

新しく始まる地域支援事業の開始時期について（骨子（案）P7関係）

区分	事業概要	事業開始時期	
介護予防・日常生活支援総合事業	<p>予防給付から移行してくる訪問介護や通所介護を含む「介護予防・生活支援サービス事業」については、現行のサービス事業所だけでなく、NPOやボランティア等の多様な主体を活用しながら実施する。</p> <p>また、すべての高齢者が利用できる「一般介護予防事業」については、現行の一次予防事業の必要な見直しを行った上で、新規事業である地域リハビリテーション活動支援事業も含めて実施する。</p>	平成29年4月から事業開始	
包括的支援事業	在宅医療・介護連携の推進	<p>医療と介護の両方を必要とする高齢者が、引き続き住み慣れた地域で生活を送ることができるよう、次の事業に取り組み、在宅医療・介護の連携を推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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・介護サービス等の情報の共有支援 ・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・関係市町村の連携 	平成27年4月から実施可能な事業から開始し、平成30年4月までには、すべての事業を開始
	認知症施策の推進	<p>今後、認知症高齢者の増加が予測される中、早期の段階からの適切な診断と支援、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族等への支援体制を確立する必要があることから、次の事業を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアパスの作成・普及 ・認知症地域支援推進員等の配置 ・認知症初期集中支援チームの設置 	平成27年4月から実施可能な事業から開始し、平成30年4月までには、すべての事業を開始
	地域ケア会議の推進	<p>地域ケア会議の開催を通じて、個別課題の解決やケアプランの見直し等に多職種で取り組むことで、地域におけるネットワークを構築し、地域課題の発見・共有・解決につなげていく。</p>	平成27年4月
	生活支援サービスの体制整備	<p>単身世帯等の増加により、生活支援の必要性が増しており、多様な主体による生活支援サービスの提供により、高齢者の生活を支えていくような地域づくりが求められている。生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化を図るため、次の事業を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協議体等の設置 ・生活支援コーディネーターの設置 	平成27年4月から実施可能な事業から開始し、平成30年4月までには、すべての事業を開始

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 21%
2号保険料 29%

【財源構成】

国 39.5%
都道府県 19.75%
市町村 19.75%
1号保険料 21%

地域支援事業

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
○二次予防事業
○一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

地域支援事業

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

→

充実

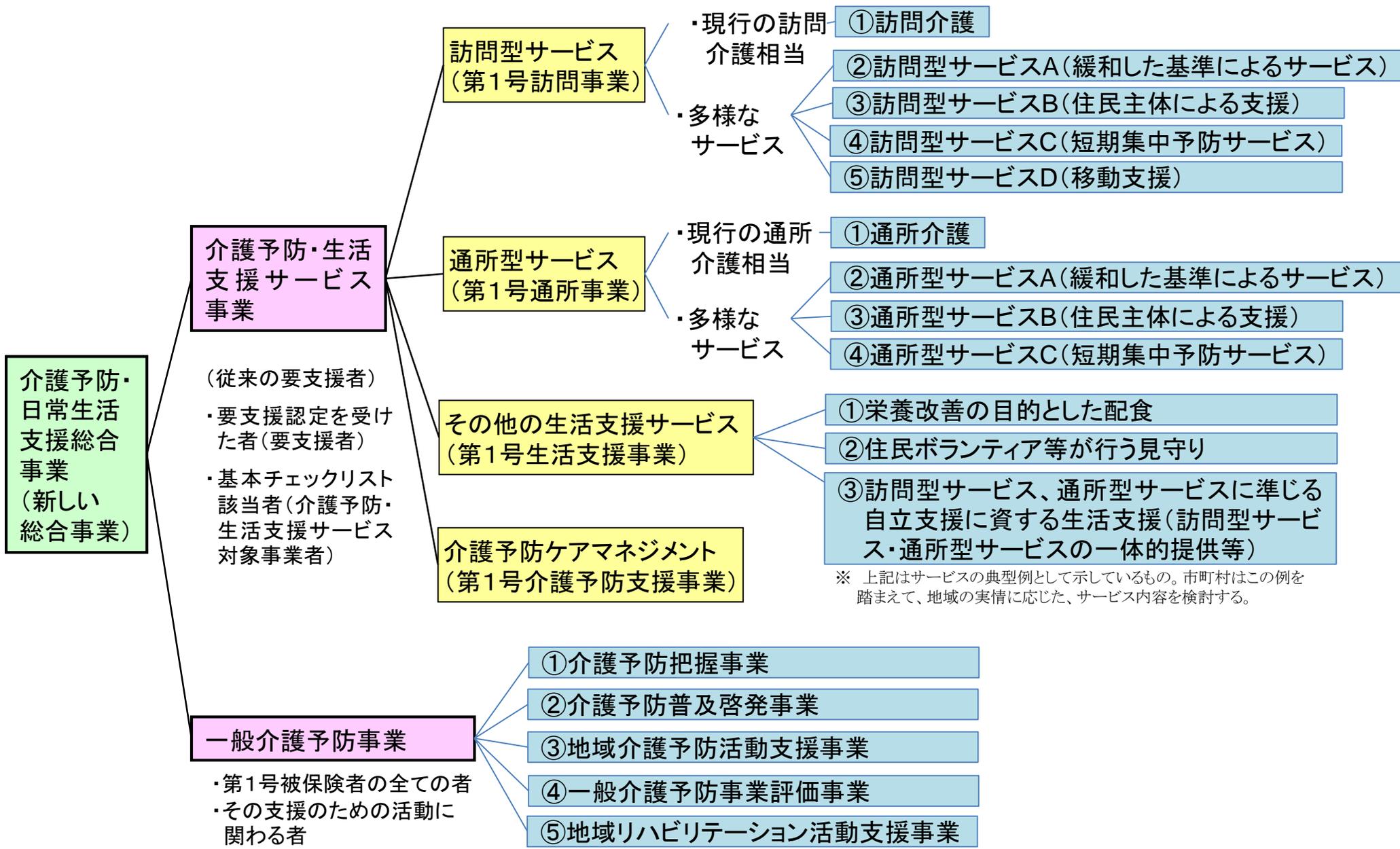
包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
○ **在宅医療・介護連携の推進**
○ **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等)
○ **生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

→

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

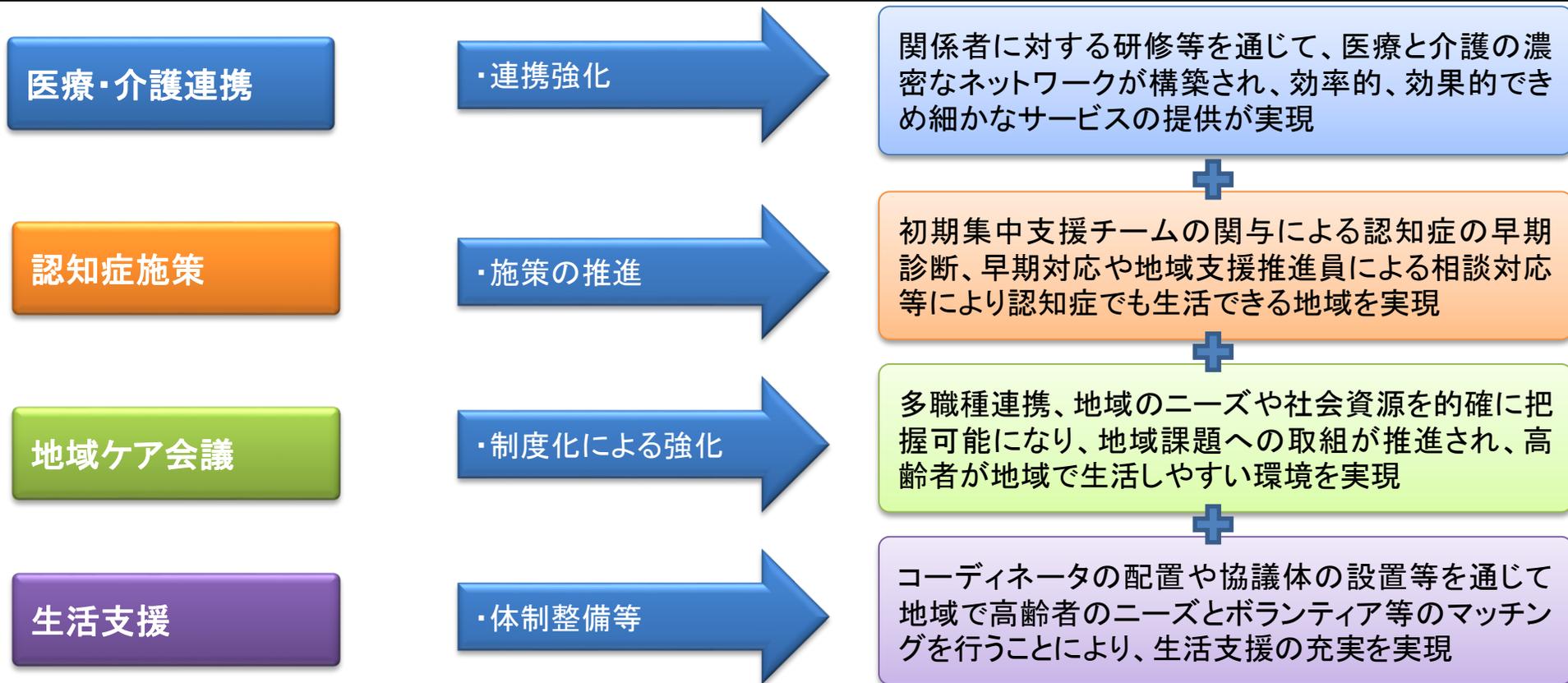


※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、上記の充実・強化の取組を**地域支援事業の枠組みを活用し**、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能



→→→消費税の増収分を活用し、地域支援事業を充実(制度改正を踏まえ原則平成27年度から実施予定)

※認知症施策の推進及び生活支援の基盤整備については平成26年度から一部前倒して事業化

在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態に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に、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の内容

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発

【厚生労働省Q&Aから抜粋】

平成30年4月には、原則として(ア)～(ク)の全ての事業を実施していただく必要があると考えている。それまでは、(ア)～(ク)の一部を実施している場合も、在宅医療・介護連携推進事業を実施していると解釈する。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公表 等



(カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【主治医・副主治医制】



(ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



(オ) 在宅医療・介護関係者の研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

(エ) 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援

- ◆ ICTを活用した医療と介護の情報連携等

(ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

(キ) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 等



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など)。

「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。

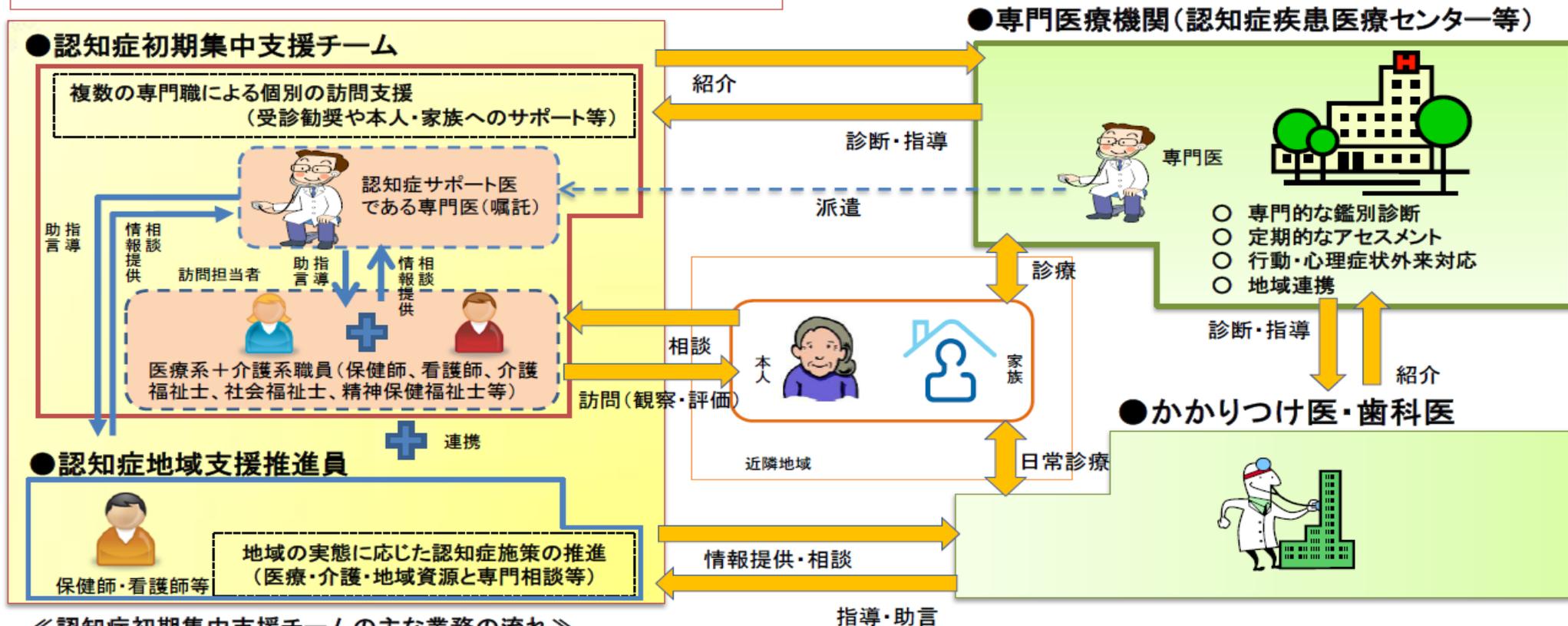
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「 認知症初期集中支援チーム 」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、 地域支援事業(任意事業) で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では300カ所計上
○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	平成24年度末 累計35,131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	平成24年度末 累計2,680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	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算では 地域支援事業(任意事業) で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成26年3月末 累計499万人

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

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- 認知症初期集中支援チーム** ー 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(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの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** ー 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。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



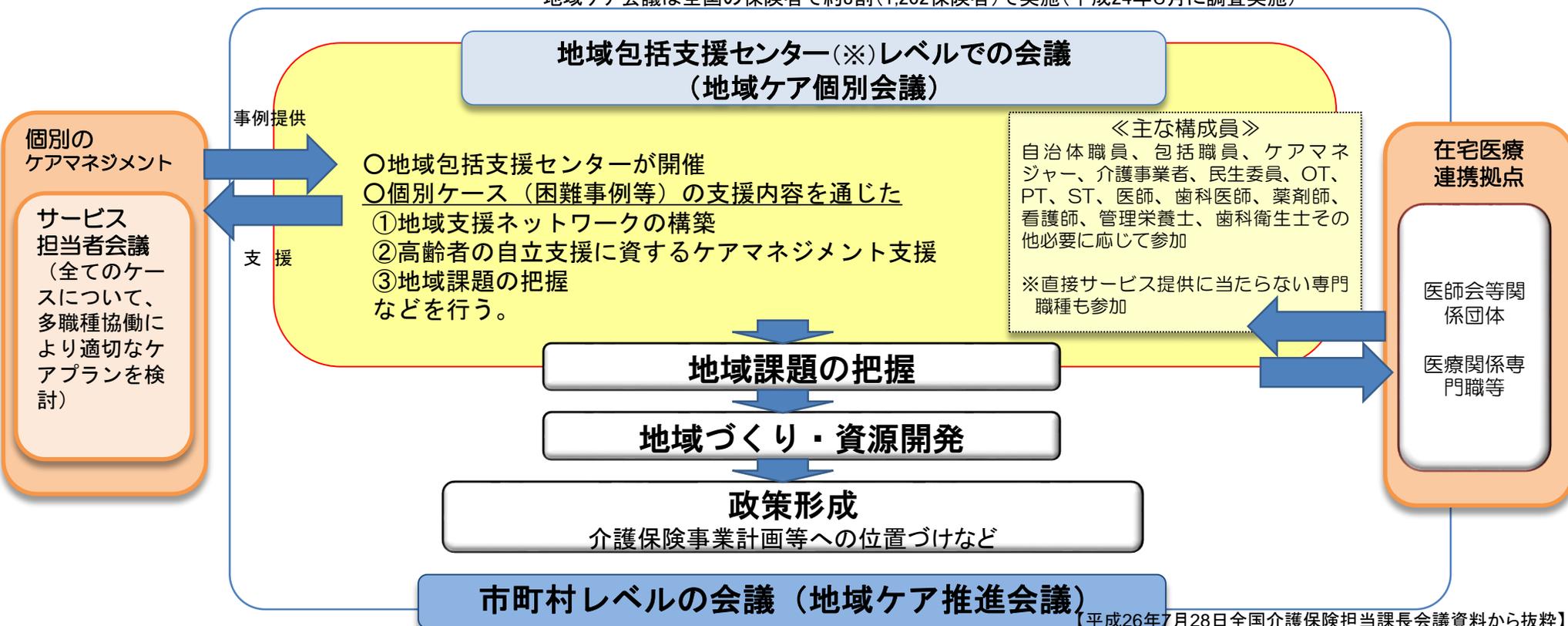
《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- 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観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子)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専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、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、更に取り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。
 - ・ 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・ 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・ 地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数:4,484ヶ所(センター・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)



生活支援・介護予防の基盤整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) **生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置** ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none">○ 地域に不足するサービスの創出○ サービスの担い手の養成○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	<ul style="list-style-type: none">○ 関係者間の情報共有○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など	<ul style="list-style-type: none">○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層から着手、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) **協議体の設置** ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例



※1 これらの取組については、平成26年度予算案においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。
※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要