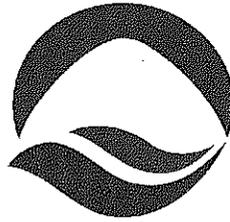


桑名市における 「地域包括ケアシステム」の構築に向けて

— 第1回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会 —



平成26年1月14日
桑名市副市長
田中謙一

1

I 「地域包括ケアシステム」の背景及び意義

II 「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組み

1. 医療・介護
2. 予防・生活支援
3. 地域ケア会議

III 「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の 位置付け及び進め方

IV 現時点で想定される論点

2

I 「地域包括ケアシステム」の背景 及び意義

桑名市の人口構造

	2010年 (実績)	2025年 (推計)	2040年 (推計)
0～14歳人口	20,426人 (100.0)	15,852人 (77.6)	13,269人 (65.0)
15～64歳人口	89,400人 (100.0)	80,794人 (90.4)	66,750人 (74.7)
65歳以上人口	30,464人 (100.0)	38,054人 (124.9)	42,183人 (138.5)
うち 75歳以上 人口	14,130人 (100.0)	22,458人 (158.9)	23,302人 (164.9)
総人口	140,290人 (100.0)	134,700人 (96.0)	122,202人 (87.1)
【参考】死亡者数	1,199人 (100.0)	1,683人 (140.4)	1,805人 (150.5)

注 括弧内は、対2010年比である。

<出典> 国立社会保障・人口問題研究所

及び 石川ベンジャミン光一 国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部がん医療費調査室長

【参考1】桑名市の年齢階層別人口の推移

- 総人口及び65歳以上人口は、増加。
- 15～64歳人口及び0～14歳人口は、減少。

	平成20年3月		平成25年3月
0～14歳人口	21,113人	-670人	20,443人
対総人口比	14.89%	-0.53%	14.36%
15～64歳人口	93,051人	-3,064人	89,987人
対総人口比	65.62%	-2.42%	63.20%
65歳以上人口	27,633人	+4,318人	31,951人
対総人口比	19.49%	+2.95%	22.44%
総人口	141,797人	+584人	142,381人

<出典> 桑名市

5

【参考2】桑名市の死亡場所別死亡者数の推移

	平成13年		平成23年
死亡者数	914人 (100.0%)	+250人 (±0%)	1,164人 (100.0%)
うち病院	681人 (74.5%)	+158人 (-2.4%)	839人 (72.1%)
うち診療所	72人 (7.9%)	+24人 (+0.3%)	96人 (8.2%)
うち老人保健施設	8人 (0.9%)	+52人 (+4.3%)	60人 (5.2%)
うち老人ホーム	9人 (1.0%)	+20人 (+1.5%)	29人 (2.5%)
うち自宅	122人 (13.3%)	-17人 (-4.3%)	105人 (9.0%)
うちその他	22人 (2.4%)	+13人 (+0.6%)	35人 (3.0%)

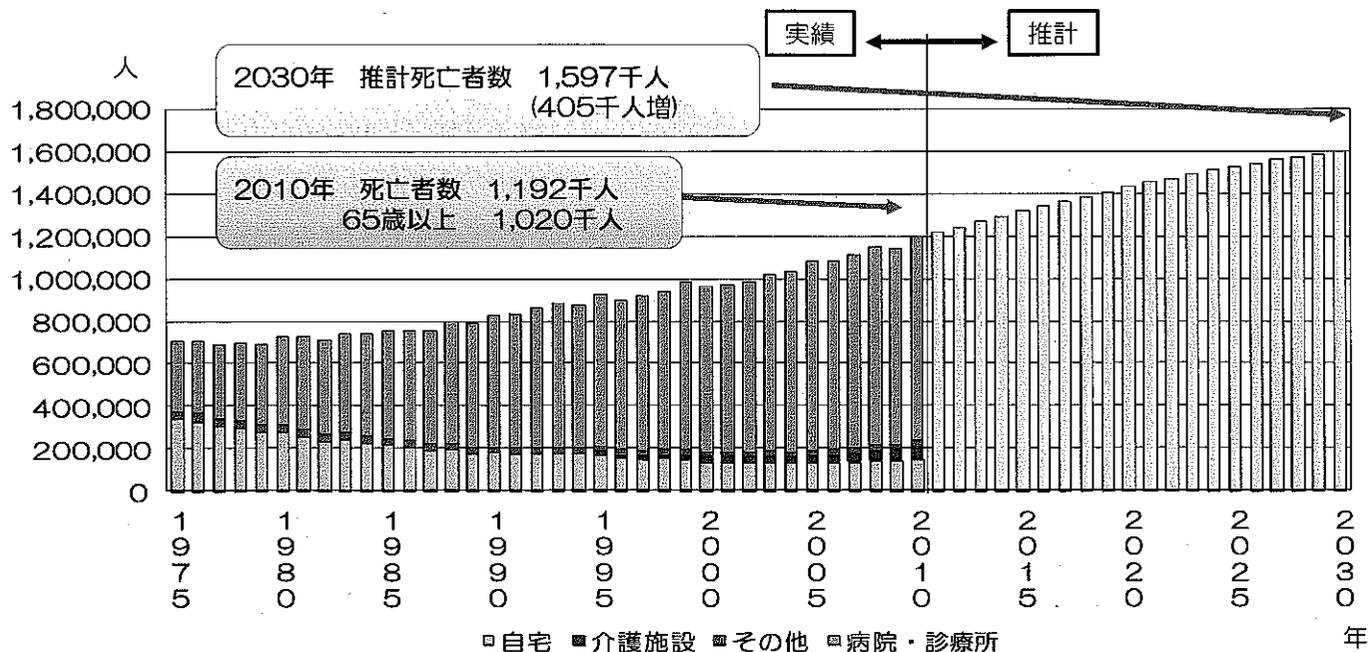
注1 平成13年は、旧桑名市、旧多度町及び旧長島町の合計である。

注2 括弧内は、死亡者数に占める比率である。

<出典> 三重県衛生統計年報

6

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

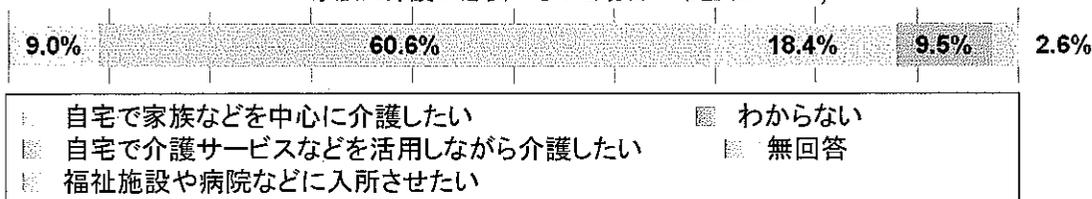
7

介護に関する桑名市民の考え方

1. 家族に介護が必要になった場合の希望

- 「自宅で介護サービスなどを活用しながら介護したい」が60.6%。
- 「福祉施設や病院などに入所(入院)させたい」が18.4%。

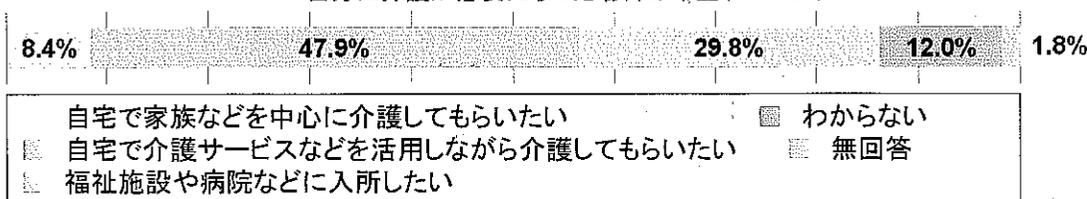
家族に介護が必要になった場合の希望 (n=1404)



2. 自分に介護が必要になった場合の希望

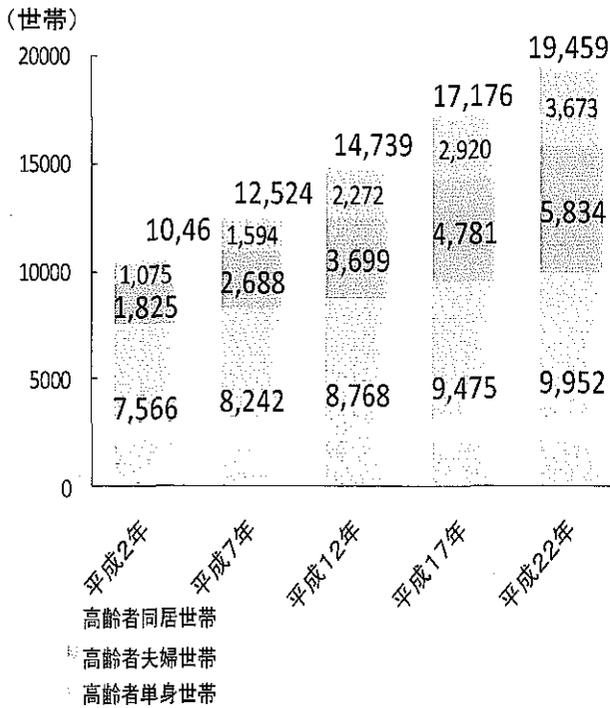
- 「自宅で介護サービスなどを活用しながら介護してもらいたい」が47.9%。
- 「福祉施設や病院などに入所(入院)したい」が29.8%。

自分に介護が必要になった場合の希望 (n=1404)

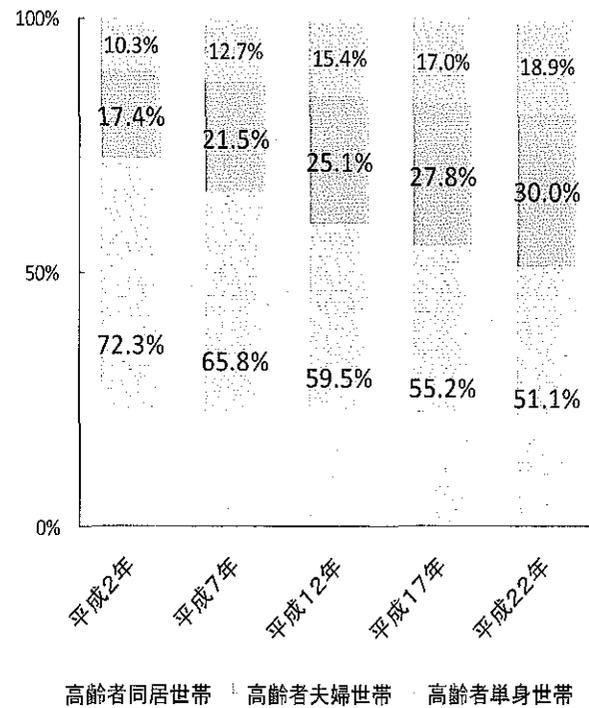


【参考】桑名市の高齢者世帯の状況

1. 世帯類型別の世帯数



2. 世帯類型別の構成割合



< 出典 > 国勢調査

9

自助・互助・共助・公助の役割分担

平成20年度地域包括ケア研究会報告書より抜粋

- 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要。

自助

自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持

互助

インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等

共助

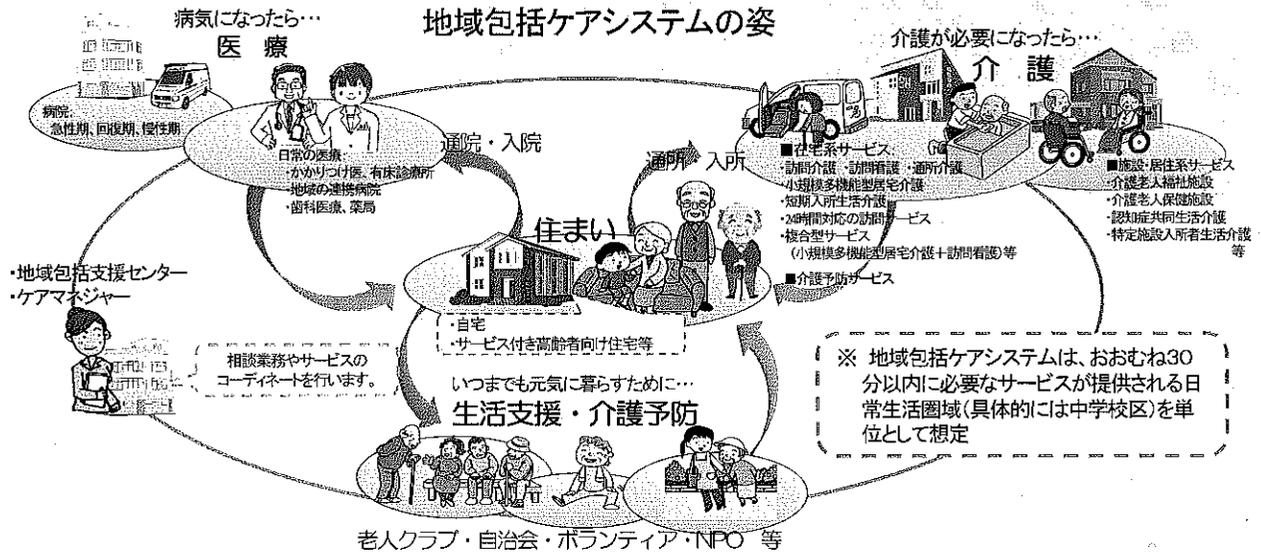
社会保険のような制度化された相互扶助

公助

自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

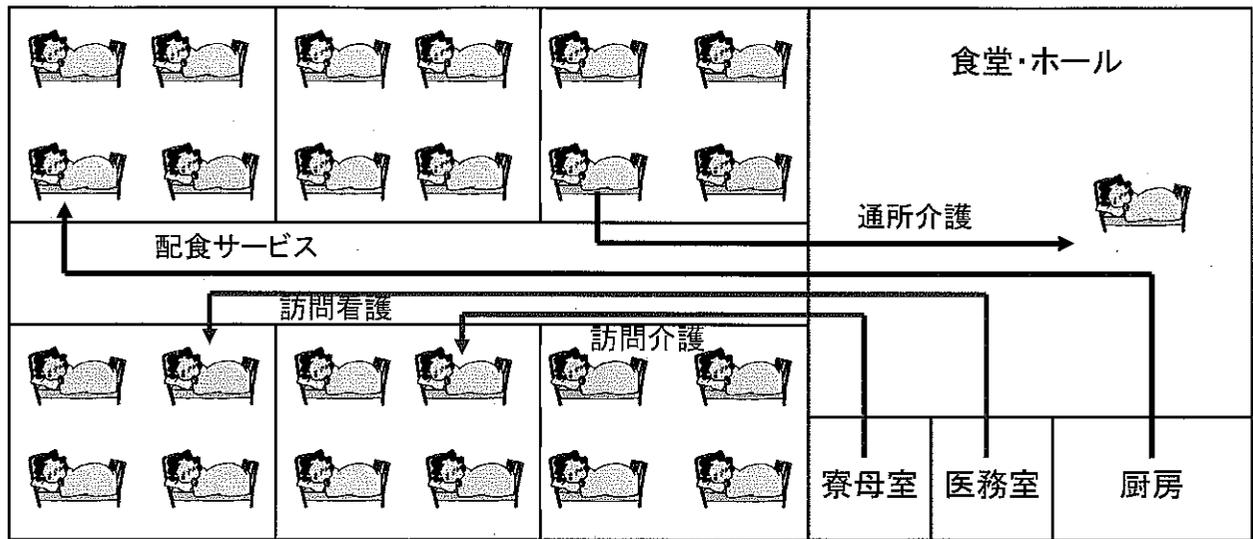
地域包括ケアシステムの構築について

- 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・生活支援が一体的に提供される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。



【参考】「地域包括ケアシステム」の定義

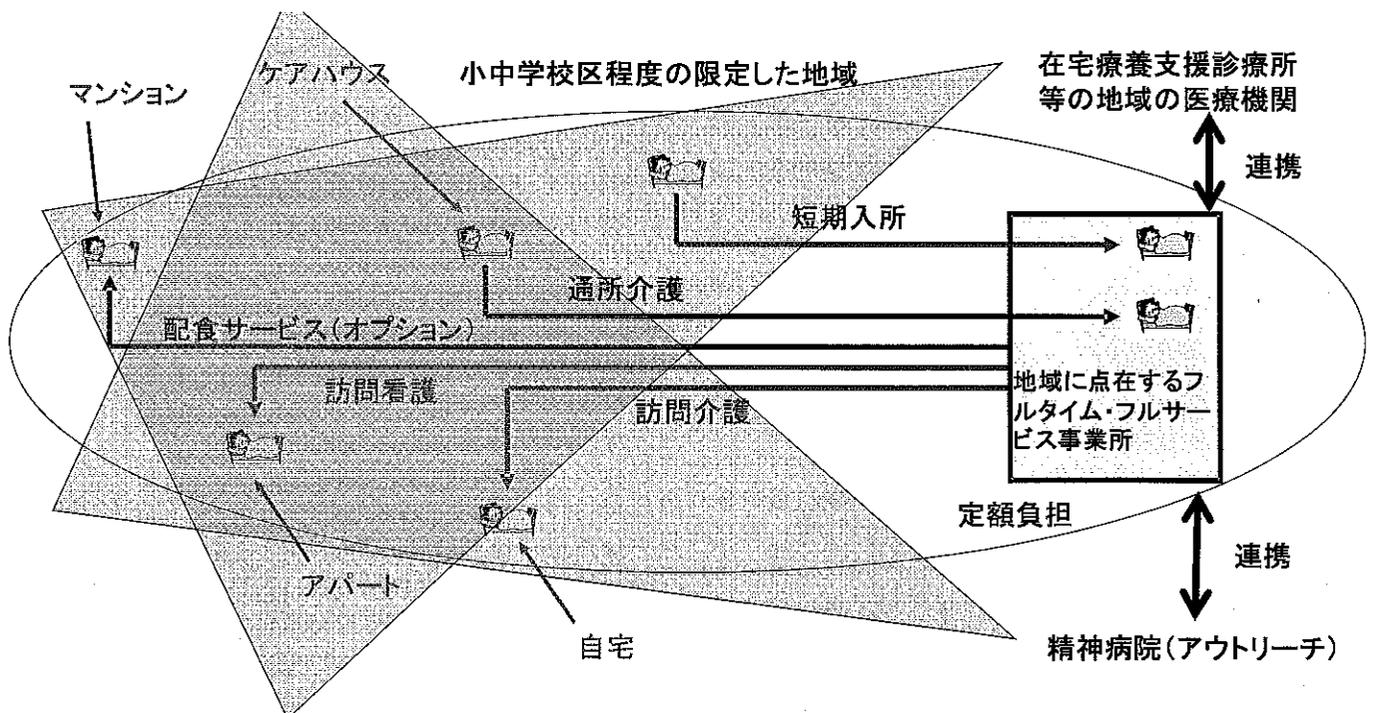
「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう(中略)。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」
(「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年法律第112号)第4条第4項)



施設の仕組み(一定エリア包括報酬)

通所介護・訪問介護・訪問看護・配食サービスを効率的に提供するために、利用者を集約して定額制でサービスを提供する仕組み、欠点は地域からのかい離と管理される社会

13



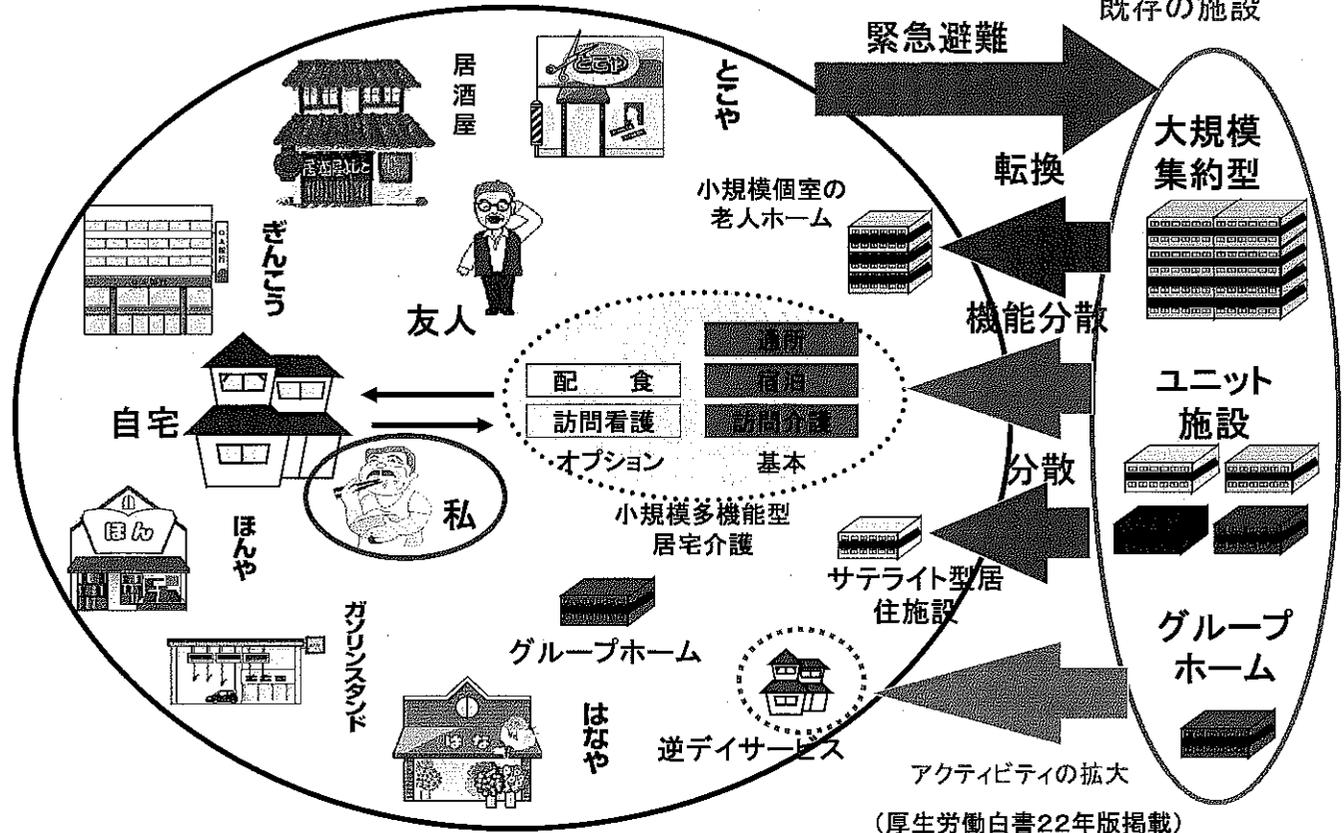
暮らしの中に、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所などの医療機関があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能(施設の箱をはずして、機能を地域に展開すること)

地域包括ケアシステム

合わせて認知症に対する診断・治療とフルタイム・フルサービスが連携すれば認知症の高齢者も地域社会で生活できる

14

私の築いてきた人生は地域の中にある
他者との関係の中で生きている



今までの介護保険は在宅と施設の負担が不均衡であったが、小規模・定期巡回・複合型によって在宅も定額制に変更

在宅は回転寿司と一緒に出来高負担

家事援助
2080円/時間
24時間×30日
1497600円/月

通所介護 (介護3)
9510円/8時間
855900円/月

身体介護
4020円/時間
2894400円/月

訪問看護
8300円/時間
24時間×30日
5976000円/月

**施設は飲み放題食べ放題で定額負担
必要な人にサービスを集中**

介護保険施設
療養
老健
特養
GH
利用回数ではなく
一月定額

小規模多機能型居宅介護
複合型サービス
定期巡回・随時対応
訪問介護・看護

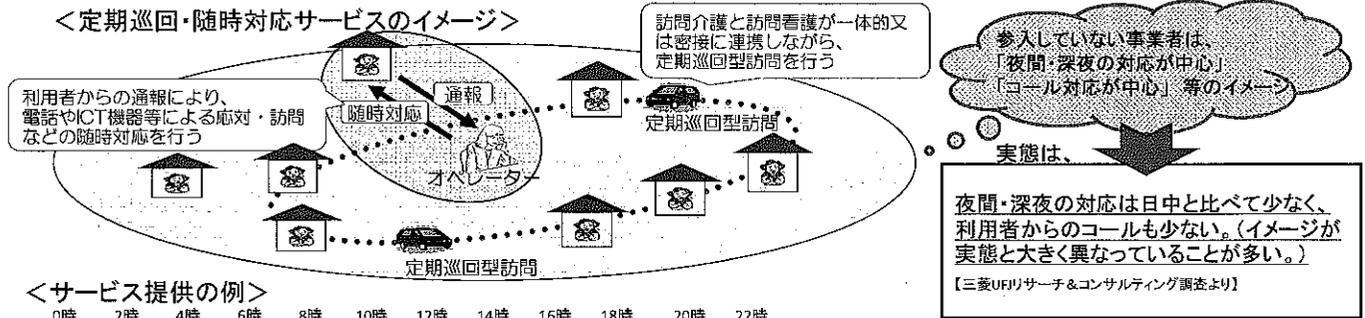
要介護1	191700円/月
要介護2	213000円/月
要介護3	234000円/月
要介護4	255300円/月
要介護5	276300円/月

利用者は一割負担

(参考) 定期巡回・随時対応サービスの概要

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(2012年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

水分補給
更衣介助

通所介護

通所介護

排泄介助
食事介助

排泄介助
食事介助
体位交換

体位交換
水分補給

定期巡回

随時訪問

訪問看護

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけでなく、必要に応じて随時サービスを受けることが可能

<参考>

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

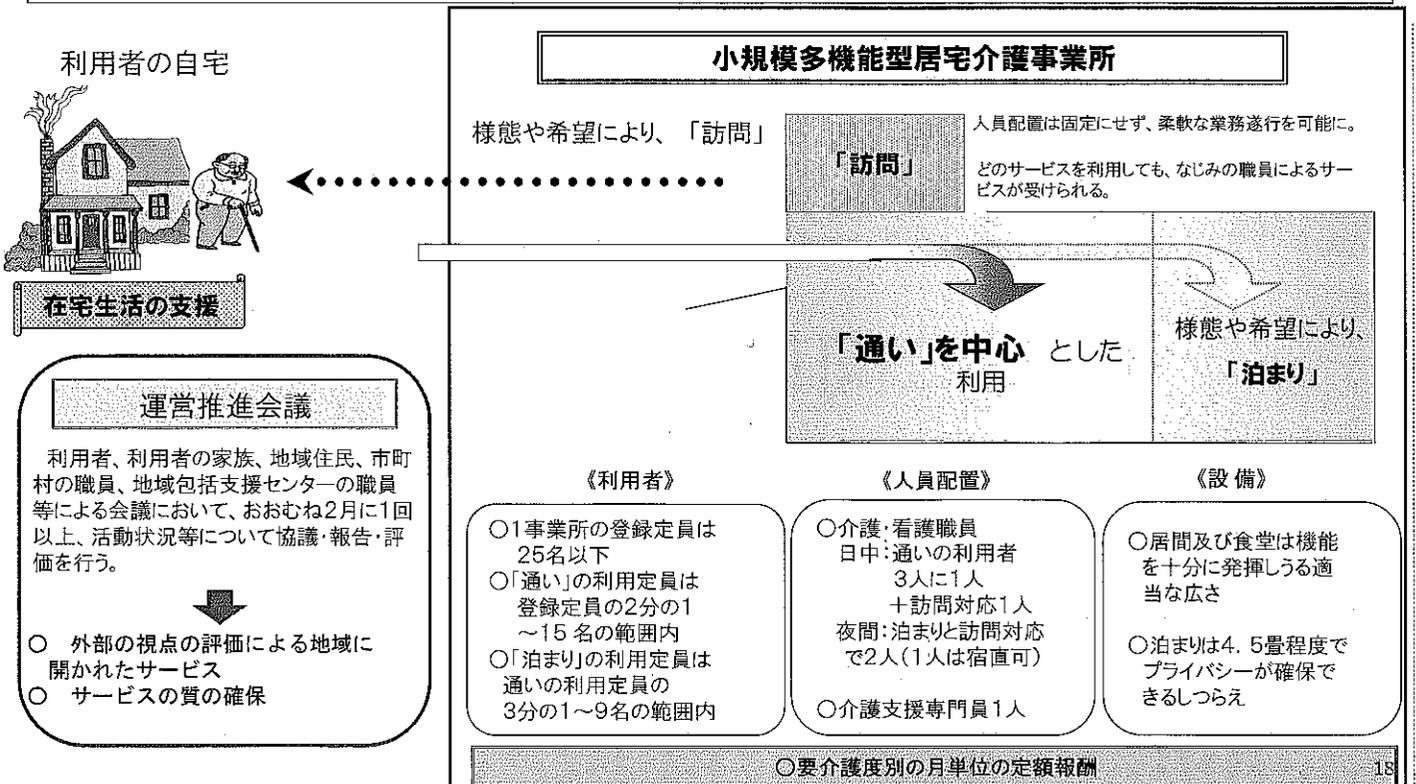
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障・税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

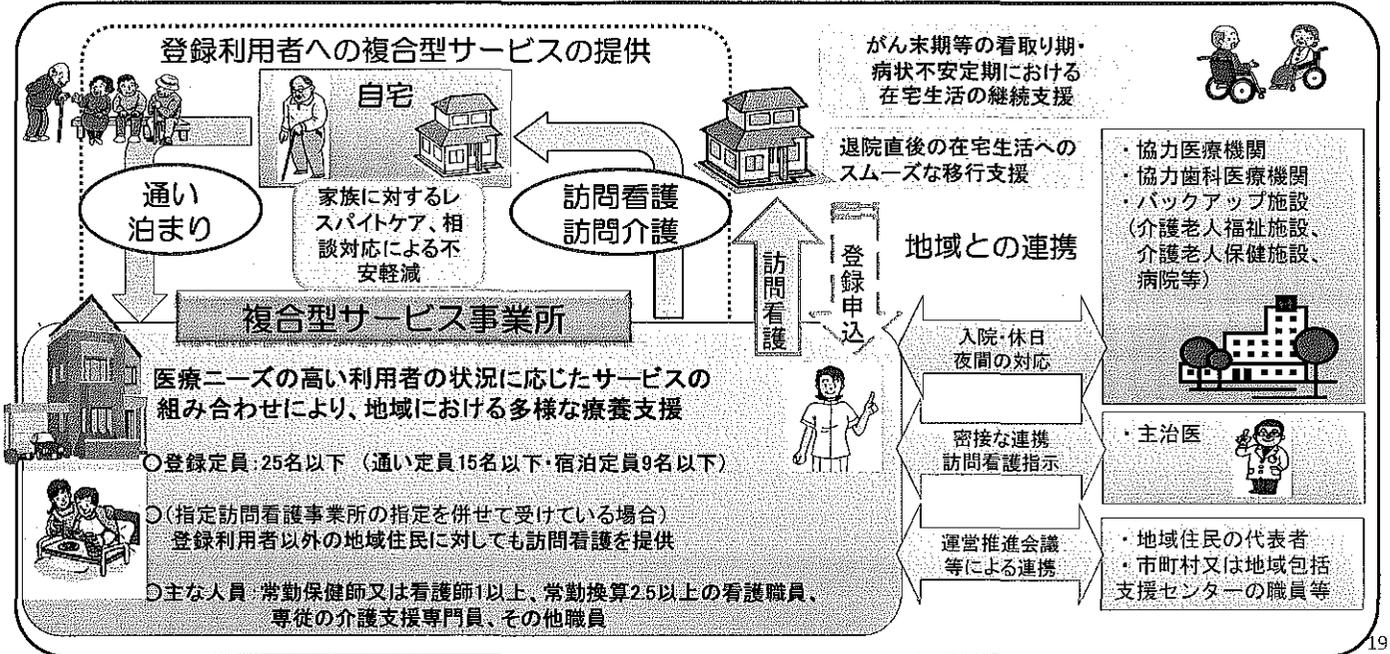
(参考) 小規模多機能型居宅介護の概要

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



(参考) 複合型サービスの概要

- 複合型サービスでは、主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」、「泊まり」、「訪問看護」、「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状況に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。



II 「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み

1. 医療・介護

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(1)

1. 「桑名市在宅医療及びケア研究会」

- 医療・介護専門職相互間での「顔の見える関係づくり」は、医療と介護との連携の推進の前提。



平成24年8月2日
「第4回桑名市在宅医療及びケア研究会」

- 平成23年7月、医療・介護専門職団体を代表する者等によって構成される「桑名市在宅医療及びケア研究会運営委員会」を設置。
- 平成23年10月以降、7回にわたり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、医療相談員、介護支援専門員、介護専門職、地域包括支援センター職員等の参加を得て、在宅の看取り等の事例を検討する「桑名市在宅医療及びケア研究会」を開催。

(注) 平成25年12月現在、在宅療養支援病院は3か所、在宅療養支援診療所は16か所、在宅療養支援歯科診療所は6か所。

【参考1】「桑名市在宅医療及びケア研究会」の開催状況

第1回－平成23年10月18日(火)19:30～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「顔の見える関係づくり、日ごろの思いを語ろう!!」 参加者：136人

第2回－平成24年 2月 2日(木)19:00～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「お互いの業務を知ろう!!」 参加者：81人

第3回－平成24年 4月19日(木)19:00～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「お互いの業務を知ろう!!」 参加者：109人

第4回－平成24年 8月 2日(木)19:00～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「お互いの思いを知って、今後の連携にいかそう!!」 参加者：75人

第5回－平成24年11月29日(木)19:00～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「実践事例、ここまでできた! 医療、福祉、介護の連携」 参加者：85人

第6回－平成25年 3月13日(水)19:30～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「こんなに大切なんだ! 在宅での歯科診療と口腔ケア」 参加者：105人

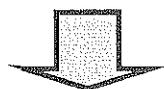
第7回－平成25年 8月 1日(木)19:00～21:00 くわなメディアライブ

テーマ：「桑名市における在宅医療の推進に向けて」 参加者：135人

23

【参考2】在宅の看取りの事例のイメージ

- 子と同居する高齢者。
- 脳梗塞後遺症で要介護5。



- 毎週、医師が訪問診療を提供。
- 毎日、看護師が訪問看護(点滴、身体の保清等)を提供。
- 毎日、ホームヘルパーが訪問介護(排泄介助、食事介助等)を提供。

24

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(2)

2. 主治医と介護支援専門員との連携

- 平成25年5月、「桑名市在宅医療及びケア研究会運営委員会」において、地域包括支援センターの提案を受けて、「主治医とケアマネジャー(介護支援専門員)の連絡票」を作成。
- 平成25年6月より、「主治医とケアマネジャー(介護支援専門員)の連絡票」を運用。

御中・様 123456789

(送付先が別館の病院の窓口等の場合等に記入)

主治医とケアマネジャー(介護支援専門員)の連絡票

医療機関名:	事業所名: 平成 年 月 日	
主治医氏名:	介護者名:	
先生	先生	
	電話番号:	
	Fax番号:	

日頃より大変お世話になっております。下記利用者様の介護保険のケアマネジャーを担当しております。以下の件について、先生のご指導を賜りたくご連絡させて頂きました。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願い申し上げます。
なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、ご本人・ご家族の同意を得てご連絡いたしました。

利用者	氏名	住所	生年月日	性別	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
	連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたっての意見 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ・照会 <input type="checkbox"/> 医療系サービス導入について <input type="checkbox"/> 利用者の心身状況の変化についての相談 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与にあたっての医学的所見(軽度者福祉用具貸与の主診医の意見を含む) <input type="checkbox"/> その他()				
<内容>						

主治医回答欄 (下記にご記入の上、Faxにてご返信ください)

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接来ていただきます(前日 月 日 昼頃着陸してください)
	<input type="checkbox"/> 電話で済みます(時間 月 日 時間着陸ください)
	<input type="checkbox"/> 以下の通り返信します
<主治医からの回答>	
ケアプラン (要 ・ 不要) / サービス担当者会議等の議事録 (要 ・ 不要)	
平成 年 月 日 医師名	

参加医療機関 : 95か所
参加介護事業所等 : 50か所
(平成25年12月現在)

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(3)

3. 認知症に関する地域連携

- 平成20年7月、医師会、地域包括支援センター等を代表する者によって構成される「認知症ネットワーク連携部会」を設置。



平成25年10月31日
「認知症の事例を通して連携を考える研修会」

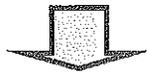
- その議を経て、次に掲げる事業を実施。
 - ① 平成22年1月以降、4回にわたり、「認知症専門職講演会」を開催。
 - ② 平成22年5月以降、9回にわたり、医師、看護師、医療相談員、介護支援専門員、介護専門職、要介護認定の調査員、地域包括支援センターの職員等の参加を得て、グループワークで事例を検討する「認知症の事例を通して連携を考える研修会」を開催。
 - ③ 平成22年7月以降、4回にわたり、「認知症市民公開講座」を開催。
- そのほか、平成18年度以降、170回にわたり、延べ6,487人の参加を得て、「認知症サポーター養成講座」を開催。

(注1) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講者は、平成25年12月現在、累計で7人。
(注2) 「認知症サポート医養成研修」の受講者は、平成25年12月現在、累計で11人。

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(4)

4. 「介護 & 障害合同研修会」

- 高齢者世帯の困難事例の中には、障害に伴う問題を抱えるものも少なくないところ。
- 高齢者介護と障害保健福祉とで連携して対応することは、重要。



介護 & 障害合同研修会

「精神保健福祉研修 ～理解と対応～」



精神障害者の側が介護で悩んだ事例はありますか？
みんなで楽しく学び情報交換しましょう！



平成26年1月16日(木)

18:15～20:00(受付18:00開始)

- ☆ 副市長挨拶 ～地域連携について～
- ☆ 講演「精神保健福祉の基礎知識 ～理解と対応～」
- 講師・三上 政和さん（三基保こころの健康センター、精神保健福祉士・社会福祉士）
- ☆ 事例検討「精神障害者の支援と法務について」

- 平成26年1月、初めて、医療相談員、介護支援専門員、福祉専門職、地域包括支援センター及び障害者総合相談支援センターの職員等の参加を得て、精神保健福祉に関する講演及び事例検討を内容とする「介護 & 障害合同研修会」を開催。

【参考】高齢者世帯の困難事例のイメージ

本人	<p>自宅で居住。 要介護認定を受けて、通所介護を利用。 精神疾患により、金銭管理が困難であるため、地域福祉権利擁護事業を利用。</p>
配偶者	<p>脳血管性疾患で寝たきり。 要介護認定を受けて、特別養護老人ホームに入所。 認知症により、金銭管理が困難であるため、弁護士が成年後見を受任。</p>
子	<p>本人と同居。 精神疾患で自立支援医療を利用。 無職で無収入。 本人及び配偶者の預金をギャンブル等に費消。</p>



- 本人について、
 - ① 精神障害者保健福祉手帳を取得。
 - ② 成年後見の申立てを弁護士に依頼。

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(5)

5. 法務と福祉との連携

- 成年後見、多重債務、悪徳商法等について、高齢者を支援するに当たり、法務と福祉とで連携して対応することは、重要。



平成25年2月13日
「高齢者虐待防止研修会」

- 平成25年2月、弁護士、司法書士、医療相談員、介護支援専門員、介護専門職、地域包括支援センターの職員等の参加を得て、グループワークで事例を検討する「高齢者虐待防止研修会」を開催。
- 平成24年度には、延べ12回にわたり、地域包括支援センターにおいて、弁護士又は司法書士の参加も得た「地域ケア会議」を開催するなど、本人又は親族による成年後見の申立てに対する援助(14件)等を通じて困難事例を解決。

(注) 市長による成年後見の申立ては、平成24年度には、7件。そのうち、弁護士又は司法書士によって受任されたものは、6件。

29

【参考】地域包括支援センターの権利擁護の充実

- 平成24年12月、中央地域包括支援センターにおいて、
 - ① 「成年後見制度相談マニュアル」
 - ② 「成年後見市長申立て事務進捗管理票」
 を作成し、各地域包括支援センターで共有。

名古屋市地域包括支援センター
成年後見制度相談マニュアル



「成年後見制度
相談マニュアル」

	担当部署		対象者1
	市役所	担当包括	
担当包括			A
後見人等			中央 A
本人面談(判断能力確認・アセスメント)	○		済
本人面談(判断能力確認・アセスメント)		○	済
戸籍謄本収集	○		済
住民票収集	○		済
登記されていないことの証明書収集	○		済
資産状況確認(預金通帳等流動資産)	○	○	済
資産状況確認(登記簿謄本等固定資産)	○		—
診断書作成(医療機関に依頼)	○		済
照会書作成		○	済
親族同意確認		○	済
本人への説明と申立て意思確認		○	済
親族同意書・送付手紙提出		○	済
候補者職種検討	○		弁護士
候補者調整	○		済
申立て書類作成	○		済
審査会	○		○月○日
候補者書類準備	○		—
上申書作成	○		済
申立て書類提出	○		○月○日
申立人受理面接(水・金曜日の)	○		済
申立人受理面接	○		○月○日
審判			○月○日
審判書到着	○		○月○日
審判確定	○		○月○日

「成年後見市長申立て事務進捗管理票」

- 地域包括支援センターの権利擁護について、「個人プレー」から「組織プレー」へ転換。

30

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(6)

6. 指定地域密着型サービス事業者の「運営推進会議」

- 地域密着型サービスについては、地域連携が重要。



- 指定地域密着型サービス事業者において、おおむね2月に1回以上、利用者及びその家族、地域住民の代表者、市及び地域包括支援センターの職員の参加を得て、「運営推進会議」を開催。
- 平成24年度には、次に掲げる事業者において、延べ95回にわたり、「運営推進会議」を開催。
 - ① 5か所の指定小規模多機能居宅介護
 - ② 13か所の指定認知症対応型共同生活介護
 - ③ 2か所の指定地域密着型特定施設入居者生活介護
 - ④ 1か所の指定地域密着型介護老人福祉施設

31

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(7)

7. 地域の病院と地域包括支援センターとの連携

- 「地域包括ケアシステム」の構築は、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換と表裏一体の関係にあるもの。
- そのためには、病院の地域連携が必要不可欠。
- とりわけ、地域の病院が地域包括支援センターと連携して在宅復帰を支援する退院調整に取り組むことは、重要。
- これは、在院期間の短縮や再入院の減少を通じ、勤務医の負担軽減、ひいては、勤務医の確保にも資するもの。



- 平成25年10月、初めて、地域の病院の医療相談員及び地域包括支援センターの職員の参加を得て、合同勉強会を開催。

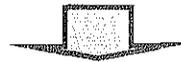
32

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(8)

8. 桑名市総合医療センターを拠点とする地域連携

- 桑名市総合医療センターは、桑名市が設立した地方独立行政法人によって運営される公的病院。
- 地方独立行政法人の業務運営について、設立団体の長は、評価委員会の意見を聴くとともに、議会の議決を経て、「中期目標」を設定。
- それを達成するため、地方独立行政法人は、評価委員会の意見を聴いた設立団体の長の認可を受けて、「中期計画」を作成。

(注) 公営企業型地方独立行政法人に係る中期計画については、設立団体の長の認可を受ける前提として、議会の議決を経ることが必要。



- 平成25年12月、「地方独立行政法人桑名市総合医療センター第2期中期目標」(平成26～30年度)において、桑名市総合医療センターに対し、地域における在宅介護と連携した在宅医療の推進に貢献するよう、求めたところ。
- これは、新病院が地域で急性期医療を提供する中核的な病院として十全に機能するためにも、重要。

33

【参考】「地方独立行政法人桑名市総合医療センター第2期中期目標」(平成26～30年度)一抄一

第2 市民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 医療の提供

(2) 地域医療連携の推進

「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、高度医療及び急性期医療における地域の中核病院として、他の医療機関との機能分担及び連携を推進し、患者が退院後も切れ目のないケアを受けられるよう、各医療機関と協力して、地域における在宅医療を含む医療、福祉及び介護の連携体制の構築に貢献すること。

2. 予防・生活支援

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(9)

9. 「桑名市食生活改善推進協議会」

- 「私達の健康は私達の手で」を掲げる食生活改善推進員の活動は、健康の基本である食生活の改善のために重要なもの。



- 毎年度に開催される「食生活改善推進員養成講座」を修了した者は、「桑名市食生活改善推進協議会」に加入。
(注) 桑名市食生活改善推進員は、平成24年度には、238人。
- 本部において、「おいしく食べよう会」(＝低栄養予防教室)を開催。
(注) 平成24年度には、12回にわたり、延べ318人の参加を得て、「おいしく食べよう会」を開催。
- 桑名支部、多度支部及び長島支部のそれぞれにおいて、「おとこの料理教室」、「高齢者のための料理教室」、「一般ふれあい伝達料理教室」、「独居老人弁当づくり」等を開催。
(注) 平成24年度には、5回にわたって延べ155人の参加を得た「おとこの料理教室」、3回にわたって73名の参加を得た「高齢者のための料理教室」、16回のわたって502人の参加を得た「一般ふれあい伝達料理教室」、3回にわたって延べ117人の参加を得た「独居老人弁当づくり」等を開催。
- そのほか、各食生活改善推進員において、それぞれの近隣の家庭を訪問し、みそ汁の塩分の測定、試食の提供等を実施。
(注) 平成24年度には、延べ90回にわたり、家庭を訪問。

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(10)

10. 「桑名市健康推進員」

- 健康増進事業を展開するに当たり、「自分の健康は自分でつくり守る」という意識の向上を図ることは、重要。



平成25年5月22日
「立教公民館」を活用した「骨密度測定と健康相談」

- 平成18年度以降、おおむね500世帯を単位として、自治会連合会の推薦を受けて、「桑名市健康推進員」を委嘱。
(注)「桑名市健康推進員」は、平成25年12月現在、122名。
- 各地区において、「桑名市健康推進員」を中心として、「骨密度測定・健康相談会」、「健康ウォーキング」、「調理実習」等を開催。
(注)平成24年度には、15地区で延べ21回の「骨密度測定・健康相談会」、13地区で延べ17回の「健康ウォーキング」、6地区で延べ7回の「調理実習」等を開催。
- これに対しては、必要に応じ、中央保健センター等より、保健師、理学療法士、管理栄養士又は歯科衛生士の職員を派遣。

37

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(11)

11. 「桑名いきいき体操」

- 体操は、身体機能の維持・向上を通じ、介護予防に資するもの。



- 平成21年度、「桑名いきいき体操」を開発。
- 平成22～24年度、「桑名いきいき体操」の普及のための事業を実施。
 - ① 延べ202回にわたり、延べ6,062人の参加を得て、中央保健センター等で開催される「桑名いきいき体操のつどい」において、「桑名いきいき体操」を実施。
 - ② 延べ45回にわたり、延べ842人の参加を得て、宅老所で開催される「いきいき教室」の中で、「桑名いきいき体操」を指導。
 - ③ 延べ21回にわたり、延べ892人の参加を得て、「やってみよう！ 桑名いきいき体操」をテーマとする「桑名ふれあいトーク」として、「桑名いきいき体操」を指導。
- そのほか、平成23～25年度、延べ12回にわたり、「桑名いきいき体操普及担当者養成講座」を開催し、累計で58人に対し、修了証を交付。



平成25年12月16日
精養地区宅老所「精和クラブ」を活用した
「いきいき教室」

38

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(12)

12. 「宅老所」

- 介護予防に資するよう、高齢者を始めとする地域住民が身近な場所で交流する機会を確保することは、重要。



益世小学校の空き教室を活用した
益世地区宅老所「さんさん」

- 平成13年9月以降、順次、10地区において、地区社会福祉協議会が宅老所を運営。
- それを活用することにより、音楽療法、健康体操、介護予防教室、出前講座、世代間交流等を実施。

(注) 平成24年度には、10か所で延べ566回。

39

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(13)

13. 介護予防事業

- 介護予防は、自立支援のために重要なもの。
- 地域支援包括支援センターにおいて、介護予防事業を展開。



平成25年7月8日
介護事業所を活用した「からだいきいき教室」

(1) 二次予防事業

- 運動、栄養、口腔等に関する25問の「基本チェックリスト」に基づき、要介護又は要支援となるリスクが認められる一般高齢者を対象として、次のとおり、二次予防事業を展開。
 - ① 医療機関、介護事業所等に委託し、「からだいきいき教室」(＝通所型の運動機能向上)を開催。
(注)平成24年度には、15か所で延べ266回。
 - ② 三重県地域活動栄養士連絡協議会桑員支部に委託し、「栄養いきいき相談」(＝訪問型の栄養改善)を開催。
(注)平成24年度には、3人で延べ3回。
 - ③ 三重県歯科衛生士会桑員支部に委託し、「歯つらつ相談」(＝訪問型の口腔機能向上)を委託。
(注)平成24年度には、7人で延べ19回。

40

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(13)

(2) 一次予防事業

○ すべての一般高齢者を対象として、次のとおり、一次予防事業を展開。

① 元気アップ教室(=通所型の運動器機能向上)を開催。

(注)平成24年度は、5回で延べ69人。

② 「回想法教室」(=通所型の認知機能低下予防)を開催。

(注)平成24年度には、4回で延べ34人。

③ 桑名市食生活改善推進協議会に委託し、「おいしく食べよう会」(=通所型の栄養改善)を開催。

(注)平成24年度には、12回で延べ319人。

④ 三重県歯科衛生士会桑員支部に委託し、「お口いきいき教室」(=通所型の口腔機能向上)を開催。

(注)平成24年度には、9回で延べ179人。

⑤ 「地域包括支援センターだより」を全戸に配布。

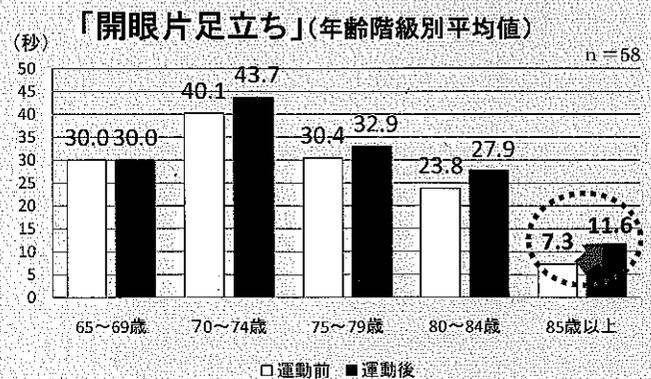
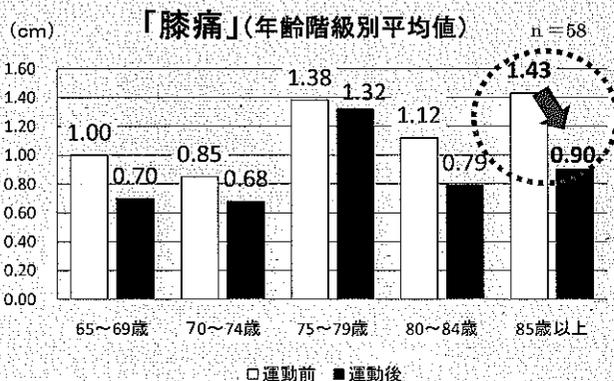
41

【参考】「からだいきいき教室」による運動機能の向上の例

- 「からだいきいき教室」に参加した一般高齢者については、3か月にわたる運動の前後で評価すると、運動機能の向上が認められるところ。
- とりわけ、85歳以上に関しては、効果が顕著。

歩行を妨げる痛みについて、0cmを「痛みはない」状態、10cmを「これ以上の痛みはないくらい痛い」状態として、本人が痛みの状況を評価したもの。

転倒予防につながるバランス能力について、眼を開けた状態で片足立ちの姿勢を維持することが可能である時間を評価したもの。

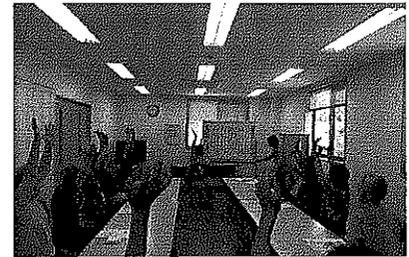


42

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(14)

14. 高齢者サポーター

- 地域で高齢者の自立を支援するに当たり、ボランティアを活用することは、重要。



平成25年9月(第1回)
介護事業所を活用した「介護予防教室」

- 平成18年度より、桑名市社会福祉協議会等において、「高齢者サポーター養成教室」を開催。

(注) 高齢者サポーターは累計で180人。

- その一部は、「スマイルの会」に所属し、地域包括支援センターが保健センター、公民館、宅老所、介護事業所等で開催する介護予防教室を補助。

(注) スマイルの会に所属する高齢者サポーターは、平成25年12月現在、22人。

43

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(15)

15. 「桑名市ボランティアセンター」

- ボランティアについては、希望と活動とを円滑に調整することが重要。

- 旧桑名市、旧多度町及び旧長島町のそれぞれにおいて、桑名市社会福祉協議会が「桑名市ボランティアセンター」を設置。

- これらを通じ、ボランティアを希望するグループ又は個人が登録する仕組みを構築。

(注) ボランティア登録は、平成25年12月現在、グループにあつては110グループに所属する1,683人、個人にあつては563人、合計では2,246人。そのうち、高齢者を対象とするものは、グループにあつては25グループに所属する439人、個人にあつては308人、合計では747人。

あした笑顔になあれ!

桑名市ボランティア活動ハンドブック



桑名市社会福祉協議会

桑名市ボランティア活動ハンドブック

44

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(16)

16. 「桑名市介護支援ボランティア制度」

- 介護支援ボランティア活動は、介護支援ボランティアの介護予防に資するもの。



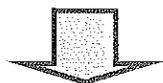
- 平成22年4月、高齢者を対象とする介護予防事業として、「桑名市介護支援ボランティア制度」を創設。
- 具体的には、桑名市社会福祉協議会において、介護支援ボランティア活動に参加した実績に応じた評価ポイントを付与し、それに応じた転換交付金を支給。
(注1) 活動実績に応じた評価ポイントについては、1人当たりでは、年度ごとに5,000ポイントを限度として、10回ごとに1,000ポイントと算定。
(注2) 評価ポイントに応じた転換交付金については、1人当たりでは、年度ごとに5,000円を限度として、1,000ポイントごとに1,000円と算定。
- 平成25年3月現在、介護支援ボランティアの登録を受けた高齢者は180人、介護支援ボランティア活動の指定を受けた事業所は64か所。
- 平成24年度には、延べ3,347人の介護支援ボランティアが延べ6,378回の介護支援ボランティア活動に参加し、148人の介護支援ボランティアが延べ433,000円の転換交付金の支給を受けたところ。

45

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(17)

17. 「桑名市地域福祉計画」

- 住民参加による地域社会の助け合いを内容とする「地域福祉計画」の策定及び推進は、「互助」を掘り起こす取組みとして重要なもの。



平成25年6月1日
「第3期桑名市地域福祉計画第1回策定市民会議」

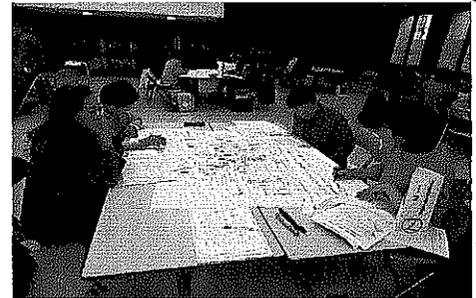
- 「第2期桑名市地域福祉計画」(平成21~25年度)の推進は、「推進市民会議」の参加者による具体的な活動に結び付いたところ。
- 「第3期桑名市地域福祉計画」(平成26~30年度)を策定する中では、「策定市民会議」の参加者に対し、「地域包括ケアシステム」の基礎となる生活支援サービスのニーズに応える活動(日常生活を支援する住民組織の立上げ等)を期待。

46

【参考】「第2期桑名市地域福祉計画」に基づく活動の例

- 平成21年4月、「推進市民会議」の参加者による「誰もが生きがいを持てる居場所づくり」のための「やさしさひろめ隊」を結成。

(注)メンバーは、平成25年12月現在、25人。



平成25年11月16日
「支え合いマップづくり演習」

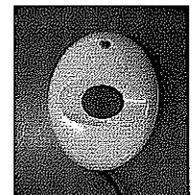
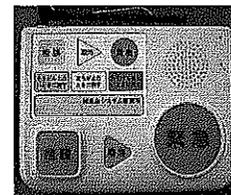
平成25年2～4月	長島町大倉において、民生委員の協力を得て、 独り暮らし高齢者に対する声掛け等の見守りを試行。
平成25年 3月	「住民が支え合うまちづくり第1弾！～ご近所パワーによる 助け合い起こし～」と題する講演会を開催。
平成25年 11月	「住民が支え合うまちづくり第2弾！～ご近所パワーによる 助け合い起こし～」と題する「支え合いマップづくり入門講演会」 及び「支え合いマップづくり演習」を開催。

47

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(18)

18. 「桑名市緊急通報装置事業」

- 心身に障害のある独り暮らしの高齢者等について、緊急時に迅速かつ適切に対応することは、重要。



「緊急通報装置」

- 平成16年12月、「桑名市緊急通報装置事業」を開始。
- 具体的には、心身に障害のある独り暮らしの高齢者等を対象として、協力員の登録を求めた上で、緊急通報装置を貸与。

(注)緊急通報装置の貸与は、平成25年12月現在、212件。

- 急病等に際しては、緊急通報を受信したコールセンターにおいて、利用者に連絡して状況を確認。それが不可能である場合には、コールセンターによる連絡を受けた協力員において、利用者を訪問して状況を確認。

(注)緊急通報件数は、平成24年度には、418件。

48

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(19)

19. 「桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業」

○ 認知症による場所に関する見当識障害等で
行方不明となるおそれがある在宅の高齢者に
ついて、事故を防止するため、早期に発見する
ことは、重要。



- 平成19年12月、
「桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業」を
開始。
- 具体的には、対象者が行方不明である間、
登録を受けた事業所等の協力機関に対し、
周知、掲示、見回り等の協力を要請する
情報発信票を发出。

(注1) 協力機関は、平成25年11月現在、81か所。

(注2) 情報発信票の发出は、平成24年度には、3件。

情報発信票
次の高齢者の発見についての協力を 依頼 します

社員への周知：可・不可 店内貼りだし：可・不可

フリガナ		
氏名	(姓) (名)	(性別) (年齢)
生年月日	昭和何年何月何日	
年齢	歳	
身長	cm	
体重	kg	
特徴・服装等		
不明時の状況 (日時、場所等)		
発見時の状況 (日時、場所等)		

連絡先 桑名市介護・高齢福祉課 0594-24-1489
中央地域包括支援センター 0594-24-6104
桑名警察署 生活安全課 0594-24-0110

49

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(20)

20. 「高齢者見守りネットワーク」

○ 平成20年1月以降、順次、
12地区において、次に掲げる者の参加を
得て、「高齢者見守りネットワーク」を構築。

- ① 民生委員
- ② 自治会の代表者
- ③ 老人クラブの代表者
- ④ 地域包括支援センターの職員
等



平成25年11月20日
「深谷地区高齢者見守り連絡調整会議」

○ 事業者が日常の事業を通じて気付いた高齢者等の異変を
通報するよう、協定を締結。

- ① 郵便局(平成23年3月)
- ② 新聞販売店(平成23年3月)
- ③ 上下水道部(平成25年4月)

(注) 平成24年3月以降、継続的に、電力会社及びガス会社に対しても、協力を要請。

50

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(24)

24. 「地域ケア会議」

- 地域の高齢者世帯について、困難事例を解決するため、地域の関係者相互間で連携して対応することは、重要。



- 平成24年4月以降、随時、地域包括支援センターにおいて、本人、親族、民生委員、医療相談員、介護支援専門員、介護専門職等の参加を得て、「地域ケア会議」を開催。
- 平成24年度には、33件の困難事例を解決するため、延べ58回にわたり、延べ395人の参加を得たところ。

55

【参考】地域包括支援センターのケアマネジメントの充実

- 平成25年12月より、地域での要介護者に対する支援のため、「桑名市要介護者台帳」を地域包括支援センターに提供。
(注) 桑名市要介護者台帳登録申請書には、「本登録申請書の内容については、個人情報の保護のために必要な措置を講じた上で、地域包括支援センター(中略)等の関係機関に提供することに同意します。」と記載。
- 平成25年12月より、非該当者又は要支援者に対する介護予防ケアマネジメントのほか、要介護者に対する包括的・継続的ケアマネジメントのため、非該当又は要支援と認定された者に係る情報のほか、要介護と認定された者に係る情報も含め、地域包括支援センターに提供。
(注) 要介護認定・要支援認定申請書には、「介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主事意見書を桑名市から地域包括支援センター(中略)に提示することに同意します。」と記載。



- 地域包括支援センターで個々の高齢者をそれぞれの実情に応じてより一層的確に支援する環境を整備。

56

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組み(25)

25. 「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」

○ 「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割は、地域における様々な関係者が相互に連携して活動を展開するネットワークを立ち上げるマネジメント。

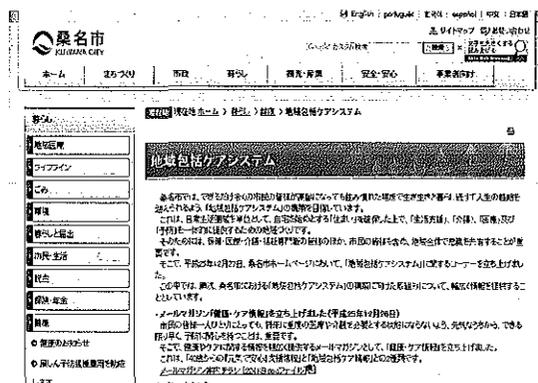
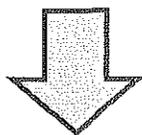


- 平成25年12月、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例」を制定。
- これは、医療、介護、生活支援等の各分野でリーダー的な立場にある地域の関係者の参加を得て、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた具体的な方策を協議するためのもの。

57

【参考】「地域包括ケアシステム」に関する桑名市ホームページ

○ 保健・医療・介護・福祉専門職のほか、一般市民も含め、地域全体で意識を共有することは、重要。



- 平成25年12月、桑名市ホームページにおいて、「地域包括ケアシステム」に関するコーナーを立ち上げたところ。
- その中では、順次、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の開催状況など、桑名市における「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組みについて、幅広く情報を提供。

58

Ⅲ 「桑名市地域包括ケアシステム 推進協議会」の位置付け及び進め方

59

「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の位置付け(1)

- 桑名市においては、かねてより、「地域ケア会議」のほか、「桑名市在宅医療及びケア研究会」など、現場での取組みを着実に積み重ねることにより、「地域包括ケアシステム」の構築の基礎となる「土壌」を形成。



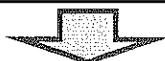
- 今こそ、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、「種」を蒔き、「芽」を育てるべき時。

60

「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の位置付け(2)

従前の「地域ケア会議」

- 従前の「地域ケア会議」は、各地域包括支援センターのレベルで次に掲げる機能を果たすために開催される「地域ケア個別会議」。
 - ① 個別課題解決機能
 - ② ネットワーク構築機能
 - ③ 地域課題発見機能



今般の「桑名市地域包括ケアシステムケア推進協議会」

- 今般の「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」は、市町村全体のレベルで次に掲げる機能を果たすために開催される「地域ケア推進会議」。
 - ① 地域づくり・資源開発機能
 - ② 政策形成機能

61

【参考】「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」と他の会議との関係

1. 「桑名市地域医療対策連絡協議会」等

- 「桑名市地域医療対策連絡協議会」については、「地域医療提供体制部会」及び「医療と福祉、介護等との連携部会」を含め、その機能を「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」又はその部会に移行した上で、廃止することを想定。

2. 「桑名市在宅医療及びケア研究会」

- 「桑名市在宅医療及びケア研究会」については、現場の医療・介護専門職相互間で「顔の見える関係づくり」を図るため、事例を検討する場として、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」と別途に開催することが必要。

3. 「桑名市介護保険事業委員会」及び「桑名市地域包括支援センター運営協議会」

- 「桑名市介護保険事業委員会」及び「桑名市地域包括支援センター運営協議会」については、それぞれの委員の任期が平成27年3月をもって満了することに留意しながら、その機能を「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」又はその部会に移行した上で、廃止することを想定。

62

「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」の進め方

- 「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」では、次に掲げる事項を基礎として、桑名市における地域課題の解決に資する地域資源の創出のための方策を協議することを想定。

- ① 介護保険事業運営状況
- ② 「『高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査』中間報告書」
(平成26年1月桑名市地域包括支援センター)
- ③ 「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」に基づくデータ

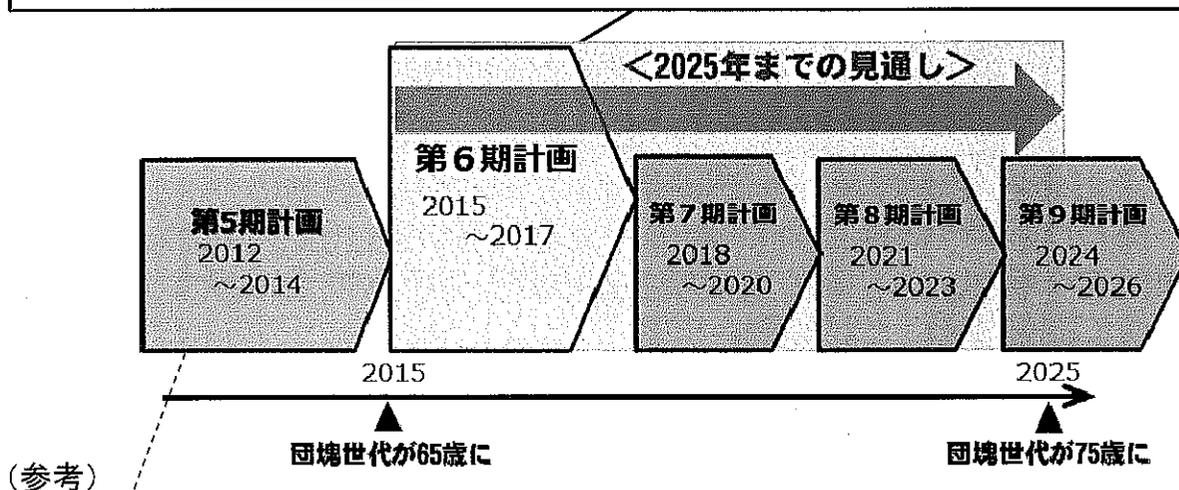


- 「地域包括ケア計画」としての「第6期介護保険事業計画」(平成27～29年度)を策定する必要があることを踏まえ、平成26年度中には、中間的に取りまとめる予定。

63

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のため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していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

64

【参考1】介護保険事業運営状況(平成24年9月)(1)

1. 第1号被保険者1人当たりの保険給付月額、保険料月額及び必要保険給付月額

(単位:円)

	全国	三重県	桑名市
保険給付月額	22,510	23,682	21,278
保険料月額	4,717	5,069	4,761
必要保険料月額	4,869	5,123	5,006

2. 第1号被保険者の要介護認定率

(単位:%)

	全国	三重県	桑名市
要支援1	2.4	2.1	2.6
要支援2	2.4	2.3	1.6
要介護1	3.3	3.6	3.0
要介護2	3.2	3.4	3.1
要介護3	2.4	2.7	2.0
要介護4	2.2	2.4	2.1
要介護5	2.0	2.1	1.8

65

【参考1】介護保険事業運営状況(平成24年9月)(2)

3. 第1号被保険者の要介護度別在宅サービス受給率

(単位:%)

	全国	三重県	桑名市
要支援1	1.4	1.0	1.4
要支援2	1.7	1.4	1.1
要介護1	2.6	2.7	2.5
要介護2	2.6	2.7	2.7
要介護3	1.7	1.9	1.5
要介護4	1.2	1.3	1.3
要介護5	0.8	0.9	0.9

4. 第1号被保険者の要介護度別施設サービス受給率

(単位:%)

	全国	三重県	桑名市
要介護1	0.2	0.2	0.2
要介護2	0.3	0.3	0.3
要介護3	0.6	0.6	0.5
要介護4	0.9	1.0	0.7
要介護5	0.9	1.0	0.7

66

【参考1】介護保険事業運営状況(平成24年9月)(3)

5. 第1号被保険者1人当たりの在宅・施設サービス給付月額

(単位:円)

	全国	三重県	桑名市
在宅サービス給付月額	13,390	13,944	13,796
施設サービス給付月額	8,398	8,990	6,862

6. 第1号被保険者の在宅・施設サービス受給率

(単位:%)

	全国	三重県	桑名市
在宅サービス受給率	11.9	11.9	11.5
施設サービス受給率	2.9	3.1	2.4

7. 在宅・施設サービス受給者1人当たりの在宅・施設サービス給付月額

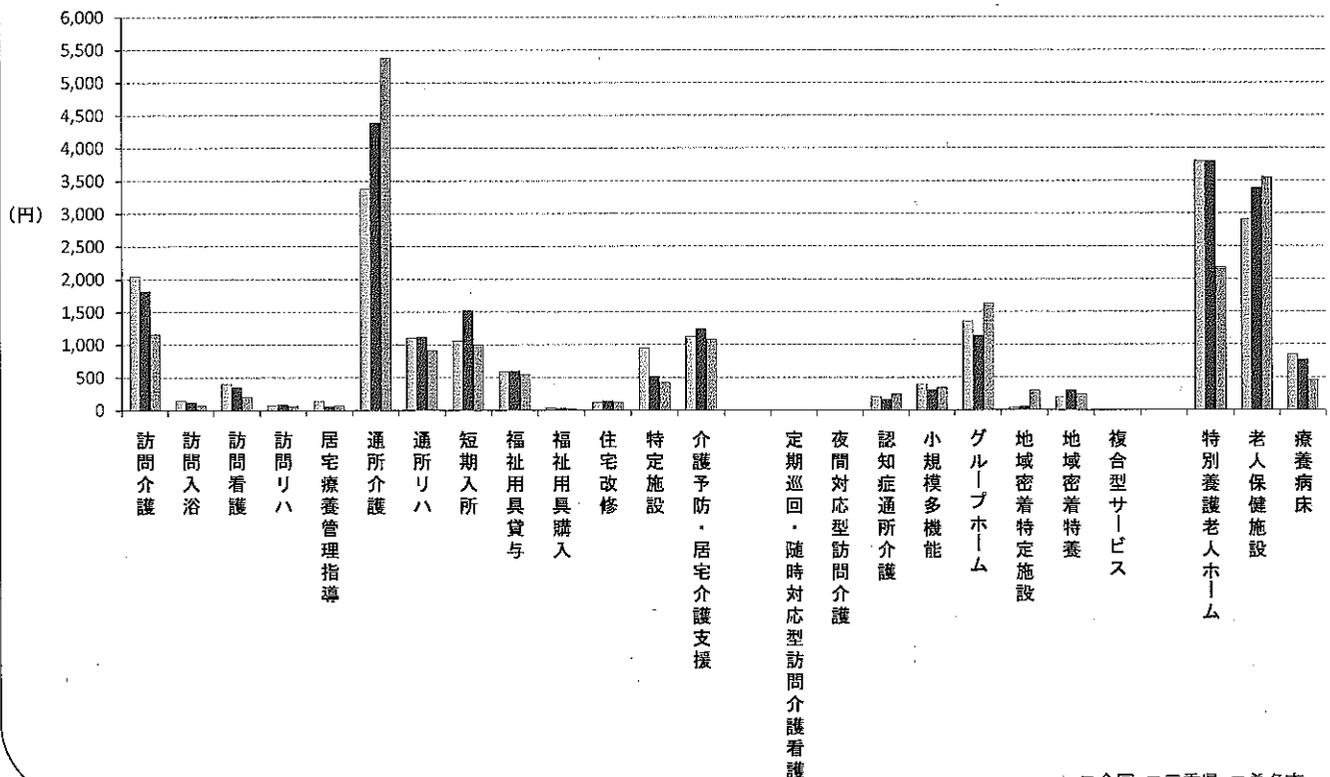
(単位:円)

	全国	三重県	桑名市
在宅サービス給付月額	109,128	113,905	116,449
施設サービス給付月額	290,461	290,818	284,451

67

【参考1】介護保険事業運営状況(平成24年9月)(4)

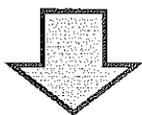
8. 第1号被保険者1人当たりのサービス種類別給付月額



68

【参考2】「高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」

- 地域課題の解決に資する地域資源の創出のための方策を検討する前提として、「地域ケア会議」で個別課題の解決を通じて蓄積された知見に基づき、困難事例を分析し、地域課題を抽出することは、重要。



- 平成25年12月、各地域包括支援センターの職員の参加を得て、「地域ケア会議」を開催。
- 平成26年1月、中央地域包括支援センターにおいて、「『高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査』中間報告書」を取りまとめたところ。



平成25年12月16日
「地域ケア会議」

69

【参考3】「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」(1)

- 厚生労働省は、市町村に対し、「日常生活圏域ニーズ調査」の実施を勧奨。
 - ① 目的は、それぞれの高齢者について、元気なうちから、できる限り早く、将来に医療や介護が必要となる要因を発見し、必要に応じて適切に支援するとともに、日常生活圏域ごとに、地域課題を把握し、地域資源を創出すること。
 - ② 内容は、家族構成や「基本チェックリスト」を含む96問。
- 高齢者を対象とする調査の関係者の負担を軽減し、かつ、個々の高齢者をそれぞれの状態に応じて総合的に支援することは、重要。



70

【参考3】「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」(2)

○ 平成26年1月、初めて、「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」を実施。→8日と発送します。

(注) 従前の「高齢者等実態調査」を廃止。

① おおむね2年で一巡するよう、一般高齢者並びに要支援Ⅰ・Ⅱ及び要介護Ⅰ・Ⅱの高齢者を対象として、郵送のほか、未回収者に対する訪問により、記名式で実施。

(注) 桑名市で独自に追加する項目は、必要最低限(3~4問)。

② 調査票が提出された場合には、保険料を還元する一環として、健康や日常生活に関して注意すべき点を記載した「個人結果アドバイス表」を送付。

(注) 平成26年度より、「桑名市要援護者台帳」の登録申請書も同封する予定。

○ これに伴い、高齢者を対象とする調査を「桑名市日常生活圏域ニーズ調査」に一本化。

(注) 平成26年度より、「在宅高齢者実態調査」及び「基本チェックリスト」に基づく一斉調査を廃止する予定。

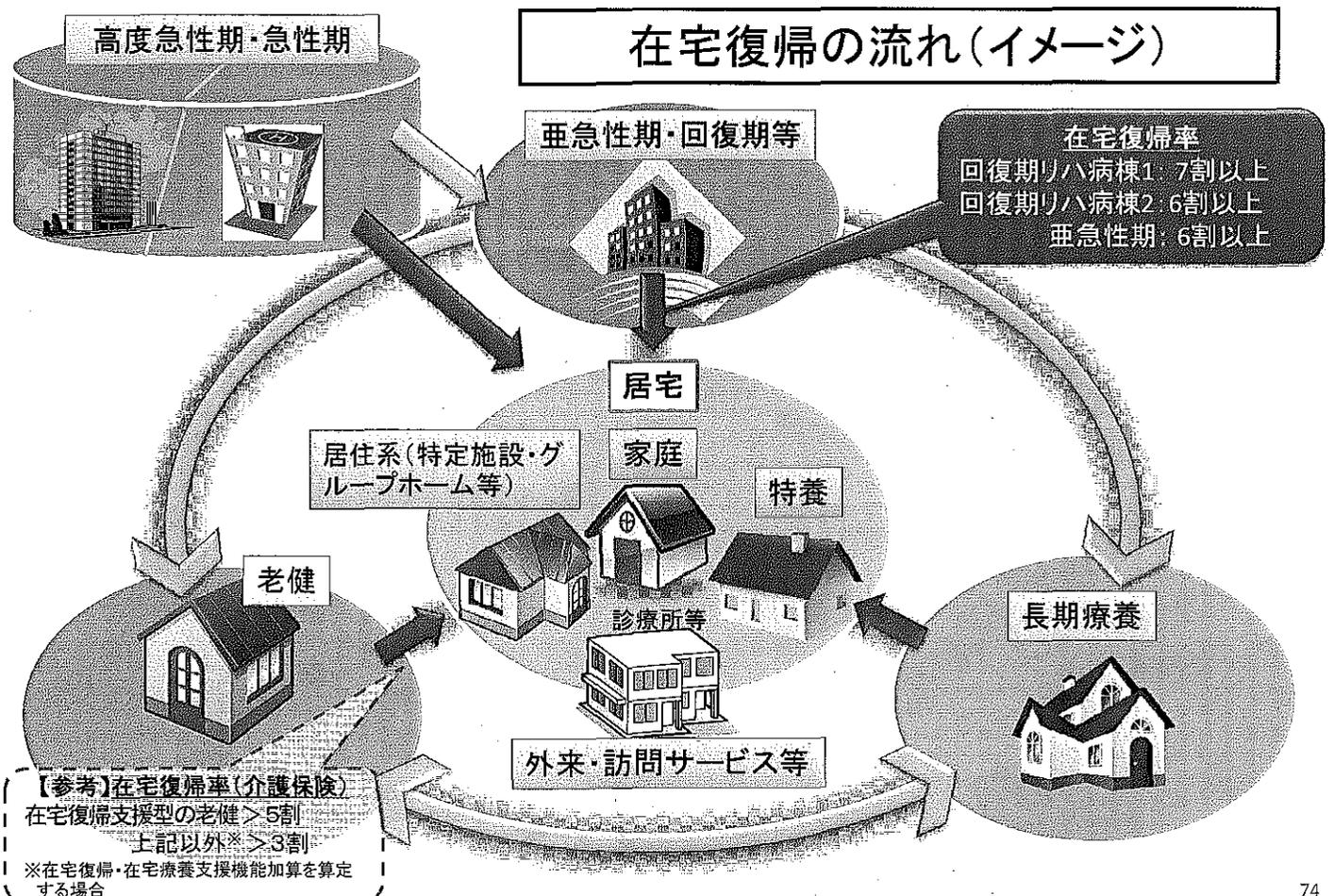
IV 現時点で想定される論点

現時点で想定される論点(1)

1. 在宅介護と連携した在宅医療の普及

- (1) 医科訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等
- (2) 在宅療養支援診療所等相互間の連携
- (3) 病院と在宅療養支援診療所等との連携
 - ① 在宅患者の病状急変時の入院先の確保
 - ② 在宅復帰を支援する退院調整の充実
- (4) 医療介護情報連携
 - ① 「主治医とケアマネージャー(介護支援専門員)の連絡票」
 - ② 「三重医療安心ネットワーク」
- (5) 地域包括支援センターと連携した「在宅医療連携拠点」

73

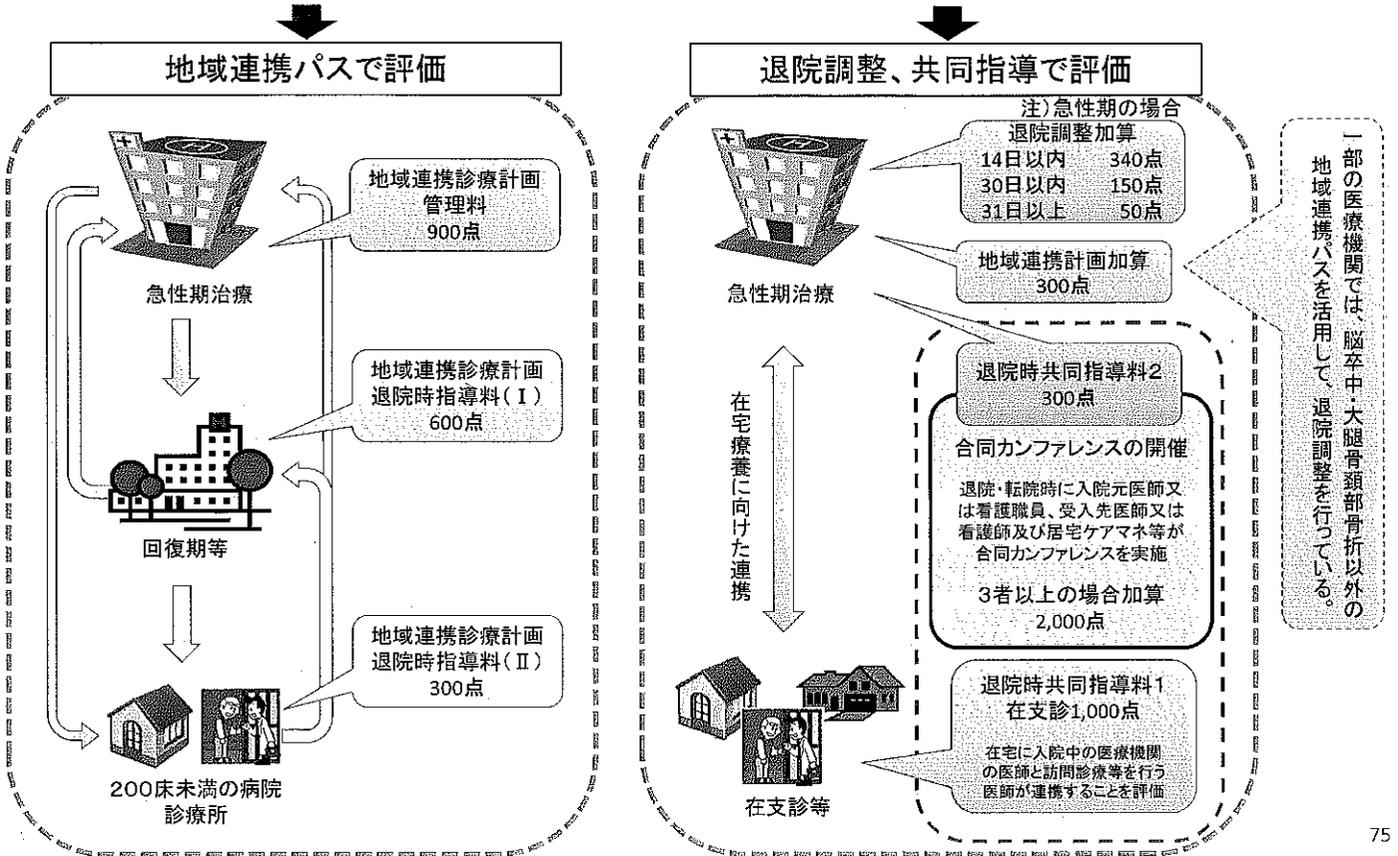


74

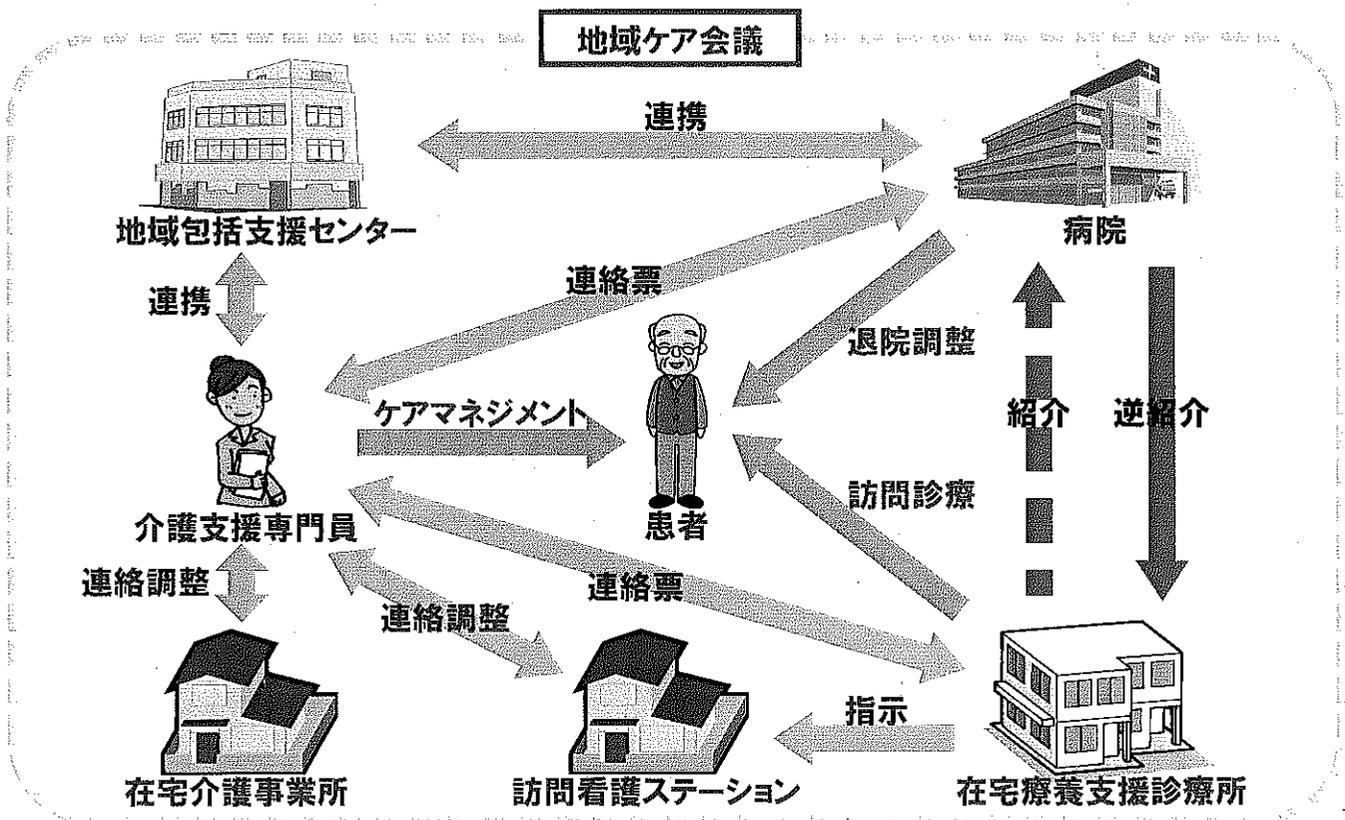
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者



【参考】在宅復帰を支援する退院調整のイメージ

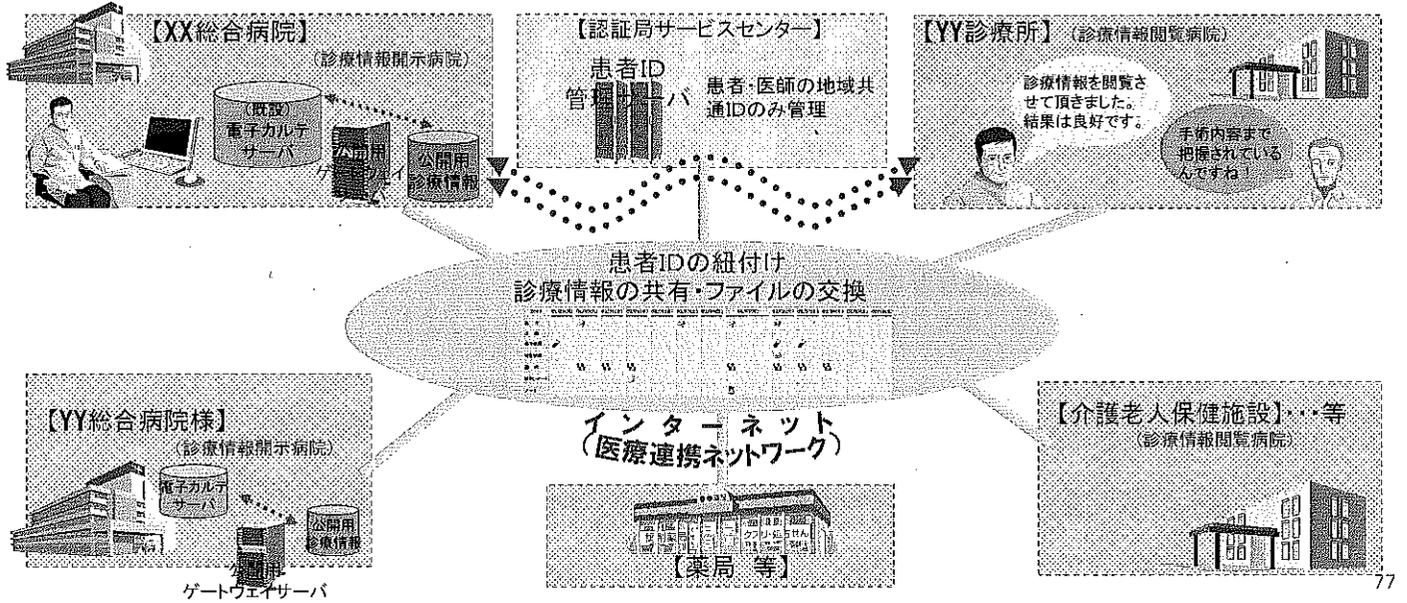


三重医療安心ネットワーク(システム概要)

三重医療安心ネットでは、複数病院にかかっている一人の患者様に対して

1. 各病院の患者IDを紐付け
2. 複数の病院の処方や注射・検査結果・画像情報を一覧表示
3. アクセス権を設定し、各詳細情報へセキュリティを保ちアクセスできるようにするシステムです。

県内における安心・安全かつ切れ目のない医療提供体制の充実、病診連携の推進



77

三重医療安心ネットワーク(参加医療機関状況)H25. 9月末現在

H25.3.9	三重県	桑名	四日市	鈴鹿	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	尾鷲	熊野
病院	16	2	2	2	5	2	1	2		
診療所	123	1	4	38	30	4	12	21	5	8
訪問看護	5			2	3					
薬局	1				1					
介護老人保健施設	2							1		1
計	146	3	6	42	39	6	13	24	5	8
利用状況	3, 891	16	23	950	567	27	357	651	92	1, 208

日本再興戦略 -JAPAN is BACK-(平成25年6月14日閣議決定)(抄)

第Ⅱ. 3つのアクションプラン

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1: 国民の「健康寿命」の延伸

Ⅱ) 解決の方向性と戦略分野(市場・産業)及び当面の主要施策

① 効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会

○ 医療・介護情報の電子化の促進

・ 地域でのカルテ・介護情報の共有により、ICTを活用した在宅を含めた地域医療介護連携の全国普及を図る。

世界最先端IT 国家創造宣言(平成25年6月14日閣議決定)(抄)

Ⅲ. 目指すべき社会・姿を実現するための取組

2. 健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会

(1) 適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現

① 効果的・効率的で高品質な医療・介護サービスの展開

また、利用者の実態に即した適切な医療・介護や生活支援サービスを提供するため、地域包括ケアに関わる多様な主体が情報共有・連携を行うとともに、適切な介護サービスの提供が利用者の要介護状態の改善につながることを考慮し、これらサービスの客観的な評価とサービス内容の向上に資する取組を推進し、効果の検証及び普及・発展させるための具体的な方策を検討し、確立する。

【KPI】

・ 医療・介護等に関わる多様な主体が情報連携を行う仕組みの普及状況

79

健康・医療戦略(平成25年6月14日関係大臣申合せ)(抄)

各論 3. 新技術・サービスの基盤整備

(4) ICT・デジタル技術

3) 地域社会の変化に応える医療介護情報連携

② 標準化・相互運用性の確保・運用ルール等の整備

イ 情報連携による適切な在宅医療を含めた医療・介護サービス等の一体的な提供による地域包括ケアシステムを構築するため、異なる情報共有システム間で医療・介護の情報共有を可能とするためのデータの標準化等を推進するとともに、システムに関して、その国際標準化等を通じた海外展開を行い、国際競争力の強化を図る。(平成25年度から検討を開始する。:内閣官房、総務省、厚生労働省)

科学技術イノベーション総合戦略～新次元日本創造への挑戦～

(平成25年6月7日閣議決定)(抄)

第2章 科学技術イノベーションが取り組むべき課題

Ⅱ. 国際社会の先駆けとなる健康長寿社会の実現

3. 重点的取組

3) 地域社会の変化に応える医療介護情報連携

(7) 健康、医療、介護分野へのITを活用した地域包括ケア等の推進

① 取組の内容

この取組では、健康、医療、介護分野へのITの活用を図る。これらにより、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

② 社会実装に向けた主な取組

・ 在宅医療と介護の情報連携

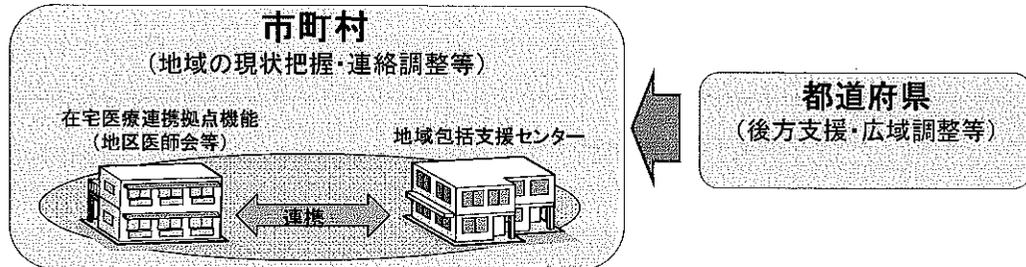
③ 2030年までの成果目標

・ ITを活用した地域包括ケアの取組地域の拡大

80

在宅医療・介護の連携推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(想定される取組(例))

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
……介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

81

現時点で想定される論点(2)

2. 認知症施策の推進

- (1) 「認知症ケアパス」
- (2) 「認知症初期集中支援チーム」及び「認知症地域支援推進員」

3. 在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及

- (1) ケアマネジメント
- (2) 介護老人保健施設を活用した多職種協働によるアセスメント
- (3) 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、
「小規模多機能型居宅介護」及び「複合型サービス」
- (4) サービス付き高齢者向け住宅等

82

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける(「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置)。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

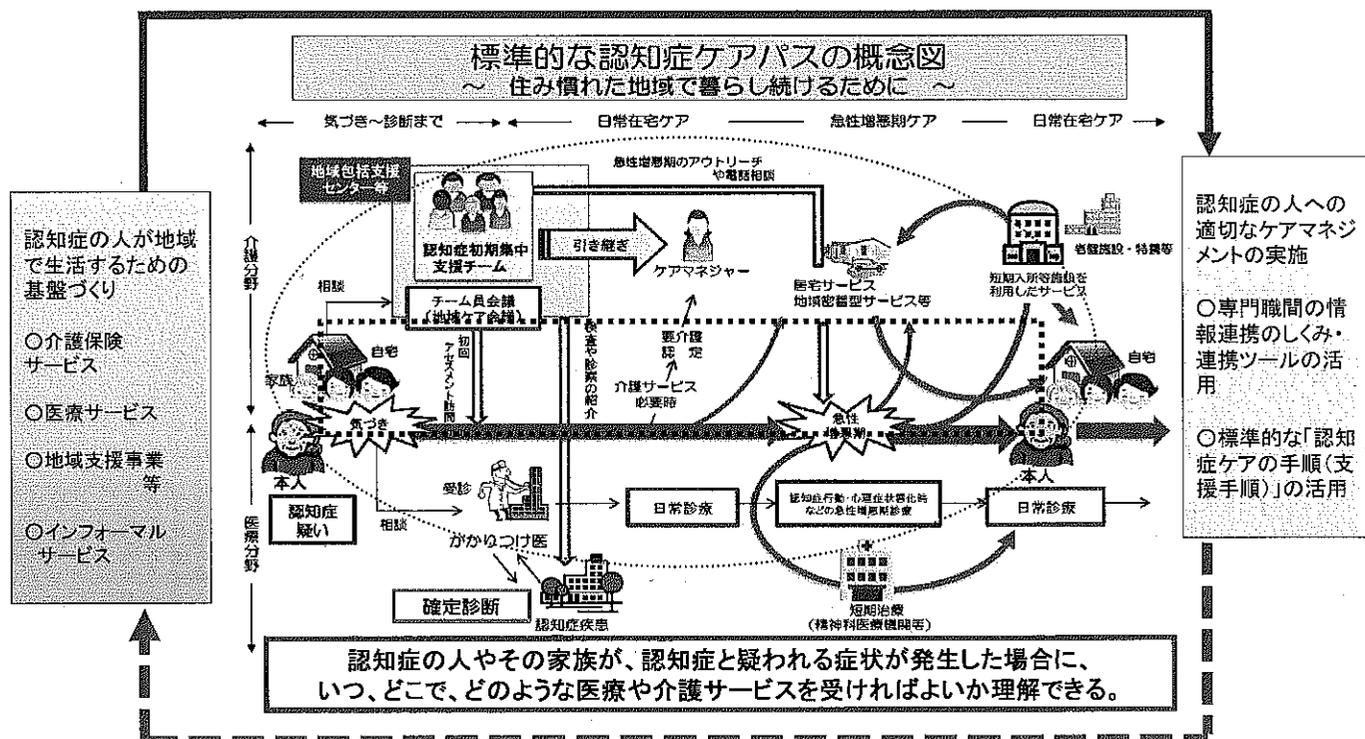
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

83

認知症ケアパスを機能させるために

認知症ケアパスとは：「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」

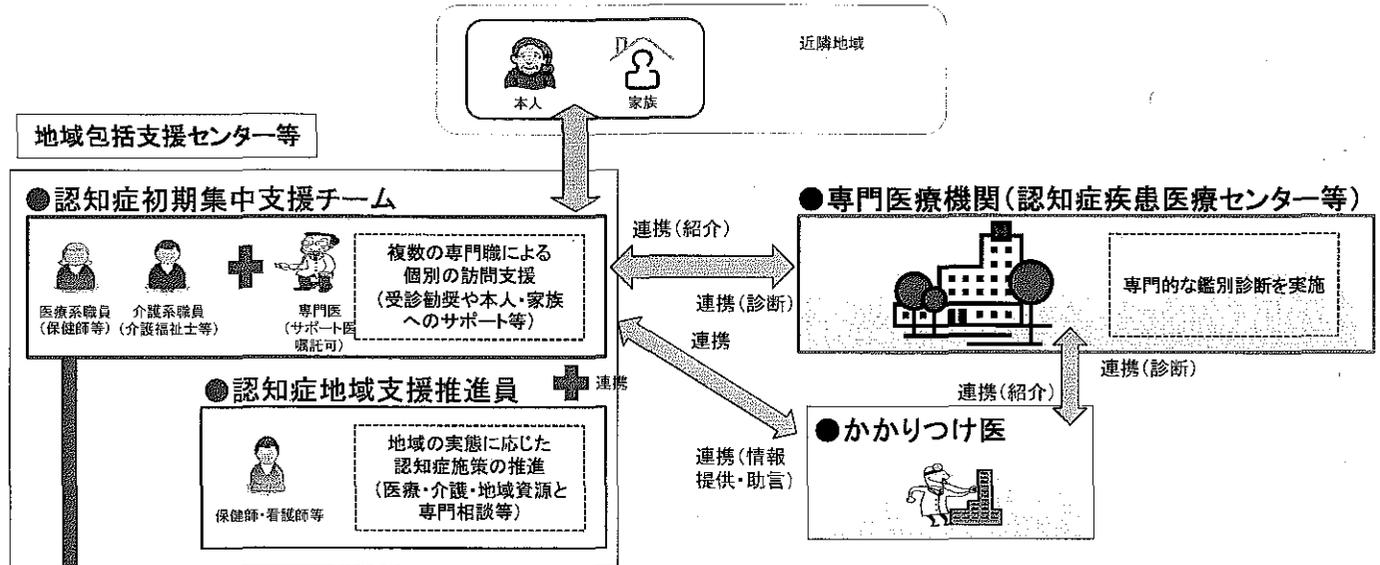


84

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- 認知症初期集中支援チーム—複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの（個別の訪問支援）初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員—認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



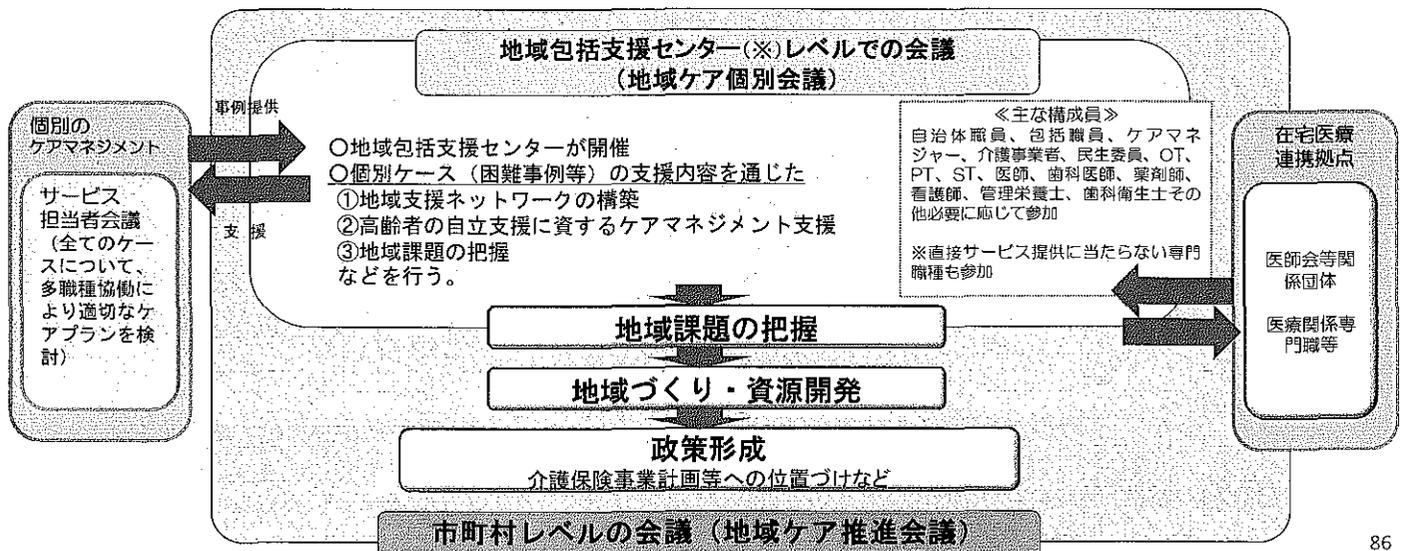
≪認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ≫

- ①訪問支援対象者の把握
- ②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)
- ③アセスメント(認知機能障害、生活機能障害、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子などのチェック)
- ④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)
- ⑤チーム員会議の開催(アセスメント内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)
- ⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)
- ⑦引き継ぎ後のモニタリング

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



現時点で想定される論点(3)

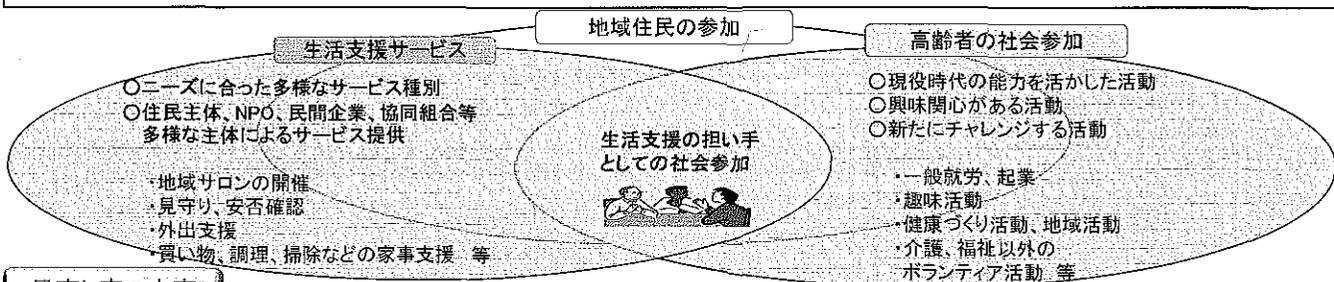
4. 介護予防・日常生活支援の充実に資する地域づくりの推進

- (1) 専門職(保健師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等)
- (2) 小規模多機能型居宅介護事業所等を活用した地域交流
- (3) 保健センターと地域包括支援センターとの連携
- (4) 地区社会福祉協議会、食生活改善推進員、健康推進員、シルバー人材センター、ボランティア、NPO、民間企業等
- (5) 地域福祉計画
- (6) 成年後見を始めとする権利擁護

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進に向けた予防給付の見直し

見直しの背景・目的

- 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。



見直し案の内容

【現状】

全国一律のサービス内容、基準、単価等の
予防給付(訪問介護・通所介護・訪問看護等)

【見直し後】

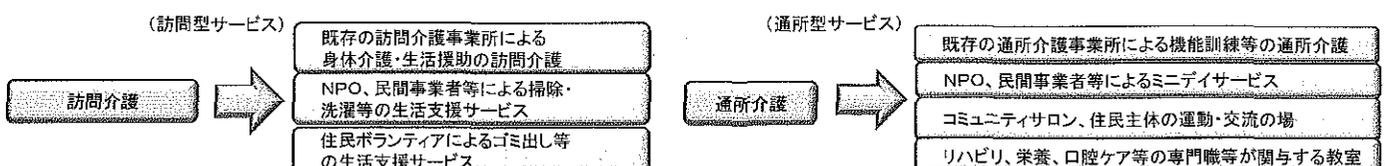
○ 予防給付のうち訪問介護・通所介護について市町村が**地域の実情に応じた取組**ができる介護保険制度の**地域支援事業(※)**へ移行(29年度末まで)。

(※)市町村が、介護保険財源を用いて取り組む事業(財源構成は給付と同じ)。

○ 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど**地域の多様な主体を活用して高齢者を支援**。高齢者は支え手側に回ることも。

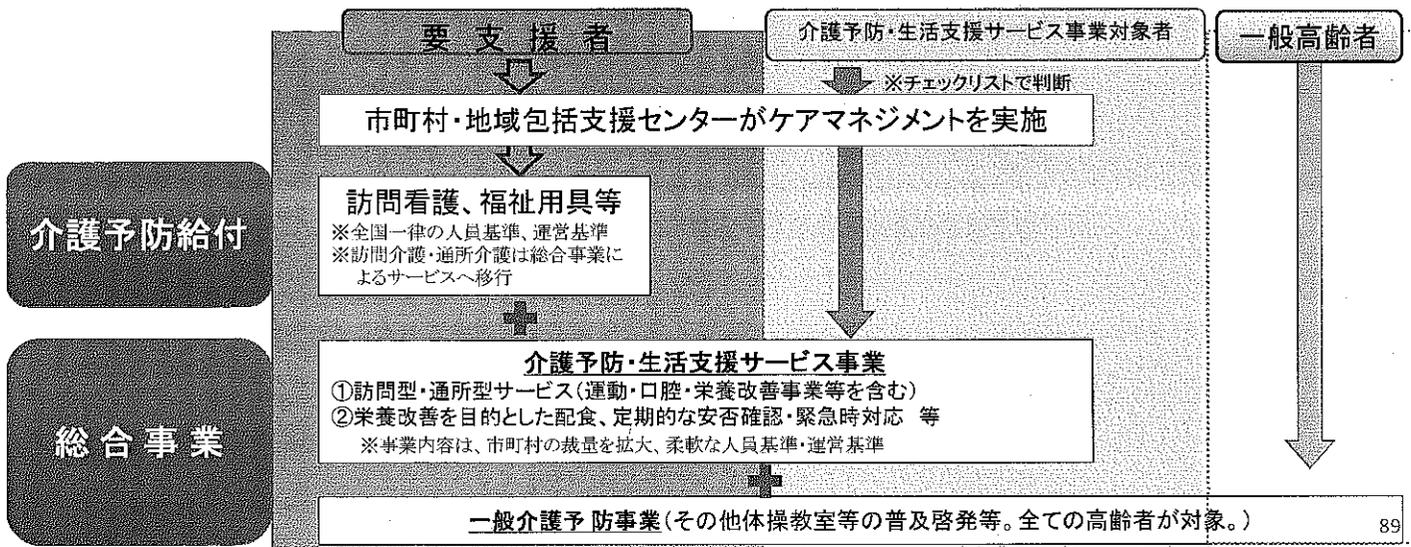
(※)住民主体のサービスの拡充等を推進することで、費用の効率化。

【見直しのイメージ】



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

- 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス（要支援者）を組み合わせる。
- 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。



【参考】「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」 （平成24年3月）一抄一

I 介護予防・日常生活支援総合事業とは

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的考え方

（2）従来の制度との違い

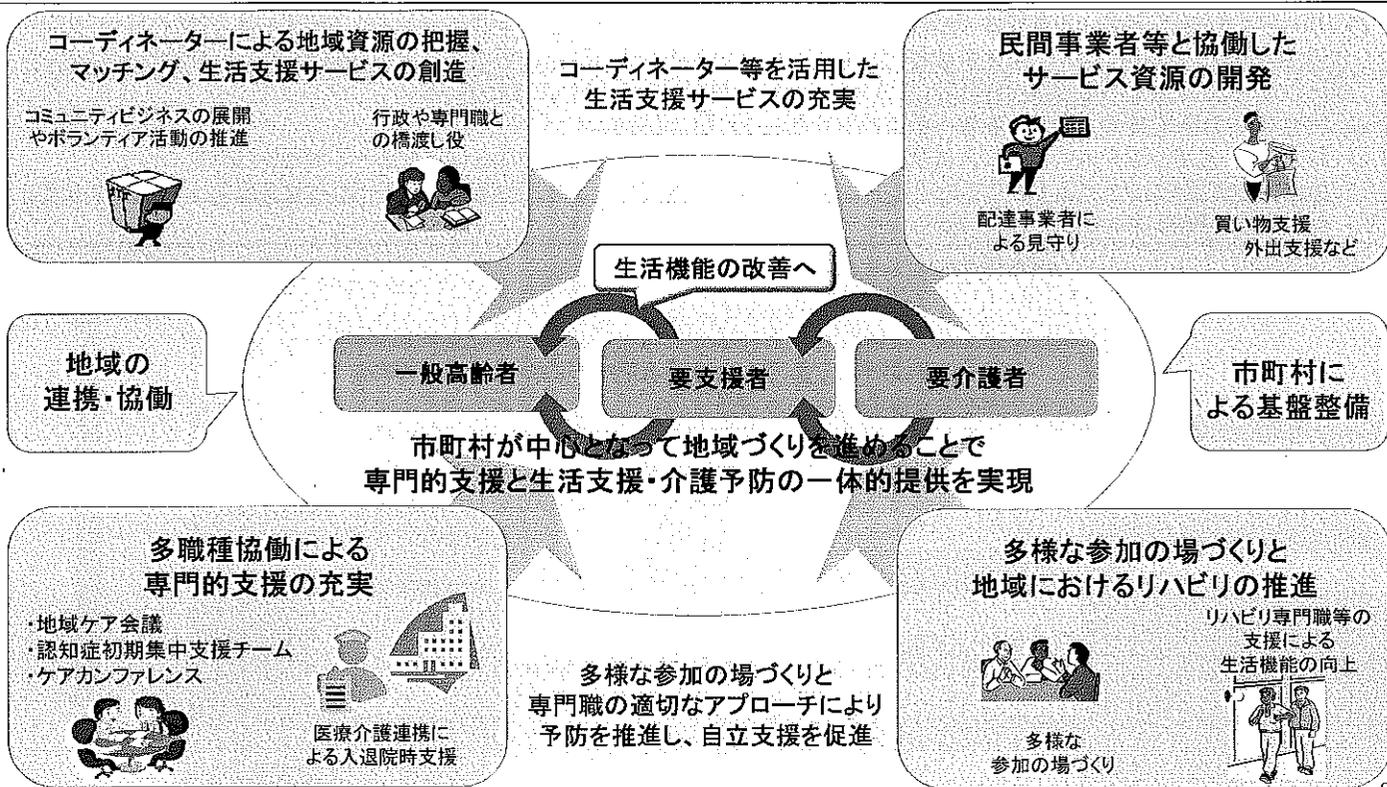
【取組に当たってはニーズの把握と市町村の主体的な判断が必要】

市町村の主体性を重視するという本事業のねらいは、地域の資源を十分活用して、今後の超高齢社会に適応した地域づくりを市町村が地域住民と協働して行うことにある。市町村は、まず自らの地域の高齢者の健康状態・ニーズを把握し、加齢に伴い支援が必要になっても、地域において安全・安心に暮らしていくためにはどのようなサービスが必要なのか、また、どのような地域の社会資源等が活用可能なのかを考える必要がある。なお、総合事業は、地域のコミュニティ（地域住民、行政、民間事業者、ボランティア等）により支えられていくことが求められており、必要な供給量・質を考えると、新たなコミュニティビジネスの創出も必要とされるため、各市町村においては、総合事業を推進するための基盤整備も必要である。したがって、高齢者福祉所管課のみならず健康づくり所管課や、コミュニティビジネス、NPO、ボランティアとの関わりのある所管課や社会福祉協議会等の関係団体との連携も不可欠である。

これらの連携により、介護予防と健康づくり、そして地域づくりを一体に取り組んでいくことが期待される。

高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

○生活支援サービスの充実、介護予防の推進に加え、多職種協働による専門的支援の充実を図ることにより、要支援者の生活機能の改善が図られるなど、高齢者の自立が促進される。



91

市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発
(例)
・ボランティアの発掘・養成・組織化
→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場
(例) ・サロン
・住民主体の交流の場
・コミュニティカフェ
・認知症カフェ
・ミニデイサービス
・体操教室
・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援
(例) ・ゴミ出し
・洗濯物の取り入れ
・食器洗い
・配食
・見守り
・安否確認

- 研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。
- 小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。
- 研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。
- 地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。
- 交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

92

新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応(基本チェックリストを活用することも可能)

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

介護予防事業評価事業

(新)地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

介護予防・生活支援サービス事業

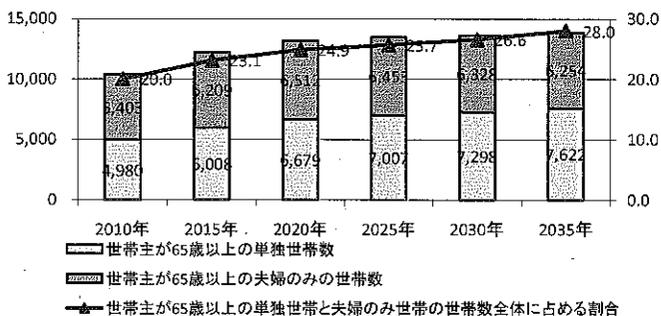
- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業

生活支援サービスの充実

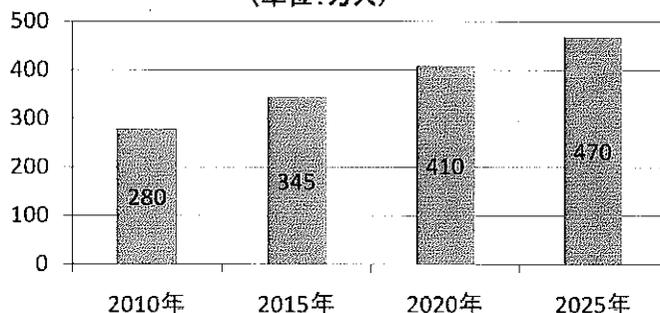
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



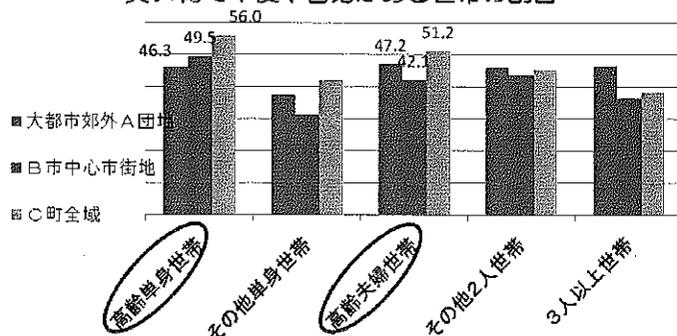
国立社会保障・人口問題研究所、2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



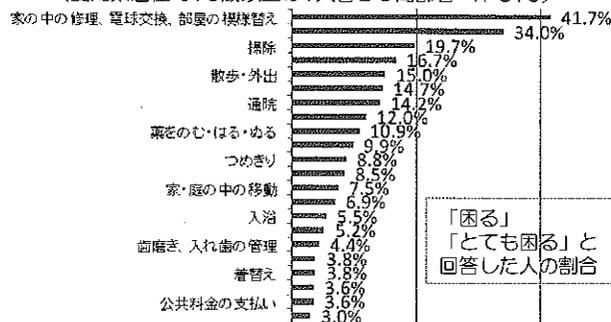
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、厚生労働省

買い物で不便や苦勞がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



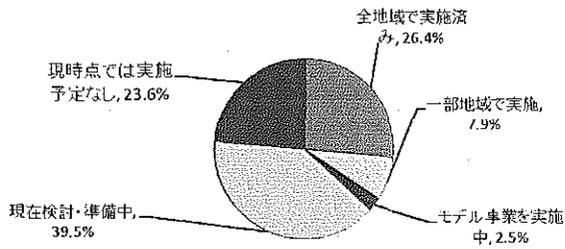
「困る」「とても困る」と回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)

地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

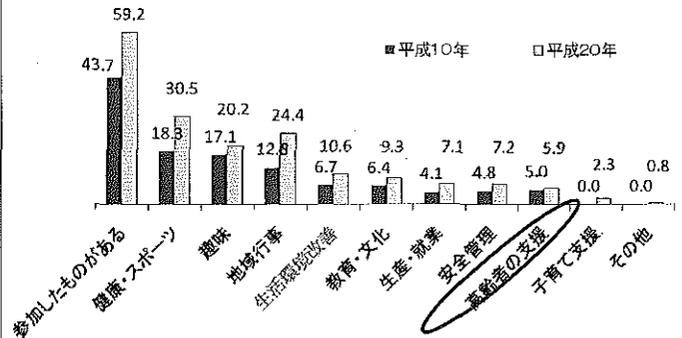
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(全国1,750自治体のうち有効回答数 n=982)



平成22年内閣府 経済社会総合研究所「セル・ネットワーク状態にある高齢者に関する調査 幸福度の視点から」

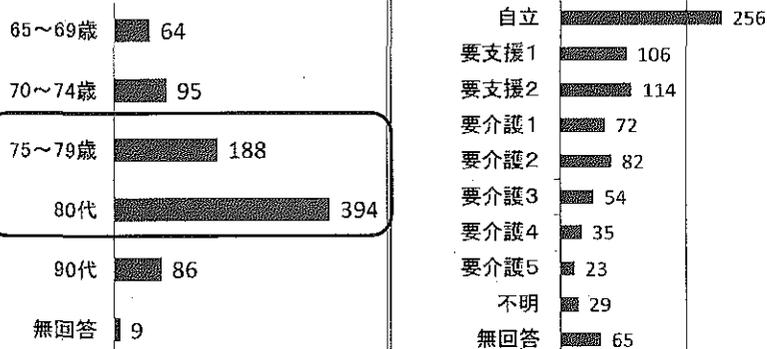
60歳以上の住民のグループ活動



平成24年度版 高齢社会白書 内閣府

NPO等による生活支援サービスの利用状況

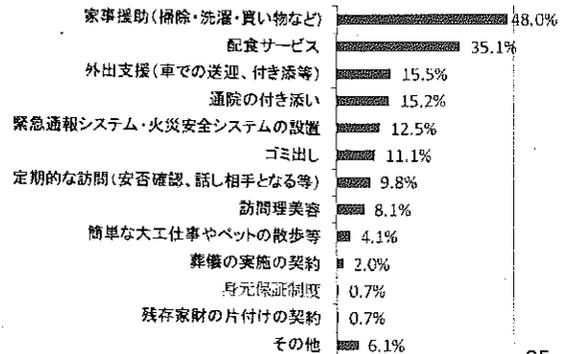
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」

高齢者の利用サービス

(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」 95

現時点で想定される論点(4)

5. 地域包括支援センターの機能強化

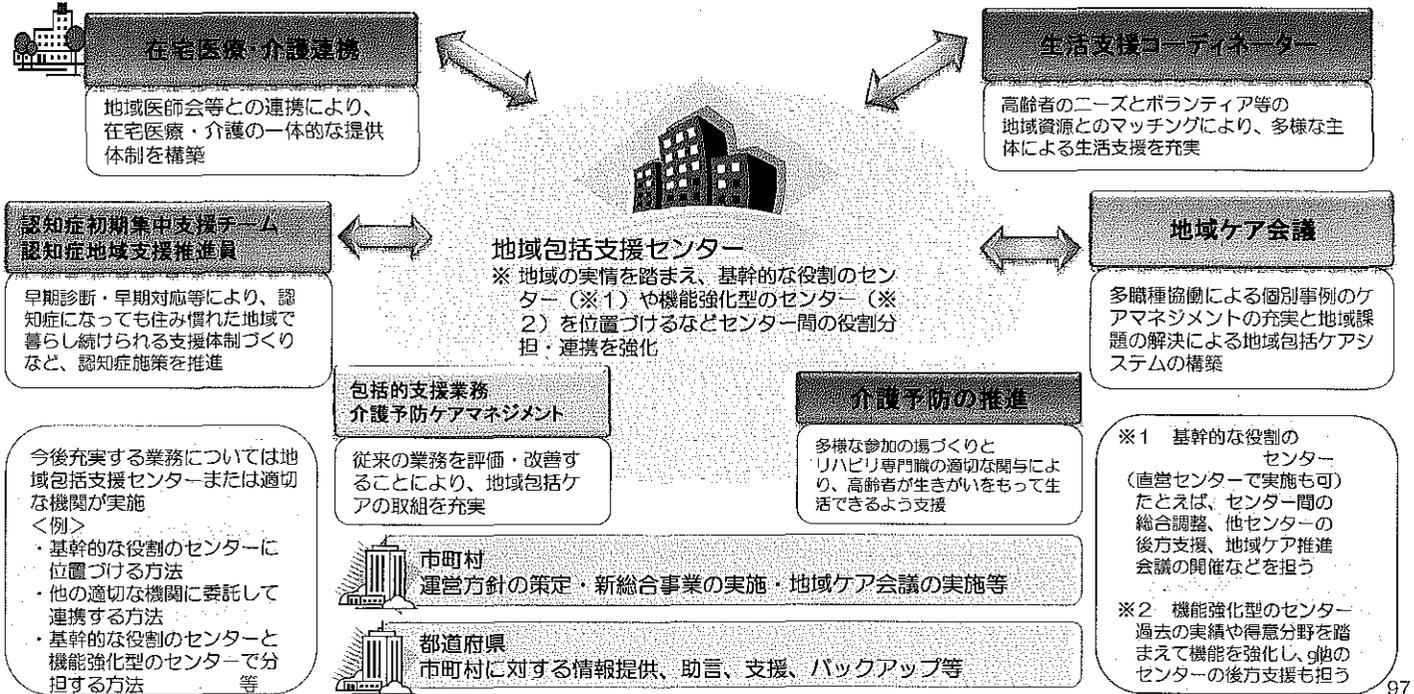
(1) 高齢者福祉相談員の位置付け

(2) 中央地域包括支援センターと各地域包括支援センターとの役割分担

(3) 北部地域包括支援センターの拠点

地域包括支援センターの機能強化

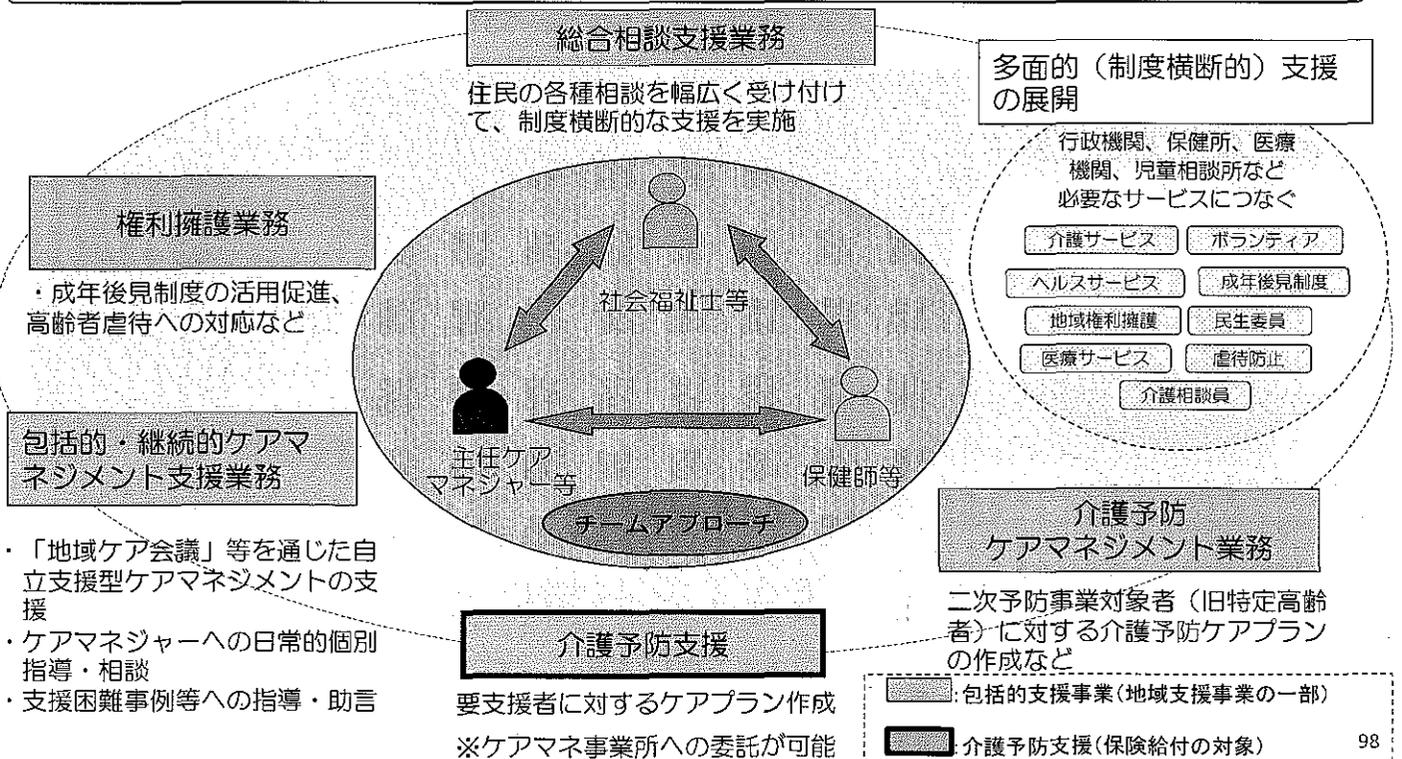
- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



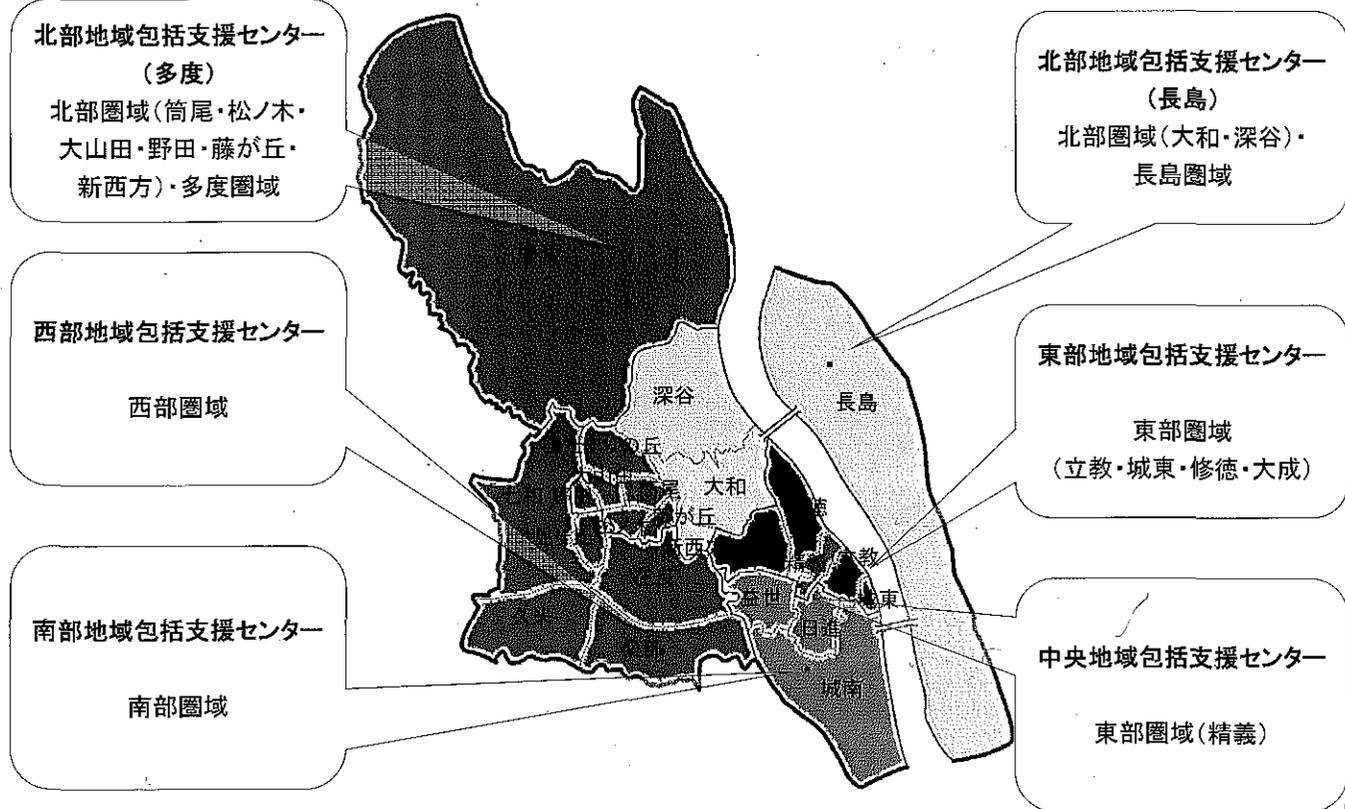
(参考) 地域包括支援センターの業務(現行)

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種チームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。(介護保険法第115条の46第1項)

主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。



【参考】桑名市における日常生活圏域と各地域包括支援センターの担当地区との関係



99

「地域包括ケアシステム」の構築は、
「地方分権の試金石」と称された
介護保険制度の創設に匹敵する困難な作業です。



平成25年10月5日「桑名地域医療再生シンポジウム」

市民の皆さんと一緒に、
一步一步着実に取り組んでまいります。