

桑名市における「地域包括ケアシステム」の構築に向けた

医師に対する期待

— 桑名医師会・桑名市合同会議 —

桑名市市章



水と緑が交流の輪を描く様子を表現し、その中央にハマグリの姿を描き、市の文化や歴史をイメージしました。

円満に発展し快適で住み良い桑名市を象徴しています。



桑名市 イメージキャラクター 「ゆめはまちゃん」

「はまぐりのまち・桑名」をPRする夢見るはまぐりの女の子です。

洋服の三本線は、木曾三川をイメージしています。

平成26年10月8日

桑名市副市長

田中謙一

I 「地域包括ケアシステム」の構築の必要性

II 「地域包括ケアシステム」の構築の 基本的な方向性

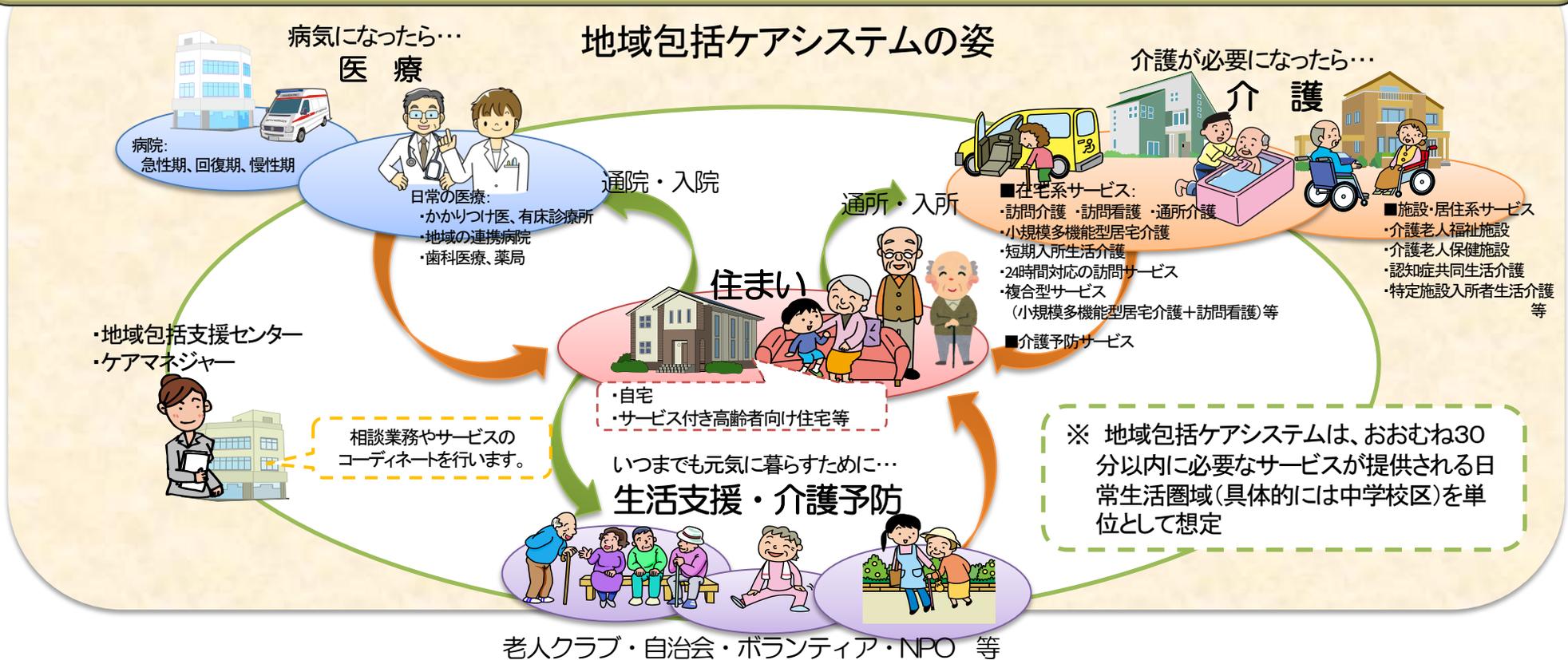
1. 多職種協働によるケアマネジメント
2. 身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出
3. 施設機能の地域展開

III 医師に対する期待

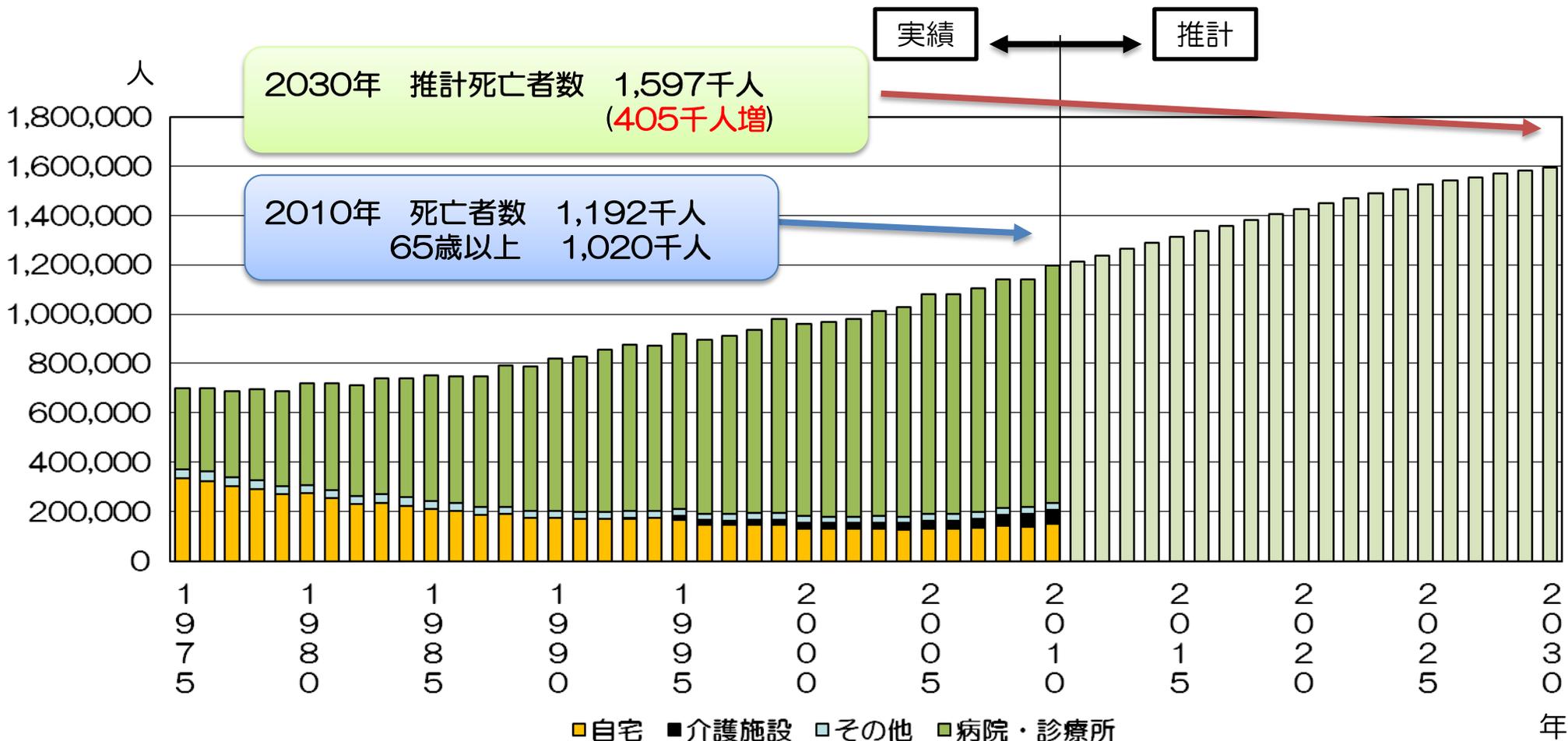
I 「地域包括ケアシステム」の 構築の必要性

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。**



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

第三部 地域包括ケアシステムの構築に向けて

1. 自治体に求められる機能

■ 基本方針の明確化と共有(規範的統合)

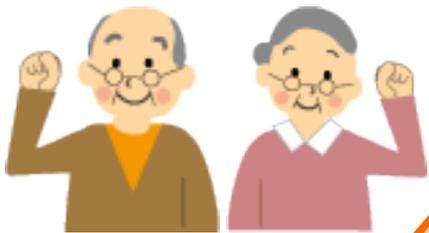
- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。

Ⅱ 「地域包括ケアシステム」の 構築の基本的な方向性

「地域包括ケアシステム」の基本理念

高齢者の自立支援

(介護保険法第1条)



セルフマネジメント

健康の保持増進

(介護保険法第4条第1項)

能力の維持向上

介護予防に資するサービスの提供

(介護保険法第2条第2項及び第5条第3項)

在宅生活の限界点を高めるサービスの提供

(介護保険法第2条第4項及び第5条第3項)

一般高齢者

要支援者

要介護者

在宅サービス

施設サービス

身近な地域での
多様な資源の「見える化」・創出

↑
『介護予防・
日常生活支援
総合事業』



多職種協働による
ケアマネジメント

↑
『地域ケア会議』



施設機能の地域展開

↑
『地域包括ケア計画』



第一部 地域包括ケアシステムの基本理念

■ 「尊厳の保持」と「自立生活の支援」

(略)

- 高齢者の「自立生活の支援」のためには、要介護状態になっても、その有する能力に応じ自立した生活を営めるよう支援する体制が不可欠である。高齢者ケアにおいては、急性期、回復期、慢性期、終末期などの心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣住民・友人との関係性)の変化に対し、特定の支援に固定せず、その時々最適な支援の組み合わせの検討が重要である。そのため、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防、生活支援・福祉サービスが一体的・統合的に提供される必要がある。
- これにより、できる限りケアを受ける場所を変えずに、可能な限り住み慣れた場所にとどまってケアを受けられるような仕組みをつくることが重要である。急激な生活環境の変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられる姿が望ましい。

1. 多職種協働によるケアマネジメント

多職種協働によるケアマネジメント

介護保険を『卒業』して地域活動に『デビュー』する



セルフマネジメント

高齢者
(介護保険の被保険者)
及びその家族



住み慣れた環境で生き生きと暮らし続ける

介護予防に資するケアマネジメント

在宅生活の限界点を高めるケアマネジメント

一般高齢者 → 要支援者 → 要介護者

在宅サービス → 施設サービス

「地域ケア会議」

多職種協働での支援

「サービス担当者会議」

介護支援専門員
(ケアマネジャー)

連携



サービス事業所
(医療、介護、予防、日常生活支援等)

保健師

社会福祉士

主任介護支援専門員



薬剤師等

管理栄養士

理学療法士

歯科衛生士

「地域包括支援センター長会議」等

地域包括支援センター
(市の委託を受けた準公的機関)



連携

市
(介護保険の保険者)

【参考】介護予防に資するケアマネジメントの事例のイメージ

陥りがちなケアマネジメント

「独りで入浴できない」



「清潔を保持したい」



「通所介護で
入浴する」



いつまでも
独りで入浴できない

できないことを代わりにするケア

目指すべきケアマネジメント

「なぜ独りで入浴できないのか」



「左片麻痺によるバランス不安定で
浴槽をまたげない」



「通所介護で足を
持ち上げる動作を指導して
浴槽をまたげるようにする」



独りで
入浴できるようになる

できないことをできるようにするケア

2. 身近な地域での多様な資源の 「見える化」・創出

身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出

訪問

市
地域包括支援センター
市社会福祉協議会
等 (専門職等)

「見える化」
・創出

専門職が専門的な
サービスの提供に
集中する

短期集中予防サービス
(専門職)

心身機能

保健師、看護師、管理栄養士、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、
訪問介護員等

「サポーター」(地域住民)



民生委員、食生活改善推進員、
シルバー人材センター、ボランティアグループ等

訪問介護
(専門職)

通所介護
(専門職)

生活機能の向上

(運動、栄養、口腔、認知等)

高齢者が介護保険を
『卒業』して地域活動に
『デビュー』する

参加

高齢者

活動

参加

「通いの場」(地域住民)



高齢者サポーター、健康推進員、
地区社会福祉協議会、自治会、老人クラブ等

市
地域包括支援センター
市社会福祉協議会
等 (専門職等)

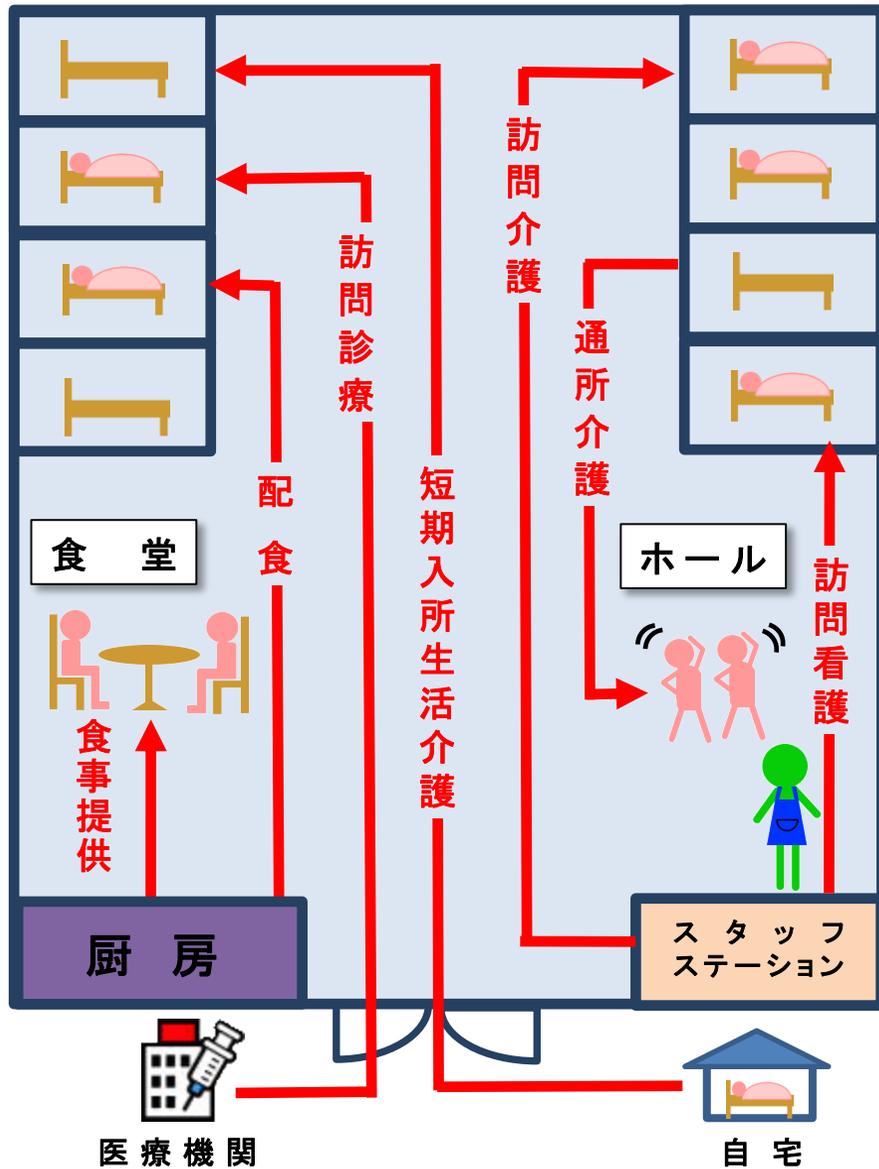
「見える化」
・創出

通所

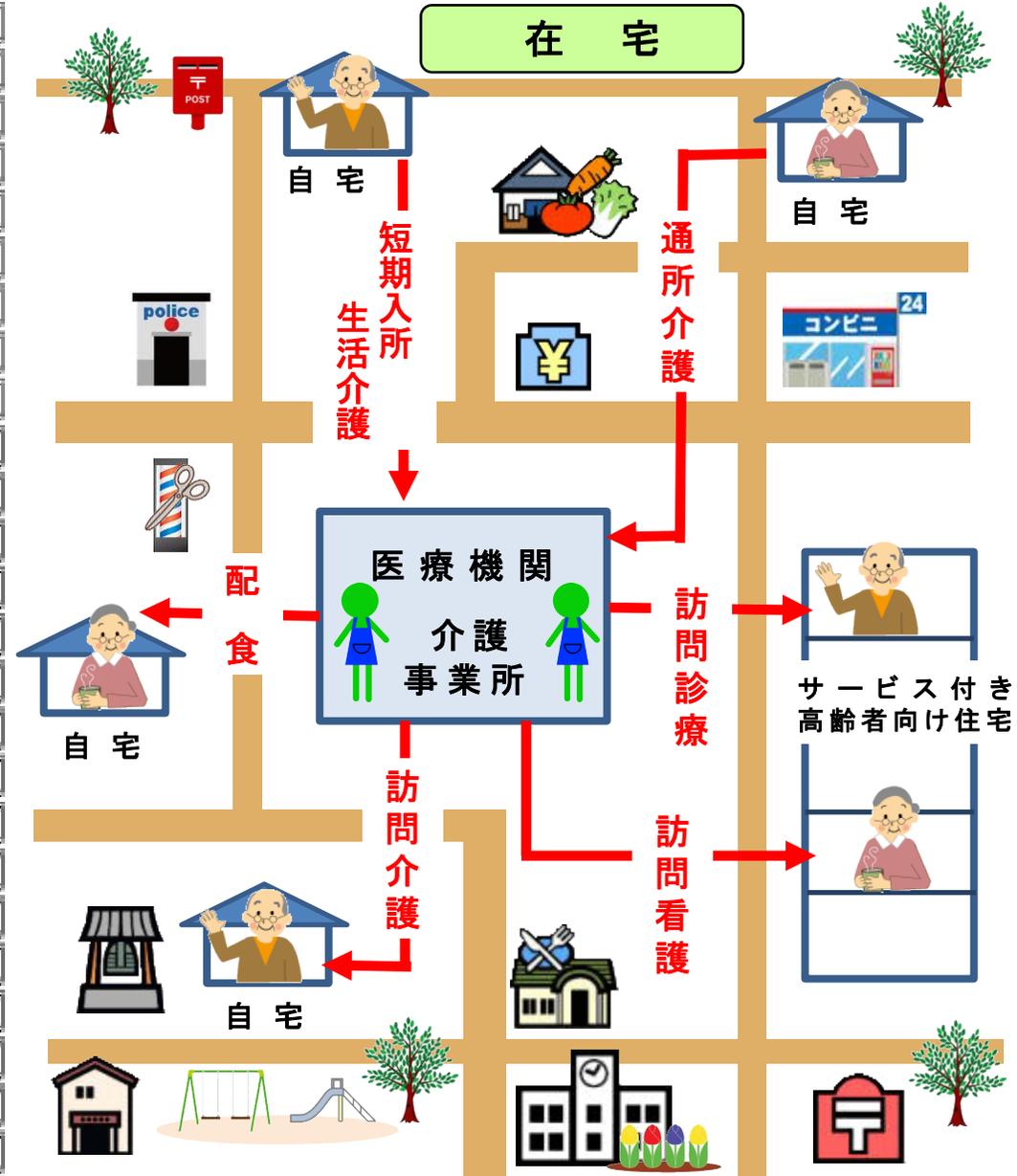
3. 施設機能の地域展開

施設機能の地域展開

施設



在宅



在宅サービスと施設サービスとの間での利用者負担の比較

従来の在宅サービス

出来高払いの利用者負担
（“回転寿司方式”）



訪問介護
（身体介護・30分以上1時間未満）
（要介護）

412円/1時間

296,640円/月
（24時間×30日）

訪問看護
（30分以上1時間未満）
（要介護）

851円/1時間

612,720円/月
（24時間×30日）

短期入所生活介護
（併設型・ユニット型個室）
（要介護3）

871円/1日

26,130円/月
（30日）

通所介護
（小規模型・7時間以上9時間未満）
（要介護）

1,115円/1日

100,350円/月
（24時間×30日）

新しい在宅サービス

- 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
- 複合型サービス

施設サービス等

- 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
- 認知症対応型共同生活介護

定額払いの利用者負担
（“飲み放題方式”）



小規模多機能型居宅介護

【要介護 5】	28,786円/月
【要介護 4】	26,203円/月
【要介護 3】	23,837円/月
【要介護 2】	16,711円/月
【要介護 1】	11,700円/月

介護老人福祉施設 （ユニット型個室）

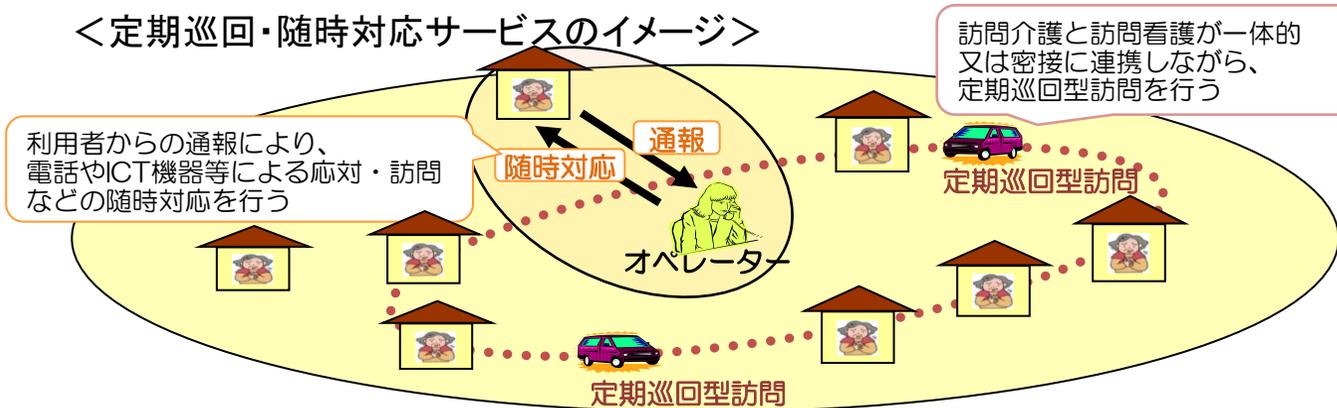
【要介護 5】	28,807円/月
【要介護 4】	26,678円/月
【要介護 3】	24,548円/月
【要介護 2】	22,297円/月
【要介護 1】	20,168円/月

注 利用者負担は、介護報酬の1割に相当するものであり、食費、居住費等を含まない。

(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>



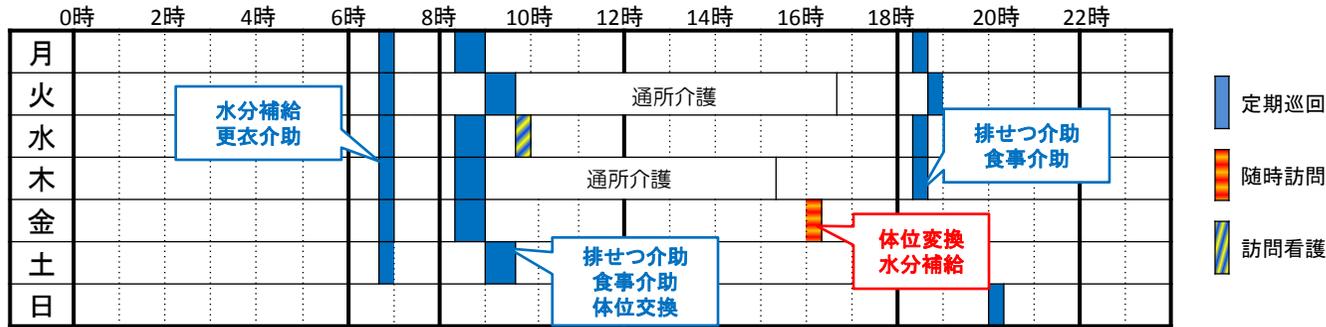
参入していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

<サービス提供の例>



- ・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、必要なときに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

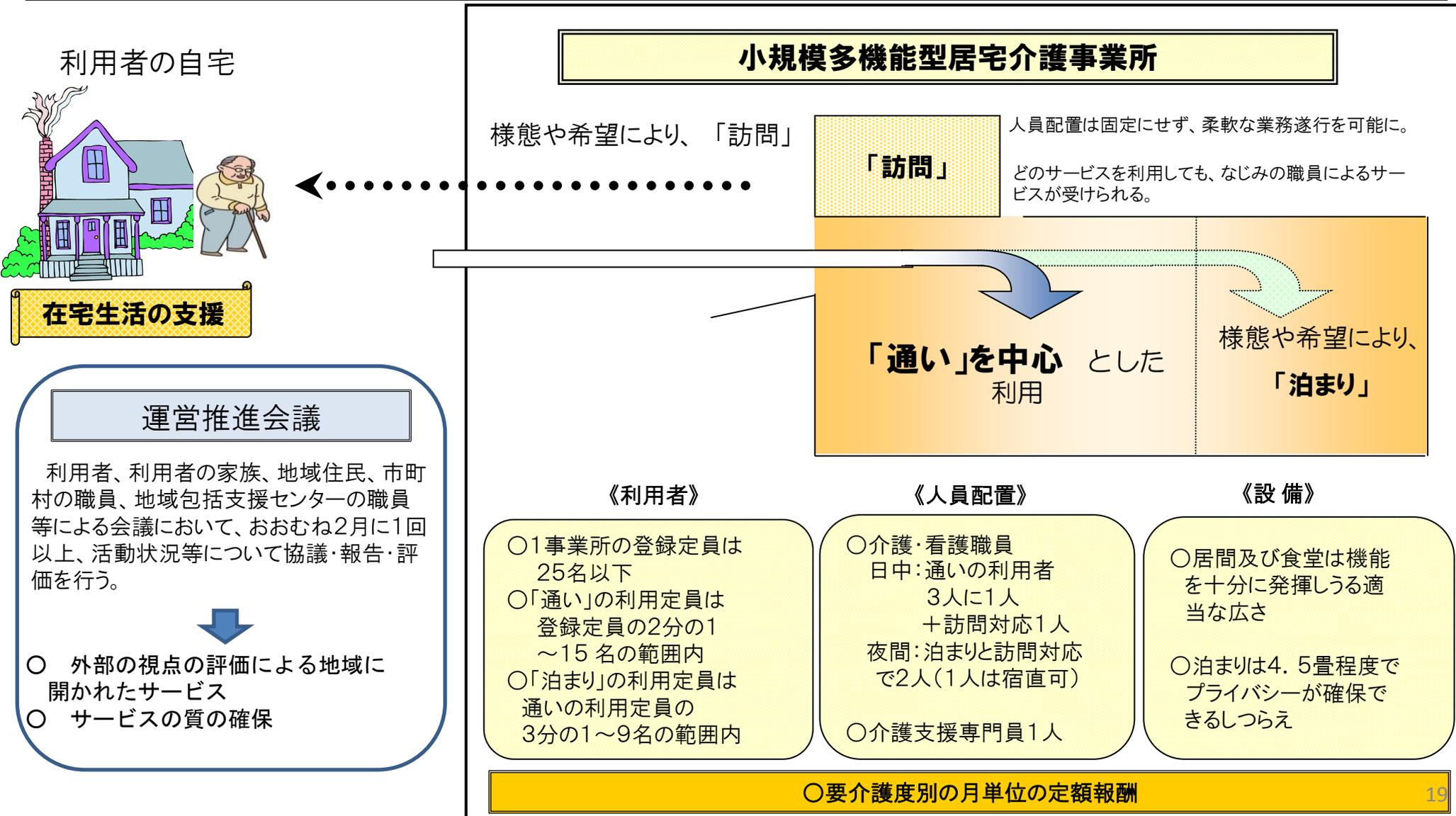
平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

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

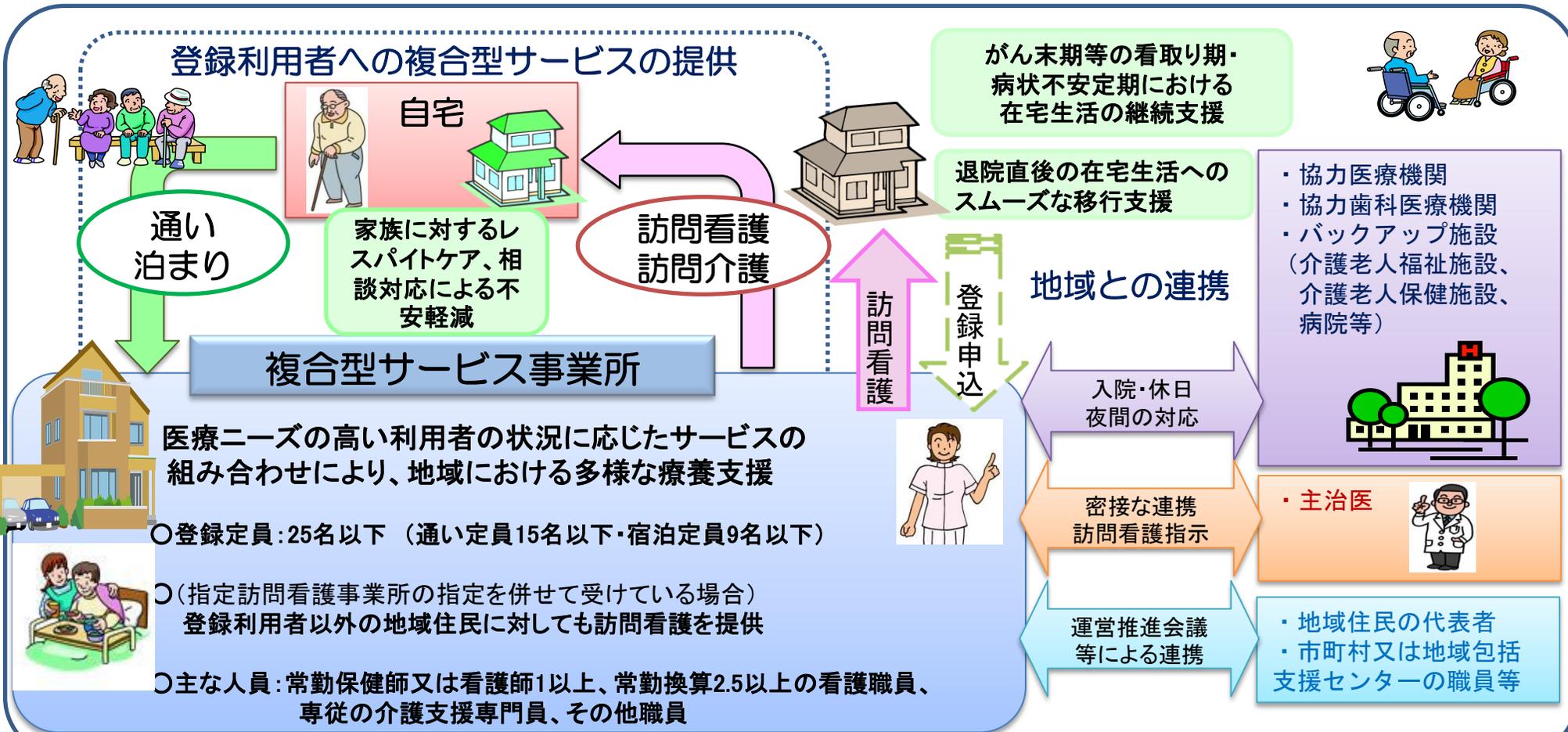
(参考) 小規模多機能型居宅介護の概要

「**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、利用者や家族の状態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。



Ⅲ 医師に対する期待

1. 「在宅医療・介護連携推進事業」の推進

- 医師会を中心として、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、理学療法士会、歯科衛生士会、介護支援専門員協会等と連携しながら、市及び地域包括支援センターと一体になって、「在宅医療連携拠点」を運営する必要があるのではないか。

【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

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。

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

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

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

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

現行と同様

事業に移行

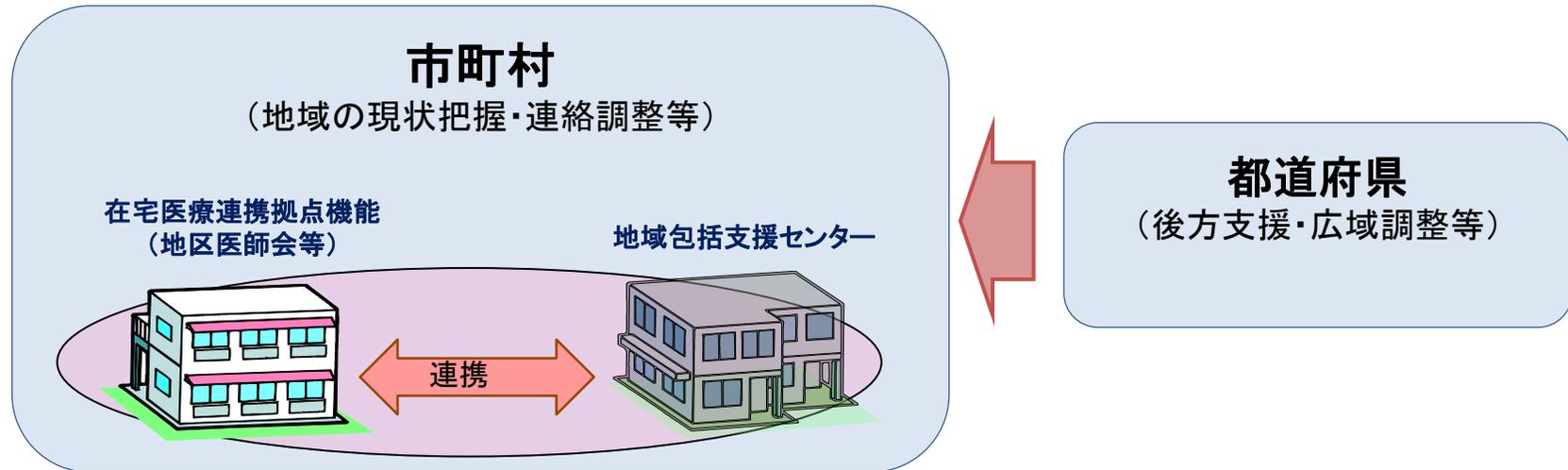
全市町村で実施

多様化

充実

在宅医療・介護の連携の推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、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。



【参考】医療計画の見直しについて(医療法)

- 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定。
- 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。
- 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

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

① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 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



（熊本市）

② 多施設連携のための協議会

- ◆ 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



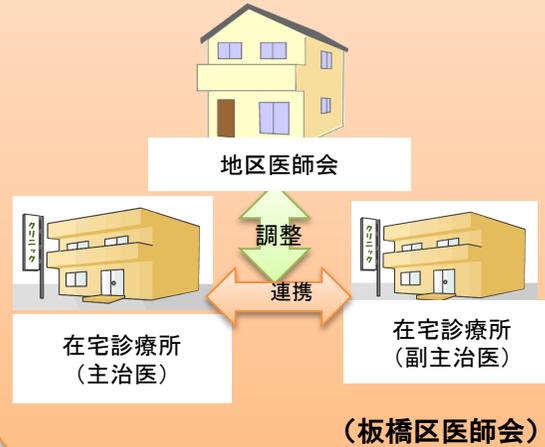
③ 多職種連携のための研修

- ◆ 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

④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 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】



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 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

⑥ 退院支援ルールの方策

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

⑦ 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



（鶴岡地区医師会）

医師に対する期待(2)

- その一環として、可能な限り、次に掲げる点に配慮する必要があるのではないか。
 - ① 医療機関の医師において、医療機関の看護師、栄養士、理学療法士、社会福祉士等が関係団体によって開催される研修会に参加する等の機会を確保する必要があるのではないか。
 - ② かかりつけ医において、介護支援専門員等の求めに応じ、薬剤師、看護師、理学療法士等に対する訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション等の指示に協力する必要があるのではないか。

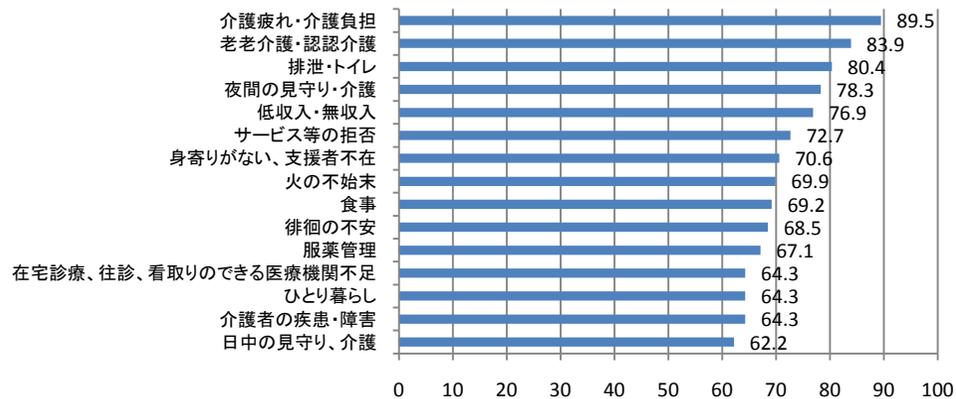
(注) 高齢者の状態像によっては、かかりつけ医の機能の延長として外来診療と併せて訪問診療に従事する医師において、訪問診療に専門に従事する医師と連携しながら、訪問診療を提供する必要があるのではないか。
 - ③ 病院等において、地域包括支援センター等との間で、在宅復帰を支援する退院調整の対象となる高齢者の状態像に関する情報を共有する必要があるのではないか。

【参考】「桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けた地域課題の把握のための調査 ～『地域ケア会議』での個別事例の検討を通じて～」報告書の概要

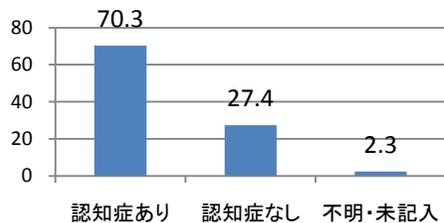
第1部 地域課題把握のためのアンケート調査

- 平成26年3月、介護支援専門員等を対象として、「地域課題把握のためのアンケート調査」を実施。
- 平成26年6月、介護支援専門員等の参加を得て、地域課題把握のための「地域ケア会議」を開催。

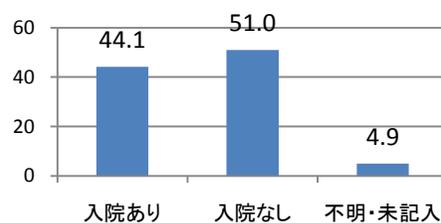
高齢者が自宅を離れた要因（単位：%）



施設に入所した高齢者に係る
認知症の有無（単位：%）



施設に入所した高齢者に係る
入所前の入院の有無（単位：%）



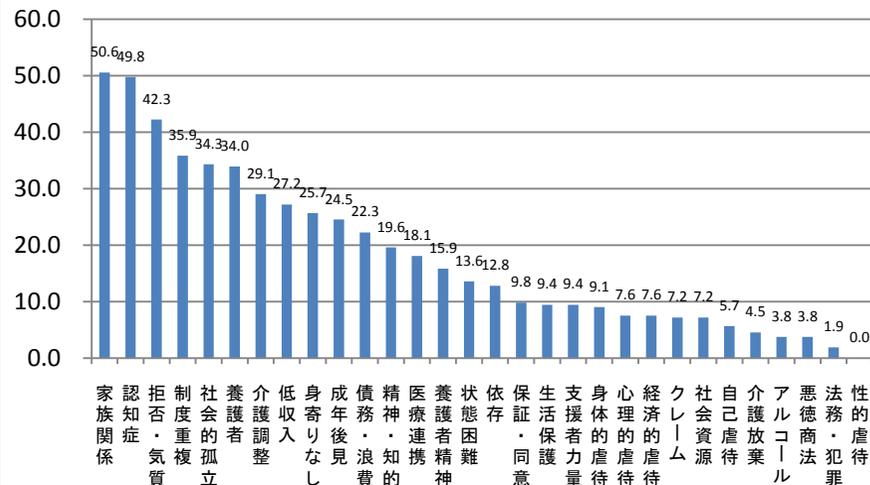
第2部 個別事例振り返りのための「地域ケア会議」

- 平成26年3～6月、個別事例振り返りのための「地域ケア会議」を開催。
- 具体的には、高齢者が自宅を離れて施設に入所した事例について、「在宅生活継続の阻害要因」を分析し、「在宅生活継続の限界点を高める方法」を検討。

第3部 困難事例要因調査

- 平成23年4月～平成25年9月の間に地域包括支援センターで対応されたすべての困難事例について、要因を分析。

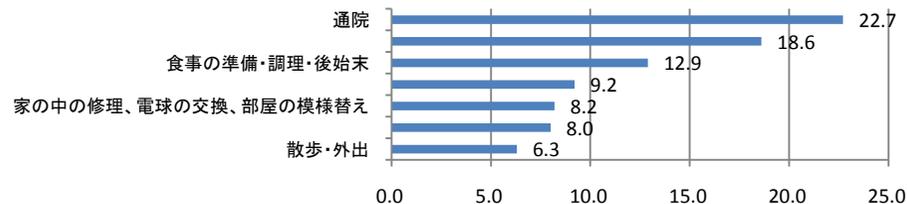
困難事例の要因（単位：%）



第4部 高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査

- 平成25年12月、地域包括支援センター等の職員を対象として、「高齢者『単身』『のみ』世帯の生活上の困りごと調査」を実施。

高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと（単位：%）



2. 「認知症総合支援事業」の推進

- 市によって地域包括支援センターに設置される「認知症初期集中支援チーム」について、医師会において、「認知症サポート医」等の専門医を嘱託医として推薦する必要があるのではないか。

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。

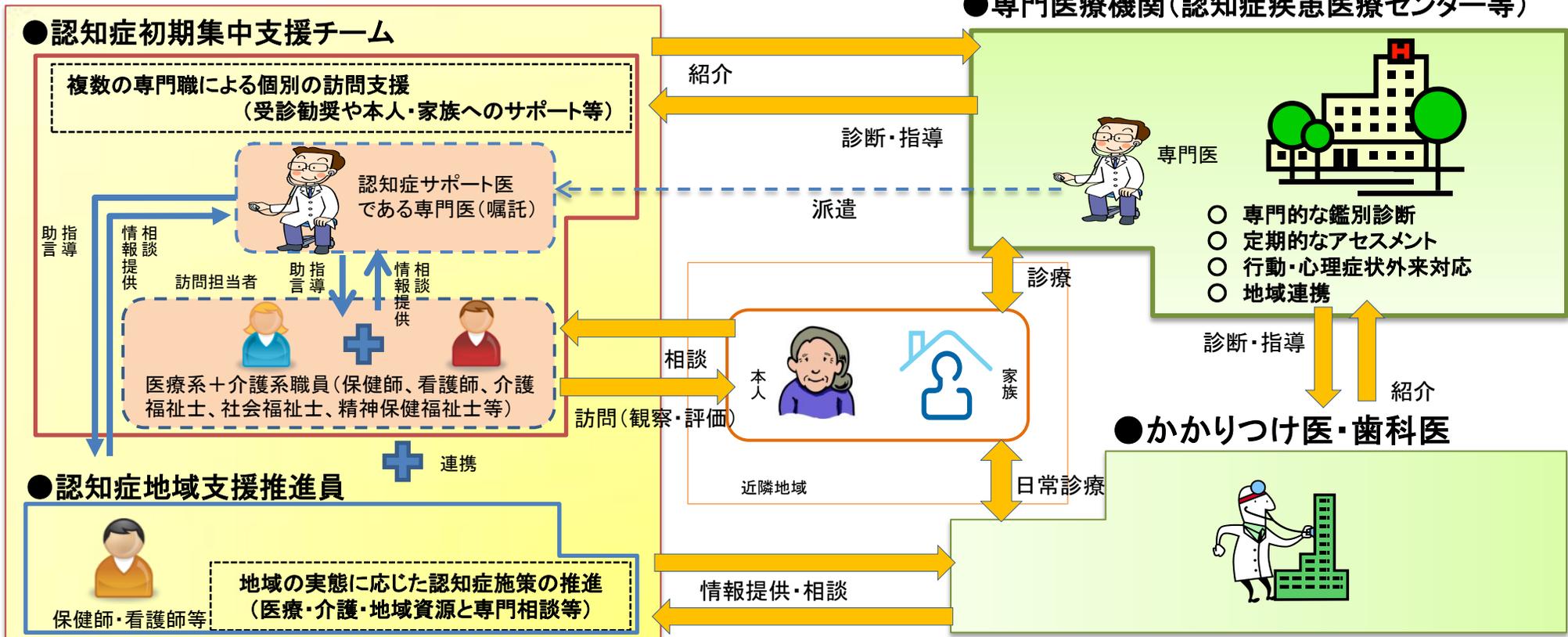
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○ 「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算(案)では、 地域支援事業(任意事業)で 100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算(案)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(案)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25年9月末 累計447万人

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** 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** 一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、身体の様子へのチェック)、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

3. 「規範的統合」の推進

- かかりつけ医において、患者に対する関係で、介護に関する相談を受けたときは、
 - ① 介護保険制度の基本理念
 - ② 地域包括支援センターの位置付け等を正しく伝える必要があるのではないか。

【参考】各地域包括支援センターの位置付け

- 各地域包括支援センターは、介護保険法の規定に基づき、介護保険の保険者である市町村が自ら、又は第三者に委託して保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職による高齢者に対する総合相談等の事業を実施する準公的機関。

(注) 各地域包括支援センターの職員等は、介護保険法の規定に基づき、罰則付きの守秘義務を負うところ。

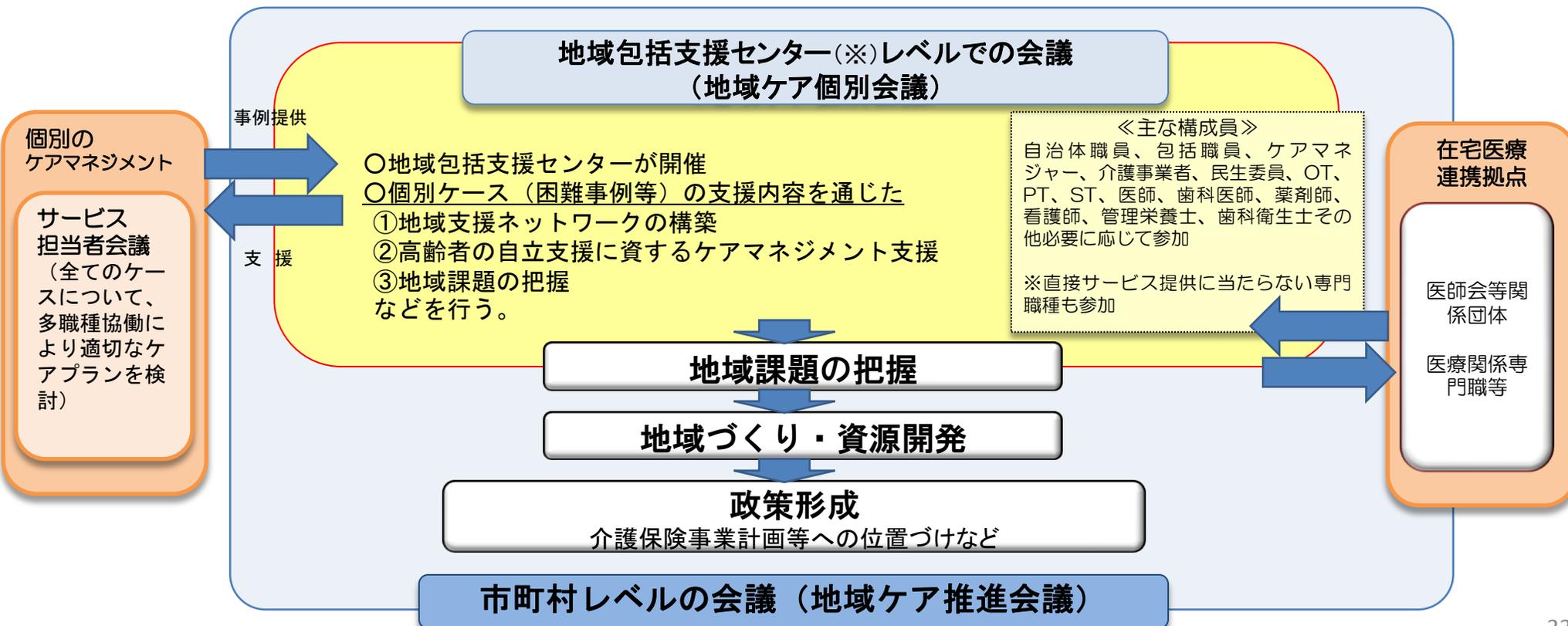


- 平成25年12月以降、各地域包括支援センターにおいて、市との間で、
 - ① 要支援・要介護認定に関するデータ
 - ② 「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」に基づくデータ等を共有。
- 平成26年9月、市より、各地域包括支援センターに対し、適切、公正かつ中立な事業運営の徹底を求める通知を発出。

地域ケア会議の推進

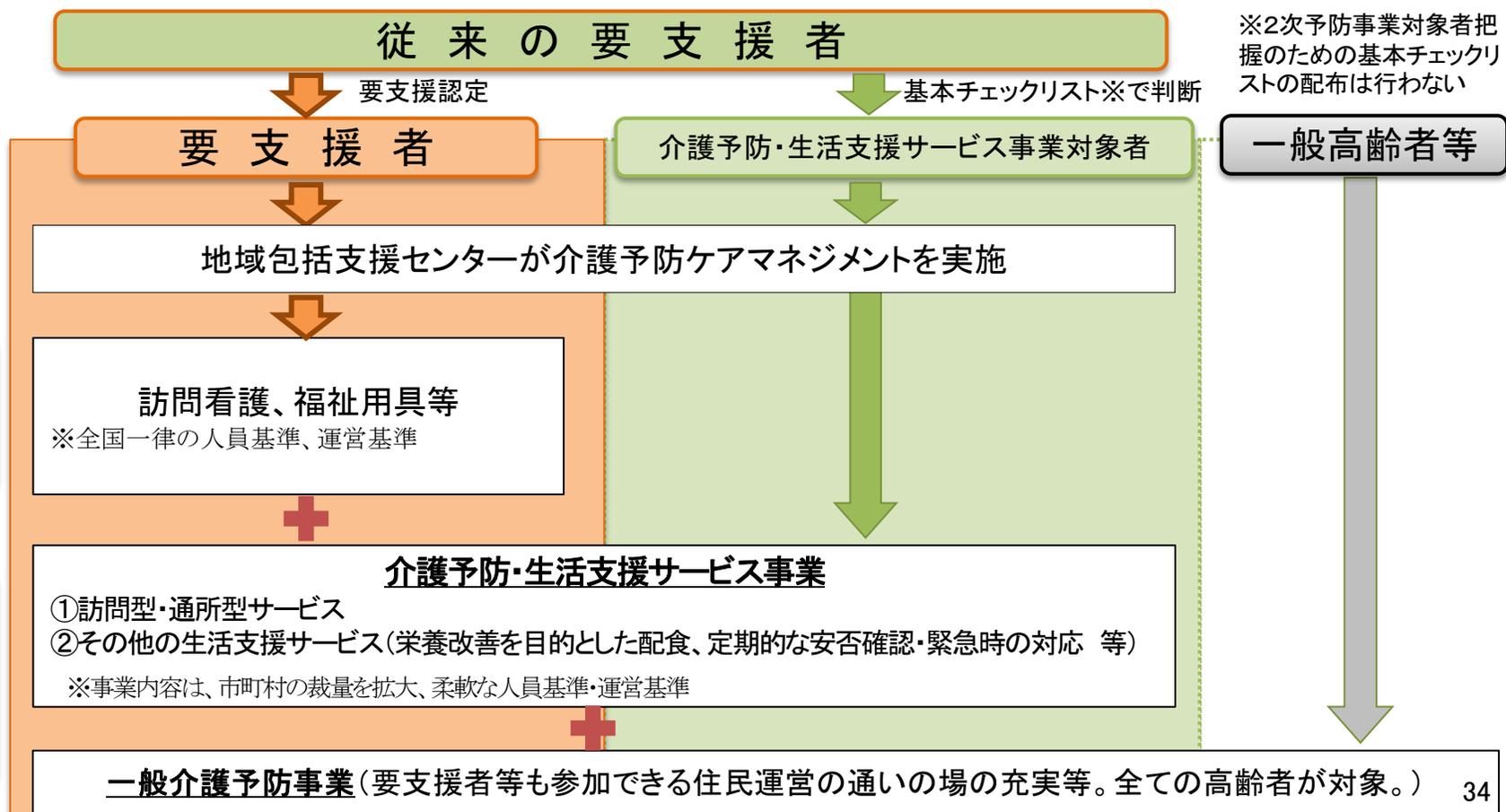
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・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)



【参考】総合事業の概要

- 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、引き続き介護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介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。

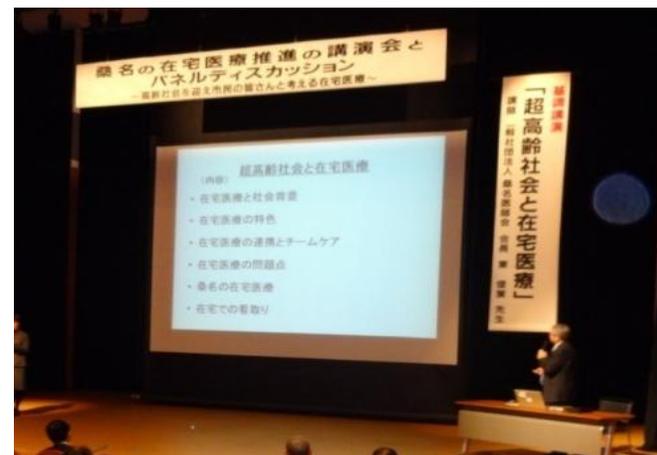




平成25年8月1日
第7回
「桑名市在宅医療及びケア研究会」



桑名医師会
東俊策会長



平成26年2月9日
「桑名の在宅医療推進の
講演会とパネルディスカッション」

「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26年2月9日
「桑名の在宅医療推進の
講演会とパネルディスカッション」



平成26年2月22日
市民公開講座
「住み慣れた地域で暮らし続けて人生の最期を迎えるために
～桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けて～」

桑名市における「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、
「オール桑名」で一步一步着実に取り組みましょう。