

2023年度改訂版

地域包括ケア推進コース 導入研修 講義 3



一般社団法人 日本言語聴覚士協会

地域ケア個別会議の例

地域ケア会議 当日の進め方

項目	所要時間 (目安)	発言者	発言者のポイント
資料の読込	5分	全員	※資料は会議終了後に回収する可能性がある
事例の概要説明	5分	プラン提出者	①事例の基本情報について ②事例の生活課題について ③現在の状態に至った個人因子、環境因子 ④②③を踏まえたケアプラン ※事業所担当者が出席した場合には補足する場合あり
質問	5分	助言者等	※質問の趣旨を明確にしておく
助言	5分	助言者	
まとめ	5分	司会者	明らかとなった生活課題の解決方法をまとめる 支援方針について確認する（ケアプランの再調整など）

性別：女性	年齢：83歳	要介護度：要支援2	寝たきり度：A1 認知症自立度：Ⅱb
家族構成：長男夫婦と同居		居住環境：持ち家（平屋）	

生活歴	<p>アルツハイマー型認知症による物忘れがあったが、家族の声かけを受けながら家事、バスでの通院などを一人で行っていた。一般介護予防事業における通いの場に通い、参加が楽しみになっていた。</p> <p>3月末から5月初旬脳梗塞のため、A病院に入院、身体的な後遺症はなく、点滴加療を受け、症状安定し自宅に退院した。退院後、訪問型サービスCを利用するが、IADLは常に声掛けを必要とし、言葉が出てこない、発語が少ない、入浴や排泄に支障が出てくるなど、対応困難となり要介護認定の申請に至った。</p>
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ● - 3年 脳梗塞 ● - 1年 逆流性食道炎 ● 年 アルツハイマー型認知症 10年前 高血圧症
栄養状態	身長：140cm 体重：42kg BMI：21.4
サービス利用状況	通所型サービスA：週1回

司会者	市高齢福祉課
地域包括支援センター	B地域包括支援センター（委託）
助言者（専門職）	管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、
事例提出者（ケアプラン作成担当・介護サービス事業所）	事例担当のプラン担当者 訪問サービスA事業所、通所サービスA事業所

司会者	では、地域ケア会議を始めます。	ケアプラン作成 担当	個人因子では、アルツハイマー型認知症、脳梗塞による記憶障害、実行機能障害があります。環境因子では、商店を営まれており、店番や外回りでCさんの介護に当たれない時間があるとのことです。
	この会議は検討する事例のアセスメントが適正であるか、アセスメントからの課題抽出がどうなっているか、さらには抽出した課題を解決していくためのアウトカム、ケアプランの短期目標の設定がどうなっているか、その短期目標を解決、達成するためのサービスは的確なのか、といった点を調整します。		課題は3点挙げています。
	それではCさんの説明をお願いします。		1点目は脳梗塞の再発予防が必要であること
ケアプラン作成 担当	よろしくお願ひします。事例は83歳、女性の方です。 ●年にアルツハイマー病を発症しました。 3年前に脳梗塞で入院し約1カ月の入院をしましたが自宅退院し、訪問型と通所型サービスAを利用しながら生活しています。退院時カンファレンスでは医師から「後遺症はなく、認知機能の低下はあるが、自宅生活には支障ないだろう」との説明を受けています。	司会者	2点目は記憶障害、実行機能障害のため、声掛けがないと家事ができないこと
	退院後のアセスメントでは掃除・洗濯・調理等のIADLに声掛けが必要です。自室で過ごすことが増え、社会交流の活動が少なくなりました。		3点目は脳梗塞発症後、発語が少なくなり、家族以外との交流が減少しているため、認知症の悪化予防が必要であること
	B地域包括支援センターに相談したところ、要介護認定の申請が必要と判断され、委託先のケアマネジャーに引き継いでいます。		今回のプランの支援目標としましては、Cさんがお元気な頃は店番がご本人の役割となっておりましたので、もう一度元気になられて、お店に出ることを意欲目標として考えています。プラン全体としましては、認知症状の維持と改善になります。
		司会者	脳梗塞を起こして入院をして、その退院直前に生活機能が大きく落ちたところではない、ということのようです。

司会者	入院すると、認知症の悪化や下肢筋力の低下などが出る場合がありますよね。退院後には一定程度「自立」だった屋外歩行が、「一部介助」レベルになっている。さらに「着替え」、「電話」についても、入院前と入院後では「一部介助」になっているということですね。	通所型サービスA事業所	1点目の血圧測定ですが、ご本人は数字を書くことができる方ですので、血圧測定については、今後通所Aでも同じように取り組んでいきたいと思います。 2点目の昼食作りについてですが、先ほどお話ししましたように、現在は食器洗いをやっていただいています。 今後については昼食の支度の際、お皿に取り分けていただくなどのご本人の役割を持っていただこうと思います。 以上です。
	それでは各サービス事業所での支援について説明をお願いします。		
通所型サービスA事業所	こちらは週1回ご利用をいただいております。 1日の流れとしましては、9時半に到着されましたら、バイタルチェックと水分補給を行います。また朝の会で日付の確認、最近のニュースなどをみなさんと確認します。午後は活動に参加いただいておりますが、以前と比べますと自発的な発言が多く聞かれるようになっていきます。	司会者	主任介護支援専門員の言うように、通所Aで血圧測定ができるようになるというのは少し曖昧でした。レジ打ちをされていた方なので数字を自分で見て書くということを通所Aでやってもらう。そして今度は、認知症のケアを連動する形で自宅でも自己管理を行ってもらう、ということだと思います。
司会	はい、ありがとうございます。	ケアプラン作成担当	血圧測定はご家族と一緒に支援しております。 数値の記録についてはご家族とお話をして、ヘルパーが来たときはヘルパーと、それ以外にご家族と共同で記録をしていくことにしたいと思います。
	では、B地域包括支援センターの方からお願いします。		
B地域包括支援センター主任介護支援専門員	2点、提案と質問があります。 まず提案ですが、病気のことや認知症にも関心を持っていただくと良いと思います。ご本人に血圧計の数値を目で見て、言葉に出して読み、文字に書くという行為で、認知症の進行予防を兼ねられるのではないかと思います。 次に質問ですが、ケアプランの2番目にある短期目標について、「ヘルパーと協働で昼食の準備が行える」とありますが、通所を利用されているので、そこでも何かできないかと思うのですが、いかがでしょうか？	司会者	はい、わかりました。 それでは、専門職の方からご発言をお願いします。

管理栄養士	脳梗塞再発予防ということで、今まで家庭で作っていた料理の塩分が高くなっていないかどうかを最初に確認してほしいので、地域包括支援センターの管理栄養士に頼んで、一度だけ塩分を図っていただき確認してください。	司会者	専門用語もありましたが、脳梗塞関連、認知症関連を含め、通所Aで何を向上し、訪問Aにつなげるかという視点が基本なので、そこを的確にする必要があります。
	それから、通所Aではどのくらいの塩分の食事を出しているか、そちらの管理栄養士に聞いてくださればすぐにわかると思います。そして、味付けは自宅でも共通のものにさせていただき、あそこだとしょっぱい、ここだとおいしい、と感じないようになさってくださいとよいと思います。		通所Aのスタッフ、訪問Aのスタッフとも情報共有をしっかりと行ってください。また、ご家族とも情報共有をしっかりと行ってください。
歯科衛生士	声掛けをしないと何かできないということでしたが、口腔ケアの状況や、入れ歯なのか自歯なのか、一定の口腔ケアを受けているかを確認してください。		また、ケアプランについて、1つ目と2つ目の課題の短期目標ですが、主任介護支援専門員が言っていた血圧の記載であるとか、何のためか、というところを短期目標の部分に加えていただければと思います。
理学療法士	とりあえず3カ月に一回程度で構わないと思うのですが、体力測定と言いますか、そういったところで、数値で表して、定期的に確認していただければよろしいのではないかと思います。		ケアプランの「アセスメント領域と現在の状況」の社会参加、対人関係、コミュニケーションについては、誰がどのようにやるのかを明記しましょう。
作業療法士	状態としては、いわゆる発動性、自発性の低下と注意の一般的な低下によって、物事がまとまらずうまく考えられないのだと思います。	管理栄養士からあった地域包括支援センターの管理栄養士に食のアセスメントをしていただき、訪問Aのスタッフやご家族の方に助言をお願いします。 作業療法士からは、「まとめる」機能が少し落ちているのではないかというコメントがありました。そこを踏まえて、達成感や意欲を引き出す声掛け等の実行をお願いします。訪問A、通所Aにおいてはその辺りを共有の上、プランを実行してください。 それでは以上になります。	

地域ケア会議 | ①豊明市の例

豊明市の地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス）の概要

【目的】 自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上

【頻度】 要支援・事業対象者（月1回・1.5H・4ケース）、
要介護（月1回・1.5H・ミニ講義+3ケース）

【参加者】 市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等、
医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、司法書士、社協、民間企業等



人口 68,728人 (30.4)
高齢者人口 17,484人
高齢化率 25.4%

ポイント1 | 明確かつ簡潔な論点の設定

会議における議論のポイント

①本当の課題は何ですか？

本人にとっての自立は？自立を阻害する要因は？
（現状とありたい姿のギャップから課題を特定）

②本当に解決できますか？

サービスは現状とありたい姿のギャップを
本当に解決できるのか

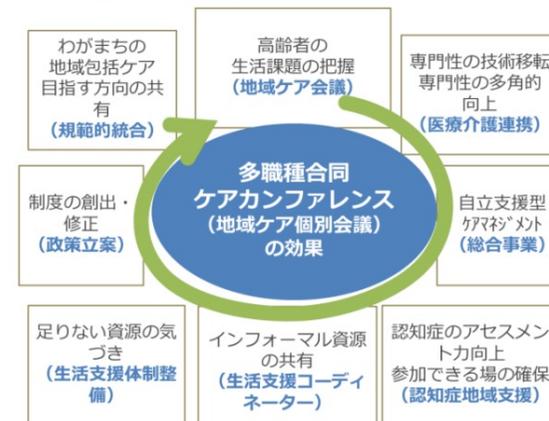
※ 普通の暮らしを取り戻す（自立）支援とは

- ① 現状分析（なぜ今の状態になったのか？）、
- ② 目標設定（どんな暮らしを目指すのか？）、
- ③ 「本当の課題」の抽出（取り組むべき課題は何か？）

を検討することで、本人や家族が課題と向き合い、行動変容を起こすことに繋がる。

ポイント2 | 他の事業との連動

多職種によるカンファレンスを行うことで、医療介護連携、総合事業、認知症地域支援、生活支援体制整備事業等の市町村が実施する事業が繋がる。



2040年に向けて
—地域共生社会の実現へ

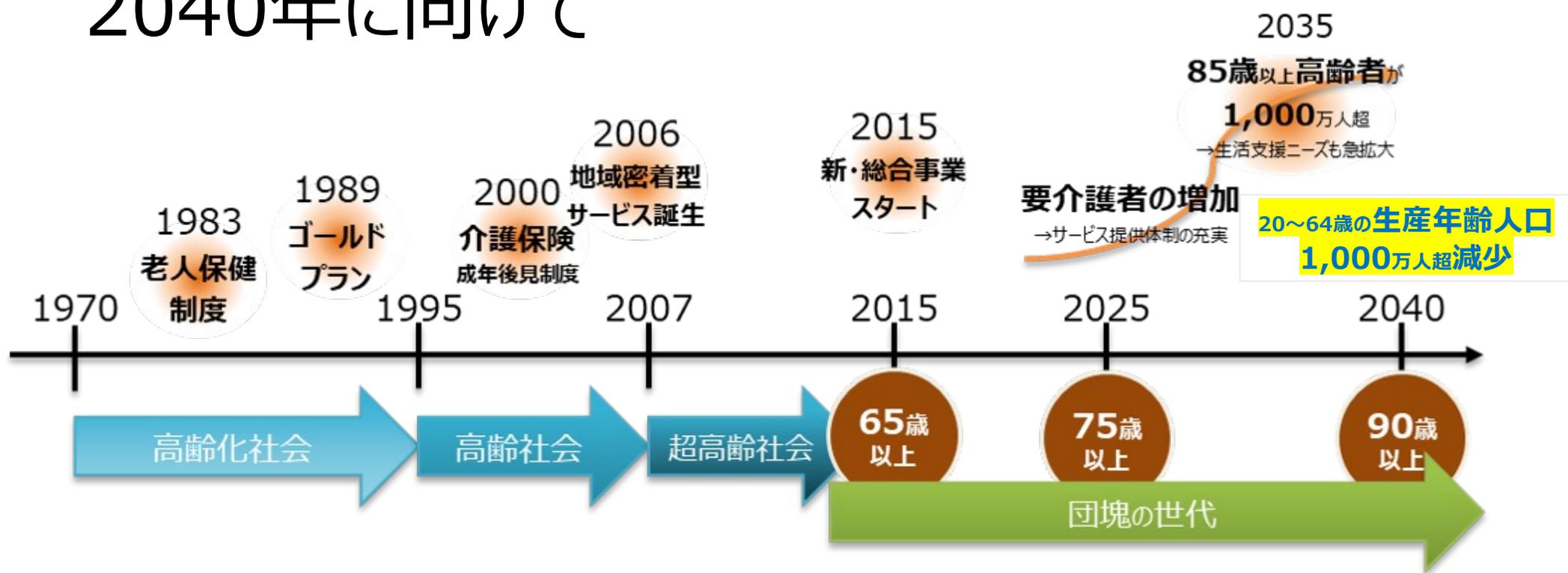
2025年に実現を目指す「地域包括ケアシステムの姿」

項目	目指す姿
①住民主体の組織の活用、介護保険制度の役割	要介護高齢者や認知症高齢者が住み慣れた地域での生活継続のために、必要な家事等の生活支援サービスを自治会やNPOなど住民主体のさまざまな活動体が活動の中核を担っている。地域包括支援センターが住民主体の組織運営の支援やシステム化に取り組んでいる。
②自立支援型ケアマネジメントの徹底	ケアプランは要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、サービス提供者もその目標達成に向けてサービスを提供する。
③医療との連携	入院医療において十分な治療・リハビリが提供され、在宅支援が必要なケースは病院の医療連携室から、担当介護支援専門員に連絡が入り退院時カンファレンスを通じて情報共有が徹底される。
④介護予防、軽度者への支援	軽度者には生活行為向上に資する通所・訪問リハビリが介護保険で提供され、家事援助などは自治会やNPO等が主体となり柔軟に提供されている。自立高齢者は高齢者のニーズに合わせたさまざまなメニューが市町から提供され参加できる。高齢者同士が相互に教え合う対等な関係が築かれ、社会参加が進む。
⑤在宅サービスの充実	24時間365日短時間巡回型の訪問サービスが中心になっている。特に、看護職と介護職がチームを作って担当地域を巡回する。看護職が在宅医療を積極的に提供し、介護福祉士が基礎的な医療的ケアを実施できるようになっている。
⑥高齢者住宅の整備確保	高齢期においても住み続けることができる住宅が整備され、サービスは外付けで提供される。住み替えの情報提供や相談やマッチング事業が実施されている。
⑦施設の有効利用	生活期のリハビリを集中的に受ける必要がある者のために、住まいと病院の中間施設としてリハビリスタッフが重点的に配置された施設が整備される。従来型の介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」として位置づけられ、見守りと生活支援が提供される。

「平成21年度老人保健健康増進等事業における地域包括ケア研究会の報告書」

⇒2025年以降の地域の姿をイメージしながら、取り組みを進めましょう

2040年に向けて



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「<地域包括ケア研究会> 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会」、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究事業（平成30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）

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：多元的社会における地域包括ケアシステム」
（地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究）、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2019年

日本社会や国民生活の変化(前提の共有)

日本の福祉制度の変遷と現在の状況

- 日本の社会保障は、人生において典型的と考えられるリスクや課題を想定し、その解決を目的として、それぞれ現金給付や福祉サービス等を含む現物給付を行うという基本的なアプローチの下で、公的な保障の量的な拡大と質的な発展を実現してきた。
- これにより、生活保障やセーフティネットの機能は大きく進展し、社会福祉の分野では、生活保護、高齢者介護、障害福祉、児童福祉など、属性別や対象者のリスク別の制度が発展し、専門的支援が提供されるようになった。
- その一方で、個人や世帯が抱える生きづらさやリスクが複雑化・多様化(社会的孤立、ダブルケア・いわゆる8050)している。これらの課題は、誰にでも起こりうる社会的なリスクと言えるが、個別性が極めて高く、対象者別の各制度の下での支援の実践において対応に苦慮している。

〈共同体機能の脆弱化〉

- 地域のつながりが弱くなり支え合いの力が低下するとともに、未婚化が進行するなど家族機能が低下
- 経済情勢の変化やグローバル化により、いわゆる日本型雇用慣行が大きく変化
血縁、地縁、社縁という、日本の社会保障制度の基礎となってきた「共同体」の機能の脆弱化

◆一方、地域の実践では、多様なつながりや参加の機会の創出により、「第4の縁」が生まれている例がみられる

〈人口減による担い手の不足〉

- 人口減少が本格化し、あらゆる分野で地域社会の担い手が減少しており、例えば、近年大規模な災害が多発する中で災害時の支援ニーズへの対応においても課題となるなど、地域社会の持続そのものへの懸念が生まれている
- 高齢者、障害者、生活困窮者などは、社会とのつながりや社会参加の機会に十分恵まれていない

◆一方、地域の実践では、福祉の領域を超えて、農業や産業、住民自治などの様々な資源とつながることで、多様な社会参加と地域社会の持続の両方を目指す試みがみられる

⇒制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域や一人ひとりの人生の多様性を前提とし、人と人、人と社会がつながり支え合う取組が生まれやすいような環境を整える新たなアプローチが求められている。

市町村の包括的支援体制の構築

新たな事業の枠組み

- 市町村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①「断らない相談支援」、②参加支援と③地域づくりに向けた支援を一体的に実施する新たな事業を創設
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく任意事業
- 新たな事業の実施に要する費用に係る市町村の支弁の規定及び国等による補助の規定を新設
- 国の補助については、新たな事業に係る一本の補助要綱に基づく申請等により、制度別に設けられた各種支援の一体的な実施を促進

【新たな事業の内容(①～③を一体的に実施)】

①断らない相談支援

- 介護(地域支援事業)、障害(地域生活支援事業)、子ども(利用者支援事業)、困窮(生活困窮者自立相談支援事業)の相談支援に係る事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める、断らない相談支援の実施

②参加支援(社会とのつながりや参加の支援)

- 「断らない相談支援」と一体的に行う、就労支援、居住支援、居場所機能の提供など、多様な社会参加に向けた支援の実施

③地域づくりに向けた支援

- 地域において多様なつながりが育つことを支援するために、
 - ①住民同士が出会い参加することのできる場や居場所の確保に向けた支援
 - ②ケアし支え合う関係性を広げ、交流・参加・学びの機会を生み出すコーディネート機能 を合わせた事業を実施

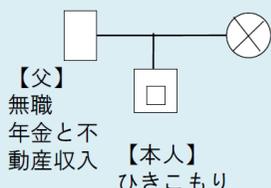
(市町村が取組を進めるに当たって留意すべき点)

- 市町村は、地域住民や関係機関等と共に、地域のニーズや人材、地域資源の状況等を把握し、見える化した上で分析を行う必要がある。それらを前提としつつ、地域住民や関係機関等と議論をしながら、包括的な支援体制の整備について考え方をまとめ、共通認識を持ちながら取組を進める。
- 特に、地域づくりに向けた支援については、既存の地域のつながりや支え合う関係性を十分理解した上で、地域住民の主体性を中心に置き、活動を応援することを基本とする。
- 事業実施後も、地域住民や関係機関等と振り返りや議論を繰り返し行いつつ、事業の実施状況等を定期的に分析・評価し、改善していく必要がある。評価に際しては、例えば、包括的な支援が円滑に提供されているか、一つの相談機関等に過剰な負担が生じていないか、既存の事業の推進を妨げていないか、一体的になされた財政支援が適切に配分されているかなど、幅広い観点について議論を行う。

※市町村がこのようなプロセスを適切に経て、地域住民や関係機関等とともに考え方を共有し、事業を推進するためには、幅広い関係者をメンバーとする議論を行う場を市町村が設置する仕組みとすべきである。

ひきこもりの相談支援事例

家族構成



<本人>
Aさん(男性)51歳

<家族構成>
父79歳

支援のきっかけ

- 地域包括支援センターのケアマネジャーが、新たな事業の連携担当職員に連絡。「父親の担当をしているが、ひきこもっているAさんの存在も気になっている」とのこと。
- ケアマネジャーは、父の体調が悪く近く入院する予定であるため、Aさんのことをどうしたら良いか心配になったとのこと。
- Aさんは無職であるが、父は年金の他に不動産収入があり経済的には困っていない。

支援内容

<支援開始>

- 連携担当職員(多機関協働の中核の機能)が、父と面接。また、ケアマネジャーやヘルパーなどから聞き取りを行い、Aさんの状況確認を行う。多機関の支援員等が集まる会議に諮りAさんや父へのアプローチ方法を検討。
⇒ 自立相談支援機関がAさんの自宅を定期的に訪問しながら、接点を作ることになる。

<Aさんへの支援>

- 最初、自立相談支援機関の支援員は、Aさんと会うことが出来ず、部屋の前に手紙を置いたり、イベントのチラシを置くなどして関わりを継続し、時間をかけて関係性を構築。その後、父親の体調が悪化し、入院することがきっかけとなり、Aさんから自立相談支援機関に連絡が入る。
- 自立相談支援機関で面接を行ったところ、Aさんは働きたいという希望はあるものの、長くひきこもっていたため自信が持てないとのこと。そこで、就労準備支援事業を利用し、生活の立て直しから始めることとなる。

<父親の支援(医療ソーシャルワーカーとの連携)>

- 父親の退院を見据え、病院の医療ソーシャルワーカーと連携しながら在宅療養の準備を進める。



効果

- 新たな事業の連携担当職員が関わったことにより、**世代や属性が異なる高齢の父とひきこもりのAさんの課題を包括的に受け止められた。**
- ケアマネジャーは、数年前から自室に閉じこもるAさんの存在に気付いていたが、どのように対応したら良いか分からず長期にわたり困っていた。**連携担当職員が関わったことにより、多機関の関係者が連携を図るための総合調整がなされAさんと父親の支援が円滑に進んだ。**

※モデル事業の支援事例を一部参考にして、事例を作成。

地域共生社会推進検討会資料(令和元年)

地域づくりの事例

新たな事業で実現できること

- 新たな事業では、既存事業の財源を一体的に交付することにより、市町村の裁量が高まる。例えば、地域食堂やコミュニティカフェなど、世代や属性を限定しない場や居場所を常設型で設置するとともに、当該居場所を拠点として市町村全域で地域づくりを応援する活動を行うコーディネーターを複数配置することも可能となる。

常設型の場での取り組み例 ※各自治体が関係者と連携し、地域の実情に応じて組み合わせて取組を行うことを想定

- 気軽に立ち寄り、ただいことができる場として、コミュニティカフェが多様な人の居場所になる。
- 障害者や就労経験のない若者のはたらく（役割のある）場になる。
- コミュニティカフェやフリースペースでの活動の担い手としてアクティブシニアが活躍
- フリースペースで、子育て広場（事業）と、ボランティア団体による学習支援が同じ場所・時間でされることにより、小学生と幼児のきょうだいが一緒にいられる場となる。
- フリースペースを活動の空き時間に地域の団体、個人へ貸し出すことで、多様な活動を支援
- コミュニティカフェへの来訪者と、スペースを利用する老人クラブや子ども会、サークル活動の参加者など、多様な人、活動主体との出会いが生まれ、学びが促進され地域でのつながりが広がる。

<コーディネーターによる取り組み>

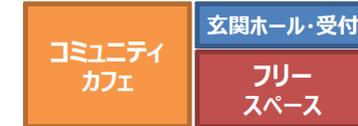
- コミュニティカフェに来た人や、活動への参加者とのふだんの会話から、課題ややりたいことを発見し、新たな地域活動の創出につなげる。
- コーディネーターが複数配置されることにより、人材育成もしながらチームで活動でき、地域の行事や集まり（地元自治会・まちづくり協議会や商店街の役員会、民生委員・児童委員協議会（民児協）の定例会等）にも参加し、地域活動にかかわる主体の拡大や、しくみづくり、場づくりにつなげる。
- 地域のボランティア団体や地域住民、福祉施設職員など専門職、地元商店街との地域福祉座談会を実施し、地域で気になる人や地域生活課題の情報を把握する。
- 多様な担い手による地域での活動への参画や実施を支援
→ コミュニティカフェやフリースペースでの学習支援の運営に、まちづくり協議会・民児協が参画ボランティア団体の活動場所として、福祉施設の地域交流ルームを紹介
地区社協と協働し、商店街の店舗の空き時間を活用して子ども食堂を開催

※ 既に行われている事例を参考に厚生労働省社会・援護局地域福祉課にて作成。

場の確保

- 常設の場として、コミュニティカフェと、事業や活動の場にも使用するフリースペースを設置

◆間取りイメージ



- 精神保健福祉士1名が専従。
（週5日勤務/地域活動支援センター機能を担う）
- 子育て経験のあるスタッフ2名が週3日勤務
- 居場所のスタッフ兼コーディネーターとして2名を配置
（週5日勤務）
- 法人事務職員2名がコーディネーターを兼務
（週5日勤務）

コーディネーターの配置

常設型の居場所の設置を通じ、各取組ごとに確保していた活動場所が確保しやすくなることと、コーディネーターによる地域支援の取組が強化されることを通じて、既存の地域活動が強化されることと、多様な活動が新たに生まれやすくなる。

地域づくりの事例②

新たな事業で実現できること

- 新たな事業では、既存事業の財源を一体的に交付することにより、市町村の裁量が高まる。
- 住民に身近な地域を圏域として地域づくりを行うコーディネーターと連携して既存の取り組みの充実を図り、複数分野の事業・活動を一体的に実施することが可能となる。

複数分野の事業・活動を一体的に実施する取組み例

※ 既に行われている事例を参考に厚生労働省社会・援護局地域福祉課にて作成。

特定分野の活動の場を拠点として、コーディネーターが関わり活動内容、主体が広がる例

- 地域子育て支援拠点事業が行われている子育てひろばに高齢者が参加し、育児の先輩として子育て世代と交流。
- 拠点職員と兼務するコーディネーターがボランティア講座などの多様な活動・イベントを拠点で実施。
- 講座参加者やボランティアの活動機会の拡大を図り、以前に支援拠点に通っていた学齢期になった親子や在宅高齢者とのつながりから、月に1回の地域食堂などが行われるなど、子育てひろばや地域での活動が拡充する。

プラットフォームでの話し合いの中から、新たな活動が生まれる例

- 新たな事業で創設する多分野のメンバーが参画するプラットフォームにおいて、地域活動支援センターの事業拠点が老朽化し移転を検討中だが、移転先が見つからないという話題が出る。
- プラットフォームに参画する商工会の仲介により、地域にある空き店舗が借りられることとなり、地域活動支援センターを移転。余裕スペースは地域交流スペースとして、センター事業以外の活動にも使える場として設置。
- 地域活動支援センターで就労に向けた講座を行う際、地域の企業が講師となった講座（パソコン教室等）も行われると共に、対象を障害者に限らず開催し、就労経験のない若者も参加。
- 地域交流スペースで民児協と地区社協による子育てサロンや、ふれあい喫茶等が行われ、多様な住民が出入りする出会いの場となる。

自主的な取り組みにコーディネーターが関わることにより、活動の継続性が高まったり活動が増える例

- 住民ボランティアが中心となって、診療所の空き部屋を使った月2回のサロンを実施。
- コーディネーターが地域まちづくり協議会のメンバーから「何か活動に取り組みたい」との声を聞き、サロン活動のリーダーにつなげ、関わる住民が増える。
- 医師の助言を受けたサロン参加者から、健康づくりにつながることもやれないかとの声があがり、コーディネーターがおすすめの活動メニューを紹介し、サロンを行っていない週にもサロン+ウォーキングを行うこととし、毎週の活動に発展。
- コーディネーターが他地区に住むボランティア講座修了生に、活動を紹介したところ同じ取り組みをしてみたいとの声があり、地域の空き家を活用し、サロン活動が始まる。

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和2年法律第52号)の概要

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会:子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会(ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定))

改正の概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業(支援)計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、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】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)や介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業(支援)計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

施行期日

令和3年4月1日(ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日)

地域共生社会の実現と2040年への備え

社会福祉・介護保険制度改革

社会福祉制度改革

1. 包括的な支援体制の構築

- ① 相談支援
- ② 参加支援
- ③ 地域づくりに向けた支援

～ 一体的に実施するための体制整備 ～

2. 社会福祉連携推進法人の創設

社会福祉法人の経営基盤強化、連携強化により、人材確保や地域貢献活動を後押し

介護保険制度改革

1. 介護予防・地域づくりの推進

～健康寿命の延伸～

／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新

～人材確保・生産性の向上～

保険者機能の強化



データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

※「介護保険制度の見直しに関する意見」(令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会)より抜粋・一部改変

暮らしやすい地域の実現を目指して
—活用できる支援サービスについて

聴覚障害者情報提供施設の概要

- 聴覚障害者情報提供施設は、専ら聴覚障害者が利用する字幕(手話)入りの録画物の製作や貸出、手話通訳者・要約筆記者の派遣等を行うとともに、情報機器の貸出、聴覚障害者に関する相談等に係る事業を行っており、その運営に要する費用を国が負担している。

事業内容、設置基準等

設置数	54施設（令和4年4月1日時点） ※うち公立40ヶ所、私立14ヶ所
事業内容	<ul style="list-style-type: none">・無料又は低額な料金で、聴覚障害者用の録画物など聴覚障害者が利用するものを製作する。・手話通訳等を行う者の養成・派遣、聴覚障害者に対する情報機器の貸出、聴覚障害に関する相談等を行う。
根拠法	身体障害者福祉法第34条
設備基準	<ul style="list-style-type: none">・貸出利用室、試写室、情報機器利用室、製作室、発送室、相談室、研修室兼会議室、事務室の他、試写等に必要な機械器具等
人員基準	<ul style="list-style-type: none">・施設長その他当該聴覚障害者情報提供施設の運営に必要な職員
費用負担	<ul style="list-style-type: none">・身体障害者保護費負担金により、国1/2を負担。・令和4年度予算額 19.5億円（点字図書館分も含む）

※設置数は身体障害者保護費負担金における交付対象施設数

聴覚障害者情報提供施設一覧（R4.4.1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000960982.pdf>

補聴器購入助成制度の実施状況に関する調査結果

助成制度を実施している自治体一覧 (2023年4月17日現在)

18歳以上を対象とした
補聴器購入助成制度
143自治体
(2023年4月28日時点)

北海道	北見市
北海道	根室市
北海道	歌志内市
北海道	蘭越町
北海道	赤井川村
北海道	東神楽町
北海道	上川町
北海道	美瑛町
北海道	上士幌町
北海道	池田町
北海道	豊頃町
北海道	浦幌町
岩手県	大船渡市
岩手県	久慈市
岩手県	遠野市
岩手県	九戸村
宮城県	富谷市
宮城県	大郷町
秋田県	三種町
山形県	山形市
山形県	庄内町
茨城県	土浦市
茨城県	古河市
茨城県	龍ヶ崎市
茨城県	筑西市
茨城県	城里町
栃木県	宇都宮市
栃木県	足利市

群馬県	前橋市
群馬県	太田市
群馬県	大泉町
埼玉県	秩父市
埼玉県	朝霞市
埼玉県	小鹿野町
千葉県	船橋市
千葉県	鎌ヶ谷市
千葉県	浦安市
千葉県	印西市
東京都	千代田区
東京都	中央区
東京都	港区
東京都	新宿区
東京都	文京区
東京都	墨田区
東京都	江東区
東京都	大田区
東京都	渋谷区
東京都	豊島区
東京都	荒川区
東京都	板橋区
東京都	練馬区
東京都	足立区
東京都	葛飾区
東京都	江戸川区
東京都	三鷹市
東京都	府中市

東京都	東大和市
東京都	利島村
神奈川県	相模原市
神奈川県	愛川町
神奈川県	清川村
新潟県	新潟市
新潟県	三条市
新潟県	柏崎市
新潟県	新発田市
新潟県	小千谷市
新潟県	加茂市
新潟県	十日町市
新潟県	見附市
新潟県	村上市
新潟県	燕市
新潟県	糸魚川市
新潟県	妙高市
新潟県	五泉市
新潟県	上越市
新潟県	阿賀野市
新潟県	佐渡市
新潟県	魚沼市
新潟県	南魚沼市
新潟県	胎内市
新潟県	聖籠町
新潟県	弥彦村
新潟県	田上町
新潟県	阿賀町

新潟県	出雲崎町
新潟県	湯沢町
新潟県	津南町
新潟県	刈羽村
新潟県	関川村
新潟県	粟島浦村
富山県	小矢部市
長野県	伊那市
長野県	飯山市
長野県	飯島町
長野県	南箕輪村
長野県	中川村
長野県	木曾町
長野県	松川村
長野県	飯綱町
岐阜県	高山市
岐阜県	飛騨市
岐阜県	海津市
岐阜県	岐南町
岐阜県	輪之内町
岐阜県	白川村
静岡県	富士宮市
静岡県	磐田市
静岡県	焼津市
静岡県	藤枝市
静岡県	長泉町
愛知県	犬山市
愛知県	稲沢市

愛知県	大府市
愛知県	あま市
愛知県	設楽町
三重県	朝日町
三重県	南伊勢町
滋賀県	東近江市
滋賀県	豊郷町
滋賀県	甲良町
滋賀県	多賀町
大阪府	貝塚市
兵庫県	明石市
兵庫県	稲美町
奈良県	三郷町
奈良県	斑鳩町
和歌山県	紀美野町
和歌山県	すさみ町
鳥取県	湯梨浜町
鳥取県	日吉津村
鳥取県	大山町
島根県	益田市
岡山県	備前市
岡山県	瀬戸内市
高知県	四万十市
福岡県	田川市
福岡県	豊前市
福岡県	小竹町
長崎県	五島市
熊本県	益城町
宮崎県	三股町
鹿児島県	曾於市
沖縄県	那覇市

補聴器相談医との連携

- 補聴器相談医とは、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が規定する講習カリキュラムのすべてを履修した耳鼻咽喉科専門医に対して理事長が委嘱を行うもの。
- 難聴者がそのコミュニケーション障害に有効な補聴器を適正に選択できるよう、また適切な補聴器医療が推進されるよう、補聴器相談医制度のもとで補聴器相談医は重要な役割を果たす。
- 4,659名（2022.8.1時点）の補聴器相談医が認定されている。
- 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医名簿はHP上に公開されています。

認定補聴器専門店と認定補聴器技能者との連携

- 認定補聴器専門店

公益社団法人テクノエイド協会が補聴器販売店からの認定申請に基づき、その店舗の補聴器販売事業が補聴器の適正な販売を行うために遵守すべきものとして定められている「認定補聴器専門店業務運営基準」に適合している補聴器販売店を認定し、当協会の認定補聴器専門店登録簿へ登録、認定証書を交付している。

「認定補聴器専門店」951店（令和4年6月1日）

[01.pdf \(techno-aids.or.jp\)](#)

- 認定補聴器技能者

補聴器を購入される方の使用目的、使用環境、希望価格等についての相談に応じ、補聴器の適合調整、補聴効果の確認及び使用指導を適切に行うことのできる専門的な知識及び技能を習得した者を、公益社団法人テクノエイド協会が「認定補聴器技能者」として認定している。

「認定補聴器技能者登録者数」4,310名（令和4年6月1日）

[02.pdf \(techno-aids.or.jp\)](#)

避難所等における視聴覚障害者等に対する情報・コミュニケーション支援（例）

- ・避難所において、視聴覚障害者への理解を求める
- ・視聴覚障害者に対する情報・コミュニケーション支援への協力を呼びかける

視覚障害者

聴覚障害者

安否の確認

放送やハンドマイク等を使用し、避難所及び周辺地区で、声をかけて確認

プラカードを使用し、避難所及び周辺地区で確認する（「聞こえない人はいませんか？」など）
手話通訳者、要約筆記者などは腕章等を着用する（「手話できます」「耳マークの活用」など）

ニーズの把握

障害の程度（全盲・弱視など）や情報取得方法（点字・音声・拡大文字など）等を「確認し、必要な支援を把握する

障害の程度（聞こえの状態など）や情報取得方法（手話・文字・補聴器など）等を確認し、必要な支援を確認する

関係者との連携

行政、視覚障害者協会、視覚障害者情報提供施設、保健師等が連携し、ボランティアを効果的に活用する

行政、聴覚障害者協会、聴覚障害者情報提供施設、手話通訳者、要約筆記者、保健師等が連携し、ボランティアを効果的に活用する

避難所の説明

ボランティア等を活用し、場所や使用方法、状況の変化などを適切に伝える

ボランティアやホワイトボード等を活用し、場所や使用方法、状況の変化などを適切に伝える

情報の共有

放送やハンドマイク等を使用し、必要に応じて個別に対応する等、最新の情報を確実に伝える。
（悪い例：「張り紙を見て下さい。」など）

プラカードやホワイトボード等を使用し、必要に応じて個別に対応する等、最新の情報を確実に伝える
（悪い例：「1時の放送を聞いて下さい。」など）

機材・物品

ラジオ
テレビ（解説放送）
乾電池（ラジオなど）等

テレビ（字幕・手話放送）、聴覚障害者等情報受診装置（IPTV受信機）、ホワイトボード（設置型、携帯型）
補聴器用電池 等

意思疎通支援 支援者の種類と役割

聴覚、言語機能、音声機能、視覚、盲ろう、失語、知的、発達、高次脳機能、重度の身体などの障害や難病のため、意思疎通に支障がある障害者等とその他の意思疎通を支援するため、手話通訳者、要約筆記者等の派遣や養成等を行う。

手話通訳士	厚生労働省令に基づく認定を受けた認定資格に合格した者や、厚生労働省が定める養成カリキュラム等に基づき、地方自治体等において養成された者
手話通訳者	手話通訳に必要な手話語彙、手話表現技術及び手話表現技術を習得している者 ※養成研修を受講の上、都道府県で行う試験に合格する必要あり
手話奉仕員	手話で日常会話を行うのに必要な手話語彙及び手話表現技術を習得している者
要約筆記者	中途失聴者を中心に、難聴者等の多様なニーズに対応する要約筆記を行うのに必要な知識及び技術を習得している者 ※養成研修を受講の上、都道府県で行う試験に合格する必要あり
代筆・代読支援者	視覚に障害のある方のために、本人に代わって書類等の読み書きを行う者
点訳奉仕員	視覚に障害のある方のために、墨字（活字）で書かれている書籍等の内容を点字にして伝える者
音訳奉仕員	視覚に障害のある方のために、墨字（活字）で書かれている書籍等の内容を音声にして伝える者
盲ろう者向け通訳・介助員	盲ろう者との日常的なコミュニケーション、通訳、移動介助を行うに際し、必要な知識及び技術を習得している者
失語症者向け意思疎通支援者	失語症者の多様なニーズや場面に応じた意思疎通支援を行うために必要なコミュニケーション技術を習得している者

失語症者向け意思疎通支援事業イメージについて

事業概要

- (1) 失語症者向け意思疎通支援者の養成
- 失語症者向け意思疎通支援者養成カリキュラム（平成28年度策定）の必須科目（講義8時間、実習32時間）を基本として、支援者の養成を実施する。
- (2) 失語症者向け意思疎通支援者の派遣
- 失語症者が参加する会議、失語症者のために行われる催し物、団体活動及び失語症者の外出時に支援が必要な場面について派遣を実施する。
- (3) 留意事項
- 養成カリキュラムについては、各地域の状況や利用者ニーズに応じて、各自治体において一部構成を変更することも可能。
 - 各地域における言語聴覚士協会や失語症関係団体と連携を図り事業の円滑な実施に努めること。
 - 失語症者の集まるサロンを開催し、実地研修及び失語症者の個別ニーズの聞き出しの場として活用するよう努めること。

事業イメージ

それぞれの役割

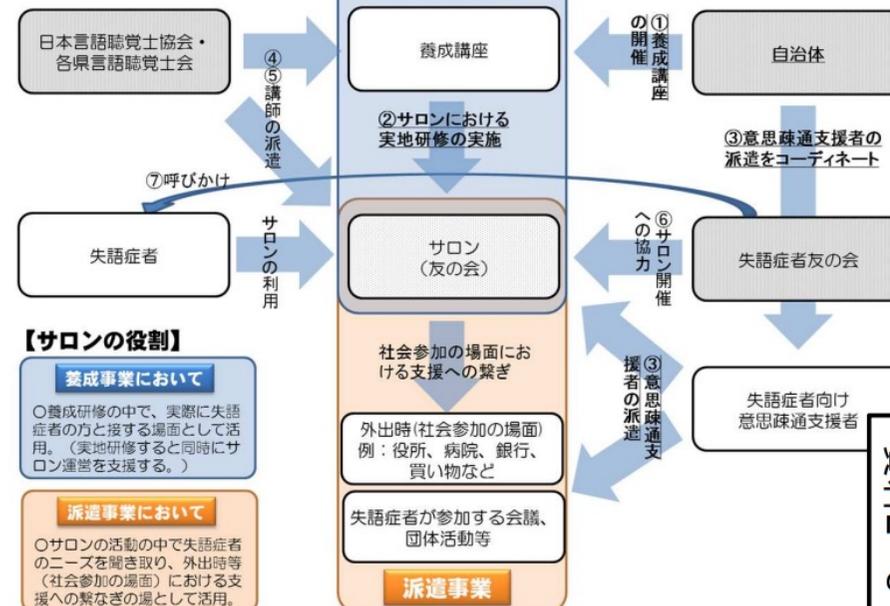
- 自治体**
- 失語症者向け意思疎通支援者の養成講座の実施
 - 失語症サロンの開催
 - 意思疎通支援者の派遣をコーディネート及び派遣の実施

- 言語聴覚士協会等**
- 失語症者向け意思疎通支援者養成講座への講師派遣
 - 失語症サロンの開催への協力（人的支援）

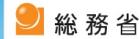
- 失語症友の会等**
- 失語症サロンの開催への協力（場所の提供、会員への周知等）
 - 地域の失語症者への呼びかけ

連携

事業実施における関係図



意思疎通支援 〈電話リレーサービス〉



「電話リレーサービス」は、聴覚や発話に困難がある方ときこえる方を、通訳オペレータが手話・文字と音声とを通訳することにより、24時間365日、電話で双方向につながるサービスです。

電話リレーサービスは、こんな時に役立ちます。

- 緊急通報
- 仕事のやりとり
- 病院への連絡
- 家族や友人との会話

「電話リレーサービス」は、 手軽に使える 公共インフラになりました!



電話リレーサービスの仕組み



よくあるご質問

- Q1** 電話リレーサービスはいつから始まるの?利用してみたい。
A 令和3年7月1日からサービス提供開始予定です。聴覚や発話に困難のある方は、事前に日本財団電話リレーサービスのホームページから利用登録をいただくこととなります。5月中旬から利用登録を開始予定です。詳細はお問い合わせください。
- Q2** 電話リレーサービスの制度は?
A 公共インフラとしての電話リレーサービスの提供を確保するために必要な費用を、固定電話・携帯電話・IP電話などのサービスを提供する電話事業者が協力して費用を出し合う仕組みとなっています。(上記の図参照)
- Q3** 令和3年度の電話リレーサービスの交付金の額は?番号単価(1番号当たりの負担額)は?
A 令和3年度の交付金は、約15.4億円となっております。各電話会社はそれぞれの会社で使用される電話番号数に応じて負担金を負担することになっています。この負担金の計算で用いられる番号単価(1電話番号当たりの負担額)は、法令に基づき電話リレーサービス支援機関が算定しています。
 令和3年度の番号単価は、算定の結果、以下の表のとおりとなりました。なお、多くの電話会社では、この番号単価を「電話リレーサービス料」という形で、電話の利用者の書様に負担いただくこととなります。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
0円	0円	0円	1円	1円	1円	1円	1円	1円	1円	0円	0円

お問い合わせ先

電話リレーサービスを使ってみたい! (利用登録、利用方法、サービス内容)

電話リレーサービス提供機関 (一財)日本財団電話リレーサービス

TEL 03-6275-0910 (受付時間/9:00~18:00 (年末年始を除く)) FAX 03-6275-0913 MAIL info@nftrs.or.jp HP https://nftrs.or.jp



交付金、負担金について知りたい! (番号単価、交付金・負担金制度)

電話リレーサービス制度について知りたい!

電話リレーサービス支援機関 (一社)電気通信事業者協会

TEL 03-6302-8391 (受付時間/9:00~17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)) HP https://www.tca.or.jp/telephonerelay_service_support/



総務省 (電気通信消費者相談センター)

TEL 03-5253-5900 (受付時間/平日 9:30~12:00/13:00~17:00)

高齢者施策における 意思決定支援に関するガイドライン

意思決定支援とは…

Supported Decision-Making

支援を受けて意思決定をすること



日常生活における意思決定の支援

- ・食べ物、洋服を選ぶ
 - ・買い物をする
 - ・行きたい場所を決める
- など

決める必要がないことを、
強制して決めさせようとしな
い支援でもある



社会生活における意思決定の支援

- ・住居の変更
 - ・介護、障害福祉サービスを選ぶ
 - ・医療を選ぶ
- など

後見人が関わる意思決定支援の場面

- ・本人の居所に関する重大な決定
 - ・自宅や高額資産の売却
 - ・親族への贈与、経済的援助
- など

高齢者に対する適切な医療提供の指針

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の**意思決定**を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

5. 患者の意思決定を支援

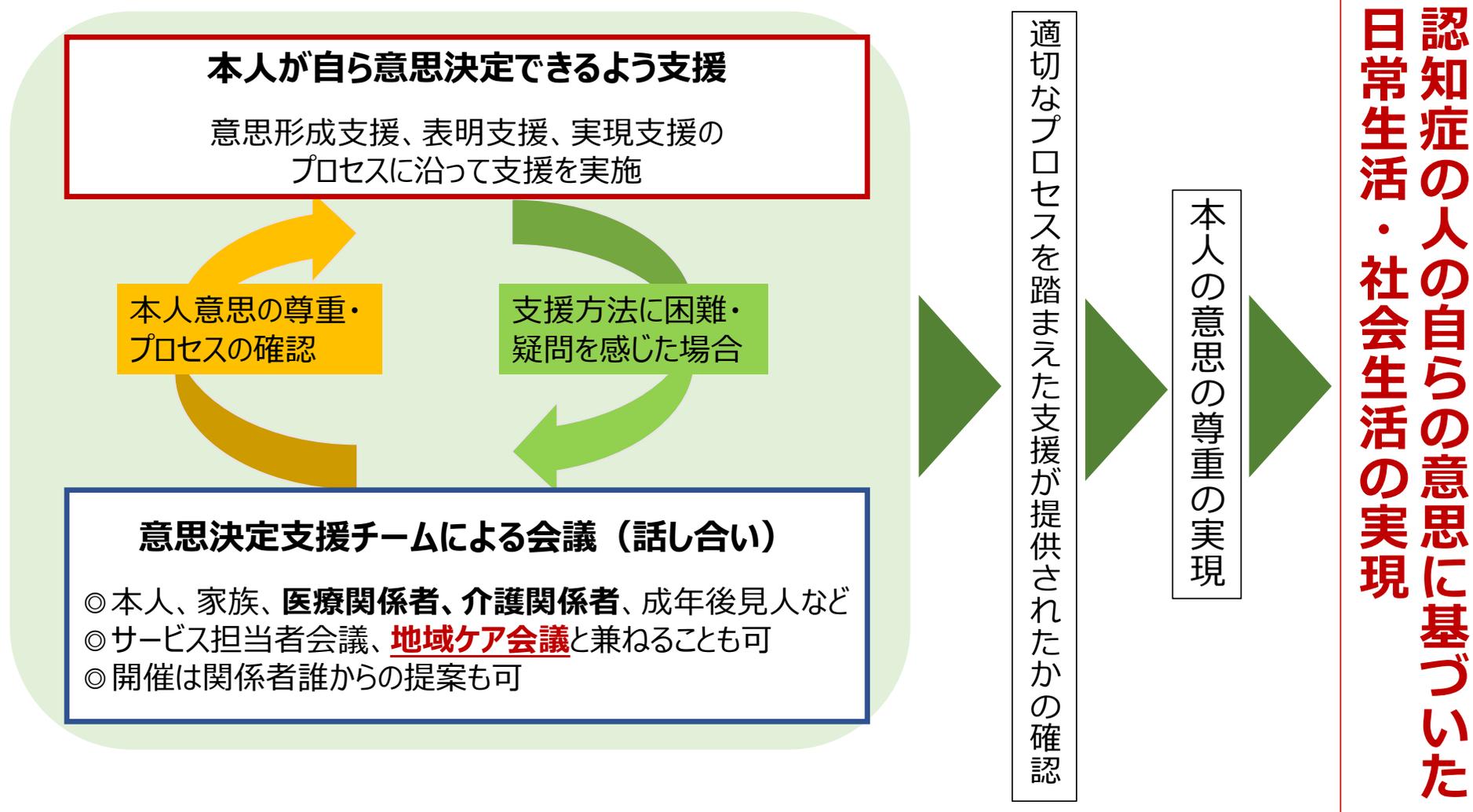
5. 1. 高齢者医療では想定される優先目標が立場や価値観の違いによって異なってくる。例えば、高齢者医療の優先順位に関する意識調査において、高齢者が医療に対して望むことは「病気の効果的治療」や「身体機能の回復」であったが、医師が優先することは「QOL（生活の質）の改善」と異なっていた。したがって治療に関するエビデンス、予後に関する情報を提供することによって意思決定を支援し、患者本人と家族の価値観を尊重しつつ目標に関して合意形成を行う事が重要である。
5. 2. 合意形成において最も重視すべきことは患者本人の意思・価値観である。終末期や認知機能障害等により患者本人から意思、価値観を確認することが困難な場合であっても、患者本人の価値観を家族や医療チームが想定し、合意形成を目指す。

意思決定支援等に係る各種ガイドライン

- 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン
(平成29年3月)
- **認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン**
(平成30年6月)
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
(平成19年、平成30年3月改訂)
- 身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン (令和元年5月)
- 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン
(令和2年10月)

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
 - ・本人意思の尊重
 - ・安心感ある丁寧な態度
 - ・家族関係・生活史の理解など
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
 - ・本人との信頼関係の構築
 - ・本人の心情、遠慮などへの心配りなど
- ◎ 意思決定支援と環境
 - ・緊張・混乱の排除
 - ・時間的ゆとりの確保など

意思形成支援

適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

- ◎ 本人の意思形成の基礎となる条件の確認
- ◎ 必要に応じた都度繰り返しの説明、比較、要点の説明、図や表を用いた説明
- ◎ 本人の正しい理解、判断となっているかの確認

意思表示支援

形成された意思を表明・表出することへの支援

- ◎ 意思表示場面における環境の確認、配慮
- ◎ 表明時期、タイミングの考慮（最初の表明に縛られない適宜の確認）
- ◎ 表明内容の時間差、また複数人での確認
- ◎ 本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認

意思実現支援

本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

- ◎ 意思実現にあたって、本人の能力の最大限に活かすことへの配慮
- ◎ チーム（多職種協働）による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用
- ◎ 形成・表明された医師の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

講義 3 まとめ

- 地域ケア個別会議の全体像を把握し、限られた時間で有意義な行助言・提案を行うとともに、地域でどのような機能を果たすのか意識しながら参加する
- 2040年に向けて高齢者だけでなく、子どもや障害者を含めすべての人が暮らしやすい地域社会の実現を目指し、介護と福祉の連携が強化されている
- 暮らしやすさを実現するために、活用できる支援サービスを知り、広く活用されるよう情報発信・提供を行う
- 近年、高齢者施策における意思決定支援に関するガイドラインをもとに、意思形成支援/表明支援/実現支援の3つのフェーズに応じた支援内容について理解する