

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分

**地域密着型サービスを活用した自治体の戦略に
関する調査研究報告書**

平成 25 年 3 月

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
<http://www.shoukibo.net/>

はじめに

小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づいて 7 年が経過し、平成 25 年 1 月現在で全国に 3,914 か所の事業所が開設されました。また、第 5 期の介護保険事業計画では、地域密着型サービスの中に「サテライト型小規模多機能型居宅介護」をはじめ、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」も創設され、ますます地域密着型サービスへの注目が高まっています。

そもそも地域密着型サービスが創設され、それまで都道府県が介護保険サービス事業の指定・指導権限を有していたものが、より身近な市町村が指定・指導権限を有するようになり、市町村にとっては自由度の高い独自性を持った方針や計画を策定できるようになりました。また、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関連法律に関する法律（地域主権一括法）が整備され、それまで国において基準が示されていたものが、市町村が地域状況を鑑みて基準を作ることができるようになり、ますます市町村が独自性をもった政策がすすめられようとしています。

平成 22 年には「地域包括ケアシステム」が提唱され、より住民に身近な日常生活圏域のなかで、医療・介護・予防・生活支援・住まいの 5 つの視点で包括的に提供されることが求められたことで、今まで以上に住民の日常生活に直結した仕組みづくりが市町村に求められました。

このような状況の中、市町村では、市町村の特徴や地域状況等を踏まえ、認知症を政策の中心においた市町村独自のの方針や、人材育成の取組みから地域包括ケアを推進するような事業を実施している市町村など、様々な工夫がなされています。

このたびの事業で明らかになった成果や市町村独自の工夫が、数多くの市町村で特色をもった「地域包括ケアシステム」として推進されていくことに少しでも役立てればと考える次第です。

この研究事業では、都道府県・市町村の皆様、事前のアンケート調査及び事例検討等で、多くの自治体の皆様にお力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

2013 年 3 月

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
理事長 川原 秀夫

地域密着型サービスを活用した自治体の戦略に関する調査研究報告書

目次

要約

- 1 研究の背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 2 結果概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第1章 研究の目的と実施体制

- 1 研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- 2 事業実施体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

第2章 市町村を取り巻く状況（第5期介護保険事業計画に関する実態調査）

- 1 第5期介護保険事業計画に関する実態調査（先行調査）・・・・ 21

第3章 自治体を目指す地域包括ケア

- 1 「自治体の戦略」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
 - (1) 大牟田市（福岡県）
 - (2) 山鹿市（熊本県）
 - (3) 霧島市（鹿児島県）
- 2 「自治体の現状」～新潟県・熊本県の市町村の取組みからみえたもの～ 75

第4章 地域包括ケアに自治体はどう向き合うか（まとめと提案）

- 1 地域包括ケアに自治体はどう向き合うか（まとめ）・・・・ 87
- 2 地方自治体を目指すもの（提案）・・・・・・・・・・・・・・・・ 95

資料

- 第5期介護保険事業計画に関する市町村アンケート調査票・・・・ 102

要 約

1 研究の目的

地域密着型サービスにおいては、指定権者である市町村の位置づけにより、積極的に小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の整備を推進している自治体とそうではない自治体の差が生まれている。積極的な市町村では、地域密着型サービスの事業者の指定だけではなく、地域包括ケアの拠点として地域密着型サービスを位置づけ、介護予防拠点や地域交流スペースの設置等も行い、事業者や地域住民の力を活用した地域包括ケアの町づくりに発展させている自治体もある。

このたびの事業では、事前調査により第5期介護保険事業計画の状態を把握したうえで、市町村における地域密着型サービスの活用法、戦略等を明らかにし、整備の進んでいない市町村へのノウハウの提供を図るとともに、地域包括ケアを実現するための市町村の取り組みを明らかにすることを目的とする。

2 結果概要

(1) 市町村を取り巻く状況（第5期介護保険事業計画に関する実態調査）

第5期となる介護保険事業計画では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスといった新たなサービスが地域密着型サービスに創設された。小規模多機能型居宅介護においては「サテライト型小規模多機能型居宅介護」も創設され、市町村の動きを探るべく、実態調査を行った。

調査は、平成24年4月現在の市町村1,742か所に送付し、808件を回収、回収率は46.38%であった。

- 日常生活圏域の設定数の平均は4.2ヶ所となっている。最大は49ヶ所の仙台市である。また、日常生活圏域を設定する際に参考としたエリアとしては、全域などのその他が57%となっている。中学校区が35%、小学校区が7%となっており、地域包括ケアシステムで謳われている「中学校区程度」よりも大きい市町村が多い。
- 小規模多機能型居宅介護の整備箇所数の平均は3.4箇所、小規模多機能型居宅介護整備定員の平均は80.4人となっている。また、第5期の計画箇所数の平均は1.4箇所で定員の平均は53.2人となっている
- 第5期のサテライト小規模多機能型居宅介護の計画箇所数の平均は0.05箇所、となっており、ほとんどの市町村で計画されていない。また、今後整備を検討していない市町村が84.78%、検討予定が5.71%、整備を検討しているが1.9%である。
- 地域別に見る小規模多機能型居宅介護整備数が多い市町村は中国が多くなっており、次に、関西、九州、北海道となっている。今後の計画として整備数が多い市町村は九州が多くなっており、次に、中国、関西となっている。

(2) 自治体が目指す地域包括ケア

市町村が抱える課題として、まずは、介護保険事業計画すら理解していない自治体があることである。自分たちの市町村をどのようにしていくのか、その道しるべとなる理念をはじめ、これまでの経緯も含めて介護保険事業計画の意図を理解することができなければ、実行に移せないのは当然である。また、当該自治体の中にある資源の把握ができていない点も挙げられる。現在、地域にある資源は何なのか、住民は何を望んでいるのか。単なる要望ではなく、要望に隠された声にならない声を受け止め、単に特別養護老人ホームの待機者が多いと解釈するのではなく、特別養護老人ホームに入居したいと言わざるを得ない本当の理由は何なのか、日中介護者が不在なのか、独居のため、自宅で一人で過ごすことができないのか、その理由を知らなければ、単にサービスが増えても満たされるものは少ない。よって、まず、当該市町村のおかれている状況を、すでにある資源も含め十分に把握することが求められる。

一方で、市町村の規模や成り立ちなど、現在の状況にたどり着いたのは様々な理由がある。背景も違えば、確保できている資源も違う。市町村担当者は、当該市町村にないものをねだるのではなく、あるものを使ってできることから始める視点が求められる。ないものを求めるのではなく、なければあるものから生み出すしかないからである。今回はストレングスという視点で当該自治体を見直した結果「捨てたものではない」といった感覚も持つことができたように思われる。小規模な市町村は、小規模なりにすべての分野を1つの課で包括的に把握することができると考えることができ、大規模な自治体は、担当分業制で複数の担当者で取り組むことができると考えられるということである。

今後の市町村に求められるのは、介護保険事業計画において数を整備すればよいという箱物整備の発想から、あるものを生かすための人材発掘や育成といった育ちあう視点がますます重要となってくる。

先駆的取り組みを実践する自治体では、厚生労働省から出されるモデルや補助事業を積極的に活用し、市町村独自に政策を進めていくケースや、市町村同士のネットワーク(担当者レベルでのつながり)を生かし、まねることから始めるケースも多かった。代表的なものは、福岡県大牟田市の「徘徊模擬訓練」や石川県加賀市の「認知症110番(相談窓口の開設)」といったものを倣い実施するケースである。また地域包括ケアシステムは人材育成との観点から、専門職の育成を積極的に実施する自治体や、当事者の視点を重要視し、サロンや拠点活動に住民の参画を得ながら町づくりをすすめる山鹿市の取り組み等がこれにあたる。

(3) 地域包括ケアに自治体はどう向き合うか

①地方自治体における推進体制の構築

地方分権や行政改革の推進は、厚生労働省や地方自治体単独で変えられるものでもなく、また地域包括ケアシステムの推進に関わる職員については、特別扱いすることも困難である。今後の取り組みは、地方自治体の職員減少と業務量の増加を前提として考えていくべきである。

地域包括ケアシステムにおける医療・介護・予防・生活支援・住まいの5つの分野は、地方分権の推進状況を考えると、将来的には基礎的自治体である市町村においてすべて所管する体制となることも推測される。すべての業務が移管されなくとも市町村の関与が現状より少なくなることは考えにくい。

現時点において、まだ具体的な業務がないとはいえ、市町村に医療施策の担当部署を置くことも考えるべきであり、最低でも市町村において5つの分野の方針を考える担当を決めることは、地域包括ケアシステムの推進に必要なことだと思われる。

また、5つの分野の有機的な連携が求められている以上、それらを統括的に担当する部署及び担当を置き、いわゆる縦割り行政の弊害を排除し、地域包括ケアシステムの推進に係る骨太の方針を作り、各5つの分野の担当が共有することが必要と思われる。

新たな部署を置くことは、地方自治体の機構改革を伴うことになるため、地方自治体としてどこまで地域包括ケアを重視しているのかによって、実現できるかどうかが決まってくる。また機構改革を行わずとも、現在の担当部局の中で役割分担を決めることで対応することも不可能ではない。いずれにせよ、異なる分野の連携を求められている以上、地域包括ケアシステムの推進にかかわる市町村職員は、自分の担当分野を超えて、たとえば介護担当であっても医療施策を考えるなど、組織において与えられた役割以上の仕事をすることが求められる。

②地方自治体の人材養成

地域包括ケアシステムは地域の様々な資源を活用する必要があるが、その中で自治体職員は、地域包括ケアシステムに欠かせない資源だともいえる。地域資源全体を視野に入れて調整することができ、また公費を投入する取り組みを企画できるのは自治体職員だけだからである。実際に地域包括ケアに関して先進的な取り組みを行っている地域には、必ずキーパーソンとなる自治体職員がいる。国はまず、すべての地方自治体において、地域包括ケアシステムを理解し推進する職員を養成することに取り組むべきではないか。

国は、一部の地方自治体で有効であった取り組みをモデルとして、全国の地方自治体に同じ事業を実施することを要望することがあるが、全国の地方自治体ごと、日常生活圏域ごとに、ある資源、ない資源は異なっており、地域包括ケアシステムを推進するために必要な取り組みは地域ごとに違っている。取り組みの参考例として示すことはよいが、全国で一律画一的な取り組みを行わせることは、決して有効とは思えない。

い。

むしろ国は、自らの地域にあった取り組みを進めることができる自治体職員の養成に取り組むべきである。先進自治体において「なぜ地域包括ケアシステムを推進できたのか」といえば、ほとんどの地方自治体で、特定の「この人」がいたから」という答えが出てくる。地域包括ケアシステムを推進する自治体職員を育てることが、遠回りに見えて一番の近道と言える。

地方自治体の職員が、地域包括ケアシステムの内容について知る機会、理解する機会は非常に少ない現状があり、全都道府県、全市町村の担当職員が参加できる、地域包括ケアシステムに関する研修会等を国が開催することが最低限必要ではないか。

もちろん、都道府県が市町村職員に対して地域包括ケアの研修会を開催できるよう国が講師派遣や経費の助成等の支援について事業化することも有効と思われるが、そのためにも、まず都道府県の人材を養成することが必要となる。

③地方自治体による地域のアセスメント手法

地域包括ケアシステムを推進するために、ケアの必要な本人の声を聴くことが必要とはいえ、都道府県職員は言うにおよばず、市町村職員であっても、対象となるすべての人の声を聴くことは、ごく一部の小規模町村を除き、ほぼ不可能である。自治体職員一人の力では、地域の状況を知ることすらできない。自治体職員は、地域や本人の状況を教えてもらうため、本人を直接支援している人と、顔を突き合わせて話ができる関係を作ることが必要となる。

市町村職員のアウトリーチによる特に有効な活動が、地域密着型サービスにおける運営推進会議への参加である。本人、家族、ケア担当者、地域の支援者など一同に会して、効率的に意見交換が可能である。情報収集だけでなく、会議の中から地域の課題の解決策までも導き出せる場合もある。大規模市町村などで地域密着型サービス事業所の整備が進むと、物理的に自治体職員の参加が難しくなることは考えられるが、市町村職員にとっては最も効率的な地域アセスメントの場であり、すべての事業所に参加ができなくとも、一定のルール作りをするなど、できる限りの参加が求められる。また市町村職員だけでなく、都道府県職員も機会を作り参加することで、地域課題の共通理解が進み、地域包括ケアシステムの推進が図られると思われる。

地域のアセスメントにおいては自治体職員でないと把握できない情報も多くある。公的サービスの受給情報などは行政しか持ちえないため、全体データを把握することは行政にしかできない。職員個人の関係からの情報と、行政が持つデータの双方を総合して、地域に本当に必要な資源を導き出すことこそ、地方自治体職員が行わなければならないことである。

なお、アンケート調査等の記述式による意見把握は、本人が記載するのかどうかなど手法によって、信憑性に欠ける点もあるが、面談等でなく匿名の記述でこそ意見を伝えられる場合もあるため、介護保険事業計画の策定時などに定期的実施することは効果的な面もある。国が市町村に実施を要請した日常生活圏域ニーズ調査について

は、8割の市町村が実施したが、事業計画に反映した市町村は2割に満たなかった。項目についても予防的観点からの項目が多いが、本人の望む暮らしといった面から項目を見直すなど、より有効に機能するように改善していくことも望まれる。

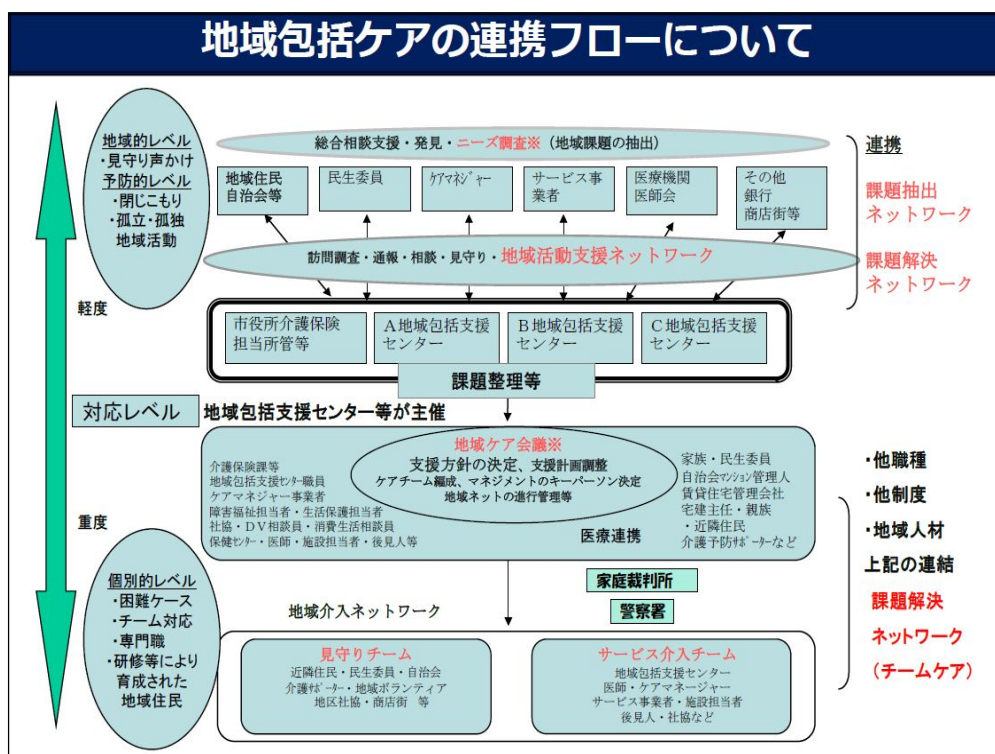
④地域包括ケアに関する仲間づくり

自治体職員が、地域包括ケアシステムの推進担当になっても、何をすればよいのかわからないという声が多い。地方自治体の役割や取り組みという、独自のシステムや新規事業、施設の整備などがイメージされるが、ハードや給付などを作る前に、まずは、担当者は仲間づくりから始めてみてはどうか。

国が示す地域包括ケアの図においては、様々な会議やチームが線で結ばれた理想図となっている。しかし、このような会議やチームを行政主導で作ると、関係団体の長などをメンバーとした形式的なものになりやすい。実際に本人を支援する人がチームメンバーとならず、アライバイ会議をするためのチームになってしまうことが多い。

こういった図にとらわれず、まずは数人からでもよいので、同じ方向を目指して地域で取り組んでいる人と話をする機会を持つことからはじめたい。会議やチームなどは、仲間が増えてから形作っていけばよい。

メンバーには、もちろん自治体内部で一緒に取り組む仲間も必要だが、むしろ自治体職員以外で、現に支援の必要な人を支えている人を仲間にしていくことがよい。地域住民を「要望者」として考えず、地域包括ケアシステム推進のパートナーとして、目指すべきビジョンを互いに共有する。少ないメンバーであっても集まった皆で、自分達にとって望む暮らしの青写真を描いてみる。先進自治体の取り組みを見れば、そういった取り組みから地域包括ケア体制は出来上がっている。



さらに、地域包括ケアシステム推進の仲間として、地域密着型サービス事業者は欠かせないメンバーである。地域密着型サービスは地域との連携等が義務化されており、常に日常生活圏域の中でケアを行う、これからの地域に絶対に必要な資源だからである。どうしても専門性の低い行政職員にとっては、専門的なアドバイス、アイデアの提供などが期待でき、また事業やイベントへの協力など、職員数の減少している地方自治体にとっては、質、量的に自らができない業務の担い手としても期待できる。

行政としては、公平中立性から、民間事業者の一部とだけ特別な取り組みを行うことが難しい面もある。しかし「公平・中立」という言葉を、取り組みを行わないための言い訳に使っている面も否定できず、民間事業者からの協働の提案を、内容は認めつつも「一部に特別な配慮はできない」と切り捨ててしまう事例も見受けられる。これは、取り組みに参加するチャンスを公平にすればよいだけであり、公募や全事業者への声掛けなど、手法によって十分に解決できる問題である。そういった面からも市町村に事業の指定、指導権限がある地域密着型サービスは、市町村との協働のしやすさがある。

介護サービス事業者の連絡会や協議会を立ち上げ、団体と協働する手法も有効である。介護保険担当課内に介護サービス事業者協議会の事務局を置き、緊密な連携を行っている例もある。

⑤地方自治体が目指すもの

地域包括ケアシステムの推進は、決められた処理や解釈ではない、地域ごとに手法が異なるマニュアルのない仕事である。取り組みの場所やスケジュールを地域に合わせる必要があり、地方自治体職員は庁舎の中に閉じこもるのではなく、丁寧に、けど恐れずに地域の中へ出ていくことが求められる。

人口規模の大きな自治体から小さな自治体まで、取り組みはそれぞれに異なることは当然である。田舎だからできる、都会だからできると、あきらめたりせず、自らの自治体の強み（ストレングス）を活かして取り組みを進めるべきである。

地域の方・資源はすべての地域に必ずあり、ないものねだりをして住民が望む暮らしは実現しない。自治体が役に立たないと思っていた資源が、本人にとっては思ってもみない効果を生むこともある。地域にある資源をフレキシブルに活用する視点が、地域包括ケアシステムの推進には必要である。

自治体職員は、予算単年度主義や人事異動という制約の中で、継続的に取り組みを行うことが難しい面がある。期間限定の事業を行い、評価も行われないうち担当が変わり、住民や事業者側からすれば、また一から事業の企画や職員との関係づくりをはじめなければならない。その繰り返しの疲弊していくことになる。しかし、地域づくりは終わりがなく、失敗してもまたやり直すの繰り返しでしか進まない。地域づくり活動の面白さにはまり、人事異動後も担当外の活動を行っている自治体職員も見受けられるようになってきた。

その地域づくりの面白さや、地域の資源は、結局のところ“人”である。地方自治

体は、地域包括ケア“システム”を作ることを目指すのではなく、地域包括ケアに取り組む“人”を作ることを目指すべきである。

地方自治体職員が行うべきことは、事業所・施設を整備したり、新しい給付を作ることではなく、常に日常生活圏域の中で本人と関わり、支える人をつくることである。必要なシステムやハードはその人たちが教えてくれる。

地域包括ケアシステムの推進で、どのような地域を目指すのか、それは地域に住む住民が決めるものであり、地域ごとに異なるものであるが、地方自治体はその実現のための重要な役割を担っているということを自覚すべきである。

第1章

研究の目的と事業実施体制

1 研究の目的

地域密着型サービスにおいては、指定権者である市町村の位置づけにより、積極的に小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の整備を推進している自治体とそうではない自治体の差が生まれている。積極的な市町村では、地域密着型サービスの事業者の指定だけではなく、地域包括ケアの拠点として地域密着型サービスを位置づけ、介護予防拠点や地域交流スペースの設置等も行い、事業者や地域住民の力を活用した地域包括ケアの町づくりに発展させている自治体もある。

このたびの事業では、事前調査により第5期介護保険事業計画の状態を把握したうえで、市町村における地域密着型サービスの活用法、戦略等を明らかにし、整備の進んでいない市町村へのノウハウ提供を図るとともに、地域包括ケアを実現するための市町村の取り組みを明らかにすることを目的とする。

2 事業実施体制

(1) 事業実施体制

本事業の事業目的の検討のため、学識経験者、自治体職員、事業者で構成する検討委員会を設置し、検討した。

*地域密着型サービスを活用した自治体の戦略に関する調査研究委員会 名簿

No.	氏名	所属(肩書)	備考
1	太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学(名誉教授)	委員長
2	池田 武俊	大牟田市保健福祉部(調整監)	
3	池田 宏幸	霧島市総務部財政課(財政第1グループ長)	
4	佐藤 アキ	山鹿市市民福祉部介護保険課(主幹)	
5	水井 勇一	加賀市医療提供体制推進室(専門官)	
6	佐崎 一晴	熊本県長寿社会局認知症対策・地域ケア課(課長補佐)	
7	山元 奈々江	新潟県高齢福祉保健課計画調整係(主任)	
8	川原 秀夫	特定非営利活動法人コレクティブ(理事長)	
9	黒岩 尚文	共生ホームよかあんべ(代表)	
10	稲葉 好晴	厚生労働省老健局振興課(課長補佐)	オブザーバー

※敬称略、順不同

(2) 会議開催経緯

本研究事業に関する会議の開催状況は以下のとおりである。

1) 委員会

第1回 平成24年8月30日／味覚糖UHA館東京

- ①研究の趣旨と進め方について
- ②市町村の現状について
- ③平成24年度第5期介護保険事業計画 実態調査
- ④今後の日程・内容について

第2回 平成24年10月9日／味覚糖UHA館東京

- ①「地域包括ケアに自治体はどう向き合うか」について
- ②事例検討会の開催について
- ③今後の日程・内容について

第3回 平成25年2月24日／井口ビル

- ①事例検討会の開催結果について
- ②報告会について

第4回 平成25年3月14日／井口ビル

- ①報告会について
- ②報告書について

2) ワーキング

第1回 平成25年1月27日／井口ビル

- ①事例検討会（プログラムⅡ）について
- ②報告書について

第2回 平成25年3月20日／井口ビル

- ①報告書について
- ②報告書抜粋版について

第3回 平成25年3月26日／井口ビル

- ①報告書について

(3) 報告会の開催

日時：平成25年3月14日（木）

会場：世界貿易センタービル room A

第2章

市町村を取り巻く状況

(第5期介護保険事業計画に関する実態調査)

1 第5期介護保険事業計画に関する実態調査（先行調査）

第5期となる介護保険事業計画では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスといった新たなサービスが地域密着型サービスに創設された。小規模多機能型居宅介護においては「サテライト型小規模多機能型居宅介護」も創設され、市町村の動きを探るべく、実態調査を行った。

調査は、平成24年4月現在の市町村1,742か所に送付し、808件を回収、回収率は46.38%であった。

（1）市町村からの回答データの個数

市町村からの回答データの個数は以下のとおりである。

	データの個数
北海道	77
青森県	19
岩手県	17
宮城県	13
秋田県	12
山形県	17
福島県	28
茨城県	28
栃木県	11
群馬県	19
埼玉県	35
千葉県	37
東京都	33
神奈川県	18
新潟県	22
富山県	6
石川県	10
福井県	7
山梨県	5
長野県	25
岐阜県	21
静岡県	26
愛知県	36
三重県	9
滋賀県	8
京都府	11
大阪府	33
兵庫県	20
奈良県	6
和歌山県	10
鳥取県	8
島根県	8
岡山県	10
広島県	9
山口県	14
徳島県	3
香川県	8
愛媛県	12
福岡県	24
佐賀県	4
長崎県	15
熊本県	15
大分県	4
宮崎県	13
鹿児島県	22
沖縄県	10
総計	808

(2) 人口規模

人口規模の平均は 100,087 人となっている。

	人口規模(人)
平均	100,087.5
最大値	2,665,314
最小値	547
標本標準偏差	199,381.0
標準偏差	199,257.5
標本分散	39,752,769,463
	n=808

(3) 高齢者人口

高齢者人口の平均は 23,661 人となっている。

	高齢者人口
平均	23,661
最大値	598,835
最小値	104
標本標準偏差	44,475.1
標準偏差	44,447.6
標本分散	1,978,038,131.8

(4) 独居及び高齢者のみ世帯

独居及び高齢者のみ世帯の平均は 7,347 世帯となっている。

	独居及び高齢者のみ世帯
平均	7,347.4
最大値	264,234.0
最小値	7
標本標準偏差	16,603.2
標準偏差	16,590.7
標本分散	275,664,643.8

(5) 独居及び高齢者世帯のみの平均は 10,706 人となっている。

	平均 / 独居及び高齢者のみ人口
平均	10,706.8
最大値	351,546
最小値	7
標本標準偏差	25,790.1
標準偏差	25,767.7
標本分散	665,127,811.0

(6) 高齢化率

高齢化率の平均は 26.7%となっている。20%–30%の市町村が 50%以上を示している。

高齢化率	
平均	26.7
最大値	47.7
最小値	5.6
標本標準偏差	6.1
標準偏差	6.1
標本分散	37.5
	808
高齢化率	個数
0-10%	2
10-20%	90
20-30%	486
30-40%	208
40-50%	22
総計	808

(7) 要介護認定者数

要介護認定者数の平均は 4,126 人となっている。

要介護認定者数	
平均	4,126.2
最大値	134438
最小値	9
標本標準偏差	8,447.2
標準偏差	8,441.9
標本分散	71,354,775.4
	799
要介護認定者数	データの個数
0-4999	638
5000-9999	86
10000-14999	27
15000-19999	19
20000-24999	11
25000-29999	7
30000-34999	4
35000-39999	1
40000-44999	1
45000-49999	1
50000-54999	1
75000-79999	1
80000-84999	1
130000-134999	1
総計	799

(8) 認定者数のうち介護予防

認定者数のうち介護予防の平均は 1,104 人となっている。

うち介護予防	
平均	1,104.2
最大値	45,142.0
最小値	1
標本標準偏差	2,595.4
標準偏差	2,593.8
標本分散	6,736,218.7
	790.0
うち介護予防	データの個数
1-500	441
501-1000	158
1001-1500	57
1501-2000	35
2001-2500	21
2501-3000	13
3001-3500	13
3501-4000	6
4001-4500	5
4501-5000	5
5001-5500	3
5501-6000	5
6001-6500	3
6501-7000	3
7001-7500	3
7501-8000	5
8001-8500	3
8501-9000	2
9001-9500	1
9501-10000	2
11001-11500	1
12501-13000	1
16001-16500	1
24001-24500	2
45001-45500	1
総計	790

(9) 日常生活圏域設定数

日常生活圏域の設定数の平均は 4.2 ヶ所となっている。最大は 49 ヶ所の仙台市である。1 ヶ所の市町村が 40%を超えている。

日常生活圏域設定数	
平均	4.2
最大値	49
最小値	1
標本標準偏差	5.4
標準偏差	5.4
標本分散	29.6
	793.0
日常生活圏域設定数	データの個数
1	334
2	62
3	84
4	81
5	60
6	35
7	37
8	17
9	9
10	13
11	10
12	2
13	9
14	1
15	5
16	4
17	1
18	2
19	2
20	2
21	2
22	4
23	1
24	4
26	2
27	3
29	1
32	1
36	1
39	1
40	1
49	1
総計	793

(10) 参考エリア

参考エリアとしては、全域などのその他が 57%となっている。中学校区が 35%、小学校区が 7%となっている。

日常生活圏域のエリア	
小学校区	46
中学校区	234
その他	375
総計	655

(11) 第4期介護保険料

第4期介護保険料の平均は 4,045 円となっている。最大が 6,575 円、最小が 1,948 円である。

第4期介護保険	
平均	4,045.8
最大値	6275
最小値	1948
標本標準偏差	547.3
標準偏差	547.0
標本分散	299,531.6

(12) 第5期介護保険料

第5期介護保険料の平均は 4,775 円となっており、第4期介護保険料の平均からおよそ 18%アップとなっている。

第5期介護保険	
平均	4,775.0
最大値	6589
最小値	2360
標本標準偏差	607.9
標準偏差	607.5
標本分散	369,520.0

(13) 特別養護老人ホーム箇所数と定員

特別養護老人ホームの箇所数の平均は 5.5 箇所、定員の平均は 374 人となっている。

特養箇所	
平均	5.5
最大値	102
最小値	0
標本標準偏差	8.4
標準偏差	70.8
標本分散	70.7

特養定員	
平均	374.5
最大値	9,234
最小値	0
標本標準偏差	630.6
標準偏差	630.2
標本分散	397,670.8

(14) 老健保健施設箇所数と定員

老人保健施設箇所数の平均は 3.1 箇所、定員の平均は 280 人となっている。

老健箇所		老健定員	
平均	3.1	平均	280.2
最大値	68	最大値	6,431
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	5.3	標本標準偏差	502.4
標準偏差	5.3	標準偏差	502.1
標本分散	28.0	標本分散	252,430.7

(15) 介護療養型医療施設箇所数と定員

介護療養型医療施設箇所数の平均は 1.47 箇所、定員は 69.2 人となっている。

療養箇所		療養定員	
平均	1.46866485	平均	69.2
最大値	32	最大値	2,186
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	3.032515759	標本標準偏差	163.0
標準偏差	3.030449309	標準偏差	162.9
標本分散	9.19615183	標本分散	26,585.0

(16) 有料老人ホーム（特定）箇所数と定員

有料老人ホーム（特定）箇所数の平均は 3.0 箇所、定員は 181 人となっている。

有料特定箇所		有料特定定員	
平均	3.0	平均	181.7
最大値	91	最大値	4,971
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	7.6	標本標準偏差	483.8
標準偏差	7.6	標準偏差	483.5
標本分散	58.2	標本分散	234,067.2

(17) 有料老人ホーム（特定以外）箇所数と定員

有料老人ホーム（特定以外）箇所数の平均は 0.33 箇所、定員 9.2 人となっている。

有料特定以外箇所		有料特定以外定員	
平均	0.33	平均	9.2
最大値	21	最大値	553
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	1.53	標本標準偏差	39.9
標準偏差	1.53	標準偏差	39.8
標本分散	2.34	標本分散	1,590.2

(18) 有料老人ホーム住宅型箇所数と定員

有料老人ホーム（住宅型）箇所数の平均は 3.4 箇所、定員 102 人となっている。

有料住宅型箇所		有料住宅型定員	
平均	3.4	平均	102.8
最大値	74	最大値	2,580
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	8.8	標本標準偏差	278.6
標準偏差	8.8	標準偏差	278.4
標本分散	77.7	標本分散	77,607.9

(19) サービス付き高齢者住宅箇所数と定員

サービス付き高齢者住宅箇所数の平均は 1.6 箇所、定員 33 人となっている。0 ヶ所の市町村が 65%となっている。

	サ高住箇所
平均	1.60
最大値	346
最小値	0
標本標準偏差	13.45
標準偏差	13.44
標本分散	180.93

	サ高住定員
平均	33.0
最大値	1,267
最小値	0
標本標準偏差	96.0
標準偏差	95.9
標本分散	9,213.0

(20) 通所介護箇所数と定員

通所介護箇所数の平均は 24.9 箇所、定員 535 人となっている。

	通所介護箇所
平均	24.9
最大値	627
最小値	0
標本標準偏差	47.0
標準偏差	46.9
標本分散	29.0

	通所介護定員
平均	535.8
最大値	14,254
最小値	0
標本標準偏差	1,062.0
標準偏差	1,061.3
標本分散	1,127,857.8

(21) 通所リハビリ箇所数と定員

通所リハビリ箇所数の平均は 7.9 箇所、定員 159 人となっている。

	通所リハ箇所
平均	7.9
最大値	901
最小値	0
標本標準偏差	37.8
標準偏差	37.8
標本分散	1,428.6

	通所リハ定員
平均	159.4
最大値	3975
最小値	0
標本標準偏差	314.0
標準偏差	313.8
標本分散	98,594.9

(22) 訪問介護と訪問看護の箇所数

訪問介護箇所数の平均は 23.9 箇所、訪問看護箇所数の平均は 12.7 箇所となっている。

	訪問介護箇所
平均	23.9
最大値	1,605
最小値	0
標本標準偏差	71.9
標準偏差	71.9
標本分散	5,175.3

	訪問看護箇所
平均	12.7
最大値	734
最小値	0
標本標準偏差	44.5
標準偏差	44.4
標本分散	1,975.8

(23) 短期入所生活介護箇所数と定員

短期入所生活介護箇所数の平均は 6.6 箇所、定員 97.7 人となっている。

	ショートステイ箇所
平均	6.6
最大値	122
最小値	0
標本標準偏差	11.0
標準偏差	11.0
標本分散	120.2

	ショートステイ定員
平均	97.7
最大値	2,170
最小値	0
標本標準偏差	186.1
標準偏差	186.0
標本分散	34,640.6

(24) 短期療養箇所数と定員

短期療養箇所数の平均は 3.7 箇所、定員 96.1 人となっている。

	短期療養箇所
平均	3.7
最大値	77
最小値	0
標本標準偏差	6.9
標準偏差	6.9
標本分散	48.0

	短期療養定員
平均	96.1
最大値	5,666
最小値	0
標本標準偏差	379.6
標準偏差	379.0
標本分散	144,061.4

(25) 療養通所介護箇所数と定員

療養通所介護箇所数の平均は 0.15 箇所、定員 2.4 人となっている。

	療養通所箇所
平均	0.15
最大値	15
最小値	0
標本標準偏差	0.9
標準偏差	0.9
標本分散	0.8

	療養通所定員
平均	2.4
最大値	450
最小値	
標本標準偏差	26.6
標準偏差	26.6
標本分散	708.7

(26) 夜間対応型訪問介護整備箇所数と夜間対応型訪問介護計画箇所数

夜間訪問介護整備箇所数の平均は 0.18 箇所、夜間訪問介護計画箇所数の平均は 0.09 箇所となっている。

	夜間訪問介護整備箇所
平均	0.18
最大値	4
最小値	0
標本標準偏差	0.49
標準偏差	0.49
標本分散	0.24

	夜間訪問介護計画箇所
平均	0.09
最大値	20
最小値	0
標本標準偏差	0.86
標準偏差	0.86
標本分散	0.74

(27) 認知症対応型通所介護整備箇所数と定員

認知症対応型通所介護整備箇所数の平均は 3.47 箇所、認知症対応型通所介護整備定員の平均は 43.7 人となっている。

	認知通所整備箇所
平均	3.47
最大値	64
最小値	0
標本標準偏差	6.41
標準偏差	6.41
標本分散	41.14

	認知通所整備定員
平均	43.7
最大値	3096
最小値	0
標本標準偏差	141.1
標準偏差	141.0
標本分散	19922.9

(28) 認知対応型通所介護計画箇所数と定員

認知対応型通所介護整備箇所数の平均は 0.18 箇所、認知対応型通所介護整備定員の平均は 21.6 人となっている。

	認知通所計画箇所
平均	0.81
最大値	22
最小値	0
標本標準偏差	2.0223364922
標準偏差	2.0207874024
標本分散	4.0898448877

	認知通所計画定員
平均	21.57
最大値	3258
最小値	0
標本標準偏差	163.17
標準偏差	163.03
標本分散	26623

(29) 小規模多機能型居宅介護整備箇所数と定員

小規模多機能型居宅介護整備箇所数の平均は 3.4 箇所、小規模多機能型居宅介護整備定員の平均は 80.4 人となっている。

	小規模多機能整備箇所
平均	3.4
最大値	69
最小値	0
標本標準偏差	6.9
標準偏差	6.8
標本分散	46.9

	小規模多機能整備定員
平均	80.4
最大値	1,633
最小値	0
標本標準偏差	160.2
標準偏差	160.1
標本分散	25,654.4

(30) 小規模多機能型居宅介護計画箇所数と定員

小規模多機能型居宅介護計画箇所数の平均は 1.4 箇所、小規模多機能型居宅介護計画定員の平均は 53.2 人となっている

	小規模多機能計画箇所
平均	1.4
最大値	44
最小値	0
標本標準偏差	3.1
標準偏差	3.1
標本分散	9.6

	小規模多機能計画定員
平均	53.2
最大値	5,364
最小値	0
標本標準偏差	263.7
標準偏差	263.5
標本分散	69,551.1

(31) 認知症対応型共同生活介護整備箇所数と定員

認知症対応型共同生活介護整備箇所数の平均は 9.5 箇所、認知症生活介護整備定員の平均は 151.3 人となっている

	GH整備箇所
平均	9.5
最大値	237.0
最小値	0
標本標準偏差	18.5
標準偏差	18.5
標本分散	342.5

	GH整備定員
平均	151.3
最大値	3,834
最小値	0
標本標準偏差	322.4
標準偏差	322.2
標本分散	103,964.2

(32) 認知症対応型共同生活介護計画箇所数と定員

認知症対応型共同生活介護計画箇所数の平均は 2.2 箇所、認知症生活介護計画定員の平均は 50.7 人となっている

	GH計画箇所
平均	2.2
最大値	66
最小値	0
標本標準偏差	4.8
標準偏差	4.8
標本分散	22.7

	GH計画定員
平均	50.7
最大値	3,275
最小値	0
標本標準偏差	225.83
標準偏差	225.67
標本分散	50,999.86

(33) 地域密着型特定整備箇所数と定員

地域密着型特定施設整備箇所数の平均は 0.2 箇所、地域密着特定施設整備定員の平均は 5.3 人となっている

	地域密着特定整備箇所
平均	0.20
最大値	8
最小値	0
標本標準偏差	0.69
標準偏差	0.69
標本分散	0.48

	地域密着特定整備定員
平均	5.3
最大値	273
最小値	0
標本標準偏差	21.1
標準偏差	21.1
標本分散	444.1

(34) 地域密着型特定施設計画箇所数と定員

地域密着型特定施設計画箇所数の平均は 0.1 箇所、地域密着型特定施設計画定員の平均は 3.2 人となっている

	地域密着特定計画箇所
平均	0.1
最大値	5
最小値	0
標本標準偏差	0.46
標準偏差	0.46
標本分散	0.21

	地域密着特定計画定員
平均	3.22
最大値	145
最小値	0
標本標準偏差	14.08
標準偏差	14.07
標本分散	198.28

(35) 地域密着型特別養護老人ホーム整備箇所数と定員

地域密着型特別養護老人ホーム整備箇所数の平均は 0.8 箇所、地域密着型特別養護老人ホーム整備定員の平均は 24.1 人となっている

地域密着特養整備箇所		地域密着特養計画箇所	
平均	0.81	平均	24.10
最大値	17	最大値	9
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	1.83	標本標準偏差	63.48
標準偏差	1.83	標準偏差	63.79
標本分散	3.35	標本分散	4,075.75

(36) 地域密着型特別養護老人ホーム計画箇所数と定員

地域密着型特別養護老人ホーム計画箇所数の平均は 0.7 箇所、地域密着型特別養護老人ホーム計画定員の平均は 22.9 人となっている

地域密着特養計画箇所		地域密着特養計画定員	
平均	0.71	平均	22.9
最大値	9	最大値	1,080
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	1.28	標本標準偏差	56.5
標準偏差	1.28	標準偏差	56.5
標本分散	1.65	標本分散	3,197.0

(37) サテライト小規模多機能型居宅介護計画箇所数と定員

サテライト小規模多機能型居宅介護計画箇所数の平均は 0.05 箇所、サテライト小規模多機能型居宅介護計画定員の平均は 1.1 人となっている

サテライト小規模計画箇所		サテライト小規模計画定員	
平均	0.05	平均	1.1
最大値	9	最大値	225
最小値	0	最小値	0
標本標準偏差	0.49	標本標準偏差	12.3
標準偏差	0.49	標準偏差	12.3
標本分散	0.24	標本分散	151.1

(38) サテライト小規模多機能型居宅介護計画箇所数と定員

サテライト小規模多機能型居宅介護の整備を検討していない市町村が 84.78%、検討予定が 5.71%、整備を検討しているが 1.9%である。

サテライト小規模整備検討	データの個数	%
整備を検討している	14	1.90
整備を検討していない	624	84.78
検討予定	42	5.71
その他	56	7.61
総計	736	100.00

(39) 複合型サービス計画箇所数と定員

複合型サービス計画箇所数の平均は 0.39 箇所、複合型サービス計画定員の平均は 13.1 人となっている

	複合型サービス計画箇所
平均	0.39
最大値	12
最小値	0
標本標準偏差	1.19
標準偏差	1.19
標本分散	1.43

	複合型サービス計画定員
平均	13.1
最大値	1,440
最小値	0
標本標準偏差	70.9
標準偏差	70.9
標本分散	5,029.5

(40) 複合型サービスの検討

複合型サービスの整備を検討していない市町村が 68.11%、検討予定が 18.33%、整備を検討しているが 4.62%である。

複合型サービス検討	データの個数	%
整備を検討している	31	4.62
整備を検討していない	457	68.11
検討予定	123	18.33
その他	60	8.94
総計	671	100.00

(41) 定期巡回計画箇所数

定期巡回計画箇所数の平均は 0.77 箇所となっている。

	定期巡回計画箇所
平均	0.77
最大値	23
最小値	0
標本標準偏差	1.394
標準偏差	1.392
標本分散	1.942

(42) 定期巡回の検討

定期巡回の整備を検討していない市町村が 64.61%、検討予定が 19.91%、整備を検討しているが 6.48%である。

定期巡回検討	データの個数	%
整備を検討している	41	6.48
整備を検討していない	409	64.61
検討予定	126	19.91
その他	57	9.00
総計	633	100.00

(43) 地域別

地域別のデータを下記に示す。

	データの個		%
北海道	77	北海道	9.5
東北	106	東北	13.1
関東	181	関東	22.4
中部	158	中部	19.6
関西	97	関西	12.0
中国	49	中国	6.1
四国	33	四国	4.1
九州	107	九州	13.2
総計	808	総計	100.0

(44) 地域別高齢化率

地域別に高齢化率をみると、北海道と中国は30-40%の高齢化率が最も多くなっており、高齢化率の高い市町村が多くなっている。一方、関東と関西は20-30%の高齢化率が最も多く、高齢化率の低い市町村が多くなっている。

%	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	総計
北海道	0	1	35	40	1	77
東北	1	5	54	44	2	106
関東	0	32	133	16		181
中部	0	25	97	29	7	158
関西	0	9	72	15	1	97
中国	1	1	25	17	5	49
四国	0	2	13	15	3	33
九州	0	15	57	32	3	107
総計	2	90	486	208	22	808

%	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	総計
北海道	0.0	1.3	45.5	51.9	1.3	100.0
東北	0.9	4.7	50.9	41.5	1.9	100.0
関東	0.0	17.7	73.5	8.8	0.0	100.0
中部	0.0	15.8	61.4	18.4	4.4	100.0
関西	0.0	9.3	74.2	15.5	1.0	100.0
中国	2.0	2.0	51.0	34.7	10.2	100.0
四国	0.0	6.1	39.4	45.5	9.1	100.0
九州	0.0	14.0	53.3	29.9	2.8	100.0
総計	0.2	11.1	60.1	25.7	2.7	100.0

(45) 地域別第4期と第5期の介護保険料金の上昇率

第4期と第5期の介護保険料金の上昇率が高い(30%以上)市町村が関東に多くなっている。北海道や四国の上昇率が低く(10%未満)なっている市町村が多い。

%	0以下	0-10	10-20	20-30	30-40	40以上	総計
北海道	4	23	29	15	4	2	77
東北	5	22	30	40	5	4	106
関東	4	29	60	58	25	5	181
中部	1	21	61	50	20	5	158
関西	3	18	32	31	10	4	98
中国	0	4	17	21	6	1	49
四国	0	11	15	5	1	1	33
九州	1	25	42	27	8	4	107
総計	9	153	286	247	79	20	794

%	0以下	0-10	10-20	20-30	30-40	40以上	総計
北海道	5.2	29.9	37.7	19.5	5.2	2.6	100
東北	4.7	20.8	28.3	37.7	4.7	3.8	100
関東	2.2	16.0	33.1	32.0	13.8	2.8	100
中部	0.6	13.3	38.6	31.6	12.7	3.2	100
関西	3.1	18.4	32.7	31.6	10.2	4.1	100
中国	0.0	8.2	34.7	42.9	12.2	2.0	100
四国	0.0	33.3	45.5	15.2	3.0	3.0	100
九州	0.9	23.4	39.3	25.2	7.5	3.7	100
総計	1.1	19.3	36.0	31.1	9.9	2.5	100

(46) 地域別日常生活圏域

地域別に日常生活圏域をみると、北海道は極端に日常生活圏域が、市町村全体が多い。中国や関西は5以上の日常圏域をもっている市町村が多くなっている。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11以上	総計
北海道	57	2	6	4	1	1	2	1	2	1	0	77
東北	53	3	6	9	5	4	5	5	0	3	7	100
関東	55	17	26	27	19	6	6	3	2	6	13	180
中部	66	15	15	13	16	6	5	5	2	1	12	156
関西	27	9	9	14	9	8	6	0	3	1	9	95
中国	13	8	5	3	2	6	4	3	0	0	4	48
四国	19	3	4	1	2	0	1	0	0	0	3	33
九州	44	5	13	10	6	4	8	0	0	1	13	104
総計	334	62	84	81	60	35	37	17	9	13	61	793

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11以上	総計
北海道	74.0	2.6	7.8	5.2	1.3	1.3	2.6	1.3	2.6	1.3	0.0	100.0
東北	53.0	3.0	6.0	9.0	5.0	4.0	5.0	5.0	0.0	3.0	7.0	100.0
関東	30.6	9.4	14.4	15.0	10.6	3.3	3.3	1.7	1.1	3.3	7.2	100.0
中部	42.3	9.6	9.6	8.3	10.3	3.8	3.2	3.2	1.3	0.6	7.7	100.0
関西	28.4	9.5	9.5	14.7	9.5	8.4	6.3	0.0	3.2	1.1	9.5	100.0
中国	27.1	16.7	10.4	6.3	4.2	12.5	8.3	6.3	0.0	0.0	8.3	100.0
四国	57.6	9.1	12.1	3.0	6.1	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	9.1	100.0
九州	42.3	4.8	12.5	9.6	5.8	3.8	7.7	0.0	0.0	1.0	12.5	100.0
総計	42.1	7.8	10.6	10.2	7.6	4.4	4.7	2.1	1.1	1.6	7.7	100.0

(47) 地域別日常生活圏域の参考エリア

地域別に日常生活圏域の参考エリアをみると中学校区を参考にしている市町村が多いのが関西である。九州や関西では小学校区を参考にしている市町村も多くみられる。

	小学校区	中学校区	その他	総計
北海道	1	18	35	54
東北	6	21	44	71
関東	7	48	103	158
中部	10	53	68	131
関西	10	44	33	87
中国	2	16	23	41
四国	0	8	16	24
九州	10	26	53	89
総計	46	234	375	655

	小学校区	中学校区	その他	総計
北海道	1.9	33.3	64.8	100.0
東北	8.5	29.6	62.0	100
関東	4.4	30.4	65.2	100
中部	7.6	40.5	51.9	100
関西	11.5	50.6	37.9	100
中国	4.9	39.0	56.1	100
四国	0.0	33.3	66.7	100
九州	11.2	29.2	59.6	100
総計	7.0	35.7	57.3	100

(48) 地域別特別養護老人ホーム整備数

地域別に地域別特別養護老人ホーム整備数が多い市町村が中国に多くなっている。一方、北海道と四国は少ない市町村が多い。

	0-4	5-9	10-14	15-19	20以上	総計
北海道	67	6	3		1	77
東北	72	15	10	7	1	105
関東	101	54	14	2	9	180
中部	103	35	7	3	8	156
関西	58	20	8	7	4	97
中国	27	10	5	2	4	48
四国	26	3	1	0	2	32
九州	73	20	2	3	8	106
総計	527	163	50	24	37	801

	0-4	5-9	10-14	15-19	20以上	総計
北海道	87.0	7.8	3.9	0.0	1.3	100.0
東北	68.6	14.3	9.5	6.7	1.0	100.0
関東	56.1	30.0	7.8	1.1	5.0	100.0
中部	66.0	22.4	4.5	1.9	5.1	100.0
関西	59.8	20.6	8.2	7.2	4.1	100.0
中国	56.3	20.8	10.4	4.2	8.3	100.0
四国	81.3	9.4	3.1	0.0	6.3	100.0
九州	68.9	18.9	1.9	2.8	7.5	100.0
総計	65.8	20.3	6.2	3.0	4.6	100.0

(49) 地域別通所介護整備数

地域別通所介護整備数が多い市町村は関東や関西が多くなっている。

	0-49	50-99	100以上	総計
北海道	74	2	1	77
東北	95	7	2	104
関東	152	19	10	181
中部	140	10	8	158
関西	80	11	6	97
中国	41	4	4	49
四国	31		2	33
九州	90	10	6	106
総計	703	63	39	805

	0-49	50-99	100以上	総計
北海道	96.1	2.6	1.3	100
東北	91.3	6.7	1.9	100
関東	84.0	10.5	5.5	100
中部	88.6	6.3	5.1	100
関西	82.5	11.3	6.2	100
中国	83.7	8.2	8.2	100
四国	93.9	0.0	6.1	100
九州	84.9	9.4	5.7	100
総計	703.0	63.0	39.0	805

(50) 地域別小規模多機能型居宅介護整備数

地域別小規模多機能型居宅介護整備数が多い市町村は中国が多くなっており、次に、関西、九州、北海道となっている。

	0	1	2	3	4	5	6以上	総計
北海道	30	12	5	2	1	0	8	58
東北	34	21	8	13	4	3	11	94
関東	47	37	31	22	11	3	15	166
中部	43	40	19	12	10	8	18	150
関西	19	22	8	10	12	7	17	95
中国	8	16	3	2	2	3	12	46
四国	9	10	4	2	1	0	3	29
九州	26	21	12	14	7	2	16	98
総計	216	179	90	77	48	26	19	655

%	0	1	2	3	4	5	6以上	総計
北海道	51.7	20.7	8.6	3.4	1.7	0.0	13.8	100.0
東北	36.2	22.3	8.5	13.8	4.3	3.2	11.7	100.0
関東	28.3	22.3	18.7	13.3	6.6	1.8	9.0	100.0
中部	28.7	26.7	12.7	8.0	6.7	5.3	12.0	100.0
関西	20.0	23.2	8.4	10.5	12.6	7.4	17.9	100.0
中国	17.4	34.8	6.5	4.3	4.3	6.5	26.1	100.0
四国	31.0	34.5	13.8	6.9	3.4	0.0	10.3	100.0
九州	26.5	21.4	12.2	14.3	7.1	2.0	16.3	100.0
総計	33.0	27.3	13.7	11.8	7.3	4.0	2.9	100.0

(51) 地域別小規模多機能型居宅介護計画数

地域別小規模多機能型居宅介護整備数が多い市町村は九州が多くなっており、次に、中国、関西となっている。

	0	1	2	3	4	5	6以上	
北海道	37	13	3	2	1	1	0	57
東北	52	18	6	6	1		3	86
関東	77	31	19	11	5	3	9	155
中部	65	33	14	8	5	6	8	139
関西	37	24	8	9	1	2	7	88
中国	18	10	4	5			4	41
四国	23	6	1	1			0	31
九州	42	24	8	7	1	3	10	95
総計	216	179	90	77	48	26	41	677

%	0	1	2	3	4	5	6以上	総計
北海道	64.9	22.8	5.3	3.5	1.8	1.8	0.0	100.0
東北	60.5	20.9	7.0	7.0	1.2	0.0	3.5	100.0
関東	49.7	20.0	12.3	7.1	3.2	1.9	5.8	100.0
中部	46.8	23.7	10.1	5.8	3.6	4.3	5.8	100.0
関西	42.0	27.3	9.1	10.2	1.1	2.3	8.0	100.0
中国	43.9	24.4	9.8	12.2	0.0	0.0	9.8	100.0
四国	74.2	19.4	3.2	3.2	0.0	0.0	0.0	100.0
九州	44.2	25.3	8.4	7.4	1.1	3.2	10.5	100.0
総計	31.9	26.4	13.3	11.4	7.1	3.8	6.1	100.0

(52) 地域別サテライト小規模多機能型居宅介護整備検討予定

地域別小規模多機能型居宅介護整備を「検討していない」市町村がほとんどである。その中でも「検討している」「検討予定」の市町村が多いのが関西となっている。その他では「事業所の意向があれば支援したい」と回答する市町村が多い。

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	2	63	2	5	72
東北	1	85	8	3	97
関東	1	142	7	18	168
中部	4	128	6	10	148
関西	4	67	8	8	87
中国	0	39	3	3	45
四国	0	27	2	0	29
九州	2	73	6	9	90
総計	14	624	42	56	736

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	2.8	87.5	2.8	6.9	100.0
東北	1.0	87.6	8.2	3.1	100.0
関東	0.6	84.5	4.2	10.7	100.0
中部	2.7	86.5	4.1	6.8	100.0
関西	4.6	77.0	9.2	9.2	100.0
中国	0.0	86.7	6.7	6.7	100.0
四国	0.0	93.1	6.9	0.0	100.0
九州	2.2	81.1	6.7	10.0	100.0
総計	1.9	84.8	5.7	7.6	100.0

(53) 複合型サービス整備検討予定

地域別複合型サービス整備を「検討している」「検討予定」市町村が多いのは関東、関西である。一方、「検討していない」市町村が多いのは北海道、中部、中国、四国、九州である。その他では「事業所の意向があれば支援したい」と回答する市町村が多い。

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	1	61	7	2	71
東北	2	69	19	4	94
関東	12	79	36	18	145
中部	4	94	22	10	130
関西	7	41	13	10	71
中国	1	35	1	2	39
四国	1	25	3	2	31
九州	3	53	22	12	90
総計	31	457	123	60	671

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	1.4	85.9	9.9	2.8	100
東北	2.1	73.4	20.2	4.3	100
関東	8.3	54.5	24.8	12.4	100
中部	3.1	72.3	16.9	7.7	100
関西	9.9	57.7	18.3	14.1	100
中国	2.6	89.7	2.6	5.1	100
四国	3.2	80.6	9.7	6.5	100
九州	3.3	58.9	24.4	13.3	100
総計	4.6	68.1	18.3	8.9	100

(54) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護整備検討予定

定期巡回・随時対応型訪問介護看護整備を「検討している」「検討予定」市町村が多いのは関東、九州である。一方、「検討していない」市町村が多いのは北海道、中国、四国である。その他では「事業所の意向があれば支援したい」と回答する市町村が多い。

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	2	57	8	3	70
東北	3	63	18	5	89
関東	14	68	32	17	131
中部	8	81	24	11	124
関西	6	38	13	11	68
中国	2	29	4	1	36
四国	1	23	4	2	30
九州	5	50	23	7	85
総計	41	409	126	57	633

	検討している	検討していない	検討予定	その他	総計
北海道	2.9	81.4	11.4	4.3	100
東北	3.4	70.8	20.2	5.6	100
関東	10.7	51.9	24.4	13.0	100
中部	6.5	65.3	19.4	8.9	100
関西	8.8	55.9	19.1	16.2	100
中国	5.6	80.6	11.1	2.8	100
四国	3.3	76.7	13.3	6.7	100
九州	5.9	58.8	27.1	8.2	100
総計	6.5	64.6	19.9	9.0	100

第3章

自治体を目指す地域包括ケア

1 「自治体の戦略」

介護保険サービスの中に地域密着型サービスが創設されたのが平成 18 年。それまでは、介護保険サービスの指定・指導権限は都道府県及び政令指定都市だったものが、市町村にその権限が委譲された。

市町村では、これまで介護保険事業計画は立てるものの、実際の介護保険サービスの指定が都道府県だったこともあり、計画と現実に乖離があった。地域密着型サービスの導入により、市町村の権限が増す一方で、市町村ごとの格差が広がることにもつながった。

このたびの事業では、全国で事例検討会を開催し、各地で先駆的实践を報告いただく予定であったが、開催都道府県内の自治体で先駆的实践が少なかったことと、先駆的实践があっても、できるだけこれまで聞いたことのない市町村の先駆的实践を聞きたいとの要望等により、開催地都道府県内の実践よりもむしろ、他県の実践を積に報告し、今後の計画に生かすというところにとどまった。

報告いただいた市町村からは、いくつかの傾向がうかがわれた。一つは厚生労働省から出されるモデルや補助事業を積極的に活用し、市町村独自に政策を進めていくケースである。福岡県大牟田市や北海道本別町は、この傾向に属する。また、市町村同士のネットワーク（担当者レベルでのつながり）を生かし、まねることから始めるケースも多かった。代表的なものは、福岡県大牟田市の「徘徊模擬訓練」や石川県加賀市の「認知症 110 番（相談窓口の開設）」といったものを倣い実施するケースで、大阪府泉南市は大牟田市の独自事業を参考に認知症コーディネーターの養成に取り組んでいる。

また、地域密着型サービスの推進や地域包括ケアの視点で先駆的实践が少ない理由を探るため、新潟県、熊本県の協力により、県下の市町村に集まっていただき、市町村の課題や取組み姿勢、ノウハウをグループワーク形式で討論・抽出し、今後の地域包括ケアの推進につなげることを目的に、参加型の研修会も実施した。

ここでは、多くの市町村が参考とする代表的な市町村の取組みとして、3つの自治体の実践を取り上げる。

(1) 大牟田市 (福岡県)

福岡県大牟田市は石炭産業の衰退により、1960年に20万5000人いた人口は12万3600人まで減少した。

高齢化率29.7%は、10万人以上の都市では全国2位の高さになる。幼年人口の減少とともに高齢化率が急速に進んでいる。

多くの高齢者に「閉じこもり」の傾向がみられ、世代間交流もほとんど行われていない。一方で2005年から地域交流施設の設置・整備を進めており、高齢者の日常生活圏域を小学校区と捉え、市内24校区すべてにおいて小規模多機能型居宅介護事業所の整備を行い、地域交流拠点の併設を義務付けている。

この地域交流拠点は高齢者を中心とした、地域の人たちが自由に使える「たまり場」としての機能を持ち、世代間交流、認知症ケアの中核となることが期待されている。



①小学校区に小規模多機能型居宅介護を設置

もともと大牟田市では、地域密着型サービス創設時より、各小学校区に一つずつ小規模多機能型居宅介護を整備する計画を作成した(第3期介護保険事業計画)。よって、国の示している日常生活圏域が中学校区を目安としているのに対し、小学校区である大牟田市では全国の2倍の設置ということになる。整備にあたっては、上述の地域交流拠点を必須としていることに加え、他の市町村と比較しても早い段階から小規模多機能型居宅介護整備に着手しており、全24の日常生活圏域(小学校区)のうち第3期中(平成18年度～平成20年度)に23圏域で整備が完了するなど、小規模多機能型居宅介護の先進地域としても全国有数の都市である。ここからも、単に小規模多機能型居宅介護を整備すればいいというような後ろ向きな政策ではなく、より住民の身近な地域にサービスが出向いていく指向であることがうかがえる。いわば大牟田市は、地域の駆け込み寺としての直接サービス拠点と地域交流スペース(間接サービス拠点)を設置することで、地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)でまちづくりをするという方針が見て取れる。

【行政と事業者の役割】

「行政は住民に働き掛けるだけでなく、裏方としての役割を引き受けることも必要」大牟田市で平成14年から進められている認知症ケアコミュニティ推進事業について、これまでの軌跡として「まずは関係する事業者への教育」を優先課題とし、認知症コーディネーターを育成している。

次に医療面での担保として、認知症疾患医療センター、急性期病院、在宅療養支援診療所への啓発、さらには早期発見・初期支援に向けたもの忘れ相談検診を開始。この検診は本人の会やもの忘れ相談員の育成にもつながっている。「国の制度としてないのであれば、自治体がつくってほしい」との姿勢からこれらの取り組みを行っている。

高齢者をはじめとする地域住民が、住み慣れた地域で生きがいを持ち、安心して生活を営むことができるように、小地域ネットワークとしての歩いていける場所に地域交流スペースを配置して様々な活動を行っている。

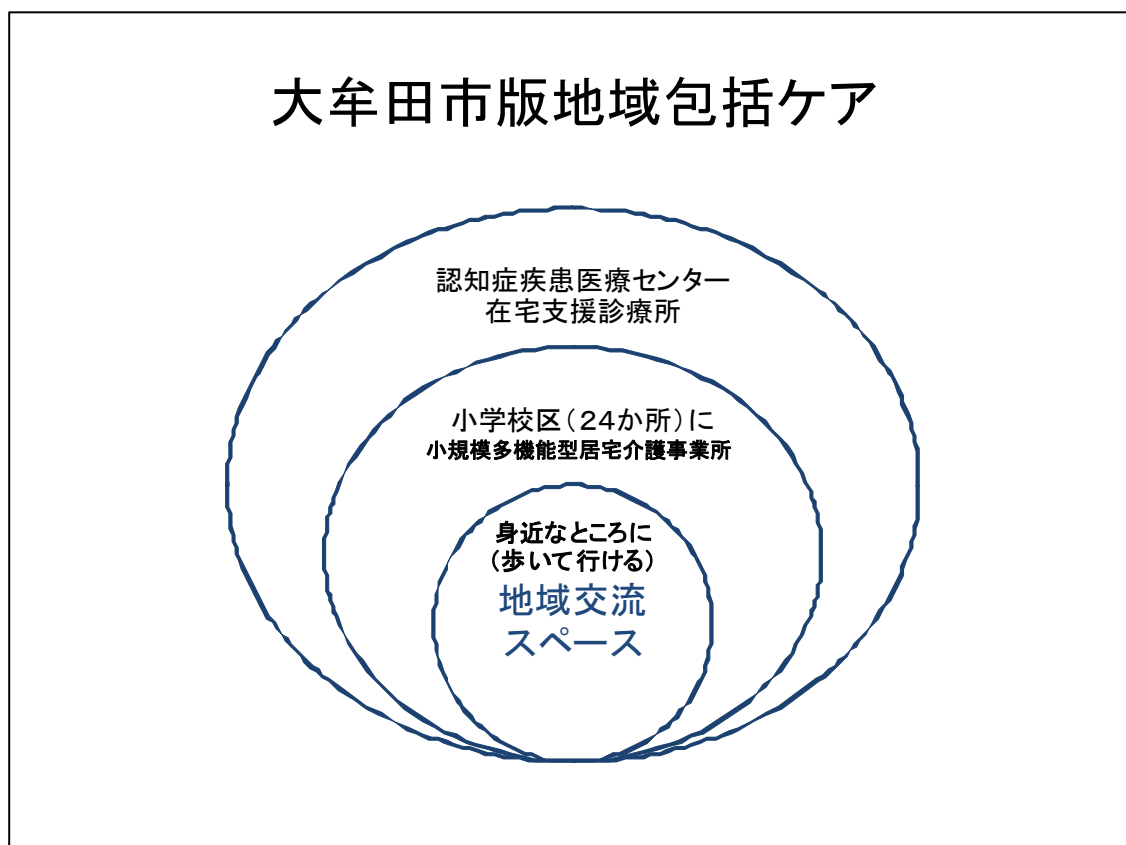
そして、地域住民の活動や交流スペースの活用を促すために、ただ箱モノを整備するだけではなく、活動の支援や活性化を促すための黒子として小規模多機能型居宅介護事業所や、認知症コーディネーターなど人的資源の教育や配置を行っており、ハード面とソフト面両面から支援を行っている。

また、早期発見、専門的な支援のひとつとして地域全体を認知症疾患センターや在宅支援診療所との連携により認知症の正しい理解、早

期発見、早期治療を行っている。

全体像として、より住民の身近なところの整備（日常生活圏域の整備）と、介護だけでなく、医療面においても認知症高齢者の支援に力を入れていることがわかる。

住民が主体的に地域に関わるきっかけを行政が作り、支援する人材を教育することで、地域における自助・共助・互助の仕組みができおり、大牟田市版地域包括ケアシステムということが出来る。



② 地域へ出向くことで見える生活課題

大牟田市の姿勢は「地域へ出向く」ことをとても大事にしている。運営推進会議には必ず行政職員が参加していることもその表れのひとつである。ある自治体では地域密着サービスが多いことを理由に運営推進会議への参加を一律行わないとしている自治体もあるなか、大牟田市は逆の発想だ。

これは、より身近な地域の中に出向いて行き地域の生活課題を細かく聞くということにもつながる。また、行政職員も地域の住民であり、地域をよりよくしていくためには地域住民だけでなく、行政職員の意識の変化も必要であり、そのことにも一役買っている。

運営推進会議に行政職員が参加することで、ゴミの問題など介護以

外での要望や地域の生活課題などを行政職員に訴える場面もあった。

当初運営推進会議では地域密着型事業所の運営について議論する場であり、地域の生活課題を取り上げることに抵抗も感じたが、それらの生活課題を解決していくことがより良い地域づくりにつながると考え、住民の生の声を聞く場として行政が運営推進会議を活用している。

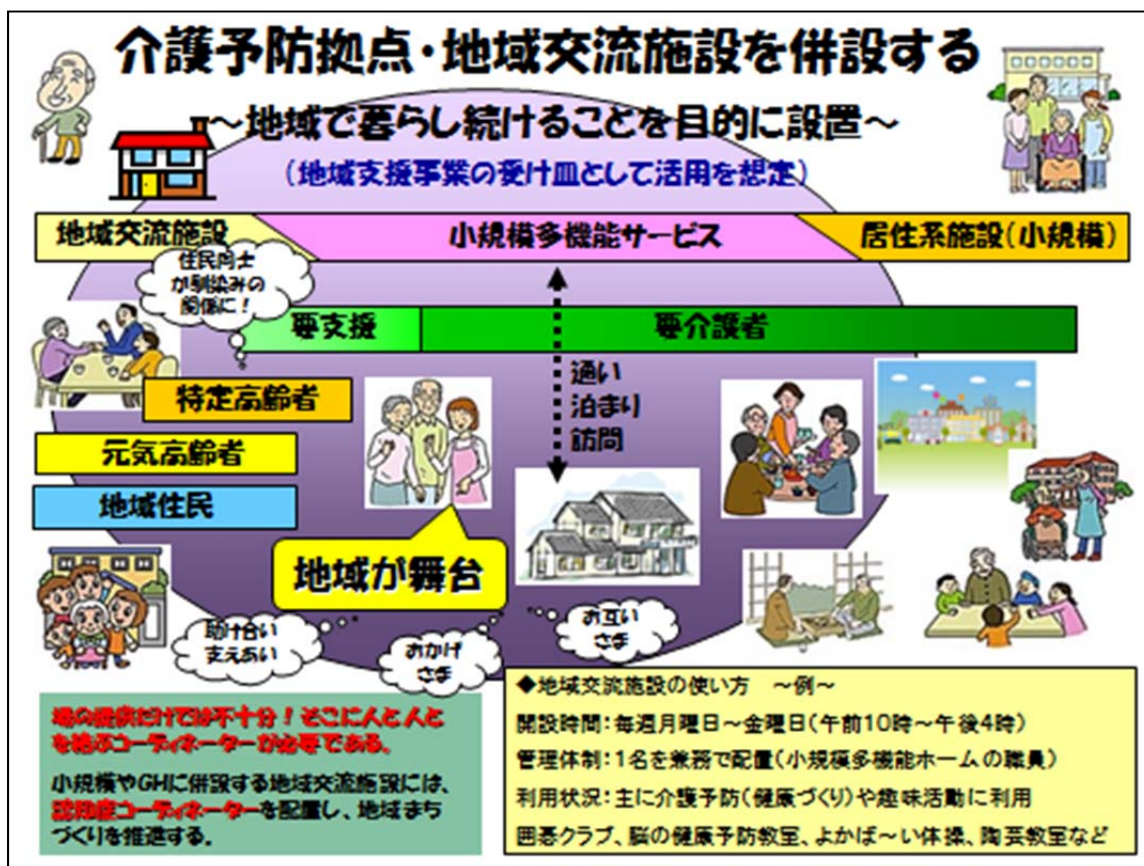
それら一つ一つの生活課題を住民と一緒に解決していく姿勢こそが地域づくりであり、地域の単位を小さくしたことでより地域との密着度が増す結果となっている。

③箱モノづくりから人づくりへ（認知症コーディネーター・地域交流拠点）

認知症になっても安心して地域で暮らすことができるまちづくりのために、地域における認知症の人とその家族の支援とまちづくりをコーディネートしていく専門職指導者が求められている。

認知症の人（本人）を、いちばん身近にいる家族だけで支えるのは難しい。認知症コーディネーターは認知症の人（本人）の思いを「家族」「地域」「医療機関」「行政」「事業者」など周りに「伝える」ことや、「課題や問題」を抽出し、地域全体に発信し、地域全体で支えることができるような「つなぎ」の役割である。

地域住民や介護現場の職員に対して介護方法や対応策の指導・助言を行うとともに、介護家族からの相談に応じるなど認知症ケアを通したまちづくりのコーディネーターとなる人材の育成を目指し、「認知症コーディネーター」を養成している。



また、認知症コーディネーターだからといって全てを解決できるわけではなく、今その人にとって、必要な物、人、資源などを探りながらつないで「地域の中で住み続ける」実現にむけて活動を行っている。

地域交流拠点では、「物忘れ相談検診・予防教室」を定期的で開催しスクリーニングにおいて軽度認知障害の状態あるいは認知症の疑いがある地域住民を対象に認知症予防教室を開催したり、認知症予防効果が期待できるアクティビティや日常生活指導や参加者との交流、病気や介護に関する相談、情報提供を実施している。また、子供たちの認知症の理解のための絵本教室を開催したり、高齢者等 SOS ネットワークの地域拠点としての役割、など地域のたまり場、交流スペースとして機能している。

平成23年度 認知症コーディネーター養成研修スケジュール

月	日	曜	回	履修項目 (HaNaCo)	時間	分	講師等(敬称略)
6	11	土	第1回	9期生開講式	10:00 ~ 10:55	55	長寿社会推進課 研修主幹
				8期生実地研修報告	10:55 ~ 12:05	70	
				7期生最終実習報告	13:05 ~ 16:30	205	
				7期生修了式	16:30 ~ 17:00	30	
6	12	日	第2回	わが国の現状と認知症対策と大牟田市地域認知症ケアコミュニティ推進事業	10:00 ~ 11:20	80	長寿社会推進課
				認知症コーディネーター養成研修の趣旨	11:20 ~ 12:00	40	研修主幹
				パーソンセンタードケア	13:00 ~ 16:30	210	NPO法人コレクティブ 川原秀夫
				ライフサポートワーク			
学期生ミーティング	16:30 ~ 17:00	30	研修主幹				
7	2	土	第3回	認知症の疾患の理解と早期診断	10:00 ~ 12:00	120	東原整形外科病院 浦谷陽介
				認知症の早期ケア	13:00 ~ 15:00	120	
				BPSDの理解と対応	15:00 ~ 16:30	90	
				もの忘れ予防相談検診の趣旨と流れ	16:30 ~ 17:00	30	研修主幹
	10	日	第4回 (8期生)	もの忘れ予防相談検診	8:30 ~ 17:00	510	認知症ケア研究会
	16	土	第5回	認知症ケアの向上～身体拘束廃止と排泄ケア～ 【第1回実践塾】	10:00 ~ 12:00	120	拘束廃止研究所 田中とも江
				認知症ケアの向上～身体拘束廃止と排泄ケア～	13:00 ~ 17:00	240	
25	月	第6回 (9期生)	9期生初期ミーティング	14:00 ~ 17:00	60	研修主幹	
26	火		9期生初期ミーティング	16:00 ~ 20:00	60		
29	金		9期生初期ミーティング	15:00 ~ 18:00	60		
8	5	金	第7回	レビー小体型認知症と前頭側頭型認知症の理解と対応 【第2回実践塾】	18:30 ~ 21:00	150	熊本大学大学院 石川智久
	7	日	第8回	認知症のステーションアプローチと早期からのセンター方式の活用	10:00 ~ 17:00	360	認知症とみんなの サポートセンター 沖田裕子
	8	月	第9回	若年認知症の支援、スピリチュアル回想法	10:00 ~ 17:00	360	認知症とみんなの サポートセンター 沖田裕子
9	18	日	第10回	認知症のひととのコミュニケーションと音楽療法 【第3回実践塾】	10:00 ~ 12:00	120	ミアム・ゲージ 熊本大学文学部 人間総合学科 木村博子
	21	水	第11回	ほっと・安心(徘徊)ネットワーク～徘徊模擬訓練	8:00 ~ 13:00	300	
10	6	木	第12回	認知症のひととのコミュニケーション、バリデーションの理解と演習	9:30 ~ 16:30	360	久留米大学文学部 福谷ふみ枝 中央包括支援センター 岡山隆二
	8	土	第13回	認知症の人の生活支援、回想法、DCM、中核症状へのアプローチ【第4回実践塾】	10:00 ~ 17:00	360	国立長寿医療研究センター 遠藤英俊
11	13	日	第14回 (8期生)	もの忘れ予防相談検診	9:00 ~ 16:00	360	認知症ケア研究会
	25	金	第15回 (9期生)	ライフサポートワークセンター方式①	9:30 ~ 16:30	360	全国小規模多機能型居宅介護 事業者連絡会 川原秀夫 共生ホームよかあんべ 黒岩尚文
	26	日	第16回	認知症の人の支援の考え方とひととき、ライフサポートの理解②	10:00 ~ 17:00	360	高齢者総合福祉施設 アザレアさなだ 宮島渡
	27	土	第17回	ライフサポート・センター方式③	10:00 ~ 17:00	360	高齢者総合福祉施設 アザレアさなだ 宮島渡

※講師は予定であり変更される可能性があります。またこれに伴い日程の変更もありません。

平成23年度 認知症コーディネーター養成研修スケジュール

月	日	曜	回	履修項目 (HaNaCo)	時間	分	講師等(敬称略)
12	3	土	第18回	認知症の人の生活支援③排泄ケア	10:00 ~ 12:00	120	大船紅門病センターくるめ病院 種子田美穂子 愛媛県中予地方局総務企画部 佐川光俊
				認知症の人の生活支援③排泄ケア	13:00 ~ 17:00	240	
	4	日	第19回	認知症の本人・家族・スタッフの心理面のサポート 【第5回実践塾】	10:00 ~ 12:00	120	松本診療所 松本一生
				認知症の本人・家族・スタッフの心理面のサポート	13:00 ~ 17:00	240	
1	14	土	第20回	権利擁護①支援者としての人間観と介護観、制度の理解(事例検討)	10:00 ~ 17:00	360	いけだ後見支援ネット 池田恵利子 認知症ケア研究会 梅本政隆
	15	日	第21回	権利擁護②日常の支援としてのアドボカシー(事例検討)	10:00 ~ 17:00	360	いけだ後見支援ネット 池田恵利子 認知症ケア研究会 梅本政隆
2	11	土	第22回	認知症の人の健康管理と重度化への対応、看取り 【第6回実践塾】	10:00 ~ 17:00	360	新田クリニック 新田 國夫
	19	日	第23回	認知症の人の生活支援④環境・住宅・地域密着型拠点	10:00 ~ 12:00	120	大阪市立大学大学院 三浦 研 大牟田市建築住宅課 牧嶋 誠吾
				認知症の人の生活支援④環境・住宅・地域密着型拠点	13:00 ~ 17:00	240	
				8期生後期ミーティング	16:00 ~ 17:00	60	
				9期生中間ミーティング	16:00 ~ 17:00	60	研修主幹
3	3	土	第24回	総括研修	10:00 ~ 17:00	360	認知症ケア研究会 大谷るみ子
3	3/1~4/30		第25回	8期生実地研修	1ヶ月		所属事業所
	3月上旬		第25回	9期生実地研修	2日間		小規模多機能・GH等
	5月		第26回 (8期生)	8期生最終ミーティング	未定	60	
随時			第27回	(全員)認知症予防教室「ほのぼの会」①		120	
			第28回	(全員)認知症予防教室「ほのぼの会」②		120	
			第29回	(全員)子どもたちと学ぶ絵本教室①		90	
			第30回	(全員)子どもたちと学ぶ絵本教室②		90	
			第31回	(8期生)認知症在宅介護者定例会「つどい、語らう会」②		150	
				(9期生)認知症在宅介護者定例会「つどい、語らう会」①		150	
			第32回	(8期生)若年認知症の本人交流会②		120	
			第32回	(9期生)若年認知症の本人交流会①		120	
			第33回	(8期生)認知症サポートチームカンファレンス①		120	
		第34回	(8期生)認知症サポートチームカンファレンス②		120		

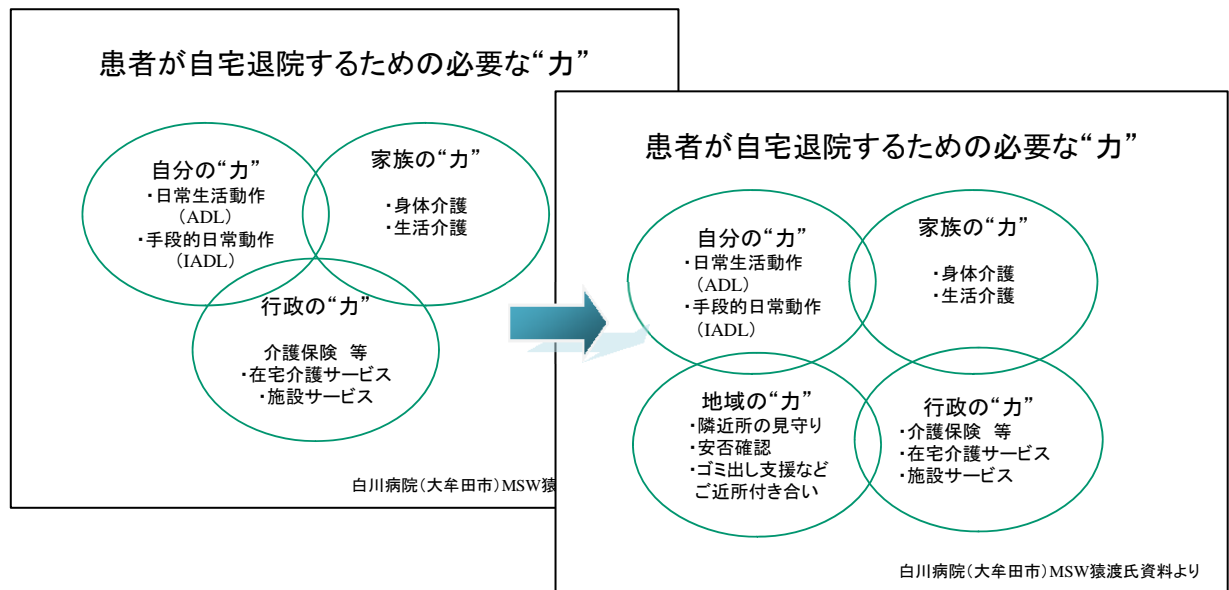
※時間配分は目安です。適宜休憩を挟みます。

※講師は予定であり変更される可能性があります。またこれに伴い日程の変更もありません。

④ネットワークづくりから生まれた地域力

大牟田市においては認知症コーディネーターや小規模多機能型居宅介護に併設している地域交流拠点を活用しつつ地域のネットワーク化を図ってきた。

これまで、介護は本人や家族、サービス事業所や行政機関だけが担うものとして捉えられていたものが、地域の理解や興味が深まる中で関わりを持ってくれる住民も増えてきた。



独居や高齢者単独世帯が多い地域においては、介護が必要な状態になると、同居していない遠方の子供等は心配で自宅での生活の継続に不安を抱く家族も少なくない。



上の写真は、本人が病院から退院して自宅へ帰るための事前訪問の時のひとコマである。

ご本人は病院退院後、自宅に帰りたと思っている。しかし、遠方で生活している息子（左下）は、1人での自宅での生活には不安を感じている。右下の女性が担当のケアマネジャーで左上の白衣の女性は医療機関から付き添って来た看護師である。本人と家族の間にいる方々は、本人を知っている知人であり、友人であり、ご近所さんたちである。

本人は久しぶりに戻ることができた自宅で昔馴染みの人たちに囲まれて、今後の自宅での生活を考え、左下の息子は自宅での生活に不安を感じているのである。

この地域では地域の方々が掃除をしたりして自宅に戻る準備を手伝ってくれるのである。そのことは本人が地域の一員ということを実感でき、地域の方々も支えているという実感を得ることができる。

今回のこの場面においても家族の不安を昔馴染みの人たちが間に入ることで、本人は「自宅に帰る」という意欲がわき、馴染みの方は「支える動機付けができる」。不安を感じている家族は「本人の思い」を目のあたりにすることができ、「安心」というまでには至らないかもしれないが「覚悟」をするきっかけ作りとしての場面となる。当然フォーマルの支援として介護保険、医療的な支援は行われるのである。

このネットワークは行政機関が狙って行われたものではなく、交流拠点や認知症コーディネーターなどの取り組みから地域がそれぞれ必要なネットワークを地域主導で行う中で事業所や行政が黒子となって支援したものである。

また人それぞれで集まるネットワークのメンバーは違い、その人に合ったメンバー

が集まってくるのである。

⑤地域の応援団づくり

行政主体の地域づくりには様々なアプローチがある。

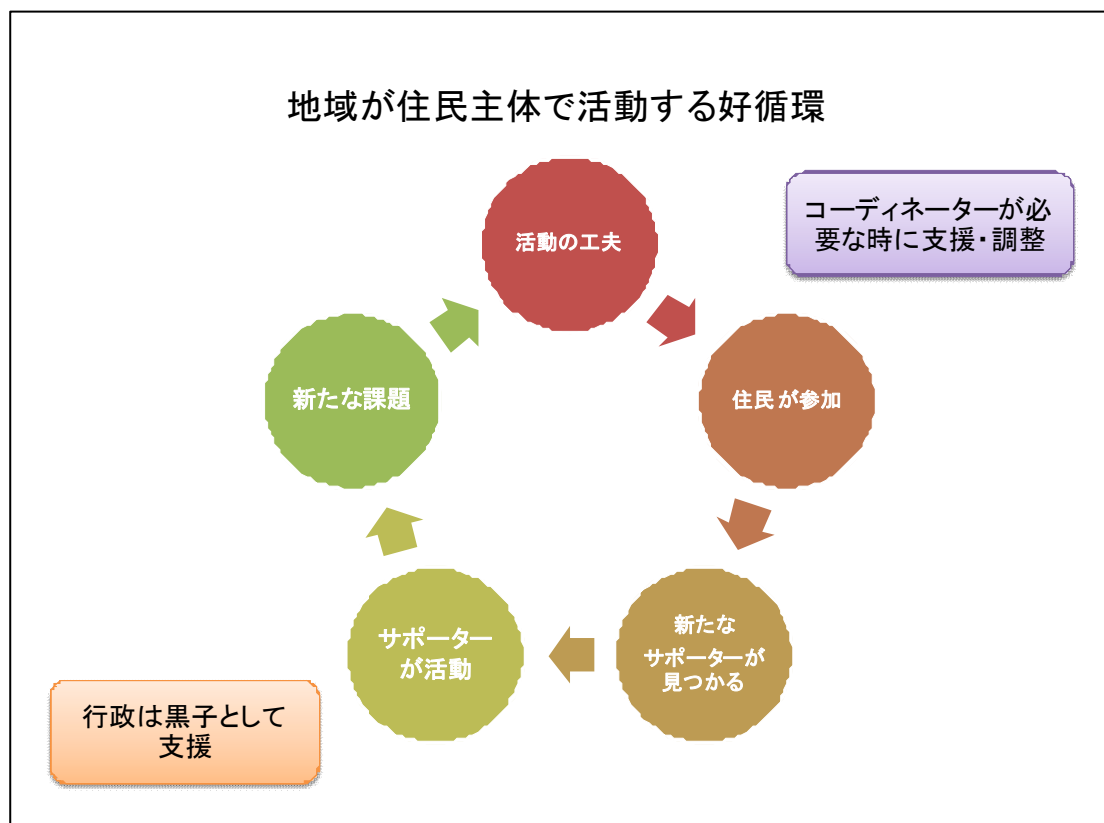
大牟田市ではこれまでの「お役所仕事」的な決められた処理や文章解釈、マニュアルによる対応では地域づくりは難しいと考えている。住民と行政とが協働し、それぞれの役割分担を明確にして地域での活動、地域づくりを行っていくことが重要であり、そのため国が示している中学校区という生活圏域よりも、より小さな単位での地域という形を示し、その中で住民が参加しやすい環境を作っている。

行政主導で住民に参加意識がなく、自己実現がない取り組みだと住民の満足度も低くなりがちだ。

行政ができる役割は限られており、制度で支える仕組みにも限界がある。住民が主体として活動できるような工夫を大牟田市の行政では「できれば黒子としての立場」で参加していこうと考えている。

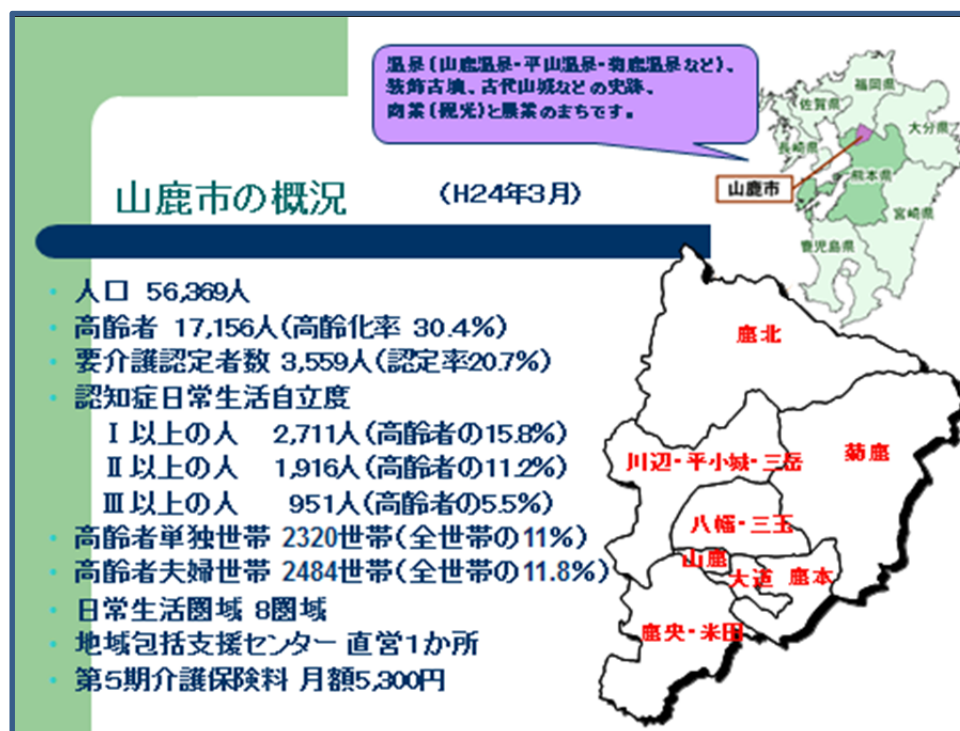
そして、住民と行政、住民と事業者、事業者と行政など様々な場面でコーディネートする役割の人材を教育し、配置している。このコーディネーターは様々な場面で、人と人、人ともものをつなぐために日々地域で活動を行っているのである。

地域には様々な資源が隠れており、それぞれにスポットライトを当てて、いつでも応援団（サポーター）として活動ができるような地域活動を行うことで、新たな課題が見つかり、その課題に向けた活動が始まるといった好循環が起こっている。



(2) 山鹿市 (熊本県)

①山鹿市の現状と課題



山鹿市の現状

20年後の山鹿市はどうなっている？

- ・市民10人のうち4人が高齢者
- ・高齢者4人のうち3人は75歳以上
- ・高齢者4人のうち1人は一人暮らし
- ・高齢者の介護保険料は月額？万円と保険料の高騰が考えられる
- ・どこで、どう暮らしたいか、どんなサービスが必要か、自分の意思をはっきり言える高齢者が増える
- ・オーダーメイドの介護が必要だが、「担い手」は不足？
- ・お金のない人は介護サービスが受けられない？

※財源には限りがある中で、それぞれのニーズを満たしながら、皆が笑顔で暮らし続けられる体制をどうつくっていくかが課題である。

②山鹿市の介護保険サービスにおける現状と課題

○介護保険施設の定数は国の平均を上回っているが、認知症高齢者や単独世帯の増加により待機者は減らない。

待機の理由は「介護者がいない、いても介護できない」(家族介護を前提とした意識)という現状から施設待機者を減らす、ということではなく待機しないで暮らせるようにすることが必要である。

- 在宅サービス利用者では、中重度者でも対支給限度額比率は60%未満。介護者の負担感がある一方で必要なサービスと利用できるサービスのミスマッチ（夜間対応、訪問看護、緊急時に使えるショートステイ等が不足）がある。また経済的理由でサービスを制限する人もいる。→利用者のニーズに対応できるサービスをつくる、増やす。在宅での低所得者対策を充実する。
- 当市の高齢者の多くは持ち家であり在宅での生活を望んでいるものの、独居や高齢者のみの世帯が多く夜間や緊急時の不安が大きい。また交通の不便や買い物ができないなどの理由で生活支援を必要として介護認定を望む高齢者が増加している。→生活の不安や不便を軽減できる支援やサービスの再構築が必要。（介護保険だけでは解決できない）

③聞き取りから見えたニーズ

高齢者への聞き取りから見えるニーズ

- 暮らしの継続性や今後の見通しへの不安を解消したい
 - これからの暮らしの具体的な見通しを考える機会がほしい。元気でも介護が必要になっても続いていく人間関係が欲しい。
 - かかりつけ医との話をしたい。
 - 在宅で療養や看護が受けられるかがわからない。
 - 必要なときに医療や介護の情報がほしい。
- 使いやすいサービスにしてほしい
 - 遠慮せず行きたいときに買い物や通院に行きたい。
 - 家族ができる部分以外を補うサービスがほしい。
 - デイサービスやヘルパーの時間を柔軟にしてほしい。
 - デイは社交を目的に行く場、苦手な人には別のサービスを。
 - 緊急に必要なときにこそショートステイが使いたい。
 - ごみの分別やちょっとした手伝いがほしい。
 - 乗合タクシーを使いやすくしてほしい。
- 話し相手や相談相手がほしい
 - 巡回で訪問看護や保健師が訪問に来てほしい。
 - ゆっくり話を聞いてくれる人がほしい。
 - 同じ境遇の人と会って話がしたい。
 - 近くに頼れる場がほしい。

④「施設」が欲しいのではなく「安心」が欲しい

- 「サービス」が欲しいのではなく「つながり」が欲しい（困ったときに助けてくれる相手、親身になってくれる相手）
- 自分のことはできるだけ自分で選択し、決めたい（前提としての幅広い情報、身近な相談相手）

高齢者や介護家族が得ている情報（サービスや資源）は一部に限られ幅広い情報から選択している訳ではない。入手の手段は口コミが多い。届きやすい形での多くの情報の発信が必要。

真のニーズは導きださないとなかなか表出されない。身近なところ（顔の見える関係）でさまざまな相談ができる場や聞いてくれる相手が必要。

課題を解決する方法も、地域の中で、住民・専門職とともに考えることが必要。これまでサービスが少ないなりに自分たちで解決してこられた部分も多い。そこを単純にサービスの投入で解決すればいいという訳ではない。

⑤実態から見えるやるべきこと（行政の役割）

5期計画およびその後に向けて行政施策でやること

- 人口減少とともに10年後には高齢者も減少に転じるが、それぞれのニーズは多様化。「パッケージサービス」より「多くの人を選択しながら利用できる多様なサービス」を増やすことが重要。
- 要介護認定を受ける要因は認知症が中心。認知症モデルを中核としたサービスの組み立てが必要。（ニーズの変化に対応できるフレックスな体制とケアの質の確保）
- 軽度者への必要な生活支援サービスを確保する。（保険給付外の共助～互助メニューをシステムとして組み立て直す）介護予防の視点からも必要なもの。
- 介護予防施策はリスクに応じた効果的な対策を。（生活習慣病、廃用症候群、ロコモ・・）
- 行政としての責任において、介入の必要な人（生活困窮者・虐待のハイリスク・孤独死のリスク者等）を発見し支援するしくみ、ハイリスクに陥る危険性を予防するしくみをつくる。→これは介護というより福祉施策、しかし連動しないと介護保険も危機。そしてこの部分が地域包括支援センターの仕事。（地域包括の行政としての役割を明確にする。）

「多様なサービス」「認知症ケアの充実」「生活支援」「ハイリスク予防策」など、これらを満たしていくためには、サービスを増やすことや、サービスの質を高めること。

しかしそれだけでなく、住民自身が理解し参画することが欠かせない。（フォーマルサービスだけで全てまかなうことはできない。自分のまちに必要なものは住民自身が考え、つくるしくみが必要）

住民にとっては地域の暮らしと「ケア」はつながっているべきものである。ケアは専門職の役割、支えあいは住民の役割、と切り分ける必要はなく、そのことを実感し、自分のこととして主体的にかかわる意識を持つ人が増えること。

「住民自治」と「ケア」が結びつくことで、多くの人々が望む「暮らし」に近づく方法と可能性を見つけることができる。



地域包括ケアシステムの構築図

「安心して暮らし続ける」ために必要なこと

- 安心していられる場所がある（住まいや居場所）
- 日々の暮らしで自分の役割や楽しみがある（生きがい・役割）
- 親しく話ができる友人（や家族）がそばにいる（つながり）
- 自分でできないことを補ってくれる人やサービスがあり、必要な時にいつでも利用できる生活支援サービス
- 体調の管理ができ、心身の状態に合わせてそのときどきに適切な医療や看護、介護が受けられる（何かあったら駆けつけてもらえる）（医療・介護サービス）

住民を中心に「居場所」や「つながり」を確保しながら、各サービスが暮らしを補完するしくみにすることが必要。→これが地域包括ケア
「暮らし」も「ケア」も基本的には「地域密着」。
「当事者意識」が第一歩である。

⑥地域課題を解決していくための行政の役割

地域課題を多くの専門職および地域の人と共有すること。
地域の人が自ら考えて動けるための環境づくりをすすめる。
具体的には、

- ・双方向の情報交換。

- ・適切な支援のできる人材育成（専門職・住民とも）
- ・場（環境）づくり（知り合い、つながり、活動する）
- ・学び、参加し、体験する機会を提供（当事者意識、共感）
- ・つながり、共に動く仲間づくり（既存の組織が活用可能かも検討）
- ・つながりの場づくり（「場」は以前はコミュニティの中に存在していたかもしれないが、今は意識的につくる必要がある。）

⑦多様な人材育成と啓発

認知症サポートリーダー（市民・専門職）

認知症サポーター（一般・こども・高齢者）

介護予防サポーターほか

人材育成と啓発

様々な入り口から、人材を養成。参加者の主体的な活動支援とそのため場の場づくりを。

認知症サポートリーダー
認知症の人や家族を地域で支えたり、地域の啓発活動を担う

脳いきいきサポーター
読み書き計算等の学習療法を中心とした認知症予防教室の運営

シニア男性キッチンサポーター
徘徊模倣訓練のカレーや予防拠点でのおやつづくりを通して介護の現場とかがわる

介護予防サポーター
介護予防拠点やサロンでの支援活動

生活支援サポーター（23年度より養成）

人材育成と啓発

◆地域と事業所の協働・人材育成のための認知症地域サポートリーダー養成講座

(ア) 目的

認知症の人やその家族への適切なサポートや、地域住民に対する啓発活動およびネットワーク活動の実践ができる人材を育成（キャラバンメイト養成研修を兼ねる）。

(イ) 対象者

介護・医療サービス事業所の職員

地域包括支援センター職員や社協職員
 広報で募集した一般市民

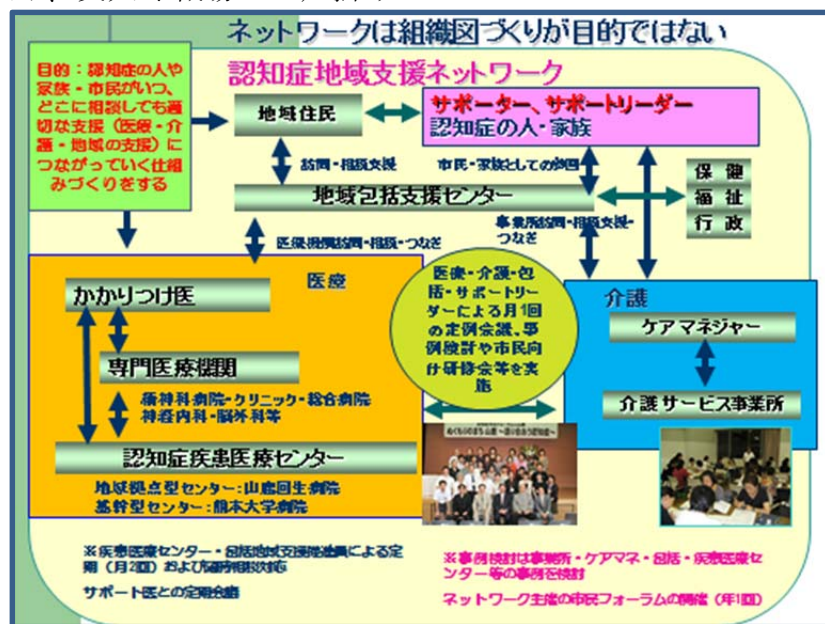
(ウ) 内容

1年間・毎月1回の研修会とグループワーク
 小規模多機能ホーム等での実習
 地域資源マップ作成や徘徊模擬訓練への参加
 出前講座の企画と参加

◆認知症サポートリーダーの活動内容

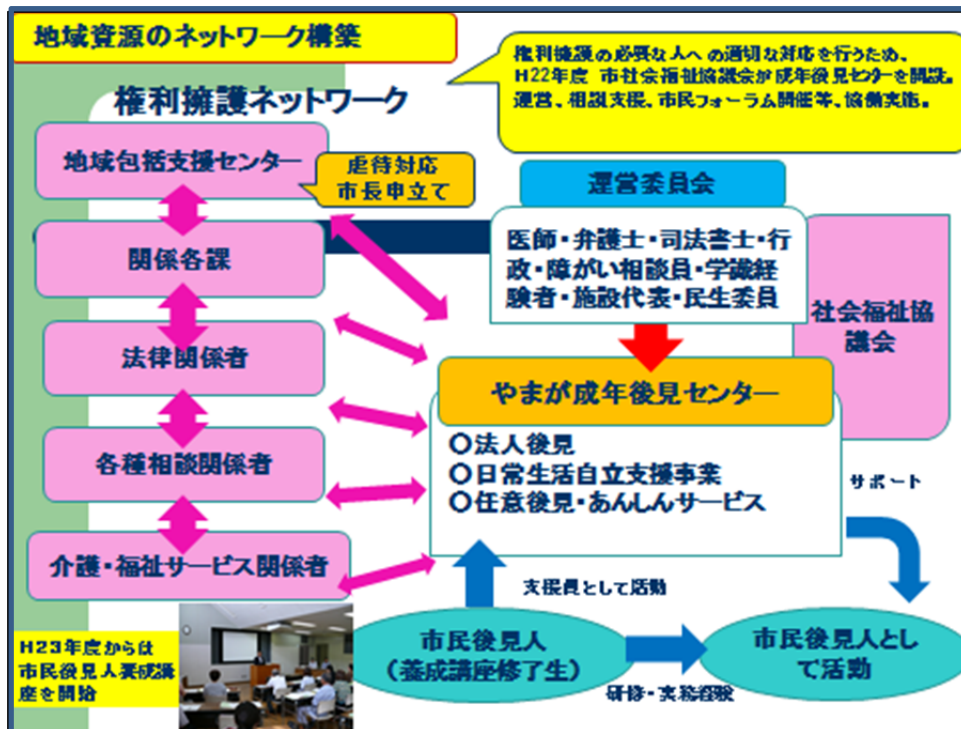
身近なところで認知症の人や家族のサポート役
 地域でキャラバンメイトとしての啓発活動
 こどもサポーター養成講座教室への参加（グループワークのファシリテート）
 マップ作成継続と協力者を増やす活動
 サロン、地域の縁がわの実施
 認知症の人と家族のつどいの開催
 地域密着サービス事業所の運営推進会議への参加
 地域の見守り活動や徘徊者の搜索協力
 活動拠点づくり（法人や事業所の立ち上げも）
 民生委員や福祉協力員と連携した個別訪問
 継続して研修に参加、友人や職場への声掛け

ネットワークづくり



⑧地域資源のネットワーク構築

認知症地域支援ネットワーク（医療・介護・家族・市民）
 医療連携ネットワーク（かかりつけ医・専門医・包括等）
 徘徊SOSネットワーク（警察・行政・事業所・市民）
 権利擁護ネットワーク（社協・行政・法律関係者・専門職）など



ネットワークの構築図

⑨地域拠点づくり

- ・ 地域密着型サービス拠点
- ・ 介護予防拠点
- ・ 住民活動やサロン支援

これからの地域に必要な「拠点」とは、サービスの少ない圏域や過疎地域ほど、1か所で多機能性を拡充していく必要がある。夜間対応訪問や泊まり機能が強化できれば、在宅の安心を支える拠点として活用できる。さらに相談機能やケアマネジメント機能を加えればさまざまなきめ細かい地域ニーズへの対応が可能。

⑩地域包括ケアの拠点へ！

- 圏域ごとの地域福祉活動の拠点機能
住民への情報発信、近隣住民のつどいの場、ボランティアやサポーター活動拠点、配食サービスや移送サービスのコーディネート
- 圏域の安心サービス拠点機能
24時間訪問介護サービスや訪問看護の併設・連携、多様な形での泊まり提供、障がい者や母子への対応（共生型サービス提供）
- 地域包括支援センターブランチ機能
相談支援機能、ニーズ把握、ケアマネジメント機能、インフォーマルサービスとのつなぎ役



地域の拠点作り①

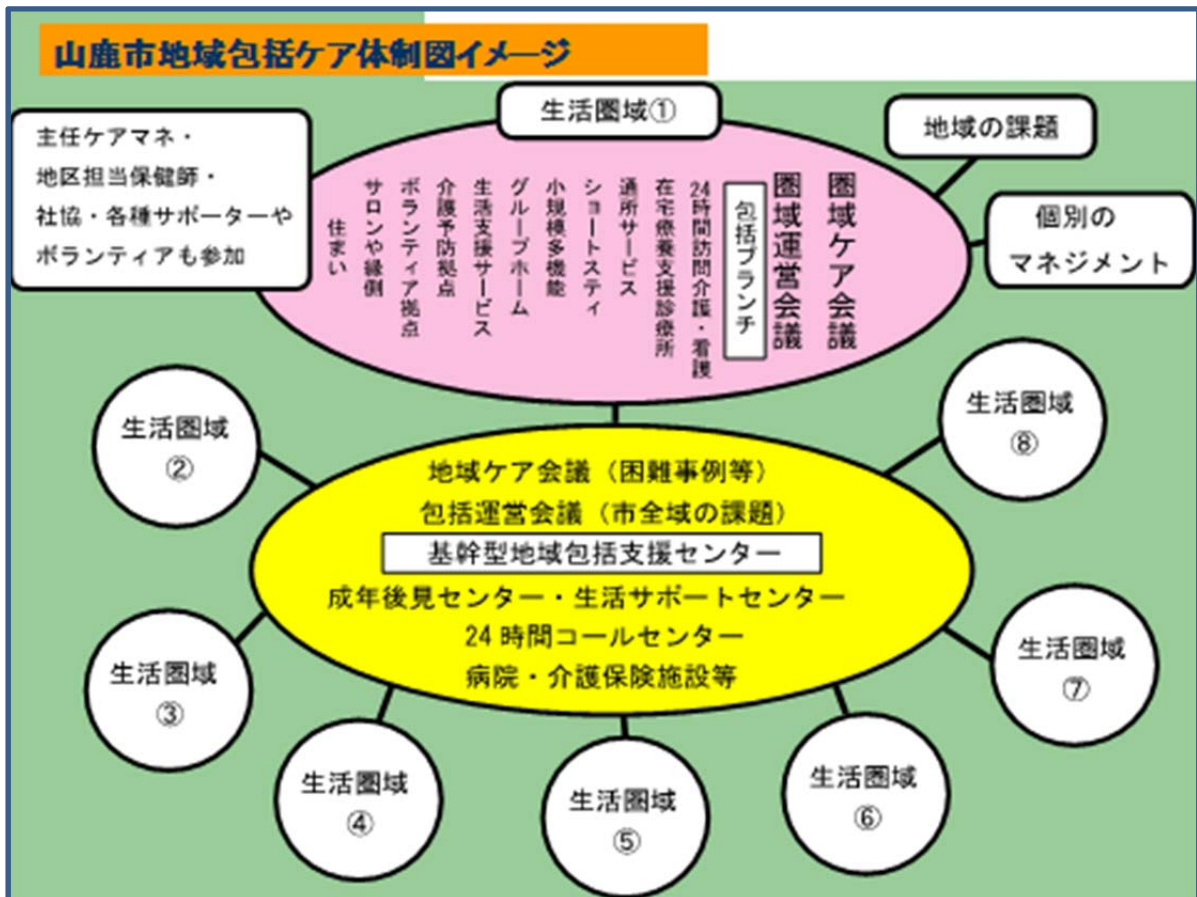


地域での拠点作り②

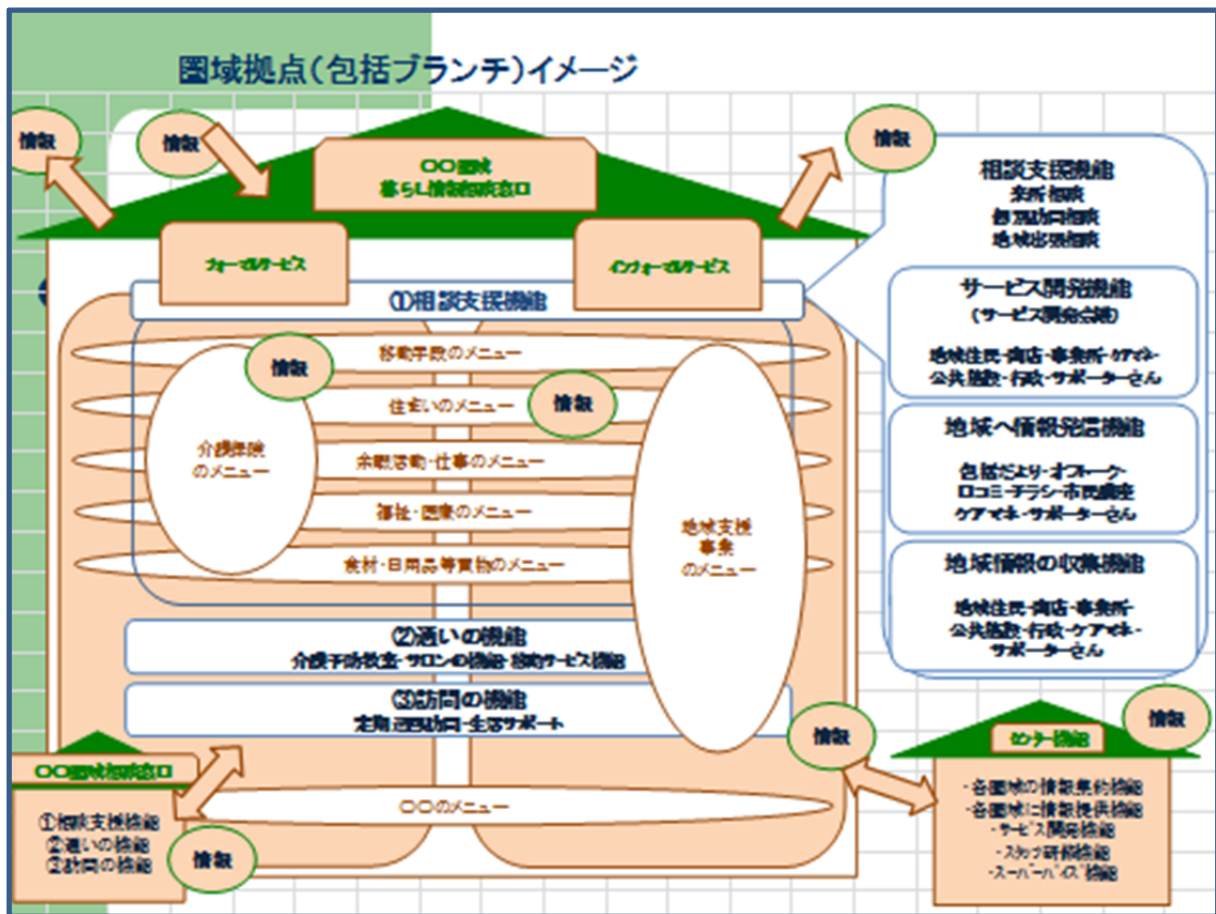
①第5期での計画

- 24時間対応の訪問介護・看護サービス（連携型）の定着と事業所の横の連携づくり
- 訪問看護の充実とスムーズな医療連携のための体制づくり

- 圏域ごとの多職種参加の地域ケア会議
- 既存施設や事業所の多機能化や地域サービス展開（サテライト、共用型等の実施等）や地域活動拡大
- 圏域ごとの拠点活動強化（事業所を中心に住民も参画）、住民参画の仕組みによる生活支援や支えあい、介護予防体制の充実→人材育成やサポートセンター活動支援、NPO等の地域拠点活動支援



山鹿市の地域包括ケア体制イメージ図



[考察]

山鹿市の特徴は「当事者目線」であるということである。

行政側が地域からの依頼について高い当事者意識を持って危機感を感じ、課題として取り組んでいることが特徴的である。

また、その当事者性は行政側の一方的な見方ではなく、住民の声や希望に裏付けされたものであり、独善的なものではない。

危機感（課題）の一例で上げると、今後公的な制度（サービス）だけで高齢者を支えることには限界があり、インフォーマルな資源を取り上げることが重要と考え、何を優先的に取り組むべきなのかを明らかにし取り組みを行っている。

取り組みにおいては、行政がすべて担うことをせずに、住民や事業者など、それぞれの立ち位置を理解し、それぞれの思いやニーズを理解すること、また理解することによりそれぞれのズレを軽減するための配慮を自治体が行っている。

配慮とはそれぞれを連携させる工夫や仕組みづくりの実践であり、なんとなくお題目としての連携ではなく、何のために連携するのかを明らかにしている。

また主体はあくまでの地域にあるもの（住民や事業者）であり、自治体として側面的な支援を意識的に行っていることが特徴的である。

(3) 霧島市（鹿児島県）

①霧島市における地域密着型サービスの役割

霧島市には現在、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）が 23 か所、小規模多機能型居宅介護が 15 か所、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）が 11 か所、地域密着型介護老人福祉施設 2 か所が地域密着型サービスとして公募の手法により（旧国分市では 2003 年以前、他旧 6 町は 2005 年以前を除く）整備されている（2012 年 10 月末現在）。

霧島市の面積は東京 23 区（約 621 km²）より少し狭い約 603 km²で、海拔 0 メートルから約 1,300m までの地域性の異なる 1 市 6 町が合併した比較的面積の広い自治体であり、山間部や都市部とではそれぞれ地域における課題の違いがある。

また、旧市町ごとでサービスの立地状況の不均衡も生じていたため、霧島市という広い地域ではなく、それぞれの地域において地域の実情に踏まえて地域密着型サービスが在宅の高齢者を 24 時間 365 日支えていくための取り組みが求められていた。

その実現のために霧島市の地域密着型サービス事業者は後述の「私のアルバム」作成委員会での活動を契機として「霧島市小規模多機能ホーム連絡会」を発展的に解消し、霧島市（行政）や興味のある個人も構成員としては平成 22 年に「霧島市地域密着型サービス事業者連合会」として繋がった。

②本人と周囲とをつなぐ「認知症連携パス」《私のアルバム～やがてのために～》

介護が必要になった時、他人が介護をするために様々な情報を必要とする。これまでは、介護をする側が必要とする情報を収集していた。トイレに自分で行けるのか？食事は、入浴はなど。

特に認知症になるとこれまでの自分の生活やこだわりを伝えることが難しくなる。だから介護する側のペースに委ねることが多いのである。

また、地域密着型サービスの多くは、認知症の方をサービスの中心に据えていることや、地域密着型サービスは原則、当該市町村の住民しか利用できないことから、認知症のステージやさまざまな外的要因などによって、市民が市内のサービスを渡っていくことが考えられる。

「認知症になっても自分らしい生活が送れるように」との思いから地域密着型サービス事業者連合会が中心となって、霧島市地域包括支援センター、認知症の人と家族の会、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターの医療ソーシャルワーカー、行政の方々と共に約 2 年間勉強会を重ね、認知症連携パス『私のアルバム～やがてのために～』を作成した。

これは、認知症をキーワードに、霧島市内のすべての高齢者が、利用するサービスが変わるごとに基本情報や生活歴、ADL の状況等を毎回説明（聞き取られる）するのではなく、本人（利用者）とともに情報も伝わっていく仕組みができないかというものである。いわば、医療における「医療連携パス」の生活版といったもので

ある。

高齢者が、これまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時(認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時)に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらい、最期まで自分が主人公の人生を貫き通すために作成する当事者自身の「アルバム」である。

介護が必要な状況になり、様々なサービス機関が関わるとそれぞれの機関において情報を収集する。情報を収集する側は1回であっても、収集される側は同じような話を何度もしなければならないのである。そのため「医療連携パスのような仕組みを認知症対策にも応用できないだろうか」との提案が霧島市からなされた。

連合会としても必要性を感じたため賛同し、実現していくために中心的な役割として方策の検討に入った。

なお、完成後の後日談であるが、霧島市(旧国分市)では「育ちに個性のある子」を持つ親のアンケート(平成15年実施)から、「相談のたびに今までの辛かったことや悲しかったこと、不安だったことを繰り返し話さなくてはならないことが辛い。その時の自分の気持ちを思い出して、フラッシュバックのように気持ちが沈んでしまう。」という意見と、「相談に行く前に話すことを時系列に整理してから行かなければ、伝え漏れがあったりするので、相談に行くこと自体が億劫になってしまう。」という意見があり、「子供の育ち」を記録する「すこやか手帳」を配布していた。(平成16年度～、現在は母子手帳に合冊)

いずれの場合も、サービス利用先や相談先が移ったり、変わっても、つらい話や苦しかった時期のことを話さなくてもよいことや、伝え忘れ、時系列での整理に気を遣わなくてよいため、当事者や家族の精神的負担の軽減にもつながっていくという点など、高齢者や子供という区分けは必要ないことを改めて行政職員も感じたとのことだった。

加えて、私のアルバムでは心地よい思い出や嗜好を書くことで、さらに今後の暮らしへのプラス思考が期待できるのではないかと感じているとのことだった。

委員会形式とした理由としては、アイデアは行政(霧島市)からであったが、そのまま行政主導で検討を進めると、事業者特に現場で直接、高齢者に関わる人たちはやらされ感が強くなる。

また、完成することが目的となり、作成のプロセスでの意見交換や検討、合意形成といった協働作業を通じた連帯感や認知症を持ちながらも自宅や地域で頑張っている高齢者へ思いを馳せることなど、本来、作成のプロセスを共有しな



がら得られる大切な要素が抜け落ちた形だけの成果物になる危険性を感じたからである。つまり、実践者自身が日々関わっている目の前の利用者や地域で暮らす認知症の方々に何が必要なのかを考えていく事が、実は成果物よりも重要であるとの認識にたったからである。

このようなことから、自分達自身（地域の事業者や関係者）を主体とした作成委員会を立ち上げ、行政にも作成委員のとして参加してもらうことにした。

作成委員会は平成21年7月から約2年間にわたって毎月1回1時間～2時間、それぞれ日中の業務を終えた後、夜の時間に全くの手弁当で行われた。



委員会メンバーは以下のとおり

- ・霧島市
- ・霧島市地域包括支援センター
- ・霧島市内の地域密着型サービス事業所
 - 認知症対応型共同生活介護事業所
 - 小規模多機能型居宅介護事業所
 - 認知症対応型通所介護
- ・霧島市内の居宅介護支援事業所
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症の人と家族の会
- ・霧島市社会福祉協議会
- ・鹿児島県

当初は委員会を発足したものの「認知症連携パスって、全国のどこかでやっているんだったらそれを参考に作れば良いのではないか」「個人情報の保護の観点から難しいのではないか」「退院時にもらうサマリーのようなもので良いのじゃないか」等々、排泄・食事・入浴など身体的機能を把握するためにどんな形式・書式が良いのかの意見交換になっていた。

しかし、検討を重ねるごとに認知症の方ほどのような暮らしを望んでいるのだろうか？認知症になって何かしらの援助や介護が必要になった時、現実はどのような状況になっているのだろうかなど、ご本人の精神・身体状況や能力などの形式論ではなく、認知症高齢者の実態について話し合われるようになった。

その結果、本人のこれまでの暮らしを大切にし、最期まで自宅や地域での暮らしの連続性やその人本人が築いてきた関係性を書き綴ることによって、認知症になっても関わる周囲の方々が、これまでの暮らしや本人の嗜好など「本人が大切に思っている暮らし」が継続できるようなものにしたいと、認知症連携パスのそのもののあり方や作成する意味を共有できるようになってきた。そして、本人が主体的に自分の人生を書き綴り、更には認知症になっても自分の人生は自分自身が主役であり続け、最期までその思いを大切にしたいという思いを込め『私のアルバム～やがてのために～』というテーマとした。

私のアルバム(写真)



イラストが得意



水彩絵(水彩画)



友人の似顔絵



写真が趣味



こだわりの金縁メガネ



あこがれの坂本龍馬



家族(平成16年11月)



1歳の保(平成18年11月)

年月	年齢	暮らしの場所	一緒に暮らしている人	暮らしの事	私が好きなこと	今の私が	私が今、	私が、	私が今、	その他 知らせたい事 (つぶやき)	記入日	記入者
H17年	60歳 男性	始町	妻と三女 の三人暮らし	◆私は単人 町内のグ ループホ ームで管理 者として ケアマネ ジャーの 仕事を している ◆妻は看護 師として 地元病 院で働 いている ◆長女が結 婚して初 孫が生ま れた ◆次女は 看護師に なっ て鹿児島 市内の病 院で働 いている ◆三女は 鹿児島 市内の短 大に通 っている	①大好きな人 ②好きな人 ③好きな食べ もの ④テレビ、オ ンデット ⑤新聞雑誌	①家族から「父(ち ち)」 友人から「ひろく ん」と呼ばれて いる。 ②③小学生の頃 からチョウの採 集と飼育に熱 中した ④⑤写真を撮った り絵を描くのが 趣味	①②写真を撮った り絵を描いて過 ぎず時間 ③④収集した チョウの標 本やカメラ機 材 ⑤仕事柄、人 と触れ合 うのが好き で、関 わりを大切 にしている ⑥20年以上 愛用して いる、こ だわりの 金線眼鏡	① 困っている こと ② 苦手な こと ③ 心配な こと ④ 支 援して 欲しい こと ⑤ 今、 懸っている こと	①介護の 仕事を していると 自分の老 後がどう なるのか ？認知症 になっ たらどう しよう？ と不安に なる ②妻には いつまで も元気で いてほ しい ③娘たち がそれ ぞれ自 立して 健やか に暮ら してく れたら …と願 っている ④定年後 は妻と のんび り旅行 に行き たい	◆健康の ために にそろ そろタ バコ をやめ ようか な ◆妻から 見捨て られて 熟年 離婚し たらど うし ょう？	H17.6	私
H22年 7月	65歳	霧島市	妻と二人 暮らし	◆定年退職	①家族が 大好き ②いつの 間にか 孫が7 人に増 えた ③妻が 一番好き	④家族や 孫たち と野山 に出 かける ⑤道 徳は家 事(掃除 洗濯、 調理 など)を 手 伝っている	⑥家族や 孫と写 真を アルバム に整理 して大 事にして いる	⑦道徳は 趣味に 没 頭したい が、道 徳室は 老 後の ために 書い てお か ない と心配 ⑧いつ か、妻 や自分 が病 気にな るから 心配 ⑨趣味 を続け られる 範囲 で仕事 を探 したい	◆妻の ため、 自分 のため に家事 をこな さん とい かん な ◆妻 より 先に あの 世に 逝っ た方 がい いか ら ◆お 葬式 は身 内 だけ でいい かな	H22.7	私	

そしてこの作成委員会で最も時間をかけ議論したことは下記に示す「前がき」である。約2年間毎月集まって検討してきた委員のこのアルバムに対する思いがこの前書きに込められている。単なる書式づくりではなく、本人主体の暮らしの実現するために何が必要なのかを事業者と行政と一緒に考えてきた「プロセス」が大きな意味を持つ。

【前書き】

私たちの人生は自分自身が主人公であり、その時その時を一本の線に結んで生きています。その線の上でさまざまな選択や人との出会い、関わりという枝が広がり、夫婦、家族、友人、職場、地域など、たくさんのつながりの中で、自分にとって心地良い居場所をつくっているのです。

人間は皆、老いの時を迎え、いつの日か旅立っていきますが、このことは誰も避けることはできません。そして、旅立つまでの間に自分がどのような状態になるのか…誰もが不安を抱きます。

「家族に迷惑をかけたくない」「認知症になりたくない」「寝たきりになりたくない」…誰もがいろいろな思いを持っていますが、誰の手も借りずに最期を迎えることが難しくなっています。

認知症になって介護が必要になった時、周囲の人の都合や思い込みで、自分らしい生き方そのものを諦めてしまうことはあまりにも悲しいことです。

これまでどおり自分らしく暮らし続けるためには、どこでどのように暮らし、誰といると居心地が良くて幸せでいられるのか？ “やがてのために”、これまでの自分の人生や思いを書き綴って、周りの人がその思いを大事にしてくれたら、最期まで主人公であり続けられるのではないのでしょうか。

日本は、世界有数の長寿の国となり、最近では“人生 90 年時代の到来”とまで言われるようになりました。

霧島市に暮らす皆さんが、これまでの人生を振り返り、この『私のアルバム』を作ること、これまで以上に自分自身を大切にしながら、共生・共助のまち霧島市で、いつまでも自分らしく暮らしていけることを願っています。

◆平成 22 年 10 月 キックオフミーティングの開催

わたしのアルバムの活用方法についての説明を行うためのキックオフミーティングでは、市内の各事業所あてに開催案内のみを送付し、特別な参加要請はしていないにもかかわらず、興味を持った関係者約 300 人（市外、県外からの参加者も含む。）が集まった。

◆平成 22 年 10 月以降

事務局を地域包括支援センター(霧島市は1つのセンターが全市域を管轄する)に置き、地域密着型サービス事業所が連携して普及に取り組んでいる。特に旧隼人町社会福祉協議会が、合併前から地区公民館でのサロン活動を活発に開催していた経緯もあり、まずは国分・隼人地区のサロン活動にこれを紹介していった。サロンには昔からの身近な地域の方々が集まっている。この私のアルバムを通じて、お互いに昔のことを思い出し語りあい、より絆を深めることが出来るのではないかと考えた。この公民館での書き方講座以外にも、市が介護予防事業として実施している、認知症予防教室、老健施設の家族会、地域密着型サービスの御利用者、認知症サポーター養成講座等でも紹介又は書き方講座を行っている。



公民館で地域住民に対して書き方講座をしている様子

対象者は地域密着型サービス御利用者ご本人、ご家族、地域の特定高齢者、問い合わせのあった一般の方々、多岐にわたっている。

作成にあたっては、体裁やルールなどには特にこだわらないようにしている。記入順についても「このように書かなければならない」とは言わず、書けるところを自由に書いてもらう。文章が書けない又は字が上手く書けない方はスタッフが聞き取り代筆を行い、時には昔の思い出の写真を持ってきてもらい、その思い出を聞きながら書いていく場合もある。その場合は、その写真をその場でコピーさせてもらいアルバムに綴っていくようにしている。

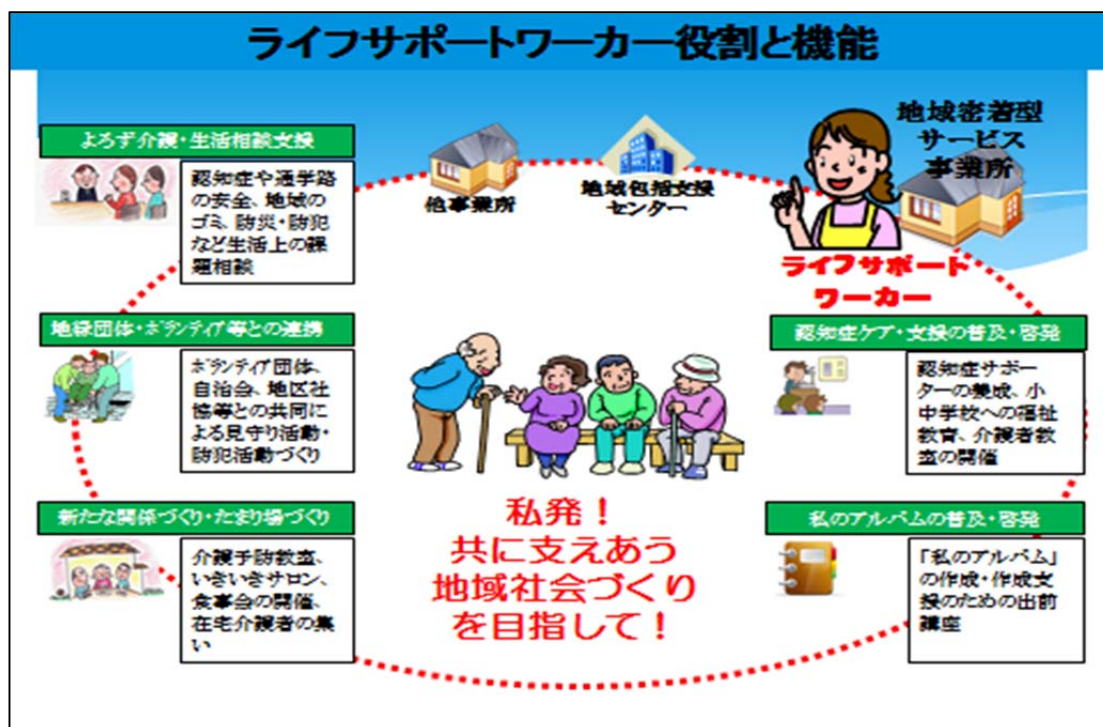
書き始めはなかなかうまく書けないと困っている方も多かったが、昔からの馴染みの方と語りあいながら、またスタッフがそばに居て聞き出しながら書いていく事で、これまでの自分の暮らしを振り返る場になったり、懐かしんだりする様子がうかがえる。仕上がったそのものも大切なものだが、仲間と語りあいながら作っていく過程が楽しい時間になったり、また関係を更に深めるきっかけになったりしているようである。

幾つかの事業所が御本人又はご家族に聞きながら活用している。そして、これまで知らなかった御本人のことを知る機会になり、その御本人が昔住んでいた場所や思い出の場所に行ってみようとか、得意だったことをまた一緒にやってみようとかそのご本人に更に関心を抱くツールになっている。

また、これはサービス事業所として単なる認知症ケアを行うための道具でもなければ、書くことを目的としたものではない。そのご本人やご家族と共に書き綴っていく事により、その人の物語を知ることになり、その物語に欠かせないその人にとって必要な人に出会うきっかけを作るものとなりうる。そして、それらの関係性を知って初めてその人の『今』を知ることになるのである。更にそれらの関係性を大切に続けることがその人の人生、暮らしの継続性を維持することに繋がり、しいては安心した暮らしに繋がっていくのである。

③地域包括ケア・ライフサポートワーカーの養成

平成 24 年度から、身近な地域の中で (1) よろず介護・生活相談支援、(2) 地縁団体・ボランティア等との連携、(3) 新たな関係づくり・たまり場づくり、(4) 認知症ケア・支援の普及・啓発、(5) 私のアルバムの普及・啓発を实践できる人材の育成を目的に、半年間で合計 8 回 (50 時間程度) の研修を実施し、「地域包括ケア・ライフサポートワーカー」を養成している。



市は合併という広域化と職員削減という流れの中で、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の役割分担を行いながら、地域で暮らす住民の「安心感」を低下させないことや、地域密着型の事業者がそれぞれの地域でひとり一人を支えることによって、最期まで地域で暮らすための土台ができてくることを期待するとともに、何より、公募で選んだ事業者に行政のパートナーとしての役割を期待しているということである。

一方、霧島市地域密着型サービス事業者はこれまで、多くの研修会や活動を通して「顔の見える関係」を大切にしてきた。「連携」とは単なる情報の共有を図ることではない。共通の目的を軸に共にそのプロセスを共有することである。

なお、今後、ライフサポートワーカーのいる事業所は霧島市の「まちかど介護相談所」として、困りごと相談やサービス調整などの窓口となる。

霧島市地域密着型サービス事業者連合会では『高齢者がいきいきと自分らしく生活できる社会の実現と社会参加や生きがいがづくり、多様なニーズに即した介護予防、介護が必要になっても住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる地域包括ケアの推進』を共通の目的としている。それを軸として、行政・地域包括支援センター、地域住民と共働する関係を常に意識し活動を行っている。

その実現の具体的な取り組みとして、霧島市において各々の地域密着型サービス事業所又はそこに位置づけられているライフサポートワーカーが身近な地域において介護サービス提供のみならず、地域の中の生活課題や不安を抱える個々人に向き合い、調整役としての役割を期待している。そしてその活動の積み重ねが高齢者のみならず、障がい者や子供、地域住民が暮らしやすい地域、安心して暮らせる地

域に変化すること（共生型地域社会の実現）につながるのである。

地域密着型サービスは、その人のこれまでの暮らしを繋ぎ、周囲との関係を繋ぎ、地域の安心拠点としての役割を担っていく。その事が霧島市において在宅高齢者を24時間支えるための体制づくりに大きく貢献するものと考える。

◎介護相談

「まちかど介護相談所」をご利用ください

市内の35か所に設置した「まちかど介護相談所」は、市の専門研修を修了したライフサポートワーカーのいる事業所です。最寄りの相談所へお気軽にお立ち寄りください。

●事業内容

- ・介護相談
- ・行政や地域包括支援センターへの連絡・調整
- ・地域の関係づくり、集まり場づくり

☎0965-長寿・障害福祉課(64)



※この看板とのぼり旗が目印です。

（「広報きりしま」25年3月号より）

2 「自治体の現状」～新潟県・熊本県の市町村の取組みからみえたもの～

(1) 実施目的

市町村が地域包括ケアを実現するための情報を得る手段としては、厚生労働省からの介情報や、都道府県主催の説明会等があるが、実際には介護保険事業計画策定のための説明会だけでは、市町村の望む情報やノウハウを得ることができない。このたびの取組みでは、市町村の課題や取組み姿勢、ノウハウをグループワーク形式で討論・抽出し、地域密着型サービスや地域包括ケアの推進につながることで、より充実した在宅支援の構想を検討することができるようになることを目的とし実施した。

(2) 事業概要

1) 期 日

2013年2月18日(月) / 新潟会場

2013年2月19日(火) / 熊本会場

2) 会 場

新潟会場 / 新潟ユニゾンプラザ 5階中研修室

新潟県新潟市中央区上所 2-2-2 電話 025-281-5511

熊本会場 / 熊本県庁 地下大会議室

熊本県熊本市中央区水前寺6丁目18番1号 電話 096-383-1111

3) 内 容

10:00～12:00 講義

地域包括ケアが目指すべき今後の姿

地域包括ケアに自治体はどう向き合うか

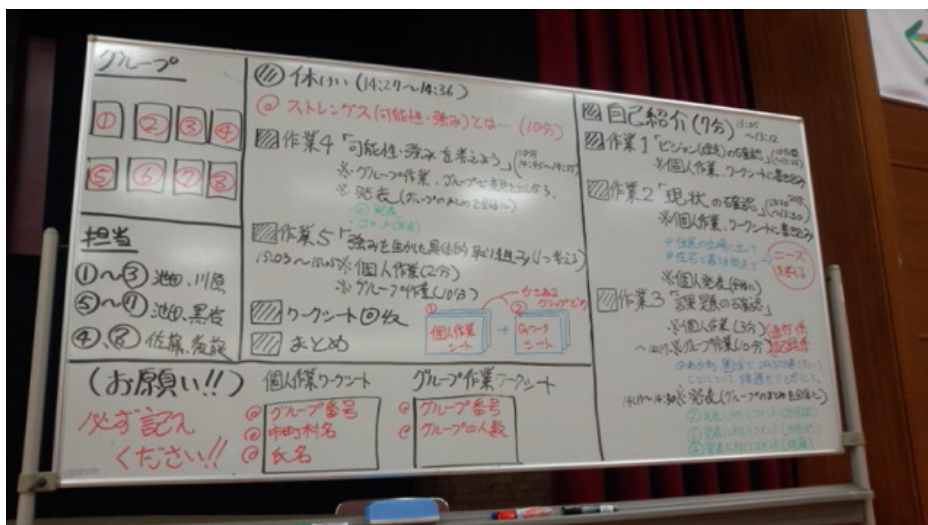
12:00～13:00 昼食・休憩

13:00～16:00 ゼミナール

グループワーク「わが町の課題抽出」

グループワーク「課題解決のための検討・討議」

検討結果発表・まとめ



4) 講 師

厚生労働省老健局振興課	基準第一係長	松山政司 氏
大牟田市保健福祉部（福岡県）	調整監	池田武俊 氏
霧島市総務部財務課（鹿児島県）	財政第一グループ長	池田宏幸 氏
山鹿市市民福祉部介護保険課（熊本県）	主幹	佐藤アキ 氏
特定非営利活動法人コレクティブ	理事長	川原秀夫 氏

5) 受講対象者

介護保険事業計画担当者、施設整備担当者、地域包括ケアセンター職員等の市町村の複数担当者。

6) 参加人数

新潟会場／71名（21市町村／30市町村）

熊本会場／69名（28市町村／45市町村）

(3) 実施結果

午前の部となる「地域包括ケアが目指すべき今後の姿」については、厚生労働省から地域包括ケアを巡る最新の動向やその考え方が説明され熱心に聞き入る姿が見受けられた。また「地域包括ケアに自治体はどう向き合うか」では、市町村を代表し、池田、佐藤の両氏からお話しいただいた。

午後の部では、参加者によるグループワークを主体とし、参加型のセミナーとして実施した。グループワークの柱立ては以下のとおりである。

1. ビジョンの確認

「介護保険事業計画の基本理念を描いてみよう」

2. 地域包括ケアの現状

(1) 「わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう」

・医療・介護・予防・生活支援・住まいの観点から「資源」を書き出そう

(2) 「わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう」

・医療・介護・予防・生活支援・住まいの観点から「ニーズ」を書き出そう

3. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

(1) 課題を見つけてみよう

4. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

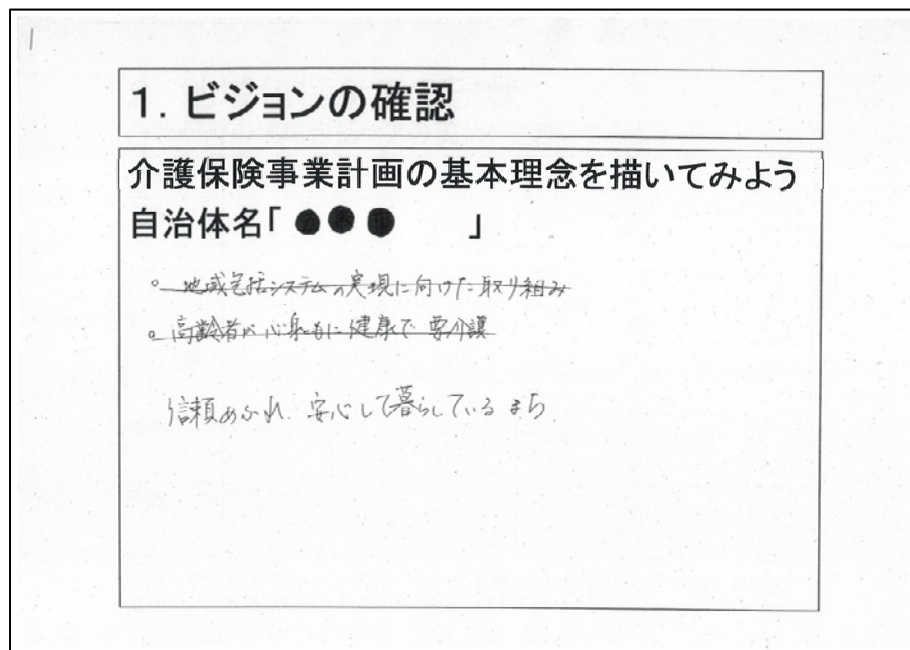
(2) 可能性・強み（ストレングス）を探してみよう

5. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

(3) 具体化「どこから手を付けるのか」を考えてみよう

1. ビジョンの確認／介護保険事業計画の基本理念を描いてみよう

ワーク冒頭のビジョンの確認は、市町村担当者として介護保険事業計画の根幹となる理念は必ず書けなければいけないものである。大規模な市町村では、介護保険事業計画の作成担当と参加者の属する部署とが異なることで書けないところや、地域包括支援センターの職員の一部は「初めて介護保険事業計画を見た」と話し、計画書から「書き写す」姿も多く見られた。これでは、地域包括ケアを実現するのは難しい。



2. 地域包括ケアの現状

(1) 「わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう」

・医療・介護・予防・生活支援・住まいの観点から「資源」を書き出そう

次に、わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう」と題し、地域包括ケアで謳われている5つの視点「医療・介護・予防・生活支援・住まい」の資源探しの作業を行った。ここでは、市町村の規模も影響したが、医療、介護、予防については比較的順当に市町村内にある資源を書くことができた。一方で、住まいについては把握できていない担当者もあり、未記入の市町村もあった。また、生活支援については、何を資源として捉えるかといった初歩的な部分で悩む担当者もいた。

(2) 「わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう」

・医療・介護・予防・生活支援・住まいの観点から「ニーズ」を書き出そう

同様のテーマで、今度は5つの視点「医療・介護・予防・生活支援・住まい」のニーズについて書き出すこととした。このニーズの捉え方も、単に窓口に要望が上がっている方といった短絡的なデマンドをニーズとするのではなく、介護保険事業計画の理念を鑑み、当該市町村のおかれている状況から真に求められているものは何かという観点から書き出してもらったこととした。このニーズについては、特に参集いただい

ている参加者が介護保険関連の部署もしくは地域包括支援センター担当者がほとんどのため、介護については記入できて、残り4つの視点からは記入できない市町村も数多く見受けられた。また、介護分野についても、第5期の介護保険事業計画で未整備のサービスをそのまま記入する担当者や、単にサービスを整備すればよいと考える担当者もいた。

2. 地域包括ケアの現状

～わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう～

項目	ニーズ	資源
介護	・認知症のケア、介護保険の活用、介護予防	・介護保険制度、介護職員、介護施設
医療	・高齢者の医療ニーズ、認知症ケア、予防医療	・医師、看護師、介護士、介護施設
生活支援		・介護保険制度、介護職員、介護施設
住まい	・高齢者の住まい、認知症ケア	・高齢者の住まい、認知症ケア
予防	・高齢者の健康増進、認知症予防	・高齢者の健康増進、認知症予防

※ニーズには、家族が要望するから担当として、本当に必要なものは何と書いてください。

ほとんど書けていない。

2. 地域包括ケアの現状

～わが町の地域包括ケアの現状を整理してみよう～

項目	ニーズ	資源
介護	・不足をカバーするサービス ・福祉料を減らしてもらう ・介護職員の確保	・介護保険制度、介護職員、介護施設
医療	・高齢者の医療ニーズ、認知症ケア、予防医療	・医師、看護師、介護士、介護施設
生活支援	・高齢者の生活支援、認知症ケア、予防医療	・介護保険制度、介護職員、介護施設
住まい	・高齢者の住まい、認知症ケア	・高齢者の住まい、認知症ケア
予防	・高齢者の健康増進、認知症予防	・高齢者の健康増進、認知症予防

※ニーズには、家族が要望するからニーズ=必要という話ではなく、あなたが現在の担当として、本当に必要なものは何かと書いてください。

地域包括ケアの現状の作業からわかったことは、計画を立てている自治体であっても、自らの市町村内に何があるか把握できていない現状が明らかとなった。介護や予防は把握できていても、他部署にあたる分野は把握できていなかったり、計画策定にかかわっていなければ、理解できていないということである。おのずと把握できていなければ、サービス内容を理解しているはずもなく、何をもとに計画策定しているのかが問われることとなった。

3. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

(1) 課題を見つけてみよう

当該市町村の住民が、要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けるための「課題」について出していた。課題という項目は担当者としても出しやすいものだったようで、数多くの課題が出された。中でも数多く出されたのは、夜間や突発的な対応など、既定の仕組みから漏れるニーズに対しての内容が多く見受けられた。また、日常生活に不安を抱える高齢者に対しての見守りや声掛け、ゴミ出し、買い物といった個別の対応、サロンやつどいの場などの集団での居場所づくりなども課題として取り上げた市町村も多かった。一方で、医療については、医師不足や医療機関の不足といったもののみが取り上げられ、住まいについてはほとんど取り上げられなかった。

3. 要介護状態になっても、24時間、 住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

① 上記の中での課題を見つけてみよう

- ・夜間、急病に対応している（特別食）が不足している。
- ・生活支援（ゴミ出し、買い物、福祉、見守り）が不足している。
- ・地域での見守り、緊急時の対応、夜間対応など、既定の仕組みから漏れるニーズに対しての内容が多く見受けられた。
- ・突発的な対応（火災、盗難）。
- ・地域の意識（防災、防災）- 火災、盗難（防犯）への対応。
- ・店舗、店舗が少ない。
- ・何らかの理由で、高齢者が、介護施設に入居している。

4. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

(2) 可能性・強み（ストレングス）を探してみよう

このワークでは、出された課題を、課題としての側面のみで捉えるのではなく、その中にストレングス（可能性・強み）はないかという視点に立って考えるという時間を構成した。例えば、これまで夜間対応する介護サービスはショートステイ（短期入所生活介護）のみしか資源がなく、在宅生活に不安を抱えるといった課題が出されたことに対し、ショートステイのみしかないことが見方を変えると強みと捉えることができるのではないかと言ったものである。よって、ショートステイしかないという事柄は、言い換えると自宅を離れずに済むということであり、自宅で住み続けることができるといったものの見方・捉え方である。

ここでは、ストレングスに慣れていない自治体関係者も多いことから、クイズ形式でストレングスの考え方についての練習も実施した。

お金がない → 知恵を出す機会が豊富
市町村の規模が大きい → 人材も豊富
市町村の規模が小さい → 顔の見える関係がある
一人で抱える仕事が多い → すべてを自分で掌握
専門特化し縦割りが激しい → 集中できる
事業者が少ない → 変な事業者が入ってこない

このような演習を経て、課題として出し体験を改めて見てみると、以下のような意見が挙げられた。

見守りネットワークづくりができない → 気にしている人はいる
個別に見守ってくれている
徘徊される方の対応が大変 → 徘徊する体力がある
自由に動ける環境がある
徘徊していることが近所の人もわかっている
近所づきあいができている
介護している家族が孤立 → 疲れるほど、介護できている家族の存在がある

これまでは、できない部分ばかりを課題として捉え、どのようにすれば克服できるかといった視点を中心であったが、実は資源の乏しいと考えていた小規模自治体においては、介護サービスがないことで近所づきあいが残っていることや、担当者が少なくやることばかりが多いと考えていた職員が、多くの分野を横断的に把握することができるという「視点」を手に入れることができた。また、規模の大きい自治体では、人材や資源が豊富であったり、役所内で役割分担ができるといった規模の大きいことでのメリットを生かす視点を見出すことができた。これまでは、反対にないものねだ

りばかりになってしまい、自分たちのできない部分にばかりとらわれて、伸び代を生かす発想に気付くことができたのではなからうか。

**4. 要介護状態になっても、24時間、
住み慣れた地域で生活し続けることができますか？**

**②上記の中でのストレンクス（可能性・強み）
を探そう**

- 移動手段が乏しい → 地元で生活していく。地域の輪
隣近所には交差
- 白毛、耳眼子に入ると → 信弘、訪問入浴、シャワー浴
立脚の良。温泉に入るとバスタ（一般利用者や利用時間と関係は60分）
- ちよびの観望 → 有償ボランティア（認知症、small film）
が、電器店の修理サービス
- 近所サービス → 介護予防や要介護予防に
地域の強み
- サービス向上 → 向上サービス余地あり
向上心も持てる。

5. 要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

(3) 具体化「どこから手を付けるのか」を考えてみよう

ストレンクスを探す作業から見出した可能性をもとに、要介護状態になっても、24時間、住み慣れた地域で生活し続けることができるようにするために、どこから手を付けるかと題し「強みを生かした取り組み」について、考えていただいた。

ここでは、これまでの資源がない、できない、お金がないといった負のイメージではなく、できることから始めるような視点で検討していただいた。

出された意見としては、人と人とのつながりが残っている強みから「地域住民が集まることができる場をつくる」「たすけあいサポーター（コーディネーター役）の養成」といった、これまでは思いもつかないような「すでにあるもの」を生かし、資源を開発している（つないでいく）意見も多く出された。

要介護状態になっても、24時間、
住み慣れた地域で生活し続けることができますか？

具体化「それではどこから手を付けるのか」

～「強み」を生かした取り組み～

- ・地域の人材（地域のリーダーになる人等）
- ・隣近所にとのめぐる強みを生かし、支え合いを強化していく
- ・市民が「コーディネーター」の活用
市が補助し、生活支援システムの構築
or 市民が「サポートセンター」（コーディネーター役）

【考 察】

市町村が抱える課題として、まずは、介護保険事業計画すら理解していない自治体があることである。自分たちの市町村をどのようにしていくのか、その道しるべとなる理念をはじめ、これまでの経緯も含めて介護保険事業計画の意図を理解することができなければ、実行に移せないのは当然である、また、当該自治体の中にある資源の把握ができていない点も挙げられる。現在、地域にある資源は何なのか、住民は何を望んでいるのか。単なる要望ではなく、要望に隠された声にならない声を受け止め、単に特別養護老人ホームの待機者が多いと解釈するのではなく、特別養護老人ホームに入居したいと言わざるを得ない本当の理由は何なのか、日中介護者が不在なのか、独居で、自宅で一人で過ごすことができないのか、その理由を知らなければ、単にサービスが増えても満たされるものは少ない。よって、まず、当該市町村のおかれている状況を、すでにある資源も含め十分に把握することが求められる。

一方で、市町村の規模や成り立ちなど、現在の状況に辿り着いたのは様々な理由がある。よって、背景も違えば、確保できている資源も違う。市町村担当者は、当該市町村にないものをねだるのではなく、あるものを使ってできることから始める視点が求められる。ないものを求めるのではなく、なければあるものから生み出すしかない

からである。今回はストレングスという視点で当該自治体を見直した結果「捨てたものではない」といった感覚も持つことができたように思われる。小規模な市町村は、小規模なりにすべての分野を 1 つの課で包括的に把握することができると考えることができ、大規模な自治体は、担当分業制で複数の担当者で取り組むことができると考えられるということである。

今後の市町村に求められるのは、介護保険事業計画において事業所の数を整備すればよいという箱物整備の発想から、あるものを生かすための人材発掘や育成といった育ちあう視点がますます重要となってくるであろう。

第4章

地域包括ケアに自治体はどう向き合うか (まとめと提案)

1 地域包括ケアに自治体はどう向き合うか（まとめ）

（1）地域包括ケアシステムの推進に係る地方自治体の役割

① 国と地方の役割分担

2012 年の介護保険法改正において、国及び地方公共団体の責務として、次の 1 項が加えられた。

介護保険法第 5 条第 3 項

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

2006 年の介護保険法改正の基となった高齢者介護研究会報告「2015 年の高齢者介護」の時点ですでに「地域包括ケアシステムの確立」が掲げられている。「尊厳を支えるケアを確立」し、「可能な限り在宅で暮らすことを目指す」ため、介護保険制度が中心的な役割を果たしつつ、自助、共助、自治体の取り組み等が組み合わせられ提供されることが求められている。また、その具体的な手段として、介護予防・リハビリテーションの充実、地域包括支援センターの創設、24 時間 365 日の在宅サービスとしての小規模多機能型居宅介護の創設、自宅、施設以外の多様な住まいとしての高齢者住宅などが示されており、特に小規模多機能サービスは、身近な生活圏の中で完結することが必要とされている。

地方自治体が行う事務については、地方自治法第 2 条第 2 項において「普通地方公共団体¹は地域における事務及びその他の事務で法律又はこれに基づく政令により処理することとされるものを処理する」とされており、今回、介護保険法に位置づけられたことで、従来は単なる国から地方公共団体への技術的助言であった地域包括ケアシステムの推進が、明確に地方自治体の事務として位置づけられたこととなる。

② 都道府県と市町村の役割分担

2012 年改正により、地方自治体が地域包括ケア体制を推進するための具体的な検討内容として、厚生労働省より「地域包括ケア報告書」が示されている。

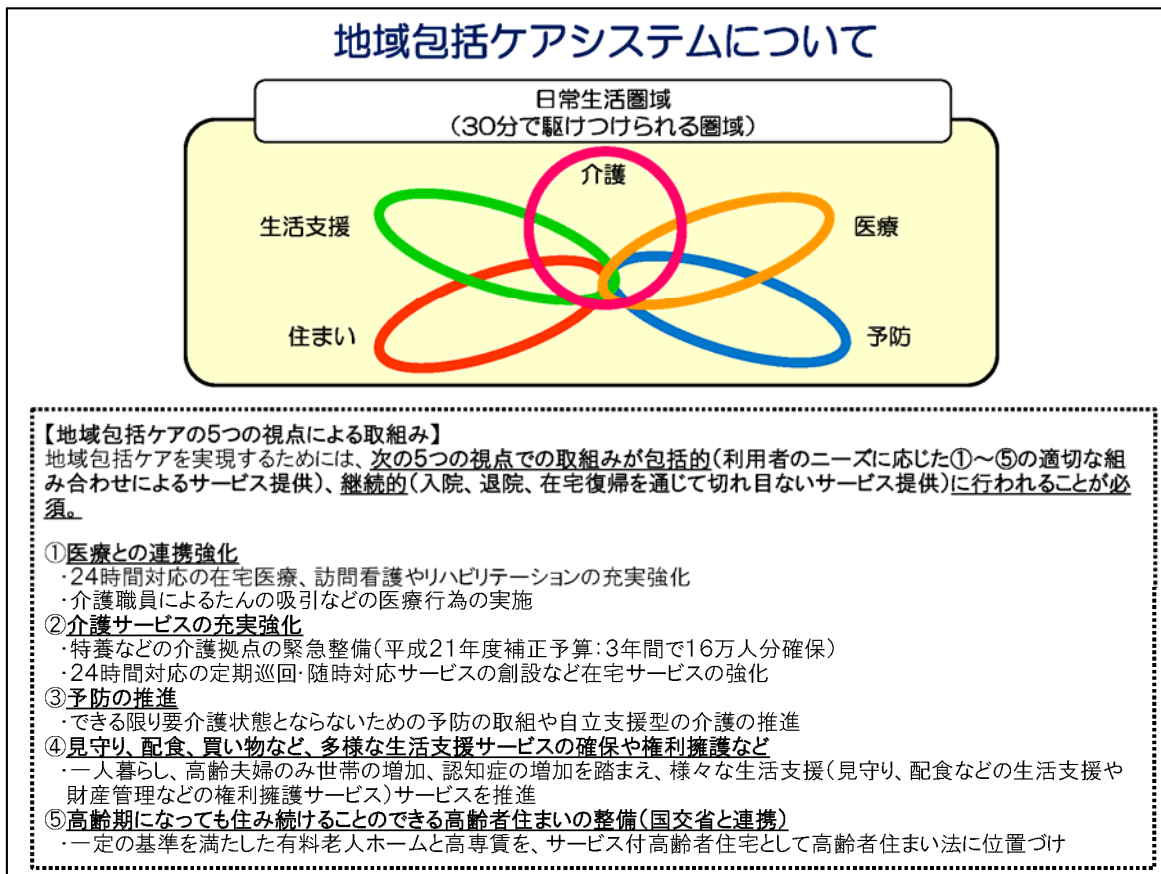
その中で「地域包括ケアシステム」は、次のような定義がなされている。

¹ 都道府県及び市町村

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、「概ね 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）



医療・介護・予防・生活支援・住まいの5つの視点での取り組みが、日常生活圏域の中で包括的に提供されることが求められており、具体的に「中学校区」という範囲が例示として示されている。

都道府県と市町村の事務については、地方自治法において「市町村は基礎的な地方公共団体として、都道府県が処理するものとされているものを除き、一般的に普通地方公共団体の事務を処理する」とされている。これは市町村が住民に最も身近な普通地方公共団体であり、住民の日常生活に直結する事務処理を幅広く包括的にその任務とすることを明らかにしたものである。²

² 松本英明 (2011) 逐条地方自治法第6次改訂版

地域包括ケアシステムが、住民の日常生活に直結したものであることは疑問の余地はなく、地域包括ケアシステムの推進については、当然に市町村が一義的な主体として、推進していくべきものと言える。

しかし個別の推進事項をみれば、医療及び居住に関する施策などは、都道府県における許認可事務があり、広域的な調整が必要となる。市町村が主体となって推進するにあたって、都道府県には、市町村ごとの特性に配慮したうえで、必要な支援を行う役割がある。

介護保険事業（支援）計画の策定にあたり、国が地方自治体に示す指針の冒頭には、次のように記載されている。

介護保険事業にかかる保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針

第1 1 基本的理念

市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び都道府県は、介護保険法の基本的理念を踏まえ、次に掲げる点に配慮して、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を図ることが必要であり、介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めること。

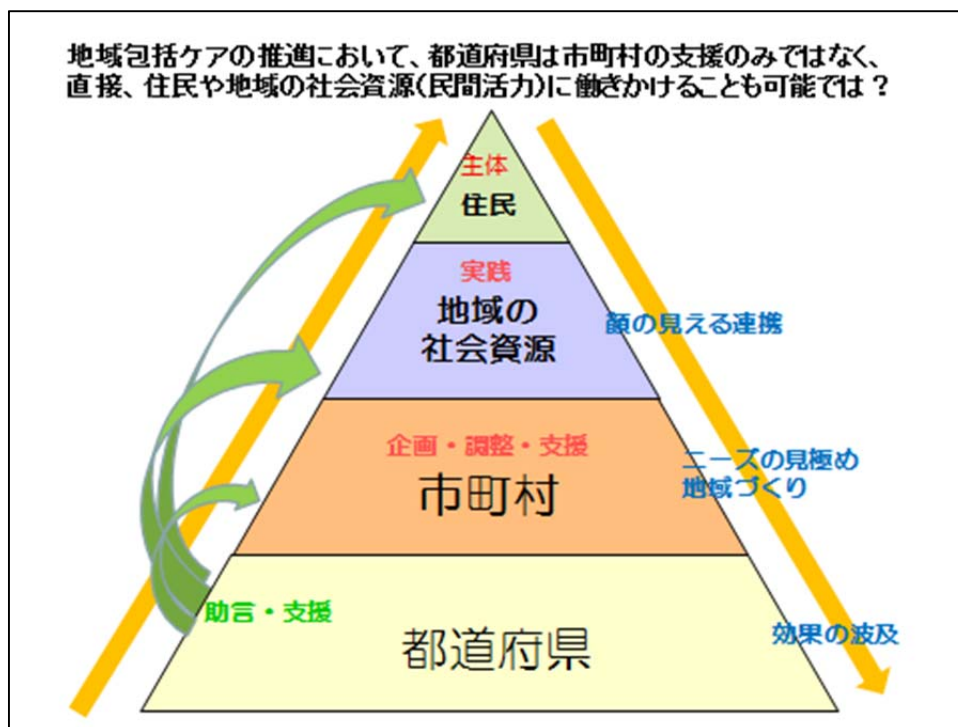
なお、国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他必要な各般の措置を講ずるものとする。

市町村が中心となる介護、予防、生活支援に関する施策と、都道府県が中心となる医療及び居住に関する施策の有機的な連携が求められているが、それぞれの取り組みをどちらが行うかといった明確な役割分担は示されておらず、地域包括ケアの推進は、市町村と都道府県が連携して行うように示されている。

地域包括ケアシステムの推進は、地方自治法に示された原則としての役割分担を踏まえつつも、一律画一的な決め事とするのではなく、各地域の資源やニーズの状況に応じて都道府県と市町村の役割分担を取り組みごとにフレキシブルに分担することが最も望ましいと思われる。

例えば、熊本県が行っている「地域の縁側づくり」³などにみられるように、都道府県が直接住民や地域資源に働きかけ、市町村や地域団体等が活動を行う誘因となる取り組みを行うことも、地域包括ケア推進のために必要な都道府県の役割と言える。

³ 地域の誰もがいつでも気軽に集い支え合う地域の拠点を、県が直接地域団体等へ支援して整備している。



(2) 地域包括ケアシステムの推進に係る地方自治体の課題

① 行政改革と地方分権

厳しい財政状況や地域経済の状況等を背景に、簡素で効率的な行財政システムを構築するための地方行政改革が進められており、地方自治体の職員数は、定員管理の適正化、民間委託等の推進などの取り組みにより、従前より大きく減少している。

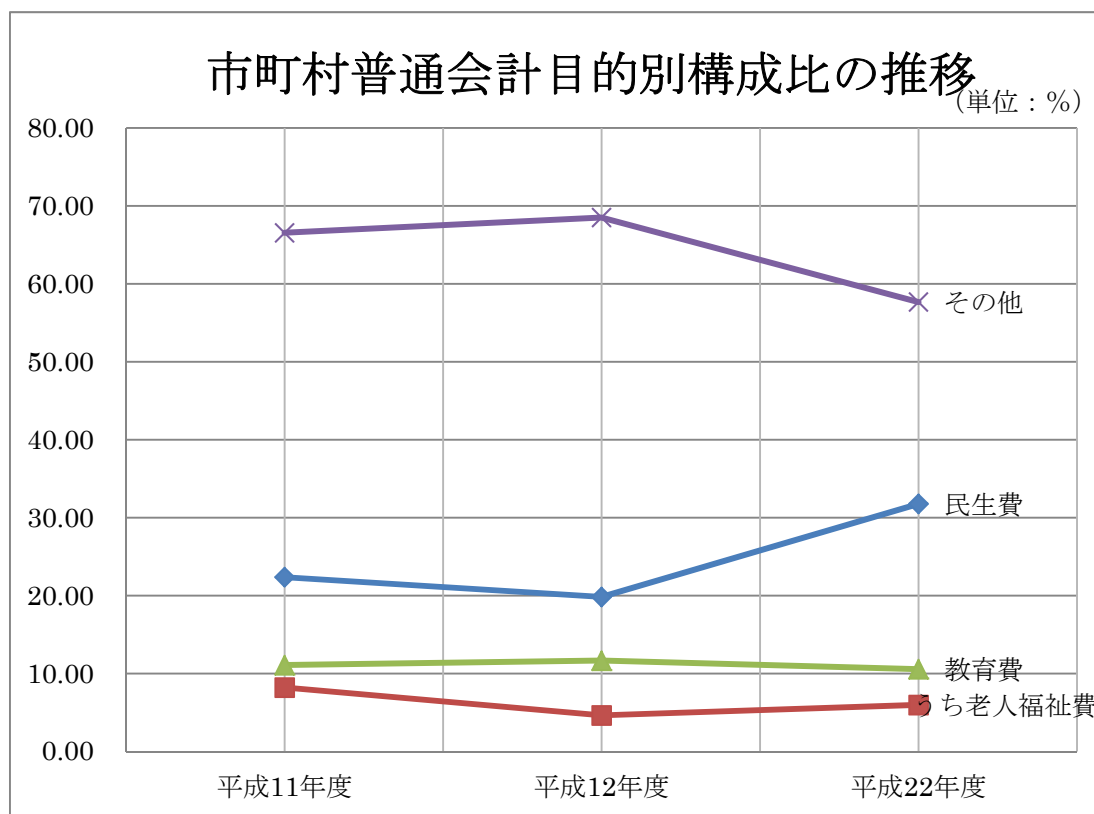
	平成 11 年 4 月	平成 22 年 4 月	減少数	減少率
市町村職員数	1,540,305 人	1,288,771 人	△ 251,534 人	16.3%

出典：地方公務員定員管理調査（総務省）

その一方で、地方分権改革（地域主権改革）の中で、国から県、県から市町村へ事務移譲が行われている。介護分野でいえば、介護サービス事業所の指定基準等について、厚生労働省令から地方自治体の条例に根拠が変更されるなど、地域の実情を踏まえた制度が地方自治体によって制定できるようになっている。

しかし、事務の移譲は行われても、職員が移譲されるわけではないため、地方自治体においては、行政改革の中で減少している職員数で、新たな業務が増加し、職員一人あたりの業務量が増えざるを得ない状況にある。

さらに、厳しい地域経済の状況や少子高齢化により、社会保障費を中心に民生費の予算が増加し、地方分権により移譲される前の業務についても絶対量が増加している。



出典：総務省地方財政状況調査（決算統計）

従来は、地方自治体が行う業務内容について、国が通知等において詳細に示してきた。しかし国と地方は対等・協力の関係となっている以上、国が地方に過剰な関与を行うことは好ましくないとして、現在は、国が出す通知は強制力のない技術的助言とされている。地方自治体は施策の方針や事業内容を自らが決定し推進していかなければならない。これから地域包括ケアシステムを推進していくために、地方自治体には、自ら企画立案し実行していく職員が求められるものの、現状、量的にも質的にも必要な人的基盤は明らかに不足している。

地方自治体が、自らの地域において医療・介護・予防・生活支援・住まいに係る資源が、現在どれだけあり今後どれだけ必要か、どんな人が活動を行いどれだけお金がかかっているのかを把握しなければ、地域包括ケアシステムへの取り組みを効率的に進めていくことはできないが、地域のアセスメントを行うだけでも、かなりの労力と業務量が想定される。

地域包括ケアシステムは、地方自治体が地域ごとの特性を活かし多様な取り組みを総合的に実施していくことが求められるが、このような情勢の中で、地方自治体はその推進体制を整えることが困難になっている。

② 地方自治体における担当部署

地域包括ケアシステムの推進については、厚生労働省においても、所管が医政局と老健局にわたっている（診療報酬まで考慮すれば保健局も含む）ように、一般的

な地方自治体の中では、5つの視点について担当部署が異なっている場合が多い。

(ある市町村の例)	
・医療	(担当なし)
・介護	介護保険課
・予防	健康増進課
・生活支援	いきがい推進課
・住まい	住宅課

特に「医療」分野においては医療機関の許認可などほとんどが都道府県業務となっており、政令市以外の市町村においては、医療施策に関する担当部署をもたず、担当職員も配置されていない場合が多い。

また地域包括ケアシステムの中心的役割を果たすとされている地域包括支援センターについては、根拠法が介護保険法であることから、市町村において介護保険担当課が所管し、市町村直営又は社会福祉法人等に委託し設置していることが多い。

地域包括支援センターに、障がい分野やインフォーマルサービスを含めた総合相談窓口機能を統合している一部市町村⁴も存在するものの、多くの地域包括支援センターにおいて、介護以外の4つの分野を含めた包括的な取り組みが行えているとは言えない。

特に市町村からの委託により運営されている地域包括支援センターは、厚生労働省の調査結果⁵によれば、3割を超える地域包括支援センターが、市町村から運営方針を提示されていない結果となっている。

また、介護保険の担当課の中でも、要介護認定、保険給付、事業計画の策定や介護保険料などの担当職員はいても、地域包括ケアの担当職員が明確に位置づけられている市町村は少ないと思われる。

③ 地方自治体職員の理解

「地域包括ケア」という言葉については、地方自治体において、中でも介護保険担当の職員にとっては、すでに聞きなれた言葉になっているが、その目的や内容、特に、なぜ今地域包括ケアシステムを推進しなければならないのかという点について、地方自治体職員が十分に理解している状況とはいえないのではないかと。

厚生労働省は、都道府県職員に対して担当課長会議などで、その内容の周知を図っているが、現在の都道府県職員が今後の地域包括ケアシステムの重要性、必然性を理解しているとは思えない事例も見受けられる。

実際に、都道府県から市町村に対しては、国が作成した資料を配付するだけに留まっていることが多く、都道府県として地域包括ケアをどのように推進していくのかといった方針を決定し、その手段や方策を明確に市町村に伝達できている都道府

⁴ 愛知県高浜市、静岡県富士宮市など

⁵ 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「地域包括支援センター運営状況調査（速報版）」

県は少ないと思われる。

厚生労働省は、都道府県を介さず直接市町村職員を対象とした「市町村職員セミナー」などの取り組みを行っているが、全国から東京で実施するセミナーに参加する市町村が多いとは言えず、市町村職員の地域包括ケアシステムに係る理解が進んでいるとは言えない。介護保険を担当している市町村職員ですら、地域包括ケアシステムに関して研修や講義などを受けたことがない職員がいると思われる。

たとえば、一部の高い志をもった地域密着型サービス事業所から市町村へ官民協働の取り組みの提案があっても、担当者レベルの消極的な対応により、取り組みにつながらない事例も見受けられる。そのような一部の市町村職員は、その提案内容で判断しているのではなく、協働して取り組むこと自体に否定的な判断を行っているように見受けられる。

地域包括ケアシステムの推進は、地方自治体だけで進められるものではなく、日常生活圏域の中の様々な資源が協働して進めていく必要があるが、前述のように市町村が地域密着型サービス事業所を「要望者」「業者」としてとらえている限り、協働して地域包括ケアシステムを進めていくことは難しい。

④ 地方自治体による地域のアセスメント不足

地域包括ケアを効率的に進めていくためには、地方自治体が、自らの地域において医療・介護・予防・生活支援・住まいにかかる資源のアセスメントが必要であるが、まずは自らの地域で、当事者であるケアを必要とする住民が、どのような暮らしをしているのか把握する必要がある。

当事者の声は住民に一番身近な市町村が把握しなければならないのは当然であるが、市町村の窓口には、家族の声は届いても本人の声は届かない。

例えば認知症の家族は、介護の負担について「家族で介護するのは無理」「施設に入所させてほしい」と窓口まで自らの思いを伝えに来ることができる（もちろん遠慮や世間体などといった様々な要因から、すべての家族が訴えることができていくわけではない）。また介護サービス事業者からは「施設の入所申し込みをしても空きがなく入所できない」「もっと施設整備をすべき」といった要望が市町村には上がってくる。当然これら家族の介護負担の軽減や、サービス基盤の整備は、市町村の重要な役割である。

しかし、認知症の本人の声は、市町村の庁舎の中にも絶対に聞こえない。従来、認知症に対する誤解と偏見により、「先にボケたほうが勝ち」「本人は何も困っていない」といった勝手な決めつけを行い、本人の声を聴かずに施策の対応が行われてきた。今考えれば、認知症の本人が困っていない訳がなく、誰よりも本人に対するケアが必要なことは言うまでもない。国は平成24年6月に取りまとめた「今後の認知症施策の方向性について」の中で、「私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、

不当な扱いをしてきた。」と今までの認知症施策の過ちを認め、これから認知症の人に対する「ケアの流れ」を変えることが示された。市町村が従来どおり家族やケア提供者からの大きな声だけを聴き、声を上げられない本人の声を聴かずに取り組みを行ってしまうと、今後も本人が全く望んでいない暮らしを強いることにつながりかねない。

地域に必要な資源が何であるのか把握するためには、地方公共団体の職員が、ケアを必要とする本人の処へ出向くアウトリーチ活動を行うなど、自らの思いを伝えることが困難な本人の声を、把握する努力を行わなければならない。地方自治体によるアウトリーチ活動は、より住民と地方自治体が近距離な小規模町村等では今でも行われているが、多くの地方自治体では、市町村合併による広域化、事務の増加と職員減の中で、縮小していっているように思われる。

2 地方自治体が目指すもの（提案）

◆地域包括ケアシステムの推進に向けての提案

① 地方自治体における推進体制の構築

地方分権や行政改革の推進は、厚生労働省や地方自治体単独で変えられるものでもなく、また地域包括ケアシステムの推進に関わる職員については、特別扱いすることも困難である。今後の取り組みは、地方自治体の職員減少と業務量の増加を前提として考えていくべきである。

地域包括ケアシステムにおける医療・介護・予防・生活支援・住まいの5つの分野は、地方分権の推進状況を考えると、将来的には基礎的自治体である市町村においてすべて所管する体制となることも推測される。すべての業務が移管されなくとも市町村の関与が現状より少なくなることは考えにくい。

現時点において、まだ具体的な業務がないとはいえ、市町村に医療施策の担当部署を置くことも考えるべきであり、最低でも市町村において5つの分野の方針を考える担当を決めることは、地域包括ケアシステムの推進に必要なことだと思われる。

また、5つの分野の有機的な連携が求められている以上、それらを統括的に担当する部署及び担当を置き、いわゆる縦割り行政の弊害を排除し、地域包括ケアシステムの推進に係る骨太の方針を作り、各5つの分野の担当が共有することが必要と思われる。

新たな部署を置くことは、地方自治体の機構改革を伴うことになるため、地方自治体としてどこまで地域包括ケアを重視しているのかによって、実現できるかどうかが決まってくる。また機構改革を行わずとも、現在の担当部局の中で役割分担を決めることで対応することも不可能ではない。いずれにせよ、異なる分野の連携を求められている以上、地域包括ケアシステムの推進にかかわる市町村職員は、自分の担当分野を超えて、たとえば介護担当であっても医療施策を考えるなど、組織において与えられた役割以上の仕事をすることが求められる。

② 地方自治体の人材養成

地域包括ケアシステムは地域の様々な資源を活用する必要があるが、その中で自治体職員は、地域包括ケアシステムに欠かせない資源だともいえる。地域資源全体を視野に入れて調整することができ、また公費を投入する取り組みを企画するのは自治体職員だけだからである。実際に地域包括ケアに関して先進的な取り組みを行っている地域には、必ずキーパーソンとなる自治体職員がいる。国はまず、すべての地方自治体において、地域包括ケアシステムを理解し推進する職員を養成することに取り組むべきではないか。

国は、一部の地方自治体で有効であった取り組みをモデルとして、全国の地方自治体に同じ事業を実施することを要望することがあるが、全国の地方自治体ごと、日常生活圏域ごとに、ある資源、ない資源は異なっており、地域包括ケアシステムを推進するために必要な取り組みは地域ごとに違っている。取り組みの参考例とし

て示すことはよいが、全国で一律画一的な取り組みを行わせることは、決して有効とは思えない。

むしろ国は、自らの地域にあった取り組みを進めることができる自治体職員の養成に取り組むべきである。先進自治体において「なぜ地域包括ケアシステムを推進できたのか」といえば、ほとんどの地方自治体で、特定の「“この人” がいたから」という答えが出てくる。地域包括ケアシステムを推進する自治体職員を育てることが、遠回りに見えて一番の近道と言える。

地方自治体の職員が、地域包括ケアシステムの内容について知る機会、理解する機会は非常に少ない現状があり、全都道府県、全市町村の担当職員が参加できる、地域包括ケアシステムに関する研修会等を国が開催することが最低限必要ではないか。

もちろん、都道府県が市町村職員に対して地域包括ケアの研修会を開催できるよう国が講師派遣や経費の助成等の支援について事業化することも有効と思われるが、そのためにも、まず都道府県の人材を養成することが必要となる。

③ 地方自治体による地域のアセスメント手法

地域包括ケアシステムを推進するために、ケアの必要な本人の声を聴くことが必要とはいえ、都道府県職員は言うにおよばず、市町村職員であっても、対象となるすべての人の声を聴くことは、ごく一部の小規模町村を除き、ほぼ不可能である。自治体職員一人の力では、地域の状況を知ることすらできない。自治体職員は、地域や本人の状況を教えてもらうため、本人を直接支援している人と、顔を突き合わせて話ができる関係を作ることが必要となる。

市町村職員のアウトリーチによる特に有効な活動が、地域密着型サービスにおける運営推進会議への参加である。本人、家族、ケア担当者、地域の支援者などと一緒に会して、効率的に意見交換が可能である。情報収集だけでなく、会議の中から地域の課題の解決策までも導き出せる場合もある。大規模市町村などで地域密着型サービス事業所の整備が進むと、物理的に自治体職員の参加が難しくなることは考えられるが、市町村職員にとっては最も効率的な地域アセスメントの場であり、すべての事業所に参加ができなくとも、一定のルール作りをするなど、できる限りの参加が求められる。また市町村職員だけでなく、都道府県職員も機会を作り参加することで、地域課題の共通理解が進み、地域包括ケアシステムの推進が図られると思われる。

地域のアセスメントにおいては自治体職員でないと把握できない情報も多くある。公的サービスの受給情報などは行政しか持ちえないため、全体データを把握することは行政にしかできない。職員個人の関係からの情報と、行政が持つデータの双方を総合して、地域に本当に必要な資源を導き出すことこそ、地方自治体職員が行わなければならないことである。

なお、アンケート調査等の記述式による意見把握は、本人が記載するのかどうか

など手法によって、信憑性に欠ける点もあるが、面談等でなく匿名の記述でこそ意見を伝えられる場合もあるため、介護保険事業計画の策定時などに定期的に実施することは効果的な面もある。国が市町村に実施を要請した日常生活圏域ニーズ調査については、8割の市町村が実施したが、事業計画に反映した市町村は2割に満たなかった。項目についても予防的観点からの項目が多いが、本人の望む暮らしといった面から項目を見直すなど、より有効に機能するよう改善していくことも望まれる。

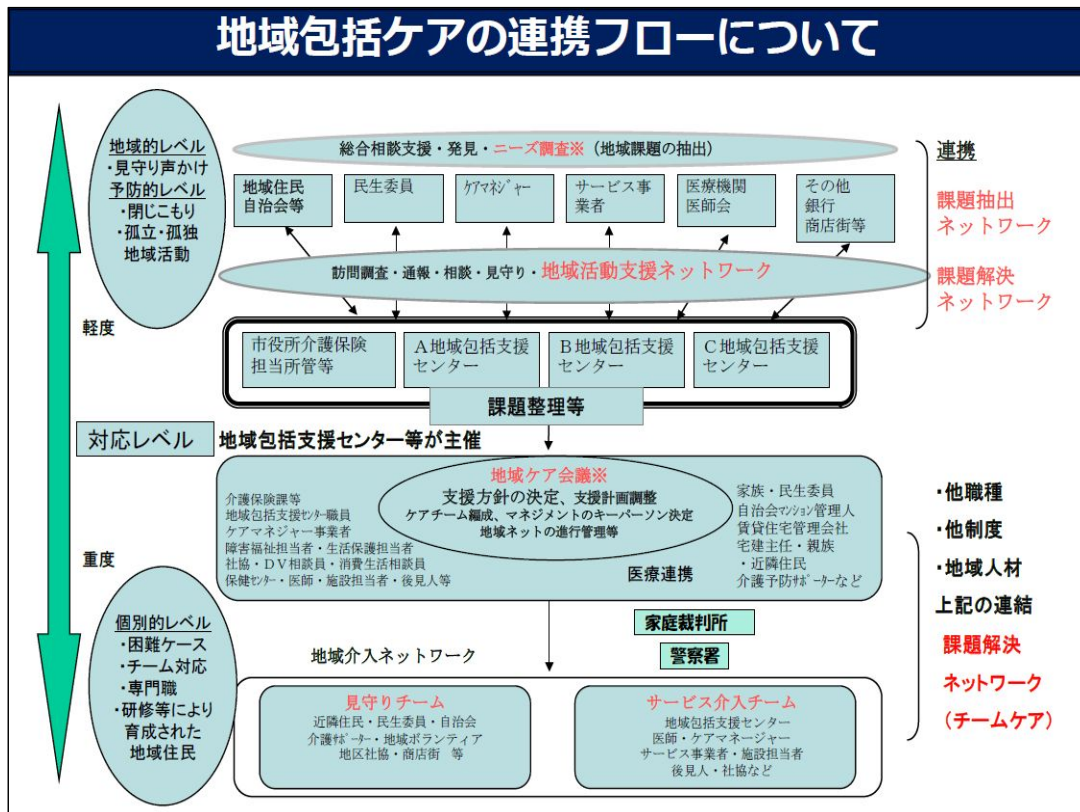
④ 地域包括ケアに関する仲間づくり

自治体職員が、地域包括ケアシステムの推進担当になっても、何をすればよいのかわからないという声が多い。地方自治体の役割や取り組みというと、独自のシステムや新規事業、施設の整備などがイメージされるが、ハードや給付などを作る前に、まずは担当者は仲間づくりから始めてみてはどうか。

国が示す地域包括ケアの図においては、様々な会議やチームが線で結ばれた理想図となっている。しかし、このような会議やチームを行政主導で作ると、関係団体の長などをメンバーとした形式的なものになりやすい。実際に本人を支援する人がチームメンバーとならず、アライバイ会議をするためのチームになってしまうことが多い。

こういった図にとらわれず、まずは数人からでもよいので、同じ方向を目指して地域で取り組んでいる人と話をする機会を持つことから始めたい。会議やチームなどは、仲間が増えてから形作っていけばよい。

メンバーには、もちろん自治体内部で一緒に取り組む仲間も必要だが、むしろ自治体職員以外で、現に支援の必要な人を支えている人を仲間にしていくことがよい。地域住民を「要望者」として考えず、地域包括ケアシステム推進のパートナーとして、目指すべきビジョンを互いに共有する。少ないメンバーであっても集まった皆で、自分達にとって望む暮らしの青写真を描いてみる。先進自治体の取り組みを見れば、そういった取り組みから地域包括ケア体制は出来上がっている。



さらに、地域包括ケアシステム推進の仲間として、地域密着型サービス事業者は欠かせないメンバーである。地域密着型サービスは地域との連携等が義務化されており、常に日常生活圏域の中でケアを行う、これから地域に絶対に必要な資源だからである。どうしても専門性の低い行政職員にとっては、専門的なアドバイス、アイデアの提供などが期待でき、また事業やイベントへの協力など、職員数の減少している地方自治体にとっては、質、量的に自らができない業務の担い手としても期待できる。

行政としては、公平中立性から、民間事業者の一部とだけ特別な取り組みを行うことが難しい面もある。しかし「公平・中立」という言葉を、取り組みを行わないための言い訳に使っている面も否定できず、民間事業者からの協働の提案を、内容は認めつつも「一部に特別な配慮はできない」と切り捨ててしまう事例も見受けられる。これは、取り組みに参加するチャンスを公平にすればよいだけであり、公募や全事業者への声掛けなど、手法によって十分に解決できる問題である。そういった面からも市町村に事業の指定、指導権限がある地域密着型サービスは、市町村との協働のしやすさがある。

介護サービス事業者の連絡会や協議会を立ち上げ、団体と協働する手法も有効である。介護保険担当課内に介護サービス事業者協議会の事務局を置き、緊密な連携を行っている例⁶もある。

6 福岡県大牟田市

⑤地方自治体が目指すもの

地域包括ケアシステムの推進は、決められた処理や解釈ではない、地域ごとに手法が異なるマニュアルのない仕事である。取り組みの場所やスケジュールを地域に合わせる必要があり、地方自治体職員は庁舎の中に閉じこもるのではなく、丁寧に、だけど恐れずに地域の中へ出ていくことが求められる。

人口規模の大きな自治体から小さな自治体まで、取り組みはそれぞれに異なることは当然である。田舎だからできる、都会だからできると、あきらめたりせず、自らの自治体の強み（ストレングス）を活かして取り組みを進めるべきである。

地域の力・資源はすべての地域に必ずあり、ないものねだりをして住民が望む暮らしは実現しない。自治体が役に立たないと思っていた資源が、本人にとっては思ってもみない効果を生むこともある。地域にある資源をフレキシブルに活用する視点が、地域包括ケアシステムの推進には必要である。

自治体職員は、予算単年度主義や人事異動という制約の中で、継続的に取り組みを行うことが難しい面がある。期間限定の事業を行い、評価も行われないうまま担当が変わり、住民や事業者側からすれば、また一から事業の企画や職員との関係づくりをはじめなければならない。その繰り返しに疲弊していくことになる。しかし、地域づくりは終わりがなく、失敗してもまたやり直すの繰り返しでしか進まない。地域づくり活動の面白さにはまり、人事異動後も担当外の活動を行っている自治体職員も見受けられるようになってきた。

その地域づくりの面白さや、地域の資源は、結局のところ“人”である。地方自治体は、地域包括ケア“システム”を作ることを目指すのではなく、地域包括ケアに取り組む“人”を作ることを目指すべきである。

地方自治体職員が行うべきことは、事業所・施設を整備したり、新しい給付を作ることではなく、常に日常生活圏域の中で本人と関わり、支える人をつくることである。必要なシステムやハードはその人たちが教えてくれる。

地域包括ケアシステムの推進で、どのような地域を目指すのか、それは地域に住む住民が決めるものであり、地域ごとに異なるものであるが、地方自治体はその実現のための重要な役割を担っているということを実感すべきである。

資料

第5期 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に関するアンケートのお願い

平成24年改正において「サテライト型小規模多機能型居宅介護」や「複合型サービス」「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」など、地域密着型サービスを取り巻く状況が大きく変化したところでございます。

このたびの調査では、よりよい小規模多機能型居宅介護の普及を目的に、第5期介護保険事業計画の策定状況についてお聞きするものです。地域包括ケア体制の構築や、サービスの普及・推進を積極的に行っている自治体の状況を把握するとともに、その効果的運用などを明らかにすることを目的にアンケート調査を実施するものであります。

つきましては、大変お忙しいところ恐縮ではありますが、**第5期の介護保険事業計画の策定状況・内容を、6月8日（金）までにご記入いただき**、メールもしくはファックスにてご返送くださいますよう、お願いいたします。

なお、ご記入いただいた内容はすべて統計的に処理することとし、個別の情報が判断されるようなことはございません。

問合せ先

特定非営利活動法人

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013 東京都港区浜松町1-19-9 井口ビル3階

TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918

携帯電話 080-1855-7445

山越孝浩（やまこしたかひろ）

e-mail info@shoukibo.net

URL <http://www.shoukibo.net>

自治体名：_____

記入者所属：_____

記入者役職：_____

記入者氏名：_____

問合せ連絡先

①担当者氏名 【 _____ 】

②TEL 【 _____ (_____) _____ (内線) _____ 】

◇ご記入いただきました内容につきまして、お問い合わせをさせて頂く場合もございますので、ご連絡先についても必ずご記入願います。

返送先：03-6430-7918

I 市区町村の状況について

問1. 貴市区町村の人口規模等の基礎情報についてお聞きします。

- (1) 人口規模： _____ 人（平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在）
- (2) 高齢者人口： _____ 人（平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在）
- (3) 独居及び高齢者のみ世帯・人口： _____ 世帯／ _____ 人（平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在）
- (4) 高齢化率： _____ %（平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在）
- ※小数点以下第一位まで（ex. 20.5%）。
- (5) 要介護認定者数： _____ 人（うち介護予防 _____ 人）

問2. 貴市区町村の日常生活圏域の設定についてお聞きします。

- (1) 日常生活圏域の設定数： _____ か所（第5期）
- (2) 上記、日常生活圏域設定の際に、参考にしたエリアはありますか（該当に○）。
1. 小学校区 _____ 2. 中学校区 _____
3. その他（ _____ ）

問3. 第4期及び第5期の介護保険料について

- 第4期（第1号被保険者） _____ 円
- 第5期（第1号被保険者） _____ 円

II 介護保険サービス等の概要について、お伺いします

問1. 貴市区町村管内にある住まいに関連する介護保険サービス等の状況についてお聞きします（平成24年4月1日現在）。

種別	No.	サービス名	箇所数	定員数
住 ま い 系	1	特別養護老人ホーム （介護老人福祉施設／地域密着含む）	か所	人
	2	老人保健施設 （介護老人保健施設／地域密着含む）	か所	人
	3	介護療養型医療施設 （療養病床を有する診療所も含む）	か所	人
	4	有料老人ホーム （特定施設入居者生活介護／地域密着含む）	か所	人
	5	有料老人ホーム （特定施設入居者生活介護以外の介護型）	か所	人
	6	有料老人ホーム （住宅型・健康型／サービスなし）	か所	人
	7	サービス付き高齢者住宅（サ高住）	か所	人

問2. 貴市区町村管内にある在宅系の介護保険サービスの状況についてお聞きします（平成24年4月1日現在）。

種別	No.	サービス名	箇所数	定員数
在宅系	1	デイサービス（通所介護）	か所	人
	2	デイケア（通所リハビリ）	か所	人
	3	ホームヘルプ（訪問介護）	か所	
	4	訪問看護	か所	
	5	ショートステイ（短期入所生活介護）	か所	人
	6	短期入所療養介護	か所	人
	7	療養通所介護	か所	人

問3. 貴市区町村管内にある地域密着型サービスの状況及び第5期の介護保険事業計画数についてお聞きします。

種別	No.	サービス名	既整備数 （～24.3.31）		第5期計画数 （H24.4.1～H27.3.31）	
地域密着型	1	夜間対応型訪問介護	か所		か所	
	2	認知デイサービス （認知症対応型通所介護）	か所	人	か所	人
	3	小規模多機能型居宅介護	か所	人	か所	人
	4	認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	か所	人	か所	人
	5	地域密着型特定施設入所者生活介護	か所	人	か所	人
	6	地域密着型介護老人福祉施設	か所	人	か所	人

問4. 小規模多機能型居宅介護の計画数のうち、サテライト型小規模多機能型居宅介護の設置数（人数）についてお聞きします。

種別	No.	サービス名	第5期計画数 （H24.4.1～H27.3.31）	
	1	サテライト型小規模多機能型居宅介護	か所	人

※計画に挙げられていない場合は「未定」とご記入ください。

※計画なし場合は「0（ゼロ）」とご記入ください。

◆サテライト型小規模多機能型居宅介護

1. 整備を検討している（ 箇所） 2. 整備を検討していない
 3. 検討予定 4. その他（ ）

問5. 平成24年から加わった新しいサービスについてお聞きします。

種別	No.	サービス名	第5期計画数 (H24.4.1～H27.3.31)	
	1	複合型サービス	箇所	人
	2	定期巡回・随時対応型訪問 介護看護(看護連携型含む)	箇所	

※平成24年からの新サービスで、計画に挙げられていない場合は「未定」とご記入ください。

※平成24年からの新サービスで、計画なし場合は「0（ゼロ）」とご記入ください。

問5-2 平成24年からの新サービスで、計画に挙げられていない場合及び計画なし場合についてお聞きします。

◆複合型サービス

1. 整備を検討している（ 箇所） 2. 整備を検討していない
 3. 検討予定 4. その他（ ）

◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護

1. 整備を検討している（ 箇所） 2. 整備を検討していない
 3. 検討予定 4. その他（ ）

Ⅲ その他について、お伺いします

問1. 地域密着型サービスや地域包括ケアなど、広域型のサービスから今後より住民に身近な支援に転換する動きが高まっています。貴市区町村において、地域密着型サービスの充実や地域包括ケア実現に向けて戦略を持って取り組んでいますか？また、介護保険事業計画作成の際の課題や悩みについて以下、率直なご意見をお聞かせください。

（用紙が足りない場合は、追加いただいても結構です）

ご協力ありがとうございました。

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分
地域密着型サービスを活用した自治体の戦略に関する
調査研究報告書

平成 25 年 3 月

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013 東京都港区浜松町 1-19-9 井口ビル 3 階

TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918

<http://www.shoukibo.net/> E-mail info@shoukibo.net