

介護保険制度(総合事業及び 包括的支援事業)に関する資料

平成26年介護保険制度改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

- このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大（※軽減例・対象は完全実施時のイメージ）
 - * 保険料見直し：第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 22%
2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%
都道府県 19.5%
市町村 19.5%
1号保険料 22%

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)

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・介護連携推進事業**
○**認知症総合支援事業**
(認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
○**生活支援体制整備事業**
(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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

地域支援事業

地域支援事業

新しい地域支援事業の実施状況について

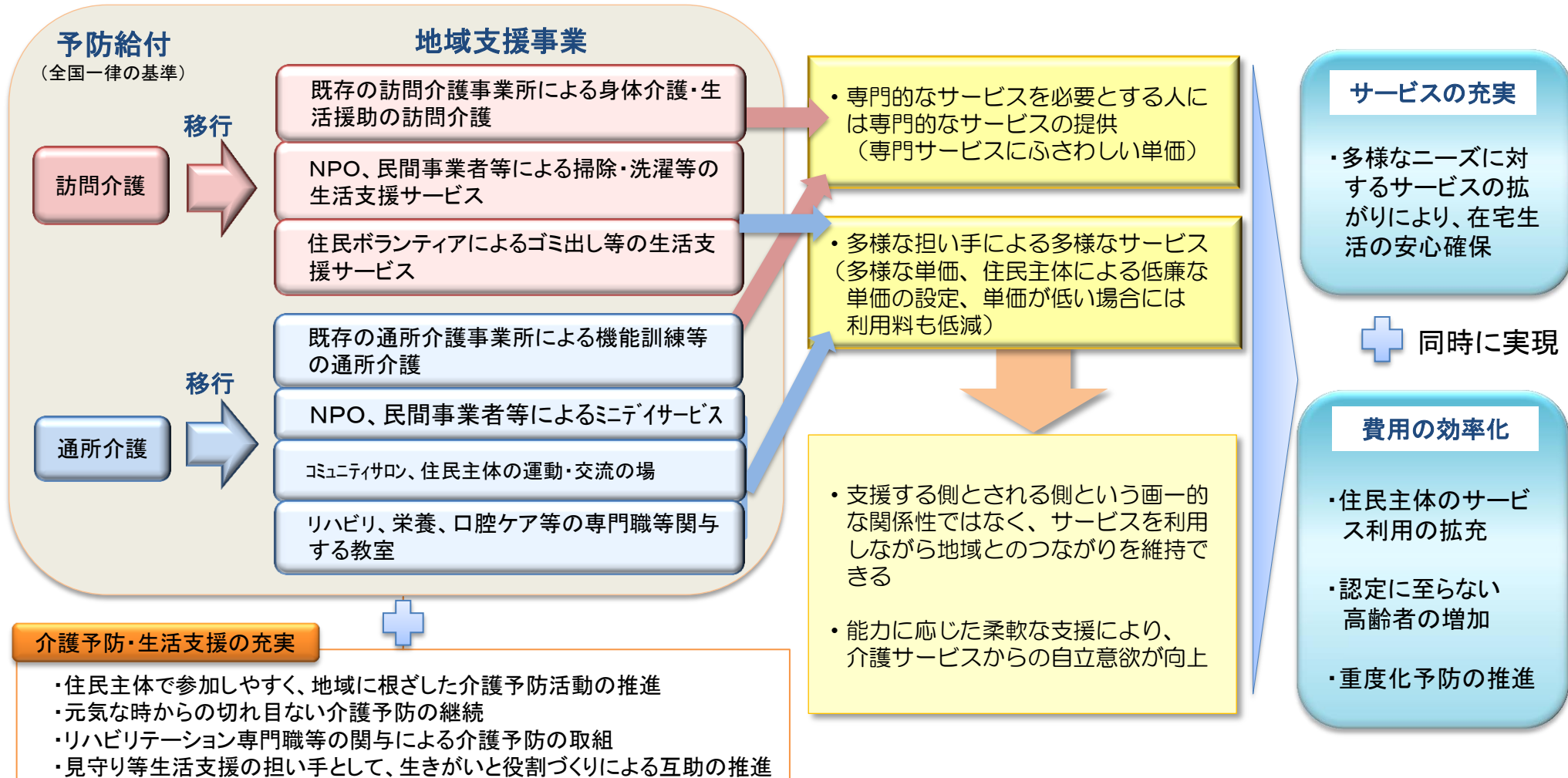
実施予定 時期	介護予防・日 常生活支援 総合事業	在宅医療・ 介護連携推進 事業	生活支援体制 整備事業	認知症総合支援事業	
	要支援者の訪問介護・通所介護を地域支援事業に移行し多様なサービスにより生活援助等を実施	研修等を行い、在宅医療と介護の地域の連携体制を推進	生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進	初期集中支援チームの設置や地域支援推進員による相談対応等を推進	
				認知症初期 集中支援 推進事業	認知症地域 支援・ケア 向上事業
平成27年 度中	283(18%)	897(57%)	744(47%)	302(19%)	740(47%)
平成28年 度中	311(20%)	216(14%)	346(22%)	323(20%)	252(16%)
平成29年 度以降	953(60%)	378(24%)	411(26%)	779(50%)	485(31%)
実施時期 未定	32(2%)	88(5%)	78(5%)	175(11%)	102(6%)

※平成28年1月4日時点(厚生労働省調査)

※保険者数(全国1,579)

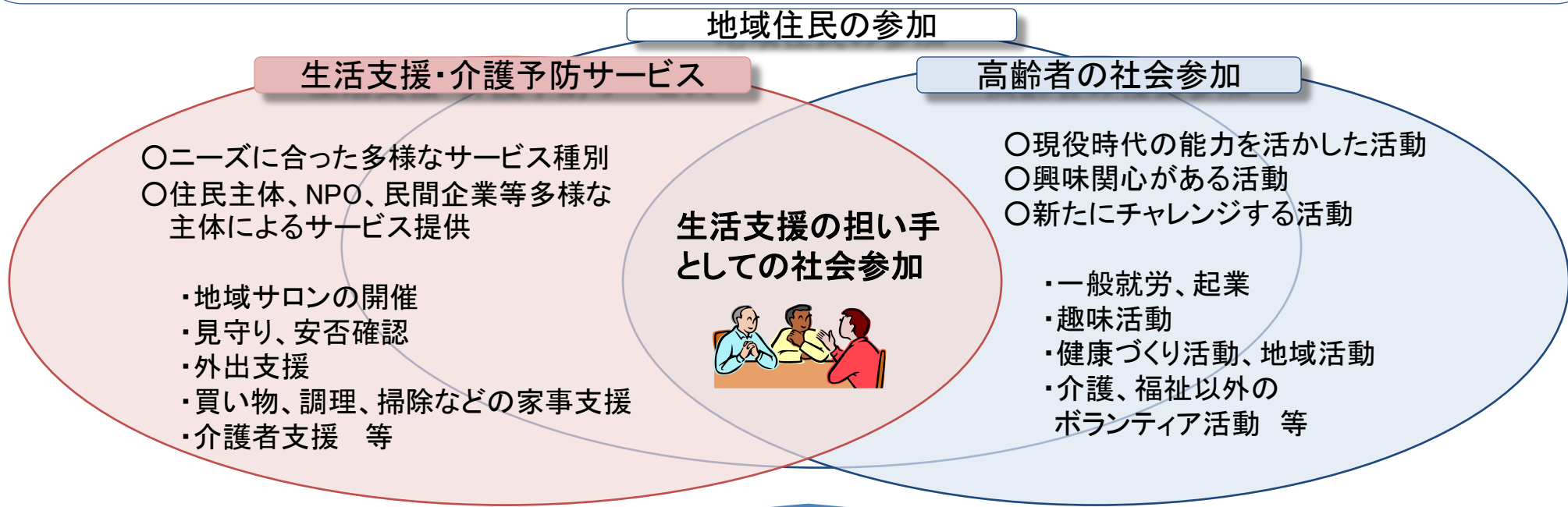
総合事業と生活支援サービスの充実

- 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)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 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。



生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 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・介護予防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。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

【参考】生活支援・介護予防の体制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層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成29年度までの間にこれらのエリアの充実を目指す。

- 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 日常生活圏域（中学校区域等）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・介護予防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

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

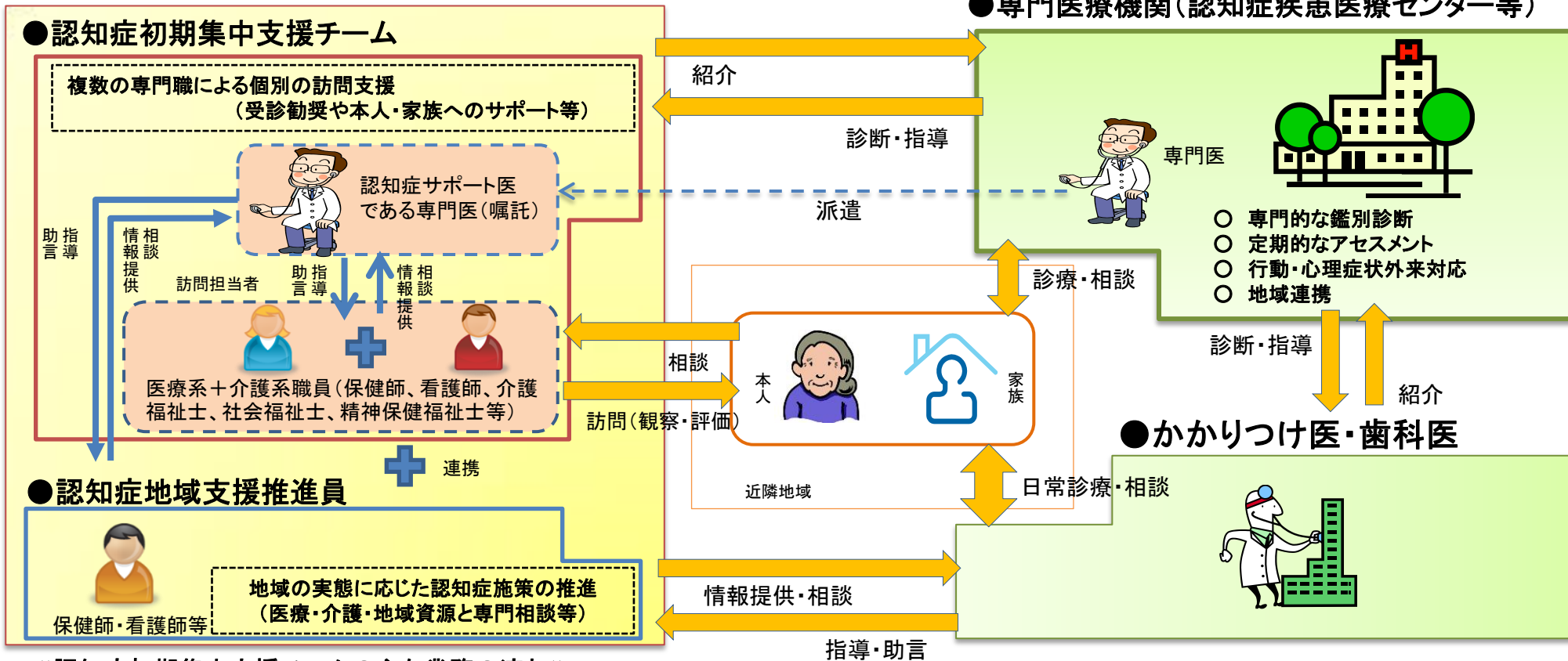
※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

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** 一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。

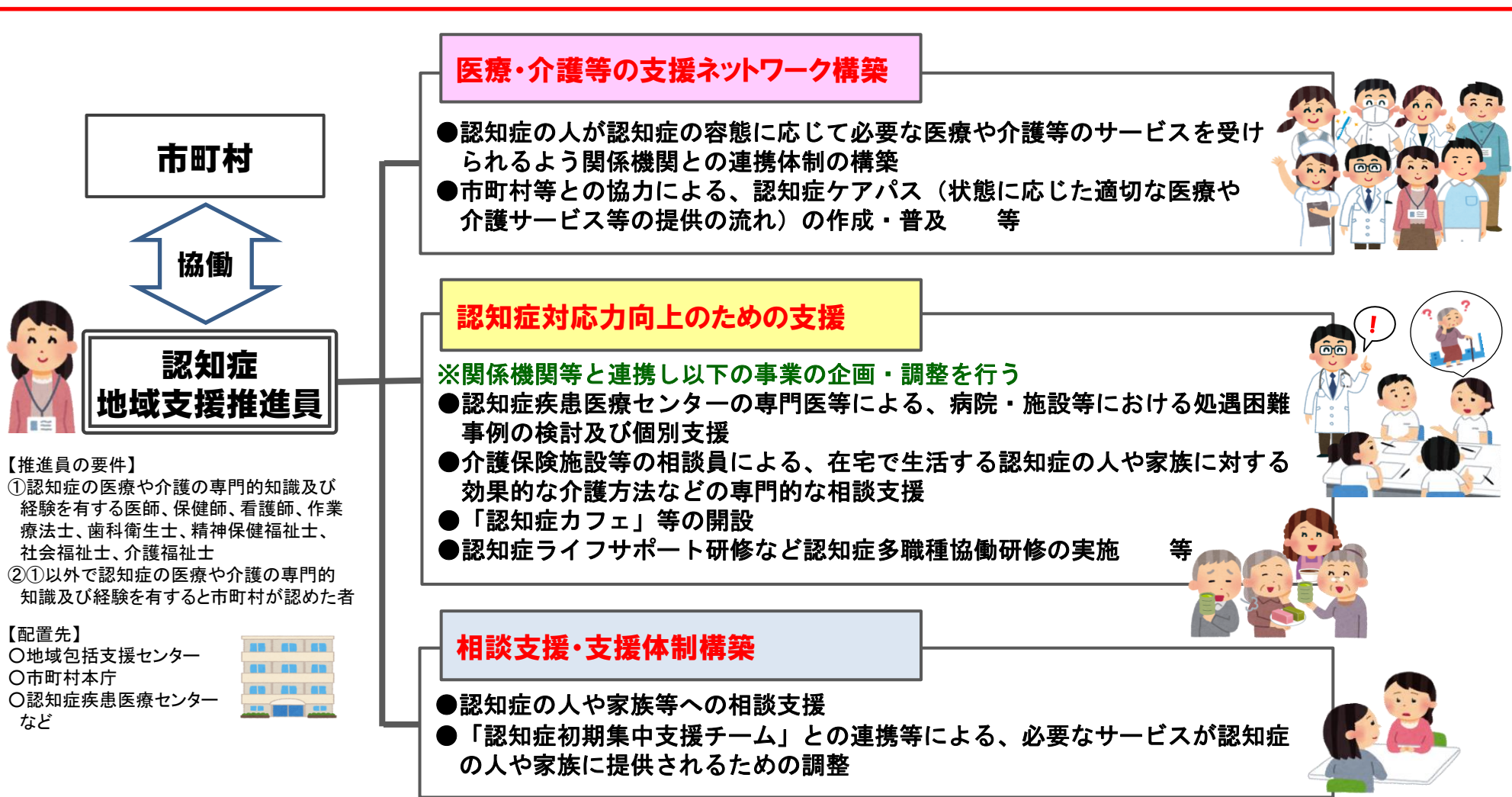
地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



《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 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)、④ 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、身体の様子チェック)、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

認知症地域支援推進員



【推進員の要件】

- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センターなど



【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）

【実績と目標値】2015(平成27)年度見込み839市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村で実施

○ 認知症カフェ

⇒ 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

～認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)抜粋～

【認知症カフェ等の設置】

2013(平成25)年度 国の財政支援を開始

⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施



○ 26年度実績調査

- ・41都道府県280市町村にて、655カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、地域包括支援センター、介護サービス施設・事業所が多く見られた。

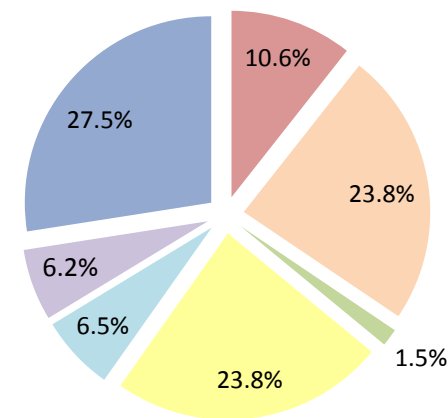
～都道府県別実施状況(実施市町村数)～

～都道府県別実施状況(設置カフェ数)～

～設置主体～

都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数
北海道	16	石川県	10	島根県	5
岩手県	6	福井県	7	岡山県	7
宮城県	10	山梨県	3	広島県	9
秋田県	2	長野県	6	山口県	5
山形県	7	岐阜県	3	香川県	1
茨城県	1	愛知県	1	高知県	1
栃木県	2	三重県	5	福岡県	14
群馬県	1	滋賀県	6	長崎県	1
埼玉県	25	京都府	21	熊本県	10
千葉県	11	大阪府	16	大分県	2
東京都	1	兵庫県	20	宮崎県	6
神奈川県	2	奈良県	3	鹿児島県	3
新潟県	13	和歌山県	6	沖縄県	3
富山県	7	鳥取県	2	計	280

都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数
北海道	32	石川県	16	島根県	6
岩手県	7	福井県	15	岡山県	14
宮城県	39	山梨県	6	広島県	15
秋田県	2	長野県	13	山口県	7
山形県	14	岐阜県	6	香川県	1
茨城県	1	愛知県	1	高知県	1
栃木県	4	三重県	10	福岡県	24
群馬県	1	滋賀県	12	長崎県	1
埼玉県	81	京都府	73	熊本県	20
千葉県	17	大阪府	35	大分県	7
東京都	3	兵庫県	73	宮崎県	10
神奈川県	26	奈良県	3	鹿児島県	7
新潟県	25	和歌山県	7	沖縄県	3
富山県	13	鳥取県	4	計	655



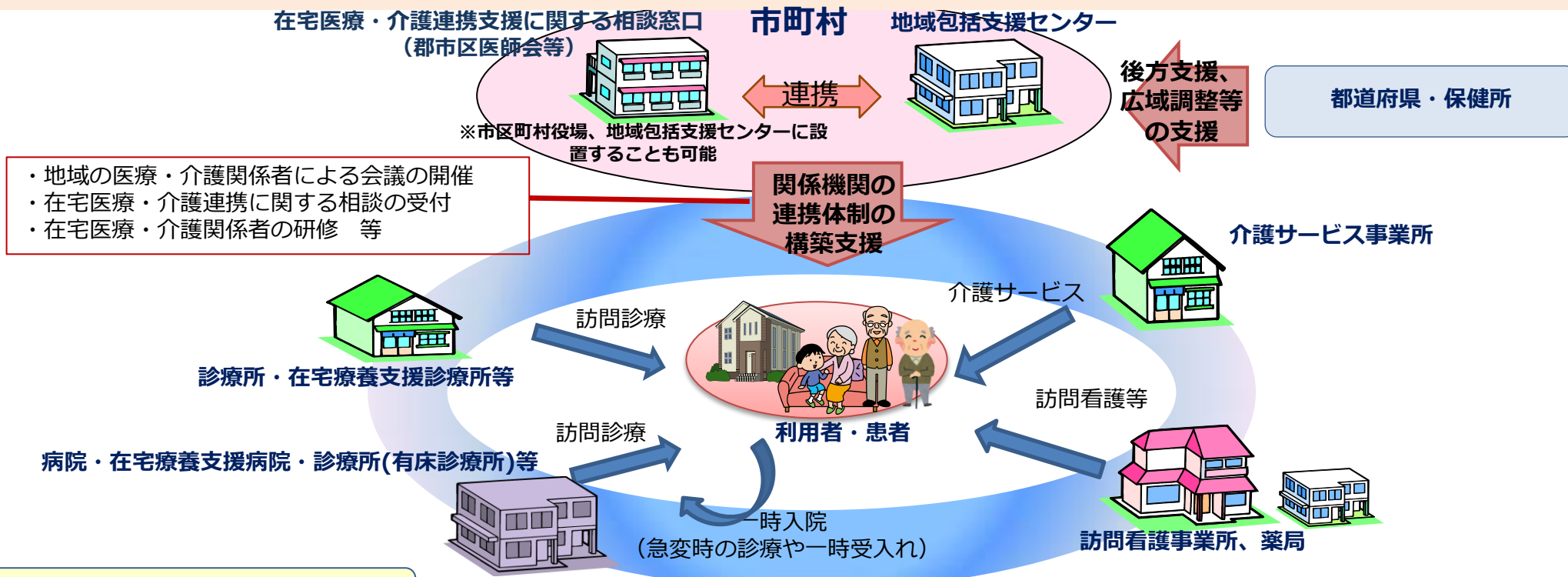
- 市町村
- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 介護サービス施設・事業者
- 社会福祉法人
- NPO法人
- その他

※ n=655 (複数回答あり)

※ 都道府県管内において認知症カフェの開設を把握している市町村数。

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
- 関係機関の連携による多職種協働の体制の構築のため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となり取組を進める。



在宅医療・介護連携事業

- 平成26年改正により地域支援事業に位置づけ。
 - 平成27年4月より実施可能な市町村から開始し、平成30年4月には全市区町村で実施。
- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 | (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 |
| (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 | (カ) 医療・介護関係者の研修 |
| (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 | (キ) 地域住民への普及啓発 |
| (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 | (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 |

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の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～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、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
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（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等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

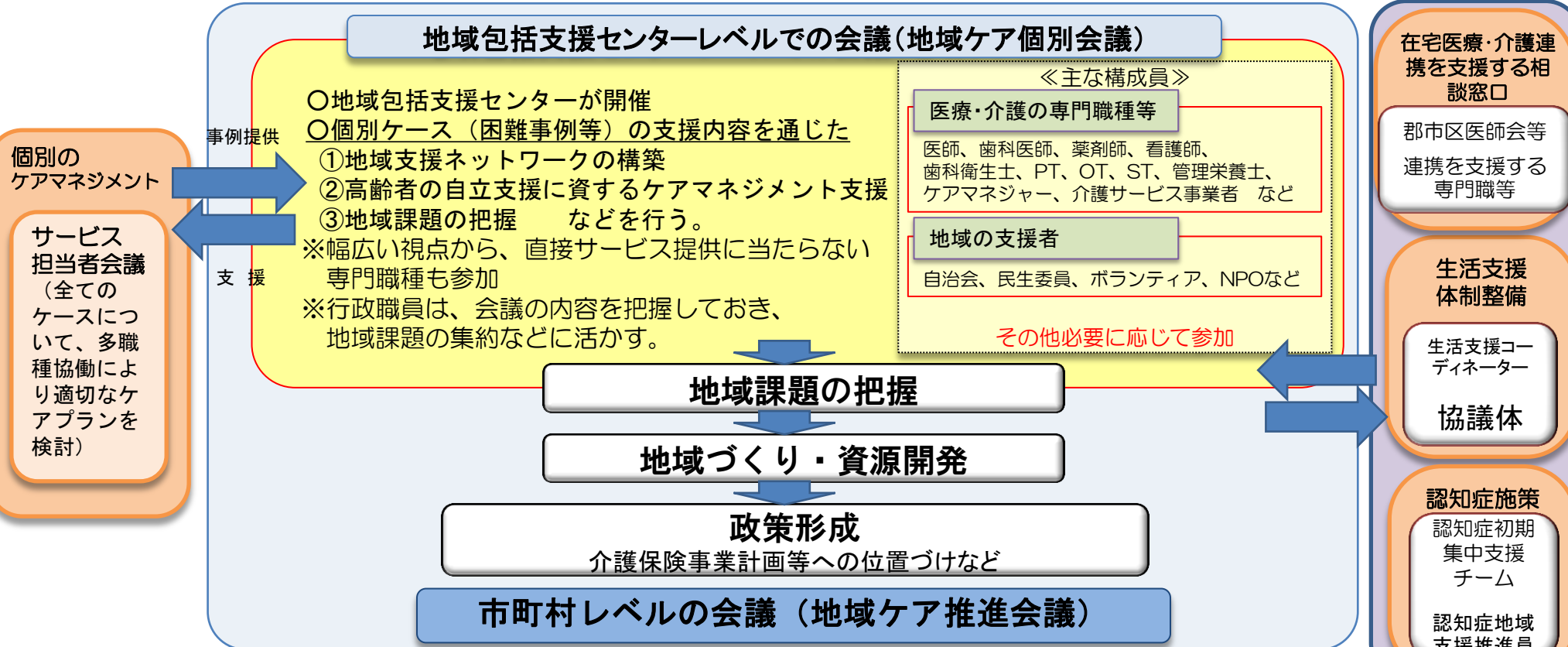
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 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
- 地域ケア会議を、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規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



千葉県流山市

- 総人口:173,556人（平成27年4月1日）
- 高齢者人口:41,059人（平成27年4月1日）

- 高齢化率:23.7%（平成27年4月1日）
- 認定率:15.4%（平成27年3月末）
- 第6期介護保険料:4,980円

流山市の特徴・総合事業への早期移行

■ 背景

- 2025年には、高齢者人口が48,800人、高齢化率は26.7%、4人に1人が高齢者のまちとなる見込みであり、市内の北部地域の高齢化率は、30%を超える見込みであった。
- ‘高齢者が中心のまち’となっても、まちの活力を維持し、高齢者がいきいきとできるまちとするためには、どうあるべきかを市民とともに追及し、実践していくことが必要と考えた。

■ 取組

- 地域に出て状況を確認したところ、地域住民の中に「何とかしよう」と気概を抱いている住民がいることを確認。
- 総合事業を推進することが、地域コミュニティの再生に繋がり、高齢者が互いに支え合う仕組みを中心とし、子育てが一段落した主婦層も巻き込んで、高齢者が目標と生きがいをもてる地域づくりに取り組めることを確信。
- まちづくりには時間がかかる為、一刻も早く、こうした‘わがまちづくり’に着手することが市に求められていると判断。
- 総合事業のルールに合わせてモノをつくるのではなく、総合事業を手段として活用して、まちづくりを進めようと、発想の転換を行った。

介護予防・生活支援サービス事業

■ 訪問型サービス

- 平成27年4月に、既存の訪問介護サービスを、人員基準を緩和した訪問型サービスとして開始。
- 高齢者生活協同組合が訪問介護事業所を行っており、そのノウハウを生かし、元気な高齢者や主婦、社会貢献意欲のあるヘルパーが買い物や掃除、調理等を実施。
- 市民からの要請に個別に対応していたシルバー人材センターが、地域包括支援センターのケアマネジメントに応じ、あらかじめ設定されたサービス内容、単価により、買い物や掃除、調理等を実施。

一般介護予防事業

■ ながいき応援団

- 要支援1の方の徒歩圏内に介護予防の通いの場を設けることを目標とし、生活支援サービスが不要となった方の受け皿となることを検討。
- 空き家等を活用して住民・NPOが運営している高齢者の集いの場（「高齢者ふれあいの家」）が15箇所ある。この場を活用し、平成26年度より介護予防教室を開催するための人材を派遣する取組として「ながいき応援団」を実施。
- 平成27年4月からは、開催場所を拡大し、派遣のメニューに口腔機能、栄養改善等を追加して事業の取組を強化。



秋田県小坂町

■ 総人口:5,517人（平成27年10月1日現在）

■ 高齢化率:41.5%（平成27年10月1日現在）

■ 高齢者人口:2,288人（平成27年10月1日現在）

■ 認定率:14.2%（平成27年4月1日現在）

■ 第6期介護保険料:5,300円

新しい総合事業への早期移行

■ 背景

- 平成26年度に高齢化率40%を超え、早急に地域包括ケアシステムを構築する必要があった。また、移行先送りの場合、担当職員1名体制では、業務集中で対応出来なくなると危惧。

■ 実施体制

- 介護保険全般（総合事業含む）の担当が専任で1人、地域支援事業の包括的・任意事業担当が兼任で1人という少人数体制で平成27年4月に総合事業への移行を実施。
- 関係者があまり多くないことから、総合事業に対する考え方や進め方等の調整にあまり時間を要さなかった。

介護予防・生活支援サービス事業

■ 訪問型サービス

- 平成27年4月に、既存の訪問介護サービスを、新たに訪問介護に相当するサービスと位置付けた。
- 平成28年1月に、住民が主体となり、生活援助等を中心とした訪問型サービスを開始。

■ 通所型サービス

- 平成27年4月に、既存の通所介護サービスを、新たに通所介護に相当するサービスと位置付けた。
- 同時に、以前より開設が予定されていたミニデイサービス「くるみ」（事業主体:町、管理運営:社会福祉協議会）を、人員基準を緩和した通所型サービスと位置付けた。

一般介護予防事業

■ こさかはっぴいカード

- 埼玉県志木市や神奈川県横浜市の取組を参考に、介護予防ポイントカード事業を平成27年4月より開始。交付数は、事業開始から半年で第1号被保険者の約20%に達した。
- 町内の65歳以上の高齢者を対象に、事業の参加者と運営ボランティアにポイントを付与し、1年間の累計ポイントに応じて、商品券と交換出来る仕組みとしている。

■ お元氣くらぶ

- 地域包括支援センターの保健師等が、月1回、自治会館等に向いて体操等を実施する高齢者を対象とした事業。
- 「笑う」をテーマとしており、高齢者がいかに楽しみながら参加出来るかを意識して運営されている。各自治会における地域の通いの場づくりの基礎となる。



ミニデイサービス「くるみ」で
機能訓練を行っている利用者

「お元氣くらぶ」で
運動機能プログラム
を受けている利用者



東京都多摩市

- 総人口:147,633人（平成27年4月1日現在）
- 高齢者人口:37,905人（平成27年4月1日現在）

- 高齢化率:25.68%（平成27年4月1日現在）
- 認定率:12.7%（平成26年9月1日）
- 第6期介護保険料:4,550円

多摩市の特徴

- ① 高齢化率が平成28年度に全国を上回る
 - ② 要支援者が平成24～26年度の3年間で1.5倍に増加。
 - ③ 要支援者のうち訪問介護、通所介護のみの利用者は62.8%
- 多摩市は、丘陵地が多く、通所介護の利用者が増加していることから、歩いて行ける距離に通いの場を増やすことが急務。
 - 元気な高齢者が多い今から担い手の養成や活躍の場づくりを行う必要がある。

➔ 協議体をすぐに立ち上げることが決定

生活支援コーディネーター

■ 配置

- 第1層(市町村区域)生活支援コーディネーターは、平成28年度に選出予定。第1層協議体では、候補者案として、市の様々な情報を持っている市職員、地域づくり活動をしている社会福祉協議会の職員が挙げられた。
- 第2層(日常生活圏域(中学校区域等))生活支援コーディネーターは、平成29年度に選出予定。

■ 活動内容

- 第1層生活支援コーディネーターは、第2層生活支援コーディネーターでは解決できない課題を集約し、協議体にあげる。
- 第2層生活支援コーディネーターは、資源の把握・紹介・担い手の養成、元気高齢者の活躍の場の確保、ネットワークの構築、サービス提供主体間の連携体制づくり等を行う。

協議体

■ 設置

- 平成26年11月に開催されたフォーラムに、シンポジストとして多摩市内のNPO法人、協同組合、市職員が登壇したことが契機となり、平成27年1月～3月、月1回協議体立ち上げの準備会を行うことが決まり、平成27年5月に第1層協議体を設置した。
- 第1層協議体は、「社会福祉法人の職員」、「社会福祉協議会の職員」や移送サービス、居場所づくり、介護保険サービス等を提供する「NPO法人の構成員」等を始めとするメンバーで構成される。高齢者への助言機能を持つ「かかりつけ医」に、生活支援体制整備事業の趣旨を理解してもらうため、「医師会長」にも依頼。
- 第2層協議体は、多摩市を10のコミュニティエリア(第2層協議体エリアとなる予定)に分け、各エリアで健康づくり・介護予防を通じた市民主体の地域づくりを推進していく。

■ 協議内容

- 第1層生活支援コーディネーターの検討について
- 多摩市のニーズ・資源の把握について
- 第2層協議体のエリアにおける、ニーズ・資源把握を目的とした地域ワークショップの開催について(平成27、28年度に5エリアずつ開催する予定としている)。

大分県竹田市

- 総人口:22,796人（平成26年10月1日現在）
- 高齢者人口:9,919人（平成26年10月1日現在）

- 高齢化率:43.6%（平成26年10月31日現在）
- 認定率:21.4%（平成27年4月30日現在）
- 第6期介護保険料:5,500円

竹田市の特徴

- 「経済活性化促進協議会」がコミュニティビジネスのために養成していた「暮らしのサポーター」は、介護保険外サービスとして、生活支援サービスを有償で提供している。「暮らしのサポーター」がサービスを提供する過程では、必然的にコーディネーター（第2層）のような活動を行っていた。
- 生活支援コーディネーターについて国から第1層（市町村区域）と第2層（日常生活圏域（中学校区域等））の概念が提示されたが、竹田市において、その区分けをするには、まず生活支援の仕組みをつくる必要があった。それには、どのような地域づくりを推進すべきかを明らかにし、竹田市全体が目指す姿を共有することが重要であると認識。
- そのフォーラムを受けて、地域づくりは小地域がベースであると考え、第2層協議体は小学校区の17地域（小地域）に設置する予定としている。

暮らしのサポーター

■ 育成・活動内容

- 「暮らしのサポーター」養成セミナーを開催。開催にあたり、多くの情報を持つ市の保健師に、「暮らしのサポーター」に相応しい人の紹介を受け、直接訪問による案内を行う。
- 「暮らしのサポーター」養成セミナー受講者を中心とした高齢者の日常生活の実情把握、個別訪問面談による聞き取り調査（「暮らしのサポートセンター」の職員も同行）を実施。
- 「暮らしのサポーター」のネットワーク化、組織化を図り、「暮らしのサポートセンター」の組織の立ち上げ、市の遊休施設や空き店舗を活用し、拠点整備を行う。
- 拠点整備後、サービスを必要とする高齢者、その家族等住民への周知活動を行う。
- 「自立支援」の考え方を重視し、既存サービスの隙間を埋めるサービス（食事の準備、掃除洗濯、ごみ出し、見守り等）を、可能な範囲で活動する。（30分400円、1時間800円）

協議体

■ 設置

- 第1層協議体は、第2層協議体を構成する各組織、団体の代表により構成し、サービスの創出を図る予定。
- 第2層協議体は、竹田市の小学校区の17地域の地区社協を活用して設置。市の担当課、地域包括支援センター等以外に、駐在所、簡易郵便局長、商店代表等から構成する予定。

生活支援コーディネーター

■ 配置

- 第1層生活支援コーディネーターは、地域包括支援センター職員（社会福祉士）と「暮らしのサポートセンター」事業支援員をそれぞれ1人ずつ、合計2人配置。
- 第2層生活支援コーディネーターは、17の小地域にそれぞれ1人ずつ、合計17人配置予定。

在宅医療・介護連携推進事業の先行事例 ～千葉県柏市～

■取組の概要

- ・都心のベッドタウンである柏市は、今後の急速な都市部の高齢化を見据えて、市が主導して産学官が一体となり「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足。研究会を重ね、市民向けシンポジウムを開催し、平成22年に三者協定（市、東大、UR都市機構）を締結
 - （ 将来、高齢化が急速に進行（20年後には75歳以上人口が、2.17倍に急増
独居高齢者、高齢夫婦のみの世帯の増加（20年後には約1.5倍）
75歳以上人口の増加に伴い、今後は在宅における訪問診療に対するニーズが増加 ）
- ・行政が中心となって、多職種と連携し、在宅医療・介護連携を推進。
医療・看護・介護の関係団体が、多職種連携のルール作りなどについて議論するために会議を開催し、関係作りやルール作りを進め、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進。

○柏市の主な取組み

- ・在宅医療マップを市HPで公表
- ・在宅医療・介護多職種連携協議会の設置
・地域ケア会議への医療職助言者派遣調整
- ・主治医-副主治医制の構築
・病院のバックアップ体制の構築
・訪問看護ステーション基盤強化
- ・ICTを活用した情報共有システムの運用
- ・柏地域医療連携センターで相談及び多職種コーディネートの実施
- ・在宅医療多職種連携研修会の開催
・顔の見える関係会議の開催
- ・各地区社協単位での在宅医療勉強会開催
- ・県内在宅医療連携拠点事業実施自治体との意見交換会等

医療職と介護職の連携強化



連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる**5つの会議**

平成26年度から、「在宅医療・介護多職種連携協議会」へ名称変更

医療WG(H22.5～H24.3 **20回**)
医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論
現在は、医師会「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論

連携WG(H22.7～H26.3 **28回**)
医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の**代表者**等で構成し、多職種連携のルールを議論し、決定

試行WG(H23.11～H26.1 **10回**)
多職種で構成し、多職種連携ルールについて、具体的症例に基づく**試行と検証**を実施 ※評価チームを設置

10病院会議(H24.2～ **10回(継続中)**)
救急告示医療機関とがんセンターの院長、MSWで構成し、**在宅医療のバックアップ**や**退院調整**について議論

顔の見える関係会議(H24.6～**15回(継続中)**) ⇒ 延べ**2,600名**が参加(平成27年12月末)
柏市の**医療・介護関係者が一堂に会し**、顔の見える関係を構築

