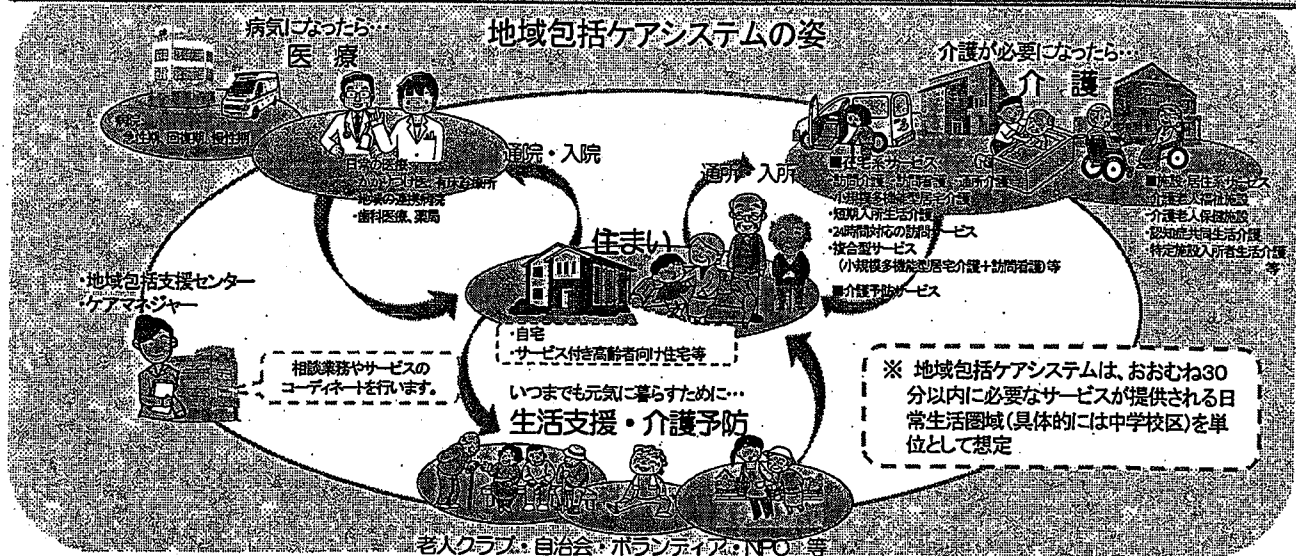


地域包括ケアシステムの構築について

- 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。



介護保険制度の改正案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検討

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)
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、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以上に限定(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

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

給付額の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

- * 保険料見直し、現在5,000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を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円(年金収入で：単身280万円以上、夫婦359万円以上)。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1,000万円超、夫婦2,000万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

- 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

①在宅医療・介護連携の推進

国の動向・制度改正における内容等（国資料等から抜粋）

- ・ 75歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要としていることから、医療と介護の更なる連携が必須である。
- ・ 在宅医療・介護連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められており、今後、在宅医療・介護連携を進めるためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員、介護関係職種といった多職種の連携が重要となる。
- ・ これまで、平成24年度、平成25年度に実施した在宅医療連携拠点事業、地域医療再生基金を財源に行われてきた在宅医療・介護連携の推進に係る事業については、今般の制度改正等に伴い、地域支援事業として市町村業務として位置付けられる予定となっている。

○これまでの取り組み

- ・ 在宅医療については、平成24年度より、在宅医療ネットワーク事業として、10区で医師会と連携し、多職種協働による在宅医療の支援体制の構築につながる連携拠点の整備や在宅医療に携わる多職種研修が実施されてきている。

【平成24年度、平成25年度実績】

- | | |
|------------------|--------------------------|
| ○都道府県リーダー研修 | 養成者：4名（医師） |
| ○地域リーダー研修 | 養成者：50名（医師、看護師、歯科医師、薬剤師） |
| ○多職種人材養成事業 | 参加者：185名 |
| ○在宅医療連携拠点事業 | 2か所（淀川キリスト教病院、東成区医師会） |
| ○在宅医療円滑化ネットワーク事業 | 10区医師会等が実施 |

○平成26年度における取り組み

- ・ 平成26年度においても、大阪府地域医療再生基金事業として、14区医師会等において、在宅医療連携拠点推進事業もしくは、在宅医療連携拠点整備事業の取り組みが予定されている。

○今後の方向性

- ・ 地域包括ケアシステムの構築に不可欠な在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護士等の医療・介護従事者が、互いの知識を活用し、チームで患者・家族を支えていく体制を整えることが重要となる。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向け、各区の主体性や自主性に基づき、各区の特性に応じたシステムを構築していく。

②認知症施策の推進

国の動向・制度改正における内容等（国資料等から抜粋）

- ・ 認知症高齢者が、今後、急速に増えていくことが見込まれていることから、厚生労働省にて策定した「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」（平成24年9月5）に盛り込まれた認知症高齢者に対する支援を着実に実施していく必要がある。
- ・ 今般の制度改正等に伴い、「認知症施策の推進」は、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のための施策として位置付けられている。
- ・ 認知症初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断、早期対応等を円滑に実施するため、「認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業」を地域支援事業として位置付け、認知症高齢者が地域において自立した日常生活を送ることができる社会の実現を目指す。

○これまでの取り組み

- ・ 本市における「認知症施策」については、第5期計画においても重点的取り組みと課題と位置づけ、各種施策を推進してきている。
- ・ 第5期計画の進捗に示すとおり、認知症の市民理解を深めるための「認知症サポーター養成事業」の推進、認知症の早期発見・早期対応のための医療・介護にかかる人材の養成及び研修事業の推進、また、特に認知症高齢者支援に焦点を当てて、医療・介護・福祉の連携の強化に資する事業等を推進してきている。

○平成26年度における取組み

- ・ 平成26年度においても、第5期計画やオレンジプランに位置付けられた各種施策を推進している（平成26年度取り組みの内容は、別紙のとおり）。
- ・ また、平成26年度から、「認知症初期集中支援チームのモデル事業」を、市内1箇所の地域包括支援センターにおいて実施することとしている（認知症初期集中支援チームモデル事業の概要は、別紙のとおり）。

○今後の方向性

- ・ 全国的に、認知症高齢者の急速な増加が推計されており、引き続き、医療と介護・福祉の連携の強化を図り、認知症支援を担う医療・介護の人材の育成に取り組む必要がある。
- ・ 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指し、オレンジプランに掲げられた各種施策を踏まえ、標準的な認知症ケアパスの作成・普及や、日常生活や家族の支援の強化等に向けた検討を行う。
- ・ 「認知症初期集中支援チーム」については、平成26年度にモデル事業（市内1箇所）を実施しており、今後の事業の展開を検討する。

平成26年度 認知症高齢者支援の取組みについて

～地域における医療と介護の連携を中心として～

①認知症等高齢者支援地域連携事業

認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う認知症サポート医と日頃から受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）と地域包括支援センターを核として、各区における認知症高齢者支援ネットワークづくりを進めてきた事業を統合し、引き続き連絡・相談会の場を設け、認知症サポート医との連携体制を継続的に深めるとともに、その内容を関係機関・市民等に周知するため啓発事業を行う。

②認知症医療支援事業

（１）かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

かかりつけ医に、適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する研修を実施することにより、認知症サポート医の連携の下、地域包括支援センターなどの関係機関と連携を図るなど、医療と介護が一体となり認知症の人への支援体制の構築を目指す。

（２）認知症サポート医養成研修

認知症にかかる支援体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成を行う。

（３）認知症サポート医フォローアップ事業

認知症サポート医などの連携強化を図るとともに、認知症サポート医のフォローアップ研修等を実施し、認知症の人への支援体制の充実・強化を図る。

（４）認知症地域医療支援研修事業

市内の基本保健医療圏（４圏域）ごとに、過去にかかりつけ医認知症対応力向上研修等を受講したかかりつけ医等を対象に、認知症の早期段階でのケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携、介護サービスに関する知識、権利擁護制度など、地域の認知症介護サービス諸機関との連携の強化につながる内容の研修を実施する。

③認知症緊急対応事業

在宅の認知症高齢者が、BPSD（暴力行為・異食行為など）が強く出ることにより、在宅での生活が困難となった場合に専門医療機関での緊急の一時入院を行う。認知症高齢者の緊急時の入院受け入れ先の調整・確保は非常に困難であるため、事前に認知症の治療が可能な専門医療機関と契約を行い病床の確保を行う。また、本事業が認知症地域ケアの一環としての最終的なセーフティーネットとなることで、認知症高齢者が安心して在宅生活を送ることが可能となり、家族・介護者の精神的負担も軽減される。

④認知症疾患医療センター運営経費

H26.4 健康局から事務移管

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、「認知症疾患医療センター」を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する。

⑤認知症対策連携強化事業

認知症疾患医療センターとして指定された３病院（大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院）と、地域包括支援センター（66箇所）との連携を図るため、市内を３エリアに分割して認知症地域支援推進員と嘱託医（認知症サポート医）を配置し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の更なる強化を図る。

⑥認知症初期集中支援チームモデル事業（新規）

※H26補正予算

平成27年度以降の市内全域での必須事業化に先立ち、効果的・効率的な事業実施に不可欠な実践・検証を行うため、平成26年度は一部地域を対象に「認知症初期集中支援チームモデル事業」を先駆的に実施し、早期発見・早期診断・早期対応のための支援体制整備を進める。

⑦認知症介護研修事業

介護を提供する事業所を管理する者や実務者等に認知症高齢者の介護に関する専門的な研修を実施することにより、認知症高齢者の介護サービスの技術向上を図る。

⑧認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業

大阪市立弘済院が認知症の専門医療機能と専門介護機能の一体的な提供によりこれまで培ってきたノウハウを活用し、医療職員等へ専門的技術や知識を研修等を通じて伝達する。

⑨高齢者相談支援サポート事業

（１）相談支援事業

地域包括支援センター等に対して、認知症をはじめ、複合的な課題を抱える対応の難しい個別具体事例への支援方法について、専門的かつ総合的な助言・指導を行う。

（２）認知症サポーター等養成事業

認知症を正しく理解してもらい、認知症の人や家族を温かく見守る応援者である認知症サポーターを養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちを目指す。また、認知症サポーターの講師役となるキャラバンメイトを養成する。

平成25年度 認知症高齢者支援の主な取組み実績について

①認知症等高齢者支援地域連携事業

市内全区で医療と介護・福祉のネットワークの連携を定着させるため、研修会等を市域全体で60回開催

②認知症医療支援事業

(1) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

かかりつけ医101名修了(平成18年～25年度 計783名修了)

(2) 認知症サポート医養成研修

認知症サポート医養成 5名修了(25年度末累計 計52名修了)

(3) 認知症サポート医フォローアップ事業

認知症サポート医149名修了(平成23～25年度 370名修了)

(4) 認知症地域医療支援研修事業

かかりつけ医206名修了(平成25年度新規事業)

③認知症緊急対応事業

平成26年2月から1医療機関に病床1床を確保

④認知症疾患医療センター運営経費

H26.4 健康局から事務移管

認知症疾患医療センター3病院(大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院)を運営

⑤認知症対策連携強化事業

認知症地域支援推進員3名を配置

⑥認知症初期集中支援チームモデル事業(新規)

※H26補正予算

別紙資料参照

⑦認知症介護研修事業

(1) 認知症介護実践者等養成研修

実践リーダー研修修了者数 31名

実践者研修修了者数 385名

認知症介護指導者養成研修修了者数 3名

フォローアップ研修修了者数 1名

(2) 地域密着型サービス認知症介護研修

認知症対応型サービス事業開設者研修修了者数 15名

認知症対応型サービス事業者管理者研修修了者数 128名

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了者数 77名

⑧認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業

施設看護師対象研修参加者 10名

専門職向け研修参加者 431名

認知症の医療・介護に関わる専門職のためのケアマニュアルを発行 2,300冊

⑨高齢者相談支援サポート事業

(1) 相談支援事業

相談件数1,806件

ケース会議(地域ケア会議等)参加件数57件

研究会(講演会等)8件

地域包括支援センター等への訪問、事業周知活動26件

(2) 認知症サポーター等養成事業

キャラバンメイト養成人数 223名(平成19～25年度 計 1,663名)

認知症サポーター養成人数 15,693名(平成19～25年度 計 93,198名)

認知症初期集中支援チームモデル事業概要

医療・介護・福祉専門職と専門医で構成する「認知症初期集中支援チーム」(※1)を地域包括支援センターに設置し、認知症の早期発見・早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築するモデル事業を実施。

平成27年度以降の市内全域での認知症初期集中支援推進事業の包括的支援事業への移行に先立ち、平成26年度は地域支援事業任意事業として、一部地域(東淀川区)を対象に先駆的に実施する。

1. 事業名

認知症初期集中支援チームモデル事業(介護保険地域支援事業任意事業)

2. 経費

10,000千円

(1号保険料21% 国庫補助金39.50% 府補助金19.75% 一般会計繰入金19.75%)

3. 事業目的

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のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。(市町村認知症施策総合推進事業実施要綱より)

4. 事業内容

① 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

支援チームの設置及び活動状況等について検討する場

② 普及啓発推進事業

地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行う

③ 認知症初期集中支援の実施

「認知症初期集中支援チーム」を配置し、次のことを行う。

㊦ 訪問支援対象者(※2)の把握 ㊦ 情報収集 ㊦ アセスメント ㊦ 初回家庭訪問の実施

㊦ チーム員会議の開催 ㊦ 初期集中支援の実施 ㊦ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携 ㊦ 初期集中支援の終了とその後のモニタリング ㊦ 初期集中支援に関する記録

※1 「認知症初期集中支援チーム」

- ・地域包括支援センターに配置
- ・医療保健福祉専門職2名及び専門医1名の計3名以上
- ・認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、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チーム。

※2 「訪問支援対象者」

- ・認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - ・継続的な医療サービスを受けていない者
 - ・適切な介護保険サービスに結び付いていない者 など
- 支援ケース数は50ケース以上とする。

5. スケジュール

平成26年6月	委託事業者決定
平成26年7月	実施者対象必須研修(DASC研修)参加・認知症初期集中支援チーム実働開始・普及啓発推進事業開始
平成27年3月	モデル事業終了
平成27年4月以降	本格実施予定