

大事なことを皆で考え決めるために<NO. 13>

大事なことは皆で考え決めよう会

<このパンフは、本会のHP（「大事なことは皆で考え決めよう会」で検索）にも掲載しています。>

（文中のURLは、この文書をWEBで読むとき、クリックするため必要なので記載しています）

高齢化社会到来に向け、地域包括ケアシステムの構築へ

1章 介護保険制度

【1】介護保険制度は、次の3つの構成になっている。

- ①要介護者1～5に対する**介護給付**
- ②要支援者1・2に対する**予防給付**
- ③地域の高齢者に対する**地域支援事業**

【2】介護保険法

（1）介護保険制度に関して必要な事項を定めることを目的に97(H9)年12月に制定され、00(H12)年4月1日に施行された。 <介護保険法⇒<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>>

（2）**被保険者は次の2者**

①**第1号被保険者**（65歳以上の人）

介護保険料は個人ごとに異なる。保険料の納付方法は、特別徴収（年金天引き）と普通徴収（直接納付）がある。

②**第2号被保険者**（40歳以上64歳以下の人）

・介護保険料は加入している医療保険<地域保険と被用者保険の2種がある>の中で算定され、医療保険料として一括して納める。

・地域保険<市町村が運営する国民健康保険と国民健康保険組合が運営する国民健康保険の2種がある>に加入している場合は、国民健康保険料の算定方法と同様に世帯ごとに決定される。被用者保険<健保組合を持たない企業の被用者が加入する全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）、健保組合を持つ企業の被用者が加入する組合管掌健康保険（組合健保）、船員が加入する船員保険、日雇の被用者が加入する日雇健康保険、公務員が加入する共済組合保険の5種がある>に加入している場合は、被用者保険ごとに設定されている介護保険料率と給与（標準報酬月額）に応じ、決定される。

保険料の納付方法は、地域保険に加入している場合は、国民健康保険料と介護保険料をあわせて国民健康保険料として世帯主が納める。被用者保険に加入している場合は、介護保険料と医療保険料を合わせて給与から徴収される。

【3】要介護認定

（1）介護制度の利用限度枠を認定すること。基準に応じて、「**要支援1・2**」と「**要介護1～5**」の7段階（レベル／区分）にわかれている。段階に応じて、利用できる介護サービスの範囲や量、負担料金の上限などが変わってくる。認定を受けられるのは、**65歳以上**の方もしくは、**40～64歳**までで加齢が原因と思われる「**特定疾病（16種類）**」**[※]**の方。

[※]介護保険法の特定疾病とは、介護保険法施行令第2条で定める16の疾病のこと（がん・関節リウマチ・初老期における認知症・パーキンソン病など）

（2）まずは本人または家族から、**居住地の市町村役所や地域包括支援センター**に対して、申請手続を行う。その後、調査員の訪問調査や聞き取り調査を経て、コンピュータによる一次判定と、専門家で構成する介護認定審査会による二次判定を経て、申請から原則として1ヶ月以内に「**非該当（自立）**」「**要支援1・2**」「**要介護1～5**」のいずれかの認定結果が、文書で届くことになる。

（3）要介護・要支援度の目安

①要支援1⇒日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、要介護状態への進行を予防するために、IADL（手段的日常生活動作／掃除や買い物などの生活行為）において何らかの支援が必要な状態。

②要支援2⇒要支援1と比べて、IADLを行う能力がわずかに低下し、機能の維持や改善のために何らかの支援が必要な状態。

③要介護1⇒要支援の状態からさらにIADLの能力が低下。排せつや入浴などに部分的な介護が必要な状態。

④要介護2⇒要介護1の状態に加えて、歩行や起き上がりなどに部分的な介護が必要な状態。

⑤要介護3⇒要介護2の状態からさらにIADLおよびADL（日常生活動作／食事摂取・排せつなどの身の回りの生活行為）が著しく低下し、立ち上がりや歩行が自力ではできず、排泄や入浴、衣服の着脱などにもほぼ全面的な介護が必要な状態。

⑥要介護4⇒要介護3よりも動作能力が著しく低下し、日常生活ほぼ全般を介護なしで行うことが困難な状態。

⑦要介護5⇒要介護4の状態よりさらに動作能力が低下し、意思の伝達も困難になり、介護無しには日常生活を送ることが不可能な状態。

(4) 要介護者・要支援者の定義

①要介護者の定義（介護保険法第7条第3項）

・要介護状態にある65歳以上の者

・要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（「特定疾病」という）によって生じたものであること

②要支援者の定義（介護保険法第7条第4項）

・要支援状態にある65歳以上の者

・要支援状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病によって生じたもの

(5) 「非該当（自立）」と認定された方でも、

市町村が実施する**生活機能評価**（日常生活に必要な機能である生活機能を**基本チェックリスト<別紙（1つ目）>**で判定）を受けて要支援・要介護になるおそれがあると選定された人（**基本チェックリスト該当者**という）は、**介護予防・生活支援サービス**を受けることができる（ので、基本チェックリスト該当者は、**介護予防・生活支援サービス事業対象者**、または単に**事業対象者**ともいう）。

(6) **一般高齢者**（要介護・要支援や基本チェックリスト該当者でない65才以上の人）でも、

第1号被保険者のすべての人を対象にした、**一般介護予防事業**のサービスを受けることができる。

【4】介護保険財政

①介護保険の総費用から利用者負担分(10%)を除いた給付費の負担は、原則として50%を被保険者の保険料、50%を公費としている。また、15(H27)年度から17(H29)年度の間については、被保険者の保険料のうち、原則として22%を第1号被保険者、28%を第2号被保険者がまかなうことになる。

②介護保険の総費用は、介護保険制度がスタートした2000年度は3.6兆円だったが、要介護者数の急速な増加に伴い2013年度には9.4兆円、開始時の2.5倍強にまで膨れ上がった。

③月額介護保険料（全国平均）も2,911円でスタートしたものが、2015年4月からは5,514円、ついに5千円台を突破した。

④介護保険制度の各サービスの月額費用額<別紙（2つ目）>

費用額＝保険給付額＋公費負担額＋利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額（償還払いは含まない）

公費負担額とは、身体障害者手帳や原爆手帳を持っている方、生活保護の受給を受けている方に対して、本来は利用者負担となる分を公費で負担する額。その額は、生活保護受給者の場合、所得や資産の状況によっては一部となり、残りは公費の本人負担額として支払わねばならない。

償還払いとは、利用者が費用の全額をサービス提供事業者に行った支払い、その後、申請を行い保険者である市町村から、その費用の9割分の現金の償還（払い戻し）を受けること。福祉用具購入費、住宅改修費、高額介護サービス費の支給（給付）を受ける場合、やむを得ない理由で要介護認定前にサービスを利用した場合、ケアプランを作成しないでサービスを利用した場合や計画以外のサービスを利用した場合、介護保険被保険者証を提示しないでサービスを利用した場合などが償還払いの対象となる

2章 介護保険法の改正

～介護保険制度は、もともとは高齢化が急速に進むなか医療費・福祉費の膨張を防ぐ意図のもと、医療・福祉から介護部分を切り出して設計された制度だったが、当初の想定を超えるスピードで介護サービスの利用者が増加する事態に直面し、介護費用の大幅増を抑制するためにも制度の手直しが必要になり、介護保険法は改正が繰り返

返されてきた。～

<法改正の内容について記述されるこの章で頻発する**説明なき用語**については次章以後に説明されます。>

【1】第1次改正<05(H17)年6月/06(H18)年4月施行>

～予防重視型システムへの転換～

(1) 高齢者が要介護状態となることから生じる介護費用の増大を抑制すべく、要介護認定の区分をそれまでの5区分(要介護1～5)から、新しく「要支援1・2」を加えた7区分とする(要支援制度の開始)と同時に、「要支援者(要支援1・2に該当した方)」を対象とした「予防給付(介護予防サービス)」が、新たに提供されることになった(介護予防の導入)。

(2) **地域支援事業の創設/地域包括支援センターの創設/地域密着型サービスの創設**

(3) **施設給付の見直し**・・・施設利用の際の食費や居住費を**自己負担**とすることが決定

【2】第2次改正<08(H20)年5月/09(H21)年4月施行>

介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備、休止・廃止の事前届出制、休止・廃止時のサービス確保の義務化、認定審査項目の見直し、など。

【3】第3次改正<11(H23)年6月/12(H24)年4月施行>

(1) 施行後10年が経過し、サービスの利用者数が、制度創設当初の約3倍になるとともに、重度の要介護者や医療ニーズの高い高齢者の増加、介護力の弱い単身世帯や高齢者のみ世帯の増加などへの対応と、これを支える介護人材の確保等が緊急の課題となった。そこで、高齢者が地域で自立した生活を営むことができるようにするために、医療・介護・予防・住まい・生活支援の5サービスを切れ目なく提供する「**地域包括ケアシステム**」の実現を図ることとなった。

(2) 地域包括ケアシステムを担うものとして、地域密着型サービスに新たに2つのサービス、つまり**定期巡回・随時対応型訪問介護看護・複合型サービス**を追加。

(3) **介護予防・日常生活支援総合事業の創設**

【4】第4次改正<14(H26)年6月/15(H27)年4月から順次施行>

(1) **医療介護総合確保推進法<※>に基づく改正**

<※>医療介護総合確保推進法とは、「**持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律**」に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」ことを趣旨とした「**地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律**(介護保険法や医療法など19の法律を一括して改正する法律)」のこと。14(H26)年6月に成立した。

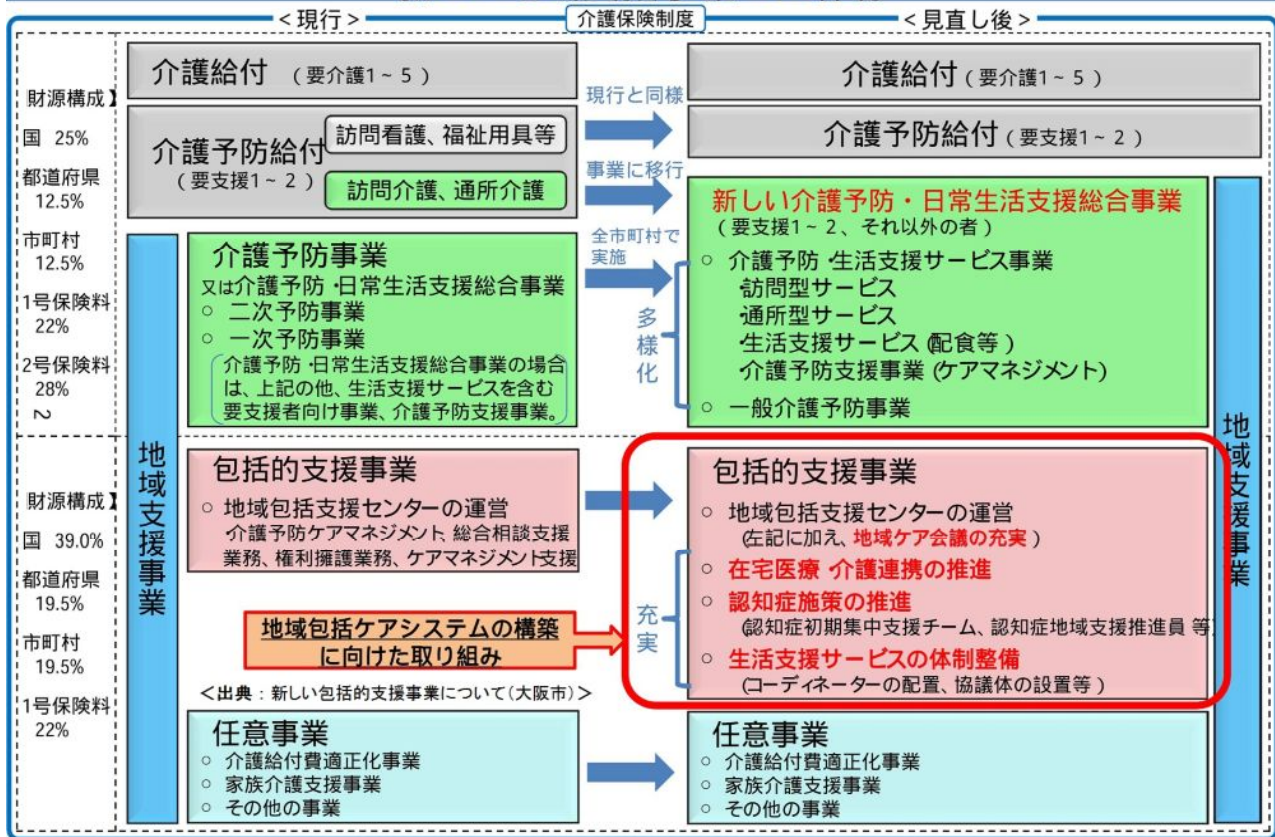
(2) 地域包括ケアシステム構築の重点化と効率化のため、**全国一律だった介護保険で要支援者を対象とする介護予防給付のうち訪問介護・通所介護を、市町村が行う地域支援事業に移行**させ、地域支援事業の介護予防事業は「**新しい介護予防・日常生活支援総合事業**」と呼ばれることになった<下図ご参照>。

①これにより、従来の介護予防事業の、生活機能評価により要支援・要介護になるおそれがあると選定された高齢者に向けた「**2次予防事業**」と、それ以外の一般高齢者向けの「**1次予防事業**」という区分はなくなり、「**介護予防・生活支援サービス事業**」と「**一般介護予防事業**」という新たな区分ができた。

②介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者と生活機能評価で要介護リスクが高いと判定された人(基本チェックリスト該当者)が対象。一般介護予防事業は、すべての高齢者が対象(必要に応じて前者に所属する方でも参加できる)。

③この移行は、15(H27)年度～17(H29)年度末までの最長3年以内に、市町村の判断で実施される。要支援者が利用している予防給付うち、介護予防訪問介護・介護予防通所介護の2サービスが約5割を占めているため、これらが全国一律の介護保険の枠外となることは、利用者にとって影響が大きかった。

新しい地域支援事業の全体像



(3) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとして、次のように**包括的支援事業を充実させる**。＜上図ご参照＞

①**地域ケア会議の充実**

②**在宅医療・介護連携の推進**・・・自宅介護へのシフトをはかり、特別養護老人ホームの入所も基本的に要介護3以上とする。

③**認知症施策の推進**

④**生活支援サービスの体制整備**

(4) **療養機能強化型の介護療養型医療施設／地域密着型通所介護の創設** (16(H28)年4月施行)

(5) **給付の見直し**・・・一定所得以上の方の**利用者負担**は1割から2割へと引き上げ。

【5】**第5次改正**＜17(H29)年2月に、法案が国会に上程された＞

～地域包括ケアシステムの強化のための改正で、主な内容は次の通り。～

< 1 > **介護医療院を創設**

介護医療院とは、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する新たな介護保険施設。介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づけられる。開設主体は地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等。

< 2 > 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の**負担割合**を3割とする。

< 3 > **認知症施策の推進**・・・**新オレンジプラン**の基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化する。

～新オレンジプラン～

(1) 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同で策定＜15(H27)年1月＞。

(2) 新オレンジプランは、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」の略称で、**地域包括ケアシステムの実現と一体**になって、認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に答えていくことを旨としつつ、(3)の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していくこととしている。

(3) 7つの柱 <新オレンジプラン⇒<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>>

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

かかりつけ医の認知症対応力向上研修／認知症サポート医の養成／認知症疾患医療センターの運営／認知症初期集中支援チーム（サポート医・保健師・看護師・介護福祉士・社会福祉士等）の設置／病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修／「BPSD（行動・心理症状）ガイドライン」の活用／認知症介護実践者研修等／認知症ケアパス（認知症の状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成普及／認知症地域支援推進員（認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士等）の活動

- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

3章 地域包括ケアシステムとは

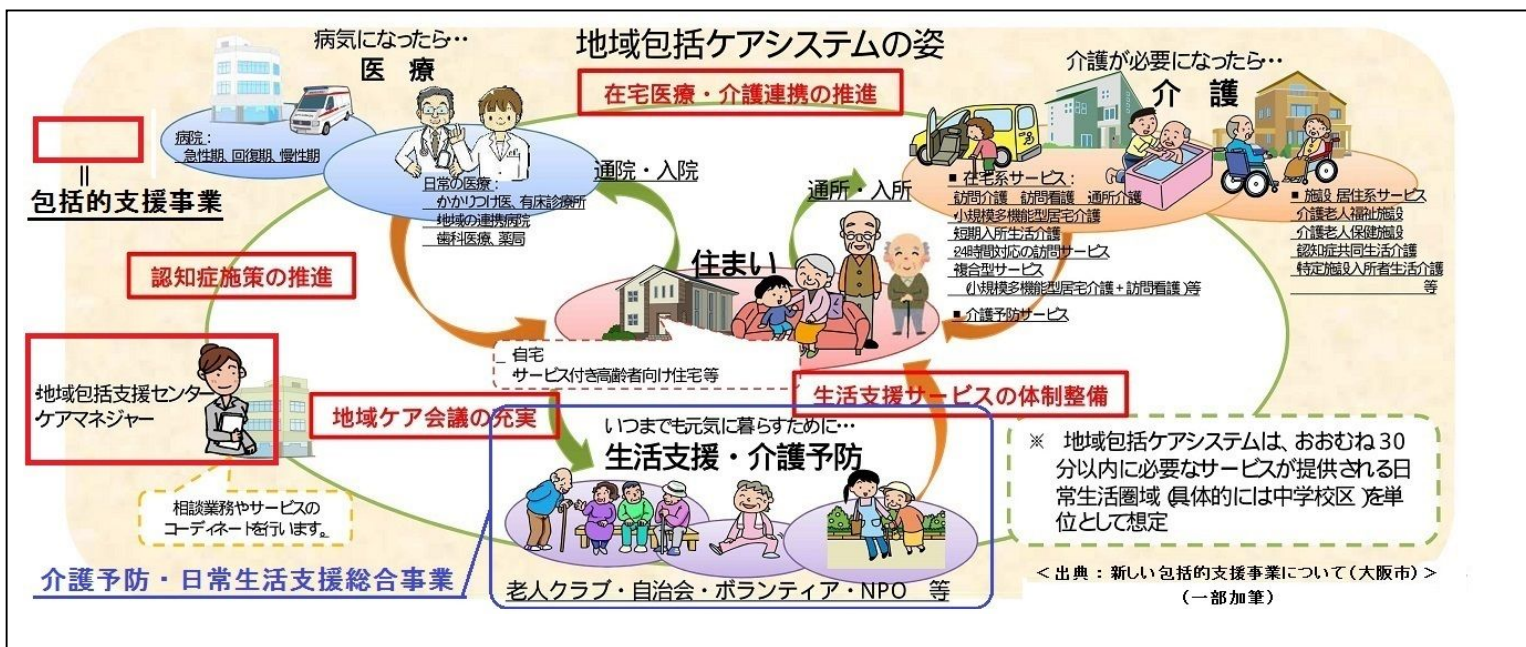
【1】地域包括ケアとは、単身高齢者世帯・高齢者夫婦のみ世帯・認知症高齢者の増加が予想されるなか、

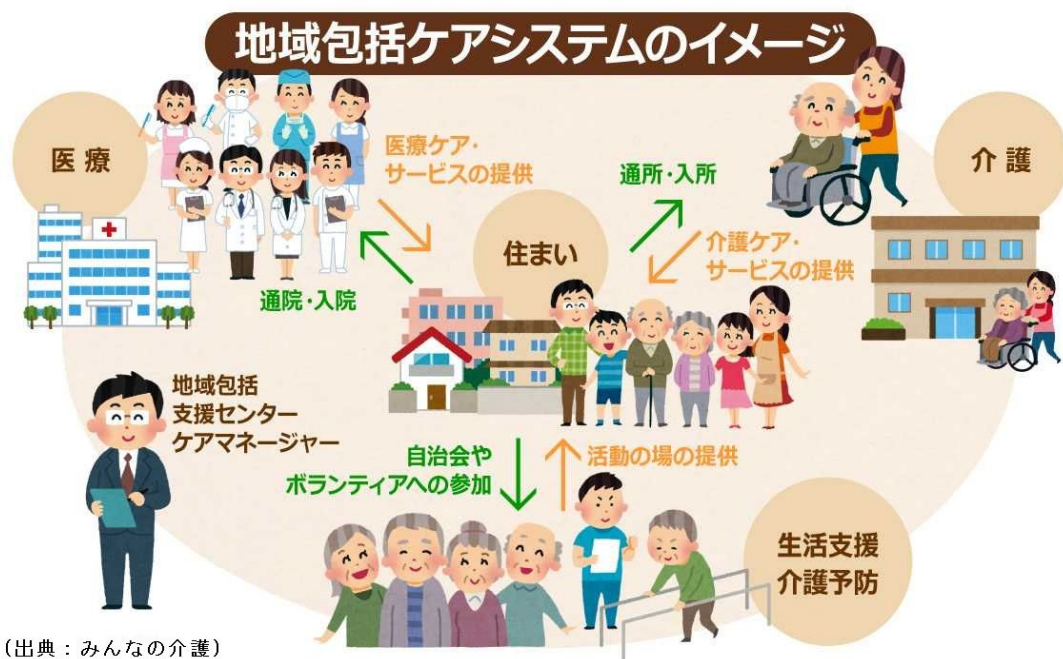
①介護が必要な状態になっても、要介護状態が重度になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるようにするため市町村が中心となって、**介護だけではなく、医療・介護予防・生活支援・住まいという5つを包括的（一体的）に提供**することで、

②「重度要介護者となっても、なるべく長く、住み慣れた地域で暮らす」という大義名分のもと「**施設から地域・在宅へ**」ケアの場を移行していき、高齢者の暮らしを自宅等を中心に地域で支えていく**地域完結型ケア**に移行していくもの。

*一言でいえば、高齢者が、重度な要介護状態とならないようにして、また、なったとしても可能な限り、住み慣れた地域で、尊厳が保持され自立的に自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにするための、地域の包括的な支援・サービス提供体制のこと。

【2】国と市町村はこのシステムを、団塊の世代が75歳以上となり65歳以上の高齢者人口が約3600万人以上になる**2025(H37)年を目途に構築**をめざす。





【3】地域包括ケアの5つの構成要素

- (1) 病気になったら・・・**医療**（看護含む）
 - (2) 介護が必要になったら・・・**介護**（リハビリ含む）
 - (3) 介護が必要とならない、病気にならない、ために・・・**介護予防**（保健含む）
 - (4) 安定した日常生活を送れるために・・・**生活支援**
 - (5) 尊厳が守られ安心して暮らせるために・・・**住まいの確保**
- (*) 最近では、よりくわしく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」「生活支援・福祉」「すまいとすまい方」と表現された、右のイメージ図が示されている。



4章 地域包括ケアシステムの構築へ

【*】地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「医療」「介護」「介護予防」というサービスの充実と、その前提をなす「生活支援」「住まい」の充実が必要。

また、「自助」「互助」「共助」「公助」の結合が大切。それは、自らの健康的な生活は自分で支えるという「自助」と、家族や親戚、地域住民同士で助け合う「互助」を基本にしつつ、そこでのケアを賄えない部分を介護保険や医療保険などの「共助」と、生活保護や社会福祉からの「公助」で補っていく、ということ。

～上記のことから、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、次のことが充実・推進されなければならない。～

- 【1】医療
- 【2】介護保険事業（国主体）
- 【3】地域支援事業（自治体主体）
- 【4】医療と介護の連携
- 【5】高齢者の住まい

～以下、上記のことを説明～

【1】医療

<1>病院・診療所

(1) 「入院診療用のベッド」が20床以上が病院で、20床未満が診療所。

(2) 病院は機能によって、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4種類に分類される（「終末期」を加えると5種類）。

(3)「入院ベッド＝病床」は病院ごとにその病床機能が異なる。

①**高度急性期**病床⇒救急救命センターがあつて、24時間医師が張り付いている病床。短期間に超濃密な医療を提供できるよう、治療室内には専用の機器が備え付けられていて、看護師も他の病床に比べて倍以上と手厚く配置されている。同じような、診療密度の高い医療を提供する高規格な病床として、ICUやHCUなどがある。長期入院するのはできない。例えば脳梗塞で高度急性期病床を有する病院に運び込まれても、在宅復帰のためのリハビリテーションはそこではできないので、回復期病床のある病院に転院しなければいけない。

②**急性期**病床⇒高度急性期病床ほど高い診療密度ではないものの、不安定な病態からある程度安定した状態になるまでの治療を提供する病床。手術をしたり抗がん剤治療をしたりする。世の中の「病院」のイメージが一番近いところ。

③**回復期**⇒急性期治療が終わって病態が安定した患者に対し、リハビリを提供したりして、家に帰るための調整や訓練をする病床。

④**慢性期**⇒長期にわたって療養が必要な患者が入院するための病床。手術はしない。

⑤病院によっては急性期と回復期や回復期と慢性期の組み合わせなど、機能の違う病床を組み合わせで保有しているところもある(**ケアミックス病院**)。こういう病院の場合は院内で病棟を変えることで患者の病態に合わせた治療を受けることになる。

(4) 国が進める**病床機能の再編**

団塊の世代が全員後期高齢者(75歳以上)になる2025年に向けて厚生労働省は、病院(病床機能)の再編・再配分を行おうとしている。今進められようとしているのは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの区分それぞれについて、都道府県が政策的に病床機能の「必要量」を決め、この目標数量に向かって病院の診療機能を誘導・最適化させよう、というもの。なお、全国の慢性期病院のうち2割は2025年までに生き残れない可能性がある、ともいわれている。

<2> **日常の医療を担うもの**

①**有床診療所**⇒19以下のベッドを備え、外来及び必要があれば入院して治療を行うことができる小規模な医療施設。施設名には「〇〇医院」や「〇〇クリニック」などという名称が使われている。

②**かかりつけ医制度**・・・次は、16年2月時点での情報

・「かかりつけ医」とは日常生活に密着した診療や初期治療を行い、気軽に健康管理も相談できる身近なお医者さん。長年に渡り健康管理をすることで、いつもと違う身体の変調も的確に診察できる。

・「かかりつけ医」が高度な診療、検査等が必要と判断した患者には、検査・治療が可能な施設へ診療情報提供書(紹介状)を出し、患者を引き継ぐが、高度な医療の提供、急性期疾患への迅速な対応をする大学病院等に、軽度の患者の受診を減らし専門的な診療に専念する為、16年2月10日の中央社会保険医療協議会で16年度の診療報酬改定案として、紹介状なしで大病院を受診する場合、診察料などとは別に初診で5000円、再診については2500円が請求される事が決定。対象となる医療機関は「**特定機能病院**(国が承認、86施設うち80は**大学病院**の本院)」、「**500床以上の地域医療支援病院**(都道府県が承認、187施設)」。厚労省の調べでは、500床以上の地域医療支援病院は15年4月時点で187施設あり、そのうち160施設の85.6%で「紹介状のない初診患者」から特別料金を徴収(86の特定機能病院では100%)。つまり診察料以外の特別料金の請求が可能にもかかわらず、請求していない地域医療支援病院が27施設ある。それらが全て16年4月から5000円または2500円の特別料金の請求が義務化された。

・こうして、受診している総合病院が「特定機能病院」、または「500床以上の地域医療支援病院」か確認しなければならなくなった。対象医療機関であれば病院の掲示板などに掲示されている。この特別料金の請求を躊躇するならば、かかりつけ医を持たねばならない。なお、生駒市立病院は、「特定機能病院」と「500床以上の地域医療支援病院」のいずれでもない。

③**地域医療支援病院**⇒地域の中核病院として地域の診療所・クリニック等では対応の困難な専門的な治療や高度な検査、手術等を行い「地域完結型医療」の中心的役割を担う病院。奈良県では、県立奈良病院・県立三室病院・済生会中和病院がこれに該当。

④**歯科医院、薬局**

【2】介護保険事業（国主体）

< 1 > 全体把握

【介護サービス 福祉系と医療系がある】

(1) 福祉系

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）／訪問介護（ホームヘルパー）／訪問入浴介護／通所介護（デイサービス）／短期入所生活介護（ショートステイ）など。

(2) 医療系

介護老人保健施設（老健）／介護療養型医療施設／訪問看護／訪問リハビリテーション／居宅療養管理指導／通所リハビリテーション（デイケア）／短期入所療養介護（ショートステイ）など。

【介護サービス 2給付・7種類・39ある。】

| (指定権者：介護保険サービスの提供事業者を指定・監督する権限を有する者) (表中の「法」は、「介護保険法」の略) | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| 指定権者 | | |
| | 都道府県 | 市町村 |
| 介護給付 | 居宅〔介護〕サービス [12] (法第8条第1項) | 地域密着型〔介護〕サービス [9] (法第8条第14項) |
| | 居宅介護支援 [1] <前述> (法第8条第24項) | |
| | 施設〔介護〕サービス [3] (法第8条第26項) | |
| 予防給付 | 介護予防サービス [10] (法第8条の2第1項) | 地域密着型介護予防サービス [3] (法第8条の2第12項) |
| | | 介護予防支援 [1] <前述> (法第8条の2第16項) |

[] 内数字の合計は 39

【介護保険サービス 種別分類による一覧】

～介護保険サービスは、介護サービスに「住宅改修」と「介護予防住宅改修」を加えて41ある～

指定権者から指定を受けた事業者を**指定〇〇事業者**といい、その事業者が提供するサービスを**指定〇〇**という。
 例えば、都道府県から指定を受けた訪問介護事業者は「指定訪問介護事業者」といい、
 その事業者が提供するサービスを「指定訪問介護 [サービス]」という。
 (「指定」は通常は省略される。)

| | | 指定権者：都道府県 | 指定権者：市町村 | | |
|---------------------------|--|---|------------------------------|--|--|
| 介護 給付 | 居宅 [介護] サービス [12] | 訪問介護 (ホームヘルプ) | 地域密着型 [介護] サービス [9] | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |
| | | 訪問入浴介護 | | 夜間対応型訪問介護 | |
| | | 訪問看護 | | 地域密着型通所介護 (小規模デイサービス) 療養通所介護 (療養デイサービス) を含む | |
| | | 訪問リハビリテーション | | 認知症対応型通所介護 (認知症対応型デイサービス) | |
| | | 居宅療養管理指導 | | 小規模多機能型居宅介護 | |
| | | 通所介護 (デイサービス) | | 認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム) | |
| | | 通所リハビリテーション (デイケア) | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 (介護付有料老人ホーム/介護付ケアハウス) | |
| | | 短期入所生活介護 (ショートステイ) | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (地域密着型特別養護老人ホーム) | |
| | | 短期入所療養介護 (ショートステイ) | | 看護小規模多機能型居宅介護 (旧称：複合型サービス) | |
| | | 特定施設入居者生活介護 | | | |
| | | 福祉用具貸与 | | | |
| | | 特定福祉用具販売 | | | |
| 居宅介護支援 [1] | | | | | |
| 施設 [介護] サービス [3] | 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) での、介護福祉施設サービス | | | | |
| | 介護老人保健施設 での、介護保健施設サービス | | | | |
| | 介護療養型医療施設 での、介護療養施設サービス | | | | |
| 予防 給付 | 介護予防サ ービス [10] | 介護予防訪問入浴介護 | 地域密着型 介護予防 サービス [3] | 介護予防認知症対応型通所介護 | |
| | | 介護予防訪問看護 | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | |
| | | 介護予防訪問リハビリテーション | | 介護予防認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者グループホーム) | |
| | | 介護予防居宅療養管理指導 | 介護予防支援 [1] | | |
| | | 介護予防通所リハビリテーション | | | |
| | | 介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) | | | |
| | | 介護予防短期入所療養介護 (ショートステイ) | | | |
| | | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | |
| | | 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| | | 介護予防特定福祉用具販売 | | | |
| | | 介護予防訪問介護 ⇒地域支援事業 (自治体主体) へ | | | |
| | | 介護予防通所介護 ⇒地域支援事業 (自治体主体) へ | | | |
| | | 住宅改修 (介護保険法第45条) / 介護予防住宅改修 (同第57条) [2] (指定権者はない) | | | |

[] 内数字の合計は41

【介護保険サービス 性格分類による一覧】

| | 介護給付 | | 予防給付 | |
|-------------------------------|------------------------|---|----------------------------|---|
| | 居宅サービス | 地域密着型サービス | 介護予防サービス | 地域密着型サービス |
| 訪問を受けて利用 | 訪問介護 (ホームヘルプ) | 夜間対応型 訪問介護 | | — |
| | 訪問入浴介護 | — | 介護予防訪問入浴介護 | |
| | 訪問看護 | 定期巡回・随時対応 型訪問介護看護 | 介護予防訪問看護 | |
| | 訪問リハビリ テーション | — | 介護予防訪問リハビリ テーション | |
| | 居宅療養管理指導 | — | 介護予防 居宅療養管理指導 | |
| 施設に通って利用 | 通所介護 (デイサービス) | 地域密着型通所介 護 (小規模デイサー ビス) | — | — |
| | — | 認知症対応型 通所介護 (認知症対 応型デイサービス) | — | 介護予防 認知症対応型 通所介護 |
| | 通所リハビリテ ーション (デイケア) | — | 介護予防通所リハビリテ ーション (デイケア) | — |
| 短期間、施設に 泊まって利用 | 短期入所生活介護 (ショートステイ) | — | 介護予防短期入所生活 介護 (ショートステイ) | — |
| | 短期入所療養介護 (ショートステイ) | | 介護予防短期入所療養 介護 (ショートステイ) | |
| 通いを中心に、 訪問、泊りを 組み合わせて利用 | — | 小規模多機能 型居宅介護 | — | 介護予防小規模 多機能型居宅介護 |
| | | 看護小規模多機能 型居宅介護 (旧称 複合型サービス) | | — |
| 在宅に近い暮らし をして利用 | 特定施設 入居者生活介護 | 地域密着型 特定施設入居者生 活介護 | 介護予防 特定施設入居者生活介護 | |
| | — | 認知症対応型 共同生活介護 (認知症高齢者 グループホーム) | | 介護予防認知症対 応型共同生活介護 (認知症高齢者 グループホーム) |
| 施設に入所 して利用 | — | 地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護 | | — |
| 福祉用具整備 のため利用 | 福祉用具貸与 | — | 介護予防福祉用具貸与 | — |
| | 特定福祉用具販売 | | 特定介護予防 福祉用具販売 | |
| 利用の相談と計画 立案のために利用 | 居宅介護支援 | | 介護予防支援 | |
| 住宅整備 のため利用 | 住宅改修費支給 | | 介護予防住宅改修費支給 | |
| 介護保険3施設 に入所して利用 | 介護福祉施設サービス | | — | |
| | 介護保健施設サービス | | | |
| | 介護療養施設サービス | | | |

【保険給付の種類】

(1) 介護給付・・・14種

- ①居宅介護サービス費・・・要介護者が居宅介護サービスを受けた場合に支給される。
- ②特例居宅介護サービス費・・・要介護者が要介護認定の効力が生じる前にやむを得ない理由により居宅サービスを受けた場合に支給される。
- ③地域密着型介護サービス費・・・要介護者が地域密着型居宅介護サービスを受けた場合に支給される。
- ④特例地域密着型介護サービス費・・・要介護者が要介護認定の効力が生じる前にやむを得ない理由により地域密着型居宅サービスを受けた場合に支給される。
- ⑤居宅介護福祉用具購入費・・・要介護者が特定福祉用具を購入した場合に支給される。
- ⑥居宅介護住宅改修費・・・要介護者が定められた住宅改修をした場合に支給される。
- ⑦居宅介護サービス計画費・・・要介護者が、指定居宅介護支援事業者から居宅介護支援を受けた場合に支給される。
- ⑧特例居宅介護サービス計画費・・・要介護者が、指定居宅介護支援以外の居宅介護支援又はこれに相当するサービス（定められた基準を満たすと認められる事業を行う事業所により行われるものに限る）を受けた場合に支給される。
- ⑨施設介護サービス費・・・要介護者が施設介護サービスを受けた場合に支給される。
- ⑩特例施設介護サービス費・・・要介護者が要介護認定の効力が生じる前にやむを得ない理由により施設サービスを受けた場合に支給される。
- ⑪高額介護サービス費・・・要介護者で所得が少ない方の居宅・地域密着型・施設の介護サービス利用者負担額が著しく高額である場合に支給される。
- ⑫高額医療合算介護サービス費・・・要介護者で所得が少ない方の医療一部負担金等と介護サービス利用者負担額との合計が著しく高額である場合に支給される。
- ⑬特定入所者介護サービス費・・・特定入所者（施設介護サービスや地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護のサービスを受けた要介護者で所得が少ない方）の食費・居住費にかかった負担額を軽減するために支給される。
- ⑭特例特定入所者介護サービス費・・・特定入所者が要介護認定の効力が生じる前に⑬に記載したサービスを受けた場合に、食費・居住費にかかった負担額を軽減するために支給される。

(2) 予防給付・・・12種

- ①介護予防サービス費・・・要支援者が介護予防サービスを受けた場合に支給される。
- ②特例介護予防サービス費・・・要支援者が要支援認定の効力が生じる前にやむを得ない理由により介護予防サービスを受けた場合に支給される。
- ③地域密着型介護予防サービス費・・・要支援者が地域密着型介護予防サービスを受けた場合に支給される。
- ④特例地域密着型介護予防サービス費・・・要支援者が要支援認定の効力が生じる前にやむを得ない理由により地域密着型介護予防サービスを受けた場合に支給される。
- ⑤介護予防福祉用具購入費・・・要支援者が特定介護予防福祉用具を購入した場合に支給される。
- ⑥介護予防住宅改修費・・・要支援者が定められた住宅改修をした場合に支給される。
- ⑦介護予防サービス計画費・・・要支援者が、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援を受けた場合に支給される。
- ⑧特例介護予防サービス計画費・・・要支援者が、指定介護予防支援以外の介護予防支援又はこれに相当するサービス（定められた基準を満たすと認められる事業を行う事業所により行われるものに限る）を受けた場合に支給される。
- ⑨高額介護予防サービス費・・・要支援者で所得が低い方の介護予防・地域密着型介護予防のサービス利用者負担額が著しく高額である場合に支給される。
- ⑩高額医療合算介護予防サービス費・・・要支援者で所得が少ない方の医療一部負担金等と介護サービス利用者負担額との合計が著しく高額である場合に支給される。
- ⑪特定入所者介護予防サービス費・・・特定入所者（介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護のサービスを受けた要支援者で所得が少ない方）の食費・居住費にかかった負担額を軽減するために支給される。
- ⑫特例特定入所者介護予防サービス費・・・特定入所者が要支援認定の効力が生じる前に⑪に記載したサービスを受けた場合に、食費・居住費にかかった負担額を軽減するために支給される。

<2>ケアプラン/介護予防ケアプランとケアマネジャー

(1) ケアプラン

①**要介護認定者が**介護サービスを受ける上で必要な「計画書」のこと。正式名称は「居宅介護サービス計画」。

②**居宅介護支援事業所**に作成を依頼し、そこに所属するケアマネージャーに作成してもらう。自分で作成することも認められているが、その場合は利用者（本人・家族）が市町村へ届け出なければならない（実際に自作している人は要介護者の0.1%以下といわれている）。

③利用者は、「このサービスを使うことが必要」とケアプランに盛り込まれることで、介護保険サービスを利用できる。

(2) ケアマネジャー（正式名称は**介護支援専門員**）

①居宅介護支援に実際にあたる、介護保険制度の中で支援（相談・援助）という役割を果たす要職。ケアマネージャーになるためには試験があり、一定の資格や実務経験が必要。

②居宅介護支援（ケアマネジメント）

・居宅介護支援事業所（ケアマネージャーが所属しているケアプラン作成機関）が行う。実際の業務はケアマネージャーが行う。利用できるのは、居宅（介護保険でいう「居宅」には、自宅のほか介護保険3施設以外の施設の居室も含む）で生活を送る、「要介護」と認定された人。

・介護保険サービスの入り口となるサービスで、居宅サービス・地域密着型サービスを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する者などを定めた計画を立案し、その計画に基づいてサービスが提供されるよう、事業者などと連絡・調整を行う。また、利用者が地域密着型介護老人福祉施設や介護保険3施設への入所を希望する場合には、それらの施設の紹介や必要な便宜を図る。

○どのような介護サービスの希望をするか面接（インテーク）、どのような介護サービスが必要かを査定（アセスメント）して、介護保険が利用できるようにケアプラン（サービス計画書/個別支援計画書）を作成（プランニング）し、施設への紹介、介護サービス事業者との連絡・調整、介護保険申請の代行業務、介護保険の給付管理業務などの介護支援サービスを提供する。そしてサービスの利用開始後も提供されている介護サービスが適切か否かを定期的に評価（モニタリング）し、要介護者と介護者の状況に合わせて再びアセスメント、プランニングをおこなう。

・居宅介護支援事業所は各地域に複数あり市区町村の窓口、地域包括支援センター、かかっている病院の地域連携室などで、住んでいる地区を担当する居宅介護支援事業所のリストがもらえる。

・居宅介護支援事業所は、生駒市内には16(H28)年4月1日現在で31ある。

(3) 介護予防ケアプラン

①**要支援認定者は**、介護予防支援により介護予防サービスを受けることができる。

②**介護予防支援**とは、地域包括支援センター<後述>による、介護予防ケアプラン（正式名称は「介護予防サービス計画」）の作成とケアプランに位置づけたサービス事業所や施設などとの連絡・調整。

③介護予防ケアプランを作成するのは、地域包括支援センターの職員（介護予防ケアプラン担当者）または、地域包括支援センターから委託された居宅介護支援事業所に所属するケアマネージャー。

④地域包括支援センターは、生駒市内には16(H28)年4月1日現在で6ある。利用者の住所により担当の支援センターが決まっている。

< 3 >各介護保険サービスの説明

【介護給付（要介護者対象）】

～介護給付の目的は、要介護状態となってしまった人への支援～
～居宅や介護保険3施設<後述>で生活を送る人が受ける。～

～以下のように、**4種類・25**ある。～

(1) 居宅〔介護〕サービス

～居宅で生活を送る人が受ける、地域密着型サービス・居宅介護支援以外の介護給付。

「居宅」には、自宅のほか

介護保険3施設<後述>以外の介護施設（制度上は集合住宅であるから居宅と見なされる）の居室も含む。

前者で生活を送る人が受けるのが**在宅系サービス**、**後者**で生活を送る人が受けるのを**居住系サービス**という。～

～介護保険の中核をなすサービスで、以下の**12サービス**～

<生駒市内事業者数は16(H28)年4月1日現在の情報。>

①訪問介護（ホームヘルプ）

○住み慣れた居宅で利用できる基本サービスで、居宅サービスの中でも最も利用されている。介護福祉士や訪問介護員によって提供される入浴・排泄・食事等の介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス（ただし、地域密着型サービスの「夜間対応型訪問介護」にあたるものは除く）。

○生駒市内事業者数（23）

②訪問入浴介護

○居宅を訪問し、持参した浴槽によって行われる入浴の介護。

○生駒市内事業者数（1）

③訪問看護

○医師の指示に基づき、看護師・准看護師・保健師・理学療法士・作業療法士が居宅を訪問して行う療養にかかわる世話、または必要な診療の補助を行う。

○主治医が、利用者の病状が安定しており、訪問看護が必要だと認めた場合に限る。

○生駒市内事業者数（9）

④訪問リハビリテーション

○医師の指示に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士という専門職が、居宅を訪問して行われる、心身の機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的とするリハビリテーション。

○主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合に限る。

○生駒市内事業者数（3）

⑤居宅療養管理指導

○在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ療養上の管理及び指導などを提供する。

○事業者の指定はなく、医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・歯科衛生士・管理栄養士等が行う。

⑥通所介護（デイサービス）

○老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練（ただし、利用定員が19名以上のものに限り、地域密着型サービスの「認知症対応型通所介護」に当たるものを除く）。利用者は日中、老人デイサービスセンターなどを訪れて日帰りで、これらのサービスを受ける。効果としては、単にサービスを受けられるというだけではなく、家に閉じこもりがちなお年寄りによっては、出かけることにより、おしゃれをしたり、よく会話をするようになるなど、精神的にも効果が現れる。また、家族にとっても介護から解放される時間を提供することにもなる。デイサービスは、本人はもちろんのこと、家族にもリフレッシュの機会を与えることができる。

○生駒市内事業者数（16）

⑦通所リハビリテーション（デイケア）

○介護老人保健施設・病院・診療所で提供される、利用者の心身機能の維持回復、日常生活の自立を助ける

ことを目的とする、リハビリテーション。利用者は介護老人保健施設などを訪れて日帰りで、これらのサービスを受ける。

- 主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合に限る。
- 生駒市内事業者数 (4)

⑧短期入所生活介護（ショートステイ）

○特別養護老人ホームなどの施設で短期間（数日から1週間）、生活してもらい、その施設で行われる、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練。

○利用者家族は、一定期間、介護から解放され、自分の時間を持つことができたり、心身のリフレッシュのために休養を取ることができる。また、介護をする家族などが、病気で体調を崩した時や冠婚葬祭、出張などで一時的に在宅介護が困難な時にも役に立つ。

- 生駒市内事業者数 (5)

⑨短期入所療養介護（ショートステイ）

○介護老人保健施設などの施設で短期間、生活してもらい、その施設で行われる、看護、医学的な管理の必要となる介護や機能訓練、そのほかに必要となる医療、日常生活上のサービス。

○利用者家族にとっては、一定期間、介護から解放される点では⑧と同じであるが、それとは異なり医療としての側面が強い。

- 生駒市内事業者数 (2)

⑩特定施設入居者生活介護

○特定施設とは、職員の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令を満たして都道府県知事の指定を受けた、老人福祉法に基づく施設である**有料老人ホーム<※>・軽費老人ホーム<※>・養護老人ホーム<後述>**と高齢者住まい法<後述>に基づく施設である**サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）<後述>**と厚労省老健局・国交省住宅局の両局長通知に基づく施設である**シルバーハウジング<後述>**のことで、特定施設入居者生活介護とは、これらの施設に入居している要介護者が受ける介護サービスのことで、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活を送るうえで必要となるサービス。

○特定施設サービス計画の作成と利用者の安否確認・生活相談等といった基本サービスは特定施設のスタッフが行うが、サービス計画に基づく入浴・排せつ・食事等の介護その他日常生活上の世話は、施設のスタッフが行う施設と外部の指定居宅サービス事業者に委託して行う施設がある。前者を「**一般型特定施設**」、後者を「**外部サービス利用型特定施設**」という。

<※>有料老人ホーム

⇒介護保険法ではなく老人福祉法に基づく施設。高齢者を入居させ、「食事の提供」、「洗濯・掃除等の家事」、「健康管理」、「入浴・排泄・食事などの介護の提供」のいずれか（または複数）のサービスを提供する。介護の提供の方法・有無により、「介護付」「住宅型」「健康型」の3類型に分けられる。「**介護付**」は、都道府県から「特定施設入居者生活介護」の介護保険の指定（事業者認定）を受けて、ホームが介護を提供する。「**住宅型**」は、60歳以上の自立の方から要支援・要介護の方まで入居できるが、介護の提供が必要な場合は、入居者が個々に自分で外部の介護サービス事業者と契約しなければならず、外部の介護サービスを利用して施設での生活が困難になった場合は、退去（特別養護老人ホームなどへの入所）しなければならない。「**健康型**」は、健康で自立生活が可能で高齢者を入居対象にし、老後を楽しく暮らすための施設であるが、介護が必要になった場合は退所（特別養護老人ホームなどへの入所）しなければならず、数は少ない。

<※>軽費老人ホーム

⇒介護保険法ではなく老人福祉法に基づく施設。高齢で身寄りがなく、または、家庭環境や経済状況などの理由により、家族との同居が困難な方を「自治体の助成を受ける形」で、比較的低額な料金で入居できる福祉施設。「A型」「B型」「C型（ケアハウス）」の3種類ある。A型は、食事提供と生活支援サービス（病院や買物の送迎・生活相談・緊急時の対応・入浴サービスなど）がともにある。B型は、食事提供が無いため自炊ができ、生活支援サービスは入浴サービス・緊急時対応など一部のみある。A・B型は、介護サービスの提供を考慮に入れたホームではないため1990年以降新設されず、介護サービスの提供に配慮しているのがケアハウスと呼ばれる「C型」に順次移行していく方針が進められている。

C型（ケアハウス）には「介護型」と「一般型（自立型）」の2類型ある。前者は、都道府県から介護保険の指定（事業者認定）を受けて「特定施設入居者生活介護」を提供するホームで、後者は、介護保険の指定を受けずに、必要があれば外部事業者の介護サービスを利用するホームである。

○生駒市内事業者数 (5)

⑪福祉用具貸与

○利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な福祉用具を選定するための援助、その取付けや調整などを行い、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト（つり具の部分を除く）、自動排泄処理装置、の13種目の福祉用具を要介護度に応じて貸与。

○生駒市内事業者数 (4)

⑫福祉用具販売

○福祉用具のうち、入浴や排泄の際に用いられるなど、貸与にはなじまないもの（これを「特定福祉用具」という）を販売（年間10万円を限度とする購入費を支給）。具体的には、腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、の5品目。

○生駒市内事業者数 (6)

(2) 施設〔介護〕サービス

～下記の**介護保険3施設**に入所している方が利用する介護サービス～

＜生駒市内事業者数は16(H28)年4月1日現在の情報。＞

①介護老人福祉施設

○介護老人福祉施設とは、老人福祉法では**特別養護老人ホーム**（入所定員が30人以上であるものに限りま）と呼ばれているものであって、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）に基づいて、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスを提供することを目的とする施設。介護老人福祉施設で提供される、このようなサービスを「**介護福祉施設サービス**」という。利用する介護福祉施設サービスが保険給付の対象となるには、介護老人福祉施設のうち、都道府県知事が「指定」した介護老人福祉施設（これを「**指定介護老人福祉施設**」という）から提供される必要がある。

○常時介護が必要で居宅での生活が困難な人のための施設である。

○生駒市内事業者数 (5)

②介護老人保健施設（老健）

○介護老人保健施設とは、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）に基づいて、看護、医学的な管理の必要となる介護、機能訓練、そのほかの必要な医療、日常生活上のサービスを提供することを目的し、所定の要件を満たして都道府県知事の許可をえた施設。介護老人保健施設で提供される、このようなサービスを「**介護保健施設サービス**」という。

○老健は、医療と福祉の両方のサービスを提供し、病院から家庭への橋渡しを担う施設といえる。利用できるのは、症状が安定期にあって、老健での在宅復帰を目指すサービスを必要とする場合に限る。

○生駒市内事業者数 (2)

③介護療養型医療施設

○介護療養型医療施設とは、療養病床（長期にわたり療養を必要とする患者のための病床）などのある病院または診療所で、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）に基づいて、療養上の管理、看護、医学的な管理の必要となる介護、そのほかのサービス、機能訓練、そのほかの必要な医療を提供することを目的とした、介護サービスと慢性期の医療ケアを受けることができる介護保険施設。介護療養型医療施設で提供される、このようなサービスを「**介護療養施設サービス**」という。利用する「介護療養施設サービス」が保険給付の対象となるには、都道府県知事が「指定」した介護療養型医療施設（「**指定介護療養型医療施設**」という）から提供される必要がある。

○利用できるのは、症状が安定期にあって、介護療養型医療施設でのサービスを必要とする場合に限り、医師が医学的に入院の必要が無いと判断した場合には退院を指示する。

○生駒市内事業者数 (0) / 奈良県の他市町村では7事業者あり、近くの事業者としては、医療法人新仁会 奈良春日病院（奈良市）・医療法人厚生会奈良厚生会病院（大和郡山市）

～介護療養型医療施設の廃止をめぐる動き～

①厚生労働省は、介護療養型医療施設の入居者の半数以上が「社会的入院」（医学的に入院の必要がなく、在宅

療養が可能であるのに長期入院をしている状態)であり、その入所者を他の施設に移すために、2006年の医療保険制度改革と診療報酬・介護報酬同時改定により、介護療養型医療施設を2012年より認可せず廃止する(当初は2011年度末までに、のち2017年度末までに変更)方針を打ち出し、介護療養型医療施設の転換先として2008年に**介護療養型老人保健施設(新型老健)**を創設した。

これは、老健と介護療養型医療施設の中間的な位置付けの施設で、医療や看護に重点を置いたサービスを行っており、胃ろうや痰の吸引等、医療的なケアが必要な重度の利用者を受け入れる施設。特別養護老人ホームや従来の老健では、血糖値の管理や床ズレの治療等の対応が難しい為、入所を断られてしまう事があり、そのような場合の受け皿となる。

②しかし、介護療養型医療施設廃止の動きは結局進まなかったため厚生労働省は、介護保険法第4次改正で、療養機能を強化することで介護療養型医療施設の「社会的入院」を解消せんとして、「**療養機能強化型の介護療養型医療施設**」を認可することとし、療養機能を強化(※)すれば介護療養型医療施設は存続できることとした。

(※)療養機能強化とは⇒重篤な身体疾患がある人や合併症のある認知症高齢者が一定以上いること/たん吸引などの医療処置を受けている人数が一定以上いること/ターミナルケア(終末期医療)を受けている人数が一定以上いること/生活機能を維持改善するためのリハビリテーションを行なっていること/地域に貢献する活動を行なっていること。

③その後、厚生労働省は17(H29)年2月7日、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会に提出。2017年度末に設置期限を迎える「介護療養型医療施設(介護療養病床)」の受け皿となる、新しい介護保険施設として「**介護医療院**」を示した。その特徴は以下の3点。

- ・「生活の場としての機能」を兼ね備えている。
- ・日常的に長期療養のための医療ケアが必要な重介護者を受け入れる。
- ・ターミナルケアや看取りも対応。

転換支援策に加えて、介護報酬や人員配置、設置基準などについては、2017年度末までを目途に、審議される。そこで、費用面や医療の充実度などを、介護療養型医療施設(介護療養病床)といった既存の施設と比較するのは、今の段階では難しい。2017年度末に転換期限を迎える療養病床だが、新施設に転換するための準備期間が「6年間」と設定された。2011年度に引き続き、2度目の延長。病院や診療所から新施設に転換した場合には、転換前の名称を引き続き使用できるとされている。

2008年の5月には、介護療養病床の受け皿として、新型老健が設置されているが、転換は十分に進められていない。介護療養型医療施設(介護療養病床)、新型老健、従来の老健の違いは、以下の通り。

| | 介護療養型医療施設 (介護療養病床) | 介護療養型老人保健施設 (新型老健) | 従来の老人保健施設 |
|---------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 床面積/人 | 6.4平方メートル以上 | 8平方メートル以上(大規模改修までは8.4平方メートル以上) | 8平方メートル以上 |
| 人員配置(100床あたり) | 医師:3人 看護職員:18人 介護職員:18人 | 医師:1人 看護職員:18人 介護職員:18人 | 医師:1人 看護職員:10人 介護職員:24人 |

新型老健の費用については、医師の数が少ないので、介護療養型医療施設(介護療養病床)よりも安く、看護職員が多いので従来の老健よりも高いという位置づけだった。長年あいまいな状態が続いていた介護療養型医療施設(介護療養病床)の廃止だが、介護医療院の創設をきっかけに、具体的に動き出すのかが注目されている。

(3) 地域密着型〔介護〕サービス

要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、地域ぐるみで支援するための、地域に密着した**小規模な施設等でのサービス**。その市町村の住民しか利用できない。地域住民と交流が持てるような立地(住宅地かその隣接地)。使い勝手がいい<その理由⇒月額包括報酬(定額制=ケアプランで認められている限度内で使い放題) /柔軟なサービス提供(時間や回数、サービス内容も柔軟に対応できる場合が多い) /顔なじみの職員による介護(居宅サービスの組み合わせでは、例えばホームヘルプ、デイサービス、ショートステイを利用していると、それぞれ別々の事業所だから別々の職員が対応するのに対し、小規模多機能型居宅介護なら、訪問も通いも宿泊も全部同じ事業所で顔なじみの職員が対応するから、安心して利用できる) >。

～以下の9サービス～

<生駒市内事業者数は16(H28)年4月1日現在の情報。>

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○地域包括ケアシステムの中心を担うサービス

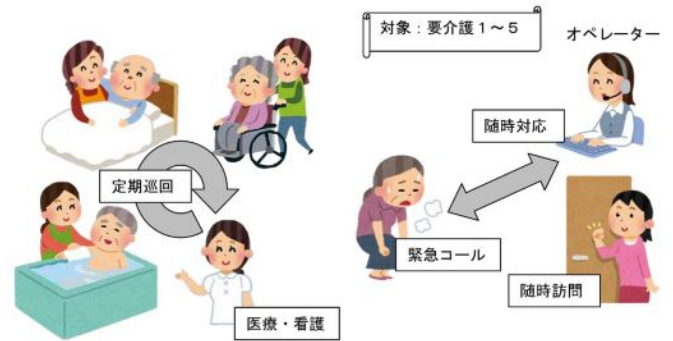
○定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴・排泄・食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなど。

○1日複数回の訪問ができて、それぞれ滞在時間も柔軟に設定できる。声かけの5分から食事介助の1時間、必要があればそれ以上も。料金は包括報酬（定額制）だから、使えば使うほど料金が高くなるということはない。24時間365日緊急コールに対応しているから、例えば夜中に

転んでしまった、なんて場合でもヘルパーが駆けつけてくれる。医療対応（訪問看護）も受けられる。介護とは別料金だが、訪問看護も包括報酬（定額制）だから安心。契約するとケアコール端末を貸してもらえ、転んでしまった時、急に具合が悪くなった時などにボタンを押せば、すぐにオペレーターが対応してくれる。

○生駒市内事業者数（1）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護



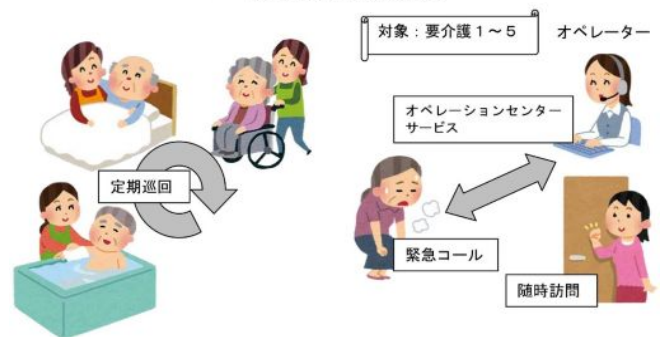
②夜間対応型訪問介護

○夜間の、定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなど。

○⑦と似ているがそれとの違いは、基本的なサービス時間が夜10時から翌朝6時まで（⑦が24時間なのに対して夜間早朝だけ）で、医療対応がなく、報酬も基本的には包括報酬ではない（緊急で駆けつけたらその都度料金がかかる）が、緊急コールなどを使わなければ月に約1,000円しかかからない（⑦は最低7,000円以上かかる）から、「何かあった時の安心料」という使い方ができる。契約すると⑦と同様にケアコール端末を貸してもらえる。

○生駒市内事業者数（0）／奈良県の他市町村でもないが、大阪府の他市町村では13事業者ある。

夜間対応型訪問介護



③地域密着型通所介護（小規模デイサービス）・・・16(H28)年4月1日より施行

○老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練。ただし、利用定員が19名未満のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除く。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受ける。

○利用定員が9名以下で、常時看護師による観察が必要な難病等の重度要介護者またはがん末期患者を対象とし、療養通所介護計画にもとづき、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練を行うものを、特に療養通所介護（療養デイサービス）という。

○生駒市内事業者数（17）ただし、療養通所介護を提供する事業者はない（奈良県の他市町村でもない）。

④認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス）

○認知症にある人が、老人デイサービスセンターなどを訪れて利用する、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○認知症の方は精神的に不安定だったり、徘徊してしまったり、どうしても大人数の介護では対応できない場合が多く、個別介護ができるように定員は最大12名。必ず「機能訓練室」がある。これは、歩行訓練など、居宅で自立した生活が送れるようにリハビリを行う場所。事業所によっては、要介護度が比較的軽度の利用者がレクリエーションを中心に行っている場合もある。どちらにしろ、その人に合った「機能訓練」を行うのが認知症デイサービスの趣旨。

○生駒市内事業者数（3）

⑤小規模多機能型居宅介護

○利用者の居宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○「通い」「訪問」「宿泊」を柔軟に組み合わせることのできるサービスで、全部のサービスを同じ事業所が担当するので、どのサービスも顔なじみの職員に対応してもらえて安心。看護職員の配置が必要で医療ケアも受けられるが、看護職員の人数とか勤務時間の決まりはないから高度な医療的ケアは難しく、簡単なバイタルチェックなんかの健康管理が中心。また、訪問看護までは受けられない。月額包括報酬。1つの事業所あたり25人以下の登録制。1日に利用できる通所サービスの定員は15人以下、泊まりは9人以下。

○生駒市内事業者数 (4)

⑥認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

○利用者が共同生活を送る住居で提供される入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○利用できるのは、認知症で、かつ「要介護」と認定された人。ただし、認知症の原因となる疾患が急性の状態（症状が急に現れたり、進行したりすること）にある人を除く。

○「グループホーム」というのは「共同生活する家」という意味。認知症デイサービスと同じで認知症がある方は少人数介護が向いているから1単位（1ユニットで）5人から9名まで。入所・入居系では比較的新しいサービス。昔からある介護施設は定員が大人数で規模も大きいから住宅地から離れた立地が多かったが、最大9名までの少人数で家庭的な雰囲気の中で「共同生活」をしながら、隣近所が住んでいる住宅地で、地域住民と交流しながら認知症対応型共同生活介護計画により認知症の症状緩和を図り安心して生活できるよう、心身の状況を踏まえた適切なサービスが提供され、社会的孤立感の解消と心身の機能の維持が図られる。介護保険3施設は「施設」だが、グループホームは施設ではなく「家」。グループホームの居室部分から出るゴミは事業ゴミではなく家庭ゴミで取り扱われる。それは、高齢者が共同生活する「家」と認識されている証拠。施設の性質上、認知症の症状は、共同生活を行うことができる程度の段階である必要がある。認知症の症状が進行して共同生活ができなくなった場合は、特別養護老人ホームなどへの入所が必要となることもある。

○生駒市内事業者数 (4)

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム／介護付ケアハウス）

○「地域密着型特定施設」に入居している利用者に対して、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（地域密着型特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活上の世話。

○「地域密着型特定施設」とは、人員や設備などの指定基準を満たし介護サービス事業所として指定を受けた入居定員30人未満の「介護付有料老人ホーム」<(1)–⑩で既述>・「介護付ケアハウス」<(1)–⑩で既述>・「養護老人ホーム」<後述>が、食事・入浴・排泄の介護などの日常生活上の支援や、機能訓練（リハビリ）、療養上の世話をを行い、能力に応じ自立した日常生活をできるようにするもの。

○「地域密着型特定施設」への入居者は要介護者とその配偶者などに限られる。

○生駒市内事業者数 (0) / 奈良県の他市町村でもないが、大阪府の市町村では9事業者ある。

⑧地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（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」に入所している利用者を対象として、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する職員などを定めた計画（地域密着型施設サービス計画）に基づいて行われる入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練、療養上のサービス。

○「地域密着型介護老人福祉施設」とは、入所定員が29人以下の特別養護老人ホーム。

○生駒市内事業者数 (0) / 奈良県の他市町村では7事業者ある。

⑨看護小規模多機能型居宅介護（旧称：複合型サービス）

○利用者の居宅への訪問、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴・排泄・食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○③に、より手厚い「看護」サービスを複合させたもので、看護職員が常勤換算2.5必要。これは、居宅サービスの訪問看護と同じ基準で、このサービスの指定を受ければ訪問看護の指定を同時に受けることもできる。

12 複合型サービス

対象：要介護1～5



○生駒市内事業者数 (0) / 奈良県の他市町村では2事業者ある。

(4) 居宅介護支援 (ケアマネジメント)・・・既述。

○補足⇒居宅介護支援事業所は、9割が介護施設を併設した「併設型」であり、独立して運営されている「独立型」は1割程度。ケアマネジャーは自分が所属している法人に関わらず、公正中立にケアプランを作成する必要があるとされているが、2016年3月に会計検査院が、「特定の業者に偏りがちである」と指摘した。会計検査院によると、4割が特定の業者に偏っており、2006年に定められた、特定の偏りが認められた事業所の介護報酬を減額する制度を「機能していない」とした。外マネ、内マネという言葉がある。内マネとは同一法人内のケアマネ。ケアマネは法律上本来中立だが、所属法人の営業マンのようになっている場合もあるので、そう呼ぶ。外マネとは別法人に属するケアマネのこと。どちらにも属さない「独立系ケアマネ」もいつが、ケアマネ報酬は低く単独では経営が難しいと言われている。

【予防給付 (要支援者対象)】

～予防給付の目的は、介護予防 (高齢者が要介護状態等となることの予防)～
～居宅 (自宅、介護保険3施設以外の介護施設の居室) で生活を送る人が受ける。～
～以下のように、3種類・14ある。～

(1) 介護予防サービス

～以下の10サービス～

①介護予防訪問入浴介護

- 利用者の居宅を訪問し、持参した浴槽によって期間を限定して行われる入浴の介護。
- 疾病その他のやむを得ない理由により入浴の介護が必要なとき、介護予防サービス計画において定めた期間に限られる。
- 生駒市内事業者数 (1)

②介護予防訪問看護

- 介護福祉士などによって期間を限定して提供される、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援など。
- 生駒市内事業者数 (23)

③介護予防訪問リハビリテーション

- 一定の期間、利用者の居宅で提供されるリハビリテーション。
- 主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合に限る。
- 生駒市内事業者数 (3)

④介護予防居宅療養管理指導

- 在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ、要介護状態になることを防ぐ、あるいは状態がそれ以上悪化しないように療養上の管理及び指導などを提供する。
- 事業者の指定はなく、医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・歯科衛生士・管理栄養士等が行う。

⑤介護予防通所リハビリテーション

- 一定期間、介護老人保健施設・病院・診療所で行われる理学療法・作業療法、そのほかの必要なリハビリテーション。
- 主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合で、介護予防サービス計画において定めた期間に限る。
- 生駒市内事業者数 (4)

⑥介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ)

- 特別養護老人ホームなどの施設で短期間、生活してもらい、介護予防を目的としてその施設で行われる、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援及び機能訓練。
- 生駒市内事業者数 (5)

⑦介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）

○介護老人保健施設などの施設で短期間、生活してもらい、介護予防を目的としてその施設で行われる、看護、医学的な管理の必要となる介護や機能訓練、そのほかに必要となる医療、日常生活上の支援。

○治療を必要とする程度について厚生労働省令で定める場合に限る。

○生駒市内事業者数（2）

⑧介護予防特定施設入居者生活介護

○介護予防特定施設に入居している要支援認定を受けた利用者に対して、介護予防を目的として、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（介護予防特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴・排泄・食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話。

○このサービスを提供できる施設は、職員の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令を満たして都道府県知事から介護予防特定施設の指定を受けた有料老人ホーム<(1)ー⑩に記述>・軽費老人ホーム<(1)ー⑩に記述>・養護老人ホーム<後述>。

○生駒市内事業者数（5）

⑨介護予防福祉用具貸与

○要介護者にも貸与されている、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえを貸与。

○要介護者に貸与されている、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト（つり具の部分を除く）、自動排泄処理装置は例外的に貸与される場合もある。

○生駒市内事業者数（4）

⑩特定介護予防福祉用具販売

○福祉用具のうち、介護予防に効果のあるものであって、入浴や排泄の際に用いられるなどの理由によって貸与にはなじまないもの（これを「特定介護予防福祉用具」という）を販売すること。具体的には、要介護者にも販売されているのと同じもの（腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、の5品目）。

○生駒市内事業者数（5）

(2) 地域密着型介護予防サービス

～以下の3サービス～

①介護予防認知症対応型通所介護

○認知症にある人が、老人デイサービスセンターなどを訪れ、一定期間そこで提供される入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○生駒市内事業者数（3）

②介護予防小規模多機能型居宅介護

○利用者の居宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、介護予防を目的に提供される入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○生駒市内事業者数（4）

③介護予防認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

○利用者が共同生活を送る住居で提供される入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練。

○利用できるのは、**要支援2と認定された人**で、認知症にある人。ただし、認知症の原因となる疾患が急性（症状が急に現れたり、進行したりすること）の状態にある人を除く。

○生駒市内事業者数（4）

(3) 介護予防支援・・・既述。

[住宅改修・介護予防住宅改修]

(1) 住宅改修

○要介護者が、居宅において自立した日常生活が送れるように、住宅の改修を行うサービス。

○手すりの取付け／段差の解消／滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更／引き戸等への扉の取替え／洋式便器等への便器の取替え／以上の住宅改修に付帯する工事、について、介護保険から住宅改修費が支給される（1住宅につき20万円が限度）。

○この住宅改修を行う介護サービス事業者としての指定はない。

(2) 介護予防住宅改修

○要支援者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービス。

○サービス内容は、要介護者への住宅改修サービスと同じ。

○この介護予防住宅改修を行う介護サービス事業者としての指定もない。

【3】地域支援事業（自治体主体）

～地域支援事業とは、

できるだけ住み慣れたまちで、なるべく自分の力で活動的な生涯を送りたいという願いを現実のものとするために、要介護・要支援状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態になった場合においても、地域で自立した日常生活を送れることを目的として、各市区町村が実施する事業～

～地域支援事業は、介護給付や予防給付と並び、介護保険制度の3つの柱の一つで、介護保険制度から費用がまかなわれている。～

| 地域支援事業一覧 | | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|----------------------|----------|
| 地域支援事業 — 介護保険法百十五条の45— | 介護予防・日常生活支援総合事業（略称「総合事業」） ＜地域支援事業の中核事業＞ | 介護予防・日常生活支援サービス事業（略称「第一号事業」） ＜要支援者・基本チェックリスト該当者が対象＞ | 訪問型サービス（第一号訪問事業） | 典型例として厚生労働省が提示しているもの | 訪問介護 |
| | | | | | 訪問型サービスA |
| | | | | | 訪問型サービスB |
| | | | | | 訪問型サービスC |
| | | | 訪問型サービスD | | |
| | | | 通所介護 | | |
| | | | 通所型サービスA | | |
| | | | 通所型サービスB | | |
| | | | 通所型サービスC | | |
| | | | 栄養改善等を目的とした配食 住民ボランティア等が行う見守り | | |
| | 訪問型サービス・通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援 | | | | |
| | 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業） | | | | |
| | 一般介護予防事業 ＜全ての第1号被保険者とその支援のための活動に関わる人が対象＞ | 介護予防把握事業 | | | |
| | | 介護予防普及啓発事業 | | | |
| | | 地域介護予防活動支援事業 | | | |
| 一般介護予防事業評価事業 | | | | | |
| 地域リハビリ活動支援事業 | | | | | |
| 包括的支援事業 ＜高齢者やその家族などが対象＞ | 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営） ＜これは、地域包括支援センターが運営する＞ | | 総合相談支援事業 | | |
| | | | 権利擁護事業 | | |
| | | | 包括的・継続的ケアマネジメント事業 | | |
| | 包括的支援事業（社会保障充実分） ＜これは、地域包括支援センターに委託される＞ | | 在宅医療・介護連携推進事業 | | |
| | | | 生活支援体制（サービス）整備事業 | | |
| | | | 認知症施策推進事業 | | |
| 任意事業 ＜被保険者、要介護被保険者を現に介護する者、その他個々の事業の対象者として市町村が認める者が対象＞ | | | 地域ケア会議推進事業 | | |
| | | | 介護給付等費用適正化事業 | | |
| | | | 家族介護支援事業 | | |
| | | その他 | | | |

～以下、地域支援事業の各事業の説明～

＜1＞介護予防・日常生活支援総合事業（略称「総合事業」）

～「介護予防」とは、要介護状態になることを防ぐ、遅らせること。「日常生活支援」とは、自立した日常生活を送れるよう支援すること。総合事業とは、保険者（市区町村）が地域の高齢者の実情に応じて施策を選択し、社会資源（ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等）をうまく活用して、必要な介護予防と日常生活支援を「総合」的に行っていくこと。～

～機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、高齢者本人を取り巻く環境や地域も含めてアプ

ローチができるように介護予防事業を見直した事業。年齢や心身の状態を考慮して自立支援に関する取り組みを推進するために、リハビリを中心とした介護予防の機能強化を図るように構成されている。～

～実施方法には、**市町村職員**が直接利用者に支援等を行うもの、介護サービス事業者や NPO・民間企業に利用者に対する支援等の提供を**委託**するもの、予防給付などと同様に市町村長が**指定した事業者**が利用者にサービスを提供するもの、地域において活動している**NPO やボランティア**等に対して利用者に対するサービス提供などを条件としてその立ち上げ経費や活動に要する費用を補助（助成）するものなどがある。～

～以下の**2事業**ある～

(1) 介護予防・日常生活支援サービス事業

～「**要支援者**」と「**事業対象者（基本チェックリスト該当者）**」が対象～

～地域支援事業について定める介護保険法第 115 条の 45 の第 1 項の第 1 号で規定されているので「**第 1 号事業**」と略される。～

～次の**4サービス**ある～

①**訪問型サービス**・・・典型例として次の 5 つを厚生労働省は提示。**各市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービスを検討・採用**することになっている。

○第 4 次介護保険法改正で地域支援事業に移行してきた予防給付の介護予防訪問介護に相当する「**訪問介護**」・・・これは、介護予防を目的として、介護福祉士などによって期間を限定して提供される、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援。

○次のように、4 分類化された多様なサービスがある。

・**訪問型サービス A**（緩和した基準によるサービス）⇒主に雇用労働者が日常生活に対する援助を行う。具体例としては、掃除・洗濯・調理等の介助、ゴミ分別・ゴミ出し、買い物代行や同行、布団干し、電球の交換、代筆等。料金は、国が示す単価（包括報酬）を下回る単価で市町村が設定。

・**訪問型サービス B**（住民主体による支援）⇒住民主体で日常生活に対する援助を行う。料金は、多くはボランティア。

・**訪問型サービス C**（短期集中予防サービス）⇒保健師等が居宅での退院後の体力改善に向けたプログラムを行う。保健・医療の専門職により提供される支援は、3～6 か月の短期間で行われる。利用するためには、ケアプランを作成し、モニタリングを定期的に行う。個別サービス計画をもとにケアマネジメントを行い、体力の改善に向けた支援が必要なケース、健康管理の維持・改善が必要なケース、閉じこもりに対する支援が必要なケース、ADL（日常生活動作／食事摂取・排せつなどの身の回りの生活行為）や I ADL（手段的日常生活動作／掃除や買い物などの生活行為）の改善に向けた支援が必要なケース、の場合に利用することができる。プログラムには次のものがある。栄養改善／口腔機能向上／認知機能低下予防／運動機能向上／膝痛・腰痛対策／閉じこもり予防／うつ予防／ADL・I ADL の改善。

・**訪問型サービス D**（移動支援）⇒主にボランティアが主体となって移動支援。具体的には、通所型サービスの送迎、買い物・通院・外出時の支援を行う。利用方法や利用料金は訪問型サービス B と同じ。

②**通所型サービス**・・・典型例として次の 4 つを厚生労働省は提示。以下、同上。

○第 4 次介護保険法改正で地域支援事業に移行してきた予防給付の介護予防通所介護に相当する「**通所介護**」・・・これは、介護予防を目的として、一定期間、老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴・排泄・食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援など、及び機能訓練（ただし、介護予防認知症対応型通所介護に当たるものは除く）。利用者は、老人デイサービスセンターなどを訪れて、これらのサービスを受ける。

○次のように、3 分類化された多様なサービスがある。

・**通所型サービス A**（緩和した基準によるサービス）⇒主に雇用労働者やボランティアが、事業所内で、高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する事業としてミニデイサービス・運動・レクリエーション活動を行う。

・**通所型サービス B**（住民主体による支援）⇒ボランティア主体（住民主体）で、体操・運動等の活動、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり、定期的な交流会、サロン、会食等を行う。

・**通所型サービス C**（短期集中予防サービス）⇒保健師等が公民館等で、日常生活に支障が出た生活機能を改善するためのプログラムを利用者の個別性に応じて複合的に 3～6 か月の短期間で行う。プログラムは訪問型サービス C と同じ。対象者としては、体力の改善に向けた支援が必要な方、健康管理の維持・改善が必要な方、閉じこもりに対する支援が必要な方、ADL や I ADL の改善に向けた支援が必要な方。

③**その他の生活支援サービス**・・・典型例として次の3つを厚生労働省は提示。以下、同上。

・**栄養改善等を目的とした配食**⇒外出や調理の実施が困難な者等に対して、栄養バランスのとれた食事の提供、治療食の提供だけではなく、一人暮らし高齢者などの見守り、対面で渡すことによる安否の確認、他者との交流も兼ねて配食する。対象となるケースは、栄養改善を目的とする配食／摂取カロリーが少ない、栄養の偏りが見られる／認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、調理に支障あり／独居及び高齢者のみ世帯（近隣に家族等の支援者がいない）／同居家族が支援の必要な高齢者、障害者等の世帯／認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、外出に支障あり／閉じこもり傾向にあり、安否の確認がとりづらい、といったケース。

・**住民ボランティア等が行う見守り**

・**訪問型サービス・通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援**⇒訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等

④**介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）**・・・介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、利用者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるようケアマネジメント（介護サービスと、それを必要とする人のニーズをつなぐこと）する。つまり、対象者に対する査定を行い、状態や置かれている環境に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成する。実施するのは、利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターか、同センターから実施を委託された居宅介護支援事業所。

| 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の違い (第1号事業とは、介護予防・生活支援サービス事業のこと) | | |
|--|--------------------------------|--------------|
| 要支援者 | 予防給付のみ利用 | 介護予防支援 |
| | 予防給付と第1号事業の利用 | |
| | 予防給付と第1号事業と一般介護予防事業<後述>の利用 | |
| | 予防給付と一般介護予防事業の利用 | |
| 事業対象者 | 第1号事業のみ利用 | 介護予防ケアマネジメント |
| | 第1号事業と一般介護予防事業の利用 | |
| | 第1号事業のみ利用 第1号事業と一般介護予防事業の利用 | |

(2) **一般介護予防事業**

～第1号被保険者のすべての方およびその支援のための活動に関わる方が対象～

～保健所や福祉会館等で**介護予防の知識を学び**、通いの場や地域サロンなど、

地域の身近な場所で人と人のつながりを通して介護予防の活動を継続できるように支援するための事業。～

～以下の**5事業**ある～

①**介護予防把握事業**・・・地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。また、「基本チェックリスト」を用いて、高齢者が定期的に自分の健康状態を把握するようにしていき、地域住民主体の介護予防活動へつなげていく。必要に応じて、保健師等による訪問も行う。

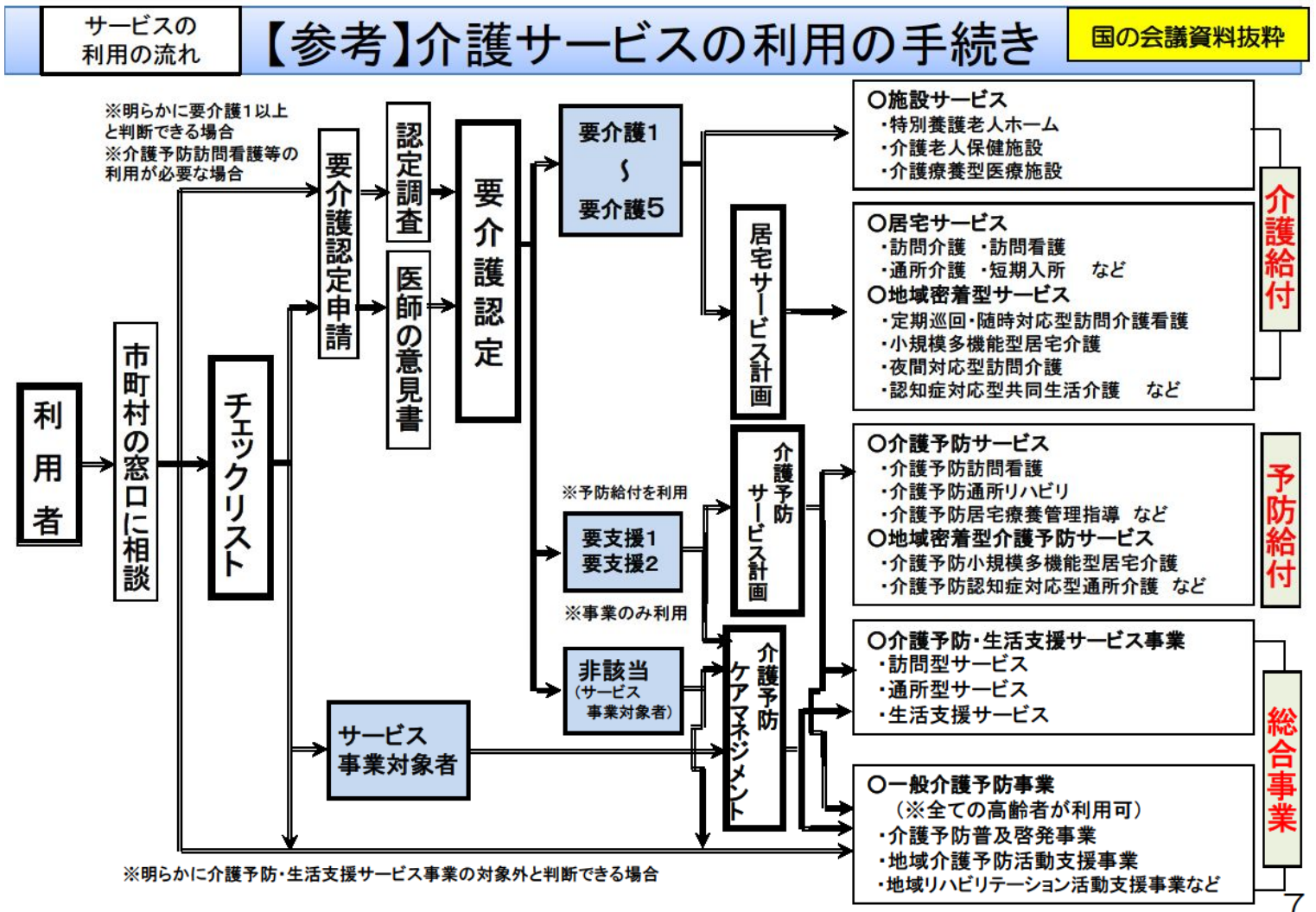
②**介護予防普及啓発事業**・・・介護予防の基本的な知識や活動の普及・啓発を行い、地域における自主的な介護予防の活動を支援。具体的には、体操教室・運動教室開催、講演会・講座・相談会開催、パンフレットの作成・配布、介護予防事業実施の記録等を管理するための媒体配布など。運動を主体に指導する教室呼称は、たとえば「すこやかシニア体操」、「お達者元気教室」、「筋肉スタジオ」などで、介護予防リーダー（市民ボランティア）・理学療法士などの指導のもとで、簡単なリズム体操・軽体操・転倒予防の運動、ストレッチ、イスに座ってできるエクササイズ、ダンベル・セラバンドなどを用いての筋力アップなど介護予防のための運動を行う。

③**地域介護予防活動支援事業**・・・通いの場やサロンなど、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支

④**一般介護予防事業評価事業**・・・一般介護予防事業に参加した方の要介護認定移行状況等の統計をとり、介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

⑤**地域リハビリ活動支援事業**・・・地域における介護予防の取組を機能強化するために、地域ケア会議<後述>・サービス担当者会議・住民運営の通いの場などにリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）等を派遣。リハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、自立支援のプロセスを会議参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上につながる。住民運営の通いの場にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開していく。

～総合事業と介護給付と予防給付のまとめの図～



< 2 > 包括的支援事業

～高齢者が住み慣れた地域で、健康で生き生きとした生活を送っていくためには、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉の専門職やボランティアなどの**地域のような資源を統合した総合的な支援が必要**であるが、この事業は、かかる支援を**高齢者やその家族などに対して**行うものである。この事業は、地域包括支援センターが市町村から一括して委託を受けて実施する。

(1) 地域包括支援センター

①設置主体は市町村で、市町村自身か、包括的支援事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる法人が市町村から委託されて設置する。生駒市では、社会福祉協議会などの法人が6設置している。

②1つの地域包括支援センターが、**日常生活圏域**（人口2～3万人ごとの地域）を担当。多くの場合中学校ごとの学区がこれにあたる。「地域密着型サービス」もこの地域内で行なわれる。

②主な業務

- ・包括的支援事業
- ・介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）＜既述＞
- ・指定介護予防支援事業＜既述＞（市町村自身設置の地域包括支援センターでも指定を受けなければならないとされる）

③配置されるべき専門職員は、社会福祉士その他これに準ずる者、保健師その他これに準ずる者、主任介護支援専門員（主任ケアマネージャー／ケアマネジメント業務の経験を有し、主任介護支援専門員研修を修了した介護支援専門員／支援困難事例を抱える介護支援専門員に対する指導・助言等与える）その他これに準ずる者で、担当地域の第1号被保険者の数に応じて配置される。

④生駒市では、地域包括支援センターの設置、適切な運営、公正・中立性の確保等のために**介護保険運営協議会**が設置され、センターの運営状況や課題等について協議を行い、その事業の円滑な実施のために必要な運営支援・評価等を行っている。

(2) **包括的支援事業**・・・以下の**8つ**ある。

①総合相談支援事業

・高齢者が、住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係機関のネットワークを構築し、それを活かしながら、高齢者やその家族からの総合相談（情報提供等の初期相談から、継続的・専門的な援助まで対応する、介護・医療・その他いろいろなことの相談）に対して助言し、介護保険サービスだけでなく、他の適切なサービス・機関・制度の利用、地域のさまざまな社会資源を活用した支援につなげていき、制度の垣根を越えた横断的・多面的な援助を実現。

②権利擁護事業

・高齢者が尊厳ある生活を送ることができるよう権利擁護を行う。具体的には、成年後見制度の活用促進／老人福祉施設等への措置（虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める）／高齢者虐待への対応（虐待の事例を把握した場合には、法に基づき速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適正な対応をとる）／困難事例への対応（本人が必要な支援を拒否している場合などの対応をする）／消費者被害の防止（訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費者センター等と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員・介護支援専門員・訪問介護員等に必要な情報提供を行う）。

③包括的・継続的ケアマネジメント事業

・高齢者が住み慣れた地域で、心身の状態やその変化に合わせて切れ目なく、包括的かつ継続的に必要なサービス提供がされるように次のことを行う。ケアマネージャーに対する支援（困難事例についての助言・支援、技術向上のための日常的個別指導、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るための後方支援、ケアマネージャーのネットワーク構築・活用）／居宅サービス計画や施設サービス計画の検証／医療機関や地域の関係機関等との連携・協働の体制づくり、など。

④在宅医療・介護連携推進事業

・**在宅医療とは**、医療従事者が、患者の居宅を計画にもとづいて定期的に訪問し、治療や経過観察をする医療行為のこと。医師が訪問して診察や経過観察を行う訪問診療、看護師が訪問してケアを行う訪問看護、理学療法士や作業療法士が行う訪問リハビリなどがある。

・在宅医療・介護連携推進とは、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して多職種協働により、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を一体的に提供するため、都道府県・保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進していくこと。

・在宅医療・介護を支える関係機関は、定期的な訪問診療等を実施する診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等、急変時の診療・一時的な入院の受入れを実施する病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等、医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケア等を実施する訪問看護事業所・薬局、入浴・排せつ・食事等の介護を実施する介護サービス事業所。

・在宅医療・介護連携推進には、二次医療圏＜※＞内の関係市町村の連携も必要である。

＜※＞1次医療圏は市町村、3次医療圏は都道府県全域。2次医療圏は、入院ベッドが地域ごとにとど

れだけ必要かを考慮して決められる医療の地域圏。手術や救急などの一般的な医療を地域で完結することを目指す。厚生労働省が、医療法にもとづいて、地理的なつながりや交通事情などを考慮して、一定のエリアごとに定める。複数の市町村を一つの単位とし、都道府県内を3～20程度に分ける。

⑤認知症施策推進事業

・認知症の高齢者の増大に対応するための方策を行う。具体的には、早期診断等を行うために認知症の専門医療機関の整備を積極的に促進し、医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携を図っていき、地域の実情に応じた認知症施策の企画調整等を行うために地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」※を設置する。地域包括支援センター等の職員が認知症の初期の段階で認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う仕組みとして、「認知症初期集中支援チーム」※を結成する。市民後見人の育成及び活用など市町村における高齢者の権利擁護を推進するとともに市町村の介護保険事業計画において、地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

※認知症地域支援推進員は、認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

※認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント（査定）・家族支援などの初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと。

⑥地域ケア会議推進事業（地域ケア会議の実施）

～地域ケア会議とは～

・地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体」と定義されている。そして、その構成員は、「会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する」とされている。

・高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、医療・介護等の多職種の協働による地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である。

・5つの機能を持つ

☆個別課題解決機能・・・個別事例（困難事例等）の相談・助言と分析・検討・支援を通じた個別課題解決、自立支援に資するケアマネジメントの支援、自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供の最適な手法の蓄積、参加者の資質向上と関係職種の連携促進

☆地域ネットワーク構成機能・・・地域包括支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識、住民との情報共有、課題の優先度の判断、連携・協働の準備と調整

☆地域課題発見・把握機能・・・潜在ニーズの顕在化（サービス資源に関する課題、ケア提供者の質に関する課題、利用者・住民等の課題等）、顕在ニーズ相互の関連づけ

☆地域づくり・資源開発機能・・・有効な課題解決方法の確立と普遍化、関係機関の役割分担、社会資源の調整、新たな資源開発の検討、地域づくり

☆政策形成機能・・・需要に見合ったサービスの基盤整備、事業化・施策化、介護保険事業計画等への位置づけ、国・都道府県への提案

⑦生活支援体制（サービス）整備事業

・生活支援とは、家事援助、買物支援、外出支援、配食＋見守り、食材配達、移動販売、ゴミ出し、安否確認、声かけ、コミュニティカフェ、交流サロン、など。

・生活支援体制整備事業とは、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくために、多様な生活支援、介護予防、社会参加の必要性が増している中、民間企業・NPO・ボランティアや地域住民をはじめとした多様な主体が連携しながら、地域における高齢者支援の担い手やサービスの開発を行い、高齢者の社会参加および生活支援・介護予防の充実を推進することを目的として、生活支援コーディネーター※の配置や協議体※の設置を行う事業。

※生活支援コーディネーター（支え合い推進員）とは、高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（ボランティアの発掘・養成・組織化やネットワーク構築の機能を果たす者）。

※協議体とは、地域における生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画する、

定期的な情報共有及び連携強化の場。

< 3 > 任意事業

～地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにする、
という地域支援事業の理念実現のため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、
被保険者、要介護被保険者を現に介護する者、その他個々の事業の対象者として市町村が認める者に対し、
地域の実情に応じた必要な支援を
市町村独自の発想や創意工夫した多様な形態で実施。～

～厚生労働省は**次の3つ**を提示している。～

(1) 介護給付等費用適正化事業

○利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付、予防給付、介護予防・生活支援サービス事業に要する費用の適正化のための事業を実施

○具体的には、ケアプランや住宅改修等の点検など。

(2) 家族介護支援事業

○要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施

○具体的には、家族介護教室・介護者交流会開催、認知症高齢者見守り事業など。

(3) その他

○介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施。任意事業は、介護給付等費用適正化事業・家族介護支援事業に該当しないとしても、介護保険制度の趣旨に合致すればその他の事業として展開する事が出来るとするもの。

○具体的には、成年後見制度利用支援、福祉用具・住宅改修支援事業、地域自立生活支援事業（高齢者の安心な住まいの確保に資する事業／介護サービスの質の向上に資する事業／配食・見守り等地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業／家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業／高齢者の生きがいと健康づくり推進事業）／認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業、認知症サポーター養成事業、重度のALS患者の入院におけるコミュニケーション支援事業、など

【4】医療と介護の連携

(1) 介護保険事業（国主体）の中の、指定権者が都道府県の**医療系介護サービス**

①居宅サービス・・・訪問看護／訪問リハビリ／居宅療養管理指導／通所リハビリ（デイケア）／短期入所療養介護（ショートステイ）

②施設サービス・・・介護老人保健施設（老健）・介護療養型老人保健施設（新型老健）／介護療養型医療施設・療養機能強化型の介護療養型医療施設／

(2) 介護保険事業（国主体）の中の、指定権者が市町村の**医療系地域密着型サービス**

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ②複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

(3) 地域支援事業（自治体主体）の包括的支援事業の中の**在宅医療・介護連携推進事業**

【6】住まい

～住まいは、地域包括ケアの基盤である。

高齢期になっても住み続けることのできる住まいの整備・供給が地域包括ケアシステム構築には必要。～

(1) 自宅

～自宅で住み続けたい気持ちは誰しも持つ。

しかし、高齢となると、身体が自由でなくなり、
愛着のある自宅でも、以前は何とも思わなかった段差や階段などが、日常生活の障害となることがある。

こうした場合、

介護保険、市町村の高齢者福祉制度・補助制度を利用することで、
経済的負担を減らしながら障害を軽減し、自宅で住み続けることができるようになる。～

①介護保険利用・・・(要介護認定を受けている場合) **住宅改修費の支給／福祉用具貸与／特定福祉用具販売**
(要支援認定を受けている場合) **介護予防住宅改修費の支給／介護予防福祉用具の貸与／介護予防福祉用具販売**

②市町村の住まいを支援する高齢者福祉制度利用・・・緊急通報システム事業(急病や災害時に緊急ボタンを押すことで外部に通報できる機器を設置)、ひとり暮らし高齢者ガス安全対策事業(ガスを自動的に遮断しガス漏れを知らせる機器を設置)、寝具洗濯サービス事業(布団やシーツをクリーニング)、日常生活用具給付事業(自動消火器や電磁調理器などを給付)などがある。

③市町村の補助制度利用・・・住宅リフォーム工事費補助金

(2) 高齢者向けの施設

①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

○「終の棲家」にできる施設。比較的安価に入居できるが、待機者も多く、数年待つ必要がある場合がある。個室化が進んでいるが、まだ4人部屋なども多くある。ただし、多人数の部屋は、個室より安く入居できる。

②介護老人保健施設

○主にリハビリにより、一定期間で在宅などに戻ることが前提となる。次の「すまい」に向けて一時的に居住する施設。

③介護療養型医療施設

○住空間というよりは、病室での暮らしになるので、常に医療措置が必要な場合となる。退院となる場合があるので、その後、「すまい」をどのようにするのかを考えておかねばならない。

④特定施設(ケアハウス)

○「終の棲家」にできる施設。ただし、入居に要する費用は、特別養護老人ホームよりも高くなる。

⑤特定施設(介護付き有料老人ホーム)

○「終の棲家」にできる施設。ただし、入居に要する費用は、ケアハウスよりも高くなる。

⑥認知症高齢者グループホーム

○認知症高齢者が、家庭的な雰囲気の中でケアを受けながら共同生活を送るものだが、共同生活ができなくなるほど要介護度が重くなった場合には、特別養護老人ホームなどに入所する必要がある。

⑦軽費老人ホーム

○介護保険法ではなく老人福祉法に基づく施設で、60歳以上(夫婦のどちらかが60歳以上の場合も入居できる)で自炊ができない程度の身体機能の低下、または高齢などのため独立して生活するには不安が認められ、家族の援助を受けることが困難で、基本的には施設で自立した生活ができて、協調性があり集団生活に適應できる方が無料または低額な料金で入居。食事の提供、病院や買物の送迎、緊急時の対応、生活相談などの日常生活上の便宜を供与する。施設は、車いすでの生活に配慮した構造となっている。

○「介護付」と「通常」があり、前者は④である。後者は、基本的には自立の方が入居するが、要支援または要介護の方でも自立した生活ができる場合は入居できることがあるが、介護の提供が必要な場合は、入居者が個々に外部の介護サービス事業者と契約し、介護サービスの提供を受ける。しかし、外部の介護サービスを利用しても施設での生活が困難になった場合は、特別養護老人ホームなどへの入所が必要となる。

○利用料(事務費・生活費)は、前年の収入により決定される。また、住居費用は施設によって異なる。

⑧有料老人ホーム

有料老人ホームには、「介護付き」「住宅型」などがある。都道府県から「特定施設入居者生活介護」の事業者認定を受けているのが「介護付き」、そうでないのが「住宅型」だ。

○介護保険法ではなく老人福祉法に基づく施設で、「入浴・排せつ・食事などの介護の提供」、「食事の提供」、「洗濯、掃除などの家事」、「健康管理」のうち、いずれか(または複数)のサービスを提供。「介護付有料老人ホーム」と「住宅型有料老人ホーム」があり、前者は、④である。後者には、60歳以上の自立の方から、要支援または要介護の方まで入居できるが、一般的には④の入居者より軽度の要支援または要介護の方が主。ただし、重度の要介護の方であっても入居できる場合がある。介護の提供が必要な場合は、入居者が個々に外部の介護サービス事業者と契約し、介護サービスの提供を受けて「終の棲家」にできる。しかし、外部の介護サービスを利用しても施設での生活が困難になった場合は、特別養護老人ホームなどへの入所が必要となる。

○他の種類の施設と比べ、サービス内容、設備や環境、利用料金など、施設ごとに内容が大きく異なり、入居には、他に比べると高額な費用がかかる場合が多いとされている。

⑨サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)

○介護保険法ではなく「高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者住まい法)」に基づく一般の賃貸住宅扱いの施設で、一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅が、「サービス付き高齢者向け住宅」と位置づけられている。その建設や改修費に対して国が民間

事業者や社会福祉法人等に直接補助を行う「サービス付き高齢者向け住宅整備事業」や、税制上の特例、(独)住宅金融支援機構による融資制度などが設けられている。国土交通省が建設に助成金を出しているため、その数は増加している。

○高齢者が住み慣れた地域でずっと暮らしていけるように、バリアフリー化され、必須サービスとして日中は常駐する専門のスタッフによる安否確認・日常生活の困り事相談という「生活支援サービス」のついたシニア向けの賃貸住宅。居住者の必要に応じた選択サービスとして、別料金により「入浴・排せつ・食事などの介護」「食事の提供」「調理・洗濯・掃除などの家事」「心身の健康の維持・推進」を受けられるなど、ニーズに応じたすまい方を選択できる。これまでは、施設か在宅かの二者選択だったが、この住宅は両方の面を合わせ持つ住まい。対象者は、60歳以上の自立の方から、要支援または要介護の方まで入居できるが、一般的には、自立、要支援の方が主。ただし、外部の介護サービスを利用することにより、重度の要介護の方であっても入居できる場合がある。介護の提供が必要な場合は、入居者が個々に外部の介護サービス事業者と契約し、介護サービスの提供を受け「終の棲家」にできる。しかし、外部の介護サービスを利用しても施設での生活が困難になった場合は、特別養護老人ホームなどへの入所が必要となる。有料老人ホームと比較すると、安価な料金で入居できる施設もあるが、料金設定や提供されるサービスの幅が広いこと、自身のニーズと施設の特性に応じた選択が必要。

○入居に要する費用は、施設によって異なる。サービスや設備の内容がさまざまであり、入居を検討する際には、よく調べる必要がある。

⑩シルバーハウジング

○県営住宅や市営住宅などの公共賃貸住宅のうち、バリアフリー化され、緊急通報システムを設置した住宅で、生活援助員(ライフサポートアドバイザー)が定期的な訪問による生活相談や安否確認、緊急時対応などのサービスを提供。見守り機能により、本人や家族など関係者にとっても安心な生活を送ることができる。基本的には自立の方が入居するものだが、要介護の方でも自立した生活ができる方は、入居できる場合がある。介護の提供が必要な場合は、入居者が個々に外部の介護サービス事業者と契約し、介護サービスの提供を受ける。しかし、重度の要介護状態や認知症になった場合は、他の施設に転居する必要がある。

⑪養護老人ホーム

○基本的には病気がなく介護を必要としない自立した65歳以上の高齢者の方で、現在置かれている環境や経済的な理由で自立した生活が困難な方、親族から虐待を受けていて自宅で生活することが困難な方などを市の社会福祉事務所が措置を行うことで入所させ、社会復帰の促進や自立した生活を送ることができるよう必要な指導と訓練などを行う。本人の申込みによって入所する施設ではない。身の回りのことが自分でできて、集団生活ができる状態である必要がある。要介護度が軽度であれば、外部の介護サービスを利用しながら入所を続けることができる。

⑫通常の公営住宅

○自立した生活ができる方を対象。要介護状態になっても、外部の介護サービス利用により居住できる場合があるが、自立した生活ができなくなった場合は、他の施設に転居する必要がある。所得に応じた費用で入居できる。

⑬一般的な賃貸住宅

○自立した生活ができる方を対象。要介護状態になっても、外部の介護サービス利用により居住できる場合がありますが、自立した生活ができなくなった場合は、他の施設に転居する必要がある。バリアフリー化の有無など設備は様々。

5章 生駒市の地域包括ケアシステム

【1】平成28年度 新規・主要事業調書『「地域包括ケアシステム」の構築の推進』〈別紙（3つ目）〉

【2】生駒市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画（平成27～29年度）〈15(H27)年3月策定〉

～これは、介護保険法第117条に基づく「介護保険事業計画」と、

老人福祉法第20条の8に基づく「老人福祉計画」とを

一体的にまとめた計画である。そのため、介護保険事業と老人福祉施策とが混在しており、

記された事業・施策（■を付したもの）がいずれの事業・施策かの判別は難しい。～

〈生駒市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画⇒<http://www.city.koma.lg.jp/0000000004.html>〉

～目次～

＜第1部 総論＞

第1章 計画の策定にあたって

- 1 計画策定の背景・趣旨 2 計画の位置づけ 3 計画の期間 4 計画の策定体制

第2章 高齢者を取り巻く状況

- 1 人口と世帯数 2 高齢者の状況 3 要支援・要介護認定者等の状況
4 アンケート調査結果の概要

第3章 平成37年（2025年）の社会像

- 1 被保険者数の推計 2 要支援・要介護認定者数の推計 3 認知症高齢者数の推計
4 ひとり暮らし高齢者数の推計

第4章 計画の理念

1 計画の基本理念

すべての高齢者が、自分らしくそれぞれの生きがいを持ち、

住み慣れた地域でいつまでも健やかに安心して暮らせるまち「生駒」の実現

基本理念の5つの視点

保健・予防／医療・看護／介護・リハビリテーション／生活支援・福祉サービス／すまいと住まい方

2 計画の基本的方針

(1)地域包括ケアシステムの推進 (2)健康づくりと介護予防・生活支援の推進 (3)生きがいづくりや社会参加の促進
(4)認知症施策と高齢者の権利擁護の推進 (5)医療や住まいの基盤整備 (6)介護サービスの基盤整備と質の向上

3 計画の重点課題

- (1)高齢者の健康づくりと介護予防の推進 (2)高齢者の生きがいの創出及び社会参加の促進
(3)認知症に関する取組 (4)地域ぐるみで支える地域ケア体制

＜第2部 各論＞

第1章 地域包括ケアシステムの推進

1 地域包括ケアシステムの構築（地域包括支援センターの機能強化）

国は、団塊の世代の高齢者が75歳以上となる平成37年（2025年）に向け、「医療」、「介護」、「予防」、「生活支援」、「住まい」の5つのサービスを一体的に提供して、支援が必要な高齢者の住み慣れた地域における生活を支援する地域包括ケアシステムの構築を目指しています。

計画の推進にあたっては、庁内横断的な連携・協力のもと、地域住民や多様な社会資源と協働して地区の課題の把握・解決を図る仕組みを整備し、地域づくりをより一層促進するとともに、事業者等と連携して医療・介護・予防等の地域包括ケアシステムの基盤整備を推進し、支援が必要な方を身近な地域で支える地域包括ケアシステムを構築します。

2 高齢者を支える地域の体制づくり

(1)緊急時の体制整備・・・■高齢者等緊急通報システム

(2)地域の見守り体制の強化・・・■民生委員・児童委員によるひとり暮らし高齢者の訪問調査と見守り活動／■事

業所や地域住民との協働による見守り活動の推進／■友愛電話／■ごみ収集福祉サービス（まごころ収集）／■閉じこもり高齢者への支援／■地域での高齢者サロン等の活性化／■地域福祉活動の担い手の養成・育成（地域ボランティア講座／■地域ねつとのつどい／■市民活動推進センターららポートの登録団体の募集と支援／■子どもたち的高齢者への理解と世代間交流）

第2章 健康づくりと介護予防・生活支援の推進

1 健康づくりの推進

(1) 生活習慣病予防及び高齢者の疾病予防の支援・・・■健康手帳の交付／■健康教育及び重点健康教育の実施（糖尿病教室／撃退！！余分3きょうだい）／■がん検診・歯周病検診／■心の健康と医療機関との連携（生駒こころの健康相談「ハートホットルーム」）／■特定健康診査及び特定保健指導／■後期高齢者健康診査／■個別栄養相談

(2) 高齢者の健康づくりの推進・・・■「第2期健康いこま21（平成25年11月策定）」の推進／■はじめてのウォーキング講座／■食育事業／■感染症予防／■生駒市健康づくりリーダー養成やその卒後指導／■自主活動グループによる健康づくり

2 介護予防の充実

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

3 生活支援サービスの充実

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

第3章 生きがいづくりや社会参加の促進

1 生きがいづくり活動の推進

(1) 高齢者の多様な生きがい活動への支援・・・■多様な学習活動の促進／■いこま寿大学の充実／■地域デビューガイダンス／■多様な図書館サービスの拡充／■本の宅配サービス／■歴史文化の継承等

(2) スポーツ・レクリエーションの推進・・・■歩く運動の普及／■運動・スポーツの普及／■スポーツ・レクリエーション行事の充実／■リーダーの確保と団体の育成（団体の育成、支援）

2 社会参加の促進

(1) 集いの場づくり・・・■高齢者交流施設の見直しとコミュニティ拠点の充実／■既存公共施設の利便性の向上

(2) 啓発活動の充実・・・■広報紙等の充実／■団体等による情報提供と相談への支援／■ららだより（ボランティア活動の情報誌）の提供

(3) 地域活動の促進等・・・■老人クラブ活動への支援／■地域社会活動の促進／■コミュニティバスの運行／■生駒市高齢者交通費助成事業

(4) 敬老事業・・・■米寿の方へのお祝い状の送付、白寿の方への記念品の贈呈や訪問等

(5) 高齢者の就労の促進・支援・・・■シルバー人材センターの活性化と働く場の確保／■NPO等による生活支援サービス事業所等の確保

3 高齢者にやさしいまちづくりの推進

(1) ユニバーサルデザインのまちづくりの推進・・・■幹線道路におけるバリアフリー化された歩道延長／■奈良県住みよい福祉のまちづくり条例（「障害者、高齢者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者をはじめとするすべての県民にとって安全で快適な生活環境の整備を推進」する条例）の履行

(2) 公園整備と緑化運動 (3) 災害時要援護者避難支援事業

(4) 行政窓口や広報・・・高齢者や障害者への配慮

第4章 認知症施策と高齢者の権利擁護の推進

1 認知症施策の推進

(1) 認知症に関する普及啓発・・・■広報紙の活用やリーフレット等の配布／■認知症サポーター養成講座や認知症キャラバンメイトの養成

(2) 認知症予防への取り組み・・・■脳の若返り教室の実施／■サロン等に認知症予防の教材を配布／■地域ねつとのついで啓発

(3) 認知症の早期発見・早期受診・早期治療・・・■物忘れ相談事業／■かかりつけ医等との連携／■認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の配置

(4) 重度化予防への取り組み・・・■介護従事者向けの認知症ケアに関する研修の実施／■介護者向けの認知症ケアに関する講座等の開催／■認知症ケアに関するサービス提供事業所の整備

(5) 認知症本人や家族への支援

(6) 認知症の方の安心や安全を確保するために・・・■徘徊高齢者模擬訓練／■行方不明高齢者捜索ネットワークシステム／■位置情報提供システム（GPS位置検索専用端末機の貸与）

2 高齢者の権利擁護の推進

(1) 権利擁護に関する取り組みの充実・・・■日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業／判断能力の不十分の方に福祉サービスの利用相談や援助、金銭管理のお手伝いをする制度）／■成年後見制度利用支援事業／■消費生活相談

(2) 虐待防止への取り組みの推進・・・■虐待防止及び啓発への取り組み／■高齢者虐待への対応／■高齢者虐待の防止及び養護者支援に関する研修／■事例検討会の実施／■高齢者虐待防止ネットワーク連絡会

第5章 医療や住まいの基盤整備

1 医療・福祉・介護連携体制の整備

(1) 在宅療養の支援 (2) 在宅医療・介護の連携会議 (3) 医療・福祉・介護の連携のための人材の育成等

2 高齢者の住まいの確保

(1) 住まい (2) 居住環境等の整備（地域密着型サービスの充実）

[介護サービスの基盤整備と質的向上]

第6章 介護サービスの基盤整備と供給量の確保

1 介護保険制度の概要 2 日常生活圏域について 3 介護保険サービスの実施状況
4 介護保険サービス量の見込み 5 2025年に向けて入所施設・地域密着型サービスの整備の方向性

第7章 地域支援事業の充実

1 新しい総合事業について 2 地域支援事業の取り組み状況 3 地域支援事業量の見込み

第8章 介護サービスの質の確保・適正化

1 主要5事業の取り組み 2 その他の事業の取り組み

第9章 介護保険給付費総額の推計及び保険料の設定

1 介護保険事業費等の算出方法 2 介護給付費総額の推計（ワークシート）
3 第1期～第6期介護保険事業計画の事業費との比較 4 介護保険の財源
5 保険料基準額の算出式 6 保険料段階

第10章 介護保険制度を円滑に実施するためのその他の方策

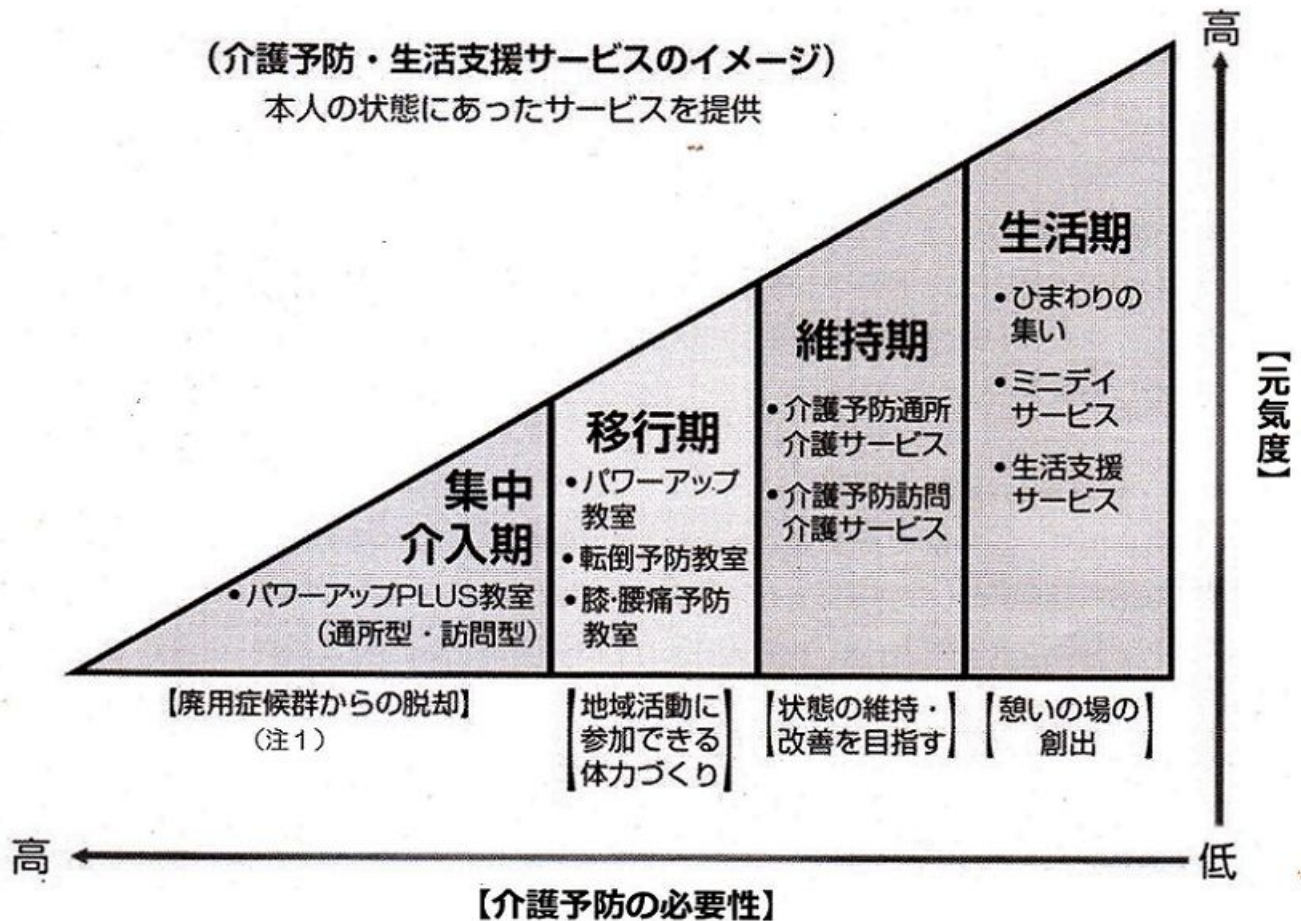
1 平成37年（2025年）のサービスの水準 2 制度の普及啓発等 3 低所得者への配慮等
4 介護人材の確保

資料編

【3】介護サービス

- (1) 生駒市の各生活圏域における認定者数＜別紙（4つ目）＞
- (2) 介護サービス 生駒市内事業者一覧＜別紙（5つ目）＞

【4】地域支援事業



(注1) 過度の安静や活動性が低下したことによりおこる身体の状態。
 主な症状の例: 関節の拘縮や筋力低下、心肺機能低下、うつ状態など

地域支援事業一覧

| | | | | | |
|-------------------|---|---|-------------------|---|--|
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 介護予防・日常生活支援サービス事業 | 訪問型サービス | 生活期 | シルバー人材センターや有償ボランティア等による生活支援サービス (160円/時) | |
| | | | 維持期 | 介護予防訪問介護 (ホームヘルプ) サービス (指定事業者によるサービスで、予防給付から移行してくる前と同等の利用料あり) | |
| | | | 移行期 | — | |
| | | | 集中介入期 | パワーアップPLUS教室 (訪問型) | |
| | | 通所型サービス | 生活期 | ひまわりの集い (食材料費 300円) / ミニデイサービス | |
| | | | 維持期 | 介護予防通所介護サービス (デイサービス) (指定事業者によるサービスで、予防給付から移行してくる前と同等の利用料あり) | |
| | | | 移行期 | パワーアップ教室 / 転倒予防教室 / 膝・腰痛予防教室 | |
| | | | 集中介入期 | パワーアップPLUS教室 (通所型) | |
| | | その他の生活支援サービス | | — | |
| | | 介護予防ケアマネジメント・・・地域包括支援センターが行う | | | |
| 一般介護予防事業 | 介護予防把握事業 | | | | |
| | 介護予防普及啓発事業 地域介護予防活動支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防教室 / 介護予防講演会 / 介護予防出前講座 / 介護予防教室のボランティア養成・育成講座 / 介護予防手帳の配布 ・まちかど保健室 / 高齢者サロン / 「いきいきライフの道しるべ」配布 ・のびのび教室 (高齢者体操教室) / わくわく教室 (機能訓練事業) / コグニサイズ教室 ・脳の若返り教室 (認知症予防教室) / 物忘れ相談事業 / 認知症予防料理教室 ・認知症カフェ / 認知症の人にやさしいお店ステッカー / 認知症高齢者を守るキーホルダー・反射シール配布 / 認知症ケアパス・チラシの発行 ・徘徊高齢者模擬訓練 / 認知症サポーター要請講座 / 認知症キャラバン・メイト / 認知症支え隊の養成 / 認知症に関する多職種連携研修の開催 | | | |
| | <地域の居場所づくり・元気な高齢者が虚弱な高齢者を支える仕組みづくりに力点> | | | | |
| | 一般介護予防事業評価事業 | | | | |
| 地域リハビリテーション活動支援事業 | | | | | |
| 包括的支援事業 | 包括的支援事業 (地域包括支援センターが運営) | 総合相談支援事業 | | | |
| | | 権利擁護事業 | | | |
| | | 包括的・継続的ケアマネジメント事業 | | | |
| | 包括的支援事業 (社会保障充実分) | 在宅医療・介護連携推進事業 | 医療介護連携ネットワーク協議会推進 | | |
| | 生活支援体制整備事業 | 土曜日 / サロン活動 / いきいき百歳体操 / 買い物支援 / まちづくり協議会 | | | |
| | 認知症施策推進事業 | 認知症初期集中支援チーム結成 / 認知症地域支援推進員の地域包括支援センターへの配置 | | | |
| | 地域ケア会議推進事業 | 地域ケア会議開催 | | | |
| 任意事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護給付等費用適正化事業・・・要介護認定の適正化 (認定調査状況チェック) / ケアプランの点検 / 住宅改修等の点検 / 縦覧点検・医療情報との突合せ / 介護給付費通知 ・介護サービスの質の確保・・・指定事業所への指導監督 / 介護予防ケアマネジメントマニュアル・ケアマネジャーハンドブックの作成・配布 / 事業者間の連携の支援 | | | | |
| | 家族介護支援事業・・・紙おむつ等支給事業 / 家族介護教室 / 認知症高齢者見守り事業 | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・その他・・・成年後見制度利用支援 / 住宅改修支援事業 / 地域自立生活支援事業 (配食サービス) ・介護保険制度を円滑に実施するためのその他の方策・・・団塊の世代が75歳以上となる20(H37)年には本市の高齢化率が29.33%になるとの推計のもと、介護保険計画を「地域包括ケア計画」として、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを検討。「介護保険ガイドブック」「介護保険のてびき」の発行等による介護保険制度の普及啓発。低所得者への配慮。介護人材の確保。 | | | | |

【5】高齢者のための諸施策

(1) 車いすの貸出し／「くらしのあんしん～高齢者の福祉と健康の手引き～」／生きいきクーポン／地域ねつこのつどい／浴場利用券の交付／高齢者団体等活動促進事業／いこいこクラブ生駒（高齢者が自ら趣味活動や社会活動を行うための地域ごとでの活動）／高齢者が気軽に集える施設（RAKU－RAKU はうす・金鷲の杜 倭苑・福祉センター）／緊急時のためのサポート（緊急通報システム・位置情報提供システム・救急医療情報キット配布・行方不明高齢者捜索ネットワーク）／友愛電話訪問

(2) **高齢者の生きがいくくりや健康づくり、社会参加につながる事業**・・・その調査<別紙(6つ目)>

【6】関係組織

(1) <庁内組織>**地域包括ケアシステム推進会議**・・・以下の課により構成<14(H26).10.17現在>。

- ①医療・・・病院建設課・健康課
- ②介護・・・介護保険課・高齢福祉課
- ③生活支援・・・介護保険課・高齢福祉課・企画政策課・生活安全課・生涯学習課・消防本部総務課
- ④住まい・・・営繕課・建築課
- ⑤予防・・・介護保険課・高齢福祉課

(1-2) <同上>**地域包括ケア推進会議**・・・以下の30人の部室課長により構成<17(H29).2現在>。

- ①副市長・市長公室長・総務部長・地域活力創生長・市民長・福祉健康長・建設長・都市整備部長・教育振興長・生涯学習長・消防長
- ②医療分野・予防分野・・・福祉健康部次長・病院事業推進課課長
- ③介護分野・予防分野・・・介護保険課長・高齢施策課長・障がい福祉課長・保護課長
- ④生活支援分野・・・政策企画推進課長・防災安全課長・市民活動推進課長・いこまの魅力創造課長・経済振興課長・環境保全課長・教育指導課長・生涯学習課長・スポーツ振興課長・消防本部総務課長
- ⑤住まい分野・・・営繕課長・建築課長

(2) **介護保険運営協議会**<<http://www.city.ikoma.lg.jp/0000000139.html>>

①設置目的・・・生駒市介護保険条例に定める機関で、介護保険事業の円滑な運営を図るために設置され、市長の諮問に応じ、介護保険事業計画策定などの調査審議を行う。

②具体的な役割・・・介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画の策定／地域包括支援センターに関すること／地域密着型サービス事業所の指定・更新に関すること／介護予防部会

③委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する（15名以内／任期3年）。

学識経験のある者／保健医療関係者／福祉関係者／被保険者／介護サービス及び介護予防サービスの利用者の家族／その他市長が必要と認める者

(3) **医療介護連携ネットワーク協議会**<<http://www.city.ikoma.lg.jp/0000006065.html>>

①設置目的・・・市民が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らし続けることができるよう、包括的かつ継続的な医療と介護サービスの提供体制の構築を図る。

②委員は、次の関係機関の者のうちから市長が委嘱または任命する（20名以内／任期3年）。

生駒市医師会／生駒地区医師会／生駒市内病院／生駒市歯科医師会／生駒地区薬剤師会／訪問看護ステーション／地域包括支援センター／居宅介護支援事業所／訪問介護事業所／通所介護事業所／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／小規模多機能型居宅介護施設／郡山保健所／生駒市／その他市長が必要と認める者

③現在、在宅医療介護推進部会・認知症対策部会の2部会が設置されている。

【7】関係条例・規則<生駒市例規(厚生編)⇒http://www.city.ikoma.lg.jp/html/reiki_int/reiki_taikei/r_taikei_08.html>

(1) **介護保険全般関係**

- ①介護保険条例（平成12年3月29日）
- ②介護認定審査会規則（平成12年3月31日）

(2) **居宅サービス関係**

○老人デイサービスセンター条例（平成10年12月24日）・・・3つのデイサービスセンター（幸楽、寿楽、長楽）を市が設置するための条例。

(3) **施設サービス関係**

○介護老人保健施設条例（平成13年6月29日）・・・やすらぎの杜 優楽を市が設置するための条例。

○介護老人保健施設条例施行規則（平成13年9月26日）

(4) 介護予防支援関係

○指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則（平成18年7月14日）

○指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成26年12月26日）

(5) 指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービス関係

○指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（平成18年7月14日）

○指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年12月25日）

○指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成24年12月25日）

(6) 地域支援事業・介護予防支援関係

○地域包括支援センターの職員等に関する基準を定める条例（平成26年12月26日）

(7) 高齢者福祉関係

○老人ホーム入所判定委員会条例（平成24年10月9日）

○老人福祉法に基づく養護老人ホームへの入所措置等に関する規則（昭和62年7月1日）

○老人福祉法に基づく養護老人ホーム入所措置費用の徴収に関する規則（昭和51年7月1日）

○RAKU—RAKUはうす条例（平成13年4月3日）

○RAKU—RAKUはうす条例施行規則（平成13年4月3日）

○金鷲の杜倭苑条例（平成15年3月28日） ○金鷲の杜倭苑条例施行規則（平成15年5月15日）

(8) 後期高齢者医療関係 ○後期高齢者医療に関する条例（平成20年3月28日）

【8】生駒市の地域包括ケアシステム構築に向けての動き

(1) 「地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップ（全体構想）」・・・地域包括ケアシステム構築支援業務に係る公募型プロポーザルで選定された事業者（NIT データ経営研究所）の支援を得て、第3回地域包括ケア推進会議<17(H29).3>で策定された。

①ロードマップ（図）・・・<別紙 7つ目（3枚もの）>

②文書版

<文書版とは、「地域包括ケアシステム構築支援業務報告書」のこと⇒<http://www.city.ikoma.lg.jp/0000009111.html>>

～目次～

第1章 ロードマップ策定の背景と趣旨

第1節 求められる地域包括ケアシステムの構築

1) 地域包括ケアシステム 2) 介護人材の不足

第2節 地域共生社会の実現

1) 求められる福祉分野におけるパラダイムの転換 2) 地域共生社会の実現に向けて

第3節 これまでの生駒市の取り組み

1) 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 2) これまでの重点的な取り組み：介護予防・生活支援の推進
3) 本市の方向性に沿った地域包括ケアの推進 4) 人材確保に向けた奈良県との連携

第4節 ロードマップの位置づけ

1) 基本的な考え方 2) 方向性の設定 3) 実施体制の構築 4) 社会参加や活動につなぐ
5) 地域共生 6) 関係計画との関係

第2章 生駒市の状況

第1節 歴史・地理・社会的特徴の概観

第2節 データから見る本市の特徴

1) 人口構造 2) 平均寿命と健康寿命 3) 地域特性 4) 虚弱高齢者の特徴 5) 認知症
6) 要介護認定者数、介護資源、地域支援事業 7) 最も生活現場に近い拠点づくり（第2層協議体）

第3節 生駒市らしい協働の地域包括ケアシステムの構築にむけて

- 1) 「協働」の価値を重視する基本的な考え方 2) 地域マネジメント体制と地域包括ケアシステム構築のプロセス
 3) 各部署から協力を仰ぎ協働を実現する 4) 新たにテーマごとに部会を設置

第3章 生駒市の地域包括ケアシステムの構築にむけたロードマップ

第1節 地域包括ケアシステムの位置づけ

第2節 軸とする施策や事業：短期集中Cサービスと地域ケア会議の充実

第3節 生活に身近な小地域で支えあう拠点づくり：第2層協議体の加速度的普及促進

第4節 システム構築の着実な推進：地域マネジメントと地域包括支援センター

第5節 行政としての課題

- 1) 市民個人に対して 2) 生駒市及び関連機関に対して 3) 医療機関、介護事業者及び福祉事業者に対して
 4) 医療職及び介護・福祉職に対して 5) 医療や介護等に関連した関係団体に対して
 6) 地域の繋がりを支援する関係者や団体に対して 7) 企業や店舗に対して 8) 学者や研究機関

第6節 地域包括ケア 2017 (ロードマップ)

- 1) 地域包括ケアシステムの普及啓発
 2) 市民協働の推進

(施策や事業の連携による市民協働、参加と活動の推進/市民協働を通じた日常的な見守りや支えあいの推進

- 3) 医療介護連携/介護保険運営 4) 認知症施策 5) 地域ケア会議
 6) 介護予防の充実・強化/生活支援の充実・強化 7) 高齢者虐待防止 8) 庁内連携

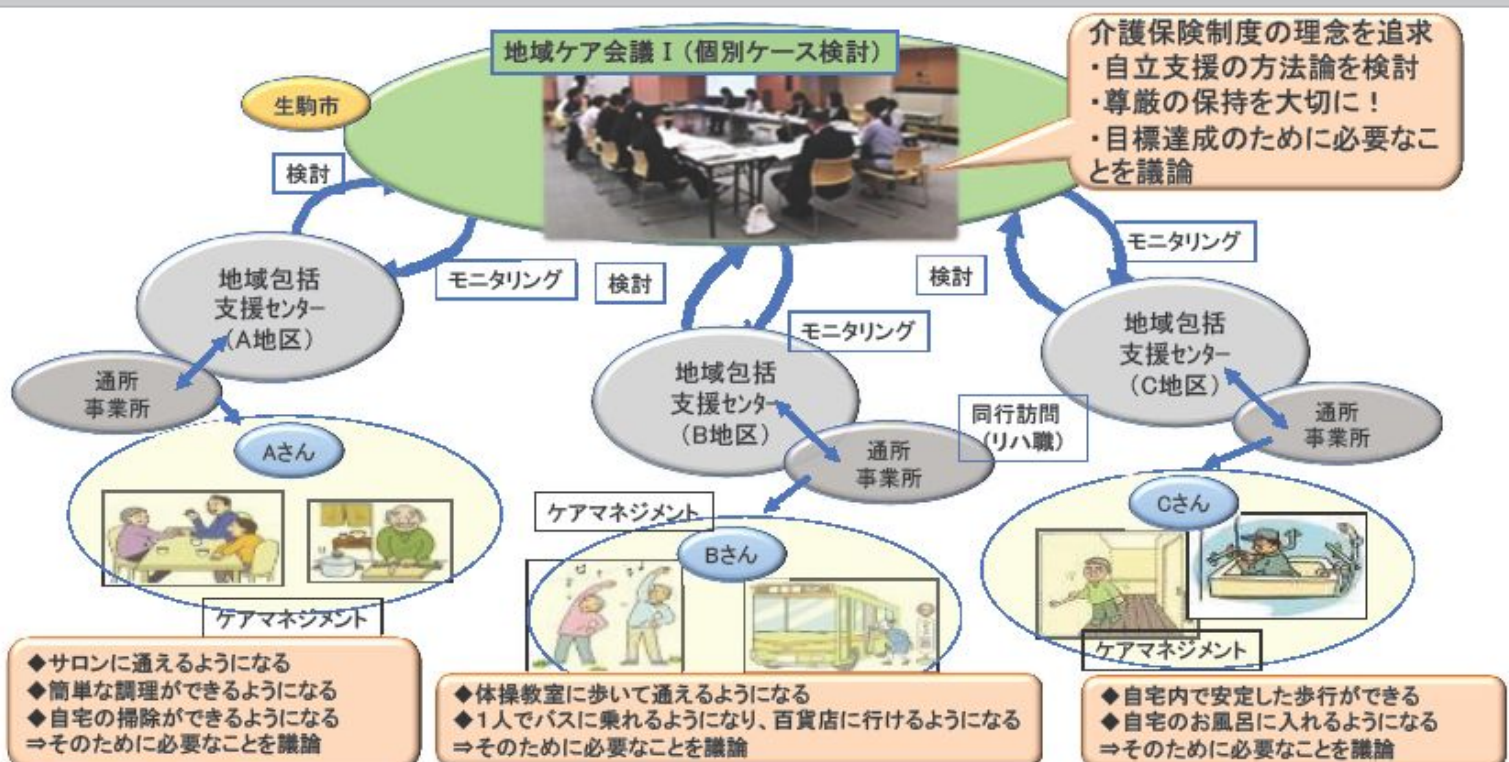
■市民協働の促進に向けて部署間を越えて連携可能な取組例

(2) 「生駒市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画(平成27~29年度)」では、地域包括ケアについてはざっくりとしか記載できていないが、17(H29)年度中に策定される「生駒市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画(平成30~32年度)」では、(1)のロードマップ(全体構想)を活用することで、地域包括ケアについて実現可能なものが具体的に記載される。

(3) 25(H37)年を目途とする地域包括ケアシステム構築は、(2)の「生駒市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画(平成30~32年度)」に基づいて行われていく。

(4) 現在、生駒市は、**地域包括ケア構成要素充実に向けて**、下記の図・写真のように、介護予防・日常生活支援総合事業等の取組を進めている。

自立支援型地域ケア会議(I)のイメージ



住民活動の紹介《ひまわりの集い》

～地域に出向いて開催します！～

簡単な調理だけど、おいしいですよ！



みんなで食えると美味しいわ♪



第4回
健康寿命をのばそう！アワード受賞

体操も食事前には実施します！



野菜いっぱいカレーライス
串カツとデザートのわらび餅！

高齢者サロンのサポーターが高齢化してきたことにより、停滞しているサロンに食材を持ち込み、会食サロンの出前を実施。そうすることで普段参加しない人も「食事」に誘われて参加するなど、好循環！
地域巡回型ひまわりの集いが現在、市内を巡回。
総合事業の多様なサービスを起点に活動は拡大している。

仕掛けづくりによって、地域の居場所づくりの拡大を加速化

【元気な高齢者が虚弱な高齢者を支える仕組みづくり】



のびのび教室・いきいき100歳体操
(元気高齢者がサポーターとして教室運営に協力)



機能訓練教室「わくわく教室」
(元気高齢者が教室運営)



脳の若返り教室(元気高齢者がサポーターとして教室運営に協力)



サロン
(元気高齢者がサロンを運営)



集中C事業の卒業生からなる「いきいき100歳体操」も活発化
卒業生からなるOB会も誕生



コグニサイズ(介護予防・生活支援サポーターのOBが教室運営に協力)



コグニサイズ教室(予防)



徘徊高齢者の模擬訓練(勉強会+訓練+反省会等)



脳の若返り教室
(予防・重度化予防)



認知症サポーター
養成講座



認知症カフェ



認知症の人にやさしいお店
ステッカー



認知症料理教室
(重度化予防)



認知症初期集中支援チーム(早期発見・早期対応)



見守りキーホルダー
反射シール

生活支援体制整備 地域力の向上



【あすか野の土曜市】
高齢化率が高い自治会が自らの手で土曜市を開催！



【鹿ノ台いきいき街づくり会】
サロン活動やいきいき百歳体操、買い物支援などを実施。
平成28年度奈良県介護大賞受賞！



中地区健康まちづくり協議会(案)

2年前より勉強会を立ち上げ、先進地視察を行い、自分たちの地域に必要なことを考え、形にしていこうと始まったもの。今年、新潟県上越市にバスを借り上げ視察を計画。バス内で参加者の交流を図り、仲間づくりの結束を狙っている。
他にも市民自治協議会の立ち上げもあり、互助の仕組みづくりがふつとわきあがってきている。



- 朝、先ず自分にあいさつ(自分への感謝)
- そして、家族へ(家族への感謝・きずな)
- そして、隣近所・地域へ(地域への連携・連携)



まちづくり協議会の発足
H28. 7.2

他の地域でも様々な取組が始まっています！

(5) 生駒市の2015年から2025年にかけての後期高齢者(75歳以上)の伸び率は1.70倍で、全国でもトップクラスです。しかし、生駒市は、上に掲載の取り組み等により、下記の新聞記事の通り、全国から視察団がやってくるほどの**介護予防の先進地**であり、要介護認定率(65歳以上の高齢者に占める要支援・要介護認定者の割合)は13年4月現在で15.6%(16年3月厚労省公表の14年度状況資料では、全国平均17.9%、その最下位県の山梨県は14.2%)と低くなっており、生駒市は、将来的には「**後期高齢者伸び率トップクラスでありながら、要介護認定率は最下位クラス**」に成り得るといふ注目の自治体となっている。

2016/8/20 日本経済新聞

(文中の太字は引用者による。)

医療・介護の効率化へ自治体は奮起を

人口の高齢化に伴い、医療と介護にかかる費用負担が重くなる一方だ。質を保ちながらも、費用を抑える改革が求められる。その難しい課題に都道府県や市町村が挑みつつある。住民が安心して暮らせるよう、尽力してほしい。

2014年に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県は「地域医療構想」をつくることになった。都道府県内を複数の地域に分け、人口予測から地域ごとに、どのような機能の医療機関がどの程度必要かを定める。

今のままでは人口に対して病院が多すぎたり、同じような機能の病院がいくつも存在し続けたりで、効率化が期待できないためだ。今年度中に大半の都道府県が構想を策定し、その実現を目指す。

地域の実情をしっかりと見据え、実のある構想をつくってもらいたい。実現に向けては病院の再編も必要になり、一筋縄では進まないと予想される。行政の最重要課題の一つとするぐらいの覚悟で臨むべきだろう。国も関係省庁が一体となり、支援してほしい。

介護分野では市町村の役割がこれまで以上に重要になる。医療介護総合確保推進法では、介護の必要度合いが少ない軽度の高齢者向けサービスの一部を、全国一律から市町村独自のものに切り替えることを定めた。

その際には、ボランティアやNPOなどによるサービス提供も活用して効率化を目指す。多くの市町村は17年4月までに事業を始めるべく、準備中だ。

奈良県生駒市は、独自の介護予防事業をすでに始めている。筋力を鍛える教室をのぞくと、トレーニング機器を使う人も、指導する人も高齢者であることに驚く。

指導しているのはこの教室の卒業生だ。経験者だからきめ細かい指導ができ、自分自身の活力維持にもなる。教わる側の高齢者も「頑張れば、指導できるぐらい元気になれる」と張り合いが出る。

これらの事業によって**高齢者に占める介護が必要な人の割合が下がってきた。**市の担当者は「市職員が本気を出せば、地域を変えていくこともできる」と意気込む。

全国にはほかにも先進的な取り組みをする市町村がある。これらも参考に、全自治体が知恵を絞り、競い合ってもらいたい。

高齢者には医療と介護が共に必要だ。両者を一体として効率的に提供するため、都道府県と市町村の連携も強化してほしい。

(6) 下記の新聞記事の通り、生駒市は全国に先駆けて15(H27)年に導入した「介護予防・日常生活支援総合事業」の実践的な取り組みを紹介するハウツー本を出版した。

2017/12/6 産経新聞

生駒市の先進福祉を紹介したハウツー本出版 地域住民の参加など独自の取り組み紹介

生駒市は全国に先駆けて平成27年に導入した「介護予防・日常生活支援総合事業」の実践的な取り組みを紹介するハウツー本「地域でつくる! 介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC」を出版した。全国の自治体で話題を呼んだ、きめ細やかな福祉サービスの実態が明かされている。

同市地域包括ケア推進課では、個々のケアプランに基づく介護予防や認知症対策を手がけるなど、新たな福祉サービスを提案。他の自治体から高く評価されている。この先進的な取り組みを紹介しようと、市と医療保険や介護・福祉関連の書籍を販売する「社会保険研究所」(東京都)などがタッグを組み、同課の田中明美課長(51)らが執筆した。

従来の福祉事業では、デイサービスなどの利用者に対し、資格を持つケアマネジャーらが身体介護や生活援助をする一方で、家事や買い物といった身の回りの世話まで負担するケースが目立った。だが、同事業ではニーズが高い通所介護やホームヘルプの基準を緩和し、資格を持たない地域住民同士で助け合える環境をつくった。田中課長は「要介護者らが効果的、効率的にサービスを受けられる仕組みになった」と話す。

同市では支援や介護の程度やニーズに合わせ、さまざまなサービスを選択することが可能だ。たとえば、筋力トレーニングや通常よりも強い負荷をかけたリハビリに3カ月取り組んでもらい、身体機能を向上させて自立を促す「パワーアップPLUS教室」を開催しているほか、引きこもりがちな高齢者に外出の機会を与える「集いの場」も提供している。

本では支援事例やケアプランの作成方法、介護保険料の内訳、同市の福祉事業に関する決算など、自治体関係者や介護事業者らに役立つノウハウを272ページにわたって紹介。田中課長は「福祉事業ではプロセスを構築することが重要。各自治体には課題解決のツールとして有効活用してほしい」と話している。

価格は3千円（税別）。問い合わせは同課（電）0743・74・1111。

<別紙>

- 1つ目 **生活機能評価基本チェックリスト**
- 2つ目 **介護保険制度の各サービスの費用額**
- 3つ目 **平成28年度 新規・主要事業調書『『地域包括ケアシステム』の構築の推進』**
- 4つ目 **生駒市の各生活圏域における認定者数**
- 5つ目 **介護サービス 生駒市内事業者一覧**
- 6つ目（2枚もの） **高齢者の生きがいづくりや健康づくり、社会参加につながる事業調査**
- 7つ目（3枚もの） **ロードマップ（図）**