

平成28年3月24日

地域包括ケアモデル事業活動成果報告会 資料

# 武蔵野市高齢者福祉条例に基づいた 地域包括ケアシステムの推進への取り組みに ついて

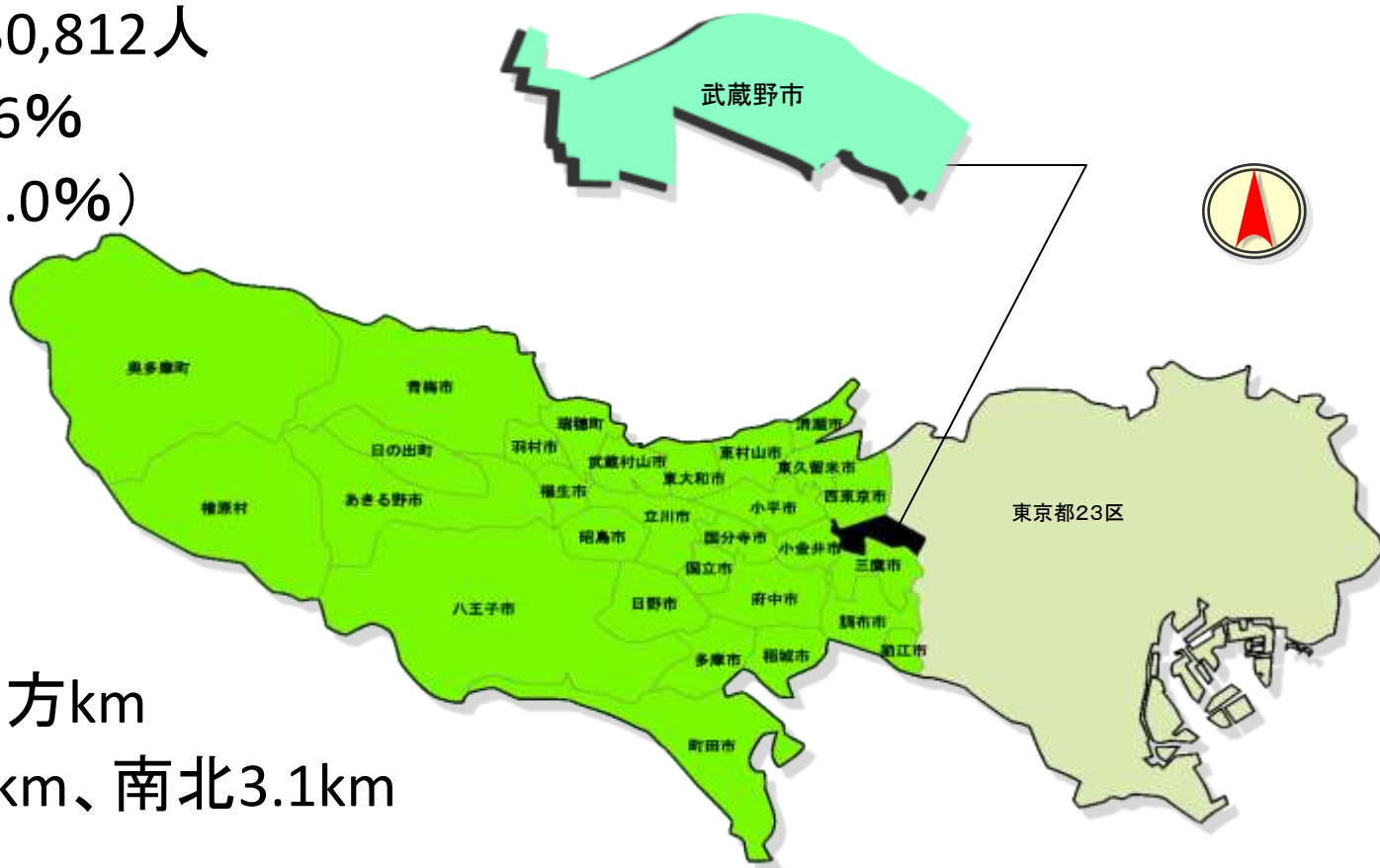


武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課  
相談支援担当課長 毛利 悦子

# 1 武蔵野市の概要と現状

# 武蔵野市の概況（平成27年4月1日現在）

- 総人口：142,899人
- 世帯数：74,500世帯
- 高齢者人口：30,812人
- 高齢化率：21.6%  
(75歳以上 11.0%)



- 面積：10.98 平方km
- 地勢：東西6.4km、南北3.1km

# 武蔵野市の高齢者人口(各4月1日)

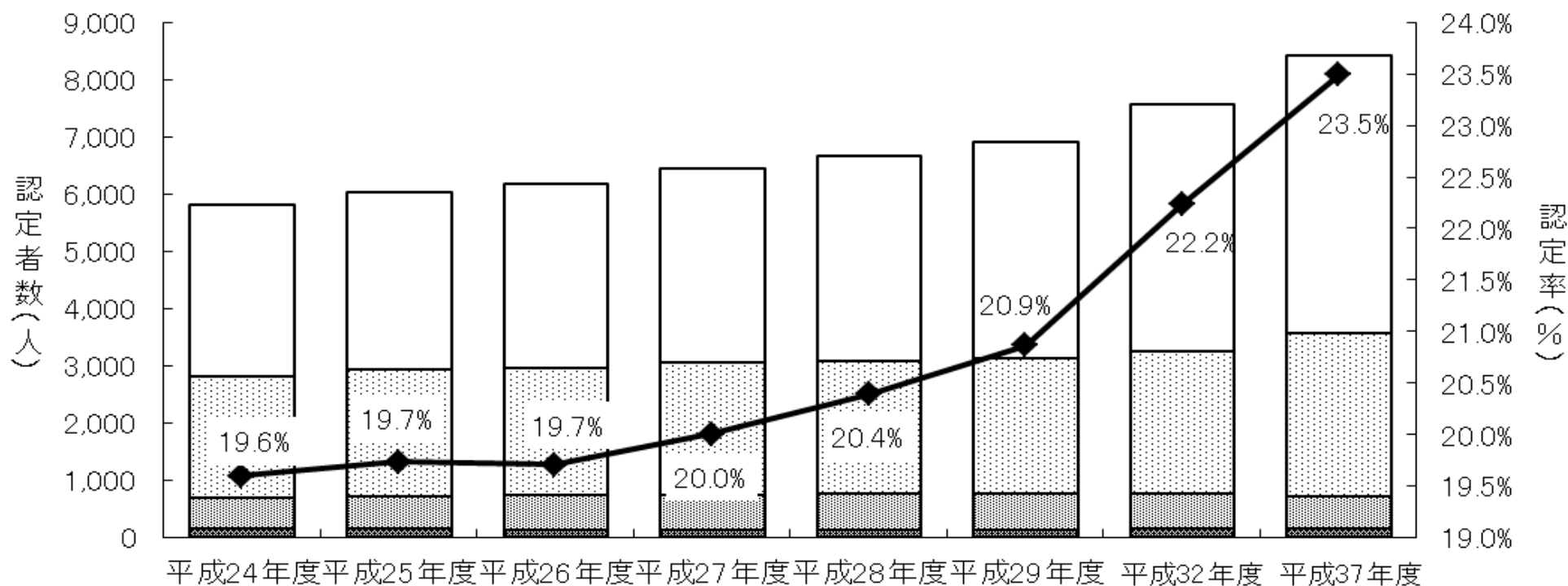
65歳以上高齢化率21.6%、後期高齢化率11.0%  
75歳以上の高齢者が65歳以上高齢者の過半数を占める。

	人口	65歳以上	75歳以上 (再掲)	高齢化率
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	29,227	15,229	20.9%
平成26年	141,584	30,086	15,407	21.3%
平成27年	142,899	30,812	15,648	21.6%

# 2025年には、要介護認定者数の増加が見込まれる

- 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。
- 平成37(2025)年には、要介護リスクの高い後期高齢者が増加する。

要支援・要介護認定者数の実績と推移  
(平成24～26年度実績値、平成27～29、32、37年度推計値)



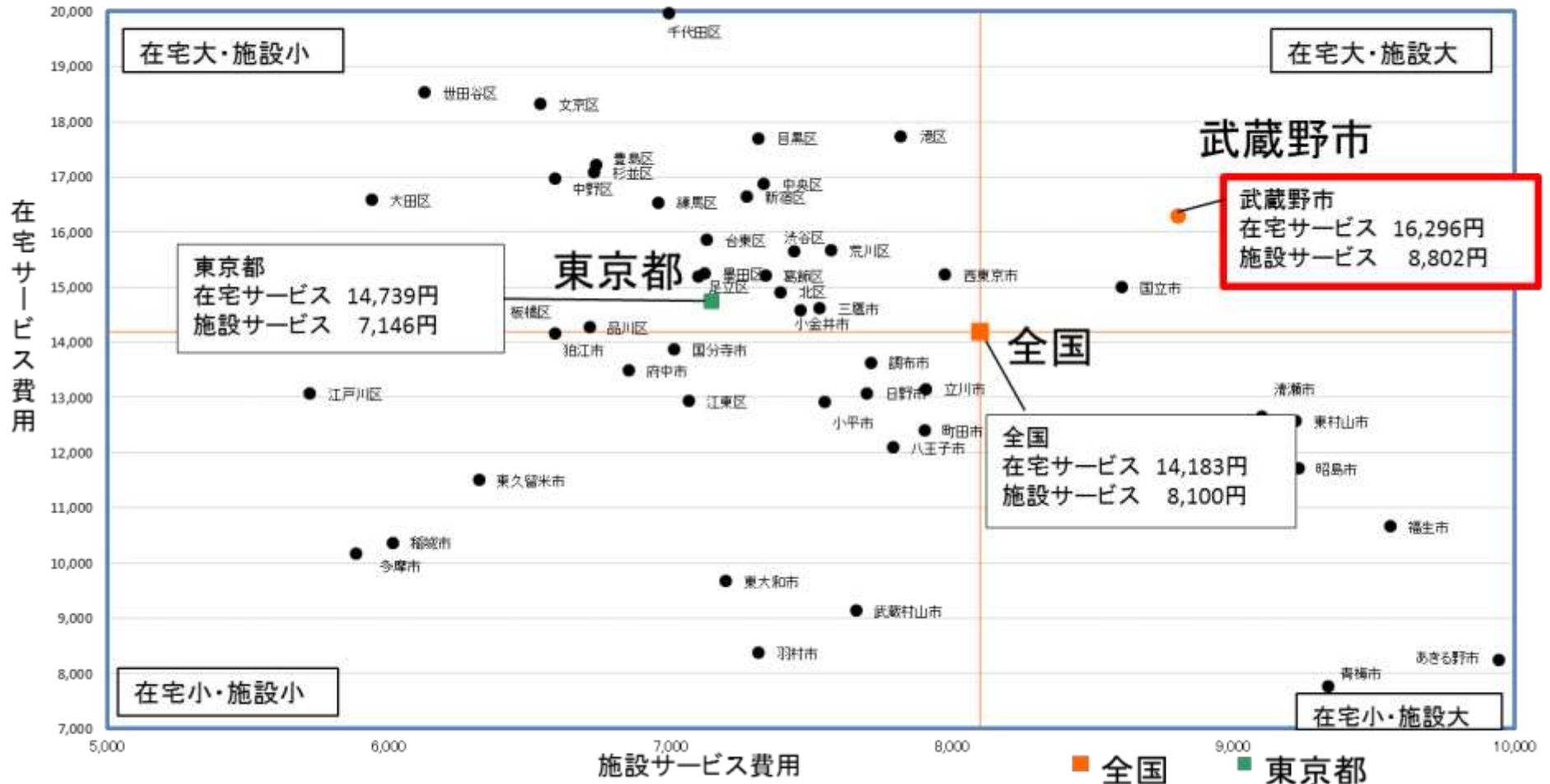
40～64歳
  65～74歳
  75～84歳
  85歳以上
  被保険者数に占める認定率
  65歳以上



# 在宅サービスと施設サービスの提供バランス

■武蔵野市は介護保険制度開始直後から、在宅サービス・施設サービスともに拡充・整備を行ってきたため、現在も全国平均、東京都平均に比べ充実しています。

65歳以上1人当たり在宅サービス・施設サービス費用月額(都内市区町村比較) (平成26年6月)



# 介護保険料基準月額の推移 (武蔵野市・全国・東京都)

		第1期 (平成12～14年度)	第2期 (平成15～17年度)	第3期 (平成18～20年度)	第4期 (平成21～23年度)	第5期 (平成24～26年度)	第6期 (平成27～29年度)
武蔵野市	保険料	3,300円	3,700円	4,700円	4,700円	5,160円	5,960円
	増減額 (対前期比)	—	400円	1,000円	0円	460円	800円
全国	保険料	2,911円	3,293円	4,090円	4,160円	4,972円	5,550円 (推計値)
	増減額 (対前期比)	—	382円	797円	70円	812円	578円
東京都	保険料	3,056円	3,273円	4,102円	4,045円	4,992円	5,538円
	増減額 (対前期比)	—	217円	829円	▲57円	947円	546円

※ 第6期介護保険料は18段階の所得段階制とし、さらに累進性を高めたものとした。

※ 実際にはご本人の所得の状況に応じて保険料は異なる



## 2 武蔵野市における 地域包括ケアシステムとは

# 今後の介護保険・高齢者福祉の考え方

---

- 高齢化・要介護リスクの増加等は全国共通
  - 団塊の世代が75歳を迎える2025年に向け、「地域包括ケアシステム」の構築が必要。
- 

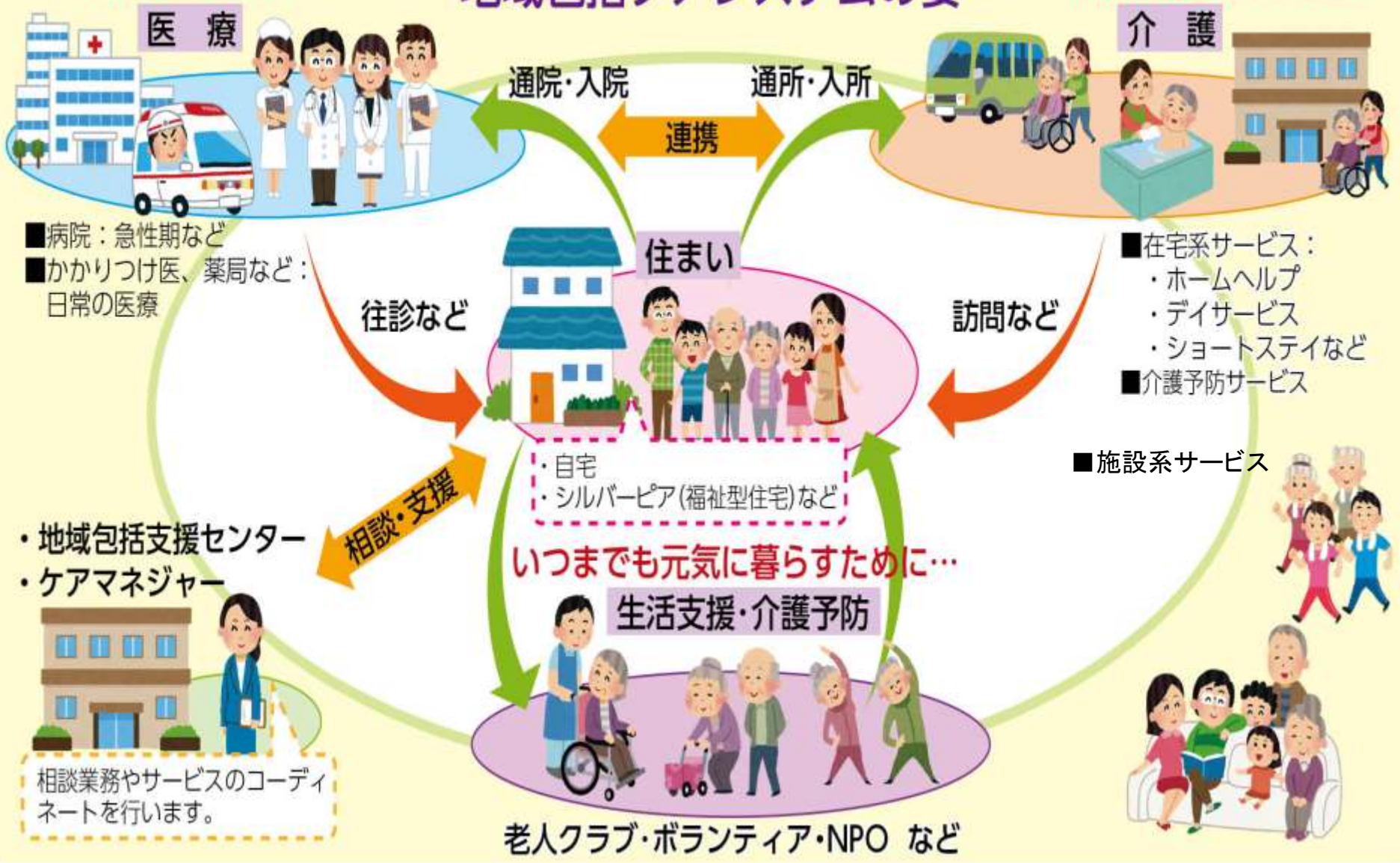
「地域包括ケアシステム」とは・・・

- ◆ 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるための支援・サービス提供体制。
- ◆ その目的は、高齢者の尊厳の保持、自立生活の支援のためで、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される。

病気になったら…

# 地域包括ケアシステムの姿

介護が必要になったら…



- 病院：急性期など
- かかりつけ医、薬局など：日常の医療

- 在宅系サービス：
  - ・ホームヘルプ
  - ・デイサービス
  - ・ショートステイなど
- 介護予防サービス

- 施設系サービス

- ・地域包括支援センター
  - ・ケアマネジャー
- 相談業務やサービスのコーディネートを行います。

いつまでも元気に暮らすために…  
生活支援・介護予防

老人クラブ・ボランティア・NPO など

# 武蔵野市の福祉の歴史 ①

1949(S 24)年 武蔵野赤十字奉仕団設立。敬老会の実施。

1961(S 36)年 老人家庭奉仕員派遣事業(ホームヘルプ)開始。

全市的な自治会や町会がないことから、昭和42年の長期計画の中で、新たなコミュニティ施策として、「コミュニティ構想」が策定される。

1973(S 48)年 赤十字奉仕団「愛のスープ運動」

⇒ 老人食事サービス事業として実施開始。

1981(S 56)年 ・武蔵野市福祉公社による有償在宅サービス、  
リバースモーゲージ事業開始。

・不老体操(公衆浴場開放事業)を開始。

1987(S 62)年 地域健康クラブ(コミセン体操)を開始。

## 武蔵野市の福祉の歴史 ②

- 1987(S 62)年 北町高齢者センターの開設。  
(単独型デイサービスとボランティア主体の運営)
- 1990(H 2)年 ・全室個室の特別養護老人ホーム。  
・初のシルバーピア(27戸)を開設。
- 1993(H 5)年 在宅介護支援センターを設置。

平成7年、コミュニティバス「ムーバス」1号路線が運行開始。  
きっかけは、平成元年に届いた高齢女性からの1通の手紙

- 1999(H 11)年 ・テンミリオンハウス(川路さんち)開設。  
・レモンキャブ モデル事業実施。

2000(H 12)年 介護保険制度開始

# 平成12年3月に介護保険条例と同時に 高齢者福祉総合条例を制定

- 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

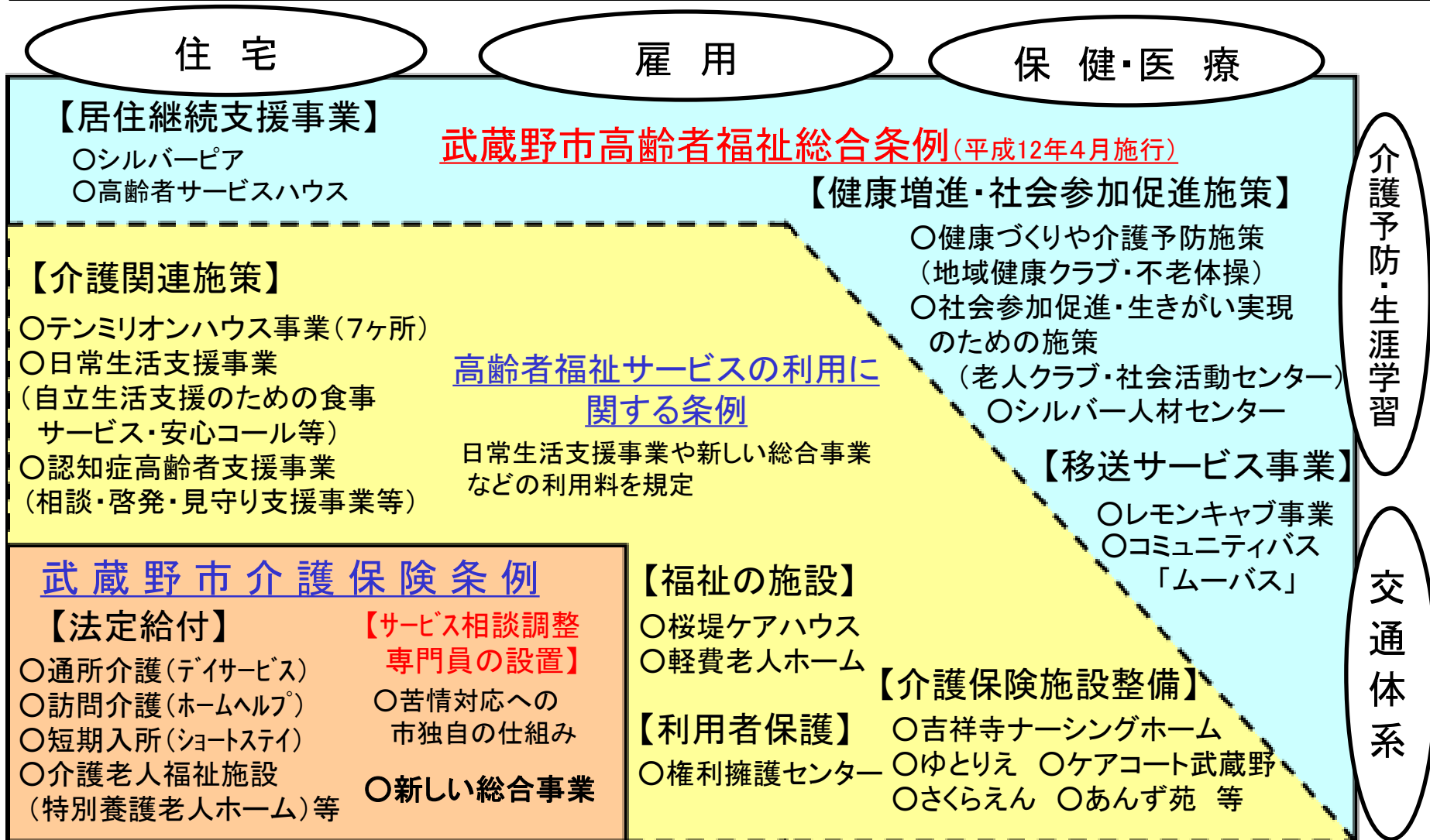
## <基本理念>

(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

# 武蔵野市の地域包括ケアシステム

■従来からの「高齢者福祉総合条例(平成12年制定)」による総合的な施策体系を基礎とした2025年に向けた包括的(総合的)・継続的なサービス提供システムとして再構築するものです。



# 小地域完結型の地域相談ケア体制

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

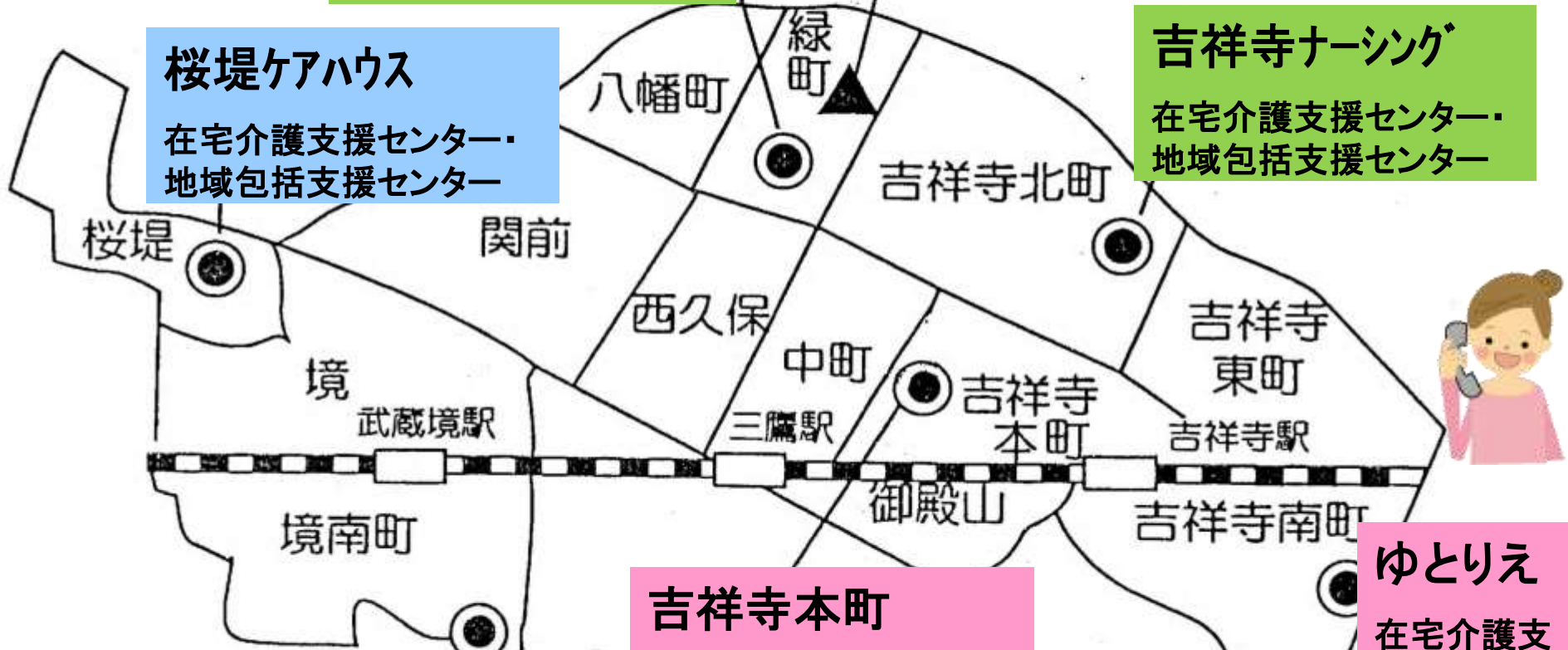
武蔵野市地域包括支援センター  
(基幹型地域包括支援センター)

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

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



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

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

ゆとりえ

在宅介護支援センター  
地域包括支援センター



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

- ◆在宅介護支援センター（6ヶ所）に地域包括支援センター支所併設。
  - ⇒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。要介護者のケアプラン作成や市独自サービスの提供、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の職員は、在宅の新規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月地域包括支援センターを市役所に統合・直営化。
  - ⇒直営の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の機能を充実。政策形成にも現場の意見を反映しやすい。
- ◆今後、6在宅介護支援センターを地域包括支援センターとして強化。（28年4月より）

# 第五期長期計画重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携・多職種連携の重層的な仕組み

「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」

## ●「健康福祉総合計画・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

## ●「在宅医療介護連携推進協議会」と「全市的地域ケア会議」(＝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、地域のケアマネージャーを中心に、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。

### 3 2025年に向けた取り組み

# 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

# いつまでもいきいきと健康に

## ■ 新しく推進・検討すること

**健康寿命(健康で自立して暮らすことができる期間)を延ばすために、健康づくり活動に主体的に参加、継続できる体制を推進**

新たに創設された介護予防・日常生活支援  
総合事業(新しい総合事業)の中で検討

**「社会参加こそが最も効果的な介護予防になる」という考え方に基づき、高齢者自身が地域を支える担い手となることを目指す仕組みを検討**

「地域支え合いポイント制度(仮称)」の創設検討

# いつまでもいきいきと健康に

お風呂で「不老体操」  
公衆浴場で健康体操と入浴  
地域の老人クラブの  
協力で開催



「男性のための料理教室」



# いつまでもいきいきと健康に

## 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・空き家・市有施設などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が年間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。



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



# いつまでもいきいきと健康に 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、商店主を中心とした  
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。

《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





# いつまでもいきいきと健康に

## ムーバス

- ・平成7年より全国初のコミュニティバス「ムーバス」開始。高齢者でもバス停まで休まずに歩きやすいよう、バス停の間隔を200mに設定したり、ステップの高さを工夫した。  
事業主体は市、運行主体を民間バス会社として「運行協定書」を締結。
- ・現在7路線9ルート。乗車運賃は100円で、赤字路線には運行補助金を支出している。(平成26年度予算 6,481万円)
- ・また、重度の障害を持った人のための移送サービスとして「つながり」という寝台型タクシー事業を実施している。(平成5年開始。平成7年補助事業化)



# 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

いつまでもいきいきと健康に

**ひとり暮らしでも**

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

# ひとり暮らしでも

ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の将来見通し

今後、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増え続けることが予想される



# ひとり暮らしでも

## ■ひとり暮らし高齢者等の安心を守る市の施策

### ●高齢者安心コール

- 独居調査
- 友愛訪問
- 見守り・孤立防止ネットワーク

見守り  
安否確認

緊急対応

- 緊急通報システム
- 火災安全システム
- 緊急医療情報キット
- ヘルプカード

- 食事サービス
- ふれあい訪問収集

- 緊急ショートステイ
- 緊急デイサービス
- はいかい高齢者等探索サービス

- 寝具乾燥
- 家族介護用品支給

### ●高齢者なんでも電話相談

- 権利擁護事業
- テンミリオンハウス

### 介護保険

- 定期巡回随時対応型  
訪問看護介護
- 夜間対応型訪問介護
- 訪問・通所リハビリテーション 等

### ◆いきいき支え合いヘルパー (生活支援ヘルパー)

- レモンキャブ
- リフトタクシー
- 訪問歯科検診
- 訪問理美容 等

暮らしを支えるサービス



# ひとり暮らしでも

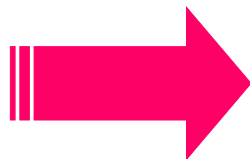
## 高齢者なんでも電話相談



高齢の両親が心配だけど、  
いざというときに使える  
サービスはあるかしら？



「介護保険」って、  
どうやって使うんだ  
ろう？



お隣の〇〇さん、  
最近体調を崩している  
ようで心配だなあ…

■武蔵野市在住の高齢者に関するご相談  
であれば、どなたでもお電話ください！  
24時間365日、相談をお受けします

専門職の相談員がお話を伺って  
武蔵野市のサービスや窓口を  
ご案内します



・介護支援専門員 ・社会福祉士  
・介護福祉士 ・看護師など

**0422-36-2123**  
(相談専用電話)

# ひとり暮らしでも

## 高齢者安心コール



■武蔵野市内でひとり暮らしをしている高齢者の方に、毎週、専門職がお体や暮らしに困ったことや変わったことがないか、電話でお伺いするサービスです

家族と離れて暮らしていて  
不安な方  
定期の通院・服薬等が心配  
な方など

利用料:500円/月

毎週 決まった曜日・時間帯 にお電話します

以下の条件を満たす方が  
お使いいただけます

- ・武蔵野市内在住
- ・ひとり暮らし
- ・65歳以上

(生活保護世帯の方は除く)



専門職がお電話します

- ・介護支援専門員
  - ・社会福祉士
  - ・介護福祉士
  - ・看護師
- など

# 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

**認知症になっても**

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

# 認知症になっても

武蔵野市では

**65歳以上の6人に1人以上・75歳以上の4人に1人以上**  
が認知症の高齢者です。(2015年7月調査)

年齢区分	人口	要介護 認定者数	認知症高齢者 日常生活自立度 I 以上	
			人数	割合
65－69	8, 545	217	137	1. 60%
70－74	6, 711	377	241	3. 59%
75－79	5, 545	776	533	9. 61%
80－84	4, 926	1, 443	1, 081	21. 94%
85以上	5, 221	3, 324	2, 890	55. 35%
総計	30, 948	6, 137	4, 882	15. 77%

※ 要介護認定者における認知症高齢者の数



# 認知症になっても

## 認知症高齢者ケア体系図

### 在宅介護支援センター 地域包括支援センター

総合相談・訪問  
介護保険、各種制度の申請  
各関係機関との連携・調整  
介護予防講座 等

### 相談事業の充実

認知症面談相談（在宅介護支援センター）  
毎月第1・第3水曜日  
10時～12時、13時～15時  
認知症面談相談（市役所）  
毎月第2木曜日  
10時～12時、13時～15時  
認知症を知る月間  
（認知症を知るキャンペーン）  
医療機関との連携

### 権利擁護事業

権利擁護事業（福祉公社）  
地域福祉権利擁護事業  
成年後見制度の利用支援

### 普及啓発の推進

認知症サポーター等養成講座  
キャラバンメイト養成講座  
認知症を知る月間  
（認知症を知るキャンペーン）  
講演会  
啓発用リーフレット配布  
啓発用グッズ配布 等

### 在宅生活の支援

認知症高齢者見守り支援ヘルパー  
はいかい高齢者等探索サービス  
緊急ショートステイ  
食事サービス  
家族介護用品支給  
火災安全システムの貸与  
在宅高齢者訪問歯科健診  
テンミリオンハウス 等

### 介護予防事業

介護保険サービス  
通所サービス  
夜間対応型訪問介護  
認知症グループホーム等

本人

地域住民

家族

連

携

連

携

連

携

働

# 認知症になっても

## 三鷹武蔵野認知症を考える会

認知症高齢者やその家族が在宅で安心して生活するためには、医療・介護・福祉サービスが切れ目なく受けられるような関係機関の連携支援が必要。

⇒ 平成20年12月

『三鷹武蔵野認知症連携を考える会』発足

- メンバーは、三鷹市・武蔵野市の医師会(かかりつけ医)、専門医療機関(杏林大学医学部付属病院・武蔵野赤十字病院、周辺症状対応病院等)、地域包括支援センター・在宅介護支援センター、行政
- 概ね2ヶ月ごとに連携会議を実施し、「三鷹武蔵野連携もの忘れ相談シート」を作成。1年半の試行の後に平成23年11月より本格実施。

# もの忘れ相談シート

【確定版】

もの忘れ相談シート  
相談事前チェックシート

【シート1】

(ご家族記入)

記入年月日 年 月 日

ふりがな	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢	性別 男・女	記入者氏名 (本人との関係)	( )
本人氏名					
本人住所		本人連絡先		記入者連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目のにチェックを入れてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ          |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える        | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う               |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった       | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった   | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった              |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い          | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしていない           |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う      | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった            |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える |  |
| <input type="checkbox"/> その他                |  |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って \_\_\_\_\_ へご相談ください。

【確定版】

もの忘れ相談シート  
『医療機関 → 相談機関』連絡シート

【シート3】

医療機関 → 在宅 相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入) 記入年月日 年 月 日

本人氏名	医療機関名
生年月日 明・大・昭 年 月 日	受診機関
本人電話番号	
本人住所	主治医 連絡窓口

1. 受診日 平成 年 月 日

2. 受診結果 発生したことにチェックをお入れください。また、必要事項にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 指導 【今後の認知症のフォロー】 <input type="checkbox"/> 自院でのフォロー <input type="checkbox"/> 他院でのフォロー (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 専門医療機関への紹介 (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他( )	【診断名、治療内容、意見等】	【処方内容】
--	----------------	--------

3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】	【内容】
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(姓: ) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他( )	

4. サービス導入等検討事項

<input type="checkbox"/> 在宅生活 ..... <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 ..... 【意見等】	<input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他( ) (科)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他( )
--	---	--

5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】

電話(都合のいい時間帯: )  FAX(番号: )

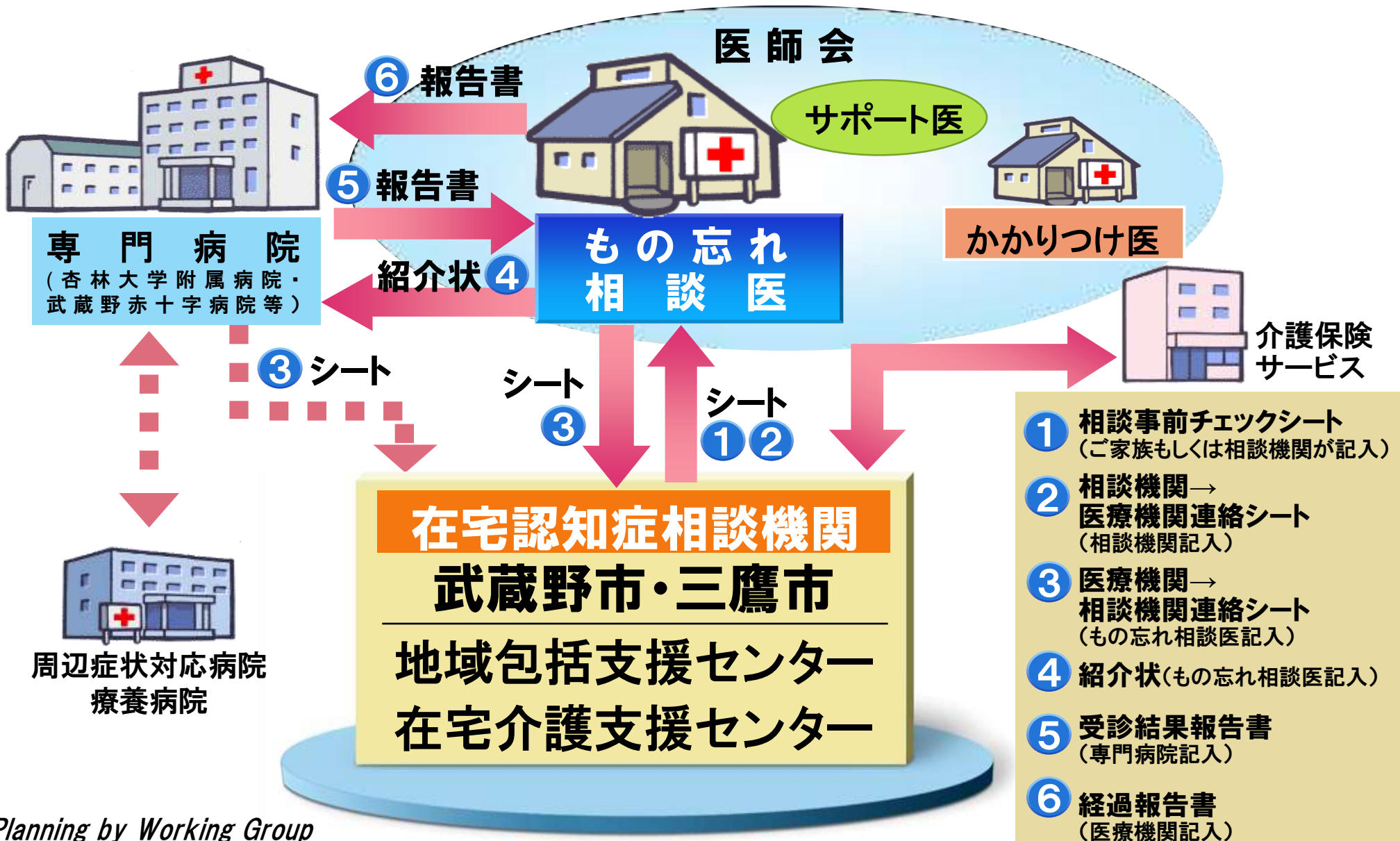
メール(アドレス: )

6. 次回受診(相談)予定日【平成 年 月 日】または予定時期【 ヶ月後頃】

この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。

# 認知症になっても

## 三鷹武蔵野 認知症連携 イメージ



# 認知症になっても

## 認知症連携の現状

### ○武蔵野市の「もの忘れ相談シート」活用実績

平成22年4月～平成26年3月 107件

在宅介護支援センター・地域包括支援センターから	89件
ケアマネジャーから	7件
専門医療機関(杏林大学、武蔵野日赤)から	11件

### ○もの忘れ相談医

医師会会員である地域のかかりつけ医・病院 66件が登録(27年10月)

\* 三鷹市のかかりつけ医(もの忘れ相談医)でも同様の連携が可能

### ○効果

『三鷹武蔵野認知症連携を考える会』での定期的な話し合いによる“顔の見える関係”の構築。

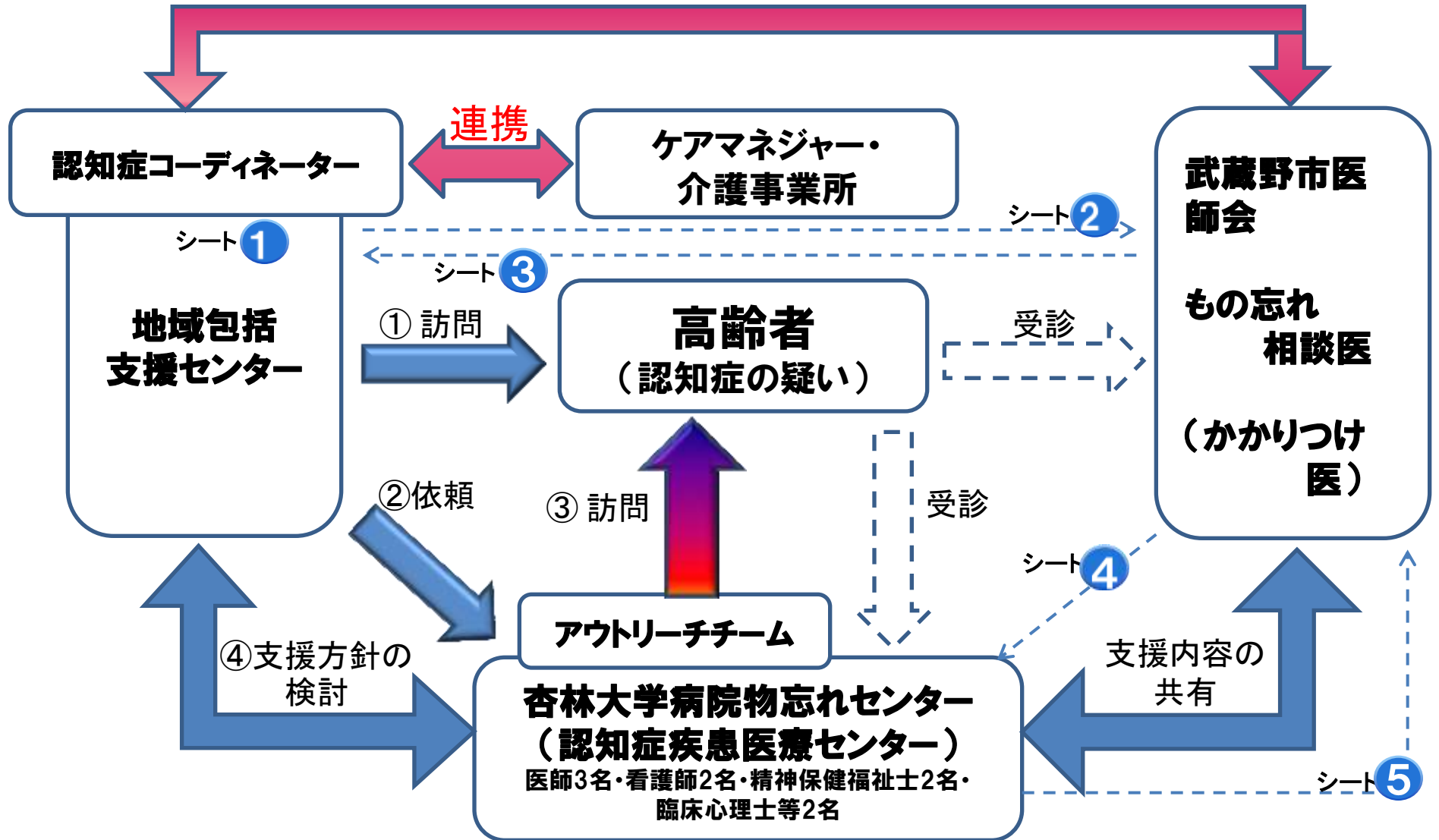
⇒ 医師による認知症休日相談会の開催、地域ケア会議への医師会としての参加呼びかけ、在宅介護支援センター協力医制度など。

# 認知症になっても

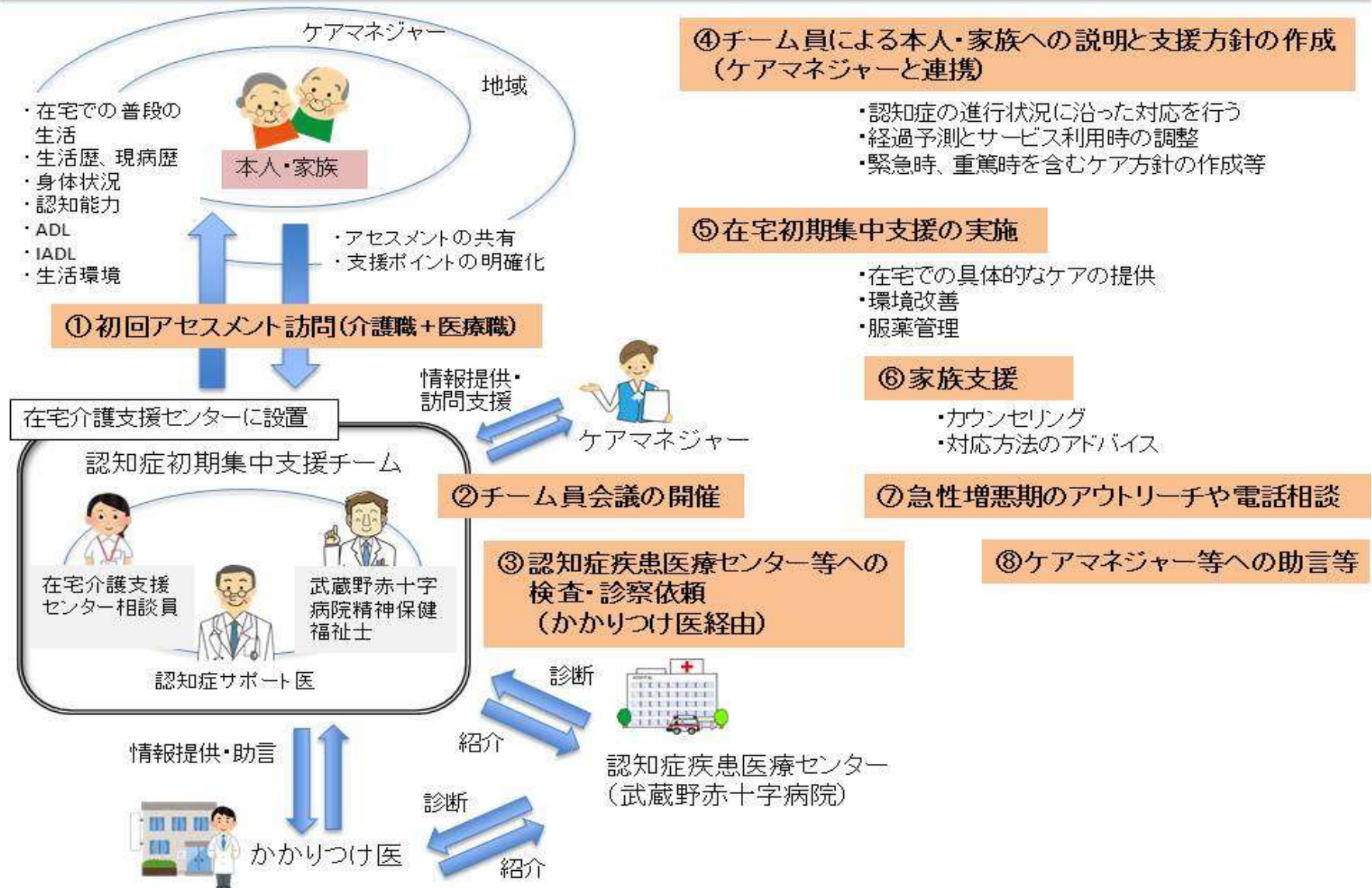
## 認知症早期発見・早期診断「武蔵野市認知症アウトリーチ事業」体系

連携

※シート①～⑤は「もの忘れ相談シート」の利用



# 武蔵野市認知症初期集中支援チームの概念図



# 認知症になっても

## 在宅生活支援への取り組み

- 認知症高齢者の約半数は地域(在宅)で生活。
- 介護保険サービスだけでは生活はカバーできない。  
(ex. 平成21年7月「訪問介護員等の散歩の同行」)
- 介護保険サービス等はあるとしても、本人の拒否等により家族が抱え込まざるを得ない状況になりやすい。

⇒ 認知症高齢者や介護家族を支援する  
介護保険外の在宅サービスが必要





# 認知症になっても

## 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・散歩付き添い等の支援(週4時間以内) 500円/h
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

# 認知症になっても

## 認知症見守り支援ヘルパーの効果

- 利用者 26年度末利用登録者69名 27年度予算969万円

- 認知症高齢者のQOLの向上

専門研修を受けたヘルパーにより、その人の状態や性格に合ったプログラムの提供や臨機応変な対応を行うことで、不穏行動等が抑えられたり、ご本人の楽しみになっている。

- 介護する家族の身体的・精神的負担の軽減

ヘルパー派遣中は家族が自分の時間を持てたり、ヘルパーを加えて会話をすることで、気持ちのはき出しができています。

- ニーズに対応できるサービス検討体制

サービスの提供内容の範囲は、ヘルパー派遣事業所と在宅介護支援センター、市による会議で意見交換しながら調整しており、より使いやすいサービスにすることが可能である。

# 認知症になっても

# 家族介護支援プログラム

平成25年5月  
武蔵野市高齢者支援課

## 家族介護者 交流マップ

家族を介護されている方が、不安や悩みをお話したり、情報交換などをする場所です。

～開催日時が変更になることがあります。詳細は各施設にご確認ください～

毎月第3土曜日13:00～15:00

### 『より処 親の家』 ～「本音で」おしゃべりできる～

日頃の介護の悩み・工夫・知恵や疑問など家族介護している方がどのようなことでも「本音で」おしゃべりし、今日から明日から介護に元気が生まれる場、それが「より処 親の家」です。専門家のアドバイスや情報提供も受けられます。美味しいコーヒーもどうぞ。

【連絡先】 デイサービスセンター親の家  
武蔵野市八幡町3-4-18  
☎ 0422-55-0509



- 在宅介護支援センター
- ☆ 認知症対応型デイサービスセンター
- デイサービスセンター
- テンミリオンハウス

毎月第1土曜日 13:00～15:00

### 『ほっとカフェ～リラクゼーション～』 介護者自身のリラクゼーションを目的とした癒しの時間です。

毎月第3土曜日 13:00～15:00

『ほっとカフェ』  
「人を知る、家族を知る、人生を知る」をコンセプトに美味しいコーヒーを飲みながらのんびりできる「居場所」を目指しています。ご本人・お友達などを誘って一緒にいらして下さい！！

【連絡先】  
デイサービスセンターぐっどういる境南  
武蔵野市境南町3-25-4  
☎ 0422-32-6608



毎週水曜日 13:00～14:30

### 『山桃の会』

失語症の方とその家族を支えるために、平成20年から言語聴覚士と会話パートナーによるコミュニケーションを深める活動や情報提供、懇談会を行っています。武蔵境駅より送迎があります。(片道100円)

【連絡先】  
デイサービスセンターぐっどういる境南  
武蔵野市境南町3-25-4  
☎ 0422-32-6608



毎月 第2金曜日 13:00～15:00

### 『喫茶 エリカ』

在宅で介護をされている方同士で、お茶を飲みながら気軽に悩みや不安を話したり、情報交換をしましょう。

【連絡先】  
デイサービスセンター エリカ  
武蔵野市中町3-6-4  
☎ 0422-50-0215



偶数月第4水曜日 13:30～15:00

### 『みどりの輪』

現在、家族を介護されている方、将来の備えとして、その実際を知りたい方など、どなたでも「介護」をテーマにつながりを紡ぎましょう。要介護者のご本人と一緒に大歓迎です。ぜひ、お越しください。

【連絡先】  
高齢者総合センター在宅介護支援センター  
武蔵野市緑町2-4-1  
☎ 0422-51-1974



偶数月第2土曜日 10:30～12:00

### 『介護家族のひろば』

介護にまつわる悩み、心配、疑問など、一緒に話し合い、アドバイザーの方と一緒に考えていきましょう。おいしいコーヒーとお菓子でお待ちしています。

【連絡先】  
テンミリオンハウスくるみの木  
武蔵野市中町3-25-17  
☎ 0422-38-7552



吉祥寺ナーシングホーム

在宅介護支援センター

奇数月第3土曜日13:30～15:00

### 『男性介護者の集い』

男性ならではの介護の悩み、困りごとなど男同士で話してみませんか。気楽に話ができる場所です。ときどき講演会も開き、楽しく勉強しています。ぜひご参加ください。

【連絡先】  
吉祥寺ナーシングホーム在宅介護支援センター  
武蔵野市吉祥寺北町2-9-2  
☎ 0422-20-0847



ゆとりえ

在宅介護支援センター

偶数月20日

13:30～15:00

### 『ほほえみサロンゆとりえ』

地域で介護されている方や介護経験のある方が悩みや不安を安心して話したり情報交換したりする心の拠り所です。

【連絡先】  
ゆとりえ在宅介護支援センター  
武蔵野市吉祥寺南町4-25-5  
☎ 0422-72-0313



毎月第2・第4土曜日13:30～15:00

### 失語症の方とその家族を支援 『秋桜(コスモス)の会』

言語聴覚士と会話パートナーによるコミュニケーションを深める活動及び家族向けに高齢者福祉関連の情報提供や懇談会を行います。

【連絡先】  
ゆとりえデイサービスセンター  
武蔵野市吉祥寺南町4-25-5 ☎ 0422-72-0311

毎月第2金曜日13:30～15:00

### 家族介護者のサロン 『十色の会』

悩みや相談、介護にまつわることなどを家族介護者同士、お茶を飲みながら一緒におしゃべりする場です。

【連絡先】  
吉祥寺本町在宅介護支援センター  
武蔵野市吉祥寺本町4-20-13  
☎ 0422-23-1213



認知症になっても

## 普及・啓発の取り組み

### ○認知症サポーター養成

平成27年3月末で修了者は 9,561名  
(26年度中養成 1,488名)



### ○認知症メイト養成

平成24年3月、27年2月に市として養成講座を実施  
登録者は 195名

### ○認知症の方への声かけ講座の実施

平成24年3月から27年3月までに6地域で、地域とエリア  
の在宅介護支援センターの共催により実施。

# 認知症になっても

## 認知症の方への声かけ講座

- 地域福祉の会（地域福祉活動推進協議会：市内13地域で組織化）と在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）が共同開催。平成25年3月から現在まで6地域で実施した。
- 「認知症高齢者への声かけのポイント」の講義後、公園で認知症高齢者役に扮した在支職員への声かけ体験を行い、最後にグループディスカッション。
- 参加者からは「これから勇気を持って声かけをしたい」「声かけした後は抱え込まずに、在支や地域の施設にきちんとバトンタッチしていきたい」などの声が聞かれた。



# 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

**中・重度の要介護状態になっても**

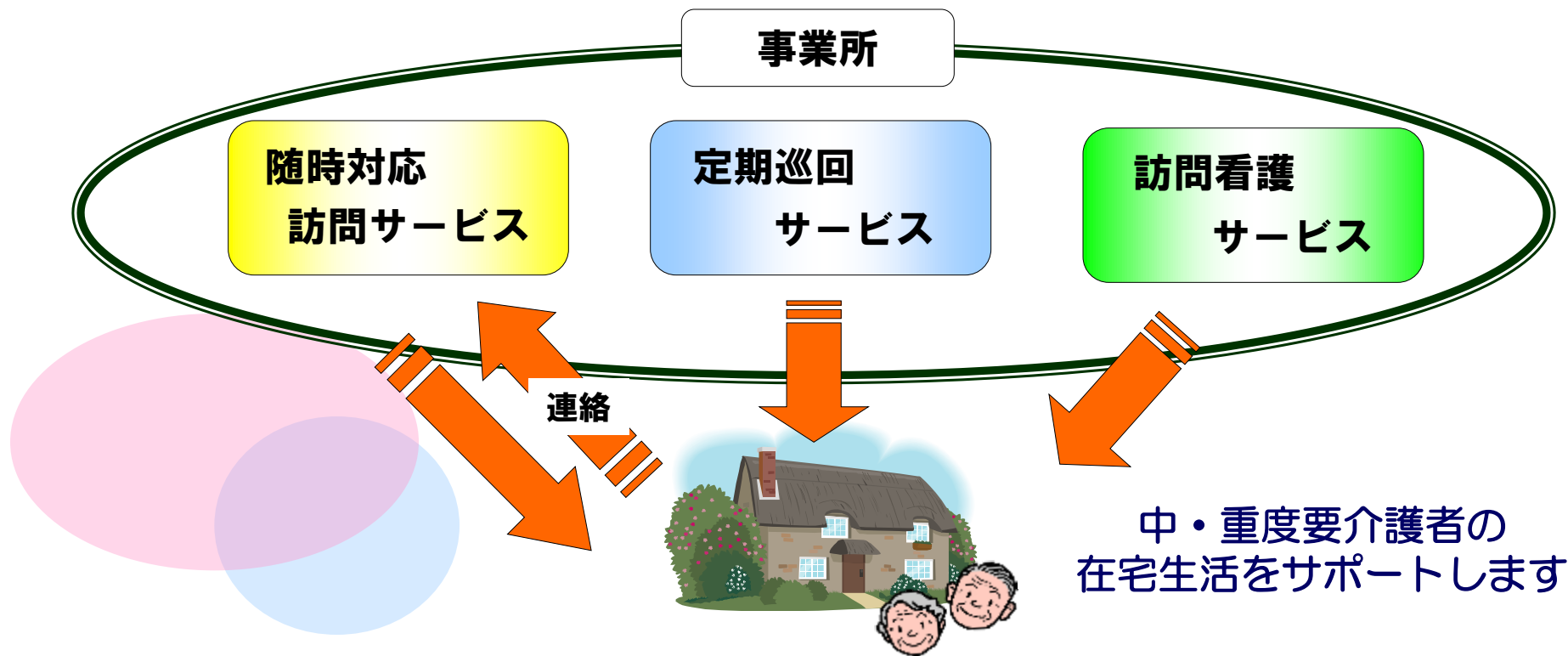
住み慣れた地域で  
生活を継続できる

# 中・重度の要介護状態になっても

## 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。

■現在、武蔵野市では1事業者によりサービスを行っていますが、新規参入を促し複数事業者によるサービスの充実を検討します。



# 中・重度の要介護状態になっても

## ■医療と介護の連携強化

住み慣れた家での生活を続けるために、医療と介護の連携をすすめます。

### 退院時支援

病院での療養生活から在宅生活へのスムーズな移行をサポートするため、医師会に「在宅医療・介護連携支援室」を設置します。

### 脳卒中地域連携パス

急性期から在宅まで、安心して療養生活をおくることができる連携の仕組みを整えています。

### もの忘れ相談シート

医療機関と地域の相談機関が情報を共有しながら、認知症高齢者のご家族を支える取り組みを進めています。

### 看護と介護の連携強化

訪問看護ステーションとケアマネジャーの医療情報の共有を推進する事業を開始しました。



# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）在宅医療・介護サービス等の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援 ＜在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等＞

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）在宅医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
- 例) 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議等

# 武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業の取組み方針

	在宅医療・介護連携推進事業の事業項目	武蔵野市の取組み方針
ア	地域医療・介護サービス資源の把握	<ul style="list-style-type: none"><li>・医療・介護サービスマップの作成</li><li>・武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用</li><li>・武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用</li><li>・武蔵野市介護サービス事業者リストの活用</li></ul>
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議	<ul style="list-style-type: none"><li>・多職種連携のための全市的組織「在宅支援連絡会」を「在宅医療・介護連携推進協議会」へ改組</li></ul>
ウ	切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"><li>・ICTの活用によるチーム在宅医療体制・チームケアの推進</li><li>・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化のための訪問看護ステーションへの補助金の新設</li></ul>
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	<ul style="list-style-type: none"><li>・脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等の活用</li><li>・退院時支援の課題抽出、退院時カンファレンスの実施率向上</li></ul>
オ	在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"><li>・武蔵野市医師会と市の協議により、平成27年4月に武蔵野市医師会に「在宅医療・介護連携支援室」を設置</li></ul>
カ	在宅医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"><li>・地区別ケース検討会、テーマ別研修会、地域ケア会議の活用</li><li>・多職種合同研修会、全体研修会の活用</li></ul>
キ	地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"><li>・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発</li><li>・講演会・シンポジウム等の実施</li></ul>
ク	二次医療圏内・関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"><li>・東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化</li></ul>

在宅医療・介護連携推進協議会に専門部会を設置  
→ 平成27年度は4つの専門部会を設置して相互に  
連携しながら具体的な検討を行う。

在宅医療・介護連携推進協議会

実務担当者合同会議

入・退院時  
支援部会  
※(ウ)に対応

I C T 連携  
部会  
※(エ)に対応

多職種連携  
推進・研修  
部会  
※(カ)に対応

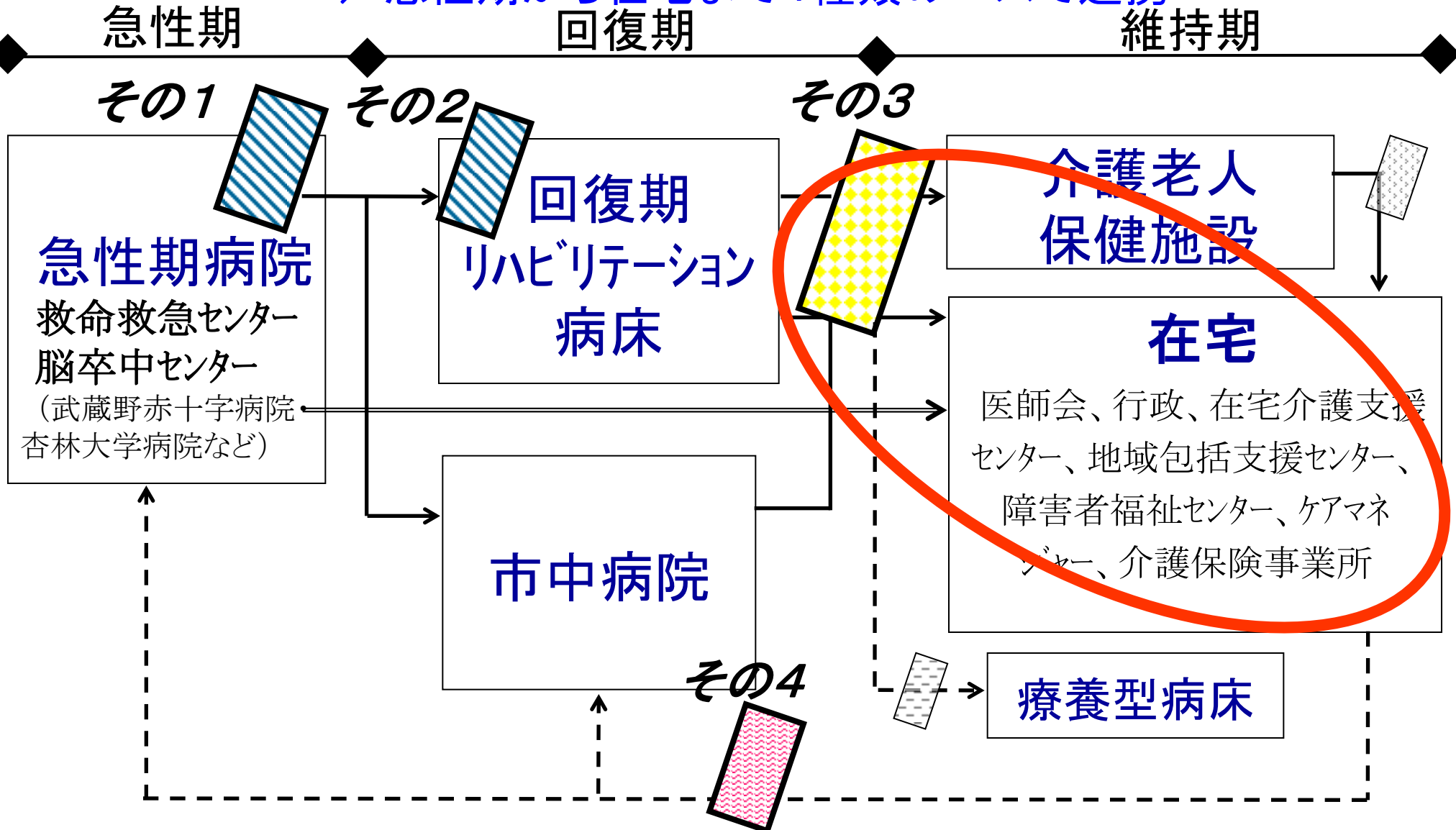
普及啓発部会  
※(キ)に対応



中・重度の要介護状態になっても

# 北多摩南部脳卒中ネット地域連携診療計画書(連携パス)

→ 急性期から在宅まで4種類のパスで連携

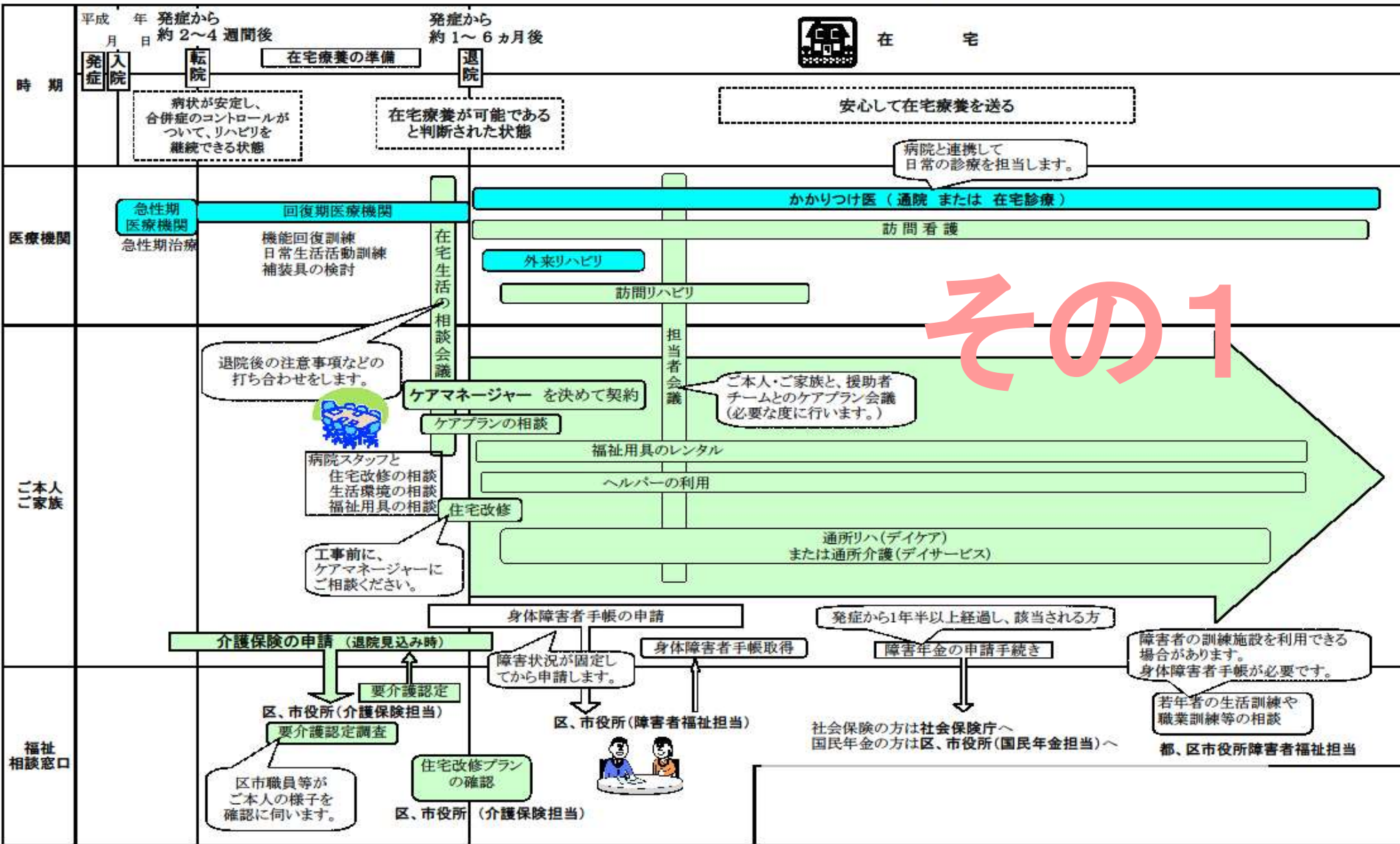


# 地域連携診療計画書(その1)

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。



その1

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/女) 様 生年月日 西暦 19 年 月 日 ( ) 歳 退院時のご本人のご希望	入院日 / / 退院日 / / 予定日 / / 実施日 / /
	退院時のご家族のご希望
ご家族・キーパーソン (同親別、お名前、続柄、職業) 国内に①②③をつける	保険種別 <input type="checkbox"/> 社本 <input type="checkbox"/> 社家 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 老 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> その他の減免等 ( ) 身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 将来申請 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 有 (肢体 内部 その他) ( ) ( ) ( ) その他の手帳 ( ) 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (新規 変更) 申請日 ( / ) <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 居宅介護支援事業所 ケアマネージャー ( ) ( ) ( )
キーパーソン① お名前 氏名 ( ) ( ) ( ) キーパーソン② お名前 氏名 ( ) ( ) ( ) キーパーソン③ お名前 氏名 ( ) ( ) ( )	経済状況 住居 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 集合住宅: エレベーター (有/無) <input type="checkbox"/> バリア:

障害者自立度(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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口:主食(米飯 粥) 副食(常 ぎざみ) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)( )Fr 交換( )週ごと <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排便回数( )回/H 夜間排便( )回 排便回数( )回/H 最終排便日( / ) オムツ 尿器 トイレ ボーナフ/トイレ(24h 夜のみ) スマ 膀胱ろう 尿道カテーテル( )Fr 交換( )週ごと
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中重) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中重) 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中重)	移動 歩行 自立 歩行 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 コフサ杖/杖 四点杖 杖 コフサ杖/杖 四点杖 投函 自立 手すり使用 介助 外出介助必要 吸痰 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 別紙参照

リハビリ FIM これまでの訓練目標と見込み 合計: a 運動: a 在宅で継続すべきこと 認知: a 回避すべきこと(通介助等) 補助具と器具(今後の修正、更新) 必要なリハビリサービス 機能低下時のリハビリ相談先:	日常生活機能評価表 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> <th>2点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>床上安静の指示</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>どちらかの手を胸元まで持ち上げる</td> <td>できる</td> <td>できない</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>できる</td> <td>肩からつかまればできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td>できる</td> <td>できない</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td>できる</td> <td>支えがあればできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td>介助不要</td> <td>見守りか一部介助</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>できる</td> <td>見守りか一部介助</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td>介助なし</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td>介助なし</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>他者への意思の伝達</td> <td>できる</td> <td>支えがあればできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>診療・療養上の指示が通じる</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>危険行動への対応</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>合計点(0-19)</td> <td colspan="2"></td> <td>点</td> </tr> </tbody> </table>		0点	1点	2点	床上安静の指示	なし	あり	なし	どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる	できない	なし	寝返り	できる	肩からつかまればできる	できない	起き上がり	できる	できない	なし	座位保持	できる	支えがあればできる	できない	移動方法	介助不要	見守りか一部介助	できない	口腔清潔	できる	見守りか一部介助	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	支えがあればできる	できない	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	なし	危険行動への対応	なし	あり	なし	合計点(0-19)			点
	0点	1点	2点																																																						
床上安静の指示	なし	あり	なし																																																						
どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる	できない	なし																																																						
寝返り	できる	肩からつかまればできる	できない																																																						
起き上がり	できる	できない	なし																																																						
座位保持	できる	支えがあればできる	できない																																																						
移動方法	介助不要	見守りか一部介助	できない																																																						
口腔清潔	できる	見守りか一部介助	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	支えがあればできる	できない																																																						
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	なし																																																						
危険行動への対応	なし	あり	なし																																																						
合計点(0-19)			点																																																						

診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳クナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他( )	失見当障 <input type="checkbox"/> 目付がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからない 運動麻痺 <input type="checkbox"/> (右/左)(上肢/下肢)の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要 失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない 感覚障害 <input type="checkbox"/> (右/左)側の感覚が鈍い 半身空間無視 <input type="checkbox"/> (右/左)側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 <input type="checkbox"/> (右/左)半分が見えない 視力 <input type="checkbox"/> (右/左)眼が見えにくい 難聴 <input type="checkbox"/> (右/左)耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 失語 <input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない 構音障害 <input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人に関き取れない 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食事を行わせる 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる コミュニケーション <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族とのみ <input type="checkbox"/> 不可能 問題行動 <input type="checkbox"/> セン妄(昼夜間おす 夜間) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 拗うつ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠
発症日 年 月 日 発症部位 治療経過 ( / ): ( / ): ( / ):	在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 <input type="checkbox"/> 罵られること <input type="checkbox"/> 控えるべきこと <input type="checkbox"/> 昼間の注意点 <input type="checkbox"/> 夜間の注意点
既往歴 アルルキー( ) 感染症(検査日 月 日) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他( ) 併存・合併症の今後の注意点 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他( )	悪化・再発予防策 <input type="checkbox"/> 受療すべき時機 <input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 運動
処方 <input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付あり <input type="checkbox"/> 服薬指導書添付あり 管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 介護者管理 <input type="checkbox"/> 一包装	栄養 <input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他( )

退院時カンプレンス (月 日) 出席者(病院・施設名): 短期目標: 長期目標: 入院中のケア 在宅ケア ※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 午後 ご家族	今後予測される問題と対策 0 5 10 15 20 25 30 在宅ケア
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) 氏名 ( ) ( ) 在宅かかりつけ医 氏名 ( ) ( )	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:

その3

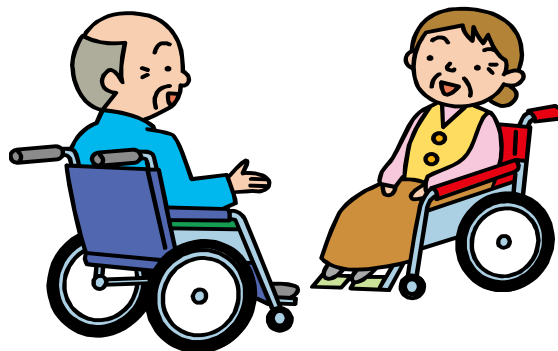
## 中・重度の要介護状態になっても

# 住まいとしての特別養護老人ホームの整備

### 現状

- \* 入所者の約半数が市外施設に入所。
- \* 中・重度要介護高齢者の増加。
- \* 現在、武蔵野市民を受け入れている周辺自治体の施設も受け入れの割合が減少する可能性がある。

在宅介護から施設入所に移る場合も、可能な限り住み慣れた地域の中にある特別養護老人ホームに入所することを目指し、「市内に1カ所特別養護老人ホームを整備する」とまとめています。



# 2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で  
生活を継続できる

介護・看護の  
人材確保が不可欠



# 介護・看護の人材確保に向けて

## ■「ケアリンピック武蔵野」の開催

介護職員・看護職員が夢と誇りを持って働き続けられるために

各分野のサービス事業所による  
ブース出展

武蔵野市民の生活を  
支え続けた介護職員への  
「永年勤続表彰」。  
167名が対象者。



介護サービスの先進的な取り組みを発表

介護保険制度施行後  
15年。  
サービスの質の向上や  
介護人材の確保に向け  
て開催。市民も含め783  
名が参加。

# 4 介護保険制度改革への対応 ～新しい総合事業と生活支援体制整備～

# 介護保険制度改正事項等の武蔵野市の実施時期

介護保険制度の改正事項等			武蔵野市の 実施時期
地域包括 ケアシステ ムの構築	地域支援事業 (市町村事業) の充実	①在宅医療・介護連携の推進	平成27年4月～
		②認知症施策の推進	平成27年4月～
		③地域ケア会議の推進	平成27年4月～
		④生活支援サービスの充実・強化	平成27年4月～
	重点化・効率 化	①特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上 に限定(既入所者は除く)	平成27年4月～
		②新総合事業(介護予防訪問介護・介護予防通所介護 を 市町村が取り組む地域支援事業に移行し多様化)	平成27年10月 ～
費用負担 の公平化	低所得者の保 険料軽減を拡 充	①保険料所得段階の見直し(武蔵野市の場合、現行15段階 制→新18段階制)	平成27年4月～
		②公費による保険料軽減の強化(現行の第1段階・第2段階 保険料)	平成27年4月～
		③消費税8%→10%に伴う公費による保険料軽減の拡大(現 行の第3段階・第4段階保険料)	平成29年4月～
	重点化・効率 化	①保険料の改定(武蔵野市第6期基準額5,160円→5,960円)	平成27年4月～
		②合計所得金額160万円以上所得者の利用者負担2割導入	平成27年8月～
		③低所得者の施設利用者の食費・居住費を補てんする「補 足給付」の要件に資産を勘案(預貯金等・配偶者所得の勘案)	平成27年8月～
		④高額介護サービス費の見直し(後期高齢者医療との整合性)	平成27年8月～

# 訪問型サービス 単位・基準

		現行の予防訪問介護相当（みなし）	緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA） 〈いきいき支え合いヘルパー〉
単位	単位	介護予防訪問介護費（Ⅰ）1,168単位／月 介護予防訪問介護費（Ⅱ）2,335単位／月 介護予防訪問介護費（Ⅲ）3,704単位／月  初回加算 200単位 生活機能向上連携加算 100単位 介護職員処遇改善加算	訪問介護（有資格者） 250単位／回 ※ ただし月5回以上の場合の上限は1168単位 訪問介護（研修修了者*） 200単位／回 * 武蔵野市が指定する研修を受講したヘルパー （家事援助のみを提供）  初回加算 200単位
	円／単位	11.05円	11.05円
基準		管理者 専従1人（兼務可） 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 40人毎に1人（専従、兼務可）	管理者 専従1人（兼務可） 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上（兼務可） サービス提供責任者 1人以上（専従、兼務可）
その他			提供時間は45分以上60分未満

【参考】  
 訪問介護（生活援助中心型  
 45分以上）225単位  
 介護予防訪問介護（Ⅰ）  
 1,168単位÷4.3=272単位

## 武蔵野市認定ヘルパー

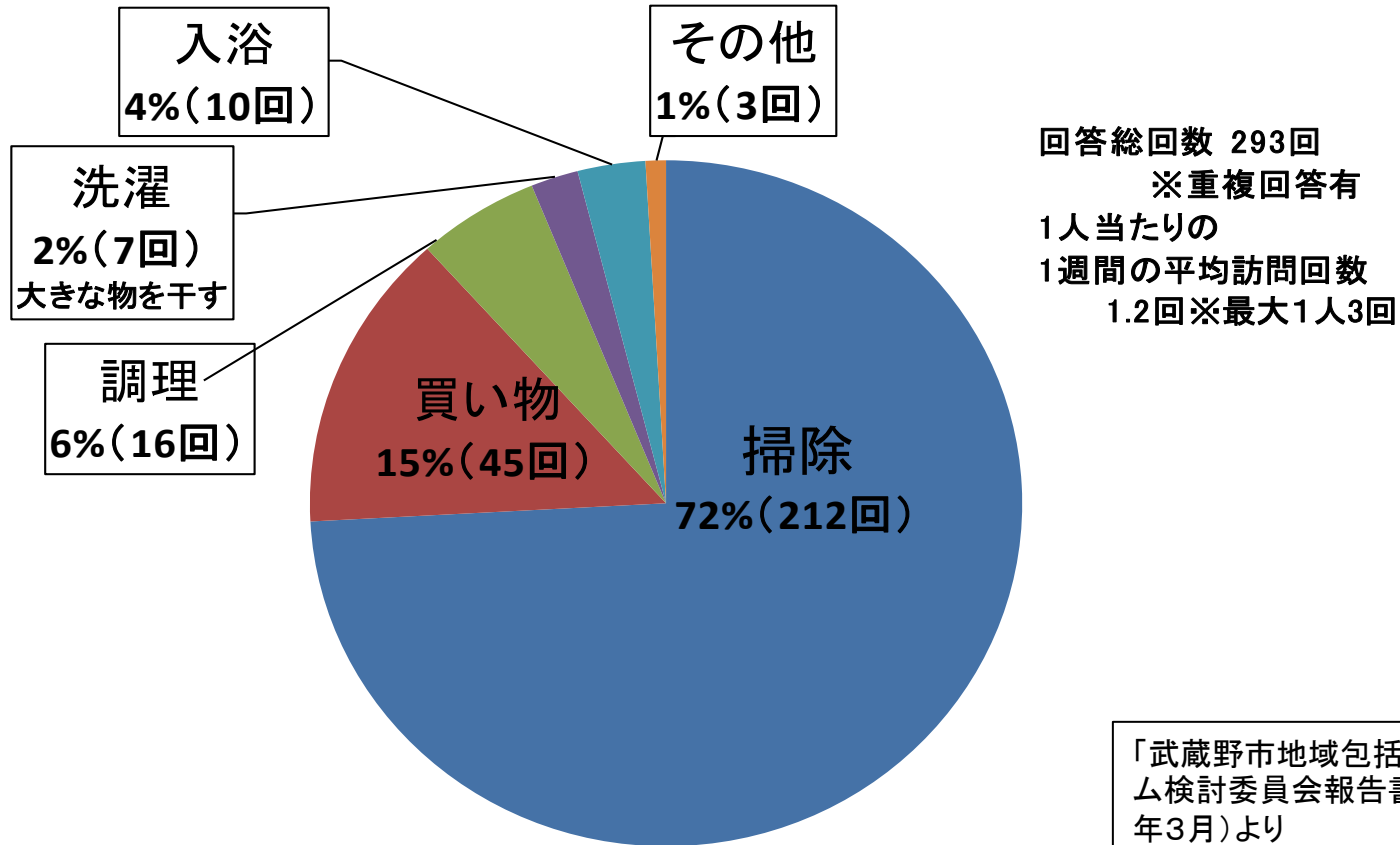
市が実施する研修（講義（3日間計18時間程度）及び実習）を受講したヘルパー（市長名で認定証を発行）。家事援助のみ提供可。

# 予防訪問介護の利用状況について

介護予防訪問介護サービス利用者276人中、7割は「掃除代行」が援助内容。

## 訪問介護利用者(援助内容ごとの割合/回数)

平成25年7月実績



# 通所型サービス 単位・基準

		現行の予防通所介護相当（みなし）	緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）
単位	単位	要支援1 1,647単位/月 要支援2 3,377単位/月 若年性認知症利用者受入加算 240単位 生活機能向上グループ活動加算 100単位 運動機能向上加算 225単位 栄養改善加算 150単位 口腔機能向上加算 150単位 選択的サービス複数実施加算 (I) 480単位 (II) 700単位 事業所評価加算 120単位 サービス提供体制強化加算（略） 処遇改善加算（略）	送迎なし（1時間30分以上3時間未満） 324単位/回 送迎あり（1時間30分以上3時間未満） 364単位/回 送迎なし（3時間以上） 343単位/回 送迎あり（3時間以上） <del>383単位/回</del> → 378単位/回 ※ただし、月5回以上の場合は包括報酬と同額を上限 サービス提供体制強化加算 II 支援1 24単位/月 等 運動器機能向上加算 225単位/月1回 栄養改善加算 150単位/月1回 口腔機能向上加算 150単位/月1回 理学療法士・作業療法士配置加算 150単位/月1回 （武蔵野市独自・運動器機能向上加算と併給可）
	円/単位	10.68円	10.68円
基準	人員	管理者 常勤・専従1人以上（兼務可） 生活相談員 専従1人以上 看護職員 専従1人以上 介護職員 利用者15人まで専従1人以上 （15人超は5人毎に専従1人以上） 機能訓練指導員 1人以上	管理者 常勤・専従1人以上（兼務可） 介護職員 利用者15人まで専従1人以上 （15人超は5人毎に専従1人以上）
	設備	食堂・機能訓練室・静養室・相談室・事務室	サービスを提供するために必要な場所

要支援1  
÷4.3回×95%

要支援1  
÷4.3回

送迎（往復）は  
40単位相当

送迎（往復）は  
40単位相当

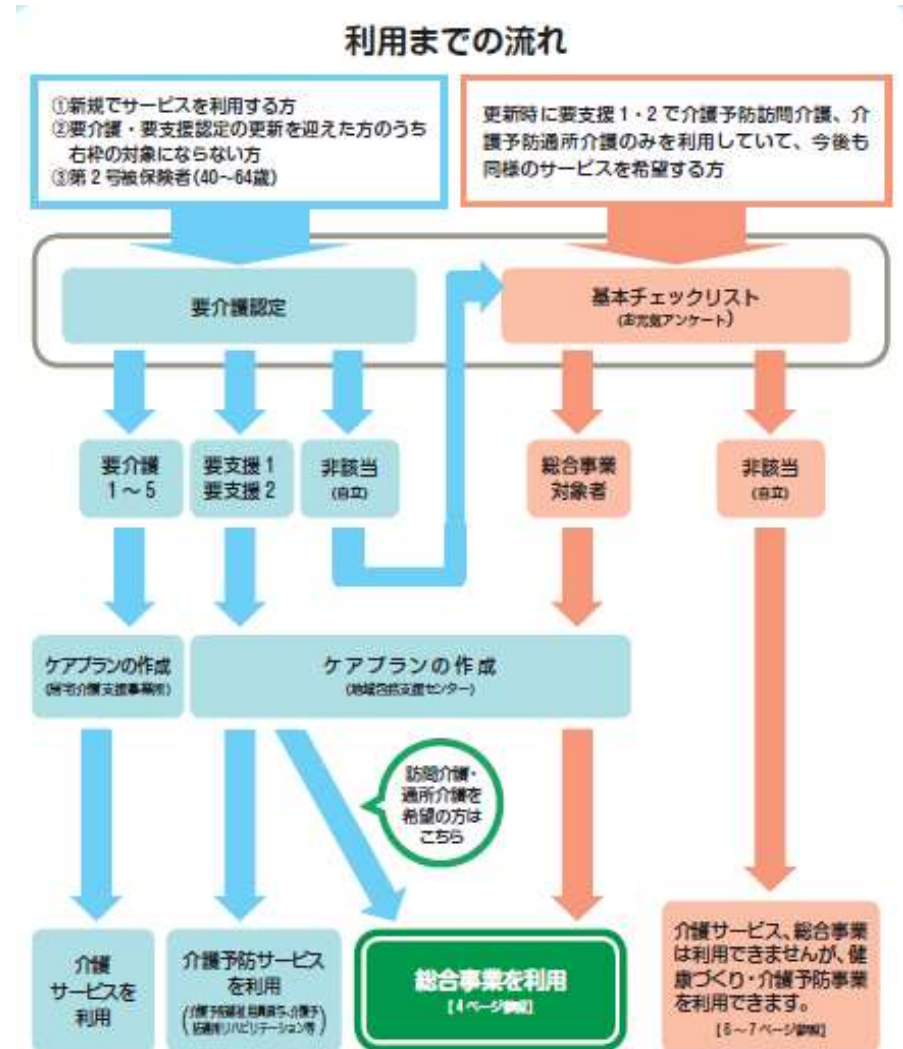
# 総合事業の対象者と利用の流れ

## ■利用できる人

- ・要支援1・2の方。
- ・基本チェックリスト(お元気アンケート)の結果により生活機能の低下が確認された方。

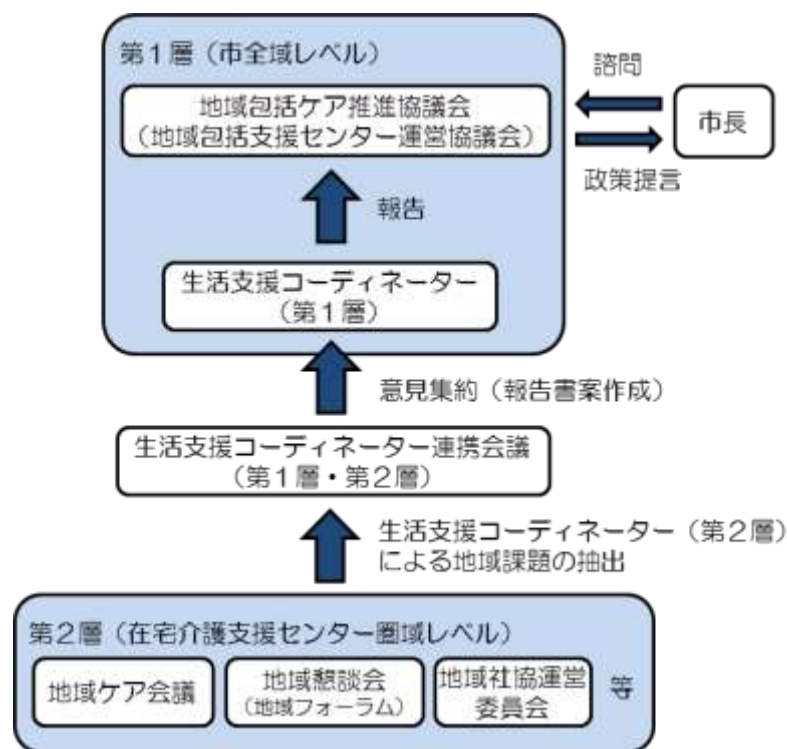
## ■利用までの流れ

- ・新規の方は要介護(要支援)認定を受けていただく。
- ・現在介護予防訪問介護、介護予防通所介護を受けていて、今後も同様のサービスのみ希望の場合は、基本チェックリストで対象か確認。



# 生活支援サービス体制整備事業

- 第1層生活支援コーディネーターは、直営基幹型地域包括支援センターに。協議体は「地域包括ケア推進協議会」(現 地域包括支援C運営協議会)。
- 第2層生活支援コーディネーターは、6つの在宅介護支援センター(地域包括支援センター)に。協議体はエリア別地域ケア会議等を活用していく。



- 協議内容に実効性を持たせる。(会議のための会議としない。)
- 議論されたことをオーソライズされた政策提言とする。(単なる意見で終わらせない。)
- 協議体と生活支援コーディネーターの有機的な連動を図る。
- 既存の会議体を活用し、会議体の乱立を防ぐ。

- 既存の地域包括支援センター運営協議会を、地域包括ケアシステム全般について協議する「地域包括ケア推進協議会」に発展、拡充し、協議体の第1層に位置付ける。
- 地域ケア会議等を第2層の協議体に位置付け、第2層の生活支援コーディネーターが参加。
- 生活支援コーディネーター連携会議(第1層・第2層)で地域課題の意見集約を行う。
- 第1層の生活支援コーディネーターが「地域包括ケア推進協議会」に報告。
- 「地域包括ケア推進協議会」から市長に政策提言を行う。



# 「まちぐるみの支え合い」の仕組みづくり

■地域包括ケアシステムは「武蔵野市における2025年へ向けた『まちぐるみの支え合い』の仕組みづくり」。今までと同じく市民と行政が一体となった取組としてさらに推進していくが、同じ目標に向けた役割分担と連携が重要。

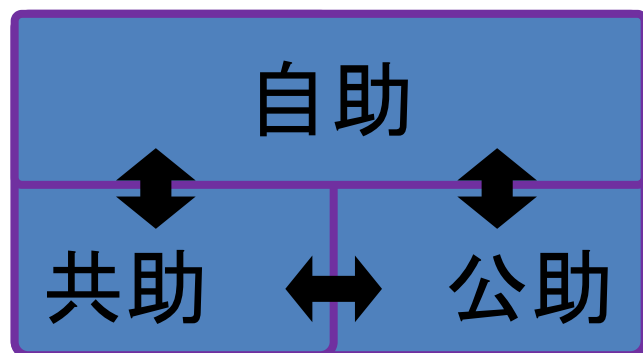
## ○なぜ、一体となって取り組むのか。

- ①今後、要介護リスクの高い後期高齢者の増加が見込まれる。
- ②介護の専門職だけでは担い手不足が懸念されている。
- ③地域住民や他分野の人材・サービスの参加も得る必要がある。
- ④限られた人材と財源で効果的な仕組みを構築する必要がある。

### 自助・共助・公助の

#### バランスある最適な組み合わせが必要

- ・「自助」が基本。(自らの健康は自ら維持する)
- ・「共助」が自助を支える。(支え合いの精神)
- ・「公助」が足りない部分を補完



ご清聴  
ありがとう  
ございました

