

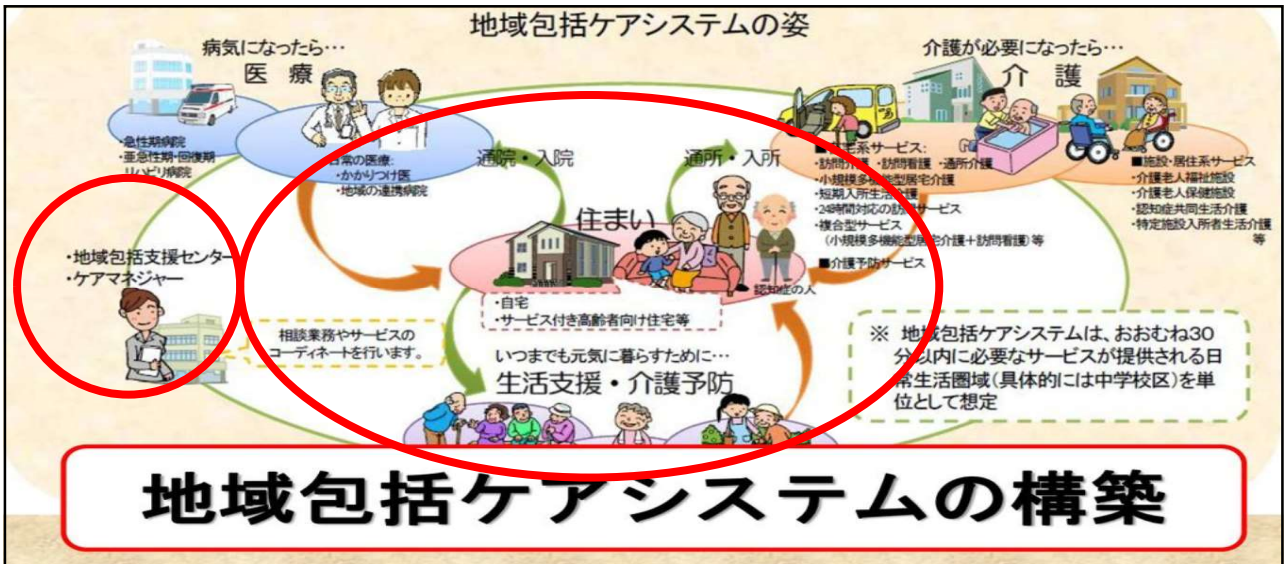
# 介護予防・日常生活支援総合事業の現状と課題 どうすれば、持続発展するのか

国際医療福祉大学大学院  
白澤政和

## 本日の話す内容

- 1 地域包括ケアシステムの課題
- 2 地域共生社会の課題
- 3 地域共生社会実現に向けての方法
  - ①家族支援
  - ②地域支援

# 1 地域包括ケアシステムの課題



地域包括ケアシステム実現の条件

- ①地域に住まい、医療、介護、生活支援、介護予防が、ある程度整っている。
- ②高齢者にそれらのサービスを調整し、必要な場合は生み出していく人材が必要である。

## 地域包括ケアシステムでの連携の仕組み

- 地域包括支援センターや介護支援専門員がケアマネジメントを介して、医療介護等の連携をしていく。
- ⇒これを促進する場が、①サービス担当者会議と②地域ケア会議の実務者会議
  
- 地域包括支援センターが生活支援コーディネーターや介護支援専門員と一緒に、地域での新たな資源を開発していく
- ⇒これを促進する場が、①地域ケア会議代表者会議と②生活支援コーディネーターの協議会

## 地域包括ケアシステムでの連携の課題

- ①介護、医療、住まい、生活支援、介護予防の5つのサービスが日常生活圏域に整っているか
  
- ②介護支援専門員や地域包括支援センター職員は、個々の高齢者に**必要な**サービスをデリバリーする能力を有し、実践しているか
  
- ③地域包括支援センター職員は介護支援専門員の協力のもとで地域で必要としているサービスを創り上げているか

## 地域包括ケアシステムでの残された課題

- 日常生活圏域での住民主体の土台ができ、そこに住まい、介護、医療、介護予防、生活支援とした支援が整うことで、利用者が可能な限り自宅で生活が続けられる。
- 住民主体の土台では、①住民が積極的に地域づくりに関わり、②ケアマネジャーや地域包括支援センターが個々の要介護・支援者や家族に必要なサービスを提供することが必要不可欠である。
- 住民の自主的な活動である生活支援サービスがほとんど整備されていない。（2割の保険者しか実施していない）
- この解決方法については、施策においても、実践においても、根本的な発想の転換が求められる。

### 総合事業 実施市町村数（2020年度）

サービスA：緩和した基準 B：住民主体 C：短期集中予防 D：移動支援

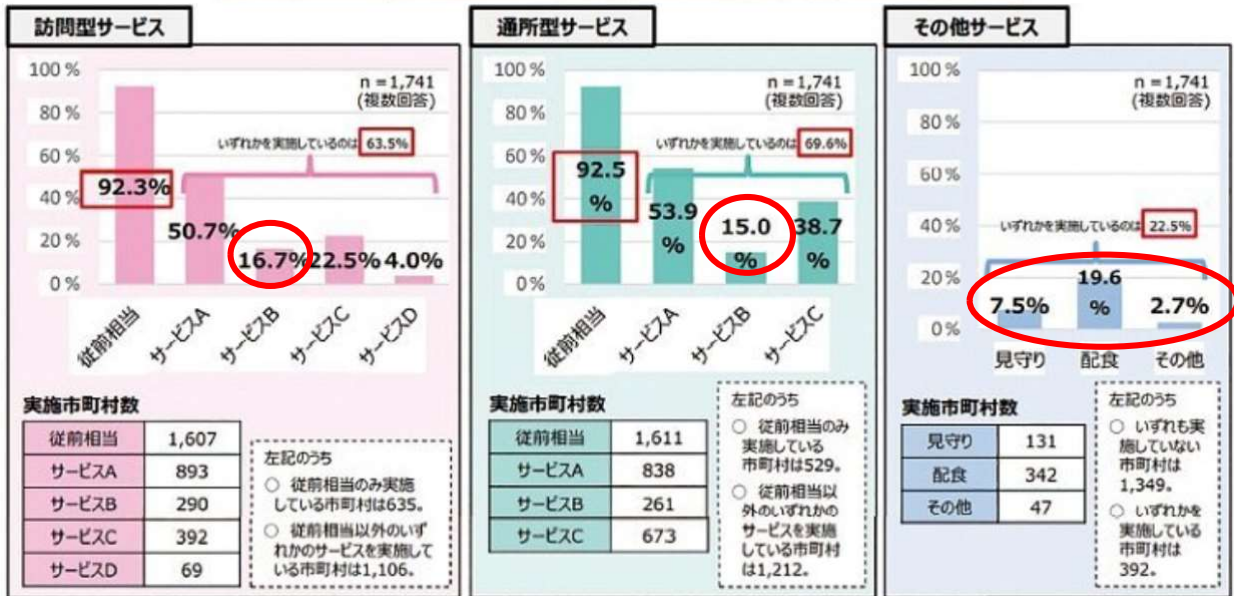


表1：総合事業の利用者数（実利用者数）

訪問型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	302,319	76.4	・ 制度改正前からの移行分
訪問A型	84,798	21.4	・ 市町村独自で認定する事業
訪問B型	5,144	1.3	・ 住民主体による事業
訪問C型	1,892	0.5	・ 短期集中のリハビリ事業
訪問D型	1,146	0.3	・ 住民主体の移動支援事業
その他	191	0.0	——
合計	395,490	100.0	——

通所型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	498,296	81.8	・ 制度改正前からの移行分
通所A型	88,394	14.5	・ 市町村独自で認定する事業
通所B型	12,350	2.0	・ 住民主体による事業
通所C型	9,831	1.6	・ 短期集中のリハビリ事業
その他	386	0.1	——
合計	609,257	100.0	——

出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：2021年3月現在の実利用者数。

## 総合事業での訪問サービスや通所サービス

- 多様な選択肢から、利用者が選ばれる仕組みを作ることが基本的な考え方
- 訪問型サービスAはヘルパー資格取得者でない者が実施する。通所型サービスAは短時間の通所介護である。➡財源抑制が目的
- 現実には、ほとんどの市町村でサービスBやサービスCが存在しない。
- サービスBやサービスCを作っている僅かな市町村では、利用者が選ぶというよりは、保険者が訪問介護や通所介護からサービスBに移行するよう、無理強いしている側面が強い。

## 総合事業の課題

- サービスAは業者がのるのか、訪問型は最低賃金近くて、人が集まるのか、通所型は要支援向けの時間短縮のデイサービスができただけ
- 
- サービスBは難しい
- これで、サービスと呼ばない方が良い
- **互助であるものが、共助や公助に位置付けられている**
- サービスCは危険
- 基準を決めて、実施すべき
- **廃用症候群や骨折等で要支援や要介護になった要因をもとに、基準化されるべき**

## サービスBの位置づけの決定的な問題

- フォーマルサービスとインフォーマルサポート（サービスB）の関係に5つのパターン（Bulmer, M: The Social Basis of Community Care. 182-188, Allen & Unwin, London (1987)）
- **①フォーマルサービスのインフォーマルサポートな社会資源の植民地化,**
- ②両者の競争ないしは葛藤,
- ③相互関連のない共存,
- ④両者の協同,
- ⑤両者間での混乱
- ④に相当する協同を確立するためには、フォーマルな側で「キーパーソン」ないしは「コーディネーター」を養成し、調整しなければならない今回のサービスBは、インフォーマルサポートがフォーマルサービスにより植民地化されたのでないか。このことは、インフォーマルサポートの良さが発揮できず、量的な増大は見込めないのではないか。

## 生活支援サービスの充実

- 市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図る。
- 生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークの構築、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行う生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置が始まった
- 地域活動を実際に動かしていく人材の配置→民生委員が認知症の人を見守る（虐待予防）活動、多くの団体や機関が協力してサロン活動の実施

13

## デイサービス（公助）



## デイケア（公助）



## 介護予防教室（互助）



## サロン活動（互助）



実施：ボランティア、民生委員

## オレンジ・カフェ（互助）



実施：認知症の人と家族の会、ボランティア、認知症サポーター、民生委員、社会福祉法人

## ミニデイサービス（互助＋公助）

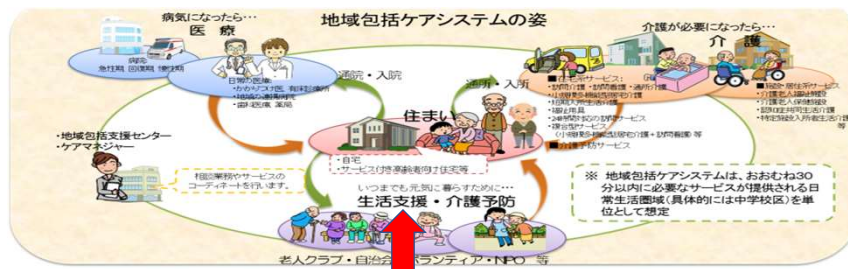


実施：民生委員、ボランティア、社会福祉法人、

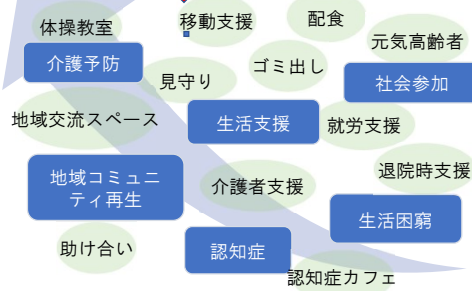
フィットネスクラブでのシニア向け活動



地域包括ケアシステムの姿



土台として、住民の幅広い地域活動



### 3 「地域共生社会」での地域づくりの方法

ケアマネジメント・プログラムの3つのモデル

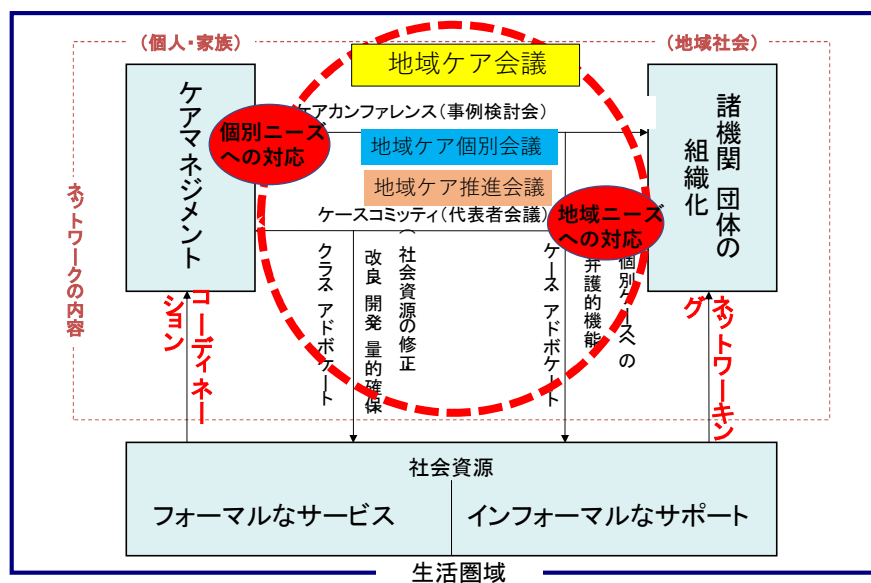
最小限モデル	コーディネーションモデル	包括的モデル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトリーチ</li> <li>・クライアント・アセスメント</li> <li>・ケアプラン</li> <li>・サービス提供者への送致</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトリーチ</li> <li>・クライアント・アセスメント</li> <li>・ケアプラン</li> <li>・サービス提供者への送致</li> <li>・クライアントの為のアドホカシー</li> <li>・直接ケースワーク</li> <li>・自然支援システムの開発</li> <li>・再アセスメント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトリーチ</li> <li>・クライアント・アセスメント</li> <li>・ケアプラン</li> <li>・サービス提供者への送致</li> <li>・クライアントの為のアドホカシー</li> <li>・直接ケースワーク</li> <li>・自然支援システムの開発</li> <li>・再アセスメント</li> <li>・資源開発のためのアドホカシー</li> <li>・サービス品質の監視</li> <li>・市民教育</li> <li>・危機介入</li> </ul>

## 地域ケアを推進する力

- コーディネーション＝ケアマネジメント  
みんな同じ方法で、同じようにできるようになってきた
- ネットワーキング＝コミュニティ・ケア  
地域の組織化というのは、百人百様→専門職ではない

23

## 日常生活圏域での地域づくりの枠組

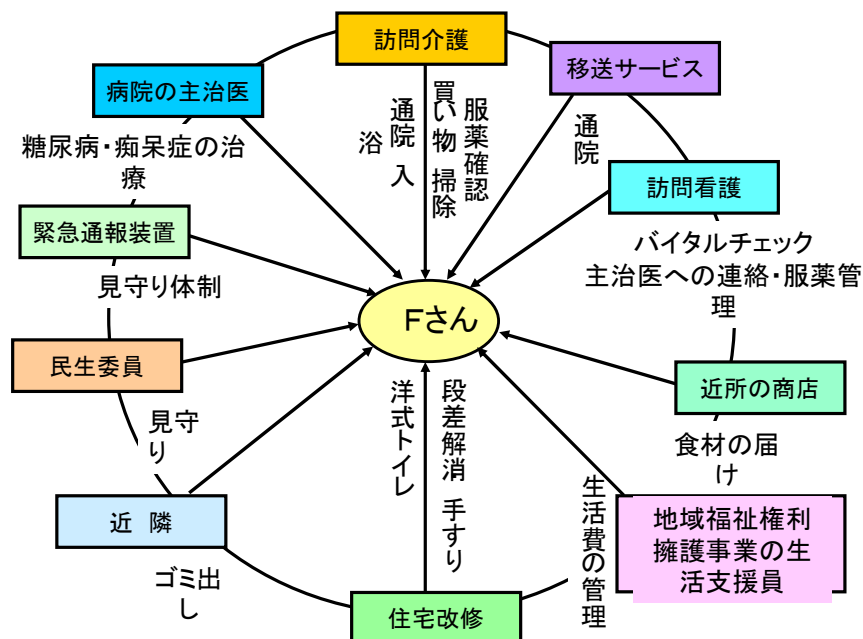


24

## 地域づくりの方法

- 適正なケアマネジメントの実施
- ケアマネジメントでの支援困難事例の検討（地域ケア個別会議）
- 支援困難事例から地域課題を抽出し、地域課題の解決に向けての検討（地域ケア推進会議）
- 多様な機関や団体が地域活動を実施する（まちづくり）

### ケアマネジメントによる個人を中心にしたネットワーク



26

居宅サービス計画書

利用者名 Aさん

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				援助内容					
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
通所介護の利用に慣れることで、生活に楽しみがもてるようになる	デイサービスの利用に慣れる	3ヵ月	混乱や不安なくデイサービスを利用できるようにする	1ヵ月	・送迎時の担当者を固定し、顔を覚えてもらう ・本人の好きな散歩や音楽を聴くなどの楽しみがもてるようにする	○	認知症対応サービス		4回/週	3ヵ月
本人が言葉での表現ができにくいため、表情や行動から本人の気持ちを理解できるように努める	言語での意思表示やうなずきなどの意思表示により、本人の気持ちを理解できる	3ヵ月	本人の表情・行動などを注意深く観察し、その意味を理解できるようにする	1ヵ月	・本人に理解しやすい声掛けを行う ・介護スタッフと家族の声掛けの方法を統一する ・本人の表情や行動を確認してケアを行う ・トイレサインを理解し、トイレの失敗を避ける	○	認知症対応サービス 妻・家族 ケアマネジャー		4回/週 毎日 適宜	3ヵ月
妻・家族が徘徊時の声掛けや対応の仕方を理解し、本人の混乱や不安を少なくする	徘徊時に妻や家族が適切な対応をすることで、本人の混乱や不安を少なくする	3ヵ月	本人が徘徊することの意味を理解できる	1ヵ月	・徘徊行動の前後の様子の観察を行う ・徘徊時には本人に適切な声掛けをおこなう ・言葉での制止や鍵をかけるなどの抑制をしないよう家族の理解を促す	○	認知症対応サービス 妻・家族 ケアマネジャー		4回/週 適宜 適宜	3ヵ月

(居宅サービス計画書)

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				援助内容					
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
食事量・水分摂取量・排便回数を把握し、体調不良などの把握に努める	健康管理が行える	3ヵ月	本人の訴えがないため、食事・水分摂取量・排便などの把握に努め、体調の変化の把握ができる	1ヵ月	・食事量・水分摂取量などを連絡ノートに記載する ・排便・排尿状態（回数）を連絡ノートに記載する ・顔色などからの変調を連絡ノートに記載する	○	妻 長男・次男 認知症対応サービス		毎日 4回/週	3ヵ月
家族とサービス専門所と専門医の連携を図り、安心で快適な住宅生活が送られるよう支援する	本人と妻が安心して快適な住宅生活が送られるようになる	3ヵ月	妻・家族が、介護の悩みや混乱を自由に話せるような関係づくりができる	1ヵ月	・送迎時にできるだけ時間をとり、妻と情報交換をする ・妻の介護疲れや悩みなどを話せる機会を毎日つくる ・認知症に関する資料などを渡し理解を深める ・服薬後の様子を専門医へ報告する ・服薬状態の確認を行う	○	認知症対応サービス ケアマネジャー  クリニック医師（専門医）		4回/週 適宜 1回/週	3ヵ月

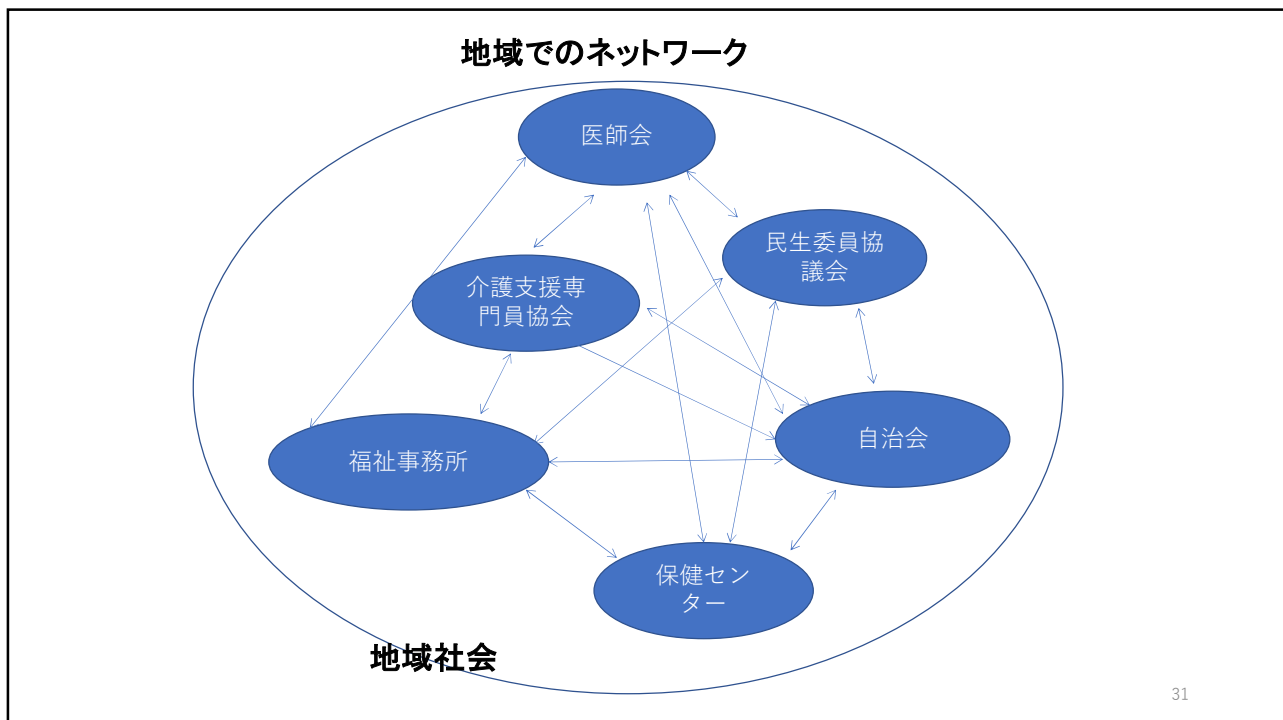
※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。  
 ※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## 地域ケア個別会議

- 支援困難事例の検討
- 支援困難の要因分析、①利用者特性、②支援者の能力、③制度欠落や環境の問題の相互作用（和気、2004）
- 方法
- ケアマネジメント過程をもとに検討
- 参加者は個々の事例に関与している、関与が必要な者
- 地域包括支援センターが主宰しての地域ケア会議

29





## 地域ケア推進会議（地域の団体・機関の代表者の会議）

- 地域のニーズについて検討する
- アセスメント→地域支援計画作成→実施→評価の手順で実施される
- 地域の団体や機関の代表者の会議
- 地域包括支援センターが主宰する

表 地域の支援計画表の例

地域の目標: 被虐待者の早期発見・早期対応を推進する

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
要介護者に対して、必要なサービスを利用してもらう	要介護者や家族のニーズに即した介護サービスの提供を行う	① 介護保険制度の利用促進パンフレットの作成	地域包括支援センターと行政で作成し、自治会を介して配布 配布先: 高齢者のいる世帯		2017年8月 配布
		② 介護支援専門員の家族介護者への支援方法のための勉強会の実施	講師: 大学教員 対象者: 介護支援専門員 事務局: 地域包括支援センター	市民会館	2017年5月 2017年10月
		③ 介護サービス未利用要介護者についての、要介護者および家族の状況把握の実施	保険者から情報を得て、地域包括支援センター職員が家庭訪問する 訪問後、地域包括支援センターで検討会を実施	未利用者の家庭	66ケースについて、 2017年5月～7月に実施
要介護者をかかえる家族と地域との関わりをつくる	要介護者家庭が地域との交流をもてるようにする	① 虐待事例についての、地域の役員に対する研修会の開催	講師: 地域包括支援センター 社会福祉士 対象: 民生児童委員、自治会役員 事務局: 民生委員協議会	市民会館	2017年8月 2018年2月
		② 認知症の人のいる家庭訪問活動の実施	民生委員協議会 事務局: 介護支援専門委員会が連絡調整	要介護の認知症に人の家庭	月に1回

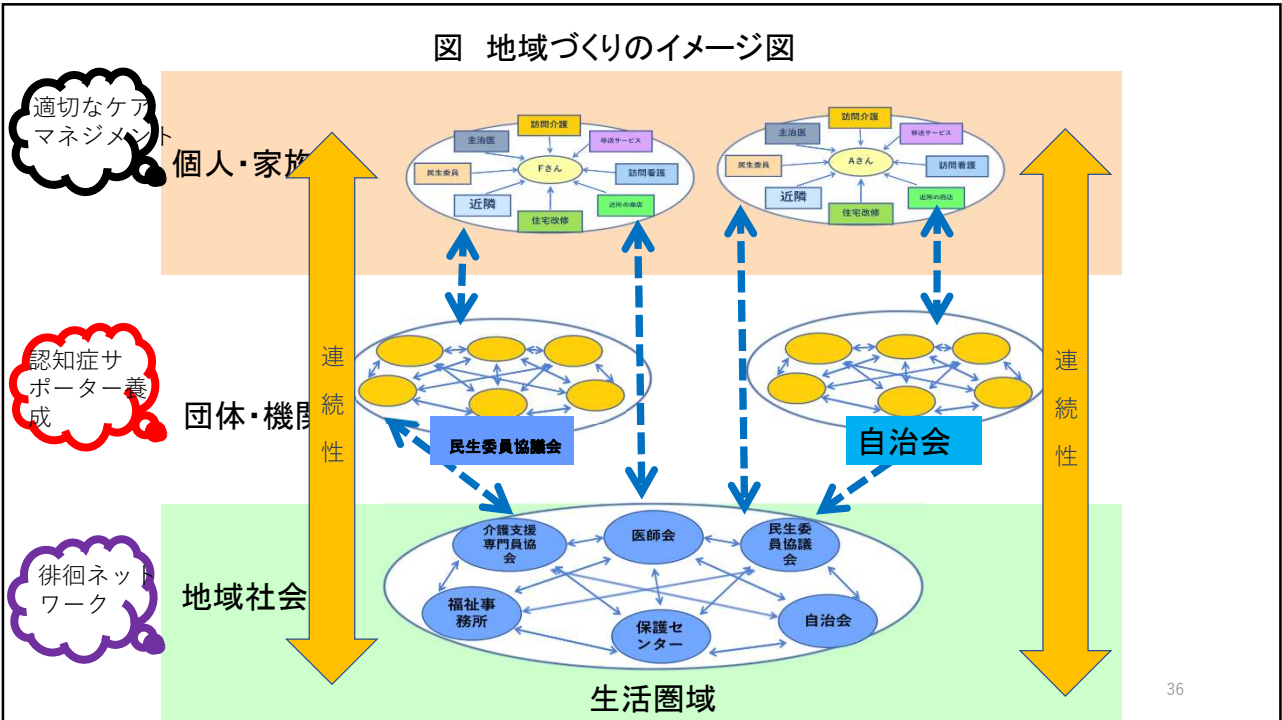
33

表1 地域支援計画表

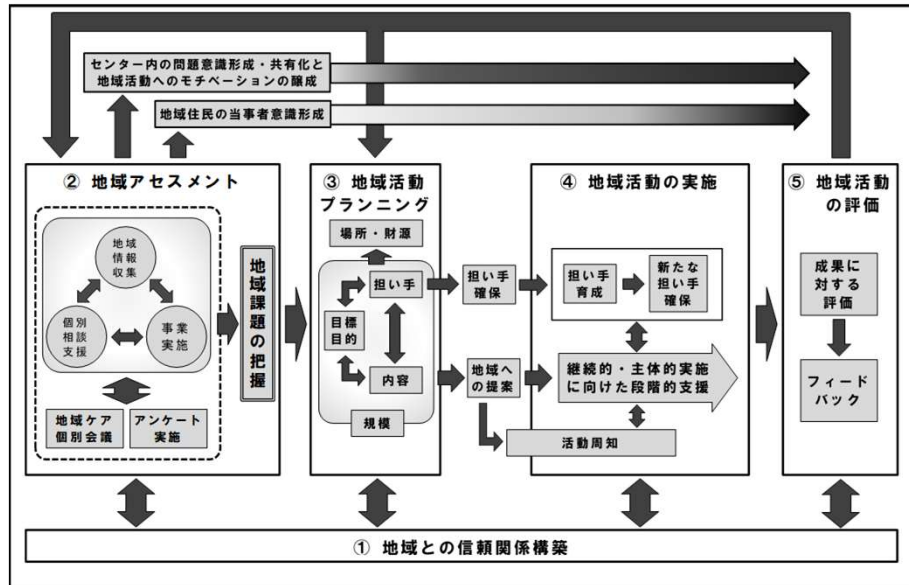
地域の目標: 「認知症になっても地域で住み続けられるまちづくりを目指して」

地域のニーズ	目標	活動内容	担当・役割	場所	実施時期
認知症支援の地域支援体制をつくりたい	地域住民が認知症に関心を持ち、認知症になっても、安心して過ごせる地域づくり	行政、関係機関、地域住民から成るネットワーク連絡会を設立し、具体化を図る	委員: 民生委員、商工会、サービス事業者、自治会等の代表者、15名 事務局: 地域包括支援センター	町公民館会議室	年2回(5月、3月)
認知症に対する正しい理解を広めたい	認知症サポーター養成等を活発化し、地域住民へ認知症の正しい理解を広げていく	「町キャラバン・メイト連絡会」(仮称)を結成し、町内10カ所で養成講座を実施する	メイトへの連絡: 担当課 講座の手配: 民生委員 事務局: 地域包括支援センター	さわやかハウス2階会議室、町内自治公民館	発足: 8月 講座: 5月～12月
介護家族の介護負担を軽減したい	家族のニーズや地域性、時代に適した支援を検討し、実施していく	「介護者のつどい」の定期開催と男性介護者のための「介護講座」を実施する	内容の検討: 町内サービス事業者男性職員代表 家族への働きかけ: ケアマネジャー 事務局: 地域包括支援センター	町公民館会議室	6月～2月 5月から毎月(第2火曜日)

資料: 「岩手県矢巾町地域包括支援センター吉田均「認知症支援に取り組むネットワーク連絡会と四つの部会の取組」『ネットワーク』124号、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会会報、2015年、～9頁



図：高齢者の生活を支える地域支援体制の構築に向けた実践のプロセス



## 地域づくりの過程

- 『①地域との信頼関係構築』
- 『②地域アセスメント』
- 『③地域活動プランニング』
- 『④地域活動の実施』
- 『⑤地域活動の評価』

## 支援困難事例を通じた地域アセスメント

- 類似の支援困難事例の累積から、アセスメントをする
- 例示
- 虐待事例を累積的に分析する。
- ①被虐待者はすべて認知症であった。
- ②介護サービスの利用について拒否的であった。
- ③近隣との関わりがなかった。
- ④インフォーマルなサポートを利用していなかった。
- ここから、地域の課題が明らかになっていく。

表 地域の支援計画表の例

地域の目標:被虐待者の早期発見・早期対応を推進する

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
要介護者に対して、必要なサービスを利用してもらう	要介護者や家族のニーズに即した介護サービスの提供を行う	① 介護保険制度の利用促進パンフレットの作成	地域包括支援センターと行政で作成し、自治会を介して配布 配布先：高齢者のいる世帯		2017年8月 配布
		② 介護支援専門員の家族介護者への支援方法のための勉強会の実施	講師：大学教員 対象者：介護支援専門員 事務局：地域包括支援センター	市民会館	2017年5月 2017年10月
		③ 介護サービス未利用要介護者についての、要介護者および家族の状況把握の実施	保険者から情報を得て、地域包括支援センター職員が家庭訪問する 訪問後、地域包括支援センターで検討会を実施	未利用者の家庭	66ケースについて、 2017年5月～ 7月に実施
要介護者をかかえる家族と地域との関わりをつくる	要介護者家庭が地域との交流をもてるようにする	① 虐待事例についての、地域の役員に対する研修会の開催	講師：地域包括支援センター 社会福祉士 対象：民生児童委員、 自治会役員 事務局：民生委員協議会	市民会館	2017年8月 2018年2月
		② 認知症の人のいる家庭訪問活動の実施	民生委員協議会 事務局：介護支援専門委員会 が連絡調整	要介護の認知症に人の家庭	月に1回

## 活用する地域の人々

- 民生委員、自治会の役員⇒金太郎飴
- 新たな人々を発掘していく。
  
- 閉じこもりが100万人
- 社会的孤立が世界で最も多い。
  
- こうした人々も含めた発掘
  
- 役割がない、居場所がない⇒ 新たな役割や居場所をつくる
  
- サービスの利用者とサービスの提供者を一体的にしていく。

## まとめー地域づくりの方法

- 地域の人々と一緒に実施する
- 地域のニーズ（課題）を明らかにする
- PDCAサイクルで地域活ただし動を導き出す
- 地域活動は、地域の人々がしたいこと（役割）やいたい所（居場所）をものに、決定する
  
- 個別支援のケアマネジメントと同じ方法である。
- ただし、地域活動の決定については、地域についてのアセスメントが必要である。

## 地域共生社会構築には地域福祉計画の発想

- 地域福祉計画は、地域福祉推進の主体である地域住民等の参加を得て、地域生活課題を明らかにするとともに、その解決のために必要となる施策の内容や量、体制等について、**庁内関係部局はもとより、多様な関係機関や専門職も含めて協議の上**、目標を設定し、計画的に整備していくことを内容とする。
- 地域福祉計画の策定は、「**地域における高齢者の福祉、障害者の福祉、児童の福祉その他の福祉の各分野における共通的な事項**」を記載する、いわゆる「**上位計画**」として位置付けられた。
- 介護保険制度の対象者議論に発展していく。（ニーズのある人に介護サービスを提供する（0歳から100歳の介護保険）

## 連携には、相談職員の実力の養成

- 家族支援能力が必要
- 従来の家族病理学の発想から脱却して、家族レジリエンスの発想が必要
- 地域支援能力が必要  
従来の問題解決型の地域課題を明らかにして、その解決方法を地域の関係者と協議していくことに加えて、地域のレジリエンスを捉えた支援が必要

## 地域包括ケアシステムでのケアマネジャーの役割

- 第1は、個々の利用者ができる限り長く在宅生活が継続できるように支援すること＝個別支援  
そのためには、「自立支援」と「家族支援」が重要となる
- 第2は、在宅生活を可能にする地域づくりに積極的に関与すること  
地域包括支援センターとの共同での活動

## 今後のケアマネジメント

- 従来の縦割りでのケアマネジメントでは、多くの人々や家族が落ちこぼれる
- 自らの対象以外の困っている人や世帯（例示：8050の世帯、外国人就労者で生活に困っている者等）に対して、相談にのることができる社会福祉法が6月にできた。
- 重層的包括支援体制と呼ばれ、市町村が決めた相談機関で実施可能となった。

## まとめ

- ケアマネジャーは利用者世帯に対応するため、今までの医療や介護の連携だけでなく、相談機関間での連携が求められる。
- ケアマネジャーは地域づくりを業務に入ってきており、その場合には、地域ケア会議や協議会への主体的な参加が求められる。