




第3章 計画の基本目標と基本施策

1 理念実現にむけた基本目標の設定

本計画に掲げる基本理念を実現していくため、また、現状および2025年を見据えた課題に対応するために、市は、以下の3つの基本目標を設定しました。

■ 基本目標

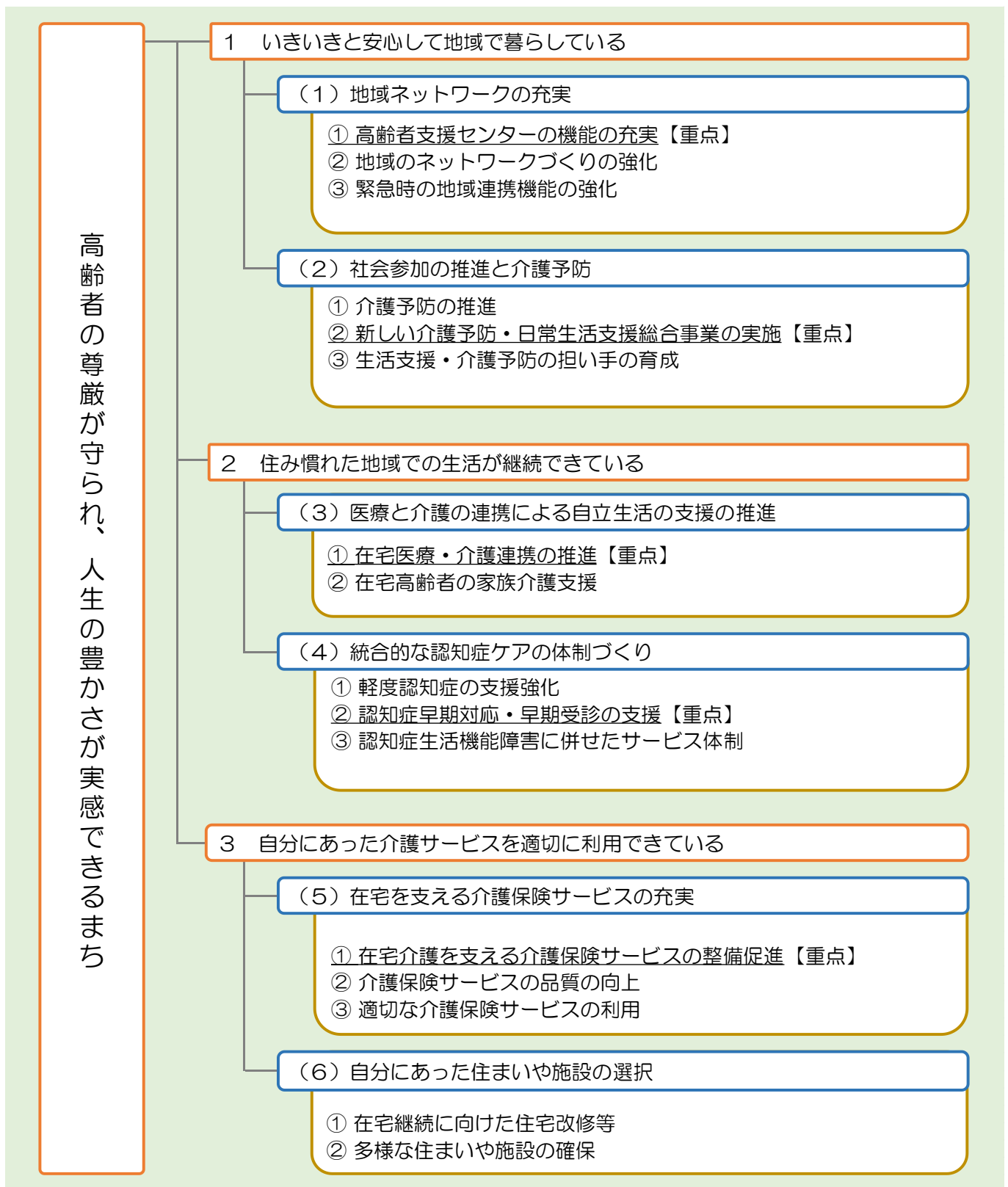
基本理念	高齢者の尊厳が守られ、人生の豊かさが実感できるまち ～地域で支えあい健やかで自分らしさを感じられるまちの実現～	
	<p>1 いきいきと安心して地域で暮らしている</p> 	<p>地域の生活支援や介護予防が充実していることで、高齢者が地域コミュニティで活躍することができます。</p> <p>また、見守り活動などの地域のネットワークや、もしもの時のための相談体制や備えが充実していることで、安心して自立した生活を送ることができます。</p>
基本目標	<p>2 住み慣れた地域での生活が継続できている</p> 	<p>高齢者の心身の状況に応じて介護や医療の専門的なサービスが一体的に提供されることで、高齢者が住みなれた地域での生活を継続することができます。</p> <p>また、認知症高齢者に対する地域の理解や相談体制が充実し、いざという時のための体制が整っていることで、高齢者自身のみならずその家族等も安心して地域で生活し続けることができます。</p>
	<p>3 自分にあった介護保険サービスを適切に利用できている</p> 	<p>高齢者自身が介護保険についての正しい情報を得ることで、高齢者一人ひとりに合ったきめ細かい介護保険サービスを利用することができます。</p> <p>また、高齢者が自身の状況に応じた住まいを選択できることで、介護が必要になっても、住みなれた地域での生活を継続することができます。</p>

2 基本施策と取り組みの柱

基本目標を達成するために市が進めていく施策の方針として、6つの基本施策を設定しました。また、基本施策を推進する主な取り組みを束ねるものとして、取り組みの柱を施策ごとに設けました。市は、これらの施策を進めることで、介護保険事業を円滑に実施・運営するとともに、基本理念の実現を目指します。

3 計画の体系図

本計画では、基本理念および基本目標を達成し、高齢者にとって暮らしやすい環境を実現するため、6つの基本施策を設定し、その下に各取り組みのまとめとして、取り組みの柱を設定しました。



基本施策 1 地域ネットワークの充実

■将来の目指す姿

高齢者支援センターをはじめとして、医療機関や介護保険事業所、地域住民等が連携して、充実したネットワークが構築されることにより、高齢者の方が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができています。

■現状と課題

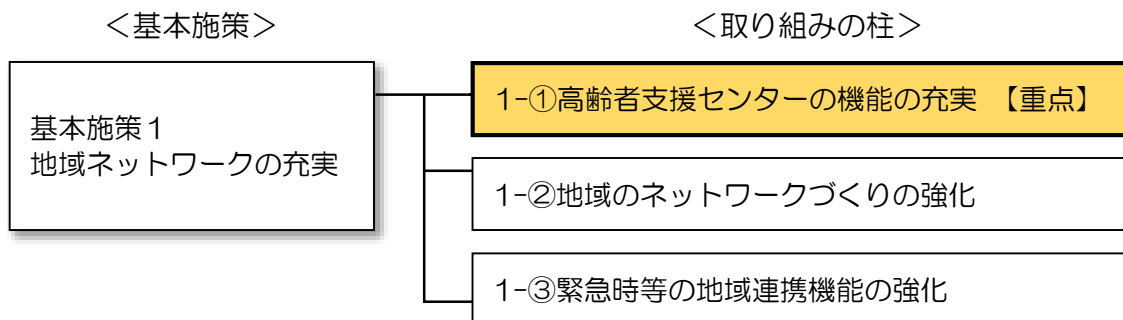
これまで、高齢者支援センターは、地域の高齢者の相談窓口として、総合的な相談や支援等のほか、関係機関との連携による地域の支え合い機能の向上や、各種研修による質の向上、認知症等専門的な相談体制の強化に取り組んできました。

今後、後期高齢者やひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加していく中で、さらなる地域のネットワークの強化に向けて、高齢者支援センターが各地域の核となるため、継続して機能の充実を図る必要があります。

地域のネットワークづくりについては、見守り支援ネットワークの構築、協定団体事業者による見守り、高齢者の見守り支援を専門とした相談機関であるあんしん相談室の設置を行っています。こうした体制が、12の高齢者支援センター地区すべてに整えられることが求められます。

災害時の要援護者支援体制としては、現在、地域別に要援護者リストを作成していますが、今後さらに、要援護者リストを有効に取り扱う必要があります。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

1-① 高齢者支援センターの機能の充実【重点】

高齢者支援センターの機能を充実させるために、センターの統括・調整機能の強化や、介護予防事業を強化するための担当員の配置などを行います。また、効率的な運営を継続するために、事業評価を定期的に行う仕組みを構築します。

取り組み(ア) 介護予防事業の強化

拡充 ↑

多様な地域資源の活用や高齢者の社会参加を通じた介護予防事業を推進するため地域の資源の調査・開発や、資源を活用した介護予防事業を企画する担当員を配置します。

指標 担当員の配置

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
1センターに配置	12センターに配置	12センターに配置	継続

取り組み(イ) 高齢者支援センターの統括・統合調整機能の強化

拡充 ↑

情報集約・共有を進めるために、高齢者支援センターの統括・総合調整機能の強化を図り、「ネットワークの構築」や「地域ケア会議の開催」の支援を強化します。

また、各高齢者支援センター共通の「職員の育成方針」を定めます。

取り組み(ウ) 定期的な評価の実施

継続 →

センターの効率的な運営を継続するため、事業評価を定期的実施する仕組みを構築します。また、自己評価～市の評価～協議会での評価を毎年実施し、計画期間内に1回、第三者機関による評価を実施します。

1-② 地域のネットワークづくりの強化

町内会・自治会による見守り支援ネットワーク、高齢者支援センター、あんしん相談室など、重層的な地域の見守り体制を、12の高齢者支援センター地区ごとに推進します。

取り組み(エ) 見守り支援ネットワーク

拡充 ↑

町内会・自治会等を主体とした見守り活動を行うネットワークで、見守りの必要な高齢者に対し、地域がその変化に早く気づき、地域が支え合う仕組みづくりを支援し、実施地区の拡大を図ります。

指標 見守り支援ネットワークの実施

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
2地区新設 (計12地区)	地区新設 (計13地区)	地区新設 (計14地区)	地区新設 (計15地区)

取り組み(オ) あんしん相談室

拡充 ↑

高齢者の見守り支援を専門とした相談機関で、高齢者の生活実態の把握や認知症高齢者の早期対応も含めた支援及び地域の見守り活動や地域ネットワークを推進する役割を担います。

指標 あんしん相談室の設置

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
2箇所新設 (計8箇所)	2箇所新設 (計10箇所)	2箇所新設 (計12箇所)	継続

取り組み(カ) 高齢者あんしんキーホルダー事業

拡充 ↑

高齢者や家族が、高齢者支援センターに本人の個人情報や緊急時の連絡先を登録し、登録番号入りのキーホルダーを所持することで、緊急搬送などの際の「もしもの時」に備え安心した生活が送れるようにします。

1-③ 緊急時等の地域連携機能の強化

介護保険事業者に対して、災害時の利用者および事業者の安全確保のための危機管理体制の再構築を促すほか、安否確認のための連絡網の構築を進めます。

取り組み(キ)

災害時の体制の整備・充実

継続 →

大規模等の災害に備え、危機管理体制の再構築を各事業所に促し防災力の強化、利用者及び事業者の安全確保に努めます。また、災害時の利用者の安否確認等を図るため、居宅介護支援事業所及び高齢者支援センターを中心とした事業者間の連携強化と行政を含めた効率的な連絡網の構築に努めます。

基本施策2 社会参加の推進と介護予防

■将来の目指すべき姿

身近な地域において社会参加や介護予防に取り組みやすい環境が整っていることで、高齢者の方が、生きがいを持って安心して暮らすことができます。

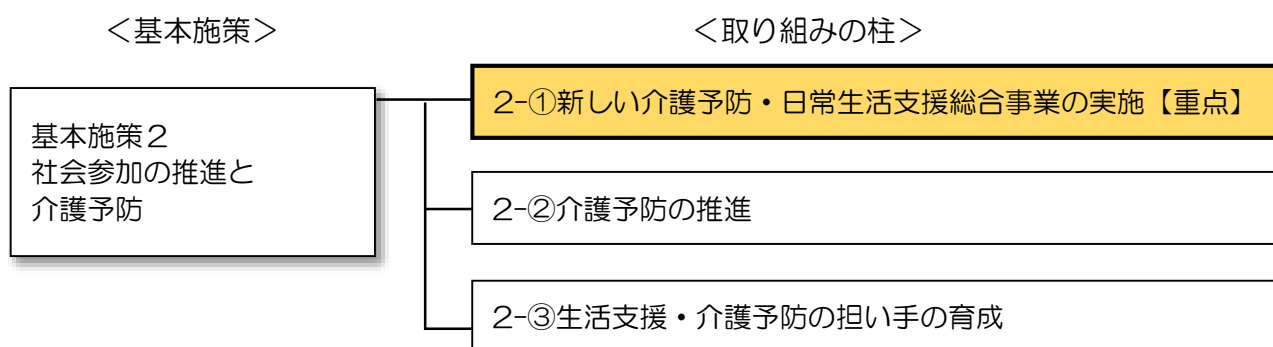
■現状と課題

これまで、健康づくり、介護予防の動機付けとして、様々な介護予防教室を実施するとともに、自主グループ化を図ってきました。今後は、さらなる介護予防教室の充実と、自主グループが継続して活動できるための支援が必要です。

介護保険法の改正にともない、高齢者の多様な生活支援のニーズに地域全体で応えていくため、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」を、2017年4月までに、全ての市町村で実施しなければならないとされています。

今後、高齢者の単身世帯が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者の増加が見込まれるため、NPOやボランティア、民間企業、自主活動グループなどが主体となった様々なサービスの提供、介護予防の場作りが必要となります。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

2-① 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施【重点】

全国一律の予防給付のうち、訪問介護・通所介護については、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に介護予防・生活支援サービスを提供できるよう体制を見直し、2017年4月までに、新しい介護予防・日常生活支援総合事業を実施します。

取り組み(ア) **予防給付のうち、訪問介護・通所介護を市事業へ移行** **新規 ★**
地域の実情に応じて効果的かつ効率的に介護予防・生活支援サービスを提供できるよう、介護予防と社会参加を同時に進める新しい介護予防・日常生活支援総合事業を実施します。

取り組み(イ) **介護予防事業体制の見直し** **新規 ★**
年齢や心身の状況によって分け隔てることなく、高齢者が継続的に生きがい・役割を持って生活できるよう、介護予防事業の体制を見直します。

2-② 介護予防の推進

市民に介護予防が根付くよう、多様な関係機関と連携して、普及啓発に取り組みます。身近な地域に誰もが参加しやすい介護予防の場の創出と、市民の自主的な取り組みとしての定着を進めます。

取り組み(ウ)

介護予防教室

継続 →

誰もが身近な地域で介護予防に取り組めるよう、参加しやすい教室を開催するとともに、介護予防に対する取り組みが自主的かつ日常的なものとして定着するよう、支援します。

取り組み(エ)

介護予防の普及啓発

継続 →

市民の方に、介護予防への関心や意識を高めてもらい、介護予防を地域に根付かせるため、様々な取り組みによって、介護予防の普及啓発を推進します。

2-③ 生活支援・介護予防の担い手の育成

介護予防プログラムを提供する場では、自治会連合会や老人クラブ、シルバー人材センターなどの社会資源との連携を図り、人と人のつながりを通じた通いの場の継続的な拡大を進めます。また、ボランティア、NPO や企業などの、新たな生活支援サービスの担い手による仕組みを構築します。

取り組み(オ)

地域資源と連携した生活支援の創出

拡充 ↑

高齢者の見守り支援を専門とした相談機関で、高齢者の生活実態の把握や認知症高齢者の早期対応も含めた支援及び地域の見守り活動や地域ネットワークを推進する役割を担います。

指標 あんしん相談室の設置

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
2箇所新設 (計8箇所)	2箇所新設 (計10箇所)	2箇所新設 (計12箇所)	継続

取り組み(カ)

地域の高齢者の通いの場の充実

拡充 ↑

ボランティア、NPO、地域住民などが運営する通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて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します。

基本施策3 医療と介護の連携による自立生活の支援の推進

■将来の目指す姿

医療と介護の連携を深め、具体的な取り組みを推進することで、市民が求める医療と介護サービスを効率良く提供し、家族も含めていつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができます。

■現状と課題

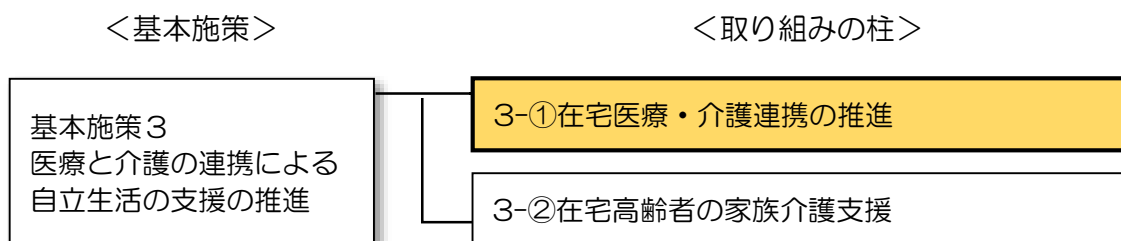
今後、医療や介護を必要とする高齢者が増加する状況において、医療と介護が連携して、地域において総合的なサービスを提供できる体制の整備が必要です。

住み慣れた自宅で最期を迎えたいという希望が多い一方で、病院で最後を迎える割合が高くなっています。そのため在宅医を増やすための取り組みを行い、いつまでも住み慣れた地域で安心して生活を継続できる体制を構築する必要があります。

医療と介護、それぞれがサービスを提供する体制から、高齢者の生活の質（QOL）の向上を目的とした医療と介護の連携によるチームケアの体制の実現を目指します。

高齢者やその家族は、在宅における長期の治療・療養に不安を感じる割合が高く、在宅療養における家族の負担軽減を図るため、介護者教室や介護者交流などの取り組みを進める必要があります。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

3-① 在宅医療・介護連携の推進【重点】

町田市医師会、町田市歯科医師会、町田市薬剤師会等の医療と、各種介護事業者が参画する「町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト」を通して、多職種連携研修会や入院時連携シート等の情報共有手段の検討を行い、医療と介護の連携を推進します。

また、これらの取り組みを通して、関係者間の顔の見える関係づくりを支援し、町田市における在宅医療・介護連携のためのガイドライン作成に向けた体制を構築します。

取り組み(ア)

町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト

新規 ★

高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して生活することを支援するために、在宅医療の普及、医療と介護をはじめとした多職種の連携の促進等を図るため、医師会をはじめとした医療・介護の関係団体と連携し、協議会・研修会を実施します。

指標 担当員の配置

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
1センターに配置	12センターに配置	12センターに配置	継続

3-② 在宅高齢者の家族介護支援

家族介護者に向けた介護方法の学習機会の提供や、家族介護者同士の情報交換を通して負担軽減を図るため交流会を、高齢者支援センターごとに開催内容や周知方法を工夫して開催します。

取り組み(ウ) 介護予防教室

継続 →

家族介護者等に、介護方法などについて学んでいただく教室を高齢者支援センターの主催で **24回** (**2回×12高齢者支援センター**) 程度開催します。

取り組み(エ) 家族介護者交流会

継続 →

家族介護者等の負担軽減や家族同士の情報交換のために、高齢者支援センターの主催で家族介護者交流会を **72回** (**6回×12高齢者支援センター**) 程度開催します。

基本施策4 統合的な認知症ケアの体制づくり

■将来の目指すべき姿

市民の方が、認知症による危機の発生を防ぐ早期・事前的な対応を基本とした施策が推進されていることにより、本人・家族支援、地域づくり、症状別支援、人材育成の視点を踏まえた「相談」「受診」「診断後の支援」までの統合的な認知症ケアを受けることができます。また、統合的な認知症ケアの体制が高齢者支援センター地区ごとに定着し、町内会自治会や民生児童委員などを通じて、市民の方に浸透しています。

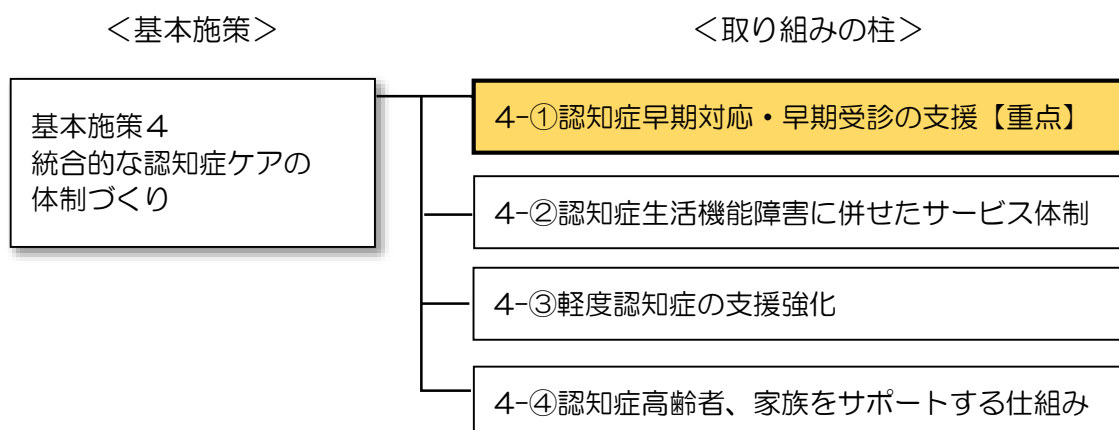
■現状と課題

全国で、要介護認定および要支援認定を受けている65歳以上の者のうち、認知症高齢者は、2010年度で約280万人でしたが、2025年度では約470万人に達すると見込まれています。認知症高齢者の増加とともに、単身高齢者や高齢者のみ世帯が著しく増加する傾向にある中、統合的なケア体制づくりが必要となっています。

これまで、介護保険サービスを中心とした、比較的重度の認知症高齢者に対する支援体制が中心であったため、軽度の認知症状が見過されたり、軽度認知症から中程度の支援体制が不十分であることが課題となっています。また、認知症の人が認知症を発症したときから生活機能障害に合わせて、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のかについての標準的な基準も未だ整理されていないという課題もあります。

こうしたことから、軽度認知症の方への支援強化、認知症の早期対応・早期受診の支援、認知症の生活機能障害に併せたサービス体制の整備、認知症高齢者や家族等をサポートする仕組みを統合的に提供していく必要があります。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

4-① 認知症早期対応・早期受診の支援【重点】

認知症地域支援推進員の育成の取り組みを充実し、新たに認知症初期集中支援事業を行い、認知症の早期対応、早期受診に取り組めます。

取り組み(カ)

認知症初期集中支援事業

新規 ★

高齢者の見守り支援を専門とした相談機関で、高齢者の生活実態の把握や認知症高齢者の早期対応も含めた支援及び地域の見守り活動や地域ネットワークを推進する役割を担います。

指標 実施圏域

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
2圏域	4圏域	継続	継続

取り組み(オ)

認知症地域支援推進員の育成

継続 →

ボランティア、NPO、地域住民などが運営する通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて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します。

4-② 認知症生活機能障害に併せたサービス体制

町田市認知症施策推進協議会における協議・検討を充実し、新たに、症状に応じた適切な医療・介護サービスにつなげる認知症ケアパスの普及に取り組みます。

取り組み(ク)

認知症ケアパスの普及

新規 ★

認知症の人の生活機能障害の進行状況に合わせ、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかをあらかじめ、標準的に決めておく「認知症ケアパス」を普及します。

指標 認知症ケアパスの取扱い

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
作成	普及	普及	普及

取り組み(キ)

町田市認知症施策推進協議会

継続 →

認知症高齢者を支援するための施策の推進について、**年2回程度**協議します。

4-③ 軽度認知症の支援強化

医師によるもの忘れ相談、認知症サポーター養成講座事業、認知症総合相談窓口の対応の取り組みを充実し、新たに、認知症ケアに関わる多職種研修を推進します。

取り組み(イ)

認知症サポーター養成講座事業

継続 →

認知症高齢者が住み慣れた地域で、安心して住み続けられるよう、認知症についての正しい知識と理解を、広く市民に啓発して行きます。認知症サポーターは地域を見守り、認知症の人とその家族を支えます。

指標 認知症サポーター数

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
12,000人	13,500人	15,000人	16,500人

取り組み(ア)

医師によるもの忘れ相談事業

継続 →

高齢者やその家族が、認知症に関して専門医との相談が気軽に出来る事業を、**高齢者支援センター12箇所**で実施します。

取り組み(ウ)

認知症総合相談窓口（電話相談）

継続 →

認知症に対する不安やその症状などについて、高齢者福祉課内に設置された窓口で、専門の相談員がお受けします。

取り組み(エ)

認知症ケアに関わる多職種協働研修の推進

新規 ★

医療と介護等が相互の役割、機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を習得する認知症多職種協働研修を実施します。

4-④ 認知症高齢者、家族をサポートする仕組み

臨床心理士による介護者等相談、徘徊高齢者家族支援サービス事業を充実し、新たに、家族介護者にとって身近な相談支援の場として、（仮称）認知症カフェの設置を行います。

取り組み(ア) 臨床心理士による介護者等相談

継続 →

認知症高齢者を介護している家族や認知症について不安を抱えている本人を対象に、**高齢者支援センター12箇所において**、実施認知症介護の理解を高め、孤立感や介護ストレス、不安の軽減などをアドバイスします。

取り組み(ウ) 徘徊高齢者家族支援サービス事業

継続 →

現在位置を探索するシステムにより、認知症などのある方が行方不明となった場合に、ご家族からの問い合わせに応じます。

取り組み(エ) （仮称）認知症カフェの設置

新規 ★

認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図るため、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集う（仮称）認知症カフェを開設します。

基本施策5 在宅を支える介護保険サービスの充実

■将来の目指すべき姿

高齢者の方が、身近できめ細かい介護保険サービスや、在宅での介護・医療、認知症支援を、各圏域・高齢者支援センター地区で受けることができます。また、質が高く適切な介護保険サービスを受けることができます。

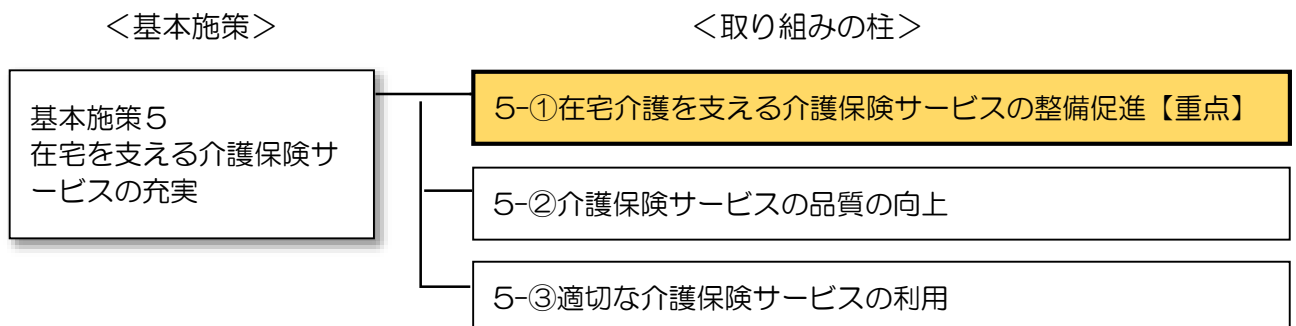
■現状と課題

在宅介護を支えるサービスについては、地域密着型サービスの整備状況をみると、概ね全ての圏域に整備されています。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスについては、圏域や高齢者支援センター地区間において整備状況に偏りがあります。そのため、圏域の状況に応じた身近できめ細かいサービス提供体制等の構築が必要となっています。

介護保険サービスの品質の向上のため、福祉サービス第三者評価の受審への関心を高め、未だ受審していない施設への働きかけによる受審促進が求められています。また、介護の人材については、効果的な育成や、需要に応じた安定的な確保が重要です。

適切な介護保険サービスの利用のため、事業所が適切にサービス提供を行うことが求められています。また、地域密着型サービスの利用率が低い傾向にあるため、サービス自体の周知度を高める必要があります。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

5-① 在宅介護を支える介護保険サービスの整備促進【重点】

身近できめ細かいサービスを受けられる体制等の構築や、在宅での介護・医療の推進、認知症の方への支援が各地域でより図れるよう、地域密着型サービス(次頁参照)を整備します。

取り組み(ア) 地域密着型サービスの整備

拡充 ↑

身近できめ細かいサービス提供体制等の構築や、在宅での介護・医療の推進、認知症の方への支援が各地域でより図れるよう、地域密着型サービスを整備します。

種別 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
1施設	増加:1施設 ※ 累計:2施設	増加:1施設 累計:3施設	増加:1施設 累計:4施設

種別 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス

2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
5施設 125人	—	増加:1施設 25人 累計:6施設 150人	増加:1施設 25人 累計:7施設 175人

種別 認知症高齢者グループホーム ▲

2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
20施設 324人	—	増加:2施設 36人 累計:22施設 360人	増加:1施設 18人 累計:23施設 378人

種別 認知症対応型デイサービス ▲

2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
25施設 388人	増加:1施設 12人 累計:26施設 400人	—	—

取り組み(イ) 制度改正関係

新規 ★

介護保険法改正により、利用定員18人以下のデイサービスについては、主に地域密着型デイサービスへ移行となります。本計画期間中においては、移行対象となるデイサービス70施設767人程度を上限に、みなし指定していきます。

※：第5期整備分で、第6期中に開設するもの。

▲：圏域内で整備が進んでいない地域（各高齢者支援センター地区を基にした地域）に整備。

■第6期計画期間における地域密着型サービスの圏域別整備計画数

種別	第6期計画期間の整備計画数(見込み)			合計
	2015年度 施設数・定員	2016年度 施設数・定員	2017年度 施設数・定員	
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	鶴川圏域 1施設※	堺・忠生圏域 1施設	町田圏域 1施設	3施設
小規模多機能型居宅介護・ 複合型サービス	—	堺・忠生圏域 1施設25人	南圏域 1施設25人	2施設50人
認知症高齢者グループホーム	—	堺・忠生圏域 1施設18人 ----- 町田圏域 1施設18人	南圏域 1施設18人	3施設54人
認知症対応型デイサービス	町田圏域 1施設12人	—	—	1施設12人

※第5期計画分で、第6期中に開設するもの

5-② 介護保険サービスの品質の向上

事業所に対しては、福祉サービス第三者評価の受審促進に取り組み、受審率の向上を図ります。また介護相談員の派遣の受け入れ施設を拡充し、相談体制の充実を図ります。ケアマネジャーについては、研修やケアプランの点検を行い、ケアマネジメントの質と専門性の向上を図ります。介護人材の育成・確保については、関係団体を通じて、支援を行います。

取り組み(イ) 福祉サービス第三者評価受審助成等事業

継続 →

サービスの質の向上を図るため、市内介護保険サービス事業所が「東京福祉サービス評価推進機構認証評価機関」による第三者評価の受審費用を助成し、受審結果の指摘箇所が改善されたかを確認します。

取り組み(ウ) 介護相談員派遣事業

継続 →

介護保険サービスの利用者やその家族の身近な相談相手となる介護相談員を、市内の介護老人福祉施設等に派遣することで、介護保険サービスの質の向上を図ります。

取り組み(エ) 介護人材開発事業

継続 →

関係団体を通じて、介護人材の育成・確保を図り、介護保険サービスの向上を目指します。

取り組み(オ) ケアマネジメントの充実

継続 →

ケアマネジャーへの研修を年2回程度継続的に開催し、ケアマネジメントの資質と専門性の向上を図ります。

取り組み(カ) ケアプラン点検事業（ケアマネジャー応援事業）

新規 ★

介護サービス利用者に良質なサービスを提供するため、市内の主任介護支援専門員に協力を要請し、点検事業を実施します。ケアプラン作成における支援をすることで気づきを促し、「自立支援」に資する適正なケアマネジメントを行えるようにするものです。

取り組み(キ) 介護保険事業者合同連携会議

新規 ★

市内の介護保険事業に関する各種連絡会の代表が集まり、介護保険事業者間の情報共有を行い、地域のネットワークの強化し、サービスの質の向上を図ります。

5-③ 適切な介護保険サービスの利用

適切な介護保険サービスの利用のために、事業所へ赴き、指定基準に従って、サービス提供を行っているかについて確認・助言等を実施します。また、事業所の管理者等を対象にした研修会を開催し、介護報酬改定等の制度改正や実地指導の指摘事項等について説明、周知を図ります。あわせて、適正化事業（給付費通知等）を継続して実施していきます。

市民に対しては、出前講座やフリーペーパーの発行を通じて、介護保険制度の正しい理解を引き続き図っていきます。

取り組み(ク)

事業者実地指導

継続 →

認知症高齢者が住み慣れた地域で、安心して住み続けられるよう、認知症についての正しい知識と理解を、広く市民に啓発して行きます。認知症サポーターは地域を見守り、認知症の人とその家族を支えます。

指標 サービス事業所

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
38事業所	40事業所	40事業所	40事業所

指標 地域密着型事業所

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
8事業所	8事業所	10事業所	10事業所

指標 その他事業所

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
30事業所	32事業所	30事業所	30事業所

指標 管理者研修等の実施

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
2回	2回	2回	2回

取り組み(ケ)

介護情報突合

継続 →

国民健康保険団体連合会から送信される情報（給付実績）を活用し、医療情報との突合や介護報酬請求等の適正に努めます。この情報を活用することにより指導等の効率化を図ります。

取り組み(コ)

給付費通知

継続 →

利用者が、自分の利用したサービスが適正に事業所から請求されているか確認するために、年2回「給付費通知」を利用者に送付します。

取り組み(サ)

住宅改修・福祉用具の点検

継続 →

利用者が購入した福祉用具や住宅改修が適正に実施されているか、現地を訪問し確認調査します。

取り組み(シ)

住宅改修・福祉用具の点検

継続 →

利用者が**適正なサービスを受けられるよう**、介護保険制度の周知等を行い、制度の理解、生活の支援となるよう広報活動を展開して適切な制度利用を図ります。

基本施策6 自分にあった住まいや施設の選択

■将来の目指すべき姿

市民の方が、住み慣れた地域や自宅で、介護保険サービスを受けながら生活できています。また、自宅での生活や在宅での介護が難しくなった際の住まいや施設が確保されています。「入所の緊急度が高い特養待機者」が、すぐに特別養護老人ホームに入所できます。

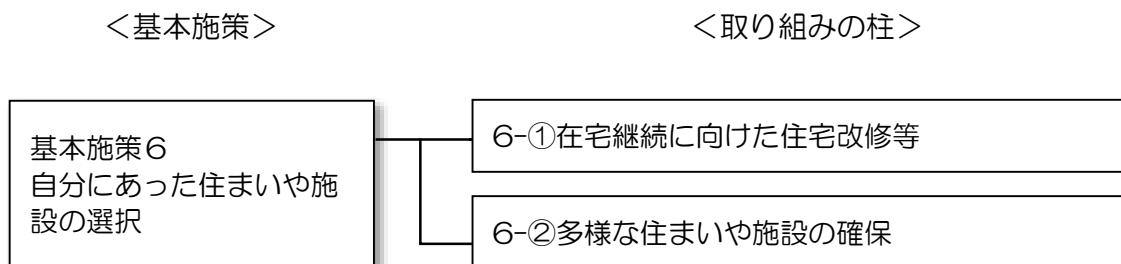
■現状と課題

多様な住まいの確保について、調査結果では、自宅での生活や在宅介護の意向が高い傾向ですが、自宅での生活や在宅介護が難しくなった際の支援体制も求められています。

調査結果では、これからの介護についての望ましい形について、「住み慣れた自宅を中心に様々な介護サービスを利用して生活する」が多い傾向ですが、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの大規模な施設に入所する」も一定程度存在しています。

特別養護老人ホームに申し込んだ理由をみると、「家族の介護継続が困難になった」が最も多くなっていますが、「将来の介護に不安を感じた」も多いことなど、入所の緊急度が必ずしも高くはないケースも含んでいます。そのため、入所の緊急度が高い特養待機者が、すぐに特別養護老人ホームに入所できることが重要です。

■基本施策の展開



■計画期間の主な取り組み

6-① 在宅継続に向けた住宅改修等

要介護認定者等に対して、高齢者住宅設備改修給付を行い、住宅改修に際して、住宅改修・住宅アドバイザーを派遣します。

取り組み(イ) 高齢者住宅設備改修給付事業

継続 →

要介護認定者等が、身体機能の低下に伴い既存の設備では使用が困難な場合に、浴槽、流し等の改修費用を年間利用件数140件程度支給します。また、転倒予防や痛みの軽減等を目的にて手すりの設置等の改修費用を負担します。

取り組み(ウ) 住宅改修・住宅アドバイザー制度

継続 →

利用者の居宅生活支援のため住宅改修を行う場合、安心して適正な改修ができるようにアドバイザーを派遣します。

6-② 多様な住まいや施設の確保

住み替えの選択肢拡大のために、有料老人ホーム等を普及します。また、サービス付き高齢者向け住宅との連携を図ります。

要介護認定者の増加や特養待機者の状況を踏まえ、介護保険施設を整備します。

取り組み(ウ)

有料老人ホーム等（特定施設入居者生活介護）の普及 住み替えの選択肢拡大のために、有料老人ホーム等を普及します。

継続 →

種別 特定施設入居者生活介護（混合型）

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
27施設 2,698人	増加： 3施設 186人 ※ 累計： 30施設 2,884人	—	—

種別 特定施設入居者生活介護（介護専用型）

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
6施設 325人	増加分： 1施設 50人 ※ 累計： 7施設 375人	—	—

介護保険施設の整備

要介護認定者の増加や特養待機者の状況を踏まえ、介護保険施設を整備します。

種別 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
21施設 1,931人	増加分： 1施設38人 ※◎ 累計： 21施設 1,969人	増加分： 1施設90人 ※ 累計： 22施設 2,059人	増加分： 100人 ▲ 累計： 2,159人

種別 介護老人保健施設

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
6施設 720人	—	—	—

種別 介護療養型医療施設

第5期計画実績	第6期計画目標値		
2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
1施設 222人	—	—	—

※：第4期および第5期整備分で、第6期中に開設するもの。

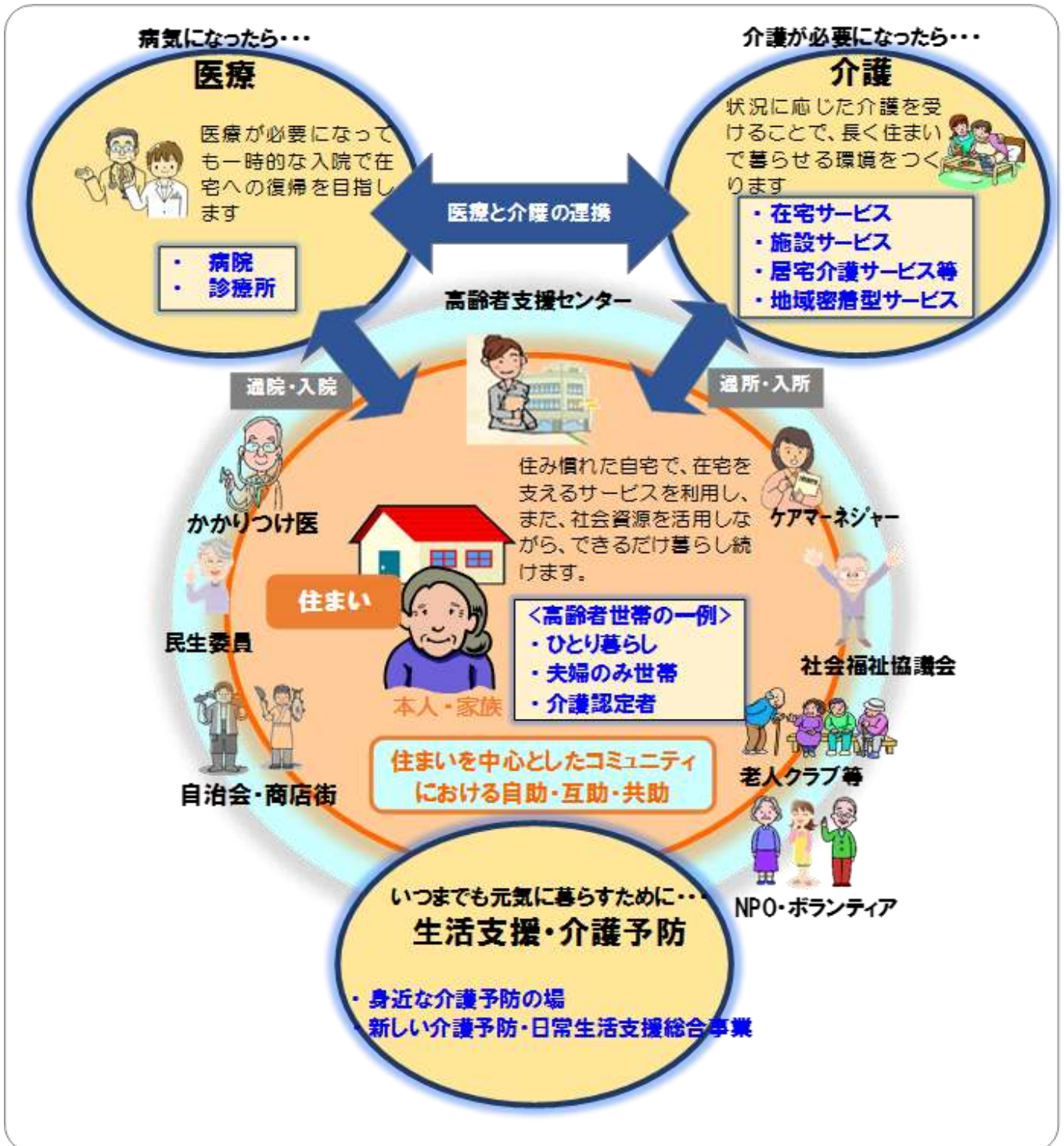
◎：既存施設の増築。

▲：圏域内で整備が進んでいない地域（各高齢者支援センター地区を基にした地域）に、定員100人を上限として整備。

3

下図は、本計画の理念である『地域で支えあい健やかで自分らしさを感じられるまちの実現』を図に示したものです。

医療と介護が連携して、在宅での生活を支える環境の下に、高齢者やその家族等が暮らす「住まい」を中心としたコミュニティで、自助・互助・共助により、できるだけ暮らし続けていく姿を描いています。



高齢者本人や家族は、自身の状況に応じて、「介護・医療、住まい、生活支援、介護予防」などの支援やサービスを一体的に受けることで、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ます。（このような仕組みを「地域包括ケアシステム」といいます。）

地域で支えあう社会の実現には、地域の一人ひとりが、「自助」「互助」「共助」「公助」を、自分の状況にあわせて適切に活用していくことが重要になります。

自助：

高齢者自身が、自分でできることは自分ですること



互助：

高齢者を家族や地域で支えあうこと



共助：

高齢者が適切な介護サービスを選択すること



公助：

高齢者が適切な社会保障（介護サービスなど）を受けること

