


平成 25 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護保険の保険者機能強化に関する調査研究

報告書

平成 26(2014)年 3 月

 三菱UFJリサーチ&コンサルティング
MUFG

< 目 次 >

| | | |
|-----|---|----|
| 第1章 | 本調査研究の実施概要 | 1 |
| 1. | 調査研究の背景と目的 | 1 |
| 2. | 本調査研究事業の内容と方法 | 2 |
| (1) | 研究委員会・ワーキンググループの設置 | 2 |
| (2) | 事例調査 | 3 |
| (3) | 広島県における試行調査 | 4 |
| (4) | シンポジウム | 5 |
| 3. | 調査実施体制 | 6 |
| 第2章 | 保険者機能評価に関するこれまでの経緯 | 7 |
| 第3章 | 調査結果 | 11 |
| 1. | 事例調査 | 11 |
| (1) | 東京都武蔵野市 | 11 |
| (2) | 福岡県大牟田市 | 13 |
| (3) | 鹿児島県薩摩川内市 | 15 |
| 2. | 広島県における試行調査 | 17 |
| (1) | 試行調査で用いた「保険者機能評価指標（素案：試行版）」について | 17 |
| (2) | 評価指標別調査結果 | 19 |
| 3. | 試行調査結果を踏まえた「評価指標項目」についての検討 | 27 |
| 4. | 保険者機能評価指標（暫定版） | 29 |
| 第4章 | シンポジウム | 55 |
| 1. | 実施内容（プログラム） | 55 |
| 2. | 会場アンケート | 56 |
| (1) | シンポジウムの満足度 | 56 |
| (2) | シンポジウムについての意見・感想 | 56 |
| (3) | 「地域包括ケアシステム」の構築において、保険者が今後取り組むべきこと | 57 |
| (4) | 「地域包括ケアシステム」構築において、保険者に期待すること、期待されていること | 59 |
| 資料編 | | 61 |
| | ・広島県における試行調査結果（詳細版） | |
| | シンポジウム資料 | |
| | ・地域包括ケア時代の保険者の役割と評価 | |

第1章 本調査研究の実施概要

1. 調査研究の背景と目的

各自治体は、今後、それぞれの地域の特性を活かして地域包括ケアシステムを構築していくことが求められるが、現段階において、市町村が介護保険の保険者として、また高齢者福祉の主体である自治体として、どのような機能を果たすべきかについては、十分に共通な理解がされておらず、いわば、自治体では試行錯誤がなされている段階といえる。

また、先進的な保険者機能に対する自治体独自の取り組みはあるものの、これらの普遍化・一般化は困難な状況にある。

保険者機能に関する分析的な枠組みについては、「平成 23 年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業（立教大学）」（以下「平成 23 年度調査」という。）が実施されている。

平成 23 年度調査では、地域包括ケアシステム構築に関する保険者評価シートを開発した。また、平成 21 年度に実施した調査のデータ（有効回答 290 自治体）を用いて、評価項目の妥当性の検討を行い、保険者スコアを算出し、自治体（保険者）を 4 つに類型化した。最もスコアの高い「グループ①」に該当するのは 51 自治体であったが、これらのグループの中には、訪問調査によって実際には地域包括ケアシステムの構築がさほど進んでいない保険者も含まれていることが明らかになった。回答者である保険者において、「保険者機能」の評価項目の指し示す具体的な内容に関する理解や意識に差がみられることが推察された。

本事業では、平成 23 年度調査の評価項目（12 項目）が示す内容について、改めて学識経験者や自治体職員によるエキスパートレビューを行い、具体的な保険者機能の「あるべき姿」を検討・精査し、「保険者機能評価指標（暫定版）」を作成することとした。

具体的には、保険者機能評価指標（暫定版）の各項目には、評価者がより正確に項目の意図する内容を理解できるような解説を付し、より正確な評価が可能になるものを目指した。最終的には、解説文を付した保険者機能評価項目（暫定版）は最終的に、保険者がその機能を改善しようとする際のガイドブックとして活用されることを目指している。

さらに、本事業では、作成した保険者機能評価項目（暫定版）について、保険者・自治体関係者の活用に供することを目的に、シンポジウムを開催し普及を図ることとした。

2. 本調査研究事業の内容と方法

本調査研究の全体構成は以下の通りである。

- ①研究委員会・ワーキンググループの設置・運営、②事例調査、③広島県における試行調査、④研究会の成果を広く周知するためのシンポジウムの4つのパーツから構成される。

(1) 研究委員会・ワーキンググループの設置

1) 研究委員会

地域包括ケアシステム・保険者機能のあり方について検討するため、学識経験者4名、自治体関係者2名による研究委員会を設置し、会議を開催した。

本研究委員会は、保険者機能の検討を行うことから、基本的には、介護保険制度の文脈で整理されるものの、高齢化課題への対応として、介護保険制度のみを単体として取り扱うことは適当ではなく、地域包括ケアシステムの構築と組み合わせることで検討することが重要であるという認識の下に検討を行った。

<研究委員会 委員名簿>

(五十音順、敬称略) ◎：座長

| | |
|----------|-------------------------|
| 柿元 美津江 | 鹿児島純心女子大学 看護栄養学部看護学科 教授 |
| 笹井 肇 | 武蔵野市健康福祉部長 |
| 高橋 紘士 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |
| ◎筒井 孝子 | 国立保健医療科学院 統括研究官 |
| 東内 京一 | 和光市保健福祉部長 |
| 中澤 伸 | 社会福祉法人いきいき福祉会 副総合施設長 |
| (オブザーバー) | |
| 大塚賀 政昭 | 国立保健医療科学院 協力研究員 |
| 篠田 浩 | 厚生労働省老健局総務課 課長補佐 |
| 茅野 泰介 | 厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係 |

2) ワーキンググループ

平成23年度調査の評価項目が示す内容の「あるべき姿」について具体的に検討し、回答の判断基準を明らかとするために、学識経験者3名、自治体関係者4名によるワーキンググループを設置し、会議を開催した。検討結果をとりまとめ、保険者機能評価指標（暫定版）を作成した。

<ワーキンググループ 委員名簿>

(五十音順、敬称略) ◎：座長

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 阿部 剛 | 和光市保健福祉部 社会保障制度改革推進プロジェクトチーム チームリーダー |
| 梅本 政隆 | 大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 地域包括支援センター担当 |
| 唐木 美代子 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 |
| ◎筒井 孝子 | 国立保健医療科学院 統括研究官 |
| 中澤 伸 | 社会福祉法人いきいき福祉会 副総合施設長 |
| 森安 東光 | 武蔵野市健康福祉部 高齢者支援課長 |
| 米 芳久 | 練馬区区民生活事業本部 産業経済部経済課長 |

(オブザーバー)

大冢賀 政昭

国立保健医療科学院 協力研究員

篠田 浩

厚生労働省老健局総務課 課長補佐

茅野 泰介

厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係

3) 開催経緯

| 回数 | 開催日時・場所 | 議題 |
|------------------------|--|--|
| 第1回 WG | 平成 25 年 12 月 10 日 (火) 19 時～21 時 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 会議室 | ・事業実施概要について ・保険者機能を評価する 12 項目の「あるべき姿」について |
| 第1回 研究委員会 第2回 WG | 平成 26 年 1 月 6 日 (月) 19 時～21 時 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 会議室 | ・事業実施概要について ・保険者機能を評価する 12 項目の「あるべき姿」について ・保険者機能評価指標の各項目について ・第1回 WG での議論について |
| 第2回 研究委員会 第3回 WG | 平成 26 年 2 月 19 日 (水) 19 時～21 時 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 会議室 | ・広島県での試行結果について ・保険者機能評価指標 (案) について ・事例調査結果について |
| 第3回 研究委員会 第4回 WG | 平成 26 年 3 月 10 日 (月) 19 時～21 時 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 会議室 | ・保険者機能評価指標 (案) について ・シンポジウムについて |

※情報共有とより効率的・効果的な議論のため、委員との相談の上、研究委員会はワーキンググループとの合同開催とした。

(2) 事例調査

1) 調査目的

保険者機能を評価する指標の検討の参考とするため、平成 23 年度調査及び研究会の議論をもとに先進的な自治体を選定し、事例調査を実施した。具体的には、平成 23 年度調査でスコアが高く、「法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者」のグループとして分類された 51 自治体等から選定した。インタビュー調査は、半構造化方法を用いたインタビューを採用した。

2) 調査対象

東京都武蔵野市、福岡県大牟田市、鹿児島県薩摩川内市

3) 調査方法

訪問ヒアリング

4) 調査実施時期

平成 26 年 2 月

5) 調査内容

主な調査内容とインタビューの視点は以下の通りである。

(主な調査内容)

- ・ 事業計画・政策立案の状況
- ・ 地域連携の仕組みづくり
- ・ 地域包括支援センター職員への支援
- ・ 介護支援専門員への支援等
- ・ 高齢者虐待等の対応
- ・ 平成 23 年度の評価項目について

(インタビューにおける共通の視点)

- ・ それぞれの事項において強化がすすめられた背景・契機
- ・ それぞれの事項を推進するにあたって、得られた協力（地域資源）
- ・ それぞれの事項を推進する際の前提条件を何と考えているか
- ・ それぞれの事項が達成された基準となるメルクマールが示せるか
／等

(3) 広島県における試行調査

1) 実施目的

研究委員会・ワーキンググループで検討した保険者機能の評価項目案をさらに精査するため、広島県が主催する市町会議において、県内の 23 市町に評価の試行調査への参加を依頼した。試行結果は、第 2 回研究委員会第 3 回ワーキンググループの会議に提示した上で、保険者機能評価項目の再検討に活用した。

2) 対象

広島県内の市町（23 市町）の行政関係者（高齢者介護関係課職員、及び地域包括支援センター職員など）

3) 開催会場、日時

広島県が主催する「地域包括ケアロードマップ作成にかかる第五回市町会議」において実施。

| 会場 | 開催日時 |
|-----------------------|------------------------------------|
| 広島市東区地域福祉センター 3 階大会議室 | 平成 26 年 1 月 24 日（金）13 : 30-16 : 30 |

4) 実施方法

参加者（広島県内の市町職員）に対しては、保険者機能評価項目（暫定版）を配布した上で、ファシリテーターより、保険者機能評価項目の開発経緯や、保険者機能の定義や、評価の意味について解説した。その上で、各評価項目の定義を解説し、市町会議の場で参加者各自の視点から自らの保険者の機能の評価を依頼した（この際、回答は、職員の個人的な視点から選択とした）。全項目の解説に基づき、全体の構造について理解を深めた上で、保険者評価指標（暫定版）を各保険者に持ち帰り、約 1 週間で、各保険者としての最終回答の取りまとめを依頼した。

(4) シンポジウム

1) 開催目的

研究委員会の検討の成果を広く周知するため、平成26年3月、全国3か所（東京・大阪・福岡）でシンポジウムを開催し、これからの保険者に期待される役割、保険者機能評価指標（暫定版）について、具体的な取組み事例を紹介しつつ、解説した。

2) 対象

自治体関係者、介護保険サービス事業者、病院・診療所関係者 / 等

3) 開催会場、日時

以下の3会場にてシンポジウムを開催した。

| | 会場 | 開催日時 |
|------|--------------|--------------------------|
| 福岡会場 | アクロス福岡 国際会議場 | 平成26年3月18日（火）10:00-12:30 |
| 大阪会場 | サンケイホールブリーゼ | 平成26年3月19日（水）10:00-12:30 |
| 東京会場 | ヤクルトホール | 平成26年3月24日（月）10:00-12:30 |

4) シンポジウムタイトル

「地域包括ケア時代の保険者の役割と評価」

5) 実施内容（プログラム）

実施内容は以下の通りである。三部構成とし、保険者機能のあり方及び保険者機能評価指標の解説、具体的な事例まで網羅的に情報提供をおこなった。

| 内容 | 講師 |
|--|--|
| (第1部) 『これからの保険者に期待される役割 －保険者機能評価指標の解説』 | (福岡会場、東京会場) 筒井孝子氏（国立保健医療科学院統括研究官） 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (大阪会場) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 |
| (第2部) 『保険者の取組事例の紹介』 | (福岡会場) 柿元美津江氏（鹿児島純心女子大学看護栄養学部 看護学科 教授） |
| (第3部) 『パネルディスカッション』 | 梅本政隆氏（大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 地域 包括支援センター担当） (大阪会場) 柿元美津江氏（鹿児島純心女子大学看護栄養学部 看護学科 教授） 新田成剛氏（大牟田市保健福祉部長寿社会推進課主査） 阿部 剛氏（和光市保健福祉部 社会保障制度改革推進 プロジェクトチームリーダー、東内京一氏代理） (東京会場) 笹井 肇氏（武蔵野市健康福祉部長） 阿部 剛氏（和光市保健福祉部 社会保障制度改革推進 プロジェクトチームリーダー、東内京一氏代理） |

6) 告知方法、申込み方法

① 告知方法

- ・ 介護事業関連団体に対する案内、および広報の依頼
- ・ WAMNETへの開催案内の掲載

② 申込み方法

専用ホームページを開設し Web 上で申込み

7) 申込み者数、参加者数

シンポジウムへの申込み者数、および参加者数は以下の通りである。

| | 申込み者数 (各会場の開催日の前日分迄) | 参加者数 |
|------|-------------------------|-------|
| 福岡会場 | 125 人 | 91 人 |
| 大阪会場 | 138 人 | 87 人 |
| 東京会場 | 184 人 | 113 人 |

3. 調査実施体制

| 氏名 | 所属・役職 |
|-------|--------------------------------------|
| 岩名 礼介 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 主任研究員 |
| 小川 美帆 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 主任研究員 |
| 家子 直幸 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 副主任研究員 |
| 清水 孝浩 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 副主任研究員 |
| 鈴木 俊之 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 副主任研究員 |
| 齋木 由利 | 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 研究員 |

第2章 保険者機能評価に関するこれまでの経緯

「地域包括ケアシステム」の構築に関する調査研究として、平成 20 年度以降、地域包括支援センターやこれを設置する保険者（自治体）の評価に関する研究が行われた。

これらの研究の中で、地域包括支援センターの職員の活動は、設置主体である保険者（自治体）の方針によって大きく異なり、ばらつきがあることが明らかにされた。

＜地域包括支援センターや保険者（自治体）の評価に関する調査研究（平成 20 年度～）＞

- ・平成 20 年度「地域包括支援センターの評価に関する研究」（立教大学、研究代表者 高橋紘士）
- ・平成 21 年度「包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究」（立教大学、研究代表者 高橋紘士）
- ・平成 22 年度「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究」（国際医療福祉大学、研究代表者 高橋紘士）
- ・平成 23 年度「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」（主任研究者：川村仁弘、分担研究者：高橋紘士、筒井孝子）

そこで、地域包括ケアシステム構築のためには、その基盤となる「保険者機能（相互扶助を社会化した介護保険制度の運営に関わる保険者が自律的に果たす役割）」が重要であるとの認識の下、「平成 21 年度老人保健健康増進等事業 包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究」（立教大学、研究代表者 高橋紘士）（以下「平成 21 年度調査」という。）において、7 分類 40 項目の「保険者機能評価項目」が開発された。また、この保険者機能評価項目を用いて全国調査を実施したところ、保険者（自治体）によって保険者機能には大きな差がみられることが明らかになった。

その後、「平成 23 年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」（主任研究者：川村仁弘、分担研究者：高橋紘士、筒井孝子）（平成 23 年度調査）では、①平成 21 年度調査の全国調査の回答率、②平成 24 年度介護保険改正により新たに付加された保険者機能、③海外の研究成果を参考に、エキスパートレビューにより、5 分類 24 項目の新しい保険者機能評価項目が選定され、現行法令・通知に明確な根拠とともに提示された。

保険者機能評価項目の開発

| | 保険者機能評価のためのカテゴリ | 平成 21 年度調査 票項目数 | 平成 23 年度評価 項目数 |
|---|---|--------------------|-------------------|
| 1 | 「事業計画・政策立案の状況」 | 7 | 5 |
| 2 | 「地域連携の仕組みづくり」 | 5 | 2 |
| 3 | 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」 | 4 | 3 |
| 4 | 「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」 | 5 | 8 |
| 5 | 「介護サービス事業者支援」 | 6 | |
| 6 | 「サービスの苦情・相談体制」 | 4 | 6 |
| 7 | 「高齢者虐待対応・権利擁護対応・やむを得ない事由による措置・成年後見制度関連」 | 9 | |
| | 合計 | 40 | 24 |

（資料）筒井座長ご提供資料

選定された項目と法令・通知の対応（１）

| | 設問 | 法令・通知 |
|------|--|---|
| 問1 | 「事業計画・政策立案の状況」 | |
| 1-1) | 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 (※ここでは財政運営上、計画(見込み)に対して給付状況(現状)がどう推移しているかを点検しているかお尋ねしています。) | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二、四、3 |
| 1-2) | 介護保険給付状況の分析を行っていますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二、二、1 |
| 1-3) | 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。 (※部内資料であっても推計していただければ「1. はい」とお答えください。) | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一、二 |
| 1-4) | 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針を検討していますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一、二(1-3)に同じ |
| 1-5) | 高齢者のニーズに応じた自治体(保険者)独自の施策(一般財源事業)やサービスがありますか。 | 介護保険法第5条第3項(今回の改正で追加) |
| 問2 | 「地域連携の仕組みづくり」 | |
| 2-1) | 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。 | 地域包括支援センター運営協議会について、介護保険法第115条の45第4項(改正前条文)、介護保険法施行規則第140条の66第4項。個別ケース担当会議(地域ケア会議)及び地域全体の連携推進のための会議については、介護保険法第115条の46第5項(今回の改正で新設) |
| 2-2) | 自治体(保険者)として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携バス(医療連携バス)の仕組みがありますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二、二、二、8 |
| 問3 | 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」 | |
| 3-1) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センター(プランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。 | 介護予防支援事業所としては、介護保険法第115条の26 |
| 3-2) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センター(プランチ・サブセンター含む)からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。 | |
| 3-3) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。 | |

選定された項目と法令・通知の対応（２）

| | 設問 | 法令・通知 |
|------|---|--|
| 問4 | 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「介護サービス事業者支援」 | |
| 4-1) | 介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等を設置していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-2) | 自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。 | 同上 |
| 4-3) | 自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。 | 介護サービス計画の検証：介護保険法第115条の44の五 |
| 4-4) | 介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。 | 地域包括支援センターの設置運営について(老健局3課長通知): 2(4)(ウ)(エ)、4(1)④ |
| 4-5) | 自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-6) | 自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-7) | 自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。 | ○包括の周知: 地域包括支援センターの設置運営について(通知)9 ○成年後見周知: 地域支援事業の実施について(局長通知) |
| 4-8) | 自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。 | |
| 問5 | 高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連 | |
| 5-1) | 自治体(保険者)として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」(平成18年4月厚生労働省老健局)だけでなく、その内容を補完するような自治体(保険者)独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。 | 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(以下、高齢者虐待防止法)第3条・第16条、国マニュアルP 17~22 |
| 5-2) | 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。 | 同上 |
| 5-3) | 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。 | 同上 |
| 5-4) | 高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。 | 高齢者虐待防止法第10条 |
| 5-5) | 成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。 | 高齢者虐待防止法第9条、高齢者虐待防止法第28条、老人福祉法第32条、老人福祉法第32条の2 |
| 5-6) | 老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成22年度の件数をお答えください。 | 高齢者虐待防止法第9条 |

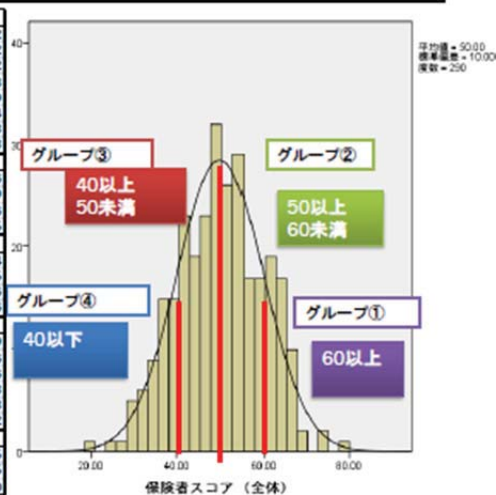
(資料) 筒井座長ご提供資料

更に、全国の保険者（自治体）における新しい保険者機能評価項目への回答傾向の分布を明らかにし偏差値化した上で、4分類したところ、最もスコアの高い「グループ①」に該当するのは51自治体であった。調査チームはこれらのスコアの高い自治体を実際に訪問して、具体的な保険者機能について聞き取り調査を実施したものの、中には、実際には地域包括ケアシステムの構築が進んでいない自治体が含まれていたことが明らかになった。

選定された項目を用いた傾向分析

保険者機能5分類24項目の回答傾向を偏差値化し、その数値を臨床的なグループ区分に依り、4分類した。

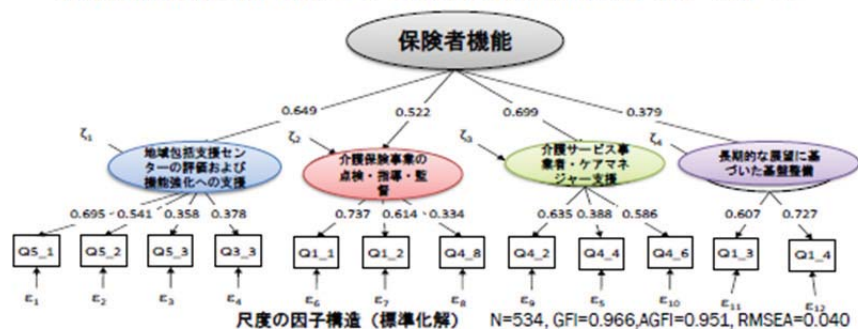
| 種類 | スコア | N | % |
|--------|-------|-----|------|
| グループ④ | 19.75 | 1 | 0.2 |
| | 24.67 | 1 | 0.2 |
| | 27.13 | 1 | 0.2 |
| | 29.59 | 5 | 0.8 |
| | 32.05 | 6 | 0.9 |
| | 34.51 | 9 | 1.4 |
| グループ④計 | 36.97 | 15 | 2.3 |
| | 39.43 | 15 | 2.3 |
| | | | |
| グループ③ | 41.89 | 23 | 3.6 |
| | 44.35 | 19 | 2.9 |
| | 46.81 | 23 | 3.6 |
| グループ③計 | 49.27 | 32 | 5 |
| | | | |
| グループ② | 51.73 | 26 | 4 |
| | 54.19 | 29 | 4.5 |
| | 56.65 | 17 | 2.6 |
| | 59.11 | 17 | 2.6 |
| グループ②計 | | 89 | 30.7 |
| | | | |
| グループ① | 61.57 | 19 | 2.9 |
| | 64.03 | 17 | 2.6 |
| | 66.49 | 10 | 1.6 |
| | 68.95 | 2 | 0.3 |
| | 73.87 | 2 | 0.3 |
| | 78.79 | 1 | 0.2 |
| グループ①計 | | 51 | 17.6 |
| | | | |
| 有効計 | | 290 | 45 |
| 欠損値 | | 355 | 55 |
| 合計 | | 645 | 100 |



老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業（立教大学）」，平成23年度研究報告書，2012.3

(資料) 筒井座長ご提供資料

共分散構造分析による保険者機能の因子モデル



尺度の因子構造 (標準化解) N=534, GFI=0.966, AGFI=0.951, RMSEA=0.040

| 因子名 | 項目名 |
|--------------------------|---|
| 地域包括支援センターの評価および機能強化への支援 | Q5-1) 自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。 |
| | Q5-2) 高齢者虐待や認知症に関する関係機関との連絡・連携組織を構築していますか。 |
| | Q5-3) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。 |
| 介護保険事業の点検・指導・監督 | Q1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 |
| | Q1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。 |
| | Q4-5) 自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監督を行っていますか。 |
| 介護サービス事業者・ケアマネジャー支援 | Q4-2) 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に主催していますか。 |
| | Q4-4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を巻き込んだケア会議やカンファレンスを開催していますか。 |
| | Q4-6) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。 |
| 長期的な展望に基づいた基盤整備 | Q1-3) 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の増減を推計していますか。 |
| | Q1-4) 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者層に対応する自治体（保険者）としての介護支援整備方針を検討していますか。 |

筒井孝子，東野定偉，地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発，保健医療科学 2012；6(2):104-112

(資料) 筒井座長ご提供資料

<平成 23 年度調査の評価項目（12 項目）>

【中長期的な展望に基づいた基盤整備】

- ・2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。
- ・2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。

【介護サービス事業者・ケアマネジャー支援】

- ・自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に開催していますか。
- ・自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修を定期的に開催していますか。

【介護保険事業の点検・指導・監督】

- ・介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。
- ・介護保険給付状況の分析を行っていますか。
- ・自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監督を行っていますか。

【地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援】

- ・自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。
- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。
- ・高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。
- ・高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。
- ・自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。

保険者評価項目への回答は、自己評価で行われており、適切な評価を実施するためには、質問の内容や狙いについて十分に理解した上で回答することが前提になる。しかしながら、一部の自治体は、保険者機能の定義や内容について十分に理解していないままに、自己評価を行っている場合もみられ、こうした不十分な理解が、適切でない評価結果の一因となっていると考えられた。

こうした問題点に基づき、今年度の事業においては、地域包括ケアシステムの構築に必要な保険者機能の具体的な意味について、評価指標毎に、より詳細な解説を付すことで、回答者（保険者職員）が定義を評価の対象となっている業務や機能について正確に理解した上で、回答ができるように工夫することとしている。

第3章 調査結果

1. 事例調査

保険者機能を評価する指標の検討の参考とするため、平成 23 年度調査及び研究会の議論をもとに先進的な保険者（自治体）を選定し、事例調査を実施した（東京都武蔵野市、福岡県大牟田市、鹿児島県薩摩川内市）。いずれの保険者（自治体）も、徹底した現状把握・分析に基づき、保険者としての基本方針を定め、それを介護保険サービス事業者や地域の専門職等と共有する体制（規範的統合）や手段を確立していることが特徴であった。こうした正確な現状把握と、将来への展望に加え、保険者・自治体の基本目標を関係者間で共有する規範的統合が、認知症施策や、医療介護の連携に関する多様な地域の施策の成功の基盤となっていることが明らかになっている。

こうした事例調査の知見に基づき、研究委員会では、評価指標を、大きく三段階に分類し、「分析と展望」「方針の共有」「実践と評価」とした。これらの段階の詳細については、第 3 章の「4. 保険者機能評価指標（暫定版）」を参照されたい。

以下では、事例調査の結果を整理した。

(1) 東京都武蔵野市

介護保険制度以前からの先駆的な理念と多様な取組みをベースに、総合的な施策体系を構築し、行政と医療機関・介護サービス事業者の連携強化を実現

| 人口 | 高齢化率 | 要介護認定者数 | 認定率 |
|-----------|-------|----------|-------|
| 140,646 人 | 21.3% | 29,397 人 | 19.7% |

※人口、高齢化率は平成 26 年 2 月 1 日現在、要介護者数、認定率は平成 25 年 7 月末時点の数値から算出

総合的な施策体系に基づく「地域リハビリテーション¹」の推進

武蔵野市は、23 区と多摩地区を結ぶ、東京都のほぼ中央に位置する人口約 14 万人の都市である。施策の計画・展開にあたり、早くから市民参加を掲げ、先駆的な取組みを展開してきた（元祖コミュニティバス「ムーバス」、財団法人武蔵野市福祉公社による日本初の有償在宅サービス、テンミリオンハウス／等）。介護保険制度導入以前から培ってきた理念に基づき、平成 12 年 3 月には高齢者福祉総合条例及び介護保険条例を制定し、総合的な施策体系の下、「地域リハビリテーション」を推進している。

武蔵野市は、面積が狭小²であるため、市内全域を 1 つの日常生活圏域としているが、市内を更に小さな 6 つの地域に分け、6 か所すべてに在宅介護支援センターを設置している。在宅介護支援センターには、地域包括支援センターのランチ機能を付加し、職員は新規の要介護認定申請者を調査員と同行訪問することによって、担当地域のすべての要支援・要介護高齢者を把握している。また、平成 21 年 7 月より、地域包括支援センターを市役所に統合・直営化し、保健・医療・福祉の連携強化、介護予防支援業務の効率化、虐待防止や権利擁護機能の充実を図っている。

¹ すべての市民が、その年齢や状態に関わらず、住み慣れた地域で、本人の意思に基づいて安心して生活が続けられるよう、保健・医療・福祉・教育など、地域生活に関わるあらゆる組織、人が連携した継続的、体系的な支援

² 東西 6.4km、南北 3.1km、面積 10.73 km²

事業者のシェア分析の実施

武蔵野市では、介護保険給付状況の分析の一環として、毎月、サービス種類別の利用者数・利用回数の分析とともに事業者のシェア分析を行っている。短期間で上位の事業者に大きな変動はないが、介護保険制度開始当時からみると、民間事業者の進出が進み、その分、武蔵野市福祉公社のシェアが若干低くなっている等の傾向がみられる。

事業者のシェア分析を行うことによって、新規参入事業者等の動向に加え、保険者の方針や取組みを効果的に伝える方法を把握することができる。

ケアプラン指導事業とガイドラインの作成によるケアマネ支援

武蔵野市では、介護支援専門員（ケアマネジャー）の質の向上がサービスの向上につながることを考え、武蔵野市ケアマネジャー研修センター（平成14年11月設立）による「ケアプラン指導研修事業」を実施している。この事業は、まず事務局がケアマネジャーに帳票類を送付し、①ケアマネジャーによるケアプラン事例の提出、②事務局による利用者ヒアリング、③委員によるケアプランチェック表の作成、④委員による指導内容の集約、⑤ケアプラン指導研修会議の開催、⑥面接伝達の順に約2か月間をかけて実施される。事務局がケアプラン事例の利用者宅への訪問調査を行い、資料をとりまとめた上で、複数の委員が内容をチェックすることになっており、この事業を通して常に介護支援専門員の現状と課題を把握できる仕組みが構築されている。

また、武蔵野市で新たに業務に従事するケアマネジャーのために、「武蔵野市 新ケアマネジャーガイドライン」（平成25年4月、初版は平成13年3月、第2版は平成16年3月に発行）を作成し、武蔵野市独自のサービス等に対する理解を促している。このガイドラインは、ケアマネジメントの実務の流れに沿って解説が加えられているが、各項目の冒頭に「武蔵野市の考え方」が明確に記載されており、このテキストを用いた研修等を通じて保険者の方針をケアマネジャーに伝えることができている。

なお、ガイドラインには、ケアマネジャーの業務で使用する関連帳票の様式と記入例が添付されており、様式をコピーして実際の申請等に用いることが認められている。研修の場だけでなく、日常的かつ継続的にケアマネジャーがガイドラインを活用できるよう工夫がなされている。

地域連携パスの作成等による医療と介護の連携強化

武蔵野市を中心とした北多摩南部脳卒中ネットワークでは、急性期から在宅まで4種類の地域連携診療計画書（地域連携パス）を作成し、医療と介護の連携を強化している。

北多摩南部脳卒中ネットワークの地域連携パスは、急性期から在宅まで4種類のパスで構成されている（パスその1～その4）。急性期から回復期のパスだけでなく、回復期から維持期まで一環した流れがつけられていることが特徴である。パスの様式についても、医療職と介護職が用いる言葉の違いによって情報共有が阻まれることのないよう、双方が理解しやすい言葉を用いたり、イラストを活用して職種ごとの記入欄を分かりやすくしたりといった工夫をしている。

<北多摩南部脳卒中ネットワーク 地域連携診療計画書（地域連携パス）>

○パスその1「これからの生活プラン案」：急性期治療の段階で今後の長期に及ぶ治療の将来像を提示（オーバービュー）

○パスその2「リハビリにより機能が回復する」：急性期病院から回復期病棟への情報

- パスその 3「安心して在宅療養を送ることができる」：回復期病棟退院時に在宅診療医師、ケアマネジャー、在宅サービス事業者への情報提供（退院時カンファレンスの概要も記載）
- パスその 4：在宅生活を支える関係者と急性期医療をつなぐ（フィードバック機能により急性期→回復期→在宅・維持期→急性期と診療情報の循環が可能となる）

また、「認知症連携シート」を活用し、在宅相談機関・もの忘れ相談医・専門病院・かかりつけ医の連携を図っている。武蔵野市を含む北多摩南部医療圏域には武蔵野赤十字病院、杏林大学病院等の急性期病院があるが、外来がいつも混み合っているため、武蔵野市に苦情が寄せられることも多く、地域連携の必要性を痛感したことが作成の契機となった。

その他、医師会・歯科医師会とケアマネジャーとの懇談会や地区別ケース検討会における研修会の開催、在宅療養継続支援のための「医療機関一時入院連携制度」など様々な取組みを行っている。

(2) 福岡県大牟田市

認知症ケアを中心に集中的・中長期的な人材育成と地域密着型サービスにおける市独自の指定基準によって、地域内の規範的統合を実現

| 人口 | 高齢化率 | 要介護認定者数 | 認定率 |
|-----------|-------|---------|-------|
| 122,623 人 | 31.6% | 7,702 人 | 19.9% |

※人口、高齢化率、要介護者数、認定率は平成 25 年 10 月 1 日現在

地域密着型サービスの推進を保険者の基本方針に

大牟田市は、福岡県と熊本県との県境に位置する人口約 12 万人の都市である。近年、要介護者が急増していることから、特養の増床よりも、在宅継続を推進することを目標に、地域密着型サービス（特に、小規模多機能型居宅介護）の整備を基盤とした地域づくりを推進している。

大牟田市は、小学校区を単位とした 24 の日常生活圏域において、小規模多機能を整備することを明確に打ち出してきた。現在も未整備の圏域が残るものの、すでに市内に 24 箇所の小規模多機能が整備されている（一部の圏域は複数の事業所が営業している）。

グループホームや小規模多機能などの地域密着型サービスについては、公募に基づく事業者指定を実施しているが、こうした地域内の基盤整備の成功の背景にはいくつかの下地となる取組が時間をかけて行なわれている。①事業者と保険者の関係性を強化する保険者主導による事業者協議会の運営、②徹底した実態把握による課題の整理、③人材育成を連動させた事業者指定要件の設定である。

事業者と保険者の関係作り

介護保険制度創設以来、大牟田市では、「介護サービス事業者協議会」及び「介護支援専門員連絡協議会」を保険者が事務局となって運営し、保険者と事業者及び事業者間の顔の見える関係を構築してきた。さらに、市の基本方針に合わせて、介護サービス事業者協議会の傘下に「認知症ライフサポート研究会」「小規模多機能連絡会」などの部会を設置することで、中核的な施策の推進を後押しする基盤を整備した。

保険者の基本方針を伝えるための場を提供するとともに、行政と事業者間の人間関係を構築することで、相互の信頼感を醸成するのに大きく貢献している。また、事業者公募においても、保険者の意向を理解した上での応募になることから、より質の高い地域の施策にあった事業者

の応募を期待することができる。

徹底した実態把握

平成 21 年から 24 年の三年間で要介護者数が約 13%も増加し、特養待機者も約 1,000 人に達するなど、中長期的なサービス基盤整備計画が求められていた。特に、第三期～第四期にかけての 6 年間、特養の新設を行なわなかったため、受け皿としての居宅サービスの整備は、保険者の重要な課題となっていた。

保険者では、特養待機者の実態調査を実施し、待機者のうち、現在も在宅を継続する認定者が約 200 人程度であることを明らかにし、そのうち半数の約 100 名については、グループホームや小規模特養、及び特養の増床で対応し、残りの 100 名分について、居宅サービスで対応する計画を立てた。小規模多機能サービスは、こうした居宅ニーズに対応するものとして整備が進められた。

人材育成を連動させた事業者指定要件の設定－認知症コーディネーターの育成と専門職配置

大牟田市では、自治体の取組みとして、認知症ケアを推進することを打ち出しており、その施策として、ハード面では、グループホームの整備や小規模多機能を展開する一方で、ソフト面では、認知症コーディネーターの育成に力を入れてきた。認知症コーディネーターは、市の実施する 2 年間 386 時間のカリキュラムの集中的な研修で、市内の事業者の職員を対象に実施している。プログラムには、実習や宿泊研修なども含まれており、研修開始から 10 年を経過して、現在約 85 名（平成 25 年 6 月現在）が修了しており、ほとんどが市内の事業者に勤務している。

小規模多機能及びグループホームの指定及び、地域包括支援センターの委託においては、認知症コーディネーターの卒業資格を持つ職員の配置を条件としており、これによって、地域の中核的事業所のすべてに、保険者の基本方針を共有した職員が配置されることになっている。大牟田市では、研修の修了者を、「必要な科目をすべて履修した人」としてではなく、「共通理念と協働できる人材」と位置づけており、こうした保険者の姿勢からも、地域の中核的なリーダーを戦略的に地域内に配置するという考え方が徹底されているといえる。

また研修参加費の年間約 10 万円の費用の支出は事業者の負担になるが、研修は集中的なものであり、実効性が高いものと事業者側にも認識されている。事業者側には、職員研修にかかる負担を保険者と共有するメリットがあり、毎年のように受講者が確保されている。

さらに、在宅重視の地域としての考え方を徹底する観点から、事業者の指定要件には、通常の要件に加えて、大牟田市独自の基準が設けられている。たとえば、より生活空間としての居住環境を高める観点から、グループホームの基準は一般的に 9 人を一つのユニットとするところ、大牟田市では 6 人を一つのユニットとすることを指定条件としている。

また、小規模多機能の指定にあたっては、主に自立レベルの高齢者の交流の場としての「地域交流施設」を併設することを義務付けている。地域交流施設は、単独施設としても整備が進められており、現在、小規模多機能に併設されるものも含め、全市で 40 か所の整備が進められている。地域交流施設では、それぞれの事業者の創意工夫による事業を展開するほか、地域支援事業を実施する場合もあるという。こうした比較的軽度または元気な高齢者の交流施設を併設することで、心身の状態が変化しても切れ目のないサービスを提供できる体制を地域全体で構築することに成功している。

(3) 鹿児島県薩摩川内市

被保険者台帳の充実と地域包括支援センター・在宅介護支援センター・民生委員を連動させた地域づくりと給付管理を通じて規範的統合を実現

| 人口 | 高齢化率 | 要介護認定者数 | 認定率 |
|----------|-------|---------|-------|
| 99,232 人 | 27.6% | 6,342 人 | 23.2% |

※人口、高齢化率は平成 25 年 4 月 1 日現在、要介護者数、認定率は平成 25 年 8 月末時点の数値から算出

保険者の意向を伝えるための組織体制づくり

薩摩川内市は、鹿児島県西部に位置する人口約 10 万人の都市である。市内には地域包括支援センターが 2 か所整備されているが、そのうち 1 か所は、市の西岸沖の甕島に配置されており、市の大部分は、1 か所の地域包括支援センターで担当している。地域包括支援センターには、職員 9 名と嘱託職員 20 名が配置されている。地域包括支援センターの他には、13 か所の在宅介護支援センターを配置し、ブランチとして地域に接点のある拠点として地域を担当している。在宅介護支援センターはおおむね 1-3 名の職員が配置されている。

薩摩川内市では、地域包括支援センターが発足した平成 18 年度より平成 22 年度までを市の直営センターとして運営していたが、平成 23 年度からは市の社会福祉協議会に委託を行っている。薩摩川内市は、地域包括支援センターが創設された段階においては、その役割について地域全体の共通理解が必要との判断から、あえてセンターを一か所に集約した。その後、直営から委託に切り替えられた際も、委託先の社会福祉協議会に保険者職員 5 名が 1 年間にわたり出向し、保険者の考え方や直営で運営されていた期間のノウハウを委託先職員に伝達するといった対応を取っている。こうした取り組みは、保険者の基本的な考え方を正確に伝達し、保険者の施策を実効性をもって実施する上で、効果をあげている。

また、最前線で利用者と対面している在宅介護支援センターについては、月に一回地域ケア会議（圏域担当者会議）を開催し、困難ケースの検討や社会福祉サービスの利用の検討などを行っている。保険者は、各圏域で開催される月 13 回の会議に出席している。

高齢者の実態把握のための仕組みづくり

地域内の高齢者の実態を把握するため、薩摩川内市では、住民基本台帳に高齢者の生活課題に関するデータを統合し、保険者、地域包括支援センターなど、関係部署が閲覧できる体制を構築している。

また、地域内の潜在的リスク層として、単身世帯に焦点を当てた情報把握を行っており、地域内の単身高齢者の調査を毎年実施している。市の分析では、単身者は市内に約 6,500 人ほどいるが、特に支援の必要性や見守りの優先度が高い高齢者を絞り込むため、単身高齢者を、①親族等がない孤独高齢者、②親族等が県外に居住、③親族等が市外・県内に居住、④親族等が市内に居住、⑤親族が近居の 5 つのカテゴリに分類している。分類作業に必要な基本的な調査は、民生委員 300 人の協力を得て自治体の実施している。これらのカテゴリのうち、特にリスクが高いと考えられる①（約 160 人）と②（約 700 人）については、民生委員が訪問するなどの方法でさらに状況を詳細に把握している。

介護保険給付の適正化

薩摩川内市では、介護にかかる専門職の不足も大きな課題となっている。今後の高齢者の増加に対応するためには、介護職の業務を身体介護等に重点化するなどの方向性が必要と認識されているものの、実際の訪問介護等においては、生活援助に重点が置かれたサービス提供が中心になっている事業所も少なくない。保険者は、生活援助の利用の妥当性について保険者とし

ての適正化を図るため、平成 25 年度より生活援助サービスの利用については、事前の理由書の提出を保険者の給付管理係に提出する仕組みを導入している。

利用の可否については、単純な世帯類型では判断せず、また類型化については、前述の単身世帯の類型を活用しつつも、最終判断は、保険者側で行っている。理由書の提出サイクルは、ケースによって異なり、3 カ月～12 カ月の幅がある。こうした体制は、住宅改修ですでに実施されているものの、事業者からの反発も見られたという。

しかしながら、薩摩川内市は、介護保険導入の初期において、給付費が急増し、第二期において保険料が 1.5 倍になった経験があり、こうした過去の教訓から、給付費の管理やモニタリングには注意を払っている。

他方で、サービス事業所とは、年に二回のサービス事業者連絡協議会を開催し、「共に汗をかく仲間」として良好な関係性を築くよう努力しており、ケアマネジャーについても、地域包括支援センターを中心に、積極的な研修を実施し保険者の考え方を伝達している。

地域における互助の取組の推進

地域における互助の推進は、今後の地域包括ケアシステムにおける重要な課題になるとの認識に基づき、地域におけるボランティア等を活用したサロンの設立を推進している。地域におけるサロンの拠点整備は、古くからおこなわれているが、平成 18 年度以降は、市が補助金（全体で 1,000 万円）を、実施団体に交付し支援している。年間 5 回以上開催した団体に対して年間 3 万円を補助している。現在、サロンの全体管理は、社会福祉協議会に委託しているが、市内ですでに 200 か所以上のサロンが展開されており、地域の貴重な社会資源となっている。また、このほか、老人クラブ連合会や民間のスポーツクラブ（3 か所）でも同様の取組が実施されている。

2. 広島県における試行調査

(1) 試行調査で用いた「保険者機能評価指標（素案：試行版）」について

広島県内の23市町における試行調査では、23年度調査の評価項目（12項目）をもとに、事例調査の結果を踏まえつつ検討を重ね、「保険者機能評価指標（素案：試行版）」として下記の項目を用いた。またその前提として、本事業における「保険者機能」について、地域において効果的かつ効率的に高齢者の生活を支えるためには、地域内で断片化されている資源（人、サービス、財源）を適切かつ統合的に管理運営することが必要であることから、「自治体の地域圏内における地域包括ケアシステムの構築にあたって必要とされる戦略策定、及びその達成のための工程管理（マネジメント）を行う機能」と定義した。

「保険者機能評価指標（素案：試行版）」の23年度調査の評価項目からの修正点としては、まず12項目を10項目に整理した。但し、評価指標の10項目のみでは回答者が設問の意図を理解しづらく、回答にバラつきがでることが考えられるため、各評価指標に1～3つのサブ項目を設けた。

また、各項目について、解説、評価確認事項、自己評価欄、自己評価の根拠、及び具体的な取組み等を記載する自由記述欄を設けるとともに、試行の前には弊社研究員が口頭でも説明を行った。

<「保険者機能評価指標（素案：試行版）」の評価項目（10項目）>

1. 2025年における地域の姿を推計していますか。

- 1-1 地域の課題の規模を把握するため、2025年までの認知症高齢者数や単身世帯数を日常生活圏域単位で推計していますか。
- 1-2 人口動態の自然増減による推計に加え、地域支援事業や、重度化予防など、保険者としての取組の効果を勘案した要介護者数の推計を行っていますか。
- 1-3 2025年に向けた保険料の推計を行っていますか。

2. 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

- 2-1 介護保険給付の状況の月次モニタリングを実施していますか。
- 2-2 給付状況について、他市町村との比較を通じて、日常生活圏域単位のサービス利用特性を把握していますか。
- 2-3 給付状況の分析を通じて、サービス利用の特性を把握し、サービス利用の妥当性を評価していますか。

3. 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか？

- 3-1 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検し、報告していますか。
- 3-2 目標に対して未達成であった場合に、具体的な対策を講じていますか。

4. 保険者として、地域密着型(介護予防)サービスに対する指導・監督を行っていますか。

- 4-1 地域内のすべての地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して実地指導を行っていますか。
- 4-2 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して保険者の方針を伝える機会を設けていますか。
- 4-3 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所が実施するサービスに対する評価を行っていますか。

5. 保険者として地域包括支援センターの評価を行っていますか。

- 5-1 地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに示していますか。
- 5-2 地域包括支援センターの評価票を作成し、地域包括支援センターと共有していますか。
- 5-3 定期的に地域包括支援センターの評価を実施し、評価結果を公表していますか。
- 5-4 評価結果を地域包括支援センターに伝え、改善に向けた指導をしていますか。

6. 保険者として、介護支援専門員等を対象とした研修会を定期的に主催していますか。

- 6-1 管轄内の事業所に所属する介護支援専門員に対する評価を実施し、現状と課題（ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題）を把握していますか。
- 6-2 医療と介護の連携、多職種連携など、地域包括ケアシステムの構築に資する研修会を主催または企画し、その内容について評価していますか。
- 6-3 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関連機関を集めたカンファレンスまたは地域ケア会議を開催していますか。

7. 保険者として、介護サービス事業者を評価していますか。

- 7-1 管轄内の介護サービス事業者に対する評価を実施し、現状と課題（サービス提供の状況、事業者が抱えている課題等）を把握していますか。

8. 自治体(保険者)として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。

- 8-1 医療と介護の連携を推進するために、地域連携（クリティカル）パスを作成し、地域内で活用していますか。
- 8-2 在宅医療を推進するため、医療機関と協働した独自の施策、事業を実施している、またはその構築に向けた具体的な時期を明記した計画があり、取組みが進められていますか（在宅医療相談窓口など）。

9. 高齢者虐待や権利擁護に関するマニュアルを整備し、連絡・連携組織を特定した上で、個別のケースについて、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

- 9-1 自治体（保険者）として、独自の高齢者虐待対応マニュアルや方針を作成し、地域内の関係者や住民に周知し、共有していますか。
- 9-2 高齢者虐待や権利擁護に関する連絡・連携組織を設置し、これらの組織が問題解決を行っていますか。
- 9-3 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

10. 保険者としての基本方針を明確に定め、検証可能な目標を設定していますか。

- 10-1 ここまでの回答はどのようになっていますか。

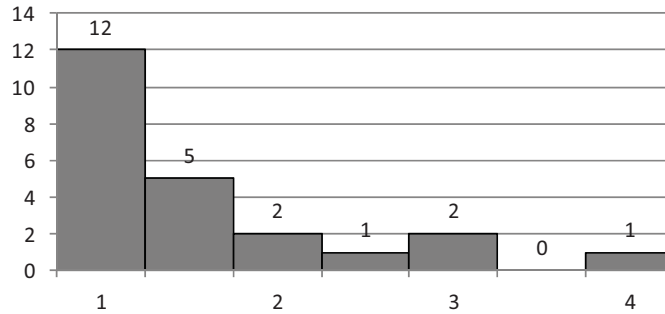
(2) 評価指標別調査結果

以下では、研究委員会及びワーキンググループで検討した「保険者機能評価指標（素案：試行版）」の各項目について、広島県の23市町で試行した結果の評価項目別得点分布を記載する。

1. 「2025年における地域の姿を推計していますか」

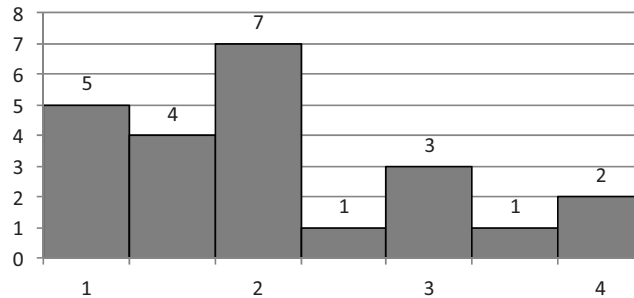
1-1 地域の課題の規模を把握するため、2025年までの認知症高齢者数や単身世帯数を日常生活圏域単位で推計していますか。

図表 1 得点分布（1-1：平均値 1.57、中央値 1.0）



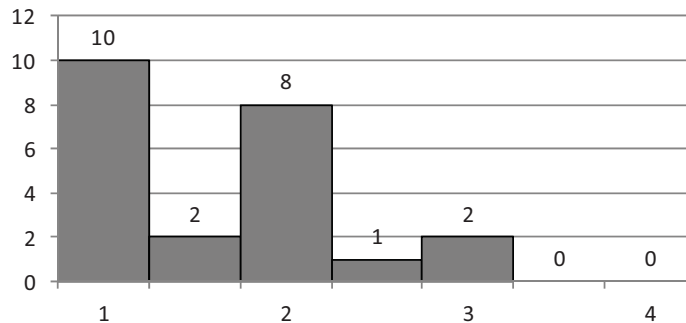
1-2 人口動態の自然増減による推計に加え、地域支援事業や、重度化予防など、保険者としての取組の効果を勘案した要介護者数の推計を行っていますか。

図表 2 得点分布（1-2：平均値 2.09、中央値 2.0）



1-3 2025年に向けた保険料の推計を行っていますか。

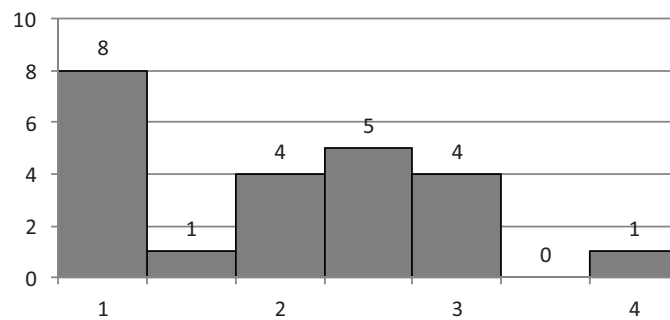
図表 3 得点分布（1-3：平均値 1.63、中央値 1.5）



2. 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

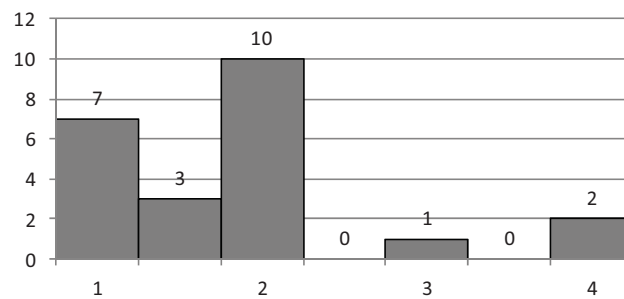
2-1 介護保険給付の状況の月次モニタリングを実施していますか。

図表 4 得点分布 (2-1: 平均値 2.0、中央値 2.0)



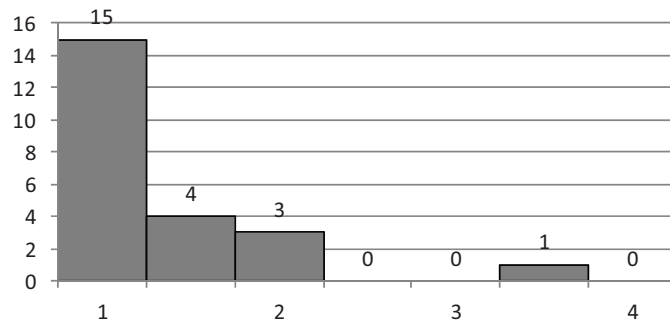
2-2 給付状況について、他市町村との比較を通じて、日常生活圏域単位のサービス利用特性を把握していますか。

図表 5 得点分布 (2-2: 平均値 1.83、中央値 2.0)



2-3 給付状況の分析を通じて、サービス利用の特性を把握し、サービス利用の妥当性を評価していますか。

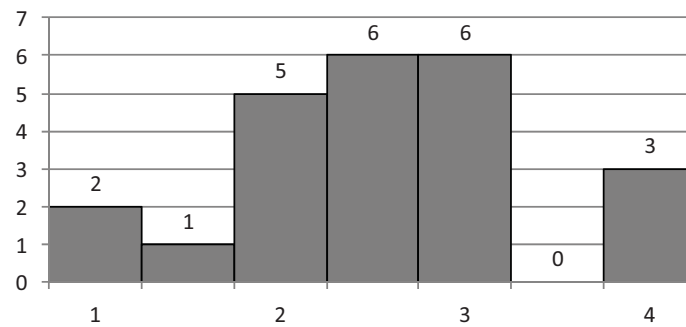
図表 6 得点分布 (2-3: 平均値 1.34、中央値 1.0)



3. 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか？

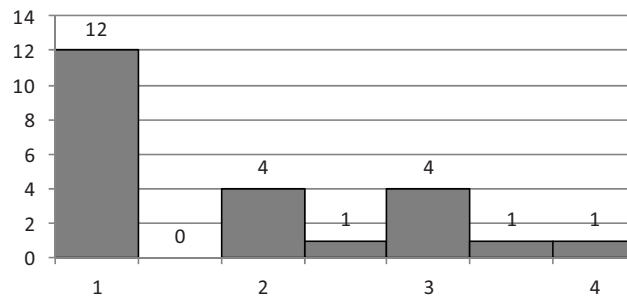
3-1 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検し、報告していますか。

図表 7 得点分布 (3-1 : 平均値 2.54、中央値 2.5)



3-2 目標に対して未達成であった場合に、具体的な対策を講じていますか。

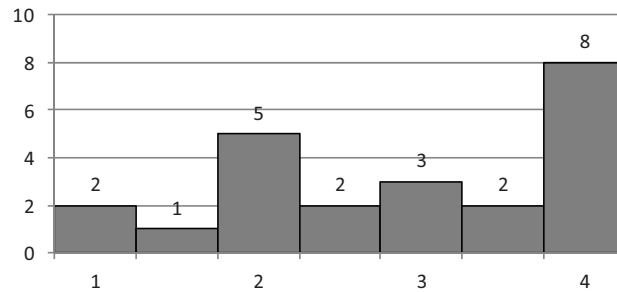
図表 8 得点分布 (3-2 : 平均値 1.83、中央値 1.0)



4. 保険者として、地域密着型(介護予防)サービスに対する指導・監督を行っていますか。

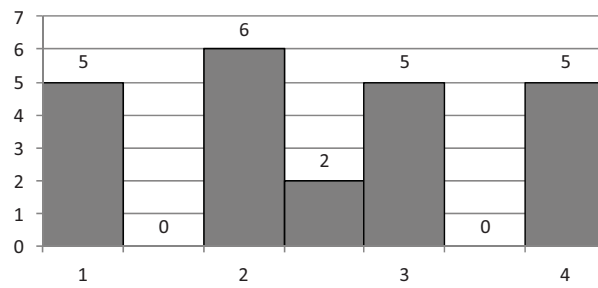
4-1 地域内のすべての地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して実地指導を行っていますか。

図表 9 得点分布 (4-1 : 平均値 2.89、中央値 3.0)



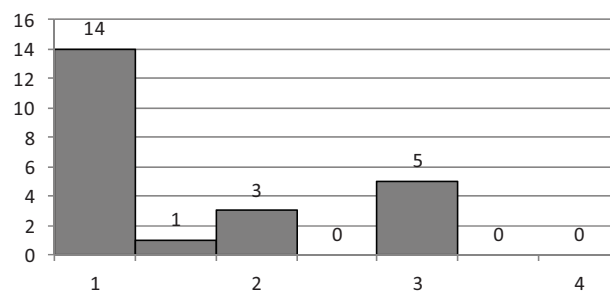
4-2 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して保険者の方針を伝える機会を設けていますか。

図表 10 得点分布 (4-2 : 平均値 2.48、中央値 2.5)



4-3 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所が実施するサービスに対する評価を行っていますか。

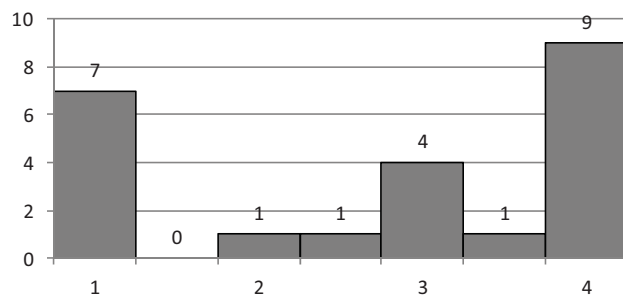
図表 11 得点分布 (4-3 : 平均値 1.57、中央値 1.0)



5. 保険者として地域包括支援センターの評価を行っていますか。

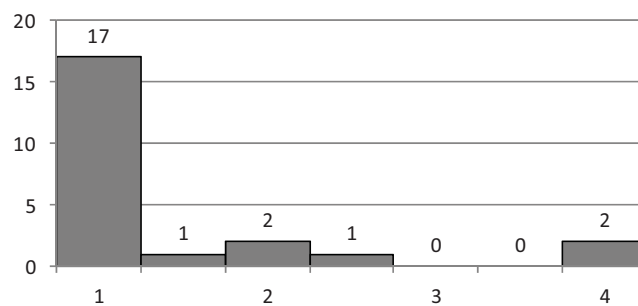
5-1 地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに示していますか。

図表 12 得点分布 (5-1 : 平均値 2.74、中央値 3.0)



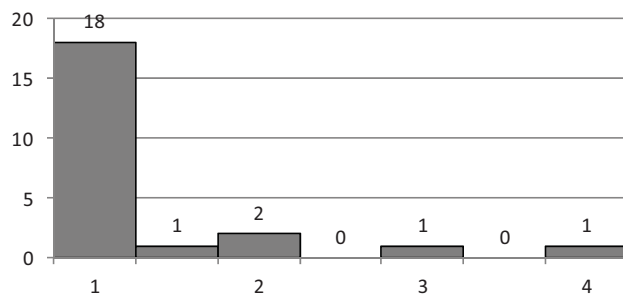
5-2 地域包括支援センターの評価票を作成し、地域包括支援センターと共有していますか。

図表 13 得点分布 (5-2 : 平均値 1.43、中央値 1.0)



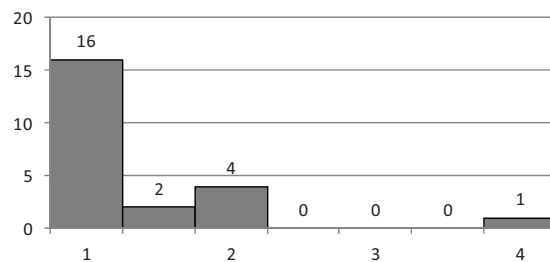
5-3 定期的に地域包括支援センターの評価を実施し、評価結果を公表していますか。

図表 14 得点分布 (5-3 : 平均値 1.33、中央値 1.0)



5-4 評価結果を地域包括支援センターに伝え、改善に向けた指導をしていますか。

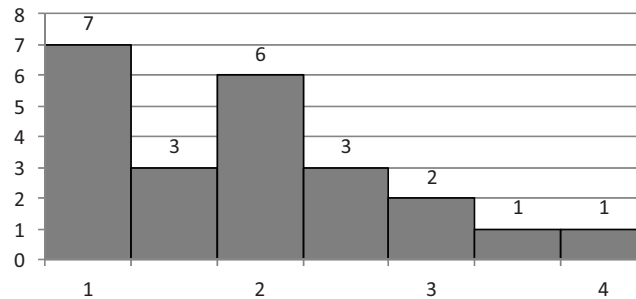
図表 15 得点分布 (5-4 : 平均値 1.36、中央値 1.0)



6. 保険者として、介護支援専門員等を対象とした研修会を定期的に主催していますか。

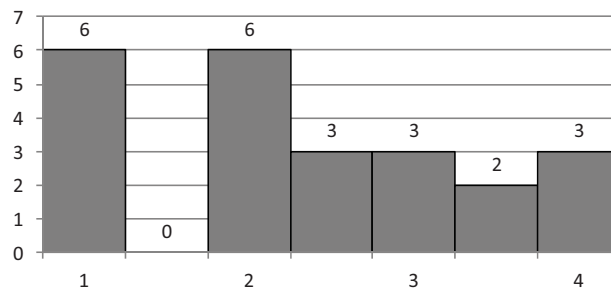
6-1 管轄内の事業所に所属する介護支援専門員に対する評価を実施し、現状と課題（ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題）を把握していますか。

図表 16 得点分布（6-1：平均値 1.93、中央値 2.0）



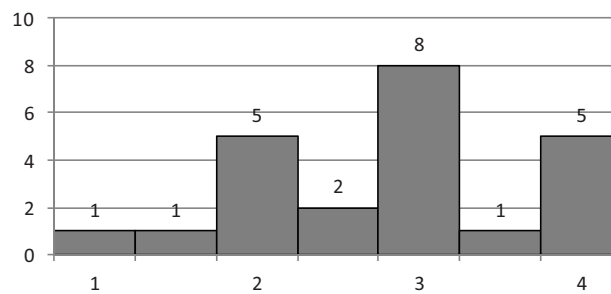
6-2 医療と介護の連携、多職種連携など、地域包括ケアシステムの構築に資する研修会を主催または企画し、その内容について評価していますか。

図表 17 得点分布（6-2：平均値 2.33、中央値 2.0）



6-3 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関連機関を集めたカンファレンスまたは地域ケア会議を開催していますか。

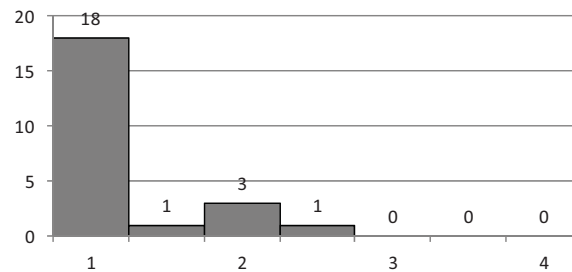
図表 18 得点分布（6-3：平均値 2.83、中央値 3.0）



7. 保険者として、介護サービス事業者を評価していますか。

7-1 管轄内の介護サービス事業者に対する評価を実施し、現状と課題（サービス提供の状況、事業者が抱えている課題等）を把握していますか。

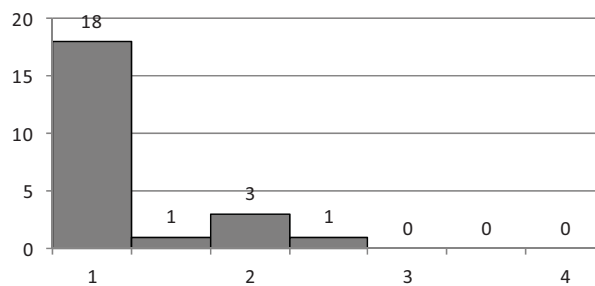
図表 19 得点分布（7-1：平均値 1.22、中央値 1.0）



8. 自治体(保険者)として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。

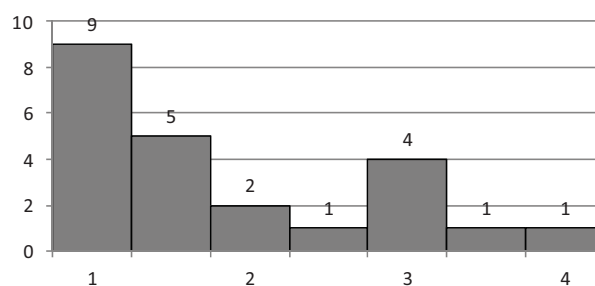
8-1 医療と介護の連携を推進するために、地域連携（クリティカル）パスを作成し、地域内で活用していますか。

図表 20 得点分布（8-1：平均値 1.22、中央値 1.0）



8-2 在宅医療を推進するため、医療機関と協働した独自の施策、事業を実施している、またはその構築に向けた具体的な時期を明記した計画があり、取組みが進められていますか（在宅医療相談窓口など）。

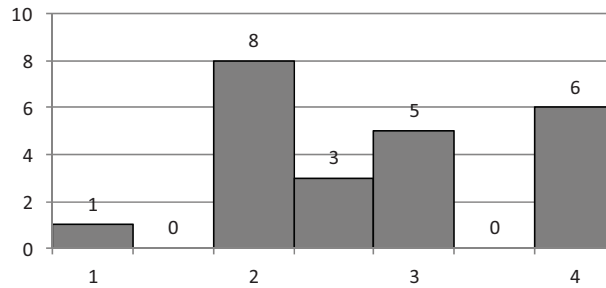
図表 21 得点分布（8-2：平均値 1.85、中央値 1.5）



9. 高齢者虐待や権利擁護に関するマニュアルを整備し、連絡・連携組織を特定した上で、個別のケースについて、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

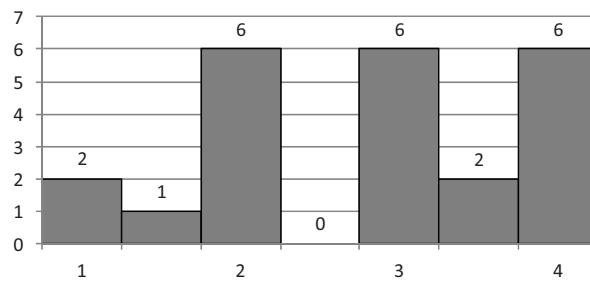
9-1 自治体（保険者）として、独自の高齢者虐待対応マニュアルや方針を作成し、地域内の関係者や住民に周知し、共有していますか。

図表 22 得点分布（9-1：平均値 2.76、中央値 2.5）



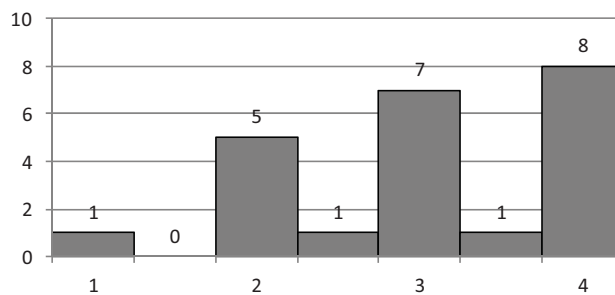
9-2 高齢者虐待や権利擁護に関する連絡・連携組織を設置し、これらの組織が問題解決を行っていますか。

図表 23 得点分布（9-2：平均値 2.80、中央値 3.0）



9-3 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

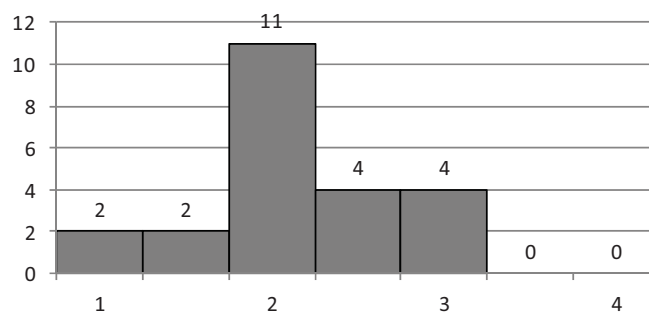
図表 24 得点分布（9-3：平均値 3.04、中央値 3.0）



10. 保険者としての基本方針を明確に定め、検証可能な目標を設定していますか。

10-1 ここまでの回答はどのようになっていますか。

図表 25 得点分布（10-1：平均値 2.14、中央値 2.0）



3. 試行調査結果を踏まえた「評価指標項目」についての検討

試行調査の場において、「保険者機能評価指標（素案：試行版）」の趣旨や内容について説明したところ、特に1（2025年における地域の姿を推計していますか）、2（介護保険給付の分析を行っていますか）、3（介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか）の項目について、その重要性は理解するものの十分に実施できていないという声が多くみられた。

一方、5（保険者として地域包括支援センターの評価を行っていますか）や7（保険者として、介護サービス事業者を評価していますか）については、保険者（自治体）によって地域包括支援センターの位置づけや体制が異なること、また介護サービス事業者の指定権限の問題等から、評価指標の表現として必ずしもふさわしくないのではないかとの意見もみられた。

試行調査結果をみると、各保険者（自治体）の回答が、高い得点と低い得点に分布している項目と、低い得点に偏っている項目がみられた。上記の意見も踏まえ、低い得点に偏っている項目のうち、自治体が回答できない、あるいは回答しづらい項目については修正、あるいは内容を入れ替えることとした。但し、上記1から3の項目については、保険者（自治体）が責任を有する自らの地域の状況について把握することは、保険者の基本業務であることから、研究委員会の議論も踏まえ、基本的な保険者機能として位置づけることとした。

このようにして、「保険者機能評価指標（素案：試行版）」を修正し、「保険者機能評価指標（暫定版）」をまとめた。「保険者機能評価指標（暫定版）」では、10項目を第1段階（分析と展望：1～3の項目）、第2段階（方針の共有：4～6の項目）、第3段階（実践と評価：7～9の項目）に分け、最後の10番目の項目は1から9までの評価を踏まえ、保険者機能を総合的に評価する項目と位置づけた。

第1段階（分析と展望）は、上記のとおり、保険者（自治体）の基本業務、基本機能であり、この段階を適切に実施していない保険者は、仮に以降の項目で熱心な取り組みを行っているとしても、取り組みが的外れであったり、財政上の課題を抱えたりといった問題が生じるものと考えられる。

第2段階（方針の共有）は、（第1段階で）地域の課題や状況を把握することで、取り組むべき施策は明確になるものの、地域の関係者がそれらの考え方を共有していなければ、取り組みは実効性をもって展開されることができない。そのため、保険者の考え方を地域内で共有すること（規範的統合）が重要であるとの認識に立ち、項目を設定した。なお、保険者の基本方針の伝達方法については、地域の規模や状況に応じて効果的な方法を選択することができる。

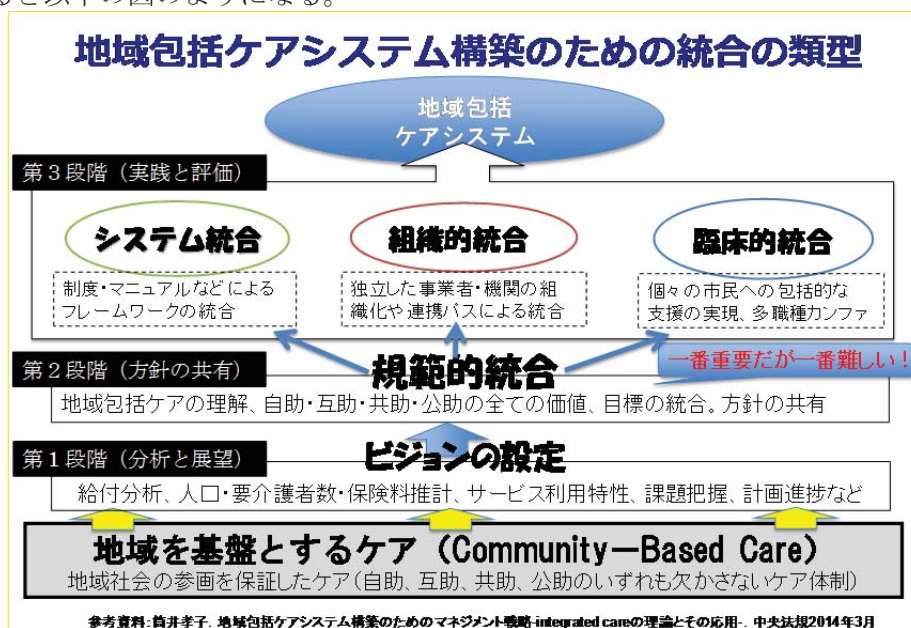
最後に、第3段階（実践と評価）は、第2段階までを的確に実施することでより地域での取り組みが有効なものとなる項目を挙げた。ここでは、医療と介護の連携や認知症施策、介護予防、生活支援の取り組みなど、これからの保険者（自治体）が取り組むべき主要な課題を例示した。これらについて地域状況や人的資源に基づき、自らの地域で最適な施策を検討することが重要である。他地域の事例を参考にする場合も、その背景となる地域状況や経緯、人的支援の状況の違いをよく理解した上で参考にすることが必要である。

なお、このような保険者機能の構造化を行った背景には、地域包括ケアシステム構築を統合（integration）という側面から見た場合、統合的なケア提供システムを実現するためには、シス

テム統合、組織的統合、臨床的統合、それぞれの区分における統合を実現する必要性が指摘されていること、これらの統合を実現するためには、組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有を示す規範的統合が重要であるという理論を押しえた上で検討されたものである。

この規範的統合は、第2段階（方針の共有）にあたり、これを踏まえることで、第3段階（実践と評価）の段階において、様々なケアの統合を実現するための実践を展開することができるということである。そして、これらの段階の前提となるのは、現状把握を基にしたビジョン設定にあり、これが第1段階（分析と展望）にあたる。

地域包括ケアシステムの構築という観点から、これら様々な統合と保険者機能の構造の位置付けを整理すると以下の図ようになる。



(資料) 中澤委員ご提供資料

『統合』のための市町村（保険者）の役割

| | 説明 | 市町村(保険者)の役割 | 留意点 |
|----------------|---|---|---|
| 規範的統合 | 組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有 | 市民、市民団体、介護・医療従事者、事業者団体、行政内部に対する価値観統合のために会議、事例検討、継続的な周知を行う | 規範的統合は全ての者が行うべきだが地域包括ケアシステムづくりには市町村にその推進と管理責任がある。 |
| システムの統合 | 制度・政策、ルール、フレームワークによる統合 | 制度づくり、連携・統合図表・要綱づくり等を行い、機能させるマネジメント | 絵を描いただけでは統合せず、他の統合と合わせることでシステム統合は果たされる |
| 組織的統合 | 組織(事業者団体、専門機関種別等)間でのネットワーク、戦略的連携 | 各種組織を機能面から垂直的・水平的につなげる働きかけ等をマネジメント | ネットワークづくりとも関連する。統合対象組織によって広域的対応が必要になる。 |
| 臨床的統合 | 個々の利用者のケア、サービスの統合 | 自立支援、尊厳の保持に資するケアになっているかを地域ケア会議等の場を活用し市町村が把握する | 個別支援計画策定過程に町村介入すべきではないが、臨床的統合がなされているかを把握する責任がある。 |

参考資料：筒井孝子、地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用-、中央法規2014年3月

(資料) 中澤委員ご提供資料

4. 保険者機能評価指標（暫定版）

■保険者機能の定義

- 本報告で示す、（介護保険における）保険者機能とは、自治体の地域圏内における地域包括ケアシステムの構築にあたって必要とされる戦略策定、及びその達成のための工程管理（マネジメント）を行う機能としています。
- この機能において、地域において効果的かつ効率的に高齢者の生活を支えるためには、地域内で断片化されている資源（人、サービス、財源）を適切かつ統合的に管理運営することが必要であることから、保険者機能をそのための戦略策定と工程管理と定義しました。

■本評価指標の目的

- 本評価指標は、介護保険の保険者機能（役割と実践）を評価し、各保険者の課題を明らかにすることを目的に作成されています。本評価指標（暫定版）は、自己評価として活用することを前提としていますが、第三者評価に活用することもできます。
- 本評価指標は、地域包括ケアシステムの進捗を直接的に評価するものではありませんが、地域包括ケアシステムの構築において、保険者は中核的な役割を果たしていることから、本評価に基づく保険者機能の改善は、地域包括ケアシステムの構築に大きく貢献するものと考えられます。
- 本評価指標の最終目的は、保険者機能の評価だけでなく、保険者機能の評価を通じて、保険者の体制や取組みを改善することです。
- 本評価指標（暫定版）の多くは、評価者（各保険者の担当者）の主観的な評価に基づいているため、特定の保険者間の優劣等を客観的に比較することはできません。また、現在の暫定版では、各項目の重要度（項目間の重みづけ）が明らかでないため、各項目の点数を合計しても正確な比較を行うことはできないことに留意してください。
- なお、地域包括ケアシステムを評価するためには、別途、フォーマル・インフォーマルを問わず、介護保険以外の地域の様々な社会資源の活用・連携状況を含め、自治体としての取組み全体を評価する必要があります。

■本評価指標の活用方法

- **【評価指標の構成】** 評価指標は、全 10 項目で構成されています。これら 10 項目は、指標の特性に基づき、大きく 3 部に整理することができます。さらに、各評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」が用意されています。
- **【評価確認事項】** はじめに評価確認項目で問われている具体的な数値や記述を回答します。評価確認事項は、最終的な自己評価を行う際の目安になります。「評価確認事項」は「解説」で求めている要件を具体化したものですので最終的な自己評価の参考にしてください。完全に回答することができない場合も、同水準の取組が行われていれば、その数値や内容を記載します。
- **【解説】** 次に解説を読みます。解説は、各評価指標が、保険者機能の具体的にどの部分の評価しているのかを具体的に説明しています。
- **【自己評価】** 解説に書かれた趣旨に基づき、評価指標の項目について、自保険者の取組み状況を自己評価してください。評価尺度は、①～④の間で、感覚的に選択して構いません。①が最も否定的な評価（行っていない、実施していない、ない等）、④が最も肯定的な評価（行っている、実施している、ある等）を表します。
その際、評価確認事項への記載状況を参考にしうえて、評価してください。評価確認事項の質問を完全には回答できないけれど、同水準の取組が行われている場合は、自己評価に基づき、その点を評価しても構いません。また、取組みについて準備は進めているが、実施には至っていない場合なども、①～④の中から自己評価に基づき選択してください。①と②の間（2.5 や 2.8）などを感覚的に選択しても構いません。

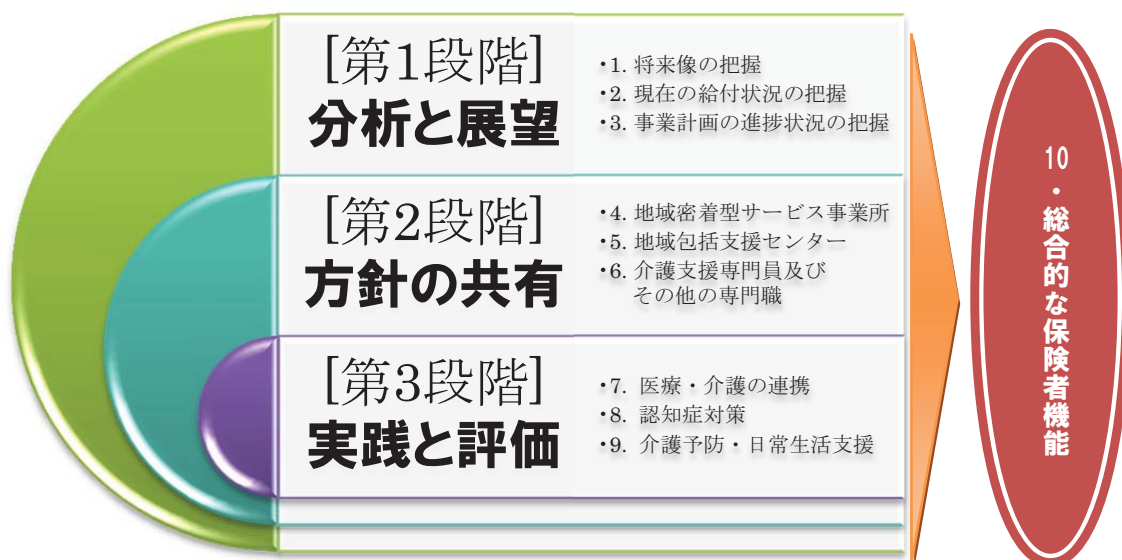
- **【自己評価の根拠】** 本項目は、暫定版の試行のために設けられた項目です。なぜそのような自己評価を行ったのかについて根拠を確認するものです。
- **【具体的な取組み】** 各項目について、保険者にて取り組まれている具体的な内容について記述してください。【評価確認事項】や【自己評価の根拠】には該当しないが、関連していると思われる取組みや、評価対象になるかどうか判断できない場合なども、この欄に記載してください。

■本評価指標における保険者機能の考え方

- 本評価指標は、全部で10項目で構成されていますが、その項目の特性から大きく3つの要素に整理することができます。

- 分析と展望（保険者の基本機能）
- 方針の共有（保険者の活動基盤）
- 実践と評価（保険者の具体的活動）

保険者機能評価の考え方



- 本評価指標は、最終的に、総合的な保険者機能の評価することを目指していますが、総合的な保険者機能の評価するために、評価項目を大きく3つに整理しています。
- 各保険者の基礎的な機能（第1段階）として、「分析と展望」機能があります。地域の将来像、現在の給付状況の把握、さらに、事業計画の進捗の把握が挙げられます。
- 第1段階が適切に実施されていることを前提に、第2段階として、「方針の共有」が挙げられます。地域内の地域密着型サービス事業所、地域包括支援センター、介護支援専門員及びその他の専門職と、保険者の基本的な考え方を共有しておくことは、具体的な取組みを行うための基盤となります。
- 第2段階において、同じ考え方を共有する地域基盤が形成されると、第3段階では具体的なテーマや分野に関する取組みを実践します。これらの実践は、第2段階が不十分な段階においては、地域の関係者が同じ目標をもって取り組むことができないため、その効果を十分に発揮することが難しくなるでしょう。
- これらの第1段階から第3段階までのステップは、実際には、同時進行で行われませんが、取組みの優先順位としては、第1段階が最も優先されるべきであると考えます。これらの基本的な取組みを満点にするまで第2段階に進めないということではあり

ませんが、第2段階で明確な方向性を示すためには、第1段階での把握が前提になります。

各段階別にみた項目の考え方

| | 項目の考え方 | | 項目 |
|-------------------------|--|----|--|
| [第一段階] 分析と展望 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 自治体（保険者）が責任を有する自らの地域の状況について、把握することは、保険者の基本業務であり、基本機能です。 ◆ 一般の民間企業にたとえると市場調査や、業況分析、経営計画の点検などが該当します。 ◆ この段階を適切に実施していない保険者は、仮に以降の項目で熱心な取組を行っているとしても、取組みが的外れであったり、財政上の課題を抱えるといった問題が生じるでしょう。 | 1 | 2025年における地域の姿を推計していますか。 |
| | | 2 | 介護保険給付の分析を行っていますか。 |
| | | 3 | 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 |
| [第二段階] 方針の共有 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の課題や状況を把握することで、取り組むべき施策は明確になってきますが、地域の関係者がそうした考え方を共有していなければ、取組みは実効性をもって展開しません。 ◆ 自治体（保険者）の職員数は限られており、地域全体を動かすためには、保険者の考え方を地域内で共有していること（規範的統合）が大切です。 ◆ 基本方針の伝達方法は、保険者によって様々な方法が選択できます。地域の規模や状況に応じて効果的な方法を選択します。 | 4 | 自治体（保険者）として、地域密着型サービスに保険者の基本方針を伝えていますか。 |
| | | 5 | 自治体（保険者）として、地域包括支援センターに保険者の基本方針を伝えていますか。 |
| | | 6 | 自治体（保険者）として、介護支援専門員等の専門職に保険者の基本方針を伝えていますか。 |
| [第三段階] 実践と評価 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 第二段階までを的確に実施することで、地域での取組がより有効になります。 ◆ ここでは、医療と介護の連携や認知症施策、生活支援の取組など、これからの自治体（保険者）が取り組むべき主要な課題が例示されています。 ◆ これらの取組について地域状況や人的資源に基づき最適な施策を検討します。他地域の事例を参照する場合も、その背景となる地域状況や経緯、人的支援の状況の違いを理解した上で参考にすることが大切です。 | 7 | 自治体（保険者）として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。 |
| | | 8 | 自治体（保険者）として、認知症施策について主体的な役割を果たしていますか。 |
| | | 9 | 自治体（保険者）として、地域におけるボランティアやNPO、住民による活動に対する支援に関して主体的な役割を果たしていますか。 |
| [総合] 保険者機能の評価 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 各項目でより高い評価ができた保険者は、基本方針や客観的で検証可能な目標が設定されており、その達成のための保険者としてのマネジメントが行われている蓋然性が高いといえます。 ◆ 逆に、各項目の評価があまり高くない場合は、保険者としての基本方針が具体的なものでないか、方針に沿った検証可能な目標が設定されておらず、その達成のために必要な取組みが充分に行われていない蓋然性が高いといえます。 | 10 | 保険者機能を総合的に評価してください。 |

1-2 人口動態の自然増減による推計に加え、地域支援事業や、重度化予防など、保険者としての取組の効果を勘案した要介護者数の推計を行っていますか。

【評価確認事項】

■ 施策の展開を前提とした 2015 年の要介護認定者数：

【解説】 要介護者数は、自然状態で推移するわけではなく、それぞれの保険者の取組みによって、その人数が変化します。適切なケアマネジメントによって、要介護度が改善する、あるいは地域支援事業の実施等によって、認定率が低下し、軽度者の数が減少することなどが想定されます。取組みの効果が、どのように現れるかについて、勘案したうえでの推計が行われているかどうかポイントです。評価確認事項では、第 5 期事業計画における計画期間最終年の要介護認定者数についての推計値を質問しています。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|------------------|------|-------|
| 人口動態の自然増による推計 | している | していない |
| 保険者としての取組みの効果を勘案 | している | していない |

【自由回答】

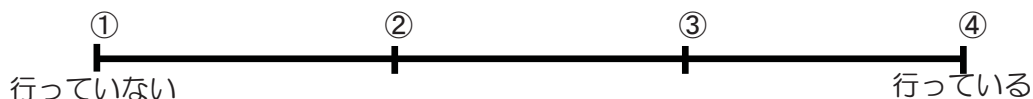
1-3 2025年に向けた保険料の推計を行っていますか。

【評価確認事項】

- 第5期介護保険事業計画期間の保険料（基準額）： 円
- 第7期（2018-2020）の自然状態での概算保険料： 円
- 第7期（2018-2020）の改革シナリオに基づく概算保険料： 円

【解説】 保険料の設定は、保険者機能における中核的な業務です。保険料設定を行う際に国から提示されるワークシートなどを適切に活用することにより、効率的に推計を行うことが可能ですが、単に既存の数値を入力するのではなく、今後の保険者の改革の効果を加味した推計が必要です。介護保険事業計画では向こう3年間の給付見込みから保険料の推計を行います。持続可能な介護保険制度を展望する際に、またそのための地域包括ケアシステムの現実的な計画策定のためには、中期または長期の推計を行うことも重要です。人口構造の変化を加味した自然状態（事業効果等を加味しない現状維持ベース）での保険料推計に加え、改革を進めた場合の推計を行っているかを評価します。なお、推計結果を公表しているかどうかは問いません。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

| | | |
|--------------|------|-------|
| 給付見込みの推計 | している | していない |
| 中長期の推計 | している | していない |
| 自然状態での概算の推計 | している | していない |
| 改革シナリオに基づく推計 | している | していない |

【自由回答】

2-2 給付状況について、他市町村との比較等を通じて、日常生活圏域単位のサービス利用特性を把握していますか。

【評価確認事項】

- 他市町村との比較を行うために用いているシステム名：
- 上記のシステムを用いて分析を行う頻度：
- 比較検討した結果の報告を行っている場所（会議等）：

【解説】 介護保険給付データが蓄積されると、これらのデータを活用して、それぞれの保険者の特徴を知ることができます。すでに厚生労働省からも、分析のためのシステムやソフトが提供されており、こうした既存のシステムを活用することが出来るほか、大学、研究機関、都道府県や市町村が独自の分析フレームを提供している場合があります。分析にあたっては、日常生活圏域単位のサービス利用の特性を把握することが重要であり、単にサービス量を比較するだけでなく、サービスの組み合わせなどについても分析することで、ケアマネジメントの課題を発見することができる場合もあります。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|-------------|--------------------------|-------|
| 利用特性の把握 | している (毎月、四半期に1回、年2回、年1回) | していない |
| 分析の実施 (頻度) | している (毎月、四半期に1回、年2回、年1回) | していない |
| 結果の報告 (頻度) | している (毎月、四半期に1回、年2回、年1回) | していない |
| 報告先・共有範囲 | 市町村内部、 外部機関、 公表 | |
| 日常生活圏域単位の把握 | している | していない |

【自由回答】

3. 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか

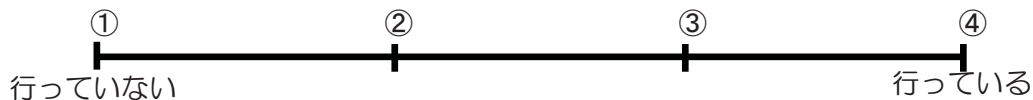
3-1 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検し、報告していますか。

【評価確認事項】

- 点検の頻度： 年 回
- 介護保険運営協議会等への報告頻度： 年 回
- 点検の視点：

【解説】 介護給付のモニタリングや給付分析を実施していく中で、当初の計画と実態が乖離する場合も少なくありません。計画の進捗を定期的実施し、介護保険運営協議会に報告することは、保険料を預かり、事業を運営する保険者にとって、被保険者への説明責任の観点からも重要です。報告は、介護保険運営協議会はもとより、必要に応じて、地域密着型サービス運営協議会、地域包括支援センター運営協議会など、関連する会議体にも行うことが必要です。なお、評価確認項目における「点検の視点」には、進捗状況を点検する際に、主に、どのような点に着眼して点検を行うようにしているのかについて記載してください。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

点検の実施(頻度) している(毎月、四半期に1回、年2回、年1回) していない
 報告の実施(頻度) している(毎月、四半期に1回、年2回、年1回) していない

【自由回答】

4. 自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業者に保険者の基本方針を伝えていますか。

4-1 地域内のすべての地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して実地指導を行っていますか。

【評価確認事項】

- 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所数： 件
- 平成24年度の実地指導回数(全事業所の累計)： 回

【解説】 地域密着型(介護予防)サービス事業所の指定権者である保険者は、すべての事業所が適切に運営されるよう促すため、実地指導を効果的に活用することが望まれます。また、地域密着型サービス事業所は、地域包括ケアシステムを支える中核的なサービス主体であり、これらの事業所の提供するサービスが、保険者の基本的な方針と整合していることは、介護保険事業運営の前提条件ともいえます。

また、実地指導の間隔が長引くほど、保険者が地域密着型(介護予防)サービスの実態を把握しづらくなることが想定されるため、適切な頻度で実地指導を行う必要があります。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】(該当する理由を○で囲んでください)

実地指導の全事業所実施 している していない

【自由回答】

4-2 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して保険者の方針を伝える機会を設けていますか。

【評価確認事項】

■ 方針を伝える方法・機会（会議、研修、集団指導等）：

【解説】 地域密着型（介護予防）サービスは、今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるためのものであり、保険者が地域の実情に応じ定めた方針を具体的に実行する重要な位置付けを担っています。そのため、保険者の方針を事業者に明確に示すとともに、繰り返し伝えることで方針の実現の徹底を図る努力が求められます。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

事業者に保険者の方針を伝える機会の有無（年間） ある ない

【自由回答】

4-3 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所が実施するサービスに対する保険者自身の評価を行っていますか。

【評価確認事項】

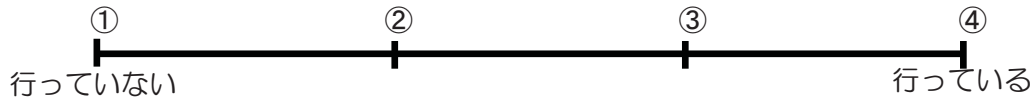
- 評価の方法：

- 評価の指標・視点：

- 平成 24 年度の評価回数（全事業所の累計）： 回

【解説】 地域密着型（介護予防）サービス事業所が保険者の方針に従ったサービスを提供しているかを把握するため、保険者は運営基準における外部評価以外に、保険者自身が事業所の評価を行う必要があります。評価については、実地指導を活用したり、給付分析を行ったり、地域ケア会議等のカンファレンスで情報共有を行ったりと、様々な方法が想定できます。評価結果は公開されていることが望ましいでしょう。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

| | | |
|---------------|------|-------|
| サービスに対する評価の実施 | している | していない |
| 評価の指標の有無 | ある | ない |
| 評価結果の公開 | している | していない |

【自由回答】

5. 自治体(保険者)として、地域包括支援センターに保険者の基本方針を伝えていますか。

5-1 地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに示していますか。

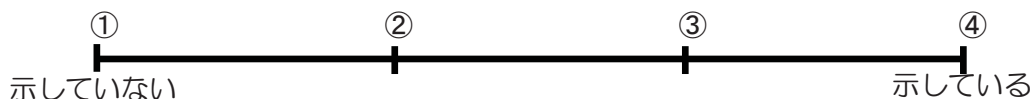
【評価確認事項】

- 運営方針が示されている文書の名称：

- 地域包括支援センターに運営方針を示す方法・時期：

【解説】 地域包括支援センターは、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として市町村が設置するもので、保険者機能を果たす上で非常に重要な役割を担っています。保険者には地域包括支援センターの日々の運営について適切に評価し、改善を図ることが求められていますが、その前提として、地域包括支援センターの役割に関する保険者の基本方針や、地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに示す必要があります。なお、運営方針は直営・委託にかかわらず作成することが必要で、文書等で可視化されていることが重要です。直営の場合は、地域包括支援センターが所管部署として方針を定めている場合も運営方針を定めていると考えます。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|-------------|------|-------|
| 運営方針の有無 | ある | ない |
| 運営方針の提示 | している | していない |
| 運営方針の文書での提示 | している | していない |

【自由回答】

6. 自治体(保険者)として、介護支援専門員等の専門職に保険者の基本方針を伝えていますか。

6-1 管轄内の事業所に所属する介護支援専門員に対する評価を実施し、現状と課題(ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題)を把握していますか。

【評価確認事項】

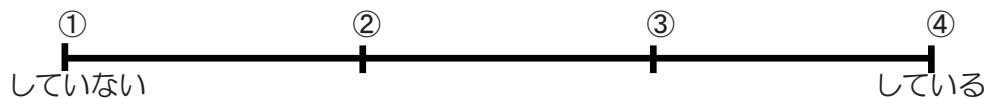
■ 介護支援専門員に対する評価指標：

■ 介護支援専門員の現状と課題：

【解説】 介護支援専門員は、利用者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として、介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っています。保険者は、研修会の開催など、介護支援専門員の育成や支援に積極的に関与することが求められています。

効果的な研修会を開催するためには、まず現在の介護支援専門員の活動を評価し、現状と課題(ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題等)を把握する必要があります。把握した内容をもとに、研修会のテーマや内容を決めることが効果的です。評価結果は地域包括支援センター運営協議会等で公開されることが望ましいでしょう。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|---------------|------|-------|
| 介護支援専門員に対する評価 | している | していない |
| 評価に基づいた研修の企画 | している | していない |

【自由回答】

6-2 医療と介護の連携、多職種連携など、地域包括ケアシステムの構築に資する研修会を主催または企画し、その内容について評価していますか。

【評価確認事項】

■研修会の到達目標（研修会によって達成したいこと）：

■平成 24 年度研修会の開催回数：

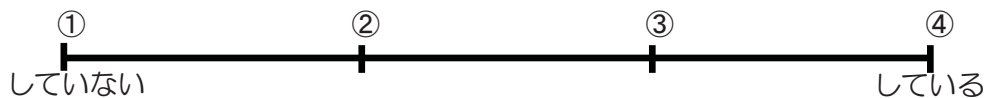
■研修会の具体的なテーマ：

■介護支援専門員の参加率：

【解説】 現在、地域において医療サービスの組み込みをはじめとした医療と介護の連携が必ずしも十分でない、ケアの提供において多職種協働が十分に機能していないといった課題が指摘されています。そのため、医療と介護の連携、多職種連携の能力向上を目的とした研修会を主催することが必要です。これらの研修会には、保険者として主体的に関わることが重要で、研修会の実施を他機関に委託等する場合であっても、テーマや内容の企画は保険者自身が行うことが求められています。

また、研修会は、ただ実施するだけではなく、その場で参加者の研修内容の理解度を評価し、その評価結果に基づく改善策等を実施したり、参加者に助言したりすることによって、介護支援専門員の気づきを促し、質の向上に結びつけることが重要です。また、評価結果のフィードバック、改善策の助言の機会を通じて、介護支援専門員に期待される役割に関する保険者の方針等を伝えることが重要です。なお、研修会の対象は、介護支援専門員に限定される必要はありません。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|--------------------|------|-------|
| 研修会の主催 | している | していない |
| 研修会企画内容に関する積極的な関与 | している | していない |
| 参加者による研修の評価 | している | していない |
| 研修内容、評価内容等のフィードバック | している | していない |
| 評価に基づいた研修内容の見直し | している | していない |

【自由回答】

6-3 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関連機関を集めたカンファレンスまたは地域ケア会議を開催していますか。

【評価確認事項】

- カンファレンスまたは地域ケア会議の回数（平成25年4月～26年1月まで）：

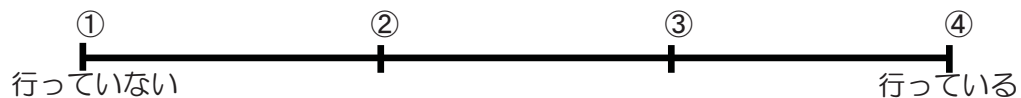
- カンファレンスや地域ケア会議で取り上げた事例の件数：

【解説】 保険者は、多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じた地域の介護支援専門員のケアマネジメントの支援等を行い、介護支援専門員の資質を向上させるため、地域ケア会議の開催に積極的に取り組むべきとされています。介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」については、地域ケア会議で取り上げ、介護支援専門員を支援するとともに、保険者自身が地域の課題を把握し、適切に対応することが求められています。なお、地域ケア会議ではなく、関係者を集めたカンファレンスにより迅速な対応をしているものも含めて考えます。

また、こうしたカンファレンス等は、保険者の基本方針や考え方を地域の専門職に伝える貴重な機会です。地域包括支援センターが会議を開催する形でも構いませんが、保険者は、会議等に積極的に関与することが重要です。

なお、ここでの「支援困難ケース」には高齢者虐待も含まれますので、その場合、保険者は、法令に則り適切に対応する必要があります。

【自己評価】



【自己評価の理由】

| | | |
|-------------------|------|-------|
| カンファレンス、地域ケア会議の開催 | している | していない |
| 会議への保険者（本庁職員）の参加 | している | していない |

【自由回答】

7. 自治体(保険者)として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。

7-1 医療と介護の連携を推進するために、地域連携（クリティカル）パスを作成し、地域内で活用していますか。

【評価確認事項】

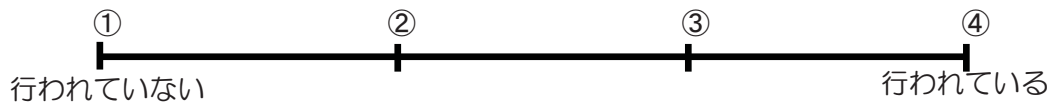
■ パスを作成している疾患名：

■ パス内での介護サービス事業者の役割の有無：

■ 介護サービス事業者への周知方法（会議、文書等）：

【解説】 要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域において継続して生活していくためには、地域の在宅医療と介護の連携が必要になります。特に、医療機関からの在宅復帰においては、パスの活用が有効です。地域連携（クリティカル）パスとして、例えば「脳卒中地域連携パス」や「認知症連携シート」等、疾患別に地域内の保健・医療・介護の連携を円滑に実施するための紙または電子媒体によるツールが整備されるとともに、その中で介護サービス事業者の役割が明示されることにより、医療と介護の連携が大きく改善されます（水平的統合）。とりわけパスの作成には、地域内の多職種が連携することが必須であり、開発作成過程を通じて、専門職種において「顔見知りの関係」が生まれることも重要な効果の一つです。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

| | | |
|---------------|------|-------|
| パスの開発・作成 | している | していない |
| 地域でのパスの活用 | している | していない |
| 介護サービス事業者への周知 | している | していない |

【自由回答】

8. 自治体(保険者)として、認知症施策について主体的な役割を果たしていますか。

8-1 認知症初期集中支援チームを形成し、取組みを行っていますか。

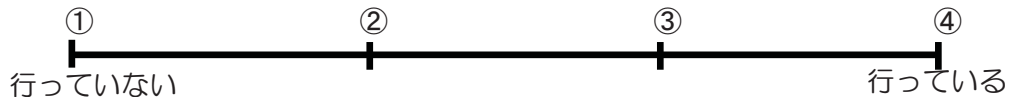
【評価確認事項】

- 初期集中支援チームの設置数： チーム
- 初期集中支援チームの取り扱い件数 件/年

【解説】 認知症施策については、「初期集中支援チーム」の活動が有効とされています。初期集中支援チームは、専門医と医療介護の専門職で構成されるチームを構成し、認知症の疑いのある世帯に訪問し、アセスメント訪問を実施し、カンファレンス（チーム員会議）を開催した上で、受診勧奨を行う取組みで、早期に認知症への対応を行うための地域の取組みです。

ここでは、取組みが、すでに実施されている状態を最も高く評価しますが、現在、事業の立ち上げ段階にある、あるいは計画段階にあるなどの状況についても評価上、考慮してかまいません。また、認知症初期集中支援チームを設置していなくても、専門医と医療介護の専門職で構成される同様の組織が、アセスメントや受診勧奨等を行っていれば、これを評価します。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|-----------------------------|------|-------|
| 認知症初期集中支援チームの設置 | している | していない |
| 初期集中支援チームによるカンファレンス（チーム員会議） | している | していない |
| 初期集中支援チームによる訪問と受診勧奨 | している | していない |

【自由回答】

8-2 認知症施策介護保険サービス外で、認知症にかかる具体的な取組を行っていますか。

【評価確認事項】

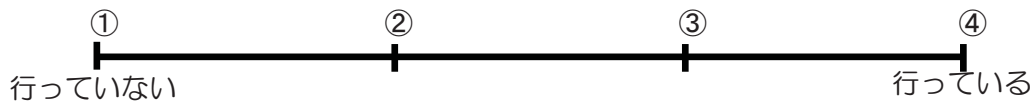
■ 取組み・事業の名称：

■ 事業の概要

【解説】 認知症施策においては、早期発見を行うだけでなく、地域での具体的な支援を効果的に利用者に提供することが重要になります。また、地域住民の協力も含め地域全体での取組みが有効です。

ここでは、介護保険サービス（グループホームなど）を除く、介護保険外の取組みを評価します。また、パンフレットや講演、認知症キャラバンメイトの要請などは、地域における取組みの前提となりますので、これらの普及啓発活動の実施はここでは評価の対象外とします。これらの取組を行った上で、認知症者の見守りサービスや GPS の貸与、相談窓口の設置などの認知症者またはその家族に対する直接的な支援や、徘徊者の探索トレーニングなど住民の積極的な参加を前提とした取組などを評価します。取組みが計画段階にある場合や、一部地域に限定されている場合は、その進捗に基づいて自己評価してください。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】 (該当する理由を○で囲んでください)

| | | |
|-------------------|---|---|
| 前提となる普及啓発活動の実施 | ○ | ○ |
| 認知症者や家族に対する直接的な支援 | ○ | ○ |
| 住民の参加を伴う取組 | ○ | ○ |

【自由回答】

9. 自治体(保険者)として、介護予防や生活支援に関する施策についてマネジメントを行っていますか。

9-1 介護予防に関して、高齢者個人が主体的かつ自律的に健康管理に取り組むように動機づけるための具体的な支援を行い、その効果について評価していますか。

【評価確認事項】

■ 取組み・事業の名称：

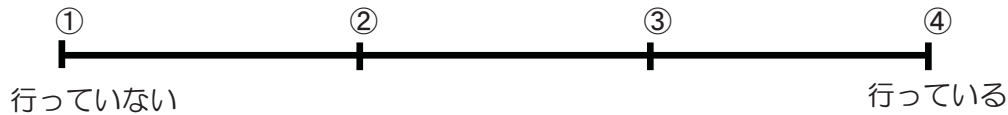
■ 事業の概要

【解説】 要支援者のみならず、重度者に対する重度化予防も含め、予防に関する取組みは、高齢者の QOL 向上の観点からも、また介護保険財政を預かる保険者の立場からも重要な取組みです。

高齢者の予防は、一方的に運動等の機会を高齢者に提供するだけでは不十分です。住民一人ひとりが自らの健康維持に努めるような自律的な活動（セルフケア）を引き出すように自治体（保険者）が側面的に支援するような取組みが理想的です。支援方法としては、住民自らが企画・運営する健康づくり等の活動に対する場所の提供、専門的な講師の派遣といった方法や活動のための補助金の交付などが考えられます。取組みのテーマは認知症予防や体力増進、栄養管理など、高齢期の QOL の向上に資するような様々な取組みが想定されます。

住民自らが発案するような取組みを引き出すことが困難な場合は、自治体（保険者）が気づきのための情報提供等を行うことも有効でしょう。ただし、自治体（保険者）が取組みに対して支援する以上、その効果についても客観的に検証を行うことが重要です。予防活動が、具体的な成果を挙げていることを客観的に評価し、この結果を公表することが理想的です。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 健康維持や予防に対する側面的支援 | ○ | ○ |
| 健康維持や予防に関する取組みへの評価の実施 | ○ | ○ |
| 評価結果の公表 | ○ | ○ |

【自由回答】

9-2 生活支援に関して、介護保険サービス以外の地域資源を把握し、そのネットワーク化や保険者としてのマネジメントを行っていますか。

【評価確認事項】

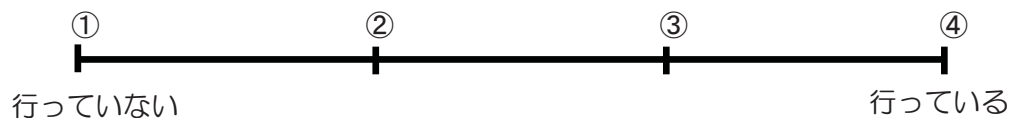
■ 取組みの概要：

【解説】 地域の潜在的な生活支援のための資源を、保険者が率先して発掘し、ニーズのある高齢者に結びつけることが重要です。生活支援は、必ずしも介護保険サービスだけでなく、民間のスーパーマーケットやドラッグストア、一般の商店なども重要な資源になりますが、こうした民間事業者は、在宅の要介護者のニーズ等に関する情報を持っていないことが多いため、地域資源が有効に活用されていない場合があります。こうした事業者に対して地域ニーズに関する情報の共有を行う他、事業者のネットワークを構築するといった取組みも有効です。

また、地域の生活支援が高齢者の生活を適切に支えているかどうかについての評価も自治体（保険者）の重要な役割です。高齢者に対する不当な販売行為などが行われていないかなどの監視機能（消費者保護）も期待されます。

なお、生活支援の一例としては、配食サービス、洗濯掃除サービス、リネン業、生活相談のための相談窓口、財産管理など、様々なサービスが考えられます。

【自己評価】



【自己評価の理由(根拠)】（該当する理由を○で囲んでください）

| | | |
|------------------------------|------|-------|
| 地域の生活支援資源の把握 | している | していない |
| 資源が不十分な場合の働きかけ（ネットワーク化なども含む） | している | していない |
| 生活支援サービスに対する監視・評価 | している | していない |

【自由回答】

10. 保険者機能を総合的に評価してください。

10-1 ここまでの回答はどのようになっていますか？

【総合的な評価を記載してください】

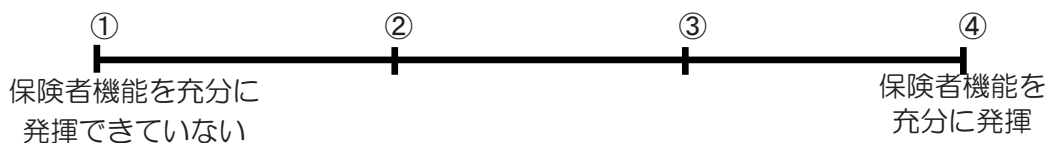
【解説】 上記「9.」までの評価項目に対する自己評価はどうなっていますか？保険者機能に関する各項目を評価して、全体として、どのように自己評価しますか（各項目の点数を平均するのではなく、総合的に検討して、保険者としての自己評価を行ってください）。

各項目でより高い評価ができた保険者には、保険者としての基本方針や客観的で検証可能な目標が設定されている蓋然性が高いといえます。逆に、各項目の評価があまり高くない場合は、保険者としての基本方針が具体的なものでないか、方針に沿った検証可能な目標が設定されていない蓋然性が高いといえます。

保険者機能の発揮において「基本方針」を定め、基本方針に基づく「検証可能な目標」を設定することは、前提条件ともいえます。これらが不十分であると、給付分析を行う視点も定まらず、改革した場合の保険料の長期推計も行うことができません。

また、基本方針が具体的でなければ、地域包括支援センターや地域の介護サービス事業者、ケアマネジャー等に対して実施する研修や評価が十分な機能を発揮しないことになります。

【自己評価】



第4章 シンポジウム

研究委員会の検討の成果を広く周知するため、平成26年3月、全国3か所（東京・大阪・福岡）で、自治体関係者、介護保険サービス事業者、病院・診療所関係者を対象としたシンポジウムを開催した。これからの保険者に期待される役割、保険者機能評価指標（暫定版）について、具体的な取組み事例を紹介しつつ、解説した。

1. 実施内容（プログラム）

シンポジウムのタイトルは「地域包括ケア時代の保険者の役割と評価」で、実施内容は以下の通りである。三部構成とし、保険者機能のあり方から具体的な事例まで網羅的に情報提供を行った。

なお、当日の資料については、資料編に掲載した。

図表 26 シンポジウムの実施内容（プログラム）（再掲）

| 内容 | 講師 |
|--|---|
| (第1部) 『これからの保険者に期待される役割 －保険者機能評価指標の解説』 | (福岡会場、東京会場) 筒井孝子氏（国立保健医療科学院統括研究官） 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (大阪会場) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 |
| (第2部) 『保険者の取組事例の紹介』 | (福岡会場) 柿元美津江氏（鹿児島純心女子大学看護栄養学部 看護学科 教授） |
| (第3部) 『パネルディスカッション』 | 梅本政隆氏（大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 地域包括支援センター担当） (大阪会場) 柿元美津江氏（鹿児島純心女子大学看護栄養学部 看護学科 教授） 阿部 剛氏（和光市保健福祉部 社会保障制度改革推進 プロジェクトチームリーダー、東内京一氏代理） 新田成剛氏（大牟田市保健福祉部長寿社会推進課主査） (東京会場) 笹井 肇氏（武蔵野市健康福祉部長） 阿部 剛氏（和光市保健福祉部 社会保障制度改革推進 プロジェクトチームリーダー、東内京一氏代理） |

2. 会場アンケート

シンポジウムの参加者を対象に、シンポジウムに関する感想、意見等の収集を目的として、簡単な会場アンケートを実施したところ、72件の回答が得られた。

(1) シンポジウムの満足度

シンポジウムの全体的な満足度については、「非常に役に立った」が58.3%、「まあ役に立った」が34.7%で、全体としては高い評価が得られた。

図表 27 シンポジウムの満足度

| | 件数 | 割合(%) |
|----------------|----|--------|
| 1. 非常に役に立った | 42 | 58.3% |
| 2. まあ役に立った | 25 | 34.7% |
| 3. どちらでもない | 4 | 5.6% |
| 4. あまり役に立たなかった | 0 | 0.0% |
| 5. 役に立たなかった | 0 | 0.0% |
| 無回答 | 1 | 1.4% |
| 合計 | 72 | 100.0% |

(2) シンポジウムについての意見・感想

シンポジウムの内容については、保険者が果たすべき役割（あるべき姿）と現在の状況についての気付きを得て、これまでの業務を見直すきっかけとなったという意見が多くみられた。一方、保険者機能評価指標の重要性は理解したものの、何から始めればよいか戸惑う意見もみられた。

開催方法については、もう少し事例紹介など説明の時間を長くしてほしいという意見が多かった。

<主な感想・意見>

(内容について)

- ・ 本日の説明を聞いたことで、どこから着手すべきであるかという点が少しわかった気がする。
- ・ 行政が考えるべきポイントが少しだが理解できた。
- ・ 自治体が評価される側になっていくという言葉が印象的だった。住民から預かった保険料を使って展開していくので、まず自分達が自己評価しながら適切に使えているか否かと検証することが求められると感じた。
- ・ 保険者として出来ることから取り組んでいくことが必要。給付の適正化、ケアプランチェック等。
- ・ 保険者としては厳しい内容の話であったが、事実であるのでしっかり受けとめたい。今後の施策に生かしたい。
- ・ 講師の講義は刺激的であり、当たり前前（の）ことが当たり前前（の）にできない現状であることに気づかされた。ただ、当たり前前（の）ことを当たり前前（の）にするのはなかなか難しい現実もある。
- ・ 時間を取って地域包括ケアについて考えることができてよかった。
- ・ 目から鱗が落ちる思いだった。『高齢者福祉』の中味の見方を教えられた。「分析と展望」、「価値観を持つ」ということについてまだまだ「自分のもの」になっていないと思う。なんとか第6期計画策定を通して明確なビジョンとミッションの共有を行いたいと思った。
- ・ 今後、地域でいかに貢献するかを考えた時、地域包括ケアしかないと思っている。私心を捨

てそれぞれが出来ることを共有化し、構築していく。

- ・理想の姿を再確認できた。
- ・自分の自治体に置かれている状況を見直し、セクショナリズムにとらわれず、横断的に課題に取り組んでいく必要性を強く感じた。
- ・自分の業務を見直すいい機会になった。介護サービスを利用している方のためと思って行ってきたが、地域性を考慮した方針を策定し、それを伝えていくことが大切なのだと気づかされた。
- ・保険者としての考え方、原点に立ち返った。本当に何もできないことが理解できた。
- ・実際の自治体の取組みを知ることができてためになった。
- ・成功している市の事例等を用いた説明で良かった。
- ・「地域包括ケアシステムの構築」自体が命題として大きすぎるため、正直なところ何から手をつけるべきか迷う。
- ・第1段階、第2段階の分析と展望、方針の共有をしっかりとしていくと、実践に結び付くということが理解できた。が、何から手をつけたらよいか。
- ・評価表について、日常生活圏域内での実態調査が難しい状況であるため、2025年を想定した方針を立てられるか不安を持っている。
- ・『共通言語』という割には、専門用語が多く、これでは市民には伝わらないのではと感じた。

(開催方法について)

- ・事例詳細にもう少し時間を割いてもらえたらよいと感じた。その他は分かりやすかった。
- ・和光市と武蔵野市の具体的な内容をもう少し聞いたかった。
- ・今後も同様の研修を期待(運営の具体的事例の割合増を希望)。開催日時・会場を増やしてほしい。
- ・あと30分長く説明していただくと、メモが取りやすかったと思う。職場で伝達しますが、危機感が上司にどれだけ伝わるか心配である。
- ・1日で同種のシンポジウム(細分化されたもの)を開催してほしい。分科会形式で狭く深くという内容も伺いたいと思った。
- ・1つ1つのコマの時間が短すぎた。
- ・時間の都合もあるが、かなり早口なものだった。
- ・開催の日程について、年度末だったのもう少し早い時期にさせていただきたかった。
- ・質疑応答の時間があってもよかったと思う。

(3) 「地域包括ケアシステム」の構築において、保険者が今後取り組むべきこと

「地域包括ケアシステム」の構築において、保険者が求められる役割を果たすために今後取り組むべきことについて尋ねたところ、データの収集による現状把握と分析、保険者(自治体)内部あるいは関係者との情報共有・連携、保険者の方針の明確化と共有、方針を実現させるためのリーダーシップの発揮、医療と介護の連携等が挙げられた。

<主な意見>

(データ収集による現状把握・分析)

- ・特に分析の必要性を再認識した。データを集めることに人やお金を掛けることが必要と感じた。
- ・まずは分析をしっかりと現状を把握すること。
- ・原点(ニーズの把握)数字もですが、状態の把握、課題の把握。
- ・まずは立ち位置を知る、しっかりしたデータを把握したい。
- ・まずは実態把握を行い、ニーズをつかんで、優先順位を立て、実行していくことだと思った。

(自治体内部の情報共有)

- ・自治体内部においても縦割りの業務が続いており、地域全体の統合を進める段階に至っていない。内部での情報と課題の共有を図ることが先決であると感じた。
- ・地域包括ケアシステムに関わる担当者が市の中でも分かれており、分析や情報が共有できない。分析から共有することが必要。
- ・担当だけではなく、自治体全体で考えていく問題だと思った。
- ・まずは職員の意識改革だと改めて思った。そのうえで今あるデータのシステム化や包括センターの取りまとめなどから始めることが一歩だと思う。

(関係者との情報共有・連携)

- ・事業者や市民への積極的な情報（方針）の発信。
- ・関係者との連携の場の提供と指針を示すこと。
- ・データをきちんと上げ、事業者に示す。地域のニーズを聞く姿勢を持つ。
- ・市民の声を聞き、それに伴った方針を掲げ、事業に取り組むこと。
- ・現場の声を聞き、高齢者を在宅で支えるための阻害要因をさぐり、目標設定する。

(方針の明確化と共有)

- ・方針の明確化に尽きる。
- ・方針をかため、関係各所と市民に共有すること。
- ・方針を事業所へ伝えていくこと（保険者の中での意識の統一も必要）。
- ・方針を共有するための方法・場所づくり。
- ・方針の共有を確立させたいと思う。
- ・まずは分析と展望を明確にする必要がある。
- ・細かな分析の元に展望・方針・共有が大事。チームビジョンの大切さを感じた。

(リーダーシップ)

- ・強いリーダーシップが必要と感じるが、住民に対する方針の説明の際に具体的事例・効果を見せることで一体感をつくり上げる場をもうける必要があると思っている。
- ・現状把握はできている。強力なリーダーシップで皆をまとめる人材が必要。
- ・保険者が自分の地域ニーズを把握し、次の一手（ビジョン）を市民と共に創る体制（心意気）が必要であると思う。

(医療と介護の連携)

- ・病院・介護施設等との連携を今まで以上に深めていくことだと思う。
- ・地域包括ケアシステムにおける医療の役割は大きいため、医師会への働きかけ、医療の積極的参加をシステム化してほしい。
- ・医療と介護の連携による地域での終末期ケアの取組み、介護システム以外の地域整備の活用。
- ・医療と介護との連携。多職種間の連携。地域の社会資源の整理と関係機関との連携。

(4) 「地域包括ケアシステム」構築において、保険者に期待すること、期待されていること

「地域包括ケアシステム」の構築を推進する上で、保険者が期待されていることについては、保険者としての方針を明確に示し、事業者と連携しながら、リーダーシップをもって地域をマネジメントしていくことが挙げられた。

<主な意見>

(方針の明確化)

- ・ 方針をしっかり示すこと。
- ・ 進むべき方向を明確に示し、説明すること。
- ・ 方針を決め、公表していくこと、まずそこだと思ふ。
- ・ ビジョンを示し、ケアマネジャー、医師、住民等に情報を発信・公開していくこと。
- ・ ビジョンを持つ（ミッションがつくれる）。
- ・ 地域との密接な連携・周知。ビジョンの確立及び説明。
- ・ 地域包括ケアに保険者としてどう取り組むのか、ビジョンを明確にする、それを実践する。
- ・ しっかりした目標を定めできる方針を作り、公表・評価を繰り返し行うことは、保険者にしかできないことだからこそしっかりしなければと思う。

(情報公開)

- ・ まずは情報公開が必要であるということがよく分かった。
- ・ やる気のある事業者への適切な情報提供。
- ・ 今日のお話を伺い、データが見える形で示すだけでも効果はあるのではないかと感じた。

(地域のマネジメント・リーダーシップ)

- ・ 財政を含めたマネジメントと長期的な高齢対策のビジョン。
- ・ 実態把握、データ分析、戦略立案、情報開示、マネジメント。
- ・ 積極的な方針・情報開示。多職種の有機的連携推進を先導するマネジメント。
- ・ 関係機関をつなぐためのリーダーシップの発揮。
- ・ リーダーシップを陰ながら取ること。
- ・ 具体的なビジョンによる実行力（使命）。
- ・ 事業をプロデュースする能力。
- ・ 強いリーダーシップを事業者や住民から求められますが、医師会との調整が難しいこともあり思うように連携の具体的な方針が進んでいません。
- ・ 医師会からそっぽを向かれると健診の協力や認定審査会に協力してくれない。

(事業者との連携)

- ・ 住民の自主的な取り組みや、事業者の参入において必要なのは、自治体の現状や将来像を具体的に示すこと（周知すること）だと思う。
- ・ 方針を含めた情報共有が特に期待されていると思う。
- ・ 従来の保険者>事業者のスタンスではなく、関係性の構築、保険者の動きを可視化することが重要であると考える。
- ・ 地域資源の発掘、育成、連携、リーダーをどのように作っていくか、自治体の意図も明確にしながら創り上げていく。
- ・ しっかり現場の声を聞いて、計画に反映させることだと思う。住民が求めるものを把握していかなくてはと感じた。
- ・ 高齢者のため、介護保険を持続するため、ケアマネや事業所の理解得られるよう説明することが重要だと思う。

- 人的な資源が乏しい所では、現状を把握した上で、明確な目標を関係機関と共有し継続していきることが必要。
- 全体の『今』とこれからを直視し、方針を立案するための『核』になること、実際に現場で力を出してくれる人の支援、連携の支援、『しかけ』づくり
- 市民・利用者を含めた『場づくり』が必要と思います。
- 地域の把握と今後、そしていかに共同体として事業者と連携するか。
- 各事業所を繋ぐためのコーディネーター役の配置。
- より多くの事業者（特に非介護系）からの意見聴取。

資 料 編

広島県における試行調査結果（詳細版）

広島県における試行調査 評価指標別調査結果

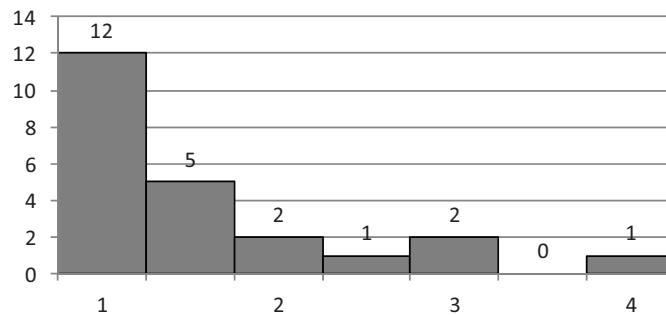
1. 「2025年における地域の姿を推計していますか」

1-1 地域の課題の規模を把握するため、2025年までの認知症高齢者数や単身世帯数を日常生活圏域単位で推計していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.57 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 28 得点分布



② クロス集計

図表 29 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------------------|-------|----|---------|
| 認知症高齢者数の推計 | している | 6 | 2.67 |
| | していない | 16 | 1.19 |
| 上記の2025年度までの推計 | している | 3 | 3.00 |
| | していない | 19 | 1.37 |
| 上記の日常生活圏域単位での推計 | している | 2 | 3.50 |
| | していない | 20 | 1.40 |
| 日常生活圏域の数 | 1つ | 9 | 1.83 |
| | 2つ以上 | 13 | 1.42 |
| 認知症高齢者以外の項目に関する2025年までの推計 | している | 7 | 2.29 |
| | していない | 15 | 1.27 |

③ 評価確認事項

| 認知症 高齢者数 | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------------------|--|------|
| 585 | ・高齢者人口 ・前期・後期高齢者割合 ・要介護認定率 | 4 |
| 550 | - | 3 |
| - | 2025年までの人口と高齢化の推計はしている。 | 3 |
| A圏域 ①1,245 ②1,744 | ①46128(国勢調査2015年高齢者人口推計)×0.15(有病率)×0.18(H25年3月現在の高齢者人口におけるA圏域高齢者人口の占める割合) ②46128(国勢調査2015年高齢者人口推計)×0.21(H25.1.1現在A圏域における認定結果Ⅱa以上人口の高齢者人口に占める割合) | 2.5 |
| - | - | 2 |
| - | 2025年度までの認知症高齢者等の推計は行っていない。要介護・要 | 2 |

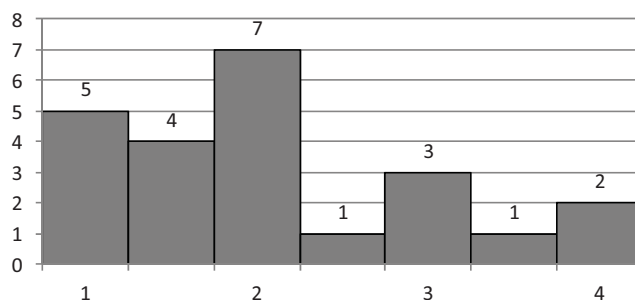
| | | |
|---------|---|-----|
| | 支援認定者は平成26年度まで行っている。 | |
| - | - | 1.5 |
| 算出していない | - | 1.5 |
| - | ・全域における高齢者人口のみ推計を行っている。 ・2008年～2013年度までの認知症高齢者数のみ把握している。 | 1.5 |
| - | 人口と高齢化率 H33まで推計 | 1.5 |
| - | - | 1.5 |
| - | 必要な人口推計はH26年4月～6月で実施する。 | 1 |
| × | - | 1 |
| - | 要介護度別の第5期の推計はやっているが、認知症では推計していない。 | 1 |
| - | - | 1 |
| 推計していない | 現時点では、2017年度までの高齢者人口推計しか行っていない。 | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |

1-2 人口動態の自然増減による推計に加え、地域支援事業や、重度化予防など、保険者としての取組の効果を勘案した要介護者数の推計を行っています。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.09 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 30 得点分布



② クロス集計

図表 31 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------------|-------|----|---------|
| 人口動態の自然増による推計 | している | 20 | 2.25 |
| | していない | 2 | 1.00 |
| 保険者としての取り組みの効果の勘案 | している | 7 | 3.21 |
| | していない | 14 | 1.64 |

③ 評価確認事項

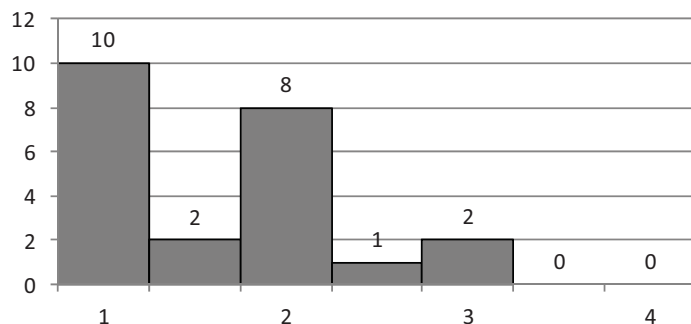
| 要介護1 認定者数 | 自由回答 | 自己評価 |
|--------------|---|------|
| 818 | - | 4 |
| 156 | - | 4 |
| 370 | - | 3.5 |
| 5,161 | 二次予防事業参加者の効果を勘案して推計している。 | 3 |
| 100 | - | 3 |
| 199 | - | 3 |
| 979 | - | 2.5 |
| 293 | - | 2 |
| 1,750 | 第5期計画時の要介護1推計人数より、実績値（H25年12月末現在）が197名多い現状があるため、現状値から人口増を鑑みて推計した。 | 2 |
| 440 | 地域支援事業の予防事業の効果の反映が、見込み切れていない。 | 2 |
| 293 | 上記の数値は、地域支援事業の効果までは反映していない。 | 2 |
| - | - | 2 |
| - | - | 2 |
| 255 | - | 2 |
| 429 | 人口と高齢化率 H33まで推計 | 1.5 |
| - | 2015年の要介護認定者推計はないが、平成32年の推計はしている。 | 1.5 |
| - | 人口動態は平成26年度まで推計している。保険者としての取組み効果を示されたものはなく不明である。 | 1.5 |
| - | - | 1.5 |
| - | - | 1 |
| - | H26年4月～6月で実施する。 | 1 |
| × | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |

1-3 2025年に向けた保険料の推計を行っていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.63 |
| 中央値 | 1.5 |

図表 32 得点分布



② クロス集計

図表 33 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|--------------|-------|----|---------|
| 給付見込みの推計 | している | 11 | 2.18 |
| | していない | 11 | 1.14 |
| 中長期の推計 | している | 4 | 2.38 |
| | していない | 18 | 1.50 |
| 自然状態での概算の推計 | している | 6 | 2.42 |
| | していない | 16 | 1.38 |
| 改革シナリオに基づく推計 | している | 1 | 3.00 |
| | していない | 21 | 1.60 |

③ 評価確認事項

| 第五期 保険料 | 第七期 自然状態 | 第七期 改革シナリオ | 自由回答 | 自己評価 |
|------------|-------------|---------------|--|------|
| 5,440 | 6,998 | 6,012 | 県が行った荒い試算での推計値しか持っていない。 | 3 |
| 72,768 | - | - | - | 3 |
| 5,250 | - | - | - | 2.5 |
| 4,960 | × | × | 給付費全体としてのおおまかな見込み(自然状態)はしている | 2 |
| 64,700 | - | - | - | 2 |
| 5,751 | - | - | - | 2 |
| 6,000 | 7000 | - | ごく粗い推計。精度の向上が課題。予防計画が反映されていない。 | 2 |
| 5,598 | - | - | - | 2 |
| 5,580 | - | - | - | 2 |
| 5,300 | - | - | 中長期推計はできていない。 | 2 |
| 5,500 | - | - | - | 2 |
| 5,340 | 推計していない | 推計していない | - | 1.5 |
| 5,700 | - | - | 介護保険事業市町カルテによる数値 2020年 7,411円 2025年 8,000円 | 1.5 |

| | | | | |
|---------|---------|---------|--|---|
| 5,537 | - | - | - | 1 |
| 月 5,000 | - | - | 県から参考値が示されています。制度改正の詳細が示されていない段階で、各市町が推計する必要性及び地域包括ケアシステムの現実的な計画策定と保険料との推計との直接的な関連性を御教示ください。 | 1 |
| 5,500 | - | - | - | 1 |
| 72,300 | - | - | - | 1 |
| 68,227 | - | - | - | 1 |
| 4,827 | 推計していない | 推計していない | - | 1 |
| 56,520 | - | - | - | 1 |
| 64,800 | - | - | - | 1 |
| 5,533 | - | - | - | 1 |
| 5,580 | - | - | - | 1 |

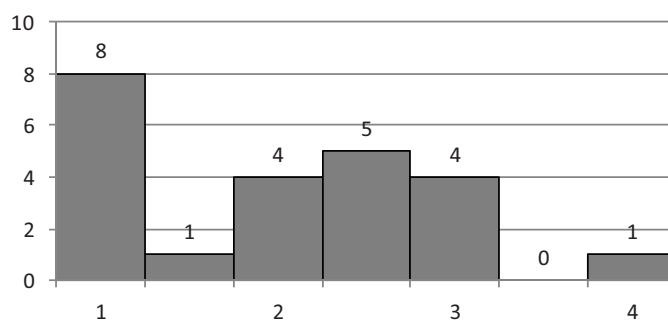
2. 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

2-1 介護保険給付の状況の月次モニタリングを実施していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.00 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 34 得点分布



② クロス集計

図表 35 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|--------------|--------|----|---------|
| モニタリングの実施 | している | 14 | 2.54 |
| | していない | 8 | 1.00 |
| モニタリングの頻度 | 毎月 | 9 | 2.56 |
| | 1回/四半期 | 4 | 2.50 |
| | 年1回 | 0 | - |
| 報告の実施 | している | 14 | 2.54 |
| | していない | 9 | 1.17 |
| 報告の頻度 | 定時 | 3 | 2.00 |
| | 随時 | 6 | 2.92 |
| | 不定期 | 5 | 2.40 |
| モニタリング結果の文書化 | している | 7 | 2.57 |
| | していない | 15 | 1.70 |

③ 選択肢以外の回答

・(モニタリングの頻度) ⇒ 毎月、年1回(複数回答)

④ 評価確認事項

| モニタリングの主な視点 | モニタリングの報告先 | 自由回答 | 自己評価 |
|---|------------|--------------------------------|------|
| 計画と実態の乖離の程度 | 市町村内部 | 給付実績の動向をサービス別、月別、介護度別に分析をしている。 | 4 |
| 認定者数の推移 居宅・地域密着・施設サービス別給付単価の推移 前期高齢者・後期高齢者別認定率の推移 | 高齢者福祉課長 | - | 3 |
| - | 事業運営委員会 | - | 3 |

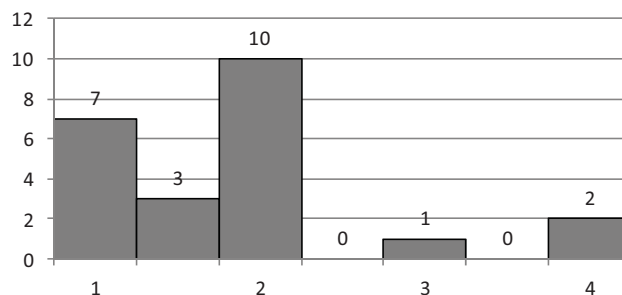
| | | | |
|--|-------------------------------|---|-----|
| 毎月の各給付費の増減 | - | - | 3 |
| 対前年度比、伸率 各サービスごと（居宅・地域密着・施設、その他）の伸率 | 市町村内部 | - | 3 |
| 給付実績の推移を把握している。 | 広島県 | - | 2.5 |
| ・事業計画の進捗状況 ・新規サービスの状況 | （課内のみ） | ・新規サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護、複合型サービスなど）について、事業所別、介護度別の給付件数・金額を把握（毎月） ・介護保険事業実績分析報告書（日本福祉大学の提供ソフトを使用）の作成（毎月） ・介護政策評価支援システムを使用した把握（年1回） | 2.5 |
| 介護給付の状況については、概ね四半期ごとに状況を確認し、把握している。 | 特になし | 予算編成及び実績報告書作成時に把握 | 2.5 |
| 計画値との比較 サービス種類ごとの給付費の推移 | 老人福祉専門委員会 | モニタリングは随時実施しているが、頻度は毎月と四半期に一度の間くらい。 不定期に開催する老人福祉専門委員会（計画の策定委員会）に状況を報告している。 | 2.5 |
| 給付費の増減 | 課長 | - | 2.5 |
| 利用人数、給付金額、利用回数等 | 社会福祉審議会高齢福祉専門分科会、介護保険事業運営懇談会等 | - | 2 |
| ・サービス別第一号被保険者一人当たり給付費 ・サービス種類別第一号被保険者一人当たり給付月額 ・サービス系列別第一号被保険者一人当たり給付月額 ・第一号被保険者一人当たり保険給付月額、第一号保険料月額、必要保険料月額の推移 | 民生活部 | - | 2 |
| - | - | モニタリングの結果を毎月上司に報告している | 2 |
| 各サービス給付費の急激な変化の有無を確認。 | - | サービスの増減の原因がわからない場合が多く分析に当たっていない。 | 2 |
| 給付費の推移 | 課長・庁内LANに掲載 | - | 1.5 |
| - | - | 年次で計画値に対する差について分析することはある | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | 給付状況の管理は結果で確認できるが、分析結果については報告されていない。 | 1 |
| - | - | - | 1 |

2-2 給付状況について、他市町村との比較を通じて、日常生活圏域単位のサービス利用特性を把握していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.83 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 36 得点分布



② クロス集計

図表 37 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------|--------|----|---------|
| 利用特性の把握 | している | 11 | 2.45 |
| | していない | 11 | 1.29 |
| 利用特性の把握の頻度 | 毎月 | 0 | - |
| | 1回/四半期 | 2 | 2.00 |
| | 年1回 | 8 | 2.63 |
| 分析の実施 | している | 11 | 2.45 |
| | していない | 11 | 1.29 |
| 分析の実施の頻度 | 毎月 | 0 | - |
| | 1回/四半期 | 2 | 2.00 |
| | 年1回 | 9 | 2.56 |
| 結果の報告 | している | 6 | 2.83 |
| | していない | 15 | 1.48 |
| 結果の報告の頻度 | 毎月 | 0 | - |
| | 1回/四半期 | 1 | 2.00 |
| | 年1回 | 4 | 3.25 |
| 報告先 | 市町村内部 | 5 | 2.60 |
| | 外部機関 | 0 | - |
| | 公表 | 0 | - |
| 日常生活圏域単位の把握 | している | 9 | 2.44 |
| | していない | 11 | 1.47 |

③ 選択肢以外の回答

- ・ (利用特性の把握の頻度) ⇒ 毎月、年1回 (複数回答)
- ・ (結果の報告の頻度) ⇒ 毎月、年1回 (複数回答)
- ・ (報告先) ⇒ 市町村内部、外部機関 (複数回答)

④ 評価確認事項

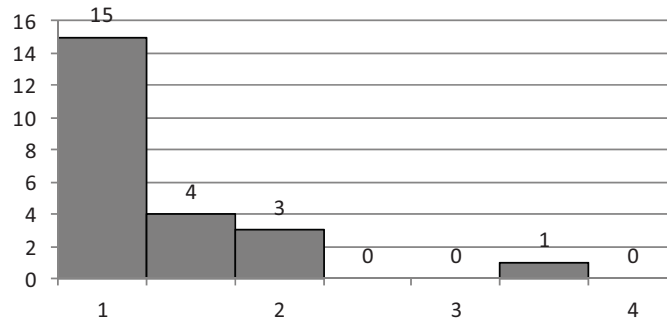
| 比較を行うために用いているシステム名 | システムを用いて分析を行う頻度 | 結果の報告を行っている場所 | 自由回答 | 自己評価 |
|--------------------|-----------------|---------------|--|------|
| - | - | 共有 | - | 4 |
| 介護政策評価システム, 月報 | 随時 | 高齢者プラン策定委員会 | - | 4 |
| - | - | 高齢者保健福祉推進協議会 | - | 3 |
| 介護政策評価支援システム | 年1回程度 | - | - | 2 |
| - | - | - | 県の地域包括ケア資源調査によって把握した | 2 |
| 政策評価システム | 4回/年 | - | - | 2 |
| 介護政策評価支援システム | 年1回程度 | - | <ul style="list-style-type: none"> 介護政策評価支援システムの他には、広島県が取りまとめる介護保険事業状況報告集計により県内の状況を把握する。 日常生活圏域別については、「広島県地域包括ケア資源調査報告書」によるのみ。 | 2 |
| 広島県地域包括ケア資源調査 | 年2回 | 内部会議 | - | 2 |
| 介護政策評価システム・県内月報集計 | - | - | - | 2 |
| - | - | - | - | 2 |
| 県の使っているシステム | 0 | - | - | 2 |
| - | - | - | 県実施の地域包括ケア資源調査の結果や月報を参考に | 2 |
| - | - | - | - | 2 |
| 県からのデータ | 随時 | していない | - | 1.5 |
| - | - | - | H25 広島県地域包括ケア資源調査報告書で把握 | 1.5 |
| 使用していない | - | - | 広島県国民健康保険団体連合会が発行する「ひろしまの国保」に掲載されている介護給付費の動向や広島県介護保険課から提供される事業状況報告（月報暫定値）により、大まかな状況を把握することはあるが、細かな分析は行っておらず、内外を含めて報告も行っていない。（老人福祉専門委員会には一部の状況について報告する場合があるが、審査案件に関係するものに限定され、かつ恒常的に行っているわけではない。） | 1.2 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 保険者独自の分析は把握していない。 | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

2-3 給付状況の分析を通じて、サービス利用の特性を把握し、サービス利用の妥当性を評価していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.34 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 38 得点分布



② クロス集計

図表 39 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------|-----|----|---------|
| 方針の有無 | ある | 1 | 3.50 |
| | ない | 21 | 1.25 |
| 専門職での共有 | ある | 2 | 2.75 |
| | ない | 20 | 1.22 |

③ 評価確認事項

| 妥当性を検証する際の視点 | 課題が発見された場合のケアマネジメント等の改善の方法 | 自由回答 | 自己評価 |
|---|--|--|------|
| 要介護度に応じて一人当たり給付費をサービス別、サービス系列別にみて、突出したものがないかどうか。 担当ケアマネジャーとケアプラン内のサービス事業所が同一法人等である場合、そのサービスの利用状況が適正かどうか。 | 実地指導、ケアプラン点検を通じ、事業所及びケアマネ本人への意識付けを行う | - | 3.5 |
| - | 給付実績の情報と認定情報を突合し、不適切な給付の可能性がある事例を抽出し、ケアプラン点検時等において、介護支援専門員が利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成しているか確認し、改善の必要があれば、助言・指導を行っている。 | 自立支援の趣旨を踏まえたサービス利用のあり方や注意点は必要と考え、ケアプラン指導等を実施していますが、サービス利用の妥当性まで踏み込んで各市町が評価することが、真に必要なものかどうか、その点を御教示ください。 | 2 |
| - | - | - | 2 |
| - | - | - | 2 |
| 妥当性の評価というほ | 担当ケアマネジャーとの文 | 積極的にサービス利用の妥当性を評価し | 1.8 |

| | | | |
|---|------------------------|--|-----|
| どのことはしていないが、ショートステイが多い方のサービス利用の必要性等についてはチェックしている。 | 書交換や面接による聞き取りによる。 | ているわけではない。 給付費適正化を目的としたチェックを行う際に、疑義があるものについて確認している程度である。 | |
| ケアプランチェック | ケア会議で報告 | 自立支援という大前提を関係者が共有するしかない。 | 1.5 |
| アセスメントによる課題分析にプランの内容が合っているか。 | ケアプランチェックや実地指導による改善の依頼 | <ul style="list-style-type: none"> 介護給付適正化によるケアプランチェック等により、サービス利用の妥当性を見ている。 給付状況の分析による評価はできてないので、1.5とした。 | 1.5 |
| - | - | 個別の事業所（施設）については、ケアプラン点検などの実地指導を通じて実施している。 | 1.5 |
| - | - | - | 1 |
| - | ケアプラン点検によるサービス内容のチェック | ケアプラン点検についての方向性はあるが明確な方針はない | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | 保険者の方針が示されていない。 | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |

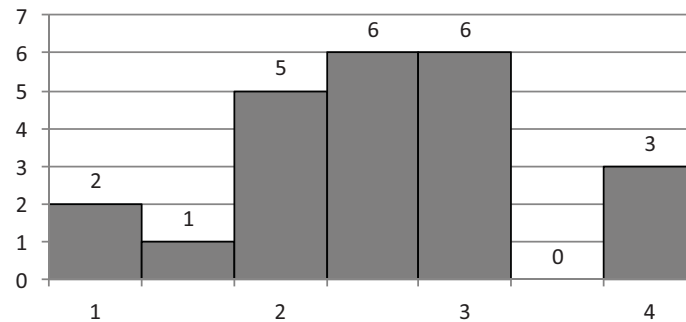
3. 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか？

3-1 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検し、報告していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.54 |
| 中央値 | 2.5 |

図表 40 得点分布



② クロス集計

図表 41 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|----------|--------|----|---------|
| 点検の実施 | している | 19 | 2.76 |
| | していない | 3 | 1.50 |
| 点検の実施の頻度 | 毎月 | 3 | 3.00 |
| | 1回/四半期 | 4 | 2.63 |
| | 年1回 | 8 | 2.81 |
| 報告の実施 | している | 14 | 2.75 |
| | していない | 9 | 2.22 |
| 報告の実施の頻度 | 毎月 | 1 | 3.00 |
| | 1回/四半期 | 2 | 2.25 |
| | 年1回 | 12 | 2.96 |

③ 選択肢以外の回答

- ・(点検の実施の頻度、報告の実施の頻度) ⇒ 不定期
- ・(点検の実施の頻度、報告の実施の頻度) ⇒ 1回/四半期、年1回(複数回答)

④ 評価確認事項

| 点検の頻度 | 報告頻度 | 点検の視点 | 自由回答 | 自己評価 |
|-------|------|--|---------------------------|------|
| 1 | 1 | 個別サービスや給付実績に係る計画との比較 | - | 4 |
| 1 | 1 | 計画どおりに進捗しているかどうか | 総合保健福祉計画推進等委員会において、報告している | 4 |
| 4 | 1 | 予算執行に伴う給付状況として、概ね四半期ごとに現状を確認している。また、地域密着型サービス運営会議へサービス | - | 4 |

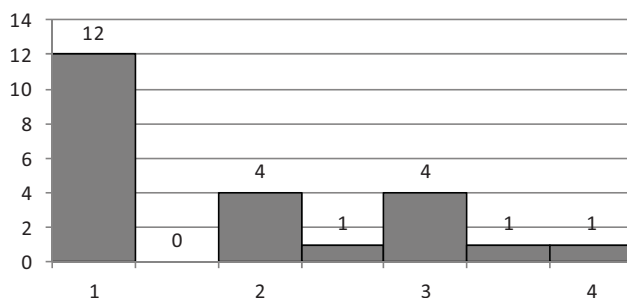
| | | | | |
|-----|------|------------------------------|---|-----|
| | | 整備状況等を報告している。 | | |
| 2,3 | 2,3 | 利用人数、給付金額 | - | 3 |
| 12 | 1/3年 | 施設整備数、給付費について計画と実績の比較、給付費の推移 | - | 3 |
| 12 | 1 | 認定者数、保険給付費の進捗状況など | 介護保険事業計画作成委員会として位置付けている社会福祉審議会（老人福祉専門分科会）に報告している。 | 3 |
| 12 | 1 | - | 給付費、認定率などの動向は毎月のデータで確認している。介護保険運営協議会へは正式には年度単位での報告であるが、随時の会議の際にも関連事項があれば報告している。 | 3 |
| 2 | 1 | サービス毎の計画数値と給付実績の差 | 点検は半年に1回程度している。 | 3 |
| 1 | 1 | 当初の計画と実績の状況 | - | 3 |
| 6 | 2 | サービス種類ごとの給付費の年次推移 | 点検は随時行っているが、頻度は毎月と四半期に一度の中間くらい。不定期（年2回程度）に開催する老人福祉専門委員会（計画の策定委員会）に状況を報告している。 | 2.5 |
| 1~3 | 1~3 | 介護保険事業計画を総合的に点検 | - | 2.5 |
| - | 2 | - | - | 2.5 |
| 1 | 1 | - | - | 2.5 |
| 1 | 1 | 給付費の伸び | - | 2.5 |
| 1 | 1 | - | - | 2.5 |
| 2 | 2 | 計画との比較 | 予算比較。 | 2 |
| 2 | 2 | 計画との実績の乖離の原因分析 | - | 2 |
| 3 | 0 | サービス別給付額 | - | 2 |
| 1 | 1 | 介護保険サービスの計画値と実績値の対比 | - | 2 |
| 1 | 2 | 計画値と実績値、給付費の内訳 | - | 2 |
| - | - | - | 介護給付実態は議会における決算等で報告されているが、介護保険関連の会議に対する報告は不明である。 | 1.5 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | 1 | - | - | 1 |

3-2 目標に対して未達成であった場合に、具体的な対策を講じていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.83 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 42 得点分布



② クロス集計

図表 43 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------------|-------|----|---------|
| 未達成の場合の対策の実施 | している | 10 | 2.80 |
| | していない | 11 | 1.09 |
| 事業者や団体等への直接的な働きかけ | している | 8 | 2.75 |
| | していない | 14 | 1.36 |

③ 評価確認事項

| 対策の具体的な内容 | 自由回答 | 自己評価 |
|--|--|------|
| 計画に基づくサービスの基盤整備については、何度も事業所に案内し、現状を周知している。 | - | 4 |
| 参入に興味を示す事業者には直接訪問し、参入の働きかけを行っている。また、事業者（法人）が属する団体の会合に参加し、事業概要等の説明を行った。 | 過去2回事業者公募を行い、いずれも応募者なしに終わった「地域密着型介護老人福祉施設」については、県内の社会福祉法人関係者が集まる集会に参加しPR活動を行ったほか、興味を示した法人に対しては個別に活用できるA有地の紹介を行うなどした結果、2013年8月の公募では、複数の者からの応募があった。また、整備が遅れている「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」については、A内の施設系の事業者に対してPRを行い、関心をした事業者に対して個別に事業内容の説明、斡旋を続けている。 | 3.5 |
| サービスがなぜ確保できないのか事業者への聞き取りを実施している。 | - | 3 |
| ・整備事業者の（再）選定 ・新規サービスの実態把握及び周知 | ・施設・居住系サービスについては、公募を実施し、整備事業者を決定した。また、整備事業者から辞退の申出があったときは、追加選定を行った。 ・新規サービスについて、実態調査を行い、その結果を他事業者や介護支援専門員に周知させる予定である。 | 3 |
| 事業者への説明会の開催・アンケート及びヒアリングの実施 | - | 3 |
| 施設整備の目標が未達成である場合は、参入可能性のある事業者等に対して個別に説明を行 | - | 3 |

| | | |
|---------------------------|--|-----|
| う。 | | |
| 事業者等に個別に働きかけ | - | 2.5 |
| 個別訪問 | 定期巡回参入への働きかけを直接行っている。 | 2 |
| 施設整備については、再公募や事業者への働きかけなど | - | 2 |
| - | 整備計画に関しては可能性のありそうな事業所への聞き取りは行っているが、積極的な働きかけには至っていない。 | 2 |
| 事業者との情報交換（個別対応） | - | 2 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | 定期巡回・随時対応型整備について、方針を関係事業所と協議等は実施。 | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | 保険者としての目指す方向は示されていない。 | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |

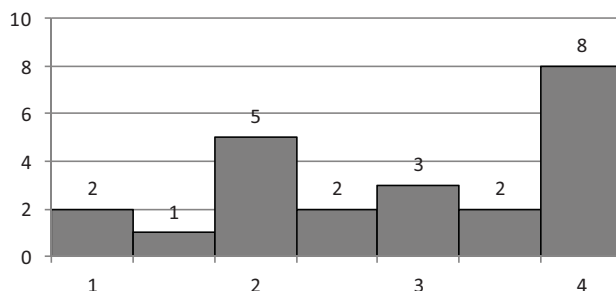
4. 保険者として、地域密着型(介護予防)サービスに対する指導・監督を行っていますか。

4-1 地域内のすべての地域密着型(介護予防)サービス事業所に対して実地指導を行っていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.89 |
| 中央値 | 3.0 |

図表 44 得点分布



② クロス集計

図表 45 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-----------------|-------|----|---------|
| 実地指導の全事業所実施(年間) | している | 6 | 3.17 |
| | していない | 15 | 2.63 |

③ 選択肢以外の回答

・(実地指導の全事業所実施(年間)) ⇒ (3年間で)している

④ 評価確認事項

| 地域内の地域密着型(介護予防)サービス事業所数 | 平成24年度の実地指導回数(全事業所の累計) | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------------------|------------------------|---|------|
| 38 | 12 | - | 4 |
| 45 | 12 | 複数年に分けて実施をしている。 | 4 |
| 11 | 4 | 平成25年度に事業所の新規指定があったが、概ね2年に一度のペースで各事業所を指導するようにしている。 | 4 |
| 2 | 2 | - | 4 |
| 12 | 6 | - | 4 |
| 3 | 1 | - | 4 |
| 5 | 5 | - | 4 |
| 7 | 6 | 地域密着型サービス事業所のうち一つは昨年10月開設のため未実施 | 4 |
| 5 | 5 | 予防2 介護3 | 3.5 |
| 28 | 9 | ・3年に1度は指導する方針としている ・年1回集団指導を行っている | 3.5 |
| 177 | 51 | ・新規指定の事業所(施設)を対象として、指定後早期に実地指導を実施することとしている。 ・既存の事業所(施設)に対しては、概ね3年間に一巡するよう実施している。 | 3 |

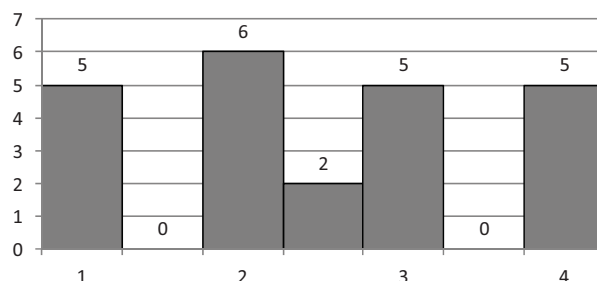
| | | | |
|-----|----|--|-----|
| 9 | 7 | 毎年度全事業所実施は困難な状況であり、概ね3年に1回の実施としている。 | 3 |
| 6 | 3 | 2年に1回実施 | 3 |
| 21 | 6 | 自己評価点数は、2.5点 約3年に1回は行うように計画している | 2.5 |
| 2 | 1 | - | 2.5 |
| 204 | 71 | 実地指導回数 ○夜間対応型訪問介護事業所：3回 ○認知症対応型通所介護事業所：18回 ○小規模多機能型居宅介護事業所：11回 ○認知症対応型共同生活介護事業所：37回 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所：2回 | 2 |
| 24 | 8 | 集団指導は年1回実施 実地指導は2～3年で全事業所に実施 | 2 |
| 18 | 3 | - | 2 |
| 7 | 1 | - | 2 |
| 4 | 2 | - | 2 |
| 1 | 0 | 地域内の地域密着型サービス事業所は1箇所のみで、平成24年度から運営開始のため、平成25年度に実地指導を行ったのみである。 | 1.5 |
| 7 | 0 | - | 1 |
| 4 | 0 | 実地指導について、以前は行われていたが、現在は行われていない。 | 1 |

4-2 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して保険者の方針を伝える機会を設けていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.48 |
| 中央値 | 2.5 |

図表 46 得点分布



② クロス集計

図表 47 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------------------|-------|----|---------|
| 事業者へ保険者の方針を伝える機会の有無（年間） | している | 18 | 2.89 |
| | していない | 4 | 1.00 |

③ 評価確認事項

| 方針を伝える方法・機会（会議、研修等） | 自由回答 | 自己評価 |
|---------------------|--|------|
| 集団指導・運営推進会議 | - | 4 |
| 集団指導 | - | 4 |
| 地域密着型サービス事業所研修会 | - | 4 |
| 運営推進会議 | - | 4 |
| 地域包括連絡調整会議 | - | 4 |
| 地域密着型集団指導 | - | 3 |
| 実地指導、集団指導 | 地域と連携し、地域に根ざした施設であるべき方針は運営推進会議等で意見を述べていますが、地域密着型サービスに係る保険者の方針とは、どのようなことを想定したらよろしいのでしょうか。具体的に御教示ください。 | 3 |
| 集団指導研修 | ・年に1回、全事業所（施設）を対象とした集団指導研修を開催している。 ・新規事業所（施設）については、開設相談時から説明を行っている。 | 3 |
| 自由回答欄へ | 実地指導。集団指導、運営会議等 | 3 |
| 運営推進会議 | - | 3 |
| 実地指導・運営協議会 | 2月に1回運営協議会を開催。 | 2.5 |
| 制度説明会等の随時開催 | 直近では、2013年3月に地域の地域密着型サービス事業者を対象とした説明会を開催した。説明会の主な内容は、2012年度に策定した地域密着型サービス事業所に係る人員配置、設備等の基準を条例で定めたことによりその内容を伝達するためのものであったが、必要に応じ不定期にこのような場を設けている。また、毎月役所で開催している「高齢者支援ネットワーク会議」の中で、方針等を伝える場合がある。（ただし、本会議の参加者は、地域密着型サービス事業所に限らない。）個別に伝える必要がある場合は、各事業所で2ヶ月に1度開催される「運営推進会議」を活用している。 | 2.5 |
| 事業者の会議等に参加 | - | 2 |

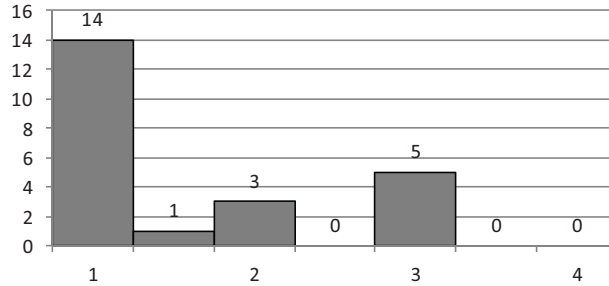
| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| した際に周知。事業者に限らず住民に対して、介護保険事業計画の周知に努める | | |
| 集団指導 | 集団指導のほか、年に1回程度小規模多機能居宅介護事業所連絡協議会と意見交換会を実施 | 2 |
| 実地指導、推進会議 | - | 2 |
| 実地指導等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 不適切な対応等があった場合、直接、事情聴取及び現地確認し具体案の提示等の対応 ・ 自己評価については、具体的な方針がないため。 | 2 |
| グループホーム運営推進会議 | - | 2 |
| 地域密着運営委員会 | - | 2 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |
| - | 特に方針は示されていない。 | 1 |
| - | - | 1 |

4-3 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所が実施するサービスに対する評価を行っていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.57 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 48 得点分布



② クロス集計

図表 49 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------|-------|----|---------|
| サービスに対する評価の実施 | している | 6 | 2.83 |
| | していない | 17 | 1.13 |
| 評価の指標の有無 | ある | 5 | 2.80 |
| | ない | 18 | 1.23 |
| 評価結果の公開 | している | 2 | 2.50 |
| | していない | 21 | 1.49 |

③ 評価確認事項

| 評価の方法 | 評価の指標・視点 | 平成 24 年度の 評価回数(全事業所の累計) | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------|---|----------------------------|--|------|
| 自己評価に市がコメント | 公募時の計画との比較 | - | 上記の回答は、公募により選定され、かつ施設整備に当たって補助金を活用した地域密着型サービス事業所に対して、開設して約 1 年後に公募時の運営計画との乖離がないかの確認をしていることについての回答です。全事業所対象ではありません。平成 24 年度整備計画による事業所は、まだ評価をしていません。 | 3 |
| 事業所実地指導 | 画一的なサービス提供となっていないかなどのほか、各サービスの基本方針に沿ったサービスとなっているかどうか。 | 4 | - | 3 |
| 実地指導 | 運営基準等 | 1 | - | 3 |
| 実地指導 | - | 6 | - | 3 |
| 実地指導 | 自己点検シート | 3 | - | 3 |
| 実地指導 | - | 5 | - | 2 |
| - | - | - | - | 2 |

| | | | | |
|--------|---|---|---|-----|
| 実地指導 | - | 3 | - | 2 |
| 行っていない | - | - | 評価と言えるものは実施していないが、各事業所で2ヶ月に1回開催される「運営推進会議」に毎回参加し、事業実施状況などの説明を受けている。その際、利用者本位のサービス提供がなされているかに注意しながら意見交換を行っているので、自己評価に0.2を加えた。(ただし、評価指標もなく公表をしているわけではないので、次回以降の運営推進会議で検証している程度である。) | 1.2 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 評価指標をもたない | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | 0 | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 各事業所は自己評価を実施しているが、保険者が事業所の評価を行っていない。 | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

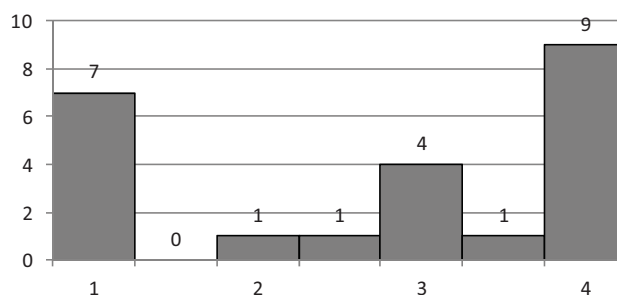
5. 保険者として地域包括支援センターの評価を行っていますか。

5-1 地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに示していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.74 |
| 中央値 | 3.0 |

図表 50 得点分布



② クロス集計

図表 51 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------|-------|----|---------|
| 運営方針の有無 | ある | 16 | 3.50 |
| | ない | 6 | 1.00 |
| 運営方針の提示 | している | 15 | 3.60 |
| | していない | 7 | 1.14 |
| 運営方針の文書での提示 | している | 16 | 3.50 |
| | していない | 6 | 1.00 |

③ 評価確認事項

| 文章の名称 | 運営方針を示す方法・時期 | 自由回答 | 自己評価 |
|--------------------|----------------------------|--|------|
| 地域包括支援センター運営基準 | 方法：文書で示している。 時期：随時 | 今年度から、次年度の重点的に取組む活動方針を示す予定である。 | 4 |
| 地域包括支援センター運営方針 | 年1回 | - | 4 |
| 地域包括支援センター運営方針 | 年度末 | 5包括あるが、保険者の方針として標準化をめざし、共通のものを適要している。 年度末に、変更が無い旨を確認含め伝えている。 第6期に向けては、どうあるべきかを検討する。 | 4 |
| 地域包括支援センター運営方針 | 2013年5月に包括連絡会にて周知 | 地域包括支援センター運営法人へも周知をしている。 | 4 |
| 地域包括支援センター設置運営方針 | 年度当初（委託契約時）、 改正時ともに文書にて | 従来から「地域包括支援センター運営基本方針」があったが概略的な内容であったため、2012年に、介護保険法改正を機に全文を改正し、名称を「地域包括支援センター設置運営方針」に改めた。改正に当たっては、地域包括支援センター運営協議会で内容を審議し、地域包括支援センターには文書形式で提示している。 | 4 |
| 地域包括支援センター運営に関する方針 | 直営であり、保険者内部の 運営方針決定により | - | 4 |

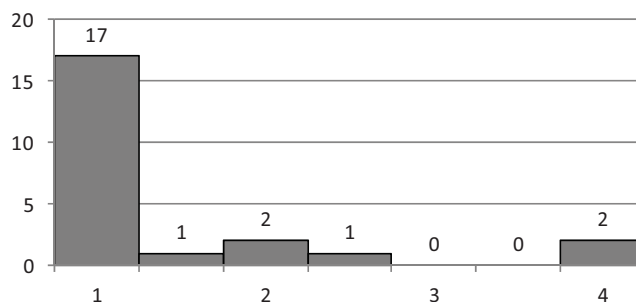
| | | | |
|---------------------|--------------------------------------|--|-----|
| 地域包括支援センター実施方針 | 契約時 ・ 4月 | - | 4 |
| 地域包括支援センター運営規定 | 運営規定、その都度 | - | 4 |
| 地域包括支援センター基本指針・運営指針 | 文書 4月 | - | 4 |
| 地域包括支援センター運営指針 | 運営協議会（年2回の内4月） | - | 3.5 |
| 地域包括支援センター基本方針・運営指針 | 地域包括支援センター運営協議会で提示。時期は不定期 | - | 3 |
| 地域包括支援センター事業計画 | - | - | 3 |
| 地域包括支援センター運営方針 | 毎年予算要求時に文書にて | - | 3 |
| 運営規程 | 事業所内に提示 | 運営方針は介護保険法等の規定により運営規程で定めているが、評価できても改善対策ができていない。 | 3 |
| 地域包括支援センター基本方針・運営指針 | ・活動方針の提示。（年度初め） ・運営協議会で説明。（年1回程度） | 今後、直営と委託包括、行政の役割分担や、各包括の圏域特徴を踏まえた活動方針について、示す必要がある。 | 2.5 |
| 地域包括支援センター運営指針 | - | - | 2 |
| - | - | 直営のため | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |

5-2 地域包括支援センターの評価票を作成し、地域包括支援センターと共有していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.43 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 52 得点分布



② クロス集計

図表 53 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|--------------------|-------|----|---------|
| 評価票の作成 | している | 3 | 3.50 |
| | していない | 20 | 1.13 |
| 評価票の地域包括支援センターとの共有 | している | 3 | 3.50 |
| | していない | 20 | 1.13 |

③ 評価確認事項

| 評価票の名称 | 共有する方法・時期 | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------------|--------------------------------|--|------|
| 地域包括支援センター評価基準 | 方法：運営協議会で評価結果を諮っている。 時期：年1回 | 年1回、地域包括支援センターが保険者の示した評価基準に基づき、公正中立性、活動について自己評価している。自己評価結果をもとに、健康長寿課が支援計画を立て、地域包括支援センター運営協議会に諮っている。 地域包括支援センター：すべて委託 | 4 |
| 地域包括支援センター事業計画 | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 4 |
| 地域包括支援センター事業評価シート | 2011年2月の包括連絡会にて周知 | 評価表は作成・共有しているが、評価基準が不明確である。 地域包括支援センター：すべて委託 | 2.5 |
| - | - | 評価指標はないが、運営協議会において、活動状況を報告書として年度別に示すほか、各包括からの活動状況等の報告を行い、それぞれの活動について共有を図っている。今後、評価指標について、検討していく必要がある。 地域包括支援センター：一部のセンターが委託 | 2 |
| - | - | 他の事業所同様実地指導は行っている 地域包括支援センター：すべて直営 | 2 |
| なし | 運営協議会 年2回 | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1.5 |
| - | - | 地域包括支援センター：- | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |
| 未実施 | なし | H25.10月から地域包括支援センターを委託にしたため、今後は具体的な評価方法について検討予定。 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |

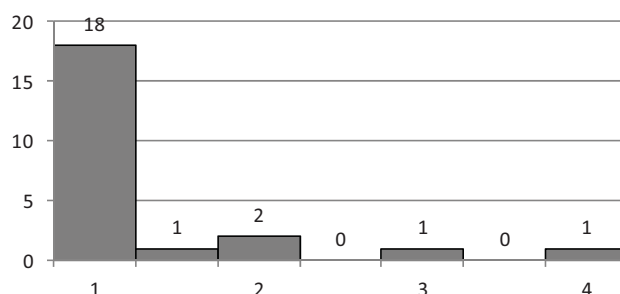
| | | | |
|-------------|---|-------------------------------|---|
| 評価票を作成していない | - | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：- | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：- | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 評価されていない。 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて委託 | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：- | 1 |
| - | - | 地域包括支援センター：すべて直営 | 1 |

5-3 定期的に地域包括支援センターの評価を実施し、評価結果を公表していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.33 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 54 得点分布



② クロス集計

図表 55 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------|-------|----|---------|
| 地域包括支援センターの評価 | している | 4 | 2.75 |
| | していない | 18 | 1.03 |
| 評価結果の文書化 | している | 3 | 3.00 |
| | していない | 19 | 1.08 |
| 評価結果の公表 | している | 1 | 4.00 |
| | していない | 21 | 1.21 |

③ 評価確認事項

| 包括の評価を実施する頻度 | 評価結果を記載した文書の名称 | 評価結果の公開時期・方法 | 自由回答 | 自己評価 |
|--------------|--|----------------------------------|---|------|
| 年1回 | ○地域包括支援センター公正中立性の評価結果について ○地域包括支援センターの活動状況の評価結果について | 公開時期：随時 方法：自治体内ホームページで公表している。 | - | 4 |
| 年1回 | 地域包括支援センター事業計画 | していない | - | 3 |
| 年1回 | 運営協議会資料 | 公表していない | 5-2と同じ。 | 2 |
| これまで1回実施のみ | 地域包括支援センター事業評価総括表 | 公表していない | 事業評価は実施したが、評価が単純にセンターの良否と誤解され、事業活動への不利益が生ずることが懸念されることから、公表まではしていない。 | 2 |
| 年2回 | - | - | - | 1.5 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 直営のため | 1 |

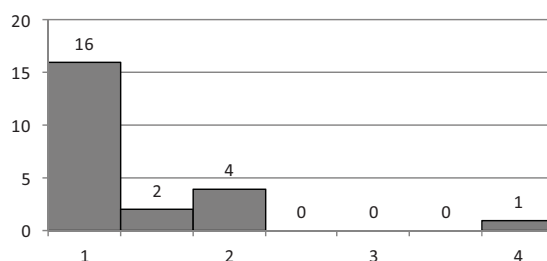
| | | | | |
|------------|----|----|------------------------------|---|
| 未実施 | なし | なし | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| 評価を実施していない | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 直営の地域包括支援センターであり、行政内の評価が行われる | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 評価結果の実施及び公表はされていない。 | 1 |
| - | - | - | 開設されたばかりで実地指導ができていない | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

5-4 評価結果を地域包括支援センターに伝え、改善に向けた指導をしていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.36 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 56 得点分布



② クロス集計

図表 57 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------|-------|----|---------|
| 評価結果の伝達 | している | 3 | 1.83 |
| | していない | 18 | 1.16 |
| 指導の実施 | している | 3 | 2.60 |
| | していない | 18 | 1.14 |

③ 選択肢以外の回答

・(評価結果の伝達) ⇒ 行う必要なし

④ 評価確認事項

| 評価結果を伝達した時期・方法 | 包括の指導を実施する頻度 | 指導内容が分かる文書の名称 | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------------|----------------------|---------------------------|--|------|
| 自己評価のため必要なし | 随時、健康長寿課の保健師等が行っている。 | 地域包括支援センターの活動に関する健康長寿課の支援 | 健康長寿課において、地域包括支援センターが自己評価した結果について巡回支援等を活用し現状の確認、改善策等について協議している。また、地域単位での改善策が必要な項目は、地域単位のセンター長会議等を活用し取組の検討を行っている。 | 4 |
| 1回 | 随時 | - | 運営協議会の協議結果を文書化して、地域包括支援センター担当者会議へ提示することで、内容の共有を図っている。 | 2 |
| 2012年3月の包括連絡会にて周知 | - | - | 評価基準が不明確であったこともあり、結果の伝達のみで、指導までは至っていない。 | 2 |
| - | - | - | - | 2 |
| 年度末 | 年1回 | 地域包括支援センター運営協議会 | 地域包括支援センター運営協議会において事業運営状況について報告しているが、評価方法を指摘されている。 | 2 |
| 評価をしていない | 年1回 | - | 年1回の指導は行っているが、事業が適正に実施されているかに重きが置かれており、運営を評価するまでには至っていない。 | 1.8 |
| 運営協議会 | 年2回 | なし | - | 1.5 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

| | | | | |
|----|----|----|------------------------------|---|
| なし | なし | なし | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | 直営の地域包括支援センターであり、行政内の評価が行われる | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

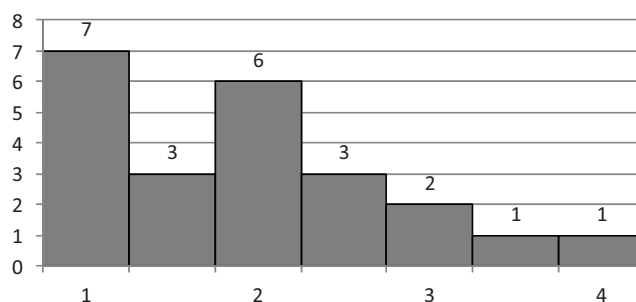
6. 保険者として、介護支援専門員等を対象とした研修会を定期的に主催していますか。

6-1 管轄内の事業所に所属する介護支援専門員に対する評価を実施し、現状と課題（ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題）を把握していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.93 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 58 得点分布



② クロス集計

図表 59 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------|-------|----|---------|
| 介護支援専門員に対する評価 | している | 6 | 2.83 |
| | していない | 17 | 1.62 |
| 評価に基づいた研修の企画 | している | 7 | 2.86 |
| | していない | 16 | 1.53 |

③ 評価確認事項

| 介護支援専門員に対する評価指標 | 介護支援専門員の現状と課題 | 自由回答 | 自己評価 |
|---|--|--|------|
| 実施指導に基づく結果 | サービス利用が目的となり、アセスメントの結果に基づくケアプランとなっていないなど | - | 4 |
| 研修後の自己評価、研修後アンケートによる満足度・理解度・意見等、ケアプラン点検事業の個別相談、介護サービス事業者調査結果等 | 自立支援型ケアマネジメント（ICFの基本理念）の考え方、手順やその重要性についての認識が十分でない。 | 定期的な研修会のほか、各地域の介護支援専門員自主勉強会からの要望に応じて、随時、出向いて研修会を開催している。 | 3.5 |
| 実地指導、ケアプラン点検、包括の主催の近辺事業所のケアマネを集めての連絡会議 | ケアマネの不足している部分を個別に相談 | - | 3 |
| - | - | - | 3 |
| - | ケアプランチェックの際、アセスメント・目標設定（長期・短期）について、お願いする機会が多い。 | 介護支援専門員個人の評価指標はないが、居宅介護支援事業所についてはケアプランチェックの際に自己評価に使用する指標はある。介護支援専門員から必要なもの・今足りないものの意見を聞いて、研修は行っているが、評価 | 2.5 |

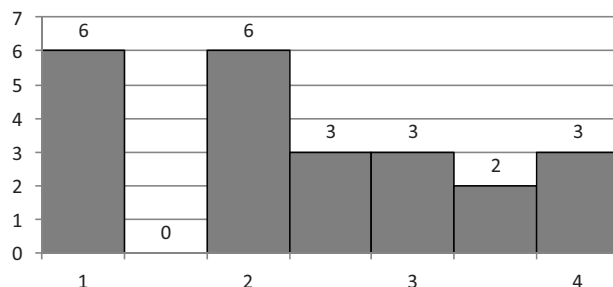
| | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|-----|
| | | に基づくものとは言えないと思います。 | |
| ケアプラン点検を行い、ケアプランの質の向上を図る | - | - | 2.5 |
| ケアプラン | ケアプラン立案能力の差 | ケアプラン点検により、介護支援専門員の評価を行っている。 | 2.5 |
| チェック | なし | - | 2 |
| - | - | 医師会、社会福祉協議会などとともに、「定期ケアカンファレンス」や「地域ケアマネジメント研究会（FCMC）」を開催し、知識や技術の向上のための事例検討や講演を行っている。 | 2 |
| 未整備 | 地域包括支援センターを介して把握 | - | 2 |
| ケアプラン点検による。 | ケアプラン点検、介護支援専門員連絡協議会等で把握に努めている | - | 2 |
| - | - | 研修会は他団体へ参加している。地域内の居宅介護支援事業所内で研修会を実施している。 | 2 |
| ケアプランチェック | 年4回研修会を開催 | - | 2 |
| 評価を実施していない | 把握していない | 毎月1回、地域の介護支援専門員やサービス事業所職員が集まり「高齢者支援ネットワーク会議」を開催している。本会議では、共有しておくべき事柄について有識者等から講演を聞いたり、テーマを決めての意見交換等を行っており、資質向上を目的とした研修と連絡調整的な場として機能している。また、介護支援専門員連絡協議会が主催する研修会を年6回実施しているが、本研修のテーマは、保険者主体でなく介護支援専門員と協議しながら決定している。（会場は概ね役所・役場としており、自治体職員も参加している。）介護支援専門員の評価に基づく研修というわけではないため、自己評価は低めとした。 | 1.5 |
| - | - | ケアプランチェックの際や窓口等で介護支援専門員が抱えている課題等を聴き取り、解決できるよう支援している。 | 1.5 |
| - | - | 評価をすることは無いが、個別ケースの相談に応じ、具体案を示す等対応はしている。 | 1.5 |
| - | - | 評価指標をもたない 保険者側に評価できる人材がない | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | 平成25年度に、保険者主催により介護支援専門員資質向上研修を行った。 | 1 |

6-2 医療と介護の連携、多職種連携など、地域包括ケアシステムの構築に資する研修会を主催または企画し、その内容について評価していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.33 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 60 得点分布



② クロス集計

図表 61 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|--------------------|-------|----|---------|
| 研修会の主催 | している | 15 | 2.90 |
| | していない | 8 | 1.25 |
| 研修会企画内容に関する積極的な関与 | している | 13 | 3.00 |
| | していない | 10 | 1.45 |
| 参加者による研修の評価 | している | 14 | 2.89 |
| | していない | 9 | 1.44 |
| 研修内容、評価内容等のフィードバック | している | 11 | 3.14 |
| | していない | 12 | 1.58 |

③ 評価確認事項

| 研修会の到達目標 | H24 開催回数 | 具体的なテーマ | 介護支援専門員の参加率 | 自由回答 | 自己評価 |
|---|---|--|---|------|------|
| 認知症や一人暮らし高齢者等の支援に当たり、各関係者が適切に連携し、包括的な在宅支援ができるようになること。 | ①保険者 全体：1回 ②地域ごと：8回 ③医療と介護の連携推進委員会：4回 | ①医療と介護の連携(地域委託研修) ②退院時における医療と介護の連携支援(ケアプラン演習) ③医療と介護の連携強化に係る具体的な取組について | ①340人 ②247人 ③8人(毎回、ケアマネジャーの代表者) ※介護支援専門員の総数が不明のため、参加率は不明 | - | 4 |
| 多職種連携(医療介護連携)を図り、地域包括ケア体制を推進する。 | 19回 | 「地域包括ケアと多職種連携」他 | 75% | - | 4 |
| 多職種連携 | 3回 | 多職種連携 | ほぼ自治体内の全員 | - | 4 |

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---|--------------|---|-----|
| 介護支援専門員の自立支援型ケアマネジメント力の向上。多職種連携の強化による地域包括システムの構築 等 | 26回 (介護支援専門員連絡協議会や包括と協働開催) | ICF・緩和ケア・認知症ケア・火災予防・インフォーマルサービス・自殺予防・主任ケアマネの役割・成年後見制度・高齢者虐待・地域づくり・多職種連携・事例提供者へ焦点を当てた事例検討会 等 | - | ・介護支援専門員連絡協議会や地域包括支援センターと協働で、研修会を実施している。(H26年2月現在127回実施) ・行政や包括の主任ケアマネジャーが、介護支援専門員連絡協議会企画委員として参加し、研修会等を企画・開催している。介護支援専門員にアンケート等を実施して、研修内容を企画している。 | 3.5 |
| 多職種(専門職)が連携・協働し、互いの専門性を高めつつ、地域における課題を探り出しその解決を図る。 | 0 | 他職種の業務内容を理解する、顔の見える関係づくり、各自の専門性を高めるための事例検討会など | 約20% | 2013年6月に「多職種連携協議会」を設立し、2013年度に3回の研修会を開催している。(2012年度は設立に向けた世話人会を設置し準備を進めてきたが、研修会の開催は2013年度に入ってから。) 本協議会の事務局は地域包括支援センターが担当しているが、行政も研修会の企画、運営等で積極的に関わっている。 協議会の構成員は、本自治体及び近郊に居住又は事業所に勤務する専門職であり、医師、歯科医師、薬剤師、(准)看護師、社会福祉士、社会福祉主事、保健師、介護支援専門員、介護福祉士、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、診療放射線技師、弁護士と多岐にわたっている。 | 3.5 |
| 地域包括ケアシステムの構築 | 1回 | 地域包括ケア推進のための多職種連携研修会 | 44% | - | 3 |
| 多職種連携研修会の開催 | 年1回 | 事例検討、意見交換 | 居宅のケアマネは100% | 1年に1回しかできていない | 3 |
| 保険者の課題を共有し、町の実情に合った多職種連携を推進する。 | 1回 | 地域包括ケアにおける医療と介護の連携について | 42名中4名 約10% | - | 3 |
| 医療と介護の連携 | 6回 | 地域包括ケア推進 | - | - | 2.5 |
| - | - | - | - | ・地域内の小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員を対象に、医療知識講座を開催した。 ・地域包括支援センター職員を対象に、多職種連携に係る研修会を開催した。 | 2.5 |
| 介護支援専門員の資質 | 7 | 「地域包括ケアとケアマネジメ | 344/400 | - | 2.5 |

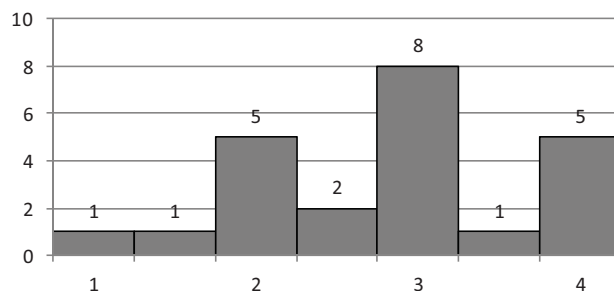
| | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|--|---|
| の向上 | | ント」等 | | | |
| - | A 厚生事務所 主催の研修会 を活用 | - | 5 人 | - | 2 |
| 認知症ケア 向上研修 | - | 在宅介護サー ビス従事者を対象 として「認知症に なっても自分ら しく住み続けら れるまち」づくり の推進 | - | - | 2 |
| - | - | - | - | 平成 2 5 年度には地域包括 と共催し、研修を実施 | 2 |
| 歯科保健研 修会 地域 包括ケアシ ステム構築 推進部会 | 7 回 | 口腔ケア研修会 等 | 歯科保健研修 会 6 % 地域包括ケア システム構築 推進部会 1 3 % | 保険者として企画運営はし ていない。 | 2 |
| - | 3 | ①認定調査員のフォ ローアップ ②多職種連携推進 研修 ③ICF の理解と活 用 | ① 2 9 名 ② 4 5 名 ③ 2 1 名 | 目標 ①審査プロセスの理解、事例 模擬審査 ②高齢者が住み慣れた地域で 生活が継続できるよう、医 療、介護福祉関係及び地域住 民が地域包括ケアシステム の構築を目指し、それぞれが 担う役割を理解する。 ③国際生活機能分類の内容を 理解し、介護保険のプラン作 成に活用するか。 | 2 |
| - | 11 | パーソナル障害につ いて、高齢者支援 と法テラスの役 割、施設内虐待の 実態と防止等 | 約 90% | - | 2 |
| - | - | - | - | H25 年度から医師会との連 携のもと推進しています。 | 1 |
| なし | 未実施 | なし | 未実施 | - | 1 |
| - | - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | - | 1 |

6-3 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関連機関を集めたカンファレンスまたは地域ケア会議を開催していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.83 |
| 中央値 | 3.0 |

図表 62 得点分布



② クロス集計

図表 63 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------------|-------|----|---------|
| カンファレンス、地域ケア会議開催の有無 | している | 22 | 2.91 |
| | していない | 1 | 1.00 |
| 会議への保険者（本庁職員）の参加 | している | 15 | 3.07 |
| | していない | 7 | 2.29 |

③ 選択肢以外の回答

・（会議への保険者（本庁職員）の参加） ⇒ △

④ 評価確認事項

| カンファレンスまたは地域ケア会議の回数 | カンファレンスや地域ケア会議で取り上げた事例の件数 | 自由回答 | 自己評価 |
|-----------------------|---------------------------|--|------|
| 集計中 | - | カンファレンスや地域ケア会議の参加は、健康長寿課職員が行っており、高齢福祉課職員は参加していない。地域ケア会議の報告書は、健康長寿課を通じて高齢福祉課に提出がある。 | 4 |
| (H25.4~H25.12) 51回 | (H25.4~H25.12) 51件 | - | 4 |
| 326回 | 46事例 | - | 4 |
| - | - | - | 4 |
| 1 | 1 | - | 4 |
| 6回 | 6回 | - | 3.5 |
| - | - | 介護支援専門員等から相談を受け、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議には参加している。 | 3 |
| 10件 | 10件 | - | 3 |
| 不明（集計中） | 不明（集計中） | - | 3 |
| 40 | 27 | - | 3 |
| 290 | - | 直営である地域包括支援センターが所管している | 3 |
| 59回 | 20回 | - | 3 |
| 4地域×9カ月=36 | 36件 | - | 3 |

| | | | |
|--------------------------------|----------------|---|-----|
| 回 | | | |
| 15 | 11 | - | 3 |
| 40回（会議録提出済分） | 17件 | 広島県地域包括ケア推進センターが示した地域ケア会議ガイドラインに添って、地域ケア会議を各包括で開催している。今後、地域ケア会議の開催のシステム化や、行政職員の参加について検討しなければならない。 | 2.5 |
| - | - | カンファレンスは実施しているが、地域ケア会議の実施にまでは至っていない。 | 2.5 |
| 20回 | - | - | 2 |
| 保険者主催は0回、保険者以外が主催したものは把握していない。 | 把握していない | 地域ケア会議は開催実績がない。カンファレンスは実施されたことがあり、自治体職員も参加したことがあるが、回数等の把握をしていないため明確な評価ができない。 | 2 |
| 18回 | 18件 | - | 2 |
| 地域ケア会議の回数 2 | 地域ケア会議の件数 2 | 今年度からケア会議の実施方法を変更 | 2 |
| 53回 | 240件 | - | 2 |
| 6 | 2 | - | 1.5 |
| - | - | - | 1 |

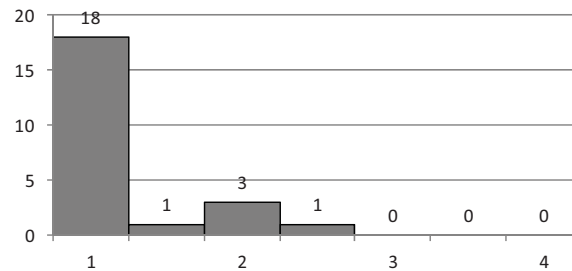
7. 保険者として、介護サービス事業者を評価していますか。

7-1 管轄内の介護サービス事業者に対する評価を実施し、現状と課題（サービス提供の状況、事業者が抱えている課題等）を把握していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.22 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 64 得点分布



② クロス集計

図表 65 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|-------------|-------|----|---------|
| 事業者に対する評価 | している | 1 | 2.00 |
| | していない | 21 | 1.19 |
| 評価に基づく研修の企画 | している | 0 | - |
| | していない | 22 | 1.23 |

③ 評価確認事項

| 介護サービス事業者に対する指標評価 | 介護サービス事業者の現状と課題 | 自由回答 | 自己評価 |
|-------------------|---------------------------|--|------|
| - | - | 一律の基準で、実地指導等を通じて運営状況の把握に努めている。 | 2.5 |
| - | - | 地域密着型サービス事業所に対しては、年1回集団指導の際に、講演形式による研修を行っている。ただし、評価に基づくものではない。 | 2 |
| 実地指導 | 施設によっては、一定の基準(水準)を満たしていない | - | 2 |
| - | - | 保険者として実施していないが、事業所数が少ないため情報交換ができる。 | 2 |
| 評価をしていない | 把握していない | 毎月1回、保険者内のサービス事業所職員や介護支援専門員が集まり「高齢者支援ネットワーク会議」を開催している。本会議では、共有しておくべき事柄について有識者等から講演を聞いたり、テーマを決めての意見交換等を行っており、資質向上を目的とした研修と連絡調整的な場として機能している。 本ネットワーク会議において研修を行っているが、すべての事業者の参加を得ていないこと、また、介護サービス事業者の評価に基づく研修というわけではないため、自己評価は低めとした。 | 1.5 |
| - | - | - | 1 |
| なし | なし | - | 1 |

| | | | |
|---|--------------------|---------|---|
| - | - | 評価指標が無い | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| 無 | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | 利用者は増加しているがスタッフが不足 | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |

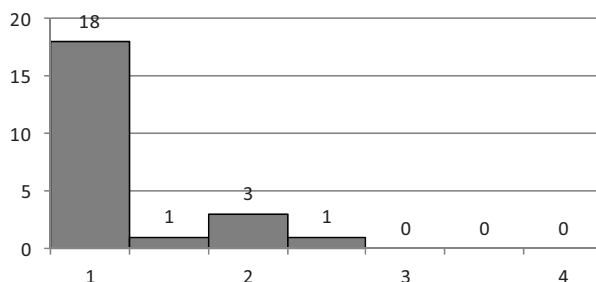
8. 自治体(保険者)として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。

8-1 医療と介護の連携を推進するために、地域連携（クリティカル）パスを作成し、地域内で活用していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.22 |
| 中央値 | 1.0 |

図表 66 得点分布



② クロス集計

図表 67 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------|-------|----|---------|
| パスの開発・作成 | している | 3 | 1.83 |
| | していない | 20 | 1.13 |
| 地域でのパスの活用 | している | 4 | 1.75 |
| | していない | 19 | 1.11 |
| 介護サービス事業者への周知 | している | 1 | 2.00 |
| | していない | 22 | 1.18 |

③ 選択肢以外の回答

・(パスの開発・作成) ⇒ している(作成中)

③ 評価確認事項

| パスを作成している疾患名 | パス内での介護サービス事業者の役割の有無 | 介護サービス事業者への周知方法 | 自由回答 | 自己評価 |
|--|----------------------|-----------------|--|------|
| 認知症パス, 大腿骨骨折パス, 脳卒中, 腎臓, 糖尿病, 心筋梗塞, 肝炎 | - | - | パスは構築しているものの, 主に医療分野で活用している。 | 2.5 |
| 大腿骨頸部骨折・脳卒中 | 施設では有 | 研修会で紹介 | ・総合病院等の地域連携室主導で実施している。 ・今後、認知症ケアパスの利用や、現在のクリティカルパスの利用状況等について、検討していくことが必要。 | 2 |
| 未実施 | 未実施 | 未実施 | パスの開発, 作成などは行っていないが, 医療と介護の協議は少しずつ進めている。 | 2 |
| 糖尿病 | - | - | 地域間の限られた病院, 診療所で連携が行われているが, 介護との連携は行われていない。 | 2 |

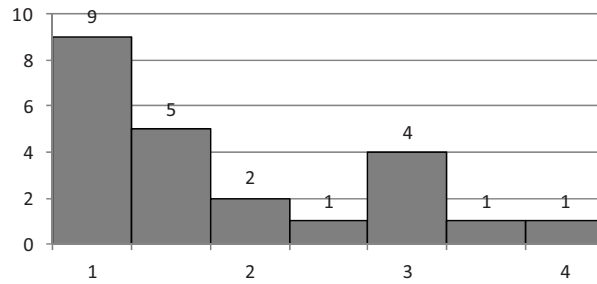
| | | | | |
|---------|---------|-----|--|-----|
| 認知症，脳卒中 | 情報共有・提供 | 研修会 | <p>認知症については，地域内にある認知症疾患医療センターが，脳卒中については二次医療圏内の医師が中心となって作成，運用されているが，行政主導で作成しているものではないため現状を正確には把握していない。(保険者が主体的に関わっているわけではないので，自己評価は1.5)</p> <p>認知症連携パスについては，認知症疾患医療センター，地域包括支援センター(社会福祉協議会)，県(保健所)及び保険者で構成する「認知症疾患医療連携協議会」で内容に関して意見を述べる機会があったが，脳卒中については行政が関わる機会は皆無であった。</p> <p>また，認知症連携パスは，介護サービス事業者が参加する研修会で紹介されたことが数回あったため上記の回答をしたが，脳卒中についての周知方法は把握していない。</p> | 1.5 |
| - | - | - | 地域連携パスの開発等を行っていないが，一部の地域において，医師会や病院等が，脳卒中や認知症の地域連携パスを活用して，医療と介護の連携の推進に取り組んでいる。 | 1 |
| なし | なし | なし | - | 1 |
| - | - | - | 現在，医師会が県のモデル事業を受託している。H25年度は最終年であり，活用に向けて協議されて入るが，在宅医の理解が進まないのが現状。 | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| 無 | 無 | 無 | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| なし | なし | なし | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |
| - | - | - | - | 1 |

8-2 在宅医療を推進するため、医療機関と協働した独自の施策、事業を実施している、またはその構築に向けた具体的な時期を明記した計画があり、取組みが進められていますか（在宅医療相談窓口など）。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 1.85 |
| 中央値 | 1.5 |

図表 68 得点分布



② クロス集計

図表 69 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|---------------------------------|-------|----|---------|
| 在宅医療を推進する取組みの運営 | している | 7 | 3.00 |
| | していない | 15 | 1.33 |
| 在宅医療を推進する取組みの計画・検討 (上記がない場合) | している | 8 | 2.00 |
| | していない | 10 | 1.30 |

③ 評価確認事項

| 取組・事業の名称 | 事業の概要 | 自由回答 | 自己評価 |
|---------------------|--|---|------|
| 多職種連携 | シンポジウムの開催（地域の医師が参加した。） | - | 4 |
| 在宅医療拠点整備事業 | 地域内の基幹病院により退院前デモカンファレンスを実施し、入院患者の在宅生活への円滑な移行を目指す。 地域の医師会内で在宅医療に関する研修会を開催する。 | 広島県が実施する在宅医療推進拠点整備事業を活用し、上記の事業を展開しようとしている。 本事業の事務局は医師会だが、保険者が運営に大きく関与している。 | 3.5 |
| 医療と介護の連携推進検討委員会 | 平成24年度に、行政、医師会、関係団体等で構成する「連合地域地域保健対策協議会」に、各地域の医師、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターの代表者からなる上記委員会を設置し、医療と介護の連携推進について検討している。 | 医療と介護の連携推進検討委員会を設置し、地域ごとに医師と介護職との顔の見える関係が構築されたことで、関係団体のつながりが強まり、地域単位での活動がこれまで以上に行われるようになっている。 | 3 |
| 在宅医療推進拠点整備事業（県補助事業） | 医師会を中心に地域内8生活圏域において、在宅医療推進のための課題解決を多職種連携を図る | - | 3 |
| - | - | 既に在宅医療と介護の連携はできている。 | 3 |

| | | | |
|-------------------------|---|--|-----|
| | | 今後迎える医師の高齢化等、在宅医療の現場について、検討していく必要がある。 | |
| 在宅医療推進拠点事業 | 生活の場での療養支援、急変時の対応、看取りが包括的かつ継続的に実践されるように多職種連携を推進し、在宅医療支援体制の構築を図る | - | 3 |
| A ヘルスサポートネット事業 | 保健・医療・福祉に係る専門職が連携、協働し、地域住民が安心して暮らせる地域づくりに貢献する | 直営である地域包括支援センターが所管している | 2.5 |
| 在宅医療連携拠点推進委員会（25年度実施予定） | 病院を中心に多職種連携で在宅医療を支援するため、委員会を設置し取組みを検討する。 | 現在、在宅医療連携拠点推進委員会の立ち上げ段階にある。 | 2 |
| - | - | B 立病院（指定管理で運営）が在宅医療推進事業の委託を県から受けているので、B が事業実施の事務局を持って、協働して取り組んでいる。 事業内容：地域医療連携支援システムを利用した情報共有 ：在宅医療推進協議会設置 ：多職種連携交流会開催 ：在宅医療講演会開催 ：ICT を利用した情報共有システムの導入 | 2 |
| なし | なし | - | 1.5 |
| - | - | 医師会が主体で実施する在宅医療推進拠点整備事業において、医師会と行政とが連携し、取組みを検討していく。 | 1.5 |
| - | - | 地域病院と在宅医療と介護の連携について、協議中。 | 1.5 |
| 医師会窓口の整備（医師会主体で） | - | - | 1.5 |
| - | - | - | 1.5 |
| - | - | 医師会が県のモデル事業を受託し、検討をされている。H25年度を初年度とし、H26年度を最終年とする。 | 1 |
| なし | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |
| - | - | - | 1 |

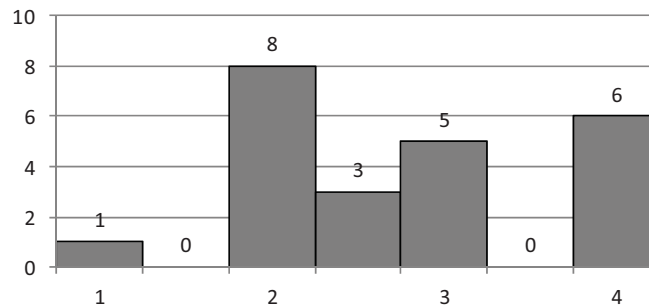
9. 高齢者虐待や権利擁護に関するマニュアルを整備し、連絡・連携組織を特定した上で、個別のケースについて、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

9-1 自治体（保険者）として、独自の高齢者虐待対応マニュアルや方針を作成し、地域内の関係者や住民に周知し、共有していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.76 |
| 中央値 | 2.5 |

図表 70 得点分布



② クロス集計

図表 71 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|------------------|-------|----|---------|
| 独自の高齢者虐待マニュアルの有無 | ある | 17 | 3.06 |
| | ない | 6 | 1.92 |
| 介護サービス事業者への周知 | している | 1 | 4.00 |
| | していない | 22 | 2.70 |
| 住民への直接的な働きかけ | している | 12 | 3.38 |
| | していない | 11 | 2.09 |

③ 評価確認事項

| 独自の高齢者虐待対応マニュアルの有無 | 介護サービス事業者への周知方法 | 住民への周知方法 | 自由回答 | 自己評価 |
|--------------------|-----------------|----------------|--|------|
| 有 | 研修会 | パンフレット | - | 4 |
| 有 | 有 | 有 | 啓発を目的とする講演会を事業者向け、住民向けと実施している。 | 4 |
| 高齢者虐待対応マニュアル | 研修会、文書等 | パンフレット・講演会・広報紙 | 支援者向きの対応マニュアルを、地域包括支援センター（社会福祉士部会）と共に作成している。 | 4 |
| 有 | 研修会等 | パンフレット等の配布や講演 | - | 4 |
| 有 | 会議 | パンフレット・出前講座 | - | 4 |
| 有 | 有 | 有 | - | 4 |
| 有 | 研修会の開催 | HPへの掲載 | - | 3 |
| 有 | 文書、研修会等 | パンフレット、啓発講演会等 | - | 3 |

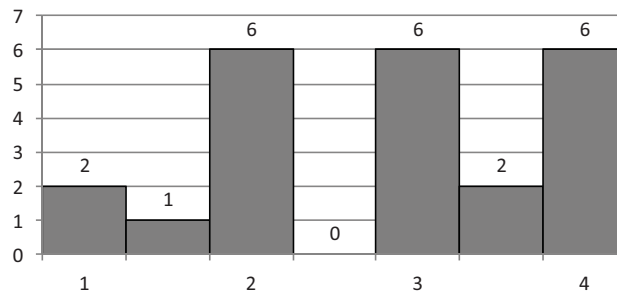
| | | | | |
|----|---------|------------------|--|-----|
| 有 | - | - | 直営である地域包括支援センターが所管している | 3 |
| 有 | 研修会、メール | 研修会、パンフレット、広報、HP | - | 3 |
| 有 | 会議・文書 | 広報掲載 | - | 3 |
| 有 | - | 出前講座 | 住民等から要請があれば出前講座で周知 | 2.5 |
| 無 | 有 | 有 | - | 2.5 |
| あり | あり | なし | - | 2.5 |
| 有 | 文書 | 現在はなし | - | 2 |
| 有 | 文書による通知 | パンフレットの配布 | - | 2 |
| 無 | - | 窓口でのパンフレット配布 | 県や県社協等が主催する研修会に職員が参加することにより、職員の資質向上を図っている。 2013年度は、成年後見制度利用に係るパンフレットを購入し、窓口に配置した。 | 2 |
| 有 | - | - | - | 2 |
| 有 | していない | - | - | 2 |
| 無 | 会議 | パンフレット、出前講座 | - | 2 |
| 無 | 研修会 | - | 地域包括支援センターでは毎年、講師を招き研修会を介護事業者に対して実施しているが、住民に対する啓発は行っていない。 | 2 |
| 無 | 会議 | 広報 | - | 2 |
| 無 | - | - | - | 1 |

9-2 高齢者虐待や権利擁護に関する連絡・連携組織を設置し、これらの組織が問題解決を行っていますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.80 |
| 中央値 | 3.0 |

図表 72 得点分布



② クロス集計

図表 73 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|------------------------------|-----|----|---------|
| 高齢者虐待や権利擁護に関する連絡・連携組織の有無 | ある | 21 | 2.98 |
| | ない | 2 | 1.00 |
| 高齢者虐待や権利擁護に関する会議の開催 (H24 年度) | ある | 14 | 3.18 |
| | ない | 9 | 2.22 |

③ 評価確認事項

| 高齢者虐待や権利擁護に関する連絡・連携組織名 | 平成 24 年度の当該組織の会議の開催回数 | 自由回答 | 自己評価 |
|------------------------|-----------------------|--|------|
| 高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会 | 657 | - | 4 |
| 権利擁護委員会 | 12 | - | 4 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク協議会 | 2 | 警察や弁護士、ケアマネや一般公募住民を含む多機関で構成された高齢者虐待防止ネットワーク会議の開催と共に、年間 4 回、地域内 5 包括支援センターとそのサブセンターの立場である 3 つの高齢者相談窓口のケアマネ、社会福祉士、センター長等が参加する高齢者虐待防止担当者会議を行い、現状を共有し、事例検討も行う。 | 4 |
| 市高齢者虐待防止ネットワーク介護 | H25 から開始 | 直営である地域包括支援センターが所管している | 4 |
| 虐待防止ネットワーク | 1 | - | 4 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク | 1 | - | 4 |
| 権利擁護エリアネットワーク会議 | 1 | - | 3.5 |
| 虐待等防止ネットワーク | 0 | 「虐待等防止ネットワーク」を 2013 年 9 月に設置した。 本ネットワークは、高齢者虐待だけでなく、障害者及び児童虐待、DV に関して虐待等を防止するための活動を行うものであり、自治体、地域包括支援センターのほかに警察署、法務局、法律事務所、県こども家 | 3.5 |

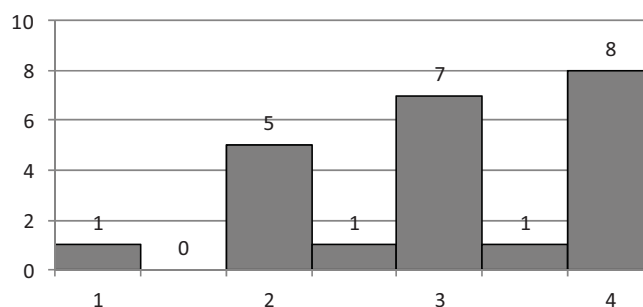
| | | | |
|--------------------|---|---|-----|
| | | 庭センター，地域医師会・歯科医師会・薬剤師会，社会福祉協議会，市内の関係する事業所・医療機関等により構成されている。 構成団体の代表者からなる「代表者会議」は，虐待等の実態把握や虐待等防止のための環境整備等をその役割としており，年1回開催することになっている。 また，虐待発生の都度，緊急度が非常に高いケースでは「個別ケース検討会議」を，時間的な余裕があるケースでは「実務者会議」を開催し，被虐待者の支援などに努めている。 | |
| 虐待防止ネットワーク | 2 | - | 3 |
| 権利擁護ネットワーク | 7 | - | 3 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク協議会 | 0 | 協議会とは別に事業所や民生員等の関係者を対象に高齢者虐待及び権利擁護の研修会を実施 | 3 |
| 高齢者虐待防止及び見守りネットワーク | 1 | - | 3 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク会議 | 1 | - | 3 |
| 高齢者虐待対策協議会 | 3 | - | 3 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク | 0 | 高齢者虐待防止ネットワーク設置要綱は制定しているが、会議の開催は平成26年度から予定している。 | 2 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク | 0 | - | 2 |
| 有 | 1 | - | 2 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク | 0 | - | 2 |
| 虐待ネットワーク会議 | 1 | 虐待ネットワーク会議を組織し年1回、虐待等のケースを報告している。 | 2 |
| 高齢者虐待防止ネットワーク | 1 | - | 2 |
| 安心見守りネットワーク | 0 | - | 1.5 |
| - | - | - | 1 |
| | 0 | - | 1 |

9-3 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

① 得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 3.04 |
| 中央値 | 3.0 |

図表 74 得点分布



② クロス集計

図表 75 自己評価の根拠別、自己評価平均値

| 項目 | 選択肢 | n | 自己評価平均値 |
|------------------------|-------|----|---------|
| カンファレンスの開催 | している | 22 | 3.14 |
| | していない | 1 | 1.00 |
| カンファレンス結果の関係者への周知 | している | 22 | 3.14 |
| | していない | 1 | 1.00 |
| カンファレンス結果を受けた予防・対応策の検討 | している | 18 | 3.36 |
| | していない | 5 | 1.90 |

③ 評価確認事項

| 高齢者虐待の通報件数(延べ) | カンファレンスの開催主体 | カンファレンス結果の関係者への周知方法 | 自由回答 | 自己評価 |
|----------------|-----------------|-----------------------|---|------|
| 205 | 保険者 | 記録等 | - | 4 |
| 404 | 保険者 | 口頭による | - | 4 |
| 196 | 65 | 文書及び口頭 | 関係者が役割分担をし、動き、次のカンファレンス開催のタイミング期限を決めておく。 | 4 |
| 104 | 保険者 | 電話連絡 | - | 4 |
| 13 | 地域包括支援センター | 電話等 | - | 4 |
| 44 | 地域包括支援センター | 文書等 | 直営である地域包括支援センターが所管している | 4 |
| 25 | 保険者 | 無 | - | 4 |
| 5 | 地域包括支援センター | 文書 | - | 4 |
| 4~5 | 保険者または包括 | 文書 | - | 3.5 |
| 228 (H24年度) | 保険者又は包括 | - | - | 3 |
| 25 | 地域包括支援センター又は保険者 | 特に定めていないが周知する場合は口頭による | カンファレンスは、開催しているケースと開催していないケースでまちまちであるが、支援困難ケースなどは開催して | 3 |

| | | | | |
|----------|------------|-----------|---|-----|
| | | ケースが多い | いるので、自己評価は3.0とした。 虐待に関する通報は、地域包括支援センターが受理することが多いが、対応については保険者と連携し行っている。 | |
| 20 | 包括 | - | - | 3 |
| 9 | 地域包括支援センター | 電話、文書等 | - | 3 |
| 88 | 地域包括支援センター | 電話 | - | 3 |
| 19 | 包括支援センター | 文書 | - | 3 |
| 12 | 保険者 | 口答 | - | 3 |
| - | 地域包括支援センター | ケース会議にて周知 | - | 2.5 |
| 184 | 地域包括支援センター | 電話連絡 | - | 2 |
| 7 | 地域包括支援センター | 電話、訪問 | - | 2 |
| 5 | 地域包括支援センター | ケア会議 | - | 2 |
| 4 (25年度) | 地域包括支援センター | 口頭 | やむを得ない事由による措置も視野に入れた体制にある。 | 2 |
| 1 | 地域包括 | 文書 | - | 2 |
| 2 | - | - | - | 1 |

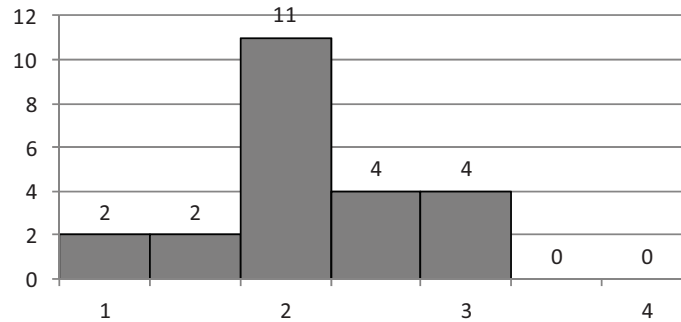
10. 保険者としての基本方針を明確に定め、検証可能な目標を設定していますか。

10-1 ここまでの回答はどのようになっていますか？

①得点分布

| | |
|-----|------|
| 平均値 | 2.14 |
| 中央値 | 2.0 |

図表 76 得点分布



② 評価確認事項

| 基本方針と検証可能な目標 | 自由回答 | 自己評価 |
|--|--|------|
| ①利用者ニーズを十分踏まえた制度の運営 ②介護給付適正化における適切なケアプラン作成の推進等 ③施設と在宅のバランスある整備 ④安定的な保険財政の運営 | - | 3 |
| 元気な高齢者から介護が必要な高齢者まで、あらゆる健康レベルの高齢者が、できる限り住み慣れた地域や家庭でいきいきと住み続けられるよう、「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスを考慮した保険福祉サービスや介護サービス提供体制の整備 | 地域包括支援センター機能が十分に果たせていない。 | 3 |
| - | - | 3 |
| ・認知症の早期発見など、介護予防の推進。 ・介護認定率の低下。 | 規模に見合った必要十分な機能は果たせていると考えるから。 | 3 |
| - | 各種、評価指標をもたず、共通のツールで、事業者等と協議できる状態にない。しかし、法に基づく最低限の取り組みはおこなっている。 | 2.5 |
| 総体的に定めたものはない。 | 保険者機能を検証するための総体的な方針は定めていないが、個々の事業においては、方針や目標をもとに研修や事業評価を実施している。 | 2.5 |
| 第6期事業計画策定作業と並行して介護保険や地域包括ケアに関して本自治体が抱える課題を抽出、整理することにより、正しい将来分析を行う。また、サービス事業所の実地指導について実施計画を定め、定期的実施する。 | 地域が狭く事業者数も限られることも関係しているが、月1回開催している「高齢者支援ネットワーク会議」や日常業務における頻繁な関わりから、サービス事業者と気軽に意見交換できる、平たく言えば“顔の見える関係”はできていると自負しているが、反面、サービス事業者に対する実地指導を含め、市の方針や考え方を正式に伝える場は不足していると感じている。また、現時点で保険料や要介護者の将来分析ができていないことは大きなマイナス要因と思うが、これは第6期事業計画策定に合わせて進めていきたい。 一方、地域の特長としては、地域包括支援センターとの連携が果たしていることと感じてい | 2.5 |

| | | |
|---|---|-----|
| | る。介護・医療の連携のほか、認知症関係や権利擁護に関する事業などではこの関係が活かされていると思っている。 | |
| 基本理念:高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちづくり 目標:行えていないものについては実施に取り組みを検討し、取り組み半ばのものについては数値を向上させる | 行えているものもあり、行えていないものもあり、全体では半ばの評価であると自己評価を行った | 2.5 |
| 基本方針 ①高齢者が能力を発揮し、社会の活力を支える存在として、いきいきと活動し健康に暮らせる環境づくりの促進 ②高齢者が尊厳を保ち、住み慣れた地域で安心して暮らしていくための支援策の充実 ③高齢者の自立支援（要支援・要介護認定者への支援の充実） ④高齢者の自立支援（認知症の人への支援の充実） ⑤高齢者の自立支援（被爆者への援護） | 各項目の評価にばらつきがあることから高い保険者機能を発揮しているとは言えない。 また、高齢者施策推進プラン（平成24年度～平成26年度）では、5つの基本方針に基づき総合的に施策を推進しているが、検証可能な目標がないことから高い保険者機能を発揮しているとは言えない。 | 2 |
| - | 具体的に目標を掲げていない。 | 2 |
| (基本方針)本保険者の地域包括ケアシステムの活用により、「安心・信頼」をキーワードに地域医療の充実・医療と介護の一体化を目指す。 (検証可能な目標)数字で検証可能な目標は設定されていません。上記方針を検証するには満足度調査のようなものしかない状況です。 | 数字が把握できても、それを政策として活用できていないことから、各事業の評価についても不十分なものになる。 | 2 |
| - | 第5期介護計画において、個々の具体的な目標への取り組み施策を示すことが出来ていなかった。 | 2 |
| - | 持続可能な介護保険制度となるよう介護給付費の動向等に留意したり、実地指導等で地域内事業所や包括支援センターへの指導等も行っているが、現段階では、データの分析等による評価は実施しておらず、保険者としての明確な基本方針や目標数値も持っていない為、保険者機能が果たしているとは言えないと評価した。 | 2 |
| - | - | 2 |
| - | ・日常生活圏域は1つしかないため実態の把握（地域の実情）は容易であるが、具体的な方針が無いため。 ・具体的な方針を示すためにも数値化する必要性を感じている。 | 2 |
| 介護保険事業計画で方針を定めている。 | 基本方針は定めているが、検証が不十分である。 | 2 |
| - | - | 2 |
| - | - | 2 |
| - | 基本方針、検証可能な目標を設定していない項目がある。 | 2 |
| 基本方針 ①住民、民間団体、行政機関などが一体となった支援の輪づくり ②保健・医療・福祉の連携による健康づくり ③高齢者が様々な分野で活躍できる生涯現役のまちづくり 検証可能な目標 介護サービス見込み量、介護サービス基盤整備、介護予防事業の参加者数 | 各項目の平均値をだした | 1.7 |
| - | 目標自体が樹立されていない。 | 1.5 |
| - | - | 1 |
| - | - | 1 |

シンポジウム資料

「地域包括ケア時代の保険者の役割と評価」

保険者に期待される役割

-これまでの調査研究からの知見と今後の方向性について-

国立保健医療科学院

筒井孝子¹

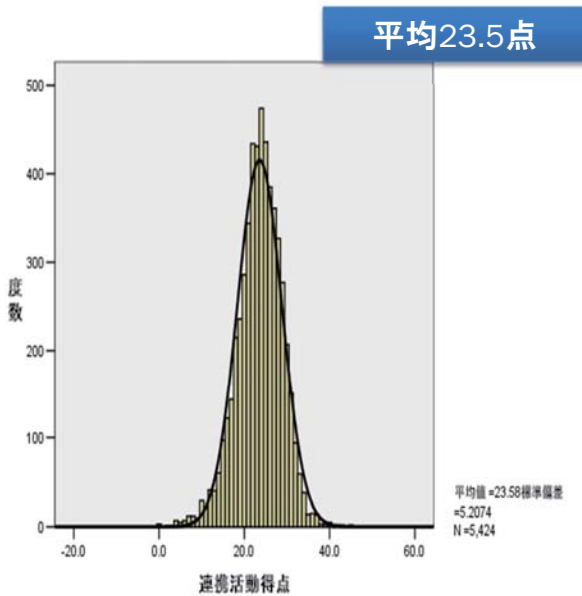
1. 問題意識

- これまで、2008年度から2012年度まで、5年間地域包括支援センターやこれを設置する自治体の評価に関する研究事業を行ってきた。
- 地域包括支援センターに設置される人材にもばらつきがあり、またこの活動は、設置主体である自治体の方針に大きく左右されることが研究事業から明らかになった。
- そこで、地域包括ケアシステムの構築には、この基盤となる介護保険事業に係わる保険者機能が重要であるとの認識に立ち、法令根拠に示される保険者として機能を評価項目として開発した。
- この評価項目を用いて、全国調査を行ったところ、保険者機能には大きく差があることが分かり、とりわけ、この機能が低い自治体が大半であることが明らかになった。
- また、臨床的な評価と、評価点数が異なっていることが指摘されたため、今年度は、この評価のガイドラインを開発し、評価の基準を定めるとともに、この基準策定を通して、段階的な保険者機能を示し、段階ごとの到達点を検討することとした。

地域包括支援センター職員の「連携活動能力」評価得点

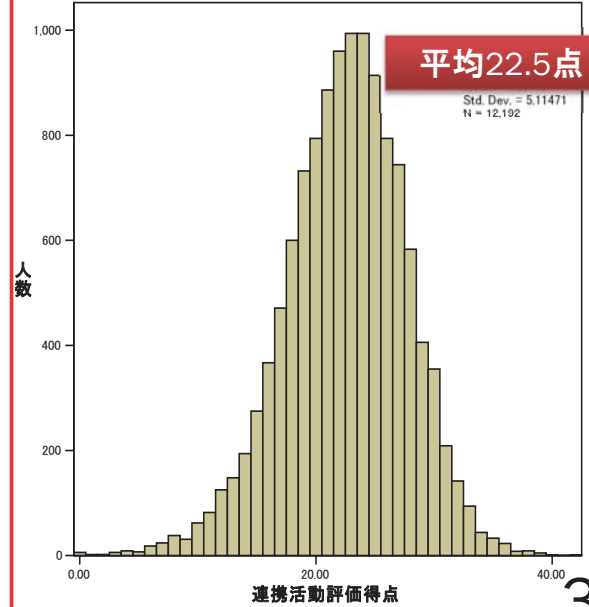
地域包括支援センター職員の連携活動得点

| | 度数 | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 標準偏差 |
|--------|------|-----|-----|-------|------|
| 30歳代未満 | 685 | 0 | 42 | 22.55 | 4.87 |
| 30歳代 | 1586 | 0 | 42 | 23.09 | 5.08 |
| 40歳代 | 1681 | 5 | 45 | 23.72 | 5.10 |
| 50歳以上 | 1427 | 0 | 45 | 24.49 | 5.44 |
| 合計 | 5379 | 0 | 45 | 23.59 | 5.20 |



自治体保健師の連携活動得点

| 勤務年数区分 | 平均値 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 | N |
|---------|------|------|-----|-----|-------|
| 0~3年 | 20.3 | 5.1 | 0 | 35 | 2195 |
| 4~10年 | 21.8 | 4.6 | 3 | 37 | 3625 |
| 11年~20年 | 22.8 | 4.9 | 0 | 39 | 3537 |
| 21年~30年 | 24.6 | 5.0 | 0 | 42 | 2342 |
| 31年以上 | 25.9 | 4.9 | 7 | 40 | 447 |
| 合計 | 22.5 | 5.1 | 0 | 42 | 12146 |



保険者機能評価項目の開発

| 保険者機能評価のためのカテゴリ | | 平成 21 年度調査 票項目数 | 平成 23 年度評価 項目数 |
|-----------------|---|-----------------------|----------------------|
| 1 | 「事業計画・政策立案の状況」 | 7 | 5 |
| 2 | 「地域連携の仕組みづくり」 | 5 | 2 |
| 3 | 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」 | 4 | 3 |
| 4 | 「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」 | 5 | |
| 5 | 「介護サービス事業者支援」 | 6 | 8 |
| 6 | 「サービスの苦情・相談体制」 | 4 | |
| 7 | 「高齢者虐待対応・権利擁護対応・やむを得ない事由による措置・成年後見制度関連」 | 9 | 6 |
| 合計 | | 40 | 24 |

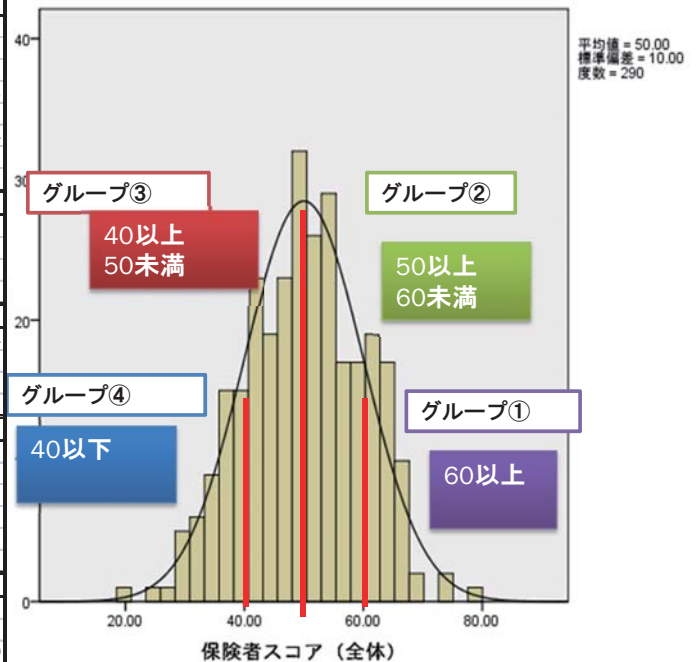
- ①平成21(2009)年度に実施した全国調査の回答率
- ②平成24年度介護保険制度改正により新たに付加された保険者機能
- ③海外の研究成果

を参考として、先行研究で示された7分類40項目を、エキスパートレビューにより、5分類24項目の新評価項目として選定した。さらに、これら評価項目には、現行法令・通知に根拠があることを明示した。

選定された項目を用いた傾向分析

保険者機能5分類24項目の回答傾向を偏差値化し、その数値を臨床的なグループ区分に依り、4分類した。

| 類型 | スコア | N | % |
|--------|-------|-----|------|
| グループ④ | 19.75 | 1 | 0.2 |
| | 24.67 | 1 | 0.2 |
| | 27.13 | 1 | 0.2 |
| | 29.59 | 5 | 0.8 |
| | 32.05 | 6 | 0.9 |
| | 34.51 | 9 | 1.4 |
| | 36.97 | 15 | 2.3 |
| | 39.43 | 15 | 2.3 |
| グループ④計 | | 53 | 18.3 |
| グループ③ | 41.89 | 23 | 3.6 |
| | 44.35 | 19 | 2.9 |
| | 46.81 | 23 | 3.6 |
| | 49.27 | 32 | 5 |
| グループ③計 | | 97 | 33.4 |
| グループ② | 51.73 | 26 | 4 |
| | 54.19 | 29 | 4.5 |
| | 56.65 | 17 | 2.6 |
| | 59.11 | 17 | 2.6 |
| グループ②計 | | 89 | 30.7 |
| グループ① | 61.57 | 19 | 2.9 |
| | 64.03 | 17 | 2.6 |
| | 66.49 | 10 | 1.6 |
| | 68.95 | 2 | 0.3 |
| | 73.87 | 2 | 0.3 |
| | 78.79 | 1 | 0.2 |
| グループ①計 | | 51 | 17.6 |
| | 有効計 | 290 | 45 |
| | 欠損値 | 355 | 55 |
| | 合計 | 645 | 100 |



老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業（立教大学）」，平成23年度研究報告書，2012.3

5

選定された項目と法令・通知の対応（1）

| | 設問 | 法令・通知 |
|------|--|---|
| 問1 | 「事業計画・政策立案の状況」 | |
| 1-1) | 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 (※ここでは財政運営上、計画(見込み)に対して給付状況(現状)がどう推移しているかを点検しているかお尋ねしています。) | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_四_3 |
| 1-2) | 介護保険給付状況の分析を行っていますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_二_1 |
| 1-3) | 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。 (※部内資料であっても推計していただければ「1. はい」とお答えください。) | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一_二 |
| 1-4) | 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針を検討していますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一_二(1-3)と同じ |
| 1-5) | 高齢者のニーズに応じた自治体(保険者)独自の施策(一般財源事業)やサービスがありますか。 | 介護保険法第5条第3項(今回の改正で追加) |
| 問2 | 「地域連携の仕組みづくり」 | |
| 2-1) | 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。 | 地域包括支援センター運営協議会について、介護保険法第115条の45第4項(改正前条文)、介護保険法施行規則第140条の66第4項。個別ケース担当会議(地域ケア会議)及び地域全体の連携推進のための会議については、介護保険法第115条の46第5項(今回の改正で新設) |
| 2-2) | 自治体(保険者)として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス(医療連携パス)の仕組みがありますか。 | 介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_二の二_8 |
| 問3 | 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」 | |
| 3-1) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。 | 介護予防支援事業所としては、介護保険法第115条の26 |
| 3-2) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。 | |
| 3-3) | 自治体(保険者)として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。 | |

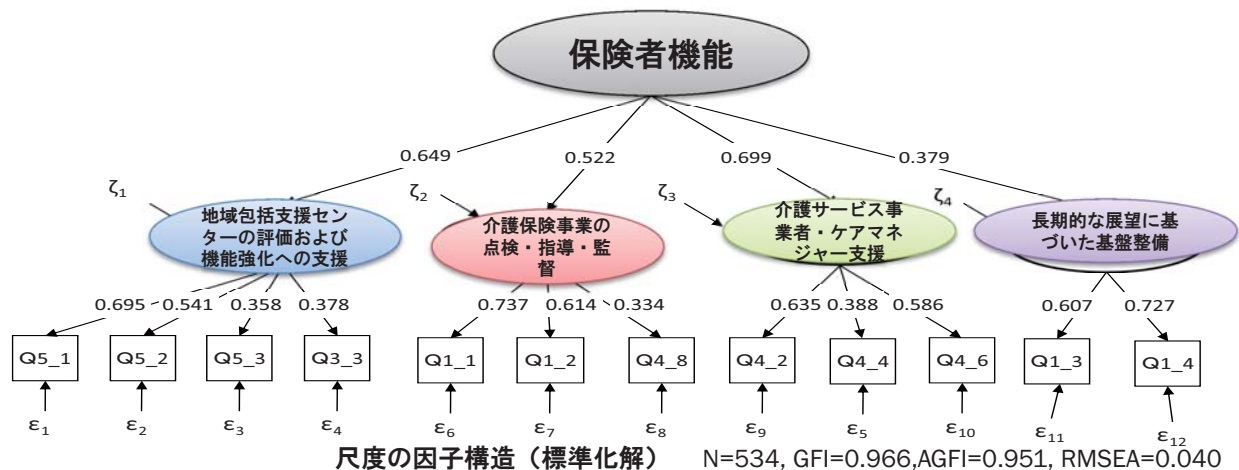
6

選定された項目と法令・通知の対応（2）

| | 設問 | 法令・通知 |
|------|--|--|
| 問4 | 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「介護サービス事業者支援」 | |
| 4-1) | 介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等を設置していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-2) | 自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。 | 同上 |
| 4-3) | 自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。 | 介護サービス計画の検証：介護保険法第115条の44の五 |
| 4-4) | 介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。 | 地域包括支援センターの設置運営について(老健局3課長通知): 2(4)(ウ)(エ)、4(1)④ |
| 4-5) | 自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-6) | 自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。 | 介護保険法第115条44の五 |
| 4-7) | 自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。 | ○包括の周知: 地域包括支援センターの設置運営について(通知)9 ○成年後見周知: 地域支援事業の実施について(局長通知) |
| 4-8) | 自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。 | |
| 問5 | 高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連 | |
| 5-1) | 自治体(保険者)として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」(平成18年4月厚生労働省老健局)だけではなく、その内容を補完するような自治体(保険者)独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。 | 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(以下、高齢者虐待防止法)第3条・第16条、国マニュアルP 17~22 |
| 5-2) | 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。 | 同上 |
| 5-3) | 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。 | 同上 |
| 5-4) | 高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。 | 高齢者虐待防止法第10条 |
| 5-5) | 成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。 | 高齢者虐待防止法第9条、高齢者虐待防止法第28条、老人福祉法第32条、老人福祉法第32条の2 |
| 5-6) | 老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成22年度の件数をお答えください。 | 高齢者虐待防止法第9条 |

7

共分散構造分析による保険者機能の因子モデル



| 因子名 | 設問名 |
|--------------------------|---|
| 地域包括支援センターの評価および機能強化への支援 | Q5-1) 自治体(保険者)として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。 |
| | Q5-2) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。 |
| | Q5-3) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。 |
| | Q3-3) 自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。 |
| 介護保険事業の点検・指導・監督 | Q1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 |
| | Q1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。 |
| | Q4-8) 自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査を行っていますか。 |
| | |
| 介護サービス事業者・ケアマネジャー支援 | Q4-2) 自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした研修会を定期的に主催していますか。 |
| | Q4-4) 介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。 |
| | Q4-6) 自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。 |
| | |
| 長期的な展望に基づいた基盤整備 | Q1-3) 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。 |
| | Q1-4) 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針を検討していますか。 |

保険者機能評価を活用した調査結果

第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート調査結果について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002hvi8.html>



集計票p6以降に保険者機能評価についての結果が示されている。

【ポイント】

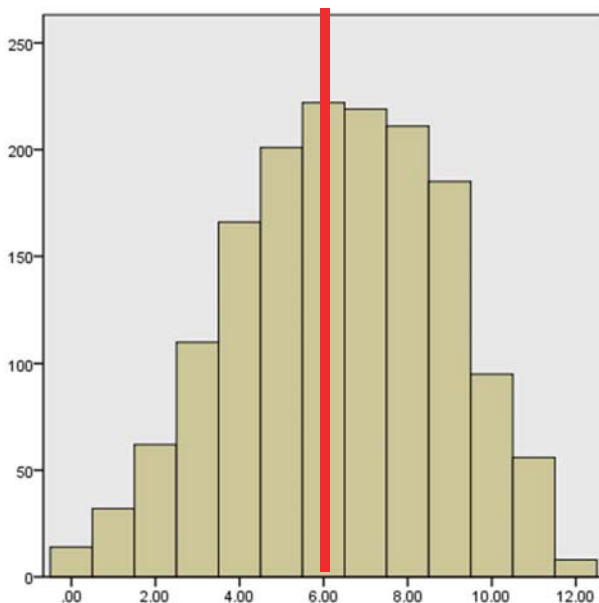
- 設定された日常生活圏域の数は5,712圏域。1保険者当たり平均3.64圏域を設定。
 - 約3分の2の保険者が、地域包括支援センター（サブ・ブランチを含めず）を圏域ごとに設置。（サブ・ブランチを含めれば、約4分の3の保険者が圏域ごとに設置。）
 - 全体の8割強の保険者（1,322保険者）で日常生活圏域ニーズ調査を実施。
 - 調査を実施した保険者では、調査を実施したことにより、約6割が「潜在的な要介護予備群の把握」、4割弱が「管内の圏域ごとの課題の違いや特徴の把握」、約4分の1が「サービス基盤のミスマッチの把握」ができたと回答。
 - 要介護者やサービス見込み量の推計に当たって、地域診断の結果を反映させたと回答した保険者の割合は、保険者全体の2割弱。
- 注）未回答の12保険者を除く1568保険者を対象に集計している。

9

全国的な保険者機能スコアの状況

| 平均値 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 | N |
|-----|------|-----|------|------|
| 6.3 | 2.5 | 0.0 | 12.0 | 1581 |

（自治体数）



（保険者スコア）

| 全国 | | モデル事業実施 | | |
|----|------|---------|------|-----|
| | N | % | 自治体名 | スコア |
| 0 | 14 | 0.9 | 世田谷区 | 11 |
| 1 | 32 | 2 | 神戸市 | 10 |
| 2 | 62 | 3.9 | 宇治市 | 9 |
| 3 | 110 | 7 | 福島市 | 8 |
| 4 | 166 | 10.5 | 白鷹町 | 8 |
| 5 | 201 | 12.7 | 仙台市 | 8 |
| 6 | 222 | 14 | 苫小牧市 | 8 |
| 7 | 219 | 13.9 | 長野市 | 8 |
| 8 | 211 | 13.3 | 南大隅町 | 7 |
| 9 | 185 | 11.7 | 前橋市 | 6 |
| 10 | 95 | 6 | 敦賀市 | 6 |
| 11 | 56 | 3.5 | 新見市 | 5 |
| 12 | 8 | 0.5 | 宇部市 | 4 |
| 合計 | 1581 | 100 | 荒尾市 | 2 |

10

保険者機能スコア12（項目別実施率）

| | N | 実施率 |
|--|------|------|
| ●Q103__2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備の検討 | 239 | 15.1 |
| ●Q72__自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。 | 531 | 33.6 |
| ●Q95__自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に開催していますか | 621 | 39.3 |
| ●Q102__2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。 | 632 | 40.0 |
| ●Q82__自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。 | 682 | 43.1 |
| ○Q81__自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査（集団指導） | 823 | 52.1 |
| ●Q83__高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。 | 934 | 59.1 |
| ●Q101__毎年度、介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 | 953 | 60.3 |
| ●Q104__高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。 | 1031 | 65.2 |
| ○Q91__介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。 | 1065 | 67.4 |
| ●Q94__介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」についてセンターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。 | 1228 | 77.7 |
| ●Q84__高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認。 | 1296 | 82.0 |

11

2. 地域包括ケアシステムのあり方

地域包括ケアシステム構築の前提

地域包括ケアシステムは、地域によって、医療・介護・福祉に係わる専門職や財政、文化的風土、ソーシャルキャピタル等の資源量が異なるため、あるべき目標の設定が異なり、それによって、選択する方法論や戦略の立て方が異なるのではないか。



まずは、自らの自治体の置かれている状況を把握する必要がある。



資源量の把握、予測のための推計が基本となる。
(今年度開発した「保険者機能」の第1ステップ) 13

地域ごとの取り組み例としてのローカルルール

- ・ 医療介護連携を推進するにあたって、地域の中で共通の目標に相当する理念の共有が扇の要となる。このような理念の共有を「規範的統合」と呼ぶという。
- ・ 地域における臨床的統合を進める中で、多職種間、他機関間で行われる“異文化交流”に伴って生じる行き違いや誤解を解消し、微妙な考え方の違いや肌感覚をすりあわせていく必要がある。



- ・ 「規範的統合」への理解を深めるために、その一例に相当する地域活動として「ローカルルール」の策定がある。

地域内で話し合い、方針決定や整合性を図るべきルール①

【入院依頼の基準】

入院を依頼する場合には一定のルールに基づいて話を進める。

＊たとえば、「風邪やぎっくり腰、尿路感染症では入院を依頼しない」、「緊急入院を申し込む場合には必ず在宅医が病院医師に電話で直接依頼する」、「週末に入院を依頼する場合には金曜14時までに打診する」、「(救急指定ではない)後方支援病院に入院を依頼する場合、平日の日勤帯に相談する」、「退院した患者に再入院が必要になった場合、原則として元の病院が受け入れる」、「介護者の急な体調不良の場合は入院ではなく緊急ショートステイとして介護保険で対応する」など(地域によって入院病床の充足度合いにはかなりの差異があることから、当該地域の事情に即してルールを定めるのが現実的である)。

【退院に際して踏むべき手順】

地域という“病棟”に転棟すると認識しての対応を心がける。

＊たとえば、「要介護者を退院させるにあたり、少なくとも在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーに必要な情報提供を行う」、「地域側が用意した情報シートに患者情報を記入してもらう」、「打診や情報提供は退院一週間前までなど適切なタイミングに行く」など。

【人的資源の活用方法】

不足しがちな専門職種にサービスを依頼する場合には一定のルールに基づいて対応する。

＊たとえば、「医師が極めて多忙であるため、外来診療時間中については極力訪問看護が臨時対応を担う」「訪問リハビリの人材が不足しているため、訪問看護が連携に基づき訪問リハビリ機能の一部を担う」「高齢の医師が主治医である場合など患者家族の了解のもと深夜の死亡に際しては翌朝に死亡確認を行うこともありうる」「ケアマネが医師と面会する場合、ケアマネタイムに基づいて申し込み、その際には医師はできるだけ時間を確保するよう努力する」など。

【連絡調整など連携実務上の配慮】

それぞれの職種や職場ごとに繁忙の時間帯などが異なるため、連絡に際しては事情を把握した上で相手に負荷がかからないよう配慮する。

＊たとえば、「外回りの多いケアマネジャーには朝や昼食時、夕方に電話するとよい」、「外来中の医師への電話連絡は緊急時以外避ける」、「薬局は医療機関での午前の診療が終えたあとのお昼以降が忙しいため、電話をかける場合は午前中の方が望ましい」など(実際には地域特性やそれぞれの機関の性質によって繁忙は異なると考えられるため、連携先の事情を知る努力をする必要がある)。

15

地域内で話し合い、方針決定や整合性を図るべきルール②

【地域医療や医療介護連携にまつわる役割や負担の分担】

公的な事業の役割や負担について、相応の負担を関係者同士が分担する。

＊すでに休日診療所当番や介護認定審査会などの公的役割をさまざまな専門職は担っているため、連携のために設置する会議や新たな輪番制の実施にあたっては、公平を期すべく周到的配慮や合意が重要となる

【研修企画や会議開催に関する情報の集約】

地域において認知症やがん、生活習慣病などに関するさまざまな研修会が行われている。その実施にあたり、目的や対象、開催日時について、重複や非効率、内容の齟齬等が生じることから、企画段階からその情報をしかるべきところに集約し、効果的、効率的に域内での教育研修が行われるよう関係各所が調整、配慮する。

【行動指針や理念】

「行動指針」や「地域包括ケア推進理念」に相当する文言を作成するなど、価値観を共有する努力やすりあわせの作業について、地域の中で継続的に取り組む。

【地域における礼儀や常識に相当するもの】

普遍的だがわざわざ明文化されるような性質のものではない、しかし会話や協働する中ですりあわせるなど、交流のプロセスを通じて「常識」として確認されるべき内容(「多職種協働とは異文化交流だ」と捉えれば、相手への理解が深まり、場にそぐわない行動を避けることができるという)。

「連携する専門職種に尊敬の念を持つ」

「会議や研修の席上では(異なる意見を述べることは構わないが)原則として他の参加者を批判するような言動は避ける」

「情報共有やその管理にあたっては守秘義務を遵守する」(「仲間内の飲み会の席であれ、利用者に関する情報を話すのは不適切」など)

「ICTを活用して情報を共有する場合、思いつくままに冗長に記載するのではなく、客観的な情報を簡潔に記載するよう心がける」


「専門用語や略語の使用など、他領域の職種がわからないような表現は使用しない」

「ケアマネジャー主導で主治医を変更することは御法度である」

「救急車をタクシー代わりに使用することは厳に慎む」

16

行政における事業を遂行するために必要なマネジメント

- 行政における事業を遂行するにあたっては、このマネジメントが求められる。なぜなら、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強い。
- 
- 新しいアプローチで統合型のケア提供を行う「地域包括ケアシステム」を進めるためには、戦略マネジメントの視点を意識することがより重要になってくる。

ビジョン（方向性・将来像）

- 自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者にやさしい自治体になること”である。

ミッション（使命）

- 自分たちの組織や部門の「果すべき責務」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者に充実したサービス提供すること”となる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン（方向性・将来像）やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。

17

戦略マネジメント 3つの条件

（1）ビジョンが明確であり、政策目標のプライオリティづけがなされているか。

（2）個々の施策目標が具体的で数値目標化されているか。

（3）ビジョンや政策目標が組織全体に浸透し、共有されているか。

18

地域包括ケアシステム構築のための テーマ設定と方法論の選択

1. ケア提供システム

のデザインをどのように考えるか

2. サービスの内容

をどのように考えるか

3. システムにおけるマネジメント機能

をどのように考えるか

これは、高齢者を対象とする「ケア提供システムの構造化」を
どのように図るかと同じことと言える。

19

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

システム統合

規範的統合

1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

プロセス全体に関わる内容として・・・

↳ ○自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

サービス検討のフレームワーク

| 期間はどのくらいか | 短期 | 長期 |
|------------|-----|-----------|
| 専門性を必要とするか | 専門的 | 非専門的（一般的） |
| 個別性が必要か | 個別的 | 普遍的 |

↳ ○どの予算で（市町村独自事業（税）、給付（保険）等）、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを決める。

3. ケア提供システムをどのように整備するか

↳ ○自治体全体で取り組むか、医療（医師会、医療法人）、介護福祉（事業者、社会福祉法人）等、特定の分野を中心とするプログラムにするかを決める。

組織的統合

4. サービス提供をどのように行うか（マネジメントをどのようにするか）

↳ ○マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを決める。

臨床的統合

20

マネジメント機能をどこが担うか

マネジメント機能をどこが担うかについては、地域特性を鑑みて、自治体別に検討する必要がある。

例えば

1. 保険者主導型

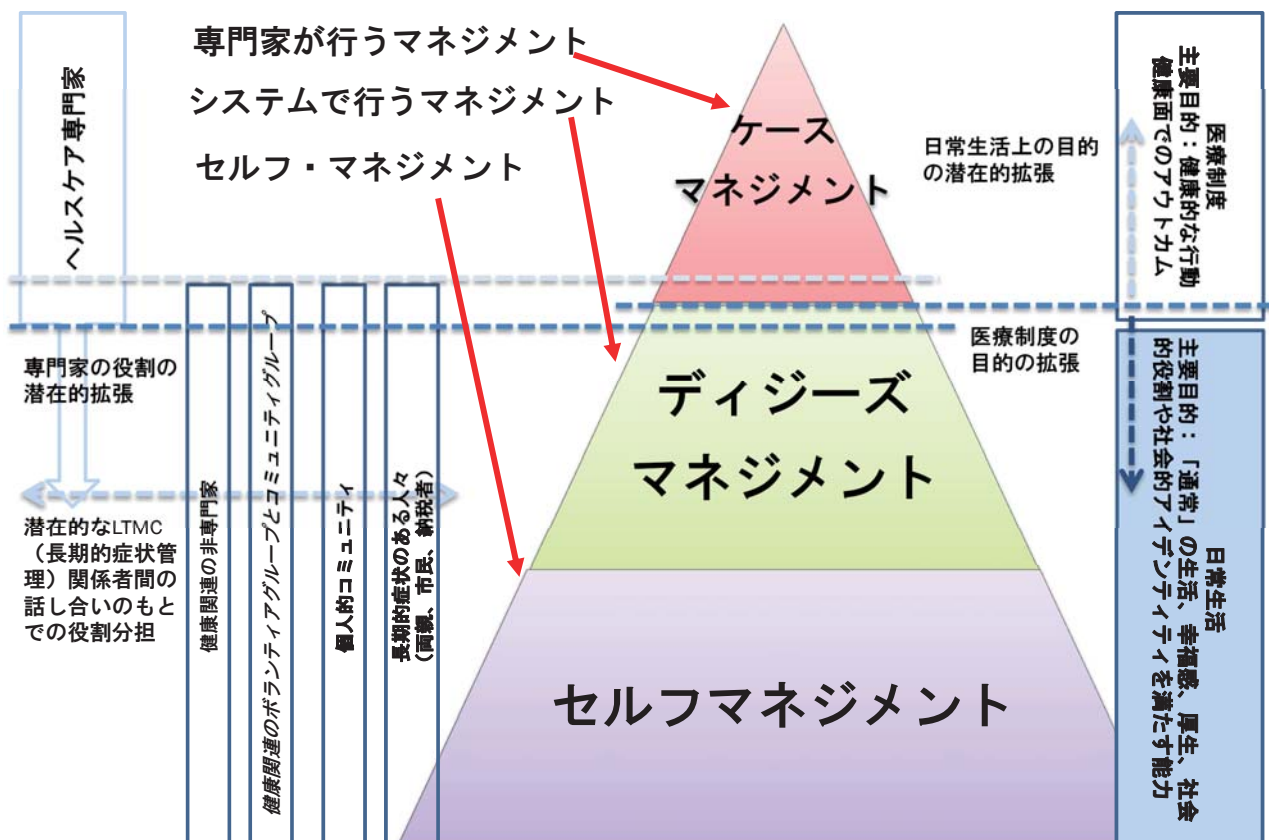
- 和光市、武蔵野市, etc...

2. 医療機関主導型

- 農村型地域医療（佐久総合病院と公立みつぎ病院, etc...）
- 都市型地域医療（相澤病院、名古屋第二赤十字、倉敷中央病院, etc...）

21

【マネジメント主体の構造化】が必要。



22

3. 保険者は何をするべきか

地域包括ケアシステム構築に向けてケア提供主体の役割

地域包括ケアシステムの構築に向けて、
それぞれの立場で何をすればいいのか??



サービス提供事業者 (組織の管理者・経営者)

- 統合的なサービス供給デザインを考える。
- 医療が必要な人に医療を届ける仕組みを考える。
- 意思決定や自己管理を推進するような仕組みを考える。
- 利用者を情報を事業所内外で活用できる仕組みを考える。

地域住民

- 資源が有限であることを意識し、政策を理解する。
- 積極的に生活や健康を自己管理する。

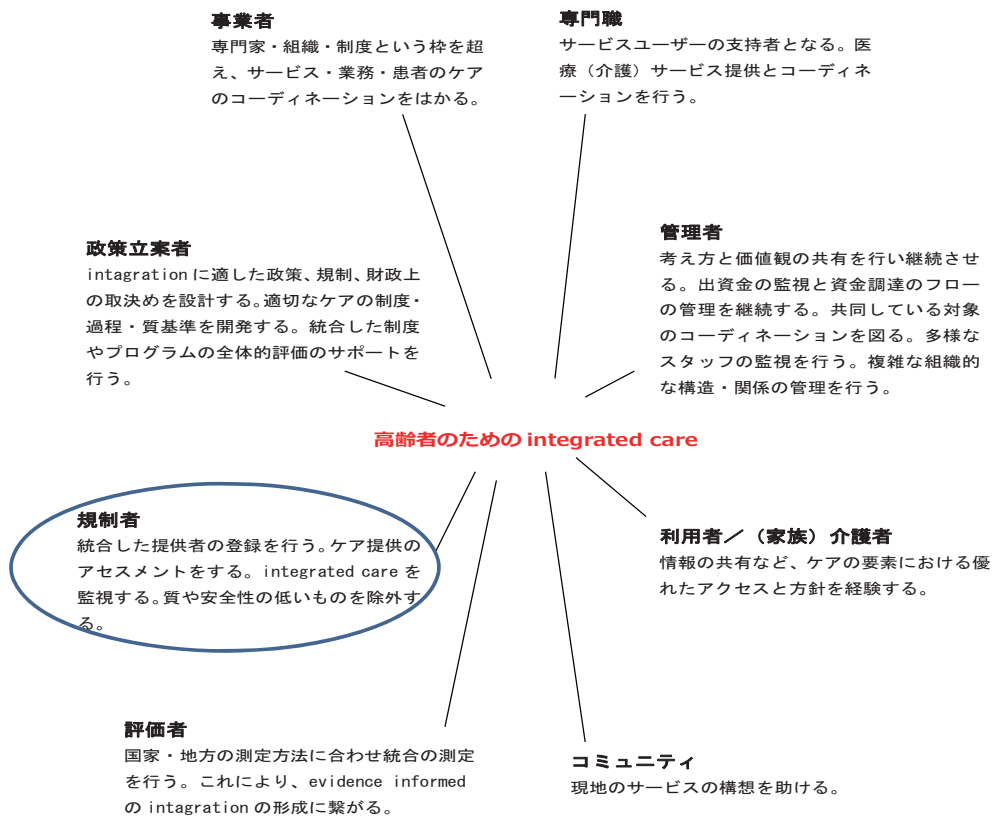
自治体職員

- 住民のニーズを政策に反映する施策立案と管理を行う。
- 当該自治体内が関わる圏域の医療資源を把握し、地域住民へ効率よく還元できるような仕組みを考える。
- 住民の生活や健康の自己管理を推進するような施策を展開する。
- 住民の社会保障に係る情報を施策立案・実行に活用する。

保健・医療・福祉の 実践家

- 自己管理を促進するサービスの開発。
- 意思決定を尊重する支援の提供。
- 臨床情報の積極的活用(共通言語の使用等)。
- 地域資源の実践への活用。
- 多職種によるケアの提供(臨床的統合)

地域包括ケアシステムに係わる関係者の視点



出典：Sara Shaw, Rebecca Rosen and Benedict Rumbold. *Research report-An overview of integrated care in the NHS : what in integrated care?.* June 2011

25

成功するintegrated care戦略の要素 (1)

プログラムの対象とする人口の定義

- ・ 医療、ヘルスケアチームが効果を予測でき、効率的、協調的なアプローチが可能な人口の範囲。

協調的な活動に対する財政的インセンティブ

- ・ 出来高払いの弊害を防止するために、サービスの協調性を高め、サービス提供と財政に関しての連帯責任を負うことで慎重な管理を行う。
- ・ 入院又は入所を予防し、その入院入所期間を短期化するための在宅での医療介護環境における疾病管理を奨励する（セルフケア・セルフマネジメント）

26

成功するintegrated care戦略の要素 (2)

パフォーマンスにおける共同責任

- 質の改善と利害関係者への説明責任をデータを通して行う

情報技術

- 主に電子カルテや臨床的決定支援システムや、「リスク」のある患者を識別し、ターゲットとしうる能力によってintegrated careの提供を支援

ガイドラインの使用

- 最善の業務を奨励し、クリニカルパスにおけるケアコーディネーションを支援し、ケアにおける不当なばらつきやケアのギャップを解消するために用いる。

27

成功するintegrated care戦略の要素 (3)

医師とのパートナーシップ

- 医療従事者の診療技術と管理職の組織的技術を結びつける。ケアの受け手と提供者のケアスキルを組み合わせる。

有能なリーダーシップ

- あらゆるレベルにおいて必要で継続的質改善にフォーカスする。

協働を行なう文化

- チームワークとハイレベルの協調的かつ患者中心ケアの提供。

28

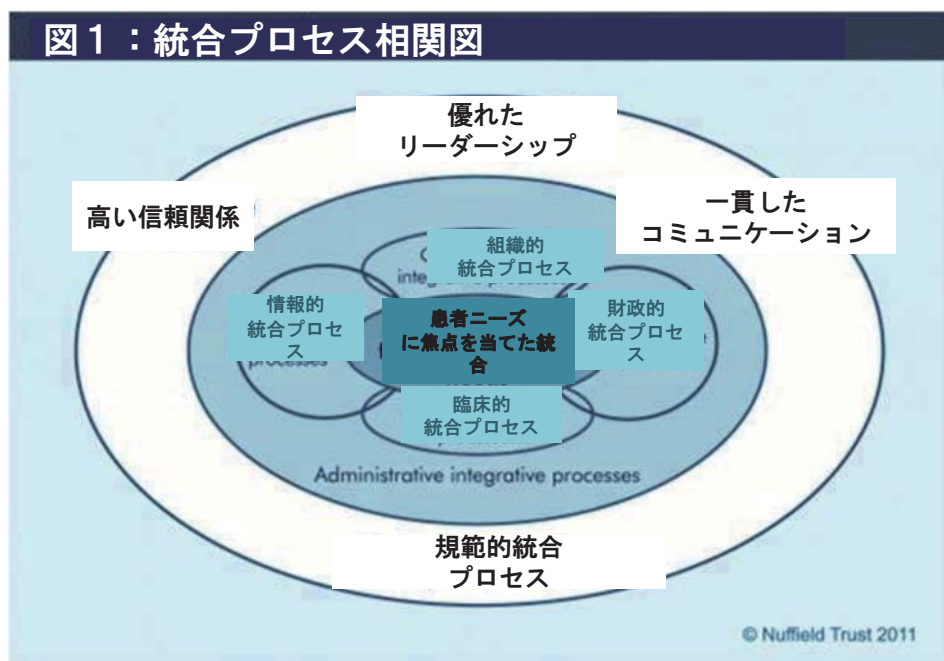
主要な5つのintegration（統合）の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

| | |
|-----------|---|
| 1.システムの統合 | 政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携 例、病院外の協調的ケアを推し進める政策、多様化する（サービス）提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策（インセンティブ）の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策（ダウンワードサブスティテューション） |
| 2.規範的統合 | 組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ。 |
| 3.組織的統合 | 組織間での構造、ガバナンスシステム、関係のコーディネーション 例、資金のプールやPBC（業務歩合制）といった公的・私的な契約的・協調的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。 |
| 4.運営的統合 | 事務管理業務、予算、財政システムの提携 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。 |
| 5.臨床的統合 | 情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。 |

- ・ どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。
- ・ 関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある
- ・ どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地で行ってきたヘルス（ソーシャル）ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

29

インセンティブを高めるためには、チームと組織との間を「接着」するための「プロセス」が必要



リーダーシップの重要性

専門職のリーダーは、integrated careの成功において中心的役割を果たす。有能なリーダーかどうかは、一般的に、長期的取組み、熱意、地域ごとのintegrated careへの関与、そして、長年の専門職間での信頼と尊敬によって判断される。

リーダーに必要とされるスキルやストラテジーは、integrated careの設計・取組み・提供における地域の理解、行動、先導をしていくためのものである。

その役割の範囲は：

- 統合に向けたアプローチを支持する基盤となる価値観と目的を明確にし示す
- ケア提供者、利用者間に共通のビジョンと目的を設置する
- 専門家と関与し、優れた関係を築き、貢献心・理解・共通文化を築き上げる
- スタッフやユーザーに、はっきり分かるような明確なビジョンの維持をする
- パフォーマンスやピアレビューなどを用いて質的向上を促す

各機関におけるリーダーは、組織の存続を意識するのではなく主導権を握りintegrated careの促進を行なう。

財政目標とサービス目標を達成するためリーダーは、地域において各機関と協働関係を築く必要がある。

(Ham et al 2011; Rosen et al 2011)

31

4. まとめ

32

まとめに代えて

地域包括ケアシステムにおける保険者の役割を考えるにあたっての留意点

評価を行うことで、自分の立ち位置を知る

測定を行うことでしか改善は望めない。

- 地域包括ケアシステムの影響に関する事例はあまりない。またあるとしても、その事例の多くは、構造やプロセスに焦点が置かれている限定的な状況や取組みの中に見られるものである。よって、こうした事例のアウトカムやコストについてのアセスメントも限定的なものだけとなってしまっている。
- そこで、どの地域包括ケアシステムの取組みが、誰のために、どのような状況で最善に機能するかを理解するための更なる研究が必要となっている。
- 地域包括ケアシステムについては、まだ進行中のプロセスと言うこともあり、評価を行うことで引き続き改良を行うことができる。

地域住民のニーズ、地域資源の把握は、重要。

地域住民への視点は、地域包括ケアシステムの組織化をはかるための根底である。

- 地域包括ケアシステムの目的を細かく分析することは、進展をはかるために欠かせない。
- また、地域住民へ視点と利用者中心とする考えを、共通意識とする必要性が高まっている。こうした共通意識を持つことで、ケアを改善するためのサービス統合をいつ、どこで、どのように行うかが確立していく。政策立案者と開業医は、integrationをいつ、どのように、どのような理由で行うかの議論や決定を進める必要がある。

いくつかのテーマに取り組むことが必要。

一種類の地域包括ケアシステムへの取り組みのみでは全てに対応できない。

- 全ての背景、条件、状況に適する地域包括ケアシステムのモデルというものには存在しない。
- よって、特定のケア状況下にあるintegrationをサポートできるような様々な統合的プロセスについての細かな分析が必要となってくる。こうした、特定の状況に合わせた最適なアプローチの決定は、政策の目的、利用者和其他の利害関係者のニーズ、従来から行われている提供と利用できる資源によって導かれる。

Integration(統合)を手掛かりに、政策を考える。

地域包括ケアシステムは、高齢者のケアを改善するための方策と考える。

- 地域包括ケアシステムは、優れたコーディネーションを通じたケアの改善と関係している。
- また、integrationの程度に関する決定はとても重要で、これはサービス間の連携、チームのコーディネーション、また、資金の共同出資を行うところから始まる。
- もし、これまでに強いパートナーシップというバックグラウンドが既に存在する場合、単一の統合的組織を設立するための合併を実行できる可能性は高くなる。(たとえ、integrationの焦点が組織を合併することに集中してしまい、ケアの改善が見込めない場合だとしてもこの可能性は高くなると言える)

33

参考資料

イギリス保健省のICP (Integrated Care Pilots) に対する全国的評価結果

評価の主要な結果

統合ケアには様々な規模と形がある

ケアの改善として指摘されたのは、プロセスに由来する改善が多い

サービス受給者は、著しい改善を感じていない

病院で提供されているケアの利用とそれにかかわる費用を削減することは可能と考えられるが、緊急入院減らすことは非常に難しい

政策担当者への主な示唆

個別に設定された目標を評価すべきである

統合のアプローチを開発する際に工夫を凝らす必要がある

サービス利用者のニーズと好みを見失わないことが重要

予想外のものを予想する必要がある

統合的活動のレベルの3段階

システム統合

- ・国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率などの活動を統合すること。

組織的統合

- ・急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次的医療・サービス提供事業所（者）などの活動を調整、管理すること。

臨床的統合

- ・看護・介助者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関わること。

※一つのレベルでも統合が不十分だと他のレベル全体が行き詰ってしまうとされている。

※システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・望まれている質などが、組織同士（特に医療と福祉）の協力の度合いに影響を与えているともいえる（Banks,2004;Kodner and Kyriacou,2000）。

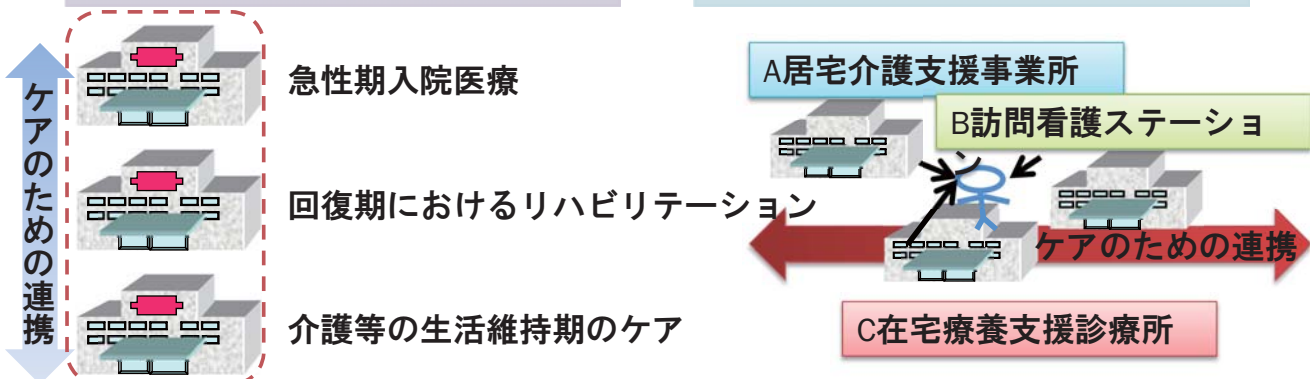
垂直的統合と水平的統合

垂直的統合 (vertical integration)

- ・様々なサービス分野を一つの組織で行うというものである。

水平的統合 (horizontal integration)

- ・様々なケアの連携を改善していくものとされている。リハビリテーションサービスへのアクセスを調整することや、あるいは癌のケア等。



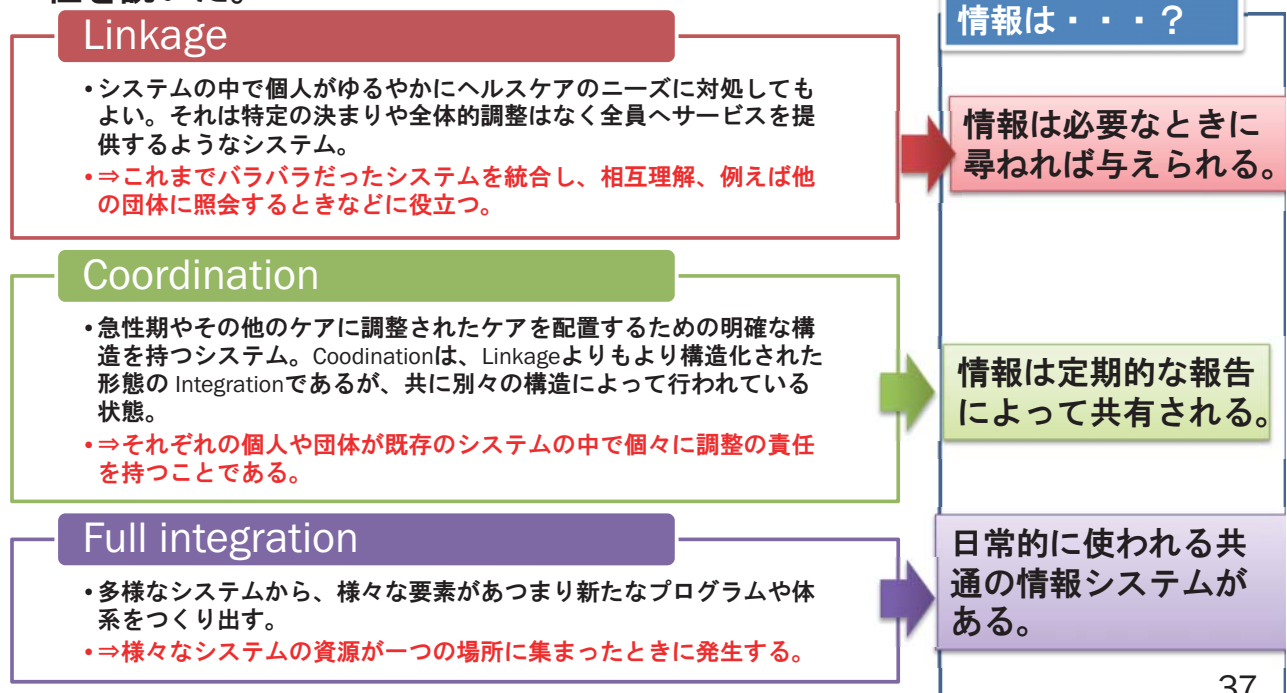
例1) カナダのケベック州に新設された95の地域サービスネットワークは、病院・長期的ケア施設・リハビリテーションや地域に根差した組織、などが合併して、地理的区分に基づいた医療サービスのための一つの大きな組織を作った。

例2) アメリカのHealth Maintenance Organization(HMOs)。これはHMOが、会員のために幅広い医療サービス（医療ケア・病院・リハビリテーションサービスや継続的ケアなど）の所有・運営・資金管理をまかっている。

Integrationの三つの区分

参考資料

Leutz(1999)は、先の1. を説明するために、Integrationについて、「Linkage」、「Coordination」、「Full integration」の三つの区分する重要性を説いた。



37

「地域包括ケアシステム」に関する参考文献

書籍

- 筒井孝子「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略」中央法規 2014年
- 筒井孝子「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」高橋紘士編「地域包括ケアシステム」オーム社2012年

調査研究報告書※

- 平成20年度 地域包括支援センターの評価に関する研究 実施主体 立教大学 研究代表者 高橋紘士
- 平成21年度 包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究 実施主体 立教大学 研究代表者 高橋紘士
- 平成22年度 地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書 実施主体 国際医療福祉大学 研究代表者 高橋紘士
- 平成23年度地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業 主任研究者 川村仁弘 分担研究者 高橋紘士 筒井孝子

※報告書については、高橋紘士先生のHP (<http://takahato.com/report.html>) にPDFがアップされています。38

地域包括ケア時代の保険者の役割と評価

保険者機能を高めるための取り組み

～適正化・法改正対応・独居高齢者への支援～

1

元 鹿児島県薩摩川内市

地域包括支援センター長

現 鹿児島純心女子大学 看護栄養学部

看護学科 教授 柿元 美津江

2

薩摩川内市



交通アクセス

九州新幹線

博多駅～川内駅（最速75分）

新大阪駅～川内駅（最速236分）

甕島も薩摩川内市です

総面積 683.43km²

保険者機能を強化する必要性

第2期の介護保険

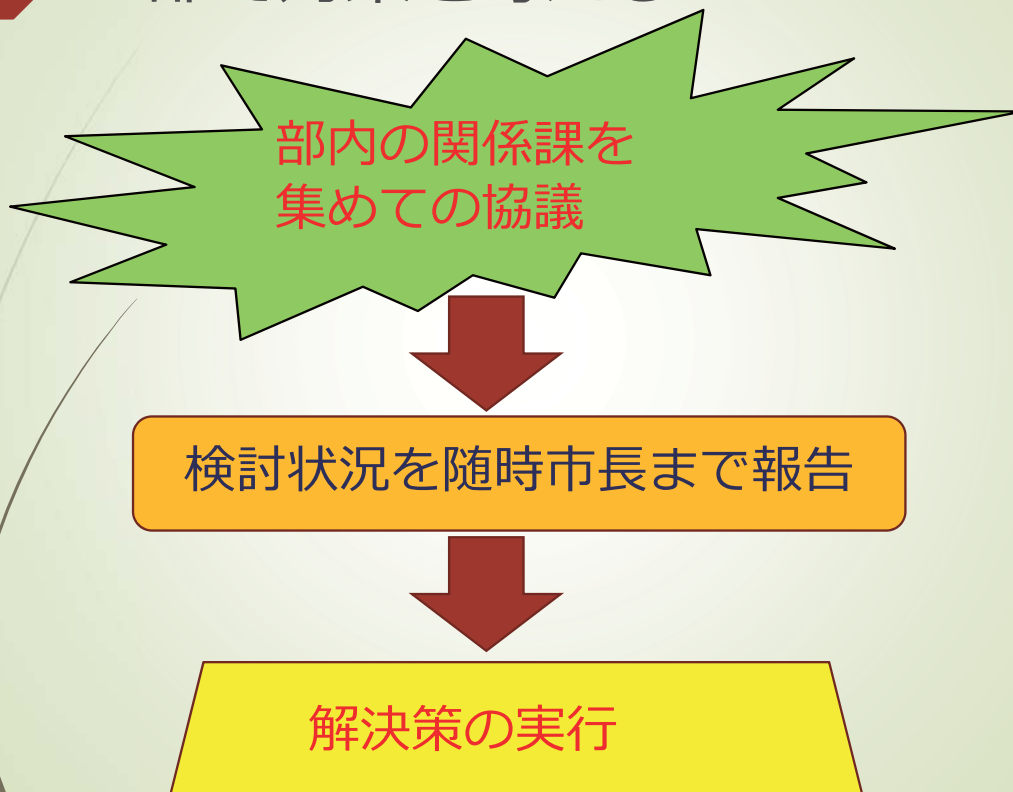
川内市の介護保険制度が悲鳴を上げていた
市の方針：部を挙げての対策が求められた

その理由：介護給付費の高騰 3000円→4500円
介護認定率の上昇 17%→21%

このままでは、介護保険制度が成り立たなくなるという危機感

| | | |
|-------|-------|--------|
| 高齢者人口 | 後期高齢者 | 15000人 |
| | 前期高齢者 | 12000人 |
| 高齢化率 | | 26.5% |

部で対策を考える



保険者機能を強化するために行った対策

1 介護サービス提供事業者
連絡会の設立
総会・研修会実施

2 ケアプランチェック及び
勉強会実施

6 啓発用冊子配布
住宅改修事前協議
介護給付費通知等

3 認定調査を
市で直接実施

5 国保連適正化
システム活用

4 認定調査員による
ケアプランチェック

平成15年・16年当時の保険者機能

保険者の立ち位置

サービス事業はすべて県の指定・監督のもとに進められていた。保険者は介護給付費を支払うが、事業者に対して指導等を行う状況ではなかった。

取組当初

なぜ市町村がケアプランチェック等を行うのか、事業者に指導をするのか等の反発も少なからずあった。

慎重に、事業者の了解を得ながら進める。

7

サービス事業者連絡会を活用し、連絡会で了解を得ながら対策を進める

- ▶ サービス事業者の困りごとをともに解決することで信頼関係の構築
- ▶ 介護支援専門員の支援



サービス事業所と保険者が
身近な関係に構築された

8

適正化の目的

高齢者が安心して暮らせる川内市を築くため、介護保険の健全な運営を図る。

- 1 保険財源の有効な活用
- 2 介護サービスの質の向上
- 3 介護支援専門員の資質の向上
- 4 介護給付費の請求・支払いの適正化
- 5 市民のサービス利用に対する資質の向上

適正化対策全体の効果

- (1) 第3期**保険料**を第2期と同額に据置けた（旧川内市）
- (2) **介護給付費**の伸びが鈍化した
- (3) **介護認定者数**が減少した
- (4) **介護認定率**が微減した
- (5) 介護認定**申請件数**が減少した
- (6) **サービス利用者数**の伸びが鈍化した
- (7) 事業者と保険者が直接話し合う機会ができた
- (8) 事業者に本市の介護保険運営状況と適正化の必要性を理解いただき協力が得られた
制度改正について理解いただき協力が得られた

平成18年制度改正当時

- 1 地域包括支援センターを直営ですることに決定
- 2 体制を整える 人材・人員確保 関係課協議
- 3 介護サービス事業所に対し研修会実施（管理者用，ワーカー用）
- 4 ケアマネジメントリーダー養成，組織化
- 5 地域包括支援センター支援システム導入
ネットワーク化 事務の簡素化 情報の共有化
新予防給付原案委託事業所を包括とラインで結ぶ
新予防給付ケアプラン委託，プランの承認
総合相談のブランチである在宅介護支援センターをラインで結ぶ
本庁の関係課・支所をラインで結ぶ
- 6 地域包括支援センターの職員確保
- 7 職員研修の実施

システムのネットワーク構築 ヒューマンネットワーク構築

地域支援事業の取組み

I 平成22年度 地域包括支援センターの強化事業

- 1 地域包括支援センターネットワーク構築強化
 - ・ 行政機関（市関係部所・福祉事務所・保健センター・警察署・消防署等）
 - ・ 医療機関
 - ・ 介護保険サービス事業者（居宅介護支援事業所・サービス事業所等）
 - ・ 地域のサービス利用者・家族や住民（老人クラブ・自治会・NPO団体等）
 - ・ 職能団体
 - ・ 関係組織（社会福祉協議会・消費者センター・銀行・郵便局等）
 - ・ 民生委員・健やか支援アドバイザー等

I 平成22年度 地域包括支援センターの強化事業

2 介護支援専門員の支援事業

- ・ 個別支援
- ・ 研修会実施 主任介護支援専門員・介護支援専門員
- ・ 主治医連携についてアンケート調査結果票の配布

3 高齢者実態把握の充実

一人暮らし高齢者 形態1・2全数実態把握



不安への適正対応

13

地域包括支援センターのブランチ 在宅介護支援センターの活用



1 か所の直営の地域包括支援センター

17 か所の在宅介護支援センター地域の総合相談の窓口として存在

力を入れていただきたい家庭訪問

優先順位をつけて訪問していただきたい

優先順位1 一人暮らしの高齢者 特に形態1・2

優先順位2 一人暮らし高齢者で介護認定を受けているにもかかわらず
介護サービスを受けていない高齢者

14

一人暮らし高齢者実態把握

民生委員による高齢者実態把握

形態を5つに分類 形態6は高齢者のみ世帯

- 1：親族（配偶者・子供・兄弟姉妹等）は無く，一人で生活している
- 2：親族（配偶者・子供・兄弟姉妹等）は県外にいて，一人で生活している
- 3：親族（配偶者・子供・兄弟姉妹等）は市外（県内）にいて，一人で生活している
- 4：親族（配偶者・子供・兄弟姉妹等）は市内にいて，一人で生活している。
- 5：親族（配偶者・子供・兄弟姉妹等）は同一敷地内にいるが，一人で生活している
- 6：高齢者のみの世帯
（独居ではない）

一人暮らし高齢者 形態別

平成22年度民生委員調査

| H22 | 独居1 | 独居2 | 独居3 | 独居4 | 独居5 | 合計 |
|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-------|
| 人数 | 162 | 658 | 964 | 3,234 | 1,262 | 6,280 |

一人暮らし高齢者 形態別要介護認定

平成22年度

| H22 | 独居1 | 独居2 | 独居3 | 独居4 | 独居5 | 合計 |
|------|-----|-----|-----|-------|-------|-------|
| 要支援1 | 10 | 78 | 87 | 268 | 106 | 549 |
| 要支援2 | 4 | 47 | 63 | 203 | 77 | 394 |
| 要介護1 | 1 | 51 | 93 | 242 | 128 | 515 |
| 要介護2 | 3 | 22 | 39 | 150 | 70 | 284 |
| 要介護3 | 4 | 11 | 18 | 91 | 47 | 171 |
| 要介護4 | 15 | 9 | 13 | 66 | 47 | 150 |
| 要介護5 | 11 | 12 | 12 | 56 | 33 | 124 |
| 認定なし | 114 | 428 | 639 | 2,158 | 754 | 4,093 |
| 計 | 162 | 658 | 964 | 3,234 | 1,262 | 6,280 |

18

独居高齢者の実態把握

- 民生委員により独居高齢者と高齢者のみの世帯の実態把握が以前より行われていた
- 在宅介護支援センター職員が独居形態1・2に対して訪問することで、より安心した生活を送ってもらうことを目的に実施
- 民生委員と在宅介護支援センターの職員が毎年訪れることでの安心感、訪問時の困りごとに対する対応を在宅介護支援センター職員と民生委員と連携して行う
- 実態把握時、緊急連絡先の確認、要介護状況にないかの確認も併せて行う
- 平成26年度は、形態1・2について更に詳細に実態を把握する予定 安心な生活を送れるお手伝いを行う

地域包括支援センター 直営から委託へ 平成23年度

直営から委託へ

直営の包括を社会福祉協議会へ委託することとなった

市の人員削減が主な理由であるが、「市で基礎を作り民間へ移行していくことは決して流れに逆らっていることではない」とセンター職員は自らを納得させて移行することに同意

委託をするために1年間をかけて準備を行う

社会福祉協議会内の組織の充実、人員確保、予算、スキルアップのための研修等

委託してから、6人のスタッフ派遣 事務1年 専門職2年
スキルを引き継ぐため、在介との協力体制を引き継ぐため

今後、変遷し続ける介護保険制度に どう対応していくか

法制度の変遷をしっかりキャッチすることが必要

総合支援事業を一体

今、地域支援事業のどうしようか...と頭を悩ませていらっしやるのでは・・・

また、地域包括ケアを進めるためには、地域医療の充実
は欠かせない。医師会との連携をしていく必要がある。医
師会はどのように考え進もうとしているか。

保健所のお力は借りれないものか

保険者として自分の市町村は何を準備すべきなのか

保険者が介護保険制度を堅持していくために

- 大切な財源を有意義に
- サービスを実施する人も、受ける人も充実した思いになれるように
- どこに力と時間とお金をかけるか
- 効率的な業務はどうすればできるか

短時間でじっくり考える スタートする

* 動き出さないと見えないことがたくさんある

ご清聴ありがとうございました
皆様のご活躍をお祈り申し上げます



地域包括ケアシステムの 構築に向けて

平成26年3月

大牟田市保健福祉部長寿社会推進課

1. 大牟田市の現状と将来推計

福岡県大牟田市の概況

～やさしさとエネルギーあふれるまち・おおむた～



重要港湾 三池港



福岡県大牟田市

かつては炭鉱のまち
(平成9年三池炭鉱閉山)
今、大牟田は
人にやさしいまちへ

●大牟田市の人口

約210,000人 ⇒ **約123,000人**
(1960年) (2013年)

●高齢者数 38,803人

高齢化率 31.6% (2013年10月)

31.1% (2013年4月)

30.6% (2012年10月)

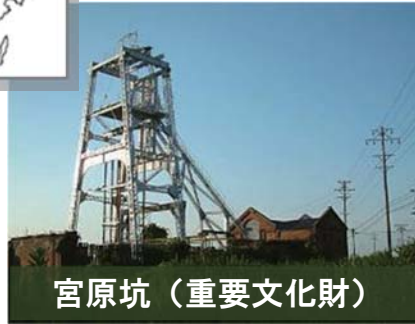
●全世帯数 57,473戸

●高齢者のいる世帯
28,488戸(49.6%)

高齢者単身世帯数
12,702戸(22.1%)
(2013年4月)



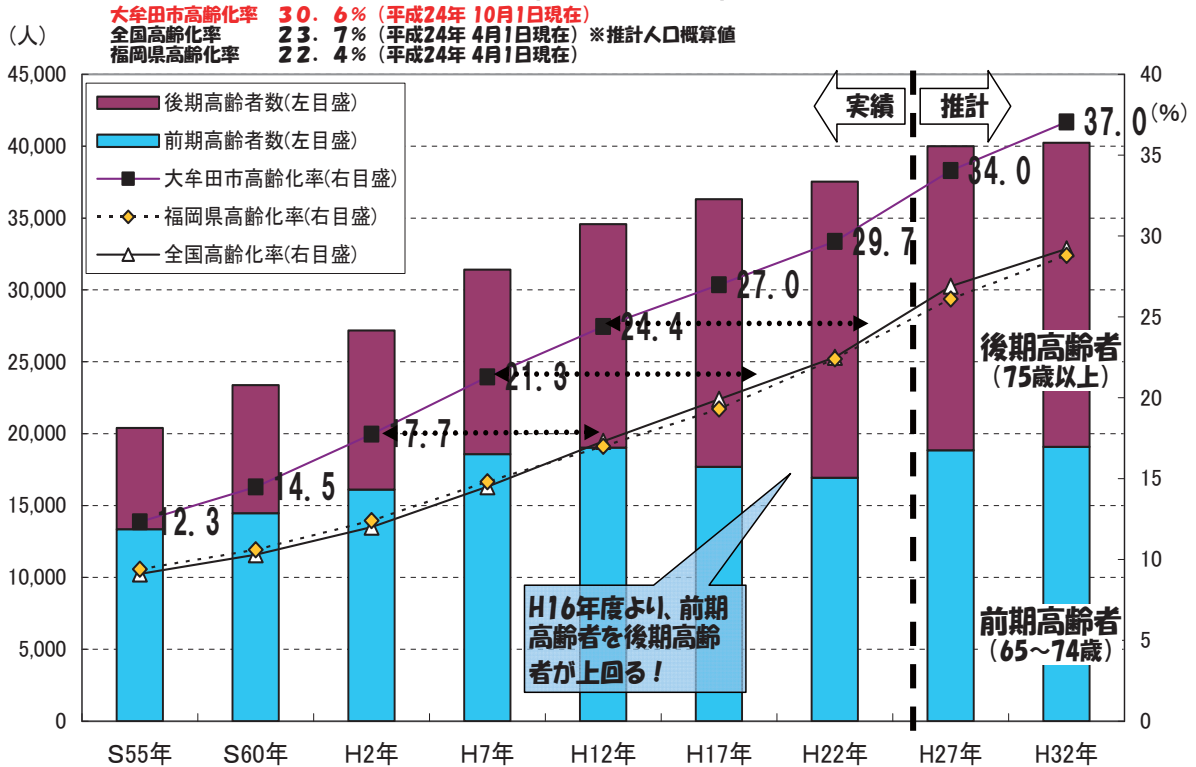
大正時代の七浦坑

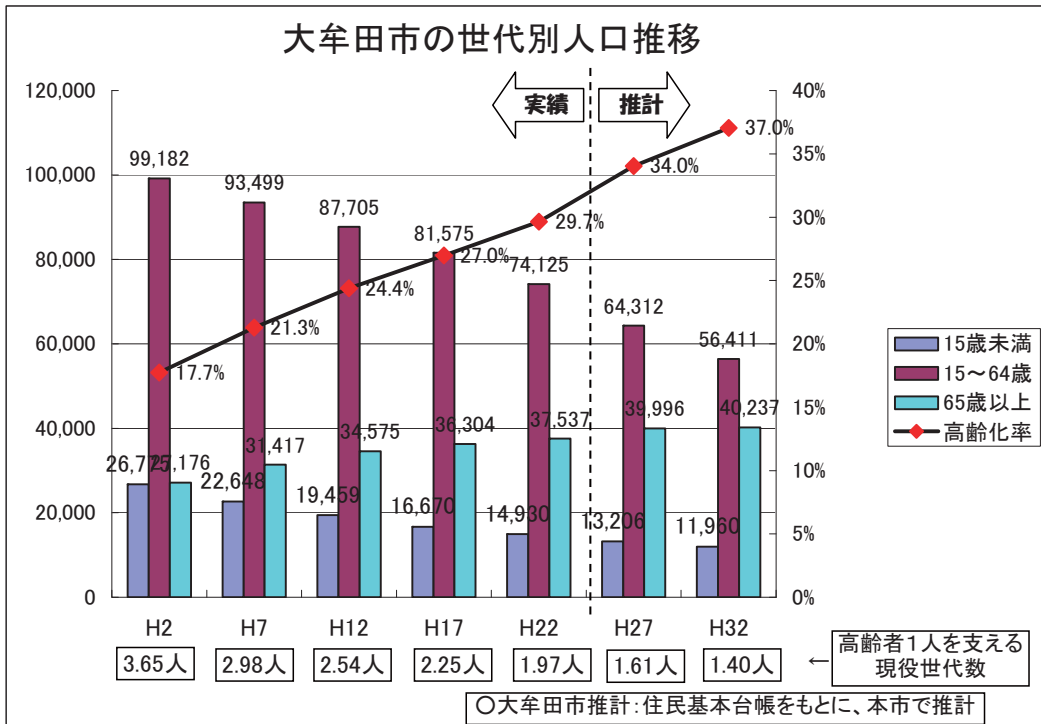


宮原坑 (重要文化財)

平成25年9月、今年度の世界文化遺産政府推薦案件が、「明治日本の産業革命遺産 九州・山口と関連地域」に正式に決定！！

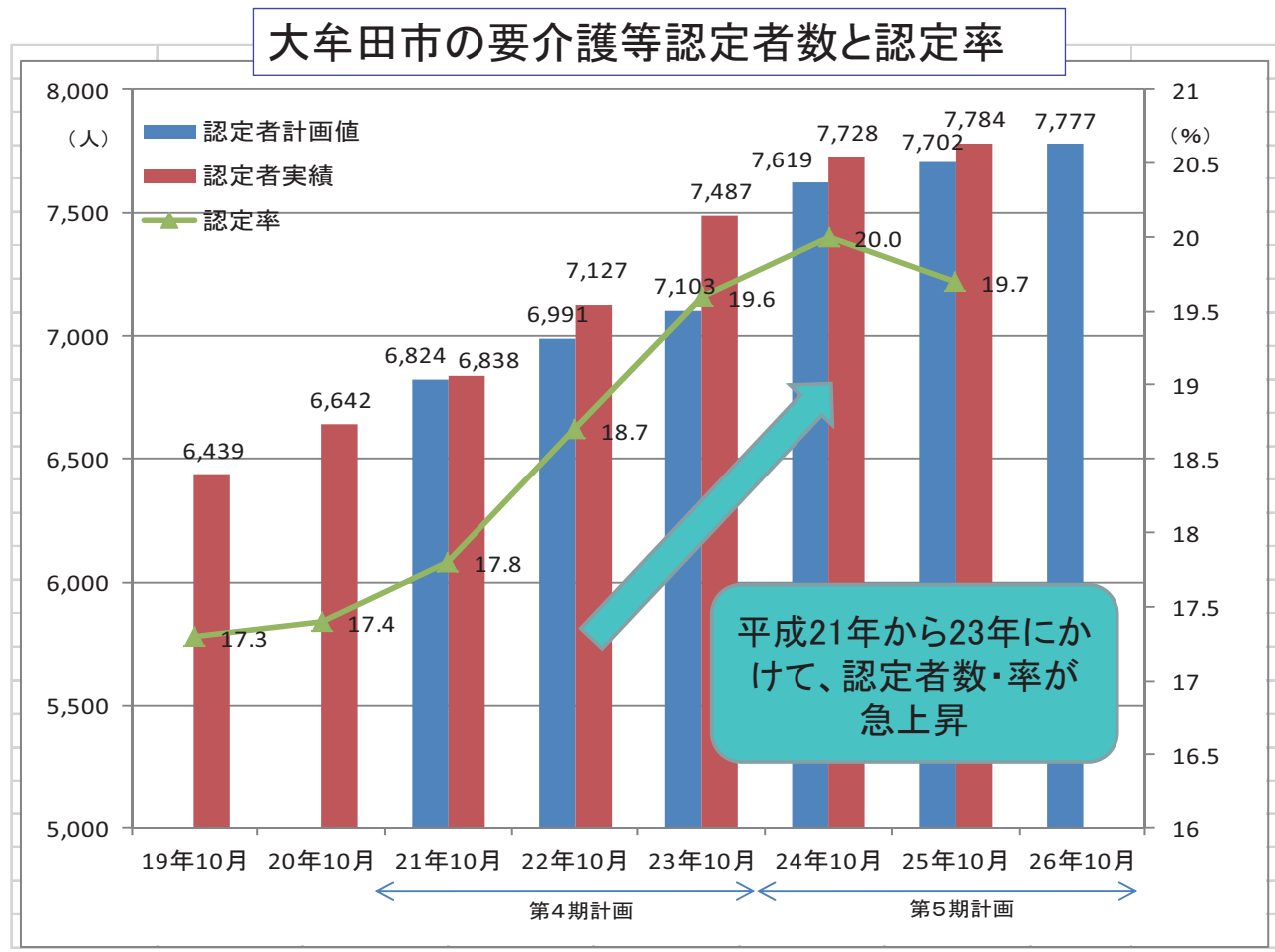
大牟田市高齢者の推移



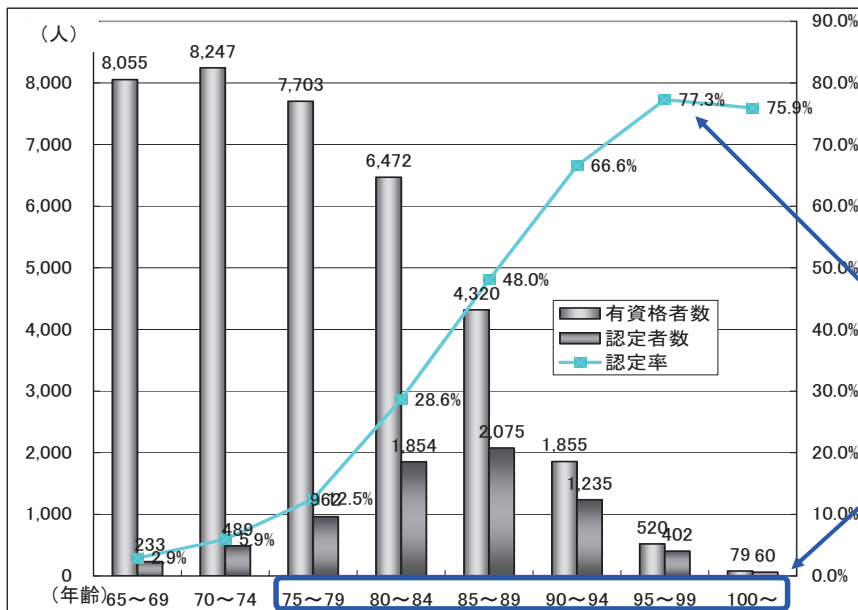


○本市では、近年高齢者数の増加そのものは鈍化しているものの、現役世代(15～64歳の生産年齢人口)は今後も減少が見込まれます。

○そのため、高齢者1人を支える現役世代の数も大幅に減少し、平成22年で高齢者1人あたり1.97人と**既に我が国の20年先の状況**です。



年代別の要介護認定率について



○年齢が高いほど、要介護認定率は高くなる傾向にあります。

○本市は、後期高齢者、特に80歳以上が占める割合が大きくなっており、このことが要介護認定率の上昇につながっていると考えられます。

| | 大牟田市(平成25年3月末) | | | 全国(平成25年3月末) | | |
|----------|----------------|----------|--------|--------------|-----------|--------|
| | 被保険者数 | 認定者数 | 認定率 | 被保険者数 | 認定者数 | 認定率 |
| 前期高齢者 | 16,922 | 662 | 3.91% | 15,737,481 | 685,740 | 4.36% |
| 後期高齢者 | 21,405 | 6,869 | 32.09% | 15,201,173 | 4,771,273 | 31.39% |
| 合計 | 38,327 | 7,531 | 19.65% | 30,938,654 | 5,457,013 | 17.64% |
| 年齢構成 | 高齢者数(人) | 25.4.1現在 | 構成率 | 高齢者数(千人) | 25.4.1現在 | 構成率 |
| 合計 | 38,336 | 100% | | 31,399 | 100% | |
| 65～74歳未満 | 16,958 | 44.24% | | 15,905 | 50.65% | |
| 75～79 | 7,601 | 19.83% | | 6,306 | 20.08% | |
| 80～84 | 6,545 | 17.07% | | 4,730 | 15.06% | |
| 85以上 | 7,232 | 18.86% | | 4,458 | 14.20% | |

◇本市と全国の要介護等認定率について

・全国の要介護等認定率は平成25年3月末現在で17.6%となっており、本市はそれを2%上回っている状況にある。

| | 高齢者数 | 要介護等認定者 | (第1号被保険者) | (第2号被保険者) | 認定率 |
|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 大牟田市(25.3末) | 38,327 | 7,683 | 7,531 | 152 | 19.65% |
| 全国(25.3末) | 30,938,654 | 5,610,866 | 5,457,013 | 153,853 | 17.64% |

◇本市の本来あるべき要介護等認定率

・本市の本来あるべき要介護等認定率について試算してみる。

⇒【仮定】本市は高齢化率が高く、更に後期高齢者の割合が多い。
認定率は加齢に伴い急上昇するので、ある意味、必然的に本市認定率は高くなる。

| | 高齢者数 | 前期高齢者 | | | | 後期高齢者 | | | |
|-------------|------------|------------|--------|---------|-------|------------|--------|-----------|--------|
| | | 被保険者数 | 構成率 | 認定者数 | 認定率 | 被保険者数 | 構成率 | 認定者数 | 認定率 |
| 大牟田市(25.3末) | 38,327 | 16,922 | 44.15% | 662 | 3.91% | 21,405 | 55.85% | 6,869 | 32.09% |
| 全国(25.3末) | 30,938,654 | 15,737,481 | 50.87% | 685,740 | 4.36% | 15,201,173 | 49.13% | 4,771,273 | 31.39% |

| | 前期高齢者 | | 後期高齢者 | | 合計 | | |
|-------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| | 被保険者数 | 認定率 | 被保険者数 | 認定率 | 被保険者数 | 認定者数 | 認定率 |
| 大牟田市(25.3末) | 16,922 | 4.36% | 21,405 | 31.39% | 38,327 | 7,456 | 19.45% |

※厚生労働省資料(平成24年11月審査分)を元に試算

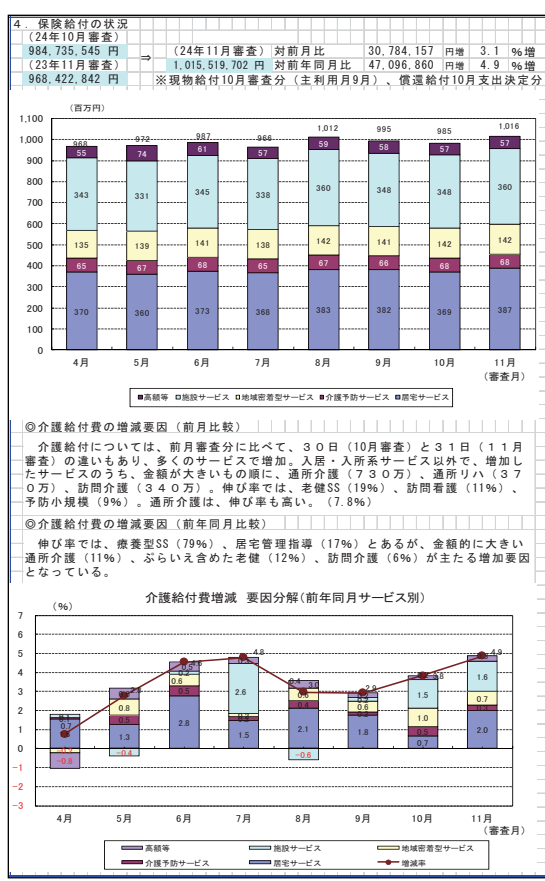
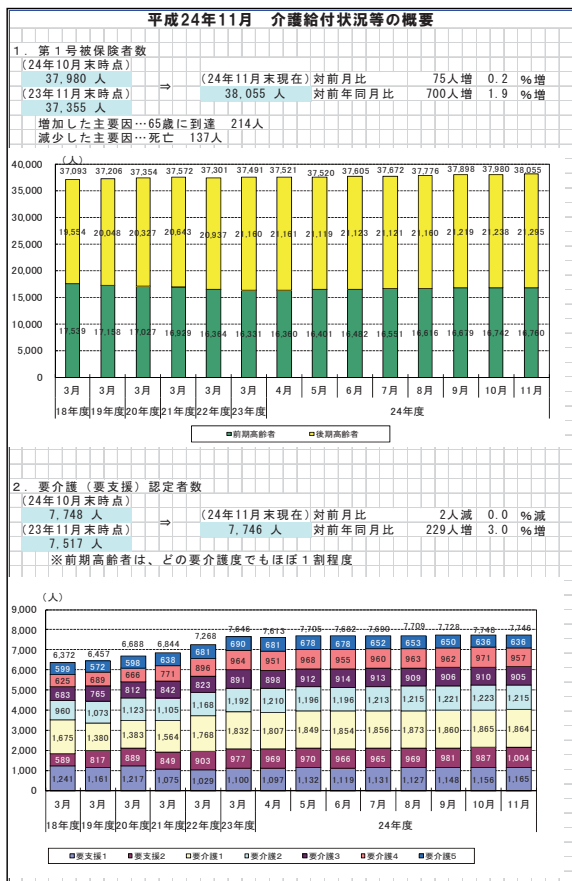
| 年齢 | 大牟田市高齢者数(25.4.1) | | 全国認定率による推計値 | | | | | |
|-------|------------------|--------|-------------|--------|---------------|---------------|-------|-----|
| | 有資格者数 | 構成率 | 認定率 | 認定者推計 | 実際値 | 差し引き | | |
| 65～69 | 8,876 | | 3% | 266 | 現在 集計 中 | 現在 集計 中 | | |
| 70～74 | 8,082 | 44.24% | 6% | 485 | | | | |
| 75～79 | 7,601 | | 14% | 1,064 | | | | |
| 80～84 | 6,545 | 36.90% | 29% | 1,898 | | | | |
| 85～89 | 4,498 | | 50% | 2,249 | | | | |
| 90～94 | 2,063 | | 71% | 1,465 | | | | |
| 95～99 | 569 | | 84% | 478 | | | | |
| 100～ | 102 | 1.75% | | 86 | | | | |
| 合計 | 38,336 | 100% | 18% | 7,991 | | | 7,531 | 460 |
| | | | 20.84% | ⇒認定率推計 | | | | |

本市認定率は、全国認定率より2%ほど高い状況にあるが、年齢区分認定率から推計すると、むしろ1%以上低いという結果となった。
なお、全国の認定率試算において、有資格者数については、人口問題研究所の推計を用いていると考えられる旨注意が必要。(ただし、公表している以上、実態との乖離は小幅と考えられる。)

年齢区分に着目した大牟田市の要介護等認定者数推計

| ○5歳階級別人口推計 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 年齢 | 平成23年 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 | 平成27年 | 平成28年 | 平成29年 | 平成30年 | 平成31年 | 平成32年 | 平成33年 | 平成34年 | 平成35年 | 平成36年 | 平成37年 |
| 40歳未満 | 44,762 | 43,579 | 42,396 | 41,213 | 40,031 | 39,035 | 38,039 | 37,043 | 36,047 | 35,056 | 34,175 | 33,294 | 32,413 | 31,532 | 30,652 |
| 40-64歳 | 41,605 | 40,575 | 39,545 | 38,515 | 37,487 | 36,652 | 35,817 | 34,982 | 34,147 | 33,315 | 32,748 | 32,181 | 31,614 | 31,047 | 30,487 |
| 65-69歳 | 9,068 | 9,512 | 9,956 | 10,400 | 10,843 | 10,480 | 10,117 | 9,754 | 9,391 | 9,030 | 8,649 | 8,268 | 7,887 | 7,506 | 7,124 |
| 70-74歳 | 8,128 | 8,097 | 8,066 | 8,035 | 8,007 | 8,417 | 8,827 | 9,237 | 9,647 | 10,058 | 9,722 | 9,386 | 9,050 | 8,714 | 8,376 |
| 75-79歳 | 7,689 | 7,554 | 7,419 | 7,284 | 7,149 | 7,120 | 7,091 | 7,062 | 7,033 | 7,003 | 7,359 | 7,715 | 8,071 | 8,427 | 8,783 |
| 80-84歳 | 6,413 | 6,396 | 6,379 | 6,362 | 6,347 | 6,232 | 6,117 | 6,002 | 5,887 | 5,775 | 5,748 | 5,721 | 5,694 | 5,667 | 5,640 |
| 85歳以上 | 6,635 | 6,889 | 7,143 | 7,397 | 7,650 | 7,794 | 7,938 | 8,082 | 8,226 | 8,371 | 8,387 | 8,403 | 8,419 | 8,435 | 8,454 |
| 40歳以上 | 79,538 | 79,023 | 78,508 | 77,993 | 77,483 | 76,995 | 76,507 | 75,119 | 74,331 | 73,552 | 72,813 | 71,674 | 70,735 | 69,796 | 68,864 |
| 65歳以上 | 37,933 | 38,448 | 38,963 | 39,478 | 39,996 | 40,043 | 40,090 | 40,137 | 40,184 | 40,237 | 39,865 | 39,493 | 39,121 | 38,749 | 38,377 |
| 推計総人口 | 124,300 | 122,602 | 120,904 | 119,206 | 117,514 | 115,730 | 113,946 | 112,162 | 110,378 | 108,608 | 106,788 | 104,968 | 103,148 | 101,328 | 99,516 |
| 高齢化率 | 30.52% | 31.36% | 32.23% | 33.12% | 34.04% | 34.60% | 35.18% | 35.79% | 36.41% | 37.05% | 37.33% | 37.62% | 37.93% | 38.24% | 38.56% |
| ○5歳階級別要介護等認定者数推計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23.10認定率 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 | 平成27年 | 平成28年 | 平成29年 | 平成30年 | 平成31年 | 平成32年 | 平成33年 | 平成34年 | 平成35年 | 平成36年 | 平成37年 |
| 40-64歳 | - | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 |
| 65-69歳 | 2.9% | 275 | 288 | 301 | 314 | 303 | 293 | 282 | 272 | 261 | 250 | 239 | 228 | 217 | 206 |
| 70-74歳 | 5.9% | 480 | 478 | 476 | 475 | 499 | 523 | 548 | 572 | 596 | 576 | 557 | 537 | 517 | 497 |
| 75-79歳 | 12.5% | 941 | 924 | 907 | 891 | 887 | 883 | 880 | 876 | 872 | 917 | 961 | 1,005 | 1,050 | 1,094 |
| 80-84歳 | 28.6% | 1,832 | 1,827 | 1,822 | 1,818 | 1,785 | 1,752 | 1,719 | 1,686 | 1,654 | 1,647 | 1,639 | 1,631 | 1,623 | 1,616 |
| 85歳以上 | 55.7% | 3,836 | 3,977 | 4,119 | 4,260 | 4,340 | 4,420 | 4,500 | 4,581 | 4,661 | 4,670 | 4,679 | 4,688 | 4,697 | 4,707 |
| 合計 | | 7,474 | 7,605 | 7,736 | 7,867 | 7,924 | 7,982 | 8,039 | 8,097 | 8,155 | 8,170 | 8,185 | 8,199 | 8,214 | 8,230 |
| 認定率 | | 19.2% | 19.2% | 19.3% | 19.4% | 19.5% | 19.6% | 19.8% | 19.9% | 20.0% | 20.2% | 20.4% | 20.7% | 20.9% | 21.2% |
| ○要介護等認定区分別推計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23.10構成率 | 平成24年 | 平成25年 | 平成26年 | 平成27年 | 平成28年 | 平成29年 | 平成30年 | 平成31年 | 平成32年 | 平成33年 | 平成34年 | 平成35年 | 平成36年 | 平成37年 |
| 要支援1 | 14.1% | 1,053 | 1,072 | 1,090 | 1,109 | 1,117 | 1,125 | 1,133 | 1,141 | 1,149 | 1,151 | 1,153 | 1,155 | 1,157 | 1,160 |
| 要支援2 | 12.8% | 956 | 973 | 990 | 1,007 | 1,014 | 1,021 | 1,029 | 1,036 | 1,044 | 1,045 | 1,047 | 1,049 | 1,051 | 1,053 |
| 要介護1 | 24.1% | 1,800 | 1,831 | 1,863 | 1,894 | 1,908 | 1,922 | 1,936 | 1,950 | 1,964 | 1,967 | 1,971 | 1,975 | 1,978 | 1,982 |
| 要介護2 | 16.2% | 1,208 | 1,229 | 1,250 | 1,271 | 1,281 | 1,290 | 1,299 | 1,309 | 1,318 | 1,320 | 1,323 | 1,325 | 1,327 | 1,330 |
| 要介護3 | 11.4% | 850 | 864 | 879 | 894 | 901 | 907 | 914 | 920 | 927 | 929 | 930 | 932 | 934 | 935 |
| 要介護4 | 12.2% | 911 | 927 | 943 | 959 | 966 | 973 | 980 | 987 | 995 | 996 | 998 | 1,000 | 1,002 | 1,004 |
| 要介護5 | 9.3% | 696 | 708 | 720 | 732 | 738 | 743 | 748 | 754 | 759 | 761 | 762 | 763 | 765 | 766 |
| 合計 | | 7,474 | 7,605 | 7,736 | 7,867 | 7,924 | 7,982 | 8,039 | 8,097 | 8,155 | 8,170 | 8,185 | 8,199 | 8,214 | 8,230 |

サービスウォッチャー(毎月定例の給付分析会議)の開催



2. 地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

- ① 認知症ケアコミュニティ推進事業
- ② 地域密着型サービスの充実
- ③ 地域包括支援センターの充実

～多職種協働・多世代交流・地域協働を生み出そう～

認知症コーディネーター養成研修



人づくり

認知症の人の尊厳を支え、本人本位の認知症支援の牽引役、まちづくりの推進者の育成

2年間の研修を終えたコーディネーター修了生は、所属事業所内で認知症ケアを実践する他、地域に認知症の理解を浸透させるために様々な取り組みを実践

もの忘れ予防・相談検診

～介護予防教室「ほのほの会」



早期支援

認知症の早期発見・早期対応を目的として、もの忘れ予防・相談検診を実施

フォローが必要な人は、地域交流施設で開催する認知症予防教室へ

認知症サポートチーム（全国モデル）による継続支援

大牟田市地域認知症ケアコミュニティ推進事業

小中学校の絵本教室

認知症サポーター養成講座



理解啓発

子どもの時から、認知症の人の気持ちや支援について学ぶため、小中学校での認知症の絵本の読み聞かせとグループワーク

地域や職域団体等を対象に認知症の正しい知識やつきあい方を学ぶサポーター養成講座（7,744人）

高齢者等SOSネットワーク

～徘徊模擬訓練～



地域づくり

SOSネットワークの実効性を高めるための模擬訓練（10年目）

認知症になっても安心して暮らせるまちをつくるために、市民へ認知症の理解と見守りの重要性を啓発し、日常的な声かけ・見守りの意識を高めるとともに、徘徊行方不明発生時に対応するSOSネットワークを構築

ケア現場や地域で、認知症の人の尊厳を支え、
本人や家族を中心に地域づくりを推進していく人材

「認知症コーディネーター」養成研修



履修期間2年間／計**406**時間(座学と実践学習、課題実習等)
到達目標

- ①認知症ケアや支援の実践現場において、権利擁護とパーソンセンタードケアを根底にしたよ品質の高いケアを牽引できる人材育成
 - ②地域をフィールドに、認知症になっても誰もが安心して暮らせるまちづくりを目指して、地域ケアを推進できる人材育成
 - ③大牟田市における地域認知症ケアコミュニティ推進事業を担える人材の育成
 - ④大牟田市における認知症コーディネーター(地域支援推進員)として役割を担える人材の育成
- ※履修が修了条件ではなく、「共通理念と協働できる人材か」が条件

認知症コーディネーター養成研修におけるフォローアップ

《研修の組み立てとイメージシート、
研修評価について》

- 研修プログラムは、基本履修項目・重点項目をもとに、研修主幹(認知症コーディネーター)が、イメージシートを立案し、毎月のコア会議で検討し作成する。
- イメージシートは、基本履修項目ごとの「ねらい」を踏まえて、具体的な到達目標を設定し、それらが達成できるように、研修のポイント、方法や進め方、役割分担等を記載し、毎回研修前にオリエンテーション(イメージアップ)を行う。
- 担当コーディネーターが、研修主幹として研修実施に責任を持ち、必要に応じて軌道修正し、できるだけ研修の到達点を挙げる。
- 研修評価や振り返りは、コア会議で行う。

《レビュー及び課題レポート提出》

- 受講生は、全ての研修について、研修で得たことや気づき、疑問などをレビューに記入し、受講月の翌月末までに、担当運営委員に提出しなければならない。

《2年間のサポート体制》

- 開講式・オリエンテーション…1年目6月
- 初期ミーティング…1年目6～7月
 - ・個人面談～自己評価(要提出)と受講生の現状の把握
 - ・個人の研修課題の認識、担当運営委員とのコミュニケーション
- 中間ミーティング…1年目、翌2～3月
 - ・グループワーク形式
 - ・自己評価(要提出)と後半の研修課題の確認
 - ・研修内容の充実のための意見交換
- 実地研修…1年目3月、2日間
 - ・県内外の地域密着型サービスの先進事業所の実習
 - ・実地研修報告(2年目6月)
- 後期ミーティング…2年目2月
 - ・個人ワークによる課題実習計画立案、自己評価(提出不要)
- 最終課題実習…2年目3～5月(8週間)
 - ・所属事業所における現場実習、担当運営委員のサポート
 - ・実習報告書の提出
 - ・課題実習報告(3年目6月)
- 最終ミーティング…3年目5月
 - ・個人面談～自己評価(要提出)と研修成果の確認
 - ・修了条件の確認
- 修了式…3年目6月

大牟田市地域認知症サポートチーム

メンバー構成

平成23年10月から
本格実施

- ・ 専門医（精神科・老年内科：3名）
- ・ 認知症サポート医（2名）
- ・ 認知症医療センター医師（神経内科：2名）
- ・ 介護・看護職（認知症コーディネーター：6名）
- ・ 認知症連携担当者（長寿社会推進課：1名）

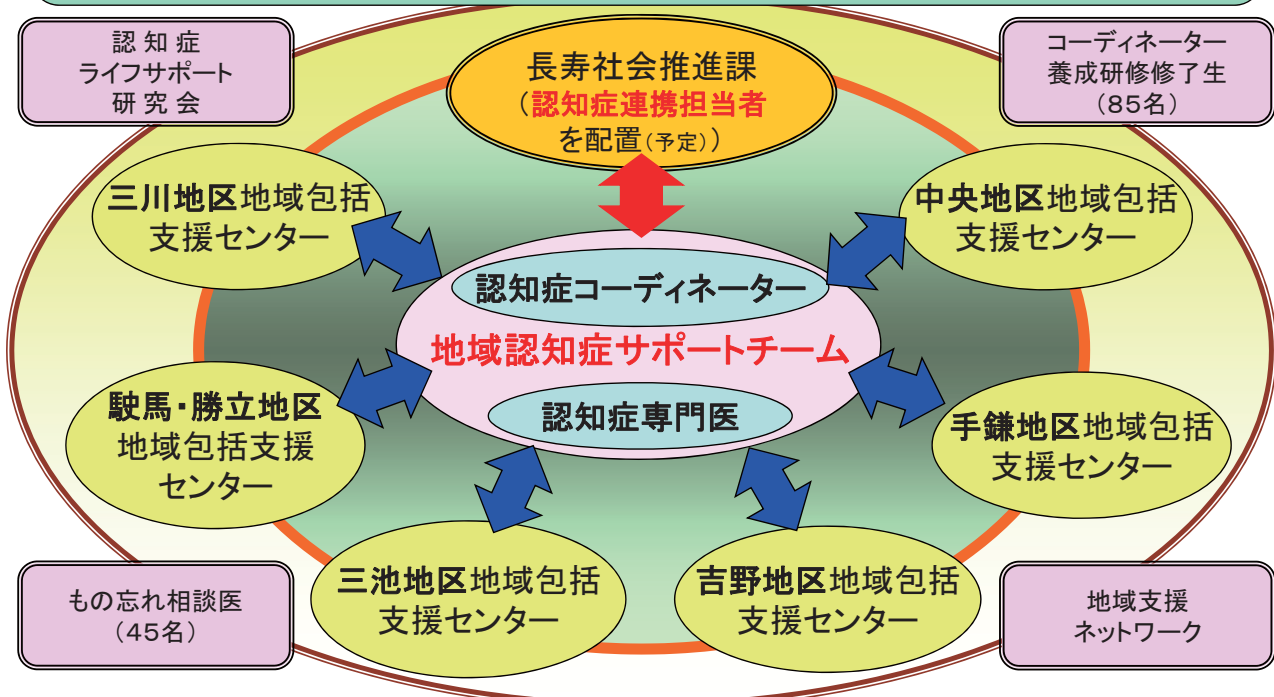
役割

- ・ いわゆる困難事例へのスーパーバイズ
FTD, 若年性, 高度BPSD, 受診拒否, 自動車運転
- ・ かかりつけ医との医療連携
- ・ 認知症何でも相談窓口（週一回、於：大牟田市保健所）
- ・ 介護サービス事業者へのアドバイス・指導、連携
- ・ 事例検討会（月一回）
- ・ もの忘れ予防・相談検診、予防教室の結果解析
- ・ 予防教室・参加者のフォローアップ
- ・ 若年認知症本人交流会、介護家族交流会のコーディネート
- ・ 啓発活動、予防教室の活動立案、資源マップ

大牟田市の地域認知症サポート体制（チーム）

○地域包括支援センター（6ヶ所）の支援機関として基幹的なサポートチームを設置。認知症コーディネーターと認知症専門医とが連携し、BPSD等の困難事例や特別なサポートが必要なケースを中心に、適切な助言や本人・家族への支援をコーディネートしていく仕組みを構想。

○あわせて、市内地域密着型サービス事業所（小規模多機能型居宅介護・認知症高齢者グループホーム）や地域包括支援センターには、認知症コーディネーター養成研修修了生を配置することにより、共通の理念に基づくケアの実践を担う専門職同士のネットワークを通じ、事業所間、または事業所と地域包括支援センター間の更なる連携強化を目指す。



地域密着型サービスの充実

○平成17年6月の介護保険制度改正により、「介護予防の推進」、「認知症ケアの推進」、「地域ケアの推進」という大きな3つの柱が打ち出された。

○これは、介護保険制度の基本理念である「たとえ介護が必要になっても住み慣れた在宅・地域で安心して暮らせるまちづくり」を目指したものであり、新たに地域密着型サービスや地域包括支援センターなどが創設された。

○当時の施設・居住系サービスは参酌標準を上回る状況であったが、今後の要介護等認定者数の増加を踏まえると、施設を整備し続けなくてはならないことも考えられた。しかし、介護保険料への影響を考えると、いずれ限界が来るのは明らかでもあった。

○また、支援が必要な人を身近な地域の中で支えて行くという地域ケアを充実させるためには、地域資源が有機的に連携し、地域住民の生活を支えるものとして機能することが重要である。特に、本市が積極的に取り組みを進めていた「認知症ケアコミュニティ推進事業」においても、コミュニティベースの支援体制づくりが求められていた。

○こうした制度改正や本市を取り巻く状況を鑑みた結果、今後の基盤整備においては、従来のような大規模で広域を対象とする施設を整備する「点の整備」から、身近な生活圏域において様々なサービス拠点が連携する「面の整備」へと転換することに決定。地域密着型サービス、特に認知症の人や中重度者認定者の在宅生活を24時間体制で支えていくための仕組みとして、「小規模多機能型居宅介護」の整備を推進することとした。

○整備にあたっては、日常生活圏域である小学校区に1事業所を目標に掲げ、あわせて、地域住民が自らサービスの担い手として参加し、コミュニティの再生や新たなサービス基盤の形成が図ることができるよう、介護予防拠点・地域交流拠点としての地域交流施設を併設を義務化した。

○円滑な整備推進のため、平成17年度に創設された「地域介護・福祉空間整備等交付金」を活用することとし、24の小学校区を10の圏域に分け、「地域介護・福祉空間整備計画」を策定。事業者説明会を開催し、事業者の理解を得ながら、計画的な基盤整備を進めた。

地域密着型サービス

- 小規模多機能型居宅介護 24事業所
- グループホーム 16事業所
- 地域密着型特定施設入居者生活介護 3事業所
- 地域密着型介護老人福祉施設 1事業所
- 認知症対応型通所介護 9事業所
- 夜間対応型訪問介護 3事業所

地域密着型サービスとは・・・

- ①当該自治体市民のみが利用可能。
- ②地域単位で適正なサービス基盤整備
- ③地域の実情に応じた指定基準・介護サービス事業所報酬の設定
- ④公平・公正な仕組みづくり

大牟田市の 小規模多機能型居宅介護事業所 MAP

平成23年8月現在



大牟田市の独自基準

～ケアの質向上とまちづくりの視点から～

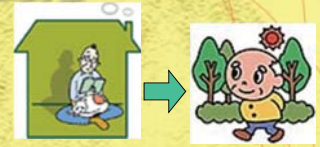
ソフト面での独自基準(指定基準より抜粋)

1. 小規模多機能型居宅介護、GH、密着特養、密着特定施設の管理者又は管理者に準ずる者は、「認知症コーディネーター養成研修」を受講しなければならない。
2. 運営推進会議には、市職員と地域包括職員がそれぞれ参加

ハード面での独自基準

1. 原則として、小規模多機能型居宅介護事業所、GH、密着特養、密着特定施設には、介護予防拠点・地域交流施を併設すること。
※施設運営費(光熱水費等)は事業者負担(材料費等は実費負担)
2. グループホーム、密着特養、密着特定施設については、25年度整備分から1ユニット6名を生活単位

介護予防拠点 『地域交流施設』



- ①地域の様々なつながりを広げていく場所
- ②閉じこもりがちな高齢者の方に出かける機会と場所を提供し、介護予防(健康づくり)の役割をもつ
- ③高齢者だけではなく、子育て世代、幼児から青少年を含め、多世代の交流を図る場所
- ④地域活動や寄り合い、地域ボランティアの活動拠点
- ⑤運営推進会議や利用者家族による会の交流場所



小規模多機能と地域交流施設の例

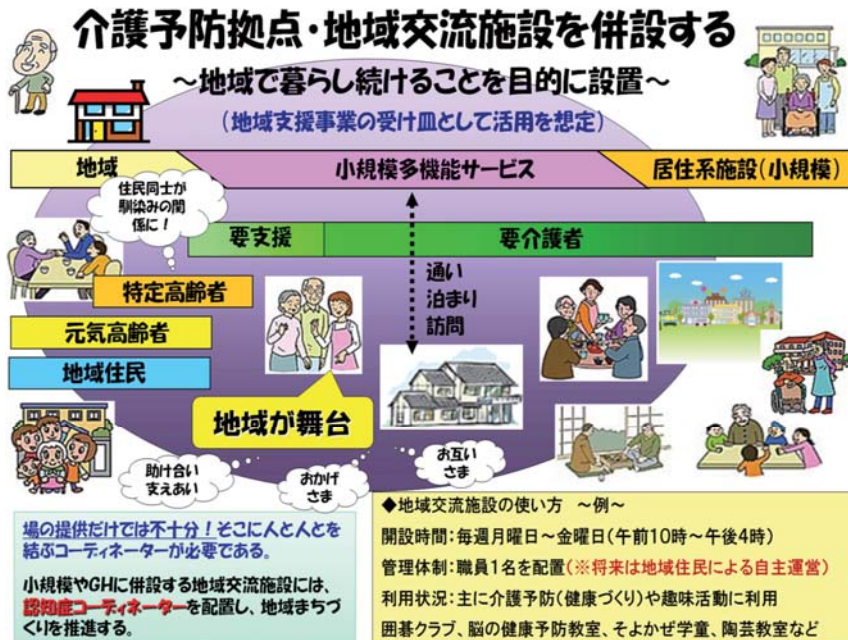
地域交流施設部分

小規模多機能型
居宅介護施設部分

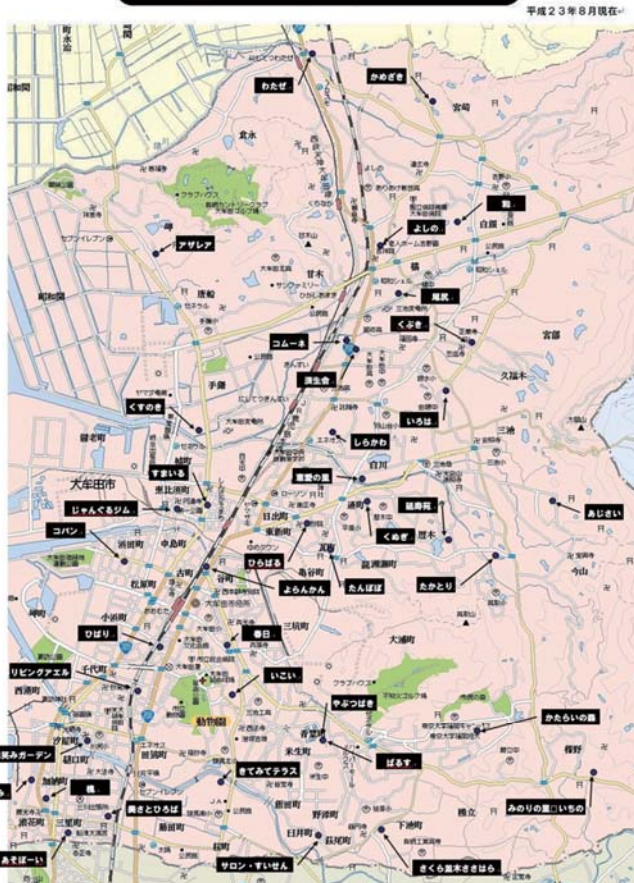


小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(大牟田市)

- 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。



地域交流施設マップ



第5期計画における施設整備方針

- 本市では、これまで小規模多機能型居宅介護を中心とする地域密着型サービスの整備を積極的に進めてきた。一方で、市内特別養護老人ホーム待機者数は、平成23年10月現在で867名となっていた。そのため、第5期期間中は、特別養護老人ホームを100床整備することとした。
- 整備数の決定にあたっては、平成23年1月から7月までの約半年間に渡り、在宅生活をされている待機者について、居宅介護支援事業所を訪問し、一人ひとりの生活実態についてヒアリング調査を行い、その結果をもとに整備数を積算したもの。
- 調査の結果から、約半数の人が、入所系サービスへのニーズが高い方々であるという状況であり、うちその半数(全体の4分の1)は、すぐにも入所したほうが望ましい人だった。

| 施設種別 | 施設整備量(採択年度) | | | |
|-----------------------------------|-------------|------|------|------|
| | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 合計 |
| 広域型特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) | 50床 | 30床 | 20床 | 100床 |
| 地域密着型特別養護老人ホーム (地域密着型介護老人福祉施設) | 18床 | 18床 | 0床 | 36床 |
| 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) | 24床 | 12床 | 0床 | 36床 |
| 地域密着型特定施設 (有料老人ホーム) | 18人 | 18人 | 0人 | 36人 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 1カ所 | 1カ所 | 0カ所 | 2カ所 |

※小規模多機能型居宅介護については、1校区1施設の整備を基本に、未整備の5校区を対象に整備するもの。

地域包括支援センターの機能強化

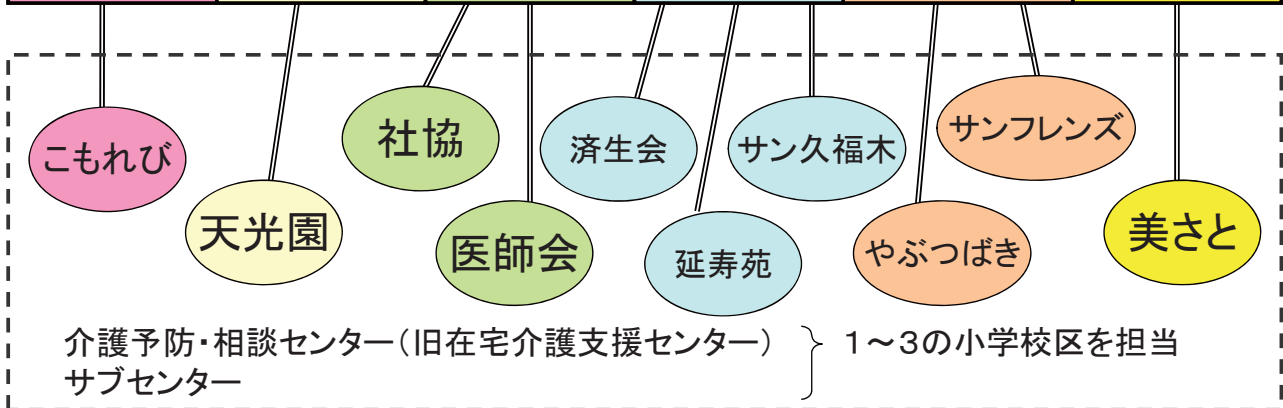
- **4箇所から6箇所に増設(平成24年10月)**
 - ⇒単純に高齢者人口を等分する形で設置するのではなく、日常生活圏域をベースに公共施設に設置
 - ⇒高齢者人口によって配置人数を差別化
- **全包括委託化に伴い統括機能を強化**
 - ⇒三専門職を各包括に1人ずつ担当として配置
 - ⇒毎週開催する包括主催の会議に参加
- **数値目標の設定と運営協議会での評価**
- **認知症コーディネーター養成研修修了生の配置を義務化**

大牟田市地域包括支援センター等設置状況 (平成24年10月1日現在)

長寿社会推進課 (統括)

センター長 (課長職として他担当と兼務) 1人、主査 (行政職) 1人、事務職 1人
保健師等 4人、主任ケアマネジャー 1人、社会福祉士 3人 (うち1名は認知症連携担当者を兼務)

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| 手鎌 (委託) 主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 1名 | 吉野 (委託) 主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 2名 | 中央 (委託) 主任CM 2名 社会福祉士 3名 保健師等 1名 | 三池 (委託) 主任CM 1名 社会福祉士 2名 保健師等 2名 | 駛馬・勝立 (委託) 主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 1名 | 三川 (委託) 主任CM 2名 社会福祉士 1名 保健師等 1名 |
|--|--|--|--|---|--|



面積: 81.5km² 生活圏域: 小学校区 (22校区)

⇒ 包括1箇所あたり: 人口約1～3万人, 高齢者人口約3～9千人

介護予防ケアマネジメントの充実

(1) 介護予防意識の向上

(ケアマネジャー・本人や家族)

(2) 2次予防事業対象者把握事業

(日常生活圏域ニーズ調査の実施)

(3) 「自立」を重視したケアプランの作成

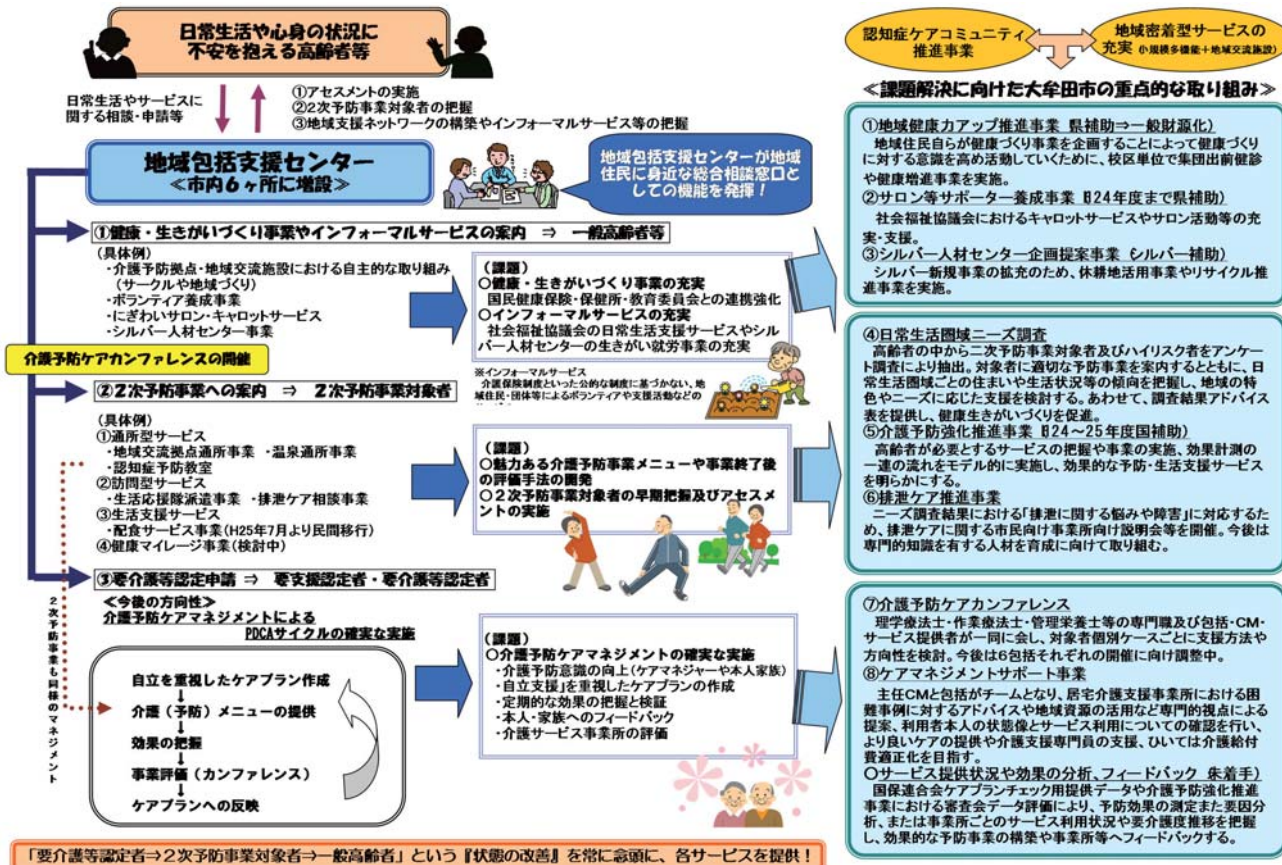
(4) 介護予防ケアカンファレンスの開催

(5) 予防事業の見直しと

インフォーマルサービスの活用

※インフォーマルサービス: 介護保険制度といった公的な制度に基づかない、地域住民による支え合い助け合い、地域のサロン活動やボランティアによる支援活動などのサービス

大牟田市版 介護予防ケアマネジメントスキーム図 (イメージ)



3. 今後の課題

- ①医療と介護の連携・多職種連携
- ②市民後見人の養成と成年後見センターの運営
- ③住まいの問題

医療と介護の連携、多職種連携の取り組み

- 大牟田市と医師会、介護支援専門員連絡協議会と連携し、平成16年度より「主治医と介護支援専門員との交流事業」(年1回)、「医療との連携のための意見交換会」(年1回)を開催してきた。
- また、大牟田市介護サービス事業者協議会においても、医療と介護の連携による地域認知症サポートチームといった取り組みを進めてきた。平成25年度からは、認知症ケア及び医療と介護の連携、多職種協働といったテーマについては、認知症ライフサポート研究会・ホームヘルパー研究会「にぎやか」・小規模多機能型居宅介護事業所連絡会の3研究会共通のテーマとして、3研究会合同事業として、『地域認知症サポート多職種連携セミナー(全2回)』を開催している。
- そうした中、平成25年10月には、大牟田医師会が、福岡県より地域在宅医療推進事業の補助を受け、医療と介護の連携、在宅医療に携わる多職種連携の推進を図り、24時間365日対応可能な在宅医療体制の構築を目的として、「地域在宅医療推進検討委員会」を設置した。
- この委員会は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職、介護サービス事業者等の医療・介護に関わる関係団体に行政も参画し組織されており、医療と介護の連携強化に向けた活発な議論や活動が始まったところ。

医療と介護の連携、多職種連携の取り組み

《地域在宅医療推進検討委員会の主な取り組み》

○講演会や多職種の関係者によるグループ意見交換会を行い、顔が見える関係づくりに力を入れ、毎回、医師をはじめ150名を超える参加がある。

○平成26年1月には、地域医療及び介護資源の機能の把握や在宅医療における連携の現状と課題などの実態を把握するため、「在宅医療・介護連携に関するアンケート調査」を、病院や薬局、介護事業者などの関係団体の568箇所へ依頼し、現在集計作業中。

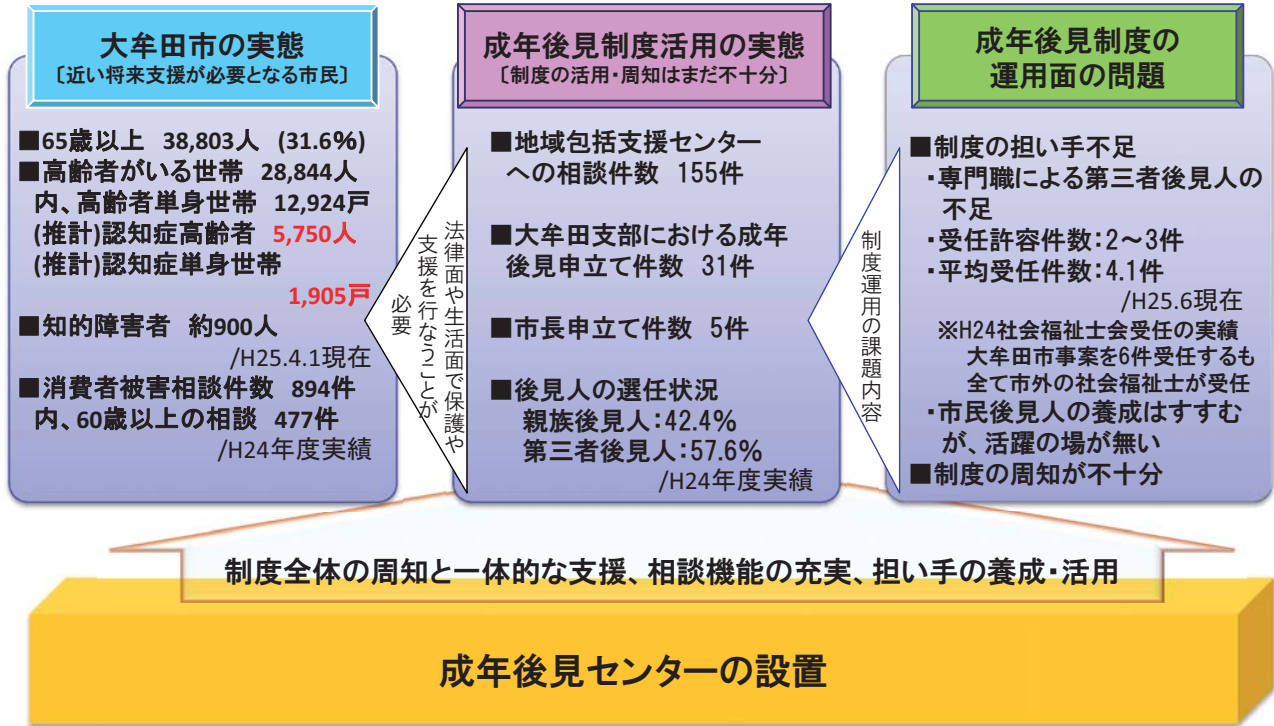
○他都市の先進事例等も参考にしながら、連携のための地域資源マップや、医療と介護の連携パスといった共通のツールなどの検討なども行っていく予定。



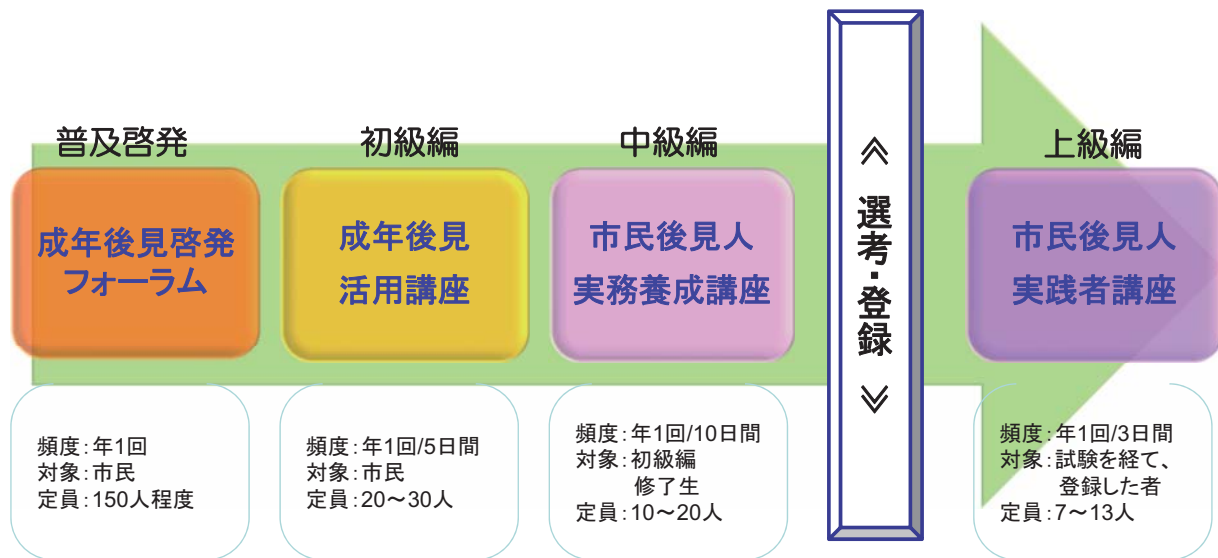
何故、大牟田市に成年後見センターが必要か？

どんな人がセンターを必要としているの？

- 認知症、知的障害、精神障害等の理由で判断能力が不十分となり財産管理や契約行為ができない人
- 契約行為はできるが、内容が理解できないまま契約を結び、悪徳商法の被害にあう恐れのある人 など



～市民後見人養成・活用の流れ～



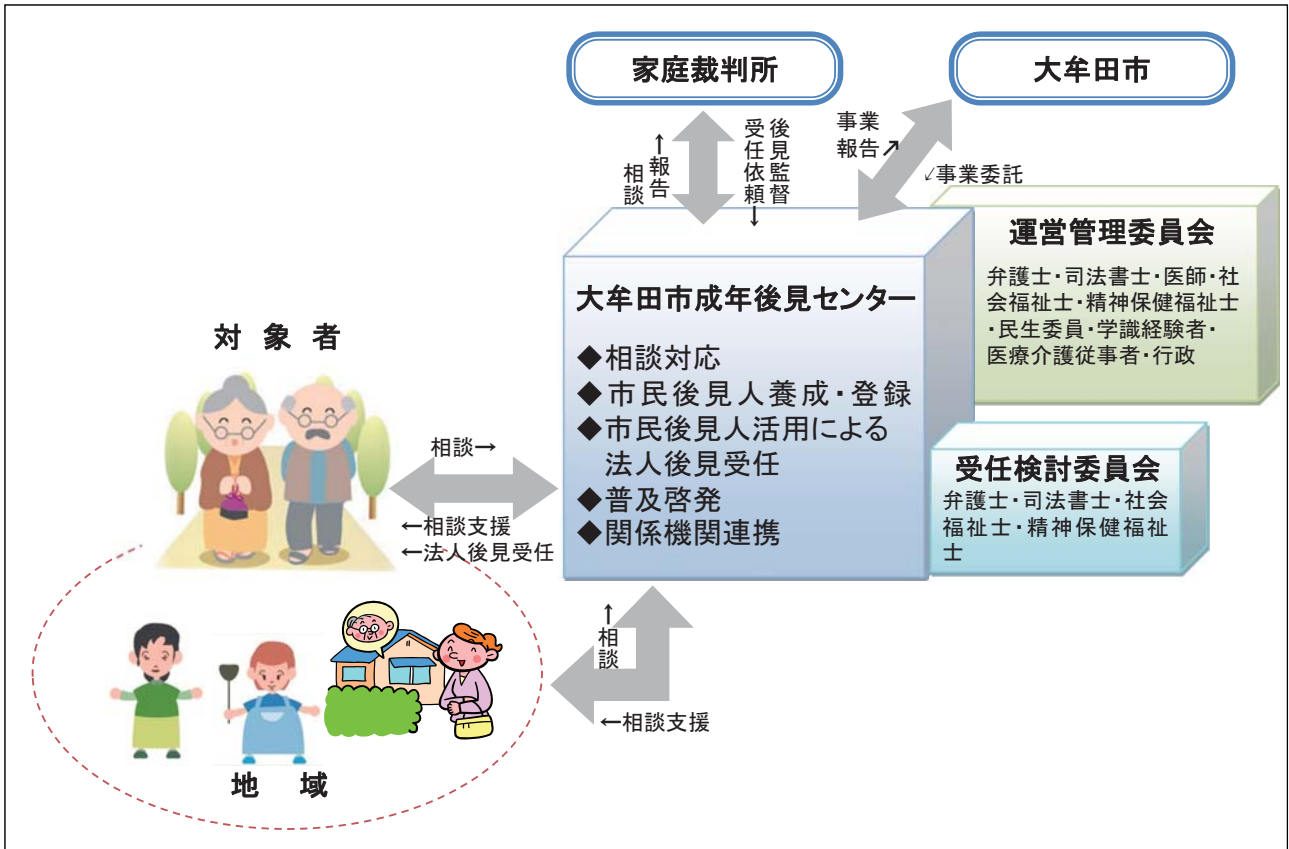
平成22年度 開催
平成24年度 開催

平成21年度:28名修了
平成22年度:23名修了
平成24年度: 9名修了
平成25年度:14名修了
計74名

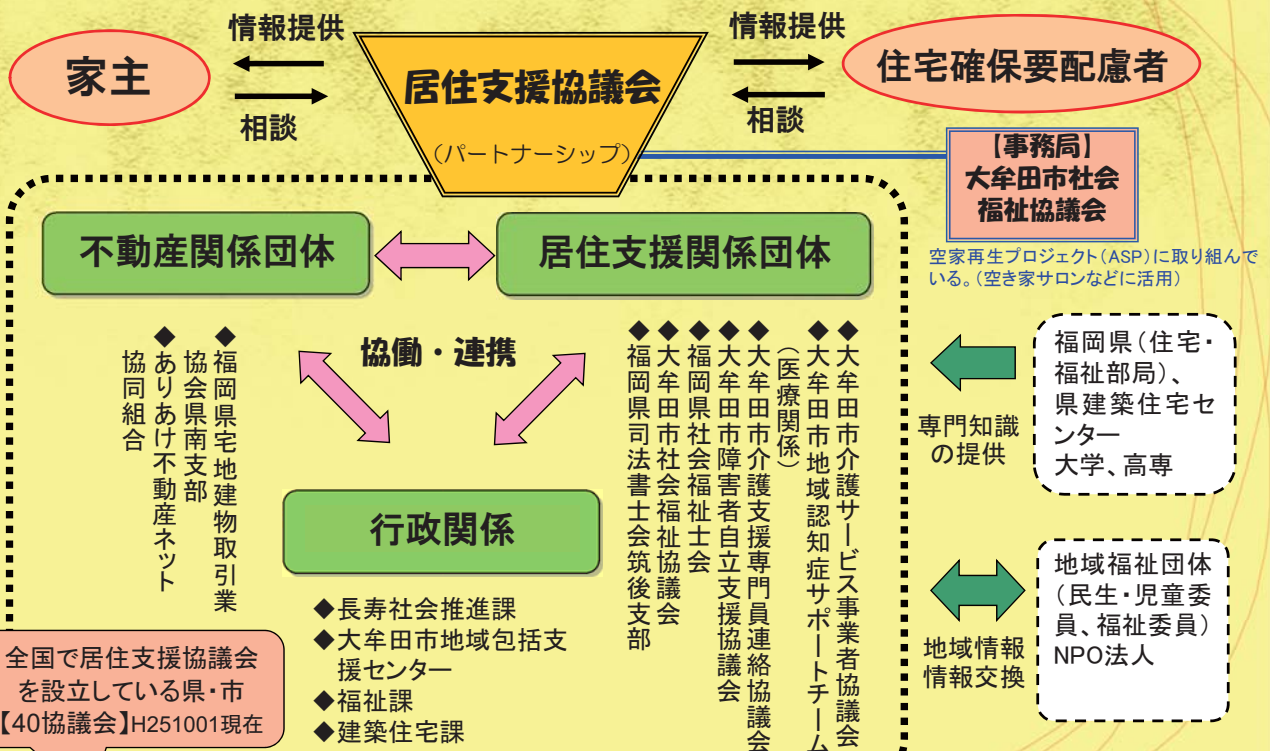
平成23年度:9名修了

[実 績]

～大牟田市成年後見センター(開設予定)イメージ図～



大牟田市居住支援協議会の実施体制



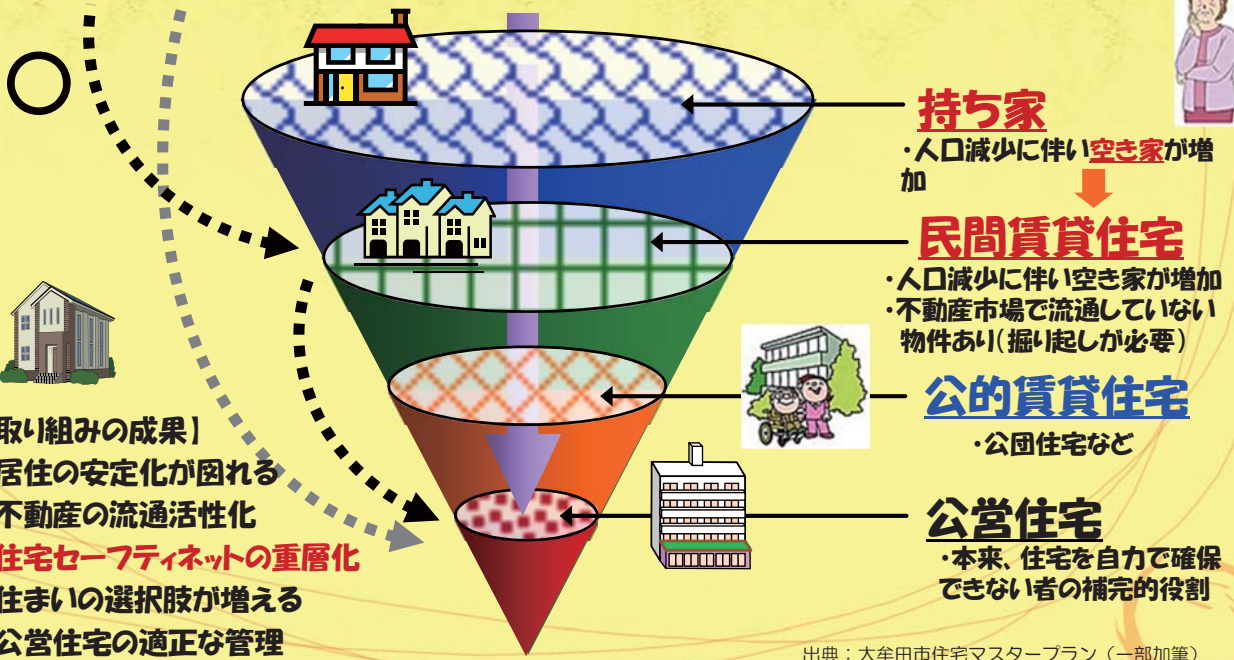
(H20)愛知県、福岡市、(H21)神奈川県、埼玉県、三重県、北海道、群馬県、(H23)徳島県、熊本市、岩手県、江東区、宮崎県、兵庫県、神戸市、島根県、熊本県、岐阜市、(H24)富山県、福島県、豊島区、岡山県、香川県、鹿児島県、京都市、大分県、岐阜県、鳥取県、北九州市、高知県、滋賀県、和歌山県、福岡県、長崎県、沖縄県、(H25)広島県、大牟田市、千葉県、板橋区、新潟県、佐賀県。(設立順)

住宅セーフティネットの考え方（概念図）



住宅確保要配慮者

- ・高齢者 ・障がい者 ・低所得者
- ・離職者 ・被災者 ・母子世帯
- ・DV ・その他



出典：大牟田市住宅マスタープラン（一部加筆）

和光市における 地域包括ケアシステムの実践

マクロの計画策定と ミクロのケアマネジメント支援

・・・日本が目指す27年度からの第6期介護保険事業計画の方向性を見据えて・・・

1

和光市保健福祉部長 東内京一

2

和光市とはどんな所？



高齢化率:15.8%(H25年3月末)

| 和光市 わこうし | |
|----------|--|
| 都道府県 | 埼玉県 |
| 面積 | 11.04km ² |
| 総人口 | 79,361人 2014年1月1日 |
| 隣接自治体 | 埼玉県: 朝霞市 、 戸田市 東京都: 板橋区 、 練馬区 |
| 市の木 | イチヨウ |
| 市の花 | サツキ |
| 和光市役所 | |
| 所在地 | 〒351-0192 埼玉県和光市広沢1番5号 |

3

地域包括ケアシステムについて

～社会保障の背景から国の施策を知る～

4

地域包括ケアが求められる理由

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることが必要。

2025年の高齢社会を踏まえると

- ① 高齢者ケアのニーズの増大
- ② 単独世帯の増大
- ③ 認知症を有する者の増大が想定される。

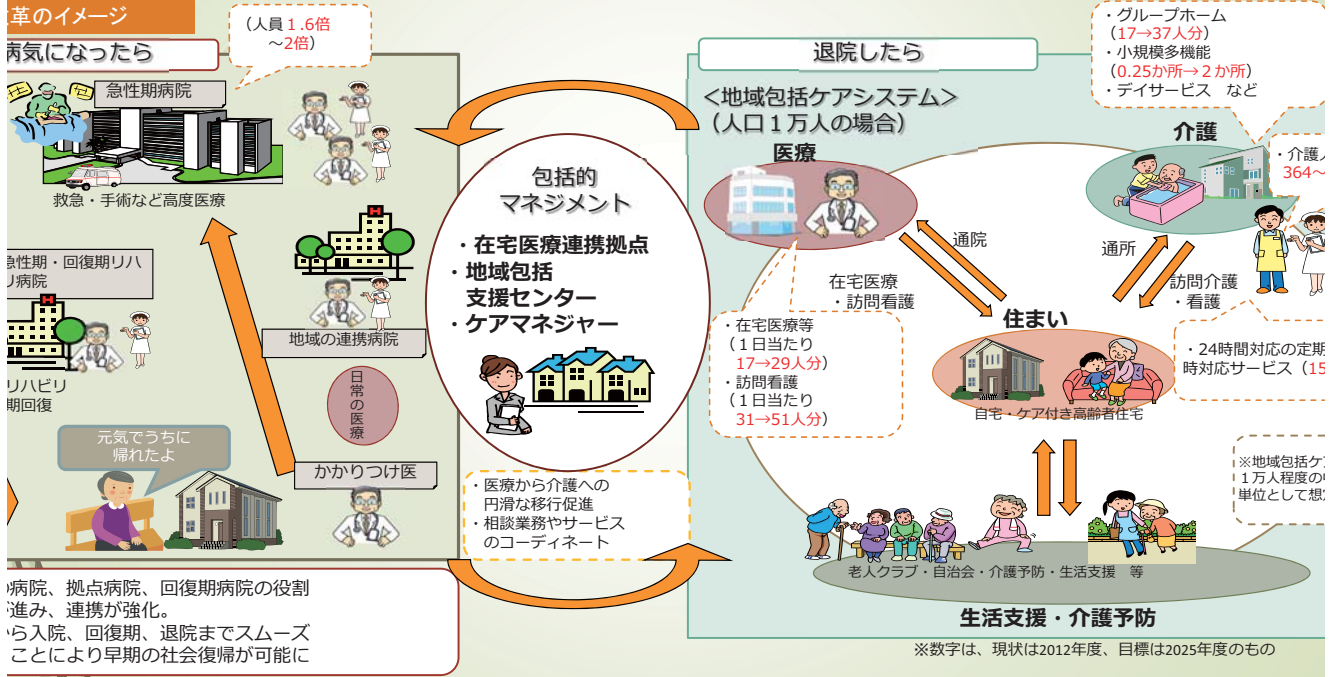
現状では各々の提供システムは分断され、有機的連携が見られない。そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

平成21年地域包括ケア研究会報告書より

医療・介護サービス保障の強化

機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



介護の将来像 (地域包括ケアシステム)

6

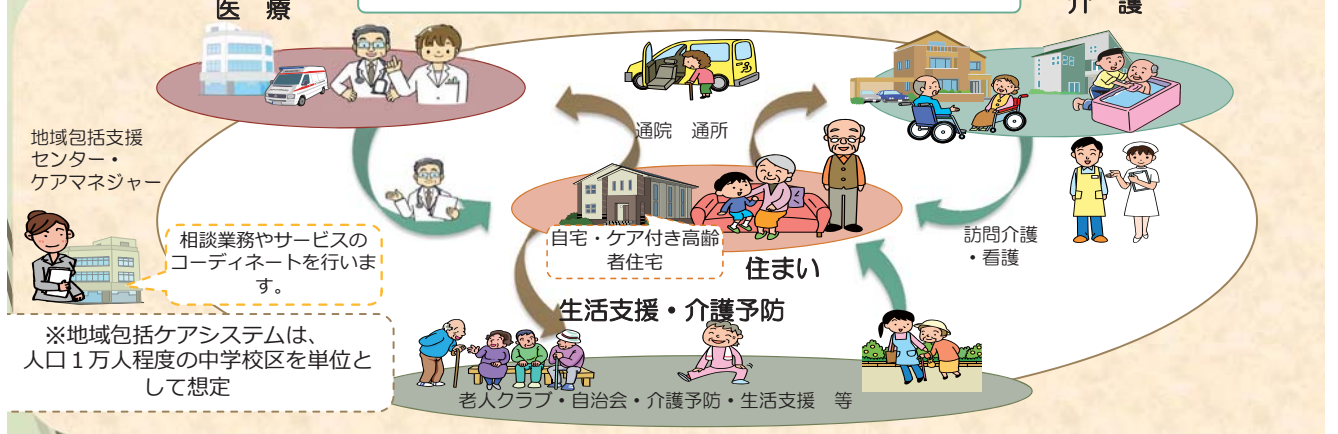
○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

2025年の地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステムにおける

7

「5つの構成要素」

24年度地域包括ケア研究会

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」



【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分にられた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるような生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや身守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活の選択が常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」ことにはならないことについて、本人家族の理解と心構えが重

8

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

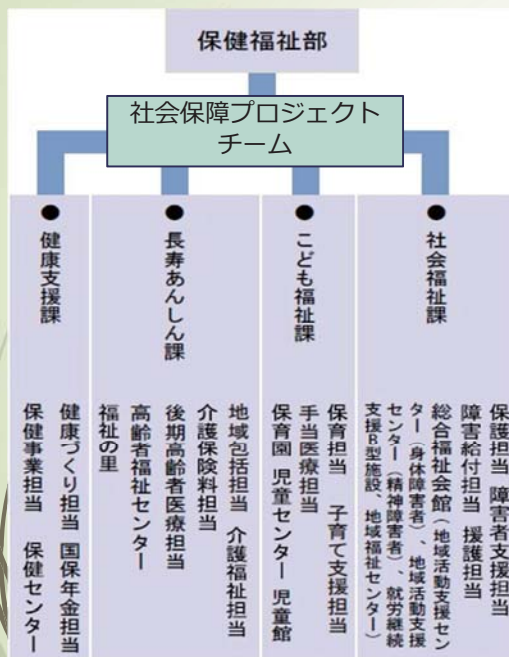
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大

●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

和光市の地域包括ケアシステム

～日常生活圏域のニーズ調査から介護予防の取り組み～

和光市の保健福祉

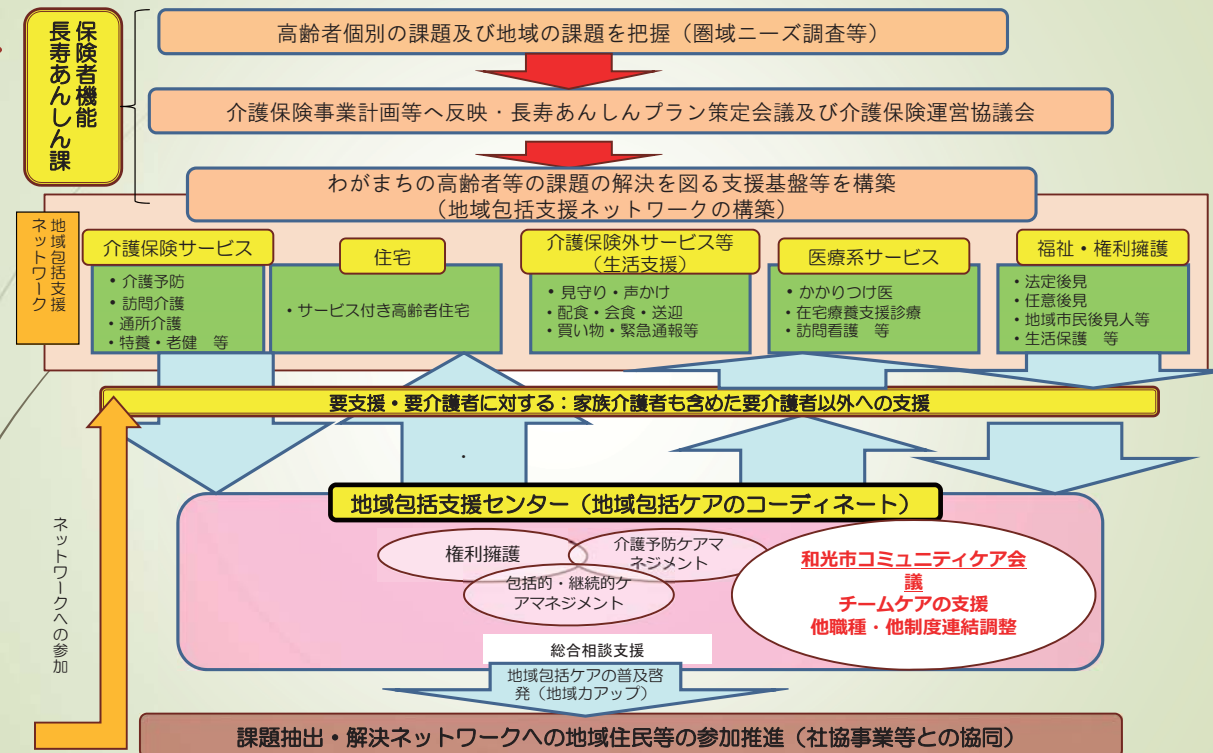


- 保健福祉部は、社会福祉課、長寿あんしん課、子ども福祉課及び健康支援課の4課を所管し各業務を行います。また、平成25年10月より子ども、障害、介護と世帯全体を支援する事を目的とした「社会保障プロジェクトチーム」を設置し総合相談事業を開始しました。
- ニーズ調査等の徹底からの的確な課題抽出（種類・量）及び取り組むべき優先度を明確化し、その課題解決に資する施策検討を行い、的確なサービス供給体制の構築及び供給量等を計画的かつ速やかに進める考えです。
- また、課題解決に対するスタンスは、共助・公助となる社会保障制度におけるセーフティネットの的確な機能及び本市独自の施策等をマクロ的な政策対応とミクロ的な個人個人の個別ケース対応の視点を持つことを考え、さらに、互助の視点として地域で暮らす市民の方や関係団体等と連携・協働による取組を推進し、共生社会の実現を目指します。

和光市保健福祉部の取り組み

| | |
|-----------------------------|--|
| 健康づくり基本条例に基づく関係施策の推進 | 「ヘルスアップ」として健康増進や病気の予防に関すること及びヘルスサポートとして病気の進行と重症化を防ぐことの二つの取組の推進 |
| 子ども子育て支援事業計画策定 | 平成27年度からの子ども子育てに関連する新たな制度の導入に当たり、保育ニーズ等の詳細な調査及び分析のほか、（仮称）和光市子ども子育て支援会議を設置し、計画策定を行う。加えて、 <u>現在の待機児童に対する具体的かつ効果的な対応の強化</u> |
| 障害者計画策定 | 先に策定した、障害福祉計画との連動・整合を踏まえ、障害者に対するハード面とソフト面の充実を図る。特に、 <u>相談支援事業の体制整備及びケアマネジメント手法の確立</u> |
| 高齢者施策 | 地域包括ケアを念頭に置いた第5期長寿あんしんプランに基づき、介護予防事業の更なる効果を追求する。一方、 <u>要介護状態となっても在宅生活の継続ができるよう、24時間定期巡回型介護・看護サービスやサービス付き高齢者向け住宅等の基盤整備の推進</u> |
| 生活困窮者等に対する取組 | 国が進める生活保護制度との連携する制度構築のモデル事業となる地域生活支援戦略において、本市がモデル事業自治体となっていることから、保護の適正はもとより、 <u>伴走型の就労支援や家計再建等の取組の重点化</u> |

和光市の地域包括ケアシステムの構築



マクロ的な制度機能政策（計画）

和光市の取り組みを中心に

13

医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業（支援）計画の策定

14

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

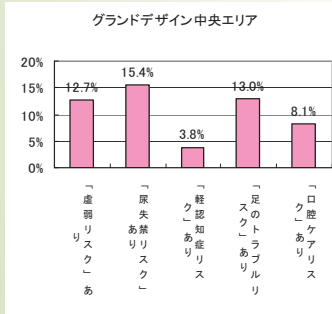
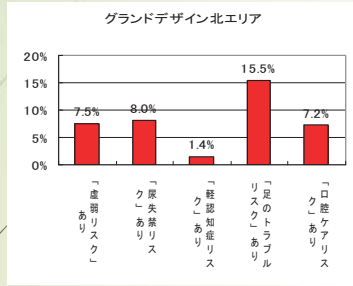
- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など



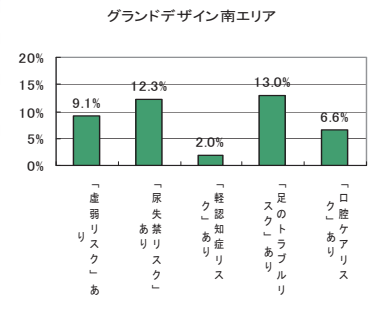
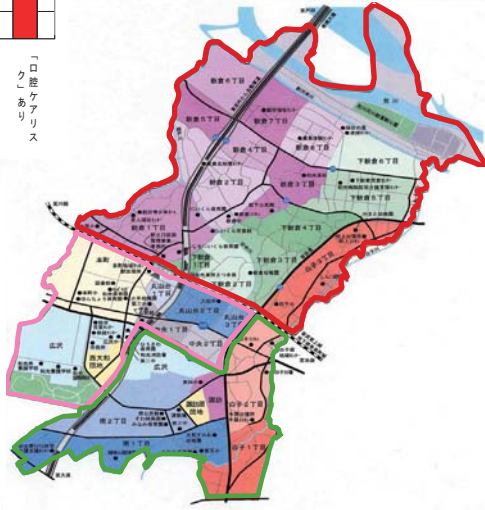
地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

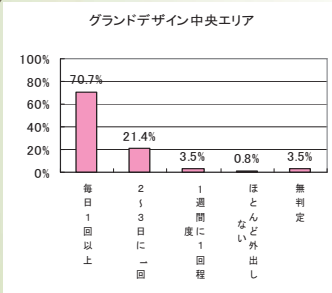
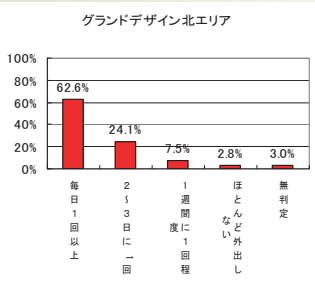
認知症リスク等の状況（ニーズ調査）



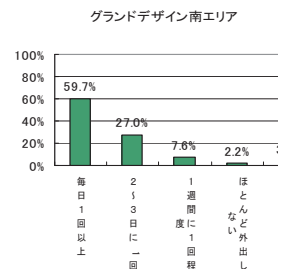
| 日常生活圏域 | 「虚弱リスク」あり | | 「尿失禁リスク」あり | | 「軽認知症リスク」あり | | 足のトラブルリスクあり | | 口腔ケアリスクあり | | 回答者数 |
|---------------|-----------|-------|------------|-------|-------------|------|-------------|-------|-----------|------|------|
| | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | |
| グランドデザイン北エリア | 27 | 7.5% | 29 | 8.0% | 5 | 1.4% | 56 | 15.5% | 26 | 7.2% | 361 |
| グランドデザイン中央エリア | 47 | 12.7% | 57 | 15.4% | 14 | 3.8% | 48 | 13.0% | 30 | 8.1% | 369 |
| グランドデザイン南エリア | 37 | 9.1% | 50 | 12.3% | 8 | 2.0% | 53 | 13.0% | 27 | 6.6% | 407 |
| 総計 | 111 | 9.8% | 136 | 12.0% | 27 | 2.4% | 157 | 13.8% | 83 | 7.3% | 1137 |



閉じこもりの地域状況（和光市）



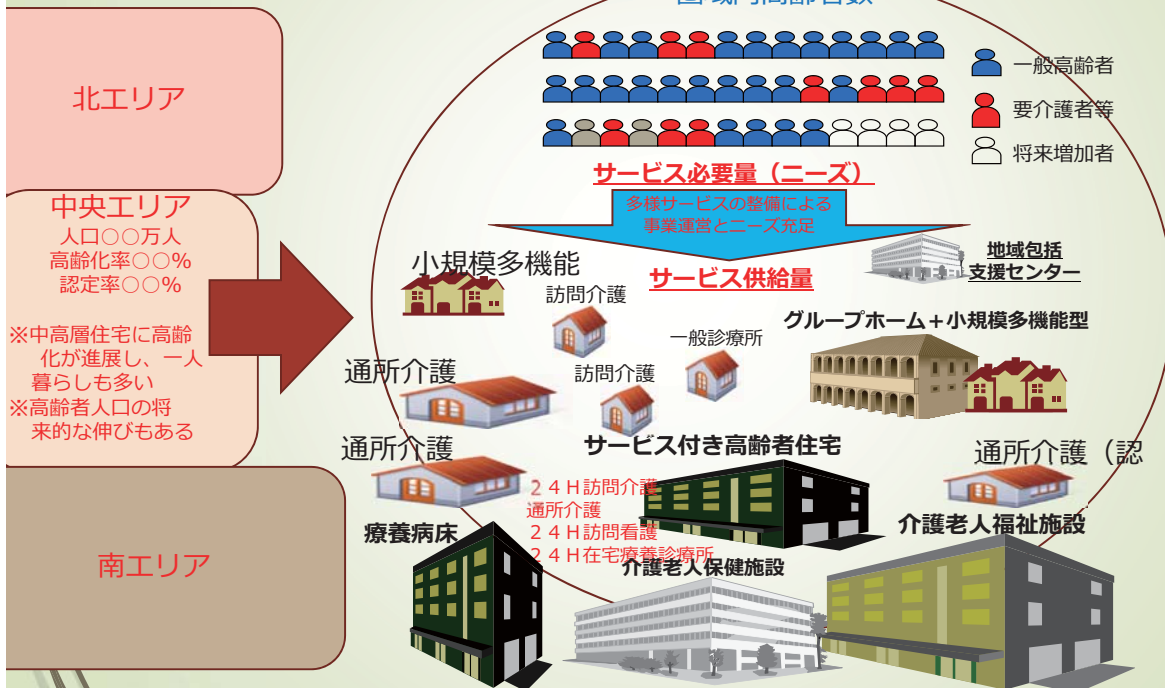
| 日常生活圏域 | 毎日1回以上 | | 2～3日に1回 | | 1週間に1回程度 | | ほとんど外出不い | | 無判定 | | 総計 | |
|---------------|--------|-------|---------|-------|----------|------|----------|------|-----|------|------|--------|
| | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % |
| グランドデザイン北エリア | 226 | 62.6% | 87 | 24.1% | 27 | 7.5% | 10 | 2.8% | 11 | 3.0% | 361 | 100.0% |
| グランドデザイン中央エリア | 261 | 70.7% | 79 | 21.4% | 13 | 3.5% | 3 | 0.8% | 13 | 3.5% | 369 | 100.0% |
| グランドデザイン南エリア | 243 | 59.7% | 110 | 27.0% | 31 | 7.6% | 9 | 2.2% | 14 | 3.4% | 407 | 100.0% |
| 総計 | 730 | 64.2% | 276 | 24.3% | 71 | 6.2% | 22 | 1.9% | 38 | 3.3% | 1137 | 100.0% |



日常生活圏域サービス基盤のイメージ（和光市中央エリア）

17

中央エリア 日常生活圏域基盤の例



第5期 長寿あんしんプラン

18

○基本目標

地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して

○基本方針

- ①介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携
- ③地域密着型サービスの効果的な整備
- ④自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進
- ⑤認知症を有する高齢者の全ての状態に対応できる体制構築

和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

○特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）

- 食の自立栄養改善サービス（栄養マネジメント付き配食等）
- 地域送迎サービス（有償運送特区活用 ベッドからベッド）
- 紙おむつ等サービス（パッド、フラット型、周辺商品）

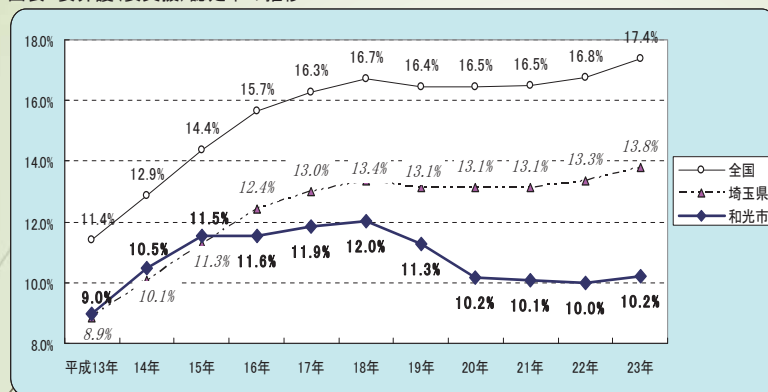
○地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入

○一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）

- 住宅改修支援事業（法定住宅改修に50万円の上乗せ横だし）
- 家賃助成事業（GH、計画に位置づけたサ高住等）
- その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

介護予防と自立支援型マネジメントの効果（和光市）

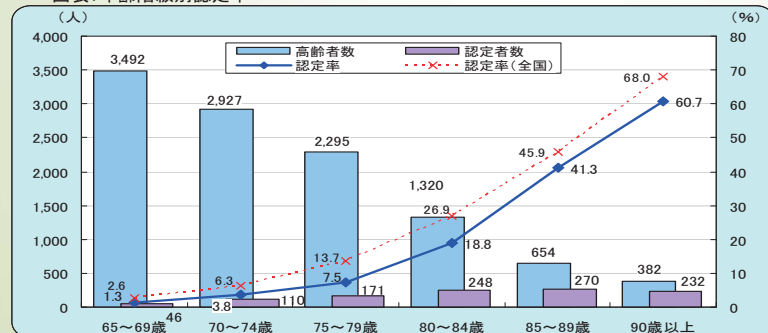
図表 要介護（要支援）認定率の推移



本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。年率で国平均より▲7ポイント以上、県平均より▲3ポイント以上の低い認定率となっている。

特別給付等の投入効果、地域支援事業の効果等、和光における自立支援型マネジメントの効果が顕著に現れたと考察する

図表：年齢階級別認定率



また、5歳刻みの各年齢別階層においても認定率は全国を下回っており、75歳以上においては▲5～▲8ポイント以上の低い認定率となっている

和光市における地域支援事業等

| | |
|--------------------------------|---|
| 運動器の機能向上 | ふれっしゅらいふパワーアップ（週2回半日） ふれっしゅらいふ（元気アップ・ヘルシーフット：週1回半日） すぱいだー／ゆうゆう（週1回半日） |
| 複合型プログラム（認知症予防・運動・栄養・口腔） | 健康運動ふれっしゅらいふ（週1回半日） あくていびていあっぷ（週1回半日） ふれっしゅらいふ脳力アップ（週1回半日） |
| 閉じこもり予防 | うえるかむ事業（市内7箇所送迎付、週1～月2,3回） |
| その他事業（単発、1日のみ、年2～4回） | エンジョイクッキング（増量編・減量編） 介護予防測定会、フットケアセミナー |
| 一次予防事業（通年・自主サークル・栄養指導・認知症予防含む） | 3B体操（火・木、どちらか週1回半日） いつまでも元気塾（市内2箇所 週1回半日） 喫茶サロン・すまいるサロン（月2～3回送迎無） サーキットトレーニング（週1回半日） |
| 訪問系サービス | 食の自立・栄養改善サービス（配食弁当・訪問栄養指導） 介護予防ヘルプサービス |

<介護予防・日常生活支援総合事業参加イメージ(通所)平成25年度>

| 複合プログラム 運・栄・口 + 認 | 基本チェックリストの 運動項目該当数の目安 | 目的別 | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | 運動器 | 栄養 | +閉 | 閉じこもり予防+認 | |
| ◇一次 □通年 いっまでも元気塾（本町小・白子） | 0/5 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5 | ◇一次 □通年 サークットトレーニング（南地域） | ◇一次 □通年 2コース 3B体操（本町小） | <イベント型> エンジョイクッキング 男の料理教室 エンジョイクッキング かむかむじゅくくん（栄養口講座） 足裏測定会 フットケアセミナー | エンジョイクッキング 減量編 ◆二次 □全5回 | うえるかむ（地域交流） ◇1次 □通年 南エリア ・南公民館 ・和光ホーム 北エリア ・わこうの ・桜の里 ・オアシス 中央エリア ・本町小 ・サポートセンター広沢 ・リーシェガーデン和光 |
| ◆二次 □2コース 健康運動ふれっしゅらいふ（本町小） | | ◆二次 □11月 ヘルシーフット（白子） | ◆二次 □7月 元気あっぷ（本町小） | ◆二次 □2コース 6月・1月 パワーあっぷ（白子・新倉北地域） （高齢者福祉センター） | ◆二次 □通年 リーシェすぱいだー （リーシェガーデン和光） | 喫茶サロン（本町小） ◇1次 □通年 南エリア （牛房コミセン） 北エリア ・新倉北 ・吹上コミ |
| ◆二次 □通年 あくていびていあっぷ（新倉高齢者福祉センター） | | ◆二次 □7月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □11月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □通年 ゆめあいトレーニング （高齢者福祉センター） | ◆二次 □通年 エンジョイクッキング | すまいるサロン ◇1次 □通年 南エリア （牛房コミセン） 北エリア ・新倉北 ・吹上コミ |
| ◆二次 □通年 あくていびていあっぷ（向山地域） | | ◆二次 □11月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □7月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □通年 リーシェすぱいだー （リーシェガーデン和光） | ◆二次 □全5回 | ○介護予防測定会 ・動作解析（中央公） ・機器測定 （坂下・高齢者福祉センター） |
| ◆二次 □通年 あくていびていあっぷ（新倉高齢者福祉センター） | | ◆二次 □11月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □7月 ふれっしゅらいふ | ◆二次 □通年 ゆめあいトレーニング （高齢者福祉センター） | ◆二次 □全5回 | ○介護予防測定会 ・動作解析（中央公） ・機器測定 （坂下・高齢者福祉センター） |

* 他、モデル事業（市町村介護予防強化推進事業）は、要介護1・2、要支援者を含む対象者として実施展開

和光市で行っている介護予防プログラムの紹介 運動器の機能向上事業 (パワーアップ 週2回)

マシンを使って本格的な運動です
男性参加者にも人気!



出典：東京体育機器株式会社 「チョットやる気で...簡単うんどう
なおすシリーズ イエロー編」

- ◆ 基本チェックリスト、運動3/5以上の方対象。週2回半日 3か月間短期集中型運動機能向上中心
- ◆ ボディスパイダー等利用した筋力向上。理学療法士がサービス初回時に評価を行い、個別に指導・アドバイスを行う
- ◆ 宿題（セルフケア）で運動の習慣化を図る

腰痛予防うんどう



運動器の機能向上 (ヘルシーフット・元気アップ)

足指で布を掴む練習です。足指を柔らかくします



↑ (ヘルシーフット)

週1回 半日 5か月間 運動器3/5以上
特に転倒が多い方、ふらつく、躓く等の方が対象。足裏・足指を鍛えて踏ん張る力をつけます。歩き方の改善も行います。

週1回 半日 5か月間 運動器3/5以上
対象高齢者の現状の体力や性格、ライフスタイルにより週1回から始める方が良い方等にお勧めなコース (元気アップ) ↓



座って出来る運動なので教室が初めての人も辛くありません

25

複合プログラム【運動・栄養・口腔】 (健康運動ふれっしゅらいふ 週1回5か月間)



歯科衛生士と
口腔体操をして
います！

- ◆ 基本チェックリスト 運動だけではなく、口腔2/3、栄養1/2など他にも健康上リスクのある方が対象です
- ◆ 理学療法士・歯科衛生士・管理栄養士・運動指導士など様々な職種の先生方が順番に指導します。
- ◆ ご本人だけのセルフ運動メニューも作成

トレーニングカレンダー 口腔編

| | | 口腔ケア | | | 氏名 |
|-----|----|-----------|------------|-----|---|
| | | 食べる前の準備体操 | 唾液の出しをよくする | 歯磨き | (株)運動指導士アカデ |
| 項目 | | | | | 飲み込みをよくし 食べこぼし予防の筋トレ バババババババ タタタタタタ カカカカカカ ララララララ 朝 昼 夜 バタカラバタカラ |
| 月/日 | 曜日 | 朝 | 昼 | 夜 | |
| | | | | | |

実施したら○をして次回提出
するセルフケアチェック表です

出典：(株)運動指導士アカデミー 健康運動ふれっしゅらいふ 教室用資料

26

複合プログラム (あくていびていあつぷ 週1回)



スタッフの雰囲気作りも素敵ですね！陶芸家のように甚平を着たり、カジノではディーラーの洋服です

- 基本チェックリスト 認知2/3以上の方対象
- 週1回 6か月間
- カジノ・そば打ち・陶芸等、体と脳を使います
- 他にも運動・口腔・栄養の話もあります



会場では、ゲームを楽しむ参加者の声飛び交って、とても明るい雰囲気です。

閉じこもり予防事業（一次予防）

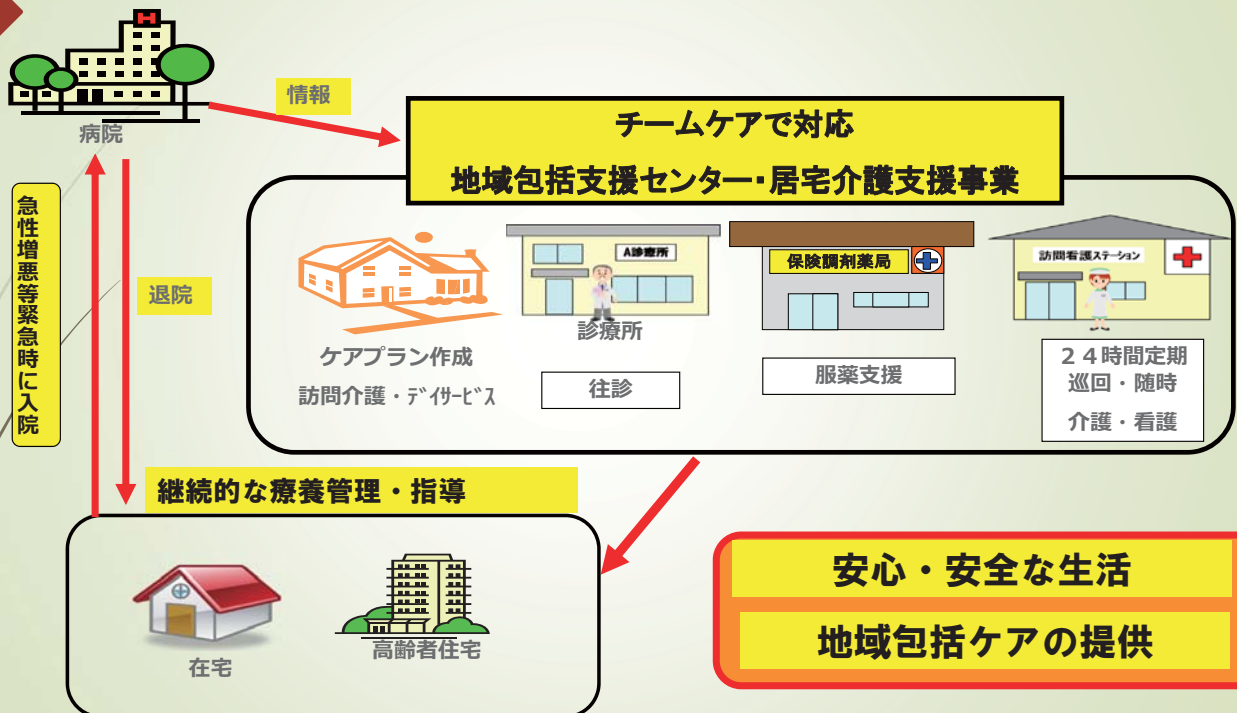
小学校の空き教室で実施
野菜の重さ「100g」ってどれ
くらい？をみんなで考え中！



エプロンつけてるのは
介護予防サポーターさん

- ◆（喫茶サロン）月3回 半日の通年事業 閉じこもり+社会参加+栄養相談が中心
- ◆ この事業は送迎が無いので公共交通機関や徒歩等で通います
- ◆ 委託を受け持っているのが、管理栄養士の事業所なので、参加者は毎回体重・血圧測定を実施。体重の変化から食生活のアドバイスをを行います
- ◆ 独居生活だと、人との交流が少なくなるのでおしゃべりを楽しみに来てる方も

多職種協働のイメージ(インテグレイテッドケア)水平統合と垂直統合

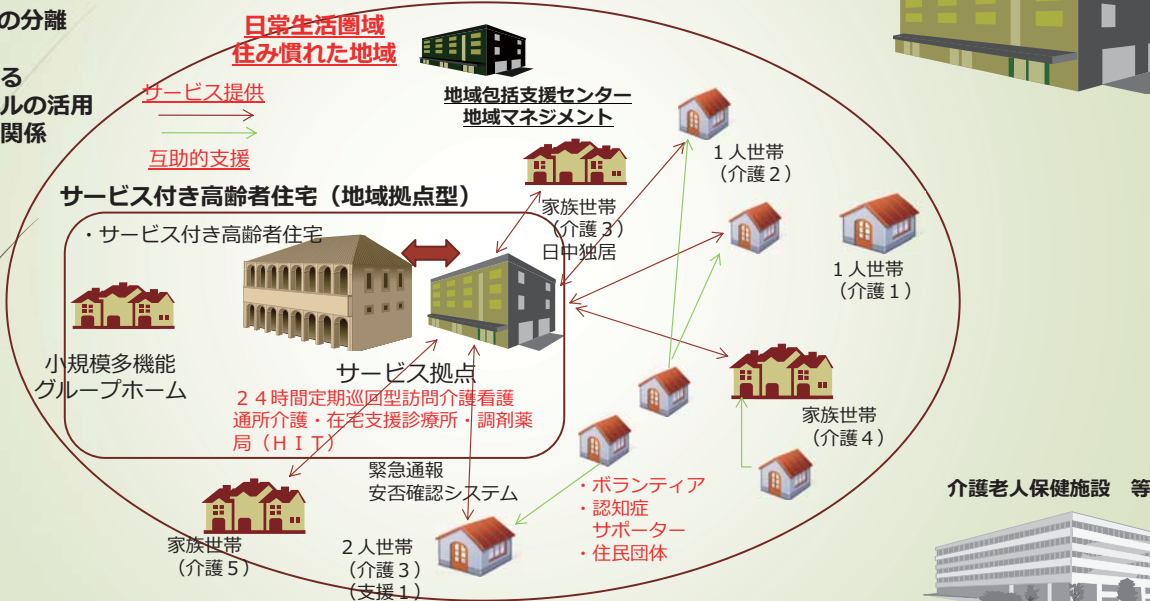


和光市長寿あんしんグランドデザイン 日常生活圏域におけるサービス基盤整備

29

- ・住まいとケアの分離
- ・地域完結型
- ・地域住民によるインフォーマルの活用
- ・なじみの人間関係の維持充実

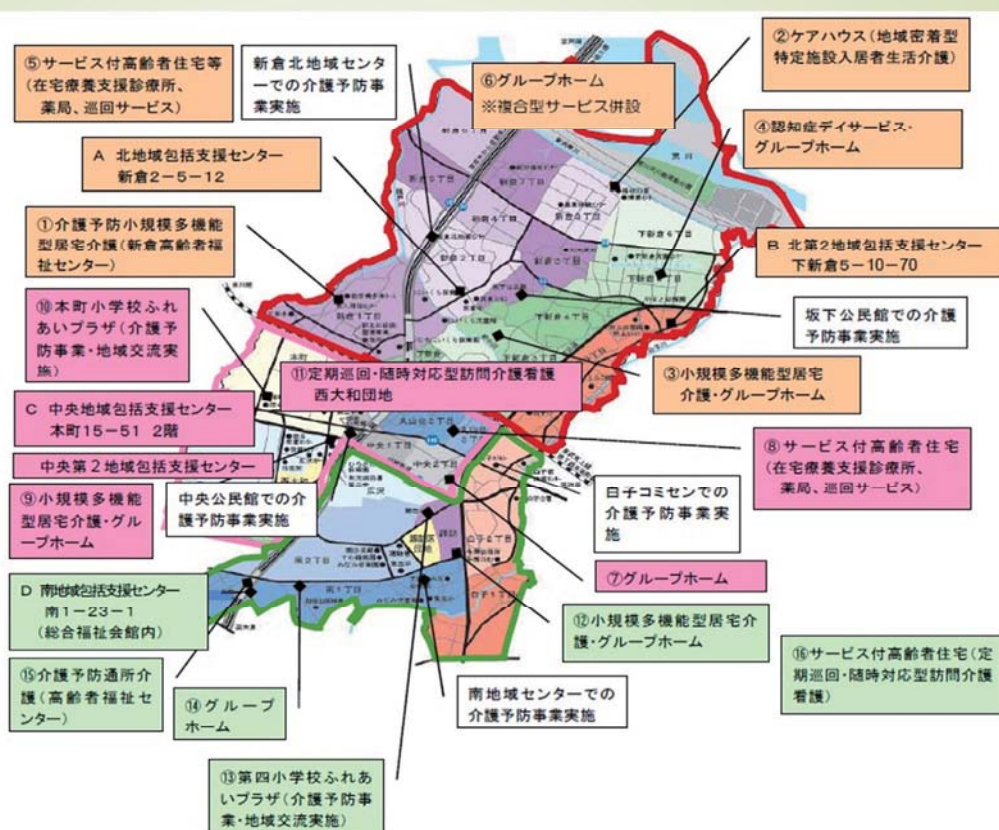
居宅介護の限界点を高める
(居宅：施設の選択肢の拡大)



※各種生活支援サービスは地域においても不可欠、食事(配食等)・安否確認ITシステム・地域送迎・見守りネット・家賃助成等を位置づけ実施。

30

日常生活圏域・地域包括ケアデザイン：サービス基盤整備



ミクロのケアマネジメント支援

自立支援型ケアマネジメントとチームケア

～自立支援の観点から適切な課題分析、地域ケア会議を活用して～

介護保険法の目的

「要支援・要介護者」は保険給付を受ける対象者

介護保険法や仕組み、利用方法について理解する必要がある。各市町村で実施している地域支援事業も財源の一部は、40歳以上の国民から共同連帯で負担している社会保障費すなわち「介護保険料」から実施している

| | |
|------------------|--|
| 第一条（目的） | 有する能力に応じ自立した日常生活を営む ことができるよう必要な医療・サービスに係る給付を行う為、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設けている |
| 第二条 第二項 | 状態の軽減又は悪化防止、医療との連携 に十分配慮して行われなければならない |
| 第二条 第四項 | その居宅において 、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮 |
| 第四条 （国民の努力義務） | 加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚 、要介護状態となった場合においても、 進んでリハビリ・福祉サービスを利用しその有する能力の維持向上 に努める |

自立支援をどう考えるか

期間的自立支援

- ・転倒モデル
- ・生活不活発モデル

- 主として**介護予防の対象者**
- 廃用症候群（生活不活発）等による生活機能低下
- 身体機能向上から生活機能向上

永続的自立支援

- ・廃用モデル
- ・脳卒中モデル
- ・認知症モデル
- ・その他複数疾患モデル

- 主として**介護給付の対象者**
- 脳卒中等による身体の部位等の機能不全による生活機能が低下したケース
- 認知症
- 残存機能の活用

アセスメント・課題分析

介護状態に至った原因を探求し、その個人にとって解決すべき課題を明確にしていく方法が求められる

買物に行けない…ヘルパーさんをお願いすればいい？それとも…？

買物に行けないんです！

近所に商店がない？

物忘れて買い物ができない？

生活不活発で体力がない？

商店までの交通手段がない？



個人因子・環境因子（和光市方式）

◆IADL（生活行為）に対して

・個人因子

- ・身体機能・認知機能について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復出来るものか、出来ないものか。

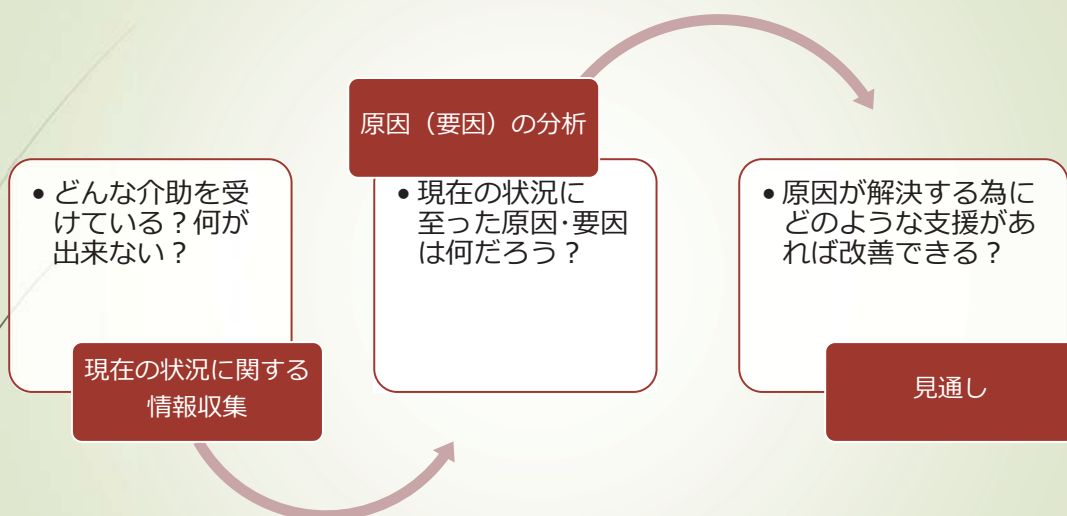
・環境因子

- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動導線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活歴は？

的確なアセス

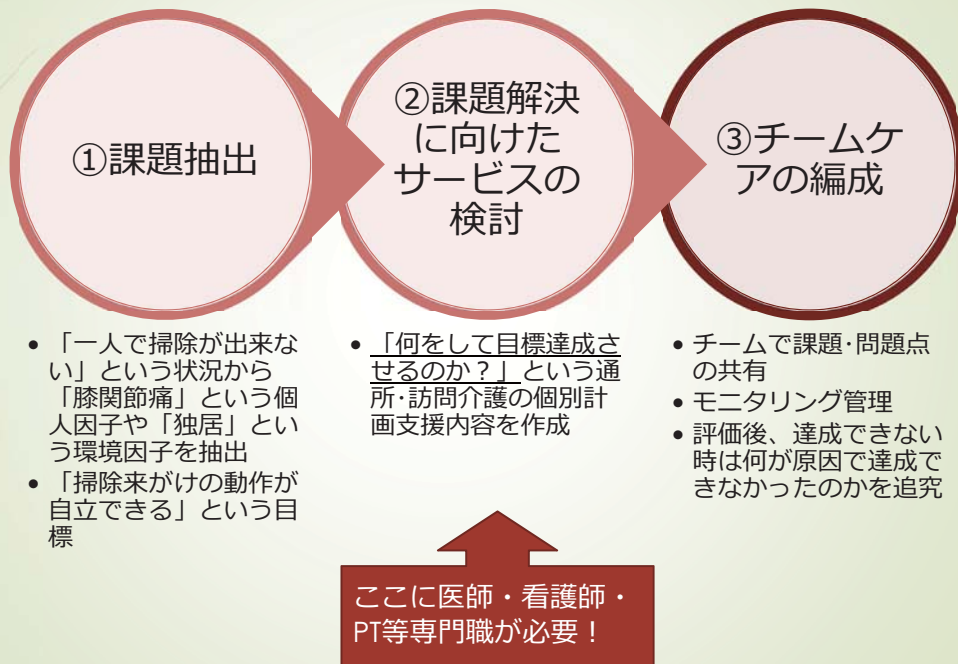
- ※接遇・洞察能力を身に付ける
- ※他制度を知る・チームの力を生かす
- ※経済的因子にも注意を！

課題分析の着眼点



現状とその原因・要因、様々なサービスの組み合わせによって本人の半年後の状態像や生活改善の見通し、優先順位が見えてくる

的確なマネジメントから評価まで



チームケアの大切さ

- ◆ 私達専門職でも、一人一人の力は限られています。そこで大切なのが**チームケア**です。
- ◆ ことわざでも「三人寄れば文殊の知恵」と言いますが、すべてを一人で担うのではなく、各個人が自分の役割を明確にし、その関わった経過・結果など情報交換・共有しながらケアを進めていく事が大切です。
- ◆ ご本人を含め、それぞれが役割を持ち、共通の目標に向かって進んで行く事、それこそがチームケアなのです。



「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

39

| 自立度 | 自立 | | 一部介助 | | 全介助 | |
|-----------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|
| 困難度と改善可能性 | 楽にできる | 少し難しい | 改善可能性高い | 改善可能性低い | 改善可能性高い | 改善可能性低い |
| 判定 | ○1 | ○2 | △1 | △2 | ×1 | ×2 |

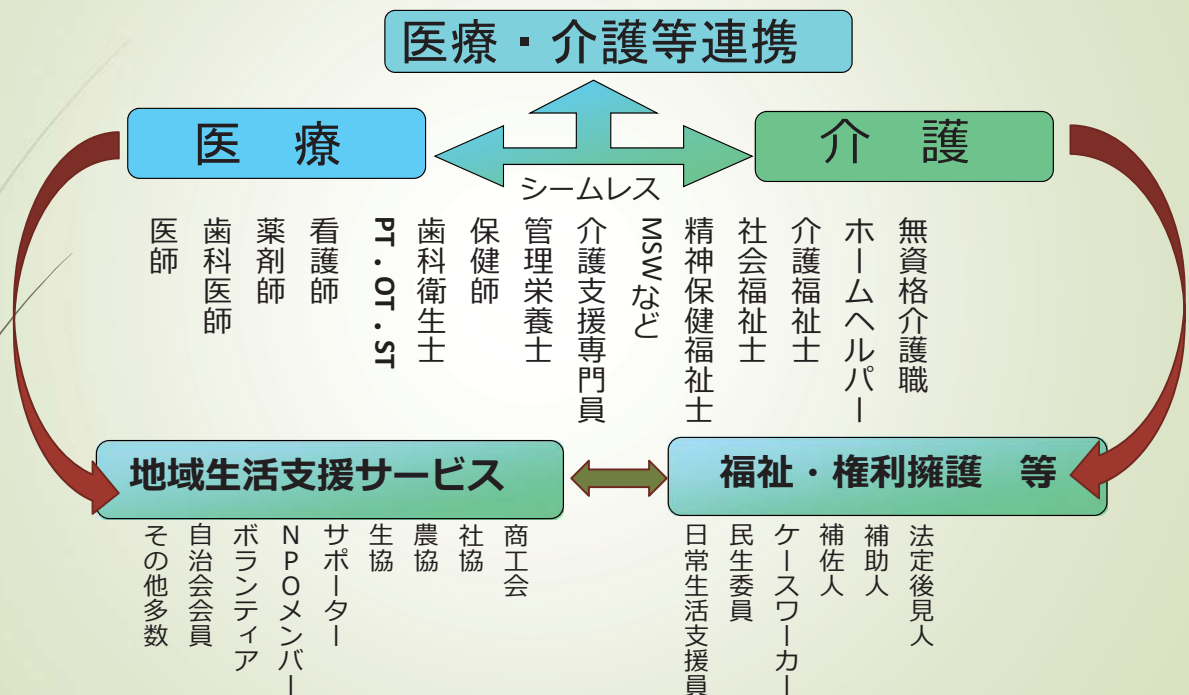
| A D L | 生活機能 | 事前 | 事後予測 | 備考 |
|-------------|--------|----|------|-----------------------------|
| | 室内歩行 | ○1 | | |
| | 屋外歩行 | ○2 | | 限られた場所のみ。 |
| | 外出頻度 → | △1 | ○2 | デイサービス以外の外出は少ない。 |
| | 排泄 | ○1 | | |
| | 食事 | ○1 | | |
| | 入浴 → | △1 | ○2 | デイサービス入浴のみになっている。 能力はある。 |
| | 着脱衣 | ○1 | | |

40

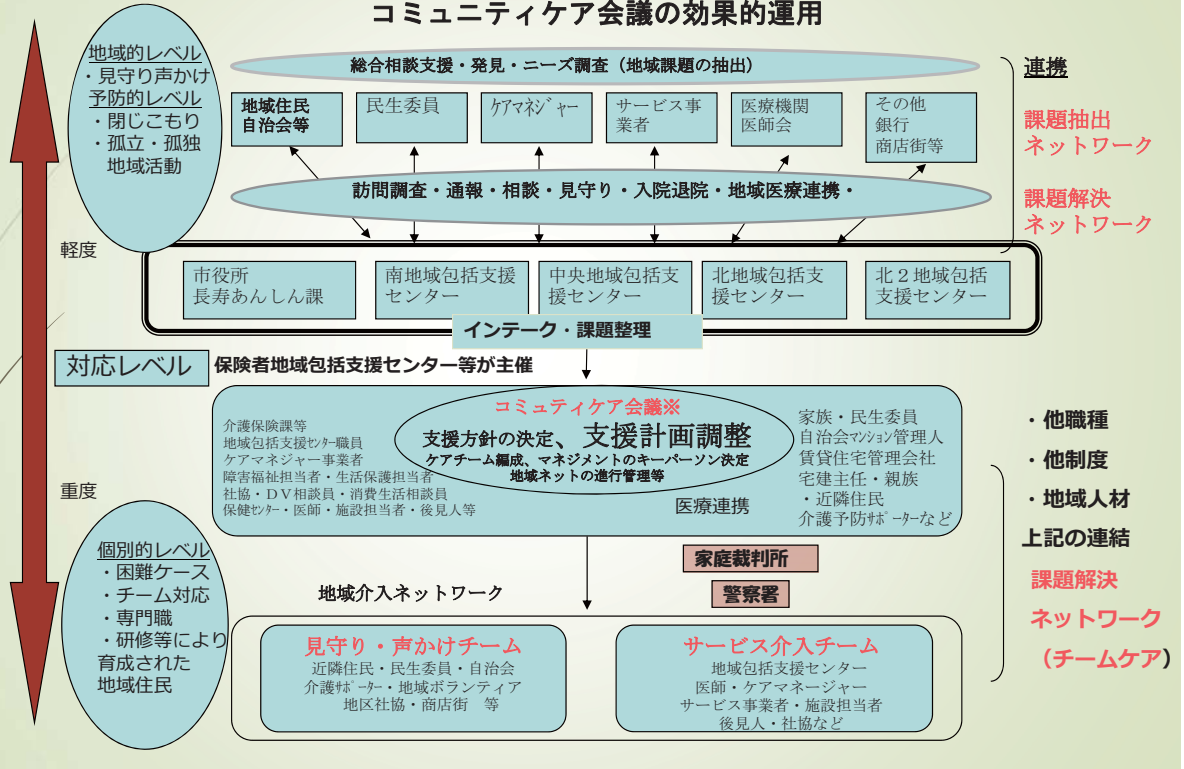
| | | | | |
|------------------|--------|----|----|---------------------------------|
| I A D L | 掃除 → | △1 | ○2 | |
| | 洗濯 | ○2 | | 大物以外は自立。 |
| | 買物 → | △1 | ○1 | 簡単なものは自分で。 他はヘルパーや家族。 |
| | 調理 → | △2 | ○2 | レンジアップ程度は出来る。 |
| | 整理 | ○1 | | |
| | ごみ出し | ○1 | | |
| | 通院 → | △1 | ○2 | 家族付き添い。 |
| | 服薬 | ○1 | | |
| | 金銭管理 | △1 | | 銀行に行くのは家族に頼む。 |
| | 電話 | ○2 | | |
| | 社会参加 → | △1 | ○2 | 言語障害軽度、相手が聞き取りにくい。 限られた相手のみ。 |

保険者機能（地域包括支援センター含む） 地域ケア会議の本質と必要性

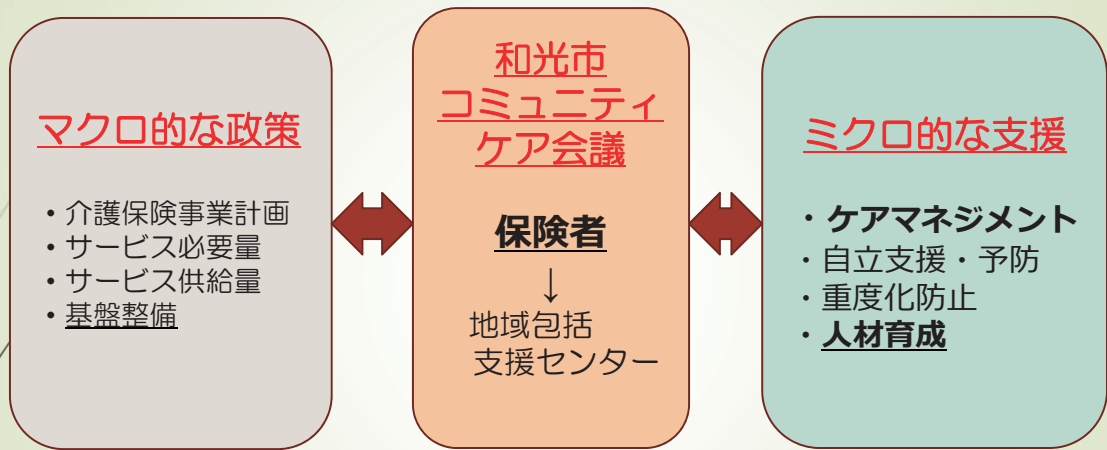
人的連携の視点



地域包括ケアマネジメントを支援する コミュニティケア会議の効果的運用



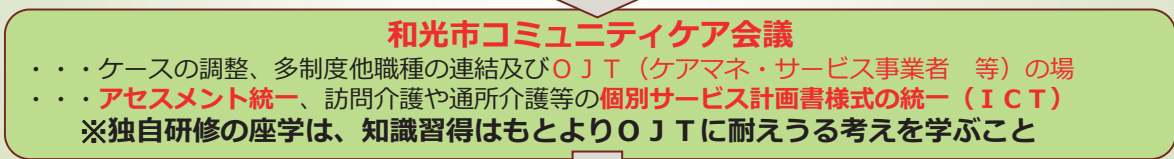
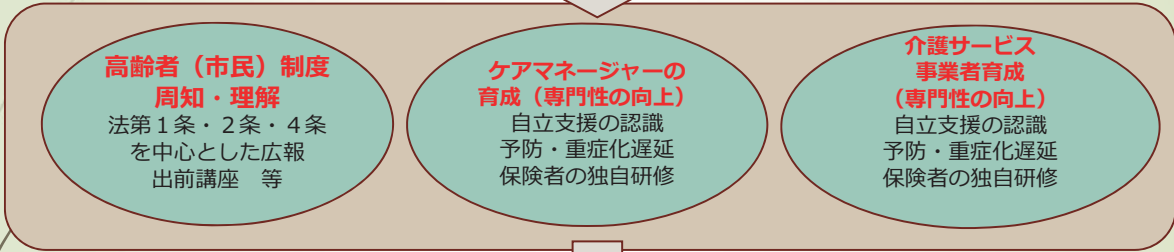
介護保険事業計画とケアマネジメントの関係 (コミュニティケア会議が政策機能の核)



・保険者機能が介護保険事業計画の策定と事業運営を行うマクロな政策の視点は、個々のケアマネジメントのミクロ的な支援のあり方を考えることが重要である。そのポイントは、地域ケア会議（和光市コミュニティケア会議）機能である。

和光市のケアマネジメントの機能強化概要

高齢者（市民）尊厳とQOLの向上のために

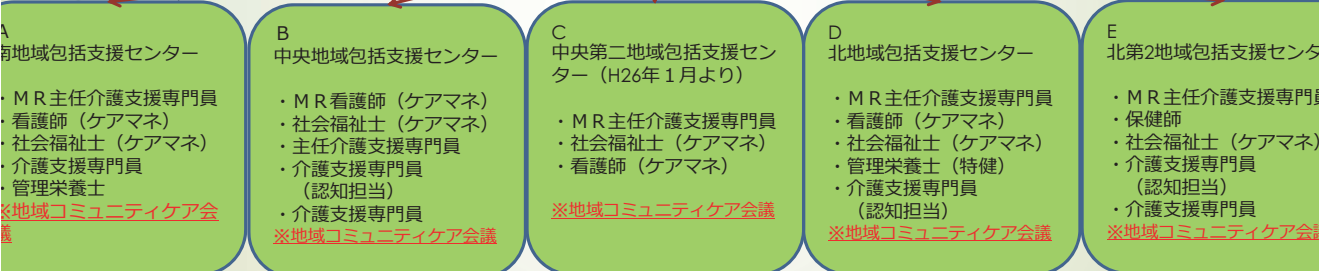
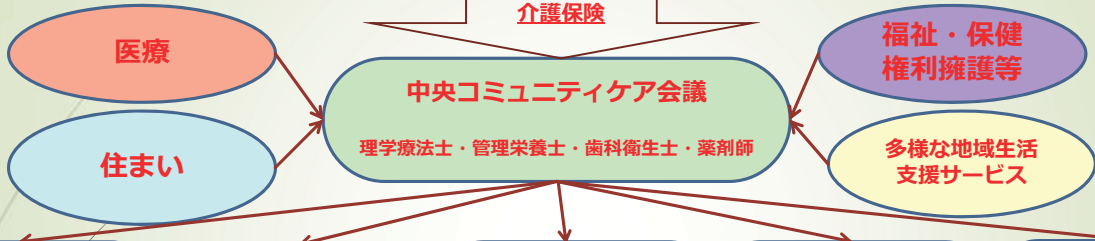


専門性の高いケアマネジメントの提供 →→→ 高齢者（市民）の幸福

出典：介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会 第2回 東内構成員提出資料

和光市地域包括支援センターの事業運営体制

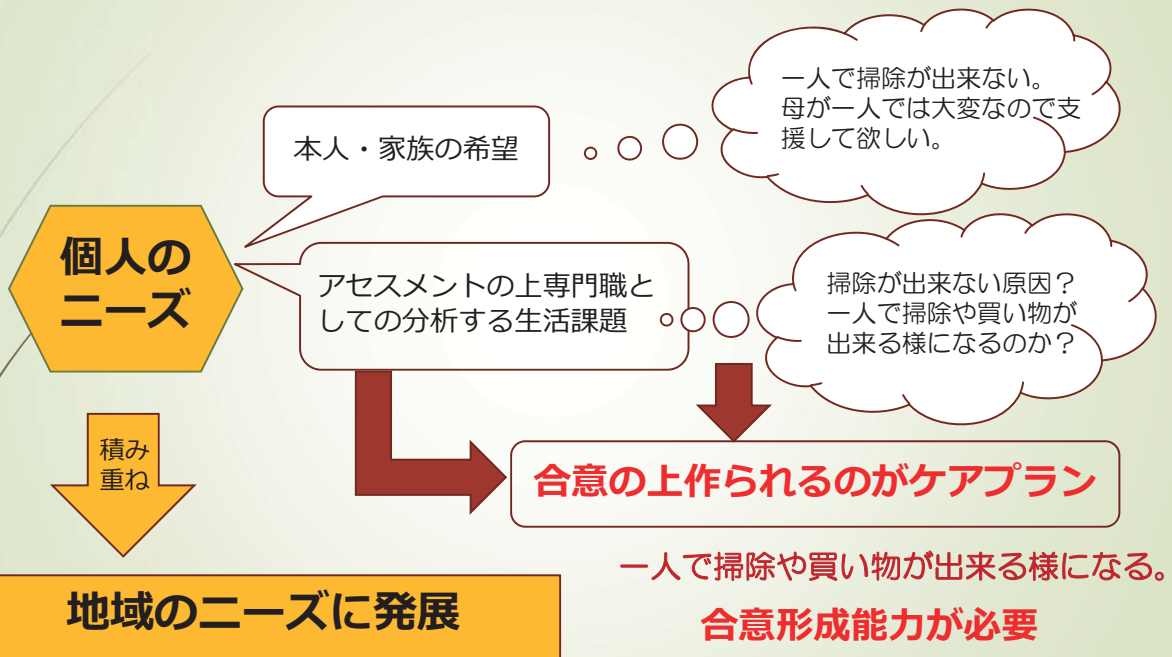
和光市 保健福祉部 長寿あんしん課
保険者（地域包括支援センター機能管理担当）



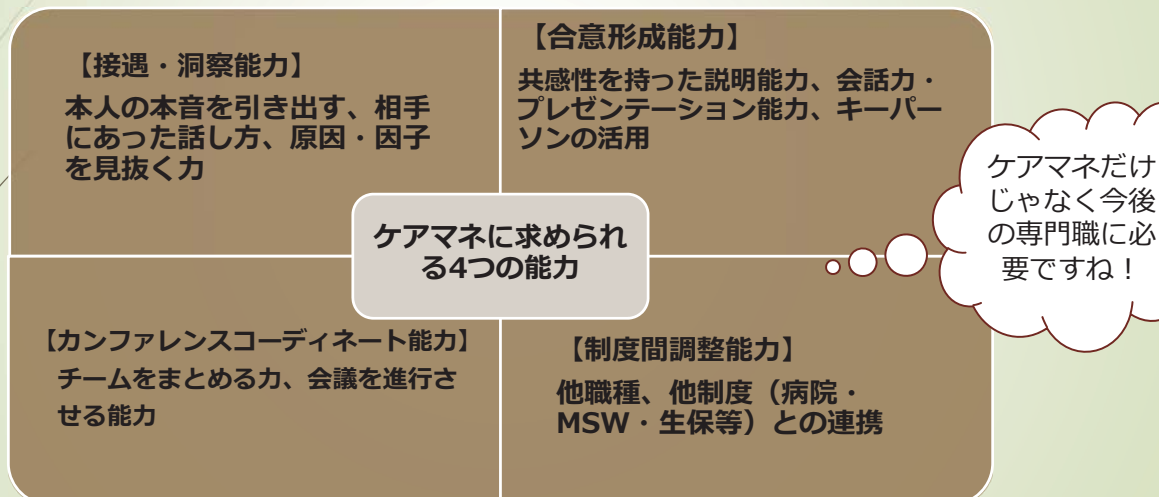
高齢者・住民に対する地域包括ケアマネジメントの提供

介護保険事業計画に地域包括支援センターの機能を明確に位置づけ

個別ニーズから地域ニーズへ



自立支援型ケアマネジメントに必要な要素





武蔵野市の地域包括ケアシステム 推進へ向けた保険者の役割

- 1.武蔵野市の介護保険の現状
- 2.武蔵野市の地域包括ケアシステムの基本的考え方と重点的取り組み

2014年(平成26年)3月24日
武蔵野市健康福祉部長 笹井 肇

1



1. 武蔵野市の介護保険の現状

2

武蔵野市の高齢者人口(各4月1日)

75歳以上の高齢者が65歳以上高齢者の52.5%を占める

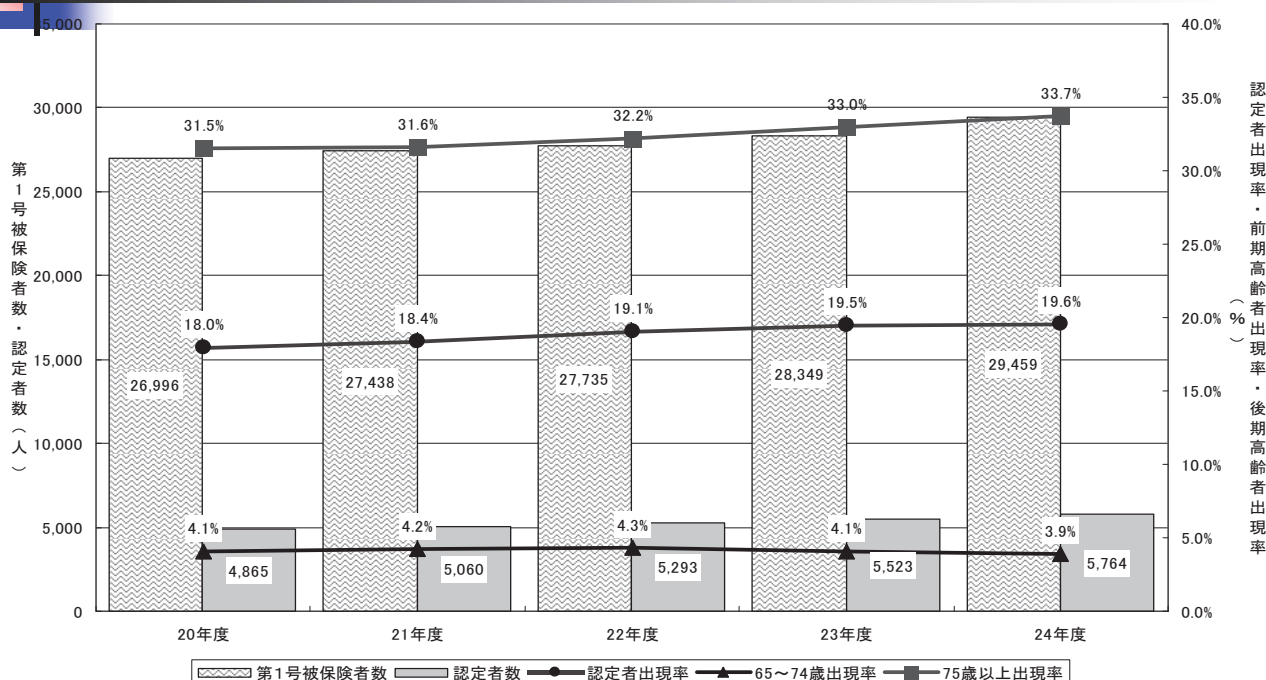
| | 人口 | 65歳以上 | 75歳以上(再掲) | 高齢化率 |
|-------|---------|--------|-----------|-------|
| 平成19年 | 134,123 | 25,380 | 12,482 | 18.9% |
| 平成20年 | 134,290 | 25,983 | 12,980 | 19.3% |
| 平成21年 | 134,686 | 26,656 | 13,464 | 19.8% |
| 平成22年 | 135,065 | 27,098 | 13,937 | 20.1% |
| 平成23年 | 136,003 | 27,405 | 14,428 | 20.2% |
| 平成24年 | 136,043 | 28,010 | 14,840 | 20.6% |
| 平成25年 | 139,535 | 29,459 | 15,452 | 21.1% |

3

要介護認定者数の推移

65歳以上の5人に1人、75歳以上の3人に1人が要介護認定者

要介護(要支援)認定者数の推移(平成20~24年度:各年度3月31日現在)



4

サービス受給者数の推移

認定者のうちサービス未利用者は19.9%(平成25年3月)

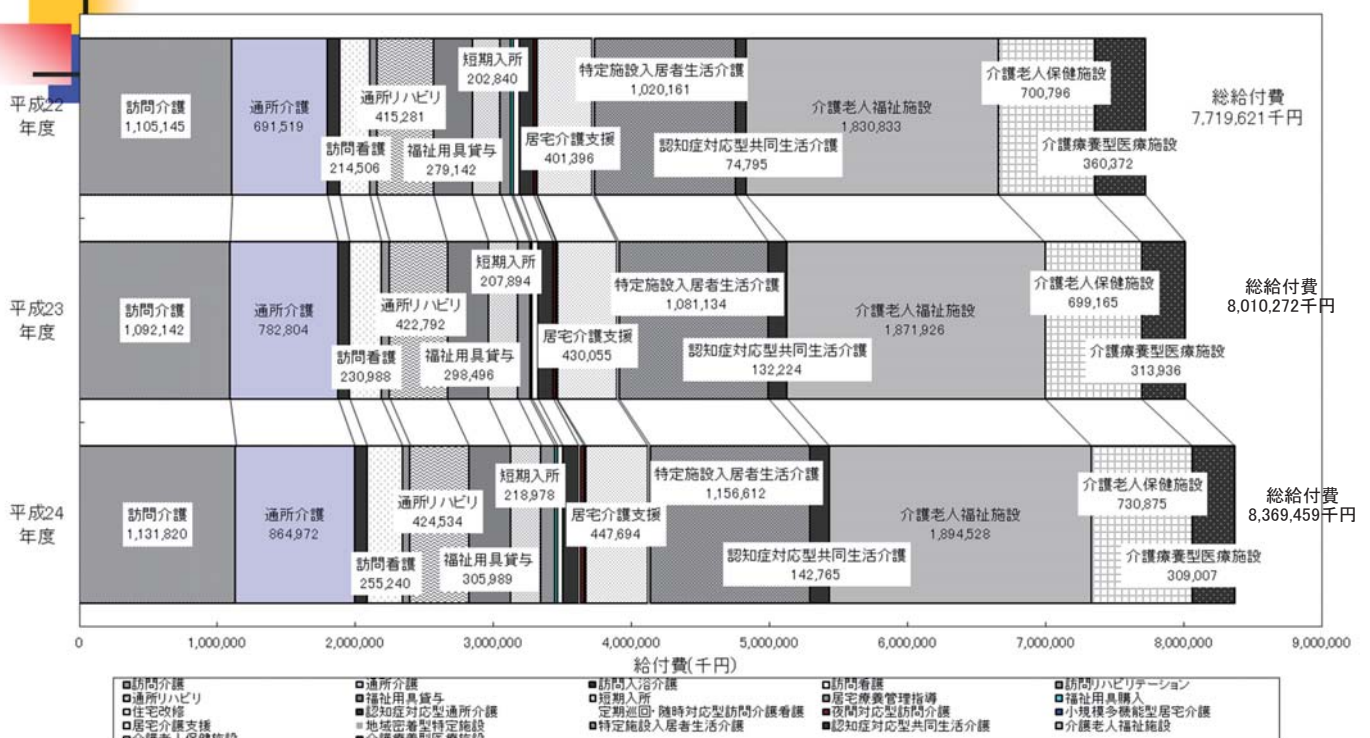
| | 平成22年3月 | 平成23年3月 | 平成24年3月 | 平成25年3月 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|
| 認定者 | 5,189 | 5,422 | 5,657 | 5,902 |
| 居宅サービス | 2,695 | 2,841 | 2,907 | 3,171 |
| 介護予防居宅サービス | 575 | 587 | 592 | 589 |
| 地域密着型サービス | 181 | 203 | 229 | 253 |
| 介護予防地域密着型サービス | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 施設サービス | 811 | 894 | 897 | 916 |
| 未利用者 | 1,071 | 1,054 | 1,198 | 1,173 |

※未利用者数＝認定者数－居宅サービス受給者数－施設サービス受給者数－認知症対応型共同生活介護受給者数－地域密着型特定施設入居者生活介護受給者数－小規模多機能型居宅介護受給者数

5

サービス種類別介護給付費推移

サービス種類別介護給付費推移(平成22・23・24年度)



6

武蔵野市の介護保険給付の特徴

重度(要介護4～5)の居宅利用割合が全国平均を上回る

- 要介護度別区分支給限度額に対する居宅サービス利用割合(平成25年3月審査分)

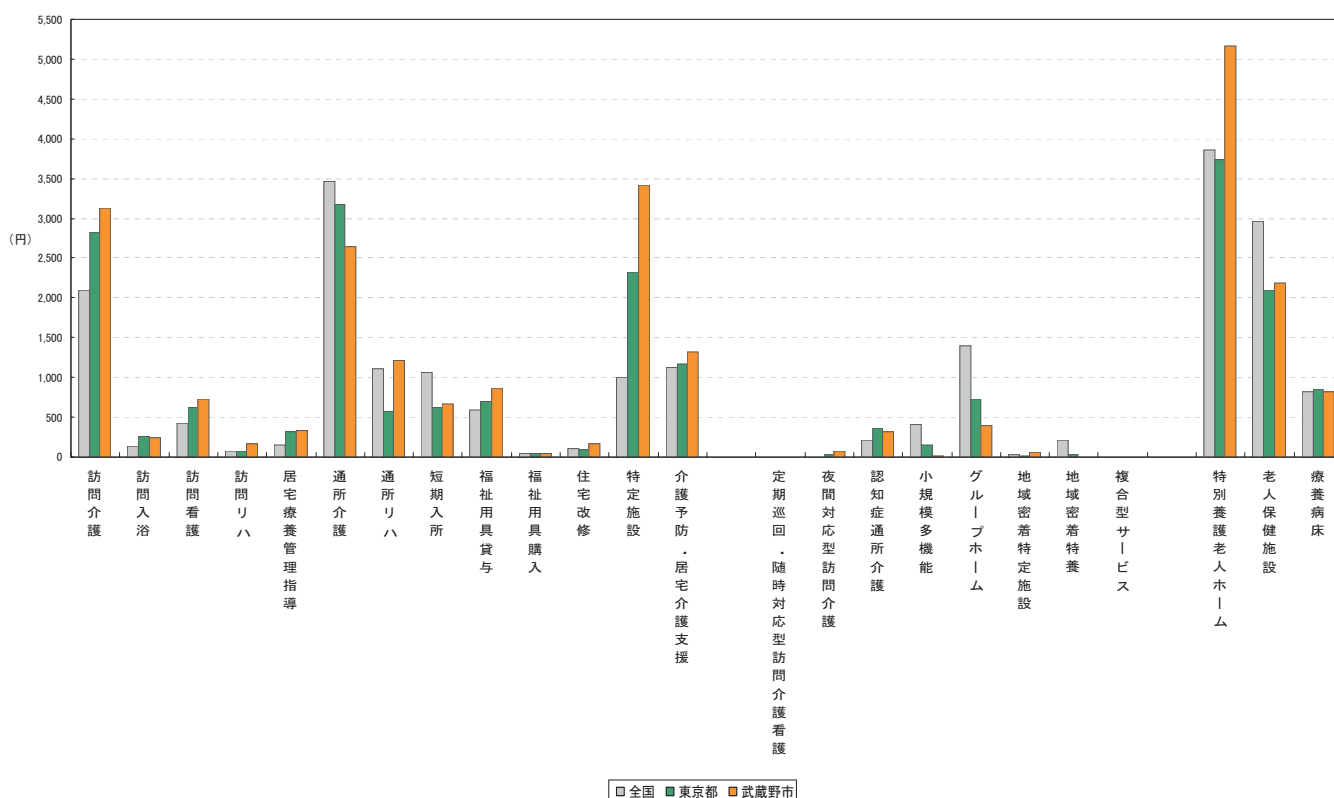
| | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------------|
| 武蔵野市 | 42.4% | 31.6% | 29.3% | 41.2% | 49.7% | <u>60.1%</u> | <u>64.2%</u> |
| 全国 | 45.4% | 39.6% | 40.8% | 48.1% | 52.6% | <u>52.8%</u> | <u>54.1%</u> |

7

第1号被保険者一人あたり給付月額額の比較(全国・都・武蔵野市)

<介護保険政策評価分析システムによる給付分析の活用例(1)>

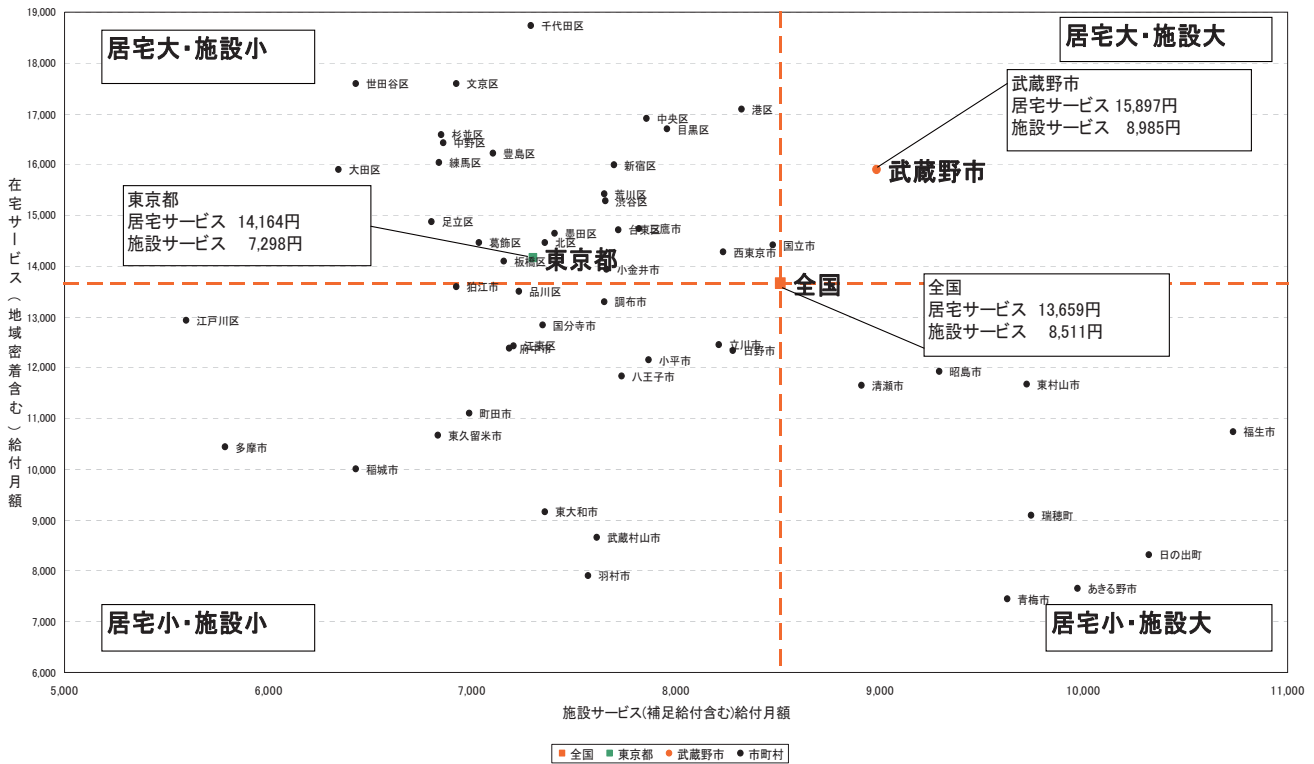
サービス種類別第1号被保険者1人当たり給付月額(平成25年3月)



□ 全国 ■ 東京都 ■ 武蔵野市

在宅サービス・施設サービスともに給付額が高水準 <介護保険政策評価分析システムによる給付分析の活用例(2)>

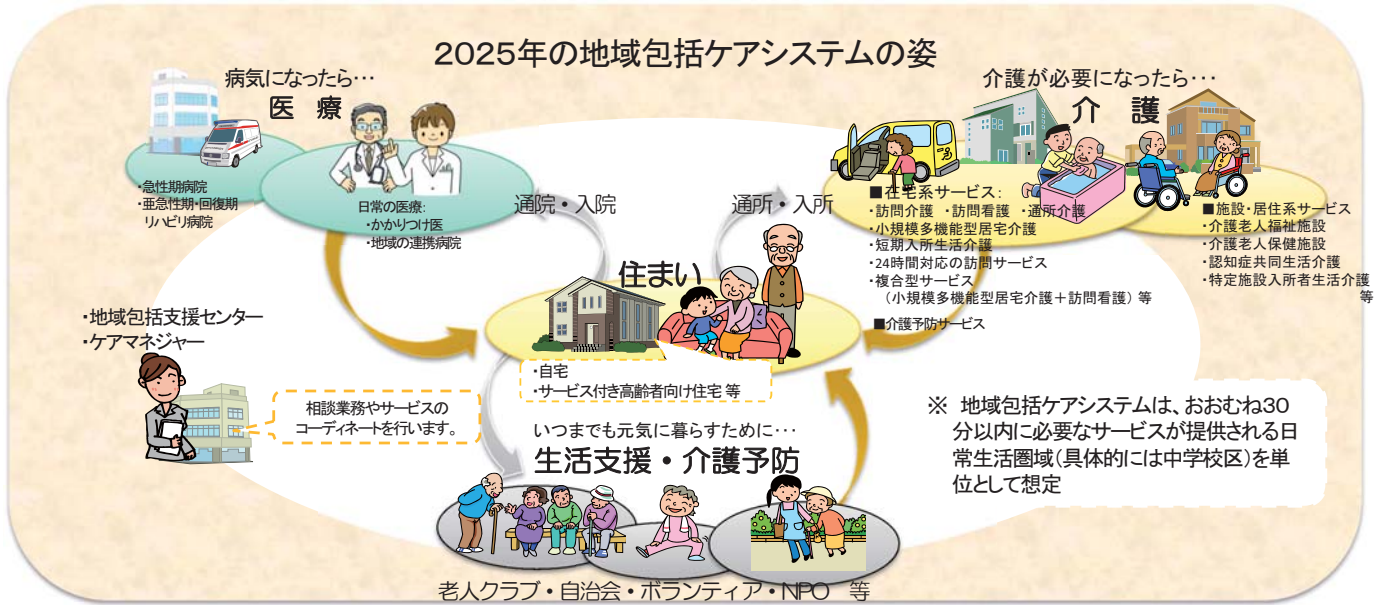
第1号被保険者1人当たり在宅サービス・施設サービス給付月額(保険者比較)(平成25年3月)



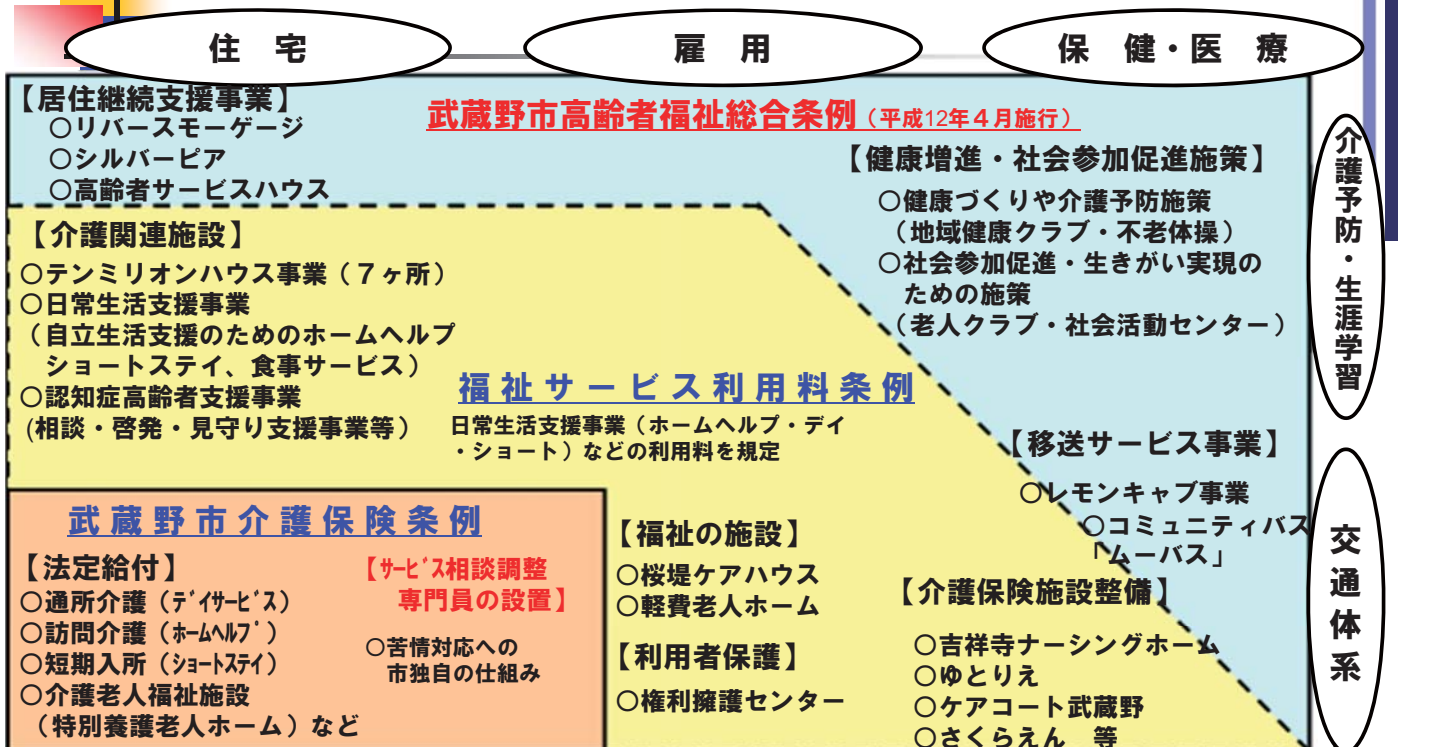
2. 武蔵野市の地域包括ケアシステムの基本的考え方と重点的取り組み

国が描く介護の将来像（地域包括ケアシステム）

- 住まい・医療・介護・予防・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実現により、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になります。
- 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を生じています。**
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**必要があります。



武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている



平成12年3月に介護保険条例とともに 高齢者福祉総合条例を同時に制定

- ①介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えない
- ②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標

<基本理念>

(高齢者福祉総合条例第2条)

- (1)高齢者の尊厳の尊重
- (2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
- (3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
- (4)市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力

13

高齢者福祉総合条例で規定する 主要な施策 (高齢者福祉総合条例第3条～8条)

(1)介護に関する施策

- ①テンミリオンハウス事業
- ②日常生活支援事業
- ③補助器具貸与・住宅改善事業
- ④移送サービス事業
- ⑤居住継続支援事業
- ⑥地域リハビリテーション事業

(2)健康及び自立支援に関する施策

- ①健康増進事業
- ②食生活向上事業
- ③介護予防事業

(3)社会参加促進に関する施策

(4)サービス利用者の保護に関する施策

(5)サービス基盤整備の推進に関する施策

14

地域包括支援センターと在宅介護支援センター
(地域包括ブランチ)による重層的な地域相談体制

■ 地域6ヶ所すべての在宅介護支援センターに
地域包括支援センター機能(ブランチ)を付加。

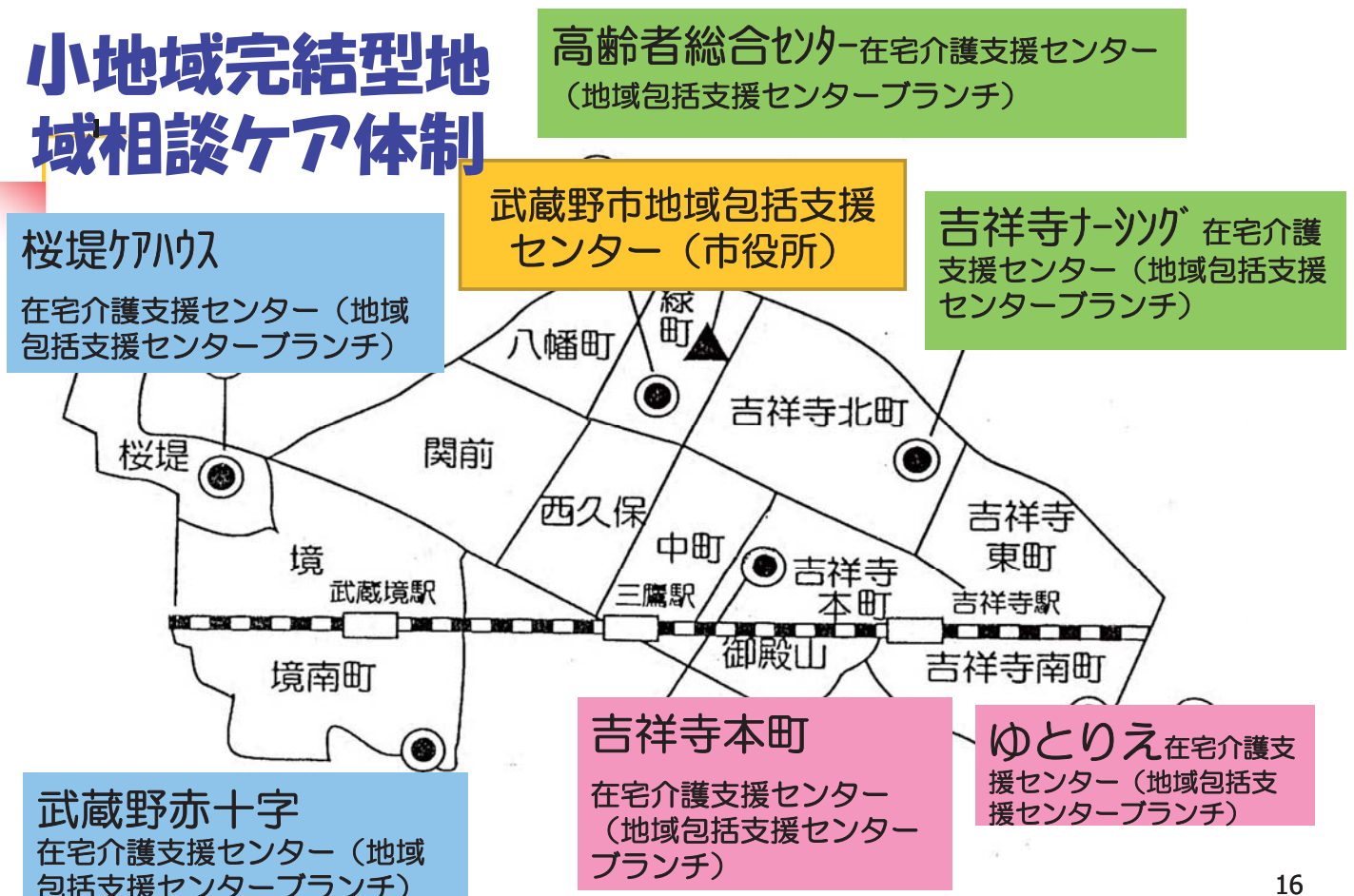
⇒地域包括支援センターは、要支援1・2の予防プラン作成に限定。要介護1以上の中重度の要介護者のケアプラン作成や市独自福祉サービスの提供、権利擁護事業などを円滑に進めるため、介護保険法に基づく地域包括支援センター機能と老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を統合。

⇒在宅介護支援センター職員は、新規の要介護認定申請者宅を調査員と同行訪問し、担当エリアの要支援・要介護高齢者を全件把握。

■ 平成21年7月より、地域包括支援センターを市役所に統合・直営化。

⇒「基幹型」地域包括支援センターとして、保健・医療・福祉の連携強化、介護予防支援業務の効率化、虐待防止や権利擁護機能を充実。

小地域完結型地域相談ケア体制



武蔵野市における特徴的なケアマネジャー支援策

■ 武蔵野市ケアマネジャーガイドライン

⇒2001年(平成13年)3月に「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン(第1版)」を作成し、その中でケアマネジメントの各ステップごとに「武蔵野市の考え方」を明らかにしたうえで「支援の流れ」「注」「ケアマネチェック項目」などを提示し、市としてケアマネジャーに求めるケアマネジメントの水準を明らかにした(その後必要に応じて改定し現在は第3版)。

■ 地区別ケース検討会

⇒6カ所の在宅介護支援センター(地域包括支援センターブランチ)のエリアごとにケアマネジャーをグループ化し、個別ケース検討や研修などを毎月開催。エリア別地域ケア会議としての機能も。

■ ケアマネジャー研修センターによる体系的研修とケアプラン指導

⇒2002年(平成14年)11月に「武蔵野市ケアマネジャー研修センター」を設立。①「体系的な研修会の開催」(新任研修会・現任研修会・専門研修会の3段階)、②「ケアプランに関する相談・助言」(ケアマネジメントリーダー研修を修了したベテランのケアマネジャーがケアプラン作成に関する相談に対応して助言)、③「ケアプラン指導研修事業」(保健・医療・福祉の専門家チームが、ケアマネジャーから提出されたケアプランの評価と助言を行う)を3本柱として、ケアマネジャーの質向上やケアプラン作成スキルアップを支援。

武蔵野市第五期長期計画の重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携の重層的な仕組みと地域ケア会議

「すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活にかかわる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を超えて連携し、継続的で体系的な支援を行う」

● 地域リハビリテーション推進協議会(=高齢者・障害者等の分野を超えた総合調整機能)

武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者

● 在宅支援連絡会(=全市的地域ケア会議機能)

武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者。多職種連携。

● 地区別ケース検討会(=エリア別地域ケア会議機能)

在宅介護支援センターが主催し、地域のケアマネジャーを中心に、医師や在宅サービス関係者が集まり個別ケース検討や情報交換、施設視察(社会資源把握)などを行う。地域の課題を把握・解決に向けた新しいサービス(認知症見守り支援・緊急ショート等)の検討など。

重点的取り組み(1)

健康づくりと介護予防・移動支援・生活支援の推進

お風呂で「不老体操」
公衆浴場で健康体操と入浴



「男性のための料理教室」



19

テンミリオンハウス

リバースモーゲージによる遺贈物件などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が1000万円を限度として補助。

地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援する「近・小・軽」の施設。



体操プログラム

<サービス内容>

手芸・書道・体操・健康麻雀など
各種プログラムのほか、
喫茶・世代間交流・緊急ショートステイ
などを実施している施設もあります。
地域住民向けのイベントも
実施しています。



テンミリオンハウスくるみの木

| No. | 施設名 | 住所 | 電話番号 |
|-----|--------|-------------|---------|
| ① | 川路さんち | 西久保1-34-2 | 55-6239 |
| ② | 月見路 | 吉祥寺北町1-11-7 | 20-8398 |
| ③ | 関三倶楽部 | 関前3-37-24 | 56-9047 |
| ④ | そ~らの家 | 吉祥寺南町5-6-16 | 71-3336 |
| ⑤ | きんもくせい | 境4-10-4 | 50-2611 |
| ⑥ | 花時計 | 境南町2-25-3 | 32-8323 |
| ⑦ | くるみの木 | 中町3-25-17 | 38-7552 |



レモンキャブ

誰もが気軽に外出できるまちを目指して、
- 外出が困難な方のためにできた移送サービス

～ 運転手は同じまちに住んでいる人～
運転手をつとめるのは、店主を中心とした
地域の有償ボランティアです。
共助による地域を支えるサービスを提供。



～ ご利用について ～

◆ ご利用できる方

高齢者や身体に障害を持つ方で
バスやタクシーなどの利用が
困難な市民の方

◆ 料金

30分ごとに800円
利用会員登録（年会費1,000円）
が必要です。
登録手続きは武蔵野市民社会福祉
協議会でできます。

～ 福祉型軽自動車を使用～

使用している車両は、身体の不自由な
人にも使いやすいように配慮された
福祉型車両です。



《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会
吉祥寺北町1-9-1（1階）TEL 23-0701

重点的取り組み(2) 認知症高齢者施策の推進



認知症になっても、安心して住みつづら
れるまちをめざして～認知症を知る月間～

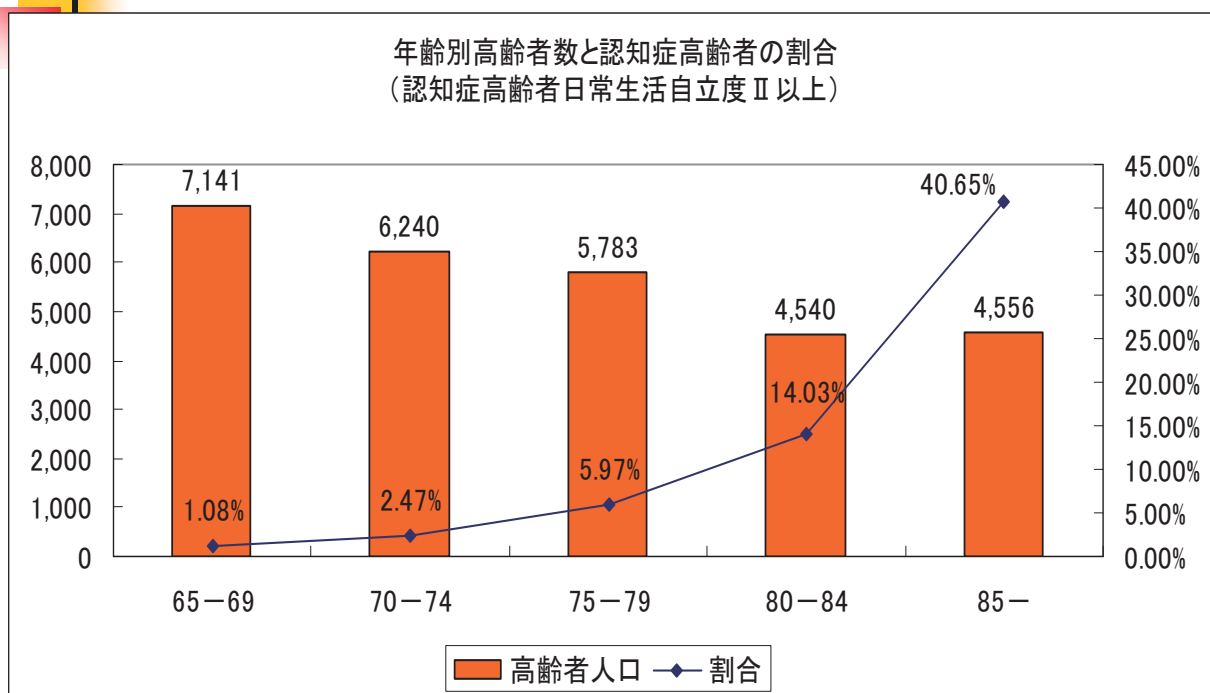
認知症サポーターの養成講座



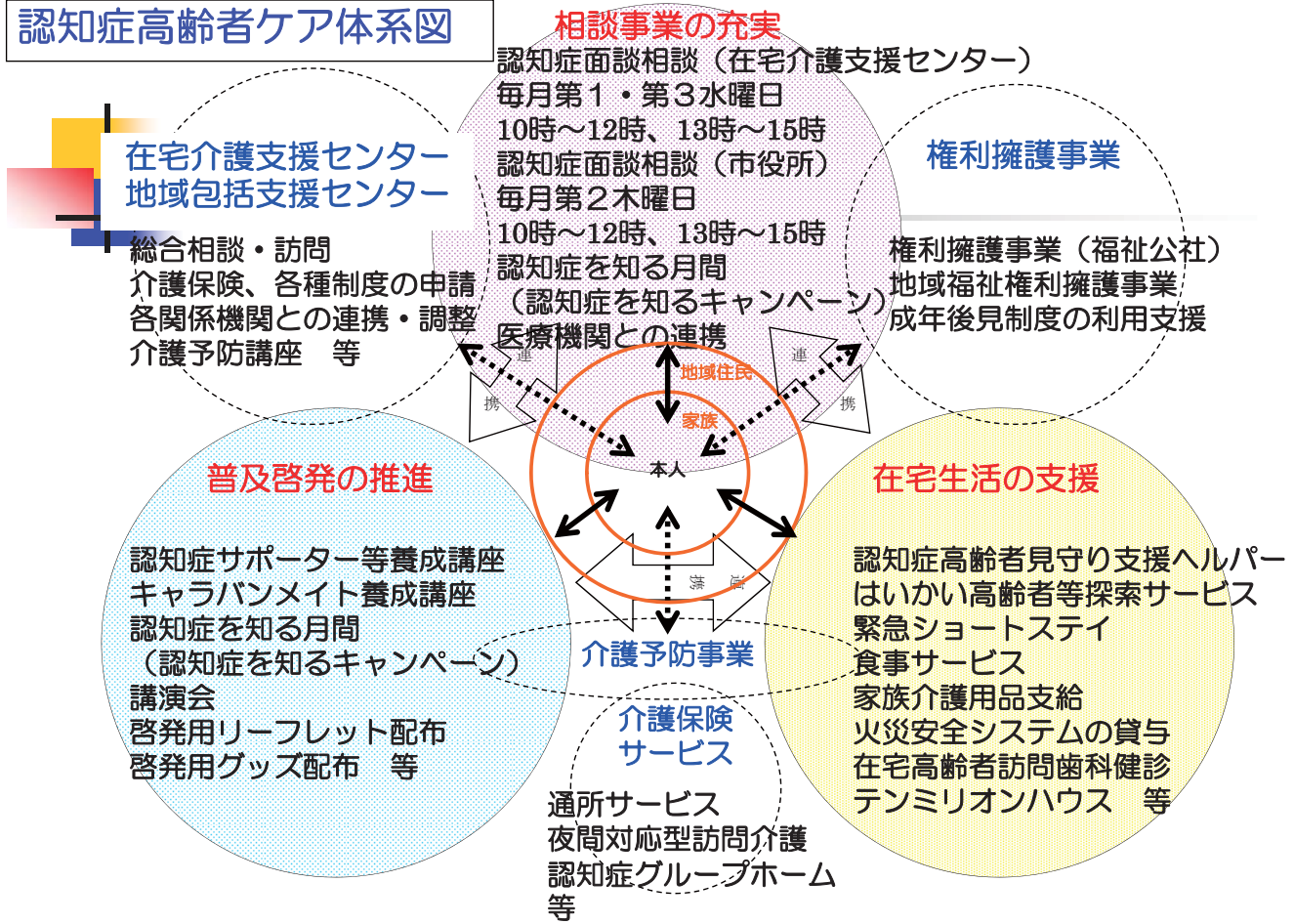
武蔵野市では65歳以上の10人に1人以上が認知症高齢者です(平成24年7月調査)

| 年齢 | 人口 | 要介護認定者数 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | |
|-------|--------|---------|----------------|-------|-------|-------|
| | | | I | | II 以上 | |
| | | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 65-69 | 7,141 | 182 | 108 | 1.5% | 77 | 1.1% |
| 70-74 | 6,240 | 373 | 246 | 3.9% | 154 | 2.5% |
| 75-79 | 5,783 | 773 | 534 | 9.2% | 345 | 6.0% |
| 80-84 | 4,540 | 1,323 | 958 | 21.1% | 637 | 14.0% |
| 85- | 4,556 | 2,929 | 2,488 | 54.6% | 1,852 | 40.6% |
| 合計 | 28,260 | 5,580 | 4,334 | 15.3% | 3,065 | 10.8% |

年齢が高くなるほど認知症高齢者の割合が増えています



認知症高齢者ケア体系図



介護保険外の武蔵野市独自の認知症高齢者・家族への主なサービス

| 事業 | 内容 |
|------------------|---|
| 認知症相談 | 面談相談(毎月第1・第3水曜日、第2木曜日) |
| 認知症見守り支援ヘルパー派遣事業 | 専門的研修を受けた訪問介護員による介護保険給付対象外の見守り・話し相手・散歩付き添いなどの支援(週4時間以内) |
| はいかい高齢者探索システム | 徘徊行動のある高齢者等にGPS専用端末機を携帯してもらい、徘徊時の位置を家族等に知らせるシステム |
| 火災安全システムの貸与 | ひとり暮らし・高齢者だけの世帯に、火災による緊急事態を防止・対応するために電磁調理器や警報機を貸与 |
| 家族介護用品支給事業 | 介護用品(おむつ等)の支給により家族介護者の負担を軽減(要介護3以上の市民税非課税世帯対象) |
| 家族介護者の集い | 「認知症の理解と介護の実践」「語ろう、話そう、介護体験」「共感！！介護の体験」など |
| 緊急ショートステイ | 特別養護老人ホーム等のショートステイ用ベッドを年間確保 |

地域と協働した認知症ニーズ早期発見への取り組み

- 「認知症を知る月間」等での普及啓発や認知症相談等の紹介
- 生活機能チェックリスト

要介護認定未認定の65歳以上の方に「生活機能チェックリスト」を送付し、回答結果から認知症状やうつ、閉じこもり等に注意を要する方に、介護予防（認知症予防）講座の案内等を送付。未回収者への訪問調査による実態把握も実施。

○独居高齢者実態調査

65歳以上の独居高齢者宅を民生委員が訪問し、生活の様子や緊急連絡先などを聞き取り調査。

○友愛訪問

毎年、秋の敬老事業の前に、75歳以上の高齢者全員を赤十字奉仕団ボランティアが訪問。

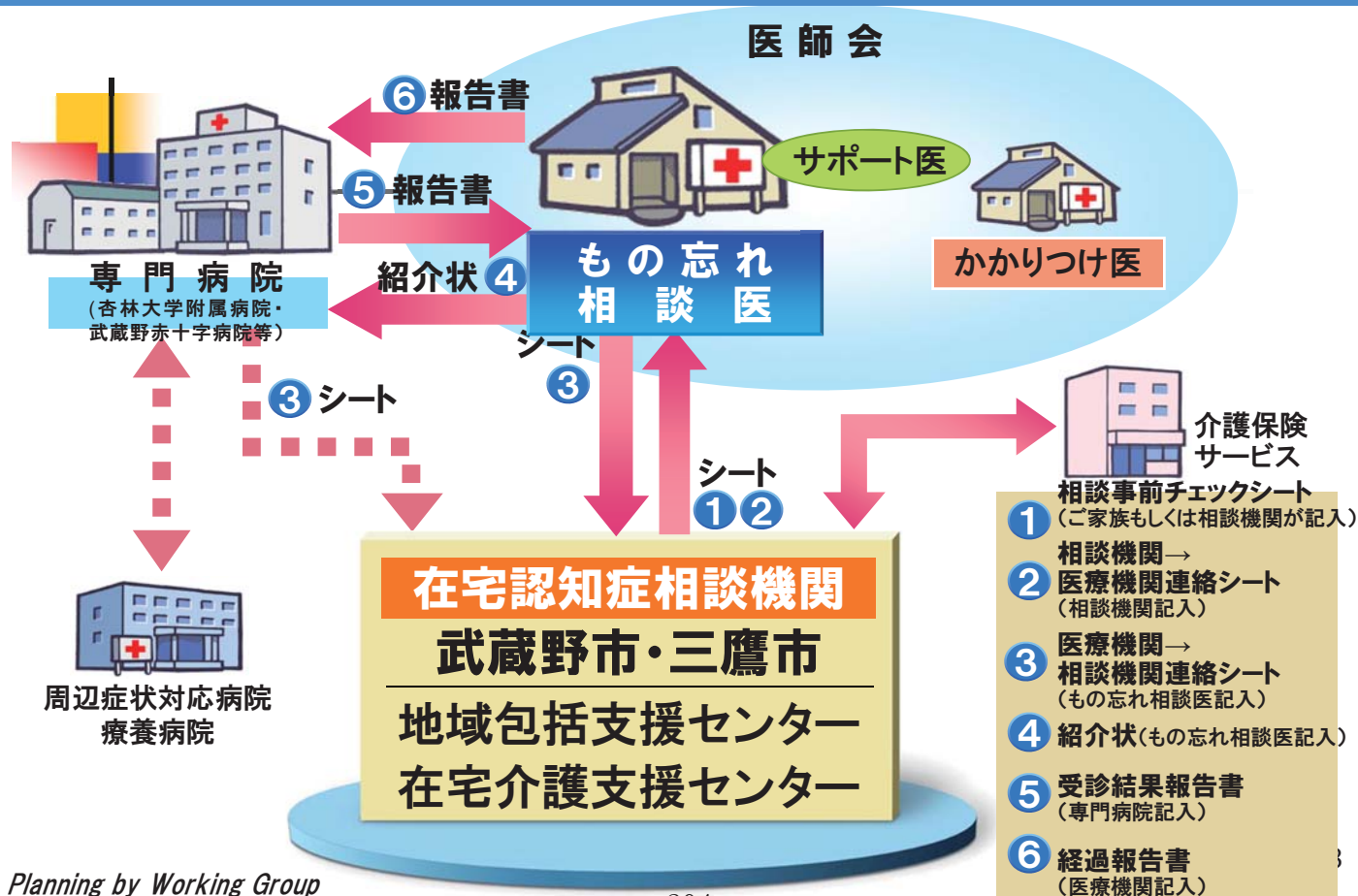
○孤立防止ネットワークや地域・認知症サポーターからの連絡

認知症サポーター7,259人（対人口比5.2%／平成25年8月1日現在）

○三鷹武蔵野認知症連携（もの忘れ相談シート）の活用

→専門医療機関の予約待ち解消・医療と介護の連携推進へ向けた、地域包括支援センター・在宅介護支援センターによる相談・もの忘れ相談医受診・サービス利用へ

三鷹武蔵野地区 認知症連携 イメージ



重点的取り組み(3)

医療と介護サービスの両方が必要な高齢者の増加への対応

保健・医療・福祉の連携強化

- 医師会とケアマネジャーの連携に関する懇談会
- 歯科医師会・ケアマネジャー・保険者連携懇談会
- 武蔵野市独自の連携様式(介護情報提供書等)
- 地区別ケース検討会(エリア別地域ケア会議)における医師会の先生を講師とする研修会と事例検討
- 「脳卒中ネットワーク」の「脳卒中地域連携パス」(地域連携診療計画書)による急性期・回復期から在宅介護に至るまでの医療と介護の連携
- 「認知症連携シート」による在宅相談機関・もの忘れ相談医・専門病院・かかりつけ医の連携 など
- 在宅療養継続支援のための「医療機関一時入院連携制度」(バックベット) など

29

武蔵野市を中心とする北多摩南部脳卒中ネットワーク
地域連携診療計画書(地域連携パス)の構成と特徴

急性期から在宅まで4種類のパスで連携

○パスその1「これからの生活プラン案」⇒急性期治療の段階で今後の長期に及ぶ治療の将来像を提示(オーバービュー)

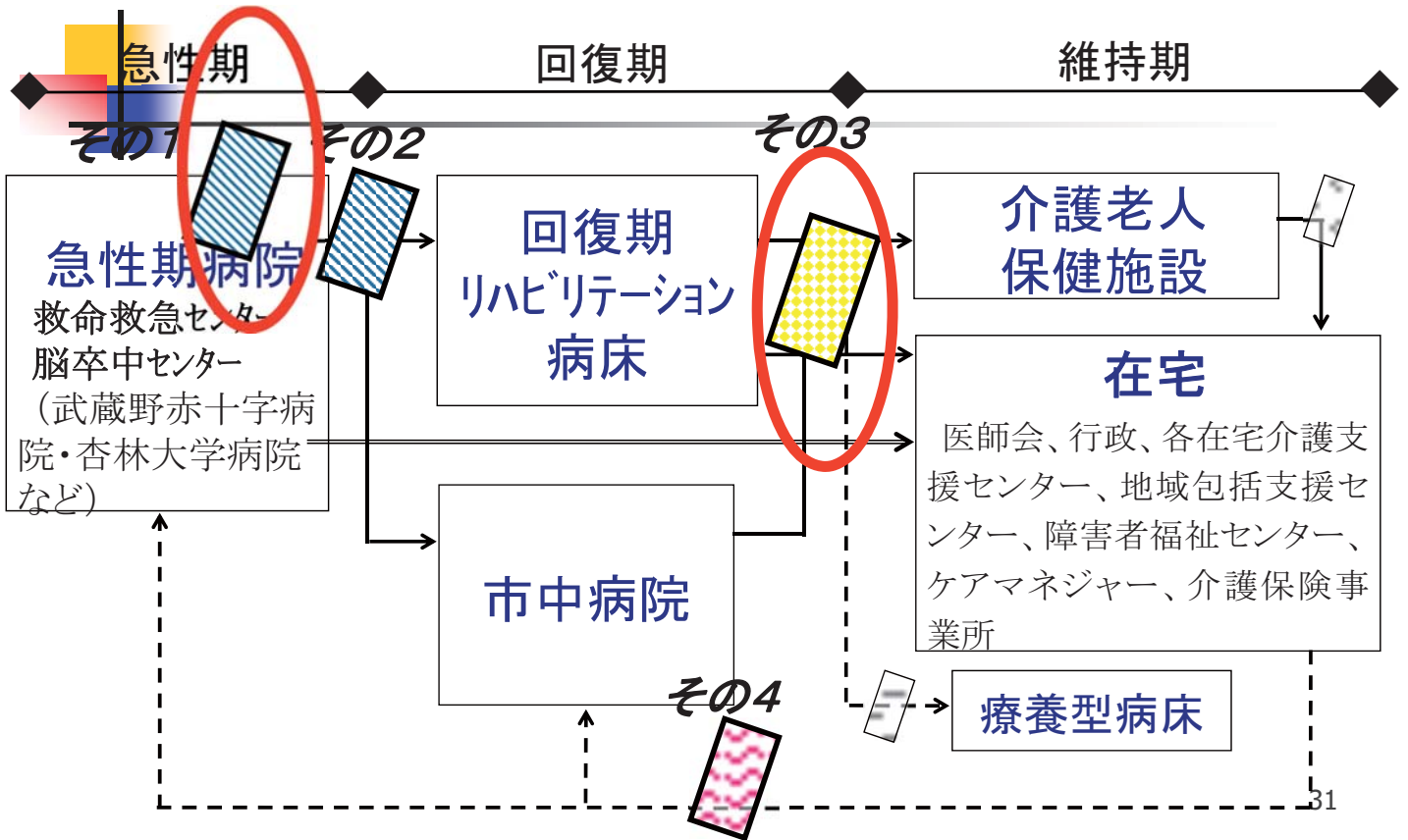
○パスその2「リハビリにより機能が回復する」⇒急性期病院から回復期病棟への情報

○パスその3「安心して在宅療養を送ることができる」⇒回復期病棟退院時に在宅診療医師・介護保険ケアマネジャー・在宅サービス事業者への情報提供(退院時カンファレンスの概要も記載)

○パスその4 ⇒在宅生活を支える関係者と急性期治療をつなぐ(フィードバック機能により急性期→回復期→在宅・維持期→急性期と診療情報の循環が可能となる)

○医療機関と自治体と介護サービス関係者が協働して地域で患者を支えるシステム

脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)の流れ

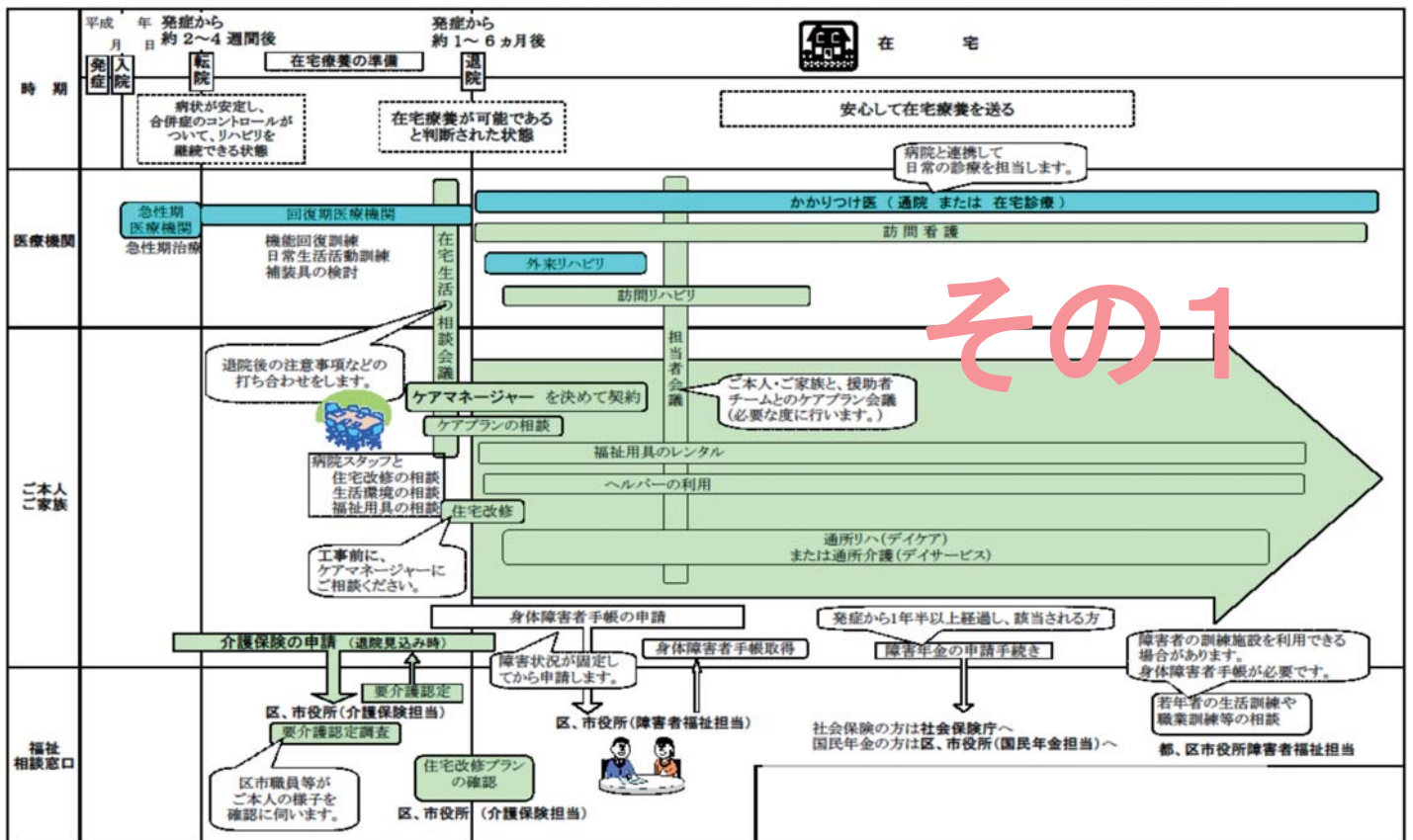


地域連携診療計画書(その1)

地域連携診療計画書(その1)

様 これからの生活プラン案 ご相談

※経過や在宅プランは、障害状況や生活環境によって一人ずつ違います。市区町村により相談窓口等が違います。



地域連携診療計画書(その3) 目標: 安心して在宅療養を送ることができる

| | | | |
|--|---|--|---|
| 氏名 (男) 氏名 (女) 年齢 () 歳 退院時のご本人のご希望 | 入院日 / / 退院日 / / | 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: |
| | 退院時のご家族のご希望 | 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: |
| 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: | 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: |
| 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: | 介護者あり部行あり 記入日 月 日 記入者 高齢自立度(様式あり度) (A B C-1 2) 認知機能(生活能力) (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 ()cm 体重 ()kg 増減 ()kg(最近3か月) 栄養状態(血 水色) 利き手(左 右) 義歯 (口内上下) | リハビリ計画あり部行あり 記入日 月 日 記入者 PIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 在宅で継続すべきこと リハビリ: 回避すべきこと(適合物等) ヘルパー: 補助員と器具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ計画書: |

その3

脳卒中ネットワーク地域連携診療計画書の運用開始にかかる武蔵野市医師会・三鷹市医師会・武蔵野赤十字病院・杏林大学病院・武蔵野市・三鷹市合同記者会見(平成20年7月16日武蔵野市役所)





- (特集)平成20年度武蔵野市 財政状況のあらまし(上半期)・・・⑧
- シンポジウム・分権時代の 自治体運営の基本ルールを考える・・・②
- 下水道総合計画(案)への意見を募集・・・②
- 住宅用地の申告および 未分筆道路の非課税について・・・③ 紙面から

脳卒中診療の連携システムが稼動しました 安心して住み続けられるまちー保健・医療・福祉のつながり

医療機関および医師会、介護・福祉サービス、行政が力を合わせ、脳卒中治療において患者の医療情報を引き継ぎ有効活用する患者本位のシステムを構築しました。
北多摩南部医療圏*1において、急性期病院*2、回復期病

院*3、介護老人保健施設から在宅まで、患者の情報を記載した《地域連携バス(脳卒中地域連携診療計画書)》でつなぎ、これにより急性期治療、回復期リハビリ、さらに在宅での治療とケアを継続することができるようになります。

圏 高齢者支援課
☎60-1941

部会における脳卒中診療ー地域連携バスの運用ー

武蔵野赤十字病院院長 富田 博樹

数年前から北多摩南部医療圏の病院・医師会・行政の関係者で北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会を発足し、病院や診療所・行政が協力して患者を診る「連携医療」体制の構築に取り組んできました。



《地域連携バス》は、患者が病院・診療所を移るとき、患者の情報を正しく伝える情報用紙です。患者が読んでわかる内容で、患者の手に残り、いつでも患者自身が利用できることを目指しています。この連携バスにより、十分な情報が伝わった連携医療を受けることができます。

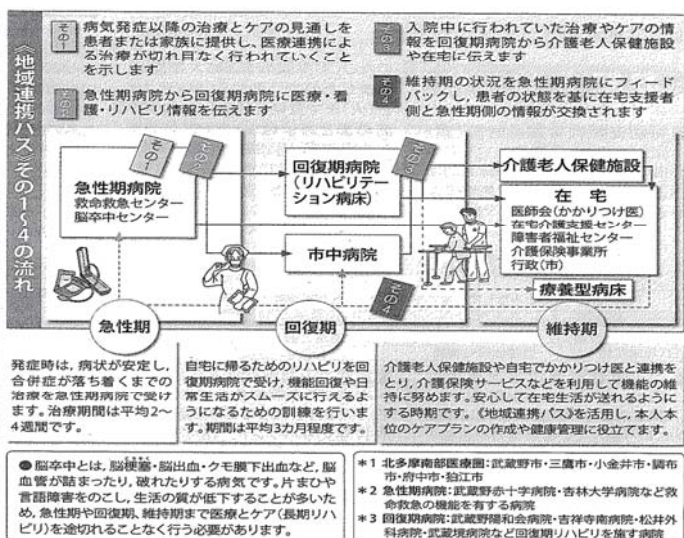
脳卒中診療体制構築の第一歩

武蔵野市医師会会長 瀧澤 一樹

武蔵野市を中心とした北多摩南部医療圏で、脳卒中の診療体制が第一歩、大きく踏み出しました。脳卒中診療は、突然の発症から予後経過、在宅療養にまでおよぶ疾病経過の「流れ」に沿った連携システムが整っていなければなりません。



武蔵野市医師会は、医療機能連携を基盤に《地域連携バス》を活用し、市中病院、診療所(在宅)、ケア(福祉、介護など)が協力して取り組み、脳卒中患者(市民)を支えていくまちづくりを目指しています。



地域包括ケア推進へ向けた武蔵野市の展望<保険者の方針>

武蔵野市の地域包括ケアが目指すものは...

- 2025年に向けた"総合的なまちづくり"
- 基本的方向性**: 地域リハビリテーションの理念に基づくとともに、高齢者福祉総合条例の基本理念や主要施策を基礎として、「体系化」と「改革」を進める!
- 基本目標**: 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高齢者の「尊厳を保持し」(法第1条)、「居宅生活の限界点」を高める!
- 推進手法**: 行政だけでなく財政援助出資団体や介護事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の"多職種"が、地域の「互助」「共助」の力とともに協働して推進する!

私たちの英知を結集しましょう!
ご清聴ありがとうございました。

平成 25 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護保険の保険者機能強化に関する調査研究
報告書

平成 26 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー
電話：03-6733-1021
FAX：03-6733-1028