

■ 節目としての経過

平成26年4月 「地域包括ケア推進室」の設置

子どもから高齢者まで部局横断的な取組が可能となるように、健康福祉局の中に設置。平成28年4月に組織再編。



平成27年3月 「地域包括ケアシステム推進ビジョン」の策定

川崎市の実情に応じた「ご当地システム」として、本市としての基本的な考え方を示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を地域全体で共有し、具体的な行動につなげていく



平成28年4月 「地域みまもり支援センター」の設置

全ての地域住民を対象として、住民に身近な区役所で「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るために設置。



■ 様々な取り組み

ポータルサイト（情報共有）

- 川崎市における地域包括ケアシステムに関する取組を知る
- 医療・介護・福祉に関するイベント情報を知る
- 医療・介護・福祉に係わる多職種による情報共有



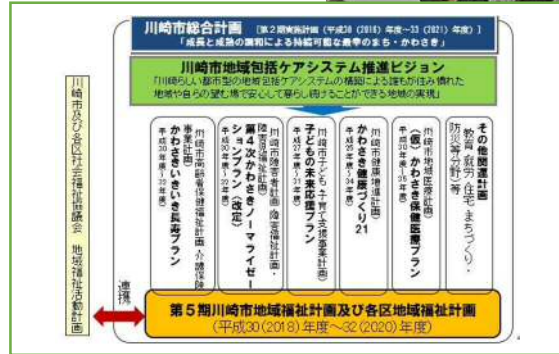
講演会（意識の醸成）



住民ワークショップ（地域づくり）



関連計画の策定（具体的な行動の反映）



地域みまもり支援センターは積極的なアウトリーチを行うとともに、多職種が連携した「個別支援の強化」と住民ワークショップ等を通じた「地域力の向上」に取り組んできた。

■ 視点別の主な取組

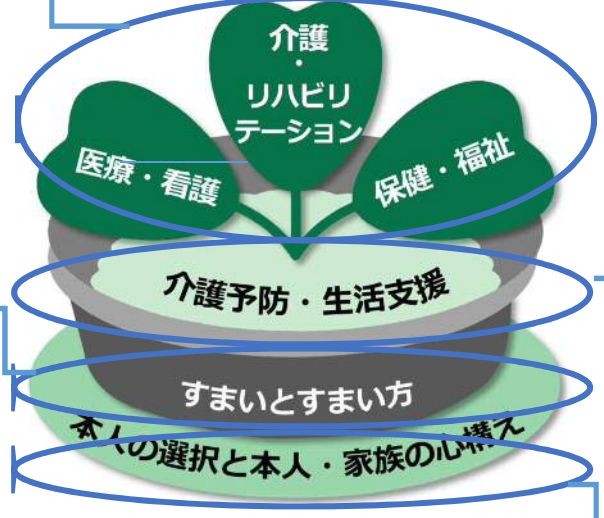
一体的なケアの提供

- ・ケアマネジメントツールの作成
- ・在宅療養推進協議会の設置（地域リーダー研修の開催）
- ・在宅医療・多職種連携マニュアルの策定



すまいとすまい方

- ・居住支援協議会の設置（住宅確保要配慮者ガイドブックの作成）
- ・重度障害者日中活動の場
- ・多世代連携モデル事業の実施



多様な主体の活躍

- ・健幸福寿プロジェクトの実施
- ・障害者雇用・就労の促進
- ・ボランティアの育成・活動支援

意識の醸成

- ・認知症アクションガイドブックの作成
- ・パラムーブメントの取組、理念浸透
- ・中学校給食を通じた食育の推進
- ・市政だより、リーフレット、マンガ等を活用した広報

地域マネジメント

- ・個別計画の実態調査、策定
- ・地区カルテの作成
- ・連絡協議会、ネットワーク会議の実施



■ 第2段階の取組

地域包括ケアシステム 第2段階の取組

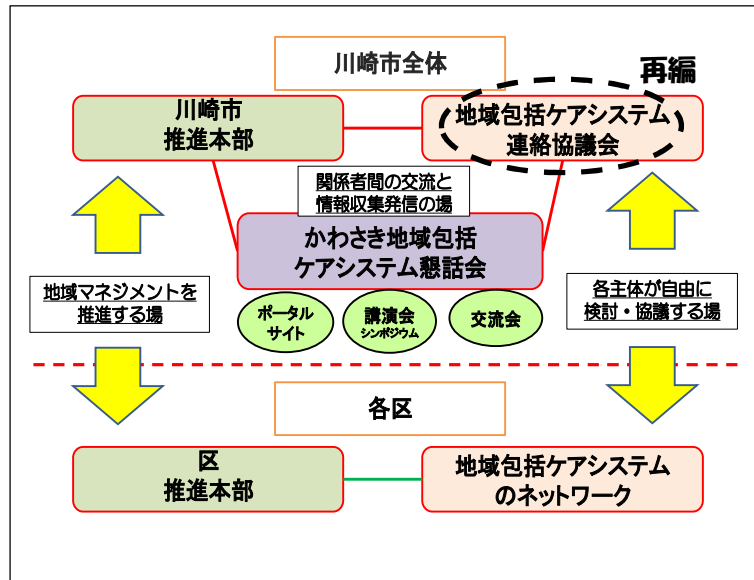
- 1 地域包括ケアシステムの理解・意識の浸透
- 2 在宅医療の推進
- 3 包括的な相談支援体制
- 4 地域づくり
- 5 地域みまもり支援センター組織体制の検討



連絡協議会（顔の見える関係）

安心して暮らし続けるために 第2のステージへ

意識づくり



- 【目的】**
- 将来あるべき姿の合意形成
 - 推進ビジョンの考え方が地域全体に共有されるよう、それぞれの役割に応じた具体的な行動の提示
 - 各主体間の意見交換

- 【会員】**
- ・現在の22団体
 - ・助産師会、栄養士会、獣医師会、鍼灸マッサージ師会、理学療法士会、介護福祉会、地域包括支援センター、障害者相談支援センターなど
 - ・社会福祉施設を運営する法人
 - ・民間事業者(地域みまもりネットワーク事業者を基本に)
 - ・NPO法人
 - ・地域の活動団体など多様な主体

【運営委員会】 連絡協議会の企画や行政報告に対する議論、意見提示

(1) 連絡協議会の拡大

これまでの連絡協議会は、地域包括ケアシステム構築を図るため、自由に検討・協議するための場を設置することにより、多様な主体が「顔の見える関係」を構築し、主体的な連携を進めることを目的にしてきた。

今後は、地域包括ケアシステムの理解度向上と意識の醸成を図るため、規模を拡大し、地域で活躍している団体等の発表の場や、参画する各主体の連携の接点となるよう見直す。

現行22団体

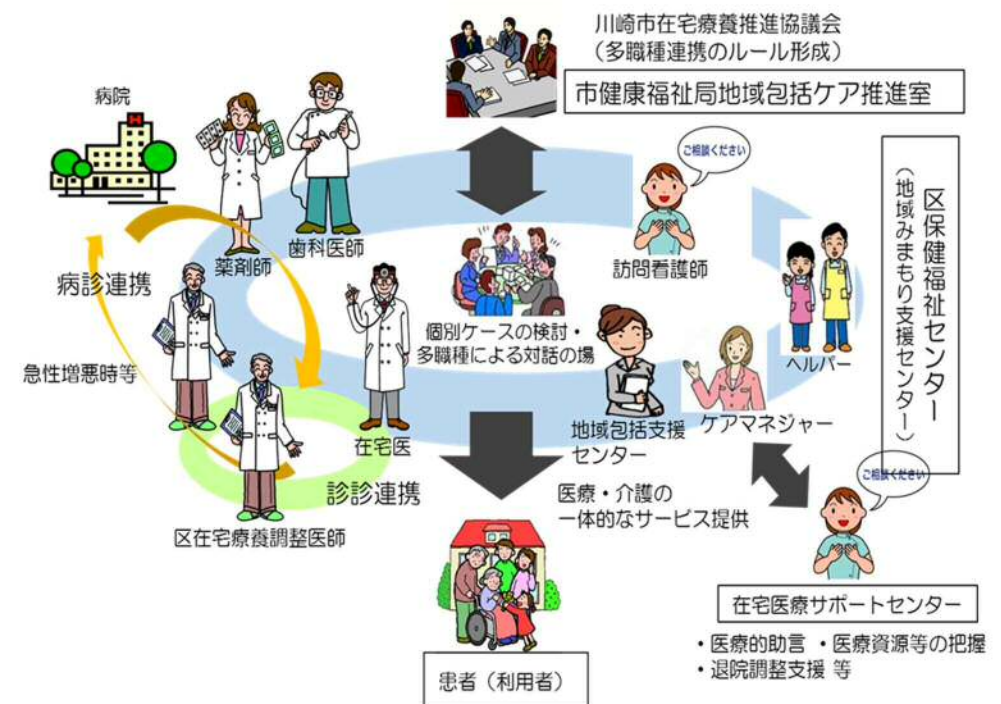
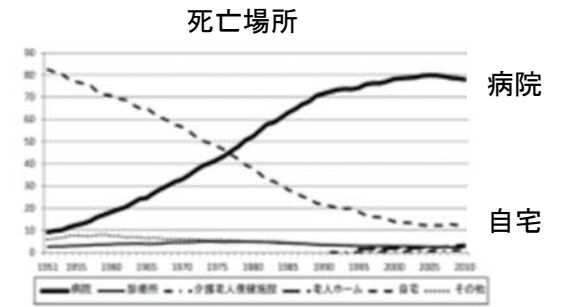
100団体に拡大

仕組みづくり

(1) 在宅医療の推進

○多くの人が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、入院医療や外来医療、介護・福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える在宅医療は、その実現に向けて重要な要素である。

○在宅医療を必要とする患者の増加が見込まれる中、自ら望む場で最期まで安心して暮らし続けることができるよう、また、人生の終末期における選択肢の一つとなるよう、医療と介護の連携を図りながら、看取りを含む在宅医療の体制構築や人材育成、地域住民への普及啓発に取り組み、在宅医療を推進する。



(2) 積極的な広報



ポータルサイト



※その他様々な広報媒体で普及啓発

- 多職種連携に向けたルールづくりやコーディネート
- 在宅医療を担う医療機関等の24時間365日対応の充実
- 在宅療養調整医師や在宅医療サポートセンターによる推進
- 地域居住の実現に向けた介護サービス基盤の整備
- 認知症高齢者等の地域による見守り機能の充実
- 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の育成
- 在宅医療やかかりつけ医等に関する住民への普及啓発
- 在宅医療、医療的ケア児への対応、精神科初期救急、地域包括ケア病床の整備等の情報連携に向けプロジェクトを立上げ



地域づくり

(2) 包括的な相談支援体制の推進

○高齢、障害、児童との分野ごとの相談では対応困難な、世帯の中で課題が複合化・複雑化しているケース、制度の狭間にあるケース、支援を必要とする人が自ら相談に行く力がなく、地域の中で孤立しているケースなどを確実に支援につなげる。

○家族の規範意識の強い日本では、家族には「支えなければ」という意識があり、本人には「迷惑はかけられない」という意識がある。家族そのものをまるごと支える仕組みが必要である。

○こうしたことから、行政による多機関が協働して包括的に受けとめる相談支援体制（包括的な相談支援体制）を構築することで、課題が深刻化する前に解決することができる

○支援機関や地域の関係者、関係機関と連携し、対象者を早期かつ積極的に把握し支援につながる。

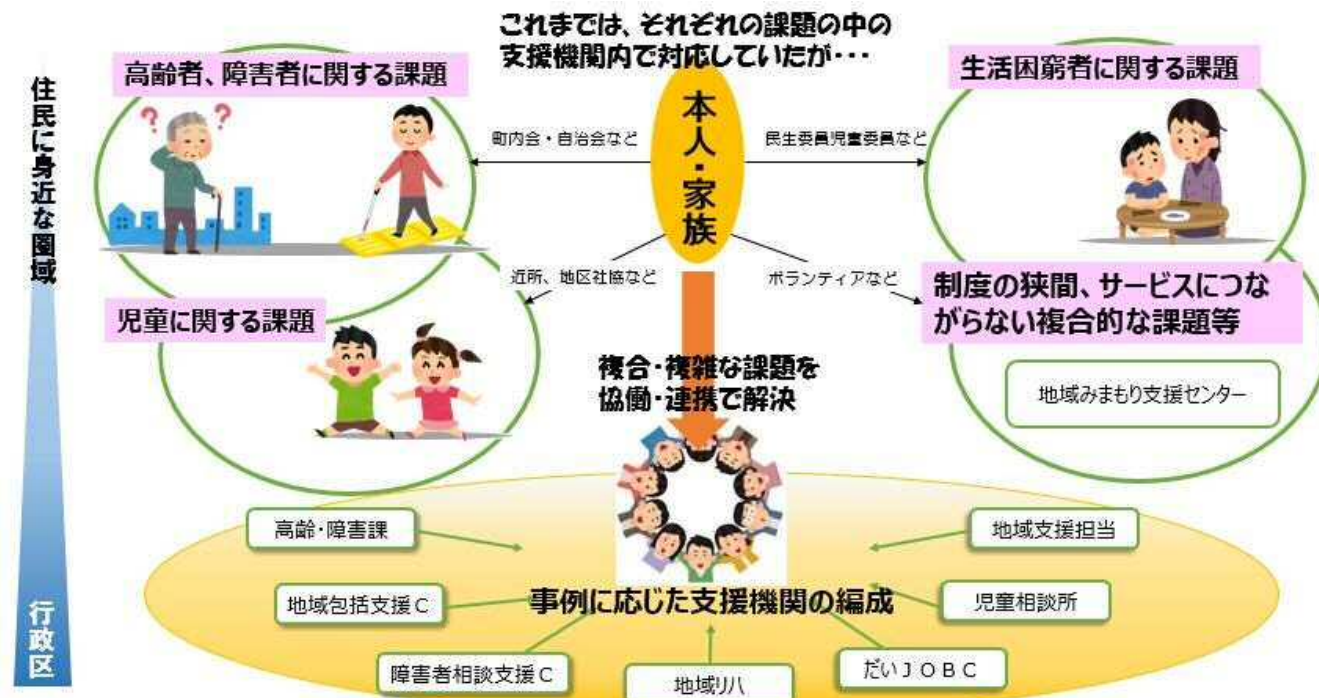
・実践を通じて、分野横断的な関係者の「顔の見える」関係（ネットワーク）を広げていく。
 ・ネットワークの形成や支援に当たっては、連携の中核の役割を担う機能が必要である。（個別課題ごとに協議し、相応しい機関が担う。）

・公的制度による専門的な支援のみならず、地域住民相互の支え合いも重要であり、地域住民・ボランティアとの協働も求められる。

○複雑化する課題に対応するため、高齢者の総合的な相談窓口である地域包括支援センターの体制強化を強化する。

○28か所の障害者相談支援センターの体制強化を検討し、複合的な課題への支援体制を構築する。

○地域みまもり支援センターと専門機関等（地域包括支援センター、障害者相談支援センター、地域リハビリテーションセンター、だいJOBセンター、社会福祉協議会など）との連携を強化する。



(1) 地区カルテを活用した自助・互助の活性化

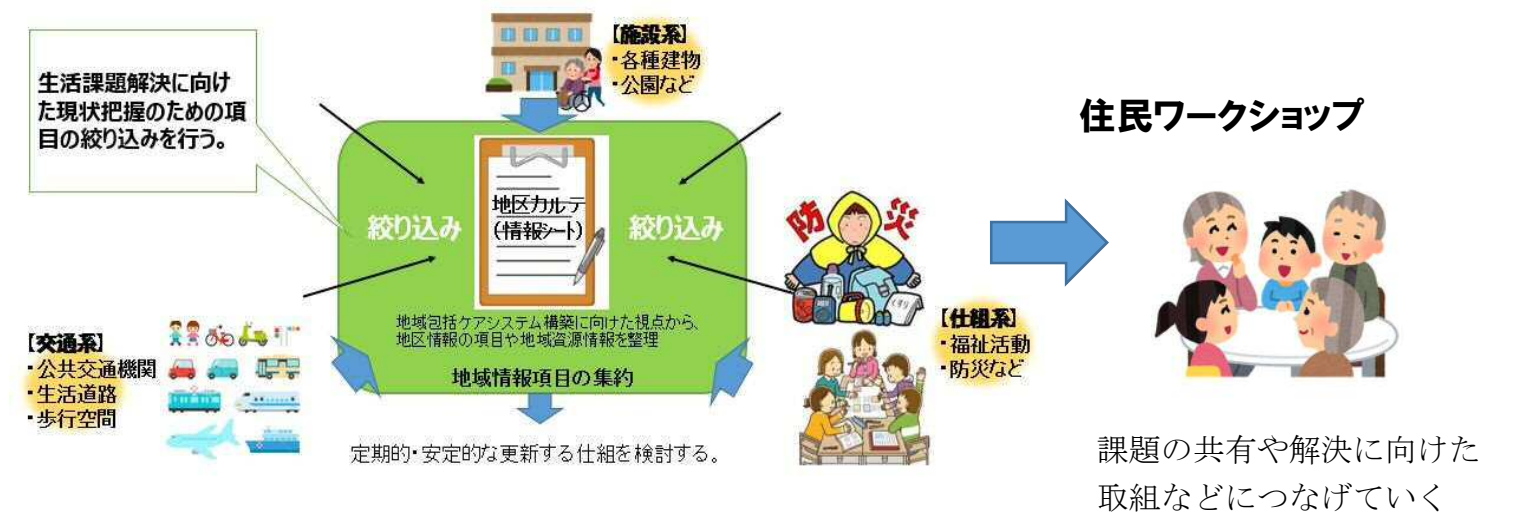
○個人を対象としたケアマネジメントと同様に、まずは地域全体をアセスメントした上で、目指すべき目標を明確化し、その達成のための資源・機能を関係者との協働のもとに整備し、地域目標の達成状況を継続的にモニタリングしていくなどの役割が求められる。

○地区カルテの整備・更新、地域課題の共有・解決に向けた住民ワークショップの開催、地域づくりのノウハウの整理・分析を進め、住民主導の地域課題解決の新たな仕組みを構築する。

○行政が住民の潜在的なニーズを把握しながら地域の強みや課題を分析し、整理する。

○地区カルテを作成して、関係主体（当事者）と共有する。行政は地域マネジメントのツールとして、専門職はケアマネジメントの基礎情報として、また、住民は住民同士の、各地区の2025年のビジョンを共有するツールとして活用する。

住民のニーズを尊重しながら、地域の住民と共に目的と課題を共有し、地域で育てていくという創造的な取組である。



(2) 多世代交流の推進

「こども文化センター」と「いこいの家」や「地域の寺子屋」など、様々な地域活動の場を活用した多世代交流や地域コミュニティの形成

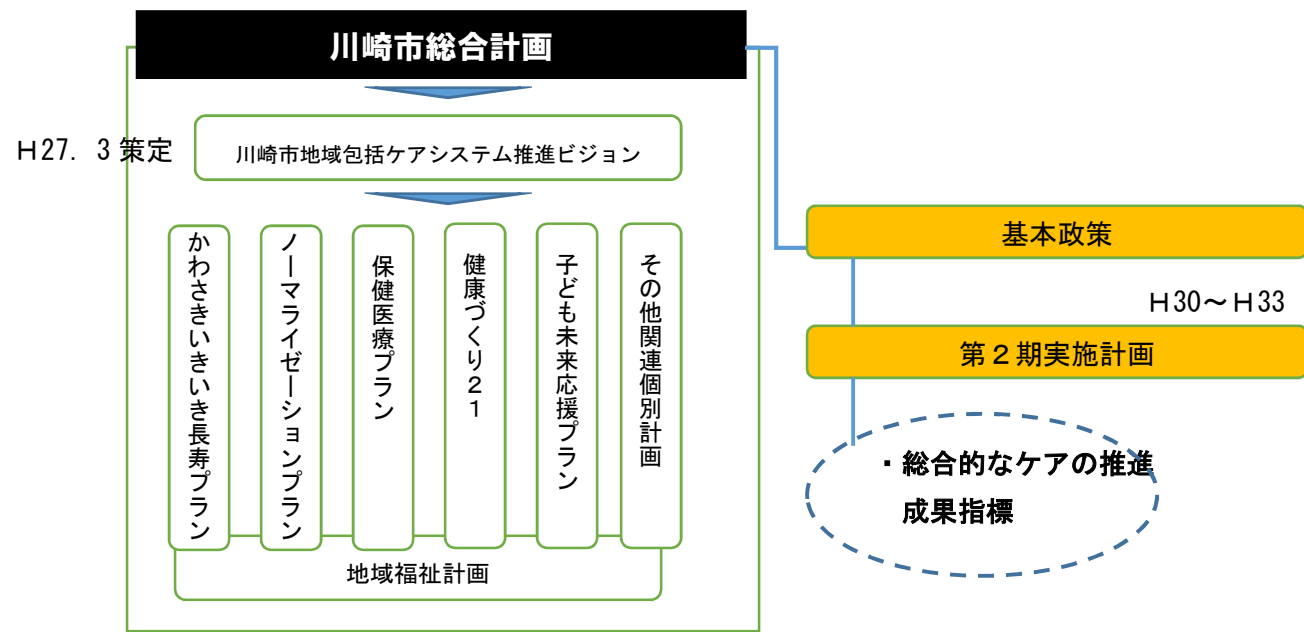
(多世代交流の風景)



(寺子屋の風景)



川崎市総合計画における施策体系及び成果指標の見直しについて



1 要介護認定率に係る成果指標の見直しについて

要介護・要支援認定者の割合を示す成果指標に、「前期高齢者及び後期高齢者に占める認定者数の割合」を新たに示し、より介護予防に資する取組の効果を分かりやすく把握できるよう修正を行った。

【第1期実施計画掲載内容】

名称 (指標の出典)	現 状	第1期実施計画期間 における目標値	第2期実施計画期間 における目標値	第3期実施計画期間 における目標値
高齢者のうち、介護を必要とする人(要介護・要支援認定者)の割合※ (健康福祉局調べ)	17.07% (平成26年度)	18.40%以下 (平成29年度)	20.50%以下 (平成32年度)	22.86%以下 (平成37年度)

【第2期実施計画掲載内容】

名称 (指標の出典)	計画策定時	現 状	第1期実施計画期間 における目標値	第2期実施計画期間 における目標値	第3期実施計画期間 における目標値
高齢者のうち、介護を必要とする人(要介護・要支援認定者)の割合※1 (健康福祉局調べ)	17.07%	17.91%	18.40%以下	19.18%以下	22.99%以下
	前期高齢者	前期高齢者	前期高齢者	前期高齢者	前期高齢者
	4.82%	4.77%	4.81%以下	5.15%以下	5.14%以下
後期高齢者	後期高齢者	後期高齢者	後期高齢者	後期高齢者	
32.02%	32.33%	32.59%以下	33.04%以下	35.50%以下	
	(平成26(2014)年度)	(平成29(2017)年度)	(平成29(2017)年度)	(平成32(2020)年度)	(平成37(2025)年度)

※第3期実施計画期間における目標値においては、特に介護予防による効果が期待される前期高齢者について、その取組の効果を見込み現状(平成29年度)と同水準に置すが、病床再編による追加需要分を考量し設定している。

2 その他の成果指標について

「認知症サポーター養成者数」及び「民生委員児童委員の充足率」の成果指標については、第2期実施計画での指標の設定は行わず、第3期実施計画の指標化に向け、そのもととなる新たな取組や収集すべきデータの検討を進める。

【第2期実施計画掲載内容】

指標名 (指標の出典)	指標の考え方	指標の実績値		指標の目標値			目標値の考え方
		策定時	現状	第1期	第2期	第3期	
5 民生委員児童委員の充足率 (健康福祉局調べ)	地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める中で、民生委員児童委員は、地域福祉の重要な担い手であり、その充足率の向上は、地域での支え合いのしくみづくりに大きく貢献することから、これを指標とすることで取組の成果を測ることができる。なお、取組の充実の観点から第3期実施計画における新たな指標の設定に向けた検討を進める。	90.5%	87.8%	96.2%以上	97.2%以上	98.2%以上	全国平均や政令指定都市平均を大きく下回っている現状があるため、段階的に政令指定都市平均(97.2%(H26)[2014])を超える水準まで改善していくことを目標とする。
算出方法	民生委員児童委員現員数(1,514名)÷民生委員児童委員定員数(1,724名)×100(%)	H27.4	H28.12	H30.4	H34.4	H38.4	
6 認知症サポーター養成者数 (累計) (健康福祉局調べ)	認知症サポーター養成講座には、子どもから高齢者まで幅広い年代の地域住民や、企業・商店の従業員などさまざまな主体が参加するため、認知症サポーター養成者数を指標とすることにより、多様な主体による地域での支え合いのしくみづくりの取組の成果を測ることができる。なお、取組の充実の観点から第3期実施計画における新たな指標の設定に向けた検討を進める。	24,034人 (H26) [2014]	41,980人 (H28) [2016]	35,900人以上 (H29) [2017]	78,480人以上 (H33) [2021]	110,480人以上 (H37) [2025]	過去の実績等を踏まえて作成した「第7期いきいき長寿プラン」における計画値に基づき、年間8,000人以上のサポーターを養成していくことを目標とする。 ※「いきいき長寿プラン」の改定に伴い、目標値を変更 ・第2期:53,900→78,480人 ・第3期:71,900→110,480人
算出方法	市が実施する「認知症サポーター養成講座」の受講者数の累計						

■ 「指標の考え方」に次の文言を追加

『なお、取組の充実の観点から第3期実施計画における新たな指標の設定に向けた検討を進める。』