

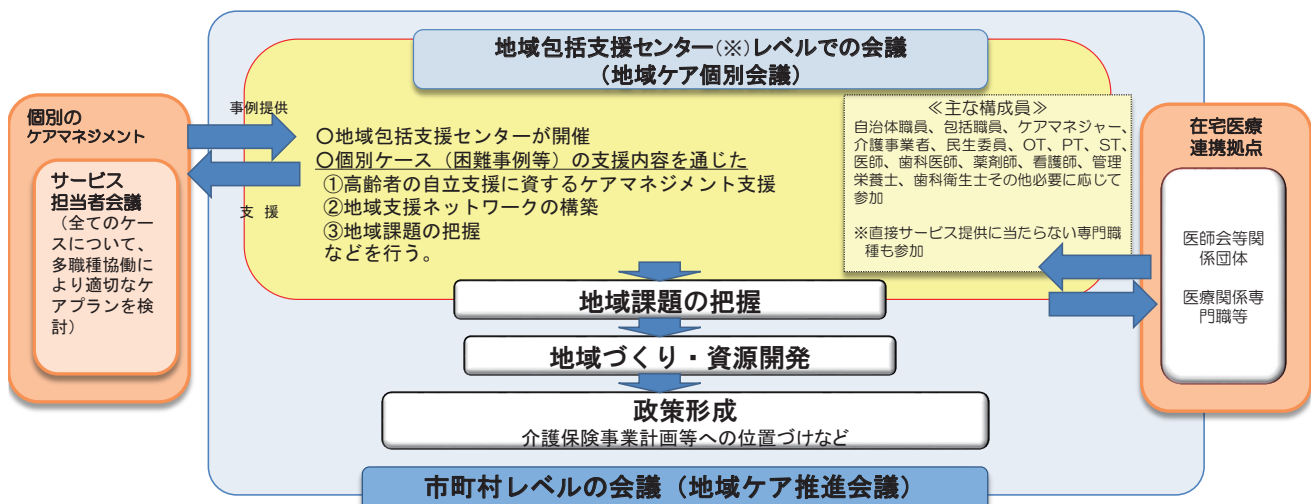
4 地域ケア会議の推進について

33

地域ケア会議

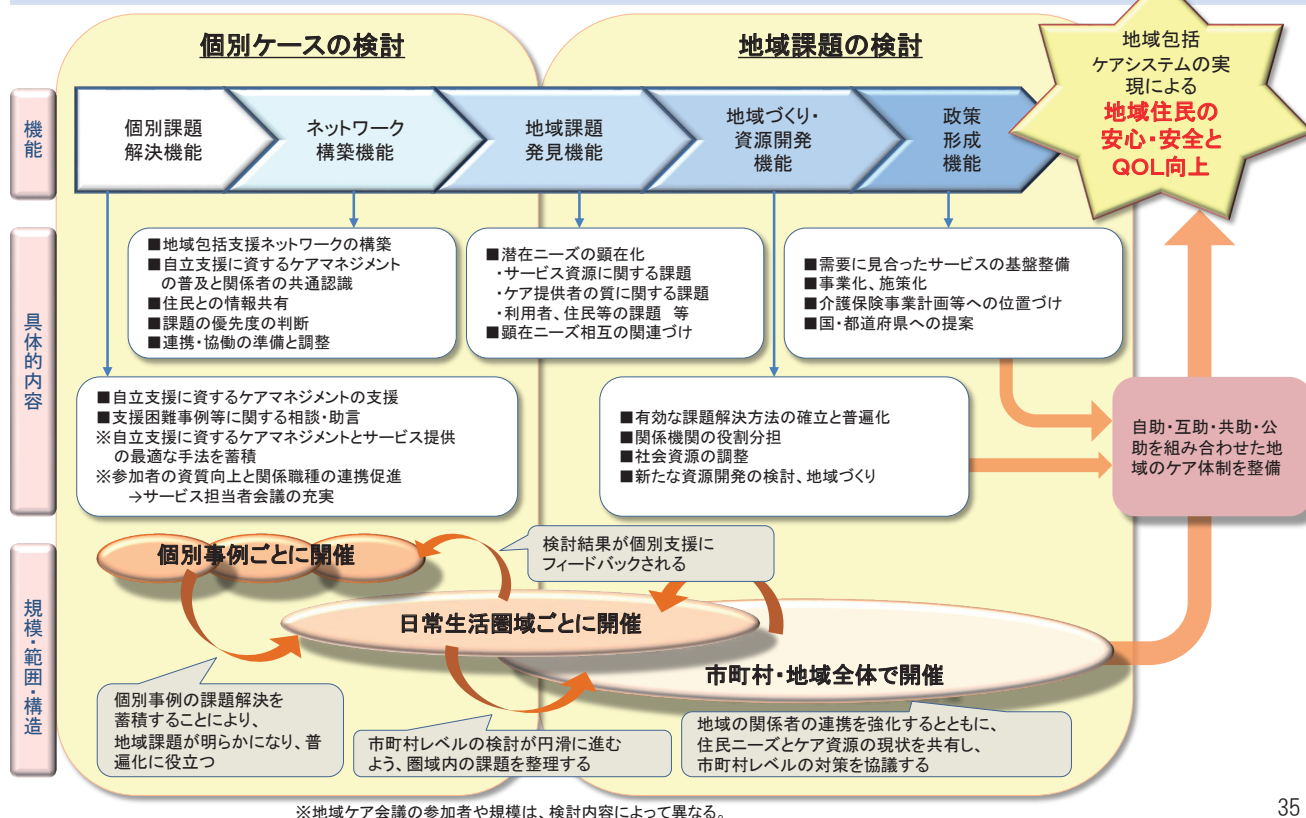
地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

- 具体的には、地域包括支援センター等が主催し、
- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
 - 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
 - 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。



34

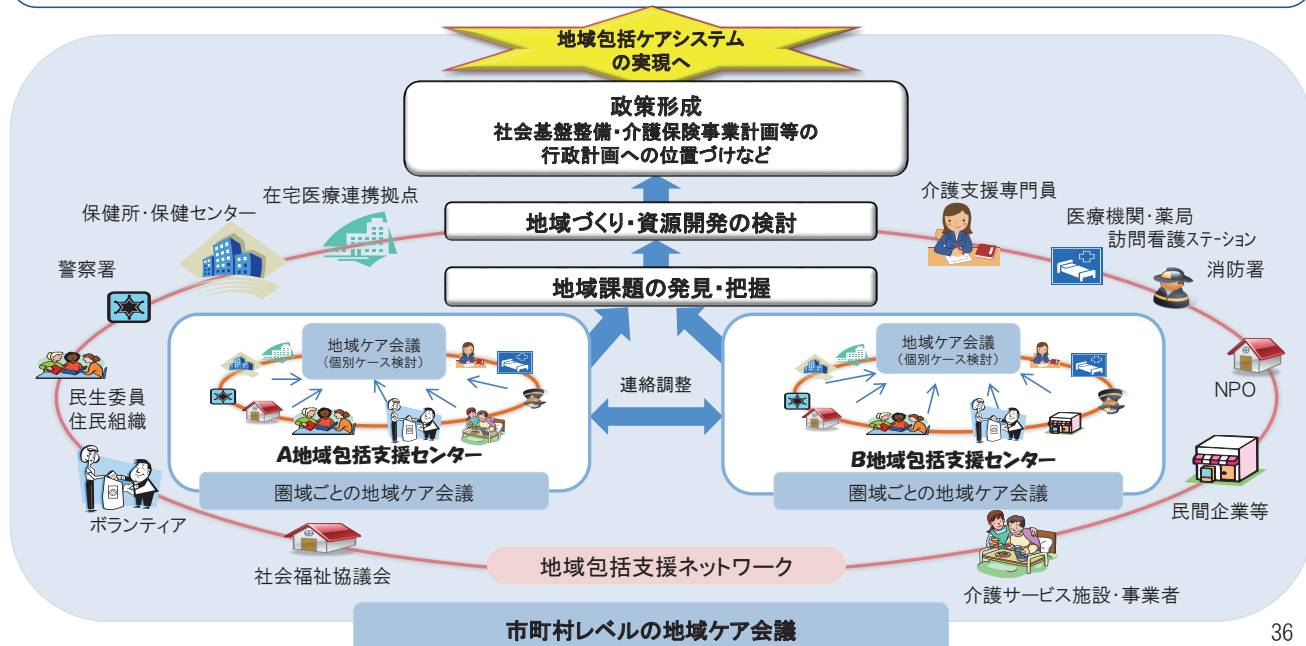
(参考)「地域ケア会議」の5つの機能



35

(参考)「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

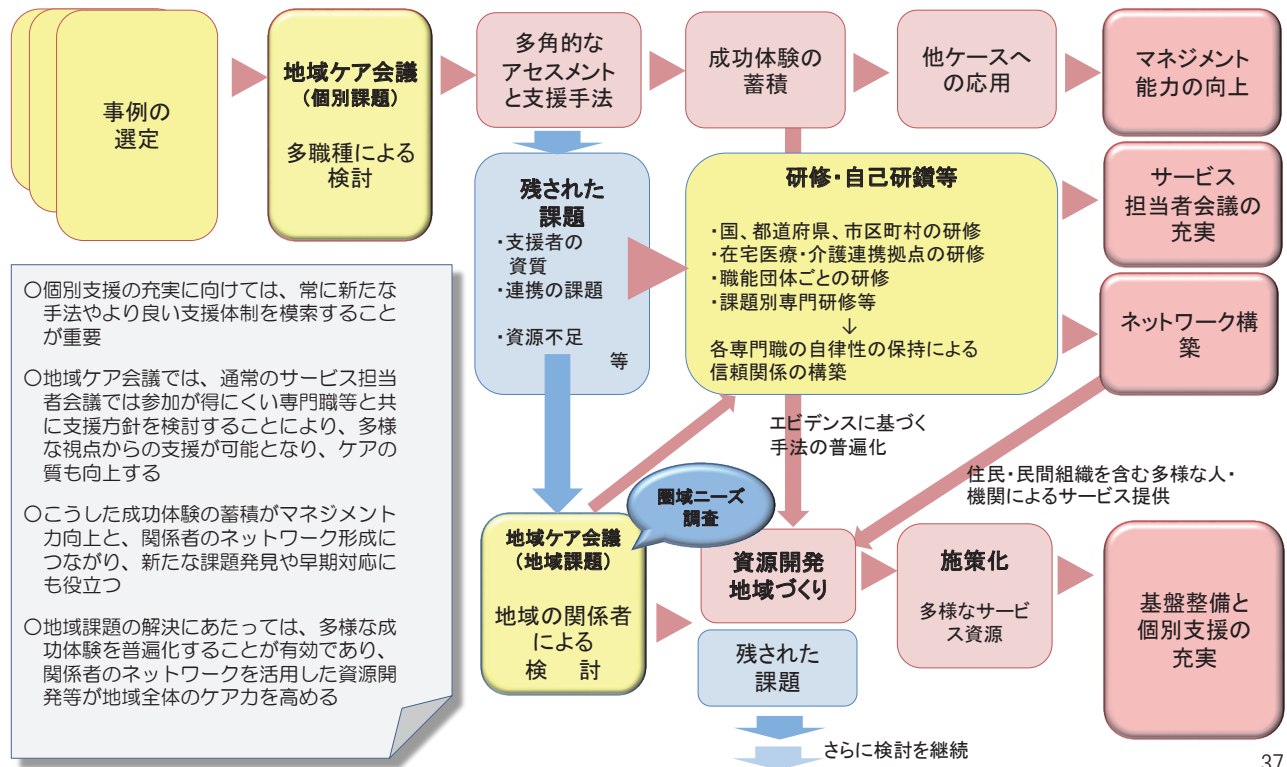
- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



36

地域ケア会議とその他の取組の関連性

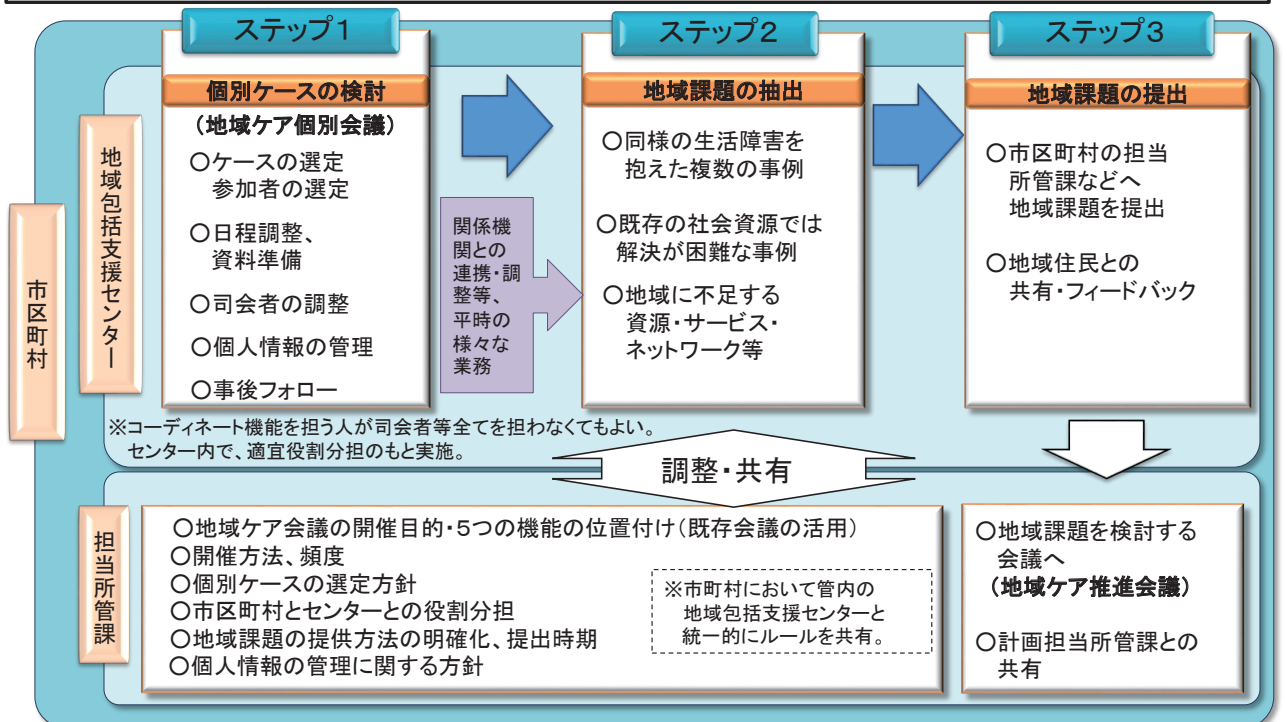
地域ケア会議は、地域包括支援センターにおける他の業務と関連づけることにより有効に機能する。



37

〈 地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能 〉

○ 地域包括支援センターにおいては、個別ケースの検討を始点として、地域課題の抽出、地域課題の提出までの一連の流れを円滑に進めるコーディネート機能が求められる。



38

既存会議の活用について

地域ケア会議の5つの機能すべてをひとつの会議に盛り込むのではなく、既存の会議でいずれかの機能を果たしている場合は、その会議を活用し充実していく。

既存の会議を活用することにより、徐々に5つの機能が充実

(例)

- ① 事例検討会の手法を充実させ、地域課題発見の視点も入れる
- ② 処遇困難事例の検討に、様々な立場からの知恵やノウハウを集結させながら解決に向かう視点を取り入れる
- ③ 地域関係機関との連絡会議に、地域課題の共有や好事例の共有を入れる
- ④ センター長会議等で、市区町村職員との地域課題の共有を行う
- ⑤ 市区町村主催の介護保険事業計画策定会議等において、地域の関係者とともに地域支援や基盤整備に関する検討を行う

注) サービス担当者会議開催支援は、あくまでもケアマネ主催のサービス担当者会議とする

(ポイント)

- ・できることから段階的に進める
- ・会議の開催自体を目的化せず
検討内容をより有意義なものにする



39

(参考) 地域ケア会議について

社会保障審議会
介護保険部会(第46回)
平成25年8月28日

資料3より

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、医療との連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムの構築が必要であり、地域ケア会議はその実現のための重要な手段。
- 地域ケア会議は多職種により個別事例の検討を行うが、それを積み重ねることを通じて以下の実現が期待できる。
 - ・高齢者の課題解決の支援と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上
 - ・高齢者の実態把握や課題解決を図ることを可能とする地域の関係機関等の相互の連携による地域包括支援ネットワークの構築
 - ・個別の課題を解決する中で浮かび上がってくる地域の資源不足やサービス量の課題などについて、地域で必要な取組を明確化し、それを政策へ反映させること
- このため、地域包括支援センターの設置運営通知(平成24年4月改正)に「地域ケア会議」を明記し、センター長等を対象とした研修に取り組んでいる。
 - ※「地域ケア会議」の5つの機能
①個別課題の解決、②ネットワーク構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成
- 個別事例の検討にあたっては、介護支援専門員の協力を得ることや、守秘義務の取り扱いなど、円滑な検討のための環境整備が必要。また、個別事例の検討によって明らかになった地域課題の解決に向けては、保険者による政策形成につなげることも必要。

論点

- 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、介護保険法に制度的位置づけを行うべきではないか。
- その際、以下の点に留意すべきではないか。
 - ① 個別事例の検討を通じ、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、地域ケア会議が実効性あるものとして定着するよう普及すること。その際、介護支援専門員の協力を得ることが必要。
 - ② 地域ケア会議で取り扱われる個人情報の守秘義務について取り決めること。
 - ③ 地域ケア会議で行政側に提案された政策課題等については、着実にその実現に取り組むこと。
 - ④ 保険者たる市町村は、在宅医療連携拠点事業等の関連事業や多様な機関等の連携を通じて、地域のニーズに合った政策形成を行うこと。

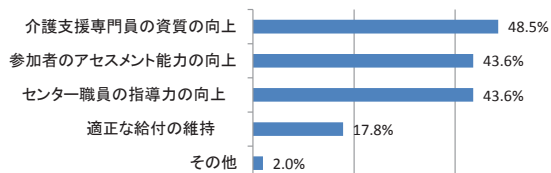
40

(参考)「地域ケア会議」への取組による成果

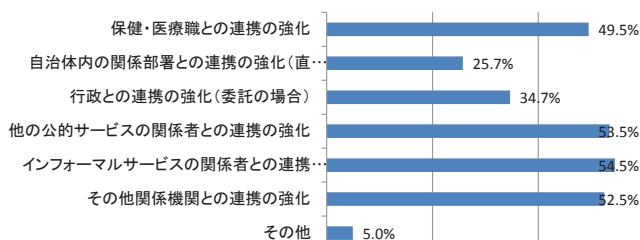
- センター長クラスを対象とした国実施の研修受講後、各センターで多職種協働による個別ケースの検討を行った結果について、6割以上の受講者が個別課題の解決につながった(65.3%)と回答した。
- また、自立支援に資するケアマネジメント支援の成果については、「介護支援専門員の資質向上につながった」(48.5%)が最も多かった。
- 地域包括支援ネットワーク構築の成果については、「保健・医療職との連携強化」(49.5%)や「インフォーマルサービス関係者との連携強化」(54.5%)につながったとの回答が多かった。
- 一方で、個別ケースの検討に取り組めていない受講者等もいることから、今後さらに地域ケア会議に関する取組の強化が必要

出典：平成24年度地域包括ケア指導者養成研修(中央研修)受講者に対する年度末アンケート(n=101)

自立支援に資するケアマネジメント支援の成果(複数回答)



地域包括支援ネットワークの構築の成果(複数回答)



その他の成果(自由記載)

- ・ケアマネジャーが1人で抱え込まずに多職種で役割分担できるようになった。
- ・事例提出者は、自立支援に向けた予後予測を見込んで評価する視点をトレーニングできた。
- ・サービス担当者会議で対応できないケースについて、セターや行政を交えて検討したことにより、今後の方向性について本人・家族と合意形成できた。
- ・地域包括支援センター職員の力量アップにつながった。
- ・信頼感を持った関係づくりができた。
- ・民生委員や町内会役員が、高齢者や家族への支援を積極的に行うようになった。
- ・認知症の人の日中の安否確認について、近隣住民の協力を得ることができた。

41

5 在宅医療・介護連携の方向性について

42

(参考) 在宅医療・介護連携の推進について

社会保障審議会
介護保険部会(第46回)
平成25年8月28日

資料3より

現状と課題

- 団塊の世代が75歳となる2025年には、75歳以上人口が2,000万人を超える。医療提供体制の見直しと連動し、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。特に、単身高齢者、認知症高齢者が増加し、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要。
- 在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては自宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要。
- その中で、介護支援専門員や介護支援専門員を支援する機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きい。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が約5割、地域包括支援センターが約2割という現状。このため医療側からも取組の強化が求められている。あわせて地域包括支援センターでも、医療面での対応強化や認知症高齢者への対応強化など体制の充実が求められるとともに、在宅医療に関する拠点機能との連携の強化が必要。
- これまでの医療行政は、都道府県が二次医療圏を中心に考えてきたが、今後、在宅医療についてはより日常生活圏域に近いエリア等の市町村レベルで体制を整える必要がある。
- 在宅医療と介護を一体的に提供できる体制整備を図るには、地域の医師会等と連携しつつ、都道府県の支援のもと、市町村が積極的に関与することが必要。

論点

- 在宅医療・介護連携拠点の機能について、現在の地域包括支援センターによる包括的支援事業や地域ケア会議と役割分担や連携方法に留意しつつ、介護保険法の中で制度化してはどうか。
- これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援することが必要ではないか。
- 小規模市町村での取組を円滑に進めるため、複数の市町村による共同での事業を認める等の措置が必要ではないか。
- 在宅医療・介護連携拠点の機能については、医療計画との調和も図りながら、介護保険事業(支援)計画に記載することとしてはどうか。

43

在宅医療・介護の連携推進の制度的な位置づけ(イメージ)

- 在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について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、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。

地域支援事業(現行)

包括的支援事業

- ・介護予防ケアマネジメント業務
- ・総合相談支援業務
- ・権利擁護業務
- ・包括的・継続的マネジメント支援業務

地域包括支援センター
に一括して委託

介護予防事業

任意事業

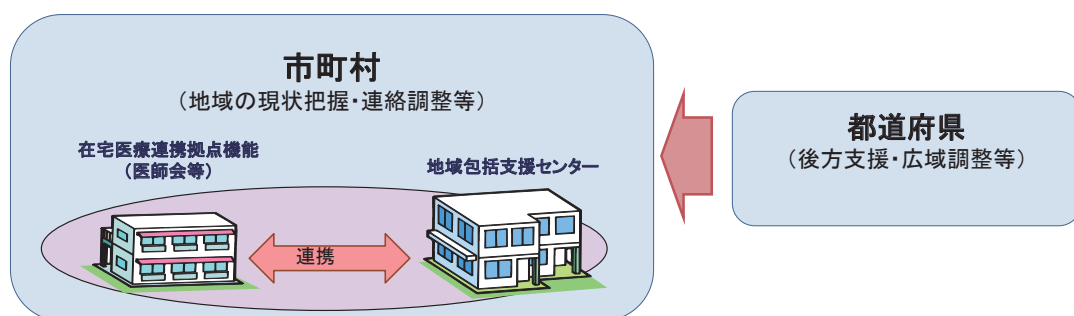
在宅医療・介護の連携推進に
係る事業を追加



他の事業とは別に委託可能

44

(参考)在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)



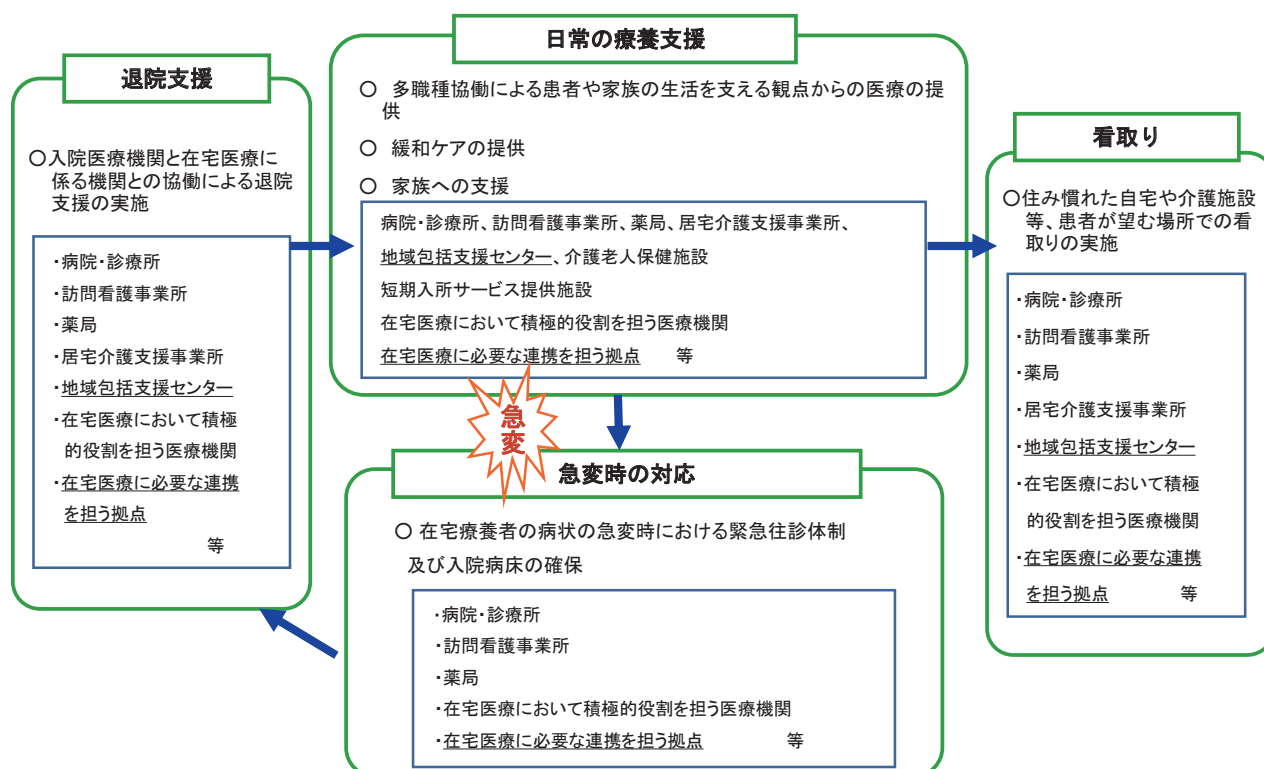
(参考) 想定される取組の例

- 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

45

(参考)在宅医療の体制



46

(参考) 平成24年度在宅医療連携拠点事業 (事例)

長野県須坂市

須高在宅ネットワークの体制の構築

● 須高地域医療福祉推進協議会

3市町村長、三師会長、保健福祉事務所長、3病院長、介護保険施設の代表等

● ネットワーク体制構築

病 院：3施設(県立須坂病院・新生病院・轟病院)

診療所：18診療所

訪問看護事業所：6事業所

行 政：3市町村(須坂市・小布施町・高山村)

◆ 医師会・三病院・訪問看護ステーション・三市町村で住民が24時間安心して在宅療養ができる体制を構築。

◆ 緊急対応は、在宅療養支援病院(新生病院・轟病院)と診療所と訪問看護ステーションがチームとなって対応する。

山形県鶴岡地区医師会

14のアクションプランを計画・実行

- 研修会・意見交換会の開催
- 主任介護支援専門員へのアンケート調査
- 連携シートの作成(ケアマネ⇄医師)
- NET4U(患者情報共有ツール)の利用促進・導入促進
- 行政担当者との定期的なミーティング
- 短期入所の空き情報提供(毎週更新)
- 医療依存度の高い方の施設受入れ情報DB作成



福岡県宗像市医師会

● 在宅用診療情報提供書

● バックベッド受け入れ手順書

受診歴のない方の情報を事前に登録し
緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築

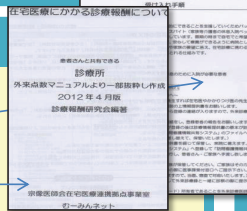
● 在宅医療診療報酬

連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め

● 資源ガイド・在宅支援ネットワークマニュアル

薬剤・医療材料供給システム、
在宅医連携マニュアル
災害支援情報を作成

● iPadを使った情報共有システム(開発中)



東京都板橋区医師会

● 療養相談室によるケアマネ等への支援

困難事例等について居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの相談体制を整備

● 主任ケアマネジャーの会(月1回)の設置

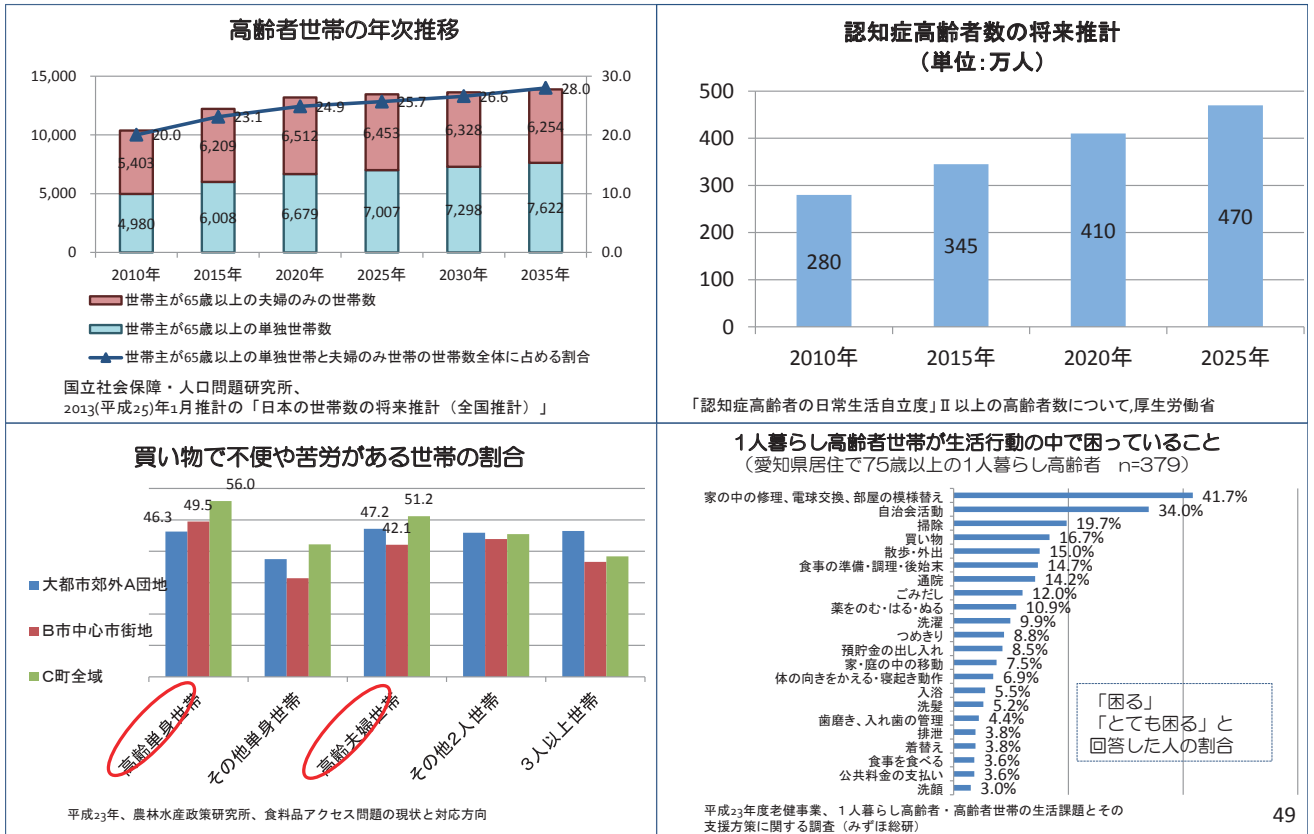
ケアマネ、拠点担当医師、看護師が参加

● Care&Cure会議(月1回)の開催

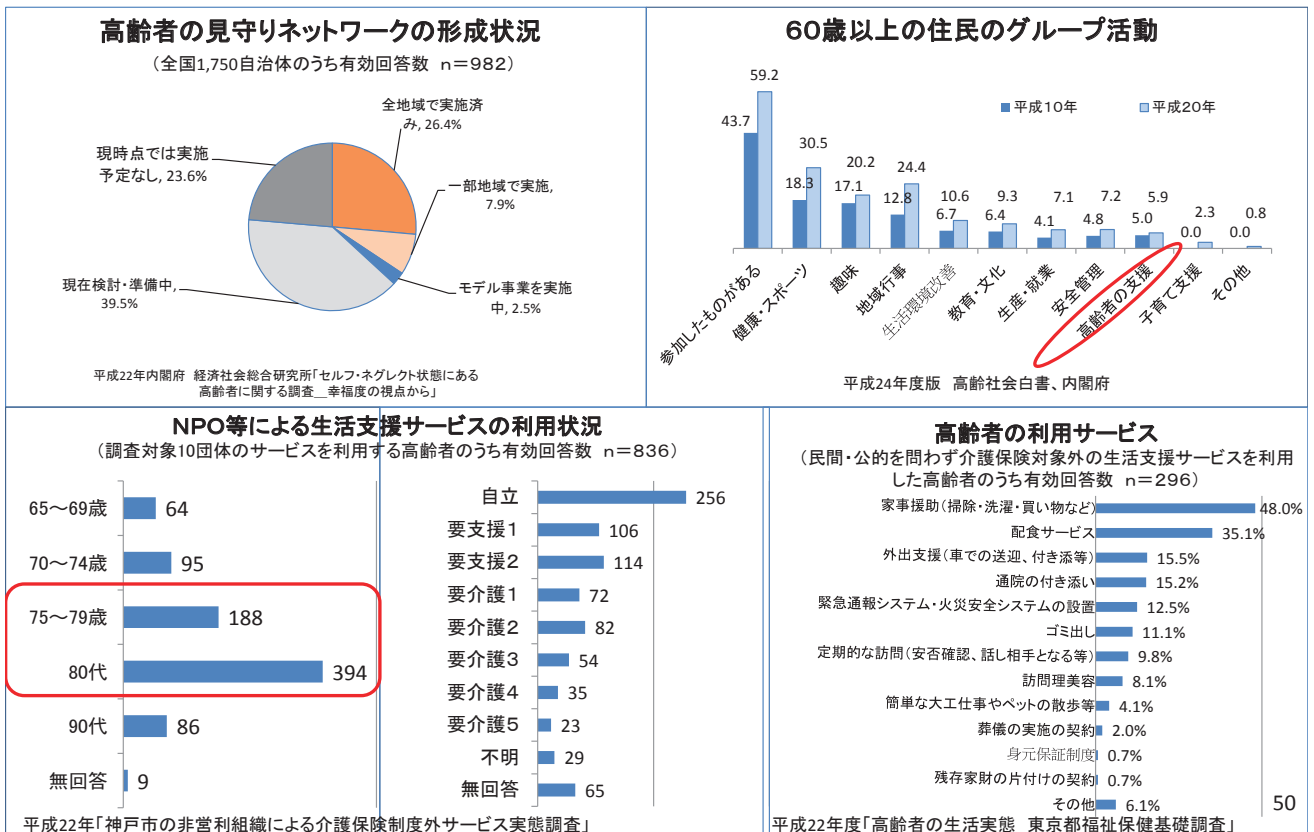
日常的にチームを組んでいる訪問介護兼居宅介護支援事業所管理者、拠点担当医師、看護師、MSWが参加

6 生活支援・介護予防の方向性について

(参考)生活支援のニーズ



(参考)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

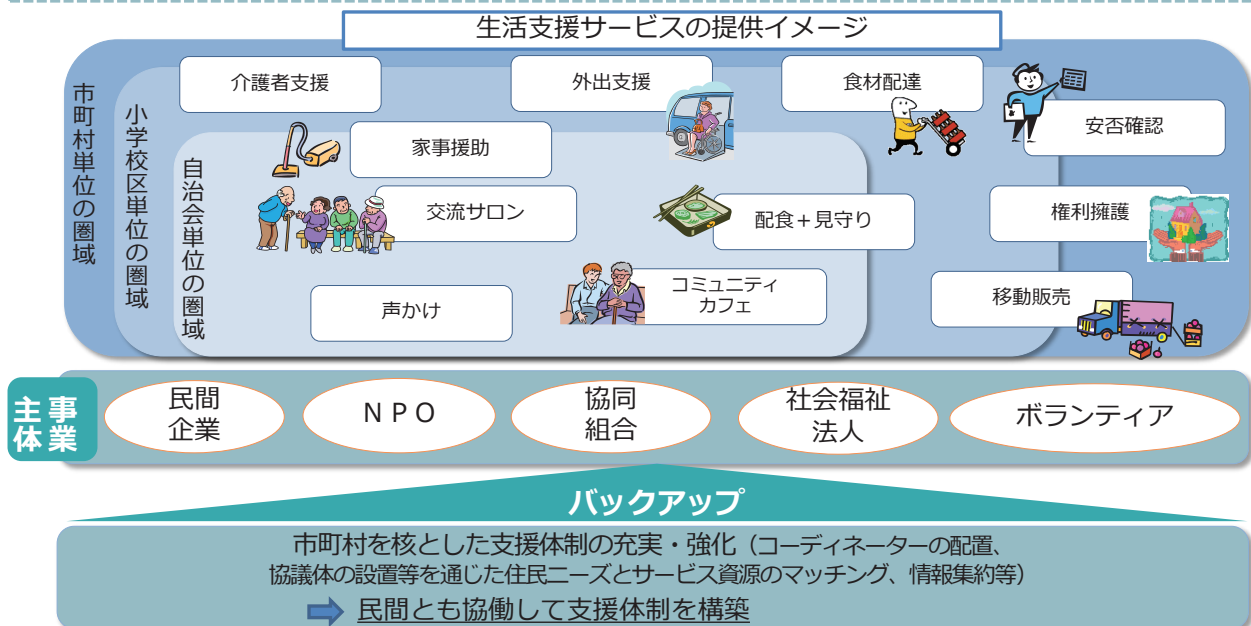


多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

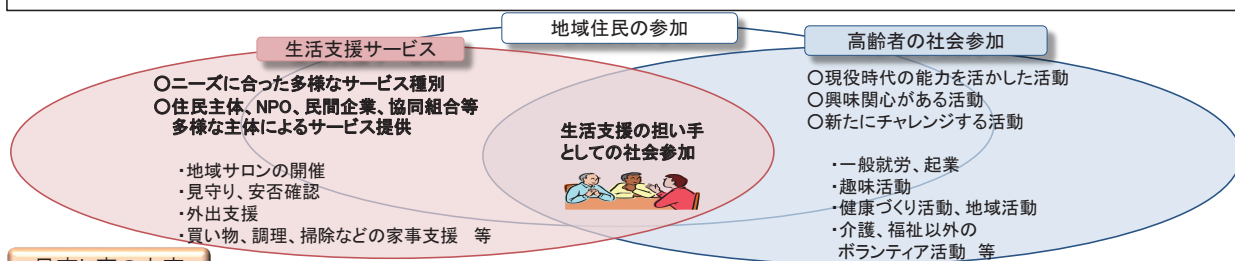


51

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。

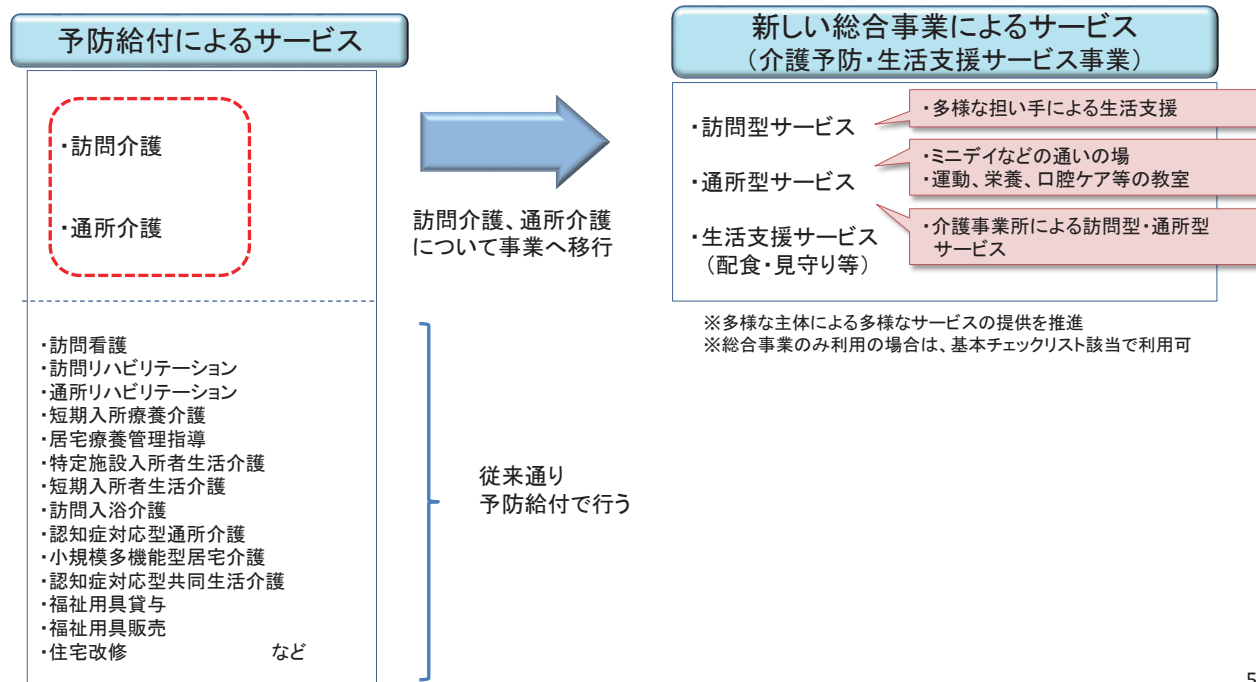
【見直しのイメージ】



52

要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行（介護予防・生活支援サービス事業）

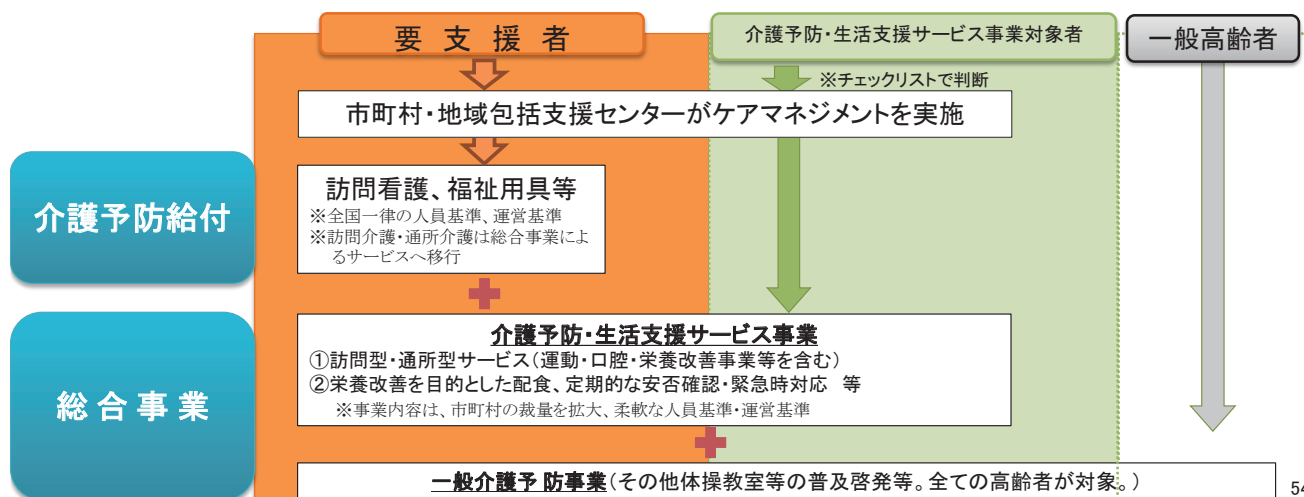
- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行（平成29年度末まで）
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用



53

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。



54

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はなく、地域づくりなどの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り組みを推進

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

55

（参考）介護予防の取組

大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

- 住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
- 介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

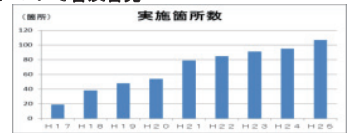
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65歳以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 9.3 %

65歳以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 2.7 %

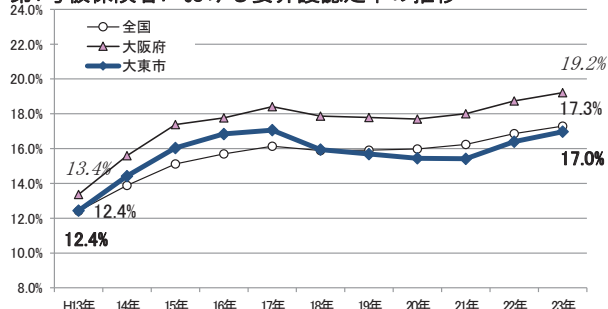
※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

56

第1号被保険者における要介護認定率の推移



(参考) 地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

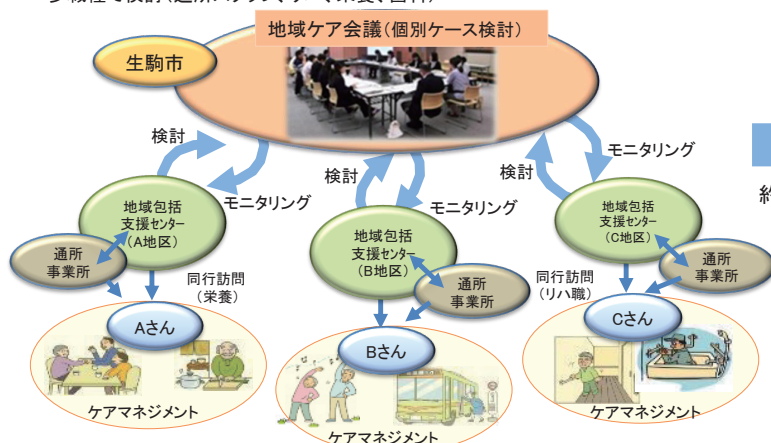
- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③ 疾患別に体系化して集中議論で効率化
- ④ 継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

57

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 要介護1
	要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。		



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域ケア会議による検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続
リハ職の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
【現在】(2013.10)	(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。		

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

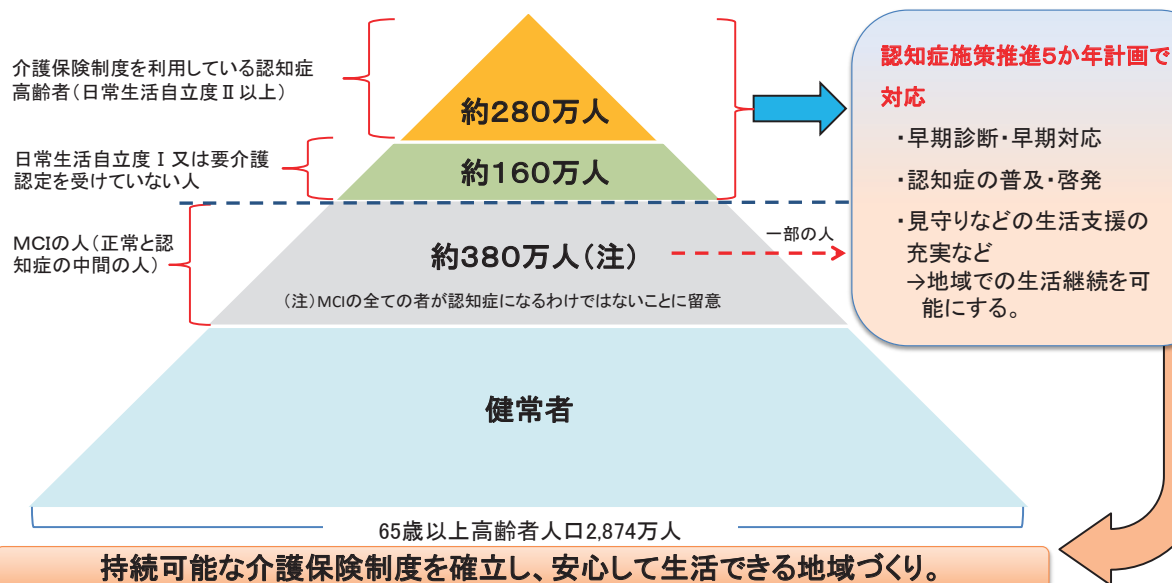
58

7 認知症施策の推進 ケアマネジメントの動向について

59

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「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」(H24.8公表)を引用

60

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ことを検討（「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・事後的な対応」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）

61

ケアマネジメントについて

社会保障審議会
介護保険部会（第46回）
平成25年8月28日

資料3より

現状と課題

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、別途の検討の場を設けて議論を進めるとされたことから、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」を開催し、平成25年1月7日に中間的な整理がまとめられた。
- 当該検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられた。
- これを受け、提言された項目ごとに、具体化に向けて取り組んでいる。

論点

(1) 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲について

- 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするには、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域において、ケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に委譲すべきではないか。
- なお、指定権限を委譲した場合でも、市町村の体制面を考慮し、都道府県が市町村を支援する仕組みが必要ではないか。
※介護保険法では、要介護認定等について、福祉事務所や保健所による協力・援助に関する規定や地方自治法に基づく審査会業務の委託に関する規定を設けている。

(2) 地域ケア会議について

(3) 介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し

- 介護支援専門員の専門性の確保及び向上を図っていくため、受験要件を見直し、法定資格保有者、または生活相談員等で、必要な実務経験が5年以上ある者を受験対象者としてはどうか。

(4) 介護支援専門員の研修制度の見直し

- 介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるため、研修カリキュラム等の具体的な見直しを進めてはどうか。

(5) 主任介護支援専門員による現場での実務研修等の実施

- 主任介護支援専門員の資質向上を図るため、更新制を導入（更新時に研修実施）するとともに、主任介護支援専門員の具体的な役割として、地域の介護支援専門員に対する現場での実務研修の実施などを位置付けてはどうか。

62

(参考) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方
に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進



【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

(1)ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
 - ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し
 - ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
 - ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
 - ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
 - ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
 - ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④主任介護支援専門員についての見直し
 - ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
 - ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
 - ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
 - ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
 - ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

(2)保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化(多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進)
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネーター養成のための研修の取組

- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
 - ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③介護予防支援のあり方
 - ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
 - ・要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ケアマネジメントの評価の見直し
 - ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
 - ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

(3)医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

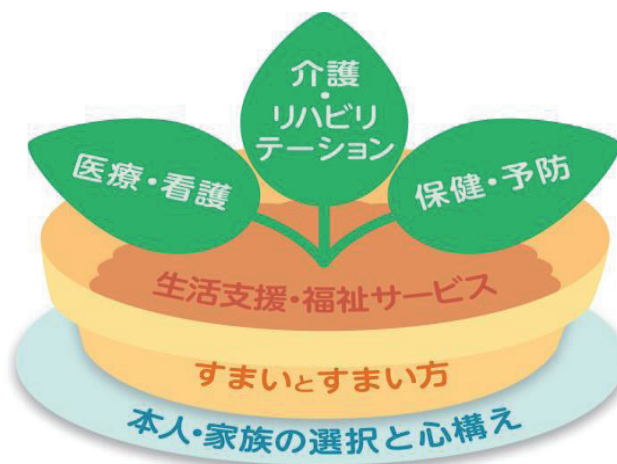
(4)介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

63

ご清聴ありがとうございました



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

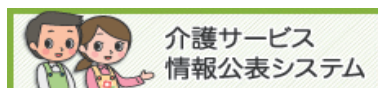
地域包括ケアシステム

検索

クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



64