

平成24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

地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に

関する調査研究事業

報告書

平成25(2013)年3月

 株式
会社 三菱総合研究所

■ 目 次 ■

| | |
|--|-----|
| I 調査概要 | 1 |
| 1. 背景 | 1 |
| 2. 調査目的 | 1 |
| 3. 調査の構成と方法 | 1 |
| (1) 実態調査（アンケート調査） | 1 |
| (2) 事例調査（ヒアリング調査） | 1 |
| 4. 調査結果 | 3 |
| (1) 実態調査（アンケート調査） | 3 |
| (2) 事例調査（ヒアリング調査） | 4 |
| II 実態調査(アンケート調査) | 9 |
| 1. 都道府県票 | 9 |
| (1) 都道府県の概要 | 9 |
| 2. 市区町村票 | 22 |
| (1) 市区町村の概要 | 22 |
| (2) 運営協議会 | 23 |
| (3) 住民に対する広報活動の状況 | 28 |
| (4) ブランチおよびサブセンターの設置数 | 29 |
| (5) 地域包括支援センターとの関係 | 31 |
| (6) 独居高齢者等の見守り体制 | 42 |
| 3. 地域包括支援センター用調査票 | 47 |
| (1) 地域包括支援センターの概要 | 47 |
| (2) 職員の状況 | 58 |
| (3) ケアマネジメント | 72 |
| (4) 地域支援事業の二次予防事業対象者 | 96 |
| (5) 運営費等 | 97 |
| (6) 受託の状況 | 99 |
| (7) 夜間・休日の対応 | 101 |
| (8) 住民に対する広報活動の状況（地域包括支援センターとしての独自の取り組み） | 104 |
| (9) 地域包括支援センターが抱える課題 | 105 |
| (10) 市区町村（保険者）との関係 | 115 |
| (11) 地域ケア会議の開催状況 | 125 |
| III 事例調査(ヒアリング調査) | 133 |
| 1. 保険者調査 | 133 |

| | |
|------------------------------------|------------|
| (1) 千葉県松戸市 | 133 |
| (2) 大阪府泉南市 | 143 |
| (3) 石川県輪島市 | 157 |
| (4) 新潟県長岡市 | 172 |
| (5) 福井県坂井地区広域連合 | 180 |
| (6) 神奈川県横浜市戸塚区 | 193 |
| (7) 栃木県大田原市 | 216 |
| 2. 地域包括支援センター調査 | 229 |
| (1) 朝来市地域包括支援センター | 229 |
| (2) 板橋区高島平地域包括支援センター | 248 |
| (3) 磐田市豊岡地域地域包括支援センター | 263 |
| IV 参考資料 | 275 |
| 1. 調査票 WEB 画面 | 275 |
| (1) トップページ | 275 |
| (2) ログイン画面 (ダウンロード) | 276 |
| (3) 調査票のダウンロード画面 | 276 |
| (4) ログイン画面 (アップロード) | 277 |
| (5) ユーザ選択画面 | 277 |
| (6) 調査票アップロード画面 (都道府県向け) | 278 |
| (7) 調査票アップロード画面 (市区町村向け) | 279 |
| (8) 調査票提出完了画面 | 280 |
| 2. 調査票 | 281 |
| (1) 都道府県用調査票 | 281 |
| (2) 市区町村 (一部事務組合又は広域連合) 用調査票 | 283 |
| (3) 地域包括支援センター用調査票 | 287 |

調 査 概 要

I 調査概要

1. 背景

平成 18 年改正介護保険法において位置づけられた地域包括支援センターは、全国で設置が進められ、平成 20 年 4 月 1 日からは全市町村において設置されるに至った。

現在、各センターは地域包括ケアの中核機関として、高齢者の生活を支える重要な役割を果たしており、今後も安定的な運営が求められるところである。しかしながら、地域包括支援センターを取り巻く課題は様々であり、センターの円滑な運営を確保する観点から更なる取組が必要であると考えられる。

2. 調査目的

地域包括支援センターの業務実態及び課題について調査を実施し、今後の地域包括支援センターの支援策のあり方について検討する際の資料とすることを目的とした。

3. 調査の構成と方法

(1) 実態調査(アンケート調査)

1) 対象

全国の地域包括支援センターを対象に実施した。

2) 調査方法

調査票は、厚生労働省、都道府県及び市区町村を通じ電子メールによって発送し、インターネットを通じて調査票を回収した。当該調査票について分析を行った。

(2) 事例調査(ヒアリング調査)

1) 事例調査の内容

地域包括支援センターの機能強化に向けた取組状況に関するヒアリングを保険者や地域包括支援センターに対して行った。具体的には保険者と地域包括支援センターのそれぞれについて、以下の内容を把握するために実施した。

- ・ 保険者に対する調査内容

- (ア) 医療介護連携
- (イ) 見守り支援ネットワークの構築
- (ウ) 介護予防に関する取組
- (エ) 公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携に関する取組
- (オ) 地域包括支援センター機能強化事業に関する取組
- (カ) 生活支援

- ・ 地域包括支援センターに対する調査内容

- (ア) 医療介護連携
- (イ) 地域ケア会議
- (ウ) 安心地域支え合い体制づくり

2) 調査対象の選定

事例調査の対象は、地域包括支援センターの機能強化において先進的な取組を行っている保険者 7 箇所、地域包括支援センター 3 箇所の合計 10 箇所を選定した。選定の方法は以下の通りである。

① 調査テーマの検討

平成 24 年 3 月 30 日『「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」等の一部改正について』（老高発 0330 第 2 号 老振発 0330 第 9 号 老老発 0330 第 1 号）にて示された、地域包括支援センターにおける保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなど多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築をはじめとする地域包括支援センターの機能強化の観点から、本調査の対象とするテーマを検討した。

② 保険者・地域包括支援センターの選定

①の調査テーマに基づいて、公表されている資料や全国で開催されている会議等の内容を調査し、各々の調査テーマについて特徴的な取組を行っている保険者と地域包括支援センターを選定した。

図表 1 事例調査対象の選定結果

| 調査テーマ | 事例調査対象 |
|----------------------------|--|
| 医療介護連携 | ・松戸市 ・朝来市地域包括支援センター ・板橋区高島平地域包括支援センター ・坂井地区広域連合 |
| 見守り支援ネットワークの構築 | ・松戸市 ・戸塚区 |
| 介護予防 | ・長岡市 |
| 公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携 | ・長岡市 |
| 地域包括支援センター機能強化事業 | ・泉南市 ・輪島市 |
| 生活支援 | ・大田原市 |
| 地域ケア会議 | ・磐田市豊岡地域包括支援センター |
| 安心地域支え合い体制づくり | ・磐田市豊岡地域包括支援センター |

4. 調査結果

(1) 実態調査(アンケート調査)

1) 回収結果

平成 24 年 9 月に実施し、全国 4,328 箇所の地域包括支援センターから回収を得た。

2) 結果概要

地域包括支援センターは 4,328 箇所、設置保険者数は 1,580 保険者であり、ブランチを設置している保険者数は 392 保険者、サブセンターを設置している保険者数は 100 保険者であった。

設置主体は、直営が「1,268 箇所 (29.3%)」、委託が「3,042 箇所 (70.3%)」であった。委託の設置主体は、「社会福祉法人(社協除く) (38.4%)」が最も多く、次いで、「社会福祉協議会 (13.3%)」、「医療法人 (11.4%)」の順であった。

1 センターあたりの職員(センター長、事務職員等は除く)の配置人数別に見たセンターの状況は、「3 人以上～6 人未満 (49.1%)」が最も多いが、経年的にみると、6 人未満のセンターは減少傾向にある。

(2) 事例調査(ヒアリング調査)

保険者や地域包括支援センターが行っている「医療介護連携」、「見守り支援ネットワークの構築」、「介護予防」、「公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携」、「地域包括支援センター機能強化事業」、「生活支援」、「地域ケア会議」、「安心地域支え合い体制づくり」に関する取組を、取組に至った背景、取組開始までの経緯、取組概要、取組の効果、今後の課題の視点から調査した。

結果の概要は以下の通りである。

1) 保険者について

(ア) 医療介護連携

- ・ 医師会が地域包括支援センターの設置以前から在宅医療に熱心であることから、行政や地域包括支援センターとの連携が強化されてきた。
- ・ 介護保険の審査会への参加、文書・マニュアル類の作成等、市医師会や診療所と様々な面で協力している。
- ・ 在宅ケアに関わる医師、行政等が協議会を立ち上げ、多職種が参加する会議の開催、医療・介護の職種間での情報共有システムの構築等を行っている。

(イ) 見守り支援ネットワークの構築

- ・ 数十年前から同じ土地に暮らし続けている人達の高齢化が進行し、孤立する高齢者が増加していることから、安否確認や地域とのつながりを持つてもらうための働きかけが必要となり、見守りを開始した。
- ・ 認知症サポーター養成講座を受講した住民・団体等を行政が声かけ隊として登録し、高齢者への声かけ活動を行っている。
- ・ 新聞販売店、郵便局、水道事業者、コンビニエンスストア等の事業者から協力を得て、見守り支援のネットワークを構築している。

(ウ) 介護予防に関する取組

- ・ 高齢者のニーズを反映した施策を行えるよう、ニーズ調査と二次予防事業の把握を一体的に実施した。
- ・ 調査結果から、高齢者の介護予防事業への関心、リスクの高低を把握し、関心が高くリスクも高い高齢者を優先的に訪問している。

(エ) 公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携に関する取組

- ・ 在宅介護支援センターとして運営していた時期から基幹型であり、行政

の担当者が少なく多忙であったことから、基幹型の地域包括支援センターが主導となって取組が行われている。

- ・ 地域包括支援センターの全職員が集まるワークショップを定期的に行われ、意見交換を行っている。またワークショップ内に総合相談、ケアマネジャー支援等のプロジェクトを立ち上げ、勉強している。

(オ) 地域包括支援センター機能強化事業に関する取組

- ・ 災害をきっかけに、要援護者の所在や緊急連絡先等を把握し、緊急時の支援体制を強化しようと情報共有システムを構築した。
- ・ 独居高齢者及び兄弟姉妹や夫婦を含めた高齢者のみの世帯を対象に「氏名・住所」「かかりつけ医」等を記載した、救急医療情報キットを配付し、当該記載内容を情報共有システムに入力、地域包括支援センター、社会福祉協議会、市役所等で情報共有されている。
- ・ GISを利用して要援護者の所在地をマップ化し、身体情報、支援内容等と併せて登録している。また登録した情報は、災害時だけでなく、コミュニティバス路線や移動販売車の販売地域の選定にも利用されている。

(カ) 生活支援

- ・ 行政機関相互の連携を進めるとともに、民生委員や自治会役員等の役職者から住民全体へ、地域で行われている活動の主体を広げようと考え、生活支援に取り組んだ。
- ・ 自治会単位で見守り組織を結成し、高齢者等地域で支援の必要な人に対して見守り(声掛け・安否確認等)や買物支援を行っている。また地域にある警察、消防、商工会等と連携して日常業務の範囲内で見守り活動を行っている。

2) 地域包括支援センターについて

(ア) 医療介護連携

- ・ 行政の場合と同様に、地域の医師会が在宅医療に熱心であることから、医療介護との連携に取り組んでおり、医師会主導で多職種が集う研修や会議が頻繁に行われている。
- ・ また医療介護の連携が不十分な地域では、職種間連携の課題を解決するためのシステムや枠組み・ルール等の仕組みを作り上げることが必要であった。
- ・ そのため医療・介護の従事者が集まる会議を定期的に行われ、高齢者の入院時における連携マニュアルの作成等を行っている。

(イ) 地域ケア会議

- ・ 支援の輪を形成するに当たっては、行政だけではサービスの供給量に制限があるため、家族や近所からの支援を活用しなければならない領域もあり、「あるべき地域包括ケアのあり方」を議論するために地域ケア会議を開催した。
- ・ 会議では「課題の整理」および「支援体制の構築」の2点を論点に議論している。個別支援の地域ケア会議では本人の家族にも参加してもらい、会議で顕在化した地域の共通課題(住民ニーズ)は関係機関へ提起している。

(ウ) 安心地域支え合い体制づくり

- ・ 見守り支え合い体制づくりの発起集会である「市民会議」、民生委員等の関係者向けに見守り・地域福祉に関する情報を取り上げている「ガイドブック、パンフレットの作成」、交通手段の確保策の検討を行う「暮らしの足を考える研修会の開催」という3つの活動を行っている。

図表 2 事例調査結果概要①

| | 保険者 | | | | |
|-----------|--|--|---|---|--|
| | 千葉県松戸市 3ヶ所(直営:0、委託:3) | 大阪府泉南市 2ヶ所(直営:0、委託:2) | 石川県輪島市 1ヶ所(直営:1、委託:0) | 新潟県長岡市 11ヶ所(直営:0、委託:11) | 福井県坂井地区広域連合 3ヶ所(直営3:、委託:0) |
| 特徴的な取組 | ①医療介護連携(主に在宅医療連携拠点「あおぞら診療所」との連携) ②心配高齢者への声かけ活動 | 市及びセンター間の情報共有システム支援 | 孤立化防止・災害時要援護者支援並びに情報共有システム支援 | ①ニーズ調査にもとづく介護予防の取組 ②基幹型地域包括支援センターの役割 | 在宅医療、介護の一体化モデル事業 |
| 取組に至った背景 | ①以前から、松戸市医師会には、在宅医療に熱心な医師が多かった。医師会の中には在宅ケア委員会が設置され、在宅医療について勉強している。 ②昭和30～40年代に市の人口が増え、その頃に住むようになった人たちが高齢になり、見守り活動の必要性が高まった。 | ・市では要援護者が円滑かつ迅速に避難するための支援体制を整備してきたが、東日本大震災をきっかけに、市としてさらに地域住民が自ら防災及び要援護者支援について考えられるように、サポート体制を継続しながらも見直しが必要と考え、要援護者を平時から支援する当該システムの取組に至った。 | ・平常時から、要援護高齢者ごとに家族状況や緊急連絡先、介護保険外のサービス利用状況等の情報を集約して一元管理することにより、緊急時においても効率的・効果的な支援が可能になるのではないかと考えた。 | ①高齢者のニーズを反映した施策を行えるよう、地域支援事業の経費から、二次予防事業の把握と基本チェックリストを兼ねて調査を実施した。 ②基幹型地域包括支援センターは、在宅介護支援センターの当時から基幹型であった。また市の担当者が1人しかおらず多忙であったため、基幹型主導の取組が行われた。 | ・平成22年10月から福井県と東京大学で共同研究事業を行っており、当広域連合も在宅医療・介護に積極的に関わるようになった。 ・平成24年5月に当広域連合がケアマネジャーに対して実施した調査から、在宅医療・介護の一体化を進める必要性が再認識された。 |
| 取組開始までの経緯 | ①あおぞら診療所は10年ほど前に開設され、その後、市とあおぞら診療所の連携を深めている。また、あおぞら診療所は平成23年度から厚労省のモデル事業に取り組んでいる。松戸市ではあおぞら診療所のみならず、市医師会全体と密接に協力・連携している。 | ・「市及びセンター間の情報共有システム」の導入は平成22年度から検討し、平成24年度からシステムの活用を開始した。 ・情報共有システムの導入は、大阪府が導入していた類似のシステムを基に開発されたものを採用した。システムの設計は、地域包括支援センターが中心となり、消防署や社会福祉協議会が加わって行われた。 | ・平成22年5月に「市町村地域包括ケア推進事業協議書」を提出し、同年7月に厚生労働省から内示を受けた。 ・同年7月から9月にアンケート調査を実施し、高齢者は通院や買い物のための外出が特に困難であると認識。 ・同年9月に補正予算を計上し、10月に事業を開始。情報共有システム(GIS)を導入した。 | ①調査は、ニーズ調査と二次予防事業の把握を一体的に実施した。またニーズ調査では、「元気高齢者」の把握の結果を予防事業に活用している。 ②基幹型を中心として、月2回、全センター職員が集まるワークショップを積み重ねて、各センターが自らが取り組むべき活動を定めるようにした。 | ・平成24年9月に「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会」を立ち上げた。協議会のメンバーは坂井地区の医師会、東京大学、福井県および坂井地区広域連合等である。 ・上記協議会において、顔の見える多職種連携会議、ITを活用した患者情報の共有、センターへの相談窓口の一本化等の活動を行っている。 |
| 取組概要 | ①介護保険の審査会への参加、文書・マニュアル類の作成、ケアマネタイムの作成等、市医師会やあおぞら診療所と様々な面で協力している。また行政の看護職が多いため、センターとの連携が取りやすい体制となっている。 ②認知症サポーター養成講座を受講し、市に登録した住民・団体等を、「オレンジ声かけ隊」として登録。高齢者への声かけを行っている。登録者は平成24年9月の段階で1,600人程度。 | ・70歳以上の独居高齢者及び兄弟姉妹や夫婦を含めた高齢者のみの世帯を対象に「氏名・住所」「かかりつけ医」「介護保険サービス利用状況」「緊急連絡先」等を記載した、泉南市WAO(輪を)救急医療情報キットを配付し、当該記載内容を別途情報共有システムに入力した。 情報共有システムは地域包括支援センター2箇所、社会福祉協議会、市役所本庁の計4箇所まで共有。平成24年度末から入力を開始し、現在は高齢者世帯の実態把握の段階。 | ・GISを利用して要援護者の所在地をマップ化。身体情報、支援内容等も併せて登録している。 ・人口密度情報、バスの路線情報等から、コミュニティバス路線や移動販売車の販売地域の選定を行う。 ・冬場の除雪ボランティア活動、介護保険外のサービスの情報管理等にもGISを活用している。 | ①調査結果から、介護予防事業への関心が高く、リスクも高い回答者の名簿を作成。センターに渡して優先的に訪問してもらっている。 ②ワークショップ内に、総合相談・介護予防窓口、ケアマネジャー支援等の4つのプロジェクトを立ち上げた。各プロジェクトに、各地区のセンター職員が1～2名参加し、各業務の勉強を行っている。 | ・地域の在宅医療に関わる多職種が一箇に会える場として、「顔の見える多職種連携カンファレンス」を開催している。 ・医療と介護の多職種で、システム上で患者の基本情報やケアの内容等を共有している。 ・センターを、医療も含めた総合相談窓口として位置づけるとともに、医師会の在宅ケアネットと連携して対応していることを周知している。 |
| 取組の効果 | ①市と医療機関の関係が深まることで、高齢者や患者さんの相談を受けた時に、対応可能な医療機関や医師が浮かぶようになり、医師から地域包括支援センターに対する適切なアドバイスにつながっている。 | 現時点では入力を終えた段階につき、今後期待される効果は以下のとおり。 ・民生委員の情報管理に活用・フィードバックしてもらえ、こうした作業負担の軽減につながる。 ・システムそのものの効果の他に、地域の意欲あるサポーターや医師が熱心に取り組んでくれることが心強い。 | ・根拠に基づき可視化された資料により、どの地区の対策を充実する必要があるかの判断がしやすくなった。 ・情報が集約管理されたことにより、見守り事業等による通報への対応を迅速に行うことができるようになった。 | ①介護認定を受けていないが、生活機能レベルが低下している人を把握できた。また介護予防事業への関心度合いをもとに、訪問すべき人の優先度が付けられるようになった。 ②全職員参加の研修によるセンター間での意見交換を通じて、全センターが高いレベルで均質化できた。またプロジェクトに取り組むことで、各地区のセンターで自己解決力が拡大してきた。 | ・カンファレンスによって市の職員と医療関係者との接点が増えた。 ・患者情報共有システムでは、「欲しい情報を見ることができる」と医師から好評を得ている。 ・医療・介護の窓口をワンストップ化したことで、相談件数が1割程度増加した。 |
| 現状の課題 | ①市内だけでなく、都内や近隣の医療機関を訪問することもあるが、大きな医療機関では、地域支援室のような組織ができていない場合もあり、相手の医療機関の地域との協力・連携体制を理解できるようにする必要がある。 ②「オレンジ声かけ隊」の登録者に地域ケア会議等へ参加してもらいたいと考えている。 | ・システム導入においてはデータ入力の手負が大きいため苦戦している。 ・一人暮らし高齢者を見守るために、民生委員が足で稼いだ情報を入力・更新したい。 ・個人や保護者が自ら情報秘匿のハードルを下げて、地域の包括的なケアに対して依頼といったスタイルを考えていくことが必要であり、これは行政が考えていく問題ではない。 | ・個人情報保護法等により、一元管理された情報を有効に活用できない場合がある。 ②平成24年度は業務が多忙となったため、身体状況の推移(要介護度等)の情報更新が極めて困難である。 ・民生委員の質に個人差があるため、要援護者マップを利用した平常時の見守り活動に差が生じている。 | ①要支援の方が自立できるための事業が現状ではあまりできていない。 ②平成24年度は業務が多忙となったため、年間通してのプロジェクトは休んでいる。その結果、情報交換の機会が減り、各センター間の力量に差が出ていると感じる。 | ・これまでのカンファレンス参加者は医療と介護の関係者であったが、今後は地域関係者も巻き込んだカンファレンスとしたい。 ・患者情報共有システムの本格運用にあたって、運用ルールの策定が必要である。 ・行政として事業を行う以上、市民や議会への説明責任を果たさなければならない。 |

図表 3 事例調査結果概要②

| | 保険者 | | 地域包括支援センター | | |
|-----------|---|--|---|---|--|
| | 神奈川県横浜市戸塚区 10ヶ所(直営:0、委託:10) | 栃木県大田原市 3ヶ所(直営0、委託:3) | 兵庫県朝来市地域包括支援センター 2ヶ所(直営1、委託:1) | 東京都板橋区高島平地域包括支援センター 16ヶ所(直営0、委託:16) | 静岡県磐田市豊岡地域包括支援センター 6ヶ所(直営0、委託:6) |
| 管内センター数 | 10ヶ所(直営:0、委託:10) | 3ヶ所(直営0、委託:3) | 直営 | 社団法人 | 医療法人 |
| センター設置主体 | | | | | |
| 特徴的な取組 | 戸塚区地域ネットワーク見守り事業「みまもりネット」 | 安心生活創造事業等の生活支援 | 地域の医療機関との研修会、医療職・介護職の連携 | 在宅医療連携拠点、訪問看護ステーション、センターの連携 | ①地域ケア会議(個別の課題解決から地域の課題把握) ②安心地域支え合い体制づくり事業 |
| 取組に至った背景 | ・高齢者の孤独死・孤立死の防止、また住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる環境づくりなどの理由から、地域の様々な人々の参加・協力による見守り体制の強化が必要となっていた。 ・つかハートプラン(戸塚区地域福祉保健計画)でも、基本目標の1つとして、「支え合いと助け合いのあるまち」を掲げている。 | ・地域の高齢者等を見守る「小地域ネットワーク活動」を行い見守り活動に取り組んでいた。しかし、それぞれの活動に参加者が少なく(参加者の固定化)、行政などの機関やそれぞれの活動の連携も不十分であった。 ・行政機関相互の連携を進めるとともに、民生委員や自治会役員等の役割者から住民全体へ活動の主体を広げようと考えたことが契機。 | ・平成18年度の地域包括支援センター設置時に、様々な関係機関のスタッフから介護と医療の連携に関する苦情が寄せられ、職種間連携の課題を解決するためのシステムや枠組み・ルール等の仕組みを作り上げることが必要であると感じた。 | ・板橋区医師会には在宅医療部門があり、多くの医師が在宅医療を手掛けてきた。 ・介護保険制度が始まる前から、板橋区医師会では「医療連携センター」を設置し、かかりつけ医の紹介、急な往診対応のためのシステム構築等を、区と連携しながら行ってきた。 | ①支援の輪を形成するに当たって、高齢者本人の家族、近所だけでできない領域は公的サービスを活用していく必要があり、サービス供給の確保も重要であるが、特に同地域の場合、サービスの供給量にほどうしても制限があるため、家族や近所からの支援を活用しなければならない領域もあり、当センターの役割は大きい。 |
| 取組開始までの経緯 | ・平成23年5月から「地域ネットワーク見守り事業検討会」を開始し、事業の枠組み、要綱案の策定等を検討した。 ・平成23年度末に、ひとり暮らしの高齢者へアンケートを実施した結果から、孤立している高齢者の地域とのつながりが課題だと感じた。 ・平成24年1月から事業者登録の進め方やリーフレットの作成等、実務的な内容を検討、平成24年4月から取組みを開始した。 | ・平成21年8月:実施地域の指定(黒羽地区)、説明会 ・平成21年10月:自治会単位で見守り組織を結成、支え合いマップ作り ・平成22年3月:黒羽見守り助け合い隊発足、戸別訪問 ・平成22年4月:見守り開始、対象者を順次拡大 | ・平成19年度に朝来市医師会との調整会議や医療と介護の連携研修会、ケアマネジャー研修会を開催し、問題意識の啓発や連携会議の必要性を訴えた。 ・平成22年度には、介護と医療の連携システムの中枢機関としての朝来市在宅医療連携会議が組織された。 | ・板橋区医師会病院内に設置されていた在宅部門を移転し、平成18年9月から「板橋区医師会在宅医療センター」として運営している。 ・上記在宅医療センターには、「訪問看護ステーション」、「居宅介護支援事業所」、「地域包括支援センター」に加え、平成24年度から「療養相談室(在宅医療連携拠点事業)」が配置されている。 | ①包括主催の「豊岡包括ケア会議」を開催。ケアマネの勉強会や多機関との連携を目的に開催している。あるべき地域包括ケアのあり方を関係者間で検討・共有する仕組みとして、地域の課題やそれぞれの立場で抱えている困りごとなどについて話し合い、顔の見える関係を作ることができた。平成23年度には8回開催。 |
| 取組概要 | ・地域住民及び民間事業者等が、「ちよっと気がかりな」高齢者を発見したら、地域ケアプラザや区に対し情報提供を行い、対応する体制を構築した。元々、安否確認の目的だけで始めたものではなく、早期相談支援につなげていく機能も重視している。 ・区及び地域ケアプラザは、見守り協力事業者との協力関係を構築している。協力事業者は、新聞販売店、郵便局、水道事業者、コンビニエンスストア等から構成されており、51事業者にのぼる。 ・広報、啓発等は、「みまもりネット通信」(参考資料5参照)の発行等を積極的にを行い、事業所のみならず地域住民による見守りの充実を図っている。 | ・自治会単位で見守り組織を結成し、高齢者等地域で支援の必要な人に対して見守り(声掛け・安否確認等)や買物支援を行う。 ・地域にある警察、消防、商工会、新聞販売店、郵便局、ヤマト販売店、学校等と協定書結び、連携して日常業務の範囲内で見守り活動に協力して頂いている。 ・地域住民から「主任(コーディネーター)」を雇用し、行政とのパイプ役、また地域からの相談役としての役割を果たすことで、住民主体の活動であることが理解されている。 ・買物ツアー、会食会(ソバ打ち等)、茶話会等様々な活動を行っている。 | ・医療・介護の従事者が集まる「朝来市在宅医療連携会議」を2ヶ月に1回開催し、課題の抽出と対応策の検討、対応策の実行、システムの評価を行っている。 ・平成22年12月15日の第2回在宅医療連携会議から、「入院時連携マニュアル」の作成に取り掛かった。平成24年2月15日の第8回目の会議にて、関係者全体の最終合意を得て、その後、マニュアルが活用されている。 ・朝来市在宅医療連携会議により策定されたシステムは、医療・介護スタッフ全員を集めた合同研修会の中で紹介し、グループで意見交換等実施している。 | ・板橋区医師会が中心となって、様々な会議や勉強が行われ、多職種が参加することでネットワークが形成されている。 ・板橋区医師会の在宅部門が、区全域の地域包括支援センターや介護サービス事業者に参加センターを呼び掛けて、介護職も交えた医療連携研修会、年に数度実施している。(医師会による介護職向け研修) ・板橋区医師会が主催する多職種連携に向けた会議では、3~4か月に1回、さまざまな職種(約100人規模)が一室に集って、意見交換や座学を行っている。(在宅医療ネットワーク懇話会) ・療養相談室等が中心となり、独自の勉強会を毎月行っている。(Care & Careミーティング) | ①会議での論点は「課題の整理」および「支援体制の構築」の2点である。個別支援の地域ケア会議では本人の家族にも参加して頂くようになっている。認知症のケースなど関係者の知見が必要なケースでは、地域ケア会議に先立ち主治医等の意見を聞くと言う形での連携。 ②個別ケースに関する地域ケア会議は、対象者の状況により、1回で済むケースもあれば複数回の会議を重ねるケースもある。顕在化していく地域の共通課題(住民ニーズ)に対しては関係機関に課題を提起。 ③安心地域支え合い体制づくり事業は平成23年度における磐田市の事業で、3つの事業を実施(市民会議・見守り支え合い体制づくりの発起集会等、ガイドブック、パンフレットの作成、暮らしの足を考える研修会の開催) |
| 取組の効果 | ・パンフレットの発行等の周知活動により、通報者の多様化等、幅広い見守りにつながった。 ・登録事業者以外の事業者からの通報、民生委員からの通報も増えている実感があり、みまもりネット事業の広報により、区役所や地域ケアプラザの取組が周知されている。 ・安否確認等の通報25件(24年4月~25年1月末)中、2件が救急搬送につながり、命を救うことができた。 | ・地域包括支援センターでは、地域からの相談等が寄せられやすくなり、地域と顔の見える関係ができた(民生委員、自治会) ・自治体にとっては、関係部署が連携して支援していく機運が高まっている。 ・見守りの目が地域住民に広がることで、今まで見えてこなかった課題を掘り起こすことができた。地域全体の協力体制が大きくなったことで、地域住民の安心感は大々大きくなった。 ・地域が地域を見守らないといけない、という意識が高まっている。 | ・入院当初から介護と医療の連携が見えることで、本人・家族の安心につながっている。 ・会議以外にも電話等でセンターへ情報提供してくれるスタッフが増えたため、地域の連携に関する課題がより多く集まるようになった。 ・医療従事者、介護従事者がお互いに業務を理解し合うようになった。また両者で相談や情報共有などをする機会が増えた。 | ・社会資源を紹介する際において、病状、主治医の意見等を踏まえて、関係者と相談しながら検討を進められる。 ・医療介護連携を率先して推進する医師がいることで、その地域全体の連携力、対応力のレベルが向上した。 ・その他地域包括支援センター主催の会議が行われ、医師や歯科医師が参加している。 | ①支援体制づくりを通じた役割の明確化による関係者の姿勢の積極化。課題に対する地域の対応力の強化、磐田市の高齢者見守りネットワーク事業での、ケアが必要な高齢者の早期発見。 |
| 現状の課題 | ・安否確認のみならず、独居高齢者に地域とのつながりを持ってもらうための啓発を進めることにも取り組んでいきたい。 ・夜間や休日の体制に不安がある。 ・関係機関である消防、警察や、協力事業者である民間事業者との連携をさらに強化したい。 | ・この事業では「主任(コーディネーター)」の存在はなくてはならないものであり、主任(コーディネーター)雇用のための財源が必要。 ・問題ケースは一つの部署だけでは解決できず、複数の部署で総合的に対応しなければならないケースが増えている。 | ・現状の取組の効果を把握し、評価と修正を加えることが課題である。 ・医療・介護、相互の立場や価値をより深く知るための仕組みを作りたい。 ・文書のやりとりと時間がかかっている。ネットワーク通信ができるシステムが必要である。 ・ケアマネジャーの病棟実習、病棟看護師の居宅ケアマネジメント実習等の人事交流を考案中である。 | ・ケアマネジャーが、予防的なプランを作成するための医学的知識をさらに増やしていくことが必要である。 ・「福祉サイドのニーズを知りたい」という医師の意見もあるため、今後も事例報告会等を通して他職種の意見交換の場を作りたい。 | ①個別の支援の積み重ねを通じた地域ケアシステムの課題提起については、今後強化していくべきであると考えている。また、個別課題を解決する地域ケア会議と、地域の課題を発見し他機関と課題を共有・解決するための定例的な会議は、どちらか一つではなく一緒にやっていくことが重要だと考えている。 |

調 查 結 果

II 実態調査(アンケート調査)

1. 都道府県票

(1) 都道府県の概要

1) 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援(自由記述)

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| 北海道 | <p>(1)意見交換会の開催 14箇所 【参加者】開催地管内の市町村及び地域包括支援センター職員 【内容】地域包括ケア・住民参加型の地域づくりについて、認知症の理解、介護支援ボランティア制度について</p> <p>(2)各(総合)振興局における取組み ・地域包括支援センター運営に係る相談支援 ・介護予防支援指導者養成研修会の開催(6箇所) ・「住民参加型の地域づくり」「地域づくりガイドブック」に関する説明会 ・高齢者虐待防止対応等困難事例に対する支援、高齢者虐待防止ネットワーク形成・連携推進に係る支援、各市町村虐待防止ネットワーク会議出席</p> <p>(3)「地域づくりガイドブック」の作成配布(255部配布)</p> |
| 青森県 | <p>(1)地域包括支援センター職員を対象とした研修を開催 ①地域包括支援センター職員研修(年1回) 大震災時の地域包括支援センターの取組(事例報告)、震災時に求められる地域包括支援センターの役割(講演、演習)、地域包括支援センターが取り組む認知症予防・相談・支援情報(演習)、困難事例への支援と課題(講演、演習) ②介護予防支援従事者研修(年1回) 介護予防支援の視点とプロセス、介護予防計画の作成方法</p> <p>(2)介護保険市町村指導の場を通じた地域包括支援センター運営状況の確認及び必要な助言</p> |
| 岩手県 | <p>(1)地域包括支援センター職員研修(委託):初任者・現任者 各2日間×1回 (2)岩手県高齢者総合支援センターの設置(委託):専門職種による相談支援、地域研修会の開催 3回 (3)被災地地域包括ケア支援(委託):東日本大震災津波による甚大な被害を受けた2市町(陸前高田市、大槌町)の地域包括支援センターの業務支援、研修会の開催 6回</p> |
| 宮城県 | <p>(1)地域包括支援センター職員研修及び情報・意見交換会:平成23年11月24日 (2)地域包括支援センター職員特別研修(基礎研修):平成24年2月25日~26日 (3)地域包括支援センター職員特別研修(課題別研修:虐待対応事例):平成24年3月4日</p> |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| 秋田県 | (1)地域包括支援センター初任者研修 1回 (勤続1年未満の職員に対して、業務に必要な知識及び技術の習得を図る研修) (2)高齢者介護予防研修 1回 (介護予防に関する知識及び技術の習得を図る研修) |
| 山形県 | (1)地域包括支援センター職員研修 ・地域包括支援センターの初任者を対象として、地域包括支援センター業務マニュアルに基づき業務内容等について講義やグループワークを行った ・開催回数1回(2日間)、参加者数延115名 (2)市町村介護予防企画担当職員研修会の実施 ・「介護予防を継続するための仕組みづくり」をテーマとして、県内2市の事例紹介及び情報交換を行った ・開催回数1回、参加者数53名(対象：市町村職員) (3)地域包括支援センター職員情報交換会 ・「震災から学ぶ地域ネットワークと災害時の対応方法について」「支援困難事例へのアプローチ」をテーマとして、講演、事例紹介、情報交換等を行った ・開催回数2回、参加者数延177名 |
| 福島県 | (1)地域包括支援センターネットワーク機能強化研修の開催(同一内容で2回開催) (2)被災市町村地域包括支援センターの状況聞き取り(各2回)及び情報交換会(3回) (3)保健福祉事務所単位での情報交換及び意見交換、訪問による相談(随時) |
| 茨城県 | (1)地域包括支援センター職員研修 139名 (包括支援センターの業務内容に関する講義・演習等) (2)介護予防支援従事者研修 19名 (ケアプラン作成手法に関する講義・演習等) (3)介護予防事業評価手法研修 71名 (介護予防担当者に対する事業評価手法に関する講義・演習等) (4)市町村介護予防担当者研修 200名 (介護予防事業の実施手法に関する講義・事例紹介等) |
| 栃木県 | (1)地域包括支援センター職員研修の実施 ①地域包括支援センター職員研修(初任者：2日×1回、現任者：2日×2回) ②介護予防支援従事者研修(初任者：1日×2回、現任者：1日×2回) (2)地域包括支援センターの機能強化 ①地域支え合いネットワーク推進会議の設置・運営 ②地域支え合い体制づくりアドバイザーの委嘱・派遣 ③地域支え合い体制づくり研修会の開催 ④地域支え合い体制づくり調査研究事業の実施(調査研究報告書500部作成) ⑤地域包括支援センター連絡会の開催 |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|--|
| 群馬県 | (1) 介護予防支援従事者研修 2回 (2) 地域包括支援センター職員研修 (3) 地域包括支援センター指導者研修 |
| 埼玉県 | (1) 市町村職員及び地域包括支援センター職員向け ・平成 23 年度地域包括支援センター市町村等担当職員研修(平成 24 年 1 月 19 日) ・地域包括支援センターが求められる本来の機能を発揮するために、責任主体である市町村担当部署の基幹機能及び支援能力の向上を図ることを目的とした研修 (2) 地域包括支援センター職員向け ・平成 23 年度高齢者虐待対応専門員研修及び高齢者虐待対応等管理者研修(平成 23 年 6 月 7 日、平成 23 年 6 月 21 日) ・高齢者虐待対応業務を行う上で必要な知識の習得及び技能の向上を図る。 ・平成 23 年度高齢者虐待対応専門員フォローアップ研修(平成 24 年 1 月 20 日) 上記の研修を受講した専門員に対するフォローアップ研修 |
| 千葉県 | (1) 地域包括支援センター職員の資質向上のための研修を実施 【平成 23 年度実績】 ① 初任者研修 2 日間×2 回 修了者 152 名 地域包括支援センターの意義、役割の理解を深めるとともに、業務(総合相談支援業務、介護予防ケアマネジメント業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)における必要な知識の習得及び技能の向上を図るため、講義・演習を実施している。 ② 現任者研修 2 日間×2 回 修了者 137 名 地域包括支援センターが担う業務の円滑な実施に向け、専門的な知識や高度な技能の習得ができるよう、講義・演習(虐待等困難事例の対応、地域ケア体制の構築等の事例検討)を実施している。 |
| 東京都 | (1) 平成 23 年度については、地域包括支援センターに勤務する職員等に対し、地域包括支援センターにおける各専門職の業務が円滑に実施できるよう、以下の研修を行った ① 地域包括支援センターに初めて勤務する職員(勤務予定者を含む)を対象に、業務を行う上での基礎的な知識を付与する研修(2 日×4 回実施) ② 地域包括支援センターに勤務する職員を対象に、実務に関するより実践的な内容の研修(1 日×4 回実施) |
| 神奈川県 | (1) 地域包括支援センターに配置される専門職に対する初任者研修(2 日間×1 回: 受講者 74 名)、現任者研修(1 日間×2 回: 受講者 128 名)を開催するとともに、介護予防従事者研修(2 日間: 包括支援センター受講者 199 名)、主任介護支援専門員を養成するための研修(11 日間: 修了者 320 名)を行った (2) 市町村との連携を図りつつ、介護予防に対する県民の意識啓発及び関連事業の推 |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| | 進を図るため、県の広報媒体（「県のたより（平成24年3月号）」（配布部数 336万部））に記事を登載するとともに、平成18年度及び平成19年度に作成したパンフレット（PDF版）について、県ホームページへの登載を行った（アクセス件数2551件） |
| 新潟県 | <p>(1)地域包括支援センター職員研修を実施（2回開催、参加実績103名）、市町村を支援 事例発表、面接スキル向上 等</p> <p>(2)その他、県が主催する各種研修（包括職員限定ではない）への参加を可能としており、多数の参加があった 例：高齢者虐待防止ネットワーク運営研修、介護予防関連事業実施担当者研修（運動器・口腔・うつ） 等</p> |
| 富山県 | <p>(1)認知症に関する施策推進のための研修会開催 年1回（H24.3.21） 認知症疾患医療センター事業報告、 講演・演習「未来につなぐ！地域を作る処方箋～認知症高齢者と家族を支えるために準備しておきたいこと～」</p> <p>(2)高齢者虐待対応研修会の開催 年1回（H23.10.13） 講義・演習「高齢者虐待対応と権利擁護～高齢者虐待対応の視点と実践展開～、実践報告「アウトリーチ型高齢者虐待対応研修の実践と効果」</p> <p>(3)地域支援事業市町村担当者会議の開催 年1回（H23.11.15） 介護予防事業についての意見交換等</p> <p>(4)地域包括支援センター職員研修会の開催 年1回（H23.8.5～8.6） 「ネットワーク実践力養成研修」 受講者69名</p> <p>(5)介護予防ケアマネジメント研修への派遣 2名</p> |
| 石川県 | <p>(1)地域包括支援センター職員に対し次のとおり研修を実施</p> <p>①初任者研修（2日間） センター勤務1年未満の職員及び今後勤務する予定の職員を対象。 センターの4つの基本業務についての学ぶ</p> <p>②機能強化研修（2日間） センター勤務1年以上の職員を対象。 地域包括ケアの理念や地域ケア会議の技術等を学ぶ</p> |
| 福井県 | <p>(1)職員研修の実施（委託先：福井県地域包括・在宅介護支援センター協議会）</p> <p>①地域包括支援センター新任職員研修 平成23年7月25日・28日（2日間） 参加者延べ47人</p> <p>②地域包括支援センター現任職員研修 平成24年2月15日（1日間）参加者 42人 平成24年2月16日（1日間）参加者 47人</p> |
| 山梨県 | (1)研修事業を通じた支援 |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| | <p>地域包括支援センター職員研修新任者研修（年1回 1.5日）</p> <p>地域包括支援センター職員研修現任者研修（年1回 2日）</p> <p>介護予防ケアマネジメント従事者研修（年1回 2日）</p> <p>介護予防実務者研修1日</p> <p>高齢者虐待対応事例検討会（年1回）</p> <p>認知症キャラバン・メイト養成研修（年1回）</p> <p>認知症キャラバンメイトフォローアップ研修（年1回）</p> <p>地域支え合いマップ作成研修会（年1回）</p> <p>(2)モデル事業等を通じた支援：住民主体の自主グループづくり事業、市町村認知症施策総合推進事業</p> <p>(3)会議や研究会を通じた支援：健康長寿やまなし介護予防部会、地域包括支援センター研究会</p> <p>(4)随時の相談や情報提供による支援：地域支援事業推進上の相談、介護予防事業実施状況調査の分析及び集計データ提供等</p> |
| 長野県 | <p>(1)地域包括ケア実務研修【高齢者虐待防止事例検討】（98名参加）</p> <p>(2)地域包括ケア実務研修【地域包括支援センターの機能強化】（113名参加）</p> <p>(3)地域包括ケア推進者研修【地域ケア会議】（78名参加）</p> <p>(4)予防給付ケアマネジメント研修（220名参加）</p> |
| 岐阜県 | <p>(1)平成23年度地域包括支援センター職員等基礎研修1回：地域包括支援センターの業務内容について講義、グループワーク</p> <p>(2)平成23年度地域包括支援センター職員等課題別研修2回：地域包括ケアの推進に係る講演会、地域課題についてグループ演習。制度の動向に係る講義、行動計画作成の演習</p> <p>(3)平成23年度地域包括支援センター職員等連絡会（圏域会議）3ヶ所：認知症疾患医療センターの業務内容と連携。医療連携パスの取り組み等医療連携について。グループワーク、グループ発表、全体での意見交換</p> <p>(4)市町村、地域包括支援センター職員を対象とした介護予防従事者研修会の開催：運動、栄養、口腔部会委員が講師となって開催</p> <p>(5)介護予防ケアマネジメント従事者研修の開催：地域包括支援センター職員、市町村職員を対象に演習を実施</p> |
| 静岡県 | <p>(1)権利擁護相談支援事業 地域包括支援センター職員からの権利擁護に関する専門的相談に対し助言する</p> <p>(2)介護予防に関する研修事業 介護予防ケアマネジメント研修指導者向け1回、介護予防ケアマネジメント研修従事者向け1回、介護予防に関する連絡会 3回、介護予防に関する研修会：9回 計 14回</p> <p>(3)地域包括支援センター見守り力強化支援事業</p> |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|--|
| | <p>地域包括支援センター業務評価表作成検討委員会の開催、業務評価表等を周知するための研修会1回、見守りをテーマとした研修会1回</p> <p>(4)ふじのくに型サービス関連研修事業</p> <p>地域包括ケアをテーマとしたシンポジウム1回</p> <p>相談サービス職員研修基礎研修(4日間コース)1回、相談サービス職員指導者向け研修(3日間コース)1回</p> <p>※ふじのくに型サービス(県内に数多くある高齢者の介護サービス基盤を活用し、高齢者に加え、障害者、児童など、年齢や障害の有無に関わらず、垣根なく福祉サービスを提供できるようにする)</p> <p>(5)介護予防啓発のためのパンフレット「はじめていますか?介護予防」を6500部作成し地域包括支援センターを紹介</p> <p>(6)県ホームページ高齢者あんしん窓口マップ上で地域包括支援センターを紹介</p> <p>高齢者あんしん窓口マップとは、地図情報とサービス情報を組み合わせ必要サービスを容易に検索できるもの</p> |
| 愛知県 | (1)地域包括支援センター職員研修(新任研修1回、現任研修1回) |
| 三重県 | <p>(1)地域包括支援職員研修(4日間)</p> <p>【1日目】介護保険制度の改正内容の要点、講義(地域包括ケアの推進と地域包括・在支の役割と機能強化)、講義(障がい者福祉の制度とサービス)</p> <p>【2日目】講義と演習(成年後見制度の概要と申立て実務のポイント)、講義(地域包括ケアに必要な医療と介護の連携～退院時カンファレンスへの取り組み～)、グループワーク(地域包括、在宅介護支援センターの医療連携に向けた取り組みの現状)</p> <p>【3日目】講義と演習(地域包括・在宅介護センター職員に必用なコーチング・ファシリテーション能力について)</p> <p>【4日目】講義と演習(困難事例への理解とその対応について～ケアマネージャー支援に必用な知識とそのスキル～)</p> <p>(2)ネットワーク構築研修:講義(地域包括ケアにおけるネットワークについて)、グループ討議(地域課題の抽出、検討)、全体討議とまとめ</p> <p>(3)地域包括ケア推進に向けた地域課題協働研修:講義、演習(「地域ケア会議と自立支援型マネジメント～事例を通して考える地域ケア会議の活用方法～」)、講師は地域包括ケア推進指導者養成研修受講者)</p> |
| 滋賀県 | <p>(1)平成23年度は、次の研修等を実施した。</p> <p>①地域包括支援センター職員研修</p> <p>「地域包括ケアを支えるネットワークづくり」、研修回数:1回)</p> <p>②高齢者成年後見支援センター運営事業(①相談事業:高齢者虐待防止や成年後見制度について、地域包括支援センター等からの相談に応じる。②研修事業:地域包括支援センター職員等を対象とした虐待問題研修会。研修回数1回)</p> |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|--|
| | <p>③介護予防事業従事者研修会（内容：「運動器の機能向上事業の評価と展開について考える」、「高齢者のうつ～予防の視点と連携について考える～」研修回数：各1回 高齢者のうつ予防・支援に関わるスタッフのためのハンドブックの配布）</p> |
| 京都府 | <p>(1)地域包括支援センター職員研修の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初任者研修 平成23年7月28・29日 地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの初任者を対象に、基本的事項の説明、演習を行った。 ・現任研修 北部会場：平成24年1月26日、南部会場：平成24年1月31日 地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの現任者を対象に、支援困難事例等についての講義・演習を行った <p>(2)介護予防に係る普及啓発チラシの発行</p> <p>きょうとお達者情報（年4回・各12,000部）発行のうち、1回を地域包括支援センターについて作成</p> <p>(3)京都地域包括ケア推進機構による市町村・地域包括支援センターへの伴走支援の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・京都地域包括ケア推進機構（H23.6.1設立） 京都府、京都市をはじめ、医療・介護・福祉・法曹界等39団体のオール京都で構成 ・府内地域包括支援センターに対しヒアリングを実施し、課題を共有化。必要があれば、スーパーバイザーの派遣等伴走支援を実施 ・職能団体が地域包括ケア総合交付金を活用し、地域包括支援センターと連携して実施する事業を支援 |
| 大阪府 | <p>(1)認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・徘徊・見守りSOSネットワーク市町村連絡会議（4回）：広域的ネットワーク構築支援に向けた情報交換 ・地域資源ネットワーク構築セミナー（1回） ・若年性認知症の理解と支援のための情報交換会（1回） <p>(2)虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待対応現任者標準研修（3日間）：高齢者虐待に対応する実務者の対応力向上を図るため、事例検討を含む実践的な研修を実施 ・認知症対策・高齢者虐待防止担当課長会議・研修会（1回）：府の事業内容や高齢者虐待対応評価ガイドの活用による体制整備促進について周知 ・市町村担当者のための「成年後見制度研修会」（1回）：制度や市町村における先進的な取組みを周知 ・高齢者虐待防止体制整備支援事業：市町村で対応困難な高齢者虐待事案に対して専門相談窓口を設置し、専門相談員による助言の実施。また、必要に応じて弁護士、社会福祉士からなる専門職チームを派遣 |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| 兵庫県 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 地域包括支援センター運営支援委員会 (2) 地域包括支援センター運営支援委員会報告会（2日間） (3) 地域包括支援センター市町担当者連絡会の開催：平成 24 年度の県施策について説明 (4) 平成 23 年度地域包括支援センターに係る地域ケア会議等に関する調査結果について各市町で実施している地域ケア会議に類する内容・参加者等について調査し、情報提供 (5) 地域包括支援センター運営状況調査を県分として取りまとめ、市町に情報提供 |
| 奈良県 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 地域包括支援センター職員研修事業 <ul style="list-style-type: none"> 新任職員研修 1回 テーマ別研修 高齢者虐待現任者研修 市町村・地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施（3日間） (2) 地域包括支援センター機能強化推進会議 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター機能強化推進会議実務者ワーキング 1回 地域包括支援センター機能強化推進会議 2回 (3) 地域包括支援センター運営強化検討会議 <ul style="list-style-type: none"> 市町村包括ケア担当者会議 1回 他府県事例調査（全国介護保険推進サミット 大分県臼杵市） 吉野郡地域包括支援センター連絡協議会 地域包括支援センター長会議 1回 |
| 和歌山県 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 地域包括支援センター機能強化支援事業 <ul style="list-style-type: none"> 県内の地域包括支援センターに有識者を派遣し、現場において指導及び助言を実施 (2) 高齢者虐待対応の知識及び技術習得に向けた研修の開催 |
| 鳥取県 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護予防市町村支援委員会（口腔機能向上部会）の開催（1回） (2) 地域包括支援センター職員研修会の開催（2回） <ul style="list-style-type: none"> ① 地域ケア会議普及に向けた研修会 ② 自立支援型ケアマネジメント及び認知症ケア知識習得のための研修会 (3) 新聞広告にて地域包括支援センターの周知 (4) 地域包括支援センター連絡会の開催（3圏域中2圏域で各1回開催） |
| 島根県 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 島根県地域包括支援センター連絡会が開催する企画・運営会に参加することにより、職員の質の向上と運営体制の充実が図れるよう検討した (2) 地域包括支援センターの意義・役割、他の専門職種との連携等について理解し、地域包括ケア構築に従事する職員のスキルアップ研修会を開催（3回） (3) 職員の質の向上が図られるよう、地域包括ケアブロック研修への派遣 (4) 介護予防・日常生活支援総合事業の先進地視察の実施 (5) 「しまねの介護予防（平成 18 年度～平成 23 年度）」の作成 |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| | <p>作成部数：200 部、内容：県の介護予防評価体制、市町村の介護予防事業の取り組み及び評価</p> <p>(6)「島根県介護予防事業評価支援マニュアル<実践モデルプログラム>」の作成。</p> <p>作成部数：200 部</p> |
| 岡山県 | <p>(1)研修会の開催</p> <p>本庁：1 回（講演等 介護保険の改正及び介護予防の推進）</p> <p>3 県民局：1 7 回（講義・演習・上方交換等 先駆的事業や職種別情報交換、認知症重度化予防、ケアマネジメント等）</p> <p>社会福祉士会との共催により、高齢者虐待に関する研修会：3 日</p> <p>(2)研修会参加の助成</p> <p>中国ブロック地域包括・在宅介護支援センター協議会主催の初任者・現任者研修参加費の助成</p> |
| 広島県 | <p>(1)広島県地域包括ケア推進センターの設置【委託実施】（平成 24 年度新規）</p> <p>高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう医療介護予防住まい生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を推進するため広島県地域包括ケア推進センターを設置した。（平成 24 年 6 月 1 日設置）</p> <p>①医療と介護の連携の推進</p> <p>チームケア体制推進人材育成など</p> <p>②在宅ケアの推進</p> <p>地域包括支援センターの機能強化在宅医療・訪問看護・リハビリの推進地域リハビリテーションの推進自立支援型ケアの促進</p> <p>③専門相談・啓発業務</p> <p>認知症介護・高齢者権利擁護・リハビリテーション相談情報発信</p> <p>④地域包括支援センターの機能強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議実践研修会の開催 ・地域ケア会議への専門職の派遣 ・地域ケア市町連絡会議の開催 <p>(2)地域包括支援センター機能調査【県実施】（平成 24 年度）</p> <p>(3)地域包括支援センター現地研修の実施【委託実施】（平成 22 年度～平成 24 年度事業）</p> <p>地域包括支援センターへ専門アドバイザーを 3 日間派遣し当該地域包括支援センターが抱えている課題に対して、指導助言を行う。（モデル地域包括支援センター 3 ヲ所×3 日間）</p> <p>H24 テーマ：地域包括ケア推進のためのネットワークづくり</p> <p>H23 実績：3 ヲ所×3 日間（テーマ：地域ケア会議を開催するためのネットワークづくり）</p> |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|--|
| 山口県 | (1)人材育成研修の実施 ・地域包括支援センター職員研修：初任者研修1回、現任者研修1回 ・地域包括支援センター職員等意見交換会2回 |
| 徳島県 | (1)地域包括ケア研修会 2回開催 ①第1回地域包括ケア推進と地域包括支援センターの役割 講師：厚生労働省職員・支え合い、問題解決のできる地域へ～津幡町地域包括支援センターの取り組み～ 講師：津幡町地域包括支援センター ②第2回中央研修復命および取り組みの実際について |
| 香川県 | (1)現任研修（委託を含む） 3回（1回委託） (2)介護予防事業担当者会 1回 (3)地域包括支援センター職員研修 1回 (4)地域包括支援センター職員連絡会 1回 (5)介護予防支援従事者研修（介護予防ケアマネジメント関係等） 3回 (6)高齢者虐待防止関係研修 3回 その他事例集作成、高齢者虐待対応チームへの委託（研修及び事例検討） |
| 愛媛県 | (1)「地域包括支援センター職員研修」：地域包括支援センター及び市町職員を対象に、地域包括ケアに関する研修を実施(1回) (2)「高齢者虐待対応職員養成講座」：市町及び地域包括支援センターの高齢者虐待対応職員の資質向上を図るために、愛媛県社会福祉協議会に委託して、講義・演習による研修を実施（1回）。 (3)「介護予防従事者研修会」：介護予防事業に従事する地域包括支援センター等職員を対象に、県内5箇所の保健所を中心に、地域ニーズに応じたテーマでの研修を実施（5箇所の保健所で計8回）。 (4)「介護予防に関する指針（改訂版）」作成 150部、「愛媛県介護予防事業等に係る実態調査報告書」作成 150部 |
| 高知県 | (1)地域支援事業実施に係る市町村ヒアリングを通しての意見交換（県下30保険者に対して実施） (2)第5期介護保険事業計画策定に向けた地域包括支援センターの運営方針ヒアリングを通してセンター事業・運営を支援 (3)地域包括支援センター研修企画会議を開催（3回）し、スキルアップステージごとに研修を整理し体系化した (4)地域包括支援センター職員初級研修の開催（2回） (5)地域包括ケアマネジメントリーダー養成研修の開催（全7回） (6)介護予防支援従事者研修の開催（1回） (7)地域包括ケア推進への支援 ※報告書（500部）及びパンフレット（3000部）を作成し、関係機関に配布 ・モデル市での地域ケア会議開催への支援（9回） |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・公開講座等研修会の実施（11回） |
| 福岡県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)地域包括支援センター職員を対象とした意見交換会を実施。（3回） (2)地域包括支援センター職員等認知症対応力向上研修として、認知症に関する研修を開催（3回） (3)介護予防事業従事者研修と介護予防総合調整養成者研修として、介護予防に関する研修を実施。（1回） (4)小冊子「はじめましょう介護予防」（総配布数4, 143部） |
| 佐賀県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)介護予防支援事業従事者研修会の実施（1回） (2)地域包括支援センター職員研修会の実施（1回） (3)地域包括支援センターにかかる情報の提供（随時） |
| 長崎県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)「市町・地域包括支援センター職員への権利擁護・相談業務担当者研修」として、高齢者虐待防止の窓口である市町職員や、高齢者の権利擁護や総合相談業務に携わる地域包括支援センターの職員に対して研修を行った。（1回・参加者46名） |
| 熊本県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)地域包括支援センター運営状況調査の実施：国の運営状況調査と合わせて、それぞれのセンターで取り組んでいる活動について自由記載で回答していただいた。その集計結果については、市町村と地域包括支援センターに情報提供した (2)中央研修に出席された方を含めた企画会議を実施（年3回）し、市町村職員及び地域包括支援センター長を対象に、地域包括支援センターの機能強化全国先進地事例や地域ケア会議の開催に関する研修会を3回開催した |
| 大分県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)市町村部課長や職員、地域包括支援センター職員等を対象にした「介護保険トップセミナー」を開催 (2)地域包括ケアシステム構築にかかる先進地視察及び不参加市町村への報告 (3)市町村職員と地域包括支援センター、保健所などを対象に、研修と意見交換を行う「連絡会議」を開催（1回） (4)地域包括支援センター職員研修（現任者研修）への派遣 (5)初任者研修、高齢者虐待研修、介護予防口腔機能向上研修、介護予防運動機能向上研修などの研修を開催 <p>※市町村へは、地域包括支援センターを対象とした研修会への参加についても呼びかけ、地域包括支援センターの設置責任主体として、地域包括支援センターの職員が受けている研修を把握できるようにしている</p> |
| 宮崎県 | <ul style="list-style-type: none"> (1)研修会 <ul style="list-style-type: none"> 【対象者】市町村担当者、地域包括支援センター等職員 回数：1回 【内容】「住民の主体性を引き出す認知症予防事業のすすめ方」 (2)介護予防研修等へ講師派遣 <p>宮崎県と歯科医師会、理学療法士会、栄養士会が協働で作成した介護予防プログラムの指導のため、各師士会から講師を派遣 指導者養成講座及び介護予防教室等</p> |

| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
|------|---|
| | <p>(3)パンフレット等の配布 介護予防プログラムのパンフレット等の作成 （「いきいきはつらつ介護予防」4,000部作成） 介護予防プログラムのパンフレット、DVD、マニュアル等を適宜センターへ配布</p> <p>(4)委託研修 介護予防支援従事者研修</p> <p>(5)その他 適宜、事業内容等の問い合わせに対する助言</p> |
| 鹿児島県 | <p>(1)地域包括支援センター職員研修の実施地域包括支援センター長会議の実施地域包括支援センター広報周知事業の実施集団的個別指導・一般指導等の保険者指導や関係者会合等での技術的助言</p> <p>①地域包括支援センター職員研修実績：開催回数（1回）参加人数（136名） 内容（1. 行政報告「鹿児島県の介護福祉行政について」2. 講演：「天国へのお引越（遺品整理業者）」3. パネルディスカッション：「4市町による事例発表（地域包括ケア・介護予防・認知症に関する取組）」4. グループワーク</p> <p>②地域包括支援センター長会議：開催回数（1回）参加人数（64名）内容（法令改正等について地域包括ケア推進指導者研修参加者の活動報告・振り返り研修の報告地域包括支援センターの運営についての検討）</p> <p>③県内民放局のテレビ・ラジオにて相談窓口としての普及啓発のためのCM放送を実施：放送実績1ヶ月間（テレビ【30秒CMを民放4局にて95本/1局で3～4本/日を放送】ラジオ【20秒CMを民放3局にて93本/1局で3～4本/日を放送】【テレビCM収録DVD作成・配布100枚】）</p> <p>④集団的個別指導実績：開催回数（県内7地区を各1回）内容（地域支援事業全般に対する助言・指導）参加者（市町村関係職員）</p> <p>⑤一般指導実績：開催回数（10回：年間計画で示された10市町村各1回）内容（地域支援事業全般に対する助言・指導）参加者（市町村関係職員）</p> <p>⑥その他市町村介護保険担当者会議等での当県の現状と課題や事業推進等についての説明など</p> |
| 沖縄県 | <p>(1)地域包括支援センター連絡会議の開催：困難事例への対応や介護予防事業の評価等を学ぶ目的にて開催（1回）</p> <p>(2)介護予防ケアマネジメント研修の開催：自立支援に基づく介護予防ケアマネジメントについて、必要な知識及び技能の習得を図ることを目的として、講義・演習形式にて開催（1回）</p> <p>(3)介護予防事業「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能向上」「閉じこもり予防」「認知症予防」「うつ予防」研修の開催：（各1回）</p> <p>(4)介護予防市町村支援事業「アドバイザー派遣」の実施：離島市町村等への介護予</p> |

| | |
|------|--|
| 都道府県 | 都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援 |
| | 防事業を支援するために、同事業における専門的知識を有する者を派遣し、事業の効果的な実施を図る目的にて実施（1回） |

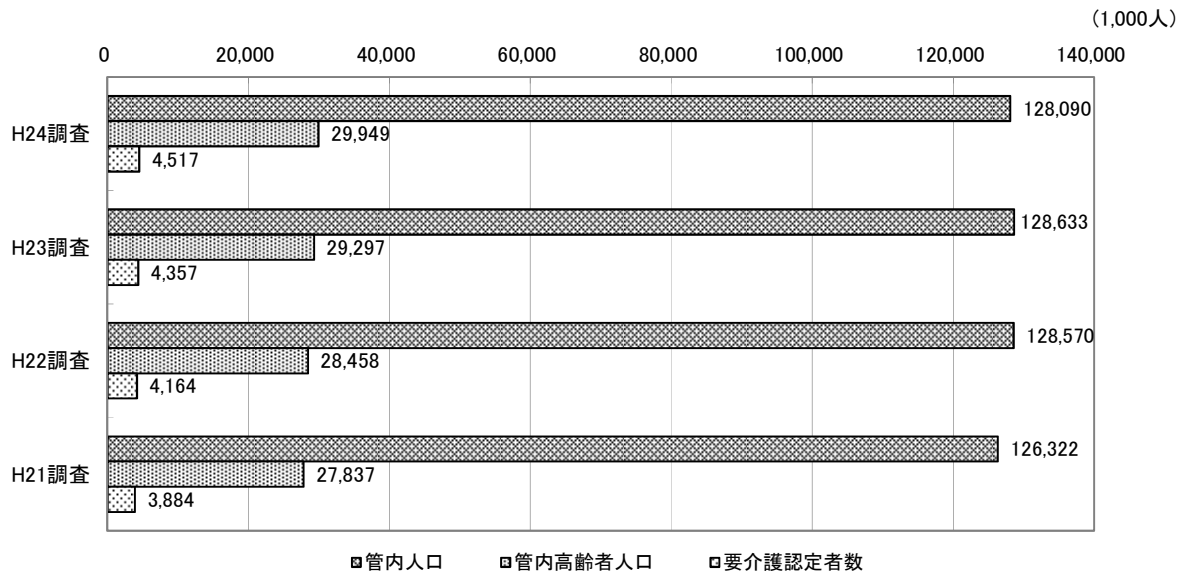
2. 市区町村票

(1) 市区町村の概要

1) 基本情報

基本情報は、「管内人口」は 128,089,957 人、「管内高齢者人口」は 29,948,960 人、「要介護認定者数」は 4,517,375 人であった。

図表 4 基本情報



(人)

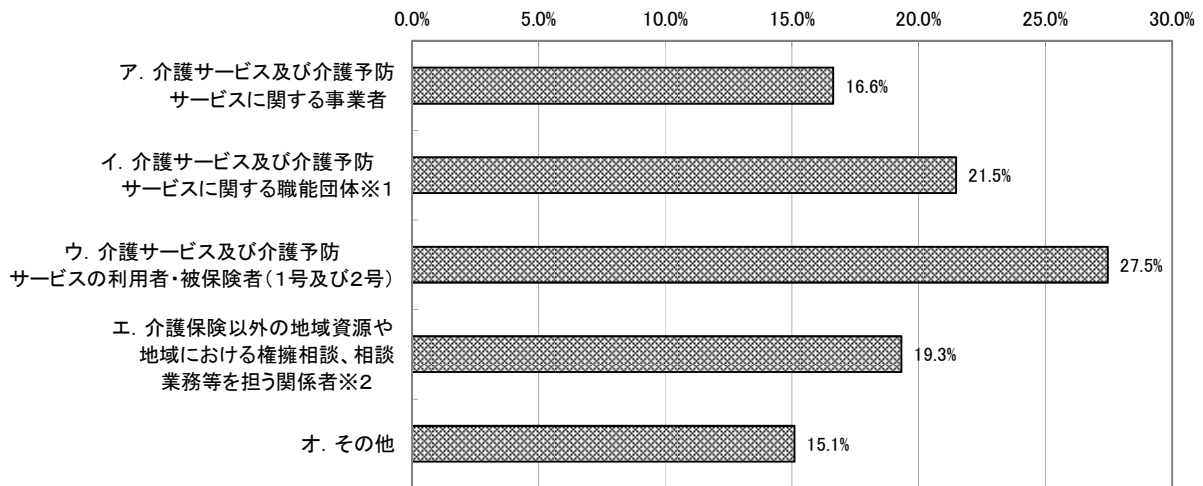
| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 管内人口 | 128,089,957 | 128,633,258 | 128,569,803 | 126,321,647 | 128,006,671 |
| 管内高齢者人口 | 29,948,960 | 29,296,997 | 28,457,756 | 27,837,166 | 27,450,694 |
| 要介護認定者数 | 4,517,375 | 4,357,095 | 4,164,306 | 3,884,296 | 3,721,884 |

(2) 運営協議会

1) 構成員数

構成員数は、「介護サービス及び介護予防サービスの利用者・被保険者 (27.5%)」が最も多く、次いで、「介護サービス及び介護予防サービスに関する職能団体 (21.5%)」、「介護保険以外の地域資源や地域における権擁相談、相談業務等を担う関係者 (19.3%)」、「介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者 (16.6%)」の順であった。

図表 5 構成員数



| | H24調査 (平成24年4月末) | | H23調査 (平成23年4月末) | | H22調査 (平成22年4月末) | | H21調査 (平成21年4月末) | |
|--|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|
| | 構成員数 | 割合 | 構成員数 | 割合 | 構成員数 | 割合 | 構成員数 | 割合 |
| ア 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者 | 3,527人 | 16.6% | 3,562人 | 17.8% | 3,671人 | 18.3% | 3,693人 | 18.1% |
| イ 介護サービス及び介護予防サービスに関する職能団体※1 | 4,556人 | 21.5% | 4,536人 | 22.7% | 4,569人 | 22.7% | 4,682人 | 23.0% |
| ウ 介護サービス及び介護予防サービスの利用者・被保険者(1号及び2号) | 5,826人 | 27.5% | 4,234人 | 21.2% | 4,176人 | 20.8% | 4,379人 | 21.5% |
| エ 介護保険以外の地域資源や地域における権擁相談、相談業務等を担う関係者※2 | 4,098人 | 19.3% | 4,279人 | 21.4% | 4,320人 | 21.5% | 4,254人 | 20.9% |
| オ その他 | 3,202人 | 15.1% | 3,348人 | 16.8% | 3,363人 | 16.7% | 3,375人 | 16.6% |
| 合計 | 21,209人 | 100.0% | 19,959人 | 100.0% | 20,099人 | 100.0% | 20,383人 | 100.0% |

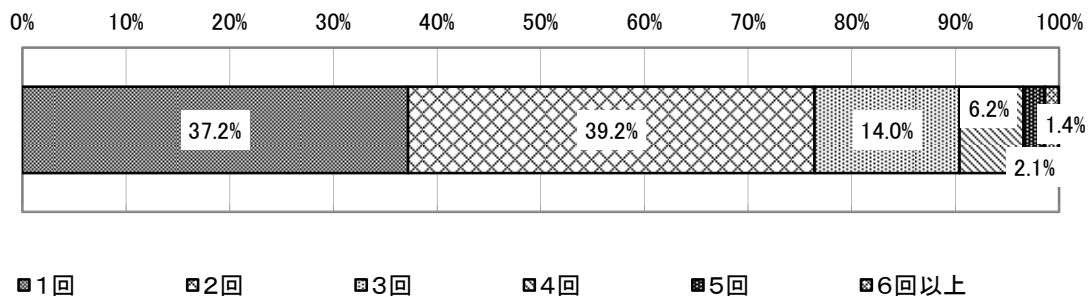
※1 医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等

※2 民生委員等

2) 年間開催数

年間開催数は、「2回 (39.2%)」が最も多く、次いで、「1回 (37.2%)」、「3回(14.0%)」、「4回(6.2%)」の順であった。

図表 6 年間開催数



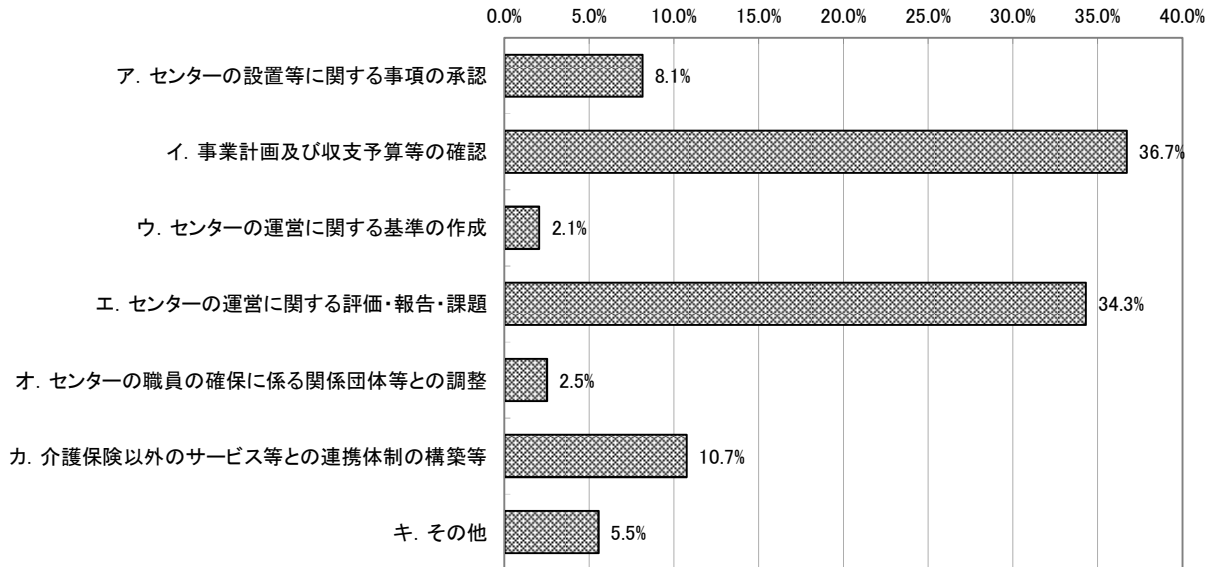
(保険者数)

| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | H 2 0 調査 (平成20年4月末) | H 1 9 調査 (平成19年4月末) | H 1 8 調査 (平成18年4月末) |
|------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1回 | 578 | 515 | 561 | 486 | 366 | 299 | 565 |
| 2回 | 609 | 533 | 629 | 678 | 660 | 698 | 554 |
| 3回 | 217 | 235 | 201 | 251 | 301 | 381 | 240 |
| 4回 | 96 | 141 | 104 | 120 | 180 | 188 | 115 |
| 5回 | 32 | 62 | 17 | 20 | 58 | 31 | 28 |
| 6回以上 | 21 | 66 | 28 | 31 | 80 | 42 | 27 |

3) 平成 23 年度開催の運営協議会において審査時間が多かったもの(複数回答可)

平成 23 年度開催の運営協議会において審査時間が多かったものは、「事業計画及び収支予算書等の確認 (36.7%)」が最も多く、次いで、「センターの運営に関する評価・報告・課題 (34.3%)」、「介護保険以外のサービス等との連携体制の構築等 (10.7%)」、「センターの設置等に関する事項の承認 (8.1%)」の順であった。

図表 7 平成 23 年度開催の運営協議会において審査時間が多かったもの(複数回答可)



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|--------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 |
| ア センターの設置等に関する事項の承認 | 257件 | 8.1% | 202件 | 6.4% | 290件 | 7.8% | 316件 | 9.4% |
| イ 事業計画及び収支予算等の確認 | 1,159件 | 36.7% | 1,114件 | 35.3% | 1,250件 | 33.5% | 1,196件 | 35.5% |
| ウ センターの運営に関する基準の作成 | 65件 | 2.1% | 55件 | 1.7% | 93件 | 2.5% | 101件 | 3.0% |
| エ センターの運営に関する評価・報告・課題 | 1,083件 | 34.3% | 1,105件 | 35.0% | 1,059件 | 28.4% | 911件 | 27.0% |
| オ センターの職員の確保に係る関係団体等との調整 | 79件 | 2.5% | 74件 | 2.3% | 132件 | 3.5% | 117件 | 3.5% |
| カ 介護保険以外のサービス等との連携体制の構築等 | 339件 | 10.7% | 395件 | 12.5% | 591件 | 15.8% | 439件 | 13.0% |
| キ その他 | 175件 | 5.5% | 213件 | 6.7% | 315件 | 8.4% | 291件 | 8.6% |
| 合計 | 3,157件 | 100.0% | 3,158件 | 100.0% | 3,730件 | 100.0% | 3,371件 | 100.0% |

① その他の内容（自由記述）

| 分類 | 内容 |
|-----------------|---|
| 地域包括支援センターの運営関連 | 施設整備 サービス内容 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括センターの増設 ・ 地域包括支援センター移転について ・ ニーズに応じたサービスが提供できるための各サービス事業所の体制整備について意見交換及び指導要請等 ・ 6箇所の各包括支援センターを包括的支援部門（主任ケアマネ・社会福祉士・保健師を1名ずつ配置）、介護予防ケアプラン作成部門（ケアマネジャーを配置）に分け、業務を明確にした など |
| | 活動報告課題 <ul style="list-style-type: none"> ・ 東日本大震災時の対応状況、被災者支援の状況報告 ・ 地域包括支援センター活動状況報告 ・ 今年度事業計画書に計画されている実施事業の内容等の確認 ・ センター委託に関する事項 ・ 包括を直営から委託化することに関しての議案 ・ 相談、苦情対応事例の報告 など |
| | 事業報告・収支 決算報告・予算 <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実績報告書及び収支決算書の確認 ・ 指定介護予防支援事業所、介護予防事業（二次予防高齢者）把握事業の実績報告 など |
| | 職員の雇用・賃 金・配置・教育 <ul style="list-style-type: none"> ・ 会長及び副会長の選出 ・ 第三次一括法案に含まれる地域包括支援センター人員数に関する条例制定について ・ 地域包括支援センター職員の質や離職率の問題等 ・ 職員の資質向上のための研修について など |
| | 広報・PR <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの愛称選定について ・ 地域包括支援センターの通称名の検討 など |
| 介護予防事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターにおける介護予防支援業務の公正・中立性について ・ 介護予防支援の委託に関する事 ・ 指定介護予防支援事業所指定変更について ・ 介護予防サービス利用計画作成数の増加の問題 ・ 介護予防事業内容や周知啓発の仕方など ・ 介護予防事業の実績に関する事項 など |
| 地域密着型サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型サービス事業所の指導監査状況及び指定更新に関する事 |

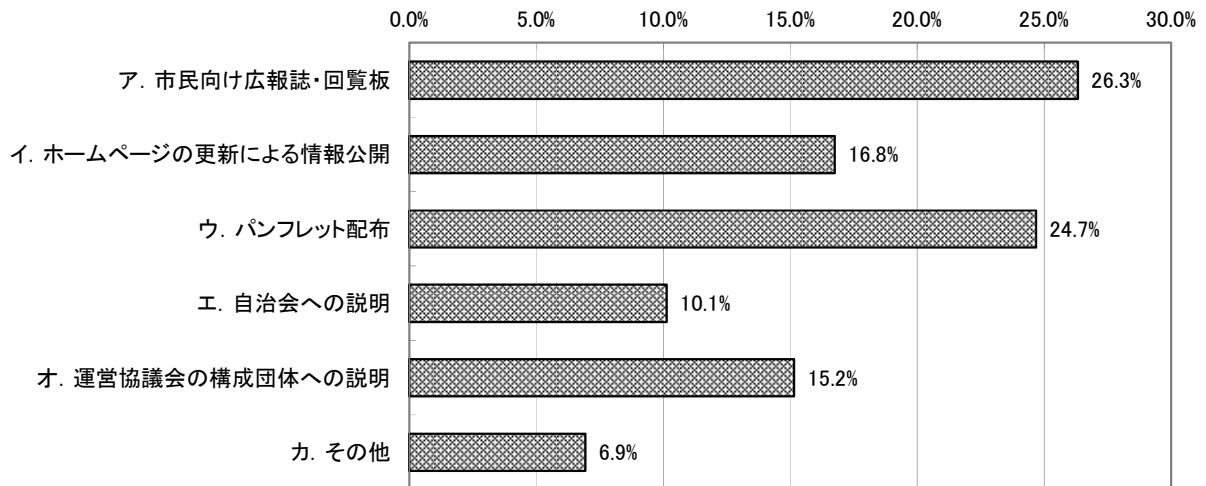
| 分類 | 内容 |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型サービス事業者の指定等および利用状況について ・ 地域密着型サービスの運営に関する事項 など |
| 介護保険・介護認定 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画に関すること（進捗状況及び評価、次期計画への提言・審議） ・ 介護保険料の改定について説明を行った ・ 改正介護保険法の概略 ・ 介護保険利用者の推移、介護給付費の推移等について ・ 介護保険の現状・認定者数・給付実績・課題などについて など |
| 高齢者虐待問題 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待等の相談及び対応 ・ 虐待事例、困難事例への対応に関する評価 ・ 高齢者虐待対応マニュアルの作成について など |
| 福祉施策全般、地域支援事業など（成年後見制度、見守り、認知症高齢者について） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者福祉について ・ 福祉施策全般に関する協議や防災対策など ・ 在宅サービスについて、成年後見人について ・ 地域による住民同士の連携体制の構築等に向けた1つの方法として、介護支援ボランティア・ポイント制度の実施について協議 ・ 高齢者の地域見守り訪問事業実施後の変化（報告、評価等） ・ 徘徊高齢者SOSネットワーク事業について ・ 認知症高齢者等地域見守りネットワーク事業に関すること ・ ボランティア、民生委員、老人クラブの活動について など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 構成市町間の任意事業の実施状況の違い ・ 地域包括支援センター職員との意見交換 ・ 日常生活圏域ニーズ調査の結果について検討 ・ 東日本大震災における包括支援センターの被災状況について ・ 地域包括支援センターの担当区域の見直し など |

(3) 住民に対する広報活動の状況

1) 広報方法(複数回答可)

広報方法は、「市民向け広報誌・回覧板 (26.3%)」が最も多く、次いで、「パンフレット配布 (24.7%)」、「ホームページの更新による情報公開 (16.8%)」、「運営協議会の構成団体への説明 (15.2%)」、「自治会への説明 (10.1%)」の順であった。

図表 8 広報方法 (複数回答可)



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 | 件数 | 割合 |
| ア 市民向け広報誌・回覧板 | 1,185件 | 26.3% | 1,131件 | 25.3% | 1,152件 | 25.5% | 1,114件 | 26.3% |
| イ ホームページの更新による情報公開 | 754件 | 16.8% | 720件 | 16.1% | 686件 | 15.2% | 621件 | 14.7% |
| ウ パンフレット配布 | 1,111件 | 24.7% | 1,102件 | 24.7% | 1,139件 | 25.2% | 1,015件 | 24.0% |
| エ 自治会への説明 | 456件 | 10.1% | 467件 | 10.5% | 433件 | 9.6% | 413件 | 9.8% |
| オ 運営協議会の構成団体への説明 | 682件 | 15.2% | 676件 | 15.1% | 698件 | 15.5% | 607件 | 14.3% |
| カ その他 | 312件 | 6.9% | 371件 | 8.3% | 403件 | 8.9% | 462件 | 10.9% |
| 合計 | 4,500件 | 100.0% | 4,467件 | 100.0% | 4,511件 | 100.0% | 4,232件 | 100.0% |

(4) ブランチおよびサブセンターの設置数

ブランチを設置している保険者は、「392 保険者」、サブセンターを設置している保険者は、「100 保険者」であった。

ブランチ設置数は、「2,391 箇所」、サブセンター設置数は「353 箇所」であった。

図表 9 ブランチおよびサブセンターの設置数

| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ブランチを設置している保険者数 | 392保険者 | 414保険者 | 418保険者 | 436保険者 | 466保険者 |
| サブセンターを設置している保険者数 | 100保険者 | 100保険者 | 102保険者 | 104保険者 | 106保険者 |
| ブランチ設置数 | 2,391 | 2,579 | 2,445 | 2,547 | 2,663 |
| サブセンター設置数 | 353 | 370 | 381 | 400 | 401 |

※ブランチ

住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための窓口のこと。

※サブセンター

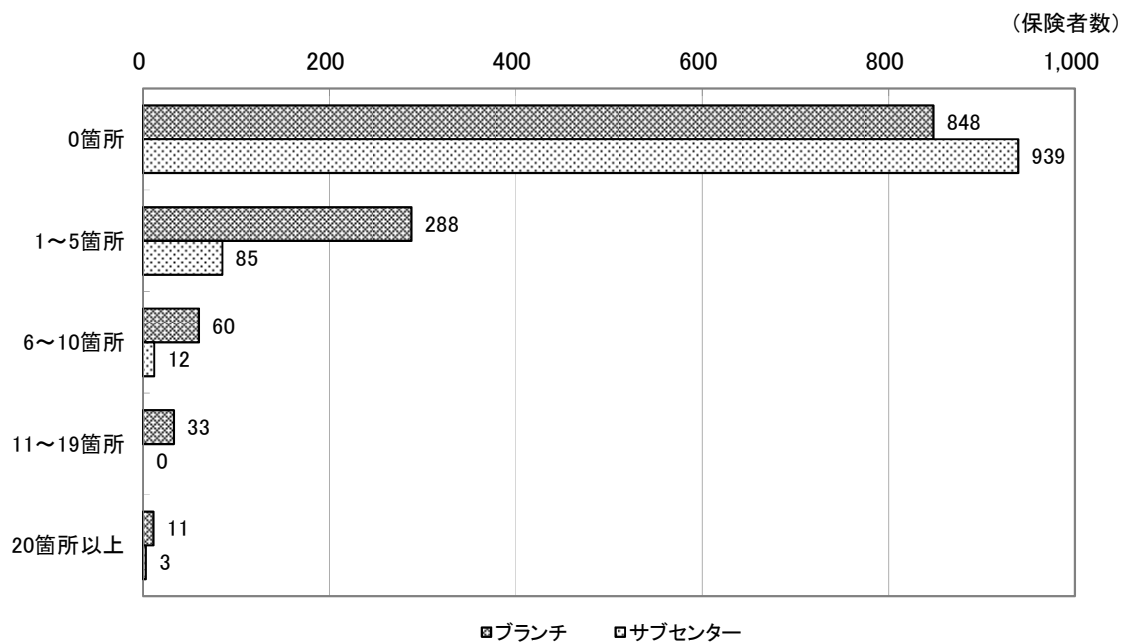
包括的支援事業の総合相談支援業務等を行う十分な実績のある在宅介護支援センター等のこと。

1) ブランチおよびサブセンターの設置数の内訳

ブランチ設置数の内訳は、「0箇所（848 保険者）」が最も多く、次いで、「1～5箇所（288 保険者）」、「6～10箇所（60 保険者）」、「11～19箇所（33 保険者）」、「20箇所以上（11 保険者）」の順であった。

サブセンター設置数の内訳は、「0箇所（939 保険者）」が最も多く、次いで、「1～5箇所（85 保険者）」、「6～10箇所（12 保険者）」、「20箇所以上（3 保険者）」の順であった。

図表 10 ブランチおよびサブセンターの設置数の内訳



(保険者数)

| | H24調査 | | H23調査 | |
|---------|-------|--------|-------|--------|
| | ブランチ | サブセンター | ブランチ | サブセンター |
| 0箇所 | 848 | 939 | 827 | 939 |
| 1～5箇所 | 288 | 85 | 297 | 85 |
| 6～10箇所 | 60 | 12 | 68 | 12 |
| 11～19箇所 | 33 | 0 | 37 | 0 |
| 20箇所以上 | 11 | 3 | 12 | 3 |

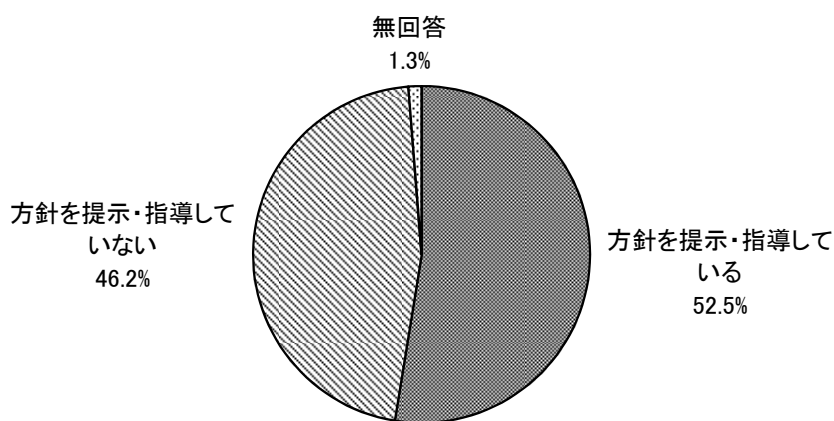
※0箇所には「無回答」は含まない

(5) 地域包括支援センターとの関係

1) 地域包括支援センターの運営について方針の提示・指導

地域包括支援センターの運営について方針の提示・指導は、「方針を提示・指導している (52.5%)」、「方針を提示・指導していない (46.2%)」であった。

図表 11 地域包括支援センターの運営について方針の提示・指導



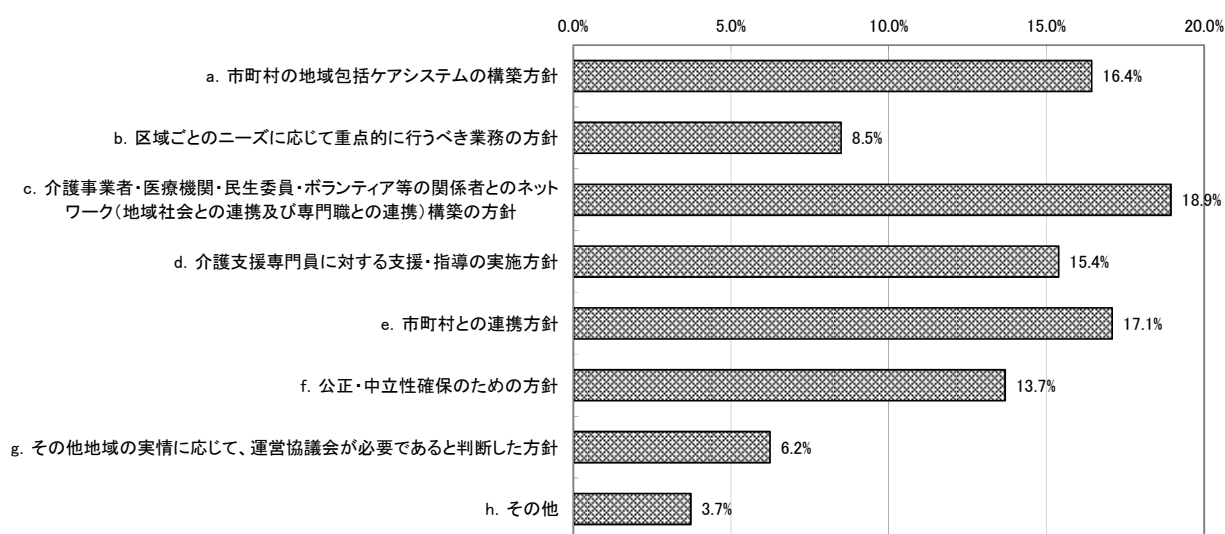
■方針を提示・指導している □方針を提示・指導していない □無回答

| | H24調査 | | H23調査 | |
|-----------------|-------|--------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| ア 方針を提示・指導している | 830 | 52.5% | 600 | 37.9% |
| イ 方針を提示・指導していない | 730 | 46.2% | 933 | 58.9% |
| ウ 不明・無回答 | 20 | 1.3% | 52 | 3.3% |
| 合計 | 1,580 | 100.0% | 1,585 | 100.0% |

① 『方針を提示・指導している』場合の内容

『方針を提示・指導している』場合の内容は、「c. 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築の方針（18.9%）」が最も多く、次いで、「市町村との連携方針（17.1%）」、「市町村の地域包括ケアシステムの構築方針（16.4%）」、「介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針（15.4%）」、「公正・中立性確保のための方針（13.7%）」、「区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針（8.5%）」、「その他地域の実情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針（6.2%）」であった。

図表 12 『方針を提示・指導している』場合の内容



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|---|------------------------|--------|
| | 件数 | 割合 |
| a 市町村の地域包括ケアシステムの構築方針 | 503件 | 16.4% |
| b 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針 | 260件 | 8.5% |
| c 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築の方針 | 580件 | 18.9% |
| d 介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針 | 471件 | 15.4% |
| e 市町村との連携方針 | 523件 | 17.1% |
| f 公正・中立性確保のための方針 | 419件 | 13.7% |
| g その他地域の実情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針 | 191件 | 6.2% |
| h その他 | 114件 | 3.7% |
| 合計 | 3,061件 | 100.0% |

② その他の内容（自由記述）

| | 分類 | 内容 |
|---------|---------------------------------|--|
| 提示・指導方法 | 運営規定・方針、実施要綱等を定めて明示・提示している | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケアシステム構築についての基本理念と目標を示している ・ 包括支援センターの基本方針を策定、センターのあるべき姿に関する方針を提示 ・ 包括の事業内容、利用対象者、担当地区等を提示している ・ 県の作成した運営指針（運営における基本視点、運営体制及び総合相談支援業務体制）を提示している ・ 地域包括支援センター業務要綱を制定している ・ 年度ごとに、市の地域包括支援センターの活動方針を提示している など |
| | 委託時の仕様書、打ち合わせ等で指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託契約の仕様書に基づき、業務内容が適正かつ的確に行われているか指導・助言を行った ・ 月例の事業実施報告書及び打ち合わせ会により毎月意見交換・内容等の確認を行っている ・ 業務委託契約を締結するに当たっては、年度ごとに重点事項を提示し、計画的に業務を推進するよう、指導している ・ 委託契約の中で、事業目的、事業内容、公正・中立性の高い事業運営を、地域包括支援センター業務マニュアルに基づき、提示・指導しているが、今年度から、新たに方針を策定予定 など |
| | 直営のため普段の業務の中で指導、常に情報交換 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 直営のため必要な時に打ち合わせを実施 ・ 直営のため町の方針に沿って、事務処理を行っている。 ・ 必要な都度随時、福祉課長や介護保険担当と包括センターで協議し、方針決定や指導をしている ・ 直営センターにつき、総合福祉計画にセンター方針などを示している ・ 直営なので、部課として、目標値等をブレイクダウンし担当ごとの目標を指導し面接を行っている ・ 直営の地域包括支援センターであることから、日頃から行政との連携や、情報交換（情報共有）を行いながら、運営方針の検討、決定を行っている など |
| | 連絡会議、運営会議、担当者部会、協議等で情報・課題の共有や指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 各センターとの合同会議等で、その年度の新規事業や重点を置いて進めるべき事業等について提示している ・ 毎月1回定例会議を開催し、随時方針や指導をしている ・ 年6回、地域包括支援センター担当者連絡会議を設け、市内6地域包括支援センターの代表者へ取り組む事業や包括の業務・姿勢などについて、方針の提示、指導、連絡、情報交換などを行っている |

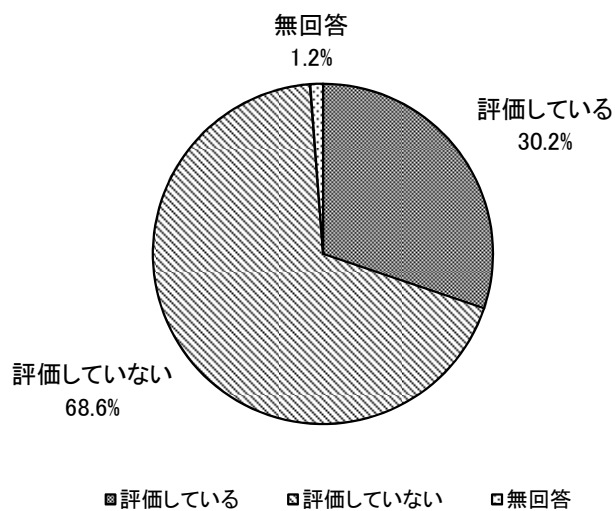
| 分類 | | 内容 |
|-------------|-----------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 週1回定期的に包括支援センターとの連絡会を開催。市の方針や事業等について検討及び支援、指導している など |
| | 事業計画・目標の策定、事業計画・重点事業の提示・審議・指導を行なう | <ul style="list-style-type: none"> 直営一箇所のため提示・指導という体制ではないが、事業計画を作成し、実績の評価、活動目標等設定している 年度内の目標（全体目標と重点目標）、活動の具体的内容（実施回数等） 事業計画を提示し、各地域包括支援センターから独自事業について提供を受け指導している。 業務実績及び業務状況の評価を行い、次年度に取り組むべき課題を提示・指導している。 今年度の主な取り組みとして、重点事項を挙げている など |
| 提示・指導の具体的内容 | 介護予防事業について | <ul style="list-style-type: none"> 介護予防事業の実施方針 包括的支援事業、介護予防支援事業、介護予防事業の実施目標、実施方法、評価等について提示・指導している 介護予防事業については、事業参加者が介護保険に移行しないことを常に目標としている 二次予防事業対象者への介護予防普及啓発 3職種が包括的支援業務に専念できる環境を確保するために、介護予防支援業務に関わる受持ち件数を3職種で12件以内を目途として仕様書に規定している など |
| | 認知症高齢者、虐待、権利擁護、見守り等について | <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の見守りネットワークの構築 認知症地域ネットワーク・連携に対する方針 認知症・うつ高齢者対策の推進、高齢者の権利擁護、虐待防止の促進について 独居高齢者の実態把握の実施、高齢者虐待対応 など |
| | 包括的・継続的ケアマネジメントについて | <ul style="list-style-type: none"> 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関する各重点事項について運営方針に盛り込んでいる など |
| | 地域の実態把握、地域支援事業、地域ネットワークの構築について | <ul style="list-style-type: none"> 地域診断を行い、その課題に対して計画を作成し、実施している。 圏域の実態把握を進める 地域におけるネットワーク構築を進める 地域づくりの充実①医療、介護等の関連機関とのネットワークの構築②民生委員、町会・自治会、老人クラブ、自主運営組織等との連携③地域における介護予防の推進 |

| 分類 | 内容 |
|--------------------------------|--|
| | など |
| 相談事業の推進について | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の相談には懇切丁寧に、ワンストップで対応する ・ センターの業務については住民の利用需要の高い時間に対応できる運営体制ととるものとし、相談窓口としての業務については、24時間対応できるように必要な措置を講じなければならないこととしている など |
| 社会資源の活用について | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域資源の創出をめざす ・ 地域の保健・医療・福祉サービスや地域の支え合い、ボランティアなど多様な社会資源を有機的に結び付け総合的な支援体制づくり など |
| 地域包括支援センターの運営について（業務全般、運営体制など） | <ul style="list-style-type: none"> ・ センターの設置・変更等、担当する圏域設定、センター職員の確保・調整・育成 ・ 毎月、実績報告を元に包括職員と面接。事業内容や困難ケースの把握をしている。 ・ 地域包括支援センターシステムの活用、文書の保存・管理、実地指導 ・ センターの設置箇所数を含め、職員の増員も考えながら機能強化に努めていく ・ 地域包括支援センターの周知・体制強化・個人情報の保護 ・ センター職種間の連携と資質の向上 など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報の取扱い（保管及び取扱い） ・ 職員は、個人情報の取扱いについては、関係法令等を遵守して厳正に取り扱うこととし、正当な理由なく、その業務に関して知り得た秘密を他に漏らしてはならない など |

2) 地域包括支援センターに対する評価の実施

地域包括支援センターに対する評価の実施は、「評価していない (68.6%)」、「評価している (30.2%)」であった。

図表 13 地域包括支援センターに対する評価の実施



| | H24調査 | | H23調査 | |
|-----------|-------|--------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| ア 評価している | 477 | 30.2% | 424 | 26.8% |
| イ 評価していない | 1,084 | 68.6% | 1,117 | 70.5% |
| ウ 不明・無回答 | 19 | 1.2% | 44 | 2.8% |
| 合計 | 1,580 | 100.0% | 1,585 | 100.0% |

① 『評価をしている』場合、評価の方法や指標等（自由記述）

| 分類 | 評価の方法や指標 |
|---|---|
| 事業計画・目標、昨年度実績との比較により評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業計画の計画数値に対する達成率により評価されている。 ・ 地域包括支援センター活動計画に基づき、計画が実行できたのか年度末に報告書を基に相談件数や内容などを含む達成状況を確認し、達成できなかった場合は課題を抽出し、次年度の活動計画に活かしている ・ 年度ごとに各包括の年度計画に対する達成度を「地域包括支援センター業務評価表」「介護予防支援自主点検表」を使い評価指導している ・ 実施された内容を、前年度の実施状況と比較すると同時に、年度当初に立てられた計画とも比較し、どのように活動状況が変化しているか、充実しているか等評価している <p>など</p> |
| 事業内容、事業報告書、収支決算書、予算による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの活動全体が適正に行われていることを、事業報告書、収支決算書 事業計画書及び収支予算書より事業全般について把握 ・ 毎月提出される活動実績報告書及び事業実績報告書を検証し活動内容等の評価を実施している ・ 予算執行状況は年度終了後に帳簿等の確認を実施し評価 ・ 地域包括支援センター運営協議会において事業計画・事業報告並びに決算等の評価をしてもらう <p>など</p> |
| 運営協議会、ヒアリング、実地調査等により検討、評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営協議会において、事務事業等を報告したうえで、課題、検討、評価を得ている ・ 各地域包括支援センターに自己評価をさせた後、担当部局が現地訪問等しながら再評価している ・ 人員に関する基準、運営に関する基準、介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について、実地調査を行った ・ 地域包括支援センターへの定期的な巡回におけるヒアリングや実績報告などを通して、評価を実施している <p>など</p> |
| アウトプット・アウトカム・プロセス指標（相談件数や人数など数値による評価含む） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防事業については、一次予防事業・二次予防事業についてプロセス評価やアウトプット評価を行っている ・ 活動実績（相談件数等）のアウトプット、アウトカム評価 ・ 活動実績として一年間の相談件数や事業実施回数をまとめている ・ 実施事業について、内容・地域ニーズとの合致・参加人数・相談件数の検証などにより評価 ・ 毎月の会議で実績報告を提出し、状況を確認している（給付管理件数、ケアプラン件数、相談件数、権利擁護対応件数等） <p>など</p> |

| 分類 | 評価の方法や指標 |
|---------|--|
| 自己評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ センターが事前に記載する自己評価票や事業計画書をもとに、各センターの総合的な評価を行い、事業評価総括票を作成し、今後のセンターの事業展開に役立ててもらおう ・ 年1回、包括支援センターに望ましい機能や事業展開等を指標に自己評価を行い、提出された自己評価を基に事業所に出向き、事業所内の確認と各職員と面接している ・ 各包括支援センターごとに活動目標、事業計画を作成し、自己評価を行い、地域包括支援センター運営協議会で報告している ・ 評価の基準を3段階に設けて、自己評価を提出してもらい、まとめをフィードバックしている <p>など</p> |
| 行政評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター評価事業において、年度毎の重点項目を各センターごとにあげ、自己評価と行政による評価を行い、地域包括支援センター運営協議会で評価結果を報告し、検討 ・ 行政側の事務事業評価シートに加え、運営指針に基づく評価をセンターでも実施 ・ 行政評価（事務事業評価）の中で、包括的支援事業について事後評価している <p>など</p> |
| 外部評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の評価（声） ・ 事務事業評価、地域包括支援センター運営協議会等で外部からの評価をいただいている <p>など</p> |
| 独自の評価指標 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 独自の評価表をもとに、自己評価をし、その後行政評価をおこなう ・ 本市独自の評価表を作成し、その評価表をもとに半期ごとに各センターにおいて評価を行う ・ 独自様式の事業状況報告書により、包括支援センターの活動実績を月毎に集計し、高齢者人口や事業費・職員数を考慮し、年次推移で評価している ・ 必要性、妥当性、効率性、緊急性、成果等項目別に評価し、今後の課題を検討する <p>など</p> |
| 直営 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 町直営のため事務処理等行う際に随時、調査・評価を行っている ・ 町直営のため常時連携をとり評価している ・ 直営のため、監査等あります ・ 町の直営であり、予算決算等について、町議会の承認を受けている <p>など</p> |

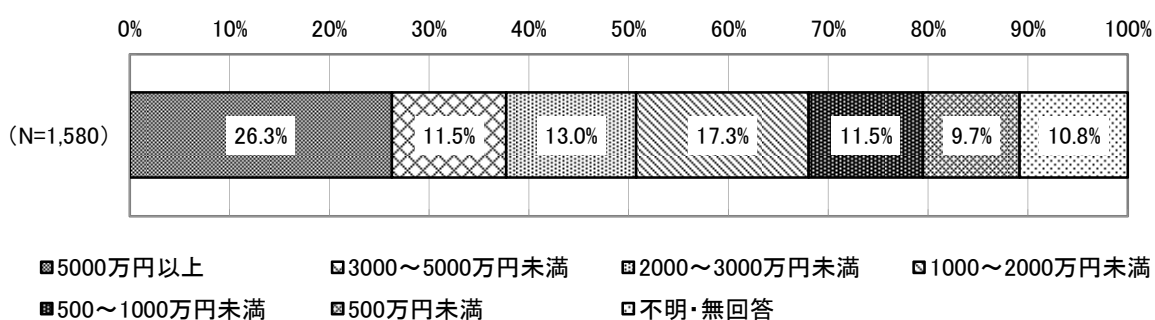
| 分類 | 評価の方法や指標 |
|-----|--|
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地区計画により評価している ・ 年度末に、概要（大雑把）評価 ・ 高齢者の総合相談窓口として、住民に初めに対応する重要な役割として評価をしている <p>など</p> |

3) 平成 24 年度当初交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額

① 平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額

平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額は、「5000 万円以上 (26.3%)」が最も多く、次いで「1000～2000 万円未満 (17.3%)」、「2000～3000 万円未満 (13.0%)」、「500～1000 万円未満 (11.5%)」、「3000～5000 万円未満 (11.5%)」、「500 万円未満 (9.7%)」であった。

図表 14 平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額

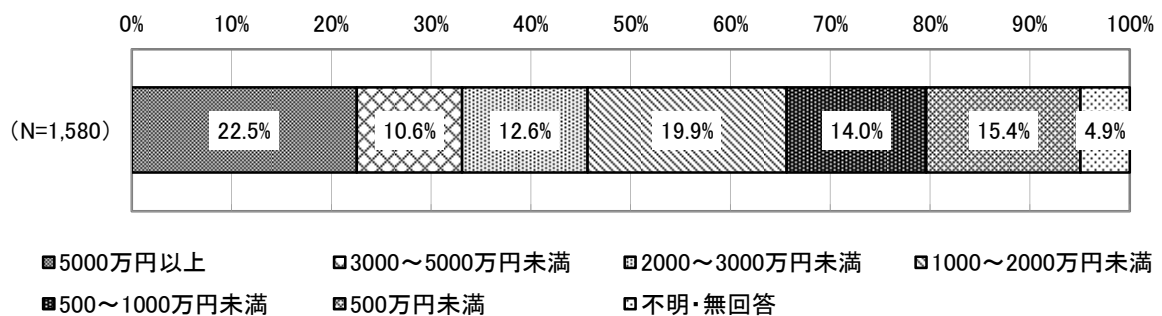


| 金額 (千円) | H24調査 | |
|---------------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 |
| 5000万円以上 | 415 | 26.3% |
| 3000～5000万円未満 | 181 | 11.5% |
| 2000～3000万円未満 | 206 | 13.0% |
| 1000～2000万円未満 | 273 | 17.3% |
| 500～1000万円未満 | 181 | 11.5% |
| 500万円未満 | 153 | 9.7% |
| 不明・無回答 | 171 | 10.8% |
| 計 | 1,580 | 100.0% |

② 平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額のうち、人件費相当額合計

平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額のうち、人件費相当額合計は、「5000 万円以上 (22.5%)」が最も多く、次いで「1000～2000 万円未満 (19.9%)」、「500 万円未満 (15.4%)」、「500～1000 万円未満 (14.0%)」、「2000～3000 万円未満 (12.6%)」、「3000～5000 万円未満 (10.6%)」であった。

図表 15 平成 24 年度交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額のうち、人件費相当額合計



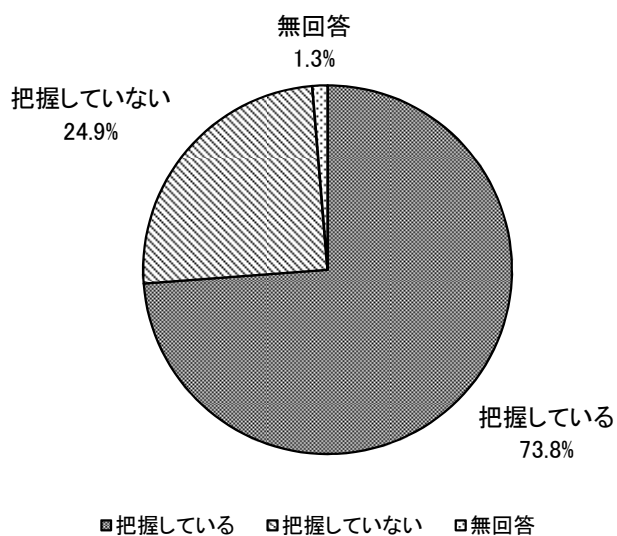
| 金額 (千円) | H24調査 | |
|---------------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 |
| 5000万円以上 | 356 | 22.5% |
| 3000～5000万円未満 | 167 | 10.6% |
| 2000～3000万円未満 | 199 | 12.6% |
| 1000～2000万円未満 | 315 | 19.9% |
| 500～1000万円未満 | 221 | 14.0% |
| 500万円未満 | 244 | 15.4% |
| 不明・無回答 | 78 | 4.9% |
| 計 | 1,580 | 100.0% |

(6) 独居高齢者等の見守り体制

1) 緊急連絡先の把握

緊急連絡先の把握は、「把握している (73.8%)」、「把握していない (24.9%)」であった。

図表 16 緊急連絡先の把握

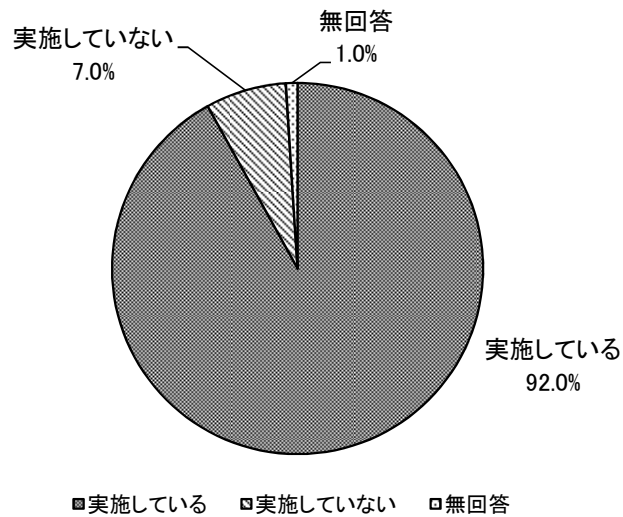


| | H24調査 | |
|-----------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 |
| ア 把握している | 1,166 | 73.8% |
| イ 把握していない | 393 | 24.9% |
| ウ 不明・無回答 | 21 | 1.3% |
| 合計 | 1,580 | 100.0% |

2) 見守りの実施

見守りの実施は、「実施している (92.0%)」、「実施していない (7.0%)」であった。

図表 17 見守りの実施

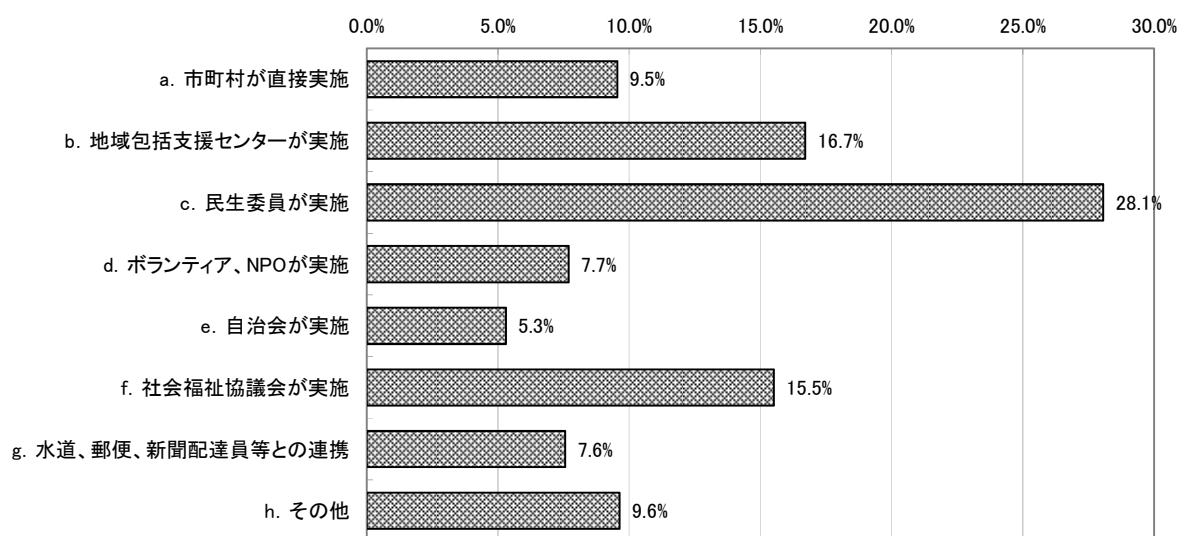


| | H24調査 | |
|-----------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 |
| ア 実施している | 1,453 | 92.0% |
| イ 実施していない | 111 | 7.0% |
| ウ 不明・無回答 | 16 | 1.0% |
| 合計 | 1,580 | 100.0% |

① 『実施している』場合、定期的な見守りの実施体制（複数回答可）

見守りを実施している場合、定期的な見守りの実施体制は、「民生委員が実施（28.1%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センターが実施（16.7%）」、「社会福祉協議会が実施（15.5%）」、「その他（9.6%）」、「市町村が直接実施（9.5%）」、「ボランティア、NPO が実施（7.7%）」、「水道、郵便、新聞配達員等との連携（7.6%）」、「自治会が実施（5.3%）」の順であった。

図表 18 定期的な見守りの実施体制（複数回答可）

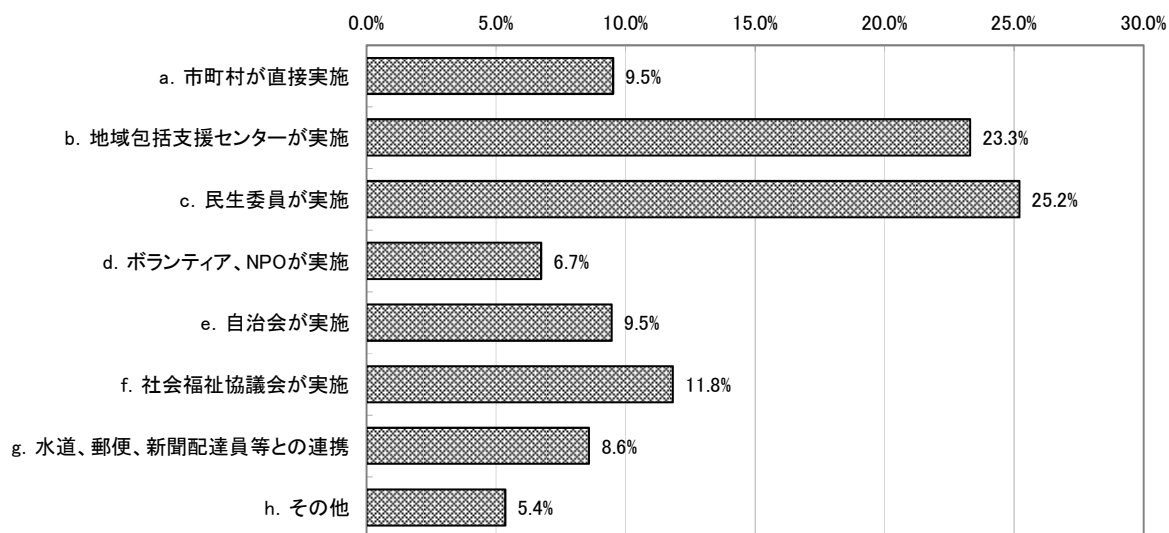


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|--------------------|------------------------|--------|
| | 件数 | 割合 |
| a 市町村が直接実施 | 216件 | 9.5% |
| b 地域包括支援センターが実施 | 378件 | 16.7% |
| c 民生委員が実施 | 635件 | 28.1% |
| d ボランティア、NPOが実施 | 174件 | 7.7% |
| e 自治会が実施 | 120件 | 5.3% |
| f 社会福祉協議会が実施 | 351件 | 15.5% |
| g 水道、郵便、新聞配達員等との連携 | 171件 | 7.6% |
| h その他 | 218件 | 9.6% |
| 合計 | 2,263件 | 100.0% |

② 『実施している』場合、定期的ではない見守りの実施体制（複数回答可）

見守りを実施している場合、定期的ではない見守りの実施体制は、「民生委員が実施（25.2%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センターが実施（23.3%）」、「社会福祉協議会が実施（11.8%）」、「市町村が直接実施（9.5%）」・「自治会が実施（9.5%）」、「水道、郵便、新聞配達員等との連携（8.6%）」、「ボランティア、NPOが実施（6.7%）」の順であった。

図表 19 定期的ではない見守りの実施体制（複数回答可）

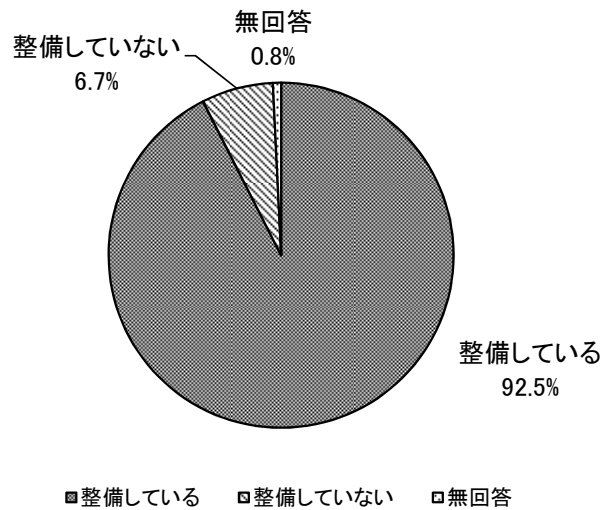


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|--------------------|------------------------|--------|
| | 件数 | 割合 |
| a 市町村が直接実施 | 350件 | 9.5% |
| b 地域包括支援センターが実施 | 857件 | 23.3% |
| c 民生委員が実施 | 927件 | 25.2% |
| d ボランティア、NPOが実施 | 248件 | 6.7% |
| e 自治会が実施 | 348件 | 9.5% |
| f 社会福祉協議会が実施 | 435件 | 11.8% |
| g 水道、郵便、新聞配達員等との連携 | 316件 | 8.6% |
| h その他 | 197件 | 5.4% |
| 合計 | 3,678件 | 100.0% |

3) 緊急通報システム等の整備

緊急通報システム等の整備は、「整備している (92.5%)」、「整備していない (6.7%)」であった。

図表 20 緊急通報システム等の整備



| | H24調査 | |
|-----------|-------|--------|
| | 箇所 | 割合 |
| ア 整備している | 1,462 | 92.5% |
| イ 整備していない | 106 | 6.7% |
| ウ 不明・無回答 | 12 | 0.8% |
| 合計 | 1,580 | 100.0% |

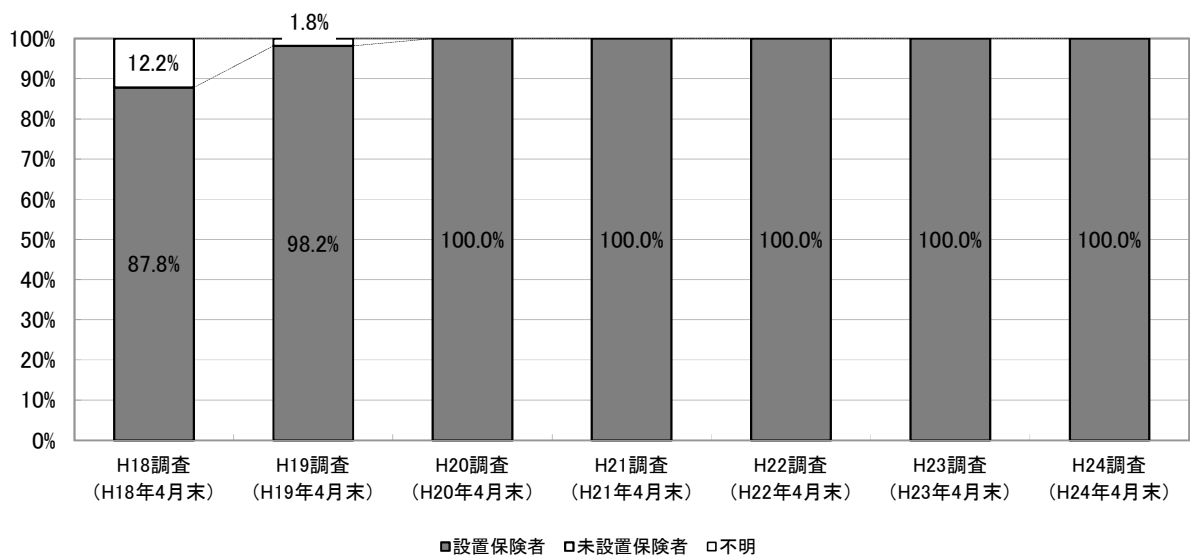
3. 地域包括支援センター用調査票

(1) 地域包括支援センターの概要

1) 設置保険者割合の推移

平成 24 年度の調査と平成 23 年度の調査を比較すると、平成 24 年度が平成 23 年度に比べ、センター設置数が 104 箇所増加で 4,328 箇所、設置保険者数は 5 保険者減少で 1,580 保険者であった。

図表 21 設置保険者割合の推移

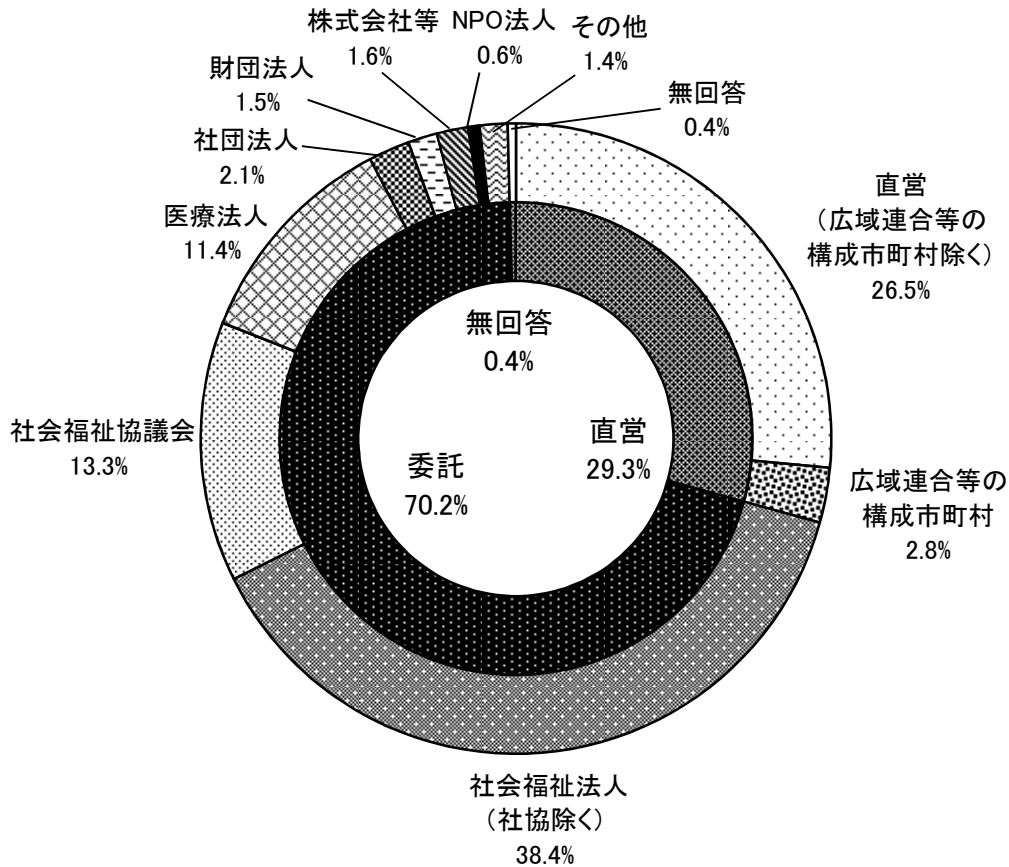


| | H24調査 (H24年4月末) | H23調査 (H23年4月末) | H22調査 (H22年4月末) | H21調査 (H21年4月末) | H20調査 (H20年4月末) | H19調査 (H19年4月末) | H18調査 (H18年4月末) |
|---------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| センター設置数 | 4,328箇所 | 4,224箇所 | 4,065箇所 | 4,056箇所 | 3,976箇所 | 3,831箇所 | 3,436箇所 |
| 設置保険者数 | 1,580保険者 | 1,585保険者 | 1,589保険者 | 1,618保険者 | 1,657保険者 | 1,640保険者 | 1,483保険者 |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 98.2% | 87.8% |
| 未設置保険者数 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 30保険者 | 207保険者 |
| 不明 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 | 0保険者 |

2) 設置主体と委託の状況

設置主体と委託の状況は、直営は、「1,268 箇所 (29.3%)」、委託は、「3,042 箇所 (70.3%)」であった。委託の設置主体は、「社会福祉法人 (社協除く) (38.4%)」が最も多く、次いで、「社会福祉協議会 (13.3%)」、「医療法人 (11.4%)」の順であった。

図表 22 設置主体と委託の状況

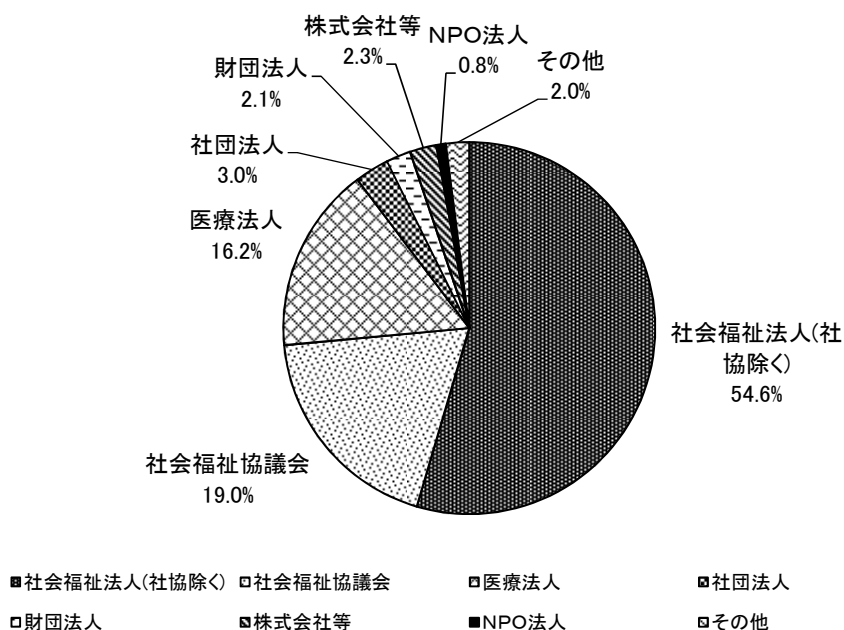


| 設置主体 | H 2 4 調査 (H24年4月末) | | H 2 3 調査 (H23年4月末) | | H 2 2 調査 (H22年4月末) | | H 2 1 調査 (H21年4月末) | | H 2 0 調査 (H20年4月末) | | H 1 9 調査 (H19年4月末) | | H 1 8 調査 (H18年4月末) | |
|---------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 直 営 | 1,268 | 29.3% | 1,265 | 29.9% | 1,208 | 29.7% | 1,279 | 31.5% | 1,409 | 35.4% | 1,392 | 36.3% | 1,265 | 36.8% |
| うち広域連合等の構成市町村 | 122 | 2.8% | 108 | 2.6% | 148 | 3.6% | 130 | 3.2% | 118 | 3.0% | 112 | 2.9% | 86 | 2.4% |
| 委 託 | 3,042 | 70.3% | 2,920 | 69.1% | 2,810 | 69.1% | 2,729 | 67.3% | 2,567 | 64.6% | 2,439 | 63.7% | 2,171 | 63.2% |
| 社会福祉法人(社協除く) | 1,660 | 38.4% | 1,556 | 36.8% | 1,504 | 37.0% | 1,445 | 35.6% | 1,366 | 34.4% | 1,277 | 33.3% | 1,085 | 31.6% |
| 社会福祉協議会 | 577 | 13.3% | 560 | 13.3% | 526 | 12.9% | 524 | 12.9% | 467 | 11.7% | 447 | 11.7% | 427 | 12.4% |
| 医療法人 | 492 | 11.4% | 499 | 11.8% | 482 | 11.9% | 463 | 11.4% | 448 | 11.3% | 436 | 11.4% | 396 | 11.5% |
| 社団法人 | 91 | 2.1% | 91 | 2.2% | 91 | 2.2% | 92 | 2.3% | 87 | 2.2% | 86 | 2.2% | 76 | 2.1% |
| 財団法人 | 65 | 1.5% | 69 | 1.6% | 63 | 1.5% | 70 | 1.7% | 70 | 1.8% | 68 | 1.8% | 70 | 2.0% |
| 株式会社等 | 70 | 1.6% | 65 | 1.5% | 66 | 1.6% | 64 | 1.6% | 63 | 1.6% | 58 | 1.5% | 50 | 1.5% |
| NPO法人 | 25 | 0.6% | 25 | 0.6% | 23 | 0.6% | 23 | 0.6% | 21 | 0.5% | 21 | 0.5% | 14 | 0.4% |
| その他 | 62 | 1.4% | 55 | 1.3% | 55 | 1.4% | 48 | 1.2% | 45 | 1.1% | 46 | 1.2% | 53 | 1.5% |
| 不明・無回答 | 18 | 0.4% | 39 | 0.9% | 47 | 1.2% | 48 | 1.2% | - | - | - | - | - | - |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% | 4,065 | 100.0% | 4,056 | 100.0% | 3,976 | 100.0% | 3,831 | 100.0% | 3,436 | 100.0% |

① 委託法人の構成割合

委託法人の構成割合は、「社会福祉法人（社協除く）（54.6%）」が最も多く、次いで、「社会福祉協議会（19.0%）」、「医療法人（16.2%）」、「社団法人（3.0%）」、「株式会社等（2.3%）」、「財団法人（2.1%）」の順であった。

図表 23 委託法人の構成割合



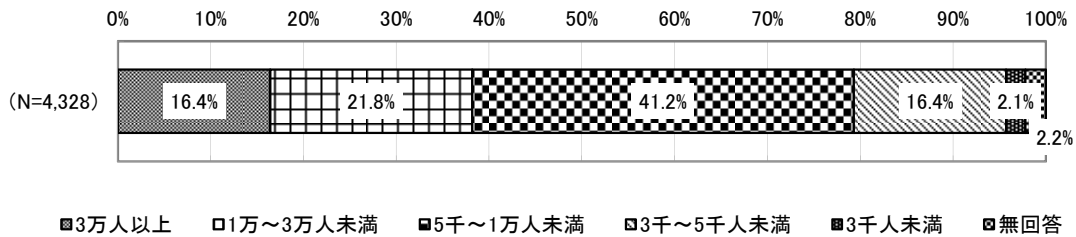
| 設置主体 | H24調査 (H24年4月末) | | H23調査 (H23年4月末) | | H22調査 (H22年4月末) | | H21調査 (H21年4月末) | | H20調査 (H20年4月末) | | H19調査 (H19年4月末) | | H18調査 (H18年4月末) | |
|--------------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 委託 | 3,042 | 100.0% | 2,920 | 100.0% | 2,810 | 100.0% | 2,729 | 100.0% | 2,567 | 100.0% | 2,439 | 100.0% | 2,171 | 100.0% |
| 社会福祉法人(社協除く) | 1,660 | 54.6% | 1,556 | 53.3% | 1,504 | 53.5% | 1,445 | 52.9% | 1,366 | 53.2% | 1,277 | 52.4% | 1,085 | 50.0% |
| 社会福祉協議会 | 577 | 19.0% | 560 | 19.2% | 526 | 18.7% | 524 | 19.2% | 467 | 18.2% | 447 | 18.3% | 427 | 19.7% |
| 医療法人 | 492 | 16.2% | 499 | 17.1% | 482 | 17.2% | 463 | 17.0% | 448 | 17.5% | 436 | 17.9% | 396 | 18.2% |
| 社団法人 | 91 | 3.0% | 91 | 3.1% | 91 | 3.2% | 92 | 3.4% | 87 | 3.4% | 86 | 3.5% | 76 | 3.5% |
| 財団法人 | 65 | 2.1% | 69 | 2.4% | 63 | 2.2% | 70 | 2.6% | 70 | 2.7% | 68 | 2.8% | 70 | 3.2% |
| 株式会社等 | 70 | 2.3% | 65 | 2.2% | 66 | 2.3% | 64 | 2.3% | 63 | 2.5% | 58 | 2.4% | 50 | 2.3% |
| NPO法人 | 25 | 0.8% | 25 | 0.9% | 23 | 0.8% | 23 | 0.8% | 21 | 0.8% | 21 | 0.9% | 14 | 0.6% |
| その他 | 62 | 2.0% | 55 | 1.9% | 55 | 2.0% | 48 | 1.8% | 45 | 1.8% | 46 | 1.9% | 53 | 2.4% |

3) 担当圏域の高齢者人口

① 担当する日常生活圏域の65歳以上の高齢者人口（平成24年4月末時点）

担当する日常生活圏域の65歳以上の高齢者人口（平成24年4月末時点）は、「5千～1万人未満（41.2%）」が最も多く、次いで、「1万～3万人未満（21.8%）」、「3千～5千人未満（16.4%）」、「3万人以上（16.4%）」の順であった。

図表 24 担当する日常生活圏域の65歳以上の高齢者人口（平成24年4月末時点）



| | 箇所 | 割合 |
|----------|-------|--------|
| 3万人以上 | 710 | 16.4% |
| 1万～3万人未満 | 942 | 21.8% |
| 5千～1万人未満 | 1,781 | 41.2% |
| 3千～5千人未満 | 710 | 16.4% |
| 3千人未満 | 90 | 2.1% |
| 無回答 | 95 | 2.2% |
| 計 | 4,328 | 100.0% |

4) 要支援者数等

① 要支援者数及び介護予防支援状況

要支援者数及び介護予防支援状況は、「要支援者数（実数）」が 1,350,905 人、介護予防支援の実施件数に関しては、平成 23 年度の年間延べ件数は、「介護予防支援の実施件数 9,516,463 件」、そのうち、「介護予防支援の委託件数 3,187,874 件」、平成 24 年度 4/1～9/30 の延べ件数は、「介護予防支援の実施件数 4,843,613 件」、そのうち、「介護予防支援の委託件数 1,709,726 件」であった。

「実際に委託した居宅介護支援事業所数(年間の実事業所数)」は 88,405 箇所であった。

図表 25 要支援者数及び介護予防支援状況

| | H 2 4 調査 (H24年4月末) | H 2 3 調査 (H23年4月末) |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 要支援者数(実数) | 1,350,905 | 1,219,518 |
| 介護予防支援の実施件数(平成23年度の年間延べ件数) | 9,516,463 | 8,597,168 |
| 介護予防支援の委託件数(平成23年度の年間延べ件数) ※1 | 3,187,874 | 2,811,319 |
| 介護予防支援の実施件数(平成24年度4/1～9/30の延べ件数) | 4,843,613 | - |
| 介護予防支援の委託件数(平成24年度4/1～9/30の延べ件数) ※1 | 1,709,726 | - |
| 実際に委託した居宅介護支援事業所数(年間の実事業所数) ※2 | 88,405 | 76,236 |

※1 「介護予防支援の実施件数」のうち、委託している件数。(実施件数 ≥ 委託件数)

※2 実際に委託した事業所の数。

<例>

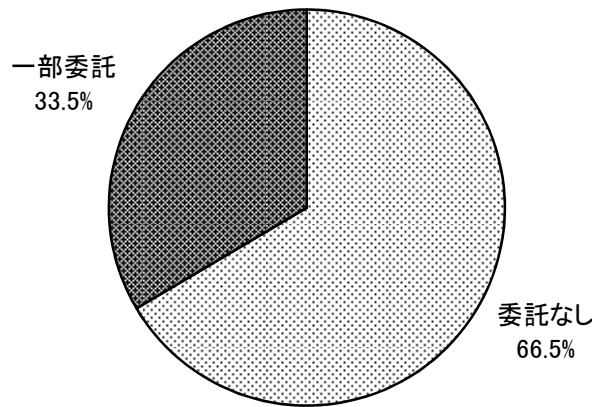
委託人数 30 人について、委託契約事業所は 10 ヶ所あるが、実際に委託した事業所については 3 ヶ所の場合→「3」を入力

② 介護予防支援実施人数及び委託割合

介護予防支援実施件数は、793,039 件 (66.5%)、うち、一部委託されている件数は、265,656 件 (33.5%)であった。

指定介護予防支援業務に従事する職員は 21,083 人、職員一人あたりの介護予防支援の実施件数は 37.6 件、委託の件数を除いた場合は 25.0 件であった。

図表 26 介護予防支援実施人数及び委託割合



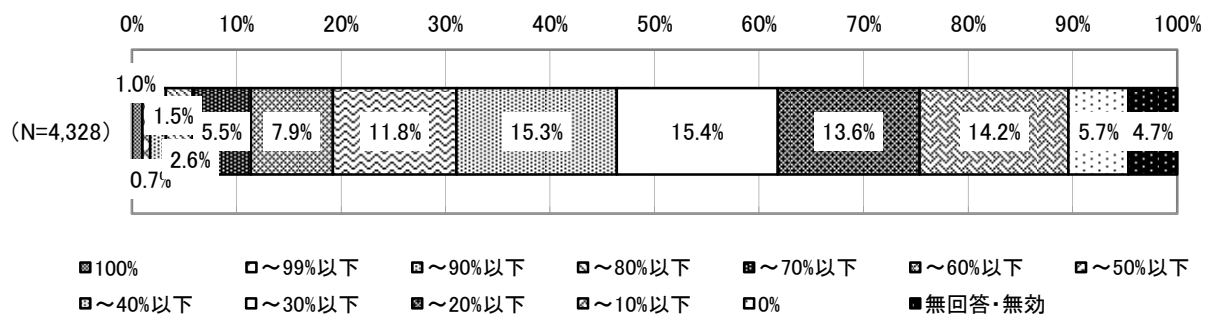
□委託なし ■一部委託

| | | H 2 4 調査 (H24年4月末) | H 2 3 調査 (H23年4月末) | H 2 2 調査 (H22年4月末) |
|---------------------|---------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 介護予防支援実施件数 | (A) | 793,039 件 | 716,431 件 | 727,853 件 |
| うち一部委託されている件数 | (B) | 265,656 件 | 234,277 件 | 230,277 件 |
| 一部委託している割合 | (B/A) | 33.5 % | 32.7 % | 31.6 % |
| 指定介護予防支援業務に従事する職員 | (C) | 21,083 人 | 20,286 人 | 18,759 人 |
| 職員一人あたりの介護予防支援の実施件数 | (A/C) | 37.6 件 | 35.3 件 | 38.8 件 |
| 委託の件数を除いた場合 | (A-B)/C | 25.0 件 | 23.8 件 | 26.5 件 |

③ 包括から居宅介護支援事業所への委託状況

包括から居宅介護支援事業所への委託状況は、「～30%以下～ (15.4%)」が最も多く、次いで、「～40%以下 (15.3%)」、「～10%以下(14.2%)」、「～20%以下 (13.6%)」、「～50%以下 (11.8%)」であった。

図表 27 包括から居宅介護支援事業所への委託状況



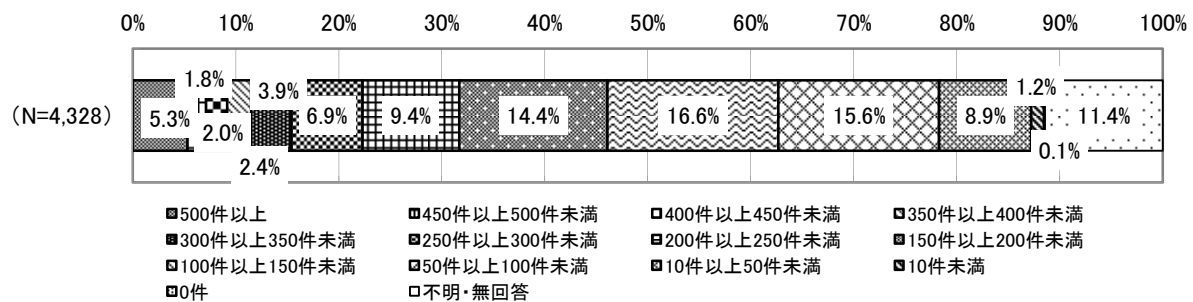
| 委託率 | H24年調査 (H24年4月末) | | H23年調査 (H23年4月末) | | H22年調査 (H22年4月末) | | H21年調査 (H21年4月末) | |
|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 100% | 43 | 1.0% | 35 | 0.8% | 39 | 1.0% | 47 | 1.2% |
| ～99%以下 | 31 | 0.7% | 31 | 0.7% | 32 | 0.8% | 33 | 0.8% |
| ～90%以下 | 65 | 1.5% | 50 | 1.2% | 44 | 1.1% | 63 | 1.6% |
| ～80%以下 | 112 | 2.6% | 117 | 2.8% | 106 | 2.6% | 101 | 2.5% |
| ～70%以下 | 240 | 5.5% | 189 | 4.5% | 182 | 4.5% | 190 | 4.7% |
| ～60%以下 | 341 | 7.9% | 320 | 7.6% | 275 | 6.8% | 288 | 7.1% |
| ～50%以下 | 512 | 11.8% | 454 | 10.7% | 420 | 10.3% | 438 | 10.8% |
| ～40%以下 | 663 | 15.3% | 643 | 15.2% | 637 | 15.7% | 617 | 15.2% |
| ～30%以下 | 666 | 15.4% | 697 | 16.5% | 632 | 15.5% | 668 | 16.5% |
| ～20%以下 | 589 | 13.6% | 622 | 14.7% | 615 | 15.1% | 542 | 13.4% |
| ～10%以下 | 616 | 14.2% | 644 | 15.2% | 634 | 15.6% | 477 | 11.8% |
| 0% | 248 | 5.7% | 294 | 7.0% | 350 | 8.6% | 424 | 10.5% |
| 不明・無回答 | 202 | 4.7% | 128 | 3.0% | 99 | 2.4% | 168 | 4.1% |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% | 4,065 | 100.0% | 4,056 | 100.0% |

④ 1センター当たりの総プラン数 (A)

1センター当たりの総プラン数は793,039件、平均件数は206.8件であった。

実施件数別は、「100件以上150件未満(16.6%)」が最も多く、次いで、「50件以上100件未満(15.6%)」、「150件以上200件未満(14.4%)」、「200件以上250件未満(9.4%)」、「10件以上50件未満(8.9%)」の順であった。

図表 28 1センター当たりの総プラン数



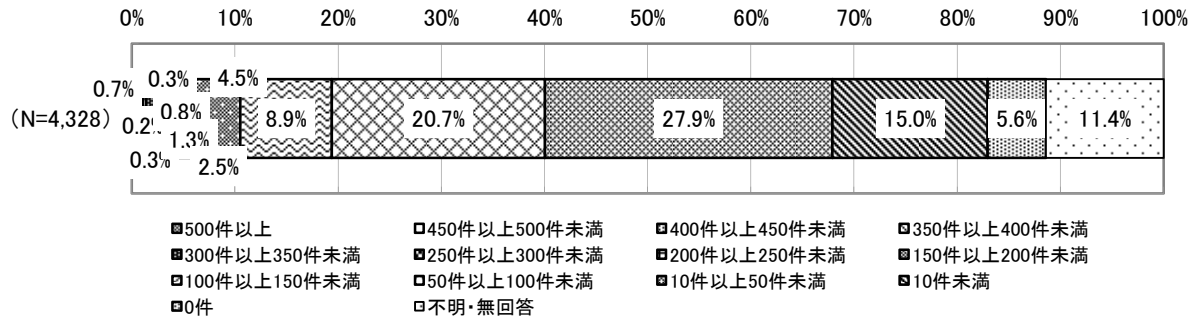
| 件数 | H24調査 (H24年4月末) | | H23調査 (H23年4月末) | |
|--------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 500件以上 | 230 | 5.3% | 200 | 4.7% |
| 450件以上500件未満 | 78 | 1.8% | 54 | 1.3% |
| 400件以上450件未満 | 88 | 2.0% | 67 | 1.6% |
| 350件以上400件未満 | 102 | 2.4% | 95 | 2.2% |
| 300件以上350件未満 | 169 | 3.9% | 145 | 3.4% |
| 250件以上300件未満 | 298 | 6.9% | 252 | 6.0% |
| 200件以上250件未満 | 406 | 9.4% | 380 | 9.0% |
| 150件以上200件未満 | 624 | 14.4% | 623 | 14.7% |
| 100件以上150件未満 | 719 | 16.6% | 736 | 17.4% |
| 50件以上100件未満 | 675 | 15.6% | 721 | 17.1% |
| 10件以上50件未満 | 387 | 8.9% | 424 | 10.0% |
| 10件未満 | 54 | 1.2% | 73 | 1.7% |
| 0件 | 4 | 0.1% | 37 | 0.9% |
| 不明・無回答 | 494 | 11.4% | 417 | 9.9% |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% |

⑤ 1センター当たりの委託件数 (B)

1センター当たりの委託件数は、265,656件、平均件数は、69.3件であった。

委託件数別は、「10件以上50件未満(27.9%)」が最も多く、次いで、「50件以上100件未満(20.7%)」、「10件未満(15.0%)」、「100件以上150件未満(8.9%)」の順であった。

図表 29 1センター当たりの委託件数



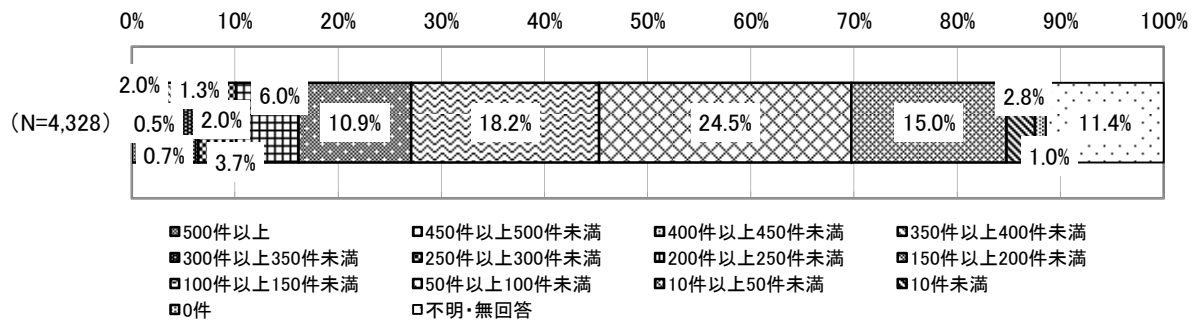
| 件数 | H 2 4 調査 (H24年4月末) | | H 2 3 調査 (H23年4月末) | |
|--------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 500件以上 | 29 | 0.7% | 25 | 0.6% |
| 450件以上500件未満 | 7 | 0.2% | 7 | 0.2% |
| 400件以上450件未満 | 11 | 0.3% | 14 | 0.3% |
| 350件以上400件未満 | 14 | 0.3% | 15 | 0.4% |
| 300件以上350件未満 | 34 | 0.8% | 23 | 0.5% |
| 250件以上300件未満 | 57 | 1.3% | 34 | 0.8% |
| 200件以上250件未満 | 107 | 2.5% | 79 | 1.9% |
| 150件以上200件未満 | 196 | 4.5% | 171 | 4.0% |
| 100件以上150件未満 | 384 | 8.9% | 340 | 8.0% |
| 50件以上100件未満 | 894 | 20.7% | 834 | 19.7% |
| 10件以上50件未満 | 1,206 | 27.9% | 1,266 | 30.0% |
| 10件未満 | 651 | 15.0% | 702 | 16.6% |
| 0件 | 244 | 5.6% | 297 | 7.0% |
| 不明・無回答 | 494 | 11.4% | 417 | 9.9% |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% |

⑥ 1センター当たりの直接実施プラン数（総プラン数（A）－委託件数（B））

1センター当たりの直接実施プラン数は、527,382件、平均件数は、137.6件であった。

直接実施プラン数別は、「50件以上100件未満（24.5%）」が最も多く、次いで、「100件以上150件未満（18.2%）」、「10件以上50件未満」（15.0%）、「150件以上200件未満（10.9%）」、「200件以上250件未満（6.0%）」の順であった。

図表 30 1センター当たりの直接実施プラン数



| 件数 | H24調査 (H24年4月末) | | H23調査 (H23年4月末) | |
|--------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 500件以上 | 85 | 2.0% | 70 | 1.7% |
| 450件以上500件未満 | 22 | 0.5% | 18 | 0.4% |
| 400件以上450件未満 | 30 | 0.7% | 28 | 0.7% |
| 350件以上400件未満 | 57 | 1.3% | 55 | 1.3% |
| 300件以上350件未満 | 85 | 2.0% | 66 | 1.6% |
| 250件以上300件未満 | 159 | 3.7% | 119 | 2.8% |
| 200件以上250件未満 | 261 | 6.0% | 248 | 5.9% |
| 150件以上200件未満 | 473 | 10.9% | 462 | 10.9% |
| 100件以上150件未満 | 787 | 18.2% | 781 | 18.5% |
| 50件以上100件未満 | 1,059 | 24.5% | 1,089 | 25.8% |
| 10件以上50件未満 | 651 | 15.0% | 657 | 15.6% |
| 10件未満 | 120 | 2.8% | 146 | 3.5% |
| 0件 | 45 | 1.0% | 68 | 1.6% |
| 不明・無回答 | 494 | 11.4% | 417 | 9.9% |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% |

※一部計数が不明な箇所は除く

5) 指定介護予防サービス事業所の併設

指定介護予防サービス事業所を併設しているセンターは、「2,518 箇所」であった。

図表 31 指定介護予防サービス事業所の併設

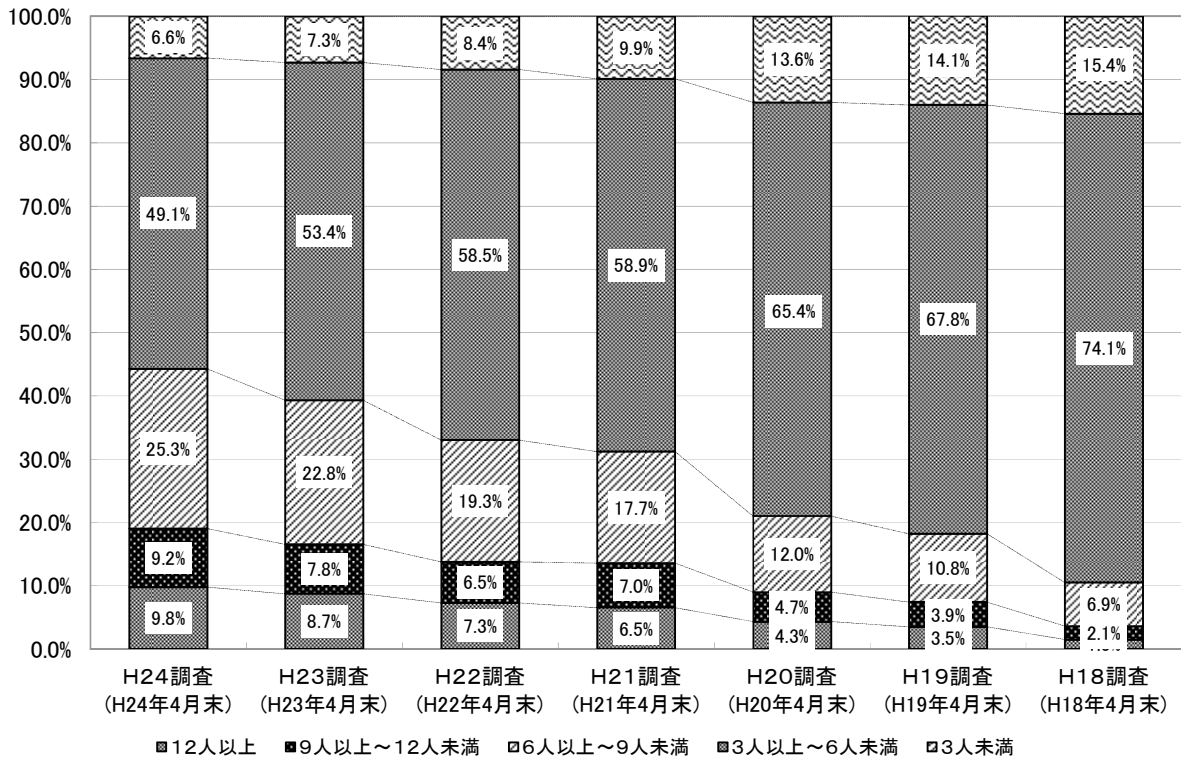
(箇所)

| | H 2 4 調査 (H24年4月末) | H 2 3 調査 (H23年4月末) | H 2 2 調査 (H22年4月末) | H 2 1 調査 (H21年4月末) |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 指定介護予防サービス事業所の併設有 | 2,518 | 2,500 | 2,351 | 2,359 |

(2) 職員の状況

1 センターあたりの職員(センター長、事務職員等は除く)の配置人数※別に見たセンターの状況は、「3人以上～6人未満(49.1%)」が最も多く、「6人以上～9人未満(25.3%)」、「12人以上(9.8%)」、「9人以上～12人未満(9.2%)」、「3人未満(6.6%)」の順であった。

図表 32 職員配置状況



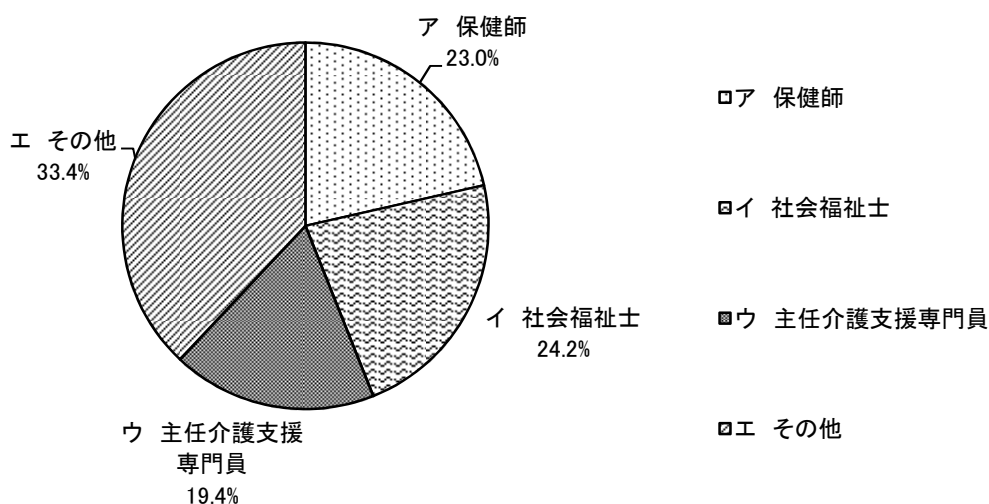
| 人数 | H 2 4 調査 (H24年4月末) | | H 2 3 調査 (H23年4月末) | | H 2 2 調査 (H22年4月末) | | H 2 1 調査 (H21年4月末) | | H 2 0 調査 (H20年4月末) | | H 1 9 調査 (H19年4月末) | | H 1 8 調査 (H18年4月末) | |
|------------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 12人以上 | 421 | 9.8% | 365 | 8.7% | 296 | 7.3% | 265 | 6.5% | 172 | 4.3% | 133 | 3.5% | 52 | 1.5% |
| 9人以上～12人未満 | 398 | 9.2% | 326 | 7.8% | 263 | 6.5% | 285 | 7.0% | 185 | 4.7% | 149 | 3.9% | 73 | 2.1% |
| 6人以上～9人未満 | 1,089 | 25.3% | 953 | 22.8% | 783 | 19.3% | 716 | 17.7% | 478 | 12.0% | 413 | 10.8% | 236 | 6.9% |
| 3人以上～6人未満 | 2,117 | 49.1% | 2,233 | 53.4% | 2,380 | 58.5% | 2,389 | 58.9% | 2,600 | 65.4% | 2,596 | 67.8% | 2,546 | 74.1% |
| 3人未満 | 285 | 6.6% | 306 | 7.3% | 343 | 8.4% | 401 | 9.9% | 541 | 13.6% | 540 | 14.1% | 529 | 15.4% |
| 計 | 4,310 | 100.0% | 4,183 | 100.0% | 4,065 | 100.0% | 4,056 | 100.0% | 3,976 | 100.0% | 3,831 | 100.1% | 3,436 | 100.0% |

※配置人数：職員数については、全て常勤換算(当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の員数に換算する方法)による。

1) 職員別の実人数(平成 24 年 4 月末時点)

地域包括支援センターで職員別の実人数(平成 24 年 4 月末時点)は 25,536 人であった。センター一箇所当たりの平均人数は、「その他(2.6 人)」が最も多く、次いで、「保健師(1.5 人)」、「社会福祉士(1.5 人)」、「主任介護支援専門員(1.2 人)」の順であった。

図表 33 職員別の実人数(平成 24 年 4 月末時点)



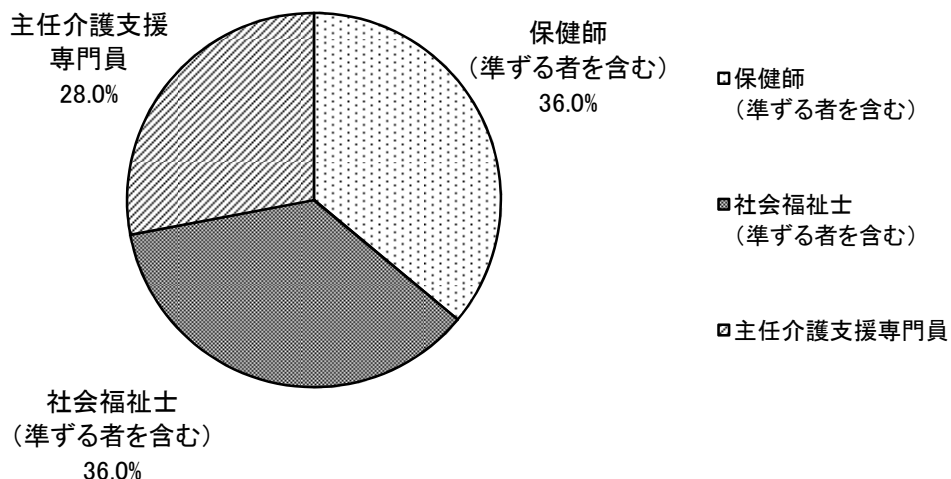
| | 実人数 | 平均値 |
|-------------|--------|-----|
| ア 保健師 | 5,854 | 1.5 |
| イ 社会福祉士 | 6,167 | 1.5 |
| ウ 主任介護支援専門員 | 4,964 | 1.2 |
| エ その他 | 8,551 | 2.6 |
| 合計 | 25,536 | 5.9 |

2) 包括的支援業務に従事する職員

地域包括支援センターで包括的支援業務に従事する職員は 18,026 人であった。

センター一箇所当たりの平均人数は、「保健師（準ずる者を含む）（1.5 人）」・「社会福祉士（準ずる者を含む）（1.5 人）」が最も多く、次いで、「主任介護支援専門員（1.2 人）」の順であった。

図表 34 包括的支援業務に従事する職員



(人)

| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 平均人数 | 4.2 | 4.1 | 4.0 | 4.0 | 3.8 |
| 保健師 （準ずる者を含む） | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 |
| 社会福祉士 （準ずる者を含む） | 1.5 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 |
| 主任介護支援専門員 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |

※包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している者を含む。

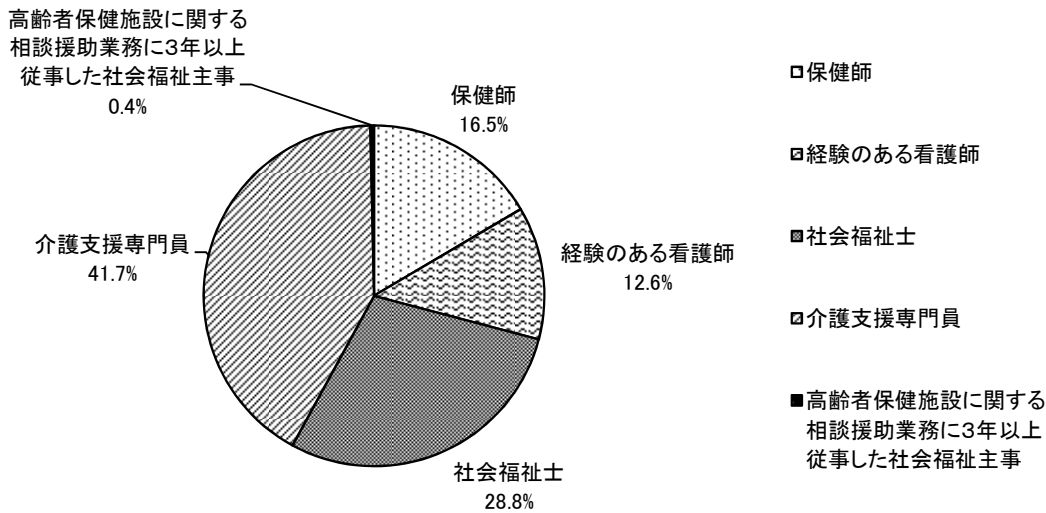
一箇所当たりの平均人数とは、包括的支援業務に従事する者(18,026 人)を、全国の地域包括支援センター設置数(4,328 箇所)で除したものである。

3) 介護予防支援業務に従事する職員

介護予防支援事業所で介護予防支援業務に従事している職員は、21,083人であった。

事業所一箇所当たりの平均人数は、「介護支援専門員(2.0人)」が最も多く、次いで、「社会福祉士(1.4人)」、「保健師(0.8人)」、「経験のある看護師(0.6人)」、「高齢者保健施設に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事(0.02人)」の順であった。

図表 35 介護予防支援業務に従事する職員



(人)

| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 平均人数 | 4.9 | 4.8 | 4.6 | 4.5 | 4.4 |
| 保健師 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| 経験のある看護師 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 |
| 社会福祉士 | 1.4 | 1.4 | 1.3 | 1.3 | 1.2 |
| 介護支援専門員 | 2.0 | 2.0 | 1.9 | 1.8 | 1.8 |
| 高齢者保健施設に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事 | 0.02 | 0.02 | 0.02 | 0.16 | 0.02 |

※介護予防支援業務と包括的支援業務を兼務している者を含む。

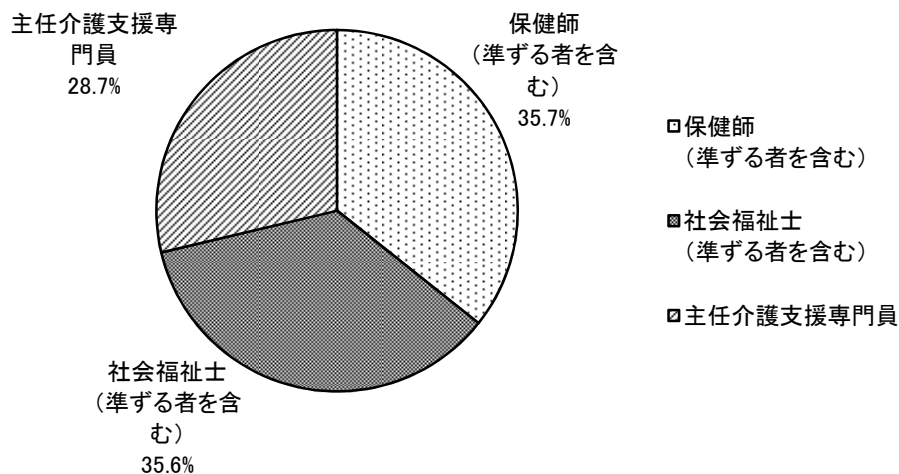
一箇所当たりの平均人数とは、介護予防支援業務に従事する者(21,083人)を、全国の地域包括支援センター設置数(4,328箇所)で除したものである。

4) 包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している職員

全国の地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している職員は14,922人であった。

センター一箇所当たりの平均人数は、「保健師（準ずる者を含む）（1.2人）」・「社会福祉士（準ずる者を含む）（1.2人）」が最も多く、「主任介護支援専門員（1.0人）」であった。

図表 36 包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している職員



(人)

| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 平均人数 | 3.5 | 3.5 | 3.4 | 3.4 | 3.4 |
| 保健師 （準ずる者を含む） | 1.2 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.3 |
| 社会福祉士 （準ずる者を含む） | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.1 |
| 主任介護支援専門員 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |

※一箇所当たりの平均人数とは、包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務する者(14,922人)を、全国の地域包括支援センター設置数(4,328箇所)で除したものである。

5) 職種別従事者数

図表 37 包括的支援業務従事者

| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| 保健師 (準ずる者を含む) | 6,496 人 | 6,265 人 | 5,990 人 | 6,082 人 |
| 社会福祉士 (準ずる者を含む) | 6,486 人 | 6,099 人 | 5,584 人 | 5,467 人 |
| 主任介護支援専門員 | 5,045 人 | 4,804 人 | 4,493 人 | 4,529 人 |
| 従事者数合計 | 18,026 人 | 17,168 人 | 16,067 人 | 16,078 人 |

図表 38 介護予防支援業務従事者

| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 保健師 | 3,481 人 | 3,304 人 | 3,131 人 | 3,259 人 |
| 経験ある看護師 | 2,660 人 | 2,672 人 | 2,491 人 | 2,496 人 |
| 社会福祉士 | 6,074 人 | 5,755 人 | 5,215 人 | 5,134 人 |
| 介護支援専門員 (主任介護支援専門員を含む) | 8,793 人 | 8,476 人 | 7,830 人 | 7,301 人 |
| 高齢者保健施設に関する 相談援助業務に3年以上従事 した社会福祉士 | 74 人 | 78 人 | 91 人 | 104 人 |
| 従事者数合計 | 21,083 人 | 20,285 人 | 18,759 人 | 18,294 人 |

図表 39 包括的支援業務と介護予防支援業務従事者 (兼務従事者)

| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| 保健師 (準ずる者を含む) | 5,326 人 | 5,275 人 | 5,144 人 | 5,248 人 |
| 社会福祉士 (準ずる者を含む) | 5,310 人 | 5,106 人 | 4,766 人 | 4,684 人 |
| 主任介護支援専門員 | 4,286 人 | 4,193 人 | 3,988 人 | 4,059 人 |
| 従事者数合計 | 14,922 人 | 14,574 人 | 13,899 人 | 13,991 人 |

図表 40 包括的支援業務 専従 従事者

| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| 保健師 (準ずる者を含む) | 1,170 人 | 989 人 | 845 人 | 834 人 |
| 社会福祉士 (準ずる者を含む) | 1,175 人 | 993 人 | 818 人 | 783 人 |
| 主任介護支援専門員 | 759 人 | 611 人 | 505 人 | 469 人 |
| 従事者数 合計 | 3,104 人 | 2,594 人 | 2,168 人 | 2,086 人 |

図表 41 介護予防支援業務 専従 従事者

| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| 保健師 | 374 人 | 294 人 | 173 人 | 189 人 |
| 経験ある看護師 | 441 人 | 407 人 | 305 人 | 319 人 |
| 社会福祉士 | 764 人 | 648 人 | 449 人 | 450 人 |
| 介護支援専門員 (主任介護支援専門員を含む) | 4,508 人 | 4,283 人 | 3,842 人 | 3,241 人 |
| 高齢者保健施設に関する 相談援助業務に3年以上従事 した社会福祉主事 | 74 人 | 78 人 | 91 人 | 104 人 |
| 従事者数合計 | 6,161 人 | 5,711 人 | 4,860 人 | 4,303 人 |

図表 42 センター従事者

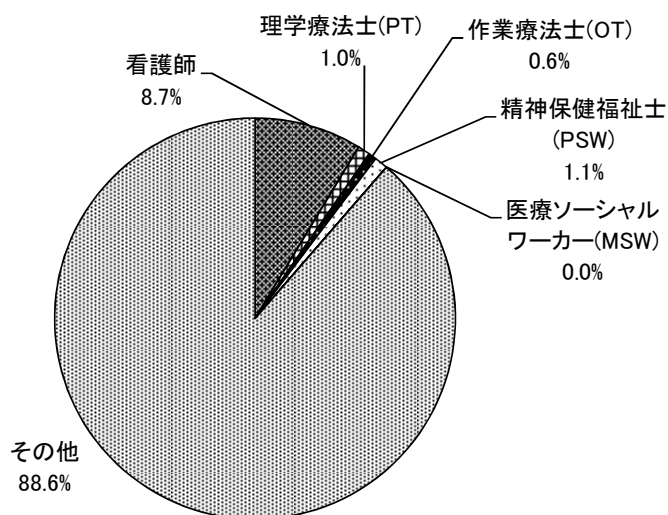
| 従事者数 | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| 保健師 (準ずる者を含む) | 7,311 人 | 6,966 人 | 6,468 人 | 6,590 人 |
| 社会福祉士 (準ずる者を含む) | 7,324 人 | 6,826 人 | 6,124 人 | 6,021 人 |
| 介護支援専門員 | 9,552 人 | 9,087 人 | 8,335 人 | 7,769 人 |
| 従事者数合計 | 24,187 人 | 22,879 人 | 20,927 人 | 20,380 人 |

※ 準ずる者を含む
 高齢者保健施設に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事を含む

6) その他の専門職員

包括的支援業務におけるその他の専門職員は、「その他（88.6%）」が最も多く、次いで「看護師（8.7%）」、「精神保健福祉士（PSW）（1.1%）」、「理学療法士（PT）（1.0%）」、「作業療法士（OT）（0.6%）」の順であった。

図表 43 その他の専門職員



看護師
 理学療法士(PT)
 作業療法士(OT)
 精神保健福祉士(PSW)
 医療ソーシャルワーカー(MSW) その他

| | H24調査 | |
|------------------|-------|--------|
| | 人数 | 割合 |
| 看護師 | 194 | 8.7% |
| 理学療法士(PT) | 22 | 1.0% |
| 作業療法士(OT) | 15 | 0.6% |
| 精神保健福祉士(PSW) | 24 | 1.1% |
| 医療ソーシャルワーカー(MSW) | 0 | 0.0% |
| その他 | 1,985 | 88.6% |
| 従事者数合計 | 2,240 | 100.0% |

7) 介護予防支援事業所の専従職員の配置状況

介護予防支援事業所の専従職員は、専従職員配置センターが 2,191 箇所、専従職員未配置センターが 2,137 箇所であった。

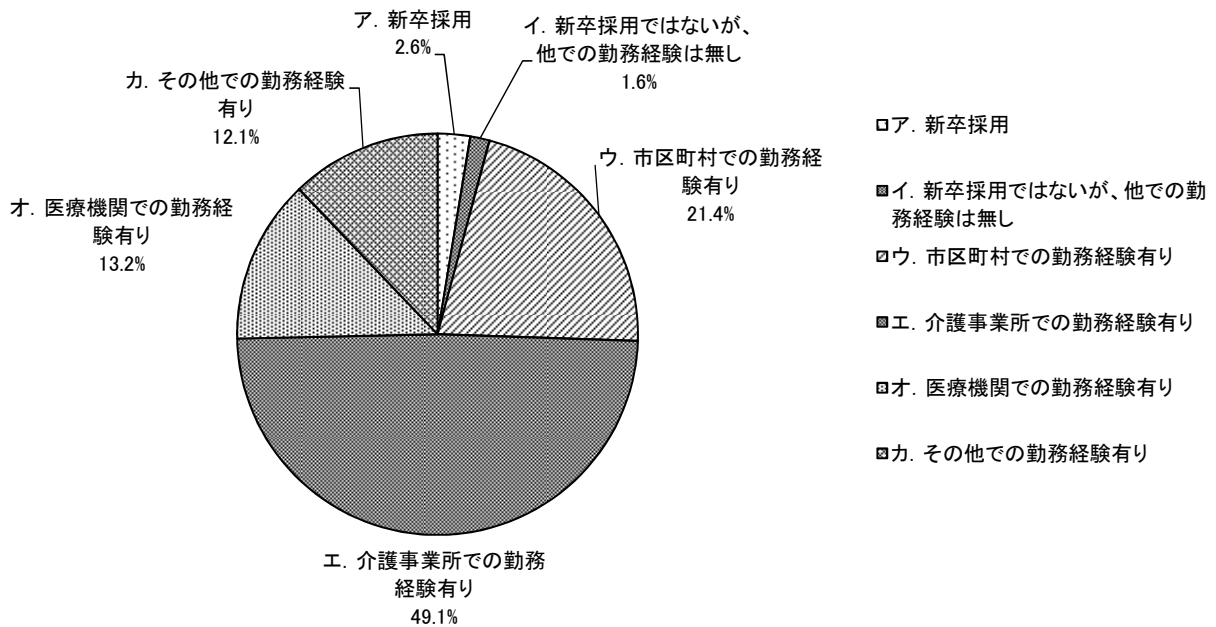
図表 44 介護予防支援事業所の専従職員の配置状況

| | H24調査 | | H23調査 | | H22調査 | | H21調査 | |
|-------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 箇所数 | 割合 | 箇所数 | 割合 | 箇所数 | 割合 | 箇所数 | 割合 |
| 専従職員配置センター | 2,191 | 50.6% | 2,165 | 51.3% | 2,026 | 49.8% | 1,907 | 47.0% |
| 専従職員未配置センター | 2,137 | 49.4% | 2,024 | 47.9% | 2,039 | 50.2% | 2,149 | 53.0% |
| 不明・無回答 | 0 | 0.0% | 35 | 0.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% | 4,065 | 100.0% | 4,056 | 100.0% |

8) 平成24年4月30日時点で在籍している全ての職員のキャリア状況(地域包括支援センターで採用する直前のもの)

平成24年4月30日時点で在籍している全ての職員のキャリア状況(地域包括支援センターで採用する直前のもの)は、「介護事業所での勤務経験有り(49.1%)」が最も多く、次いで、「市区町村での勤務経験有り(21.4%)」、「医療機関での勤務経験有り(13.2%)」、「その他の勤務経験有り(12.1%)」、「新卒採用(2.6%)」、「新卒採用ではないが、他での勤務経験は無し(1.6%)」であった。

図表 45 平成24年4月30日時点で在籍している全ての職員のキャリア状況(地域包括支援センターで採用する直前のもの)



| | H24調査 (平成24年4月末) | |
|------------------------|---------------------|--------|
| | 実人数 | 割合 |
| ア 新卒採用 | 682 | 2.6% |
| イ 新卒採用ではないが、他での勤務経験は無し | 405 | 1.6% |
| ウ 市区町村での勤務経験有り | 5,554 | 21.4% |
| エ 介護事業所での勤務経験有り | 12,777 | 49.1% |
| オ 医療機関での勤務経験有り | 3,435 | 13.2% |
| カ その他の勤務経験有り | 3,157 | 12.1% |
| 合計 | 26,010 | 100.0% |

① 『その他での勤務経験有り』の場合その内容（自由記述）

具体的内容

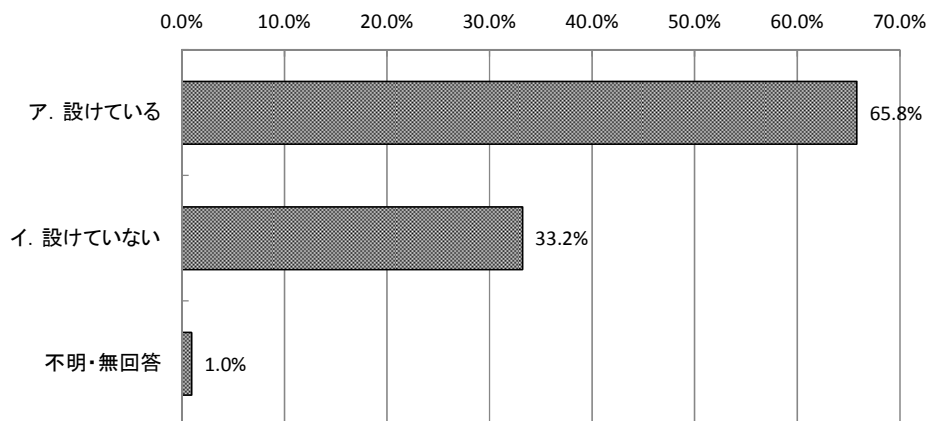
- ・ 福祉関係（社会福祉協議会、福祉相談センター等）
- ・ 一般企業（事務、営業、販売、製造業、商社等）
- ・ 福祉施設（障害者通所施設、障害者支援事業所等）
- ・ 他の地域包括支援センター
- ・ 公務員（都道府県・市区町村職員、警察、消防等）
- ・ 学校関係（特殊学校、専門学校等）
- ・ 保健関係（保健センター、保健所、保健師等）
- ・ 医療機関（病院、歯科、医師会、看護師等）
- ・ サービス業（銀行、証券、保険、ホテル等）
- ・ 小売店（商店、コンビニ、スーパー、百貨店等）（自営業含む）
- ・ 自由業（弁護士、スポーツ選手等）
- ・ その他（団体職員、NPO等）

など

9) 採用時の職員研修

採用時の職員研修の機会の有無は、「設けている (65.8%)」、「設けていない (33.2%)」であった。

図表 46 採用時の職員研修



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|----------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 設けている | 2,848 | 65.8% |
| イ 設けていない | 1,438 | 33.2% |
| 不明・無回答 | 42 | 1.0% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% |

① 『設けている』場合、平成 23 年度の採用者実人数及び研修受講者実人数

職員研修の機会を設けている場合、平成 23 年度の採用者実人数は 2,617 人、センター数は 2,848 箇所であった。平成 23 年度採用者のうち研修受講者実人数は、2,555 人、センター数は 1,520 箇所であった。

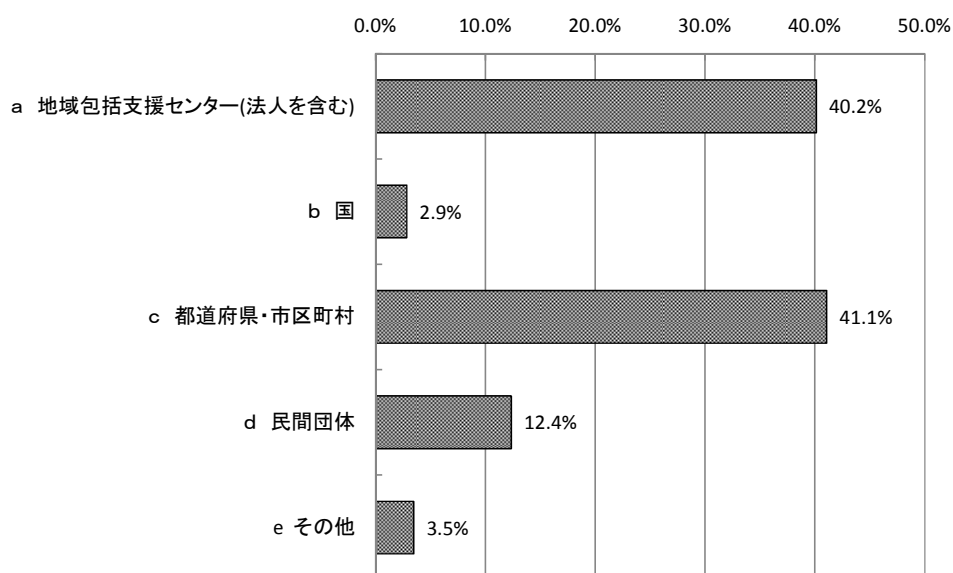
図表 47 『設けている』場合、平成 23 年度の採用者実人数及び研修受講者実人数

| | 実人数 | センター数 (箇所数) | うち回答数 (箇所数) |
|--------------------------------|-------|----------------|----------------|
| ①職員研修の機会を設けている場合、平成23年度の採用者実人数 | 2,617 | 2,848 | 2,658 |
| ②平成23年度採用者のうち研修受講者実人数 | 2,555 | 1,520 | 1,500 |

② 『設けている』場合、実施主体別の受講者述べ人数

『設けている』場合、実施主体別の受講者述べ人数は、「都道府県・市区町村（41.1%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センター（法人を含む）（40.2%）」、「民間団体（12.4%）」、「国（2.9%）」であった。

図表 48 『設けている』場合、実施主体別の受講者述べ人数



| | 受講者 述べ人数 | 割合 |
|---------------------|-------------|--------|
| a 地域包括支援センター(法人を含む) | 2,094 | 40.2% |
| b 国 | 150 | 2.9% |
| c 都道府県・市区町村 | 2,143 | 41.1% |
| d 民間団体 | 645 | 12.4% |
| e その他 | 182 | 3.5% |
| 合計 | 5,215 | 100.0% |

(3) ケアマネジメント

1) 総合相談件数

総合相談件数は、9,797,655 件であった。そのうち、権利擁護（成年後見人、高齢者虐待）に関することは、365,481 件であった。

図表 49 総合相談件数

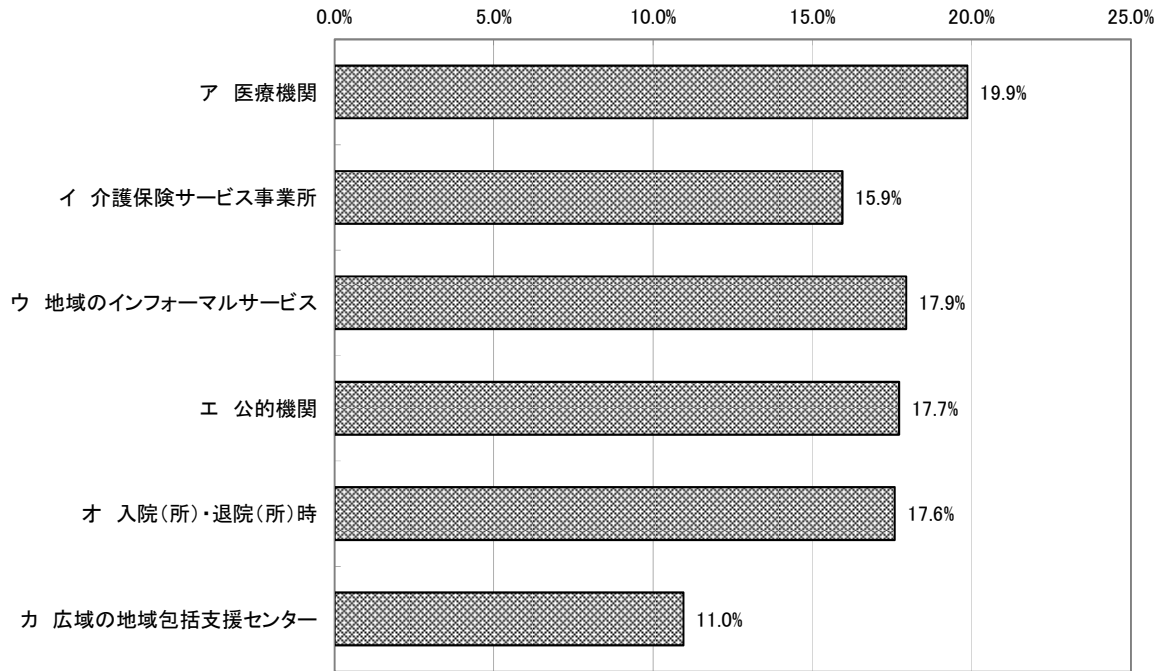
| | H24調査 | H23調査 | H22調査 | H21調査 | H20調査 |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 総合相談件数 | 9,797,655 | 9,495,500 | 8,063,638 | 7,079,520 | 6,644,923 |
| うち、権利擁護 (成年後見人、高齢者虐待)に関すること | 365,481 | 352,209 | 272,875 | 225,617 | - |

2) 包括的・継続的ケアマネジメントの連携課題・介護支援専門員に対する個別支援課題の有無

① 関係機関との連携課題（複数回答可）

関係機関との連携課題は、「医療機関（19.9%）」が最も多く、次いで、「地域のインフォーマルサービス（17.9%）」、「公的機関（17.7%）」、「入院（所）・退院（所）時（17.6%）」、「介護保険サービス事業所（15.9%）」、「広域の地域包括支援センター（11.0%）」の順であった。

図表 50 関係機関との連携課題（複数回答可）

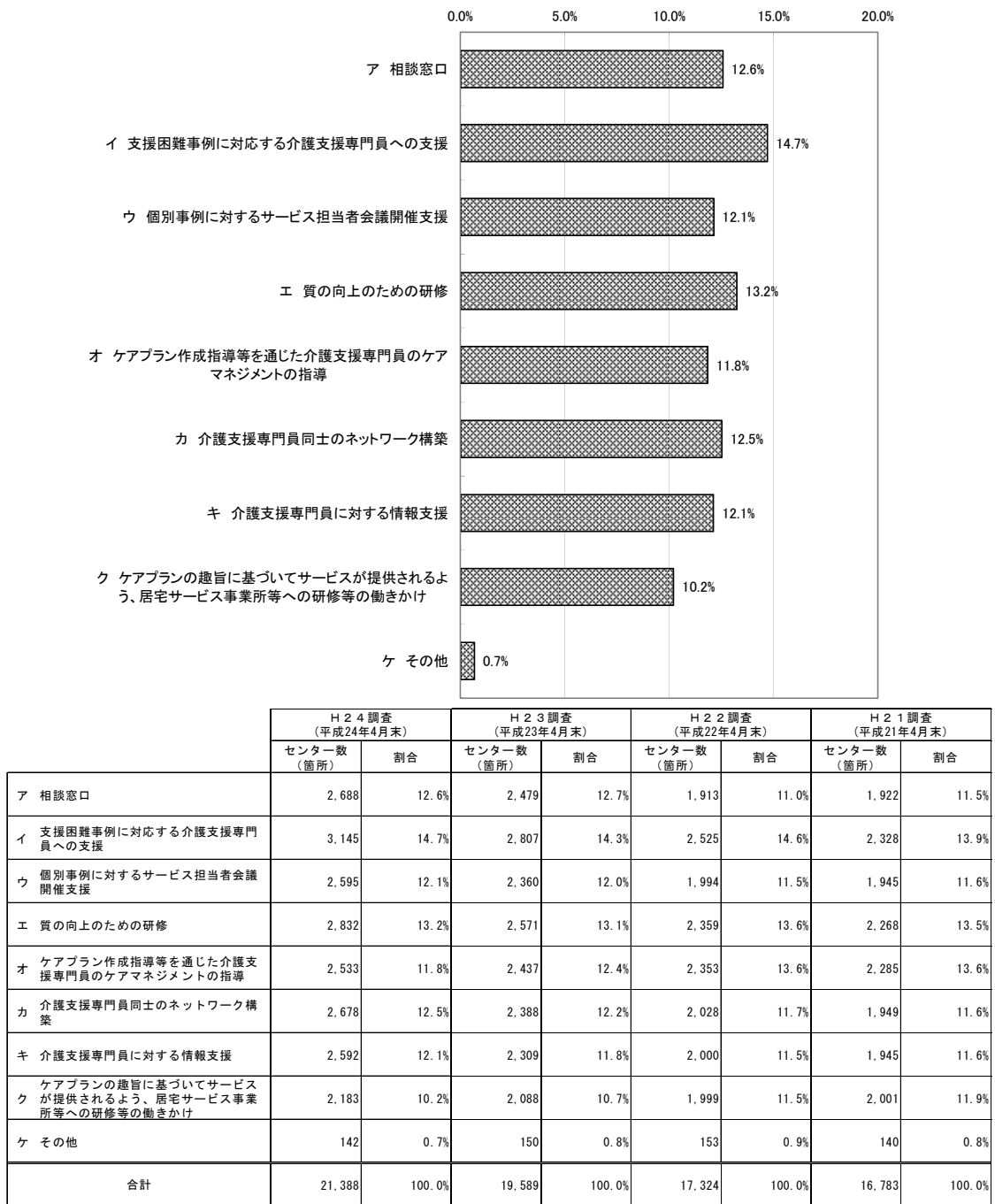


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 医療機関 | 3,361 | 19.9% | 3,133 | 20.3% | 3,033 | 21.8% | 2,959 | 22.3% |
| イ 介護保険サービス事業所 | 2,698 | 15.9% | 2,342 | 15.2% | 2,093 | 15.1% | 1,994 | 15.0% |
| ウ 地域のインフォーマルサービス | 3,036 | 17.9% | 2,845 | 18.4% | 2,818 | 20.3% | 2,704 | 20.4% |
| エ 公的機関 | 2,998 | 17.7% | 2,716 | 17.6% | 2,274 | 16.4% | 2,186 | 16.5% |
| オ 入院(所)・退院(所)時 | 2,976 | 17.6% | 2,726 | 17.6% | 2,548 | 18.3% | 2,400 | 18.1% |
| カ 広域の地域包括支援センター | 1,853 | 11.0% | 1,688 | 10.9% | 1,121 | 8.1% | 1,029 | 7.8% |
| 合計 | 16,922 | 100.0% | 15,450 | 100.0% | 13,887 | 100.0% | 13,272 | 100.0% |

② 介護支援専門員に対する個別支援課題（複数回答可）

介護支援専門員に対する個別支援課題は、「支援困難事例に対応する介護支援専門員への支援（14.7%）」が最も多く、次いで、「質の向上のための研修（13.2%）」、「相談窓口（12.6%）」、「介護支援専門員同士のネットワーク構築（12.5%）」、「個別事例に対するサービス担当者会議開催支援（12.1%）」・「介護支援専門員に対する情報支援（12.1%）」、「ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導（11.8%）」、「ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等働きかけ（10.2%）」の順であった。

図表 51 介護支援専門員に対する個別支援課題（複数回答可）



ア) 介護支援専門員に対する個別支援課題：その他の内容（自由記述）

| 分類 | 課題 |
|-----------------------|--|
| 人材育成・スキルアップ(勉強会・研修会等) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務委託先の介護支援専門員の中での力量の差があると感じる ・ 担当エリア内の居宅事業所が行っている勉強会にはできるだけ参加して、ケアマネがどんな支援を求めているのかを確認している ・ 地域ケアマネへ向け定期的な事検討会を開催・西東京市及び近隣の居宅事業所着任2年未満のケアマネに対し研修会開催・包括民間の主任ケアマネ協働で協議会を発足し研究部会を運営 ・ 新任ケアマネジャーごとの課題に合わせて個別研修を行い、地域性の説明や地域のインフォーマルサービスの紹介を行っている ・ 医療機関と連携が取り易くなる様に医師を招いて研修会を開いているなど |
| ネットワーク・情報支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市内の居宅連絡会議なども参加し認知症ネットワークや脳卒中ネットワークにも参加、ケアマネ会議では必ず事例検討会開催 ・ 地域懇親会 年3回開催 介護支援専門員、介護保険サービス事業者、地域住民、民生委員、保健センター、行政と地域ネットワークの強化の為に開催している ・ 介護支援専門員と民生委員との連携強化を目的としたグループ演習 ・ 区役所・医師・訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）・主任ケアマネジャー連絡会と合同連携の推進し個別の関係強化支援の働きかけ ・ 消防署、警察署、民生委員、地区社協の方などと意見交換ができる会議を開催した ・ 社会資源等情報提供 ・ 機関誌による情報提供等 <p>など</p> |
| 制度上の問題 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括の業務内容が拡大、一事例に関わる内容が過密となり、昨年度よりも居宅に対する個別支援の機会や内容が低下傾向 ・ 他包括でも同様の研修や指導がある、とケアマネ側から対応の負担が指摘されている。また、同一テーマでも説明や指導内容に違いがあり、かえって混乱すると指摘を受ける事がある ・ 1事業所1人ケアマネの人が抱え込んでいるケースがある。ケアネットの開催時間（夜開催のため出にくい人もいるのでは？） <p>など</p> |
| 相談、問い合わせ、苦情対応、同行訪問など | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員の経験年数の幅が大きくなり、サービスの質の向上のために研修会や居宅を訪問し相談・支援に機会を多くする努力をしている。 ・ ケアマネジャーに対するご利用者・ご家族からの苦情（契約解除）に対して、仲介役を担う。センター相談室を開放し、ケアマネ、家族両方の間に |

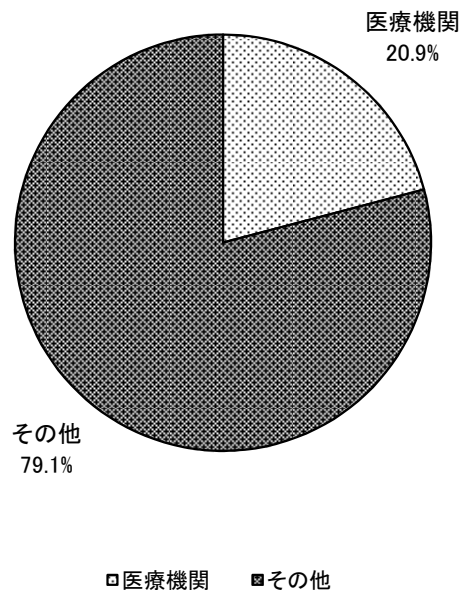
| 分類 | 課題 |
|--------|--|
| | <p>立って支援を行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電話や来苑の相談からでは内容が十分に把握できないことがあるので、必要時に応じて同行訪問等を行いながら、助言や問題解決に向けて、プランの見直し等を行なう ・ ケアマネから相談があれば対応をし、同行訪問もしているが、他機関に所属する相手に、多忙な中で継続的に支援をすることはなかなかできていない ・ 困難事例ケースに関しては、初回訪問時に同行訪問し、共同による支援を行っている <p>など</p> |
| 個別支援困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括の職員自身、多くの予防プランや地域活動等を抱えて多忙である ・ 3職種がそろっていないため、チームでの対応ができない ・ 包括の主任ケアマネと居宅のケアマネを兼務しており、地域内に居宅介護支援事業所が一つしかないため個別支援は行なっていない ・ 地域に出る時間や、困難ケースの対応など業務が多く、ケアマネに、対象者が住む地域を見る目を養うことができるような働きかけをする時間が足りない ・ 介護支援専門員によって問題意識の持ち方に違いがあるのは仕方ないことではあるが、意識の低いケアマネジャーほど、情報交換会や研修会への参加が見られないため、問題解決が困難になることがある <p>など</p> |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 震災避難者への支援について ・ 大規模災害時の対応について <p>など</p> |

3) 包括的・継続的ケアマネジメントの関係機関との連携回数・介護支援専門員に対する個別支援の回数

① 関係機関との連携回数

関係機関との連携回数は、「その他との連携（79.1%）」が、「医療機関との連携（20.9%）」であった。

図表 52 関係機関との連携回数

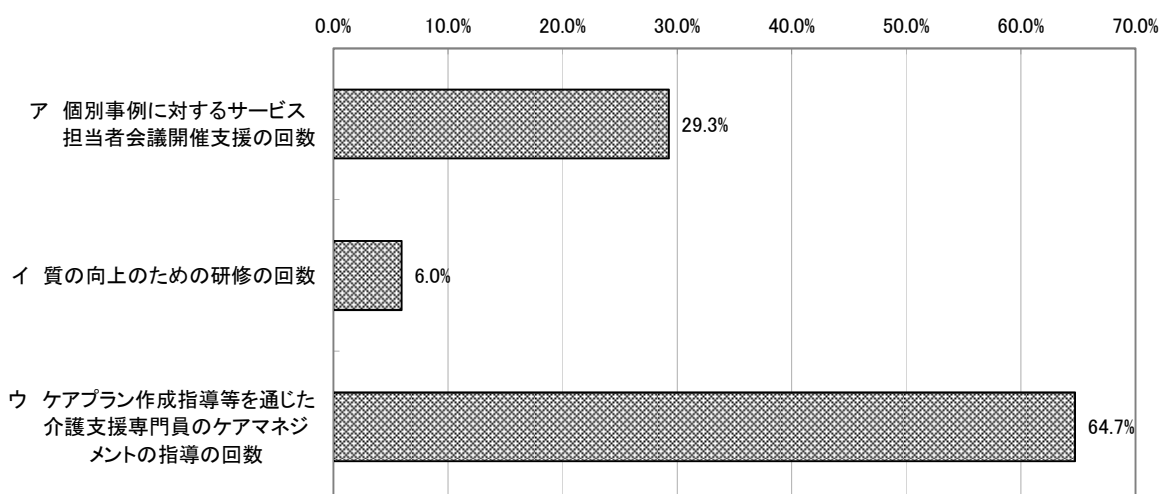


| | ア 医療機関 | | イ その他 | |
|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| H24調査 | 275,311 | 20.9% | 1,042,711 | 79.1% |
| H23調査 | 237,874 | 20.4% | 928,975 | 79.6% |
| H22調査 | 192,469 | 19.7% | 786,006 | 80.3% |
| H21調査 | 177,370 | 19.9% | 714,188 | 80.1% |

② 介護支援専門員に対する個別支援の回数（複数回答可）

介護支援専門員に対する個別支援の回数は、「ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導の回数（64.7%）」が最も多く、次いで、「個別事例に対するサービス担当者会議開催支援の回数（29.3%）」、「質の向上のための研修回数（6.0%）」の順であった。

図表 53 介護支援専門員に対する個別支援の回数（複数回答可）



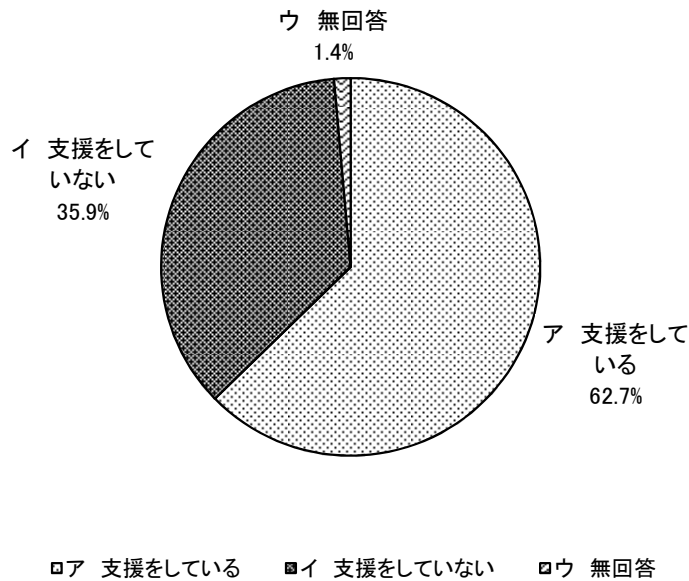
| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|--|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | 回数 | 割合 | 回数 | 割合 | 回数 | 割合 | 回数 | 割合 |
| ア 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援の回数 | 104,266 | 29.3% | 99,085 | 26.8% | 78,564 | 27.1% | 90,802 | 31.7% |
| イ 質の向上のための研修の回数 | 21,239 | 6.0% | 20,226 | 5.5% | 21,059 | 7.3% | 17,655 | 6.2% |
| ウ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導の回数 | 230,480 | 64.7% | 250,861 | 67.8% | 190,559 | 65.7% | 177,893 | 62.1% |
| 合計 | 355,985 | 100.0% | 370,172 | 100.0% | 290,182 | 100.0% | 286,350 | 100.0% |

4) 包括的・継続的ケアマネジメントの取り組み

① 地域におけるケアマネジャーに対して、アセスメントの中に「自立支援」を取り入れる支援の有無

包地域におけるケアマネジャーに対して、アセスメントの中に「自立支援」を取り入れる支援の有無は、「支援をしている (62.7%)」、「支援していない (35.9%)」であった。

図表 54 地域におけるケアマネジャーに対して、アセスメントの中に「自立支援」を取り入れる支援の有無



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | |
|------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| ア 支援をしている | 2,715 | 62.7% | 2,485 | 58.8% |
| イ 支援をしていない | 1,552 | 35.9% | 1,657 | 39.2% |
| ウ 不明・無回答 | 61 | 1.4% | 82 | 1.9% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% |

ア) 『支援をしている』場合の内容（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|--|--|
| 介護支援専門員に対する研修会・勉強会で助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のケアマネジャー対象に職能団体と共同で研修会を開催し、アセスメントや自立支援の視点の考え方の理解を深めるようにしている ・ 業務委託先や関わりのある介護支援専門員に対して、月1回講師を招き、「アセスメント」についての勉強会を開催している ・ 様々な制度、福祉サービスを活用できるための勉強会を実施し、個々のケースについて相談しやすい様、声かけを心がけている ・ 区ケアマネジャー連絡会と協力し、ケアプランについての勉強会をおこなっている <p>など</p> |
| ケア会議、サービス担当者会議、介護委託事業所会議などで助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 再委託を依頼しているケアマネジャーに対し、サービス担当者会議などで「自立支援」に着目した計画を作成するよう意見している ・ サービス担当者会議において、過剰支援とならないように意見を述べ、モニタリングの時にも支援内容については確認を行っている ・ 地域ケア会議をとおして自立支援の視点を取り入れるよう支援している ・ 圏域の自立型ケアハウスに入居されている方に関して、自立支援という視点で居宅ケアマネジャー、訪問介護事業所、包括支援センターが参加して定期的に会議を持って話し合いを行っている <p>など</p> |
| 社協、医療機関、リハビリ施設、包括センター、自治体等の連絡会などで助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員連絡会議で行う事例検討で、地域リハビリ推進センター職員（理学療法士及び作業療法士）に参加してもらい、助言をもらっている ・ 毎月定例のケアマネジャーサポート連絡会議などの機会を通じて、医師、薬剤師など専門職、他機関職員などを交えて研修会を行っている ・ 医療機関との連携では、精神保健福祉に関する地域保健からの研修会、医療機関からの研修会など包括合同の取り組みなどを行ってきた ・ 地域包括支援センターと圏域内の居宅介護支援事業所との定期的な連絡会・研修会を開催している <p>など</p> |
| 事例検討会、相談会での助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域のケアマネ会で生活保護課を交えての勉強会や認知症一人暮らしの高齢者が地域で自立した生活を送るための事例検討会を行う等して、ケアマネ支援をしている ・ ケアマネジャー連絡会を開催し、「ICFの考え方をういたケアマネジメントの展開」の研修や事例検討会の中で、アセスメントの重要性や「自立支援」の視点を取り入れている ・ ケアマネ交流会にてケアプラン相談や症例検討会を行って、その中で説明をしている ・ 定期的で開催しているケアマネサロンの中で地域の協力医を招いて勉強 |

| 分類 | 具体的内容 |
|---|--|
| | <p>会、相談会を行なった など</p> |
| <p>会合、介護事業所、医療機関との情報交換、意見交換、資料の提示など</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーと医療機関、ケアマネジャーと民生委員などの意見交換会を開催し、個別相談やアセスメント等しやすい環境作りを行っている ・ ケアマネジャーや介護事業者を招いての情報交換会において、自立支援の視点を取り入れるよう話をしている ・ 専門職の方(行政機関、医療職等)を招き、アセスメントから導かれるサービスの利用方法や情報提供を行っている <p>など</p> |
| <p>介護支援専門員からの個別ケース相談時に助言・指導</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーが個別に相談に来所した時は専門職3名がかかわり、ケアプラン内容や自立支援に向けて支援している ・ ケアマネジャーが相談できやすいようにいつでも連絡が取れる体制を作り(メール等)、必要時には相談にのっている ・ 地域のケアマネジャーからの相談を随時、センターの保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー(3人共ケアマネ有資格者)が応じることで、支援を実施している <p>など</p> |
| <p>ケアプラン(介護予防計画書)研修、作成時に取り入れるよう助言</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントのとり方・目標のたて方・ケアプランのたて方等の研修会を行っている ・ 本人出来ることについてのアセスメントの記載とそれに合わせたプラン内容となるようプラン作成をして頂くことと、出来ることについては、主治医の意見等も聞き、プラン作成していただくようにアドバイスしている ・ ケアプラン研修等を開催し、ケアマネジメントの一連の流れについて(アセスメント等)事例演習をとおして自立支援の視点でスキルアップを図っている ・ ICF・ケアマネジメントの原則に沿った自立支援のケアプランを薦めている <p>など</p> |
| <p>ケアプランチェック・点検・評価時に取り入れるよう助言</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャー1人につき、1件ケアプランを提出してもらい、ケアプランチェックを実施している。ケアプランの中に「自立支援」の視点が入っているか確認して指導している ・ 担当ケアマネジャーが、「自立支援」の視点があるか、プランにもりこまれているか、担当ケアマネジャーと地域包括スタッフともにプランを確認している ・ ケアプラン評価会や個別ケース相談において、「自立支援」の視点を中心にケアマネジメントの流れをケアマネジャーと共に確認するようにしている |

| 分類 | 具体的内容 |
|---------------------------------|--|
| | など |
| アセスメント研修時、相談時などアセスメント内での助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市やケアマネ協会に相談して「アセスメント」の研修会を開催していただき、ケアマネに対して、アセスメント研修会への参加を促した ・ アセスメント実施時に本人にて現在出来ている事、出来てない事、今後出来そうな事等を視点に入れてプランを作成するなどのアドバイスを行っている ・ ケアマネジャーからの個別相談時に、アセスメント時に「自立支援」重要性を説明している <p>など</p> |
| 利用者への同行訪問でケアマネジメントの助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 同行訪問した際に、利用者のストレンクスをお互いに探り、プランに組み込めるようアドバイスを行う ・ 経験年数の少ないケアマネジャー等に関しては積極的に同行訪問を行い、アドバイスをしている ・ 介護予防マネジメントや困難事例等の相談・同行訪問の機会を捉え、アセスメントやモニタリングを通して、自立支援にのっとった視点で、支援方法を考えることができるように指導する ・ アセスメントに限らず、個々のケアマネジメント全体を通じて、自立支援の視点で支援が行われているかを点検し、必要に応じて相談助言、同行訪問等を行っている <p>など</p> |
| 専門職(理学・作業・言語聴覚療法士など)、医師、看護師等の助言 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護度が悪化したプランに対して、担当ケアマネジャー、理学療法士等関係者に集ってもらい、「自立支援」という視点から見て、どういう点がいけなかったか意見を出してもらう ・ 健康管理についても、利用者の服薬状況のアセスメントについて、保健師から助言を受けて、自立支援に向けた方法について検討を行う ・ ケアプラン作成検討会を開催し、アセスメント力向上のために医師をはじめ、社会福祉士・訪問看護師や介護サービス事業所の代表から指導助言を得て、自立に向けたケアプランの作成を支援している ・ ケアプラン指導事業の中で、自立支援に資する適切なプラン作成のため、看護師や理学療法士あるいは必要に応じて医師にも参加してもらい、介護支援専門員自ら気付けるように促す指導を行っている <p>など</p> |
| 社会資源の活用、福祉用具、住宅の改修・改築時に助言 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域における様々な資源を活用し、自立支援という視点を取り入れるよう支援している ・ 住宅改修・福祉用具購入の事前相談時にケアプランへの助言を実施 ・ 利用者の残されている機能を活用することはもちろん、本人を取り巻く社会資源(家族や地域の関係者)ができる支援を持ち寄ることによって自立で |

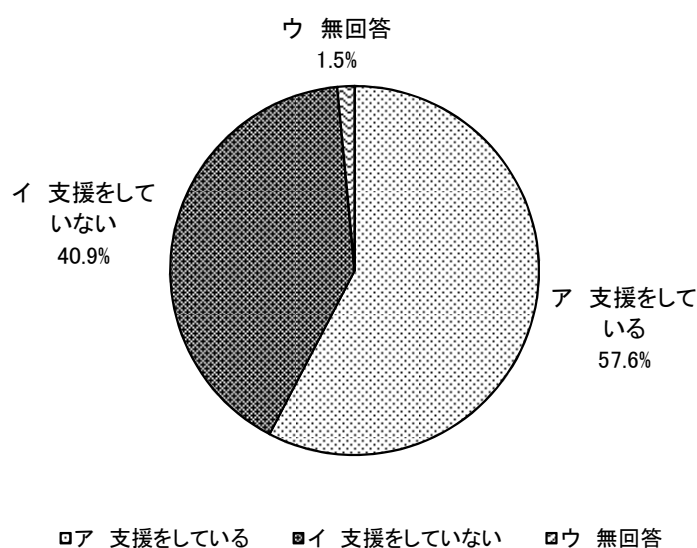
| 分類 | 具体的内容 |
|--------------------------------|---|
| | <p>きるか？を検討する</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院時に住宅改修が必要なケースにおいて、入院病院の PT, ケアマネ、福祉用具事業者で集ってもらい、実際のご本人の状況を確認しながら、必要な物を見極めるようにしている <p>など</p> |
| 利用者本人及び家族のニーズに添った支援 | <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーから相談を受けた際に、自分でできること、家族が可能な支援を見極めてプランを立てるように話している 利用者及び家族が抱えている問題に対し、望む生活に向けて主体的に取り組みが行なえるよう、気づきを促すようにしている 利用者の望む暮らしに少しでも近づけるよう、利用者や取り巻く環境を多方面から把握し課題を整理していくアセスメントのあり方を個々のケアプランを通し、ケアマネジャーと共に検討する様心がけている 本人の自立への意欲を損なわないように配慮する。家族の力を引き出すように支援する <p>など</p> |
| 運動機能を見極め、潜在能力の向上と目標設定等による助言・支援 | <ul style="list-style-type: none"> 残存機能の維持・向上の支援 アセスメントによる本人のできる部分の把握を行い、自力でできる部分を継続して行うことや具体的な目標を設定することで機能維持が図れるよう助言している 本人が現在行っていないけれども能力的にはできると思われる活動や動作を伝えている 達成可能なポジティブな目標設定を意識していただき、サービス内容についても確認し、自立支援に向けた内容になるようアドバイスしている <p>など</p> |
| 生活支援の中での工夫・補助などで個別支援 | <ul style="list-style-type: none"> 生活援助で、具材を揃えるのはできなくても、調理をすること 特に味付け等を行うことで、自立支援を促すようにしている 利用者の趣味を生かしたプラン作成を支援している 訪問介護の生活援助の場合も掃除や調理などヘルパーがすべて行うのではなく、本人ができるところは本人にしてもらい、できないところをヘルパーがする <p>など</p> |
| 困難事例の検討時、相談時に専門職から助言 | <ul style="list-style-type: none"> 困難事例に関する相談を受け、事例検討会を開催して必要な関係機関（行政、医療機関、司法機関、介護保険事業所など）と連携して支援している 困難事例の相談を受けるときに、本人・家族・地域の状況を確認し、できるだけ各々の「強み」をケアマネジャーに気づいてもらい、自立支援の視点をとり入れるよう支援している 定期的に生活圏域内の居宅支援事業所の介護支援専門員と困難事例等の |

| 分類 | 具体的内容 |
|---------------------------------------|--|
| | <p>グループスーパービジョンを行っている など</p> |
| <p>生きがいを持てるよう、気づき、見守り、ふれあいなどの支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が気づき、前向きに取り組めるように支援するようアドバイスしている ・ 「その人らしい生活」の実現に向けて、本人主体の生活に注視できるような気づきを促すような働きかけ・ケアマネ支援をしている ・ 本人が出来ていること、楽しみにしていること、生きがいがプランに盛り込まれるよう、その人らしさを大切にしてもらうようお話している <p>など</p> |
| <p>要介護認定・更新時、認知症高齢者にケアマネジメントの自立支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援認定から要介護認定へ移行した時の引き継ぎの際アセスメントの内容を伝えている ・ 要介護認定になった要支援の方や新規申請の方を居宅介護支援事業所のケアマネジャーに引き継ぎ時に支援している ・ 認知症検討会での事例を通し、アセスメントについての相談を受けている ・ 認知症による徘徊等の行動が起こった場合、グループホーム等の適用をすぐ考えるのではなく、その原因追究、地域の見守り体制の構築により、在宅生活が継続できる可能性があると言う視点を持つよう助言している <p>など</p> |
| <p>その他</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ICFの視点を踏まえて提案している ・ 自立支援は、日常生活の中で何につながるかという具体的な内容を示すよう助言している ・ 生活機能相談窓口の設置、生活機能研修の実施 ・ 日々の業務の中でケアマネジャーが燃え尽きないようにサポートしている <p>など</p> |

② 地域におけるケアマネジャーに対して、自立支援の観点から地域のネットワークを生かしたケアマネジメントの取り組み

地域におけるケアマネジャーに対して、自立支援の観点から地域のネットワークを生かしたケアマネジメントの取り組みについては、「支援をしている (57.6%)」、「支援していない (40.9%)」であった。

図表 55 地域におけるケアマネジャーに対して、自立支援の観点から地域のネットワークを生かしたケアマネジメントの取り組み



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | |
|------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| ア 支援をしている | 2,495 | 57.6% | 2,316 | 54.8% |
| イ 支援をしていない | 1,768 | 40.9% | 1,814 | 42.9% |
| ウ 不明・無回答 | 65 | 1.5% | 94 | 2.2% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% |

ア) 『支援をしている』場合の内容（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|---------------------------------|---|
| 介護支援専門員に対しての研修会・勉強会で助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期開催している地域の介護支援専門員の会議においてグループワーク等を通じ「地域ネットワーク」を含めた勉強会を行った ・ 地域ケア会議や包括主催の研修会に高齢者自主活動グループや、ボランティアグループを招き、ケアマネに地域のネットワークを体感してもらった ・ 民生委員とケアマネが連携をとりやすいように研修会や会議を行い、支援している ・ 歯科医師会のDrと一緒にクリティカルパスの研修会を行った ・ 介護保険サービスだけではなく、インフォーマルサービスの社会資源や、地域の取り組みなを情報提供し、本人が主体的な生活が送れるようなケアマネジメントに向けた研修会を定期的実施している <p>など</p> |
| ケア会議、ネットワーク会議、サービス担当者会議などで助言・指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員や医療機関と合同で、事例に対するフループワークを行い、多職種間でのネットワークの構築・連携がとりやすい体制を作る為にケア会議を実施している ・ ケアマネさんと一緒に地域の関係機関（民生委員、自治会や女性会など）の方々と一同に会して、年に二回ネットワーク会議を開催している ・ サービス担当者会議に民生委員に参加してもらい、地域のケアマネジャーとともに見守り、声掛け等地域でつながりを持つことができるよう支援している <p>など</p> |
| 事例検討会での事例検討など | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員に対し、事例検討会を通じて「自立支援」「ネットワーク」の重要性のアドバイスを行っている ・ 地域資源を生かした支援、ネットワークの活用で自立支援を促すプラン作成のための情報提供、ケース検討を随時行っている ・ 事例検討会を開催し、情報の共有や地域での問題点などを見つけ出ししていくようにしている <p>など</p> |
| 各種関係機関との交流会の開催 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所系・訪問系・地域密着型・居住系のネットワークを構築し、連絡網を活用して顔の見える関係づくりをしている ・ ケアマネサロンとして、行政サービス、障害者相談支援事業所、医療機関などと交流する場を作っている ・ 介護支援専門員と民生委員や医師会の医師との交流会を開催し、事例を通してそれぞれの役割などを確認することで、ネットワーク構築を進めている <p>など</p> |
| 情報交換、情報提 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で開催されているサロンや予防教室の開催場所や開催内容等の説 |

| 分類 | 具体的内容 |
|-------------------------------|--|
| 供、情報の共有など | 明、参加等の情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域での資源検索、特徴あるサービス情報提供 ・ ケアマネ会議において、地域のインフォーマルサービス情報や地域ネットワーク情報の、交換と共有により、今後とも利用できるサービスの拡充に配慮している ・ ケアマネジャー相互の情報交換と学び合いを目的にした「ケアマネサロン」及び、ケアマネジャー業務を取り巻く関係機関等との意見交換会の機会として「ケアマネサロン plus」において、総合的に実施している など |
| 民生委員、医療機関、自治体等、社会資源との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治会、民生委員、婦人会等と必要時の連携を図るよう支援している ・ 仮設住宅の生活支援員や訪問看護師との連携を図り、必要に応じ、市役所や保健センター、民生委員等の連携を行い、対応を検討している ・ 相談内容に応じて、各種専門職が関わり、必要に応じて各専門機関（保健センター、社協、高齢者福祉課等）または、民生委員等、連携を図り、ネットワークの構築に努めている など |
| 社会資源の活用及び情報提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・ フォーマルサービスだけではなく、本人のQOLなどを踏まえてインフォーマルサービスを利用するよう情報提供している ・ 地域資源リストを作成し、買物支援事業の紹介や地域見守り事業、配食サービスなどの紹介をし、自立支援に向けて支援した ・ ブログやメールで情報発信（社会資源や制度等）している ・ 地域のインフォーマルを含めた社会資源を市区町村単位で調査し、会議などで情報提供するとともに様々なネットワークを組んで、連携して支援を行なっていけるようアドバイスしている など |
| 社会資源マップ、エコマップ、ガイドブック等の作成、配布など | <ul style="list-style-type: none"> ・ インフォーマル台帳を作成し、地域にある資源を活用することで自立支援を促している ・ フォーマル・インフォーマルサービスを、パンフレットで配ったりして紹介している ・ エコマップの作成方法や社会資源リストを作成し居宅介護支援事業所に配布実施 など |
| 各方面との意見交換 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーと地域の民生委員さんと一緒に研修を行ったり、意見交換をする場を提供している ・ 地域の医療機関との連携のため、MSWを招いて意見交換、情報収集を支援している ・ 介護支援専門員とボランティアグループなどとの意見交換会を開催し、イ |

| 分類 | 具体的内容 |
|---------------------------------------|---|
| | <p>ンフォーマルサービスの活動状況やケアマネの状況など情報を共有できるようにしている</p> <p>など</p> |
| <p>介護支援専門員、介護事業所等からの個別相談対応</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別相談の際に、エコマップなどを使用し、ネットワーク構築の必要性などを伝えている ・ 個別相談を受けた際には、地域資源をともに考え、活用するよう助言している ・ ケアマネジャーからの個々のケース相談で、必要に応じ社協、地域関係者等との連携調整を行っている ・ 個別にケアマネジメントの相談があった際に地域の関係機関のネットワークを生かした自立支援の視点からプランニングするようアドバイスしている <p>など</p> |
| <p>ボランティア、地域活動団体等の紹介、情報共有、利用など</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用者の地域によっては、地域のボランティアを紹介したり体操教室の開催場所をお伝えしたりしている ・ 同居人がいる場合の家事支援サービス等について、地域の有償ボランティアや、NPO 団体等を紹介している ・ 地域の住民の自主グループの紹介を行っている ・ ボランティア団体・各自治会・まちづくりセンターでのサークル活動等、介護保険以外での見守り支援を紹介している <p>など</p> |
| <p>ケアプラン作成、ケアプランチェック時やアセスメントの中で助言</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 常に地域のインフォーマルサービスの情報を収集し、介護予防ケアプランの点検を通して、ケアマネジャーに地域の情報提供をしながら、自立支援を目指したプランの作成について助言している ・ インフォーマルサービス、医療機関の活用を視点に入れプラン作成にあたるよう指導している ・ ケアプラン作成指導の観点から、ケアプランの中に利用者のストレングスをどのように生かすか、また周辺協力をどのように得ていくかなど個別に助言している ・ 地域包括支援センターが持っている地域ネットワークを、必要に応じて紹介し、ケアプランと関連付けするよう助言している <p>など</p> |
| <p>困難事例の相談・検討</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 困難事例等の問題発生時には、常に医療・保健・福祉担当者が一同に会い、限られたサービスの中で対象者がいかに自立していくかを検討する会議を開催して、問題解決に努めるようにしており、会議の一委員として包括支援センターの職員も参加している ・ ケアマネから寄せられた困難事例等について、ケア会議を開催し、地域で |

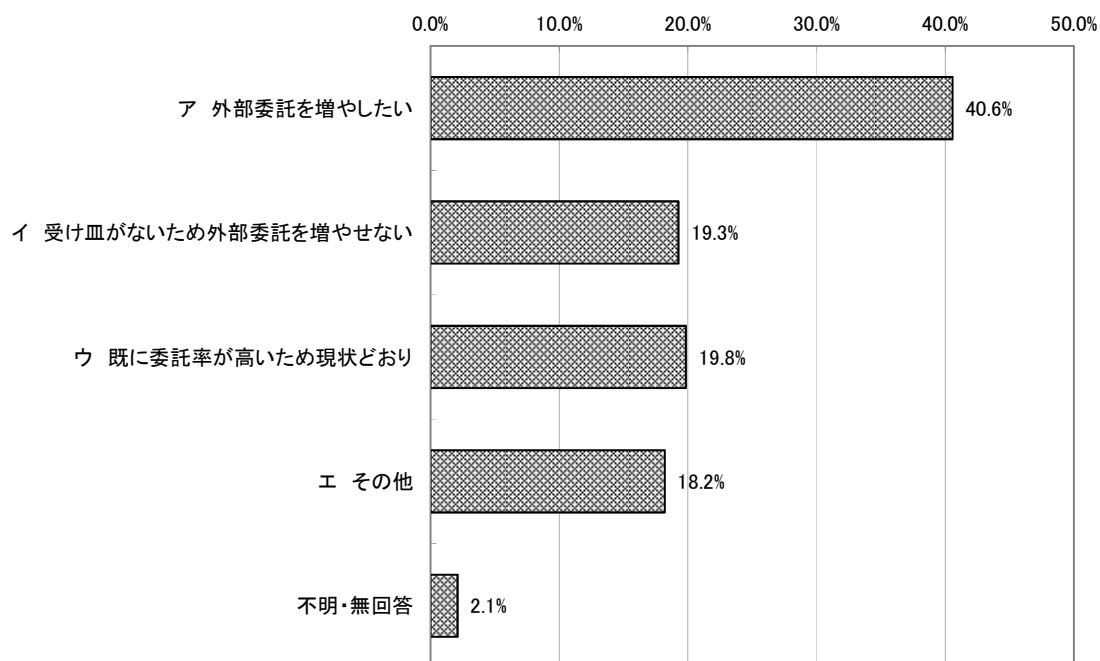
| 分類 | 具体的内容 |
|--|---|
| | <p>見守る関係者や各専門機関等に出席していただくようにしている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 困難事例や個別相談を随時受け、ケアマネの助言、指導、同行訪問を行うことで、問題解決に向けて対応している ・ ケアマネからの困難事例を市内の包括で合同で検討をし、特定事業所加算を取る事業所とも連携しながら自立支援を主体とした相談体制を取っている <p>など</p> |
| <p>専門職(医師、保健師、リハビリ担当、理学療法士など)の支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャー連絡会の中で、病院のソーシャルワーカーや医師、サービス事業者などと一緒に連携する方法について取り組む機会を設けている ・ ケアマネジャーが必要に応じて専門職からのアドバイスを受けることができるよう支援している ・ MSW 協会や医師会と連携し研修会などを共催や後援している ・ 医療従事者とケアマネジャーとの連携会議や虐待会議等を行い、連携を深めている他、会議の中で普段疑問に思っていることや相談したいことを話せる場を設けている <p>など</p> |
| <p>見守りネット(病院、ボランティア、NPO、民生委員、警察等)などサポート体制の構築</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の高齢者世帯の見守りや高齢者虐待予防事業、認知症高齢者 SOS ネットワーク等で、地域の行政区長、民生員、老人会長、ボランティアなどと連携している ・ 圏域内ケアマネジャーと連携し、地域高齢者の見守り隊を結成している ・ ボランティア団体・各自治会・まちづくりセンターでのサークル活動等、介護保険以外での見守り支援を紹介している ・ 独居の認知症ケースを中心に社会福祉協議会CSW、民生委員、校区福祉委員会、自治会などに協力を得ながら見守りネットワーク作りを随時行っている <p>など</p> |
| <p>認知症への支援を通して支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症家族の会への出席を促すことで、家族の思いを知る機会を提供するとともに、未参加の家族にも声をかけ、介護負担の軽減を図っている ・ 認知症高齢者が住み慣れた地域で生活するために、民生委員、町内会長さん、近隣者などの協力を得られるようネットワーク構築をすすめている ・ 認知症を知る講演会を開催したり、医療との連携について医師の立場から認知症を説明してもらい、ネットワークの構築を進めている <p>など</p> |
| <p>介護利用者、家族への生活支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の家族関係、利用者を取り巻く周囲の様々な人、利用者が周囲とどのような関係性を持ちながら生活しているのか把握した上で、それらの関係のどこを支えたり、どこを替えたらいいかを考えると等、関係機関を交えてのネットワークの構築を進めていけるようにしている |

| 分類 | 具体的内容 |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の処遇面での対応に当たり、民生委員・地区役員・医療関係者からの情報収集に心がけ、生活実態を踏まえ、自助努力を促す支援 ・ 民生委員など地域のネットワークを活かし、必要な情報提供などを行ったり、協力を得ながら、担当ケアマネジャーと一緒に対象者や家族などの支援を行っている <p>など</p> |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 出前講座等において介護予防の重要性について説明し、セルフケアに取り組むよう促すなどしている ・ 担当エリアや再委託先の CM 事業所よりアンケートを頂き地域のネットワーク作りに努めている <p>など</p> |

③ 介護予防支援の委託制限の廃止への対応

介護予防支援の委託制限の廃止への対応は、「外部委託を増やしたい（40.6%）」が最も多く、次いで、「既に委託率が高いため現状どおり（19.8%）」、「受け皿がないため外部委託を増やさない（19.3%）」であった。

図表 56 介護予防支援の委託制限の廃止への対応



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|----------------------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 外部委託を増やしたい | 1,756 | 40.6% |
| イ 受け皿がないため外部委託を増やせない | 834 | 19.3% |
| ウ 既に委託率が高いため現状どおり | 859 | 19.8% |
| エ その他 | 788 | 18.2% |
| 不明・無回答 | 91 | 2.1% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% |

ア) その他の内容（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|---------------------------------|--|
| 委託していない、直営で対応できるため委託の必要がない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現段階で委託していないので特に対応はしていることはない ・ 現状として外部委託をしておらず、特に対応の必要性を感じていない ・ 現在の件数が委託を行うほどではないと考えるので委託は考えていない ・ 職員増員をして対応しているので、介護予防支援は、自センターで対応したいと思っている <p>など</p> |
| 委託できない、委託が認められていない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市の方針により、原則委託を行っていない ・ 新規プランは包括が担当するという、市独自の取り決めにより、外部委託ができないなどの制限があり、職員が不足しているのに関わらず、改善がされないため、きめ細やかなプラン作成には困難が生じている ・ 委託できるケースに条件があり、該当者がいないため委託していない ・ 所属する法人自体より、事業所の運営面等の問題にて外部委託や専属のプランナー配置についての理解が得られない <p>など</p> |
| 全件委託している | <ul style="list-style-type: none"> ・ 今のところ全数委託をしているが、要支援の件数が増え続けているので、今までどおりに行くかどうかは心配あり ・ 全て外部委託に移行済み ・ 現行からすべて委託のため、今まで通りの対応である <p>など</p> |
| 必要が生じた場合は委託する | <ul style="list-style-type: none"> ・ その方の状況に合わせて、委託すかどうか選択できる状況が望ましいと思う ・ 地域性や利便性を考慮しながら、ケースの実状に合った委託をしたい ・ 外部委託をした方が良いと思われるケースについては、委託理由を検討し、適宜、適切な事業所に委託している <p>など</p> |
| 利用者、家族の要望により委託する | <ul style="list-style-type: none"> ・ まず本人の意向をうかがい、委託を希望される場合は紹介をしている ・ 委託料のみでは、経営上苦しいため、予防プランの委託は本人、家族からの希望がない限り出していない ・ 現状どおり、本人や家族の希望をききながら委託していく ・ 本人・家族が包括でない居宅を希望したときのみ外部委託を行う <p>など</p> |
| 圏外居住者や他県や他市区町村でサービス利用する場合のみ委託する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的には委託はしていないが、町外で生活している方のみ委託している ・ 原則、担当地域の支援は、包括が行う事にしており、市外在住の利用者のみ支援を委託している ・ 転居で遠隔地に居住するようになった場合、身近な支援を行うことができないので、委託する場合があるが、件数は少ない |

| 分類 | 具体的内容 |
|--|--|
| | など |
| <p>家族に要介護・要支援認定者がいる場合に委託する</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定から支援認定となった方に関しては、今までのケアマネジャーに委託したり、ご夫婦で介護の認定を受けており、その片方が支援認定等の場合は、委託をしている ・ 要支援者の増加が見込まれるため、介護から支援となったケースについては、外部委託対応が望まれる ・ 基本は直営でプラン作成をしているが、認定の変動が考えられる、世帯に要介護認定の方がいる場合などは委託としている <p>など</p> |
| <p>委託に関する手続きや管理が煩雑で、委託しにくい</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託の事例はサービス担当者会議へ参加することになっているため、逆に業務量が増え担当者の業務量が増えるため委託は増やせない ・ 委託率を増やすと管理が難しいため委託は増やさない方向 ・ 委託を増やすと事業所としての収入が増えず、手間のみ増えるのでジレンマに陥る可能性がある ・ 委託をする際の業務の手間が多く、以前から積極的には委託をすすめていない <p>など</p> |
| <p>委託先の職員数の問題、質の低下等で委託しにくい</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先事業所の支援の質に不安があり委託出来ない場合もある ・ 質の低下の懸念、指導に時間が取れないことなどが懸念され、外部委託を増やしにくい ・ 居宅介護支援事業所への外部委託を増やしたいと思うが、介護予防という考えにもとづいた支援をしてもらえるか不安がある ・ 外部委託を増やしたいと考えているが、委託しても良いと思うケアマネジャーは受けてもらえず、受けてもらえるケアマネジャーは力量不足で指導や助言に時間が取られる <p>など</p> |
| <p>センターで対応が困難であれば委託せざるを得ない</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の異動・退職に伴い、委託件数を増やさざるを得ない ・ プラン数がいっぱいではないので、外部委託を受けることが可能な場合だけお願いする ・ 現在の包括の体制で、1人につき担当件数40件を上限として、それ以上に増えた場合は外部委託を増やしたい <p>など</p> |
| <p>収入を確保するため委託を増やせない、経営収支上、委託する余裕がない</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 外部委託を増やしたいが、受け皿がないことと、委託することで収入減になることが課題 ・ 業務量の関係で外部委託したい気持ちもあるが、財源確保のために委託ばかりも増やせない現状がある ・ 外部委託を増やしたいが、収入確保のため、ある程度プラン作成を行わな |

| 分類 | 具体的内容 |
|--------------------------------------|--|
| | <p>ければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護報酬が低すぎることと介護のケアプランと書式が異なるため、上限を廃止しても委託が増えない <p>など</p> |
| <p>委託料が安い ため委託を拒否される、委託先が少ない</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 外部委託は増やしたいが、委託料が安く手間も掛かるために、なかなか受けてもらえないのが現状である ・ 委託制限が廃止になったがプラン作成料が安いわりには業務量が多い為か、介護予防の担当を断る事業所がある ・ 近隣の居宅介護支援事業所も要介護対象者のみで要支援者の委託は拒否の事業所もある ・ 外部委託を増やしたいが、現実的に報酬が安く、また介護サービス計画と様式も違って、介護支援専門員の負担が増えるせいか、委託を受けてもらえない場合が多い <p>など</p> |
| <p>利用者の状況や委託先の受け入れ状況等を踏まえ、今後検討する</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 外部委託が必要な状況ではなかったため内部で検討していなかったが、今後のことについては検討する必要がある ・ 現状としては外部委託の必要はないが、今後利用者数の増加により検討する ・ 利用者の状況に応じて、委託の方がより自立支援となるのか検討し対応中 <p>など</p> |
| <p>今後は委託を減らしたい</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託した場合、書類の不備や、書類や包括を通したサービス担当者会議等のやり取りになり、ご利用者様に不便をかける事が多いので外部委託は今後減らしていきたい ・ 介護認定更新時に、外部委託していたものを、順次地域包括で行うよう委託を廃止している ・ 外部委託をしても、給付管理はしなければならず、手間的にはそんなに変わらない為、外部委託は減らしている <p>など</p> |
| <p>介護予防支援事業は包括支援センターと切り離して欲しい</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防事業を居宅介護支援事業所に移管してはいただけないか、働きかけを希望する ・ 予防支援自体の業務負担が多く、包括支援センター業務と切り離す方向がいいと思う ・ 外部委託という形ではなく、地域包括支援センター業務から、介護予防支援そのものを外してほしい ・ 予防プランは予防居宅支援事業所に専門的に依頼したい <p>など</p> |
| <p>介護予防支援は実施</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランを作成していない |

| 分類 | 具体的内容 |
|------------------------|---|
| していない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防支援業務を実施していない など |
| 特別地域加算算定地域でもともと制限がない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当町は特別地域加算算定地域であり元々法令上の制限を受けていなかった ・ 特別地域のため制限がない など |
| 廃止になっても影響はない、現状通り、問題なし | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の委託状況で円滑に運営できているため現状どおり ・ 現状では、必要時、外部委託できるため、特段問題はない ・ 委託制限の廃止にはなったが介護支援専門員に対しては人数制限があるので、結果現状どおり など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営協議会で50%は包括が担当するように指導を受けている ・ 委託先センターで委託率に差が出ており、市全体の体制の整備と方針を明確にする必要がある ・ 介護支援専門員の上限が決まっているためあまり効果は無いように思われる ・ 当センターの職員を増やしたい（プランナーの配置など） など |

(4) 地域支援事業の二次予防事業対象者

地域支援事業の二次予防事業対象者は、二次予防事業対象者数が 2,287,216 人であった。そのうち、介護予防ケアマネジメント業務において介護予防ケアプランを作成した人数は、114,282 人であった。

図表 57 地域支援事業の二次予防事業対象者

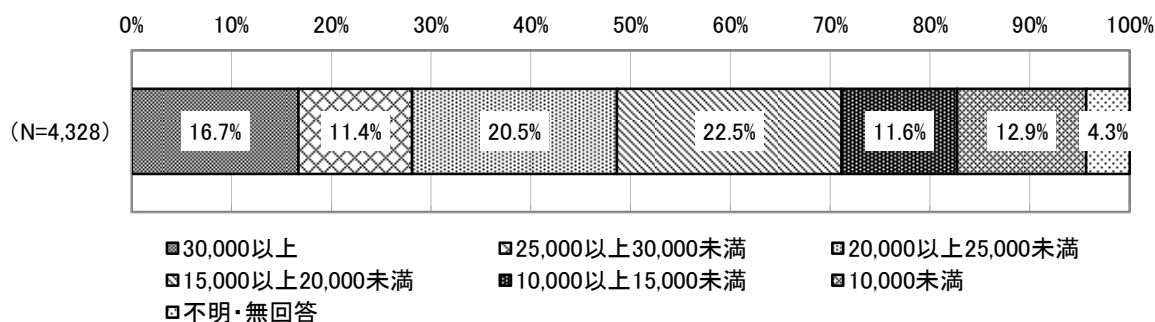
| | H24調査 (平成23年度実績) | H23調査 (平成22年度実績) |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 二次予防事業対象者数 | 2,287,216 | 997,022 |
| うち、介護予防ケアマネジメント業務において介護予防ケアプランを作成した人数 | 114,282 | 163,827 |

(5) 運営費等

1) 委託費・交付金

委託費・交付金は、「15,000千円以上 20,000千円未満 (22.5%)」が最も多く、次いで、「20,000千円以上 25,000千円未満 (20.5%)」、「30,000千円以上 (16.7%)」、「10,000千円未満 (12.9%)」、「10,000千円以上 15,000千円未満 (11.6%)」、「25,000千円以上 30,000千円未満 (11.4%)」の順であった。

図表 58 委託費・交付金

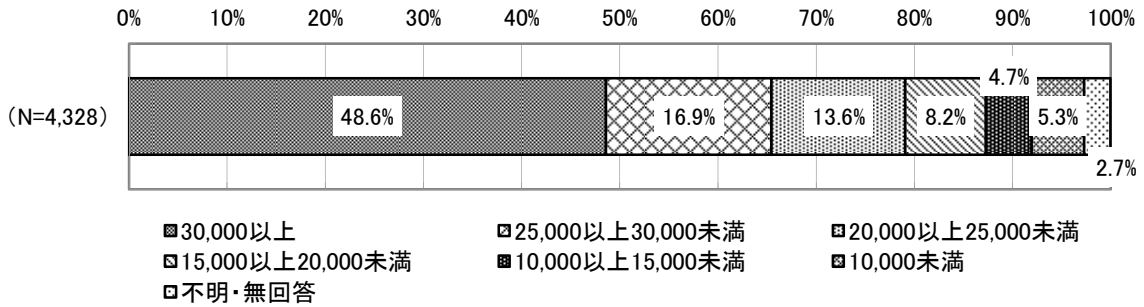


| 金額 (千円) | H24調査 | | H23調査 | | H22調査 | | H21調査 | | H20調査 | |
|----------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) |
| 30,000以上 | 723 | 16.7% | 680 | 16.1% | 603 | 15.1% | 539 | 13.7% | 469 | 12.7% |
| 25,000以上 30,000未満 | 493 | 11.4% | 409 | 9.7% | 332 | 8.3% | 301 | 7.6% | 246 | 6.6% |
| 20,000以上 25,000未満 | 889 | 20.5% | 740 | 17.5% | 747 | 18.6% | 746 | 19.0% | 625 | 16.9% |
| 15,000以上 20,000未満 | 974 | 22.5% | 1,143 | 27.1% | 1,142 | 28.5% | 1,119 | 28.4% | 991 | 26.8% |
| 10,000以上 15,000未満 | 502 | 11.6% | 535 | 12.7% | 588 | 14.7% | 594 | 15.1% | 663 | 17.9% |
| 10,000未満 | 559 | 12.9% | 541 | 12.8% | 594 | 14.8% | 636 | 16.2% | 708 | 19.1% |
| 不明・無回答 | 188 | 4.3% | 176 | 4.2% | - | - | - | - | - | - |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,224 | 100.0% | 4,006 | 100.0% | 3,935 | 100.0% | 3,702 | 100.0% |

2) 予算額・決算額合計

予算額・決算額の合計は、「30,000千円以上(48.6%)」が最も多く、次いで、「25,000千円以上30,000千円未満(16.9%)」、「20,000千円以上25,000千円未満(13.6%)」、「15,000千円以上20,000千円未満(8.2%)」、「10,000千円以上15,000千円未満(4.7%)」の順であった。

図表 59 予算額・決算額の合計



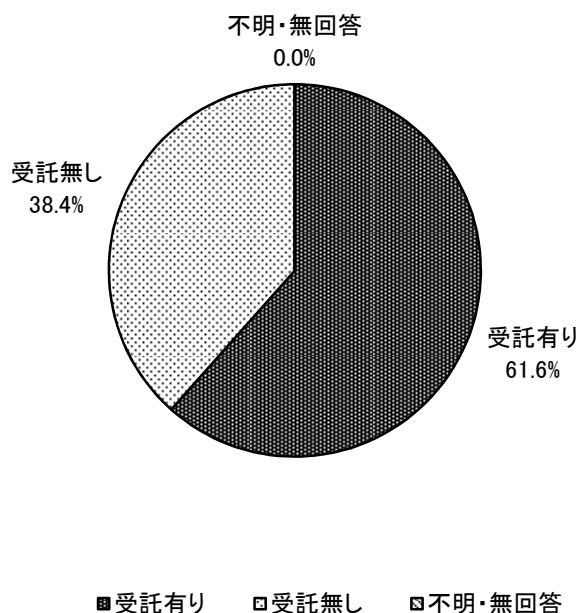
| 金額 (千円) | H24調査 | | H23調査 | | H22調査 | | H21調査 | | H20調査 | |
|----------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) | センター数 (箇所) | 割合 (%) |
| 30,000以上 | 2,104 | 48.6% | 1,940 | 45.9% | 1,829 | 43.7% | 1,666 | 39.8% | 1,387 | 37.5% |
| 25,000以上 30,000未満 | 730 | 16.9% | 708 | 16.8% | 709 | 16.9% | 682 | 16.3% | 570 | 15.4% |
| 20,000以上 25,000未満 | 589 | 13.6% | 639 | 15.1% | 659 | 15.7% | 728 | 17.4% | 730 | 19.7% |
| 15,000以上 20,000未満 | 355 | 8.2% | 404 | 9.6% | 412 | 9.8% | 405 | 9.7% | 468 | 12.6% |
| 10,000以上 15,000未満 | 202 | 4.7% | 197 | 4.7% | 221 | 5.3% | 232 | 5.5% | 238 | 6.4% |
| 10,000未満 | 231 | 5.3% | 300 | 7.1% | 358 | 8.5% | 471 | 11.3% | 309 | 8.3% |
| 不明・無回答 | 117 | 2.7% | 35 | 0.8% | - | - | - | - | - | - |
| 計 | 4,328 | 100.0% | 4,223 | 100.0% | 4,188 | 100.0% | 4,184 | 100.0% | 3,702 | 100.0% |

(6) 受託の状況

1) 介護予防事業の受託

介護予備事業の受託は、「有り」が 61.6%、「無し」が 38.4%であった。

図表 60 介護予防事業の受託

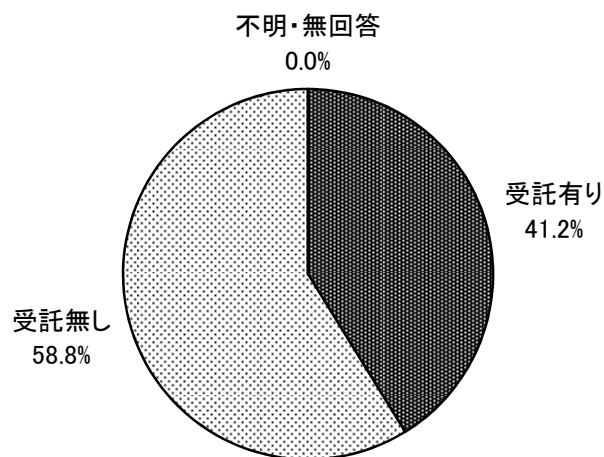


| | | 有り | | 無し | | 不明・無回答 | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| | | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 介護予防事業 (普及啓発事業等)の受託 | H24調査 | 2,665 | 61.6% | 1,663 | 38.4% | 0 | 0.0% |
| | H23調査 | 2,577 | 61.0% | 1,612 | 38.2% | 35 | 0.8% |
| | H22調査 | 2,526 | 62.1% | 1,539 | 37.9% | 0 | 0.0% |
| | H21調査 | 2,559 | 63.1% | 1,497 | 36.9% | 0 | 0.0% |

2) 任意事業の受託

任意事業の受託は、「無し」が 58.8%、「有り」が 41.2%であった。

図表 61 任意事業の受託



■受託有り □受託無し □不明・無回答

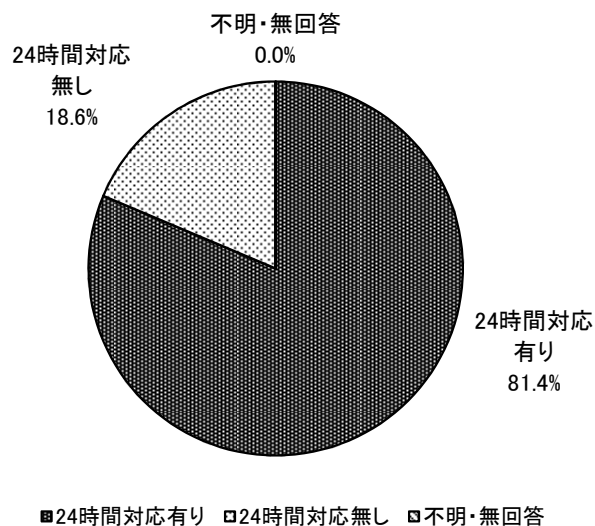
| | | 有り | | 無し | | 不明・無回答 | |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| | | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| 任意事業の受託 | H24調査 | 1,784 | 41.2% | 2,544 | 58.8% | 0 | 0.0% |
| | H23調査 | 1,683 | 39.8% | 2,506 | 59.3% | 35 | 0.8% |
| | H22調査 | 1,608 | 39.6% | 2,457 | 60.4% | 0 | 0.0% |
| | H21調査 | 1,641 | 40.4% | 2,415 | 59.4% | 0 | 0.0% |

(7) 夜間・休日の対応

1) 24時間対応の実施の有無(携帯電話等での対応を含む)

24時間対応の実施は、「有り」が81.4%、「無し」が18.6%であった。

図表 62 24時間対応の実施の有無

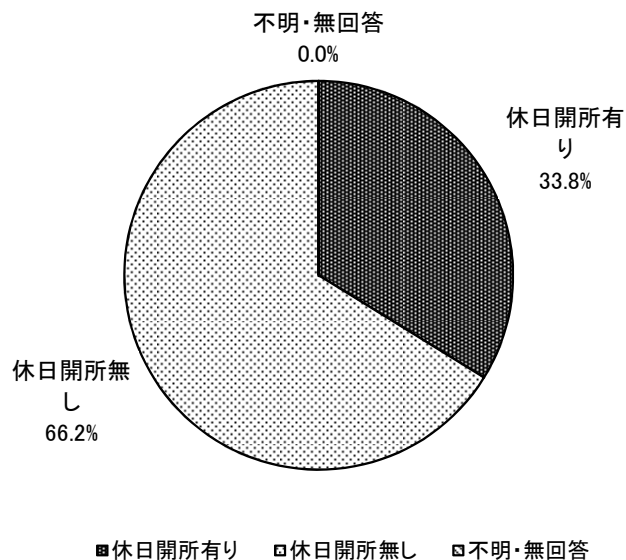


| | 有り | | 無し | | 不明・無回答 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| H24調査 | 3,521 | 81.4% | 807 | 18.6% | 0 | 0.0% |
| H23調査 | 3,268 | 77.4% | 921 | 21.8% | 35 | 0.8% |
| H22調査 | 2,975 | 73.2% | 1,090 | 26.8% | 0 | 0.0% |
| H21調査 | 2,954 | 72.8% | 1,102 | 27.2% | 0 | 0.0% |

2) 休日開所の実施

休日開所の実施は、「無し」が 66.2%、「有り」が 33.8%であった。

図表 63 休日開所の実施

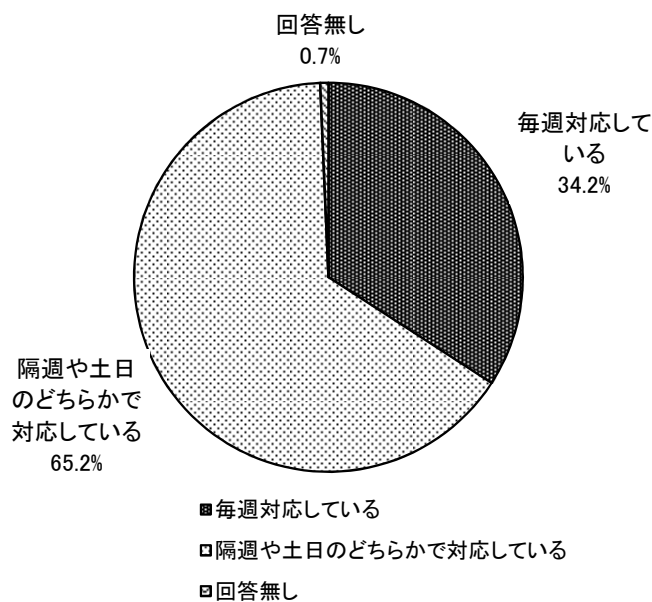


| | 有り | | 無し | | 不明・無回答 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 | 箇所 | 割合 |
| H24調査 | 1,464 | 33.8% | 2,864 | 66.2% | 0 | 0.0% |
| H23調査 | 1,393 | 33.0% | 2,796 | 66.2% | 35 | 0.8% |
| H22調査 | 1,417 | 34.9% | 2,648 | 65.1% | 0 | 0.0% |
| H21調査 | 1,329 | 32.8% | 2,727 | 67.2% | 0 | 0.0% |

① 休日開所の実施が「有り」の場合の対応

休日開所の実施が「有り」の場合の対応は、「隔週や土日のどちらかで対応している」が65.2%、「毎週対応している」が34.2%であった。

図表 64 休日開所の実施が「有り」の場合



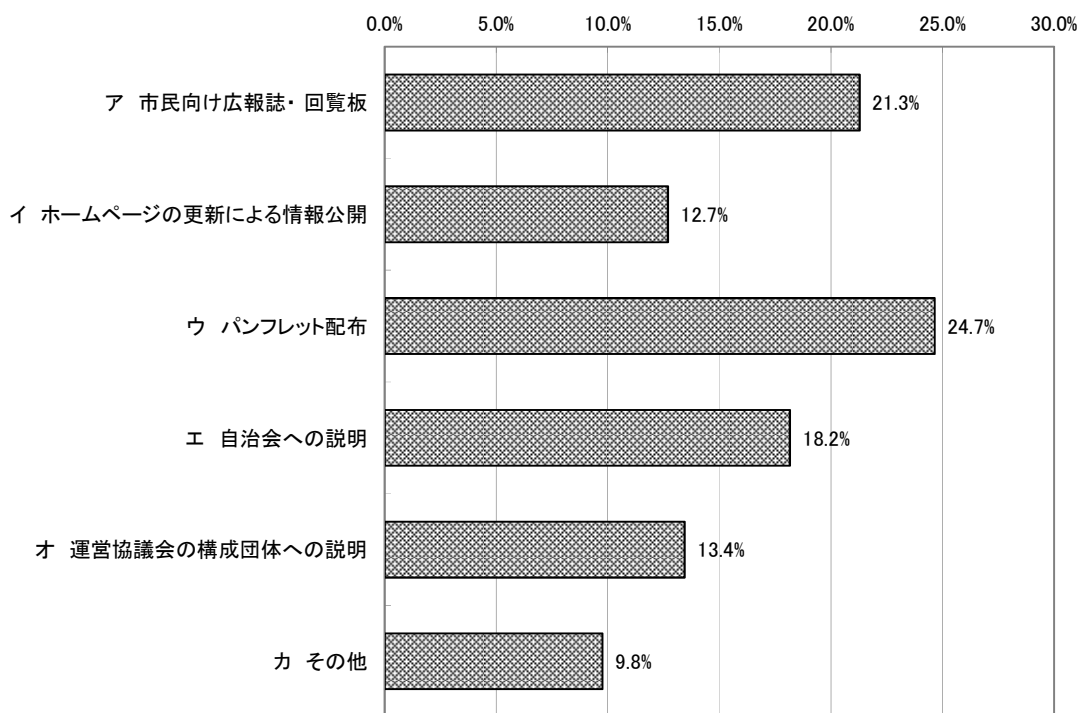
| | | 箇所 | 割合 |
|---------------------|-------|-----|-------|
| ア 毎週対応している | H24調査 | 500 | 34.2% |
| | H23調査 | 486 | 34.9% |
| | H22調査 | 459 | 32.4% |
| | H21調査 | 440 | 33.1% |
| イ 隔週や土日のどちらかで対応している | H24調査 | 954 | 65.2% |
| | H23調査 | 893 | 64.1% |
| | H22調査 | 958 | 67.6% |
| | H21調査 | 889 | 66.9% |
| ウ 不明・無回答 | H24調査 | 10 | 0.7% |
| | H23調査 | 14 | 1.0% |
| | H22調査 | 0 | 0.0% |
| | H21調査 | 0 | 0.0% |

(8) 住民に対する広報活動の状況(地域包括支援センターとしての独自の取り組み)

1) 広報方法(複数回答可)

広報方法は、「パンフレット配布(24.7%)」が最も多く、次いで、「市民向け広報誌・回覧板(21.3%)」、「自治会への説明(18.2%)」、「運営協議会の構成団体への説明(13.4%)」、「ホームページの更新による情報公開(12.7%)」の順であった。

図表 65 広報方法(複数回答可)

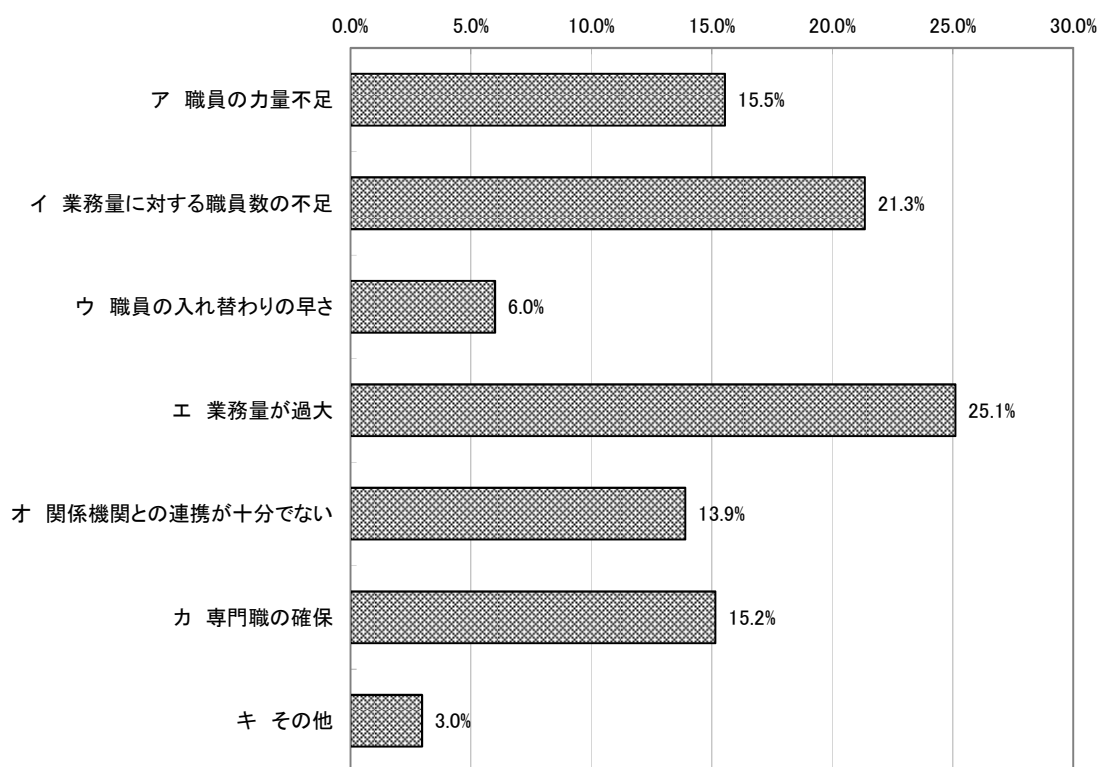


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|--------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 市民向け広報誌・回覧板 | 3,056 | 21.3% | 2,860 | 20.7% | 2,633 | 20.6% | 2,436 | 21.0% |
| イ ホームページの更新による情報公開 | 1,823 | 12.7% | 1,601 | 11.6% | 1,368 | 10.7% | 1,060 | 9.1% |
| ウ パンフレット配布 | 3,540 | 24.7% | 3,442 | 24.9% | 3,286 | 25.8% | 2,970 | 25.6% |
| エ 自治会への説明 | 2,608 | 18.2% | 2,515 | 18.2% | 2,301 | 18.0% | 1,968 | 17.0% |
| オ 運営協議会の構成団体への説明 | 1,930 | 13.4% | 1,908 | 13.8% | 1,676 | 13.1% | 1,464 | 12.6% |
| カ その他 | 1,402 | 9.8% | 1,472 | 10.7% | 1,492 | 11.7% | 1,705 | 14.7% |
| 合計 | 14,359 | 100.0% | 13,798 | 100.0% | 12,756 | 100.0% | 11,603 | 100.0% |

(9) 地域包括支援センターが抱える課題

地域包括支援センターが抱える課題は、「業務量が過大 (25.1%)」が最も多く、次いで、「業務量に対する職員数の不足 (21.3%)」、「職員の力量不足 (15.5%)」、「専門職の確保 (15.2%)」、「関係機関との連携が十分でない (13.9%)」、「職員の入れ替わりの早さ (6.0%)」の順であった。

図表 66 地域包括支援センターが抱える課題（複数回答可）

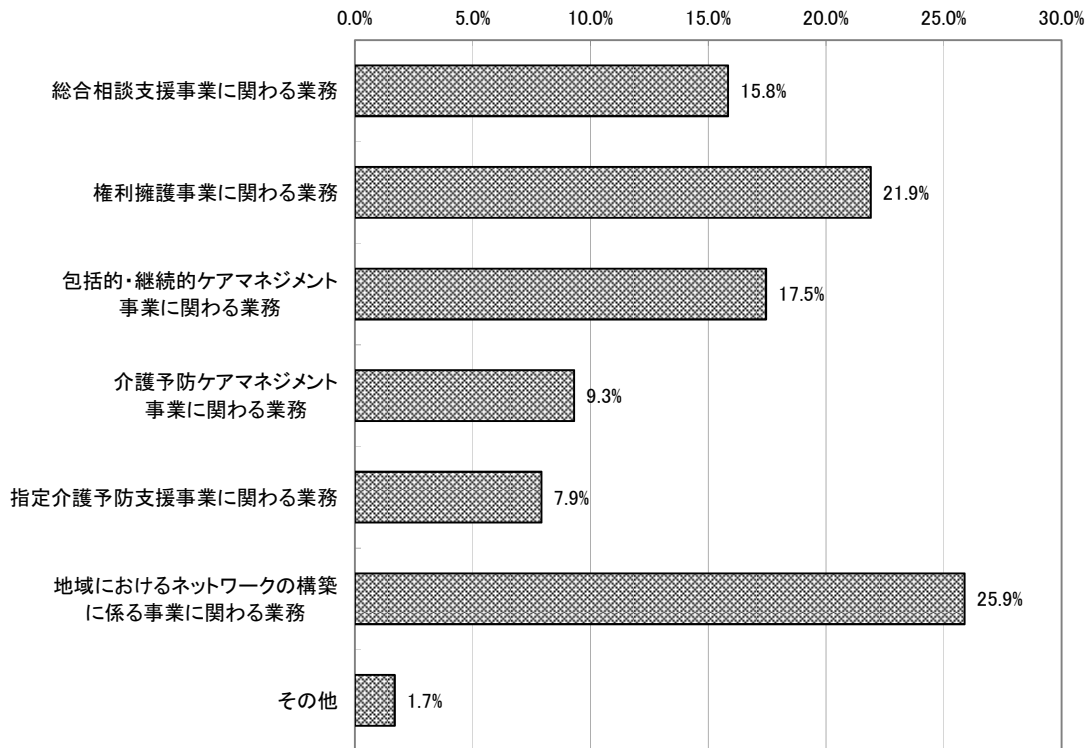


| | H24調査 (平成24年4月末) | | H23調査 (平成23年4月末) | | H22調査 (平成22年4月末) | | H21調査 (平成21年4月末) | |
|------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 職員の力量不足 | 2,006 | 15.5% | 1,613 | 13.3% | 1,568 | 13.2% | 1,498 | 13.3% |
| イ 業務量に対する職員数の不足 | 2,756 | 21.3% | 2,606 | 21.5% | 2,664 | 22.5% | 2,450 | 21.8% |
| ウ 職員の入れ替わりの早さ | 774 | 6.0% | 737 | 6.1% | 645 | 5.4% | 589 | 5.2% |
| エ 業務量が過大 | 3,241 | 25.1% | 3,187 | 26.3% | 2,869 | 24.2% | 2,634 | 23.5% |
| オ 関係機関との連携が十分でない | 1,793 | 13.9% | 1,622 | 13.4% | 1,568 | 13.2% | 1,585 | 14.1% |
| カ 専門職の確保 | 1,956 | 15.2% | 1,922 | 15.9% | 1,965 | 16.6% | 1,903 | 17.0% |
| キ その他 | 383 | 3.0% | 428 | 3.5% | 564 | 4.8% | 567 | 5.1% |
| 合計 | 12,909 | 100.0% | 12,115 | 100.0% | 11,843 | 100.0% | 11,226 | 100.0% |

1) 『職員の力量不足』の場合の業務内容(複数回答可)

『職員の力量不足』の場合の業務内容は、「地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 (25.9%)」が最も多く、次いで、「権利擁護事業に関わる業務 (21.9%)」、「包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 (17.5%)」、「総合相談支援事業に関わる業務 (15.8%)」、「介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 (9.3%)」、「指定介護予防支援事業に関わる業務 (7.9%)」の順であった。

図表 67 『職員の力量不足』の場合の業務内容(複数回答可)

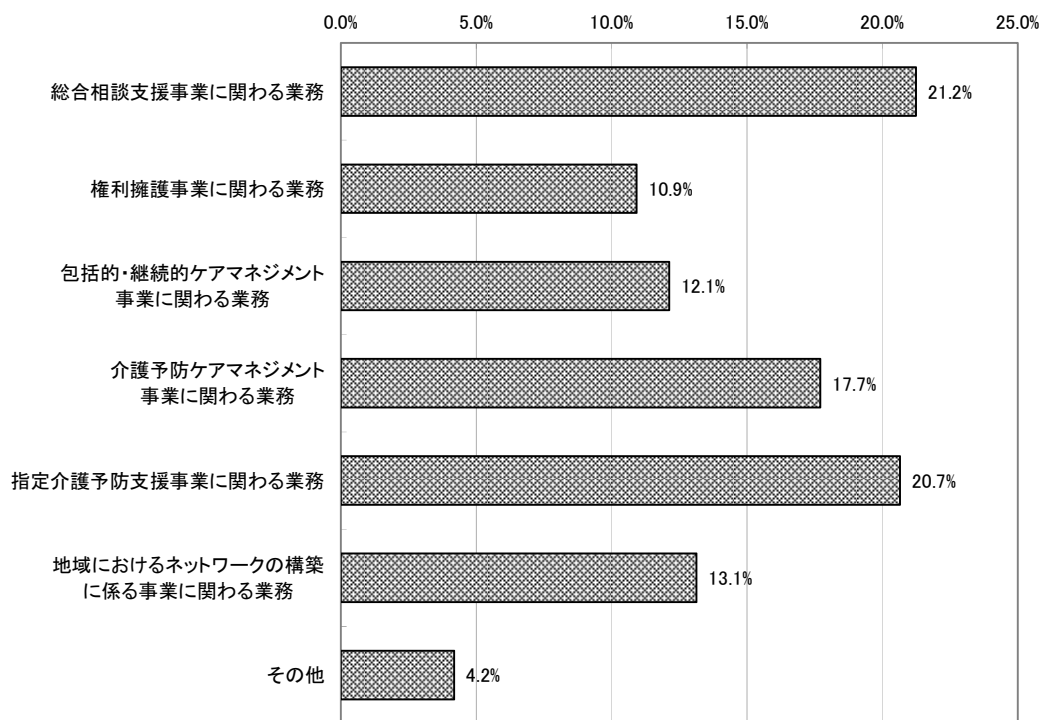


| | H24 調査 (平成24年4月末) | |
|------------------------------|----------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| a 総合相談支援事業に関わる業務 | 940 | 15.8% |
| b 権利擁護事業に関わる業務 | 1,300 | 21.9% |
| c 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 | 1,036 | 17.5% |
| d 介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 | 552 | 9.3% |
| e 指定介護予防支援事業に関わる業務 | 470 | 7.9% |
| f 地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 | 1,536 | 25.9% |
| g その他 | 100 | 1.7% |
| 合計 | 5,934 | 100.0% |

2) 『業務量が過大』の場合の業務内容(複数回答可)

『業務量が過大』の場合の業務内容は、「総合相談支援事業に関わる業務 (21.2%)」が最も多く、次いで、「指定介護予防支援事業に関わる業務 (20.7%)」、「介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 (17.7%)」、「地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 (13.1%)」、「包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 (12.1%)」、「権利擁護事業に関わる業務 (10.9%)」の順であった。

図表 68 『業務量が過大』場合の業務内容 (複数回答可)

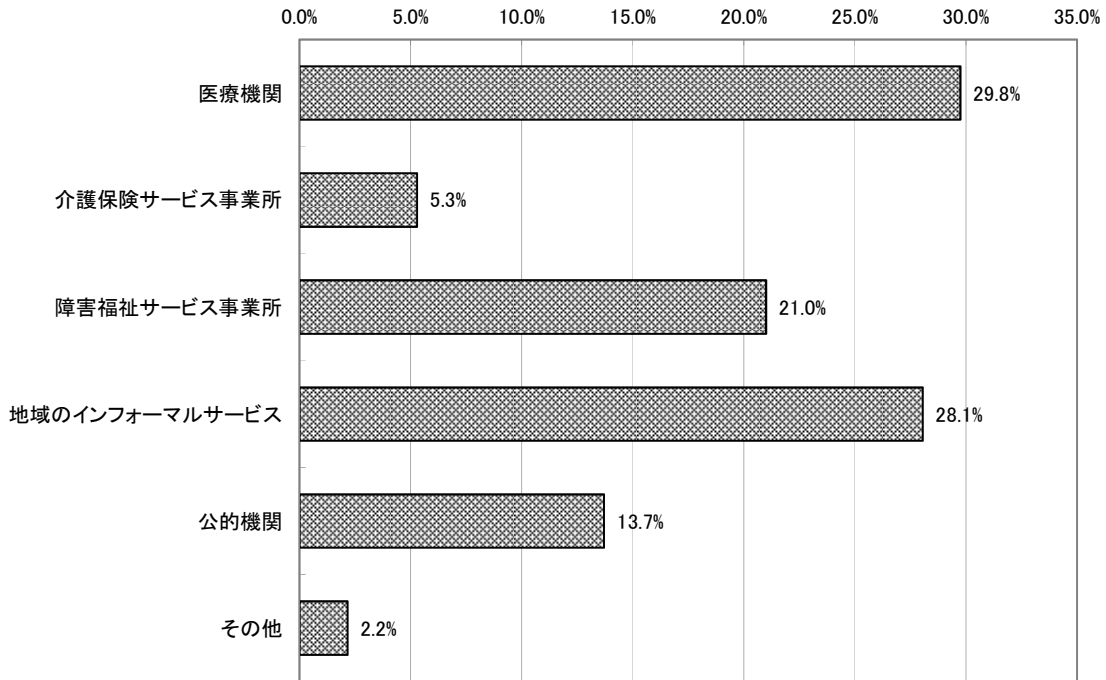


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|------------------------------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| a 総合相談支援事業に関わる業務 | 2,007 | 21.2% |
| b 権利擁護事業に関わる業務 | 1,032 | 10.9% |
| c 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 | 1,146 | 12.1% |
| d 介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 | 1,673 | 17.7% |
| e 指定介護予防支援事業に関わる業務 | 1,951 | 20.7% |
| f 地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 | 1,241 | 13.1% |
| g その他 | 396 | 4.2% |
| 合計 | 9,446 | 100.0% |

3) 『関係機関との連携が十分でない』場合の関係機関(複数回答可)

『関係機関との連携が十分でない』場合の関係機関は、「医療機関 (29.8%)」が最も多く、次いで、「地域のインフォーマルサービス (28.1%)」、「障害福祉サービス事業所 (21.0%)」、「公的機関 (13.7%)」、「介護保険サービス事業所 (5.3%)」の順であった。

図表 69 『関係機関との連携が十分でない』場合の関係機関(複数回答可)

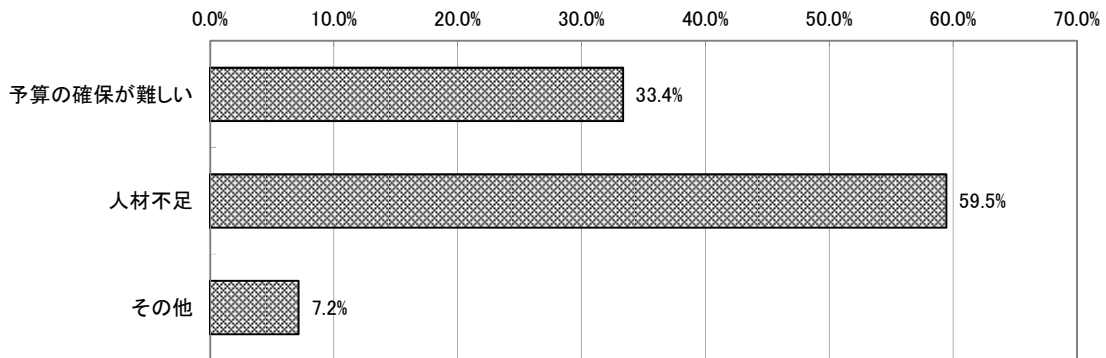


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|------------------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| a 医療機関 | 1,252 | 29.8% |
| b 介護保険サービス事業所 | 223 | 5.3% |
| c 障害福祉サービス事業所 | 884 | 21.0% |
| d 地域のインフォーマルサービス | 1,181 | 28.1% |
| e 公的機関 | 577 | 13.7% |
| f その他 | 91 | 2.2% |
| 合計 | 4,208 | 100.0% |

4) 『専門職の確保』に課題がある場合の理由(複数回答可)

『専門職の確保』に課題がある場合の理由は、「人材不足(59.5%)」が最も多く、次いで、「予算の確保が難しい(33.4%)」、「その他(7.2%)」の順であった。

図表 70 『専門職の確保』に課題がある場合の理由(複数回答可)



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | | H 2 3 調査 (平成23年4月末) | | H 2 2 調査 (平成22年4月末) | | H 2 1 調査 (平成21年4月末) | |
|-------------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 | センター数 (箇所) | 割合 |
| a 予算の確保が難しい | 909 | 33.4% | 975 | 35.2% | 1,012 | 36.2% | 922 | 35.5% |
| b 人材不足 | 1,620 | 59.5% | 1,563 | 56.4% | 1,596 | 57.1% | 1,495 | 57.6% |
| c その他 | 195 | 7.2% | 232 | 8.4% | 189 | 6.8% | 180 | 6.9% |
| 合計 | 2,724 | 100.0% | 2,770 | 100.0% | 2,797 | 100.0% | 2,597 | 100.0% |

5) 地域包括支援センターが抱える課題:その他の内容(自由記述)

| 分類 | 内容 |
|---|---|
| <p>業務量が多い、時間的余裕がない、業務範囲が多岐にわたる、業務負担が大きい</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 直営で、介護保険係の中に地域包括支援センターがある組織であることから、本来の包括以外の業務が多い。介護申請、認定調査、介護給付費適正化のチェック、医療センターから検診の応援、救護係の依頼もある ・ 困難事例毎に対応に要するための時間がかかり、業務量が増えている ・ 業務量が多く、困難ケースなどの対応で精神的なストレスが大きい ・ 要支援者に係る事務量が多く、二次予防等、本来の介護予防業務に時間をかけられない ・ 要支援認定者が増え、そのプラン数も増加傾向にあり、包括の他の業務に支障がでている ・ 業務の増大とケース事例の困難が年々増大しており、それでも休日や夜間対応などが多くなれば離職者も多いのが現状で包括としての機能が難しい状況 ・ 事務量が多く、訪問や実態把握等で活動する時間と事務所でパソコンにむかっている時間では、同じかそれ以上必要。相談に来られるかたの対応や、毎月の予防プラン作成に追われる現状である <p>など</p> |
| <p>職員(特に専門職)不足、職員兼務による問題、職員の能力・研修など職員について</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 新たな高齢者施策が発表されるたびに、地域包括支援センターがその施策の軸となるように発表されるが、それらをこなすほどの余裕や経験などもない ・ 職員の資質向上を図るための研修システムの構築 ・ 新規採用の職員が地域包括支援センターの業務内容を一通り覚えるまではある程度の時間が必要であり、その期間はどうしてもマンパワー不足になってしまう ・ 専門職の確保が難しい ・ 産休・育児休業等の代替職員の確保 ・ 業務量に見合うだけの人員配置の確保が困難 ・ 包括の3名で土日を含む休日も対応をしている為、勤務の調整が難しい ・ 24時間365日対応可能な体制としているため、職員の携帯電話対応や時間外・休日の対応等によって拘束される時間が長く精神的な負担が大きい ・ センター長が3職種を兼務しているため、十分かつ客観的なセンターマネジメントが行えていない ・ 常勤職員は確保できているが、ほとんど非正規職員のため、雇用の継続が保障されない <p>など</p> |
| <p>センターの認知度アップ・地域ネットワーク</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの周知が十分ではないので、知らない人も多く活動に支障を感じることもある |

| 分類 | 内容 |
|------------------|---|
| クづくり等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 講座の開催時など様々な機会を通じて地域住民に対して地域包括支援センターのPRを行っているが、なかなか周知が進まない ・ 地域での認知度は増しているが、地域でのネットワーク作りについての地区組織との連携の強化 ・ 目に見える地域のネットワークづくりができていない（住民性との温度差） ・ 予防支援業務兼務のため包括的支援業務に取り組める時間が制限されるため、ネットワーク構築業務が制約を受ける ・ 個人情報保護法を行政、地域住民、自治会、民生委員などが適切に理解していないため、個人情報保護の誤った理解が地域のネットワークづくりの障壁になり、各関係機関で連携ができない <p>など</p> |
| センターの業務内容・役割の不明確 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の地域包括支援センターでの対応が異なり、ケアマネからの個別相談、支援困難ケースへの対応など地域格差が大きくなっている ・ 委託当初と業務内容が変化してきている。介護予防支援に関する業務の比重は低下してきたが、認知症関連、ネットワーク構築、予防ケアマネジメントの展開、権利擁護業務等の比重が高くなっている ・ 現在、そして新しく出てくる制度や役割は、そのほとんどを地域包括支援センターに回そうとしているが、その為の体制については不透明 ・ 委託型地域包括支援センターのため、行政と地域包括支援センターの役割分担が不明確。委託業務である包括的支援事業と事業所としての指定介護予防支援事業が共存しているため、余計にわかりにくい ・ 直営地域包括支援センターとブランチとの役割分担による問題 ・ 各機関と連携はとれているが、多職種で解決できるため包括に丸投げケースが多く、他機関との役割分担という点での課題が明確になってきている <p>など</p> |
| 評価が低い | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の入れ替わりが多くなかなか地域に定着していくことができない＝信用性の低下につながる |
| 精神疾患に対する対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神・発達障害などを抱える家族、就労していない子供の存在など家族への支援に苦慮している ・ 障害(知的・精神)のある子どもと高齢者の暮らし方についての相談が増えており、病気の理解や支援方法などつなぎについての勉強不足を感じる ・ 関係機関との連携は図るが、引きこもり・鬱などの子供が多くなり精神保健福祉士等の専門職が少ない ・ セルフネグレクトや、精神疾患をお持ちの方の対応が困難と感ずることが多い <p>など</p> |

| 分類 | 内容 |
|--------------------------------|---|
| 国・行政の指導・対応への不満・要望、国・行政との連携の必要性 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 所管行政機関や生活保護や障害福祉等関連する行政機関との意思疎通、協働が上手く図れず（個人情報入手を含め）、連携に困難を感じることもある ・ 何でも包括センター任せの風潮が強く、行政の協力が弱い ・ 土日に市区町村等行政の対応が必要なケースがあっても、行政は休みのため対応が難しい ・ 行政の担当者が今年度になってから「委託しているのだから、地域の問題は受託している各センターで解決してほしい」という発言を繰り返しされる。本来あるべき行政からのバックアップが無いので、解決し難い問題が増えたり、どのように動いて良いのかわからないことも多くある ・ 行政からの新たな事業委託が多いため業務が追いつかない。 など |
| 介護報酬、人件費、委託料、予算確保等の問題(経営課題) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 収入と収支のバランスが取りにくい状況が続いている ・ 委託包括として、現在の委託料で現状の体制を今後維持していけるかどうか、経営的に厳しい面がある ・ 業務量に比べ、それをまかなえるだけの委託料はなく職員確保がむずかしい ・ 委託費が圧倒的に少なく、人件費および家賃等の経費支出が常に赤字の状態であり、事業費も少ないので、活発な事業展開に支障を来している ・ 予算の確保に加え、運営維持費として支出が大きい。そのため人員を追加することができず、業務が圧迫されている など |
| 医療機関など地域サービス等の社会資源が不足、連携不足など | <ul style="list-style-type: none"> ・ 町が小規模のため、介護事業所や医療機関が限られるため、利用者のニーズに十分対応できない場合がある ・ サービス量の不足からサービスにつなげられない ・ 認知症高齢者の増加と地域住民の高齢化と支え手の減少から、新たなインフォーマルなサービスを生むことができない ・ 二次予防対象者の事業終了後、地域へつなごうとしたときに社会資源の受け皿が少ない（情報不足もあり） ・ 認知症関係や権利擁護関係の課題に対して、つなぐ資源（機関）が殆どない ・ 担当圏域内に継続的に地域での生活を支えるための社会資源の配置がなされていない（住宅政策との絡み合い） ・ インフォーマルサービスが少なくそれを開発したり支える社会福祉協議会の基盤が弱い など |
| 委託先がないなど委 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防支援業務の委託事業所が少なく本来業務の権利擁護や総合相談 |

| 分類 | 内容 |
|--------------------------------------|--|
| 託に係る問題、委託法人の理解など | <p>などへの対応の時間が十分取れない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待事例における緊急措置判断は、委託型の包括支援センターでは取れない ・ 委託包括には個人情報の壁があり、虐待等スピードが求められる業務の場合支障がある ・ 委託包括である場合、その委託した法人の考え方に現場包括が左右されてしまう部分がある ・ 委託地域包括支援センターと、設置主体（行政）との、思いのすり合わせ不足/関係性 ・ 委託包括のため、利用者や養護者に対する措置等については権限が無く、直営包括に伺いや立会いを求めて行うため、タイムロスが出てくるなど |
| 高齢者等の情報が得にくい、実態把握が困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防給付が業務の大半を占め、実態把握など地域把握やネットワークづくりに手が回せない状況がある ・ 個別訪問（実態把握）を行う際、日中は田畑の仕事やゲートボール等で家を留守にされている方が多く、なかなか面会する機会が作れない ・ 町民が全国各地に避難しているため、町民の実態把握が困難など |
| 対象地域、担当エリアが広い | <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象地域が広く、特に冬期間は豪雪地帯のため移動に時間がかかる ・ 担当圏域が広いいため、ネットワーク構築のための関係機関の数が多いため定期的な会議が開催しにくく連携の回数が少ない状況がある ・ 離島地域であり交通手段が無く訪問すら出来ない地域がある ・ 担当圏域の面積が広いいため、訪問時の移動にかなりの時間を要し、職員の負担が大きい <p>など</p> |
| 高齢化、高齢独居者の増加等により、総合相談件数が増加し、業務負担が大きい | <ul style="list-style-type: none"> ・ 身寄りのない高齢者が増加し、安否確認、生活支援、入院、万が一の場合まで全てにおいてかかわらざる得ない状況であるが、どこまでやるべきなのか判断が難しい ・ 総合相談が増えてきており、内容も複雑になってきている ・ 認知症の個別対応、精神疾患やアルコール依存症、虐待のかかる相談などより専門的な知識技術を求められる相談が増えている ・ 高齢化率が上昇していく中で、相談内容も多種多様になっている現状がある。現在の職員の専門性だけでは対応が難しくなっている ・ どんな支援内容でも、すべてが総合相談事業に係わってくるため、どんなことでも地域包括支援センターの窓口の流れで来る。独居高齢者の訪問や介護保険の申請支援等、行政や他機関で賄えるものは賄って欲しい部分もあるが、すべてウェルカムで受け入れなければならない |

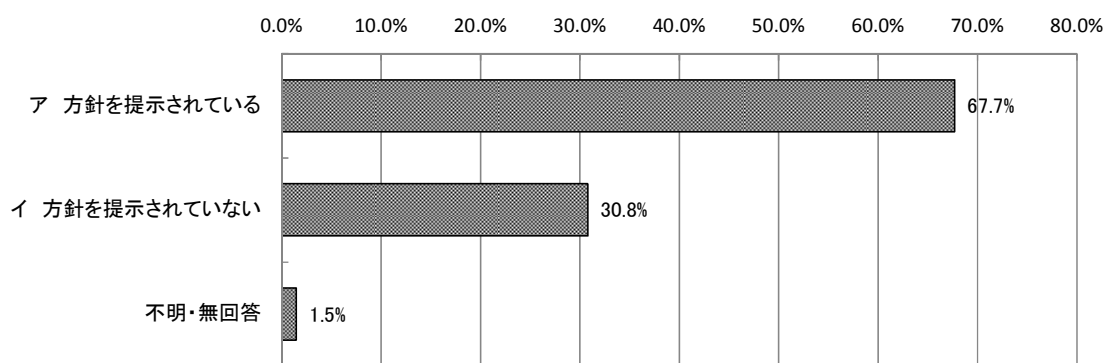
| 分類 | 内容 |
|-----|--|
| | など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 震災により関係機関が被災。それぞれの事業の立て直しで手いっぱいの状態。新たな構築の必要性あり ・ 地域包括ケア会議が地域での課題解決の場になっているのか。会議の内容に苦勞している ・ 特定のサービス事業所の利用を強く勧める医師や NPO 法人があり、逆らうことができず困っている ・ 今後の包括支援センター長の所属や役割 など |

(10) 市区町村(保険者)との関係

1) 地域包括支援センターの運営について市区町村からの方針提示の有無

地域包括支援センターの運営について市区町村からの方針提示の有無は、「方針を提示されている」が 67.7%、「方針を提示されていない」が 30.8%であった。

図表 71 地域包括支援センターの運営について市区町村からの方針提示の有無

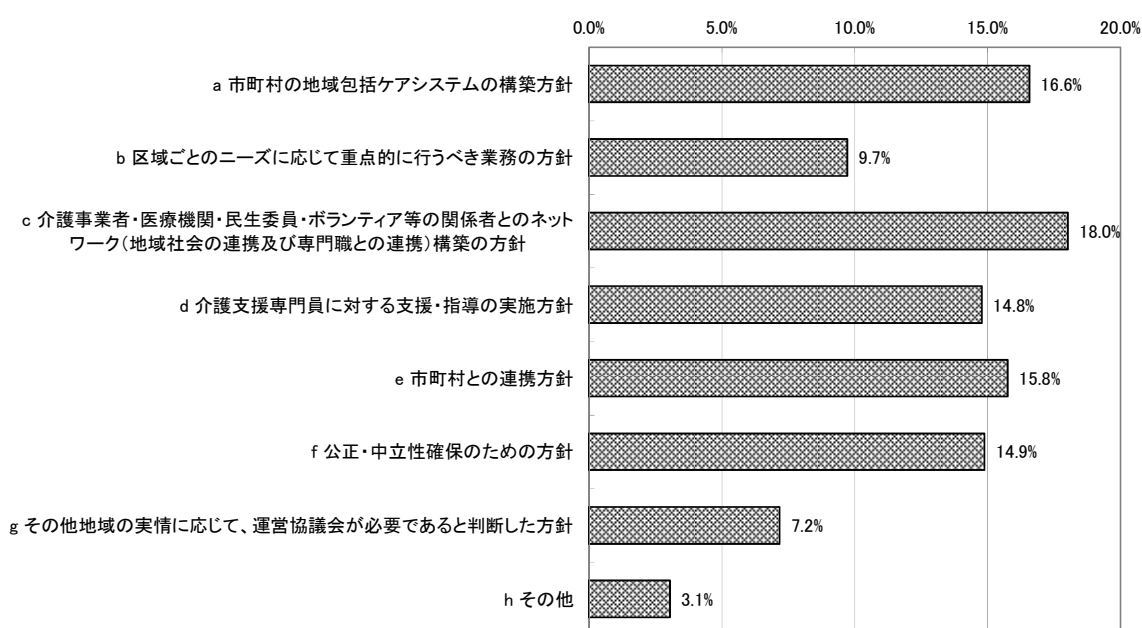


| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|---------------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 方針を提示されている | 2,930 | 67.7% |
| イ 方針を提示されていない | 1,333 | 30.8% |
| 不明・無回答 | 65 | 1.5% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% |

① 『方針を提示されている』場合の内容

『方針を提示されている』場合の内容は、「介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会の連携及び専門職との連携）構築の方針（18.0%）」が最も多く、次いで、「市町村の地域包括ケアシステムの構築方針（16.6%）」、「市町村との連携方針（15.8%）」、「公正・中立性確保のための方針（14.9%）」、「介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針（14.8%）」、「区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針（9.7%）」、「その他地域の実情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針（7.2%）」の順であった。

図表 72 『方針を提示されている』場合の内容



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|--|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| a 市町村の地域包括ケアシステムの構築方針 | 2,032 | 16.6% |
| b 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針 | 1,192 | 9.7% |
| c 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会の連携及び専門職との連携）構築の方針 | 2,209 | 18.0% |
| d 介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針 | 1,813 | 14.8% |
| e 市町村との連携方針 | 1,932 | 15.8% |
| f 公正・中立性確保のための方針 | 1,825 | 14.9% |
| g その他地域の実情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針 | 880 | 7.2% |
| h その他 | 374 | 3.1% |
| 合計 | 12,257 | 100.0% |

ア) 『方針を提示されている』場合の内容：その他の内容（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|---|---|
| 直営、行政の方針と同一 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 直営センターであり、市町村の計画に基づき活動を行っている ・ 地域包括支援センターは直営であるため、区の高齢者施策の方針に則って運営している ・ 直営の包括支援センターのため、運営方針の企画段階から参画して運営している ・ 直営のため、その都度上の判断で方針を提示 など |
| 認知症予防・対策・支援に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症支援対策として、職員体制を整えることと相談窓口の確保という方針のみ提示されている ・ 認知症サポーター養成事業の推進 ・ 「認知症相談センター」としての位置づけ ・ 認知症の早期発見、早期対応への取り組み、困難事例への対応について、認知症相談医と連携を図り進めていく ・ 認知症を支えるネットワークづくり など |
| センターの体制に関すること（職員の質の向上、他機関との連携、相談・苦情への対応体制、個人情報管理体制など） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の資質の向上のための方策 ・ センター職種間の連携と資質の向上 ・ 在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所との連携 ・ 高齢者支援センターとの連携 ・ 個人情報取り扱いに関する方針 ・ センター長による業務管理の徹底 ・ 運営管理体制の強化（苦情等への対応、文書等の処理と管理） など |
| センターの業務に関すること（介護予防事業、虐待対応、見守り、社会資源の活用など） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一人ひとりに応じた介護予防の推進 ・ 二次予防事業対象者等への介護予防普及啓発 ・ 介護予防サポーター養成講座を継続し、自発的な介護予防に資する活動を支援する方針 ・ 要援護高齢者の実態把握・見守りの強化 ・ 地域ニーズ及び資源の状況把握の方針 ・ 高齢者虐待対応に関する体制整備、認知症高齢者・家族支援の推進、高齢者見守り拠点の整備 など |
| 高齢者の権利擁護に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 権利擁護についての業務内容が、業務仕様書で示されている ・ 権利擁護の中核機関として、高齢者虐待等の権利侵害について、発生子防、早期発見に努める など |

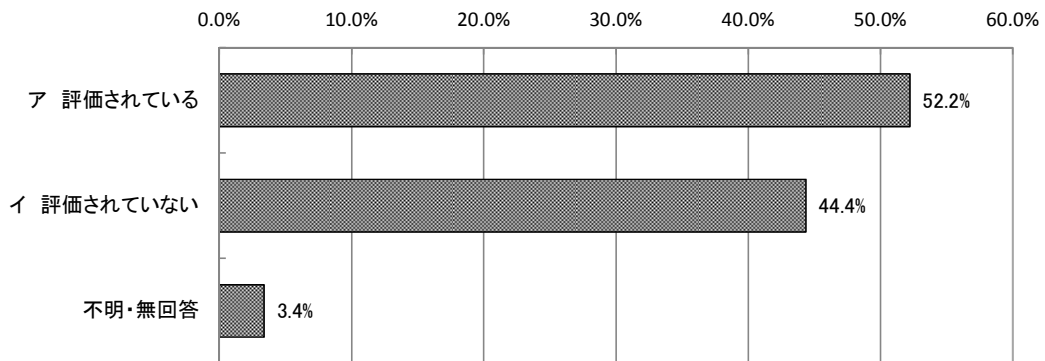
| 分類 | 具体的内容 |
|-------------------------|---|
| 圏域の高齢者の実態調査に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 独居高齢者の実態把握の実施 ・ 全戸訪問すること ・ 地域の単身高齢者の実態把握（単身高齢者への全戸訪問の実施） など |
| 事業計画・事業目標の設定や重点事業に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 各事業におけるおおまかな指針、重点目標、数値目標について年度ごとに提示されている ・ 全体の事業計画・重点事業の提示、各地域支援センターの重点事業を定める際の支援 ・ 直営地域包括支援センターが中心となって年度目標について検討し、その年度の方針を定めている など |
| 災害時の対応策に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害時支援体制の方針 ・ 災害時要援護高齢者の把握と救援支援 ・ 災害時の体制の検討と方針。孤立死をなくすための地域連携と予測される緊急事態への方針 など |
| センターの運営方針に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託契約の際の基本契約書等により運営方針の提示がなされている ・ 市より年間の包括的支援事業に関する運営方針や基準が示されている など |
| 困難事例への取り組みに関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 処遇困難事例への支援 ・ 権利擁護・困難事例など指示を頂く など |
| 総合相談支援に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合的な総合相談窓口機関の位置づけ ・ 総合相談業務に関する方針 など |
| 3 職種連携に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ チームアプローチ（3職種の連携協働）による運営を行うことの方針 ・ 事業所内の管理体制と3職種連携体制について など |
| 運営受託法人の役割に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営受託法人の役割等 ・ 受託法人は、センター運営に関する指針を遵守する事 など |
| 地域ネットワークの構築に関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域におけるネットワーク構築を進める ・ 認知症地域ネットワーク、連携に対する方針 ・ 高齢者包括支援ネットワークシステムの導入について など |
| センターの目的・方向性に関すること（仕様 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターのあるべき方向性などについて示している ・ 地域に密着した包括支援センターであること |

| 分類 | 具体的内容 |
|------------------|---|
| 書の提示) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に根付いたセンター（みんなが知っている信頼されるセンター）作りなど |
| センターの周知・PRに関すること | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの PR 活動等 ・ センターの周知活動 など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営指針を提示されているが、具体的な内容までは示されていない ・ 基本的には地域性にそって各センターで対応するようという方針が示されている など |

2) 地域包括支援センターの運営について市区町村からの評価の有無

地域包括支援センターの運営について市区町村からの評価の有無は、「評価されている」が52.2%、「評価されていない」が44.4%であった。

図表 73 地域包括支援センターの運営について市区町村からの評価の有無



| | H 2 4 調査 (平成24年4月末) | |
|------------|------------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 評価されている | 2,261 | 52.2% |
| イ 評価されていない | 1,920 | 44.4% |
| 不明・無回答 | 147 | 3.4% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% |

ア) 『評価されている』場合の具体的内容（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|-------------------------|--|
| 事業報告（事業実績・活動報告・運営状況）で評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 年1回事業評価（業務評価及び業務監査）が実施されている ・ 毎月、実績報告をあげ、アドバイスを受けている ・ 地域包括支援センターが実施する介護予防事業及び包括的支援事業(その他事業を含む)の運営状況について ・ 年度末に事業報告書を市へ提出し、それに基づいて評価されており、予算に反映されている ・ 実績報告後、運営状況について項目ごとに5段階の評価を受けているなど |
| 事業収支・予算運営で評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 年度末に事業報告、収支、決済について報告し、それを評価していただき次年度の予算に反映していただいている ・ 歳出、歳入などの予算、決算に係る評価 ・ 地域包括支援センター運営協議会において、事業計画や収支予算等の確認や、センターの運営に関する評価は受けているなど |
| 事業計画（実施計画・計画目標）で評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年度ごとに包括の目標に対しての実施内容、結果の評価を市へ提出している ・ 包括支援センターが作成する事業計画に関する「中間評価」、「総合評価」を提出し、評価を受けている ・ 年度当初の目標共有、年度末の振り返りを通じて、区と包括のコミュニケーションツールとしても活用する ・ センター毎、「包括ケア充実のための事業目標」について、目標を設定し、評価しているなど |
| 事業（計画）の達成状況による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営協議会にて、4業務に対しての目標達成率を評価し、次年度の計画へ反映されている ・ 年度当初に提出した事業計画をもとに、一定の評価基準に基づいて、達成状況の評価を区が行う ・ 年度初めに事業計画を確定し、事業途中での事業評価により事業進捗状況を確認される ・ 業務毎の計画数値に対する達成率により評価されているなど |
| センター運営・支援体制による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の個別性を捉え、個別支援から各機関と連携を図っていること。認知症サポーター養成講座の開催に力をいれ、啓蒙活動に努め、権利擁護の普及活動にも取り組んでいる ・ 関係機関等との連携により二次予防事業のPRや、電話勧奨により対象者の事業参加につなげている |

| 分類 | 具体的内容 |
|-----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ ネットワーク構築や迅速な対応、継続的見守りについて ・ 地域包括支援センターとして、総合相談業務、介護予防支援業務等の地域支援事業を主に取り組んでいること <p>など</p> |
| 運営協議会で評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター運営協議会にて毎年各包括の評価をされている ・ 運営協議会などの評価をとおして、一定の評価を得ていると考えている ・ 地域包括支援センター運営協議会において年間の事業報告および事業計画を報告し、その中で評価されている <p>など</p> |
| 自己評価、評価表による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括支援センターごとに自己評価を作成し、その後市町村の職員が訪問し聞き取りによる評価を行っている ・ 業務評価に従って自己評価を行い、達成していない部分においては指導を受けている ・ 市が作成した「地域包括支援センター自己評価シート・事業実施報告書」を記入し提出している ・ 自己評価表の提出が義務付けられており、事務調査時のヒアリングの際、改善点等示される <p>など</p> |
| 行政評価、第三者評価会議、各機関の専門職会議などで評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括支援センター職員の自己評価及び外部評価（行政・地域の役員等・居宅介護支援事業所）を年に1回実施されている ・ 行政評価（事務事業評価）の中で、包括的支援事業について事後評価している ・ 総合振興計画評価委員会の中で評価されている ・ 定期的な代表者会議による評価 ・ 2年ごとの市による実地指導及び第三者評価機構による評価を受けている <p>など</p> |
| 行政機関の監査による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に監査を行い、運営状況の確認をされている ・ 区による指導監査が、年1回あり評価を受けている ・ 市による包括支援センター内部の定期的監査 <p>など</p> |
| 行政・運営協議会等のヒアリング及び一般調査による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に行政担当者（課長職）より、地域包括支援センター職員へのヒアリング等が行われている ・ 自己評価表を作成後、スタッフと役所職員による面談にてフィードバックが行われる ・ アンケートを行い事務調査の際に評価される <p>など</p> |

| 分類 | 具体的内容 |
|----------------------------------|--|
| 実地調査による評価、巡回時に指導・評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 年に一度行われる実地指導の際に評価を受けている ・ 巡回指導等で評価を受けている ・ 2年に1回実地指導を受けている。また、適宜口頭にて評価頂いている ・ 自治体より実地指導を定期的な受け、評価を受けている など |
| 総合相談・困難事例・権利擁護・虐待等の対応による評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合相談、権利擁護業務、包括、継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防関連業務、地域関係機関ネットワークづくりなど項目別の市が定める水準を基準に評価されている ・ 総合相談、権利擁護事業、高齢者虐待の対応 ・ 困難事例に対して、介護保険・福祉サービスや地域の社会資源・ネットワークを利用した専門職による対応ができる点で評価されていると思う など |
| 委託契約の継続、委託の実績等から評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 委託業務の遂行、困難事例対応等を積極的対応しているところなど評価を頂いている ・ 市町村から評価を受ける機会はないが、市より、5年更新の公募で2期目の委託先として選ばれた事から評価されているとした ・ 地域包括支援センター事業委託契約更新時に市区による評価が行われている ・ 平成24年10月以降の地域包括支援センター委託業務に関する評価をされ、継続委託の認定が下りた など |
| 地域の相談窓口としての必要性、地域への周知状況での評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の総合相談窓口として、住民と初めに対応する重要な位置づけとなっている ・ 地域包括支援センターは、町の高齢者施策を推進していくための中核を担っている部署として評価されている ・ 地域に顔の見えるセンターとしてフットワーク良く活動している点 ・ 地域によく出て行き、広報活動していると評価されている など |
| 公正・中立な運営について評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括支援センター運営協議会を通し、公正性及び中立性の確保・円滑かつ適正な運営が確保されている旨の評価を得ている ・ 運営協議会による中立公平性の確保について評価をされている ・ 公正・中立性の確保だけは、集中減算で評価されている など |
| 具体的な評価は受けていない(改善点がないため指導を受けていない) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域支援事業の件では、指摘や指導など受けていない。問題がないという事で評価されていると思われる ・ 評価はされていると思うが、包括側から具体的な事はわからない ・ 「よくやってもらっている」と言われたことはあるが、具体的なものでは |

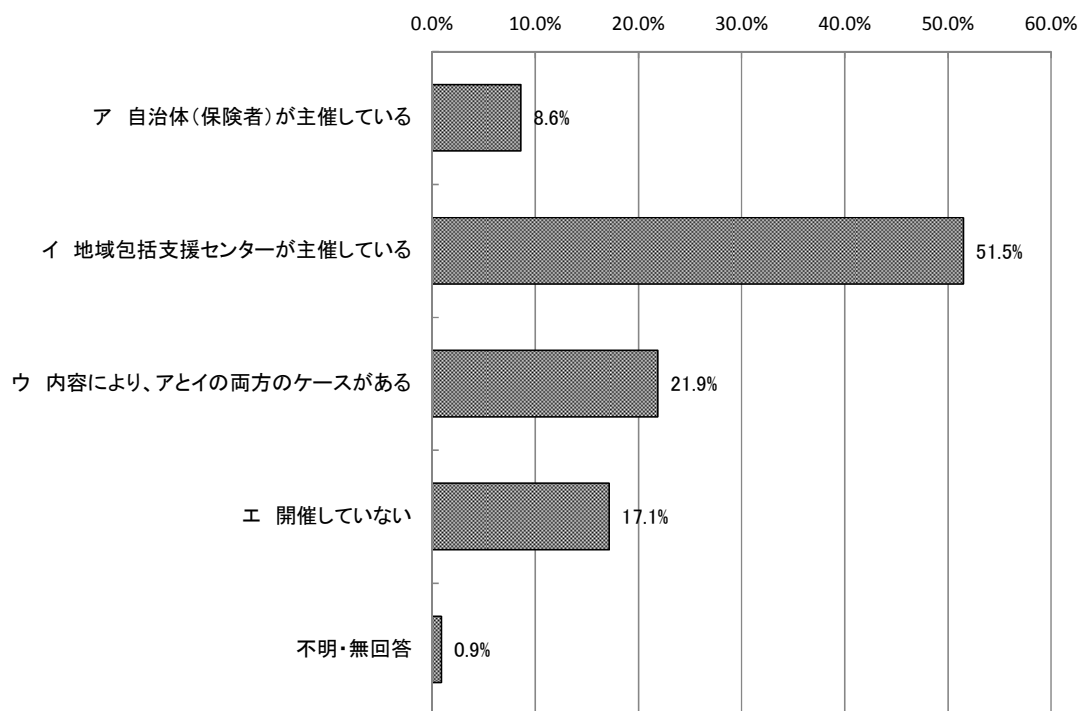
| 分類 | 具体的内容 |
|-----|---|
| | ない など |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 直営なので、内部で運営状況の確認をしている ・ 今後評価される予定 ・ 市が求めている水準を満たしている など |

(11) 地域ケア会議の開催状況

1) 地域ケア会議の主催

地域ケア会議の主催は、「地域包括支援センターが主催している (51.5%)」が最も多く、次いで、「内容により、アとイの両方のケースがある (21.9%)」、「開催していない (17.1%)」、「自治体(保険者)が主催している (8.6%)」であった。

図表 74 地域ケア会議の主催



| | H24調査 (平成24年4月末) | |
|-----------------------|---------------------|--------|
| | センター数 (箇所) | 割合 |
| ア 自治体(保険者)が主催している | 372 | 8.6% |
| イ 地域包括支援センターが主催している | 2,228 | 51.5% |
| ウ 内容により、アとイの両方のケースがある | 947 | 21.9% |
| エ 開催していない | 742 | 17.1% |
| 不明・無回答 | 39 | 0.9% |
| 合計 | 4,328 | 100.0% |

① 『自治体（保険者）が主催している』／『地域包括支援センターが主催している』／『内容により、アとイの両方のケースがある』の場合、会議進行をする上で必要と考える職種

「支援困難事例等の問題解決のための会議」は、「地域包括支援センター職員（14.9%）」が最も多く、次いで、「ケアマネジャー（14.4%）」、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（13.4%）」、「事業者（13.0%）」、「民生委員・社会福祉協議会・NPO ボランティア（12.0%）」の順であった。

「給付適正化の事業者指導を中心とした会議」は、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（21.6%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センター職員（19.8%）」、「事業者（19.2%）」、「ケアマネジャー（18.5%）」の順であった。

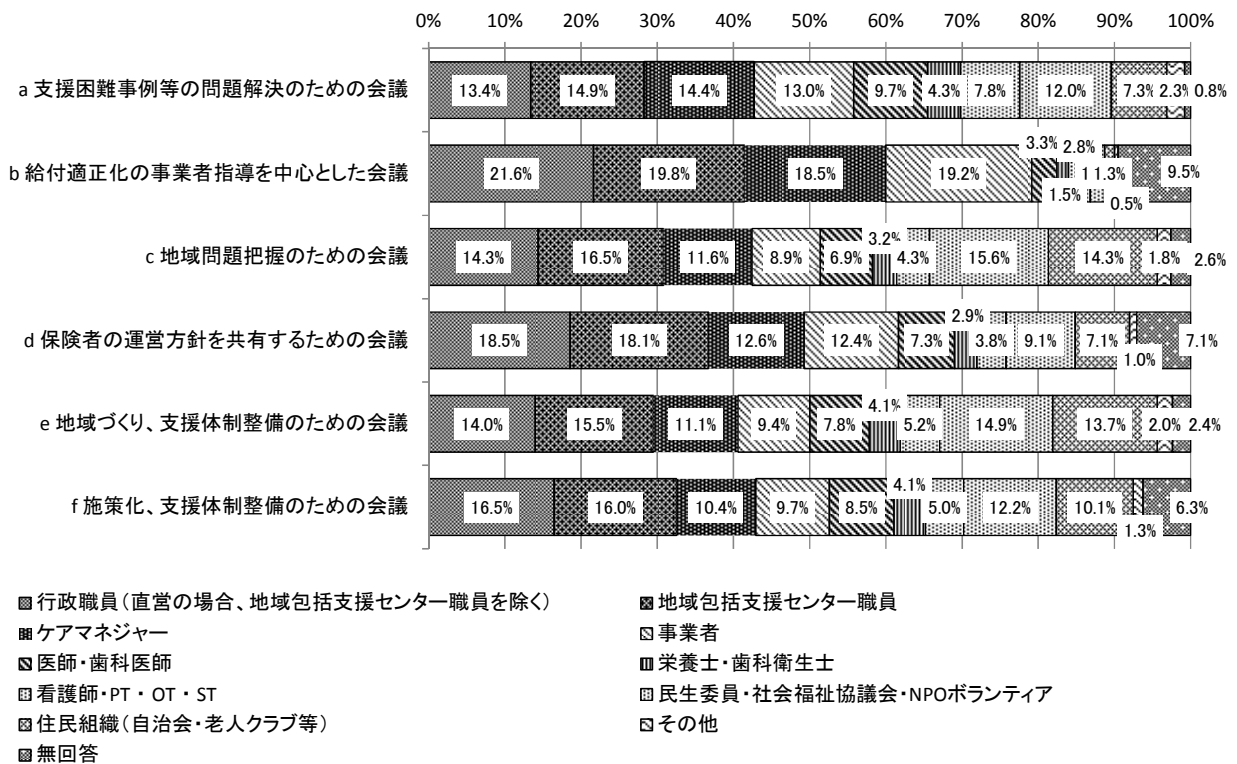
「地域問題把握のための会議」は、「地域包括支援センター職員（16.5%）」が最も多く、次いで、「民生委員・社会福祉協議会・NPO ボランティア（15.6%）」、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（14.3%）」・「住民組織（自治会・老人クラブ等）（14.3%）」、「ケアマネジャー（11.6%）」の順であった。

「保険者の運営方針を共有するための会議」は、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（18.5%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センター職員（18.1%）」、「ケアマネジャー（12.6%）」、「事業者（12.4%）」の順であった。

「地域づくり、支援体制整備のための会議」は、「地域包括支援センター職員（15.5%）」が最も多く、次いで、「民生委員・社会福祉協議会・NPO ボランティア（14.9%）」、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（14.0%）」、「住民組織（自治会・老人クラブ等）（13.7%）」、「ケアマネジャー（11.1%）」の順であった。

「施策化、支援体制整備のための会議」は、「行政職員（直営の場合、地域包括支援センター職員を除く）（16.5%）」が最も多く、次いで、「地域包括支援センター職員（16.0%）」、「民生委員・社会福祉協議会・NPO ボランティア（12.2%）」、「ケアマネジャー（10.4%）」、「住民組織（自治会・老人クラブ等）（10.1%）」の順であった。

図表 75 『自治体（保険者）が主催している』／『地域包括支援センターが主催している』／『内容により、アとイの両方のケースがある』の場合、会議進行をする上で必要と考える職種



| 会議内容 | ① 行政職員 (直営の場合、地域包括支援センター職員を除く) | ② 地域包括支援センター職員 | ③ ケアマネジャー | ④ 事業者 | ⑤ 医師・歯科医師 | ⑥ 栄養士・歯科衛生士 | ⑦ 看護師・PT・OT・ST | ⑧ 民生委員・社会福祉協議会・NPOボランティア | ⑨ 住民組織 (自治会・老人クラブ等) | ⑩ その他 | 無回答 | 合計 |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-------------|----------------|--------------------------|---------------------|-------------|---------------|------------------|
| a 支援困難事例等の問題解決のための会議 | 2,992 13.4% | 3,325 14.9% | 3,225 14.4% | 2,916 13.0% | 2,173 9.7% | 966 4.3% | 1,735 7.8% | 2,686 12.0% | 1,631 7.3% | 514 2.3% | 183 0.8% | 22,346 100.0% |
| b 給付適正化の事業者指導を中心とした会議 | 2,380 21.6% | 2,180 19.8% | 2,038 18.5% | 2,110 19.2% | 363 3.3% | 168 1.5% | 311 2.8% | 210 1.9% | 144 1.3% | 50 0.5% | 1,050 9.5% | 11,004 100.0% |
| c 地域問題把握のための会議 | 2,623 14.3% | 3,016 16.5% | 2,126 11.6% | 1,633 8.9% | 1,256 6.9% | 583 3.2% | 784 4.3% | 2,857 15.6% | 2,613 14.3% | 324 1.8% | 479 2.6% | 18,294 100.0% |
| d 保険者の運営方針を共有するための会議 | 2,525 18.5% | 2,468 18.1% | 1,711 12.6% | 1,689 12.4% | 1,000 7.3% | 400 2.9% | 520 3.8% | 1,237 9.1% | 969 7.1% | 131 1.0% | 963 7.1% | 13,613 100.0% |
| e 地域づくり、支援体制整備のための会議 | 2,725 14.0% | 3,028 15.5% | 2,166 11.1% | 1,840 9.4% | 1,520 7.8% | 796 4.1% | 1,007 5.2% | 2,898 14.9% | 2,678 13.7% | 386 2.0% | 471 2.4% | 19,515 100.0% |
| f 施策化、支援体制整備のための会議 | 2,539 16.5% | 2,467 16.0% | 1,604 10.4% | 1,490 9.7% | 1,305 8.5% | 638 4.1% | 773 5.0% | 1,874 12.2% | 1,553 10.1% | 198 1.3% | 965 6.3% | 15,406 100.0% |

ア) その他の職種 (自由記述)

その他の職種

- ・ 警察
- ・ 医療関係者 (SW、PSW、MSW、CSW、薬剤師、医師会など)
- ・ 弁護士
- ・ 消防
- ・ 福祉関係者 (障害支援担当者、消費生活支援センター、在宅介護支援センターなど)
- ・ 保健所・保健センター (保健師)
- ・ 司法書士、行政書士、法律関係者
- ・ 民間企業、商店 (街)、商工会
- ・ 本人、家族、親族、家族会
- ・ 教育関係者 (大学教授、校長、教育委員会など)
- ・ 有識者・学識者
- ・ 地域住民、近隣住民
- ・ 後見人、成年後見人センター
- ・ 地域ケアプラザ、地域コーディネーター
- ・ 専門職 (その分野のスーパーバイザー、エキスパート)
- ・ 運営協議会委員

など

② 『開催していない』 場合の理由（自由記述）

| 分類 | 具体的内容 |
|-------------------------------|---|
| ケア会議の体制が整っていない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要性は多々感じているが、業務過多により地域ケア会議を開催する体制づくりに手が出せていない ・ 開催していきたいが、会議の内容として何を主としていくか、今後相談が必要 ・ ほとんどの時間、介護予防支援、予防教室に追われ、地域ケア会議を開催する準備や体制作りが出来ない ・ 地域で会議を開催できる体制が整っていない など |
| 行政が開催していない、行政からの指示・方針がない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体との方向性の確認がなされていない ・ 行政区の方針がでていないため ・ 開催の仕方が保険者と包括とで十分に共有できていないので、開催にあたり主導や役割分担等の話し合いが不十分のため、先に進んで行かない など |
| 業務が多忙で時間が取れない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 特に指定介護予防支援業務の業務量が増大しており、開催が困難な状況 ・ 他の業務に追われて、地域ケア会議を開催する余裕がない ・ 担当職員が少なく、また他業務と兼任しているため時間がなく開催していない など |
| 職員の力量不足（ノウハウがない）、マンパワーが足りない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議の開催の仕方・進め方などに不安がある ・ 開催方法のノウハウが分からず職員の力量不足 ・ 開催の方法の知識、経験不足 ・ 必要性は理解しているものの、他の業務量が過大であり、定期的に開催するマンパワーが不足している など |
| 関係機関との連携不足、調整が取れない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関、協力機関などとの関係性が、ケア会議を開催までに至るまで成熟していない ・ 地域ケア会議を行うための関係機関との連携体制（特に医療との連携）が十分に整っていないため ・ 個々のケースについて、各機関との連携はとっているものの、それぞれの職種の方に集まってもらっての日程調整や業務に余裕がなく開催できない状況である ・ 地域内の関係機関が一同に集まった話し合いは日程上調整しにくい など |
| 困難事例については個別に連絡会・会議を開き、支援・対応でき | <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援困難な例についてはそれぞれ連携を取って問題解決に取り組んでいるし、高齢者虐待防止ネットワーク会議等でも医師や警察を交えた話し合いを開催しているため |

| 分類 | 具体的内容 |
|--|---|
| ている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 困難事例などについては、その都度、会議という形式にはこだわらず、担当者や関係者で検討している ・ 小さなコミュニティなので、支援困難についても委託ケアマネや病院、家族など会議という形ではなく情報交換、支援活動の協議をしている ・ 地域や他機関等で情報共有や困難事例の解決が行えている為 など |
| 個別カンファレンスを行っている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な開催はできておらず、随時関係機関が集まってケアカンファレンス形式での開催となっている ・ 小さなまちなので、会議という形式ではなく、随時の情報・意見交換や個別カンファレンスを行なっている ・ 必要に応じて、個別カンファレンスは行っており、行政やCM、事業者、医師、民生委員等と一緒に会議を行っている など |
| ケア会議を開催するほどの事案・提案が少ない | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体からの召集や地域包括支援センターが主催するケア会議に値する事例がなかった為 ・ 全体的に調整を要する介護保険サービス等の困難な事案がない ・ 地域ケア会議の必要な事例がこれまではなかった など |
| 必要に応じてケース会議など他機関と個別に対応している | <ul style="list-style-type: none"> ・ 必要に応じて関係機関と連携を行うことができているため ・ 必要の都度、関係する機関（介護サービス事業所、医療機関等）と連絡調整を行って対応している ・ 必要に応じた関係者との各小会議の開催、各医療機関が実施する在宅医療支援連絡会等への参加で対応している など |
| 行政や社会福祉協議会、医師会などが開催している会議に参加している | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体、包括の開催ではなく社会福祉協議会が開催している ・ 医師会主催の地域ケア会議という名称の会議があり、そちらには出席している ・ 市町村主催による地域ケア会議が開催されているが、会議内容はサービス調整会議である ・ 市で地域ケア会議が行われているが、ケアマネジャーや地域包括職員の参加で事例検討や講義を行っている など |
| 「地域ケアシステム」「地域ネットワーク会議」など名称が異なるが類似の会議は行っている | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケアコーディネーターが担当する地域ケアシステムにおいて会議を主催している ・ 地域包括ネットワーク会議という名称で、地域づくり、施策化、支援体制整備のための会議を年3回行っているが、地域ケア会議という名称は使っていない |

| 分類 | 具体的内容 |
|------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議としては開催していないが、それに代わるものとして地域包括支援会議・まちづくり会議を開催している ・ ケアマネジャーが抱えている困難事例に対する検討会義は随時開催しているが、地域ケア会議という名称では開催していない <p>など</p> |
| 地域ケア会議の定義が不明確である | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議の定義を地域で明確化せずあいまいであったため、その名称では会議を開催していないが、地域包括支援センターで困難事例検討会や医療機関・介護事業所・ケアマネ・行政を含めたネットワーク構築のための会議など行っている ・ 個別に地域ケア会議のようなものは開催されているものの、区としての地域ケア会議の定義が不明瞭なため地域ケア会議と認識されていない ・ 地域ケア会議の定義が不明確。困難ケースや虐待での担当者会議は開催しているが、包括主催ではないことが多い ・ 地域ケア会議が具体的にどのような会議を指すのかよくわからない <p>など</p> |
| 開催に向け検討中 | <ul style="list-style-type: none"> ・ どのような形で実施すれば良いか検討中 ・ 地域ケア会議等の方向性や開催方法等について検討中であるため ・ 「地域ケア会議」の概念を検討中 ・ 地域ケア会議の協議内容や運営方法について検討中 <p>など</p> |
| 今後開催予定 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 今年度で開催する予定 ・ 今後包括支援センターと自治体で協力して開催予定 ・ どんな職種に参加いただければいいかわからずにいましたが、地域包括ケアサポート推進員さんにアドバイスをいただき今後開催予定です <p>など</p> |
| 開催に向け関係機関と調整・準備中 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携担当者を配置（兼任）し自治体主導で地域ケア会議開催に向けてガイドラインを作成中 ・ ケアマネ会議、民生委員との連携の強化を現在、図っているところ。地域ケア会議開催までの土台づくりに取り組んでいる最中 ・ 今年度は地域ケア会議の開催に向け、地域の自治区長や民生委員とのネットワークづくり会議の定期開催を始めたところである ・ 来年度の開始へ向けて、月1回保険者・包括支援センター・保健所・広域リハビリセンターの方と事例検討会を実施している <p>など</p> |
| 現在は休止中 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 以前、町職員、保健師、医師、ケアマネ、事業所が月一回集まり開催していたが、発言者が限られ意見が出ない、次第に出席人数が減り、やる意味が見いだせず会が消滅してしまった |

| 分類 | 具体的内容 |
|-----|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一昨年までは包括主催で開催していたが、町村合併も絡んで実施が難しくなったため一旦中止となった ・ 去年度実施していましたが、対象者の選択や実施方法、効果という面で再調整するために現在休止中ですが、再開をたく思っています <p>など</p> |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 震災により開催が困難 ・ 複数要因あり（開催の必要性についての共通認識が持たれていない等） ・ 地域ケア会議として、地域や多職種が一同に会する場合は、システムとして作られていない <p>など</p> |

III 事例調査(ヒアリング調査)

保険者や地域包括支援センターが行っている「医療介護連携」、「見守り支援ネットワークの構築」、「介護予防」、「公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携」、「地域包括支援センター機能強化事業」、「生活支援」、「地域ケア会議」、「安心地域支え合い体制づくり」に関する取組を、取組に至った背景、取組開始までの経緯、取組概要、取組の効果、今後の課題の視点から調査した。

1. 保険者調査

保険者が行っている「医療介護連携」、「見守り支援ネットワークの構築」、「介護予防」、「公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携」、「地域包括支援センター機能強化事業」、「生活支援」に関する取組内容を把握するためにヒアリング調査を実施した。

(1) 千葉県松戸市

1) 概要

| | |
|---------|---------------------------------|
| 市町村名 | 松戸市 |
| 管内人口 | 476,896 人 うち要介護認定者数 15,316 人 |
| 管内センター数 | 3 箇所 |

当市の人口は 476,896 人、うち要介護認定者数は 15,316 人である。

地域包括支援センターは市内に 3 か所あり、全て委託である。在宅介護支援センターは 11 か所、高齢者支援連絡会という見守り活動をしている組織が 9 か所、地区社協が 15 か所ある。来年、在宅介護支援センターを廃止、地域包括支援センターを 11 か所に増やす(平成 25 年 10 月に形が整う予定)。

上記については、効率的、効果的なシステムの構築を目指すものであり、既に今年、市長に説明をして、財政当局にも了承されている。

平成 25 年の 4 月に地域包括支援センターの委託先を公募して、同年 10 月から運営を開始する予定である。(全て委託で運営する予定である。)地区社協、民生委員、児童委員など地域の関係者にも説明・周知している。

上記の一番の目玉は、介護予防を徹底して行う、ということである。松戸市は高齢者が 10 万人を超える状況であり、ここ数年は 8 千人ずつ増えていく。平成 24 年 10 月現在で高齢化率は 21.5%であり、さらに増加している。現状では全国平均より低い、伸び率は高い。

市長は、「地域のことは地域で」と話しており、地域包括支援センターを増やして対応することになっている。地域包括支援センターを 11 か所に増やすことで、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年頃まで

は何とか対応できるのではないかと考えている。

6年ぶりの介護保険料値上げを行なった。820円(2割強)の大幅アップとなった。1ヶ月の標準月額が4660円となるが、これが限度ではないかと思う。年金を主な収入源にしている高齢者はそれ以上の保険料は納付が困難である。医療保険料ならば保険を利用できるかもしれないが、介護保険の場合は要介護認定される割合が15%程度なので、他の85%程度の高齢者は介護サービスを使っていないということになり、そのような高齢者は、市の窓口に来て、「勝手に人の年金から介護保険料を持っていくな」という苦情を言う人もいる。老後のことは個人責任にすべきだ、という意見もある。

保険料を上昇させないために、介護予防に重点的に取り組もうとしている。例えば、松戸市版の介護予防事業を毎週行うことにしている。地域包括支援センターの職員が地域に出張し、体操や健康相談を行なうような取り組みを毎週実施したいと考えている。このような取り組みを行なうことによって、地域包括支援センターが地域に認知されるので、さらに介護予防の取り組みが浸透して、要介護認定率を下げることを期待したい。

在宅医療も進んでいる。あおぞら診療所が厚労省の委託を受けており、松戸市医師会も県の事業で在宅緩和ケアの取り組みを実施している。

松戸市にある認知症研究会(旭神経内科の旭先生)も県から委託を受けて、認知症連携パスの作成に取り組んでいる。認知症が増えているので、在宅医療を推進している。松戸市では医師会の尽力もあり、自宅での看取りの数が、全国平均の3倍あると言われている。

<地域包括支援センターの概要>

平成18年に地域包括支援センターが出来た時には、直営の1か所のみであった。それ以前から基幹型の在宅介護支援センターを持っており、現在もその当時の機能がそのまま受け継がれている。

現在は3か所のセンター全てが委託である。市の1階にもセンターを設置しているが、それも委託であり、市が場所を貸している。

平成19年には1ヶ所あった直営を委託にした(その際に3か所にした)。委託かつ3か所にした当初は、職員を研修という形で市役所に集めて、隣にある当該が業務を確認していた。それはレベルアップ・水準の均質化にもつながっていると思う。市としても、センターのマニュアルを作成して、その中に医療との連携について記載している。高齢者虐待のマニュアルも作成し、市のホームページに掲載している(⇒図表76を参照)。

3つのセンターはそれぞれ、活動内容の差はないと認識している。個人の力量・背景による違いはあるかと思うが、市民に対しては平等なサービスの提供を行なうことが、市としての責任になるので、センターによって大きな差は出ないようにしている。月1回、センターの職員に集まってもらい、研修(合同連絡会)を行っている(⇒図表77を参照)。

地域包括支援センターごとに担当の保健師・看護師が行政に配置されているので、地域包括支援センターだけで解決できない困難事例は市と連携して取り組む形になっている。医療機関に市と地域包括支援センターの職員が一緒に訪問するケースもある。そうした活動の積み重ねが、各地域包括支援センターのレベルの底上げにつながっていると思う。

各地域包括支援センターからの活動報告を毎月実施している。報告書には、重要事項や件数などを記載してもらうようにしている。

3か所の地域包括支援センターは全て社会福祉法人(特別養護老人ホームを運営している法人)である。高い志を持った社会福祉法人も多かったと聞いている。

3か所あるセンターを11か所に増やすに当たっては、社会福祉法人だけでなく、医療法人も含まれるだろう。

2) 事例の内容

取組：医療介護連携(在宅医療連携拠点「あおぞら診療所」連携)

① 取組に至った背景・問題意識

あおぞら診療所は平成23年度から厚労省のモデル事業に取り組んでいるが、松戸市ではあおぞら診療所のみならず、市医師会全体と密接に協力・連携している。

在宅医療について、あおぞら診療所では、介護との連携を重視している。市医師会も在宅医療の取り組みを県の委託事業として取り組んでいる。

平成20年頃から、認知症の研究会も立ち上げて、取り組んでいる。(市と市医師会が当時から連携している。)

市医師会の関係については、在宅医療に熱心な医師が市医師会の中に多く、医師会の中で在宅ケア委員会が設置され、勉強している。

あおぞら診療所が平成23年度に厚労省の委託を受けて取り組みをスタートした際にも、市医師会に情報提供されている。市としても、特定の医療機関とだけ密接に協力・連携するということは難しい。

② 取組開始までの経緯

医療については、かかりつけ医を持つことが市の方針である。地域包括支援センターの運営以前から、市と市医師会の関係は続いている。松戸市が介護保険創設以前に、老人保健法に基づく訪問看護ステーションを立ち上げる際は、医師会の医師が委員に入り、立ち上げに参画した。以上のように、在宅医療の取り組みを市と市医師会が一緒に進めている。

あおぞら診療所が開設されたのは、10年ほど前である。高齢者虐待防止ネットワークの取り組みを開始した頃から、市とあおぞら診療所の連携が深まったと思う。(当時あおぞら診療所の院長だった和田先生が委員に入り、連携した。)それ以前から、旭神経内科の旭先生が脳血管関係の調査に参画していた。

あおぞら診療所が開設されたときに、24時間対応やがんの看取りを開始した。そのような取り組みを掲げる開業医は松戸市では少なかったのも、目立っていたと思われる。(市内では医療機関数が少ないこともあった。)ただし、看板は掲げていなくても、24時間対応をしている医師はいた。

在宅ケア研究会は、市医師会と市が協力して立ち上げた。市医師会の中に、学校保健・認知症や在宅ケアなどをテーマにした部会が複数あり、その中の在宅ケアの部会と協力・連携して取り

組んだものである。

③ 取組の内容

介護保険の審査会についても市医師会と協力しているように、様々な事業で市医師会の先生方に協力してもらっている。過去に協力が得られなかったことは無かっただろう。

ただし、介護の現場のからは「医療機関が忙しいこともあり相談に行けない」、という声も聞かれるため、あおぞら診療所の「ケアマネタイム」の取り組みなどが必要になるのではないかと考えている。

他市に比べて特徴的な点は、地域包括支援センターの数に比べて、行政の看護職が多いということだろう。当市では、現在3か所の地域包括支援センターに対して、5人の保健師と一人の看護師がおり、地区担当制で業務を展開している。その中で、行政とセンターが連携しているので、地域包括支援センターで困ったことがあれば、行政の看護職に相談に来れば対応できる、という強みはある。行政の看護職が多いので、医療との連携が取りやすい。

高齢者支援連絡会にも市医師会の医師が参加している。

市医師会の医師には報酬は出していない。ボランティア活動であり、非常に感謝している。

昔から、市医師会とは深く協力・連携しており、市医師会は地域の事業を大事にし、連携が大事であると認識している。

医師は急な往診にも対応している。また、往診して頂ける先生方への連絡の仕方や認知症がある場合の連絡の仕方、等は医師会から文書を作って頂いて、活用してもらっている。それがあるので、現場は混乱しないのではないかと。

今後、地域包括支援センターを11か所に増やした時に考えていることは、ケアマネジャーをバックアップできるように地域包括支援センターの役割を果たしてほしい、ということである。ケアマネジャーの保有職種は介護職のケースが多く、そのような人達は医療機関との会話が得意ではない面も見受けられる。このような状況を地域包括支援センターが支援する形になるのではないかと。

市と地域包括支援センターとの契約書は特段厳しい条件や、細かい条件は書かれていないと認識している。今後は、医療との連携等についても記載した契約書に改変することが検討課題である。

マニュアル類は毎年更新し、5月に冊子を配布している。市医師会の医師からは、書類の作成にも熱心な協力を得られている。

診療所の数については、一人あたりの医師は全国平均に比べて少ない。医師数も病床数も少ない。ベッドを持って流用できるような診療所も少ない。都内の医療機関に通っている人も多い。松戸市内の3次救急の医療機関は松戸市立病院のみである。

診療所も病院も同じように、市の事業への協力が得られている。

歯科医師・薬局との連携について、高齢者支援連絡会などには、薬剤師も参画している。また薬剤師は在宅の活動にも参画してもらっている。認知症サポーター養成講座を、薬剤師会を対象

に開催したこともある。また、当市では、介護保険の開始以前から市と市歯科医師会が協力して、在宅歯科診療に取り組んできた。保健センターの中に歯科衛生士もいるので、そこで適切な歯科医師を紹介してもらうこともできる。

3 師会は足並みをそろえて活動してもらっている。担当者会議にも歯科医師や薬剤師の人達が参加している。

④ 取組の効果

医療と地域包括支援センターが連携を深めるために大切なことは、医師へ相談に行くタイミングや、迷惑にならない時間帯の見極めなどの判断だと思っている。

昨年、2 次予防事業の方法が変更された際に、関係する医療機関（2 次予防の可否判断を書いってもらう機関）全てを市の職員が訪問して説明した。その時に、地域包括支援センターの業務内容や地域支援事業について周知した。そのような取り組みを重ねることで、市と医療機関の顔の見える関係が構築されるのだろう。

市と医療機関の関係が深まることで、高齢者や患者さんの相談を受けた時に、対応可能な医療機関や医師が浮かぶようになる（このような認知症であれば、この医師にお願いしよう、等）。そしてそれが、医師から地域包括支援センターに対する適切なアドバイスにつながる。医師によって、メールがよいのか、電話がよいのか、直接訪問するのがよいのか、対応方法がそれぞれ異なるので、そのような情報を蓄積していくことも大切である。往診する医師は、市職員と面識を持っていて、その面識が地域包括支援センターにもつなげられる。

あおぞら診療所でも、市内の各医療機関の連絡方法などを調査してまとめている（全ての医療機関から回答して頂いたわけではないようであるが）。（⇒図表 78 を参照）

⑤ 今後の課題

市内の医療機関に限らず、地域包括支援センターと同行して都内や近隣の医療機関を訪問することもある。大きな医療機関については、地域支援室のような組織ができているケースもあり、相手の医療機関の誰がどのように地域との協力・連携を行なっているか、判別ができるようになる必要がある。

取組：心配高齢者への声かけ活動

（※本活動については、あまり積極的には行っていないとのことであるが、概要や今後の見通しについては、以下の通りである。）

認知症対策の一環として、あんしん一声運動を取り組んでおり、災害時の支援や認知症サポーター等とは違うものである。オレンジ声かけ隊への登録、研修が主たる取組内容である。特に定期的に集まって情報交換するような場は今まではなかったが、発表会を開催する予定である。平成 24 年 9 月の段階でオレンジ声かけ隊の登録者は 1,600 人程度いる。今後も増やしたいと考えている。

市の人口が増えたのは昭和 30～40 年代なので、その頃に住むようになった人たちが高齢にな

り、高齢化が進んでいる。

高齢者支援連絡会の主導で、声かけや見守りを行なっている。実際の声かけ活動は、高齢者支援連絡会の委員の方の声かけ活動が一般的である。

地域包括支援センターのつながりはあまりない。

今現在のボランティアは前期高齢者が多いので、介護予防につながるのではないかと期待している。

オレンジ声かけ隊の登録時に、名簿に氏名を追加している（全体の名簿はある）。登録後は、個人に対してはカード、団体・商店に対してはステッカーを渡している。

地域包括支援センターとしては、1,600 人の声かけ隊は応援団になる。センターが 11 か所に増えた時には、地域ケア会議等にも参加してもらいたいと考えている。

地域ケア会議は、現状では個別の事例検討などを中心としている。例えば、3 職種の視点から虐待事例などを検討している。高齢者支援連絡会の専門部会などの会議も開催されている。

高齢者支援連絡会は市独自の取り組みであり、地域包括支援センターを支える重要な組織である。平成 13 年から設立され、現在 9 か所ある。高齢者を見る「目」と支える「手」を増やすことが目的である。当初、『屋上屋だ』という声もあった。地域に必要なことを主体的に考えてもらい、自由に活動してもらっている。地域によって組織構成が異なるが、概ね専門職と呼ばれる、医師、薬剤師、ケアマネジャー、施設の職員、サービス事業者による 1 つの部会がある。またその他に、高齢者の見守りをしたい人（相談協力員）による部会、地域の民生委員や社協の職員などで構成された部会が設置されている。（専門職の部会がなかったり、相談協力員の部会がなかったりするケースもあり、組織の形は連絡会によって様々である。）当初は、市内の医師、サービス事業者、行政の 3 者が連携する仕組みを作るという狙いがあった。10 年程前に「10 年後の高齢化社会に対応できる仕組みを作ろう」ということで立ち上げた。市内の日常生活圏域は 15 あるが、高齢者支援連絡会が置かれているのは 9 地域となっている。

取組：地域包括支援センターの自己評価

業務評価票の取り組みを始めている。平成 23 年の活動について、平成 24 年に初めて自己評価票の記入、提出を行った。

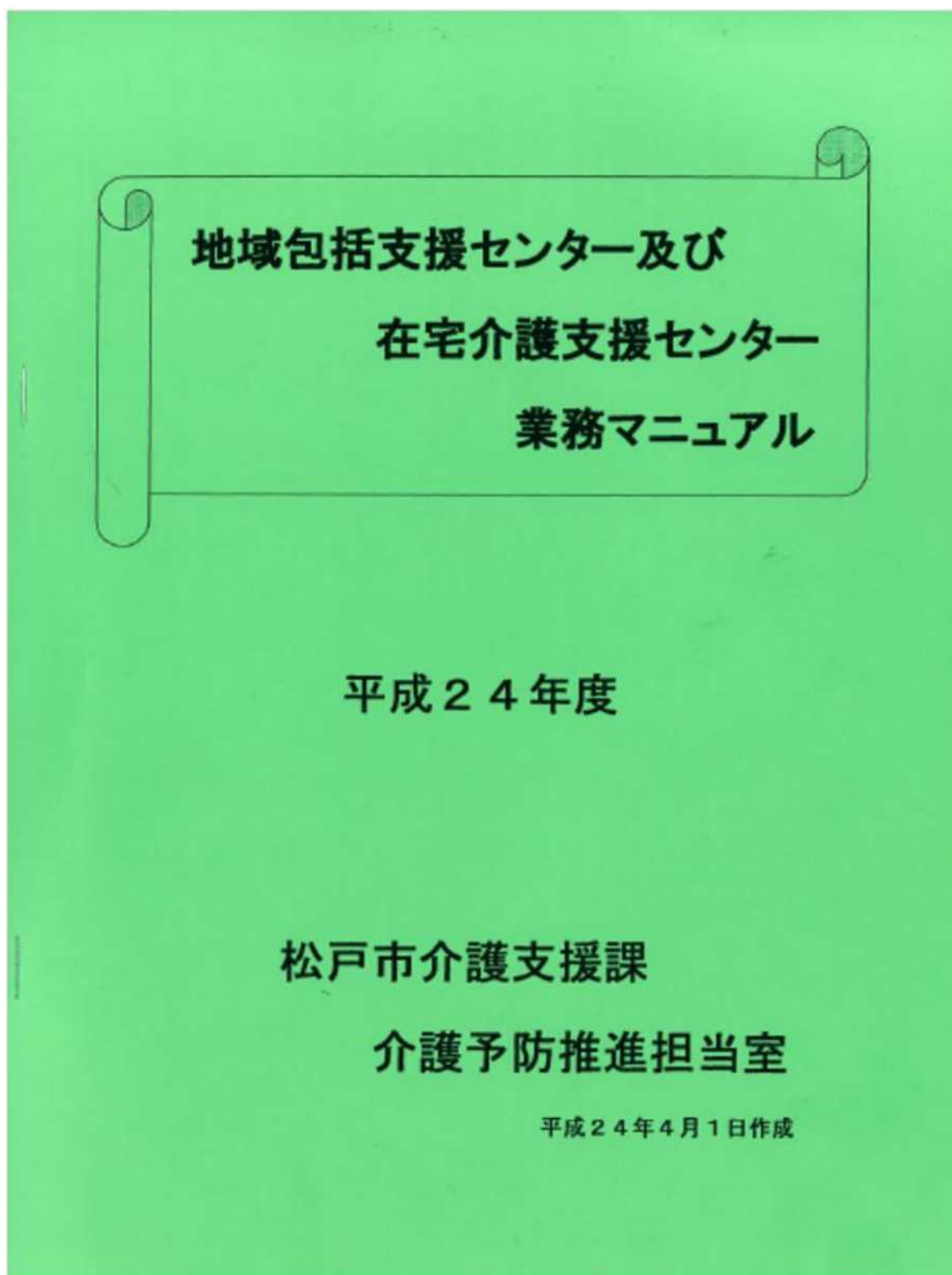
自己評価票は相模原市などの自己評価について有名な自治体と大差ない内容である。

現状では在宅介護支援センターがよいという市民の声もある。在宅介護支援センターは全て廃止する予定なので、在宅介護支援センターと市民のつながりを地域包括支援センターに移行することが必要である。

自己評価は、センターの主観的評価である。そのため、評価結果は評価者によって異なることもある。平成 25 年度からは、地域の人たちにも同様の評価してもらうことを検討している。可能であれば、行政からもセンターを評価する仕組みを作りたい。

評価結果を運営費の補助金額に反映するようなことはできないだろう。契約の段階から条件変更の事項などを入れていないと実現は難しいと思われる。一度契約したものについて、契約後に契約内容を変更するのは難しい。

図表 76 地域包括支援センター及び在宅介護支援センター業務マニュアル（抜粋）



図表 77 地域包括支援センター・在宅介護支援センター合同連絡会の資料（抜粋）

| | |
|---|---|
| 平成 24 年度 | 中央保健福祉センター 地下1階会議室 平成24年9月 18 日 14:00～16:30 |
| 第5回 地域包括支援センター・在宅介護支援センター合同連絡会 | |
| 1. 挨拶 | |
| 2. 議題 | |
| | 「医療と介護の連携について」 在宅医療連携ケアマネジャー連絡会 あおぞら診療所 院長 ケアマネジャー |
| 3. 報告 | |
| | 高齢者虐待ネットワーク 担当者会議 報告 |
| 4. その他 | |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">次回合同連絡会 日時:10月16日(火)14:00～ 場所:女性センター 研修室 の予定です</div> | |

(2) 大阪府泉南市

1) 概要

| | |
|---------|-------------------------------|
| 市町村名 | 泉南市 |
| 管内人口 | 64,984 人 うち要介護認定者数 2,616 人 |
| 管内センター数 | 2 箇所 |

(高齢化率と推移、過疎状況、社会資源の集中・散在状況、住民意識、中心的な産業等)

泉南市は、大阪府南部に位置し、大阪都心部から 40～50km 圏内にあり、公共交通機関を利用すると大阪都心部から 1 時間以内、関西国際空港へは 30 分以内で到達できる。市域の北西は大阪湾に面し、南東は和泉山脈を境に和歌山県と接している。北東は樫井川を境界として田尻町・泉佐野市と、南西は男里川を境として阪南市に隣接している。市域は南北約 11km、東西約 8km の広がりを見せ、市域の面積は 48.48 平方キロメートル、人口 64,984 人のまちである。

泉南市の高齢化率についてみると、平成 22 年には泉南市の高齢化率は 22.6%と、全国の平均をやや下回り、大阪府の平均をやや上回る結果である。認知症に対する支援については、平成 22 年度より「WAO(輪を)!SENNAN」のキャッチフレーズのもと認知症対策プロジェクトを進めている。要介護認定者数は、平成 23 年 9 月で 2,560 人、平成 24 年 9 月で 2,616 人であり、中でも要支援 1 の人数は、平成 18 年の 135 人から平成 23 年の 315 人へと著しく増加している。

2) 事例の内容

取組：市及びセンター間の情報共有システム支援

① 取組に至った背景・問題意識

地域社会を取り巻く状況は、少子・高齢化、核家族化、ライフスタイルの多様化などの社会環境の変化を背景に、かつての地域社会が当たり前にも所有していた住民相互の日常的なつながりや絆が希薄化するなど、大きく変わろうとしている。

2025 年の超高齢社会に対応し得る「地域包括ケア体制」の構築に向け、地域に存在する「自助」「互助」「共助」「公助」の多様な資源が有機的に連動して、各個人のライフステージにあったサービスが提供される地域包括ケア体制の構築が叫ばれている。その中、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災は、日常的な人々のつながりや支え合い、地域包括ケア体制の重要性について警鐘を鳴らすものとなった。

本市では、要援護者が円滑かつ迅速に非難するための支援体制を整備しているが、上記の理由から市として地域住民が自ら防災及び要援護者支援について考えられるようにサポートしていく体制を継続しながらも見直しが必要と考える。

このため、要援護者に関する情報を平常時から収集し、電子データ、ファイル等で管理・共有するとともに、一人ひとりの要援護者に対して複数の避難支援者を定める等、具体的な個別支援プランを策定・管理する基となるシステムを構築する必要があった。

<認知症ケア推進事業について>

地域包括支援センターの活動推進は、厚労省の方針に沿っている。泉南市では、「自助、互助、共助、公助」の中で、特に地域に期待した「互助」に力を入れている。地域コーディネーターを中心として、ケア活動のネットワークの強化や、地域の見守り体制の向上等を図るために、地域の「互助力」の基盤として「認知症のケア」向上を目指している。これは、泉南市は認知症ケアの取組が遅れていたと考えられたからである。

認知症ケアを重視するようになったきっかけは、以前、海岸部に住んでいる高齢者が徘徊によって山間部で行方不明になって3日後に死亡した事故があったことである。地域包括支援センターとも話し合い、平成19年に徘徊対策が検討され、認知症のケアは、国の援助を基に平成22年から推進してきている。

地域を啓発し、地域が自ら見守るネットワーク構築を互助の課題として関係者にお願いしたいと考えている。もっと地域にミッションや役割を割り振っていききたい。

サポーターやキャラバンメイトの公募、コーディネーターの配置などを推進し、医師や介護保険の当事者にも参加頂く場を提供している。家族の検討会や交流会の開催も行った。

地域医師会対象には、サポート医やかかりつけ医の検証を行うとともに、医師とケアマネジャーの協力や連携もお願いしている。

平成23年度には、引き続き地域での認知症の徘徊対策として模擬訓練を実施した。啓発のためのフォーラムや研修、定期的な新聞発行も実施した。地域包括支援センターは高齢者全般の問題を対象とするが、年度後半には、認知症対策のために、地域密着型サービスの推進を管理者に要請し、管理者等で立ち上げた認知症ケア研究会の会員を対象に認知症コーディネーターの養成を始めた。地域のイベントではWAO体操を披露しており、WAO体操を行うスタッフは、地域包括支援センターが緊急雇用で採用した職員である。

多職種連携の取組は、これまでにない新しいものがあり、医療と介護の連携、医師とケアマネジャーの交流会を開催し、その壁を取り除くことで地域福祉力の向上に資する地域包括ケア体制を築くことを原点としている。

認知症ケアとの活動連携が、地域福祉力の再生と位置付けている。これまでの対処療法的な「点」でうまくいったというのでは、一点の成功でしかない。「点から線」へ「線から面＝エリア」へと展開するためにも、認知症ケアは地域包括力そのものと言って良いのではないか。「点」のケアが地域でつながり、面（エリア）に展開できて地域包括ケア体制につながる。

今は、世間でもマスコミでも、認知症が広く認識され市民の関心も高い。「なりたくなくても誰でもなる」し、自分の親のこととして、或いは自分のこととして、地域がどうあるべきかを考えなければいけない。つながりとか助けあい等が重要な解決策の要素であり、これがすべて認知症ケアには含まれている。

小学生対象にはキッズサポーター養成講座を開催し、中学生対象にはジュニアサポーター養成講座、高校生対象にはヤングサポーター養成講座を開催しており、子どもや青年であっても認知症やそのケアについては理解しやすい。また、24年度は就学前対象として保育園児対象のリトル・キッズサポーター養成講座を開催し「高齢者に優しく接しましょう」ということが、すぐに周知され、園児達には長い研修は退屈なので、二日間で指人形を用いて理解してもらうプログラ

ムにしている。保育園児や小学生はその後、地域の高齢者施設を訪問してお年寄りたちと交流しており、交流の場では子供は普通に認知症高齢者に接している。運動会でも一緒に WAO 体操を演技し、地域交流にもつながる。盆踊りにも先生や親も子供も、お年寄りたちと参加し、優しい気持ちを持ってもらうことが大事だと考えている（⇒図表 79,80,81 を参照）。

② 取組開始までの経緯

<期間等>

「市及びセンター間の情報共有システム」の導入検討から実施については、平成 22 年度から検討を開始して、この 24 年度まで時間が掛かった。東日本大震災の安否確認もきっかけであったが、元々は地域包括ケア体制の構築が目的で、地域の中での高齢者の相関図、人的ネットワークの把握が目的である。地域福祉力の向上で、取りも直さず、地域の防災力の強化につながるといった狙いである。

<体制等>

情報共有システムの導入には大阪府が行ってきた類似のシステムを基に、IT 部分はクボタが開発した IT システムを採用した。システム的设计には、地域包括支援センターで検討してもらった。他には、消防署にも相談したし、社会福祉協議会も見守りカードの取り組みを行っているのので、その視点で検討してもらった。なお、見守りカードとは、電話機に貼り付ける緊急連絡先の掲示である。

<手順等>

検討を始めて最初に直面した問題は、民間の IT システム会社との課題認識の違いである。IT システム会社側が提案した災害時安否確認システムは、多くの自治体が導入しているものの、災害時を想定しているのが緊急避難用であり、泉南市の課題認識とは異なっていた。泉南市では平常時の見守り確認に使いたいという考えで、コンペティションを行ったが、参加事業者は、災害時安否確認目的のシステムが多く、仕様策定や運用にもギャップがあった。そのため、平常時の見守り体制を理解してもらうのに苦労した。

先頃地域包括支援センター主催の地域包括ケア会議があり、防災をテーマにした講演があったが、「緊急時の自主防災組織であっても日頃のネットワークがなければ災害時には機能しない」という見解になった。この意見はその通りであり、地域や近所で本当に機能するのは「井戸端会議で話されるおばちゃん情報」のような、地域に密着した近所情報や行動パターンまで把握した情報である。

③ 取組の内容

<目的>

70 歳以上の独居、高齢者夫婦世帯の平常時の状況を見守り、必要な情報を認知症ケアに関与する組織団体が共有することが必要である。そのために、データや情報を管理することがシステムの目的である。

まずは、認知症高齢者の実数と実態を把握したいと考え、人口問題研究所の人口推計等を用いて泉南市の潜在的な認知症や高齢者数を推計した。700 人の在宅認知症の方がいると思われる

が、どう対応するかが大事であり、セーフティネットの網の目を細かくし見守りたい。

<概要>

70歳以上の独居高齢者及び兄弟姉妹や夫婦を含めた高齢者のみの世帯を対象に「氏名・住所」「かかりつけ医」「介護保険サービス利用状況」「緊急連絡先」等を記載した、泉南市 WAO（輪を）救急医療情報キットを配布し、家庭の冷蔵庫に保管してもらうことで、非常時においても救急隊員などが即座に必要な処置、支援が行うことができるような体制づくりに努めている（⇒図表 82,83 を参照）。

当該救急医療情報の在り処を、救急隊等が認識するために「WAO シール」を準備した。当該シールは、玄関、冷蔵庫の扉、筒（キットの容器）表面等に貼られている（⇒図表 84 を参照）。

医療情報は、複写式で高齢者の手元にその控えが置かれ、回収した原紙のデータはパソコンに入力される（現時点ではネットワークを敷設していない。）

（体制）

このシステムは、高齢者の見守りに関与した 2 か所の地域包括支援センター、社会福祉協議会、市役所本庁の 4 箇所では情報を共有している。消防署にもこのシステムの端末を入れたかったが、消防は独自のマップ情報を持っているので、共有はしていない。原本データは 2 か所の地域包括支援センターがそれぞれの圏域分を管理している。

<その他>

平成 24 年度末から情報の入力を行い、現在は高齢者世帯の実態把握の段階である。これを基に今後は実際のシステム活用段階となる。要介護度の情報などを基本情報に記載することで、地域包括支援センター、社会福祉協議会によってアップデートしながら共有できるというシステムである。情報を共有することで見守りが共通化できるはずである。

地域包括支援センターによる 3 年に 1 回の実態把握が要請されているので、平成 25 年秋季に全数アンケート調査を行う機会に配布を実施する予定である。

泉南市 WAO（輪を）救急医療情報キットは、5,000 個作成し 2,000 個程度を配布した。平成 23 年度の配布は、500 個（見込み） H24 年度 ~H26 年度にかけて各 1,000 個の配布を計画している。

最初の既成品は 1 セット 550 円と高価であった。5,000 個単位で発注するので業者を検討したが、単価 235 円が安く、さらに探したら 125 円のセットが最安値で調達できた。筒（容器）が 55 円で印刷物は別途発注で合計 125 円に抑えることができた。

④ 取組の効果

現時点では導入を終えた段階であり、具体的な効果はこれからである。導入時・今後期待される事項は以下のとおりである。

- 民生委員の情報管理に活用・フィードバックしてもらえることで、こうした作業負担の軽減につながる。
- システムそのものの効果の他に、地域の意欲あるサポーターや医師が熱心に取り組んでく

れることが心強い。

⑤ 今後の課題

キットを全戸配布したが、世帯によっては、意図して登録を見送っている場合がある。民生委員に再度訪問をお願いして、実態を把握したい。

効果以前に、システム導入においてはデータ入力の手負が大きくなり苦戦している。

個人情報の扱いが、たとえ部分情報の活用でも規則を遵守する必要がある。情報管理のための研修会を催す予定である。同意書にサインを貰っても民生委員に理解があることを確認し、扱いの安全性を徹底したい。この研修会開催は担当課の単独実施で行う。

一人暮らし高齢者を見守るために、民生委員が足で稼いだ情報を入力・更新したい。個人情報に該当するので、個人情報審査会において住基情報、個人情報、医療介護情報のあり方を審議している。

地域に対して個人情報を必要最低限はオープンにして、「見かけたら声を掛けて」とお願いできる体制も検討する余地がある。個人や保護者自らが情報秘匿のハードルを下げて、地域の包括的なケアに対して依頼するといったスタイルを考えていくことが必要であり、これは行政が行く問題ではないと考えられる。

<その他特記事項>

認知症ケアの活動に対する地域差の反映は現時点では行っていない。ケアサービス内容の地域差や公平性の分析、戦略的なアプローチについては、今は考慮していない。確かに、山間部と海岸部、古くからの住宅地、宅地開発による集合住宅開発地域などのニーズはあるかもしれないので検討課題とする。

例えば、樽井と岡田浦が漁師町である。農業地域や紡績会社のあった北野、山間部の住宅地は、山を切り開いて坂道もあって公共交通の便が悪く高齢者も移動しにくい。買い物難民も増加している。住民も高齢化しており、住み替えも難しい。子ども世代は山間部を出て、空き家も増えている。地域だけで高齢化に対応するのは難しい状況になっている。

2025年を目標にした地域包括ケア体制の構築は険しい道のりであり、行政は超高齢化社会に備えて対応を目指す必要がある。地域づくりは15年、20年を見据えた事業である。大牟田市では先進的な取組をしているが、それでも10年でやっと整うという事業である。地域づくりは、長期にわたり住民の考え方を変えていく地道な努力が必要である。市民からの突き上げやお叱りもあるだろうし、危機感を持って対応している。

図表 79 H23 泉南市認知症ケア推進事業・実績


| H23 泉南市認知症ケア推進事業・実績 | | H24.3.31現在 | |
|---------------------|--|---|----|
| 事業名 | 成果 | 事業名 | 成果 |
| 認知症サポーターフォローアップ研修 | 5/19開催 イオン泉南 (イオンホール) 対象: 泉南市認知症サポーター 参加者 86名 | 創刊号「広報せんなん12月号」折り込み配布 ○タイトル「せんなんWAO(輪老)新聞 創刊号」 ・WAOくんとキッズフレーズの紹介 ・認知症テスト(チエックリスト) ・認知症の解説 ・認知症の方の接し方について ・事業報告・紹介 ・認知症サポーターの啓発 | |
| キッズサポーターフォローアップ研修 | 8/19開催 老人憩いの家 対象: 鳴滝地区住民 参加者 110名 | 第2号「広報せんなん4月号」折り込み配布予定 ○タイトル「せんなんWAO(輪老)新聞 第2号」 ・第3回WAO(輪老)まつり開催 ・梅井地区徘徊訓練実施 ・田中Dr インタビュー記事 ・田中Dr 直伝「認知症予防10か条」紹介 ・地域密着型サービス事業所からの発信記事 | |
| SOS徘徊ネットワーク協力事業者説明会 | 8/24開催 (午前・午後 計2回) 対象: 市内協力事業者、介護保険事業所 参加者 74名 | 1/30開催 保健センター2階 大会議室 ○アドバイザー: 認知症専門医 医師会・かかりつけ医 主任ケアマネ ○参加者を3グループに分けて、グループ内で話し合う。 ○アドバイザーの3人が、各グループを回り、参加者の相談に答える形にする。 参加者 28名 (家族 11名・会 2名・ケアマネ等 14名) | |
| 認知症キャラバン・メイト養成研修 | 9/22開催 イオン泉南2Fイオンホール 参加者 43名 | 今年度全4回 2/6 2/20 3/5 3/22 講師: (岡本介護センター) (認知症東京センター) (富士宮市) 他 ※来年度以降も引き続き開催予定 | |
| SOS徘徊ネットワーク様談訓練 | ①10/14開催中止(雨天のため) 梅井区民センター(大ホール)で徘徊時の声かけ訓練実施 (市長と区長の挨拶・梅井区民の参加) 参加者 84名 ②10/21開催 梅井区内で徘徊訓練実施 (梅井小学校5年生・担任・地域住民の参加) 参加者 226名 | 医師会主催 2/24開催 「認知症サポーター医による研修」 9/23開催 あいびあ泉南 1階 大会議室 講師: (大医師キャラバン・メイト連絡会) 参加者 39名 | |
| 第3回WAO祭り | 11/26開催 泉南市立文化ホール 1部 バネルディスプレイ 2部 地域包括支援センターの取組み紹介 文化ホールロビーにてブースの設置(地域密着型施設・介護者家族の会等) 参加者 372名 | かかりつけ医 認知症対応力向上研修 認知症キャラバン・メイト フォローアップ研修 | |
| 7病院MSWとケアマネの交流会 | 12/15開催 あいびあIF大会議室 ・6班グループワーク 参加者 ケアマネ 33名 MSW 6名 | | |
| 介護相談員、介護施設職員等研修会 | 1/23開催 「いきる支援」 講師: ・イオン3階イオンホール 参加者 123名 | | |

| 開催日 | 開催場所 | 担当 | 参加者 | 実施回数 | 回数 | 人数 |
|---------|---------------------|---------------------|-----------|-------|--------|----|
| 12/1開催 | ふことら牧野 | ふことら牧野 | 13名 | 271回 | 5080人 | |
| 12/6開催 | オークワ | オークワ | 14名 | 829回 | 28402人 | |
| 12/6開催 | ふことら一丘 | ふことら一丘 | 12名 | 1169回 | 22486人 | |
| 12/7開催 | 道の駅 | 道の駅 | 37名 | 52回 | 1051人 | |
| 12/8開催 | はやし | はやし | 17名 | 2321回 | 57019人 | |
| 12/9開催 | エバーグリーン | エバーグリーン | 39名 | | | |
| 12/9開催 | カーナート | カーナート | 58名 | | | |
| 4/21開催 | ケア・デイサービスマイルハート職員 | ケア・デイサービスマイルハート職員 | 13名 | | | |
| 5/4開催 | 民生児童委員協議会 | 民生児童委員協議会 | 14名 | | | |
| 5/19開催 | イオンモール職員・市民 | イオンモール職員・市民 | 86名 | | | |
| 6/20開催 | GH・小規模六尾の職員 | GH・小規模六尾の職員 | 12名 | | | |
| 6/22開催 | GH 聖心会職員 | GH 聖心会職員 | 37名 | | | |
| 6/24開催 | GH 聖心会職員 | GH 聖心会職員 | 39名 | | | |
| 6/27開催 | 訪問介護 までしこ職員 | 訪問介護 までしこ職員 | 17名 | | | |
| 7/6開催 | 泉南市老人クラブ役員 | 泉南市老人クラブ役員 | 24名 | | | |
| 7/12開催 | 梅井区山ノ井サロン | 梅井区山ノ井サロン | 58名 | | | |
| 7/30開催 | 民生児童委員 | 民生児童委員 | 95名 | | | |
| 8/10開催 | 隣接地区小学生 | 隣接地区小学生 | 8名 | | | |
| 8/19開催 | 街アイあおぞら及び小学生 | 街アイあおぞら及び小学生 | 110名 | | | |
| 8/24開催 | SOS徘徊高齢者協力事業者 | SOS徘徊高齢者協力事業者 | 41名 | | | |
| 8/26開催 | SOS徘徊高齢者協力事業者 | SOS徘徊高齢者協力事業者 | 33名 | | | |
| 8/28開催 | ボランティア教室 | ボランティア教室 | 15名 | | | |
| 8/25開催 | 介護予防教室 | 介護予防教室 | 6名 | | | |
| 9/18開催 | いずみ台老人会 | いずみ台老人会 | 24名 | | | |
| 9/19開催 | サングリーン自治会 | サングリーン自治会 | 47名 | | | |
| 9/27開催 | 敬和全居宅サービス職員 | 敬和全居宅サービス職員 | 17名 | | | |
| 10/3開催 | 梅井小学校教員 | 梅井小学校教員 | 5名 | | | |
| 10/12開催 | 梅井小学校6年生 | 梅井小学校6年生 | 163名 | | | |
| 10/13開催 | 砂川小学校5年生・土教員 | 砂川小学校5年生・土教員 | 110名 | | | |
| 11/17開催 | りんくう翔南高校2年生 | りんくう翔南高校2年生 | 208名 | | | |
| 11/17開催 | りんくう翔南高校教師 | りんくう翔南高校教師 | 10名 | | | |
| 11/26開催 | WAO(輪を)祭り参加者 | WAO(輪を)祭り参加者 | 372名 | | | |
| 11/29開催 | アイゼンターゼンなん | アイゼンターゼンなん | 12名 | | | |
| 12/2開催 | 一丘中学校教師 | 一丘中学校教師 | 28名 | | | |
| 12/7開催 | 一丘中学校1年生 | 一丘中学校1年生 | 169名 | | | |
| 12/14開催 | 一丘地区福祉委員 | 一丘地区福祉委員 | 20名 | | | |
| 1/15開催 | 新塚泉台自治会 | 新塚泉台自治会 | 30名 | | | |
| 1/25開催 | 信濃牧野老人クラブ | 信濃牧野老人クラブ | 54名 | | | |
| 2/1開催 | 信濃小学校4年生 | 信濃小学校4年生 | 58名 | | | |
| 2/4開催 | 新日本婦人の会泉南支部 | 新日本婦人の会泉南支部 | 15名 | | | |
| 3/28開催 | 特別養護老人ホームまでしこりんくう職員 | 特別養護老人ホームまでしこりんくう職員 | 17名 | | | |
| 全 34 回 | | | 小計 2025 名 | | | |
| | | | 合計 4092 名 | | | |

| A地区 | 実施回数 | 回数 | 人数 |
|-----|------|------|-----|
| B地区 | 実施回数 | 回数 | 人数 |
| C地区 | 実施回数 | 回数 | 人数 |
| D地区 | 実施回数 | 回数 | 人数 |
| | 合計回数 | 合計回数 | 総人数 |

| 実施回数 | 回数 | 人数 |
|--------------------------|--|----|
| 増上郡瑞穂町議会事務局 | 2月1日 | |
| 東京都瑞穂町議会事務局 | 2月9日 | |
| 東京セミナー | ① H23年9月29～30日 ② H23年11月24～25日 ③ H24年1月25日～26日 | |
| 富士宮市視察 | H23年12月1～2日 | |
| 熊本県フォーラム | H24年1月13日～14日 | |
| 和歌山県御坊市キヤラバンナイトフオローアップ研修 | H24年1月18日 | |
| 加賀市視察 | H24年3月2日 | |
| 神戸セミナー | H24年3月6日 | |
| 大阪セミナー | H24年3月12日 | |
| 東京セミナー | H24年3月17日 | |
| その他(大阪府主催の研修会)M1グランプリ等 | | |

| WAO(輪を)体操 | 他市町村からの視察・研修 | 研修会・セミナー 視察関係 |
|-----------|--------------|------------------|
|-----------|--------------|------------------|

| 今後の予定 | |
|--------------------------|--|
| 地域包括ケアシステム 研修会 | 1月(予定) 講師(案) : 大阪市立大学大学院生活科学研究科 教授 |
| 第4回 WAO(輪を)祭り | <p>2月16日(予定) 泉南市立文化ホール 大ホール</p> <p>テーマ「音楽祭♪」～音楽で繋ごう地域のWAO(輪を)！～</p> <p>出演:市内4中学の吹奏楽部 泉南市青少年吹奏楽団 地域密着型サービス事業所利用者及び職員 認知症ケア研究会 認知症キャラバンメイト</p>  |
| 介護相談員・介護施設職員 等研修会 | 2月13日開催(予定)「前想法と認知症治療について」 長寿会主任ケアマネ |
| 泉南市キャラバンメイト フォローアップ研修 | 3月28日開催(予定) あいピア泉南IF大会議室 |
| その他 | <p>○ <i>研修会</i> 多職種連携研修会12月13日(医師会主催) (3月6日)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医研修会(医師会主催) ・ 多世代交流による介護予防事業 ・ iPad導入による介護予防活動事業(5事業所で実施) ・ サポーター養成講座 学校関係・地域関係 ・ 愛知県豊川市 健康福祉委員会「泉南市認知症ケア」について 1月15日 ・ セミナー等 研修関係 第3回 東京セミナー 2月7・8日 第2回 大阪府キャラバンメイトフォローアップ研修12月21日開催 ・ M-1(キャラバンメイト)グランプリ 全国大会 3月(大阪府で開催) |

図表 82 泉南市WAO（輪を）救急医療情報キットの内容

泉南市WAO（輪を）救急医療情報キットを利用されるにあたって、
次のような場合があることをご了承ください。



- 1 救急隊が救急活動に不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があります。
- 2 所定の位置にステッカーを貼っていなかったとき又は冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用できない場合があります。
- 3 救急活動の際に、あなたの同意を得ることなく冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。
- 5 あなたが医療情報紙に記載した事項については、救急活動の状況によって、必ずしも活用されるとは限りません。

記入の仕方・注意事項

＜ご本人情報について＞

氏 名：救急隊員などに読み方が分かるよう、ふりがなを記入して下さい。

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入下さい。

血液型：分からない場合は「不明」と記入して下さい。

住 所：マンション名、郵便番号まで必ずご記入下さい。

＜医療情報について＞

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入して下さい。

医療機関名は、2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入して下さい。

＜緊急連絡先について＞

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入下さい。

緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でもかまいません。

連絡先：日中と夜間つながる番号をご記入下さい。

＜同意欄について＞

内容をよく読み、同意いただいた上で、ご自身で氏名を記入して下さい。

裏面もお読み下さい。

図表 83 WAO（輪を）緊急情報

平成 年 月 日 作成

泉南市 WAO(輪を)救急情報

| | | | |
|------|--------------------|-------|-------|
| ふりがな | | | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | (明・大・昭) | 年 月 日 | (歳) |
| 住 所 | 泉南市 | | 血液型 |
| 電 話 | (自宅) 072 - (携帯) | | |

医療情報

| | 病 院 名 | 所在地 | 病名 |
|---------|------------------------------|-----|----|
| かかりつけ病院 | ① | 市 町 | |
| | ② | 市 町 | |
| 備 考 | アレルギー()・インシュリン・酸素・透析・その他() | | |

緊急連絡先

| 氏 名 | 続柄 | 住 所 | 電話番号 |
|-----|----|-----|------|
| ① | | | |
| ② | | | |
| ③ | | | |

介護保険情報

介護保険認定 なし ・ あり

| | |
|-----------------------|--|
| 介護(予防)支援事業者 (ケアマネジャー) | |
| 担当者名 | |
| 事業所名 | |



個人情報については、WAO(輪を)あんしんシステムに登録され、必要に応じて泉南市役所・泉南市消防署・泉南市地域包括支援センター・泉南市社会福祉協議会・泉南市民生委員・地区福祉委員・自治会に提供することに同意します。

本人氏名(署名)

図表 84 添付用のシール（玄関、冷蔵庫の扉、キット筒）



(3) 石川県輪島市

1) 概要

| | |
|---------|---------------------------------|
| 市町村名 | 輪島市 |
| 管内人口 | (30,508)人 うち要介護認定者数(2,027)人 |
| 管内センター数 | 3ヶ所(うち2か所は支所) |

(高齢化率と推移、過疎状況、社会資源の集中・散在状況、住民意識、中心的な産業等)

<位置等>

当市は、能登半島の北西部に位置し、東は珠洲市、能登町に、南は穴水町、志賀町に接しており、東西約 42km、南北約 31km、面積は約 426km² で、石川県の約 10.2%を占めている。

80km に及ぶ海岸線は、優れた自然景観を呈し、その大部分が能登半島国立公園に指定されている。

日常生活圏域は、河井・鳳至・大屋・西保・鶴巣圏域（市街地）、三井・河原田圏域、町野・南志見圏域、門前圏域（旧門前町、平成 18 年 2 月に合併）の 4 つに分かれる。

<高齢者数等の状況（H24.4.1 現在）>

市の総世帯数は 12,586 世帯。うち高齢者のみの世帯数は 4,145 世帯（総世帯の約 33%）である。

高齢者数は 11,597 人、高齢化率は 38%となっている。平成 11 年には 29.0%だった市内の高齢化率はその後毎年増加し、現在に至っている。市町村合併後、県下 3 番目の高齢化率となった。圏域別には、河井・鳳至・大屋・西保・鶴巣圏域 32.4%、三井・河原田圏域 32.0%、町野・南志見圏域 40.9%、門前圏域 50.9%となっている（平成 23 年）。

<過疎の状況等>

当市は、過疎地域に指定されており、特に、若年層を中心とする人口流出は、極度の少子高齢化をもたらしている。

これにより、小中学校・高等学校の統廃合が進み、地域の小売店が減少している。地域の活力が徐々に失われつつあり、特に外出の手段が乏しい高齢者については、食料品をはじめとする日常生活用品の確保や通院が困難となってきている。

市街地を除く集落のうち、人口が 50 人以下の集落が 151 ある。これは、市街地を除く 300 集落の約 50%にのぼる。また、世帯数 10 未満の小規模集落は 76 あり、約 25%を占めている。

<社会資源の状況>

高齢者を支えるフォーマルな社会資源は、介護保険制度のもと主に介護保険事業計画により、地域バランスに配慮しながら整備してきている（第 5 期介護保険事業計画参照）が、広域なため、フォーマルなサービスについても利用者の希望通り提供できない地域もある。

インフォーマルな社会資源として、家族、親族、友人、近隣住民、ボランティア等の活動があり、これらのうち行政が把握していない活動も多く存在している。

当市では、地域福祉推進員、生活・介護支援サポーター、傾聴ボランティア、認知症サポーター、防災士、スコップ隊（除雪ボランティア）、介護予防サポーター、老人クラブ活動、地区社協の各種活動等のボランティアの育成に取り組んでいる。

介護保険事業計画では、人材育成の必要性を強調しており、高齢者支援に関わる人、理解する人を増やしたいと考えている。また、福祉課題に加えて雇用面での課題として、市民の働く場の創出に貢献していくという意向を持っている。

<住民意識>

当市には、伝統的な風俗や習慣が多く残されており、これらの多くは農業や漁業等を中心とした風土が育んだものと考えられる。現在においても年中行事として、主に祭事を中心に、生活の至る所にこれらの文化が残されている。

「能登はやさしや土までも」という言葉に代表されるように、当市の住民は穏やかな人情を持つと言われている。このような人情を持つ地域であるが、近年、自助・共助の意識が弱まり、特に市街地では公助に依存する傾向が強い。

<中心的な産業>

基幹産業は、自然の恵みを活かした農林水産業のほか、漆器産業（輪島塗）や観光産業がある。産業別人口で見ると、第1次産業の割合が最も高くなっている。

<地域包括支援センターの概要>

地域包括支援センターは直営で、市街地に本所がある他、東部地区に1か所、門前総合支所内に1か所、計2か所の支所がある。地域包括支援センターが始まる前、在宅介護支援センターは市街地、三井・河原田圏域、門前圏域の3か所にあった。

平成18年度の開設当初から直営である。介護保険が始まるまでは在宅介護支援センターだった。国・県から受けていた補助金（年間人件費約1,100万円の3/4に相当）がなくなった後は、居宅介護支援事業所に相談機能も併せて運営をして頂いている。要支援の部分は地域包括支援センターとなり、職員9名を配置した。職員数は現在も変わっていない（うち4名が社協からの派遣職員）。地域包括支援センター開設当初より、委託という考え方はなかった。

当面は現在のセンター構成を継続する考えである。人口予測によると、市内の高齢者人口は、向こう約10年は微増微減を繰り返すが、それ以降は減少傾向が見込まれているためである。現在の高齢者人口は約12,000人であるため、約4,000人に一か所のセンター設置状況となっている。

2) 事例の内容

取組：孤立化防止・災害要援護者支援並びに情報共有システム支援

① 取組に至った背景・問題意識

高齢者の孤立化防止には、フォーマルなサービスだけでは限界があり、フォーマルとインフォーマルな社会資源を適切に組み合わせたサービス提供が効果的な支援を可能にすると考えた。

そこで、地域包括支援センターに、情報を集約管理することが高齢者の孤立化防止及び要援護者支援に向けた重要取組事項と位置づけた。

また、高齢者は「支援される＝恥ずかしいこと」という意識があるため、支援される側の意識を変える必要がある。高齢者に「助けられ上手」になってもらうことが重要と考えた。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続するための施策として、以下の各事業を展開し、重層的な見守り体制の構築に努めてきた。ただし、情報が集約管理されていないため、緊急時には、各担当者が個別に持っているサービス提供情報や緊急連絡先等を収集し対応していた。

- 要援護者台帳登録
- 地域福祉推進員による見守り活動
- 生活援助員による高齢者対応市営住宅に居住する高齢者の見守り活動
- 配食サービス事業（地域支援事業）
- 地域貢献みまもり事業
- 傾聴ボランティアによる訪問事業
- 傾聴ボランティアによる電話訪問事業（「おたっしゃコール」）
- 緊急通報体制整備事業
- 買い物弱者支援事業

こうした状況を受け、平常時から、要援護高齢者ごとに家族状況や緊急連絡先、介護保険外のサービス利用状況等の情報を集約して一元管理することにより、緊急時においても効率的・効果的な支援が可能になるのではないかと考えた。

上記事業は主に健康推進課の担当事業だが、要援護者台帳登録については障害者部門の福祉課が担当している。要援護者登録の対象者は75歳以上の独り暮らしの方、高齢者のみ世帯、介護認定全部（要支援～要介護5）、身障手帳1～2、下肢1～5、視覚聴覚等となっている。要援護者避難支援計画をつくり、要援護者の定義を国が示した基準より広くし（例：国の基準は要介護認定3以上）、同意方式と手上げ方式により登録し、その情報を適宜更新している。

平成19年3月の能登半島地震において、旧門前町の民生委員が日頃見守りのために独自に作成していたマップ（平成7年の阪神淡路大震災後にその必要性を認識し作成を開始）が災害時の迅速な安否確認等に役立つことが判明した。関係者による議論の結果、避難に支援が必要な方は要介護認定3以上の方のみではなく、上記のような“気になる方”も含まれると結論し、要援護者を広く定義した。

② 取組開始までの経緯

取り組み開始までの大まかな流れは以下の通りである。

- H22.5 市町村地域包括ケア推進事業協議書提出
- H22.7 厚生労働省から内示（8,027千円）

H22.7～9 「高齢者の外出に関するアンケート」実施

H22.9 輪島市補正予算計上

「高齢者の外出に関するアンケート」を民生委員の協力のもと聞き取り形式で実施し、75歳以上の独り暮らし世帯及び高齢者のみの世帯の外出の手段についてうかがった結果、特に通院や買い物のための外出が問題となっていることが分かった。

東部地区にある地域包括支援センターの支所では、住基データが閲覧できない環境である等、タイムリーな情報共有ができない場合があった。このため、GIS導入により要援護高齢者の情報を本所と共有することにより、支援を必要としている高齢者の情報については、本所・支所の情報格差を改善できるような方策を考えた。

もともと全職員のパソコンにインストールさえすればGISソフトを活用できる環境があった。また、ブラウザで市内の地図を閲覧できるWeb-GISも利用可能だった。そのような環境に、本用途の機能を追加した。

③ 取組の内容

取り組みの内容を、事業開始以降の時系列に沿って整理すると、以下の通りである。

H22.10 事業開始

介護保険外サービスの利用者データ整理（GISに移行可能なデータに整理）

H23.2 高齢者の外出に関するアンケート取りまとめ

H23.3 GIS利用職員研修

GIS既存システム改修・データ移行、利用開始

H23.5 民生委員へGISによる情報共有の必要性を説明

GIS要援護者マップ→民生委員、警察署、消防署

H23.6～7 民生委員が所持している紙ベースのマップとの突合依頼・修正作業

H23.8 GIS要援護者マップ修正版→民生委員、警察署、消防署

行政の見守りマップと民生委員の見守りマップの情報共有完了

地域包括支援センターと支所2か所の計3か所に、GIS利用可能なパソコンを導入し、情報が共有できる環境を整備した。また、一般職員にとってGISはまだ難解なシステムであることから、関係職員を対象に研修を実施し、新しいシステムが日常業務の中で機能するよう配慮した。

要援護者台帳登録のデータを、要援護者マップ（⇒図表85を参照）に落とし込み、関係機関に紙媒体で配布し、情報共有を図った。この際、民生委員には各担当する地域の範囲のみのデータを、警察・消防には全地区の全データを配布する等、必要以上の個人情報を提供しないよう配慮し、データ提供先には個人情報の管理における注意点を再確認した。その後、民生委員にGISが示した要援護者情報と自宅情報が正確かどうかの確認を依頼したところ、何件か実態と異なる情報があったため、これを修正し、GIS要援護者マップ修正版として再配布した。

配布されるマップの縮尺は、民生委員が担当する地域の広さに応じ、様々である。要援護者が密集している市街地では縮尺が大きく、点在している地区では縮尺は小さくなる。

要援護者台帳登録申請書(⇒図表 86 を参照)が提出されると、その情報を EXCEL 入力し、GIS にデータ移行する。GIS により、全民生委員(約 130 名)の担当地区の住宅地図上に要援護者の所在を示すマップが作成され、これを各民生委員に配布し、情報共有がなされる(⇒図表 87 を参照)。民生委員はこのマップ情報と自分の足で稼いだ情報を基に、さらに自分用のマップを作成し、見守り活動に活用している。

民生委員が自分の足で稼いだ情報は、市には共有されない。一方、地域包括支援センターでは、地区民生委員協議会に積極的に参加することで、完全な情報共有はできないが、各地区の現状把握に努めている。

要援護者台帳登録申請書の受付は随時である。同意方式の場合、新たに障害認定・介護認定を受けた時や、民生委員から登録紹介を受けた時に、登録申請書を直接郵送する。また、手上げ方式の場合は随時申請手続を取る。

要援護者台帳登録及び要援護者マップ作成について、毎年更新し、常に新しい情報が共有できるよう、年間スケジュールを決める等のマニュアル化作業を現在進めている。扱う情報の性質、異動等の影響を受けずに継続的な対応が必要であること等から、細部工程の正確な情報を分かりやすく示すことに重点を置いている。

データの更新頻度、更新時期については議論を重ねた。最終的には年 1 回の地図更新、更新時期は 4 月当初に配布するために 2 月末までのデータを 3 月に精査することとした。転出・死亡・施設入所等のデータ更新は毎月実施している。データ入力作業は、臨時職員が行っている。

要援護者マップは要援護者本人の所在確認にとどまっているが、孤立化支援・高齢者支援においては、対象となる方が地域でどのようなつながりを持っているのか等の情報が重要となる。そこで、さらに一歩踏み込み、要援護者の地域とのつながりや関係性を把握する「地域支え合いマップ」を作成している。これは、社会福祉協議会の地域福祉活動計画のメイン事業で今年度から取り組んでいるものであり、行政主導ではなく住民指導で支援を強化していくための取組である。地域支え合いマップ作成のためにインストラクターを養成し、小集落に派遣して、住民との井戸端会議的な場・雰囲気において、見守り等に必要な情報のマップ化を行っている。マップに掲載される情報には、毎日このお宅にお茶を飲みに行くとか、高齢者のたまり場等の情報も含まれており、手書きで作成されている。

「助けられ上手」講座を実施した。講師を派遣し、講演会を開催している。「助けて」と SOS を出されれば、周囲は手を差し伸べることができる。孤立化を考える際に、支援する側の立場だけで考えると“漏れ”が生じるため、助けられる側の意識を変え、意見を反映することを目的としている。

外出に関するアンケート等の結果を基に、GIS を活用して、コミュニティーバス路線や移動販売車の販売地域の選定を行った。GIS を活用して商店がない地区、公共交通機関がない地区等の絞り込みをかけることで、支援を必要としている高齢者が多い地区を抽出し、コミュニティーバスや移動販売車がどのような地区に行けばよいかを明示した。このような根拠に基づき可視化された資料により、どの地区の対策を充実する必要があるかの判断がしやすくなった。

高齢者買い物困難地域の選定に際しては、人口密度情報、生鮮食品取扱店情報、バスの路線情報、バス停からの距離情報(例：500m 半径)等を用いると、不便な思いをしている方の数と所

在が定量的に、面的に分析できる（⇒図表 88 を参照）。買い物困難者が多い地域に移動販売車を通せるように、市が地域に一業者ずつ選定し、買い物困難地域に週一回以上行くことを条件に、移動販売車の購入に係る初期投資を補助している（県の補助金を一部活用）。

コミュニティーバスは住民からの人気が高い。移動販売車については存在を知らない住民もまだ少なくないが、補助事業であるため、市から移動販売事業者に対して、ニーズがある高齢者宅に訪問してほしいと要請がしやすくなった。

上記は GIS を導入したので、様々な事業に活用しようという例である。他にも、冬場の除雪ボランティア活動（雪かき支援が必要な地区の抽出と、近隣に居住する除雪ボランティアとのマッチング）、介護保険外のサービスの情報管理等に活用している。次は生活保護業務に拡張できないかと考えている。

もともと、各地域の家をクリックすれば、どのような方が住んでいて、どのようなサービスを利用しているかが分かれば、福祉行政に役立つという観点からスタートしており、毎年改善の努力をしている。地域包括支援センターが直営であり、市と一体化して本事業を実施しているため、運営がしやすい状況がある。委託型のセンターであれば、行政と一緒にハード・ソフトを整備していくことは難しいと思われる。

県の孤立化防止事業として「おたっしゅですか訪問事業」がある。介護、国保、健診等のデータを突合して、これらに全く関わっていない方々（75 歳以上）のリストが県から各市に提供される。そこに地域包括支援センター職員等が訪問する。一昨年度、輪島市がモデル事業地域となり、昨年度から県内全自治体で実施している。当市には年間 120～130 人のデータが提供されている。

④ 取組の効果

<地域包括支援センターにとっての効果>

住基を閲覧できない地域包括支援センターの支所においても、GIS のデータを利用できる環境が整ったことにより、本所と情報を共有できるようになった。

「地域支え合いマップ」は行政主体ではなく、住民主体で、地域の情報をマップに落とし込むことで、孤立化の状態や地域の課題を対策まで考える手法として意味がある。地域の支え合いの状況を点から線につなげることで、住民主導の支え合いとしては大変有効であり、今後も集落単位で支え合いのためのマップ作りを推進していき、高齢者等の実態把握・支援に努めていきたい。

<自治体にとっての効果>

GIS を活用できる環境が整備されたことにより、高齢者の情報等と介護保険外のサービス提供状況等を一元管理できた。

一元管理が実現したことにより、福祉部局が有する要援護者台帳等と、防災部局が有するハザードマップ等、さまざまな情報の組合せが可能となり、ニーズに応じたサービスの制度設計のための資料が迅速に作成できるようになった。情報が集約管理されたことにより、見守り事業等による通報への対応を迅速に行うことができるようになった。

市内を 3 エリアに分け、各地域における移動販売車による買い物支援事業を展開した。この

際、GIS を利用することにより、地域バランスや支援対象者の把握等が容易にできた。

市内各地域におけるコミュニティーバス路線を選定する際、既存のバス路線や交通網等との調整を、GIS を利用し、適切に選定することができた。

<住民にとっての効果>

要援護者マップの更新作業にあたっては、住民と民生委員、行政職員の話し合いが必要となる。これにより顔の見える関係、信頼関係が構築され、地域の相談を行政に気軽にできる環境が整った。

本市では、毎年一地区を指定し大規模な防災訓練を行っているが、併せて、指定した地域において要援護高齢者の個別避難支援計画を作成し訓練を行っている。また個別避難支援計画策定に当たり、災害時の支援者と被支援者の組合せを区長、民生委員、防災士等地域の方が相談して決めることにより、日頃から地域の要援護高齢者の状況が意識づけられ、平常時の見守り活動に役立っていると考えられる。

地域貢献見守り事業においては、22年5月からの約1年半で4名の命を救っている。

⑤ 今後の課題

<関係各者間における情報共有、情報更新等>

関係機関との情報共有に関して、個人情報保護法等により、一元管理された情報を有効に活用できない場合がある。例えば、地域には区長、民生委員、自主防災組織等各組織がそれぞれ情報を所有しているが、それぞれが連携しようと考えた場合の情報共有が難しい。

高齢化率が70%等に達する地区では、個別避難支援計画を作成する際にも、避難支援をする人もされる人も75歳以上というケースも多くみられる。また、いつ支援する側がされる側になるかも分からない。その様な状況下で、輪島市内の要援護者は7,000人、登録者は2,400人(約40%)に達している。個別避難支援計画を作る段階で、行政だけでは本業務(計画策定と非難支援)を遂行できず、地域の関係各者と情報を共有していかなければならないことが判明した。

平成22年3月に避難支援計画を作り、運用してみると、関係各者に必要な情報が得られていないこと、個人情報の壁があり、別途新たな承諾書を取らないと地域に情報を開示できないことが判明した。そのため、去年2月から要援護者避難支援計画を一部改正して、要援護者台帳登録申請書に、「自主防災組織等の防災関係機関者に(情報を)提出することを承諾」という文章を付け加えた(⇒図表86を参照)。ただ、要援護者避難支援計画に計画の更新は行政が行うという主旨の文章があるので、これも今後適宜地域の関係者の協力を得るように改正していく必要がある。

滋賀県長浜市では、要援護者避難支援計画(平成23年11月策定)で、個別避難支援計画はすべて住民におろすということになっている。国全体がその方向に動いていかないと、避難支援計画は実行性を持ったものにしにくい。特に更新作業は困難を極める。

情報を効果的に活用するためには新たな情報を速やかに更新する必要があるため、情報更新に係る事務量が増加している。転出・死亡・施設入所等の更新は比較的容易だが、身体状況の推移(要介護度等)の情報更新は極めて困難である。

<関係機関との連携>

健診から上がってくる二次予防情報はある程度元気な高齢者に関するものが多く、本当に支援が必要な方の情報があがってきにくい。多様なルートから情報が上がってくるシステムが重要であり、医療機関、民生委員、区長等の関係機関との連携が重要である。特に独居世帯が2割を超える現状では、地域の方々と連携せずには成り立たない。

平成22年に「わじまケアネット」という連携組織を立ち上げ、医療と介護の連携強化のみならず、介護予防を含む継続的かつ包括的な地域連携の体制を整えている。

<その他>

民生委員の質に個人差があるため、要援護者マップを利用した平常時の見守り活動にも差が生じている。民生委員の質の底上げを図るため、地域において公民館単位で講習会を年に数回実施しているが、これを継続していくべきか、他に有効なスキルアップ方法があるのかを検討している。

支援される側が「支えられ上手」になるためには、高齢者になる前の支援する側であるうちの意識改革が必要である。

成年後見制度についてはもっと啓発が重要である。数年前から社会福祉協議会が委託を受け、成年後見制度の啓発事業を行っている。

担当者会議とは異なり、地域ケア会議の目的は、地域課題を見つけ、施策に結び付けていくことと認識している。当市では、地域の関係者が集まり、個々の問題を解決していくための会議は実現できているが、地域の問題を踏まえて行政施策を具現化していく活動には至っていない。一方、高齢化率が高く、後期高齢者が多いという市の実情は、介護保険事業計画にも位置付けられている。

図表 85 要援護者マップの概要

■ 輪島市災害時要援護者避難支援計画（要援護者マップ）の概要

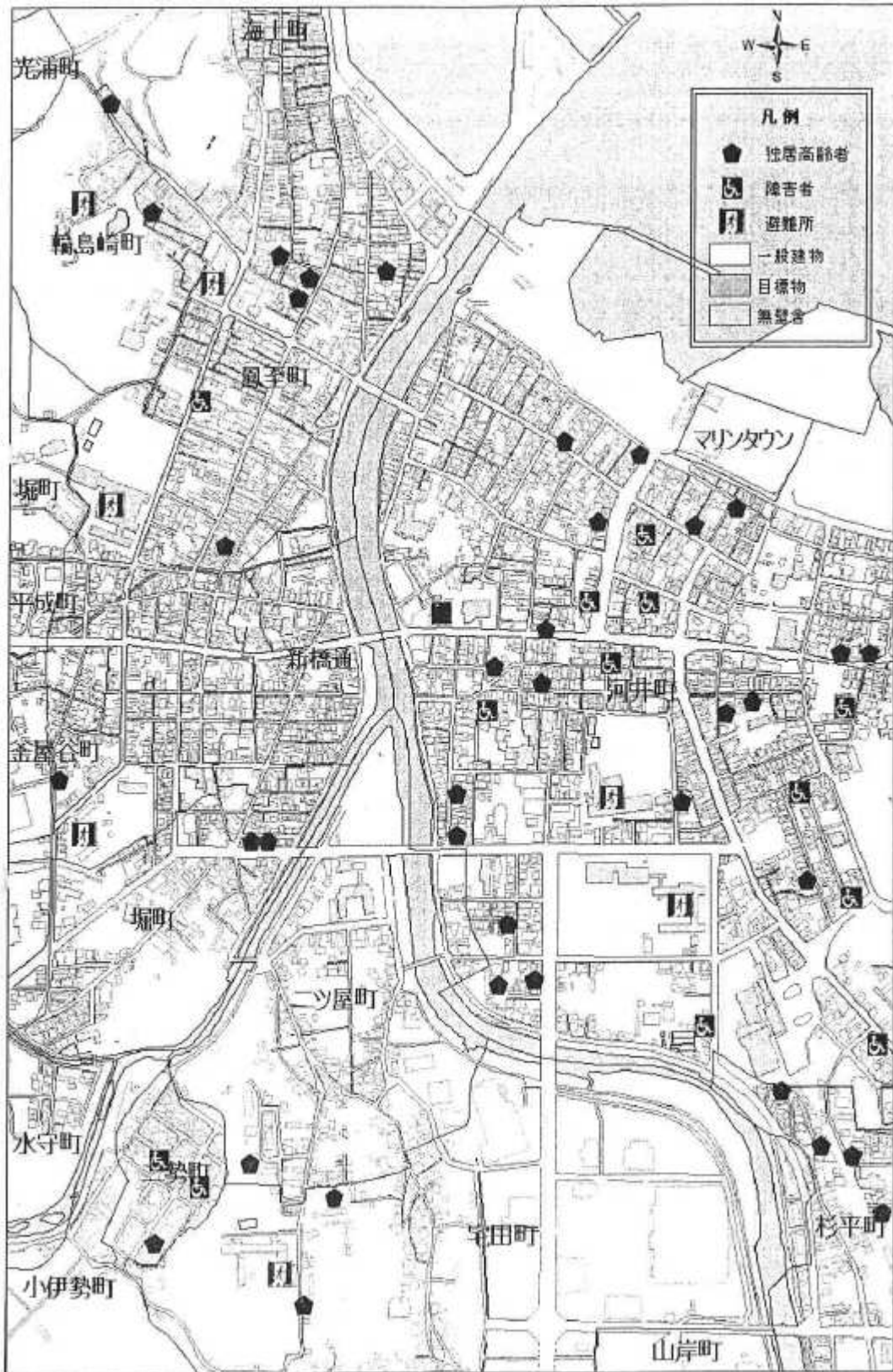
□ 平成18年2月1日に旧輪島市と旧門前町が合併し、現在の「輪島市」に。

これまでの経緯 （作成主体が民生委員から行政・民生委員による共同体制に！）

- 1 平成19年3月：能登半島地震
 - 旧門前町の民生委員が日ごろの見守りのために独自に作成していたマップ（平成7年の阪神淡路大震災後にその必要性を認識し作成を開始）が災害時の迅速な安否確認等に役立つ。併せて震災発生の約半年前にこれを活用した避難訓練を実施していたことも、スムーズな避難が行えた大きな要因。
- 2 平成22年3月：輪島市災害時要援護者避難支援計画の策定
 - 消防、警察、民生委員、行政で登録申請者の情報共有の開始（登録の方法は、「手上げ方式」「同意方式」）
 - GIS（位置情報）システムに登録申請者の情報を落込む試行開始
- 3 平成23年8月：登録申請者のGISマップ完成（消防、警察、民生委員に配布）
- 4 平成23年10月：登録申請者のうち、特定の地区（防災訓練実施地区）での避難支援計画の作成 → 以後、作成の拡大を図りたい。
- 5 平成24年2月：輪島市災害時要援護者避難支援計画の一部修正
 - 【内容】計画に「自主防災組織」の役割を位置付け「自主防災組織」に提供可能であることの位置付け
- 6 平成24年4月：登録申請者のGISマップの配布（2回目）

要援護者台帳・マップの更新業務等

- 1 登録申請書の受付・・・随時
 - 「同意方式」の場合・・・登録申請書を直接郵送
 - 新たに障害認定・介護認定を受けたとき
 - 民生委員から登録紹介をうけたとき
 - 「手上げ方式」の場合・・・広報による周知による自発的申請
- 2 台帳の加除・・・毎月実施（転出・死亡・施設入所等）
- 3 マップの作成・配布・・・（作成）毎年3月（データは2月末）
（配布）毎年4月・・・旧マップの回収
- 4 課 題・・・「関係機関共有方式」への転換
「個別避難支援計画」の作成の普及と定期的な更新
入力業務・マップ業務マニュアルの作成

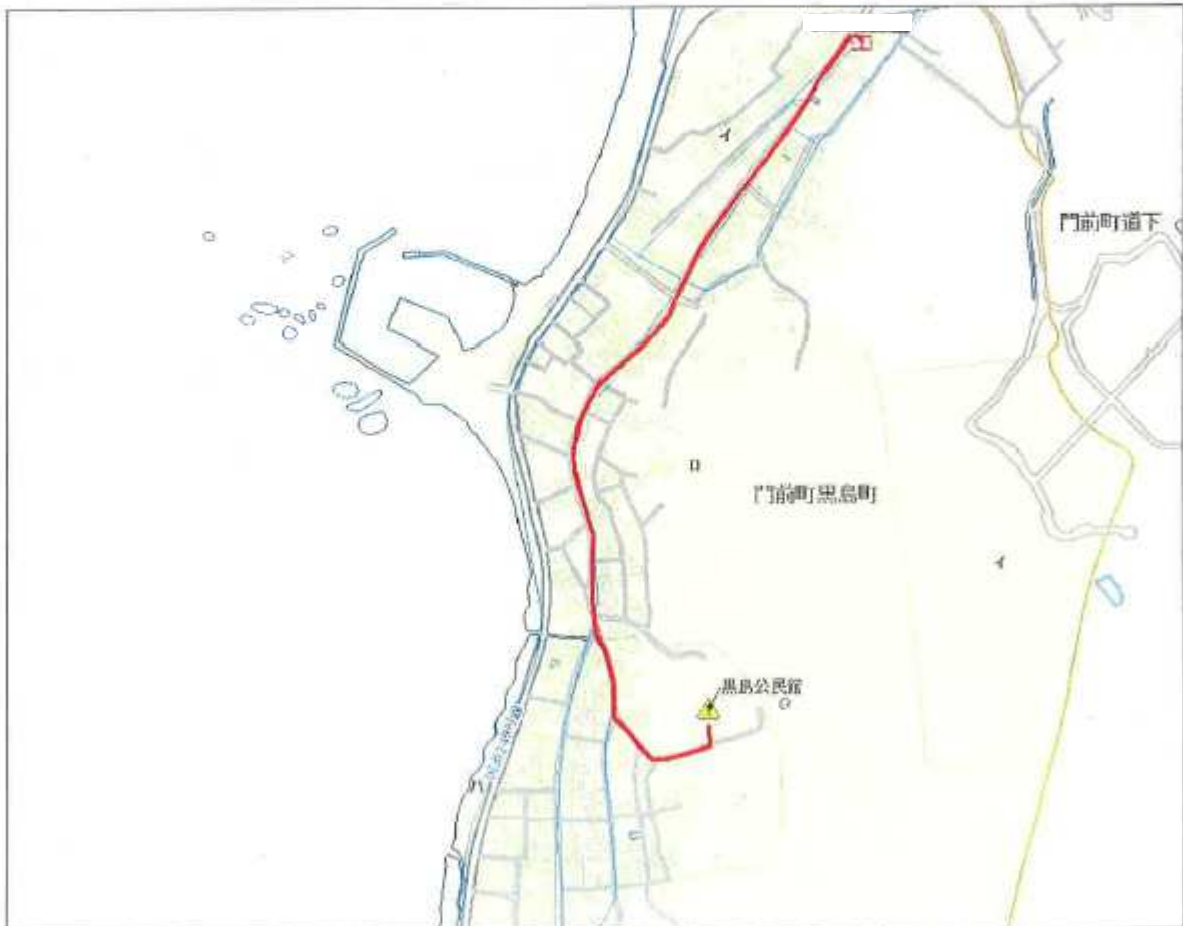


支援対象者

| | | | | |
|----|--|--------|----------|------|
| ID | | 名前 | 生年月日 | 本人写真 |
| | | | | |
| 住所 | | 門前町黒島町 | 独居・高齢者世帯 | |

支援の状況

| | | | | |
|-------|----|----|--|--|
| 特記事項 | | | | |
| 障害の程度 | T級 | S級 | | |
| 要介護度 | | | | |

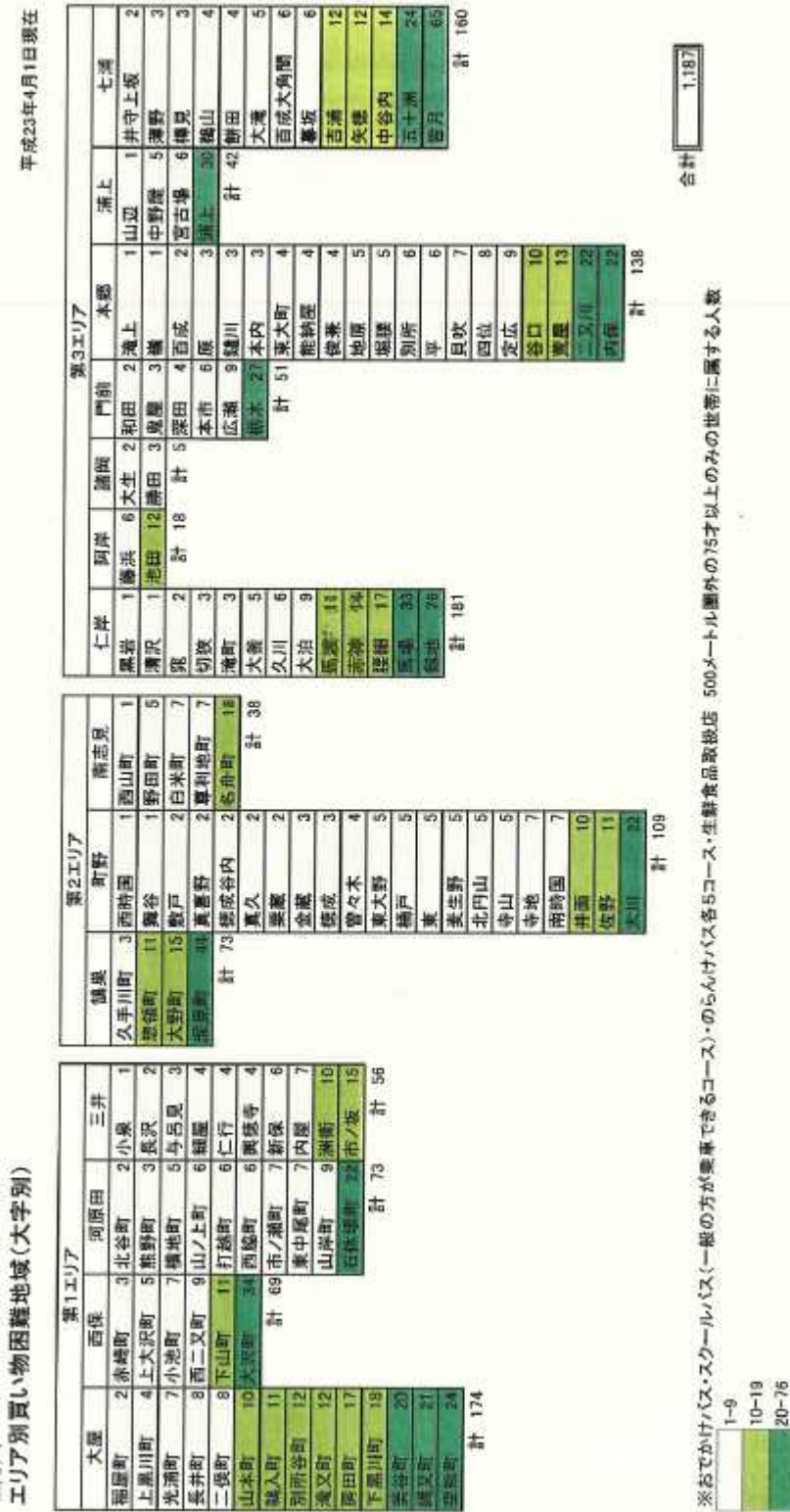


| | 名称又は名前 | 住所 | 電話番号 | 距離 | 時間 |
|----------|--------|----|------|-------|-----|
| 避難所 | 黒島公民館 | | | 713 m | 約 分 |
| 特別養護老人施設 | | | | m | 約 分 |
| かかりつけ医 | | | | m | 約 分 |
| 担当民生委員 | | | | m | 約 分 |
| 連絡先1 | | | | m | 約 分 |
| 連絡先2 | | | | m | 約 分 |

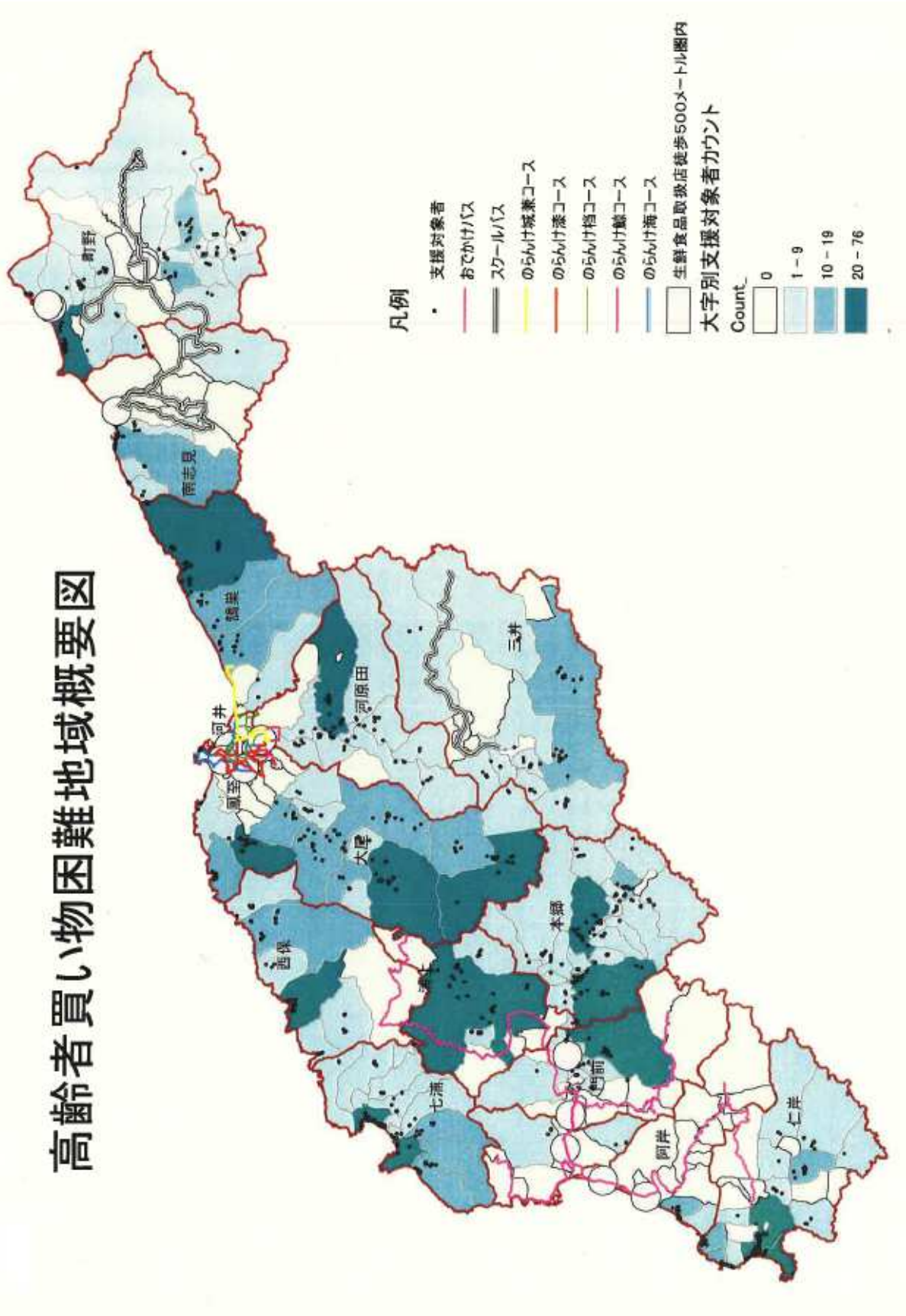
図表 86 要援護者台帳登録申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 様式 1 | 共有情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要援護者台帳登録申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先) 輪島市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>私は、要援護者台帳登録制度の趣旨に賛同し、要援護者台帳への登録を申請します。</p> <p>また、私が届けた下記個人情報を市が民生児童委員、福祉推進員、消防署、警察署及び<u>自主防災組織等の防災関係機関</u>に提出することを承諾します。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | (本人)住所 輪島市 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 _____ 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (記入者)氏名 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>該当する対象区分に○をつけてください</p> <p>高齢者等:75歳以上の一人暮らし・75歳以上の高齢者のみの世帯・介護認定(支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5)</p> <p>障害児・者:身体障害者手帳1～2級(下肢1～6級・視覚1～2級・聴覚4級～・療育手帳A・精神障害者通院公費)</p> <p>その他:透析・在宅酸素・人工肛門・人工膀胱 ()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 歳 電 話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液型 | 型 家族(本人含む) 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>緊急時の連絡先 親族を中心にしてできる限り多くの方を登録してください。居住地域には、市内、金沢、大阪等の地域名を記入してください。</p> <p>①氏名 続柄() 電話(自宅 /携帯) 居住地()</p> <p>②氏名 続柄() 電話(自宅 /携帯) 居住地()</p> <p>③氏名 続柄() 電話(自宅 /携帯) 居住地()</p> <p>④氏名 続柄() 電話(自宅 /携帯) 居住地()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>知らせておきたい情報</p> <p>①現在治療中の病気: 有・無 ④認知症状: 有・無</p> <p>②かかりつけ医 ⑤移動方法: 担架・車いす・杖・自立歩行</p> <p>③体重 Kg ⑥現在受けている福祉サービス等</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 避難経路図 | <p>家屋図面 ◎普段いる部屋 ●寝室</p> <p>1階</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>2階</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>あなたの担当の民生児童委員又は福祉推進員</p> <p>民生児童委員 氏名 _____ 住所 _____ 電話 _____</p> <p>福祉推進員 氏名 _____ 住所 _____ 電話 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

図表 88 買い物困難地域の分析例



高齢者買い物困難地域概要図



(4) 新潟県長岡市

1) 概要

| | |
|---------|-----------------------------------|
| 市町村名 | 長岡市 |
| 管内人口 | (280,740)人 うち要介護認定者数(10,958)人 |
| 管内センター数 | 11ヶ所 |

(関係する職員数)

54人 (センター職員数)

平成24年4月1日現在の長岡市の総人口は280,740人、うち高齢人口は72,022人(高齢化率25.7%で前年比0.4%増)である。少子高齢化・人口の減少は一貫して進行しており、高齢化率は平成27年には28%を超えると見込まれている。

長岡市は平成17年度に9市町村、平成21年度に1町と市町村合併を行っている。この結果、市域は山間部から市街地、海岸部まで多様な特性を持つ地域から構成されている。このうち、山古志村、旧小国町、旧和島村、旧栃尾市、旧川口町の各区域は合併以前から過疎指定を受けている。

このことから長岡市では、高齢化の進展度合いも地域により大きな差異がある。「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」においては日常生活圏域を11設定しているが、栃尾圏域、和島・寺泊圏域では、既に高齢化率が30%を超えている。また山古志地区は、住民のライフスタイルも他地域と異なり高齢化率が50%を超えるという特徴的な地域であるが、圏域としては川東地区南に含まれており圏域単位での集計では実情が薄まって見えてしまう。

<地域包括支援センターの概要>

現在、地域包括支援センターは11か所整備されているが、地区担当制を敷いていることが特徴である。これは全国でも珍しい。

「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」では、市町村合併を機に地域包括支援センターに1対1対応させる形で11の日常生活圏域を設定しているが、4期計画の時点までは17圏域であった。なお6期以降は圏域を19圏域に細分化する計画がある。これは、より地域に顔の見える関係で実施していく必要があるという問題意識である。これに対応し地域包括支援センターも19に拡大する意向である。次年度まず2つの地域包括支援センターを分割する計画がある。

長岡市の市域は広い中央で全部決めるのではなく、地域ごとの独自の取り組みを充実させたいと考えている。先述した山古志地区についても、圏域を分割して、地域特性に合わせていきたい。

11の地域包括支援センターの運営は、基幹型など3か所を受託している社会福祉協議会を含め7事業者に委託している。法人は従来から変わっていない。当初は指定管理者制度を導入してい

て、債務負担行為が設定されていたので事業者を変えられなかった。ただし現在は地域包括支援センターを指定管理者制度で運営するメリットが見いだせなかったため、業務委託に順次戻している。

2) 事例の内容 1

取組：介護予防の取組

① 取組に至った背景・問題意識

長岡市での特徴的な介護予防の取り組みとして「シルバー支え隊」および「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定における詳細なニーズ調査」が挙げられる。

1) シルバー支え隊

シルバー支え隊の取組のきっかけは、国・県の補助事業である地域支え合い体制づくり事業である。地域支え合い体制づくり事業は平成22年末から、補助率10/10の事業として国・県からおりてきた。特に県からは、「見守り、地域資源を活用した取り組みの立ち上げなど幅広く使えるので積極的に活用して欲しい」との意向があり、二次募集、三次募集と何度も紹介があった。

一方、全国的には三職種の専門性を大事にすべきであるとの方向性が示されている中で、地区担当制は時代遅れとの指摘も聞くが、長岡市の場合は発足当時から地区担当制を敷いており、各地区の社会資源の掘り起こしや密な連携が出来ていた。そこで、こうした状況を活かす事業を展開したいという問題意識があり、そこに地域支え合い体制づくり事業の話があったこと、さらには、既に個別ケース会議等で民生委員等との連携の活動などを積極的に取り組んできておりこれらの活動を一部の人にだけでなく市民全体に「見える化」していきたいとの考えもあり、これらを背景にシルバー支え隊に取り組んだ。

2) ニーズ調査

予防に重点を置いたニーズ調査は、「予防の部分しかできなかつた」というのが実情である。ニーズ調査は「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定するためのベースとなる情報を収集する目的から、本来は介護予防だけでなく施設整備についても、「今後この地域はこのニーズが増加するからこのサービスを拡充する」という形で反映するべきであるができていない。そこで、地域支援事業の経費から、二次予防事業の把握と基本チェックリストを兼ねて調査を実施した。

② 取組開始までの経緯

1) シルバー支え隊

シルバー支え隊に取り組むに当たっては、地域ケア会議や地域包括支援センターの運営協議会に諮り、了承を得て活動を始めた。本事業の狙いは一部の方が頑張るのではなく、子どもから元気な高齢者を含め、全員で弱っている高齢者を支える長岡にしたいという点にあった。

そこで、シルバー支え隊の趣旨を市民に説明するにあたって、当初は「子ども110番」のよう

に保護・通報してもらうような依頼も考えたが、そこまで行くと主体的なものではなく義務的なものになってしまうとの懸念もあった。そこでまずは特別なことではなく、「高齢者に目配り・気配りを今までより少し厚くしてもらえれば十分」と、負担の少ない形の活動であると説明した。

シルバー支え隊の事業者への参加依頼対象の設定に当たっては、高齢者が活用しそうな施設、例えば牛乳販売店、新聞販売店、スーパー、理容店・美容院などをタウンページからリスト化して参加を依頼することとし、各地区の地域包括支援センターにリストを送付して訪問してもらうこととした。ただし、各地区の地域包括支援センターでは、従来から地域に密着していて顔をつないでいる個人商店がそれ以上に多くあったため、提示したリスト以上の事業者に参加してもらえた。現在、参加している事業者数は1309件である。過去6年間、地域包括支援センターを運営してきた実績は大きかったと実感した。これは地区担当制のメリットであるとも感じている。なお、参加事業者は各地区の地域包括支援センターで端末に情報入力し、全体で情報共有が可能になっている。

2) ニーズ調査

第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を策定するのは、長寿はつらつ課（地域支援事業を担当）ではなく、福祉総務課（施設整備を担当）の所管である。また、介護保険は介護保険課で所管している。本来は一体的にできればよかったのだろうが、長寿はつらつ課では二次予防事業の把握を中心とする調査を行うようにしたというのが実情である。ニーズ調査と二次予防事業の把握を一体的に実施すれば、経費を地域支援事業から出してよいということなので、要支援1や要支援2の方に関する調査費は一般会計から充当し、それ以外の方に関する調査は地域支援事業から充当した。いわゆる「元気高齢者」の把握の結果は予防の事業につなげるニーズ調査として活用した。

③ 取組の内容

1) シルバー支え隊

事業者にはシルバー支え隊の立て看板を12月1日現在で1309か所に設置して貰っている。このほか市民の方向けにステッカーも作成している。地域包括支援センターは民生委員の活動など関係機関の活動に出席した際に、趣旨説明のチラシとともにステッカーを配っている。ステッカーはこれまでに約3000枚を配布した。ステッカーの配布対象には、民生委員約50名も含まれる。このほか、市内で実施されている高齢者向けのサロンにも地域包括支援センターが顔を出しているが、そうした場にお茶を飲みに来ている元気な高齢者にもステッカーを配っている。ステッカーを配布する際には、「一緒にお茶を飲むことだけでも高齢者を支えることにつながる」とアピールしている。ステッカーを配布した市民は正確には把握できていないが、現在は3000件を超えているはずである。

シルバー支え隊に参加した事業者、例えば銀行からは「印鑑をよくなくされる高齢者がいる」といった連絡を受ける。このような場合、各地区の地域包括支援センターでは、当該高齢者のお宅に「実態把握のために地区の高齢者のお宅に伺ってます。あなたの所に特別の要件があつて来

た訳ではないです」とさりげなく訪問し、その中で印鑑をなくした高齢者と話をし、会話がちぐはぐだと感じれば、家族と相談して早めの受診につなげるというように早期の対応を行っている。

シルバー支え隊の活動は地域支え合い体制づくり事業を受けている。補助金の使途は、看板・ステッカーのほか、介護予防の教室は6か月単位のため、卒業（修了）した方が行くところがないという要望を聞き、その受け皿となる月1回程度の自主サークル的な5～10人程度のサロンづくりにも充当している。地域支え合い体制づくり事業は、使途が柔軟なことが特徴で、高齢者支援が目的であればハコモノ、配食のための車、除雪など幅広い用途に活用できるものであった。

現場を把握している地域包括支援センターとしては、教室を卒業した高齢者を（卒業後）そのまま放っておくことはできないと判断し、卒業生の受け皿としてサロンを作った。二次予防を目的とするグループは10くらいある（平均年齢85歳以上のグループもある）。それ以来にも、元気な人のサークルが300ある。

補助金は単年度であり平成24年度は使い切ってしまったので、一般会計から予算をとって、シルバー支え隊に参加している1300の事業者向けに、定期的な情報「支え隊通信」を平成25年度から発行する予定である（年2～3回程度を予定）。内容は見守りのワンポイントアドバイスや介護予防教室の紹介などである。シルバー支え隊参加事業者が高齢者向けの情報発信の拠点になってほしいと考えており、定期的な情報発信によってシルバー支え隊参加者のモチベーションを維持することが狙いである。

2) ニーズ調査

ニーズ調査の中で、介護予防事業の策定に活用するための設問を付け加えている。例えば、基本チェックリストの項目だけでなく、介護予防事業に取り組む関心の有無を追加した。関心のない人に働きかけても効果が薄いので、関心のある人に優先して働きかけるというシナリオが展開できるような設計にした。今年度は、関心のある人たちの属性や、無関心の人の（無関心の）背景要因などを分析し、それぞれにどのようなPRをすれば介護予防事業をアピールできるかを検討している段階である。

調査は悉皆で実施したので、介護認定を受けていないが調査をしてみると明らかに生活機能レベルが低下している人が存在しているという、見落としが発生していることが分かった。このような方については、地域包括支援センターに連絡して、状況把握のために個別に訪問してもらったりもした。また、リスクがあって介護予防事業への関心も高い方という、最も優先して訪問してほしい方の名簿を地域包括支援センターに渡して訪問してもらっている。

なお、介護予防事業につながれば1件1000円を地域包括支援センターに支払うという加算をしたりして、活動のインセンティブを高めている。これは地域包括支援センターへの委託の仕様項目に含まれておりニーズ調査とは別に訪問しても介護予防事業につながれば加算される。また、新規の高齢者宅に訪問しても2000円の加算をつけるような取り組みも行っている。

④ 取組の効果

1) シルバー支え隊

シルバー支え隊のPRは学校にも行っている。この結果、高齢者が自宅前にごみを出しておく

と、通学途中の生徒がボランティアでごみ収集のステーションまで運んでくれるようになった。このほか、長岡大学の学生がゼミの一環でサロンに行くことがあり、「自分たちも参加しているので参加して下さい」とステッカーを配るなど、活動が当初よりも広がりを見せている。

2) ニーズ調査

個人単位のデータはアンケートを取れば市町村でも把握できるが、長岡市が実施したように関心度合いまで把握できるデータは普通収集していないのではないかと。関心度合いが分からないまま個人のデータを持ってそのお宅を訪問しても、断られることが多く、次第に訪問しないようになる。関心度合いが分かるデータがあるから、地域包括支援センターに訪問して欲しいと確信をもって依頼できる。地域包括支援センターのモチベーションが下がらないように、少しでも確率の高い人のデータを渡すようにしている。

介護予防事業を実施している事業者ごとに高齢者個人の評価をしてもらい、評価結果が集まった段階で地域包括支援センターで閲覧できるようにした。その評価を行うソフトが「はつらつ笑顔応援ソフト」である。このソフトでは、個人の評価だけでなく事業者ごとの比較ができるようになっていて、委託事業者も多いので、評価の低い事業所を発見して研修に活かしている。この結果も地域包括支援センターと共有している。

⑤ 今後の課題

1) シルバー支え隊

シルバー支え隊の参加依頼の仕方をどのようにするか事前に検討し工夫した。ポイントは「負担を負わず、最初は挨拶・声掛け程度、さりげない見守り、できる範囲のお手伝いで良い。手に余ったら後ろに地域包括支援センターや行政がいる。」と訴え、負担感がなく安心感を持ってもらうことが大事だと考える。参加協力者の獲得には苦労したが、ただし、事業が浸透するにつれ参加してくれるようになった。今後さらに協力者を増やしていきたいと考えている。

2) ニーズ調査

セミナーなどに参加した際に他の自治体の話を聞いてみると、長岡市においては地域支援事業で行うべき事業のプログラムのメニューはそろってきていると認識している。一方で、要支援の方を自立に持っていくような事業がなかなかできておらず今後の課題である。長岡市では300のグループが出来て1万5千人の方が何らかの介護予防の活動に参加しているという実績はあるが、それだけでは不十分であり、実際に要介護認定率は下がっていないし給付費も抑えられていない。地域支援事業を行って、認定前の人々の介護予防を進めるだけでなく、現在、介護保険のサービスを利用している方々を、より軽い方へ持っていく（要支援なら自立へ、要介護なら要支援へ）ような取り組みを進めなければならない。和光市や荒川区などの取組を参考にしたい。

介護予防事業者の取組の見直しを現在行っているが、個人の評価数値はあるものの、例えば歩くスピードが落ちている人がいてもその原因が全くアセスメントされておらず、本来は運動指導のメニューも変えるべきなのに変えずにやりっ放しになっているケースが多い。その理由は、介護予防の事業者専門職が配置されていないことにある。

また、あるケースでは、ケアプランに口腔機能の該当項目がないのに事業所のサービス計画に口腔機能向上が入っていて加算を取っていたりする例もあった。地域包括支援センターでもそこまではチェックしきれていない。地域包括支援センターが個別に解決できるレベルの話ではなくケア会議など専門職もいる場に事業者を呼んで直接指導すべきだと考えている。荒川区ではケアプランを1人のケアマネジャーに押し付けずに、「あなたの担当しているケアプランを皆でもう一度作ろう」というスタンスで地域ケア会議を開催しており、ケアマネジャーのスキルアップにつながっている。そうした場に専門職も事業者も一緒に参加してもらって、ケアプランを一緒に考えて確認する（ダメ出しではなくて）という作業は必要である。

一方、地域支援事業の予防の取り組みについては、評価なども入れながら工夫をするようになってきているが、効果が見えづらい面がある。また予算も限られている中で新規の参加者をどのように増やしていくかという点も課題になっている。地域包括支援センターに加算をつけたり、例えば温泉ツアーの中で介護予防をPRしたりといった「とっつきやすい取組」に配慮している。

3) 事例の内容 2

取組：公的な役割を果たす基幹型地域包括支援センターとの連携

① 取組に至った背景・問題意識

基幹型地域包括支援センターは、在宅介護支援センターの当時から基幹型であった。在宅介護支援センター当時、施設数は今より多く、地域包括支援センターにするタイミングで11に絞ったが、基幹型はそのまま残した恰好である。

地域包括支援センターに移行した当時、基幹型のコンセプトとしては、「保険者とのパートナーとして活動する」、「10の地域包括支援センターを公平・平等に扱う」、「委託先の事業者のカラーを出さない」などの点を重視した。例えば、法人のユニフォームでなく地域包括支援センター共通のユニフォームを使用したり、車にも法人の名称を書かず「長岡市地域包括支援センター(〇〇)」と書いている。

② 取組開始までの経緯

具体的な活動として、定期的に月2回会議を行うこととした。(連絡調整会議と職員の研修(ワークショップ)で月2回全員が集まっていた。)当初はまず「地域包括支援センターとは何か」から関係者の認識の共有を始める状況であった。当時長岡市には地域包括支援センターの担当者が1人しかおらず多忙だったので、基幹型を中心として自らワークショップを積み重ねて、自ら取り組むべき活動を決めていくようにした。例えば、当時国が示していた書類の様式を長岡市オリジナルのものに変えたり、独自に虐待の対応マニュアルを作成するなどの取組からはじめていった。

③ 取組の内容

長岡市は地区担当制をとっていたので、各地区の職員は1人ひとりが三職種の業務全体に関する専門職でなければならないと考え、各職員が業務をうまく遂行するためには何が重要かという観点で、ワークショップの中でプロジェクトを立ち上げた。その際、三職種別ではなく業務別に部会を設定してプロジェクトを開催した。総合相談・介護予防窓口、ケアマネジャー支援、地域福祉連携、高齢者虐待防止の4プロジェクトである(平成23年度からは三職種別のプロジェクトとした)。このうち地域福祉連携プロジェクトは、地域の関係者と顔の見える関係を構築するための研修で、民生委員や町内会長などに地域包括支援センターを知って頂くためのノウハウを、ロールプレイングなどを通じて学んだ。

各プロジェクトに、各地区の地域包括支援センターの職員が1~2名参加した。他の地区も含め全地域包括支援センターの職員が毎月お互いに顔を合わせて勉強することで、知識も高まったし「長岡の地域包括支援センター」というまとまりを醸成することにもつながった。極力、委託先の法人色を消すようにしたことも効果的だった。

各地域包括支援センターには、実態把握のプランの件数などについて数値目標が課されており、目標管理が行われている。毎月、各地域包括支援センターからの実績報告が市に対して行われている。進捗が遅れている地域包括支援センターに指導をするのは基幹型ではなく、保険者が

行っている。ただし、基幹型が訪問の際に同行してサポートすることはある。

今後も基幹型の役割は変えず、むしろ全体のコーディネート役を担っている職員を現行の1人から2、3人へと体制を強化していきながら、保険者のパートナーとしての役割を変えないようにしていきたいと考えている。

④ 取組の効果

全職員が参加して研修を行うことによって、地域包括支援センター間での意見交換を通じて、全地域包括支援センターのレベルを高いレベルで均質化できた。

基幹型を中心とするプロジェクトに取り組んで6年間経過し、各地区の地域包括支援センターにおいては自己解決力が拡大してきた。虐待などの困難事例もあるが、これには長岡市に専門相談員が置かれていて連携できているので、現状で困難に陥っていることは特にない。

プロジェクトの成果を踏まえて年度末にレポートを作っており、自らの工夫に基づくノウハウが財産として蓄積されつつある。仮に地域包括支援センターの職員が変わっても引き継げるようになっている。

⑤ 今後の課題

全地域包括支援センターが共通のビジョンを持ち、一体感を持って業務に取り組むことが重要だと考えているが、本年度については業務が多忙となったため、年間通してのプロジェクトは休んでいる（ただし、行事などがあれば適宜その都度集まって対応している）。このため、現在は全職員が顔を合わせるのは2か月に1度になっており、地域包括支援センター職員の方から「物足りない」、「他地域の情報も知りたい」との意見も聞かれるようになった。

また、年間通してのプロジェクトを休んだ結果、各地域包括支援センター間の力量に差が出ていると感じるようになった。最近では、例えば介護予防一つを取っても、予防が虐待防止や見守りなど全てにつながるものであるということを理解して活動できる地域包括支援センターと、目の前のケースの処理で手いっぱいの地域包括支援センターとに分かれてきている。どうしても各職員個人の姿勢に依存してしまうようになりつつあり、全体のレベルも下がってきていると感じる。数は減らしてもやはり年間通してのプロジェクトを継続するのが良いのではないかと考えている。

(5) 福井県坂井地区広域連合

1) 概要

| | |
|--------------|--------------------------------|
| 広域連合名(構成市町村) | 福井県坂井地区広域連合 構成市町村: あわら市、坂井市 |
| 管内人口 | 124,455 人 うち要介護認定者数 5,059 人 |
| 管内センター数 | 3 箇所 |

(関係する職員数)

17 人 (介護保険課長、保険事業係、介護認定審査・障害認定審査係、介護認定調査員)

坂井地区は福井県北部の坂井市およびあわら市から構成される。坂井市は福井市に隣接しており、高次の医療サービスについては、福井市の施設を利用する住民が多い。

坂井地区広域連合は、平成 12 年 2 月 1 日に介護保険事務対応の広域行政組織「坂井地区介護保険広域連合」として設立された。その後平成 24 年 1 月 1 日から、「坂井地区介護保険広域連合」および、「三国・あわら斎苑組合」「坂井地区環境衛生組合」「坂井地区水道用水事務組合」「坂井地区障害者介護給付費等の支給に関する審査会」を統合し、「坂井地区広域連合」に名称が変更された。

本地域の人口は平成 24 年 9 月 30 日現在で 124,413 人(坂井市が 94,311 人、あわら市が 30,102 人)である。高齢者の人数は同じく 29,822 人(高齢化率は 24.0%)である。前年の高齢化率は 23.1%であり、高齢化が着実に進行しているといえる。高齢者人口、高齢化率の内訳は坂井市が 21,714 人(高齢化率 23.0%)、あわら市が 8,108 人(同 26.9%)である。

要支援認定者は平成 25 年 1 月末現在、坂井地区全体で 977 人、同じく要介護認定者は 4,259 人である。両者合計の 5,236 人は地域の高齢者人口の約 18%を占める。なお、65 歳以上 75 歳未満の高齢者における要介護・要支援認定者の割合は 3.4%、75 歳以上の高齢者における割合は 29.8%である。

居宅介護(介護予防)のサービス受給者は 3,137 人で、要支援・要介護認定者の 59.9%が受給している。また、地域密着型(介護予防)の受給者は 622 人(要支援・要介護認定者の 11.8%)、施設介護サービス受給者は 1,095 人(支援・要介護認定者の 20.9%)である。

このような状況の中、平成 24 年度における介護保険給付費は毎月約 7 億～7.5 億円、9 ヶ月分(5 月から 1 月支払分)計で 66.4 億円である。高齢化の進展により、介護保険給付費は昨年度比で毎月約 4,400 万円、年度計で約 5 億円増加している。

<地域包括支援センターの概要>

坂井地区には、地域包括支援センターが合計 3 か所開設されている(坂井市に 2 か所、あわら市に 1 か所)。いずれも両市がそれぞれ受託し、市役所内に事務所を設置している。

2) 事例の内容

取組：在宅医療、介護の一体化モデル事業の取組

① 取組に至った背景・問題意識

坂井地区には、以前から在宅医療に熱心に取り組む医師が多かった。訪問診療に取り組まれる医師の人数自体は他地域より多い訳ではないが、当地域ではベテランの医師が多く、往診している中でより患者の希望に沿って在宅医療を提供するための方法について、熱心に考える医師は多かったと感じている。このような中、医師会が独自に在宅医療の在り方を考え始め、平成20年度には医師会として「在宅ケアネット」という事業を立ち上げた。具体的には在宅に帰りたいという入院患者さんに在宅医療に対応する医師をつなぐ取組、および医師1人では在宅医療をカバーしきれないという問題意識の下、副主治医をつける取組、の2つである。

平成22年10月からは福井県と東京大学でジェロントロジー共同研究事業を行っている。この研究では全国の地方都市に普及可能なモデルを作りたいという意識があったため、在宅医療に積極的な地域を研究対象に設定したいという考えがあった。本地区における医師会の在宅ケアネットは福井県の補助事業として実施されたことから、本地区が熱心に取り組んでいることを県が認識していたことから、本地域を対象地域となった。この研究会で検討を重ねる中で、全県下でも共通の課題となる事項が明らかになり、上で述べた「行政が積極的に関与するべき」という考え方も強く意識されるようになり、後述する「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会」につながった。

この共同研究事業を進める中で、次第に市・広域連合など行政も在宅医療・介護に積極的に関わるようになった。市民への啓発や周知を徹底したり、関係機関を結びつけるという面では、行政が関与するメリットは大きい。また、「医療」の関係者がそのまま事業を広げるよりも、敢えて「介護」の保険者が事業主になり、介護からの目線で取組の充実を図ることも有効だという考えもあり、介護保険事務を所管する当広域連合が医療・介護連携に積極的に関わるようになった。啓発活動を住民に近い行政が行い、介護保険者が持つ地域包括支援センターという窓口となる資源を活用するなど、それぞれの得意分野や資源を活用するという流れは、理に適ったものであり、必然的に出来上がってきた仕組みと言える。

平成24年5月に当広域連合が実施した「坂井地区在宅医療・療養の実態」に関する調査結果からは、在宅医療・介護の一体化を進める必要性が再認識された。本調査では、坂井地区のケアマネジャーを対象とした調査を行ったが、調査の結果、「在宅療養者の8割が家で療養を続けたい、家族の7割が家で介護したいと考えている」、「ケアマネジャーの4割が最近1年以内に医療機関との連携で困った経験を持つ」などが明らかになり、医療従事者と介護サービス従事者の顔の見える関係づくりが必要との結論に至った。

この他にも、アンケートや訪問看護師の担当者会議、保健所と連携したニーズ調査などを行ってきた。これらの結果も踏まえて、在宅医療と介護の連携を図る体制を作り、課題への対応策を試行的に着手しようという意識が、次に述べる「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会」の活動につながっている。

② 取組開始までの経緯

(1)で触れた問題意識に対し、在宅ケア体制の構築を図るため平成24年9月に「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会」(以下、協議会)が立ち上げられた。協議会のメンバーは坂井地区の医師会・歯科医師会・薬剤師会の役員、ネットワークさかい(介護事業者)の役員、東京大学、福井大学、福井県、あわら市、坂井市および当広域連合である。このうち、福井県と坂井地区広域連合が事務局を務めている。

協議会での検討では、在宅ケアのあり方について以下の4つのポイントを挙げている。

- ▶ 在宅主治医をカバーする副主治医選定ルールと病院によるバックアップ体制を組み合わせた在宅医療システムの構築
- ▶ 医療・介護の多職種間で活用可能な坂井地区統一の患者記録様式の利用とクラウドを活用したITシステムの運用
- ▶ 「顔の見える多職種連携会議」による、地域包括支援センター単位での医療・介護連携の強化
- ▶ 市民が自発的に在宅ケアを学ぶための普及啓発

これらのポイントを踏まえ、協議会内の組織として「顔の見える多職種連携会議」「住民啓発実施チーム」の2つの組織を置いて、それぞれ活動を行っている。

このうち「顔の見える多職種連携会議」では、多職種連携カンファレンス(⇒図表89,90を参照)を開催している(平成24年度に2回開催)。また、テーマ別の「医療・介護連携強化検討部会」「生活支援・住民協働検討部会」「災害時ケア体制」の3部会を開催している。

一方、住民啓発実施チームでは在宅ケア出前講座や在宅ケア将来モデル推進市民集会などのイベントを通じた啓発活動や在宅ケア住民啓発ツールの開発を行っている。

③ 取組の内容

以下、協議会の具体的な活動やツール等に整理する。

ア) 副主治医の選定ルールと病院によるバックアップ体制を組み合わせた在宅医療システム

副主治医の選定など在宅医療を支える仕組みは、医師会の「在宅ケアネット」の中で既に取り組んでいたが、改めて医療機関相互の連携および住民への情報発信を強化したもので、平成25年1月から坂井地区医師会と地区内の全7病院が協定を締結して、在宅医療の受入体制を構築している。

主治医が高齢患者に対応できない機会にサポートする役割として副主治医を選定している。このため副主治医も普段から高齢者のことは気にかけているようである。

副主治医の選定条件としては、高齢者の居住地域で活動している医師であること、家まで確実に往診できることなど、いくつかの選定ルールが設定されており、このルールに沿って医師会に所属するコーディネーター¹が具体的な人選を行う。副主治医を設定する場合には治療を受ける

¹コーディネーターは当広域連合から坂井地区医師会への委託で配置されている。

患者・家族にも周知されている。副主治医は基本的に診療所の医師が担い、病院に勤務し往診に対応できない医師は副主治医にはならない。すなわち副主治医は病診連携のような取り組みとは異なり、診療所の主治医の役割に厚みを増すことを目的としたものである（病診連携は別途実施）。

また、坂井地区は福井市に隣接しており、現状では福井市の急性期病院を利用している患者が多い。そうした病院に40分かけて通うよりは地域の病院で診られる方が本人も安心であり、例えば老老介護の場合は見舞いに来る家族も高齢者であるため近くの病院で対応できた方が負担は少ない。そこで、できるだけ地域で完結型の医療を提供し、患者の意識を変えていきたいというのがこの取組の背景にある。

イ) 顔の見える多職種連携カンファレンス

地域の在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場として、顔の見える多職種連携カンファレンスを開催している。ケアマネジャーなど個別の職種の研修会はこれまでもあったが、高齢者に関わる全ての職種が集まる機会はこれまでなかった。平成24年度中に2回開催され今後も継続される予定である。参加者は医師、歯科医師、看護師、ケアマネジャー、薬剤師、管理栄養士、介護福祉士などである。第1回のカンファレンスには155名が参加した。

第1回のカンファレンスでは、各専門職からのPRや参加者の自己紹介、グループワークなどを実施し、相互理解を深めることを重視した。第2回のカンファレンスでは、「各職種が在宅支援において何ができるのか」のグループワークの実施、さらに今後は「多職種による症例検討」や「多職種による医療介護連携に関する坂井地区ルールの確立」などのテーマが予定されている。このようにカンファレンスは、回を重ねるごとに参加者の相互理解から実践的なテーマを扱うようにシフトしている。

在宅ケアに坂井地区全体で取り組む必要があるという目的意識があったため、第1回のカンファレンスには、より多くの関係者に目的意識を共有してほしいという意図から、各組織に声をかけた。参加者へのアンケートでは、カンファレンス全体で87%、多職種グループワークでは91%の参加者が満足と回答しており、参加者の理解促進に寄与したと言える。

ウ) 医療・介護の情報共有ツール「在宅情報共有システム」

福井県・東京大学の共同研究事業として作成されている、在宅療養中の高齢者を支える医療と介護の多職種が、日常的なケアを行う上での情報共有を行いやすい環境を構築するためのツールである。情報共有の主な目的は、副主治医などが診療する場合あるいは急患で運ばれた患者を診療する場合に、サポートする立場の医師が短時間で患者の状況を把握することにある。

平成24年10月から「坂井地区在宅ケア情報連携シート」として、家族構成や治療・ケアの基本情報のシート、および訪問の際に気付いたことを記入するシートから構成されている。

平成25年2月からは、医療と介護の患者情報をITで共有する在宅情報共有システムの試行運用を始めている。医師会と地域包括支援センターが事務局を務め、クラウド上で高齢者情報を共有できるようにしている。システムでは、高齢者一人一人に掲示板が割り当てられ、その高齢者に関わるスタッフだけが閲覧・記載が可能となっている。掲載される情報は、1) 別途記録した訪問介護記録の中で共有・相談したい内容を記載する機能、2) 上で挙げた基本情報シートの内

容をシステムで管理する機能、および、3) ケアレポート (⇒図表 91 を参照) などの情報をもとにして、ある高齢者に対して誰がいつ訪問するか、という情報が共有できるサービスカレンダー機能が中心になっている。クラウドを利用した結果、事前の想定よりもかなり安価にシステムが構築できた。

情報の記入者は情報の種類によって異なる。医療情報は医師・看護師が記入し、ADL、介護情報はケアマネジャーが記入する。記入に先だって、高齢者本人に情報共有の範囲を確認し同意を得ている。高齢者本人も情報は閲覧しようと思えばできる。掲示板には高齢者自身も質問を書き込むようなニーズがある可能性はある。IT を使える高齢者にはどんどん参加してもらうような運用も今後検討していきたい。なお、今の実態は医療依存の高い方が登録されているが、地域包括支援センターを利用した人を登録してそこから医療の利用実態やニーズを上げるアプローチも有効だと考えている。

現在、データ項目には見直しの余地があると考えている。例えば、介護系の情報の記入欄は充実しているが医療情報を記載する欄が不足している。試行運用の評価を踏まえて4~5月をめぐりに第一改修を行い、必要に応じて8月に第二改修を行う予定である。東京大学と厚生労働省ではこれらの試行運用の結果を踏まえて、年内には、医療・介護の情報化を担うベンダーなどに向けて、相互乗り入れできる全国統一様式を提案する予定とのことである。

また、坂井地区ではタブレット端末を配布し訪問先でも在宅情報共有システムの情報が閲覧できるようにしている。医師が高齢者宅に往診するのは、実際には1月に1~2回であることが多いため、より訪問頻度の高い看護師やヘルパー等に配布することを想定している。

なお本ツール以外での情報共有の取組として、坂井市のケアマネジャーでは医療機関とのコミュニケーションを促進するため、連絡を受けやすい時間を「ケアマネタイム」として公表している。ただし、このケアタイムは3~4年前に設定し、その後情報の更新をしていないために、実際に電話をかけたならつながらなかったということもあったと聞いており、情報の更新も検討課題となっている。更新の手間がボトルネックになるので、時間を決めるのではなく医療機関ごとに連絡窓口になる担当者(看護師)を決めておいて、その人から伝えてもらうというアイデアもある。顔の見える多職種連携会議の医療・介護連携強化検討部会で検討を進めているところである。ルールを決めれば難しいことではないが、更新に手間をかけないようにしたい。ケアマネタイムを最初に作成した時は1年かかったが、顔の見える関係は構築されてきたので以前よりは手間はかからないだろう。ケアマネタイムの情報を、在宅情報共有システムと一緒にクラウド上に置いて、各自が更新するような手もある。

エ) ワンストップ窓口と情報発信

地域包括支援センターを、医療も含めた総合相談窓口として位置づけるとともに、医師会の在宅ケアネットと連携して対応していることを情報発信している。具体的には10月からチラシや行政の広報紙などでの情報発信を行っている。(⇒図表 92 を参照)

これまでも実際には連携していたが、例えば地域包括支援センターの窓口で複雑な状況を抱えた高齢者が来られた場合、今までは事前に連携しておらず相談に来られてから医師会に電話をかけるようなこともあった。10月からは、事前に分かっていたら、高齢者が訪問される時間にコー

ディネーターにも地域包括支援センターに出向いてもらい、より円滑に連携して対応することもできるようした。複雑な案件は数としては多くはないが、地域包括支援センターに在宅医療の相談が来ることもあり、連携の有効性は高い。

なお、地域包括支援センターが窓口になることの医療面からのメリットとして、将来的には、例えば高齢者が急性期病院から退院し退院調整を行う時に、「要介護のこういう方が退院する」ということを地域包括支援センターに連絡すれば、医療のことも含めて調整してもらうことへの期待もある。

医療と介護の連携について、他地域では「このような高齢者にはこのように対応する」というルールを事前に詳細に決めて対応しようとしている例もあると聞く。本地域の基本的な考えは、医療のことは医師会、介護のことは地域包括支援センターが中心となって方向性を決めて、両者の連携を図るというものである。医師会の積極性に支えられている部分はあるものの、より多くの地域で取り組みやすい考え方ではないかと捉えている。

オ) 在宅ケアに関する住民啓発

在宅ケア出前講座として、公民館などでの高齢者サロン、地域行事、民生委員・福祉委員の研修会などの機会に足を運んで講座を開催し、在宅療養への安心感の醸成を図っている。また地元医師が登場するDVDを作成し出前講座の場で上映するなどの工夫を行っている。このほか、年に1回のイベントとして「坂井地区在宅ケア将来モデル市民集会」を開催している。

住民向けの啓発活動は、これまでは「在宅医療を受けられるという安心感を与える」ことに力点を置いて、具体的にはサービスや医師の紹介などを中心にしてきた。一定の到達点に至った今、これからは、市民の方が自身の利用場面を考えた場合のイメージを持ってもらうことが啓発の課題だと考えている。そこで、在宅医療・介護を活用した在宅でのライフスタイルを提示していく必要がある。重要なのは、例えば高齢者の一人暮らし、あるいは老老介護の家族という場面に応じて見守りサービスやサロン事業のようなサポートがあるという、「場面」と「サポート」の情報を組み合わせて提供することだと考えている。それにより、市民の方にはサービスを上手に利用して行けば困難が解消できるという安心感を持ってもらえる。このため、在宅療養者のライフスタイルをイメージしてもらうツールとして、絵コンテを作成している。この絵コンテは寸劇や紙芝居に活用し、出前講座の場で発信することを想定している。

この他、住民向けの事業として、各市の社会福祉協議会では、家族介護の交流事業のような、家族介護をしている方が一息つけるような機会づくりに取り組んでいる。今後はそのような事業で社会福祉協議会との連携も進めていきたいと考えており、次回行う市民集会の検討部会では社会福祉協議会にも参加してもらうようなことを検討している。

④ 取組の効果

ア) 医師会と行政の連携のきっかけとしての「顔の見える多職種連携カンファレンス」

もともと医療行政は主に都道府県の事務であり、市町村の所管事務には医療機関と関わるものが少ないため、市町村職員が医師会関係者と話す機会も少なかった。顔の見える多職種連携カンファレンスによって市の職員と医療関係者との接点ができた。本来、地域包括ケアを検討する上

で在宅医療を考えることも不可欠であるので、この意義は大きい。

イ) 在宅情報共有システムにおける共有情報への評価

在宅情報共有システムはまだ使い始めて1か月弱だが、利用した医師からは「欲しい情報が入って来る」と好評である。また、掲示板機能には顔写真を貼ることもできるので、在宅情報共有システムを介して他の関係者と顔が見えると評価する医師もいる。

実は事務局では、医師が手間に感じてあまり使ってもらえないことを危惧していたが、手間ではあるがそれ以上に良い情報が入って来るというメリットの方が大きいと考えている医師が多いようである。

ウ) 医療・介護のワンストップ窓口と情報発信

地域包括支援センターへの相談件数は月平均900件だったものが、センターを医療・介護のワンストップ窓口と位置づけ情報発信を始めた10月以降は、相談件数が月平均1,000件と約1割増加している。

これは、市が地域包括支援センター業務を受託し、窓口が市役所の中にあることも影響していると思われる。また、医師会が在宅ケアネットという窓口を持つてはいたが、住民によっては「医師会に相談する」ことへのハードルが高いと感じる人もいる可能性がある。地域包括支援センターが窓口になることでハードルが下がっている。同時に在宅ケアネットの認知度の向上にも寄与できたと考えている。

⑤ 今後の課題

ここまで挙げた取り組みは始まったばかりであり、それぞれに検討課題はある。ここでは主要な課題を整理する。

ア) カンファレンスにおける地域関係者の巻き込み

これまでのカンファレンスの参加者は医療と介護の関係者であった。民生委員など地域関係者については参加してもらうかどうか議論はあったが、最初から手を広げないようにした。今後は地域関係者の巻き込みも課題であると認識している。

イ) 在宅情報共有システムの管理運用ルールの作成

在宅情報共有システムの導入過程で医師会が大きな役割を果たしてきたこと、実際には医療の依存度の高い高齢者が中心に利用されていることなどから、システムの運用も医師会が中心になって運用している。本格運用段階における管理実務に関する医師会、地域包括支援センターの役割分担については今まさに検討課題となっている。

例えば、リアルの相談の窓口は地域包括支援センターであることから、地域包括支援センターが高齢者の掲示板の作成や基本情報の記入を行い、医療と連携する場面で医療関係者が必要情報を書き込むという考え方もある。いずれにせよ、この一年の試行期間の中で、運用のルールはある程度決めておいて、平成26年度から自主的に本格運用できる段階まで固めておきたい。そこ

まで詰めておかないと、他地域に対するモデルにはならない。福井県として案を作っているので今後関係者の意見を聞いて固めて行きたい。

ウ) 医療・介護の一体化の効果に関する実態把握

副主治医の周知など医療・介護の一体化によって、地区の医療機関を利用する高齢者が増えたかどうか等について、詳細な実態把握を強化したい。在宅の患者さんに一時受け入れの機関はどこを活用したかといった実態情報(昨年10月以降の情報)を提供してもらうこととなっている。収集したデータについては、福井県で分析を深めていきたい。

エ) 市民への説明と啓発

行政として事業を行う以上、予算をつけて事業を進める訳であるから、当然市民や議会への説明責任を果たさなければならない。市民に対しては「かかりつけ医・訪問診療に対応してくれるお医者さんが見つからない方には、市役所に来てくれれば地域包括支援センターでは医療と介護を含めたサービス調整を行っている」ことを周知徹底したい。

また核家族化が進んでいる状況の中で、子どもは親が祖父母を介護する場面を見ずに育ってきて、ある歳になって急に介護に直面することになる。介護に関する理解を深める啓発の取組も必要となるであろう。

オ) 若い医師の育成

坂井地区の医師の高齢化が進んでいる。今後の地域在宅ケアを支える若い医師の育成は必要である。

カ) まちづくりとの連携

10年後、団塊の世代が75歳を迎える時代になる。その際には、行政のマスタープランや保健福祉総合計画に地域在宅ケア体制や医療・介護の連携を明確に位置づけることが必要である。在宅介護の周りには例えば生きがい対策などの連動する多くの取組があり、各取組に市民に積極的に参加してもらえるようにすることがますます必要になる。そのために、市の事業として上位計画に明確に位置付ける必要がある。また、個別の事業だけではその事業が終わった後に継続しない懸念があるので、長期計画も明示していくことが必要である。

図表 89 第1回 顔の見える多職種連携カンファレンスのプログラム

第1回 顔の見える多職種連携カンファレンス プログラム

日 時 平成24年12月2日(日)
15:00~17:30
会 場 あわらし役所 3階 正庁

<本日の流れ>

○14:30~15:00

- ・名刺交換タイム

○15:00~15:10

- ・開会 坂井地区広域連合 広域連合長
- ・挨拶 坂井地区医師会 会長
- ・趣旨説明 坂井地区広域連合 事務局長

○15:10~15:30

- ・専門職からのPRタイム

テーマ:「多職種が連携するうえで大切なこと」

| | |
|-------|-----------------------|
| 医師 | 坂井内科クリニック |
| 訪問看護師 | シンシア訪問看護ステーション |
| ケアマネ | いってこさ居宅介護支援事業所 |
| 介護事業所 | あわらし市金津雲雀ヶ丘デイサービスセンター |

○15:30~17:10

- ・自己紹介とアイスブレイキング
- ・グループワーク

テーマ:「多職種連携に望むこと」

工程1 アイデアだし
 工程2 グループ内発表・グルーピング
 工程3 優先的に議論するテーマを投票
 工程4 テーマについて深堀で話し合い
 工程5 発表者を決める

- ・発表

○17:10

- ・まとめ 坂井地区医師会 在宅ケアネット担当理事

- ・事務連絡
- ・アンケート

図表 91 在宅情報共有システムの画面イメージ

ケアレポート

| タイトル | 最終更新日 | ケアレポートを確認する |
|-----------------|------------------|-----------------------------|
| 【重要】蕎麦アレルギーについて | 2011/12/24 14:23 | このケアレポートを見る |
| サービス担当者会議 | 2011/12/24 11:07 | このケアレポートを見る |
| 太り気味?! | 2011/12/24 10:42 | このケアレポートを見る |

>投稿No. 2 >分類:介護記録 >投稿日時:2011/12/24 13:57
医師 太郎 | サンプル総合病院

大変難しい問題だと思いますが、特に蕎麦アレルギーはアナフィラキシー等、命に関わることもあり十分な注意が必要だと思います。

>投稿No. 3 >分類:介護記録 >投稿日時:2011/12/24 14:23
介護 花子 | サンプル訪問介護事業所

今日テレビを見ていたところ蕎麦粉をつかっていないお蕎麦があると紹介されていたので早速発注致しました。
 これで介護力ナさんも良い気持ちでお正月を迎えられそうです。
 皆様ありがとうございました。

- 利用者情報
- 住宅情報
- 家族情報
- 介護サービス利用状況
- 医療情報
- 身体・生活機能等
- ADL評価[FM-機能的自立度評価表]
- 備考

利用者情報 各項目へ移動

| | | |
|--|--------------|------|
| 最終更新日時 | | |
| 最終更新者 | | |
| 共有者一覧 編集する | | |
| 氏名 | 山口 存 | 介護イテ |
| 性別 | 女 | |
| 住所 | | 地図表示 |
| 生年月日 | | |
| 電話番号 | | |
| 携帯番号 | | |
| 生活保護 | 無し | |
| 障害者認定 | 無し | |
| 要介護認定区分 | 要介護1 | |
| 認定有効期間開始～ | 平成24年01月01日～ | |
| 認定有効期間終了 | | |
| 障害等級(日常生活自立度(福祉より)) | A1 | |
| 認定等級(日常生活自立度) | Ⅱ | |

出典：「坂井地区において試行運用を行う在宅情報共有システム システム概要資料」

東京大学高齢社会総合研究機構

図表 92 地域包括支援センターの医療・介護の窓口としてのPRチラシ

高齢者の方へ

あわら市・坂井市の 地域包括支援センターからのお知らせです



訪問看護など、
医療・介護サービスを利用し、家での生活を
続けましょう。



病気になるっても住み慣れた家で過ごしたい
通院できなくなったら…どうしよう



家まできてくれる
(訪問診療や住診)
医療機関を
紹介します。

◆◆◆ 在宅ケアのご相談は ◆◆◆

**介護も医療も含めて、身近な地域包括支援センターと
坂井地区医師会 在宅ケアネットが連携して対応します。**

お問い合わせは…

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>坂井地区医師会 在宅ケアネット (坂井地区医師会館内) あわら市東善寺 5-27 開所時間: 午後1:00~午後5:00 TEL:0776-73-5366</p> | <p>三国坂井地域包括支援センター (坂井市役所三国総合支所内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-82-7576</p> | <p>丸岡春江地域包括支援センター (坂井市役所丸岡総合支所内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-68-0811</p> | <p>あわら地域包括支援センター (あわら市役所健康長寿課内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-73-8046</p> |
| <p>あわら地域包括支援センター (あわら市役所健康長寿課内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-73-8046</p> | <p>坂井総合相談窓口 (坂井市役所健康長寿課内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-50-3040</p> | <p>春江総合相談窓口 (坂井市役所春江総合支所福祉課内) 開所時間: 午前8:30~午後5:15 TEL:0776-51-9404</p> | |

(6) 神奈川県横浜市戸塚区

1) 概要

| | |
|---------|--------------------------------|
| 市町村名 | 横浜市戸塚区 |
| 管内人口 | 273,742 人 うち要介護認定者数 9,105 人 |
| 管内センター数 | 10 箇所 |

(高齢化率と推移、過疎状況、社会資源の集中・散在状況、住民意識、中心的な産業等)

<管内人口>

戸塚区の人口は 273,742 人(平成 25 年 2 月 1 日現在)、うち要介護認定者数は 9,105 人(平成 25 年 1 月末現在)である。

<位置等>

戸塚区の面積は 35.70 km²で、横浜市(434.98 km²)の 8.2%を占めており、市内で最も広い区である。また舞岡・名瀬等の市街化調整区域があり、緑に恵まれている。

旧東海道沿いを中心に古くからの住民が多い地域と、東戸塚駅の開発に伴い、マンション等の住宅が多く、比較的若い世代の住民が多い地域、さらにはそれらが混在する地域というように、住居形態や居住年数等の地域性はさまざまである。

<高齢者数等の状況>

戸塚区の高齢化率は 20.7%(平成 24 年 1 月 1 日現在)である。高齢化率はこの 10 年で一貫して増加しており(平成 2 年 7.1%→7 年 9.4%→12 年 12.9%→17 年 16.7%→22 年 19.6%→23 年 20.0%)、全世帯数(110 千世帯)のうち、高齢者のいる世帯数(40,824 世帯)は 3 分の 1 以上を占めている。また、そのうち高齢者のみの世帯(11,919 世帯)、ひとり暮らし高齢者世帯(13,664 世帯)が多いことから、高齢者への生活支援の必要性がうかがえる。

団塊の世代が 30 歳代の頃に移り住み、その後高齢化している地区がいくつかみられる(上倉田、下倉田、平戸等)。そのような地域では街ごと一気に高齢化が進む傾向が見られ、高齢化率も高めとなっている。現在は開発が一巡した感もあり、今後は高齢化のスピードは緩やかになると予想している。一方、比較的新しく開発された地域(東戸塚等)では高齢化率は低く、地域別に差が生じている。

<住民意識、高齢者の買い物行動等>

都心に近く、社会資源は比較的整備されている。

区内では、近距離に買い物場所がない、いわゆる“フードデザート”化している地区はほとんど見られない。一方、高齢者では荷物が重くて買い物ができないという例は多くみられる。そのような方は通販あるいはスーパーやコンビニエンスストア等が提供する配食サービスを活用することも多い。特にご家族が発注して高齢者の自宅に配送するケースが多いようである。

平成 23 年度末に、65～74 歳までのひとり暮らしの方へのアンケートを実施した。その結果から、「元

気な人は多いが、テレビやラジオで過ごしている。地域活動に参加している人は極少数」、「他者との関わりが少ない」、「健康に不安を感じている人が多い」、「生きがい(喜びや楽しみ)を感じていない人には、人と話をしない、外出しない、健康状態がよくない、病気の時等に頼れる人がいないとする割合が高い等の傾向がある」ことが判明した。毎日人と話す人が約半分しかおらず、外出の機会が週に1回以下との回答も10%弱に達している。75歳になる前からひきこもり気味になっている様子が見えてくる。通販や配食サービスで用が足りる部分もあるとは言え、懸念するところである。

高齢者が気軽に集まる場所として、地区センター、地域ケアプラザが定期的に開催する体操講座や喫茶イベント(シネマ喫茶、歌声喫茶等)を提供し、ひきこもりの防止等に努めている。

<地域包括支援センターの概要>

横浜市は、「地域ケアプラザ」という独自の制度を有している。地域ケアプラザは、地域交流活動(地域住民の福祉・保健活動の支援や交流の場として、会場の貸し出しや、各種講座やイベントの開催等を行う)、地域包括支援センター(3職種の専門スタッフが連携し、様々な支援を行う)、居宅介護支援(介護支援専門員が介護保険制度で介護サービスを希望する方の支援を行う)、通所介護・介護予防通所介護(日頃、外出の機会が少ない在宅の高齢者が、施設に通所して受けるサービス)という4つの機能を有している。

管内(戸塚区内)には10か所の地域ケアプラザが存在する。地域ケアプラザ同士の関係、地域ケアプラザと区との関係は非常に良好である。

地域ケアプラザは、区から指定管理者に指定されており、5年間の委託契約により運営している。

2) 事例の内容

取組：見守り支援ネットワーク(福祉プラザ)

① 取組に至った背景・問題意識

戸塚区では、「地域ネットワーク訪問事業」により、民生委員、保健活動推進員、老人クラブの友愛活動員等による、ひとり暮らしの高齢者等(注)に対する定期訪問事業を実施している。

しかし、高齢化の進展により、訪問対象者数が増加の一途をたどり、見守りの担い手を増やしていく必要があった。

高齢者自ら相談機関に行けないことで問題が深刻化することや、孤独死・孤立死の防止につながるために、ひとり暮らし高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域の様々な人々の参加・協力による見守り体制の強化が必要となっている。

また、とつかハートプラン(戸塚区地域福祉保健計画)でも、4つの基本目標のうちの1つとして、「支え合いと助け合いのあるまち」を基本目標に掲げている。

(注)「ひとり暮らし高齢者等」としている背景には、地域ケアプラザが子育て支援も行っており子供も見守り対象とすべきではないか、年齢にかかわらず広い視野での見守りが必要ではないか、ひとり暮らしではないが見守りが必要な世帯もあるのではないかなど問題意識があり、今後の対応課題とされている。

② 取組開始までの経緯

<平成 23 年 5 月から>

地域ケアプラザ、区社会福祉協議会、区役所（高齢・障害支援課、福祉保健課）による、「地域ネットワーク見守り事業検討会」を開始し、事業の枠組み、要綱案の策定等を検討した（⇒図表 93 を参照）。

<平成 24 年 1 月から>

戸塚区内 10 か所全ての地域ケアプラザの 4 職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、コーディネーター）の代表者、区役所（高齢・障害支援課、福祉保健課）によるプロジェクトを開始し、事業者登録の進め方やリーフレットの作成（⇒図表 94 を参照）等、実務的な内容を検討した。

もともと多忙な上記 4 職種の担当者が地域の見守りに対応することもあり、検討会では、通報件数が大幅に増加したときの業務負担や、協力事業者の反応、対応方法等が危惧された。しかし、先進事例である目黒区高齢者見守りネットワーク（愛称「見守りめぐねっと」）を 2 回視察する中で、「急激な通報件数の増加はなかった」、「包括支援センターと地域の民間事業者とのつながりづくりができてよかった」、「（見守り対象者を特定するような制度ではなく、日常生活の中で何か気づいたら通報するという）ゆるやかな見守りなので長続きしている」等の経験談を伺うことで、これらの不安が解消し、検討が進展した。

平成 23 年度末に、65～74 歳までのひとり暮らしの方へのアンケートを実施しているが、その結果からも、孤立している高齢者にどのように地域とつながりを持ってもらうかが大きな課題と感じていた。

<平成 24 年 4 月から>

取組を開始した。

③ 取組の内容

ひとり暮らし高齢者等が安心して暮らし続けられるよう、地域全体での「ゆるやかな見守りの体制」の充実を図り、地域住民及び民間事業者等が、「ちょっと気がかりな」高齢者を発見したら、地域ケアプラザや区に対し情報提供を行い、対応する体制を構築した。元々、安否確認の目的だけで始めたものではなく、早期相談支援につなげていく機能も重視している。

見守られる方々としては、ひとり暮らしの方が約 8,200 人（国勢調査ベース）、認知症が重く介護認定を受けている方が約 4,800 人となっている。

見守り活動においては、65 歳以上のひとり暮らしの方等を対象とした民生委員等による活動が重要な基盤となっている。民生委員等は希望に応じて定期訪問と安否確認を、希望しない方に対しては広報誌の配布を行ってきた（「戸塚区地域ネットワーク訪問事業」）。このような活動の間口を広げ、また活動を重層的にすることを目的に、区民や協力事業者と連携した取組に発展させた（「みまもりネット」）。認知症等により徘徊で方向不明になる可能性のある方には別途、事前登録制（写真情報を含む）により、区役所、警察署、地域化プラザ、交通機関等が連携して徘徊

認知症高齢者の早期発見・保護を行う、徘徊認知症高齢者情報ネットワーク「みつけてネット」事業が提供されている。「みつけてネット」は約10年以上前から実施されている事業である（⇒図表95を参照）

区及び地域ケアプラザは、見守り協力事業者や見守り協力機関との協力関係を構築している。また、民生委員や自治会町内会にも連絡会に参加していただいている。現在、見守り協力事業者数は51事業者、その従業員数は1,200人に達している。協力事業者は、新聞販売店、郵便局、水道事業者、コンビニエンスストア等から構成されている（⇒図表95を参照）。これらの協力事業者に対しては、区内の事業所をまとめる組織がある場合は、区役所から訪問・説明をして、協力を得ている。地元の商店などには、地域ケアプラザから依頼することとしている。現在登録されている事業者の多くは、区内を網羅することを重視して、区から事業者に声掛けをした。協力を得られた事業者の地域の店舗には別途地域ケアプラザが訪問し、挨拶、活動内容・連絡先の確認などを行い、“顔の見えるネットワーク”の構築していきたい。このプロセスが非常に重要であり、地域ケアプラザの地道な努力がなければ、仕組みを作っても先細りになる可能性が高い。

通報は、新聞販売店から寄せられるものが多い。新聞販売店、水道事業者は、契約者の在・不在認識に関する優れた独自ノウハウを有しており、通報に貢献している。また、振込機能を有するコンビニエンスストア、郵便局から「オレオレ詐欺ではないか」との連絡を受けることもある。今後は、理美容院、スーパー等にも協力事業者を拡げていくことも検討していくが、関係者数の拡大に向けては、地域ケアプラザや区において人員が不足している状況が足枷となっている。

現状で、協力事業者の確保に苦勞する状況はあまり見られず、総じて多くの事業者が協力的である。事業者側からも、通常業務において、安否を確認すべきではないか、犯罪に巻き込まれているのではないかとという場面に直面した際の対応に苦慮していたとの意見も見られた。

並行して、区から民生委員に対して、住民基本台帳上75歳以上のひとり暮らしの方に関する情報（名簿）を提供し、民生委員がこれらの方の所在確認を行った結果を、さらに民生委員と地域包括支援センターと区で情報共有するという仕組みを構築しようとしているところである（横浜市「ひとり暮らし高齢者『地域で見守り』推進事業」）。戸塚区では23年度に5地区で試行し、今年度は全区展開している。今年度名簿提供した方の数は約7,800人であり、民生委員が各戸訪問し、事業主旨を説明している。今年度の各戸訪問状況については取りまとめ中であるが、昨年度に訪問した方のうち、約8割は民生委員がすでに把握されている方であった。民生委員が所在を確認できなかった方については、地域包括支援センターや区が所在確認を行っており、昨年度は全員の所在確認に至った。

さらに、災害時要援護者の情報を地域の関係者に提供できる仕組みの構築に向け、条例の整備が市議会に上呈されたところである（政令指定都市では初めて）。これが条例化されれば、災害時要援護者という切り口から地域の見守り活動が充実されていくと思われ、重層的な見守りを展開していくための環境が整備されつつある。

広報、啓発等は、「みまもりネット通信」（⇒図表96を参照）の発行等を積極的に行い、事業所のみならず地域住民による見守りの充実を図っている。区長が発足式や連絡会に出席し、警察署や登録事業者に働きかけ、区を挙げての取組であることをアピールしている。また、事業のマスコットを、戸塚区のマスコットキャラクターの「ウナシー」とし、ステッカー等に使用し、わ

かりやすく周知した（⇒図表 97 を参照）。これらの取組により、協力事業者をはじめとした関係機関との連携、区民への活動周知もしやすくなっている。

地域包括支援センターのみでの対応は体制的に厳しいものがあるため、地域ケアプラザとして取り組んでいくこととした。そして 10 地域のケアプラザの協力で、地域包括支援センターの、主任ケアマネジャー、福祉職、保健師、地域ケアプラザのコーディネーターの 4 職種からなる、プロジェクトチームを作り、体制整備や広報啓発の検討や情報交換を行った。プロジェクトチームは、現場の意見を事業に活かしていくため、事業開始後も毎月実施され、後述の電話対応チェックリストや通報対応マニュアル等もこの場で整備された。広報紙の企画も行うなど、事業を推進する重要な場となっている。一方、区内部では、①事業の企画・調整、②通報時の対応、③民生委員等団体との調整を関係課で分担し、横断的な体制で事業の運用を図っている。

④ 取組の効果

<地域包括支援センターならびに区役所にとっての効果>

高齢・障害支援課内における要援護者全般の対応力の向上につながった。また、地域ケアプラザの存在をこれまで接点のなかった方に知ってもらう機会となった。

安否確認の技術が向上し、特に警察との連携がスムーズになった。民生委員・児童委員の見守り活動の不安解消につながっているのではないかと。

通報時の対応を標準化するために、電話対応チェックリストや安否確認等の通報に対するマニュアルを作成している（ヒ⇒アリング実施時点では案。図表 98 を参照）。チェックリストやマニュアルは、現場の職員が通常行っている業務及び業務フローを再構築し、判断ポイントや判断基準を整理・標準化する等して、ボトムアップでまとめ上げたものである。区や地域ケアプラザの職員以外の者が最初の連絡を受ける場合があること、相談された問題を解決するまでに複数の職員が関係する必要があり引き継ぎ等も必要となること等から、その整備は非常に重要であった。

また、マニュアル作成の過程では、関係者が一同に介して、具体的な業務内容とその法的根拠との関係を学びながら進めたこともあり、職員の知識レベルやモチベーションの向上、職員間の関係性の強化にも結び付いている。

「みまもりネット通信」作成を通じて、地域包括支援センターとのつながりがさらに強化された。また、つながりのなかった新たな機関（水道局、警察、消防等）や民間事業者との連携が進んだ。

「みまもりネット」事業は、横浜市から、「各職場における『職員行動の実践』表彰」における「チーム横浜副市長賞」の受賞を受けている。また、本事業に関するマスコミの取材等があることで、関係者のモチベーション向上につながっている。

<住民にとっての効果>

登録事業者以外の事業者からの通報、民生委員からの通報も増えている実感があり、みまもりネット事業の広報により、区役所や地域ケアプラザの取組が周知されてきている。

「みまもりネット通信」発行により、通報者の多様化等幅広い見守りにつながった。

他人のプライバシーとして通報をためらっていた方たちの心理的バリアが低くなるとともに

見守りへの関心の高まりにつながった。

安否確認等の通報 25 件（24 年 4 月～25 年 1 月末）中、2 件が救急搬送につながり、尊い命を救うことができた。当初は通報 100 件くらいに対して 1 件救急搬送につながればとの見込みであったが、これをはるかに超える確率の高さで人命救助に結びつけられたことを、関係者に感謝している。また、亡くなった方の早期発見につながったものが 2 件あった。命は救えなかったが早期に発見できたという点で故人の尊厳の維持に貢献できたかと思っている。さらに、無事安否確認がとれた場合にも、早期相談支援へとつなげているケースもある。

民生委員や自治会が、区役所に通報するまでもなく、緊急時に警察署・消防署に通報するケースも相当あることを認識している。区へ通報された場合も、区には情報がないことが多く、日頃の地域のつながりによる見守りで、高齢者が支えられていることも改めて実感した。

⑤ 今後の課題

<事業展開の課題>

関係機関である消防、警察や、協力事業者である民間事業者と連携をさらに進めていくことが必要と考えている。

安否確認の際には地域情報（例：過去に救急にかかったことがある方である、夜何時に帰宅することが多い等）が非常に重要であり、区役所や地域ケアプラザはこのような情報をあまり持っていないことが明らかになった。ひとり暮らしの方は地域との関わりに積極的ではない方も多く、自治会町内会や民生委員もつながりを持つことに苦慮している状況もある。ひとり暮らしの方自身に地域とのつながりを持ってもらうための啓発を進めることにも取り組んでいきたい。

地域ケアプラザと地域の民間事業者との連携、“顔の見える”つながりづくりをさらに進めていくことも必要である。

<体制的な課題>

夜間や休日の体制に不安がある。横浜市の地域ケアプラザは、平日・土曜 9 時から 21 時まで、日・祝日は 9 時から 17 時まで開館しており、地域包括支援センターは 3 人の職員がローテーションで勤務しているため、特に夜間等は勤務が 1 名となることもある。

緊急の対応では、区役所としても、夜間、祝日の十分な体制を組むことは難しく、全市的な連絡センターの設置が望まれる。

地域包括支援センターには、住民情報（福祉サービスの受給状況等）を管理している端末（福祉保健システム）が設置されていないことから、個人情報の集積が区に比べて少ない状況がある。大規模なシステムとなるため、数多い地域包括支援センターに配置することには困難が伴う。

地域包括支援センターに相談窓口機能等があるという事実は、協力事業者や一般区民には必ずしも認識されていない。周知活動が未だ十分とは言えない。

図表 93 戸塚区地域ネットワーク見守り事業実施要綱

戸塚区地域ネットワーク見守り事業実施要綱

制定 平成24年 3月22日 戸高 第 2582 号
最近改正 平成24年 6月 1日 戸高 第 395 号

(目的)

第1条 この要綱の目的は次のとおりとする。

- (1) 区民、事業者、公共機関及び戸塚区（以下「区」という。）が相互に連携し、地域全体で高齢者等の見守りを行い、安否の日常的な把握及び異変が確認された時の的確な対応を促進すること。
- (2) 高齢者等が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続できるよう支援すること。

(対象者)

第2条 この事業の対象者は、戸塚区内に居住する、見守りが必要な高齢者等及び緊急的な対応が必要な高齢者等とする。

(構成機関)

第3条 戸塚区地域ネットワーク見守り事業（以下「地域ネットワーク見守り事業」という。）は、以下の関係機関をもって構成する。

- (1) 区
- (2) 地域ケアプラザ
- (3) 見守り協力機関
- (4) 見守り協力事業者

(愛称)

第4条 地域ネットワーク見守り事業の愛称は、みまもりネットとする。

(見守り協力機関とその役割)

第5条 見守り協力機関とは、区内に所在する公共的な活動を行う団体や高齢者等の支援にかかわる公共機関で、自ら高齢者等の見守りを行うとともに、区及び地域ケアプラザと連携・協力し、的確な対応を行うものとする。

2 見守り協力機関は、次の機関をもって構成する。

- (1) 戸塚警察署
- (2) 戸塚消防署
- (3) 戸塚区社会福祉協議会
- (4) 水道局 戸塚・泉地域サービスセンター

(見守り協力事業者とその役割)

第6条 見守り協力事業者とは、区内で活動を行う事業者で地域ネットワーク見守り事業の趣旨に賛同し第9条の規定による登録を行ったものをいう。

- 2 見守り協力事業者は、地域ネットワーク見守り事業の趣旨に従事者に周知し、その事業活動において高齢者等の見守りを促進するものとする。

(区の業務)

第7条 区は次に掲げる業務を行う。

- (1) 地域ネットワーク見守り事業に関する普及啓発
- (2) 地域ネットワーク見守り事業の実施に関する見守り協力機関、見守り協力事業者及び地域ケアプラザとの連絡調整
- (3) 第9条に規定する見守り協力事業者の登録及び名簿の公表
- (4) 第10条に規定する地域ネットワーク見守り事業連絡会及の開催
- (5) 区民及び事業者から的高齢者等の異変に関する連絡への対応
- (6) その他地域ネットワーク見守り事業の実施に関する必要な業務

(地域ケアプラザの業務)

第8条 地域ケアプラザは、次に掲げる業務を行う。

- (1) 担当地域における地域ネットワーク見守り事業に関する普及啓発
- (2) 担当地域における地域ネットワーク見守り事業の実施に関する見守り協力機関及び見守り協力事業者との連絡調整
- (3) 担当地域における区民及び事業者から的高齢者等の異変に関する連絡への対応
- (4) その他地域ネットワーク見守り事業の実施に関する必要な業務

(見守り協力事業者の登録)

第9条 区長は、地域ネットワーク見守り事業登録事業者登録申請書(様式1)を提出した事業者を、審査の上、見守り登録事業者として登録する。ただし審査の結果、見守り登録事業者として不相当と判断したときは却下できるものとする。

- 2 区長は、前項の登録をしたときは、その事業者に対し、地域ネットワーク見守り事業協力事業者登録証(様式2)を交付し、その名称等を区ホームページ等により公表する。ただし、当該事業者が公表を希望しない場合は、この限りではない。
- 3 区長は、見守り登録事業者が地域ネットワーク見守り事業協力事業者辞退届(様式3)により登録の辞退を届け出たとき又は見守り登録事業者として不相当と認めるときは、登録を取り消すものとする。

(地域ネットワーク見守り事業連絡会)

第10条 区は、情報の共有等により地域ネットワーク見守り事業の推進を図るため、地域ネットワーク見守り事業連絡会(以下「連絡会」という。)を開催する。連絡会の事務局は福祉保健センター高齢・障害支援課に置く。

2 連絡会は、次の者をもって構成する。

- (1) 見守り協力機関の代表者等
- (2) 見守り協力事業者の中から区が依頼する者
- (3) 地域ケアプラザ所長の代表者等
- (4) 戸塚区連合町内会自治会連絡会の代表者等
- (5) 戸塚区民生委員の代表者等
- (6) 区の関係職員
- (7) その他区が必要と判断する者

3 連絡会は、区が招集する。

(個人情報の保護、秘密の保持等)

第 11 条 見守り協力機関、見守り協力事業者は、高齢者等の見守りに関して知り得た個人情報の取り扱いに十分注意し、これを見守りの目的以外に利用してはならない。

(その他)

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は区長が別途定める。

(附則)

この要綱は、平成 24 年 3 月 22 日から施行する。

(附則)

この要綱は、平成 24 年 6 月 1 日から施行する。

図表 94 「みまもりネット」リーフレット

戸塚区

戸塚区地域ネットワーク見守り事業

みまもりネット

～地域みんなで支えよう～

郵便受けや玄関先に配達物が残ったまま

季節外れの服装をしているな…

具合が悪そうだけど、大丈夫かな？

この間も同じこと聞かれたな

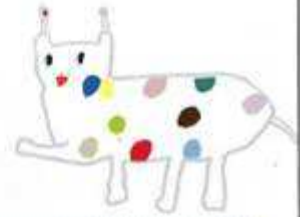
最近見かけないけど、どうしたのかな？

地域の皆さんと協力事業者が、日常の生活や仕事の中で、高齢者などの「ちょっと気がり」なことに、気づいた時に、地域ケアプラザや区役所へご連絡いただくことで、高齢者などをゆるやかに見守っていきます。

戸塚区のマスコット ウナシー

戸塚区役所 高齢・障害支援課

みまもりネット



みまもりネットの目的

みまもりネットでは、高齢者などが孤立せず安心して暮らし続けられるよう、地域の方や民間事業者などが、普段からゆるやかに見守りを行います。そのなかで、ちょっと気がかりな高齢の方などに気づいたら、地域ケアプラザや区役所への連絡を行います。みまもりネットは、日常生活の中での地域全体による「ゆるやかな見守りの体制」の充実を目指します。



みまもりネットの仕組み



地域の高齢者などをゆるやかに見守ります。

見守る人・見守られる人は特定しません。

協力事業者・協力機関の全区的なネットワークを作ります。

地域の皆さんと地域ケアプラザがネットワークづくりを進めます。



「何か様子がおかしい」と思ったら
「地域ケアプラザ」か「区役所」へご連絡を！

※地域ケアプラザ・区役所については裏面をご覧ください



ご連絡いただくと

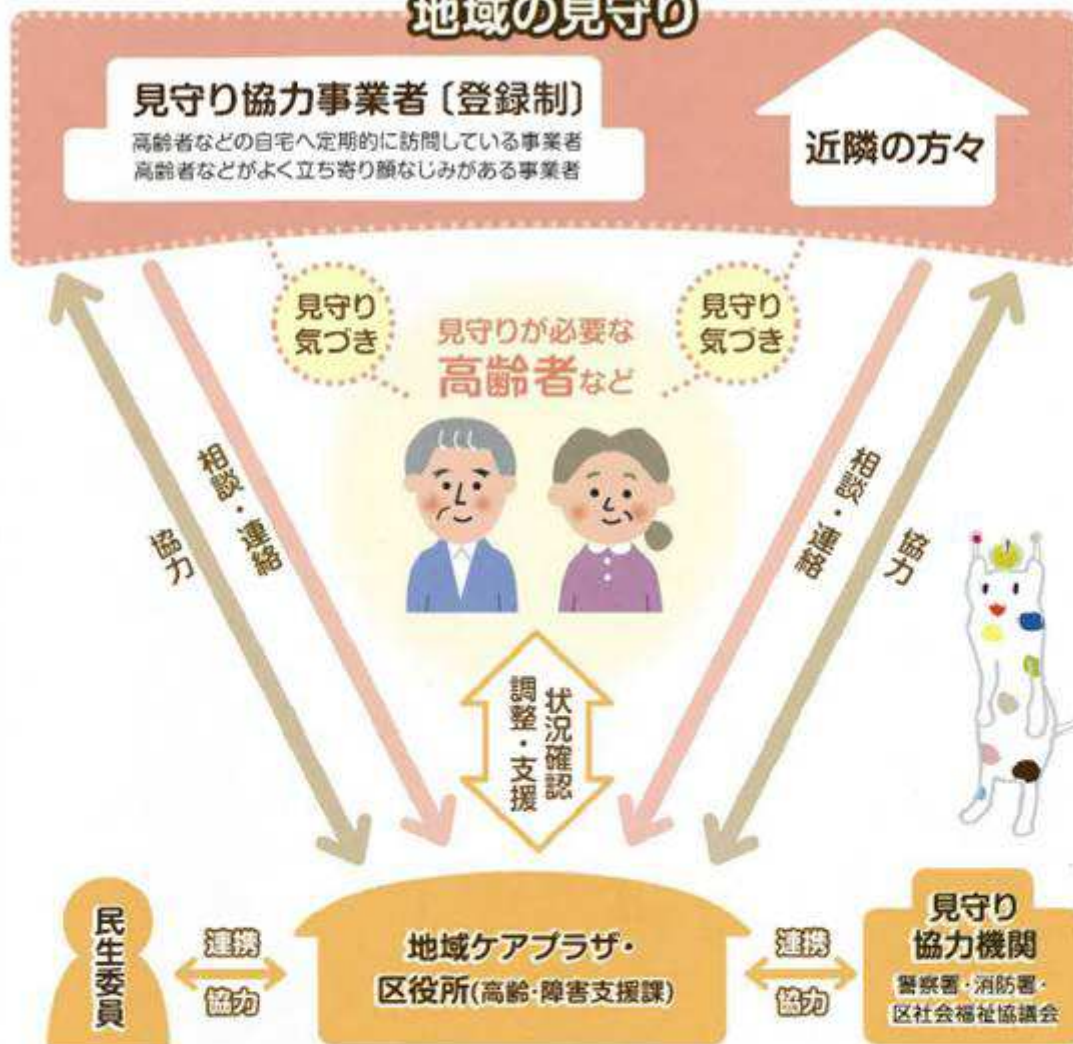
地域ケアプラザや区役所の職員が訪問するなど、状況を確認します。

必要なサービスや制度を利用できるように、高齢者などや家族を支援します。

ご連絡いただいた方のことを、お話することはありません。安心してご連絡ください。



地域の見守り



個別の見守りが必要な方は

「戸塚区地域ネットワーク訪問事業」

- ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、寝たきり高齢者のいる世帯、認知症高齢者のいる世帯、その他訪問が必要な世帯（白中ひとり暮らしの方・身体障害者等）で希望される世帯を対象に行います。
- 訪問員が、定期的に見守りを希望される対象世帯に訪問を行います。
- 訪問員は、民生委員、友愛活動員、保健活動推進員及び地域のボランティアです。

【問い合わせ】戸塚区社会福祉協議会 ☎866-8434

認知症等により徘徊で 行方不明になる可能性のある方は

戸塚区徘徊認知症高齢者情報提供 ネットワーク「みつけてネット」

- 区役所や地域ケアプラザでの事前登録制です。
- 認知症高齢者が徘徊で行方不明になった場合、出来るだけ早く発見し保護できるように協力するシステムです。
- 区役所・警察署・地域ケアプラザ・交通機関などが、一緒に取り組んでいます。

【問い合わせ】戸塚区高齢・障害支援課 ☎866-8439

地域ケアプラザ

最寄りの地域ケアプラザにご連絡ください

【開館時間】月～土曜日 午前9時～午後9時
日曜・祝日 午前9時～午後5時

【休館日】年末年始(12月29日～1月3日)
館内定期点検日
(月1回:ケアプラザによって異なります)

地域ケアプラザってどんなところ？

地域ケアプラザは、誰もが住み慣れた地域で安心した生活を送ることができるように、福祉・保健サービスなどを身近な場所で総合的に提供し、どなたでもご利用できる地域のみなさんの施設です。区内に10か所設置しています。



| 名称 | 対象地域 | 所在地 | 代表電話番号(046) |
|-------------|--|------------|-------------|
| 上矢部地域ケアプラザ | 烏が丘、矢部町の一部(JR線の西側)、上矢部町の一部(※) | 上矢部町2342 | 811-2442 |
| 東戸塚地域ケアプラザ | 秋葉町、川上町、品濃町、上品濃、前田町 | 川上町4-4 | 826-0925 |
| 上倉田地域ケアプラザ | 上倉田町、南舞岡一丁目～四丁目、舞岡町の一部(舞岡上郷線の南側) | 上倉田町259-11 | 865-5700 |
| 汲沢地域ケアプラザ | 汲沢町、汲沢一丁目～八丁目 | 汲沢町986 | 861-1727 |
| 平戸地域ケアプラザ | 平戸一丁目～五丁目、平戸町 | 平戸2-33-57 | 825-3462 |
| 原宿地域ケアプラザ | 原宿一丁目～五丁目、小雀町、影取町、深谷町、俣野町、東俣野町 | 原宿4-36-1 | 854-2291 |
| 舞岡柏尾地域ケアプラザ | 上柏尾町、柏尾町、古田町、舞岡町の一部(舞岡上郷線の北側)、矢部町の一部(JR線の東側) | 舞岡町3705-10 | 827-0371 |
| 南戸塚地域ケアプラザ | 戸塚町 | 戸塚町2626-13 | 865-5960 |
| 下倉田地域ケアプラザ | 下倉田町 | 下倉田町1951-8 | 866-2020 |
| 名瀬地域ケアプラザ | 名瀬町、上矢部町の一部(※) | 名瀬町791-14 | 815-2011 |

※上矢部町462番地の1、462番地の3、462番地の4、467番地の2、498番地～512番地、747番地～1020番地は、名瀬地域ケアプラザの対象地域です。

戸塚区役所



戸塚区戸塚町157-3 戸塚区総合庁舎3階30番窓口

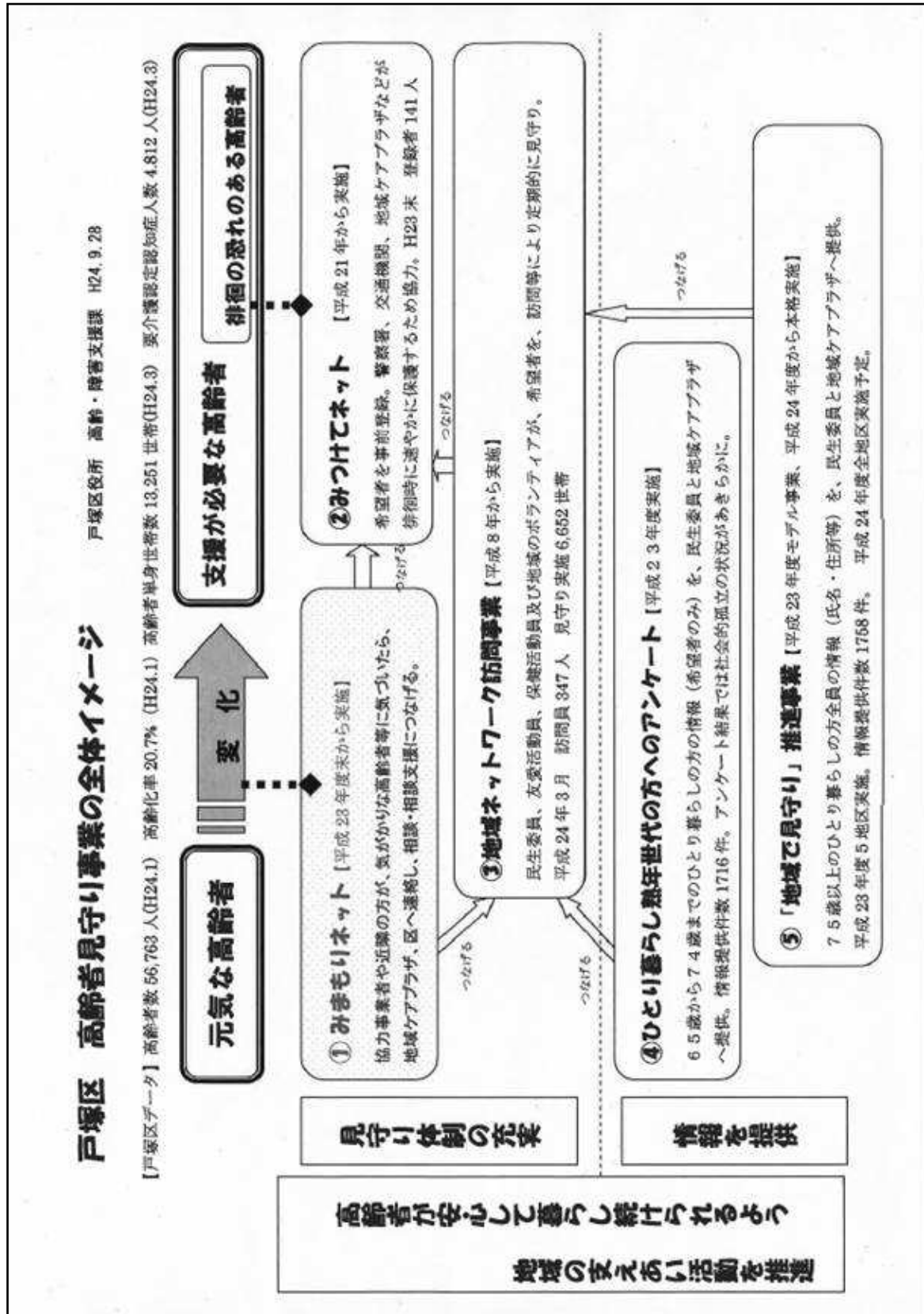
高齢者などについてのご相談・ご連絡：高齢・障害支援課 高齢者支援担当 ☎866-8439

当事業についてのお問い合わせ先：高齢・障害支援課 高齢・障害係 ☎866-8429

発行：戸塚区役所 高齢・障害支援課 高齢・障害係 平成24年3月発行
〒244-0003 横浜市戸塚区戸塚町157-3 TEL:045-866-8429 FAX:045-881-1755

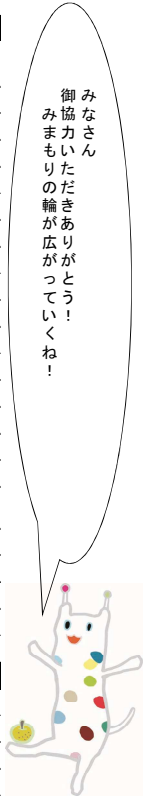


図表 95 戸塚区高齢者見守り事業の全体イメージ



図表 96 みまもりネットの協力事業者リスト

| 戸塚区みまもりネット 協力事業者のみなさん | | 平成25年1月16日 | |
|-----------------------|---------------------------|----------------------|----------------|
| 新聞販売店(17) | | セブン・イレブン(20) | |
| 株式会社武田新聞舗 | 戸塚町3974-1 インテリアゆかわビル2F | 横浜上矢部町店 | 上矢部町14-4 |
| 株式会社武田新聞舗 | ASA戸塚中央 戸塚町4159 | 横浜矢部店 | 矢部町260-26 |
| 株式会社武田新聞舗 | ASA戸塚汲沢 汲沢2-23-8 | 横浜日の森店 | 上矢部町1645番地 |
| 株式会社武田新聞舗 | ASA矢部鳥が丘 泉区中田東1-3-21 | 横浜東戸塚駅東口 | 品濃町516-5 |
| 株式会社武田新聞舗 | ASA戸塚北部 上矢部町1550-1 | 横浜東戸塚駅西口店 | 川上町90-1 |
| 戸塚新聞販売株式会社 | ASA戸塚東部 舞岡町752番地2 | 横浜戸塚上倉田店 | 上倉田383-1 |
| 朝日新聞東戸塚販売㈱ | ASA東戸塚 品濃町524-11 | 横浜上倉田中央店 | 上倉田町1921 |
| (有)奥山新聞店 | ASA戸塚平戸 平戸町475 | 横浜戸塚汲沢1丁目店 | 汲沢1-10-46 |
| 有限会社近藤新聞販売 | ASA新戸塚 柏尾町953番地5 | 横浜戸塚平戸店 | 平戸町5453-1 |
| 有限会社ブルー | ASA戸塚原宿 俣野町480-2 | 横浜小雀町店 | 小雀町1119-1 |
| 有限会社鈴木新聞店 | ASA戸塚南部 栄区長沼町647-1 | 横浜深谷町店 | 深谷町1515-1 |
| 大江新聞事業株式会社 | ASA北大船 原宿二丁目27番11号 | 横浜東俣野町店 | 東俣野町995 |
| 大江新聞事業株式会社 | ASA東戸塚西部 名瀬町774-5 | 横浜原宿店 | 原宿4-15-10 |
| 毎日新聞戸塚西部専売所 | 汲沢8-5-4 | 横浜原宿3丁目店 | 原宿3-14-5 |
| 読売センター戸塚中央 | 柏尾町825 | 横浜戸塚吉田町店 | 吉田町622-2 |
| 読売センター原宿 | 原宿2丁目5番19号 | 西戸塚店 | 戸塚町3163 |
| 株式会社ユース | | 南戸塚店 | 戸塚町2751-18 |
| 読売新聞戸塚汲沢サービスセンター | 汲沢8-37-22 | 横浜戸塚町日之出橋店 | 戸塚町1313-4 |
| 読売新聞戸塚東部専売所 | 吉田町910 | 横浜下倉田町店 | 下倉田町1875-1 |
| 読売新聞戸塚平戸専売所 | 平戸町307 | 横浜戸塚名瀬町店 | 名瀬町766 |
| 読売新聞戸塚南部専売所 | 栄区長沼町188-3 | さまざまな分野の方々(6) | |
| 読売新聞戸塚西部専売所 | 戸塚町2029-1 | つきじ海賓 東戸塚店 | 戸塚区前田町235 |
| 読売新聞東戸塚専売所 | 名瀬町773-10 | つきじ海賓 中田店 | 泉区中田東1-37-22 |
| 郵便(6) | | 司命堂医院 | 戸塚区戸塚町4090 |
| 日本郵便株式会社 戸塚支店 | 戸塚町4102-1 | リフォームのチクマ介護支援ネットワーク | 戸塚区深谷町318-1 |
| 株式会社ゆうちょ銀行戸塚店 | 戸塚町4102-1 | 湘南ヤクルト販売株式会社 | 藤沢市鶴沼神明3-1-1 |
| 日本郵便株式会社 戸塚郵便局 | 戸塚町4102-1 | 大正センター | 戸塚区原宿4-45-5 |
| 日本郵便株式会社 横浜泉支店 | 泉区和泉町4259-3 | 戸塚センター | 戸塚区戸塚3000-4 |
| 株式会社ゆうちょ銀行 横浜泉店 | 泉区和泉町4259-3 | 東戸塚センター | 戸塚区名瀬780-13 |
| 日本郵便株式会社 横浜泉郵便局 | 泉区和泉町4259-2 | 平戸センター | 戸塚区平戸5-24-3 |
| 水道(1) | | 深谷センター | 戸塚区深谷881-1 |
| 秋山商事株式会社 | 川崎市川崎区南町20-3 | 矢部センター | 戸塚区矢部533-1-101 |
| | | 神奈川中央ヤクルト販売株式会社 | 神奈川区幸ヶ谷15-9 |
| | | 長沼センター | 戸塚区下倉田町828-171 |
| | | 舞岡センター | 戸塚区舞岡3694 |
| | | 株式会社 ばど | 中区桜木町3-8塩業ビル |



事業者数 50

図表 97 みまもりネット通信

平成 24 年 8 月発行

戸塚区みまもりネット通信 第 1 号



ウナシーからの手紙



戸塚区で働いているみなさん、戸塚区に住んでいるみなさんへ

こんにちは！ ウナシーだよ。

ねえ「みまもりネット」って、知ってる？

今年の4月から、始まったんだ。

「みまもりネット」は、高齢者の方などが

困った状態になった時、そのままにすることがないように、

事業者の方や、近隣の方に、ゆるやかに見守ってもらうものなんだ。

変化がわかるのは、近くにいる人だからね。

ちょっと気がかりな高齢の方などに、気づいたら

地域ケアプラザや区役所へ連絡してね。

誰もが、住み慣れた地域で、孤立せず、

安心して暮らし続けられるまちにしたいんだ

戸塚区をどんどん優しいまちにしていきたいために、

みんなも協力してね！！



戸塚区には、ひとり暮らしの高齢者の方が約8200人（平成22年国勢調査）、認知症の方は約4800人（平成24年3月要介護認定情報）もいるんだよ。高齢者の方は、認知症が重くなったり、具合が悪くなっても、自分で相談に行けないことがあるから、心配なんだ。

戸塚区マスコットキャラクター

ウナシーのことも知ってる？

プロフィール

| | |
|--------|------------|
| 生年月日 | 2009年5月10日 |
| 星座 | おうし座 |
| たかさ | 153cm |
| おもさ | 47kg |
| 好きな食べ物 | 浜なし |
| 好きなところ | 柏尾川河川敷 |
| 特技 | どこでも寝る |

今回は、見守り協力事業者の皆さんに、みまもりネットの日々の活動をお聞きしました。



新聞屋さん

高齢者などが孤立せず安心して暮らし続けられるよう「できることからやるしかない」との思いで参加しています。

ひとり暮らし高齢者の新聞購読者の中で、新聞が溜まった場合、ご家族に連絡して欲しいとの申し入れもありました。

みまもりネットのおかげで、他の参加事業者間とのコミュニケーションが取れ、地域のみなさんと一緒にみまもりができるようになりました。

配達用のバイクには、みまもりネットのシールを貼っています。



配達時に挨拶をしたり、新聞が1日溜まったら声をかけるようにしたり、独自の見守りをしています。また、家族の連絡先を伺ってあるひとり暮らしの高齢者の方もいます。以前、新聞が溜まっていた方の家族に連絡をとることで、大事に至る前に救うことが出来ました。

みまもりネットができて、相談場所や仲間ができてよかったですと思います。

みんなでやらなきゃいけない。大変だけど、みんなでやりましょう。

毎日新聞



朝日新聞



みまもりネットの事業者登録から1ヶ月くらい経過した頃、普段は新聞を溜めない契約者の方が、新聞を溜めていました。不自然に思い、みまもりネットに連絡したところ、契約者は旅行をしていることが判明。みまもりネットを介して、実際に安否の確認が出来たことがすごかったと思いました。

郵便屋さん

私たちが「みまもりネット」の協力業者として登録しています。郵便物などの配達などを行うときに、普段と様子が違うと思ったときは、区役所や地域ケアプラザに連絡します。

また、バイクのキャリーボックスなどには「みまもりネット」と書かれたステッカーを、ボックスの中には、地域ケアプラザなどの連絡先を貼っています。

特に高齢化率の高いエリアでは、注意して見守るようにしています。

※郵便配達の方、郵便局の窓口の方、保険やゆうちょの外交員の方々に協力していただいています。

質問コーナー

Q 「ちょっと気がかり」ではなく、「これは緊急事態!？」というときは、どうしたらいいの？

A そんな時は、警察(110番)か、消防(119番)へ連絡してね!!

緊急事態の例

- * 徘徊している人がいる。(服装や靴がちぐはぐ。ぼんやりとして、うろろろしている。)→警察へ
- * 室内から応答がある(あるいは、人が倒れているようだ)が、扉が開かない。→消防へ
- * 昼間なのに電気が付きっぱなしで、異臭がする。→警察と消防へ



戸塚警察署 生命、身体、財産の保護等が警察の責務です。家に帰れなくなった高齢者の方がいた時は、警察で保護して、調査のうえ家族と連絡をとります。

通報があった時は、すぐに現場へ確認に行きます。孤独死の通報に対応していると、体調不良になる前、亡くなる前に救うことができたらと感じます。そのためには、日頃からの御近所同士のおつきあいが大事ですね。



戸塚消防署 消防は、傷病者の救出・搬送に機動力を持って対応しています。近隣の方からの通報で、熱中症や病気・転倒により動けなくなっている方を、窓を壊すなどして家に入り救出し、救急搬送することもあります。高齢者の方は、暑さやのどの渇きを感じにくくなるため、熱中症の危険性が高いのです。日頃の様子を御存知の、近所の方、自治会や民生委員の方が異変を感じて、連絡してください。そういう時、地域の力を感じますね! 異臭がしたときは、御連絡ください。ガス漏れや危険物の場合もあります。

戸塚区役所 緊急事態がどうかかわからない時、地域ケアプラザや区役所へ、相談があることがあります。でも、区役所には情報がないことがほとんどで、近隣の方に日頃の様子を伺います。民生委員の方など、近隣の方に、あらかじめその方の緊急連絡先をお知らせいただいている時は、すぐにそちらへ連絡して相談することができます。入院や旅行などで、数日不在にするときは、お隣に声をかけていくなど、ひとり暮らしの方自身の日頃の備えも、とても大切ですね。

*見守り協力機関：戸塚警察署、戸塚消防署、戸塚区社会福祉協議会、水道局戸塚サービスセンター

みまもり協力事業者のみなさん

平成24年4月25日みまもりネット
登録証授与式に御出席いただいた
郵便局と区内新聞販売店の
みなさんとハイポーズ！



バイクやお店に貼ってある
みまもりネットステッカー
が目印だよ！



(平成24年7月末日現在) 【新聞販売店】株式会社武田新聞舗、戸塚新聞販売株式会社、朝日新聞東戸塚販売株式会社、有限会社奥山新聞店、有限会社近藤新聞販売、有限会社ブルート、有限会社鈴木新聞店、大江新聞事業株式会社、毎日新聞戸塚西部専売所、読売センター戸塚中央、読売センター原宿、株式会社ユース、読売新聞戸塚汲沢サービスセンター、読売新聞戸塚東部専売所、読売新聞戸塚平戸専売所、読売新聞戸塚南部専売所、読売新聞戸塚西部専売所、読売新聞東戸塚専売所、【郵便事業者】郵便事業株式会社(戸塚支店、横浜泉支店)、株式会社ゆうちょ銀行(戸塚店、横浜泉店)、郵便局株式会社(戸塚郵便局、横浜泉郵便局)、【水道局業務受託事業者】秋山高専株式会社、【セブン・イレブン】横浜上矢部町店、横浜矢部店、横浜日の森店、横浜東戸塚駅東口店、横浜東戸塚駅西口店、横浜戸塚上倉田店、横浜上倉田中央店、横浜戸塚汲沢1丁目店、横浜戸塚平戸店、横浜小雀町店、横浜深谷町店、横浜東保野町店、横浜原宿店、横浜原宿3丁目店、横浜戸塚吉田町店、西戸塚店、南戸塚店、横浜戸塚町日之出橋店、横浜下倉田町店、横浜戸塚名瀬町店

登録業者を募集しています。

■地域ケアプラザ・・・高齢者の方などの相談窓口(地域包括支援センター)があります。御自宅へ訪問もします。

【開館時間】 月～土曜日:午前9時～午後9時、日曜・祝日:午前9時～午後5時

【休館日】 年末年始(12月29日～1月3日)館内定期点検日(月1回:ケアプラザによる)

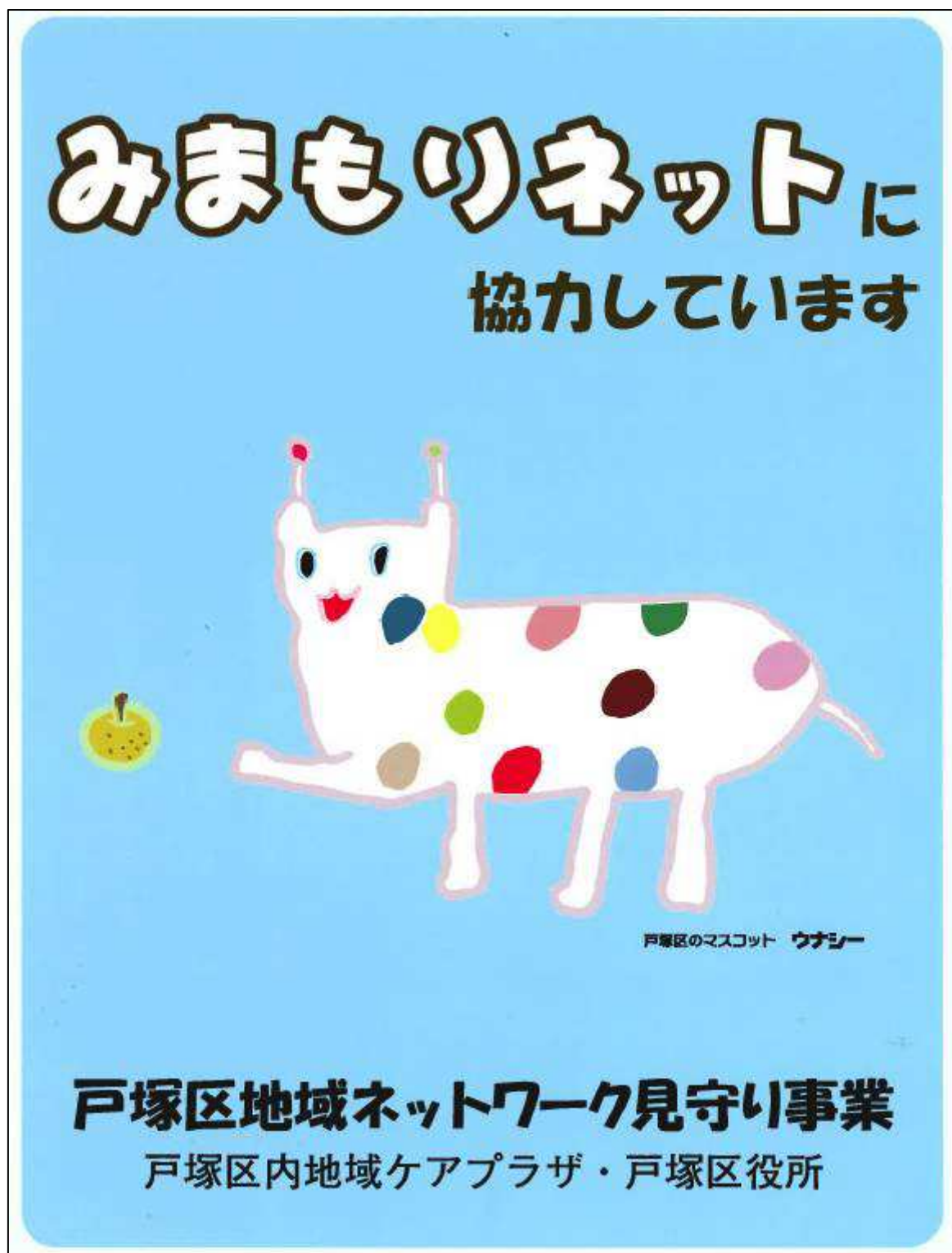
| 地域ケアプラザ | 対象地域 | 所在地 | 代表電話番号 |
|---------|--|------------|----------|
| 上 矢 部 | 鳥が丘、矢部町の一部(JR線の西側)、上矢部町の一部(※) | 上矢部町2342 | 811-2442 |
| 東 戸 塚 | 秋葉町、川上町、品濃町、上品濃、前田町 | 川上町4-4 | 826-0925 |
| 上 倉 田 | 上倉田町、南舞岡一丁目～四丁目、舞岡町の一部(舞岡上郷線の南側) | 上倉田町259-11 | 865-5700 |
| 汲 沢 | 汲沢町、汲沢一丁目～八丁目 | 汲沢町986 | 861-1727 |
| 平 戸 | 平戸一丁目～五丁目、平戸町 | 平戸2-33-57 | 825-3462 |
| 原 宿 | 原宿一丁目～五丁目、小雀町、影取町、深谷町、保野町、東保野町 | 原宿4-36-1 | 854-2291 |
| 舞 岡 柏 尾 | 上柏尾町、柏尾町、吉田町、舞岡町の一部(舞岡上郷線の北側)、矢部町の一部(JR線の東側) | 舞岡町3705-10 | 827-0371 |
| 南 戸 塚 | 戸塚町 | 戸塚町2626-13 | 865-5960 |
| 下 倉 田 | 下倉田町 | 下倉田町1951-8 | 866-2020 |
| 名 瀬 | 名瀬町、上矢部町の一部(※) | 名瀬町791-14 | 815-2011 |

※上矢部町462番地の1、462番地の3、462番地の4、467番地の2、498番地～512番地、747番地～1020番地は、名瀬地域ケアプラザの対象地域です。

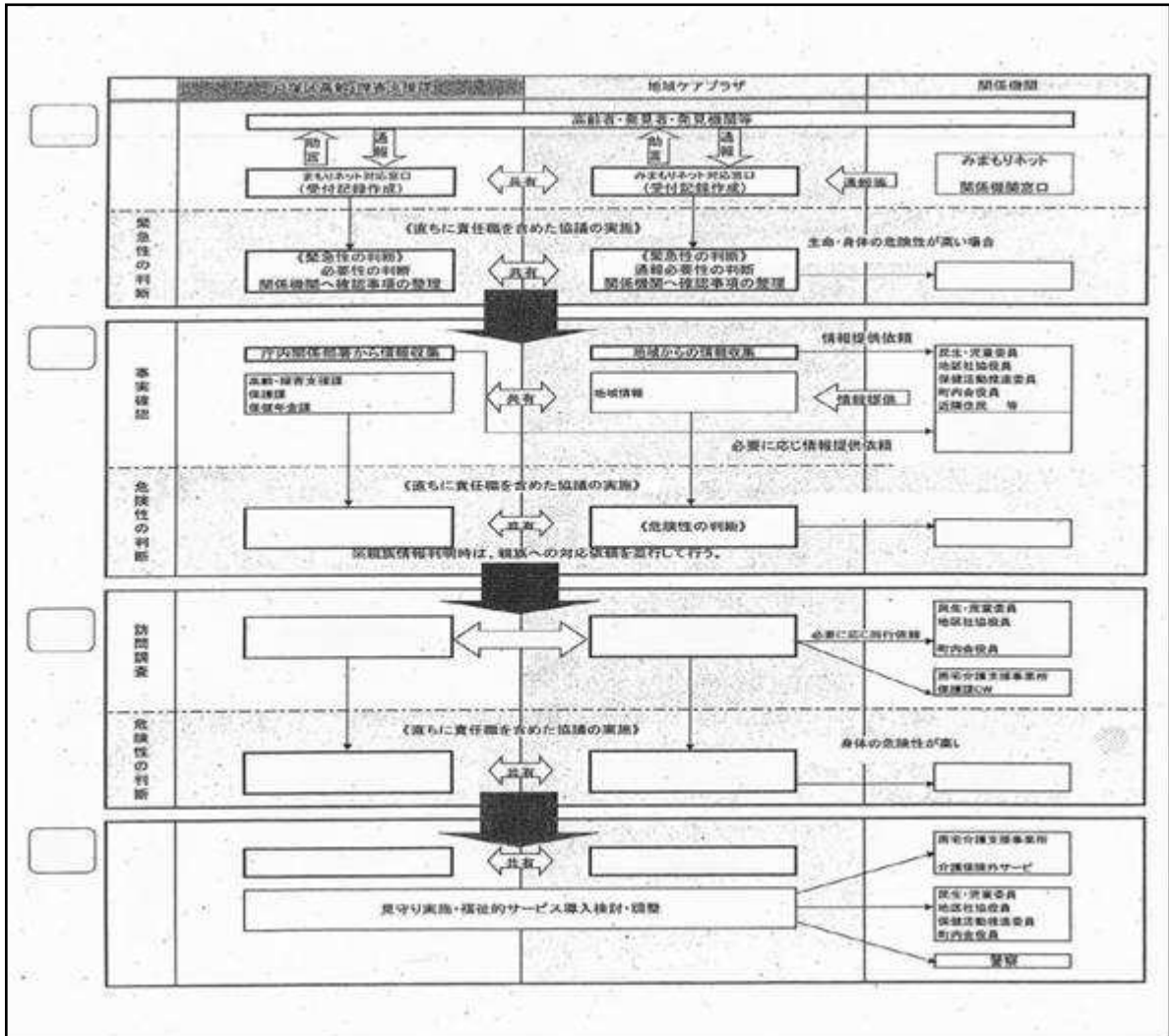
戸塚区役所 戸塚区戸塚町157-3 戸塚区総合庁舎3階30番窓口
高齢・障害支援課 高齢者支援担当 866-8439、高齢・障害係 866-8429

地域の力 自治会・町内会 絆 深めて 住みよい戸塚区
自治会・町内会に入ろう! 戸塚区は自治会・町内会への加入を勧めています。

図表 98 広報用ステッカー



図表 99 緊急対応フロー図 (案)、相談チェックリスト、マニュアル



戸塚区地域ネットワークみまもり事業 初回相談チェックリスト(受付記録)(案)

H24.12.18

| | | | | | | | |
|---------------|----|--------|-------|----------------------|---|-------|---|
| 対象者 | 氏名 | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 | 日生() | 歳 |
| | 住所 | 電話番号 | | | | | |
| 相談者 | 氏名 | 男・女 | 所属・関係 | | | | |
| | 住所 | 電話番号 | | | | | |
| 聞き取り者 | 氏名 | 聞き取り日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 本人の居場所がわかる | | | | 本人の居場所がわからない | | | |
| ■本人情報がわかる | | | | ①最後本人を確認したのは | | | |
| ①本人の意識 | | | | 日時 年 月 日 時 分 | | | |
| イ、あり | | | | 場所 | | | |
| i 身体状況 | | | | ②最後本人を確認した人物 | | | |
| □自力で動く | | | | 名前 | | | |
| □自力で動かない | | | | 関係 | | | |
| ii 本人の主訴の状況 | | | | ③年分かつている | | | |
| iii 本人の精神状況 | | | | イ、集合住宅か戸建 | | | |
| □、なし⇒救急へ通報 | | | | i 集合住宅 | | | |
| | | | | □オートロック □オートロックではない | | | |
| | | | | 管理会社の連絡先 | | | |
| | | | | □分かる | | | |
| | | | | □分からない | | | |
| ②発生場所 | | | | ii 戸建 | | | |
| イ、住所 | | | | ◎庭木の状況 | | | |
| □、目印となるもの | | | | □荒れている □整然としている □その他 | | | |
| ③発生日時 | | | | ◎車・自転車・車いすの有無 | | | |
| 年 月 日 時 分 | | | | □車 □自転車 □車いす □その他 | | | |
| ④相談者からの主訴 | | | | □、電気がついているか分かるか | | | |
| | | | | □ついている | | | |
| | | | | いつから(年 月 日～) | | | |
| | | | | 場所() | | | |
| | | | | □わからない | | | |
| 親族情報 | | | | ハ、洗濯物の状況 | | | |
| 名前 | | | | □干してある | | | |
| 続柄 | | | | いつから(年 月 日～) | | | |
| 連絡先 | | | | 場所() | | | |
| | | | | □干してない | | | |
| | | | | □わからない | | | |
| ■本人情報がわからない場合 | | | | 二、郵便受けの状況 | | | |
| ⇒警察へ通報 | | | | □たまっている | | | |
| 確認されるであろう事項 | | | | いつから(年 月 日～) | | | |
| ①発見日時 | | | | 場所() | | | |
| ②性別 | | | | □ない | | | |
| ③発見場所 | | | | □わからない | | | |
| ④外見上の特徴 | | | | ホ、その他 | | | |
| 体型 | | | | | | | |
| 頭髪 | | | | | | | |
| 着衣(種類・色) | | | | | | | |
| 履物 | | | | | | | |
| ⑤その他 | | | | | | | |
| 持ち物・所持金 | | | | | | | |
| 健康状態 | | | | 決裁 | | | |
| | | | | 課長 係長 地区担当 聞き取り者 | | | |
| 認知症の程度 | | | | | | | |

戸塚区地域ネットワークみまもり事業 安否確認訪問時間現場チェックリスト (案)

I 訪問概況
 訪問()回目 年 月 日() 時 分
 訪問者①氏名 所属
 訪問者②氏名 所属
 H24.12.18

対象者氏名()
 男・女) 住所()

II 訪問時確認事項

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. 通常確認 | 反応あった場合の対応 |
| 明確な異臭の有無の確認 | |
| チャイムを鳴らす | |
| ドアを叩いて呼びかける (※門扉がなく、侵入とならない場合のみ実施) | ア. 救急要請 イ. 本人の無事を確認 ウ. その他() |

反応がない場合、以下の事項を確認してください。
 全て手を触れずに見える範囲内での確認とし、敷地内への立ち入りや捜索行為は原則行わないこと。

| 2. 詳細確認 | 確認内容 | 特記事項 |
|---------------|------------------------------|-------------------------|
| 外ポストの郵便物・新聞確認 | ア. 確認できる(詳細を特記に記入) イ. 確認できない | ()日分程度 ()年()月()日が直近 |
| ドアポストの郵便物 | ア. 確認できる(詳細を特記に記入) イ. 確認できない | ()日分程度 ()年()月()日が直近 |
| 電気メーター確認 | ア. 確認できる(詳細を特記に記入) イ. 確認できない | 数値() |
| 水道メーターの確認 | ア. 確認できる(詳細を特記に記入) イ. 確認できない | 数値() |
| 窓の確認 ①雨戸 | ア. 開いている イ. 閉まっている ウ. 確認できない | |
| ②窓 | ア. 開いている イ. 閉まっている ウ. 確認できない | |
| ③カーテン | ア. 開いている イ. 閉まっている ウ. 確認できない | |
| ④室内の灯火 | ア. 点いている イ. 消えている ウ. 確認できない | |
| 洗濯物の有無 | ア. 有り(詳細を特記に記入) イ. 無し | |
| 車・自転車・車いす | ア. 有り(詳細を特記に記入) イ. 無し | |

※その他特記 (管理会社、管理人等連絡先)

(7) 栃木県大田原市

1) 概要

| | |
|---------|----------|
| 市町村名 | 大田原市 |
| 管内人口 | 74,582 人 |
| 管内センター数 | 3 箇所 |

(高齢化率と推移、過疎状況、社会資源の集中・散在状況、住民意識、中心的な産業等)

高齢化率 22.81% (平成 25 年 1 月 1 日現在)、平成 29 年度には約 27% に達する見込みである。山村部では過疎化が進み、高齢化率 40% に近い地域もある。

行政機能・学校・商業施設・事業所・病院・介護施設等は中心部に集中している。市域全体は、豊かな自然を生かした農業や、工業団地誘致による優良企業の進出などを中心とし、農工業の調和のとれた田園工業都市である。東部は山村部であり、西部に工業団地がある。日常生活圏域は 13 か所ある。

<地域包括支援センターの概要>

地域包括支援センターは、中央・東部・西部に 1 か所ずつ配置されている。それ以外に、市役所内に基幹型支援センターがあり、3 センターのバックアップや連絡・調整を行っている。

3 センターは、全て委託である。地域包括支援センターの職員は 6 つの在宅介護支援センターからの出向者である。

地域包括支援センターは、委託先の法人内ではなく、市の福祉センターなどの公共施設を活用して設置されている。職員も委託先の職員としてではなく、公正中立な立場として活動・勤務している。

2) 事例の内容

取組：安心生活創造事業等の生活支援

① 取組に至った背景・問題意識

平成 20 年度より地域住民アンケートや地域座談会などを開催し、それらをもとに平成 21 年度に市福祉課が「地域福祉計画」、社会福祉協議会が「地域福祉活動計画」を策定した。その際、「ご近所同士が地域で支え合うネットワークづくりが必要」との声が多く挙げられた。

座談会を開催して地域住民の意見を聞いたところ、高齢者や障害者、子どもの施策を分けせず一体として見守り活動ができないかという意見が多く、地域ぐるみで、対象をあまり限定せずに見守りを行うことが提案された。

社会福祉協議会では自治会ごとに福祉委員を委嘱し、自治会・民生委員等と協力して地域の支え合いのつながりを進め、地域の高齢者等を見守る「小地域ネットワーク活動」を行い、また地区社会福祉協議会では食事サービスや友愛訪問活動を通して見守り活動に取り組んでいた。しかし、それぞれの活動に参加者が少なく(参加者の固定化)、行政などの機関やそれぞれの活動の連携も不十分であった。活動メンバーが固定化してくると、見守りにも隙間が出てくる、手が届かないところもでてくるので、地域住

民全体での見守りが必要だという指摘も行われていた。

行政などの機関やあらゆる活動が連携したご近所同士が支え合う仕組みづくりを目指すため、厚生労働省のモデル事業である「安心生活創造事業」(⇒図表 99 を参照)を実施した。安心生活創造事業を1地域(黒羽地区)からはじめて地域を次第に広げている。安心生活創造事業をまだ取り組んでいない地域では、これまでの小地域ネットワーク活動が展開されている。安心生活創造事業は、小地域ネットワーク活動を拡大したものである。

行政機関相互の連携を進めるとともに、民生委員や自治会役員等の役職者から住民全体へ活動の主体を広げようと考えたことが契機である。

<地域におけるボランティア活動の土壌>

県内で子どもの行方不明事件が発生した折に、学童の防犯パトロールを導入するなど、地域的なボランティア活動は盛んな土壌はあった。

福祉委員(平成 24 年度 166 人・各自治会に 1 人ずつ:社会福祉協議会から委嘱されている)の活動も盛んであった。しかし、安心生活創造事業はそうした役職にはこだわらずに進めることになった。もともと、気になる住民のいる住宅を福祉委員が訪問して、緊急連絡先などを確認したネットワークカードの作成を行っていた。ボランティアのため、福祉委員間で活動の濃淡があることが、課題であった。

② 取組開始までの経緯

<最初に導入された黒羽地区の例>

- 平成 21 年 8 月 実施地域の指定(黒羽地区)、説明会
- 10 月 自治会単位で見守り組織を結成、支え合いマップ作り
- 平成 22 年 3 月 黒羽見守り助け合い隊発足、戸別訪問
- 4 月 見守り開始、対象者を順次拡大

他地域でもおおむね上記のような手順である(時期等は地域によって違う)。地区社会福祉協議会単位でモデル地区を指定し見守り組織を発足している。市内 12 地区社会福祉協議会のうち、平成 21 年度黒羽地区、平成 22 年度佐久山地区、平成 23 年度紫塚地区、平成 24 年度親園・西部地区が見守り組織を発足した。平成 25 年度は東部・湯津上・須賀川地区を予定しており、今後 2~3 年の内に市内全地域に拡大していくことになっている。

最初に黒羽地区で実施したのは、昔から見守り活動・小地域福祉ネットワーク活動が活発であったこと、地域におけるリーダー役の方がいたこと、及び地域のまとまりが良かったこと、が大きな要素だった。高齢化率等は他地域とそれほど違いはない。黒羽地区には 13 自治会があり、自治会長(区長)会の会長と地区社会福祉協議会の会長が同一人物でリーダーシップをとってくれた。具体的には、自治会長達や社会福祉協議会の活動をとりまとめてくれた。現在も、見守り組織に参画されている。

活動を始めるに当たっては説明会を頻繁に開催した。自治会長を含めた住民の参加を通じ、どのような手順で事業を進めていくかという点を詰めていった。

<地域包括支援センターの役割>

在宅介護支援センターが民生委員との協力・連携や地域ケア会議を担当していたが、地域包括支援センターがそのままその役割を引き継ぐとともに、民生委員と協力・連携しながら個別支援の関わりを行っている。

当初、地域包括支援センターの知名度は地域において低く、黒羽地区で事業が始まってから(平成21年8月から)2年ほどは地域包括支援センターの担当者は、本事業の関係機関として参加する立場であり、会議の場で意見を述べるにとどまっていた。2年経ってみて、やはり地域包括支援センターも本事業の実施機関として参加しないとうまく進まないということが分かり、それが地域の人たちにも理解されたので、3年目からは実施機関として参加している。3年目に、本事業の実施主体が市福祉課社会福祉係から高齢者幸福課基幹型支援センター係に変更されたことも、地域包括支援センターも実施主体に加わる契機となった。

実施機関に参加する以前は、支え合いマップができていたことも知らない状況で、個別ケースの相談が来て初めて、マッピングがされていることを把握する状況だった。実施機関として参加するようになってからは、うまく連携がとれるようになっている。また、地域住民が持っているニーズを地域包括支援センターが的確に把握できるようになっている。

<支え合いマップ>

支え合いマップは、具体的な見守りの対象者を地図上にマッピングしたものである。

支え合いマップ作りは自治会ごとに行う。テーブル3つ分ほどの大きな地図に、見守りの必要な住民の自宅などを書き込んでいく。福祉委員の作成したカード(前述)の情報があれば、それを活用して作成していく。それ以外にも、地域住民が持っている情報をできる限り追加して作成していく。マッピングは、一人暮らしの住宅には「赤」、高齢世帯の住宅には「青」などと色分けして行っている。また、マップとは別の用紙に、見守り対象者の家族の状況や精神状況・身体状況、仲の良い住民などの情報も書き込んでいく。

マッピングのための会合は1自治会90分程度で、会合を行って作成している。参加者が集まりやすい、主に夜の時間帯に、公民館などで作成している。いろいろな立場の住民が参加することで、マッピングの作成にとどまらず様々な情報の共有が行われている。

マップ作りは、住民の主体的な活動にしている。そのため、地域包括支援センターが持っている情報は、はじめから提供はせずに、住民から自主的に情報が上がってくる形になるよう配慮している。行政や地域包括支援センターから「やらされている」という印象が出ないようにしている。住民からの情報を得ることで、地域包括支援センターの情報とのギャップも把握できる。

ただし、住民主体の活動であるために、情報に抜けや漏れはある可能性はある。地域包括支援センターで見守りの必要な高齢者の情報を把握していても、住民から情報提供のない場合では、マップには掲載されないケースもある。地域として関わりを持ちたくない困難事例のケースもあるかもしれないので、地域包括支援センターからの情報提供(リストの追加)は慎重に行っている。

マップ作りに参加した住民は、概ね見守り組織の活動のメンバーになっており、マップ作りが実際の活動につながっている。

<個別訪問>

マッピングされた見守り対象者(独居高齢者・高齢世帯・その他障害者など)については、地域住民と行政・社協・地域包括支援センター担当者が2名1組で訪問して、事業の説明を行って同意書を取得している。その際に、生活状況などを確認したり、世帯の状況を把握したりしている。ただし、見守りを拒否されるケースもあり、その場合には強制はしていない(そのような場合、新聞受けの状況や洗濯物の状況等、外から見守るようにしている)。

<活動の周知・PR>

事業では、地区ごとに見守り組織の名称やカラー、のぼり、ロゴなどを決めている。(⇒図表 101 を参照)

地区によっては、小中学校に依頼して小中学生のロゴを採用している。小中学校と連携すると、保護者を巻き込んだ事業の周知・PRにつながる。のぼりなどは見守り組織の発足式や地域の文化祭などにも活用されている他、買物ツアーの目印や社会福祉協議会の入り口での飾りにも活用されている。

<財源措置>

平成 21～25 年度は厚生労働省の補助事業である。平成 26 年度以降の財源については、検討中である。

③ 取組の内容

自治会単位で見守り組織を結成し、高齢者等地域で支援の必要な人に対して見守り(声掛け・安否確認等)や買物支援を行う。

地域にある警察、消防、商工会、新聞販売店、郵便局、ヤクルト販売店、学校等と協定書を結び、連携して日常業務の範囲内で見守り活動に協力して頂いている。

地域住民から「主任(コーディネーター)」を雇用し、行政とのパイプ役、また地域からの相談役としての役割を果たすことで、住民主体の活動であることが理解されている。

買物ツアー、会食会(ソバ打ち等)、茶話会(国際医療福祉大学の学生の協力による健康体操や話相手活動)等様々な活動を行うことで、見守り活動への理解が進むと同時に、対象者が増えていった。

<主任(コーディネーター)>

主任(コーディネーター)は、地域のことをよく知っている方々に、非常勤として就任して頂いている。

主任(コーディネーター)の報酬については、市から社会福祉協議会への事業の委託料の中から、本人に支払われている。報酬金額は稼働の時間に応じた、時間当たり単価の積み上げである。

<住民の参加者の拡大について>

佐久山地区の例では、自治会の役員は1年交代なので、1年間自治会の役員をして頂いた方に終了後に見守りメンバーに参加して頂くように声かけしている。その他の地区では、リーダー役の住民から声かけしてもらおう等の形ですそ野を広げてきている。遠くの人を見守るのではなく、近くの人を見守る形が多

い。

<関係機関の活動>

佐久山地区では、ふれあい型食事サービス事業(昼食)の配達時に警察官に同行訪問頂いている。警察側も、地域の状況を把握できるメリットがある。

新聞店では、新聞を新聞受けに入れる時に少し出しておいて、新聞をとったかどうか外から確認できるように工夫し、見守りしてもらおうケースもある。

郵便局では、高齢者や一人暮らしの方への郵便物は、なるべく手渡しで配達してもらおうようにして、通常業務の中で見守りにつなげるようにしてもらっている。偶然、郵便配達をした時に応答がなかったの、庭先に回ってみたら、本人が倒れていたのを発見した、というケースもある。

関係機関・関係者の連絡会議が年1回開催されており、関係者間の意見交換や情報共有を行っている。

<買物ツアー>

バスをチャーターして、スーパーマーケットに行く買物ツアーを実施している。その際国際医療福祉大学の学生にもご協力いただき、ペアを組んで買物をしている。

足が不自由で出かけることが難しい方については、見守り隊員が買物を代行するなどの買物支援をしている。

佐久山地区では、買物の宅配の注文の取り次ぎを行い、事業者から宅配してもらっている。

買物については、やはり自分の目で見て買物をしたい、というニーズが多い。

<ほほえみセンター>

ほほえみセンターは、市役所が運営を支援している介護予防の拠点である(⇒図表100を参照)。現在、市内に23か所あり、主に予防事業に関与している。なお、2次予防(基本チェックリストの配布や対象者の抽出・事業の実施等)は市の介護予防係が担当しており、介護予防係の中に保健師・栄養士・理学療法士が配置されて活動している。(地域包括支援センターは、2次予防事業の介護予防アセスメントとモニタリング等を担当している。)

当市では、地域支援事業の制度が始まる以前から、介護予防の取り組みを行っている。ほほえみセンターの活動は、地域の自主的な取り組みであり、活動内容は地域ごとにより異なっている。地域包括支援センターの担当者は、各ほほえみセンターの会合に年2回ずつ参加して、介護予防の情報提供や意見交換等を行っている。介護予防教室として、口腔の話や嚥下の話・栄養の話等の講話も行っている。

ほほえみセンターは、介護予防や1次予防の取り組みの場となっており、民生委員などが集まる機会も多いので、地域包括支援センターの担当者はほほえみセンターに訪問すると、地域の人たちの状況(特に要介護認定を受ける一歩手前の状況の住民)が分かる。そうした住民と顔見知りになっていることで、介護保険の認定の相談があった時に、円滑な状況の把握が可能となっている。

ほほえみセンターの活動に参加する住民の中から、リーダー役を見出すこともある。

④ 取組の効果

<地域包括支援センターにとっての効果>

地域からの相談等が寄せられやすくなり、地域と顔の見える関係ができ、連携が図られるようになってきた。個別ケースについて、見守り関係者や多職種などと連携し「地域包括ケア担当者会議」を開催することで地域と連携した個別支援を検討することができるようになった。

地域包括支援センターと民生委員との連携は強化できた。佐久山地区では民生委員との情報交換会も年2~3回開催しているので、民生委員と顔を合わせる機会が多くなった。地域包括ケア会議等で情報交換もしていたものの、なかなか個別の情報共有まではできていなかったが、本事業の取り組みを進める中で、個別事例に関する情報共有を進めることができた。

自治会がどのように地域住民を見守るかの検討や意識の共有化を関係機関で行うことができるようになった。自治会から連絡を受けて、地域包括ケア担当者会議を開催することもある。

地域包括ケア担当者会議では、自治会長・地域警察署の駐在員・銀行の担当者等も参加して状況を確認して対応を検討している。関係者が一堂に会することでより濃密な見守りができている。

困難事例については、地域包括支援センターと民生委員が話しあって対応を検討しており、連携が緊密になっている。

地域包括支援センターと自治会の役員の皆さんが協力・連携できるようになった。

<自治体にとっての効果>

高齢、障害、児童など部署がそれぞれ個別に支援するのではなく、関係部署が連携して支援していく機運が高まってきた。

自治体としては、縦割りで対応するのではなく、1つの施策について総合的に対応する必要性について認識が高まってきた。

<住民にとっての効果>

今まで自治会長・民生委員・福祉委員等だけの見守りの目が地域住民に広がることで、見守りをする側の負担が減ると同時に、今まで見えてこなかった課題を掘り起こすことができた。

地域全体の協力体制が強くなり大きくなったことで、地域住民の安心感は大きくなった。

住民の間でも、地域が地域を見守らないといけなく、という意識が高まっている。民生委員や自治会の役員等一部の住民だけでなく、住民全体で活動していこうという機運も高まっている。役職者の負担も軽くなったし、見守りの視点が複眼的になっており、いろいろな角度からの見守りができるようになっている。

⑤ 今後の課題

この事業では「主任(コーディネーター)」の存在はなくてはならないものであり、主任(コーディネーター)雇用のための財源が必要である。事業実施地区の増加に伴って、主任(コーディネーター)の数は、2~3年のうちに現在の倍の人数が必要になる。また、住民主体の見守り活動の継続的な支援・問題ケースの対応・実施地区の拡大により、事務局職員のマンパワーの確保も必要である。

問題ケースは一つの部署だけでは解決できず、複数の部署で総合的に対応しなければならないケースが増えている。市役所内部でも部署・専門職間での連携体制を構築しなければならない。連携を深めるだけでなく、市の体制全体も拡充していく必要がある。マンパワーは事業の拡大に応じて増やしていく必要がある。社会福祉協議会の人員も拡充していく必要がある。

住民主体で進めているため、住民意識、組織化の度合い等で地域格差が出てきている。また、「できること」から支援を始めたが、さまざまな支援をすることによって、住民の負担が大きいと感ぜられるケースも出てきている。長期的・継続的に事業を展開するには「無理をしない活動」を考えていかなければいけない。

見守り困難事例の検討会議を年2回程度開催することも検討している。地域包括支援センター等が把握しており、住民が作成するマップで漏れている困難事例のケースもあり、そうしたケースは地域に積極的に関わってもらうことは難しい。例えば、うつ病の人について、地域から「自分達だけでは難しい」と言われるケースがあった。そのケースについては、保健師にも入ってもらって、介護保険のデイサービスの導入を行った。

ただし、地域住民には、「専門職が入っているので自分達は何もしなくてよい」とは考えてほしくない。あくまでも、まずは地域住民が地域のことに対応する形は維持していきたい。(平成19年度の事例であるが、徘徊時のひどい方で、徘徊時に誰も声かけしてくれなかったため、死亡に至ったケースもある。そうしたケースを無くしていくことが課題である。)

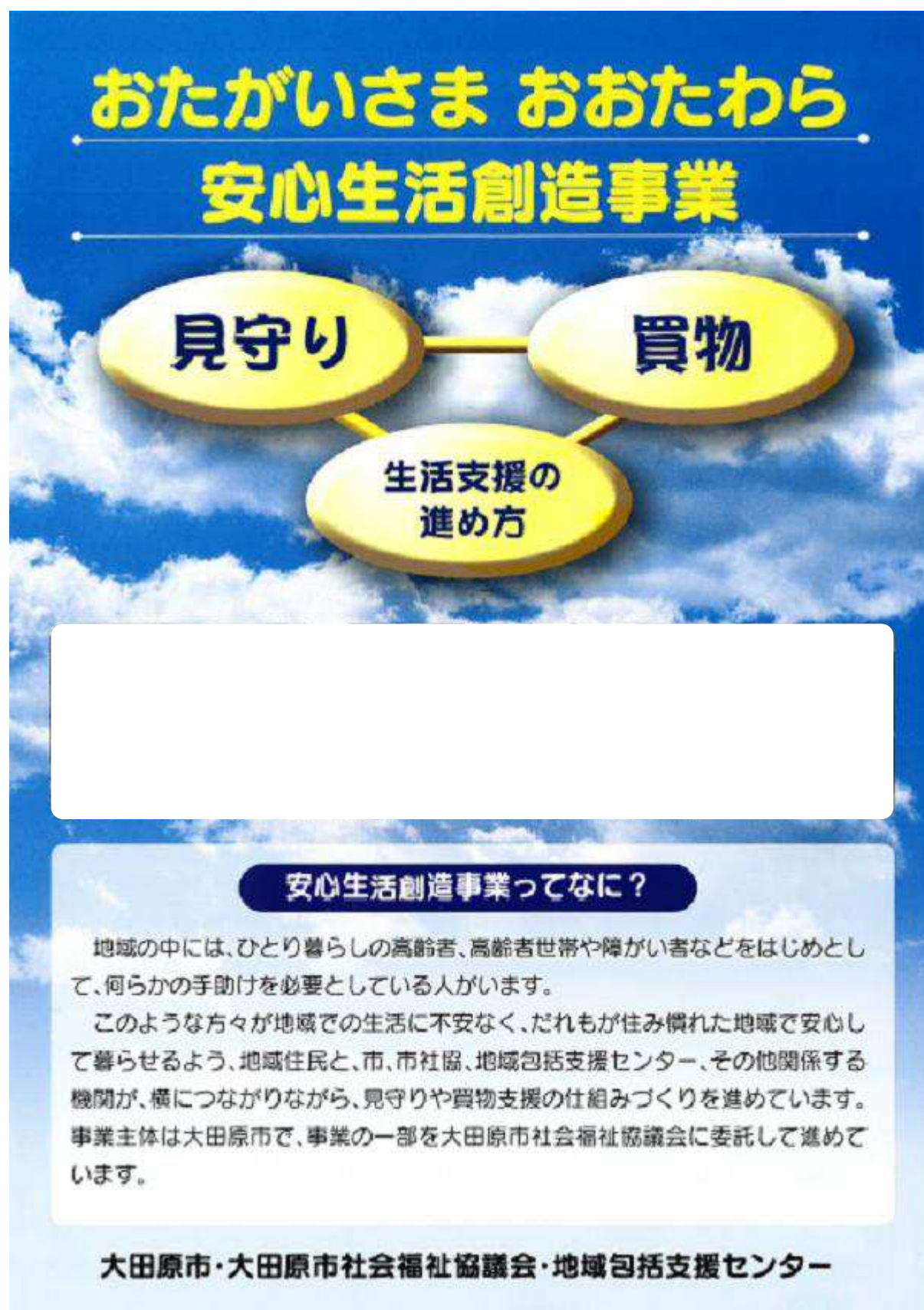
<医療との関わり>

かかりつけ医との関わりは重視しているし、地域によっては開業医が見守りの関係機関として参加しているケースもある。開業医から、「糖尿病の薬剤を指示した通りに飲んでくれないので、日常生活の状況を見てほしい」という依頼が地域包括支援センターに入ったケースがあり、地域包括支援センターの担当者が自宅を訪問して情報の把握を行い、医師と連携して対応を行った。在宅医療に熱心な医師もあり、今後も関係・連携を深めていくことになると思う。

大きな病院でも、地域連携を進めており、入院中からカンファレンスに地域包括支援センターの担当者が出向いて参加するケースもある。病院とは主にMSW(医療ソーシャルワーカー)と協力・連携を進めている。最近2年ほど、病院のMSWや地域のケアマネジャーを集めた研修会(+懇親会)を開催しており、地域の関係者の間で『顔の見える関係』を作るようにしている。そうした取り組みを基盤として、入院中の患者についても情報共有が行いやすくなった。

本事業の開始に当たっては、開業医を1軒1軒回って、説明や協力依頼を行うとともに、医師の往診対応の状況も把握した。最近、医療機関の敷居は低くなっていると感じる。

図表 100 安心生活創造事業の概要



事業の対象者・事業のサービス内容

対象者は…

- ひとり暮らし高齢者
- 高齢者世帯
- 日中ひとり暮らし高齢者
- 障がい者
- 認知症などの支援が必要な人
- その他

※65歳以上の高齢者に限定はしない

支援の内容は

- 定期的な見守り
早期発見・早期対応
不安解消・情報支援
- 買物支援
生活に必要な物を調達
情報の提供・買物代行
宅配の活用・移動販売 など

事業の進め方 原則に沿って事業を進めていきます

※原則1～原則3を基本に地域の特徴を活かし、話し合いながら進める。

原則 1

地域において見守りや買物支援を必要とする人を把握する 【もれのない把握・対象者のニーズを把握】

① 見守りマップづくりなどにより支援が必要な人を発見する作業をします
情報提供者として、自治会長、民生委員児童委員、福祉委員、公民部長、班長(組長)等の協力

② 支援を必要とする方の発見ができれば

訪問調査により、ニーズを把握

要援護者と面談のある方、例えば、自治会長、民生委員児童委員、福祉委員、班長(組長)と
行政、社協、地域包括支援センターが同行し、戸別訪問調査

原則 2

対象者がもれなくカバーされる地域の支援体制をつくる 【対象者の見守りや買物支援をする体制づくり】

① 見守りの活動をする組織づくり(既存の体制を活用)

自治会ごとに地区隊を組織し、地区全体の組織として活動します。

自治会長、民生委員児童委員、福祉委員、公民館長、協力員などが隊員として活動します

② 関係機関と連携した見守りの協力依頼

郵便局、新聞店、水道検計員、ヤクルト販売店、学校、介護施設、ほほえみセンター、商店会、国際医療福祉大、ケアマネジャー、警察、消防、ボランティアなど

③ 協力員の配置(調査結果を踏まえて)

見守り・買い物・日常生活支援をする方を募集し、協力員(ボランティア)として活動に参加していただきます

④ どんな活動をしているのか

- 定期的な見守り 声かけ、安否確認
- 見守りが必要な方の把握 マップづくりや支援体制づくり
- 見守り通信の発行配布
- 簡単な生活支援 ゴミ出し、小修繕
- 交流できる機会をつくる 会食会、茶話会、買物ツアー



原則 3

活動の自主財源確保を進める

● 事業を継続するための財源を確保する

多額の財源を確保するというより、事業の気運を盛り上げるための地域活動として位置付けています。バザーなどを通して、事業を実感できる仕組みを考えましょう。

安心生活創造事業実施対象地区 市内12地区社会福祉協議会

モデル指定地区

- 平成21年度 黒羽地区社会福祉協議会（黒羽見守り助け合い隊）
- 平成22年度 佐久山地区社会福祉協議会（佐久山おもいやり隊）
- 平成23年度 紫塚地区社会福祉協議会（紫塚地区見守り隊）
- 平成24年度 大田原西部地区社会福祉協議会
親園地区社会福祉協議会

- ① 大田原東部地区社会福祉協議会
- ② 金田地区社会福祉協議会
- ③ 野崎地区社会福祉協議会
- ④ 湯津上地区社会福祉協議会
- ⑤ 川西地区社会福祉協議会
- ⑥ 両郷地区社会福祉協議会
- ⑦ 須賀川地区社会福祉協議会

安心生活創造事業を支援する機関

- 大田原市高齢者幸福課 TEL 23-8757
- 大田原市社会福祉協議会 TEL 23-1130
- 大田原市社会福祉協議会湯津上支所 TEL 98-3715
- 大田原市社会福祉協議会黒羽支所 TEL 54-1849
- 大田原市中央地域包括支援センター TEL 20-1001
担当地区：大田原小・紫塚小学区・金田北・金田南
- 大田原市西部地域包括支援センター TEL 20-2710
担当地区：西原小学区・親園・野崎・佐久山
- 大田原市東部地域包括支援センター TEL 53-1880
担当地区：湯津上・黒羽

図表 101 ほほえみセンターの概要

『ほほえみセンター』で介護予防を!

平成24年度に
1ヶ所の新しいほほえみセンターが開所いたしました。

新しく開所したセンター

須賀川ほほえみセンター

以前からありました「須賀川ほほえみセンター」は平成24年4月から「須佐木ほほえみセンター」に名称変更となりました。

市内に23ヶ所のほほえみセンターがあります。

(裏面ほほえみセンターマップのとおり)

ほほえみセンターとは?

高齢者の方が、寝たきりや認知症にならないために集い、介護予防事業や生きがい対策事業、同じこもり予防事業を実施する施設です。

地域住民が中心となり、「ほほえみセンター管理運営委員会」を組織し運営しています。また、日常的な運営は、ボランティアとしての「ほほえみサポーター」が担っています。

④ ほほえみセンターの内容 ④

● 介護予防事業

市から保健師等が伺い、筋力向上トレーニング、栄養改善、口腔ケア等の事業を実施します。

● 自主的な事業

絵手紙、輪投げ、手芸、折り紙
カラオケ大会、食事会
グラウンド・ゴルフ、ゲートボールなど



図表 102 A地区の安心生活創造事業のロゴ



2. 地域包括支援センター調査

地域包括支援センターが行っている「医療介護連携」、「地域ケア会議」、「安心地域支え合い体制づくり」に関する取組内容を把握するためにヒアリング調査を実施した。

(1) 朝来市地域包括支援センター

1) 概要

(保険者)

| | |
|---------|---|
| 市町村名 | 兵庫県 朝来市 |
| 管内人口 | 33,295 人（平成 25 年 1 月 1 日現在） うち要支援・要介護認定者数 2,134 人（平成 24 年 12 月末現在） うち要介護認定者数 1,523 人（平成 24 年 12 月末現在） |
| 管内センター数 | 2 箇所 |

(地域包括支援センター)

| | |
|-------|---------------------------------------|
| センター名 | 朝来市地域包括支援センター |
| 設置主体 | 直営 |
| 職員配置 | 保健師：3 人 社会福祉士：1 人 主任介護支援専門員：3 人 |
| 要支援者数 | 623 人 |

(高齢化率と推移、過疎状況、社会資源の集中・散在状況、住民意識、中心的な産業等)

朝来市は、兵庫県のほぼ中央部に位置する。京阪神からは鉄道、高速道路等を利用しておよそ 1 時間半から 2 時間の距離で、姫路からは JR 播但線や播但連絡道路等を利用しておよそ 1 時間で直結する距離にあり、但馬・山陰地方と京阪神大都市圏を結ぶ交通の要衝の地にある。平成 18 年 7 月 22 日に北近畿豊岡自動車道が和田山まで開通し、阪神間がさらに近くなった。

朝来市の産業では、生野工業団地、和田山工業団地、山東工業団地の 3 つの工業団地での製造業、農林畜産業が盛んであり、交通ターミナルの要所で県下ではガソリンスタンドが比較的多い。

朝来市の北部は養父市と豊岡市に接し、南部は神崎郡、東部は京都府、丹波市及び多可郡、西部は宍粟市に接している。市域は南北約 32km、東西約 24km の範囲に広がり、日本海へ流れる円山川や瀬戸内海に流れる市川などの源流地域で兵庫県の南北の分水嶺でもあり、総面積は 402.98 平方キロメートルで県全体の 4.8% を占めている。

朝来市は、豊かな自然と数多くの遺産がある。茶すり山古墳を始めとする多くの古代遺産、国史跡の竹田城跡や史跡の生野銀山などの中世から近世にかけての遺産、由緒ある神社・仏閣・各地に伝わる伝統芸能などの歴史文化遺産、また四季折々の自然に包まれたキャンプ場、公園、温泉などが市内に

は数多くあり、これらの多くの遺産を有効に利用しつつ、広域交流拠点のまちとして「人と緑 心ふれあう 交流のまち 朝来市」をめざしている。

朝来市の総人口は、概して減少傾向にある。とりわけ、平成 17 年から平成 22 年にかけて減少割合が大きくなっており、現在人口は 33,295 人である。市の人口推移を見ると、12 年後には約 4,600 人、27 年後には 12,700 人も減少すると予想される。人口密度は 81.4 人／平方キロと低い。昭和 60 年以降、0～14 歳人口と 15～64 歳人口は減少し、65 歳以上人口は増加している。

高齢化率は高まる傾向にあり、平成 22 年には、国や県と比べて本市の高齢化率は約 7 ポイント高くなっている。年齢別の将来人口の推計の内訳では、75 歳以上は、平成 25 年にピークを迎え、その後、減少傾向となり、65～74 歳は、団塊の世代がすべて 65 歳となる平成 25 年から増加傾向となる。

高齢者虐待の早期発見など、高齢者の権利を守るため、成年後見制度等の相談に応じ、高齢者の虐待の早期発見や予防に努め対応している。

朝来市での要介護認定者数の推移をみると、ほぼ横ばいに推移しているが、平成 22 年 10 月頃からやや増加傾向となっている。要介護認定者数の将来推計では、総数は増加傾向と見込んでいる。また、第 1 号被保険者は年々増加するが、第 2 号被保険者はほぼ横ばいである。要介護度別の認定者数は、被保険者の増加にともなって、各要介護度において認定者数が増加すると見込んでいる。朝来市の高齢者数は 9,914 人【平成 25 年 1 月 1 日】高齢化率は 29.8%となっている。要支援者数は 611 人、要介護認定者数は 1,523 人【平成 24 年 12 月末現在】であり、要支援を含めた認定者総数が 2,000 人を超えている。約 1 万人の高齢者に対して、およそ 5 人に 1 人の認定割合となっており、現在の認定率は 22 パーセントである。これは、兵庫県下の自治体では最も認定率が高い数値である（全国水準では 16%程度）。

福祉をはじめとした社会資源は点在している。特に、生野銀山で有名な生野生活圏域は、高齢化率、高齢者世帯が占める割合が高いため、生野地域包括支援センターを設置している。生野地域は、本庁から 20km ほど離れている。

朝来市では、他の市町村と比較して、往診可能な開業医の人数が多いと思われる（13 箇所）。

近年、在宅での看取りケースが増加したため、かかりつけ医一人ひとりにかかる負担が大きくなってきている。ターミナルケースを担当する医師は、「携帯電話が手放せない」「飲酒できない」「遠方の学会に出席できない」等、の状況にある。

介護に関わる住民意識調査（40～64 歳対象）では、高齢となっても住み慣れた自宅を拠点として、デイサービスや短期入所等の在宅サービスを受けながら生活したいとしている。

<地域包括支援センターの概要>

朝来市での地域包括支援センターでは、要介護認定のレベルが上がらないように、介護予防やケアに取り組んでいる。また、自宅での転倒・骨折を防ぐために、住居のバリアフリー化を進めている。当市では、適正化事業におけるケアプランチェックを実施し、軽度の高齢者数が要介護認定者全体に占める割合が兵庫県の水準を上回るまでに達した。高齢者一人あたりの介護予防事業費予算は、6,343 円程度と、県平均の 1,645 円の 4 倍近くを掛けたために、重度化を防止する効果が出てきたと考えられる。

地域包括支援センターは、支えが必要な高齢者の心身の健康維持、安定した暮らしを地域ぐるみで支えていくための拠点となる機関である。朝来市では計 2 箇所設置しており、直営の市役所内にある朝

来地域包括支援センターと社会福祉法人さくらえんに委託した生野地域包括支援センターである。なお、高齢者相談センターは、朝来、和田山、山東の地域ごとに朝来高齢者相談センター1箇所、和田山高齢者相談センター2箇所、山東高齢者相談センター1箇所の計4か所がある。

地域包括支援センターでは、いつまでも「自分らしい生活」を送れるように保健師・主任ケアマネジャー（介護支援専門員）・社会福祉士が連携し、適切なサービスを提供している。職員配置は、保健師3人、社会福祉士1人（うち生野配置1人）、主任介護支援専門員3人（うち生野配置1人）である。

総合窓口では、高齢者やその家族の相談を受け、相談内容によってサービス・制度に関する情報提供や関係機関への紹介をしている。介護に関する相談や心配ごと、悩み以外に、健康や福祉、医療や生活に関することなど、「どこに相談してよいかわからない」心配ごとや悩みについても相談できる体制が整備されている。

介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントについては、要支援1または2と認定された高齢者の介護予防サービス（新予防給付）が適切に提供されるように調整している。また、要支援、要介護に該当しない高齢者の介護予防サービスの相談を行う。さらに、市内ケアマネジャーへの側面的な支援を実施している。高齢者が、適切なサービスを継続して利用できるよう、今後も地域の関係機関や医療機関と連携・協力したいと考えている。

2) 事例の内容

取組：医療介護連携（地域医療機関研修会、医療職・介護職連携）

① 取組に至った背景・問題意識

平成17年度に旧4町が合併し、平成18年度に朝来市地域包括支援センターが開設された。合併により、旧町時代の医療・介護の連携体制が、機能しにくくなり、「ケアマネジャーと主治医の連携」、「利用者が入院した際の主治医への連絡」、「入院医療機関への情報提供」、「退院に向けてのカンファレンス」等の場面で、様々な問題が発生した。そのような状況下で、医師、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師、ケアマネジャー相互の連携が必要不可欠であるとの認識が深まった。

平成18年度の地域包括支援センター設置時には、様々な関係機関のスタッフから介護と医療の連携に関する苦情が寄せられた。「それぞれのエリアごとに同じ問題が何度も起きるが、その都度解決していたのでは、また同じような問題が起こる。」という問題意識を持ったのが、平成19年度であった。関係者からの苦情や、職種間の連携がうまくいっていないという声が地域包括センターに集まってきたということが、今回の取組に至った一番の要因である。一つ一つの課題に対して、別々に対処していくようなかわり方ではなく、システムや枠組み・ルール等、仕組みそのものを作り上げることが必要であると感じた。

② 取組開始までの経緯

朝来市で、個別の課題から地域の課題への転換を図ろうとしていたのが平成19年から平成21年にかけての頃である。医療との連携の必要性も踏まえ朝来市在宅医療連携会議（⇒図表102を参照）を設置することとした。

朝来市在宅医療連携会議を立ち上げるため、平成 19 年度に朝来市医師会の総会に出席し、まずは朝来市医師会との調整会議や医療と介護の連携研修会を開催、ケアマネジャー研修会を開催して、問題意識の啓発や連携会議の必要性を訴えた。

朝来市医師会との調整の結果、会長・副会長・在宅医療連携担当医師の 3 名が朝来市在宅医療連携会議に出席することとなった。市医師会とのタイアップが、最も困難と感じていたこともあり、これをクリアすることで、仕組みづくりに向けた動きや意思疎通がスムーズとなった。

医療ソーシャルワーカーとの調整については、普段から連絡を取り合っていたことで問題意識を共有していたので、参加はスムーズだった。調整の結果、八鹿病院、和田山病院、梁瀬医療センター、神埼病院からの出席が決定した。

ケアマネジャーは市内に 38 人いるが、小規模な施設も含めて各法人から代表者一人ずつの出席を求めた。出席者は各法人内の意向を代表し、且つ当該法人内での周知等を円滑に行える方とした。

平成 22 年度には、介護と医療の連携システムの中核機関としての朝来市在宅医療連携会議が組織された。この時点では、市内の各関係機関がそれぞれの問題意識を共有できていたので、会議開催への同意は得やすかった。

③ 取組の内容

<目的>

朝来市の介護・医療連携システムの目的は、医師、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師、ケアマネジャー等、多職種の相互連携を進めることにより、利用者の身体状況や生活場所の変化に合わせた適切なケアが、継続的に提供されることである。

<内容>

朝来市在宅医療連携会議は、平成 23 年度以降、2 ヶ月に 1 回、13:30~15:00 の時間帯で開催し、課題の抽出と対応策の検討、対応策の実行（システムづくり）、システムの評価を行う。

平成 24 年度には、合計 23 名が参加し、その内訳は開業医 5 名、医療ソーシャルワーカー 4 名、病棟看護師 3 名、ケアマネジャー 8 名、県職員 3 名（県高齢社会課・但馬長寿の郷・保健所）であり、別に事務局が合計 6 名（行政職 2 名、包括支援センター職員 4 名）で構成されている。

この在宅医療連携会議は、総勢 23 名であるため、①グループ別のディスカッション、②全員で「口の字」に着座して合意を得るという 2 つの会議方式を採用している。出席者は多職種であり、それぞれの立場や専門性の違いから、話の内容が散漫となり、さらには利害関係をはらむ場合もあるため、会議の流れを作り、話し合いの焦点を絞るファシリテーションに苦勞した。

グループワークでは、あらかじめ「声の大きい人、小さい人」などの特徴や職種を考慮しながら、グループ分けをしている。またグループごとに意見を集約し、それぞれが発表、ホワイトボードに明記している。司会者が中心となり、あるグループの意見について他のグループからの意見を引き出す等、時間をかけて決定までのプロセスを共有することで、多職種の合意を得やすくなった。

個別に解決していた問題を、地域の問題としてとらえ、多職種で囲むテーブルにのせることができるようになった。それらの問題に対応、解決していく方法を、市内全域のシステム・ルールとして取り決め、実行し、評価や修正を会議の場で行っていくのである。

朝来市在宅医療連携会議により策定されたシステムは、研修会により周知している。具体的には、医療・介護スタッフ全員を集めた合同研修会を行い、在宅医療連携会議の取組を紹介し、グループで意見交換等実施している。

この取組で工夫した点は、次の3点である。

1) 目標を共有すること

立場や価値観・専門性の違う職種同士の会議では、利害関係が対立する場面も多い。例えば、ケアマネジャーは介護保険、医師・看護師は医療保険に基づいて仕事をしているため、相手にもたらされる利益がお互いに分からず、ややともすると、自分達が仕事しやすいようにするための連携やシステムになってしまいがちである。そのため、会議の中では、常に基本に立ち戻り「誰のための」「何のための」連携なのかを繰り返し共有するようにした。

2) 仕組みづくりのプロセスを大切にすること

平成19年度に地域包括支援センターが作成・配布した退院時介護医療連携マニュアルは関係各所へのヒアリングを経て作成したものの、作成後の内容について配付前の各所への説明等が不足していたこと等から、地域に浸透せず風化し、効果的に稼働しないことを学んだ。時間はかかるが、多職種で考え作り上げるプロセスを大事にすることで、本当の意味で「何のための」「誰のための」仕組みなのかを共有することを大切にしている。また、時間がかかっても、そのプロセスで意見を出し合い、対立もしながら共有することが、システム施行後の実績や効果にもつながると感じている。

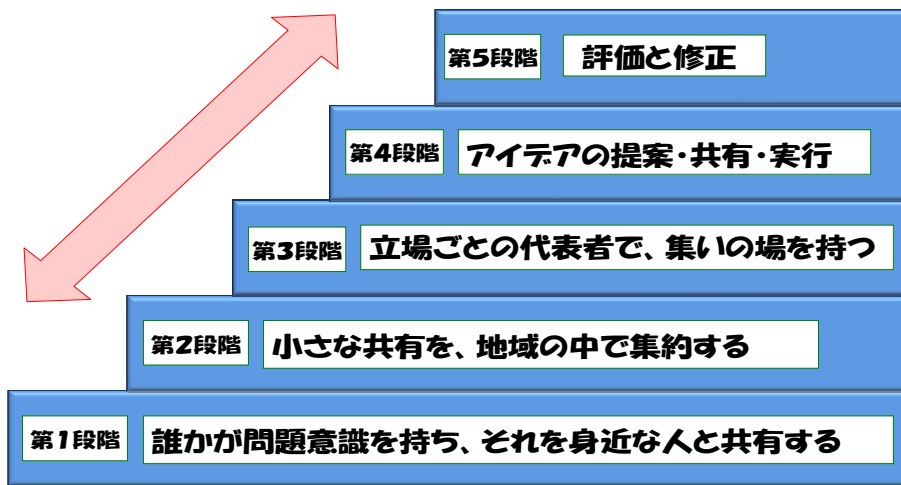
また、朝来市では、このプロセスを第1～第5段階に分け、ひとつ一つの段階を意識しながら、丁寧にあゆみ、仕組みづくりを行なっている。

また、このプロセスの中で最も注意すべき点は、第5段階の評価と修正である。

一度作ったシステムは、地域の意見を集めて点検し、使いやすいよう修正する作業が重要であるとともに、この作業を地域全体で実施することにより、システムの普及啓発にもつながっている。

これら、第1～第5段階を、何回も繰り返し歩むことで、介護と医療の連携システムが成熟していくと考えている。

朝来市 介護・医療連携システムの成熟過程



3) 親睦を深めること

朝来市ケアマネジャー協会との協賛で、年1回、医師会、ケアマネジャー協会、医療ソーシャルワーカー、訪問看護等の合同研修会と親睦会を開催している。これらの会を実施することで、医師からは「連携の密度が増した」「直接話をする機会が増えた」という声があり、また、ケアマネジャーからは「話がしやすくなった」「協力してくれる医師が増えた」という感想が聞かれた。

④ 取組の効果

ア) 市民・利用者に対する効果

朝来市は、高齢化率が高く、中でもひとり暮らしや二人暮らしの世帯（老老介護も）が多い。また医療依存度の高い病気を抱えている高齢者も多くなっている。そのため、医療と介護が入院の初期から連携しているということを、本人や家族にも伝えながら連携するよう心がけている。このように、入院当初から、介護と医療の連携が本人・家族からも見えることで、本人・家族の安心につながっている。

家の構造や家族の介護方法など、早期から退院を見据えた看護ケアやリハビリケアを受けることで、より在宅環境に適応しやすい療養技術（医療処置・入浴方法等）を身に付けることができるようになった。

このような連携が不十分だった頃は、病院で一所懸命リハビリテーションをしても退院後の生活に活かされず、寝たきりになるケースや、病院で糖尿病の治療食を指導されても、自宅に戻れば栄養バランスを考慮した調理が難しいという状況があったが、最近はそのような状況はきわめてまれとなった。

退院時のカンファレンス等を通じ、医療と介護が連携したサービス調整が提供されることにより、リスク管理や、自立支援、介護負担の軽減等の効果が上がるようになった。例えば、「脳梗塞の後遺症で嚥下障害のある方なので、水分摂取が滞って脳梗塞再発のリスクが高い」、といった医療的なリスクをはらむポイントが確実に共有されるようになった。そのため、リスクに対す

る対応策を介護・医療のスタッフが、一緒に考え、様々な視点から多角的な意見やアイデアが出されるようになってきている。

イ) ケアマネジャーに対する効果

親睦会の開催等によって、心理的な面で、医師との連携が取りやすくなった。

どのようなことを医師に聞けばよいのかが分かるようになった。

医師からの質問に答えることで説明力が磨かれると同時に、医師が理解しにくい言葉（サービス担当者会議とカンファレンスの違いなど）やケアマネジャーの業務が分かるようになった。

医師が、高齢者に介護サービスを受けるための認定手続きの勧奨、住宅改修費用の補助、福祉用具の歩行器レンタル制度について助言してくれるようになった。

ウ) 医師に対する効果

介護保険の用語をケアマネジャーに質問することにより、理解しやすくなった。

医師の立場から地域ケア会議の開催を個別ケースごとに提案できるようになった。

家族構成や家族関係、介護負担等、興味をもつ医師が増えた。

最近では、担当者について、地域ケア会議の開催を要望されるケースも増えてきている。医師の一言が、ケアマネジャーの背中を押し、地域ケア会議を通じた地域との連携や役割分担もできつつある。

以前は血糖値や心身機能など医学的なところに目を向けていた医師が、最近は「家族の関係性や介護力、患者が生きてきた歴史や生活をケアマネジャーから教えてもらいたい」という要望も増え、お互いに今までなかった視点から、利用者を理解し情報を分かち合うようになってきた。

エ) 医療ソーシャルワーカーに対する効果

かかりつけ医やケアマネジャーとの連携がとりやすくなり、役割分担が明確になった。

病棟看護師にも本会議の結果を伝え、一緒に参加することで、看護師の意識変化につながった。

連携会議に看護師も参加することで、医療ソーシャルワーカーからの言葉では伝わりにくかった退院後の患者の生活が看護師にも見えるようになり、入院中の退院支援に活かせるようになった。

オ) 地域包括支援センターに対する効果

会議以外にも電話等で情報提供してくれるスタッフが増えたため、地域の連携に関する課題がより多く集まるようになった。

個別に解決していた問題を全体の課題としてとらえ、テーブルに乗せることができるようになった。

市内全域のシステムとして対応策の実行が可能となり、評価や修正もしやすくなった。

⑤ 今後の課題

システム稼働の現状を把握し、評価と修正を加えることが課題である。例えば、平成24年4月以降は、入退院時マニュアルの稼働率と効果を把握することに努めている。また、平成24年10月以降は、入院時情報提供用紙の稼働率と効果を把握することに努めている。システム、ルールや仕組みを作った後、それがどの程度機能しているのかという現状を把握する方法、その評価を行う方法、そして全体で修正する方法を考えるということを、繰り返す必要がある。

連携が必要となる場面での課題を抽出・検討することを考えている。例えば、在宅療養のテーマに沿ってターミナルケース、認知症、難病ケースを支えるための課題などを抽出・検討していく予定である。連携会議を開始してから3年目だが、今後はさらにターミナルケアを在宅で支えるための課題や、難病の高齢者を在宅で支えるための課題を抽出してそれらをサポートするための仕組みを新たに考えたい。

医療と介護分野の相互の立場や価値をより深く知ることが課題である。お互いの業務内容をより深く知るための、交換実習制度を創設したいと考えている。例えば、ケアマネジャーの病棟実習、病棟看護師の居宅ケアマネジメント実習等を考案中である。

文書のやりとりに時間がかかっていることが課題のひとつである。サービス担当者会議、意見書などを含めて文書が多いので、郵送するよりも、リアルタイムでネットワーク通信ができるシステムが必要と感じている。

県内各エリアで、連携方法やシステムが異なっていることが課題である。例えば、現行では各市町村で医療・介護の仕組みづくりを行なっているが、但馬エリアの脳卒中連携パスとの兼ね合いが不明瞭であったり、連携をとるための書式や、マニュアルの違いなど、隣市のシステムとの違いが、医療機関の業務に混乱を招いている。現在、兵庫県介護支援専門員協会但馬支部では、各エリアの代表担当者が集い、介護と医療の広域化連携に向けた委員会を開催している。それぞれの市町村で作った連携システムを広域化する必要があると考えている。

3) その他自由意見

【地域包括支援センターの役割について】

ア) 地域包括支援センター職員が高いマネジメント能力を有すること

ケアマネジメントの現場では、家族とのトラブル、医師との意見の食い違い等、様々な問題が起こる。その中で、地域包括支援センターには、関係機関やケアマネジャーから、「苦情や愚痴を聞いてほしい」「相談にのって欲しい」「意見を聞きたい」等の要望がある。それゆえに、包括的継続的ケアマネジメントの基本は、地域包括支援センターの職員が、真摯に学び、実践を積み、人の意見に耳を傾けながら、様々な角度から考え、調整することのできるマネジメント能力を身に付けていくことだと考えている。

そうでなければ、苦情や相談、意見等、様々な依頼に対応できないばかりか、地域からの信頼

を失い、情報提供や相談も来なくなる。

まずは、地域包括支援センターの職員が公私に渡り、広く様々な機会を捉えて勉強すること、そして組織がそれをバックアップする体制が必要である。

イ) 会議運営能力について

地域ケア会議の運営には、マネジメント能力に加えて、会議運営の能力が必要である。しかし、包括職員にとって、ファシリテーションは、まだまだなじみの浅い技術である。今後、研修会や現場実践、振り返り等を通じて、包括職員自身がファシリテーション能力を身に付けている必要性を感じている。

中央研修で学習した、会議前の根回しや、段取りを含めた会議運営の技術が、高いレベルで求められており、その必要性も感じている。

ウ) 地域ケア会議の概念整理

地域ケア会議の定義やその内容については、まだ統一したものがない。朝来市の中でも、地域ケア会議の捉え方が職員やケアマネジャーによって違う状況である。場面や状況、ケースのニーズ、地域のニーズに合わせて、柔軟に形を変えて開催する必要があるが、一方で、一定の手順やルールを踏まえた『型』を持つておくことも重要である。地域包括支援センターがリードしている間は良いが、将来はケアマネジャーが独り立ちして運営できるようになってもらわなければならない。そのため、「型」や「手順」がある程度は必要であると考えます。

親会議と子会議、レベル別会議等、状況に応じた会議開催の技術を整理していくことが今後の課題である。

エ) 医療職によるケアマネジャーの自立支援型ケアプランチェック

「あり方検討委員会」の報告によると、「ケアマネジャーに自立支援の考え方が十分共有されていない」「適切なアセスメントがなされていない」「多職種連携が十分に機能していない」「リハビリの視点や医療の視点がケアマネジャーに足りない」等の課題が指摘されている。

これらを受け、朝来市では、各ケアマネジャーの「自立支援の考え方」を共有し、「アセスメント能力を強化する」ことを目的とし、主任ケアマネジャーを中心とした「カンファレンス方式によるケアプランチェック」を実施している。カンファレンスには、理学療法士の参画も得、ケアプランにリハビリの視点を盛り込むようにしている。将来的には、医療連携会議でケアマネジャーの役割や価値を深く理解している医師や看護師にもケアプランチェックを一緒にしてもらいたい。

将来的には、多職種の視点でケアプランを検討するため、在宅医療連携会議とカンファレンス方式のケアプランチェックを融合することも視野に入れている。

そのためには、医療職にも「ケアプラン」や「ケアマネジメント」に対する一定の知識を持ってもらう必要があり、また、ケアマネジャーも医療的な質問に答えられるだけの情報収集力が必要となる。

【朝来市入退院時連携マニュアル】

平成 22 年 12 月 15 日の第 2 回在宅医療連携会議から、「入退院時連携マニュアル」の作成に取り掛かり、平成 24 年 2 月 15 日の第 8 回目の会議にて、関係者全体の最終合意を得て、その後、各事業所の代表者が部下や後輩から了解を得た。

マニュアルのコンセプトは、「新人からベテランまで、介護医療に携わる全てのスタッフに役立つ」いうことであり、できるだけシンプルにすることを重視した。

担当利用者の入院時に、ケアマネジャーがマニュアルをコピーし、かかりつけ医、病棟主治医、医療ソーシャルワーカーに配布する。そのため、マニュアルの記入欄上に患者の名前やケアマネジャーの名前を書くようになっている。そして、関係者が相互にチェックして退院を迎えるということが最低限の行動目標である。(⇒図表 103 を参照)

マニュアルの使用者が行動目標を理解してもらうために、現状の問題や留意点を記載している。

平成 24 年 4 月の開始以降、関係者全員がマニュアルを持っている。一部の医師からは「まだ実践していない項目がある」という声が上がっているため、平成 25 年 2 月には関係者が集まって、実践状況、実践するに当たっての課題について、グループワークを開催し、普及・啓発を図った。

【その他】

介護・医療の連携にかかる研修会では、地域スタッフ、医療スタッフ全員に声をかけて参加を促している。40～50 人程度、参加している。

「医師との連携は困難」と感じるケアマネジャーの割合をアンケート調査で評価している。平成 19 年度は 67%のケアマネジャーが「医師との連携は困難に感じます」と回答しているが、年々下がり、平成 23 年度には 18 パーセント、残り 82%のケアマネジャーは「医師との連携を困難とは感じていない」との回答であった。最も効果があったのは親睦会の開催である。反響が大きく、一回行っただけでもお互いの距離が縮まる、話がしやすくなった等の効果があった。

朝来市では、ケアマネジャーの育成支援のために、対人援助専門職としての知識と技術、適切なサービスを提供できるような、教育、指導、援助の方法とシステムを、「スーパービジョン」として位置づけ、「独り立ち」を支援する仕組みを平成 18 年から開始している。

図表 103 朝来市在宅医療連携会議

| 朝来市在宅医療連携会議について | |
|-----------------|--|
| 1 会議の目的 | 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護と医療の連携を充実し、場所や身体状況に関係なく、適切なケアが受けられる体制を整える。 |
| 2 会議の目標 | <ul style="list-style-type: none">●連携にかかる課題を抽出・検討し、アイデアを出し合いながら、利用者によりよい介護・医療サービスが提供できる仕組みを作る。●仕組みに関する評価と修正を行い、より効果的な連携方法を確立する。 |
| 3 事務局 | 健康福祉部高年福祉課 朝来市地域包括支援センター 生野地域包括支援センター |
| 4 参集者（平成24年度） | <ul style="list-style-type: none">●【委員】計23名 医師会代表（5名）・医療ソーシャルワーカー（4名）・病棟看護師（3名） ケアマネジャー（8名）・県高齢社会課（1名）・但馬長寿の郷（1名）・保健所（1名）●【事務局】計6名 行政職（2名）・地域包括支援センター（4名） |
| 5 開催頻度 | 平成22年10月～ 偶数月開催 ※場所：朝来市福祉事務所 ※時間：午後1時30分～3時 |
| 6 会議内容 | （別紙参照） |

平成22年度～24年度 在宅医療連携会議内容一覧（平成25年1月作成）

| 日時 | テーマ | 検討内容 | 特記事項 |
|------------------------|--|---|---|
| 第1回 平成22年 10月27日 | ●会議の目的・目標設定 ●介護と医療の連携にかかわる課題について | (1) 医療連携の現状と課題 ・退院時の連絡が、病棟・家族からない場合もあり、在宅支援のサービス調整が間に合わない。 ・担当NSの勤務の関係で退院調整が困難な場合がある。 ・病院側からは、担当ケアマネが分からないことも多く、連絡の窓口を探すのに時間がかかる。 (2) ケアカンファレンスについて ・全ケースにケアカンファレンスを実施するのは困難。 ・カンファレンス体制を整える意識づけが大事。 ・一症例に20分程度の短い時間であればカンファレンスに医師の参加も可能ではないか。 | 全員で共通認識をもつ準備をつくることが大切。 具体的に症例を出して入院～退院までの流れを考えていく。 次回事例を通して検討会議を行う |
| 第2回 平成22年 12月15日 | 入退院時の連携マニュアル作成 事例に沿った検討 ※事例紹介 (医師会より) | (1) 事例に沿って役割分担や課題を検討 ①入院～急性期 ②回復期 | (1) 開業医からの紹介状を持たずに入院した場合にも、入院機関の医師から、在宅開業医へ連絡が欲しい。 (2) ケアマネジャー側からは、入院時の治療期間や内容が分かりにくいいため、退院準備の時期や内容が予測しにくい。退院直前になって、慌てることがある |
| 第3回 平成23年 2月2日 | 入退院時の連携マニュアル作成 | (1) 事例に沿って役割分担や課題を検討 ①退院準備期 | (1) ケアプラン作成にかかわる意見照会シートに、医療機関の押印ヶ所を追加する。 (2) ケアマネジャーから主治医へのシール配布について、高年福祉課から医師会員へ依頼文を郵送する。 |

| | | | |
|------------------------|------------------------|--|--|
| 第4回 平成23年 6月15日 | 入退院時の連携マニュアル作成 | (1) 事例に沿って役割分担や課題を検討 ①退院時の情報ルートについて ②カンファレンスの主催者について | (1) 在宅主治医への退院連絡が遅くなっている。 退院の話が出た時点(決定前)で、ケアマネジャーから在宅主治医へ連絡する。 (2) カンファレンスの開催は、退院準備にかかわる病院スタッフ、ケアマネジャーで協議し、決定する。 |
| 第5回 平成23年 8月24日 | 入退院時の連携マニュアル作成 | (1) 事例に沿って役割分担や課題を検討 ①サービス担当者会議と退院調整カンファレンスの違いについて ②ケアマネジャーの責任と役割について | (1) 介護保険に位置づけられた「サービス担当者会議」と、医療保険に位置づけられた「退院調整カンファレンス」の目的の違いを確認。 共通言語として「カンファレンス」を用いることとする。 (2) 在宅ケアチームのコーディネートは、ケアマネジャーが責任を持つことを共有する。 |
| 第6回 平成23年 10月19日 | 入退院時の連携マニュアル作成 | (1) 事例に沿って役割分担や課題を検討 ①退院後の連携について ②連携時の注意点 | (1) 退院後の窓口・連携ルートを確認する。 (2) 連携時の注重点として ・お互いに顔を合わせず機会を持つ ・遠慮や話づらさ等の敷居を取り払う ・連携の目的を明らかにする ・連携のバリエーションを持つ |
| 第7回 平成23年 12月14日 | 事例検討会(予定) 連携マニュアル修正 | ●MSWより事例提供(予定) グループワークで、事例を題材に入退院時連携マニュアルの修正を行う | |
| 第8回 平成24年 2月15日 | 入退院時連携マニュアル案の最終チェック | (1) 退院準備期について (2) マニュアルの詳細度について ※全体で意見交換 ●3月15日にメール配布 ●4月に医師会・各入院医療機関へ説明訪問 | (1) 退院準備期について いつから退院準備に入るのか?という認識が職種間で共有されていない。「入院時」から退院を見据えることと、具体的なサービスオーダー等は連携の上で実施することとする。 (2) マニュアルの詳細度について シンプルにし、「最低これだけはやろう」を徹底する方向で作成する。 |

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 第9回 平成24年 6月20日 | 入院時に必要な情報提供 ～入院時情報提供書の 項目について①～ | (1) 入院初期に必要な情報について、職種や立場ごとの意見を集約する。 | ①入院時の情報提供シートは、事業所によりバラバラ ②ケースの特性により、必要な項目が変わる。 ③親父市のシートを参考にする。 |
| 第10回 平成24年 8月22日 | 入院時に必要な情報提供 ～入院時情報提供書の 項目について②～ | (1) 居宅介護支援の課題分析シートと、入院時情報提供書を同じ様式とする。 (2) 各事業所の入院時情報提供書を統一する。 | ケアマネジャーとしての留意点 ・課題分析23項目をベースとする ・アセスメント力を磨く ・課題、問題点を伝える文章力 |
| 第11回 平成24年 10月17日 | 23年度アンケートから見える介護・医療の連携課題 | (1) マニュアルの効果 (2) 連携に係る課題 | (1) マニュアルの効果 ・マニュアルの周知や稼働率を上げる必要がある。 (2) 連携に係る課題 ・文章による連携と直接的な連携双方の留意点を整理する。 |
| 第12回 平成24年 12月19日 | 事例を通して医療と介護の連携を考える | (1) マニュアルでは補えない課題と役割を共有する 事例「退院に向けた“かかりつけ医”の選定について」 | ・入院時から退院後のかかりつけ医の必要性をアセスメントすることが大切。 ・医師、MSW、CM、家族が話し合いの上、役割分担とタイミングを見計らうこと。 |

図表 104 朝来市入退院時連携マニュアル ～介護と医療の連携～

平成 24 年 4 月発行

朝来市在宅医療連携会議事務局

朝来市入退院時連携マニュアル ～介護と医療の連携～

この「朝来市入退院時連携マニュアル」は、朝来市の介護と医療の連携がスムーズに行えるよう、1年半の歳月をかけて朝来市在宅医療連携会議で検討してきたものです。

できるだけシンプルに、新人からベテランまで、介護医療に携わるすべてのスタッフに役立つよう考えました。

まだ、不十分な点もあると思いますので、今後、現場のみなさまのご意見をお聞きしながら修正を重ねていきたいと思っております。

尚、現場での実践は個別対応であることを踏まえ、本マニュアル以外の連携が必要と判断される場合は、積極的に対応していただきますようお願いいたします。

●本マニュアルの使用方法

- (1) 最低限の行動目標を、1ページ目(入院初期・入院中・退院後)に、まとめて記載しています。
- (2) 現状と留意点(2～4ページ)は、在宅医療連携会議の中で話し合われた項目です。行動目標を実行する場合の、参考にしてください。
- (3) ケアマネジャーは、利用者が入院された際に、入院医療機関・かかりつけ医へ本マニュアルの1ページ目をコピーして渡し、担当者間で役割を確認してください。

朝来市入退院時連携マニュアル～介護と医療の連携・行動目標～

本人氏名 _____ 入院医療機関 _____ かかりつけ医 _____

CM事業所 _____ CM氏名 _____ CM電話 _____

1 入院初期

- ①ケアマネジャー
 - 家人等から、入院の連絡を受ける。
 - 家人に個人情報使用の同意を得て、入院医療機関へ在宅生活時の情報提供をする旨、了解を得る。
 - かかりつけ医に入院の連絡をする。(マニュアルを提出する。)
 - 迅速に入院機関へ情報提供する。(マニュアル添付する)
 - 入院医療機関担当者に入院期間・治療計画の確認を行う。
- ②入院医療機関
 - 本人・家人から個人情報使用について同意を得る。
 - 必要に応じて、家人へ、かかりつけ医・ケアマネジャーに連絡するように伝える。
 - 必要に応じて、ケアマネジャー・かかりつけ医に連絡する。
- ③かかりつけ医
 - 入院した事を、ケアマネジャーに伝える。
 - 入院時、必要に応じて入院医療機関へ診療状況を提供する。

2 入院中(初期～退院前)

- ①ケアマネジャー
 - 本人に面接する場合は、入院医療機関担当者へ事前に連絡をし、目的を伝える。
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
 - 入院医療機関に退院後の相談窓口を確認する。
- ②入院医療機関
 - 医療に関する事はかかりつけ医に連絡する。
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
 - 退院後の相談窓口を明確にし、関係機関に伝える。
- ③かかりつけ医
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。

3 退院後の連携

- ①ケアマネジャー
 - かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
 - 状態確認のため在宅訪問し、必要に応じて担当者会議を開催する。
 - かかりつけ医へ、必要に応じてサービス提供にかかる意見を聴取する。(意見照会シート活用)
 - かかりつけ医と入院医療機関へ、必要に応じてケアプランを提出する。
- ②入院医療機関
 - ケアプランにより、サービス内容を把握する。
 - サマリー・紹介状を、必要に応じてかかりつけ医・ケアマネジャーに送付する。
- ③かかりつけ医
 - 退院後の診察で状態を確認する。
 - サマリー・ケアプランによりサービス内容を把握する。
 - 必要に応じて、ケアマネジャーの立てるケアプランへ意見する。(意見照会シート活用)

1 入院初期の連携

現状

- 入院直後、ケアマネジャーからかかりつけ医への連絡が出来ていない。
- 入院医療機関により、連絡窓口が違い、連絡・調整がスムーズにいかないケースがある。
- 家族から、かかりつけ医やケアマネジャーに連絡されていない。
- 入院医療機関では、担当ケアマネジャーが誰か分からない。
- 在院日数が短く、入院直後からの連携が必要となっている。

留意点

- ケアマネジャーは、平素から本人・家族に対し、入院時の対応について次の事を依頼しておく。
 - ・入院時には、ケアマネジャーに連絡をすること。
 - ・入院医療機関に、ケアマネジャーの名前を伝えること。
- 本人・家族に、入退院時連携にかかる個人情報使用についての同意を得ておく。
- ケアマネジャーがキャッチした入院情報を、かかりつけ医や入院医療機関へ連絡する。
- 連携の目的を明らかにし、連携方法を選択する。(訪問・電話・書類等)
- ケアマネジャー・退院調整担当者で、医療介護の優先順位・関わり度合いの協議をする。

行動目標

- ①ケアマネジャー
 - 家人等から、入院の連絡を受ける。
 - 家人に個人情報使用の同意を得て、入院医療機関へ在宅生活時の情報提供をする旨、了解を得る。
 - かかりつけ医に入院の連絡をする。(マニュアルを提出する。)
 - 迅速に入院機関へ情報提供する。(※マニュアル添付する)
 - 入院医療機関担当者に入院期間・治療計画の確認を行う。
- ②入院医療機関
 - 本人・家人から個人情報使用について同意を得る。
 - 必要に応じて、家人へ、かかりつけ医・ケアマネジャーに連絡するように伝える。
 - 必要に応じて、ケアマネジャー・かかりつけ医に連絡する。
- ③かかりつけ医
 - 入院した事を、ケアマネジャーに伝える。
 - 入院時、必要に応じて入院医療機関へ診療状況を提供する。

2 入院中(初期～退院前)の連携

現状

- 家族が、ケアマネジャーや包括支援センター・高齢者相談センターへ相談に行くことが多いが、その際の情報共有が出来ていない場合がある。
- 本人の情報把握のため、ケアマネジャーが病棟訪問する場合に、病棟・退院調整担当者への連絡がない場合がある。
- 退院時カンファレンスの必要性を、誰がいつ判断するのかあいまいである。
- かかりつけ医への情報提供が遅い為、退院支援が困難となっている。

留意点

- 家人・ケアマネジャー・退院調整担当者・かかりつけ医は、入院前から相互に連絡を取り合う。(小さい連携を重ねていく。こまめに情報共有し合う。)
- ケアマネジャーとして、ケアプラン作成をする際、医療的な根拠が言えるだけの知識をもつ。
- 新たなサービス導入について、かかりつけ医の指示を仰ぐ。
- 家族を通じた情報共有だけでは、時間がかかる・混乱する等のケースもあるため、専門職間の連携をとる。
- 援助方針が定まっていない時点で、本人・家族へ時期尚早なアドバイスを行わない。
- 在宅チームのコーディネートは、ケアマネジャーが責任を持って行う。
- 新規ケースは、地域包括支援センター・高齢者相談センターが、ケアマネジャー選定までのコーディネートを行う。
- 退院後のかかりつけ医の確認をする。

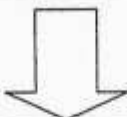
行動目標

- ①ケアマネジャー
 - 本人に面接する場合は、入院医療機関担当者へ事前に連絡をし、目的を伝える。
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
 - 入院医療機関に退院後の窓口の確認をする。
- ②入院医療機関
 - 医療に関する事はかかりつけ医に連絡する。
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
 - 退院後の相談窓口を明確にし、関係機関に伝える。
- ③かかりつけ医
 - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。

3 退院後の連携

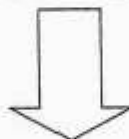
現状

- 本人・家族は、退院後かかりつけ医に、(入院医療機関からの紹介状を持ち)受診する。
- 退院後、入院医療機関の相談窓口が分かりにくい。
- 在宅生活開始にあたり、入院前と退院後のかかりつけ医が変更になることがある。
- 入院医療機関に、「入院中の支援」についてのフィードバックがない。



留意点

- 本人・家族は、ケアマネジャー・かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
- 退院後の介護医療の支援については、ケアマネジャー・かかりつけ医が相談する。
- 必要に応じて、ケアマネジャーと入院医療機関の相談窓口が連携する。
- ケアマネジャーから、かかりつけ医へ、在宅サービス開始の連絡をする。
- ケアマネジャーから、入院医療機関へ必要に応じて、退院後の状況を伝える。



行動目標

- ①ケアマネジャー
 - かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
 - 状態確認のため在宅訪問し、必要に応じて担当者会議を開催する。
 - かかりつけ医へ、必要に応じてサービス提供にかかる意見を聴取する。
(意見照会シート活用)
 - かかりつけ医と入院医療機関へ、必要に応じてケアプランを提出する。
- ②入院医療機関
 - ケアプランにより、サービス内容を把握する。
 - サマリー・紹介状を、必要に応じてかかりつけ医・ケアマネジャーに送付する。
- ③かかりつけ医
 - 退院後の診察で状態を確認する。
 - サマリー・ケアプランによりサービス内容を把握する。
 - 必要に応じて、ケアマネジャーの立てるケアプランへ意見する。
(意見照会シート活用)

(2) 板橋区高島平地域包括支援センター

1) 概要

(保険者)

| | |
|---------|---------------------------------|
| 市町村名 | 東京都 板橋区 |
| 管内人口 | 519,283 人 うち要介護認定者数 19,218 人 |
| 管内センター数 | 16 箇所 |

(地域包括支援センター)

| | |
|-------|--|
| センター名 | 板橋区高島平地域包括支援センター |
| 設置主体 | 社団法人 |
| 職員配置 | 保健師：1 人 社会福祉士：2 人 主任介護支援専門員：1 人 その他：2 人 |
| 要支援者数 | 376 人 |

<管内人口>

板橋区の人口は 519,283 人、うち要介護認定者数は 19,218 人である。

<位置等>

東京都内でも埼玉県との隣接地域に位置し、準商業・工業地域が散在する。

人口の約 7～8 割は、高島平 2、3 丁目の高島平団地 (UR 都市機構) に居住している。板橋区の中でも比較的新しく開発された地域で、集合住宅は築約 40 年となっている。

従来からの高島平団地や民間のマンション建設等で集合住宅が増えており、他地域から流入、他地域へと流出する人口も多い。

<高齢者数等の状況 (H24.4.1 現在) >

高齢化率は、区全体では 21% となっており、年々増加基調にある。

区全体では前期高齢者数が多い。H24 年度の民生委員による高齢者訪問調査の結果では、独居 23.63%、高齢者のみ世帯 39.08% と、高齢者のみで生活している世帯は全世帯数の半数以上となっている。

高島平圏域は区内でも最も高齢者数が多い地域である (9,265 人、平成 23 年 10 月 1 日現在)。また、高島平圏域では前期高齢者が最も多い地域となっており (5,523 人、同)、今後は後期高齢者の大幅な増加が予想される。平成 24 年 4 月末時点での要支援者数は 376 人である。

高島平団地に関しては、当初 30 歳代ファミリーで入居された方々が、現在高齢者となっている。また、都心に近く便利なので、シングルの方がリタイア後に永住するケースも見られる。UR が積極的に受け入れを行っているので、高齢者の転入者も少なくない。

<社会資源の状況>

公設病院が 2 ヶ所、大学病院が 2 ヶ所あり、専門医療にも対応可能である。介護保険施設・サービス

は区内だけでなく、周辺隣接地域からのアクセスがある。

<地域包括支援センターの概要>

高島平地域包括支援センターは委託型で、社団法人板橋区医師会が運営している。高島平 1～6 丁目と三園 2 丁目を担当している。

主任介護支援専門員 1 名、社会福祉士 2 名、保健師 1 名、その他 3 名が在籍している。

「高島平おとしより相談センター」という名称のもと、お年寄りが住み慣れた高島平地区で安心して生活が続けられるように、相談窓口機能を果たしている。必要に応じ、区や関係機関との連携、訪問相談も行っている。

<福祉に関わる地域住民等の意識・特徴>

板橋区及び高島平地域は、比較的介護職におけるまとまり、一体感がある地域である。介護支援専門員等にとっても働きやすい環境と言えらると思われる。また、地域住民の意識も高い。民生委員、町会等が地域を守っており、高島平地域包括支援センターが現在の場所に移転してきた際にも、地域が温かく受け入れてくれた。専門職だけが先行して何かを成し遂げようというのは過去の話であり、現在は、周囲の関係者や地域全体が連携して“一緒に地域を作っていく”という意識が必要である。

板橋区の中でも高島平地域は、数十年前に多くの人が移り住んできた、比較的年齢層が若い地域である。そのため、住民の中に“一緒に街をつくってきた”意識があり、新しく地域に住む人々に対しても受け入れ意識が高いという特徴がある。

<見守りに関する区の取組>

「認知症徘徊高齢者探索サービス事業」は、65 歳以上および 40 歳以上 65 歳未満で要介護認定を受けている方で認知症により徘徊のある高齢者の居場所が分からなくなった時に、GPS の通信網を利用して、位置を探索するサービスである。また、常時見守りが必要で自力で移動ができるよう支援 1 以上の認知症高齢者を対象に、介護保険訪問介護サービスの対象とならない外出支援サービスを行っている。

「高齢者電話相談・あんしん S 事業」として、安否確認が必要な 65 歳以上のひとり暮らし高齢者に、電話相談センターから定期的に電話訪問を行っている。また、電話訪問を受けている方に、いざという時にボタン一つ（電話機接続型、ペンダント型）であらかじめ登録している方の所へ自動的に通報される「あんしん S」の使用料を助成している。

これらのサービスでは、位置情報、安否情報の緊急連絡先として家族が指定されることが多く、地域包括支援センターが連絡先となるケースは少ない。

2) 事例の内容

取組：医療介護連携（在宅医療連携拠点＋訪看ステーション＋包括）

① 取組に至った背景・問題意識

板橋区医師会には在宅医療部門があり、多くの医師が在宅医療を手掛けてきた。また、区内に基幹病院が複数あるため、従来から病病連携、病診連携が活発に行われており、医療介護連携に

対する基盤もあった。

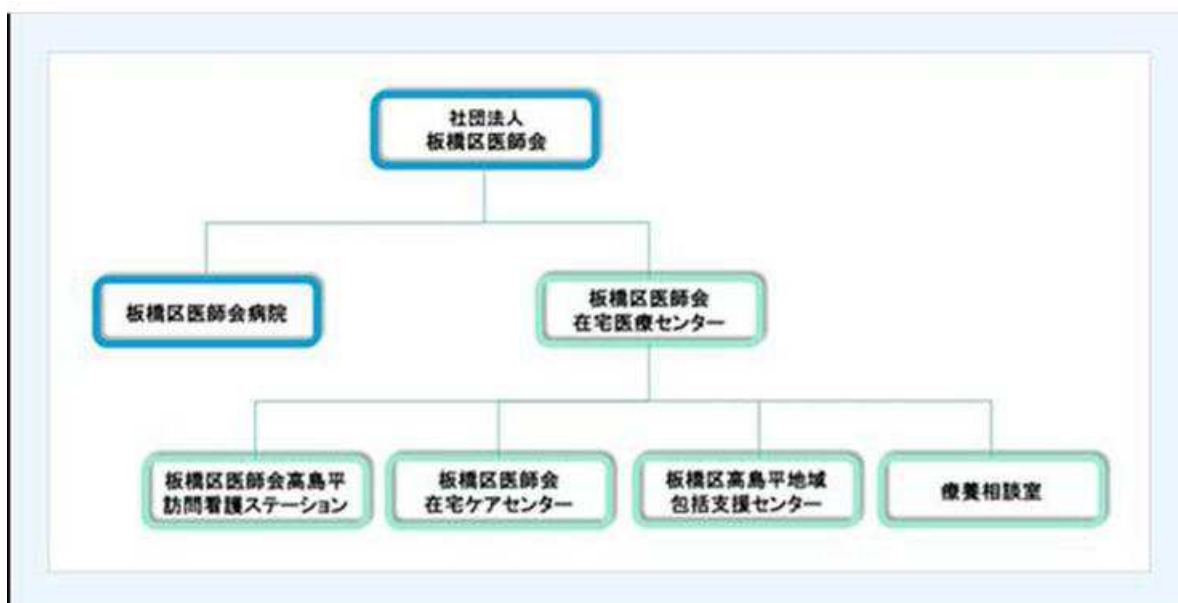
以前から板橋区医師会では、医療のみならず福祉・介護に対しても意識が高かった。介護保険制度が始まる前から、板橋区医師会では「医療連携センター」を設置し、かかりつけ医の紹介、急な往診が必要になった場合に医師会医師が対応するシステムの構築、医療依存度の高い方向けのショートステイ事業、在宅療養者向けの相談事業等を、区と連携しながら行ってきた（介護保険開始後、これらの事業の一部は終了し、一部は本部に移管された）。

② 取組開始までの経緯

もともと板橋区医師会病院（高島平3丁目、192床）内に、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター（地域包括支援センターの前身）、訪問看護ステーションが入っていた。これら在宅部門を平成18年9月から、現在地（高島平1丁目）の板橋区医師会在宅医療センター内に再編し事業を行っている。

<板橋区医師会在宅医療センター>

板橋区医師会が運営する在宅医療センターには、在宅部門が集約されており、「板橋区医師会高島平訪問看護ステーション」、「板橋区医師会在宅ケアセンター（居宅介護支援事業所）」、「高島平おとしより相談センター（板橋区高島平地域包括支援センター）」に加え、平成24年度から「療養相談室（在宅医療連携拠点事業）」が配置されている（下記の組織図参照）。



（資料）板橋区医師会在宅医療センターHP

板橋区医師会は、地域包括支援センターと療養相談室との連携により、医療・介護のワンストップサービスを提供することが可能となっている。病気をもちつつも、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく暮らすことを支えるため、医療と介護が連携を取りながら、包括的かつ継続的な在宅医療の提供に取り組んでいる。

<療養相談室>

療養相談室は、在宅医療を提供する機関等の連携、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものである。厚生労働省の補助金を受けた事業であり、平成 24 年度は高島平地域をモデル地域として実施しているが、次年度以降は区全域に広げていくことを目指している。(⇒図表 104 を参照)

③ 取組の内容

板橋区では、医師会を中心に、下記のようなさまざまな勉強会、懇話会等が開かれており、そのような場を通じて、医療介護連携に向けたネットワーク形成が行われている。

下記勉強会等の構成・内容は、板橋区医師会で訪問診療を行ってきた医師（佐藤恵元理事等）らが主体となり、多職種の連携が必要だという自らの経験をベースに考えられている。

一つの会議のみでネットワークを形成するのではなく、様々な職種が、様々な会合に参加する中で、医療介護連携に向けたネットワークを広げているのが現状である。50 万の人口を有する自治体であるため、重層的なネットワークの形成を目指している。

<板橋区医師会が実施する介護職向け研修等>

板橋区医師会の在宅部門が、区全域の地域包括支援センターや介護サービス事業者に参加を呼び掛けて、介護職も交えた医療連携研修を、年に数度実施している。

<Cure&Care ミーティング>

板橋区医師会の活動と並行して、高島平地域では、療養相談室等が中心となり、独自の勉強会を毎月行っている。

<主任ケアマネの会>

また、在宅医療連携拠点事業が始まったことを契機に、介護事業者側からも医療介護連携へのニーズが高まっていたことを受け、高島平地域内の包括支援センター（高島平おとしより相談センター、舟渡おとしより相談センター）の主催で、今年度「主任ケアマネの会」を開始し、事例報告会等を行っている。

おとしより相談センターが主導しているため、参加者は介護サービス事業者が中心となるが、必要に応じて板橋区医師会や歯科医師会等の医師にも協力・参加してもらっている。テーマとしては、認知症対策、リハビリ方法等地域の福祉課題を取り上げている(⇒図表 105 を参照)。

<在宅療養ネットワーク懇話会>

板橋区医師会が主催する多職種連携に向けたミーティングである。医師会、介護サービス事業者、施設、区の担当者等の参加を受け、3~4 か月に 1 回、さまざまな職種の方（約 100 人規模）が一堂に会して、意見交換や座学を行っている。約 3 年前、当時の医師会理事が中心となって、立ち上げた会である(⇒図表 106 を参照)。

医師会、歯科医師会等の関係者の持ち回りで主催している。主催者がテーマ・講座を企画し、関係者に参加を促す声掛けを行っている。

<地区ネットワーク会議等>

各地区の地域包括支援センターの事業として、地域との連携を構築することを目的とした会議を年2回開催している。そこには、医師会、薬剤師会、歯科医師会等の医療関連団体も参加し、地域包括支援センターや区が行う事業を理解してもらう場としている。また、地域の老人クラブ、民生委員、町内会からも参加してもらい、日頃の活動の中で思うことを発言してもらっている（⇒図表107を参照）。

地域包括支援センターの運営協議会にも上記メンバー等に参加してもらっている。地域包括支援センターの活動内容について理解が深まっている。

<もの忘れ相談医>

板橋区医師会では、認知症の早期発見・治療を推進するために「もの忘れ相談医」を養成している。もの忘れ相談医が当番制で、区内3か所の健康福祉センターを会場として本人や家族の相談に応じている（計64回）。当日は、区内16箇所の地域包括支援センターの職員が持ち回りで相談事業を担当し、医療機関との連携やフォローアップを行っている。

<医療介護連携の現状>

上記の他にも板橋区医師会では、区民公開講座等を開催し、区民向けに病院から在宅に戻る際の模擬カンファレンス等を行っている。このように、関係者に対して日頃から、さまざまな職種が連携して生活を守っていくというメッセージが投げかけられている。

現状では、高島平地域には前期高齢者が多いということもあり、地域包括支援センターとして、訪問診療や訪問看護が必要な医療依存度が高い人をお世話することは少ない。そのため、現場で常に医師と連絡を取り合うというよりも、各種手続き等に向けた連絡レベルの連携が主となっている。一方、将来的には後期高齢者の増加が見込まれるため、その時期に備える意味でも、医療介護ネットワーク形成は重要であると認識している。

板橋区医師会の医師だけでなく、都心の大病院、周辺自治体の病院の医師とも連携が必要となる。日頃の診療レベルでは区内の医師との連携が多くなるが、救急搬送等においては区外の病院とも連携が必要となる。

時間帯によっては、一部の医師と連絡がとりにくいケースもあるが、現在では病院側における連携の窓口も増えている。窓口の方と連絡関係を密にすることにより、医師との連絡確保に努めている。

④ 取組の効果

<さまざまな組織が同一場所に集約されていることによる効果>

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、療養相談室等が板橋区医師会という同一組織に属し、一つの建物に立地することで、自然と“顔の見えるネットワーク”が形成され、意思疎通がとりやすくなっている。

・介護の現場では、個人情報保護の観点から介護職が互いに情報を開示するわけにはいかないことも多く、横の連携がとりにくい現状がある。その中で、同一組織・場所で働いていると、互いに信頼感が醸成され、対処法について相談し合う、教え合う、助け合う等の意識は自然と強まる。

一方、通常業務の中で社会資源を紹介する際において、ある法人に偏って紹介するというわけにはいかない。その時々での病状、主治医の意見等を踏まえて、関係者と相談しながら進めていけることは利点である。

<キーパーソンの存在が地域全体の連携力を高める>

医療介護連携を率先して推進してくれる医師がいると、その地域全体の連携力、対応力のレベルが向上する。介護保険制度開始時には、介護職とはコミュニケーションがとりにくいと言っていた医師でも、周囲にキーパーソンや成功例、連携への取組風土があるとそれが好影響を与え、10年後には頻繁に介護職とやりとりをするようになった例がある。介護保険制度の開始がそのきっかけになったと考えられる。

<一度構築した関係性は長期間維持・発展させることが可能>

大病院や介護サービスの現場では、人の入れ替わりも激しく、そのような際には関係を一から構築し直すことになるが、在宅医療を手掛ける関係者にはそれほど頻繁な異動はみられない。そのため、一度関係性が構築できれば、長期間連携をとりながら、有効なケアを提供できる。飲み会等も有効なネットワーク形成手段となり得る。

⑤ 今後の課題

<医療介護関係者の知識の向上>

福祉サイドのニーズを知りたいという医師の意見もある。医療依存度の高い人以外の人々が持っているニーズを知りたい、介護の現場の声が聞きたいという医師側からの要望があり、「主任ケアマネの会」において、「地域の福祉ニーズを考えよう！」というテーマで事例報告会を開催した。主任介護支援専門員からは、次年度も報告会を行いたいという意見が聞かれ、次年度も多職種に参加の呼びかけをしていく予定である。

介護支援専門員にとっては、業務を行う上で、医師の意見を十分に理解することは必要不可欠である。医師によって提供されている医療の内容、病状に関する理解がなければ、予防的なプランを作成することはできない。そのための知識をさらに増やしていくことが必要である。

<地域のお年寄りの活動場所、住まいの問題>

地域の中で元気なお年寄りが何らかの活動を始めようとした際に、集まる場所、活動する場所（例：集会所、サロン等）がないために活動が進まないという意見が出されている。自主グループ等を作ろうとする意欲はあるが、場所の確保がネックとなっている。

住宅の問題も大きい。賃貸住宅で車椅子になってしまったら改修も難しく、なかなか住み続けることができない。サービス付高齢者向け住宅、定期巡回等、新しいタイプの住宅、サービスが普及してくることが必要である。そのような住宅、サービスができてくると、それを目的に流入してくる方も増えることが想定される。

3) その他自由意見

<複雑・硬直・画一的な制度の改善>

要介護レベルに関わらず、施設を望む方は施設型、在宅を望む方は在宅型等、本人の意思を反映できるよう、選択の幅を広げてほしい。実際に板橋区では特養ホームに入るのに約5年はかかってしまう。一方、要介護1だからといって在宅介護ができる方ばかりではない。

介護保険制度の仕組みが複雑になっていて、相談を受けても、適切なサービスが何なのか分かりづらい。例えば、住宅一つとってみても有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅とはどのように違うのか不明確な部分もある。

保険給付になるのか、保険外給付になるのかはともかく、住民が地域で暮らし続けたいと思った時に、そのニーズに応えられるような制度になってほしい。

前述の活動場所の件も、家賃を少額でも補助するだけで解決するかもしれない。新しいものを建てるということではなく、既存の施設を活用しながら、住民ニーズを満たしていくような仕組みをつくってもらえると助かる。

<中長期的な視野からの運営を可能とするような仕組みづくり>

委託型の地域包括支援センターにおいて、単年度契約のデメリットは大きい。単年度契約において先々を見据えた運営をするよう求められても難しい面がある。来年度委託費が出るかも分からない状況では、人員の確保すらままならない。中長期的な計画を立てられるような仕組みを作ってもらいたい。

日々の業務をこなすのに精一杯で、“振り返り”をすることが難しくなっている。これは、地域包括支援センター内部だけの問題ではないと思う。地域の関係者全体で、検証を行っていく機会がもっと必要だと思う。

<体制の充実>

相談件数や日常業務以外の付帯業務も年々増えてきており、現体制ではこれに追いつくだけで精一杯である。介護予防支援事業のウェイトが多くなることで、更に苦しくなるだろう。現状では有効な解決策を見出すことは難しい状況である。

図表 105 療養相談室の概要

平成24年11月

板橋区医師会在宅医療センター 療養相談室

在宅医療連携拠点事業で設置された療養相談室は、在宅医療を提供する機関等の連携、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指します。

ご相談
お待ちしております

TEL03-5922-4711

受付：平日 9:00～17:30

こんな時にご相談ください

- 医療依存度の高い利用者のケアマネジメントについて相談したい。
- 療養困難が予測される患者の退院支援に困っている。
- 訪問医を探している。往診可能な専門医を探している。
- 訪問看護や訪問リハビリの空き情報が知りたい。
- 専門職（薬剤師や歯科医等）からのアドバイスを求めたい。
- 医療依存度の高い方の受け入れ施設を探したい。
- 医師会病院のベッドの空き情報を知りたい。

災害時の対応として、医療的支援の必要な方等の登録を呼びかけています

板橋区医師会在宅医療センター療養相談室・ TEL 03-5922-4711 FAX 03-5921-0480
住所 〒175-0082 板橋区高島平1丁目34-4 マンション初穂1階・板橋区医師会在宅医療センター内・

図表 106 主任ケアマネの会開催資料

居宅介護支援事業所 主任ケアマネジャー様

H24. 6. 20
高島平おとしより相談センター

第1回 主任ケアマネの会のお知らせ

入梅の時期となりましたが、皆様お元気でお過ごしでしょうか。
介護サービス事業者交流会では、多くの事業所の方にお集まりいただき、
高島平地区の介護事業関係者の「顔の見える関係」が徐々に構築されて
きていることを感じます。

今般、初めて、高島平地区で活動されている主任ケアマネの会を開くこと
になりました。安心して生活できる地域づくりについて意見交換できる機会にしたい
と思います。是非、ご参加ください！

記

日時 平成24年7月6日（金） 13:30～15:00

会場 高島平おとしより相談センター

内容 1. 地域ケア会議の開催について
2. 在宅医療連携拠点事業について

*大変お手数ですがご出席の有無について、6月30日までに
電話あるいはファックスで、高島平おとしより相談センター（田畑）まで、
お知らせください。 ☎ 03-5922-5661 fax 03-5922-5655

第1回主任ケアマネの会に 出席 ・ 欠席 します。（どちらか○）

事業所名 _____

主任ケアマネ氏名 _____

H24.10.22

舟渡おとしより相談センター
高島平おとしより相談センター

第3回 主任ケアマネの会のお知らせ

お知らせが大変遅くなりました。ご参集よろしくお願いたします。

記

日時 平成24年10月25日(木) 15:00~17:00

会場 高島平おとしより相談センター

- 内容
1. 「困難事例」について報告事例の決定
 2. 11月30日(仮)事例報告会「地域の福祉ニーズを考えよう」の詳細決定、役割分担
 3. 第4回 主任ケアマネの会開催について

- 課題別困難事例整理シート添付いたします。
- 出席の有無について、メール・ファックスで、高島平おとしより相談センター(田畑)まで、お知らせください。 ☎ 03-5922-5661

fax 03-5922-5655

第3回主任ケアマネの会に 出席 ・ 欠席 します。(どちらか○)

事業所名 _____

主任ケアマネ氏名 _____

第1回 高島平地区地域包括ケア事例報告会

「地域の福祉ニーズを考えよう！」

日時：平成24年11月30日（金）午後7：00～9：00（開場午後6：45）

会場：高島平区民館 3階ホール

主催：主任ケアマネの会/舟渡・高島平おとしより相談センター

共催：板橋区医師会

次第

司会 主任ケアマネの会/舟渡おとしより相談センター

開始 午後 7：00

開催主旨説明

主任ケアマネの会/高島平おとしより相談センター

板橋区医師会在宅医療連携拠点事業について

板橋区医師会

講演 午後7：10 「地域ケア会議の活用について」

板橋区おとしより保健福祉センター 介護普及係

開会挨拶

板橋区医師会会長

事例報告 午後7：40

i. 「生活の危機、老老介護」

高島平おとしより相談センター

ii. 「絶対家に戻りたい。その時ケアマネは・・・」

主任ケアマネの会/あるつくケア

iii. 「おとしよりが発したSOS、家族介護への介入」

舟渡おとしより相談センター

グループ・ディスカッション 午後8：00

A～H グループ

グループ発表 午後8：40

閉会挨拶

主任ケアマネの会/高島平介護センター団地中央店

閉会 午後9：00

☆ 事例等個人情報に関する資料は、閉会後回収させていただきます。ご了承ください。

図表 107 在宅療養ネットワーク懇話会開催資料

| 第1回 在宅療養ネットワーク懇話会 | |
|----------------------------|--|
| 日 時 | 平成22年3月29日(月) 午後7時～9時 |
| 場 所 | 板橋区立文化会館 4階大会議室 |
| 開催趣旨 (19:00) | 板橋区医師会 理事 |
| 講 演 (19:05) | 「ケアカンファレンスについて」 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授 |
| 開 会 (19:30) | 板橋区医師会 副会長 |
| 換 拶 (19:35) | 板橋区医師会 会長 |
| グループ毎による意見交換、グループリーダーによる報告 | |
| 療養ノートについて (20:30) | 板橋区医師会 理事 |
| 総 括 (20:35) | 帝京大学医学部附属病院腫瘍内科 准教授 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授 |
| 閉 会 (20:55) | 板橋区医師会副会長 |
| 懇話会ルール | |
| ○ 決して批判しない、否定しない | |
| ○ 積極的に多職種へ発言する | |

第6回 在宅療養ネットワーク懇話会

日時 平成24年2月25日(土) 13:30~16:30

場所 板橋区清水地域センター レクホール

板橋区泉町16-16 03-3969-7564

司会：特別養護老人ホーム ケアポート板橋
施設長

I 挨拶 (13:30~13:45)

板橋区医師会 会長
板橋区健康生きがい部 部長
幹事団体代表 板橋区特養ホーム施設長懇談会 会長

I 基調講演 (13:45~14:15)

「第5期介護保険事業計画について」

概要について

板橋区健康生きがい部介護保険課 課長
地域支援事業について

板橋区おとしより保健福祉センター 所長

I 講演・パネルディスカッション (14:15~16:10)

講演テーマ：「地域連携における現状と課題について(仮)」

パネルディスカッションテーマ：「地域連携のための各事業者の工夫(仮)」

コーディネーター 特別養護老人ホーム みどりの苑 施設長
パネリスト

①医師 板橋区医師会 在宅医会 会長

②介護施設

特別養護老人ホーム 東京武蔵野ホーム 施設長

③ケアマネジャー ベスト・ケア

(ケアマネジャー研究協議会)

④通所介護 スマイルケアプラン

(通所介護事業者研究協議会会長)

⑤地域包括支援センター 小茂根おとしより相談センター

I 質疑応答 (16:10~16:20)

各パネリストに対する質疑等

I 閉会挨拶 (16:20~)

板橋区医師会 在宅部理事

第8回 在宅療養ネットワーク懇話会

当番世話人：公益社団法人東京都板橋区歯科医師会

「訪問歯科診療・口腔ケアの実際」

○日 時 2012年12月1日(土) 15:00~17:40

○場 所 高島平区民館ホール

○プログラム (司会：板橋区歯科医師会 専務理事)

一、開会挨拶 板橋区歯科医師会会長

一、挨拶 板橋区医師会会長

一、講演(15:10~16:10)

「歯科訪問診療の実際」

板橋区歯科衛生センター顧問医、東京歯科大学准教授

一、歯科医療連携システムについて(16:10~16:20)

板橋区歯科医師会 医療連携担当理事

一、実習(16:25~17:25)

「口腔観察のポイントと口腔ケアのポイント」(口腔ケアの体験実習)

高知学園短期大学医療衛生学科 歯科衛生専攻講師

一、質疑応答

一、閉会挨拶 板橋区歯科医師会副会長

※お願い

◎実習の都合上、2名1組でご着席ください。

◎実習に使用した歯ブラシ(2種類)は、お持ち帰りください。

◎診療用グローブ、紙くず、などは、所定のごみ袋に捨ててください。

図表 108 地区ネットワーク会議開催資料

| | | |
|---|---|---|
| 高島平地区ネットワーク会議委員各位 | | 平成25年1月4日 |
| | | 舟渡おとしより相談センター 所 長 高島平おとしより相談センター 所 長 |
| 高島平地区 おとしより相談センター（地域包括支援センター） 平成24年度 第2回 地区ネットワーク会議開催のお知らせ | | |
| 年頭にあたり、あらためて新年のご挨拶を申し上げます。本年もどうぞよろしく お願いいたします。 | | |
| 早速でございますが、以下のように、第2回地区ネットワーク会議開催を予定して おりますのでご出席いただきますよう、ご案内申し上げます。 | | |
| 記 | | |
| 日 時 | 平成 25年 1月 31日 (木) | PM 1:30~3:00 |
| 会 場 | 生活産業融合型第一工場ビル 3階 会議室 (板橋区舟渡3-5-8 ☎ 03-5994-7030) | |
| テーマ | 「地域包括ケア推進に向けて」 | |
| 次 第 | (予定) | |
| 開会 | | |
| | 1. 板橋区おとしより保健福祉センター 所長挨拶 | |
| | 2. 地域の現状について報告 | |
| | (1) 介護保険事業所の状況について | |
| | ・舟渡地域の状況 | 舟渡おとしより相談センター |
| | ・高島平地域の状況 | 高島平おとしより相談センター |
| | (2) サロン活動について 板橋区社会福祉協議会 | |
| | (3) 認知症疾患医療センターとの連携について おとしより保健福祉センター 相談支援係 | |
| | 3. グループ討議 「来年度の高島平地区の地域包括ケアのテーマ」 | |
| | 4. 発表、意見交換 | |
| | 5. 各委員より連絡事項等 | |
| 閉会 | | |
| | 以上 | |
| ※ご出欠については、同封のハガキにて、1月25日（金）までに担当センター宛 ご連絡下さい。 | | |
| ※※当日、お車でお越しになる方は、駐車場の手配をいたしますので、お手数ですが事前 にお知らせいただきますようお願いいたします。 | | |
| | (担当) 高島平おとしより相談センター Tel 5922-5661 fax 5922-5655 | |

(3) 磐田市豊岡地域地域包括支援センター

1) 概要

(保険者)

| | |
|---------|--------------------------------|
| 市町村名 | 静岡県 磐田市 |
| 管内人口 | 172,814 人 うち要介護認定者数 5,581 人 |
| 管内センター数 | 6 箇所 |

(地域包括支援センター)

| | |
|-------|---------------------------------------|
| センター名 | 磐田市豊岡地域包括支援センター |
| 設置主体 | 委託(医療法人) |
| 職員配置 | 保健師:1 人 社会福祉士:1 人 主任介護支援専門員:1 人 |
| 要支援者数 | 106 人 |

豊岡地域は、平成 17 年に竜洋町、福田町、豊田町とともに磐田市と合併した旧豊岡村にあたる。平成 24 年 6 月 30 日現在の圏域人口は 11,428 人、うち高齢者人口は 2,966 人である。高齢化率は 26.0% (磐田市全体の高齢化率は 23.2%) であり、高齢化率は磐田市内の日常生活圏域の中で最も高い。なお、「第 6 次高齢者保健福祉計画 第 5 次介護保険事業計画」において磐田市全体での高齢化率の将来推計がなされており、平成 29 年には 27.0% に上昇すると見込まれている。豊岡地域においても、今後一層の高齢化の進展が予想される。

豊岡地域は、昔ながらの近所づきあいなど、地域のつながりが残っており高齢者の見守りに関する地域連携を行いやすい風土がある。また民生委員・主任児童委員については、豊岡地域に 24 人であり、以前から積極的に活動してきた。地域住民はお互いに顔が見える関係にあり、住民の中には「センターの職員には言えないことも民生委員には相談できる」と言う人もいる。

その反面、密接な地域のつながりを嫌がる住民、行政の世話になることを敬遠する住民もおり、閉鎖的な側面や村意識が残っている一面もある。

豊岡地域には、施設型・居宅型の介護保険サービスをはじめとする社会資源も一定程度整備されているが、一方で磐田市中心部からの距離が遠い上に、豊岡地域内の商業施設の閉店が増加しており、さらに平成 25 年 3 月をもって市営の磐田市自主運行バス(豊岡線)が廃止される予定であり、生活をする上での利便性が低下する懸念がある。高齢者の場合、外出先や外出手段がなくなることで自宅に閉じこもるケースもあるため、生活の足の確保は従来以上に課題となっている(H25.4 月～対策としてデマンドタクシー(乗り合いタクシー)を導入)。また、市内他地域の福祉サービスを利用した場合、山間部の距離の遠い地域住民に対しては送迎に対応できないものもあり、地域外のサービスが利用しにくい状況がある。いわば「陸の孤島」と言うべき地域も一部ある状況にある。

サービスによっては磐田市ではなく袋井市、浜松市のサービスを利用していたり、磐田市以外のエリア分けに組み込まれている場合もある。一例として、豊岡地域の医師会は磐田市医師会ではなく磐周医師会のエリアであり、地域と医師会の円滑な連携が課題となることがある。

2) 事例の内容

取組：地域ケア会議(個別の課題解決から地域課題把握の実践)

安心地域支え合い体制づくり事業

① 取組に至った背景・問題意識

個別の課題解決から地域の課題把握を実践する取組は、専門職員等のマンパワーに限度がある中で、地域包括支援センターを仲立ちとして高齢者本人や家族に何ができるのかを問い、自助・互助・共助・公助による支援体制を構築するとともに、個別ケースでの支援体制構築の積み重ねを通じて、地域ケアシステムの改善にフィードバックすべき課題を提起していくという、ボトムアップのアプローチである。特定の事業として行われているものではなく、センターの日常的な取組の中で自然に形成されたものであり、他のセンターでも基本的に同様の取組は行われているものである。

ケアの必要な高齢者を個別に支援する、言わば小さな輪（地域包括ケア）を形成することについては地域包括支援センターが仲立ちとなるが、それぞれの小さな輪を結び付けてネットワークを形成し、大きな仕組みにするという役割は磐田市や地区社協などが担うという役割分担であるべきであると考えている。行政や地区社協が形成する大きなネットワークだけでは目が粗いが、地域包括ケアを積み重ねネットワークの網目を細かくしていけば、より多くの高齢者を救い上げることが可能になる。逆に地域包括支援センターはあくまで実働部隊であり、全体の仕組みづくり、事業所同士の連携などの大きなネットワークづくり、およびセンターが動きやすくなるような支援は行政、地区社協に期待したいと考えている（⇒図表 108 を参照）。

当初は地区社協との棲み分けについて方向性の見えない点もあったが、東京の社協の資料²を参考にしながら検討を重ねていった。現在では、地域包括支援センターと市社協・地区社協は目指す方向は同じではあるが「社協は地区社協活動やボランティア活動など、地域全体を対象とする地域ケアの体制構築や活動を通じて個別ケースを支援する組織（トップダウン）」であり、地域包括支援センターは「個別対応や関係機関とのネットワーク形成を積み上げて包括ケア体制を形成する組織（ボトムアップ）」というアプローチの違いと認識しており、両者が連携して地域を支えていく必要があると理解している。役割分担は必要だが、隣同士がつながらなくなることで、いわゆる「縦割り」になってしまうと目的が達成されなくなる。豊岡地域の地区社協は平成 24 年 2 月に設立されたばかりであるが、今後はますます様々な場面で連携・協働・役割分担をしていくことが必要だと感じている（⇒図表 109 を参照）。

その中で地域包括支援センターが果たす具体的な役割としては、高齢者の日常生活に関わる組織や一般の住民の参画により、個々の高齢者の見守りのネットワークを形成し、支援の必要のある高齢者に対しては、地域ケア会議を開催して、支援の輪を構築していくことが挙げられる。特に、見守りの体制の構築に向けて関係者の参加を促進していく際には、各主体にそれぞれの立場もあるため、円滑な協力・連携を進めるために摺り合わせや調整を行っていくことが地域包括支援センターの登場すべき場面だと捉えている。

² 東京都社会福祉協議会「連携が生み出す地域包括ケア」

支援の輪を形成するに当たって、高齢者本人の家族、近所だけでできない領域は公的サービスを活用していく必要があり、サービス供給の確保も重要であるが、特に豊岡地域の場合、サービスの供給量にはどうしても制限があるため、家族や近所からの支援を活用しなければならない領域もあり、当センターの役割は大きいと考えている。

② 取組開始までの経緯

地域で高齢者を見守る体制を構築するため、地域のネットワークづくりに取り組んでいる。

<見守り体制構築に向けた働きかけ>

民生委員や自治会長、「せいかつ応援倶楽部」3の地域支援員や配食サービスなど的高齢者支援サービス、新聞配達事業者、民間の配食サービス事業者などの民間事業者、医療機関、近所の一般住民などに働きかけ、何かあった時に当センターに連絡を入れて頂くように依頼している。なお、配食サービス事業は磐田市および豊岡地域で実施しており、磐田市の事業は独居および高齢者世帯が対象、豊岡地域の事業（地区社協）は日中独居も対象、ともに安否確認も配食に併せて依頼している。

見守り体制構築に当たっての当センターの役割として、体制を担う主体（とりわけ一般住民）に対する啓発とそれぞれの立場の調整、ならびに参加主体が活動しやすい環境の提供を重視している。

なお、地域包括支援センターの趣旨や市内6センターの連絡先を記載したクリアファイル（⇒図表110を参照）の配布を行うとともに、継続的な情報発信のため各包括の「○○地域包括だより」、市内6センター共同で「地域包括だより」、行政からは「見守り通信」を発行（全戸回覧）するなどによって、情報を発信しながら、関係者の協力を呼び掛ける取り組みを行っている。

<高齢者見守りネットワーク事業（磐田市の事業）>

平成23年に磐田市が、郵便局、新聞配達事業者、金融機関などの団体と高齢者見守りネットワーク事業への協力協定を締結した。このうち新聞配達事業者については、前年の平成22年に販売組合の方から自発的に見守りサービスを実施したいとの申し出があり、先行的に協定を締結していた。なお、豊岡地域においては、同事業は平成24年度からスタートしている。

高齢者の見守りに関する個人情報の取り扱いについて、金融機関からは、該当者本人が認知症であることを家族も認識していないようなケースにおいて、「あの方は預金通帳をよく紛失して認知症の心配がある」といった本人の情報を直接家族に伝えて良いのか悩ましい、という話を聞く。これに対し当センターでは、「地域包括支援センターは、どこから当該高齢者の情報を聞いたかは告げずに実態把握の一環として訪問できるので、単にどの高齢者が心配かだけ教えてもらえればよい」というスタンスで協力を依頼している。特に豊岡地域の場合、金融機関については磐田信用金庫、JA（2事業所）、郵便局（2事業所）と協力協定を締結している。これらの機関は実際には家族構成を知っていたり、家族ともつながりがあることも多く、地域に密着していて強

³磐田市社会福祉協議会が事務局を務める事業で、在宅福祉の充実と地域コミュニティーの進展を図るために、地域住民が「地域支援員」として助け合いを行う生活支援サービス

力な連携機関となりうる。金融機関が家族の了解なしに当センターに連絡することに不安がある場合には、金融機関からご家族に当センターの相談窓口を紹介してもらい、家族に当センターへの相談を間接的に促すようにしている。そして家族が当センターに相談に来た場合には、金融機関から連絡が入っていたことなどは知らせないようにして、金融機関が不安を持たずに協力・連携してくれるよう工夫している。

このように、見守っている主体（金融機関など）が直接家族とやり取りしているケースでは、当センターが問題を把握してもいきなり介入するのではなく、当センターの立ち位置は少し離れたところにおいて、まずは相談者の情報から支援の必要性（緊急性）を判断し、高齢者本人か家族が相談しに来てもらえるよう働きかけたり、相談者とのやり取りを通して訪問の必要性がありそうだと判断した場合には訪問したり、相談者の意向や緊急性のある相談かどうかを考慮して問題解決の取り組みを開始するようにしている。

<認知症フォーラムの開催>

磐田医師会、磐田薬剤師会、製薬会社、行政および市内6か所の地域包括支援センターが協力して、平成23年と平成24年の2回、認知症フォーラムを開催した。「認知症の方やそのご家族を地域で支えるために」をテーマとしており、基調講演、シンポジウムを行うとともに、相談コーナーも設け、認知症について会場で一緒に考える機会を持った。

<豊岡包括ケア会議の開催>

豊岡包括が出来る前は豊岡ケアマネ会というケアマネの勉強会があったが、豊岡包括が出来てからは包括主催の「豊岡包括ケア会議」として開催するようになった。ケアマネの勉強会や多機関との連携を目的に開催している。あるべき地域包括ケアのあり方を関係者間で検討・共有する仕組みとして、ケアマネジャー、各事業所、医療機関、警察、消防、民生委員などの参加により地域の課題やそれぞれの立場で抱えている困りごとなどについて話し合い、顔の見える関係を作ることができた。平成23年度には6回開催した。

③ 取組の内容

構築した見守り体制を通じて、個別の高齢者の状況を把握し対策を講じている。

<地域ケア会議の実例>

実際に起きたケースでは、長男と暮らす日中の独居高齢者が交通事故で入院したことがあり、当該病院から当センターに連絡があった。その後、豊岡支所の福祉保健グループからも当該高齢者に関する連絡があったために本人宅を訪問した。その際、家の外観がゴミ屋敷、家の中は気になるニオイがあったが、本人と話をしても「何も困っていない」との返事であった。詳細が分からなかったため民生委員にも連絡し、どんな家庭なのか情報を確認したところ、民生委員も元より心配していたお宅だったということが分かり、その長男とも顔見知りであったため、長男と相談して当該高齢者の支援について地域ケア会議を持つことになった。民生委員が地域住民と顔の見える関係であったことがこのケースに円滑に対応できたポイントである。また、通りがか

りの住民や近所の住民からも当該高齢者に関する連絡があり、「対応が必要である」という判断材料の一つになった。

このケースにおける地域ケア会議では、民生委員、社会福祉協議会、デイサービス職員、当センター、行政関係者、ケアマネジャーなどの関係機関・担当者のほか、長男や近所の住民にも参加してもらっている点が特徴である。

会議での論点は「課題の整理」および「支援体制の構築」の2点である。

このケースで実際に整理された課題は、①主に日中独居高齢者への見守りができていないこと、②安全な移動手段を確保する必要があること（セニアカーの運転が危ないとの連絡があった）、③認知症への対応が必要であること、などであった。

これに対する支援体制の構築として、①～③のそれぞれに対して、自助・互助・共助・公助それぞれで行うべきことを検討して、本人、家族、近隣、地区社協、市社協、磐田市行政、当センターの役割分担を決めて対応した。具体的には①に関しては、民生委員、近所の方に声掛け・見守りを依頼するとともに「せいかつ応援倶楽部」などの安否確認や話し相手としても機能するサービスの紹介を行った。②に関しては、地区で整備したサロンなどの安全に出かけられる場所やタクシー利用助成サービスの紹介を行った。③に関しては、物忘れ外来や認知症状への対応方法の紹介を行った。

上記「地域ケア会議の実例」のケースのように、個別支援の地域ケア会議では本人の家族にも参加して頂くようにしている。これは、支援の関係者だけでは対象者の全てを背負うことができないため、本人が決められないことは、最終的には家族に決めてもらいたいとの意識があるためである。また、本人や家族の了解を得ずに周囲だけで勝手に対応を決めていくと、家族は「家族が何もしなくても周りがやってくれる」という意識になってしまう。支援体制構築の中で自助も重視していることから、本人や家族が参加した上で方針を決めていくことが重要であると考えている。

また、認知症のケースなど医療関係者の知見が必要なケースでは、地域ケア会議に先立って主治医等の意見を聞くと言う形で連携を図っている。

このような個別ケースに関する地域ケア会議は、対象者の状況により、1回で済むケースもあれば複数回の会議を重ねるケースもある。平均すると、地域ケア会議は月に1回程度の頻度で開催されている（多い時には月3回程度開催）。

このような個別ケースに対応する中で顕在化してくる地域の共通課題（住民ニーズ）に対しては関係機関に課題を提起している。また、地域包括支援センターはあくまで個人を支えるためのネットワークづくりが主目的であり、課題解決の方策（地域包括ケアシステムの構築）については行政や社協等が中心に検討・実施するものと整理しているが、関係機関と連携しながら以下のような取組について、主催・参加している。

「豊岡元気クラブ」の形成支援：もともと二次予防事業修了者の方たちがお弁当を持って集まっていた会場が耐震の問題で使えなくなり、交流の場がなくなるという声に答え、自主グループが継続していけるように支援している。来年度からはボランティアの協力を得ながら、修了者だけを対象とするのではなく、希望者が参加できる運動重視型のサロンとして活動予定である。

「認知症家族のつどい」の開催：認知症の方を介護している家族からの要望に応じて開催している勉強会。平成 21 年から磐田市が開催していた事業を平成 23 年度はセンターが受託して実施した。24 年度は包括への委託事業ではなくなったため、自主的に 2 回（おむつの勉強会、座談会）を開催した。

「認知症サポーター養成講座」への協力：磐田市で認知症サポーターの増加を計画しており、「認知症サポーター養成講座」の名称で啓発活動を実施している。これまでに中学校や JA で開催してきた。

サロン・老人クラブなどへの出前講座

<安心地域支え合い体制づくり事業>

安心地域支え合い体制づくり事業は平成 23 年度における磐田市の事業で、以下の 3 つの事業を実施している。

市民会議：平成 24 年 1 月に開催された見守り支え合い体制づくりの発起集会で、福祉・地域団体 10、民間事業所 20 が参加した。2 回目は平成 25 年 2 月に開催予定である。

ガイドブック、パンフレットの作成：「住み慣れたまちで安心して暮らすためのガイドブック」（⇒図表 111 を参照）を 1 万部程度作成し、見守り支え合い体制づくりの発起集会参加者やセンター経由で必要な方に配布している。内容は、見守り・地域福祉を中心としたものであり、介護保険受給より前段階の方に有益な情報となっている。このガイドブックは民生委員に好評である。このような冊子を配るといことが民生委員にとって高齢者宅を訪問するきっかけにできるため、高齢者とのコミュニケーションツールとして機能している。

暮らしの足を考える研修会の開催：豊岡地域では生活の足が以前から課題になっていたことから、磐田市と NPO により「暮らしの足を考える研修会 in 豊岡」を開催した。これは、平成 25 年 3 月に自主運行循環バスが廃止されることに伴う代替交通手段の確保策の検討を目的としたものであり、豊岡地域で 5 回の研修会を開催し、代替交通手段に関する有識者の情報提供（講演）や視察、ディスカッションなどを行った。最終的には、この研修の方針とは別に代替交通手段として遠鉄タクシーによるデマンドタクシー（乗り合いタクシー）の導入が決まったが、地域の方々に地域の問題点について再考していただく機会となった。

④ 取組の効果

<支援体制づくりを通じた役割の明確化による関係者の姿勢の積極化>

お互いの役割が明確になっていない状況では、家族の方等にとってはやるべきことが多いように見えて消極的になってしまうことがあるが、地域ケア会議により役割分担が明確にされて、誰がどこでどのように助けてくれるかが分ると、家族の姿勢も積極的になり、必要なことをきっちり行ってくれるようになったと感じている。

また、近所の方も「声をかければよい（それ以上のことを行う必要がない）」ということが分れば協力してくれるようになる。そして、1 回協力して頂いた方は次の依頼の際にはハードルが下がったり、柔軟に対応してくれるようになったと感じている。

<課題に対する地域の対応力の強化>

元々地域のつながりが残っている地域ではあったが、住民が自分に何ができるか分からない事柄、解決できない課題もあった。これに対して当センターが住民や関係機関に対して課題解決の検討への参加を働きかけたり、個別のケースから見えてきた解決策について、問題提起を行ったり実際に実働部隊として住民と一緒に活動している。このことで、従来はニーズ・要望に留まっていた事柄の中に、当センターが仲立ちになることによって具体的な対策に結び付けることができたこともある。

<磐田市の高齢者見守りネットワーク事業での、ケアが必要な高齢者の早期発見>

幸い、高齢者見守りネットワークで連絡があった案件のうち約7割は、確認してみると実際には問題がないものであるが、見守りネットワークによって、本当に手当が必要な高齢者を発見することもある。豊岡地域のケースではないが市内での実例として、母と子どもの二人暮らしの世帯で、新聞受けに新聞がたまっていることから連絡があったので訪ねてみると、子どもが突然死しており、認知症の母親がそのことに気付かずにいるというケースがあり、認知症の母親を早期に保護することができた。

⑤ 現状の課題

<地域包括ケアシステムのビジョンの明確化と共有>

地域包括ケアは、地域包括支援センターが主体的に取り組み、これを積み上げて地域包括ケアシステムを形成していく、という考え方だが、地域包括ケアシステムを担う担当者にとって「地域包括ケアとは何か」が必ずしも明確になっていない。とりわけ見守りなどの取組は、公的組織の力だけでは解決しきれないために地域の人々の参加が期待されているが、ただ「参加してほしい」というだけでは趣旨は浸透せず参加も促進されない。地域包括ケアのビジョンを行政などが明確に提示し、そのビジョンに則して各参加者に期待される役割を明確化し、参加の啓発を強化する必要がある。同時に、行政等のサポートにより、協力意向のある参加者を支える仕組みも必要である。

<個別支援から地域ケアシステムへのフィードバック>

個別の支援の積み重ねを通じた地域ケアシステムの課題提起については、今後強化していくべきであると考えている。

豊岡地域では地区社協が整備され豊岡地域の問題を話し合う機会ができた。このため、地域ケアシステムへの課題提起については、まずは地区社協と協議していくことが必要であると考えている。また、磐田市で「高齢者虐待防止ネットワーク会議」を開催することになっているので、このような場を地域包括ケアシステム構築について（虐待予防の取り組み、関係専門機関介入ネットワークの形成など）話し合う機会にすることも重要であろう。

<定例的な地域ケア会議の開催>

豊岡地域の地域ケア会議は、基本的には、いずれかの高齢者に何か起きてから初めて会議が開催されるものである。従って、会議の開催は必要に応じて適宜開催するという形になる。そういった個別課題を解決する地域ケア会議と、地域の課題を発見し多機関と課題を共有・解決する

ための定例的な会議は、どちらか一つではなく一緒にやっていくことが重要だと考えている。定例的な会議の開催についても必要性を認識しており、今後検討していく必要があると感じている。例えば、「豊岡の中にこういう高齢者の事例がある。このような高齢者は多くいるからその支援の為に必要な取り組みは何か」という未然防止のアプローチである。他地域の事例も蓄積しつつ個別の事例を汎用化して「この課題だったらこう対応すべき」という形で、課題と対策の対応関係が整理・共有化していくことができれば、個別ケースの関係者だけでなく新たなケースへの対応策が迅速に判断できるだろう。このような知見の蓄積・整理に関して、定例の会議が有効だと感じている。実際にケアマネジャーに関しては、ケアマネジャー主体の会議（豊岡包括ケア会議）が2か月に1度定例的に開催されており、今後は事例研究を行ったり、個々で困っているケースについて話しあう活動を行っていく予定もある。定例的な会議では、地域全体の課題が論点になることから、当センター単独でなく地区社協と連携して実施することが有効であると考えている。社協はマンパワーを持っていることもあり、連携すればその後の事業化もやりやすくなるものと期待される。

定例的な会議を持つとなれば、継続性が重要になる。会議を継続させるためには、参加者の積極的な意識の醸成を行っていくことも、併せて必要になる。

<医療機関との連携>

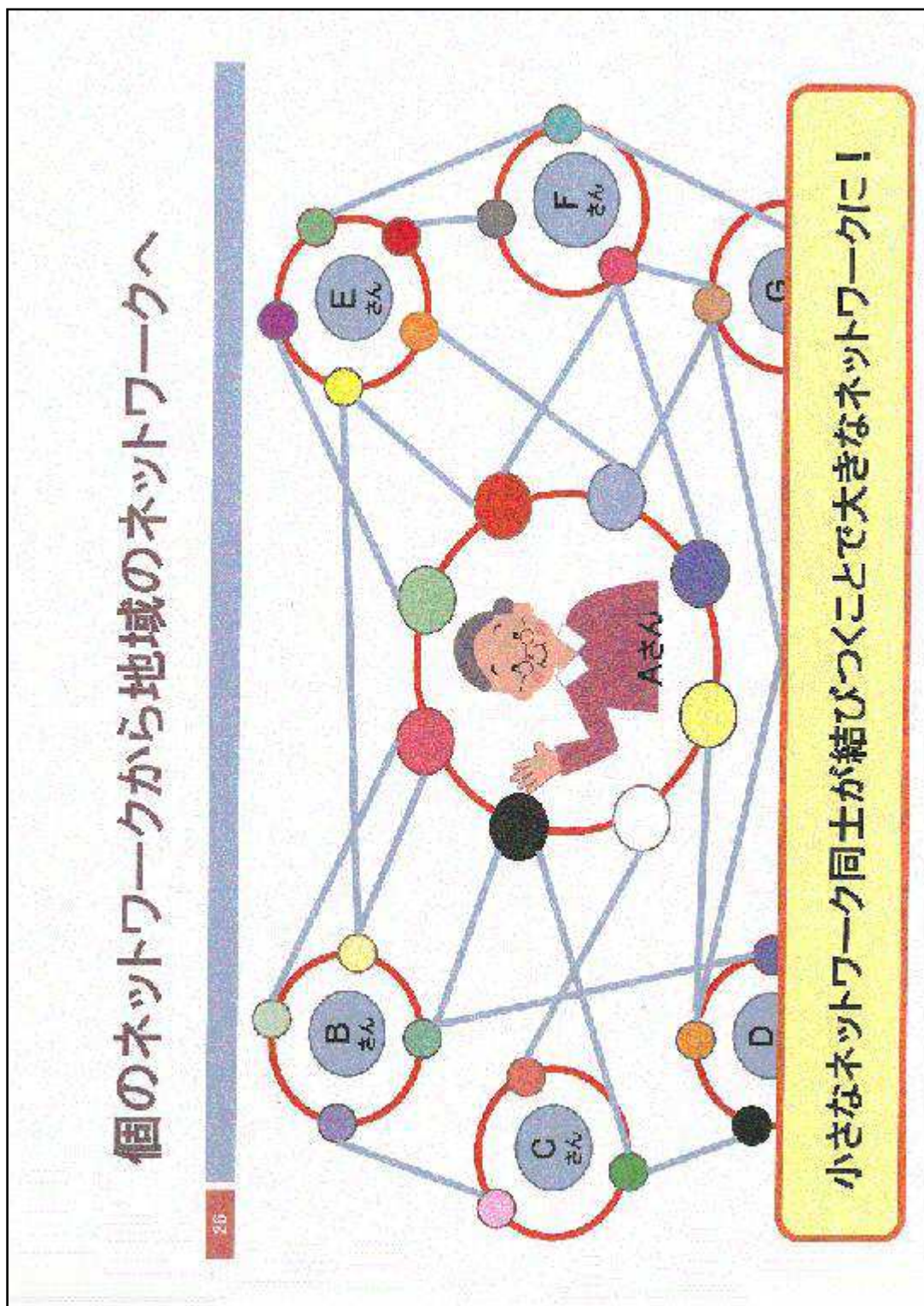
磐田市では、23年度より職種ごとに連携を強化したい多職種へ働きかけを行っており、医療機関へは市内6包括の主任ケアマネが中心になって訪問している。医療機関との連携は、まだ不十分であると認識している。豊岡地域のみ医師会が磐周医師会であることも背景にある。特に介護において医療と連携する場面が多くなることから、主任ケアマネジャーが地域の医療機関を訪問し顔をつないでいる。また、市内6センター共同で磐田市医師会・磐田薬剤師会などと連携した認知症フォーラムの開催などの活動を行い、連携を円滑にするべく取り組んでいる状況である。

<地域ケア会議の記録の横断的な分析>

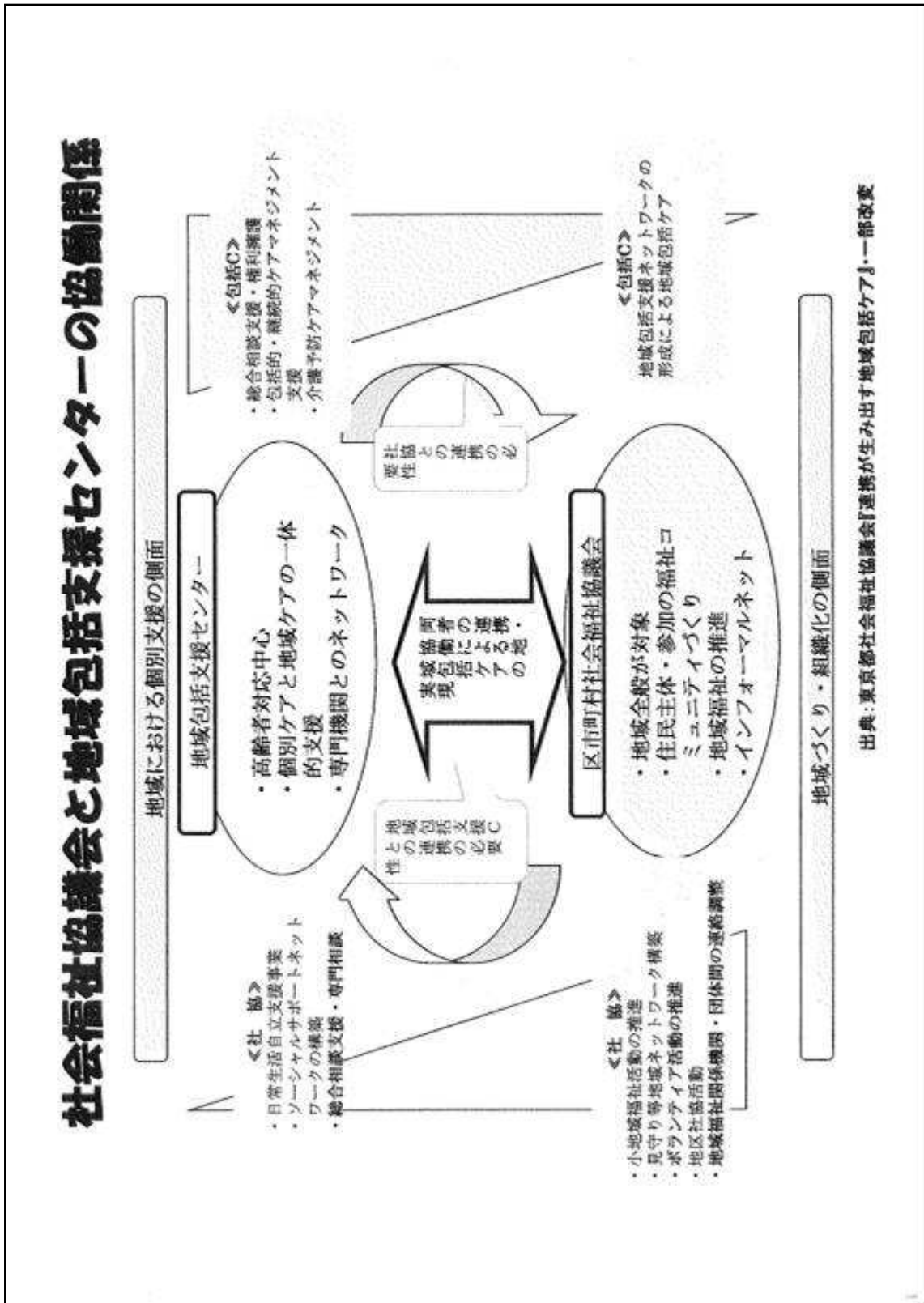
地域ケア会議を開催した際に、当該ケースの個別の活動記録は残しているが、その内容を横串にして傾向を分析するようなことはこれまで行ってこなかった。平成24年3月に文京学院大学で発表する機会があったため、課題の項目別に自助・互助・共助・公助で必要な取り組み例をマトリクスに整理したのがはじめてである。このような整理の上に、支援の実績やこれまでに感じている問題点を組み合わせれば、どこにニーズがあってどこが手薄なのかが分かり、その中で今後地域包括支援センターが強化すべき領域も明らかにできる。

今後いずれかの会議の場に検討材料として分析結果を提示して、話し合うような取組も検討中である。

図表 109 地域包括支援センターを介して形成する小さな輪と行政・社協がつなぐネットワークのイメージ



図表 110 地域包括支援センターと社会福祉協議会の連携のイメージ



図表 111 地域包括支援センターのPR ツール（クリアファイル；表）

よーこそ
 磐田市
 地域包括支援センター
 Ye-Koseo

みんなで支える高齢者の暮らし

磐田市地域支え合いネットワーク

行政

地域包括支援センター

自治会

社会福祉協議会

地区社協

ケアマネジャー

民間事業者

老人クラブ

民生委員

福祉委員

医療機関

高齢者サロン

警察署

消防署

地域住民のみなさん


高齢者の様子かなんとなく
いつもと違う・・・

地域包括支援センターが
対応します

必要な支援やサービス
行います

気がかりなことがありましたら迷わず**地域包括支援センター**へご連絡ください！

図表 112 住み慣れたまちで安心して暮らすためのガイドブック（抜粋）

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--|---|
| <p>第1章 日常のちょっとした困りごとを解決したい</p> | <p>1 外出したい</p> | <p>(1) タクシー利用料金助成 在宅で生活されており、介護保険の要支援、要介護に認定された方またはこれと同程度の方に、タクシー利用料金の助成をします。 所得制限があります。 〈問合せ先〉 高齢者福祉課 高齢者福祉係 ☎ 0538 - 37 - 4831</p> | <p>(2) せいかつ応援倶楽部（住民参加型生活支援サービス） 日常生活のちょっとした困りごとを地域で助け合うサービスです。 ①利用できる方…日常生活で、何らかの援助を必要とする世帯 ②利用可能日…月～土曜日（年末年始を除く） 午前8時から午後5時まで ③利用手順…利用会員登録…年会費1,000円 利用料…1時間500円 （サービス利用券5回券2,500円） ④サービス内容…【家事支援】在宅等の清掃、整理整頓、生活必需品の買物、話し相手、軽微な修理、修繕等 【外出介助】散歩、買物、通院、金融機関、公共交通機関利用時の付き添い等 〈問合せ先〉 社会福祉協議会 地域福祉課 ☎ 0538 - 37 - 9617</p> | <p>(3) 福祉車両の貸し出し 病院・施設の送迎、日常生活のための利用に、車いす・ストレッチャーのまま乗車可能な車両の貸し出しをします。 〈問合せ先〉 社会福祉協議会 地域福祉課 ☎ 0538 - 37 - 9617</p> | <p>(4) 車いすの貸し出し 市内在住の方を対象に、日常生活や外出のための車いすの貸し出しをします。 〈問合せ先〉 社会福祉協議会 地域福祉課 ☎ 0538 - 37 - 9617</p> | <p>(5) 福祉有償運送 公共交通機関を使用して移動することが困難な人を対象に、社会福祉法人・NPO法人等が、通院・通学・レジャー等を目的に有償で行う送迎サービスです。 〈問合せ先〉 社会福祉課 地域福祉係 ☎ 0538 - 37 - 4814</p> | <p>(6) 電タク（電洋地区デマンド型乗合タクシー） 電洋地区にお住まいの方で、事前に予約のあった利用者を乗り合わせながら、目的地（指定施設や利用者の自宅）まで運行します。 利用者登録が必要です。 〈問合せ先〉 高齢者福祉課 交通課係 ☎ 0538 - 37 - 4751</p> |  | <p>2 家事がてきない (1) 配食サービス（食の自立支援） 高齢者等のみで生活しているため、買い物、調理で支援が必要な方を対象に、配食（区のみ）がされます。同時に安否確認が受けられます。 〈問合せ先〉 高齢者福祉課 高齢者福祉係 ☎ 0538 - 37 - 4831</p> | <p>(2) せいかつ応援倶楽部（住民参加型生活支援サービス） 日常生活のちょっとした困りごとを地域で助け合うサービスです。 住居等の清掃、整理整頓、生活必需品の買物等のサービスがあります。 1ページに詳細の記載がありますので参照ください。 〈問合せ先〉 社会福祉協議会 地域福祉課 ☎ 0538 - 37 - 9617</p> | <p>(3) 福祉発達支援等サービス 福祉の発達支援が困難な方を対象に、ふとん、毛布の洗濯、乾燥及び消毒を行います。 〈問合せ先〉 高齢者福祉課 高齢者福祉係 ☎ 0538 - 37 - 4831</p> | <p>(4) 福祉・家事援助サービス 働く要諦にあふれた元職な会員が、日常のさまざまな場面でごらしのお手伝いをします。 お掃除・話し相手・草木の水やり・イベント時の応援など 〈問合せ先〉 豊田市シルバー人材センター本部事務局 ☎ 0538 - 37 - 0055</p> |
|---------------------------------------|-----------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--|---|

IV 参考資料

1. 調査票 WEB 画面

(1) トップページ

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

調査票の提出期限は、平成24年10月5日(金)です。

調査票・記入要領ダウンロード

新着情報
9月7日 サイトを開設しました。

調査票アップロード(提出)

●調査に関するお問い合わせ先

地域包括支援センター運営状況調査 事務局
TEL. 0120-227-297(フリーダイヤル)
受付時間 10:00~17:00 (土日・祝祭日を除く)

このウェブサイトは平成24年 老人保健健康増進等事業(厚生労働省老健局)における「平成24年度 地域包括支援センター運営状況調査」として、株式会社三菱総合研究所が運営しております。

Copyright(C) Mitsubishi Research Institute,Inc.

(2) ログイン画面(ダウンロード)

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」Eコマース

- ログイン(調査票・記入要領ダウンロード) -

パスワードを入力して[ログイン]ボタンを押して下さい。

パスワード:

※ログイン処理にお時間を要する場合がございます。恐れ入りますが[ログイン]ボタンを押した後、そのまましばらくお待ちください。

[TOPへ戻る](#)

(3) 調査票のダウンロード画面

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」Eコマース

- 調査票・記入要領のダウンロード -

「ダウンロード」ボタンをクリックし、表示されるダイアログの「保存」をクリックします。ダウンロードしたファイルの保存先を選択する画面が表示されますので、適切な保存先を設定し「保存」をクリックして電子調査票・記入要領をダウンロードしてください。

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 都道府県用調査票・記入要領 | <input type="button" value="ダウンロード"/> |
| 市区町村(一部事務組合又は広域連合)用 調査票・記入要領 | <input type="button" value="ダウンロード"/> |
| 地域包括支援センター用調査票・記入要領 | <input type="button" value="ダウンロード"/> |

[ログアウトしてTOPへ戻る](#)

(4) ログイン画面(アップロード)

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

- ログイン(アップロード(提出)) -

パスワードを入力して[ログイン]ボタンを押して下さい。

パスワード:

[ログイン](#)

※ログイン処理にお時間を要する場合がございます。恐れ入りますが[ログイン]ボタンを押した後、そのまましばらくお待ちください。

[TOPへ戻る](#)

(5) ユーザ選択画面

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

- 選択 -

[⇒都道府県の方はこちら](#)

[⇒市区町村\(一部事務組合又は広域連合\)の方はこちら](#)

※地域包括支援センターの方の場合は、市区町村(一部事務組合又は広域連合)のご担当者へご連絡ください。(詳しくは「調査票記入・提出の流れ」をご参照ください。)

[ログアウトしてTOPへ戻る](#)

(6) 調査票アップロード画面(都道府県向け)

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

- 調査票提出(都道府県) -

こちらから、入力が完了した電子調査票(ExcelファイルまたはZIP形式ファイル)を提出できます。

「参照」ボタン(一部のブラウザでは「ファイルを選択」ボタン)をクリックし、提出したい電子調査票(ExcelファイルまたはZIP形式ファイル)を選択し、「開く」ボタンをクリックしてください。

「提出」ボタンをクリックするとアップロードを開始します。アップロードが完了するまで、お使いの通信環境により時間がかかる場合がありますので、「調査票提出(完了)」が表示されるまでそのままお待ちください。

※電子調査票は何度でも提出可能です。最後に提出された電子調査票が正として取り扱われます。

■都道府県用調査票

 参照...

コメント・補足事項等あれば、下記に記入してください。(100字以内)

提出

[戻る](#)
ログアウトしてTOPへ[戻る](#)

(7) 調査票アップロード画面(市区町村向け)

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

- 調査票提出(市区町村(一部事務組合又は広域連合)) -

こちらから、入力完了した電子調査票(ExcelファイルまたはZIP形式ファイル)を提出できます。

「参照」ボタン(一部のブラウザでは「ファイルを選択」ボタン)をクリックし、提出したい電子調査票(ExcelファイルまたはZIP形式ファイル)を選択し、「開く」ボタンをクリックしてください。
「提出」ボタンをクリックするとアップロードを開始します。アップロードが完了するまで、お使いの通信環境により時間がかかる場合がありますので、「調査票提出(完了)」が表示されるまでそのままお待ちください。
※電子調査票は何度でも提出可能です。最後に提出された電子調査票が正として取り扱われます。

都道府県名:

(例:北海道)

市区町村名(一部事務組合又は広域連合):

(例:札幌市)

■市区町村(一部事務組合又は広域連合)用調査票

■地域包括支援センター用調査票

※最大20ファイルまで1度にアップロードできます。
※20以上のファイルを提出する場合は、ZIP形式に圧縮するか、複数回に分けて提出してください。

- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:
- 6:
- 7:
- 8:
- 9:
- 10:
- 11:
- 12:
- 13:
- 14:
- 15:
- 16:
- 17:
- 18:
- 19:
- 20:

コメント・補足事項等あれば、下記に記入してください。(100字以内)

[戻る](#)
[ログアウトしてTOPへ戻る](#)

(8) 調査票提出完了画面

「平成24年度地域包括支援センター運営状況調査」について

- 調査票提出(完了) -

調査票の返信を受け付けました。
ご協力いただきありがとうございました。

[ログアウトしてTOPへ戻る](#)

2. 調査票

(1) 都道府県用調査票

平成24年度地域包括支援センター運営状況調査（都道府県記入）

1. 都道府県の概要

| | |
|---------|--|
| 都道府県名 | |
| 担当部局担当課 | |
| 担当課電話番号 | |

都道府県における各市区町村、地域包括支援センターへの支援について記入してください。
（自由記述）

※研修会等を開催した場合は、その内容や研修回数等を記入してください。

パンフレット等を作成した場合は冊子名や部数などを記入してください。

平成23年度の実績について記入してください。

2. 各市区町村連絡先一覧

※都道府県内の全ての市区町村について記入してください。

| | 市区町村名 | 担当部局担当課 | 電話番号 | FAX番号 |
|----|-------|---------|------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

※1 数字記号等については、半角入力をお願いいたします。

※2 行が足りない場合は、適宜、追加してください。

3. 一部事務組合又は広域連合一覧

| | | 一部事務組合又は広域連合 | | | | | | |
|---------|----------|--------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 例 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 名称 | 空知中部広域連合 | | | | | | | |
| 市区町村数 | 6 | | | | | | | |
| 構成市区町村名 | 1 歌志内市 | | | | | | | |
| | 2 奈井江町 | | | | | | | |
| | 3 上砂川町 | | | | | | | |
| | 4 浦臼町 | | | | | | | |
| | 5 新十津川町 | | | | | | | |
| | 6 雨竜町 | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | |
| | 21 | | | | | | | |
| | 22 | | | | | | | |
| | 23 | | | | | | | |
| | 24 | | | | | | | |
| | 25 | | | | | | | |
| | 26 | | | | | | | |
| | 27 | | | | | | | |
| | 28 | | | | | | | |
| | 29 | | | | | | | |
| | 30 | | | | | | | |
| | 31 | | | | | | | |
| | 32 | | | | | | | |
| | 33 | | | | | | | |
| | 34 | | | | | | | |
| | 35 | | | | | | | |

※1 数字記号等については、半角入力をお願いいたします。
 ※2 行が足りない場合は、適宜、追加してください。

(2) 市区町村(一部事務組合又は広域連合)用調査票

平成24年度地域包括支援センター運営状況調査(市区町村記入)

■「一部事務組合又は広域連合」の場合は、以下の「市区町村」を「一部事務組合または広域連合」と読み替えてお答えください。

1. 市区町村の概要

| | |
|----------|--|
| 都道府県名 | |
| 市区町村名 | |
| 広域連合等 | |
| 担当部局担当課 | |
| 担当課電話番号 | |
| 担当課FAX番号 | |

「一部事務組合又は広域連合」の場合は、構成市区町村を全て記入してください。

「一部事務組合又は広域連合」の場合は、その名称を記入してください。

| | | | |
|---------------------|-----------|--|---|
| 基本情報 (平成24年4月時点) | ア 管内人口 | | 人 |
| | イ 管内高齢者人口 | | 人 |
| | ウ 要介護認定者数 | | 人 |

2. 運営協議会

| 運営協議会 | | |
|---------------------|------------------------------------|---|
| (1) 構成員数(平成23年4月時点) | | |
| ア | 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者 | 人 |
| イ | 介護サービス及び介護予防サービスに関する職能団体 | 人 |
| ウ | 介護サービス及び介護予防サービスの利用者・被保険者(1号及び2号) | 人 |
| エ | 介護保険以外の地域資源や地域における権擁相談、相談業務等を担う関係者 | 人 |
| オ | その他 | 人 |

医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等

民生委員等

| | | |
|--------------|--|---|
| (2) 年間開催数 | | |
| 平成23年度 | | 回 |
| 平成24年度(予定含む) | | 回 |

| | | |
|--|------------------------|--------------------------|
| (3) 平成23年度開催の運営協議会において審議時間が多かったもの(複数回答可) | | |
| ア | センターの設置等に関する事項の承認 | <input type="checkbox"/> |
| イ | 事業計画及び収支予算等の確認 | <input type="checkbox"/> |
| ウ | センターの運営に関する基準の作成 | <input type="checkbox"/> |
| エ | センターの運営に関する評価・報告・課題 | <input type="checkbox"/> |
| オ | センターの職員の確保に係る関係団体等との調整 | <input type="checkbox"/> |
| カ | 介護保険以外のサービス等との連携体制の構築等 | <input type="checkbox"/> |
| キ | その他 | <input type="checkbox"/> |

「キ その他」の場合、その内容をお答えください(自由記述)

| |
|--|
| |
|--|

3. 住民に対する広報活動の状況

| 住民に対する広報活動の状況 | |
|--------------------|--------------------------|
| 広報方法（複数回答可） | |
| ア 市民向け広報誌・回覧板 | <input type="checkbox"/> |
| イ ホームページの更新による情報公開 | <input type="checkbox"/> |
| ウパンフレット配布 | <input type="checkbox"/> |
| エ 自治会への説明 | <input type="checkbox"/> |
| オ 運営協議会の構成団体への説明 | <input type="checkbox"/> |
| カ その他 | <input type="checkbox"/> |

設置主体が直営である場合や、地域包括支援センターとの一体的な取り組みについては、当調査の地域包括支援センター記入分と重複回答可。
※平成23年度の実績を記入

4. ブランチおよびサブセンターの設置数

| ブランチ及びサブセンターの設置数（平成24年4月時点） | |
|-----------------------------|----|
| ア ブランチ設置数 | 箇所 |
| イ サブセンター設置数 | 箇所 |

住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」（いわゆるブランチ）を置いている場合、設置数を記入

本所が統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所が4機能を適切に果たすためのセンター（いわゆるサブセンター）を置いている場合、設置数を記入

5. 地域包括支援センターとの関係

| (1) 地域包括支援センターの運営について方針を提示・指導していますか | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ア 方針を提示・指導している | <input checked="" type="radio"/> |
| イ 方針を提示・指導していない | <input type="radio"/> |

| ①「ア 方針を提示・指導している」の場合、その内容をお答えください（複数回答可） | |
|---|--------------------------|
| a 市町村の地域包括ケアシステムの構築方針 | <input type="checkbox"/> |
| b 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針 | <input type="checkbox"/> |
| c 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築の方針 | <input type="checkbox"/> |
| d 介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針 | <input type="checkbox"/> |
| e 市町村との連携方針 | <input type="checkbox"/> |
| f 公正・中立性確保のための方針 | <input type="checkbox"/> |
| g その他地域の实情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針 | <input type="checkbox"/> |
| h その他 | <input type="checkbox"/> |

「h その他」の場合、その内容をお答えください（自由記述）

| (2) 地域包括支援センターに対する評価を実施していますか | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| ア 評価している | <input checked="" type="radio"/> |
| イ 評価していない | <input type="radio"/> |

「ア 評価している」の場合、評価の方法や指標などをお答えください（自由記述）

| | | |
|---------------------------------------|------|----------------------|
| (3) 平成24年度当初交付申請における包括的支援事業の対象経費支出予定額 | 千円 | ※千円未満は切り上げて記入してください。 |
| ① (3)のうち、人件費相当額（予算）直営分 | 千円 | |
| ② (3)のうち、人件費相当額（予算）委託分 | 千円 | |
| 合 計 | 0 千円 | |

6. 独居高齢者等の見守り体制について

※「見守り」には、直接の安否確認と遠隔による安否確認を含みます。

| (1) 独居高齢者等の緊急連絡先を把握していますか | |
|---------------------------|-----------------------|
| ア 把握している | <input type="radio"/> |
| イ 把握していない | <input type="radio"/> |

| (2) 見守りを実施していますか | |
|------------------|-----------------------|
| ア 実施している | <input type="radio"/> |
| イ 実施していない | <input type="radio"/> |

| ①「ア 実施している」場合、定期的な見守りの実施体制（複数選択可） | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a 市町村が直接実施 | <input type="checkbox"/> |
| b 地域包括支援センターが実施 | <input type="checkbox"/> |
| c 民生委員が実施 | <input type="checkbox"/> |
| d ボランティア、NPOが実施 | <input type="checkbox"/> |
| e 自治会が実施 | <input type="checkbox"/> |
| f 社会福祉協議会が実施 | <input type="checkbox"/> |
| g 水道、郵便、新聞配達員等との連携 | <input type="checkbox"/> |
| h その他 | <input type="checkbox"/> |

| ②「ア 実施している」場合、定期的ではない見守りの実施体制（複数選択可） | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| a 市町村が直接実施 | <input type="checkbox"/> |
| b 地域包括支援センターが実施 | <input type="checkbox"/> |
| c 民生委員が実施 | <input type="checkbox"/> |
| d ボランティア、NPOが実施 | <input type="checkbox"/> |
| e 自治会が実施 | <input type="checkbox"/> |
| f 社会福祉協議会が実施 | <input type="checkbox"/> |
| g 水道、郵便、新聞配達員等との連携 | <input type="checkbox"/> |
| h その他 | <input type="checkbox"/> |

| (3) 緊急通報システム等を整備していますか | |
|------------------------|-----------------------|
| ア 整備している | <input type="radio"/> |
| イ 整備していない | <input type="radio"/> |

7. 各 地域包括支援センター（サブセンター・ブランチを除く）所在地等の一覧 【市区町村記入】

| | 地域包括支援センター名称 | 郵便番号 | 住所 | 電話番号 | F A X 番号 |
|----|--------------|------|----|------|----------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |

※1 数字記号等については、半角入力をお願いいたします。
 ※2 行が足りない場合は、適宜、追加してください。

8. 各 地域包括支援センターのサブセンター・ブランチ（地域包括支援センターを除く）名称の一覧 【市区町村記入】

| | 地域包括支援センターのサブセンター・ブランチ名称 |
|----|--------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| 22 | |
| 23 | |
| 24 | |
| 25 | |
| 26 | |
| 27 | |
| 28 | |
| 29 | |
| 30 | |

※行が足りない場合は、適宜、追加してください。

(3) 地域包括支援センター用調査票

| 平成24年度地域包括支援センター運営状況調査（地域包括支援センター記入） | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| 1. 地域包括支援センターの概要 | | | |
| (1) 基本情報 | | | |
| 都道府県名 | | | |
| 市区町村名 | | | |
| 広域連合等 | | | ← 保険者又は地域包括支援センターの設置者が「一部事務組合又は広域連合」の場合、その名称を記入してください。 |
| 地域包括支援センターの名称 | | | |
| 郵便番号 | | | ← 郵便番号7桁を記入してください。（ハイフン「-」は自動表示されます） |
| 住所 | | | ← 所在地の市区町村以降を記入してください。（都道府県・市区町村は自動表示されます） |
| 電話番号 | | | |
| FAX番号 | | | |
| (2) 設置主体 | | | |
| 直 営 | <input type="radio"/> | ← 貴施設の設置主体(直営または委託)の○をクリックしてください。●マークが付きません。 | |
| うち広域連合等の構成市区町村 | <input type="checkbox"/> | ← 広域連合等の構成市区町村の場合は □ をクリックしてチェックを付けてください。 | |
| 委 託 | | | |
| 社会福祉法人(社協除く) | <input type="radio"/> | | |
| 社会福祉協議会 | <input type="radio"/> | | |
| 医療法人 | <input type="radio"/> | | |
| 社団法人 | <input type="radio"/> | | |
| 財団法人 | <input type="radio"/> | | |
| 株式会社等 | <input type="radio"/> | | |
| NPO法人 | <input type="radio"/> | | |
| その他 | <input type="radio"/> | | |
| (3) 担当圏域の高齢者人口 | | | |
| 担当する日常生活圏域の65歳以上の高齢者人口（平成24年4月末時点） | | | 人 |
| (4) 要支援者数等 | | | |
| ① 要支援者数【実人数】(平成24年4月末時点) ※1 | | | 【※1】「要支援者数」については、センター担当区域の要支援認定者数を記入してください。 |
| 平成23年度 | ② 介護予防支援の実施件数 【②≧①】 | （平成23年度の年間延べ件数） | 件 |
| | ③ 上記②のうち、介護予防支援の委託件数 【②≧③】 | （平成23年度の年間延べ件数） ※2 | 件 |
| 平成24年度 上半期 | ④ 介護予防支援の実施件数 【④≧①】 | （平成24年4月1日～平成24年9月30日の延べ件数） ※3 | 件 |
| | ⑤ 上記④のうち、介護予防支援の委託件数 【④≧⑤】 | （平成24年4月1日～平成24年9月30日の延べ件数） ※2・※3 | 件 |
| ⑥ 平成23年度に実際に委託した年間の居宅介護支援事業所数【実事業所数】 ※4 | | | 箇所 |
| ⑦ 当該センターが指定介護予防サービス事業所を併設しているか | | | 併設している場合はチェック <input type="checkbox"/> |
| | | | 【※2】「介護予防支援の実施件数」のうち、委託している件数(実施件数≧委託件数)。 【※3】平成24年4月1日～平成24年9月30日の延べ件数を記入してください(平成24年9月分の延べ件数は見込みでも可)。 【※4】実際に委託した事業所の数。 委託契約事業所は10箇所あるが、実際に委託した事業所については3箇所の場合→「3」を記入してください。 |

2. 職員の状況

| (1) 職種別の実人数 (平成24年4月末時点) | | 実人数 |
|--------------------------|--|-----|
| ア 保健師 | | 人 |
| イ 社会福祉士 | | 人 |
| ウ 主任介護支援専門員 | | 人 |
| エ その他 | | 人 |
| 小 計 | | 0 人 |

平成24年4月30日時点で在籍している職員の方について勤務形態を問わず記入してください。
職員が複数の資格を有している場合は、主たる業務に関わるものに記入してください。

| (2) 包括的支援業務の職員配置 (平成24年4月末時点) ※1 | | | |
|----------------------------------|-------------|-----|-------|
| ア 包括的支援業務のみに従事する職員(専従) | | | |
| 保健師 | a 保健師 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 社会福祉士 | c 社会福祉士 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 主任介護支援専門員 | e 主任介護支援専門員 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 小 計 | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |

【※1】入力の際は、必ず下記をご参照ください。

【記入方法】

職員数をそれぞれ常勤換算により記入してください。

【換算人員の算定方法】

人数については、職員1名の1週間の勤務時間
÷ 事業所が定めている1週間の勤務時間で計算してください。
(端数が出た場合には、小数点以下第2位を四捨五入して記入してください。)

【例】1週間の勤務時間を32時間としている事業所で以下の職員がいた場合。
Aさん(1週間の勤務時間、8時間)
Bさん(1週間の勤務時間、4時間)
Cさん(1週間の勤務時間、12時間)
⇒24時間(8時間+4時間+12時間)÷32時間=0.75人→「0.8」を記入。

【例】常勤5名、非常勤1名、合計6人配置の地域包括支援センターの場合

①「ア 包括的支援業務のみに従事する職員(専従)」として、社会福祉士1名及び主任介護支援専門員1名が常勤で配置されている。
⇒「ア 包括的支援業務のみに従事する職員(専従)」欄の、「c 社会福祉士」及び「e 主任介護支援専門員」の常勤欄にそれぞれ「1」を記入。

②「イ 指定介護予防支援にも従事する職員(兼務)」として、保健師1名が常勤で配置されている。
⇒「イ 指定介護予防支援にも従事する職員(兼務)」欄の、「f 保健師」の常勤欄に「1」を記入。

③「ウ 指定介護予防支援業務専従職員」として、介護支援専門員2名及び経験ある看護師1名が配置されており、うち介護支援専門員1名が居宅介護支援事業所と併任している。(0.5人役)
⇒「ウ 指定介護予防支援業務専従職員」欄の、「イ 介護支援専門員」の常勤欄に「1」及び非常勤欄に「0.5」をそれぞれ記入。
「エ 経験ある看護師」の常勤欄に「1」を記入。

【※2】福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者。

| | | | |
|------------------------|-------------|-----|-------|
| イ 指定介護予防支援にも従事する職員(兼務) | | | |
| 保健師 | f 保健師 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 社会福祉士 | h 社会福祉士 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 主任介護支援専門員 | j 主任介護支援専門員 | 常 勤 | 人 |
| | 非常勤 | 人 | |
| 小 計 | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |
| A. 合計(ア+イ) | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |

| | | | |
|------------------|--|-----|-------|
| ウ その他の専門職員 | | | |
| 看護師 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 理学療法士(PT) | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 作業療法士(OT) | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 精神保健福祉士(PSW) | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 医療ソーシャルワーカー(MSW) | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| その他 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 小 計 | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |
| エ その他の事務職員 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 合計(ア+イ+ウ+エ) | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |

| | | |
|----------|-----------|--------------------------|
| センター長 ※3 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
|----------|-----------|--------------------------|

【※3】「センター長」とは、管理・運営している者。

| | | | |
|--|--|-----|-------|
| 勤続年数別職員数(A.合計(ア+イ)と一致) ※4 | | | |
| a 1年未満 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| b 2年未満 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| c 2年以上 | | 常 勤 | 人 |
| | | 非常勤 | 人 |
| 小 計 | | 常 勤 | 0.0 人 |
| | | 非常勤 | 0.0 人 |
| 「ア」、「イ」の職員のうち職種別離職者数(平成23年度の年間実績) ※5 | | | |
| | | 実人数 | |
| a 保健師 | | 人 | |
| b 社会福祉士 | | 人 | |
| c 主任介護支援専門員 | | 人 | |
| d 準ずる者 | | 人 | |
| 平成23年度離職者数合計 | | 0 人 | |
| 「ア」、「イ」の職員が職員研修に参加した回数(平成23年度の年間実績) ※6 | | | |
| | | 回 | |

【※4】勤続年数別職員の合計数と、A.合計(ア+イ)が一致するよう記入してください(常勤換算で記入)。非常勤職員に関しては、実際に就業している年数を記入してください。(雇用契約期間が1年であっても実際に就業している年数が2年以上であれば、「c 2年以上」に記入してください)。4月末時点で、産休・育休等からの理由で実際の職務に就いていない者は数には含まれません。

【※5】包括的支援業務に携わる「ア」、「イ」の職員のうち、平成23年度の離職者数及び職種について記入してください(※離職者数には人事異動者は含まれません。離職者数と離職者職種欄の数字の合計数は一致します)。「平成23年度離職者数」は、職種別の合計人数が自動計算されますので、入力不要です。

【※6】包括的支援業務に携わる「ア」、「イ」の職員のうち、職員研修に参加した回数を記入してください(平成23年度に開催された職員研修のうち、国、都道府県、広域、民間等が主催した研修であり、市区町村内で自主的に行なったものを除く)。

| (3) 指定介護予防支援業務専従職員 (平成24年4月末時点) ※7 | | 実人数 |
|------------------------------------|--|-------|
| ア 保健師 | | 人 |
| イ 介護支援専門員 | | 人 |
| ウ 社会福祉士 | | 人 |
| エ 経験ある看護師 | | 人 |
| オ 高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉士 | | 人 |
| 小 計 | | 0.0 人 |

【※7】入力の際は、必ず上記をご参照ください。

| (4) 平成24年4月30日時点で在籍している全ての職員のキャリア状況について (地域包括支援センターで採用する直前のもの) | | 実人数 |
|---|--|-----|
| ア 新卒採用 | | 人 |
| イ 新卒採用ではないが、他での勤務経験は無し | | 人 |
| ウ 市区町村での勤務経験有り | | 人 |
| エ 介護事業所での勤務経験有り | | 人 |
| オ 医療機関での勤務経験有り | | 人 |
| カ その他での勤務経験有り | | 人 |
| 合 計 | | 0 人 |

平成24年4月30日時点で在籍している全ての職員の方について記入してください。

実人数の合計数と、2.(1) 職種別の実人数の合計数が一致するよう記入してください。

「カ その他での勤務経験有り」の場合、その内容をお答えください(自由記述)

| (5) 採用時に、職員研修の機会を設けていますか | |
|--------------------------|---|
| ア 設けている | ○ |
| イ 設けていない | ○ |

① 「ア 設けている」の場合、平成23年度(昨年度)の採用者実人数

人

② 平成23年度(昨年度)採用者のうち研修受講者実人数 ※1

人

【※1】①の人数のうち該当する人数をお答えください。

| ③ 「ア 設けている」の場合、その実施主体別の受講者延べ人数をお答えください (複数回答可) | | 受講者延べ人数 ※2 |
|---|--|------------|
| a 地域包括支援センター(法人を含む) | | 人 |
| b 国 | | 人 |
| c 都道府県・市区町村 | | 人 |
| d 民間団体 | | 人 |
| e その他 | | 人 |

【※2】②の人数のうち該当する人数をお答えください。
同一職員が複数の実施主体の研修を受講している場合は、該当する実施主体全てに記入してください。

②の人数が2人で、
「a 地域包括支援センター(法人を含む)」と「c 都道府県・市区町村」を受講した人が1人、「c 都道府県・市区町村」を受講した人が1人の場合、
「a 地域包括支援センター(法人を含む)」は「1」人
「c 都道府県・市区町村」は「2」人と記入してください。

3. ケアマネジメント

| 総合相談件数 | |
|----------------------------|--|
| 総合相談件数(延件数、重複可) | |
| うち、権利擁護(成年後見人、高齢者虐待)に関する件数 | |

平成23年度の年間実績を記入してください。
相談を受けた回数を記入し、相談後の個別支援計画や関係機関への照会等は件数に含めません。

包括的・継続的ケアマネジメントの連携課題・介護支援専門員に対する個別支援課題の有無

入力の際は、必ず下記をご参照ください。

(1) 関係機関との連携課題(複数回答可)

| | |
|------------------|--------------------------|
| ア 医療機関 | <input type="checkbox"/> |
| イ 介護保険サービス事業所 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 地域のインフォーマルサービス | <input type="checkbox"/> |
| エ 公的機関 | <input type="checkbox"/> |
| オ 入居(所)・退院(所)時 | <input type="checkbox"/> |
| カ 広域の地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> |

(1) 関係機関との連携の例

ア 医師会や医療機関に対して、高齢介護の分野においてどのようなことが課題になっており、その解決のためにどのような部分で医療機関の協力が必要であるかを理解してもらうとともに、医療機関、主治医にとってどのような情報・資料が必要であるのかを地域包括支援センターが把握するために、医療機関に出向き、情報収集と連携を図っている等。

イ 支援困難事例を抱える介護支援専門員に対して、解決に向けた助言や協力を得られるよう一定の実績のある居宅介護支援事業所を紹介している等。

ウ インフォーマルサービスの情報をどのような場面でも活用できるような定期的な情報の見直しを行っている等。

エ リスクの高い(虐待を受けている・消費者被害にあっている・徘徊がみられる等)高齢者を発見し専門機関へつなぐネットワークを構築するとともに、警察等から情報を得ながら医療機関や行政等の機関との連携を図っている等。

オ ケアカンファレンスを継続的にを行い、退院(所)時に利用者・家族と入院先の医療機関、主治医、介護支援専門員等必要な職種での会議を開催し、退院後の在宅ケアについて話し合いの場を持っている等。

カ 広域的に、他の地域包括支援センターと事例検討や情報共有を行う会を定期的に開催している等。

(2) 介護支援専門員に対する個別支援の課題(複数回答可)

(2) 介護支援専門員に対する個別支援の例

| | |
|--|--------------------------|
| ア 相談窓口 | <input type="checkbox"/> |
| イ 支援困難事例に対応する介護支援専門員への支援 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援 | <input type="checkbox"/> |
| エ 質の向上のための研修 | <input type="checkbox"/> |
| オ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導 | <input type="checkbox"/> |
| カ 介護支援専門員同士のネットワーク構築 | <input type="checkbox"/> |
| キ 介護支援専門員に対する情報支援 | <input type="checkbox"/> |
| ク ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ | <input type="checkbox"/> |
| ケ その他 | <input type="checkbox"/> |

ア 電話や来訪面談だけでなく自ら地域の事業所を巡回訪問する等、多様な相談の機会を設けるとともに、一般論による助言だけでなく、3職種が必要に応じて同行訪問等の個別の応援を行い、問題解決に努めている等。

イ 支援困難事例解決に向けて日頃から多職種・多機関による連携を図り、介護支援専門員より支援困難事例の相談があった際に、必要な情報を有効活用し問題解決にあたっている等。

ウ 介護支援専門員が円滑かつ適切な時期にサービス担当者会議が開催できるよう、関係機関等と連携を図り、介護支援専門員を支援している等。

エ 地域包括支援センターが主体となって、他機関と協同して研修を開催し、担当地域の介護支援専門員や地域のサービスの質の向上を図っている等。

オ 介護支援専門員が作るケアプランが高齢者や家族の自立支援を目指したものになっているかを点検し、指導、助言を行う研修会等を開催している等。

カ 介護支援専門員同士の連絡会議や事業者交流等様々な機会を設けて、ネットワーク構築に努めている等。

キ リーフレットの配布、説明会、情報交換会等多様な手段をもって、必要な情報支援を行っている等。

ク 事業所対象の研修会へ主任介護支援専門員が出席し、事例検討等を通じて連携を深め、事業者に対して働きかけを行っている等。

「ケ その他」の場合、その内容をお答えください(自由記述)

包括的・継続的ケアマネジメントの関係機関との連携回数・介護支援専門員に対する個別支援の回数

(1) 関係機関との連携回数

| | |
|--------|---|
| ア 医療機関 | 回 |
| イ その他 | 回 |

(2) 介護支援専門員に対する個別支援の回数(複数回答可)

| | |
|--|---|
| ア 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援の回数 | 回 |
| イ 質の向上のための研修の回数 | 回 |
| ウ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導の回数 | 回 |

包括的・継続的ケアマネジメントの取り組みについて

(1) 地域包括支援センターから地域におけるケアマネジャーに対して、アセスメントの中に「自立支援」という視点を取り入れるよう支援をしていますか。

| | |
|------------|----------------------------------|
| ア 支援をしている | <input checked="" type="radio"/> |
| イ 支援をしていない | <input type="radio"/> |

取り組みの例：
ケアマネジャーに対する相談会を開催し、その相談会に看護師や理学療法士を加えて、アセスメントについての相談をしている、等。

「ア 支援をしている」の場合、その具体的内容をお答えください(自由記述)

(2) 地域におけるケアマネジャーに対して、地域包括支援センターから「自立支援」の観点から、地域のネットワークを生かしたケアマネジメントに取り組むよう支援をしていますか。

| | |
|------------|----------------------------------|
| ア 支援をしている | <input checked="" type="radio"/> |
| イ 支援をしていない | <input type="radio"/> |

取り組みの例：
エコマップの作成を通じて、ネットワークの構築を進めている、等。

「ア 支援をしている」の場合、その具体的内容をお答えください(自由記述)

(3) 介護予防支援の委託制限の廃止への対応について

| | |
|----------------------|----------------------------------|
| ア 外部委託を増やしたい | <input type="radio"/> |
| イ 受け皿がないため外部委託を増やせない | <input type="radio"/> |
| ウ 既に委託率が高いため現状どおり | <input type="radio"/> |
| エ その他 | <input checked="" type="radio"/> |

「エ その他」の場合、その具体的内容をお答えください(自由記述)

4. 地域支援事業

| 二次予防事業対象者（平成23年度の実人数・重複不可） | |
|---------------------------------------|---|
| 二次予防事業対象者数 | 人 |
| うち、介護予防ケアマネジメント業務において介護予防ケアプランを作成した人数 | 人 |

5. 運営費等

| 地域包括支援センターの予算額・決算額（単位：千円） | | |
|---------------------------|----------------|------|
| 22年度決算額 | ①委託費・交付金 | 千円 |
| | ②介護報酬（介護予防支援費） | 千円 |
| | ③その他 | 千円 |
| | 合計 | 0 千円 |
| 23年度決算額 | ①委託費・交付金 | 千円 |
| | ②介護報酬（介護予防支援費） | 千円 |
| | ③その他 | 千円 |
| | 合計 | 0 千円 |
| 24年度予算額 | ①委託費・交付金 | 千円 |
| | ②介護報酬（介護予防支援費） | 千円 |
| | ③その他 | 千円 |
| | 合計 | 0 千円 |

22年度・23年度の決算額及び24年度予算額を千円単位で記入してください。
23年度の決算額が出ていない場合は見込み額を記入してください。

①委託費・交付金：包括的支援事業に対する経費。
②介護報酬（介護予防支援費）：介護予防ケアプラン作成に携わる経費。
③その他：市町村補助金、地域支援事業（介護予防事業・任意事業分）など。

※千円未満は切り上げて記入してください。

| 介護予防、ケアプラン作成を居宅介護支援事業所に委託する場合の1件当たりの委託額（単位：円） | |
|---|---|
| 1件当たり委託額 | 円 |

円単位で記入してください（初回加算を除く）。
※上記の項目とは単位が異なりますのでご注意ください。

6. 受託の状況

| 介護予防事業、任意事業の受託の有無 | | | |
|-------------------|------------|-----------|--------------------------|
| 介護予防事業 | 22年度 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| | 23年度 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| | 24年度（予定含む） | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| 任意事業 | 22年度 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| | 23年度 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| | 24年度（予定含む） | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |

7. 夜間・休日の対応

| 夜間・休日の対応 | | |
|----------------------------|-----------|--------------------------|
| 24時間対応の実施の有無（携帯電話等での対応を含む） | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| 休日開所の実施の有無 | 有の場合はチェック | <input type="checkbox"/> |
| 休日開所の実施が「有」の場合 | | |
| ア 毎週対応している | | <input type="checkbox"/> |
| イ 隔週や土日のどちらかで対応している | | <input type="checkbox"/> |

虐待への対応等の場合も想定し、センター職員に対して緊急に連絡が取れるような体制を整備しておくことも含む（関係機関に、夜間や休日のセンター職員の緊急連絡先を登録する等）。

8. 住民に対する広報活動の状況（地域包括支援センターとしての独自の取り組み）

| 住民に対する広報活動の状況（地域包括支援センターとしての独自の取り組み） | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 広報方法（複数回答可） | |
| ア 市民向け広報誌・回覧板 | <input type="checkbox"/> |
| イ ホームページの更新による情報公開 | <input type="checkbox"/> |
| ウ パンフレット配布 | <input type="checkbox"/> |
| エ 自治会への説明 | <input type="checkbox"/> |
| オ 運営協議会の構成団体への説明 | <input type="checkbox"/> |
| カ その他 | <input type="checkbox"/> |

設置主体が直営である場合や、市区町村との一体的な取り組みについては、当該の市区町村記入分と重複回答可。
※平成23年度の実績を記入してください。

9. 地域包括支援センターが抱える課題

| (1) 地域包括支援センターが抱える課題について (複数回答可) | |
|----------------------------------|--------------------------|
| ア 職員の力量不足 | <input type="checkbox"/> |
| イ 業務量に対する職員数の不足 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 職員の入れ替わりの早さ | <input type="checkbox"/> |
| エ 業務量が過大 | <input type="checkbox"/> |
| オ 関係機関との連携が十分でない | <input type="checkbox"/> |
| カ 専門職の確保 | <input type="checkbox"/> |
| キ その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「ア 職員の力量不足」の場合、その業務を選択してください。(複数回答可) | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| ア 総合相談支援事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| イ 権利擁護事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| エ 介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| オ 指定介護予防支援事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| カ 地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| キ その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「エ 業務量が過大」の場合、その業務を選択してください。(複数回答可) | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ア 総合相談支援事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| イ 権利擁護事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| エ 介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| オ 指定介護予防支援事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| カ 地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務 | <input type="checkbox"/> |
| キ その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「オ 関係機関との連携が十分でない」の場合、その関係機関を選択してください。(複数回答可) | |
|---|--------------------------|
| ア 医療機関 | <input type="checkbox"/> |
| イ 介護保険サービス事業所 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 障害福祉サービス事業所 | <input type="checkbox"/> |
| エ 地域のインフォーマルサービス | <input type="checkbox"/> |
| オ 公的機関 | <input type="checkbox"/> |
| カ その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「カ 専門職の確保」に課題がある場合、その理由を選択してください。(複数回答可) | |
|--|--------------------------|
| ア 予算の確保が難しい | <input type="checkbox"/> |
| イ 人材不足 | <input type="checkbox"/> |
| ウ その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「キ その他」の場合、その内容をお答えください(自由記述) | |
|-------------------------------|--|
| | |

10. 市区町村(保険者)との関係

| (1) 地域包括支援センターの運営について市区町村から方針を提示されていますか | |
|---|-----------------------|
| ア 方針を提示されている | <input type="radio"/> |
| イ 方針を提示されていない | <input type="radio"/> |

| ①「ア 方針を提示されている」場合、その内容をお答えください(複数回答可) | |
|---|--------------------------|
| ア 市町村の地域包括ケアシステムの構築方針 | <input type="checkbox"/> |
| イ 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 介護事業者・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク(地域社会との連携及び専門職との連携)構築の方針 | <input type="checkbox"/> |
| エ 介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針 | <input type="checkbox"/> |
| オ 市町村との連携方針 | <input type="checkbox"/> |
| カ 公正・中立性確保のための方針 | <input type="checkbox"/> |
| キ その他地域の実情に応じて、運営協議会が必要であると判断した方針 | <input type="checkbox"/> |
| ク その他 | <input type="checkbox"/> |

| 「ク その他」の場合、その内容をお答えください(自由記述) | |
|-------------------------------|--|
| | |

| (2) 地域包括支援センターの運営について市区町村から評価されていますか | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| ア 評価されている | <input type="radio"/> |
| イ 評価されていない | <input type="radio"/> |

| 「ア 評価されている」場合、その具体的内容をお答えください(自由記述) | |
|-------------------------------------|--|
| | |

1.1. 地域ケア会議の開催状況

| (1) 地域ケア会議はどこが主催していますか | |
|------------------------|-----------------------|
| ア 自治体(保険者)が主催している | <input type="radio"/> |
| イ 地域包括支援センターが主催している | <input type="radio"/> |
| ウ 内容により、アとイの両方のケースがある | <input type="radio"/> |
| エ 開催していない | <input type="radio"/> |

① (1)で「ア 自治体(保険者)が主催している」/「イ 地域包括支援センターが主催している」/「ウ 内容により、アとイの両方のケースがある」の場合、a～fの会議を進行する上で必要と考える職種をお答えください(複数回答可)

| 会議内容 | 出席者の職種 | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| | ① 行政職員 (直営の場合、 地域包括支援セン ター職員を除く) | ② 地域包括支援センター職員 | ③ ケアマネジャー | ④ 事業者 | ⑤ 医師・ 歯科医師 | ⑥ 栄養士・ 歯科衛生士 | ⑦ 看護師・ PT・OT・ ST | ⑧ NPOボラン ティア | ⑨ 民生委員・ 社会福祉協議会・ (自治会・老人クラブ等) | ⑩ その他 | 「⑩」の場合、 その職種をお答えください |
| a 支援困難事例等の問題解決のための会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b 給付適正化の事業者指導を中心とした会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c 地域問題把握のための会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d 保険者の運営方針を共有するための会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e 地域づくり、支援体制整備のための会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f 施策化、支援体制整備のための会議 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

「エ 開催していない」場合、その理由をお答えください(自由記述)

平成24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

地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に
関する調査研究事業
報告書

株式会社 三菱総合研究所