



総論

(一) 「地域包括ケアシステム」

1 「地域包括ケアシステム」とは

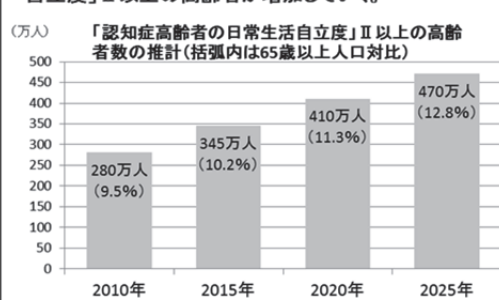
「2025年問題」が指摘されています【参考1】。

【参考1】「2025年問題」

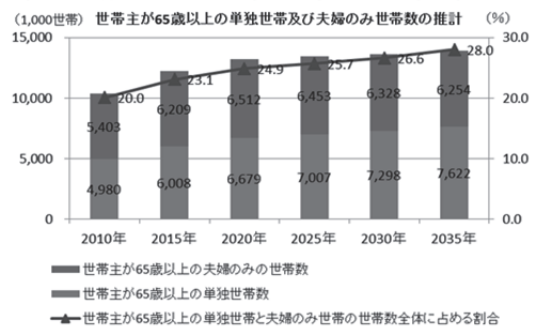
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

<出典>厚生労働省

すなわち、平成37年(2025年)には、「団塊の世代」(注1)が75歳以上に到達し、未曾有の「超高齢社会」が到来します。

注1 「団塊の世代」とは、第2次世界大戦直後の昭和22年(1947年)～昭和24年(1949年)に出生した「第1次ベビーブーム世代」をいう。

この点、桑名市でも、75歳以上人口が大幅に増加します【参考2】。

【参考2】桑名市の人口構造

区 分	平成22年 (2010年)実績	平成37年 (2025年)推計	平成47年 (2035年)推計
0～14歳人口	20,426人 (100.0)	15,404人 (75.4)	13,756人 (67.3)
15～64歳人口	89,400人 (100.0)	83,783人 (93.7)	75,835人 (84.8)
65歳以上人口	30,464人 (100.0)	38,834人 (127.5)	41,695人 (136.9)
うち 75歳以上人口	14,130人 (100.0)	23,064人 (163.2)	24,167人 (171.0)
総 人 口	140,290人 (100.0)	138,021人 (98.4)	131,286人 (93.6)
死 亡 者 数	1,199人 (100.0)	1,683人 (140.4)	1,805人 (150.5)

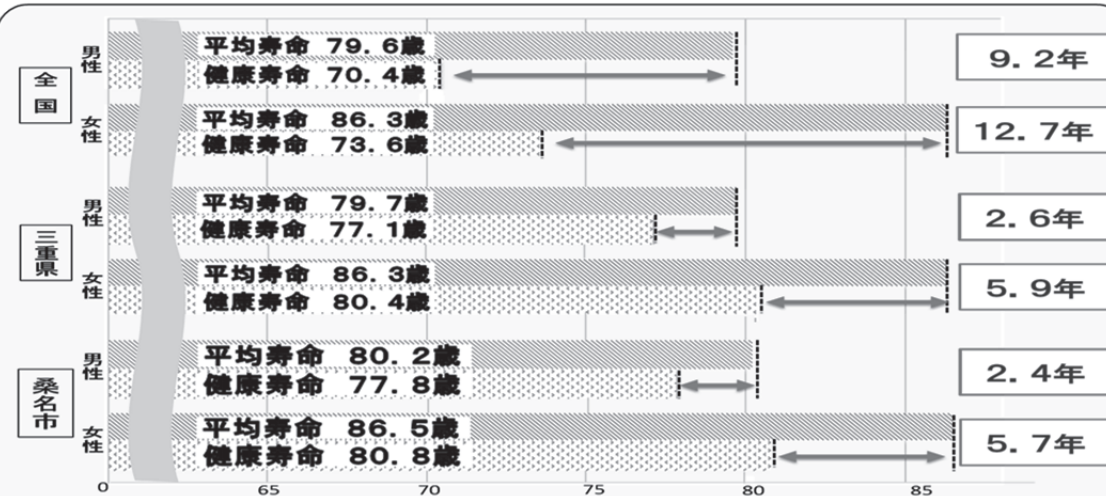
※括弧内は、対平成22年(2010年)比である。

＜出典＞ 「桑名市の将来人口推計」(平成26年2月桑名市)(死亡者数は、国立社会保障・人口問題研究所等。)

したがって、まずは、健康寿命が延伸して平均寿命に近づくよう、すなわち、高齢になっても、可能な限り、元気で生き生きと暮らし続けられるよう、一人ひとりでも、地域全体でも、努力しなければなりません【参考3】。

【参考3】全国及び三重県と比較した桑名市の平均寿命及び健康寿命

- 全国の「健康寿命」は、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」。
- 三重県及び桑名市の「健康寿命」は、「日常的に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を送ることができる期間」。



<出典>「平成22年度都道府県別生命表」(平成25年2月28日厚生労働省)
「平成22年市区町村別生命表」(平成25年7月31日厚生労働省)
「三重の健康づくり基本計画(平成25年度～平成34年度)」(平成25年3月三重県)

その上で、医療や介護を必要とする状態となっても、可能な限り、住み慣れた地域で暮らし続けることは、大半が虚弱な期間を経て人生の最期を迎える高齢者^(注2)にとっては、「リロケーションダメージ」、すなわち、急激な生活環境の変化に伴う心身機能に対する悪影響を生じない点で、望ましい^(注3)ほか、多くの人々の希望に合致します^(注4)。

注2 「理想的な人生の最後の話になると、‘ピンピンコロリ’という言葉が出てくるが、そんなにうまくのぞみ通りになることは稀であり、むしろ全ての人が亡くなる前まで自立生活を可能にできる訳ではなく、むしろ大なり小なり大半の高齢者が虚弱な期間を経ることになるという時代を迎えている。」「これからの急速な高齢化の波を目前にして、我々は予防に改めて徹するとともに、虚弱になっても医療と介護の連携の下で、生活支援サービスも兼ね備えた住まい（および住まい方）で、『その人らしく、生活者として住み慣れた生活の場で生き切る』ことをいかに達成するのが大切なのである。」等とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。

注3 「高齢者のための国際連合原則（United Nations Principles for Older Persons）」（平成3年（1991年）12月16日国際連合総会決議46／91）は、「自立（Independence）」について、「高齢者は、可能な限り長く自宅に住むことができるべきである。（Older persons should be able to reside at home for as long as possible.）」等としている。また、「できる限りケアを受ける場所を変えずに、可能な限り住み慣れた場所にとどまってケアを受けられるような仕組みをつくることが重要である。急激な生活環境の変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられる姿が望ましい。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書（平成26年3月地域包括ケア研究会））。さらに、「在宅医療、あるいは自宅で亡くなる、自宅で最期を看取るということに関連して、キーワードのように出てくる言葉に『リビング・イン・プレイス』があります。住み慣れた土地で暮らし、そこで一生を終えるという意味です。」「おそらく、リビング・イン・プレイスのプレイスとは、単なる場所や建物としての家ではないのでしょう。それは、そこにおいて自分が自由に過ごすことができる環境ということです。この『自由に過ごせる』ということが、人間の幸福にとっては極めて大きな条件だと思うのです。」等とされている（武藤真祐「幸福死のすすめ：自分の家で最期を迎える」（平成25年4月））。

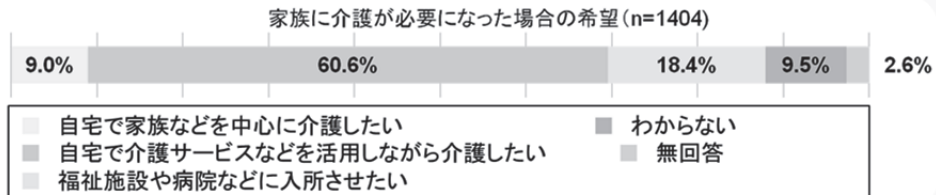
注4 「死期が迫っているときの療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている。その理由としては、『家族への負担』と『急変した時の対応への不安』をあげる者が多い。」とされている（「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」（平成22年12月））。また、「施設志向は少なからず存在するが、その理由は家族への配慮や介護不安等であり、施設入所は高齢者本人が希望してのものではないケースが多いことが指摘されている。」とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。

これは、桑名市でも、おおむね同様です【参考4】。

【参考4】桑名市における介護に関する希望

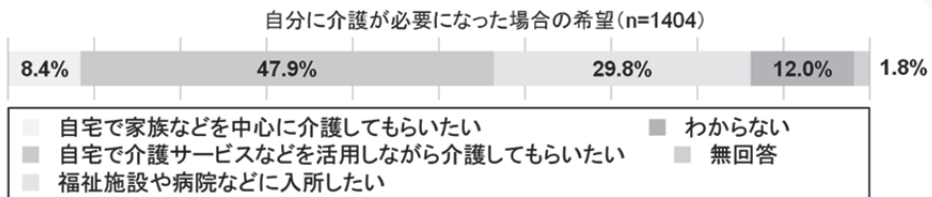
1. 家族に介護が必要になった場合の希望

- 「自宅で介護サービスなどを活用しながら介護したい」が60.6%。
- 「福祉施設や病院などに入所(入院)させたい」が18.4%。



2. 自分に介護が必要になった場合の希望

- 「自宅で介護サービスなどを活用しながら介護してもらいたい」が47.9%。
- 「福祉施設や病院などに入所(入院)したい」が29.8%。



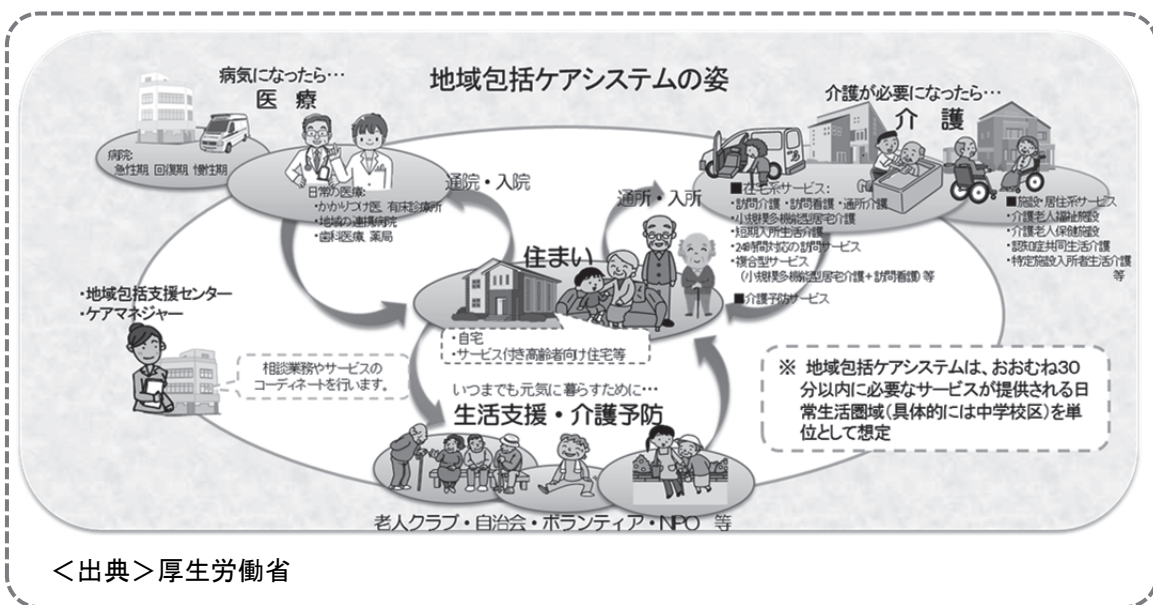
<出典>「桑名市地域福祉に関する市民アンケート結果報告書」(平成25年3月)

このため、平成37年（2025年）を目途に、「地域包括ケアシステム」
(注5) を構築することが求められます【参考5】。

【参考5】「地域包括ケアシステム」とは

「全員参加型」で 「2025年問題」を乗り越えるための 「地域支え合い体制づくり」

注5 「地域包括ケアシステム」とは、「地域の実情に応じて、高齢者が、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、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」をいう（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）第4条第4項及び地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第2条第1項）。また、「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。」とされている（介護保険法（平成9年法律第123号）第5条第3項）。なお、『「地域包括ケア」という言葉をそのものずばりとしていたのは、広島県御調町（現在は尾道市）の公立みつぎ総合病院の山口昇医師である。山口医師は、脳卒中などの患者の生活の質の向上を図っていくためには、治療、予防、リハビリテーション、介護、福祉を、専門家によるサービスだけではなく、地域ぐるみで住民参加で展開していかなければならないということで、昭和50年代から、この『地域包括ケア』という言葉を用いていた。』等とされている（宮島俊彦「地域包括ケアの展望：超高齢化社会を生き抜くために」（平成25年3月））。



これは、高齢になっても、独り暮らしになっても、認知症^(注6)になっても、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けられるよう、日常生活圏域^(注7)を単位として、自宅を始めとする住まいを確保した上で、医療、介護、予防及び日常生活支援を一体的に提供する^(注8)ための地域づくりです。

注6 認知症とは、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障を生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」をいう（介護保険法第5条の2）。

注7 「日常生活圏域」とは、市町村において、「住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域」をいう（介護保険法第117条第2項第1号）。

注8 「地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで『介護』『医療』『予防』『生活支援サービス』『住まい』という5つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、『介護・リハビリテーション』『医療・看護』『保健・予防』『福祉・生活支援』『住まいと住まい方』となる。」「『住まいと住まい方』を地域での生活の基盤をなす『植木鉢』に例えると、それぞれの『住まい』で生活を構築するための『生活支援・福祉サービス』は植木鉢に満たされた養分を含んだ『土』と考えることができるだろう。『生活（生活支援・福祉サービス）』という『土』がないところに、専門職の提供する『介護』や『医療』『予防』を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。」及び「『5つの構成要素』としては掲げていないが、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として『本人と家族の選択と心構え』について触れておく必要がある。2025年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたという最期も珍しいことではなくなるだろう。常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。」とされている（平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月地域包括ケア研究会））。

このような「地域包括ケアシステム」の構築は、「自助」・「互助」・「共助」・「公助」^(注9)を組み合わせることにより、実現されます^(注10)。

そのためには、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続ける意義について、サービスを提供する側かサービスを利用する側かを問わず、地域全体で問題意識を共有した上で、それぞれの立場でそれぞれの役割を果たさなければなりません。

このように、「地域包括ケアシステム」の構築は、「全員参加型」で「2025年問題」を乗り越えるための「地域支え合い体制づくり」です。

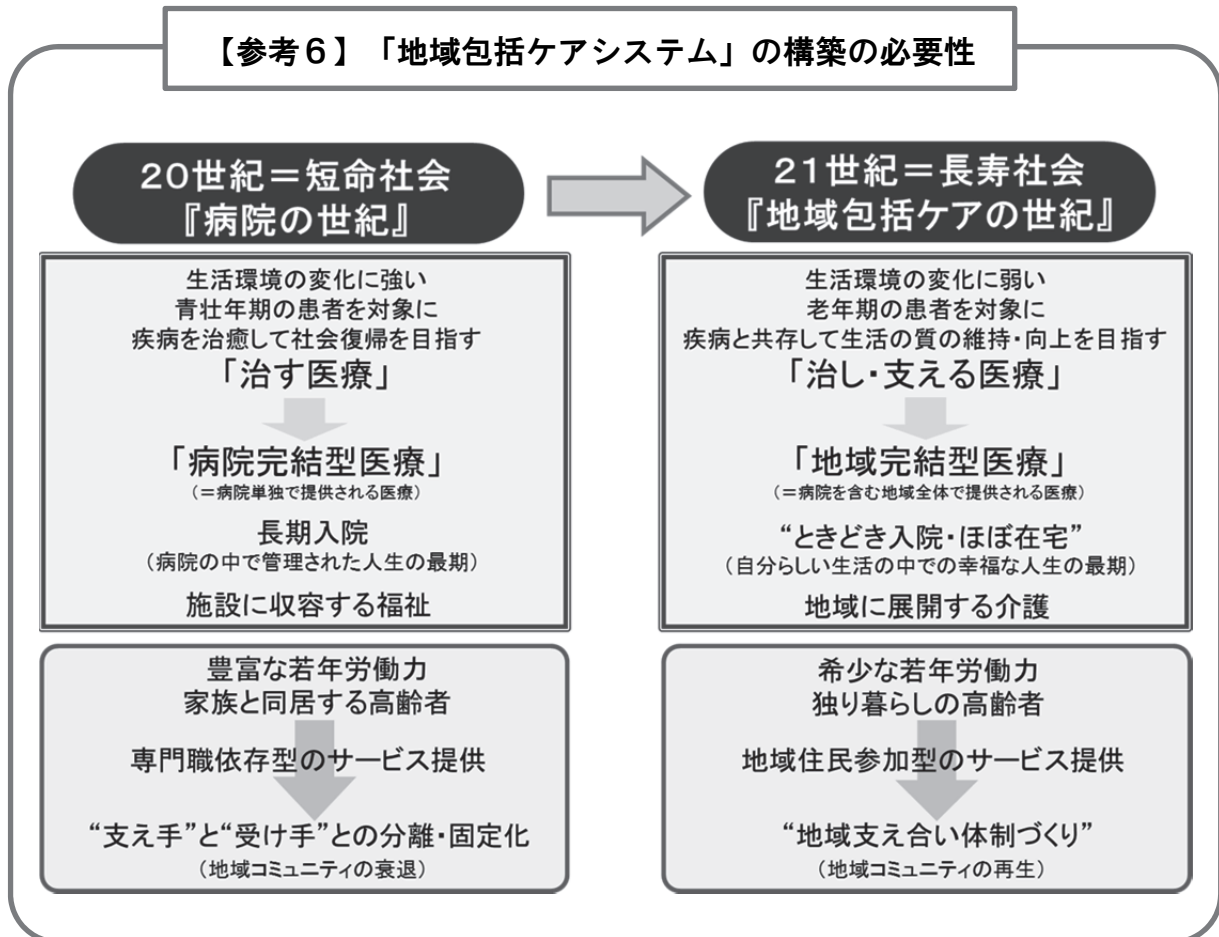
注9 「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという『自助』を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである『共助』が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの『公助』が補完する仕組みとするものである。この『共助』の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。したがって、日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される『自助の共同化』としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完するという位置づけとなる。なお、これは、日本の社会保障の出発点となった1950（昭和25）年の社会保障制度審議会の勧告にも示されている。」及び「地域内には、制度としての医療・介護サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いを『互助』と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする『互助』の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。

注10 「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供も含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである。専門職、介護事業者、行政だけでなく、本人（高齢者）や家族、町内会等の住民組織、コンビニや商店、郵便局など様々な地域の諸主体、すなわちすべての住民が関わり、『自助』『互助』『共助』『公助』を組み合わせ、『住まい』『生活支援・福祉サービス』『医療』『介護』『予防』の面で相互に支えあうことによって実現する。」とされている（平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月地域包括ケア研究会））。

2

「地域包括ケアシステム」の構築の必要性

「地域包括ケアシステム」の構築は、少子高齢社会に対応するために避けて通れない一大改革です【参考6】。



具体的には、長寿社会では、疾病構造が変化します。

すなわち、従前の医療の中心は、生活環境の変化に強い青壮年期の患者を対象として、疾病を治癒し、社会復帰を目指す「治す医療」でした。

これに対し、今後の医療の中心は、生活環境の変化に弱い老年期の患者を対象として、疾病と共存し、生活の質の維持・向上を目指す「治し・支える医療」となります。

例えば、

- ① 通院が困難である患者^(注11)
 - ② 治癒に至らない脳血管疾患を抱える患者
 - ③ 誤嚥による肺炎や転倒による骨折で入退院を繰り返す患者
- 等が増加します。

このようなニーズに的確に対応するためには、

- ① 「病院完結型医療」、すなわち、病院単独で提供される医療から
- ② 「地域完結型医療」、すなわち、病院を含む地域全体で提供される医療
（「ときどき入院・ほぼ在宅」）へ

の構造的な転換^(注12)を実現しなければなりません。

注11 「在宅医療の不十分な病院医療中心の今の体制では、通院困難な高齢者に一定程度以上の医療が必要になった時は入院の選択肢しかなく、結果的に入院することにより、廃用症候群（すなわち寝たきり）、そして認知症になることも少なくない。不必要な入院防止という観点からも、在宅という生活の場に医療が及ぶことが必要である。そして、本人や家族が求めれば、生活の場で看取することも必要となる。」等とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。

注12 「平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の病気を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながら『QOL（Quality of Life）』の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての『病院完結型』から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える『地域完結型』の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。また、「病院の世紀の理論の含意の1つは、20世紀末をもって20世紀的医療の時代＝病院の世紀も終焉するということである。とすれば、今日の医療は、20世紀を通じて存在してきた医療構造が解体する過程のそれであるということになり、そのことは、医療政策に対して、長期的展望に基づく医療システムの基本デザインの設計を要請することになる。」等とされている（猪飼周平「病院の世紀の理論」（平成22年4月））。

これは、他の先進国^(注13)とおおむね同様です【参考7】。

【参考7】他の先進国と比較した我が国の医療提供体制

- 日本の医療を見てみると、人口当たりの病床(ベッド)数は他国よりも多く、特にベッド当たりの医師数は相当低い水準となっている。
- 高齢化の進展により、医療ニーズが、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

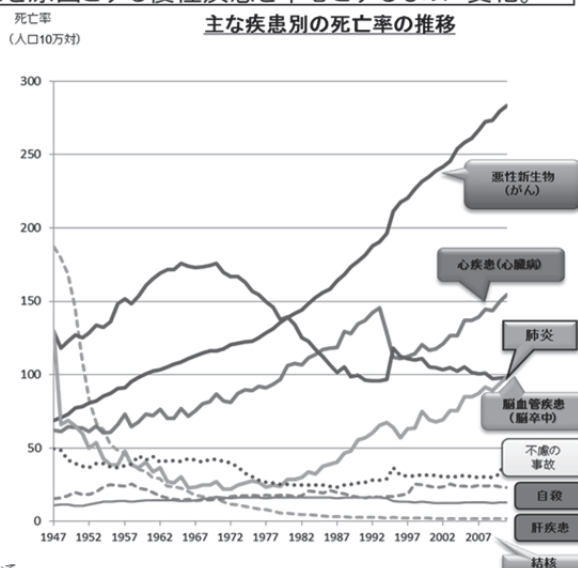
出典(左図):「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

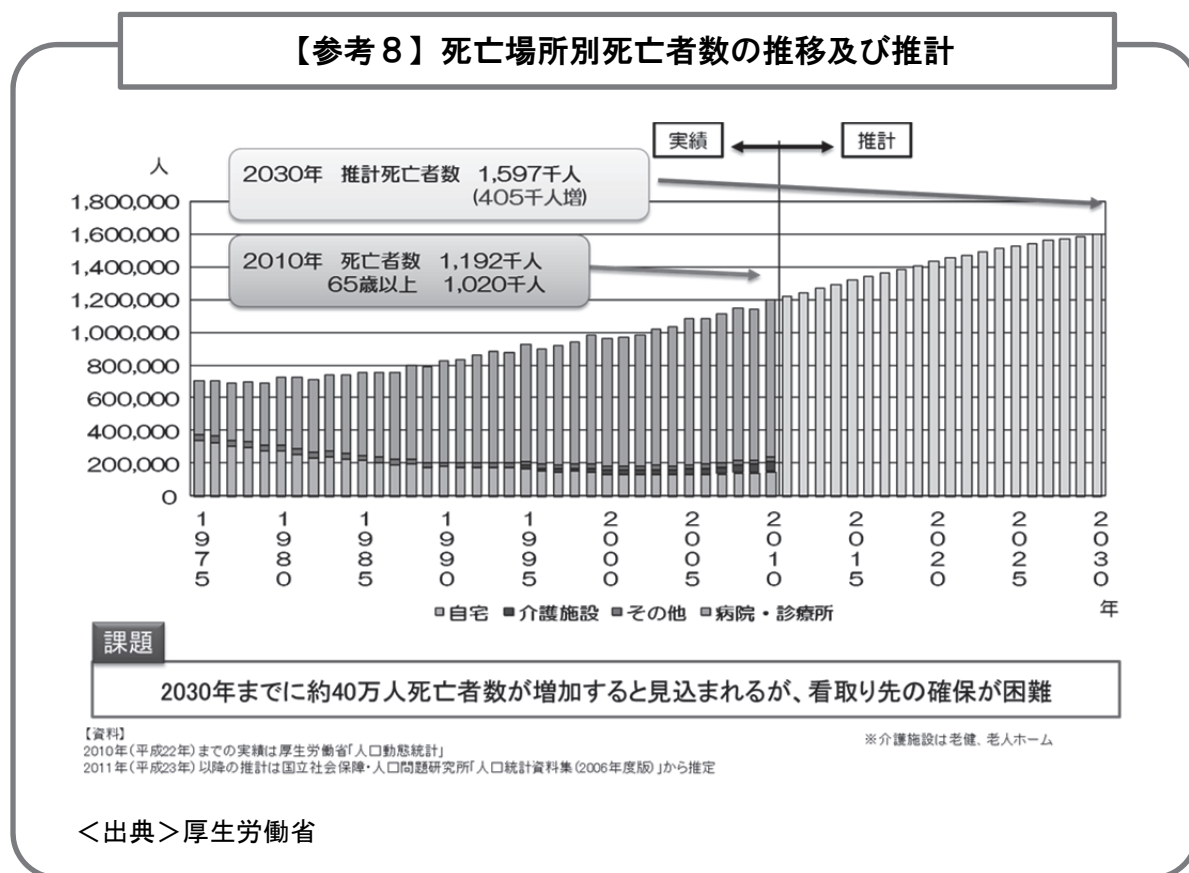


出典(右図):「人口動態統計(1947～2011年)」

<出典>厚生労働省

注13 「1970年代、1980年代を迎えた欧州のいくつかの国では、主たる患者が高齢者になってもなお医療が『病院完結型』であったことから、医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチのあることが認識されていた。そしてその後、病院病床数を削減する方向に向かい、医療と介護がQOLの維持改善という同じ目標を掲げた医療福祉システムの構築に進んでいった。」とされている(「社会保障制度改革国民会議報告書」(平成25年8月6日))。

とりわけ、今後、死亡者数が大幅に増加し、未曾有の「多死社会」が到来します【参考8】。



このような環境の変化に的確に対応するためにも、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への構造的な転換と表裏一体の関係にある「地域包括ケアシステム」の構築^(注14)に向けて一步一步着実に取り組まないと、将来、いわゆる「死に場所難民」^(注15)が生じかねません。

注14 「高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。」及び「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。」とされている(「社会保障制度改革国民会議報告書」(平成25年8月6日))。

注15 「あくまでも数字上の話ですが、厚労省の推計によれば、2030年には47万人の死に場所が、病院に確保できない可能性があるとのこと。言葉はよくありませんが、いわゆる『死に場所難民』が発生する可能性が高いのです。」等とされている(武藤真祐「幸福死のすすめ：自分の家で最期を迎える」(平成25年4月))。

むしろ、「地域包括ケアシステム」の構築を成し遂げると、

- ① 大半の人々が住み慣れた地域と切り離されて「病院の中で管理された人生の最期」を迎えざるを得ない社会^(注16) から
- ② 多くの人々が自宅を始めとする住まいで暮らし続けて「自分らしい生活の中での幸福な人生の最期」を迎えられる社会^(注17) への構造的な転換が実現されます。

注16 「医療機関での看取りが圧倒的に多くなった理由の一つとして、わが国はこれまで高度先進医療のめざましい技術革新を軸として、わが国の医療が病院信仰とも表現されるような病院医療中心で展開してきたことが考えられる。具体的には、病院医療は治すことを目標に、患者が1分1秒でも延命できることをめざしてきた。あえて言うなら、死と闘うという医療を展開してきたと言える。そして、治療は技術が高度化するほど、入院治療が中心となることである。その結果、病院で亡くなるようになったと言える。」「病院における入院患者というのは、治療に協力すべき存在といえる。」等とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。また、「病院というところは、少しでも可能性があれば積極的な治療をしようとするところです。治療の効果については考えますが、その治療を施すことによって患者さんの人生から失われるものは何かということまでは、あまり、考えません。病院の医師には目の前の患者さんの治療がすべてです。」「たとえば病院に入院していると、朝6時になれば部屋の電気がつき、カーテンが開かれて、朝食が運ばれてきます。昼食も夕食も決められた時間に食べ、消灯時間になると眠くもないのにベッドに入らなくてはなりません。」「仕方のないことですが、病院は制約が多く、制限が強い。ですから嫌になってくるし、耐えられなくなってくるのです。」等とされている（武藤真祐「幸福死のすすめ：自分の家で最期を迎える」（平成25年4月））。

注17 「在宅で暮らす在宅医療の患者は、生活者といえる。在宅では、病院にいる患者と同じ症状であっても、足元にはペットが歩いていやされたり、食事の匂いもちこもり鍋物も食べられる。体調が許せばアルコールを飲むことさえもできる。そして、痛いときにそれを在宅医療により管理してもらえれば在宅生活を続けられる。つまりは、同じ病状でも在宅では生活者であるということである。長生き社会となり誰もが老いて虚弱な期間を迎えるのが普通となった現在、生活者であり続けることが私たちの本来の生きる価値といえ、それをいかに実現していくかが重要と考える。」等とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。また、「患者さんにとっては、病気は生活の一部です。仕事やご家族のことも含めた、生活全体の一部です。」「患者さんの生活や人生のなかに病気を位置づけたときに生じる本当の意味での治療の意味については、やはり、かかりつけ医、在宅医、あるいはケアマネージャーやソーシャルワーカーなど、その患者さん、ご家族、療養環境などをよく知っている人たちが総合的に判断して、よりよい療養生活を組み立てていくべきだと思います。」「誰しも本当は、好きなときに好きなことをしたいのです。それができるのは、そこが必ずしも住み慣れた場所や家だからということではなく、それができる環境だからということです。起きたい時間に起き、寝たい時間に寝る。ごはんを食べる時間も決められていません。」「そうした日常的な、ある意味ではささいなことが、私たちに最高の満足を与えているのではないのでしょうか。好きなときに好きなものが食べられて、いざとなったら少しはお酒を飲むこともできる。それが幸せだったりします。病院にいたら、そんなことはできません。」等とされている（武藤真祐「幸福死のすすめ：自分の家で最期を迎える」（平成25年4月））。

これは、「生の質（QOL）」及び「死の質（QOD）」、すなわち、幸福な人生及びその最期^{（注18）}に貢献するものと期待されます。

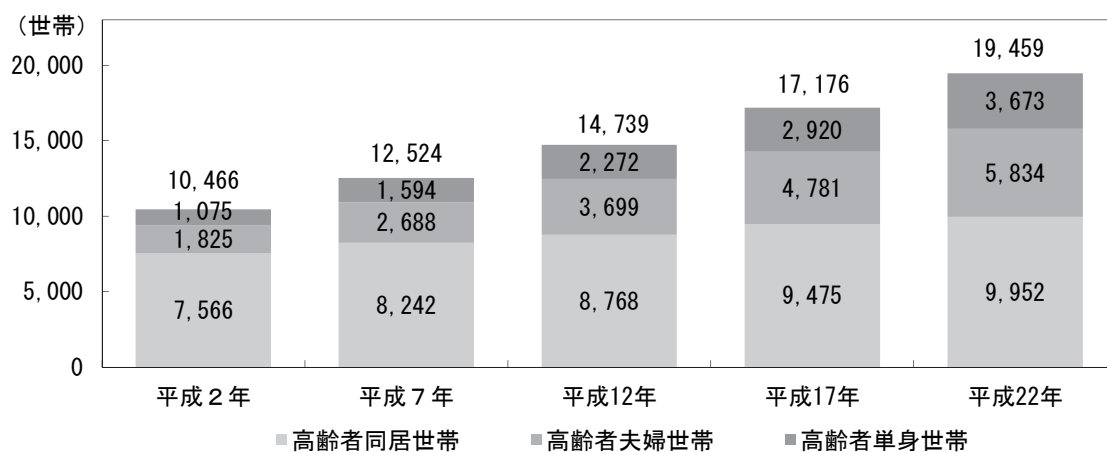
注18 「超高齢社会に見合った『地域全体で、治し・支える医療』の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた『QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療』—も入ってこよう。『病院完結型』の医療から『地域完結型』の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。また、「強調したいことは、病院が追いつめられるから在宅医療が必要だということではなく、在宅医療が政策として本来必要であるということである。」「病院信仰ともいうべき病院医療への依存だけで超高齢社会を迎える人々は幸せといえるのか、地域で皆が学び考えるよう地域啓発をしていくことも極めて重要となる。」等とされている（東京大学高齢社会総合研究機構「地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み」（平成26年4月））。さらに、「在宅ひとり死を希望し、ひとりで亡くなっていく人はおおむね、『希望死・満足死・納得死』です。しかし、強制入院させられ、望まない病院で死ぬということは『孤独死・敗戦死・刑務所死』となる可能性が高いということです。」「私のいう孤独死とは、一般的にいう『ひとり暮らしでひとりの状態で死に、誰にも発見されずに放っておかれた』死に方だけでなく、周りに誰かがいても誰とも心が通わず死んでいくことも含みます。病院は治療の場ですから、治療法がなくなった人、告知を受けていないために嘘をつき続けなければいけない人には、医療者もあまり近づきたがらず、どうしても孤立しがちです。私が『（本当の）孤独死は病院で起きている』と感ずる由縁です。『敗戦死』とは、病院で手術や放射線治療、化学療法で戦ったものの刀折れ、矢尽き、最後は治療法がなくなって死んでいくことです。『刑務所死』とはもっとも生命の安全・安心を守られてはいるものの、病院という自由のない、ある意味、刑務所のような場所で好きな暮らしも趣味も楽しめずに亡くなっていく死のあり方を表現しています。いずれも少々荒々しいことばですが、現在の病院信仰を崩し、パラダイムシフトを起こすにはこれくらいショッキングなことばを使うことも必要ではないかと思っています。」「現在の日本では病院で死ぬのがあたり前、どのような状況であっても救急救命が最優先、最期の瞬間は家族が立ち会わなければいけない……このような考え方が一般的です。しかし、在宅では笑顔で穏やかな最期を迎えることができます。」等とされている（上野千鶴子・小笠原文雄「上野千鶴子が聞く：小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか？」（平成25年2月））。

また、少子化や核家族化が進展する中で、若年労働力が希少になるとともに、高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯が増加します。

これは、桑名市でも、おおむね同様です【参考 9】。

【参考 9】 桑名市の高齢者世帯の状況

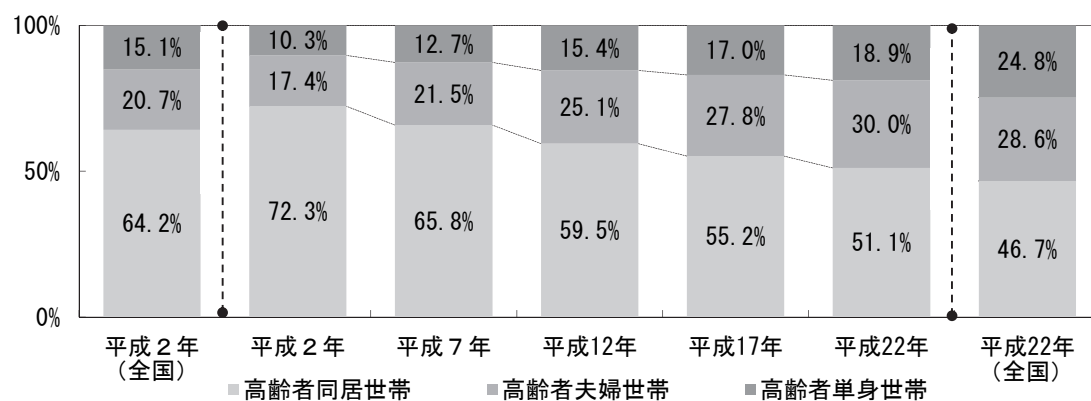
世帯類型別の世帯数



※平成 2 年、平成 7 年及び平成12年は、旧桑名市、旧多度町及び旧長島町の合計である。

<出典> 国勢調査

世帯類型別の構成割合



※平成 2 年、平成 7 年及び平成12年は、旧桑名市、旧多度町及び旧長島町の合計である。

<出典> 国勢調査

したがって、今後、

① 専ら若年労働力が医療・介護専門職として医療・介護サービスを提供すること

② 専ら高齢者の家族が高齢者を世話すること

に依存した仕組みは、現実的に成り立たなくなります。

このため、「支え手」と「受け手」とを分離して固定化することなく、医療・介護専門職を含む地域住民相互間で支え合う地域コミュニティを再生することが求められます^(注19)。

この点、地域全体で健全な危機感を共有しなければなりません【参考10】。

^{注19} 「地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において『21世紀型のコミュニティの再生』といえる。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。

【参考10】「みえ高齢者元気・かがやきプランー改訂版ー
～三重県の未来予想図『元気に輝きながら暮らせる地域』の実現に向けた
基礎固め～」(平成21年3月三重県)ー抄ー

第2章 三重県の未来予想図～私たちの未来の話をしませんか～

1 直視すべき現実、避けなければならないシナリオ

(分岐点・ターニングポイントに立つ)

- ・ 環境変化に鈍感で、「進むべき進路」を進まず、現状維持に甘んじていると、いずれ取り返しのつかない状況に至ります。いわば、徐々に水を熱せられた“ゆでガエル”のたとえのように悲劇を迎えます。
- ・ “ゆでガエル”のたとえとは、カエルを水に入れ、その水を徐々に熱していくと、カエルは、温度の上昇を知覚できずに、いずれゆで上がって死亡してしまいます。いきなり熱湯に入れば、直ちに飛び跳ね、脱出・生存するのに対し、じわじわと温度を高くすると、体が慣れて熱さに気づかないわけです。状況変化に気づかずにいる状態や、気づいていたとしても対応を怠り最悪の状態に陥ることへの警告の例えです。
- ・ 高齢者施策を取り巻く環境変化といった現実を直視せず、対応を怠れば、緩やかに、しかし、着実に衰退の道を歩みます。そして、“避けなければならないシナリオ”が現実のものになってしまいます。なお、以下に述べる“避けなければならないシナリオ”は、健全な危機感を持ち、対応をとることこそが重要であるという認識に立って、あえて示すものです。

<略>

(「地域の力を問う」社会保障制度改革の動向)

<略>

- ・ 「ニア・イズ・ベター」の考え方を基本に、地域のことは地域が主体的に決めることができる「地域主権」が、この国に求められる「カタチ」です。
- ・ 社会保障制度は、既にこの「地域主権」の方向で舵が切られています。このような時代の大きな潮流に乗り遅れ、「国頼み」「寄らば大樹の陰」といった行政運営の姿勢では、地域住民の保健医療福祉は向上しません。

- 国に言うべき事は言う必要はありますが、「国は何をやってくれるのか」ではなく、県・市町は、「地域がやる気になれば何でもできる」というこの状況を活用し、何をなすべきか、何ができるのかを考え、具体的な行動（アクション）を起こしていくことが必要です。

（避けなければならないシナリオ）

- 少子高齢化は時間をかけて緩やかに進行していきます。また、緩やかながらも、地域のことは地域で考えるという流れの中、地域の力が問われ始めています。こうした環境変化に鈍感で現状維持に甘んじていれば、三重県には、次のような未来が訪れることになります。
 - ① 高齢者は、誰かからの支えに依存する状況です。しかしながら、その支え手となる若者も少なく、高齢者が高齢者を支えることもできず、地域・コミュニティは崩壊します。
 - ② 地域で暮らせない高齢者が、施設への入所を希望します。支え手も少ない中、過度な保険料・税負担も無理なため、施設の定員数には限りがあります。この少ない施設の定員を巡り、競争が激化します。そして、施設に入れない高齢者が行き場を失います。
 - ③ 地域・コミュニティの崩壊の中、施設だけが孤立化して地域に存在します。
 - ④ 人材不足により、在宅でも施設でも必要なサービスが受けられません。

環境変化に鈍感で、ゆでガエルにならないように



～三重県の医療・ケアの在り方は、三重県で考え、そして、行動を起こすこと。
それが、超高齢社会でも住みやすい“三重県”を作ります。
国は、“制度・仕組み”しか作れないのです。

(二) 本計画の基本理念

「本物力こそ、桑名力。」を掲げる桑名市で「地域包括ケアシステム」の構築を目指す本計画の基本理念は、介護保険制度の基本理念^(注20)に立ち返り、高齢になっても、尊厳が保持される^(注21)よう、自立を支援する、という「本物」を実現しようとすることにあります【参考11】。



具体的には、次のとおりです。

注20 介護保険制度は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため」のものである（介護保険法第1条）。

注21 「平成12年に施行された介護保険法は、これまで認知症の人に対するケアの充実に一定の役割を果たしてきた。平成18年の改正では、主として認知症の人を念頭に、介護保険法の目的に、『高齢者の尊厳の保持』が加えられた。」等とされている（「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム））。

1

「セルフマネジメント（養生）」

第1は、「セルフマネジメント（養生）」^{（注22）}です。

すなわち、介護保険の被保険者である高齢者も、自らの健康の保持増進及び能力の維持向上に努めなければなりません^{（注23）}。

それを前提とするサービスの提供は、「セルフマネジメント（養生）」に対する支援のためのものです。

この場合においては、本人の理解に基づく選択が重視されなければなりません^{（注24）}。

注22 「養生」は、日々の生活を健康に過ごすための処世訓を内容とする貝原益軒「養生訓」に由来する（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

注23 「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」とされている（介護保険法第4条第1項）。

注24 「保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」とされている（介護保険法第2条第3項）。また、「植木鉢（住まいと住まい方）・土（生活支援）・葉（医療・介護・予防）は柔軟に組み合わせられるものだが、その際に最も重要な理解は、『本人・家族の選択と心構え』の上に成り立っている点である。つまり、本人が選択した上でその生活を送っている姿である。選択を行うためには、幾つかの植木鉢・土・葉の組み合わせが選択肢として提示され、それを選択した場合の影響が伝えられ、信頼のおける専門職からの適切な助言があってはじめて有効な選択が実現できる。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

2

介護予防に資するサービスの提供

第2は、介護予防に資するサービスの提供です^(注25)。

これは、介護又は支援を必要とする状態になる前の予防のほか、介護又は支援を必要とする状態になった後の改善又は悪化の防止も意味します^(注26)。

そのためには、どのようなケアマネジメント^(注27)により、生活機能の向上を実現し、介護保険を「卒業」して地域活動に「デビュー」することが可能になるのか、という視点が重要です。

また、地域住民を主体として地域交流の機会を提供する「通いの場」など、身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出に取り組むことが重要です。

このように、「地域包括ケアシステム」の構築は、健康寿命が延伸して平均寿命に近づくことに貢献しようとする地域づくりです。

注25 「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」とされている（介護保険法第2条第2項）。また、「介護予防は、自立または虚弱の高齢者が要介護状態にならないように、生活機能を維持し、自立を支援する取組である。要介護状態にならないよう予防するためには、基礎となる日々の生活リズムの安定化が前提になる。栄養に配慮した食事の摂取や適切な服薬を通じて、基礎的な体力を維持しつつ、日常の家事などを出来る限り自分で行なう努力や適度な運動により、自立した生活の継続の可能性が高まるといえる。そのためには、例えば、単にデイサービスを利用するのではなく、栄養や服薬に関する指導、地域での会食への参加、本人の能力を最大限活用した生活支援、生活機能の維持を目指したデイサービスなどを適切に組み合わせるプランが重要である。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

注26 介護予防とは、「要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止」をいう（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律第4条第4項及び地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項）。

注27 ケアマネジメントとは、対象者のニーズに応じてサービスを組み合わせる手法をいう。介護保険制度では、要介護又は要支援と認定された高齢者について、指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成し、それに基づき、指定地域密着型サービス事業者若しくは指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者若しくは指定介護予防サービス事業者が個別サービス計画を作成して地域密着型サービス若しくは居宅サービス又は地域密着型介護予防サービス若しくは介護予防サービスを提供する仕組みである。

3**在宅生活の限界点を高めるサービスの提供**

第3は、在宅生活の限界点を高めるサービスの提供です（注28）。

そのためには、どのようなケアマネジメントにより、施設に入所することなく、地域で在宅生活を継続し、住み慣れた環境で生き生きと暮らし続けることが可能になるのか、という視点が重要です。

また、施設に入所することなく、地域で在宅生活を継続する限界点を高めるためには、施設サービスと同様な機能を地域に展開する在宅サービスの普及を促進することが重要です。

このように、「地域包括ケアシステム」の構築は、「リロケーションダメージ」、すなわち、急激な生活環境の変化に伴う心身機能に対する悪影響を生じないよう、住み慣れた環境で生き生きと暮らし続けることを可能にしようとする地域づくりです。

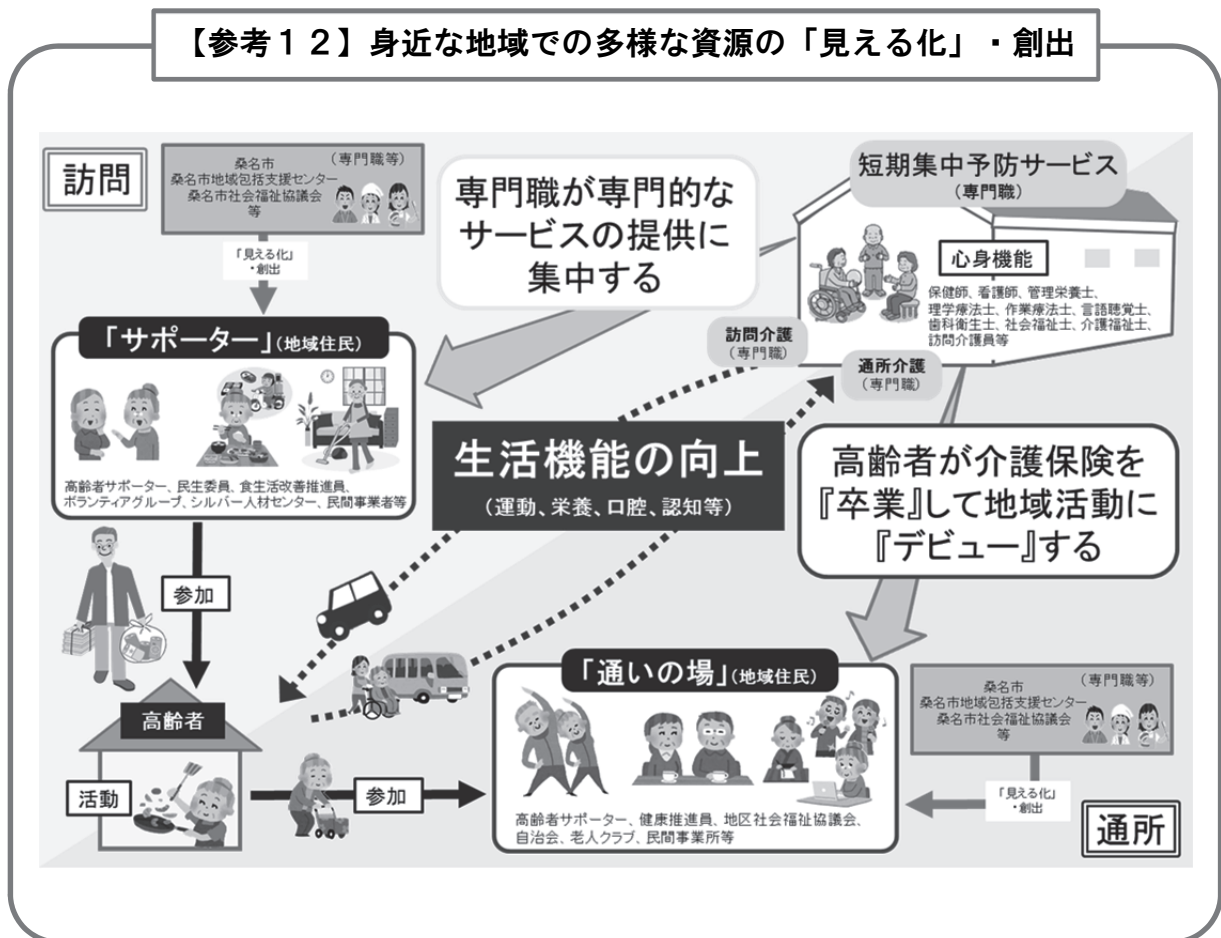
注28 「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」とされている（介護保険法第2条第4項）。

(三) 本計画の重点事項

1 身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出

介護予防に資するサービスの提供を実現するためには、身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出に取り組むことが重要です【参考１２】。

【参考１２】身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出



すなわち、地域の医療・介護専門職においては、それぞれの専門性を発揮することにより、運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者に対し、介護保険を「卒業」して地域活動に「デビュー」するよう、生活機能の向上を実現する専門的なサービスを短期集中で提供することが期待されます。

その環境を整備するためには、地域の医療・介護専門職が生活機能の向上を実現する専門的なサービスの提供に集中する^(注29)よう、地域住民を主体として支援を必要とする者を支援する「サポーター」の「見える化」・創出に取り組むことが求められます【参考13】。

【参考13】地域住民を主体とする「サポーター」－例－

「認知症見守りボランティア あんしん」

○ 地域において、認知症高齢者を支援するため、「見守り」を確保することは、重要。



- 平成22年度、「認知症見守りボランティア養成講座」を修了した有志により、「認知症見守りボランティア あんしん」を結成。
- 具体的には、次に掲げる等の活動を展開。
 - ① 平成23年度以降、認知症等に関する講演会及び勉強会に参加。
 - ② 平成23年度以降、認知症高齢者を対象として、認知症対応型共同生活介護事業所や自宅を訪問し、寄り添い、声掛け、話し相手等を内容とする「見守り」を提供。
(注)平成25年度には、延べ18回にわたって4か所の認知症対応型共同生活介護事業所を、延べ2回にわたって2か所の自宅をそれぞれ訪問。
 - ③ 平成24年度以降、中央地域包括支援センターと協働し、認知症高齢者の家族を対象として、「認知症家族のつどい」を開催。
(注)平成25年度には、4回にわたり、延べ14人の参加を得たところ。
 - ④ 平成26年度には、初めて、中央地域包括支援センターと協働し、「認知症カフェ」(＝「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場」)に相当する「ほっとやすらぎ空間」を開催。
(注)平成26年度には、2回にわたり、延べ16人の参加を得たところ。

注29 「生活支援は、必ずしも医療・介護の専門職によって提供される必要はなく、すでに地域内で通常の民間の生活支援サービス事業者によって提供されているサービスを購入する方法の他に、地域の互助によって提供される場合も想定される。」及び「介護サービス事業者が、地域の互助による生活支援の担い手を育成するあり方も考えられる。これにより、専門職による支援・サービスが必要になった段階で早期につなぐ手がかりを持ちながら、専門職は専門職のみが提供できるケアに集中できる。」とされている(平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」(平成26年3月地域包括ケア研究会))。

長島圏域のボランティアグループ「ニコニコ会」・「スマイル」

- 独り暮らし高齢者について、栄養の改善及び安否の確認を図ることは、重要。



- 平成3年度、旧長島町社会福祉協議会の呼び掛けを受けて、ボランティアグループ「ニコニコ会」・「スマイル」を結成。
- 具体的には、長島圏域在住の独り暮らし高齢者のうち、「桑名市訪問給食サービス事業」を利用しないものを対象として、各月の第1～3水曜日、夕食を提供。
（注）各月の第4週に長島福祉健康センターで開催される「生きがい広場」では、昼食を提供。
- この場合においては、長島福祉健康センターを拠点として、「ニコニコ会」で弁当の調理を、「スマイル」で弁当の配達をそれぞれ担当。

（注1） 弁当の食材の一部には、会員が自らの畑で収穫した季節の野菜を使用。
 （注2） 利用者負担は、材料費相当分で1回当たり400円。
 （注3） 利用実績は、平成25年度には、延べ984回。



伊曽島地区の「いそじま朝市」

- 買い物支援は、独り暮らし等の高齢者にとっては、食材調達のほか、地域交流のためにも、重要。



- 平成21年11月、「Aコープ」伊曽島店が閉鎖。
- それを契機として、平成23年9月以降、毎週、「いそじま朝市の会」において、農業協同組合の協力を得て、「Aコープ」伊曽島店の跡地を活用することにより、近隣の農家、商店等の協力を得て、「いそじま朝市」を開催。

（注）「いそじま朝市の会」のボランティアは、平成26年2月現在、35人。



平成26年2月19日
「いそじま朝市」

また、介護保険を「卒業」した高齢者が地域活動に「デビュー」するよう、可能な限り、徒歩圏内で、地域住民を主体として地域交流の機会を提供する「通いの場」の「見える化」・創出に取り組むことが求められます【参考14】。

【参考14】地域住民を主体とする「通いの場」一例ー

立教地区の「いこいの日」

- 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。



平成26年6月30日
三之丸集会所「憩の郷」を活用した
三之丸老人クラブ第七楽翁会の「いこいの日」

- 平成23年8月以降、おおむね月1回、三之丸老人クラブ第七楽翁会において、三之丸自治会、東部地域包括支援センター等の協力を得て、三之丸集会所「憩の郷」を活用した「いこいの日」を開催。
(注)平成25年度には、10回で延べ150人の参加を得たところ。
- その中では、体操、レクリエーション等を実施。
- そのほか、毎年、5月2・3日に開催される「金魚祭」に先立ち、行燈等を補修する「三之丸楽翁会の集い」を開催。

日進地区の「サロン&はる」

- 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。



平成26年6月26日
「サロン&はる」

- 平成26年4月以降、週1回、一般家庭において、ボランティア等の協力を得て、地域住民を対象として、空室を活用した「サロン&はる」を開催。
- その中では、会話や飲食のほか、講演会、音楽会等を実施。

(注) 1人1回当たりの参加費は、昼食・おやつ・飲み物代で500円。

城南地区の「小貝須浜ふれあいサロン」

- 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。



平成26年6月12日
小貝須浜集会所を活用した
「小貝須浜ふれあいサロン」

- 平成26年5月以降、おおむね月1回、民生委員、健康推進員等において、小貝須浜自治会、南部地域包括支援センター等の協力を得て、小貝須浜集会所を活用した「小貝須浜ふれあいサロン」を開催。

(注) 平成26年5・6月の間、2回にわたり、延べ48人の参加を得たところ。

- その中では、体操、シニアヨガ、歴史案内、オカリナ教室等を実施。

新西方地区の「桑名C・T会（コーヒー・タイム）会」

○ 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。

- 平成21年頃、地域で喫茶店を一緒に利用していた自治会役員経験者等において、相互のコミュニケーションを通じて現役を引退した後の生活を楽しむため、「桑名C・T（コーヒー・タイム）会」を結成。
- 平成24年9月以降、新西方コミュニティーセンターを拠点として、次に掲げる同好会を運営。
- ① 茶話会
 - ② いきいき体操会
 - ③ グランドゴルフ会
 - ④ シニアゴルフ会
 - ⑤ 歴史探訪・ハイキング会
 - ⑥ 囲碁クラブ
 - ⑦ やごめの会（カラオケ・昼食会）



平成26年8月1日
「茶話会」



平成26年8月11日
「いきいき体操会」

松ノ木地区の「ふれあいデー」

○ 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。



平成26年9月17日
休園中の大山田南幼稚園を活用した
「松ノ木ふれあいデー」

- 平成26年5月以降、年5回、民生委員、主任児童委員等において、休園中の大山田南幼稚園を活用した「松ノ木ふれあいデー」を開催。
- 具体的には、
- ① 独り暮らし等の高齢者を対象とする「松ノ木ふれあいサロン」
 - ② 未就園児及びその保護者を対象とする「うさぎちゃんの家」を同時に開催。
- （注）平成26年5～9月の間、3回にわたり、延べ97名の参加を得たところ。
- その中では、音楽療法のほか、高齢者に関しては懇談会等、子どもに関しては工作、水遊び等を実施。

長島中部地区の「出口自治会」

○ 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。

○ 平成22年9月以降、長島防災コミュニティーセンター等において、地域住民がボランティアとして「出口まめじゃ会」を開催。

(注)平成26年度には、4回にわたり、1回当たりで約60人の参加を得て、開催。

○ 平成24年頃より、駐車場、カラオケ喫茶、集会所、公園等において、地域住民がボランティアとして次に掲げる等の活動を展開。

①「美笑会」(ラジオ体操)

(注)平成26年度には、7～11月の間、月10回、1回当たりで約35人の参加を得て、開催。

②「カラオケクラブ」

(注)平成26年度には、月2回、1回当たりで約15人の参加を得て、開催。

③「囲碁・将棋クラブ」

(注)平成26年度には、月2回、1回当たりで約12人の参加を得て、開催。

④「パソコン友の会」

(注)平成26年度には、月2回、1回当たりで約15人の参加を得て、開催。

⑤「グランドゴルフクラブ」

(注)平成26年度には、月2回、1回当たりで約25人の参加を得て、開催。

⑥「出口ソフトボール」

(注)平成26年度には、3～11月の間、月3回、1回当たりで約20人の参加を得て、開催。



平成26年6月26日
「出口まめじゃ会」



平成26年12月9日
「カラオケクラブ」

この場合においては、保健センター、地域包括支援センター等に配置された保健・福祉専門職等は、

- ① 自らサービスを提供する「プレーヤー」から
- ② 地域住民による自発的な活動や参加を働き掛ける「マネージャー」へと役割を転換しなければなりません^(注30)。

このような地域づくりを推進するため、平成27年度より、平成26年介護保険制度改革で地域支援事業の一類型として創設される

- ① 新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」^(注31)
- ② 「生活支援体制整備事業」^(注32)

を実施します。

このような取組みは、健康寿命が延伸して平均寿命に近づくことに貢献するものと期待されます。

注30 「少子高齢化の更なる進展等の社会状況の変化を踏まえ、住民の自助努力に対する支援を充実するとともに、共助の精神で活動する住民に対し、ソーシャルキャピタルを活用した支援を行うことを通じて、多様化、高度化する住民のニーズに応えたサービスを提供する必要がある。」「市町村は、地域保健を取り巻く状況の変化を踏まえ、行政サービスの充実だけでなく、学校、企業等の地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進し、全ての住民が健康づくりに取り組むことができる環境を整備することが求められる。」「市町村は、」「行政職員の育成のみならず、地域においてソーシャルキャピタルの核となる人材の発掘及び育成を行うとともに、学校、企業等との仲立ちとなる人材の確保についても計画的に取り組むこと。」等とされている（地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号））。また、「地域における保健師の保健活動に関する指針」（平成25年4月19日健発0419第1号厚生労働省健康局長通知）は、保健師の保健活動について、「個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「地区活動に立脚した活動の強化」、「地区担当制の推進」及び「地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」を求めている。

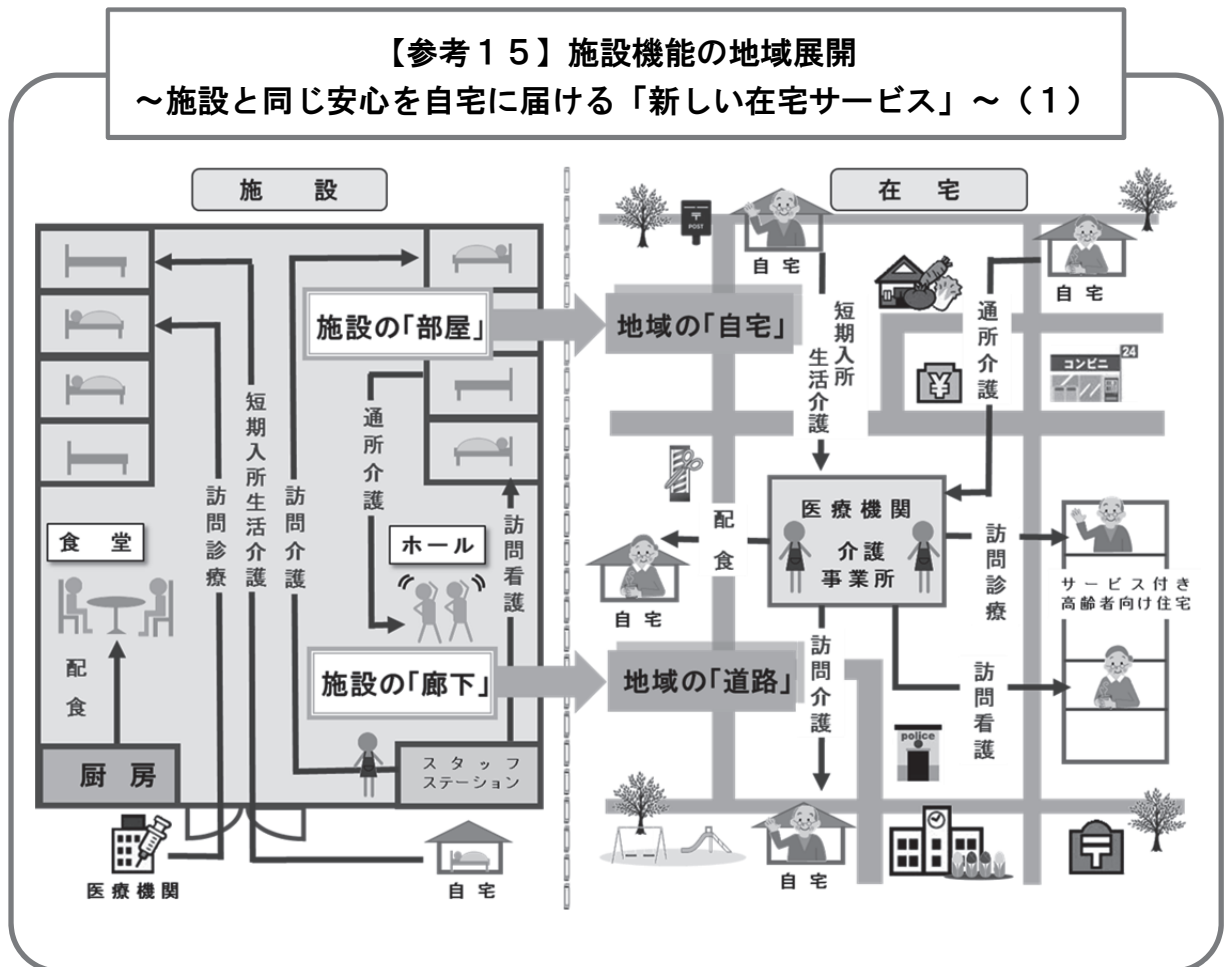
注31 新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」とは、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に実施するための事業をいう（介護保険法第115条の4第1項）。

注32 「生活支援体制整備事業」とは、「被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び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に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業」をいう（介護保険法第115条の4第2項第5号）。

2

施設機能の地域展開

在宅生活の限界点を高めるサービスの提供を実現するためには、施設サービスと同様な機能を地域に展開する在宅サービスの普及を促進することが重要です【参考15】。



すなわち、次に掲げる点で従来の在宅サービスと異なる内容の新しい在宅サービスの普及を促進することが求められます【参考16】。

- ① ケアマネジメントに基づき、24時間365日にわたってニーズに応じたサービスを提供することが可能であること。
- ② 高齢者の状態像に応じて適切に組み合わされたサービスを同一の事業所で一体的に提供することが可能であること。
- ③ 在宅の独り暮らしや認知症の高齢者にも、看取りを含む対応が可能であること。
- ④ 介護報酬が要介護・要支援状態区分別の定額であるため、事業所にとっては、高齢者の状態像に応じて柔軟にサービスを提供することが可能であること。
- ⑤ 利用者負担が要介護・要支援状態区分別の定額であるため、高齢者にとっては、自らの状態像に応じて必要なサービスを利用することが可能である^(注33)こと。

注33 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会によって作成された「小規模多機能型居宅介護のご案内」と題するパンフレット（改訂版）は、「小規模多機能型居宅介護事業所からのお願い」について、「小規模多機能型居宅介護は、介護保険サービスのひとつです。なんでもできるわけではありません。料金は、サービスの量に関わらず、定額制（月額）です。よって、みなさんが必要以上に多く利用しようとすれば、このサービスは成り立ちません。本当に必要なものを必要に応じて提供します。必要であれば、毎日通うこともでき、宿泊することもできます。利用者、家族・介護者、地域のみなさんのご理解とご協力をお願いします。」と記載している。

【参考16】施設機能の地域展開
～施設と同じ安心を自宅に届ける「新しい在宅サービス」～（2）

従来の在宅サービス

**出来高払いの介護報酬・利用者負担
（“回転寿司方式”）**



訪問介護
（身体介護・30分以上1時間未満）
（要介護）

412円/1時間

296,640円/月
（24時間×30日）

訪問看護
（30分以上1時間未満）
（要介護）

851円/1時間

612,720円/月
（24時間×30日）

短期入所生活介護
（併設型・ユニット型併設）
（要介護3）

871円/1日

26,130円/月
（30日）

通所介護
（小規模型・7時間以上9時間未満）
（要介護）

1,115円/1日

100,350円/月
（24時間×30日）

新しい在宅サービス

- 小規模多機能型居宅介護等
- 複合型サービス
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

施設サービス等

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- 介護老人保健施設
- 認知症対応型共同生活介護

**定額払いの介護報酬・利用者負担
（“飲み放題方式”）**



小規模多機能型居宅介護

【要介護 5】	28,786円/月
【要介護 4】	26,203円/月
【要介護 3】	23,837円/月
【要介護 2】	16,711円/月
【要介護 1】	11,700円/月

**介護老人福祉施設
（ユニット型個室）**

【要介護 5】	28,807円/月
【要介護 4】	26,678円/月
【要介護 3】	24,548円/月
【要介護 2】	22,297円/月
【要介護 1】	20,168円/月

注 利用者負担は、介護報酬の1割に相当するものであり、食費、居住費等を含まない。

このため、今後とも、

- ① 平成23年介護保険制度改革で創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（＝在宅の要介護者を対象として、日中及び夜間を通じて定期巡回及び随時対応を実施する訪問介護及び訪問看護を一体的に提供するサービス）

【参考17】

- ② 平成17年介護保険制度改革で創設された「小規模多機能型居宅介護」及び「介護予防小規模多機能型居宅介護」（＝在宅の要介護者及び要支援者を対象として、訪問、通い及び泊まりを組み合わせ、一体的に提供するサービス）【参考18】

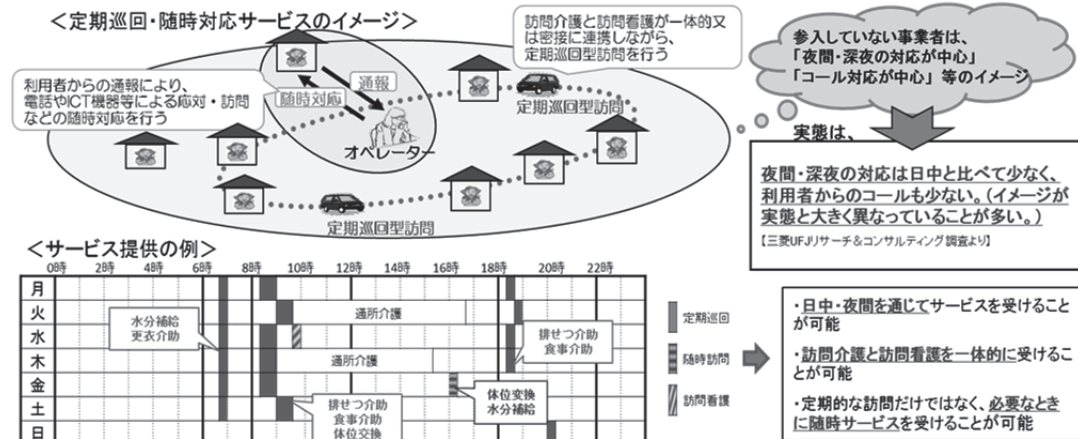
- ③ 平成23年介護保険制度改革で創設された「複合型サービス」^(注34)（＝在宅の要介護者を対象として、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせ、一体的に提供するサービス）【参考19】

の提供体制の重点的な整備を推進します。

注34 平成27年度介護報酬改定では、平成27年4月より、「複合型サービス」（介護保険法第8条第22項）のうち、訪問看護と小規模多機能型居宅介護とを組み合わせ提供されるサービスは、「看護小規模多機能型居宅介護」（介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第17条の10）と改称される。

【参考17】定期巡回・随時対応型訪問介護看護

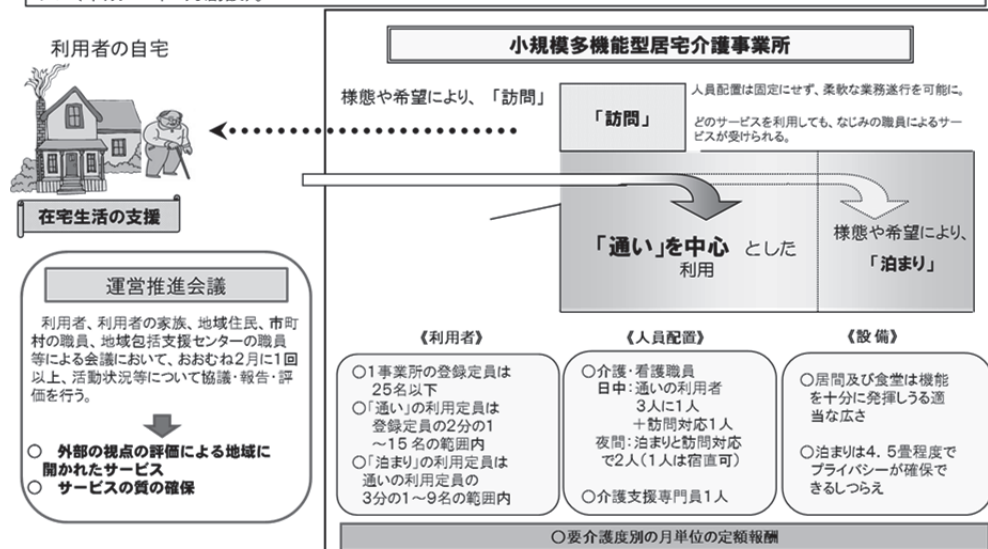
- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(2012年4月)。



＜出典＞厚生労働省

【参考18】小規模多機能型居宅介護

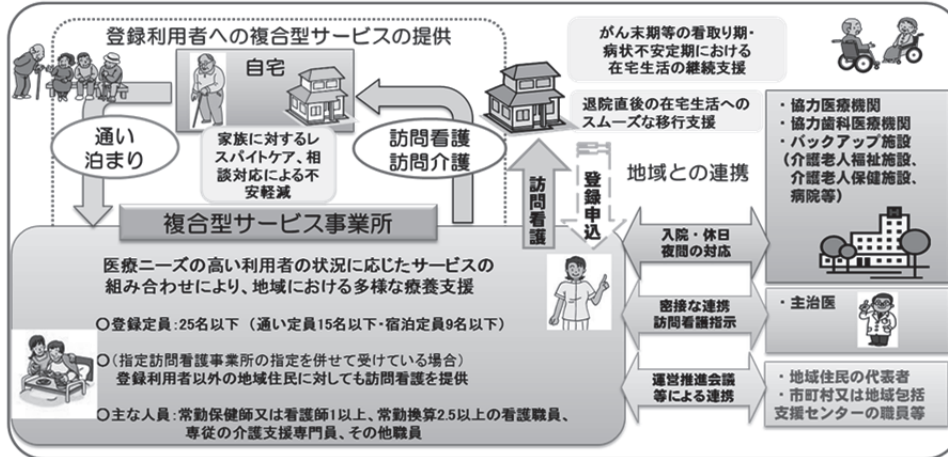
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



＜出典＞厚生労働省

【参考19】複合型サービス

- 複合型サービスでは、主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状況に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。



<出典>厚生労働省

このような取組みは、高齢になっても、「リロケーションダメージ」、すなわち、急激な生活環境の変化に伴う心身機能に対する悪影響を生じないように、住み慣れた環境で生き生きと暮らし続けることを可能にするものと期待されます。

3

多職種協働によるケアマネジメントの充実

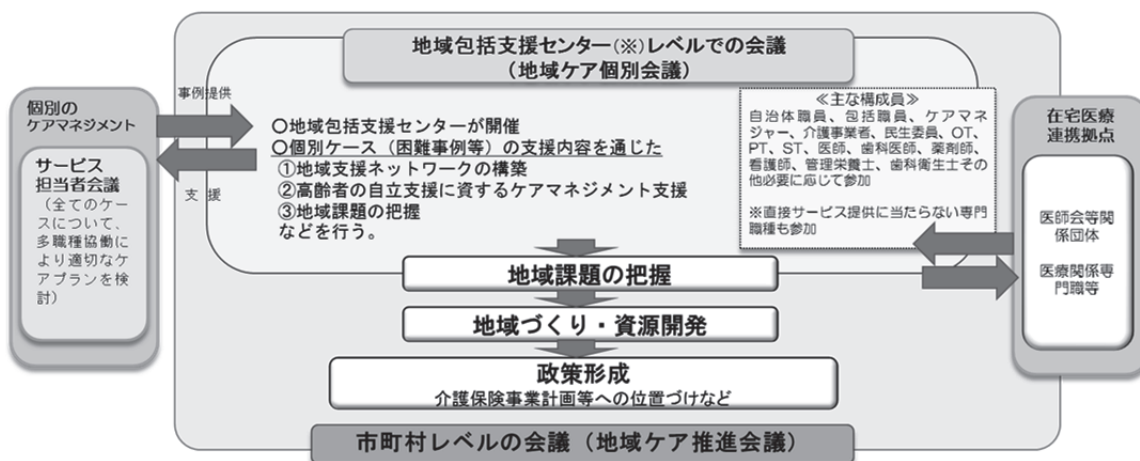
介護予防に資するサービスの提供及び在宅生活の限界点を高めるサービスの提供を実現するためには、個々の事例について、多職種協働によるケアマネジメントを実践することが重要です^(注35)。

このため、今後とも、平成26年介護保険制度改革で法制化される「地域ケア会議」^(注36)の充実に取り組みます【参考20】。

【参考20】「地域ケア会議」の充実

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)

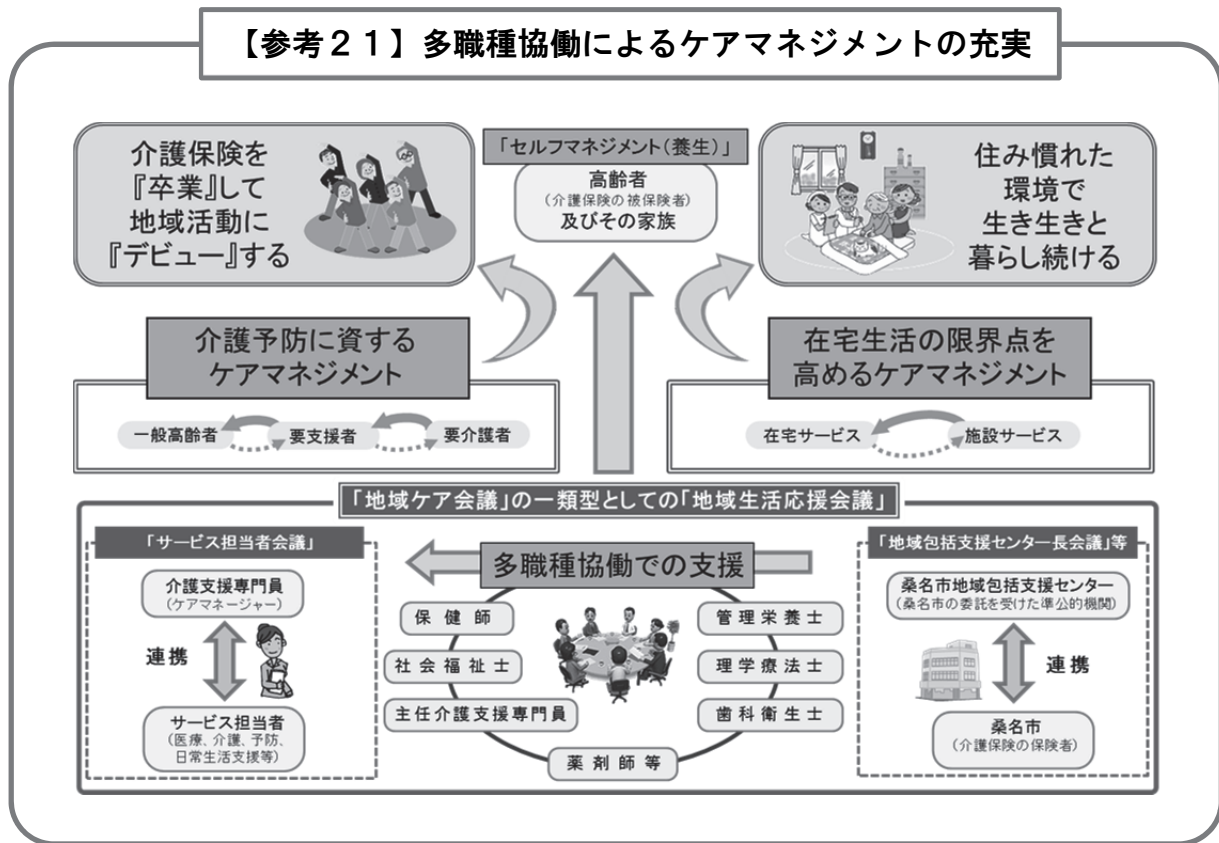


<出典>厚生労働省

注35 「高齢者の『自立生活の支援』のためには、要介護状態になっても、その有する能力に応じ自立した生活を営めるよう支援する体制が不可欠である。高齢者ケアにおいては、急性期、回復期、慢性期、終末期などの心身の状態の変化や『住まい方』(家族関係や近隣住民・友人との関係性)の変化に対し、特定の支援に固定せず、その時々最適な支援の組み合わせの検討が重要である。そのため、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防、生活支援・福祉サービスが一体的・統合的に提供される必要がある。」とされている(平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書(平成26年3月地域包括ケア研究会))。

注36 「地域ケア会議」は、市町村が設置する会議であって、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体によって構成されるものである(介護保険法第115条の4第1項)。これは、支援対象被保険者を適切に支援するために必要な検討及び支援対象被保険者が地域で自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を実施するものである(同条第2項)。

具体的には、平成24年4月に開始された地域の高齢者世帯の困難事例の解決のための「地域支援調整会議」のほか、平成26年10月に開始された多職種協働でケアマネジメントを支援するための「地域生活応援会議」を開催します【参考21】。



この場合においては、「地域生活応援会議」の対象者を段階的に拡大します。

また、少子高齢社会に対応して「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への構造的な転換を実現するため、在宅介護と連携した在宅医療を推進することが求められます。

【参考 22】地域連携を通じて在宅復帰を支援する退院調整のイメージ

このため、平成27年度より、平成26年介護保険制度改革で地域支援事業の一類型として創設される「在宅医療・介護連携推進事業」^(注37)を実施します。

さらに、認知症は、「明日は我が身」であって、「他人事」ではありません^(注38)。

この点、桑名市でも、認知症高齢者が着実に増加します。

とりわけ、認知症の重度化を契機として在宅から施設へ移行する事例も、少なくありません。

したがって、生活環境の変化に脆弱な認知症高齢者^(注39)について、尊厳が保持されるよう、自立を支援するため、

- ① 「認知症になると、施設に入所せざるを得ない。」という社会から
- ② 「認知症になっても、地域で在宅生活を継続することができる。」という社会へ

の構造的な転換を実現することは、重要です^(注40)。

注38 「我が国における認知症の人の数は2012（平成24）年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群とも言われている。また、この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、今般、現在利用可能なデータに基づき新たな推計を行ったところ、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後になり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込みとの結果が明らかとなった。認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくことが求められている。」とされている（「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（平成27年1月27日））。

注39 「一般的に認知症の人は、環境の変化に脆弱であるという特性があるため、住み慣れた地域でのよい環境のもとで、安心して暮らし続けるようにすることが大切である。」とされている（「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム））。

注40 「このプロジェクトは、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考え方を改め、『認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会』の実現を目指している。この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの『自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院』というような不適切な『ケアの流れ』を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とするものである。」とされている（「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム））。また、「認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。」等とされている（「2012京都文書」（平成24年2月12日京都式認知症ケアを考えるつどい））。

そのためには、認知症について、

① 危機の発生を前提とする「事後的な対応」から

② 危機の発生を防止する「事前的な対応」へ

の構造的な転換を実現することが求められます^(注41)。

このため、平成27年度より、平成26年介護保険制度改革で地域支援事業の一類型として創設される「認知症施策推進事業」^(注42)を実施します。

このように、多職種協働によるケアマネジメントの充実に取り組む体制を整備するため、平成27年度より、地域包括支援センターの機能を強化します^(注43)。

このような取り組みは、健康寿命が延伸して平均寿命に近づくことに貢献するとともに、高齢になっても、「リロケーションダメージ」、すなわち、急激な生活環境の変化に伴う心身機能に対する悪影響を生じないように、住み慣れた環境で生き生きと暮らし続けることを可能にするものと期待されます。

なお、平成26年介護保険制度改革では、平成30年4月より、指定居宅介護支援事業者の指定に関する権限が都道府県から市町村へ移譲されます^(注44)。

注41 「これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状（以下、『行動・心理症状』という。）等により『危機』が発生してからの『事後的な対応』が主眼となっていたと言える。これに対し、今後目指すべきケアは、新たに『早期支援機能』と『危機回避支援機能』を整備し、これにより、『危機』の発生を防ぐ『早期・事前的な対応』に基本を置くものである。」とされている（「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム））。

注42 「認知症施策推進事業」とは、「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業」をいう（介護保険法第115条の45第2項第6号）。

注43 「地域包括支援センターは、行政直営型・委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要である。」とされている（「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日社会保障審議会介護保険部会））。

注44 「現在、居宅介護支援事業者の指定は、都道府県・指定都市・中核市が行っているが、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することが適当である。」とされている（「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日社会保障審議会介護保険部会））。

（四） 本計画の策定に関する基本的な方針

「地域包括ケアシステム」の構築に向けて介護保険の保険者である市町村^{（注45）}に期待される役割は、地域の関係者が相互に連携して活動を展開するネットワーク^{（注46）}を醸成するマネジメント^{（注47）}です。

そのためには、基本的な方針を提示してその共有を働き掛ける「規範的統合」^{（注48）}の重要性が指摘されています。

注45 「市町村及び特別区は、この法律で定めるところにより、介護保険を行うものとする。」とされている（介護保険法第3条第1項）。

注46 「医療・介護の地域包括ケアシステムの構築により、地域ごとに形成されるサービスネットワークは、高齢者介護のみならず、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援にも貴重な社会資源となり、個人が尊厳を持って生きていくための、将来の世代に引き継げる貴重な共通財産となる。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。

注47 「地域住民に対する中長期的な意識付けや、地域の中に存在する個人の意欲の組織化は、一義的には市町村の役割であることを改めて確認し、市町村が施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要である。」とされている（平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月地域包括ケア研究会））。また、「地域包括ケアシステムはレッセフェールでは成り立たない。在宅医療については、ほとんどの市町村がまだ行政課題と認識していないし、また、介護については、一部自治体では、事業者任せにしてしまっている。しかし、地域包括ケアシステムが成立するためには、医師会をはじめ看護、リハビリ、介護事業者などの各主体が協働してケアの提供にあたる体制づくりが欠かせない。また、保険料を持ち出すまでもなく、提供されるケアのレベルが適正で、財政的にも効率的に提供されているかが管理されていなければならない。」とされている（宮島俊彦「地域包括ケアの展望：超高齢化社会を生き抜くために」（平成25年3月））。

注48 「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態を、本報告書では『規範的統合』とよぶ。『規範的統合』を推進するためには、地域の諸主体が、同じ方向性に向かって取組を進める必要があり、自治体の首長による強いメッセージの発信も重要である。」「地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく『規範的統合』が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのための統合を図っても、その効果は発揮できないため、『規範的統合』は重要な意味を持つ。」及び「共通の方向性を住民や地域の諸主体が共有する『規範的統合』を推進するためには、自治体の首長のリーダーシップが何よりも重要になる。各市町村の首長が行政組織の枠組みを越えて、広く地域に対して『まちづくり』にむけた大きな絵を描く未来を期待したい。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

このため、桑名市では、厚生労働省が提示した基本指針^(注49)を踏まえ、次に掲げる基本的な方針に沿って、本計画を策定しました。

^{注49} 基本指針とは、「介護保険事業に係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」（介護保険法第116条第1項）をいう。なお、平成26年7月28日及び11月10日に厚生労働省によって開催された「全国介護保険担当課長会議」では、「介護保険事業に係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の改正（案）」が提示された。

1

「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例」の制定

平成25年12月、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例」を制定しました。

このように、条例を制定し、「地域包括ケアシステム」をテーマとする附属機関を設置した例は、全国的にも、見当たりませんでした。

それに基づき、平成26年1月以降、12回にわたり、医療、介護、予防、日常生活支援等の各分野で指導的な立場にある地域の関係者の参加を得て、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」を開催しました【参考23】。

【参考23】「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」

委員名簿（平成26年6月16日）

＜学識経験者＞		＜介護部会＞	
★豊田 長康	鈴鹿医療科学大学学長	片岡 直也	桑名訪問介護事業者連絡協議会代表
＜医療部会＞			三重県社会福祉士会桑名支部代表
佐藤 剛一	病院・介護老人保健施設代表	佐藤 久美	地域密着型サービス事業者 (小規模多機能型居宅介護・ 認知症対応型共同生活介護)代表
☆◎竹田 寛	桑名市総合医療センター理事長	白井 五月	地域密着型サービス事業者 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護) 代表
田崎 文昭	桑名地区薬剤師会会長		特別養護老人ホーム代表
長坂 裕二	三重県桑名保健所長		サービス付き高齢者向け住宅代表
○東 俊策	桑名医師会会長	◎高橋 恵美子	三重県介護支援専門員協会会長
星野 良行	桑名歯科医師会会長		桑名市地域福祉計画推進市民会議会長
柳川 智子	三重県看護協会専務理事		サービス付き高齢者向け住宅代表
	三重県訪問看護ステーション連絡協議会 副会長	西村 さとみ	地域密着型サービス事業者 (小規模多機能型居宅介護・ 認知症対応型通所介護)代表
＜生活支援部会＞		長谷川 真介	地域密着型サービス事業者 (複合型サービス)代表
石川 利治	多度地区社会福祉協議会代表		三重県デイサービスセンター協議会 副会長
伊藤 満生	長島地区社会福祉協議会代表	○福本 美津子	三重県訪問看護ステーション連絡協議会 桑名ブロック代表
岩花 明	桑名市シルバー人材センター事務局長		三重県介護支援専門員協会桑名支部 支部長
岡 正彦	桑名市老人クラブ連合会会長		
川瀬 みち代	桑名ボランティア連絡協議会会長		
近藤 清二	桑名市地区社会福祉協議会連絡協議会代表		
○藤原 隆	桑名市自治会連合会会長		
◎山中 啓圓	桑名市民生委員児童委員協議会連合会会長		
＜予防部会＞			
岡 訓子	三重県歯科衛生士会代表		
○坂口 光宏	三重県理学療法士会代表		
◎古川 恵美子	三重県栄養士会代表		

(注) ★は会長、☆は副会長、◎は部会長、○は部会長代理である。

その中で、桑名市、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会が自ら取り組むべきことについて、意見を聴取するばかりでなく、各分野における地域の関係者がそれぞれの立場で果たすべきそれぞれの役割について、介護保険の保険者である桑名市としての期待を明確にした上で、意見を交換するよう、留意しました【参考24】。

【参考24】「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の開催状況

第1回 総会(平成26年1月14日)

議事 : 「桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築について」等

第2回 医療・介護合同部会(平成26年2月17日)

議事 : 「基本的な方向性及び現時点で想定される論点
(在宅介護と連携した在宅医療の推進及び認知症施策の推進)」等

第3回 介護・予防・生活支援合同部会(平成26年3月26日)

議事 : 「基本的な方向性及び現時点で想定される論点
(介護予防や日常生活支援の充実に資する地域づくりの推進及び権利擁護の充実)」等

第4回 総会(平成26年4月23日)

議事 : 「基本的な方向性及び現時点で想定される論点
(ケアマネジメントの充実、在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及
及び地域包括支援センターの機能強化)」等

第5回 医療・介護・予防合同部会(平成26年6月2日)

議事 : 「現時点で想定される論点 ー第1～4回における論点の整理を踏まえてー」等

第6回 生活支援部会(平成26年6月30日)

議事 : 「現時点で想定される論点 ー第1～5回における論点の整理を踏まえてー」等

第7回 総会(平成26年7月11日)

議事 : 「現時点で想定される論点 ー第1～6回における論点の整理を踏まえてー」等

第8回 介護部会(平成26年8月25日)

議事 : 「介護サービスの提供体制の計画的な整備について」等

第9回 総会(平成26年10月8日)

議事 : 「『桑名市地域包括ケア計画ー第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画ー
(平成27～29年度)』(仮称)の策定について」等

第10回 介護・予防合同部会(平成26年10月17日)

議事 : 「新しい『介護予防・日常生活支援総合事業』について」等

第11回 総会(平成26年12月5日)

議事 : 「『桑名市地域包括ケア計画ー第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画ー
(平成27～29年度)』(仮称)の策定について」等

第12回 総会(平成27年2月9日)

議事 : 「『桑名市地域包括ケア計画ー第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画ー
(平成27～29年度)』(仮称)の策定について」等

なお、附属機関の整理合理化を図るため、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の設置に伴い、平成２６年度より、

- ① 「桑名市介護保険事業委員会」
- ② 「桑名市地域包括支援センター運営協議会」
- ③ 「桑名市地域福祉計画策定委員会」
- ④ 「桑名市地域福祉計画推進委員会」
- ⑤ 「桑名市地域医療対策連絡協議会」

を廃止しました。

また、平成２７年度より、「桑名市市民健康づくり推進協議会」の機能を「桑名市子ども・子育て会議」及び「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」に引き継ぐ方向で、検討します。

「地域包括ケアシステム」の構築に向けては、介護のほか、医療、予防、日常生活支援等も含め、変革が求められます。そのためには、「縦割り行政」が排除されなければなりません^(注50)。

また、地域包括支援センターは、介護保険法の規定に基づき、介護保険の保険者である市町村の委託を受けて事業を運営する準公的機関です^(注51)。

さらに、市町村社会福祉協議会は、社会福祉法の規定に基づき、地域福祉を推進する準公的団体です^(注52)。

^{注50} 「地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等と多様な分野での取組が求められるため、例えば、『地域包括ケア推進室』などの地域包括ケアを担当する横断的なセクションを設置する試みも有効である。これにより、地域包括ケアの観点からの予算交渉が可能となる。また、関係課で定期的に開催する合同の会議体をもつ等も考えられる。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（平成26年3月地域包括ケア研究会））。なお、「市町村は保健、福祉サービスの有機的な連携を推進する観点から、都道府県は市町村に対する保健、福祉サービスを通じた一元的な助言、援助等を円滑に行う観点から、それぞれ、地域の特性に応じた組織の在り方について検討すること。」とされている（地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針）。また、「保健師活動指針活用ガイド」（平成26年3月日本看護協会）は、「保健師の計画的・継続的確保」及び「分散配置と統括保健師の配置」について、「住民のために質の良い保健活動を実践するためには、目先の人事のみではなく、中長期的な視点での採用計画を持つことが大切になります。ましてや複雑化・高度化・多様化している住民ニーズや新たな健康課題に効果的に対応するためには、自組織内での分散配置は必然であり、縦割りの弊害を解消するためには、新任期・中堅期・リーダー期など各段階における役割を明確にしたうえで、（配置においては）ある程度のバランスが必要になります。」「『行政組織の存在理由と行政組織全体の理念』と保健師の理念“住民の健康を守る”ことは、重なっています。分散配置をマイナスに捉えるのではなく、行政サービスとして展開する保健活動を横串で調整することで、その成果もまた、行政使命と結びついていきます。縦割りの一領域に偏ることで、俯瞰性は削ぎ落とされ、医療・経済・教育・就労・安全等、人が生きてゆくために必要な諸条件を総合的に判断する責務、つまり、地域をみる力が脆弱になることこそがマイナスであり、保健師の専門性から考えれば、由々しき課題です。さらに、縦割りの定型業務の遂行は、担当領域毎の縦割りの枝葉のプログラムを増やすことになり、相当の scrap & build の意識がなければ、各領域限定の膨大なプログラムに埋もれ、非効率な行政運営になりかねません。」等としている。

^{注51} 地域包括支援センターとは、包括的支援事業等を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を実施することにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設をいう（介護保険法第115条の4第1項）。市町村による包括的支援事業の委託を受けた者は、包括的支援事業等を実施するため、地域包括支援センターを設置することができる（同条第3項）。地域包括支援センターの職員等は、罰則付きの守秘義務を負う（同条第8項及び同法第205条第2項）。

^{注52} 市町村社会福祉協議会は、市町村の区域内において、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業を行うことにより、地域福祉の推進を図ることを目的とする団体であって、その区域内における社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者が参加し、かつ、その区域内における社会福祉事業又は更生保護事業を経営する者の過半数が参加するものである（社会福祉法（昭和26年法律第45号）第109条第1項）。

このため、桑名市、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会の職員により、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」事務局を構成しました【参考25】。

**【参考25】「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」
事務局名簿（平成27年1月1日）**

副市長（特命）	中央地域包括支援センター長
保健福祉部長	東部地域包括支援センター長
◎保健福祉部理事（保健医療・介護連携総括担当）	西部地域包括支援センター主任介護支援専門員
○保健福祉部次長兼地域医療対策課長	南部地域包括支援センター長
社会福祉事務所長	北部東地域包括支援センター主任介護支援専門員
福祉総務課長	北部西地域包括支援センター主任介護支援専門員
福祉総務課主幹	桑名市社会福祉協議会事務局長
障害福祉課長	桑名市社会福祉協議会事務局次長
介護・高齢福祉課長	
保険年金課長	
健康づくり課長	
健康づくり課健康づくり企画室長	

（注）◎は事務局長、○は事務局次長である。

なお、

- ① 在宅介護と連携した在宅医療の推進
- ② 健康増進事業と一体的な介護予防事業の展開

等が求められることを踏まえ、平成26年4月、桑名市保健福祉部の組織を再編しました【参考26】。

【参考26】桑名市保健福祉部の組織再編（平成26年4月1日）

1. 「地域包括ケアシステム」の構築

- ① 健康づくり及び地域医療と併せて介護・高齢福祉を担当する「理事（保健医療・介護連携総括担当）」を配置。
- ② 地域医療対策課長と兼務で「次長」を配置。
- ③ 「健康づくり企画室」を健康づくり課に設置。
- ④ 保健師を「中央地域包括支援センター長補佐」として配置。
- ⑤ 中央地域包括支援センターに配置された保健師を健康づくり課に併任。
- ⑥ 健康づくり課に配置された保健師、管理栄養士、理学療養士及び歯科衛生士を中央地域包括支援センターに併任。
- ⑦ 「地域福祉係」を福祉総務課に設置。

2. その他

- 生活保護と併せて生活困窮者自立支援を所管する「生活支援室」を福祉総務課に設置。

また、平成26年4月以降、おおむね毎月、保健センター及び地域包括支援センターに配置された保健専門職等の参加を得て、「桑名市保健センター・地域包括支援センター連絡会議」を開催しました。

さらに、平成26年5月以降、3回にわたり、保健センター及び療育センターに配置されたリハビリテーション専門職等の参加を得て、「桑名市行政リハビリテーション専門職交流会」を開催しました。

また、平成26年7月及び平成27年2月、地域包括支援センター及び障害者総合相談支援センターに配置された保健・福祉専門職等の参加を得て、「桑名市地域包括支援センター・障害者総合相談支援センター連絡会議」を開催しました。

そのほか、

- ① 平成26年5月に初めて「桑名市地域包括支援センター・社会福祉協議会連絡会議」
- ② 平成27年2月に初めて「桑名市行政社会福祉士交流会」（「桑名市コミュニティソーシャルワーク研究会」）

を開催しました。

3**情報の公開の徹底**

桑名市における「地域包括ケアシステム」の構築に向けては、「オール桑名」で問題意識を共有した上で、一步一步着実に取り組むことが重要です。

このため、情報の公開を徹底しました。

具体的には、平成25年12月、桑名市ホームページ

(<http://www.city.kuwana.lg.jp/>) 中に「地域包括ケアシステム」に関するコーナーを特設し、それ以降、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の資料及び議事録など、幅広く情報を提供しました。

これを通じ、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組みについて、内外に対する「見える化」を図りました。

4

地域住民の意見の反映

地域住民の意見を反映させるため、平成26年12月、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」において、介護保険の被保険者である40歳以上の地域住民を対象として公募された参考人より、意見を聴取しました^(注53)。

また、平成26年12月～平成27年1月、本計画の案について、パブリックコメントを実施しました。

さらに、平成25年9月以降、様々な機会を活用して地域に出向き、地域住民との間で意見を交換しました【参考27】。

注53 「市町村は、市町村介護保険事業計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。」とされている（介護保険法第117条第8項）。

【参考 27】地域住民との間での意見の交換一例ー

平成25年9月1日	「桑名市地域福祉計画策定市民会議」
平成25年10月5日	「桑名地域医療の再生シンポジウム」
平成25年10月17日	「認知症ネットワーク連携部会」
平成25年10月23日	「地方独立行政法人桑名市総合医療センター評価委員会」
平成25年10月24日	「病院・地域包括支援センター合同勉強会」
平成25年11月6日	「桑名市地域福祉計画策定委員会」
平成25年11月16日	「支え合いマップづくり入門講演会」
平成26年1月16日	「三重県訪問看護ステーション連絡協議会桑名地区ブロック会議」
平成26年1月20日	「桑名ボランティア連絡協議会役員会」
平成26年1月27日	「桑名市訪問介護事業所連絡協議会」
平成26年2月9日	「桑名の在宅医療推進の講演会とパネルディスカッション」
平成26年2月14日	「三重県介護支援専門員協会桑名支部研修」
平成26年2月22日	市民公開シンポジウム「住み慣れた地域で暮らし続けて人生の最期を迎えるために～桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けて～」
平成26年3月9日	「三重県歯科衛生士会桑名支部会」
平成26年3月17日	「地区社会福祉協議会連絡協議会・宅老所情報交換会」
平成26年5月16日	「桑名市民生委員・児童委員協議会連絡会総会」
平成26年5月19日	「桑名ふれあいトーク」
平成26年6月25日	「桑名ふれあいトーク」
平成26年7月7日	「桑名市食生活改善推進協議会勉強会」
平成26年7月14日	「主任介護支援専門員交流会」
平成26年8月18・20日	「桑名市介護保険トップセミナー」
平成26年8月21・22・28日	「桑名市介護事業所管理者等研修会」
平成26年8月28日	「桑名市健康推進員研修会」
平成26年9月7日	「三重県歯科衛生士会桑名支部会」
平成26年9月16日	「中央公民館女性学級」
平成26年9月28・29日	「事業所向けアセスメントシートに関する勉強会」
平成26年9月30日	「認定調査員勉強会」

平成26年10月1日	「三重県栄養士会地域活動協議会桑名支部研修会」
平成26年10月8日	「桑名医師会・桑名市合同会議」
平成26年10月9日	「長島地区社会福祉協議会事業推進委員会兼研修会」
平成26年10月15日	「桑員歯科医師会理事会」
平成26年10月22日	桑名市老人クラブ連合会「桑名市老人のつどい」
平成26年10月23日	「桑名地区薬剤師会研修会」
平成26年10月25日	「婦人会ウォーキング」
平成26年11月4日	桑名市シルバー人材センター「福祉事業関連講演会」
平成26年11月11・20日	「『地域生活応援会議』説明会」
平成26年11月20日	「桑名訪問介護事業者連絡協議会研修会」
平成26年11月27日	「桑名ふれあいトーク」
平成26年12月3日	「桑名ふれあいトーク」
平成26年12月4日	「桑名市在宅医療及びケア研究会」
平成26年12月6日	「桑名ふれあいトーク」
平成27年1月17日	「桑名ふれあいトーク」

なお、平成26年度より、桑名市の職員が参加者10人以上の会合に出向いて地域住民と対話する「桑名ふれあいトーク」のテーマの一つとして、「『地域包括ケアシステム』の構築に向けて『オール桑名』で取り組みましょう！」を追加しました。

5

桑名市と他の市町村及び三重県との連携

(1) 他の市町村

他と比較することにより、自らの良し悪しに気付き、「イノベーション（革新）」の契機とすることが可能です。

このため、平成25年9月以降、桑名市、桑名市地域包括支援センター又は桑名市社会福祉協議会の職員により、他の市町村の取組みに関する調査を積み重ねました【参考28】。

【参考28】桑名市による他の市町村に対する調査一例ー

平成25年 9月 平成26年 2月	三重県名張市 （「まちの保健室」）
平成26年 2月	三重県四日市市 （「ライフサポート三重西」）
平成26年 4月	大阪府大東市 （「大東元気でまっせ体操」）
平成26年10月	三重県伊賀市 （「いが見守り支援員」）
平成27年 2月	長崎県長崎市 （「介護予防・日常生活支援総合事業」）
平成25年10月	新潟県長岡市 （「サポートセンター構想」）
平成25年11月 平成26年 5月	埼玉県和光市 （「コミュニティケア会議」）
平成26年 3月	三重県いなべ市 （「市町村介護予防強化推進事業」）
平成27年 2月	香川県坂出市 （「成年後見サポートセンター」）
平成27年 2月	大分県杵築市 （「地域ケア会議」）
平成27年 2月	岐阜県恵那市 （「ささゆりカフェ」）

身近な地域での
多様な資源の
「見える化」・創出

施設機能の
地域展開

多職種協働による
ケアマネジメントの
充実

その結果に基づき、平成25年11月以降、桑名市、桑名市地域包括支援センター又は桑名市社会福祉協議会の職員を対象として、報告会及び勉強会を積み重ねました【参考29】。

【参考29】報告会及び勉強会一例

平成25年11月21日	市町村職員セミナー・長岡市視察報告会
平成26年 4月22日	桑名市保健センター・地域包括支援センター連絡会議
平成26年 5月27日	桑名市リハビリテーション専門職交流会
平成26年 6月 9日	和光市視察報告会
平成26年 8月 5日	桑名市保健福祉部等職員研修会
平成26年 9月 2日	市町村職員セミナー報告会
平成26年 9月25日	生活支援コーディネーター指導者養成研修報告会
平成26年11月10日	伊賀市社会福祉協議会視察報告会
平成27年 1月19日	認知症地域支援推進員研修報告会
平成27年 3月30日	坂出市・杵築市・長崎市・恵那市視察報告会

なお、かねてより、他の市町村による桑名市に対する調査に対応しました【参考３０】。

【参考３０】他の市町村による桑名市に対する調査一例ー

平成25年５月17日	宇都宮市議会
平成25年７月８日	奥州市議会
平成25年８月７日	熊谷市議会
平成26年１月29日	鈴鹿市
平成26年２月４日	野田市議会
平成26年２月12日	茨木市議会
平成26年５月13日	栃木県議会
平成26年６月30日	清須市議会
平成26年７月９日	日光市議会
平成26年10月16日	結城市議会
平成26年10月21日	蕨・戸田地区保健医療協議会
平成27年１月15日	加賀市
平成27年１月21日	白河市議会

今後とも、「オール桑名」での「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組みについて、桑名市の「ブランド」の一つとして、全国に発信します。

(2) 三重県

平成26年10月以降、桑名市における介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量の見込みについて、桑名市と三重県との間で意見を交換しました。

また、平成26年12月、桑名市より、三重県に対し、本計画の案について、意見を求めました^(注54)。

さらに、平成26年度中に、桑名市より、三重県に対し、本計画を提出します^(注55)。

なお、平成26年度には、三重県が実施した「地域ケア会議活動支援アドバイザー派遣事業」において、桑名市より、三重県等に対し、桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課中央地域包括支援センターに配置された社会福祉士を「地域ケア会議活動支援アドバイザー（広域支援員）」として派遣しました【参考31】。

【参考31】桑名市から三重県等への 「地域ケア会議活動支援アドバイザー（広域支援員）」の派遣一例一

平成26年7月25日・8月4日	「三重県地域包括ケア推進担当者会議」
平成26年11月18日	「大紀町ケアマネージャー会議」
平成27年1月30日	「尾鷲市地域包括ケア会議」

また、平成27年3月、三重県医師会及び三重県が開催した「地域包括ケア報告会」において、桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課中央地域包括支援センターに配置された保健師より、桑名市の取組みを紹介しました。

注54 市町村は、市町村介護保険事業計画又は市町村老人福祉計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県の意見を聴かなければならない（介護保険法第117条第10項及び老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8第9項）。

注55 市町村は、市町村介護保険事業計画又は市町村老人福祉計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく、都道府県に提出しなければならない（介護保険法第117条第10項及び老人福祉法第20条の8第10項）。

（五） 本計画の推進に関する基本的な方針

「地域包括ケアシステム」の構築は、「地方分権の試金石」と称された介護保険制度の創設に匹敵する困難な改革です^{（注56）}。

このため、桑名市では、次に掲げる基本的な方針に沿って、本計画を推進します。

● ●
注56 「市町村ごとに中学校校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業となろう。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。また、「かつて、介護保険制度の導入は、『地方分権の試金石』であるといわれた。制度の導入から10年以上が経過し、介護サービスが普及してくるにつれ、より広範で地域に根差した地域包括ケアシステムが求められるようになった。2025年までに地域包括ケアシステムが各市町村で実現できるかどうか、新たな『地方分権の試金石』になっている。」等とされている（宮島俊彦「地域包括ケアの展望：超高齢化社会を生き抜くために」（平成25年3月））。

● ●

1

「規範的統合」の推進

本計画は、基本的な方針を提示してその共有を働き掛ける「規範的統合」の推進のために重要なものです^(注57)。

このため、本計画を公表します。

また、本計画に盛り込まれた基本的な考え方について、桑名市、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会の職員で共有するとともに、介護保険の被保険者である高齢者及びその家族や、介護保険制度の中でサービスを提供する医療機関及び介護事業所に対し、様々な機会を通じて周知します。

さらに、引き続き、桑名市ホームページ（<http://www.city.kuwana.lg.jp/>）中の「地域包括ケアシステム」に関するコーナーを活用するなど、情報の公開を徹底します。

なお、平成26年度中に、桑名市、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会の職員を対象として、本計画に関する勉強会を開催します。

注57 「今後、各市町村は日常生活圏域ニーズ調査等、計画策定のために行う各種調査の結果に基づき、具体的に達成すべき地域の姿を十分に検討した上で、基本方針を定め、その実現に向けた基盤整備を進める一層の努力が求められる。具体的な方法としては、介護サービス事業者の公募要件に基本方針を記載する、事業者連絡会で地域密着型サービスへの参入を促すなどを通じた事業者への働きかけが考えられる。このほか、調査結果の関係者との共有や多職種協働による退院支援体制の構築や地域ケア会議の積極的な活用も、『規範的統合』を進める有効な方法の一つである。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

2

人材の育成

「地域包括ケアシステム」の構築を成し遂げるためには、介護保険の保険者である市町村の職員において、保健・福祉専門職のほか、事務職も含め、現場と政策との架け橋^(注58)となるよう、自ら一定の専門性や能力を研鑽しなければなりません^(注59)。

これは、介護保険の保険者である市町村の委託を受けて事業を運営する準公的機関である地域包括支援センター及び地域福祉を推進する準公的団体である市町村社会福祉協議会の職員に関しても、おおむね同様です。

注58 「保健師や看護師などの専門職は現場の課題を把握しているため、こうしたミクロレベルでの問題意識をデータにより具体化していく視点も重要である。」及び「現場の専門職や関係機関は地域課題を把握しているにも関わらず、市町村でそれらの情報が施策立案に十分に反映されていない問題がある。この点で、地域ケア会議のケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ政策反映機能は重視されるべきである。したがって、市町村担当者は地域ケア会議にただ出席するだけでなく、ケアの実践の蓄積から把握された地域課題に対し、施策として対応する方法の検討が求められる。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

注59 「都道府県や市町村の職員は人事異動もあり、すべての職員が、地域包括ケアシステムの構築に関する専門知識を有しているわけではない。都道府県及び市町村における専門知識を有する職員の育成や人事ローテーションのあり方を検討することが必要である。」とされている（平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月地域包括ケア研究会））。また、「施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められる。現状の市町村の人事システムでは、2～3年毎に異動が行われるため、こうした人材の確保が難しいと考えられる。施策立案を担当する職員として、保健師等、人事異動の少ない専門職を配置すれば、スキルや経験の蓄積が可能となるかもしれない。これにより、現場の問題意識を施策に反映させられるとともに、立案された施策に基づき現場を調整し動かす役割も期待できる。こうした職員配置を可能とするためには、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要になる。また、こうした職員配置が難しい市町村においては、地域内で先進的な取組を進める民間の事業者等との協働を通じて施策立案能力の高度化を図っていくことも必要となる。」とされている（平成25年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書（平成26年3月地域包括ケア研究会））。

このため、今後とも、桑名市の職員について、人材の育成に取り組むとともに、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会の職員について、人材の育成を働き掛けます。

この場合においては、他と比較することにより、自らの良し悪しに気付き、「イノベーション（革新）」の契機とするよう、自己啓発に対する意欲を喚起することが重要です（注60）。

このため、桑名市、桑名市地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会の職員が

- ① 全国的なセミナー及びシンポジウム
- ② 他の市町村の取組みに関する調査
- ③ 職場での報告会及び勉強会

等に参加する機会を確保するよう、配慮します。

注60 「諺に、『馬を水辺に連れて行くことはできるが、馬にその気が無ければ水を飲ませることはできない』とあります。年に1回受けるか受けないかの『職場外研修』や意識せずに行われている『職場研修』では、職員に『意欲』という水を飲ませることはできないのです。いかにして、自らの能力を高めようとする『自己啓発意欲』を奮い立たせるか。また、所属長を含めた職員全体の意識を改革できるかが重要になります。」とされている（「桑名市人材育成基本方針」（平成25年4月桑名市））。また、「保健師活動指針活用ガイド」（平成26年3月日本看護協会）は、「人材育成」について、「組織的に、環境／機会は用意しましょう。最後は、『成長させてもらうのではなく、自ら成長しようとする』人が成長します。」等としている。

3

「PDCAサイクル」の確立

本計画を推進するに当たっては、「PDCAサイクル」^(注61)の確立に向けて、毎年度、本計画の進捗状況を評価し、その結果に基づき、必要な見直しを検討します。

この場合においては、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」を活用します。

なお、今後とも、必要に応じ、近隣の市町村を始めとする他の市町村及び三重県との間で意見を交換する機会を確保します【参考32】。

【参考32】「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組に関する事例

地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に予防給付を見直し、円滑に地域支援事業へ移行していくためには、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進める必要があります。厚生労働省では、市町村の好事例を取りまとめました。好事例も参考にしながら、各市町村で取組を進めていただきたいと考えています。

○市町村介護予防強化推進事業(介護予防モデル事業)に関する事例

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防>5 市町村介護予防強化推進事業】

○介護予防・日常生活支援総合事業に関する事例

○介護予防事業に関する事例

「地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例」(参考)

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防

>4 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例】

○生活支援コーディネーターに関する事例

「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業 報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf>

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

○地域包括ケアシステム構築に関する事例

「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成

～できること探しの素材集～」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム

>1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて>地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例】

「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書」

<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu-shiryō.pdf> 【社団法人北海道総合研究調査会HP】

○地域ケア会議に関する事例

「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>3. 地域ケア会議について】

<出典>厚生労働省



【出典】平成26年3月 地域包括ケア研究会
「地域包括ケアシステムを構築するための
制度論等に関する調査研究事業報告書」

【日本地図から全国的事例を検索】
をクリックすると、地図から事例の検
索ができます。
<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>

注61 「PDCAサイクル」とは、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）及び改善（Action）の4段階を繰り返して業務を継続的に改善する手法をいう。なお、「地域における保健師の保健活動に関する指針」（平成25年4月19日健発0419第1号厚生労働省健康局長通知）は、保健師の保健活動について、「地域診断に基づくPDCAサイクルの実施」を求めている。また、「保健師活動指針活用ガイド」（平成26年3月日本看護協会）は、「保健師の活動体制と活動方法」について、「保健師は、地区担当制を基盤に、地区活動という手法をフル活用しながら、地域住民と接し交わることで、地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開し、成果を導く活動を担っています。」「PDCAサイクルに基づく活動で、保健師は、地域診断と地区活動の技を適宜・適時・的確に使いこなしています。もちろんそのプロセスには、病者（児）も障がい者（児）も、そして健康な住民（の力）も登場します。」等としている。

(六) 本計画の対象期間

本計画の対象期間は、団塊の世代が65歳以上に到達する平成27～29年度の3年間です。

この場合においては、被保険者数、要介護・要支援認定率、要介護・要支援認定者数、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、標準給付費、地域支援事業費、保険料等を見込むに当たり、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、

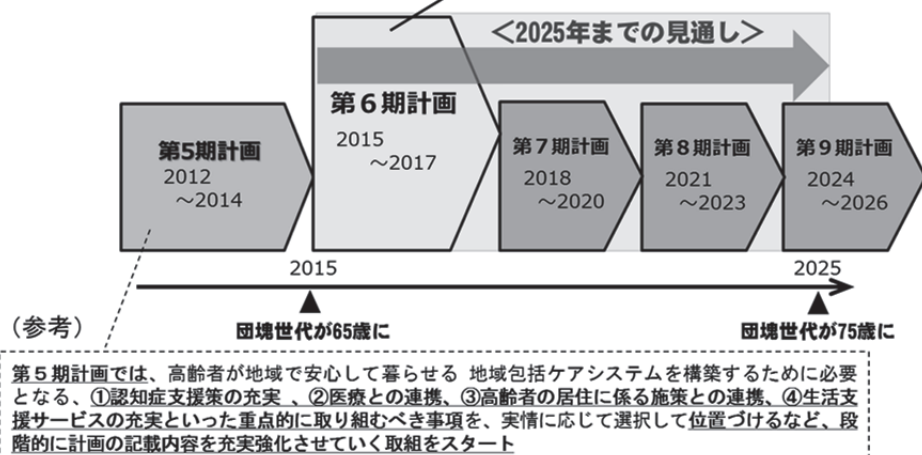
- ① 団塊の世代が70歳以上に到達する平成32年度
- ② 団塊の世代が75歳以上に到達する平成37年度

を見据えました（注62）。

なお、本計画を「地域包括ケア計画」（注63）として位置付けます【参考33】。

【参考33】第6期介護保険事業計画の位置付け

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



<出典>厚生労働省

注62 市町村介護保険事業計画においては、「介護給付等対象サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計」等について、定めるよう、努めるものとする（介護保険法第117条第3項）。

注63 「地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を『地域包括ケア計画』と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。」とされている（「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日））。

(七) 本計画とその他の計画との関係

1

市町村介護保険事業計画及び市町村老人福祉計画

本計画は、介護保険法の規定に基づく市町村介護保険事業計画^(注64)及び老人福祉法の規定に基づく市町村老人福祉計画^(注65)に該当します。

2

市町村計画

桑名市では、現在、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の規定に基づく市町村計画^(注66)を策定していません。

今後、必要に応じ、市町村計画を策定するに当たっては、本計画と市町村計画との調和を確保します。

注64 市町村介護保険事業計画は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画である（介護保険法第117条第1項）。

注65 市町村老人福祉計画は、老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画である（老人福祉法第20条の8第1項）。

注66 市町村計画は、地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画である（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第5条第1項）。

3**市町村地域福祉計画**

平成26年3月、平成26～30年度の5年間を対象期間とする「第3期桑名市地域福祉計画」を策定しました。これは、社会福祉法の規定に基づく市町村地域福祉計画^{（注67）}に該当します。

その中で、基本方針として、次に掲げる3点を挙げました。

- ① 「互助」の掘り起こしに取り組みます。
- ② 「地域包括ケアシステム」の構築に貢献します。
- ③ 活動の「見える化」を図ります。

このように、本計画と市町村地域福祉計画との調和を確保しました。

4**市町村健康増進計画**

平成19年3月、平成19～28年度の10年間を対象期間とする「桑名市健康づくり計画」を策定しました。これは、健康増進法の規定に基づく市町村健康増進計画^{（注68）}に該当します。

このような「桑名市健康づくり計画」については、平成25年3月、中間評価を実施し、その結果に基づき、必要な見直しを検討しました。

今後、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、本計画と市町村健康増進計画との調和を確保します。

注67 市町村地域福祉計画は、地域福祉の推進に関する計画である（社会福祉法第107条）。

注68 市町村健康増進計画は、住民の健康の増進の推進に関する計画である（健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第2項）。

5 高齢者居住安定確保計画

桑名市では、現在、高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針に基づく市町村高齢者居住安定確保計画^(注69)を策定していません。

しかしながら、三重県では、平成24年3月、平成24～26年度の3年間を対象期間とする「三重県高齢者居住安定確保計画」を策定しました。これは、高齢者の居住の安定の確保に関する法律の規定に基づく都道府県高齢者居住安定確保計画^(注70)に該当します。

このため、当面、三重県において、都道府県高齢者居住安定確保計画を策定するに当たり、桑名市に協議するときは、本計画と都道府県高齢者居住安定確保計画との調和が確保されるよう、対応を検討します^(注71)。

また、今後、必要に応じ、市町村高齢者居住安定確保計画を策定するに当たっては、本計画と市町村高齢者居住安定確保計画との調和を確保します。

6 その他

平成27年3月、平成27～36年度の10年間を対象期間とする「桑名市総合計画」を策定しました。

その中で、基本計画において、「地域包括ケアシステム」の構築も盛り込みました。

このように、本計画と「桑名市総合計画」との調和を確保しました。

注69 市町村高齢者居住安定確保計画は、市町村の区域内における高齢者の居住の安定の確保に関する計画である（高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号））。

注70 都道府県高齢者居住安定確保計画は、都道府県の区域内における高齢者の居住の安定の確保に関する計画である（高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項）。

注71 都道府県は、都道府県高齢者居住安定確保計画を策定しようとするときは、あらかじめ、市町村に協議しなければならない（高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第5項）。
