

令和元年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

釜石市における在宅サービスの確保の在り方
に関する調査研究事業

報告書

令和2年(2020年3月)

国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構

目次

第 I 部 釜石市における在宅サービスの確保の在り方に関する調査研究事業

1 章 研究背景

1. 社会的リスクを抱えた高齢者の顕在化.....	2
(1) 社会的リスクを抱えた高齢者.....	2
(2) 資源が少ないなかで社会的リスクを備える.....	2
2. 被災状況と 2030 年の高齢化予測.....	3
(1) 被害状況（概要）.....	3
(2) 地域包括ケア関連施設の被災.....	3
(3) 安全安心なまちづくり.....	3
(4) 2030 年（令和 12 年）の高齢化予測.....	4
(5) 釜石版地域包括ケアの対象者.....	5
3. 釜石市における地域資源.....	6
(1) 在宅医療と在宅医療拠点チーム釜石.....	6
(2) 生活応援センター.....	7
(3) 閉じこもり予防戦略ワークショップ.....	10
(4) 釜石市独居高齢者等見守り・傾聴業務.....	12
(5) 地域資源リスト.....	13
(6) 小括.....	14
4. 住民互助に関する 3 つの意識.....	15
(1) 閉じこもり予防への意識向上.....	15
(2) コミュニティ活動への意向分析.....	15
(3) 助け合いへの意向.....	18
(4) 地域資源と住民意識.....	19

2 章 検討体制

1. 検討目的.....	21
--------------	----

2. 検討委員.....	21
3. 検討スケジュール.....	22
3章 検討プロセス	
1. 検討プロセスの概要.....	23
(1) 介入支援プロセス.....	23
(2) 検討会プロセスの概要.....	23
2. スクリーニングの手法.....	24
(1) 高齢者現況調査の活用.....	24
(2) スクリーニングの対象者.....	25
3. スクリーニング.....	26
4. 本研究での実際の対象者 (120名).....	27
5. ケース検討の分析枠組.....	28
(1) ICFの活用.....	28
(2) 検討会でのアセスメントのプロセス (予後予測).....	32
6. 定期巡回傾聴訪問.....	33
(1) 背景.....	33
(2) 定期巡回傾聴訪問.....	33
4章 検討内容	
1. 30 ケースの概要.....	35
2. ケース例 1.....	38
(1) 現在に至るまでの経緯.....	38
(2) アセスメントでの主要意見.....	38
(3) 支援後の経過 (改善).....	39
3. ケース例 2.....	42

(1) 現在に至るまでの経緯.....	42
(2) アセスメントでの主要意見.....	42
(3) 支援後の経過（改善）.....	43
4. 社会的リスクを抱える高齢者への定期巡回傾聴訪問の成果と課題.....	46
(1) 定期巡回傾聴訪問による重度化防止.....	46
(2) 個人因子に関すること.....	46
(3) 環境因子に関すること.....	46
(4) 定期巡回傾聴訪問の活動の論点.....	48
5章 研修会	
1. 市民向け研修会.....	50
(1) 概要.....	50
(2) 市民からの意見.....	50
2. 事業所向け研修会.....	52
(1) 概要.....	52
(2) 事業所からの意見.....	52
6章 総括	
1. 専門職による傾聴と重度化防止.....	55
2. 定期巡回傾聴訪問について.....	56
3. 自助、互助、共助、公助の役割分担.....	57
(1) 共助で対応すべき事項.....	57
(2) 互助で対応すべき事項.....	57
(3) 自助で対応すべき事項.....	58
(4) 公助で対応すべき事項.....	58

第II部 東日本大震災等からの復興における地域包括ケアシステム基盤整備状況調査

I 概要

1 目的.....	60
2 内容と分析の視点.....	60
(1) 作業方法.....	60
(2) 検討内容.....	60
(3) 事例分析の視点.....	60

II 震災復興と地域包括ケアシステム（論点整理）

1 東日本大震災と地域包括ケア.....	61
(1) 地域包括ケアシステム.....	61
(2) 東日本大震災.....	63
(3) 地域包括ケアシステムと復興.....	63
2 復興と一体となった地域包括ケアシステム.....	64
(1) 人口減少.....	64
(2) 集約型都市構造への転換期.....	64
(3) 地域包括ケアシステムとコンパクトシティ.....	65
(4) 福祉ニーズの高まりと多様化に対応した人材確保・育成.....	65
3 地域包括ケアシステムに関連した政策.....	66
(1) 介護基盤整備基金から、地域医療介護総合確保基金へ.....	66
(2) 地域医療構想と在宅医療介護連携推進事業.....	66
(3) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業.....	66
(4) 生活支援体制整備事業.....	67
(5) 地域福祉分野における新たな動き.....	67
4 新しいコミュニティのビジョン.....	68
(1) 20年後の人口減少社会を見据えた取り組み.....	68
(2) 長期的視点からの人口政策と地方創生・CCRCの動き.....	68
(3) フレイル予防を含む健康都市・スマートウェルネスシティ.....	69

5 事例分析の視点.....	69
----------------	----

III 各地での取組みとヒアリングの結果

1 釜石市（岩手県）.....	70
2 福島県.....	82
3 宮城県.....	87
4 益城町（熊本県）.....	90

IV 地域包括ケア基盤の復興に資する手引き

1 平時から住民のニーズに向き合いビジョンを持つこと.....	93
2 （住宅再建を考慮した）施設の再建の考え方.....	93
3 コミュニティの相互扶助力の維持と再生.....	95
4 社会的リスクを抱える高齢者への対応.....	97
5 ケア人材の確保.....	98
6 被災していない地域を含めた戦略的対応.....	99

第 I 部 釜石市における在宅サービスの
確保の在り方に関する調査研究事業

1章 研究背景

1. 社会的リスクを抱えた高齢者の顕在化

(1) 社会的リスクを抱えた高齢者

- 震災の直接的な影響により家族を失った方、長引く仮設住宅における生活のなかで独居世帯となった方など、また9年の歳月が経過し、発災直後は前期高齢者であったが、復興住宅に入所する時点においては後期高齢者になった方など、多様な方々が仮設住宅から災害公営住宅へと移ってくる。
- 他方で、直接の被災を受けていない地域であっても、置かれている状況は同じであり、独居世帯・老老世帯の増加、後期高齢者の増加などが顕著である。同じく、わが国全体が、長寿社会のなかで同様の傾向の中にある。
- 被災地の置かれている状況の特殊性の一つは、そのような高齢者がある程度集まって災害公営住宅に入居することである。災害公営住宅においては、もちろん、基本的には自立した暮らしを送る方が多いが、他方で、軽度認知症、8050問題、引きこもり、ごみ屋敷など、すくなくとも社会的リスクを抱えた高齢者が存在する。

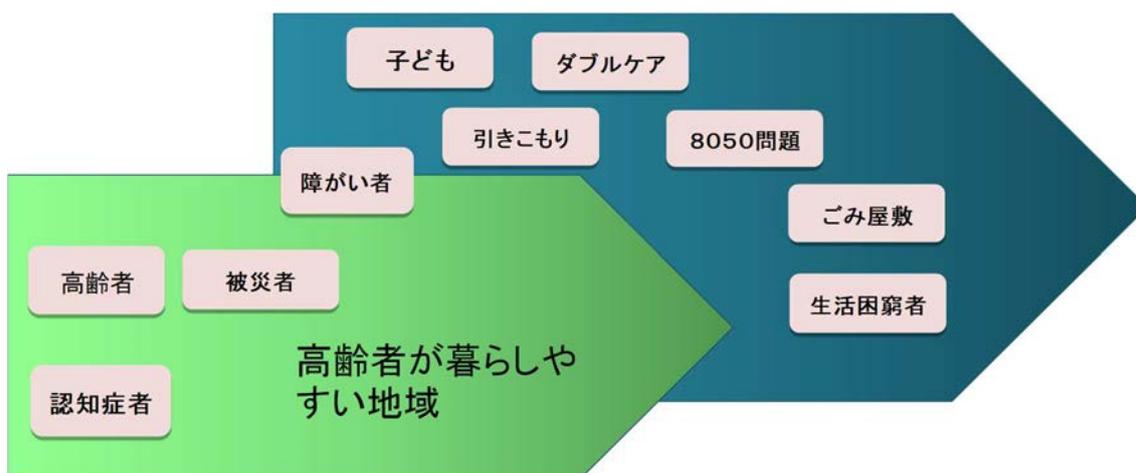


図 高齢者の抱える社会的リスク

(2) 資源が少ないなかで社会的リスク備える

- 地方小規模都市特有の課題は、医師不足やかかりつけ医の高齢化といった医療資源の不足、介護人材の不足である。このような不足する資源のなかで、後期高齢者の増加だけでなく、社会的リスクを抱えた高齢者が増えていくことに対して、どのように対応していけばよいか。
- その論点は、まず1) 当事者が自立という意味を持ち介護予防に取り組むこと、2) 住民の相互扶助等コミュニティケア資源の最大活用、3) 医療介護の効率的・効果的な連携による重症化防止の3点が考えられる。

- 東日本大震災において甚大な被害を受けた岩手県釜石市は、人口減少と高齢化、介護人材不足、住民互助組織の立て直しなど多くの課題を抱えるなかで、災害公営住宅を中心とした新しい在宅ケアの仕組みづくりを検討している。
- 本事業は、岩手県釜石市の復興市街地において、フォーマルケアとインフォーマルケアを組み合わせながら、在宅サービスを中心とした介護サービス基盤の整備の在り方について実証的に明らかにすることが目的である。

2. 被災状況と 2030 年の高齢化予測

(1) 被害状況（概要）

- 平成 23 年 3 月 11 日(金)、14 時 46 分頃、三陸沖（牡鹿半島の東南東 130km 付近）を震源とする、マグニチュード 9.0／震度 6 弱（市内中妻町）の地震が発生した。地震による津波は、11 日 15 時 21 分頃最大波 9.3m として襲った。人的被害としては、死亡者数：1,064 人（行方不明者数 152 人、関連死認定者数 106 人含む）、避難者数は市内避難 9,883 人（H23.3.17 最大）、内陸避難 633 人であった。家屋被害は、住家数 16,182 戸のうち 4,704 戸が被災（29%）、（全壊 2,957 戸、大規模半壊 395 戸半壊 304 戸、一部損壊 1,048 戸）である。

(2) 地域包括ケア関連施設の被災

- 社会福祉施設の被災として、[全壊] 鶴住居児童館、唐丹児童館、箱崎児童館、[流出]（青葉ビル 1 階）大町子育て支援センター、すくすく親子教室、[一部損壊] 上中島保育所、老人福祉センター滝の家、ふれあい交流センター清風園が被災した。
- 社会教育施設の被災として、まず公民館施設は、[全壊] 鶴住居公民館室浜分館 [2 階まで浸水] 鶴住居公民館（防災センター）[流出] 釜石公民館浜町分館（市営釜石ビル 1 階）[一部損壊] 小佐野公民館向定内分館、小佐野公民館野田団地分館、鶴住居公民館仮宿分館、栗橋公民館横内分館。次に集会所施設は、[全壊] 只越福祉、根浜、鶴住居上、片岸、大渡、新田神ノ沢 [床上浸水] 水海 [床下浸水] 日向・新川原、浜町（1 階消防屯所部分浸水）[一部損壊] 平田、大畑団地、野田、荒川、小川、向定内西地区、青ノ木、上平田ニュータウン、南野田が被災した。

(3) 安全安心なまちづくり

- このような状況を取り戻すべく、被災後、安全安心なまちづくりとして、地域包括ケアシステムの観点からは、大きく 2 点に取り組んできた。
- 1) 復興を内包した地域包括ケアの取り組みを進めてきた。民間事業者との「見守り協定」の締結、ご近所支えあい復興事業、こころのケア、みんなの健康づくり応援事業～かまいし健康チャレンジポイント～などに取り組んだ。

- 2) 社会福祉協議会や支援団体と一体となり復興公営住宅での自治会設立支援を展開してきた。

(4) 2030年(令和12年)の高齢化予測

- 平成28年3月末に、2030年の高齢化について国立人口問題研究所等のデータを用いて、コホート法により将来の推計を実施した。これによれば、人口が5000人進むなかで、前期高齢者が1700人減少する一方、後期高齢者が700人増加する。特に75歳以上は、7834人となり、介護予防の重要性とともに、通院、買い物など自立して暮らせる環境が重要となる。また単身高齢者数については、3448名と300人ほど減少するが、前期高齢者から後期高齢者为中心となり見守り等の課題が顕著となる。
- 医療介護資源が少ないなかで、高齢化のみならず、社会的リスクへの対応を含めて、独自の地域包括ケアシステムの構築を検討していく必要がある。
- 釜石市は、地域包括ケアシステムの推進にあたり、安心戦略と閉じこもり予防戦略を立て、この課題に取り組むことを決めた。

釜石市の2030年の高齢化予測

■人口 (住民基本台帳)	人口(人)					高齢化率
	総数	0~14歳	15~64歳	65~74歳	75歳以上	
H28年3月末	35,547	3,579	18,999	5,770	7,199	36.5%
R12年推計	30,481	3,536	15,027	4,084	7,834	39.1%

■世帯 (住民基本台帳)	世帯数(世帯)			世帯割合(%)		
	総数	単独		総数	単独	
		単身高齢	単身高齢		単身高齢	単身高齢
H28年1月31日	16,874	6,797	3,752	100%	40.3%	22.2%
R12年推計	14,461	6,246	3,448	100%	43.2%	23.8%

前期高齢者
約1700人減

虚弱化したまま後期高齢者に移行しない対策

後期高齢者
7834人

通院、買い物など自立して暮らせる生活環境が重要

単身高齢世帯
約3448名

住まいに、見守り等の生活支援が付いていること

認知症患者の増加

認知症の方を地域でどう支えるか？

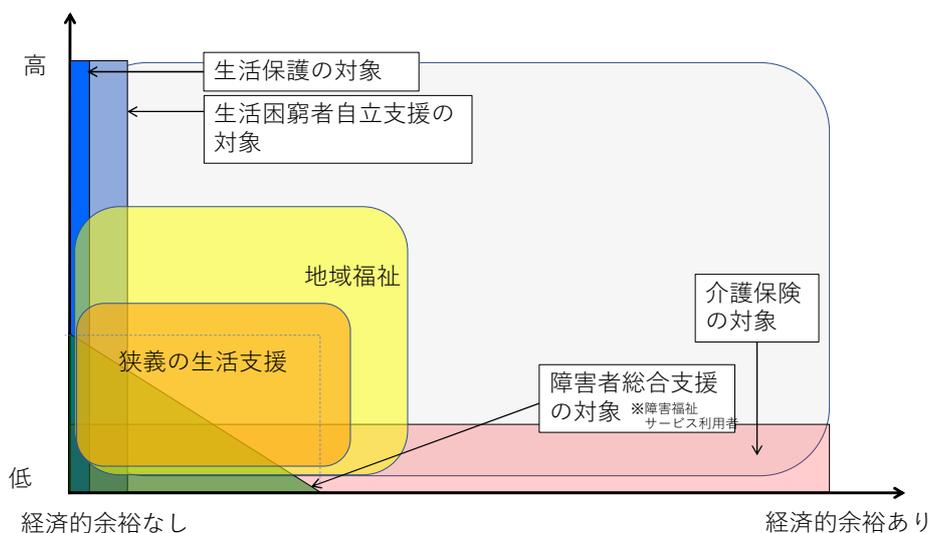
医療介護の担い手不足に対して、安心戦略と閉じこもり予防戦略により、最後まで安心して暮らせる釜石版地域包括ケアシステムの構築

(5) 釜石版地域包括ケアの対象者

- 縦軸を健康自立度、横軸を経済自立度とした場合、釜石版地域包括ケアシステムは、健康で自立していても、経済的に余裕があっても、8050問題やアルコール中毒などのリスクを抱えている方がいる。
- 釜石版地域包括ケアシステムは、この全体に対して、1) 当事者が自立という意味を持ち介護予防に取り組むこと、2) 住民の相互扶助等コミュニティケア資源の最大活用、3) 医療介護の効率的・効果的な連携による重症化防止の3点に取り組んでいくことを、上述の2つの戦略として検討している。
- もちろん、身体的自立や経済的自立が難しい方には、社会福祉などが重層的に支援し、他方で、身体的・経済的に自立できている方には、自らの力で課題解決につながるようにエンパワーメントを展開していく。

広がる地域福祉・釜石版地域包括ケア

身体的・認知的健康



3. 釜石市における地域資源

(1) 在宅医療と在宅医療拠点チーム釜石

- 平成 19 年に釜石市民病院が閉院となり、平成 19 年 6 月釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会がスタートした。急性期病院の統合による県立釜石病院の医療機能の確保、負担軽減を目的に多職種の役割分担の明確化と連携体制の構築が進められた。



- その際に、有機的な地域連携の構築の開始・コンセンサスの形成・役割分担の明確化・顔の見える関係の構築・各職種の課題の抽出・解決について検討する体制が釜石医師会主導で進められる。釜石医師会を中心として、急性期の県立釜石病院を守るという点を合意している。
- かかりつけ医による在宅医療と多職種連携により、高齢者が在宅で暮らせる期間を長くし、急性期の県立釜石病院の病床稼働率の合理化を図ることが狙いである。
- 平成 20 年には、市健康福祉課内に、地域医療連携推進室が設置される。設置目的は、「地域の限られた医療資源を有効かつ効果的に活用するため、保健所、医師会、市内医療機関等との適切な役割分担と連携による切れ目のない地域医療を提供する体制を構築し、市民が地域で安心して暮らせるまちづくりに取り組むため」である。

- 震災後、厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、医師会との連携により平成24年7月に「チームかまいし」市役所保健福祉部に設置される。
- 在宅医療連携拠点チーム釜石は、地域包括ケア体制の構築：切れ目のない医療と介護の提供体制の構築を目標とし、多職種連携の推進体制を構築している。病気に応じた切れ目のない連携体制（垂直連携）と患者の生活を支える水平連携である。

在宅医療連携拠点チームかまいし

設置	厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、医師会との連携により平成24年7月に「チームかまいし」市役所保健福祉部に設置 所管：平成24年～地域医療連携推進室、H29～高齢介護福祉課
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会の介護在宅診療部会長がアドバイザーとして派遣 ・ニーズ(当事者が解決したい課題)に応じた事業を展開
目標	<p>地域包括ケア体制の構築</p> <p style="text-align: center;">切れ目のない医療と介護の提供体制の構築</p>
役割	<p>各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職種間の連携に関するストレスを軽減すること ・ 職種内の温度差解消のお手伝い <p style="text-align: right;">患者・利用者の利益</p>
連携手法	<p>一次から三次の階層ごとに課題を分類。課題を抽出元にフィードバック。課題の当事者団体とともに解決策を検討・実施。または、解決策の「場」と「手法」を検討 & 提案、実施支援。</p> <p>【一次連携】一職種と拠点との連携、連携の基盤、土壌づくりとタネまきの場、雑談を交えた課題抽出の場 【二次連携】連携拠点が仲介する連携、ニーズのマッチング、連携のフレームづくり、相互理解の場 【三次連携】地域のコンセンサス形成の場、事業推進方針決定の場</p>
主な効果	<p>連携拠点が「連携の土壌づくりとタネまき」を行ってきた結果、地域包括ケアの担い手（医療職・介護職）の主體的な取り組みが推進されている。</p> <p>例：県薬剤師会受託事業（釜石薬剤師会）、OKスクラムねっと、ケアカフェかまいし、ほか</p>



(2) 生活応援センター

- 平成17年度に病院の統廃合に備えるなかで、地域の5年後、10年後を見据えたまちづくりをどのように進めるべきか様々な取り組みが検討された。取り組みの方向性としては、1) 保健・医療・福祉サービスを総合的に調整する機能が必要、2) タテワリ的な業務から、地域の状況に合わせた業務を行う仕組みづくりが必要、健康づくり・地域の支え合いには、地域づくりを進める生涯学習の取り組みが必要といった意見である。
- そこで平成19年度から保健・医療・福祉・生涯学習の連携強化と保健福祉センターの地域展開を視野に、生活応援センターの設置を決める。生活応援センターには、行政事務職（課長級）と保健師1名は必ず常駐する体制である。

生活応援センターの設置

H19年度～



- 生活応援センターごとに、地域会議が設置されており、より良いまちづくりのため、市民総参加の理念を基に、地域と行政が一体となって地域の問題を考え、解決策を見出し、自ら実践すること、地域住民の意見要望を行政施策に反映させることなどを目的としている。町内会の役員・民生児童委員など地域住民が約30名程度参加して運営している。

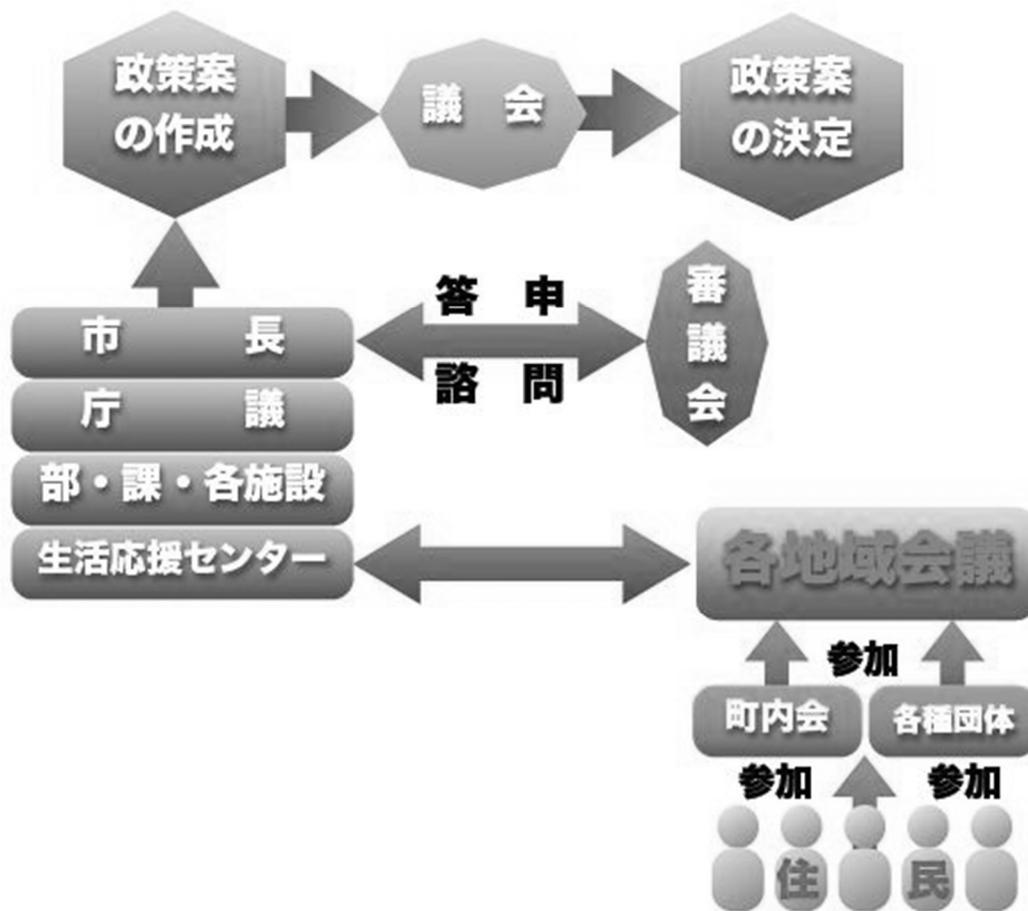


図 地域会議の体制（出典：釜石市地域会議
<https://www.city.kamaishi.iwate.jp/docs/2019040100197/>）

<コラム：住民自治とコミュニティ行政>

- 旧自治省のコミュニティ政策のなかで、地域のことは地域で考え地域で実行するというコミュニティ自治の制度が全国各地で展開されてきた。たとえば岩手県花巻市や三重県名張市などの取り組みが有名である。小学校区もしくは中学校区単位に、包括補助金や行政の窓口などを置き、地域と一体となって課題解決に取り組むものである。釜石市の生活応援センターの特徴は、保健師が常駐していることである。
- これらは地方都市に限らず、大都市、たとえば札幌市や習志野市など、コミュニティ行政のなかで多数取り組まれてきた事例である。近年では、千葉県柏市において、地域包括ケアシステムの文脈のなかで、体制の検討が進められている。

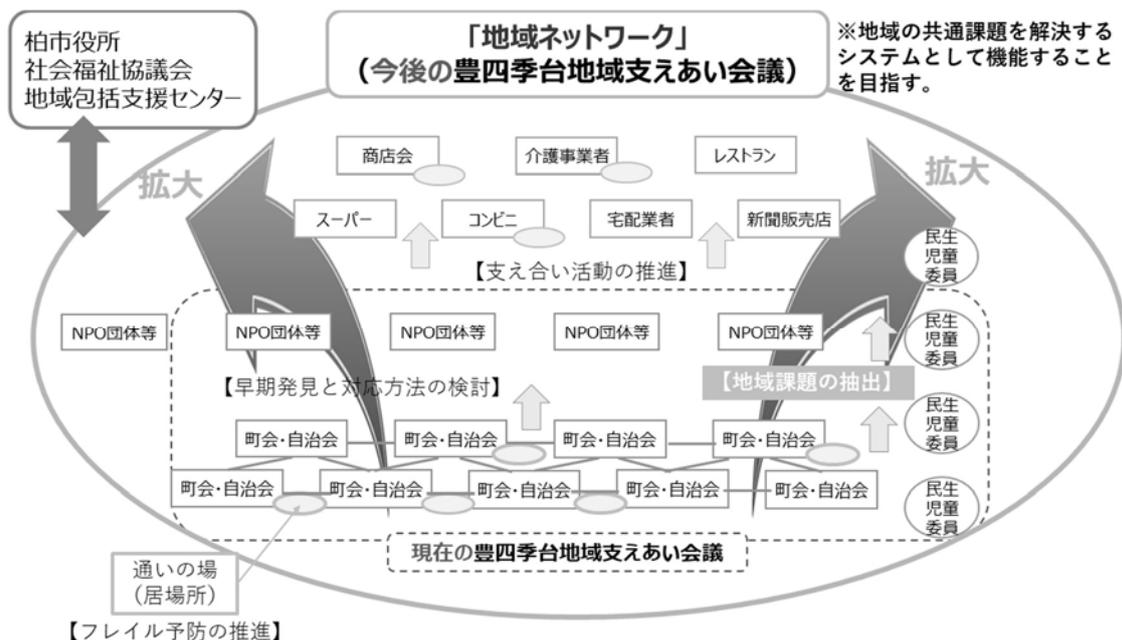


図 地域ネットワーク（今後の豊四季台地域支えあい会議）

出典：戦略的創造研究推進事業（社会技術研究開発）研究開発成果実装支援プログラム（成果統合型） 実装プロジェクト「高齢社会課題解決に向けた共創拠点の構築」（Redesign communities for aged society）実装活動終了報告書（公開資料用）より抜粋

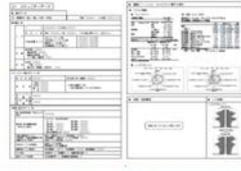
（3）閉じこもり予防戦略ワークショップ

- 災害公営住宅への入居が始まるなかで、自治会・町内会の新規立ち上げや、被災により休眠状態の自治会・町内会の立ち上げも見据えて、上記生活応援センターごとに、これからの生活を支援する体制をどのように整えていくか話し合う住民ワークショップを実施した。
- 生活支援体制整備事業は、住民ワークショップによる住民のニーズの把握とそれにもとづく地域資源の開発を狙いとしており、釜石市は生活支援コーディネーターを4名設置（社会福祉協議会）して8か所の生活応援センターに担当を割り当て、地域資源の開発、ニーズマッチング、ネットワークづくりを展開している。
- 2017年度、2018年度に下図のとおり、住民ワークショップを実施し、地域の課題整理・地域資源の把握を踏まえて、自分たちで取り組むべき、閉じこもり予防に資する居場所づくりを検討した。

生活応援センターによる居場所づくりWS (生活支援体制整備事業の活用)

2017年度、2018年度釜石市各生活応援センターでのワークショップ

1. 地域の魅力と課題
2. 地域資源把握と地区分析



コミュニティ・アセスメント



対話型グループワーク



コミュニティ・デザイン手法をもちいて、参加者が対話をとおして、地域の魅力と課題を整理、把握、分析し、自分のために仲間を誘って取組みたいことを発想させる。

3. 健康づくり・生きがいづくりプログラム検討

新しい居場所づくり

訪問型生活支援

サロンの再構築

コミュニティビジネス

社会参加から健康・生きがいづくり
→仲間づくりと能動的な信頼関係構築

自分らしく最期まで暮らすためにはどうしたらよいか？



生活支援体制整備事業でコーディネーター4名配置

- このワークショップの成果として、各応援センターごとに、様々な通いの場が誕生し、平成29年度と平成30年度では通いの場が23団体増となった。

コミュニティ活動立上げの成果

7-2. 実施結果②

目標(数値など具体的に)	実施内容	進捗状況
2 新しいサロン :高齢者の集まる 日づくり(年2回)	100歳体操、 脳トレ、 ニュースポーツなど、 楽しみながら交流 する「集まる場」づ くり	◆各地区で100歳体操の自主グループを立ち上げ活動開始 ① 上栗林100歳体操倶楽部(毎週/月、木)4月開始 ② 横野荘長クラブ(毎週/火)10月開始 ③ 中村友幸クラブ(毎週/木)10月開始 ④ 砂子畑さんあいクラブ(毎週/月)11月開始 ⑤ 横野ひまわり会(毎週/木 19:00~)4/31'1月開始 ⑥ 沢田百歳倶楽部(毎週/金)4/31'1月開始 ◆男の料理教室 ・独居になつたり、妻が体調悪したりしても、代わりに料理ができるようになりたい...との思いから、2~3月に1回位の頻度で開催(3回実施)。今まで殆ど料理をしたことのない男性達が料理の基礎から学べることも好評。 ◆スポーツ交流会実施 ・卓球パレー(ニュースポーツ)実施。2会場で実施。 ⇒椅子に座って行うため、高齢者でも目で楽しめるので好評

栗橋地区

実際に取り組んだ事業 ワークショップから生まれた住民活動

- ・青空カフェ(13回開催)
復興公営住宅中庭でお茶
- ・健康づくりの集い(6回開催)
ストレッチ体操の様子



上中島地区

⑤ 事例発表 (1) 松原町盆踊り大会

○イベントによる地域の活性化



釜セン地区

認知症カフェを『ともすカフェ』と名付けました。 平成30年12月5日(水)釜石市内で初開催!!



鵜住居地区

(4) 釜石市独居高齢者等見守り・傾聴業務

- 平成30年、釜石市長の施政方針において、復興公営住宅が集中している東部地区の独居高齢者等を中心に、「総合相談」や「見守り訪問・アウトリーチ型の傾聴」を定期的に行い、独居高齢者等の生活を支援する事業を実施することとした。
- 介護保険事業の地域支援事業の枠を活用して、独居高齢者等守り・傾聴業務を立ち上げた。これは平日・月～金曜日の8:30～17:30まで、総合相談(面接による生活の支障やニーズの把握をして、各関係機関へ繋げる)と見守り訪問、傾聴:独居高齢者の守り・傾聴活動を行う業務である。

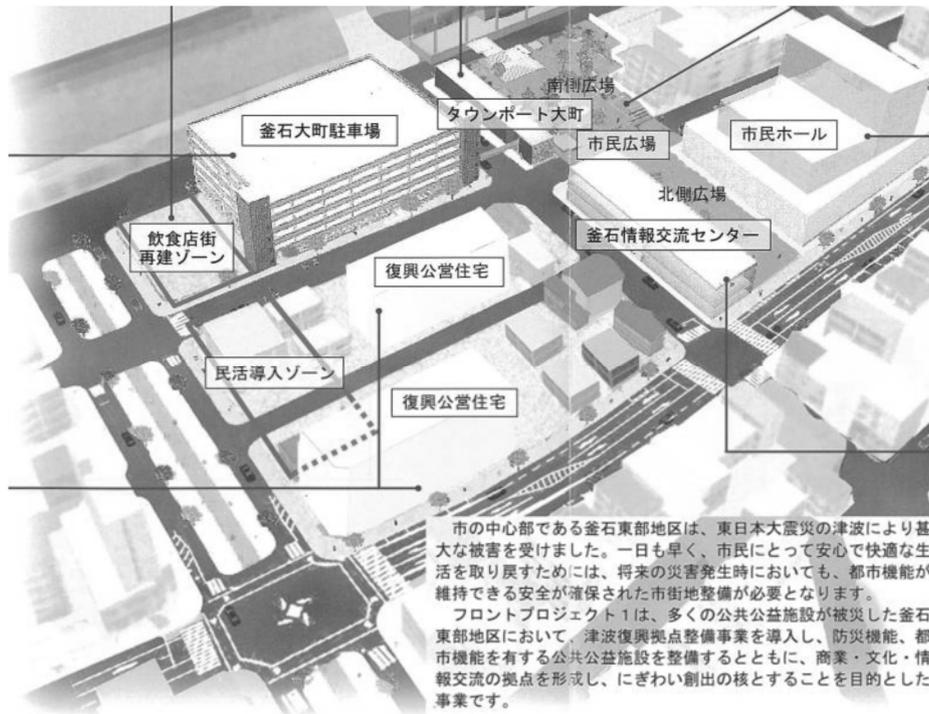


図 釜石市中心部の復興公営住宅の1階部分に設置

(5) 地域資源リスト

- 地域包括ケア推進本部では、上記のワークショップで把握した地域資源や公民館に関する情報などを整理し、住民の通いの場や支え合い団体等の情報を一元管理し、地域資源リストを作成している。

生活支援・介護予防・自主活動団体一覧 (イメージ)														
地区	番号	公表の有無	サービス種別	団体名	団体住所 代表者名	電話番号 FAX番号	会員数		活動内容	活動場所	活動日時	対象エリア 対象者	利用料	団体の特徴
							男	女 合計						
釜石	1	有	運動系	□□□□	□□□□□□ ■ ■ ■ ■		0人 0人 0人	健康体操	□□公民館	第1、第3 木曜 13:00~15:00	市内全域 制限なし	参加費 300円		
釜石	2	無	文化系	○○○○	○○○○○ ● ● ● ●	○○○-○○○ ○-○○○	0人 0人 0人	屋敷会、レクリエーション	○○集会所	第3 月曜 10:00~12:00	○○ 町民のみ	参加費 500円		
釜石	3	有	運動系 分化系	△△△△	△△△△△△ ▲ ▲ ▲ ▲	△△△-△△△ △-△△△△	0人 0人 0人	サロン・100歳体操	△△集会所	第2 金曜 13:30~15:00	△△ 町民のみ	参加費 100円		

(6) 小括

- 釜石市においては、人口減少・少子化・高齢化が進み、医療介護資源も限られるなかで、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、その他地域支援事業の活用を中心として、これまでのコミュニティづくりの資源などもあわせて、地域包括ケアシステム構築にむけた各種取り組みを行っている。

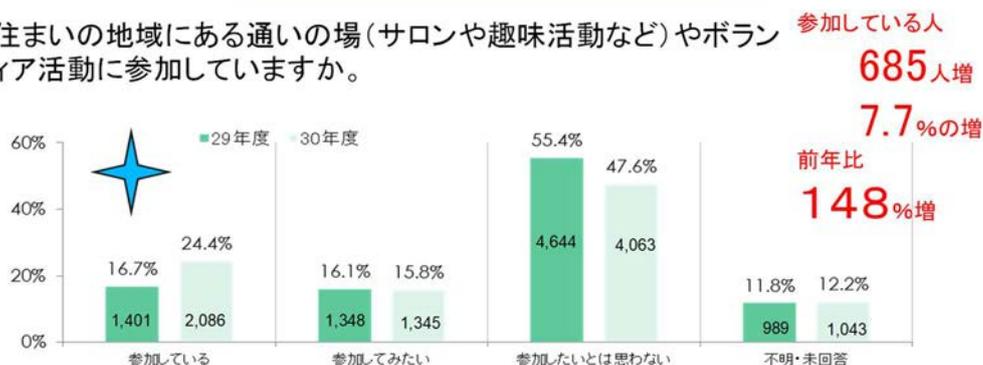
4. 住民互助に関する3つの意識

(1) 閉じこもり予防への意識向上

- 閉じこもり予防戦略により、生活応援センターと生活支援体制整備事業を活用しながら、住民ワークショップをつうじて、現代的な高齢者が自ら好んで取り組める活動を立ち上げた。
- 平成29年度と平成30年度における高齢者実態把握調査においては、通いの場に参加している高齢者が7.7%増（685人）、前年比148%の増加となっている。
- 以上のとおり、生活応援センターと生活支援体制整備事業の連携により、閉じこもり予防に対する意識は高まっていると考えられる。

閉じこもり予防戦略

お住まいの地域にある通いの場（サロンや趣味活動など）やボランティア活動に参加していますか。



平成29年度・平成30年度金石市高齢者実態把握調査

地域の通いの場の状況

通いの場	平成29年度まで	平成30年度から活動開始
運動系	52団体	20団体増
文科系	18団体	3団体増

平成30年度末:各地区応援センター、地域コーディネーター、地域包括支援センター調査結果

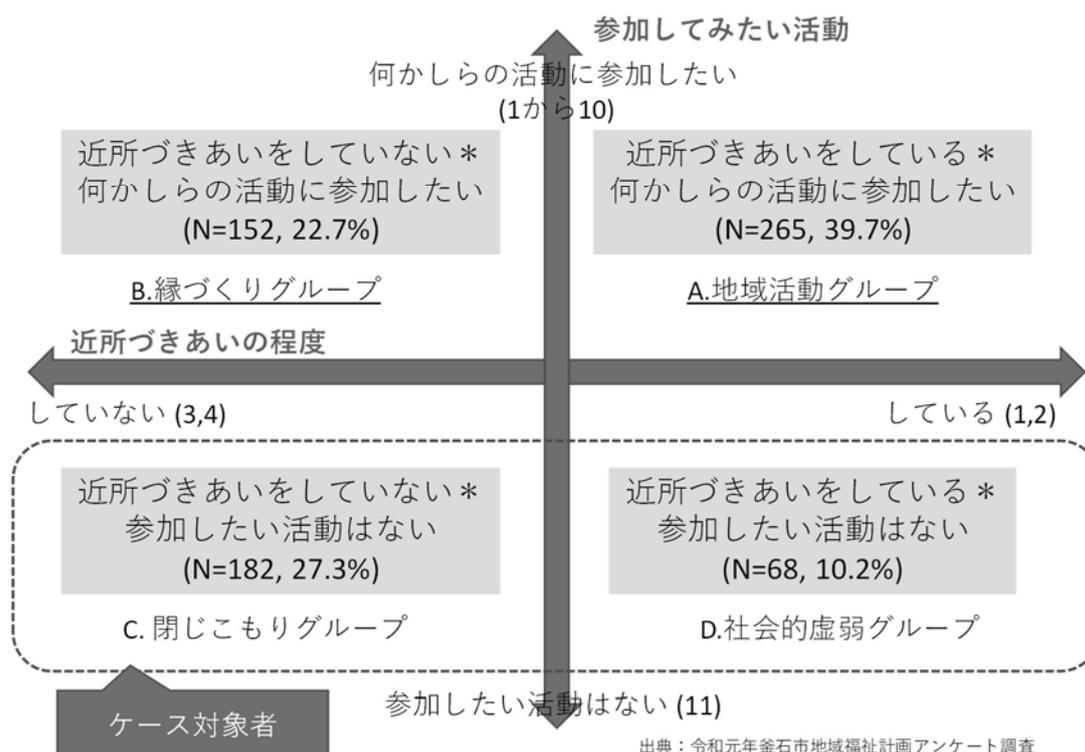
(2) コミュニティ活動への意向分析

- 本研究では、住民の相互扶助の基盤についてさらに詳しく検討をしている。地域福祉計画を策定するにあたりアンケートを取った。アンケートの設問項目によるクロス集計を行った。縦軸を今後のコミュニティ活動への意向、横軸をコミュニティにおけるお付き合い度として4つのパターンに分類して、住民同士の助けあいに対する意向やどのような戦略的で連携を深めていくか、支援方法などを検討していく。

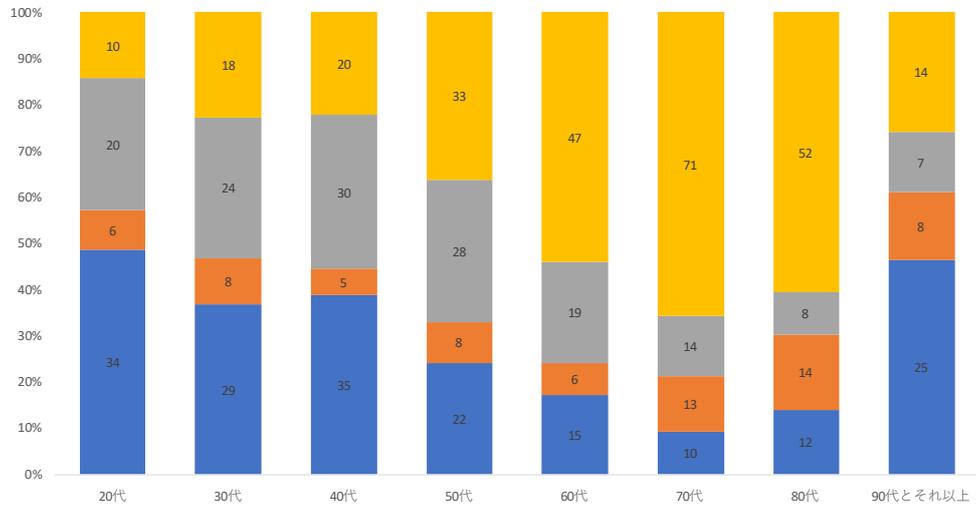
- 下図のとおり、縦軸は今後のコミュニティ活動への参加意向である。今後何かしらコミュニティ活動をしてみたいことがある方 62.4%を上、「活動をしたくない」との回答者 37.6%を下に分類した。横軸については、近所づきあいについての項目でありちょうど半々の回答であった。家族のように親しくつきあっている、家に行き来したり、親しく話をするを足した 50%を近所付き合い有グループとして、またそれ以外の回答者 50%を近所付き合い無グループとして分類した。4つに分類して、それぞれどのような支援が必要か検討を行った。
- まず近所付き合いがあり・何かしらの活動をしたいと答えるグループである。これを、**地域活動グループ**と定義した。このグループに所属する方は全体で 39.7%である。とくに 70 歳以上の方が多く、自治会・町内会参加者と考えられる。住民の相互扶助の担い手であるが、5 年後、10 年後も続けられるか、期待できるかと考えると難しい。年齢が高くなればなるほど、後述する社会的虚弱グループへと移行していくと考えられ、ますます担い手が減っていく。当該グループに支え合い活動などへの協力を求めれば、断られることはないが、新しい展開につなげていくことが難しい。
- 次に、近所づきあいはないが、活動はしてみたいと考えているグループである。これを、**縁づくりグループ**と定義する。このグループに所属する方は 22.7%である。5 年後 10 年後を考えると、このグループへの介護予防やコミュニティ活動への参加の働きかけが重要となる。呼びかけがうまく行かない場合、後述する私生活重視グループへと移行する可能性もあり、その場合の社会的なリスクを抱える高齢者が増えることにもなり、地域福祉活動やコミュニティ活動支援は一層難しくなると考察できる。
- 3 番目は、近所付き合いがなく、活動への参加意向も無いグループである。このグループを、**私生活重視グループ**と定義した。このグループに所属する方は 27.3%で縁づくりグループよりも多い。年齢別にみると 20 歳代、30 歳代の仕事をしている世代が含まれるが、一方で、60 歳代、70 歳代、80 歳代と年代を重ねるにつれて増えていく。若い世代の私生活重視は否定されるものではないが、他方で高齢者の社会参加や地域での相互扶助に関する支援環境が脆弱になりやすい。特に閉じこもりと呼ばれる。地域活動グループのメンバーからは、日ごろの接点がないなかで、私生活重視グループに声をかけて社会に参加させる意義が見いだせないといわれることが多い。
- 4 番目は、近所付き合いはあるが、地域づくりに関われないと考えているグループである。このグループは年齢別にみると世代を問わずある程度一定である。若い世代は忙しいこともあるが、高齢者については年代では 70 代、80 代が多く、近所づきあいはあるが高齢になったことで新しい活動への参加が難しくなっているグループである。このグループについては、高齢者層に着目し**社会的虚弱グループ**と定義

する。このグループに所属する方は、10.2%である。このグループに所属する方の年齢層が70歳以上であり、昔からの近所づきあいはあるが、身体的・認知的機能の低下により、新しい活動に取り組むことができない。他方で、誰かがサロンや昼食会などを実施してくれれば積極的に参加してくれるグループである。

コミュニティ活動への意向分析



コミュニティ活動への意向分析（年代別）



- A: 地域活動 ■ 近所付き合いあり * 参加してみたい
 B: 縁づくり ■ 近所付き合いなし * 参加してみたい
 D: 社会的虚弱 ■ 近所付き合いあり * 参加したいものはない
 C: 閉じこもり ■ 近所付き合いなし * 参加したいものはない

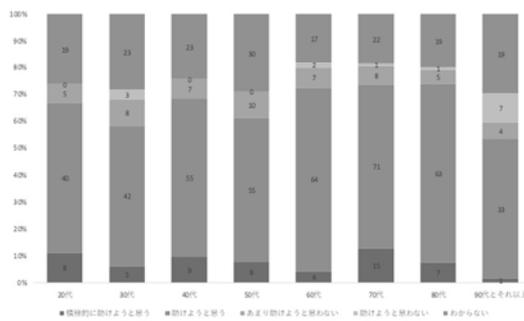
70代以上で顕著

(3) 助け合いへの意向

- さらに助け合いについての意向を分析した。地域に困っている人がいたら助けようと思う釜石市民は、積極的に助けよう・助けようを合わせると61.3%である。他方で、困ったときの相談相手について、家族を除いて回答してもらうと、町内会の役員4.0%、民生委員・児童委員8.0%、近所の人に至っては1.1%である。友人・知人が32.3%、行政（市役所、包括支援センター、社会福祉協議会）が17.0%となっている。
- インフォーマル資源の活用、助け合いの重要性が指摘されるなかで、自分は近所の人を支援することはいとわないが、自分は近所の人には相談できない。いわゆるお互い様にはならない、意向が一方通行になっていることがわかる。

助けたいけど、助けられたくない

地域に困っている人がいたら助けようとおもいますか？



積極的に助けよう 7.3%
 助けようと思う 54.0%
 あまり助けようと思わない 7.0%
 助けようと思わない 1.8%
 わからない 21.9%

困ったときの相談相手について

	回答数	構成比
友人・知人	432	32.3%
近所の人	15	1.1%
職場の同僚・上司	139	10.4%
町内の役員	53	4.0%
民生委員・児童委員	107	8.0%
かかりつけ医	89	6.7%
市役所	94	7.0%
地域包括支援センター	73	5.5%
社会福祉協議会	60	4.5%
その他の公的相談機関	32	2.4%
社会福祉法人やNPO等の団体	20	1.5%
インターネットの質問サイト等	61	4.6%
その他	16	1.2%
必要ないため相談しない	50	3.7%
どこに相談すればよいかわからないため、相談しない	57	4.3%
未記入	40	3.0%
合計	1,338	100.0%

町内の役員 4.0%
 民生委員・児童委員 8.0%
 近所の人 1.1%

出典：令和元年釜石市地域福祉計画アンケート調査

(4) 地域資源と住民意識

- ここまでの検討を踏まえて、どのように社会的リスクを抱える高齢者に対してアプローチしていけばよいか。
- まず生活応援センターと生活支援体制整備事業の活用により、引き続き1)当事者が自立という意味を持ち介護予防に取り組むことを推進していくことが求められる。特に私生活重視グループや社会的脆弱グループが増大しないようにしていくことがポイントになる。またその中で、助けたり助けられたりの関係を構築していくことが重要ではないか。また2)住民の相互扶助等コミュニティケア資源の最大活用については、上記と同様に、地域活動グループを減らさないようにすることとともに、縁づくりグループから地域活動グループへの移行を働きかけていくことも重要になると考える。他方で、近所での助け合いが一方通行の問題については、そのような交流のなかで、友人・知人を増やすところから始めていくことが考えられる。
- 一方社会的リスクを抱える高齢者については、当事者自身が自立という意識をもと介護予防に取り組むことができない状態にある、また2)住民の相互扶助等コミュニティケア資源自体が少なく活用できない、また活用したいとも考えていない。さらには、そのような日ごろから付き合いのない方への支援については、地域活動グループも（自らの高齢化を考えると）積極的にかかわり難い。いずれにせよコミュニティケ

アの資源が活用できない。最後に、3) 医療介護の効率的・効果的な連携があったとしても、そこに到達するまでの課題があり、早期発見・早期対応となりにくい。

- このような前提条件を踏まえつつ、チームかまいし、地域包括支援センター、生活応援センター、釜石市が地域支援事業で運用を開始した釜石市独居高齢者等見守り・傾聴業務等を組み合わせて、在宅サービスを中心とした介護サービス基盤の整備の在り方について実証的に明らかにしていく。

2章 検討体制

1. 検討目的

- 東日本大震災において甚大な被害を受けた岩手県釜石市は、人口減少と高齢化、介護人材不足、住民互助組織の立て直しなど多くの課題を抱えるなかで、災害公営住宅を中心とした新しい在宅ケアの仕組みづくりを検討している。
- 本事業は、岩手県釜石市の復興市街地において、在宅サービスを中心とした介護サービス基盤の整備の在り方について、インフォーマルケアと連携しながら実証的に明らかにすることが目的である。

2. 検討委員

氏名	所属
水野 由香里	釜石市 保健福祉部 部長
佐々木 尊子	釜石市 保健福祉部 統括保健師
赤崎 幸子	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局 事務局長
小田島 史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局
中村 真紀	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局 在宅医療介護連携 コーディネーター
山崎 教史	釜石市 高齢介護福祉課課長
三浦 功喜	釜石市 高齢介護福祉課・地域包括支援センター センター長
白澤 まき子	釜石市 高齢介護福祉課・地域包括支援センター 主幹
千菅 英理子	釜石市 高齢介護福祉課・地域包括支援センター 主幹
佐々木 規子	釜石市 高齢介護福祉課・地域包括支援センター 係長
鈴木 伸二	釜石市 地域福祉課長
小笠原 智史	釜石市 地域福祉課 地域福祉係長
互野 雅貴	釜石市 健康推進課 管理栄養士
小原 圭子	釜石市 釜石地区生活応援センター センター長
菊池 亮	釜石市 社会福祉協議会 地域福祉課 課長
寺田 尚弘	医療法人楽山会 せいてつ記念病院 病院長
大向 一成	SOMPO ケア株式会社 東北第一事業部 事業部長
上野 孝子	SOMPO ケア株式会社 東北第一事業部
辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授
後藤 純	東京大学高齢社会総合研究機構 特任講師
木全 真理	東京大学高齢社会総合研究機構 特任助教

3. 検討スケジュール

第1回検討会	令和元年 8月30日
第2回検討会	令和元年10月 1日
第3回検討会	令和元年11月15日
第4回検討会	令和元年12月24日
市民向け研修会	令和2年 2月 1日
事業所向け研修会	令和2年 2月17日
第5回検討会	令和2年 2月17日

検討会の様子

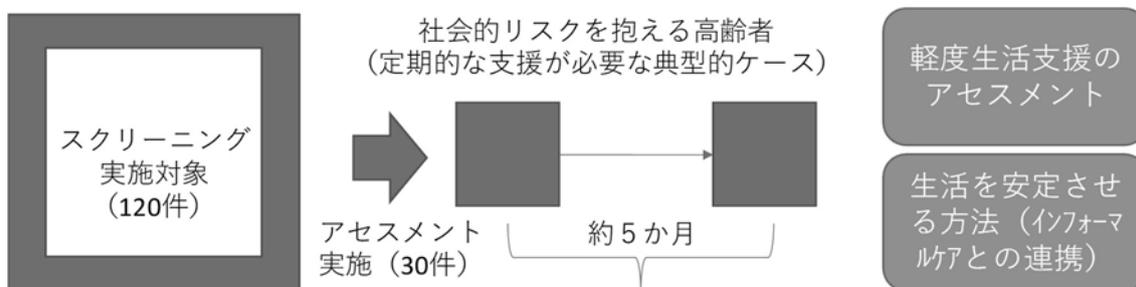


3章 検討プロセス

1. 検討プロセスの概要

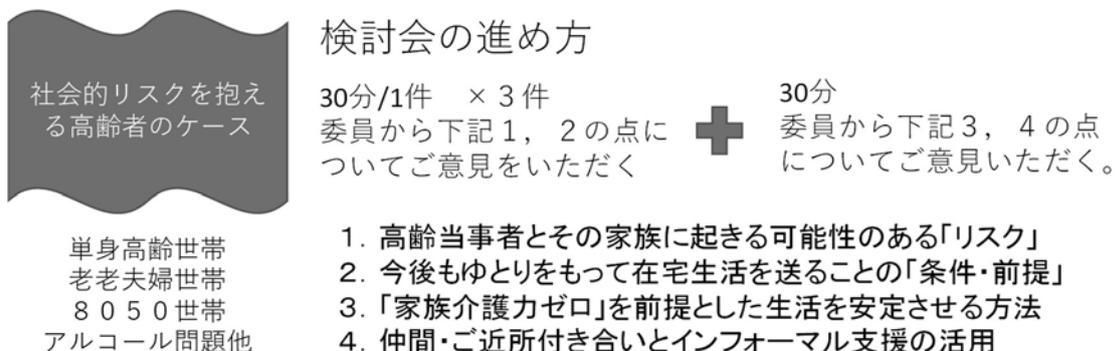
(1) 介入支援プロセス

- スクリーニングにより社会的リスクを抱える高齢者を抽出し（120件程度）、そのなかから約30件程度ケースを絞る。30件の介入にあたっては、後述の検討会で、アセスメントと介入方針を立てて、見守り・傾聴を基本として、生活を安定させるための支援を約5か月間行う。これの支援によりどの程度安定して暮らせたか検討を行う。
- なおこのプロジェクト終了後も、先述の見守り・傾聴センターが継続して支援を行っていく。



(2) 検討会プロセスの概要

- 検討会では、1ケースあたり約30分かけて、多職種でアセスメントを行い、介入支援の方針を決める。
- 各回のはじめに、前回の検討会で方針を立て介入したケースの事後評価を報告してもらい、改善したことの確認と、残された課題への対応方法について再度検討を行う。



2. スクリーニングの手法

(1) 高齢者現況調査の活用

- 対象地区の全体像を把握するために、高齢者現況調査を活用した。これは65歳以上で、要支援・要介護を除く全員に対して、毎年1回調査票を送付し、現況を把握するものである。
- 他市などでは、介護保険事業計画を策定する際の基礎資料とするために1年ごと3回に分けて全員を把握する方法をとっていたり、大都市では無作為抽出などで行っている調査である。
- 釜石市は、毎年全員に送付し、返信がない方へは訪問を行って、最終的には100%の把握を目指す調査である。調査票の回収率は最終的には毎年8割5分程度である。
- 東部地区においては、対象が1764名であり、6月下旬に配布され、9月中に状況が整理される。

**令和元年度
【釜石市 高齢者現況調査票】**

■下記の項目に必ず記入してください。

記入日	令和	年	月	日
電話番号	- -			
フリガナ				
氏名				

■該当する回答を○で囲んで、すべての項目に回答してください。

質問項目	回答欄
現在治療中の病気はありますか 該当するもの全てに○を付けてください	
1. 高血圧 2. 脳卒中（脳出血や脳梗塞など） 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 骨格筋の病気（骨粗しょう症、腰痛・膝痛など） 6. 呼吸器系の病気 7. 腎臓・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 認知症（アルツハイマー型認知症など） 10. がん（悪性新生物） 11. その他（ ） 12. 治療中の病気はない	
2 治療のため通院している医療機関名をご記入下さい	医療機関名
3 この1年間で1週間こわだる入院がございましたか	1. はい 2. いいえ
4 身体的にお困りのことや生活に支障があることがありますか	1. あり（視力・聴力・その他（ ）） 2. なし
お住いの地域にある番いの場（サロンや趣味活動など）やボランティア活動に参加していますか	1. 参加している（参加回数のア～ウのうち1つに○を付けてください） 参加回数： ア. 週1回以上 イ. 月1～3回程度 ウ. その他（ ） 2. 参加してみたい 3. 参加したいとは思わない
友人や地域との交流がありますか 該当するもの全てに○を付けてください	1. 仕事をしている 2. 町内会活動や地域活動に参加している 3. 隣近所との交流がある 4. 家族や友人との交流がある 5. 家族や友人との交流や近所づきあいはほとんどない
7 趣味や楽しみがありますか	1. ある（内容： ） 2. ない

※裏面もご記入ください。

8	家事を行っていますか	1. はい 2. いいえ
9	通院や買い物などの移動はどうしていますか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 自分で車（バイク）を運転している 2. 家族や知人の運転する車を利用する 3. 公共の交通機関を利用する 4. タクシーを利用する 5. 通院や買い物などに出かけることはない 6. 徒歩または自転車で移動する	
10 ①	あなたが日常生活の中で困っていることほどどのようなことですか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 通いの場（サロンなど）が近くにない 2. ゴミ出し 3. 掃除 4. 買い物 5. 洗濯 6. 金銭管理 7. 外出時の交通手段 8. 調理 9. 給食管理 10. 物忘れ 11. 家族の介護 12. その他（ ） 13. 困っていることはない 14. 思いたくない	
10 ②	困ったときに相談する人がいますか	1. いる 2. いない
11	現在の家族構成について 該当するもの2つに○を付けてください 1. ひとり暮らし 2. 65歳以上の複数世帯 3. 夫婦2人暮らし（どちらかが65歳未満） 4. 65歳未満の子や孫などと同居 5. その他（ ）	
12	緊急時の連絡先がありますか ある場合は以下に記入をお願いします。（注意）※前年の回答と変更ない場合は記入不要	1. ある 2. ない
	続柄 氏名 住所 電話番号	
13	今回いただいた回答内容を地域の中で見守り活動が行われた場合に、見守りを行う関係者（町内会、住民組織など）と情報共有することに同意しますか	1. 同意します 2. 同意しません

※上記で同意しますと回答された方は、下欄の同意事項に署名、捺印ください。

【同意事項】

回答内容を地域で見守り活動を行う関係者と情報共有することに同意します。

釜石市長 野田武則 様
年 月 日 本人署名 _____ 印

<本人署名が困難な時>
※本人署名が困難な時は、代理人（家族、親族、後見人等）の氏名、続柄
代理人氏名 _____ 印 続柄 _____

以上で調査は終了です。
ご協力いただき、ありがとうございました。記入もれがないか、もう一度確認をお願いします。

(2) スクリーニングの対象者

- 本調査では、この設問の問6を活用し、また問5と問11-2のクロス集計をもちいて、5つのクラスターに分けて、そのなかから今回のケースのスクリーニングの対象者を絞ることとした。
- 問6は友人と地域との交流の有無に関する設問であり、回答1（仕事をしている）と回答2（町内会や地域活動に参加している）については、自立した生活を送れているグループと判断する。回答3（隣近所との交流）、回答4（家族との交流）については、さらに別の問いとクロスをして分類する。回答5（つきあいがほとんどない）については、今回の専門職による見守りが必要な対象者と判断する。
- 問6で回答3（隣近所との交流）、回答4（家族との交流）の方については、さらに次の枠組みで分類する。
- まず問5はお住いの地域のボランティアなどに参加意向である。回答1（参加している）・問2（参加意向あり）の方についても自立していると判断する。他方で、問3（参加意向なし）については、閉じこもり傾向と判断する。次に問10-2（困ったときに相談する人）の有無である。これにより問6回答3と回答4を、4つに分類する。
 - (A) 要介護1以上で在宅サービスを受けているもの
 - (B) 要支援1・2のもの
 - (C) 専門職による定期的な見守り・生活支援が必要である可能性が高いもの
 - 本調査票の未提出者は、Cに分類し訪問調査が必要な人とした（※制度上、社会福祉協議会等をはじめとして、専門職が訪問する）
 - 問6で回答5や未回答の方を交流なしとしてCに分類した
 - 問6で回答3・4を選び、かつ問5で回答3（参加意向無）・問10-2回答2（相談相手無）を選んだ方をCに分類した
 - (D) 閉じこもり傾向があり住民の声掛けが必要である可能性が高いもの
 - 問6で回答3・4を選び、かつ問5では回答1・回答2（参加意向あり）と答えたが問10-2では回答2（相談相手無し）と回答したものを、Dと判定した。
 - 問6で回答3・4を選び、かつ問5では回答3（参加意向なし）と答えたが問10-2では回答1（相談相手あり）と回答したものを、Dと判定した。
 - (E) 自立しているもの
 - 問6で回答1・回答2を選んだもの
 - 問6で回答3・回答4を選んだが、問5では回答1・回答2（参加意向あり）を答えかつ問10-2では回答1（相談相手あり）ものについては、自立していると判定した。

釜石市の現況調査による内訳

東部地区（本庁）65歳以上 2209人						
要介護1～5 305人						
要支援1・2 140人						
非該当（現況調査対象者） 1764人						
問6回答1・2 仕事・活動あり	E：自立した生活を送っている 仕事・地域活動をしている 669人					
	<table border="1"> <tr> <td>問5 回答1・2 (参加意向あり○)</td> <td>問5 回答3・未回答 (参加意向なし×)</td> </tr> <tr> <td>問10-2 はい E 参加意向○+相談相手○ (自立した生活) 196人</td> <td>問10-2 はい D 参加意向×+相談相手○ (閉じこもり予防群) 301人</td> </tr> <tr> <td>問10-2 いいえ・未 D 参加意向○+相談相手× (孤立予防策) 36人</td> <td>問10-2 いいえ・未 C 参加意向×+相談相手× (閉じこもりハイリスク群) 70人</td> </tr> </table>	問5 回答1・2 (参加意向あり○)	問5 回答3・未回答 (参加意向なし×)	問10-2 はい E 参加意向○+相談相手○ (自立した生活) 196人	問10-2 はい D 参加意向×+相談相手○ (閉じこもり予防群) 301人	問10-2 いいえ・未 D 参加意向○+相談相手× (孤立予防策) 36人
問5 回答1・2 (参加意向あり○)	問5 回答3・未回答 (参加意向なし×)					
問10-2 はい E 参加意向○+相談相手○ (自立した生活) 196人	問10-2 はい D 参加意向×+相談相手○ (閉じこもり予防群) 301人					
問10-2 いいえ・未 D 参加意向○+相談相手× (孤立予防策) 36人	問10-2 いいえ・未 C 参加意向×+相談相手× (閉じこもりハイリスク群) 70人					
問6回答3・4 交流あり						
問6回答5・未 交流なし	C：専門的支援が必要 100人					
現況調査未回答	C：専門的支援が必要 392人					

※データは令和元年9月17日現在のもの

- (A) 要介護1以上で在宅サービスを受けている者
- (B) 要支援1・2
- (C) 専門職による定期的な見守り・生活支援が必要である者（想定120名）
- (D) 閉じこもり傾向であり、住民での声掛けが必要な者
- (E) 自立している

3. スクリーニング

- このように既存調査を活用して、対象者を絞りスクリーニングを実施したところ、全体2209名の内要介護・要支援者で445人（20%）、また自立した生活を送っていると判断できる方は865人（40%）。閉じこもり傾向にある方は、337名（15%）、専門的支援が必要な方562名（25%）となった。
- ただし、専門的支援が必要な方で現況調査未回答者については追跡調査ができており、実質9割が仕事等が忙しく返信しなかった自立した生活を送っている方であった。この分（392名の9割、約350名）を除くと、約212名（9%）である。
- 今回のスクリーニングでは、閉じこもり傾向にある方337名と専門的支援が必要な方約212名の合計549名を母数として、120名分アプローチしていくというおおよその方針を立てた。
- 次にスクリーニングは、訪問調査で実施し、「介護予防支援アセスメント用情報シート」で対応した。なお本シートは、1度の訪問ですべてを埋める想定せず、数か月を通じて情報を充実させていく方法を採用している。

生活状況を把握するためのアセスメントシート		
	種	記入者: _____ 日付: 年 月 日
領域	視点	アセスメント項目
A 運動・移動	自ら行きたい場所へ移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。	運動機能(支えの必要性) 立ち上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況(歩行レベル) 室内() 屋外()
		転倒傾向 転倒() つまずき()
		移動範囲 <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
B 日常生活・家庭生活について	家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等)や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。	移動手段 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩
		買い物 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		献立を考える <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族
		調理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない()
		洗濯 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		掃除 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい(何が:)
		火の始末 <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)
金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)		
役所や金融機関等の手続き <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない		
悪質商法への注意 <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある		
情報への関心 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない		
C コミュニティ参加・対人関係	状況に見合った社会的に適切な方法で人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。	社会参加 活動性 <input type="checkbox"/> 興味や楽しみがある() <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特になし
		外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		外出目的 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他()
		対人関係 家族との交流 <input type="checkbox"/> 状況:) 近隣との交流 <input type="checkbox"/> 状況:) 友人・知人との交流 <input type="checkbox"/> 状況:) コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
D 健康管理について	清潔・整齊と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われる場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)	受診の状況 <input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない
		服薬管理の状況 <input type="checkbox"/> 指示通り飲む <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲む <input type="checkbox"/> できない
		健診の状況 <input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
		口腔機能の状況 <input type="checkbox"/> 痛みがある(口唇 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯) <input type="checkbox"/> 嚥下が合わない <input type="checkbox"/> くちの湯き <input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる
		歯の手入れ(歯磨き含む) 頻度(/日・週・月) 方法()
		食生活・栄養状況 回数(/日) 状況: <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない
		水分摂取の状況 <input type="checkbox"/> 気をつけている() <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない
		飲酒状況・喫煙状況 飲酒:頻度(/日・週) 量(/回) <input type="checkbox"/> 喫煙:量(/本) <input type="checkbox"/> 本/日・週) <input type="checkbox"/> していない() <input type="checkbox"/> していない(理由:)
		適度な運動 <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> ついでに無理をしよう
		適切な休養 <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> ついでに無理をしよう
		排泄の状況 <input type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある (気がかりなこと)
		入浴の状況 頻度(/週・月) 方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など
生活リズム <input type="checkbox"/> 保たれている(起床: 時/就寝: 時) <input type="checkbox"/> あまり保たれていない()		
物忘れの状況 物忘れ: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
E その他	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。	居住環境 室内() 屋外()
		経済状況 収入(円) 主な使途() 心配なこと()
		家族の状況 ()
		家族の介護力 <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない(理由:)
		虐待の可能性 <input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意(規模:)
		精神的な不安・意欲低下 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる(内容:)
		見守りの状況 <input type="checkbox"/> ある(家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> 町見守り <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない
		緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急時の判断: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない()
低価格 大切にしたいこと() 嫌なこと()		
本人の主訴や意向		
家族の主訴や意向		
これからの生活についての希望		
現在利用しているサービスなど		
全体的な印象		

4. 本研究での実際の対象者 (120名)

- CとDの方を中心に訪問によるスクリーニングを開始するにあたり、対象者が絞れたことで、社会的リスクを抱える高齢者のケースとして、生活応援センター、地域包括支援センター、自治会等から日ごろ把握している方の情報提供がなされる。
- 情報共有型課題であると指摘されることも多いが、それはやみくもにすべての情報を出し合うということを想定するからであり、このように対象を合理的に絞って、訪問する焦点を当てることで、それぞれの関係者が気になる人の情報などを提供しやすくなる。

- これにより、実際に訪問調査に行く対象がさらに精度高く絞ることができた。今回120件のケースとして取りあげたのは、以下の通りである。
- 特に軽度要介護者（要介護1・2）や要支援1・2のなかでも、社会的リスクを抱えているとして相談がありアセスメントを行ったものが29名あること。自立した生活を送っているようにみるが、実際には社会的リスクを抱えていると考えられている方などもいることがわかる。

スクリーニング実施対象者の内訳

東部地区（本庁）65歳以上		127人
要介護1～5		18人
要支援1・2		11人
非該当（現況調査対象者）		98人
問6回答1・2 仕事・活動あり	E：自立した生活を送っている 仕事・地域活動をしている 19人	
	問5 回答1・2 (参加意向あり○)	問5 回答3・未回答 (参加意向なし×)
問6回答3・4 交流あり	問10-2 はい E 参加意向○+相談相手○ (自立した生活)	問10-2 はい D 参加意向×+相談相手○ (閉じこもり子訪群)
	26人	10人
	問10-2 いいえ・未 D 参加意向○+相談相手× (孤立子訪軍)	問10-2 いいえ・未 C 参加意向×+相談相手× (閉じこもりハイリスク群)
	7人	2人
問6回答5・未 交流なし	C：専門的支援が必要 7人	
現況調査未回答	C：専門的支援が必要 27人	
※データは令和元年9月17日現在のもの		

- (A) 要介護1以上で在宅サービスを受けている者
- (B) 要支援1・2
- (C) 専門職による定期的な見守り・生活支援が必要である者（想定120名）
- (D) 閉じこもり傾向であり、住民での声掛けが必要な者
- (E) 自立している

5. ケース検討の分析枠組

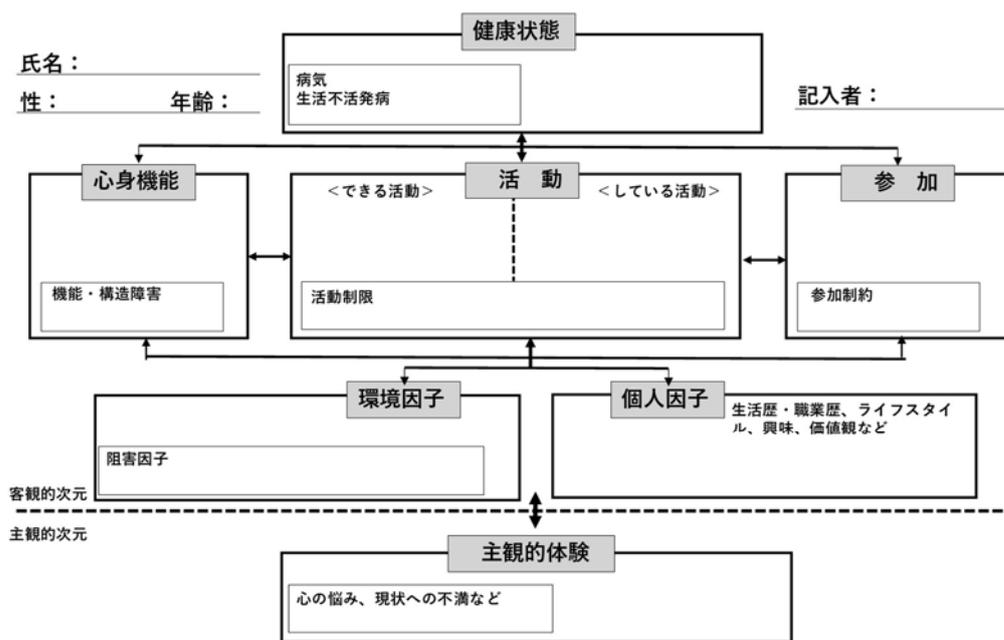
(1) ICFの活用

- 120件に絞れたところで、次に30件のケース検討の分析枠組についてである。この分析枠組は、厚生労働省のケアマネジメントの在り方に関する情報提供のなかで、国際生活機能分類（英語: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）を活用することが示されており、活用することとした。
- ICFは、世界保健機関が2001年5月22日の世界保健総会（英語版）において、国際障害分類（1980年採択、英語: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICIDH）の改訂版として採用しているものである。健康状態、心身機能、障害の状態を相互影響関係および独立項目として分類し、当事者の視

点による生活の包括的・中立的記述をねらいにする基準である。(参考：大川弥生著「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用、中央法規)

- たとえば活動には<できる活動>と<している活動>がある。Aさんは脳梗塞を発症するまえに卓球が趣味だったとして、屈伸や腕の素振りなどはできる活動としても、実際に生活のなかでしているかどうかは環境因子や個人因子による。また屈伸や腕の素振りができたとしても、実際に卓球教室などに通いその活動を<楽しんでいるか>どうか参加の要素となる。Aさんが卓球を楽しめるようになるためには、個人因子だけでなく、環境因子によるところも多い。ケアプランを作成するうえで、個人因子に偏り支援のバランスをとる場合や、「寄り添う」といったキーワードで主観的体験を重視するプランもあるが、環境因子をしっかりと読み解き支援していくことの重要性が指摘されている。

ICF整理シートの活用



出典：大川弥生 「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用—目標指向的介護に立って

- ICFを活用すべく、下記のとおり、個人因子と環境因子に関する部分をシートに記載していただき、それを基にアセスメントを実施する。

資料5		生活支援評価書			
ID		計画作成者氏名			作成年月日
利用者 氏名	男・女	生年月日		歳	住所
		要介護度			
ケーステーマ	独居・高齢夫婦・親子・他				
事後 評価	(本計画に基づき生活支援を提供した後の変化等について、話し合った結果を評価します。)				
個人因子 (健康状態や ADL・IADLのポ イント)	普段の体調管理(水・栄養・運動・排便)： 疾患・服薬、通院、認知機能 その他				
環境因子 (生活支障をき たす要因に対す る因子及びサ ポート因子)	家族環境 居住環境 近隣環境 参加交流環境				
経済的環境	本人の状況 家族の状況				
【アセスメント要旨】					
評価 (専門・共感)	個人因子からの課題 環境因子からの課題				
予後予測	(生活支援サービスもケアも自然に放っておいたらどう日常生活になって行くか。)				
ゆとりを持って 暮らす条件	(今後もゆとりを持って自立した生活を送るための条件・前提について)				

資料5		生活支援計画書								
ID		担当者氏名						作成年月日		
利用者氏名	男・女	生年月日			歳	住所				
		要介護度								
居宅介護支援事業所						担当ケアマネジャー				
【援助目標】										
解決すべき課題										
援助目標										
本人・家族の希望										
留意点										
【週間計画表】										
サービス番号	サービス項目	時間(分)	月	火	水	木	金	土	日	
【支援内容】										
サービス区分	サービス項目	サービスの具体的内容			所要時間	留意事項				
サービス										

(2) 検討会でのアセスメントのプロセス（予後予測）

- 検討会での30ケースのアセスメントは、次の3つのプロセスで検討を進めた。おおむね30分として、ケース報告が5分、1) 当事者の立場にたった評価と専門領域からの評価と2) 予後予測15分、今後もゆとりを持って自立した生活を送る条件について10分、ケースの振り返り5分である。
- 1) 当事者の立場にたった評価と専門領域からの評価
 - 当事者の立場に立った評価とは、自分だったらどのような心境か、心配なこと、心模様など心模様を共感的に理解する形で生活の状況と介護の状況を評価することである。この視点は、行政職など医療介護の専門職でなくとも検討しやすい項目である。検討しやすい項目であるが、ICFの主観的体験の理解や環境因子・個人因子の読み解きになかで重要となる。
 - 専門領域からの評価とは、現在の業務・専門職種の見方から見たその状態を、仮想的にみて、何ができるか、どのようなアドバイスをするか考える。ここでは、医師、看護師、リハ職等でそれぞれ目指すゴールのイメージなどが異なることから、多様なアドバイスが出る。いずれの評価も、制度的支援メニューとして、デイサービスや家事援助などを検討するのではなく、サービスメニューについてはいったん棚上げして、当事者が生活をしていくための支援について考えていく。
- 2) 予後予測
 - 当事者の立場に立った評価と専門領域からの評価をどのように整理していくか。これが予後予測である。予後予測とは、介護もケアも自然に放っておいたらどういう日常生活になって行くのかを考えることである。日ごろの業務を通じて、このような方がどのような課題を抱えやすいか（パターン）など、よくある相談、よくある対応などから検討していく。予後予測は、特に医療の局面ではかならず想定されるものであり、医師・看護師などでは病気の進行などから予後予測を立てている。他方で、介護職は、現時点でできる支援に着目しやすく、予後予測という視点が薄い場合が多い。かかりつけ医と介護支援専門員といった連携促進のためには、この予後予測を軸に組み立てていくことで、さらなる連携が進むと考えられる。
- 3) 今後もゆとりを持って自立した生活を送るための条件・前提
 - ゆとりとは、その人らしさが発揮できることである、またその人らしさとは、その人がその場所で生きて築いてきた地域資源に、虚弱等によってその地域資源にアクセスしにくくなっても引き続きアクセスできることである。特に、家族介護力をゼロとして考えていくことが重要となる。

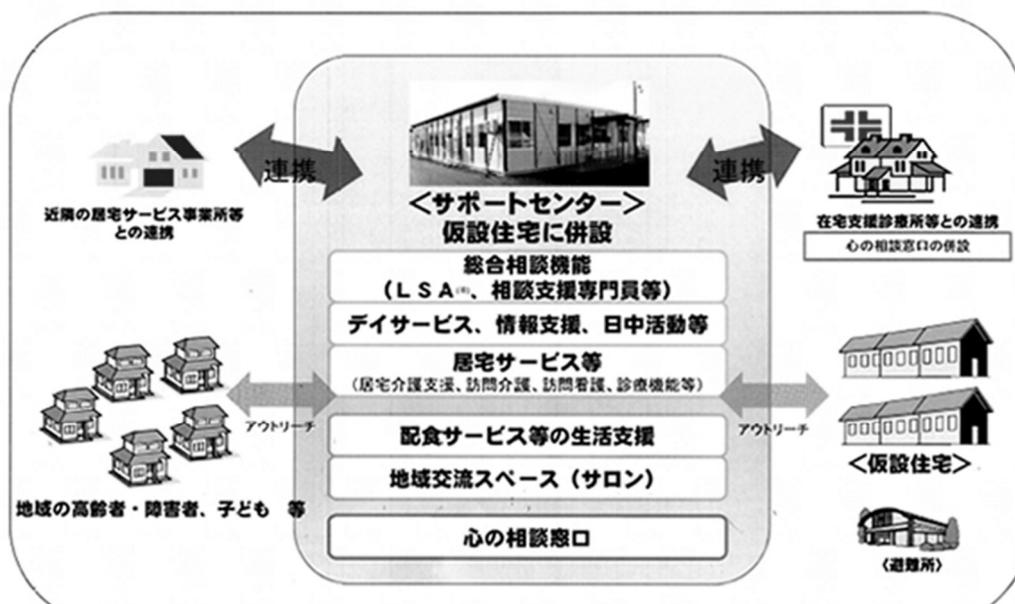
6. 定期巡回傾聴訪問

(1) 背景

- 以上のアセスメントが行われたケースについて、どのように介入していくか。本検討では、定期巡回傾聴訪問活動を行うこととした。
- 定期巡回傾聴訪問活動の原型は、東日本大震災において、厚生労働省老健局は、仮設住宅等における介護等のサポート拠点の仕組みである。この仕組みは、長岡福祉協会の故小山剛氏が、中越沖地震の際にモデル的に取り組んだ仕組みである。いわゆる小規模多機能型居宅介護支援事業所であるが、高齢者だけでなく、障害者、子育て世代なども利用できるサービスである。東日本大震災で被災した東北地方においては、約 150 か所の整備が進んだ。釜石市では3つのサポートセンターが整備され、被災した高齢者・障害者・子育て世代の生活支援に取り組んだ。

出典：厚生労働省 老健局 2011年4月

仮設住宅等における介護等のサポート拠点について(イメージ)



※ LSA：ライフサポートアドバイザー＝住民からの様々な相談を受け止め、軽微な生活援助のほか、専門相談や具体的なサービス、心のケア等につなぐなどの業務を行う者

(2) 定期巡回傾聴訪問

- 上記サポートセンターの整備により、津波被害を受けた被災者の生活支援が可能となった。仮設住宅に住む独居世帯、老老世帯はもちろんのこと、家族同居と同居をしても社会的リスクを抱えている高齢者（Wケア、8050世帯、生活困窮世帯など）などが増えてるなかで、釜石市においては医療・介護専門職人材が不足している。実際には、高齢者の健康状態等が悪化し、介入しにくくなってから発見され

て介入することになる。定期巡回傾聴訪問は、介護専門人材による早期発見・早期対応により、重度化を防止する仕組みである。上記の対象世帯に対して、下記の通り、10件～20件/日の個別訪問によりスクリーニングとアセスメントを実施し、必要な支援を行う。



※印については、4章4節（4）に対応している。

4章 検討内容

1. 30 ケースの概要

番号	性別	年齢	介護度	認知症	障がい自立度	世帯	年金の種類	既往歴・基礎疾患	アルコールの問題
1	女	83		記憶障害場面	自立	独居	国民年金	高血圧症・高脂血症・狭心症・心雑	記載なし
2	女	70			自立	親と独身の子			配偶者にあり
3	男	82			自立	独居	国民年金		記載なし
4	男	80	介護 2		J	高齢者夫婦	生活保護	肝嚢胞・神経痛・前立腺肥大	記載なし
5	男	74			自立	独居	厚生年金	左半身麻痺軽度。脳梗塞の既往	毎日の飲酒が続いている
6	女	87	介護 1	IIb	A2	独居	国民年金	高血圧・狭心症	記載なし
7	女	85	支援 1	I	J	独居	厚生年金	不整脈発作	記載なし
8	女	82	介護 1	I	J	独居	国民年金		記載なし
9	女	80	支援 1	I	J	独居	国民年金	脳梗塞の既往・パーキンソン症状	記載なし
10	女	86				独居	生活保護		記載なし
11	女	70	介護 1	I	J	独居	障害年金		記載なし
12	男	66			自立	独居	厚生年金		脱アルコールプログラムを
13	男	80	支援 2	IIb (夫婦とも)	J	高齢者夫婦	厚生年金		記載なし
14	女	77	介護 4	IIIa	B1	親と独身の子	遺族年金		記載なし
15	男	76	介護 4			高齢者夫婦	厚生年金		記載なし
16	女	81			自立	親と独身の子	厚生年金	以前はうつ症状あり	記載なし
17	女	86				独居			記載なし
18	女	85		I	J	独居	国民年金		記載なし
19	女	76				親と独身の子	国民年金		記載なし
20	女	87	支援 1			独居	国民年金		記載なし
21	女	81	支援 2	I	J	親と独身の子	国民年金	多発性硬化症	記載なし
22	女	79							記載なし
23	女	78	介護 1		A1	高齢者夫婦	生活保護	パーキンソン病	記載なし
24	男	68			自立	独居		既往歴等不明	アルコール依存症の可能性
25	男	80						白内障・前立腺がん	記載なし
26	男	73			自立	独居	厚生年金	大腸がん手術・脳梗塞の既往	記載なし
27	男	72			自立			何かしらの内服薬あるようだが不明	アルコール依存症との情報
28	男	89						心筋梗塞（現在もフォロー中）	記載なし
29	女	75		無し	自立	独居	厚生年金	メニエール病・高血圧・喘息	記載なし
30	女	85						高血圧症・難聴・甲状腺異常	記載なし

次ページに続く

番号	現象の記載1	現象の記載2	(家族と同居の場合) 家族との関わり (独居の場合) 支援してくれる親族	経済状況	友人・地域との関わり
1			弟年2回ほど帰省。	国民年金	他者との関わりを避けている
2			夫にアルコールの問題あり。家族に悩みを話せない。	不明	近隣トラブルから健康教室に通えなくなる。
3	軽い物忘れ程度		妹2人と連絡を密にとっている。	国民年金	良い関係を保っている
4	15 kg 減少	物忘れ等あり	パーキンソン病の妻。妻からの暴言あり。	生活保護	積極的に参加
5			年に何回か孫を連れて帰省	厚生年金	積極的に参加
6			息子と同居の必居性	国民年金(貸している様子はな	積極的ではないが誘われれば参加する。近所の人は気にして声を掛けてくれて
7	病名が増えるごとに落ち込み	服薬管理ができていない	息子が横浜、娘が遠野在住。必要な時に手伝ってくれる	厚生年金	仮設に住んでいた時交流のあった人と引き続き交流がある
8	着衣の乱れ	会話がかみ合わない	すぐに行き来できる状態ではない。	国民年金、子から3~4万円の支	デイサービス週1回程度
9	ふらつき	薬の飲み忘れ等の可能性がある	次男と姉折連絡を取る程度	国民年金	自治会の避難訓練やイベントには参加
10	体重の減少(現在24kg)		子どもはおらず、配偶者は他界	生活保護	地域住民が世話や見守りをしてくれる
11	交通機関を一人で利用するのが困難		義弟夫婦が近所におり、金銭管理を含めた世話をしてくれる	障害年金、親族が金銭管理を補助	記載なし
12	アルコール性脳症は認められない		姉が高齢なので支援を期待できない	厚生年金受給していると思われる	友人地域との関わりはほとんどなし
13			子がいるが、あまり行き来がない様子	厚生年金	ほとんど参加しない。
14			長男と同居しているが、母親が寝たきり状態になっても危機	25~26万円/2か月(遺族年金)	デイサービスでは他者とも会話みられる
15			不明	厚生年金	記載なし
16	やや攻撃的		長女と同居、次女の配偶者は医師関係性は不明	厚生年金	積極的に参加
17	被害妄想的な言動あり		二男との折り合いはよくないが、必要時に手伝ってくれる。	厚生年金+遺族年金で年間120	記載なし
18	整理整頓が困難		市内に娘が住んでおり、3回/週訪問あり	国民年金	集会所の集まりには参加する
19	家事がほとんどできなくなってきた	精神的な落ち込みあり	娘二人と三人暮らし	国民年金	現在は参加していない
20			息子と娘がいるが遠方に在住	国民年金	集会所の集まり等は断れずに参加する程度
21			夫とは離別、1男2女あり。長男のみ同居	国民年金	あまり好まないが、強く勧められたり、自分が興味のあるものは参加している
22	夫要介護5		長男(平田)・長女(青森)との関係は良好	国民年金	夫がショート利用中の時集会所の集まりに出かける
23			夫も病弱な状態であるが、思うように手伝ってくれないこと	生活保護	夫が社交的なため交流を維持
24	食事は1日1食(コンビニ食)。他はアルコール		現在妻と別居中。妻は娘と市内に住んでいる。	不明	交流はほぼなし
25	転倒3回	風が原因で5日間くらい何も食べなかった。	娘3人。世話にはなりにくい。	不明	記載なし
26	もう死んでもいいと思っていると話している	息子がギャンブル依存症。生活費を全額支出	配偶者は北上の息子宅へ居住	厚生年金、息子の生活費を負担	自治会活動には協力的
27			不明	不明	ほとんど関わりなし
28			不明	厚生年金	自治会活動は参加
29	病気による気分の浮き沈み	あまり人に頼りたくない	長男・長女(埼玉)・配偶者とは死別	厚生年金	自ら通って参加はしない
30			長男と2世帯住宅で同居	厚生年金	積極的に参加

次ページに続く

番号	医療の局面 に付き添う	社会資源との マッチング	生活習慣 支援	事後評価
1	○	○	○	毎日の訪問から2回/週の訪問に減
2	—	●	●	安定している
3	●	●	○	定期的な体調管理
4	●	●	●	定期的な体調管理
5	●	●	○	定期的な体調管理（飲酒状況確認）
6	○	○	○	本人に関わるとともに家族とのかわりを密にし、生活状況や認知症の状態を報告。現状を認識できていなかった家族が、正確な本人の状態を理解したことで、自分たちの関わりが必要と判断し、仙台への転居（長男宅近隣の施設への入居）となった。
7	○	●	●	服薬管理及び状態変化時の受診付き添い
8	●	●	○	関わりを持つ中で精神的な安定が認められていたが、2月に脳梗塞発症し現在入院中。
9	○	●	○	薬や治療に対する思い込みや自覚症状の訴えが変化することから、一人での受診行動にリスクありと判断し、ケアマネへ報告。ケアマネから家族へ連絡し、可能な限り受診時の付き添いを依頼。
10	●	○	○	体調の変化が著しかった為毎日状態観察を行っていた。食事摂取困難な状態となった時点で生活介護センター保健師へ報告。保健師から短に報告しすぐに受診⇒入院となった。その後病院で死亡
11	●	●	○	発達遅滞あり、他人の言動を正確に判断できず、間違ったとらえ方をし動揺する場面が非常に目立っていたが、ディサービスやヘルパーと連携し、言動や行動に注意。修正が必要な部分を迅速に対応し安定して生活できている。近隣へは一人で買い物に出かけられる程度まで自立。
12	●	○	○	定期的な訪問や自ら事務所へ来訪した時には十分本人の話を聞き、話すだけ話したらすっきりする様子見られる。飲酒していることをがめることをせず、体調が心配であることを伝え続けているが、最初は飲酒を断っていたものの、現在は自分からどの程度飲んだかを言えるようになってきている。
13	○	○	○	高血圧、尿径ヘルニア等があるが全く自覚症状の訴えなく認知症も進行していると判断し、毎日訪問。血圧測定及び全身状態の確認を行っている。3/24方訪問時顔色不良及び嘔吐見られ、包括支援センター担当者へ報告するとともに救急車要請。尿径ヘルニア状態で即日入院となった。
14	●	—	○	施設については息子が付き添っている。ケアマネのプラン上ディサービスとショート利用。血圧高めで経過しているが食生活及び水分摂取に関して訪問時に観察。状況をケアマネに報告し、今後息子の介護能力を鑑み入所を検討していく方向。
15	●	○	○	大腿前頭部骨折する前は、以前参加していた体操教室等への参加の促しや水分摂取の確認等行っていたが、体操教室への参加が減少し筋力低下を懸念していた矢先に受傷。入院退院後は介護保険対応のリハビリで現在歩行可能となっている。
16	—	●	●	活発に行動し社会性も十分であるが、隣折人とぶつかることがある。相手が気に入るほど本人は自分の言動や行動が人を傷つけたら不快にしていると感じておらず、全く悪気がない。体操教室などの場で職員が関に入り関係修復に努め、社会性は維持できている。
17	—	●	○	自分が必要な手続など積極的に行うが、落ち着きに欠けることがあり、一度で用が済まなかったりする。毎日のように何かしら用事があるとか出かけているが、事前に一緒に必要なものを確認する必要がある。片づけが十分でなく、あちらこちらに散らかしたものを保蔵したりするため、自分でもどこにしまったのかが不明になる。声掛けで落ち着かせたり、書類の整理を一緒にすることで、両者が一人でできるように準備している。
18	—	○	○	医師などによるべく集会所での行事には参加するように促し、他の住民にも誘ってもらえるように声掛けを行う。受診は職員同行。室内の片づけ（特に食料品）ができず、定期的に確認し、強制的な片づけが必要となった場合は生活介護センターへ報告し、保健師が訪問し、食料の廃棄等を行っている。関わりやす分けを行うことで、物を隠したり拒否したりしないよう、支援センター職員がスムーズに室内に入り、中の状況を確認できるようにしている。
19	—	○	○	一人で受診を行っていたが、不安要素が多くなり本人に家族に付き添ってもらうよう勧め、現在はすべて家族が受診介助。以前は体操教室に参加していたが、腰壁ヘルニアの回復からうつ状態認められるようになり、家族が促してもなかなか参加できなかった。定期的な訪問で食事摂取状況や病状を確認。外に出ることを強制せず定期的に職員が訪問して自宅ゆっくりと話を聞くことで関係性の維持を図っている。
20	—	●	○	血圧高めで経過しており、一時めまい等で救急搬送されたこともあり。以前ファアークリニックで血圧の薬をもらっていたが、もう薬は飲まなくていいと言われ中断。しかし、実際にそのように言われたかどうかは不明で、再度の受診をすすめている。
21	—	—	○	室内外歩行であり、以前転倒により肋骨骨折の経験もあるため定期的な訪問により、歩行状態の悪化の有無の確認を行っている。ディサービスの変更の意向を訴えることもあったため、今後ケアマネに確認していく。
22	—	○	○	夫の介護を行っているが、自分ももう年だしなどと年齢による健康不安や持病を抱えているし、いつ倒れるかわからない…と言語化することが多くなってきている。定期的に訪問することで体調確認を行うこと介護相談等を受け、少しでも不安を軽減していく。
23	●	●	○	利用中の訪問介護サービスも含め、家族内で一人にだけ負担がかかる状況をなくし、互いが穏やかな気持ちで生活できるように工夫することが必要で、これまで通り妹さんにもお手伝いをお願いしている。ご主人の体調も今のところ良いため以前のような口喧嘩も減ってきている。
24	—	—	○	折腕障害をはじめとする様々な身体障害や、うつ病、不眠症などの精神障害が合併する可能性があるため、アルコール性脳症、肝疾患、脳出血など、また突然死のリスクも高く生命を脅かす状態であることから、定期的な訪問し安否確認及び病状確認を行っている。最初は拒否も見られたが、職員の働きかけに「どうも」と声掛けをするなど関わられることに違和感が減ってきていると思われる。
25	—	○	○	高齢により本人が気づかないところで、身体能力の低下、内服環境の御業性維持機能の低下をまたしていると考えられ、以前のように風邪気味で何日も寝込み食事もとれず、臥床状態であるが、定期的な安否確認を行っている。また介護保険申請のタイミングを的確に判断し必要な支援を受けられるよう今後も状況を判断する。
26	●	●	○	自センター職員との会話では息子が死ねばいいという発言は聞かれないが、生活の面を全面的にみていくことからも、息子が立ちまわってほしいと思っていると推測される。しかし、自分自身の体調については大丈夫と軽く考えている様子見られるため、訪問時には定期的な受診には行っているが、体調に変化はないのかを必ず確認し、異常の早期発見に努めるよう関わっている。
27	—	○	○	人とのかわりを少しずつ持つて、気分転換の方法を広げたり飲酒以外の楽しみを見つけたりできるよう支援することを目標としているが、未だにインターホン以外での接触は持っていない。今後も根気よく訪問を重ねる。
28	—	—	○	安否確認のための訪問を継続。再受診を予防する意味で生活習慣が重要となる。食事も自分で頑張って作っているようで、職員訪問時に煮物の味見を依頼されることもある。
29	—	●	○	徐々に年齢を重ねることで、体力や身体機能の低下が起きてくるとともに、病気の心配もあり、些細な身体の不調も気になってくる。風邪もひいたり治ったりを繰り返していると話される。喘息発作など重症化の有無の確認のため安否確認は継続している。
30	—	○	○	自分自身うまくいかないことを周囲のせいにして、人の悪口を言ったりするところはあるものの、仮設時代からの仲間が許容して付き合ってくれている。その方々との関係性を維持し、社会性が途切れないようコーディネートを続ける。

※上記表中の表現として ● 支援等が必要でなく自立して本人が行えるもの ○ 支援等を現在行っているもの - 支援を行っていないもの とする。

2. ケース例 1

(1) 現在に至るまでの経緯

82才男性。独居。離婚歴あり。家族関係は隣町に2人妹がいるが、それぞれ家庭を持っている。中学校卒業後上京、その後30歳を過ぎた時に帰省。釜石で自営。震災があり、仮設でやっていたが、現在は店も閉じている。金銭的に不安あり。

既往歴は十二指腸潰瘍、逆流性食道炎。咽頭炎は1年中痰が絡んでいるような状態で、首筋や付け根のしびれ感がある。何か病名がついている可能性があるが、本人は「わからない」とのこと。前立腺肥大については話を聞いていると前立腺がんの疑いがあるようだ。下肢静脈瘤もある。

応援センターの健康教室に、1週間に一回参加している。しかし運動機能の測定結果が芳しくなく、動脈硬化も徐々に進んでいる。内臓脂肪もあまり改善がみられない。このままにしておくと、下肢筋力低下、フレイルなどの危険性がある。

独居で食事の管理・体調管理がうまくできていない。調理の仕事をしてはいたが、食事のバランスがよくない。運動機能評価で改善が見られないためウォーキングを始めていて、1日1回は買い物などを含めて外出している。

認知機能に関しては物忘れが増えてきたような状況。住環境としては特に問題なく、近隣（住民）との間も良い関係を築けているようだ。自治会の避難訓練や、美化活動にも参加している。気力・体力の変化に伴い、生活の負担を感じているとのこと。

(2) アセスメントでの主要意見

- 釜石ではよくあるケースである。考え方によっては、様子を見ていればいいのではないか。
- 病気の情報が不明であり、喫煙履歴や悪性疾患などが隠れていると支援の仕方が異なるのではないか。
- 本人に病識がない（自分の病気についてよくわかっていない）。
- 調理の仕事をしてはいたとのこと、食事バランスがよくないと自覚しているのであれば、男の料理教室などの講師で呼び、役割を持っていただいたらよいのではないか。
- 服薬管理と通院の継続がポイントである。動脈硬化があれば、重要な薬を忘れがちになると脳梗塞を起こす。常に痰が絡んでいる状態であれば、慢性気管支炎も気になる。下肢静脈瘤もあることから、頭や心臓等に大きな後遺症が残るリスクがある。
- 2次予防として、将来に向けての生きがい探しが重要。この段階で手を打てる意義は大きい。
- いざとなった場合に、隣町に住む妹との絆を深めていくなど、将来を見据えた布石が重要である。

- 一人で生きていく不安、人に迷惑をかけてしまうのではないかという不安に対しては、例えば、周りも同じような状況であるなどを伝え、安心できる交流機会があるとよい。服薬・通院の習慣をつけることや、人間関係をつくっていく事が不安を解消することにつながっていくのではないか。

(3) 支援後の経過（改善）

- 服薬管理・医療の局面に付き添うことで、生活習慣が改善。ベランダで植物の世話をする趣味が再開して、前向きな気持ちが出ている。
- 応援センターで開催している100歳体操に通い、下肢筋力の向上に取り組む。タイムアップアンドゴーを測定したが、年齢別基準値でみると平均値よりもさらにいい値が出て改善。以前は、自転車をこぐ姿が大変そうだったが、スムーズになっている。
- 元調理の仕事とのことで、「今度調理実習を皆でやりたいんだけど、先生になってくれる？」と言ったら、今までに見たことのない表情をされて、喜んでくれた。

生活支援評価書

ID		計画作成者氏名	作成年月日
利用者氏名	男・女	生年月日	82歳
		要介護度	住所
ケーステーマ	独居・高齢夫婦・親子・他		
事後評価	<p>身体機能の低下に伴い疾患の自己管理ができなくなる可能性が考えられたが、錘をつけた散歩や健康教室参加を継続することで、自転車をこぐのが少し楽になってきたと話されていることや、ベランダでの植物の世話など徐々にやる気が起きてきたとのこと。本人はしびれは治らないよと話されるが、客観的な歩行状態は改善してきている。今後定期的に(1回/3か月)5m歩行速度を測定し判定していく。前回寺田医師からご指導いただいた痰がらみに関しては、状態変化なく今後も経過観察継続していく。</p> <p>前回3月に実施したtimed up&goは年齢別基準値よりも大幅に低下している状態だったが、今回5m歩行速度は年齢別基準値の平均的範囲の上位に近い状態であり、下肢筋力の改善が認められた。</p>		
個人因子 (健康状態やADL・IADLのポイント)	<p>普段の体調管理(水・栄養・運動・排便)：独居のため簡単な食事になっている。バランスは良くないだろうと話される。運動は週1回の健康教室に参加している他、足に錘をつけて散歩をしたりする。</p> <p>疾患・服薬、通院、認知機能：定期的な受診は行っており、現状では軽い物忘れ程度で認知機能に支障はない</p> <p>その他：</p>		
環境因子 (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)	<p>家族環境：妹が2人隣町に住んでおり、連絡は密に取り合っている。</p> <p>居住環境：復興住宅に独居</p> <p>近隣環境：近隣住民ともつかず離れずのいい関係が保てている。</p> <p>参加交流環境：自治会の催し物にはなるべく出るようにしている。</p>		
経済的環境	<p>本人の状況</p> <p>家族の状況</p>		
【アセスメント要旨】			
評価 (専門・共感)	<p>個人因子からの課題：妹2人隣町に住んではいるものの、お互いに年をとってきているから何かと一人暮らしが心配になってきた。体力筋力を少しでも低下させないように、100歳体操を頑張っているが、足首の曲がりが悪くなってきている。また、以前からの首の付け根のしびれ感も強くなることもある。</p> <p>環境因子からの課題：自治会の催し物にはなるべく出るようにしているとは言うものの、避難訓練や美化活動には参加するが、ゲームやカラオケにはほとんど参加していない。</p>		
予後予測	<p>健康教室に参加した時に、身体状況を必ず確認し、運動状況や食事摂取状況、受診状況を把握し、現在の状態を少しでも長く継続できるように声かけをしなければ、「動くのが面倒」な状況に陥る可能性がある。現在の活動をやめれば、早期に下肢筋力の低下をまねくと考えられる。</p>		
ゆとりを持って暮らす条件	<p>震災前は釣りが好きだったが、今はその体力に自信が持てない。プランターで野菜を作る趣味もあったということで、今はやる気になれない状況から、少しずつ簡単な植物を育てられるような体力をつける。</p>		

生活支援計画書

ID		担当者氏名		作成年月日	
利用者 氏名	男・女	生年月日	82歳	住所	
		要介護度			
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー	

【援助目標】

解決すべき課題	気力、体力の減退に伴い、生活に不安を感じている。
援助目標	在宅で安全で安定した環境で生活を続けられるよう、また生活の質の向上生きがいややる気を見出せるよう支援する。 趣味・活動への意欲が向上する。
本人・家族の希望	一人だから周りに迷惑かけずに生きていく。
留意点	本人の気持ちを引き出し、なるべく自立した生活を長く送ることができるよう、依存心を抱かせないように関わる。

【週間計画表】

(続行)

サービス番号	サービス項目	時間(分)	月	火	水	木	金	土	日
1	健康教室	60		○ or	○				
2	巡視	10	随時						
3	錘の貸し出し								→

【支援内容】

サービス区分	サービス項目	サービスの具体的内容	所要時間	留意事項	
サービス	1	健康教室	開催日のお知らせ 積極的に体を動かすようその場で声かけ	60分	脳トレの時に途中であきらめてしまう傾向があるので、職員はなるべくそばにいて、励まし続行できるように促す。
	2	巡視	健康教室欠席時自宅訪問	10分	体調不良の有無等の確認を行う。
	3	錘の貸し出し	100歳体操用の錘片側600gを2ヶ貸し出し		筋肉痛の有無を確認 無理をしすぎても逆効果の場合があることを説明する。

3. ケース例2

(1) 現在に至るまでの経緯

- 85歳独居の女性。長男は関東在住、長女は隣町に住んでいます。生活歴は、和裁の学校に通っていましたが、学校を卒業した後は工場で働いていたということでした。ご主人は57歳で死亡。仮設住宅の時は、地域のイベントとか趣味の会などに積極的に参加。
- 復興住宅に転居した頃から、不定愁訴。うつ傾向あり。ご本人は、「体調を崩さないようにしたい」「娘に迷惑をかけられない」とのこと。独居生活や病気のことで気持ちが落ち込む。
- 既往歴は、高血圧症、糖尿病。30年にパーキンソン病、平成4年には肝炎で入院経験あり。普段から便秘傾向で、下剤も服用。体調について、とりわけ敏感で、気にし過ぎる傾向あり。
- 11月に不整脈の発作を起こし、その時に薬を確認したところ残数が合っていなかった。飲み忘れが発覚。一人で通院していたが医師の話を聞いているようで聞いていなかった。医師に自分の状況を報告できていないことがわかる。
- 交流に関しては、仮設住宅に住んでいる頃から交流はあったが、不安を感じやすく気分が落ち込むことで閉じこもりがち心して生活できるというふうにしています。週1回木曜日にデイサービスに通っている。
- 落ち込んでいるときに、社会参加をためらう。「どうしようかな。行くのをやめようかな。どうしようかな」と言うので、積極的に誘うとすんなりと参加される。

(2) アセスメントでの主要意見

- 医療的に見ると、どれも病状的にはそんなに重そうではない。
- パーキンソン病が進行してくると、85歳独居、認知症があるかもみたいな状況には、そう遠からず厳しい状況が訪れる
- この段階で、医療の局面に付き添うことは重要。医療情報を正確に介入できる人をつくっておくというのがとてもいい方法。
- 多剤併用が気になる。→これでも減らした。
- 釜石では、独居生活者が些細なことで気にしすぎ不定愁訴を訴える方が多い。放っておくと、妄想につながるケースがある。
- 不定愁訴を訴える方に、社会資源とのマッチングで支援することが大切。
- 外出・交流が好きなタイプなので、高齢者同士で自分の体調のことを話し合う機会をつくってはどうか。
- この方は、「A」という会に参加しているが、この「A」の活動は、お昼を作って食べるイベント。最近、「お昼を作る」ことがメインでお話できていないのが不満と

のこと。→ゆったりとしたなかで、自分のことをお話ししたいようで、不満をもらしている。

- この方は、自分の話をする時に、ご自身でマイナスのこと（暗い話）をお友達に次々と話していき、悪いほうに悪いほうに考えていく。一緒に活動をしている方は、そういうマイナスな愚痴を聞かされる続けることになる。一緒に活動している方に、会話を遮られるという不満も聞くが、聞かされる方も限界があるので、止められてしまう。
- その話を聞くと、「本当に話が聞こえているのか」という点が気になる。耳の聴力だけでなく、認知症の評価もすべきではないか。
- 認知症の評価は、医師にしかできないし、主治医が行って早めに虚弱に対応する必要がある。

（２） 支援後の経過

- ネガティブな発言は以前のままである。
- 内服薬に関して一包化での管理を行い、1週間分は自分で管理ができ、病状は安定している。
- 自分の体調が悪いのは、自身で体調管理ができなくなってきたことに原因があると考え、これ以上周りに心配を掛けたくないと自分を責めている面がある。
- 活動参加の部分では、毎週1回のお茶会にはしっかり参加しているので、要観察。同じく毎週1回の健康体操の際は、意識して発声などを組み入れた体操をするなどしている。

ケース⑦		生活支援評価書			
ID		計画作成者氏名	作成年月日		
利用者氏名	男・女	生年月日	85歳	住所	
		要介護度			
ケーステーマ	独居・高齢夫婦・親子・他				
事後評価	前回受診時から体調に変化があった場合には、状況を文書に記載し本人が担当医に手渡せるようにする。内服薬は一包化で管理し、1週間分は自己管理できている。				
個人因子 (健康状態やADL・IADLのポイント)	<p>普段の体調管理（水・栄養・運動・排便）：体の不調に関しては敏感で気にしすぎるところがある。水分摂取には気を付けており、健康教室参加時にも常に自分で飲み物を持参している。栄養について一人暮らしではあるが極力自分で作って食べるように心がけている。排便については便秘傾向あり、内服薬でコントロールされている。</p> <p>疾患・服薬、通院、認知機能：復興住宅に転居してから、体調不良を訴え始めいろいろな検査等を行い、病名が増えるごとに落ち込みが見られた。服薬はこれまでしっかりと管理できていると思われていたが、今回の不整脈発作を機に内服薬の確認をしたところ、残薬数が合わず、飲み忘れがあることが発覚。通院に関して一人で通院できていたので大丈夫だろうと思われたが、不整脈発作後の受診に付き添ったところ、全く医師の話も理解できておらず、前回受診時からの自分の状況も伝えられない様子が見受けられた。</p>				
環境因子 (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)	<p>家族環境：長男は関東在住。長女が隣町に住んでおり、必要な時には手伝ってくれる。</p> <p>居住環境：復興住宅に住んでおり、他の復興住宅と間取りが違い、自分のところの建物が一番良くないと思っている。</p> <p>近隣環境：買い物をする場所や病院も近く徒歩圏内である。</p> <p>参加交流環境：仮設に住んでいる頃に交流していた方々と交流が続いている。</p>				
経済的環境	<p>本人の状況：厚生年金受給</p> <p>家族の状況：不明</p>				
【アセスメント要旨】					
評価 (専門・共感)	<p>個人因子からの課題：服薬はこれまでしっかりと管理できていると思われていたが、今回の不整脈発作を機に内服薬の確認をしたところ、残薬数が合わず、飲み忘れがあることが発覚。通院に関して一人で通院できていたので大丈夫だろうと思われたが、不整脈発作後の受診に付き添ったところ、全く医師の話も理解できておらず、前回受診時からの自分の状況も伝えられない様子が見受けられた。疾患、服薬管理が不十分であると考えられる。</p> <p>環境因子からの課題：長女は隣町に住んでおり、必要時には援助が得られている。普段は一人暮らしで、仮設に住んでいる頃に交流していた方々と交流が続いているが、落ち込むとこもりがちになってしまう。</p>				
予後予測	<p>不安を感じやすく、気分の落ち込み等により、閉じこもりがちになってしまう懸念がある。閉じこもりがちな生活を送ることにより、①運動機能の低下②口腔機能の低下③心肺機能の低下④行動意欲の低下を引き起こし、歩けない、食べられない、低栄養、うつ状態をまねき、日常生活が困難な状態になる。</p>				
ゆとりを持って暮らす条件	<p>社会交流の機会を維持する。</p> <p>疾病の管理（服薬管理も含め）ができ、体調を崩さず生活できる。</p> <p>娘に心配をかけない。</p>				

ケース⑦ 生活支援計画書									
ID				担当者氏名			作成年月日		
利用者氏名	男(女)	生年月日	85歳		住所				
		要介護度	要支援 1						
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー					
【援助目標】									
解決すべき課題	一人暮らしや病気の不安感から、気持ちが落ち込みマイナス思考になってしまい、引きこもり傾向になる。								
援助目標	一人暮らしや病気の不安が解消され、安心して生活できる。								
本人・家族の希望	体調を崩さないように過ごしたい。娘に心配をかけたくない。								
留意点	外出や健康教室に対して強い拒否はないので、外にでききっかけを作るよう会話する。								
【週間計画表】									
サービス番号	サービス項目	時間(分)	月	火	水	木	金	土	日
1	訪問(安否確認)	15	○	○	○		○		
2	ディサービス連絡	5				○			
3	健康教室	60			○				
4	家族への情報提供		随時						
【支援内容】									
サービス区分	サービス項目	サービスの具体的内容			所要時間	留意事項			
サービス	1	訪問(安否確認)	血圧、脈拍、SpO2測定 動悸等の自覚症状の有無確認、食欲、その他訴えの有無		15分	不整脈時も自覚症状ないため、要注意。表情や顔色等の観察重要。			
	2	ディサービス連絡	ディサービスでのバイタルサイン等変化の有無確認		5分	ディサービス職員との連携を密にとり、互いに観察上必要と考えられる項目があれば情報を共有する。			
	3	健康教室	100歳体操、脳トレ、音楽ダンス		60分	当日もしくは前日に声掛けを行い、参加を促す。			
	4	家族への情報提供	娘さんへの情報の伝達の必要性を考慮しながら情報を伝達していく			これまでは本人が家族に説明できているだろうと思われていたが、本人が理解できていない場合が多く、家族からすればいつも急な連絡になってしまうため、情報を適宜提供することで家族のスケジュールが調整できるよう協力。			

4. 社会的リスクを抱える高齢者への定期巡回傾聴訪問の成果と課題

(1) 定期巡回傾聴訪問による重度化防止

- アセスメントを通じて、介護支援専門員が個別訪問し傾聴・見守りをすることで、次のことが明らかになった。
- まず釜石市においては、チーム釜石、地域包括支援センター並びにケア資源、生活応援センターと各種コミュニティ活動が充実しているものの、社会的リスクを抱える高齢者は、個人因子の問題と環境因子の問題が絡み合い、自らの力で各種資源にアクセスできなくなっていることが明らかになった。

(2) 個人因子に関すること

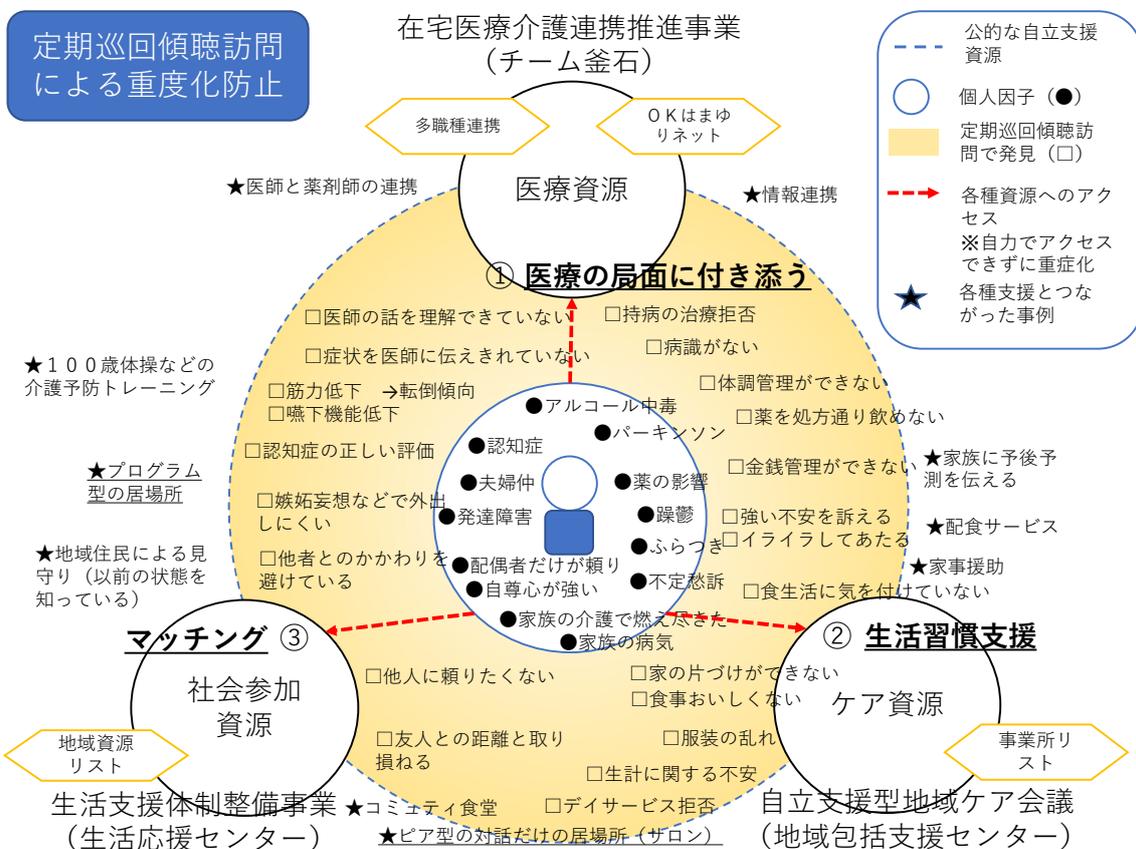
- 社会的リスクについて、さらに個人因子に関して深堀すると、認知症が進んでいること、アルコール中毒の問題、パーキンソン病など病気に関すること、若い時からの躁鬱、発達障害、自尊心の強さなど個人のパーソナリティに関すること、夫婦仲が良すぎること、夫婦仲が悪すぎること、家族への過度の依存、家族が病気を抱えていることで自らのことができない課題など、家族に起因することなど、具体的なリスクの構造が明確に担った。他方で、ふらつきといったキーワードが頻出であったが、病気由来なのか、薬由来なのか、下肢筋力の低下なのか、1回の訪問ではわからないこともあり、継続的にアセスメントすることの必要性が明らかである。

(3) 環境因子に関すること

- 上記のような個人因子の影響もあり、各種社会資源にアクセスできない要因について、定期巡回傾聴訪問のなかで多数発見された。大きく分けると3点である。
- 1つ目は医療に関することである。発達障害や認知症などにより病識がなく、かかりつけ医はいても日ごろの状態を上手く伝えられていないこと。ケース検討では、当事者は下肢筋力の低下により転倒を繰り返していると思いついでいるが、実際は薬が要因であるといった指摘などもあった。認知症に関しては、医師の正しい評価が行われておらず、適切な治療が進んでいないといったことも挙げられる。これに対して、定期巡回傾聴訪問で医療の局面に早期に付き合う対応をしたことで、服薬内容の変更や適切な病気の治療につなげることができた。
- 2つ目は、生活習慣に関することである。医師の指示通り薬が飲めていないので、お薬カレンダーを導入したケース。金銭管理、体調管理などがうまくできていないことで支援に入ったケース。他の支援者から、ゴミ屋敷である、飲酒や食生活が乱れている、服装が乱れているといったことで、相談が入ったケースなどがあつた。非該当者や軽度では生活支援としては入れる部分はすくなく、生活習慣が乱れて、住民に指摘されてから介入するケースなどが散見された。これに対して、定期巡回

傾聴訪問を続けることで、生活が安定していくことが、今回のケース検討で明らかにすることができた。なお、住民の意見として、「昔はきちんとしていた人」の服装が乱れていて心配になったという気づきを連携につなげたケースがあったが、他方で、同じような症状の方でも、近所付き合いがないと、住民が気付くことができないケースが指摘されている。

- 3つめは、社会資源に関することである。まず個人因子との関係が深く、家族の嫉妬妄想などで外出ができないといったケース、当事者が他人に頼りたくないという意識をもっているケース、逆に人間関係の距離の取り方が悪くトラブルになるケースなどがある。また難聴や補聴器があっていない、認知症で他者との会話が通じないなどのケースもある。他方で、定期巡回傾聴訪問により、個人因子の部分を補って、当事者を地域資源につなぐと、100歳体操などの介護予防で状態が安定したり、地域住民による見守りにつながったり、居場所やサロンに通えるようになることが明らかとなった。
- 以上のとおり、社会的リスクを抱える高齢者に対して、医療と介護の連携、とりわけ予後予測の共有によって、早期に定期巡回傾聴訪問で対応できることで、重度化防止につながる事がわかる。



(4) 定期巡回傾聴訪問の活動の論点

- 医師を含めたアセスメントを通じて、定期巡回傾聴訪問することの成果については、上述のとおり一定程度は明確になったが、今後の検討課題として、以下7点を挙げる。
- 1) 介護支援専門員による個別訪問のコスト
 - ケース検討の場面においては、介護支援専門員がアセスメントをすることは大切である。他方で、内服の確認や社会資源とのマッチングなどは、ヘルパーや生活支援コーディネーターでも対応可能ではないか。定期巡回傾聴訪問の配置基準や兼業の在り方など検討が必要である。
- 2) 信頼関係の構築
 - 今回の検討ケースでは、初回の訪問ですんなりとアセスメントできたケースがすくない。平均的には約2週間程度、4～5回の訪問のなかで信頼関係の構築が進んでいる。1)に関連して、同じ人の繰り返しの訪問は信頼関係の構築につながり、これに応じて1)の訪問回数を減らすことができている。
- 3) 自覚症状のなさ
 - 身近に居る・居ないに関係なく、家族のみを頼りとして、他者の支援を断るケースが多い。その場合、特に本人に病気や生活課題の自覚症状がなく、閉じこもりのケースが多く見られた。この場合、日ごろからの付き合いがないので住民による早期発見・早期対応は難しい。
- 4) 軽度ケースと介護支援専門員との役割分担
 - いずれにせよ軽度のケースであり、訪問回数が少ない。今回のようにエリアで介入することで、効率化を図ることは可能である。他方で、介護支援専門員のような通常の対応(1件・1回)では、頻回に訪問するモチベーションがなく、早期発見にはつながりにくい。しかし軽度のケースで、介護支援専門員がいても、頻回に訪問する定期巡回傾聴訪問の方が、信頼関係をつくりやすく、介護支援専門員との役割分担が難しい。
- 5) 医療機関への同行の効果
 - 定期巡回傾聴訪問活動により、通院に付き添い、日ごろの状態を本人に代わって伝えて、効果は大きいことがわかる。特にかかりつけ医との連携、この場合は予後予測の共有が重要である。
 - ◇ 在宅医療介護連携推進事業では、医師と介護支援専門員との連携が重要と指摘されるが、予後予測の点について共有することが重要ではないか。
 - 他方で、病院への付き添いは1日がかりの支援となる。介護支援専門員がいるケースでも、軽度のために病院の付き添いを頼まれることがあるなど、医療機関への同行は、効果はてきめんであるが、この枠組みでは事業者はコストを負担しにくい。

- 6) 早期対応による介入の方法
 - 軽度者や非該当者への生活支援は、医療の局面への対応を除けば、個人単位の出来高制や包括報酬制よりも、地域全体で平準化して実施したほうがコストパフォーマンスがよいのではないか。
- 7) 重度化防止の効果
 - 超高齢化＋人材不足の進む地域において、定期巡回傾聴訪問方式は、重度化防止策として質と効率を維持できる方法であると考えられるが、さらに継続的に実施して、エビデンスを示す必要があると考えられる。

5章 研修会

1.市民向け研修会

(1) 概要

人生100歳時代における地域の福祉課題を把握し、自助や互助となる近所での支え合い、公助となる専門職との連携の在り方を探る目的で2020年2月1日に市民ホールTETTOで開催された。参加者は市民を中心に約90人が参加した。

まず釜石市地域福祉課より少子高齢化社会の進展に伴う地域のつながりや互助による課題解決力が望めなくなっている現状を示し、「自助・互助・共助・公助」の関係性を説明し、世帯が抱える問題の複合化・複雑化により地域から孤立する世帯が増えていることを課題として挙げた。また、釜石版地域包括ケアシステムの構築を目指して、医療・介護の充実による安心戦略、健康づくりや見守り、生きがい活動などの閉じこもり予防戦略の2つの戦略の説明も行った。

次に2事例について会場と課題を共有し、公開検討会を行った。1つ目の事例は2人の子どもを育てる求職中の母子家庭の事例、もう1つは腰の持病により歩行が困難な高齢独居男性の事例を検討した。

(2) 市民からの意見

1つ目の母子家庭の事例では、精神科に通院しつつも求職活動を行っている母親に対し、次のような意見が出された。

・「健診や予防接種をちゃんと受けており、ちゃんと時間を取って子どもと向き合っているととてもいいと思う。ただ、夜中の話や上の子が公園で1人遊んでいるなど、こども園から帰った後の実際の環境について見えないところが心配。」

・「明らかに生活困窮ということで、収入がないためにそれに伴って病状の悪化が心配。この家庭の場合はネグレクトという部分と身体的虐待が心配」

・「子どもの急な発熱など急に仕事を抜けなければならない時に最もトラブルになりやすい。釜石にも病後児保育などが必要ではないか」

2つ目の独居高齢者の事例では、買物や通院以外は自宅にこもりがちで偏食も見られる男性に対し、次のような意見が出された。

・「民生委員の経験上、訪問の回数を重ねていくうちに相手の方も打ち解けて、いろいろ自分の悩み事とか打ち明けてもらえた経験がある。訪問回数を重ねて信頼関係を築けていたらいいかなと感じた」

・「まだまだ若いので、もう少し突き放しても良いのでは。」

・「従来のデイサービスは女性向けに作られているため、拒否につながりやすいように感じる。男性向けのデイサービスや交流の場も必要」

・「本人の心をつかむ、特に生きがいを持たせられるような居場所を作ることで、外に引っ張り出せば良いのでは」

市民向け研修会の様子



2011年（平成23年）6月11日創刊（週2紙発行）新聞定価：月決必1000円（税込）1部定り130円（税込）

支え合いは早い段階から

子育て世代、高齢者の具体例検討

自助・互助 連携のあり方探る

市民 研修会

人生100年時代における生活の連続性や、自助・互助、連携のあり方等の課題が、市民研修会が1日、釜石市の市民ホールで開かれた。市、釜石市社会福祉協議会が主催、約100人が参加し、子育て世代と高齢者の具体例を挙げて、支え合いのあり方を検討した。

中核協議会が、子育て世代と高齢者の支え合いのあり方について、市民研修会を開催し、自助・互助、連携のあり方について、具体的な事例を挙げて検討した。子育て世代と高齢者の支え合いのあり方について、市民研修会が1日、釜石市の市民ホールで開かれた。市、釜石市社会福祉協議会が主催、約100人が参加し、子育て世代と高齢者の具体例を挙げて、支え合いのあり方を検討した。

支え合い、安心して生活できる社会の実現へ意見を交わした研修会

市は高齢者福祉と子育て世代の支え合いのあり方について、市民研修会を開催し、自助・互助、連携のあり方について、具体的な事例を挙げて検討した。子育て世代と高齢者の支え合いのあり方について、市民研修会が1日、釜石市の市民ホールで開かれた。市、釜石市社会福祉協議会が主催、約100人が参加し、子育て世代と高齢者の具体例を挙げて、支え合いのあり方を検討した。

支え合い、安心して生活できる社会の実現へ意見を交わした研修会

市は高齢者福祉と子育て世代の支え合いのあり方について、市民研修会を開催し、自助・互助、連携のあり方について、具体的な事例を挙げて検討した。子育て世代と高齢者の支え合いのあり方について、市民研修会が1日、釜石市の市民ホールで開かれた。市、釜石市社会福祉協議会が主催、約100人が参加し、子育て世代と高齢者の具体例を挙げて、支え合いのあり方を検討した。

出典：釜石復興新聞2月5日号より抜粋

2.事業所向け研修会

(1) 概要

人生100歳時代における地域の福祉課題を把握し、自助や互助となる近所での支え合い、公助となる専門職同士の連携の在り方を探る目的で2020年2月17日に釜石市保健福祉センター9階の研修ホールで開催された。参加者は居宅介護支援事業所の職員を中心に約40名が参加した。

成年後見センターから成年後見制度の概要と釜石・遠野地域成年後見センターの説明があり、釜石市高齢介護福祉課から「外出支援サービス事業」の事業形態の見直しの経過と今後の対応、認知症高齢者徘徊SOSネットワークへの協力の呼びかけがあり、地域包括支援センターからは住民主体による介護予防（訪問型サービスB）の説明が行われた。

最後に東京大学高齢社会総合研究機構の後藤純特任講師による「これからの生活支援と自立支援について」の説明の後、腰の持病により歩行が困難な高齢独居男性の事例を検討した。

(2) 事業所からの意見

今回の事例では、社会性がなくなっていくことを気にせず、自分でできる、助けを受けたくないと思う気持ちが強い男性に対し次のような意見が出された。

・当事者の立場に立った共感的な評価

「年齢的にもまだ若いので自分の好きなように生活していきたいと思うことに共感する」
「1人でもなんとかかなるという気持ちがあるが、どうしたら良いかわからないと思っているのでは」

・専門職・担当業務の立場から見た評価

「近い将来明らかにこのままでいくと生活が成り立たなくなる」
「ヘルパーなどの介護サービスの利用や施設入所等考えられる」

・自然に放っておいた場合の予後予測

「腰痛による運動量の低下による廃用性の進行。食生活バランスが悪く飲酒もあるので糖尿病の悪化も考えられる」

「閉じこもりによる精神、身体等機能の低下を招き、施設入所または入院」

・ゆとりある自立した生活を送る条件・前提

「話し合える相手がある」

・家族介護力をゼロとした場合の代替手段

「声掛け、見守り、お裾分け等地域の方たちからの支援」

「知人、隣人からの情報と共有する時間を持つことを考えていく」

・住民の互助に期待すること・できないこと

「声を掛け続けること」

「安定したかわりについては期待が難しい」

ケース検討で出された意見（抜粋）

テーマ	通番	内容
当事者の立場に立った共感的な評価	1	自分はまだ大丈夫という気概がある
	2	亡くなられた奥様を大事に思われている
	3	1人でもなんとかかなという気持ちがあればどうしたら良いかわからないと思っている
	4	同居の妻を亡くして寂しさあり
	5	妻も亡くなり家で1人でんびり過ごしたい。今さら社会交流がしたくないという気持ちはわからないわけではない
	6	わたしのことはいいですからと発言したこと
	7	痛みがあると何もしたくない一暇だから飲む？
	8	今までの生活スタイルは残したい。生きがいがほしい
	9	まだ同僚等の付き合い保てる
	10	孫に会えている
	11	妻なくし2年。自分もままならないところでよく頑張っている
	12	まだ気持ちが若いこと
	13	本音は支援サービスを潜在的に望んでいたりします。
	14	支援を受けることが面倒（手続等）
	15	環境因子「何がしたいのか？」
	16	自分でできる、助けを受けたくないと思う気持ちは尊重したい
	17	まだ他人の世話になりたくない
	18	自発的に何かを変える意欲が湧かない
	19	自宅で本人が過ごしやすい環境作り
	20	妻がいたことで成立していた関係など、環境因子が亡くなってしまった。楽しみも満足にできなくなってしまい、生きる力がなくなる
	21	面倒。自分が希望するときだけ手伝ってほしい
	22	自分はまだまだ年寄りではない
	23	自分のペースで暮らしたい
	24	閉じこもりはいけないのか。すべての人が前向きに生活していかないといけないのかな
	25	年齢的にもまだ若いので自分の好きなように生活していきたいと思うことに共感する
	26	孤独を楽しんでいると言い切っている
	27	アルコールの量を守る姿勢？（本当でなくても？）
	28	私よりも大変な人はいるという気持ちはわかる
	29	腰痛を良くしたい
専門職・担当業務の立場から見た評価	30	今のままでも生活が回っていると思われるが、明らかにこのままでいくと生活が成り立たなくなる（近い将来）
	31	本人の気持ちとすることは大変
	32	本人の意欲の低下。生活の意欲を向上させる援助が必要
	33	現在の状態ではADLが低下すること
	34	生活していて楽しいと思える時間があるといいなあ
	35	D.S.は、事業所だけでなく何か所か挑戦すると本人も人なので、行ってみようと思える事業所があります。ケア側の人材に合う人（スタッフ）がいたりします。
	36	医学的管理。予防
	37	腰痛がひどいので整形受診を勧める
	38	家族のかかわり
	39	よく聞き取る。話相手になり何をどうしたいのか考えていく
	40	介護サービスの利用。ヘルパー、D.S.の利用。施設入所等考えられる
	41	本人が信頼のおける人から働きかけをしていく

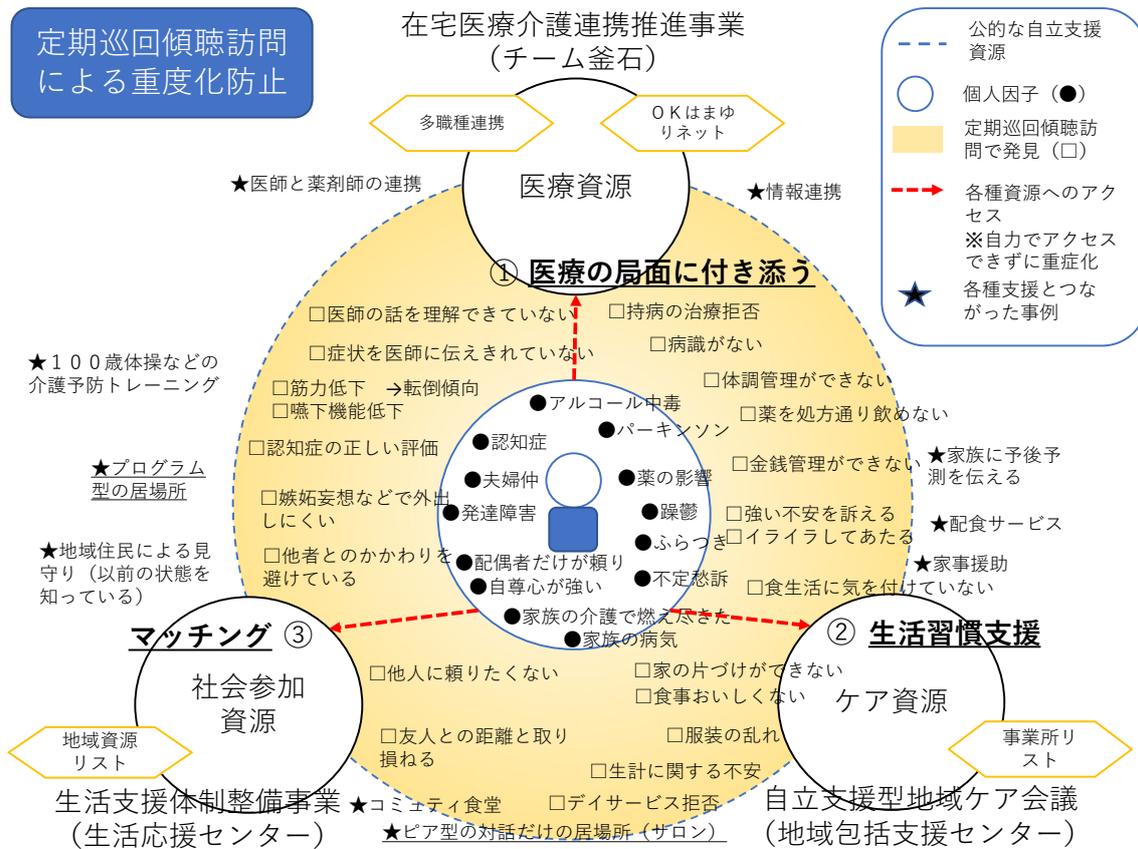
事業所向け研修会の様子



6章 総括

1. 専門職による傾聴と重度化防止

- 本事業により、軽度要介護者のケースアセスメントを行い、予後予測等の検討から、このまま支援がなければ、状態が悪化し、重度化していく論点について整理した。医療資源・介護資源が不足する釜石市において、自立支援とともに、重度化防止は重要な論点である。



- 釜石市は、医療資源については、チーム釜石（多職種連携やOKはまゆりネット）、ケア資源については、地域包括支援センターを核とした事業所ネットワーク、社会参加資源については、生活応援センターという拠点機能がある。これらが有機的な関係につながりつつあり、自立支援の面では、十分な効果を発揮することを確認した。
- 他方で、今回のケース検討で明らかになったのは、重度化が予想されるケースは、これら自立支援に資する各種機能に、当事者が身体的、精神的、社会的課題を抱えており、自らそのような資源にアクセスできないことである。
- なお、アクセス可能なケースは、1) 当事者が身体的、精神的、社会的に健康であるケ

ース、2) 老親のケアにおいて機能する・余裕がある家族がいること、3) 友人知人・近所づきあいなどが参加で手助けしてくれる友達が居り、かつ、自ら助けてほしいと声をあげられる場合である。

- しかし、実態としては1) 家族と同居していない、2) 家族自体が課題を抱えている、3) 近所づきあいが薄い、また4) 自分から近所の人に頼れない方・拒否をしている方であり、結果的に、重度化してから、たとえばアルコール依存症であれば医療資源、認知症であればケア資源につなげられる。その結果、限られた資源でありながら、対応に多くのリソースを割くことが求められる。
- 釜石市で求められている新しい在宅ケアの仕組みとは、専門職が早期に巡回し、対話と傾聴を繰り返しながら信頼関係を獲得し、上記の資源につなげていく定期巡回傾聴訪問機能である。

2. 定期巡回傾聴訪問について

- 定期巡回傾聴訪問は、①医師に日ごろの状態を伝える、薬による副反応を伝えるなど医療の局面に付き添うこと、②薬を処方どおりに飲む、体調管理（水分補給や栄養）をするといった生活習慣を整える（確認＝声掛け）支援、③生活応援センターや住民組織による社会参加活動等の地域資源リストを活用して、閉じこもらずに交流する社会参加資源へのマッチングである。
- 実際に、この3つの方針で支援をしたところ、早期の医療判断や薬の変更、新しい居場所への参加、生活リズムが整ったことで状態の改善がみられることを検討会では確認をしている。この3つの機能は、健康であれば本人が、また余力のある家族がいれば家族が担ってきた部分であるといえるだろう。
- この定期巡回傾聴訪問は、既存の枠組みでは対応しにくい論点が多い。1) 地域包括支援センターは、重度化して連絡が来るまで対応できない。2) 介護支援専門員は、軽度の段階で頻回に巡回し・支援に入りやすく、気づけないことが多い。3) ご近所の支え合いにおいては、日ごろから付き合いがあり信頼関係があれば、心配になり声をかけるケースがあるが、他方で当事者が「大丈夫」と断るケースがあり介入できない。
- 今回は、釜石市において対象とする地域の中で、釜石市高齢者現況調査を基に、対象者を絞り、個別訪問による簡易アセスメントを通じて、対象者の選定を実施した。既存の釜石市高齢者現況調査を活用して、訪問候補を絞ることで簡易に実施することができた。
- 今回の検討を踏まえて、次年度は上記3つの機能を明確にして、傾聴見守りセンターが対応していく。いったん訪問によるスクリーニングが終了すれば、大まかな状態を判断できることになり、頻回の訪問は不要になる。また1年で全てを把握するのではなく、おおむね介護保険事業計画の期間である3年程度で全体を把握していくことを目指してはどうか。

- なお類似機能では、神奈川県川崎市が、小規模多機能型居宅介護支援事業所に面的な支援を求める地域支援事業を始めている。
- 今般コロナウイルスが全世界的な脅威となりつつある。そのような状況のなかで、特に定期的な支援を必要とする高齢者は、フォーマル・インフォーマル問わず社会資源とつながりにくく、地域から取り残される状況にならないかという懸念がある。この定期巡回傾聴訪問（専門職による巡回）は重度化防止の観点や、それら的高齢者とのつながりを持つその存在自体が貴重な社会資源ともいえ、このような時ほどその役割は重要である。

3. 自助、互助、共助、公助の役割分担

- さて、今回の検討で、さらに介護サービス基盤の整備の在り方として、自助、互助、共助、公助の4つについて、論点を提示したい。

(1) 共助で対応すべき事項

- 医療介護の専門職種については、1) チーム釜石を中心とした多職種連携のさらなる推進（特に今回のケースでは医薬連携の重要性が指摘された）。2) 傾聴見守りセンターと連携した早期介入支援である。3) 可能であれば、上記3つの機能を各事業者が対応していただくとよい。たとえば、地域資源リストを共有して社会参加に誘う、日ごろの業務のなかで薬や食事などの生活習慣について相談にのるなどである。4) 特に離れて暮らす家族に対して、予後予測を伝え、今後の方針を話し合う場を設けることである（人生会議）。

(2) 互助で対応すべき事項

- 地域住民については、1) ご近所づきあいのある方、友人知人など、「いつもと違う」といった気になることがあれば、チーム釜石、応援センター、地域包括支援センター、ケアマネージャー、見守り傾聴センターに伝えていただきたい。特に、ゴミ捨てやコミュニティ活動のなかで変化に気づきやすいことがわかっている。2) 運動や機能訓練のある体操教室、男性向けの居場所など交流の場が近所にたくさんあることは、支援のみならず自分の健康づくりの点でもプログラム型のコミュニティ活動は有効である。多様な居場所づくりに取り組んでいただきたい。3) できれば、友人知人をそのような活動に誘い合っていただきたい。4) 個人的な事情により身体的、精神的、社会的に虚弱な場合は、自分の衰えを近所の人に知られたくないという思いもある。プログラム型の居場所だけでなく、同じような境遇の方々でお茶をのみおしゃべりをする居場所（ピア）も重要である。なおこのような居場所において、時折、気持ちの打ち明け方に問題があり、ご近所トラブルになることもあるが、そのような場合も専門職に相談していただきたい。

(3) 自助で対応すべき事項

- 当事者については、1) まずはコミュニティ活動等社会参加を通じてフレイルを予防することである。2) なるべく元気な時に、社会参加・交流をして、頼れる友人・知人を作ることである。3) また、虚弱化しても通いたい自分のインフォーマルな居場所を複数確保しておくことである。4) かかりつけ医をもち、持病や気になることを事前に共有しておくことである。
- 家族については、共働きであったり、子育て中であったり、未婚であったり、遠方で離れて暮らすなど諸事情があることが十分に理解できることである。本来介護保険は当事者の自立と尊厳を支援するものであり、家族によるケアを念頭に置くものではない。その上で、1) 医療の局面に付き添い定期的に状態を把握し、その都度、家族として当事者の意思決定に付き添うこと、2) 生活習慣までは把握できないまでも、生活習慣の維持向上につながるよう声をかけること、3) 年に数回程度の買い物支援なども大切であるが、老親と一緒に町内会等の活動に参加するといった、定期巡回傾聴訪問機能の一翼を担うことも重要ではないだろうか。

(4) 公助で対応すべき事項

- 1) チーム釜石による医療介護連携機能の充実、2) 地域包括支援センターによる自立支援機能の充実による、安心して暮らせるまちづくり機能を充実させていただきたい。また3) 生活応援センターによるご近所での交流やコミュニティ活動等をはじめとする生活支援機能の充実、4) 見守り傾聴センターによる定期巡回傾聴訪問機能の充実など、閉じこもりを予防するまちづくり機能を充実させていただきたい。

第Ⅱ部 東日本大震災等からの復興における
地域包括ケアシステム基盤整備状況調査

I 概要

1 目的

- 岩手県釜石市の地域包括ケアシステムに関する被災から復興までの過程を分析・調査を行い、宮城県、福島県、熊本県益城町における復興までの過程と比較しながら、今後予想される大地震において被災した場合の市町村における地域包括ケアシステム基盤の復興に資する手引きを作成することを目的とする。

2 内容と分析の視点

(1) 作業方法

- ・資料調査（計画書等の記載内容をまとめ、分析する）
- ・釜石市における介護事業所へのアンケート調査並びにインタビュー調査
- ・釜石市、宮城県庁、福島県庁、熊本県益城町へのインタビュー調査

(2) 検討内容

- ・2011年からの地域包括ケアシステム・地域共生社会に向けた動向を整理
- ・被災地における復興と地域包括ケアシステム構築の過程について調査
- ・地域包括ケア基盤の復興に資する手引きをまとめる

(3) 事例分析の視点

- ・復興基本計画にまちづくりの方針として描かれた地域包括ケアシステムの関連事項
- ・地域包括支援センター（在宅医療連携拠点を含む）が核となった多職種連携の取組み（※医療看護系は除く）
- ・介護サービス基盤（施設系、デイサービス、訪問サービス、ショートステイ）の被災と復興（「施設配置、機能、しくみの復旧・復興」と「人材の確保・育成」を中心に）
- ・行政として取り組んだ介護予防
- ・地域コミュニティ等による生活支援・福祉サービス（見守りとか居場所など）
- ・福祉側からみたまい（仮設住宅、福祉仮設、災害公営住宅）・まちづくりの課題や連携事例
- ・緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

II 震災復興と地域包括ケアシステム（論点整理）

1 東日本大震災と地域包括ケア

(1) 地域包括ケアシステム

- **地域包括ケアシステムを目指す動き**：地域包括ケアシステムの概念は 1980 年代の広島県御調町での保健医療福祉の総合化や医療連携の実践がモデルとなっており、厚労省老健局が組織した高齢者介護研究会が 2003 年にまとめた「2015 年の高齢者介護」で、その構築が提言され、2011 年の介護保険制度の改正によって、はじめて「地域包括ケアシステム」の考え方がうたわれ、全国各地での展開を目指す動きが始まった。東日本大震災の時点では、施設介護を中心とした高齢者福祉を超えた先にある地域包括ケアシステムの姿は具体化されていなかった。
- **地域包括ケアシステムの概念**：地域包括ケアシステムは、個々人の抱える課題にあわせ「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」が専門職によって提供され、ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供される。前提として、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が確保され、心身の能力の低下、経済的理由、家族関係が変化しても、尊厳ある生活が継続できるような生活支援がある。これらが相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えるという概念である。また、単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し心構えを持つことも示された。



【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：厚生労働省

図 2012 年頃の地域包括ケアの概念図

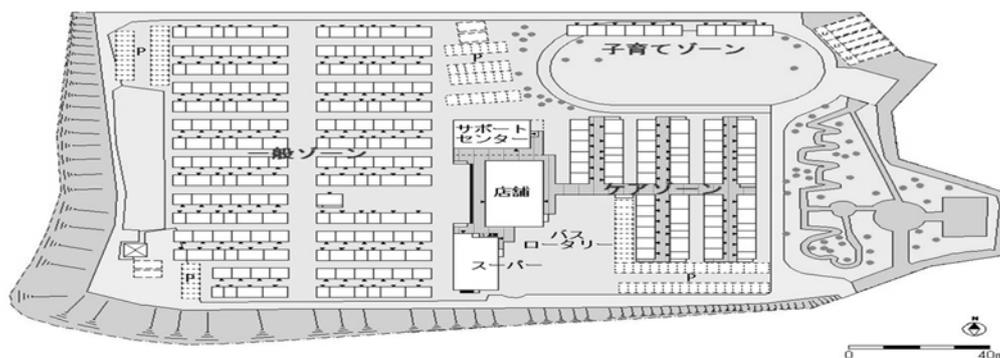
	地域包括ケアシステムの政策動向
2011	<p>○ 3.11 東日本大震災（マグニチュード 9.0）及び津波被害</p> <p>◆介護保険法の改正（第 5 期）</p> <p>「地域包括ケアの推進」地域包括ケアシステムの構築に向けて①認知症支援、②医療連携、③高齢者の住まい、④生活支援等の施策を位置づけ</p> <p>○東日本大震災関連の、医療・保健・福祉分野における全国的なネットワークが立ち上げられ復旧・復興が進められる</p> <p>○緊急雇用 知識・技術を身につける研修の実施。（がれき処理、環境整備、避難所支援や仮設住宅での見守り等）</p> <p>○パーソナルサポート事業、新しい公共（内閣府） ○絆再生事業（生活支援相談員）、仮設へのサポート体制、災害公営住宅の体制（厚生労働省）</p> <p>○在宅医療連携拠点事業スタート、（機能強化型在宅支援診療所・病院等が創設、訪問看護・医療連携の基盤づくり）</p> <p>○被災者の孤立防止と心のケアに関する情報交換と取組促進（懇談会の発足）</p>
2012	<p>○「在宅医療・介護あんしん 2012」スタート（機能強化型在宅療養支援診療所、在宅医療連携拠点事業スタート）</p> <p>○「社会保障制度改革推進法」成立）年金医療介護等制度改革の基本方針が明記介護保険は効率化・重点化と保険料負担の増大の抑制が明記される）</p> <p>○子ども・子育て支援法（翌年から市町村子ども子育て支援事業計画が策定始まる）、子ども被災者支援法</p> <p>○オレンジプラン（認知症施策推進 5 年計画）策定。</p>
2013	<p>●障害者権利条約批准、障害者総合支援法、障害者差別解消法、障害者雇用促進法等も制定</p> <p>○生活困窮者自立支援法制定 ●高齢者雇用安定法スタート ●ヘルパー養成研修が介護職員初任者研修へ移行</p>
2014	<p>◎医療介護総合確保推進法の制定（19 の法律の一括大改正）</p> <p>◆介護保険法の改正（第 6 期）</p> <p>2025 年を見据え第 5 期で開始した地域包括ケア実現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</p> <p>○ 4/14,16 熊本地震</p> <p>最大震度 7 観測、被害は死者 250 人超、住家被害 20 万棟超、最大避難者数 18 万人超、被害総額 3 兆 7850 億円に</p> <p>●障害者雇用促進法、子どもの貧困対策大綱</p> <p>○まち・ひと・しごと創生本部設置、国の「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」策定</p> <p>～共生型まちづくりの政策化「小さな拠点（多世代交流・多機能型の福祉拠点）」、生涯活躍のまち CCRC</p>
2015	<p>○新オレンジプラン（認知症施策推進 5 年戦略）策定）認知症の人とその家族の視点の重視等の 7 つの柱へ）</p> <p>●介護保険第 6 期スタート。地域支援事業（予防給付の一部総合事業への移行、在宅医療・開業連携推進事業のスタート、認知症地域支援推進員創設）</p> <p>○「まち・ひと・しごと創生総合戦略（第 1 期）スタート 2015～2019 ～スマート自治体、圏域マネジメント、</p> <p>○「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」</p> <p>～分野を問わない相談支援、複合課題への対応、本人のニーズを起点とする包括的な支援体制の必要性。地域包括支援体制を担う人材の育成・確保）介護人材の機能分化の推進、多様な人材像からの参入促進など）</p>
2016	<p>○「ニッポン一億総活躍プラン」に「地域共生社会」が位置づけられる</p> <p>（すべての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域社会）</p> <p>○「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の設置、地域力強化検討会の設置と中間とりまとめ</p>
2017	<p>●地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（地域包括ケア強化法）一括法大改正</p> <p>●介護保険法の改正（第 7 期）地域包括ケアシステムの深化・推進（地域共生社会の実現）、介護保険制度の持続可能性</p> <p>○2040 年自治体戦略構想研究会（総務省）</p> <p>～総人口が 100 万人減少し、高齢化がピークを迎える 2040 年を想定した自治体の在り方</p> <p>●社会福祉法の改正（①地域福祉推進の理念を規定／理念を実現するため市町村が包括的支援体制づくりを規定／地域福祉計画の充実《第 107 条／第 108 条》）</p> <p>○「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）を「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部で決定</p> <p>○地域力強化検討会最終とりまとめ ～我が事・丸ごとの地域づくり・包括的な相談支援体制へ</p>
2018	<p>●介護保険制度改正スタート（地域共生社会に向けて、地域密着型サービスの見直し（地域密着デイ等））</p>
2019	<p>○「まち・ひと・しごと創生総合戦略（第 2 期）スタート 2019～</p> <p>・ 4 つの基本目標や施策に「稼ぐ地域」や「地方とのつながり」といったキーワードが追加</p> <p>○地域共生社会推進検討会（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）の設置</p> <p>（伴走型支援と地域住民の気にかける関係性によるセーフティネットの構築、新たな包括的相談支援の機能と市町村の包括的相談支援体制の構築）</p>

(2) 東日本大震災

- **被災状況**：平成 23 年 3 月 11 日、東日本大震災が発生し、巨大津波と火災等により沿岸部は壊滅状態となり、それに伴う福島第一原発事故では現在も避難者の計が約 5 万人に上るなど、岩手県、宮城県、福島県を中心に、北海道から関東全域まで被害が及び、我が国の社会経済全体に甚大な影響を及ぼした。警察庁の調べによれば、2019 年末現在の死者行方不明等あわせた被害者は約 25,000 人を超え、亡くなった方の半数以上が高齢者であった。
- **医療福祉の状況**：被災 3 県の被害は、病院の全壊 10、一部損壊 290、診療所（医科）の全壊 83、一部損壊 1,173。高齢者施設では、特養の全半壊 11、老健の全半壊 6、介護療養の全半壊 1、グループホームの全半壊 27 など、全体で 52 の施設が全半壊であった。人的な被害としては、高齢者施設全体で、入所者の死亡 407 人、不明者 78 人、職員の死亡 58 人、不明者 115 人となっている。医療福祉は震災津波で壊滅状態となったため、現地では原型復旧が急がれていた。
- **生活再建・安定**：震災後の生活再建のため、当面の生活の維持のための義援金支給や生活復興支援資金の貸付、また、生活の基盤である住宅の再建のための被災者生活再建支援金（基礎支援金・加算支援金）や災害援護資金貸付制度や災害復興住宅融資（住宅金融支援機構）の利用がなされた。なお、東日本大震災に係る義援金・寄付金は、総額 4 千億円を超えるとされる。

(3) 地域包括ケアシステムと復興

- **地域包括ケアシステムと復興の一体化**：東日本大震災直後に、いくつか地域包括ケアシステムと復興まちづくりを一体として考える提言が出されている。たとえば、「地域包括ケアの町」の提言（公益財団法人さわやか福祉財団）が行われた。東日本大震災で壊れたまち（コミュニティ）を復興するにあたり、地域包括ケアシステムの構築を提言した。誰もが自宅で最後まで安心して、いきいきと暮らせるまちをつくることを目指してほしい、それが地域包括ケアのあるまちである。東京大学高齢社会総合研究機構からは、被災地において Aging in Place を目指すケアタウン構想の提言が行われた。ケアタウン構想は、岩手県釜石市等においてコミュニティケア型仮設住宅として実現した。



- **コミュニティケア型仮設住宅**：廃用性症候群（フレイル）、孤立をふせぎ（社会参加）、自殺等を予防する観点から構想されたものであり、緊急避難、応急措置として大至急住居を与えるのではなく、家を流され、家族や友人を失った被災者が閉じこもることなく、再び生きがいを見つけ、元の生活を取り戻せるような住まいとケアそして生活に必要な機能が一体的に整備された、少子高齢化社会に対応した仮設の「まち」である。小規模多機能を有するサポートセンターを配置し、住宅とケアを分離する、自治会町内会等の助けあい機能を支援する、行政、医療関係者、介護関係者が定期的に情報交換をするケア会議など、地域包括ケアの萌芽的な取り組みが行われた。

2 復興と一体となった地域包括ケアシステム

(1) 人口減少

- 震災前から東北地方においては、本格的な少子高齢化と人口減少が始まっていたが、東日本大震災の地域においては、震災によりさらに早いスピードで進行している。震災前と直近の推計人口をみると、各県とも1割近く減少したが、沿岸部では岩手県大槌町、山田町、田野畑村、宮城県女川町、南三陸町の人口減少率が高い。福島県は沿岸部市町村が避難地域である影響から全県で10ポイント近い人口減である。東日本大震災が、超高齢社会に向かう我が国の人口問題の課題を明らかにしたといえる。

(2) 集約型都市構造への転換期

- **集約型都市構造への転換期**：少子・高齢化等社会経済情勢の変化に伴い、モータリゼーションの進展等で拡散した中心市街地や、都市の機能を集約再編する必要性が打ち出されていた。地方都市においては、インフラの復旧・復興を目指す中で、集約型都市構造が目指される。公共交通沿いの集約拠点に、諸機能が集約して歩いて暮らせるまちづくりが必要であり、そのためには、住民生活のインフラである健康、医療、福祉関連施設と、市街地整備、都市交通政策を総力戦で進める必要があった。そのため、国土交通省にも「都市政策と健康・医療・福祉政策の連携に関する研究会」をはじめとする様々な研究会が設置され、集約型都市構造やコンパクトシティへの転換に向けた様々な議論が行われていた。
- **東北発コンパクトシティ**：とりわけ東北の産業構造に着目した東北発コンパクトシティは、「都市の周辺に広がる農村漁村地域との有機的な共生を図り、近隣市町村と都市機能を補完しあうコンパクトシティ」を都市像とした取組みであり、基本方針1「個々の市町村におけるコンパクトなまちづくり」基本方針2「都市と農村漁村地域の連携」基本方針3「近隣市町村間の連携」の3つがあげられており、進められようとしていた。地域包括ケアシステムも構想段階であったが、人口減少が進む中では、集約型都市構造やコンパクトシティについても構想段階であった。

(3) 地域包括ケアシステムとコンパクトシティ

- 被災地においては、人口減少と高齢化への対応を見すえながら、若い世代が将来に希望の持てるまちづくりを進めていく。具体的なモデルのないなかで、地域包括ケアシステムとコンパクトシティが、一体ではないが、しかし同時に目ざれていた時期である。特に、本調査で振り返ってみると、地域包括ケアシステムの運用のかなめとしての被災地の医療・介護・福祉人材は若い世代の働き方とも一体で、高齢者が安心して暮らせるだけでなく、若い世代が東北の小規模都市で暮らしていく希望もセットで検討していく必要があった。
- 人材の確保策として、一定の条件を満たした場合、奨学金の返還を免除する福祉・介護人材確保事業も行われた。被災地の福祉人材確保策として、一定の条件を満たした場合、奨学金の返還を免除する福祉・介護人材確保事業も行われた。

(4) 福祉ニーズの高まりと多様化に対応した人材確保・育成

- 東日本大震災後には、各市町村で緊急雇用による復興支援員、地域支えあい支援員、生活相談員、支えあい相談員、LSA等、さまざまな資格や名称で、多数の人員が雇用された。しかしながら、当時より緊急雇用で非常勤が多かったために、ノウハウの蓄積が難しいともいわれており、それらの知見が現在どのように受け継がれているのか確認されていない。また、震災現場の最前線で、各種のサポートセンターを立ち上げ運営してきた保健福祉部門の市町村職員、社協職員も。丸9年がたち、管理職となったり、定年退職の年代を迎えていることから、行政においても同様の問題を抱えている。
- **福祉人材の確保、育成、定着促進**：被災地域に限らず、2040年に向けて生産年齢人口の減少、高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大が見込まれる。このため、介護施設においては、今後、継続的に、①人手不足にも介護サービスの質を落とすことなく対応する運営モデル、②ICT・ロボットの活用、③介護業界のイメージ改善と人材の確保といった課題に取り組む必要があるといわれている。福祉人材の確保、育成、定着支援に対しては、すでに従来の人材確保策を超えた取組として、介護現場刷新会議等において、パイロット事業が展開されている。
- **地域人材の活用**：(生活支援ヘルパー、介護支援ボランティア、介護助手など)：あわせて、介護福祉士などの資格がなくても、要介護認定が要支援1・2もしくは事業対象者の方への訪問型サービス(家事援助のみ)や、施設でのボランティア、介護助手などの地域人材を活用する仕組みができつつある。とくに、介護支援ボランティアは、市町村でポイントを付与する介護支援ボランティアポイント制度を設けているところが多く、地域支援事業の一般介護予防事業の枠組みが活用可能である。

3 地域包括ケアシステムに関連した政策

(1) 介護基盤整備基金から、地域医療介護総合確保基金へ

- 東日本大震災後の福祉施設の復旧等にあたっては、既往の介護基盤緊急整備等臨時特例基金による「介護基盤復興まちづくり事業」を活用した介護施設等の整備、また、高齢者生活支援整備事業による、災害公営住宅や災害復興型地域優良賃貸住宅と一体となった高齢者、障害者、子育て支援施設の整備、津波復興拠点整備事業等による施設復旧が行われた。
- その他、各種施設整備交付金、また従来地域介護・福祉空間整備等交付金（ハード交付金・ソフト交付金）、WAM 貸付も活用されたが、事業者や市町村での積極的な復興が進められたかは確認されていない。しかし 2014 年に創設された「地域医療介護総合確保基金」は、地域医療構想の推進に向けた介護施設等の整備、医療介護従事者の人材確保を行うもので、都道府県の介護保険事業支援計画や地域医療計画の牽引のもとで、被災地においても活用され、復興計画における誘導が論点として考えられる。

(2) 地域医療構想と在宅医療介護連携推進事業

- 2011 年の介護保険制度改正での「地域包括ケアシステム」の推進とあわせ、在宅医療も充実の時代を迎えた。2012 年には在宅医療・介護あんしん 2012 がスタート、在宅医療連携拠点事業、在宅医療・介護推進プロジェクト等様々な事業が全国で展開された。
- さらに、2014 年の医療法改正に伴い「地域医療構想」が策定された。「医療介護総合確保推進法」による制度改正により、介護保険制度の地域支援事業として、認知症の総合支援とともに医療・介護連携が位置づけられ、市町村に浸透していくこととなった。
- 地域包括ケアシステムの概念を、いかに、まちづくりの主流とするか、また、その合意形成や財政的な手法、運用方法を誰がどう担い、どのように進めるのか。国、都道府県、市町村、事業者、市民も連携して計画していくことが、論点となった。

(3) 新しい介護予防・日常生活支援総合事業

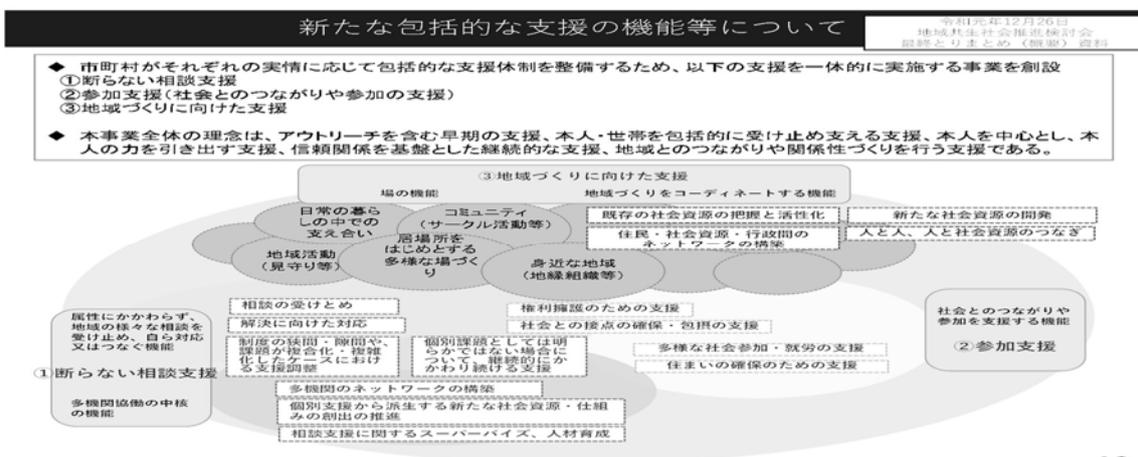
- 市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す事業である。元気な時には自らの健康づくり・介護予防を踏まえて社会参加等に取り組み、近所での仲間づくりを進め、自らでコミュニティカフェなどに取り組む。老化とともに虚弱化した場合においても、たとえば通所介護事業所でリハビリをするだけでなく、自ら立ち上げたコミュニティカフェに通い、友人との交流は引き続き続けられる。場合によっては、電球交換などを助けてもらう。そのような介護予防と日常生活支援が一体的・連続的に続いて自分らしい老後が送れるような体制を、地域ごとにつくることが可能となった。

(4) 生活支援体制整備事業

- 被災地においては、仮設住宅において、緊急雇用によって配置された生活支援コーディネーターが、コミュニティカフェの立ち上げた体操教室を実施していた。生活支援体制整備事業は、新しい介護予防・日常生活支援総合事業と一体であり、地域住民が主体となった生活支援・介護予防サービスの充実を図る仕組みである。日常生活圏ごとに、「生活支援コーディネーター」と「協議体」を設置し、「生活支援コーディネーター」が「協議体」のネットワークを生かしながら、地域の互助を高め、住民主体のサービスが活性化されるよう、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりである。

(5) 地域福祉分野における新たな動き

- **社会福祉法の改正と地域福祉計画の策定**：社会福祉法の改正により、地域福祉推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による、把握及び関係機関との連携等による解決が図られることを目指すようになった。そのために、理念の実現のため、市町村が地域住民の地域福祉活動への参加を促すことや、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制を明らかにすることとなった。
- **包括的支援体制**：福祉ニーズの多様化・複雑化を踏まえて、単独の相談機関では十分に対応できない、いわゆる「制度の狭間」の課題の解決を図る観点から、複合的な課題を抱える者等に対する包括的な支援システムを構築し、高齢者などのボランティア等と協働して地域に必要な社会資源を創出する取組である。
- **居住支援のまちづくり**：住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（以下「住宅セーフティネット法」という。）が施行され、高齢者、障害者、子育て世帯等、住宅の確保に配慮が必要な方（住宅確保要配慮者）の入居を拒まない、賃貸住宅の供給を促進することを目的とする制度で、地域の居住支援協議会が中心となり、さまざまな団体等が連携して民間賃貸住宅への入居をサポートする事業の実施が始められている。



4 新しいコミュニティのビジョン

(1) 20年後の人口減少社会を見据えた取り組み

- **震災復興による新しい取り組みから全国的な取り組みへ：**ここまで整理してきたとおり、震災以前に検討されてきた地域包括ケアシステムやコンパクトシティの取り組みが、復興の局面で具体化されて、地域の課題に対して新しい角度から課題解決に取り組み、それが全国的な制度の転換と関係しながら進められている。特に震災後顕著となっているのが、人口減少と高齢化の進行である。特に、高齢化においては2025年以降の、団塊世代が後期高齢者となることから、後期高齢化率の上昇が予測されている。国立社会保障・人口問題研究所によれば、震災前の2010年から2018年までの人口は160万人減少した一方で、高齢者は633万人増え、今後ますます高齢化が進むことが予想されている。

(2) 長期的視点からの人口政策と地方創生・CCRCの動き

- **2035年・2040年に向けた新たな政策：**具体的には、長期ビジョンとして、総務省「自治体戦略2040構想研究会」や、厚労省保健医療政策のビジョン「保健医療2035」など将来を見据えた政策の在り方が展望されている。また定住人口や交流人口という視点から、関係人口という視点も生まれている。関係人口とは、「定住人口」でもなく、観光に来た「交流人口」でもなく、地域や地域の人々と多様に関わる人々のことを指しているが、人口減少・高齢化により地域づくりの担い手不足という課題に直面するなかで、この医療や福祉の分野においても、若者を中心に、変化を生み出す人材が地域に入り始め、「関係人口」と呼ばれる地域外の人材が地域づくりの担い手となることが期待されている。
- **地方創生の動き：**まち・ひと・しごと創生法が、平成26年11月に施行され、少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、将来にわたって活力ある日本社会を維持していくため、まち・ひと・しごと創生（地方創生）に関する施策の展開が始まった。この法律では、都道府県は、区域の実情に応じたまち・ひと・しごと創生に関する施策についての基本的な計画である都道府県まち・ひと・しごと創生総合戦略を定めることが努力義務とされている。
- **全世代型生涯活躍のまちづくり（旧日本版CCRC構想）：**「東京圏をはじめとする場所に居住する高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会で健康でアクティブな生活を送り、医療介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり」を目指すもの。日本の生涯現役のまちづくりの特徴は、従来の施設等ではサービスの受け手として「受け身的な存在」であった高齢者が、地域の仕事や社会活動、生涯学習などの活動に積極的に参加する「主体的な存在」として位置付けられている。現在ではこれまでの高齢者居住は地域や子どもや若者などとの交流

は限られていたが、日本版CCRC構想で高齢者が地域社会に溶け込み、地元住民や子ども・若者などの多世代と交流・共働する「オープン型」の居住が基本となる。復興における地域包括ケアシステムを考える際には、人口減少や高齢化の進行を見据える必要があるが、それ以外にも、交流人口から関係人口の視点、新たな地方創生での「稼げる」地域の視点、日本版CCRCでの、高齢者が主体な存在として地域にかかわる視点も必要である。この点は復興に関わらず、これからの地域包括ケアシステムの論点といえる。

(3) フレイル予防を含む健康都市・スマートウェルネスシティ

- 地域包括ケアシステムとまちづくりの連携により地域全体で生活を支えることができる社会の構築が必要である。そのための都市政策は、健康・医療・福祉の観点からのまちづくり、施策へと大きく舵をきる必要があるとあり、基本となる取組としては、
 - 住民の健康意識を高め、運動習慣を身に着ける
 - コミュニティ活動への参加を高め、地域を支えるコミュニティ活動の活性化を図る
 - 日常生活圏域・徒歩圏域に都市機能を計画的に確保する
 - 街歩きを促す歩行空間を形成する
 - 公共交通の利用環境を高める
- また、震災当時においては、健康なまちづくりとしてさまざまなプロジェクトが動いており、「健康の駅プロジェクト」、「スマートウェルネスシティ（総合特区）」（健康「幸」社会、健康長寿社会）等の、地域横断的な、先端的な、多様な健康まちづくりプロジェクトが推進されていた。

5 事例分析の視点

- かかる論点を整理すると、被災地は復旧・復興を遂げるというだけでなく、わが国全体が2035年・2040年を見すえて、医療と介護が一体となり、高齢者も若い世代も、みな自分らしく住み慣れた地域で暮らせるまちづくりを進めることが求められている。
- 本調査における事例分析の視点として以下の点を提示し、岩手県釜石市を中心に、宮城県、福島県、熊本県益城まちの事例調査を行う。
 - 1) 復興基本計画にまちづくりの方針として描かれた地域包括ケアシステムの関連事項
 - 2) 地域包括支援センター（在宅医療連携拠点を含む）が核となった多職種連携の取組み（※医療看護系は除く）

- 3) 介護サービス基盤（施設系、デイサービス、訪問サービス、ショートステイ）の被災と復興（「施設配置、機能、しくみの復旧・復興」と「人材の確保・育成」を中心に）
- 4) 行政として取り組んだ介護予防
- 5) 地域コミュニティ等による生活支援・福祉サービス（見守りとか居場所など）
- 6) 福祉側からみたすまい（仮設住宅、福祉仮設、災害公営住宅）・まちづくりの課題や連携事例
- 7) 緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

Ⅲ 各地での取組みとヒアリングの結果

1. 釜石市（岩手県）

1. 概要

（1）被災状況

- 人的被害：死亡者数 885 人※うち身元不明 35 人（H23.11）／行方不明者数 176 人（H23.11）
- 住宅被害：住家 4,548 戸 ※内訳、全壊 2,954 戸、大規模半壊 396 戸、半壊 291 戸、一部損壊 907 戸
- 仮設住宅建設戸数 3,164 戸

（2）福祉施設の被災

- 全壊（流出）：6 施設／一部損壊 3 施設

（3）人口構造の変化（人口減少、少子・高齢化等）

- 人口 39,996 人（H23.2）→32,886 人（R2.1）
- 高齢化率は市平均 34.8%（H22）。40.0%を超える地域も多くみられる。国立社会保障・人口問題研究所が推計した、平成 42 年の 5 歳区分の人口ピラミッドをみると、男性及び女性とも 75～79 歳が人口の中心となっており、より一層高齢者が急増し、高齢化問題が顕在化する可能性がある。

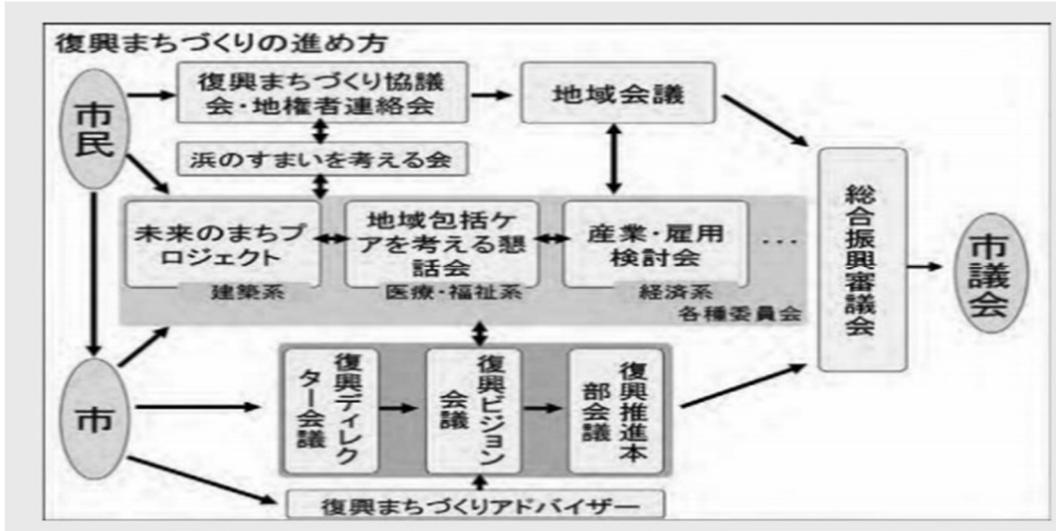
2. 健康・医療・福祉政策とまちづくりとの連携

（1）復興基本計画にまちづくりの方針として描かれた地域包括ケアシステムの関連事項 <復興前期>

- 復興計画（H23.12）の基本方針では、復興まちづくりの基本目標として、基本目標 2：絆と支えあいを大切にするまちづくりを推進。保健・医療、福祉・介護の分野において、施設間の連携をはじめ、相互の連携を一層進めなければならない
- 主要施策では、「スクラム 5：生活の安心ネットワークの構築」をはじめ復興を内包した地域包括ケアの体制づくりを進めるなど、保健、医療、福祉の介護の分野の向上・連携と人材育成・確保
- 地域包括ケアの推進では、在宅医療連携拠点事業を整備。国の事業を活用して、在宅医療連携拠点（チームかまいし）を設置して多職種連携により在宅医療を支える体制を構築
- 医療情報ネットワークシステムの構築。地域医療再生計画の一環として、医療圏域における医療・介護・福祉・行政をつなぐ医療情報ネットワーク構築
- 〔事業者ヒアリングから〕
・「現地原型復旧」が原則であるが、そのように行うか、安全な場所で事業の再開を行うか

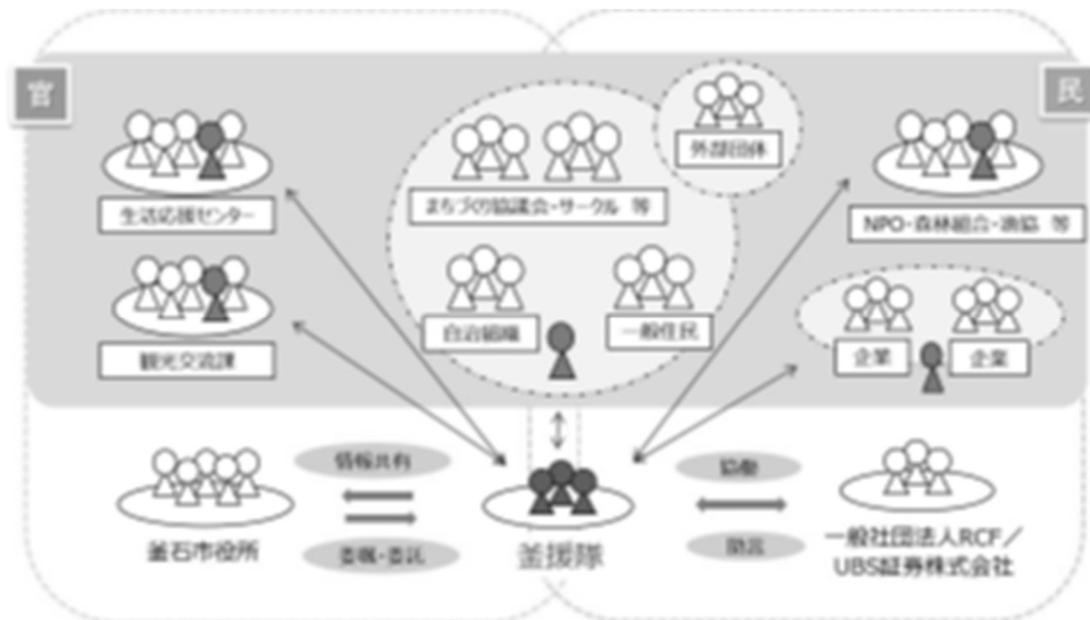
どうかの検討が必要だった。新たな土地を見つけることが難しい。現行の法制度を含め復興の足かせとなる可能性がある（五葉寮）

- ・事業復興型の被災者雇用の補助金があり、そのおかげで施設が軌道に乗った。



● 釜援隊

H25年4月から、岩手県内では初となる自治体単位での復興支援員制度を活用した半官半民の地域コーディネーター制度「釜援隊」が発足。“はざままで価値を生む”というコンセプトのもと、市民・NPO・企業・自治体といった地域内外の関係者と協働し、多様なプロジェクト推進を図る隊員を全国から募り、240名を超える応募者の中から26名を委嘱し、H30年現在14名が活動。



(出典：釜石市オープンシティ戦略)

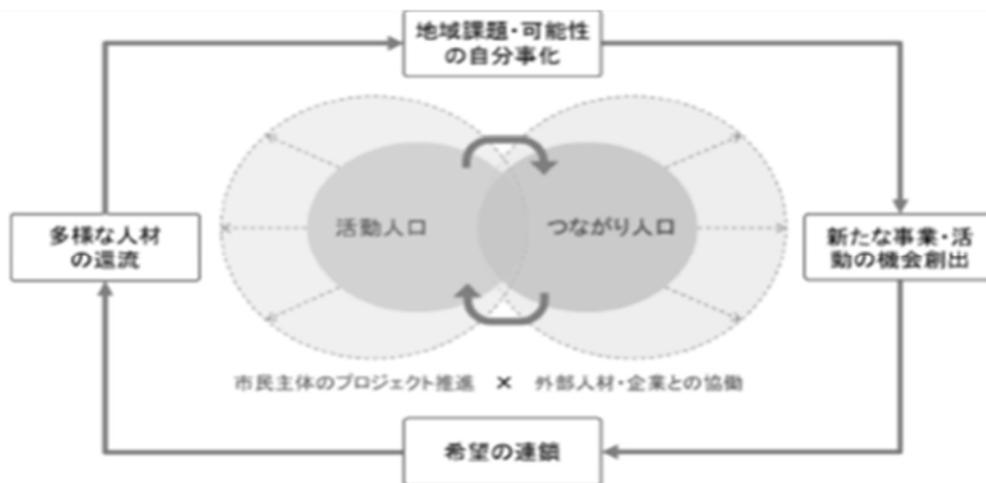
<復興期>

● 釜石市オープンシティ戦略 (H30.5 改訂版)

平成 27 年度～31 年度の 5 ヶ年が対象。平成 30 年度に SDGs の視点を反映させて、改訂版を策定。

○基本思想

「市民一人ひとりが役割を持つ、もっとも開かれたまち」を実現すること。多様な人材が還流し、地域の課題と可能性が自分事化され、新たな事業機会や市民活動が生まれることによって、希望が連鎖していく、好循環を確立していくことを戦略の柱とする。



(出典：釜石市オープンシティ戦略)

○戦略コンセプト

5. 世代を超えて、お互い支え合える地域づくり

☑山間部や漁村部を中心に、市内 8 つの地域で人口減少や高齢化が進展していくため、社会とつながる明るいコミュニティづくりの推進、安心安全に暮らし続けるまちづくりの推進により、世代・立場を越えた支え合いによる、住民の暮らしの安全安心の確保および地域コミュニティの維持・存続を図っていく。

☑高齢者を含む全ての人々が、釜石で安心して自分らしい生活を続けるためには、人や地域とのつながり、支え合いが大切になる。特に、高齢者が閉じこもらずに、社会や地域住民とつながるなど、互いに顔と顔が見える関係性が構築されたコミュニティを形成していくこと、また、支える側も地域コミュニティの一員として主体的に地域に関わり、活動していくことが求められる。(略)

☑お互いさま推進員や認知症サポーターの拡大等を通じて、“他者を気に掛ける地域の目”を増やしていくことや、様々な理由で一般的な就労が難しい方への中間的就労支援を展開するなど、世代を超えて地域内で支え合い、安心安全に、いきいきと自分らしい役割を持ちながら暮らせる社会を実現することが重要となる。

☑人生 100 年時代と言われる中で、高齢化社会は様々な経験と知識を持つ人材が溢れる社会であり、その人材の発掘と活躍により、様々な可能性を地域にもたらず期待もできることから、この流れをプラスに転換するまちづくりを推進していかなければならない。

<復興終了時>

● 釜石市オープンシティ戦略（H30.5 改訂版）

○施策

5-1-1. お互い様推進員による支えあい活動の推進

☑お互いさま推進員の認証

→地域福祉活動に関わる方々を地域資源として位置づけ、8 圏域ごとにそうした地域資源を把握しデータ化し、地域福祉活動に関わる方々を、市が「お互いさま推進員」として認証し、市民にその活動を紹介する。現在の取り組みの持続を支援するとともに、地域で必要な福祉活動を住民自身に考えていただき、必要とされる活動の担い手の掘り起しと活動支援を行う。

5-2-1. 復興公営住宅の自治会設立及び地域との融合支援

☑復興公営住宅における自治会設立支援

→持続的なコミュニティ形成と地域の町内会との関係構築を円滑にするため、関係者が連携して自治会の設立支援と、住民主体の活動を支援する。

☑地域づくりワークショップや住民交流会の開催

→新たな生活拠点でのコミュニティ形成に向けて、地域課題や将来像について住民間で共有できる場の設定を行うとともに、住民同士の顔と顔が見える関係を構築し、孤立や閉じこもり予防を進め、地域内での支え合いの体制や地域活動の基盤づくりに繋げる。

5-2-2. 認知症サポーターの養成

☑認知症サポーターの養成

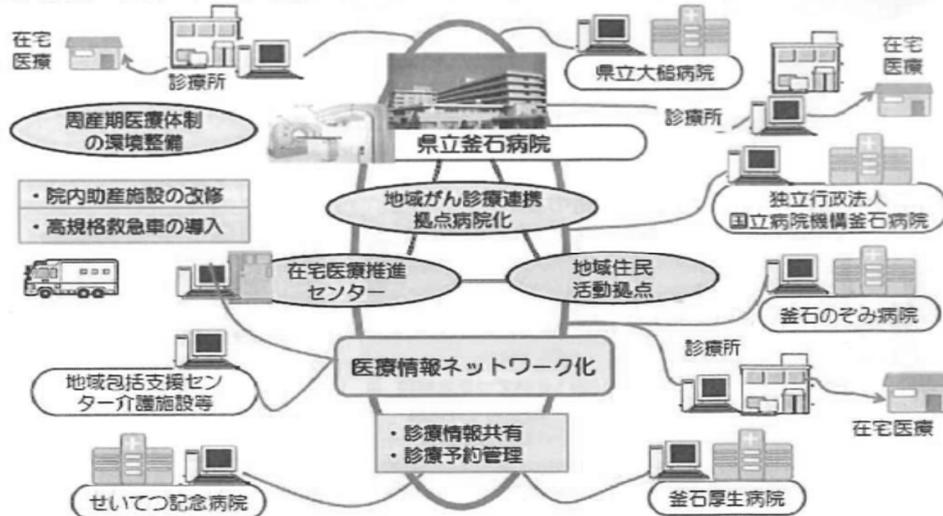
地域住民や児童生徒、地域企業の従業員等を対象に、認知症の基本的な知識や認知症の方への対応の仕方などを学びための認知症サポーター養成講座を開催する

(2) 地域包括支援センター（在宅医療連携拠点を含む）が核となった多職種連携の取組み
 ※医療看護系は除く

<復興前期>

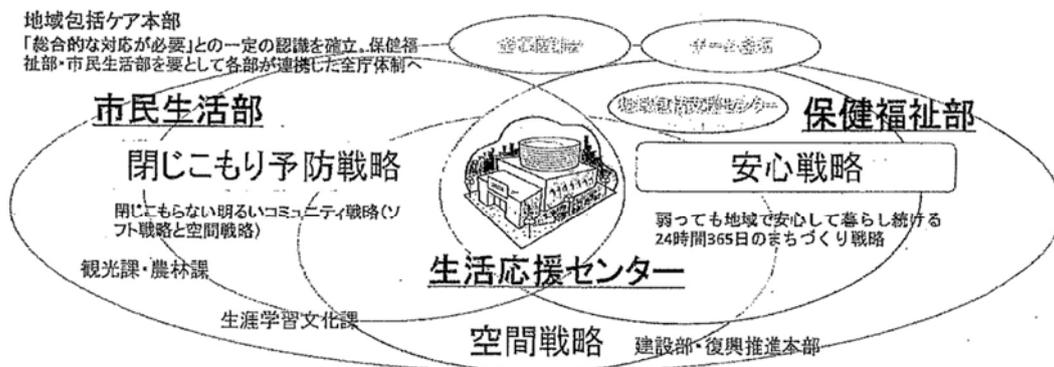
- 地域医療の確保を行い、鶴住居地区医療センターの設置や平田診療所を支援（平田・唐丹地区の医療を担う民間仮設診療所

県立釜石病院の整備と在宅医療推進のイメージ（かまishi健康ルネサンス構想、地域医療再生計画）



<復興期>

○釜石市では、地域包括ケアシステムの空間戦略に、公民館（生活応援センター）が位置づけられていたことが特徴であった。一部再開した生活応援センターは、仮設住宅の近くに再開されるなど、地域の交流拠点として位置付けられ、地域全体の閉じこもり予防や介護予防の取組に効果があった。また、サポートセンターは終了し、「傾聴見守りセンター」に機能が移行しており、震災後のノウハウが蓄積されていると考えられる。



(出典：資料「地域コミュニティの再生について」)

(3) 介護サービス基盤（施設系、デイサービス、訪問サービス、ショートステイ）の被災と復興～「施設配置、機能、しくみの復旧・復興」と「人材の確保・育成」を中心に～

<復興前期>

- 都市全体の土地利用と整合した、健康・医療・福祉機能の配置
 - ①土地利用と整合した健康・医療・福祉機能の立地誘導
 - ②中心市街地における5つの医療機能の充実強化と医療政策
 - ③地域医療、在宅医療を支える医療・情報ネットワーク構築
 - ④圏域ごとの福祉施策の展開
- ハードソフトの両面からの地域コミュニティの活性化
- 安全快適な移動の確保

<復興期>

- [ヒアリングから]
 - ・土地の確保が課題であった。支援についての不満を口にする事業者もあったが、まずそれぞれの事業所自体が自身で何ができるか考えるべき。
 - ・職員のメンタルの面も含めたケアが必要。
 - ・求人も含めた人材育成。主体的に動かないと人材確保は難しい。
 - ・医師会の研修に福祉の分野も積極的に参加している。
 - ・支援を待っているだけではいけない。自助努力があって初めて復興ができるのではないか

<復興終了時>

- [ヒアリングから]
 - ・復興期途上の印象だが、応援センター、医師会と連携を行う際壁がない。市との連携もスムーズ。
 - ・倒産や離職の話聞く。釜石では事業ができないため仙台等に事業所を持つ方が良いなどという話も流布。
 - ・入所ニーズが増える一方、在宅にしながらサービスを受けることができる小規模多機能も結果的にショートステイの連続。在宅サービスはまだ復興途上で地域が地域と呼べる状況にない。

(4) 行政として取り組んだ介護予防

<復興前期>

- 被災者の健康の維持・増進について、岩手医科大学との共同により、被災者検診の実施。また、健康づくりサポート事業の実施（交流、食生活応援、健康相談、自動の健康づくり支援）
- 仮設住宅入居者当の介護予防活動が盛んとなり、H23の55回576人から、161回1427

人へ増加。

- サポートセンターにおける介護予防事業を早期から展開。

<復興期>

- 釜石市オープンシティ戦略（H30.5改訂版）

5-1-2. 住民の主体的な健康づくりと介護予防の推進

☑かまいし健康チャレンジポイント事業の推進

→健康寿命の延伸を図り、生活習慣の改善や疾病の予防等に自ら務める意識を醸成することを目的に、各種検診の受診、健康イベント等への参加に応じてポイントを付与し、特典と交換する。

☑閉じこもり等予防事業の推進

→高齢者の閉じこもりを予防するため、運動やレクリエーション、サロン活動など様々な予防事業を展開する。

（5）地域コミュニティ等による生活支援・福祉サービス（見守りとか居場所など）

<復興前期>

- 高齢者等サポートセンターを設置する。平田公園、旧釜石体育館グラウンド、日向地区仮設住宅内にサポートセンターを配置した。
- 主な事業として次の事業を行った。
 - ①総合相談、見守り支援
 - ②生活支援（買い物代行や配食）
 - ③地域交流
 - ④介護（訪問介護、デイ）
 - ⑤ヨガ、ストレッチ、健康講座等
- 被災者の心のケアの推進
 - ①臨床心理士等との連携による心のケア
 - ②心に関する健康調査音実施
 - ③ゲートキーパー養成講座、フォローアップ講座
- 福祉コミュニティ復興支援事業
 - ①孤立し防止対策
 - ②仮設住宅団地自治会の活動支援
 - ③あすからの暮らし相談室・釜石（寄り添い型の生活支援）
- [ヒアリングから]
 - ・避難所の運営委員会にはかっても決められないことが起こる。灯油の確保など、日ごろから構築したネットワークが重要。

<復興期>

● [ヒアリングから]

- ・サポートセンター本来の見守り業務だけではなく、色々な事業を行うようになった。
- ・震災後、小規模多機能の運営推進会議でアルコール依存症の問題が提起されている。お酒を飲んで紛らわしているのでは。震災前はアルコール依存症の方が来ることはなかった。
- ・サポートセンターが仮設住宅における地域住民のつながりを持たせようとしていた。
- ・連携する必要性もそこまで感じていなかった。

(6) 福祉側からみたすまい（仮設住宅、福祉仮設、災害公営住宅）・まちづくりの課題や連携事例

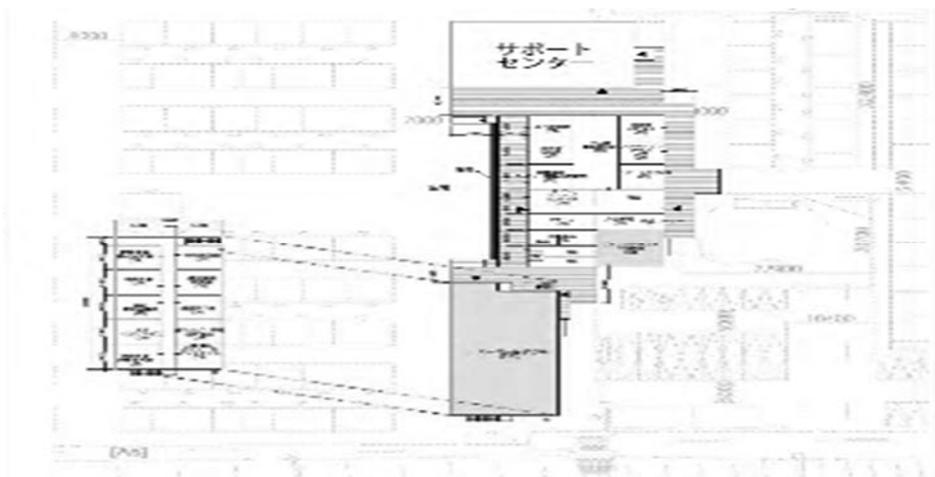
<復興前期>

- コミュニティケア型、仮設住宅（Aging in Community 構想）。平田サポートセンターに、高齢者の孤立防止や地域交流を進めるため、ウッドデッキ等を配置した「コミュニティケア型」の仮設住宅等を配置し、仮設診療所を併設した。
- [事業者ヒアリング等から]
 - ・仮設住宅の計画的な配置が課題。福祉仮設でのサービス確保は可能であった。
 - ・サポートセンター2か所と訪問看護事業者として連携することになった。サポートセンターと医療介護の連携は極めてよかった。

<復興期>

● [ヒアリングから]

- ・一般の仮設は一部屋、二部屋しかなく、プライバシーを確保できない。生活や家族の関係も異なるので介入が難しい。訪問看護の観点からは、生活や家族の問題に介入するのが難しい。
- ・住環境の変化や、将来の不安や、仕事につけない問題などもあり、家庭内暴力やその1年後アルコール依存症の問題が顕著に出てきた印象。



<復興終了時>

● [ヒアリングから]

- ・災害公営住宅は、マンションのようなものもあり、設備も良く仮設住宅と比べて雲泥の差があるが、集められた人達で隣の人がどのような人かわからず、つながりを見出しにくい
- ・仮設ではサポートセンターがあったが復興住宅ではなかった。そこも大きな違いではないか。

(7) 緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

<復興前期>

● [ヒアリングから]

- ・地域支援員には、人材マッチングを依頼。資金調達の相談にのってもらった。デメリットなども感じなかった。(やかた)
- ・協会からの支援を受けた看護師とボランティアの住まいが同じで、賃金をもらいながら支援に来ている人と無償で来ている人との格差ができた。発災直後の准看護師の活用などが課題か。

● 地域福祉計画策定福祉施設・事業所アンケート調査

- ・ボランティアや福祉系支援員等の協力・支援を受けたかどうかは、「受ける必要がなかった」が多い。
- ・受けたと回答のあった事業所は、「介護事業者や職能団体等が派遣したボランティア」、「資金提供や職員派遣」、「医療・介護サービスなど、具体的な専門職能に関わる業務」の回答割合が高い。

ボランティアや福祉系支援員等の協力・支援を受けたか

	回答数
① 受けた	8
② 受けたかったが、被災状況が軽微なため遠慮し、受けなかった	1
③ 受けたかったが、ボランティアに依頼する方法がわからず受けられなかった	1
④ 受ける必要がなかった	25
回答なし（被災後に開業）	8
合計	43

どのような方の支援を受けたか

	回答数
① 復興予算等で雇用された福祉系支援員	1
② 釜石市外から来たNPO・ボランティア組織・大学等	3
③ 釜石市内のNPO・ボランティア組織・大学等	1
④ 介護事業者や職能団体等が派遣したボランティア	5
⑤ その他	0
合計	10

どのようなことを協力・支援してもらったか

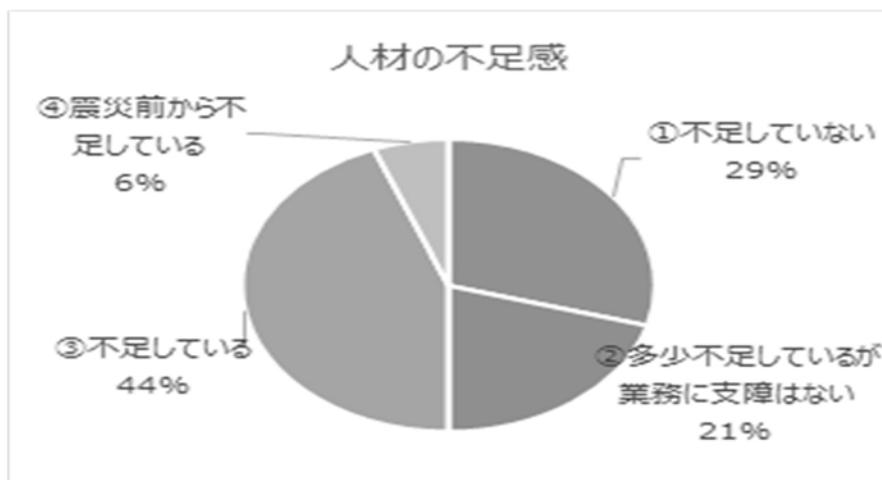
	回答数
① 医療・介護サービスなど、具体的な専門職能に関わる業務	4
② 患者、利用者の個別相談援助など、自法人・事業所の業務補助	0
③ 話し相手（傾聴）や移動支援など、自法人・事業所の業務では手薄になりがちな活動	3
④ 自法人・事業所の活動を適切に進めるための助言的役割	0
⑤ 資金提供や職員の派遣で協力してもらった	5
⑥ その他	1
合計	13

（出典：釜石市）

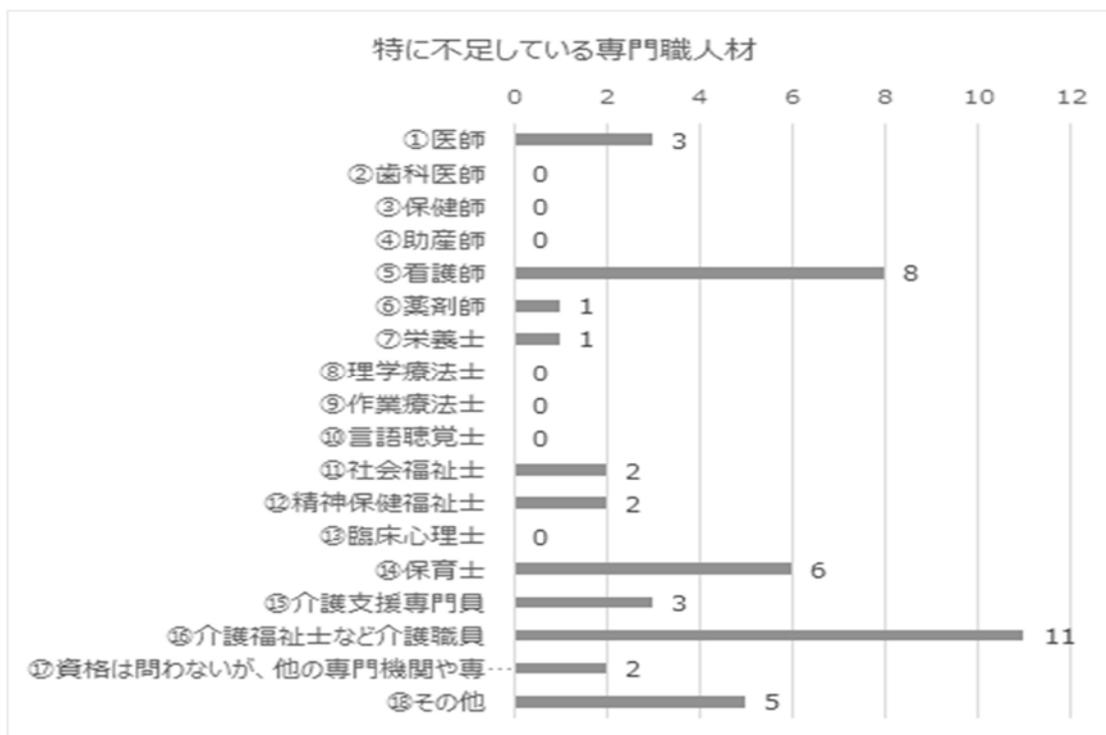
<復興期>

● [ヒアリングから]

- ・支える人が少なくコミュニティへの影響が依然として大きい。
- ・支援員の給料がよく、ヘルパー事業所などについては経済的及び人的にも事業を圧迫する恐れがあった。早期に事業を縮小するべきではなかったか。



（出典：釜石市）



(出典：釜石市)

<復興終了時>

● [ヒアリングから]

- ・事業所とコミュニティ支援員との間には、特に連携等はなかったとの感想。
- ・無資格者の補助金を使った資格取得等。休みを取りやすいなど働きやすい環境作りが必要。ハローワークの求人も期待できない。賃金が特に安いというわけではない。職員の不安やストレスはまだ続いている部分がある。離職の原因を分析が必要。

2. 福島県

(1) 日時

2020年3月13日 福島県庁

(2) ヒアリング対象者

福島県保健福祉部保健福祉総務課

福島県保健福祉部社会福祉課

福島県高齢福祉課

福島県保健福祉部障がい福祉課

福島県保健福祉部健康づくり推進課

(3) ヒアリング内容

高齢被災者に対する健康・福祉支援の取組について

- 被災地域への地域包括ケアシステムの構築への支援を行っており、被災町村からの相談を受け付けている。また、ケアプランを見直すためのアドバイザーを葛尾村に派遣。
- 見守り支援は国の財源で福島県社会福祉協議会に委託している。生活支援相談員を設置し、戸別訪問や相談支援を行っている。平成27年度が一番生活支援相談員への相談が多かったが、この時期は仮設から災害公営住宅などへ転居する時期と重なったと考えられる。
- 規模的には縮小傾向にあるものの、避難区域へ帰ってきた高齢者を中心に高齢者の見守り活動を重点的に行っている
- 子どもの友人関係、放射能の問題、仕事の有無などがあり、子育て世代は避難区域への帰還は現実的に難しいと感じている。
- 居場所づくりは双相地域の居場所づくりの立上げが弱い。市町村へは助言による支援を行っている。
- 生活支援サービスは樽葉町へ福島県の補助金による援助を行っているが、市町村側の実施体制とやる気の問題もあり、現状で手一杯な状況である。

参考 被災地の特性に応じた多職種が連携した地域包括ケアシステムの構築

★福島県内の退院支援ルール検討

年度	月	策定経過	
H28	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（1～14日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（8日）	58名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（10日）	74名参加
	9	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（8日）	53名参加
	10	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（7日）	代表者9名
	11	第1回病院・ケアマネ合同会議（11日）	53名参加
		ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会（8日）	40名参加
	12	第2回病院・ケアマネ合同会議（16日）	49名参加
1	退院調整ルール策定報告・運用説明会（27日）		
2～3	退院調整ルール試行		
H29	4	退院調整ルール運用開始	
	8	第1回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	10	ケアマネによる第1回退院調整ルール運用評価会議（13日）	64名参加
		市町村担当者会議（13日）	19名参加
	12	第1回病院・ケアマネ合同会議（25日）	63名参加
		第2回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
3	第1回病院・ケアマネ合同会議（9日）	68名参加	
H30	7	第1回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	1	第2回退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	2	ケアマネジャー代表者による協議（18日）	17名参加
	3	第1回病院・ケアマネ合同会議（8日）	82名参加
R1	11	退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	
	1	ケアマネジャー代表者による協議（30日）	14名参加
	2	第1回病院・ケアマネ合同会議（27日予定）	

★福島県8町村の認知症初期集中支援チームの例

広野町 楡葉町 富岡町 川内村 大熊町 双葉町 浪江町 葛尾村

認知症初期集中支援チーム

2018年5月スタート！

早期診断

早期対応



認知症であっても住み慣れた地域で安心して生活が続けられるように...

認知症初期集中支援チームとは？

認知症の人（認知症の疑いのある人）やそのご家族に、できる限り早期に関わり、早期診断・早期対応できるよう集中的に支援するチームです。チーム員は、認知症サポート医、保健師、看護師、ケアマネジャー（介護支援専門員）、社会福祉士、精神保健福祉士等の専門職で構成されています。

支援の内容は？

認知機能の低下により、日常生活の中でどのような困難さがあるのか、家庭訪問を行なってご本人やご家族の状況を丁寧に確認し、最長6か月を目安に医療機関の受診や介護サービス利用のサポート、症状に合った対応のアドバイス（ご家族への支援）等の初期支援を包括的・集中的に行います。

対象となる方は？

ご自宅で生活している40歳以上の方で、認知症の症状などでお困りの以下に該当する方です。

- ①認知症の診断を受けていない方
- ②認知症の診断を受けたが、治療を中断している方
- ③医療や介護サービスを利用していない方
- ④何らかのサービスは利用しているが、認知症の症状が強く対応に困っている方

介護サービス基盤の被災と復興について

- 介護人材の育成の奨学金事業を平成 26 年度より行っている。特に避難所介助区域対象にも平成 30 年度から行っているが、実績はまだない。
- 避難地域に高齢者がいる程度戻りつつあるものの、避難地域への新規の介護分野への就労は難しいと感じている。
- 相馬地区では NPO 法人が男性の会などを特に行っている。アウトリーチの手法で閉じこもらないよう被災者へ働き掛けている。
- 心の相談室への相談件数は減ったり増えたりを繰り返しながら少なくなっている理由として、仮設住宅から復興住宅へ移住するコミュニティへのつながりが切れることや家族のライフステージの変化によって、問題が表出するのではないかと感じている。

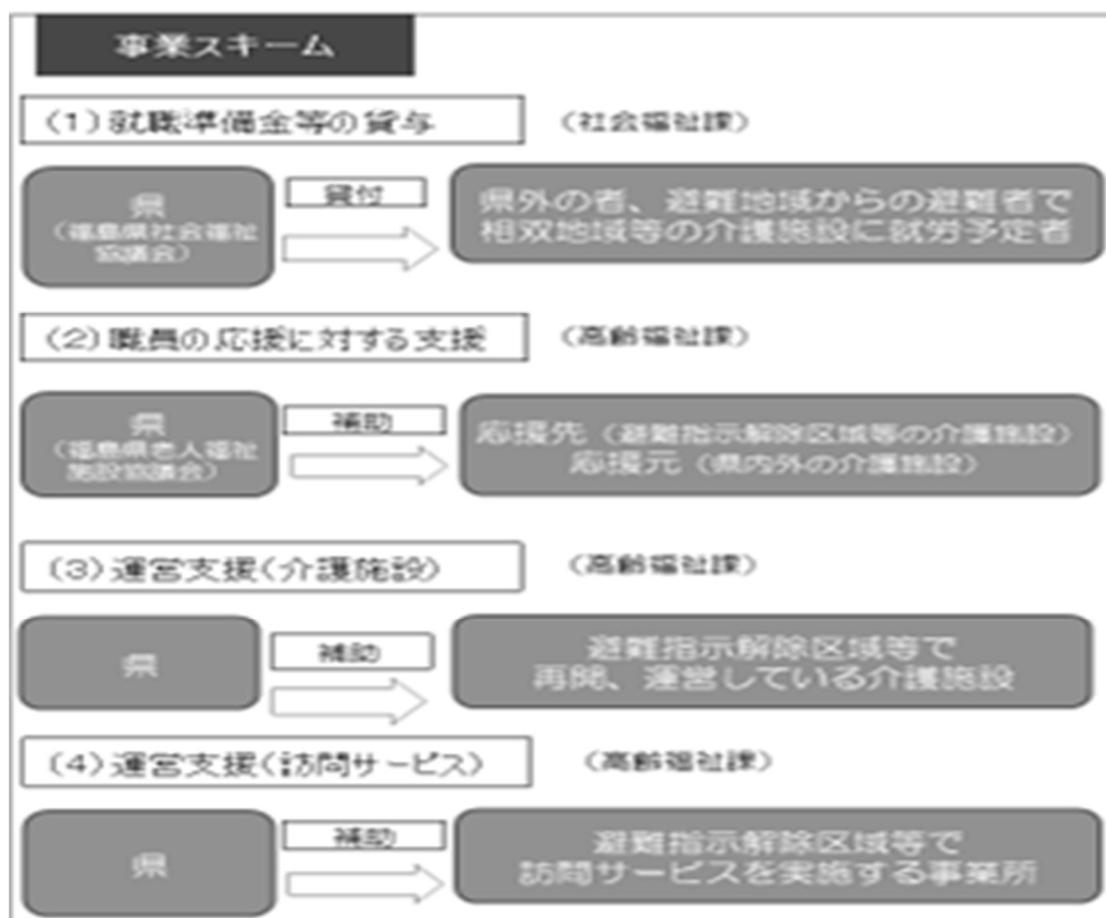


図 福島県における介護サービス事業所再生事業

出典：福島県資料

緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

- 特になし

保健福祉担当部局からみた「すまい」・まちづくりの課題・改善予要望について

- 避難指示解除区域に住民が安心して帰還できるためには、介護提供体制の整備が不可欠
- 地域で著しく不足する介護人材の確保を更に加速化するため、相双地域等の介護施設への就労希望者に対する支援を拡充するとともに、応援職員の確保支援が必要
- さらに、人材確保策が効果を発揮するまでの間、避難指示解除区域等の介護施設（入所施設・訪問系居宅サービス事業所）への運営支援が必要
- 町村単位で避難させていたが、避難を繰り返すうちに単位がどんどん小さくなり、コミュニティの再構成が必要になるように感じている。移住を繰り返す不安定さから心も不安定になっていく傾向にある。賠償金によって新たな地域に居を構えたりするが、祖父母など高齢者とは別になっている（世帯分離が進む）。

表 介護現場刷新会議パイロット事業の取組み（福島県）

福島県介護施設の生産性向上に資するパイロット事業（2018年）
【取組みの概要】 ○高齢化の進行や認知症高齢者の増加⇒介護サービスに求められるニーズの多様化・高度化 ○社会経済環境の変化に伴う人手不足が介護にも及ぶとともに厳しい労働環境による離職率の増加 ①介護施設若手経営者による業務仕分け（タイムスタディ）（新たな取組み） ②介護ロボットを活用した業務効率化の実証・提案（拡大） ③ICT(センサー)を活用した高齢者の見守りの実用性に関する実証（新たな取組み） ④インカムを活用した業務効率化の実証と効果（拡大） ⑤モバイル端末等を活用した業務効率化と労働力の適正配分（新たな取組み） ⑥高齢者による介護補助・見守り支援（新たな取組） ⑦介護オープンラボの開催（介護現場の将来像 [課題とその解消]）（新たな取組み）
出所： https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00017.html

復興基本計画やハード整備と、高齢被災者支援との連携について

- 第3次復興計画に被災者への記載があり、福島県全体として取り組んでいる。ただ今回の復興計画では被災地域以外の地域へも広げている。
- 被災地域に特化したものとして、「福島12市町村将来像実現ロードマップ」にて、双葉相馬地域への地域包括ケアシステム構築へのフォローアップを継続して行っている。

その他の課題や要望

- 市町村が現状の仕事に手いっぱい、被災者についてフォローができておらず、福島県もそこにフォローができていない。
- いわき市に多くの避難区域からの高齢者が避難してきたが、いわき市の介護予防事業

へ避難者が参加することが難しかった。義援金のことを聞かれたりするの嫌であったり、義援金をもらっているという引け目があるとの話であった。

3. 宮城県

(1) 日時

2020年3月18日 宮城県庁

(2) ヒアリング対象者

宮城県保健福祉部長寿社会政策課

宮城県保健福祉部 震災援護室

宮城県保健福祉部社会福祉課

(3) ヒアリング内容

高齢被災者に対する健康・福祉支援の取り組みについて

- 見守りや居場所づくりについては、直接支援は社会福祉協議会やNPO法人、市町村で後方支援は行っていないものの、災害公営住宅への見守り相談事業やNPO法人によるこどもたちの遊ぶ場を提供している。
- 介護予防事業は、宮城県は市町村の後方支援という役割分担をしており、宮城県は被災者支援を行う人材育成を行っている。市町のサポートセンターは無資格の方が多いため、宮城県が研修体制を構築し、研修を受講させている。
- 災害公営住宅でのコミュニティの再構築への注力しており、地域の助け合いを育てることや資金面の確保が現在の課題である。
- 介護人材は時給の良い方に流れる傾向があるように感じている。

介護人材の確保・育成の取組と課題

- 宮城県も全国的同様、介護人材の不足が大きく見込まれており、元気な高齢者の介護助手への登用などの事業を実施している。
- 介護人材確保対策緊急アクションプラン事業を開始予定。外国人介護人材の確保に向けてベトナムとの覚書を締結する予定で、技能実習生を想定し、来る時点で日本語教育に苦勞しない人材を育成する方向。また、週休3日制を採用することで、介護人材の離職に歯止めをかけたいと考えている。
- 無資格者を採用し、働きながら初任者研修を受けてもらう制度はあるものの、介護業界自体の離職率が高いため、十分な効果が出ているとは言い難い。

表 介護現場刷新会議パイロット事業の取組み（宮城県）

宮城県介護人材の確保・養成・定着に 向けた事業
<p>【取組みの概要】</p> <p>①介護業界全体で人材確保の取組みを検討する宮城県介護人材確保協議会を平成26年6月に設立</p> <p>②介護の魅力・イメージアップ普及リーフレット（ケアヒーローズ中学3年生と親向け）を作成</p> <p>③介護助手導入支援事業（令和元年度 新規事業）</p> <p>④外国人介護職員の受入等に関する相談・支援窓口</p>
出所： https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00017.html

緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

- 緊急雇用の資金、被災者支援総合交付金、介護保険など市町村でどの資金を基に事業を実施しているかは様々あるものの、震災関連の補助金が打ち切られてしまうこともこれからの課題である。

	Ⅰ期			Ⅱ期				Ⅲ期				Ⅳ期		
	支援システムの構築			コミュニティづくり志向と「ここから専門員」中心のサブセンター運営				「ここから専門員」と「くらしの相談員」連携による運営				恒久的システムに向けた試行的取組み		
	2011年3月～	2011年5月～	2011年7月～	2011年10月～	2011年11月～	2012年1月～	2012年4月～	2012年5月～	2012年8月～	2012年10月～	2013年4月～	2013年10月～	2014年4月～	今後
支援の仕組み	東日本大震災 外部から先 の見える災 害	支援システム の構築	住民参加に加え、 地元の事業所を担 い手とした町ぐる みの体制づくりを 志向	「絆の絆（ねん） を視野に入れる （4137+0+02）」										
連携会議	※保護者連絡協議会 ※支援会議へ	心と体と暮らしの一 体的な支援	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会
人材育成		※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会	※地域実働型 制づくり事業委員 会

参考 東日本大震災直後のコミュニティづくりにおける住民と専門職の連携事例
（宮城県女川町の、ここからだと暮らしの相談センター）

保健福祉担当部局からみた「すまい」・まちづくりの課題・改善予要望について

- 福祉仮設は2万戸以上の仮設住宅を設立したが、水道管の凍結や給湯器の故障など不具合がかなり生じていたが、その度に追い焚き機能の追加など増設や修理、補修を行った。ただ、故障の不具合は入居者側の使い方の問題であることが多かった。
- 高齢者の見守りでは、避難所や仮設住宅では自然な見守りができていた印象がある。
- 仮設住宅ではプライバシーを守られないものの、それ自体が見守り機能を果たしていたものの、一方で災害公営住宅ではプライバシーが守られる反面、つながりが途絶えてしまうこともあった。社会福祉協議会も健康チェックをしたいのに拒否されたこともあったとのこと。閉じこもりがちな高齢者に対してどうしていくかを考える必要がある。
- 仮設住宅では家賃が無料であったが、災害公営住宅になると収入に応じて家賃が決まるため、出て行く人も多く、自治会などの成り手がいないという話も聞く。
- 災害公営住宅で亡くなった高齢者を高齢者が発見したケースが160人を超えており、現状として地域の見守り活動ができていないと感じている。

復興基本計画やハード整備と、高齢被災者支援との連携

- 地域包括ケアシステムは住まい、医療、住民のボランティアなど他分野に渡り、概念的で曖昧である印象。地域支え合い体制整備事業や見守り活動を中心に行ってきたが、システム構築のためにしてきたという印象はない。被災地ならではの地域包括ケアシステムを目指している。
- 大規模災害への備えとして位置付け、被災者支援とは位置付けていない。第7期みやぎ高齢者元気プランで地域包括ケアを位置付けており、復興計画では位置付けていない。

その他の課題や要望

- 震災関連の補助金がなくなっている。沿岸市町についての震災復興関連の資金で介護職員の家賃補助を捻出していたが、終了予定であり、継続してほしい希望はある。
- 阪神淡路大震災の時にうまくいったことを沿岸部で展開してもうまくいかないことがあった。行政が全てを行うことは回らなくなって頓挫してしまう現状もあり、キーパーソンの存在がかなり大きいと感じた。
- 何を進めるにも市町村のマンパワーが不足している現状を感じており、事業を進めるにも市町村側の司令塔となる職員が不在であること多いように感じている。
- 宮城県としても市町村が具体的に何かをしたいというビジョンがないと押し付けになってしまい、支援が難しい現状がある。

4. 益城町（熊本県）

(1) 日時

2020年3月5日 益城町役場

(2) ヒアリング対象者

益城町生活再建支援課 住まい再建支援係

益城町福祉課 地域福祉係、高齢者支援係、介護保険係

益城町社会福祉協議会

益城町社会福祉協議会 地域支え合いセンター

(3) ヒアリング内容

高齢被災者に対する健康・福祉支援の取り組みについて

- 支え合いセンター（厚生労働省の助成金による事業）が熊本地震で被災された方が安心して日常の生活を取り戻し、自立した生活再建ができるように相談、声掛けなどの見守りやコミュニティづくりや公的な支援へのつなぐ等という役割を担ってきた。
- 倒れた時等すぐに警備会社に通報ができるような緊急通報システムを仮設住宅にいる人には無償で貸与している。
- 自殺対策については、県の施策である心のケアセンターとの連携、住民を含めたゲートキーパーの養成などを進めている。
- 介護予防に関しては震災から2か月ほど経過した6月から、全地区一斉ではないが、介護予防計画は再開された。住民主体の体操教室というか運動教室という場を少しずつ増やしていくという方針で、今もそれは継続している。
- 仮設住宅や災害公営住宅は様々な支援を受けることができる一方、町民すべてが被災者であるのに、自宅を修繕し、引き続き居住している人たちは同様の支援を受けることができずにいる。町の支援の在り方を考える必要がある。

介護サービス基盤の被災と復興について

- 甚大な被害を受けた施設としては介護老人保健施設が1件運営を休止。令和2年4月より運営を再開予定。
- 震災の影響というより従前から人材不足の問題はあった。

表 介護現場刷新会議パイロット事業の取組み（熊本県）

熊本県介護現場革新会議パイロット事業（2020年）
【取組みの概要】 介護人材の確保等に向けた施策として、介護の現場で活躍している介護職員にスポットを当てた「KAiGO PRiDE」プロジェクトの実施。

「介護職員の姿・言葉を描くことで、KaiGO の価値・魅力を発信する」をコンセプトに、県内で働く介護職員にポートレート撮影とインタビューを実施し、介護職員が思う「介護の魅力」を併記したポートレート写真等を、2019 年（令和元年）11 月 10 日に実施する介護の日イベント等で展示し、介護の魅力を発信するもの

- ①介護職が語る言葉からの介護の魅力発信（「KaiGO PRiDE」プロジェクト）
- ②介護ロボット・ICT・元気高齢者活用モデルの構築
- ③福祉系高校等と連携した学校現場への働きかけ
- ④認知症の啓発を通じた介護への理解促進
- ⑤生涯現役促進地域連携事業との連携 など

緊急雇用等による地域支援員、コミュニティ支援員等の役割と課題

- 益城町では特になし

保健福祉担当部局からみた「すまい」・まちづくりの課題・改善予要望について

〈仮設住宅〉

- 間取りが狭い。介護ベッドが入らない。高齢者にとっての浴槽の高さが高いなど。
- 結露（湿度）・カビの問題については、ハード面の瑕疵だけでなく、24 時間換気を自己判断で止める等、使用実態に起因するものへの対応。
- 高齢者が自宅で使っていたものと違う設備が使えないなどへの対応。
- 自宅再建などが進んでいく中、増えていく空き家の利用とそれに対する住民の要望への地対応。
- 仮設住宅からより限られた戸数の福祉仮設への転居要望への対応。
- 騒音等近隣トラブル。
- 仮設住宅の住環境が改善されたことによる住み心地の良さが、公営住宅等への転居等に歯止めがかかってしまう部分への対応。

復興基本計画やハード整備と、高齢被災者支援との連携について

- 復興計画はあるが、地域包括ケアシステムという文字はなく、様々な取り組みについて縦割りが課題となっている。大元の目標に向かってやっていくなか、それぞれが進捗をすり合わせるなどし、事業を進めていく必要があるのではないか。

その他の課題や要望

- 発災直後、様々な支援団体がそれぞれの目的で町内に入ってくる。その際行政として事前に具体性のある受援計画を策定する等が重要である。
- 仮設住宅入居者に対し、地震前の平時より手厚い支援を行った面があり、その結果、既存の支援機関の負担が大きくなったと感じる。
- 地域包括ケアを進めていくうえで、個人情報への壁の課題がある。連携を機能させるには

一定のレベルでの情報共有が必要である。

- まちづくり、地域づくりがひいては地域包括ケアを担っていくというような共通認識が必要である。
- 社会福祉法人慈光会 特別養護老人ホームひろやす荘が事務局となり、安永地区1～4町内が一体となった自主的なコミュニティ再生の動きがある。世帯単位の互助集団である町会が、個人単位で参加できる特定非営利活動法人チームやすながを立ち上げ、復興期間限定で、地元の社会福祉法人がコミュニティ活動の裏方を担う仕組みである。



IV 地域包括ケア基盤の復興に資する手引き

3. 被災市町村における地域包括ケア基盤の復興に資する手引き

(1) 平時から住民のニーズに向き合いビジョンを持つ

- 地域包括ケア元年（2012年）、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、地域共生社会など、高齢社会に対する様々な政策が打ち出されたのは、いずれも2011年以降である。震災直後において、学术界では議論されていたものの、制度面での地域包括ケアシステムの在り方（公助・共助）、その際のコミュニティのカタチ（互助）、介護予防と生活支援の一体化やフレイル予防あり方（自助）などは、未成熟の時代であった。
- また震災の有無にかかわらず、（近年では生活モデルといわれているが）個人の人生・生活の目的は、個別的で複雑で、本人でさえもわからない。平時でもわからないなかで、震災はその個人の人生・生活を変えてしまう。家を失う、コミュニティを失う、家族を失う、自分の健康が損なわれるなかで、それでも長寿社会を過ごしていかなければならない。生きる目的は何か？ と聞かれても、さらに明確に答えられなくなる。
- 復興期間は約10年と設定されており、当事者は10年歳をとるが、上述のとおり、10年間で様々な医療介護の制度が変わる。
- 残念ながら、わが国においては様々な自然災害に対応していくことが求められるが、東海地震、東南海地震などが想定されるなかで、平時から住民のニーズに向き合いともに長期的なビジョンを形成していくことが重要となる。

2. (住宅再建を考慮した) 施設の再建の考え方

<復興前期>

- **施設復興の補助金制度**：災害復興とは、わが国では壊れたインフラの近代化を志向しており、復興前期の主題は被災した高齢者福祉施設の再建である。高齢者福祉施設の再建については、災害復興関連及び基盤整備事業の各種交付金・補助金で賄われる。

高齢者福祉・地域包括ケアシステムに関連した交付金・補助金の例

介護支援体制緊急整備等臨時特例交付金

社会福祉施設等設備災害復旧費補助金

介護保険災害臨時特例補助金

社会福祉施設等設備災害復旧費等補助金

介護報酬等支払業務支援事業

東日本大震災復旧・復興に係る後期高齢者医療制度事業費補助金

国民健康保険団体連合会等補助金

東日本大震災復旧・復興に係る特定健康診査・保険指導に必要な経費
 災害臨時特例補助金(医療保険分)
 災害臨時特例補助金(介護2号保険料分)
 社会福祉施設等災害復旧費補助金
 職業転換訓練費負担金
 社会福祉施設等施設整備

- **基本は現地原型復旧**：釜石市では、国土交通省の直轄調査などが入り、日常生活圏域とコンパクトシティ（拠点とネットワーク）を計画では志向していた。入所者や避難所・仮設住宅で虚弱化した高齢者の受け皿として、高齢者福祉施設の再建は急務である。基本的には、被災した場所において再建することになる。災害危険区域に指定された場合は、高台に移転するなどして再建が進む。高台に移転する場合などは、高台の整備等のために早急に土地を確保して復旧することが難しい。

<復興中期>

- **災害公営住宅・自力再建の動向に注意**：復興中期においては、長引く土地の整理を待ちきれずに、被災していない土地へ転居したり、都市部へと移転を決めたりする方がいる。復興そのものが人口の戻り率が100%にならないなかで、サービス利用者の人数も減少していく。災害公営住宅の再建の動向に注意する必要がある。
- **必要となる介護サービス空間の確保**：共同住宅タイプの災害公営住宅は、高齢者の居住が5割を超えることが多い。他方で、1階部分のテナントスペースは、民間不動産業の自力再建などにも配慮して、中小規模の商店が入るスペースで検討される（約60㎡前後＝小学校の1教室）。このスペースでは、訪問系サービスは運営できても、通所系サービスを運営するには手狭である。

表 釜石市における住宅の自力再建の状況の推移

(単位:世帯)

	被災世帯数*1	再建済み世帯数*2		再建率 (再建済み世帯数/ 被災世帯数)		市内 (被災時と同じ地区) に再建		市内 (被災時と別の地区) に再建		市内・県外に再建	
		H25.7.31	R1.12.31	H25.7.31	R1.12.31	H25.7.31	R1.12.31	H25.7.31	R1.12.31	H25.7.31	R1.12.31
全体	4,083	512	1,726	13%	14%	107 (21.0%)	720 (41.7%)	215 (42.0%)	613 (35.5%)	190 (37.0%)	393 (22.8%)

*1:生活再建支援金の「基礎支援金」申請済み世帯数。(長期避難区域含む)

*2:生活再建支援金の「加算支援金(建設・購入)」申請済み世帯数。

<復興後期>

- **医療・介護保険制度の変化への対応**:5年、10年経過するなかで、医療や介護の在り方、それにとともなう充足すべき機能が変化する。たとえば、現地原型復旧により2011年の段階で老健を中心に、デイサービスとショートステイを運営していた場合を想定してみる。2020年時点では老健I型・2型の選択、デイサービスはリハビリ重視か、通所Aかの選択、ロングショートステイからの脱却などが迫られており、2011年の段階で現地原型復旧することは、短期的には住民のニーズを受け止めることになったが、長期的には必ずしもニーズにこたえられなくなる。
- **介護基盤復興まちづくり整備事業**:これに対して、被災地において、日常生活圏で医療・介護等のサービスを一体的・継続的に提供する「地域包括ケア」の体制を整備するため、既存の介護基盤緊急整備等臨時特例基金を活用して小規模特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム等の基盤整備を行うことに加え、訪問介護ステーション等を建設するなど、地域において連携して機能するためのモデル的な事業を行うことができる。たとえば、大規模施設が全壊・半壊した場合等に、大規模施設を建てる代わりに、同一法人等が主体となって、小規模特養、グループホームなど、その他の訪問介護ステーション等を建設するなど地域において連携して機能するためのモデル的な事業である。
- **平時からビジョンを持ち関係各所と連携すること**:しかし、発災直後の混乱期に、長期的な視野にたつて5年、10年後に備えることは難しい。しかもハードの復興部門においては、急ピッチでの現地原則復旧にエネルギーが注がれている。いずれにせよ、発災直後に10年後を100%を予測することは難しいが、しかし平時からビジョンを持ち関係各所と連携することが重要である。

3. コミュニティの相互扶助

<復興前期>

- **避難所での支え合い助け合い**:通常、自宅があった場所に近い避難所に移ることが多く、従前の支え合いや助け合いなどが継続される。避難所は、プライバシーの問題、住民同士のトラブルなども発生しやすい。自然に避難所の世話役が立ち上がることが多いようであるが、避難所こそ、顔見知り同士が話し合い・声を掛け合う体制が重要となる。

<復興中期>

- **グループ入居(抽選方式)**:仮設住宅においては、公平性の観点から抽選入居になることが多い。通常は、スーパーやコンビニなどが近くにある仮設住宅は人気となる。被災前や避難所でできたつながりをなるべく維持したまま、仮設住宅に入居できると相互

扶助が働きやすくなる。被災三県では、仮設住宅・災害公営住宅においては、グループで入居できるような抽選の配慮がなされた。すでにあるコミュニティの相互扶助を壊さないことも重要である。

- **住民自治組織の立ち上げ支援**：復興中期においては、仮設住宅での住民自治組織立ち上げが重要である。仮設住宅の入居期間は、ひとまず2年半と決められていることから、入居者の多くが、コミュニティ組織は不要であるといった意見を持つことになる。ところが、実際は2年半を超える場合が多く、5～6年は暮らしていくことになる。その際に、ゴミ捨て場の管理、離れた家族が来た場合の駐車場の使い方、集会場や談話室の利用方法など、住民同士で話し合っておくことで、住民同士のトラブルを防ぐことができる。また、ラジオ体操やサロン活動など、被災者支援団体と連携することで、仮設住宅での緩やかな見守り・助け合いを広げることができる。
- **定期的な情報交換会（地域ケア会議）の実施**：住民自治組織が立ち上がったところで、仮設住宅に入っている様々な支援者、近隣の介護事業者、行政の担当者などを集めて、情報交換会を行うことが重要である。各団体のサロン活動の情報、見守り情報などを共有し、役割分担をすることで、立ち上がったばかりの仮設コミュニティが機能するようになる。

<復興後期>

- **住民自治組織の立ち上げ支援**：さて津波被害の場合は、避難所、仮設住宅、復興住宅と都合3回の住まいの移転が行われ、その都度コミュニティをゼロから作り直すことになる。釜石市では、災害公営住宅において、住民自治組織の立ち上げを支援している。市民生活部が中心となり、社会福祉協議会や外部民間支援団体等と連携して、マニュアルにそって住民自治組織の立ち上げを支援する。実際に、東北各地において、「小さな町だから、人さえ戻ればコミュニティは再生する」という言説も多く見られたが、実際にそのようになったのは、漁村集落の一部だけであり、住民自治組織の立ち上げ支援を行うことが重要となる。
- **生活支援体制整備事業の活用（サロンづくり）**：地域包括ケアシステムにおいて期待されるコミュニティの役割は、住民同士の相互扶助となるが、相互扶助の根底には、日ごろのお付き合い（互酬性）に基づく能動的な信頼関係がある。信頼関係を再生させることは極めて難しい。仮設住宅では、外部支援者が実施していたサロン活動などを自主的に行えるように支援することが必要となる。その際、生活支援体制整備事業の枠組みを活用し、住民ワークショップ等を通じて現代的なニーズを掘り起こし、住民自身が自分たちの居場所をつくることで、信頼関係を深め、助け合いにつなげることができる。

4. 社会的リスクを抱える高齢者への対応

<復興前期>

- **他都市への一時避難**：震災直後に、社会的リスクを抱える高齢者などで、避難所生活が難しい場合には、他都市の特別養護老人ホームなどに一時避難するケースがある。
- **社会福祉法人による福祉避難所**：東日本大震災以降は、地元の社会福祉法人等が福祉避難所として対応することもできる。
- **避難所における連携での対応**：避難所であっても、基本的には同一コミュニティの人が一緒に移ることである程度のコミュニティケア対応が可能となる。また避難所には保健師が常駐し、ボランティアの支援、自衛隊による炊き出しや入浴支援などもある。避難所における高齢者への対応として、たとえば世帯単位ではなく、トイレの近くにスペースを確保し若い世代等に遠慮なくトイレに行けるといった工夫などがあると、水分をしっかりとりやすくなり、体調面や精神面での過ごしやすさが向上する。

<復興中期>

- **仮設住宅サポートセンター**：応急仮設住宅に併設されたサポート拠点であり、被災3県で100か所以上が設置された。サポートセンターは、仮設住宅とその近隣で暮らす住民を対象に、生活支援相談員による総合相談や心のケア、生活支援、地域コーディネーター等の地域支えあい体制づくりを行い、が行われた。今後は、サポートセンターの目的や機能を明らかにするとともに、平時からのネットワークづくりを行うことが必要とされている。
- **グループホーム型仮設住宅**：応急仮設住宅の一つとして、利用者の特性に配慮し、バリアフリー当の設備。仕様が施された仮設住宅であり、認知症や高齢者・障害者のための共同居住（グループホーム、シェアハウス）としての利用が可能な住宅。東日本大震災では社会福祉法人等の協力によりモデル的な福祉仮設が建設された。主として大規模な仮設住宅の一角に福祉仮設として建設される例があるが、一般仮設住宅との一体的な計画で、施設が地域の拠点となり、地域住民に安心をもたらす場として計画された事例もある。
- **介護事業者と支援員との連携**：復興中期には、介護サービス等の供給体制は、平常状態に戻るが、サービスの提供先が仮設住宅となる。仮設住宅には、様々な支援員等が配置されていることから、地域ケア会議等の機能を活用して、情報共有をはかりケアサービスを提供していくことが可能となる。

<復興後期>

- **地域包括ケアシステムとして介護サービスの提供**：住民は災害公営住宅へ転居し、各種支援員の撤退、仮設サポート機能の停止などが進む。医療介護連携や住民との連携など、

復興前期・中期で培ったノウハウ等を活用して、介護サービスを提供していくことが求められる。

5. ケア人材の確保

<復興前期>

- **同業団体による後方支援**：地方都市においては、震災の有無に限らず介護人材が不足している。そのようななかで、震災が起きると、さらに介護人材が不足する。従事者の震災死、身内の死亡や事故等により仕事を続けることができないことなどがある。これにたいしては、全国の同業団体か人材を派遣することで、対応が十分可能である。
- **緊急雇用による軽度ケア人材の増加**：被災状況の大きさにもよるが、緊急雇用制度を活用して、見守り支援員、生活支援相談員（LSA）、コミュニティ支援員などが雇用される。避難所や仮設住宅での様々な課題に対して、行政では解決しきれないため、特別な専門技能がなくても対応できる仕事についてもらうことで、生活再建と一時的なケアのニーズに対応するものである。このような緊急雇用による軽度ケア人材を活用していくこともできる。

区分	社協 生活支援相談員	見守りスタッフ	仮設住宅支援連絡員
形態	県社協から市社協へ委託	市直営	市から NPO@リアスへ委託
対象	被災世帯（仮設、みなし、公営住宅、在宅）の高齢世帯等要援護世帯の訪問見守り活動を中心とした取り組み	被災世帯（仮設、みなし、公営住宅、在宅）の不特定世帯の訪問見守り活動	仮設住宅及び復興住宅を巡回による安否確認
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・復興公営住宅の世帯調査で決めた頻度で訪問（要援護世帯に踏み込んだ見守り） ・訪問世帯で変化がないか ・困っていることなどないか ・サロン事業の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・気になる世帯、電話連絡のあった世帯、周辺から情報があつた世帯などに出向き、問題がないかなどを確認 ・体調に問題があれば保健師などに連絡 ・困りごとへの支援（調査ものなど） ・建物等に不具合があれば管理センターに連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・仮設住宅各戸を毎日巡回し安否の確認 今年度から仮設住宅のほか、復興住宅を週2回程度巡回による安否確認

成果	<ul style="list-style-type: none"> ・要援護世帯の訪問による、きめ細やかな見守り ・高齢一人世帯などでは話し相手になることでストレス解消 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災世帯住宅の相談相手となっている。 ・仮設住宅、公営住宅内での問題の把握（住民間トラブルなど） ・周辺環境に問題があれば管理センターに直接現場から連絡対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・仮設住宅に関しては毎日巡回なので異変があれば早い段階で対応が出来る。 ・復興住宅での巡回も行うので、見守りの層が強化された。
----	---	---	--

表 金石市における見守り支援員等経度ケア人材の役割の比較

<復興中期>

- **軽度者へのケア人材の専門職化**：震災が落ち着いてくると、地元の商店や工場などが再開する。緊急雇用でのフェーズが終わり、通常の業務へと移る期間である。通常の業務以外にも、たとえば復興や再建に関連する建設業務等では、より高い賃金の労働がある。緊急雇用によって進められてきた、仮設住宅等での軽度者へのケア人材が徐々に少なくなっていく。復興後期になると、介護人材が不足することを見ずえて、復興中期の段階で、初任者研修、介護福祉士、介護支援専門員と、人材育成を図る仕組みがあると、人材不足への対応になると考える。

<復興後期>

- **介護人材の確保・育成・支援にむけた方策**：介護ニーズはあっても、結局のところ人材不足でサービスが回らないことを避ける対策が必要となる。東日本大震災においても、震災前からの課題として人材不足が指摘されていたが、震災後のさらなる人材不足は介護事業の存続にも影響することとなり、宮城県や福島県では早期から人材確保に関する協議会を立ち上げて、県全体での取組をしてきた。また、厚生労働省の介護現場刷新会議では、熊本県などともに、全国に先駆けパイロット事業を実施、生産性向上や介護の魅力向上・発信への積極的な取組をしている。

6. 被災していない地域を含めた戦略的対応

<復興前期>

- **直接被災地域への後方支援**：発災直後は、市役所の機能、社会福祉協議会の機能、介護事業所の機能などがすべていったん停止する。コミュニティの課題については、住民同士での支え合い助け合いが重要となる。相対的には、直接被災した地域の課題が噴出す

るために、被災していない地域からも支援を行うことになる。しかしながら、被災していない地域においても、社会的な課題を抱えている高齢者等がいるため、地域毎にビジョンを持ちながら地域内でのケアと直接被災地域への支援に割く、リソースをについて整理していくとよい。

<復興中期>

- **コミュニティ戦略の検討**：被災した地域のインフラの復興がはじまり、まちづくりが進んでいく段階である。他方で、被災していない地域は「後方支援」といった位置づけで、あらゆることの対応が後回しになりやすい。特に復興予算に関連した諸制度で、復興に関係ない部分への予算の支出が、年々厳しくなる場合がある。被災していない地域においても、必要な交流施設やケアの拠点などは整備していけるように、復興基本計画との歩調をあわせて、コミュニティ再生の戦略を検討しておくことが望ましい。
- **自治会町内会の再編**：コミュニティの相互扶助の部分と共通するが、この段階で、被災していない地域に自力再建を果たす方などが増えてくる。全国的にコミュニティの担い手不足・高齢化という課題が生じていることもあり、被災していない地域においても自治会や町内会を維持できず閉会・散会をするケースがみられる。先述のとおり、被災していない地域においても、自治会・町内会をはじめとする住民自治組織の再編支援を行うことが望ましい。

<復興後期>

- **地域包括ケアのあるまちづくり**：復興後期になると、直接の被災者をしていない地域においても、10年という歳月がたつなかで、社会的リスクを抱える高齢者の増加などが顕著となる。住民同士のなかでも、「いつまでも被災者では困る」という声が聞こえるようになり、直接被災した地域との比較のなかで、「これからはすべての地区を平等に扱って欲しい」というニーズが出やすい。また熊本など、**直下型の地震の場合**は、津波型の災害と異なり、自宅の全壊、半壊、一部損壊、被害なしなどが、1つのコミュニティにおいてパッチワーク的に起きる。自宅に被害はなくとも、生活環境は一変しており、同じ被災者であるが、たとえば仮設住宅に入居した方への支援が手厚いのではないかと、といった不平不満も出やすい。いずれにせよ、応急的な支援から、恒久的な地域包括ケアシステムへとビジョンをもって転換していく必要がある。
- **コミュニティ再生戦略**：震災直後から、地域包括ケアシステムや住民の相互扶助などについて検討し、被災の有無に限らずコミュニティの再生戦略を検討し、ハード整備と一体になって進めることを検討しておくことが重要である。近年では、たとえば全世代型生涯活躍のまち（旧日本版CCRC構想）といった、ソフトとハードが一体となったコミュニティづくりのケースなどがある。復興終了後にむけて、市町村の総合計画のなかで、地域包括ケアやコミュニティのあるまちづくりを目指したビジョンづくりも重要とな

る。



参考 全世代型生涯活躍（CCRC）のまちのイメージ

出典：まち・ひと・しごと創生本部 生涯活躍のまち 日本版 CCRC