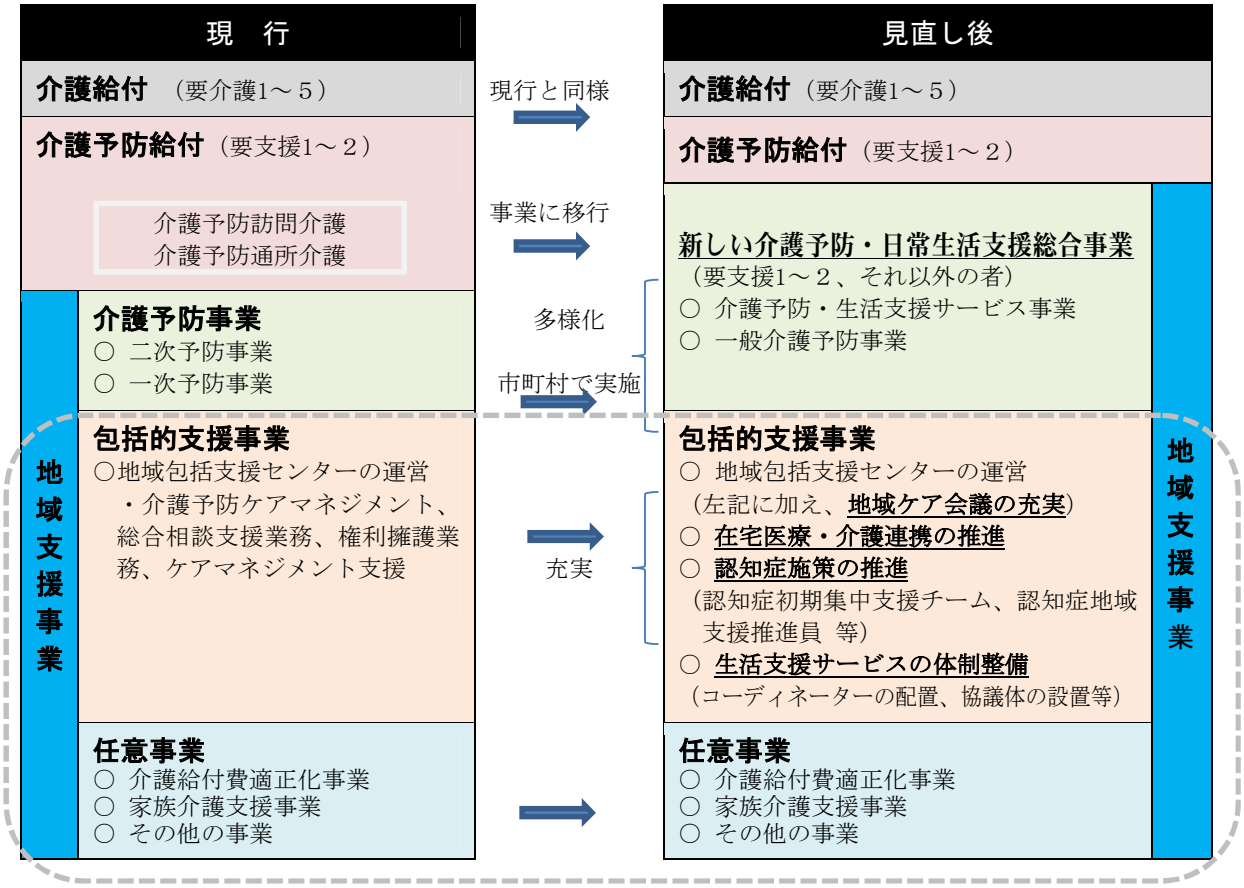
５－３　地域包括ケアシステムの構築

医療法と介護保険法の改正を含む医療介護総合確保推進法が平成26年６月に成立し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築および介護保険制度の持続可能性の確保のため、介護保険制度の改革が行われました。

地域包括ケアシステムについては、具体的にどのような体制ができれば構築できたと言えるのか基準はなく、地域特性により異なるのは当然であり、単一のモデルに当てはめることはできません。第５期計画においても既に取り組んできたところであり、それらを踏まえ、今後の推進方向を示していきます。

今回の改正において、地域包括ケアシステムの構築に向けて地域支援事業の見直しが行われ、その主な内容として、在宅医療・介護の連携推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の充実、生活支援・介護予防の充実があげられています。本節で示すのは、0の点線で示した部分です。

図表５－45　地域支援事業の見直し



1　包括的支援事業

高齢者の地域での自立を支援していくためには、予防対策から介護サービス、医療サービス、さらにはボランティアなどが行う活動までを含め、高齢者の状態・状況に応じた適切なサービスが提供されることが必要です。このため、地域全体の情報を集積し連携のできる地域包括支援センターにおいて、高齢者の心身の健康維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行います。

(1)　介護予防ケアマネジメント事業

要支援認定を受けられ、これまで通り介護予防給付サービスを利用する人には、介護予防支援事業所として予防給付ケマネジメントを行います。

総合事業による介護予防ケアマネジメントでは、利用者に対して、介護予防および生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うもので、地域包括支援センターが行います。生活支援の観点から、必要に応じて地域ケア会議を活用していきます。

介護予防ケアマネジメントは、利用者の状況、基本チェックリストの結果、利用するサービスに応じて次のような３類型に分けて行います。

図表５－46　介護予防ケアマネジメントの類型

区分	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
	①原則的な介護予防ケアマネジメント	②簡略化した介護予防ケアマネジメント	③初回のみの介護予防ケアマネジメント
対象	・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスＣ、通所型サービスＣを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	・①または③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（必要に応じ、その後の状況把握を実施）
流れ	アセスメント →ケアプラン 原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（給付管理）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（適宜）	アセスメント （→ケアマネジメント結果案作成） →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

(2) 地域ケア会議の活用

地域ケア会議の活用により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を図ります。地域ケア会議の中で個別事例の検討を通じて、高齢者個人の生活課題に対して、単に既存サービスを提供するだけでなく、その課題の背景にある要因を探り、自立支援のためのケアマネジメント支援を行います。これにより地域の課題や有効な支援策を明らかにし、医療と介護の関係者をはじめ、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築や資源開発等に取り組み、個別支援の充実につなげます。

(3) 総合相談支援

地域包括支援センターの高齢者総合相談の窓口機能を強化します。センターから離れている地区については、巡回相談会を実施していきます。

地域の見守りネットワークづくりを推進し、そのネットワークを活用して、高齢者虐待の早期発見、一人暮らしの高齢者や高齢者世帯等支援の必要な高齢者の把握に努め、民生委員や地域住民と連絡を取り合って、それぞれの状況に応じた最適な措置やサービス、制度の利用につなげていきます。

(4) 権利擁護業務

地域のネットワークを構築し、支援の必要な高齢者の把握に努め、必要に応じて適切なサービスや制度の利用につなげていきます。

権利擁護の観点から支援が必要な高齢者については、成年後見制度、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業などの利用を支援します。

2　在宅医療・介護連携の推進

超高齢化社会においては、高齢の患者が中心となり、住み慣れた地域や自宅で病気と共存しながら生活の質の維持・向上をめざすことが必要です。つまり、これまでの病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められます。また、自宅で家族の最後を看取りたいというニーズにも応えていく必要があります。

在宅医療・介護連携の推進により、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させる必要があります。医師会等の協力を得ながら、在宅医療・介護連携に関する関係者間の連携を推進します。

在宅医療と介護の連携推進については、これまでの在宅医療連携拠点事業や在宅医療連携推進事業の成果を踏まえ、今回の制度改正において、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけられ、平成30年４月までにすべての市区町村で実施することとなりました。

◆在宅医療・介護連携推進事業の内容
○地域の医療・介護サービス資源の把握
○在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
○在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
○在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
○在宅医療・介護関係者の研修
○24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
○地域住民への普及啓発
○二次医療圏内・関係市区町村の連携

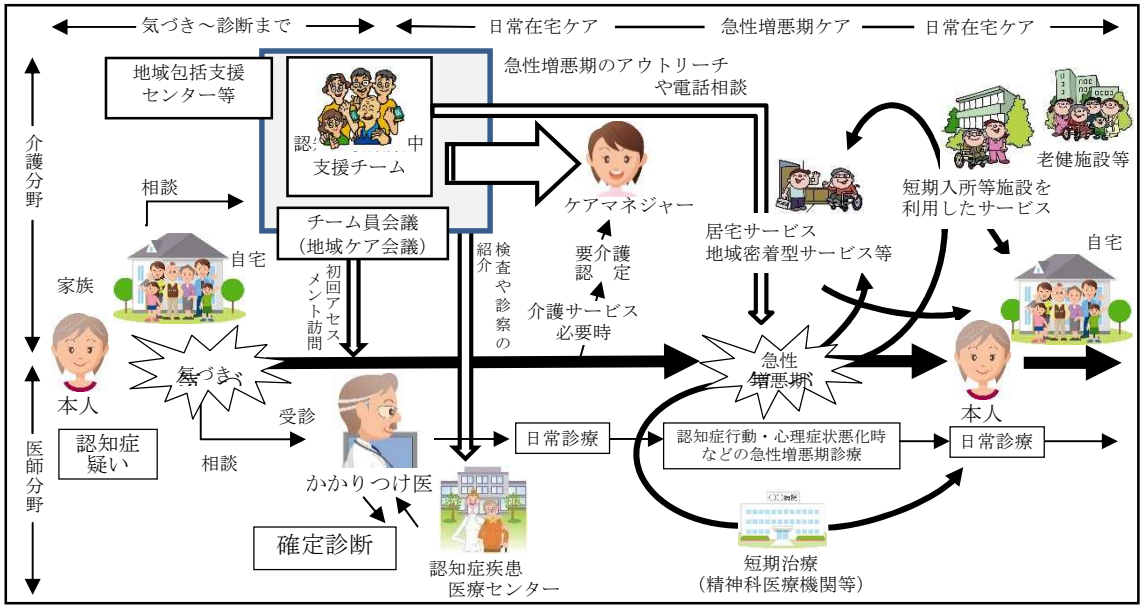
３　認知症施策の推進

認知症の人は、身近な人の理解や手助けがあれば、穏やかに生活を続けることができることもあります。また、認知症は予防や早期治療により進行を緩やかにすることができることから、医療との連携体制を強化し、早期の段階での診断と対応、本人や家族への支援、介護支援専門員との連携など、必要に応じて各種サービスの利用へとつなげる総合的な支援体制が必要です。

(1)　標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人が、進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておく「認知症ケアパス」を作成し、ホームページや広報誌、相談会等を通して住民に周知を図るとともに、相談機関、事業者等へも周知を図ります。これにより、認知症の人やその家族が、認知症の症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどのような支援を受けられるのかを早めに理解できるようにします（図表５－47)。

図表５－47　標準的な認知症ケアパスのイメージ



(2)　認知症初期集中支援チームの設置

認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を目指します。チームは、保健師、認知症サポート医等で構成されるものです。

(3)「認知症地域支援推進員」の設置

認知症地域支援推進員の配置をすすめ、認知症施策の推進を図ります。

(4)　認知症にふさわしい介護サービスの利用

認知症高齢者は、生活環境の変化に影響を受けやすいため、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくことができるよう支援していく必要があります。このため、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの利用を促進します。

(5)　認知症家族交流事業「オレンジサークル」

認知症家族交流事業では、講演会や体験会等を取り入れながら、認知症の家族を介護する介護者が、情報交換や意見交換のできる、集いの場づくりを支援します。また、認知症サポーターに協力を得ながら、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集う「オレン

ジカフェ」も定期的に開催します。認知症高齢者の増加が予想される中、事業の周知と内容の充実を図っていきます。

図表５－48　認知症家族交流事業「オレンジサークル」の見込

区　　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
実施回数（回）	10	10	10
延べ人数（人）	100	100	100

(6)　認知症サポーターの養成

認知症についての正しい知識の普及を図り、認知症のある人やその家族が安心して地域で暮らせるよう、また、認知症の予防を推進するため、住民グループや民生委員、事業所などの団体に出向いて、認知症サポーター養成講座を開催します。

図表５－49　認知症サポーター養成講座の見込

区　　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
受講者数（人）	150	200	200

4　生活支援サービスの体制整備

ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯など支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域のサロン・カフェの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援などの生活支援の必要性が増加しており、地域住民やボランティアを含めた多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供していくことが期待されます。

平成29年度からの総合事業の円滑な実施に向けて、地域の受け皿を確保する観点から、ボランティアの養成や住民主体の通いの場の設置等生活支援の基盤整備が重要であり、そのため、地域の資源開発や関係者のネットワークの構築等を行うコーディネーターを八百津町と八百津町社会福祉協議会が連携し配置することを目指します。また、関係主体間の定期的な情報の共有、連携・協働による取組を推進することを目的として協議体を設置します。

5　家族介護支援

(1)　家族介護者交流事業

要介護高齢者を介護している介護者を介護から一時的に解放し、介護者同士の交流などを通じて心身のリフレッシュを図る家族介護者交流事業については、継続して実施します。また、この事業の参加者が自主的な活動に発展していけるよう支援を行います。

図表５－50　家族介護者交流事業の見込

区　　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
実施回数（回）	1	1	1
延べ人数（人）	15	15	15

(2)　ねたきり老人等介護用品支給事業

要介護１以上で紙おむつ等を利用している人を対象として介護用品を支給し、介護費用の負担軽減を図ります。

図表５－51　ねたきり老人等介護用品支給事業の見込

区　　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
給付者数（人）	140	150	160