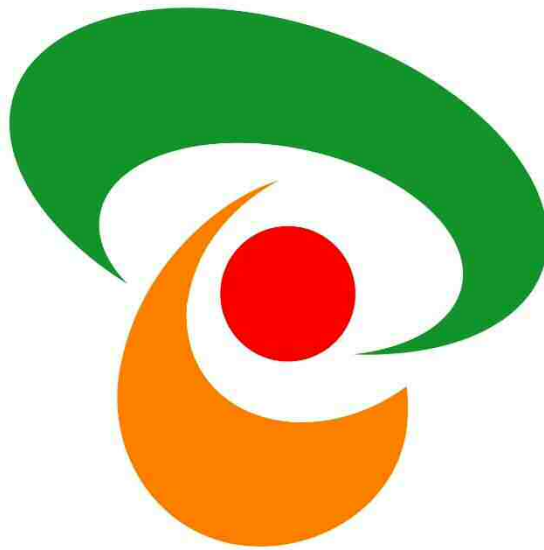


下野市高齢者保健福祉計画

第7期 平成30年度～平成32年度
(2018～2020)

みんなで支え合い安心して暮らせる健やかなまちづくり



平成30年3月

下 野 市

はじめに

わが国の65歳以上の高齢者人口は増加し、団塊の世代が75歳（後期高齢者）となる2025年には高齢化率が30%を超え、人口3人に一人は高齢者、5人に一人は後期高齢者という超高齢社会が到来いたします。

医療と介護の需要はさらに増加すると予想される中で、平成12年に導入された介護保険制度は17年が経過し、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、なくてはならない制度として定着しております。



下野市では、総人口は平成27年度よりほぼ横ばいで推移しておりますが、平成32年度以降は減少傾向が続くと予想しております。一方で、高齢者人口は着実に増加し、高齢化率も平成29年の23.5%から平成37年には27.8%になると見込まれております。

本市におきましても、超高齢社会の到来を踏まえ、第6期計画では、高齢者のニーズ等を踏まえながら、地域包括ケアシステムの構築実現に向けて、地域包括支援センターをはじめとする保健・医療・介護・福祉などの関係機関・団体と連携し、高齢者とその家族が住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、笑顔と活気のあるまちづくりに取り組んでまいりました。

今回策定しました第7期計画では、第6期計画の基本方針「みんなで支え合い安心して暮らせる健やかなまちづくり」を引き継ぎ、さらに高齢者の尊厳の保持と自立支援、要介護状態の重度化防止のために、地域包括ケアシステムの推進と深化による、地域共生社会の実現を目指してまいりたいと考えております。

市民の皆様をはじめ、関係機関・団体の皆様の一層のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたりアンケート調査にご協力いただきました市民及び各事業所の皆様をはじめ、貴重なご意見、ご提言、ご指導を賜りました下野市高齢者保健福祉計画策定委員並びに関係各位に心からお礼申し上げます。

平成30年3月

下野市長 広瀬 寿雄

目 次

各 論

第1章 生きがいつくりの推進	7 1
第1節 社会活動への参加促進.....	7 1
第2章 介護予防・日常生活支援の推進	7 4
第1節 健康づくりの推進.....	7 4
第2節 介護予防の推進.....	7 7
第3節 生活支援対策の推進.....	8 5
第4節 地域における支え合い体制づくりの促進.....	8 7
第5節 地域包括支援センターの機能強化.....	8 9
第6節 地域ケア会議の推進.....	9 3
第3章 介護サービスの充実・強化	9 4
第1節 介護サービスの基盤整備.....	9 4
第2節 介護サービスの適正な運営.....	1 0 3
第3節 介護保険制度の円滑な運営.....	1 0 6
第4章 在宅医療・介護連携の推進	1 0 9
第1節 在宅医療・介護の連携強化.....	1 0 9
第2節 在宅医療の市民への普及啓発.....	1 1 2
第3節 在宅医療サービス提供の体制整備.....	1 1 3
第5章 認知症施策の推進	1 1 4
第1節 認知症に関する知識の普及・啓発.....	1 1 4
第2節 認知症予防事業の充実.....	1 1 5
第3節 認知症の早期発見・早期治療.....	1 1 6
第4節 地域支援体制の推進.....	1 1 8
第5節 若年性認知症への対応.....	1 2 0
第6章 安全・安心な暮らしの確保	1 2 1
第1節 相談体制の充実.....	1 2 1
第2節 権利擁護事業の推進.....	1 2 3
第3節 高齢者虐待防止対策の推進.....	1 2 5
第4節 日常生活の安全対策.....	1 2 6
第5節 防災・災害対策.....	1 2 8
第7章 市民及び関係機関の理解・協力の推進	1 3 0
第1節 市民の理解・協力の促進.....	1 3 0
第2節 事業所の理解・協力の促進.....	1 3 1

第8章 計画の点検・評価

第1節 計画の進行管理体制	132
第2節 計画の点検・評価	132

資料編 133

- (1) 下野市高齢者保健福祉計画策定委員会設置要綱
- (2) 下野市高齢者保健福祉計画策定委員会委員名簿
- (3) 下野市高齢者保健福祉計画策定経過
- (4) 巻末用語集

注)平成31年より元号が変更となりますが、策定年度時点で新元号が決定していないため、便宜上「平成」と表記しています。

各論

第1章 生きがいづくりの推進

ひとり暮らしや家に閉じこもりがちな高齢者の社会的孤立感や不安感を防ぎ、全ての高齢者が生きがいをもって生活できるよう地域での奉仕活動や健康づくり活動などの社会参加を支援します。

また老人クラブや地域ふれあいサロン、シルバー大学校卒業生による各種団体活動により、高齢者の憩いの場を整備し、シルバー人材センターへの支援等により、高齢者の就業機会の確保を実施していきます。

第1節 社会活動への参加促進

(1) 老人クラブ・地域ふれあいサロンへの参加促進、継続活動への支援

《現状と課題》

老人クラブは市内で30クラブが活動しており、趣味を通じた生きがいづくりや健康づくり、仲間づくり、社会奉仕による地域づくりを基本理念とし、各老人クラブ会員の協力によりひとり暮らし高齢者の見守り活動が行われ、地域福祉活動において重要な役割を担っています。

地域ふれあいサロンは市内22か所で開催されており、ボランティアやサポーターの人が運営主体となり、茶話会等により高齢者に憩いの場を提供しています。また、健康教室等を行うことによる認知症予防・介護予防の場として機能しています。

老人クラブ・地域ふれあいサロンともに高齢者の社会活動参加による閉じこもり予防につながる活動となりますが、老人クラブ数は後継者不足や加入者数減少による休止や解散が続き、年々減少傾向にあります。地域ふれあいサロンの数については地域包括支援センターが行っている「元気はつらつ体操」の普及活動により年々増加傾向にあります。サロンのない地域も多くみられます。ボランティアやサポーターの高齢化が進んでいることからサロンの継続活動に対する支援が必要な状況です。

《今後の方向性》

老人クラブについては、その活動状況について周知・広報を行うほか、社会福祉協議会や老人クラブ連合会と連携し、老人クラブへの加入促進と後継者の育成に努めます。

地域ふれあいサロンについては、外出手段の限られる高齢者の憩いの場として開催されています。第5節ニーズ調査の結果からも高齢者の外出手段は75歳以上で徒歩が45.3%となり、80歳から急激に閉じこもりのリスクが高くなることから、未開設地域への開設に努め、閉じこもりから起きる要介護状態や認知症の予防事業を推進します。

今後も地域包括支援センター、自治会、民生委員、社会福祉協議会と協働し、地域ふれあいサロンの新規開設と内容の充実及び継続した活動を支援し、地域に働きかけをしていきます。

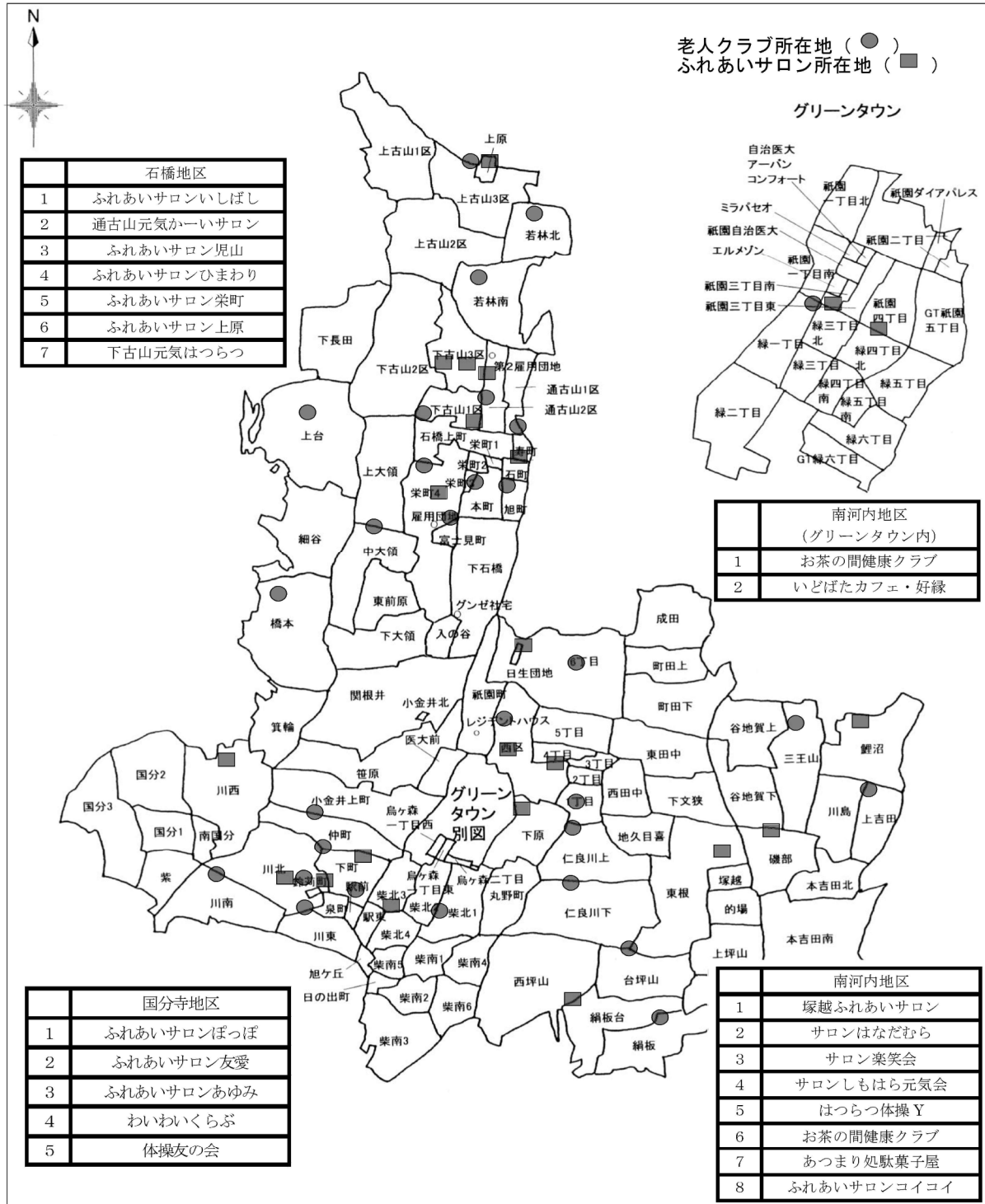
老人クラブ数実績及び見込量

区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
クラブ数	31	30	30	31	31	32

地域ふれあいサロン実績及び見込量

区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
サロン数	17	16	22	28	34	40

老人クラブ・地域ふれあいサロン所在地



(2) 社会参加、地域での活動

《現状と課題》

栃木県シルバー大学校では、自身の生きがいづくり及び地域への奉仕を目的としており、各講座を開催することで高齢者の学ぶ機会を提供し、生きがいづくりを支援しています。

また、市ではシルバー人材センターの運営を支援することにより、高齢者の就業等の社会参加を推進しています。増える高齢者に対して、社会参加につながる様々な受け皿が必要になっていくため、今後も継続した支援が必要となります。

《今後の方向性》

高齢者が経験や知識、趣味、特技を活かして、地域や社会とつながりを持ちながら、生きがいや活力に溢れた生活を送ることができるよう、就労や就業、生涯学習、講座等の施策を推進し、高齢者の生涯現役に向けた社会参加を支援します。

また、学習した成果が地域ボランティア活動で役立つ喜びを実感できることで、生涯学び続ける活動ができるよう支援を実施します。

(3) 社会福祉協議会との連携

《現状と課題》

社会福祉協議会は地域福祉の中核的役割を担う組織として、様々な社会資源の連携による地域の総合的な支援体制における重要な役割を担っています。地域住民、民生委員、社会福祉関係、ボランティア、保健、介護、医療、教育の関係機関などの参加・協力を得て第2期下野市地域福祉活動計画に定める「思いやりの心で互いに支え合い、いきいきと暮らせる 幸せ実感のまち 下野」を基本理念として事業を推進していく必要があります。

《今後の方向性》

公的な福祉サービスでは補うことのできないきめ細やかな地域住民相互の支え合いの基盤となる地区社会福祉協議会の組織整備も開始され、地域における福祉活動の充実を図ります。

今後も社会福祉協議会と連携を図り、高齢者の社会活動への参加促進を支援します。



第2章 介護予防・日常生活支援の推進

市は、平成28年4月から、予防給付の訪問介護及び通所介護サービスを地域支援事業へ移行し、介護予防・日常生活支援総合事業を開始しました。従来の予防給付に相当するサービスのほか、市独自基準によるサービス、住民主体型サービスなどを実施しています。サービス内容を見直しながら、生活支援ニーズに応えるサービスを総合的に提供できる仕組みとし、住民等の主体によるサービスを充実させて、地域支えあいの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的な支援等を可能にすることを目指します。

高齢者が心身共に元気で活動的な高齢期を過ごすために、高齢者の経験や知識を活かし、社会的役割や生きがいを持って活動・活躍できるよう社会参加を促し、より介護予防に重点を置いた施策を進めます。

国は、平成30年の介護保険法改正において、自治体が保険者機能を発揮し、自立支援・重症化防止に取り組むことを制度化することを予定しており、市においてもデータに基づく課題分析や適切な指標による実績評価等に取り組むことが課題となっています。

第1節 健康づくりの推進

(1) 生活習慣の改善の促進

《現状と課題》

市民の健康づくりについて、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を基本方針とし、それを実現させるために市の健康課題でもある「脳血管疾患の罹患者を減らす」ことを重点目標として、平成30年度から5か年計画の「健康しもつけ21プラン」(第3次下野市健康増進計画)を策定しました。

各種健康教育や健診結果説明会等で生活スタイルに合わせた生活習慣病予防の保健指導を行うことで、より良い生活習慣が定着するよう働きかけていくとともに、地域の仲間や各種団体と健康づくりに取り組むことができるよう環境整備していく必要があります。

《今後の方向性》

高齢化と共に生活習慣病の割合が増加し続け、認知症や脳血管疾患、転倒骨折によって要介護状態となる要介護認定者が増加しています。生活習慣病などの慢性疾患の重症化防止やその予備軍の発生を防止するため、関係機関や地域団体と連携しながら生活習慣改善の支援体制を推進していきます。

(2) 疾病の早期発見と適切な管理

《現状と課題》

疾病の早期発見には、自らの健康状態を確認する特定健診や後期高齢者健康診査をまず受診することが重要です。国が設定した 2017 年度までの努力目標の受診率 60%と比較すると、市の受診率は特定健診で 40%台、後期高齢者健康診査では 30%台に留まっています。健康寿命の延伸のためにも、特定健診の受診勧奨をしていますが、高齢者になっても心身共に健康でいきいきと暮らしていくためには、若いうちから自発的に健康づくりに取り組むと共に、積極的に健診を受診して生活習慣病の予防を図っていく必要があります。

《今後の方向性》

国民健康保険等の医療費の増加を抑制するためには、市民一人ひとりが若いころから健康づくりに取り組むとともに、定期的に健診やがん検診等を受診し、有所見項目があればすぐに対応することが重要です。まずは、特定健診及び後期高齢者健康診査の受診率が増加するよう健診受診の必要性について市民に広く啓発していきます。歯科医師会や歯科衛生士会と連携して各種健康教室などにオーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含む身体の衰えの一つ）の視点を取り入れていきます。

○特定健診（40～74歳）国保加入者 特定健診受診率及び目標（人間ドック受診者含む）

区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 32 年度
受診者数	4,070	4,242	4,090	
受診対象者	9,847	9,497	9,918	
受診率	41.3%	44.7%	41.2%	53.0%

○後期高齢者健康診査（75歳以上） 後期高齢者健康診査実績及び目標（人間ドック受診者含む）

区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 35 年度
受診者数	2,113	2,135	2,354	
受診対象者	6,000	6,315	6,817	
受診率	35.2%	33.8%	34.5%	35.0%

※平成 29 年度は平成 30 年 1 月末日時点での実績値。

国民健康保険の目標値は下野市国民健康保険特定健康診査等実施計画より。

後期高齢者医療の目標値は、栃木県後期高齢者医療広域連合保険事業実施計画 2 期計画より。（年度ごとの目標値設定なし。）

(3) 疾病の重症化予防

《現状と課題》

特定健診等の結果や医療機関からの紹介により、循環器疾患や糖尿病が重症化するリスクのある方や栄養に関して個別指導の必要性のある方に対して、重症化を予防するために医療機関とさらに連携して推進を図ることが必要です。

《今後の方向性》

医師が生活習慣の改善が必要と判断した市民を対象に重症化予防事業を推進し、生活習慣の改善指導につながるよう循環器疾患や糖尿病のほか、がんについても事業の改善を図っていき、高齢になる前の世代からの重症化予防の取組みを一層進めていきます。

(4) 高齢者のこころの健康

《現状と課題》

年齢を重ねて精神的に安定していると考えられがちな老年期ですが、体力や気力の衰え、健康への不安、配偶者や親しい人たちとの死別、ひとり暮らしの孤独感など、身体的、心理的、社会的喪失体験によって精神症状がでることが少なくありません。健康増進課では、精神科医による「こころの健康相談」を実施していますが、身体症状が強調されて精神疾患が見逃されることがないよう、相談窓口の周知や地域包括支援センター等の関係機関と連携による対応が必要です。

《今後の方向性》

相談窓口としての地域包括支援センターの周知を今後も継続的に行うと共に、必要な関係機関と連携し支援していきます。

また、精神疾患・障害のある方に対しては、障がい者相談支援センターや医療機関等と連携を図り、自立した地域生活の継続等を支援します。

第2節 介護予防の推進

(1) 総合事業の推進

《現状と課題》

第6期計画では、平成29年度実施予定でしたが、事業効果が期待できることから、平成28年4月より総合事業を開始しました。

団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）に向け、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護、医療、予防、生活支援及び住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が課題とされています。介護保険料の上昇を極力抑制しながら、介護保険制度を持続可能なものとしていく必要性から、NPO や住民等の多様な主体によるサービスを充実させることにより、地域支えあいの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的な支援等を可能にすることを目指すものです。

《今後の方向性》

2025年を目途とした地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、これまでの給付実績の分析や市民や事業者から意見を聴くなどして、これまでの事業を評価・検証するとともに、国・県の動向を踏まえ、介護予防事業の更なる充実を図っていきます。

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止のため、高齢者が自身のニーズに合ったサービスを適切に利用し、自立した生活を続けられるよう、多職種と連携した地域包括支援センター職員と協働でケアプランの点検や助言等を行うことにより、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

また、サービス内容の見直しを検討するとともに、新たな担い手を発掘するための工夫や担い手の活動支援について、新たに事業所連絡会（仮称）を立ち上げるとともに、慢性的な介護職員不足の解消のため、事業者のニーズも取り入れながら検討し実施していきます。

<訪問型サービス>

項 目	内 容
① 従来型訪問介護	従来の介護予防訪問介護に相当するもの。
② 【サービスA】 基準緩和型訪問介護	従来型の8割に相当する報酬のサービス。 45分未満の家事支援。
③ 【サービスB】 シルバーお助け サービス	シルバー人材センターへ委託。 1回60分の家事支援。 介護保険の自己負担割合に応じて1割または2割の自己負担。

総合事業（訪問型サービス）の供給見込み量

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費(千円)		1,961	15,654	16,437	17,424	18,470
利用人数(延べ人数)		115	915	984	1,044	1,107

<通所型サービス>

項 目	内 容
① 従来型通所介護	従来の介護予防通所介護に相当するもの。
② 【サービスA】 基準緩和型通所介護	従来型の8割に相当する報酬のサービス。 入浴の提供はしない3～5時間程度の短時間の要支援者の自立を促すプログラム。

総合事業（通所型サービス）の供給見込み量

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費(千円)		5,675	59,762	65,738	72,312	79,544
利用人数(延べ人数)		236	2,310	2,541	2,795	3,074

介護予防ケアマネジメント点検実施目標数

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
実施見込数					20	110
対象者数					200	200

(2) 一般介護予防事業の充実

《現状と課題》

一般介護予防事業では、65歳以上の高齢者を対象とした筋力トレーニング教室や閉じこもり防止のための送迎付きサロン事業などを実施しています。

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、住民主体の通いの場を充実させ、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必要があります。そのため、市民の介護予防に関する理解を深め、地域において育成されたボランティアが既存の地域組織での活動を活発化させ、要支援者・要介護者の支援のために積極的に活躍できるよう、サービス事業との有機的な連携に努める必要があります。

また、口腔機能の維持向上については、これまで不十分であったことから今後取り組むべき重要課題です。

《今後の方向性》

加齢に伴う心身の機能低下の予防や認知症の予防、介護予防に対する意識を高めるため、高齢者が興味や意欲をもって参加できるよう、生活習慣病対策担当課である健康増進課と課題を共有し、周知方法や事業内容等を工夫しながら介護予防の普及啓発事業を実施していきます。

また、日常生活圏域ニーズ調査のリスク分析において、「認知症」「転倒」「口腔機能」のリスクが高いことを受け、それらの予防事業の強化に取り組んでいきます。さらに、閉じこもり防止のための送迎付きサロンの活動は、今後運転免許返納等により外出時の交通の確保を必要とする高齢者の増加が見込まれ、介護給付費の抑制にもつながることから送迎のノウハウを兼ね備えた民間事業所の活用をしながら拡大を図っていく必要があります。

加えて、各地域包括支援センターが実施している「元気はつらつ体操」を今後も積極的に勧めていくとともに、地域における住民主体の介護予防活動（ラジオ体操、ヨガ等）の支援や一般介護予防事業受講修了者からなる自主グループの育成にも充実を図っていきます。特に、地域における介護予防の取組みを機能強化するために、「元気はつらつ体操」へのリハビリテーション専門職の関与を拡大、充実できるよう努めていきます。



生活機能の高リスクに対応した事業の展開

各事業の参加者数及び見込数（実人数）

事業名		内 容
認知症予防	※脳力アップトレーニング教室	身体と脳を連動させた体操やレクリエーションを行うことで体と脳の双方を刺激し、認知症を予防することを目的とした事業。
	ゲーブルセラピー教室	認知症改善を目的に開発された5つのプログラムを一体的に組合せ、住民主体のNPO 法人が実施する事業。
転倒	※転倒骨折予防教室	筋力や骨を衰えないように体を動かし、健康な身体を維持することを目的とした事業。
	※男の筋トレ塾	男性のみを対象とした筋トレ特化型事業。
	地域ふれあいサロン筋トレプログラム	地域サロンにおいて、運動指導士を派遣し筋力向上のためのプログラムを実施する事業。
	しもつけ元気はつらつ体操の普及	自分の体力に合わせた「おもり」を使った体操を普及する事業。

通いの場の充実

ふれあいサロンの参加者数（延べ）及び目標

（人）

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度
※ふれあいサロン「陽だまり」	5,096	4,543	4,500	継続
※ふれあいサロン「ゆうゆう」	—	—	1,800	継続
※ふれあいサロン「サンクス」	—	—	180	継続

※については、口腔機能に関する内容をプログラムの中に組み入れて実施する。

(3) 介護予防給付サービスの確保

《現状と課題》

平成28年度より、「介護予防・日常生活支援総合事業」に、予防給付サービスの大きな部分を占めていた、「介護予防訪問介護サービス」並びに「介護予防通所介護サービス」が移行しました。他のサービスについては一部見込量との差がありますがおおむね見込量の範囲内で推移しています。

《今後の方向性》

「介護予防・日常生活支援総合事業」への介護事業所の参加の促進に努めます。また、ケアプランのチェック等による給付の適正化を行っていきます。

ア 介護予防訪問介護

平成29年度より「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行したため、平成30年度以降については利用を見込んでおりません。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	17,722	18,097				
給付費実績額(千円)	13,627	12,729				
延べ利用人数	733	697				

イ 介護予防訪問入浴介護

平成27年度から平成29年度までの利用はありませんでした、平成30年度から平成32年度までは利用者を見込まないこととしています。

ウ 介護予防訪問看護

平成30年度では年間サービス利用者数は1,692人、平成32年度では3,588人として見込んでいます。医療・介護連携の推進もあり今後は利用者が大きく増加していくと見込まれますので、既存の事業者と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	880	880	880	5,562	7,511	12,023
給付費実績額(千円)	2,418	1,858	4,890			
延べ利用人数	432	456	1,344	1,692	2,280	3,588

エ 介護予防訪問リハビリテーション

平成30年度の年間サービス利用者数は624人、平成32年度は924人と見込んでいます。今後も、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	290	300	310	1,705	2,115	2,523
給付費実績額(千円)	397	1,788	1,515			
延べ利用人数	144	636	564	624	768	924

オ 介護予防居宅療養管理指導

平成30年度の年間サービス利用者数は108人、平成32年度は132人と見込んでいます。今後も、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	936	1,409	2,154	946	1,071	1,195
給付費実績額(千円)	714	588	875			
延べ利用人数	76	70	96	108	120	132

カ 介護予防通所介護

平成29年度より「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行したため、平成30年度以降について利用は見込んでおりません。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	51,516	53,523				
給付費実績額(千円)	47,156	44,209				
延べ利用人数	1,669	1,633				

キ 介護予防通所リハビリテーション

平成30年度の年間サービス利用者数は1,056人、平成32年度は1,308人と見込んでいます。今後も利用者が大きく増加していく見込みですので既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	30,639	31,477	31,954	33,416	36,008	40,720
給付費実績額(千円)	20,217	29,782	31,157			
延べ利用人数	612	848	996	1,056	1,140	1,308

ク 介護予防短期入所生活介護

平成30年度の年間サービス利用日数は840日、平成32年度は1,020日を見込んでいます。今後も利用日数の増加が見込まれるため、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	1,028	1,028	1,028	5,192	5,747	6,272
給付費実績額(千円)	2,510	3,106	4,404			
延べ利用人数	372	492	708	840	924	1,020

ケ 介護予防短期入所療養介護

平成27年度に利用がありましたが、その後の利用がないため平成30年度から平成32年度の間の利用は見込まないこととしています。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	47	47	47	0	0	0
給付費実績額(千円)	41	0	0			
延べ利用人数	6	0	0	0	0	0

コ 介護予防福祉用具貸与

平成30年度の年間サービス利用者数は1,836人、平成32年度は1,668人と見込んでいます。今後は、貸与の基準の変化も見込まれますが、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	3,750	4,125	4,500	10,482	9,753	9,555
給付費実績額(千円)	4,631	8,277	10,046			
延べ利用人数	1,032	1,452	1,764	1,836	1,704	1,668

カ 特定介護予防福祉用具購入費

平成30年度の年間サービス利用者数は24人、平成32年度は24人と見込んでいます。今後も制度の適正な利用と啓発に努めていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	1,058	1,058	1,058	652	652	652
給付費実績額(千円)	867	979	870			
延べ利用人数	46	49	48	24	24	24

シ 介護予防住宅改修費

平成30年度の年間サービス利用者数は48人、平成32年度は48人と見込んでいます。今後も制度の適正な利用と啓発に努めていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	5,385	5,385	5,385	5,390	5,390	5,390
給付費実績額(千円)	3,589	6,395	4,255			
延べ利用人数	37	60	38	48	48	48

ス 介護予防支援

平成30年度の年間サービス利用者数は1,272人、平成32年度は1,272人と見込んでいます。総合事業の推進により利用者は減少する見込みですが、今後も既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	14,989	15,486	7,743	5,911	5,914	5,914
給付費実績額(千円)	15,438	17,499	10,307			
延べ利用人数	3,312	3,588	2,232	1,272	1,272	1,272

セ 介護予防認知症対応通所介護

平成30年度から平成32年度は利用者を見込まないこととしています。

ソ 介護予防小規模多機能型居宅介護

平成30年度のサービス利用者は1人、平成32年度1人の利用者を見込んでいます。既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)		480	480	68	68	68
給付費実績額(千円)		68	0			
延べ利用人数		1	0	1	1	1

タ 介護予防認知症対応型共同生活介護

平成30年度から平成32年度は利用者を見込まないこととしています。

第3節 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》

住み慣れた地域で安心して生活できるよう、概ね65歳以上の在宅のひとり暮らしの高齢者等を対象に配食サービス事業、生活支援ホームヘルプ事業、日常生活用具給付事業を実施しています。

配食サービスは、高齢者の低栄養防止のための大切なサービスです。特に移動手段が大きく変化する後期高齢者においては、買い物の機会が減り副食の摂取が減少することが懸念されます。また副食のみ、制限食等、多様なニーズに対応できるよう見直しが必要です。

生活支援ホームヘルプ事業、日常生活用具給付事業は共に減少傾向にあります。ひとり暮らしの高齢者等が増加していく見込みから、制度の周知等をしていく必要があります。

《今後の方向性》

支援の必要な高齢者の生活支援の継続的なサービスのため、多様なサービスを提供します。

配食サービス事業は、ひとり暮らし及び高齢者のみの世帯等に栄養バランスのとれた食事を提供する他、副食のみ、制限食等、多様なニーズに対応できるよう見直しを検討します。また、健康の維持を図るとともに、手渡しすることによって見守りの確認を行います。利用対象者の把握に努め、事業継続により対象者の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

生活支援型ホームヘルプ事業は、要介護者を除く概ね65歳以上のひとり暮らしの高齢者等に対し、ホームヘルパーが訪問し必要な家事援助（調理・洗濯・掃除・買い物）等を行う体制を継続します。

日常生活用具給付事業は、日常生活に不安のある高齢者に電磁調理器・火災警報器・自動消火器・T字杖を給付している事業で現在利用者の減少がみられますが、今後も高齢者の増加が見込まれるため事業を継続します。

配食サービス事業の実績及び見込量（括弧内は新規申請数）

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
実績人数（人）	162(37)	136(25)	140(32)	144(37)	148(40)	152(42)
利用延件数（食）	14,406	12,538	12,880	13,277	13,646	14,014

(2) 在宅福祉サービスの充実

《現状と課題》

高齢者及びその家族等の福祉向上を図るため、ねたきり老人等介護手当支給事業、ねたきり老人等紙おむつ購入券給付事業を実施しています。

ねたきりの方や認知症の方の増加にともない、ねたきり老人介護手当支給事業、ねたきり老人等紙おむつ購入券給付事業の対象者の増加が見込まれます。

対象者の増加に伴い、事業規模の拡大が予想されるため、給付条件や手当額の適正化等を図ることが必要となります。

《今後の方向性》

在宅のねたきり高齢者及びその介護者に対し、給付条件の見直しや手当額の見直し等を通して適正な支援を図ります。

ねたきり老人等介護手当支給事業の実績及び見込量

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
支給実人数(人)	441	497	510	523	536	549
支給延月数(月)	2,167	2,448	2,630	2,786	2,942	3,098

ねたきり老人等紙おむつ購入券給付事業の実績、見込量及び利用率

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
利用実人数(人)	313	313	322	330	340	350
利用延件数(件)	3,656	3,653	3,852	3,948	4,068	4,188
利用率(%)	88.6	84.7				

第4節 地域における支え合い体制づくりの促進

(1) 生活支援体制整備事業協議体の設置

《現状と課題》

平成28年度に第1層生活支援コーディネーターを4名配置し、高齢福祉課と社会福祉協議会、地域包括支援センターで組織する準備委員会を設置し、研修会を開催して制度の理解を深めてきました。

また、全庁的な理解・協力を促進するため、市幹部職員に対する地域包括ケアシステム構築に関する説明会を開催するとともに、各種団体に向けた講話を行うなど、啓発事業を実施しました。

平成29年度には、さわやか福祉財団の協力のもと「地域における助け合い・支え合いについて考える勉強会」を開催し、その参加者が構成メンバーとなり、日常生活圏域（3圏域）において第2層協議体を立ち上げました。

《今後の方向性》

第1層においては、平成28年度に多様な主体（学識経験者、自治会長、民生委員、老人クラブ、NPO法人、見守りネットワーク協定事業者、金融機関、移送サービス事業者、介護サービス事業者、シルバー人材センター、社会福祉協議会、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター）から構成された協議体を設置しています。

今後も多角的視点から市の現状や課題、問題点を把握し、それに対応する社会資源についての検討や、市全域に助け合い・支え合い活動を広げていくための方法等について検討していきます。

(2) 生活支援コーディネーターの配置と協議体活動の活性化

《現状と課題》

第1層生活支援コーディネーターとの話し合いを定期的で開催し、市の高齢化の現状等について見える化作業を進めています。

平成29年度に実施した「地域における助け合い・支え合いについて考える勉強会」を通じて、生活圏域ごとに第2層協議体が発足し、地域の助け合い活動を実現するための話し合いが始まりました。身近な生活場面での困りごとや、市民ができることについて話し合いを深め、情報の共有化を図っています。

《今後の方向性》

第2層生活支援コーディネーターが未設置のため、生活圏域ごとに活動の中心となる生活支援コーディネーターを配置し、地域の助け合い・支え合い活動の推進を図ります。

(3) 地域における支え合い活動の啓発

《現状と課題》

市全体としての高齢化率は他自治体と比べて低い方ですが、自治会別にみると、高齢化の状況が大きく異なっています。現在高齢化率が低い地区でも、将来的には急激に高齢化

が進む可能性があるため、地域の支え合い活動の担い手となる人材育成や市民啓発の必要性が高まっています。

自治医科大学看護学部の協力を得て、地域の信頼感やつながりについて実態把握し、調査分析及び結果説明会開催により市民啓発を実施しています。

《今後の方向性》

地域の支え合い・助け合いを推進していくために、関係団体をはじめとする市民への啓発活動を実施していきます。

また、庁内関係各課及び社会福祉協議会等の関係機関との連携を図りながら、地域のニーズ把握は自治医科大学と連携しながら、ニーズに沿った人材（担い手）育成を推進していきます。



第5節 地域包括支援センターの機能強化

(1) 介護予防ケアマネジメント事業の充実

《現状と課題》

地域包括支援センターでは、基本チェックリストを実施し、対象者の心身の状況に応じた適正な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、介護予防ケアマネジメントを実施しています。また、要支援認定者で総合事業サービス以外を希望している人の介護予防支援を作成しており、年々作成数が増加しています。地域包括支援センターの介護予防支援及び総合事業に係る介護予防ケアマネジメントの居宅介護支援事業所への委託率について、目標値を50%までと定めています。

《今後の方向性》

日常生活の活動性を高め、家庭生活や社会への参加を促進し、一人ひとりの生きがいがづくりや自己実現のための取組みを推進します。

介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念を実現するため、「自立と生活の質の向上」を目指し、下野市ケアマネジャー連絡協議会と連携し、研修会や事例検討などを実施し、ケアマネジメントの担い手である介護支援専門員の質の向上を図ります。

(2) 総合相談事業の充実

《現状と課題》

地域包括支援センターでは、積極的な訪問相談や来所相談等で相談支援を実施しています。

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等への戸別訪問により、心身の状況等についての実態把握を実施し、関係機関とのネットワークの構築を図っています。

高齢者虐待対応や、成年後見制度の利用支援等をとおして、困難な状況にある高齢者が、安心して生活を行うことができるよう支援をしています。

第5節のニーズ調査の結果では、地域包括支援センターの認知度は約66%でした。6期計画の調査結果では、認知度は約62%であり約4%上がっています。

高齢化の進行により、一つの家庭に課題が重層的に存在している困難事例が増加しており、相談件数も増加しています。

《今後の方向性》

利用者やその家族が、介護・福祉サービスを適切に利用できるよう、情報発信の充実に取り組みます。

利用者が自分らしい生活を地域で継続していくために必要となる社会資源の活用を自己決定していくことができるよう支援していきます。

高齢者が多く集まる場所における出張相談の実施も検討します。

(3) 任意事業の充実

ア 家族介護支援事業

《現状と課題》

ほっと介護教室として、介護者及び介護に関心のある方を対象に、地域包括支援センターが合同で年6回開催しています。

《今後の方向性》

介護に関するニーズを把握し、今後も事業の継続と広報等で啓発活動に努めます。

イ 家族介護継続支援事業

《現状と課題》

介護者交流会として、現在介護している方、1年以内に介護をしている方を対象に地域包括支援センターが合同で介護者同士の情報交換の場として年6回開催しています。また、リフレッシュ目的の日帰り旅行も年2回開催しており、男性介護者の参加も多く見られます。

《今後の方向性》

交流会の日程を早めに広報し、多くの介護者が参加できるよう努めます。介護者交流会の内容も参加者の意見を参考に企画していきます。

ウ 権利擁護事業強化と充実

《現状と課題》

高齢者が安心して生活できるよう、成年後見制度の利用促進、高齢者虐待や困難事例への対応、消費者被害の防止に関する制度活用について支援をしています。

《今後の方向性》

市民や民生委員・児童委員、介護支援専門員等との連携を図り、高齢者虐待の早期発見・早期対応、消費者被害防止、成年後見制度利用支援に対する啓発を行い、高齢者が安心して生活できるよう、専門的・継続的支援を行います。

【地域包括支援センターへ的高齢者虐待相談状況】 () は実人数

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
相談件数	325 (25)	266 (18)	177 (15)

【地域包括支援センターへの成年後見制度利用相談状況】 () は実人数

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
相談件数	60 (10)	168 (16)	309 (48)

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の充実

《現状と課題》

必要な社会資源を切れ目なく活用できるように援助していく包括的・継続的なケアを実施するため、地域包括支援センターが中心となって日常的に介護支援専門員からの支援困難事例などの相談を受け支援しています。また、地域ケア個別会議等を積極的に実施し、関係機関との連携体制の構築や、利用者が自己決定により地域の社会資源を活用できるよう支援しています。

さらに、介護支援専門員の資質向上を図るため、「下野市ケアマネジャー連絡協議会」を活用し研修会等を実施していますが、介護支援専門員の有する能力をさらに深めるため、個別事例検討会議やケアプランの振り返り等取組みの工夫が必要です。

【介護支援専門員から地域包括支援センターへの相談及び連携数】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度 (9月末現在)
件数	873	1,149	1,210

《今後の方向性》

包括的・継続的ケアマネジメントを実践できる能力を居宅介護支援事業所の介護支援専門員が有するためには、介護支援専門員が不足している知識や技術などを明らかにして、それらを、研修、個別事例検討会議、ケアプランの振り返り等の方法で高めることを目指します。

また、「下野市ケアマネジャー連絡協議会」の更なる活用について検討し、ケアマネジメント力の向上や関係機関とのネットワーク構築を進めるよう支援します。

(5) 地域包括支援センターの体制強化

《現状と課題》

生活支援サービスの充実、新しい介護予防を推進するための地域の社会資源が連携するネットワークを構築するためのコーディネート機能や、多職種協働をマネジメントする機能が不可欠となります。

地域包括支援センターが本来機能・役割を担うことができるよう職員体制等を以下のとおり整備しました。

【職員体制】

年度	職員数	配置職種
平成26年度	3名	三職種各1名ずつ (保健師又は看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士)
平成27年度	4名	三職種各1名ずつと介護支援専門員(計画作成専門)
平成28年度	5名	三職種各1名ずつと介護支援専門員(計画作成専門)と 保健師又は看護師1名

【地域包括支援センター整備状況】

センター名	委託法人名	委託時期
みなみかわち	社会福祉法人 あんず 特別養護老人ホームにらがわの郷内	平成29年4月1日
こくぶんじ	社会福祉法人 下野市社会福祉協議会 下野市保健福祉センターゆうゆう館内	平成19年1月1日
いしばし	社会福祉法人 関記念 柝の木会 特別養護老人ホームいしばし内	平成19年1月1日

《今後の方向性》

相談件数や困難事例の増加、介護予防マネジメントの推進等、多くの役割を担うようになっていきます。これらの業務量の変化を踏まえ、人員体制を検討し、地域包括支援センター運営協議会の意見を聴き、必要な対策を講じていきます。

地域包括支援センターの運営が適正に行われているか随時確認し、必要に応じて指導していきます。



第6節 地域ケア会議の推進

(1) 地域ケア個別会議の開催

《現状と課題》

個別ケースの中で、支援者が支援に困難を感じているケースや自立に向けた支援が難しいケース、あるいは地域の課題が内在しているケース等について、地域の支援者を含めた多職種による「地域ケア個別会議」を開催しています。平成27年度に県のモデル事業（アドバイザー派遣事業）を実施してアドバイスを受けたことで、平成28年度の開催回数は大幅に増加しました。

今後は、個別ケースの背後に潜在している、同様のニーズを抱えた住民やその予備群を見出し、解決すべき地域課題等を明らかにしていくことが求められています。

《今後の方向性》

今後も地域ケア個別会議を積極的に活用し、個別ケースについて地域の支援者を含めた多職種が多角的視点から検討を行うことにより、個別課題の解決を目指していきます。また、そうしたプロセスを通して、地域包括支援センター職員や介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、自立支援に資するケアマネジメント等の質を高めていきます。

今後、より一層地域ケア個別会議を活用していくために、県によるアドバイザー派遣事業の活用や、職員向け研修会の企画も検討していきます。

(2) 地域ケア推進会議の開催

《現状と課題》

地域ケア個別会議で把握した地域課題やニーズを整理し、地域づくりや資源開発、政策形成につなげていくための「地域ケア推進会議」を開催しています。

《今後の方向性》

地域ケア個別会議において把握した個別課題から、市全体における地域課題の抽出を図り、必要な社会資源の把握・創出を推進します。

(3) 自立支援型地域ケア会議の設置

《現状と課題》

介護支援専門員が作成したケアプラン等を見直すことにより、自立支援に向けたケアプラン作成への支援を目的とした「自立支援型地域ケア会議」の設置を検討しています。

《今後の方向性》

自立と生活の質の向上を目指し、自立支援型地域ケア会議の設置を目指します。開催にあたっては会議の進行役の役割が大きく、今後の個別支援の方針にも大きく影響するため、

市職員の中に研修を受講した者を配置すること等を検討していく必要があります。

第3章 介護サービスの充実・強化

介護が必要となった場合、多くの高齢者は介護サービスを利用しながら、住み慣れた地域で生活を送ることになります。そのため介護需要が高まることが予測されます。

支援を必要とする高齢者が介護保険のサービスを利用して、今後も在宅で自立した生活ができるように、一人ひとりの状態に対応した多様なサービスを提供して在宅生活を支えていきます。

また、在宅での生活が困難な人のために施設、居住系サービスについても十分なサービスを提供して、在宅と施設のバランスのとれたサービスを提供していきます。

第1節 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》

第6期計画での見込量の範囲内で推移していますが、一部のサービスについては見込量を超過しました。その反面サービスの利用が少ないものもありました。特に通所系サービスについては見込量と実績に乖離がありました。

《今後の方向性》

必要とされているサービスを見極めて、実情に沿ったサービスの見込量を算定します。また、ケアプラン点検等の給付適正化事業を進めて適正なサービスの提供を目指していきます。

ア 訪問介護

平成30年度の年間サービス利用者数は2,364人、平成32年度は2,424人と見込んでいます。今後も既存事業者等と連携して、十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	163,891	175,932	198,007	133,652	136,106	137,013
給付費実績額(千円)	143,911	144,789	137,203			
延べ利用人数	2,466	2,401	2,316	2,364	2,364	2,424

イ 訪問入浴介護

平成30年度の年間サービス利用者数は1,512人、平成32年度は1,656人と見込んでいます。今後も一定数の利用者増がある見込みですので、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	13,429	13,429	13,429	17,802	18,033	19,493
給付費実績額(千円)	13,292	13,560	18,523			
延べ利用人数	1,140	1,056	1,572	1,512	1,536	1,656

ウ 訪問看護

平成30年度の年間サービス利用者数は15,288人、平成32年度は21,792人と見込んでいます。今後、医療機関から在宅医療に移行する利用者が、増加していく見込みですので、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	42,335	44,452	46,674	79,582	94,157	112,200
給付費実績額(千円)	48,762	51,204	63,099			
延べ利用人数	7,980	8,244	11,880	15,288	18,144	21,792

エ 訪問リハビリテーション

平成30年度の年間サービス利用者数は3,084人、平成32年度は5,388人と見込んでいます。医療・介護連携の推進により今後も利用者が大きく増加していく見込みですので、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	3,888	4,860	5,832	8,761	11,008	15,289
給付費実績額(千円)	3,273	5,720	7,421			
延べ利用人数	1,152	1,836	2,592	3,084	3,876	5,388

オ 居宅療養管理指導

平成30年度の年間サービス利用者数は1,476人、平成32年度は1,608人と見込んでいます。今後も利用者が増加していく見込みですので、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	10,771	11,218	11,431	11,517	11,941	12,417
給付費実績額(千円)	10,060	10,952	11,454			
延べ利用人数	1,166	1,174	1,464	1,476	1,536	1,608

カ 通所介護

平成30年度の年間サービス利用者数は6,788人、平成32年度は7,144人と見込んでいます。第6期計画の見込み量を大幅に上回っておりますが、今後も増加が予想されるため、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	589,925	430,059	447,831	674,300	696,253	719,364
給付費実績額(千円)	672,104	622,408	642,929			
延べ利用人数	7,003	6,057	6,615	6,788	7,087	7,144

キ 通所リハビリテーション

平成30年度の年間サービス利用者数は22,104人、平成32年度は23,364人と見込んでいます。今後も利用者の増加が見込まれるため、既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	147,132	150,771	156,121	181,388	187,780	195,051
給付費実績額(千円)	158,734	179,700	177,633			
延べ利用人数	20,016	22,344	21,924	22,104	22,704	23,364

ク 短期入所生活介護

平成30年度の年間サービス利用日数は4,121日、平成32年度は5,852日と見込んでいます。居宅介護の推進により増加が見込まれるため、今後も既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	222,303	226,458	237,885	413,605	698,653	583,896
給付費実績額(千円)	221,004	265,828	314,584			
利用日数(日)	2,170	2,450	3,135	4,121	4,978	5,852

ケ 短期入所療養介護

平成30年度の年間サービス利用日数は348日、平成32年度は372日と見込んでいます。在宅医療の推進により利用が今後も利用が見込まれます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	900	900	900	3,652	3,949	4,066
給付費実績額(千円)	2,134	5,973	4,105			
利用日数(日)	240	576	408	348	360	372

コ 特定施設入居者生活介護

平成30年度の年間サービス利用者数は528人、平成32年度は780人と見込んでいます。今後も利用者が増加していく見込みですので既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行ってまいります。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	155,703	239,597	256,701	93,497	116,403	144,567
給付費実績額(千円)	55,930	76,261	91,890			
延べ利用人数	312	408	516	528	636	780

サ 福祉用具貸与

平成30年度の年間サービス利用者数は7,476人、平成32年度は7,680人と見込んでいます。今後も既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行ってまいります。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	87,183	87,707	89,730	110,217	111,056	111,741
給付費実績額(千円)	98,653	110,511	112,342			
延べ利用人数	6,790	7,056	7,596	7,476	7,572	7,680

シ 特定福祉用具購入費

平成30年度の年間サービス利用者数は156人、平成32年度は180人と見込んでいます。在宅介護を推進するにあたり重要なサービスとなるため、今後も制度の適切な運用と周知を行ってまいります。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	3,489	3,687	3,687	4,077	4,152	4,355
給付費実績額(千円)	3,335	3,478	3,145			
延べ利用人数	133	153	120	156	168	180

ス 住宅改修費

平成30年度の年間サービス利用者数は108人、平成32年度は132人と見込んでいます。在宅介護を推進するにあたり重要なサービスとなるため、今後も制度の適切な運用と周知を行ってまいります。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	11,152	11,152	11,152	15,532	17,125	18,905
給付費実績額(千円)	10,175	11,716	9,777			
延べ利用人数	91	106	98	108	120	132

セ 居宅介護支援

平成30年度の年間サービス利用者数は12,768人、平成32年度は13,092人と見込んでいます。今後も既存事業者等と連携して十分なサービスの提供を行います。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	154,952	165,506	181,104	183,378	185,842	187,976
給付費実績額(千円)	165,303	183,373	180,153			
延べ利用人数	11,988	12,072	12,660	12,768	12,936	13,092

(2) 地域密着型サービスの基盤整備

《現状と課題》

介護を必要とする高齢者が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域に根差したサービスを提供する事業所が行うサービスです。サービス実績値は見込量を下回っています。

《今後の方向性》

地域密着型サービスの事業所の充実を行い、十分なサービスの給付を行っていきます。

ア 認知症対応型通所介護

平成30年度から平成32年度については利用者を見込まないこととします。

イ 小規模多機能型居宅介護

平成30年度の年間サービス利用者数は120人、平成32年度324人と見込んでいます。既存事業者等と連携するほかに、新規事業者の募集も行い十分なサービスの提供を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	0	3,748	3,748	24,940	24,940	65,710
給付費実績額(千円)	0	5,947	27,367			
延べ利用人数	0	24	120	120	120	324

ウ 認知症対応型共同生活介護

平成30年度の年間サービス利用者数は540人、平成32年度756人と見込んでいます。既存事業者等と連携するほかに、新規事業者の募集も行い今後増加する認知症利用者が十分なサービスの提供を受けられるように整備を行っていきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	140,270	140,270	140,270	132,924	132,680	185,181
給付費実績額(千円)	124,834	139,927	136,564			
延べ利用人数	516	540	564	540	540	756

エ 地域密着型特定施設入居者生活介護

平成30年度から平成32年度については利用者を見込まないこととします。

才 地域密着型老人福祉施設入居者生活介護

平成29年度中に1施設が開所したため、平成30年度の年間サービス利用者数は1,044人、平成32年度は1,044人と見込んでいます。今後も利用者が安心して利用できるように既存事業者等と十分なサービスを提供していきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	161,738	239,551	239,551	258,772	253,125	253,125
給付費実績額(千円)	138,177	182,441	167,227			
延べ利用人数	600	684	708	1,044	1,044	1,044

力 地域密着型通所介護

平成28年度より小規模な通所介護事業所は地域密着型に移行することになり、平成29年度中に対象事業所はすべて移行しました。それにより、平成30年度の年間サービス利用者数は14,688人、平成32年度は16,740人と見込んでいます。今後も増加するサービス利用者に対応するため、既存事業者等と連携して十分なサービスを提供していきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)		203,312	211,714	123,624	129,146	141,582
給付費実績額(千円)		112,104	107,157			
延べ利用人数		13,272	12,720	14,688	15,372	16,740

キ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

計画では平成29年度より利用者を見込んでいましたが、平成30年度以降サービス利用者と事業者それぞれのニーズを踏まえつつ、介護及び医療に係る関係機関等とこの事業に関する検討を行っていきます。

これにより平成30年度から平成32年度についてはサービス量を見込まないこととします。

ク 夜間対応型訪問介護

平成30年度から平成32年度については利用者を見込まないこととします。

(3) 施設・居住系サービスの向上

《現状と課題》

市内に所在する施設・居住系サービスの事業所は14か所であり、第6期計画で新たに介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）2か所と特定施設入居者生活介護事業所（サービス付き高齢者向け住宅）が整備されました。

《今後の方向性》

施設のサービスの質の向上を図り、利用者がより安心、安全で快適なサービスが受けられるように取り組んでいく必要があります。また、利用率の低い短期入所生活介護施設の一部を介護老人福祉施設へ移行するなど、迅速に行える施設整備についても検討していく必要があります。

ア 介護老人福祉施設

平成29年度に、1施設開所しました。平成30年度の利用人数は2,772人、平成32年度は2,940人を見込んでいます。需要が高い施設のため今後も待機者解消に向けて既存事業者等と連携してより質の高いサービスを提供していきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	655,042	774,684	787,105	701,679	730,153	744,789
給付費実績額(千円)	624,005	659,262	628,975			
利用人数	2,484	2,484	2,496	2,772	2,880	2,940

イ 介護老人保健施設

現在市内に1施設あり、平成30年度の利用人数は1,500人、平成32年度は1,488人を見込んでいます。今後も既存事業者等と連携してサービスを提供していきます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	417,346	417,346	417,346	420,756	418,081	418,081
給付費実績額(千円)	394,710	432,128	398,825			
利用人数	1,428	1,464	1,428	1,500	1,488	1,488

ウ 介護医療院

平成30年度より従来の「介護療養型医療施設」に代わり導入される施設です。「介護療養型医療施設」からの移行が最長6年かかるため、平成30年度から平成32年度の利用者は見込まないこととしています。

工 介護療養型医療施設

平成30年度より「介護医療院」へ最長6年間をかけて段階的に移行します。平成30年度はサービス利用者数を84人、平成32年度は84人の利用を見込んでいます。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
給付費見込額(千円)	16,054	16,054	0	29,036	29,036	29,036
給付費実績額(千円)	5,437	13,384	20,794			
利用人数	12	36	60	84	84	84

第2節 介護サービスの適正な運営

(1) 自立支援及び重症化防止のためのケアマネジメントの確立

《現状と課題》

介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念を実現するために、適切なケアマネジメントを推進し、質の向上を図ることが必要です。介護支援専門員が作成したケアプラン等を見直し、自立支援や介護度の重症化を防止する取組みは実施していません。そのため、介護支援専門員に対し、高齢者の自立支援に向けたケアプランの作成について支援をする場が必要です。

《今後の方向性》

高齢者自身のニーズに合ったサービスを適切に利用し、支援を必要とする高齢者が自立した生活を行うための自立支援や要介護度の重症化を防止するために、多職種と連携した「自立型地域ケア会議」を開催し個別ケース検討を行うことでケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

(2) 介護サービス利用者への情報提供

《現状と課題》

介護サービスの制度変更が生じた場合には、広報やホームページなどで周知しています。利用者が、情報を正しく理解し、自立支援に必要なサービスの利用をするためにさまざまな情報の発信が必要です。

《今後の方向性》

介護制度が多様化・複雑化するなかで、支援の必要な利用者やその家族、地域住民等が正しく情報を理解し、サービスを活用できるように情報提供の様々な手法を検証し、サービスを必要とする人にとってわかりやすい情報提供の方法を検討していきます。

(3) 事業者への指導・監督の充実

《現状と課題》

事業者への定期的な監査及び事故発生時などの指導、並びに介護給付サービス等の取扱、介護報酬の請求に関する事項について市ホームページ等で周知を行っています。監査、実地指導ともに十分な回数を行えているとはいえませんでした。

《今後の方向性》

介護サービス事業者に対して介護給付等対象サービスについて、周知徹底することを目的に、指導を徹底してきます。指導に当たっては事業所に対する実地指導のほか、必要な指導の内容によっては事業所向けの説明会を開催し、介護サービス事業所の適正な運営とサービスの質の向上に向けて効果的な指導に取り組みます。

重大な違反や介護報酬の請求に関する不正・不当がある場合等には、事実関係を的確に把握し、適切な措置をとることを目的に監査を実施します。

また、平成30年度に「居宅介護支援事業所」の指定、指導権限が県より移譲されることなどを踏まえ、介護事業者台帳システムの導入や、指導検査体制の整備を行い、効率的かつ効果的な指定及び指導の実施に取り組みます。

(4) 介護給付適正化事業の強化

《現状と課題》

国の介護給付費適正化計画に関する指針に基づき、主要事業とされている要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修の点検、介護報酬の縦覧点検、医療情報との突合、介護給付費通知のうちケアプランの点検以外は実施しています。

《今後の方向性》

国の介護給付適正化計画に関する指針に基づき、主要事業とされている事業のうち既に実施している事業については、平成29年度より導入している給付適正化システムや、国民健康保険団体連合会によるシステムを活用して取り組みを進めていくほか、ケアプランの点検についても「介護給付費適正化委員会（仮称）」を開催し、ケアマネジャー等と連携して効果的、効率的なケアプラン点検を実施していきます。

(5) 苦情相談窓口

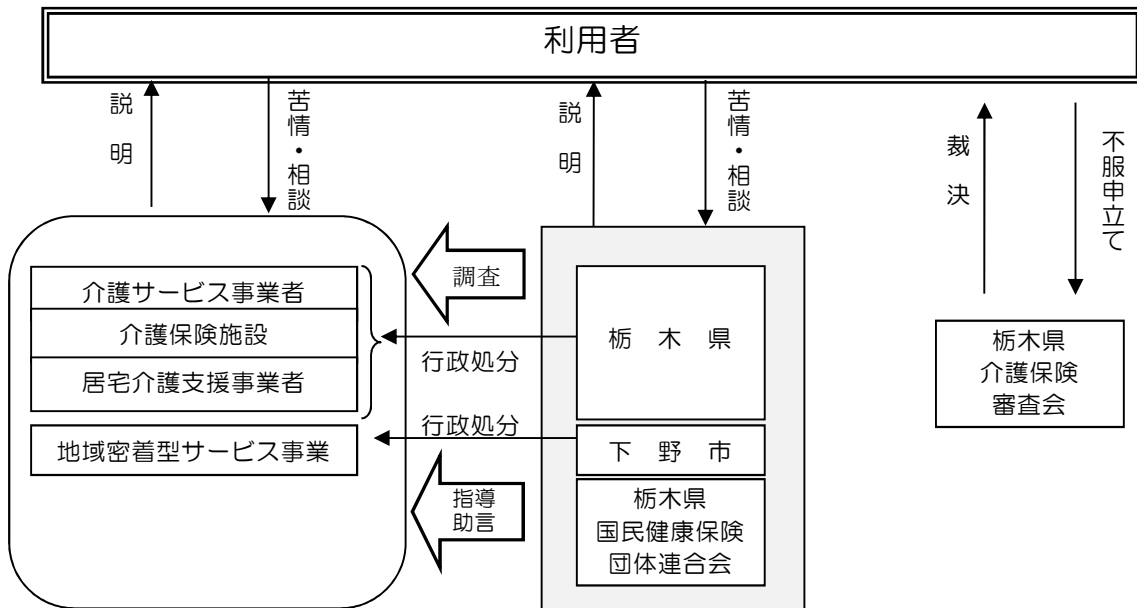
《現状と課題》

介護サービスについての苦情、相談について利用者はサービス提供事業者、居宅介護支援事業者の相談窓口に出すことができます。また、介護給付審査、支払いを行っている栃木県国民健康保険団体連合会に設置されている、介護サービス苦情・相談窓口に出すことができます。市高齢福祉課や地域包括支援センターでも利用者の身近な相談窓口として相談を受け付けていますが、十分認識されているとはいえない状況です。

《今後の方針》

苦情、相談窓口としての市高齢福祉課及び地域包括支援センターの認識を高めていくとともに、事業者よりの事故報告や相談を把握し、利用者等からの相談、苦情に対して適正な対応ができるように、栃木県高齢対策課及び栃木県国民健康保険団体連合会とも連携して苦情、相談機能の充実を図っていきます。

介護サービスに関する苦情処理の仕組み



第3節 介護保険制度の円滑な運営

(1) 保険料算定のための事業費見込

《現状と課題》

高齢者人口の増加や介護認定者の増加により介護サービスの給付も増加しています。また、「介護予防・日常生活支援総合事業」の推進もあり地域支援事業費についても増加しています。今後は要支援、要介護認定者の増加を含め給付費の推計を行う必要があります。

《今後の方針》

高齢者人口の増加に伴い介護認定者の増加も予想され、また、介護報酬改定の影響等も踏まえて給付費の計上を行います。

(単位：千円)

	第7期			合計	平成37年度
	平成30年度	平成31年度	平成32年度		
総給付費	3,698,687	3,887,885	4,194,326	11,780,898	5,591,703
特定入所者介護サービス費等給付額	96,000	103,700	112,000	311,700	144,000
高額介護サービス費等給付額	68,536	74,018	79,940	222,495	103,400
高額医療合算介護サービス費等給付額	8,690	8,950	9,308	26,948	12,078
算定対象審査支払手数料	3,572	3,874	4,290	11,736	5,393
小計（標準給付費見込額）	3,875,485	4,078,428	4,399,864	12,353,778	5,856,574
地域支援事業費	189,123	208,020	228,820	625,963	301,375
合計（事業費）	4,064,608	4,286,448	4,628,684	12,979,741	6,157,949

※小計及び合計は千円未満も含めて計算されているため、内訳を合計しても小計及び合計と一致するとは限りません。

(2) 第1号被保険者の保険料基準額

《現状と課題》

第6期計画で算定した事業費を基に第1号被保険者の負担割合である事業費の22%相当額を算出しました。

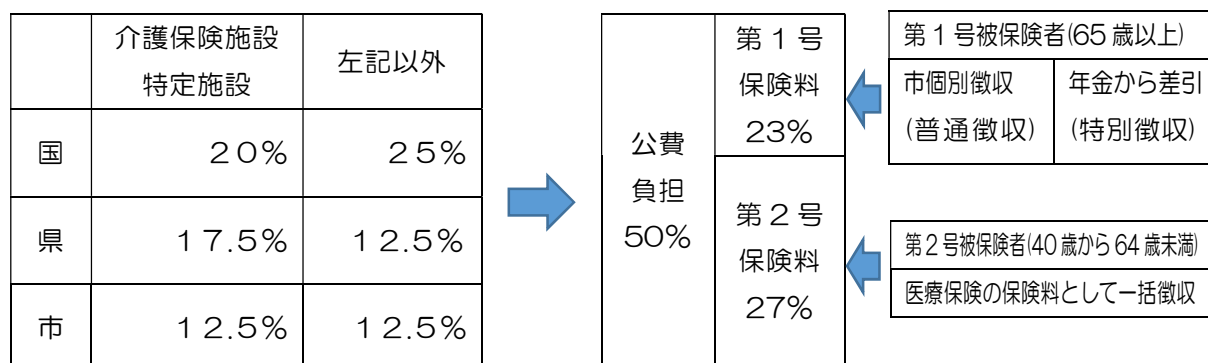
《今後の方針》

第7期計画で算定した事業費を基に第7期計画時の第1号被保険者の負担割合である事業費の23%相当額を基に算出します。

(単位：千円)

計算の基礎		金額または係数	備考
第1号被保険者負担分相当額	(A)	2,985,340	事業費×0.23
調整交付金相当額	(B)	635,814	
調整交付金見込額	(C)	278,180	
財政安定化基金償還金	(D)	0	
準備基金取崩見込額	(E)	300,000	
財政安定化基金取崩額による交付額	(F)	0	
保険料収納必要額	(G)	3,042,974	A+B-C+D-E+F
予定保険料収納率	(H)	98.0	
所得段階別加入割合補正	(I)	0	
保険料基準額(月額)		5,552	

★介護保険事業の財源構成と第1号被保険者保険料の仕組み



(3) 所得段階別保険料

《現状と課題》

第6期計画においては、要介護認定者の増加に伴い保険料を増額しつつ、所得段階の第2～4段階に対して保険料の軽減措置を行いました。国の施策変更により平成29年度より予定していた第1～3段階に対しての更なる軽減措置は見送られることになりました。

《今後の方針》

第6期計画と同様の所得段階別保険料を第7期計画においても用いていきます。(円)

	対象者	算定式	保険料(年額)
			平成30年～32年
第1段階	生活保護被保護者、世帯全員が市民税非課税の老齢福祉年金受給者、世帯全員が市民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.50 (月額2,776円)	33,300
第2段階	世帯全員が市民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	基準額×0.65 (月額3,609円)	43,300
第3段階	世帯全員が市民税非課税かつ本人年金収入120万円超	基準額×0.75 (月額4,164円)	50,000
第4段階	本人が市民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.85 (月額4,719円)	56,600
第5段階	本人が市民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ本人年金収入等80万円超	基準額×1.00 (月額5,552円)	66,600
第6段階	市民税課税かつ合計所得金額120万円未満	基準額×1.20 (月額6,662円)	79,900
第7段階	市民税課税かつ合計所得金額120万円以上200万円未満	基準額×1.30 (月額7,218円)	86,600
第8段階	市民税課税かつ合計所得金額200万円以上300万円未満	基準額×1.50 (月額8,328円)	99,900
第9段階	市民税課税かつ合計所得金額300万円以上500万円未満	基準額×1.70 (月額9,438円)	113,300
第10段階	市民税課税かつ合計所得金額500万円以上700万円未満	基準額×1.90 (月額10,549円)	126,600
第11段階	市民税課税かつ合計所得金額700万円以上	基準額×2.10 (月額11,659円)	139,900

※平成27年度より第1段階については0.50を0.45へ軽減されています。

0.50 → 0.45 (年額) 33,300円→30,000円

また、消費税10%後に第1段階～第3段階について軽減が予定されています。

第4章 在宅医療・介護連携の推進

少子高齢化が進む中、今後ますます増大する医療・介護需要に応え、持続可能な社会保障制度を次世代に引き継げるよう、平成26年に介護保険法が改正され、地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけられ、取り組むことになりました。

それを受け、市として、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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社会の実現に向け、医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供できる体制整備に取り組めます。

第1節 在宅医療・介護の連携強化

(1) 在宅医療・介護連携推進協議会の開催

《現状と課題》

平成27年度から小山地区医師会が受託した在宅医療連携拠点整備促進事業として、平成28年度は小山地区医師会下野支部とともに在宅医療・介護連携推進協議会を開催しました。平成29年度は市事業として在宅医療・介護連携推進協議会を設立し、在宅医療・介護連携推進事業全体の方向性について検討を重ねました。その中で、ワーキンググループを設け、関係機関の現状把握・課題整理・課題解決のための具体的な検討を実施しました。ワーキンググループの活動として、医療・介護連携のためのマナーブックを作成しました。

今後、在宅診療医・在宅歯科診療医との連携強化、医療と介護をつなぐ介護支援専門員の役割強化、関係多職種との連携強化、在宅療養に関する市民の意識啓発等、多くの課題があります。

《今後の方向性》

地域包括ケアシステムの構築を目指す取り組みの一環として、市民が安心して自宅で療養生活を送ることができる体制を整備するため、医療職・介護職等の多職種が参加する在宅医療・介護連携推進協議会を継続して開催し、市の医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方を協議・共有しながら、在宅医療・介護連携推進事業の施策展開を図ります。

関係機関連携のための方向性を定める協議会になるため、医師会・歯科医師会・薬剤師会を中心とした他関係機関とも十分に協議を重ねることが必要です。

(2) ケアマネジャー連絡協議会の開催

《現状と課題》

ケアマネジャー連絡協議会は平成20年度から情報共有・研修の場として開催し、平成27年度に会則を制定し活動を強化しています。活動の中心である研修会では、介護支援専門員の意向を確認しながら、医療・介護連携推進のための内容を多く取り入れ、役割強化を図っています。

今後は、平成29年度の在宅医療・介護連携推進協議会ワーキンググループで作成したマナーブック、連携シートの活用を、介護支援専門員とともに関係機関にも周知し、よりスムーズな連携体制の整備を図る必要があります。

また、有効な連携ツールである「どこでも連絡帳」の介護支援専門員利用率が約半数であることから、その活用についても進める必要があります。

《今後の方向性》

在宅医療・介護連携を進めるうえで要となる介護支援専門員の資質向上と、実際の連携を強化するための具体的な研修を実施します。また、連携強化のための以下のツールの活用を進めます。

- ①連携のためのマナーブック
- ②下野市版連携シート
- ③どこでも連絡帳

(3) 多職種研修の実施

《現状と課題》

平成23年度から市内つるかめ診療所主催の多職種研修会「つるかめカフェ」が開催されています。平成28年度末から当研修会が市共催となり、医療・介護連携の地域課題について、現場の関係多職種が研修会に参加しています。

平成29年度市事業として在宅医療・介護連携推進協議会を設立し協議を進める中で、関係多職種が一堂に会する研修会、顔が見える関係性構築の必要性について意識が高まり、多職種研修会を開催しました。

今後は、より具体的な内容、幅広い関係多職種が参加しての研修会の企画が必要となります。

《今後の方向性》

在宅医療・介護連携推進のためには、関係多職種の顔が見える関係が基本になります。多職種が医療・介護連携のための実践・課題等についてともに研修することにより、よりスムーズな連携体制を整備するとともに、相互の専門性や役割を学ぶ機会として多職種研修会を開催します。

(4) 相談支援体制の充実

《現状と課題》

これまで、地域包括支援センターが窓口となり、市民からの相談、介護支援専門員からのケアマネジメント相談や地域課題についての相談を受けています。在宅医療・介護連携推進事業についてはより広い専門性を求められることから、平成29年度から医療・介護連携コーディネーターを高齢福祉課基幹型包括支援センターに配置しています。

今後は、コーディネーターの役割について明確化し、関係機関との連携の窓口としての機能を周知する必要があります。

《今後の方向性》

疾病や加齢等により、医学的管理の下で療養生活を送ることになった高齢者や家族、医療・介護関係者に、在宅医療を支える様々な地域資源について案内するため、地域包括支援センターや医療・介護連携コーディネーターが窓口となり、相談支援体制の充実を図ります。

また、入院・転院・退院時の相談にきめ細かく対応するため、関係者間のネットワークづくりを進めていきます。

第2節 在宅医療の市民への普及啓発

(1) 市民講座の開催

《現状と課題》

在宅医療・介護連携を推進するための市民啓発として、平成28年度から在宅療養とそれを支える体制、市民の心構え・選択のあり方等についての市民講座を開催しました。

また、平成28年度にエンディングノートを作成し、その活用方法と「終活」についてのセミナーを開催しました。

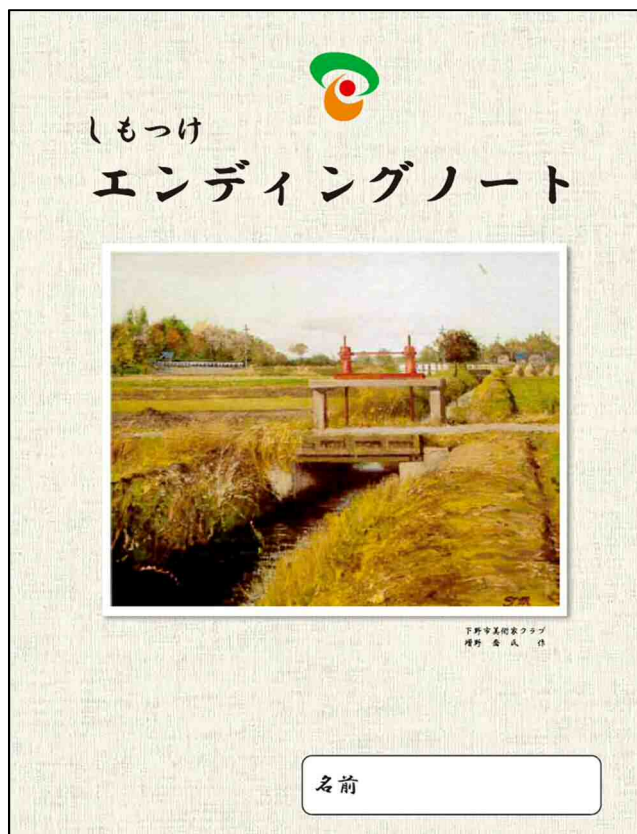
第5節ニーズ調査では、約半数が「自宅で最期を迎えたい」「家族の最後を自宅で迎えさせてあげたい」と回答しています。しかし、実際の自宅での死亡（死亡診断書・死体検案書を含むため実際の看取り数とは違いがある）は、平成27年度12%であり、県南健康福祉センター管内平均16%より低くなっています。

在宅での看取りについては、家族・家庭環境等の課題も多く、サポート体制の整備がまず必要です。同時に、看取りまで支える「かかりつけ医」を持つこと等、市民が選択できる体制整備、意識啓発が必要です。

《今後の方向性》

疾病や加齢等により、医学的管理下で療養生活を送ることになった高齢者家族に、入院・外来の他に「在宅医療」という選択肢があることや在宅医療を支える様々な地域資源について周知・啓発するための市民講座を開催します。

また、エンディングノートの活用に加え、在宅での「看取り」についての市民啓発を進めていきます。



第3節 在宅医療サービス提供の体制整備

(1) 関係機関との連携強化

《現状と課題》

在宅医療・介護連携推進協議会を中心として、関係機関との連携強化について協議を進めています。

その中で、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所の状況、医療機関間の連携、代診等緊急時の対応、訪問薬剤師・訪問看護・訪問リハビリテーション等の状況等、在宅医療を進める上で検討しなければならない課題は多岐にわたります。

今後、在宅療養者数の推計等も含め、在宅医療サービス提供体制については十分な検討が必要です。

《今後の方向性》

在宅医療・介護連携推進協議会において、在宅医療サービス提供体制についての現状を把握・分析し、課題に応じた対策の検討を継続します。

ケアマネジャー連絡協議会・多職種研修会をとおり連携強化を図ります。また、医療機関同士、医療機関と関係機関の連携を図るためのネットワーク構築に向け検討を進めます。さらに、「マナーブック」「連携シート」「どこでも連絡帳」等のツール活用について周知し、実践につなげていきます。

第5章 認知症施策の推進

日本の認知症高齢者数は、2025年には約700万人、65歳以上の5人に1人に達することが見込まれています。

国は、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の安心できる環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、平成27年1月「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定しました。

新オレンジプランは、Ⅰ普及・啓発 Ⅱ医療・介護等 Ⅲ若年性認知症 Ⅳ介護者支援 Ⅴ認知症など高齢者にやさしい地域づくり Ⅵ研究開発 Ⅶ認知症の人や家族の視点の重視、の7本の柱になっています。

市では、平成29年4月に「下野市認知症総合支援事業実施要綱」を策定し、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを総合的に推進します。

第1節 認知症に関する知識の普及・啓発

(1) 認知症サポーター養成講座の開催

《現状と課題》

平成21年度から地域包括支援センターを中心として、認知症サポーター養成講座を開催しています。講座を通して、市民に認知症についての理解を得、認知症の人とその家族を支える地域づくりを目指しています。

平成28年度はサポーター4,000人達成イベントを開催しました。

一般市民、老人クラブ、公民館講座、民間企業、小中学校等に加え、市内高校、大学にも対象は広がっています。

《今後の方向性》

認知症サポーター養成講座については、自治会やスーパー、学校PTA等への協力依頼をとおして、対象の拡大に努めます。

認知症サポーター養成講座受講後、希望者に対してフォローアップ講座を実施し、認知症カフェのボランティア等、認知症状のある高齢者やその家族を支える地域人材を育成していきます。

(2) キャラバンメイト養成と活動支援

《現状と課題》

地域包括支援センターと協力して認知症サポーター養成講座を運営するキャラバンメイトは、県で実施される養成研修を受講したうえで活動できる体制となっています。関係職種中心にメイト数は増加しており、それぞれ活動を展開しています。

《今後の方向性》

今後も育成を継続し、キャラバンメイト同士の交流・情報交換・研修の機会を設け、スキルアップを図ります。

(3) 市民講座の開催

《現状と課題》

認知症の人や家族に寄り添える地域づくりのため、認知症についての理解や認知症に関する市の取り組み認知症の医療・介護サービス等の情報を市民に分かりやすく提供できるよう市民講座を開催しています。

幅広い年代層を対象とするための、開催方法の工夫が必要です。

《今後の方向性》

小中学生やその保護者等、幅広い年代層の参加のため、イベントに併せて開催する等、認知症高齢者等にやさしい地域づくりのため、様々な開催方法を考慮した啓発活動を進めます。

第2節 認知症予防事業の充実

(1) 認知症予防講座の開催

《現状と課題》

一般介護予防事業の一環として「脳力アップトレーニング教室」「ゲーゴルセラピー教室」を実施しています。また、地域サロンにおいては、地域交流及び閉じこもり防止の場として活動が拡大できるよう働きかけています。

《今後の方向性》

認知症発症予防のための取組みとして、先進的な取組みに関する好事例等の情報収集を行いながら、発症予防及び早期発見などの充実に取り組んでいきます。

第3節 認知症の早期発見・早期治療

(1) スクリーニングシステムの活用

《現状と課題》

市ホームページからシステム利用が可能であり、心配があれば相談窓口として地域包括支援センターが紹介されています。平成28年度から開始していますが、利用件数の伸びはみられていません。対象である高齢者がアクセスすることは難しい場合もあり、利用方法や周知方法に検討が必要です。

《今後の方向性》

システム利用によるチェックは、認知症の早期の段階での対応に有効です。今後は広報等での周知方法を工夫し、活用につなげていきます。

(2) 認知症初期集中支援チームの対応

《現状と課題》

平成29年4月地域包括支援センター3か所に認知症初期集中支援チームが設置されています。認知症サポート医、地域包括支援センターの医療職・社会福祉士がチーム員となり、認知症疾患への早期対応、困難ケースへの対応に有効に働きかけることができます。

主治医と連携した上でチーム員会議を開催し、支援方法の検討、必要に応じてサポート医の訪問、さらには専門医へのつなぎ等、具体的な支援にあたります。

地域包括支援センター相談員が、サポート医と連携を取りやすい体制整備が必要です。

《今後の方向性》

地域包括支援センター相談員がサポート医と密に連携できる体制を整えます。

認知症初期集中支援チームについて、市民、関係者への周知を強化することで、スムーズな支援が可能になるよう事業を展開します。

(3) 認知症ケアパスの周知

《現状と課題》

平成28年度認知症ケアパスを作成し、必要な市民、関係者に周知しています。認知症に関する基礎的な知識、対応方法、相談窓口、福祉サービス、医療機関等について、情報をわかりやすくまとめたガイドブックです。

《今後の方向性》

地域包括支援センターや関係機関から必要な方に届くよう周知強化に努めます。

また、随時新しい情報を追加します。

(4) 関係機関連携の体制整備

《現状と課題》

金融機関や薬局、スーパー等において、気になる認知症高齢者を発見した際、市に連絡を取り地域包括支援センターからの支援につなげる「つながる連絡票」を整備しています。

《今後の方向性》

現在の関係機関に加え、医療機関や歯科診療所とも連携し、体制の強化を図ります。

認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

知ってつながる
下野市認知症ケアパス



「認知症ケアパス」とは

「認知症ケアパス」とは、認知症を発症した時から、その進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければ良いかを標準的に示すものです。

認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、この「下野市認知症ケアパス」をご活用ください

下野市 

第4節 地域支援体制の推進

(1) 認知症地域支援推進員の配置

《現状と課題》

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人とその家族の相談、対応に応じています。また、その相談から地域課題を明確化し、地域づくりの施策にも展開します。それらを認知症地域支援推進員会で共有し、対応の方向性を協議しています。

相談対応については、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、家族も要支援者、精神症状が混在する事例、医療ケアを必要とする事例、徘徊対応、運転免許等、課題は複雑多様化しています。それらにどのように対応していくか、今後の連携体制の充実が必要です。

《今後の方向性》

認知症地域支援推進員を増員し相談体制を強化します。また、認知症地域支援推進員会議で情報を共有し、地域課題を明確化し、対策について協議します。その結果を、認知症対策推進員会に報告し、さらに検討を重ね市全体の認知症施策に反映します。

(2) 認知症対策推進員会の開催

《現状と課題》

認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患センター医師、地域包括支援センター認知症地域支援推進員を構成員として、市の認知症に関する現状・課題の明確化、その具体的な対策について検討しています。

認知症初期集中支援チームの有効な実践、複雑多様化する認知症高齢者とその家族の対応、また、それを支える地域づくり等、対応すべき課題は多くあります。

《今後の方向性》

認知症初期集中支援チームが有効に実践できるための調整、複雑多様化する相談対応のための精神科病院との連携、地域づくりのための市民啓発のあり方等、市全体の認知症施策を進めるための具体的な検討をすすめます。

今後の認知症疾患の増加を踏まえ、地域づくりも含めた、幅広い施策を展開します。

(3) 家族会の開催

《現状と課題》

平成27年度から家族介護者交流会を開催し、平成29年3月「認知症家族会」が発足、月1回交流会を開催しています。同じ悩みを持つ家族同士であるからこそ、情報交換やアドバイス、そして思いを共有できる会になっています。地域包括支援センターの認知症地域支援推進員が相談にも応じています。

新規参加者が少ない状況があります。

《今後の方向性》

今後、民生委員や介護支援専門員とも連携し、家族会の周知を図ります。
また、開催内容を検討し、より充実した家族会運営を図ります。

(4) オレンジカフェの運営

《現状と課題》

平成29年4月、家族会に委託し「認知症カフェ しもつけ茶屋」が開所し、認知症の人とその家族、一般市民の憩いの場になっています。地域包括支援センターの認知症地域支援推進員が相談にも応じています。

市内に1か所しかないこともあり、利用できる方は限られてしまう状況です。

《今後の方向性》

今後、軽度認知症の方等も利用しやすいよう、生活圏域単位での設置を検討します。
また、内容の充実を図るとともに、周知の方法を検討します。

(5) 徘徊高齢者安心サービス事業（GPS・QRコード利用）

《現状と課題》

徘徊の見える認知症高齢者及び障がい者等に対し、居場所が早期に発見できるシステム（GPS）や発見時に身元が確認できるシステム（QRコード）を活用し、家族介護者が安心して介護できる環境を整備するため、徘徊高齢者等あんしんサービス事業を実施しています。

利用者が少ないため事業の概要を広く市民に発信していく必要があります。

《今後の方向性》

高齢者の増加により本事業の需要増加が見込まれるため、対象者やその家族に対する周知を継続する他、市民が機器の利活用について理解し、発見時に迅速に対応できるように事業内容や機器の使用方法等について広く周知します。

GPS・QRコード利用実績及び見込量（QRコードは平成28年度開始）

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
GPS（人）	4	3	5	7	9	10
QR（人）		4	6	8	10	12

第5節 若年性認知症への対応

(1) 若年性認知症の理解と啓発

《現状と課題》

若年性認知症については、県が相談窓口を設置し対応していますが、まだ利用者は少ない状況です。

《今後の方向性》

若年性認知症の方の早期発見、理解と対応については、家庭環境の状況等含め、特別な配慮が必要です。若年性認知症を理解するための啓発と、相談窓口の周知等に努めます。また、認知症高齢者とは違った対応が必要なため、本人同士が集える場等、サポート体制の検討も必要です。

第6章 安全・安心な暮らしの確保

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、日中独居世帯が増加していくことが見込まれます。また、認知症による判断力低下により詐欺など犯罪の被害者になる場合も考えられます。住み慣れた地域で安心した暮らしを続けることができるよう、災害時の支援体制の整備や高齢者の権利擁護の推進などに努めます。

平成29年3月24日に成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定されました。各自治体においても当該計画策定が急務となっており、下野市でも計画策定をすすめていきます。

第1節 相談体制の充実

(1) 相談窓口の確保

《現状と課題》

市においては、介護保険サービス利用に伴うこと等高齢者全般における相談に応じています。

各地域包括支援センターにおいても、高齢者等からのあらゆる相談に対応しています。

また、夜間等の緊急の相談に備え、休日を含め24時間対応可能な体制を確保しています。

複雑・多様化する相談内容に対応するため、各種相談窓口の充実と相互の連携が求められています。

《今後の方向性》

地域包括支援センターの認知度を高め、多様な相談に対応できるよう職員の質の向上に努めます。

(2) 障がい者の相談体制

《現状と課題》

障がい者が高齢者となっても、住み慣れた地域で継続して安心した生活が営めるよう、社会福祉課、障がい者相談支援センターと連携を図りながら相談にしています。

《今後の方向性》

障がい福祉サービスから介護保険サービスに移行する際には、障がい者の生活の質が低下しないよう、相談支援専門員と地域包括支援センター及び介護支援専門員が連携を図りながら相談体制を整えていきます。

(3) その他の相談体制

《現状と課題》

民生委員・児童委員等が市民からの相談に応じています。

市では、「消費生活センター」において、高齢者の消費生活全般の相談、また、市の精神保健福祉相談等により対応しています。

広域的な相談機関としては、「栃木県高齢者相談センター」、「県南健康福祉センター」が開設する精神保健福祉相談等により対応しています。

《今後の方向性》

関係機関と連携し、相談窓口について啓発活動を推進します。

第2節 権利擁護事業の推進

(1) 成年後見制度の利用支援

《現状と課題》

成年後見人の申立てを行える親族がない場合や、親族がいても申立ての意思がなく、高齢者にこの制度の利用が必要と認められた場合に限り、市長申立てを行っています。

また低所得者においては、市長申立てによる経費や成年後見人への報酬助成も支援しています。

高齢者の人口が増加する中で判断能力が低下している高齢者も増加するため、成年後見制度の適切な利用を支援する必要があります。

なお、市長申立てを伴わない申立てについては、地域包括支援センターで支援を行っています。

《今後の方向性》

今後も高齢者の増加に伴い、判断能力の低下した身寄りのない高齢者や親族等から援助を受けられない高齢者等の増加が考えられます。

地域包括支援センター等の関係機関との連携を密にし、成年後見人制度の利用対象者の把握に努めると同時に、低所得の高齢者に対する市長申立て経費や後見人等の報酬の助成も継続します。

成年後見市長申立件数及び報酬助成件数、報酬助成金額

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
申立件数(件)	3	0	4	4	4	4
助成件数(件)	3	4	5	6	7	8
助成金額(円)	408,000	564,000	600,000	650,000	700,000	750,000

(2) 法人後見制度

《現状と課題》

法人後見制度は親族等が個人で成年後見人等に就任した場合と同様に、法人が後見事務を行います。法人はその性質上、所属する職員が担当者として後見事務を行うため健康上の理由等で担当者本人が職務を行えなくなった場合でも、法人内で別の職員が対応することにより職務が停滞する事もなく、個人より長期的な職務の執行が可能となることが利点となります。

しかし、法人後見制度に対応可能な機関がなく制度利用がなされていない状況です。

《今後の方向性》

高齢者人口が増える中、後見制度利用の必要性も大きくなることを見込まれます。

親族や専門職を対象とする個人の後見制度の利用促進を進めていくとともに、増加が見込まれる後見制度利用に備え、法人後見制度の利用体制づくりに努めます。

社会福祉協議会等の関係機関との情報共有及び連携を強化していきます。

(3) 市民後見制度

《現状と課題》

認知症高齢者やひとり暮らしの高齢者の増加に伴い成年後見制度の必要性は、一層高まっています。また今後、後見人等が高齢者の介護サービスの利用契約等を中心に後見等の業務を行うことが多くなると想定されます。

これに対応するため、弁護士などの専門職後見人がその役割を担うだけでなく、市民後見人を中心とした支援体制を構築する必要があります。

しかし現在、市民後見人を確保できる体制が整備されていない状況です。

《今後の方向性》

今後、親族等による成年後見が受けられない高齢者が増加していくと見込まれるため、市民後見人を確保できる体制整備を検討します。

(4) 日常生活自立支援事業（あすてらす）

《現状と課題》

日常生活自立支援事業とは認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な人が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

社会福祉協議会では、高齢・障がい等により判断能力が低下した人に対して、日常的な金銭管理を代行することにより在宅での安心な生活を提供しています。また、契約型の福祉サービスにおいて利用者に不利益が生じないように、情報提供やサポート、書類等の管理を行います。

高齢者の増加に伴い対象者の増加が見込まれるため、今後も制度の周知等に努める必要があります。

《今後の方向性》

現在行っている事業の継続のほか、更なる事業の普及や利用促進につながるよう積極的な周知を図ります。

第3節 高齢者虐待防止対策の推進

(1) 高齢者虐待防止ネットワーク事業

《現状と課題》

民生委員児童委員、自治会、市内の介護保険施設、介護支援事業所、警察、消防署、司法書士、法務局、栃木県南健康福祉センター、消費生活センター、社会福祉協議会の各代表者で構成される高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会を開催しています。

虐待の早期発見のため、研修会を中心に自治会長や民生委員、介護支援専門員等に周知するとともに、地域関係者が情報を共有し相互に連携を図っています。

虐待の防止、早期発見、早期対応等の支援の強化のため、今後も虐待防止ネットワーク運営委員会を通じて、関係機関との連携強化が必要です。

《今後の方向性》

虐待の複雑、多様化により対応困難事例の増加が見込まれるので、今後も虐待の防止や早期発見、早期対応等の適切な支援を行うため、関係機関との連携を強化します。また、自治会長や民生委員、介護支援専門員等に被虐待者発見時の初動対応について周知するとともに、地域関係者が情報を共有し相互に連携を図っていく体制づくりを継続します。

下野市高齢者虐待マニュアルに沿って市や関係機関が適切な対応をすることで、迅速に判断ができる体制を整備します。

(2) 虐待対応マニュアル

《現状と課題》

虐待の複雑、多様化に対応するため、「下野市高齢者虐待対応マニュアル」の改訂を行いました。

平成29年度に、内容の校正及び様式の修正を行い、複雑、多様化する虐待への対応についての改訂が済みました。

《今後の方向性》

「下野市高齢者虐待対応マニュアル」を活用し、関係機関と連携し迅速な虐待対応に取り組めます。

第4節 日常生活の安全対策

(1) 高齢者見守りネットワーク

《現状と課題》

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加、生活様式の変化により地域内での孤立から孤独死する事例が社会的な問題となっています。市では全ての高齢者に対する見守り体制として、地域で活動する団体や企業、高齢者と接する機会を有するすべての関係者と連携して、地域社会全体で高齢者を見守るための高齢者見守りネットワーク事業を行っています。

団体や企業等と随時協定を結び、業務の中で気づいた異変を市に報告し、市が中心となり速やかな対応をしています。

平成28年度から協定事業所に対して「高齢者見守りステッカー」の配布を開始し、事務所・車・バイク等にステッカーを貼り、市民に周知しています。

協定事業所は増加していますが、さりげない見守り体制強化のため、協定事業所の拡大が必要です。

《今後の方向性》

見守り体制強化のため、協定事業所の拡大に努めます。また、協定事業所等と協議し、見守り方法の改善を検討します。



※高齢者見守りステッカー

・協定事業所

配達業者、環境美化協会、電力・ガス会社、金融機関、農協等

平成29年度12月現在 35事業所

(2) デマンドバスの利用促進

《現状と課題》

通院等で公共交通機関を利用することが困難な75歳以上の高齢者の外出支援として、デマンドバスの無料利用券を年間10枚交付しています。

平成28年度に、対象者80歳以上から75歳以上に引き下げたところ、交付人数も738人と増加しました。高齢者の交通手段の確保は、外出支援と社会参加の拡大へとつながる重要な課題となるため、今後も継続した支援が必要です。

《今後の方向性》

第5節ニーズ調査の結果から自動車を自分で運転する65歳～74歳は76.3%、75歳以上では41.5%と減少します。高齢者の外出支援と社会参加の拡大をはかるため、今後も無料利用券を交付していきます。また、運転免許証の返納の時や、地域包括支援センターで制度の周知を行い利用促進を図ります。

デマンドバス利用の実績及び見込量

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
交付人数(人)	481	738	740	750	760	770
利用枚数(枚)	2,540	3,365	3,400	3,500	3,600	3,700

(3) 消費者被害対策

《現状と課題》

市では消費生活センターを設置し、相談窓口を設けています。

高齢者が被害にあわないために、関係機関との連携が一層必要となります。

《今後の方向性》

消費者被害の手口は年々多様化・複雑化しており、判断能力の低下がみられる高齢者が被害にあわないために、高齢者の見守りや周知により消費者被害の未然防止に取り組みます。

(4) 安否確認システム貸与事業の推進

《現状と課題》

概ね65歳以上のひとり暮らしの高齢者等で、特に体調等に不安を感じている方に対して、緊急事態に対応できる安否確認付緊急通報システムの貸与を行っています。

地域包括支援センターによるひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯に対する自宅訪問の際に事業の周知を行うことで利用促進を図っていますが、利用者数が横ばい傾向です。

《今後の方向性》

高齢化が進むにつれ、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれます。

社会的に問題となっている孤独死の防止等を図るため、今後も地域包括支援センターをはじめ、民生委員や自治会長・介護支援専門員等への周知に取り組み、利用者増に努めて安全安心な生活の確保や、精神的な不安の解消を図ります。

安否確認システム貸与事業の実績及び見込量 (台)

区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
設置台数	86	87	91	95	99	103

第5節 防災・災害対策

(1) 要支援者名簿の作成、運用

《現状と課題》

市では災害時に避難する事が難しいひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がい者世帯を対象に実態調査及び災害時要支援者調査を実施し名簿を作成しています。

避難行動要支援者名簿への登録推進と警察や消防、民生委員、地区防災組織等への情報連携を強化し、情報の加除を行い、災害時等の安否確認体制の強化を図っています。

災害時の具体的な利活用方法を検討する必要があります。

《今後の方向性》

情報連携を継続する他、災害時等に早急な対応が出来るよう自治会や消防団等との連携による名簿の利活用を検討します。

(2) 防災対策の強化

《現状と課題》

下野市地域防災計画にもとづき、市の安全安心課と情報の共有・連携、災害時要支援者名簿の活用により主にひとり暮らしの高齢者等や高齢者のみ世帯の防災対策の強化を図っています。

災害時の福祉避難所として利用できるよう9事業所と協定を締結しました。

《今後の方向性》

今後も関係機関と連携して防災の強化に努め、災害時対応として福祉避難所の拡大のため新規の介護事業所等との協定締結を進めます。

福祉避難所一覧

No.	法人名	施設名	住所	協定日
1	社会福祉法人 関記念栃の木会	特別養護老人ホーム いしばし	下野市下古山1174	H28.5.25
2	社会福祉法人 あんず	特別養護老人ホーム にらがわの郷	下野市仁良川1651-1	H28.5.25
3	社会福祉法人 敬和会	特別養護老人ホーム まほろばの里	下野市箕輪441-1	H28.5.25
4	社会福祉法人 陽気会	特別養護老人ホーム 天寿荘	下野市薬師寺1131-10	H28.5.25
5	医療法人 南河内診療所	介護老人保健施設 お達者倶楽部	下野市薬師寺2472-15	H28.12.12
6	社会福祉法人 関記念栃の木会	特別養護老人ホーム いしばし苑	下野市上古山558-8	H28.12.12
7	社会福祉法人 徳知会	特別養護老人ホーム ゆうがおの丘	下野市下石橋501-1	H28.12.12
8	医療法人 小金井中央病院	介護付高齢者住宅 ぬくもり	下野市小金井1-14-3	H29.9.20
9	社会福祉法人 関記念栃の木会	特別養護老人ホーム 煌	下野市上古山1849-1	H29.9.20
10	株式会社 リビングサンクス	リビングサンクス 石橋	下野市石橋27	H30.1.23
11	社会福祉法人 敬和会	特別養護老人ホーム みのわ	下野市箕輪441-1	H30.1.23

第7章 市民及び関係機関の理解・協力の推進

第1節 市民の理解・協力の促進

(1) 健康寿命延伸への取組み強化

《現状と課題》

「健康寿命の延伸」は、健康日本21（第2次）の中心課題であり、市の現状は平成22年調査で平均寿命と健康寿命の差は、男性1.0年、女性2.6年となっています。

《今後の方向性》

今後、平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護費用を消費する期間が増大することになります。疾病予防と健康増進、介護予防などによって平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できることから、生活習慣病予防が健康寿命を延伸することを広く市民に啓発していく必要があります。

(2) 高齢者に対する理解、協力の促進

《現状と課題》

高齢者を取り巻く環境や介護保険制度の利用状況など市民への周知は不十分な状況です。ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加に加え、認知症状のある人が年々増加する中、自助、共助の取組みを強化し、地域で支え合う仕組みづくりを市民の理解と協力を得ながら更に進めていく必要があります。

《今後の方向性》

高齢者の実態や介護保険制度の利用状況、その他高齢者に関する情報を広報やホームページを活用して、広く市民に周知し理解と協力を得られるよう努めます。

(3) 介護予防への理解と取組み

《現状と課題》

一般介護予防事業の中で各種教室を実施しています。介護予防に対する高齢者の興味を高める工夫や、効果が期待できる介護予防事業の実施等、より多くの高齢者が効果的な介護予防に取り組めるようにすることが大切です。

第5節二一ズ調査において、介護予防事業への不参加の理由として38.2%の方が「まだ必要ないと思う」と答えています。介護予防は元気なうちから行うことが重要であり、健康課題に即した取組みを行うことが必要です。

《今後の方向性》

成人期からの健康課題を関係各課と共有し、要介護状態になる高リスクの原因やその予防となる事業についてなど、市民に広く周知し啓発していきます。

第2節 事業所の理解・協力の促進

(1) 適正な介護保険サービス利用の協力

《現状と課題》

介護サービスを提供する事業所に対して適正な介護サービスを行うための支援等を、通知、会議等にて行ってきたが、制度改革等の機会のみで十分な支援とはいえなかった。

《今後の方針》

従来行ってきた制度変更等による支援等は継続して行いつつ、給付適正化事業のケアプラン点検等を実施することにより、利用者の自立支援と要介護状態の改善及び重症化防止に向けたサービスの提供を、行っていけるように指導していきます。

(2) 介護保険サービスの適正化

《現状と課題》

介護保険利用者に対しては、年4回発送の介護給付費通知により自分の利用したサービスを改めて確認して、自分に合った適切なサービスだったかを確認できるようにしていますが、介護給付費通知の内容が利用者に十分理解されていない場合もあります。

《今後の方針》

介護給付費通知の発送は今後も継続していくとともに、介護給付費の通知時には制度の趣旨を広く伝える工夫をして、利用者及び家族が介護サービスの適正な利用の確認を行うなど、介護サービスの適正な利用が行えるように検討していきます。

第8章 計画の点検・評価

第1節 計画の進行管理体制

本計画の円滑でかつ着実な推進を図るため、計画の進行管理を健康福祉部高齢福祉課において関係機関と連携して行います。

計画は、着実な実行によりはじめてその役割を果たすことから、高齢者保健福祉計画の着実な進行管理に努めます。

第2節 計画の点検・評価

平成30年度に下野市高齢者保健福祉計画等評価委員会（仮称）を立ち上げ、計画の進捗状況を随時把握することにより、定期的な点検と評価を行うことで、より実効性のある計画として推進していきます。

資料編

(1) 下野市高齢者保健福祉計画策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 下野市における高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画について広く意見を聴取し、計画策定に資するため、下野市高齢者保健福祉計画策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 下野市高齢者保健福祉計画の介護保険サービス以外の高齢者保健、福祉等の施策の検討に関すること。
- (2) 下野市介護保険事業計画のサービス見込み量、その確保策、事業費推計、地域支援事業の検討に関すること。
- (3) その他下野市高齢者保健福祉計画の策定について必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、委員12人以内をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 被保険者代表うち公募委員2人
- (2) 保健・医療関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 関係団体代表

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、下野市高齢者保健福祉計画の策定をもって満了とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長と副委員長を置く。

- 2 委員長は、委員が互選し、副委員長は委員長が指名する。
- 3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が招集し、その議長となる。

2 委員会は、委員の半数以上の出席がなければ会議を開くことができない。

3 委員会の会議の議事は、出席委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

4 委員会は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 委員会に関する庶務は、健康福祉部高齢福祉課において処理する。

(その他)

第8条 この告示要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成23年4月28日から施行する。

(招集の特例)

2 第6条の規定に関わらず、最初に開かれる委員会は市長が招集する。

(2) 下野市高齢者保健福祉計画策定委員会委員名簿

(敬称略)

NO.	区 分	団 体 等 名 称	氏 名	備 考
1	被保険者代表	第1号被保険者	橋本 正由	公募委員
2		第1号被保険者	菅井 房子	公募委員
3	医療関係	医師会代表	山本 勝	
4		歯科医師会代表	江連 美佐代	
5	保健関係	保健師	前原 多鶴子	
6	福祉関係	下野市社会福祉協議会	小口 英明	
7		特別養護老人ホーム天寿荘	上田 光伯	
8		グループホームあすか	杉山 勇樹	
9		国際医療福祉大学	林 和美	委員長
10		生活支援コーディネーター	小島 恒夫	
11	関係団体代表	民生委員・児童委員協議会	倉井 金男	副委員長
12		自治会長連絡協議会	百武 亘	

(3) 下野市高齢者保健福祉計画策定経過

実施日等	会議・その他	内 容
平成 29 年 6 月 30 日 (金)	第1回下野市高齢者保健福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 下野市高齢者保健福祉計画策定の趣旨及び概要について (2) 第7期計画策定のスケジュールについて (3) 第6期計画の現状と課題について (4) 日常生活圏域ニーズ調査の結果概要について
8 月 24 日 (木)	第2回下野市高齢者保健福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 事業者アンケート結果と「見える化システム」による将来推計について (2) 平成28年度介護保険申請理由について(医師の意見書より) (3) 下野市高齢者保健福祉計画骨子(案)について (4) 下野市高齢者保健福祉計画 基本方針について
10 月 19 日 (木)	第3回下野市高齢者保健福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 高齢者保健福祉計画(素案)について
12 月 14 日 (木)	第4回下野市高齢者保健福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 高齢者保健福祉計画(素案)について
平成 30 年 2 月 5 日 (月) ～ 2 月 26 日 (月)	パブリックコメント	<ul style="list-style-type: none"> (1) 高齢者保健福祉計画(案)について
3 月 8 日 (木)	第5回下野市高齢者保健福祉計画策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> (1) 高齢者保健福祉計画(案)に関するパブリックコメントの結果について (2) 高齢者保健福祉計画(案)について (3) 第7期計画における第1号被保険者の介護保険料について (4) 高齢者保健福祉計画等評価委員会(仮称)について

巻末用語集（五十音順）

【あ】

アセスメント（課題分析）

要介護者の生活全般にわたってその状態を十分に把握すること。介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランを作成する前に利用者のニーズ、状況等を詳細に把握するために行われます。

運動器

身体活動に関わる骨、関節、筋肉、神経などの総称です。

オーラルフレイル

口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含み、身体の衰え（フレイル）の一つです。

【か】

介護医療院

介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の医療機能を維持しつつ、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護・要支援者やその家族からの相談に応じ、介護サービスの調整役等を行います。要介護・要支援者がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるように、市町・サービス事業者等との連絡調整や、居宅介護サービス計画の作成などを行います。

介護保険施設

要介護者を入所（入院）させて、介護サービスを提供します。介護保険法で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の3施設が規定されています。

介護予防サービス（予防給付）

要支援1、2の軽度者を対象に、要介護状態になることをできるだけ防ぐとともに、重度化防止（介護予防）を目的として提供されるサービスで、介護予防訪問看護や介護予防通所リハビリテーションなどの種類があります。

介護予防サービスは、市区町村の地域包括支援センターが中心となって支援する。サービスを利用するためには、まず、地域包括支援センターに相談し、「介護予防ケアプラン」の作成を依頼し、そのプランに沿ってサービスを利用する。

介護予防訪問介護及び介護予防通所介護は、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。

介護予防・日常生活支援総合事業

平成 26 年 6 月 18 日に成立した「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」において、介護保険法の地域支援事業に新たに創設された事業です。

従来、介護保険の予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を本事業へ移行し、市町が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を行います。

介護療養型医療施設

長期にわたり療養を必要とする要介護者が入院の対象となります。療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護等の世話、機能訓練その他必要な医療等の介護サービスを目的とした施設です。

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が入所の対象となります。施設サービス計画に基づいて入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話等の介護サービスを目的とした施設です。

介護老人保健施設

病状安定期にあり、入院治療する必要はないものの、リハビリテーション、看護・医学的管理下における介護を必要とする要介護者が入所の対象となります。要介護者等に対し施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下での介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話等の介護サービスを提供する施設です。

看護小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービスの 1 つで、これまでの「複合型サービス」から名称が変更されました。小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供するサービスです。

感染症予防

感染性が強く生命及び健康に重大な影響を与えるインフルエンザ等の感染症について、その予防・蔓延（まんえん）防止を行うことです。

キャラバン・メイト

自治体等で養成され、地域の住民、学校・職員等を対象とした認知症に関する学習会（認知症サポーター養成講座）で講師役を務める人です。キャラバン・メイトになるためには、所定のキャラバン・メイト養成研修を受講する必要があります。

居宅サービス

要介護者を対象とする次のサービスです。

①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導、⑥通所介護、⑦通所リハビリテーション、⑧短期入所生活介護、⑨短期入所療養介護、⑩特定施設入居者生活介護、⑪福祉用具貸与、⑫特定福祉用具購入。

居宅介護支援

介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う業務で、介護保険サービスの利用に当たり、要介護者が在宅で自立した生活を営むに必要な保健医療・福祉サービスの適切な利用ができるよう、利用者の心身の状況・環境、本人や家族の希望等を踏まえ、居宅介護サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、利用者に必要なサービスを提供するため事業者等と連絡調整等を行うことをいいます。

居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が自宅を訪問し、療養上の管理や指導（かかりつけ医による医学的管理、かかりつけ歯科医による口腔管理、訪問薬剤管理指導等）を行う介護保険の居宅サービスです。

ケアハウス

軽費老人ホームの一種であり、身体的機能の低下又は高齢等のため、独立して生活を営むには不安があり、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の方が対象です。

自立した生活を継続できるよう、構造や設備の面で工夫された施設です。

ケアプラン（居宅サービス計画）

居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況や置かれている環境や本人及びその家族の希望を考慮し、指定居宅サービス等を適切に利用できるよう、利用するサービスの種類、内容、担当者について定めた計画を指します。

ケアマネジメント

利用者の望ましい生活を実現するため、地域にある介護サービス等の社会資源を組み合わせ利用に結び付けていく手続きです。対象者が自己決定できるよう側面から支援しながら、対象者の自立支援と生活の質を向上させることを目的としています。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

※介護支援専門員の項を参照

軽費老人ホーム

家庭環境・住宅環境などの理由で、自宅での生活が困難な高齢者が入所できる施設です。給食サービスがあるA型と自炊のB型およびケアハウス の3種がある。

健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。

後期高齢者

高齢者（65歳以上）のうちで75歳以上の高齢者です。

口腔ケア

歯を磨く、義歯の手入れをするなど、口の中をきれいにすることをいいます。口腔ケアは歯の病気予防のほか、食べる・話すといった口の働きを保つ効果があります。

【さ】

サービス付き高齢者向け住宅

平成 23 年の高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正により創設された高齢者向け賃貸住宅等の登録制度です。一定の面積、設備及びバリアフリー構造を有し、安否確認サービスや生活相談サービスなどの生活支援サービスを受けることができます。

在宅医療

在宅（介護施設等を含みます）で療養している患者で通院が困難な方に対して、医師が訪問して行う医療で、緊急時など求めに応じて訪問する往診と計画的に訪問する訪問診療があります。

施設サービス

介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービスです。

社会動態

転入・転出に伴う人口の動きのことです。

若年性認知症

18～64 歳で発症する認知症の総称です。現役世代が発症し、身体機能の低下が少ないため、介護負担が大きく、経済的な面も含めて、本人とその家族の生活が困難な状況になりや

すいことが特徴です。65 歳以上で発症する老人性認知症と同様に、脳血管障害やアルツハイマー病などによってもの忘れ、言語障害などの症状が現れます。

住宅改修

要介護者・要支援者が行う手すりの取り付け、段差の解消、滑り防止等のための床材等の変更、引き戸等への扉の取替え、洋式便器等への取替え等に関するサービスです。

主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）

専任の介護支援専門員として5年以上従事するなど、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、主任介護支援専門員研修を修了した者です。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所において、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例に関する指導・助言を行うほか、居宅介護支援事業所内においては、所属の介護支援専門員に対し、スーパーバイズ（指導・監督）を実施し、継続的なマネジメントの後方支援の役割を担います。

小規模多機能型居宅介護

居宅要介護者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、「通い」を中心として、利用者の様態や希望などに応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービスを提供し、在宅での生活の継続を支援するサービスです。

シルバー人材センター

高齢者（60 歳以上）の能力や希望に応じ、臨時的かつ短期的な就業等の機会を確保し、その就業を援助して、生きがいの充実や社会参加の促進を図ることを目的とする公益法人です。

シルバー大学校

地域社会の活性化を促す人材を養成することで、高齢者が健やかで生きがいをもって暮らせる地域社会を築くことを目的に、県内3か所に設置された県の施設です。県内在住の原則60 歳以上で地域活動を実践しているか地域活動に意欲のある方を対象としています。

新オレンジプラン

厚生労働省では、団塊の世代が75 歳以上となる2025（平成37）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良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を目指し、認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）を関係府省庁と共同で策定しました。

生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に

地域に不足するサービスの創出やサービスの担い手の養成等の資源開発、生活支援サービス提供主体間の連携の体制づくりなど）を担います。

生活習慣病

食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症や進行に関与する、がん、脳卒中、心臓病、高血圧症、糖尿病などの病気またはその総称を指します。

生活習慣リスク

食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の健康に悪影響を及ぼす生活習慣のことです。

成年後見制度

認知症高齢者等の判断能力が不十分な人を支援し、その人の権利を守るため、代理権等が付与された成年後見人等が、財産管理や身上監護（医療契約、住居に関する契約、介護契約等）を行う制度です。

家庭裁判所が成年後見人等を選任する「法定後見」と、判断能力のあるうちから、あらかじめ本人が任意後見人を選ぶ「任意後見」があります。

前期高齢者

高齢者（65歳以上）のうちで65歳～74歳の高齢者です。

措置

身体上、精神上、環境上の理由及び経済的理由で、居宅で養護を受けることが困難な高齢者を行政の公的責任において養護老人ホーム等に入所させて養護することです。

【た】

第1号被保険者

市内に住所のある65歳以上の高齢者は、市が行う介護保険の第1号被保険者となります。

第2号被保険者

市内に住所のある40歳以上65歳未満の医療保険加入者は、市が行う介護保険の第2号被保険者となります。

団塊の世代

第二次世界大戦直後の1947（昭和22）年から1949（昭和24）年のベビーブームで生まれた世代を指し、作家の堺屋太一氏が1976（昭和51）年に発表した小説『団塊の世代』によって登場した言葉です。

短期入所生活介護（ショートステイ）

介護する人が用事、疲労回復等の理由で介護できない期間に、特別養護老人ホーム等の施設に短期間滞在し、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活の世話や機能訓練を受ける介護サービスです。

短期入所療養介護（ショートステイ）

介護する人が用事、疲労回復等の理由で介護できない期間に、介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間滞在し、看護、医学的管理下の介護、機能訓練等の医療及び日常生活上の世話等を受ける介護サービスです。

地域共生社会

制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住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社会のことです。

地域ケア会議

地域包括支援センター又は市町が設置・運営する、行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体です。要介護者の個人毎に、多職種の第三者による専門的な視点を交えて、要介護度の改善等の自立を目指した個別のケア方針を検討します。

また、個別ケースの支援内容の検討を通じて、

- ①高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ②地域の介護支援専門員の、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ③個別ケースの課題分析等による地域課題の把握

などの課題に取り組みます。

地域支援事業

高齢者が要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合でも、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を継続できるように支援するため、市町が主体となり実施され、介護予防事業又は介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業及び任意事業で構成されています。

平成26年6月18日に成立した「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」における介護保険法の改正により、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援サービスの体制整備」に係る事業が包括的支援事業の枠組みで実施されることになり、充実強化が図られます。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるよう、医療、介護、介護予防、

住まい及び自立した日常生活の支援を包括的にケアする体制です。

地域包括支援センター

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、①総合相談支援、②権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントを担い、地域で高齢者を支える中核機関として各市町に設置されています。保健師、主任介護支援専門員及び社会福祉士等が配置され、お互いに連携を取りながら、総合的な支援を行います。

地域密着型サービス

要支援・要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、平成18年4月に創設された介護サービスです。市町がサービス事業者の指定・指導監督権限を有し、原則として、当該市町の被保険者のみがサービスを利用できます。

サービスの種類は、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認知症対応型通所介護、④小規模多機能型居宅介護、⑤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〔定員29人以下、介護専用型〕、⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）〔定員29人以下〕、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～）、があります。

地域密着型介護予防サービス

要支援者の介護予防（介護を必要とする程度の軽減または重症化防止）を目的とする地域密着型サービスに準じた支援を行う次の3つのサービスのことをいいます。①介護予防認知症対応型通所介護、②介護予防小規模多機能型居宅介護、③介護予防認知症対応型共同生活介護。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型サービスの1つで、地域密着型介護老人福祉施設（入所定員が29人以下の特別養護老人ホーム）に入所する要介護者に対し、地域密着型サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うサービスです。

地域密着型通所介護

地域密着型サービスの1つで、定員18人以下の小規模な通所介護事業所において、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービスです。

地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型サービスの1つで、地域密着型特定施設（入居定員が29人以下の介護専用型特定施設）に入居している要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活

上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。

調整交付金

市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の5%相当分を交付するものです。

通所介護（デイサービス）

送迎を受けるなどしてデイサービスセンターに通い、入浴、食事の提供その他の日常生活上を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練等を受ける介護サービスです。

通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や医療機関等に通い、利用者の心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のための理学療法・作業療法等のリハビリテーションを受ける介護サービスです。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、平成24年4月に創設された地域密着型サービスで、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う介護サービスです。

デマンドバス

市が運行事業者に委託して運行する乗合バスです。利用者からの要望（予約）に応じて運行します。

特定施設

有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するものに限る）をいいます。

特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等での介護）

有料老人ホーム、ケアハウス等で、要介護者等が一定の計画に基づいて入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能等訓練、療養上の世話等を受ける介護サービスです。特定施設入居者生活介護を提供できる施設は有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホームと定められています。

特定福祉用具購入

要介護者が入浴または排せつのために用いる特定の福祉用具を購入した場合、購入費の一部を支給するサービスです。介護予防サービスには、要支援者に対し介護予防に役立つ同様の特定福祉用具を販売する「特定介護予防福祉用具購入」があります。

特定保健指導

40 歳以上 75 歳未満（年度途中で 75 歳に達する人を含む）の被保険者及び被扶養者を対象として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群のこと）の予防・解消に重点を置いた、生活習慣病予防のための健診・保健指導を行います。

特別養護老人ホーム

※ 介護老人福祉施設の項を参照。

【な】

日常生活圏域

市町が、きめ細かく介護サービス等を提供するため、旧行政区単位、住民の生活形態や地域づくり活動の単位など地域の特性を踏まえ、市町内をいくつかに分けて設定された身近な生活圏域のことをいいます。

日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで判断能力が不十分な人の福祉サービスの利用や日常的な金銭管理の援助などを行うことにより、地域において自立した生活を送れるよう支援する事業です。

認知症

アルツハイマー病、脳血管疾患その他の疾患が原因で生じた後天的な脳の器質的障害により、日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能その他の認知機能が低下した状態です。

認知症カフェ

認知症の方やその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場で、情報共有や相互理解の場としての役割を担っており、家族の会、自治体、社会福祉法人などによって運営されています。

認知症ケアパス

認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかなどの情報を示したものです。

認知症サポーター

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。

認知症サポート医

認知症の診療に習熟し、かかりつけ医（主治医）への助言などの支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センターなどとの連携の推進役となる医師です。

認知症初期集中支援チーム

市町毎に、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置され、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる方又は認知症の方やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら自立生活のサポートを行います。

認知症地域支援推進員

市町毎に、地域包括支援センター、市町、認知症疾患医療センター等に配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の方やその家族を支援する相談業務等を行います。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

比較的安定した認知症の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居において、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等を受ける介護サービスです。

認知症対応型通所介護

地域密着型サービスの1つで、老人福祉法で定める施設または、老人デイサービスセンターに通う認知症の要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。

介護予防サービスには、老人福祉法で定める施設または、老人デイサービスセンターに通う認知症の要支援者に対し、介護予防を目的として同様の支援を一定期間行う「介護予防認知症対応型通所介護」があります。

【は】

福祉用具

日常生活上の便宜を図るための用具及び機能訓練のための用具など、日常生活の自立を助けるためのものです。

福祉用具貸与

心身の機能が低下した高齢者・障害者等の日常生活上の便宜を図るため用具や、機能訓練のための用具の貸与を受ける介護サービスです。

訪問介護（ホームヘルプサービス）

高齢者、障害者、難病患者等を対象に、介護福祉士等が要介護者等の自宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話をを行う介護サービスです。

訪問看護

訪問看護ステーションや病院・診療所等の看護師が、居宅を訪問して療養上の世話や診療の補助等を行うサービスです。

訪問入浴介護

介護職員等が要介護者等の自宅を訪問し、浴槽搭載の入浴車等を使用して入浴の介護を行う介護サービスです。

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自宅を訪問し、心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のための理学療法・作業療法等のリハビリテーションを行う介護サービスです。

保険料

市町村は、介護保険事業に要する費用に充てるために第1号被保険者の保険料額を条例で定め、徴収します。なお、第2号被保険者の保険料は医療保険者が徴収します。

バリアフリー

公共の建築物や道路、個人の住宅等において、障がい者を含む社会生活弱者が、社会生活に参加するうえで生活の支障となる物理的な障害や精神的な障壁など、様々なバリア(障害)を取り除こうとする考え方です。

【や】

夜間対応型訪問介護

地域密着型サービスの1つで、夜間、要介護者の居宅を介護福祉士などが定期的に巡回訪問または通報を受けて訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。

有料老人ホーム

食事や見守り等のサービスが付いた高齢者向けの住宅です。健康型、住宅型、介護付の3種類があります。

要介護者

市町が行う要介護（要支援）認定において、身体又は精神の障害のために、入浴、排泄、

食事等、日常生活での基本的な動作について、6ヶ月にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態にあるものとして、要介護1～5と認定された方をいいます。

要介護状態

身体上・精神上に障がいがあるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の基本的な動作の全部または一部が一定期間継続して、常時介護が必要であると見込まれる状態のことをいいます。介護の必要程度に応じて要介護状態区分のいずれかに該当するものです。

要介護・要支援認定

市町が、高齢者等からの申請に基づき、その心身の状況を訪問調査するとともに、主治医の意見を聴き、介護の必要の程度を要支援1～2及び要介護1～5の7段階の区分で認定します。介護保険の給付を受けるためには、この要介護・要支援認定を受けることが必要です。

養護老人ホーム

原則として65歳以上の方で、環境上の問題があり、かつ経済的に困窮し、自宅において生活することが困難な方が、市町長の措置により入所する施設です。

要支援者

市町が行う要介護（要支援）認定において、身体又は精神の障害のために、日常生活を営むために支障があると見込まれる状態にあり、要介護状態以外の状態にあるものとして、要支援1及び2と認定された方をいいます。

要支援状態

身体上・精神上に障がいがあるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の基本的な動作の全部または一部が一定期間継続して、常時介護を必要とする状態の軽減、または悪化の防止に特に役立つ支援が必要であると見込まれ、または身体上・精神上の障がいがあるために一定期間継続して日常生活を送るのに支障があると見込まれる状態のことをいいます。

支援の必要程度に応じて要支援状態区分のいずれかに該当するものです。



下野市高齢者保健福祉計画

第7期 平成30年度(2018)～平成32年度(2020)

発行：下野市

発行年月：平成30年3月

編集：下野市健康福祉部高齢福祉課

住所：〒329-0492 栃木県下野市笹原26番地

T E L : 0285-32-8904

F A X : 0285-32-8602

E-mail : koureifukushi@city.shimotsuke.lg.jp