

第4章 住み慣れた地域で暮らし続けるために

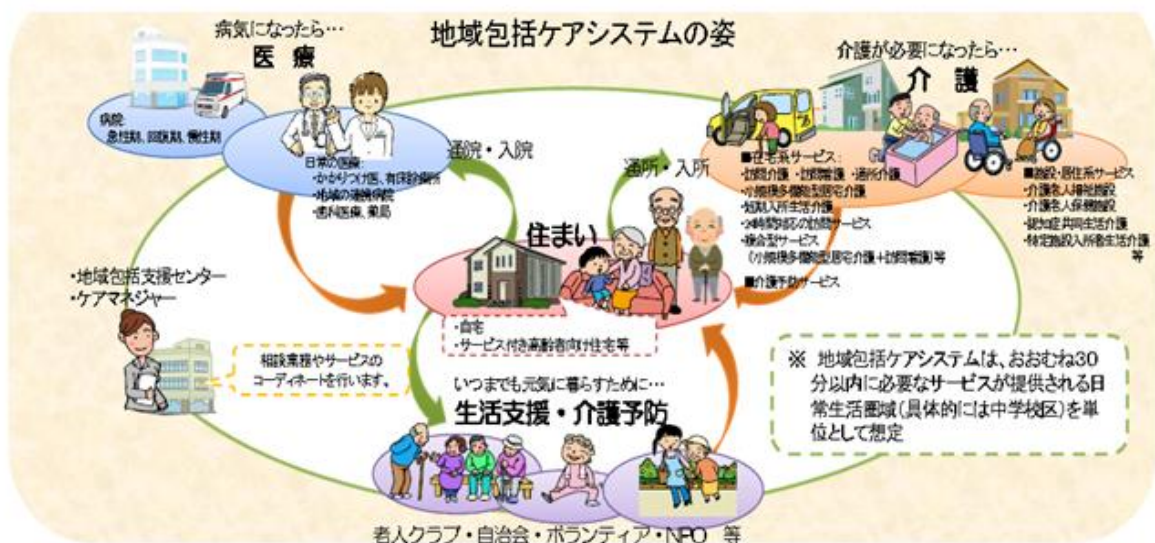
1 地域包括ケアシステムの実現に向けて

介護保険は、「家族によるケア」を「社会によるケア」に転換しました。次のステップは「地域によるケア」です。広域連合においても、後期高齢者のピーク時と予測されている平成37年までに目指すべき地域包括ケアシステムを構築する必要があります。そこで、第6期事業計画においては、目指すべき地域包括ケアシステムの基礎づくりの期間と捉え、①在宅・施設サービスの方向性、②生活支援サービスの整備、③在宅医療・介護の連携と認知症施策の推進、④高齢者の住まいの安定的な確保について、関係市町との連携の下に介護保険の側面から取り組んでいきます。

一方、地域包括ケアシステムは、介護保険の枠内だけで、完結するものではありません。地域住民が自ら自分の人生や地域の在り方を考える住民自治の発想も不可欠です。自宅で少しでも長く自分らしく生きていく上では、専門職の協力を得ながら、本人や家族が自らの生き方や人生の終焉を自己決定しなければなりません。地域住民が当事者意識を持って地域包括ケアシステムの一翼を担う必要もあります。

広域連合は、「高齢者が安心して暮らすことができる地域づくり」を基本理念に掲げ、地域住民に身近な関係市町や関係機関と協力し、地域住民と共に地域包括ケアシステムを構築します。

■図4-1-1 地域包括ケアシステムの姿



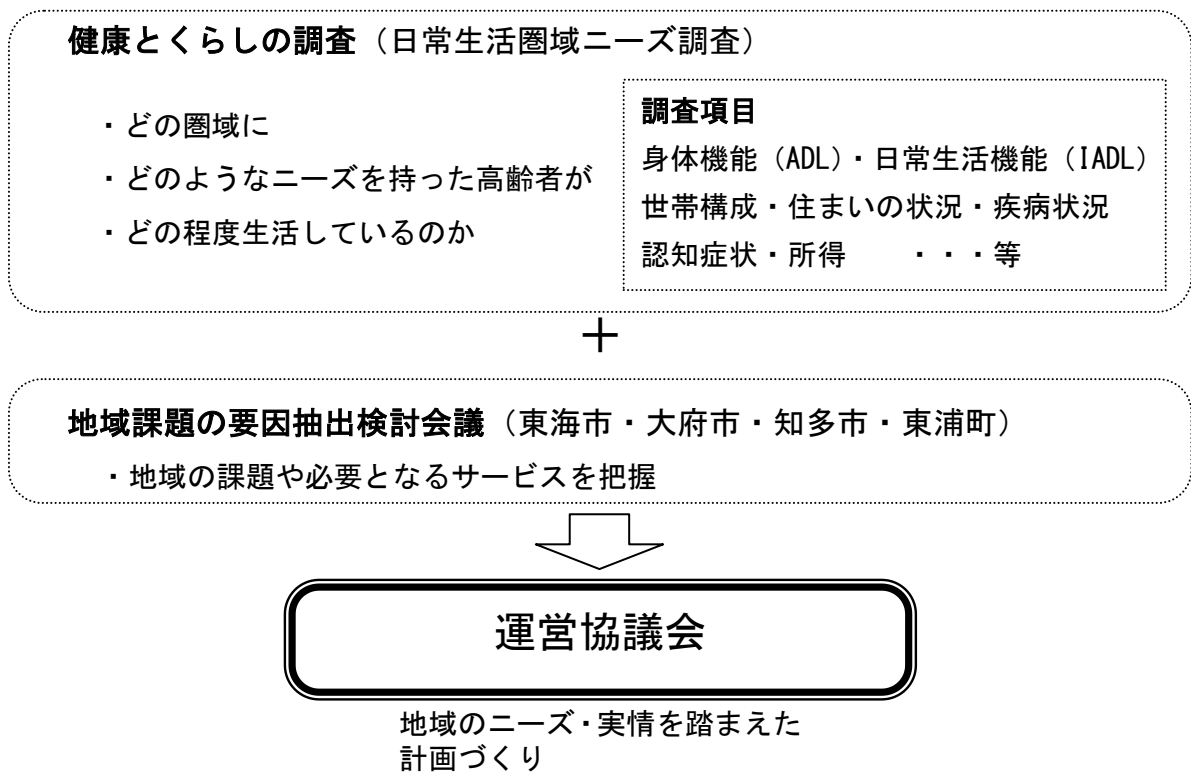
出典 厚生労働省

2 地域の課題とニーズ

広域連合は、第6期事業計画を策定するため、日常生活圏域ニーズ調査に当たる「健康とくらしの調査」を平成25年度に実施すると共に、地域ケア（個別）会議から諸課題を抽出し、地域課題の要因抽出検討会議で地域の課題やニーズを取りまとめ、地域包括支援センター・地域密着型サービス運営協議会においてご意見をいただきました。

その後、介護保険事業計画推進委員会と広域連合会議において報告し、今後実施すべき施策として、第6期事業計画に取りまとめました。

■図4-2-1 地域ニーズを踏まえた介護保険事業計画の策定へ



(1) 健康とくらしの調査（日常生活圏域ニーズ調査）

各日常生活圏域における高齢者の要介護リスク等の指標を把握・集計することにより、必要なサービスの種類や量を推計し、実態に合わせた高齢者福祉施策を推進することを目的とした調査です。

① 概要

ア 調査対象と回収結果

平成25年4月1日現在で65歳以上の要介護認定を受けていない人の約4分の1を無作為抽出しました。

■表4-2-1 調査票の回収状況

区 分		東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
調査対象者数		4,420人	3,362人	4,019人	2,122人	13,923人
有効回収数	回収者数	3,053人	2,466人	3,036人	1,515人	10,070人
	回収率	69.1%	73.3%	75.5%	71.4%	72.3%

イ 調査方法 調査対象者へ郵送による調査票の送付・回収方式（無記名）

ウ 調査期間 平成25年10月22日～11月11日

② 結果（「健康とくらしの調査」の結果から一部抜粋）

ア 各種サービスのニーズ推計

調査結果より、各種サービスに対するニーズや現状について算出しました。

■表4-2-2 介護予防ニーズ（生活機能評価）

項 目	東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
運動器機能低下	16.3%	14.5%	14.6%	13.4%	14.9%
低栄養	2.2%	1.7%	2.2%	1.8%	2.0%
口腔機能低下	14.2%	13.1%	13.0%	13.0%	13.4%
閉じこもり	3.0%	1.9%	3.3%	2.9%	2.8%
認知機能低下	34.9%	32.3%	33.5%	36.1%	34.0%
虚弱	4.0%	3.4%	4.1%	4.1%	3.9%
うつ	21.5%	19.4%	20.4%	19.8%	20.4%

■表4-2-3 社会参加の状況

項 目	東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
ボランティア参加者	4.0%	6.2%	5.4%	5.7%	5.2%
スポーツの会参加者	17.3%	23.6%	19.2%	21.3%	20.0%
趣味の会参加者	17.8%	19.9%	20.5%	17.7%	19.1%
老人クラブ参加者	3.8%	5.8%	4.5%	4.9%	4.7%

■表4-2-4 独居者の状況

項目	東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
独居者	10.7%	10.6%	9.8%	9.3%	10.2%

■表4-2-5 生活習慣等の状況

項目	東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
1年以内の健診未受診者	31.9%	30.1%	30.1%	32.1%	30.9%
飲酒者	35.7%	35.5%	36.4%	33.0%	35.5%
喫煙者	10.0%	8.8%	9.7%	9.3%	9.5%
1日の平均歩行時間が30分未満の者	23.2%	21.4%	23.3%	21.9%	22.6%

■表4-2-6 生活支援サービスニーズ

サービス名	リスク要因	東海市	大府市	知多市	東浦町	広域連合
配食	独居で、食事の準備ができない	0.2%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%
家事援助	独居で、買い物ができない	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
高齢者賃貸住宅	持家以外	9.0%	6.7%	6.5%	6.0%	7.2%
緊急通報	独居及び介護・介助が必要	11.3%	11.4%	10.3%	10.2%	10.9%

(2) 地域課題の要因抽出検討会議

「健康とくらしの調査」の分析を通じて地域の諸課題を把握・検討し、第6期介護保険事業計画に役立てることを目的とした会議を開催しました。

① 概要

ア 構成

関係市町の高齢者福祉担当課、保健センター、高齢者相談支援センター、社会福祉協議会及び広域連合の職員

イ 開催状況

- 第1回 大府市 平成26年5月15日 (12人出席)
- 第2回 知多市 平成26年5月23日 (15人出席)
- 第3回 東海市 平成26年5月30日 (17人出席)
- 第4回 東浦町 平成26年6月11日 (14人出席)

ウ 内容

「健康とくらしの調査」の結果及び日本福祉大学との共同研究事業での分析結果等から、関係市町ごとに、地域の特徴及びその要因を挙げた上、地域（圏域）において、今後充足が必要と考えられるサービスを検討しました。

② 検討内容のまとめ

この会議において検討され、充足が必要と考えられるサービス（広域連合内の傾向を抜粋）は次のとおりです。

ア 現状把握と地域別支援方法

関係市町に共通して、大きくは、持家の多い住宅地、農業の盛んな地区、公営住宅や雇用促進住宅地の3つの地域に区分できます。地域住民の健康に対する意識やコミュニティの成熟度等が異なることから、地域の特徴を踏まえたアプローチやサービスを実施する必要があります。

- ・持家の多い住宅地……地域活動のリーダーの養成、買い物・移動支援
- ・農業の盛んな地区……健康啓発、農業経験を活かした活動の場づくり
- ・公営住宅等……ひとり暮らし対策、近隣住民との交流の場づくり

イ 広域連合内共通課題と支援方法

(ア) 住民主体の活動を支えるリーダーの発掘・養成

住民主体の活動にはそれを支えるリーダーとなる人材の発掘と養成が必要です。その支援方法は、立ち上げから関わる必要がある地域や、後方支援でよい地域など、地域の特性に応じた工夫が必要となります。また、リーダーとなり得る人の発掘については、高齢者に限らず若い人や現役で仕事をしている人も含め、意欲のある人を育成できるような働きかけが大切です。

現在、リーダーがいて活動が活発な地域でも、将来的には後継者不足が懸念されます。どの地域でも高齢者が身近に利用できる場を増やすために、リーダーの養成と、活動継続への支援が必要です。さらにNPOなど実績のある事業所に、活動の実態や魅力を伝えてもらうなど、実態を知り、興味を持ってもらう働きかけも必要と考えます。

リーダーとして役割を担うことの効果に関する調査では、社会参加の際、何らかの役割を担っているかどうかで、3年後のうつ傾向の発症割合を調べたところ、女性では、社会参加も役割を持つことも、それぞれうつ傾向の発症を5～6割程度に抑制することが示されました。男性でも、社会参加でうつ発症が5～6割に減りましたが、特に社会参加の程度は同等でも、役割を持っている人がうつになる確率は、役割を持たない人の約6分の1でした。

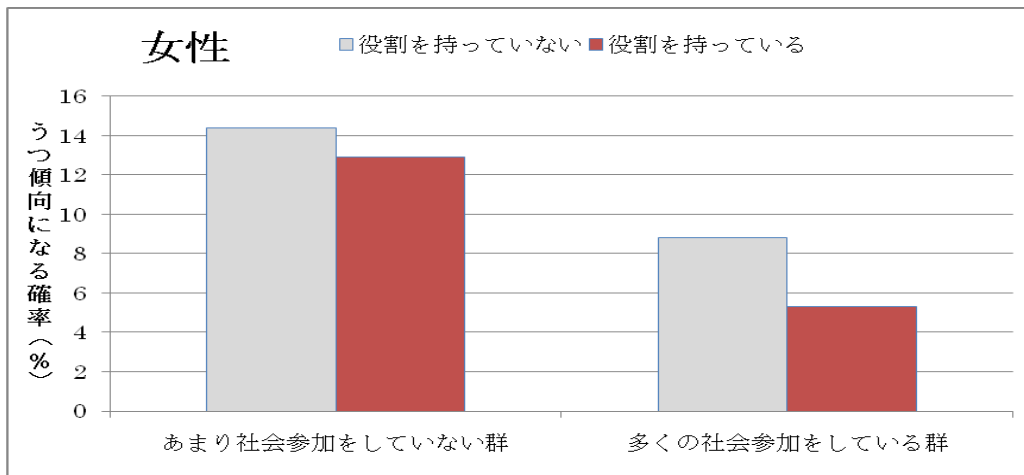
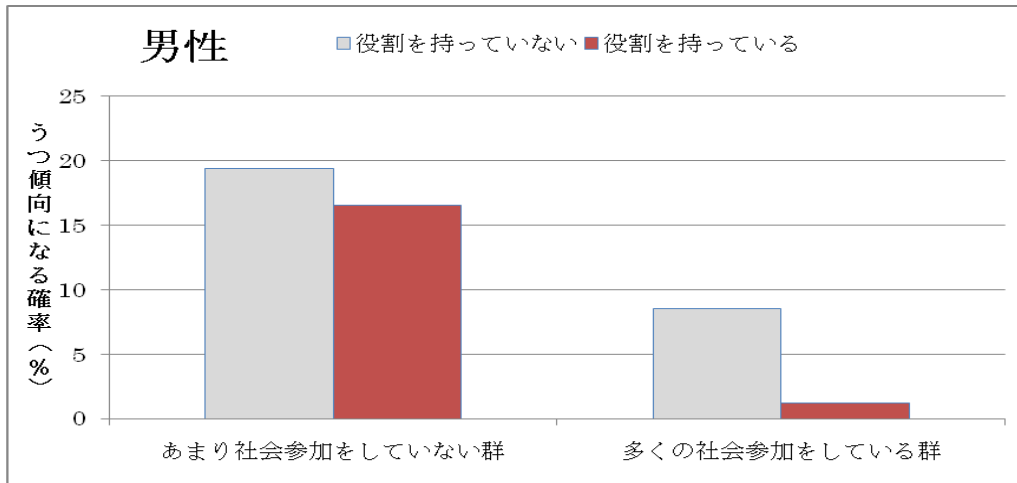
役割を持って社会参加をすることは、特に男性で、うつの発症を著しく抑制することが分かっています。このような効果も周知しつつ、より多くのリーダーを発掘できるよう働きかけていきます。(図4-2-2)

また、リーダーとなることと健康への関連については、高齢者への運動支援活動を行うことと本人の健康感の変化を調べた結果、月1回以上の高齢者への運動支援活動をしている人は、主観的健康感(現在の心身の健康状態を本人が評価する指標)が良い人の割合が高く、特に後期高齢者では、月1回以上の参加の有無により、主観的健康感が良い人の差が大きくなり、支援者として関わることで、健康に良い影響を及ぼすことが分かりました。(図4-2-3)

さらに、社会参加と要介護リスクの関連については、65歳以上の要介護認定を受けていない高齢者において、参加組織の種類の数別に、4年間の要介護認定の発生状況を追跡した研究結果で、参加種類が増えるほどリスクは低下していました。このことにより、社会参加は要介護認定のリスクを下げることを示唆されると共に、より多くの組織に参加することが効果的である可能性が示されています。(図4-2-4)

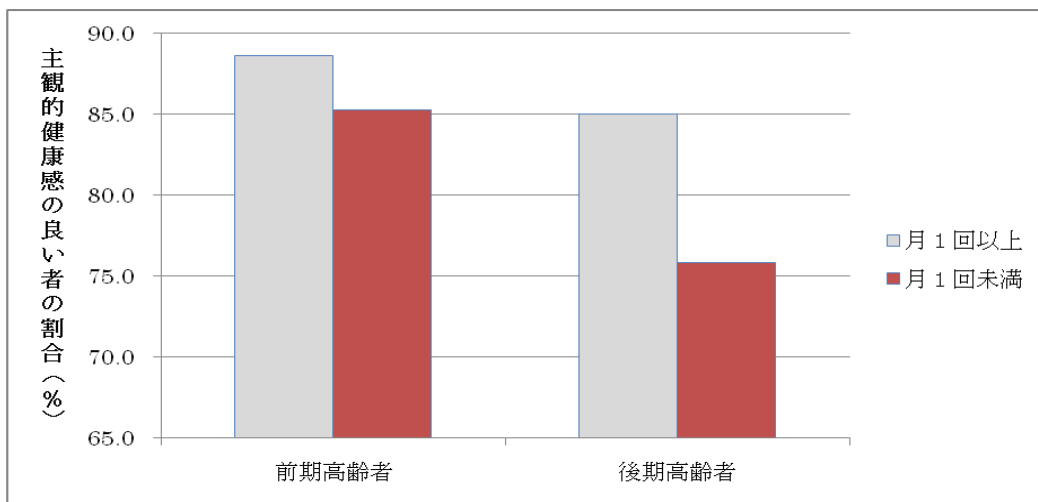
広域連合では、これらの研究結果も踏まえ、関係市町と共に住民主体の活動を支援する人などへも働きかけをしていきます。

■図4-2-2 役割を担って社会参加している人のうつ病の発生リスク



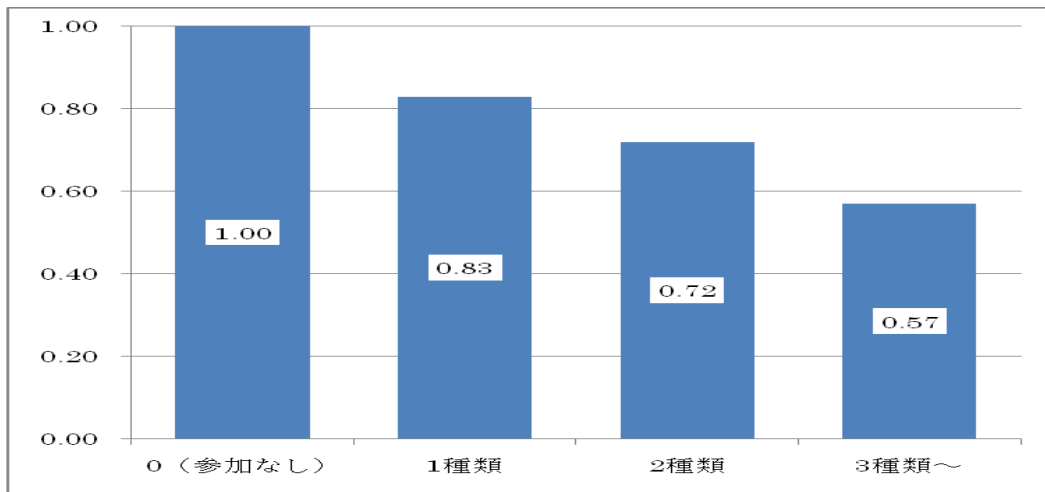
出典 保険者データ分析研究会

■図4-2-3 高齢者への運動支援活動



出典 保険者データ分析研究会

■ 図 4-2-4 参加組織の種類の数別の要介護認定の発生リスク



出典 保険者データ分析研究会

(イ) 地域での見守り体制の充実

高齢者のみでなく、全ての住民が相互に支え合えるような、地域住民に対する中長期的な意識付けを図るための講演会や、介護者の身体的・精神的負担を軽減するために、地域での要介護者とその家族に対する理解を深めるための研修等啓発活動や地区活動の支援が必要です。

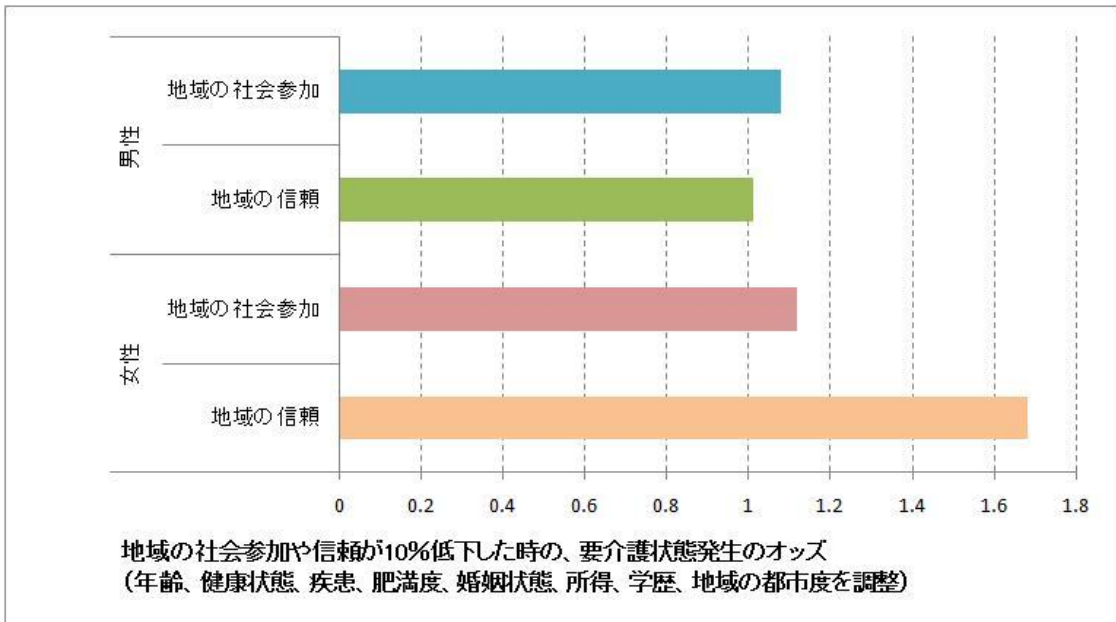
また、既存の福祉サービス・社会福祉協議会・シルバー人材センターが実施している生活関連サービスや、スーパーなど民間企業のサービスも組み合わせることで生活支援の充実を検討する必要があります。

さらに、参加したことのない人も参加に結びつくような、多種多様な内容の居場所を検討し、場を作るだけでなく、参加できない人の自宅へ集まりサロン化するなど、柔軟な対応策が必要です。

地域での見守り体制の重要性について、地域の信頼や助け合い、ネットワークなどの地域性（ソーシャルキャピタル）と要介護状態の発生リスクの関連を調べた結果、地域の信頼が弱い地域に住む女性は、強い地域に住む女性に比べて、要介護状態になるリスクが1.7倍高くなる結果が出ています。つまり、人々の絆が豊かな地域ほど、要介護状態になるリスクが低くなるといえます。

このような結果も踏まえ、関係市町と共に地域での助け合い等の活動を支援し、見守り体制の充実を検討していきます。

■ 図 4-2-5 居住地域のソーシャルキャピタルと要介護状態発生リスク



出典 保険者データ分析研究会

(ウ) 高齢者の生活意欲の向上と社会での役割を感じられる取組

高齢者になってからではなく、若いうちから地域とつながることのできる仕組みを作り、高齢者が社会の中で役割を感じられる環境や機会の提供、地域の中で居場所を見いだせるような取組の検討が必要です。

そのため、地域での様々な行事等において、高齢者が培った知識や技術子どもへ伝える機会を作るなど、高齢者自身が役割を持ち、生活意欲の向上につながるような場を増やし、同時に子どもの親世代にも、高齢者の社会参加に対する理解を促進していけるような取組を支援します。

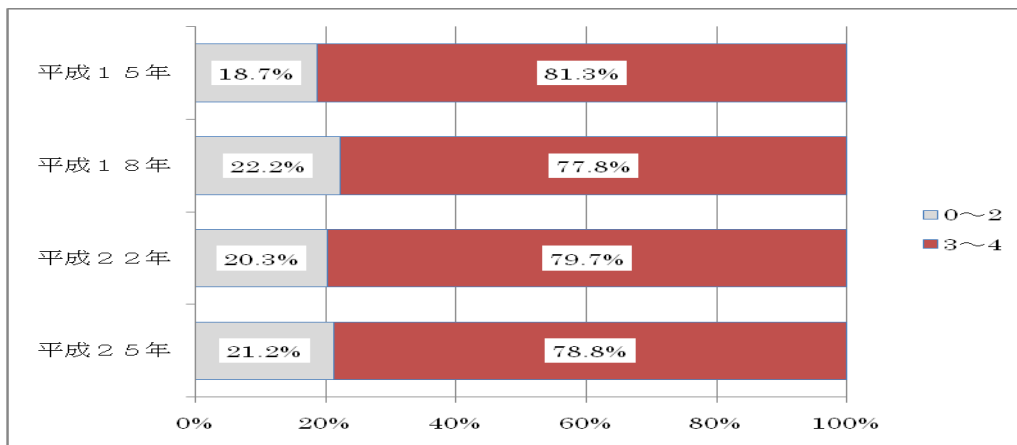
社会での役割については、健康とくらしの調査の調査項目のうち、①友人の家を訪ねることがありますか、②家族や友達の相談にのることがありますか、③病人を見舞うことがありますか、④若い人に自分から話しかけることがありますか、の①～④の回答に「はい」という回答を各1点として、合計2点以下だった人を、社会的役割が低下傾向にみられる人として集計をしています。(図4-2-6)

平成15年から平成25年までの推移を見ても大きな変化はなく、社会的役割が低下している方の割合は20%前後で推移しており、社会的役割の向上に向けた取組が必要となっています。高齢者の社会的役割が増え、生活意欲が向上するような取組を関係市町と共に推進していきます。

また、社会参加が要介護認定のリスクを下げることに効果があるとされた組織は、各組織への不参加者と比較すると、要介護認定を受けるリスクが、「スポーツ組織」で0.66倍、「趣味の会」で0.75倍、「町内会・自治会」で0.85倍となりました。このような組織に参加することが介護予防に効果的である可能性が示唆されています。

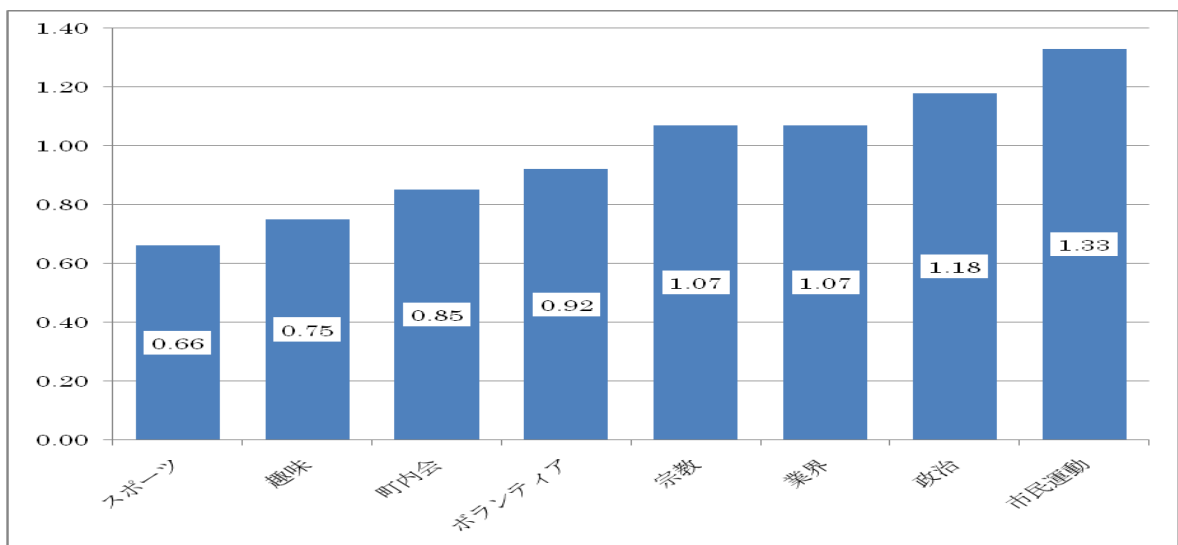
広域連合では、関係市町と共に、特にこのような組織で異世代と関われるような取組を推進し、参加者同士のつながりができるように働きかけていきます。（図4-2-7）

■ 図4-2-6 社会的役割の低下



出典 保険者データ分析研究会

■ 図4-2-7 参加組織の種類の数別の要介護認定の発生リスク



出典 保険者データ分析研究会

3 地域支援事業等の推進

(1) 新しい総合事業の開始

新しい総合事業は、介護予防給付のうち訪問介護と通所介護を見直し、要支援者等に対して介護予防や日常生活支援を総合的かつ一体的に行う介護予防・生活支援事業と、第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる人に対して住民主体の通いの場の充実など介護予防活動を行う一般介護予防事業とがあり、市町の事業として位置付けられました。

広域連合では、平成29年度から新しい総合事業を実施します。平成27年度と28年度は準備期間として、関係市町と協議して、サービス内容に応じた単価や利用料を設定し、事業所の指定を実施すると共に、多様なサービスのニーズに対応できるよう基盤整備に努めます。

事業を開始するに当たっては、事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法などについて十分に周知を図ります。

① 介護予防サービス・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス

訪問型サービスは、介護予防給付の訪問介護に相当するサービスと、それ以外の多様なサービスとで構成されます。

訪問介護に相当するサービスは、従前の訪問介護と同様に、訪問介護員による身体介護と生活援助のサービスです。

多様なサービスには、雇用労働者が行う緩和した基準による生活援助、住民主体による生活援助、保健・医療の専門職が短期集中で行う相談指導と移動支援があります。

イ 通所型サービス

通所型サービスは、介護予防給付の通所介護に相当するサービスと、それ以外の多様なサービスとで構成されます。

通所介護に相当するサービスは、従前の通所介護と同様に、生活機能向上のための機能訓練サービスです。

多様なサービスには、雇用労働者が行う緩和した基準によるミニデイサービス等、住民主体による自主的な通いの場、保健・医療の専門職が短期集中

で行う生活機能改善があります。

ウ その他の生活支援サービス

配食サービス、定期的な安否確認や緊急時の対応など生活支援を中心とした高齢者福祉サービス事業については、引き続き、関係市町の実情に合わせた単独事業として実施します。

このサービスについては、関係機関との連携により、被保険者へ生活支援事業を適切に提供し、介護サービスと併せ、継続的・包括的な切れ目のない生活支援サービスを実施します。

② 一般介護予防事業

一般介護予防事業については、関係市町の独自財源で行う事業、社会福祉協議会の事業など、地域の互助や民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場の充実を図り、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するような地域づくりを推進していきます。

また、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスの取れたアプローチができるよう、介護予防事業を推進します。

事業の実施に当たっては、地域住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てきたボランティアや地域活動組織について、支援を必要とする人のために積極的に活用するなど、サービス事業との連携に努めます。

ア 介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業

介護予防に資する活動を行う住民主体の通いの場を充実させるために、介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や、地域活動組織の育成及び支援、講演会や相談会を行います。

イ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーショ

ン専門職等の関与を促進します。

ウ 介護予防把握事業

地域の実情に応じて、関係市町の民生委員や見守りサービスなどを通して、効果的・効率的に対象者に関する情報収集を推進します。また、対面による基本チェックリストを実施して、閉じこもり等の何らかの支援を必要としている人を把握し、介護予防活動へつなげます。

エ 関係市町との連携（保健担当者会議）

今後、介護予防事業を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である関係市町が主体的に取り組むことがより必要となつてきます。

広域連合は、関係市町保健担当部局を主体として実施する介護予防事業の地域性や独自性を重視しつつ、介護保険との整合性や進捗状況を把握するため、引き続き保健担当者会議を定期的を開催し、介護予防事業の具体的な実施内容の協議や情報交換等を実施します。

(2) 高齢者相談支援センターの機能強化

高齢者相談支援センターは、高齢者が地域で安心して生活することを総合的に支援する重要な機関です。今後も地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関としての役割を担うことから、さらなる機能の強化・充実に努めます。

① 総合相談支援の向上

総合相談支援業務は、包括的支援事業の基盤となる事業です。高齢者相談支援センター開設以降、相談実人数及び相談延件数は共に増加しており、相談や支援の内容も多様化しています。さらに、家族支援が得られにくいひとり暮らしや高齢者のみ世帯の増加などにより、今後一層支援が必要となることから、引き続き、高齢者相談支援センター職員の資質向上や職員体制の充実を図ります。

② 権利擁護（見守り）への対応

高齢化の進行と共に、増加する認知症の高齢者への対策が急務とされています。また、高齢者虐待や消費者被害への対応など、地域で暮らす高齢者の尊厳の保持と安全で安心な生活を支援することも必要です。

高齢者相談支援センターは、日常生活支援事業や成年後見制度などの情報提供に努めると共に、地域ケア会議などを通してネットワーク構築を図り、認知症の人を地域で見守る体制や、虐待を受けている高齢者等の把握が的確に行えるような体制づくりを、関係市町福祉担当部局と連携を図りながら進めていきます。

③ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境、その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づいたサービスが、包括的かつ効率的に実施されるよう、高齢者相談支援センターが、専門的な視点から必要な援助を行うことを目的として実施します。さらにサービス利用を終了した場合においても、利用者のセルフケアとして習慣化され、継続されるよう、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるように支援していきます。

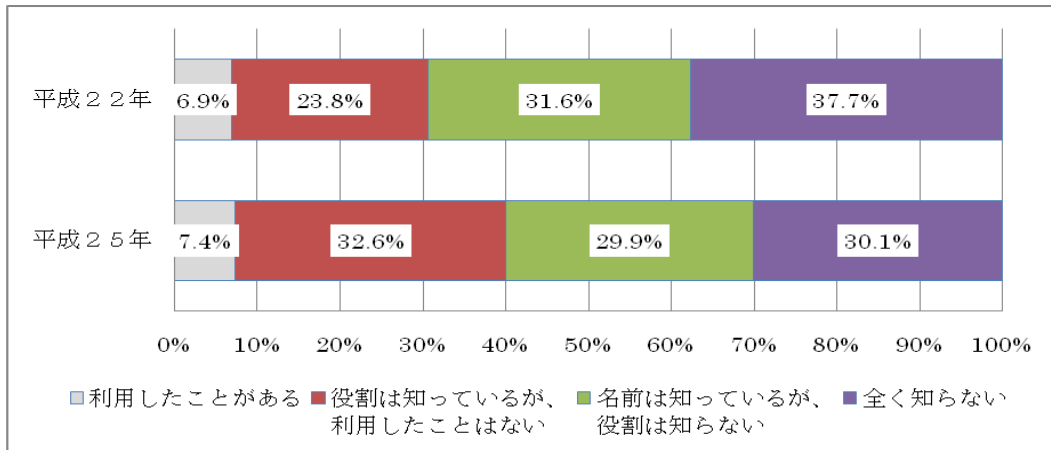
④ 地域ケア会議（個別事例）の推進

高齢者相談支援センターは、個別事例（困難事例等）の支援内容を中心とした地域ケア会議を実施し、①地域支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、③地域課題の把握などを行い、実効性のあるものとして定着・普及させます。

⑤ 高齢者相談支援センターの周知

高齢者相談支援センターの認知度について、「健康とくらしの調査」で平成22年と平成25年に調査した結果、「知っている」と答えた方が7.6%増加しました。今後も、高齢者相談支援センターが高齢者を対象とした総合的な相談機能を持つ機関であることを周知していきます。

■ 図 4 - 3 - 1 高齢者相談支援センターの認知度



出典 健康とくらしの調査

⑥ 運営体制

包括的支援事業の実施については、地域性を重視し、地域との効率的な連携を図る観点から、社会福祉協議会等へ委託しています。

今後の高齢者人口（特に後期高齢者）の増加に伴い、高齢者相談支援センターの業務の増加は必至と考えられます。高齢者相談支援センターの業務の増大や機能強化に対応するためには、何より経験ある人材の確保と育成が不可欠と考え、一層の運営体制の充実を図ります。

⑦ 高齢者相談支援センターとの連携（高齢者相談支援センター担当者会議等）

広域連合は、高齢者相談支援センター及び関係市町の連携強化と、利用者の視点に立った質の高い支援を行うため、管理者及び担当者会議を定期的で開催し、今後も地域支援事業を推進していきます。

(3) 地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に有効なツールです。個別事例の検討を通じて、多職種及び地域の関係者間で検討を重ねることにより、地域の共通課題を関係者で共有し、課題解決に向け、関係機関の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、さらには施策化をボトムアップで図っていく仕組みです。また、介護予防・生活支援サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、さらなる積極的な活用を図ります。

(4) 在宅医療と介護の連携推進

高齢者が、疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療と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・介護の提供を行うことが必要です。関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するため、平成27年度から各関係市町において、医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめ関係機関と緊密な連携体制の構築を図ります。

この連携体制を構築していくために、地域の医療・介護サービス資源の把握、課題の抽出と対応の協議、支援窓口の設置・運営、情報の共有支援、関係者の研修、24時間365日のサービス提供体制の構築、地域住民への普及啓発等について、各関係市町の地域の実情に応じて調整・実施していきます。

さらに、広域連合管内の関係機関の連携を図るため、共通基盤となる情報システムを導入します。

(5) 認知症施策の推進

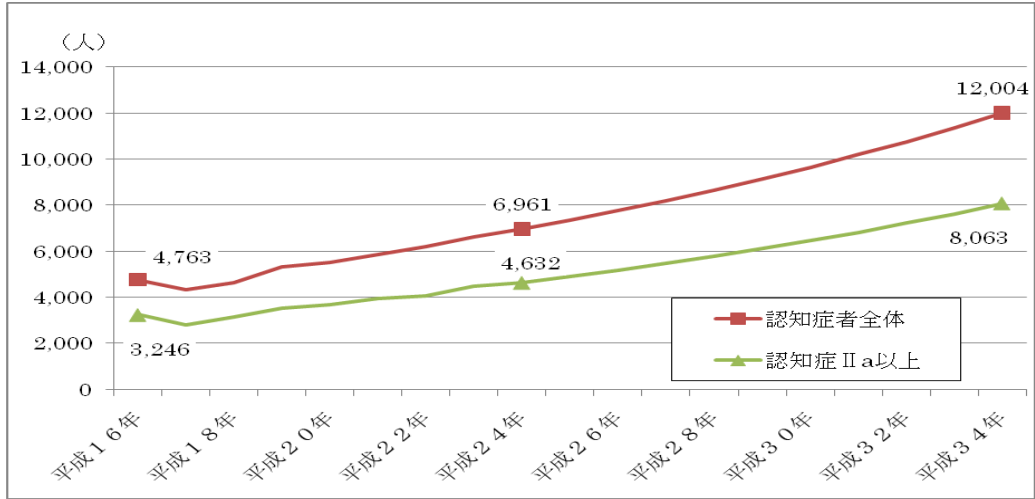
広域連合の認知症高齢者数の推移と将来推計については、要介護認定データを用いて分析した結果、認知症自立度Ⅱa以上の認知症者数が、平成16年には3,246人でしたが、平成24年は4,632人となり、平成34年には8,063人と推計され、今後、認知症の人と、認知症の人を介護している家族を支援するため、地域全体で支援する体制の充実を図る必要があります。

関係市町では、「認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるまち」を目指し、地域に住む高齢者の状態像や認知症に着目した社会資源の利用状況や、要介護認定データの情報等に基づき、認知症ケアパスを策定しています。広域連合では、関係市町で認知症に関して検討された内容についても加味しながら、地域での生活を支える介護サービスの構築に向け、介護保険サービスの必要整備数を調整し、整備していきます。

また、認知症の施策推進に向け、早期診断・早期対応のための認知症初期集中支援チームの設置や地域ケア会議の定着を進め、地域での日常生活・家族の支援の強化に向けては、関係市町に認知症地域支援推進員を配置すると共に、認知症サポーター養成や認知症カフェの普及などにより、認知症の人と介護し

ている家族等への支援を推進していきます。

■ 図 4-3-2 認知症者数の推計



出典 保険者データ分析研究会

ア 認知症ケアパス等

認知症施策推進5か年計画により、地域の実情に応じて、その地域ごとに、認知症の人やその家族が認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような支援を受ければよいか理解できるよう認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの提供の流れ）を関係市町が作成しています。

関係市町が、地域ごとに認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立し、どのように認知症の人を地域で支えていくかを地域住民に明示した上で、早期からの適切な診断や対応に結び付けると共に、認知症の正しい知識と理解に基づいて、本人やその家族を包括的・継続的に支援する体制の構築を進めます。

また、地域住民に認知症に対する正しい理解を促進するため、引き続き関係市町において認知症サポーターを養成するなど、認知症の人にやさしいまちづくりに取り組みます。

イ 認知症地域支援推進員

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援を行うことが重要です。

このため、医療機関や介護サービス及び地域の関係機関をつなぐ支援、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行うため、平成27年度から関係市町全てに認知症地域支援推進員を配置し、医療と介護の連携や地域における支援体制の構築を図ります。

ウ 認知症初期集中支援チーム

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるように、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを関係市町全てに配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する必要があります。

認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導の下、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉士に関する国家資格を有する複数の専門職が、認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価、家族支援など初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。そこで、認知症サポート医を関係市町全てに配置し、平成30年度までに事業を開始できるように、関係市町や医師会との連携を図っていきます。

(6) 介護予防サービス・生活支援サービスの基盤整備

介護予防サービス・生活支援サービスの体制整備については、地域住民に身近な存在である関係市町が中心となって推進します。

地域での支え合い体制の整備については、医療・介護のサービス提供のみならず、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体のボランティア活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、協同組合、民間企業等の生活支援サービスを担う事業主体との連携が必要となります。

そのため、広域連合では、平成27年度に生活支援サービスの充実に関する研究会を事業計画推進委員会において実施し、平成28年度以降は関係市町に生活支援コーディネーターや協議体を設置し、基盤整備を推進していきます。

ア 生活支援コーディネーターの選出

生活支援コーディネーターは、高齢者の介護予防・生活支援サービスの体制整備を推進するため、地域に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成、元気な高齢者が担い手として活動する場の確保等の資源開発と、関係者間の情報共有、サービス提供主体間の連携体制づくり等のネットワーク構築を実施します。

イ 協議体の設置

関係市町が主体となり、生活支援コーディネーターと介護予防・生活支援サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化を図る協議体を設置します。

(7) 介護給付等費用適正化事業の推進

介護給付等費用適正化事業のうち、医療情報との突合・縦覧点検は、過誤申し立てによる費用対効果が比較的顕著に現れ、住宅改修等の点検や介護給付費通知は、事業者の適正な事業実施を促す効果が期待できます。また、認定調査状況チェックやケアプランの点検は、介護保険サービスの質の向上を期待できます。

今後も、利用者に対する適切な介護サービスを確保し、不適切な給付を削減することで、介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度を構築するため、この事業を継続して実施します。

4 在宅サービス・施設サービスの方向性

高齢者が可能な限り住み慣れた在宅での生活を継続できるようにするため、在宅サービスの充実に重点を置く必要があると考えます。

平成37年には、高齢者人口がピークとなると予測される中、これまで通り需要に応じて施設を整備し続けると、供給過剰という事態となりかねません。そこで現有の施設を有効に利用するため、入所の必要性の高い人が入所しやすくなるよう公平な運用に努めると共に、より計画的な施設整備を実施します。

そして、限りある財源を有効活用するためにも、量だけではなく質にもこだわって、在宅サービスと施設サービスをバランス良く整備していきます。

(1) 高齢者の住まいの安定的な確保

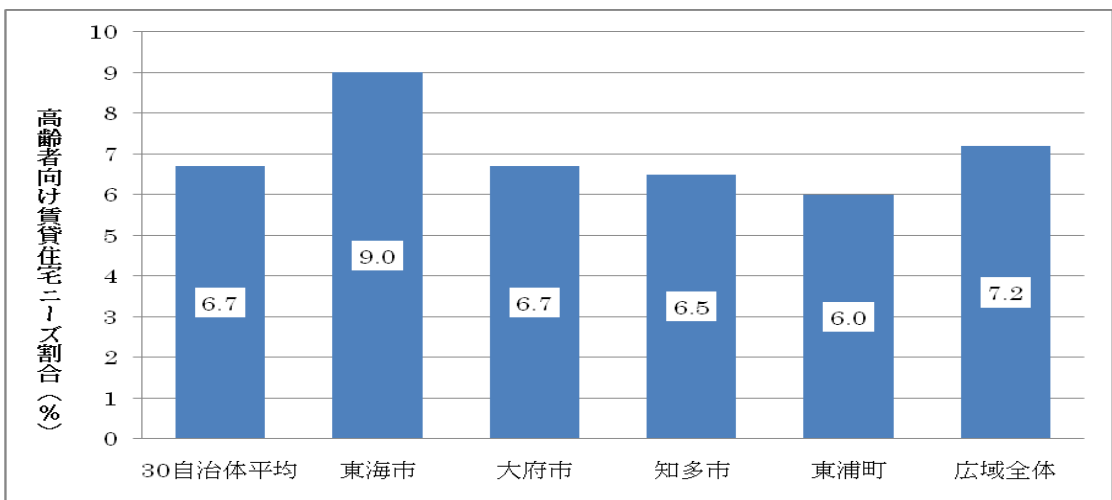
地域包括ケアシステムでは、生活の基盤として、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住まいが確保されていることが前提となります。

健康とくらしの調査において、住民の住まいに関する項目として、高齢者向け賃貸住宅ニーズを見ると、調査に参加した 30 自治体の平均値が 6.7%、広域連合全体では 7.2%という結果となりました。参加自治体の動向から、都市部ほどそのニーズは高くなっており、今後、広域連合もニーズは高まると予測できます。

このような状況を踏まえ、できる限り住み慣れた自宅で生活が継続できるよう、在宅の要介護者が、手すりの取付けや段差の解消等の住宅改修を行ったときは、20 万円の 9 割相当額（8 割相当額もあり）を上限に、住宅改修費の支給制度を実施しています。広域連合では、利用者の利便性を考え、自己負担分を事業者を支払い、残りを広域連合が支払う受領委任払の制度があります。さらに、関係市町の高齢者福祉サービスにも住宅改修費の補助があり、制度の充実を図っています。

また、今後の公営住宅の大規模改修の機会等を捉え、エレベーターの設置やバリアフリー化など、高齢者に配慮した住まいにするよう、関係市町の高齢者福祉担当課を通じて、公営住宅担当課へ働きかけると共に、民間事業者やNPO等による地域資源の活用の協力や支援も求めていく必要があります。

■ 図 4-4-1 高齢者向け賃貸住宅ニーズ



* 調査参加 30 自治体の内訳：政令指定都市 4、中核市 2、その他 24

出典 健康とくらしの調査

(2) 在宅生活を支える体制の整備

今後、増加が見込まれる重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が、住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う重要なサービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護の普及が必要となります。

また、在宅で日常生活を過ごしていくためには、サービス化された支援だけでなく、「見守り」や「交流の機会」などのような生活支援の基盤整備も必要となります。このような地域資源を確保するため、健康とくらしの調査や地域ケア会議などを通して抽出された課題やニーズを踏まえ、住民組織（NPO、社会福祉協議会、町内会等）や民間事業者など、多方面にわたるサービスを組み合わせて地域のニーズにつなぐことができるよう、関係市町と連携して、体制整備を図ります。