

地域包括ケアシステムの進化と展望

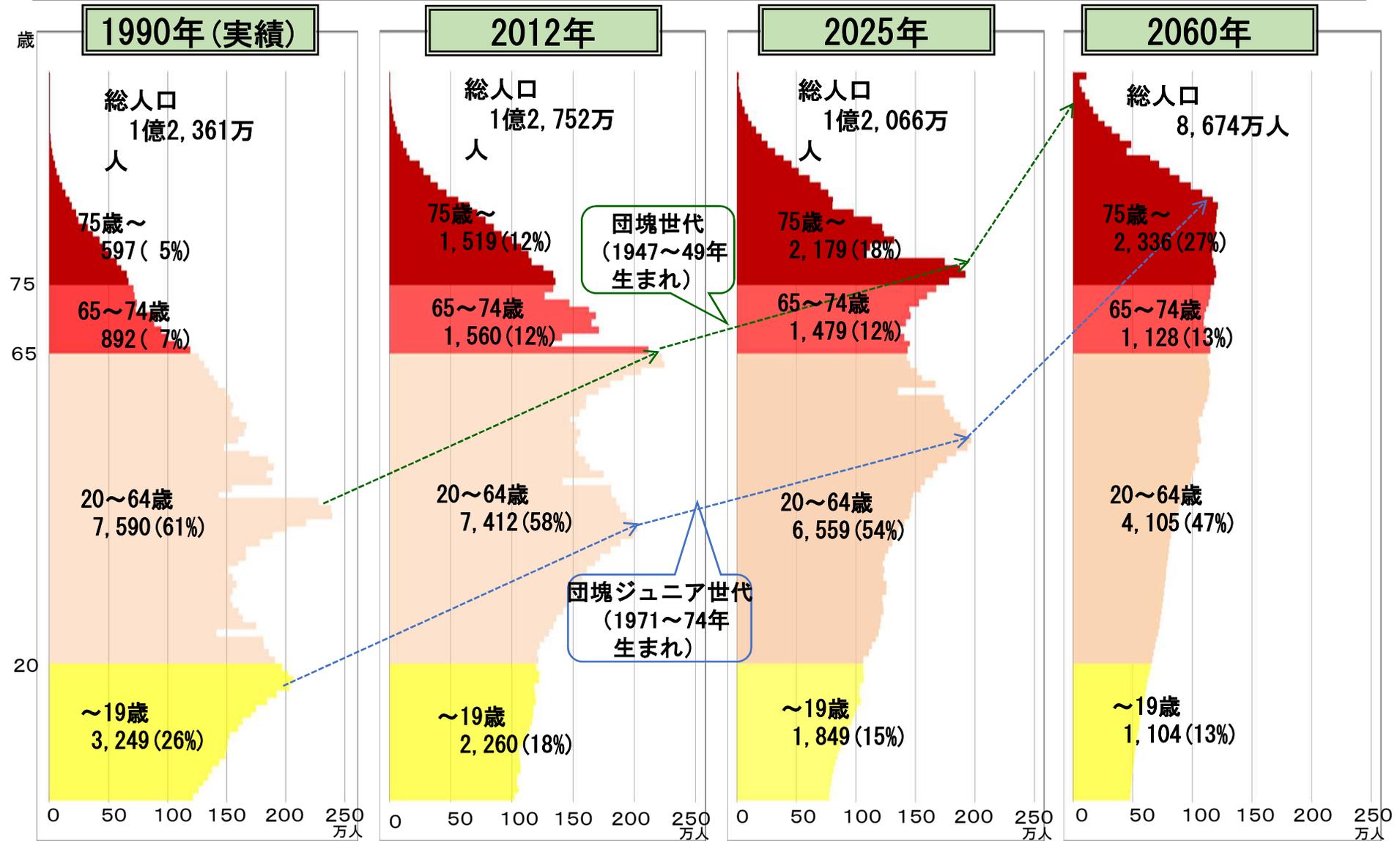
一柏プロジェクトを通して

東京大学高齢社会総合研究機構

辻 哲夫

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現)

地域包括ケアの背景

- 未曾有の高齢社会
 - ー未知の社会
 - 施設から在宅へ（2000年介護保険導入の本来の狙い）
 - ーケア思想の大転換
 - ー一人暮らしの在宅ケア
 - 予防（介護予防）の重視へ
- ➡ 2006年の改革
- ー介護予防と小規模多機能居宅介護事業の位置づけ

高齢者介護施策の現状と課題

3. 介護保険制度見直しの主な内容

(1) 介護予防の推進

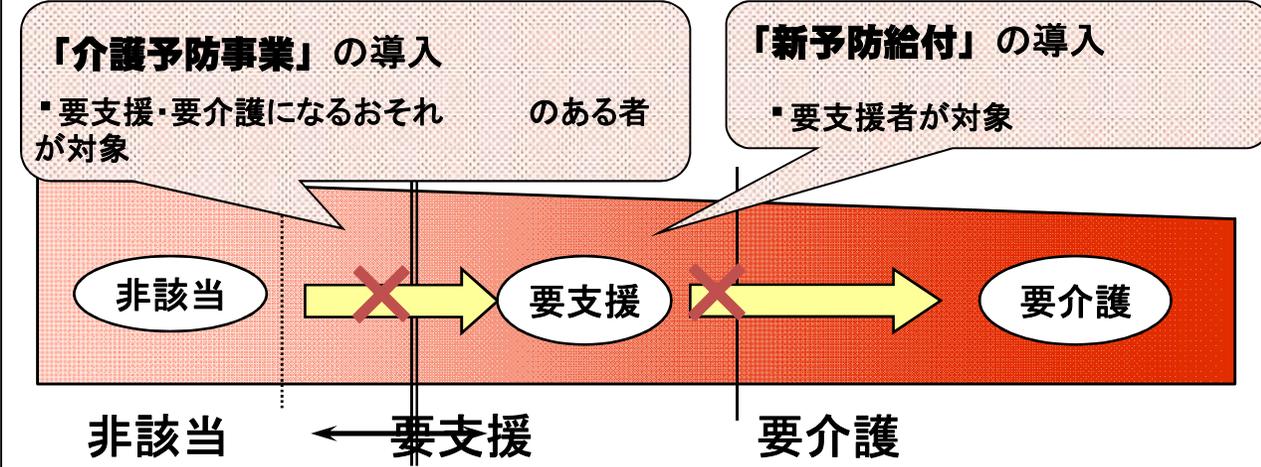
○ 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。

○ 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

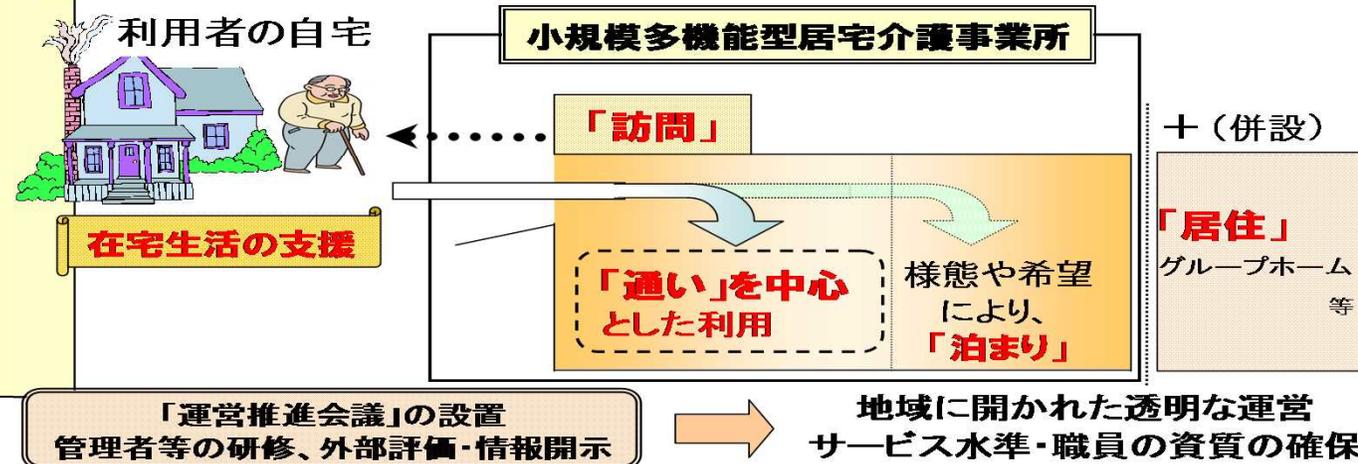
○ 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確立



地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは
「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」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援
→どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる



地域包括ケアの登場

- できる限り地域の在宅で生活し続けることを目指す
 - 日常生活圏単位でのケアシステムから始まった
 - 24時間対応のケアシステムへの挑戦（24時間対応—随時訪問
定期巡回介護、在宅医療（訪問看護）＋サ高住）
 - ➡柏プロジェクトの試み（在宅医療＋24時間在宅ケアモデル拠点）
 - ➡サービス提供セクターのマネジメントから始まった
 - ➡当初は、市役所と東大が組んで企画調整

- 介護予防の見直し（総合事業—住民参加型の訪問介護（B型））
 - ➡サービス提供セクター論から住民の理解と参加論に拡大
 - ➡今後の対応の構造がまだ未解明

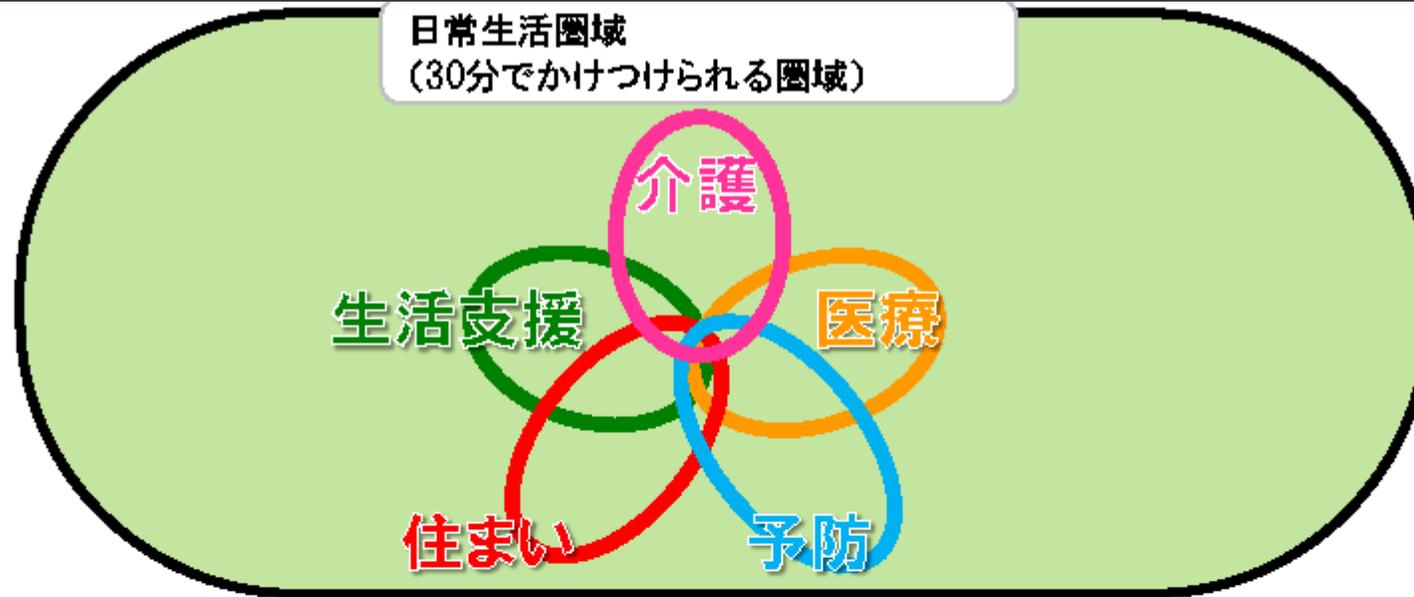
【日本】 お年寄りの姿の変遷



1年10ヶ月「寝たきり」
だった



地域包括ケアシステム（2011改革）



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料：2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会より

柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

(2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。

(3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。

(4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。



柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市

共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、
柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会

後援： 国立長寿医療研究センター

協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

1日目

○午後半日で開催

※近年は1日

○内容

- ・在宅医療が必要とされる背景（講義）
- ・地域資源マッピング（GW）
- ・領域別セッション（講義・GW）
- ・懇親会



多職種によるGW

実習

（医師のみ）

○3時間×2回

○以下のメニューから
選択

- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・ケアマネジャー同行
- ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

（1日目の1～1.5ヶ月後）

○終日開催

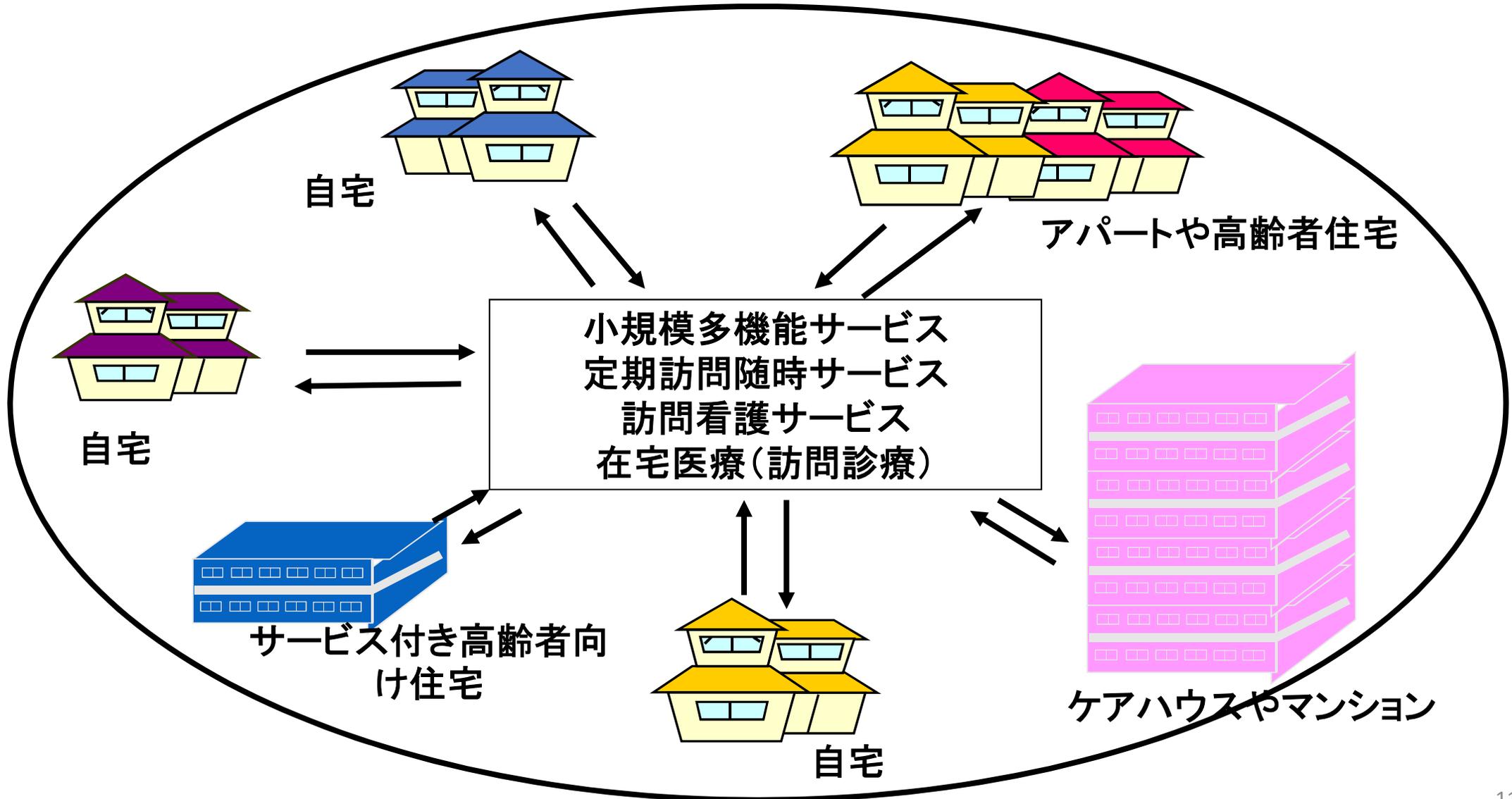
○内容

- ・在宅医療の導入（講義）
- ・多職種連携協働：IPW（講義）
- ・領域別セッション（講義・GW）
- ・実習振り返り（GW）
- ・在宅医療推進の課題とその解決策（GW）
- ・制度・報酬（講義）
- ・修了証書授与



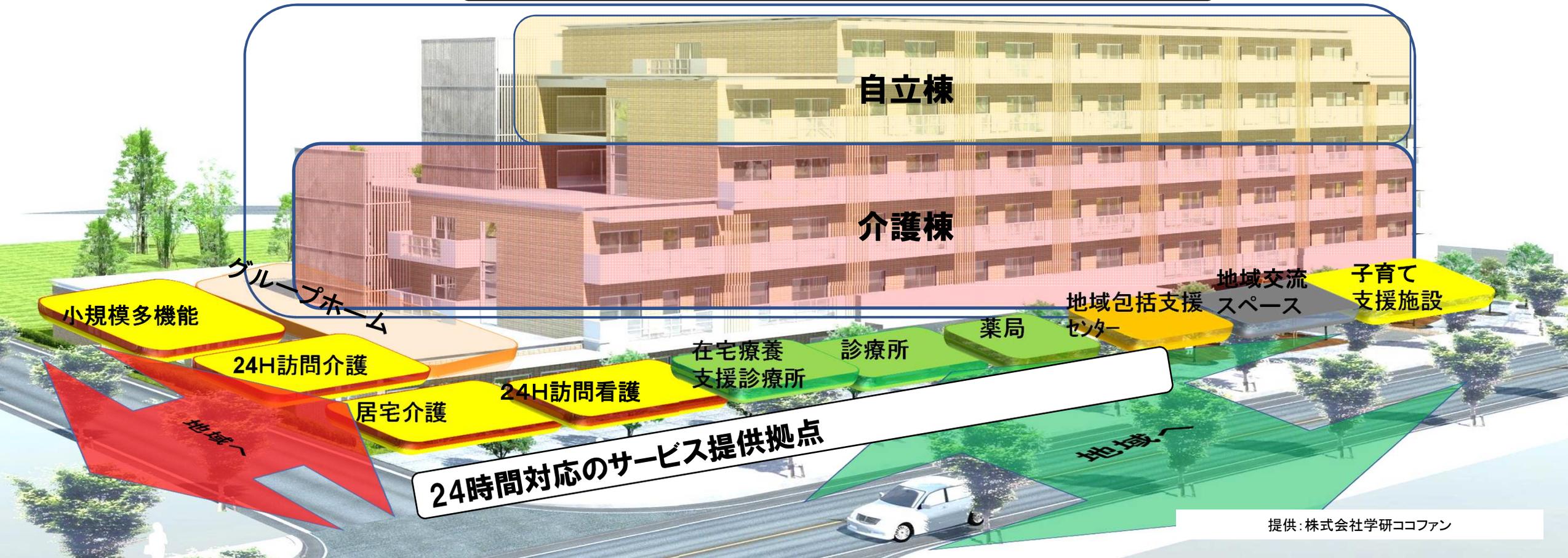
受講者一同による集合写真

地域社会がひとつの施設・病院(こぶし園小山氏資料を基に作成)
介護付き住宅ではなく、介護付きの地域社会が可能



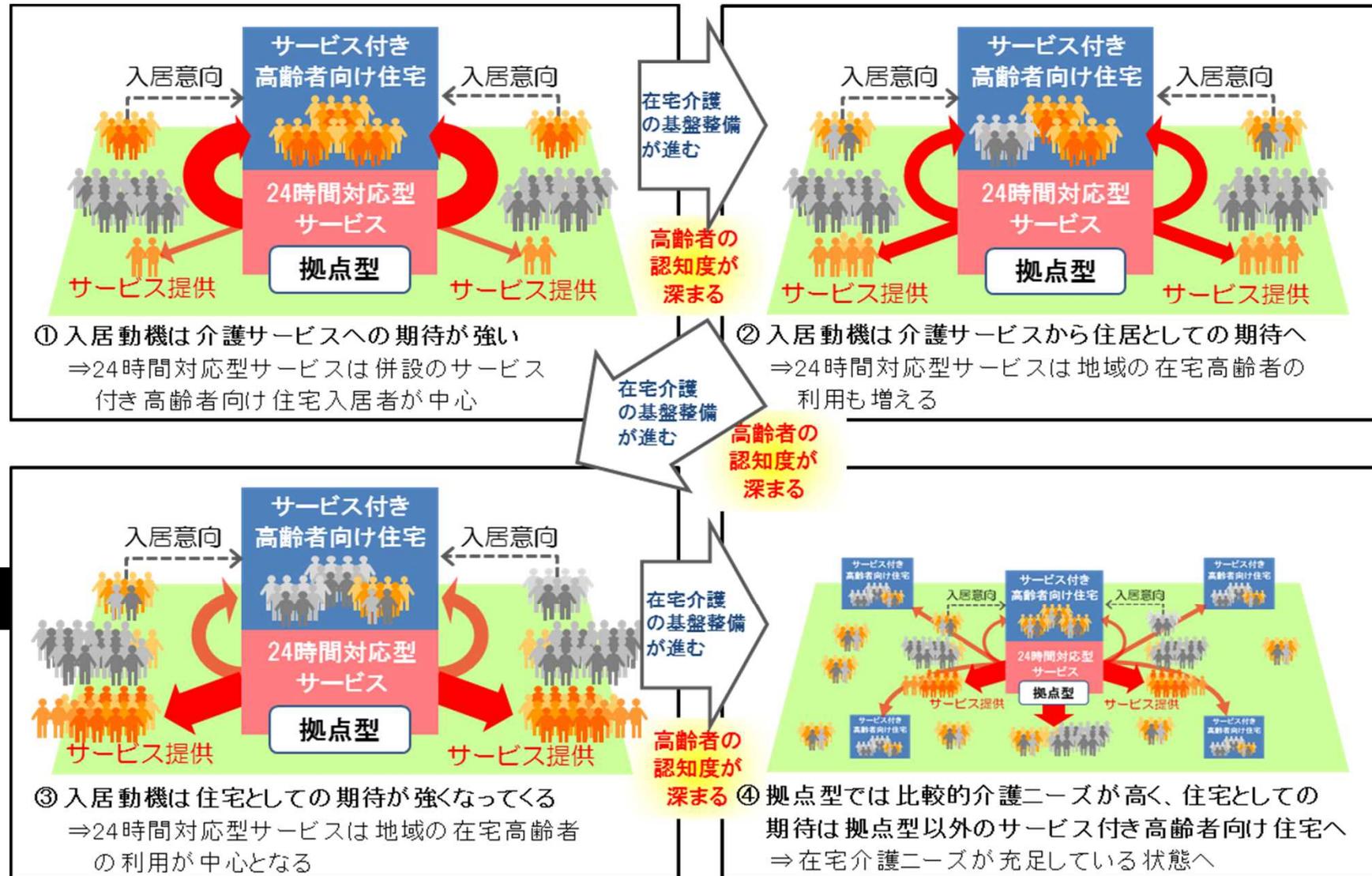
◇イメージ図

サービス付き高齢者向け住宅



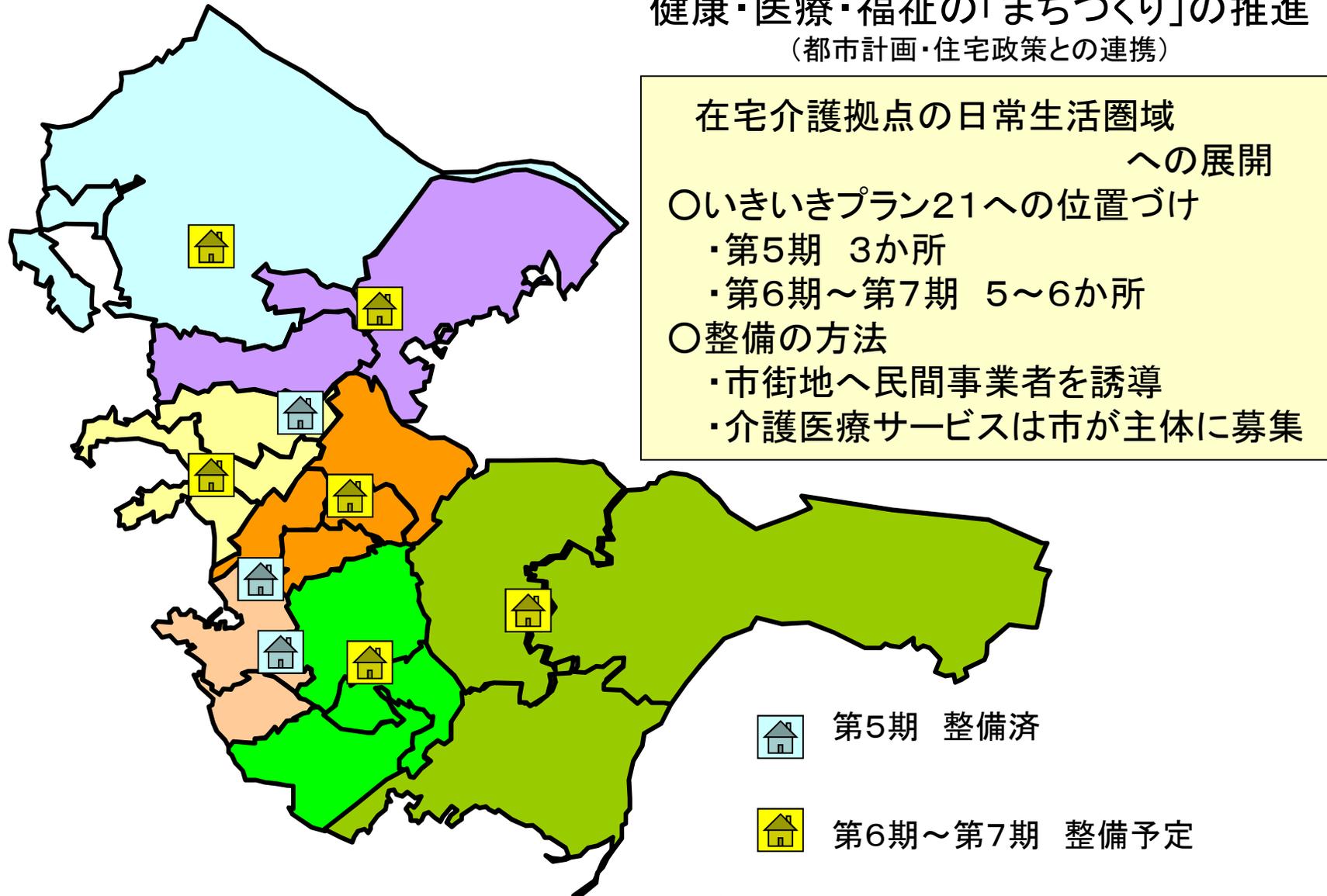
主な事業者	提供サービス
学研ココファン	サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム
長岡福祉会	小規模多機能、24H訪問介護事業所、訪問看護事業所
スギメディカル	居宅介護事業所、訪問看護

在宅介護基盤の整備と段階的なサービス付き高齢者向け住宅の役割変化



在宅拠点の展開イメージ(柏市資料もとに作成)

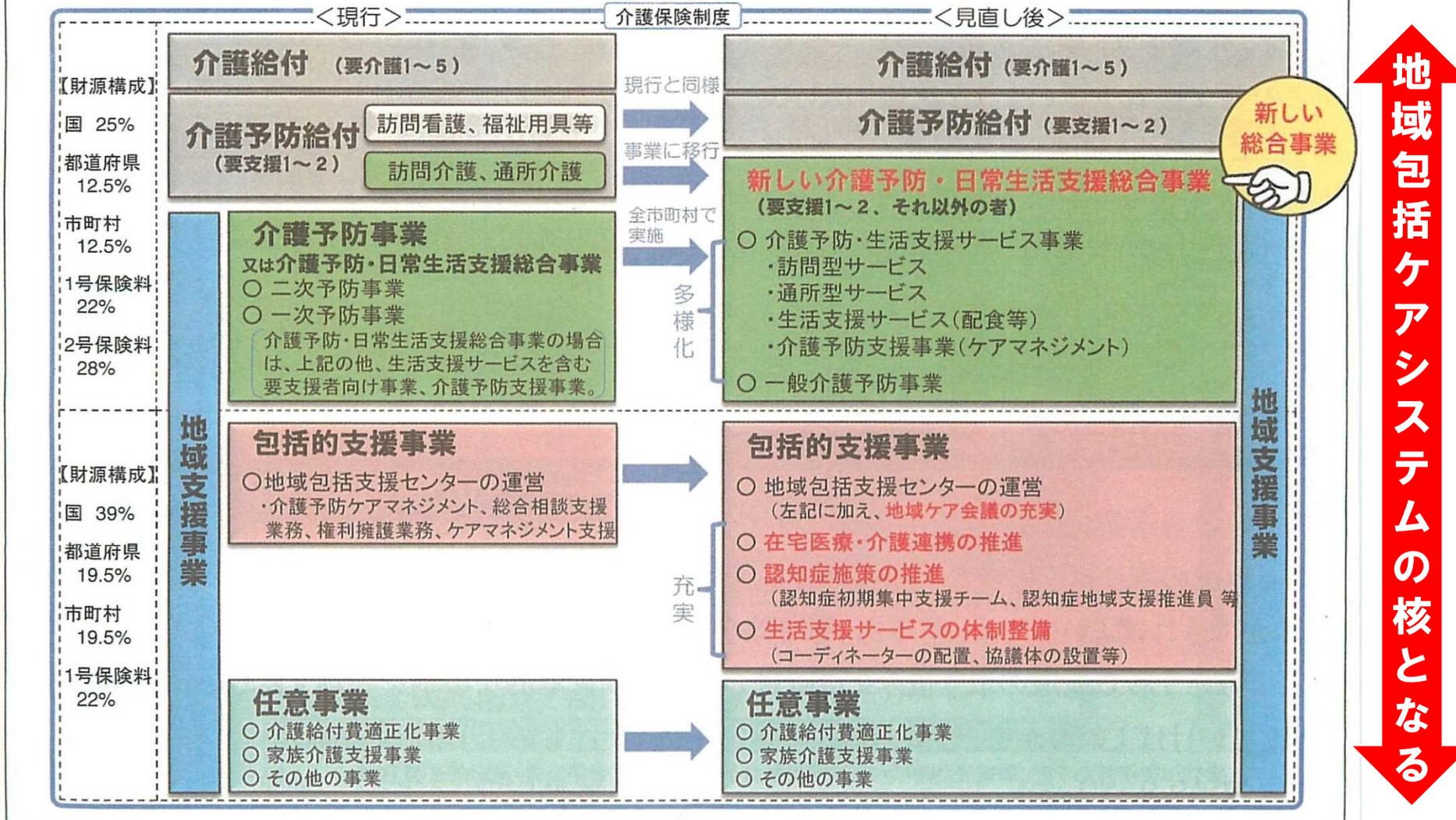
健康・医療・福祉の「まちづくり」の推進
(都市計画・住宅政策との連携)



※ 今後整備予定の場所の位置は仮にもの

介護予防・日常生活支援総合事業の構成

図2. 【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



地域包括ケアの論理化（１）

○予防（介護予防）とは何か

－フレイルの概念の登場

－早期予防のポイントは高齢者の社会性

－地域住民の気づきが必要（フレイルチェックの導入）

－最終的には、生きがい就労を含むまちづくりへ

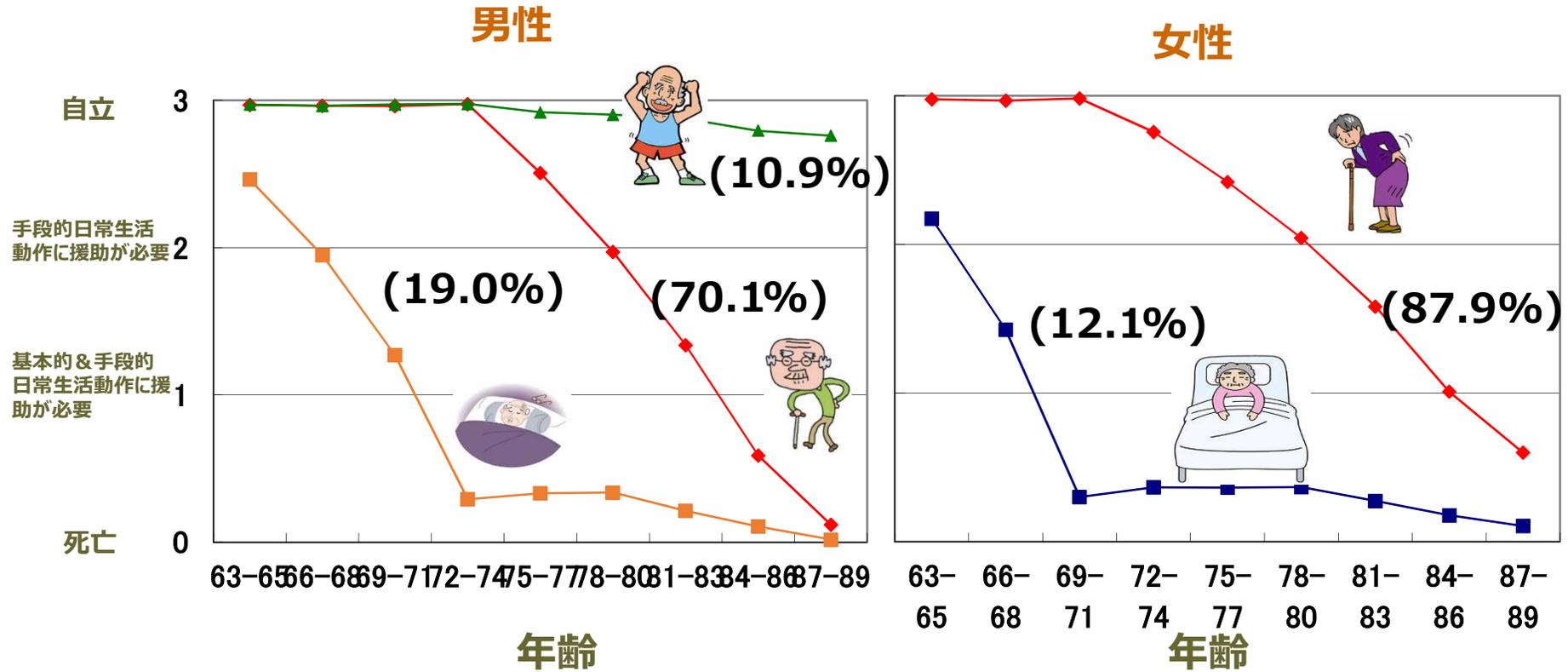
➡柏プロジェクトの試み

－地域の総ぐるみのまちづくり体制へ

➡当初は、市役所と東大が組んで企画調整

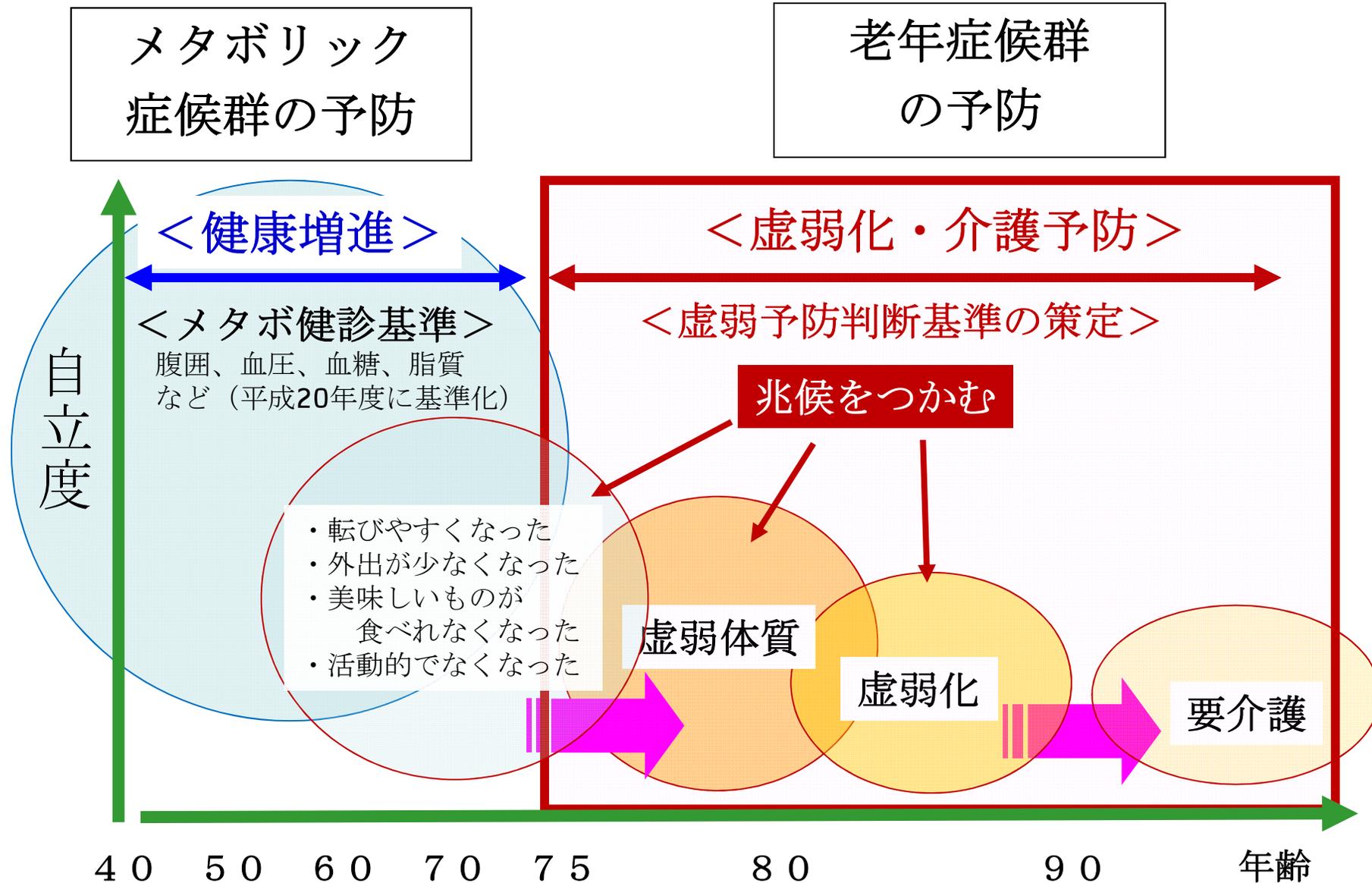
高齢者の増加と多様なパターン

— 全国高齢者20年の追跡調査 —



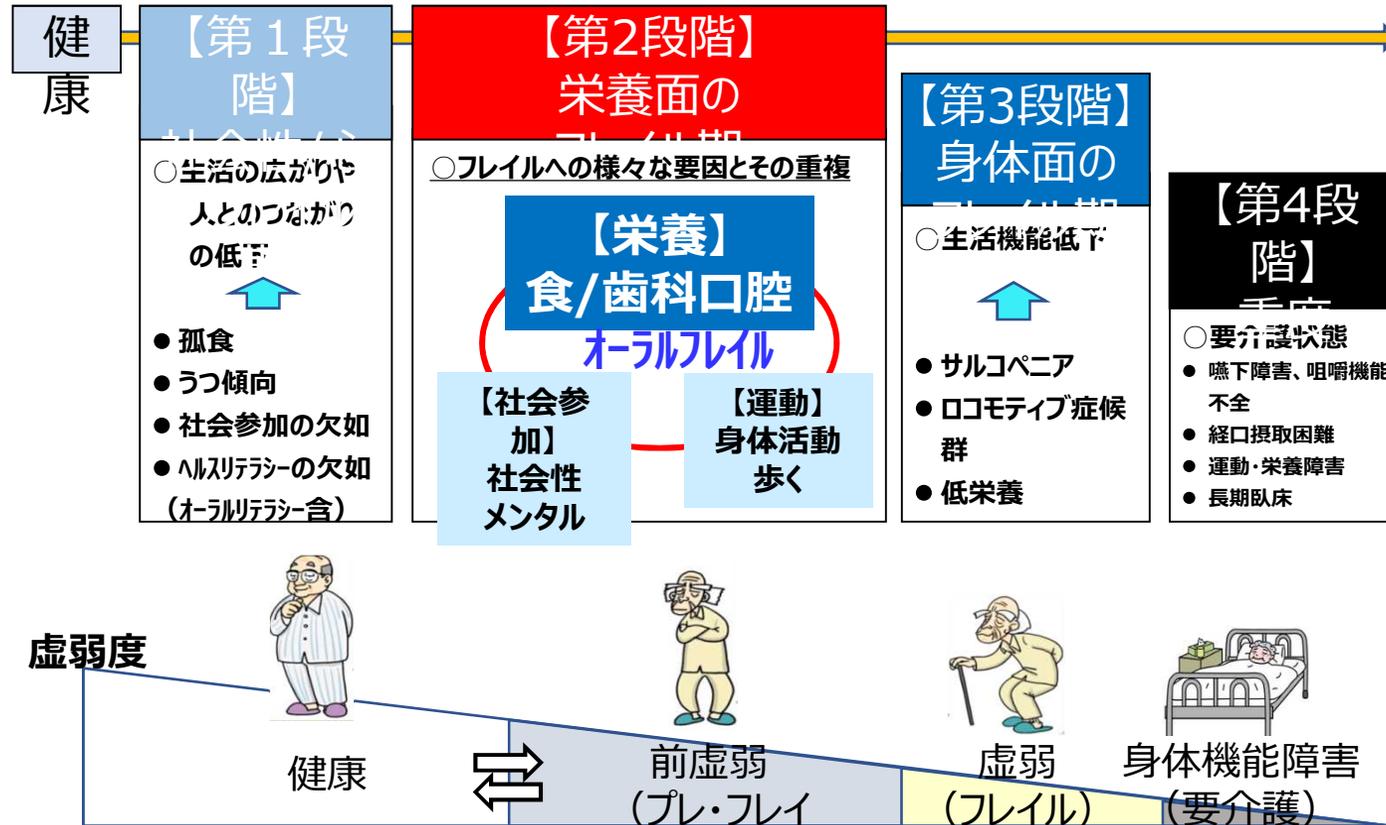
出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

健康増進・虚弱予防の研究と推進



【栄養（食/歯科口腔）からみた虚弱型フロー】

～フレイル（虚弱）の主な要因とその重複に対する早期の気づきへ～



東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢（作図）
厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
び検証を目的とした調査研究（H26年度報告書より）

虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究（H26年度報告書より）

柏スタディ（2012～）

- 大規模高齢者虚弱予防研究「栄養と体の健康増進調査」
- 加齢による心身機能および社会性の低下に着目し、特に『サルコペニア（筋肉減弱）』の原因の解明を目的とした疫学研究
- 柏市内14か所の保健センターや近隣センターで実施
- 2000名を超える地域高齢者（自立～要支援）が参加



『市民の手による』 市民のための健康調査

数多くの『就労スタッフ』も大活躍の現場



専門職と就労スタッフも仲良く



スタッフ同士協力

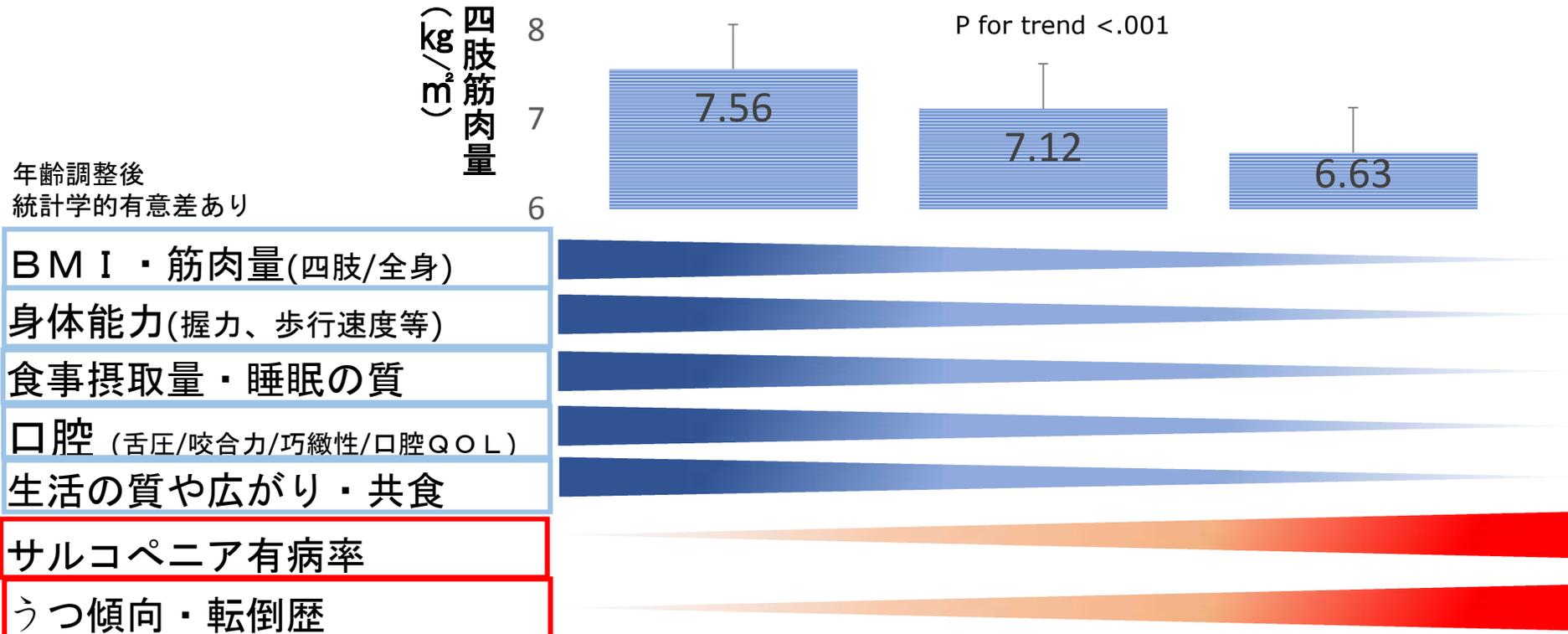


就労スタッフの動きも機敏に

【指輪っかテスト】 によるスクリーニング



	危険度（調整オッズ比）		
サルコペニア	—	2.4倍	6.6倍
	危険度（調整ハザード比）		
サルコペニア新規発症	—	2.1倍	3.4倍



社会性を維持することが、口腔機能や心理状態、身体活動につながり、サルコペニアを予防する

n=1907 GFI=0.983, AGFI=0.978, RMSEA=0.033, All pass : p<.001



社会性↓
 人とのつながり↓
 生活の広がり↓
 誰かと食事↓(孤食)

余暇時間↓
 座位時間↑

口腔機能↓

残存歯数↓
 咀嚼力(ガム)↓
 滑舌↓

精神・心理状態↓

QOL↓、うつ傾向

身体活動↓

栄養状態↓

食事量↓
 体重↓
 アルブミン↓

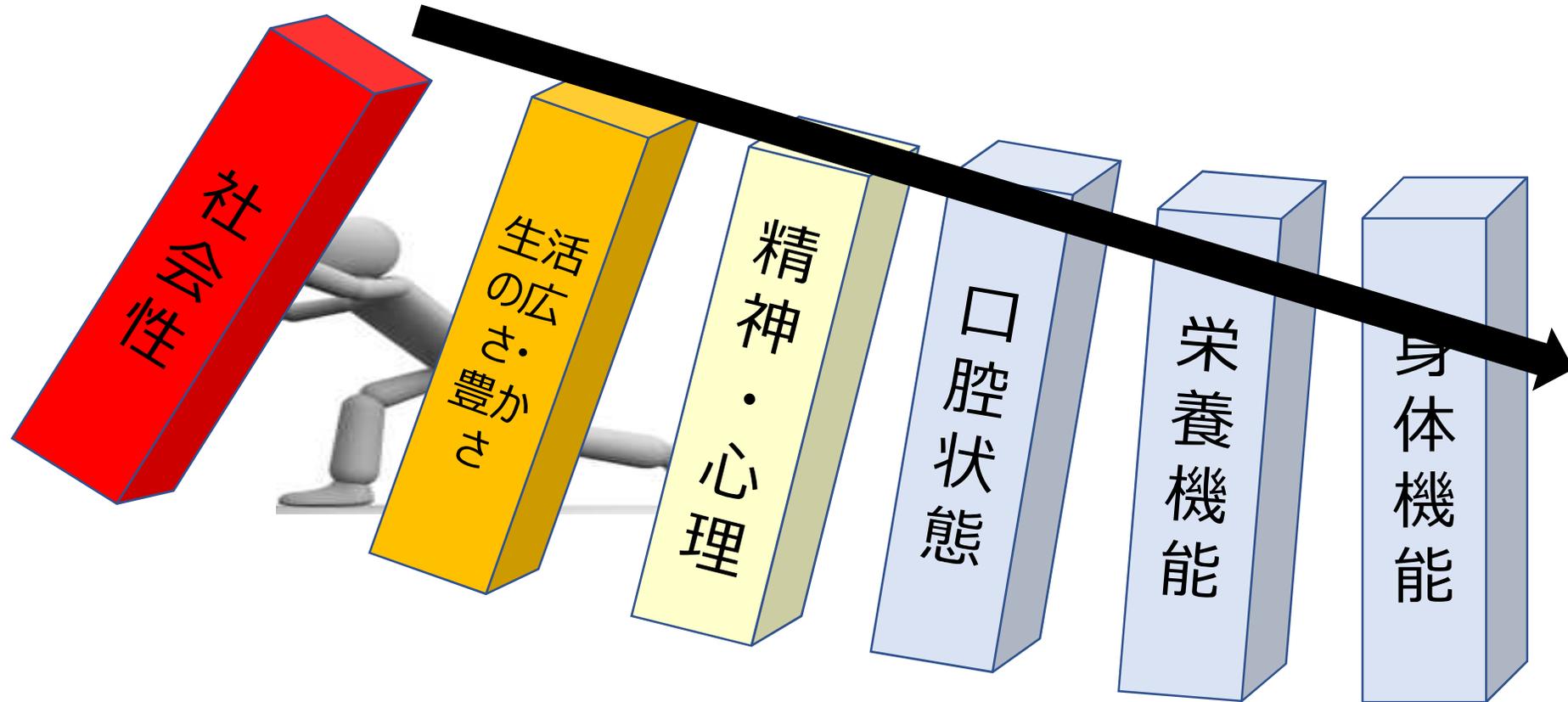
サルコペニア
 低四肢骨格筋量
 低筋力、低身体機能

東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢ら
 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと
 包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」(H26年度報告書より)

高齢期において「社会性」を維持する意義

『社会性』は、活動量、精神・心理状態、口腔機能、食・栄養状態、身体機能など、多岐にわたる健康分野にも大きく関わる。

ドミノ倒しにならないように！



三位一体の包括的【フレイル・チェック】

柏市における【市民による、市民のためのフレイル予防】



簡易チェックシート

総合チェックシート

フレイルチェック（簡易チェック）

東京大学高齢社会総合研究機構 ※無断転載厳禁

～すばやく、てがるに、かんたんに、あなたの元気を調べてみましょう～

●指輪っかテスト

指輪っかできくらはぎを固んに時にどうなりますか。
当てはまる○に同じ色のシールを貼って下さい。



右のアンケートに答えてみてください。
皆様がどれほどお元気がわかります。
また、健康を維持していくうえで重要な
食事・お口や運動、社会性・こころ
の元気さも調べてみましょう。意外に
十分でない部分が見つかるかもしれませんよ。
回答したら裏面を読んで、参考にして
みて下さいね！

●イレブン・チェック

各質問に対して、当てはまる答えに同じ色のシールを貼ってください。
濃い色の項目は、「はい」、「いいえ」が逆になっています。お気をつけ下さい。
※同じ色のシールを右の枠にも貼って提出してください

栄養	口腔	運動	社会性
1. ほぼ同じ年齢の同性と比較して健康に気がつけた食事心が付いていますか	2. 「さきいか」、「たかひく」の固さの食品を普通に噛みきれますか	3. 「さきいか」、「たかひく」の固さの食品を普通に噛みきれますか	4. お茶や汁物でむせることがありますか
5. 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	6. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	7. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	8. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか
9. 1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	10. 自分が活気に溢れていると思いますか	11. 何よりもまず、物忘れが気になりますか	

フレイルチェック（深掘りチェック）

東京大学高齢社会総合研究機構 ※無断転載厳禁

～どこが元気で、どこが元でないのか、少し詳しく調べてみましょう～

お口	噛む力	咬筋の触診は、噛む力が衰えている可能性をチェックしています。 ●強い： 噛む力やそのための筋力の状態は良好です。 ●弱い： 噛む力やそのための筋力が弱まっている可能性があります。しっかりと予防していきましょう。
	滑舌（ひだか）	バカチキスは、滑舌（舌や舌の動き）の良さをはかります。 ●6.0以上： 滑舌が良く、口開きや舌の筋力をきちんと維持できているようです。 ●6.0未満： 口開きや舌の筋力が弱まっている可能性があります。日頃から意識して口や舌を動かしてみましょう。
	お口の元気度	お口の元気度テストは、お口に関わる元気度をチェックしています。 ●58～60点： お口の状態は良好です。 ●52～57点： お口の状態があまりよくないようです。一度しっかりと調べてみましょう。
運動	片足立ち上がり	片足立ち上がりテストは、足腰の筋力やバランス力がしっかりと維持されているかをチェックしています。 ●立てる： 足腰の筋力やバランス力が良好に維持されています。 ●立てない： 足腰の筋力やバランス力が弱まっている可能性があります。日頃から足腰を鍛える運動を心がけましょう。
	ふくらはぎ周囲長	ふくらはぎ周囲長は、筋肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。 ●男性34cm以上、女性32cm以上： しっかりと筋肉量を維持できているようです。 ●男性34cm未満、女性32cm未満： サルコペニアの可能性が弱く、筋肉をつけよう心がけましょう。
	握力（利き手）	握力は、筋肉量が少なくなっている状態（サルコペニア）の可能性をチェックしています。 ●男性30kg以上、女性20kg以上： しっかりと筋肉量を維持できているようです。 ●男性30kg未満、女性20kg未満： サルコペニアの可能性が弱く、筋肉をつけよう心がけましょう。
社会性	人とのつながり	人とのつながりをどのくらい維持できているかをチェックしています。 ●12～30点： 周りの人とのつながりを維持できていると考えます。 ●0～11点： 人とのつながりが少ない可能性があります。家族や友人とのコミュニケーションをもう少し意識してみましょう。
	社会参加	この強い社会参加ができているかをチェックしています。 ●1～7点： 社会参加の機会が確保できているようです。これからも心のある活動に参加してみてください。 ●0点： 社会参加の機会が少ない可能性があります。興味のある活動を探して参加してみてください。
	こころ	こころの元気度をチェックしています。 ●高数の悪い方は、少し心が衰えているかもしれません。

回収用シート ID: 109

調査日 平成28年 5月 10日

氏名 藤本 美穂

性別 女

年齢 72 歳

身長 170 cm

噛む力 (強い・弱い)

滑舌 (滑) 滑舌 (か)

5.8 5.4

回/秒 回/秒

お口の元気度 58 点

片足立ち上がり (立てる・立てない)

ふくらはぎ周囲長 (cm)

36

握力 (利き手) (kg)

33

総筋量 (kg)

56.4

体幹筋量 (kg)

27.6

手足の筋肉量 (kg/m²)

7.9

人とのつながり (点)

10

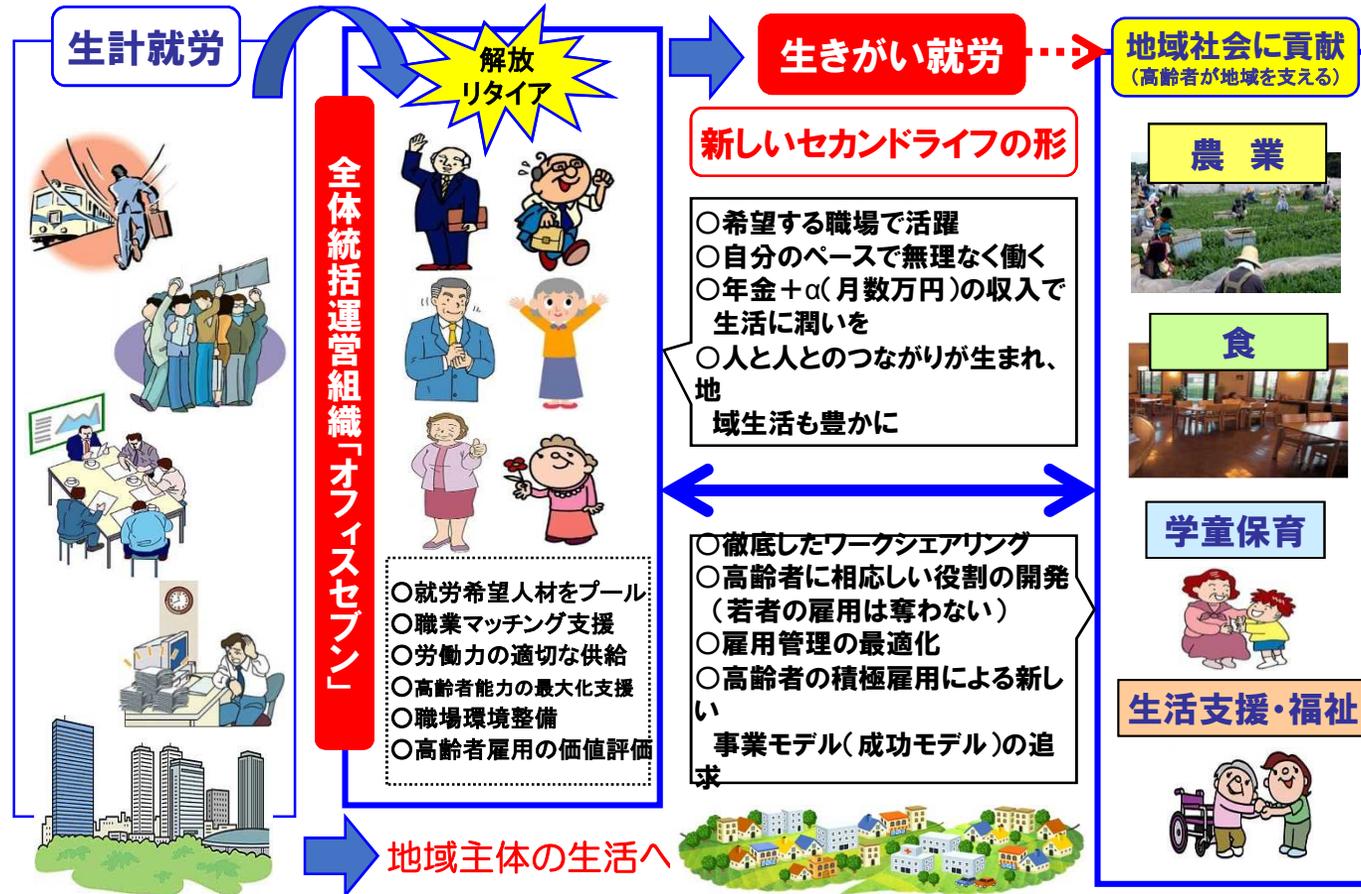
社会参加 (点)

2

こころ (点)

6

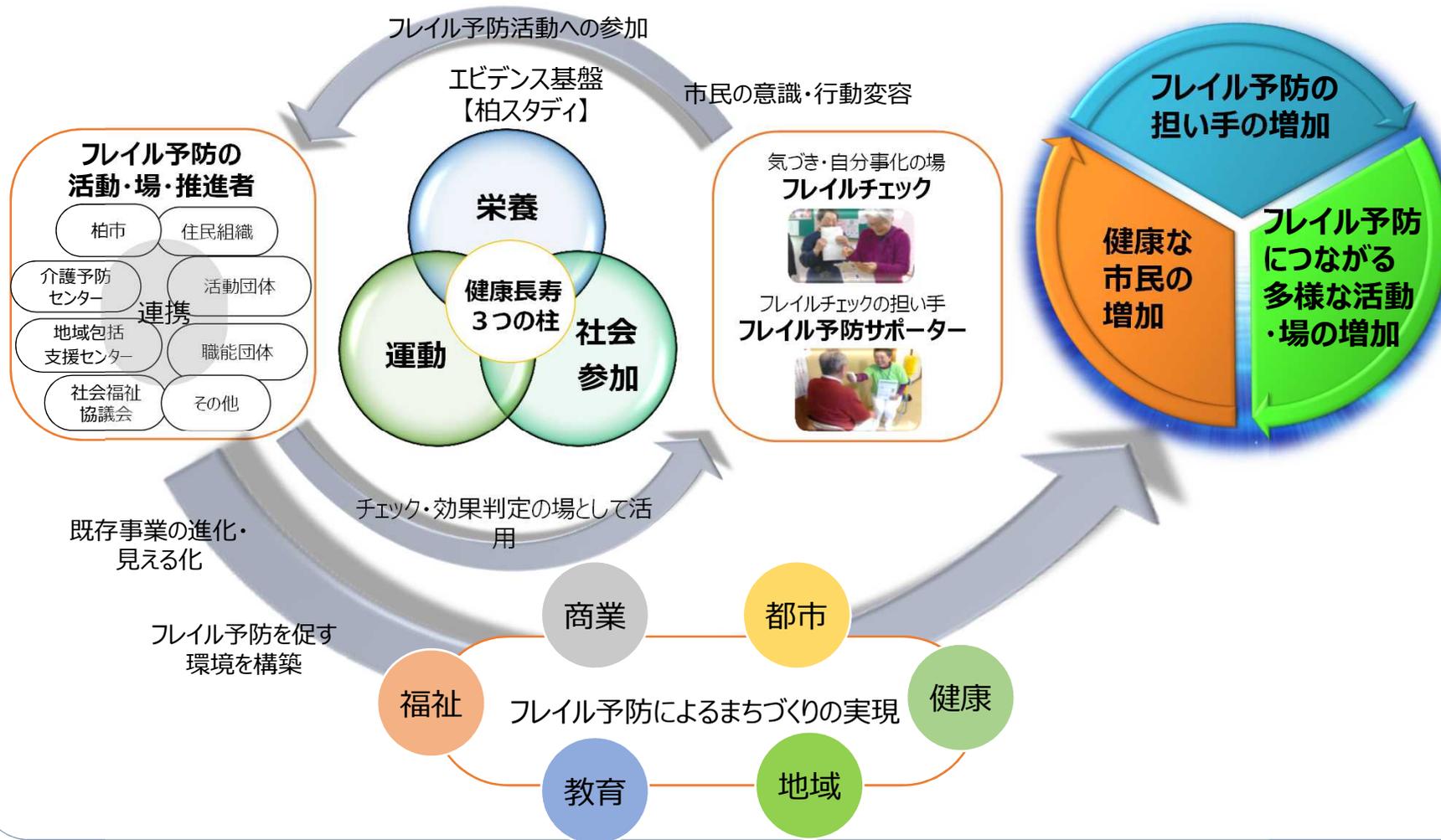
目指すべき「生きがい就労」の実現イメージ



柏フレイル予防プロジェクト2025概念図

プロジェクト目標

フレイル予防の概念の下、より早期からの「三位一体（栄養・運動・社会参加）」への包括的アプローチにより、いつまでも健康で充実した生活を営める健康長寿のまちを目指す



地域包括ケアの論理化（２）

○生活支援とは何か

－要介護の前の一人暮らし高齢者への対応の入り口（サ高住だけでは無理）

－見守り、困りごとへの相談、日常生活（ごみ捨て、食事、掃除等）の支援

① ネットワークの形成・地域住民だけでなく多様な関係者の連携（地域包括支援センターと社協の位置づけが大切）

② 地域住民の力を引き出す・地域住民の企画の積み上げ支援

➡ 柏プロジェクトの試み

－地域の総ぐるみ（ネットワーク）体制へ

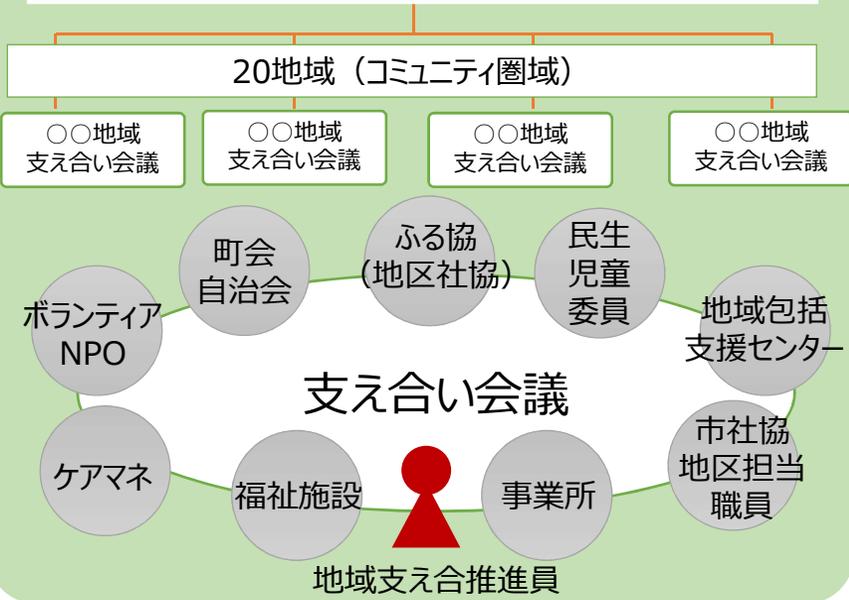
➡ 市役所が東大と組んで企画調整

柏市地域支え合い体制整備研究会 (H27.2 ~ H28.3)

生活支援サービスの充実に向けて、「地域支え合い体制」のあり方を検討する

事務局：柏市・柏市社会福祉協議会
コーディネーター：柏市社会福祉協議会
委員：ふるさと協議会（地区社協）、民生児童委員、NPO・ボランティア団体、地域包括支援センター、介護支援専門職員、社会福祉法人、学識経験者

柏市地域支え合い推進協議会 (H27.11~)



地域支え合い推進員の役割

- ・支え合い会議の運営
- ・支え合い活動の情報共有と連携調整
- ・地域内の人材育成、資源開発など

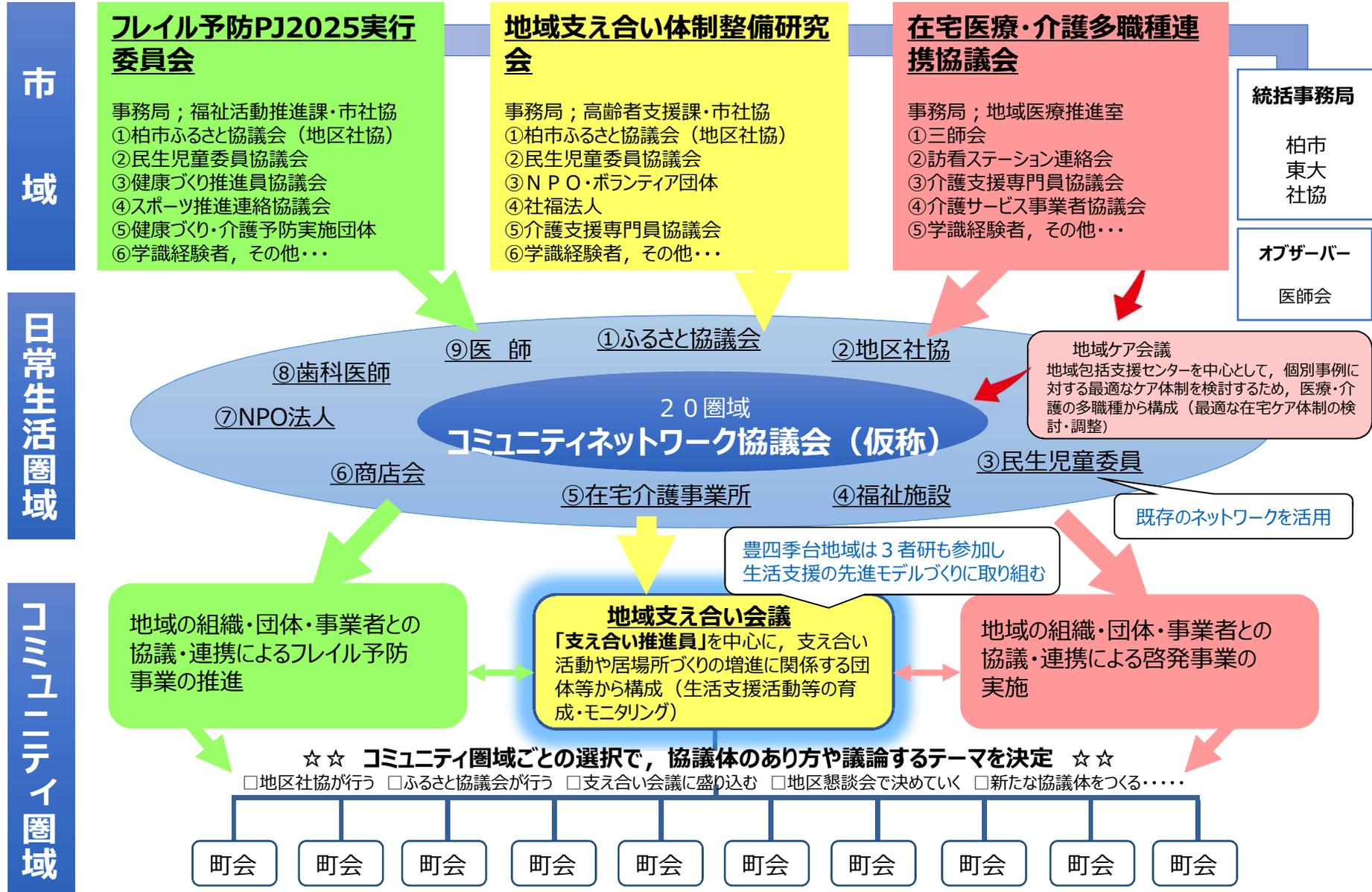
支え合い会議の進め方



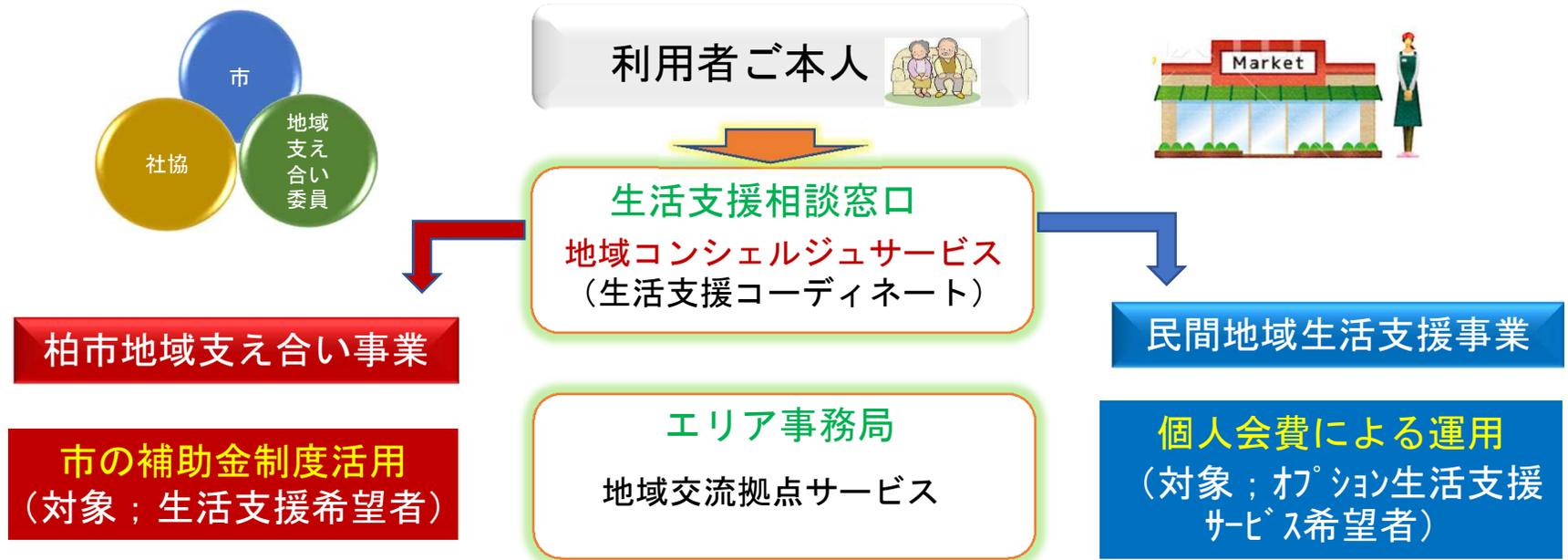
【豊四季台地域支え合い会議】

- 27.10 3 役会
支え合い体制整備の必要性・今後の予定を説明
- 27.11 ふるさと協議会執行会
- 27.11 町会長会議
- 27.11 支え合い会議準備会
- 28.02 第1回支え合い会議
*グループワークなどの結果から、今後次のテーマに分けて協議
①安心して活動できるシステム確立 (次回)
②つながりづくり (今年度中)
③人材育成 (くるるセミナーの活用)
④町会活動の見える化
- 28.05 コアメンバーでの話し合い
~06
- 28.06 第2回支え合い会議

豊四季台と地域包括ケアWG



豊四季台地域高齢者世帯見守り生活支援サービス東大案



有償ボランティアサービス (生きがい就労・市委託NPO・民生委員)		
【無償】基本生活支援サービス ← 選択ができる → オプションサービス【有償】		
一般生活相談サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ゴミ出し、簡単な掃除（玄関、庭先） ・庭の草むしり、電球替え ・買物（自宅届け） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゴミ出し（粗大ゴミ等）、掃除（室内・外、台所手洗い）、庭剪定、盆栽手入れ、留守宅管理 ・買物支援（注文取、配達、通販店舗取次、弁当宅配） ・家電、水道、電気修理代行、家屋簡易補修
健康介護相談サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・通院介助（同行） ・健康・介護相談、その他相談の取次 	<ul style="list-style-type: none"> ・通院介助（移動補助、運転代行） ・健康・介護相談、ケアプランセンター、訪問介護、訪問看護ステーションとのつなぎ ・ICT仲介、代行サービス（端末設定、端末トラブル対応、リテラシー、教育）コミュニケーション 映像による・家族、友人との連絡 映像による家族、友人との連絡

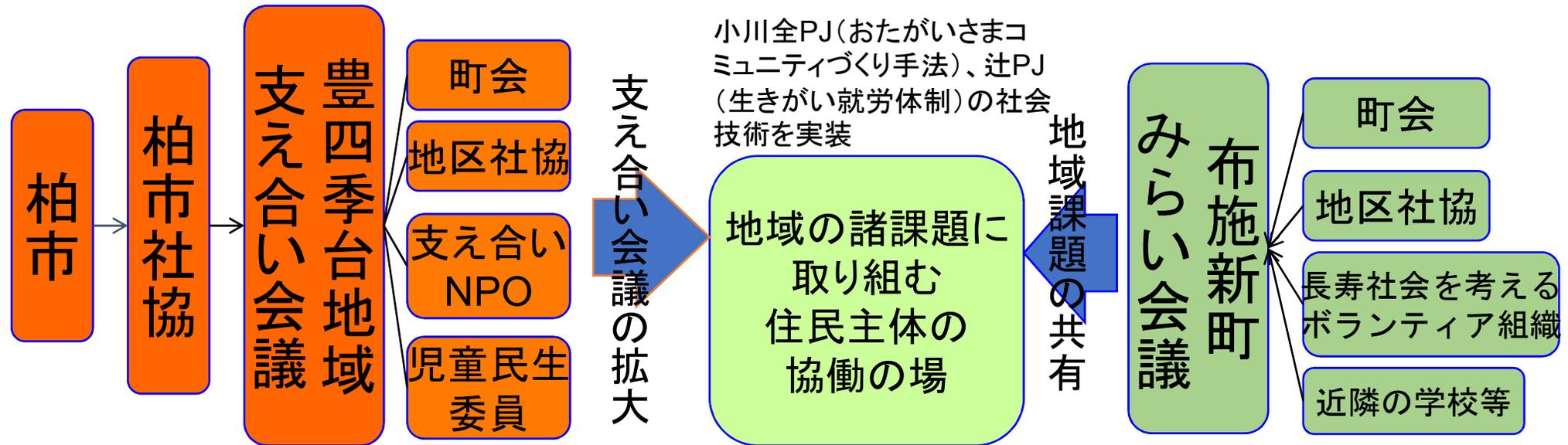


コミュニティ実装目標・計画

(1) 2つの異なる方式による、住民主体の課題解決コミュニティづくり

豊四季台地域ートップダウン方式

布施新町ーボトムアップ方式



(2) 住民協働による、地域課題と社会技術のマッチング、課題解決

- ・ 住民協働の場における、地域課題の共有
(豊四季台支え合い会議主催フェスタ、布施新町みらい会議ワークショップ)
- ・ 課題に対応する社会技術の実装
(例) ICTを活用した生活支援・虚弱化予防・認知症予防・歩行圏コミュニティづくり

豊四季台地域支えあい会議と実行委員会 による支え合いフェスタの開催

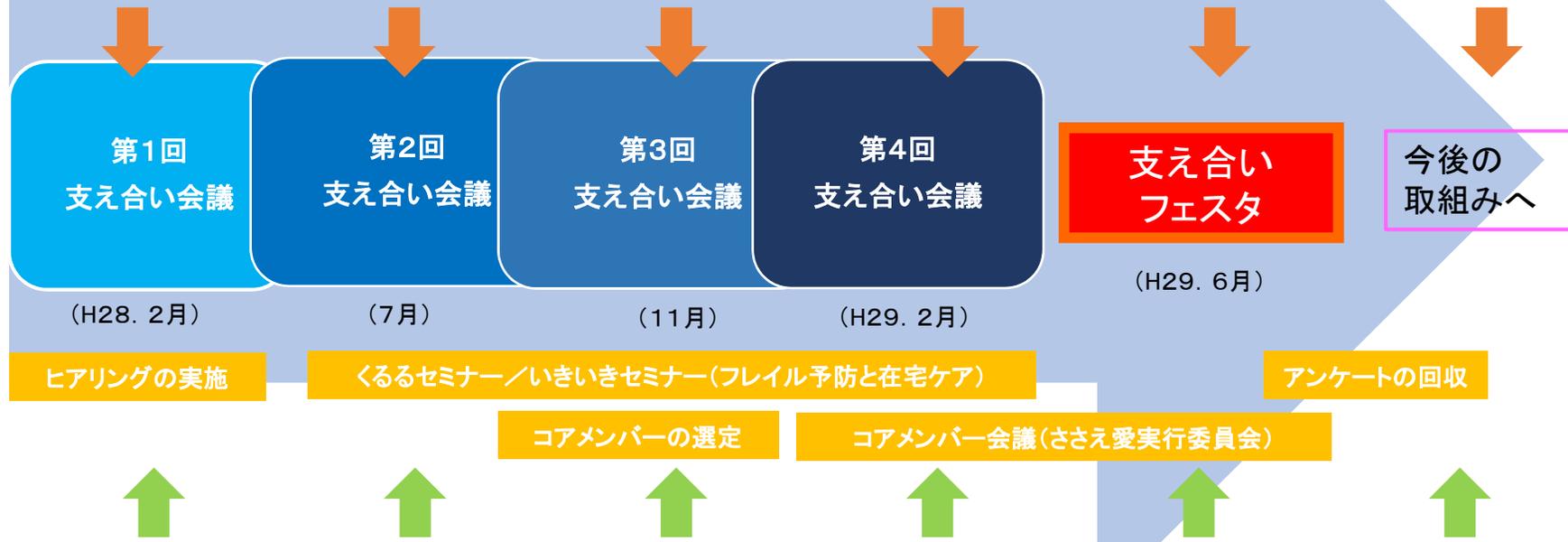
国の政策である「地域支え合い」を入り口にした、安心して暮らせるコミュニティづくりの統合実装モデル構築

地域支援事業としての地域の
支え合いをテーマとした会議
【限定メンバー】

様々な地域の課題への取組みを通して地
域内でのノウハウ拡大と連携
【メンバーの拡大】

課題対応力の強い
コミュニティ形成
【恒久的なネットワークの確立】

地域支えあい会議(町会・自治会・ふる協(地区社協)・NPO団体・民生児童委員等)⇒ネットワークとテーマの拡大

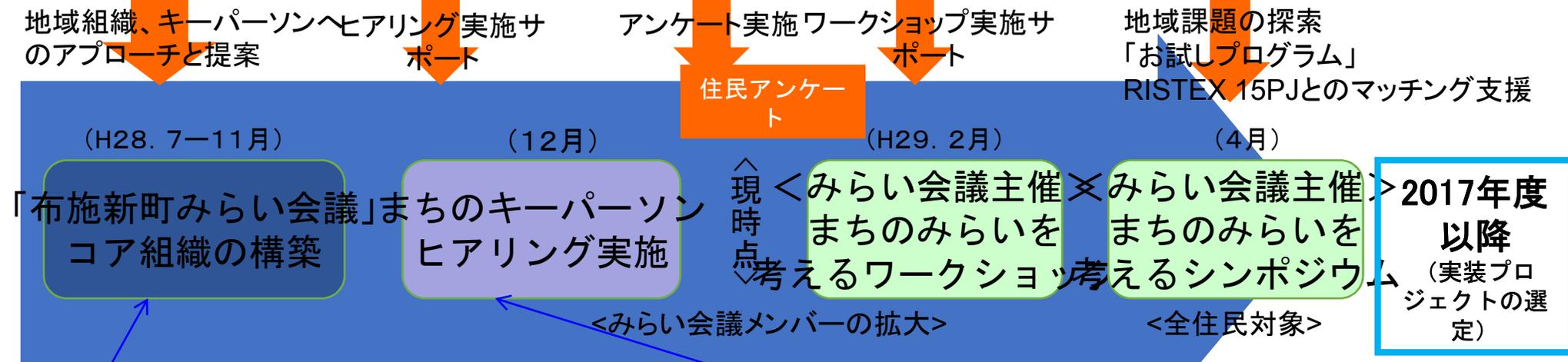


柏市社会福祉協議会(中間支援組織)・地域支え合い推進員(コーディネーター)⇒コーディネーターの拡大

布施新町

住民が自分ごととして地域を考える「みらい会議」を入り口に、 世代循環するまちづくりの統合実装モデル構築

中間支援組織（布施新町プロジェクトWG）：柏市、柏市社協、東京大学IOG、九州経済調査会、セカンドライフネット



「みらい会議」コア組織
中間支援組織（WG）構成員住民コアメンバー

- ・柏市（関係諸部）・自治会長
- ・柏市社会福祉協議会＋ふるさと協議会（地区社協）・東京大学IOG・九州経済調査会・地域ボランティア従事者・セカンドライフネットワーク・児童民生委員

キーパーソンヒアリング対象者

- ・福祉系ボランティア代表・コミュニティセンター所長・民生児童委員・特別養護老人ホーム・介護経験者・訪問看護ステーション・趣味活動団体代表・小学校、保育園、幼稚園・スポーツ活動団体代表・地元選出市議会議員・（元）（現）自治会長など

現段階で出てきている課題

- ・人口減、特に子供数の減少。小学校維持への危機感
- ・自治会や地域ボランティアの次世代不足
- ・空家、空室の維持と活用
- ・移動手段、自動車免許返納
- ・独居、老々世帯の支援、
- ・地域資源（農業、歴史、人材）の活用 など

豊四季台地域支えあい会議(支えあいフェスタ)からの展開

【支えあい会議】
各地域町内会に共通認識を伝える

【実行委員会】
イベントを繰り返し、課題を共有する

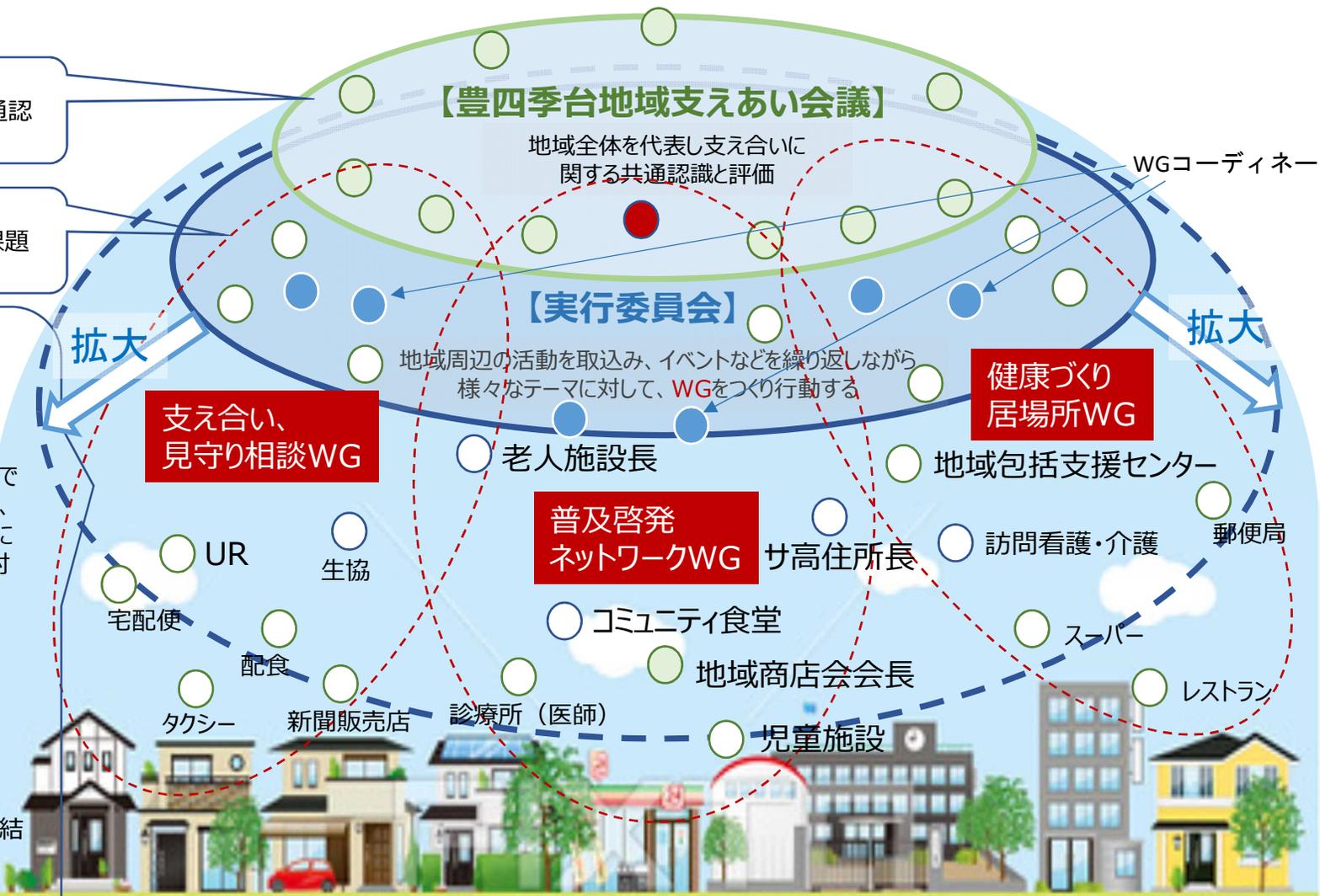
【ワーキング (WG)】

実行委員会の傘下
↓
イベントを実施する中で地域住民の声を聞き、捉えられた共通課題についての取組みを検討するWGを設置

- ①普及啓発ネットワークWG
- ②健康づくり居場所WG
- ③支え合い、見守り相談WG

↓
実行委員会でWGの結果を反映する

↓
①地域支えあい会議を通じた活動へ
②イベントで普及啓発



地域を支える様々な人材
豊四季台地域

地域包括ケアの進化

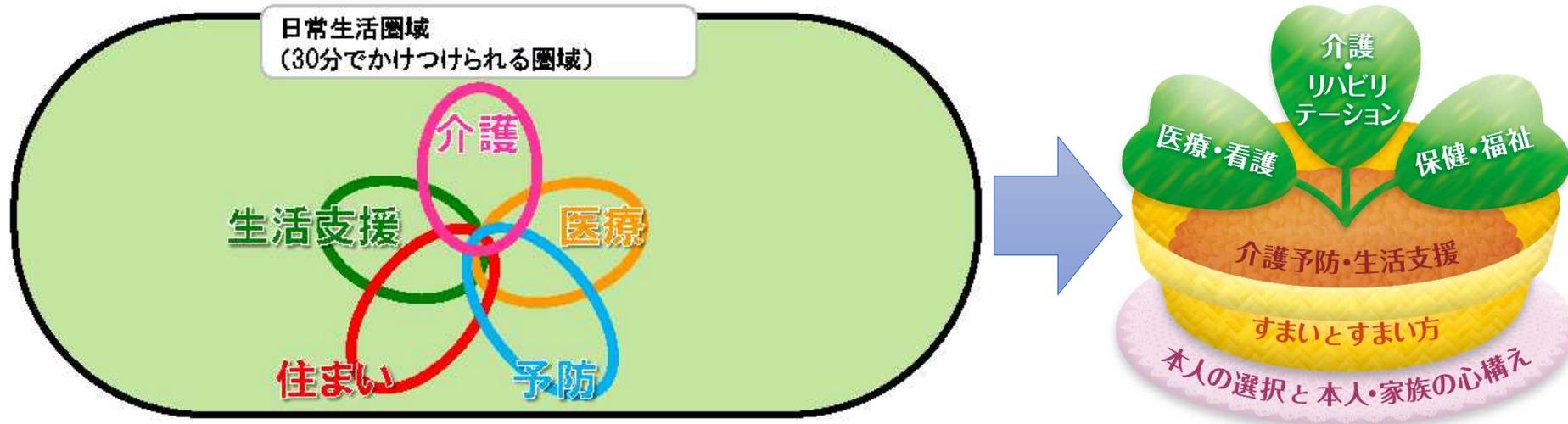
○地域包括ケアの概念は、植木鉢の絵に進化した

- 生活支援や早期からの介護予防（フレイル予防）は、自助、互助が基本
- 自助、互助、共助、公助の関係性を踏まえた基本理念とビジョンが必要

○地域マネジメントが重要となる

- 自助、互助、共助が日常生活圏域でつながる必要がある
- 多様なプレイヤーの取り込みと総ぐるみ体制（ネットワーク化）を作る地域マネジメントが必要
- 市町村における場の設定と運営とそれを支援する企画調整機能（地域ごとに異なる）が必要（最終的には、地域の総合力として定着）

地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

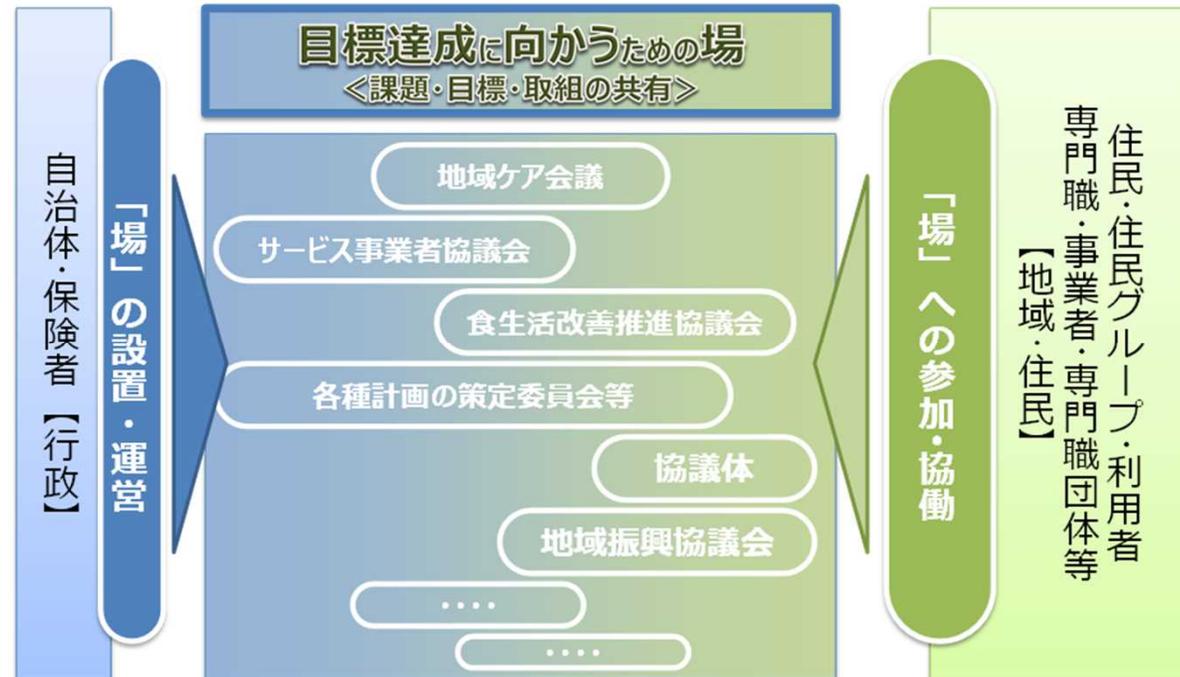
・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

左図及び文章：2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より

右図：MURC. 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント。」2016より

地域マネジメント

保険者・市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目的とした工程管理に用いる手法である。地域マネジメントは、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し実施することで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」と定義



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会> - 2040年に向けた挑戦 -」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017年より引用

まとめー地域包括ケアの展望（１）

○日本の超高齢人口減少は、未知の社会への挑戦

ー孤独死やごみ屋敷の多い街に若い人は住むか？

➡地域包括ケアは、今後の超高齢人口減少社会のまちづくりの

必須項目＝多世代が住むバランスの取れたまちづくり

➡健康・医療・福祉のまちづくり推進ガイドライン

➡最終的には、コンパクト&ネットワーク

<ご参考> 健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン（概要）

健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン

国土交通省

平成26年8月1日 都市局 まちづくり推進課長・都市計画課長・街路交通施設課長通知

1. 更なる超高齢化を迎える都市政策の課題

- ① 高齢者等が安心して暮らすことが困難となる社会
- ② 更に低下する地域の活力
- ③ 厳しさを増す都市経営
- ④ 健康・医療・福祉施策との施策連携の不足

2. 健康・医療・福祉政策における取組

- ① 地域における医療・介護体制の見直し
・ 2025年を目途に「地域包括ケアシステム」の実現
- ② 医療費適正化の推進
- ③ 「健康日本21(第二次)」を中心とした健康づくりの推進

3. 「健康・医療・福祉のまちづくり」の推進

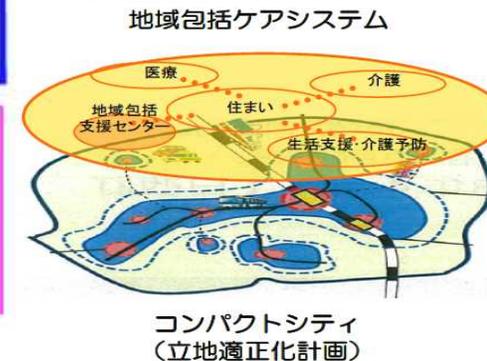
- ・ 多くの市民が自立的に、また必要に応じて地域の支援を得て、より活動的に暮らせるまちづくり
- ・ 日常生活圏域等における必要な機能
① 健康機能 ② 医療機能 ③ 福祉機能 ④ 交流機能 ⑤ 商業機能 ⑥ 公共公益機能
の確保や、歩行空間、公共交通ネットワークの充実等を一体的に取り組む都市構造のコンパクト化の推進
- ・ 都市政策の取組に当たって、健康・医療・福祉の視点から必要な事業や施策へと大きく舵を切っていくことが必要

- (1) 首長を中心とした推進体制づくり
- (2) 「現状」・「将来」の把握と「見える化」による関係者間の意識共有
- (3) 必要な5つの取組
① 運動習慣を身につける
② 地域活動の活性化
③ 都市機能の計画的確保
④ 歩行空間の整備
⑤ 公共交通の利用環境整備
- (4) 優先施策を立案するための「診断」の実施
- (5) 必要な施策を組み合わせたパッケージによる取組

4. 取組効果の検証と取組内容の改善

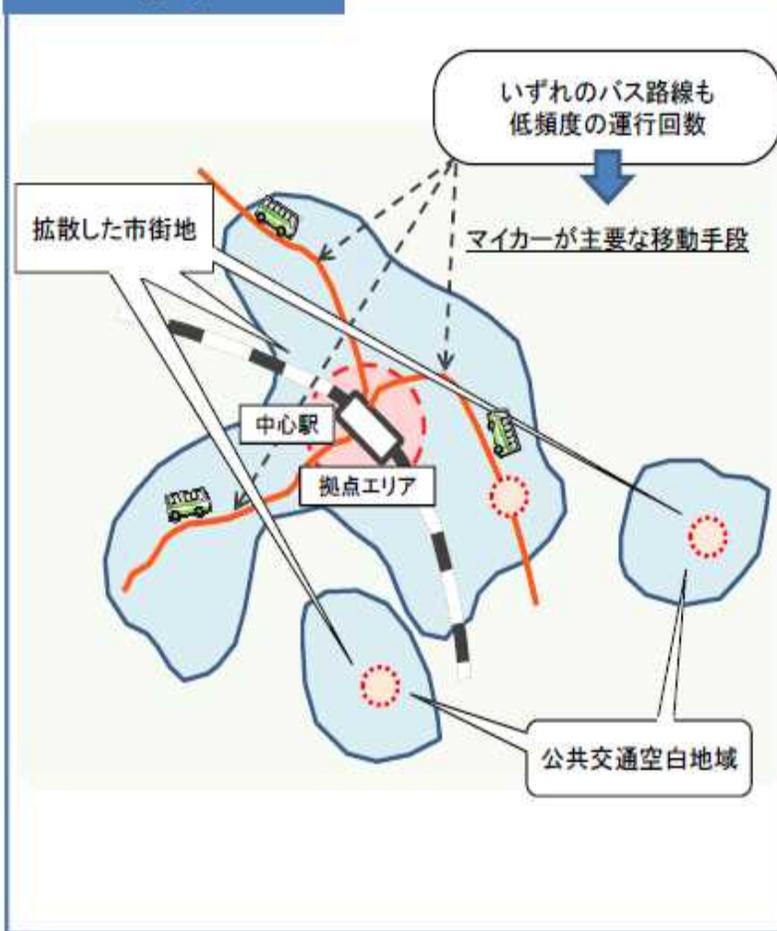
- ・ 定期的な実態把握を継続的に行い、市民や地域と連携した必要な取組の改善
【取組効果の試算例】

$$\begin{aligned} & \text{(年間の医療費抑制効果)} \\ & = \text{歩行数の増加した住民数} \times \text{1日当たりの歩行増加量} \times 0.061\text{円/歩} \times 365\text{日} \end{aligned}$$

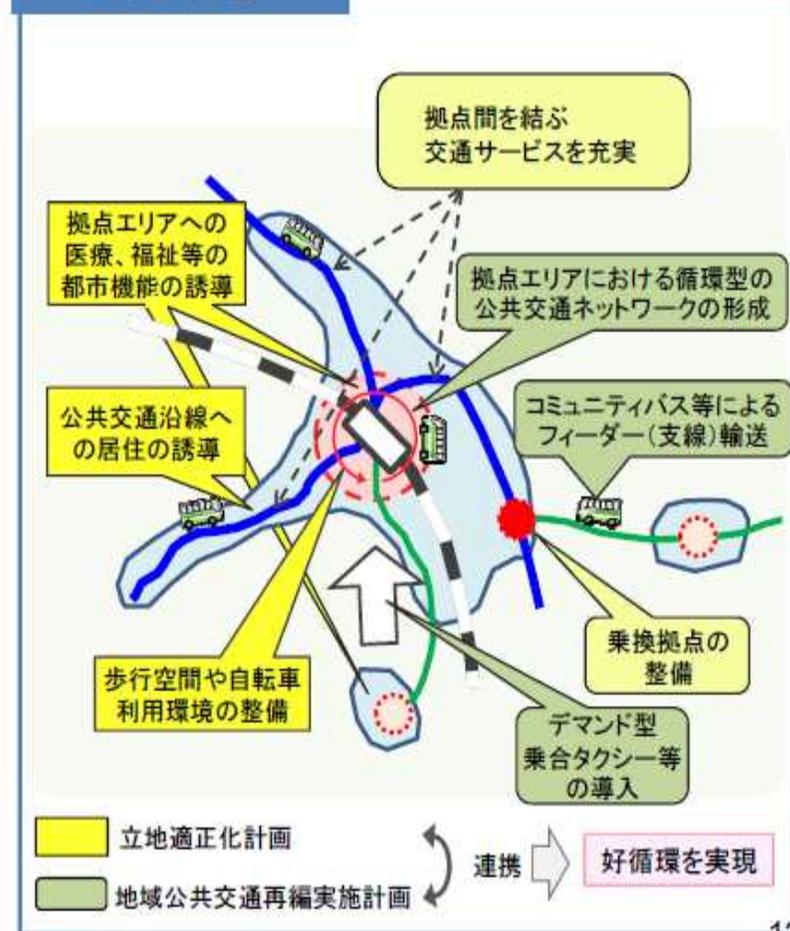


コンパクトシティ+ネットワーク

現状



これからの姿



まとめー地域包括ケアの展望（2）

- 地域包括ケアにおいて自助、互助が不可欠
 - ー専門職による共助システムだけでなくフレイル予防と生活支援が大きなカギ（それは、総ぐるみでないと完成しない）
 - ー最終的には、総ぐるみ（ネットワーク）体制でなければ地域包括ケアは完成しない

- 市町村が地域マネジメントの手法を体得する必要
 - ー市町村の行政手法の変革が必要
 - ➡どう進めればよいか

まとめー地域包括ケアの展望（3）

○例えば、生活支援とフレイル予防（一般介護予防事業）の地域マネジメントをどのように進めるか

①ビジョン（トータルとしてどんなシステムを作りたいか）が土台
ー最初に、多様なプレイヤーの役割を含めた活動の目標イメージを位置付ける

②会議の手法も変わる（グループワークによる暗黙知とコンセンサス）

ーショートレクチャー・グループワーク・総括という手順

③ビジョンを実現するためのPDCAシステム

ー市役所の事務局体制と組織連携体制が不可欠

ーその場合、地域包括支援センター、社協等の全国くまなく存在する機関の人材も重要

まとめー地域包括ケアの展望（４）

- 市町村職員は、企画調整支援者とともに、地域マネジメントをマネジメントする
 - ー市町村が設定した課題（例えば、地域における生活支援体制の構築）を解決するため市町村レベルから日常生活圏域に至る様々なレベルのプレイヤーのマッチングが大切
 - ーマッチングの一つのカギは、場の設定と運営をマネジメントする市町村が地域マネジメント推進の企画調整支援者とつながることではないか
 - ーそれは、やがて、地域の総合力として定着
- ➡企画調整支援者の役割は、地域により、大学の人材や地域の社会福祉法人等の人材に期待したい
- ➡各地で、市町村が、大学、社会福祉法人等の人材（企画調整支援者）と連携し、総ぐるみ体制（産官学の連携体制）へ結びつける
- ➡市町村は、大学をはじめ各種社会資源の人材を取り込む力量が大切