

倉敷市版の地域包括ケアシステム構築にむけて



倉敷市保健福祉局参与 吉田 昌司

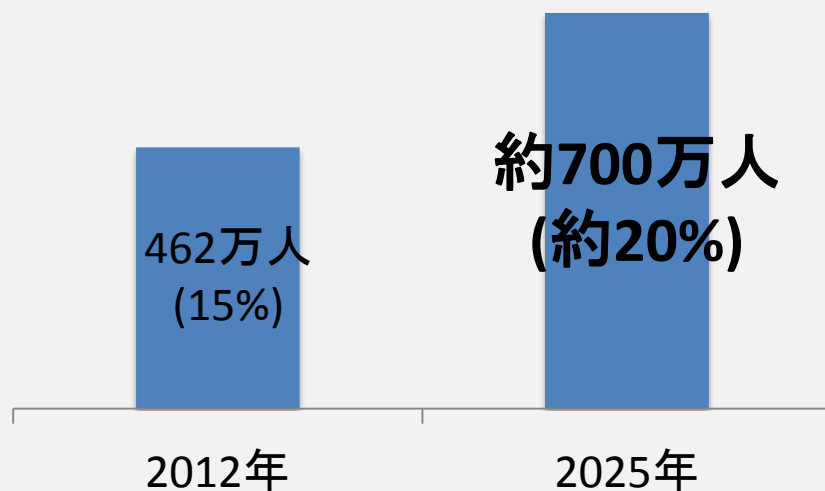
全国的な介護保険をとりまく状況

1. 高齢者の増加

	2012年8月	2025年
65歳以上人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,657万人(30.3%)
75歳以上人口(割合)	1,511万人(11.8%)	2,179万人(18.1%)

2. 認知症高齢者の増加

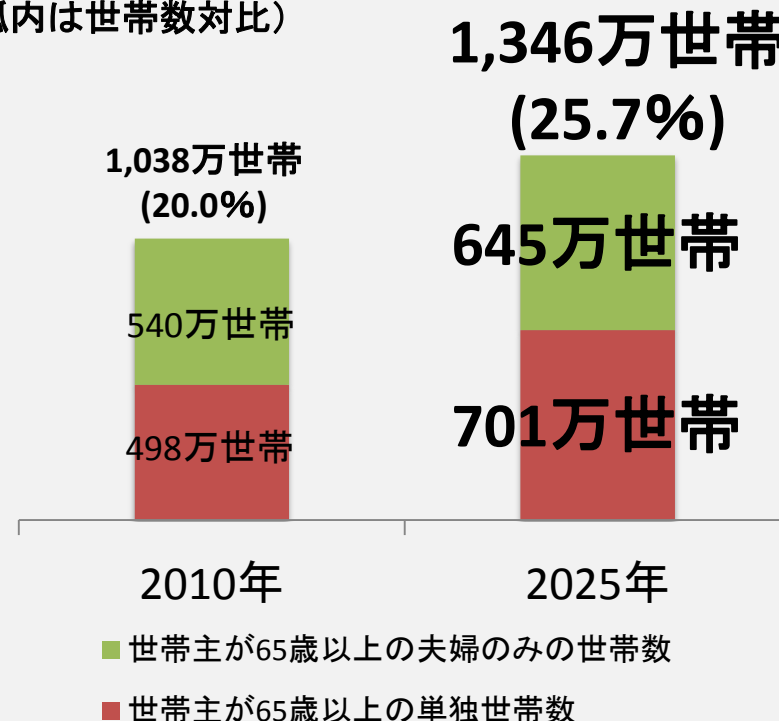
(括弧内は65歳以上人口対比)



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

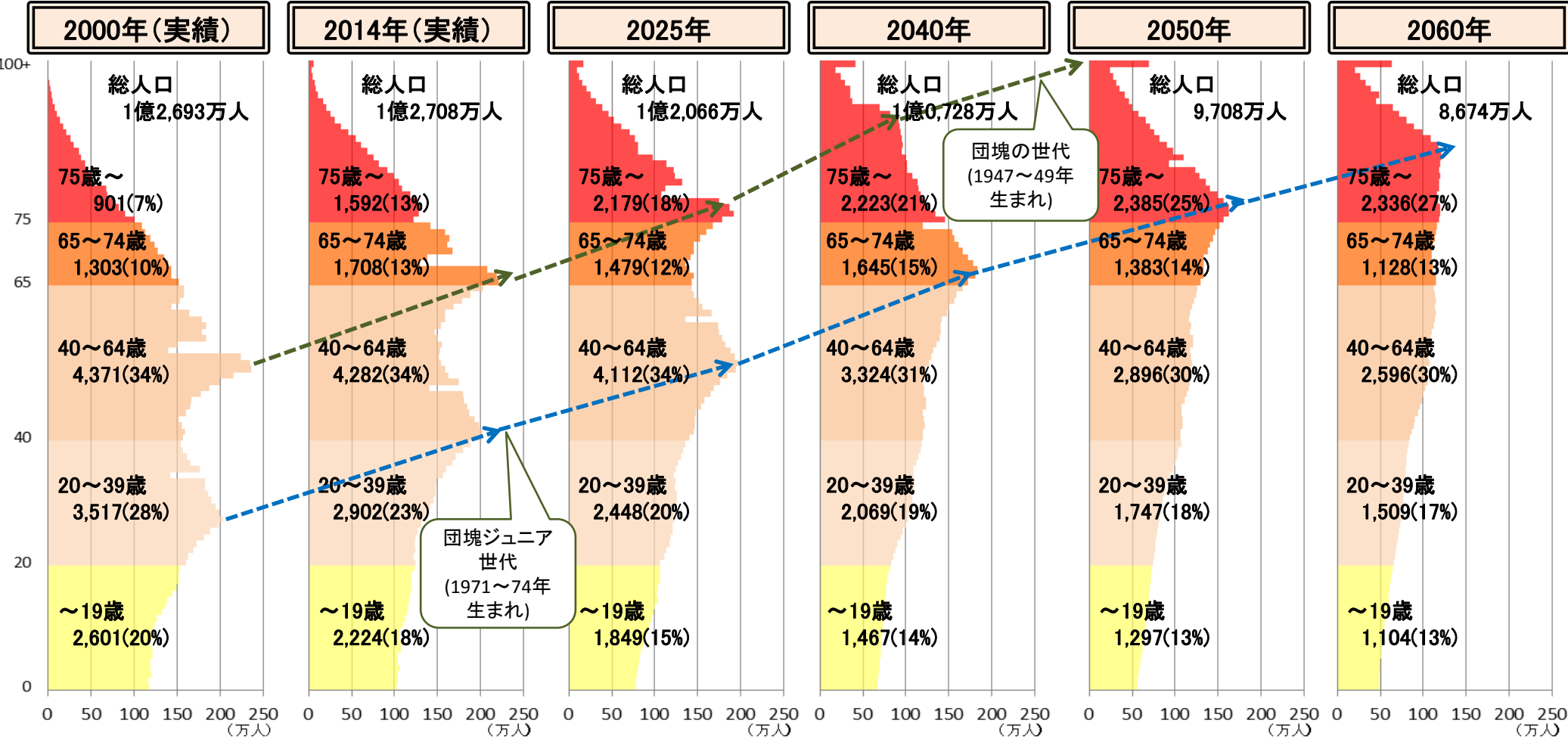
3. 単独世帯・夫婦のみ世帯の増加

(括弧内は世帯数対比)



日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳以上になる2025年には、75歳以上の者の割合が18%になる。
- 2040年の人口は2014年の約85%まで減少するが、65歳以上人口の割合は2014年の約1.4倍となる。
- 2040年から2060年にかけて75歳以上人口は2,300万人前後で推移するが、分布を見ると75歳以上人口の中での高齢化が進展していることが見て取れる。
- 2040年以降も念頭に急増するニーズと支え手となる世代の減少を踏まえ、介護保険制度が直面する課題への対応が必要。



倉敷市の介護保険をとりまく状況

区分	2015年度 (現状)	2025年度
総人口(A)	485,207人	479,693人
高齢者人口(B)	124,049人	133,404人
後期高齢者人口(C)	56,657人	83,644人
高齢化率(B/A)	25.6%	27.8%
後期高齢化率(C/A)	11.7%	17.4%
認知症高齢者 ※	15,232人	19,375人
平均月額介護保険料	5,850円	7,609円

第6期倉敷市高齢者保健福祉計画及び倉敷市介護保険事業計画での推計

※ 要介護認定者のうち、日常生活自立度Ⅱ以上の人。なお、新オレンジプランでの推計を機械的に当てはめれば、2025年度は約2万6600人となる。

人口構造の変化（倉敷市）

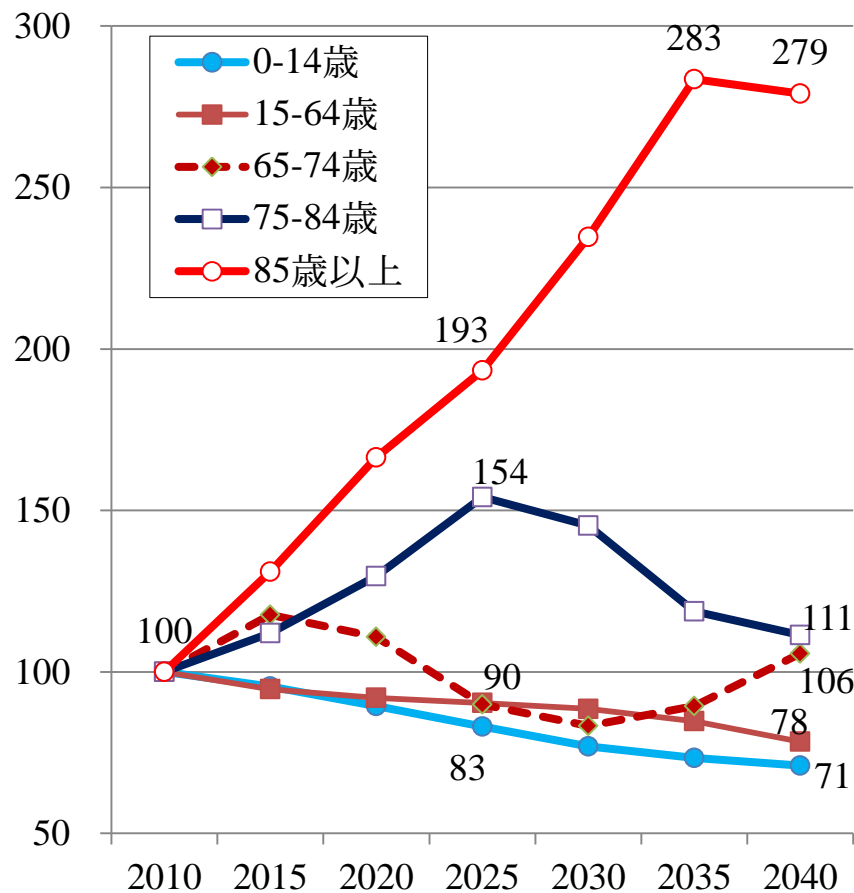
- 2010→2040年間に人口が約5万人減少するなか高齢者は増加し、高齢化率は22.7→33.1%へ。
- 2010→2040年間で、85歳以上人口が1.4→3.8万人に増加、2040年には11人に1人が85歳以上に。

	2010		2025		2040	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
総数	475,513	100.0	461,864	100.0	423,124	100.0
0-14歳	69,740	14.7	57,944	12.5	49,541	11.7
15-64歳	297,700	62.6	269,047	58.3	233,459	55.2
65-74歳	57,776	12.2	51,938	11.2	61,032	14.4
75-84歳	36,546	7.7	56,345	12.2	40,708	9.6
85歳以上	13,752	2.9	26,590	5.8	38,384	9.1
再掲) 75歳以上	50,298	10.6	82,935	18.0	79,092	18.7

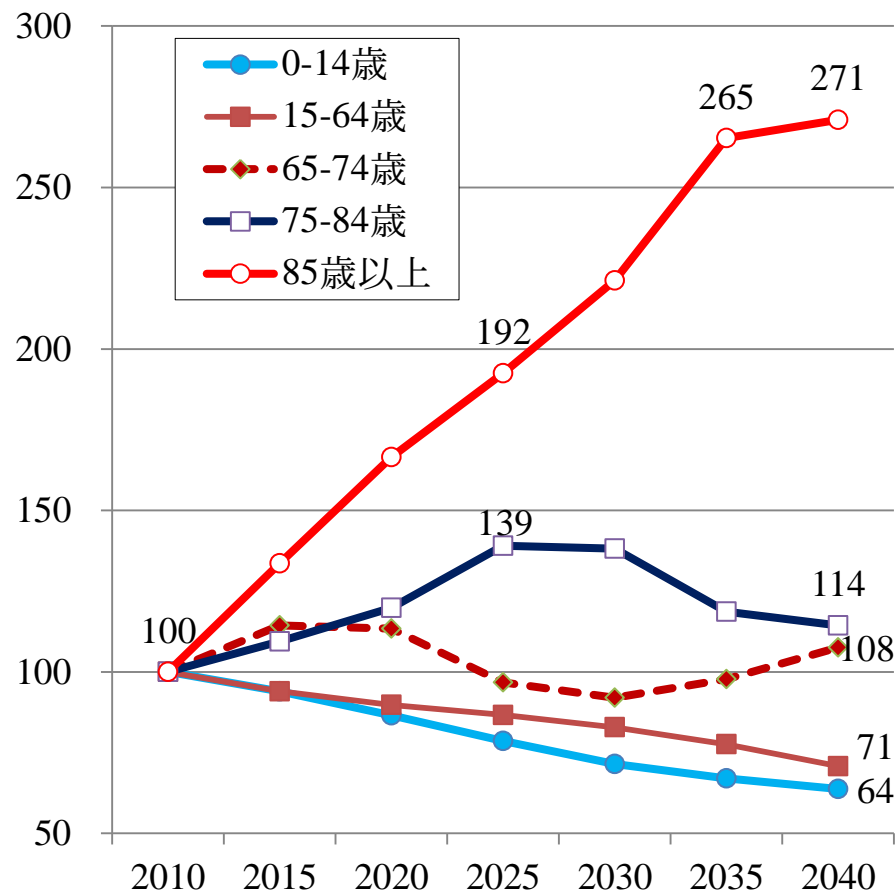
年齢階級別人口の伸び率の推移 (2010年を100とした場合)

- 2010→2025年間で、75-84歳は1.5倍、85歳以上は1.9倍増加する一方、0-14歳、15-64歳はそれぞれ17%、10%減少。85歳以上人口は2025年以降も増加し続け、2035年には2010年の2.8倍となる。
- 倉敷市の人口構造の変化の状況は、全国平均とほぼ同じ傾向となっている。

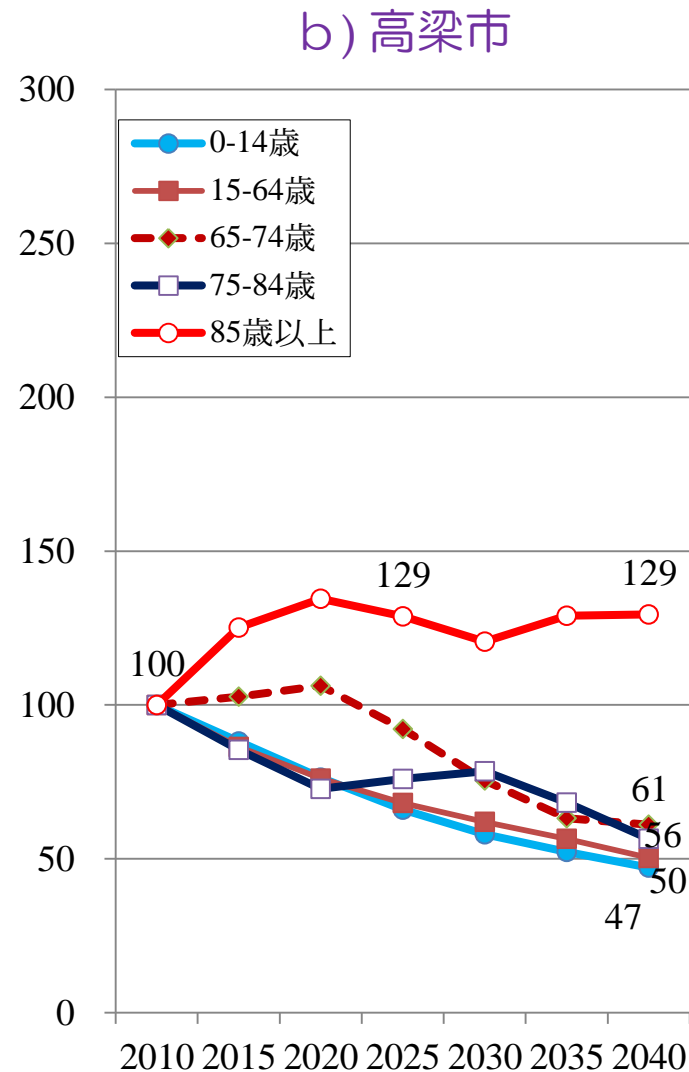
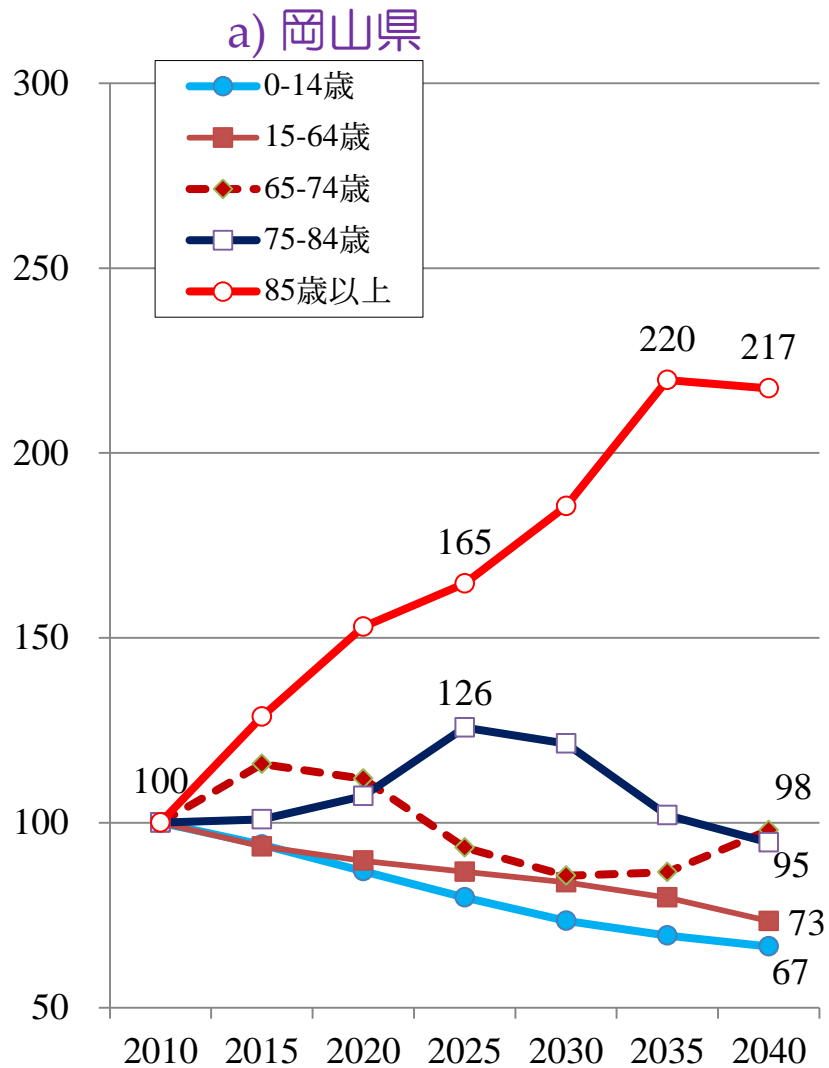
a) 倉敷市



b) 全国



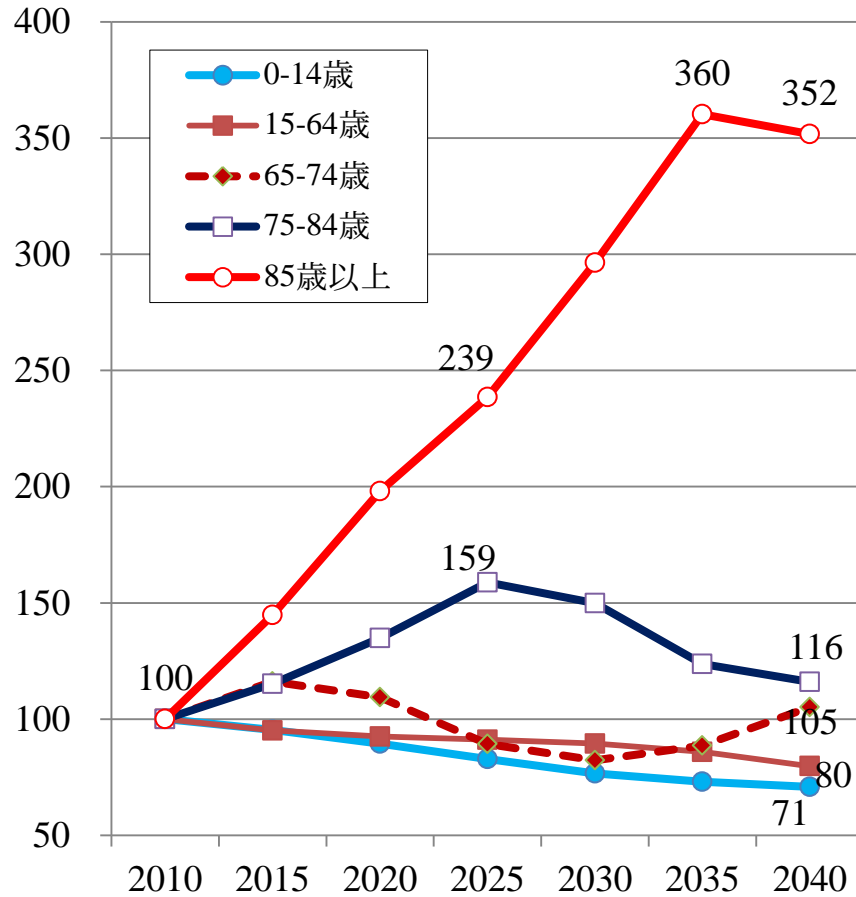
年齢階級別人口の伸び率の推移 (2010年を100とした場合)



倉敷市における性別にみた年齢階級別人口の伸び率の推移 (2010年を100とした場合)

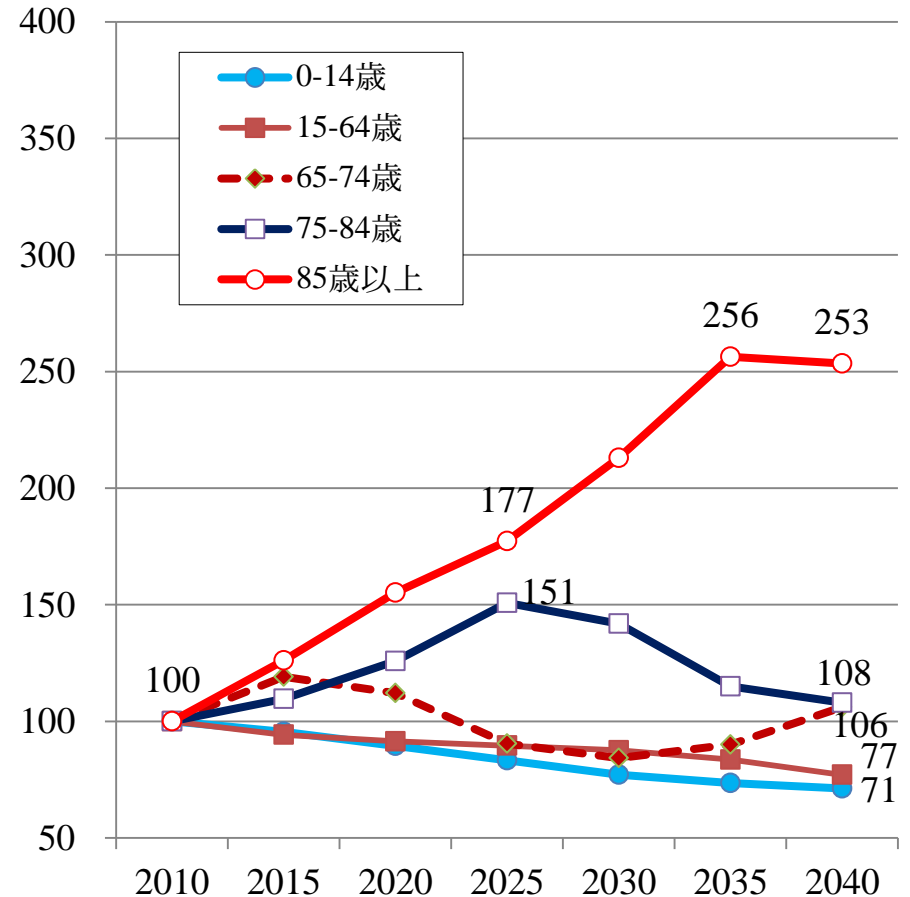
- 85歳以上人口の2010→2035年間の変化を性別にみると、「男性」では3,590→12,934人(3.60倍)に、「女性」では10,162→26,052人(2.6倍)に増加。女性に比べ、男性の伸び率が顕著となっている。

a) 男性



85歳以上人口 (人)						
2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
3,590	5,200	7,111	8,566	10,637	12,934	12,626

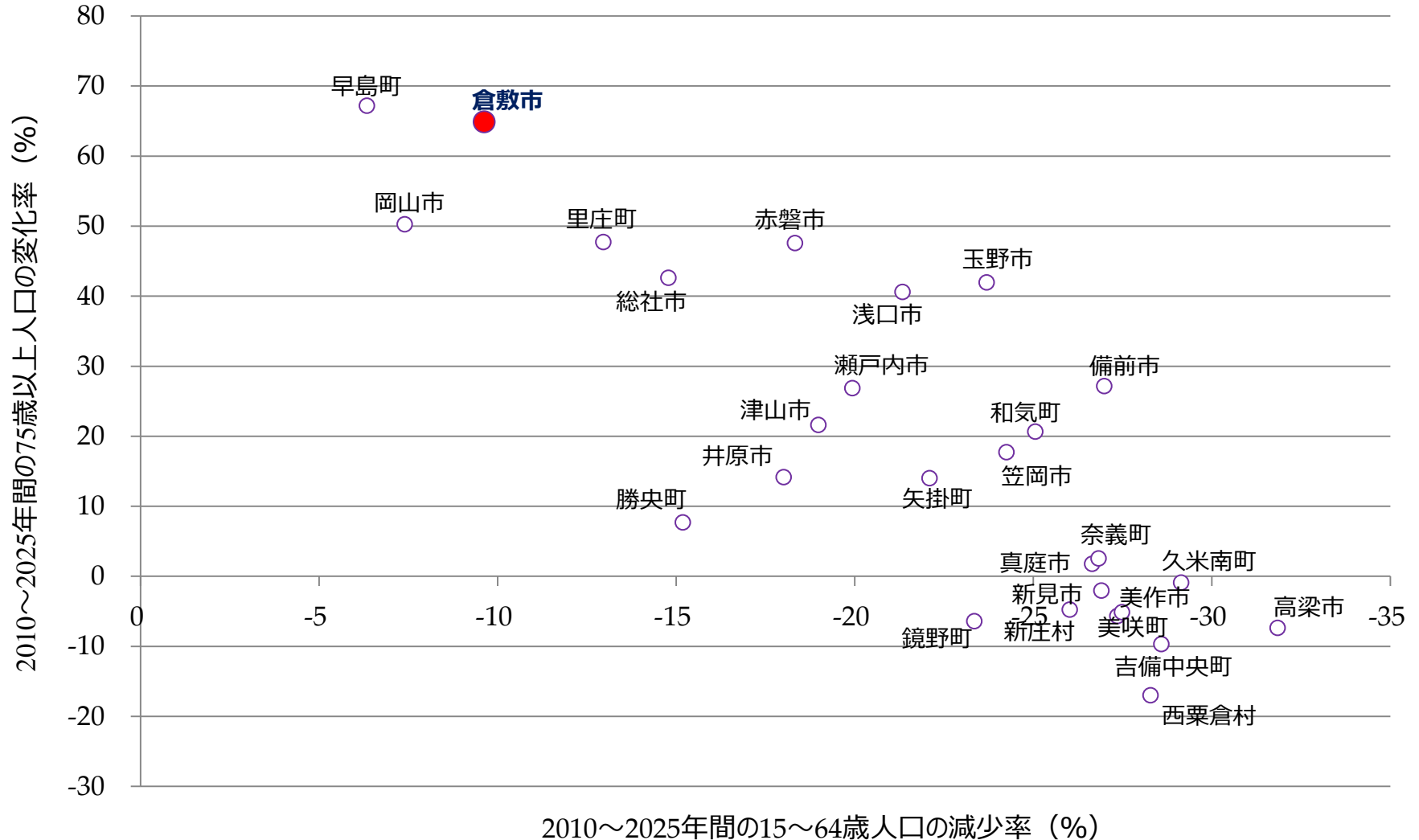
b) 女性



85歳以上人口 (人)						
2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
10,162	12,820	15,769	18,024	21,641	26,052	25,758

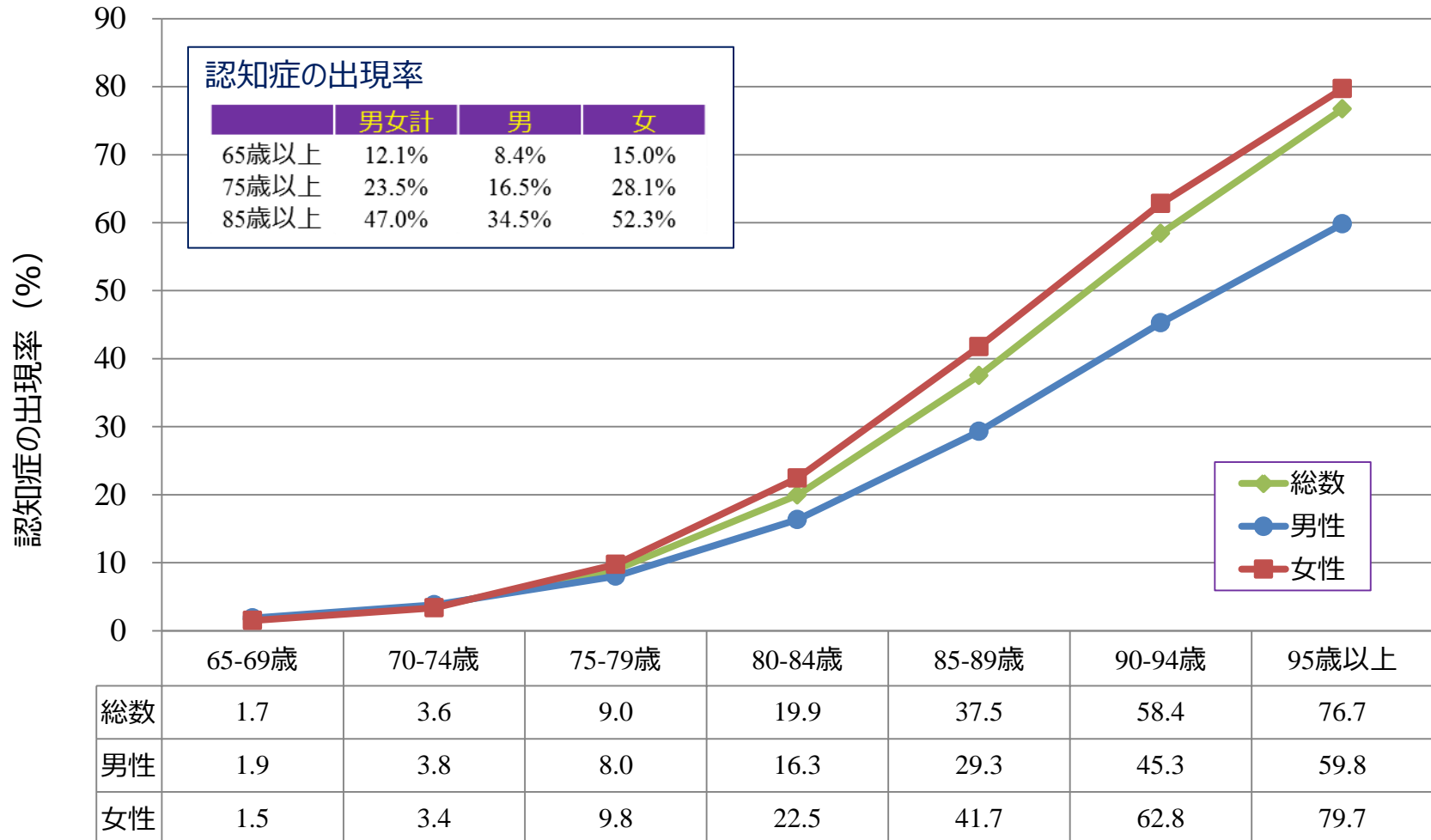
2010-2025年間の生産年齢／後期高齢者人口の変化の市町村比較

- 倉敷市の人口構造の変化を県内市町村と比較すると、75歳以上人口の伸び率が高い一方で、介護の主な担い手となる生産年齢人口（15-64歳）の減少率は低くなっている。



倉敷市における性別年齢階級別にみた人口に占める認知症者の割合 (2015年9月末時点)

- 高齢者に占める認知症自立度II以上の者の割合（認知症出現率）は、年齢とともに上昇し、いずれの年齢階級においても女性の出現率が男性を上回っている。



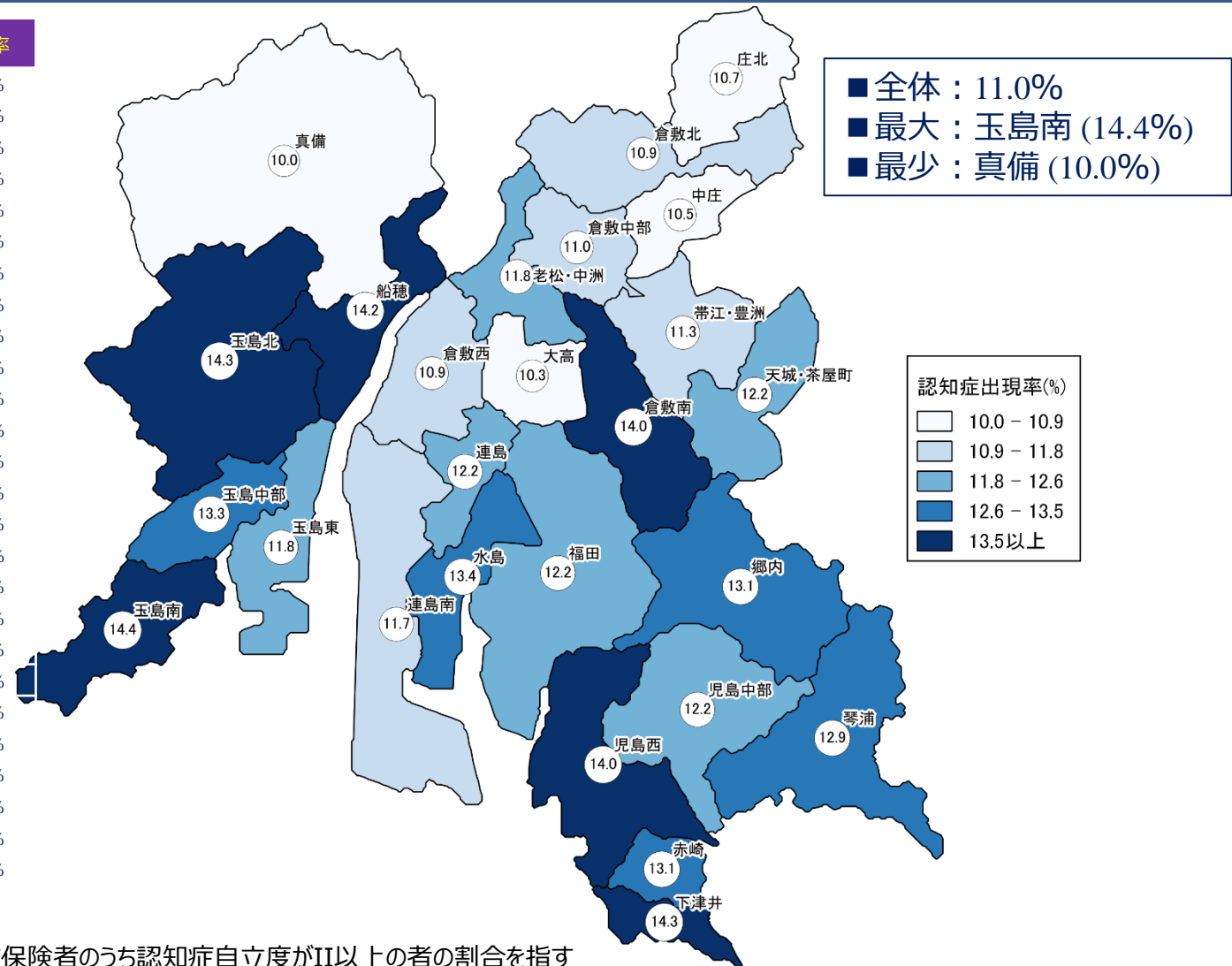
注：認知症の出現率は、第1号被保険者のうち認知症自立度がII以上の者の割合を指す

出典：倉敷市被保険者データ（2015.9）、要介護認定データ（2015.9）をもとに作成

倉敷市における日常生活圏域別に見た認知症出現率 (2015年9月末時点)

- 2015年9月末現在における高齢者に占める認知症者（認知症自立度II以上）の割合は11.0%となっている。
- 圏域別にみると、最も高い玉島南圏域で14.4%であるのに対し、最も低い真備圏域で10.0%となっている。

圏域名	人口(人)	認知症者(人)	出現率
倉敷中部	8948	983	11.0%
倉敷南	3534	493	14.0%
老松・中洲	7160	845	11.8%
大高	5785	595	10.3%
倉敷西	7110	777	10.9%
帯江・豊洲	4366	492	11.3%
中庄	4370	458	10.5%
天城・茶屋町	5801	709	12.2%
庄北	3011	321	10.7%
倉敷北	2696	294	10.9%
水島	5407	725	13.4%
福田	6901	844	12.2%
連島	4406	536	12.2%
連島南	4710	552	11.7%
琴浦	5891	759	12.9%
児島中部	6291	768	12.2%
児島西	2948	412	14.0%
赤崎	2373	312	13.1%
下津井	1896	271	14.3%
郷内	2439	320	13.1%
玉島東	4588	543	11.8%
玉島中部	4864	648	13.3%
玉島南	3690	531	14.4%
玉島北	5099	728	14.3%
船穂	2208	314	14.2%
真備	7205	724	10.0%



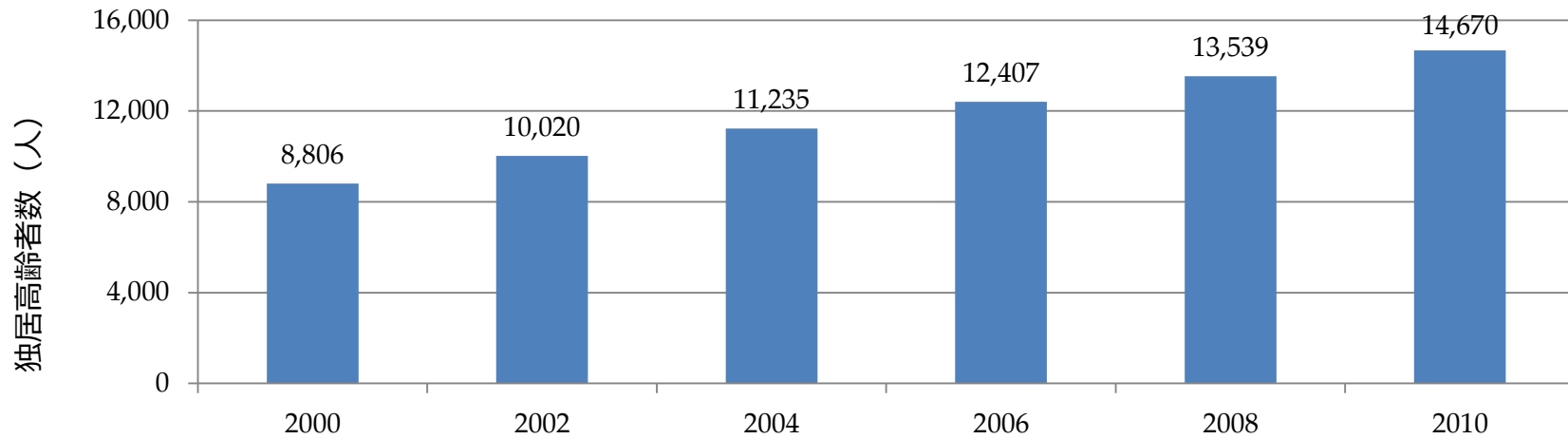
注：認知症の出現率は、第1号被保険者のうち認知症自立度がII以上の者の割合を指す

出典：倉敷市被保険者データ（2015.9）、認定データ（2015.9）より作成

倉敷市における独居高齢者数

- 独居の高齢者は毎年1000人程度ずつ拡大している。

a) 独居高齢者数の推移 (人)

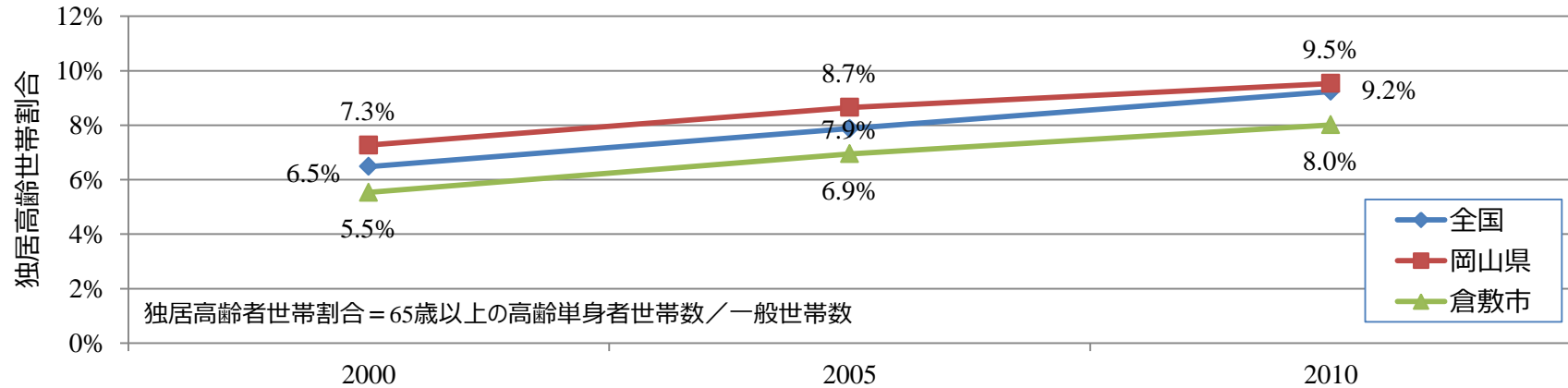


(出典) 厚生労働省：地域包括ケア「見える化」システムより作成

倉敷市における独居高齢者世帯の割合

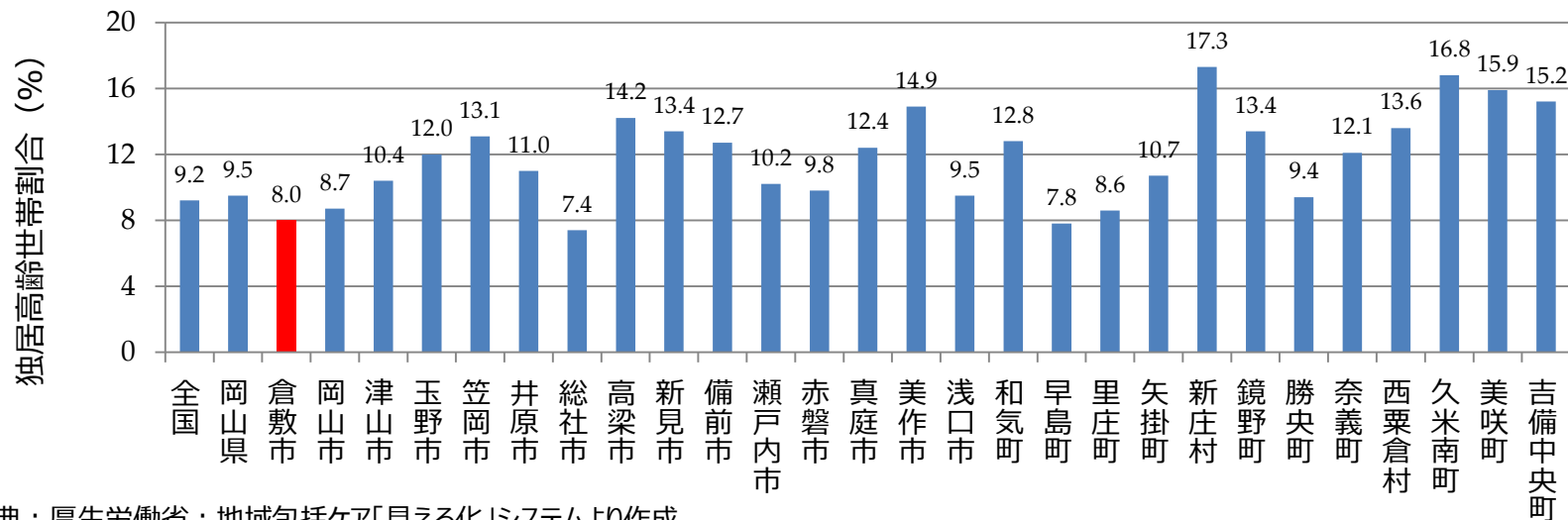
- 独居高齢世帯の割合（独居高齢者世帯数／一般世帯数）は年々上昇しているが、全国平均や県平均に比べて低い水準となっている。

a) 独居高齢世帯割合の推移 (%)



(出典) 総務省「国勢調査」より作成

b) 独居高齢世帯割合 (%)



出典：厚生労働省：地域包括ケア「見える化」システムより作成

倉敷市の介護保険制度の実施状況

○介護保険制度は、制度創設以来15年を経過し、倉敷市では65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.0倍に増加。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2015年3月末	
第1号被保険者数	7万4200人	⇒	12万2500人	1.7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2015年3月末	
認定者数	9800人	⇒	2万5200人	2.6倍

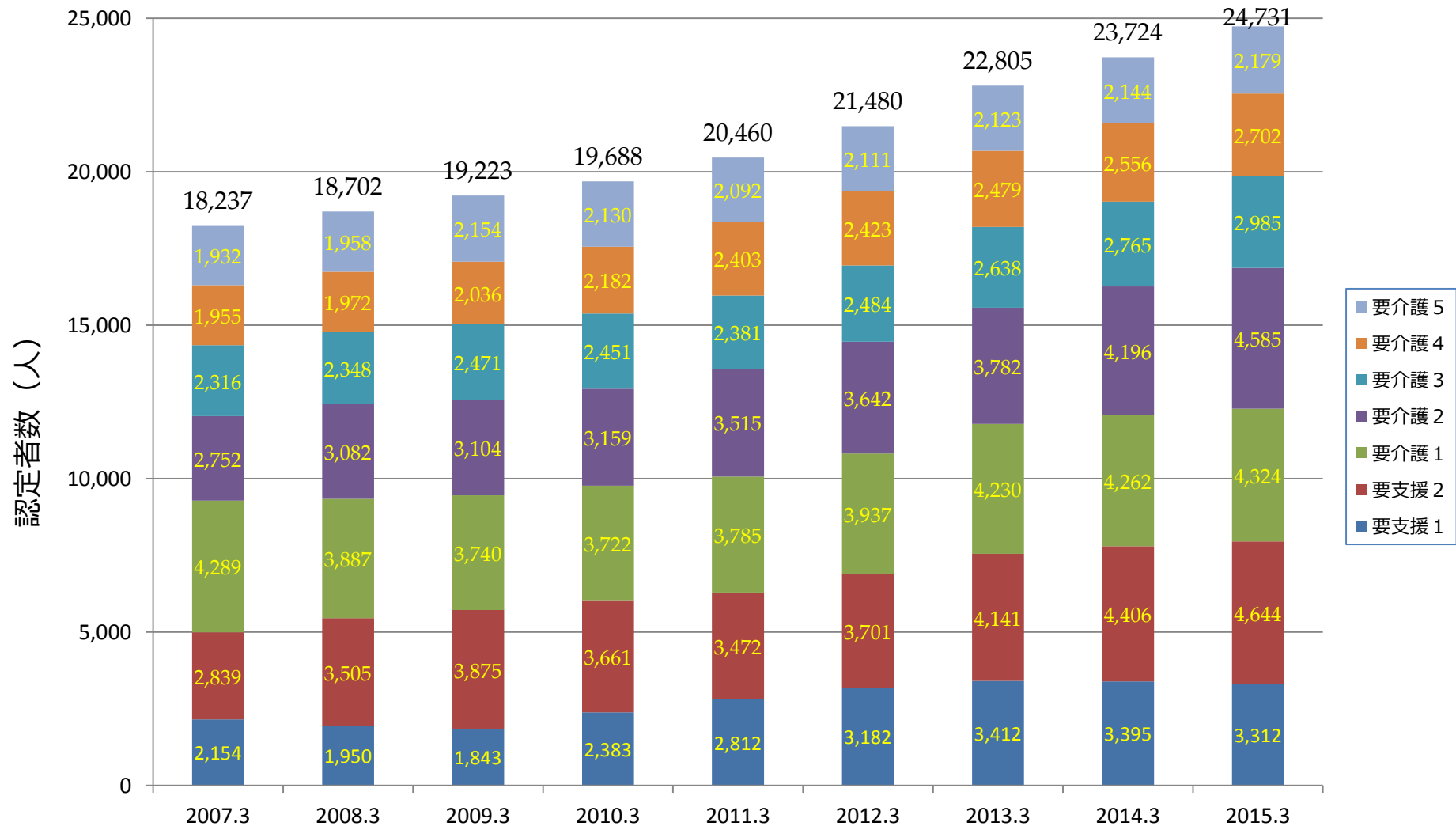
③サービス利用者の増加

	2000年4月末		2015年3月末	
在宅サービス利用者数	4700人	⇒	1万6000人	3.4倍
施設サービス利用者数	2300人	⇒	3000人	1.3倍
地域密着型サービス利用者数	—		2100人	
計	7000人	⇒	2万1100人	3.0倍

※2000年4月末は、市町村合併前の倉敷市・船穂町・真備町を合計したものの。

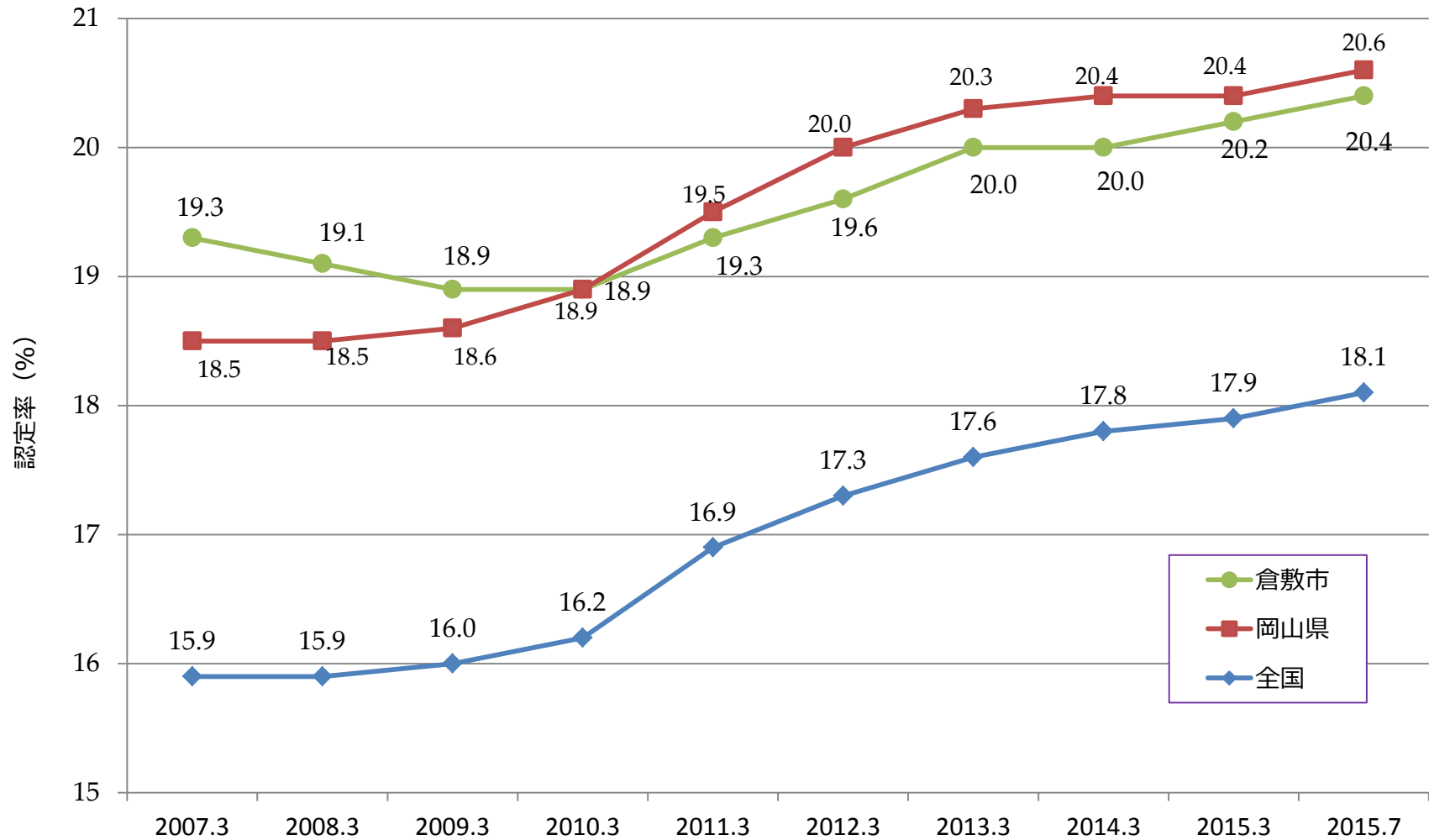
倉敷市における要介護度別にみた認定者数の推移

- 2007年3月末から2015年3月末にかけて、要介護認定者は18,237人から24,731人まで1.36倍に拡大している。



認定率の推移

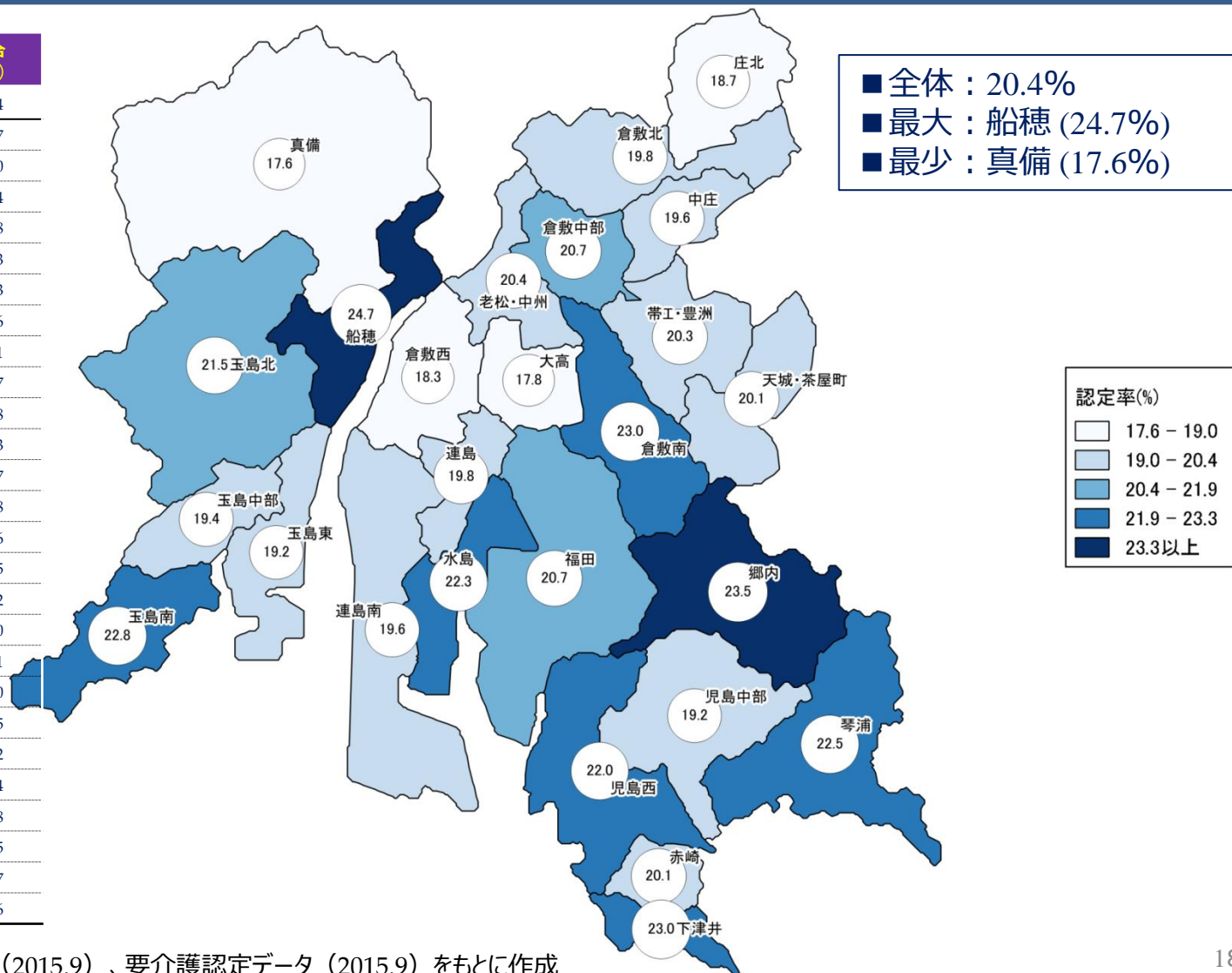
- 認定率（認定者／第1号被保険者）は全国平均を上回る水準で推移しており、2007年3月末から2010年3月末にかけて一度低下したが、その後上昇に転じている。



倉敷市の日常生活圏域別に見た要介護認定率 (2015年9月末時点)

- 認定率を圏域別にみると、最も高い船穂圏域で24.7%であるのに対し、最も低い真備圏域では17.6%となっている。

圏域	人口 (人)	認定者 (人)	割合 (%)
全域	123,830	25,234	20.4
倉敷中部	8,948	1,850	20.7
倉敷南	3,534	812	23.0
老松・中洲	7,160	1,459	20.4
大高	5,785	1,031	17.8
倉敷西	7,110	1,301	18.3
帯江・豊洲	4,366	888	20.3
中庄	4,370	856	19.6
天城・茶屋町	5,801	1,167	20.1
庄北	3,011	563	18.7
倉敷北	2,696	533	19.8
水島	5,407	1,207	22.3
福田	6,901	1,427	20.7
連島	4,406	871	19.8
連島南	4,710	921	19.6
琴浦	5,891	1,326	22.5
児島中部	6,291	1,211	19.2
児島西	2,948	649	22.0
赤崎	2,373	477	20.1
下津井	1,896	437	23.0
郷内	2,439	574	23.5
玉島東	4,588	879	19.2
玉島中部	4,864	946	19.4
玉島南	3,690	840	22.8
玉島北	5,099	1,096	21.5
船穂	2,208	546	24.7
真備	7,205	1,267	17.6



倉敷市の保険給付費と保険料の推移

○ 介護保険料は高齢化の進展により月額5850円まで上昇。(参考 全国5514円、岡山県5914円)

○ 2020年には6,503円、2025年には7,609円に上昇することが見込まれている。

事業運営期間		事業計画		保険給付費	保険料	全国平均 (参考)
2000年度	第一期	第一期		129億円	3,367円	2,911円
2001年度				161億円		
2002年度				183億円		
2003年度	第二期	第二期		198億円	3,920円	3,293円
2004年度				210億円		
2005年度				224億円		
2006年度	第三期	第三期		227億円	4,760円	4,090円
2007年度				240億円		
2008年度				251億円		
2009年度	第四期	第四期		268億円	4,700円	4,160円
2010年度				281億円		
2011年度				298億円		
2012年度	第五期	第五期		312億円	5,430円	4,972円
2013年度				327億円		
2014年度				344億円		
2015年度	第六期	第六期		360億円	5,850円	5,514円
2016年度				378億円		
2017年度				395億円		
2020年度				418億円	6,503円	6,771円
2025年度				482億円	7,609円	8,165円

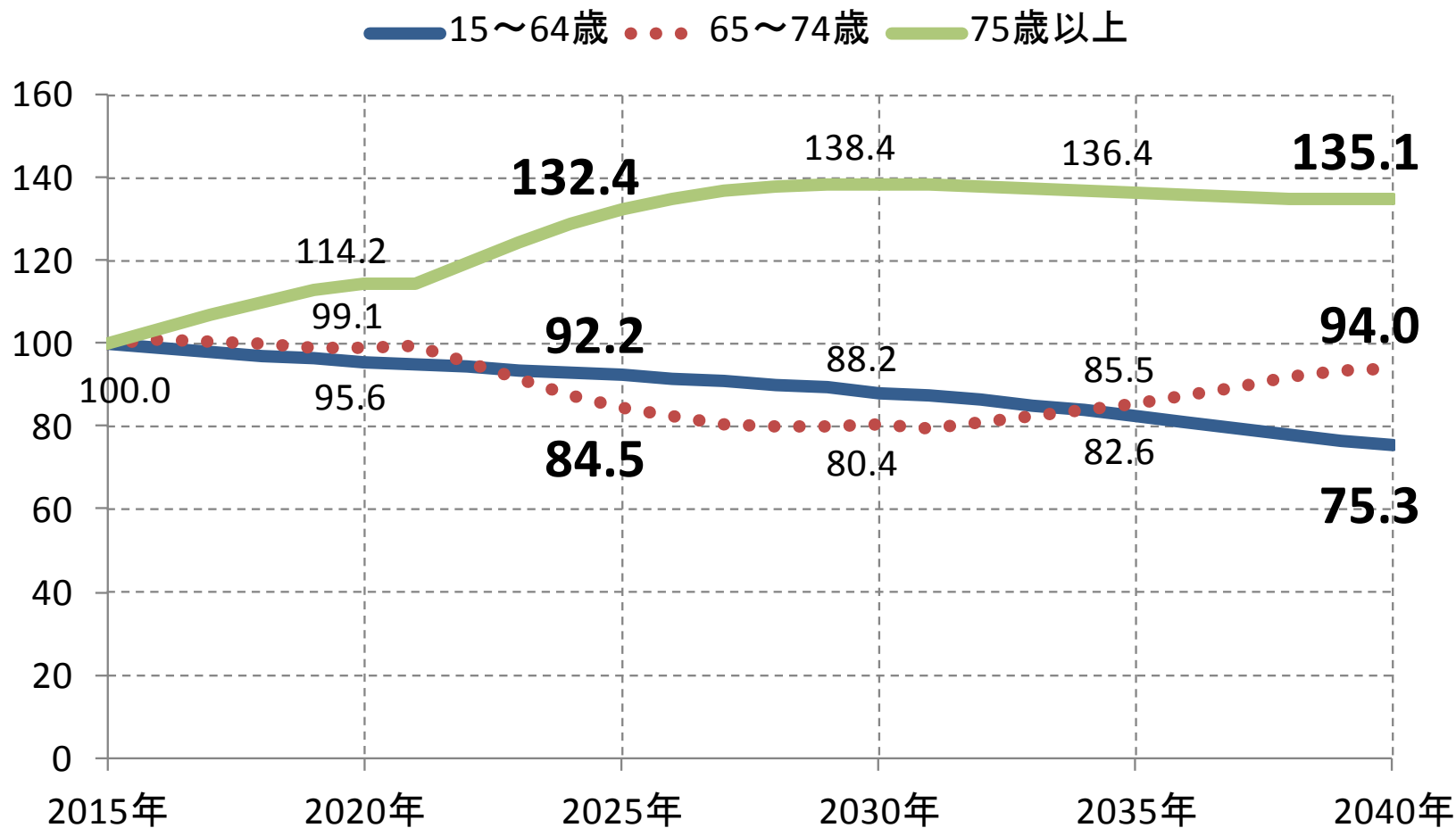
※2015～2017年度、2020年度及び2025年度の保険給付費は第6期介護保険事業計画における推計値。

※2020年度及び2025年度の保険料は第6期介護保険事業計画における推計値。

※データの制約上2000年度から2005年度までは保険給付費、保険料については旧船穂町、真備町のものを含まない。

1. 私たちがこれから直面する「人口減少と需要の増加」に対応する

<生産年齢人口の減少と後期高齢者の増加>



出所) 国立社会保障・人口問題研究所; 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)のデータをもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。
 ※2015年を100とした場合の2040年までの推計値

2. どんどん重くなる負担にどうやって対処するか

2015年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は **5.7人**

2025年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は **3.9人**
うち **0.68人**は前期高齢者

2040年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は **3.3人**
うち **0.74人**は前期高齢者

介護予防の
効果をいかに
高めるか?

限られた人材
をいかに有効
に活用するか?

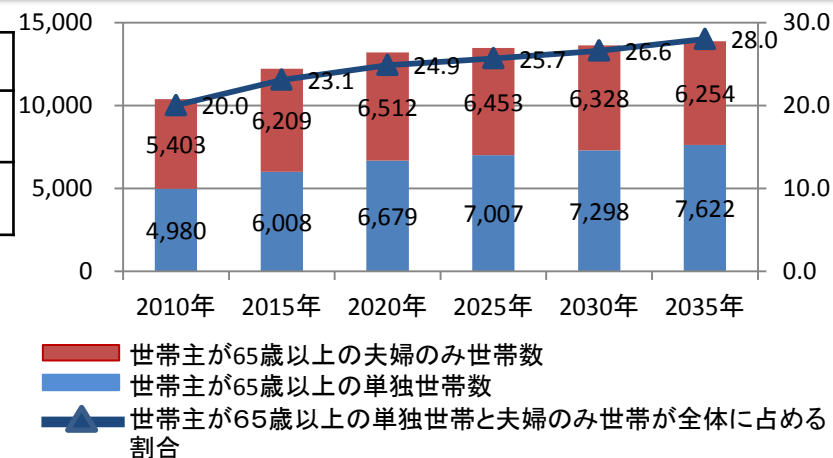
医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
- 例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。
- また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
- このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。
2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急を実施することが不可欠です。

今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築

計画

基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

- ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
- ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携

- ・各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を策定
- ・地域医療構想（ビジョン）は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ

- ・病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの
充実

■地域包括ケアシステムの構築

○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
- *前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○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

○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 *要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の
基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し

- ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
- ・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院の位置づけ

■チーム医療の推進

○診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善

- *指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保

- *上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

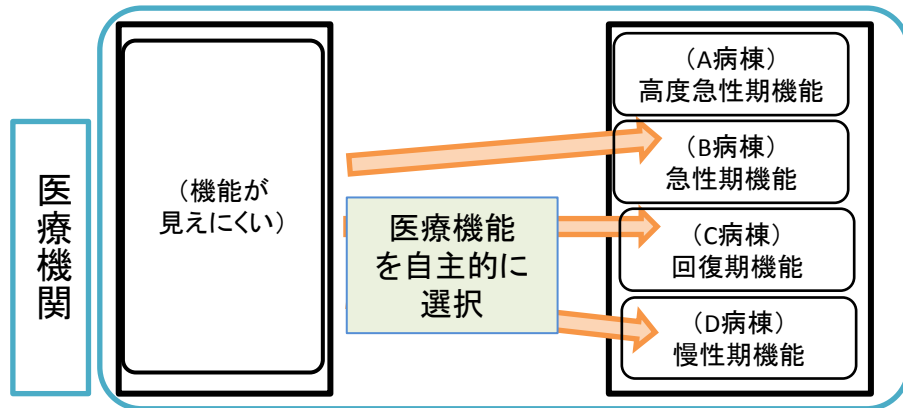
- *給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

○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

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

平成26年度病床機能報告の状況

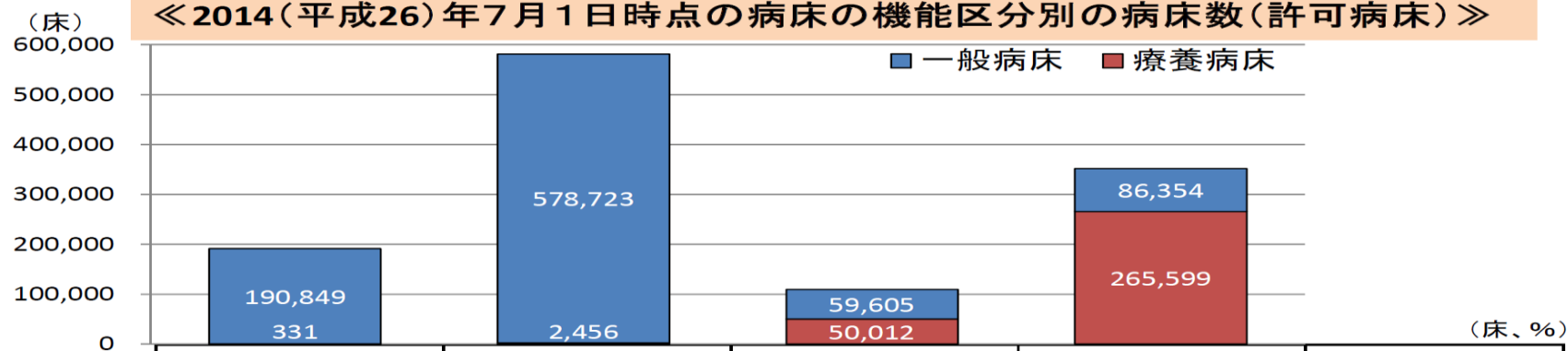
第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
平成27年3月18日
参考資料 2

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】

○ 以下の集計は、平成27年3月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象の病院7,402施設、有床診療所7,626施設のうち、平成27年2月16日までに病院7,268施設(98.2%)、有床診療所6,874施設(90.1%)が報告済み。【※前回速報値(第2報)の報告率は病院97.2%、診療所86.1%】
- ・このうち、3月2日時点で、全病棟の機能区分の選択が確定した病院6,996施設(94.5%)、有床診療所5,996施設(78.6%)のデータを集計。(休床中等の理由により4つの機能区分のいずれも選択していない病床(未選択)を含む)
【※前回速報値(第2報)の集計率は病院86.3%、診療所64.5%】
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,247,363床。【※前回速報値(第2報)では1,139,394床】
(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床)

≪2014(平成26)年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)≫



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	190,849	578,723	59,605	86,354	915,531
療養病床	331	2,456	50,012	265,599	318,398
合計	191,180	581,179	109,617	351,953	1,243,929
構成比	15.5%	47.1%	8.9%	28.5%	100.0%
前回速報(H27.1.26時点)の構成比	15.6%	47.2%	9.1%	28.1%	100.0%

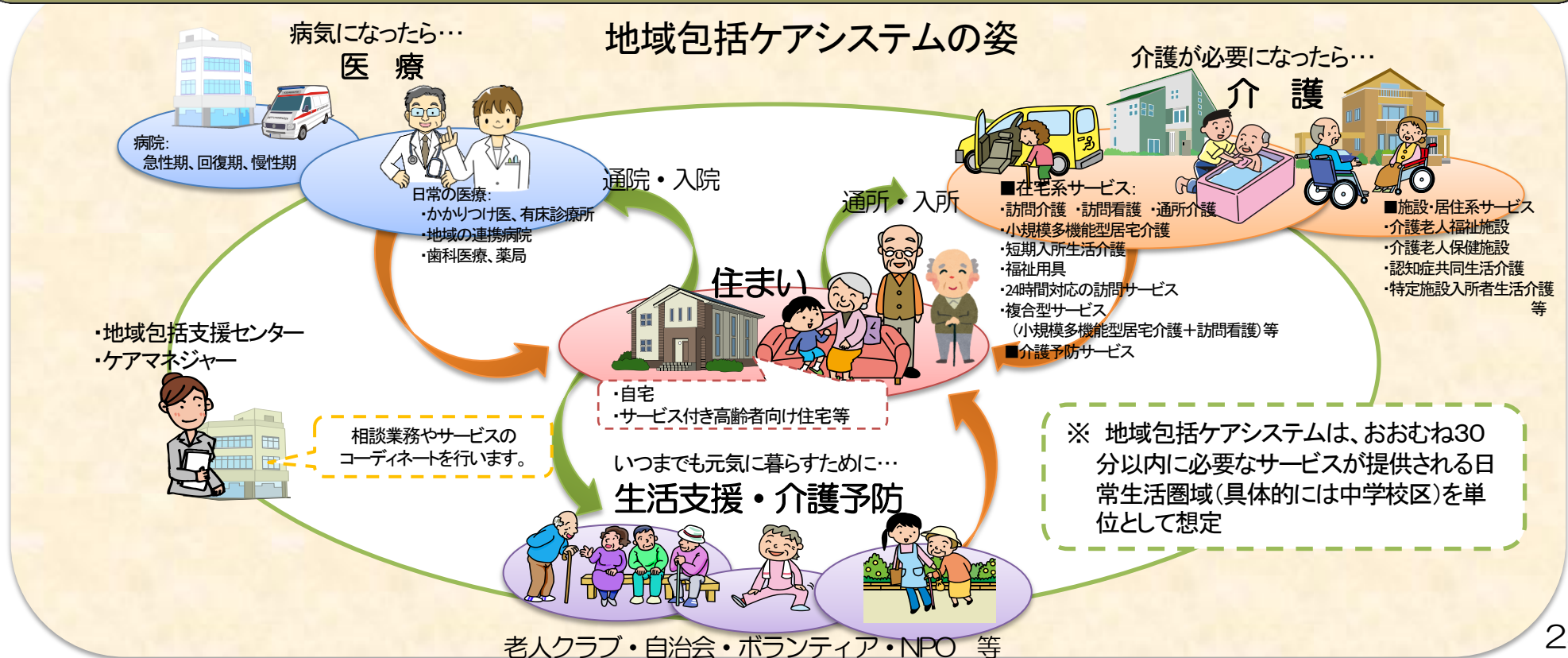
(注) 集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

1

岡山県全体						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
一般病床	5,013	9,165	1,955	1,782	541	18,456
療養病床	0	102	580	4,340	35	5,057
合計	5,013	9,267	2,535	6,122	576	23,513
構成比	21.3%	39.4%	10.8%	26.0%	2.4%	100.0%

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・生活支援が包括的に確保される体制(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。**



2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、要支援者に対する介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行するとされた。
- これまで「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、「介護予防」と「生活支援」を一体として再整理した。

■保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 2040年に向けて、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測されており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は大きくなる。
- 高齢者介護の分野では、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は様々である。こうした2040年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職(葉)が関わる分野として「保健・福祉」を改めて強調する意味は大きい。

■本人の選択が優先される仕組みに

- 2012年度の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵において、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されたが、地域生活の継続を選択するにあたっては、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。



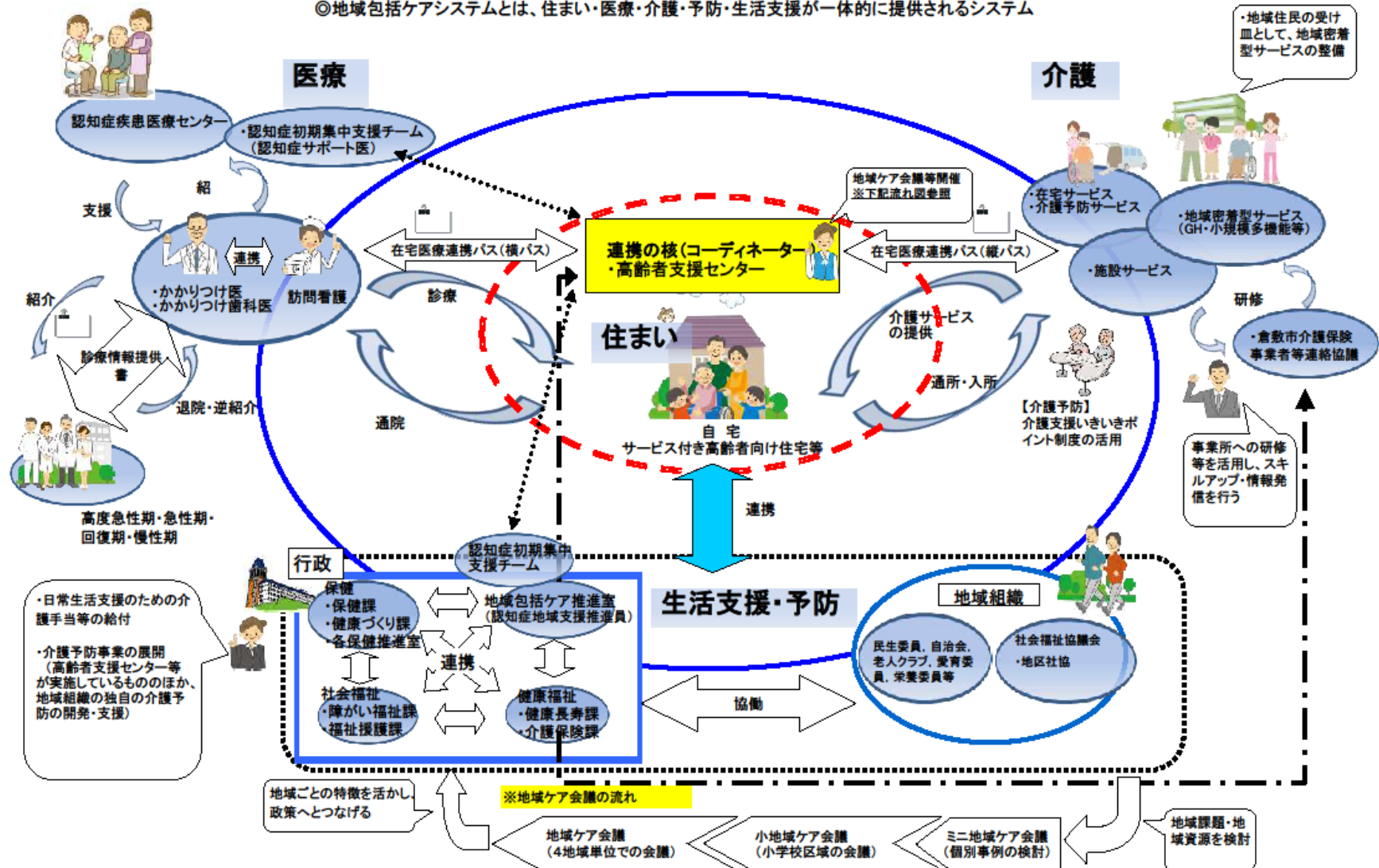
【2012年度】



【2015年度】

倉敷市の地域包括ケアシステムのあるべき姿(今後のイメージ図)

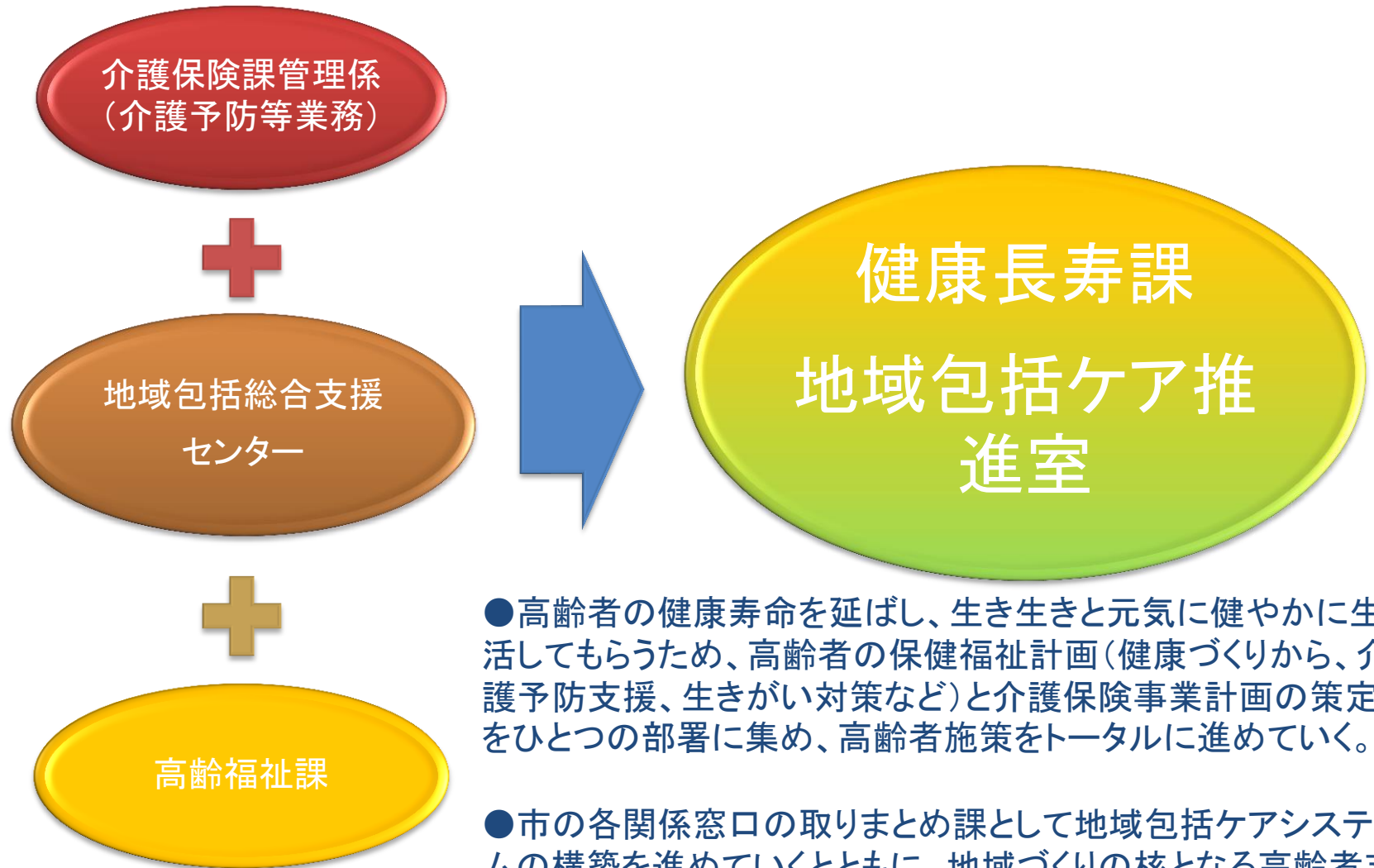
◎地域包括ケアシステムとは、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム



※倉敷市の地域包括ケアシステムは、高齢者支援センターの専門3職種、及びケアマネジャーが在宅生活をサポートすべく、各関係機関と連携をとる核となり、必要に応じたサービス利用を可能としていくことを目指す。

2015年4月1日倉敷市機構改革

～倉敷モデル実現への第1歩～



●高齢者の健康寿命を延ばし、生き生きと元気に健やかに生活してもらうため、高齢者の保健福祉計画(健康づくりから、介護予防支援、生きがい対策など)と介護保険事業計画の策定をひとつの部署に集め、高齢者施策をトータルに進めていく。

●市の各関係窓口の取りまとめ課として地域包括ケアシステムの構築を進めていくとともに、地域づくりの核となる高齢者支援センターの支援、指導を行っていく。

倉敷市の地域ケア会議について

- 倉敷市では、多職種による困難事例の検討等を通じ地域資源・地域課題を整理するとともに、課題を解決するため必要に応じて政策へとつなげる地域ケア会議を積極的に実施。(国の平成27年度からの法定化に先がけ、平成19年度から推進)
- 具体的には、①ミニ地域ケア会議(個別事例の検討)、②小地域ケア会議(小学校区域で地域に密着した高齢者等の支援体制の構築の検討)、③地域ケア会議(4行政区単位で広域的な支援体制の構築の検討)の3層の会議を実施している。
- これまでも地域ケア会議での議論を通じ、児島地区の命のバトン(緊急時(災害時)情報伝達キット)、水島地区のオレンジカフェ(認知症カフェ)といった、地域包括ケアに資する政策が実現している。

地域ケア会議

(主な取組)
行政区単位における情報共有及び課題解決
倉敷・認知症への取組 水島・認知症カフェ
児島 命のバトン 玉島・見守りへの取組

(構成員)

医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、社会福祉協議会、保健推進室、民生委員、愛育委員、栄養委員、高齢者支援センターなど

小地域ケア会議

(主な取組)
小学校区単位における地域に密着した情報共有
及び課題解決 ※地域で自主的な見守り活動を実施

(構成員)

高齢者支援センター、社会福祉協議会、民生委員、愛育委員、栄養委員、町内会長、地区社協など
※ 63小学校区中58の小学校区(一部地域開催を含む。)で小地域ケア会議が設置

ミニ地域ケア会議

(主な取組)
個別ケースの情報共有、問題解決

(構成員)

高齢者支援センター、ケアマネなど ※平成26年度は116件⁹

(参考)命のボタン(緊急時(災害時)情報伝達キット)の取組(倉敷市児島地区)について

- 命のボタン(緊急時(災害時)情報伝達キット)は、筒状の容器に患者さんの個人情報(氏名、住所、緊急連絡先、かかりつけ医療機関、疾患、服用薬など)を収め、それを自宅の冷蔵庫等に保管しておき、緊急時には取り出して、救急隊などから搬送先の医療機関へと必要な情報をつないでいくもの。
- 児島地区では、医師会の主導で、地域ケア会議を通じ、地域住民のニーズを吸い上げ行政と協力し 消防、救急と連携し事業として実現。(平成27年度から市として事業化)
- 児島地区の緊急時、災害時情報伝達手段の一つとして命のボタンを作り、児島地区の高齢者への見守りを強化し地域における福祉への啓蒙を実施。「地域で地域を守る、助かる命を助ける」ための具体的なきっかけの道具として「命のボタン」を活用。

※ 配布については一人一人に説明が必要なのでまず75歳以上の独居高齢者世帯から開始。平成25年度には75歳以上の独居全世帯に配布完了。現在それ以外の方に配布中。(平成27年度で合計3500個配布済)

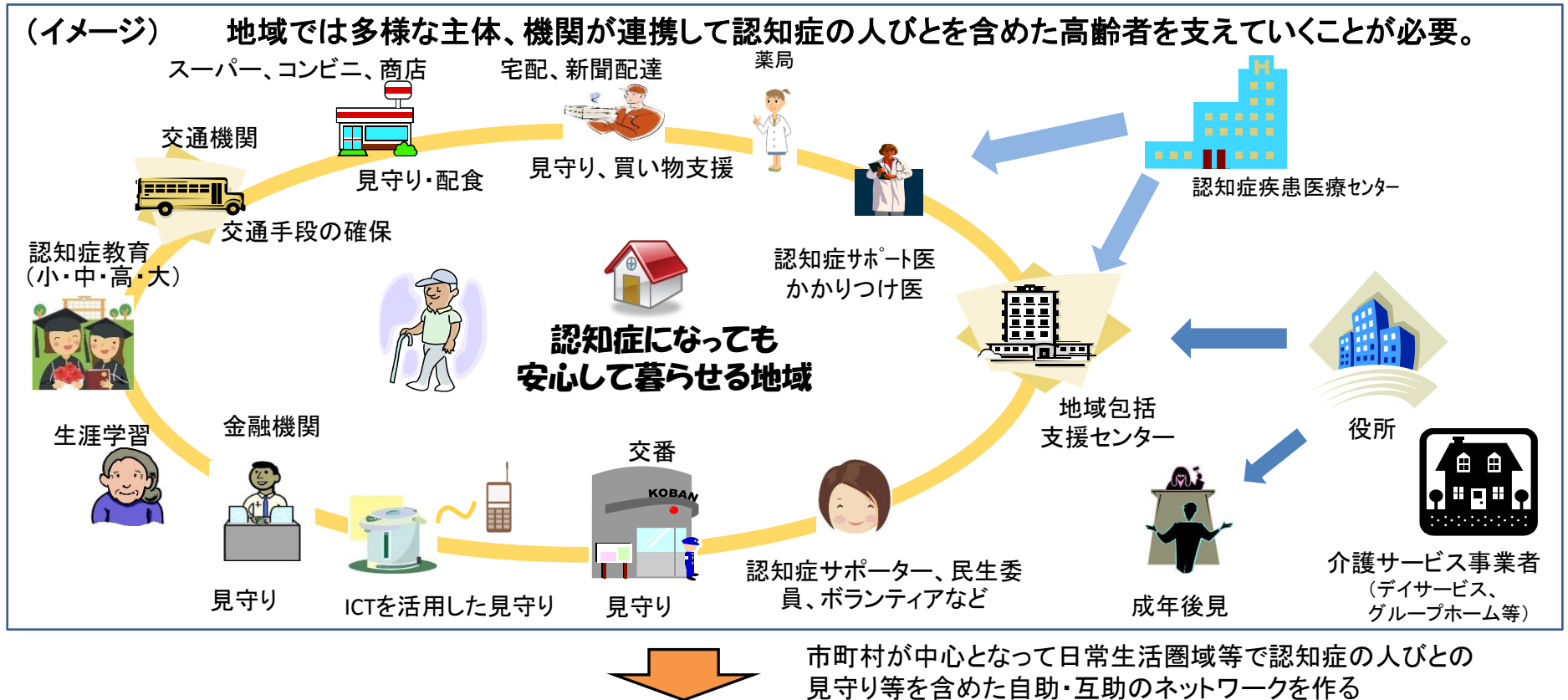


認知症の人を地域で支える地域づくりの推進

～ 認知症施策の充実・強化～

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。



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

認知症の人を地域で支える地域づくり（倉敷市モデル）の推進

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるように地域包括ケアシステム構築を目指す中で、今後増加が見込まれる認知症の人に対する対策を強化。認知症初期集中支援チームの設置を通じて早期対応を強化するなど認知症の人を地域で支える地域づくりを推進する。（倉敷市モデルの創設）

① 認知症のことを知り、予防する。

○認知症サポーターの養成の推進(充実・強化)

認知症についての正しい知識と理解を持ち、地域での見守り等を担う認知症サポーターの養成を推進する。

※高梁川流域連携中枢都市圏事業として、認知症キャラバンメイトの養成講座の開催

※くらしき市民講座として小学生を対象に認知症サポーターキッズも養成。

○認知症の啓発事業の推進

出前講座など健康教育等を通して、認知症に対する理解や予防の取組、早期発見するための知識の普及啓発を図る。

○認知症予防教室や地域の通いの場の充実

介護予防の取組の中で認知症予防教室を開催するとともに、高齢者の参加の場を拡大し、認知症予防につなげる。

② 認知症の人やその家族を地域で支える

○認知症カフェの推進(充実・強化)

認知症の人やその家族、地域住民が集い、悩みや困りごとを共有する場として認知症カフェの運営を推進する。

○地域の見守りの取組の強化

小学校区で実施されている小地域ケア会議などを積極的に活用し、地域での見守り体制を強化。地域の企業等と見守り協定の締結等も検討。

○認知症の事例検討会の実施

認知症疾患医療センターと連携して、ケアマネジャーなど多職種が参加する事例検討会を実施し、認知症対応能力を向上を図る。

○成年後見制度の利用の推進

後見人の報酬について資力が乏しく、困難な場合に補助を行う。

③ 認知症の人に早期に対応し、適切な支援を提供する

○(新(28年度~))認知症初期集中支援チームの設置

認知症が疑われる人等に対して訪問し、適切な支援につなげる医療・介護の専門職からなる認知症初期集中支援チームを設置し、早期対応を強化する。

○認知症ケアパスの普及

認知症の状況の応じた適切なサービス提供の流れを示す認知症ケアパスの普及を推進する。

○地域ケア会議の推進

認知症の人の対応等個別ケースを地域の関係者が検討するミニ地域ケア会議を推進し、情報共有を進め早期に適切な支援につなぐ

○認知症地域支援推進員の配置

効果的な支援を行うため、認知症疾患医療センター、医療機関、介護サービス事業所などとのコーディネートを行う認知症地域支援推進員を地域包括ケア推進室に配置。

○小規模多機能居宅介護やグループホームなど介護サービスを充実

認知症の方の日常生活を支える介護サービスの充実を進める

認知症初期集中支援チームについて(平成28年4月～)

1. 目的

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で暮らし続けることができるように、認知症の方や、その家族に対して支援を行う「認知症初期集中支援チーム」(認知症サポート医、看護師等の医療職、介護福祉士等の介護職からなるチーム)を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援を行う。

2. 訪問支援対象者

40歳以上で認知症が疑われる人又は認知症の人で、在宅で生活している次のいずれかに該当する人

- ①医療・介護のサービスを受けていない人、又は中断している人
- ②医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している人

3. チームの役割

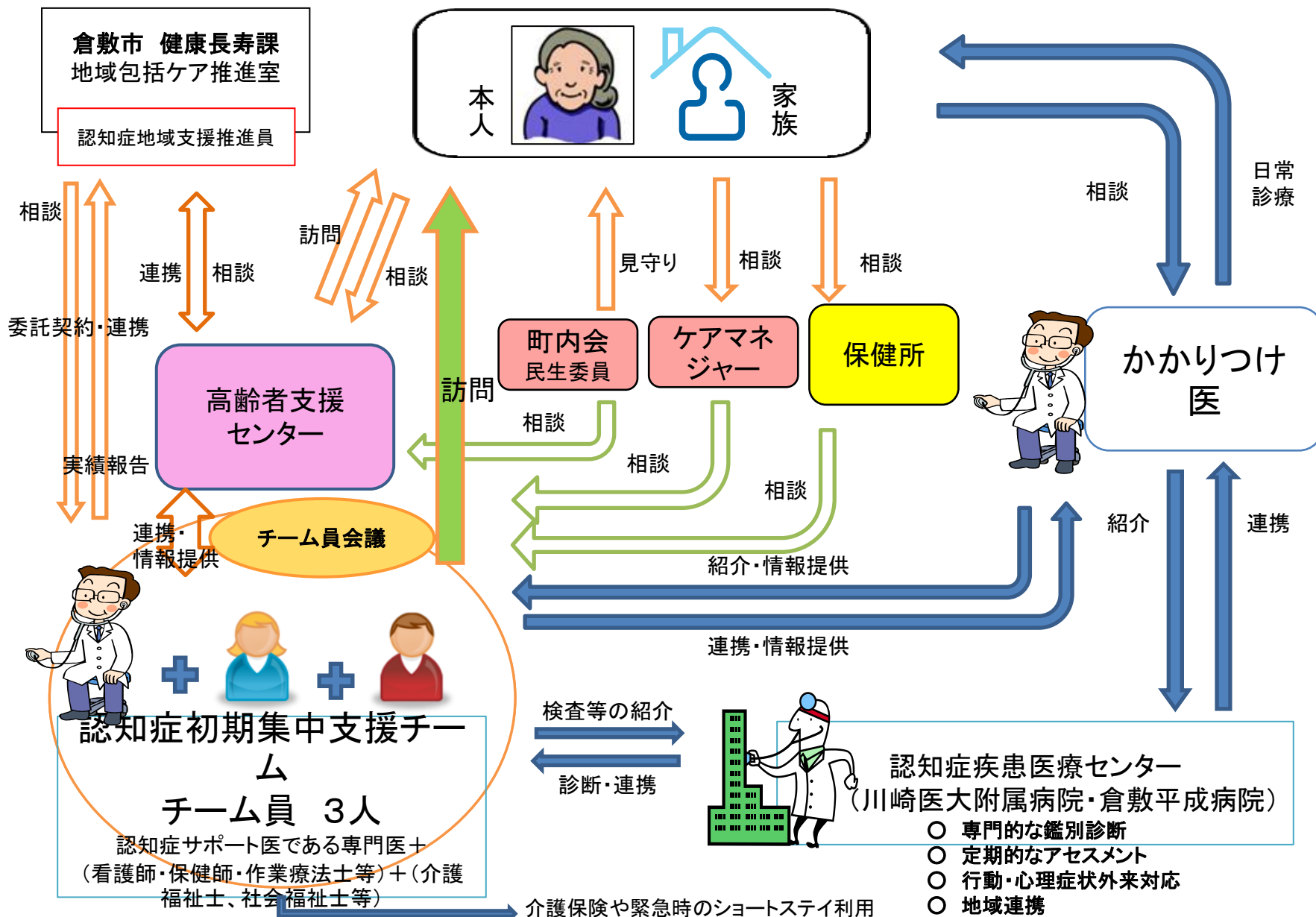
訪問支援対象者に対し、チーム員が自宅を訪問し、状況を把握した上で、専門医の参加するチーム員会議において、支援計画を策定。その計画に基づき、概ね6ヶ月間の支援を行い、必要な介護や医療につなぎ、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう支援する。

4. チーム員の配置先

片山内科クリニック、倉敷スイートホスピタル、しげい病院、藤戸クリニック

市として、認知症施策の強化の観点から、新オレンジプランにおけるチームの設置期限(平成30年度)を待たず、平成28年度から取組を開始。

倉敷市認知症初期集中チームフロー図



認知症初期集中支援対象者の把握

対象者

40歳以上で認知症が疑われる又は認知症であって在宅で生活している人

①医療・介護のサービスを受けていない人、又は中断している人

- ・認知症疾患の臨床診断を受けていない
- ・継続的な医療サービスを受けていない
- ・適切な介護サービスに結びついていない
- ・介護サービスが中断している

②医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している人

★対象者の選定にあたっては、選定基準にあっていることを確認のうえ、本人・家族への事前の説明はもちろん、各機関がアセスメントして、チームへの引継ぎを行う

対象者の把握

①高齢者支援センター(本人・家族、民生委員などからの相談や訪問活動での把握)

②保健所、各保健福祉センター保健推進室(本人・家族、民生委員などからの相談)

③医療機関(かかりつけ医)など(本人の受診時の様子・家族からの相談)

④ケアマネジャーなど(介護(予防)サービス利用時の様子から)

初期集中支援チームへ連絡

関係機関からのケース連絡の場合、支援にかかわる関係機関との情報共有のため、同意書をもらい連絡する・・・ 本人ひとり暮らしの場合の対応に注意が必要

認知症初期集中支援の流れ(その1)

①事前準備

・情報収集

相談者からの情報収集
(必要に応じて、かかりつけ
医やケアマネからも)

・かかりつけ医への連絡

チームの介入を電話など
で連絡(かかりつけ医が
いる場合)

②初回訪問

(訪問者)

- ・原則として、チームの医療系職員と介護系職員がペアで行う
- ・必要があれば、関係機関の同行も可能

(訪問内容) おおむね2時間以内

- ①認知症の包括的観察 ②認知症に関する正しい情報の提供 ③専門医療機関への受診や介護サービス利用効果に関する説明 ④訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言 ⑤チーム員の役割の説明

(包括的観察・評価のためのアセスメント)

- ・信頼性・妥当性の検証された観察・評価表を使用する
例)DASC-21 DBD-13 Zarit-8 身体の様子チェック
- ※かかりつけ医とも連携しながら実施する。

③チーム員会議の実施

(メンバー)

- ・チーム員、認知症地域支援推進員、高齢者支援センターなどの関係者
(必要な関係者はチーム員から声かけ)

(検討内容)

- ・観察、評価内容を総合的に確認
- ・課題を明確にし、支援方針・支援内容・支援頻度など今後の計画を決定
- ・医師の訪問については、状況に応じて医師が判断する

(会議の時期)

- ・初回訪問後、支援終了時、その他適宜実施する

※ 開催方法(時期・場所・開催回数)、記録様式、記録の保管について

④初期集中支援

(実施内容)

- ・専門医療機関受診に向け動機付けを行い継続的な医療支援にいたるまで支援を行う
(次ページに続く)

(実施期間)

- ・医療や介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間
概ね6か月間
- ※ 6か月を過ぎた場合は・・・

認知症初期集中支援の流れ(その2)

④初期集中支援(つづき)

(実施内容つづき)

- ・適切な介護サービスの利用が可能となるよう、介護サービスの利用勧奨・誘導(介護保険の申請は利用者の求めに応じて、高齢者支援センター、居宅介護支援事業所を紹介)
- ・身体を整えるケア(水分摂取・食事摂取・排泄等の項目への助言)
- ・重症度に応じた助言(家族への教育的支援)
- ・生活環境の改善・権利擁護に向けた調整
- ・介護サービス以外の生活支援サービスなど社会資源の活用

※ 関係機関との連携を図りながら支援する

⑤チーム員会議

(検討内容)

- ・計画の変更やサービス導入等で初期集中支援事業終了の判断

※ 支援終了の基準

支援方針に基づいた支援 チームとしての追行業務について一定程度の目的が達せられた時点で終了となる

⑥引継ぎ

(方法)

- ・自宅への同行訪問
- ・チーム員会議への担当者の参加
- ・チーム員によるケアプラン作成時への参加
- ・チーム員がサービス担当者会議へ参加する

⑦引継ぎ後のサポート

おおむね2か月後に状況確認、その後は状況に応じて実施

(方法)

- ・本人宅に訪問
- ・ケアマネ等からの聞き取り

(内容)

- ・アセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性
- ・家族の負担度
- ・認知症に関する本人の状態像の変化

※ 関係機関との連携

認知症カフェの推進について

- 認知症カフェは、認知症の方、家族、地域の方などが気軽に集まり交流する場であり、ここで情報交換等が進むことで、家族など介護者の負担軽減にもつながる重要なもの。
- 倉敷市では、現在水島地区の3つの高齢者支援センターが4会場で毎月1回開催。茶話会や勉強会、調理実習や脳トレ、3世代交流など特色のある取組が行われており、認知症の方やその家族だけでなく、地域の方も参加され、認知症の理解を深めていただく場となっている。
- この認知症カフェは、医師、歯科医師や地域の団体、行政等の関係者が地域課題等について話し合う地域ケア会議の中で、認知症の方などが集まる場の必要性が明らかになったことから、平成26年1月より開催しているもの。
→ 28年度は市として補助制度(1団体 上限50,000円/年間)を創設し、認知症カフェが市内全域に広がるように取り組む



<水島地区地域ケア会議>

ほっと
オレンジカフェ

みんなで楽しいひとときを過ごしませんか?
お気軽にお立ち寄りください。

◆ ほっとオレンジカフェとは ◆
認知症状がある方、あるいはその家族、地域の方、
医療や介護の専門職が気楽に集まり交流する場です。
詳しくは各センターへお問い合わせください。

・・・お問合せ先・・・

- ◎倉敷市水島高齢者支援センター (Tel: 446-6511)
担当小学校区: 第四福田小・第五福田小・水島小
- ◎倉敷市福田高齢者支援センター (Tel: 455-5132)
担当小学校区: 第一福田小・第二福田小・第三福田小
- ◎倉敷市連島高齢者支援センター (Tel: 444-3200)
担当小学校区: 連島東小・旭丘小・連島神龜小
連島西浦小・連島南小・露丘小



地域ケア会議の委員である水島全地区民生委員児童委員協議会から寄贈された看板がお出迎えます。

認知症サポーターの養成等について

- 市民の方々に認知症のことを知っていただき、予防するとともに、認知症の方や家族を地域で支えられるよう地域での見守りを進めるために、高齢者支援センター等と連携し、養成講座を開催し、認知症サポーターの養成を推進。これまでに約1万8千人以上が受講(H27年度は3000人以上が受講。)
- 認知症サポーターキッズ教室をくらしき市民講座として小学4年生から6年生までを対象に、毎年1回実施。子どもたちも含め地域での見守りを推進。
→ 28年度は実施回数を2回に増やし、子どもたちが認知症のことを知ってもらう機会の拡大を検討。
※ 養成された認知症サポーターの活動をより活発にするため、水島地区の地域ケア会議では、H27年度、認知症マイスターの養成に取り組み、6名のマイスターが認知症カフェやサロン活動を支援。

認知症サポーター養成講座

- ・対象者 地域、職域、学校等において、認知症の人とその家族を支える意欲を持ち、市内に住所を有する者及び市内へ勤務する者
- ・内容 概ね90分程度の講座
(認知症の理解、認知症の方と接し方、認知症サポーターのできること等)
- ・開催場所 (平成27年度)
 - 一般住民 : 町内会、愛育委員会、サロン、民生委員等
 - 企業・地域 : 金融機関、薬局、スーパー等
 - 学校 : 大学

認知症サポーターキッズ教室

- ・対象者 小学校4～6年生
- ・内容 75分間の講義、グループワークを通じて認知症の理解を深める。参加者にはオレンジリングを配布

認知症キャラバンメイト

- ・対象者 行政職員(保健師)、地域包括支援センター職員であって、養成講座を年間3回以上開催が見込める者
- ・内容 6時間の研修
(認知症に関する正しい知識、対応方法、養成講座の展開方法など)



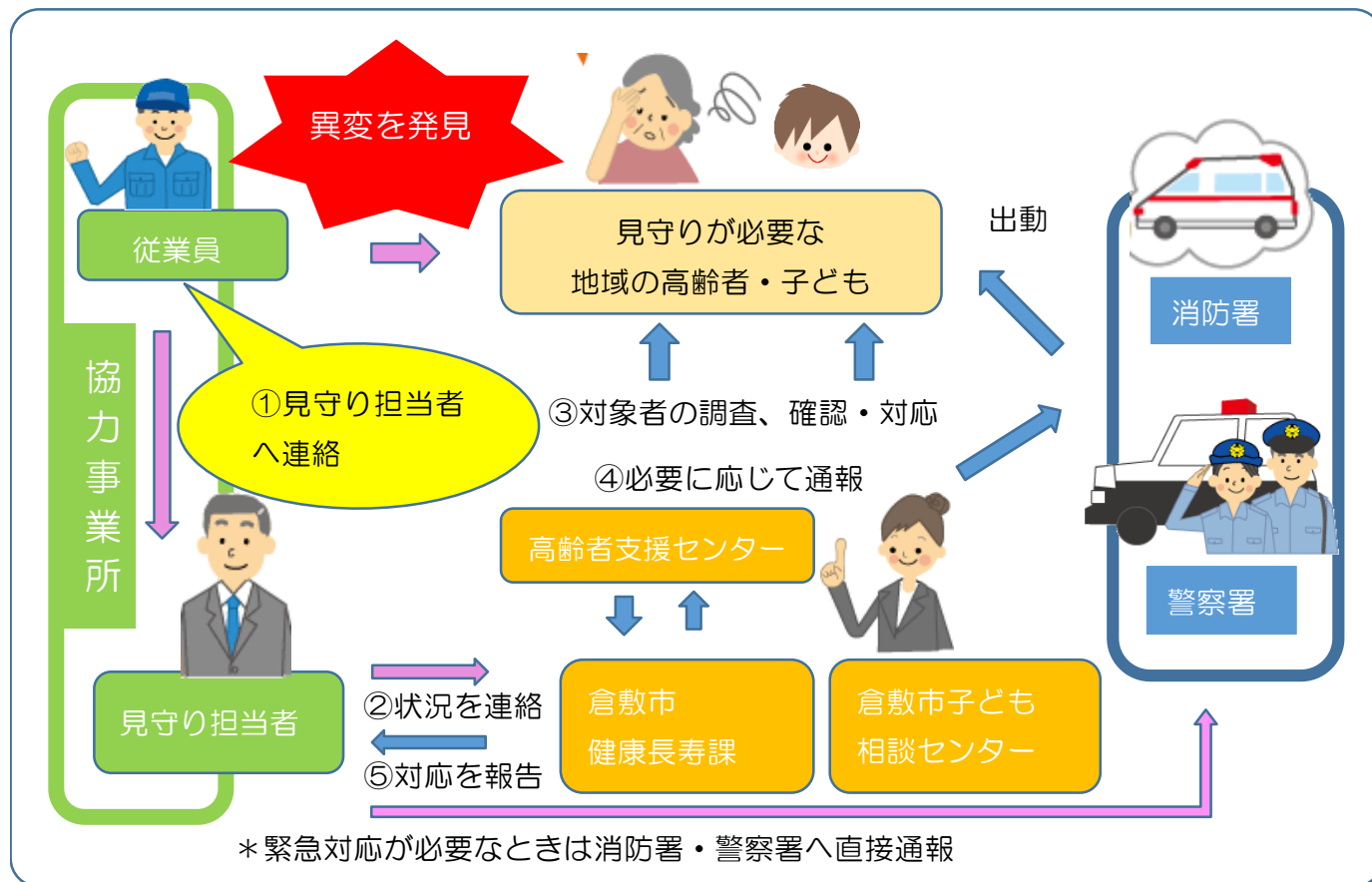
認知症サポーターキッズ教室の様子 (平成26年度)



H27年度は8月1日に開催。定員(30名)以上の申込みがあり、受講後のアンケートによれば、参加した小学生全員が認知症への理解が深まったと回答するなど大変好評だった。これらを踏まえ、平成28年度は取り組みを拡大し、2回(8月6日 AM・PM)開催。

くらしき見守りネットワークの推進について

- 高齢者や子どもなどが地域で安心して暮らせるような地域づくりを進めるため、見守りに協力していただける地域の団体、企業と連携して、「くらしき見守りネットワーク」を構築する予定。地域の子ども・高齢者に何らかの異常を発見した場合に、適切かつ速やかに市役所などに連絡をする。
- この中では、今後認知症の高齢者の方の増加が見込まれることも踏まえ、団体や企業の関係者の方に認知症のことを正しく理解し、見守りを行う認知症サポーターの養成講座を原則として受講いただくことになっている。 ※ 5月19日に26事業者と締結



倉敷もの忘れ・認知症事例検討会について

- 岡山県認知症疾患医療センター(倉敷平成病院、川崎医科大学附属病院)と市が連携して、定期的に事例検討会を開催。医師、看護師、保健師、ケアマネ、臨床心理士、MSWなど毎回50名以上が参加し、多職種の顔の見える関係構築に役立っている。

平成28年4月8日

関係者各位

岡山県認知症疾患医療センター
涌谷陽介(倉敷平成病院)
砂田芳秀(川崎医科大学附属病院)
倉敷市健康長寿課 地域包括ケア推進室

平成28年度 倉敷もの忘れ・認知症事例検討会のご案内

Kurashiki-neurocognitive investigators' conference (Kurashiki-NICO)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

少子高齢化が進むなか、もの忘れ・認知症疾患を有する人と家族への支援の重要性は益々高まっており、もの忘れ・認知症を有する人とその家族が安心して暮らせるコミュニティーを構築する必要性が高まっております。

この課題に対し、倉敷市もの忘れ・認知症事例検討会では、多職種が一堂に会し、顔のみえる関係性を構築する中で、事例を通して問題点を共有し、掘り下げていきたいと考えております。開催日時は以下のとおりです。

皆様のご参加をお待ちしております。

謹白

記

年間計画：第1回 平成28年5月31日(火) 18時30分～20時30分
第2回 平成28年8月下旬予定 18時30分～20時30分
第3回 平成28年11月下旬予定 18時30分～20時30分
第4回 平成29年1月下旬予定 18時30分～20時30分

場 所：くらしき健康福祉プラザ 201研修室
対 象：倉敷市高齢者支援センター、倉敷市役所内関係部署、倉敷市居宅介護支援事業所、関係医療機関、(薬局含む)

問い合わせ先：

倉敷市健康長寿課 地域包括ケア推進室
TEL 086-426-3417 FAX 086-422-2016



認知症疾患医療センター

- ・川崎医科大学附属病院
- ・倉敷平成病院

倉敷市健康長寿課地域包括ケア推進室

合同開催

(参加者)

医師・薬剤師・高齢者支援センター職員・ケアマネ・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・認知症家族の会・行政保健師

- 倉敷市大高地区の若手の女性薬剤師が中心となって「ローズマリーの会～小地域で認知症を支える会～」を結成。
- 認知症が疑われる利用者や家族に調剤している際、「飲めていると言っているが、実際は飲めていないのでは?」「残薬の確認をしたいが自分いきなり自宅に行くわけには…」等の問題を感じ、利用者の現状を把握するために、近くの事業所のケアマネに相談したことがきっかけとなっている。
- 認知症について語り合うケアカフェを定期的開催。薬剤師、ケアマネ、PT、OT、保健師、介護福祉士等の多職種が市外も含め60名程度が参加しており、多職種の顔の見える関係の構築につながっている。
- さらに、お薬手帳にケアマネの名刺をいれることを介護関係者にお願ひし、困った時に薬剤師がケアマネと連携がとりやすい環境整備や高齢者支援センターと連携した認知症サポーターの養成にも努めている。

ケアカフェの様子



ケアマネさんへお願いです!!

利用者さんのお薬手帳に名刺を入れてください!

お薬手帳は医師・歯科医師・薬剤師・看護師のみならず、誰でも見る、書き込めるツールです。

お薬手帳を見ることで、利用者さんの受診状況・服薬内容などを確認できます。

利用者さんの「かかりつけ薬剤師」をみつけるきっかけになります。

お薬手帳の冊子のない方は保険薬局にご相談ください。

お薬手帳



薬剤師がケアマネさんへ患者さんの服用状況(管理ができるのか?飲み込みができるのか?)を確認することができます。薬剤師から薬の情報を発信することができます。

熱中症の季節になりました。経口補水液は薬局でお求めください。



多職種が連携を深めるためのツールについて

○ 医療、介護関係の多職種が連携を深めるためのツールが開発され、現在、運用されている。

(倉敷市健康パスポート)



倉敷市
健康パスポート

____さんの
地域連携クリニカルパス

開始日 平成 年 月 日

Ver. 2014.12

(医療介護連携シート(縦パス・横パス))

記入者:	職種:	≡	連携先:	様	シート① No.1
医療・介護連携シート(縦パス) 【作成日】 平成 年 月 日					
フリガナ	性別	住所		生年月日	年齢
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	歳
入院日	入院日	年	月	日	退院(予定)日
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間		年	月
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あ ()級	障害名()			
入院・入所にかかわる病名(又は症状)					
併存症 既往歴・感染症の有無		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		HBS-Ag <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 HCV-Ab <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 TPHA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明	
アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤: 食物: その他:)					
身体状況	四肢欠損	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [部位: <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他()]			
	麻痺	右:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 左:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重]			
	筋力低下	右:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 左:上肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重] 下肢[<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重]			
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期] <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明			
その他	[失語: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明] [難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] [視力障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり]				
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知症中核症状	日常生活において、[短期記憶: <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す] [意思決定: <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す] (伝達能力: <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障を要す)				
これまでの経過 (詳細は看護要約等、別紙添付でも可)					
ADL等の状況					特記事項
薬	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
食事(栄養)	方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈			
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> その他()			
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
形態	熱量 kcal たんぱく質 g 塩分 g <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト				
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯 上: [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] 下: [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし]				
	残存歯数: <input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 19~10本 <input type="checkbox"/> 9~0本				
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [排尿回数: 回/日]			
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル			
		<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ			
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
便秘	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [排便回数: 日 回]				

タブレットを利用した医療連携事例

(玉島医師会・玉島訪問看護サービスセンター)

<事例>

A氏 40歳 男性 頭部外傷後後遺症

1 ADL

右上肢が動くのみ。嚥下障害が強く、胃ろう造設。会話の内容はある程度理解可能。しかし自発的言語は無い。

2 日常生活自立度 C2

3 訪問看護 週3回(月・水・金)

4 内容 状態の観察・排便コントロール創傷処置・胃ろうの管)

5 訪問診療 2回/月(月曜日)

- 画像を主治医に報告
看護師 → 主治医

申し送り事項

昨日ショートステイから帰宅。
左足第1指が表皮剥離したようだと父親から報告。ガーゼに滲出液汚染あり。悪臭なし。指全体が腫脹、白黄色の排膿あり。潰瘍形成してる。足に触れると痛がる様子がある。
洗浄後モイスキンパットを貼る。

上記の創部をタブレットで撮影。主治医に電話で画像を送ったことを知らせる。



- 主治医 → 看護師

本日往診しました。

左足第1指の創傷に対しては今まで通り、洗浄、モイスキンパットで対応してください。膿も少量ですので、抗生剤などは不要と考えます。

また経過を写真で見せてください。

【実施結果】

タイムリーな画像をみていただけることで正確な情報が確認でき、処置内容の確認ができた。画像を見ていただきすぐに電話での指示を受けることもある。

介護保険主治医意見書予診票について

- 主治医の先生方が、介護保険の要介護認定に必要な主治医意見書を正確に記載することや日常診療の手助けにすることを目的に、倉敷市連合医師会と倉敷市で協議し、倉敷市連合医師会にて作成。
- 日頃の様子や状態をわかる範囲で本人、家族、ケアマネジャー等に記入いただくこととし、本年4月より運用を開始している。

介護保険 主治医意見書 予診票

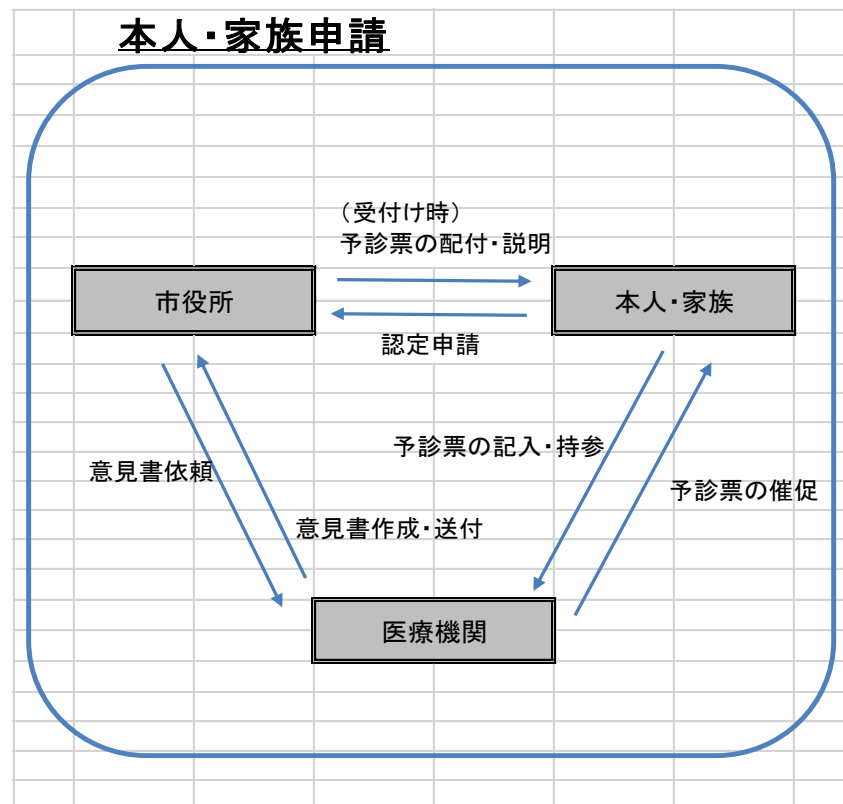
- ・すみやかに医療機関（主治医）に提出してください。
 - ・本人以外のご家族など、日頃の様子が分かっている方がご記入いただいても結構です。
 - ・予診票にて得られた個人情報、主治医が介護認定審査に必要な主治医意見書を作成するためと日常診療の手助けにするためにのみ利用いたします。趣旨をご理解の上、日頃の様子をお書きください。
 - ・主治医意見書は主治医の判断で作成されるものです。予診票はあくまでも参考資料として取り扱います。
 - ・予診票に関するお問い合わせは、まず医療機関（主治医）をお願いいたします。事務的なことは下記でもお答えできる場合があります。
- 倉敷市連合医師会、倉敷市介護保険課

申請者氏名 _____ 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者氏名 _____ 本人との関係 _____

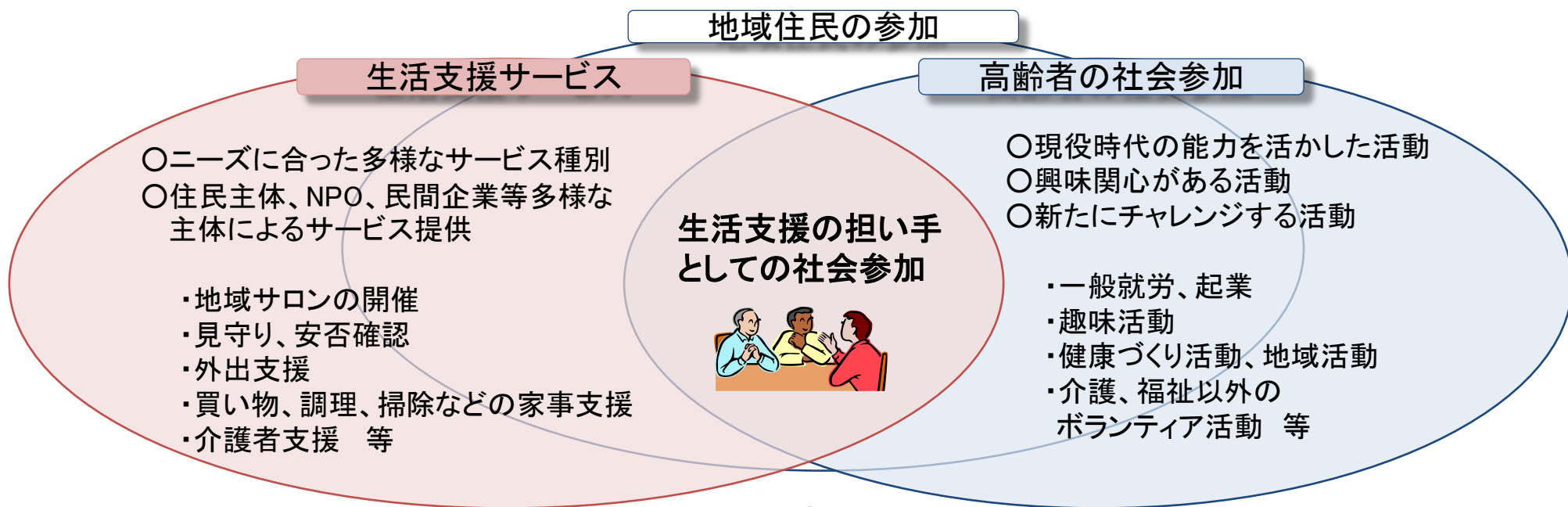
1. 利き腕 右 左 身長 _____ cm
体重 _____ Kg 最近6カ月で：変わらない、_____ kg 増えた、_____ kg 減った
2. 今回の申請は 新規申請 更新申請（定期的） 変更申請（状態変化による）
現在の介護度は 要支援-1 要支援-2
 要介護-1 要介護-2 要介護-3 要介護-4 要介護-5
3. あなたが介護保険を申請した主な理由や、現在困っていることをお書き下さい。
 デイサービスを利用したい 福祉用具をレンタルしたい 住宅改修を利用したい
現在困っていること：
4. 現在利用している介護サービスはありますか？該当にレ印をつけ、回数をお書き下さい。
 デイサービス：() 回/週 デイケア（通所リハビリ）：() 回/週
 訪問看護：() 回/週 訪問リハビリ：() 回/週
 訪問ヘルパー：() 回/週 訪問入浴：() 回/週
 福祉用具レンタル等：○ベッド、○車いす、○歩行者、その他 ()

予診票運用フロー（本人・家族申請の場合）



新しい総合事業を通じた高齢者が元気で活躍できる地域づくりの推進

- 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。
- 多様な生活支援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「生活支援サービスコーディネーター」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

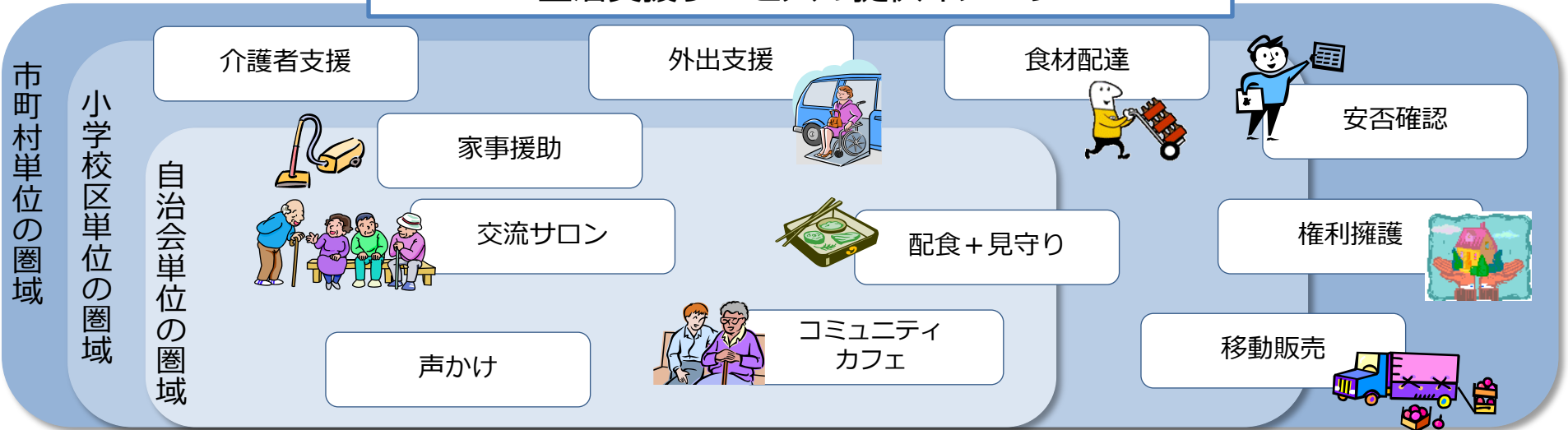
多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○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、協同組合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
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築