

4 在宅介護支援システムの強化

サブプロジェクト

1. ケアマネジメントの強化
2. 地域ケア会議の再編成
3. 特別養護老人ホーム入所調整のしくみと運営

品川区における在宅介護支援システムは、介護を要する高齢者が在宅生活を継続するための在宅介護支援センターを核とした総合的なサービス提供のしくみ（ケアマネジメントシステム）である。

平成5年度から在宅介護支援システムの検討を開始し、平成7年度に「在宅介護支援システムマニュアル」を作成するとともに、順次、在宅介護支援センターを整備した。介護保険導入時には13地区全地区において支援センターの整備を完了し、介護保険制度への円滑な移行を図った。その後、要介護認定者・ケアプラン作成数の増加に合わせ、13地区を基礎単位としたうえで、6地区において在宅介護支援センターを増設し、平成14年度には19か所を設置している。

品川区の在宅介護支援システムは、区の高齢福祉課を13地区の在宅介護支援センターを統括する「統括（基幹型）在宅介護支援センター」と位置づけ、全体調整と地区在宅介護支援センターのバックアップの役割を担っている。

在宅介護支援センターと区(行政)の役割

<p>地区在宅介護支援センター</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 介護に関する総合相談 2) 要介護認定調査 ・ 申請手続き代行、訪問調査 3) 一人ひとりに合わせた総合的なケアマネジメント（介護サービス計画作成 = ケアプラン作成） 4) 日常の地域活動 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の実態把握 ・ サービス・施策のPR・情報提供 ・ 民生委員その他地域の関係機関との連携など
<p>統括（基幹型） 在宅介護支援センター （高齢福祉課）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 全般的調整と地区在宅介護支援センターの統括 <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス調整のしくみづくり ・ マニュアルの作成・研修 その他 2) 地区在宅介護支援センターのバックアップ

在宅介護支援システムの考え方

指 針

自尊・自立の確保

- ・当事者の意思の尊重：当事者（本人と家族）の意思と人間性が尊重される。
- ・介護の支援：在宅生活の主体は当事者であり、行政の役割は当事者を支援することである。

安心の確保

- ・身近な相談窓口の存在：身近な地区に相談窓口を置くことによって、区民の安心が確保される。
- ・的確な対応：当事者のニーズに的確に対応することによって、利用者の信頼と安心が確保される。

総合性・多様性の確保

- ・幅広い視点と柔らかな発想：個々の高齢者の生活全体を見渡し、さまざまな要素を総合的にとらえ、柔らかな発想のもとに適切な支援を行っていく。
- ・さまざまな資源の活用：公的なサービスのみならず、地域、ボランティア、民間サービス等を活用しながら支援体制をつくる。

柔軟性の確保

- ・状況変化への対応：高齢者は時間の経過にともなって心身状況が変わりやすいので、状況の変化に応じて的確な対応が必要である。

公平性の確保と重点化の推進

- ・適切なサービス提供：サービス水準の公平性に十分な配慮をしつつも、サービスの必要性、有効性に応じた重点的なサービス配分を行う。

ねらい

身近な地域でのサービス提供を可能にするシステム

利用者の立場で考えれば、身近な地域で相談ができ、在宅生活をトータルに支える窓口があるということは、大きな安心につながるものである。

また、サービス供給側の立場で考えると、今後のサービスニーズの増大等に対応して迅速かつ効率的にサービスを提供できる体制が求められる。

関連機関の有機的な連携を可能にするシステム

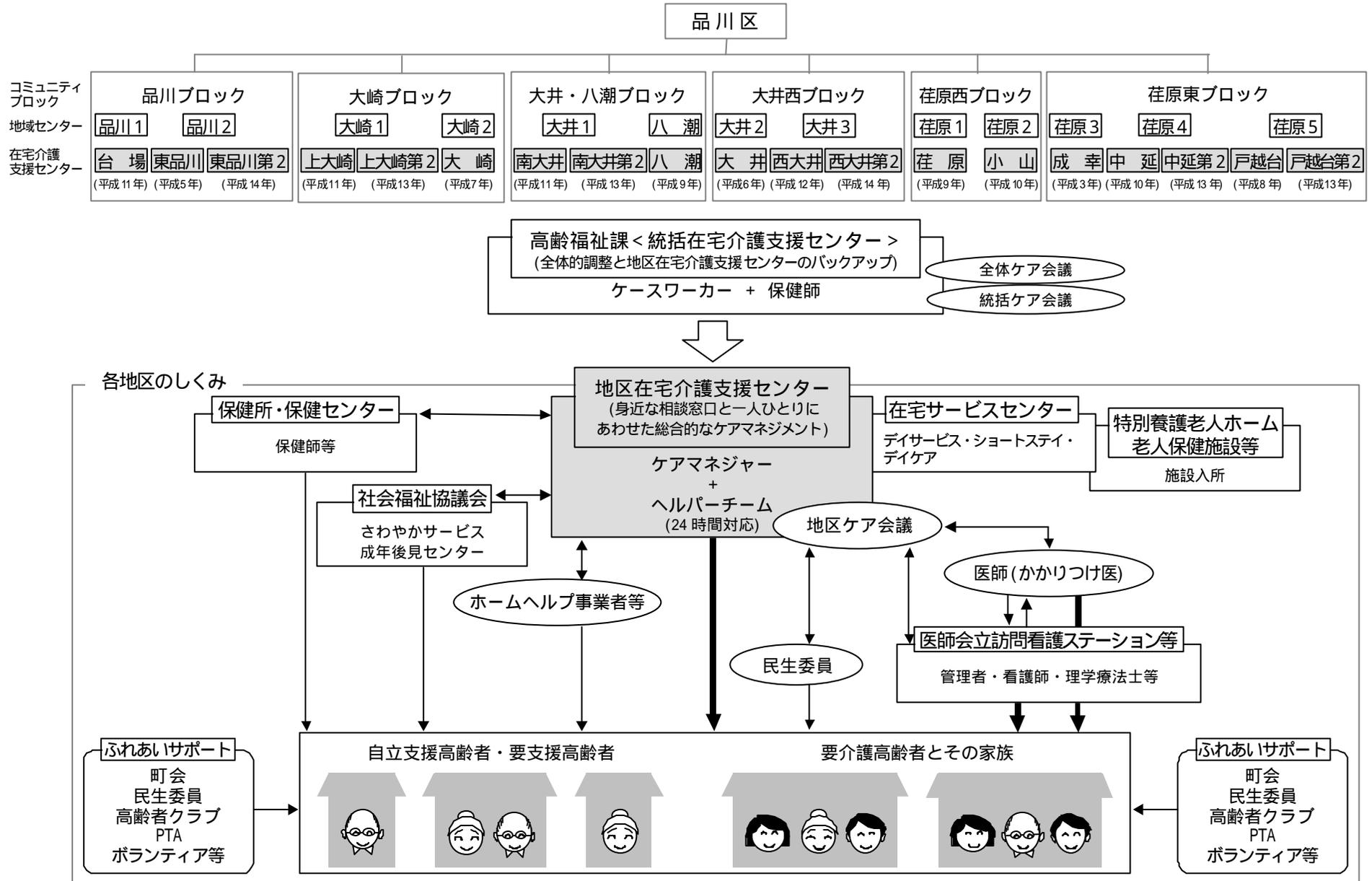
利用者の立場から考えてみると、1か所ですべての相談に応じてもらえるとともに、総合的なケアプランを立ててもらえるようなシステムであることが望ましい。

在宅介護支援センターが拠点となり、相談機能や総合的なケアマネジメント機能を区、医療機関、訪問看護ステーション、各サービス事業者、民生委員等の地域住民等と調整を図りながら進めていく。

柔軟なサポートを可能とするシステム

在宅介護支援センターは、基本的に要介護高齢者を支える在宅介護支援システムの拠点としてケアマネジメントを行っていく。しかし、高齢者の身体的、社会的状況は容易に変化するものであることを考えると、在宅介護支援センターは、自立支援ネットワークも視野に置きながら、柔軟に対応していくことが望ましい。

品川区における在宅介護支援システム



サブプロジェクト 1 ケアマネジメントの強化

● 推進策 ●

1. 関係機関等との連携の強化

在宅介護支援システムを強化していくためには、医療関係をはじめ、在宅介護を担っているさまざまな事業者・地域社会など関係者との連携のしくみを着実に整備していく必要がある。

(1) 「かかりつけ医・歯科医」との連携の強化

「品川区かかりつけ医推進システム」は、区民が医師会に置かれた窓口を通じてかかりつけ医の紹介を受け、受診できるシステムであり、品川区医師会・荏原医師会が、区内の中核病院や区の協力・支援により運営している。

適切なケアマネジメントを行うために、かかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携を、「地域ケア会議」における検討等を通じ、今後さらに強めていく。

(2) サービス事業者との連携の強化

訪問介護等サービス業種別の事業者連絡会を基本に、効果的な連携の方策を検討し、定着させていく。

(3) 民間居宅介護支援事業者との連携のしくみづくり

第二期の介護保険制度の定着化に向けて、品川区のケアマネジメント体制を整備するため、在宅介護支援センターを中心に民間の居宅介護支援事業者を含めたネットワークづくりを進めていく。

(4) 福祉用具・住宅改修サービスとの連携の強化

「住宅モデルルーム」「リハビリ専門チーム」との連携も含め、ケアマネジャー、事業者との連携を図っていく。

(5) 自立支援ネットワークとの連携のしくみづくり

ふれあいサポート活動等地域社会との連携強化に向け、さらに検討していく。

2. ケアマネジメントの質の向上

「福祉カレッジ」を効果的に活用する。

在宅介護支援センター内での研修やカンファレンス、事業者との情報交換の場など、日常業務を通じて積極的に自己研鑽を深めることが必要である。

「痴呆専門チーム」「リハビリ専門チーム」を活用し、実践をふまえた質の向上を図る。

サブプロジェクト 2 地域ケア会議の再編成

● 体制 ● チームケア体制の充実

在宅介護支援センターが核となり、区、訪問看護ステーション、かかりつけ医・歯科医、民間事業者、民生委員等と調整を図りながら進めるチームケア体制をさらに充実させていく。

これまでの保健と福祉のサービス調整会議・チームを再編成し、下表のような地域ケア会議を運営していく。

品川区における「地域ケア会議」の組織と役割

組織レベル	調整組織	メンバー構成	役割 / 担当事項
代表者レベル	品川区全体ケア会議	品川区(福祉、保健、コミュニティ等関連部門) 社会福祉法人、医師会、歯科医師会、民生委員、社会福祉協議会等の代表者	医療、保健福祉(介護)サービスの調整のための基本方針の確認
責任者レベル	品川区統括ケア会議	品川区(福祉、保健、コミュニティ等関連部門) 支援センター所長、医師会、訪問看護ステーション、さわやかサービス・ボランティアセンター等の責任者	サービス供給の基本的枠組の設定 ・医療との連携のしくみづくり ・地域との連携(ふれあいサポート等) ・支援センターマニュアルの作成
	支援センター等管理者会議	品川区高齢福祉課長、在宅相談係長、支援センター管理者等	・地区ケア会議間の連絡調整 ・地区間のサービス水準の調整 ・支援センター等の指導
実務者レベル	地区ケア会議	品川区在宅相談係担当者 支援センター所長・ケアマネジャー、主任ヘルパー、訪問看護ステーション管理者、かかりつけ医、訪問介護等各サービス事業者担当者等	・地区内関係機関の連絡調整 ・サービス情報の共有化 ・個別ケアプランの評価・調整 ・サービス担当者会議(ケアカンファレンス)

サブプロジェクト 3 特別養護老人ホーム入所調整のしくみと運営

「できる限り在宅で」という在宅介護重視の考え方を実現するには、在宅介護が困難になった時、短期間で特別養護老人ホーム等への入所が可能となる状況をつくる必要がある。そのため、「特別養護老人ホーム入所調整会議」を設置し、在宅サービス活用による自宅生活から施設入所への流れをつくとともに、施設（特別養護老人ホーム）サービス利用の公平性を確保する。

平成12年の介護保険導入時に合わせ、特別養護老人ホーム利用の公平なルールづくりをめざして、入所調整を実施した結果、年間180人程度の新規入所がおおむね円滑に実施された。

しくみ 特別養護老人ホーム入所調整会議

目的

特別養護老人ホーム入所が措置から契約へと変更になるにあたり、保険者として次のねらいのもとに、新たなルールを構築する。

- 1) 在宅サービス活用による自宅生活から施設入所への流れをつくる。
- 2) 施設サービス（特別養護老人ホーム入所）の利用の公平性を確保する。

在宅介護から施設介護への流れ

（次頁参照）

入所調整の基準

区分 点数	要介護度 30点	年齢 20点	在宅介護状況 30点	介護の困難性等 20点
加点の 考え方	要介護3以上に大幅に加点	80歳以上に 加点	・在宅介護期間（20点） ・サービス活用度（10点）	(1)介護者が老年 (2)複数の人を介護 (3)介護者が就業中 (4)介護者が病弱等 (5)その他特別な事情

調整名簿の作成

申し込み者の利用施設の希望をふまえ、上記の基準により、入所の優先度順に名簿を作成し、各施設と調整する。

会議の構成メンバー

区（保険者） 社会福祉法人（特別養護老人ホーム施設長・在宅介護支援センター管理者等） 医師会、民生委員による9名で構成する。

在宅介護から特別養護老人ホーム等への入所の流れと調整のプロセス

