別紙 1

川西市認知症ケアネット作製委員会資料
（研究の趣旨説明）

第１回　川西市認知症ケアパス作成委員会

平成 29 年 10 月 10 日
ふれあいプラザ

委　員　会　検　討　内　容

１．挨拶（川西市認知症ケアパス作成委員会委員長）

２．全体趣旨説明（地域包括型ケアパス実証研究委員会委員長）

３．今後の進め方（平成２９年度）全体の流れの確認・共有

（１）スケジュール感の確認

（２）第１回住民座談会の進め方の検討（ルール・マニュアルの必要性）
・１０月１７日　１７：４５～　座談会のデモンストレーション
ルールは；
マニュアルは；

（３）第１回住民座談会の会場や時間、曜日の確認
・可能な限り多くの一般市民の参加を得る工夫
会場は；
時間は；
曜日は；

（４）第１回住民座談会の結果のとりまとめ
・とりまとめの方法
・第２回ケアパス作成委員会の開催による暫定版ケアパス原案の作成

（５）第２回住民座談会による暫定版ケアパス原案の住民への戻し
※　住民本位であることの証
→　これをしないと「聞きっぱなし」と行政・委員会が批判される。
※　まずは、座談会進行スタッフが、「やって良かった」と思えないと第二回につながらない。
→　達成感がないと「やらされ感」で非建設的になり継続しない。
※　参加した一般住民が、「来て良かった」、「楽しかった」と感じるような進行が極めて重要

（６）（５）の意見を踏まえた必要な修正

（７）暫定版ケアパスの市民への公表

（8）暫定版ケアパスに掲載された、住民団体や地域の社会資源、専門諸機関が、ケアパスが実際に効果を発揮して動いていくために、具体的にどのように活動していくかの検討

平成２９年度　認知症介護研究・研修東京センター研究事業

住民視点から策定する地域包括型認知症ケアパスの在り方に関する実証的研究　趣旨説明

１．研究名

住民視点から策定する地域包括型認知症ケアパスの在り方に関する実証的研究

２．研究の背景と目的

（研究の背景）

○　認知症の人は、病院や施設に入院・入所して暮らさざるを得ないという実態を改め、住み慣れた地域の良い環境で暮らせる方が良いという方向に転換する、いわゆる「ケアの流れを変える」ものとして、ケアパスが提唱（平成 24 年）され、全国の自治体で作成されつつあります。

> 新オレンジプラン（抜粋）
> （７）医療・介護等の有機的な連携の推進
> （認知症ケアパスの確立）
> 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ（「認知症ケアパス」）を確立することが必要である。２０１５（平成２７）年度からの第６期介護保険事業計画の策定に当たっては、地域で作成した「認知症ケアパス」を踏まえて介護サービス量の見込みを定めるよう求めている。
> また、認知症ケアパスは、地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の人一人ひとりのケアパスに沿って、支援の目標を設定しこれが認知症の人やその家族、医療・介護等関係者の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進していく。

○　作成されているケアパスは、認知症の進行に合わせて、いつ、どこで、どのようなサービスを受けられるかを住民や関係者に示すことを目的として作成されているため、容態の変化とそれに対応する公的サービスの組み合わせ表に留まり、認知症ケアへの住民参加（インフォーマル・サポート）が組み込まれていないものも多いと考えられます。

○　しかし、認知症の人を地域で支えるためには、住民の支援が不可欠であることはもちろん、ニーズを有しているのは住民自身であることからすれば、地域で支えるため

の課題を解決・軽減するサービス・サポートの在り方も、ニーズを有し、それを解決するためにサービスを利用し、サポートを得る主体である住民の視点で企画・実行・改善された方が良いと考えられます。

○　このような、住民の主体的な参画なくして、住民の「サポートの支援の担い手」としての活動は実現できず、サービス・サポートが住民のものになりません。住民自ら、主体的にニーズを発見し、住民共通の課題として認識・共有し、ニーズ解決のための担い手となっていくことを目指すのが地域包括ケアを深化・推進しつつ、地域共生社会の実現を志向する時代にふさわしいケアパスであると考えることができます。

ケアパスの役割は、住民等への公的サービスの周知と活用のためのパンフレットに留まらず、策定過程で住民と社会資源の力を引き出していくことが重要と考えます。この結果、容態の変化に合わせた公的サービスとインフォーマル・サポートが連結した「認知症の人を地域で支える体制」を構築し、介護保険事業計画に反映し政策形成にも結びつけていくことができるものと考えます。

（研究の背景）

本研究は、上記の趣旨を理解し、地域包括型のケアパスを２９年度に策定する自治体をモデル地域とし、住民の主体的な参加でケアパスを策定する実証を行い、その結果を普及することを目的とします。

３．研究方法

（実証研究のモデル地域）

兵庫県川西市

（実証研究の期間）

平成２９年度～３０年度

（研究の過程）

平成２９年度

①　市が設置したケアパス作成委員会委員に対する実証研究についての説明・理解・共有・協力依頼

②　ケアパス作成委員会による住民座談会等による住民視点でのケアパス作成についての手法の検討・実行

③　ケアパス作成委員会による暫定版ケアパスの策定と住民座談会等への戻しによる必要な修正

④　暫定版ケアパスの策定

平成３０年度

①　ケアパス作成委員会を改組した検証委員会による暫定版ケアパスの検証と修正の実施（例；住民や関係者に対するアンケートやヒヤリングの実施）

②　修正後ケアパスをパブリックコメント等により、必要があれば更に修正し、最終版ケアパスを策定

（研究の組織）

・　川西市は、認知症ケアパス作成委員会を設置する。（事務局は、市役所）

・　東京センターは、川西市が設置の認知症ケアパス作成検討委員会の中から数名を委員とする実証研究委員会を設置する。（事務局は、東京センター）

・　委員構成は次のとおり

	ケアパス作成委員会委員　（五十音順　敬称略）	
◎	井口俊也	川西市長寿介護保険課長
	石原奈保子	多田地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	大西芳枝	川西地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	岡田睦子	明峰地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	門田豊信	川西南地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	後藤　徹	川西市老人クラブ連合会会長
	篠崎善之	東谷地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	杉本　極	緑台地域包括支援センター認知症地域支援推進員
○	田中英之	川西市長寿介護保険課主幹兼中央地域包括支援センター所長
	谷掛みほ	清和台地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	西田小百合	川西市中央地域包括支援センター主査
	西本裕子	川西市社会福祉協議会主任　地域福祉チーム
	藤田喜志夫	川西市社会福祉協議会副会長加茂地区福祉委員会委員長
	本間雅志	川西市キャラバンメイト代表者会議代表
	松尾幸恵	川西市民生委員児童委員協議会連合会長
	森上淑美	川西市中央地域包括支援センター　主任介護支援専門員

	地域包括型ケアパス実証研究委員会委員　（五十音順　敬称略）	
○	井口俊也	川西市長寿介護保険課長
◎	佐藤信人	認知症介護研究・研修東京センター副センター長
	田中英之	川西市長寿介護保険課主幹兼中央地域包括支援センター所長
	中村考一	認知症介護研究・研修東京センター研修企画主幹
	西田小百合	川西市中央地域包括支援センター主査
	西本裕子	川西市社会福祉協議会主任　地域福祉チーム
	本間雅志	川西市キャラバンメイト代表者会議代表
	藤田喜志夫	川西市社会福祉協議会副会長加茂地区福祉委員会委員長
	松尾幸恵	川西市民生委員児童委員協議会連合会長
	森上淑美	川西市中央地域包括支援センター　主任介護支援専門員
	山崎佳子	杉並区地域包括ケア推進担当課長

参考

①座談会の広報物作成上の工夫

広報物を作成する場合には、一般人のボランティアに依頼し、市民が理解しやすく、参加意欲を高める内容・表現にする。

②参加人数の確保の工夫

・可能な限り多くの一般市民の参加を得るためには、どのような広報の仕方がよいか。

③座談会の進め方の工夫

・参加して良かった感を得るために、参加者がもれなく発言や意思を表出する機会・手法（例：ポストイット方式）

・楽しい雰囲気にするための手法

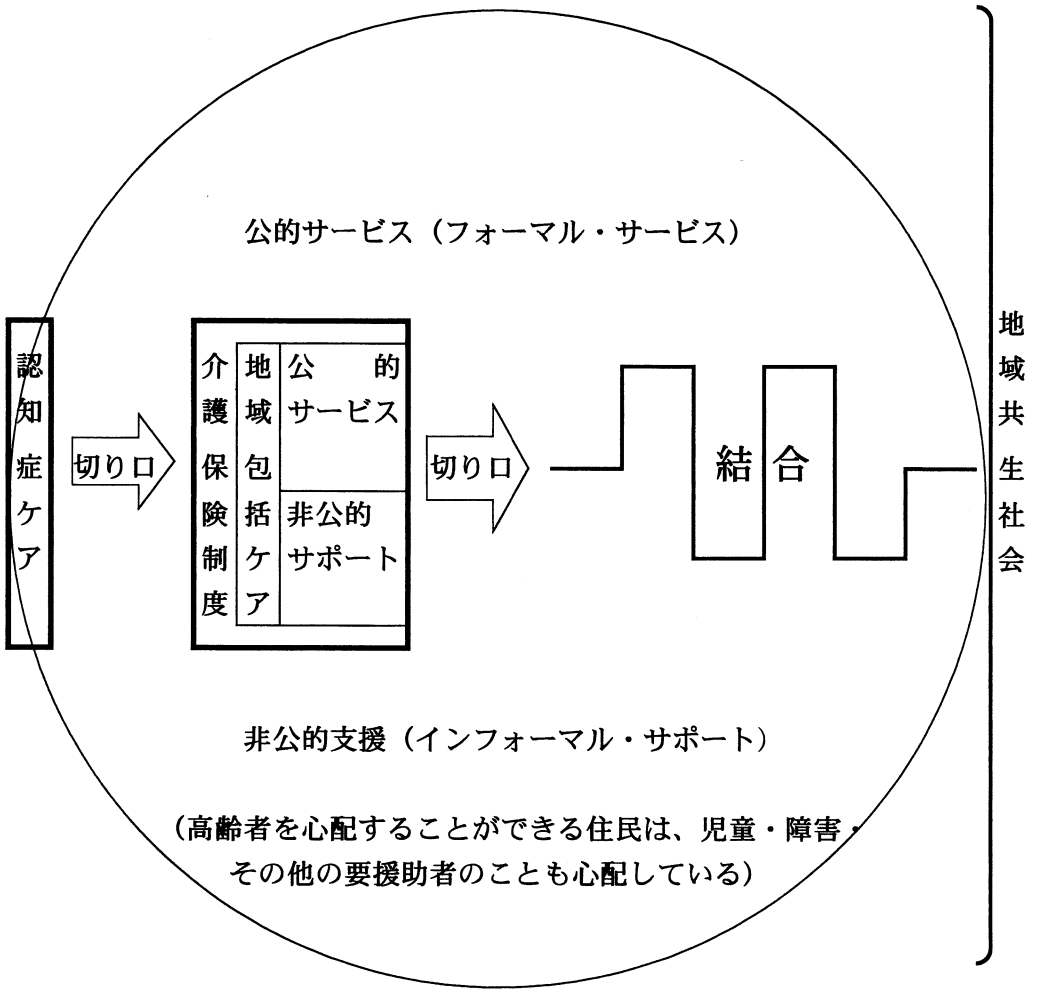
例；○お茶・お菓子の用意（研究費から支出）
○寸劇あるいは寸劇のＤＶＤを最初に行う。
例；中学生の認知症サポーターに練習して演じてもらう。
○話し合いのルール
・市の職員も一般市民として参加する。
・思いついたことを、できるだけ多く書き出す。
・決して批判をしない。
・参加者の誰一人も不愉快にならない。
・みんなが発言する時間を作る（一人に偏らないように）。

・グループの意見を上手にとりまとめるための練習をしておく（スタッフ）。

・聞きっぱなしではなく、全体をとりまとめた案の段階で、市民に公開し意見をもらうことの約束をする。

認知症ケアパスを切り口にした地域共生社会の展望　概念図

（全世代型・高齢、児童、障がい等の対象者横断型）



※　公的サービスは、援助対象者別に専門分化して発展してきたが、公的サービスのみでは全人的に生活全般を支えるニーズに対応する支援は困難であり、地域住民による支援が不可欠

※・地域住民は、要援助者を支援することにより幸せを感じる。
・要援助者は、支援してくれる地域住民に接して頑張る力を得る。
・地域住民は頑張る要援助者に接して、更に幸せになる。
・要援助者は一方的に支援を受ける人ではなく、周りの地域住民に幸せをくれる存在である。要援助者も地域社会の一員であり、そこには支える側・支えられる側という片側通行の関係はない。
・「あなたが幸せでなければ私は幸せではない」という思い遣りを持った地域住民（ケアリング・ピープル）により「地域共生社会」は実現する。
・そうした地域住民を作るのに「認知症ケアへの挑戦」は、有効な切り口である。

２０３５年の世帯推計

（国立社会保障・人口問題研究所　２０１４・４公表）

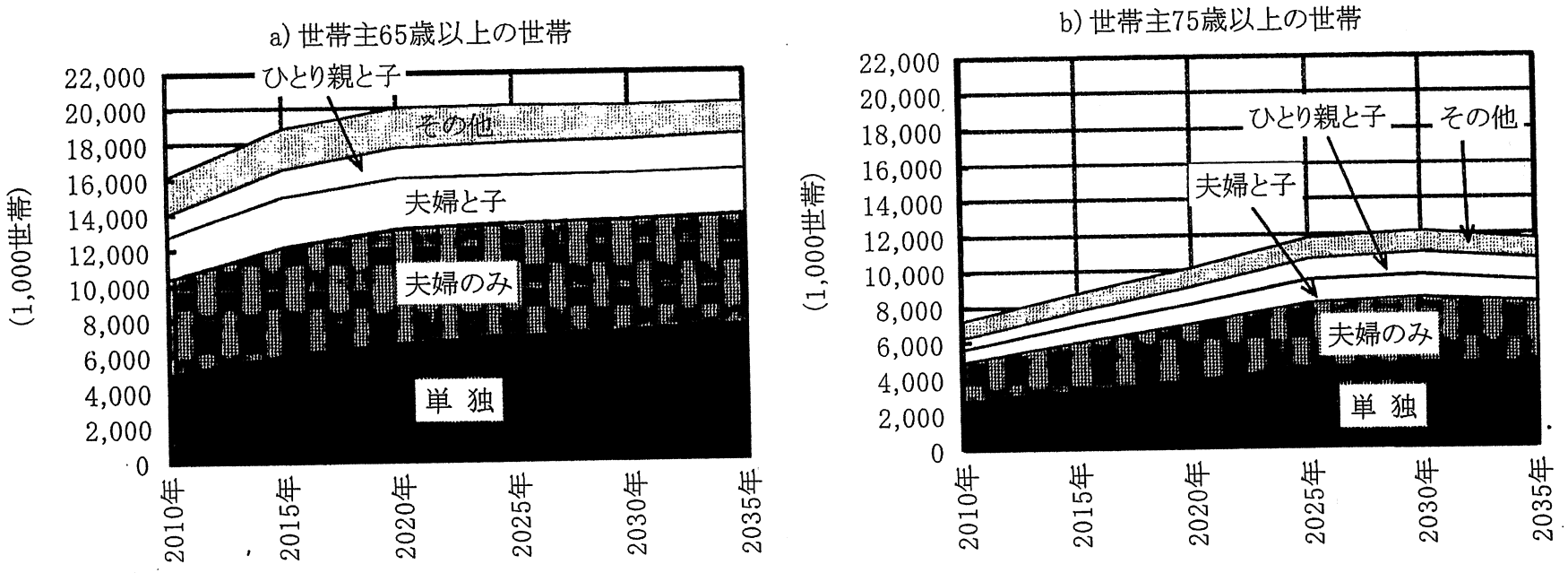


図 4.　世帯主 65 歳以上・75 歳以上の世帯の家族類型別世帯数の推移（2010～2035 年）

※　一般世帯に占める高齢者世帯の割合　４０．８％
※　高齢者世帯に占める単独世帯の割合　３７．７％

【参考】認知症の人の将来推計について

資料 厚生労働省

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%[4]

50年後 高齢者4割

2048年 1億人割れ

厚生労働省の国立社会保障・人口問題研究所は30日、2060年までの日本の将来推計人口を公表した。女性が生涯に産む子どもの数に近い合計特殊出生率は、50年後は1・35になるとし、前回（06年）の推計値1・26を上方修正した。ただ、人口の減少傾向は変わらず、10年の1億2806万人から60年は8674万人まで減る。65歳以上の高齢者が人口に占める高齢化率は60年に39・9％まで上昇し、人口の4割が高齢者という「超高齢化社会」の到来を予測している。

出生率は上方修正 1.35に

「50年後」の人口推計は、国勢調査に合わせてほぼ5年に1度実施され、年金の給付水準を決める年金財政のほか、経済成長などの指標の基礎データとして利用される。今回は、10年の国勢調査を基準に、標準的な「中位」、楽観的な「高位」、悲観的な「低位」の3種類の推計を行った。

中位推計では、出生率に関し、過去最低の1・26を記録した05年を底に上昇に転じ、10年に1・39まで回復していることから、長期見通しを引き上げた。同研究所は出生率上昇の理由について、経済状態の悪化などで出産を見合わせていた若い世代が30歳代半ば以降になって出産に踏み切ったと見ており、「出生率が大きく落ち込んだ2000年代前半が、あまりにも低すぎた」と分析している。

出生率は今後いったん減少するものの、その後上昇し、60年には1・35へ推移するとしている。それでも人口維持に必要な水準2・07には届かないため、人口減少は今後も続く。

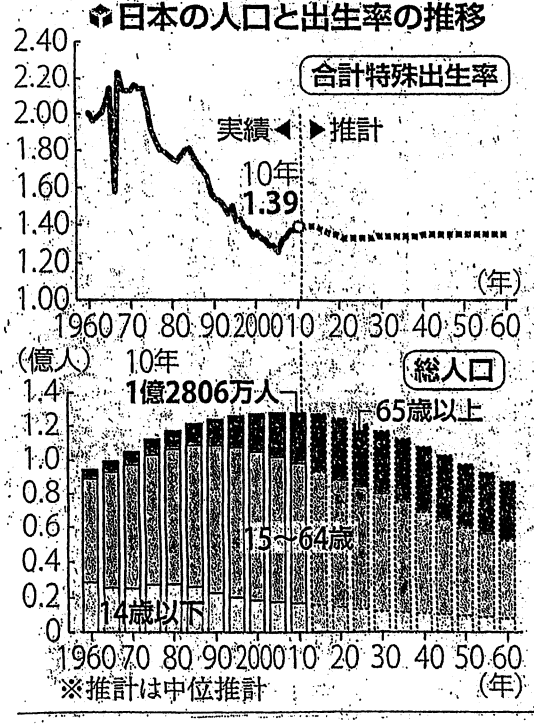
人口が1億人の大台を割り込むのは、前回推計より2年ずれ込み、48年となる。

平均寿命は、10年に79・64歳だった男性が60年に84・19歳に、女性は86・39歳が90・93歳にそれぞれ延びると見ている。65歳以上の高齢者人口は、42年にピークの3878万人、60年は3464万人となる。

一方、15歳未満の年少人口は10年の1684万人から60年には791万人に半減、人口に占める割合も13・1％から9・1％に低下する。経済活動の中心となる15～64歳の生産年齢人口は8173万人（人口割合63・8％）から4418万人（同50・9％）まで減少する。

日本の推計人口

◆日本の人口と出生率の推移



２０１２年１月３０日
読売新聞より

地域包括ケアシステムの構築について

資料　厚生労働省

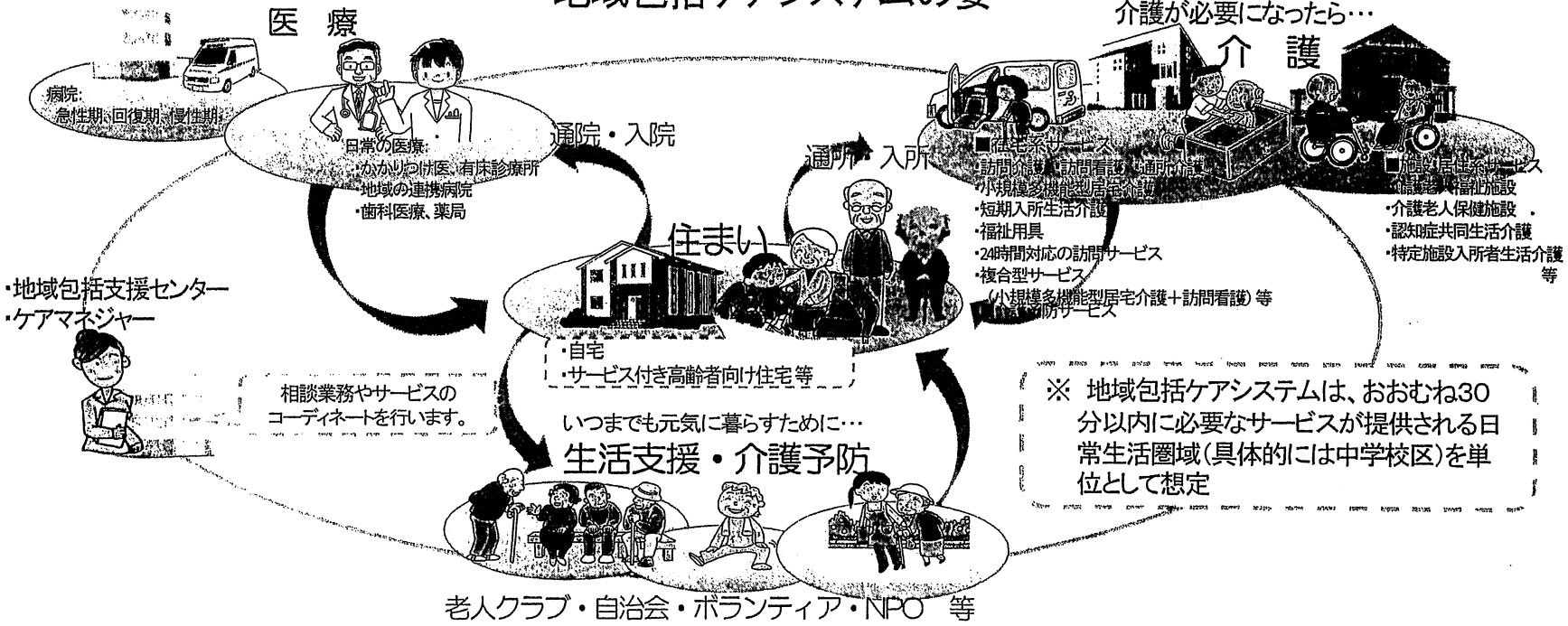
○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿



生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

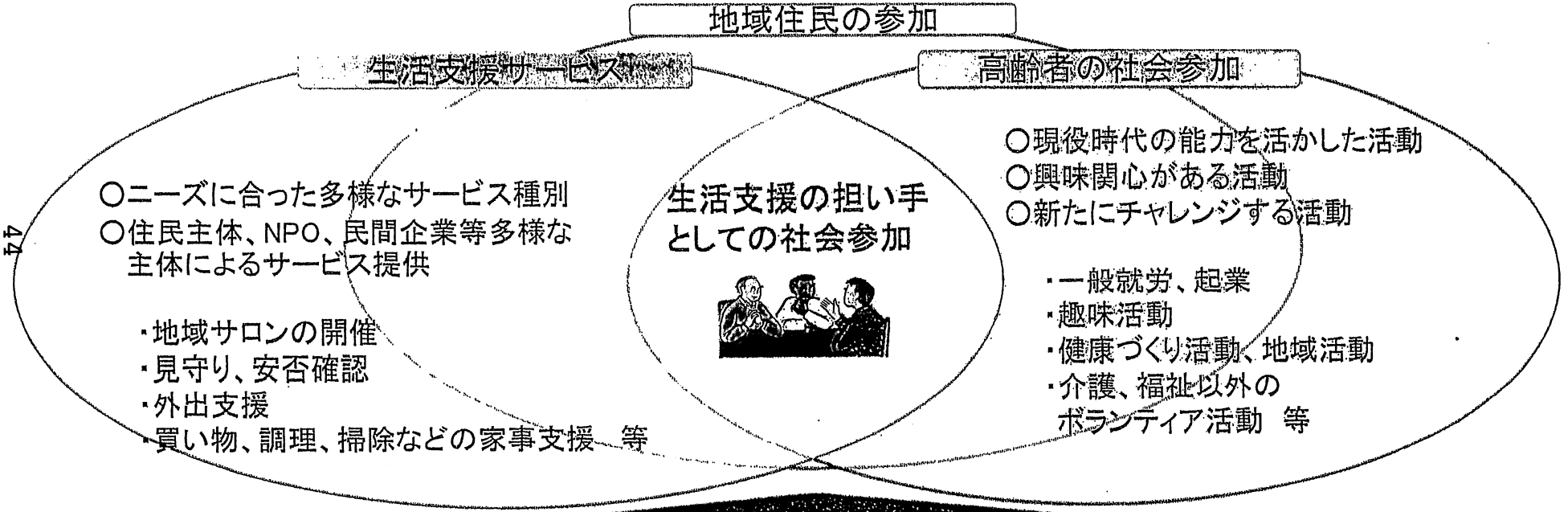
資料　厚生労働省

○　単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。

○　高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。

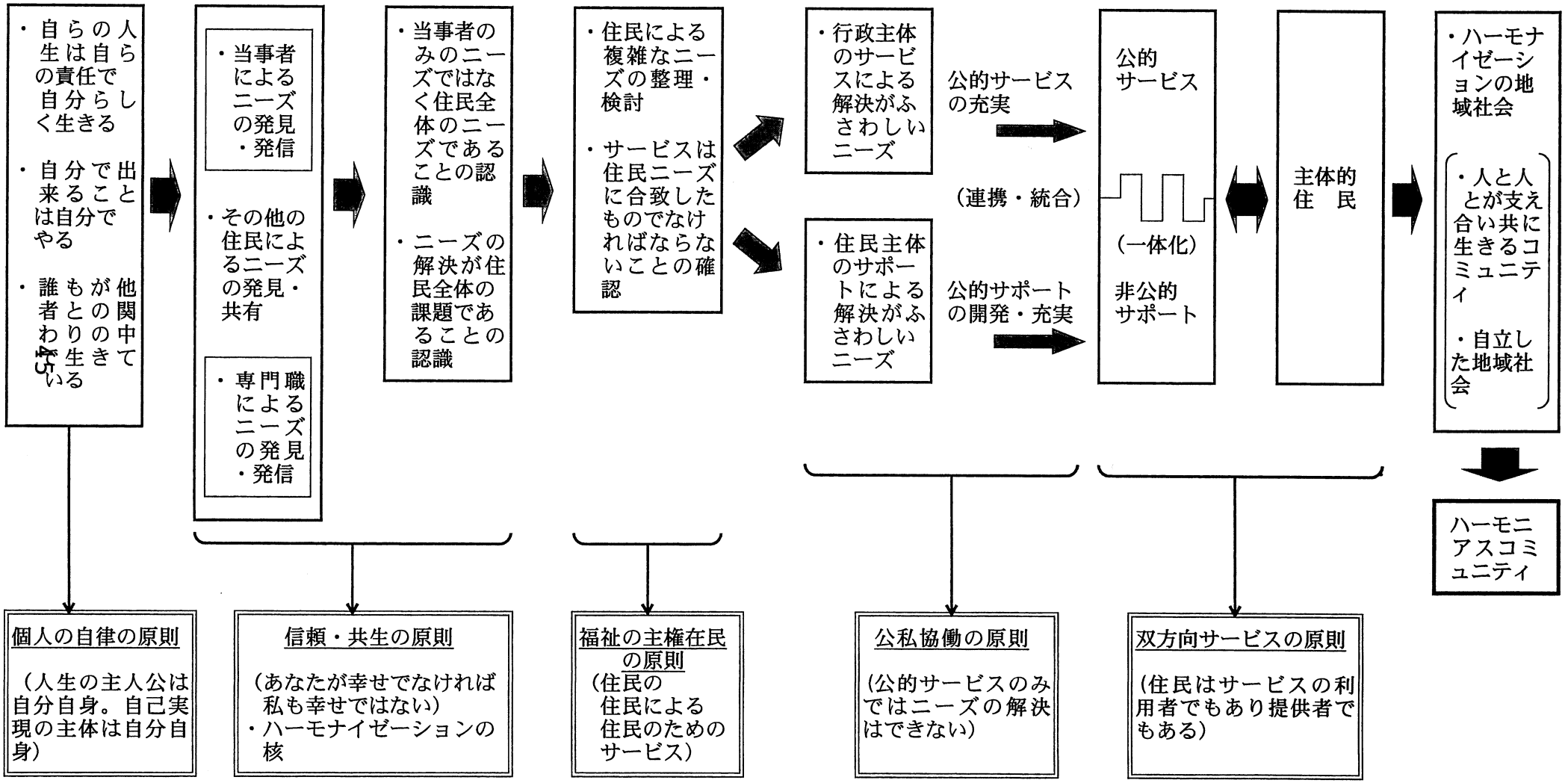
○　多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。

具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



「ハーモナイゼーション（地域づくり）の５つの原則」

（互いをよく知り、互いを認め尊重し、互いに影響し合いながら調和して共に生きる）



住民主体の大原則：（地域住民の５原則への主体的な参加が人と人との結びつきを強化する、それこそが地域福祉である。）

平成 15 年日本地域福祉学会高知大会佐藤講演資料を補正

地域包括ケア型ケアパスづくりのワークシート

※力は外からやってこない。力は私たちの内にある！
※自分の町のことだから、自分達で考える！

私はここにいる →

容態進行段階						
本　　人						
家　　族						
地域住民 ・ ・ ・ ・ ・						
地域資源 ・ ・ ・ ・						
専門諸機関						
行　　政						

※地域にあって役に立つものは、全て社会資源として参画