

資料1

地域包括ケアシステム

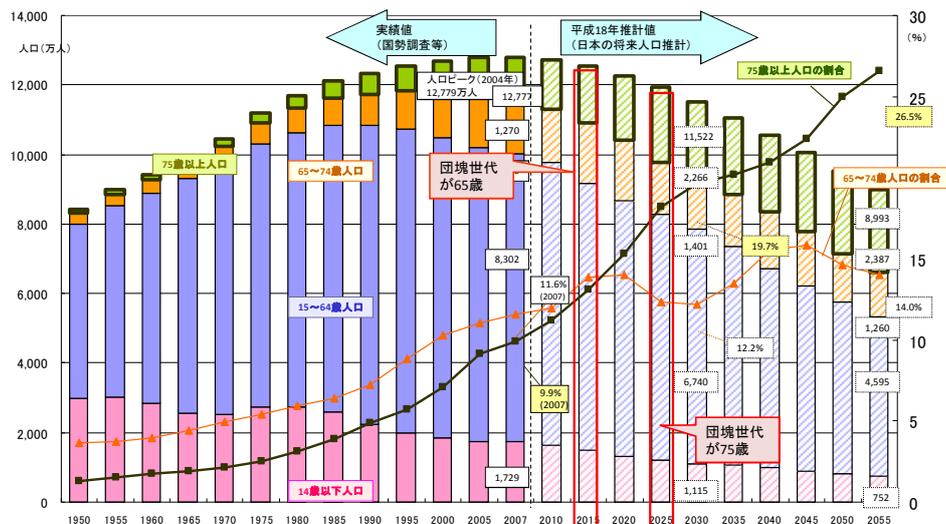
1. 高齢化の現状
2. 地域包括ケアシステム
3. 社会保障改革の動き

平成25年12月19日
 高齢者福祉課 地域ケア推進スタッフ

1 高齢化の現状

人口構造の変化 ～少子化の進行と75歳以上人口割合の増大～

人口は、2004年をピークに減少局面に入っており、2055年に9,000万人を割り込み、高齢化率は40%を超え、1人の高齢者を1.2人で支える姿になると想定されている。



島根県の将来推計人口 ～5年で3万人減少～

高齢者人口(65歳以上)は平成32年(23万人)、
75歳以上人口は平成42年(14万人)がピーク。
一方、15～64歳は、平成22年の42万人以降5年ごとに2～4万人減少する。



2

島根県の認知症高齢者の推計

○要介護認定を受けている認知症高齢者は、約3万人(平成24年度末)、要介護認定者の65%。
○高齢者人口に占める割合は、約14%(平成24年度末)

市町村別認知症高齢者数 (H25.3.31)

	要介護認定者数(a)		単位:人	
	認知症高齢者(b)	b/a		
松江市	10,397	7,387	71%	
浜田市	4,526	3,169	70%	
出雲市	9,226	6,300	68%	
益田市	3,357	1,877	56%	
大田市	3,071	1,898	62%	
安来市	2,716	1,441	53%	
江津市	2,261	1,508	67%	
雲南市	2,729	1,891	69%	
奥出雲町	868	578	67%	
飯南町	450	347	77%	
川本町	364	228	63%	
美郷町	524	360	69%	
邑南町	1,175	664	57%	
津和野町	848	434	51%	
吉賀町	612	322	53%	
海士町	221	101	46%	
西ノ島町	341	166	49%	
知夫村	57	27	47%	
隠岐の島町	1,274	706	55%	
県計	45,017	29,404	65%	

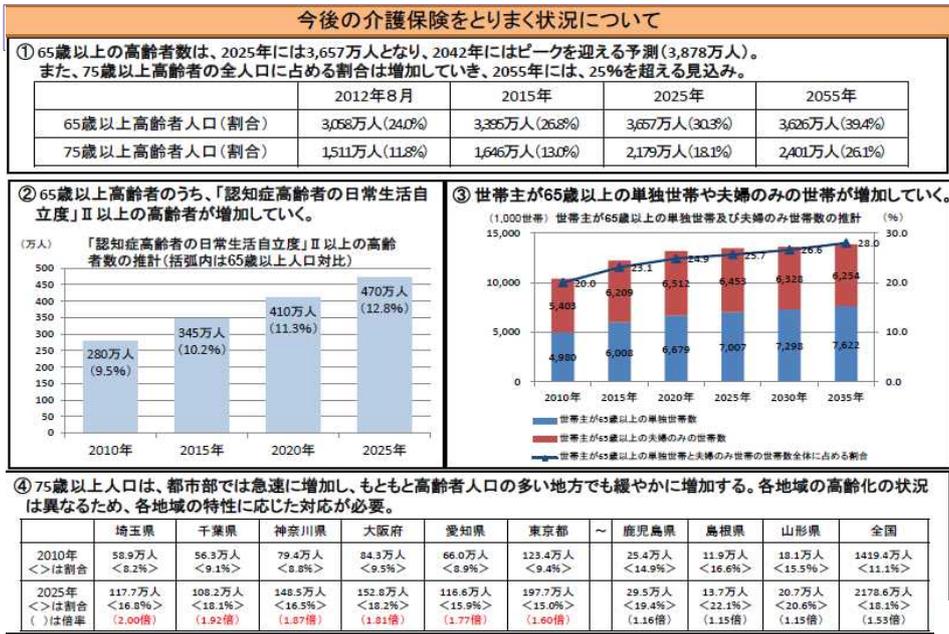
要介護度別認知症高齢者数 (H25.3.31)

	要介護認定者数(a)		単位:人	
	認知症高齢者(b)	b/a		
要支援1	5,831	628	11%	
要支援2	5,581	620	11%	
要介護1	9,194	7,089	77%	
要介護2	8,030	6,068	76%	
要介護3	5,776	4,954	86%	
要介護4	5,365	4,899	91%	
要介護5	5,240	5,146	98%	
県計	45,017	29,404	65%	

認知症高齢者：要介護認定調査における「認知症高齢者の日常生活自立度」の判断基準ランクⅡ以上の者
(各保険者が保有している要介護認定データから該当者を抽出・集計)

第1号被保険者数(H25.3.31) = 213,494人

3



2 地域包括ケアシステム

高齢者が、
できる限り住み慣れた地域で、
自立した生活を続けられるよう、

医療、介護、生活支援、予防、すまいのサービス
が必要に応じて提供

地域の実情にあったサービス提供

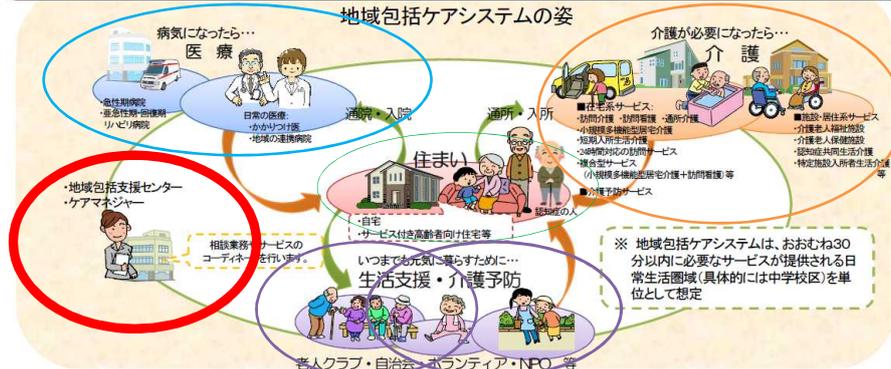


H24年の介護保険法改正で条文化
→ 高齢者ケアのコーディネートを市町村にも。
高齢者を

地域包括支援Cとケアマネジャーが見守る

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



6

5つの視点による取組み

包括的に・・・場面に応じた1～5の適切な組み合わせによるサービス提供
継続的に・・・入院、退院、在宅復帰などを通じて切れ目のないサービス提供

1. 医療との連携強化

24時間対応の在宅医療
訪問看護やリハビリの充実強化、たん吸引など医療行為の看護職員による実施

2. 介護サービスの充実強化

特養など介護拠点の緊急整備
定期巡回・随時対応サービス創設など在宅サービス強化

3. 予防の推進

要介護状態とならないための予防や自立支援型介護の推進

4. 多様な生活支援サービスや権利擁護など

様々な生活支援(例:見守り、配食、買い物などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービスなど)を推進

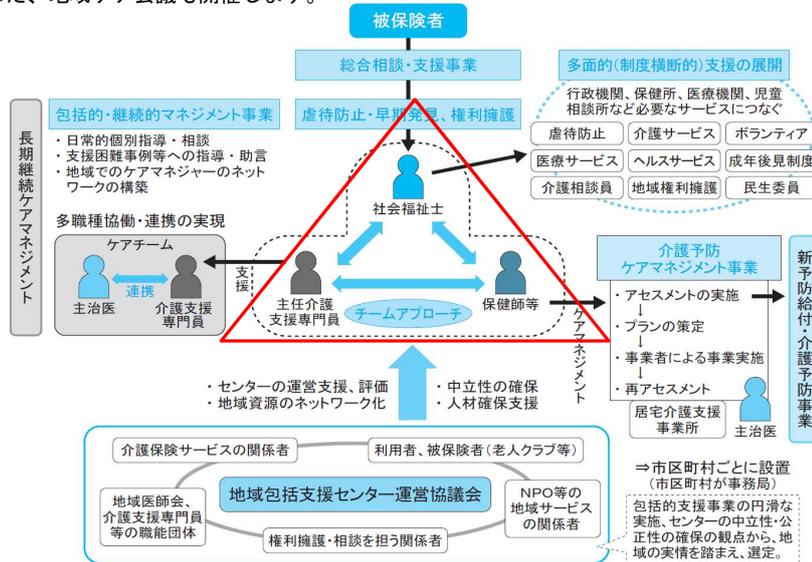
5. 高齢者住まいの整備

基準を満たす有料老人ホームと高専賃をサービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

7

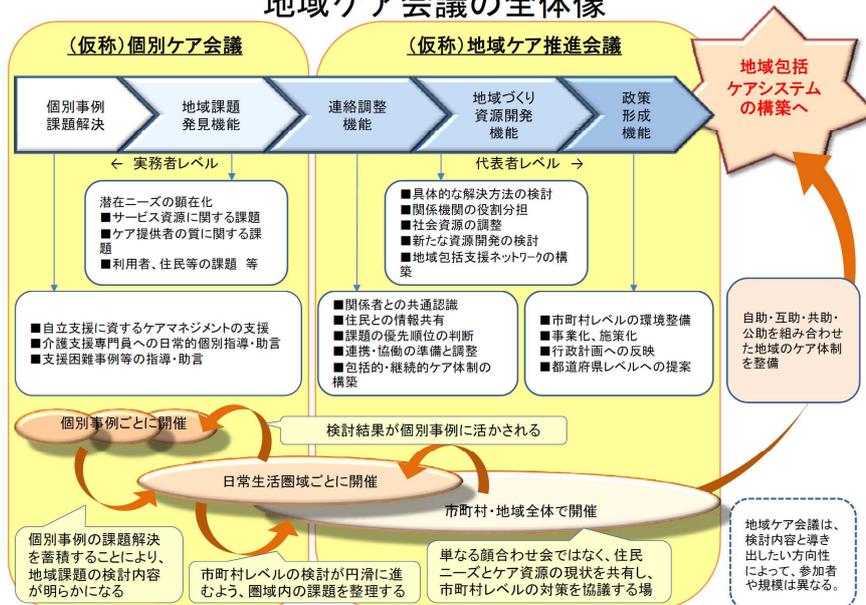
地域包括支援センター～介護の必要な人の総合相談窓口

市町村または委託を受けた者は「地域包括支援センター」を設置し（平成18年度以降）、申請により「指定介護予防支援事業者」（予防給付と介護予防事業を実施）に指定されます。また、地域ケア会議も開催します。

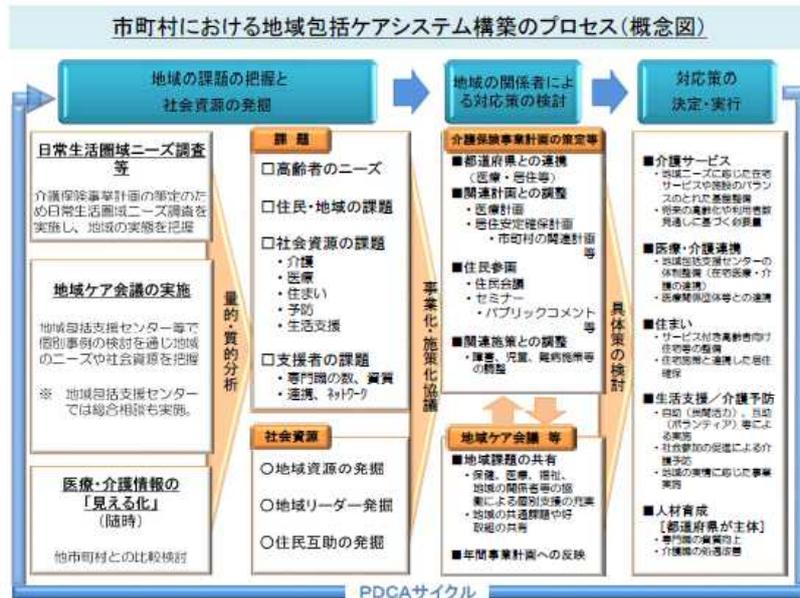


8

地域ケア会議の全体像



9



10

ケアマネジャー(介護支援専門員)

都道府県認定資格

研修受講試験合格(率2割)+研修で資格 以降5年ごとに更新研修

在宅、介護支援、施設の各サービス

それぞれケアマネジャーがケアプラン策定、ケアプランの管理を行う

ことに在宅サービスでは医療との調整が要

生活支援・介護予防など

介護保険の目的は、本人の自立支援、

介護度が低い人のサービス提供が重要、自立の度合いが落ちないようにサービスを

介護予防・生活支援

・市町村がサービスを提供する介護予防事業 介護保険の枠内で、地域支援事業のうち例) 訪問的サービス(掃除、買い物など)、通所的サービス(体操など)

他に、配食、買い物支援、見守りなど

・地域が主体となる事業(生活支援)

事業による実施 例) 配食、買い物支援、見守りなど

ボランティアや地域の互助として 例) 見守りなど

11

地域包括ケアシステム

- (1) 2025年の介護の将来像
- (2) 地域包括支援センターの役割
地域ケア会議・多職種連携、中学校区が想定⇒市町村が設定
- (3) ケアマネジャー(介護支援専門員)
在宅、施設などでのケアプランを作成、
一人ひとりのケアの内容を管理していく
- (4) 生活支援・介護予防の推進
市町村が推進主体、 新たな開発も国は期待
さまざまな実施主体、財源もあるのでは。

12

3. 社会保障改革(介護保険)の動き

24年8月22日 社会保障改革法成立(国民会議)

25年8月 6日 国民会議報告書 提出

12月 5日 臨時国会で法案可決

現在 社会保障審議会部会でも検討

～審議は12月20日結議 目標

地域包括ケア研究会 報告書

認知症対策5か年計画(オレンジプラン)の推進

介護支援専門員資質向上と今後のあり方検討

消費税法案 国会提出

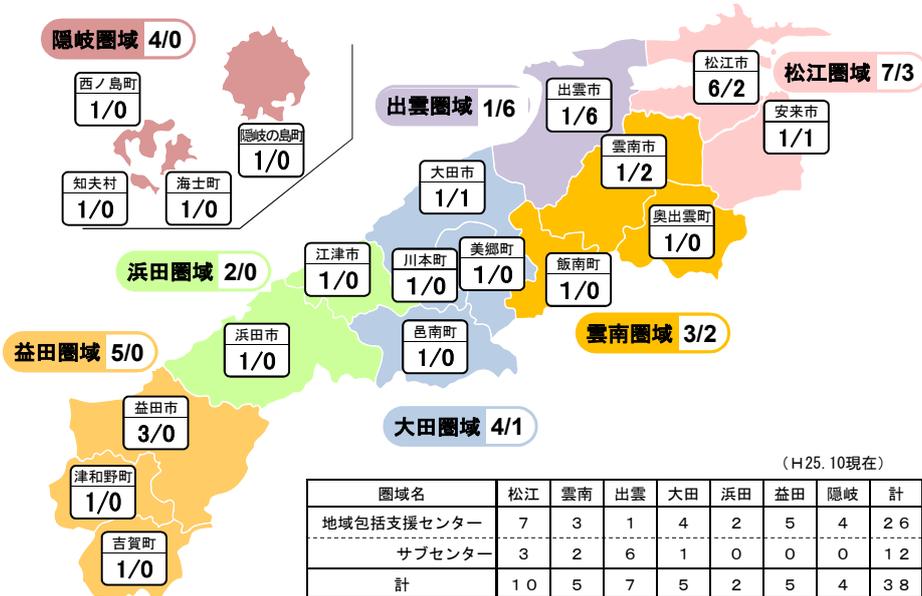


26年 介護保険法案 国会提出

27年～ 介護保険法改正施行

- <論点> 1、予防事業を地域支援事業に一部移行
2、特養入所要介護3以上(例外あり)等¹³

【参考】島根県内の地域包括支援センター



介護保険とは？

1. 介護保険法に定める公的保険制度

- (1) 保険対象(保険事故)は、介護を受ける状況となること
- (2) 介護を受ける状況は5. に示す認定を受けた場合、要支援2段階、要介護5段階の7段階
- (3) 加入者(被保険者)は、保険料を支払い財政全体の50%を、残り50%国、都道府県、市町村が2:1:1の割合で負担する。
- 2. 保険者(保険の財政や適用を認定する者)は市町村(あるいは市町村一部広域事務組合)
- 3. 被保険者(保険料を払い、保険サービスを受ける者)は、
 - (1) 65歳以上の国内在住者=ほとんど全国民+a:1号保険者(年金天引きが原則、それ以外は現金振込等)
 - (2) 40~64歳の国内在住者 :2号保険者(医療保険と同時に源泉徴収または現金振替等)
- 4. 保険サービス
 - (1) 在宅サービス 訪問介護(ホームヘルプ)、通所介護(デイサービス)、一時入所(ショートステイ)など居宅で受けるサービス
 - (2) 施設サービス 特別養護老人ホーム、老人保健施設、高齢者療養施設の3施設
 在宅サービスの中には、上記のほか、認知症グループホーム、地域密着型サービス(小規模多機能特養、定期巡回・随時対応、複合型サービスなど)、など
- 5. サービス利用(保険事故=介護が必要時の認定)
 - (1) 申請書を被保険者本人・家族が市町村等(保険者)へ提出
 - (2) 保険者が訪問により状況を確認(1次認定=機械判定へ)
 - (3) 医師診断書
 - (4) 審査会で診断(2次認定=1次認定+審査委員の意見)
 - (5) 認定=保険証が交付される
 - (6) 在宅でサービスを受けるときは在宅ケアマネジャーと面談しケアプランの策定同意後、施設サービスでは施設と契約後に施設ケアマネジャーと面談を行いケアプランを提示を受け、いずれもケアプランに準じて、在宅サービスまたは施設サービスを受ける
 - (7) サービス計画作成を依頼せず自らの選択でサービス利用する方法も残されている。
- 6. 一般的に保健事故が起こる(介護が必要になる)原因
 - (1) 加齢により徐々に手足が動かなくなり、生活に困難を生じる場合
 - (2) 生活習慣病等により急激に症状を発症し、救急入院等で介護が必要となる場合 など
- 7. 保険受付窓口
 - (1) 保険者に申し込むと認定等の案内がある。
 - (2) 適用等も含め高齢者に関する相談については、各市町村にある「地域包括支援センター」が応じてくれる。場合によっては、訪問により解決をしてくれる場合もある。
- 8. 自己負担
 - (1) 介護保険料
 - 1号保険料は市町村毎に異なりますが、全国平均が月に5千円程度、現在4千円~6千円の範囲が多くなっています。所得に応じて減免が適用されます。
 - 2号保険料は医療保険者が給与に介護保険料率をかけて医療保険といっしょに徴収します。24年度の率は15.5%(1/1000)です。
 - (2) 利用負担
 - 介護サービスを受けたときは、介護サービス費全額の1割、宿泊費等、食費などの全額を支払うことになります。
 - サービスの提供額には、介護度に応じて限度額があり、これを超えた部分は全額利用者負担になります。