

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

小規模多機能の介護保険前の認知症支援 研修会

出会いのポイントを前に

認知症の人の支援は、可能な限り出会いを早くして、初期からのかかわりが重要です。

「介護予防拠点」「認知症カフェ」などの取り組みが全国で始まっています。

特定非営利活動法人コレクティブ

介護報酬改定の受け止め

➤ 小規模多機能で見直されたこと

- ①訪問サービスの機能強化
- ②登録定員等の緩和
- ③看取りの実施にたいする評価
- ④運営推進会議及び外部評価の効率化
- ⑤看護職員の配置要件、他の訪問看護事業所等との連携
- ⑥地域との連携の推進
- ⑦同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し
- ⑧事業開始時支援加算の見直し=廃止
- ⑨認知症対応型共同生活介護事業所との併設型における夜間の職員配置の緩和
- ⑩小規模多機能型居宅介護と広域型特別養護老人ホームとの併設
- ⑪中山間地域等における小規模多機能型居宅介護の推進
- ⑫包括報酬サービスの加算(総合マネジメント体制強化加算の創設)と区分支給限度額

➤ 受け止め

ハーフ・ハーフ

➤ 影響

小規模多機能や包括報酬型サービスに向かうことになる ⇐ 他のサービスとの比較の中で
小規模通所が一番影響大

今回は「グループホームのこれから」が見えない。(共用通所の拡大のみ)

今回の制度改定・報酬改定で できたこと・できなかったこと

- ・ これまでの「通い中心」から「訪問重視型」も可能に
 - ・ 登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことが可能へ
 - ・ 看取りが少しやり易くなる
 - ・ 運営推進会議を活用した(地域からの)評価
- 目指したが できなかったこと
- ・ 「施設の在宅版」 登録者に対して3:1の職員配置
 - ・ どこに住んでいても同じケア・医療が受けれる……
 - ・ 報酬の底上げ
- 介護職員の確保は、困難、特に、小規模多機能型居宅介護の職員の給与は他のサービスより低くなっている。

要望 ★その① 地域包括ケアを推進するために 小規模多機能型居宅介護の位置づけを変える

◆これまで

基本的な考え方:「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。



◆これから

基本的な考え方:生活圏域内の、要介護者の様態や希望に応じて、「通い」「訪問」「泊まり」および多様なニーズに対応する機能を組み合わせるサービスを提供することで、住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援する。また、生活圏域内の多様な支援を要する方々を支援し、地域包括ケアの担い手となる。

(参考)訪問を活用して支援している例

氏名	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
A						15	通い	70 (温泉)									
B			30	15			30		15	15		30		40			
C			30	15			30		15	15		30		40			
D		通い								30	通い					泊まり	
E		20		10	15	20		15	15			20	通い	20		10	
F				15	通い					20							
G					10				10								
H			15										15				
I						15						15					
J																	
K		10		30		15		15				15		15			
L			10		10		15			20		10				10	
M			10		10		15			20		10				10	
N		10	通い														
O			20	10		20			15			20					
P		通い						70 (温泉)				15					
Q				10	通い					15							
R					通い					10							
S			30		30		15			15				15			
T			30		30		15			15	通い			15			
U		20		30		20		10		30				30			
V		30						30							30		30

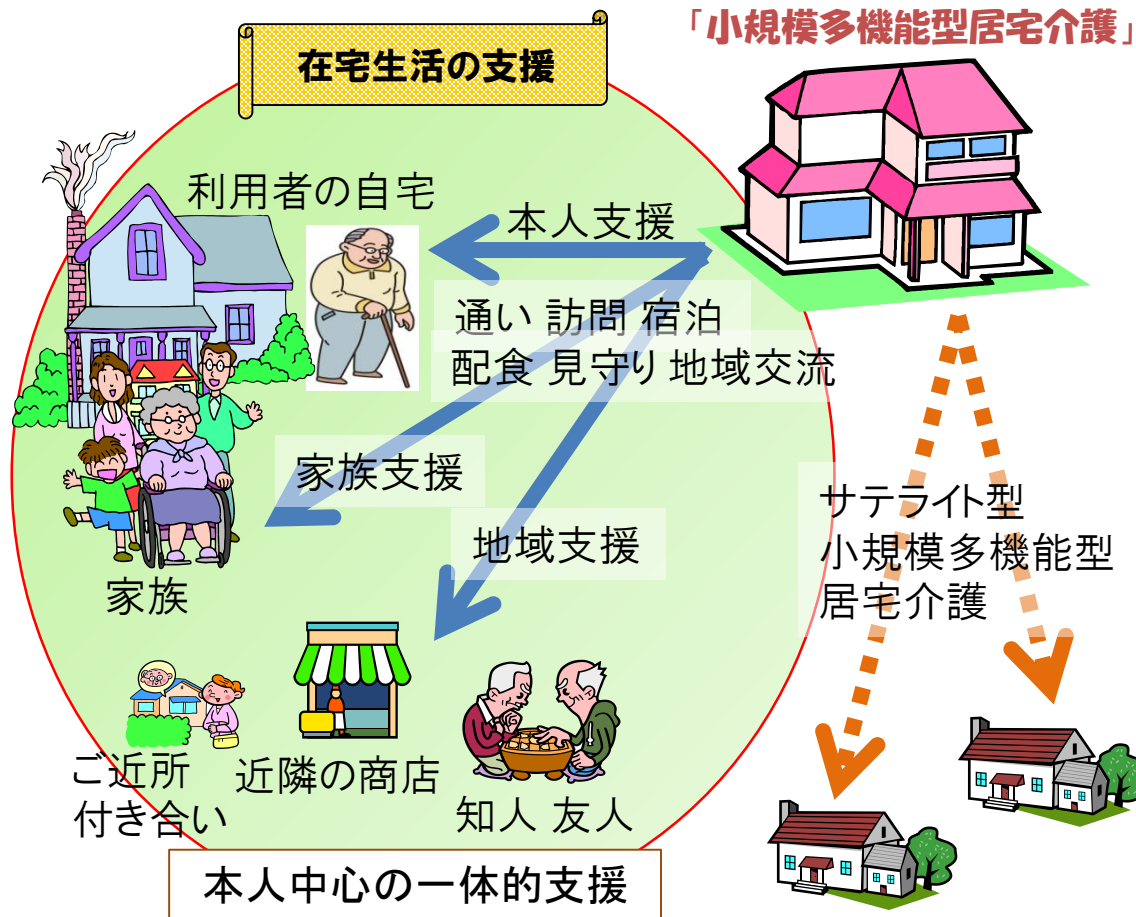
平均要介護度2.8 (現在の全国平均2.6) 職員数常勤11名(昼間7名)体制

多様化する小規模多機能型居宅介護の現在

◆地域での暮らしは多様、その多様なニーズに応えてきた小規模多機能型居宅介護◆

通い中心から、「通い」「訪問」「宿泊」といった基本サービスに加え、配食、見守り、地域交流、家族支援等のニーズに対応した支援へと変化。地域包括ケアシステムの中、日常生活圏域が設定され、サテライト型小規模多機能型居宅介護も導入されたことで、より利用者に近いところに出向いての支援。きめ細やかに日常生活圏域を支える面的仕組みが問われ始めている。

【日常生活圏域】



○小規模多機能型居宅介護から5キロ以内に住む利用者が80%を超え、独居や老夫婦世帯など、65歳以上の世帯に対する支援が全体の約40%、また利用者の8割が認知症であり、今後の超高齢社会を支えるモデルとして、位置づき始めている。

○運営推進会議が導入され、介護保険ではじめて、地域住民の参画を促すシステムを導入。

○ライフサポートワークを提唱し、欠損部分の補てんではない、生活全体(地域生活支援)を支えるこれからの介護のあり方を打ち出す。

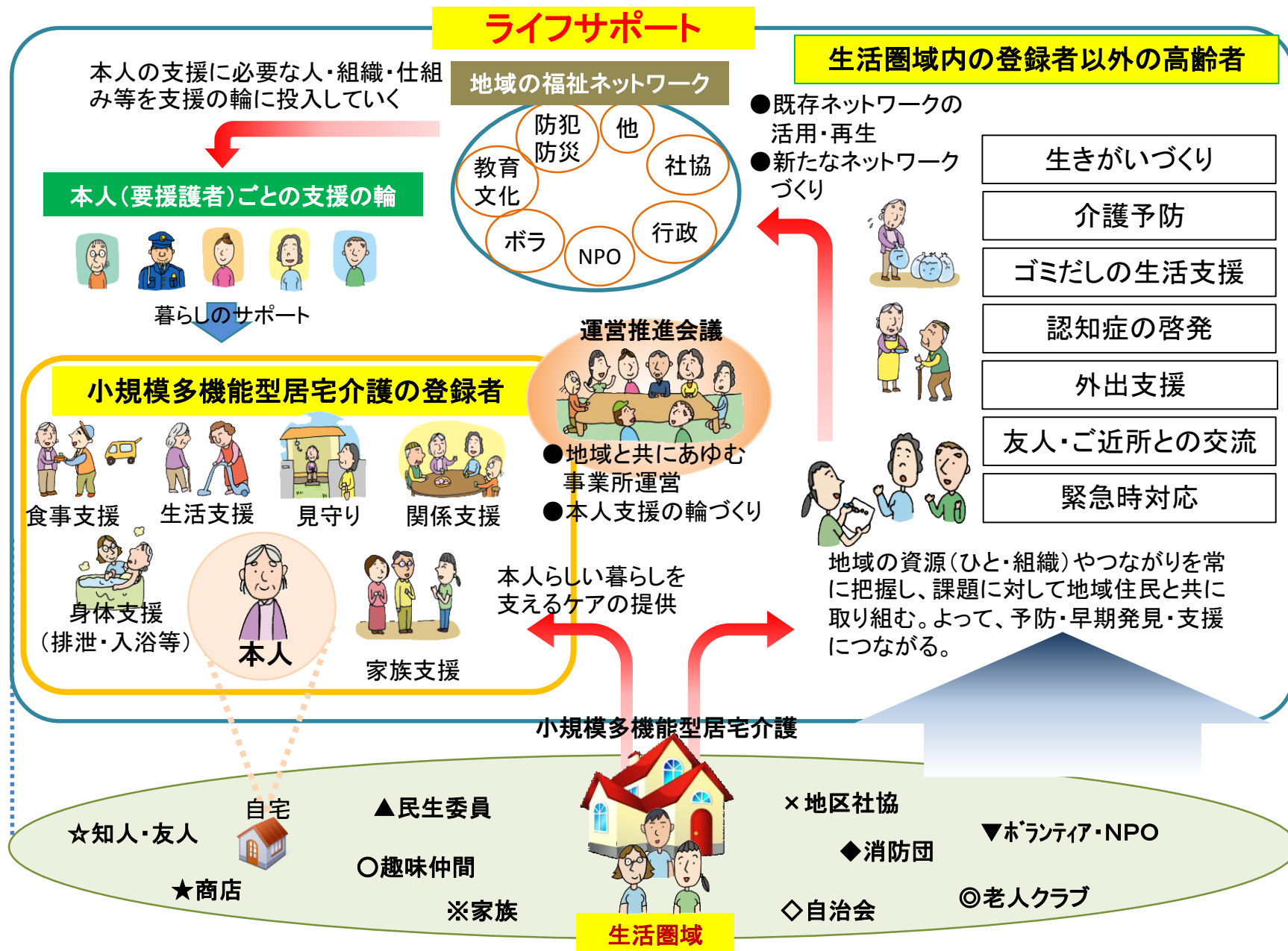
○サテライト型小規模多機能型居宅介護を創設し、事業者が利用者のより身近な地域へ出向く支援を実現。

○日常生活圏域ごとに整備することで、地域包括ケアの拠点としての機能を果たしている。

○直接サービスの側面と併せ、地域拠点としての機能を発揮するインフォーマルサービス 拠点としての機能も併せ持つ。

生活圏域でのこれからの小規模多機能の姿

地域包括ケアの推進の中で、生活圏域の多様な生活ニーズに応え、在宅生活を支える拠点として、小規模多機能型居宅介護は発展



より取り組みやすくするための要望

1. 職員配置基準の緩和

- ①登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるように、専従規定を緩和して欲しい
- ②看護職員の効率的な活用のために、訪問看護ステーション等の事業所との連携等による人員配置を可能にして欲しい
- ③小規模多機能型居宅介護と認知症グループホームを併設している場合、夜間の利用者の合計数が9人以下の場合は、両事業で夜勤者1人にして欲しい

2. 看取りが可能となる方策

利用者の在宅限界を高めるために、次の2点をお願いしたい

- ①「一人で外来通院ができない方」に対して、訪問診療を小規模多機能型居宅介護事業所内で可能にして欲しい
- ②安定期から死亡まで通じて事業所が関わったケースは約3割であり、安定期から一定の時期（終末期、臨死期の前）まで事業所が関わったケースを含めると約75%となっている。今後更なる在宅生活を継続させるために、看取り加算を設けて欲しい
その場合に、上記の1. ②だけでなく現在小規模多機能型居宅介護に常勤で配置している看護職員の役割は増加する。現在の看護職員配置加算は継続して欲しい

3. 利用を促進するための方策について

小規模多機能型居宅介護と居宅介護事業所の連携がスムーズにいくように、居宅介護事業所への「小規模多機能型居宅介護事業所連携加算」を拡大充実して欲しい

◆検討されている居宅のケアマネジャーによるケアプラン作成については、現時点では下記の理由により絶対反対である

- 「小規模多機能型居宅介護は、顔なじみのスタッフにより、利用者やその家族等のニーズに適宜対応するため、必要なサービス（訪問、通い、宿泊）を柔軟に組み合わせて提供することにより、利用者の地域生活を総合的に支援するものであり、従来の広域型サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）とは、その運営手法が異なるサービスである。このため、小規模多機能型居宅介護ならではのケアプラン作成手法の確立が求められ」（平成22年3月5日「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」）「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて（ライフポートワーク）」として確立させてきた。
- 在宅サービスでは唯一、内包型のケアマネジャーが配置されたことで、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントはチームで作成するプランとなっている。そして、包括報酬の利点を生かし、利用者の状態の変化に対して、柔軟かつ、臨機応変にフォーマル、インフォーマルを問わず、サービスを提供できることが従来の居宅介護支援事業とは大きく異なる点であり、小規模多機能型居宅介護の最大のメリットである。したがって、現在ケアマネジメントの見直し論議で改善すべきとされるようなあり方が入り込めば、これまでの小規模多機能型居宅介護の取り組みを根本的に変えるものになってしまう
- 制度上も、広域型での居宅介護支援サービスと、地域密着型サービスとの間での混乱を生み出す。また、内部のケアマネジャーと外部のケアマネジャーとダブルのケアマネジャーの配置となり、効率的な配置とはならない

まず、居宅のケアマネジメントのあり方が改革された後に検討すべきである

◆検討されている広域型特別養護老人ホームへの小規模多機能型居宅介護の併設について

○地域密着型サービスは、住みなれた地域での暮らしを支援するものであり、日常生活圏域を支える地域密着型サービスのみに併設できる要件を維持すべきである。都市部での特例的な取り扱いはあり得ることであるが、それを一般化することは、地域包括ケアシステムの理念と相反すると考える

4. 基準該当短期入所の適用

地域の支援の必要な方を支えるために、基準該当短期入所生活介護事業ができるようにしていただきたい

5. 小規模多機能型居宅介護のサテライトについて

別法人との連携で設置が可能なことを明文化して欲しい

6. 報酬の底上げ

介護職員の確保は、困難になっています。特に、小規模多機能型居宅介護の常勤職員の給与は介護老人福祉施設との比較で、介護福祉士248,945円（－96,530円）、介護職員217,754円（－103,281円）と低くなっている。職員給与を抑えたうえでしか経営が成り立たない状況では、今後は更に職員採用が困難になり普及促進できない。こうした状態の改善のために、適切な報酬の設定をお願いしたい

質の確保のための提案①

◆市町村の責務の明確化をお願いしたい◆

地域包括ケア体制の推進のために、市町村が指定から質の確保まで一貫して、責任を持つようにして欲しい

<指定・集団指導・実地指導・監査>

○事業者指定において、隣の敷地に他の事業所がある状況であり、最低基準を満たしていれば、指定されている現状を改めて欲しい

○小規模の自治体では、ほとんど集団指導も実地指導も行われていない現状がある。

小規模多機能についての理解がされていない自治体があり、誤った指導が行われているところもある。間違いのないような指導をお願いしたい。

<研修>

○法定研修について、現在都道府県等が実施することになっているが、地域包括ケアの推進のために、一義的には市町村が実施するようにすべきである

そのうえで、広域での実施も可能とすべきである。

○市町村内の事業所の質の確保のために、事業者とともに各種研修を実施すべきである

<サービス評価>

○地域からの評価が行われる運営推進会議には、地域包括支援センターとともに、自治体職員も必ず出席するようにすべきである

質の確保のための提案②

これまでの外部評価から、運営推進会議を活用した評価システムの導入を
～評価は、質の確保に向かう要因となるものでなければ意味がない～

◆これまでの外部評価の限界

- ①一年に1回訪問して何がわかるのだろうか。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が外部評価では「優れた事業所」として評価される。その日だけの対応だけで評価する危険性がある。
- ②また、例えば外部評価で課題が見つかったも、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。
- ③更に、外部評価の料金は評価機関ごとになる。その結果、事業所は、どうしても「費用が安くて」「評価の甘い」機関に集まることになる。

◆現在の地域密着型サービスの仕組みの中にある運営推進会議を活用した評価システムを導入願いたい

◆これからの地域包括ケア(地域完結型)の中で、地域密着型サービスの事業者は、地域からの評価が一番の関心事

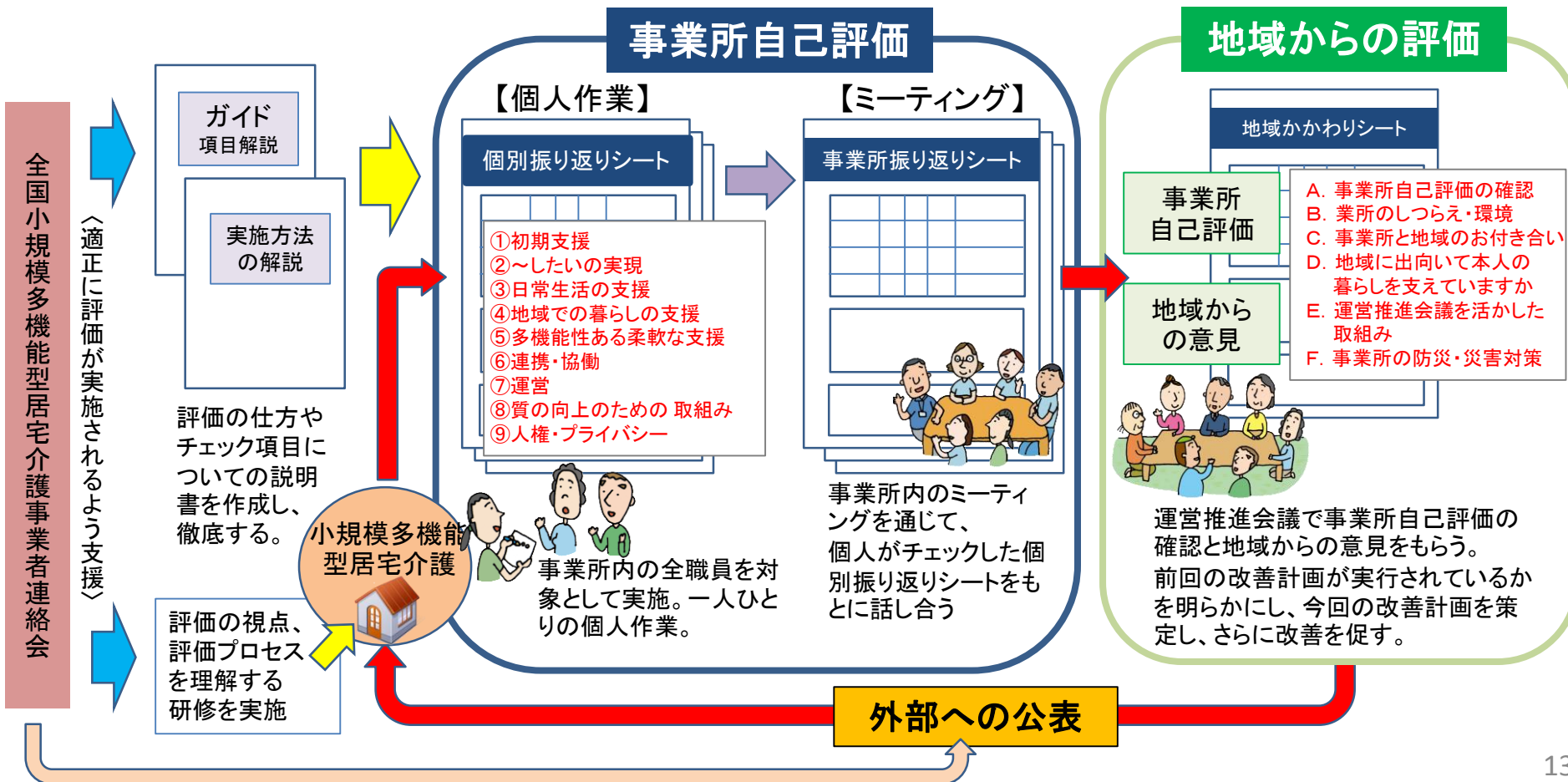
- * 自己評価を確実にやり
- * 運営推進会議での地域の方々による評価を合わせて
- * 地域に公表することが質の確保になる

しかし、運営推進会議のメンバー次第では、事業所の都合の良い御用評価になる可能性がある。小規模多機能型居宅介護事業所には運営推進会議の開催が義務付けられているが、メンバーの選定は事業所に任されている。よって事業所に都合の良い人々のみメンバーにしていると評価の意味はなくなる。生活圏域内の利害のない地域の方々の参加を図ることも必要

少なくとも市町村職員や他法人の地域包括支援センター職員が参加すべき

【この評価のポイント】

- ◆全職員が自らを振り返り、自己評価を行うこと(スタッフ個別評価)
- ◆スタッフ個別評価をもとに、事業所全体で振り返り、話し合い、共有すること(事業所自己評価)
- ◆運営推進会議で、事業所自己評価の結果を報告し、かつ、地域からの意見をいただき、運営に反映させること
- ◆自己評価及び地域からの評価を毎年繰り返しながら、質の向上を図っていくこと
 - ⇒評価をスタッフ全員で行い、話し合うことでチーム作りになり、小規模多機能型居宅介護とは何かの確認になる
 - ⇒地域の方々の事業所に対する理解が進む
 - ⇒地域からの評価を行う運営推進会議に行政や地域包括支援センターが参加することで、理解が促進される



これから

- 地域包括ケアの将来像から現在を透視する

支援する対象者像、人材、地域の姿、財源……

○支援のメリハリ……私たちすべきこと

地域の方々と協働すること

地域の方々に任せること

○ツールとしての小規模多機能型居宅介護

- 更なる地域包括ケアの拠点へ

- ・圏域に計画的に整備されていく⇒圏域にこだわる

- ・小規模多機能型居宅介護の24時間365日の地域での生活支援の機能を活用し、総合相談機能や配食、会食、安否確認、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援する拠点

- ・認知症の人と家族の初期からの支援

- 将来像

- ①ライフサポートセンター

- ②ケアマネ

- ③制度をシンプルに

- ④地域を協働して支える

将来像のための基本的視点 認知症ケアのあり方の転換を

これまで私たちの認知症の人との出会いは、既に多くのものを失ってからであった。

認知症の人や家族の、私たちに出会うまでの大変な困難を振り返ったときケアのあり方の転換が問われる。

地域での暮らしの支援(=ライフサポートワーク)では、初期からの関わりが必要になる。

小規模多機能型居宅介護の地域での役割・拠点機能

◆現状及び明らかになった点

地域の拠点としての機能を持ってきた事業所が増加しつつある。しかしそのような事業所でも、当初は登録者の課題についてのみ取り上げていた。ところが登録者の地域での生活を支えるために、徐々に登録者以外の高齢者の課題や、子育て、ゴミの課題や、自治会の課題など地域の課題についても議論するようになっていった。生活圏域の課題の解決に向けた取り組みをする、地域作りの活動を行う事業所も多くなりつつある。その活動に意図的に関わる自治体もあり、現在では開設前より地域づくり・地域拠点の要素を盛り込んで開設する地域もある

○通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている(大牟田市)

○小規模多機能居宅介護事業所の整備にあたっては、計画段階から住民意見を深く反映させるとともに、開設後も住民が参画する「運営推進会議」が事業所のあり方や地域との関わりを議論し、小規模多機能型居宅介護事業所を中核とし、住民との協働による地域コミュニティの推進を図っている(美瑛町)

◆小規模多機能型居宅介護における地域での役割・拠点(ライフサポートセンター)

- ①地域の相談機能
- ②地域への参加・活動の場
- ③地域課題を掘り起こし、地域住民、自治体とともに解決する機能
- ④人材育成機能
- ⑤地域の介護に関する駆け込み寺機能
- ⑥認知症の啓発
- ⑦生活支援サービス提供拠点機能
- ⑧生きがいづくり機能
- ⑨つなぎ機能



【北海道美瑛町】地域コミュニティの推進

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント(ライフサポートワーク)

- これまでの介護保険サービスでの支え方は、先ず介護保険サービスを入れ、足らなくなった分を地域の資源で補おうとしてきた。しかし、これでは地域での暮らしを継続できないし、自立支援とならない
- 地域での暮らしの支援(ライフサポート)は、まず本人の地域での暮らしそのものを支援することから始めなければならない。介護サービスを入れることが優先されるのではなく、介護サービスは暮らしを下支えするものでなければならない
- 「日常生活圏域で暮らしを支援すること」とは、本人、家族・介護者および地域住民の立場からの視点が大事である。事業者中心の視点であってはならない。
自らが生活する場をどのように創るのかは、地域包括ケアの中で、地域における「最適」を地域住民が自ら選ぶことが大切であり、物の見方・捉え方、物事の進め方など住民の視点・ペースで進めることが重要である
- 地域拠点(ライフサポートセンター)は、これまでの施設のようにすべての機能を持つことを目指すものではなく、本人がどのように暮らしたいのか(自己決定)、本人の持てる力を生かし(自立支援)、これまでの暮らしの継続(生活の継続性)を支援することが求められる
- 地域拠点の役割は、本人の力やつながりを活かし、かかわっていく中で本人を支えるネットワークを構築し、支える輪を広げていくことである。一人ひとりの支援の輪をつむぎ、重ねていく地域拠点のコーディネーター(ライフサポートワーカー)が必要である

自己実現、その人の望むくらし

ご本人に伴走する支援
(ケア力の上に構築される)

ご本人中心の支援 ～ライフサポート号～

自己実現に向けた車の運転者は本人。

ケアマネは本人の意思を車に伝える
ハンドル。

アクセルとブレーキは、運転者の意思を
的確に反映する「関係づくり」が基礎。

燃料は社会資源「人、モノ、お金・・・」。

家族や地域、スタッフを乗せて、自己実
現に向けた旅が始まる・・・。

高齢者の尊厳の保持のためには、その意思
を尊重するための支援・・・
意思決定支援が必要



- ◆地域包括ケアは、「住居の種別にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になる」ことを目指している。そのためには「どこに暮らしていても同じ安心と介護を受けることができる」ようになることが必要である。しかし、現在の制度は、特養、老健、グループホーム、デイサービス、訪問介護、小規模多機能、などと複雑に分かれている。それぞれに基準があり、また加算や減算が付いている。専門家でも詳細に制度を把握しがたい状況になっている。利用者には当然内容は判らない。このように制度は、これまでの仕組みの上に接ぎ木を繰り返しているものであり、整合性がなくなっている
- ◆地域包括ケアを推進するためには、そろそろ複雑化した制度をシンプルにして、同じケアには同じ報酬になることが必要と考える
- ◆ひとりの要介護者を、施設でケアすれば〇〇円、グループホームでは△△円、小規模多機能では◆◆円はおかしい
- ◆また、昼間の数時間しかケアしていないデイ等の報酬が24時間サービスより高い報酬は不合理
- ◆コストがかかることには評価し、しかし複雑化しない。類型で分ける

地域でスタッフをプールする

- ◆平成22年(2011年)現在の介護職員は133.4万人
- ◆平成37年(2025年)には、250万人近い介護職員が必要であるが、
数を集めても24時間365日の介護はできない
- ◆ 24時間のサービスを基本とする
 - ※ 1圏域で要介護1以上は390人
 - ※ 1圏域あたり390人の要介護者に対して150人の介護職員
(2.5:1の配置)
 - ※現在、この倍近い職員が必要となっている。

2012年10月現在の総人口127.515千人(総務省統計局)

2012年10月時点の65歳以上の高齢者30.793千人(総務省統計局)

2012年3月時点の要介護認定者数5.303千人(wam net)

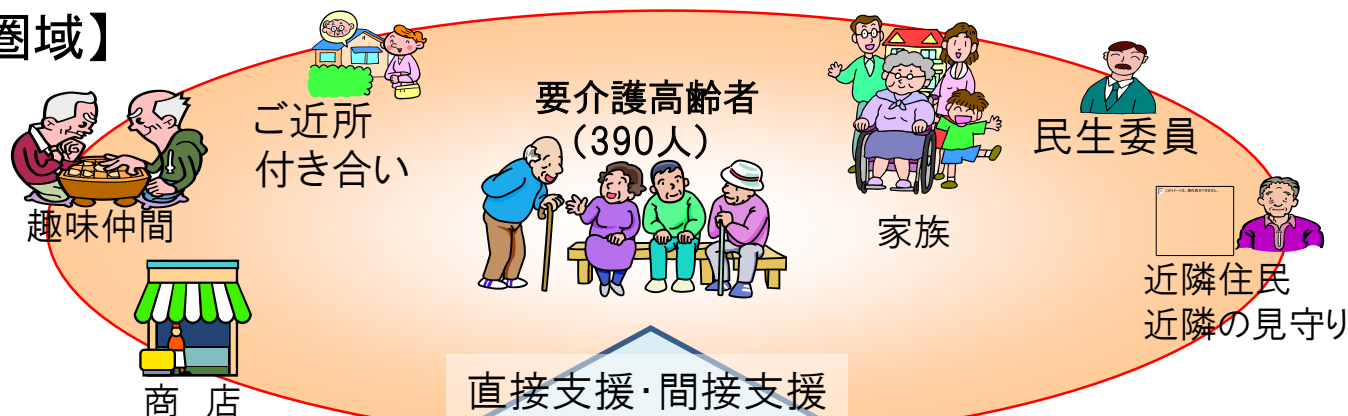
※高齢化率を24.1%と設定(総務省統計局 2012年10月)

※要介護認定者割合を17.2%と設定(上記統計より算出)

※なお認定者総数5,303千人のうち、要介護者3,905千人、要支援者は1,398千人

すべての介護保険サービスを市町村に移管し、市町村が地域特性を生かした地域包括ケアをデザインをする。単体サービスは複数の機能を併せ持つ「複合型」化し、1つの日常生活圏域に多様な「小規模多機能」が設置される。利用者や地域ニーズに対応した拠点として総合相談機能や配食、会食、安否確認、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援する拠点機能も併設され、高齢者福祉を推進。報酬は「地域報酬」とし、生活圏域ごとに担当法人制もしくは複数法人の連携により介護職員をシェアする仕組みの導入(1つの日常生活圏域あたり390人の要介護者を150人の介護職員で担当する)。

【日常生活圏域】



認知症対応型
共同生活介護



小規模多機能
型居宅介護



定期巡回・随時対応
型訪問介護看護



通所介護



訪問介護



短期入所
生活介護



介護老人
福祉施設

地 域 報 酬

【すべてが地域密着型サービス】

※すべてのサービスが多機能化し、24時間支援型のサービスに転換

これから更に急増する小規模多機能

- 地域包括ケアの中核的サービスのひとつとして、これから更に生活圏域に拘った取り組みが必要
- 地域支援事業への積極的取り組みができるかどうか
- 小規模多機能は、日本発の発展型のサービス
- 私たちが創る！ 現場の前向きな実践！
これからの支援のあり方を！

小規模多機能型居宅介護における地域との連携に係る取組の推進

論点5

地域包括ケアシステムを推進する観点から、小規模多機能型居宅介護の地域との連携を更に推進していくため、必要な見直しを行ってはどうか。

対応

- 小規模多機能型居宅介護事業所と同一敷地内に併設する事業所が「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」）」を行う場合には、入所者の処遇に影響がないという条件のもと、人員・設備について以下のとおりとする。
 - ① 小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が、総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等の職務と兼務することを認める。
 - ② 小規模多機能型居宅介護事業所の設備（居間及び食堂を除く）について、総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等との共用を認める。

先ず 考えてみよう

私たち介護事業者が、地域づくりまで関わる必要があるのだろうか？

地域密着型サービスとは

〔考え方〕 住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型

〔枠組み〕 原則として指定した市町村の住民のみが利用

- ・ 指定権限は市町村
- ・ 地域の実情に応じた指定基準や介護報酬の設定が可能
- ・ 事業所の指定等の際に、地域の意見を反映

→ サービスの利用者は、日々**地域の中で関係を築きながら生活**をしている

→ **事業所のサポートだけでは、地域での生活は困難**

→ 地域の手助けが必要(**人間関係や社会関係の維持**)

→ 事業所が地域との関わりを築き、互いに情報を共有することが重要

基準より

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準

- **第七十三条** 指定小規模多機能型居宅介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。
 - 指定小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行うものとする。

自由さがあり、柔軟な支え方が可能な、制度を活用した支え方

⇒本人の望む暮らしの支援

- ・ 一日に数度の通い、必要時の訪問、緊急時の泊まりなど必要な時間、必要な生活の支援が可能となる
- ・ 訪問中心の事業所も生まれている **多様な地域での暮らし それを支えるためには多様な姿が必要になる**

在宅で施設の安心が確保される

⇒在宅復帰のツール

- ・ 退院可能になるも自宅での暮らしは不安
そこで、泊まりを1ヶ月継続する中で、家族とともに自宅で暮らす訓練。自宅に戻るときにはスタッフが泊まり込みで家族を補佐。無理なく安心して自宅復帰。

⇒地域資源の活用 あるいは、資源そのものに

- ・ 運営推進会議での事例検討から、地域の皆さんの力で、利用者の地域での具体的支援が始まる。
- ・ 拠点だけでの支え方だけでなく、利用者宅や公民館を利用したサロンなどを活用した地域生活が行われている。そこを地域の仲間や虚弱な方がボランティアで助け合う。
- ・ 働く場
役割・生きがいづくりの取り組み
- ・ 家族支援
本人を支援するために、間接支援として家族を支援
- ・ 地域支援
地域の安心拠点 防災・子育て・地域共生

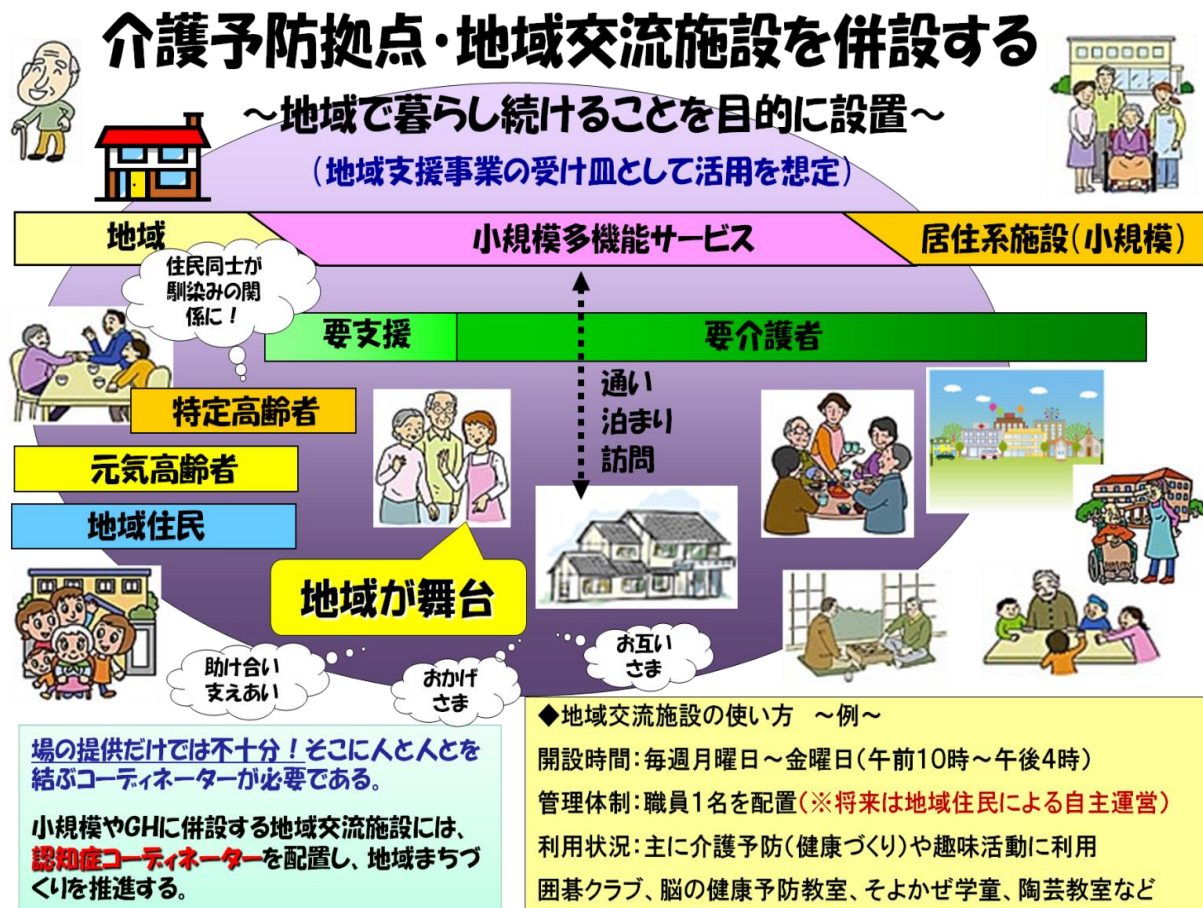


介護保険内のフォーマルサービスの貼り付け型ケアマネジメントから、地域密着のケアマネジメントへの転換を推し進めている

- ・ 「ライフサポートワーク」

小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。



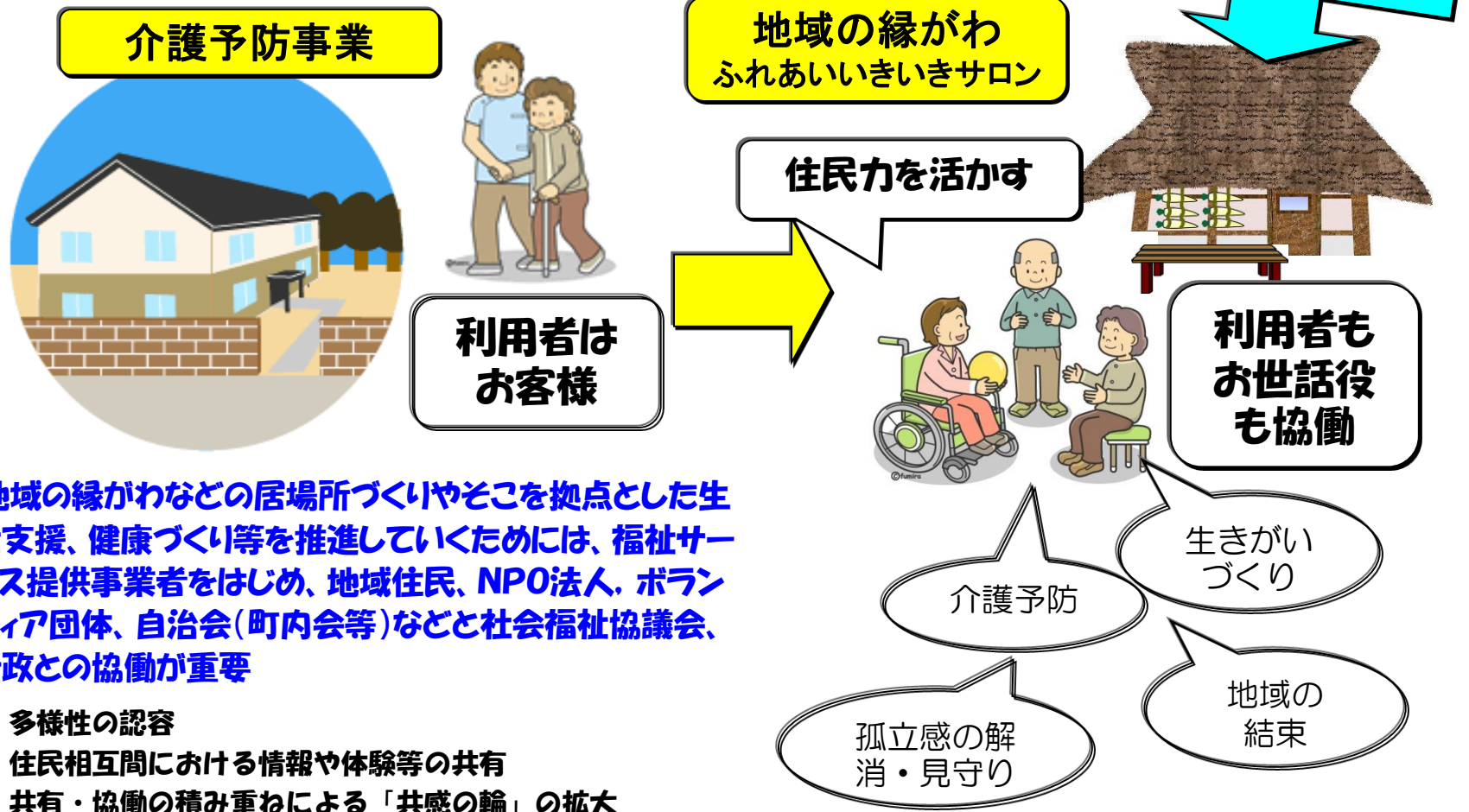
ご近所の方によるお茶会



ペン習字教室

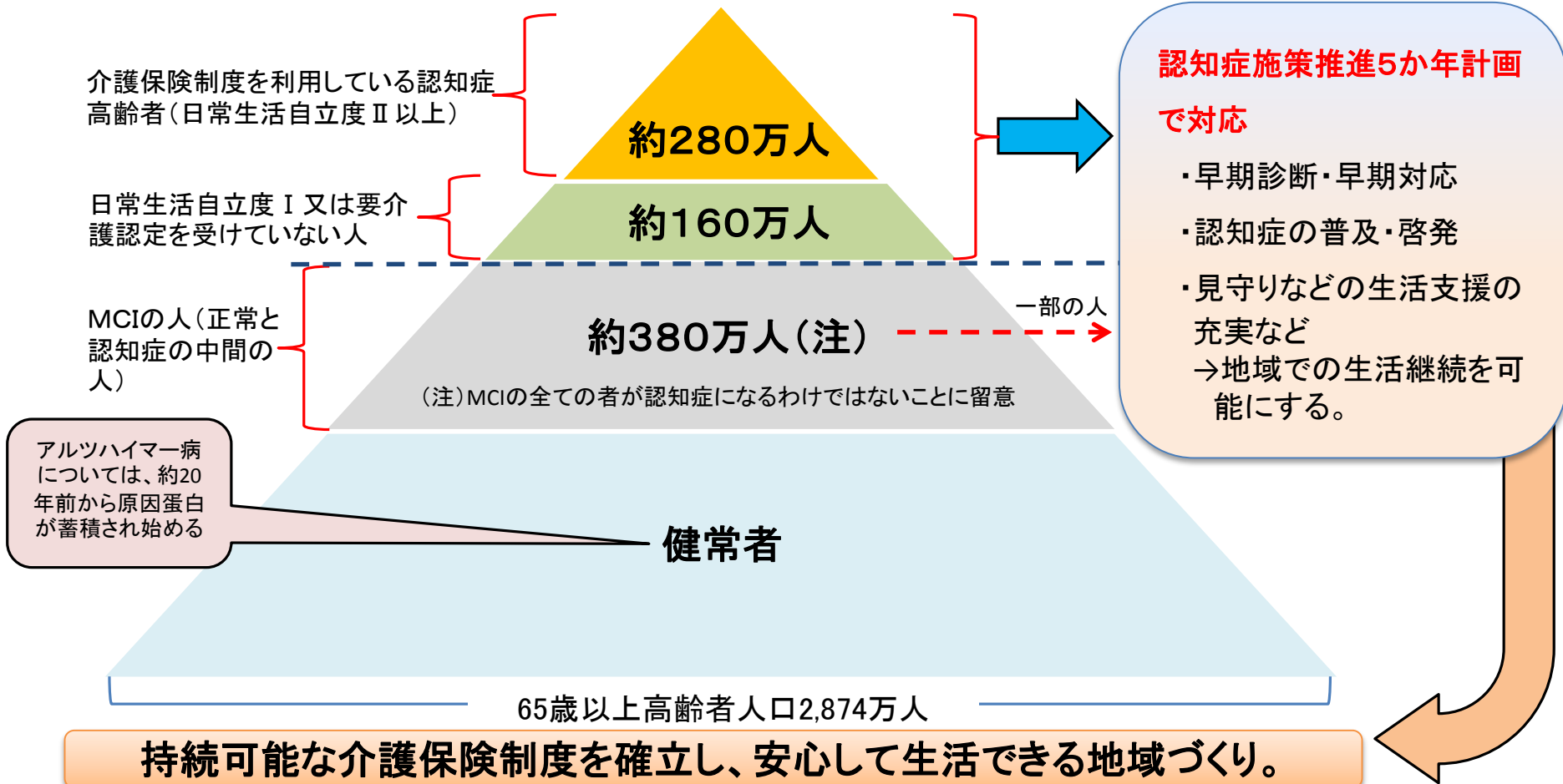
地域づくりの展望 ～住民と行政等との協働～

●介護予防から地域共生への展開

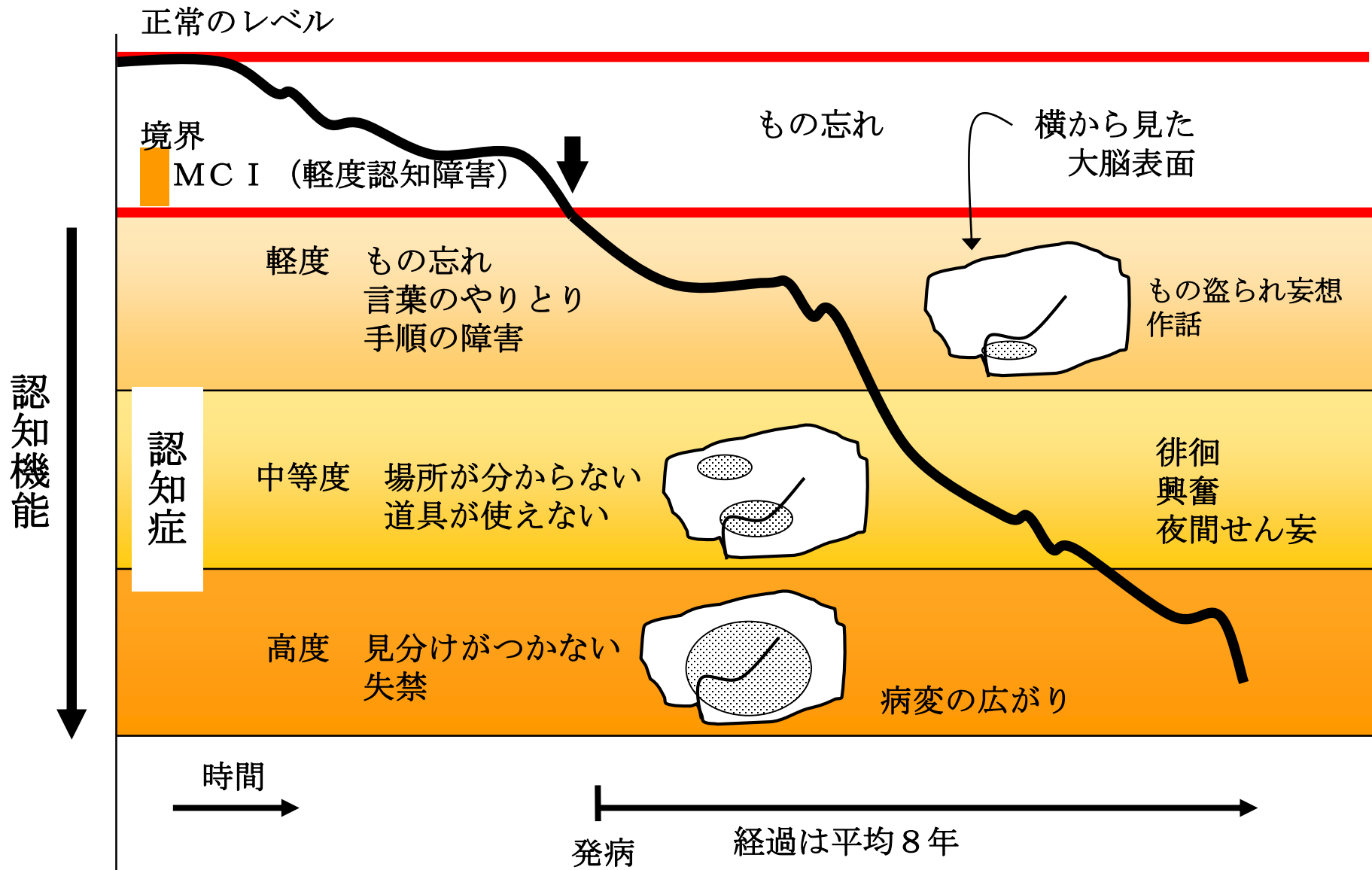


認知症高齢者の現状（平成22年）

- 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（正常と認知症の中間）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）。



アルツハイマー病の経過



「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数及び居場所について

1. 認知症高齢者数

○平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

【算出方法】

①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。

②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立 度Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

【算出方法】

○将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループ ホーム	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立 度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

介護保険制度の見直しに関する意見（平成25年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

～認知症施策の推進～ ※要点

- 「認知症施策推進5か年計画」を着実に推進するための制度的な裏付けが必要
- 認知症施策の推進を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として取組を進めることが必要
- 早期診断・早期対応が重要であることから、
 - ・「認知症初期集中支援チーム」
 - ・「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要
- また、
 - ・認知症ケアに携わる多職種の協働研修
 - ・認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援 など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要
- このほか、認知症施策については、以下について積極的に取り組むことが必要
 - ・専門医療機関の整備
 - ・認知症施策を担う医療・介護人材の対応力向上
 - ・予防・診断・治療・ケア技術等の確立に向けた研究の推進
 - ・家族に対する支援
 - ・認知症高齢者とは異なる特徴がある若年性認知症患者への対応
 - ・認知症サポーターの普及
 - ・市民後見人の育成と支援体制の整備
 - ・認知症の普及・啓発を含む認知症にやさしいまちづくり 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。

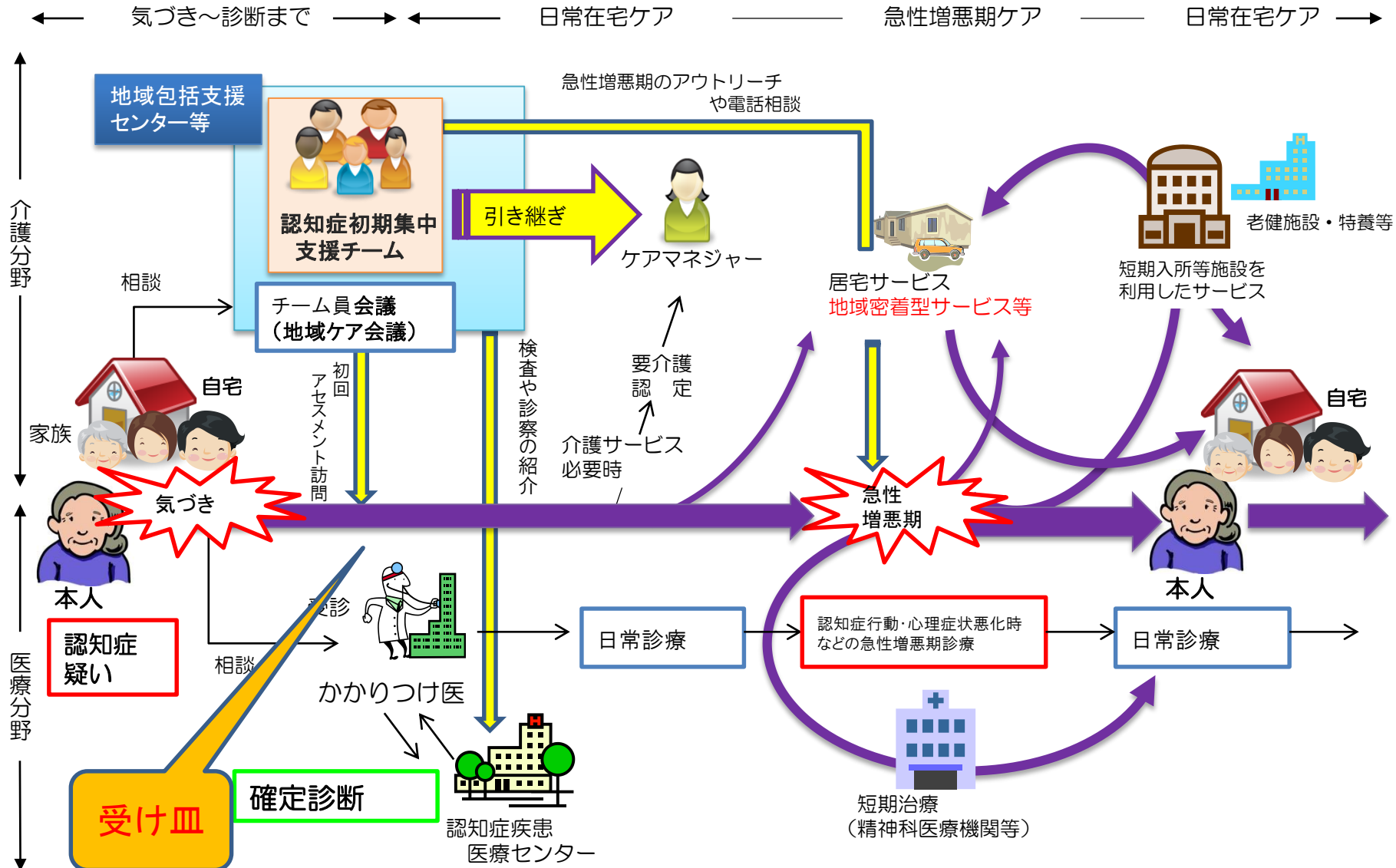


《今後目指すべきケア》「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

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力所 ・平成26年度予算では、地域支援事業(任意事業)で100力所計上
○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力所整備	・平成25年度約250力所 ・平成26年度予算では300力所計上
○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力所 ・平成26年度予算では 地域支援事業(任意事業)で470力所計上
○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

標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



視点

認知症の人と家族の支援は 出会いを早くすること

- これまでの認知症ケアについての反省

これまで私たちの認知症の人との出会いは、既に多くのものを失ってからであった。

認知症の人や家族の、私たちに出会うまでの大変な困難を振り返ったときケアの転換が問われる。

※重度の認知症の人を支援できる力があることが前提

- 認知症ケアパス

- ライフサポートワークの視点

- 新たな総合事業に小規模多機能は取り組み、関わりを早くすることが必要

各国の認知症国家戦略

(東京都医学総合研究所 西田淳志先生のスライド一部改変)

- イギリス 国家認知症戦略
- フランス 国家プラン・アルツハイマー
- オランダ 国家認知症プログラム
- デンマーク 国家認知症アクションプラン
- オーストラリア 国家認知症アクションフレームワーク
- アメリカ 国家アルツハイマープラン
- 日本 今後の認知症施策の方向性

戦略の柱(重点)は極めて類似している

各国の国家戦略に共通するサービス機能

(東京都医学総合研究所 西田淳志先生のスライド一部改変)

1. 初期集中支援
2. 日常的ガイド
3. 地域での危機解決をはかるアウトリーチ医療
4. 家族(無償の介護者)への支援
5. 市民・住民の参加、市民による評価

地域での暮らしを支えるという視点から医療・ケア・社会の再編を図る
それに国家戦略として取り組むという決意

「認知症になっても地域の中で今まで通り暮らし続けたい」

英国国家認知症戦略の最終年監査(2014年) における9つの成果指標(アウトカム)

1. 私は早期に認知症の診断を受けた。
2. 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
3. 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けている。
4. 私の周囲の人々、特にケアをしている家族が十分なサポートを受けられている。
5. 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
6. 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
7. 私は人生を楽しんでいる。
8. 私はコミュニティの一員であると感じる
9. 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それがかなえられていると感じられている。

京都文書から

認知症の人を地域から排除しない

- それを可能にする医療とケア
- それを可能にする社会

「京都式認知症ケアを考えるつどい」とは

シンプルで一貫していた「棒の如きもの」

京都の認知症医療とケアの現在をデッサンし、
「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」に言葉を与えることを目的とした試み

出会いのポイントを前に倒す

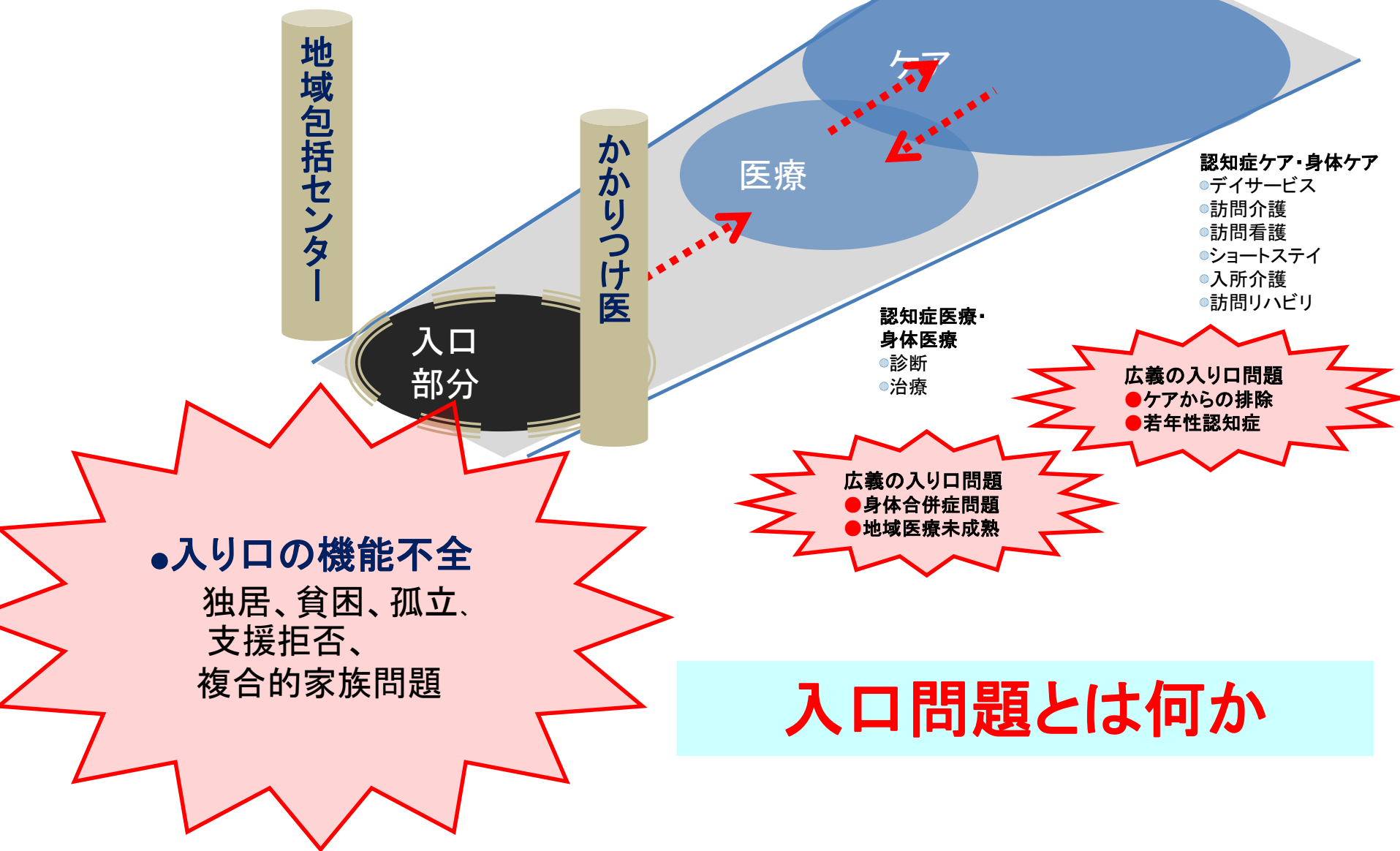
認知症の人の支援の方向性 (京都文書から)

- 生活を根こそぎにする出会いはお互いの不幸
- 医療やケアとの出会いは「足し算」であるべき
- 切れ目なく継続した支援を形にする
- 生活を奪わない医療やケアに(侵襲性を最小に)

課題は……

「二極分化が進む(条件の良い人と悪い人との不平等)」

- ・条件の悪い人(独居、孤立、支援拒否…)へのアクセス
- ・そのための方法論と技術を確立していく



2012京都文書

1. 認知症の疾病観を変えることから始める
初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると…
2. 認知症の疾病観を変えるためには(出会いのポイントを前に倒す)
失う前、壊れる前に彼らと出会う。そこで浮上してくるのが入り口問題
3. 入り口問題とは何か(アクセスからの排除)
「アクセスする側の要因」と「アクセスを受ける側の要因」
4. 入り口問題の解決に向けた道筋
5. 認知症医療の問題(ケアとの相互補完的關係)
「伴走する姿勢と連携」を医療の標準装備にする、「合併症問題」
6. 認知症ケアの問題(守備範囲を拡大する)
7. 都市型と地域型(地域特性に応じた認知症地域包括ケア)
8. 地域包括ケアから排除されやすい人たち(排除の要因は多因子)
9. 若年性認知症問題は多くのことを提起する(若年性認知症は二度排除される)
10. 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ
認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア、
それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある

「2012京都文書」冒頭

□認知症の疾病観を変えることから始める

家族介護とそれが限界を迎えたときの入院・入所しかなかった時代、既に多くのものを失ってからしか医療やケアとの出会いはなかった。そんな従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されたと言うことができる。しかし、終末像のイメージしか持たない疾病観というものはアイデアとしての貧困であり、医療にとってもケアにとっても、ときとして有害である。

(…中略)

癌などの他の疾病が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程にならって、初期の疾患イメージが変わることが重要になる。

(…中略)

多くの疾患がそうであったように、初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。認知症の人が今よりももっと豊かな人生を生きることができるようになることで、認知症の疾病観は確実に変わっていく。

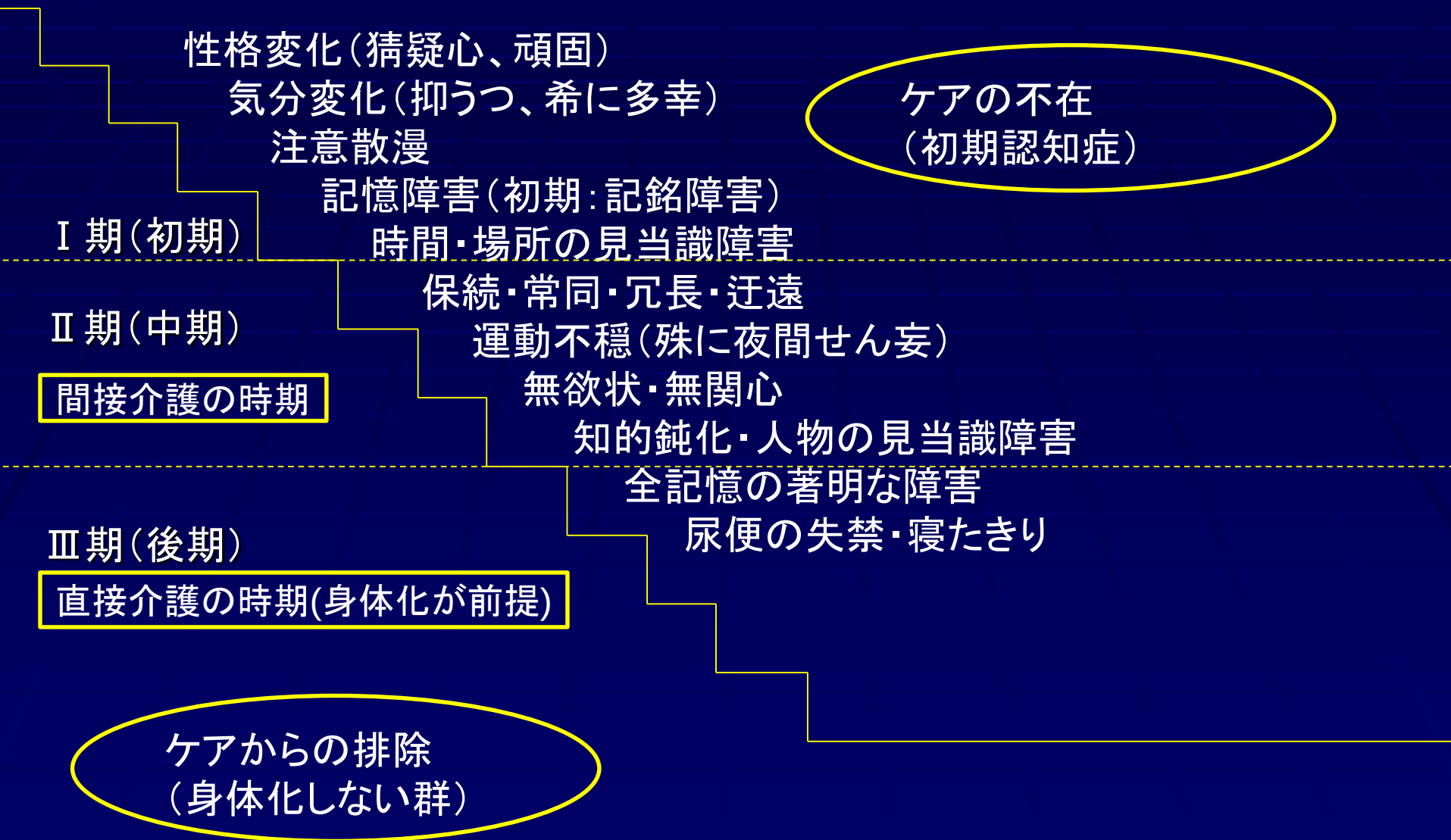
「2012京都文書」終章

□ 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経験を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。このように手当の方法が確立していけば、若年性認知症を含め認知症の疾病観の変更も可能となり、終末期の姿も大きく変化していく。

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。それは既に私たちの射程に入っており、それを京都式地域包括ケアの中で形にしていくことが私たちの責務である。私たち一人一人の力を合わせれば、京都の認知症ケアを変えることができる。それは、認知症ケアの確立を希求する連綿とした流れが本日のつどいへと収斂していく過程を経て、私たちの中に形成されていった確信である。

認知症ケアパス(ケアの流れ)ー2つの欠落



すぐに克服したい三つの羊頭狗肉

1. 切れ目のない連続したケアの「嘘」

第一期のケアの不在（最初からケアは途切れている）

2. 早期発見・早期治療の「嘘」

① 診断後のサポートの不在（投薬のみ）

② 診断は「告知」ではなく「宣告」になる

3. 認知症になっても安心して暮らせる地域の「嘘」

認知症だけにはなりたくないという認知症イメージ

京都の新しい風景

1. 三つの羊頭狗肉への回答(カフェの始動)

- ①切れ目なく連続したケアを提供する最初の「拠点」
- ②診断後のサポート体制の起点(早期診断を受けてよかった)
- ③認知症のイメージを「実像」にシフトさせる場

例えばクリスティーナ、例えば太田正博

(認知症当事者の参加・登場が不可欠)

2. 認知症の疾病観を変える挑戦(中京区認知症連携の会)

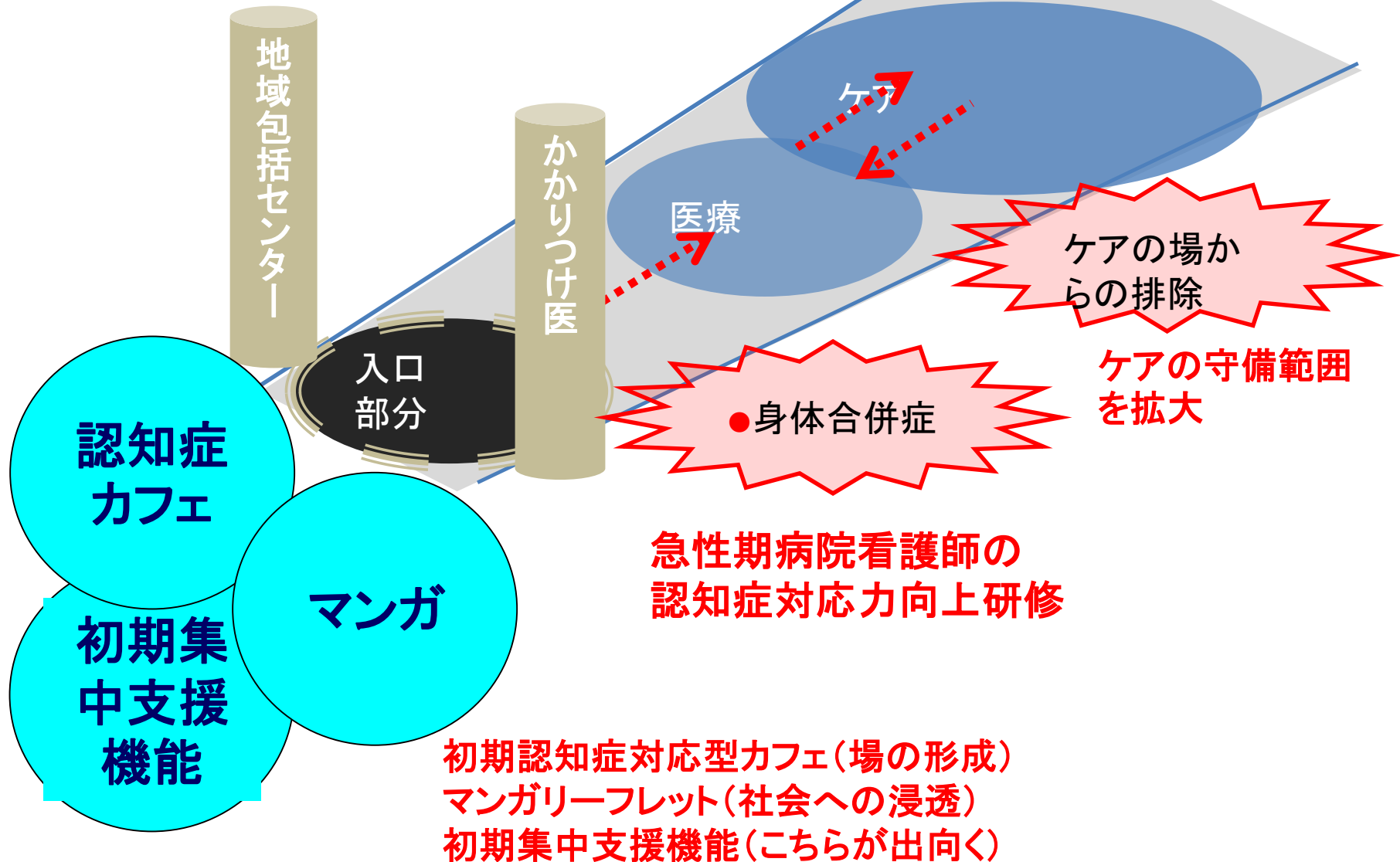
マンガリーフレット「おばちゃんが認知症になった」

3. 医療やケアの提供の仕方を転換する

診断・評価も「待ちの体制」から「出向く仕組み」へ(アウトリーチ)

初期集中支援チームの形成

4. 認知症の身体合併症を排除しない急性期病院に



武地分類と入口問題解決への新しい実践

見方が変われば見え方が変わる

1) 私たちが垣根を越える(彼らではなく)

これまでは彼・彼女にそれを求めた(根こそぎ)

ケアスタッフの「入り口問題」への回答

その先に「ケアの連続性」を展望する

2) 私たちが「水」になる(同調性優位に)

これまでは彼・彼女にそれを求めた(排除の問題)

フレンドシップの精神(武地先生)

認知症という障害に対する理解と技術

多様性の受容

3) 「ケアの原型」と「ともに生きる者」(辻先生)

新しい社会とケアのあり方を示す雛型

そこには医師・看護師・ケアスタッフも・・・

認知症(オレンジ)カフェとは・・・

- 表面的には「普通のカフェ」ですが、
- 認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場です。
- 初期認知症の人の居場所となり、認知症の人と家族を地域で支える出発点となるものです。

- ①切れ目なく連続したケアを提供する最初の「拠点」
- ②診断後のサポート体制の起点（早期診断を受けてよかった）
- ③認知症のイメージを、さらに疾病観を変える場

京都 オレンジカフェ今出川



オレンジカフェ今出川

開催：毎週日曜日 10:30～15:30

電話 080-6210-2335(担当：青木)

- 京都市上京区の「オレンジカフェ今出川」。子育て中の母親が集うサロンで週1回開かれる。時間は午前10時半～午後3時半。認知症当事者や家族、医療介護職、ボランティアらが集まり、自由に歓談する。誰が当事者かスタッフか分からず、初対面でもくつろげる。
- 初期の認知症と診断された参加者の女性(68)＝山科区＝は「不安な日々ばかりだけど、ここに来ると本当に楽しくなる」。方向音痴が悪化し、家事への影響が出始めている。一緒に参加する夫(70)は「家族の思い、困惑もスタッフが受け止めてくれる」と語る。
- 同カフェは京都大医学部付属病院老年内科診療科長の医師、武地一さんが24年9月に開設。医療機関を受診しない人にも対応し、認知症になっても地域で暮らせる支援を目指す。武地さんは「**軽度の患者と家族は介護サービスや社会から疎外され、自宅にこもり、身内同士で傷つけ合う例もある。サービスを受けるまでの空白を埋める大切な存在だ**」とカフェの意義を強調する。



- 御所近くの閑静な住宅街の中にそれはあります。毎週日曜日、認知症の人、その家族、そして支援者が集まって和やかな午後を過ごすのです。何をすると決まっているわけではありません。お天気が良ければ御所まで散歩、百人一首で坊主めぐり、座り疲れたら軽く体操、あるいはとりとめの無いおしゃべり...
- しかし、それこそが重要です。主宰者である武地一医師(京大付属病院老年内科)は、『ここは実験の場なのです』と語っておられます。認知症の人や家族と専門職・市民ボランティアがどのように交流していけるのか、週に1回、このような場を持つことが認知症を持って生きていく道筋を豊かにするのか、地域の人々の認知症という疾患への偏見を変えていくことができるのか等、検証が必要です。環境、パーソナリティ、暮らし方、認知症にはこれらのことがらが全て反映されるのです。したがってありのままの姿をお互いに感じる事が出発点です。



- 認知症があっても一人の生活者として個性を発揮する姿、
- 認知症を持つ本人と、家族との関係性はカフェを通じてどのように変化するのか、
- 学生や市民のボランティアがどのようにかかわっていけるのか、
- 武地医師は、診察室ではないここ「オレンジカフェ今出川」というより自然な場で、**専門職やボランティア、認知症の人とその家族が同じ時代を生きる生活者として、教え、教えられ、楽しみや悩みを分かち合う関係性を見出そうとしておられるわけです。**



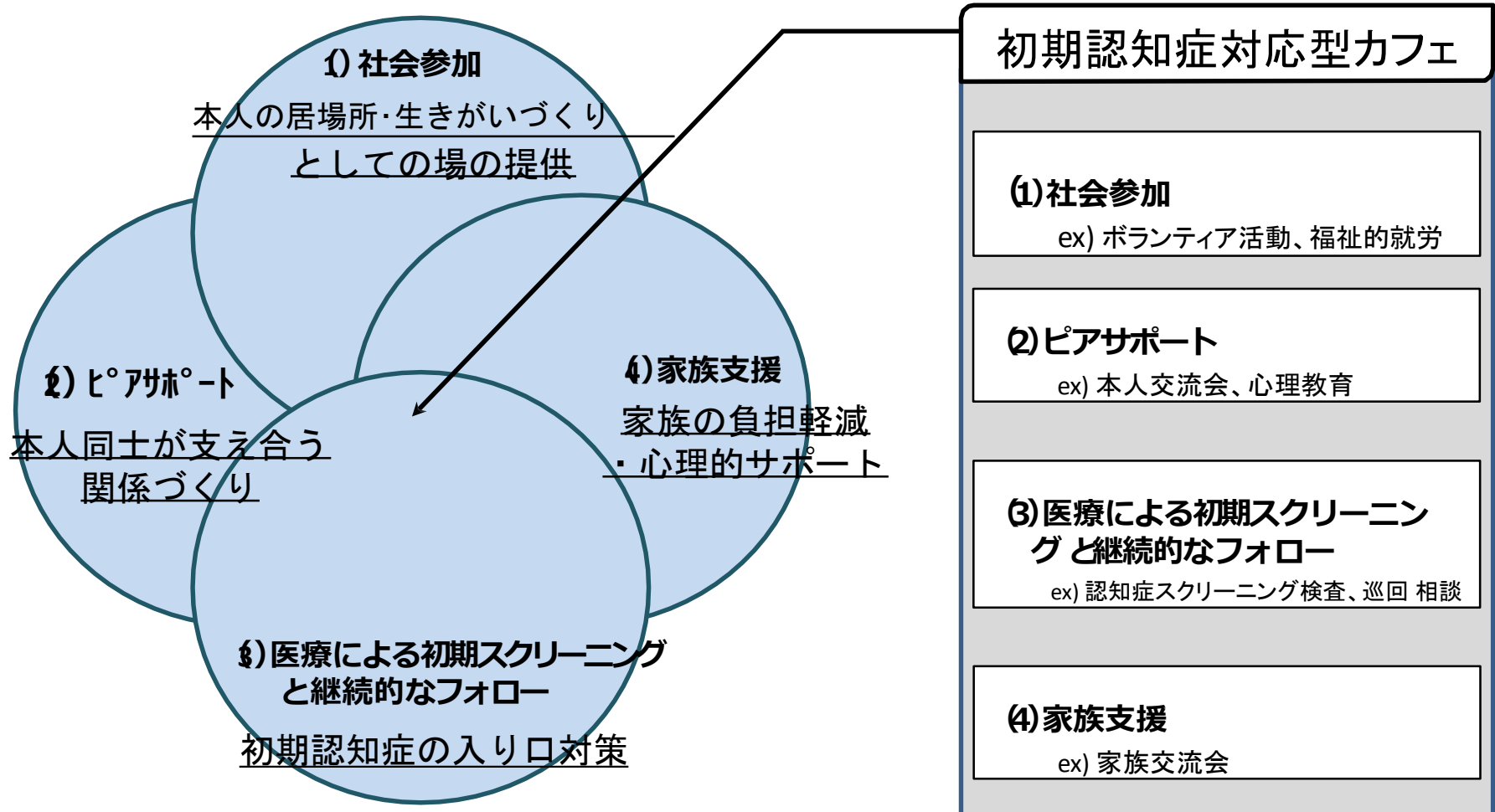
- 毎回、10時からミーティング。当日の予定や注意事項と役割分担を確認後、武地医師から個々の利用者への関わり方について助言があります。**10時30分頃から利用者が訪れはじめ、おしゃべり、将棋、散歩など、それぞれの関心事やその場の雰囲気にあわせた緩やかな時間が流れます。また、家族が悩みを話す場もあります。
- 午後3時を過ぎると退け時になります。一人で来られている方にはきちんと道順を説明してさようなら。しかし、驚いたことに、やや間をおいてスタッフが確認をしに、ついて行く場合もあるそうです。つまり見当識の変化、改善状況をきちんと把握しておく。自立状況を極力保ちながら、危険も回避するための方策です。
- 帰宅確認の後はスタッフ・ミーティング。各スタッフが誰と何をしたか、今日はどういう発見があったかなどについて発表し、それぞれ意見を交わすのですが、これにかかる時間が1時間以上。スタッフ全員がとても主体的な意識をもって参加していることがわかります。**
- 一日を振り返り、意見や情報の交換後、各自記録を書きます。記録はファイルに整理され、スタッフ間で共有し次回へとつなげていきます。

宇治市：れもんカフェ

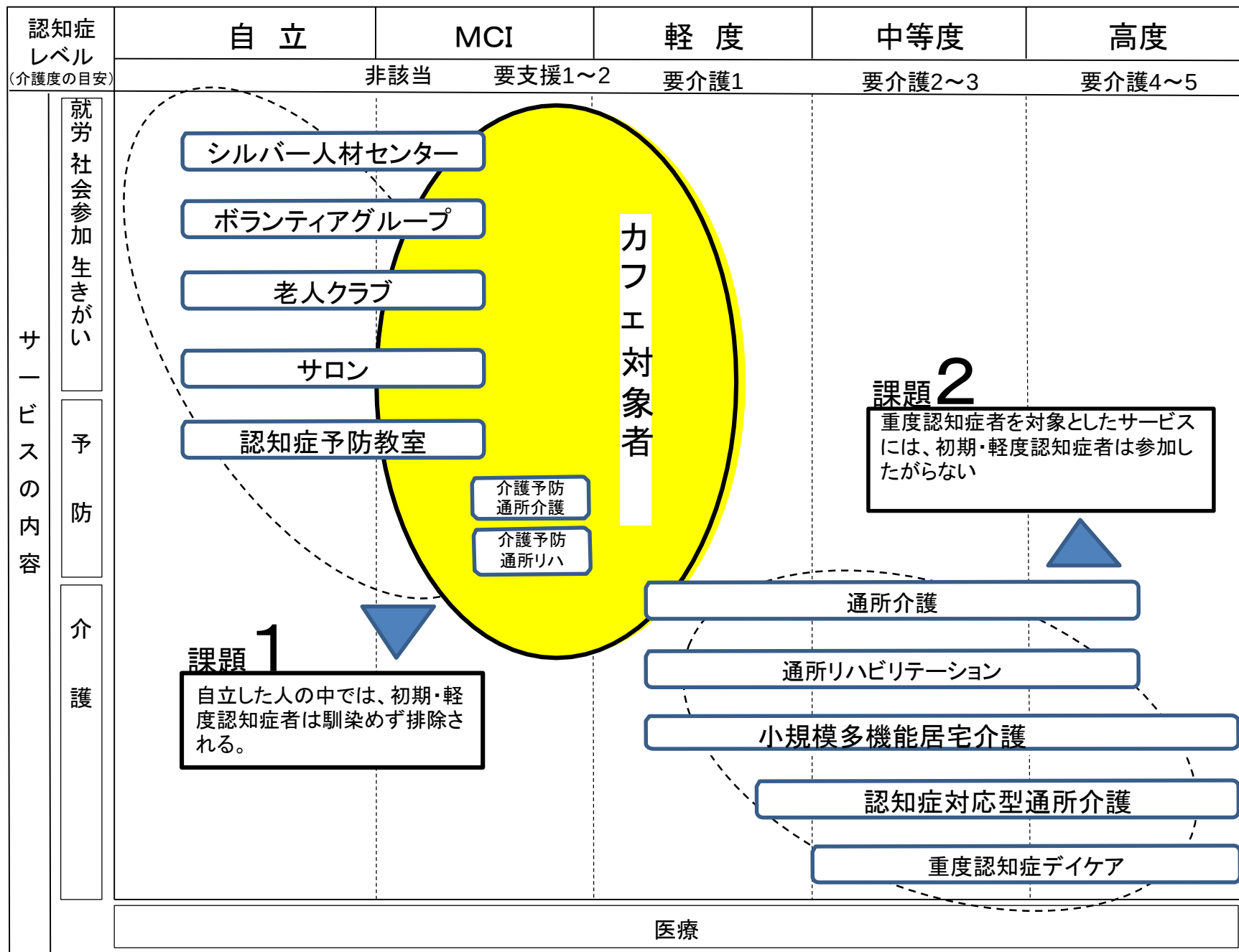
- **山城初の認知症カフェ、宇治市と府立洛南病院が開設**
- 初期の認知症患者と家族を支援するため、宇治市と京都府立洛南病院（同市五ヶ庄）は、山城地域で初となる認知症カフェを29日に同市槇島町に開設する。医師ら専門職を配置し、早期のケアと治療に結び付けるのが特徴で、9月までに市内4カ所に相次ぎ誕生させる。
- 認知症患者を地域社会で支える市の取り組みの一環。同病院の医師、森俊夫さんが昨年12月から試行する認知症カフェを引き継ぎ、運営と企画は市福祉サービス公社（同市宇治）に委託する。
- 症状が軽い初期の認知症は発見が遅れがちで、専門的なケア体制も確立していない。カフェでは患者や家族同士が悩みを話し合うなど交流し、参加する医師や「認知症コーディネーター」の社会福祉士にも気軽に相談できる。地域住民へも呼び掛け、疾病に対する理解や予防を広める。
- 当面、同市槇島町の地域交流型レストラン「リオス槇島」でカフェを月1回開く。7～9月に東宇治地域福祉センター（五ヶ庄）、NPO法人が運営する「カフェ頼政道（よりまさみち）」（平尾台）、西小倉地域福祉センター（小倉町）の順にオープンする。
- 森さんは「当事者が安心できる『居場所』と、重症になる前に専門職と出会う『前線』の拠点にしたい」と話す。カフェは市民対象で有料。コーヒーや軽食を毎回提供する。

初期認知症対応型カフェ ～目指す4つの機能～

～地域特性に応じて選択的に機能を組み合わせる～



初期認知症対応型カフェのターゲット層



参考①：様々な認知症カフェの取組事例（一部）



○埼玉県川越市（オレンジカフェ）

- ・市、地域包括支援センター等で構成する「認知症支援について検討する会」を設置
- ・認知症家族介護教室のフォローアップ事業として、地域包括支援センターが主催し、通所介護施設や公民館で開催

○岐阜県恵那市（ささゆりカフェ）

- ・市、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員等が中心になって実施
- ・スターバックスコーヒーの協力を得、市立病院の喫茶スペース等で開催

○京都府宇治市（れもんカフェ、カフェ頼政道）

- ・市と京都府立洛南病院により開設。
（運営と企画は市福祉サービス公社に委託）
- ・医師や「認知症コーディネーター」の社会福祉士等の専門職を配置



カフェの入口です



和やかな空間

○北海道札幌市（まどベカフェすとんぷ）

- ・認知症高齢者グループホーム等を運営する（株）アムケアにより運営。
- ・一見して、街中にあるカフェやレストランと変わらない外装・内装が特徴的。

○東京都目黒区（Dカフェ・ラミヨ）

- ・目黒認知症家族会「たけのこ」により開催。認知症介護経験のある方の自宅の居間を開放し実施。
- ・地域の子育てママ等も参加

○神奈川県川崎市（土橋カフェ）

- ・町内会が病院（横浜市大倉山記念病院）を勉強会に招いたことをきっかけにスタート。
- ・病院医師、地域の看護師をはじめ、様々な人が参画。

参考②：若年性認知症カフェ

栃木県 那須烏山市 「オレンジカフェ」

地域包括支援センターと市民カフェ運営スタッフの協力により、
H26年6月～3月の間、毎月1回程度開催予定。

場所：市民カフェ35番館



福井県 鯖江市 「まちの居場所 オレンジカフェ さばえ」

地域包括支援センター主催。毎週火曜日開催。若年の認知症の人には有償ボランティアとしての社会参加活動や働く場として提供

場所：街なか休憩所「らてんぽ」

※商店街学生活動拠点施設：商手街の空き店舗を利用。学生自らの手によって、子どもたちの遊び場、地場産品の販売、交流の場として利活用。



兵庫県 たつの市 「くるみの会（若年性認知症交流会）」

地域包括支援センターが中心となり、市内の自主組織団体が実施するカフェの後方支援を実施

場所：はつらつセンター（市の施設）

認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症カフェの取組の一例

(川越市地域包括支援センターの取組)

○1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)

○通所介護施設や公民館の空き時間を活用

○活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。

○効果

- ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
- ・家族 → わかり合える人と出会う場所
- ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
- ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子

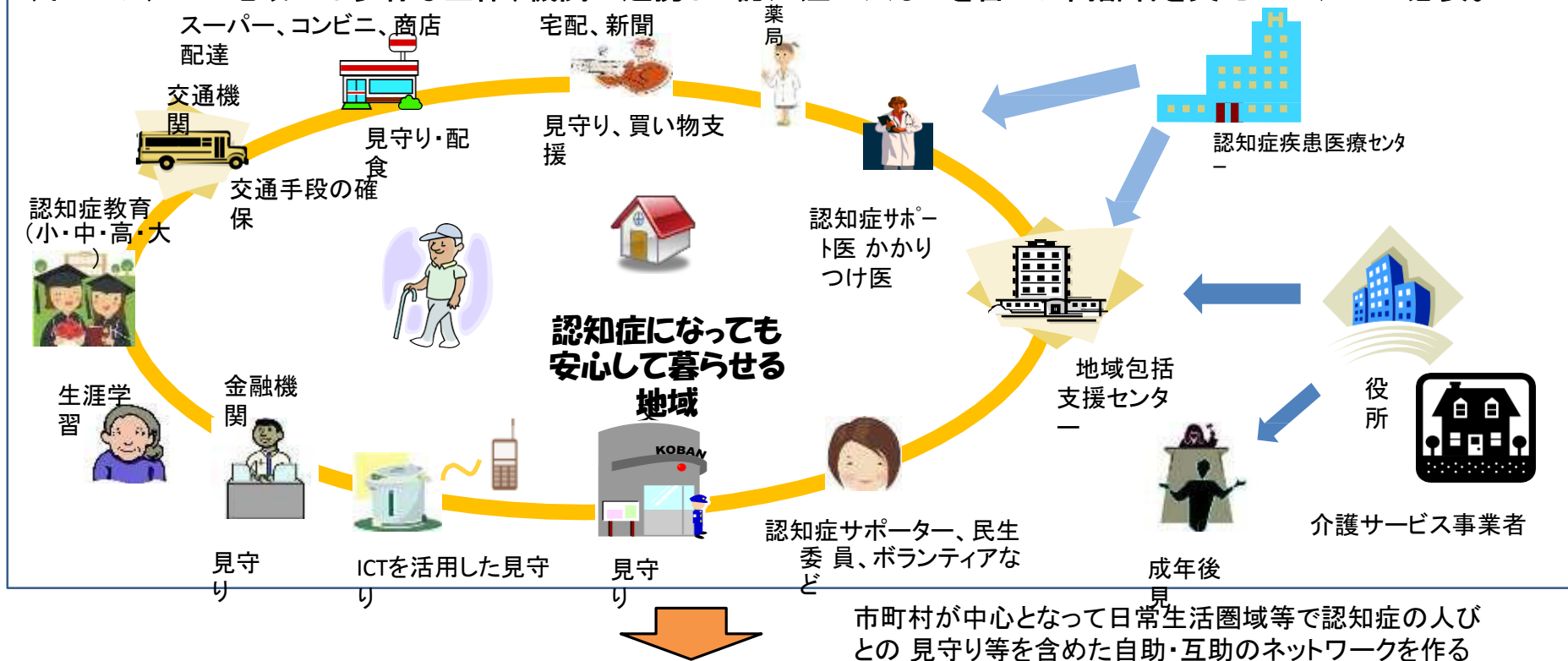


夜のカフェの様子

社会全体で認知症の人びとを支える

- 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を含めた高齢者を支えていくことが必要。



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

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

今回の制度改革はチャンス

この機会に「〇〇がえし」したい

行政職員の声

- サービス過剰、自立阻害のサービスは淘汰したい
- 本来の「予防」の考え方を住民に定着させたい
- 薄くなってきている「互助」「共助」の仕組みを安定的につくり、地域の見守りや孤立化防止等も図りたい
- 団塊世代等の住民の力を活用し、その人たちの社会参加や就労につながる形やまちの活性化になるとなお良い（そっちにお金を流したい・・・）

制度改革をきっかけに、20年後を見越した
高齢者支援サービス体系をつくろう

介護予防給付の地域支援事業への移行(イメージ)

- 要支援者に対する介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、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の提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行うことを検討。

介護保険制度

介護給付(要介護者)
7兆7741億円(平成23年度)

予防給付(要支援者)
4512億円(平成23年度)

地域支援事業
1570億円(平成23年度)

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

介護予防事業・総合事業

- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆人員基準・運営基準なし

包括的支援事業・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

財源構成 (国)25%:(都道府県/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/市町村)19.75%:(1号保険料)21%

事業化

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆人員基準・運営基準あり

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(訪問介護・通所介護以外のサービス)
- ◆人員基準・運営基準あり

地域支援事業

新しい介護予防事業・総合事業

- ◆訪問介護・通所介護
- ◆生活支援サービス(配食・見守り等)
- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆人員基準・運営基準なし

新しい包括的支援事業・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

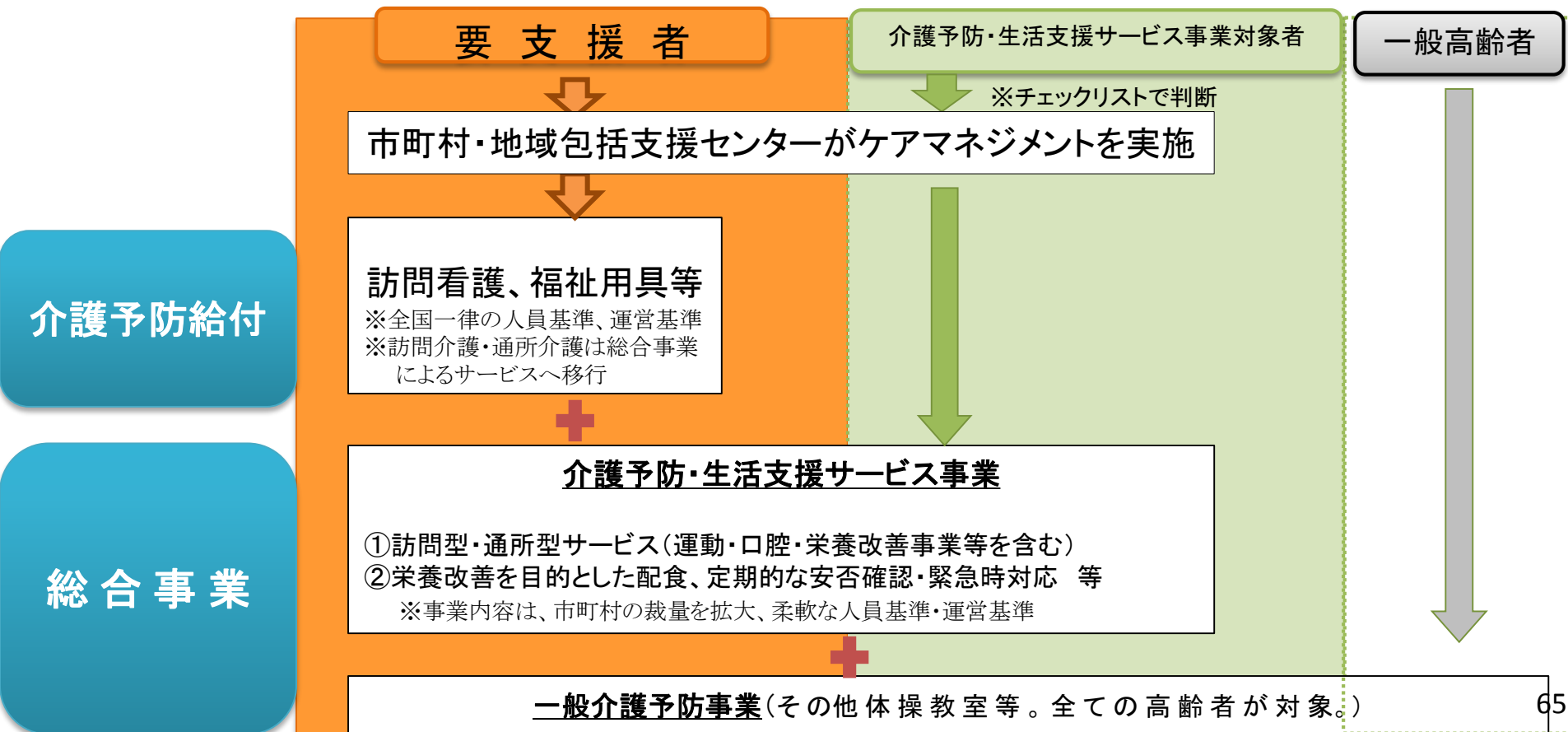
※地域支援事業は地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

(見直し前)

(見直し後)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）

- すべての市町村が29年4月までに「総合事業」を開始(総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成)。→訪問介護、通所介護は総合事業のサービスにすべて移行(29年度末)(訪問介護、通所介護以外のサービスは予防給付によるサービス利用。) ※介護予防・日常生活支援総合事業は平成24年度から開始している。
- 要支援者は、ケアマネジメントを行い、総合事業によるサービス(訪問型・通所型サービス等)と、予防給付によるサービスを適切に組み合わせつつ、サービス利用。
- 総合事業のみ利用する場合は要支援認定は不要。基本チェックリストで判断を行う。



サービスの類型

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す

①訪問型サービス

※ 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。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 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。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。