資料２

東京都社会福祉審議会検討分科会

武蔵野市における地域包括ケアの現状と課題

１．武蔵野市の高齢者人口と介護保険給付等について
２．武蔵野市における地域包括ケアシステムの現状
３．地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題

平成25年(2013年)6月18日

武蔵野市健康福祉部長　笹井　肇

１．武蔵野市の高齢者人口と介護保険給付等について

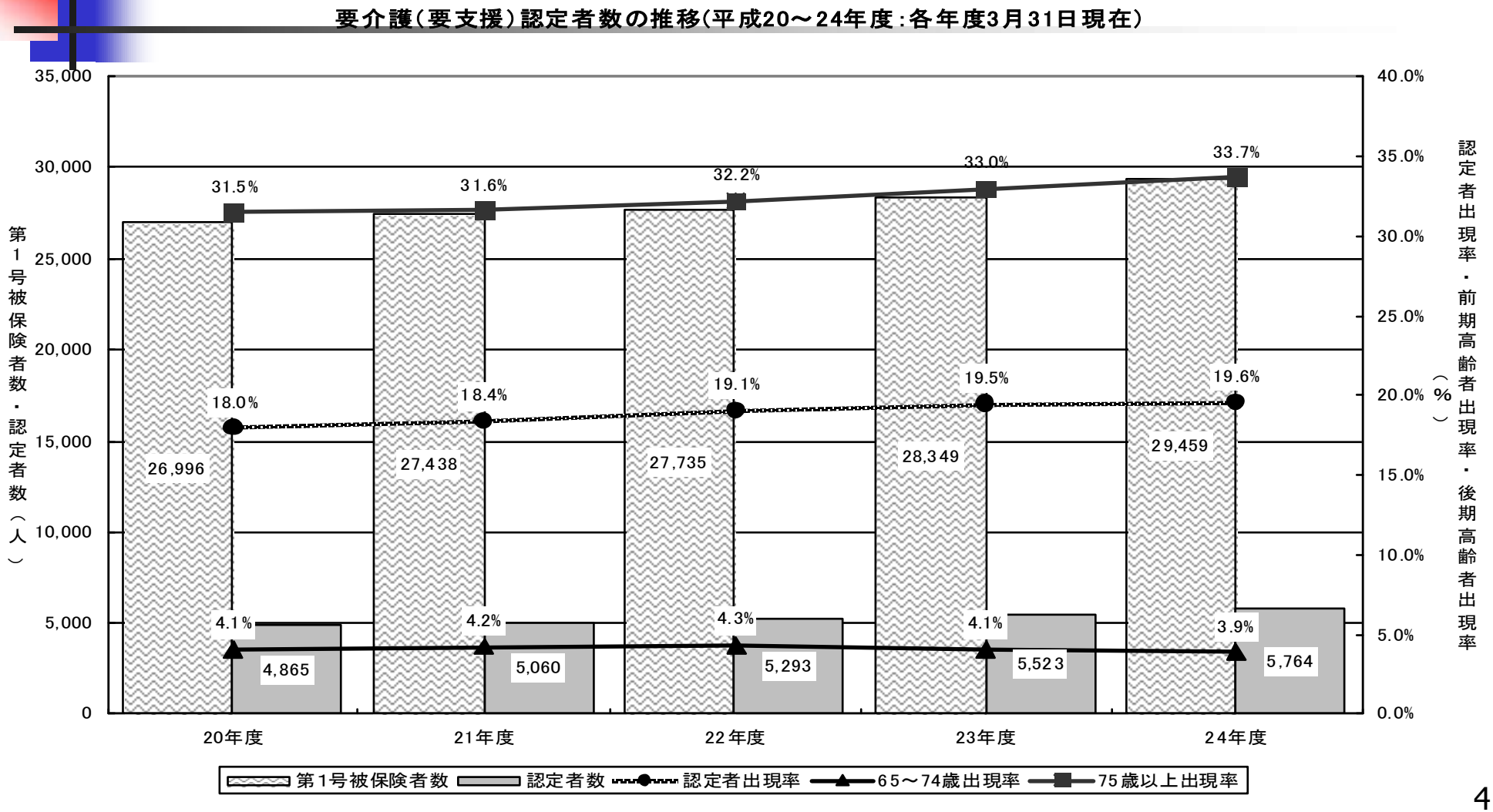
武蔵野市の高齢者人口(各4月1日)

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%

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



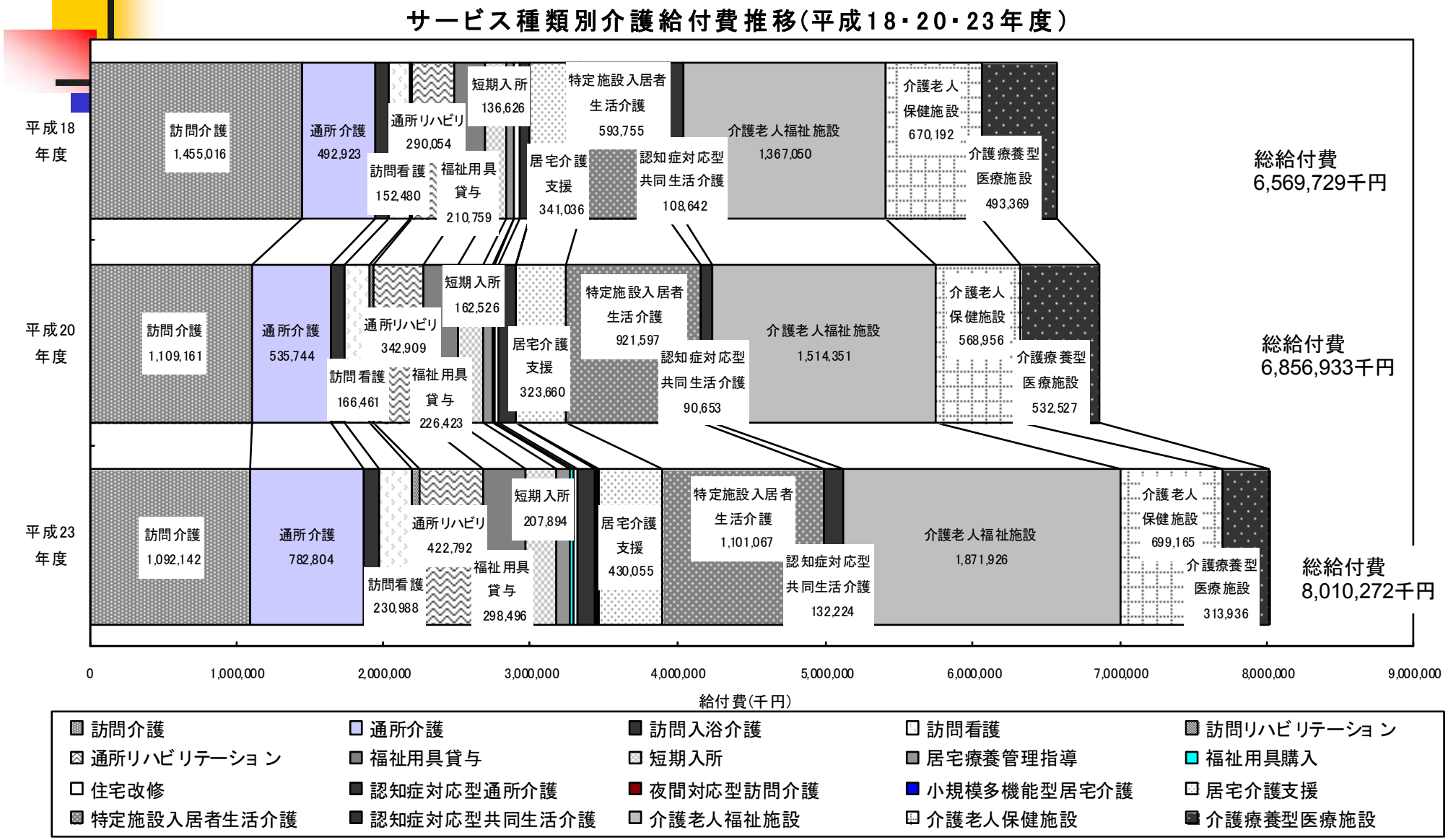
武蔵野市の介護保険給付の特徴

重度（要介護4～5）の居宅利用割合が全国平均を上回る

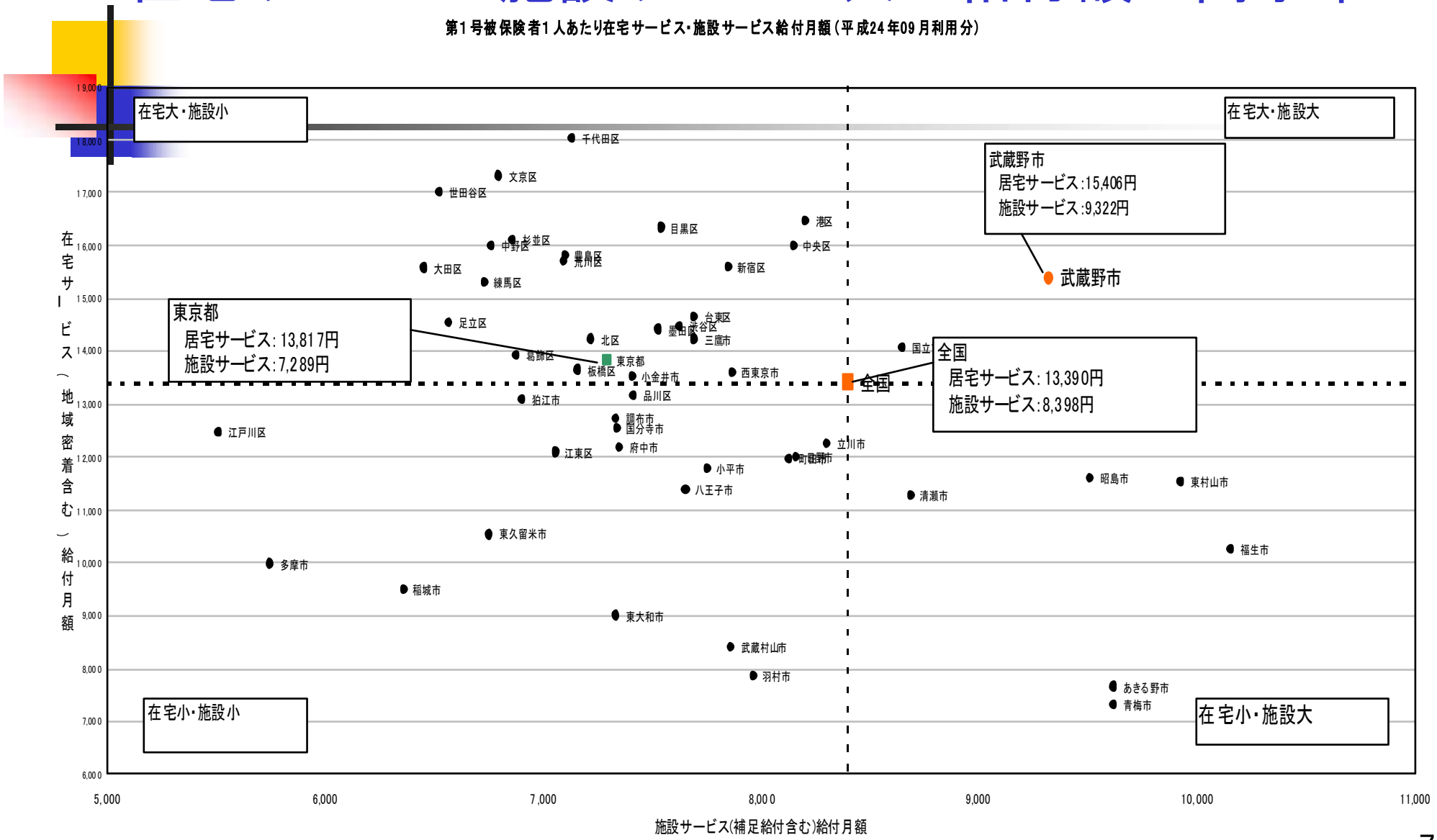
- 要介護度別区分支給限度額に対する居宅サービス利用割合（平成25年3月審査分）

	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%	60.1%	64.2%
全国	45.4%	39.6%	40.8%	48.1%	52.6%	52.8%	54.1%

サービス種類別介護給付費推移



在宅サービス・施設サービス共に給付額が高水準



２．武蔵野市における地域包括ケアシステムの現状

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

住　宅　　雇　用　　保　健・医　療

介護予防・生涯学習

交通体系

【居住継続支援事業】
○リバースモーゲージ
○シルバーピア
○高齢者サービスハウス

武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年４月施行）

【健康増進・社会参加促進施策】
○健康づくりや介護予防施策
（地域健康クラブ・不老体操）
○社会参加促進・生きがい実現のための施策
（老人クラブ・社会活動センター）

【介護関連施設】
○テンミリオンハウス事業（７ヶ所）
○日常生活支援事業
（自立生活支援のためのホームヘルプ
ショートステイ、食事サービス）
○認知症高齢者支援事業
(相談・啓発・見守り支援事業等）

福祉サービス利用料条例
日常生活支援事業（ホームヘルプ・デイ・ショート）などの利用料を規定

【移送サービス事業】
○レモンキャブ事業
○コミュニティバス「ムーバス」

武蔵野市介護保険条例

【法定給付】
○通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）
○訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）
○短期入所（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）
○介護老人福祉施設
（特別養護老人ホーム）など

【ｻｰﾋﾞｽ相談調整専門員の設置】

○苦情対応への市独自の仕組み

【福祉の施設】
○桜堤ケアハウス
○軽費老人ホーム

【利用者保護】
○権利擁護センター

【介護保険施設整備】
○吉祥寺ナーシングホーム
○ゆとりえ
○ケアコート武蔵野
○さくらえん　等

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

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

テンミリオンハウス

リバースモ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、
子育て世代交流・喫茶・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（移送サービス）

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、商店主を中心とした
地域の有償ボランティア。
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、身体の自由の利かない
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

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。

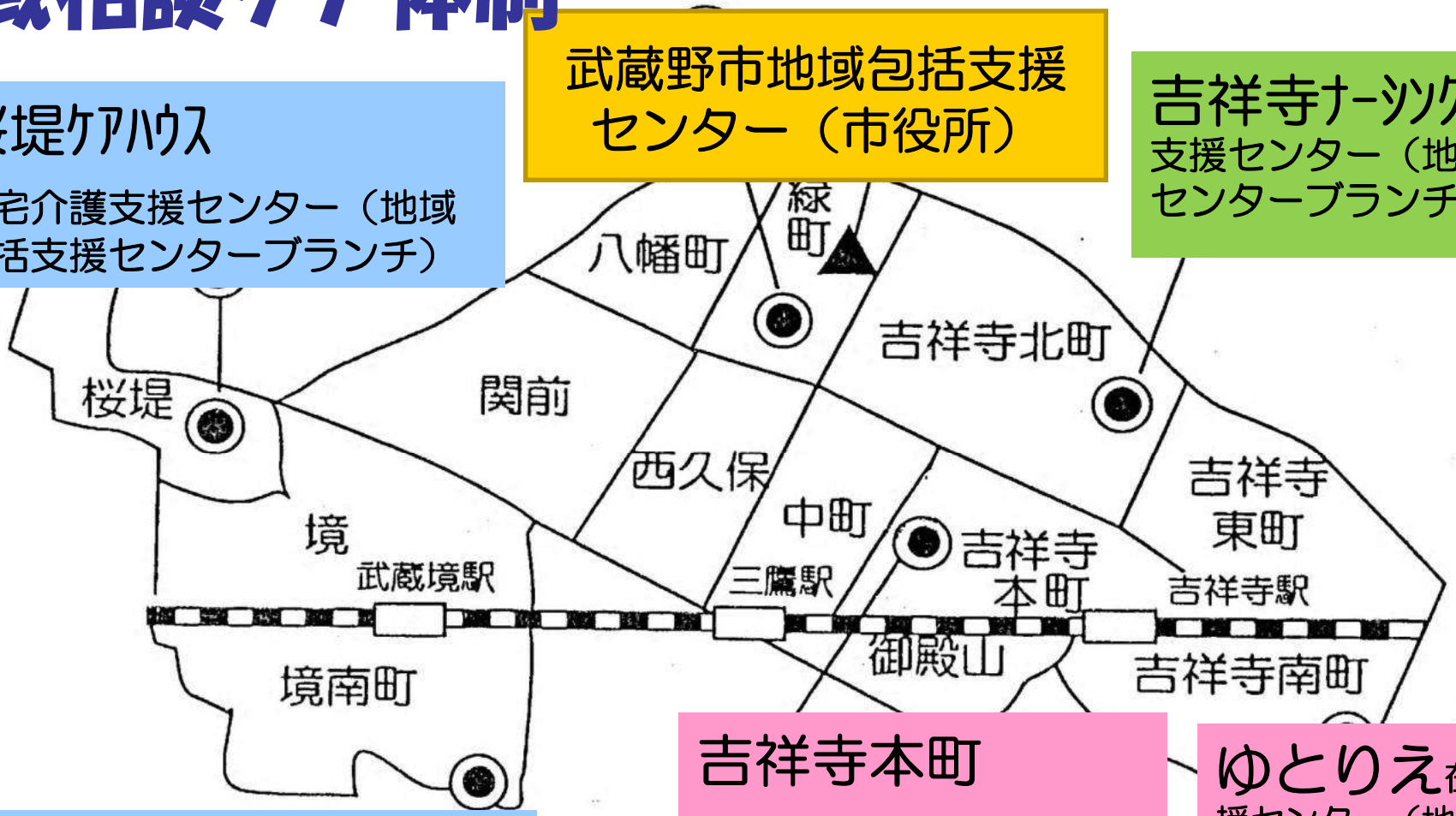
小地域完結型地域相談ケア体制

高齢者総合センター在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）

武蔵野市地域包括支援センター（市役所）

吉祥寺ナーシング 在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）

桜堤ケアハウス
在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）



武蔵野赤十字
在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）

吉祥寺本町
在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）

ゆとりえ在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）

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

「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、ケアマネージャー、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・孤立予防の推進＜全19事業＞

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」



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

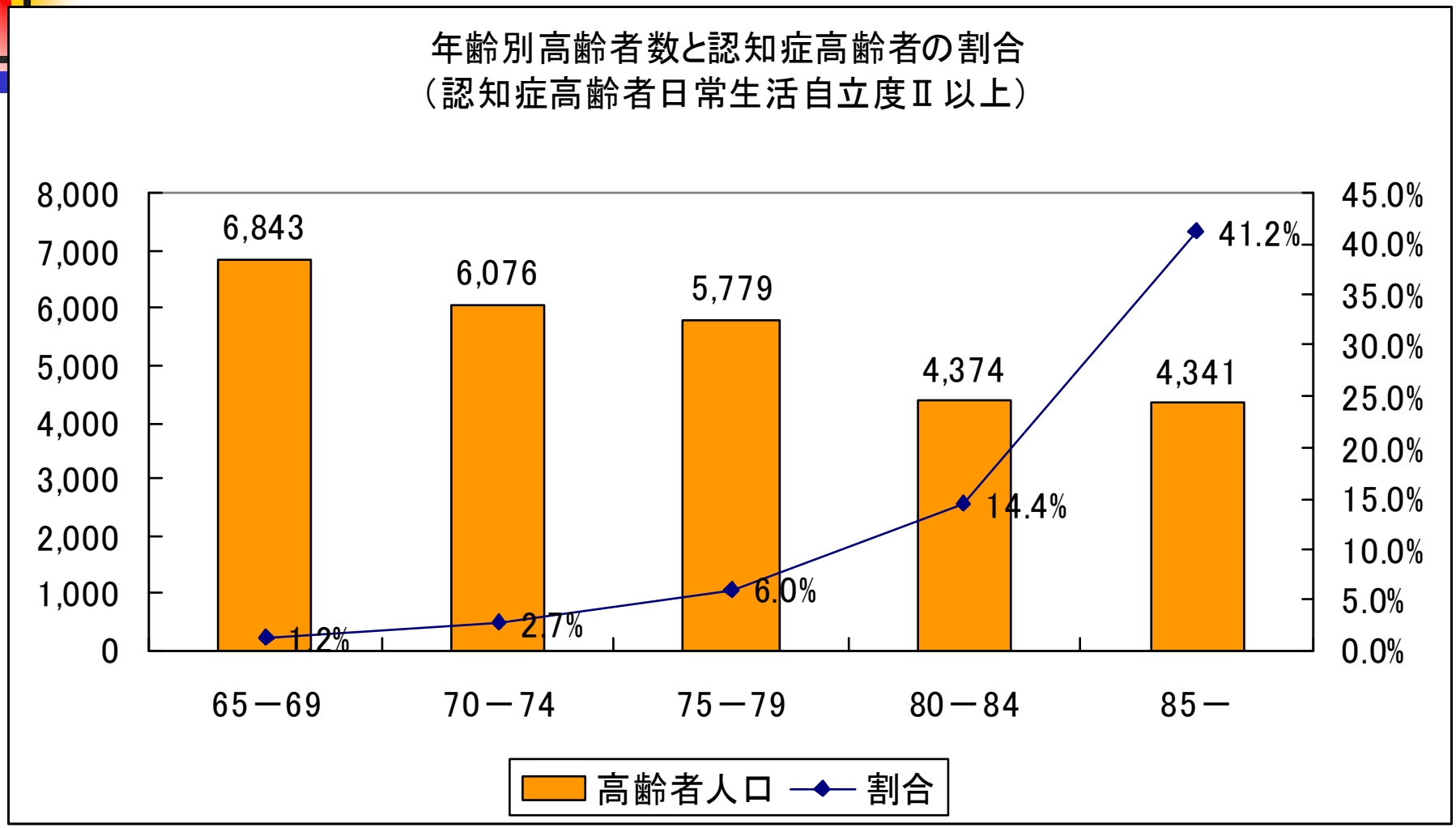


武蔵野市では65歳以上の10人に1人以上が認知症高齢者です(平成23年7月調査)

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以上		Ⅱ以上	
			人数	割合	人数	割合
65-69	6,843	180	118	1.7%	80	1.2%
70-74	6,076	382	250	4.1%	162	2.7%
75-79	5,779	754	517	8.9%	344	6.0%
80-84	4,374	1,284	922	21.1%	632	14.4%
85-	4,341	2,763	2,364	54.5%	1,788	**41.2%**
合計	27,413	5,363	4,171	15.2%	3,006	**11.0%**

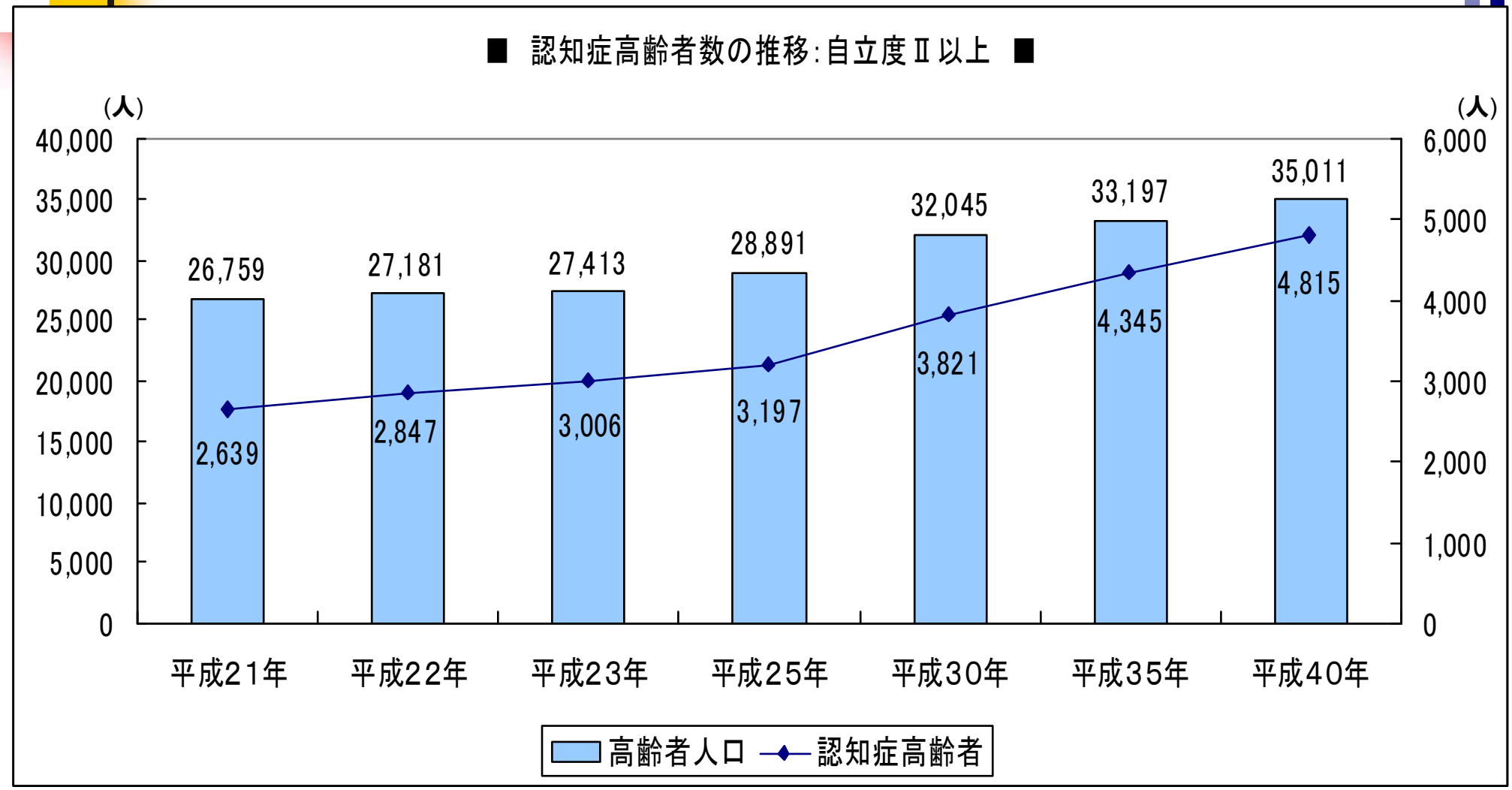
平成23年7月1日現在

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



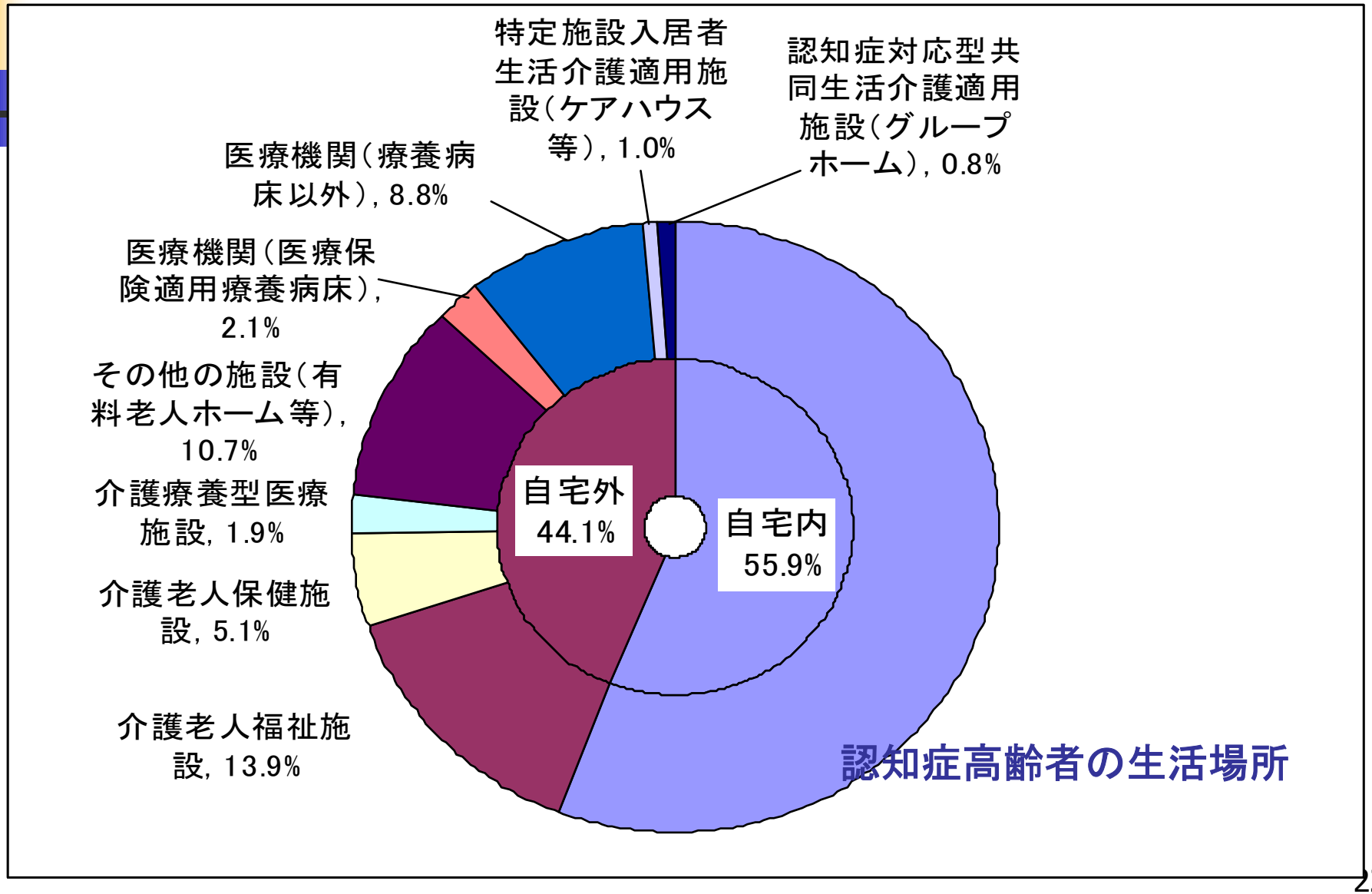
平成23年7月1日現在

武蔵野市における認知症高齢者の推計値

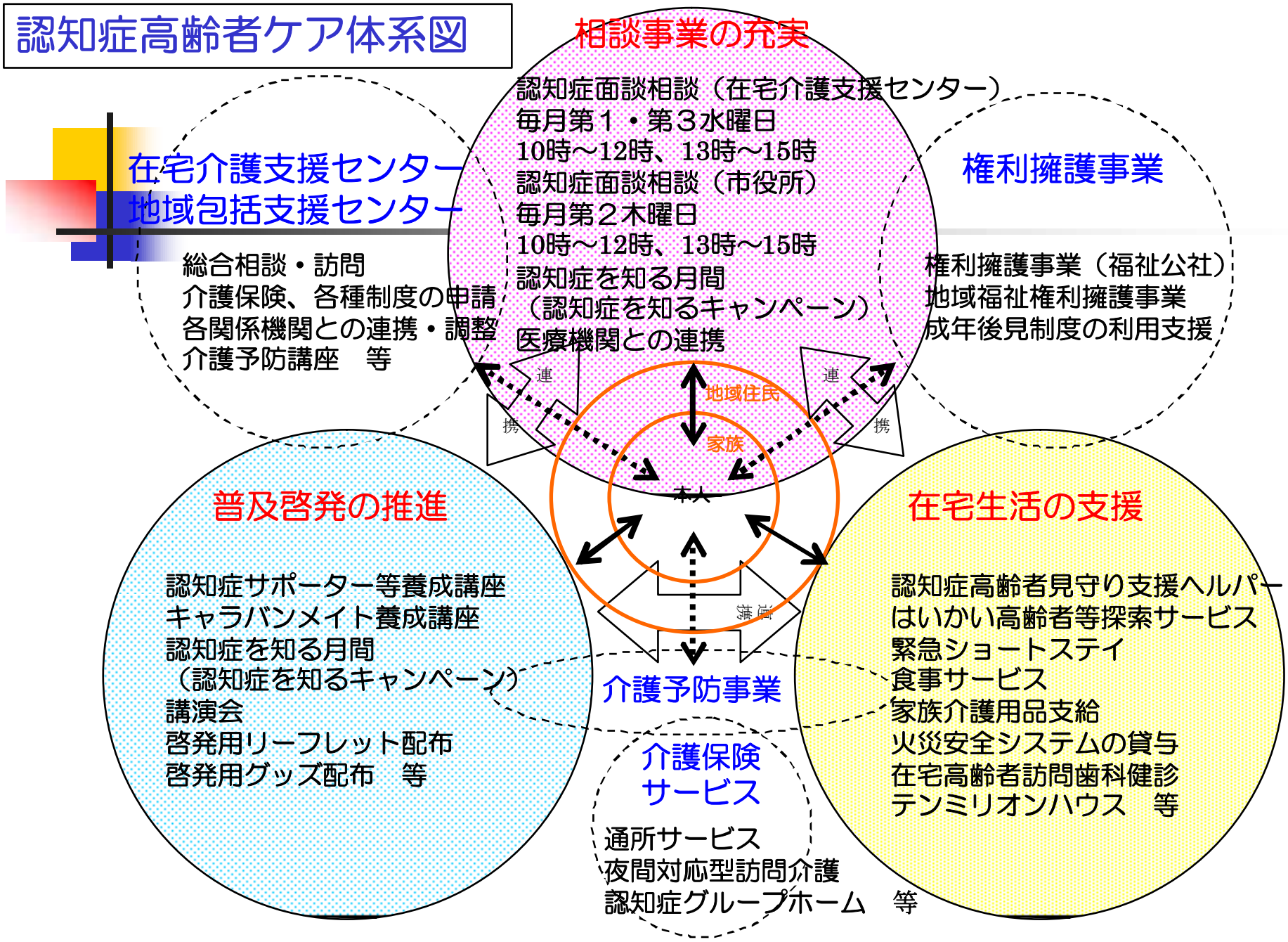


平成23年7月1日現在

認知症の人は私たちの身近に生活しています



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

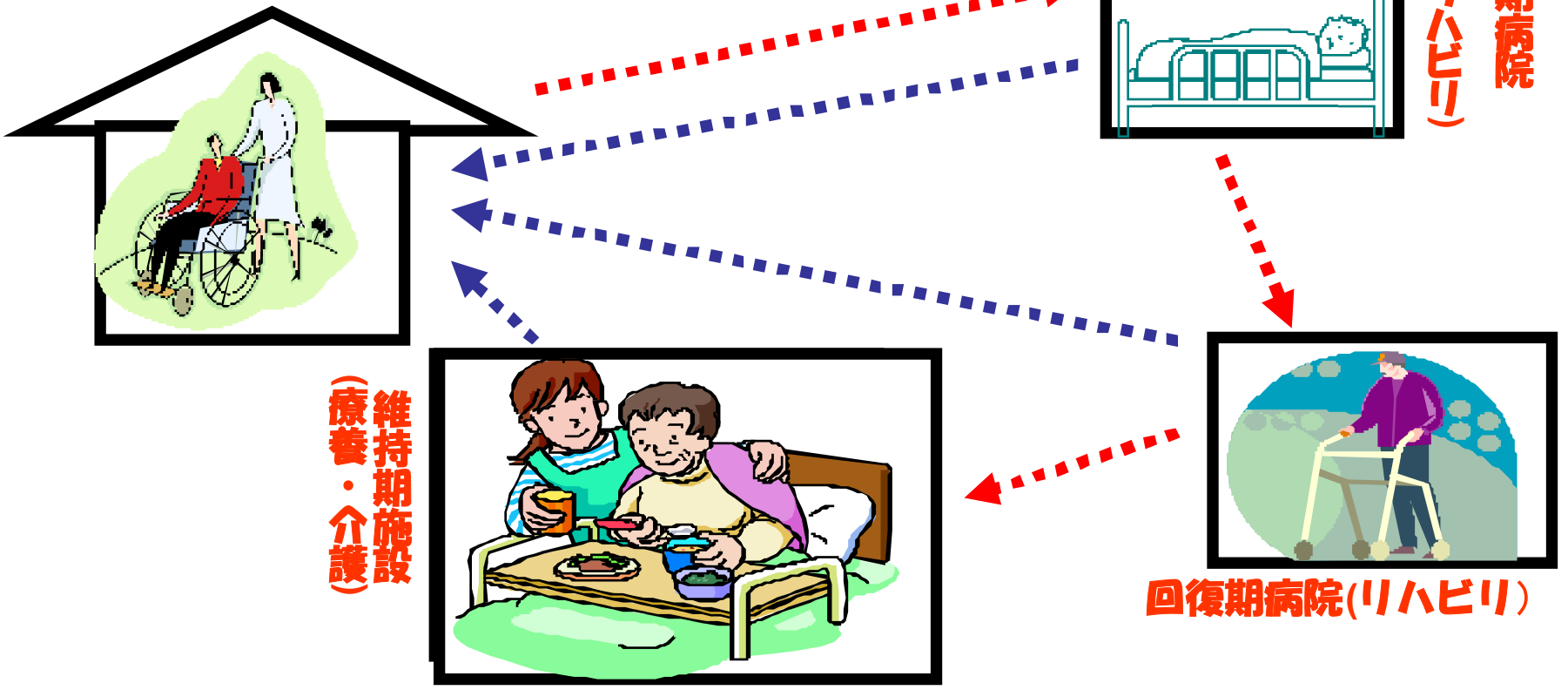
事　業	内　容
認知症相談	面談相談（毎月第1・第3水曜日、第2木曜日）
認知症見守り支援ヘルパー派遣事業	専門的研修を受けた訪問介護員による介護保険給付対象外の見守り・話し相手・散歩付き添いなどの支援（週4時間以内）
はいかい高齢者探索システム	徘徊行動のある高齢者等にGPS専用端末機を携帯してもらい、徘徊時の位置を家族等に知らせるシステム
火災安全システムの貸与	ひとり暮らし・高齢者だけの世帯に、火災による緊急事態を防止・対応するために電磁調理器や警報機を貸与
家族介護用品支給事業	介護用品（おむつ等）の支給により家族介護者の負担を軽減（要介護3以上の市民税非課税世帯対象）
家族介護者の集い	「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

重点的取り組み(3)
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

医療と介護の地域連携

武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中ネットワーク（脳血管疾患は要介護の原因のトップ）



関連ページ：武蔵野市ホームページ → 健康福祉 → 高齢者 → 脳卒中地域連携診療計画書の本格的な運用を開始

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（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）

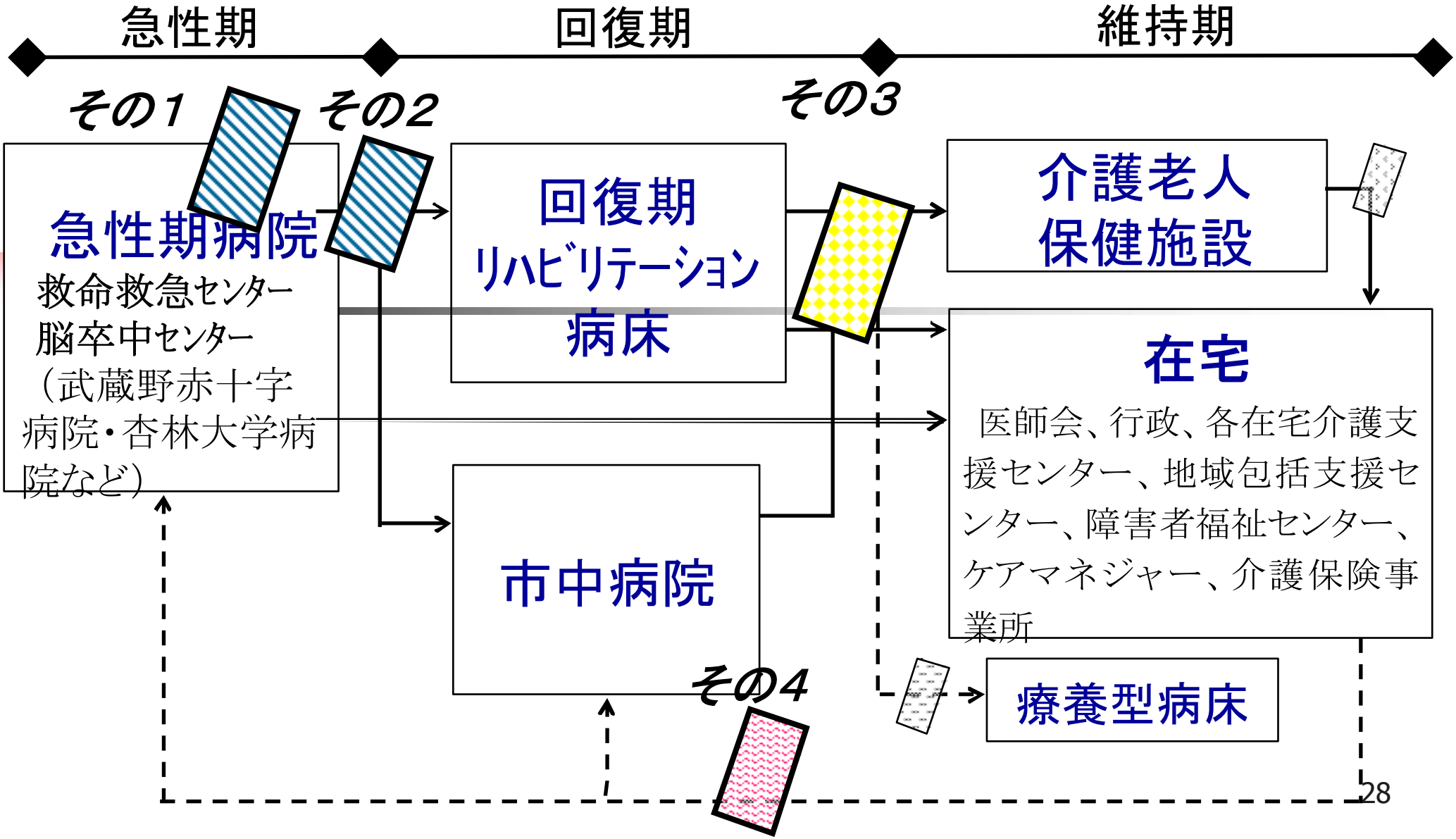
○パスその2「リハビリにより機能が回復する」⇒急性期病院から回復期病棟への情報

○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

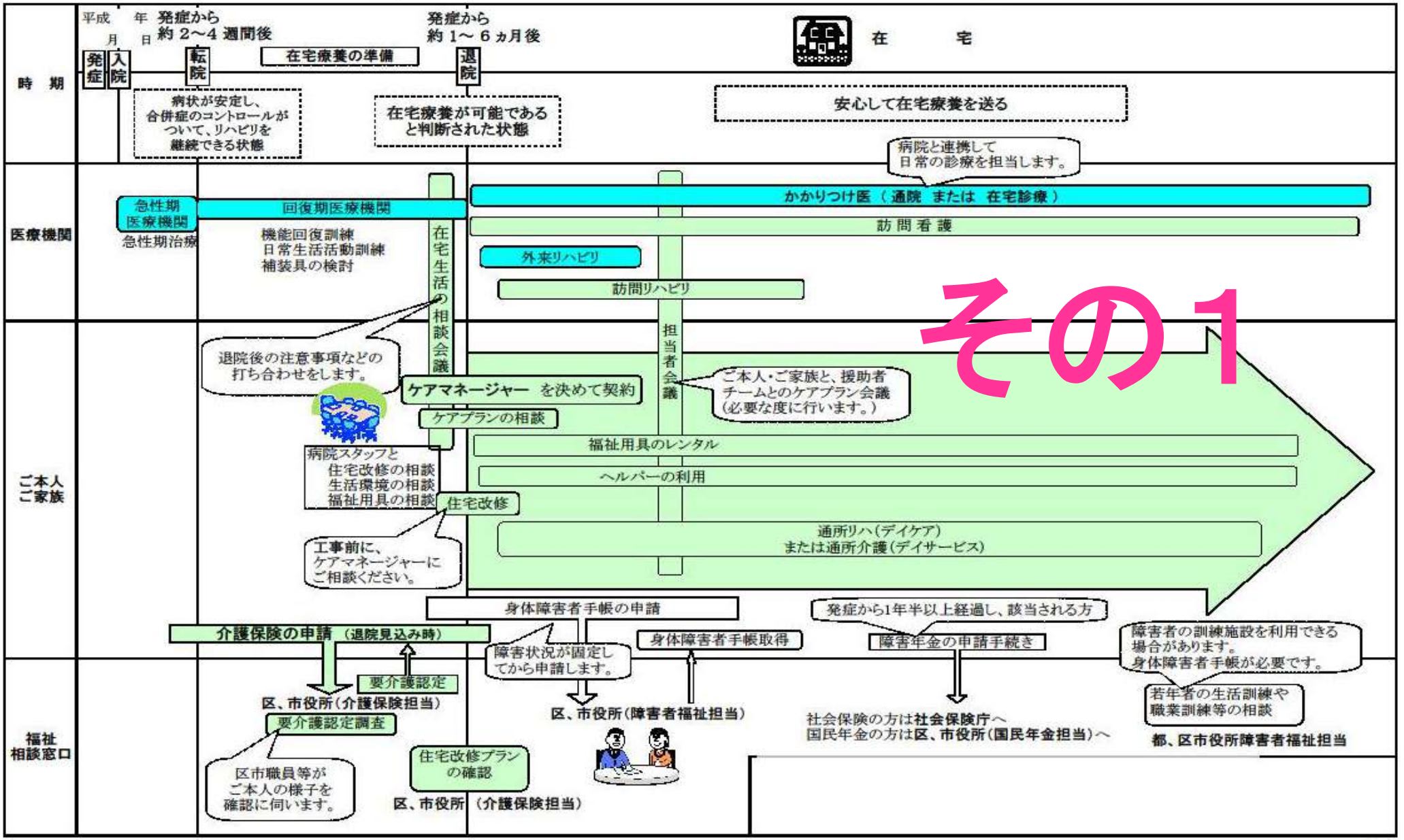


地域連携診療計画書（その１）

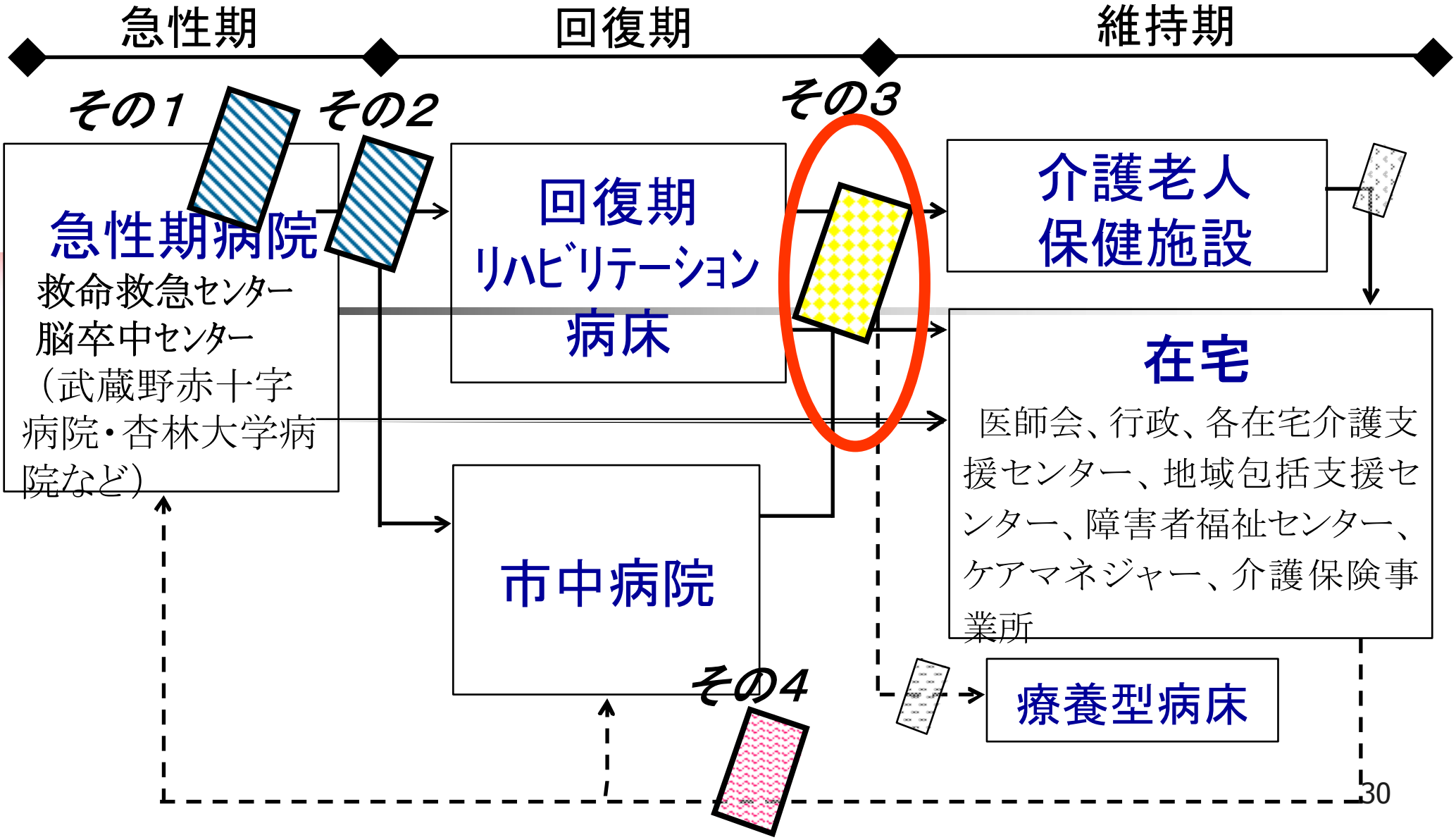
地域連携診療計画書(その1)

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う場合があります。



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3)　目標:　安心して在宅療養を送ることができる

ふりがな
氏名　　様　(男　女)
生年月日　西暦　19　年　月　日(　)歳

日程	入院日	院内調整日	院内調整日	外泊日	退院日
予定日	/	/	/	/	/
実施日	/	/	/	/	/

退院時のご本人のご希望

退院時のご家族のご希望

ご家族・キーパーソン (同居別、お名前、続柄、職業)　図内に①②③をつける

キーパーソン①　ご本人との関係(　)　緊急連絡順
お名前　TEL　(　)

キーパーソン②　ご本人との関係(　)
お名前　TEL　(　)

キーパーソン③　ご本人との関係(　)
お名前　TEL　(　)

保険種別 □社本 □社家 □国 □生 □老(　) □高 □福 □後 □低(　) □その他の減免等(　)

身障手帳 □無 □将来申請 (　　項)
□有 (肢体 内部 その他　)(　種　級)

その他の手帳 (　)

介護保険 □未申請 □申請中(新規 変更) 申請日(　/　)
□認定済 □要支援(　) □要介護(　)

居宅介護支援事業所

ケアマネージャー　TEL　(　)

住居 □持家 □賃貸 □集合住宅: エレベーター(有 無)
□バリア:

経済状況

□看護サマリ添付あり　記入日　月　日　記入者

障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2)
認知高齢者生活度(I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
身長(　)cm 体重(　)kg: 増減(　)kg/直近3か月
栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 □有(上 下)

食事 □自立 □見守り □介助
□経口:主食(米飯 粥) 副食(常 きざみ)
□経管(経鼻 経胃)(　)Fr 交換(　)週ごと

排泄 □自立 □見守り □常時見守り □介助
排尿回数(　)回/日 夜間排尿(　)回
排便回数(　)回/日 最終排便日(　/　)
オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう
尿道カテーテル:(　)Fr 交換(　)週ごと

入浴 □自立 □見守り □介助(概 中 重)
更衣 □自立 □見守り □介助(概 中 重)
整容 □自立 □見守り □介助(概 中 重)

移動	屋内	屋外
歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助	自立 補助具使用 介助
車いす	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助
歩行器	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助
杖	杖 ロフストランド杖 四点杖	杖 ロフストランド杖 四点杖
段差	自立 手すり使用 介助	外出介助必要

□吸痰 □別紙参照

□床ずれ □別紙参照

□リハビリサマリ添付あり　記入日　月　日　記入者

FIM
合計:　点
運動:　点
認知:　点

これまでの訓練目標と見込み

在宅で継続すべきこと

回避すべきこと(過介助等)

補助具と装具(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相談先:

	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし、	あり、	——
どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる、	できない、	——
寝返り	できる、	何かにつかまればできる、	できない
起き上がり	できる、	できない、	——
座位保持	できる、	支えがあればできる、	できない
移乗	できる、	見守り~一部介助、	できない
移動方法	介助不要、	要介助の搬送、	——
口腔清潔	できる、	できない、	——
食事摂取	介助なし、	一部介助、	全介助
衣服の着脱	介助なし、	一部介助、	全介助
他者への意思の伝達	できる、	できる時とできない時がある、	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい、	いいえ、	——
危険行動への対応	なし、	ある、	——
合計点(0~19)		点	

□情報提供書添付あり　記入日　月　日　記入者

診断名
□脳梗塞 □ラクナ □アテローム □心原性塞栓 □他
□脳出血 □橋 □視床 □被殻 □皮質下 □他
□クモ膜下出血
□その他(　)

発症日　年　月　日
発症部位

治療経過
(　/　):
(　/　):
(　/　):

既往歴　アレルギー(　)

感染症(検査日　月　日)
□MRSA □HBs □梅毒 □HCV □その他(　)

併存・合併症の今後の注意点
□高血圧
□糖尿病
□不整脈
□痙攣発作
□水頭症
□感染
□その他(　)

悪化・再発予防策
□受療すべき時機
□内服薬の調整
□食事
□嗜好品
□運動

障害	
失見当識	□日付がわからない □家族の名前がわからない □自分の居場所がわからない
運動麻痺	□(右 左)(上肢 下肢)の力が入らない □麻痺側の介助が必要
失調	□歩行時にふらつく □立っていられない
感覚障害	□(右 左)側の感覚が鈍い
半側空間無視	□(右 左)側の刺激に関心・注意が向かない
半盲	□(右 左)半分が見えない
視力	□(右 左)眼が見えにくい
難聴	□(右 左)耳が聞こえにくい □補聴器使用
失語	□言いたいことを言葉にできない □言葉を理解できない
構音障害	□呂律が回らない □他人に聞き取れない
嚥下障害	□食事をむせる
記銘力障害	□直近のことを忘れる
コミュニケーション	□筆談 □手話 □家族とのみ □不可能
問題行動	□せん妄(昼夜問わず 夜間) □徘徊 □不潔行為 □拒薬 □抑うつ □意欲低下 □不眠

在宅療養・生活習慣のリスクと注意点
□慎められること
□控えるべきこと
□昼間の注意点
□夜間の注意点

□処方箋コピー添付あり □服薬指導書添付あり
管理方法 □自己管理 □家族管理 □介護者管理
□一包化

□栄養指導書添付あり
□カロリー □塩分 □食形態 □その他(　)

退院時カンファレンス
(　月　日)　出席者(病院・施設名):

その3

今後予測される問題と対策

短期目標:

長期目標:　記入者

入院中のケア　在宅ケア
0 3 6 9 12 15 18 21 24

※必要なサービスを番号で記入する。
①居宅療養管理指導 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ ⑤通所リハビリ ⑥訪問入浴 ⑦施設入浴 ⑧配食

	月	火	水	木	金	土	日
サービス 午前							
サービス 午後							
ご家族							

急変時の病院連絡先　(緊急入院ができない場合もあります)
TEL　(　)

在宅かかりつけ医
TEL　(　)

私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。
説明・同意日:　年　月　日　本人、家族の署名:

2008.4.

市報 むさしの

毎月1日・15日発行 平成20年 2008 No.1833 12/1

特集 平成20年度武蔵野市財政状況のあらまし（上半期）……ページ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

発行 武蔵野市 編集/広報課 市役所 〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 代表電話 ☎0422-51-5131

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―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《地域連携パス（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。

問 高齢者支援課 ☎60-1941

都会における脳卒中診療―地域連携パスの運用―

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。

《地域連携パス》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，患者の手元に残り，いつでも患者自身が利用できることを目指しています。この連携パスにより，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。

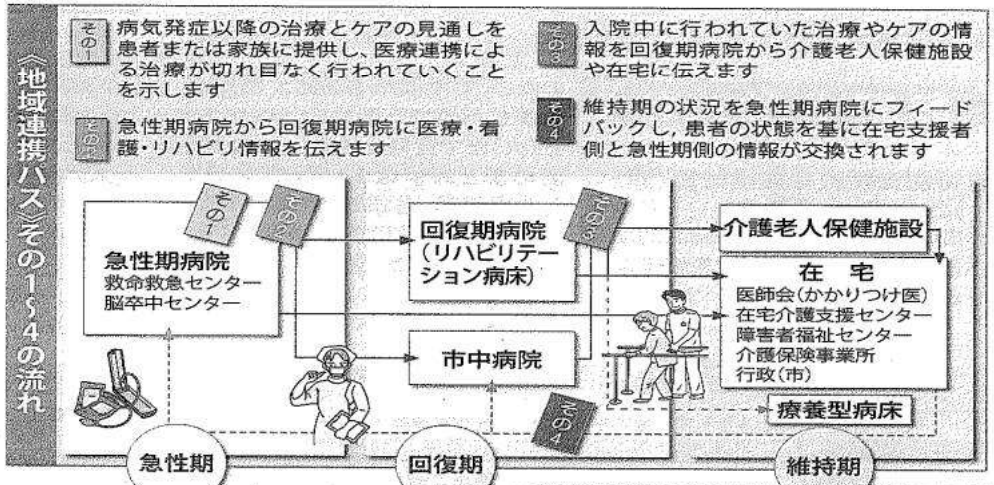
脳卒中診療体制構築の第一歩

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。

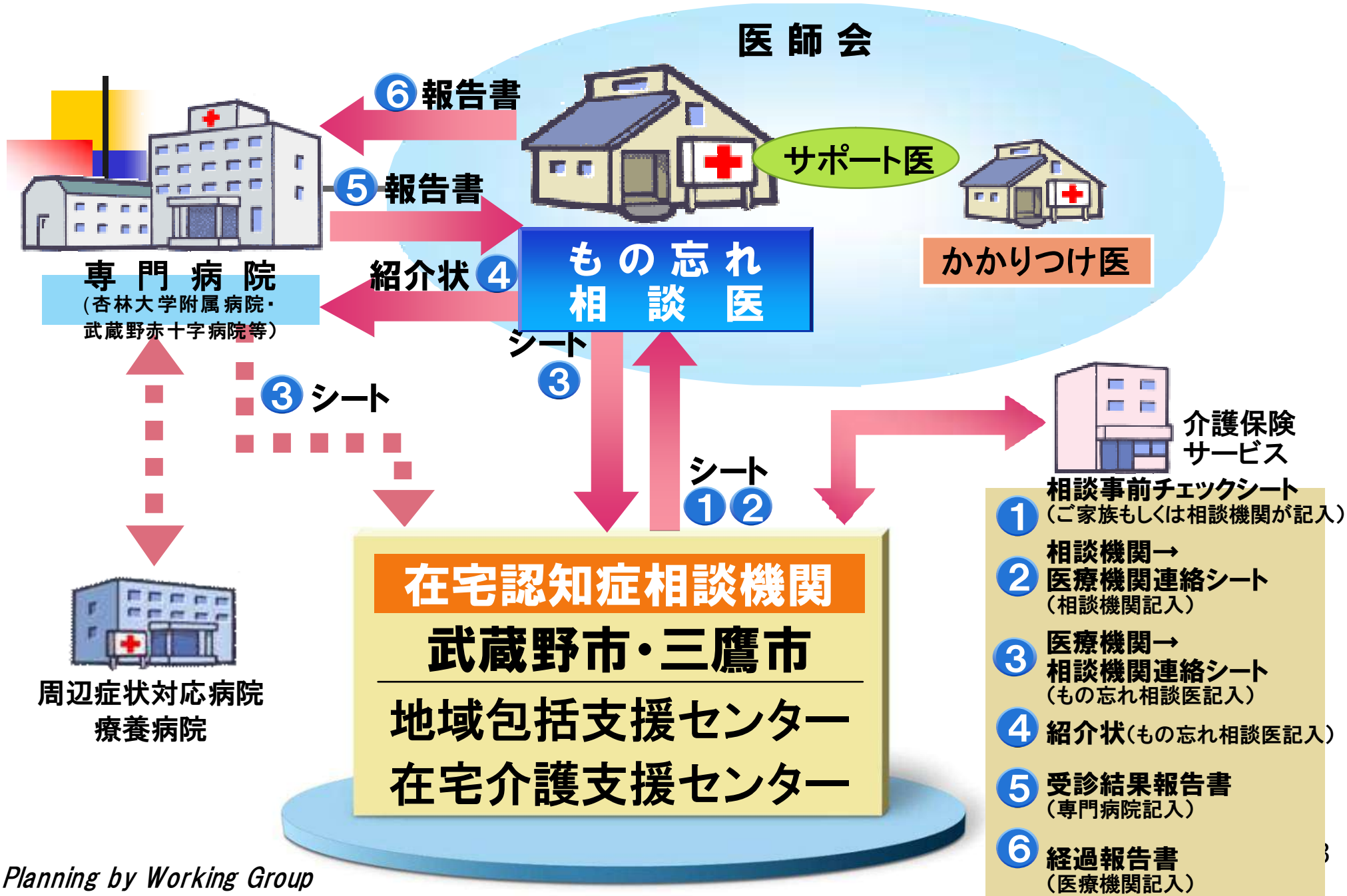
武蔵野市医師会は，医療機能連携を基盤に《地域連携パス》を活用し，市中病院，診療所（在宅），ケア（福祉，介護など）が協力して取り組み，脳卒中患者（市民）を支えていくまちづくりを目指しています。



● 脳卒中とは，脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など，脳血管が詰まったり，破れたりする病気です。片まひや言語障害をのこし，生活の質が低下することが多いため，急性期や回復期，維持期まで医療とケア（長期リハビリ）を途切れることなく行う必要があります。

*1 北多摩南部医療圏：武蔵野市・三鷹市・小金井市・調布市・府中市・狛江市
*2 急性期病院：武蔵野赤十字病院・杏林大学病院など救命救急の機能を有する病院
*3 回復期病院：武蔵野陽和会病院・吉祥寺南病院・松井外科病院・武蔵境病院など回復期リハビリを施す病院

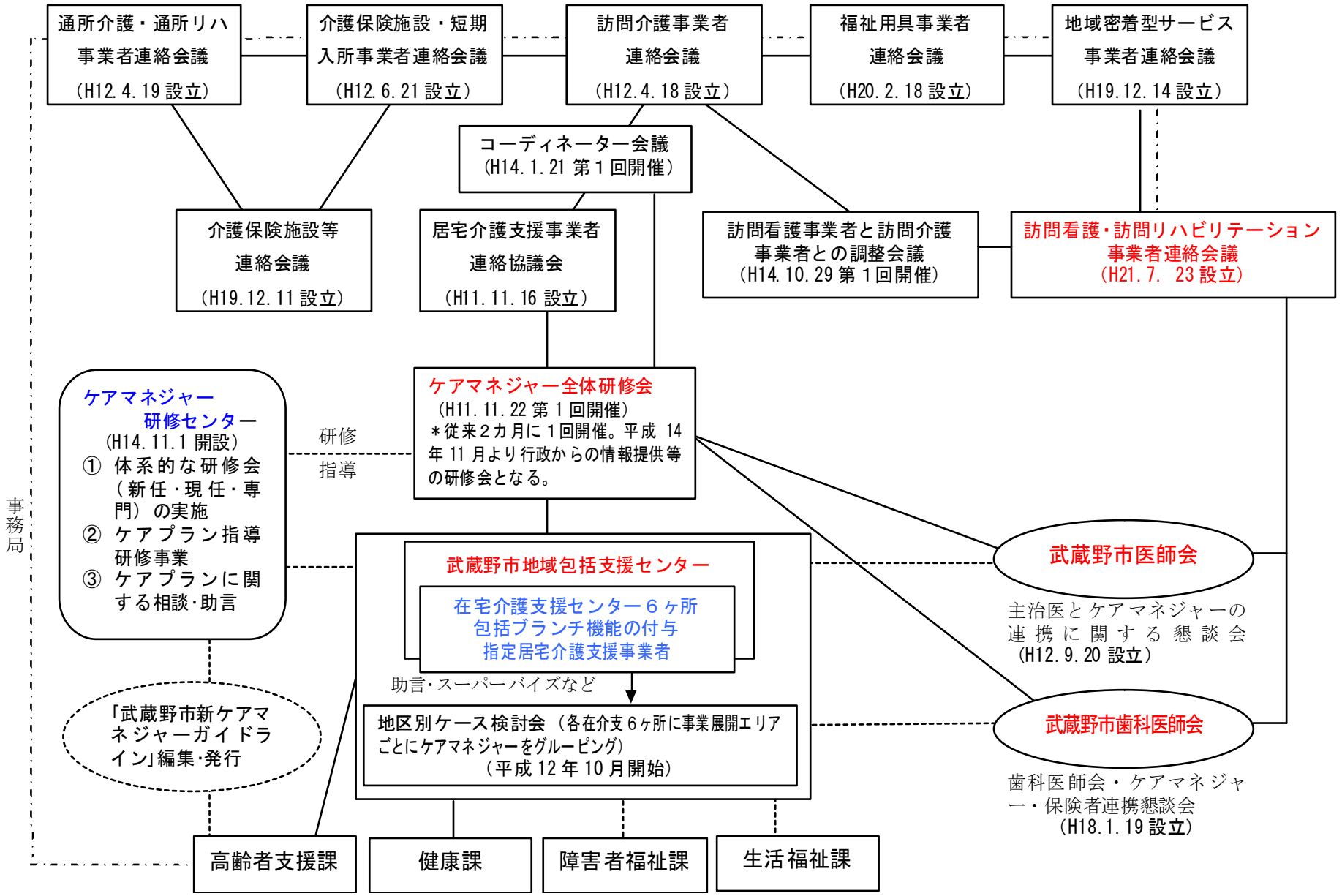
三鷹武蔵野地区 認知症連携　イメージ



Planning by Working Group

武蔵野市におけるサービスの質向上へ向けた介護保険事業者支援と医療・介護の連携

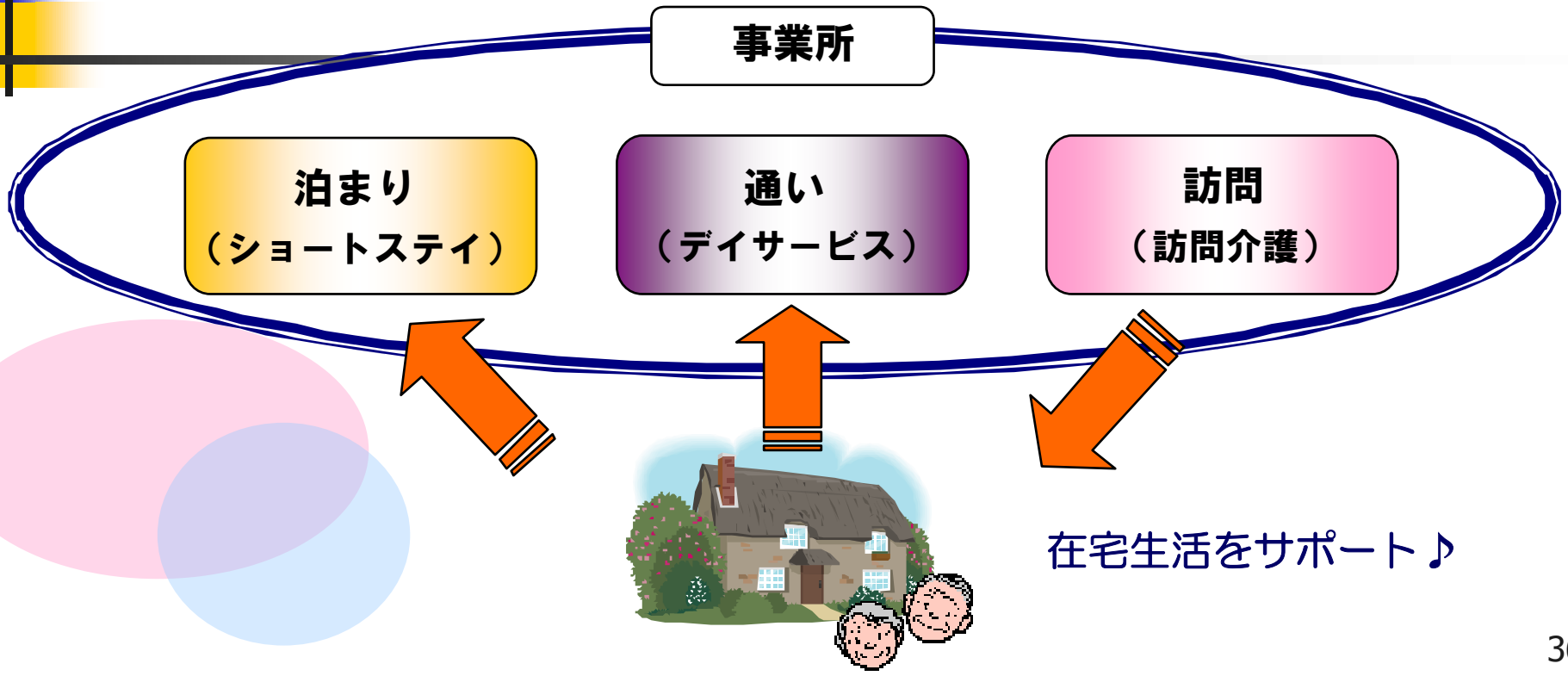
平成21年7月23日　武蔵野市高齢者支援課



３．地域包括ケアの推進へ向けた都市自治体としての課題

小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じ、
随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、
中重度となっても在宅の生活を継続できるよう支援します。



地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題(1)

小規模多機能型居宅介護の課題

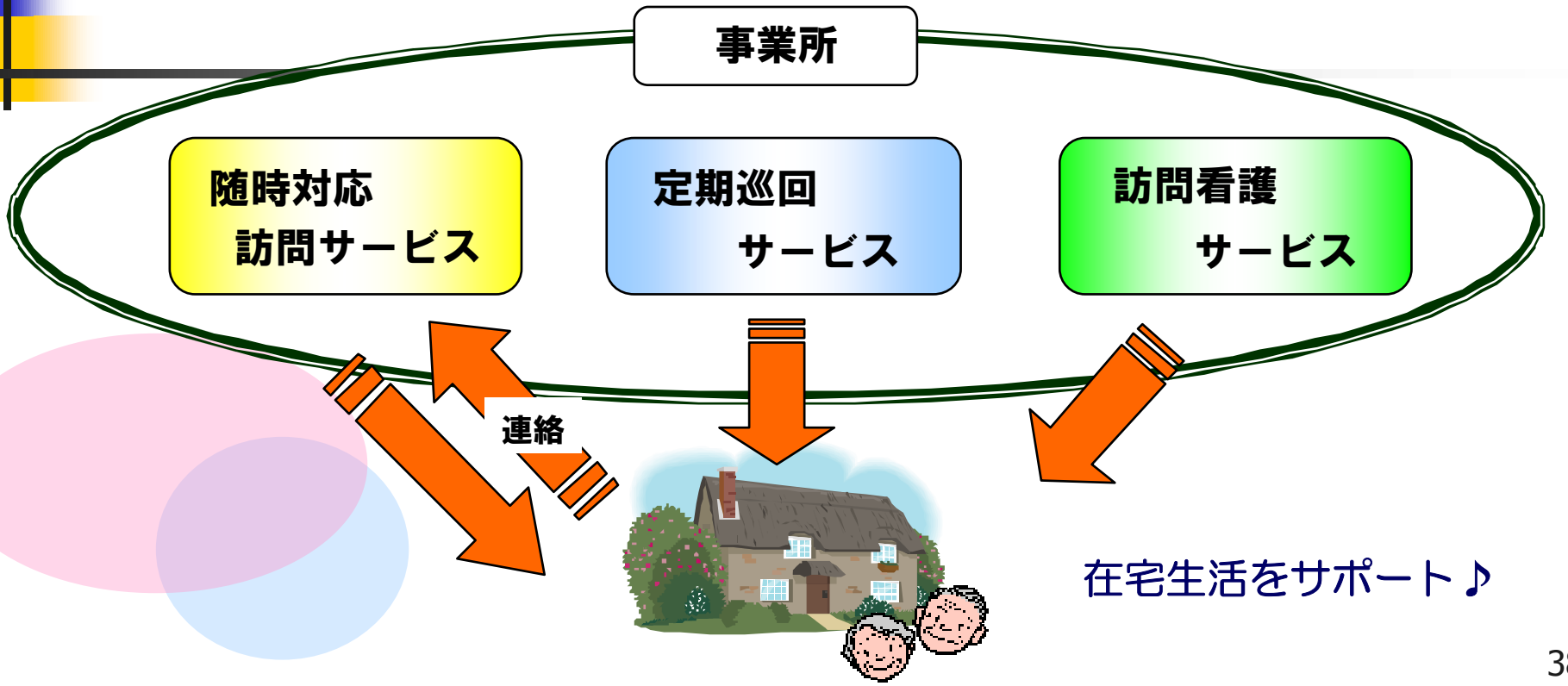
－施設サービスでも居宅サービスでもない第3のカテゴリーとして地域密着型サービスのエース的存在－

- 「登録定員」25名以下で「通い」の利用者は定員の1/2～15名程度
  - ・「通い利用者15名」を前提とした施設スペースと人員配置をしなければならない
- 「通いを中心としたサービス」
  - ・都市部は身近なところに飽和状態的に通所系サービスが存在（武蔵野市の場合、10.73㎢の市域内に32ヵ所総定員811名）
  - ・日中介護保険・夜間自費契約でのいわゆる「お泊りデイ」の増加
- 東京都内では土地の確保・民家改修型が難しい
  - ・建築基準法・東京都建築安全条例・まちづくり条例などの規制

⇒①「通い」利用者数の自由度を高め「訪問」「宿泊」も重視する柔軟な運営の保証。②認知症GH併設型の促進。③「お泊りデイ」に対しては質向上と安全確保に向け届出制か旅館法等の適用検討等。

２４時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護

要介護者の在宅生活を24時間365日支えるため、
日中・夜間を通して、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、
短時間の定期巡回型訪問と随時対応を行います。



在宅生活をサポート♪

地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題(2)

24時間対応定期巡回・随時対応型訪問介護看護の課題

－要介護者の在宅生活を24時間365日支え「在宅生活の限界点を高める」地域包括ケアの象徴的サービス－

- 実施保険者は全国で120保険者、利用者2,083人/日（平成24年度末実績）
  - ・武蔵野市は訪問看護連携型１事業者・利用者15～20名/月、夜間対応型訪問介護（利用者数約180名）を併設
- 夜間対応型訪問介護との役割分担
  - ・退院直後は定期巡回・随時対応型訪問介護看護→安定したら夜間対応型訪問介護と日中サービス、末期がんケアなど、効果的サービスモデルの普及促進
- 訪問看護との連携の難しさ
  - ・直営の場合：看護師確保が課題・連携型の場合：2,920単位の壁

⇒①医療と介護の連携による退院支援の仕組みづくり。②ケアマネジャーや利用者だけでなく病院医療連携室MSWへの利用提案。

地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題(3)

都市部ならではの新しいサービスの開発の検討

- 独り暮らし高齢者の増加への対応
  - ・安否確認のための毎日定時の”安心見守りコール”（オプションで緊急時対応可能とすることで遠方に住む家族も安心）
- 「すまい」の選択の多様性
  - ・高齢者の既存一戸建てや空き家を利用した「異世代シェアハウス」（「集合住宅」・「寄宿舎」ではなく「住宅」として取り扱う）
  - ・高齢者住宅を子育て世代に貸し出す「住み替え支援事業」
- 軽度者の介護保険給付からの対象外化への対応
  - ・力のある住民互助組織やNPOは介護保険施行後、介護保険事業者化→地域互助活動の再生復活を図るか、地域支援事業・市単独事業・社協・シルバー人材センター等の活用か、民間自費サービス等に委ねるかの選択

⇒軽度者への医療サービス（訪問看護・訪問リハ等）が課題

ご清聴ありがとうございました