



第4章

施策の展開

第4章 施策の展開

1 重点的に取り組んでいくテーマ

総合健康センターが中心となって地域や関係機関と連携し、元気な方から介護が必要な方まで、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けることができるよう、4つの施策を重点的に取り組んでいくテーマとして掲げ、取組を進めていきます。

健康寿命の延伸～健康づくり、自立支援、介護予防・重度化防止～

介護保険制度は、高齢者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等になることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止を理念としています。

健康長寿に欠かせない3要素とされているのが「運動」「食生活」「社会参加」です。人生100年時代を迎えようとする今、誰もがより長く健康で、社会で役割をもって元気で活躍できるよう、健康づくり・介護予防を強化して、健康寿命の延伸を図ることが求められています。

令和4年度に実施した「高齢者の生活と意識に関する調査」では、「ご自身の健康のためにどんなことを心がけていますか」について、休養や睡眠・食事のバランス・口腔内の衛生・健康診断を受ける・散歩やスポーツ等に、多くの高齢者が心がけている結果となりました。

高齢になっても地域社会において役割を担い、生きがいを持ってできるだけ住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、通いの場（介護予防体操）の充実、ボランティア活動や就労等による社会参加や生きがいづくりを促進するとともに、地域における保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与、働く世代からの地域住民や事業者等への健康づくり・自立支援・介護予防に関する普及啓発を推進します。

加えて、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組を実施し、適切な医療サービス等へつなげ、介護予防・疾病予防・重度化防止を促進します。

地域共生社会の実現

中長期的に見ると一層高齢化が進行し、ひとり暮らしを含め高齢者のみの世帯や認知症高齢者等、支援を必要とする方は増加し、通いの場づくり、見守り、外出支援、買い物・調理・掃除等の生活支援の必要性が増しています。制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会が「丸ごと」つながり、住民一人ひとりの暮らしと生きがいや役割を大切に、地域をともに築く「地域共生社会」の実現が求められています。

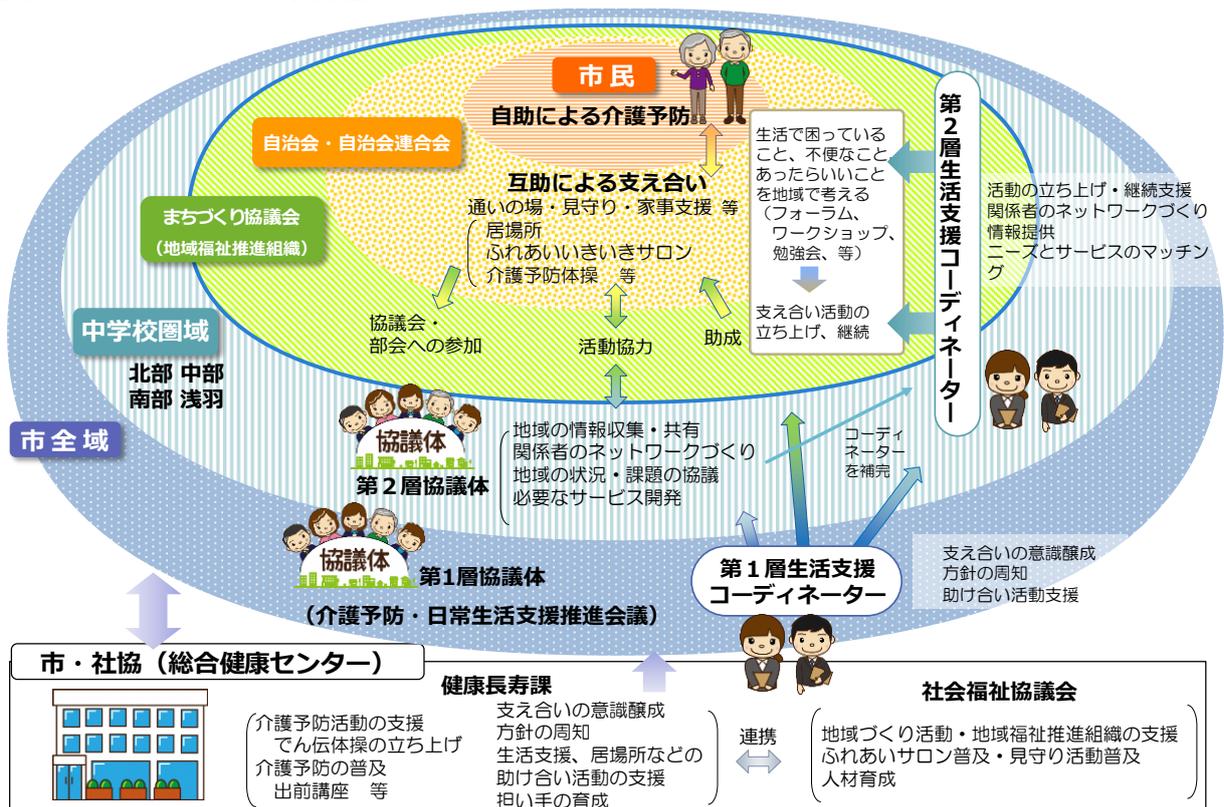
「高齢者の生活と意識に関する調査」では、「地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりの活動に参加してみたいか」について、多くの高齢者が参加希望を持っている結果となりました。

高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を送ることができるよう、地域課題や資源の把握・共有、ネットワーク化を推進する「生活支援コーディネーター」や「協議体」が中心となって、まちづくり協議会やコミュニティセンターをはじめとする地域の方々、社会福祉協議会や市、地域包括支援センター等の関係機関と連携していくとともに、地域のニーズに応じて新たに介護予防や生活支援を担う団体や元気な高齢者の参加を促進し、人材の育成に取り組みます。

また、増加する高齢者のニーズに応じて、医療・介護・生活支援などの必要なサービスを包括かつ継続的に提供できるよう、地域包括ケアシステムの中核機関である地域包括支援センターの一層の機能強化を図っていきます。

加えて、大規模災害や感染症の影響により、安全・安心な地域社会づくりは今後より一層重要になります。誰ひとり取り残されない地域共生社会の実現に向けて、住民主体の活動を推進していくためには、災害や感染症に対する対策の強化を取り入れた創意工夫が必要となります。

○袋井市地域支え合い連携図



第4章 施策の展開

認知症施策の推進

超高齢社会を迎え、65歳以上の5人に1人が認知症を発症すると推計されており、だれもが認知症になりうるものとなっていることから、認知症の方やその家族介護者ができる限り住み慣れた地域の中で、自分らしく尊厳と希望を持って日常生活を過ごせるまちづくりが必要です。

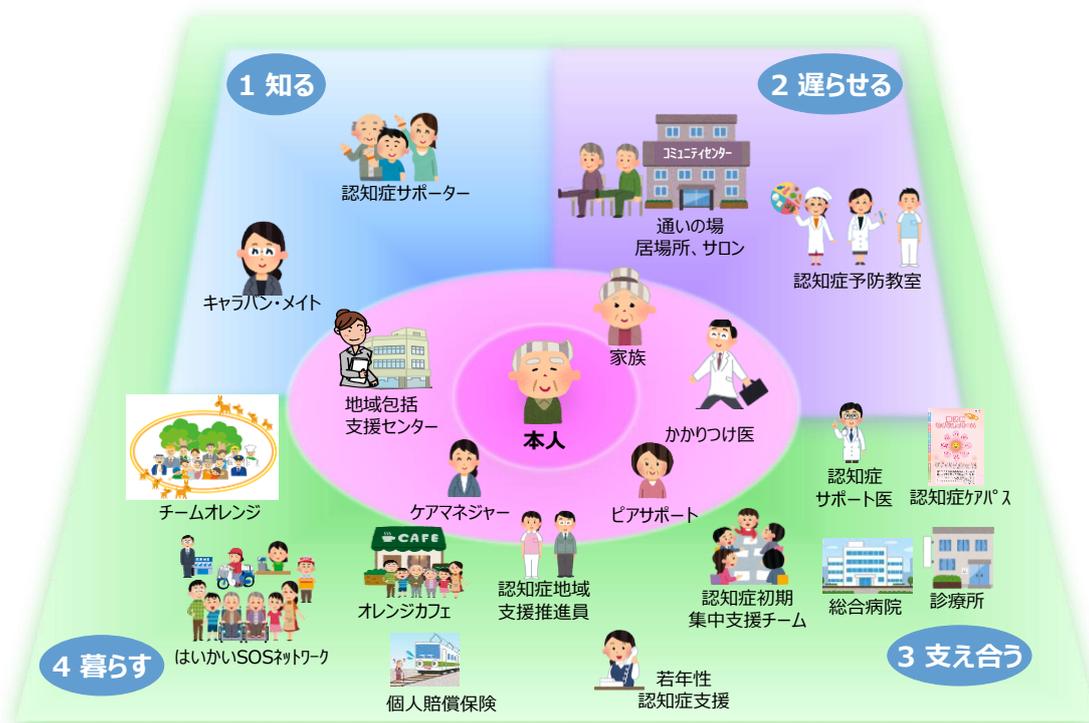
「高齢者の生活と意識に関する調査」では、「健康についてどのようなことが知りたいですか」の質問に対し、認知症の予防について知りたいが最も多く、多くの人にとって身近なものとなり、関心の高さがうかがえます。

国では、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」をさらに強力に施策を推進していくため、令和元年6月に「認知症施策推進大綱」（以下「大綱」という。）を取りまとめ、基本的考え方として、「認知症の発症を遅らせ、認知症になってからも希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進していく」と明記されています。

※「共生」とは、認知症の方が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味。「予防」とは「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。

また、令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下「基本法」という。）が公布され、認知症施策についての基本理念、国・地方公共団体の責務、計画の策定、基本的施策等について定められ、国と地方が一体となって講じていくとされました。

本市においても、大綱及び基本法に基づき、認知症施策のさらなる充実に努め、認知症に対する正しい知識の普及・啓発に取り組むとともに、早期発見・早期対応、相談支援体制の充実や、認知症の方が安心して社会参加ができる仕組みづくり等、認知症の方やその家族の視点を重視した取組を推進し、認知症の方が地域の一員として、地域で支え合い、ともに暮らす社会の実現を目指します。

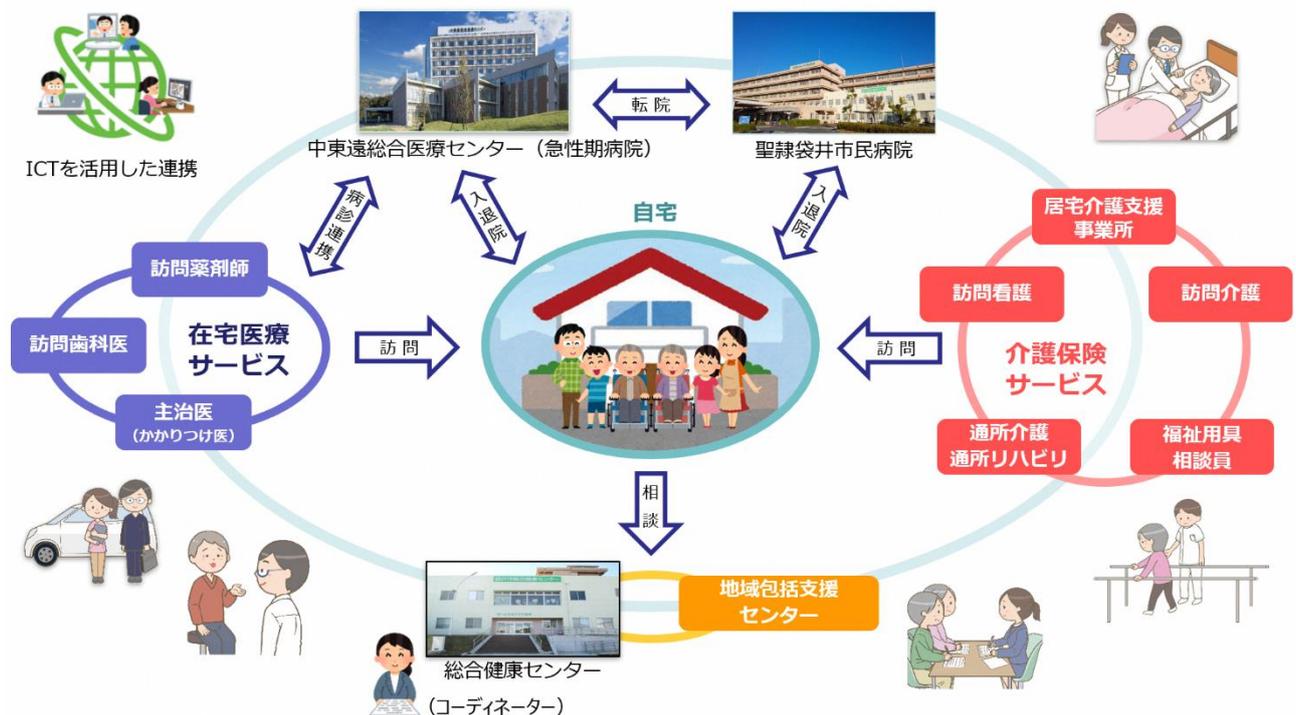


在宅医療・介護連携の推進

今後、団塊の世代の更なる高齢化が進行し、医療と介護の両方を必要とする様々なニーズのある高齢者が急増することが見込まれます。高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域における医療・介護に関わる多職種が相互の理解や情報を共有して、円滑に連携し、切れ目なく医療と介護のサービス提供ができる体制を構築することが重要となっています。

国においては、在宅医療・介護連携が求められる4つの場面として「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」を示しています。また、急性期病院における在院日数の短縮等による在宅での医療ニーズの高まりもあり、在宅医療と介護を支える多職種連携を推進していくとともに、市民や地域の関係者と在宅医療と介護での目指すべき姿について共有し進めていくことにより、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進していきます。

○在宅医療・介護連携のイメージ



第4章
施策の展開

基本目標 1 元気でいきいきと暮らせる健康長寿社会の実現

1-1 健康寿命の延伸～健康づくり、自立支援、介護予防・重度化防止～

1-1-1 健康づくりの推進

■現況

- ・本市では、「静岡県 令和2年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」によると、高血圧有病者は約5割、脂質異常症有病者は約6割、糖尿病有病者は約2割となっており、脳血管疾患のリスクが高くなっています。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、要介護認定者が介護・介助が必要になった主な原因は、「認知症」が最も多く、次いで「骨折・転倒」「脳卒中（脳出血、脳梗塞等）」となっています。
- ・高齢期に生じやすい疾患や健康上の問題として、ロコモティブシンドローム、フレイル、サルコペニア、足腰の痛み、骨粗しょう症、肺炎、嚥下障がい、低栄養、加齢性難聴などが上げられます。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」では、年齢が上がるにつれて運動器機能の低下、閉じこもり、転倒といった生活機能の低下リスクが高まっています。

■課題

- ・高齢者が健康な心身を維持していくためには、運動・栄養・口腔・社会参加といった健康的な生活習慣の定着と疾病の早期発見・早期治療が重要です。
- ・生活習慣病の発症と重症化の予防を進めるためには、中年期から健康意識を高めるとともに、運動習慣や規則正しい食習慣の定着を図ることが必要です。
- ・医師との連携を図りながら、糖尿病をはじめ、それ以外の疾患にも着目して発症予防の啓発や検（健）診、保健指導を行い、脳血管疾患の重症化予防を行う必要があります。
- ・市民が身近に健康づくりに取り組める環境や、高齢者が人や社会とつながる地域づくりにより、心身両面からの健康づくりが重要です。

■今後の方向性

- ・市民一人ひとりが豊かな人生と健康長寿の実現を図るために、市民自らが主体的に健康づくりに取り組むことができる体制づくりを進めます。
- ・生活習慣病の食事等の相談窓口として、食習慣や口腔機能などの相談や健診後の指導等の充実を図り、生活習慣病の重症化予防に向けて取り組みます。
- ・健康意識の高揚と健康的な生活習慣の定着に向け、地域や事業所・医療機関等と連携しながら、中年期から高齢期までの健康づくりを総合的に支援します。

ア 働く世代からの健康づくりの推進

健康経営に取り組む企業・事業所の内容を充実させるため、企業や商工団体や県等と連携して、事業所訪問や健康教室を行うとともに、まちづくり協議会と連携して生活習慣病予防等の健康教室を行うことで、働く世代の健康づくりを推進します。また、誰でも、いつでも、どこでも取り組みやすく、取組効果が分かりやすい「歩く（歩数）」を主としてポイント化する健康ポイント事業「#2961ウオーク」などを活用した取組を推進します。

イ 望ましい食習慣の普及と定着

望ましい食習慣の定着に向け、肥満や低栄養の予防等、適正体重を維持する取組によりフレイル予防につなげます。また、管理栄養士、保健師等の専門職が、食育ボランティア等の市民と協力し、生活習慣病予防、ロコモティブシンドローム予防や認知症予防、低栄養予防等を意識した栄養、食生活の普及、定着を図ります。

ウ オーラルフレイル（口腔機能の衰え）の予防

加齢とともに低下する口腔機能の衰えを見過ごしていると、悪循環に陥り、やがて低栄養につながる恐れがあります。生涯にわたり、自分の歯で食べることができる人を増やすため、むし歯や歯の喪失などの予防や口腔機能を維持するための正しい知識と手法を普及し、生涯を通じた口腔の健康習慣の定着を図ります。

また、口腔の健康維持のためにも、定期的な歯科医への受診を勧めていきます。



歯科衛生士によるオーラルフレイル予防講座

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通いの場での歯科衛生士の健康教育参加延人数（人）	-	503	250	300	350	400

※R 5年度は見込みです。

エ ヒアリングフレイル（聴覚の衰え）の予防

加齢とともに低下する聴覚機能の衰えを見過ごしていると、聞こえにくさから、会話に参加することが難しくなり、人の繋がりが希薄して、心身の活力が衰え、認知症やうつなどのリスクが高くなります。生涯にわたり元気に安心して生活ができるよう、難聴の予防や聴覚機能が低下した際の正しい知識と手法を普及し、若い世代から生活習慣病予防や禁煙等の聴覚の健康習慣の定着を図ります。

また、モニターアンケートを実施して、補聴器装用による社会参加活動の変化や助成制度の効果等を検証します。

オ 検（健）診と重症化予防の推進

がん検診や特定健診の必要性を普及・啓発し、受診を勧奨することでがんや生活習慣病の早期発見につなげるとともに、地域の健康づくり活動と連携して、生活習慣病予防のための知識の普及と合わせて検（健）診受診の推進に努めます。

また、がんを含めた生活習慣病の重症化を予防するため、検（健）診受診後、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行うとともに、生活習慣病のリスクが高い方に対し、保健指導を実施します。

さらに、超高齢社会においても、定期的な検（健）診受診や生活習慣病・フレイルに伴う重症化予防に努めていく必要があることから、後期高齢者の健康診査の対象者を拡大し、実施するとともに、健康診査の結果、指導が必要と判断する方に対し、個別指導等を実施することで重症化予防を図ります。

カ こころの健康の推進

こころの健康についても意識を高めるため、リーフレット等の作成・配布を通じて、広く市民にこころの健康に対する啓発や相談場所の周知を図るとともに、セルフメンタルチェックを推進し、早期に適切な相談場所につなげる支援を推進します。

また、高齢期においては、地域での支え合いや居場所への参加などにより、人と社会とつながることができる環境づくりが大切であり、地域全体での見守りを強化するため、心の悩みを抱えた人のサインに気づき、声を掛け、話を聴き、必要な支援につなげ、見守る「ゲートキーパー」の役割を担う人材を育成するなど、セーフティネットの構築に努めます。



1-1-2 生きがいづくり・社会参加

■現況

- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、一般高齢者が今後やってみたいと思うものとして、「趣味の活動」が最も多く、次いで「健康づくりやスポーツ」「働くこと」と続いています。事業対象者・要支援認定者では、一般高齢者と同様に「趣味の活動」「健康づくりやスポーツ」「働くこと」が多く回答されています。
- ・気軽に立ち寄れる身近な公会堂などで、高齢者が楽しく過ごせる集いの場として、いきいきサロン活動の普及を図り、閉じこもり防止や生きがいづくりに役立っています。
- ・公益社団法人袋井・森地域シルバー人材センターでは、職業生活の充実や生きがい対策、福祉の増進のため、高齢者の就業支援を行っています。
- ・ボランティア活動など、高齢者自らが地域社会の一員として活躍できる機会として、介護支援ボランティア事業を実施しています。

■課題

- ・高齢者自らが生きがいを見出し、いきいきと活動できる環境づくりを推進するために高齢者一人ひとりのライフコースやニーズに応じた活動を進めていくことが必要です。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、高齢者の携帯電話所持やスマートフォン・パソコンの利用が進んでいることがうかがえます。市からの情報についても一般高齢者では「メローねっと（袋井市Eメール）」が2割強、「袋井市ホームページ」が1割程度回答されていることから、多様な情報発信手段を用いて社会参加に関する情報等を十分に行き届くようにすることが必要です。
- ・新型コロナウイルスの影響により、介護支援ボランティア登録者及び活動の減少がみられたため、ボランティア活動の内容や制度の在り方を見直しつつ、登録者の増加に向けICTを活用した取組、登録者と施設等の結びつけ、人材育成など、活動の活性化を図ることが必要です。



ICT 活用事例：介護支援ボランティアの研修や WEB 申請

■今後の方向性

- ・社会福祉協議会と連携をとりながら、ボランティア交流会の開催、社会参加や活躍の機会の創出、ICTの活用等、ボランティアの育成、活動の場との結びつけ、活動の促進を行っていきます。
- ・就労意欲のある元気な高齢者が、これまでの経験や能力を活かして、生きがいを感じながら生涯活躍できる機会を増やすため、多様な就業先を開拓し、高齢者が希望する職種とのマッチングを支援します。
- ・高齢者のライフスタイルの多様化や、就労者の増加などライフデザイン（暮らし方・働き方）が見直される中、生涯を通じて学習し、スポーツ・レクリエーションの推進に取り組み、元気でいきいきと生活できるための支援を行います。
- ・コミュニティセンター、自治会等の地域における活動など、多様な生きがいづくりの場をつくり、健康づくりや生涯学習などを推進していきます。また、高齢者の活動の場として、シニアクラブ（老人クラブ）がより魅力ある組織となるための支援をしていきます。

ア ふれあい・いきいきサロン活動の推進支援

昼間一人きりになる高齢者や、家に閉じこもりがちな高齢者が気軽に出かけられ、地域の方々とふれあいや仲間づくり、生きがいづくりができる集いの場を住まいの近くで提供します。また、より多くの高齢者が気軽に参加できるよう、情報・意見交換会やレクリエーション講習を行う交流会を開催し、サロン活動の質の向上・活性化を図っていきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
設置自治会数（箇所）	100	93	94	100	110	110
参加実人数（人）	2,019	1,870	1,766	1,970	2,170	2,170

※R 5年度は見込みです。

イ 社会活動の参加支援

ボランティアなど個々の生活支援サービス提供者と利用者のマッチングなどコーディネートを行うことにより、高齢者の意欲、知識、経験を地域づくりに活かせる場を提供していきます。また、高齢化の進展に伴い、元気な高齢者が地域活動の担い手として、自らが地域のボランティアに積極的に参加してもらうことが必要となっています。ボランティア活動に参加しやすい環境づくりを含め、多様なニーズに対応できるボランティアの推進・育成を図っていきます。

ウ 就業支援

生涯現役センター「シルバーワークプラザ」において、内職・職業相談を実施するとともに、(公社)袋井・森地域シルバー人材センターと連携し、就労意欲の高い高齢者の掘り起こしや企業・事業所訪問を行い、高齢者ならではの働き方(しごと)の創出と担い手育成に向けた技術講習会・研修会等を開催するなど、人生100年時代に即した高齢者就労を促進します。

エ 介護支援ボランティア活動推進

65歳以上の方を対象に、市の指定した介護施設等で行ったボランティア活動や、在宅高齢者の生活支援のボランティア活動、住民主体の生活支援活動などにポイント転換交付金を支給し、社会参加のきっかけづくりと健康で自立した生活を送ることができるよう支援しています。

ボランティアの担い手育成推進のため、WEB研修や電子申請システムを活用して加入を促すとともに、すでに活動しているボランティアの活動をスムーズにするため、ホームページの充実等を図っていきます。



介護支援ボランティア手帳

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
ボランティア登録者数(人)	135	135	200	210	220	230
うち新規登録者数(人)	1	6	115※1	10	10	10
ポイント転換活動数(回)	1,134	1,390	5,500	6,000	6,100	6,200

※R5年度は見込みです。

※1 R5年度より、住民主体の生活支援活動も介護支援ボランティアの対象としたため急増

オ シニアクラブ活動支援

地域を基盤とする高齢者の自主的組織で、健康や生きがいづくり、高齢者の相互の親睦を図るとともに、まちづくりの担い手として、自らの生きがいを高めつつ、健康づくりや地域貢献活動など、地域を豊かにする各種活動に主体的に取り組むシニアクラブ(老人クラブ)の活動を支援します。

1-1-3 介護予防の推進

■現況

- ・国保データベースシステムの令和3年6月から令和4年5月の後期高齢者医療をみると、6か月以上の長期入院件数の約半数を脳血管疾患が占めています。また、第2号被保険者の介護認定者の状況（令和4年3月末現在）では、認定者の約半数は脳血管疾患が原因となっています。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、BMI 18.5 未満の「やせ」割合について、市全体では1割程度となっています。
- ・後期高齢者の質問票調査の結果では、「以前に比べて歩く速度が遅くなった」が50%、「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が25%を占めています。
- ・住民主体の介護予防体操等の自主グループが立ち上がっており、令和5年12月末現在、週1回以上行う「通いの場（介護予防体操）」は73箇所、月1～3回運動に取り組んでいるグループは、54箇所、合計127箇所あります。
- ・「介護予防・日常生活支援総合事業」を平成29年4月から開始し、介護予防・生活支援サービス事業では、要支援1・2、または基本チェックリストにより介護予防・生活支援サービス事業の対象者となった方を対象として、訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントを実施しています。

■課題

- ・人生100年時代を見据え、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるためには、高齢者一人ひとりに対しフレイルや生活習慣病等の心身の多様な課題に対応したきめ細かな支援を行うことが必要となります。
- ・脳血管疾患につながる高血圧症、糖尿病、脂質異常症などが重症化しないために、主治医と連携を図りながら、健康支援をしていく必要があります。
- ・高齢者が住み慣れた場所でいつまでも元気で過ごせるよう、自立支援、介護予防・重度化防止につながる介護予防ケアマネジメントが必要となっています。
- ・総合事業開始前から継続している現行相当サービスの利用者が依然として多く、今後、高齢者人口の増加や介護人材の不足が予測されており、軽度の人を対象とした通所型サービスAや多様な主体のサービスへ移行し、専門職は重度の人に対応できるように役割分担をしていく必要があります。

■今後の方向性

- ・保健部門と介護予防を担う各部署が連携し、「100歳まで食べよう！100歳まで歩こう！」をキャッチコピーとして、年齢や制度で途切れることのない、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組を引き続き推進します。
- ・口腔機能低下によるフレイルや、低栄養によるフレイルを予防するため、口腔機能を維持するための正しい知識と手法を普及し、生涯を通じた口腔の健康習慣の定着や栄養の知識の普及を図ります。
- ・地域の実情に合わせた住民主体の「通いの場（介護予防体操）」のさらなる普及や継続支援など地域と連携した介護予防活動を推進します。
- ・高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯等、支援を必要とする高齢者の増加が見込まれ、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援等の生活支援の必要性が増加していることから、地域の実情に応じて多様な主体が介護予防・生活支援サービスを提供できるよう支援していきます。
- ・基準緩和サービス（サービスA）や短期集中サービス（サービスC）のサービスの充実及び利用促進を図り、利用者、家族、介護支援専門員、介護サービス事業者等が、自立支援、介護予防・重度化防止につながる介護予防ケアマネジメントの意識を持てるよう取り組んでいきます。

ア 保健事業と介護予防の一体的取組

高齢者一人ひとりに対し、フレイルや生活習慣病等の心身の多様な課題に対応した切れ目のないきめ細かな支援を行うため、保健部門と介護予防を担う部門が連携して、保健事業と介護予防の一体的取組を進めます。

国保データベースシステムなどを活用し、保健、医療、介護のデータ分析によって健康課題を明らかにし、高齢者に対する個別的な支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を実施します。

特定健診や後期高齢者健診受診者で保健指導が必要となる方や、ひとり暮らし高齢者等の健康状態不明者や脳血管疾患のリスクとなる高血圧等の方に対し、管理栄養士や看護師等による家庭訪問指導や電話等による個別支援を行います。また、予防や必要な医療・介護サービス等につなげることで、疾病予防や生活習慣病重症化予防、介護予防を図ります。

また、通いの場等へ保健師、栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の医療専門職が積極的に関わり、健康課題及びフレイル予防を目的とした健康教育や健康相談を行い、必要に応じて、適切なサービス等につなげます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
糖尿病性腎症重症化予防個別支援延件数（件）	522	252	580	600	600	600
高血圧重症化予防個別支援延件数（件）	15	42	120	130	140	150
ひとり暮らし高齢者訪問延件数（件）	702	763	770	790	810	830
通いの場での専門職の健康教育回数（回/年）	65	120	120	130	140	150
通いの場での健康教育参加延人数（人）	704	1,367	1,400	1,470	1,540	1,610

※R 5年度は見込みです。

イ 自ら取組む介護予防

公会堂等において、月1回以上行う「しぞ〜かでん伝体操」や運動指導者を招いて活動を行う地域活動サークル等、地域の身近な場所で人と人とのつながりを通して、市民が主体的に健康づくりや介護予防に取り組む「通いの場（介護予防体操）」を普及します。

コミュニティセンターやまちづくり協議会など地域と連携して、地域や団体に講師を派遣し、生活習慣病予防、フレイル予防等を目的とした教室の開催や介護予防について学ぶ講座を実施します。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通いの場（介護予防体操） （箇所）	120	124	127	130	135	140
参加実人数（人）	1,782	1,710	1,725	1,740	1,765	1,790

※R 5年度は見込みです。

ウ 介護予防・生活支援サービス（総合事業）の充実

現行相当サービスから基準緩和サービスへの移行を推進するとともにフレイル状態の方の機能回復に効果的な短期集中サービスの利用を促進します。また、事業所の研修等を通して介護予防・生活支援サービスの担い手を育成します。

1) 訪問介護相当サービス

ホームヘルパーが居宅を訪問して、身体介護や（食事や入浴の介助）や生活援助（買い物、調理、掃除、洗濯等）を行います。

2) 訪問型サービスA（基準緩和サービス）

身体介護を必要としない対象者の居宅に生活支援員が訪問して、生活援助（買い物、調理、掃除、洗濯等）を行います。

3) 訪問型サービスB（住民主体による支援）

住民主体の活動で、掃除や洗濯、ゴミ出しなどの日常生活におけるちょっとした困りごとの支援を行います。

4) 訪問型サービスC（短期集中サービス）

保健・医療の専門職が居宅を訪問して、3～6か月程度の短期間で、栄養状態の改善や口腔機能・運動機能の向上について、相談や指導を行います。

5) 通所介護相当サービス

通所介護施設（デイサービスセンター）で、食事や入浴など日常生活上の介後や生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニングなどを日帰りでを行います。

6) 通所型サービスA（基準緩和サービス）

身体介護を必要としない心身の状態が安定している方を対象に通所介護施設（デイサービスセンター）で、心身機能の維持向上のための体操やレクリエーションなどを日帰りでを行います。

7) 通所型サービスC（短期集中サービス）

施設で保健・医療の専門職が、3～6か月程度の短期間で、栄養状態の改善や口腔機能・運動機能の向上について、相談や指導を行います。

（参考）サービス見込み量

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問介護相当サービス	(人/年)	159	165	165	165	165	165
訪問型サービスA	(人/年)	1	1	1	20	25	30
訪問型サービスB	(人/年)	13	18	21	23	25	27
訪問型サービスC	(人/年)	6	6	7	10	12	15
通所介護相当サービス	(人/年)	499	543	540	540	540	540
通所型サービスA	(人/年)	25	29	32	50	60	70
通所型サービスC	(人/年)	5	8	9	10	12	14

※R 5年度は見込みです。

1-1-4 地域リハビリテーションの推進

■現況

- ・平成 29 年度より、「介護予防・日常生活支援総合事業」の中の一般介護予防事業の一つとして「地域リハビリテーション活動支援事業」を開始し、地域で介護予防に関する活動及びその支援を行っている市民や関係者を対象に、聖隷袋井市民病院や地域の介護事業所等と連携を図り、理学療法士などのリハビリテーション専門職の派遣などを進めています。
- ・リハビリテーション専門職や介護予防に取り組んでいる関係者が顔の見える関係を構築して、関係者間のネットワークの推進を目指すために、研修会を開催して連携体制の構築に取り組んでいます。

■課題

- ・今後増加する高齢者に対して、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階のリハビリテーションに関して、関係機関の連携が必要となります。
- ・要介護者（要支援者）がリハビリテーションの必要性に応じて、サービスを利用できるよう、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リハビリテーションへ切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。
- ・病院、介護サービス事業所などそれぞれの事業所のリハビリテーション専門職と、介護予防を推進している行政の担当部署が、それぞれの事業内容を十分理解し、連携を深めていく必要があります。

■今後の方向性

- ・高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしく自立した生活を送ることができるよう、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階において、多職種・多機関が連携し、切れ目のないリハビリテーションの提供体制の構築を進めます。
- ・地域の介護サービス事業所や介護支援専門員に対して、リハビリテーションに係る知識・技術・情報を提供することにより、自立支援、介護予防・重度化防止の取組を支援します。
- ・地域における介護予防の取組を機能強化するため、リハビリテーション専門職が地域に出向き、住民主体の「通いの場（介護予防体操）」など介護予防活動を効果的に行うための助言や協力などの支援を行うとともに、介護予防を担う関係機関とのネットワーク構築を推進していきます。

ア 予防期におけるリハビリテーション

1) 通いの場等への出張指導

高齢者が身近な場所でリハビリテーション専門職等による指導を受けられるよう、通いの場等に出張をして介護予防体操を効果的に行うための助言や協力などの支援を行うとともに、フレイル質問票等の実施や、筋肉や骨量の測定をするなどの効果検証を行い、高齢者の継続的な運動習慣形成を図っていきます。

2) 通いの場等の自主グループを対象とした研修

地域で介護予防活動を実践する自主グループ等のリーダー等に対して、介護予防活動に必要な知識・技術の向上を目的に、県で養成された「地域リハビリテーション推進員」や「リハビリテーションサポート医」と連携を図りながら、研修会を開催します。

イ 急性期・回復期におけるリハビリテーション

入院時から退院時の生活を見据え、医療・介護関係者が必要な連携強化を図り、切れ目のないリハビリテーションが提供できるよう、静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア*かけはし）などのICTを積極的に活用した連携体制整備を推進します。

ウ 生活期におけるリハビリテーション

1) 自立支援型地域ケア会議

ADL（日常生活動作）は自立しているが、買物や調理等の一部に支援を要する要支援者等には、重度化を防止する必要があります。QOL（Quality of life=生活の質）の向上のためには、自立支援のマネジメントが大切です。市の保健師や管理栄養士のほか、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、地域包括支援センター職員などの多職種によって、自立支援や重症化予防に資するケアマネジメントの実践力を高め、ケアマネジメントの質の向上や介護保険給付の適正化につなげる自立支援型地域ケア会議を開催します。



自立支援型地域ケア会議の様子

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
検討件数（件）	4	4	4	8	10	12

※R5年度は見込みです。

2) リハビリテーション専門職による相談支援

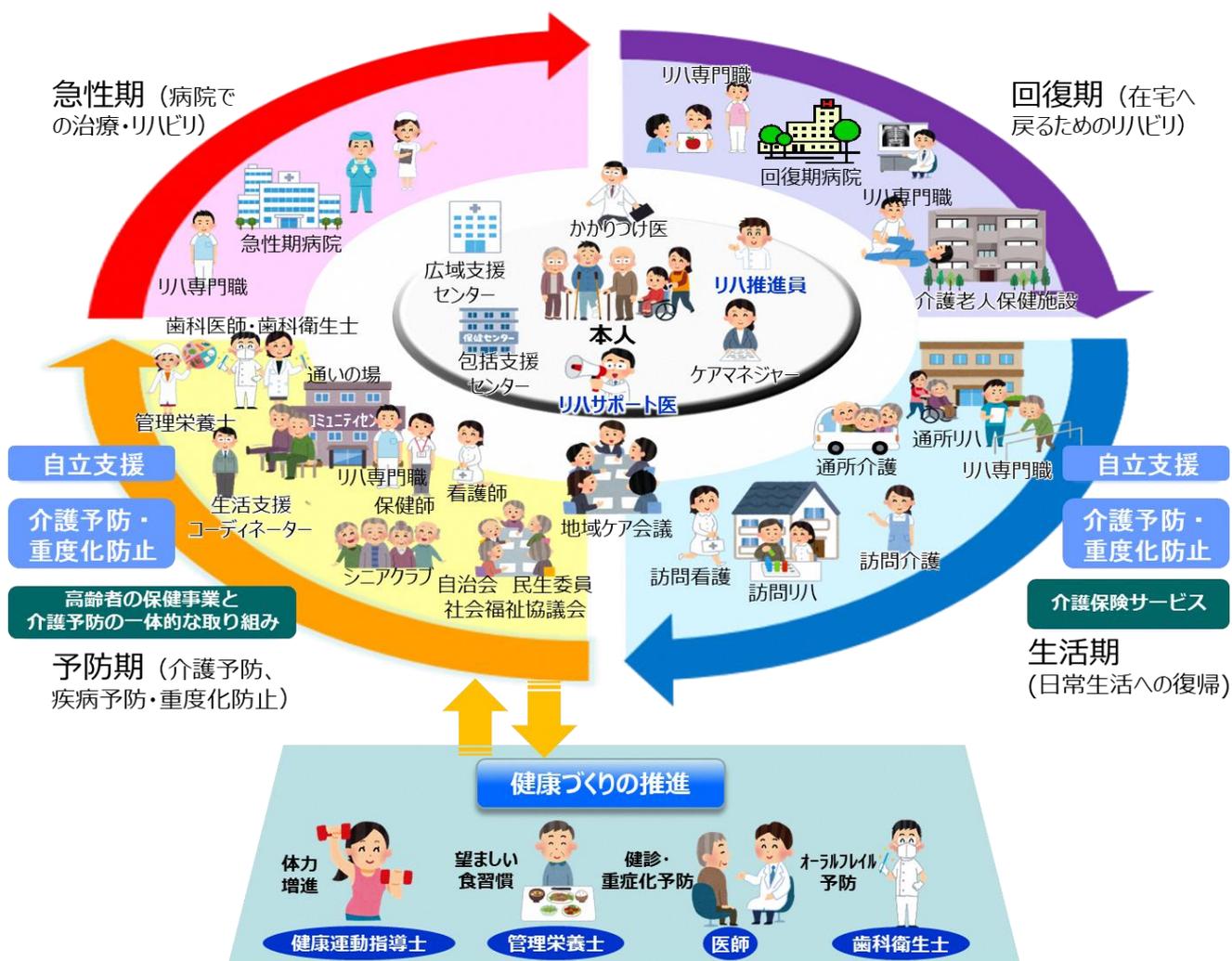
地域包括支援センター等からの相談に対して、リハビリテーション専門職が電話、訪問またはICTを活用して助言を行うことで、心身機能が低下した高齢者を適切なサービスに繋げていくなどの効果的な予防の推進を図っていきます。

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
相談回数(回)	3	5	7	8	9	10

3) 専門職の育成と連携

リハビリテーション専門職や介護予防に取り組んでいる関係者間のネットワークを推進できるよう、専門職向けの研修会等を開催して、それぞれが取り組んでいる活動について理解しあい、情報共有することで、関係者間の連携を深め、より効果的な自立支援・重度化防止の推進を図ります。

○地域リハビリテーションの姿



基本目標2 共に支え合い、地域で安心して生活できる社会の実現

2-1 地域共生社会の実現

2-1-1 地域包括ケアシステムの充実

■現況

- ・市では、総合健康センターを保健・医療・介護・福祉の拠点として、高齢者が住み慣れた地域で、安心して尊厳ある生活を継続できるよう、必要なサービスが一体となって切れ目なく提供される体制（地域包括ケアシステム）の充実に努めています。
- ・総合健康センターでは、健康や医療、福祉や生活に関することなど相談全般に応じる断らない「総合相談窓口」を開設しています。
- ・本市には、生活圏域ごと地域包括支援センターを4箇所設置し、それぞれに保健師・看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種のほか、生活支援コーディネーター等を配置しています。
- ・高齢化の進行、一人暮らしまたは高齢者のみの世帯の増加、認知症高齢者の増加に対応できるよう、地域包括支援センターの機能強化を図っています。

■課題

- ・ひとり暮らし高齢者や老々世帯、認知症高齢者に加え、身寄りのない高齢者や障がいのある高齢者も増加していく中、在宅での介護や生活支援を必要とする高齢者を早期に見出し、迅速に支援できる体制づくりが急務となっています。
- ・国においては、地域共生社会の実現という視点から地域包括支援センターを中核的な基盤であると位置づけています。また、地域包括支援センターの機能強化にあたって属性や世代を問わない包括的な相談支援等として、高齢福祉分野だけでなく障害福祉や児童福祉といった他の福祉分野との連携を通じた支援を担うことが期待されています。
- ・地域包括支援センターでは、今後も高齢者人口が増加していくことや、複雑化する相談業務等の業務量が増加しているため、効率的・効果的な業務推進が必要です。

■今後の方向性

- ・高齢者を地域で支え合う地域包括ケアシステムをさらに進め、福祉全般の取組の連携を図り、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、市民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「地域共生社会」の仕組みに向けて取り組みます。
- ・今後も増加する相談や介護予防に関するケアマネジメント業務等、地域包括センターが求められる業務を推進するため、必要な専門職等の配置や、PDCAサイクルによる業務検証を行い、複雑化多様化する課題に対応するため、より一層のスキルアップを目指し、研修等の実施を継続していきます。

ア 総合相談窓口の充実

総合相談窓口では高齢者の生活全般に関することをはじめ、8050やひきこもり、ヤングケアラーなど、分野や世代を問わない相談対応をしています。

相談窓口の充実を図るため、保健師、社会福祉士等の多職種を配置するとともに保健・医療・介護・福祉の関係者を対象とした「相談窓口対応者研修会」を毎年開催し、より多くの相談窓口や関係機関で連携していける体制づくりに取り組みます。

また、相談者のニーズや状況に応じて、対面やオンラインなど相談しやすい環境づくりに努めます。



	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
相談対応延件数（件）	5,689	6,044	6,500	6,600	6,700	6,800

※R 5年度は見込みです。

イ 障がいのある高齢者などへの支援

障がいや経済的な課題を抱える高齢者に対応するため、福祉関係部署や地域包括支援センター、社会福祉協議会などの関係機関と連携した検討の場を定期的に設け、課題解決に向けて切れ目のない支援をしていきます。

ウ 地域包括支援センターの運営・機能の強化

地域包括支援センターは、保健・医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント等の業務を、3職種（保健師・看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員）等がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民や関係機関との連携体制をつくり、高齢者への総合的な支援を行っています。



地域包括ケアシステムを推進していく上で、地域包括支援センターに求められる役割は今後さらに増しており、職員の業務負担軽減と業務の質を確保するため、PDCAサイクルを回し、機能強化を充実していきます。

1) 総合相談・支援事業

介護保険サービスや高齢者支援の各種サービスに関する情報提供等の初期相談や、継続的相談・支援、地域における様々な関係者とのネットワークを通じた高齢者の実態把握等、市民の立場に立ったきめ細かな対応に努めます。中核機関である地域包括支援センターが業務の入り口となり、課題解決に向け継続的な支援を行います。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
相談対応延件数（件）	10,525	13,832	19,000	20,000	21,000	21,500

※R 5年度は見込みです。

2) 権利擁護の推進

高齢者の権利擁護事業として、日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する情報の提供、成年後見支援センターと連携して、制度の利用促進を図ります。

さらに、高齢者の虐待を早期に発見し、虐待対応マニュアルに沿って対応します。また、高齢者の権利を守るため、地域の関係者によるネットワークの充実に取り組みます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
成年後見の申立てにつなげた件数（件）	21	15	17	20	25	30

※R 5年度は見込みです。

3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

地域の介護に関わる関係機関との連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援を行い、包括的・継続的なケア体制の構築を図ります。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
介護支援専門員連絡会（回）	12	11	11	16	16	16

※R 5年度は見込みです。

4) 地域ケア会議の推進

地域包括支援センターが主催する「個別ケース検討地域ケア会議」では、支援が必要な高齢者等への適切な支援を行うため、多様な関係者で個別ケースの検討を行うとともに、検討により共有された地域課題を地域づくりや社会資源の開発、政策形成に結びつけていくことで、地域包括ケアを推進します。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
個別ケース検討地域ケア会議（件）	22	31	40	45	50	55

※R 5年度は見込みです。

5) 介護予防ケアマネジメント業務

要支援者等に対しアセスメントを行い、心身や日常生活の状況や環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるよう介護予防サービス計画を作成し、達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら自主的に取り組めるように支援していきます。

対象者が年々増加していることや、介護予防ケアプラン作成件数も増加しているため、居宅介護支援事業所への委託やケアプランを作成する職員の確保を進めます。



地域包括支援センタースキルアップ研修

2-1-2 支え合う仕組みの構築・ネットワークの充実

■現況

- ・地域住民同士の助け合いの創出とネットワークづくりのため、市全域に「第1層生活支援コーディネーター」と地域包括支援センター圏域に「第2層生活支援コーディネーター」を配置しています。また、市全域に「袋井市介護予防・日常生活支援推進会議（第1層協議体）」と地域包括支援センター圏域に第2層協議体を設置し、多様な関係主体による定期的な情報共有や連携強化を図っています。
- ・市内での支え合い活動は、総合事業を開始した平成29年度から令和4年度の6年間で、100箇所が新たに始められ、介護予防体操は52箇所増え[※]92箇所に、居場所は15箇所増え27箇所に、見守りネットワークは33箇所増えて87箇所となっています。
（※ 週一未満を含む）
- ・地域福祉推進組織の活動やまちづくり協議会、コミュニティセンターにおいて特色ある地域づくりを促進し、地域の実情に応じた支え合い活動が広がっています。

■課題

- ・国においては、血縁や地縁などのつながりが弱まっている現状を踏まえ、従来の制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実化に集中的に取り組むことが重要であるとしています。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」では、通院などの外出支援やごみ捨てなどのちょっとした支援を必要とする方が多いことや、自身や家族に介護が必要になった場合、在宅での介護の意向が強いことがうかがえることから、生活支援コーディネーターが調整役となり、居場所などの気軽に相談できる場の提供や、介護者の負担が軽減できるような、住民を主体とした取組の基盤を整備していくことが必要です。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」では、健康づくり活動や趣味等のグループ活動による地域づくりについて、一般高齢者では約3割、事業対象者・要支援認定者では約2割の方が「企画・運営に携わりたい」と回答しています。このような、支え合いや地域づくりに関心のある方を担い手として結びつけていくことが必要です。

■今後の方向性

- ・第2層生活支援コーディネーターが中心となり、まちづくり協議会、自治会長や民生委員児童委員、NPO法人等や関係機関が連携し、地域の困りごとや必要な支援、通いの場の普及、支え合い活動の担い手の育成等、地域の状況に合わせた取組を推進します。
- ・第1層生活支援コーディネーターは市全体における課題解決のため、「袋井市介護予防・日常生活支援推進会議」や第2層の生活支援コーディネーター、協議体と連携しながら、新たな視点での担い手の育成や掘り起こしに取り組みます。
- ・通いの場、通院や買い物などに対する困りごと支援など、新たな支え合い活動の立ち上げの支援に取り組みます。
- ・地域で暮らす方の気持ちに寄り添い、関係機関や地域と十分連携を図りながら、自治会や自治会連合会単位などの見守りネットワークの組織化を推進していきます。

ア 地域の支え合い活動の推進

日常生活のちょっとした困りごとを助けられる仕組みがあることで、本人が慣れ親しんだ関係の中でその人らしく生活を続けることができます。

支え合い活動には、地域ごとの生活環境や交通環境、住まいや習慣等も大きく影響することから、地域の実情に応じて、合意形成を図りながら少しずつ地域の中で広げていくことが重要です。

今後も、高齢者の増加に伴い、地域の支え合い活動の需要が高まっていくため、生活支援コーディネーターが調整役となって、まちづくり協議会やコミ

ュニティセンターの、地域の方々、社会福祉協議会や市、地域包括支援センター、NPO法人等、関係機関との意見交換や情報共有を重ねながら、協議体も活用し、支え合い活動のきっかけとなる機会を創出し、支え合う地域づくりを推進します。



	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
地域住民が主体となった生活支援組織数(箇所)	3	3	4	4	5	6
地域住民が主体となった生活支援組織がある地区数(地区)	7	7	7	8	8	9

※R5年度は見込みです。

イ 居場所づくり

居場所とは、地域住民が主体となり、高齢者や障がい者、子どもなど地域の様々な人たちが気軽に立ち寄り、会話やレクリエーション等をしながらふれあい、交流を図ることができる場です。居場所には、「支える側」と「支えられる側」といった画一的な関係や決まったルールはなく、その場に参加することで見守り、支え合いにつながっています。



居場所を立ち上げ、運営していくには、場所や運営スタッフの確保、維持など様々な課題がありますが、各地の事例を参考にしながら展開に努めます。関心を持つ方が増え、居場所の持つ役割が地域に浸透して活動しやすくなるよう、既存の居場所の継続支援や新たな立ち上げなど、一層の普及拡大に取り組みます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
居場所（箇所）	23	27	29	31	33	35
参加実人数（人）	325	406	420	450	480	510

※R 5年度は見込みです。

ウ 見守りネットワークの推進

日常生活を送る上で、高齢者や障がい者などが暮らす世帯を、近隣住民らが気にかけて、見守り、さりげない支援を行います。地域の特性に応じて、関係機関と地域の方々が連携して、見守りネットワークの立ち上げや相談しやすい関係づくりを推進します。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
見守りネットワーク実施箇所数（自治会数）（箇所）	69	87	102	106	110	114

※R 5年度は見込みです。

2-1-3 在宅生活への支援

■現況

- ・高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯の増加が見込まれる中で、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくためには、医療・介護サービスの充実と、日常生活を支えていく生活支援サービスの体制整備を同時に推進していくことが必要です。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、介護保険サービス以外に充実を望むサービスとしては、外出支援や配食サービス、緊急通報サービスが多くなっています。

■課題

- ・住み慣れた地域で高齢者が安心して暮らしていけるよう、高齢者が自立した生活を送るためのサービスの適正化に努めるとともに、安定した在宅介護の継続のため、介護者の負担軽減につながるサービスの強化が重要となります。

■今後の方向性

- ・高齢者が在宅で安心して生活を継続するためのサービスの適正化に努めるとともに、在宅介護の質の向上や介護者の負担軽減になるような取組を推進していきます。

ア 在宅福祉サービス

高齢者の在宅生活の継続や質の向上を図るため、地域の民間業者等と連携し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう見守りや生活支援を行うとともに、在宅介護者の負担軽減を図るため、家族介護者を支援する取組をしています。

1) 高齢者等配食サービス

調理や買い物が困難な高齢者や要介護認定を受けている方を対象に、栄養バランスのとれた食事などを提供します。

また、利用者の安否確認を行い、高齢者が地域で安心して生活できるよう支援します。

2) 高齢者等紙おむつ購入費助成事業

65歳以上で3か月以上寝たきりや認知症の高齢者等を対象として、紙おむつ購入費の一部を助成します。

3) 在宅介護支援金支給事業

要介護3以上の方を、申請日前6か月間のうち通算して90日以上在宅で介護している家族等に対し、支援金を支給します。

4) 高齢者訪問理美容サービス

寝たきり等で理美容院に出向くことが困難な高齢者に、出張費用を市が助成し、理美容師が居宅へ出向いて散髪などを行います。

5) はり・灸・マッサージ施術費助成

高齢者に多い腰痛や肩こり等を改善し、健康で健やかに過ごせるよう、75歳以上の希望者に1回1,000円の助成券を年間5枚交付します。

イ 通院・外出支援（付き添い）サービス

通院・買い物等への支援が必要な方を対象に、「ふくろいファミリー・サポート・センター」及び「袋井シニア支援センター」にて外出支援を行います。

また、民間路線バスが運行されていない地域において、移動手段の確保のため自主運行バス等の運行を行うとともに、集落地域における、地域を主体とした移動手段の導入に取り組めます。

さらに、住民が主体となった生活支援活動においても、通院や買い物などちょっとした外出支援が行われるよう生活支援コーディネーターが支援します。

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
ファミリー・サポート・センター利用者人数（人）	1,109	1,259	1,500	1,700	1,700	1,700
地域主体による移動手段の運行地区数	3	3	4	5	5	5

※R5年度は見込みです。

ウ 高齢者短期入所事業

介護している家族等が緊急の事由で介護できなくなった場合に、家族に代わって対象者を一時的に介護する事業です。

また、認知症高齢者の緊急保護や虐待からの避難などによる入所にも対応します。

2-1-4 安全・安心の確保

■現況

- ・高齢者虐待への対応、財産管理や契約など成年後見制度の利用が必要な方への支援を行い、権利擁護に努めています。令和5年度から中核機関となる成年後見支援センターを社会福祉協議会に設置しています。
- ・地震や風水害・火災などの防災対策や救急時、避難に時間を要する方に対して早めの避難を呼び掛けるため、高齢者等避難を、袋井市情報配信サービス「メローねっと」や同報無線放送でお知らせしています。また、民生委員児童委員・自治会・自主防災隊の協力を得ながら「災害時避難行動要支援者計画（個別計画）」及び「避難行動要支援者名簿」を作成しています。
- ・ひとり暮らし高齢者などには、安否確認と緊急事態への対応のため緊急通報システム機器を貸与し、救急搬送時に緊急連絡先や医療情報が分かるよう、救急医療情報キットの配布を行っています。
- ・高齢者を交通事故や悪質商法、特殊詐欺などの犯罪被害から守るための啓発を行い、日頃から自己対策を講じてもらえるよう周知を図っています。

■課題

- ・災害や感染症が発生した場合などにおける情報共有や初期対応、必要物資の備蓄などについて、国・県・市と事業者が連携し迅速かつ的確に対応することが必要です。
- ・ひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の増加が見込まれることから、高齢者とその家族が安全で安心して生活できる良好な住環境の整備・維持など、多様化する高齢者のニーズやライフスタイルに応じた住宅の確保、住環境整備が必須です。
- ・運転免許証を保有する65歳以上の人口増加に伴い、高齢運転者に関する交通事故件数が増加傾向にあり、免許返納の推進や交通安全に対する対策が必要です。

■今後の方向性

- ・身寄りがない方などの法定後見開始の市長申立て手続き、後見人等への報酬助成制度などの充実や制度の周知や、市民後見人の育成に努めます。また、令和5年度に設置した成年後見支援センターの活用を進めます。
- ・「災害時避難行動要支援者計画（個別計画）」や「避難行動要支援者名簿」の作成に同意されない方について、民生委員児童委員・自治会・自主防災隊と連携して、災害時に活用できるよう対象者に対して事業の趣旨を理解いただけるよう努めていきます。
- ・近年の災害発生や感染症の流行を踏まえ、介護サービス事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修や訓練を実施します。また、関係部局と連携して、介護サービス事業所等における災害や感染症の発生時に必要な対応策等の共有化を図り、連携強化に努めます。

ア 権利擁護と虐待防止

1) 成年後見制度

認知症などで財産管理や契約などが難しい方の権利を守るため、成年後見人等が本人に代わって手続きや判断をして、安心して生活ができるよう支援する制度です。今後、ひとり暮らしの認知症高齢者等の増加が見込まれる中、成年後見制度へのニーズが高まることが予想されることから、元気なうちに後見人を選任できる任意後見制度の利用を促進していきます。

身寄りのない方などの市長申立てに関する経費や後見人等の報酬等の費用に対して助成します。また、市民後見人についても育成に努め、法人後見人とともに協働できる体制づくりを進めていきます。また、中核機関となる成年後見支援センターの友好的な活用を進めていきます。

2) 高齢者虐待の防止

市民に対する高齢者虐待の相談窓口のPRや、早期発見のための体制づくりなど着実に進めているところですが、高齢者の増加に伴い、精神的・身体的負担を抱える養護者が多くなり、虐待の相談・対応などがさらに増加しています。

高齢者に関する総合相談窓口として設置している地域包括支援センターや民生委員児童委員、地域の見守りネットワーク、警察、介護サービス事業所、医療機関等の関係機関と連携し、高齢者虐待等を早期発見するためのネットワークを構築し、高齢者虐待対応マニュアルに従って適切な対応が図れるよう連携強化を推進するとともに、高齢者虐待防止に向けた啓発活動や養護者の疲労や閉塞感に寄り添った養護者支援を行います。

イ 多様なニーズに対応した住まいの確保

1) 安全・安心な住まいの確保

静岡県では、「高齢者対応住宅普及研修会」を実施し修了者を「高齢者対応住宅相談員」として登録し、これから住宅新築・増改築しようとする方に対して情報提供や相談に応じる体制を整えています。

また、必要に応じて高齢者福祉とサービス付き高齢者向け住宅等の所管課が連携し、ニーズに応じた高齢者向け住宅が提供できるよう努めます。

2) 施設入所に関する支援

養護老人ホームなどの入所施設やサービス付き高齢者向け住宅には、利用料やサービス内容など様々な形態があることから、その人に応じた施設等を紹介し、高齢者が安心して暮らすことができるよう支援していきます。

a 養護老人ホーム

おおむね 65 歳以上の自立した日常生活を送れる高齢者で、経済的な理由や、家庭環境などの理由により、自宅での生活が困難な高齢者が利用できる施設です。日常生活の基本的なサポートや健康管理、社会復帰・生活向上のための助言や指導などが受けられます。

市内には、入所定員 50 人の「袋井市立可睡寮」があり、地域包括支援センター等と連携し、入所が必要な対象者の把握を行い、適切な入所へつなげていきます。

b 軽費老人ホーム（ケアハウス）

60 歳以上で、家庭環境や住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な方が、自立した生活を送ることができる低料金の入所施設です。入所者の生活相談、入浴サービス、食事サービス、緊急時の対応等を行います。また、適切な入所や安定した生活への指導を進めていきます。

市内に 1 箇所（定員 60 人）が設置。

c 有料老人ホーム

市内の有料老人ホームには、「介護付」「住宅型」の 2 種類があり、自分にあった施設の選択が可能です。また、認知症など、さらに介護が必要になった場合、特別養護老人ホーム、グループホーム等と調整を図り、施設移行を円滑に進めていきます。

市内に 7 箇所（介護付：95 人、住宅型：132 人 合計定員：227 人）が設置。

d サービス付き高齢者向け住宅

高齢者単身・夫婦世帯が安心して居住できる賃貸等の住まいで、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づく住宅です。一般的な賃貸住宅よりも高齢者が住みやすい環境で、必要なサービスを受けながら暮らし続けることができる住宅です。

市内に 6 箇所（160 戸）が設置。

ウ 高齢者緊急通報システム機器の貸与

市内に住所を有するひとり暮らしの高齢者などに対し、日常生活の安全と緊急事態への対応を図るため、緊急通報用の機器を貸与します。

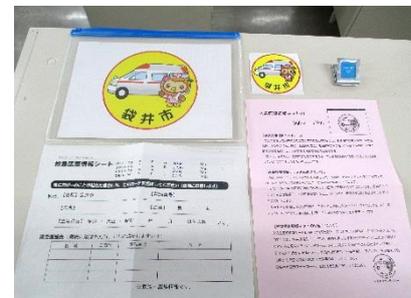
緊急通報システムには、緊急ボタンを押すとコールセンターにつながり、必要に応じて協力者や救急車を要請するコールセンター方式と、協力者が遠方の方には、緊急ボタンを押すと同時に業者が自宅まで駆けつける駆付け方式があり、また固定電話がない方にはモバイル型機器を貸与するなど、環境に応じて対応します。さらに、希望者には人感センサーを設置しています。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
設置数（台）	182	170	170	170	170	170

※R 5年度は見込みです。

エ 救急医療情報キットの配布

ひとり暮らし高齢者等が救急要請した時、緊急時に必要な情報等を救急隊や医療機関等がすぐに把握できるよう、緊急連絡先、かかりつけの医療機関、持病の有無、内服薬等の緊急時に必要な情報を保管する救急医療情報キットを配布します。



救急医療情報キット

オ 災害や感染症への対策

災害時に的確に対応できるように、福祉避難所の確保、避難行動要支援者登録制度の促進、「メローねっと」等による情報伝達や緊急避難体制等の充実に努めます。また、関係機関との連携を図りながら、支援の必要な方に対するネットワークや被災時の支援体制の充実に努めていきます。

また、近年の自然災害の発生や感染症の流行を踏まえ、介護サービス事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修や訓練を実施します。さらに、関係部局と連携して、介護サービス事業所等における災害や感染症の発生時に必要な対応策等の共有化を図り、避難確保計画の作成を支援するとともに、連携強化に努めます。

県や市、関係団体が連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築するとともに、平時からICTを活用した会議の実施等による業務のオンライン化を推進します。

1) 避難行動要支援者への支援

大地震や水害などの災害に備えて、自力で避難することが困難な方（高齢者、障がい者等の防災施策において特に配慮を要する方）を地域全体で支援するため、民生委員児童委員・自治会・自主防災隊の協力を得ながら「災害時避難行動要支援者計画（個別計画）」及び「避難行動要支援者名簿」が作成されていることから、定期的な更新を行うとともに効果的に活用できるよう運用してまいります。

また、計画の対象とならない高齢者や障がい者などを含めて配慮が必要な方に対して、「災害時避難支援隊」を結成し、避難を支援する地域の活動も始まっています。

カ 防犯・安全への対策

1) 交通安全

高齢者の交通事故を未然に防ぐため、袋井市交通安全会連合会、袋井警察署及び県交通安全協会袋井地区支部と連携し、高齢者を対象とした各種啓発活動のほか、交通安全教室や運転技術講習会などを開催します。

また、高齢運転者の運転免許自主返納の促進を引き続き推進していきます。

2) 防犯対策

市内で振り込め詐欺と思われる不審な電話が多数発生した場合には、メローねっとや同報無線により注意喚起を行っていきます。また、市内 22 の地区安全会議では、地域の実情に合わせた自主防犯活動を実施していきます。

3) 消費生活

消費生活出前講座などによる啓発活動を推進し、悪質商法や特殊詐欺などの被害の未然防止に努めるとともに、消費生活に関する知識の普及を進めていきます。

また、不安の解消及び消費者トラブルの解決のための相談事業を推進していきます。

2-2 認知症施策の推進

2-2-1 認知症に対する正しい理解の促進

■現況

- ・地域包括支援センターの認知症地域支援推進員を中心に、市民や市内事業所などを対象に、認知症に関して正しく理解し、認知症の方やその家族を見守り、支援するサポーターの養成講座を開催しています。
- ・対象は、子どもを含めた若い世代から高齢者までとしており、特に子どもに対しては教育機関や社会福祉協議会と協働して小学校・中学校における福祉教育の一環として開催しています。

■課題

- ・より多くの人に認知症について正しい理解を促進していく必要があるため、幅広い世代や企業・団体への養成講座の周知、受講しやすい開催方法としていくことが必要です。
- ・講座を実施するだけでなく、養成された認知症サポーターや認知症キャラバン・メイトが様々な場面で活躍できる体制を整えていくことが必要です。

■今後の方向性

- ・認知症に対する正しい理解を促進することは、認知症にやさしい地域をつくっていくことにつながり、地域で認知症を支え、ともに暮らす社会の実現の第一歩となるため、今後も関係機関と連携し、認知症に関して正しく理解し、認知症の方やその家族を見守り、支援するサポーターを積極的に増やしていきます。
- ・認知症の方と地域で関わることが多いと想定される小売業・金融機関、公共機関等の企業においても適切な対応ができるよう、養成講座を拡大していきます。

ア 認知症サポーターの養成

市民や市内事業所などを対象に、認知症に関して正しく理解し、認知症の方やその家族を見守り、支援するサポーターを養成するための講座を開催し、認知症の方が感じていること、伝えたいことを紹介していきます。また、認知症予防を兼ねた内容の講座も実施します。

今後も、地域住民や事業所のほか、特に認知症の方との関わりが想定されるスーパーなどの小売業や、金融機関・警察・消防などの公共機関を対象に養成講座を行っていくとともに、教育機関や社会福祉協議会が行っている社会福祉教育と協働して、子どもや若い世代への養成講座についても積極的に開催していきます。

また、サポーター養成講座を受講した方等を対象に、フォローアップのための講座を開催し、サポーター養成講座の講師となるキャラバン・メイトや認知症の方も参加できる居場所の運営などを行うチームオレンジの活動など、その後の活動につながるよう支援して行きます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症サポーター養成人数 (人)	366	505	650	700	750	800

※R 5年度は見込みです。



2-2-2 認知症予防の推進

■現況

- ・総合健康センターを中心に地域包括支援センターなど関係機関と連携しながら、認知症予防（認知症にならないということではなく、認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにする）を推進しています。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、健康について知りたいことは、約5割が「認知症の予防について」と回答しており、関心の高さがうかがえます。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、物忘れが多いかについては一般高齢者では、4割程度、事業対象者・要支援認定者では5割強が「はい」と回答しています。

■課題

- ・認知症発症要因は不明な点が多いものの、最も関係しているのが加齢といわれており、高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加することが予想され、認知症予防や早期発見・早期対応、重症化予防など、認知症への「備え」にさらに取り組んでいく必要があります。
- ・認知症の発症には、生活習慣も関連していることから、若い世代にも認知症予防を伝えていく必要があります。
- ・認知症予防の取組にあたり、高齢者等が身近で通うことのできる「通いの場」の拡充や「通いの場」での活動を推進していくことが必要です。

■今後の方向性

- ・認知症の予防について、認知症の発症リスクである生活習慣病の予防や社会参加の促進を、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター、総合健康センターが連携して推進し、若い世代から切れ目のない、一体的な認知症予防を進めていきます。



通いの場における認知症予防健康教室

ア 認知症予防のための取組

運動不足の改善や、糖尿病、高血圧等の生活習慣病予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の予防に資する可能性があることから、介護予防と同様に、運動・栄養・口腔・社会参加など幅広い視点で認知症予防を推進していきます。また、若い世代にも生活習慣病予防が認知症予防につながることを伝えていきます。

認知症予防や認知症の早期発見・早期対応の大切さを学ぶ教室を、地域包括支援センターと連携し、市内のコミュニティセンターや事業所等で実施していきます。

また、認知症予防のパンフレット「今日からはじめる！認知症予防虎の巻」や認知症セルフチェックシートを積極的に活用していきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症予防教室参加延人数 (人)	134	245	230	350	400	450

※R 5年度は見込みです。

イ 通いの場づくり

運動不足の改善、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が認知症予防に資する可能性があることから、地域において住民主体で行い、高齢者が身近に通える「通いの場（介護予防体操）」等について普及していきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通いの場（介護予防体操） (箇所)	120	120	124	130	135	140
通いの場（介護予防体操） 参加実人数（人）	1,782	1,710	1,710	1,740	1,765	1,790
居場所（箇所）	23	27	29	31	33	35
居場所参加実人数（人）	325	406	420	450	480	510
ふれあい・いきいきサロン 設置自治会数（箇所）	100	93	94	100	110	110
ふれあい・いきいきサロン 参加実人数（人）	2,019	1,870	1,766	1,970	2,170	2,170

※R 5年度は見込みです。

2-2-3 相談・支援体制の充実

■現況

- ・地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を設置し、本人や家族、介護支援専門員など関係者からの相談に応じ、支援しています。
- ・総合健康センターの総合相談窓口や地域包括支援センターの相談のうち、集中的な支援が必要な方について、多職種のメンバーによる「認知症初期集中支援チーム」で支援を行っています。

■課題

- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」より、認知症に関する相談窓口を知っているかについて、7割以上が「いいえ」と回答しており、市の取組の周知・広報を一層強化することが必要です。
- ・「高齢者の生活と意識に関する調査」によると、主な介護者が不安を感じる介護等に対する質問に対して、約5割が「認知症に対する対応」と回答しており、認知症の方への介護についての相談・支援体制の充実が求められています。
- ・認知症の症状に気づかずに、症状が進行してからの受診につながることもあり、早期に気づき、受診につなぐ取組が必要です。
- ・高齢の認知症の方だけではなく、若年性認知症の方への支援の推進も必要であり、全ての認知症の方ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現に向けて取り組んでいく必要があります。

■今後の方向性

- ・地域で認知症の方や家族を支えていくために「認知症地域支援推進員」を中心に、認知症に関する本人、家族、関係者からの相談支援体制を充実させていきます。
- ・認知症の心配のある方に対して、認知症地域支援推進員や地域包括支援センターが、地域の民生委員児童委員や自治会役員等と連携し、認知症の疑いのある方を早期に見つけ、受診につなぐ支援を行います。
- ・認知症に関する相談窓口の周知に努めます。「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する情報が必要な人に届くようにしていきます。
- ・介護者の負担軽減のため、適切な介護保険サービスの活用を引き続き進めるとともに、「認知症ケアパス」の活用、「認知症初期集中支援チーム」での支援や、「個人賠償責任保険事業」など、認知症の方や家族に対する切れ目のない相談・支援体制の充実を図ります。
- ・若年性認知症についても、正しい知識の普及や相談窓口の周知、若年性認知症の特性に応じた支援が受けられる体制や関係機関との連携体制の構築を進め、在宅で生きがいを持った生活が継続できるような支援を推進していきます。

ア 認知症ケアパスの活用

「認知症ケアパス」は認知症と疑われる症状が発生した場合に、認知症の状態（症状）に合わせた生活の目安、自治体の相談窓口、利用できる医療機関や施設を分かりやすく記したガイドブックです。認知症の疑いから発症、進行とともに変化していく状態に応じて、支援の流れや内容のおおまかな目安を示しており、困った時の相談窓口や支援体制、認知症に関して相談できる身近な医療機関の一覧などを掲載しています。

また、認知症予防について、認知症ケアパス予防編「今日からはじめる！認知症予防 虎の巻」として作成したパンフレットや「認知症セルフチェックシート」を機会をとらえて活用していきます。



イ 認知症初期集中支援チーム

総合健康センターを拠点とし、医師・看護師・精神保健福祉士・リハビリ専門職等の専門職種がチームを組んで、認知症の方や認知症が疑われる人とその家族に対して集中的に支援を行います。

本人の症状や家族の介護負担など全体的な状態をアセスメントし、その内容を基にチーム会議で、支援方法等について検討し、症状説明や対応方法等のアドバイスをするなど、の初期支援を包括的、集中的に行い、必要な医療サービスや介護サービスにつなげていくなどの支援を行います。

聖隷袋井市民病院や中東遠総合医療センター、かかりつけ医、地域包括支援センターと連携を図りながら、円滑な支援を推進していきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
医療や介護サービスにつながった割合	67%	80%	75%	80%	80%	80%

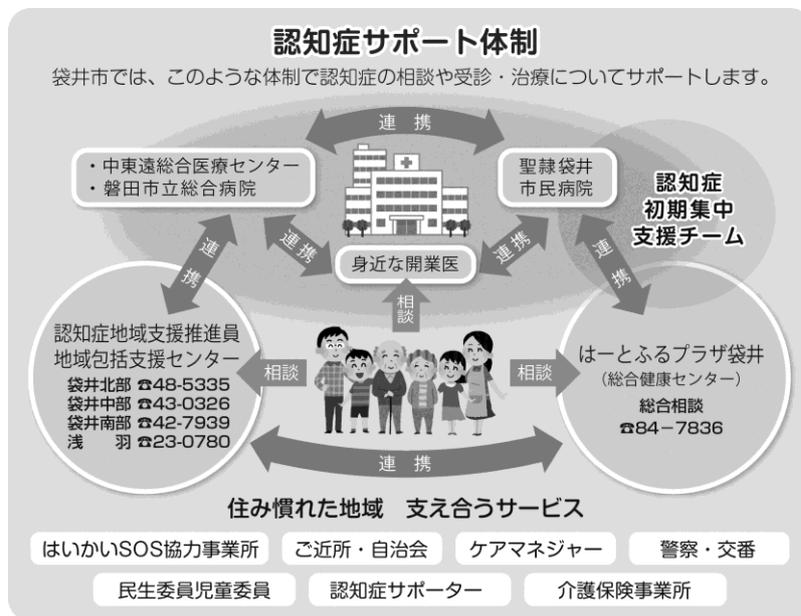
※R 5年度は見込みです。

ウ 若年性認知症への支援

若年性認知症について、正しい知識の普及や県の「若年性認知症相談窓口」など相談窓口の周知、若年性認知症の特性に応じた支援が受けられる体制や認知症疾患医療センターや地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制の構築を進め、在宅で生きがいを持って生活が継続できるような支援を推進していきます。

また、本人の希望を聞きながら、関係機関と連携した就労支援や、「オレンジカフェ」や「通いの場」などに地域の一員として参加できるように支援していきます。

※「オレンジカフェ」とは、認知症推進大綱における「認知症カフェ」のことで、認知症の方やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場。



第4章 施策の展開

2-2-4 地域で支え合い、ともに暮らす社会の実現

■現況

- ・地域や総合健康センターにおいて、認知症地域支援推進員やチームオレンジを中心に「オレンジカフェ」を開催しています。
- ・認知症があっても地域で安心して暮らせように、「はいかいSOSネットワーク事業」に取り組んでいます。

■課題

- ・「オレンジカフェ」について認知症の方や家族、地域住民が気軽に参加できるよう、周知やPRを進め、より多くの人に参加できるような取組が必要です。
- ・「オレンジカフェ」などの認知症に関する場だけではなく、「居場所」「通いの場（介護予防体操）」など地域の様々な場において、認知症の方が地域の一員として、参加しやすい場づくりに取り組んでいくとともに、認知症の方や家族の声が反映されるように意識して取り組んでいくことが求められています。
- ・生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく取組（認知症バリアフリー）を、官民が連携して取り組んでいくことが必要です。

■今後の方向性

- ・地域共生社会を目指す中で、認知症があってもなくても、できる限り住み慣れた地域の中で、同じ地域の一員として暮らし続けていける社会の実現を目指します。そのための障壁を減らしていく取組（認知症バリアフリー）を認知症に対する正しい理解を深めることから予防、早期発見・早期対応、地域での支え合いを通して幅広く進めていきます。
- ・認知症の方や家族が、地域で発信する機会を増やしていくとともに、当事者同士で語り合う「本人ミーティング」などについて取り組んでいきます。こうした場を通じて認知症地域支援推進員が本人の意見を把握し、本人の視点を認知症施策に反映していきます。
- ・認知症サポーターが新たにチームを組み、認知症の方や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」の立ち上げや活動の支援に取り組んでいきます。
- ・はいかいSOSネットワークに事業所も含め地域に関わる様々な方に協力いただき、徘徊時の捜索体制を整えていきます。

ア オレンジカフェの推進

地域包括支援センターに配置されている「認知症地域支援推進員」やチームオレンジを中心に、「オレンジカフェ」を開催し、認知症の方及びその家族や地域住民等、地域の誰もが気軽に集える活動拠点の場として、認知症の方やその家族同士の相互交流及び情報交換、家族の介護負担の軽減、認知症状の悪化の予防、地域での認知症への理解の促進を図ります。また、認知症の当事者同士で語り合う本人ミーティングなどについて取り組んでいきます。

※「オレンジカフェ」とは、認知症推進大綱における「認知症カフェ」のこと。

イ チームオレンジの充実

「チームオレンジ」とは地域で把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター等の支援者をつなぐ仕組みです。近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の方や家族に対する生活面の早期からの支援等を行います。

活動内容としては、認知症の方への地域でのさりげない見守りや声掛け、家庭訪問による話し相手など、認知症の方や家族に対する生活面の支援や、認知症の方も参加できる居場所の運営などを行っています。

地域包括支援センター等と連携し、認知症の方や家族の意見を聞きながら「チームオレンジ」が活動できるよう支援していきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
チーム数	1	3	6	7	8	9
活動実人数（人）	14	40	60	70	80	90

※R 5年度は見込みです。

チームオレンジ

認知症になっても安心して自分らしく暮らせる地域づくりを目指し、地域住民の認知症サポーターなどがチームを組み、同じ地域で暮らす認知症の方とその家族の見守りや生活面の支援等を行う取組です。

チームの活動は様々です。袋井市では、オレンジカフェ(認知症カフェ)や居場所の運営をはじめ、啓発活動や見守り・声掛けなどにおいて、チームオレンジが活動しています。



チームオレンジが運営するオレンジカフェの様子

ウ はいかいSOSネットワークの充実

認知症による徘徊の心配がある方に市に登録をしていた
だき、登録された方には、衣類や持ち物に添付できる二次
元コード付きの「あんしん見守りシール」を配布していま
す。二次元コードを読みとると、家族と発見者がシステム
を介して連絡をとることができ、行方不明になった場合の
早期発見につながります。



自治会、民生委員児童委員等の地域の人々、警察、消防、地域包括支援センター等の公
的機関、タクシー・バス等の交通機関、介護サービス事業所、コンビニエンスストア、ガ
ソリンスタンド等の各種事業者等でネットワークを構築し、日頃からの情報共有や徘徊時
の捜索協力を行うことで、徘徊者を早期に発見、保護し、本人や介護者の精神的、身体的
負担を軽減するための体制を整えています。

また、2年に1回、認知症高齢者が行方不明になった場合を想定した模擬訓練を地域住
民とともに実施して、関係機関の連携強化に取り組んでいきます。

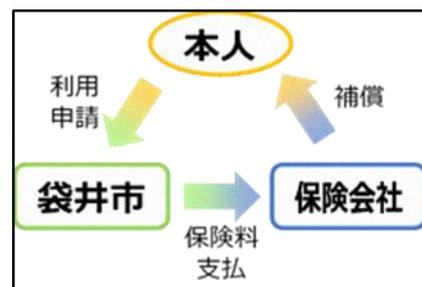
なお、近年普及が進んでいるGPSを利用した見守りサービスについても情報提供に努
めていきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
新規登録者数（人）	41	29	35	35	35	35
協力事業所の登録数（箇所）	143	144	148	152	156	160

※R 5年度は見込みです。

エ 個人賠償責任保険の推進

認知症の症状があり、はいかいSOSネットワーク事業に
登録していて一定の要件を満たす方を被保険者として、市が
個人賠償責任保険に加入します。被保険者が法律上の損害賠
償責任を負うこととなってしまった場合に、補償上限の範囲
で保険金を支払うことにより、不測の事態に備えます。



認知症とともに 生きる希望宣言

認知症の当事者たちが集まって設立された一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ（J DWG）は、2018年11月に「認知症とともに生きる希望宣言 一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」を発表しました。

「わたしたちは、認知症とともに暮らしています。日々いろいろなことが起き、不安や心配はつきませんが、いろいろな可能性があることも見えてきました。一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、希望を持って自分らしく暮らし続けたい。次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、いい人生を送ってほしい。私たちは、自分たちの体験と意志をもとに「認知症とともに生きる希望宣言」をします。この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、そしてより良い社会を一緒につくっていこうという人の輪が広がることを願っています。」

【5項目の宣言】

1. 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
2. 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
3. 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
4. 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
5. 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを、一緒につくっていきます。

一般社団法人 認知症本人ワーキンググループ
「認知症とともに生きる希望宣言」より

2-3 在宅医療・介護連携の推進

2-3-1 多職種・多機関の連携推進

■現況

- ・医療・介護関係者の連携を実現するために、地域における医療と介護に携わる多職種の委員で構成される「袋井市在宅医療・介護多職種連携推進会議」を設置して、関係者間の連携を推進しています。
- ・医療と介護の橋渡し役として、「在宅医療・介護連携コーディネーター」を配置して、多職種からの連携に関する相談を受けるとともに、在宅医療の現状と課題を把握するために、医療機関や訪問看護ステーションなどに実態調査等を行い、多職種間が円滑に相互の理解が行えるよう支援しています。
- ・入院した高齢者が安心して在宅生活に戻れるよう、「入院時情報提供書」等を利用して、医療機関と介護支援専門員等が相互に連携が図れるように努めています。
- ・在宅医療や介護サービスに関する知識を市民に理解してもらうよう、在宅医療・介護連携に関する出張講座等を開催して、普及啓発を行っています。

■課題

- ・病棟看護師等の医療機関と介護支援専門員等の在宅支援をする事業所等との情報共有と連携を図るための入退院支援体制を強化するとともに、医療と介護を支える人材の質を高める必要があります。
- ・医療・介護連携を一層推進するためには在宅療養者の日常生活の様子や状態変化などをタイムリーに情報共有していく必要があるため、ICTを活用して安全性を確保した情報ネットワークシステムの活用と普及を進めていく必要があります。
- ・医療と介護に関わる多職種間の相互理解や情報共有を十分にしていき、お互いの業務の現状や専門性や役割等を知り、連携を円滑にする必要があります。
- ・市民が望む場所で療養生活を安心して送れるよう、緊急時や看取り時等のさらなる知識の普及や意識の醸成をしていく必要があります。

■今後の方向性

- ・在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討について、解決策を講じていくために、医療と介護に関わる多職種によるワーキンググループにおいて、課題解決に向けて検討していきます。
- ・多職種とのスムーズかつ適切な連携を図るために、「シズケア*かけはし」等のICTの導入について啓発を行い、医療・介護関係者の活用促進を図ります。
- ・お互いの業務の専門性や役割等の理解をさらに深め、より質の高い連携が図れるよう、グループワーク等による多職種連携研修会を開催していきます。
- ・市民が人生の早い段階から終末期までに自ら望む生活や医療・介護ケアについて、周りの人と話し合い、共有する取組を理解することは極めて重要であるため、これらの理解を促進するための普及啓発を優先的かつ重点的に行っていきます。

ア 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討

地域における医療・介護に携わる関係者の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、関係者間の連携強化を図ることを目的として、平成28年3月に「袋井市在宅医療介護多職種連携推進会議」を設置して、顔の見える関係性を築くなどの一定の成果を上げてきました。

在宅医療推進のための基盤整備に関することや多職種連携の質の向上に関すること等の課題を解決していくために、ワーキンググループにおいて、袋井市版の在宅医療・介護の効果的な連携体制を推進していきます。

イ 医療・介護関係者の情報共有の支援

切れ目なく医療と介護サービスが一体的に提供できるよう、「シズケア*かけはし」（静岡県在宅医療・介護連携情報システム）を活用して、多職種がタイムリーに情報共有ができるようICTを活用した連携体制整備を推進しています。県医師会に設置しているシズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）と連携を図りながら導入促進のため、啓発活動を引き続き実施していきます。

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
「シズケア*かけはし」登録事業所数（箇所）	24	25	25	27	28	30

※R5年度は見込みです。

ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

総合健康センターの総合相談窓口にて、市民や医療・介護関係者から、在宅医療・介護連携に関する相談を受けて適切なサービス等につなげています。

また、一般社団法人磐周医師会に在宅医療・介護連携コーディネート業務を委託し、専門職から医療・介護に関して寄せられた意見を基にして、より連携が図りやすくなるよう体制整備を行っています。今後もさらに、医療・介護の専門職のための相談窓口を周知し、相談支援体制を強化していきます。

	実績値			計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
(一) 磐周医師会コーディネーター相談支援件数（件）	—	15	18	20	22	25

※R5年度は見込みです。

工 医療・介護関係者の研修

在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに関係者間の連携を図ることを目的に専門職向けの研修会を開催しています。領域の異なる多職種の専門性を相互に理解した上で役割分担し、グループワーク等による研修会や座談会を通じて連携を確かなものにしていく必要があります。

将来に備えて本人の希望に沿った医療や介護が受けられ、人生の最終段階を迎えられるよう、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を推進していくため、意思決定支援ができるよう研修会の開催、災害時や急変時等においても円滑に連携体制を構築できるよう座談会等を開催していきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
医療・介護関係者研修参加延人数（人）	94	70	75	85	90	95
地域ケア座談会参加延人数（人）	—	150	240	200	200	200

※R 5年度は見込みです。

オ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する知識を市民に理解してもらうよう、在宅医療・介護連携に関する市民公開講座等を開催して、在宅での療養が必要になったとき等に必要なサービスを適切に選択できるように支援しています。市民が在宅医療介護について主体的に考えて実践できるような形式での開催も検討しながら、自らが望む療養生活の選択肢として在宅医療・介護も考えられるよう、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発をより一層進めていきます。

	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
市民公開講座等参加延人数（人）	0	92	150	160	180	200

※R 5年度は見込みです。

○地域住民への普及啓発のイメージ



2-3-2 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の推進

■現況

- ・中東遠総合医療センター、聖隷袋井市民病院とかかりつけ医は、それぞれの特長を活かし、地域全体で効果的で最適な医療を提供するために、地域医療連携を推進しています。
- ・在宅医療・介護の需要は、高齢化に伴って訪問診療等を受ける患者数が増えることに加えて、入院患者の一部が在宅療養に移行することにより大きく増加することが見込まれていることから、医師会・歯科医師会・薬剤師会では、在宅医療の実施可能な医療機関等を把握して、提供体制の確保に努めています。
- ・急変時や看取り等の際に、相談や対応が可能な訪問看護事業所のほかに、薬剤師や歯科医師等による訪問サービスなどが増加してきており、在宅での生活が安心して継続できるような体制が整備されてきています。

■課題

- ・急性期病院における在院日数が短縮すること等により、安心して在宅等へ戻れるよう医療から介護への円滑な橋渡しが必要となるため、退院時の情報共有がより重要になってきます。また、高齢化の進行に伴い在宅療養する人が増加することが見込まれることから、在宅等での医療ニーズが高まり、24時間体制の在宅療養の支援体制の充実が求められています。
- ・災害時の様々な局面においても継続的なサービス提供を維持するため、関係者の連携体制や対応を検討していく必要があります。

■今後の方向性

- ・病床の機能分化・連携に対応していくために、県、市、関係団体等が一体となって在宅医療等を提供する仕組みを整えるとともに、多職種連携をさらに進めることにより、中重度の要介護認定者等が、可能な限り本人や家族が望む生活を継続できる環境づくりを推進します。
- ・中東遠総合医療センター、聖隷袋井市民病院等との連絡会を引き続き定期的を開催し、病院から病院、病院から在宅への移行がスムーズになるよう、総合健康センターを拠点にして、切れ目なく医療と介護が一体的に提供されるよう、体制整備を進めていきます。
- ・在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの場面を意識して、多職種が相互に連携しながら「ときどき入院・ほぼ在宅」の体制強化を図っていきます。
- ・地域の目指す理想像を実現するために、多職種の協力を得ながら、緊急時や看取り時の対応等、切れ目なく提供される体制の構築を推進していく必要があるため、在宅医療・介護の現状把握を十分に行い、地域の実情に応じた必要な取組をより推進していきます。
- ・台風等による風水害、地震災害や感染症等の流行を踏まえ、関係部局と連携を図りながら、介護サービス事業所等に感染症や防災対策についての対応策等を検討していきます。

ア 在宅医療体制の充実

在宅医療サービスのさらなる普及と定着、質や機能向上のために、24 時間体制を支える在宅医療（訪問診療・往診）の後方支援体制の整備や一時的に在宅介護が困難になった時等において、レスパイト入院等が利用できるよう、切れ目のない医療と介護の提供体制を構築して、「ときどき入院・ほぼ在宅」を目指します。

イ 地域連携による医療・介護サービスの提供

切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を推進していくためには、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を意識した取組が重要であり、これらを取り巻く環境にも着目する必要があります。在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの場面を意識した取組を重点的に行い、一体的でスムーズな医療・介護サービスを提供するために、地域連携を推進していきます。

1) 日常の療養支援

医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活ができることを目指すために、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えていきます。

2) 入退院支援

一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるよう、袋井市版入退院時連携フロー・チェックリストを積極的に活用して、医療機関と介護事業所等が相互理解を深め、効率的かつ効果的な入退院時の連携が図っていきます。

3) 急変時の対応

在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が急変時にも、本人の意思を尊重した適切な対応が行われるよう、24 時間連絡を受ける体制や在宅療養支援診療所や訪問看護などの在宅医療の連携体制の整備等をすすめていきます。

4) 看取り時の対応

地域住民が、在宅での看取り等について十分に認識した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りが行えるようにするために、袋井市版人生会議手帳「こころのノート」等を活用しながら、本人の意思と人生の最終段階における意思を共有し、それが実現できるような連携体制整備をすすめていきます。



	実績値			計画値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
「こころのノート」を活用した研修参加延人数（人）	94	162	170	180	190	200

※R 5年度は見込みです。

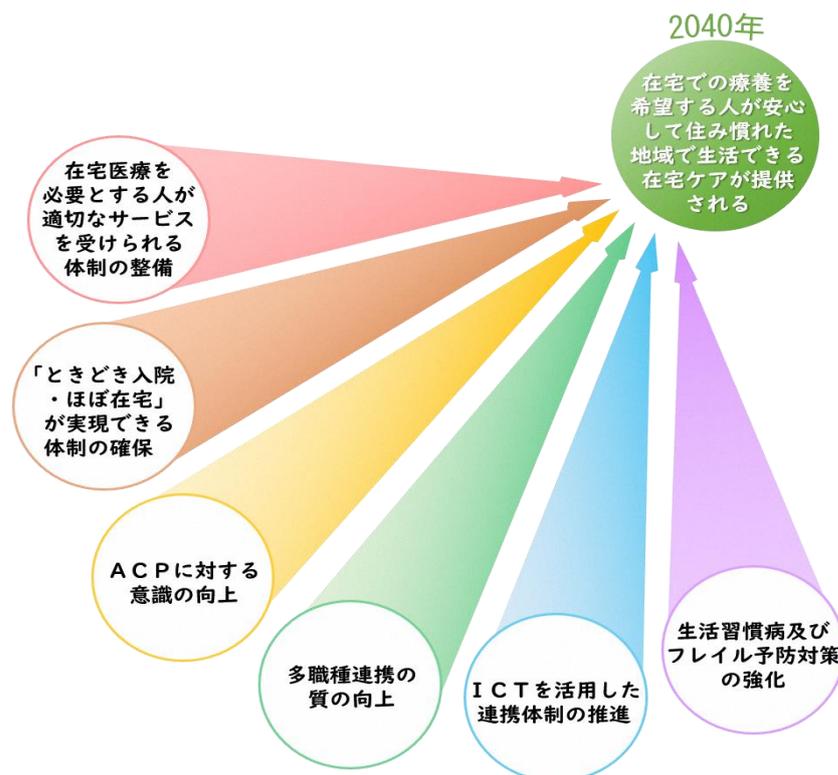
ウ 地域の医療・介護の資源の把握（医療・介護マップの活用）

医療・介護のサービスや施設について、適切な情報を市民に届けるために、地域の医療・介護資源を一覧できるマップの掲載情報を定期的に更新して、市民が医療と介護が必要になった際にスムーズに利用できるよう支援していきます。

エ 在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携

県が主催する地域包括ケア推進ネットワーク会議で、近隣市町の取組について情報共有等を行い、広域的な取組を必要とする課題について協議しています。今後も引き続き近隣市町との連携を図り、医療・介護の人材育成、在宅医療提供の支援体制づくり等、医療面を中心とした連携への取組を行います。

○目指すべき姿



基本目標3 安心な生活を支援するための介護保険制度の推進

3-1 介護保険事業の円滑な実施

3-1-1 介護サービス事業の推進

ア 居宅サービス

■現況

- ・介護や支援が必要な方が、在宅で日常生活を送ることができるように必要な居宅サービスの充実を図っています。
- ・認知症高齢者やひとり暮らし高齢者世帯、高齢者のみの世帯の増加が進む中で、介護を必要とする方も年々増加しており、居宅サービスの充実が望まれています。
- ・静岡県地域医療構想においては、高齢化の進展や病床の機能分化・連携により、在宅医療等の需要増加を見込んでいます。

■課題

- ・高齢者が要支援・要介護の状態になっても住み慣れた自宅や地域で生活を継続するためには、身体の改善や重度化防止に向けた居宅サービスが必要となります。
- ・家庭環境の多様化が進む中、各家庭によって在宅介護の状況が異なることから、介護が必要な方やその介護者のニーズに合った、きめ細かな居宅サービスの提供や地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの充実が必要です。
- ・在宅医療等の需要増加に伴い、居宅サービスが増えることが見込まれることから、利用者の需要に対応できるよう適切な居宅サービスの提供が求められます。

■今後の方向性

- ・在宅での日常生活における利用者のニーズにあった、きめ細かな居宅サービスのさらなる充実を図ります。
- ・介護サービスが利用できず、やむを得ず離職する介護者をなくすため、居宅サービスの利用の促進に努めます。
- ・医療ニーズの高い要介護者や認知症を有する要介護者等への多種多様な介護サービスのニーズに対応できるよう努めます。

1) 訪問介護（ホームヘルプ）

居宅にホームヘルパーが訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や調理、洗濯、掃除等の生活援助を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問介護	(回/年)	59,921	64,364	71,432	73,186	76,920	80,743
	(人/年)	2,913	3,037	3,384	3,528	3,708	3,888

※R 5年度は見込みです。

2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

居宅へ訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行い、身体の清潔の保持、心身の維持等を図ります。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問入浴介護	(回/年)	1,043	1,380	1,424	1,573	1,627	1,722
	(人/年)	208	280	317	324	336	360
介護予防 訪問入浴介護	(回/年)	0	11	24	34	34	34
	(人/年)	0	5	8	12	12	12

※R 5年度は見込みです。

3) 訪問看護・介護予防訪問看護

病状が安定期にあり、訪問看護が必要と主治医が認めた要介護者等の居宅へ看護師等が訪問し、療養上の支援や必要な診療の補助を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問看護	(回/年)	19,143	17,968	18,506	19,228	20,256	21,310
	(人/年)	2,347	2,355	2,374	2,496	2,628	2,760
介護予防訪問看護	(回/年)	6,385	5,524	4,313	4,398	4,481	4,547
	(人/年)	921	822	699	708	720	732

※R 5年度は見込みです。

4) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が、要介護者等の居宅へ訪問し、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復を図ります。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問リハビリテーション	(回/年)	9,090	9,642	12,213	13,457	14,860	16,256
	(人/年)	679	730	947	1,044	1,152	1,260
介護予防 訪問リハビリテーション	(回/年)	3,590	3,693	3,499	4,093	4,346	4,600
	(人/年)	344	360	330	384	408	432

※R 5年度は見込みです。

5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が通院困難な要介護者等の居宅へ訪問し、心身の状況や環境等を把握して、療養上の管理及び指導を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
居宅療養管理指導	(人/年)	2,709	3,034	3,383	3,576	3,816	4,056
介護予防 居宅療養管理指導	(人/年)	229	295	237	312	336	360

※R 5年度は見込みです。

6) 通所介護(デイサービス)

日帰りで通所施設に通う要介護者に対し、入浴、排せつ、食事、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通所介護	(回/年)	135,440	139,398	151,959	156,090	161,381	168,733
	(人/年)	10,217	10,696	11,477	12,036	12,420	12,972

※R 5年度は見込みです。

7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

日帰りで介護老人保健施設、病院併設デイケア等に通う要介護者等に対し、理学療法や作業療法等の必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復を図ります。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
通所リハビリテーション	(回/年)	12,785	8,891	9,230	9,446	9,655	9,864
	(人/年)	1,331	1,023	1,027	1,056	1,080	1,104
介護予防 通所リハビリテーション	(人/年)	985	1,110	1,192	1,200	1,224	1,248

※R 5年度は見込みです。

8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

要介護者等の心身の状況やその家族の疾病等を把握する中で、家族の身体的・精神的負担を軽減するため、特別養護老人ホーム等に短期間入所する要介護者等に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の支援、機能訓練を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
短期入所生活介護	(日/年)	15,242	15,842	15,616	16,819	17,077	17,340
	(人/年)	1,961	2,088	2,217	2,292	2,328	2,364
介護予防 短期入所生活介護	(日/年)	565	199	341	344	344	344
	(人/年)	81	59	84	84	84	84

※R 5年度は見込みです。

9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

要介護者等の心身の状況やその家族の疾病等を把握する中で、家族の身体的・精神的負担を軽減するため、介護老人保健施設、介護医療院等に短期間入所する要介護者等に対し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活の支援を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
短期入所療養介護	(日/年)	986	629	302	311	311	311
	(人/年)	72	65	64	72	72	72
介護予防 短期入所療養介護	(日/年)	0	0	0	0	0	0
	(人/年)	0	0	0	0	0	0

※R 5年度は見込みです。

10) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

居宅で生活する要介護者等ができる限り能力に応じ、自立した生活を営めるように、福祉用具(車いす、特殊寝台等)の貸与を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
福祉用具貸与	(人/年)	10,818	10,908	11,419	11,640	12,000	12,360
介護予防福祉用具貸与	(人/年)	4,518	4,804	4,831	4,932	5,028	5,088

※R 5年度は見込みです。

11) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

居宅で生活する要介護者等が、貸与になじまない特殊な福祉用具(腰掛け便座、入浴補助用具、特殊尿器等)の購入費用の補助を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
特定福祉用具購入費	(人/年)	233	196	200	252	276	300
特定介護予防福祉用具購入費	(人/年)	78	88	88	108	120	132

※R 5年度は見込みです。

12) 住宅改修費・介護予防住宅改修費

居宅で生活する要介護者等の住宅において、手すりの取り付け、段差解消等の一定の住宅改修を行った場合、改修費用の補助を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
住宅改修費	(人/年)	122	115	111	120	132	132
介護予防住宅改修費	(人/年)	110	86	82	84	84	96

※R 5年度は見込みです。

13) 居宅介護支援・介護予防支援

介護支援専門員が居宅で介護を受ける方の心身の状況、希望等を踏まえ、居宅（介護予防）サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、確実にサービスが提供されるよう介護サービス事業所との連絡調整等を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
居宅介護支援	(人/年)	15,614	15,849	16,798	17,352	17,760	18,168
介護予防支援	(人/年)	5,458	5,737	5,701	5,808	5,904	6,000

※R 5年度は見込みです。

イ 地域密着型サービス（居宅）

■現況

- ・介護や支援が必要になっても、住み慣れた自宅や地域で安心して生活ができるよう、その地域での生活を 24 時間体制で支えるサービスとして、小規模多機能型居宅介護事業所 2 箇所、看護小規模多機能型居宅介護事業所 1 箇所が、在宅生活を支えています。
- ・定員 19 人未満の地域密着型通所介護事業所 4 箇所、認知症対応型通所介護事業所 1 箇所が地域と連携して事業を行っています。

■課題

- ・住み慣れた自宅や地域で安心した生活が継続できるよう、多様化する家庭環境や地域の特性に応じた柔軟な地域密着型サービスの提供体制を整えることが必要です。
- ・小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護等のサービス内容が不明瞭であることから、サービス内容を分かりやすく周知する必要があります。

■今後の方向性

- ・多様化する家庭環境や地域の特性に応じた地域密着型サービス体制を整えるため、運営推進会議に参画して地域との連携や運営の透明性を確保します。
- ・小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容について、パンフレットの作成やホームページに掲載するなど分かりやすく周知を図ります。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所と看護小規模多機能型居宅介護事業所の整備については、今後の利用状況の動向をみながら、本計画期間内に検討します。

1) 地域密着型通所介護

地域との連携を図りながら、日帰りで通所施設に通う要介護者に対し、入浴、排せつ、食事、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
地域密着型通所介護	(回/年)	8,591	6,572	6,567	6,374	6,580	6,785
	(人/年)	1,027	825	783	792	816	840

※R 5年度は見込みです。

2) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

地域との連携を図りながら、日帰りで通所施設に通う要介護者に対し、入浴、排せつ、食事、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症対応型 通所介護	(回/年)	25	992	1,231	432	432	432
	(人/年)	4	51	80	36	36	36
介護予防認知症 対応型通所介護	(回/年)	0	113	30	0	0	0
	(人/年)	0	29	6	0	0	0

※R 5年度は見込みです。

3) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

要介護者等が可能な限り自宅での生活を継続できるよう支援することを目的とし、「通い」を中心に、利用者の様態や希望に応じ、「泊まり」や「訪問」を組み合わせ、食事、排せつ、入浴等の介護、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
小規模多機能型 居宅介護	(人/年)	703	632	523	528	540	552
介護予防小規模 多機能型居宅介護	(人/年)	139	115	85	84	84	84

※R 5年度は見込みです。

○小規模多機能型居宅介護事業所 定員総数

日常生活圏域		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
袋井北部地域	(人)	29	29	0	0	0	0
袋井中部地域	(人)	0	0	0	0	0	0
袋井南部地域	(人)	29	29	29	29	29	29
浅羽地域	(人)	29	29	29	29	29	29
新規設置	(人)	0	0	0	0	0	0
合計	(人)	87	87	58	58	58	58

4) 看護小規模多機能型居宅介護

医療ニーズが高い利用者に対応するため、小規模多機能居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供します。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
看護小規模 多機能型居宅介護	(人/年)	221	192	179	192	228	276

※R 5年度は見込みです。

○看護小規模多機能型居宅介護事業所 定員総数

日常生活圏域		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
袋井北部地域	(人)	0	0	0	0	0	0
袋井中部地域	(人)	29	29	29	29	29	29
袋井南部地域	(人)	0	0	0	0	0	0
浅羽地域	(人)	0	0	0	0	0	0
新規設置	(人)	0	0	0	0	0	0
合計	(人)	29	29	29	29	29	29

ウ 施設・居住系サービス

■現況

- ・自宅での生活が困難な要介護者等に対し、状況に合わせた施設利用の充実を図るよう、令和6年4月に認知症対応型共同生活介護（グループホーム）1箇所を開設します。

■課題

- ・自宅での生活が困難な中重度の要介護者や軽度であっても自宅での生活が困難なやむを得ない事由がある要介護者が、介護老人福祉施設に入所にできるように、入所の必要性を適切に判断することが重要となっています。
- ・介護、リハビリテーション、療養の程度によって適する施設が異なるため、その人の状況に合った施設を適切に選択するための支援が必要です。また、入所者の医療ニーズに適切に対応していくことも重要です。
- ・静岡県地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い生じる、介護サービスの需要増加が見込まれます。
- ・認知症高齢者が今後さらに増加していくことが見込まれるため、自立した生活を送れるよう認知症に特化した施設の整備が求められます。

■今後の方向性

- ・施設入所を必要とする方の心身の状態、家庭環境や希望に合った施設を適切に利用できるように、家族、医療機関や介護サービス提供事業所など多職種で連携を図ります。
- ・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など、多様化する高齢者向けの住まいについても、必要に応じて選択ができるよう情報提供を行います。
- ・認知症を有する要介護者等の増加や既設事業所の入居状況の推移を注視し、本計画期間中の令和9年3月までに認知症対応型共同生活介護（グループホーム）1箇所を整備します。

1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常時介護が必要で、在宅生活が困難な要介護者のための施設で、入所者に対し入浴、排せつ、食事等日常生活上の介護、機能訓練、健康管理及び療養上の支援等を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
介護老人福祉施設	(人/年)	4,332	4,268	4,396	4,500	4,572	4,644

※R 5年度は見込みです。

2) 介護老人保健施設

病状が安定期にある要介護状態の入所者に対し、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の介護を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
介護老人保健施設	(人/年)	2,334	2,534	2,389	2,448	2,508	2,568

※R 5年度は見込みです。

3) 介護医療院

病状が安定期にあり長期の療養が必要な要介護状態の入所者に対し、療養や医学的管理下における介護、機能訓練等の必要な医療、日常生活上の介護を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
介護医療院	(人/年)	806	839	842	852	888	924

※R 5年度は見込みです。

4) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)

認知症の方が少人数で共同生活を営み、食事、排せつ、入浴等の介護、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認知症対応型 共同生活介護	(人/年)	1,684	1,678	1,694	1,908	1,944	1,944
介護予防認知症 対応型共同生活介護	(人/年)	26	41	53	60	60	60

※R 5年度は見込みです。

○認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業所 施設数及び定員総数

日常生活圏域		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
袋井北部地域	施設数(箇所)	1	1	1	1	1	1
	定員(人)	27	27	27	27	27	27
袋井中部地域	施設数(箇所)	3	3	3	3	3	3
	定員(人)	60	60	61	61	61	61
袋井南部地域	施設数(箇所)	0	0	1	1	1	1
	定員(人)	0	0	18	18	18	18
浅羽地域	施設数(箇所)	3	3	3	3	3	3
	定員(人)	63	63	63	63	63	63
新規設置	施設数(箇所)	0	0	0	0	0	1
	定員(人)	0	0	0	0	0	18
合計	施設数(箇所)	7	7	8	8	8	9
	定員(人)	150	150	169	169	169	187

5) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

介護付有料老人ホーム等に入居している要介護・要支援認定者に対し、特定施設サービス計画に基づき、食事、入浴、排せつ等の介護、その他日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行います。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
特定施設入居者生活介護	(人/年)	634	747	761	768	804	840
介護予防特定施設入居者生活介護	(人/年)	62	53	36	48	60	72

※R 5年度は見込みです。

3-1-2 介護サービスの質の確保

■現況

- ・適切な介護サービスの確保と介護給付費の適正化を図り、主要5事業として、「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」、「縦覧点検・医療情報との突合」、「給付実績の活用」を実施し、介護保険制度を持続可能な制度にしていくための取組を行っています。
- ・利用者が適切で質の高い介護サービスを安心して受けられるよう、市が指定権限を持つ地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所に対し、集団指導及び運営指導を定期的に実施し、また、県が指定権限を持つ居宅サービス等の事業所については、県と市の合同で運営指導を行っています。
- ・介護相談員6人が介護サービス事業所や在宅サービス利用者宅を訪問してニーズを把握し、各事業所に情報提供することで、介護サービスの質の向上に努めています。
- ・要介護認定業務は、森町と共同して保健・医療・福祉の学識経験者で構成した介護認定審査会を設置して行っています。

■課題

- ・要介護認定の公平性・公正性を確保するために、要介護認定の訪問調査の統一性を高めるように、全国との比較や調査傾向などの分析を行い、要介護認定を適正に行うことが必要です。
- ・効率的かつ効果的に「介護給付適正化システム」を活用し、介護サービス事業所の請求内容をチェックし、適正な介護サービスの利用を促す必要があります。
- ・要介護認定の申請から結果通知までの期間が長期化する傾向にあり、処理期間の短縮を図るために、速やかな訪問調査の実施や主治医意見書作成の進捗状況の確認が重要となります。

■今後の方向性

- ・静岡県介護給付適正化計画に基づき、主要3事業として国が定める「要介護認定の適正化」や「ケアプラン等の点検（ケアプランの点検、住宅改修の点検）」、「医療情報との突合・縦覧点検」を優先的かつ重点的に実施します。
- ・市が指定権限を持つ事業所に対しては、質の高い介護サービスの提供に向けて、毎年、集団指導を行うとともに、原則として3年に1回、運営指導を行い、あわせて、地域密着型サービスについては、運営推進会議で運営状況や地域との協力状況を把握します。
- ・介護相談員が訪問した介護サービス事業所へ情報提供等の効果を検証します。
- ・要介護認定の申請から結果通知までの期間については、適切な申請時期の案内、訪問調査員の確保や主治医意見書をできるだけ早く提出していただけるよう医療機関との連携を図るなど処理期間短縮により一層努めます。

ア 介護給付適正化事業

1) 要介護認定の適正化

認定調査結果の市による点検については、直営実施分、委託分ともに全件実施することで、調査員間の差異が補正され、調査結果の平準化につながっています。

要介護認定の適正化に向けた取組については、厚生労働省の要介護認定適正化事業の「業務分析データ」を活用して全国の保険者との比較分析を行っています。適切な介護度での認定が行われるよう、介護認定審査会と認定調査における判断基準の適正化・平準化や研修会等において判断の統一化を進めます。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
認定調査点検実施率	(%)	100	100	100	100	100	100
業務分析データの分析実施	(回/年)	2	2	2	2	2	2
県や市主催の研修会等への参加	(回/年)	3	3	3	3	3	3

※R 5年度は見込みです。

2) ケアプランの点検

介護支援専門員が作成したケアプランの点検を行うことで、介護支援専門員の気づきを促すとともに自立支援に資するケアマネジメントの実践に向けた取組の支援を行い、資質向上につなげます。また、静岡県国民健康保険団体連合会の「介護給付適正化システム」から出力される帳票も活用しながら、給付適正化に資する可能性が高いケアプランを選定してより効果的に実施します。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
ケアプラン点検	(件/年)	18	20	20	20	20	20

※R 5年度は見込みです。

3) 住宅改修の点検

住宅改修の点検は、施工前及び施工後の書面等による点検を全件実施し、事前審査と完了審査において現状が不明瞭なケース等については、現地調査を行い、リハビリテーション専門職種等の協力を得ながら点検が実施できる体制づくりに努め、利用者の身体状態に見合った適切な工事が行われているかを確認します。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
住宅改修の書類審査点検実施率	(%)	100	100	100	100	100	100
住宅改修の現地調査	(件/年)	5	5	5	5	5	5

※R 5年度は見込みです。

4) 福祉用具購入等の点検

福祉用具購入等の点検については、申請時に提出される書類点検を全件実施し、疑義が生じた場合には、事業者や介護支援専門員への問合せ又は現地調査を行い、リハビリテーション専門職種等の協力を得ながら点検が実施できる体制づくりに努め、さらなる給付適正化につなげます。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
福祉用具購入等の書類審査点検実施率	(%)	100	100	100	100	100	100
福祉用具購入の事業所等への問合せ又は現地調査	(件/年)	5	5	5	5	5	5

※R 5年度は見込みです。

5) 医療情報との突合・縦覧点検

静岡県国民健康保険団体連合会に業務委託をすることで、医療費における入院情報と介護保険の給付情報との突合や事業者への照会・確認等を行い、給付日数や提供サービスの整合性を図るなど重複請求の防止等に努めます。

また、縦覧点検についても、利用者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況を確認し、提供されたサービスの整合性や算定回数・日数等の点検を行い、不適正な介護報酬の請求を発見した場合は、速やかに介護報酬の返還を求めます。

業務委託対象外の「要介護認定有効期間の半数を超える短期入所受給者一覧表」、「軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表」及び「生活援助中心訪問介護サービス利用者一覧」については、独自で実施します。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
静岡県国民健康保険団体連合会への委託による医療情報との突合による点検		実施	実施	実施	実施	実施	実施
静岡県国民健康保険団体連合会への委託による縦覧点検		実施	実施	実施	実施	実施	実施
市による縦覧点検	(帳票)	3	3	3	3	3	3

※R 5年度は見込みです。

6) 給付実績の活用

静岡県国民健康保険団体連合会の「介護給付適正化システム」から出力される帳票を活用し、請求内容が適正であるかを確認します。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
「介護給付適正化システム」帳票による請求内容の確認	(帳票)	3	3	3	3	3	3

※R 5年度は見込みです。

イ サービスの質の向上に向けた取組

1) 事業所の指導監査等

市が指定権限を持つ介護サービス事業所については、毎年、集団指導を行い、原則として3年に1回、運営指導を行います。

集団指導は、介護保険制度の周知及び理解の促進、運営指導の結果、災害・感染症対策、虐待・事故防止対策等の説明のほか、介護報酬請求事務の指導等を実施します。

運営指導は、「高齢者虐待防止」、「身体拘束禁止」等に関する理解と取組の促進と、各種加算等の届出に基づく適正な報酬請求が行われているかを指導していきます。また、入手した各種情報により指定基準違反や不正請求が認められる場合、またはその疑いがあると認められる場合には、「監査」を実施します。

2) 介護相談員派遣事業

介護相談員が、利用者からの要望や疑問、活動を通じて気づいたことを介護サービス事業所に伝えることにより、問題の改善や介護サービスの質の向上に努めます。また、相談員活動の円滑な実施を目的として、相談員が訪問する介護サービス事業所と定期的に情報提供をします。

3) 介護サービス事業者等への適正化支援事業

介護支援専門員が、要介護者等が自立した日常生活を営むために必要となる専門的知識の習得や技術水準を向上させていくことができるよう、介護給付適正化事業のケアプラン点検の結果等を基に、介護支援専門員に有益となる研修会を実施します。

4) 自立支援、介護予防・重度化防止等に関する集団研修会

介護支援専門員や介護サービス従事者等を対象に、研修会、連絡会を定期的を開催することで、介護が必要になった方が住み慣れた自宅や地域で安心して生活を継続できるよう支援するとともに、限られた資源を効率的かつ効果的に活用するために、多職種が連携を図り、自立支援や介護予防及び重度化防止の視点を持ってケアマネジメントすることができるように体制を整えます。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
自立支援、介護予防・重度化防止等に関する集団研修会	(回/年)	3	3	3	3	3	3

※R 5年度は見込みです。

ウ 円滑な事業運営に向けた取組

1) 要介護認定の申請から結果通知までの期間の短縮

要介護認定の申請から結果通知までの期間が長期化する傾向にあるため、適切な申請時期の案内を行い、速やかな訪問調査に努めるとともに、主治医意見書を早期に提出いただけるよう医療機関と連携を図り、要介護認定の処理期間の短縮化に努めます。

		実績値			計画値		
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
要介護認定の申請から結果通知までの平均処理期間の短縮	(日)	32.7	33.1	38.5	35.0	32.0	30.0

※R 5年度は見込みです。

2) 窓口申請等の文書負担軽減に向けた取組

行政のデジタル化に向け、電子申請等の導入を整備し「行かない市役所」や「書かない窓口」によるサービスを推進します。また、申請に係る負担軽減を図るため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類の手続きに関する簡素化及び I C T等の活用を行います。

3-1-3 介護人材の確保

■現況

- ・地域包括ケアシステムの構築にあたっては、総合事業やインフォーマルサービスを担う人材の育成や質の高い人材を安定的に確保する取組が必要となります。
- ・「介護サービス事業所アンケート調査」によると、「人材が充足している」事業所は約2割にとどまり、「人材が不足している」事業所は約7割となっています。

■課題

- ・介護サービス事業所に従事する介護職員が慢性的に不足し、職員の高齢化が進行しています。
- ・今後は外国人の人材確保や定着も必要になってくることから、外国人が安心して就業できるよう多文化共生部局等と連携して取り組むように努めます。
- ・静岡県との連携の下で介護ロボットやICTの利活用による負担軽減や潜在的人材も含めた幅広い層の参入を通じ、生産性の向上や介護現場の革新等に総合的に取り組むことが重要です。

■今後の方向性

- ・介護人材の確保として、人材対象者の拡大を図ることに加え、介護職員の定着率の促進、本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスの構築、専門性の明確化・高度化を図ることで継続的な質の向上を促し、限られた人材を有効活用するための機能分化の推進について検討します。
- ・静岡県人材確保事業への積極的な協力を努め、介護・福祉に関する普及啓発、多様な人材の確保・育成につなげます。

ア 介護人材の確保

1) 介護職員の確保

介護職員の処遇改善をはじめ、介護福祉士等の潜在的人材の発掘や他業種からの転職などを支援するため、静岡県や関係機関等と連携し県の人材確保対策事業を効果的に周知します。また、市独自として外国人材の活用に取り組みます。

2) 介護現場の改善

働きやすい職場環境の整備の一環として、国や静岡県の制度を活用した介護事業所のICT機器等の導入費用の助成制度、優良介護事業所の表彰や介護セミナーなどの活用を促し、介護現場の業務改善を支援していきます。