

みんながつくる 「地域包括ケア」学習交流会

～「私が住みたい街」のつくりかた～

日時

平成28年(2016年)11月18日(金)
13時30分～16時30分

場所

鹿児島市レンブラントホテル
(旧鹿児島東急ホテル) 鹿児島市鴨池新町22-1

会次第

1. 開会のあいさつ
2. ご来賓あいさつ
3. 記念講演
「進む少子・高齢社会とこれからの地域支援
— 地参・地笑の暮らしづくりに向けて—」
4. わたしの住みたい街づくり
 - 曾於市の総合事業について
 - みんなで築くふくしのまち
 - 街づくりへの思い
5. 座談会
6. 閉会のあいさつ

主催 みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会実行委員会

実行委員長 鹿児島純心女子大学教授 八田 冷子

社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会、曾於市地域包括支援センター、特定非営利活動法人介護支援専門員協会
鹿児島、鹿児島県生活協同組合連合会、鹿児島医療生活協同組合、生活協同組合コープかごしま、グリーンコープ
かごしま生活協同組合、奄美医療生活協同組合、社会福祉法人鹿児島虹の福祉会、社会福祉法人グリーンコープ

後援 鹿児島県、鹿児島市

ごあいさつ

実行委員長
鹿児島純心女子大学教授
八田 冷子



少子高齢化の中、「住み慣れた地域で最期まで安心して暮らしたい」という願いを実現するため、たとえ高齢になっても病気や障害があっても地域で生活する力を維持・回復し、みんなが笑顔で暮らせるよう地域包括ケアシステムの構築が急がれます。

介護保険制度は、これまで様々な課題を「走りながらみんなで考え」進んできましたが、2014年「地域包括ケアシステムの構築」に向け第4回目の改正に至りました。各市町村においては、現在、介護予防・日常生活支援総合事業(新総合事業)の構築に向けた作業が進められています。しかしながら、特に生活支援の仕組みについては「必要ではあるが、どこからどう取り組むべきか」「すでにある生活支援の仕組みをどう活用していくのか」「行政だけではとてもやりきれない」など様々な声が聴かれています。

そのような状況から一步でも前に進んでいただきたいと、すでに生活支援サービス提供に長年取り組んでこられた生協の皆さまからの声かけにより実行委員会を発足し、みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会、－「介護予防・日常生活支援総合事業」充実のための地域交流会－を開催しましたところ、行政はじめ地域活動の担い手として活動されている多くの関係者の方々に参加いただき、改めて「鹿児島の地域の力」を感じたところです。

介護予防や生活支援の仕組みは、これからの時代の荒波にも揺らがない「私が住みたい街づくり」につながると考えます。そこで、本学習会においては、美作大学社会福祉学科の小坂田稔先生をお招きし、極めて実践的なご研究の中から、地域包括ケアシステム構築の方法をはじめ、「どんなに重い病気や障がい、生活問題を抱えていても、住み慣れた地域で、いきいきと暮らしていきたい!!」「住み慣れた地域における普通の暮らしの幸せづくり」に向けた支援の在り方や地域づくりについて、豊富な事例の紹介を基に提言、提案をいただくとともに、曾於市の「わたしの住みたい街づくり」の実践報告などを参考に、参加者の皆様が、鹿児島らしいそれぞれの地域力を活かした取り組みについて考え、「何のための介護予防・生活支援の仕組みづくり」であるか目的(ミッション)を共有し、明日からの実践につながる場となるのではと期待しております。

新総合事業の構築に向け、今、私たちが忘れてはならないのは、真の介護予防や生活支援の意義や目的ではないでしょうか。2012年3月に厚生労働省がまとめた「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」によれば、介護予防は、単に要介護者になることを食い止める予防策としてではなく「高齢者本人の自己実現」と「生きがいを持ち、自分らしい生活を創る」ことへの支援です。また、生活支援は、高齢者の健康度の低下により、買い物や食事を作るということが一時的にできなくなったり、生活が

不活発となり、廃用症候群のような状態となって、要介護・要支援状態に陥ってしまった時に、それを乗り越え、再びもとの生活を取り戻し、自立的な生活を維持するための支援です。どちらも高齢化が進んでくると非常に重要になってきますから、地域の実情に応じた新総合事業の構築がこれからの高齢者施策の重要な柱となることは誰もが認めるところです。

新総合事業の創設にあたり立ち上げられた新地域支援構想会議(住民による助け合い活動を推進することを目的に、関係14団体により構成される)において、2016年10月、今後留意していくべき事項についてとりまとめがなされ、新総合事業に関しては、「多様なニーズに対応する住民主体の生活支援サービスを拡充することとされているが、住民主体の活動やサービスの創出には時間がかかることも念頭に置き、長い時間をかけた粘り強い取り組みが求められることを行政はじめ関係者が共有した上で、地域全体の意識の高まりや実行力を引き出す仕掛けづくり・受け皿づくりを積極的に行うことが重要である」という基本的な考え方が示されています。

一方で、「介護予防及び日常生活支援のための総合的なサービスに関する調査研究事業検討会」委員であった櫃本氏は、「これからの介護予防は、従来のようにスクリーニングをして虚弱高齢を拾い出して要介護状態になるのを個別に筋トレなどさせて予防するような医療モデルの取り組みではなく、超高齢化の中で分母が大きくなっているすべての高齢者の健康づくりを社会全体で行うものに転換するというもの。また現実的に、『要支援』と『非該当』の間をしばしば行き来する高齢者にも切れ目なくサービスを提供できるようにする」ものであり、「高齢者の健康づくりの取り組みは、高齢者が、地域の中で役割を果たし、その結果として体を動かし、あるいは認知機能を働かせて、介護保険の世話にならずに済んでしまう、という自然な取り組みが理想」¹⁾だと述べています。

高齢化が国より進行している鹿児島では、それぞれの地域でこれまでも介護予防や生活支援の仕組みづくりの取り組みがなされてきました。既存の取り組みがあればあるほど、新総合事業の取り組みにおいては、地域住民や関係者の目的(ミッション)を明確にしなくては、苦勞したもの20年後、30年後を視野に入れた継続性のあるものとはならないことも危惧されます。また、継続性のある仕組みのためには、「財政状況が厳しい中『公助』だけでは財源がいくらあっても足りなくなり、『自助』だけでは、個々の負担が膨大になり、限界も生じてしまう。したがって住民の力を生み出す『共助』を取り戻せなければ、地域は成り立たない」¹⁾と指摘されています。

地域包括ケアが時代の要請であるならば、その基盤づくりとなる介護予防や生活支援の仕組みを構築するプロセスを大切に、時間をかけて、住民の力を生み出す「共助」を取り戻し、地域住民一人ひとりが大切な資源としてその役割を發揮しようという意識改革が必要ではないでしょうか。

おわりに、介護保険制度は、これまで「走りながらみんなで考え」様々な改正が行われてきましたが、制度全体を貫く理念は、高齢者の「自立支援」と「尊厳」であるということは変わっていません。今回参加された皆様方がその理念の継承者として、新総合事業のミッションを明確化し、住民力を引き出し、今後の地域づくりに取り組んでいかれることを祈念し開会の挨拶とさせていただきます。

引用文献；1) 「生活を分断しない医療」 櫃本真聿 (株)ライフ出版社 2013.3 P178.P202

記念講演

進む少子・高齢社会とこれからの地域支援

— 地参・地笑の暮らしづくりに向けて —

《略 歴》 小坂田 稔(おさかだ みのる)



■学 歴

早稲田大学大学院公共経営研究科専門職学位課程修了
岡山大学大学院自然科学研究科博士後期課程満期修了
学術博士・公共経営学修士

■専門領域：地域福祉論

■職 歴

津山市社会福祉協議会にて福祉活動専門員として地域福祉実践に取り組む。
高知県立大学社会福祉学部教授を経て、
平成 25 年 4 月から美作大学社会福祉学科教授
社会福祉学科 学科長

■主たる社会活動

美作市権利擁護センター運営委員会委員長
日本農村生活学会理事
岡山県地域公益活動推進研究会会長
津山市高齢者保健福祉運営協議会委員長
津山市地域包括ケア会議会長
美作市地域ケア会議会長
総社市地域包括ケア会議会長
美咲町地域包括ケア会議会長
総社市全国屈指の福祉会議メンバー
津山市空家等対策協議会委員
総社市権利擁護センター運営委員会委員 他

■主な著書・論文

『真の介護予防と地域包括支援センター』中央法規出版
『社会資源と地域福祉システム』明文書房
「地域包括ケアシステムの必要性とシステム構築に果たす市町村行政の役割とあり方
— 公共経営の視点からの理論化の試み —」(早稲田大学大隈賞)
「中山間地における地域福祉型移動販売サービス確立に関する考察」(日本農村生活学会学術賞)
「実践的地域包括ケアシステム構築の方法と課題 — 総社市と美咲町の取り組みを通して —」
(高知県立大学紀要)
「地域包括ケアシステムにおける小地域ケア会議の必要性と今後の在り方
— コミュニティソーシャルワークの視点からの理論的考察 —」(美作大学紀要)
「地域包括ケアとは何か — 『地域包括ケアシステム』の考えをもとに考える」
(作業療法ジャーナル) 三輪書店 他

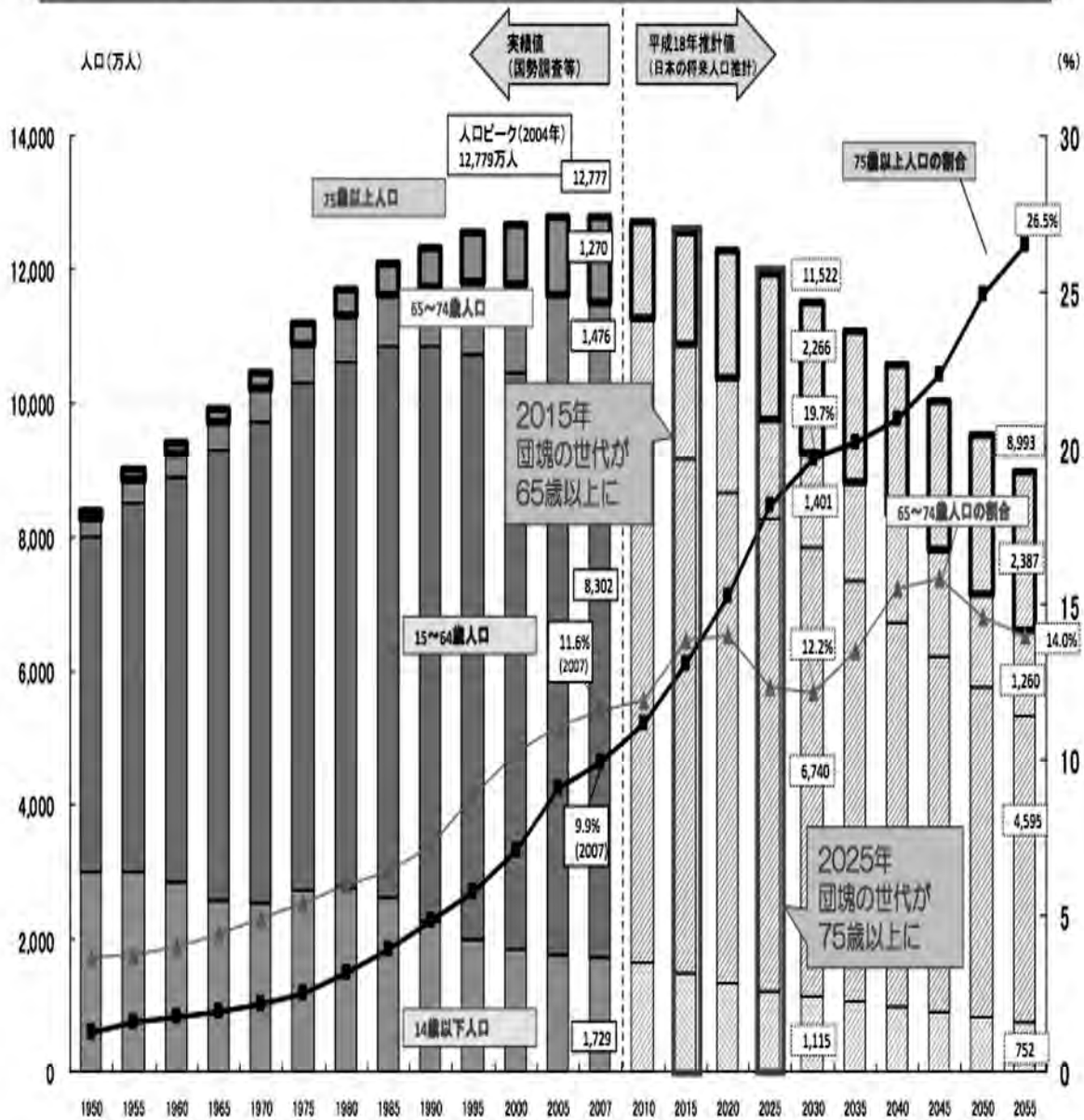
進む少子・高齢社会とこれからの地域支援

-地参・地笑の暮らしづくりに向けて-

1. 進む少子・高齢化と私たちの暮らし

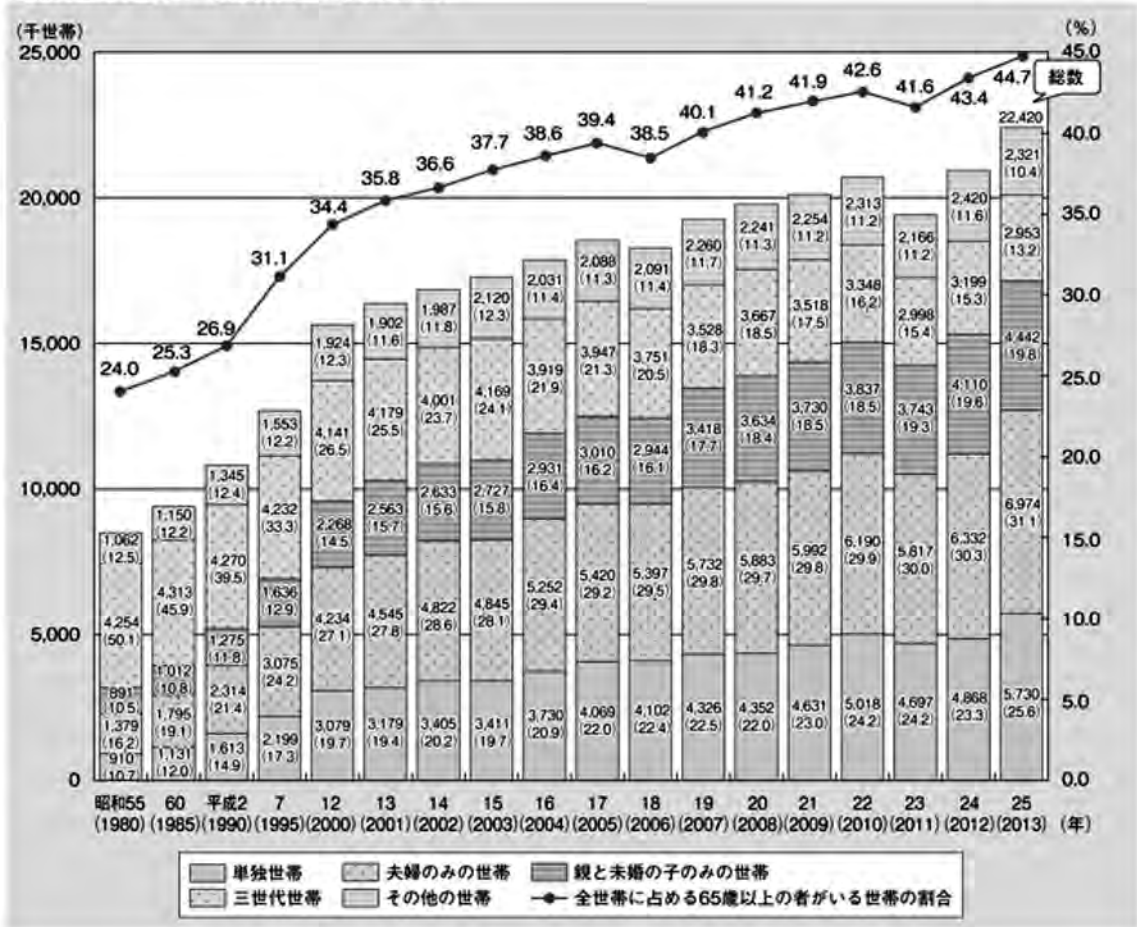
75歳以上高齢者の増大

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

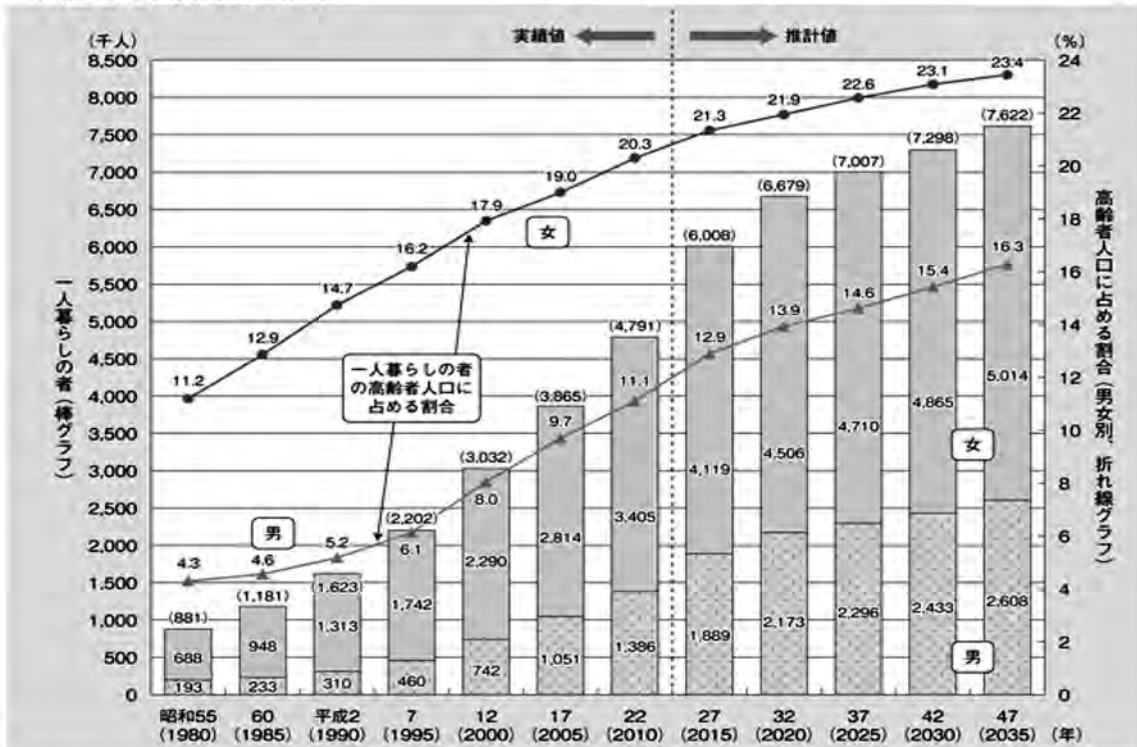


資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

高齢者のいる世帯数及び構成割合



一人暮らし高齢者の動向



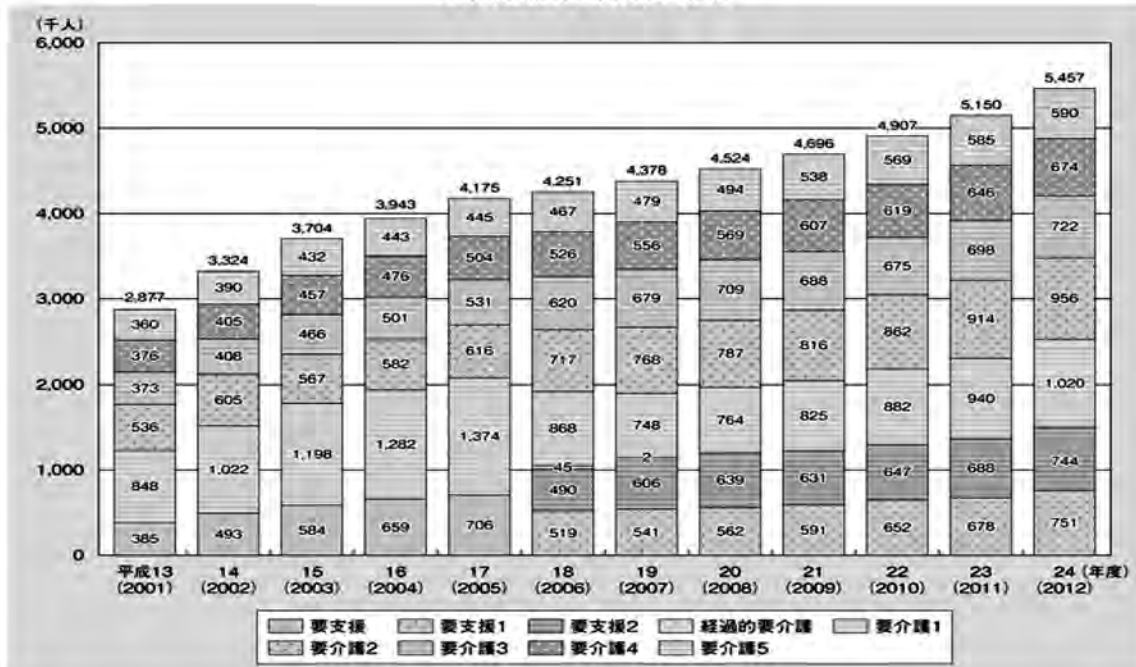
認知症者数の将来推計

日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

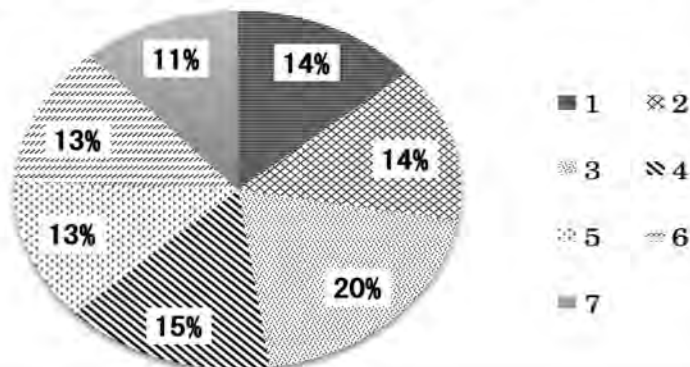
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

厚生労働省

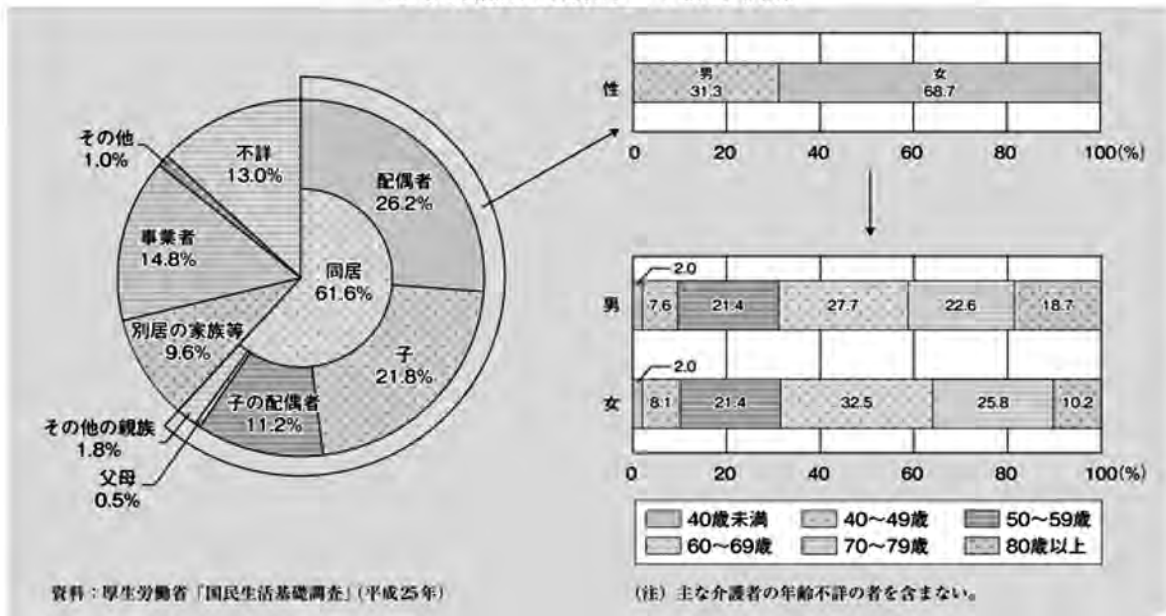
要介護認定者数の推移



要介護度別認定者状況(鹿児島県・平成27年4月現在)

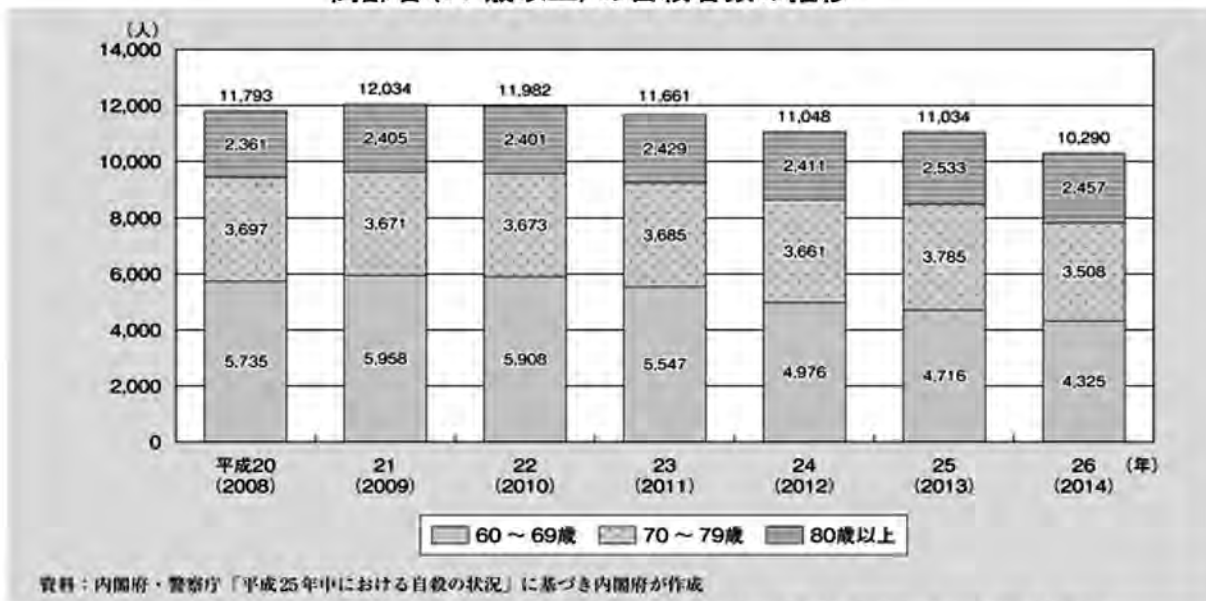


主な介護者の続柄・年齢の状況

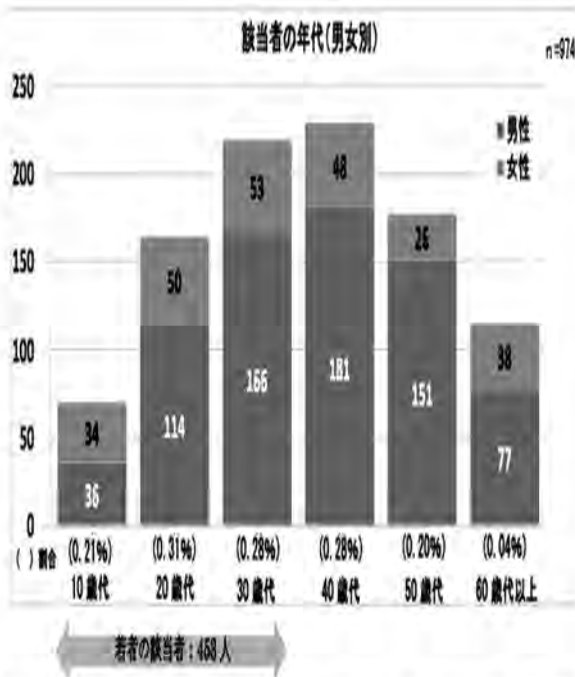


「平成27年版高齢社会白書」厚生労働省

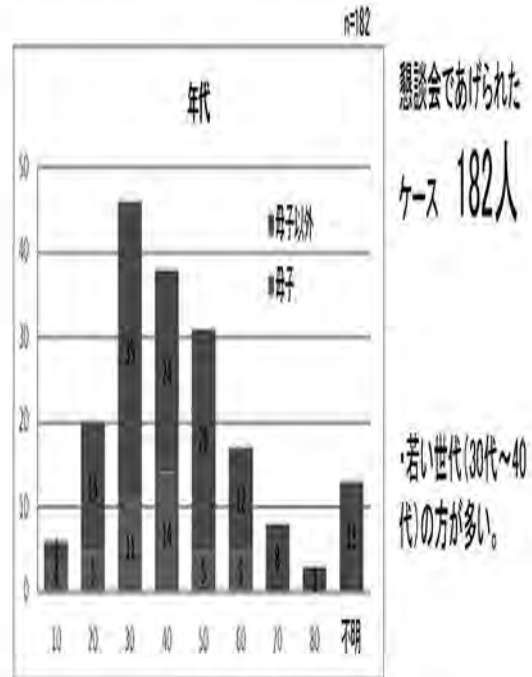
高齢者(60歳以上)の自殺者数の推移



資料*「介護保険事業状況報告」厚生労働省



島根県健康福祉部「ひきこもり等に関する実態報告書」2014

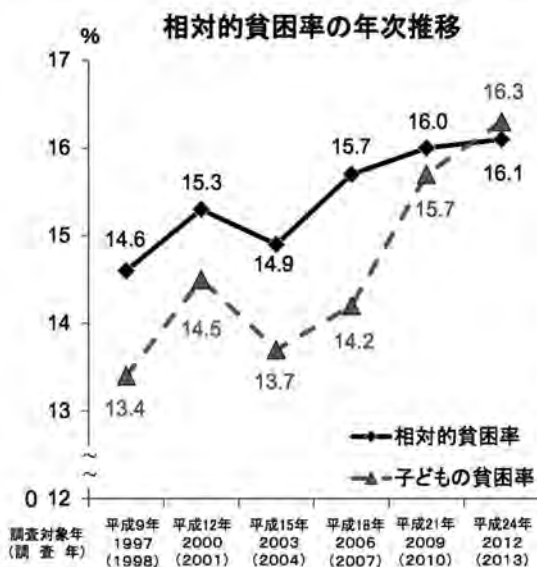


総社市社会福祉協議会

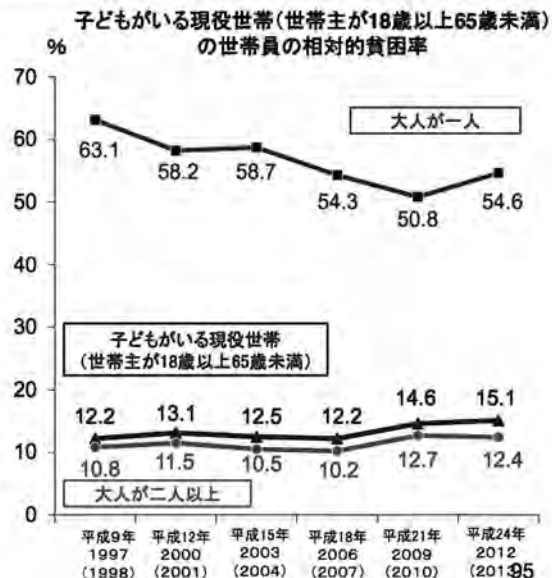
子どもの貧困状況

相対的貧困率の推移について

- 最新(2013年調査)の相対的貧困率は、全体で16.1%、子どもで16.3%
- 一方、大人が一人の「子どもがいる現役世帯」で54.6%



資料:「平成25年国民生活基礎調査」



厚労省「子どもの貧困対策の推進に関する法律」(概要)資料

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行(～29年度)
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

- このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大(※軽減例・対象は完全実施時のイメージ)
- * 保険料見直し: 第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例: 年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
- * 軽減対象: 市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案
- * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題



例えば...

地域には、このような課題が...



①ひとり暮らしの高齢者...

市内に親族がいない75歳のAさん。最近、認知症がすすみひとり暮らしが厳しくなって、不安がいっぱい...



② 87歳の夫を84歳の妻が介護(高齢者世帯)

夫(87歳)は肺機能障がいので在宅酸素の生活。妻(84歳)が介護疲れから体調を崩している。(ストレス・入院)



③ 子育てに不安...



核家族で団地に住む母親のCさん。はじめての子育てに少しノイローゼ気味...

④ 昼間ひとり暮らしで話し相手がない...



Yさん(85歳)は、足の筋力が落ちて、今では寝たきり起きたきりの生活。次第に物忘れもひどくなり、このままでは寝たきりに...。家族は勤めで日中はひとりで留守番。話し相手がない。

2. いきいきとした暮らしづくりに向けて

-求められる2つの生活「けん」保障

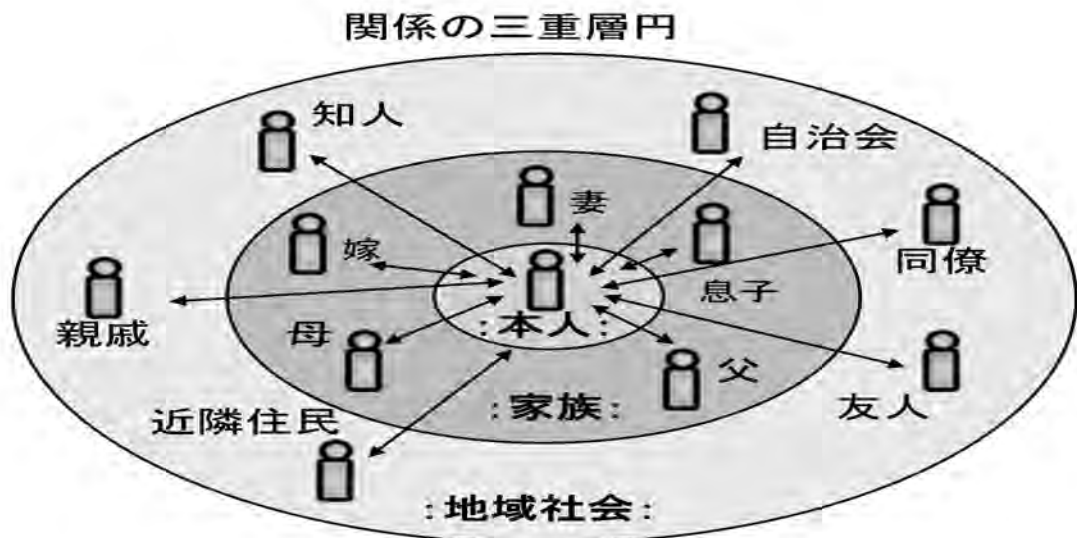
①生活権の保障

—「心のしほむ」暮らしから「心のはすむ」暮らしへ

②生活圏の保障

—住み慣れた地域における豊かな人間関係のある暮らし

【関係の三重層円】



私達がめざすのは

「どんなに重い病気や障がい、生活問題を抱えていても、住み慣れた地域で、いきいきと暮らしていきたい!!」

—この誰にも共通の願いの実現である。

「住み慣れた地域における普通の暮らしの幸せづくり」

ちいき ふつう くらし しあわせ

3. 住み慣れた地域でのいきいきとした暮らしに向けて

(1) Aさんへの支援を通して

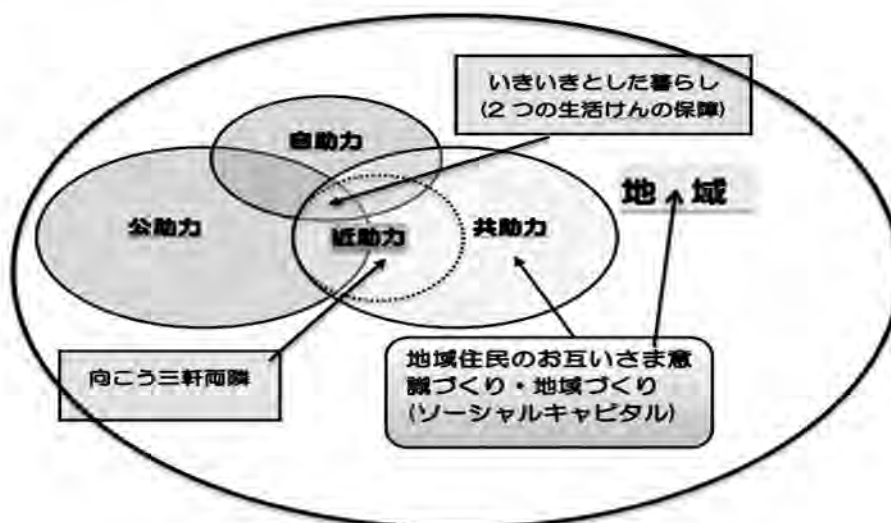
- 「じじよかったね!!」と思わず声が出た支援

月	火	水	木	金	土	日
地域の医者 (かかりつけ 医)	ホームヘルパー	在宅ポランティア	ケアマネジャー	八百屋さん	訪問看護師	家族(長女・次女他)
社会福祉協議会職員・食事サービス	近隣住民・民生委員	訪問看護師・食事サービス	ホームヘルパー	保健師・食事サービス	ホームヘルパー	家族または近隣住民

その他、地域包括センター職員が2週間に1回程度の訪問
 調整役：社会福祉協議会(全体)・民生委員(地域)
 相談役：主治医

(2) 4つの力の協働活動(ネットワークづくり)

- ① **自助力** (本人や家族・親族の支援力)
- ② **公助力** (行政や福祉・医療等のサービス)
- ③ **共助力** (地域の福祉力・お互い様の助け合い)
- ④ **近助力** (お隣近所のお互い様・なじみの助け合)



これからの地域支援は、

単に個別の要援護者の支援やその人の問題の解決にとどまるのではなく、個別の支援を通して、地域住民のお互い様意識の醸成を行い、地域組織化を図り、地域課題の把握をもとに、地域住民みんなの課題として、地域における支援体制づくり(地域づくり)につなげていく取組みが大切となる。・・・コミュニティソーシャルワーク

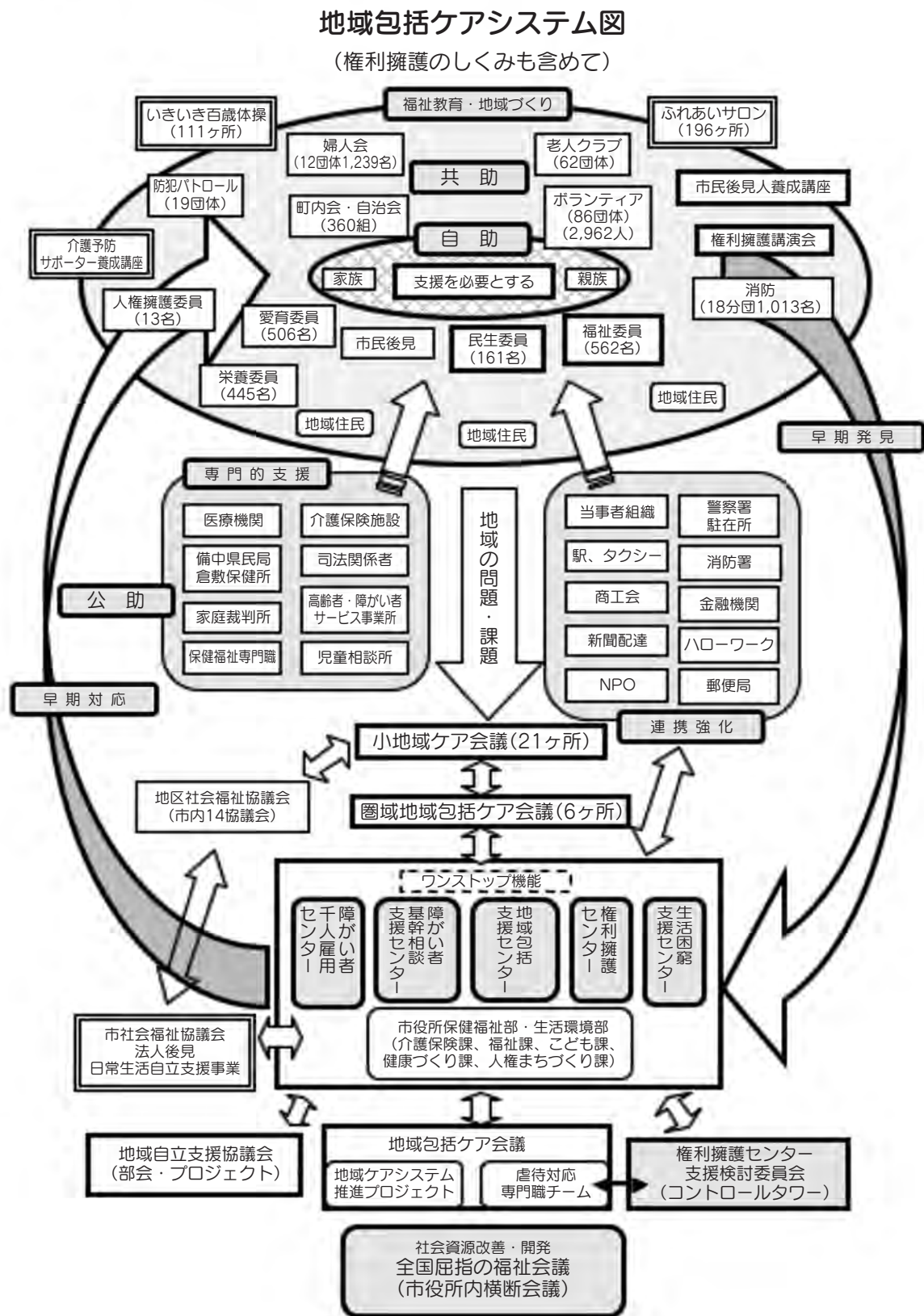
単なるネットワーク支援の限界を超えていくことが必要

・・・そのためには **支援のシステムが必要**

・

「**個別の中に普遍性があることを踏まえ、それらの問題解決に必要なシステムづくりを展望しつつ、個別援助に終わらせないようにすることが大切である。**」

4. 地域福祉版「地域包括ケアシステム」とは (1) 4つの力で2つの生活「けん」の保障システム

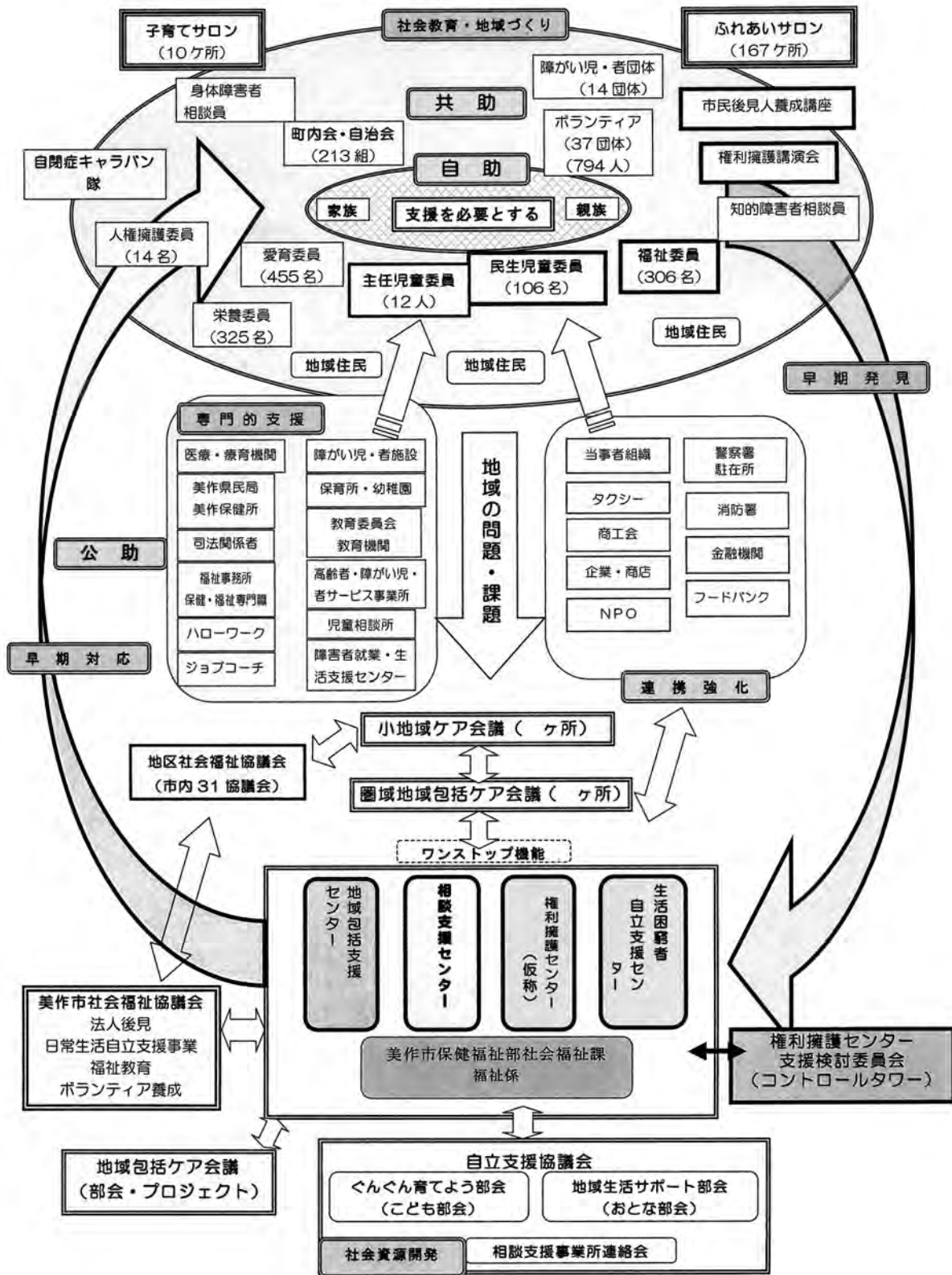


美作市地域包括ケアシステム構想図 (障がい者版)

資料 2

(権利擁護のしくみも含めて)

2015.3.1



5. 実践的地域包括ケアシステムに必要な8つの機能

- ①ニーズの早期発見機能(意識の壁・情報の壁・制度・サービスの壁の解消)
—眠るニーズを少しでも早く、確実に見つけ、起こしていこう!! (早期発見体制の確立)
 - ・待つのではなく、見つけていく姿勢(アウトリーチの実践)
 - ・多様な発見方法(地域住民・専門職などとの協働)を上げる(民生・児童委員・福祉委員・地域住民、各種専門職・企業等)
 - ・調査活動の実施
 - ・福祉台帳・世帯台帳などの作成
 - ・発見ニーズの最終連絡先を決める(総合相談のワンストップ)
- ②早期支援(信頼関係づくり)機能(制度・サービスの壁[申請主義]の解消)
—要援護者を少しでも早く支援しよう!!
 - ・ワーカーが積極的に地域に出ていく(アウトリーチの実践)
 - ・地域住民との協働関係づくり
 - ・発見できた後、早期支援をいかにして可能としていくか?(タイムロスの解消)
 - ・緊急連絡カードなどの作成・活用

《アウトリーチの徹底》

アウトリーチを徹底し、(潜在化したニーズや)地域の生活課題を(早期に)発見し、問題解決に向けた事業(活動)展開とネットワークづくりに取り組む。

・・・

- ◇ 様々な専門機関・団体・企業や商店、地域住民との連携による地域の生活課題発見および連絡の仕組みづくり
- ◇ 地域に出向き、住民と協働して様々な生活課題を発見し、支援のネットワークづくりを進める専門職として地域生活支援ワーカー(仮称)(コミュニティソーシャルワーカー)の配置・・・生活圏域(中学校区程度)ごとに配置
- ◇ 地域住民と専門職との協働による小地域を単位とする地域ケア会議(小地域ケア会議)の設置・開催と問題解決の仕組みづくり

- ③ネットワーク機能(制度・サービスの壁[縦割り支援]の解消)
—たった1人や1つの機関・団体ではなく、みんなで知恵と力を出し合おう!!
 - ・地域住民と専門職とのネットワーク・・・小地域ケア会議・近助個別ケア会議の設置
 - ・インフォーマルサポートのネットワーク・・・地区社協活動の推進
 - ・専門職(機関・団体)同士のネットワーク(情報・支援目標・内容の共有化、連携体制の確立—保健・福祉・医療ネットワーク・専門部門対応会議)
- ④困難事例への対応(コンサルテーション)機能(制度・サービスの壁の解消)
—支援に困った時の応援団をつくろう!!

⑤社会資源の活用・改善、改良・開発機能(制度・サービスの壁の解消)

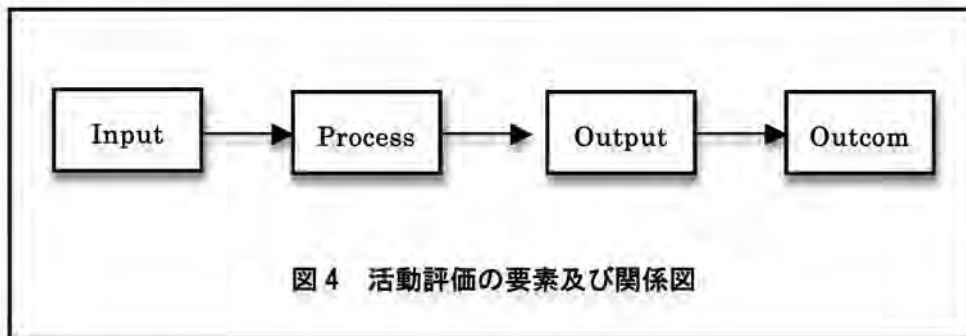
- 今あるものはしっかり使おう、足りないものはみんなで作ろう!!
- ・社会資源を知っているか、共有しているか・・社会資源情報マップの作成
- ・地域診断や地域の履歴書づくりの推進

⑥福祉教育(共育)機能(意識の壁の解消)

- 「共に生きていく」の地域住民意識を育てていこう!!
- ・問題意識の共有をどう進めるか?(これがすべての活動の原点)・・福祉講演会開催・「住民座談会」の開催・「三けん活動」「支え合いマップづくり」・出前体験教室・寸劇などによる啓発活動の推進(ICFを踏まえた実践)
- ・地域住民と専門職との日常的協働活動をどう進めるか?(住民主体活動の展開、連携体制の確立—地域組織化活動の推進)
- ・認知症サポーター養成講座などの開催

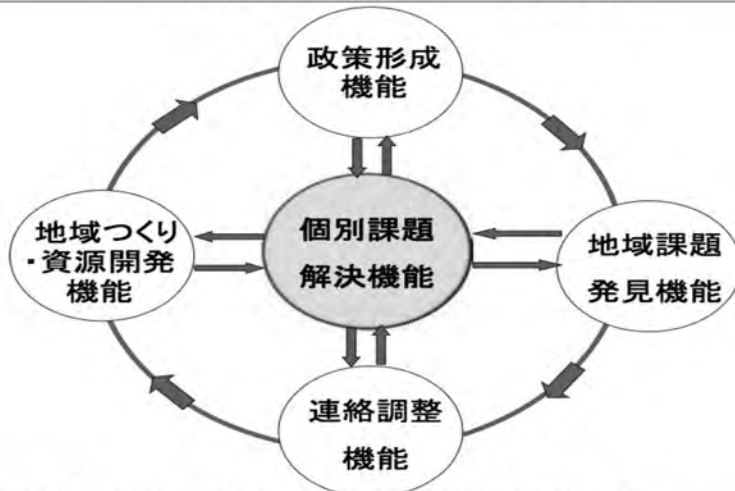
⑦活動評価機能(制度・サービスの壁[サービス・支援活動の質]の解消)

- 活動内容について継続的に評価していこう!!
 - ・援助活動・事業をいかにして効果的に行っていくか?(活動・事業評価体制の確立)
- PDCA サイクルによる評価(自己評価・利用者評価・チーム評価・住民評価)



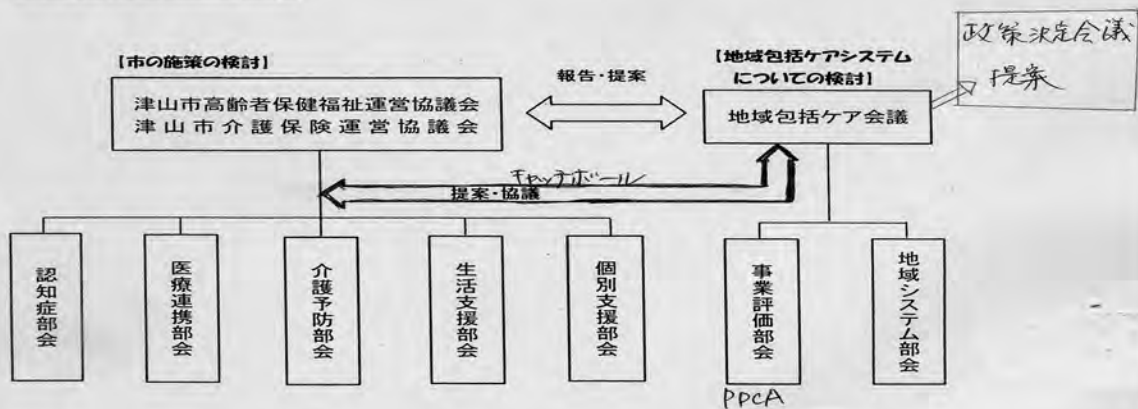
⑧専門力(性)育成・向上機能(制度・サービスの壁[サービス・支援の質]の解消)—システムが人を育てていく!!

地域ケア会議の主な機能



『地域包括支援センター運営マニュアル2012』長寿社会開発センター P27

各部会の組織図について



各部会の内容・メンバー構成について

細分化、頻回、スコープ
 利用現場、当事者も含めた部会
 やる気のある会議

部会名	内容	部会員
認知症部会	・認知症施策について	当事者及び家族・専門医・グループホーム・病院MSW・ケアマネ・包括サブ・社協
医療連携部会	・医療と介護の連携強化について	医師・看護師等の医療関係者 ケアマネ等介護保険事業者
介護予防部会	・要支援 1、2 の通所介護・訪問介護の市町村事業移行について ・高齢者全体の介護予防のしくみづくり	通所介護事業所・訪問介護事業所・包括プランナー
生活支援部会	・生活支援の基盤整備(インフォーマルサービスの発掘と充実)	ボランティア・NPO・インフォーマルサービス事業者
個別支援部会	・地域ケア会議の設置について <small>この前のケアマネ研修で考える会(個別対応)</small>	主任ケアマネ
事業評価部会	・包括の事業評価をする(年3回程度)	包括・社協・市担当者
地域システム部会	・小地域ケア会議等地域包括ケアシステムの検討をする。	包括・社協・市担当者

全国屈指の福祉先駆都市を実現するための検討体制を確立

全国屈指福祉会議(全国屈指の福祉先駆都市実現会議)

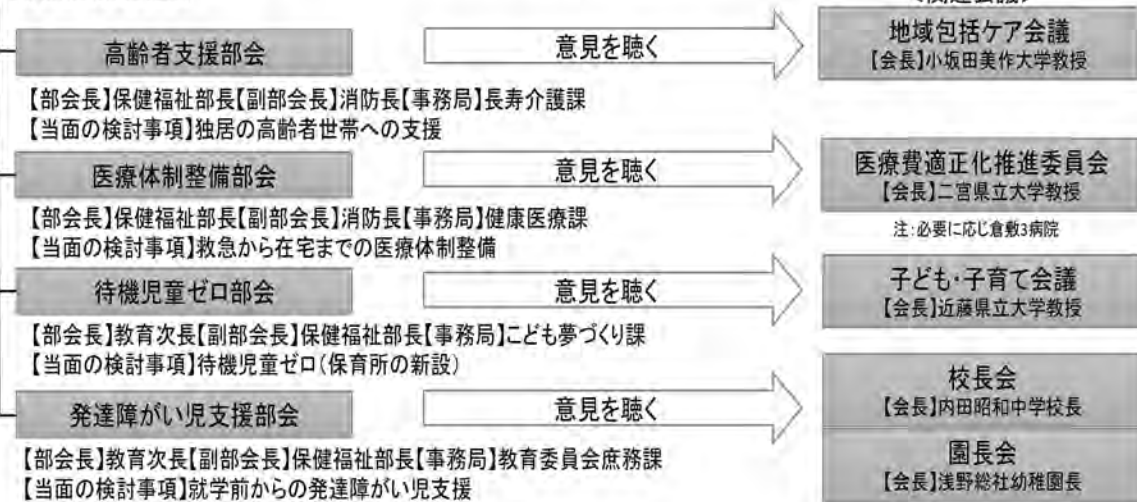
H27.11.18 庁議決定

【構成】庁議メンバー + ○地域包括ケア会議(会長:小坂田美作大学教授) ○医療費適正化推進委員会(会長:二宮県立大学教授)
○子ども・子育て会議(会長:近藤県立大学教授) ○校長会(会長:内田昭和中学校長) ○園長会(会長:浅野総社幼稚園長)
○地域自立支援協議会(会長:延原多機能型事業所みぞくち) ○総社市社会福祉協議会(風早会長)

【主な役割】福祉先駆都市を実現するための施策を検討・決定

【部会】テーマ別の部会を設置メンバーは職員。関連会議の意見を聴いて、施策案を検討し実現会議に報告

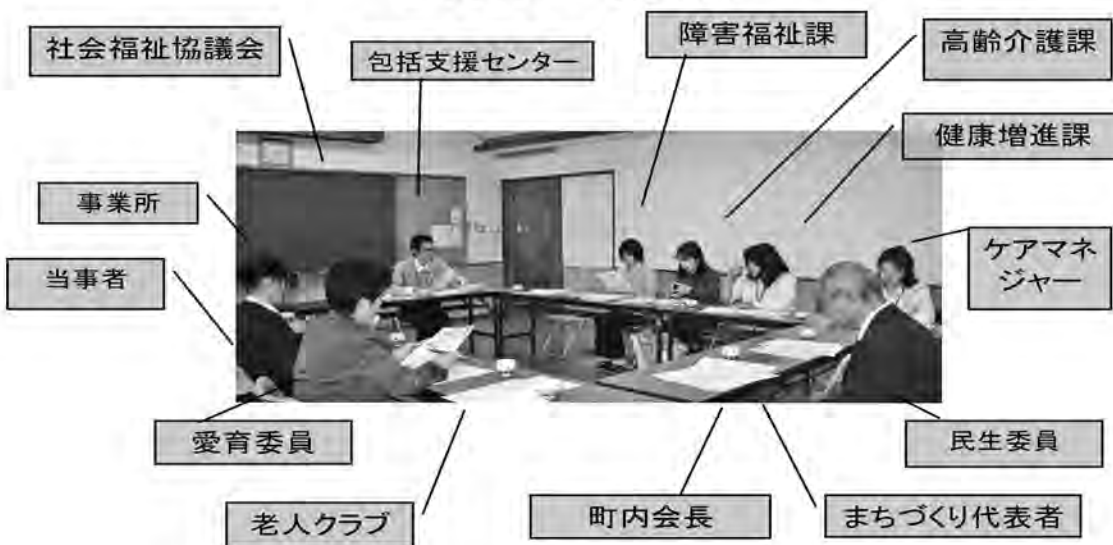
【事務局】政策調整課



6. 小地域ケア会議とは

「地域住民と専門職が一緒になって、支援を必要とする人(要援護者)に関する情報や支援方法、行なった支援について、さらには地域づくり等について、話し合い、問題解決に向けて連携を図っていく場。メンバー個々の思いを大切に、知恵とエネルギーの結集させる場として機能し、小地域ごとに設置された会議」のことをいう。

委員の構成





7. 厚労省版「地域包括ケアシステム」とは

(1) 地域包括ケアシステムとは「地域包括ケア研究会 報告書」の定義

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」(厚労省平成20年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会 報告書」)

(2) 5つの視点の一体的展開

高齢者の生活を支えるために、必ずしも介護保険の保険給付だけでは十分ではないことから、まずは高齢者のニーズに応じ、5つの視点からの取り組みを一体化して提供していくという考え方。

地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

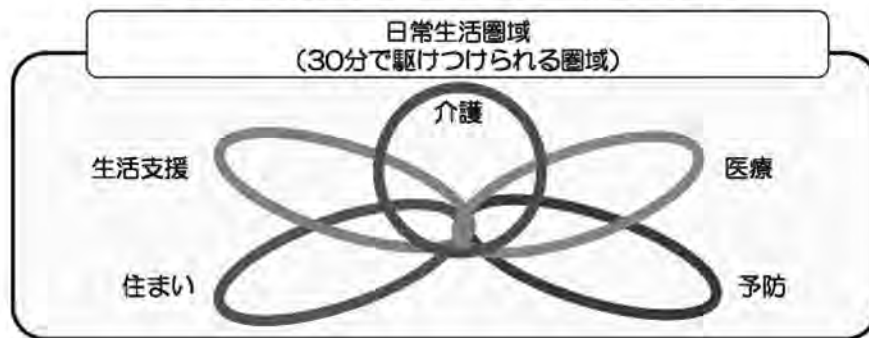
●地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス(注)を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

(注) 居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

●2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつ

地域包括ケアシステムについて



地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

①医療との連携強化

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

②介護サービスの充実強化

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

③予防の推進

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

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

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

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。
(「地域包括ケア研究会報告書」より)

<進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」>



地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

地域包括ケアシステムの姿



国の地域包括ケアシステムは、主にハード面を中心とした体制整備
実践的地域包括ケアシステムを作り上げることにより、国の「地域包括ケアシステム」の効果的利用(活用)につながり、住み慣れた地域での暮らしを実現していくことが可能となってくる。

つまり・・・「実践的地域包括ケアシステム」と「地域包括ケアシステム」は車の両輪である。同時に実践的ケアシステムは、支援の土台となるシステムである。

◆これからの地域包括ケアシステムの動き

厚労省の「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」は、2015年9月17日、「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現-新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン-」(以下、「ビジョン」)を発表しました。この「ビジョン」は厚労省の公式報告ではなく「叩き台」です。しかも、検討会の構成員(37人)は全員厚労省の現役職員であり、大学の研究者等は含まれません。それだけに、「ビジョン」には同省が考えている今後の福祉改革(短期と中長期の両方)の方向・願望が比較的ストレートに書かれています。

しかも、今後の医療改革を考える上で参考になる点も少なくないので、本連載で紹介・検討することにしました。私が、医療関係者が特に注目・参考にすべきと思うことは以下の3つを提起している点です。(日本福祉大学教授 二木立 2015年10月)

- 高齢者に限定されている地域包括ケアシステムの全世代への拡大。
- 「生産性向上(効率化)」の定義とそれを向上する方法。
- 今後福祉専門職が新たに持つべき3つの能力。

◆ビジョンの検討の視点と改革の方向性

1 新しい地域包括支援体制の確立

すべての人が世代や背景を問わず、安心して暮らし続けられるまちづくり(全世代・全対象型地域包括支援)が不可欠である。例えば、高齢者施策では団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しており、今後ともこれを着実に進めるとともに、以下のとおり、こうした包括的な支援の考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携して、**新しい地域包括支援体制の確立**を目指す。

ア) 分野を問わない包括的な相談支援の実施

新しい地域包括支援体制(全世代・全対象型地域包括支援)を実現するためには、複数分野の問題や複雑に絡む問題を抱える対象者や世帯に対し、相談支援(対象者や世帯との相談と、それを踏まえて必要となるサービスの検討、プランの作成など)を**分野横断的かつ包括的に提供**することが求められる。これを実現するためには、相談支援において、分野ごとに別々に支援を行っていたのでは、十分な支援は行い得ない。

したがって、**ワンストップで分野を問わず相談・支援を行うことや、各分野間の相談機関で連携を密にとることにより、対象者やその世帯について、分野横断的かつ包括的な相談・支援を実現するための方策を検討**する。

イ) 地域の実情に見合った総合的なサービス提供体制の確立

サービスの提供に当たっては、地域の支援ニーズの現状・将来的変動、人口の状況、まちづくりの方針等を踏まえ、それぞれの地域がその実情に合った体制を整えることを可能にすることが肝要である。このため、専門性に則って高齢者介護、障害者福祉、子育て支援、生活困窮等の支援を別々に提供する方法のほか、**複数分野の支援を総合的に提供する方法を検討**する。

これは、日常生活の中で誰もが集い、支え合う場の形成、すなわち、支援に関わる当事者のみならず住民も参画するまちづくりへの取組ともなる。

8.これからの地域支援活動のあり方

(1)住民が主人公の時代が始まっている

①地域福祉の推進

—「地域福祉の推進」の明記

「この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という)の推進を図る・・・ことを目的とする。」(第1条)

②住民主体による地域福祉の推進

「地域住民、社会福祉を目的とする事業を經營する者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。」(第4条)

「地域住民」の位置付けの変化

◆社会福祉事業法における「地域住民」の位置付け

「**国、地方公共団体、社会福祉法人その他社会福祉事業を經營する者は、(略)地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならない。**」

(社会福祉事業法第3条の2)

◆社会福祉法における「地域住民」の位置付け

⇒ 社会福祉事業の「推進者」(「**主体者**」「**主役**」としての位置付け)

地「参」・地「笑」

ちさん

ちしょう

(2) 地域支え合いは「未来」への贈り物
— 地域での様々な地参・地笑活動

9. おわりに
一人は安心できる場所でこそ輝く!!



1. 地域が抱える問題の把握及び共有化

- ①現在の制度、サービス等では対応しきれない
状況を把握
- ②そこから見えてくるニーズを地域課題として
みんなのものにする **個別の課題⇒地域の課題へ**





3. 問題解決に向けての取り組みの検討

- ①明らかになった課題に対して何ができるのかを検討する



6. 地域で支え合う仕組みづくり

- ①支援が必要な方の早期発見・対応
- ②介護予防・ふれあいの拠点づくり
- ③支援ネットワークづくり



◆大阪府岬町社協



◆津山市城東地区の活動



共生型サロン活動



子育てサロン

□新見市法曾地区





ワンコイン(100円)カフェ



メンズ(男性)サロン



訪問サンタ活動



地域写真展示

◆津山市城東地区・「じ・ば・子のおうち」活動



この変わりぶりにご注目！



◆認知症カフェ「おあしす」



◆子ども食堂



◆放課後寺子屋



■津山市大崎・新田地区(支え合い・見守り活動)
 ■大崎地区(支え合い・見守り活動)



お年寄り見守る「黄旗作戦」5年目 大崎地区

山陽新聞 2016.6.25

若者世帯にも浸透

お年寄りが元気な証として家の扉先に黄色い旗を立てる。若者世帯を含め、劇に盛り込んでいる。高齢者の旗を立てる「黄旗作戦」が津山市の新田町内会、見守り活動に力を入れ、健康意識の高まりとして5年目を迎えた。単位町内会の活動、世代を超えたコミュニケーションの活性化については、大崎地区全体に広がり、全約15のまち、コミュニティもまわっている。(田井善孝)

「健康に生活する張りの強い」92歳の住人が夫を亡くして独居。年齢を重ねてくる新田にも、お年寄りの旗を立てる「黄旗作戦」が津山市の新田町内会、見守り活動に力を入れ、健康意識の高まりとして5年目を迎えた。単位町内会の活動、世代を超えたコミュニケーションの活性化については、大崎地区全体に広がり、全約15のまち、コミュニティもまわっている。(田井善孝)

津山市南東部、田園地帯に暮らす大崎地区、田畑が広がる新田に住む小山幸子さん(87)は黄旗作戦を始めて3年、思いがけない効果を感じた。

小山さんの目撃した。午前7時、起床すると朝食準備し、新聞を取らうと玄関のボストン横に約30センチ四方の黄旗を出す。日中、畑仕事で外に行くと、近所の人、自分の旗を確認し、目が覚め、夕方の支度を済ませる。旗を立てる。

「お隣さん、旗が掲げ直したって」など元々話さず、会うこともほぼおととし。周囲には、散歩コース大連の多い道、健康をテディルし始めた高齢者も、地域のつながりは、一層深まった。

作戦スタート5年目、当時

守り方として築いた。黄旗を手にし、町内会連絡会、若者世帯もスタート。活動知ったのは、若者町内会が若者から始める。14年度は大崎地区全体で取り組むことになった。

全国的に珍しい、東日本大震災の仮設住宅無事から世帯に黄色い旗を立てる。全国的にも同様の活動は見られるが、大崎地区は高齢者に限定する。訪問販売などの標的にされる恐れがあるとして若者世帯も、ガムテープ、役として参加しているのが特徴だ。県内外から視察も訪れる。

美作大社福祉科の小坂田教授、地域福祉論は、若者世帯の参加は全国的に珍しい。旗一本で「他人の世話になるのは申し訳ない」「個人情報を守らない」という意識の壁を取り払い、助け合いの精神を育んだ事例だと評価する。

欠かせないケア
 4月中旬、金井と見守り町内会
 設置した旗を手に黄旗作戦をすすめる。全土通若者

世代を超えつながり深まる

(19)の町内会長40が車庫に旗を立て、若者世帯も10と初めて黄旗を立てた。町内会は40代世帯を中心に高齢者の独居はないが、地域でのつながりを守り、協力体制を出した。2016年にお互いを気にかける関係が築きたい。町内会を担う若者が、大崎地区にある町内会にも参加がまだの町内会もある。新田地区の住人の中には近所付き合いが慣れない人も多く、地域全体で取り組むのが、大崎地区の現状だ。旗を立てた後、役員がなくなる。周囲に気配が足りない、旗が出ていない、気がつかれない、といった課題も見えてきた。

「住民同士が助け合い、強化することも、郵便やAなど協力してもらい、見守りの目星増やすなどのケアも欠かさない」と、15町内会をつくる市連合町内会大崎支部の清原三郎支部長(中)が、地域の体感を感じ、子育て支援、人口減少などの課題解決に住民一丸で取り組むことを目指したい。この目標を掲げる。

◆みんなのたまり場



淡輪地区福祉委員会
委員長 大西 正一

**～垣根なく誰もが気軽に集える「みんなのたまり場」～
「みんなのランチ屋さん」オープンについて**

平素は、当会の運営にご協力賜り厚くお礼申し上げます。
淡輪地区福祉委員会では、地域の皆さんの憩いの場・交流の場として「みんなのたまり場」を運営しております。さらに「みんなのたまり場」では、障がい者の就労支援・社会参加・軽就労トレーニングを目的に共生型のサロンとして、毎月第1火曜日に喫茶「たまり場」も行っております。
つきましては、平成25年度新規事業として、ひきこもり等の社会参加支援と社会的孤立や社会的排除への地域支援を目的に、居場所や社会参加のためのコミュニケーショントレーニングとして下記のとおりの実業を実施いたします。
住民の皆様方のご参加ご利用を賜りますようお願い申し上げます。

記

1、日 時 平成25年6月25日(火)毎月第4火曜日
午前11時00分～午後2時00分

2、場 所 「みんなのたまり場」(淡輪10区憩の家)

3、内 容 バイク方式のランチ店
1食 500円
※数に限りあり。食材が無くなり次第終了しますので
悪しからずご了承ください。

調理等のお手伝いいただける方随時募集中!

主催：淡輪地区福祉委員会
協働：地域ボランティアグループ風
協力：精神障害者家族会あすなろ・精神障害者の食おしゃべり会

お問い合わせ先 淡輪地区福祉委員会 委員長 大西正一



京都府宇治市の取り組みに協力している中西美幸さん（右）と夫の俊夫さん。楽しみは卓球やテニスだ＝京都府宇治市、仙波理撮影



サワさんと一緒にケアカフェで働く夫の紀義さん。
「ちが落ち着き、この人も穏やかになった」と話す。

積極的に認知症の人の声を採り入れようとしている自治体に京都府宇治市がある。昨年3月、「認知症の人にやさしいまち・うじ」を宣言した。「認知症の人が自ら語り、心豊かに暮らしている姿は、わたしたちの未来を明るく照らす道標になります」とうたい、実現に向けて認知症の人や家族の声を政策に反映させるという。

市はこれまでも、認知症の人の支援に力を入れてきたが、認知症の人が医療・介護サービスの利用者や患者である前に、同じ町に暮らす生活者だ、という視点が欠けていたと気づいた。

毎日新聞 1月19日

約18年にわたる介護の末に母親＝当時（72）＝を殺害したとして、承諾殺人の罪に問われた足利市板倉町、無職浜岡渡被告（41）の論告求刑公判が15日、宇都宮地裁栃木支部（林正宏裁判官）であり、検察側は懲役5年を求刑した。懲役3年、執行猶予3年（求刑懲役5年）の有罪判決。

◇二男「もう介護できない」、母親「好きにしてい

い」「もう介護できない。一緒に死んでくれ」と頼む息子。「好きにしてい」。母は涙顔でうなずいた。栃木県足利市で、介護疲れの二男が母を殺害した事件で、承諾殺人罪に問われた同市板倉町、無職、浜岡渡被告（41）の初公判が18日、宇都宮地裁栃木支部であった。検察側は冒頭陳述で、**同被告が母の介護を約20年間、一人で背負い将来を悲観して手をかけた経緯を詳述。異例とも言える情状面の立証に踏み込んだ。**

起訴状によると、同被告は昨年11月2日午後、群馬県の病院に入院中の母ヨシ子さん（72）を車で同市の渡良瀬川河川敷に連れ出し、車内でヨシ子さんの承諾を得て絞殺したとされる。冒頭陳述などによると、同被告は父と弟、ヨシ子さんと4人暮らし。**ヨシ子さんは88年、脳出血で車椅子生活になった。**仕事で多忙な父や弟のため家事、新聞配達に励む傍ら、母の介護に奔走した。が、**ヨシ子さんの病状は改善せず、浜岡被告も約10年前にうつ病に。**体調も崩して新聞店を退職。昨年8月以降はヨシ子さんを病院に預けた。

「家に帰れないなら死にたい」。ヨシ子さんはこう漏らすようになり、同被告は絶望したという。事件当日、浜岡被告は**家族に炊事方法などを記したメモを残し、河川敷に。**「家に連れ帰って面倒を見るのはもう無理だ」と心中を切り出すと、ヨシ子さんは涙を浮かべて「渡の好きにして良い」と承諾。睡眠薬で眠らせ絞殺した。同被告も精神安定剤で後を追おうとしたが死に切れず、足利署に出頭した。**ヨシ子さんの遺体には線香や仏像が手向けてあった。**弁護士らによると、**ヨシ子さんは介護保険で、一番症状の重い「要介護度5」と認定されていたが、浜岡被告が同市に相談した形跡はないという。**検察は刑の軽い承諾殺人罪同罪で起訴した。【吉井理記】

介護保険制度の改訂とこれからの介護予防活動

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行(～29年度)
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大(※軽減例・対象は完全実施時のイメージ)
- * 保険料見直し: 第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例: 年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
- * 軽減対象: 市町村民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

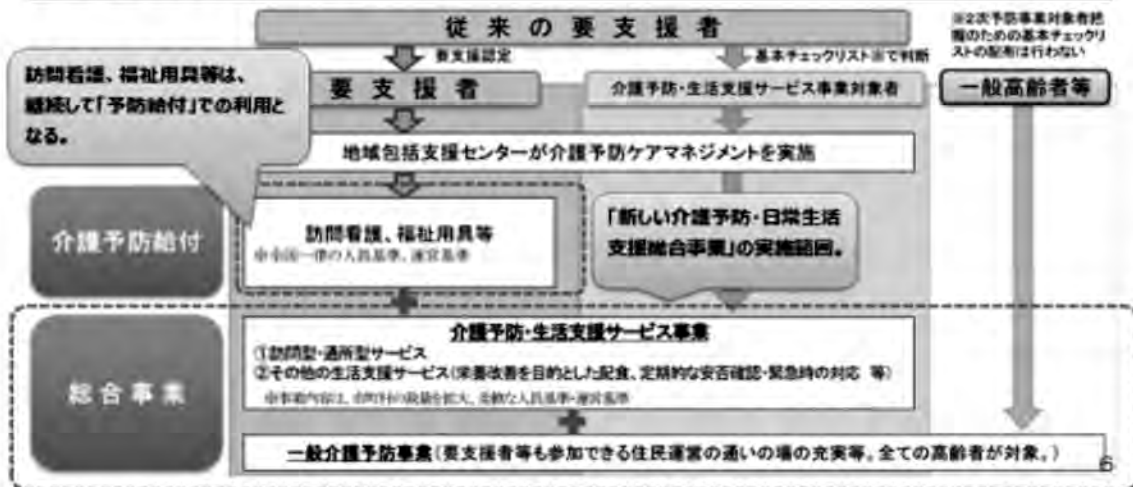
②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案
- * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

第1 総合事業に関する総論的な事項

【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



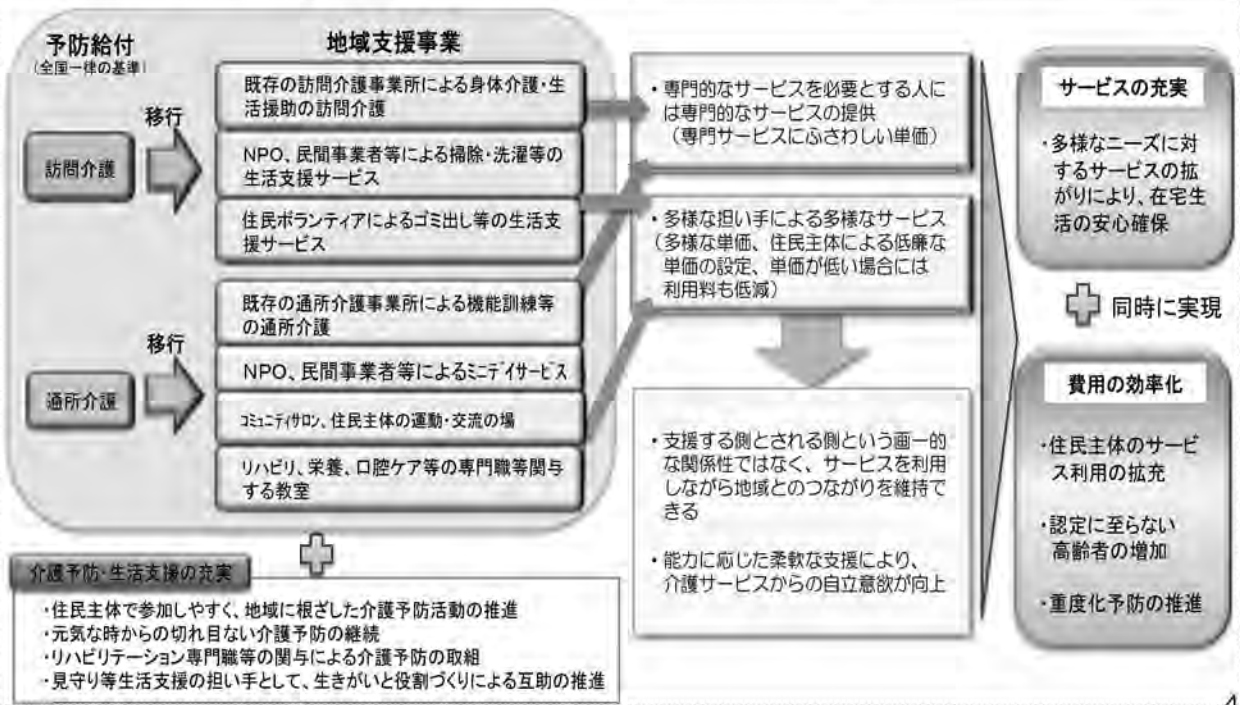
(クリックすると画像が拡大)

資料：厚生労働省HP「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案(概要)」から転載し、吹き出しを追加

第1 総合事業に関する総則的な事項

【参考】総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に戻ることも。



第3 生活支援・介護予防サービスの充実

1 基本的な考え方 (P28~)

- 地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要。市町村の参考のため、具体的な取組例を取りまとめ。

2 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組 (P30~)

- 「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」や「協議体」の設置等(「生活支援体制整備事業」)を通じて、市町村が中心となって、サービスが創出されるよう取組を積極的に進める。具体的には、コーディネーターと協議体が協力しながら、以下の取組を総合的に推進。

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起 | ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 |
| ② 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ | ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発 |
| ③ 関係者のネットワーク化 | ⑥ ニーズとサービスのマッチング |

<生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)> 地域で、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす者。

<協議体> 各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワーク。

3 住民主体の支援活動の推進 (P34~)

- 生活支援の担い手となる者の知識・スキルの向上はより良い生活支援に資するため、担い手に対し、市町村が中心となって、介護保険制度、高齢者の特徴と対応、認知症の理解などについての各種研修を実施するのが望ましい。
- 高齢者が地域のサロン、会食会、外出の補助、介護施設等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与するボランティアポイント制度が市町村において実施されており、地域支援事業の一般介護予防事業の枠組みが活用可能。

4 地域ケア会議、既存資源、他施策の活用 (P38~)

- 個別ケースについて多職種や住民で検討を行うことで、地域課題を共有し、課題解決に向け、関係者のネットワーク構築や資源開発、施策化を図っていく地域ケア会議を、積極的に活用。また、サービス開発の際、既存の地域資源(NPO、ボランティア、地縁組織、社協、介護事業者、民間企業等)や他施策による取組等についても活用。

(参考)新地域支援構想会議の提言(「新地域支援構想」)
 助け合い活動を行う側から、総合事業で主体的に役割を果たしていこうとの趣旨でとりまとめ。市町村において制度設計・事業運営を行っていく上で参考にすることが有益。「助け合い活動」を実践している非営利の全国的組織による「新地域支援構想会議」が提言)

新総合事業の実施

全市町村が29年4月までに予防給付（訪問・通所介護）の地域支援事業への移行を開始

介護予防・日常生活支援 総合事業(新総合事業)の 概要

介護予防・日常生活 支援総合 事業 (新総合 事業)

介護予防・生活 支援サー ビス事業

- ・要支援認定を受けた者(要支援者)
- ・基本チェックリスト該当者(介護予防・生活支援サービス対象事業者)

訪問型サービス (第1号訪問事業)

- ・現行の訪問介護相当
- ・多様なサービス

- ①訪問介護
- ②訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
- ③訪問型サービスB(住民主体による支援)
- ④訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
- ⑤訪問型サービスD(移動支援)

通所型サービス (第1号通所事業)

- ・現行の通所介護相当
- ・多様なサービス

- ①通所介護
- ②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
- ③通所型サービスB(住民主体による支援)
- ④通所型サービスC(短期集中予防サービス)

その他の生活支援サービス (第1号生活支援事業)

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

介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)

※ 上記はサービスの典型例
市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討する。

一般介護予防事業

- ・第1号被保険者全員
- ・支援活動に関わる者

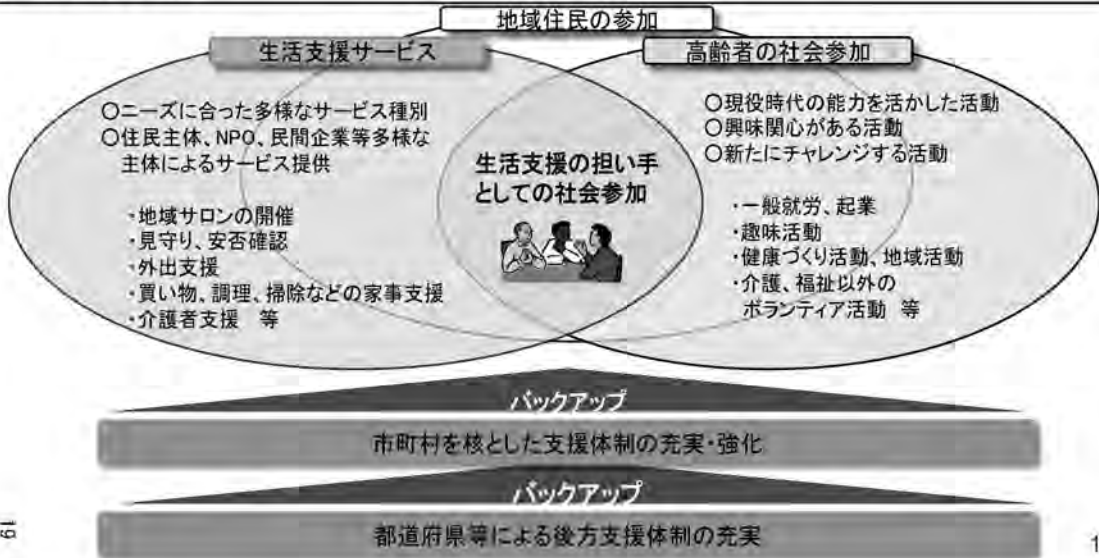
- ①介護予防把握事業
- ②介護予防普及啓発事業
- ③地域介護予防活動支援事業
- ④一般介護予防事業評価事業
- ⑤地域リハビリテーション活動支援事業

※通いの場には、障害者、子どもなども加わることができる。(共生型)

第3 生活支援・介護
予防サービスの充実

【参考】生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

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



61

14

第2 サービスの類型

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す（別紙参照）。（P21～）

①訪問型サービス（P22～） ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

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

51

10

② 通所型サービス (P23~) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

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

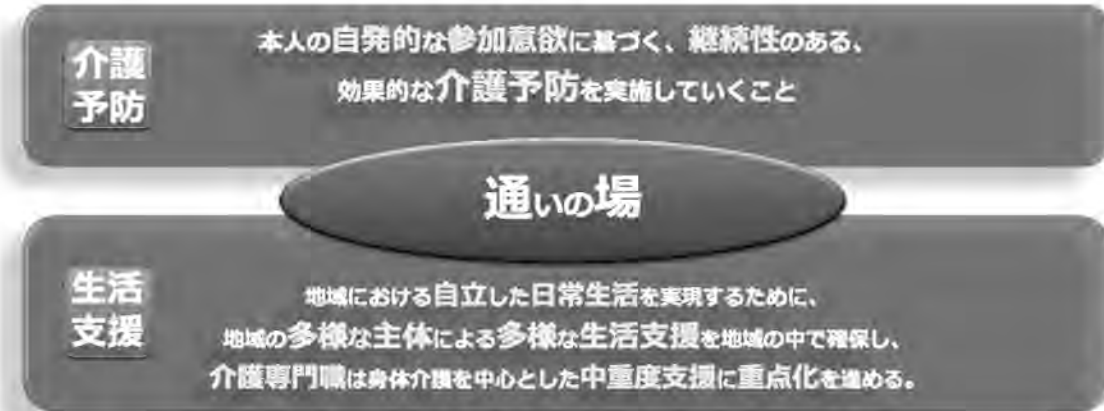
③ その他の生活支援サービス (P24~)

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

【参考】「通所型サービスB」と「地域介護予防活動支援事業」の比較

事業	介護予防・生活支援サービス事業 通所型サービスB (住民主体による支援)	一般介護予防事業 地域介護予防活動支援事業 (通いの場関係)
サービス種別	通所型サービスB (住民主体による支援)	地域介護予防活動支援事業 (通いの場関係)
サービス内容	住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・定期的な交流会、サロン ・会食等	介護予防に資する住民運営の通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・交流会、サロン等
対象者とサービス提供の考え方	要支援者等	主に日常生活に支障のない者であって、通いの場に行くことにより介護予防が見込まれるケース
実施方法	運営費補助/その他補助や助成	委託/運営費補助/その他補助や助成
市町村の負担方法	運営のための事業経費を補助/家賃、光熱水費、年定額 等	人数等に応じて月・年ごとの包括払い/運営のための間接経費を補助/家賃、光熱水費、年定額 等
ケアマネジメント	あり	なし
利用者負担額	サービス提供主体が設定(補助の条件で、市町村が設定することも可)	市町村が適切に設定(補助の場合はサービス提供主体が設定することも可)
サービス提供者(例)	ボランティア主体	地域住民主体
備考	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担) ※一般介護予防事業等で行うサロンと異なり、要支援者等を中心に定期的な利用が可能な形態を想定 ※通いの場には、障害者や子ども、要支援者以外の高齢者なども加わることができる。(共生型)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担) ※通いの場には、障害者や子どもなども加わることができる。(共生型)

1. 介護予防にも、生活支援にも「通いの場」は重要な地域の資源



多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

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



生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒ 多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくりなど 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングなど

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成29年度までの間に第1及び第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒ 多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

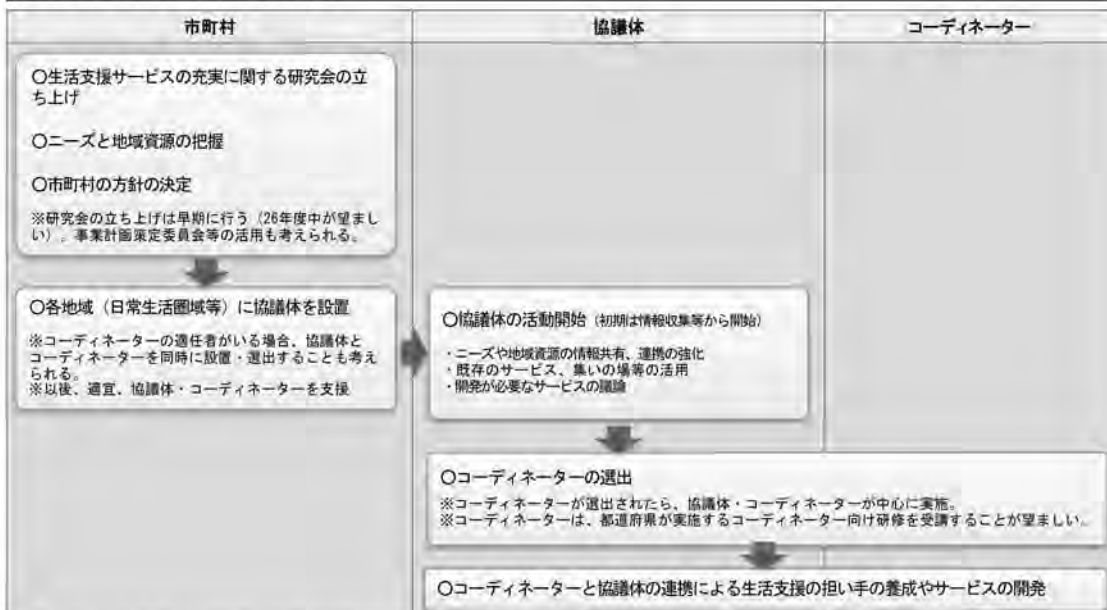


※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

第3 生活支援・介護
予防サービスの充実

【参考】「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）





「コーディネーター」と「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第2層）において協議体を起ち上げ、協議体のメンバーの中から第2層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す。






※ 地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあり。

16

総合事業では、どんな介護予防活動に参加できますか？

<p>ご近所さんとお茶やお話をしたい</p> 	<p>体操で健康づくりをしたい</p> 	<p>一人で食事するのは寂しく、食が進まない</p> 	<p>将来の自分のためにも、介護予防を学んでみたい</p> 
<p>近所の皆さんで集まる茶話会やサロンへの参加はいかがですか？</p>	<p>近所で開催されている体操教室への参加はありますか？</p>	<p>近所の方を誘ってランチ会への参加はありますか？料理の腕をふるうのも歓迎です！</p>	<p>ボランティア研修に参加し、地域デビューの一步を踏み出してみませんか？</p>

総合事業では、どんな生活支援がありますか？

<p>体の調子が悪くてごみ出しが大変</p> 	<p>スーパーは遠いし、足も悪くなって買い物やご飯の支度に困っています</p> 	<p>足腰が悪くなって掃除ができない</p> 
<p>ご近所の支え合いの中で、ごみ出しのお手伝いをさせていただくこともできます。</p>	<p>有償ボランティアによる家事支援の利用はありますか？</p>	<p>お弁当をお声掛けしながら、手渡しでお届けします。</p>

現在、ホームヘルプやデイサービスを利用していますが、継続利用できますか？

利用者の希望などを踏まえた、地域包括支援センターなどのケアマネジメントで、専門職による支援が必要と判断された場合は、引き続き従来型の訪問介護や通所介護を利用することができます。

どうやって利用・参加することができますか？

生活の中の困りごとなどができたときは、これまで通り、「地域包括支援センター」にご相談ください。心身や生活の状況によっては、基本チェックリストと呼ばれる簡易な確認で、サービスや支援を受けたり、地域の通いの場に参加いただくことができます。

※希望に応じて「要支援認定」を受けることもできます。

詳しくは、お近くの地域包括支援センターまでご連絡ください。

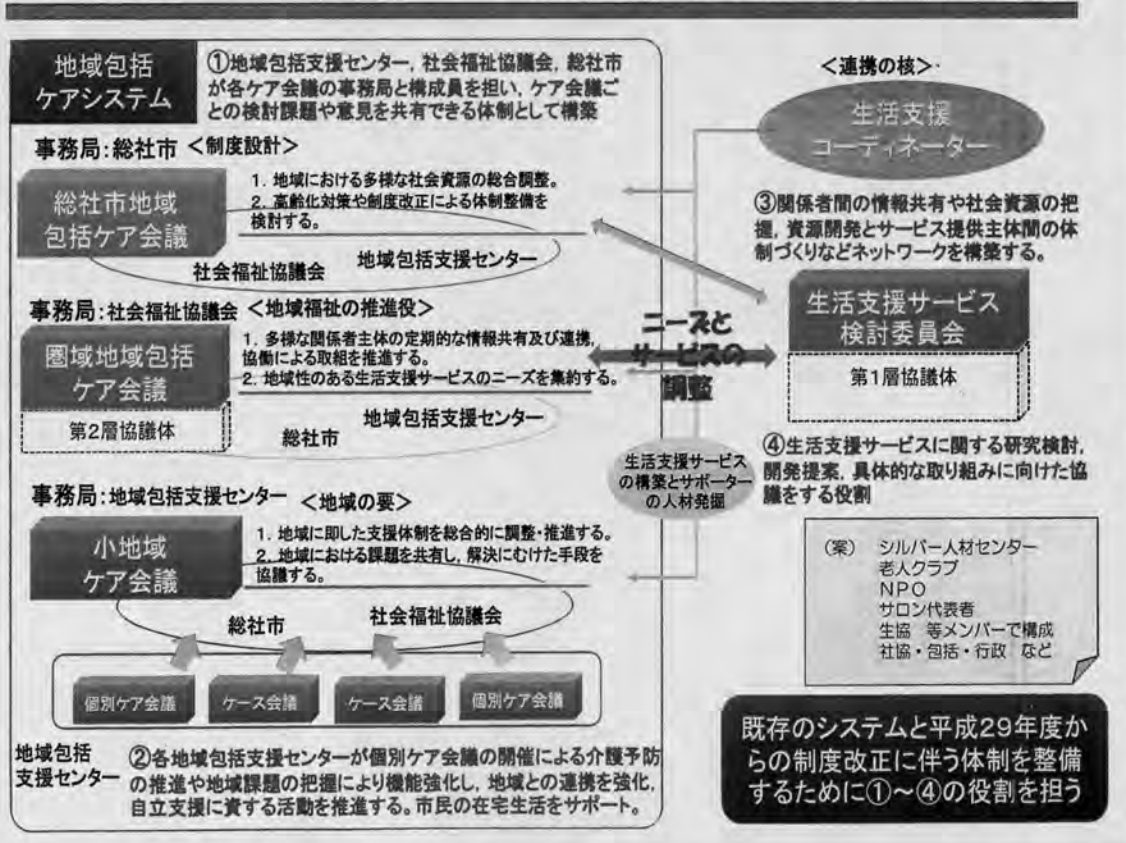
〇〇市 〇〇課
 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番地
 電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ホームページ：www.//〇〇〇〇〇〇

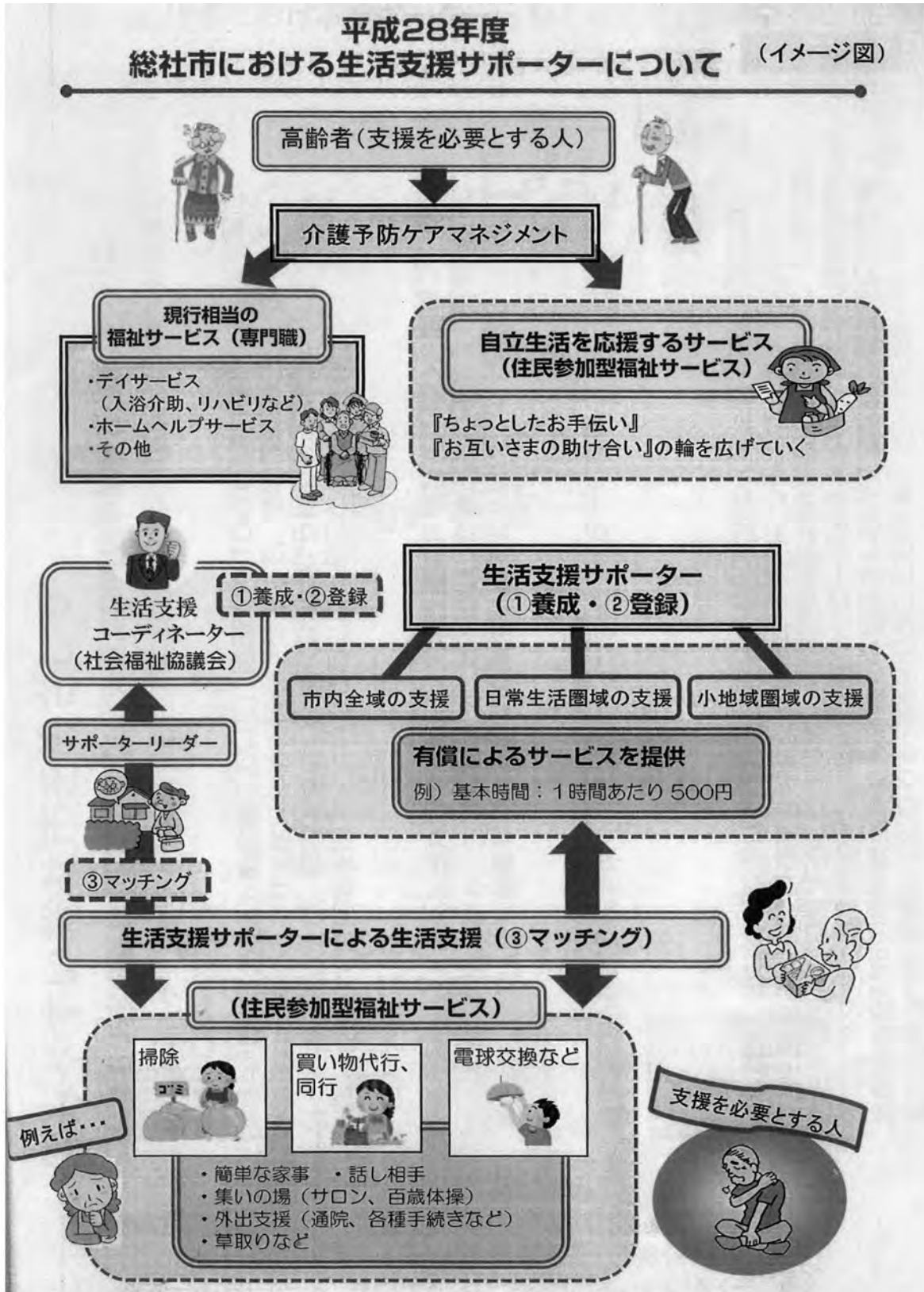
事例 (生駒市)
 84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1 (2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
 83歳 女性 (妻) 要介護1 (2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1
 要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。
 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫) 腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい。畑仕事を中断。 (妻) 金銭・服薬・物品管理が難しい。家事全般に夫の助けを借りている。	(夫) 姿勢の向きを楽に換えられるようになった。買物の荷物を持って歩くことができる。 (妻) 手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている。	(夫) 畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻) 夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域ケア会議による検討	(夫) 妻を一人にして出かけるのが心配。ストレスと夜間不眠あり。 (妻) 困惑感、イライラ感が募る。 ①二人で通所事業へ(週2回)互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫) 通所終了。畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ワネを作る) (妻) 通所継続。お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】:2013.10 (夫) 妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻) パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。
リハ職の対応	(夫) 腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻) 通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫) 畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻) 自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

地域包括ケアシステムと生活支援体制整備事業の役割



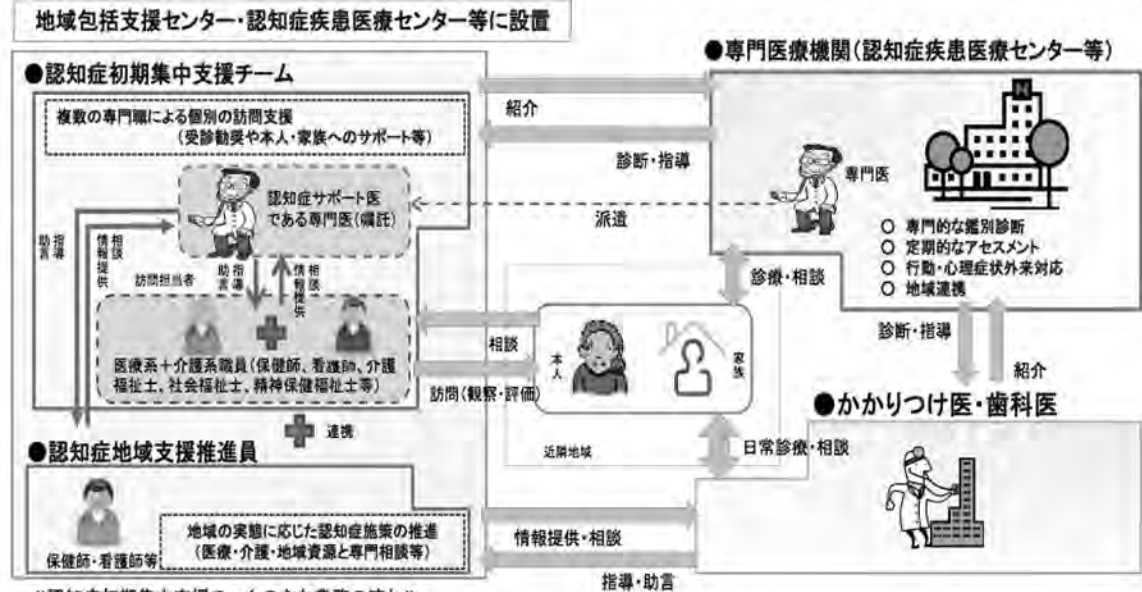


認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

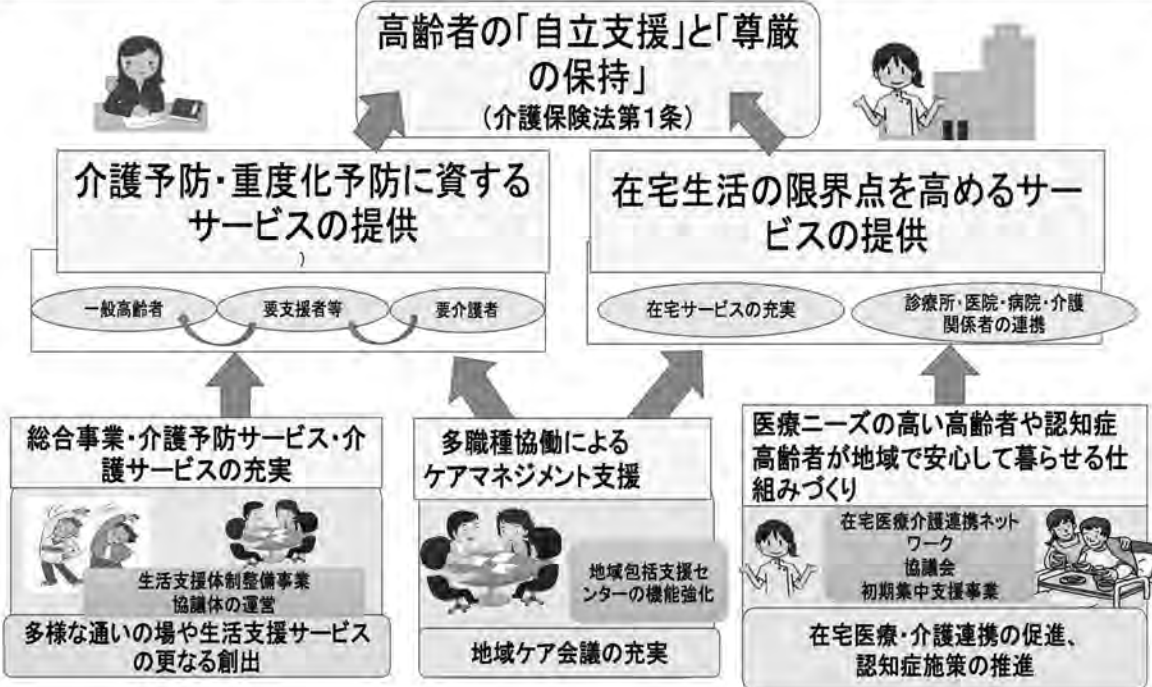
○**認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○**認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



- 《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》
- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子の子のチェック)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・強度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

生駒市における「地域包括ケアシステム」の基本理念



わたしの住みたい街づくり

曾於市を例に行政、社協、事業者の取り組みや計画から学ぶ

- 曾於市の総合事業について

曾於市地域包括支援センター

宮脇 ゆかり

- みんなで築くふくしのまち

曾於市社会福祉協議会

山口 和美

- 街づくりへの思い

曾於市デイサービスセンター ゆずり葉

今吉 和久

平成28年11月18日(金)
 みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会

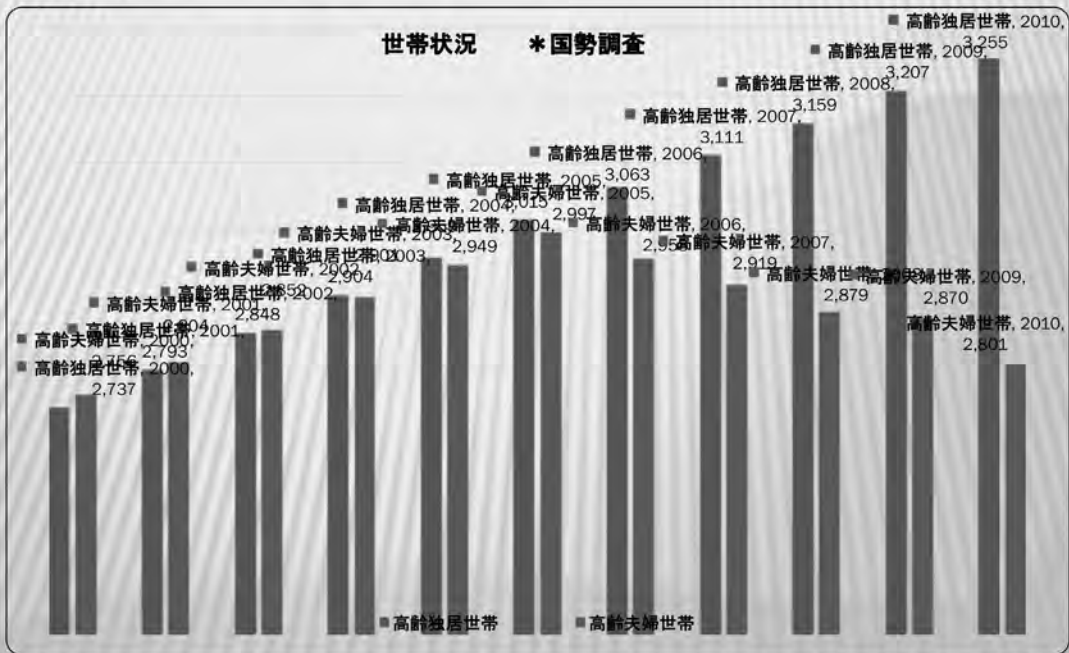


わたしの住みたい街づくり
 曾於市の総合事業について

曾於市地域包括支援センター
 宮脇 ゆかり

曾於市の現状①

見える化システムより



曾於市の現状②

見える化システムより

単位：%	曾於市	県	国
独居世帯	19.4	14.1	9.2
夫婦世帯	16.7	11.2	8.4

単位：名	H25	H26	H27
認知症高齢者の生活自立度 (IIa)	1,547	1,699	1,738



*介護保険申請時の認定調査員の判断したランクを集計

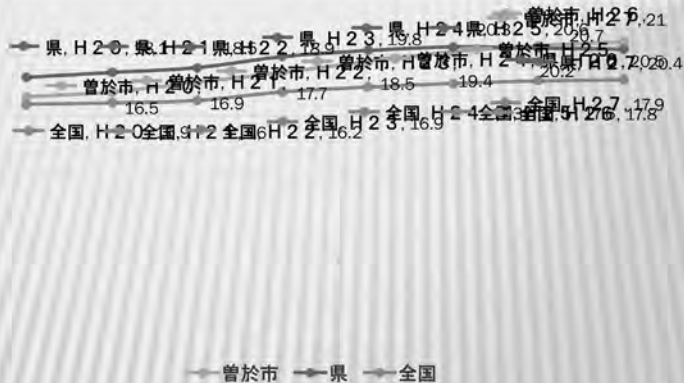
- 高齢独居世帯が増加
- 高齢の独居や夫婦世帯の割合は、全国・県より高い
- 認知症高齢者の増加

1

曾於市の現状②

厚労省介護保険事業状況報告年報より

介護認定率の状況



- 介護認定率が増加傾向にあり、全国・県より高い
 - 認定された85%がサービス利用。
- *ちなみに・・・区分変更申請が年間300件

1

曾於市の現状②

認定状況	平成26年度サービス利用者 2,469人単位：％		
	改善	維持	悪化
要支援1	—	65.4	34.6
要支援2	8.9	65.8	25.3
要介護1	7.7	60.2	32.1
要介護2	9.9	62.5	27.6
要介護3	10.9	63.2	25.9
要介護4	13.2	70.2	16.6
要介護5	9.6	90.4	—
全体	8.4	66.9	24.7
	75.3		



- 75%の方は1年間のサービス利用で維持・改善
- 要支援の3～4人に1人は悪化
- 初回認定されたらエンドレスの支援

住み慣れた地域で安心して

暮らし続けるための行政の役割は・・・
 高齢者(市民)の尊厳・QOL・QODのため



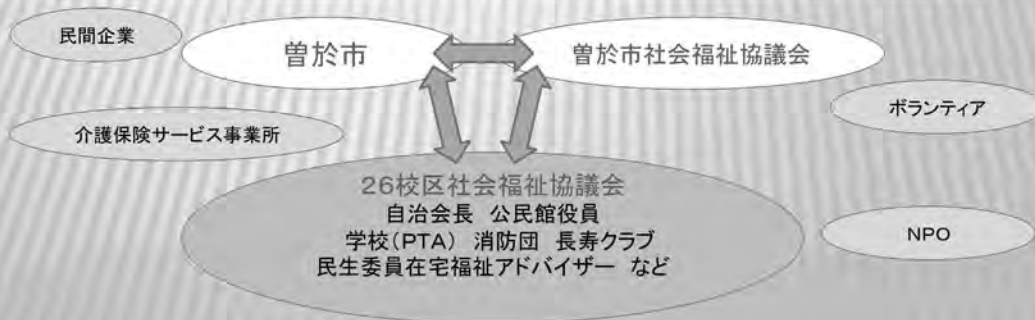
＊生き生きと育つための水加減が大切！

基本目標と施策の考え方

曾於市老人福祉計画および第6期介護保険事業計画より

1. 地域で高齢者を支えるしくみづくり
2. 高齢者の自主的活動の推進・介護予防の充実
3. 快適な暮らしを支える生活支援の充実

地域アセスメント(地域特性・住民ニーズ・社会資源)



7

目標に対する施策の考え方・・・

4. 介護保険サービスの適正な実施と質的向上

高齢者(市民)の
制度理解と周知

介護保険法第4条
(国民の努力義務)

ケアマネの育成
(専門性の向上)

曾於市ケアマネ研修会
地域ケア会議

介護サービス
事業者育成
(専門性の向上)

介護事業所説明会・打合せ会
地域ケア会議

- ★ 専門性の高いケアマネジメントの提供
- ★ チームケア

➡ 高齢者(市民)の幸福

8

目標に対する施策の考え方・・・

高齢者(市民)の尊厳・QOL・QODのため

高齢者(市民)の
制度理解と周知

介護保険法第4条
(国民の努力義務)

ケアマネの育成
(専門性の向上)

曾於市ケアマネ研修会
地域ケア会議

介護サービス
事業者育成
(専門性の向上)

介護事業所説明会・打合せ会
地域ケア会議

- ★ 専門性の高いケアマネジメントの提供
- ★ チームケア

➡ 高齢者(市民)の幸福

9

曾於市の総合事業(案)

通所型サービス

緩和した基準に
よるサービス

短期集中予防
サービス



現行サービス相当

住民主体に
よるサービス

10

曾於市の総合事業(案)

訪問型サービス

緩和した基準によるサービス
(生活援助Ⅰ)



現行サービス相当

緩和した基準によるサービス
(生活援助Ⅱ)

住民主体によるサービス

11

曾於市に住んで良かった
と言われるまちづくりを
目指して・・・



ご静聴ありがとうございました。

12

みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会2016.11.18

みんなで築く ふくしのまち

社会福祉法人 曾於市社会福祉協議会

曾於市社会福祉協議会の役割

社会福祉法109条

「地域福祉を推進する中核的な団体」としての位置づけ



公的な制度では、生活全般を支えられない。
制度外の方策：インフォーマルサービス
地域でのささえあいの体制づくり

社協の基本的性格

○ 地域で暮らす住民の皆さまや福祉、保健・医療、教育等の関連分野の関係者さらに地域社会を形成する様々な専門家・団体・機関によって構成されている。

○ 地域が抱える様々な福祉課題を地域全体の課題として捉え、みんなで話し合い、協力して解決を図ることを目的とし、人と人をつなぐコーディネーターの役割を担っている。

社協活動の5つの原則

- 住民ニーズの原則
- 住民活動主体の原則
- 民間性の原則
- 専門性の原則
- 公民協働の原則

地域包括ケアのための地域づくりには…

地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく

曾於市が掲げる地域包括ケアは…

地域の力を活用して

生きがいある生活を続けよう

曾於市社会福祉協議会として、

舞台は **地域**

住民が **主役**



社協は 住民活動の **サポーター**

曾於市社会福祉協議会が 取り組む地域づくり

- 1 小地域を基盤とした見守り体制づくりと
地域福祉活動の役割
- 2 生活課題の解決のしくみ
- 3 今後の取り組み



1 小地域を基盤とした見守り体制づくり と地域福祉活動の役割

(1) 校区社会福祉協議会活動

- 市内を26校区(小学校区)の身近なエリア
- 住民の主体性と独自性を活かした活動
- 地域課題と解決に向け、地域福祉に
取り組む体制



①見守り活動 “ささえあいネットワーク事業”

近隣の顔が見える関係の中で、見守り/安否確認/ニーズの発見に気づくしくみ…

○自治会に1名以上の在宅福祉アドバイザーの設置

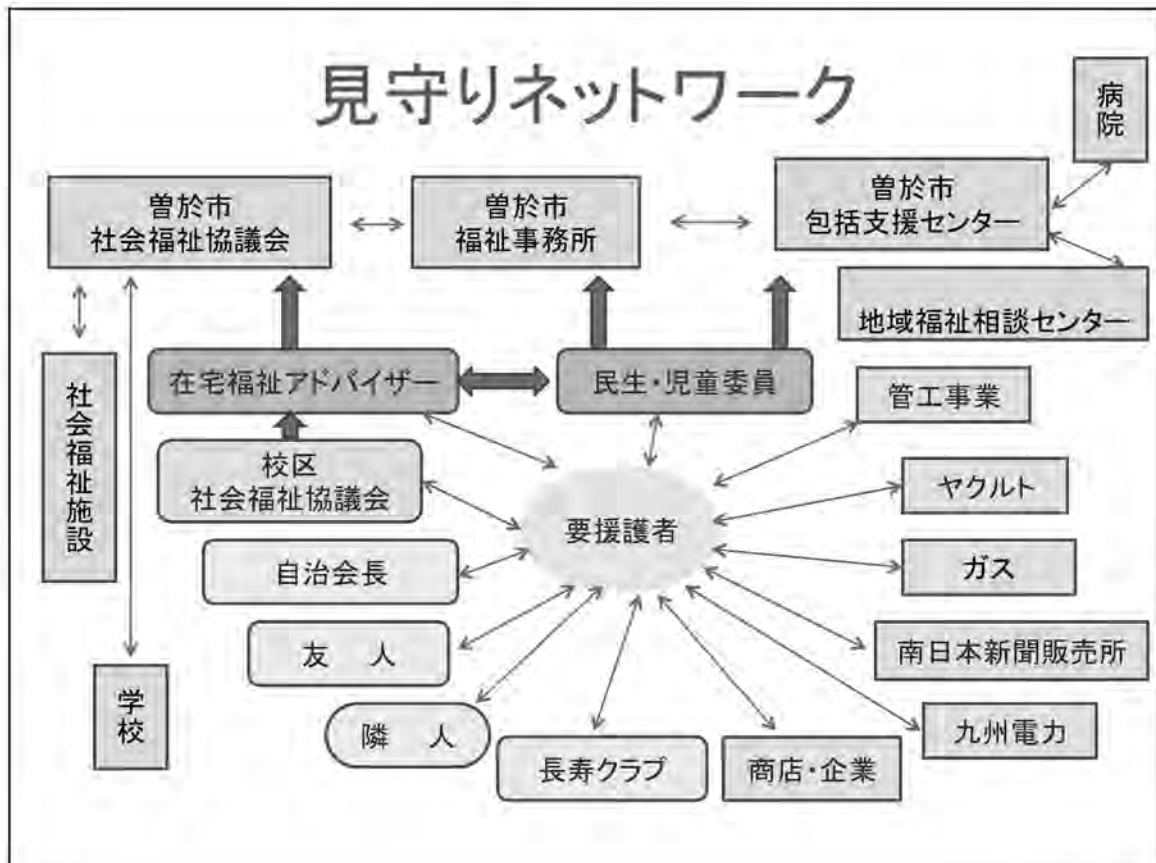
市内687名の在宅福祉アドバイザーが毎月見守りの報告書を提出
潜在的なニーズの発掘、フォーマルサービス、見守り強化などにつながる

○民生委員との連携

○地域で見守る体制……

企業や商店・病院等との見守り協定の締結

○日常的な見守りが災害にも強い地域につながる



②ふれあい・いきいきサロン活動

生きがいづくり,引きこもり防止,介護予防,安否確認,
地域での交流の場づくりとした活動

- 自治会ごとに歩いて行ける範囲で開設・・・市内114ヶ所
- サロン活動助成として、
曾於市共同募金会助成事業を活用
- サロンのボランティアリーダーとして
在宅福祉アドバイザーや民生委員等が担う
- 多様な活動への広がり

③住民主体の介護予防活動のモデル事業

ふれあい・いきいきサロン活動をより充実した活動
住民が行う毎週型の介護予防・安否確認の活動
介護予防“ミニデイ”事業（6か所）

- 曾於市ボランティア活動育成事業助成を活用
介護予防、安否確認、サロン活動の充実を目的に開催
- 自治会内での開催(送迎なし)毎週型・・・市内3ヶ所(H27)
- 市内のリハビリテーションの専門職の協力・・・地域へ派遣
- 地域の協力者・・・有償ボランティア
- 住民主体の活動として支援

地域福祉の拠点とした校区社会福祉協議会活動の取り組み

多世代交流・多機能型支援の拠点づくり事業
(県・市の委託事業H27～H29)

末吉町柳迫校区社会福祉協議会の 皆来館の取り組み

地域福祉の拠点づくりの成果

- ① 地域の社協窓口として、体制整備が充実
- ② 福祉活動の充実・・・住民意識の変化
- ③ 支え合いマップから生活課題が抽出
- ③ サロン活動の拡大
- ④ 多世代の交流の場となった
- ⑤ 地域資源の拡大
- ⑥ 物作り活動から、活動費の捻出
- ⑦ 他の校区社協活動のモデルとなる

地域福祉の拠点づくりの今後

- 住民主体の活動への移行
- 継続的に地域のニーズにあう活動展開
- 校区社協活動の中で生活支援の仕組みをつくる（住民参加型福祉サービスや総合事業）
- 他の校区社会福祉協議会活動のモデルとなり、活動普及していく

2 生活課題の解決のしくみ

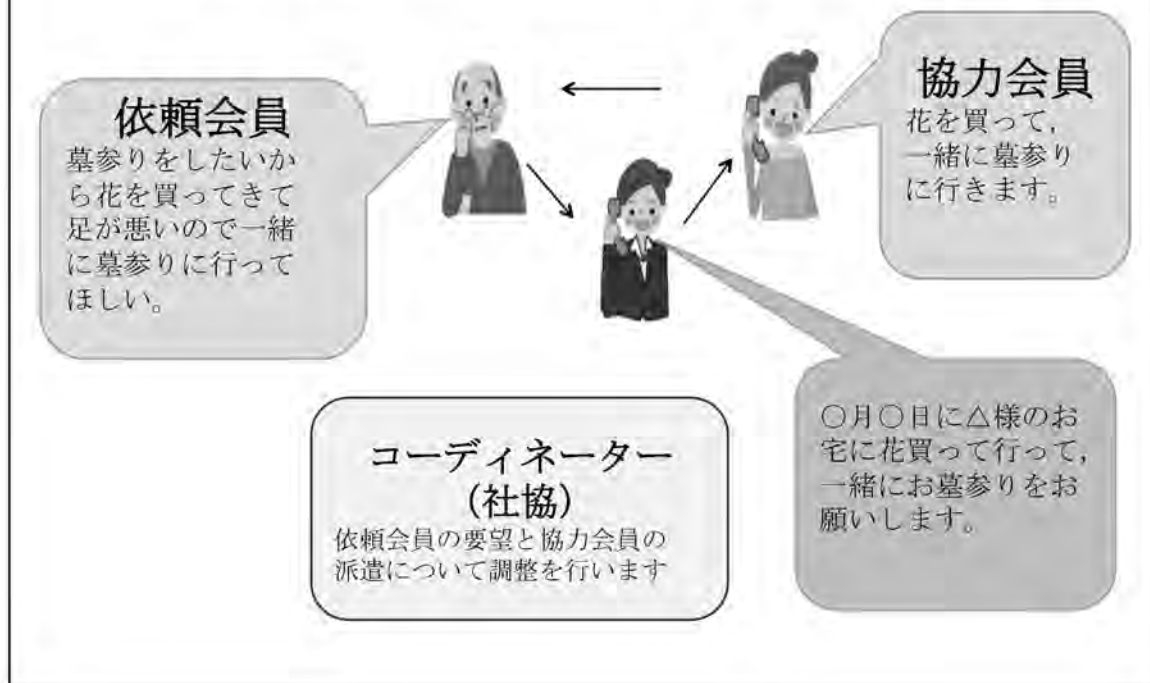
①ほっと♡サービス（住民参加型福祉サービス）

ゴミ出しや電球の交換,買い物代行,墓参り代行、施設入所者への傾聴,病院受診の付添、結婚式参列の介助、散歩の付添など・・・制度で対応できない生活課題に対応するサービス

（有償ボランティア）



ほっとサービスのしくみ



ほっとサービスの利用内容

- サービス利用料 300円 (30分単位)
- 自家用車使用料 1 k m20円
(協力会員の車のガソリン代とします。車には同乗は出来ません。)
- 受付日時 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時まで
- サービス実施日 月曜日から日曜日
- 利用時間 午前8時30分から午後5時30分まで
注) コーディネーターが話をうかがい、この事業に該当するサービス提供ができるか、また協力会員との調整が見つからない時は、サービスの提供ができない場合があります。
- 利用料は、依頼者と協力者の間で徴収行われ、社協には手数料は入金されません。

16/11/08

3 今後の取り組み

- 権利の擁護をするために
権利擁護センターを設立
- 社会福祉法の一部改正による
地域社会に貢献する法人となるために

曾於市社会福祉協議会理念

人と人とのつながりを大切に
地域と共に歩む

みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会

街づくりへの思い

株式会社 Next Future
代表取締役 今吉 和久

事業所紹介

地域密着型通所介護事業所
デイサービスセンター ゆずり葉



定員 15名/日
サービス提供時間 9:00~16:10
加算等：
・個別機能訓練加算（Ⅰ）
・入浴介助加算
・認知症加算
・サービス提供体制加算（Ⅰ）イ
・介護処遇改善加算（Ⅱ）

入浴環境



個別浴です。ご家庭のようにお一人ずつ入浴していただいております。身体機能に合わせて特殊浴槽もご利用いただけます。



ご自宅での入浴が出来ず「デイサービスでの入浴が楽しみ」と言っていたくことも多いので、少しでもゆっくりとくつろいでいただけるよう浴室から庭を眺められるようにしました。

活動風景①



この中に認知症と診断された方は何人いるでしょうか？

※毎日の昼食（ご飯・味噌汁）は利用者様が作ります。

たまにはこんな失敗があります。

- ・味噌汁の味が薄い。
- ・味噌汁の分量が少なすぎた。
- ・洗ったはずの食器が汚れている？
- ・台所が水浸し・・・(汗)

No Problem

活動に参加してもらうこと、できるところは
続けていけるようにすることが大切ですよ
ね・・・。

だから、失敗はぜんぜん問題ないんです。

活動風景②



※朝・10時・昼食後・15時と1日4回は食器やコップを使いますので、食器洗いと台拭きに分かれてできるだけ皆が活動に参加できるようにしています。

昼食のご飯炊き
昼食の汁物作り
おやつ作り
洗濯物干し
食器洗い
台拭き
買い物
野菜作りと収穫 など



生活リハビリ

特に力を入れて
います。

定期的にあるイベントでは

買い物して → 自分達で作って → みんなで食べる！



いい街づくり



よく耳にする言葉



『地方創生』

『地方創生』

どれだけの人口を維持・確保できるか、どれだけの財源を確保・向上できるか・・・

方法

1. どれだけの人を呼び込めるか
2. どれだけ今いる住民の満足度をあげることができ、他の地域へ住み替えさせないか
3. 魅力あるふるさと納税への返礼品を作るか etc

ふるさと納税

平成27年度上半期（4/1～9/30）の第1位はお隣の県、宮崎県の都城市でした。



寄付件数
22,345件
寄付金額
943,752,000円

宮崎県は50位以内に12位の綾町、29位の日向市、40位の小林市と4つの市・町が入っています。

ちなみに・・・

『私たちの鹿児島県は上位50位以内に2市・町のみ』

大崎町 31位



寄付件数 5,508件
寄付金額 257,967,000円

曾於市 38位

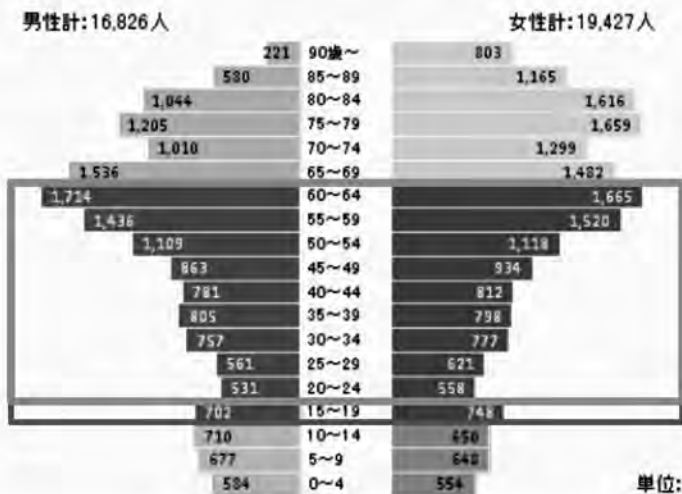


寄付件数 13,445件
寄付金額 237,821,900円

2015年の曾於市の人口

曾於市(ソリ 鹿児島県)の人口と世帯 《2015年の人口ピラミッド》

2015年 曾於市の人口構成



人口 36,253名

生産年齢人口
(15～65歳)
18,810名

現実的には
生産年齢人口
(20～65歳)
17,360名



15年後の曾於市

①さらに進む高齢化率 37.6%→2030年45.3%

②生産人口の大幅な減少による就労者不足

③人口減少と超高齢化による財政面の

- ・収入源のひとつである税金
- ・介護保険料等支出の増加

公費は、国、都道府県、市町村の財源構成です。

今、これからの曾於市に何が必要か？

① 住民の意識を変える

- ・ 定年後はゆっくり
- ・ 地域のことは行政が

② 国の制度に全てを頼

- ・ 医療も介護も保険があるから大丈夫
- ・ 困ったら誰かが手を貸



- ① 税金納付の減少
- ② 稼働者不足による企業の経営悪化
- ③ 働き先を無くした若者の土地離れ
- ④ 空き家問題
- ⑤ 荒れ地の増加など



私の構想

働き手（生産人口）が減るのであれば維持するために・・・

生産人員（元気で働く意欲があれば何歳でもOK）を確保する！

年齢に関係なく支援を必要とする方たちには必要なサービスが受けられる地域であり続けるには、少しでも働ける人たちを生産人員として無理のない範囲で就労できる場所を確保する必要がある。

つまり、私が今描いているものは

「介護予防」のサービスを受けなくていい高齢者を増やすべく就労施設を作る！

「介護予防」
「支援予防」

まだまだ、若いもんの世話にはならん！

曾於市(リウ) 鹿児島県)の人口と世帯 《2030年の人口ピラミッド》

2030年 曾於市の人口構成

男性計:12,893人 女性計:15,053人

年齢	男性	女性
90歳～	427	1,300
85～89	439	844
80～84	960	1,138
75～79	1,292	1,465
70～74	1,216	1,414
65～69	1,004	1,106
60～64	834	957
55～59	798	838
50～54	801	790
45～49	738	753
40～44	524	595
35～39	528	539
30～34	543	595
25～29	496	459
20～24	444	456
15～19	502	480
10～14	483	460
5～9	453	424
0～4	411	390

単位: 人

69歳までと仮定しても2,000人近い人がいることがわかります。その中で約1割の人が「働いてもいいよ」と言ってくれば、200人は確保できます。

地域に合わせたサービスの開拓

デイサービスは高齢者が受け手となる考え方です。曾於市では生産年齢者の減少により、サービスの受け手と担い手とのバランスがとれず制度そのものが活用できなくなると考えている。元気な高齢者には、生産年齢の減少を補う役割を担い、かつ心身の健康を維持できるような就労場所を作る。

▶要支援者で就労可能な方でもOK

シルバー人材センターとの違い

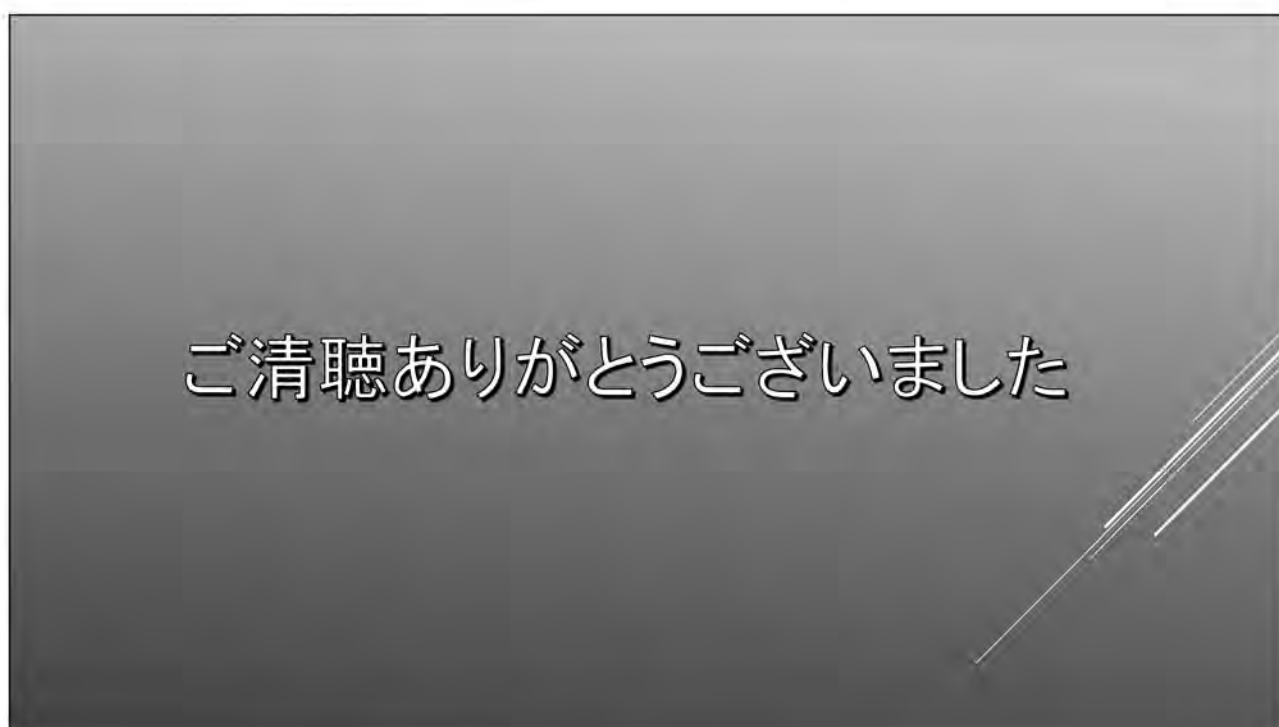
- 1.一定した収入を保証する。
- 2.ボランティアは基本なくし、あくまでも就労者としての役割を担っていただく。但し、短時間労働とすることで病気などへの配慮を忘れず、無理なく楽しみながら長く就労できるようにする。

おわりに

恥ずかしながら、まだ構想の段階です。実現できるかまだわかりません。ただ、「高齢化社会」と聞くと、年金・医療費・介護費などが増大して財政圧迫する、認知症が増えて在宅生活困難者が増える、など暗いイメージが先行しているなかで、私ができることは、福祉に携わった一人としての考え方を入れつつ、高齢者と一緒に地域を盛り上げるような事業計画を作ることです。

- ・ 曾於市で生まれ育ったこと
- ・ 曾於市で今も暮らしていること
- ・ 家族が曾於市に住んでいること
- ・ 曾於市で仕事していること など

曾於市が元気な街になることは、そこに住む私にとってデメリットがありません。



座 談 会

講師の小坂田先生と報告者で、
街づくりについて
意見交換で深めます

発行日	2016年11月17日
発行所	みんながつくる「地域包括ケア」学習交流会実行委員会 鹿児島県生活協同組合連合会 内 〒890-0037 鹿児島市広木一丁目1番1号 TEL 099-286-1104
発行人	野元 龍二
編集人	平田 優

