

栃木県高齢者支援計画

「はつらっプラン21(六期計画)」

～「とちぎで暮らし、長生きしてよかったと思える社会」の実現を目指して～

2015～2017



平成27年3月

栃木県

県民の皆様へ



我が国は、いわゆる「団塊の世代」の全ての方が65歳以上となり、およそ4人に1人が高齢者という、世界に例を見ない超高齢社会となっています。本県においても、10年後の平成37年（2025年）には、およそ3人に1人が高齢者になると見込まれています。

こうした中、認知症の高齢者をはじめ、高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯も増加しており、医療や介護が必要になった場合でも、自らの能力や社会資源を活用し、地域で支え合いながら、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができる社会を築いていくことが強く求められています。

また、社会の活力を維持・向上させていくためには、高齢者が生涯にわたり健康でいきいきと暮らしながら、培ってこられた豊かな知識や経験を活かし、地域を支える貴重なマンパワーとして活躍できる環境を整備することが益々重要となってきました。

そこで、県におきましては、平成26年6月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の趣旨を踏まえ、「団塊の世代」の全ての方が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据え、平成27年度からの3年間における県や市町が目指すべき高齢者支援施策の方向性を示す「栃木県高齢者支援計画『はつらつプラン21（六期計画）』」を策定いたしました。

本計画では、地域の実情に応じて、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を構築し、「とちぎで暮らし、長生きしてよかった」と思える社会を実現することを基本目標に掲げ、「介護予防・日常生活支援の推進」や「介護サービスの充実・強化」、「認知症施策の推進」などの八つの柱を軸に、各施策を総合的・体系的に展開していくこととしております。

この計画を着実に推進し、超高齢社会を明るく活力あるものとするため、高齢者の方々はもとより、地域の皆様に主役となっていただき、NPOやボランティア、関係事業者及び団体、市町等と協働して各種施策に積極的に取り組んで参りたいと考えておりますので、引き続き、皆様の御理解・御協力を賜りますようお願いいたします。

平成27年3月

栃木県知事 福田富一

目次

第I部 総論

1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置づけ	1
3	計画期間	1
4	高齢者福祉圏域	2
5	高齢者人口等の現状と将来推計	4
(1)	現状	4
①	高齢者人口	4
②	要支援・要介護認定者数	4
③	介護サービス利用者数	6
(2)	将来推計	7
①	高齢者人口	7
②	要支援・要介護認定者数	8
③	認知症高齢者数	9
④	高齢者単独・夫婦のみ世帯数	10
6	計画の基本目標 ～「とちぎで暮らし、長生きしてよかったと思える社会」の実現を目指して～	11
7	施策の体系	14

第II部 各論

I 施策の方向

第1章	生きがいつくりの推進	17
1	社会活動への参加促進	18
2	就業機会の確保	21
3	学習機会の提供	24
第2章	介護予防・日常生活支援の推進	27
1	健康づくりの推進	28
(1)	生活習慣の改善の促進	28
(2)	疾病の早期発見と適切な管理	30
(3)	高齢者のこころの健康	32
2	介護予防の推進	34
(1)	介護予防事業の推進	34
(2)	予防給付サービスの確保	36

3	生活支援対策の推進	38
(1)	生活支援サービスの充実	38
(2)	生活支援コーディネート機能の充実	39
4	地域における支え合い体制づくりの促進	40
5	地域包括支援センターの機能強化	42
第3章	介護サービスの充実・強化	45
1	介護サービスの基盤整備	46
(1)	在宅サービスの充実	46
(2)	地域密着型サービスの確保	49
(3)	施設・居住系サービスの基盤整備	51
(4)	安心して暮らせる住まいの確保	54
2	介護サービスの適正な運営	58
(1)	ケアマネジメントの確立	58
(2)	利用者への情報提供	59
(3)	指導・監査の充実	60
(4)	苦情への的確な対応	60
(5)	介護給付の適正化	61
3	費用負担の適正化	63
第4章	在宅医療・介護連携の推進	67
1	在宅医療サービスの基盤整備	68
(1)	基盤整備の推進	68
(2)	機能強化の推進	68
2	在宅医療・介護の連携体制構築の推進	69
第5章	認知症施策の推進	71
1	認知症に関する理解の促進と家族への支援	72
2	医療・介護の連携による適切な対応	75
3	認知症対応力の向上	77
第6章	人材の育成・確保	81
1	介護職	82
2	医療職	84
3	介護支援専門員	86
4	生活支援の担い手	89
5	医療と介護の連携推進のための人材	89

第7章 安全・安心な暮らしの確保	91
1 相談体制の充実.....	92
2 権利擁護事業の推進.....	92
3 高齢者虐待防止対策の推進.....	93
4 日常生活の安全対策.....	95
(1) 消費者被害対策.....	95
(2) 交通安全対策.....	96
(3) 防災対策.....	97
第8章 県民の理解・協力の促進	99
1 県民の理解・協力の促進.....	100
2 事業者・関係団体等の理解・協力の促進.....	100
II 施設・居住系サービスの基盤整備計画	103
III 圏域別・市町別計画	107
1 圏域ビジョン.....	107
2 高齢者人口・サービス見込量等の推計.....	113
3 市町村別介護保険料 平均月額の推移.....	145
4 日常生活圏域.....	146

第Ⅲ部 参考資料

○ 栃木県高齢者支援計画策定懇談会 委員名簿.....	147
○ 計画策定の経過.....	147
○ 介護サービスと住まいに関する高齢者意識調査 結果概要.....	148
○ 巻末用語集.....	162

第I部

総論



1 計画策定の趣旨

- 我が国では、少子高齢化が急速に進行し、世界中のどの国もかつて経験したことのない超高齢社会を迎えています。また、団塊の世代が高齢期に入り、高齢者の価値観やライフスタイルが大きく変容してきています。

こうした時代の潮流を踏まえ、団塊の世代の全ての方が75歳以上になる平成37年（2025年）を見据えて、県や市町が目指すべき今後の高齢者支援施策の方向性を示すため、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21（六期計画）」を策定するものです。

2 計画の位置づけ

- この計画は、老人福祉法に基づく「老人福祉計画」であり、併せて、介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」にも位置づけられるものです。
- この計画は、栃木県重点戦略「新とちぎ元気プラン」、医療法に基づく「栃木県保健医療計画」、社会福祉法に基づく「栃木県地域福祉支援計画」、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「栃木県医療費適正化計画」、健康増進法及び健康長寿とちぎづくり推進条例に基づく「とちぎ健康21プラン」並びに高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく「栃木県高齢者居住安定確保計画」と調和のとれたものとなっています。
- この計画は、各市町が平成27年度から平成29年度までの3年間を計画期間として策定する「老人福祉計画」及び「第六期介護保険事業計画」と整合性のとれたものとなっています。

3 計画期間

- この計画は、平成37年（2025年）を目標年次とした上で、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21（五期計画）」の施策の方向性を承継しながら、平成27年度から平成29年度までの3か年を計画期間とします。



4 高齢者福祉圏域

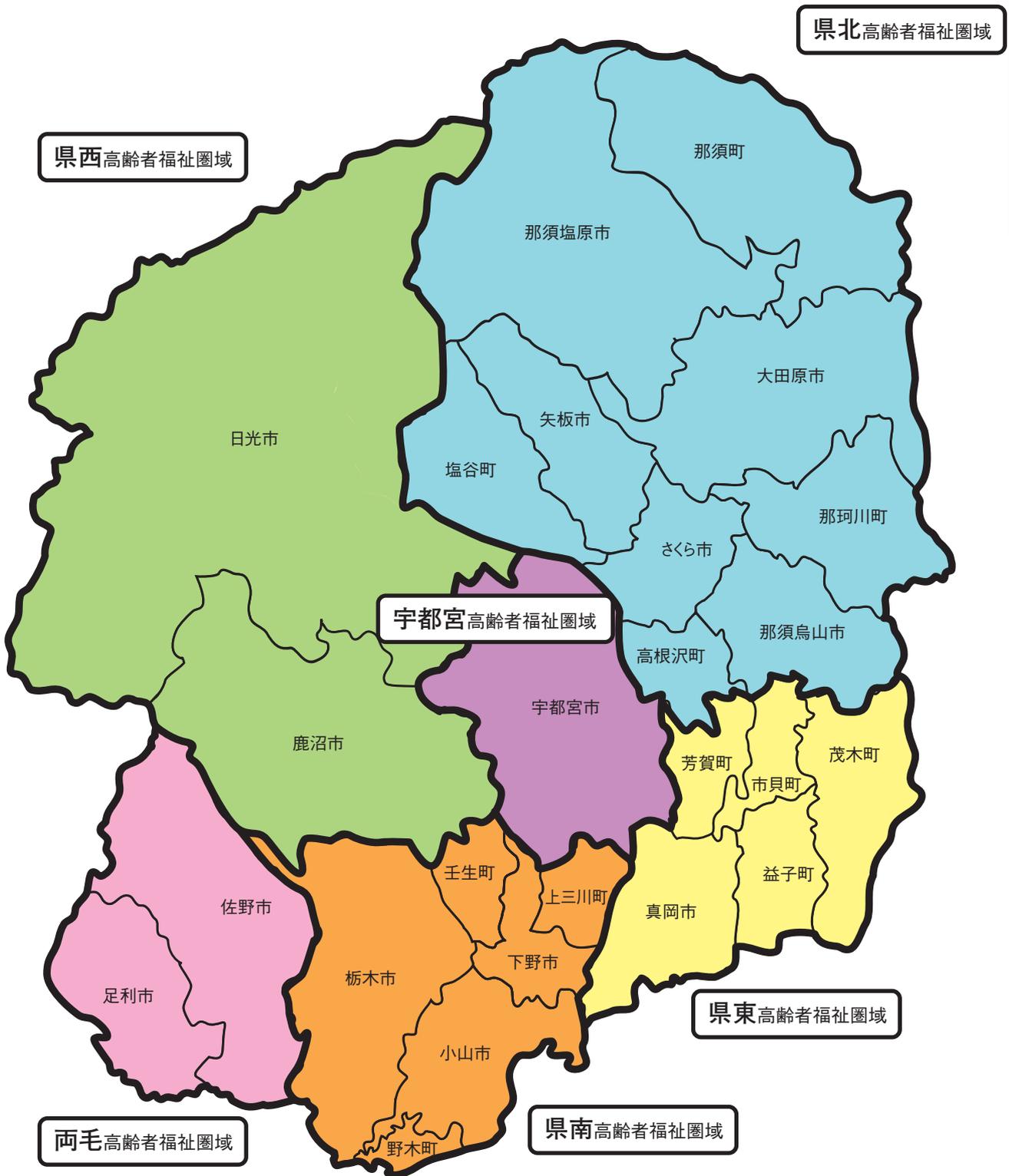
- この計画においては、市町の老人福祉計画・介護保険事業計画を支援するため、これまでの「県東・央高齢者福祉圏域」を「宇都宮高齢者福祉圏域」と「県東高齢者福祉圏域」に分離し、6つの圏域を設定します。
- 高齢者福祉圏域は、保健・医療・福祉の連携を図る観点から、「栃木県保健医療計画」（6期計画）における二次保健医療圏と同一にします。

各高齢者福祉圏域の人口等

高齢者福祉圏域名	市町名	圏域別人口(人)	65歳以上人口(人)	高齢化率(%)
県北 (5市4町)	大田原市 矢板市 那須塩原市 さくら市 那須烏山市 塩谷町 高根沢町 那須町 那珂川町	383,389	97,372	25.4%
県西 (2市)	鹿沼市 日光市	188,170	52,384	27.8%
宇都宮 (1市)	宇都宮市	517,025	117,696	22.8%
県東 (1市4町)	真岡市 益子町 茂木町 市貝町 芳賀町	148,464	36,527	24.6%
県南 (3市3町)	栃木市 小山市 下野市 上三川町 壬生町 野木町	487,374	116,092	23.8%
両毛 (2市)	足利市 佐野市	275,501	76,415	27.7%
合計 (14市11町)		1,999,923	496,486	24.8%

※ 各市町が平成26年10月1日時点の住民基本台帳を集計したもの

高齢者福祉圏域図



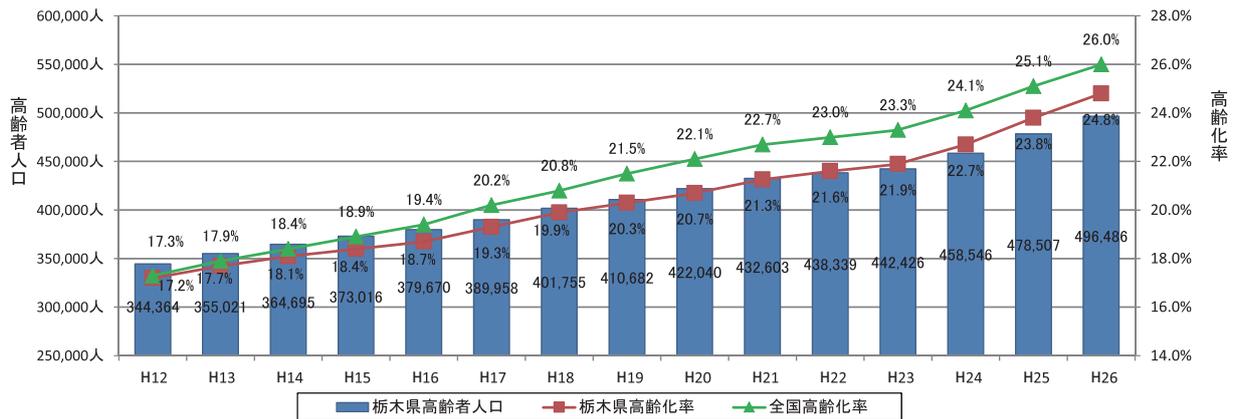
5 高齢者人口等の現状と将来推計

(1) 現状

① 高齢者人口

- 平成26年10月1日時点での本県の高齢者人口は、496,486人で、高齢化率は、全国の平均を1.2ポイント下回る24.8%となっています。

高齢者人口・高齢化率の推移

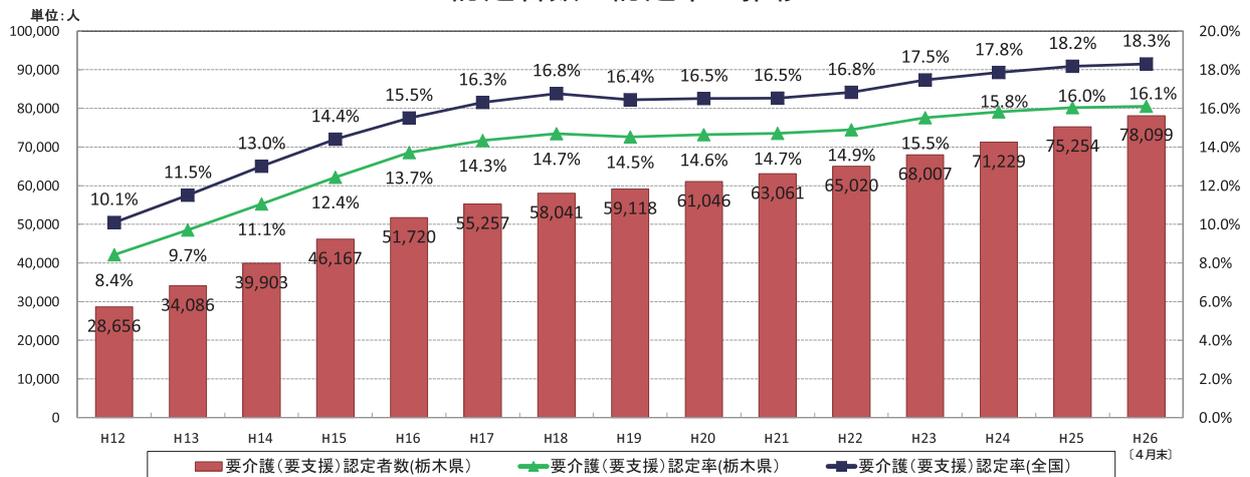


※ 栃木県の人口等は、各市町が各年10月1日時点の数値を集計したもの。(平成19年までは国勢調査ベース。平成20年以降は住民基本台帳及び外国人登録による集計結果。) 高齢化率(全国)は、平成25年までは総務省統計局「人口推計」各年10月1日現在。平成26年は概算値。

② 要支援・要介護認定者数

- 本県の要支援・要介護認定者数は、平成18年以降伸びが鈍化しているものの、一貫して増加を続けており、平成26年4月末で78,099人となっています。
- 本県の要支援・要介護認定率は、平成26年4月末で16.1%であり、全国平均の18.3%を2.2ポイント下回っています。

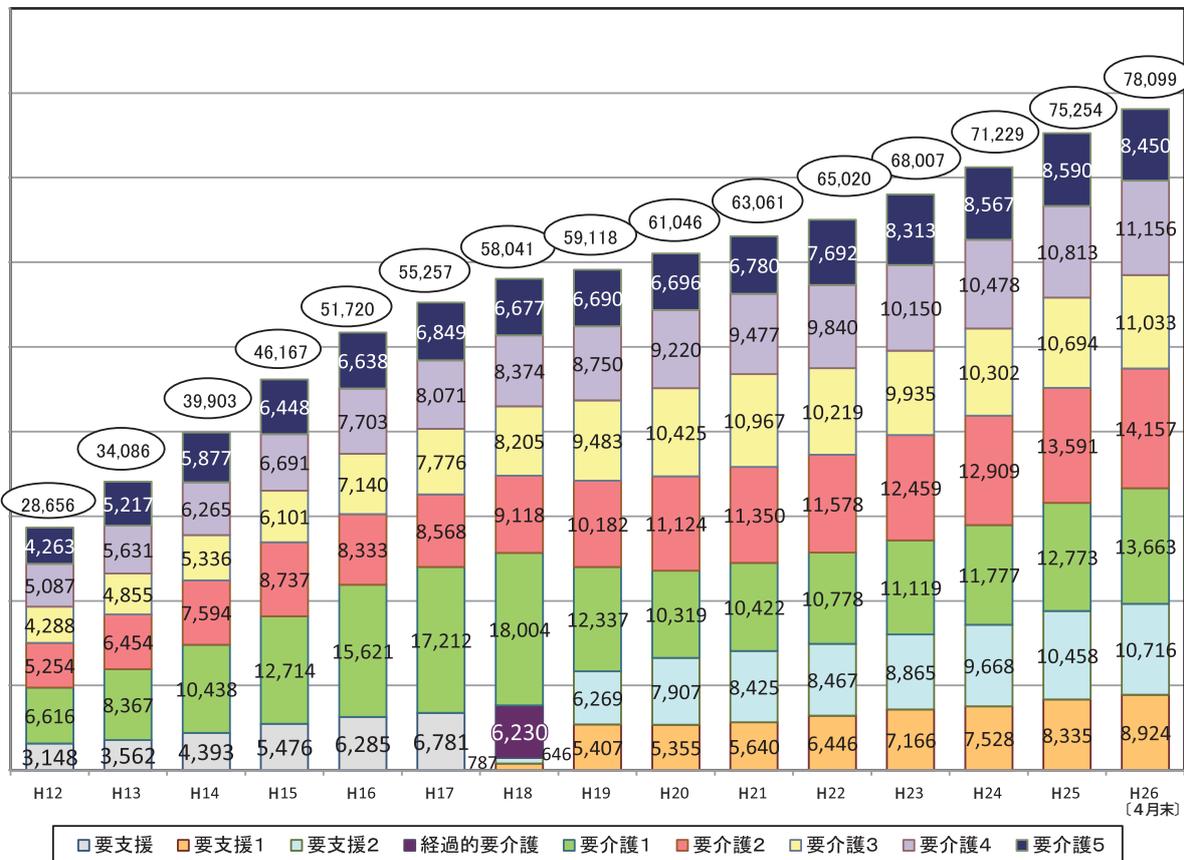
認定者数・認定率の推移



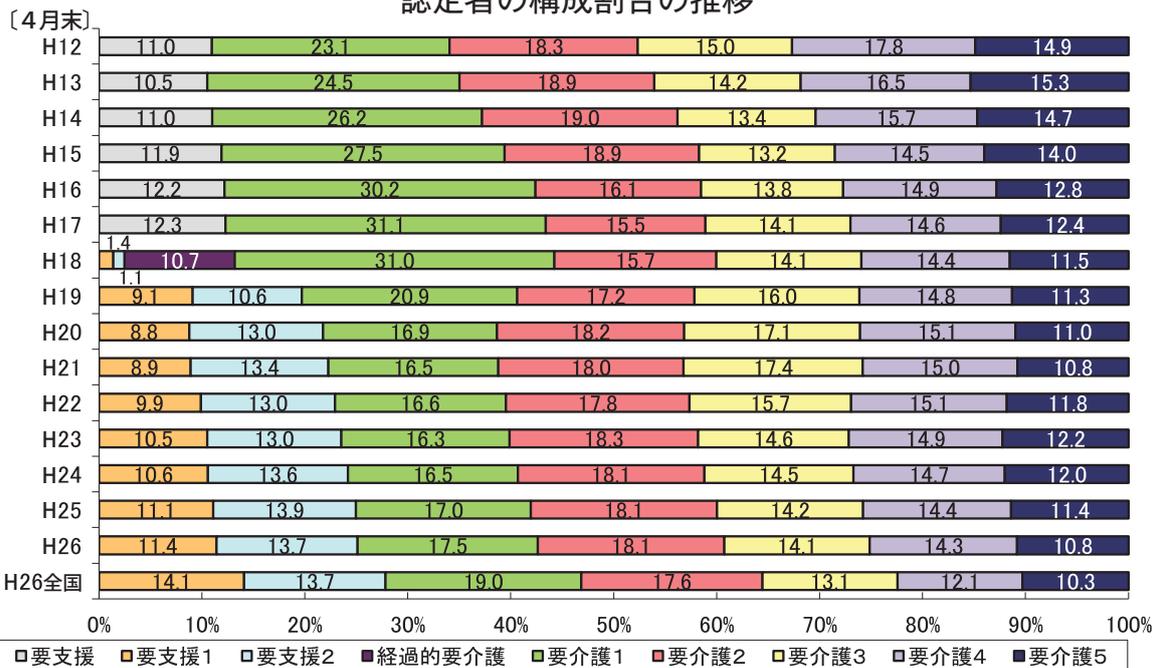
【厚生労働省「介護保険事業状況報告」より】

- 各年度の要支援・要介護認定者の構成割合を見ると、平成20年以降、要支援1・2の軽度者の増加傾向が見られます。

認定者数の推移



認定者の構成割合の推移



【厚生労働省「介護保険事業報告」より】

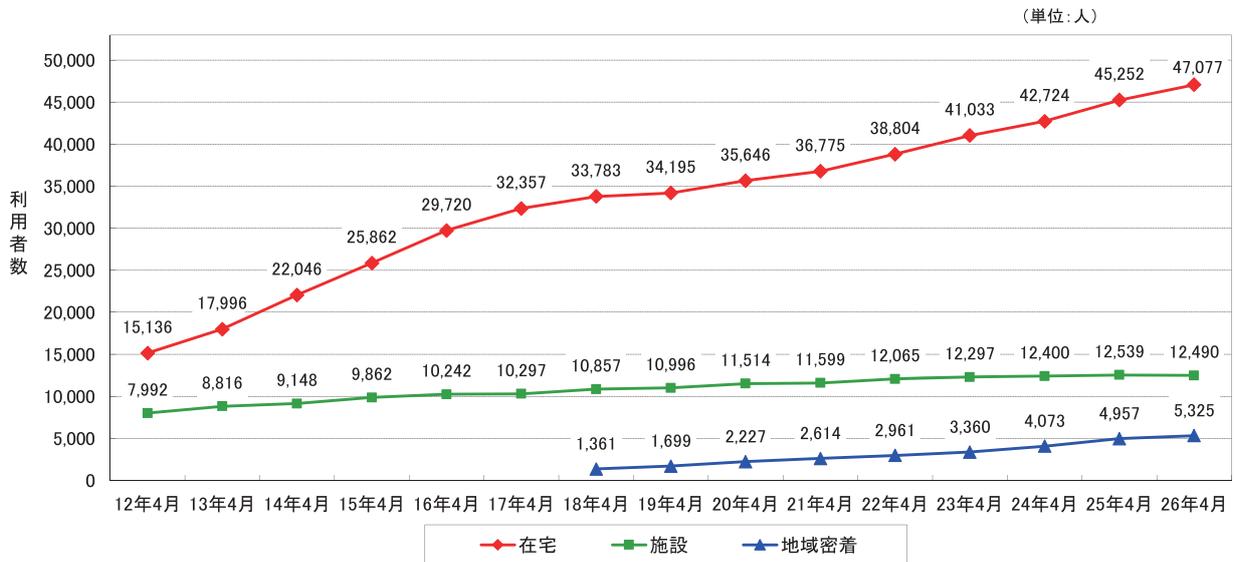
(注) 四捨五入の関係で各比率の合計は100%にならない。

③ 介護サービス利用者数

- 本県の介護サービスの利用者数は、平成26年4月では在宅サービス利用者が47,077人で、介護保険制度施行時の平成12年4月に比べて約3.1倍、施設サービス利用者は5,325人で、平成12年4月に比べて約1.6倍となっています。また、地域密着型サービスの利用者は、サービス創設時の平成18年4月に比べて約3.9倍となっています。

区分別サービス利用者数の推移

区分		12年4月	13年4月	14年4月	15年4月	16年4月	17年4月	18年4月	19年4月	20年4月	21年4月	22年4月	23年4月	24年4月	25年4月	26年4月	12年4月比 ③/① (18年4月比) ③/②
		①						②								③	
栃木県 (人)	在宅	15,136	17,996	22,046	25,862	29,720	32,357	33,783	34,195	35,646	36,775	38,804	41,033	42,724	45,252	47,077	311.0%
	地域密着							1,361	1,699	2,227	2,614	2,961	3,360	4,073	4,957	5,325	391.3%
	施設	7,992	8,816	9,148	9,862	10,242	10,297	10,857	10,996	11,514	11,599	12,065	12,297	12,400	12,539	12,490	156.3%
	計	23,128	26,812	31,194	35,724	39,962	42,654	46,001	46,890	49,387	50,988	53,830	56,690	59,197	62,748	64,892	280.6%
全国 (万人)	在宅	97	142	172	201	228	251	255	257	269	278	294	310	329	348	364	375.3%
	地域密着							14	17	21	23	25	28	31	34	36	257.1%
	施設	52	65	69	72	75	78	79	81	83	83	84	85	86	89	90	173.1%
	計	149	207	241	273	303	329	348	355	373	384	403	423	446	471	490	328.9%



【厚生労働省「介護保険事業報告」より】

(2) 将来推計

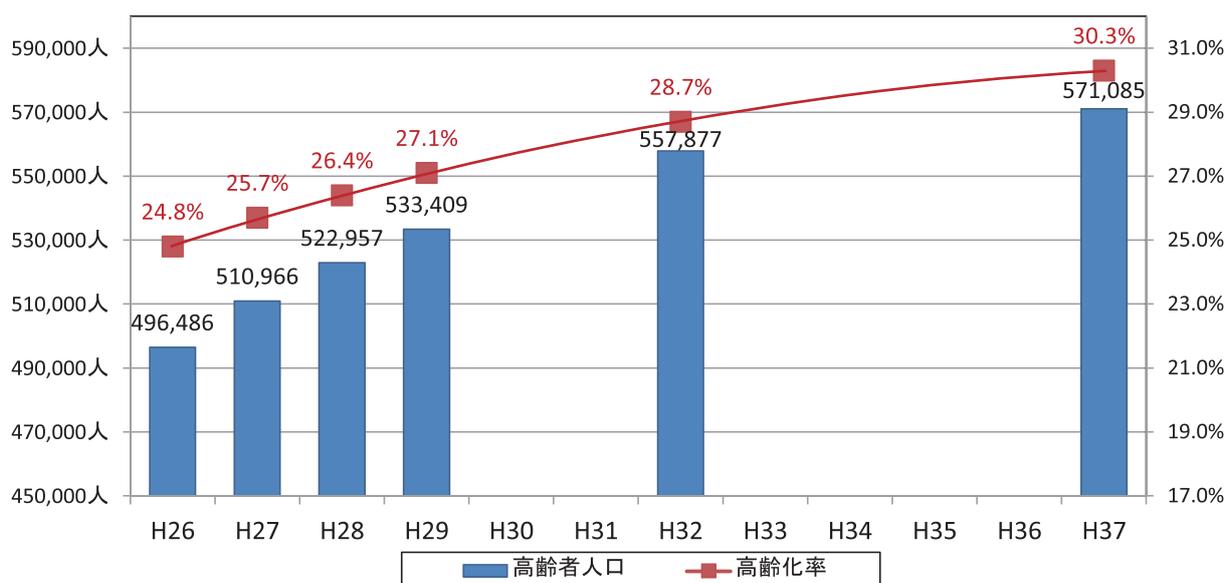
① 高齢者人口

- 本県の高齢者人口は、今後も増加を続け、平成29年度には533,409人、高齢化率は27.1%になり、さらに、平成37年度には571,085人、高齢化率は30.3%に達すると予測されます。

総人口・高齢者人口の将来推計

(単位:人)

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
全 県	総 人 口	1,999,923	1,985,854	1,977,928	1,969,678	1,941,838	1,883,841
	65歳以上人口	496,486	510,965	522,956	533,410	557,878	571,086
	高 齢 化 率	24.8%	25.7%	26.4%	27.1%	28.7%	30.3%
県 北	総 人 口	383,389	380,871	378,448	375,974	367,875	352,150
	65歳以上人口	97,372	100,327	102,847	105,205	110,323	113,311
	高 齢 化 率	25.4%	26.3%	27.2%	28.0%	30.0%	32.2%
県 西	総 人 口	188,170	186,103	184,230	182,424	177,303	167,925
	65歳以上人口	52,384	53,305	54,302	55,062	57,492	56,318
	高 齢 化 率	27.8%	28.6%	29.5%	30.2%	32.4%	33.5%
宇都宮	総 人 口	517,025	517,760	518,235	518,459	517,757	512,894
	65歳以上人口	117,696	122,228	125,945	128,835	135,531	141,724
	高 齢 化 率	22.8%	23.6%	24.3%	24.8%	26.2%	27.6%
県 東	総 人 口	148,464	145,937	145,209	144,470	142,232	138,514
	65歳以上人口	36,527	38,066	38,868	39,675	42,039	43,564
	高 齢 化 率	24.6%	26.1%	26.8%	27.5%	29.6%	31.5%
県 南	総 人 口	487,374	485,928	484,847	483,688	478,896	467,406
	65歳以上人口	116,092	119,451	122,762	125,696	131,443	136,151
	高 齢 化 率	23.8%	24.6%	25.3%	26.0%	27.4%	29.1%
両 毛	総 人 口	275,501	269,255	266,959	264,663	257,775	244,952
	65歳以上人口	76,415	77,588	78,232	78,937	81,050	80,018
	高 齢 化 率	27.7%	28.8%	29.3%	29.8%	31.4%	32.7%



【各市町が各年度の10月1日時点の数値を集計したもの】

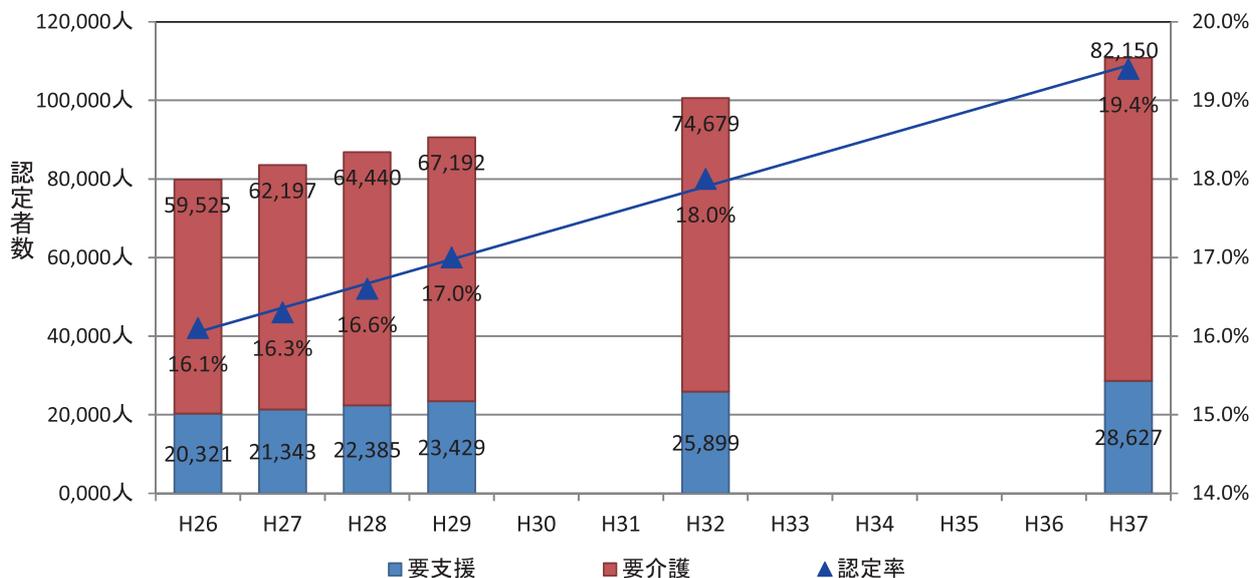
② 要支援・要介護認定者数

- 要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴って増加を続け、平成29年度には要支援認定者が23,429人、要介護認定者が67,192人となり、要支援・要介護認定率は17.0%になると予測されます。さらに平成37年度には、要支援認定者が28,627人、要介護認定者は82,150人まで増加し、要支援・要介護認定率も19.4%になると予測されます。

認定者数・認定率の将来推計

(単位:人)

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
全 県	認 定 者 数	79,896	83,540	86,825	90,621	100,578	110,777
	要 支 援	20,321	21,343	22,385	23,429	25,899	28,627
	要 介 護	59,575	62,197	64,440	67,192	74,679	82,150
	認 定 率	16.1%	16.3%	16.6%	17.0%	18.0%	19.4%
県 北	認 定 者 数	16,279	17,027	17,860	18,867	20,969	22,551
	要 支 援	3,871	4,061	4,305	4,575	5,084	5,525
	要 介 護	12,408	12,966	13,555	14,292	15,885	17,026
	認 定 率	16.7%	17.0%	17.4%	17.9%	19.0%	19.9%
県 西	認 定 者 数	8,275	8,577	8,824	9,193	10,029	10,153
	要 支 援	1,846	1,844	1,873	1,955	2,114	2,127
	要 介 護	6,429	6,733	6,951	7,238	7,915	8,026
	認 定 率	15.8%	16.1%	16.3%	16.7%	17.4%	18.0%
宇 都 宮	認 定 者 数	17,953	18,810	19,619	20,501	23,203	27,331
	要 支 援	5,230	5,511	5,793	6,101	6,880	8,085
	要 介 護	12,723	13,299	13,826	14,400	16,323	19,246
	認 定 率	15.3%	15.4%	15.6%	15.9%	17.1%	19.3%
県 東	認 定 者 数	5,664	6,038	6,317	6,699	7,417	7,905
	要 支 援	1,187	1,306	1,409	1,539	1,703	1,811
	要 介 護	4,477	4,732	4,908	5,160	5,714	6,094
	認 定 率	15.5%	15.9%	16.3%	16.9%	17.6%	18.1%
県 南	認 定 者 数	18,932	19,711	20,494	21,188	23,201	25,592
	要 支 援	4,412	4,709	4,906	4,970	5,399	6,001
	要 介 護	14,520	15,002	15,588	16,218	17,802	19,591
	認 定 率	16.3%	16.5%	16.7%	16.9%	17.7%	18.8%
両 毛	認 定 者 数	12,793	13,377	13,711	14,173	15,759	17,245
	要 支 援	3,775	3,912	4,099	4,289	4,719	5,078
	要 介 護	9,018	9,465	9,612	9,884	11,040	12,167
	認 定 率	16.7%	17.2%	17.5%	18.0%	19.4%	21.6%



【各市町が各年度の10月1日時点の数値を集計したもの】

③ 認知症高齢者数

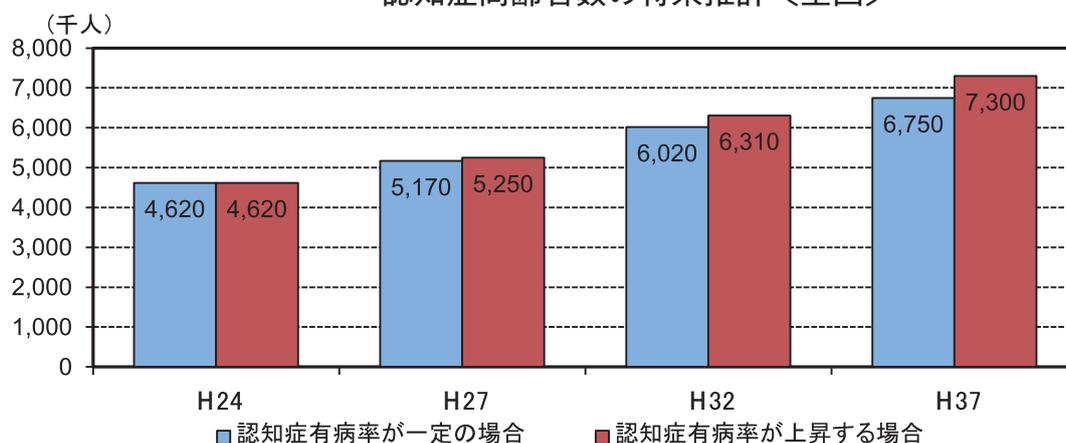
- 認知症高齢者数は、高齢化の進展に伴って増加し、全国で、平成27年には517万人～525万人に、平成37年には675万人～730万人になると予測されています。この推計を本県に当てはめると、平成27年には約8万人～8万2千人に、平成37年には約10万9千人～11万8千人になると推計されます。

高齢者人口に対する認知症高齢者の出現率〔全国〕

	平成24年	平成27年	平成32年	平成37年
認知症有病率が一定の場合	15.0%	15.7%	17.2%	19.0%
認知症有病率が上昇する場合	15.0%	16.0%	18.0%	20.6%

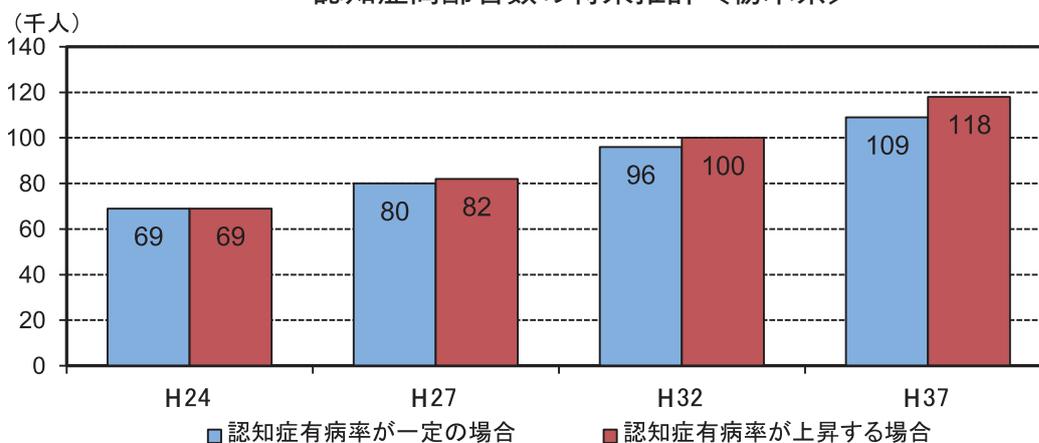
【厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(オレンジプラン)」[参考]認知症の人の将来推計について(平成27年1月)より】

認知症高齢者数の将来推計〔全国〕



【厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(オレンジプラン)」[参考]認知症の人の将来推計について(平成27年1月)より】

認知症高齢者数の将来推計〔栃木県〕



【厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(オレンジプラン)」[参考]認知症の人の将来推計について(平成27年1月)及び県内市町の高齢者数推計に基づき推計】

※上記推計を本県の状況に当てはめたもの

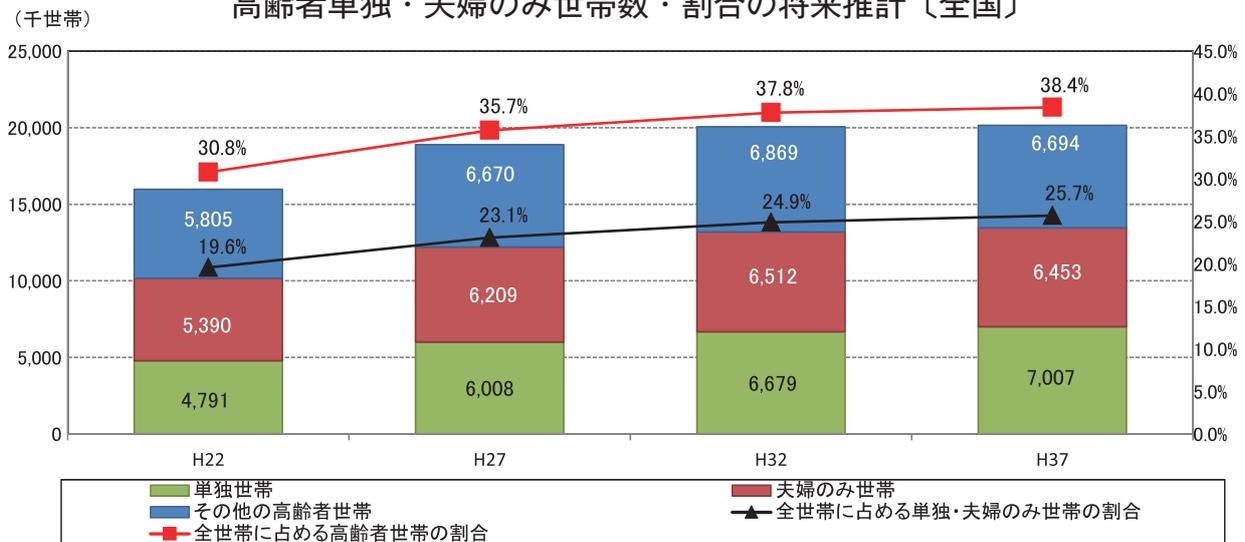
④ 高齢者単独・夫婦のみ世帯数

● 本県の高齢者単独世帯は、平成22年には約5万3千世帯でしたが、平成37年には約8万7千世帯となり、約1.6倍になると予測されます。

また、世帯主が高齢者の夫婦のみ世帯は、平成22年には約6万7千世帯でしたが、平成37年には約9万1千世帯に増え、約1.4倍になると予測されます。

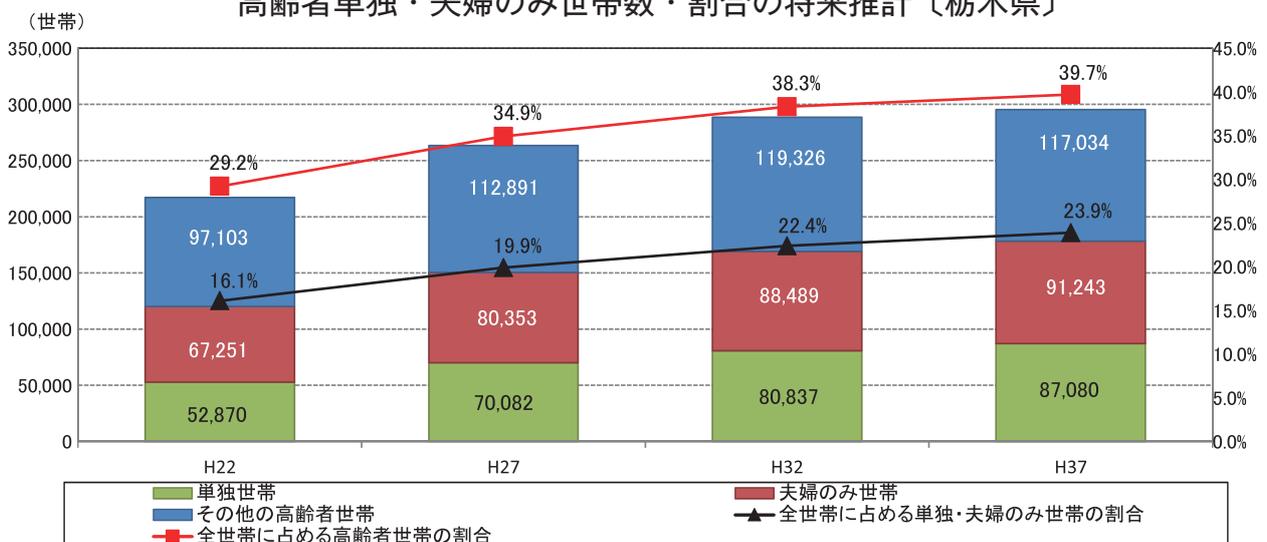
● 本県の世帯主が高齢者の世帯は、平成22年には全世帯の29.2%（全国平均30.8%）でしたが、平成37年には39.7%（全国平均38.4%）に増加すると予測されています。また、高齢者の単独世帯及び夫婦のみ世帯の全世帯に対する割合は、平成22年には16.1%（全国平均19.6%）でしたが、平成37年には23.9%（全国平均25.7%）に増加すると予測されます。

高齢者単独・夫婦のみ世帯数・割合の将来推計〔全国〕



【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（平成24年1月）より】
（平成22年は、平成22年国勢調査による。）

高齢者単独・夫婦のみ世帯数・割合の将来推計〔栃木県〕



【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県推計）」（平成24年1月）より】
（平成22年は、平成22年国勢調査による。）

6

計画の基本目標

～「とちぎで暮らし、長生きしてよかったと思える社会」の実現を目指して～

- 高齢者が生涯にわたり健康でいきいきと暮らすことができるとともに、医療や介護が必要になった場合でも、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるよう、団塊の世代の全ての方が75歳以上となる2025年（平成37年）を目途に、各地域の実情に応じた医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を構築し、「とちぎで暮らし、長生きしてよかったと思える社会」の実現を目指します。
- このため、「生きがいつくりの推進」「介護予防・日常生活支援の推進」「介護サービスの充実・強化」「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「人材の育成・確保」「安全・安心な暮らしの確保」「県民の理解・協力の促進」の八つを柱とし、施策を進めていきます。

1 生きがいつくりの推進

心身の状態にかかわらず、生きがいを持って暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者が、これまで培ってきた知識や経験を生かし、自己実現が図られるよう、多様な社会活動への参加や就業機会の確保、学習機会の提供に努めます。

2 介護予防・日常生活支援の推進

元気で活動的な高齢期を過ごすことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を推進するほか、高齢者の生活を身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進します。

3 介護サービスの充実・強化

介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族の生活環境等に応じた介護サービスが確保されるよう、在宅サービスや施設サービスの基盤整備を推進するとともに、サービスの適正な運営と費用負担の適正化の取組を促進します。

4 在宅医療・介護連携の推進

病気になっても、介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で、必要に応じたサービスが受けられることは、県民共通の願いです。

このため、在宅医療サービスの基盤整備とその機能強化を推進するほか、入院から在宅医療・介護への円滑な移行や、在宅療養に必要な医療や介護サービスが適切に提供されるよう、在宅医療を提供する医療・介護の関係者の連携体制の構築に努めます。

5 認知症施策の推進

認知症になった場合でも、個人として尊重され、自分らしく暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、認知症に関する理解の普及や、介護する家族が相互にサポートできる体制の整備促進に努めるほか、医療と介護の関係者の認知症への対応力を高め、相互の連携を強化します。

6 人材の育成・確保

医療、介護、介護予防、住まい、生活支援のサービスが安定して提供されるためには、それぞれのサービスを支える人材が必要です。

このため、それぞれのサービスに従事する人材の育成・確保とその資質向上に努めるとともに、それぞれのサービス相互の連携を推進する人材の養成に努めます。

7 安全・安心な暮らしの確保

高齢になっても、住み慣れた地域で安心して安全に暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族への相談体制の充実や権利擁護事業、虐待防止対策を推進するほか、日常生活の安全が確保されるよう、消費者被害や交通安全、防災等の対策を推進します。

8 県民の理解・協力の促進

社会保障制度を持続させ、地域包括ケアシステムを構築していくためには、行政や関係機関、介護事業者に加えて、サービスを受ける県民の方々、さらにはその他の民間企業・非営利法人等の事業者、関係団体等にも、理解と協力をいただくことが必要です。

このため、高齢者福祉に対する県民の正しい理解と制度の適切な活用の促進や、地域支え合い活動等への参加を推進するとともに、高齢者が住みやすい環境づくりに向け、事業者や関係団体等の協力を促進します。

地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムは、地域福祉の一つの政策理念であり、系統的に定められた制度やマニュアル等はなく、各市町において、それぞれ地域の特性に応じ、自主的に構築していくものです。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



【すまいとすまい方】

生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとして提供されることもある。

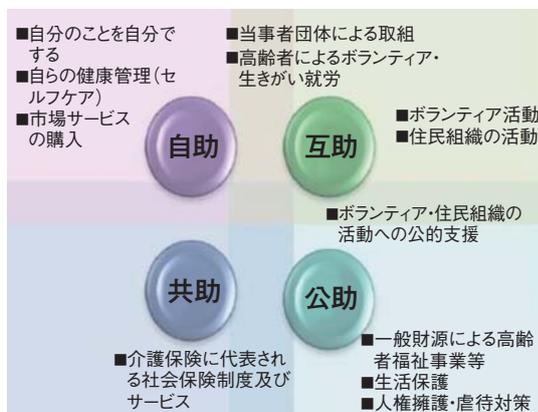
【介護・医療・予防】

個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

● 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

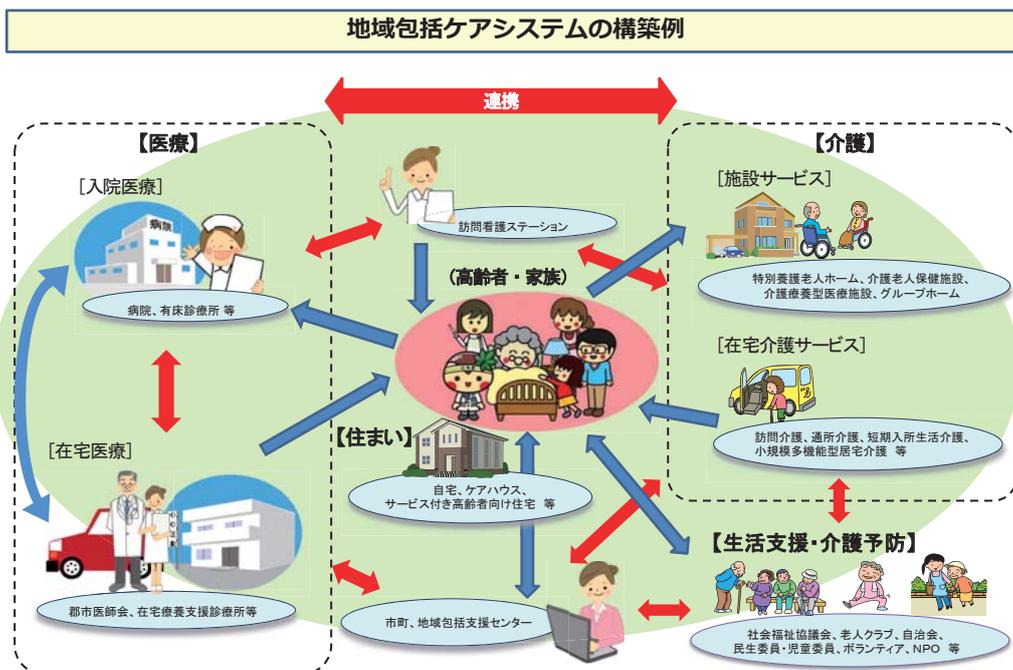
【時代や地域による違い】

● 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

● 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。

● 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

【地域包括ケア研究会「今後の検討のための論点整理」平成25年3月より】



地域包括ケアシステムの原点は、昭和50年代の広島県御調町において始められた、退院後の在宅ケアや、病院・介護施設等併設による保健・福祉の一元的管理運営にあると言われています。

国においては、平成15年の高齢者介護研究会報告書において最初に提起され、平成17年の地域包括支援センター創設に当たって、目標とすべき政策概念として用いられるようになりました。

さらに、平成21年公表の「地域包括ケア研究会報告書」において、地域包括ケアシステムの定義が提案されて、平成23年の介護保険改正において目標とすべき概念とされ、平成26年の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」では、法律の目的の大きな柱として、初めて条文として定義されました。

また、地域包括ケアシステムの構築は、社会保障制度改革国民会議報告書の中で、「21世紀型コミュニティの再生」ともうたわれています。

地域包括ケアシステムの定義等

地域包括ケアシステムの原点

昭和50年代初め、広島県御調町（現在の尾道市）の国保病院（現在の公立みつぎ総合病院）において、退院した患者が、在宅復帰後に寝たきり状態になることを防ぐために「出前医療」（今日の「在宅ケア」）を始め、その後、同病院に健康管理センター、介護施設、福祉施設等を順次併設し、御調町の保健と福祉に関する行政部門を病院長の元で一元的に管理運営をするような体制を作っていった。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

（平成26年6月18日 平成26年法律第83号）

「この法律において『地域包括ケアシステム』とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」

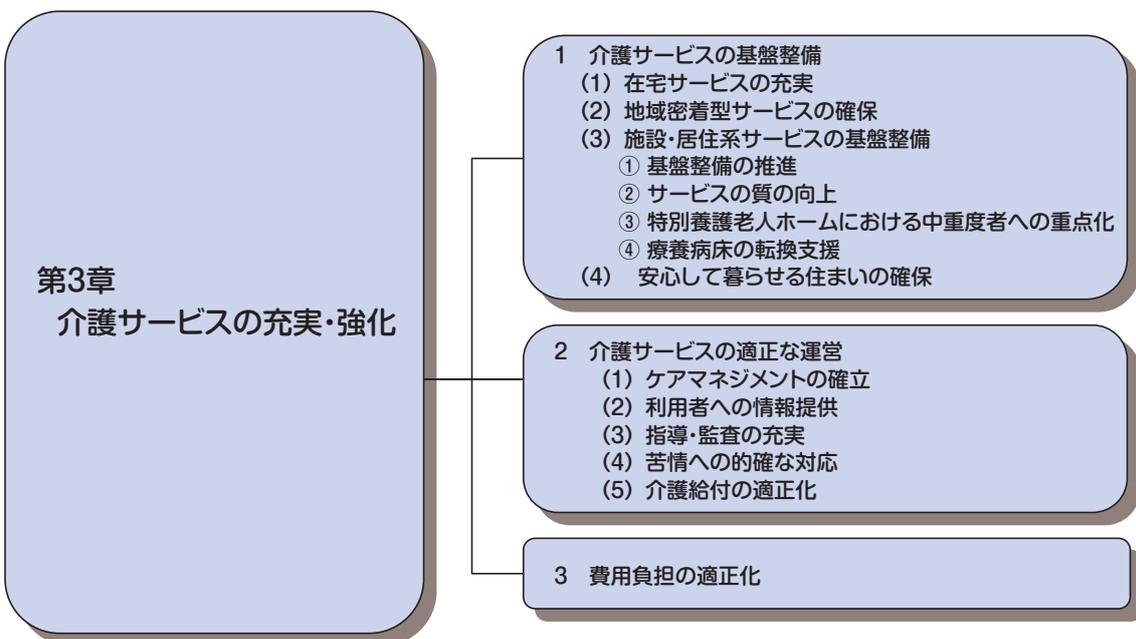
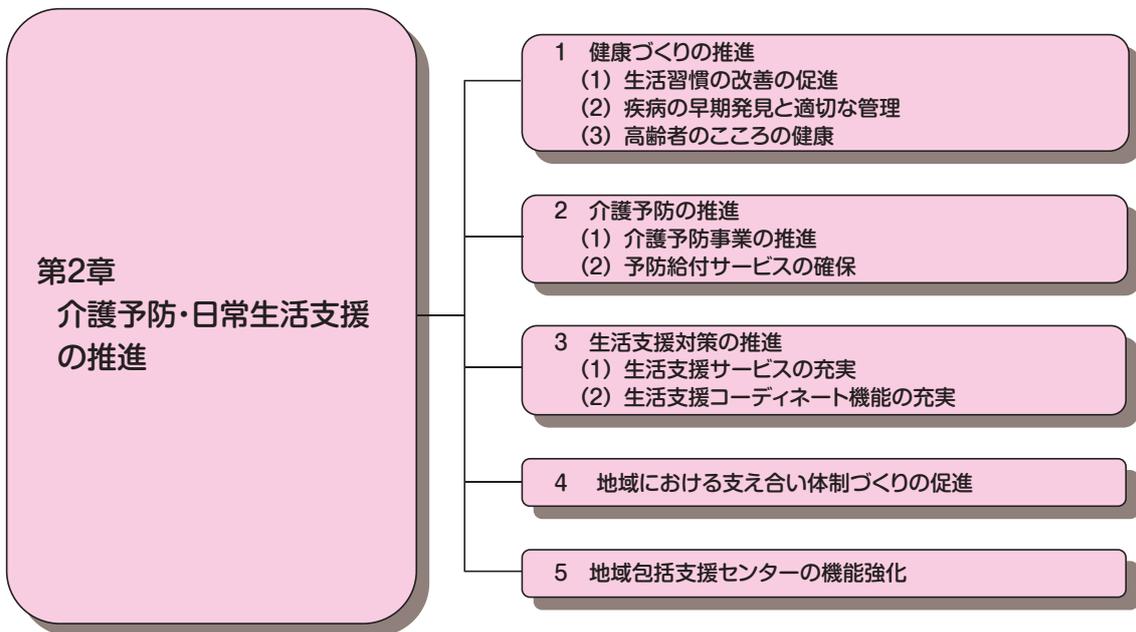
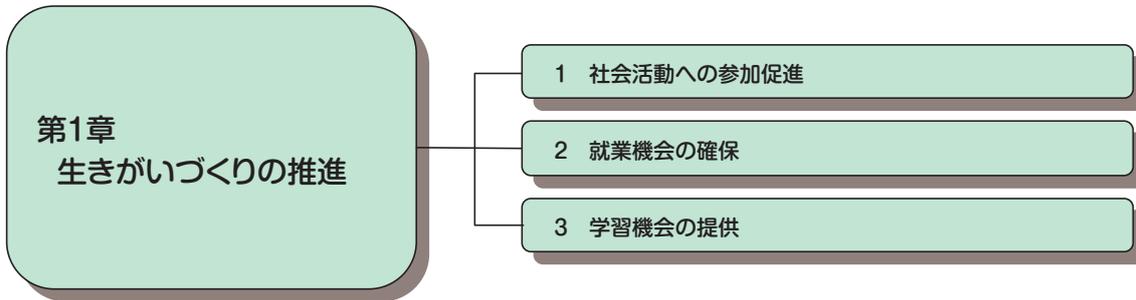
※ 条文として初めて定義を記載

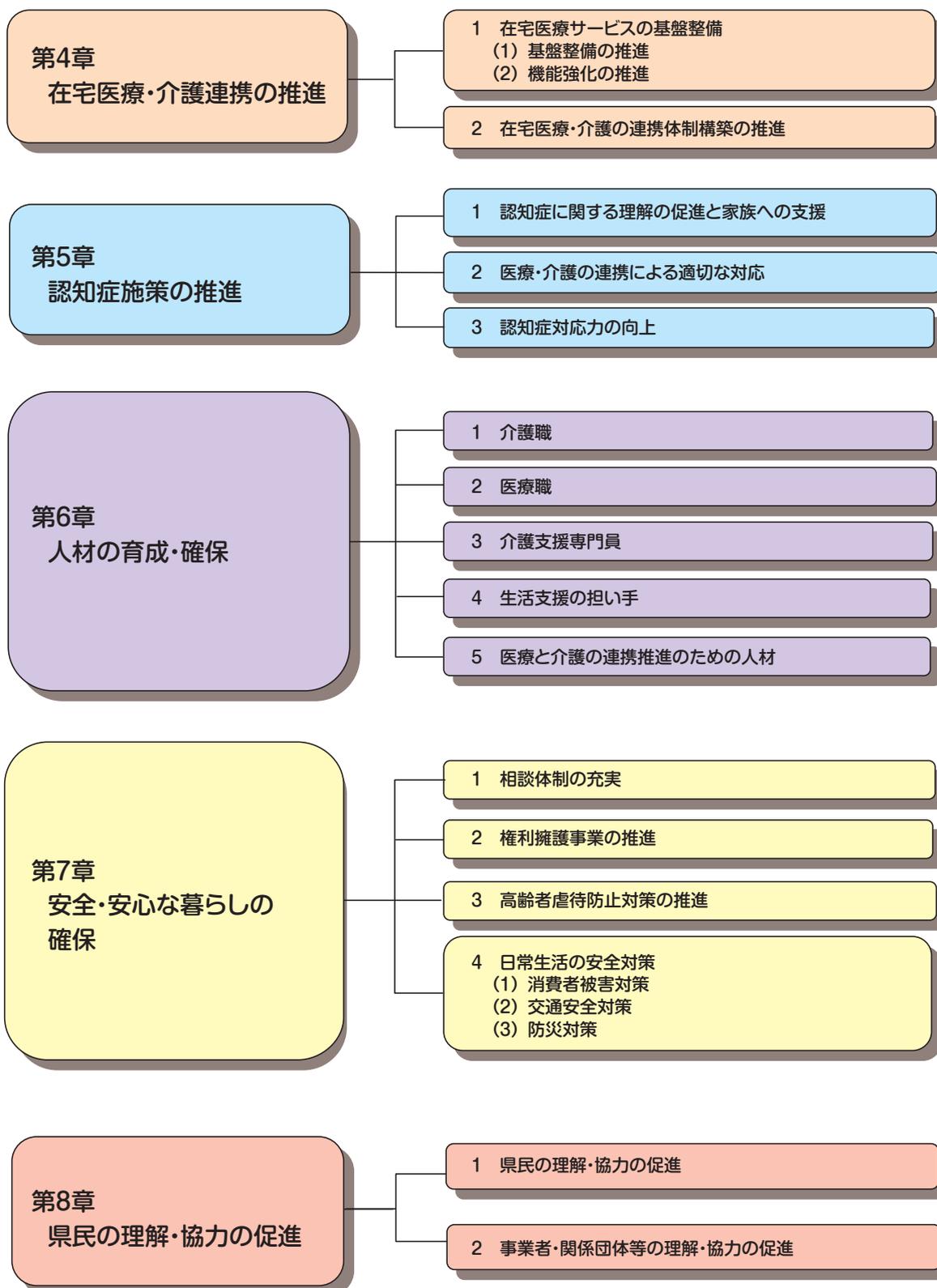
社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

（平成25年8月6日）

地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」といえる。

7 施策の体系







第Ⅱ部

各論



I 施策の方向

第1章 生きがいづくりの推進

心身の状態にかかわらず、生きがいを持って暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者が、これまで培ってきた知識や経験を生かし、自己実現が図られるよう、多様な社会活動への参加や就業機会の確保、学習機会の提供に努めます。

〔施策の体系〕

1 社会活動への参加促進

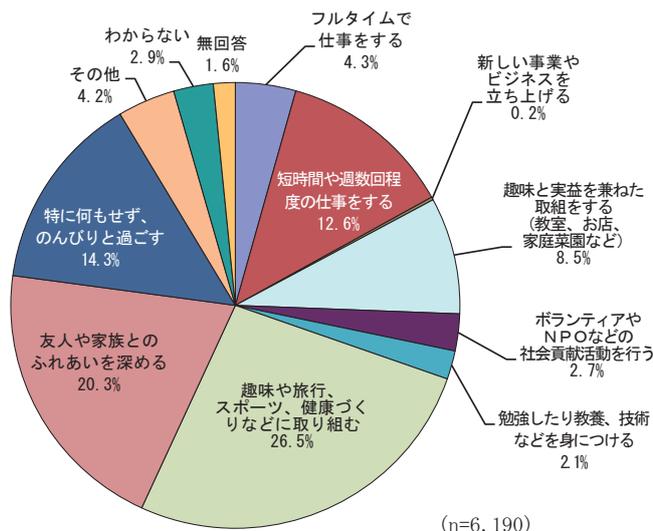
2 就業機会の確保

3 学習機会の提供

「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」（平成26年度県実施、以下「意識調査」という。）によると、生きがいを持ち続けるための人生の過ごし方、暮らし方について、「趣味や旅行、スポーツ、健康づくりなどに取り組む」が26.5%と最も多く、次いで「友人や家族とのふれあいを深める」が20.3%、「特に何もせず、のんびりと過ごす」が14.3%、「短時間や週数回程度の仕事をする」が12.6%でした。

〔意識調査〕

あなたは、いつまでも生きがいを持ち続けるために、どのような人生の過ごし方、暮らし方をしたいですか。

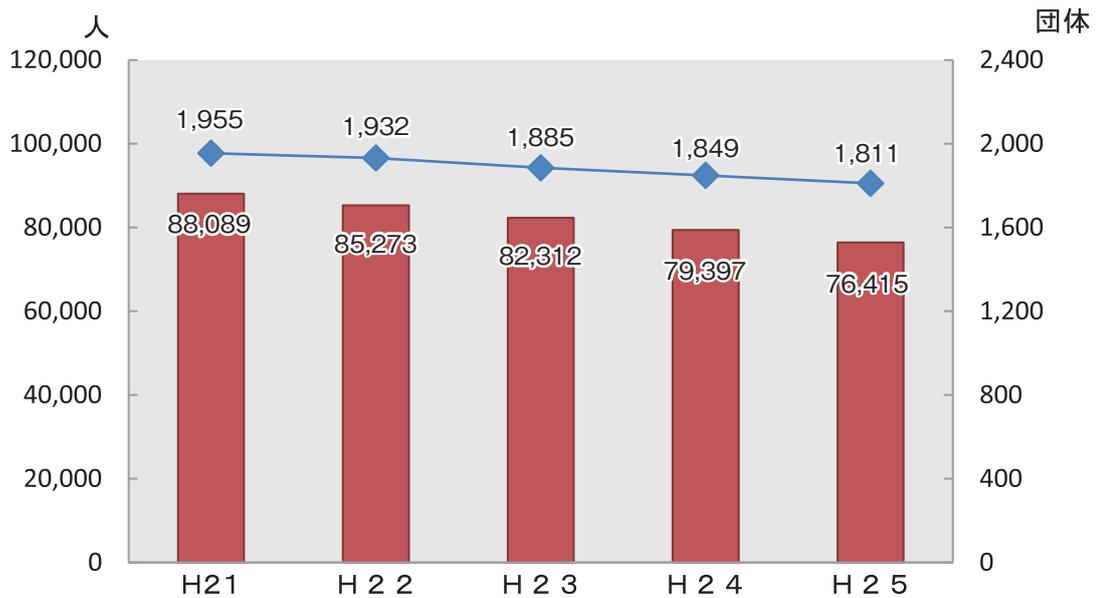


1 社会活動への参加促進

現状と課題

- 国民の4人に1人が高齢者となるなど、急速に高齢化が進展する中、「支えが必要な人」というこれまでの高齢者像を変え、社会貢献活動や就労をしたいという意欲と能力のある高齢者には、社会の支え手として活躍してもらう「生涯現役社会」の実現が求められています。このため、高齢者が生きがいを持って積極的に社会参加できる環境づくりを進めていく必要があります。
- 老人クラブは、地域を基盤とする高齢者自身の自主的な組織であり、地域のニーズに応じた様々なボランティア活動を実施するなど、高齢者の生きがいと健康づくりを進めてきました。近年、団体数、会員数ともに減少傾向にありますが、一人暮らし高齢者への友愛訪問や世代間交流の促進を目的とした文化伝承講座の開催といった地域支え合い活動を展開するなど、地域社会づくりの担い手として欠かすことのできない組織であることから、加入促進活動をはじめ、老人クラブが行う活動を支援する必要があります。
- 平成26年10月4日～7日に本県で開催された「第27回全国健康福祉祭とちぎ大会（ねんりんピック栃木2014）」では、「咲かせよう！長寿の花を 栃木路で」を合い言葉に、全国から多くの選手団が集まり、文化・スポーツ等を通して、地域や世代を超えた交流が図られました。

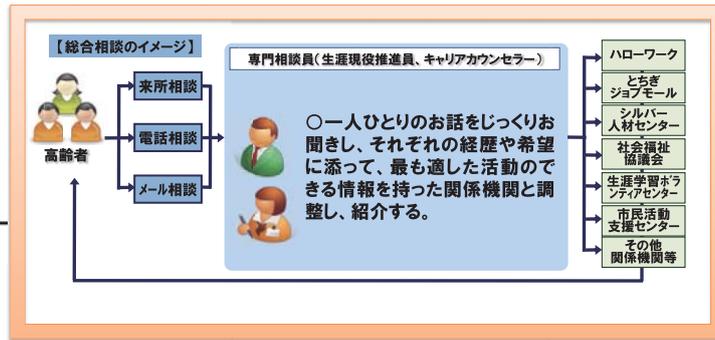
老人クラブ数及び会員数の推移



施策の方向

- 「とちぎ生涯現役シニア応援センター」(愛称「ぷらっと」)において、社会貢献活動から就労まで、多岐にわたる高齢者の社会参加ニーズにワンストップで対応し、相談や情報提供等を行うとともに、関係機関・団体等で構成する「栃木県生涯現役応援会議」等を通じ、全県を挙げて高齢者の社会参加を推進します。
- 高齢者が培ってきた知識や経験を次世代に伝えるため、高齢者が有する技能等の発表と伝承の場づくりを進めます。
- 生きがいづくり、健康づくり、仲間づくり、地域づくりを基本理念として社会活動を行っている老人クラブの活動を支援するとともに、老人クラブの組織強化を図るため、(一財)栃木県老人クラブ連合会(愛称「栃木いきいきクラブ」)の活動を支援します。
- 高齢者の文化・スポーツ等を通じ、世代間の交流や生きがい、健康づくりを促進するため、「ねんりんピックとちぎ」を毎年度開催するとともに、「全国健康福祉祭」に本県選手団を派遣します。

とちぎ生涯現役シニア応援センター（愛称「ぶらっと」）の仕組み



0

地域文化伝承館の様子



「ねんりんピック栃木2014」開会式の様子

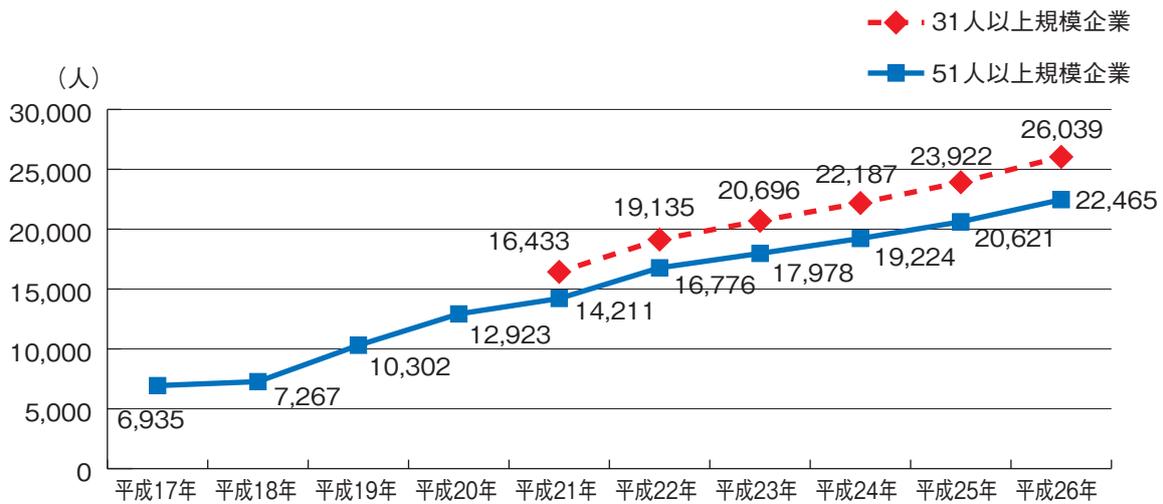


2 就業機会の確保

現状と課題

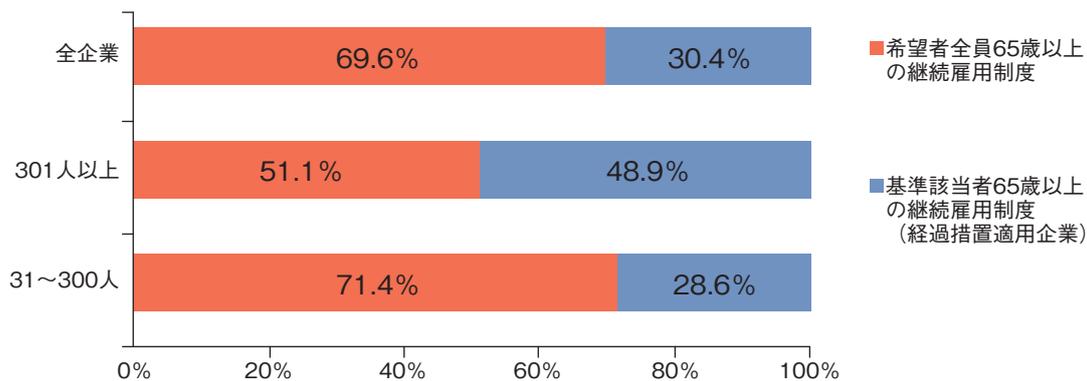
- 60歳以上の常用労働者数は、年々増加傾向にあり、就業意欲を持つ高齢者の就業ニーズに応える取組を推進する必要があります。
- 希望者全員が65歳以上まで働ける企業等の割合も、年々増加傾向にあり、年齢に関わりなく働くことができる企業の普及等に向けた取組を推進する必要があります。
- シルバー人材センターは、高齢者への多様な就業機会の提供を通じて、生きがいと健康づくりの実現や社会参加の促進に寄与していますが、会員数及び受注額は、ここ数年減少傾向にあります。このため、会員数や受注件数が増加するよう、新規就業分野の開拓や会員を対象とした技能講習の充実などに努める必要があります。

60歳以上の常用労働者の推移



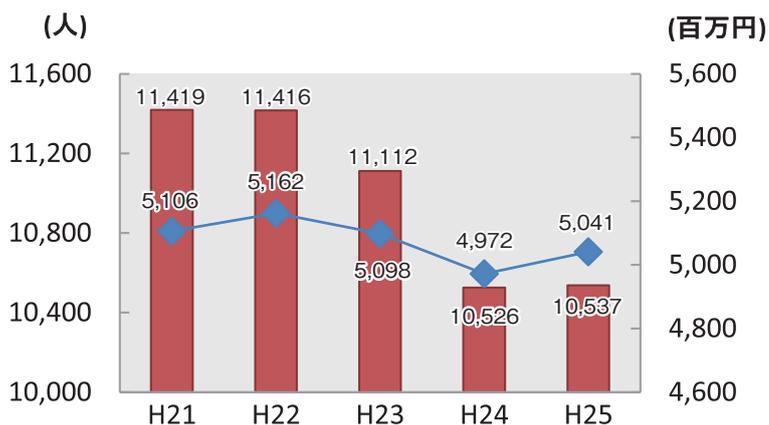
栃木労働局調（平成26年6月1日現在：60歳以上の常用労働者の推移）

継続雇用制度の内訳



栃木労働局調（平成26年6月1日現在：継続雇用制度の内訳）

シルバー人材センター活動状況

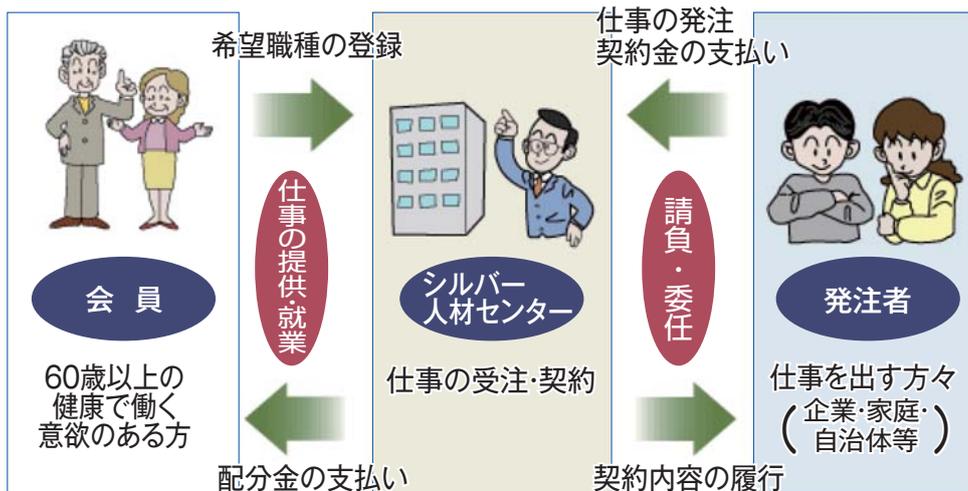


施策の方向

- 「とちぎ生涯現役シニア応援センター」（愛称「ぷらっと」）及び「とちぎジョブモール」において、キャリアカウンセラーによる就業相談や再就職に向けたセミナー等により、就業意欲のある高齢者等の就労を支援します。
- 栃木労働局等と連携し、年齢に関わりなく働くことができる企業の普及に向けた支援や高齢者の雇用問題について、理解と協力の呼びかけを進めます。

- 地域社会の福祉の向上や活性化に貢献している市町のシルバー人材センターに対し、新たな就業分野の開拓、会員の技能向上を目的とした講習会の開催などを通じて助言や指導を行う（公財）栃木県シルバー人材センター連合会の活動を支援します。
- 栃木労働局が実施する「シニアワークプログラム地域事業」への参画等を通じ、企業等への雇用による就業を希望する高齢者を支援します。

シルバー人材センターの仕組み



シルバー人材センターの仕事内容（イメージ）

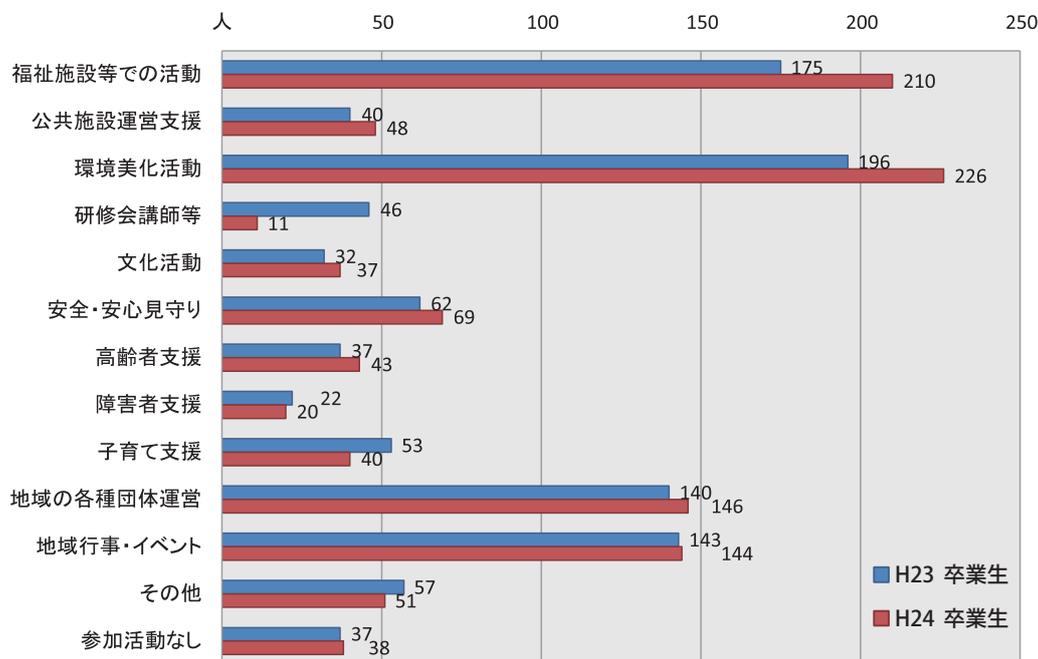


3 学習機会の提供

現状と課題

- 「とちぎ県民カレッジ」において、県の各施設や市町の公民館などで開催されている講座及びセミナー等の情報を総合的に提供しています。
- 総合教育センター内の「学習情報センター」及び「生涯学習ボランティアセンター」において、学習活動や生涯学習ボランティアに関する相談を実施しています。
- 「シルバー大学校」では、在校生及び卒業生がボランティア活動に円滑に参加できるよう、1年次前期から地域活動に関する学習や交流の輪を広げる学習等を実施しているほか、クラブ活動なども活発に行われ、趣味や仲間づくりにも役立っています。
- 「シルバー大学校」の卒業生は、大学校で学んだ知識や経験を活かした地域社会活動を行っていますが、老人クラブなど既存の団体・組織と連携した取組などの多様な活動が期待されています。

シルバー大学校卒業生の社会参加状況



【平成24年10月、平成25年8月調査】

施策の方向

- 「とちぎ県民カレッジ」において、高齢者のニーズを捉えた主催事業を実施することにより、高齢者の「生きがいづくり」や「仲間づくり」につながる質の高い学習機会の提供を推進します。
- 「学習情報センター」及び「生涯学習ボランティアセンター」と「とちぎ生涯現役シニア応援センター（愛称『ぷらっと』）」等との連携を推進し、学習活動や生涯学習ボランティアに関する相談の効果的な実施を図ります。
- 地域活動を実践する高齢者を養成する「シルバー大学校」において、体系的な学習機会を提供するとともに、在校生及び卒業生が、ボランティア活動等を行えるよう、市町や老人クラブ等の団体・組織と連携した取組を支援します。
- 「シルバー大学校」において、公開講座を充実させるとともに、地域活動事例等をインターネットを通じて紹介するなど、その情報発信機能の強化を図ります。
- 国民の間に高齢者の福祉への関心と理解を深め、高齢者が自らの生活の向上に努める意欲を促すことを目的に設けられた、9月15日から21日までの老人週間において、65歳以上の高齢者に対し、県立文化施設等を無料開放します。

シルバー大学校学校祭の様子



ひとロメモ <「敬老の日」と「老人の日」>

「敬老の日」は、かつては9月15日で祝日でしたが、国民の祝日に関する法律が改正され、平成15年から9月の第3月曜日となりました。

一方、「老人の日」は平成13年の老人福祉法の改正により設けられたもので、9月15日を「老人の日」とし、それから21日までの一週間が「老人週間」とされました。

なお、「敬老の日」発祥の地として兵庫県多可郡野間谷村（現在の多可町）が広く知られています。同村では、昭和22年に第1回敬老会を開催し、翌23年に9月15日を「としよりの日」と決めました。その後、こうした動きが全国に広まり、昭和41年に国民の祝日である「敬老の日」となりました。

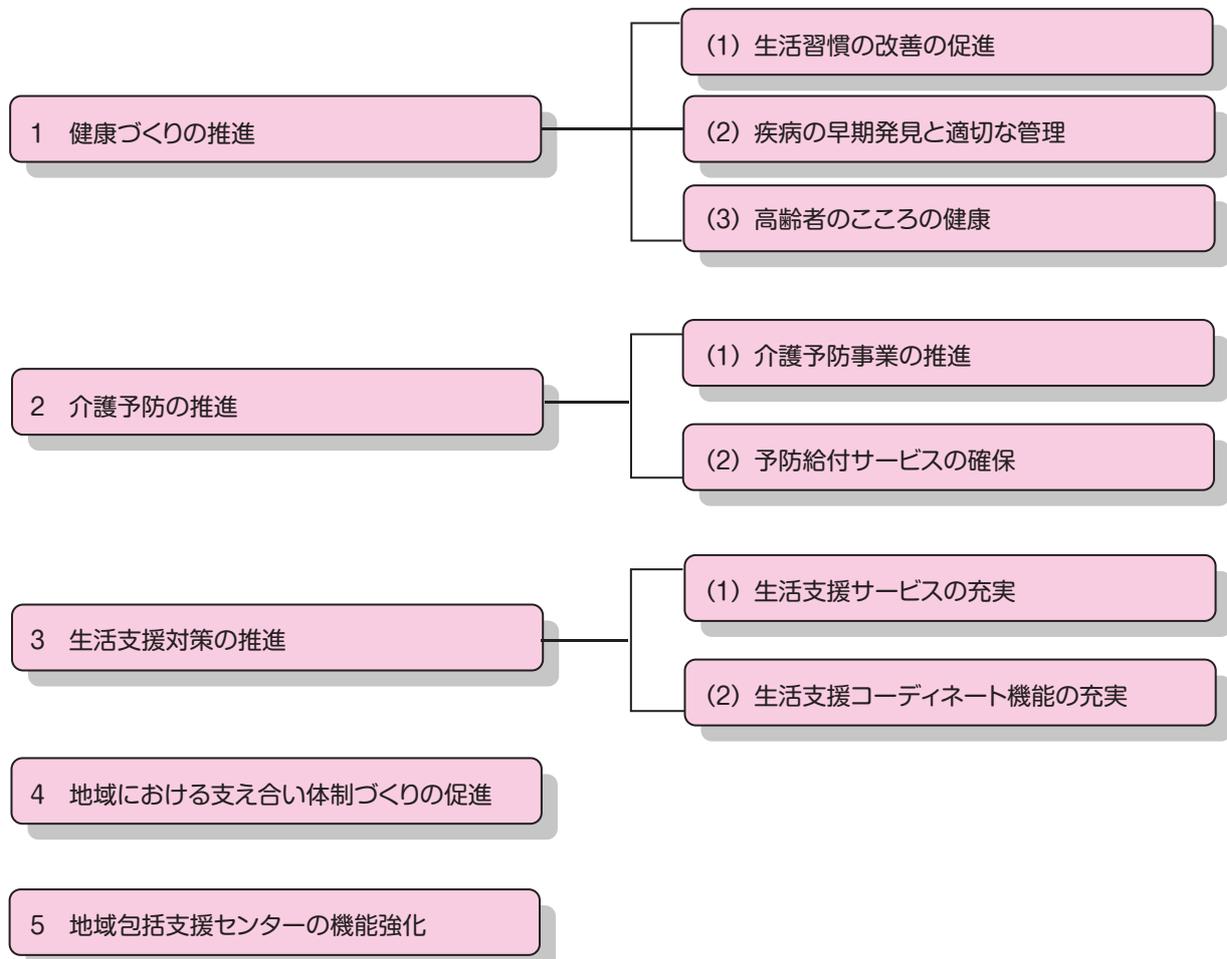


第2章 介護予防・日常生活支援の推進

元気で活動的な高齢期を過ごすことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を推進するほか、高齢者の生活を身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進します。

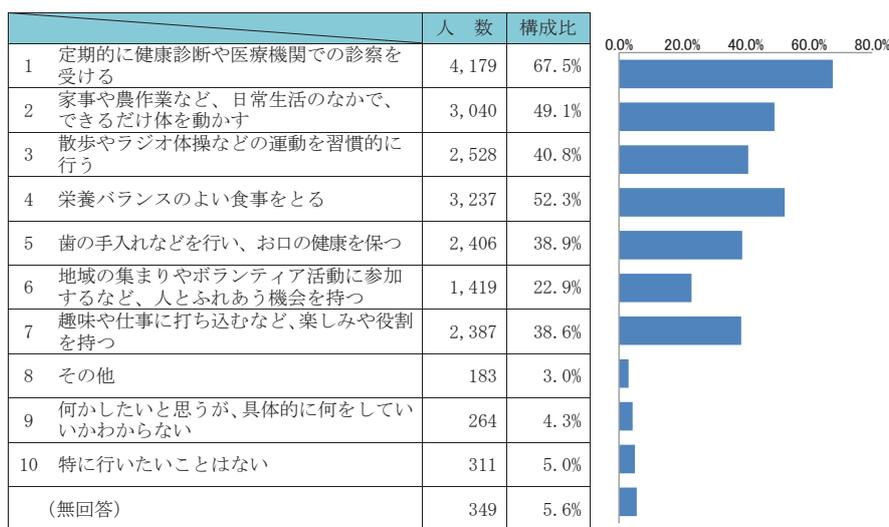
〔施策の体系〕



「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、健康を維持したり、自立して暮らすためにどのような事を行いたいかについて、「定期的に健康診断や医療機関での診察を受ける」が67.5%と最も多く、次いで「栄養バランスのよい食事をとる」が52.3%、「家事や農作業など日常生活のなかでできるだけ体を動かす」が49.1%、「散歩やラジオ体操などの運動を習慣的に行う」が40.8%、「歯の手入れなどを行い、お口の健康を保つ」が38.9%でした。

〔意識調査〕

あなたは、体や心の健康を維持したり、できるだけ介護を受けないで自立して暮らすためにどのような事を行いたいですか。〔複数回答〕



(n=6,190)

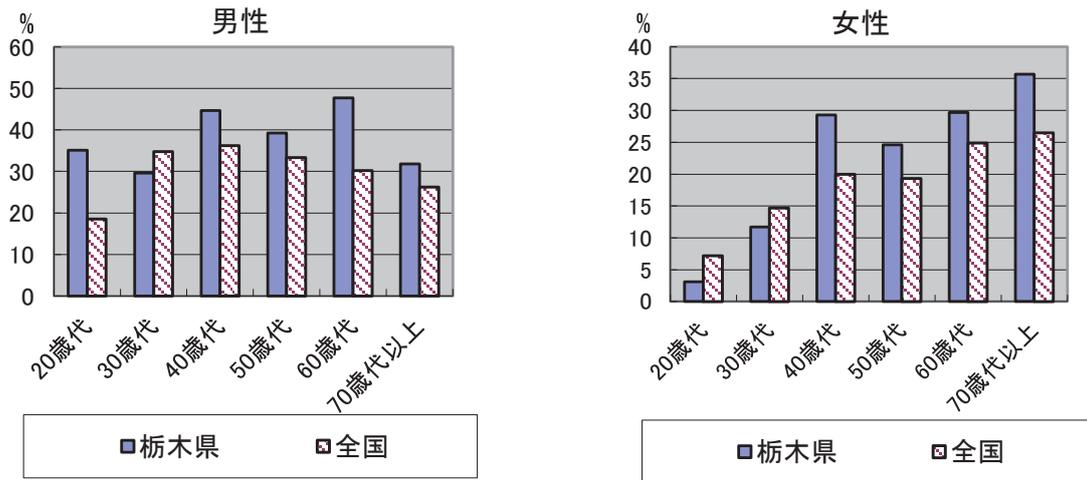
1 健康づくりの推進

(1) 生活習慣の改善の促進

現状と課題

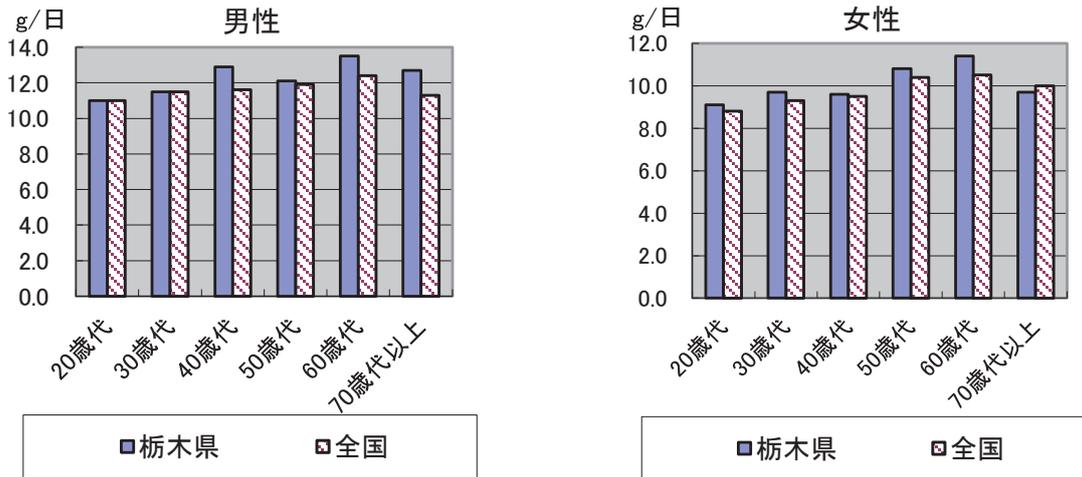
- 県民の平均寿命は、男性79.06年、女性85.66年（平成22年）で、それぞれ全国第38位、第46位です。また、健康寿命は、男性70.73年、女性74.86年（平成22年）で、それぞれ全国第17位、第5位です。平均寿命と健康寿命の延伸に向け、高齢者の健康づくりを社会全体で支えていくことが必要です。
- 加齢に伴い、身体機能の低下や基礎疾患の悪化が起りやすくなることから、生涯にわたりいきいきと豊かな人生を送るためには、栄養不足を解消し、運動器機能や歯と口腔の健康を維持していくことが重要です。
- 本県の高齢者における肥満者の割合や食塩の摂取量、喫煙率は、全国と比較して高い状況です。生活習慣病の発症予防のためには、健全な食生活の実践や身体活動の増加、禁煙等、生活習慣の改善を促進していくことが必要です。

肥満者の割合



栃木県：平成21年度県民健康・栄養調査 全国：平成22年国民健康・栄養調査

食塩摂取量



栃木県：平成21年度県民健康・栄養調査 全国：平成22年国民健康・栄養調査

日常生活における歩数 (65歳以上)

	栃木県	全国
男性	5,474 歩	5,628 歩
女性	3,848 歩	4,584 歩

栃木県：平成21年度県民健康・栄養調査 全国：平成22年国民健康・栄養調査

60歳で24歯以上、80歳で20歯以上の歯を有する者の割合

		栃木県	全国
男性	60歳で24歯以上	50.6%	53.7%
	80歳で20歯以上	28.1%	29.4%
女性	60歳で24歯以上	54.7%	58.5%
	80歳で20歯以上	20.9%	24.9%

栃木県：平成21年度県民健康・栄養調査 全国：平成21年国民健康・栄養調査

施策の方向

- 県民の平均寿命と健康寿命を延ばし、生涯にわたり健康でいきいきと暮らせるよう、市町や関係団体等との幅広い連携により健康づくり県民運動を推進し、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備を進めます。
- 高齢者が自らの健康状態に応じた食事ができるよう、食生活改善推進員等との連携による食生活指導の充実や、ヘルシーグルメ推進店の普及等により環境づくりに取り組みます。また、喫煙の健康影響について啓発するとともに、受動喫煙防止に向けた環境づくりを進めます。
- 「歩く」ことに代表される日常生活での身体活動の重要性やロコモティブシンドロームの予防について啓発するとともに、ウォーキングコース「とちぎ健康づくりロード」の選定などを通じて、運動習慣の定着に努めます。また、市町や関係団体等と連携し、高齢者の外出を促すようなスポーツやボランティア活動などを促進します。
- 歯や口腔の健康が全身の健康の保持増進や生活の質の維持向上に重要であることから、関係団体等と連携し、咬む、飲み込むなどの機能を維持するため、医療従事者向けの研修を実施します。また、歯と口腔の疾病や嚥下性肺炎を予防するため、歯磨きや義歯の手入れなど口腔ケアの普及を図ります。

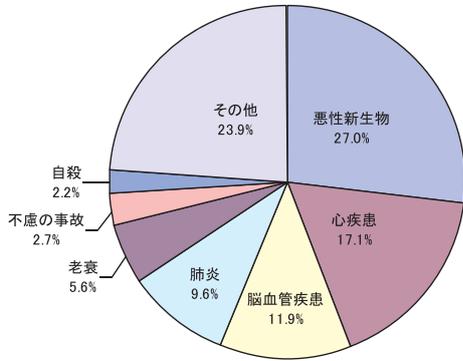
(2) 疾病の早期発見と適切な管理

現状と課題

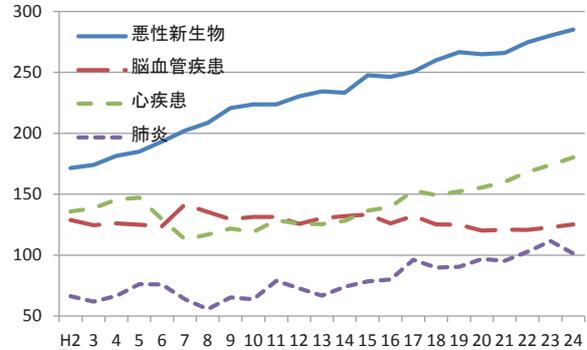
- 本県では、がん（悪性新生物）、心臓病、脳卒中の三大生活習慣病が県民の死因の約6割を占めています。また、これらの基礎疾患となる糖尿病も増加しており、こうした疾病の重症化を防ぐためには、県民一人ひとりが日々の健康管理に留意するとともに、疾病の早期発見・早期治療に努める必要があります。
- 高齢者は、加齢とともに体温調節や免疫等の機能が低下するため、熱中症になりやすく、肺炎などが重症化しやすい等の特徴があります。高齢者に多く見られる疾病の特徴等について、県民の理解を促す必要があります。

- 高齢者が抱える生活習慣病等の疾病の多くは、長期にわたる管理を必要とします。このため、高齢者が身近な地域で安心して生活を送ることができるよう、地域の療養環境を整備することが求められています。

平成24年 死因の状況



主要死因死亡率（人口10万対）の年次推移



がん検診受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
栃木県	37.2%	38.3%	34.1%	37.9%	40.3%
全国	32.3%	24.7%	26.0%	37.7%	39.1%

栃木県：平成21年度県民・健康栄養調査

全国：平成22年国民生活基礎調査

特定健康診査・特定保健指導実施率

	特定健康診査	特定保健指導
栃木県	40.7%	19.1%
全国	44.7%	15.0%

栃木県：平成23年厚生労働省保険局提供データ

全国：平成23年厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）」

施策の方向

- 県民が日々の健康を適切に管理し、また、疾病の早期発見や早期治療につなげられるよう、かかりつけ医を持つことや、がん検診、特定健康診査等を定期的に受診することの重要性について、啓発に努めます。
- 高齢者は症状が出にくいなどの特徴があるため、周囲の人が高齢者の健康状態に気を配り、異常に気付いた際には早めに受診を促すとともに、治療を継続する重要性について、市町や関係団体等と連携して啓発に取り組みます。
- 県民が病状に応じた適切な医療を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした医療・介護・福祉の連携体制の構築を推進します。

(3) 高齢者のこころの健康

現状と課題

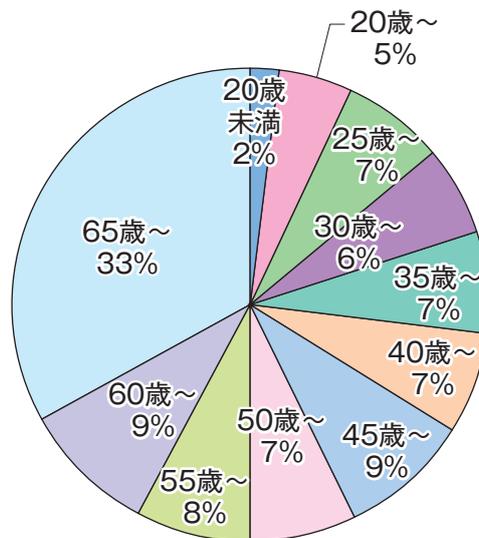
- こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件であり、生活の質に大きく影響するものです。

また、社会で健やかなこころを支えていくためには、こころの健康を維持するための生活やこころの病気への対応を多くの人が理解し、自己と他者のために取り組むことが不可欠です。

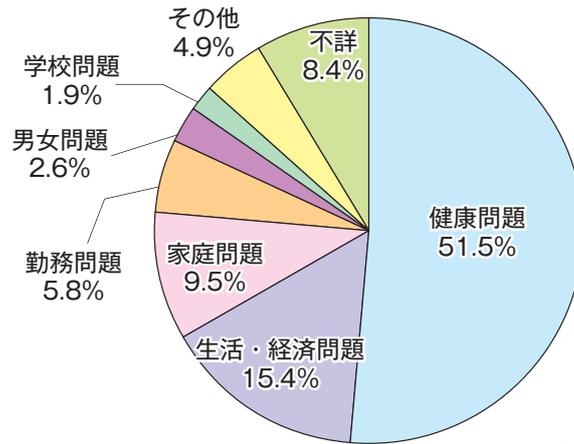
- 本県の自殺者数を年齢区別に見ると、高齢者の自殺者数が全体の約3割を占めており、原因・動機については、全年齢の合計で「健康問題」及び「生活・経済問題」が大きな割合を占めています。

そのため、悩みを抱えた方に「気づき」、早めに専門家に相談するよう「促し」、暖かく寄り添いながら「見守る」など、自殺のサインに気づいて適切に対応できる人材が求められています。

年齢区別自殺者数〔平成25年・栃木県〕



自殺の原因・動機〔平成25年・栃木県〕



※ 内閣府「地域における自殺の基礎資料」より

施策の方向

- 自分や周りの人の病気の予防と早期対応に努めるため、ストレスや精神疾患など、こころの健康に関する知識の普及啓発に取り組みます。
- 健康福祉センターや精神保健福祉センターにおける、こころの健康に関する相談体制の充実を図ります。
- かかりつけ医や介護サービス従事者等を対象に研修を実施し、自殺の危険を示すサインに気づき適切な対応のとれる人材（ゲートキーパー）を養成します。

「平成26年度こころの健康フェスティバル」における講演会の様子



2 介護予防の推進

(1) 介護予防事業の推進

現状と課題

- 高齢期になって要介護状態を招く原因は、年を重ねることによって生じる筋力の低下や、これに伴う転倒・骨折などによる「老化による虚弱」が大きな要素になっています。
住み慣れた地域で、いつまでも元気で、自分らしく、いきいきと暮らしていくためには、高齢者自身が、元気なうちから健康づくりや介護予防に取り組むことが重要です。
- これまでの介護予防事業は、健康づくりや身体機能の回復を中心に支援を行ってきましたが、趣味や社会活動等によって生きがいを感じることも介護予防に役立つことから、引き続き、介護予防の重要性について普及啓発を行うとともに、介護予防事業等の担い手としての高齢者の参加についても働きかけていく必要があります。
- これまで、一次予防事業対象者（健康な高齢者）と二次予防事業対象者（要支援・要介護になるおそれのある高齢者）に分けて実施してきた介護予防事業については、平成29年4月までに「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行し、高齢者全ての方を対象に普及啓発や予防活動の支援等を行う「一般介護予防事業」と、基本チェックリスト該当者と要支援認定者を対象に訪問型・通所型サービスその他の生活支援サービスを行う「介護予防・生活支援サービス事業」に改編されます。
- 今後は、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、単に高齢者の心身機能の改善を目指すだけでなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すことが必要になってきます。

施策の方向

- 市町において、介護予防事業が新たな「介護予防・日常生活支援総合事業」に円滑に移行し、地域の実態に応じた多様な主体の参加による適切な運営が行われるよう、市町や事業者への情報提供、県民への周知に努めます。
- パンフレットの配布や県ホームページ等により、引き続き介護予防の重要性に関する普及・啓発を進め、高齢者が自ら進んで介護予防に取り組む気運の醸成を図ります。
- 心身機能の改善を目的とした運動器や口腔などの機能向上プログラムの更なる普及を図るとともに、「地域づくりによる介護予防推進支援事業」を活用し、高齢者自身が積極的に参加・運営する通いの場などの充実を図るための取組が広がるよう、市町や高齢者に対する周知に努めます。

- 通所、訪問、住民運営の通いの場や、地域ケア会議等におけるリハビリテーション専門職等の活用を促進し、地域における高齢者の自立支援に向けた介護予防の取組を支援します。
- 市町は、高齢者の心身の状況の的確な把握に努め、それに応じた介護予防ケアマネジメントを的確に実施し、主治医や民生委員、ボランティア、NPO等と連携して、効果的な介護予防事業の実施を推進します。また、高齢者が気軽に介護予防事業に参加できるよう、身近な介護予防拠点の整備、公民館等での介護予防教室の開催、コミュニティバス等の交通手段の確保などに取り組みます。

介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)		(2) 一般介護予防事業	
○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。 ① 要支援認定を受けた者 ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)		○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。	
事業	内容	事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供	介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供	介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供	地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント	一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
		地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
 ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
 ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

地域づくりによる介護予防推進支援事業（平成26年度～）

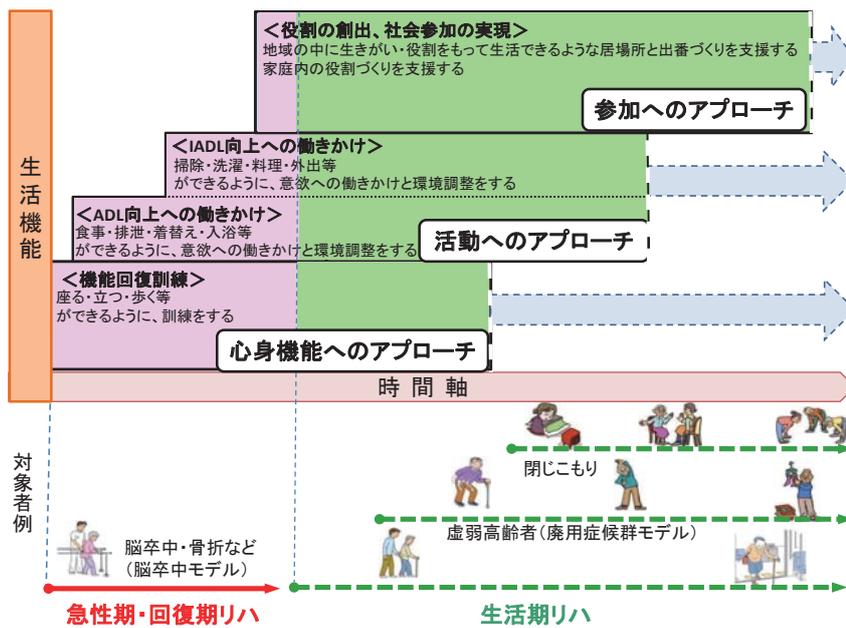
● **目的**
 これからの介護予防は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す必要がある。
 このため、市町村は高齢者人口の1割以上が通いの場に参加することを目標に、地域づくりを推進する必要がある。本事業では、市町村における地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組が推進するよう、また市町村の取組に地域間格差が生じないよう、都道府県と連携しながら市町村支援を行う。

● **平成27年度事業内容**
 都道府県が管内全市町村の介護予防の取組を支援するにあたり参考となるモデル事例及び知見を得るために、国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

● **市町村支援における役割分担**

<p>[都道府県]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アドバイザーとモデル市町村との連携調整 ・研修会の開催 ・モデル市町村における取組から得た知見を基にした管内全市町村の取組支援 <p>[広域アドバイザー]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1～2都道府県を広域的に担当 ・地域づくりによる介護予防の実践経験を活かした、具体的な技術支援 <p>[都道府県密着アドバイザー]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所在の1都道府県を担当 ・市町村担当者が地域づくりを実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援 		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 住民に対する動機付け ◆ 住民運営の通いの場の立ち上げ支援 ◆ 相談・支援（地域診断、戦略策定等） ◆ 研修の実施 ◆ 相談・支援（電話、メール） ◆ 現地での技術的助言
--	--	--

高齢者リハビリテーションのイメージ



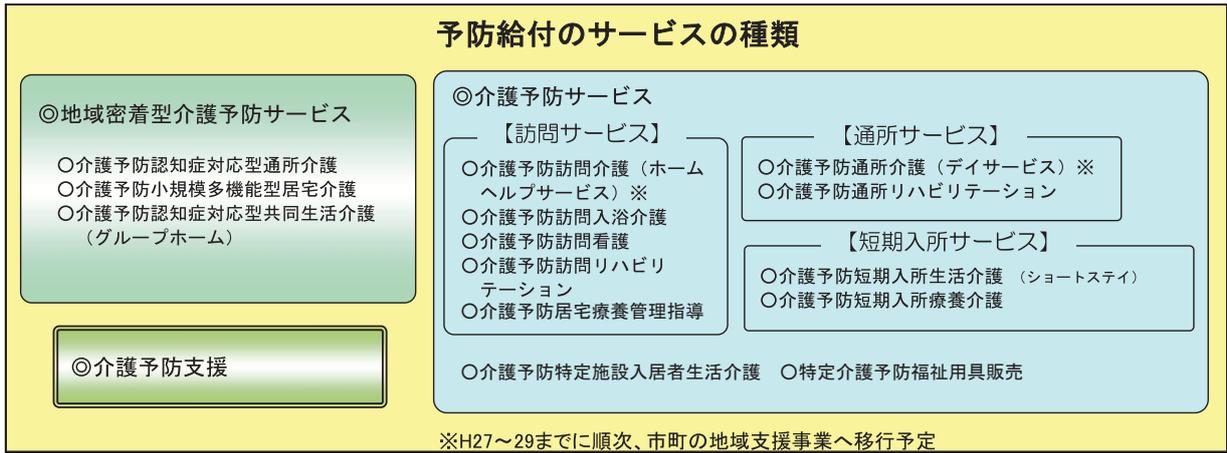
(2) 予防給付サービスの確保

現状と課題

- 介護予防を目的とした予防給付のうち、訪問介護及び通所介護は、平成29年度末までに、地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業に移行しますが、訪問看護、訪問リハビリテーション等その他のサービスについては、引き続き介護予防給付によるサービス提供が継続されます。
- 介護予防の重要性について普及啓発を図るとともに、必要な方に必要なサービスが提供されるよう、介護予防サービス事業所を適切に整備する必要があります。
- 要支援者が適切な介護予防給付を受けるためには、地域包括支援センターの職員が、適切な介護予防ケアマネジメントを行うための知識・スキル等を身につけることが必要です。

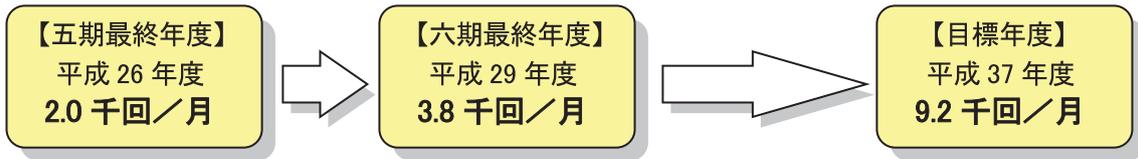
施策の方向

- 介護予防のマネジメントを行う地域包括支援センターにおいて、介護予防の重要性や適切なサービスの利用に関する普及・啓発を行います。
- 介護サービス事業者に対し、高齢者のニーズに応じた効果的かつ適切な介護予防サービスを提供できるよう、情報提供及び必要に応じた助言・指導に努めます。
- 予防給付を実効あるものとするため、市町や地域包括支援センター等の職員に対する研修等を実施し、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの適切な実施を図ります。

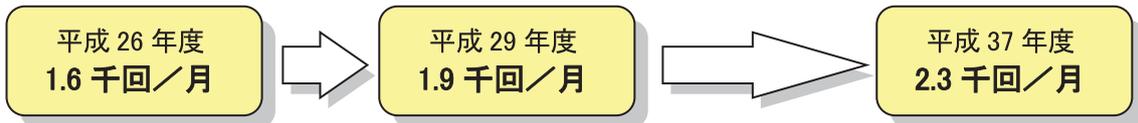


主な介護予防サービス 見込値

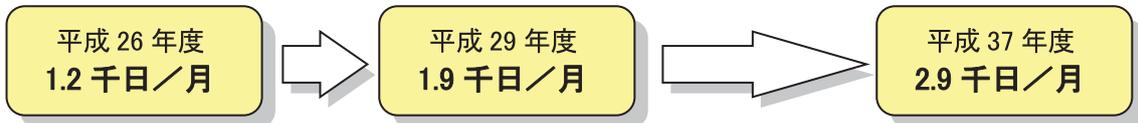
介護予防訪問看護



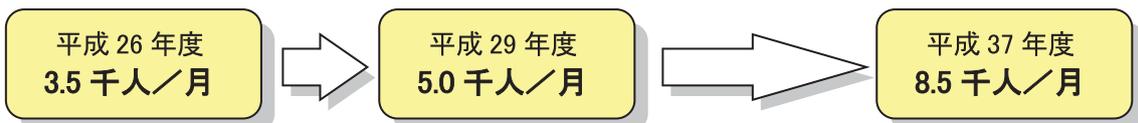
介護予防通所リハビリテーション



介護予防短期入所生活介護



介護予防福祉用具貸与



3 生活支援対策の推進

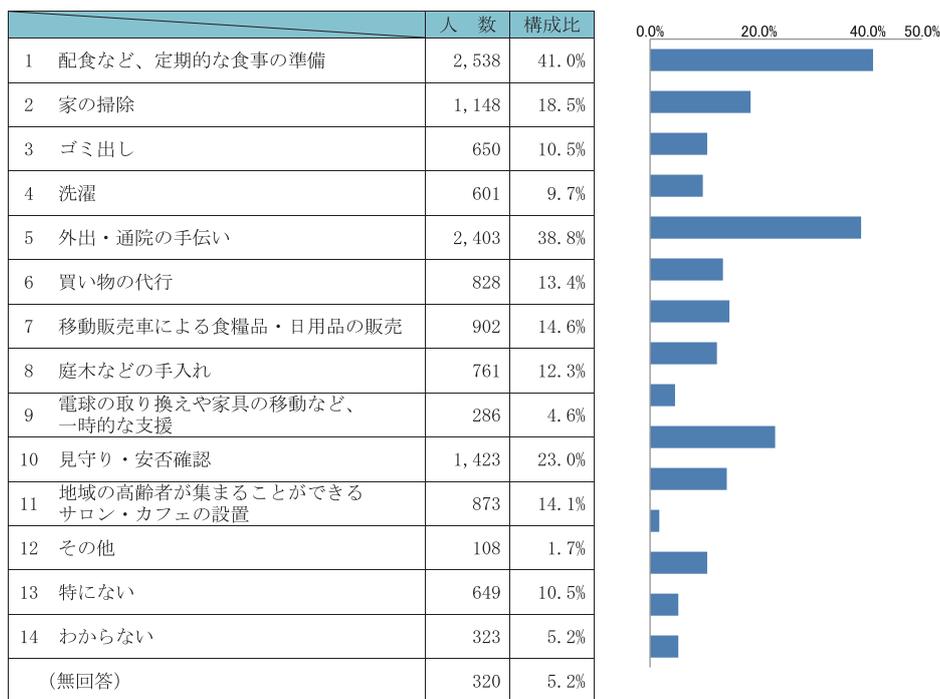
(1) 生活支援サービスの充実

現状と課題

- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、生活支援サービスとして自宅で暮らし続けていくために必要と思うものについて、「配食など、定期的な食事の準備」が41.0%、「外出・通院の手伝い」が38.8%、これに「見守り・安否確認」が23.0%と続き、食事や外出時の支援に加え、見守りといった心の支えを必要と考える方が多いことが伺えます。
- 今後、高齢者の単独又は夫婦のみ世帯の増加が予測される中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療、介護、福祉の公的サービスだけでなく、配食サービス、見守り・安否確認、家事支援等のインフォーマルな生活支援サービスが、地域の実情に応じて切れ目なく提供される環境づくりが求められています。
- 平成29年度末までに、これまで全国一律の予防給付事業であった介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、市町の地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業に移行されることになっており、市町は、生活支援サービスの担い手となるボランティア、NPO、民間企業等の地域資源の発掘・育成を図る必要があります。

〔意識調査〕

生活支援サービスとして、たとえば次のようなものがありますが、あなたが今後自宅で暮らし続けていくために、特に必要と思うものは何ですか。〔複数回答（3つまで）〕



(n=6,190)

施策の方向

- 高齢者の一人暮らしや夫婦のみの世帯に対する配食サービスの提供、緊急通報装置の貸与、通院や買い物の足となるコミュニティバスの運行などの公的福祉サービスを、市町が地域の実情に応じて提供できるよう、その取組を支援します。
- 元気な高齢者による要介護者等への支援ボランティアを奨励する「介護支援ボランティア制度」は、高齢者自身の介護予防につながる効果があることから、こうした取組が、県内全ての市町へ広がるよう、情報提供や普及啓発に努めます。
- 市町における見守り・安否確認、家事支援等のインフォーマルな生活支援サービスの提供体制整備を支援するとともに、生活支援サービスの担い手となるボランティア、NPO、民間企業等の地域資源の発掘・育成のための取組を支援します。

(2) 生活支援コーディネーター機能の充実

現状と課題

- 生活支援・介護予防サービスの体制整備に当たっては、高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する地域活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業などの多様な主体の参画が必要です。
- 生活支援・介護予防サービスの充実を図るため、市町には、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘や、地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチングなどを行うコーディネーターの設置が求められています。

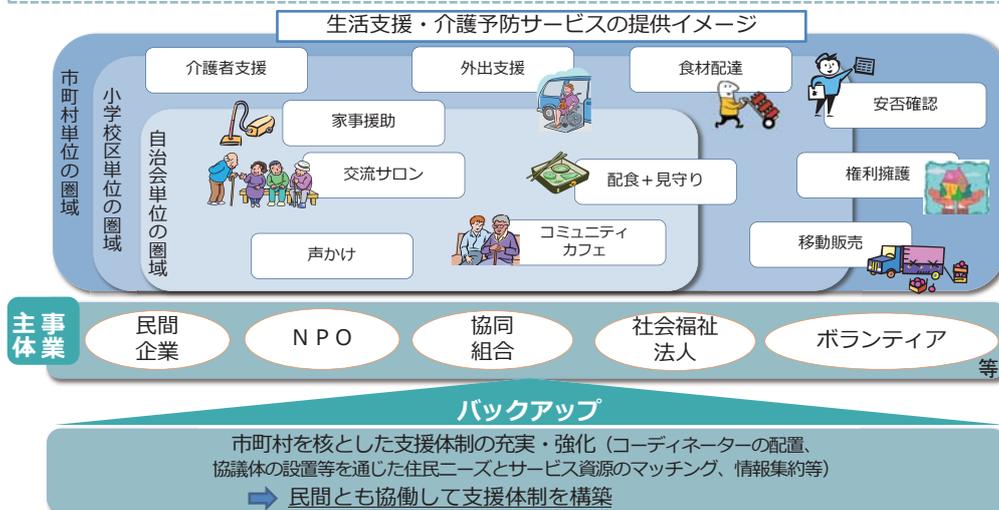
施策の方向

- 市町が主体となって行う、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発を推進するため、生活支援・介護予防サービスの提供主体等で構成するネットワークの構築を支援します。
- ボランティア、NPO等の地域における支え合い活動や生活支援サービスの担い手等を対象に研修を実施し、高齢者支援のニーズと生活支援サービス提供主体の活動のマッチングや生活支援サービスの開発等を行う生活支援コーディネーターを養成します。

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置や協議体の設置などに対する支援



4 地域における支え合い体制づくりの促進

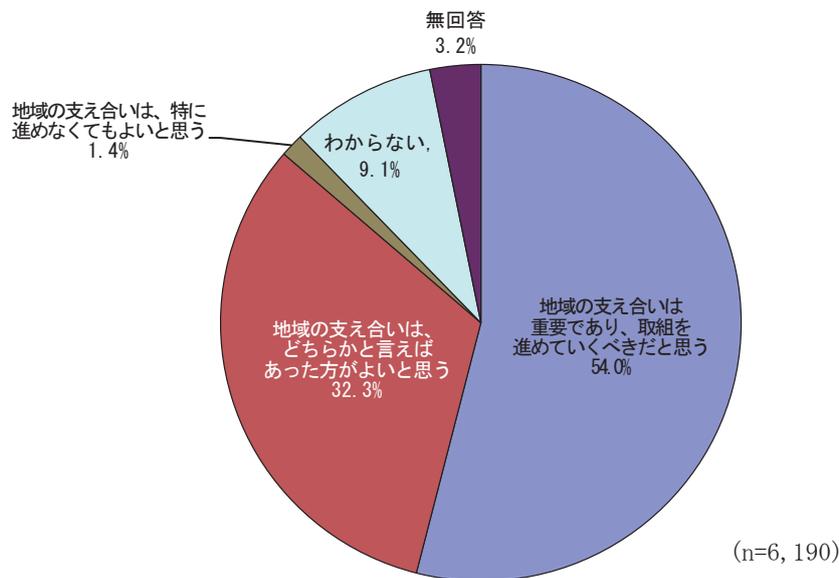
現状と課題

- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、地域における支え合いについて、「地域の支え合いは重要であり、取組を進めていくべきだ」と「地域の支え合いはどちらかと言えばあったほうがよいと思う」を合わせて86.3%と、多くの方が地域における支え合いを重要と考えています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、公的な医療、介護、福祉サービスのみならず、公的なサービスだけでは十分に対応できない日常生活における見守りや生活支援などの生活課題に対処する必要があります。
- 地域における支え合いは、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、地域団体、地域住民などの地域の様々な関係者が連携・協力して取り組むことが効果的であり、それらのネットワーク化を進めることが必要です。
- 県内では、市町や住民組織等により、地域の実情に応じた様々な支え合いの取組が行われていますが、こうした取組は、災害時の個別支援等にも役立つことから、今後、さらに、県内各地における取組を広げるとともに、内容を充実させていくことが重要です。
- 個々の見守り活動だけでなく、地域包括支援センターをはじめ、地域の関係者が相互に連携しながら高齢者世帯等の見守りを行う高齢者見守りネットワークは、活動内容や規模等の違いはありますが、県内全ての市町で構築されています。

- 高齢者等の孤立防止や生きがいづくり、介護予防等を図るため、高齢者などの地域住民が気軽に集い、仲間づくりや交流活動等を行える居場所づくりは、市町や地域住民、ボランティア、NPO等により、県内各地で取り組まれています。
- 高齢者のサロンを子どもの居場所や世代間の交流の場とするなど、幅広い世代が互いに支え合う地域社会を形成していく必要があります、そのためには、地域で暮らす人々がお互いに支え合う気持ちを、幼少期から育むことが重要です。

〔意識調査〕

「地域における支え合い」について、あなたはどのようにお考えですか。



施策の方向

- 県内外の先進的な事例の紹介等を通じ、見守りネットワークの構築や介護支援ボランティア制度の導入、公民館や空き店舗等を活用した高齢者の「通いの場」などの地域における支え合い体制づくりの取組を促進します。
- 生活関連事業者等の協力を得て、地域全体で孤立死を未然に防止し、必要に応じて、後の見守りや各種福祉サービスの利用等に向けた相談支援につなげていく「栃木県孤立死防止見守り事業（とちまる見守りネット）」の取組を充実させるとともに、各地域における高齢者等の見守り体制整備を支援します。
- 学校教育において、共に生きることの大切さや社会福祉についての理解と関心を高める福祉教育を推進し、生涯にわたり主体的・実践的に社会に関わる意欲や態度の醸成を図ります。

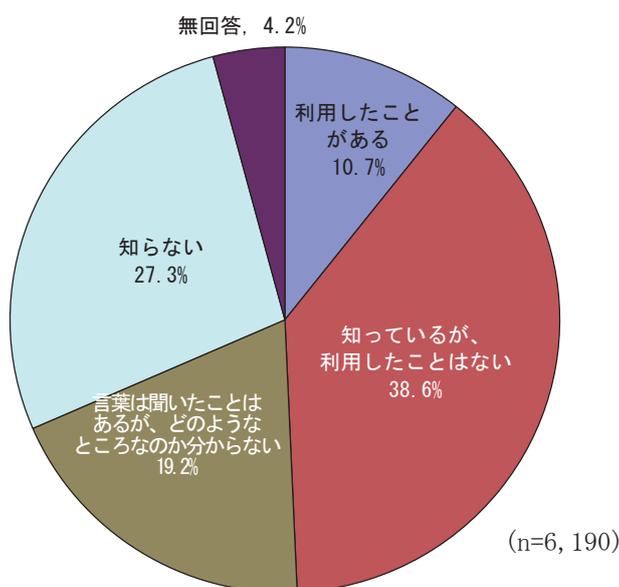
5 地域包括支援センターの機能強化

現状と課題

- 地域包括支援センターは、総合相談支援、虐待の早期発見・防止などの権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの4つの機能を有しており、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の地域包括ケアシステムの構築における中核機関として期待されています。
- 今後、慢性疾患を有する高齢者や認知症高齢者が増加することにより、医療と介護の連携や認知症への対応がさらに重要となってくることを踏まえ、地域ケア会議の効果的な実施によるケアマネジメント支援の充実を図ることが求められています。
- 地域包括支援センターは、90か所（平成27年2月1日現在）が設置されていますが、その設置数は、市町によってバラツキがあります。地域住民が身近な相談機関として利用できるよう、その充実に努めるとともに、地域住民に対してセンターの取組を幅広く周知することが必要です。
- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、地域包括支援センターの認知度について、「言葉は聞いたことがあるが、どのようなところなのか分からない」が19.2%、「知らない」が27.3%となっており、地域包括支援センターは、およそ半数の高齢者に認知されていない現状にあります。

〔意識調査〕

あなたは、地域包括支援センターを知っていますか。また、利用したことがありますか。



施策の方向

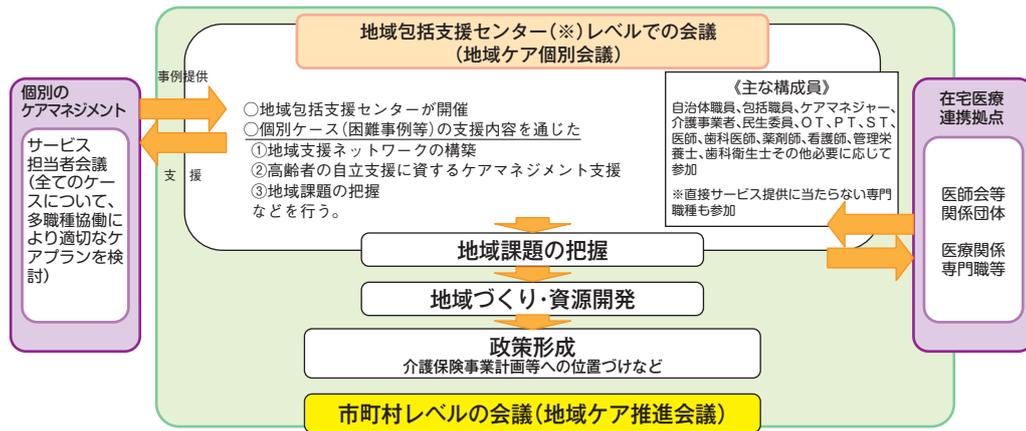
- 地域包括支援センターの役割等について広く県民に周知するほか、事業内容や運営状況に関する情報の公表を促進するとともに、住民から頼られる存在として地域に定着するよう、職員研修を実施し、機能強化を図ります。
- 地域ケア会議において、個別事例の検討を通じ、多職種協働によるケアマネジメント支援や地域のネットワーク構築、さらには地域課題の把握や新たな資源開発、市町における政策形成へとつなげることができるよう専門家派遣等の支援を行います。



地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、さらに取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者の約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)

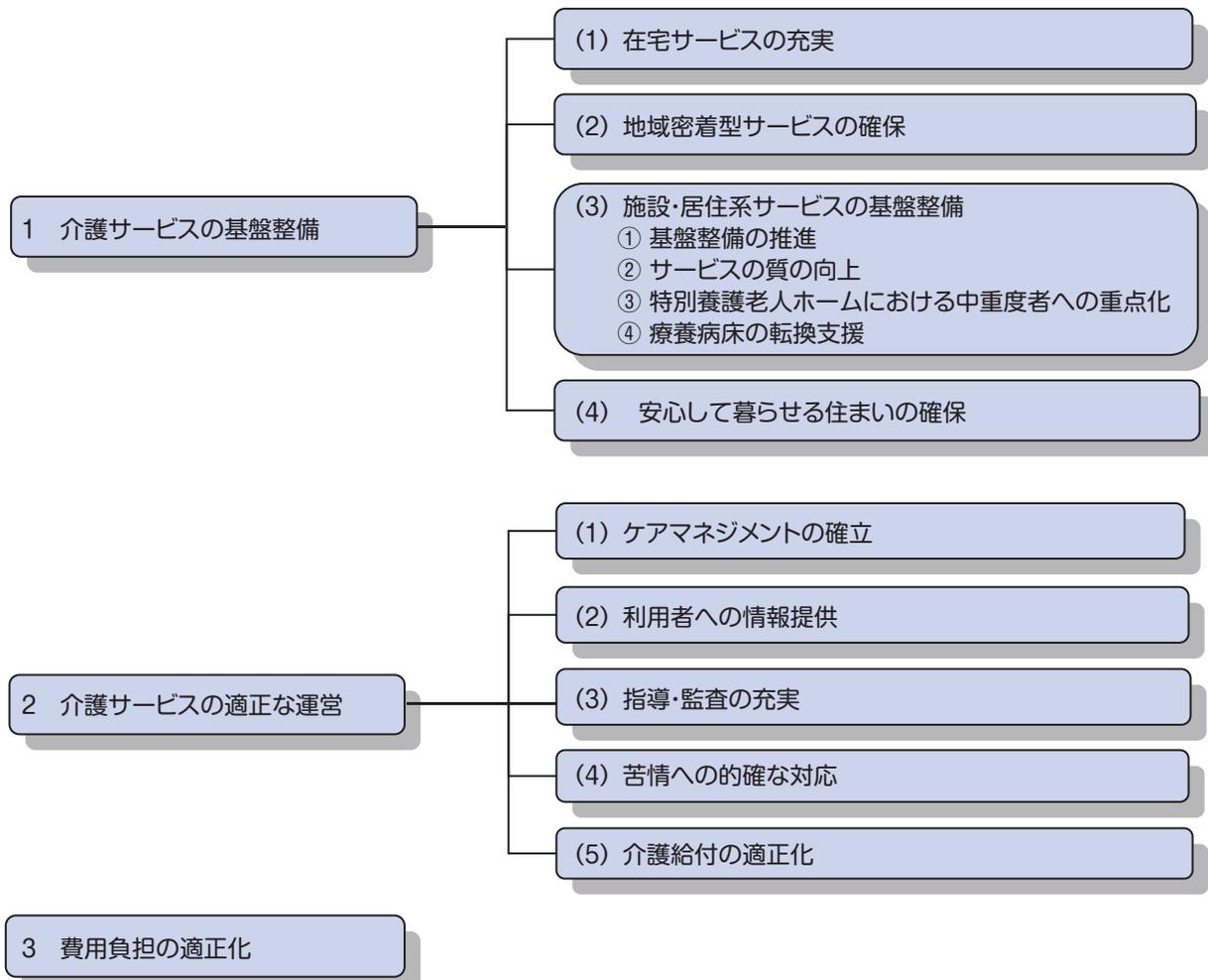


第3章 介護サービスの充実・強化

介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族の生活環境等に応じた介護サービスが確保されるよう、在宅サービスや施設サービスの基盤整備を推進するとともに、サービスの適正な運営と費用負担の適正化の取組を促進します。

〔施策の体系〕



1 介護サービスの基盤整備

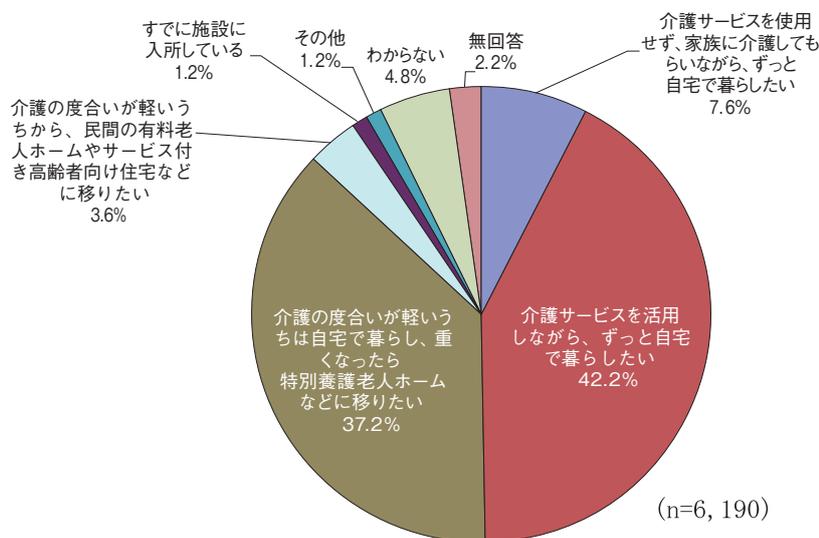
(1) 在宅サービスの充実

現状と課題

- 急速な高齢化の進展により、今後、要支援・要介護認定者数が着実に増加するとともに、在宅での療養生活の支援が必要な要介護者も増加することが見込まれています。
- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、介護が必要となった時どこで暮らしたいかについて、「介護サービスを活用しながら、ずっと自宅で暮らしたい」が42.2%、「介護サービスを使用せず、家族に介護してもらいながら、ずっと自宅で暮らしたい」が7.6%と、約半数の高齢者がずっと自宅で暮らしたいと考えています。
- 同調査によると、介護が必要となった時、自宅で暮らし続けるために必要だと思うことについて、「身体介護、入浴、リハビリなどの訪問介護サービスの充実」が58.7%、「医師等による訪問診療、看護師等による訪問看護の充実」が55.1%、「介護する家族に対する支援の充実」が51.2%と、訪問系サービスの充実に続き、家族に対する支援の充実が求められています。
- 在宅サービスを提供する事業所は、全体的には順調に増加していますが、訪問看護事業所数は全国の中でも低水準にあり、また、地域的な偏在が見られます。
- 介護保険の指定を受けた通所介護事業所等が、介護保険適用外の宿泊サービスを提供する、いわゆる「お泊りデイサービス」が増加していますが、人員、設備、運営に関する基準の整備が遅れており、行政の目が届きにくい状況にあります。

〔意識調査〕

あなたは、介護が必要になった時、どこで暮らしたいですか。

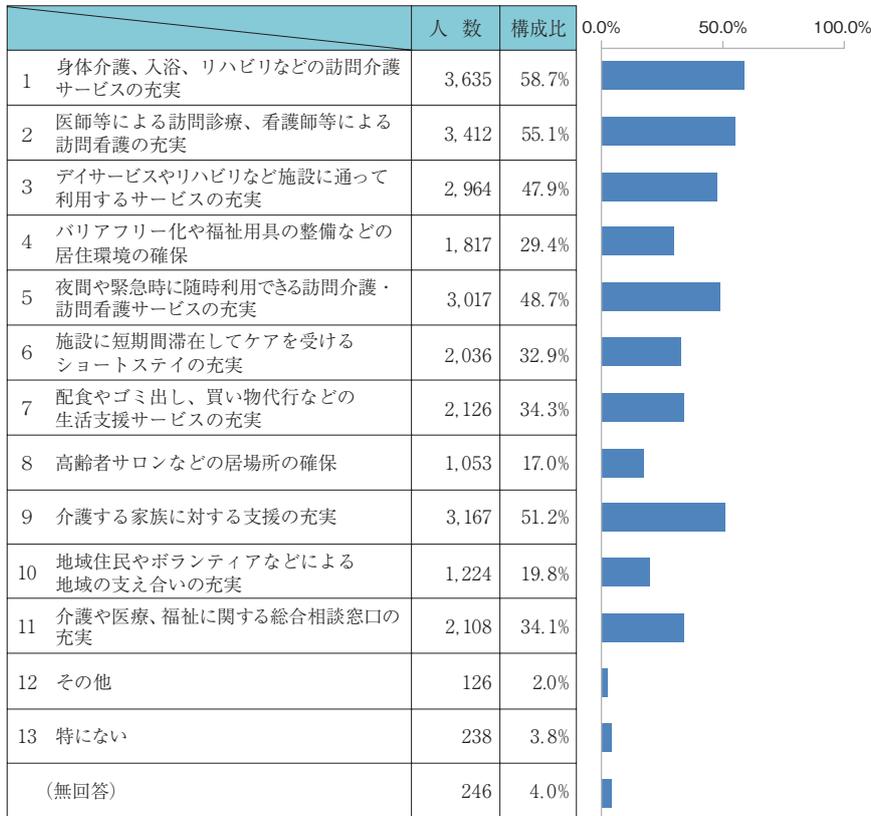


〔意識調査〕

介護が必要になった時、あなたが自宅で暮らし続けるために必要だと思うことは何ですか。

〔複数回答〕

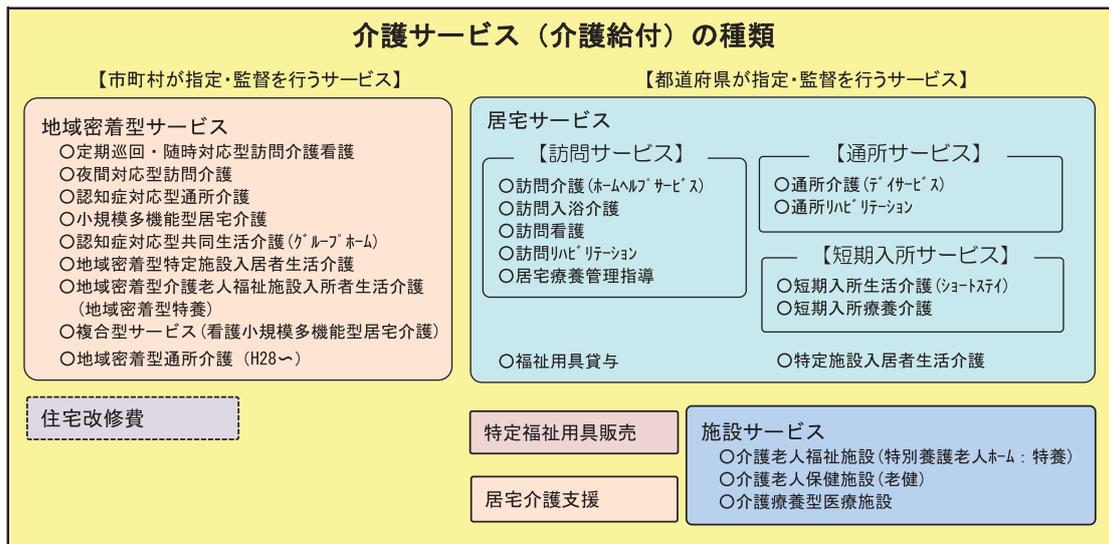
<表2-15：介護時、自宅での生活何が必要>



(n=6,190)

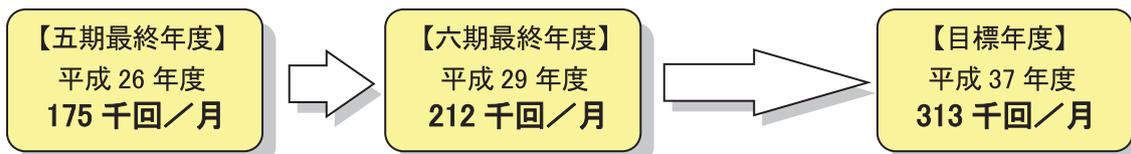
施策の方向

- 要介護者が在宅で自立した生活を継続することができるようにするとともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、訪問サービス、通所サービス及び短期入所サービスなどの各種在宅サービスの充実を図ります。
- 今後増加が見込まれる在宅での療養生活の支援が必要な要介護者に対応するため、訪問看護や訪問リハビリテーションなどの医療系サービスの充実に努めます。
- 訪問看護事業所については、設備整備等に対する助成を通じて、未設置地区への設置を促進するとともに、24時間対応体制やターミナルケアの強化を推進します。また、専門家の派遣や管理者研修等の実施により、事業所の運営強化に努めます。
- いわゆる「お泊りデイサービス」を提供する事業所に対しては、利用者の保護及びサービスの質を担保する観点から、届出や事故報告等の徹底を図るなど、国のガイドライン等に則り、適切に対応します。

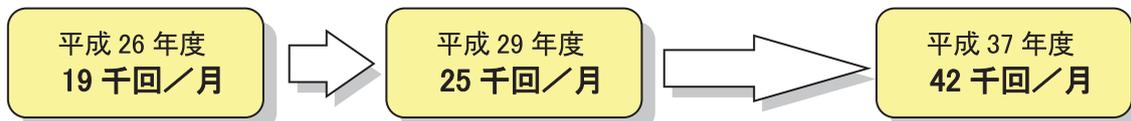


主な在宅サービス 見込値

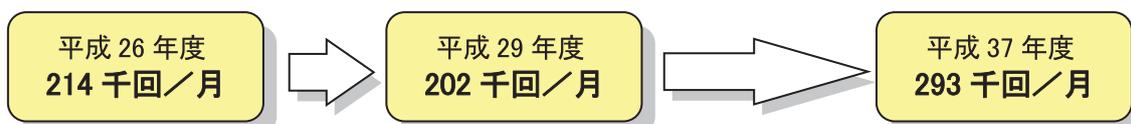
訪問介護



訪問看護



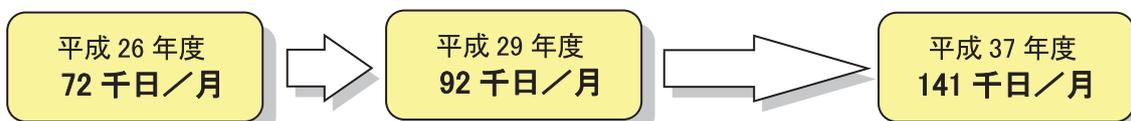
通所介護



通所リハビリテーション



短期入所生活介護



(2) 地域密着型サービスの確保

現状と課題

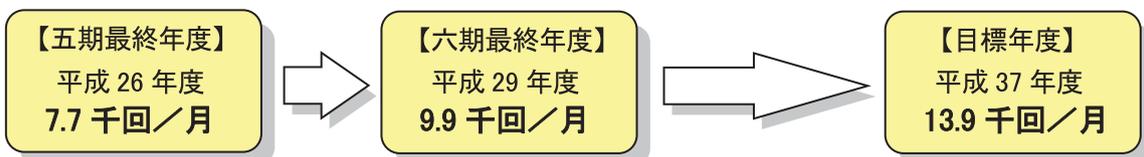
- 地域密着型サービスは、高齢者が中重度の要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるように、原則として、事業所の存在する市町の住民のみが利用できるサービスで、地域の実情に合った設置・運営が必要であるため、市町が指定・指導監督等の権限を有しています。
- 県内では、平成26年12月1日現在、小規模多機能型居宅介護は88か所が指定されていますが、看護小規模多機能型居宅介護は1か所の指定のみで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は指定がない状況です。

施策の方向

- 市町は、地域の実情や高齢者の多様なニーズに応じ、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護などのほか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護等の新しい地域密着型サービスの確保に努めます。
- 県は、市町や事業者等に対して、地域密着型サービスの制度や設置・運営事例などについて情報提供を行うなど、これらのサービスを確保するための取組を強化するとともに、地域密着型サービス事業所の計画作成担当者・管理者・代表者に対する研修等を通じて、人員配置及び運営基準の遵守徹底やサービスの質の向上に努めます。
- 地域密着型サービスは、市町が独自に介護報酬を算定することができるため、基準設定等について、担当者を対象とする研修会や指定・指導の相談を通じて、その適切な普及に努めるなど、サービスの指定権者である市町を支援します。

主な地域密着型サービス 見込値

認知症対応型通所介護



小規模多機能型居宅介護



■ 地域密着型サービスとは・・・

地域密着型サービスの種類

- ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ② 夜間対応型訪問介護
- ③ (介護予防)認知症対応型通所介護
- ④ (介護予防)小規模多機能型居宅介護
- ⑤ (介護予防)認知症対応型共同生活介護〔認知症高齢者グループホーム〕
- ⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護(小規模(定員29人以下)かつ介護専用型の特定施設)
- ⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模(定員29人以下)の特別養護老人ホーム)
- ⑧ 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
- ⑨ 地域密着型通所介護(H28～)

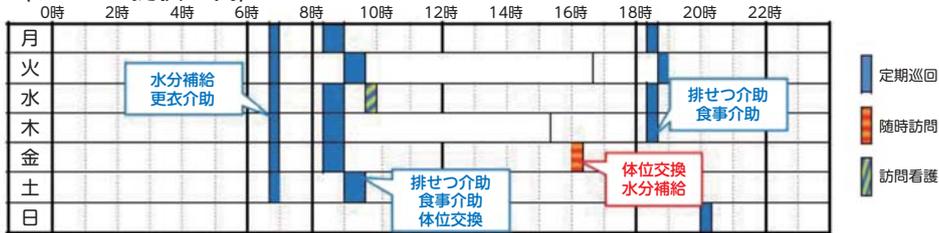
住み慣れた自宅や地域社会での生活を支援するサービス

- 1 当該市町村の住民だけが利用可能 ⇔ 市町村が指導監督
- 2 地域単位で適正なサービス基盤整備 ⇔ 市町村が日常生活圏域毎に計画的に基盤整備
- 3 地域の実情に応じた介護報酬の設定
- 4 公平・公正で透明な仕組み ⇔ 指定、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

定期巡回・随時対応サービスのイメージ



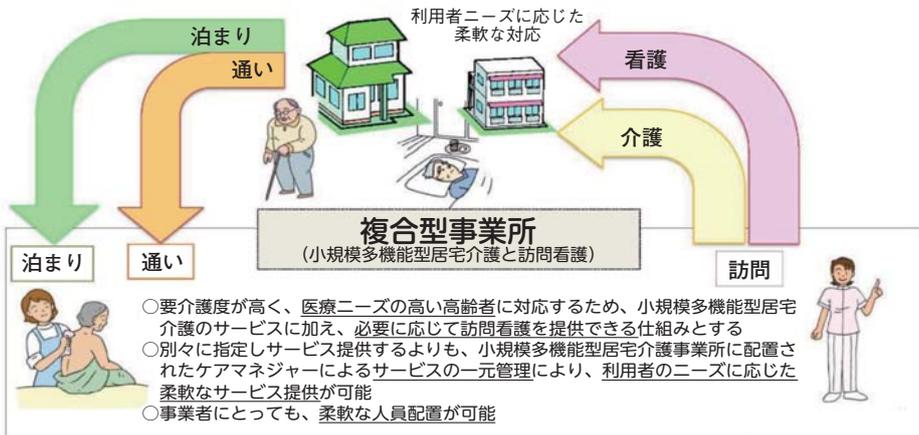
〈サービス提供の例〉



看護小規模多機能型居宅介護の概要(イメージ図)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護のサービスを組み合わせた複合型サービスを創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



(3) 施設・居住系サービスの基盤整備

現状と課題

- できる限り在宅での生活を継続したいという高齢者の希望を踏まえ、利用者や家族を支える良質な在宅サービスの充実に加え、様々な事情で在宅での生活が困難な方に対応するため、特別養護老人ホームなど施設・居住系サービスの基盤を整備する必要があります。
- 特別養護老人ホームについては、新規入所が原則として要介護3以上の方となりましたが、一方で、高齢化の更なる進展や家族の高齢化に伴う介護力の低下などにより、入所需要が高まっていることから、入所が必要な高齢者をよりきめ細かに把握した上で、必要数を整備することが求められています。
- 認知症高齢者グループホームについては、認知症高齢者が増加していることから、中軽度の要介護者を中心に、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、必要数を整備することが求められています。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設でも、できる限り自宅と同じような生活が送れるよう、施設的环境やケアの質の向上を図る必要があります。

施策の方向

① 基盤整備の推進

- 在宅での介護が難しい要介護度の高い認知症高齢者や単身高齢者等の増加等に対応するため、引き続き、特別養護老人ホームなど施設・居住系サービスの基盤整備を進めます。
- 特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホームの整備に当たっては、特別養護老人ホームへの入所申込状況調査の結果や、将来の要介護高齢者数や家族の介護力の推移、さらには、在宅サービスの普及見込やサービス付き高齢者向け住宅などの多様な住まいの整備計画等を踏まえ、計画的な整備に努めます。
また、病状が安定している要介護者に対し、在宅生活への復帰を目指しリハビリテーション等を行う介護老人保健施設についても、必要数の確保を図ります。
- 特別養護老人ホームの整備に当たっては、入所者一人ひとりの生活リズムに合わせた「個別ケア」を行うユニット型を基本としながら、多床室についても、入所者のプライバシーの確保や「個別ケア」に配慮した処遇など、一定の条件の下で整備を進めます。

特別養護老人ホーム・認知症高齢者グループホームの整備計画

特別養護老人ホーム入所申込調査結果と整備計画

(単位:人)

特養入所が必要な高齢者		整備計画		
調査結果 (H26.5.1現在)	H29年度末 推計	五期計画 (調査日以降整備)	六期計画	計
1,788	2,050	724	1,367	2,091

※伸び率 114.6%

認知症高齢者グループホーム整備計画

(単位:人)

整備計画		
五期計画 (調査日以降整備)	六期計画	計
171	306	477

主な施設・居住系サービスの目標値

(特別養護老人ホームの入所定員)



(認知症高齢者グループホームの入所定員)



(施設・居住系サービスの入所定員総数等)



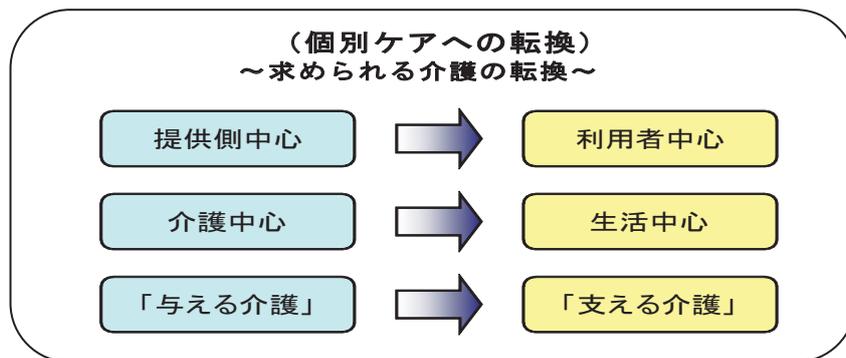
施設・居住系サービスの年度別入所定員

(単位:人)

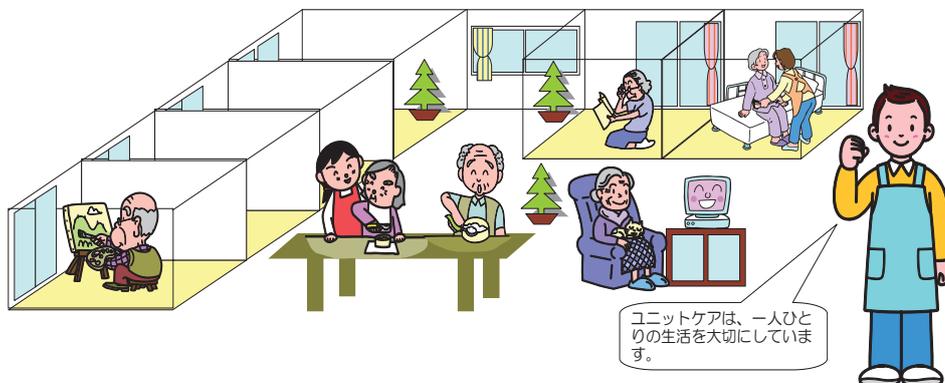
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
① 特別養護老人ホーム	9,151	9,788	10,331
② 介護老人保健施設	5,747	5,747	5,927
③ 介護療養型医療施設	516	516	516
④ 認知症高齢者グループホーム	2,301	2,436	2,508

② サービスの質の向上

- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設におけるケアについて、市町や関係団体と協力しながら、利用者一人ひとりの生活のリズムに合わせて日々の暮らしをサポートする「個別ケア」を推進します。
- 「個別ケア」を実践する上で有効な「ユニットケア」を積極的に推進するため、平成37年度までに、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の居室の50%以上、特別養護老人ホームについては70%以上がユニット型となるよう努めます。
- 「おむつゼロ」等の取組を推進し、入所者の要介護状態の悪化の防止及び軽減を図ります。また、利用者の状態に応じて、居宅介護支援事業所等との連携による在宅復帰を推進します。
- 協力医療機関等との連携により、入所者に対する医療的ケアの充実を図るとともに、介護保険施設での看取りを推進します。



《ユニットケアのイメージ》



③ 特別養護老人ホームにおける中重度者への重点化

- 特別養護老人ホームについては、新規入所が原則として要介護3以上の方となったことから、より必要性の高い高齢者が入所しやすくなるよう、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設として、機能の重点化を図ります。

④ 療養病床の転換支援

- 介護療養病床の介護老人保健施設等への転換期限は、平成30年3月末までとされていることから、転換に当たっては、助成金の交付や情報提供等により医療機関を支援するとともに、市町と連携し、入院患者とその家族等の不安を取り除くための相談体制の充実等に努めます。

(4) 安心して暮らせる住まいの確保

現状と課題

- 住み慣れた住宅での生活を希望しても、一人暮らしへの不安や家屋の構造等の理由により、住み続けることが困難となるケースもあることから、バリアフリー構造や安否確認等のサービスの付いた高齢者住宅など、高齢者が安心して暮らせる住まいを確保する必要があります。
特に、特別養護老人ホームの新規入所が原則として要介護3以上の方となったことから、これらの住宅について、比較的要介護度の低い高齢者に対応するものとして入居需要が高まることが予想されます。
- 生活に困窮する高齢者や社会的に孤立する高齢者等が増加する中、経済的な理由等から在宅での生活が困難な高齢者を受け入れる養護老人ホームや、日常生活に不安を抱く高齢者が低額な料金で必要なサービスを受けられる軽費老人ホーム（ケアハウス）については、このような高齢者の受け皿としての役割がより一層求められます。
- これらの住宅や施設に入居している高齢者が、要介護度が高くなっても引き続き居住できるよう、入居者一人ひとりの状態に応じてケアを提供するなど、サービス全体の質の向上を図る必要があります。

施策の方向

- 比較的要介護度の低い高齢者が、できる限り在宅で安心して暮らすことができるよう、バリアフリー構造や一定の面積、設備を備え、安否確認や生活相談等、生活支援サービスの付いたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの確保に努めます。
- 入居後に介護が必要となっても、施設が提供する介護サービスを利用しながら引き続き住み続けられるよう、特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けた有料老人ホーム等の混合型特定施設の計画的な確保に努めます。

- 養護老人ホームについては、措置入所が必要な高齢者の的確な把握と措置を促進するとともに、県ホームページによる広報等を通じて、軽費老人ホーム（ケアハウス）の利用を促進します。
- 既存の養護老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）についても、介護を要する入居者が増えていることから、特定施設入居者生活介護事業所としての指定を促進します。
- 良質な生活支援サービスが適切に提供されるよう、事業者からの定期報告や立入調査を通じて、サービスの提供体制や入所者処遇の状況を把握し、適切な指導に努めます。

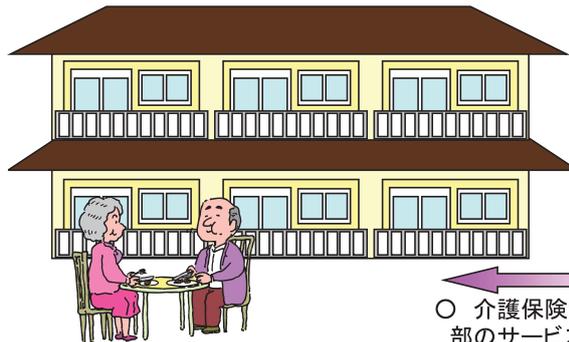
「安心して暮らせる住まい」

住 ま い：快適に生活できる居住空間や設備、周辺の環境、住み続けられる権利形態

生活支援サービス：見守り、緊急時の対応、食事の提供等

※ 介護保険サービスについては、在宅と同様利用者が選択。

イメージ



- 食事や見守りサービス、緊急時の対応等が付いています。
- 介護付きの場合もあります。

○ 介護保険サービスは、外部のサービスを利用します。

〔 混合型特定施設の定員総数 目標値
(特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けた施設) 〕

平成26年度 2,839人



平成29年度 3,379人

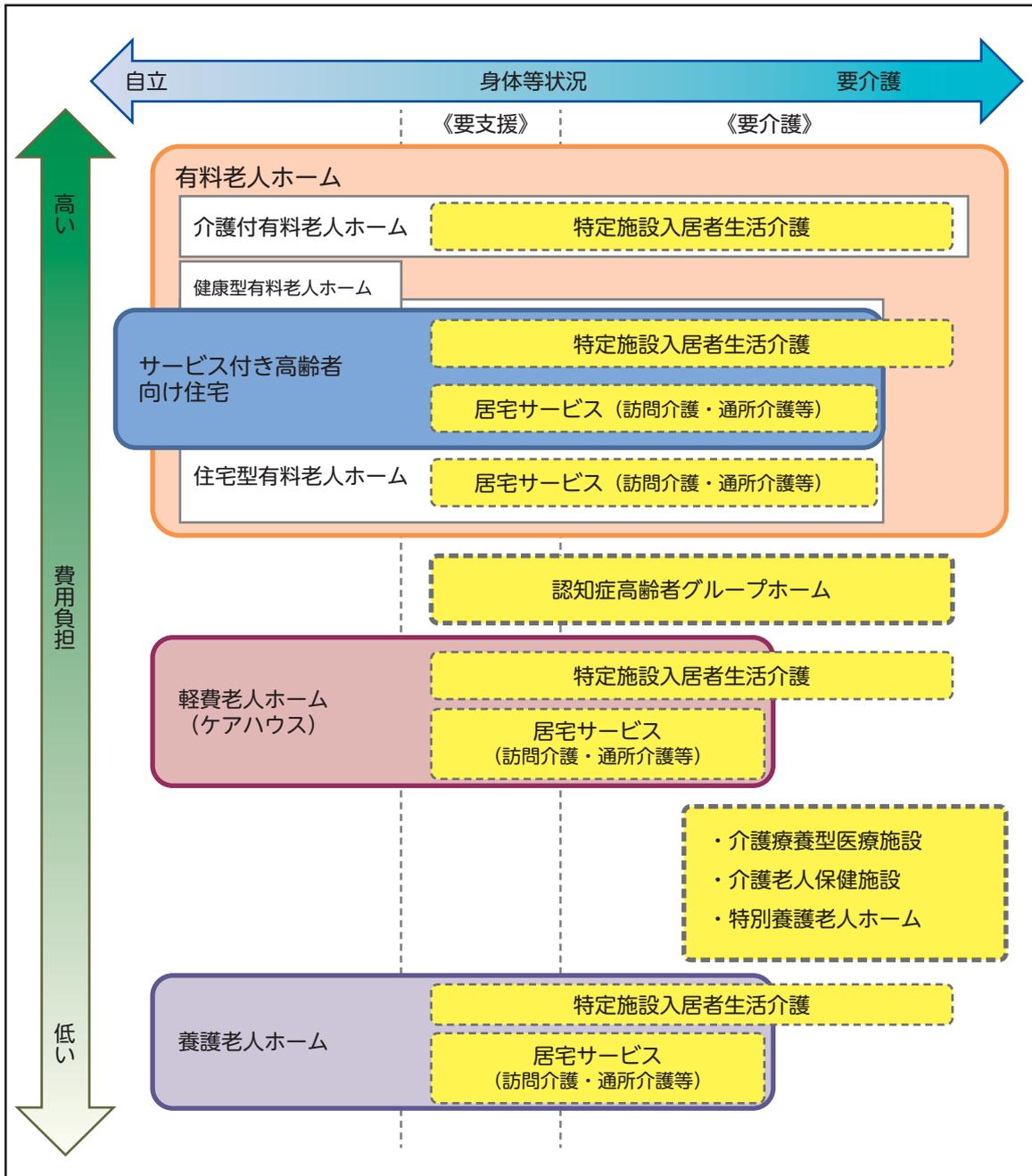
六期整備数(既存施設等の特定化含む) 540人
(内訳)
有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅 500人
ケアハウス 40人

高齢者向けの施設及び住まいの概要

類型	概要	運営事業者	入居時の目安			介護保険の利用形態	居室面積基準 (1人当たり)	
			自立	要介護 (軽)	要介護 (重)			
施設系	特別養護老人ホーム	常時介護を必要とし、かつ、居宅において常時介護を受けることが困難な要介護者のための生活施設	社会福祉法人等	×	△	○	施設が提供する介護福祉施設サービスを利用	10.65㎡以上
	介護老人保健施設	病状が安定している要介護者に対し、看護、医学的管理の下に介護・機能訓練等を行い、在宅復帰を目指すためのリハビリテーション施設	医療法人、社会福祉法人等	×	△	○	施設が提供する介護保健施設サービスを利用	8㎡以上
	介護療養型医療施設	病状が安定している長期療養患者に対し、医学的管理の下に介護・機能訓練等を行う長期療養施設	医療法人等	×	△	○	施設が提供する介護療養施設サービスを利用	6.4㎡以上
	養護老人ホーム	家庭環境、住宅事情や経済的な理由により、自宅において生活することが困難な高齢者を養護するための施設 ※ 入所は市町が措置	社会福祉法人等	○	○	△	入所者の選択により、施設が提供する特定施設入居者生活介護、又は、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	10.65㎡以上
居住系	認知症高齢者グループホーム	認知症の高齢者に対し、家庭的な環境と地域住民との交流の下、介護等を行いながら日常生活を営むための共同生活住居	社会福祉法人、株式会社等	×	○	○	施設が提供する認知症対応型共同生活介護を利用	7.43㎡以上
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	身体機能の低下により自立した日常生活を営むには不安があると認められ、家族による援助を受けることが困難な低所得高齢者のための住居	社会福祉法人等	○	○	△	入所者の選択により、施設が提供する特定施設入居者生活介護、又は、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	21.6㎡以上 (洗面、トイレ、収納、台所を除いた面積14.85㎡以上)
	介護付有料老人ホーム	食事、生活支援、介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設	主に株式会社等の民間事業者	○	○	○	施設が提供する特定施設入居者生活介護を利用	13㎡以上 (トイレ、浴室、収納、洗面を除く)
	住宅型有料老人ホーム	食事、生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設		○	○	△	入居者の選択により、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	
	健康型有料老人ホーム	食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設。介護が必要となった場合、契約を解除し退去する必要あり。		○	×	×	—	
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者の安全や利便性に配慮した構造・設備を有し、安否確認及び生活相談を必須サービスとして提供する住宅。大部分の住宅では、別途、食事の提供などのサービスの提供あり。	主に株式会社等の民間事業者	○	○	△	入居者の選択により、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	25㎡以上 (浴室・台所共用の場合、18㎡以上)	

※ 特定施設入居者生活介護：介護保険法による指定を受けた事業所が、入居する要介護者に対し、特定施設サービス計画に基づいて入浴・排泄・食事等の介護等を行い、当該施設で入居者の能力に応じて自立した生活を可能とする介護サービスです。

高齢者向けの施設及び住まいの位置付け（イメージ図）



※1 この図は、入居費用と入居者の身体状況等の視点から、各住宅及び施設の位置付けの大まかな目安をイメージ図として表したものであり、厳密には、これに当てはまらない場合もあります。

※2 特定施設入居者生活介護とは、介護保険法による指定を受けた事業所が、入居する要介護者に対し、特定施設サービス計画に基づいて入浴・排泄・食事等の介護等を行い、当該施設で入居者の能力に応じて自立した生活を可能とする介護サービスです。

※3 は、介護保険の給付対象となる施設又はサービスです。

2 介護サービスの適正な運営

(1) ケアマネジメントの確立

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送るために、個々の高齢者の心身の状況や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスが総合的・効率的に提供されるよう、包括的・継続的ケアマネジメントによる支援が重要です。
- 高齢者単独及び夫婦のみ世帯や認知症高齢者が増加する中、介護が必要な高齢者の自立した生活を支えていくためには、介護サービスや医療サービスに加えて、民生委員、老人クラブ、ボランティアの協力など、地域の関係団体及び関係者の連携が不可欠です。
- 地域包括支援センターには、包括的・継続的なケアの体制構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行う役割があります。

施策の方向

- 地域包括支援センターが核となって、介護サービス事業者、主治医、民生委員、ボランティア等とのネットワークを構築することにより、介護支援専門員が地域における様々な社会資源を効果的に活用できる環境づくりを進めます。
- とちぎケアマネジャー協会等の関係団体の協力により、介護支援専門員同士の連携を図るとともに、知識・技術と専門性を高めるための研修を実施し、介護支援専門員の資質の向上及びケアマネジメントの充実に努めます。
- 市町及び地域包括支援センターが開催する地域ケア会議の個別事例検討において、多職種協働によるケアマネジメントが行えるよう、その要望に応じてリハビリテーション職等の専門家の派遣を行います。

(2) 利用者への情報提供

現状と課題

- 介護保険制度は、「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）の尊重」を基本理念とするものであり、要支援・要介護認定者は、自らの意思により、介護サービス事業所を選択してサービスの提供を受けます。
- 利用者や家族が事業所を適切に選択できるよう、「介護サービス情報の公表制度」や外部の評価機関による評価の活用により、事業所の運営理念や設備、特色等についての情報提供を行っています。
- 情報公表制度が利用者の役に立つものとして定着するためには、制度の一層の普及・啓発を図ることに加え、利用者が活用しやすい情報を提供することが必要です。

施策の方向

- 公表された介護サービス情報が事業所の選択に有効に活用されるよう、利用者や家族に対して情報公表制度の周知を行うとともに、利用者等からの相談に応じる介護支援専門員が、公表された介護サービス情報を積極的に利用するよう、その促進を図ります。
- 事業所からの介護サービス情報の報告を徹底するとともに、必要に応じて報告内容の調査を実施し、情報公表制度が介護サービスの質の向上につながるよう取り組みます。
- 小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム及び地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスについて、地域に開かれた運営を確保するため、利用者やその家族、地域住民の代表、市町職員、地域包括支援センター職員等により構成される運営推進会議の適切な運営を図るとともに評価機関による外部評価を推進します。
- 地域密着型サービス以外の介護サービスについても、その質の向上と利用者の選択に資するため、介護サービス事業者が自発的に評価を受ける「福祉サービス第三者評価」の普及啓発を図ります。

(3) 指導・監査の充実

現状と課題

- 県と市町は、介護サービスの質の向上を図るため、介護サービス事業所・施設に対する指導・監査を実施しています。
- 介護保険制度に対する介護サービス事業者の理解不足や不注意に起因する不適切な事例が少なくないほか、違法又は不当行為による指定取消等の処分事例が、後を絶たない状況となっています。

施策の方向

- 県と市町は、介護サービス事業者の育成・支援を念頭に、サービスの質の確保・向上を目的として、集団指導及び実地指導を適切に実施します。
- 介護サービス事業者の業務管理体制の整備や運用状況を確認し、必要に応じて改善を指導するなど、法令遵守の徹底を図ります。
- 不適切なサービスの提供や不正を行う介護サービス事業者に対しては、市町、栃木県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」といいます。）などの関係機関と連携を図りながら、随時、監査を実施し、厳正な対応を行います。

(4) 苦情への的確な対応

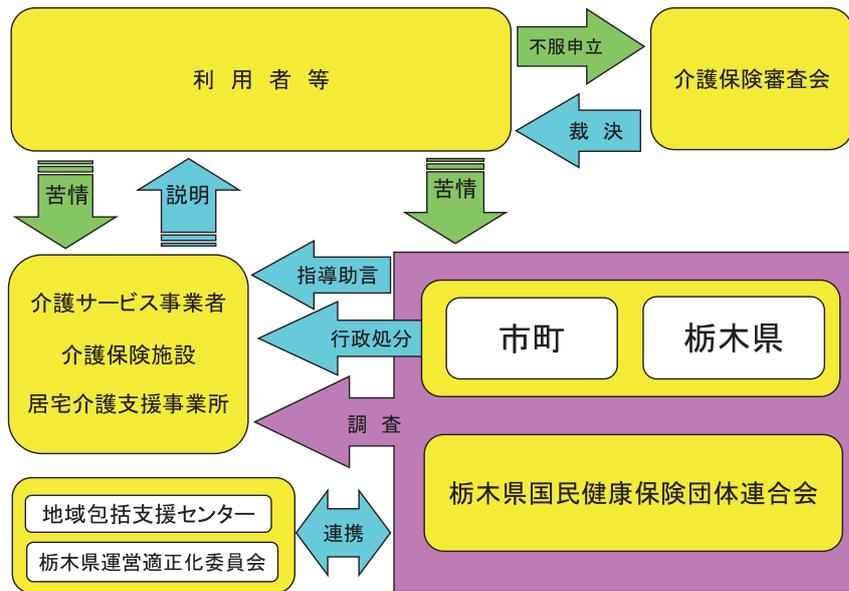
現状と課題

- 利用者やその家族から寄せられる苦情は、介護サービス事業者にとって、より良いサービスを提供するための貴重な情報です。
- 介護サービスに関する苦情について、利用者やその家族と介護サービス事業者間で解決できない場合には、保険者である市町、苦情処理機関である県国保連や県が役割を分担して解決に当たっています。

施策の方向

- 介護サービスに関する苦情について、市町、県国保連及び県が適切に役割を分担し、その解決に当たるとともに、苦情・相談窓口である県運営適正化委員会や地域包括支援センターと連携を図り、介護サービス事業者等に対して必要な助言や指導を行います。
- 市町が行う要介護認定等の処分に対する不服申立てについては、県が設置する介護保険審査会において、公正な審理裁決を行い、利用者の権利利益を保護するとともに、介護保険制度の適正な運営を確保します。

介護サービスに関する苦情処理の仕組み



(5) 介護給付の適正化

現状と課題

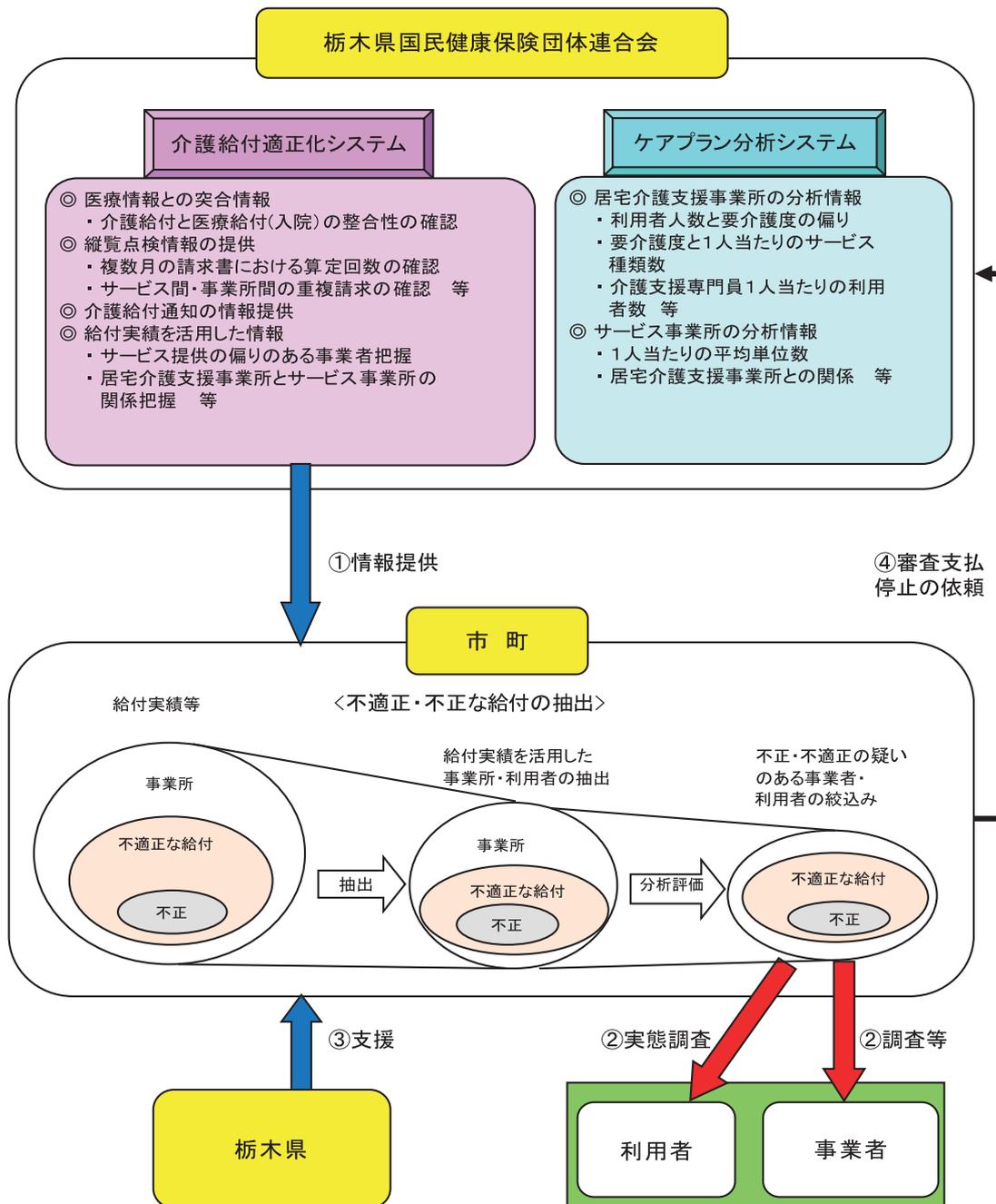
- 介護給付の適正化を図るためには、介護サービスを必要とする方（受給者）を適切に認定した上で、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者がルールに従って適正に提供するように促すことが必要です。
- 介護給付の適正化は、利用者に対する適切なサービスの確保により、介護保険制度の信頼性を高めるとともに、費用の効率化を通じて、持続可能な介護保険制度の構築に寄与するものです。

施策の方向

- 平成27年3月に策定した第3期栃木県介護給付適正化計画に基づき、県と市町（保険者）が一体となって介護給付適正化の効果的な取組を推進します。
- 保険者である市町は、「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」などについて、それぞれの趣旨・効果等を踏まえて着実に実施します。

- 県は、介護保険事業者に対して適正なサービス提供に向けた指導の一層の充実を図るとともに、市町の認定調査員や介護認定審査会委員及び主治医に対する適正な認定のための研修を実施します。
- 市町との情報の共有に努めるとともに、県国保連と連携し、「医療情報との突合」や「縦覧点検」など、適正化事業のより効果的な推進を図ります。

介護給付費適正化の取組



3 費用負担の適正化

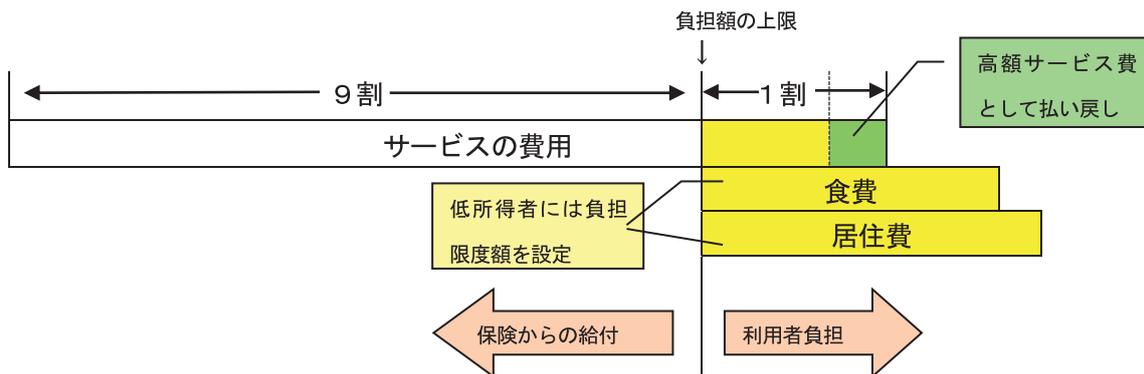
現状と課題

- 介護サービスは、要介護区分に応じた支給限度額の範囲内で、1割又は2割の自己負担で利用できることになっており、在宅介護（予防）サービス利用者の負担額が自己負担限度額を超えた場合には、所得状況に応じて、高額介護（予防）サービス費として、限度額を超えた分が申請により払い戻されます。
また、低所得者については、負担限度額がより低く設定されています。
- 低所得者が施設サービスや短期入所サービスを利用した場合、食費・居住費については、負担限度額が設定され、限度額を超えた分は、申請により、補足給付として特定入所者介護（予防）サービス費が支給されています。
- 平成27年度からの制度改正では、一定額以上の所得や預貯金等資産のある高齢者について、公平化の観点から、利用者負担割合、自己負担限度額及び施設入所者等の居住費・食費の補足給付の見直しや、新たに実施される公費による低所得者の保険料軽減強化などの措置が行われます。
- 社会福祉法人等は、市町が生計困難であると認めた低所得者及び生活保護受給者の利用者負担の軽減を行うことができます。

施策の方向

- 要支援・要介護認定を受けた方等に対し、サービス利用者の負担軽減制度の一層の周知に努め、制度の適切な利用を促進します。
- 新たに法制化された利用者負担割合、自己負担限度額及び施設入所者等の居住費・食費の補足給付の見直しや、公費による低所得者の保険料軽減強化について、被保険者や事業者等へ周知を図るとともに、市町における適切な取扱を支援します。
- 低所得者に対する利用者負担軽減事業の対象となるサービスを提供する全ての社会福祉法人が、その社会的役割に鑑み、軽減事業に取り組むよう、制度の周知に努めます。

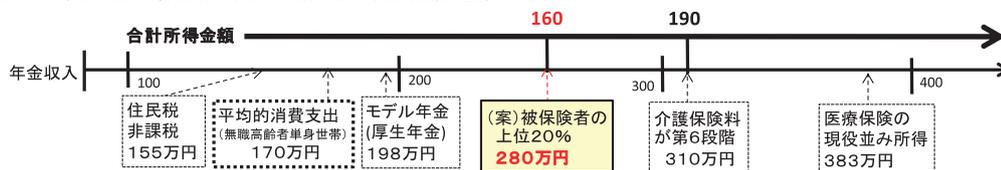
高額介護サービス費・特定入所者介護サービス費の概要



一定以上所得者の利用者負担の見直し

自己負担2割とする水準（単身で年金収入のみの場合）

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除（基本的に120万円）



負担上限の引き上げ

自己負担限度額（高額介護サービス費）のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引き上げ

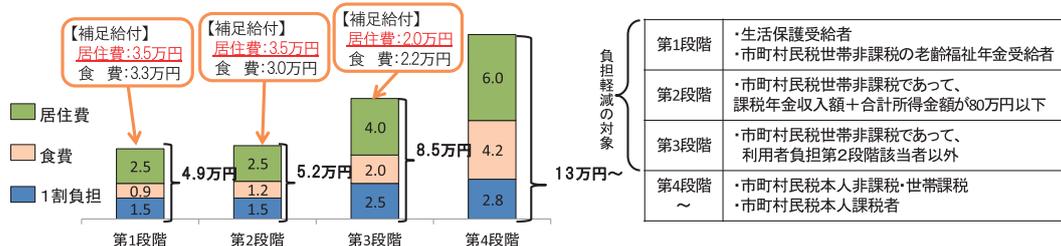
	〈現行〉	自己負担限度額（月額）	〈見直し後〉
一般		37,200円（世帯）	現役並み所得相当 44,400円
市町村民税世帯非課税等		24,600円（世帯）	一般 37,200円
年金収入80万円以下等		15,000円（個人）	

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	自己負担限度額（現行/世帯単位）
現役並み所得者	80,100 + 医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

補足給付の見直し

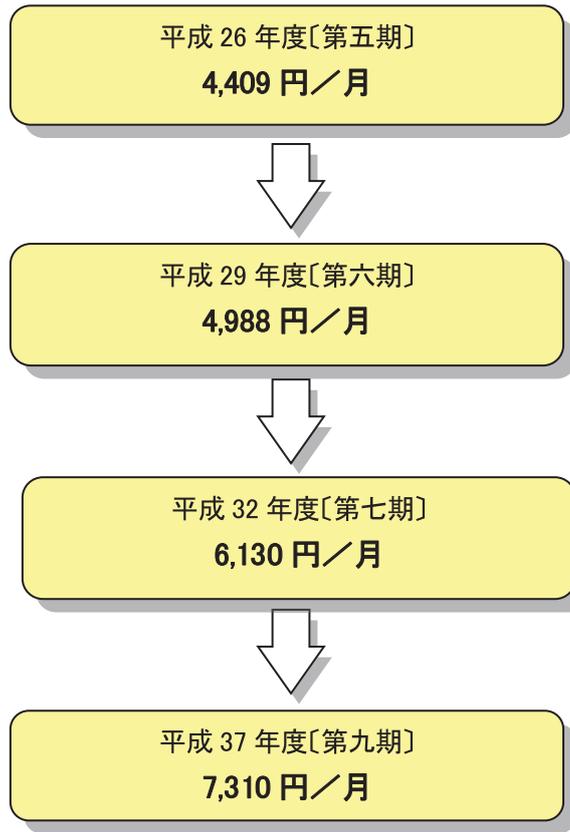
〈現在の補足給付と施設利用者負担〉 ※ ユニット型個室の例



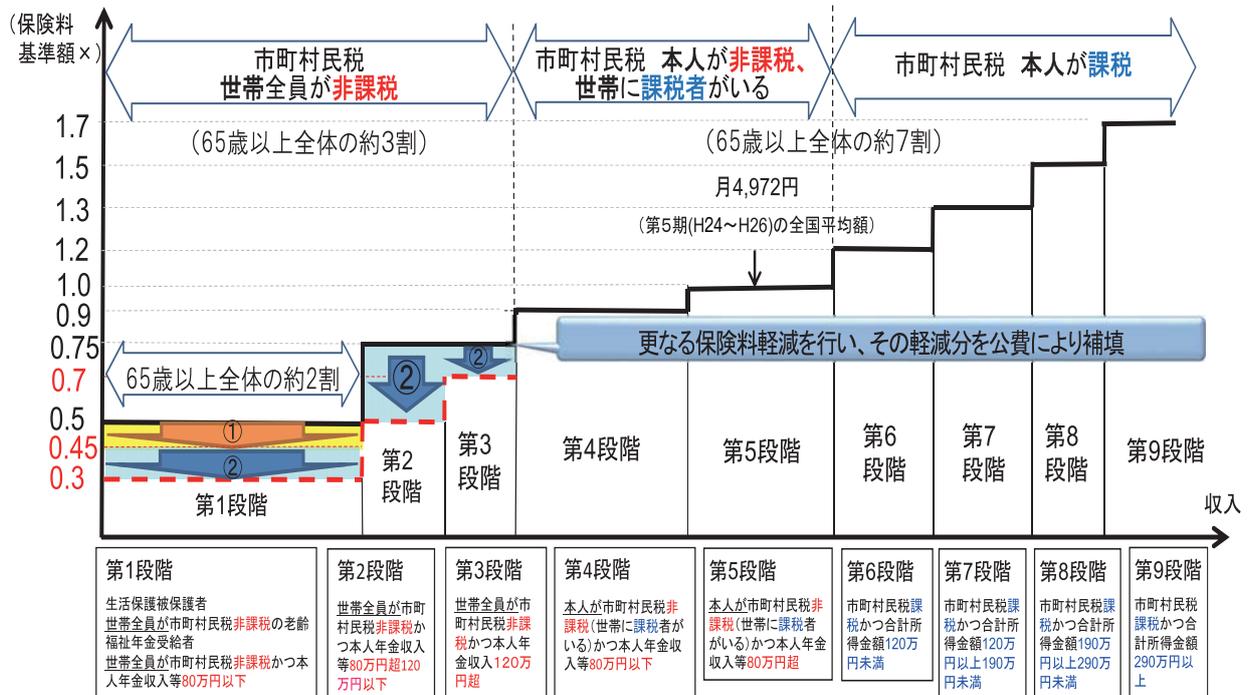
〈見直し後〉

- 預貯金等** → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。→ 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける
- 配偶者の所得** → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- 非課税年金収入** → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

介護保険料基準額の将来推計〔県加重平均〕



低所得者の第一号保険料の軽減強化

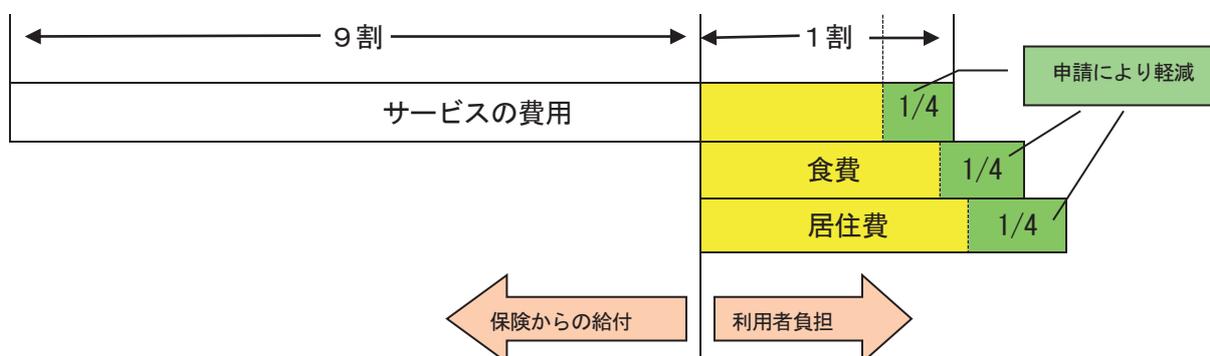


①平成27年4月
②平成29年4月(予定)

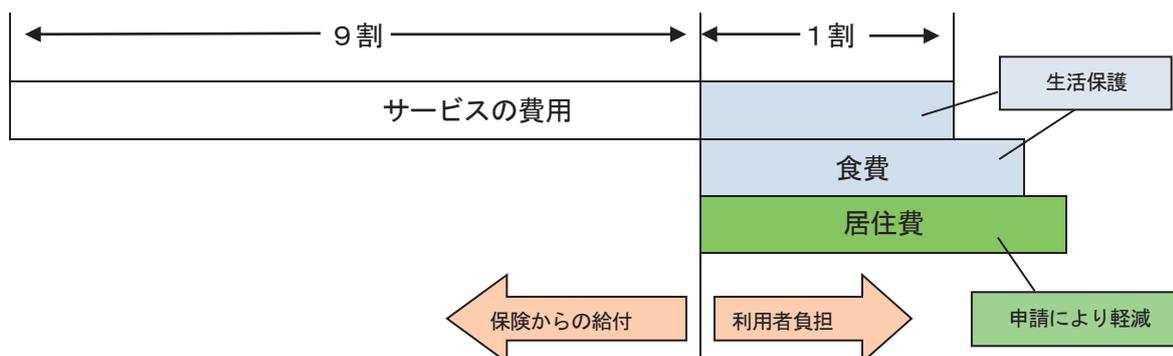
社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の概要

対象者	市町村民税非課税世帯で、一定の要件を満たす者のうち、収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に考慮し、生計が困難と市町が認めた者及び生活保護受給者
対象となるサービス	サービス費用の利用者負担分及び食費・居住費（滞在費・宿泊費）のうち各4分の1を軽減 訪問介護※、通所介護※、短期入所生活介護※、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、 認知症対応型通所介護※、小規模多機能型居宅介護※、 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、介護老人福祉施設サービス ※は介護予防サービスを含む。
	生活保護受給者については、個室の居住費（滞在費）を軽減 短期入所生活介護※、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、 介護老人福祉施設サービス ※は介護予防サービスを含む。

【利用者負担額軽減のしくみ】



【生活保護受給者の例】

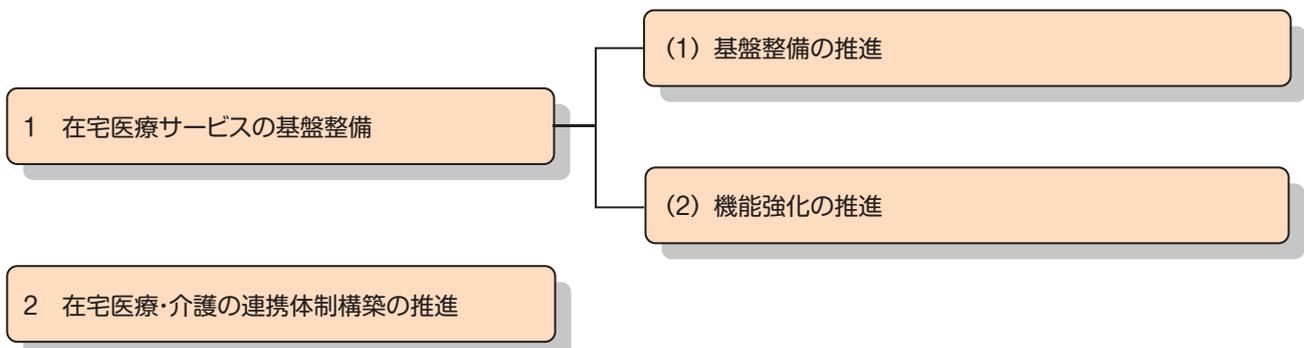


第4章 在宅医療・介護連携の推進

病気になっても、介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で、必要に応じたサービスが受けられることは、県民共通の願いです。

このため、在宅医療サービスの基盤整備とその機能強化を推進するほか、入院から在宅医療・介護への円滑な移行や、在宅療養に必要な医療や介護サービスが適切に提供されるよう、在宅医療を提供する医療・介護の関係者の連携体制の構築に努めます。

〔施策の体系〕



1 在宅医療サービスの基盤整備

(1) 基盤整備の推進

現状と課題

- 医療や介護が必要になった場合でも、住み慣れた地域で暮らしていくためには、在宅医療の提供体制の充実とともに、在宅医療サービスと介護サービスが連携し、必要なサービスが切れ目なく提供できる体制の構築が必要です。
- 在宅医療の要となる在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の人口10万当たりの数は、全国低位の状況にあり、また、県内でも地域により設置数に差があります。

在宅医療の施設数

種別	施設数							人口10万 対施設数	全国値 人口10万 対施設数	全国 順位
	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	県計			
在宅療養支援病院 (H26.10)	1	0	2	0	2	1	6	0.29	0.72	44位
在宅療養支援診療所 (H26.10)	36	6	3	9	54	21	162	8.06	11.29	31位
訪問看護ステーション (H26.4)	13	4	20	3	16	14	70	3.48	5.83	47位
在宅療養支援歯科診療所 (H26.10)	2	4	9	3	9	5	32	1.59	4.37	44位

施策の方向

- 在宅療養支援診療所の設備整備に対する助成等により、在宅医療を提供する施設の確保に努めます。
- 訪問看護事業所の設備整備等に対する助成を通じて、新規参入や未設置地区への新規設置を促進するとともに、24時間対応体制やターミナルケアの強化を推進します。

(2) 機能強化の推進

現状と課題

- 在宅での療養生活を継続していくためには、急変時を含む様々な疾病やその状態、在宅での看取り等、増加・多様化するニーズに対応していくとともに、家族や関係者の理解・協力を得ることが必要です。
- 医療や介護を必要とする高齢者に安定したサービスを提供していくために、在宅療養支援診療所や訪問看護事業所等には、効果的・効率的な在宅医療の提供を継続することが求められています。

施策の方向

- 在宅医療に必要な知識・技術に関する研修等を通じ、人材の育成・確保に努めるとともに、連絡会議や事例検討、連絡体制の整備等により、医療機関相互の連携体制を構築するなど、地域の在宅医療提供体制の機能強化に努めます。
- 訪問看護事業所に対する専門家の派遣等を通じた経営サポートや、管理者等を対象とした経営マネジメントに関する研修会の実施により、訪問看護事業所の機能強化を支援します。

2 在宅医療・介護の連携体制構築の推進

現状と課題

- 高齢化の進展に伴い、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者の増加が予想されることから、在宅医療関係者と介護関係者が連携し、在宅医療と介護サービスが切れ目なく提供できる体制を構築していく必要があります。
- 県内5か所の広域健康福祉センターに在宅医療推進支援センターを設置し、連携会議の開催や研修会等の取組を進めています。また、平成26年の法改正により、在宅医療・介護連携推進業務が地域支援事業に位置づけられたことから、今後は、各市町において、在宅医療と介護の連携体制を構築していく必要があります。

施策の方向

- 市町は、地域の医療機関及び介護事業者等の所在や機能等の情報を収集し、マップやリストを作成するとともに、これらの情報を分析・検討し、その結果を地域の在宅医療・介護関係者や住民に周知します。
- 県は、市町や関係機関によって、医療と介護が連携したサービスが効果的に提供される体制が整備されるよう、在宅医療連携拠点機関の整備を促進するほか、広域健康福祉センターに設置した在宅医療推進支援センター等において市町や関係機関の取組を支援します。
- 高齢者のニーズに応じて、在宅医療や介護サービスが切れ目なく提供されるよう、医師会等関係機関と協力しながら、入院から在宅医療への円滑な移行体制の整備や、在宅医療関係者と介護関係者の情報の共有・連携の確保、相互の理解促進等の取組を推進します。



認知症になった場合でも、個人として尊重され、自分らしく暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、認知症に関する理解の普及や、介護する家族が相互にサポートできる体制の整備促進に努めるほか、医療と介護の関係者の認知症への対応力を高め、相互の連携を強化します。

〔施策の体系〕

1 認知症に関する理解の促進と家族への支援

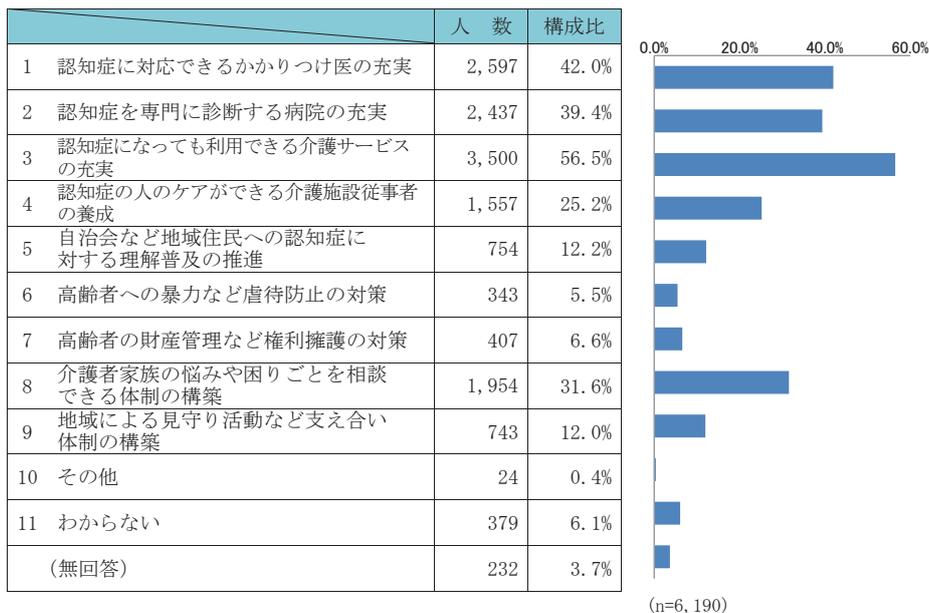
2 医療・介護の連携による適切な対応

3 認知症対応力の向上

「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりについて、「認知症になっても利用できる介護サービスの充実」が56.5%と最も多く、次いで「認知症に対応できるかかりつけ医の充実」が42.0%、「認知症を専門に診断する病院の充実」が39.4%、「介護者家族の悩みや困りごとを相談できる体制の構築」が31.6%でした。

〔意識調査〕

あなたは、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進めるために、どのようなことが必要とお考えですか。〔複数回答（3つまで）〕



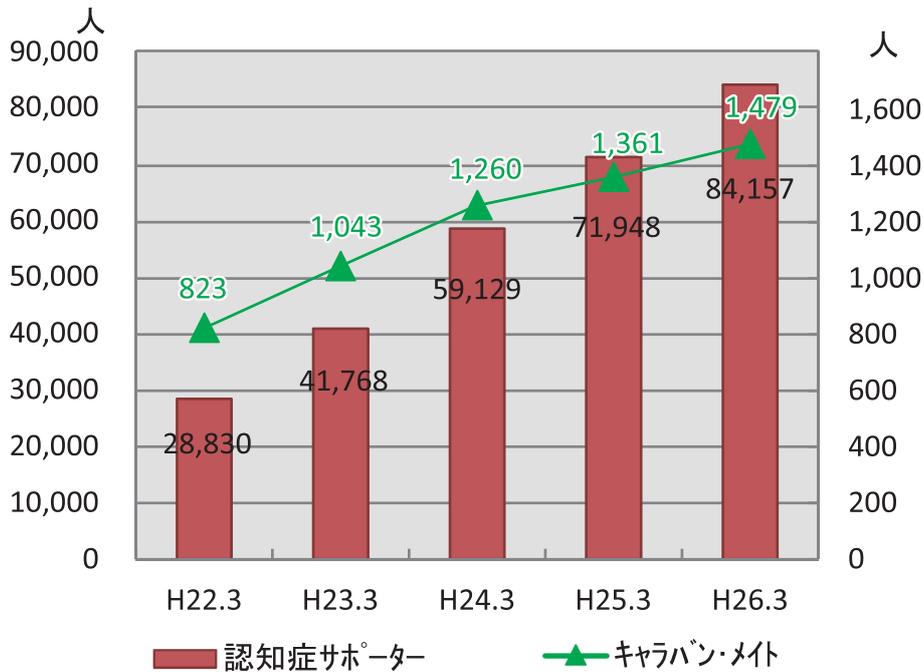
1 認知症に関する理解の促進と家族への支援

現状と課題

- 「認知症を知り 地域をつくる」キャンペーンの一環である「認知症サポーターキャラバン」の活動に取り組んだ結果、平成26年12月31日時点で、本県における認知症サポーターは100,686人、認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイトは1,592人となっています。
- （公社）認知症の人と家族の会栃木県支部と県との共催で、家族介護者交流会を県内各地で開催するとともに、電話相談を実施するなど、認知症の方とその介護者の支援に取り組んでいます。
- 認知症の方が徘徊により行方不明となったり、事故を起こして家族がその損害賠償を求められるなど、認知症による徘徊への対応が大きな社会問題となっています。

- 若年性認知症は、働き盛りの世代が発症することから、本人や家族の経済的負担や精神的負担が大きいです。地域で交流する居場所が不足するなど、その支援体制の整備が高齢者に比べて遅れている状況にあります。
- 認知症になっても、住み慣れた地域で尊厳を持ちながら安心して暮らし続けられるよう、認知症の方本人やその家族の視点に立った認知症施策を推進する必要があります。

認知症サポーター及びキャラバン・メイト数



施策の方向

- 認知症に関する正しい理解の促進を図るため、地域住民を始め学校や企業などを対象に、認知症サポーターの養成に取り組むとともに、その講師役となるキャラバン・メイトを対象とした活動報告会やスキルアップ研修を実施するなど、「認知症サポーターキャラバン」の活動を一層推進します。
- 認知症に関する理解を深め、認知症の方とその家族を支援する国際的な運動である「世界アルツハイマーデー（9月21日）」に呼応した普及啓発を図ります。
- （公社）認知症の人と家族の会栃木県支部を始め、関係機関と連携しながら、家族・本人交流会の開催や電話相談の実施、認知症カフェの開設など、認知症の方を介護する家族及び認知症の方本人を相互にサポートできる体制の整備を図ります。
- 認知症の方とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、見守りや、日常生活支援、徘徊時の発見・保護等のためのネットワークの構築を支援します。

- 若年性認知症についての普及啓発を図るとともに、若年性認知症支援ハンドブックの配布や、若年性認知症の方やその家族を対象とした相談窓口を設置し、自立支援に関わる関係者ネットワークの調整を行うことにより、居場所づくりや就労・社会参加支援等を推進します。

認知症サポーター 養成目標数

年度	平成26年12月末	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	15,000人	15,000人	15,000人
累計	100,686人	115,686人	130,686人	145,686人

認知症カフェ「オレンジサロン 石蔵カフェ」の様子



ひとロメモ <世界アルツハイマーデー>

アルツハイマー病などにより惹き起こされる認知症に関する理解を深め、認知症の方とその家族に援助と希望をもたらす世界的な運動を進めるため、国際アルツハイマー病協会（ADI）が1994（平成6）年に世界保健機関（WHO）の後援を得て9月21日に定めたもので、この日を中心に、世界各地で様々な啓発活動が行われています。

認知症介護支援の目的・内容

認知機能	正 常	軽度認知障害	認知症			
			(軽 度)	(中等度)	(重 度)	(ターミナル)
状 態	認知機能は正常範囲内	認知機能の低下	記憶機能低下、判断力の低下、実行機能障害	+失見識障害、失行、コミュニケーション障害	+失認、失禁、意志疎通困難	+寝たきり
介護必要度の目安 (例:身体障害のないアルツハイマー型認知症の場合)	ADL 介助なし IADL 介助なし	ADL 介助なし IADL 見守り	ADL・IADL 見守りまたは一部介助	ADL・IADL 一部介助	ADL・IADL 全介助	ADL・IADL 全介助
支援目的	認知症予防	認知症予防、早期発見、早期診断	早期発見、早期診断、早期治療、重度化防止	重度化防止、個別ケアの向上	個別ケアの向上	個別ケアの向上
	認知症に関する正しい知識の普及、認知症になっても安心して住み続けられる地域づくり					
支援内容	認知症予防教室	介護予防事業 * 閉じこもり防止	在宅介護の支援と施設系サービスの適切な利用の促進			
				介護保険サービス * 地域密着型サービス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等		
個別ケアの充実支援						

※ ADL : 日常生活動作
IADL : 手段的日常生活動作

2 医療・介護の連携による適切な対応

現状と課題

- 認知症は、早期発見・早期対応が重要であることから、初期段階からの治療や状態に応じた適切なサービスが受けられる体制の構築が求められています。
- 診療所の主治医（かかりつけ医）等への助言や、地域における専門医療機関と地域包括支援センター等の連携の推進役となる認知症サポート医は、平成26年12月31日時点で35人となっています。
- 地域における認知症医療の中核的機関として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者に対する研修等を行う認知症疾患医療センターは、県内に6か所整備されています。

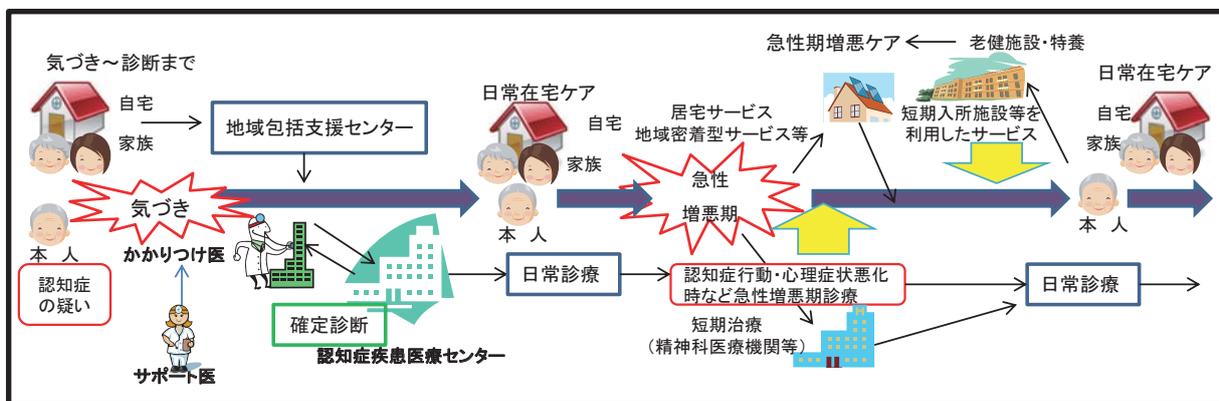
施策の方向

- 認知症ケアパス（認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及や情報連携ツールの活用を通じて、地域における医療と介護の連携体制の構築を図ります。
- 認知症疾患医療センターを各二次保健医療圏に1か所以上整備し、かかりつけ医等の地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を推進するとともに、認知症サポート医の養成を通じて、認知症の方への支援体制の充実を図ります。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置など、市町における認知症の早期発見・早期対応のための取組を積極的に支援します。

認知症サポート医 養成目標数

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	8人	13人	13人
累計(年度末)	39人	47人	60人	73人

標準的な認知症ケア等の流れ

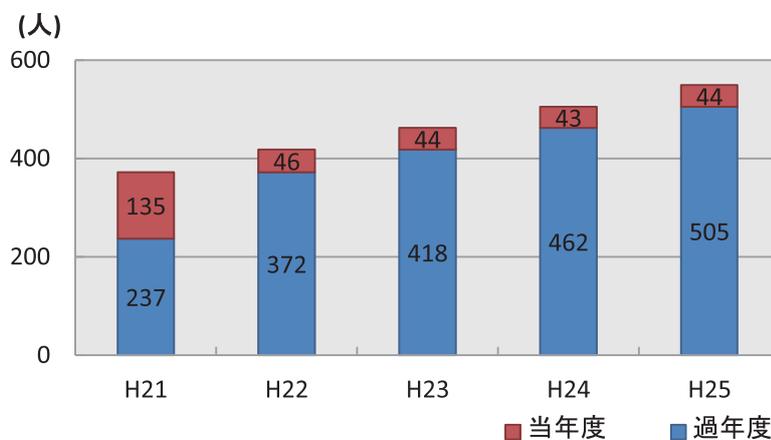


3 認知症対応力の向上

現状と課題

- かかりつけ医を対象に、適切な認知症診療の知識・技術や、認知症の方とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施しており、その修了者は平成26年12月31日時点で572人となっていますが、内科医以外の医師の受講促進が課題となっています。
- 病院の医療従事者を対象に、認知症の方や家族を支えるために必要な基本知識や医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識を修得するための研修を実施しています。特に、入院、外来、訪問等を通じて認知症の方と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵と言われています。
- 医療機関や地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待されています。
- 介護従事者等を対象とした認知症高齢者の介護に関する実践的研修や、認知症介護を提供する事業所の管理者等を対象とした適切なサービスの提供に関する知識等を修得するための研修を実施していますが、認知症の介護技術を取り入れたより実践的な研修カリキュラムの再構築が求められています。
- 認知症高齢者の増加が見込まれていることから、介護保険施設・事業所の介護従事者は、適切な認知症介護に関する知識及び技術をもって介護サービスを提供していくことが一層重要になってきます。

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数



認知症介護実践者研修等修了者数〔平成26年12月末現在〕

研修の名称	修了者数	研修の名称	修了者数
認知症介護実践者研修	2,879人	認知症対応型サービス事業管理者研修	688人
認知症介護実践リーダー研修	544人	認知症対応型サービス事業開設者研修	143人
認知症介護指導者養成研修	31人	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	259人
フォローアップ研修	16人		

施策の方向

- (一社) 栃木県医師会等との連携を図りながら、認知症対応力向上研修未受講のかかりつけ医への受講の働きかけを強化するとともに、病院の医療従事者を対象とした研修や看護職員を対象とした研修を実施することにより、医療機関における認知症対応力の向上を図ります。
- 歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施し、認知症の方の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等の適切な実施を推進します。
- 介護従事者等について、認知症の介護技術を取り入れたより実践的な研修を実施することにより、介護技術の向上を図るとともに、施設・事業所等における認知症ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有する指導者等の養成を行います。

各研修修了者の目標数

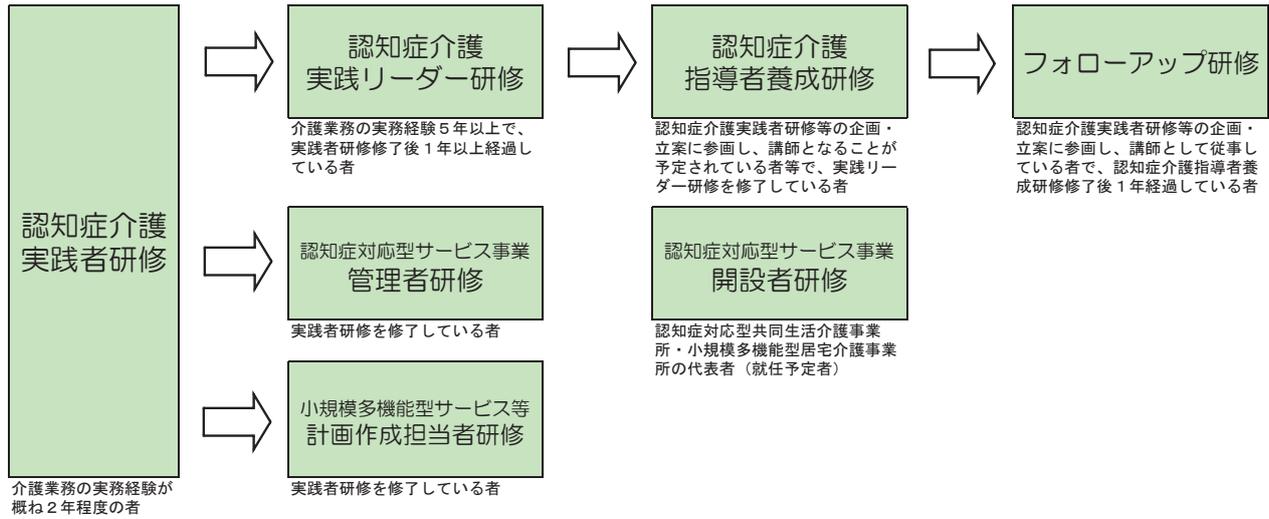
かかりつけ医認知症対応力向上研修

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	160人	160人	160人
累計(年度末)	580人	740人	900人	1,060人

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	300人	300人	300人
累計(年度末)	300人	600人	900人	1,200人

認知症介護研修体系図



各研修修了者の目標数

認知症介護実践者研修

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	270人	270人	270人
累計(年度末)	2,952人	3,222人	3,492人	3,762人

認知症介護実践リーダー研修

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	60人	60人	60人
累計(年度末)	544人	604人	664人	724人

認知症介護指導者養成研修

年度	平成26年度 (見込)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
養成目標数	—	2人	2人	2人
累計(年度末)	31人	33人	35人	37人

