

日常生活圏域と地域包括支援センターのあり方

1 地域包括ケアシステム

介護が必要な状態になっても住み慣れた地域【日常生活圏域】で生活出来るようにするため、地域の特性を活かし介護・医療・予防・住まい・生活支援を包括的に提供する地域づくり【地域包括ケアシステム】を行う。

自分のしたいことが今までのように出来なくなっても、馴染みの人間関係【日常生活圏域】の中で、専門職や地域のボランティア等に支えられながら、自身が望むサービスの提供が受けられる体制

2 日常生活圏域（住み慣れた地域）

概ね30分以内に必要なサービスが提供され、圏域ごとの施策や将来的な介護サービス量などを考えていく上での基礎的な単位。 地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等サービスを提供するための施設の整備の状況等を勘案し、中学校区単位等、地域の実情に応じた範囲

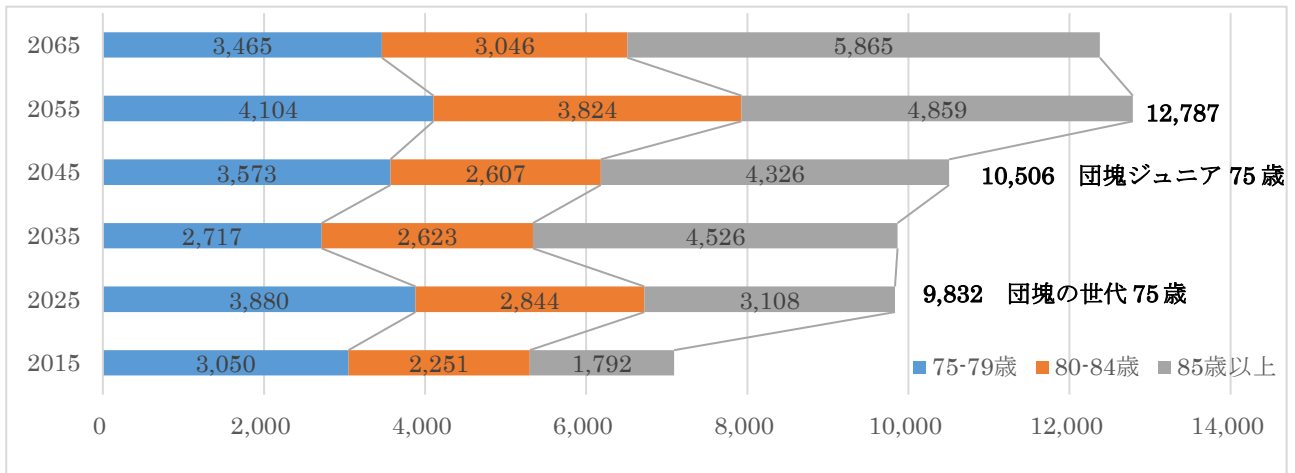
- ①サービス提供者・住民同士がお互いに支え合える範囲
- ②課題に対して問題意識を共有できる範囲
- ③施策や将来的な介護サービス量を考えていく上での基礎的範囲



**地域ごとの課題と
地域ごとの解決策**

3 今後懸念される事項

参考：清須市第2次総合計画 後期基本計画(2020-2024)



課題	主な解決策
介護認定者の約9割を占める約75歳以上高齢者の増加	介護予防事業の充実
生産年齢人口の減少に伴う担い手不足 2025年（令和2年） 4人に1人が高齢者	住民同士の互助
独居老人と認知症患者の増加 65歳以上に占めるひとり暮らし高齢者 15.7%	認知症共生社会の確立・権利擁護 <small>参考：平成27年国勢調査</small>
85歳以上高齢者の増加 要介護3以上の重度認定者 85歳以上（48.5%）	在宅医療介護連携 <small>参考：介護保険事業状況報告（令和元年12月審査分）</small>

4 圏域とセンターの関連性

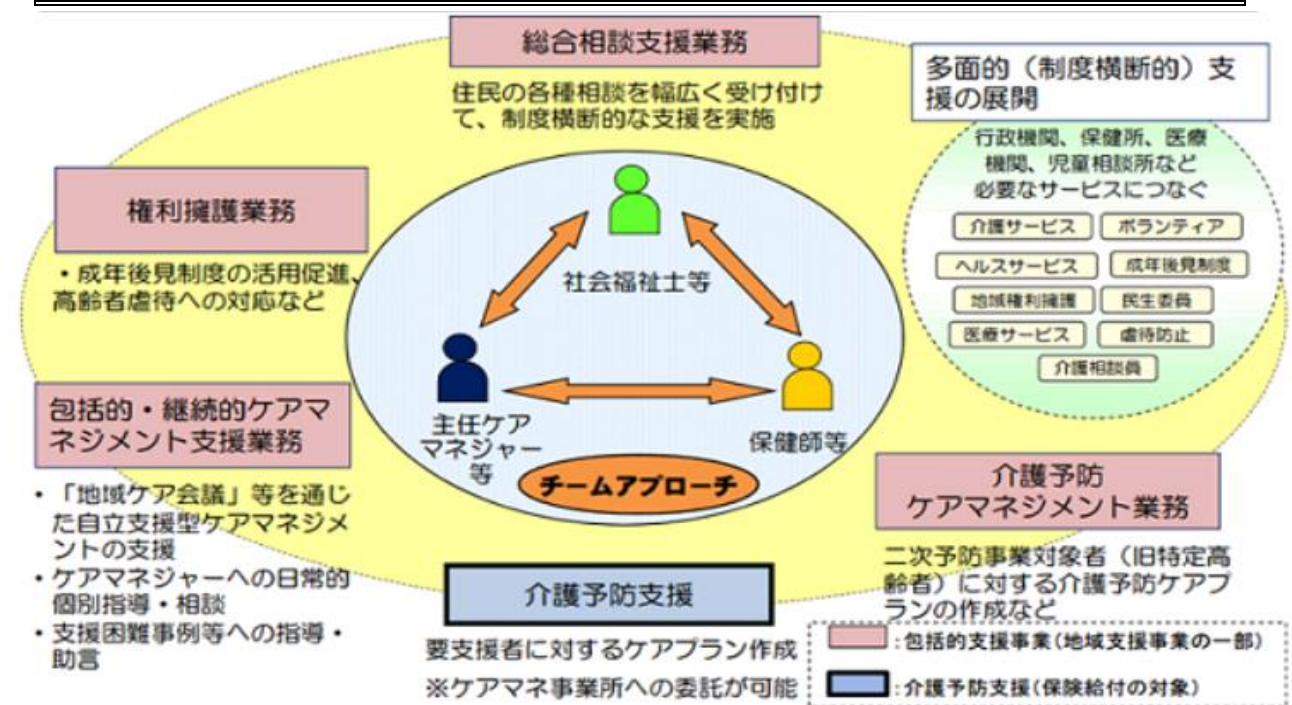
現 状	第3期介護保険事業計画において本市においては日常生活圏域を1圏域とし、圏域に合わせる形で地域包括支援センターも1箇所設置している。
今 後	<p>① <u>地域特性や既存のネットワーク（介護・医療関係者・ボランティア等）を活用し、本人及びその関係者がその問題意識を共有し解決するために、同じ方向を向いて進める『地域づくり』</u></p> <p style="text-align: center;"> 日常生活圏域の検討（策定委員会） </p> <p>② 地域の身近な存在として高齢者の相談から対応まで行う地域包括ケアをワンストップで担う中核機関として、センターを日常生活圏域を考慮し適切に設置する。</p>

5 今後のスケジュール

	5月	6月	7月	8月	9月
策定委員会	 ①圏域設置の基本方針		 ②圏域(案)		 ③承認
包括協議会		 ①圏域と包括の関係性		 ②設置数・配置形態(案)	

6 センターの業務内容

介護、医療・互助サービス等を高齢者の状況や変化に応じて継続的かつ包括的にコーディネート



- 要介護者等を含めた高齢者に関するあらゆる情報がセンターに集約される。
- 地域の高齢者を把握することから始まり、ネットワークを活用し個々の課題を解決していく。

7 類似団体の状況

平成31年4月1日現在

	清須市	犬山市	津島市	長久手市	北名古屋市	常滑市	日進市	尾張旭市
高齢者数(人)	16,235	21,284	17,995	9,580	20,587	15,084	18,125	21,349
介護保険認定率(%)	16.2	14.7	15.9	14.6	14.2	16.8	15.9	14.8
日常生活圏域(か所)	1	5	2	2	3	3	3	1
設置基準 ※1	⑥	②	③	④	①	⑤	②	⑥
センター設置数(か所)	1	5	3	2	3	2 ※2	3	4 ※3
高齢者/センター(人)	16,235	4,256	5,998	4,790	6,862	7,542	6,041	21,349
H30年度プラン委託率(%)	52.2	39.6	91.8	21.9	94.4	88.3	33.2	52.2

※1 ①包括支援センター設置数 ②地区民生委員会協議会 ③2中学校区(東西)で1圏域
④3小学校区で1圏域 ⑤地理・公共交通機関や施設数 ⑥市内全体

※2 【基幹型センター】

基幹的な役割を担い、センター間の総合調整や地域ケア会議等の後方支援などの機能を有するセンター

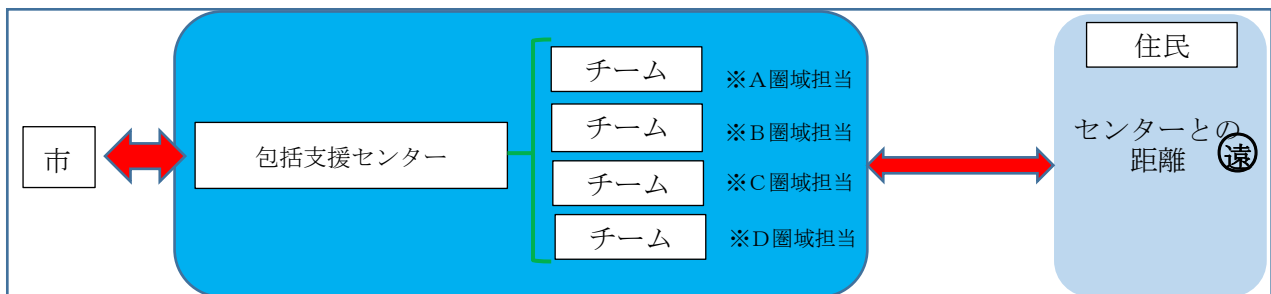
※3 【ランチ方式】

住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、センターに繋ぐための窓口

8 センター配置のイメージ(4圏域の場合)

単数配置<現状>

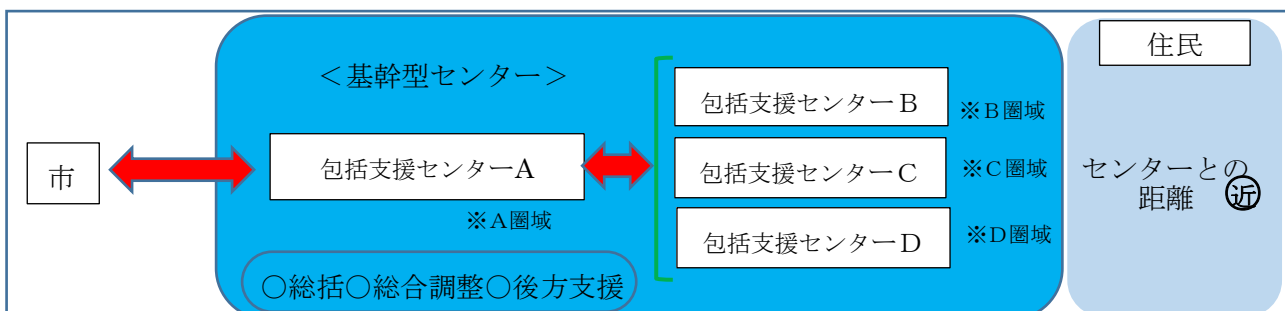
圏域ごとにチームを配置した場合、事業効率が高く、圏域間の情報連携が容易である。一方、市内に1か所しかないので、地域の実態把握やセンターが身近な存在となりえるかが不透明。



複数配置①<基幹型センター>

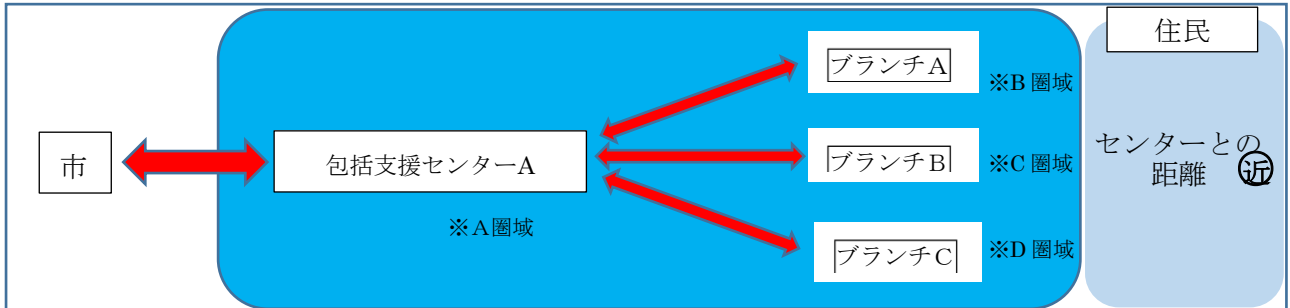
※各センターが同一法人ではないことを想定

センターが近くに出来ることで、問題の早期発見・圏域内の課題把握・ボランティアや医療・介護のネットワークを活用して解決していく体制が構築される。



複数配置②<ブランチ>

住民の利便性を考慮し、窓口機能を担うセンターが近くに出来ることで複数配置①と同様に相談が容易に出来る。一方、センターに繋ぐための窓口であるので、各圏域内の地域づくりはセンターが行うこととなる。



9 センター設置の基本的な考え方（日常生活圏域の増加に伴う複数配置）

項目	考え方
①関係者間のネットワーク構築	在宅医療・介護連携、寿会等のインフォーマルサービス等を活用し、課題解決のためにネットワークを駆使した包括的なサービスの提供
②住民の利便性の向上	相談件数の増加や独居老人に対するアウトリーチ等、きめ細やかなサービスの提供
③センター間の連携調整・迅速な情報共有	公平性・透明性の確保、サービスの質の低下とまらないための定期的な市・各センターとの連携、全体としての統一性
④人材確保(3職種)	高齢者人口3～6千人に対し、保健師等・社会福祉士等、主任介護支援専門員(3職種)を各1名ずつ配置することが原則となっている
⑤費用面(委託費の上昇)	介護保険料の増加に繋がることが想定されるため、費用対効果を十分に考慮
⑥法人の確保	目標設置数と実現性