

業務効率化の視点

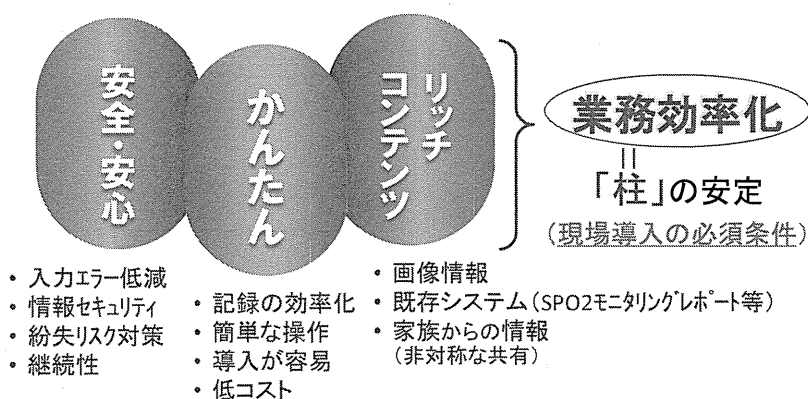
在宅の「現場」の業務は多忙を極めており、“新たに”共有情報の確認や入力を現場業務に組み込むことは容易ではない…。

情報の利活用手段・効能や管理の方法よりも、在宅の「現場」での情報の入力や閲覧を含めた業務を如何に効率化するかという視点での議論を優先すべき

業務効率化=現場導入の必要条件

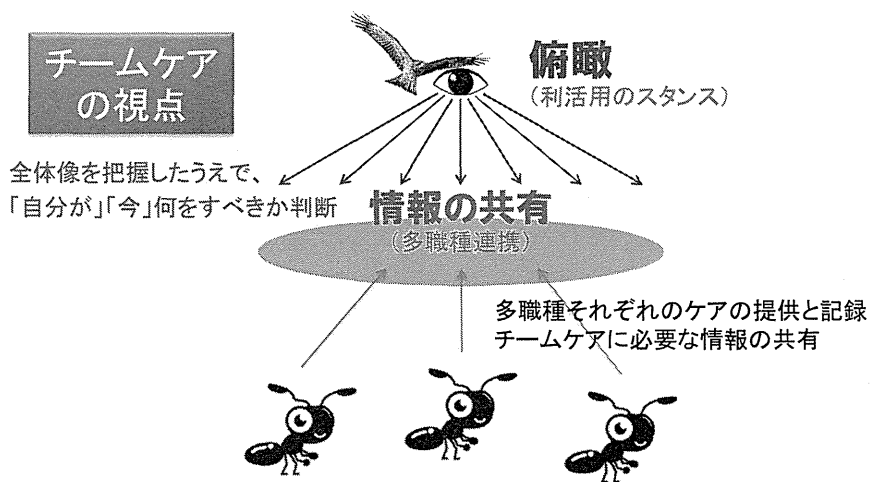
9

業務効率化の要素



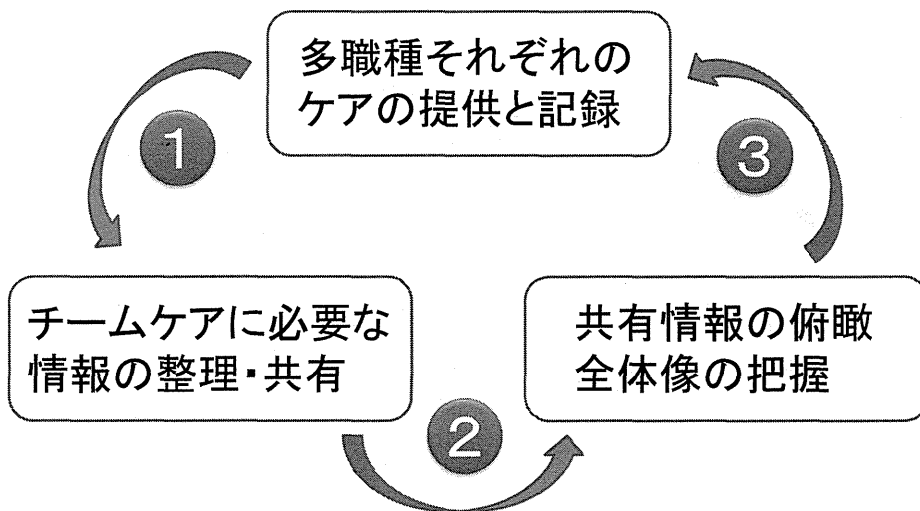
10

情報の利活用の視点①



11

多職種をつなぐICTの活用



12

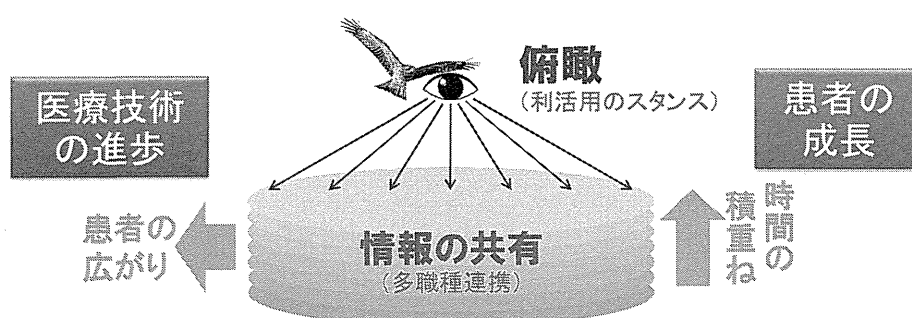
「地域包括ケア」成人と子どもの違い

- ◆ 病院の関わり方
 - 成人：基本的には急変時に対応
 - ✓ 訪問診療・看護・リハ等とシリアルに連携
 - 小児：並行する専門病院受診と在宅ケア
 - ✓ 訪問診療・看護・リハ等とパラレルに連携
- ◆ 家族の関わり方
 - 基本的に「常に」寄り添い、見守る
 - 時と共に「成長」することが視野の中心にある
- ◆ 情報共有の連続性

2015/12/27科研前田班資料(ICT班)より引用

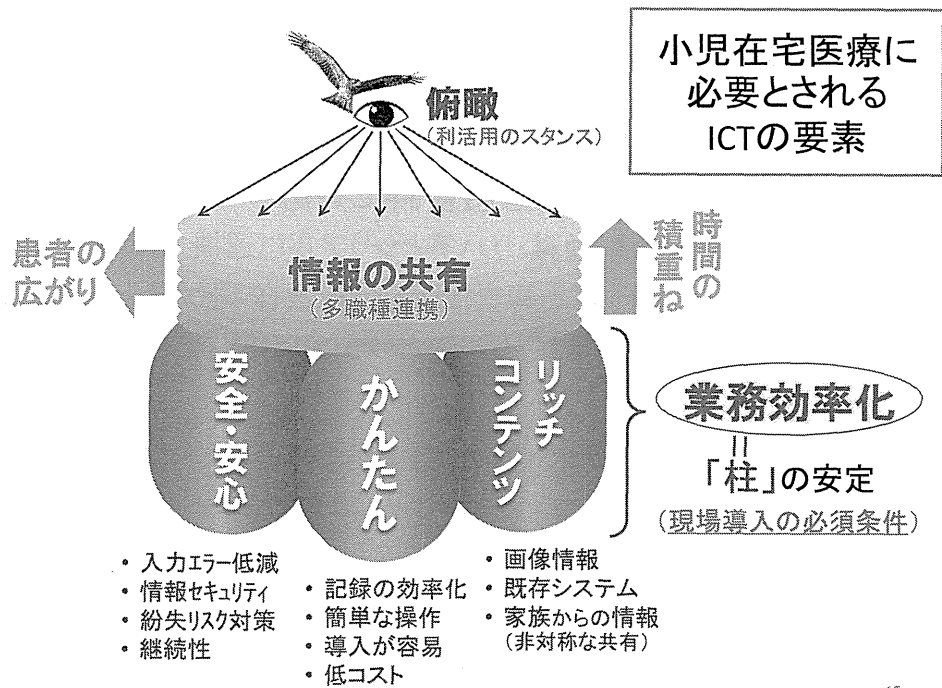
13

情報の利活用の視点②



(特に小児では)
対象地域や連携範囲、情報量の拡大にも
対応可能な柔軟性が必要

14



在宅小児医療推進の検討素材として、介護保険制度の概要紹介

(石黒秀喜)

- 1 介護保険制度の目的・創設背景・構造概略
- 2 介護保険サービス利用までの流れ
 - (1) 要介護認定の仕組み
 - (2) 居宅サービス利用手続き
- 3 被保険者と給付対象者
- 4 介護保険サービスの種類
- 5 指定事業所の人員、設備及び運営に関する基準
- 6 介護報酬の例(訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、通所介護)
- 7 居宅サービスの支給限度基準額
- 8 保険給付割合／利用者負担
- 9 介護保険制度運営の財源構成
- 10 地域包括ケアの推進と地域包括ケアシステムの構築
- 11 地域支援事業
- 12 介護保険事業計画
- 13 地域医療介護総合確保基金

1 介護保険制度の目的と創設の背景

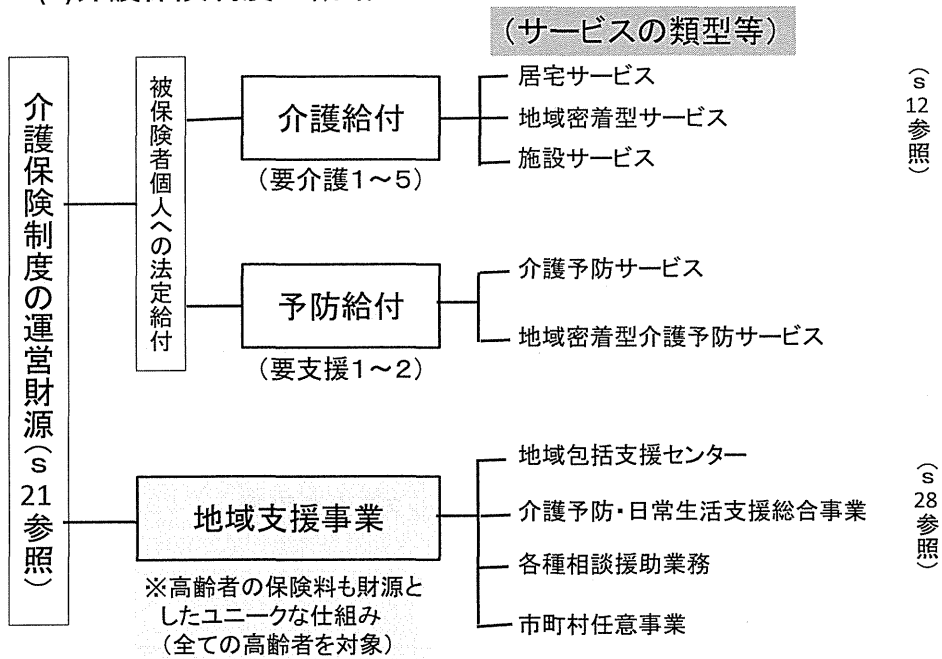
(1) 目的(介護保険法第1条)

第1条 この法律は、**加齢に伴って**生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持**し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、**国民の共同連帯の理念**に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(2) 創設の主な背景

- ① 寿命の長寿化⇒虚弱・要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化
- ② 家庭内介護力の弱体化⇒独居・老々世帯の増加、女性就労の一般化
- ③ 要介護者の尊厳の保持⇒国民の共同連帯の理念で、**介護の社会化**
- ④ 可能な限り要介護者の居宅生活継続⇒本人に対する自立支援+**家族の介護負担の軽減**
- ⑤ それまでの老人福祉法に基づく措置サービスの限界性、社会的入院患者の増加などに対する既存制度の抜本的な見直し

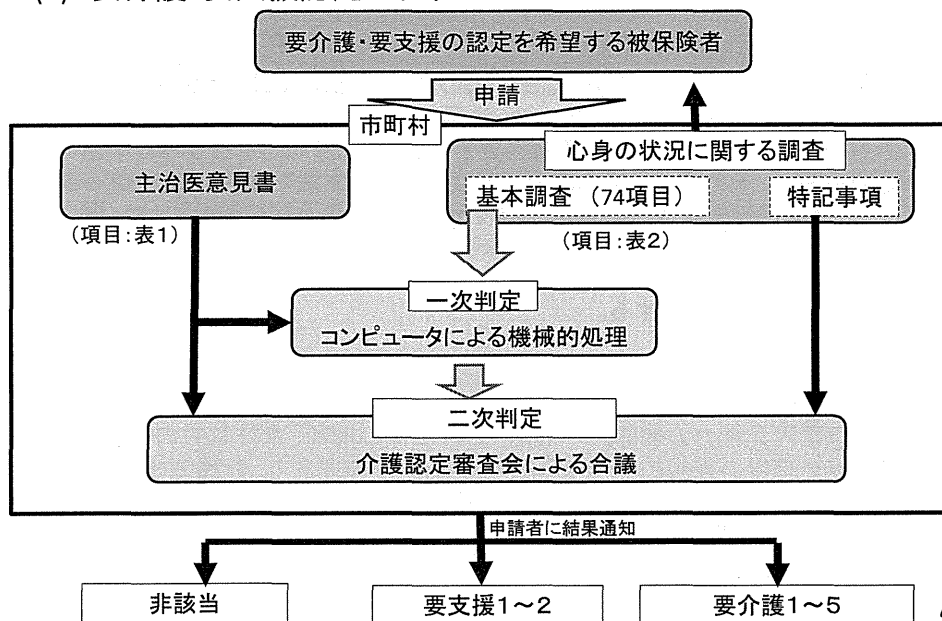
(3)介護保険制度の概略



3

2 介護保険サービスの利用までの流れ概略図

(1) 要介護・要支援認定の仕組み



4

(表1)

主治医意見書の項目

事項	主な内容
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請者氏名等 ・ 介護サービス計画作成等に利用されることの同意 ・ 医師・医療機関名等 ・ 最終診療 (年月日) ・ 意見書作成回数 ・ 他科受診の有無
1 傷病に関する意見	(1) 診断名 (年月頃) (2) 症状としての安定性 (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容
2 特別な医療	過去14日以内に受けた医療
<p>処置内容 1.点滴の管理 2.中心栄養静脈 3.透析 4. ストーマ(人工肛門)の処置 5.酸素療法 6.レスピレーター(人工呼吸器) 7.気管切開の処置 8.疼痛の看護 9.経管栄養</p> <p>特別な対応 10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 11.じょくそうの処置 12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)</p>	

5

(続き)

事項	主な内容
3 心身の状態に関する意見	(1) 日常生活の自立度 <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 (2) 認知症の中核症状 <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期記憶 ・ 日常の意思決定を行うための認知能力 ・ 自分の意思の伝達能力 (3) 認知症の周辺症状 (4) 精神・神経症状の有無 専門医受診の有無 (5) 身体の状態
4 生活機能とサービスに関する意見	(1) 移動 (2) 栄養・食生活 (3) 現在あるか今後発生の可能性の高い状態と対処方針 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し (5) 医学的管理の必要性 (6) サービス提供時における医学的な観点からの留意事項 (7) 感染症の有無
5 その他の特記事項	

6

(表2)

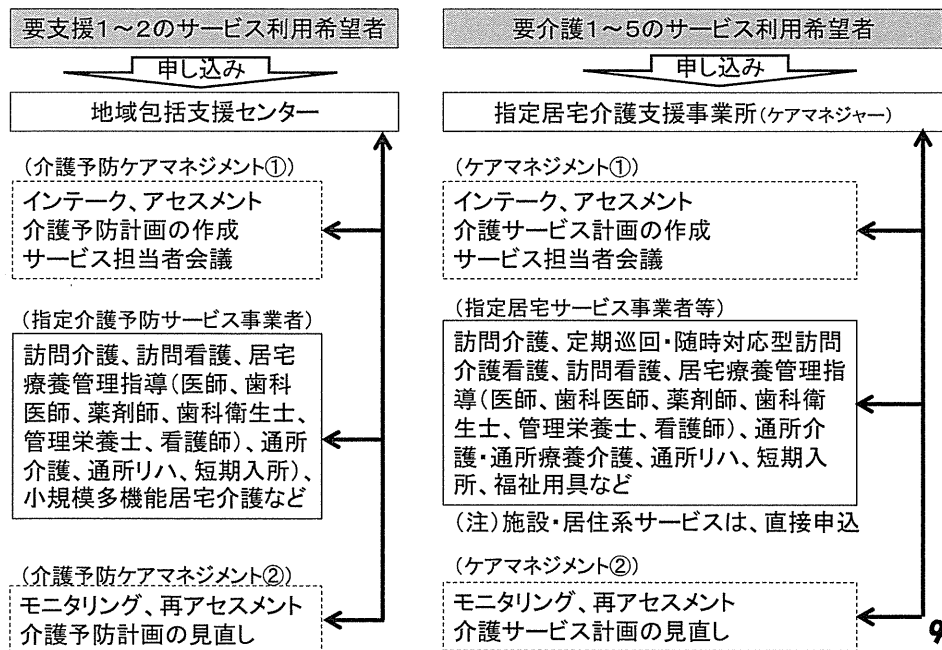
認定調査票の基本調査項目

領域	個別調査の項目(細項目略)	領域	個別調査の項目(細項目略)
1 身体機能・起居動作に関連する項目	① 麻痺等の有無 ② 拘縮の有無 ③ 寝返り ④ 起き上がり ⑤ 座位保持 ⑥ 両足での立位保持 ⑦ 歩行 ⑧ 立ち上がり ⑨ 片足での立位保持 ⑩ 洗身 ⑪ つめ切り ⑫ 視力 ⑬ 聴力	3 認知機能に関する項目	⑧ 洗顔 ⑨ 整髪 ⑩ 上衣の着脱 ⑪ ズボン等の着脱 ⑫ 外出頻度 ① 意思の伝達 ② 毎日の日課を理解する ③ 生年月日や年齢を言う ④ 短期記憶 ⑤ 自分の名前を言う ⑥ 今の季節を理解する ⑦ 場所の理解 ⑧ 徘徊 ⑨ 外出して戻れない
	2 生活機能に関する項目		① 移乗 ② 移動 ③ えん下 ④ 食事摂取 ⑤ 排尿 ⑥ 排便 ⑦ 口腔清潔
			① 被害的になる ② 作話をする ③ 感情が不安定になる ④ 昼夜逆転 ⑤ しつこく同じ話をする ⑥ 大声を出す

(続き)

領域	個別調査の項目(細項目略)	領域	個別調査の項目(細項目略)
4 精神・行動障害に関連する項目	⑦ 介護に抵抗する ⑧ 落ち着きがない ⑨ 一人で出たがり目が離せない ⑩ いろいろなものを集めたり、無断でもってくる ⑪ 物や衣類を壊す ⑫ ひどい物忘れ ⑬ 意味もなく独り言・独り笑いを ⑭ 自分勝手に行動する ⑮ 話がまとまらず、会話にならない	6 特別な医療に関する項目	過去14日間に受けた特別な医療(12項目:S4参照)
	5 社会生活への適応に関する項目	① 薬の内服 ② 金銭の管理 ③ 日常の意思決定 ④ 集団への不適応 ⑤ 買い物 ⑥ 簡単な調理	7 日常生活自立度に関する項目
			8 特記事項

(2) 居宅サービス利用手続き



3 被保険者と保険給付の対象者

被保険者(保険料を払う人)	第1号被保険者;65歳以上 第2号被保険者;40歳~64歳
給付対象被保険者	第1号被保険者 要介護(要支援)認定を受けた人(原因は問わない) 第2号被保険者 加齢に伴い罹患することが多くなる下欄に掲げる疾病に起因するものに限定

① がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

② 関節リウマチ

③ 筋萎縮性側索硬化症

④ 後縦靭帯骨化症

⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症

⑥ 初老期における認知症(法第5条の2に規定する認知症をいう。)

⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病

⑧ 脊髄小脳変性症

⑨ 脊柱管狭窄症

⑩ 早老症

⑪ 多系統萎縮症

⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

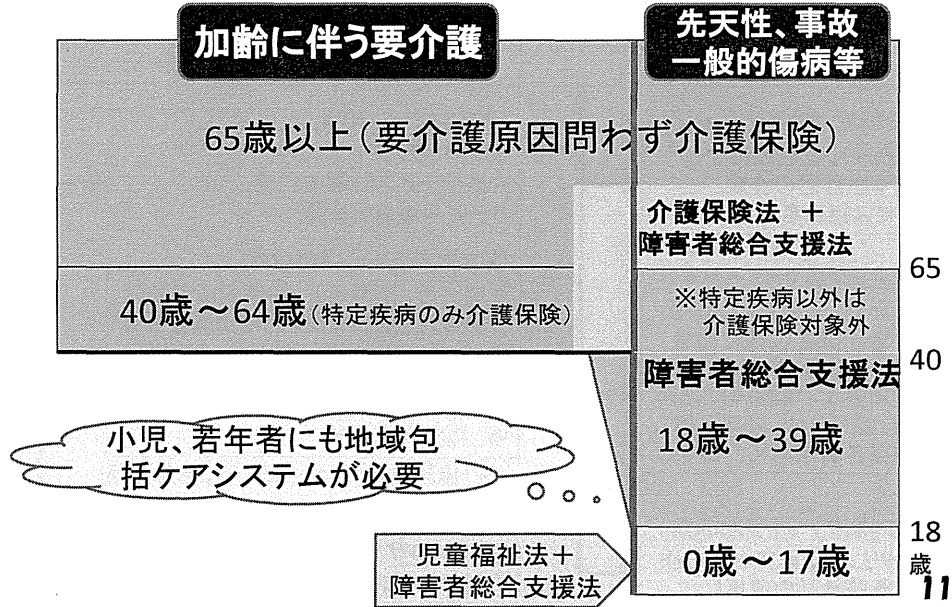
⑬ 脳血管疾患

⑭ 閉塞性動脈硬化症

⑮ 慢性閉塞性肺疾患

⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(参考) 介護保険サービスの対象者と総合支援法の関係(年齢・原因別)



4 介護保険サービスの種類(介護給付;要介護認定者の場合)

形態	サービス種類
マネジメント	居宅介護支援(ケアマネジメント)
居宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導(医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師) ・通所介護(通所療養介護含む)、通所リハビリテーション ・短期入所生活介護、短期入所療養介護 ・福祉用具貸与、特定福祉用具販売 ・特定施設入所者生活介護(介護サービスを内在した有料老人ホーム等)
地域密着型サービス(市町村が指定)	<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型通所介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ・地域密着型特定施設入居者生活介護(29人以下の有料老人ホーム等) ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(29人以下の特養)
介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設(平成30年3月末廃止)
その他	・住宅改修(手すり設置、住宅改修など)

12

5 指定事業所の人員、設備及び運営に関する基準

- 厚生労働省令により、遵守すべき基準が定められており、都道府県(市町村)が指定する際の審査及び指導監査の際の根拠となるものである。
- 訪問看護の場合の主なポイントは以下の通り。

- 1 基本方針:訪問看護事業は、生活機能の維持又は向上を目指すもの
- 2 人員に関する基準:従事者の資格および員数
- 3 設備に関する基準:設備及び備品等
- 4 運営に関する基準
 - 訪問看護に関する内容及び手続きの説明及び同意
 - 利用者の心身の状況、病歴の把握
 - 居宅介護支援事業者等との連携:ケアプランとの整合性確保
 - 居宅サービス計画等の変更の援助:利用者が変更を希望する場合の援助
 - 基本取扱方針:利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行う
 - 主治の医師との連携:主治の医師の指示を文書で受け、文書で報告
 - 訪問看護計画書の作成及び訪問看護報告書の作成:主治の医師に報告、利用者には訪問看護計画書を説明し同意を得た後に交付する。
 - 秘密保持、苦情処理窓口の設置、地域との連携(介護相談員の受入)

13

6 介護報酬の例

(1) 訪問介護費

提供時間を基準に設定
各種加算が多数あり

イ 身体介護が中心である場合

- (1) 所要時間20分未満の場合 165単位
- (2) 所要時間20分以上30分未満の場合 245単位
- (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 388単位
- (4) 所要時間1時間以上の場合 564単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに80単位を加算した単位数

ロ 生活援助が中心である場合

- (1) 所要時間20分以上45分未満の場合 183単位
- (2) 所要時間45分以上の場合 225単位

ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合 97単位

1単位の単価は、10円を基本として地域ごと、サービスの種類ごとに人件費の地域差分を上乗せしたもので、10円～11.40円の間で8区分に設定されている。

14

(2) 訪問看護費

提供時間を基準に設定
各種加算が多数あり

イ 指定訪問看護ステーションの場合

- (1) 所要時間20分未満の場合 310単位
- (2) 所要時間30分未満の場合 463単位
- (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 814単位
- (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 1,117単位
- (5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合(1回につき) 302単位

ロ 病院又は診療所の場合

- (1) 所要時間20分未満の場合 262単位
- (2) 所要時間30分未満の場合 392単位
- (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 567単位
- (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 835単位

ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 2,935単位

注1 イ及びロについて、通院が困難な利用者(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。以下この号において同じ。)に対して、その主治の医師の指示……(以下略)

15

末期の悪性腫瘍の患者等は医療保険の給付の対象である

<厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号)>

四 指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注1の厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態 【20疾病等】

16

注6 イ(4)及びロ(4)について、**指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者**(別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。以下同じ。)に対して、所要時間1時間以上1時間30分未満の指定訪問看護を行った後に引き続き指定訪問看護を行う場合であって、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が**1時間30分以上**となるときは、1回につき**300単位を所定単位数に加算する**。

六 指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注6の厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬 点数表」という。)に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは**在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ**若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を越える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週三日以上行う必要があると認められる状態

17

(3) 居宅療養管理指導費

指導内容に応じて設定

イ 医師が行う場合

- (1) 居宅療養管理指導費 I
 - (一) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 503単位
 - (二) 同一建物居住者に対して行う場合 452単位
- (2) 居宅療養管理指導費 II
 - (一) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 292単位

ハ 薬剤師が行う場合

- (1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合
 - (一) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 553単位
 - (二) 同一建物居住者に対して行う場合 387単位
- (2) 薬局の薬剤師が行う場合
 - (一) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 503単位
 - (二) 同一建物居住者に対して行う場合 352単位

ヘ 看護職員が行う場合

- (1) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 402単位
- (2) 同一建物居住者に対して行う場合 362単位

18

(4) 通所介護費

□ 通常規模型通所介護費

- (1) 所要時間3時間以上5時間未満の場合 (略)
- (2) 所要時間5時間以上7時間未満の場合
 - (一) 要介護1 572単位
 - (二) 要介護2 676単位
 - (三) 要介護3 780単位
 - (四) 要介護4 884単位
 - (五) 要介護5 988単位
- (3) 所要時間7時間以上9時間未満の場合
 - (一) 要介護1 656単位
 - (二) 要介護2 775単位
 - (三) 要介護3 898単位
 - (四) 要介護4 1,021単位
 - (五) 要介護5 1,144単位

定員規模、提供時間、要介護度を基準に設定
各種加算が多数あり

難病等を有する重度要介護者又はガン末期の患者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要な利用者

ホ 療養通所介護費

- (1) 所要時間3時間以上6時間未満の場合 1,007単位
- (2) 所要時間6時間以上8時間未満の場合 1,511単位

19

7 サービスの支給限度額(訪問系・通所系・短期入所・福祉用具)

要介護度ごとに給付上限額(区分支給限度基準額)が設定されている。

要介護度	支給限度額
要介護1	166,920単位
要介護2	196,160単位
要介護3	269,310単位
要介護4	308,060単位
要介護5	360,650単位

※1 居宅療養管理指導は医師の判断により行われるため、支給限度額の対象外となっている。

※2 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など、居住の場で完結するサービスは、別に要介護度別の定額の介護報酬が設定されている。

8 保険給付割合/利用者負担

	一般利用者	一定以上の所得・資産保有者
介護費用	保険給付9割、利用者1割	保険給付8割、利用者2割
食費 室料・光熱費	所得に応じて負担の限度額を設定。不足分を補足給付	補足給付はなく、全額利用者負担になる。

※ 高額介護サービス費の負担上限額が所得区分ごとに設定されている。
生活保護受給者/年金等80万円以下/市町村民税世帯非課税/課税世帯/現役並み

9 介護保険制度運営の財源構成

財源区分	保険給付費		地域支援事業費	
	居宅給付費	施設等給付費	介護予防・日常生活支援総合事業	その他の地域支援事業
国(負担金)	20%+5%(平均)	15%+5%(平均)	—	—
国(交付金)	—	—	20%+5%(平均)	39.00%
都道府県	12.50%	17.50%	12.50%	19.50%
市町村	12.50%	12.50%	12.50%	19.50%
1号保険料	(平均)22%	(平均)22%	(平均)22%	22%
2号保険料	28%	28%	28%	—
合計	100%	100%	100%	100%

(注) 国の欄の「5%(平均)」は、後期高齢人口割合などの格差を考慮した調整交付金である。

10 地域包括ケアの推進と地域包括ケアシステムの構築

(1) 「地域包括ケアシステム」の法的定義

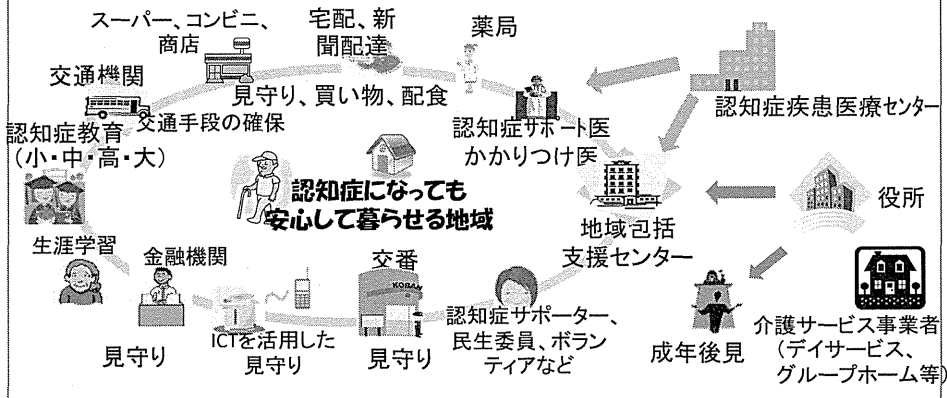
<地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律>

第2条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、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(要介護状態となることの予防又は要介
 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。)、**住まい**及び自立した**日常生活の支援**が包括的に確保さ
 れる体制をいう。

認知症の人にとっての地域包括ケアのイメージ

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。

(イメージ) 地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人びとなどを支えていくことが必要。



(厚生労働省資料一部改変) 日常生活圏域等で認知症の人びとの見守り等を含めた自助・互助のネットワークが不可欠

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開 **23**

高齢者にとっての「地域包括ケア」を石黒なりに翻訳すると

障害があっても、プライバシーの保障された「暮らし」の拠点が
 自宅、サービス付高齢者住宅、個室ユニット特養など
 定まっていて、出来るだけ主体性の高い暮らしを営めるよう、
 介護予防・重度化予防、状態の改善
 必要な医療と介護の連携が図られ、かつ、日常生活上で不便
 医療職と介護職との円滑なコミュニケーション・協働
 なことの支援や権利擁護が図られていて、暮らし慣れた環境で
 ちょっとした暮らしの手助けと認知機能が不十分な人への支援
 住み続け、納得できる旅立ちの支援をすること。

■ 国が提唱する背景

少子多死社会が進行する中で、住み慣れた地域とは無縁の4人部屋の介護施設等で、主体性を放棄した生活を経て、人生を閉じていくのか？さらに、そういう介護施設すら首都圏では作り続けるのが困難な状況に直面している。団塊の世代の老後はどうなる？ 満足デス(Death)と言って人生のゴールを迎えるには？
 地域の個人、団体が共通認識を持ち、自助(セルフケア)・互助の地域づくりに参画しなければ、法定給付だけでは地域包括ケアは成り立たない。

24

■納得できる旅立ち

【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】(通称「社会保障プログラム法」)平成25年12月

第四条(医療制度)

4 (略) **地域包括ケアシステム**(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予防又は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。)**、**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をいう。) (略)

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、**患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備**を行うよう努めるものとする。

東京都の年齢階級別 将来人口推計

	要支援・介護認定率	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
(石黒の年齢)		(65歳)	(70歳)	(75歳)	(80歳)	(85歳)	(90歳)
0～19歳		2,029	1,945	1,844	1,714	1,577	1,476
20～74歳	65～2.4% 70～6.3%	9,848	9,658	9,357	9,209	9,058	8,692
75～79歳	13.7%	597	663	753	613	591	721
80～84歳	26.9%	458	502	565	650	530	515
85～89歳	45.9%	267	338	378	431	504	413
90歳以上	68.0%	150	210	281	339	403	490
合計		13,349	13,315	13,179	12,957	12,663	12,308
再掲 75歳以上	(28.5%)	1,473	1,712	1,977	2,033	2,028	2,139

資料:「日本の将来推計人口(平成25年3月推計)」(社会保障・人口問題研究所)

支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助	・介護保険・医療保険の自己負担部分 ・市場サービスの購入 ・自身や家族による対応
互助	・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
共助	・介護保険・医療保険制度による給付
公助	・介護保険・医療保険の公費(税金)部分 ・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

27

11 地域支援事業

○少子超高齢地域を見据えた地域づくりを推進することを目的とした事業

○地域包括ケア推進の拠点として「**地域包括支援センター**」を制度化(平成18年度)し、高齢者の相談支援の総合窓口をはじめ多様な取組みの展開を目指して、市町村に設置を義務付けている。

(平成26年4月設置数:4,557か所、ランチ・サブセンターを含め7,228か所)

○それを可能としている背景は、運営財源に65歳以上高齢者の保険料財源を活用できる仕組みとしたことが挙げられる。

■ 地域包括支援センター創設の背景

- (1) かつての在宅介護支援センターのスクラップ&ビルド(財源の足がかりがあった。)
- (2) ケアプランの評価(御用聞きプランではなく、自立支援に資するケアプランへ助言)
- (3) 介護予防の推進(要支援1・2は、保険者が介護予防ケアマネジメントを担当。)
- (4) ソーシャルワーク機能の強化

介護保険制度のサービス、ケアマネージャーだけでは、高齢者の多様なニーズに対応できるとは限らないので、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種協働による総合相談機能を付与。

28

(1) 地域包括ケアの推進のための各種事業

- 市町村は次の事業を自ら実施するか、法人に委託してコーディネートする。

■地域包括支援センターの必須事業

- ① 総合相談支援業務
- ② 権利擁護業務(虐待防止、成年後見制度、消費者被害対策など)
- ③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務(ケアマネジャーの支援など)
- ④ 介護予防ケアマネジメント業務(要支援1・2等の介護予防ケアプランの作成)

⑤ 在宅医療・介護連携推進事業 【⑤⑥⑦は平成26年法改正で追加】

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を促進

⑥ 認知症総合支援事業

認知症初期集中チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、認知症地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる体制の構築

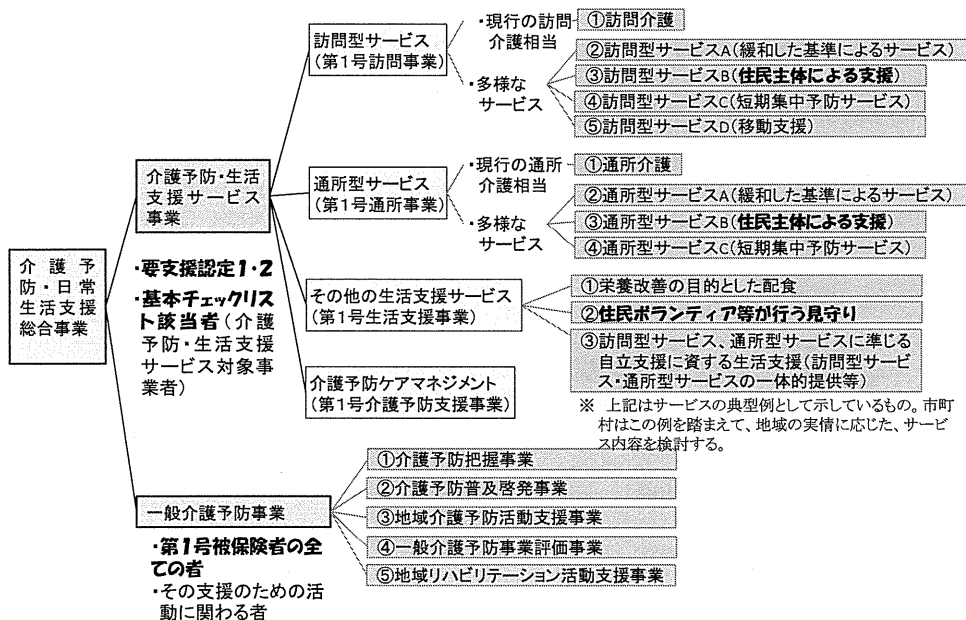
⑦ 生活支援体制整備事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加するなか、高齢者が地域とのつながりや生きがいをもちながら暮らし続けていくため、多様な生活支援や介護予防・社会参加へのニーズを踏まえて、NPOや地域住民をはじめとした多様な主体と、地域の特性に応じた生活支援等サービスの体制整備

※ 上記事業の円滑・効果的な実施のため、地域ケア会議を法的に位置づけ 29

(2) 介護予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の構成イメージ



12. 市町村介護保険事業計画（第6期：平成27～29年度）

介護保険法第117条の規定に基づき、市町村は、3年毎に介護保険制度の運営方針に関する計画を策定することが義務付けられている。

国が計画策定に当たっての指針を示している。そのポイントは次のとおり。

- (1) **要介護者等地域の実態把握（日常生活圏域ニーズ調査の実施）**
- (2) 保険給付の実態把握と分析
- (3) 他の関連する計画との整合性調整
（市町村総合計画、老人福祉計画、地域福祉計画、障害福祉計画、健康増進計画、高齢者居住安定確保計画、地域医療介護確保計画 等）
- (4) 各年度における介護サービス・予防サービス種類ごとの必要量の見込み
- (5) **各年度における地域支援事業の量の見込み**
（介護予防・日常生活支援総合事業、地域包括支援センターの運営、地域医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業）
- (6) **地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項**
- (7) 各年度におけるサービス、地域支援事業の見込量の確保のための方策、
- (8) **介護保険料の設定**

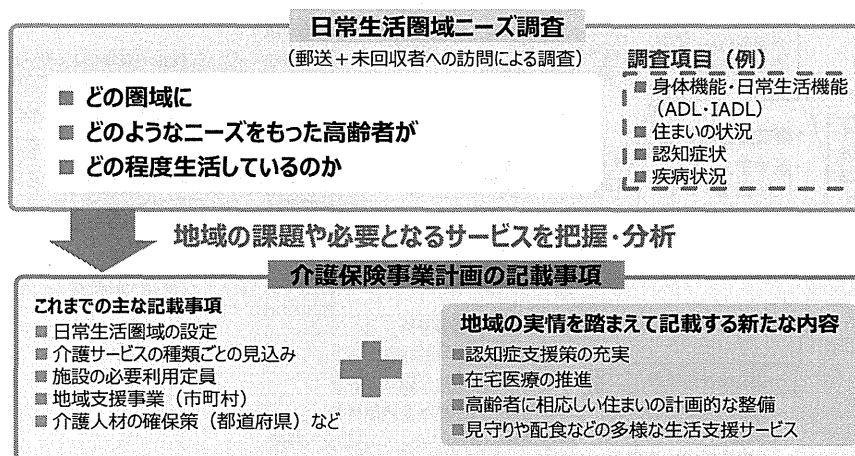
31

【埼玉県和光市の例】

医療や住まいとの連携も視野に入れた介護保険事業計画の策定

■ 地域包括ケアの実現を目指すため、第6期計画（平成27～29年度）では次の取組を推進。

- 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け



30