

基本目標3 自分らしい生活を送ることができる体制の整備

施策6 認知症ケア体制の充実

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発

高齢化の進行に伴い、認知症高齢者は今後さらに増加することが見込まれており、認知症高齢者に対する支援の充実は、重要な課題となります。認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて社会全体として確認することが求められます。

市民の認知症に対する理解を深めるための普及啓発活動や認知症当事者からの本人発信を促進するとともに、通いの場の拡充など、認知症の予防につながる取組の推進に努め、できる限り住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができる社会を目指します。子どもや学生、地域の職域等あらゆる機会をとらえ、認知症サポーター養成講座など、認知症に関する知識の普及啓発やチームオレンジによる支援体制の構築を推進するとともに、若年性認知症の人への支援や、介護者負担軽減のための認知症カフェ等の充実を図ります。また、介護従事者の認知症対応力の向上を図り、効果的な支援と適切なケアを提供できるようにします。

| 事業名 | 内容 |
|-------------------------------|---|
| 認知症予防オレンジサポーター養成講座（ステップアップ研修） | ・認知症に対する理解を広く周知するため、認知症サポーター養成講座修了者を対象にステップアップ研修（「認とも」養成研修）を実施します。集団だけでなく個別支援の場でもそれぞれの立場で活躍できるように推進します。 |
| 認知症カフェ運営事業 | ・認知症の人やその家族、地域の人や専門職等の交流を通し、認知症の理解、介護者の負担軽減を図るため、認知症カフェを開設しています。今後も身近な場所での相談窓口として認知症カフェを実施します。 |
| キャラバン・メイト連絡会 | ・認知症サポーター養成講座を地域等で開催し、講師役となるキャラバン・メイトの連絡会を開催し、その人材育成に努めます。 |
| 認知症高齢者見守りネットワーク事業 | ・認知症の一人暮らしや徘徊など認知症の人を地域や関係機関で見守るネットワークを構築します。 |

| | 単位 | 第7期計画 | | | 第8期計画 | | |
|----------------|----|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度(見込値) | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 認知症サポーター延数 | 人 | 10,436 | 10,354 | 11,000 | 11,300 | 11,600 | 12,000 |
| ステップアップ研修延受講者数 | 人 | 61 | 79 | 79 | 100 | 100 | 120 |

●その他の事業

- ・認知症講演会
- ・認知症ケアパス（認知症ガイドブック）の普及・啓発
- ・認知症介護予防教室
- ・認知症サポーター養成講座



認知症ケアパス（認知症ガイドブック）

2. 認知症支援体制の整備

認知症に対する支援については、本人やその家族に対する支援に係る事業及び地域づくりを中心とした事業の展開が重要であり、認知症予防、早期診断・早期対応を行うための医療体制の充実、認知症介護従事者の質の向上など、認知症の各ステージに即した事業展開が必要となります。

軽度認知障がいに関する知識の普及啓発を進めるとともに、早期発見及び家族等からの相談に適切に対応できるよう、地域、医療、介護の連携のネットワーク体制を強化します。

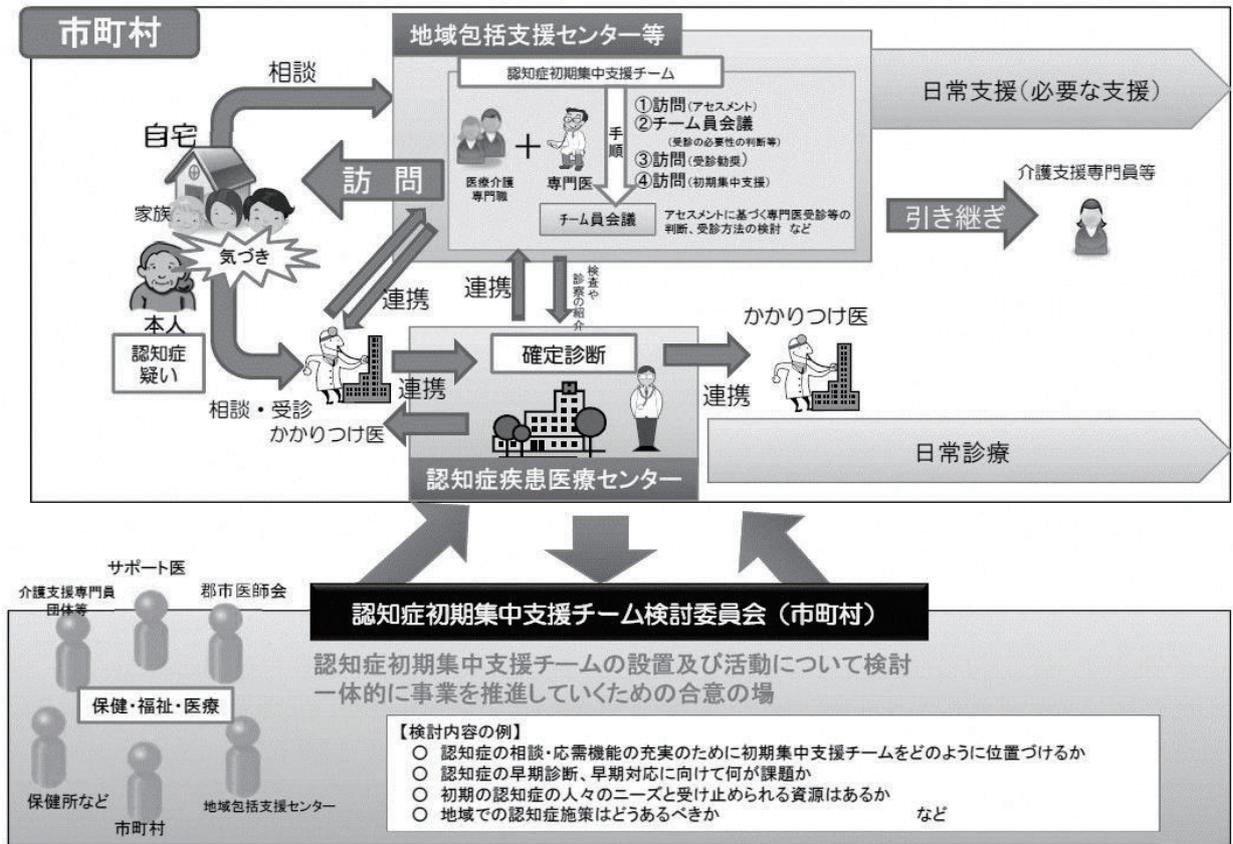
さらに、認知症の症状に応じた適切な医療や介護等を受けられる体制づくりや、地域での気づき、介護者への支援も含めて今後も取り組んでいきます。

| 事業名 | 内容 |
|-----------------------|--|
| 認知症初期集中支援推進事業 | <ul style="list-style-type: none"> 必要な医療や介護の導入・調整や家族支援など初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うため、「認知症初期集中支援チーム」と「認知症初期集中支援チーム検討会」を提供します。増加している認知症ケース対応の一つの支援体制として今後も医療介護の連携を図っていきます。 |
| 医療・介護等の早期診断、早期対応の連携体制 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症の早期発見、診断や対応の重要性について、医療、介護関係機関等と連携を図りながら啓発活動を行います。 医療機関への受診が円滑になるよう、認知症疾患センターと連携します。また、早期介入のために地域のサロン等での認知症チェックリストを実施します。 認知症疾患センターと連携し認知症相談会を実施します。 |
| 徘徊高齢者への対応 | <ul style="list-style-type: none"> 安全安心な在宅生活を推進する上で、認知症による徘徊高齢者を早期に発見できるよう、地域での見守り体制を構築します。 地域見守りネットワーク体制を構築します。 徘徊高齢者位置探知システム助成（GPS）を行います。 徘徊高齢者QRコード利用事業を行います。 |
| 認知症の人とその家族への支援 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症家族教室や相談事業を開催し、認知症の人とその家族への支援を行います。 認知症家族教室、認知症家族会への支援、相談事業等の開催を行います。 本人ミーティングを実施し、在宅生活の支援を検討します。 |
| 認知症地域支援推進員配置 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員を地域包括支援センターへ配置し、医療、介護、地域等と連携を図り、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。 |
| チームオレンジ等の整備 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症キャラバン・メイト連絡会や認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みであるチームオレンジの体制整備を推進します。 |

●その他の事業

- ・地域ケア会議（かかりつけ医、認知症サポート医、介護サービス事業等の関係職による個別検討会）
- ・一人暮らし等の高齢者訪問事業
- ・特定健診、特定保健指導、後期高齢者健診の受診勧奨（再掲）
- ・多職種協働研修会の開催（事例検討会・勉強会など）

認知症初期集中支援チームの概念図



資料：厚生労働省

第1章

第2章

第3章

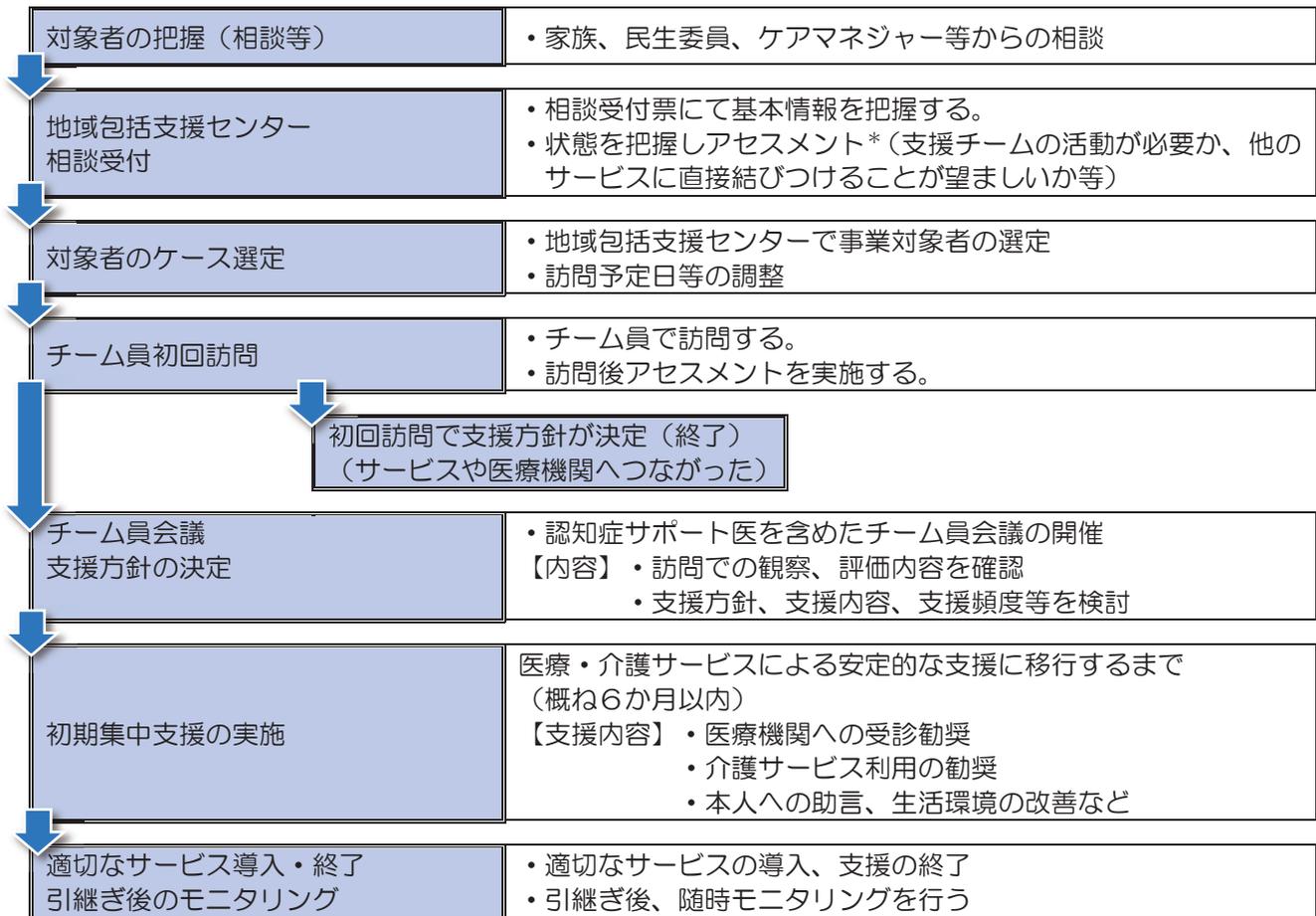
第4章

第5章

第6章

資料編

真岡市認知症初期集中支援チームのフロー



第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

資料編

* アセスメント…要介護者の生活全般にわたってその状態を十分に把握すること。個々の利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために介護サービス計画を立てていく過程で行われるアセスメント手法は、評価方法のことです。

施策7 地域包括支援センターを中心とした支援体制の強化

1. 地域包括支援センターの機能強化

「地域包括支援センター」は、地域の高齢者の保健・福祉・医療の向上を包括的に支援することを目的に公平・中立な立場の中核機関として設置されており、地域における①総合相談・支援、②介護予防ケアマネジメント、③包括的・継続的マネジメント、④虐待の早期発見・防止などの権利擁護という4つの機能を担っています。地域支援事業の充実を図る上では、センターの機能を高めていくことが必要であり、行政と一体となった効果的なセンター運営が求められています。

今後、市は地域包括支援センターと一体となって地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進していくため、地域包括支援センターの機能、運営体制を検討し、体制強化を図ります。

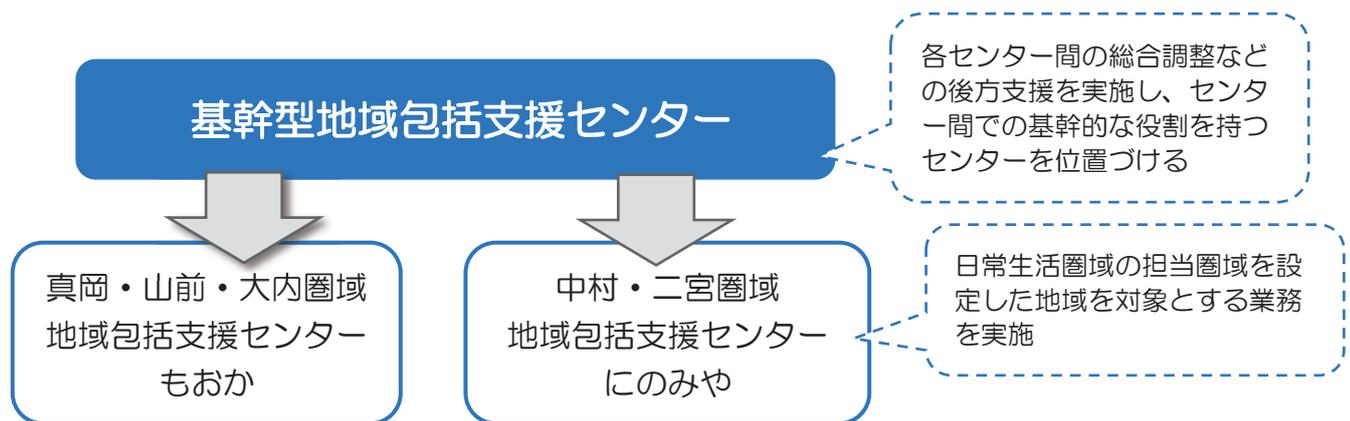
① 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムにおける中核機関として、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けていくために包括的な支援を行います。第7期計画期間内においては、基幹型・地域型2か所の地域包括支援センターを設置し、機能強化を図りました。今後も身近な相談機関として利用できるよう、地域包括支援センターを広く周知していくとともに、高齢化の進展等に伴う業務量の増加及び役割に応じた人員、センター体制の強化を図り、効率的・効果的な運営を目指します。

● 地域包括支援センターの機能強化

高齢者人口の増加に伴い、地域包括支援センターの役割や業務がますます重要となることから、専門3職種*の適正配置に努めます。また、業務に応じた3職種以外の専門職の配置等も検討します。

地域包括支援センター機能及び運営体制イメージ



* 専門3職種…①主任介護支援専門員（ケアマネジャー）、②保健師、③社会福祉士の3職種のこと。

①介護支援専門員…要介護（要支援）認定者からの介護サービスの利用に関する相談や、適切な居宅サービス・施設サービスを利用できるよう、ケアプランの作成やサービス事業者等との連絡調整を行う専門職です。

②保健師…国家試験に合格し、厚生労働省から認可を受けた専門職。市町村や地域の保健所等に勤務し、住民の健康増進や保健指導等を行います。

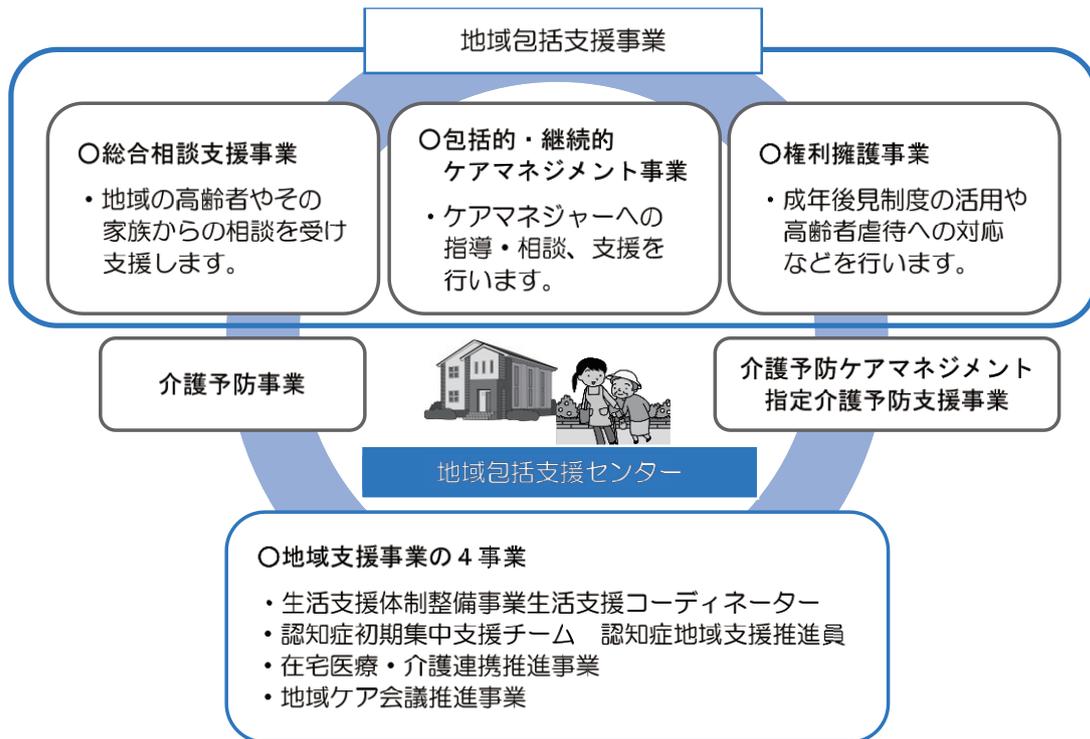
③社会福祉士…社会福祉士国家試験に合格し、厚生労働省から認可を受けた専門職。日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を担います。

② 地域包括支援センターの包括的支援事業の充実

2か所の地域包括支援センターにおいて、包括的支援事業の各事業の充実を図り、高齢者の地域生活を支援します。また、国で新設された重層的支援体制整備事業について、市における検討状況を踏まえつつ、当事業と連携したスムーズな相談支援の実現に努めます。

| 事業名 | 内容 |
|-------------------|---|
| 総合相談支援事業 | 【総合相談事業】 地域包括支援センターでは、地域の高齢者やその家族からの各種相談に対して、専門の担当者が幅広く支援します。地域における関係機関や支援者と連携を十分に図り、多様な問題を抱えたケースの相談にも対応できるようにします。 |
| | 【高齢者実態把握事業】 高齢者の生活実態やニーズ等を把握し、必要なサービスを提供し、在宅生活を支援します。また、事業を通して自ら声を上げない高齢者に対しても必要なサービス提供ができるようにします。 |
| 包括的・継続的ケアマネジメント事業 | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターは、要支援1・2の方に対する「介護予防ケアマネジメント」とともに、介護認定非該当者で虚弱とみられる高齢者に対して、相談やアセスメント、地域支援事業のプラン作成を担っています。また、支援困難事例については、多職種協働による支援を実施します。 |

地域包括支援センターの業務



施策8 権利擁護の充実

1. 成年後見制度の利用促進

認知症等により財産の管理や日常生活等に支障がある人たちを社会全体で支え合うことが、高齢社会における喫緊の課題であり、かつ、共生社会の実現に資することです。しかし、成年後見制度はこれらの人たちを支える重要な手段であるにもかかわらず十分に利用されていません。こうした状況から、国では平成28年5月に「成年後見制度利用の促進に関する法律」を施行し、これまでの取組と、さらなるノーマライゼーション*1、自己決定権の尊重、身上保護の重視に向けた制度理念の尊重を図るとされ、県や市町村に対し、必要な制度利用に関する促進体制の整備が明示されました。

本市においても誰もが住み慣れた地域で、地域の人々と支え合いながら、尊厳をもってその人らしい生活を継続することができることを目的とし、令和3年度より成年後見サポートセンターを中核機関として設置し、権利擁護支援の地域連携ネットワークを図り、利用者がメリットを実感できる運用を行います。

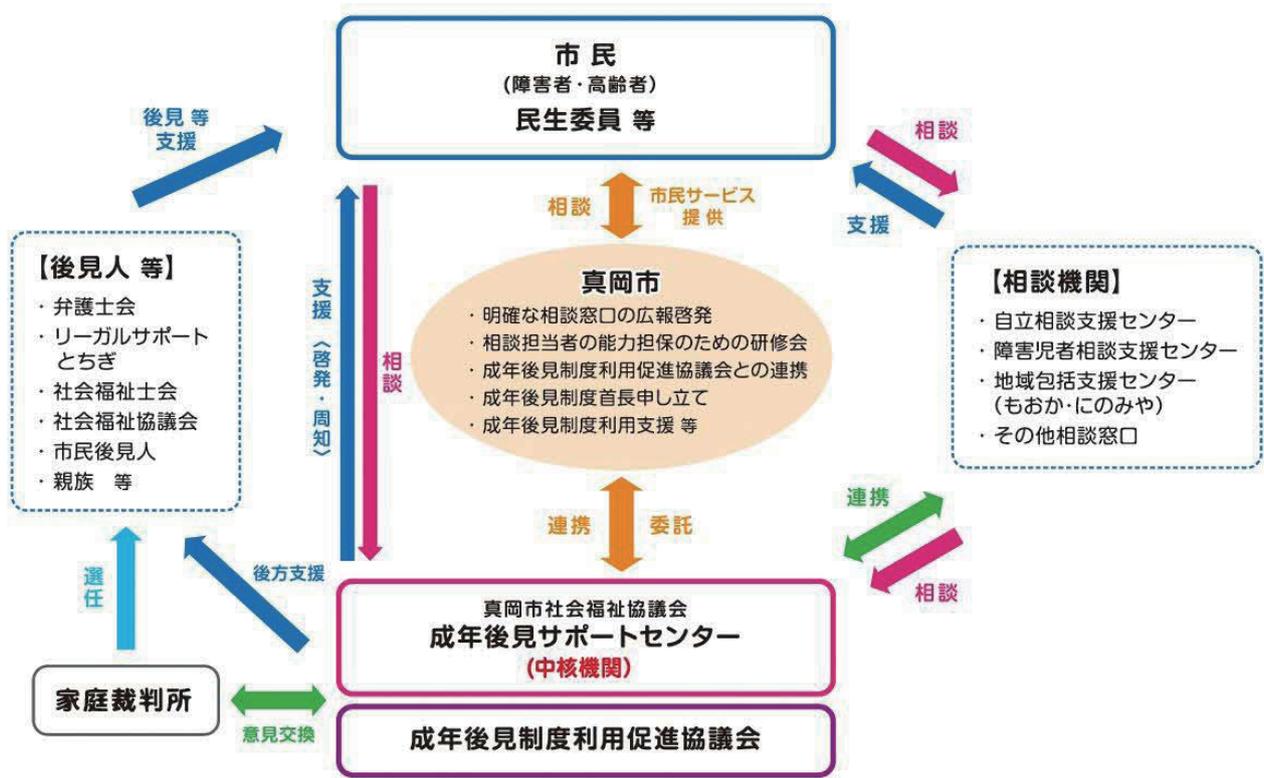
| 事業名 | 内容 |
|--------------------------|--|
| 権利擁護事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者やその家族から権利擁護の相談を受け付けます。 ・早期発見・見守りのための地域ネットワークづくりに取り組みます。 ・成年後見制度の利用困難者について、市長申立てに向けた支援を行います。 ・令和3年度からは、成年後見制度利用促進のため中核機関を設置し、適正な制度利用のための相談支援体制等の構築、周知を図ります。 |
| 成年後見サポートセンター事業 (中核機関) | <ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度の広報・啓発及び研修会を実施します。 <ol style="list-style-type: none"> ①パンフレット・チラシ等を関係機関に設置 ②出前講座等によりセンターの紹介 ③関係機関に対する研修会等 ・権利擁護・成年後見制度利用に関する相談を受け付けます。 <ol style="list-style-type: none"> ①相談窓口のほか、専門職による相談会の開催 ・成年後見制度利用支援を行います。 <ol style="list-style-type: none"> ①日常生活自立支援事業等関連制度からのスムーズな移行 ②受任者調整等の支援 ・後見人支援を行います。 <ol style="list-style-type: none"> ①定期的なケース会議の開催 ・市民後見人の養成について、専門職の意見を聴きながら検討していきます。 ・関係機関・専門職の協力のもと、地域連携ネットワーク(協議会*2)体制を整備します。 |

| | 単位 | 第7期計画 | | | 第8期計画 | | |
|------------|----|--------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度(見込値) | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 成年後見制度相談件数 | 件 | 7 | 9 | 20 | 25 | 25 | 25 |

*1 ノーマライゼーション…障がいのある人も、障がいのない人と同様の生活ができるよう支援するべきという考え方。

*2 協議会…後見等開始の前後を問わず、「チーム」に対し法律・福祉の専門職団体や関係機関が必要な支援を行えるよう、連携体制を強化し、各専門職団体や各関係機関が自発的に協力する体制づくりを進める合議体。中核機関が事務局を担います。

真岡市成年後見サポートセンターのイメージ図



2. 高齢者虐待防止の強化

自分の人生を自分で決め、周囲からその意思を尊重されることは、介護の必要の有無に関わらず誰もが望むことです。しかし現実には、家族や親族などが高齢者の人権を侵害する「高齢者虐待」が問題となっています。「高齢者虐待」は、暴力的な行為（身体的虐待）だけではなく暴言や無視、いやがらせ（心理的虐待）、必要な介護サービスの利用をさせない、世話をしないなどの行為（介護・世話の放棄・放任）や、勝手に高齢者の資産を使ってしまうなどの行為（経済的虐待）が含まれ、その防止の強化が求められています。

高齢者虐待をより早的確に発見し、関係機関の連携による適切な支援が展開できるよう、地域包括支援センターを中心に、高齢者の虐待防止及び早期発見・対応のためのネットワークの充実を図るとともに、地域住民や関係機関の高齢者虐待防止に関する関心や意識を高めていくための普及啓発を実施します。

| | 単位 | 第7期計画 | | | 第8期計画 | | |
|--------|----|--------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度(見込値) | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 虐待対応件数 | 件 | 9 | 18 | 20 | 12 | 12 | 12 |

基本目標 4 介護が必要となっても安心して暮らすことができる体制の整備**施策 9 在宅生活と家族への支援の推進****1. 在宅生活と家族介護者への支援**

現在、家族介護者を取り巻く課題は、「介護離職」、「遠方介護」、「ダブルケア*」、「老老介護」と多様化しています。こうした課題を抱える家族は、離職による経済状況の悪化、孤立や肉体的・精神的負担など、様々なリスクに直面する可能性が高くなります。要支援や要介護の状態にある高齢者が住み慣れた自宅で暮らしていけるよう、様々な視点から家族介護者への支援を行っていくことが重要となります。

本市では、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度の理解・活用など、認知症高齢者の家族介護者の支援の充実を図ります。

| 事業名 | 内容 |
|--------------------------------|--|
| 認知症家族教室 | ・同じ境遇の人たちが集い、情報交換や悩みを話し共感することで、介護者の孤立や介護負担等を軽減できるよう支援します。 |
| 住み慣れた地域での生活を支える地域密着型サービスの整備と周知 | ・各種地域密着型サービスの提供体制の整備及びサービス内容の周知に努めていきます。 |
| 家族介護慰労事業 | ・介護保険の被保険者で、低所得世帯の重度な要介護者を現に在宅で介護し、過去1年間、介護サービスを利用しなかった家族に対して、家族介護慰労金を支給することにより、在宅生活の継続と向上を図ります。 |

●その他の事業

- ・認知症カフェ
- ・徘徊高齢者位置探知システム助成（GPS）
- ・徘徊高齢者QRコード利用事業
- ・ねたきり高齢者等紙おむつ給付事業
- ・ねたきり在宅者等介護手当支給



認知症カフェ

* ダブルケア…育児期にある者（世帯）が、親の介護も同時に担うこと。

施策 10 在宅医療と介護の連携の推進

1. 医療と介護の連携

真岡市では、令和7（2025）年以降は、後期高齢者が前期高齢者を上回ると推計されており、介護と医療の両方のニーズのある市民が増えることが予測されます。

介護と医療のニーズのある市民を地域で支えていくためには、居宅サービスと訪問診療等の医療（在宅医療）の提供が不可欠です。アンケート調査において、介護する側も介護される側も「自宅で介護保険などの公的なサービスを使いながら生活したい」と答えている人が一番多いことから、引き続き、地域包括支援センターと芳賀郡市医師会が中心となり、在宅医療・介護連携の強化、提供体制の充実に努めます。

さらに、第8期計画においては、在宅療養を推進するため、医療と介護の連携強化のためにネットワーク構築と地域住民への普及啓発を継続するとともに、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力の強化に努めます。また、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を目指します。

① 現状分析・課題抽出・施策立案

「在宅医療・介護情報検索サイト」システムを活用し、住民及び関係者に介護サービス利用の空き情報等を提供し円滑な在宅療養を支援します。また、地域の医療・介護関係者による検討会を開催し、課題の抽出を行います。抽出された課題については、解決策を検討するための専門部会を組織し、情報の収集・整理を行い、関係機関との共有を図ります。さらに、在宅医療と介護が連携し、切れ目のないサービス提供ができる体制の構築に向けて、近隣4町と連携を図りながら、推進運営会議及び専門部会等で検討します。

| 事業名 | 内容 |
|-----------------------|---|
| 地域医療・介護の資源把握 | ・ホームページ上の「在宅介護・医療連携情報提供システム」にて、市民等に周知します。 |
| 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対策の検討 | ・以下の4つの課題解決のための活動を推進します。 ①円滑な在宅医療への移行支援として「入退院支援マニュアル」の有効活用 ②在宅・施設利用時の病状変化・急変時の対応 ③在宅での服薬管理 ④在宅医療普及のための住民啓発 |
| 切れ目のない在宅医療と介護提供の構築 | ・多職種の円滑な連携推進のため、定期的な会議や専門部会を開催し、顔の見える関係づくりに取り組みます。 |

② 対応策の実施

在宅医療介護連携コーディネーターを配置し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターからの在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口を設置するとともに、各関係機関等から情報を収集し、提供できる場（拠点）として活用していきます。また、地域医療や介護保険制度等についての理解を深めてもらうために、講演会を開催するとともに、パンフレット等を作成し、在宅医療の理解について周知を図ります。また、医療保険と介護保険のリハビリテーションによる切れ目のないサービス提供体制の構築に努めます。終末期医療については、元気なときから考えることの大切さを周知するため、エンディングノートの使い方の出前講座を今後も継続していきます。

さらに、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の柔軟な実施に向けて、入退院支援マニュアルの円滑な活用にて、在宅医療・介護関係者の情報共有の支援をします。また、医療、介護、保健、福祉、行政等のネットワークである「在宅医療介護連携ネットワーク連絡会（いちご一会）」を活用し、効果的な連携、資質の向上を図ります。

| 事業名 | 内容 |
|----------------------|---|
| 在宅医療・介護関係者に関する相談支援 | ・在宅医療・介護連携相談員（コーディネーター）を配置し、専門職の相談窓口を設置します（芳賀郡市医師会内）。 |
| 地域住民への普及啓発 | ・アドバンス・ケア・プランニング*等、在宅医療に関する市民公開講座等を開催します。 |
| 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援 | ・各専門職の業務等を相互理解し、円滑な連携体制構築のための入退院支援マニュアルや緊急時対応マニュアルの活用を支援します。 |
| 医療・介護関係者の研修 | ・「いちご一会」の名称で医療・介護関係者の研修会を開催します。 |
| リハビリテーションサービス提供体制の構築 | ・要介護（支援）者が医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期のリハビリテーションまで、切れ目ないサービス提供ができるよう、提供体制の構築に努めます。 |



エンディングノート

* アドバンス・ケア・プランニング…入院している患者等が、病気等の理由により意思決定能力が低下した場合に備え、今後の医療や介護等の方針について家族や医療従事者等と話し合いを行い、決めておくこと。

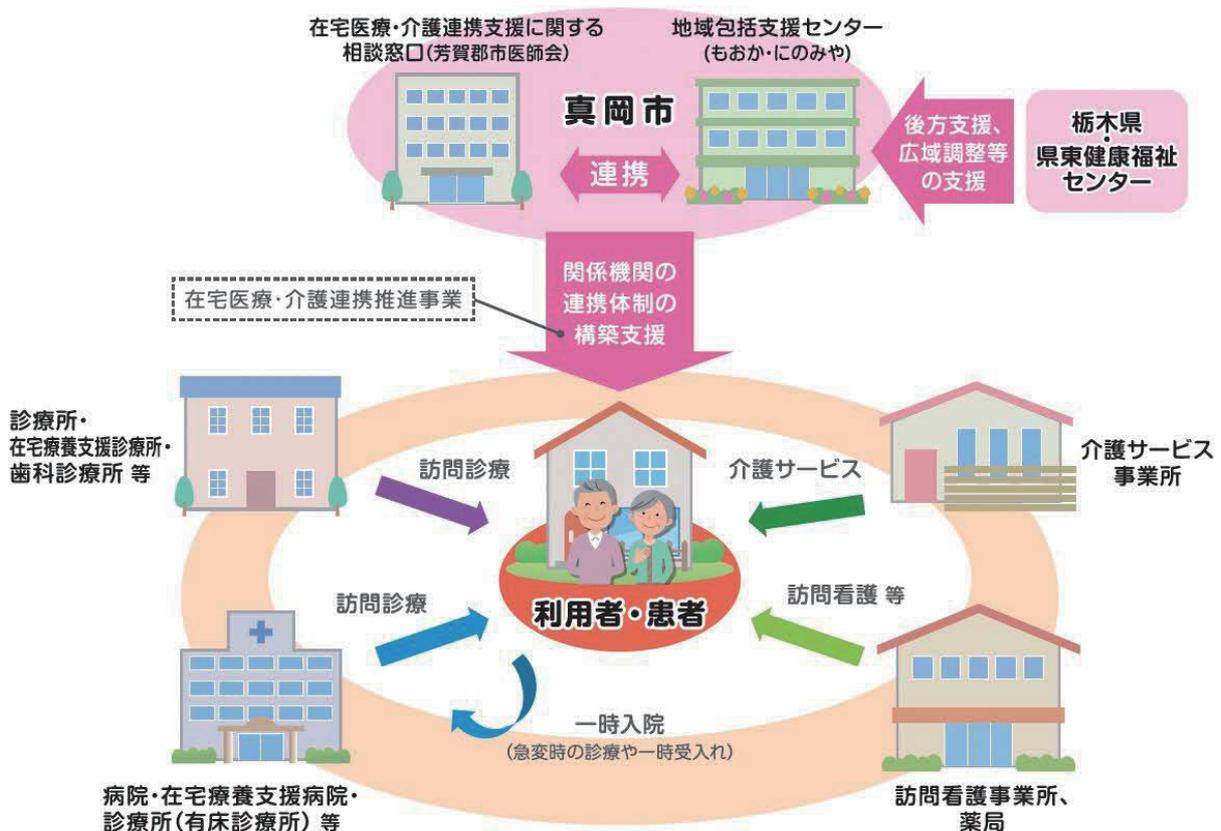
| リハビリテーション提供体制 | | 第7期計画 (要支援・要介護認定者 1万人あたり) | 第8期計画 (要支援・要介護認定者 1万人あたり) |
|---------------|-------------|---------------------------------|---------------------------------|
| サービス提供事業所数 | 介護老人保健施設 | 3 (9.62) | 3 (9.50) |
| | 訪問リハビリテーション | 0 (0) | 0 (0) |
| | 通所リハビリテーション | 9 (28.86) | 10 (30.00) |
| 利用率 (%) | 介護老人保健施設 | 8.78 | 8.78 |
| | 訪問リハビリテーション | 0.36 | 0.50 |
| | 通所リハビリテーション | 13.52 | 15.00 |

※第7期計画時の指標は、地域包括ケア「見える化」システムより（厚生労働省「介護保険総合データベース」、「介護保険事業報告年報」データを参照）

③ 対応策の評価・改善

実施した対応策については、立案時に設定した評価時期に、実情に応じて設定した指標等を用いて評価を行います。そして、その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、再度検討し、取組の選択と集中を繰り返しながら、地域包括ケアシステムの実現に向けて、さらなる改善を行います。

在宅医療・介護連携の推進



資料：厚生労働省老健局老人保健課「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」をもとに作成

施策 11 介護サービスの基盤整備

1. 居宅サービスの充実

アンケート結果によると、自分自身が介護を受けることになった場合、全体の約 40%が「自宅で介護保険などの公的なサービスも利用して生活したい」と回答しています。住み慣れた自宅での生活を可能な限り継続できるよう、適正なサービス利用量を見込み、必要なサービス量が確保されるよう努めます。各サービスの概要は下表のとおりです。

☐：介護給付／要介護 1～5 ☐：介護予防給付／要支援 1・2 の人が利用可能なサービス

| サービス名 | 概要 |
|-----------------------------|---|
| 自宅に訪問してもらい利用する介護サービス | |
| 訪問介護（ホームヘルプ） ☐ | ・ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の身体介護や調理、洗濯などの生活援助が受けられます。 |
| 訪問入浴介護 ☐ ☐ | ・自宅の浴槽での入浴が困難な人に対して、入浴車等で居宅を訪問し、入浴の介護が受けられます。 |
| 訪問看護 ☐ ☐ | ・看護師が居宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助が受けられます。 |
| 訪問リハビリテーション ☐ ☐ | ・理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が居宅を訪問し、居宅での生活行為を向上させるためのリハビリテーションが受けられます。 |
| 居宅療養管理指導 ☐ ☐ | ・医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導が受けられます。 |
| 日帰りで利用する介護サービス | |
| 通所介護（デイサービス） ☐ | ・通所介護施設に通い、食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援が受けられます。 |
| 通所リハビリテーション（デイケア） ☐ ☐ | ・老人保健施設や医療機関等に通い、食事、入浴などの日常生活上の支援や生活行為向上のためのリハビリテーションが受けられます。 |
| 短期間泊まって利用する介護サービス | |
| 短期入所（ショートステイ） ☐ ☐ | ○短期入所生活介護 ・介護老人福祉施設等に短期間入所して、食事・入浴・排泄など日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。 ○短期入所療養介護 ・老人保健施設や医療機関等に短期間入所して、医学的な管理のもとで、医療上のケアを含む日常生活上の支援や機能訓練、医師の診療などが受けられます。 |
| 福祉用具・住宅改修 | |
| 福祉用具の貸与 ☐ ☐ | ・日常生活の自立を助けるための福祉用具の貸与が受けられます。 ※要支援 1・2 及び要介護 1 の方は原則として、車いす・車いす付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・認知症老人徘徊感知機器・移動用リフトは利用できません。 |
| 特定福祉用具購入費の支給 ☐ ☐ | ・排泄や入浴に使われる貸与になじまない福祉用具を、指定された事業者から購入した場合、年間 10 万円を限度に費用額の一部が支給されます。 |
| 住宅改修費の支給 ☐ ☐ | ・手すりの取付けや段差解消などの住宅改修をした際、一つの住宅につき 20 万円を限度に費用額の一部が支給されます。 |

| サービス名 | 概要 |
|--------------------|---|
| ケアプラン | |
| 居宅介護支援 介 | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護者の心身の状況や置かれている環境、意思や希望を勘案して、居宅介護サービス計画（ケアプラン）を作成します。また、計画に基づく介護サービスの提供が確保されるよう事業者との連絡調整や施設に入所する場合その紹介等を行っています。 |
| 介護予防支援 予 | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターの保健師等が、要支援者の心身の状況、置かれている環境、意思や希望を勘案して、介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成します。また、計画に基づく在宅サービスの提供が確保されるよう事業者との連絡調整を行っています。 |

2. 地域密着型サービスの充実

介護が必要となっても在宅生活を継続するために、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護など「短時間・1日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスを組み合わせることで一体的に提供する地域密着型サービスの充実が不可欠になります。

住み慣れた地域での生活を可能な限り継続できるようサービスの利用状況等を考慮し、必要な地域密着型サービス事業所の計画的な整備を進めます。

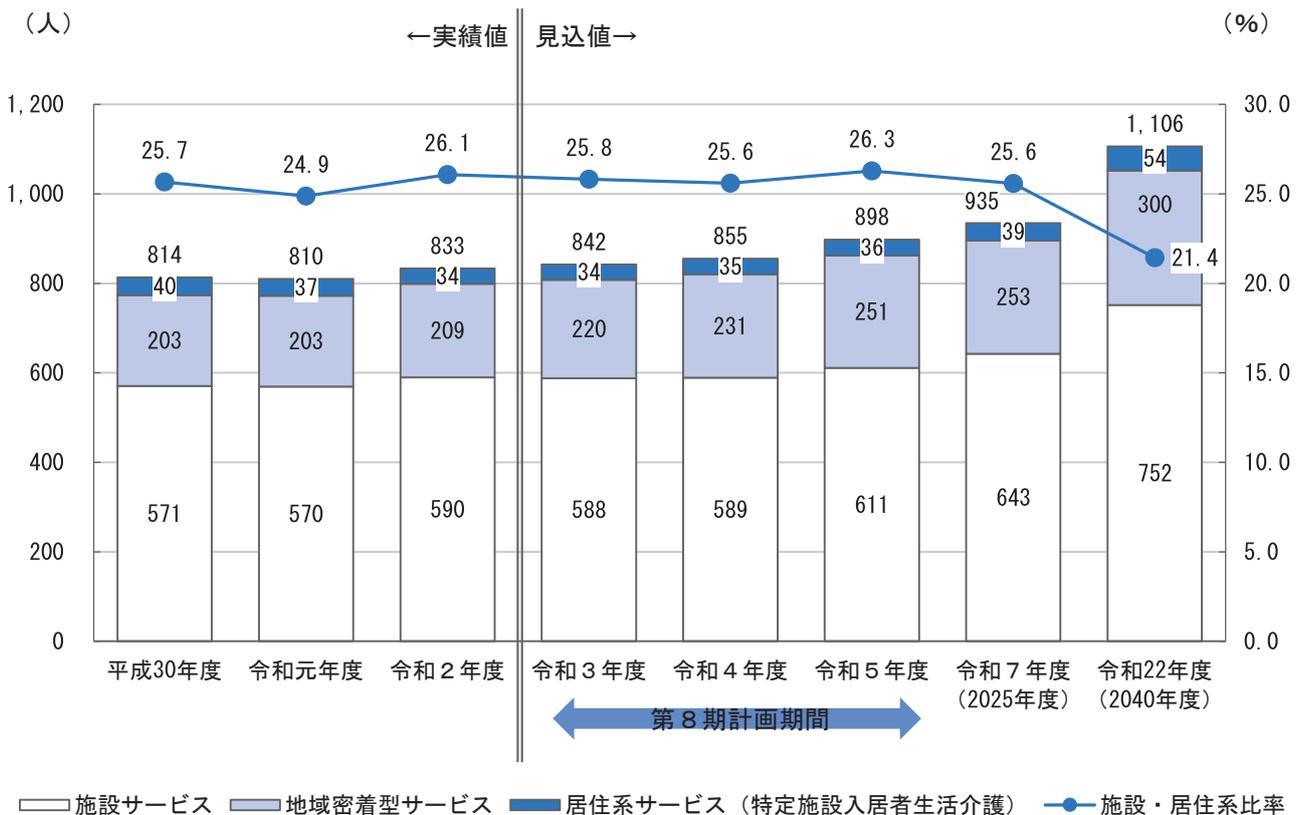
| サービス名 | 概要 |
|---------------------------------|---|
| 自宅に訪問してもらい利用する介護サービス | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介 | ・日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応をするサービスです。 |
| 夜間対応型訪問介護 介 | ・夜間に定期的な巡回や通報による訪問介護サービスです。 |
| 日帰りで利用する介護サービス | |
| 認知症対応型通所介護（デイサービス） 介 予 | ・認知症の人を対象に居宅サービスの通所介護と同様のサービスが提供されます。 |
| 地域密着型通所介護（デイサービス） 介 | ・小規模（18名以下）の施設が対象となりますが、居宅サービスの通所介護と同様のサービスが提供されます。 |
| 訪問・通所・宿泊を組み合わせたサービス | |
| 小規模多機能型居宅介護 介 予 | ・通所を中心に、利用者の選択に応じて訪問系のサービスや宿泊を組み合わせることで多機能なサービスが受けられます。 |
| 小規模な施設等で暮らしながら利用する介護サービス | |
| 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 介 予 | ・認知症の人が入居し、食事、入浴、排泄などの介護を受けながら共同で生活をする住宅です。※要支援1の方は利用できません。 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 介 | ・小規模（30人未満）の施設が対象となりますが、「特定施設入居者生活介護」と同様のサービスが提供されます。 |
| 地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介 | ・小規模（30人未満）の施設ですが、「介護老人福祉施設」と同様のサービスが提供されます。複数の小規模拠点（定員5名程度）が、地域内で分散して提供される場合もあります。（原則要介護3以上の方が対象です。） |

3. 施設・居住系サービスの充実

アンケート結果によると、家族に介護が必要となった場合の対応について、全体の約19%が「特別養護老人ホームなどの介護施設に入所させたい」と回答しています。また、自分自身が介護を受けることになった場合の希望について、約21%が「特別養護老人ホームなどの介護施設に入所したい」と回答しています。

本人の心身の状態や家庭の状況等により、在宅での生活を継続していくことが困難となり、施設等への入所が必要となった人がサービスを利用できるよう、これまでの利用実績や入所待機者の状況、介護保険料への影響などを考慮し、必要な施設等の計画的な整備を進めます。

施設・居住系サービス利用者の見込み（1か月あたり）



資料：地域包括ケア「見える化」システムによる推計
 ※地域密着型サービス：認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 施設サービス：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設
 ※施設・居住系比率は、第2号被保険者を含む認定者数に対する割合です。

| サービス名 | 概要 |
|----------------------------------|--|
| 有料老人ホームや高齢者用住宅で利用する介護サービス | |
| 特定施設入居者生活介護 ☑ ☑ | ・指定を受けた有料老人ホームやケアハウス等に入居している人が、日常生活上の支援や介護が受けられます。 |
| 施設等で利用する介護サービス | |
| 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ☑ | ・日常生活において常時介護が必要で、自宅では介護が困難な人が入所し、食事・入浴・排泄などの介護が受けられます。(原則要介護3以上の方が対象です。) |
| 介護老人保健施設 (老人保健施設) ☑ | ・病状が安定している人に対して、医学的管理のもとで看護・介護・リハビリテーションを行う施設です。医療上のケアやリハビリテーション、日常的介護を一体的に提供し、在宅への復帰の支援が受けられます。 |
| 介護療養型医療施設 ☑ | ・病状が安定期にある長期療養患者が医学的管理のもとで医療・看護・介護・リハビリテーションなどを受けられます。令和5年度末までに介護老人保健施設等に転換することとされています。 |
| 介護医療院 ☑ | ・今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重度の要介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設です。 |
| 小規模な施設等で暮らしながら利用する介護サービス | |
| 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ☑ ☑ | ・認知症の人が入居し、食事、入浴、排泄などの介護を受けながら共同で生活をする住宅です。※要支援1の方は利用できません。 |

① 基盤整備計画

本計画における市内の施設・居住系サービスの整備計画は、次のとおりです。なお、施設・居住系サービス以外の住まいに対する支援については、本市は持家が中心であることから、住宅改修を中心とした在宅生活の支援を進めていきます。また、サービス付き高齢者向け住宅等については、現時点では充足していると考えられますが、特別養護老人ホームやグループホームの待機者等、将来のサービス需要の見込みを踏まえ、国や県と連携し、必要に応じて整備促進を図ります。

| 種 別 | | 令和 2年度末 | 整備計画 | | | 令和 5年度末 |
|----------------|-----|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | | | 令和 3年度 | 令和 4年度 | 令和 5年度 | |
| 特別養護老人ホーム | 施設数 | 5 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| | 床 数 | 292 | 0 | 50 | 0 | 342 |
| 地域密着型特別養護老人ホーム | 施設数 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | 床 数 | 145 | 0 | 0 | 0 | 145 |
| 介護老人保健施設 | 施設数 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 床 数 | 300 | 0 | 0 | 0 | 300 |
| 認知症高齢者グループホーム | 施設数 | 8 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| | 床 数 | 90 | 0 | 18 | 0 | 108 |
| サービス付き高齢者向け住宅 | 施設数 | 7 | | | | |
| | 床 数 | 223 | | | | |

※地域密着型サービスのうち、地域密着型特定施設入居者生活介護と地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び施設サービスは、要支援では利用することができません。

※サービス付き高齢者向け住宅の整備については、県が実施主体のため、整備計画に反映できません。

4. 介護給付等の適正化（介護給付適正化計画）

介護サービス利用者の増加に伴い、介護給付費も増加の一途をたどっています。一方、利用者の自立を妨げるようなサービス等、不適切なサービス利用の問題も一部で見られるようになりました。このような状況から、介護サービスを必要とする方を適切に認定し、利用者が真に必要なとするサービスを、過不足なく適切に提供する「介護給付適正化」について、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」の主要5事業を柱としながら、実効性のある取組を推進します。

| 事業名 | 内容 |
|-------------------|--|
| 介護認定の適正化 | <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定に係る認定調査の内容について市が書面の審査を通じて点検し、他の保険者との比較分析を行いつつ、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。 |
| ケアプランの点検 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援適正化システムから抽出するヒアリングシートを活用し、心身の状態から適合しないサービスや、過剰なサービス提供等を介護支援専門員と共同で確認します。 ・介護支援専門員が作成したサービス計画（ケアプラン）の記載内容について、国の「ケアプラン点検支援マニュアル」等を活用しつつ、事業者を確認し、受給者が真に必要なとするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。 |
| 住宅改修、福祉用具の利用状況の点検 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議を活用して多職種、専門職からの助言を受け、利用者の身体状況の確認や見積書の点検、訪問調査を通じて、必要な生活環境を確保するとともに、給付の適正化を図ります。 |
| 医療情報との突合・縦覧点検 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険情報と介護保険の給付状況との突合点検、介護報酬支払情報からサービス提供の整合性や算定回数・日数等の縦覧点検を通じて、誤請求・重複請求などを排除し適正な給付を図ります。 |
| 介護給付費通知 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの給付状況を通知することで、適切なサービス利用と提供に関し普及啓発をするとともに、自ら受けているサービスを確認し適切な請求を促します。 |
| 実地指導事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・市が指定権者となっている事業所に対し、関係法令の規定に基づき、事業者への支援を基本に実地指導を実施し、介護サービスの質の向上及び保険給付の適正化を図ります。 |
| 介護相談員派遣事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの質的向上を図ることを目的とし、介護相談員が事業所を訪問し、利用者の不満や不安等の相談に応じます。また、サービスの状況把握や事業所の管理者及び従事者と意見を交換し、苦情等の問題解決の方途を探ります。 |

| | | 第7期計画 | | | 第8期計画 | | |
|------------------------------|---------------|--------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度(見込値) | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 要介護認定に係る 書面審査の割合 | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ケアプランの点検 事業数(点検数) | 事業所数 (点検数) | 5(30) | 6(35) | 6(35) | 6(35) | 6(35) | 6(35) |
| 住宅改修等の点検 件数 | 件 | 1 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 |
| 医療情報との突合・ 縦覧点検をしている 割合 | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 介護給付費通知回数 | 回/年 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 実地指導実施事業所 | 事業所数 | 18 | 28 | 20 | 30 | 32 | 34 |
| 介護相談員派遣 事業所 | 事業所数 | 28 | 29 | 15 | 31 | 33 | 35 |

5. 介護人材の確保・定着に向けた取組の推進

高齢者の増加に伴い、介護・福祉ニーズは今後ますます多様化していくと考えられます。そのため、多様なニーズに対応できる介護人材の安定的な確保や、地域包括支援センターの増員、配置している専門職員の資質の向上に努めます。

本市では、キャリアパス制度が実際の介護職員の意向と能力に応じ的確に運用されるよう、各種研修の受講を促し、職場環境の整備・改善に関する各種制度の普及啓発を図ります。

また、在宅医療と介護の連携を進めるために、医療、介護等の多職種が集まり、スキルアップのための研修会を行っており、今後、さらに介護サービス従業者へのキャリアアップにつながるような研修を企画し実施するよう努めます。

| 事業名 | 内容 |
|-------------------|---|
| 介護福祉士資格取得 支援事業 | ・介護人材の確保・定着及び質の向上を図るため、介護福祉士国家試験の受験手数料及び介護福祉士登録手数料を助成し、資格取得を支援します。 |
| 各種研修会開催の周知 | ・介護事業者に対し、専門機関が開催する各種研修会やセミナーへの積極的な参加を促し、資質の向上を図ります。 |
| いちご一会研修会 | ・医療機関・介護事業所・保健福祉の関係機関・行政が共同し、在宅医療と介護連携を推進するための研修会を開催し、資質向上と顔の見える関係性を図ります。 |

6. 介護サービス従事者の労働環境等の改善

今後、介護サービスの利用が急速に拡大していくことが見込まれます。「団塊の世代」が75歳以上となる令和7(2025)年と、「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22(2040)年の双方を見据えたサービス基盤の整備を進めるにあたっては、サービスを提供するために必要となる介護人材の確保に努めていかなければなりません。そのため、これまで以上に介護職員や看護職員、生活相談員などを含めた介護従事者の確保に関する有効な取組が必要となります。

本市では、介護従事者の処遇改善や、介護の仕事の魅力向上に取り組むとともに、ICT等の導入による業務の効率化など、介護現場における負担の軽減、職場環境の改善に取り組むことで、介護人材の確保を図ります。

| 事業名 | 内容 |
|------------------------|--|
| 介護人材の処遇改善の推進 | ・介護職員処遇改善加算制度*を導入していない事業所への加算の取得促進を図ります。 |
| 介護ロボットやICTの活用事例の周知 | ・県と連携し、介護ロボットやICTの活用事例を周知し、業務の効率化を促進します。 |
| 介護サービス事業所等による申請手続きの簡素化 | ・業務効率化の観点から、介護分野の文書に係る負担軽減を図るため、国が示す方針に基づき、申請様式・添付書類や手続きの簡素化を図ります。 |

* 介護職員処遇改善加算制度…介護サービス事業所が、介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場の労働環境の改善を行ったりした場合に、介護サービス事業所に対して通常の介護報酬に一定率を加算して支払われる制度。支払いを受けた介護サービス事業所は、介護職員の給料とは別に手当として支給する必要があります。