

第6期計画の方向性の検討

■7月28日開催「全国介護保険担当課長会議」資料より

○第6期計画のポイント

①2025年のサービス水準等の推計

各保険者は計画期間中の給付費を推計して保険料を算定するだけでなく、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計し、市町村介護保険事業計画に記載する。推計に当たっては、各保険者におけるサービスの充実の方向性、生活支援サービスの整備等により2025(平成37)年度の保険料水準等がどう変化するかを検証しながら行うこと。

②在宅サービス・施設サービスの方向性の提示

「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴を踏まえて中長期的な視点をもって各保険者として方向性を提示する。その際には、75歳以上高齢者、認知症の高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加に対応し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス及び小規模多機能型居宅介護などの普及が重要。

③生活支援サービスの整備

日常生活上の支援が必要な高齢者が地域で安心して在宅生活を継続できるよう、ボランティア、NPO、協同組合等の多様な主体による多様な生活支援サービスを充実強化するための取組を記載する。平成29年4月までに新しい総合事業を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を第6期中に事業へ移行することを踏まえ、コーディネータの配置などにより、地域づくりを積極的・計画的に進めることを期待。

④医療・介護連携・認知症施策の推進

新たに地域支援事業に位置付けられる医療・介護連携の機能、認知症への早期対応などについて必要な体制の整備など各市町村の第6期における取組方針と施策を示す。第6期期間中に取組可能な市町村から順次具体的に実施。

⑤住まい

高齢者の日常生活の支援や保健・医療・介護などサービス提供の前提となる住まいに関して、今後どのような方向性で充実させていくか、保険者として方向性を提示する。その際、市町村及び都道府県の住宅関係の計画担当部局、介護保険部局との連携を図る。

○第6期市町村介護保険事業計画の記載事項（基本的指針（案）より）

<総論Ⅰ>

基本理念・達成しようとする目的・地域の特色

地域包括ケアシステムの基本理念や認知症施策の推進の趣旨に沿うものとする。

計画期間・他の計画との関係

第6期は平成27年度から29年度。

・介護に関する施策を居住等に関する施策と連携して推進することが重要。
・都道府県との協議により、実情に応じた高齢者向け住まいの供給目標を都道府県の高齢者居住安定確保計画に反映させることも可能。

計画作成のための体制の整備

関係部局の連携、計画作成委員会等の開催、被保険者の意見の反映、都道府県との連携。

・地域包括ケアシステム構築には庁内一丸の取組が必要。
・庁内横断的なプロジェクトチームの設置なども考えられる。

公表と普及啓発、達成状況の点検評価

<総論Ⅱ（現状の評価・今後の見通し）>

高齢者（被保険者）の現状と見込み

人口・被保険者数・要介護者数の見込み。

保険給付の実績把握と分析

・介護保険事業状況報告、地域包括ケア「見える化」システムなどを活用して、保険給付の動向・特徴を分析、把握。
・日常生活圏域ニーズ調査の実施とその反映。
・地域ケア会議を活用した課題把握と支援策。

日常生活圏域とその状況

地域包括ケアシステムを構築する区域、中学校区単位等。

平成37年度の推計と第6期の目標

・介護サービス・地域支援事業の量・費用や保険料の中長期的な推計を行って、計画に示す。
・中長期推計を見て第6期の保険料を定め、段階的な充実の方針と第6期の位置づけを定める。

<各論（計画期間中の取組）>

地域包括ケアシステム構築のための重点取組事項

①在宅医療・介護連携の推進

市町村が主体となって地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携のための体制を充実させる。

②認知症施策の推進

認知症高齢者を地域で支えるため、必要な早期診断等を行う医療機関等の状況を示すとともに、取組の具体的な計画を定める。

③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

・高齢単身・夫婦のみ世帯など支援を必要とする高齢者が増加。
・コーディネーターを活用し、多様な主体による生活支援サービスの充実を目指す。
・元氣な高齢者が担い手として活躍することも期待。

④高齢者の居住安定に係る施策との連携

・住まいの提供と住まいでの生活支援サービスは保健・医療・介護サービスの前提。
・必要に応じ高齢者向けの賃貸住宅や老人ホームの供給目標を定める。
・養護老人ホームや軽費老人ホームも活用。

介護サービス及び地域支援事業の円滑な提供

・介護給付等対象サービス:ケアマネ等との連携
・総合事業
・地域包括支援センターの設置及び適切な運営

介護サービス事業や総合事業等を行う者の情報提供のための体制整備、連携の確保に関する事項を定める。

地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表

地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービスの所在地や事業内容、サービス内容について、介護サービス情報公表システムを活用して、積極的に情報発信。

市町村独自事業に関する事項

介護給付等に要する費用の適正化に関する事項

国の指針を踏まえ、「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「住宅改修等の点検」「縦覧点検・医療情報との突合」「介護給付費通知」の主要5事業や介護給付の適正化に資する事業内容を定める。

療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

指定介護療養型医療施設については、引き続き、老人保健施設等への転換を推進しつつ、平成29年度末まで転換期限を延長していることに留意する。

各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

（入所・居住系サービス、在宅サービス、予防給付サービス）

・各年度におけるサービス量の見込みと地域密着型サービスの必要入所(利用)定員総数を定める。
・特別養護老人ホームについては、入所申込者のうち、真に入所が必要と判断される者の状況も踏まえる。

各年度における地域支援事業の量の見込み

（総合事業、包括的支援事業）

介護予防・日常生活支援総合事業については、第6期期間中に予防給付等対象サービスのうち訪問介護・通所介護が同事業に移行することに留意して見込む。

総合事業: ガイドラインを参考にしながら、既存のサービスである専門的なサービスから住民主体の支援まで多様なサービスの量を見込む。

各年度における介護給付等対象サービスの確保方策

（地域密着サービスの事業者指定への関係者の意見の反映、公募による事業者指定、報酬の独自設定）

各年度における地域支援事業の確保方策

（NPO、ボランティア、地縁組織等の活動支援、介護予防の達成状況の点検評価、総合事業の実施状況の調査分析評価）

※介護保険事業の指針改正案は示されたが、老人福祉計画の基本方針は案が秋以降となる見込み。

■第5期計画の掲載事業

○第6期計画の介護保険制度体系を基に、第5期計画掲載事業を設定（資料10参照）

※今後示される「老人福祉計画」の基本方針を基に構成が定まる見込み

○第5期計画フォローアップを踏まえ、第5期計画掲載事業を位置づける。

- (例)・認知症サポーター、地域体操教室や頭の健康教室のサポーターの養成など、達成目標や成果を踏まえた目標値の設定をできる限り行う。
- ・老人クラブの在り方の提案
 - ・認知症高齢者日常生活自立度低下対策の重点化
 - ・地域で開催される各教室を生かした地域交流の充実

■一般高齢者、居宅サービス利用者、施設サービス利用者、サービス事業者アンケート、日常生活圏域ニーズ調査の結果を踏まえた取組方向性（資料2参照）

■市内介護サービス事業者意向調査結果を踏まえた取組方向性

○介護給付サービスの方向性（資料11参照）

- ・高齢者の住まい～低所得向けの高齢者用住宅
- ・居宅支援サービスの充実～24時間型サービス、ショートステイ施設の充実、小規模多機能型居宅介護の充実
- ・生活支援サービス内容の充実～受診や買物介助ボランティアの充実、短時間の訪問介護
- ・生活支援サービスの実施体制の整備～ボランティア発掘・育成、利用ニーズとのマッチングの仕組みの充実、ボランティアのコーディネート
- ・医療・介護の連携～退院者の在宅支援、バックアップ体制の整備

■第6期計画の取組項目等への対応

1 基本理念・達成目標の設定について

○国の資料では、「基本的指針（案）を参考として、基本理念を定めること」とされ、また、基本的指針（案）に基づく市町村事業計画の記載事項では、「基本理念は、地域包括ケアシステムの基本理念や認知症施策の推進の趣旨に沿うものとする」とされている。

- ・地域包括ケアシステムの基本理念

地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築に努める。

- ・認知症施策の推進

今後増加する認知症高齢者に適切に対応するため、認知症ケアパスを確立しながら、早期診断・対応等本人・家族への支援を実施する体制を構築する。

第4期計画

基本理念：住み慣れた地域で、安心して老後を過ごせる助け合いのまちの実現

- 基本方針：①高齢期になっても、安心していきいきと自立して暮らせるまちづくりを進めます。
②生きがいと張りのある暮らしを通じて、健康を保ち、できるだけ要介護状態にならない予防重視のまちづくりを推進します。
③介護を必要とする状態になったとしても、自立した暮らしができるよう必要な介護サービスを受けられるまちづくりを推進します。
④身近な地域において、行政・サービス提供事業者の連携と住民自身の参加によって、高齢期を互いに支えあうまちづくりを推進します。

第5期計画

基本理念：安心して健やかに暮らし続けられるまちの実現を目指します

- 基本方針：①健康で生き生きとした生活を送るための介護予防や健康づくりの施策を積極的に推進します。
②認知症の予防と早期発見、症状に応じた適切な対応を促進し、地域で支える仕組みを構築します。
③高齢者が生きがいに満ち、安心して健やかに暮らせる地域社会の実現に努めます。
④可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、在宅生活支援の充実に努めます。
⑤要介護状態になっても、自立して暮らせるよう必要な介護サービスの向上に努めます。

2 「介護予防・日常生活支援総合事業」への対応

全市町村が平成29年4月までに実施
(条例で猶予を規定)

○介護予防・日常生活支援総合事業の内容

(1) 介護予防・生活支援サービス事業（資料12参照）

- ・対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者（要支援認定を受けた者、基本チェックリスト該当者（事業対象者））

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

① 訪問型サービスの例

ア 現行の訪問介護

- ・訪問介護員による身体介護、生活援助

イ 訪問型サービスA（NPO、民間事業者などによる緩和した基準によるサービス）

- ・生活援助等（調理、掃除等やその一部介助・ゴミの分別やゴミ出し・重い物の買い物代行や同行など）

ウ 訪問型サービスB（住民主体による支援）

- ・住民ボランティア、住民主体の自主活動として行う生活援助等（布団干し、階段の掃

- 除・買い物代行や調理、ゴミ出し、電球の交換、代筆など)
- エ 訪問型サービスC（保健・医療の専門職による短期集中予防サービス）
 - ・通所型サービスCの利用者に対する、日常生活のアセスメントを主とした訪問
 - ・保健師等がその者の居宅を訪問して、必要な相談・指導等を実施
- オ 訪問型サービスD（移動支援）
 - ・介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行う移動支援、移送前後の生活支援（通所型サービスの送迎・買い物、通院、外出時の支援など）

② 通所型サービスの例

- ア 現行の通所介護
 - ・通所介護と同様のサービス内容
- イ 通所型サービスA（NPO、民間事業者などによる緩和した基準によるサービス）
 - ・高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業（ミニデイサービス・運動、レクリエーション活動など）
- ウ 通所型サービスB（住民主体による支援）
 - ・住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり（体操、運動等の活動・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり・定期的な交流会、サロン・会食など）
- エ 通所型サービスC（保健・医療の専門職による短期集中予防サービス）
 - ・日常生活に支障のある生活行為を改善するために、利用者の個性に応じてプログラムを複合的に実施（運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上・膝痛・腰痛対策・閉じこもり予防・支援・認知機能の低下予防・支援・うつ予防・支援・ADL/IADLの改善など）

③ その他の生活支援サービスの内容

- ア 配食～栄養改善を目的とした配食、一人暮らし高齢者の見守りとともに行う配食など
- イ 定期的な安否確認や見守り～住民ボランティアなどが行う訪問による見守り
- ウ 訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等）

(2) 一般介護予防事業

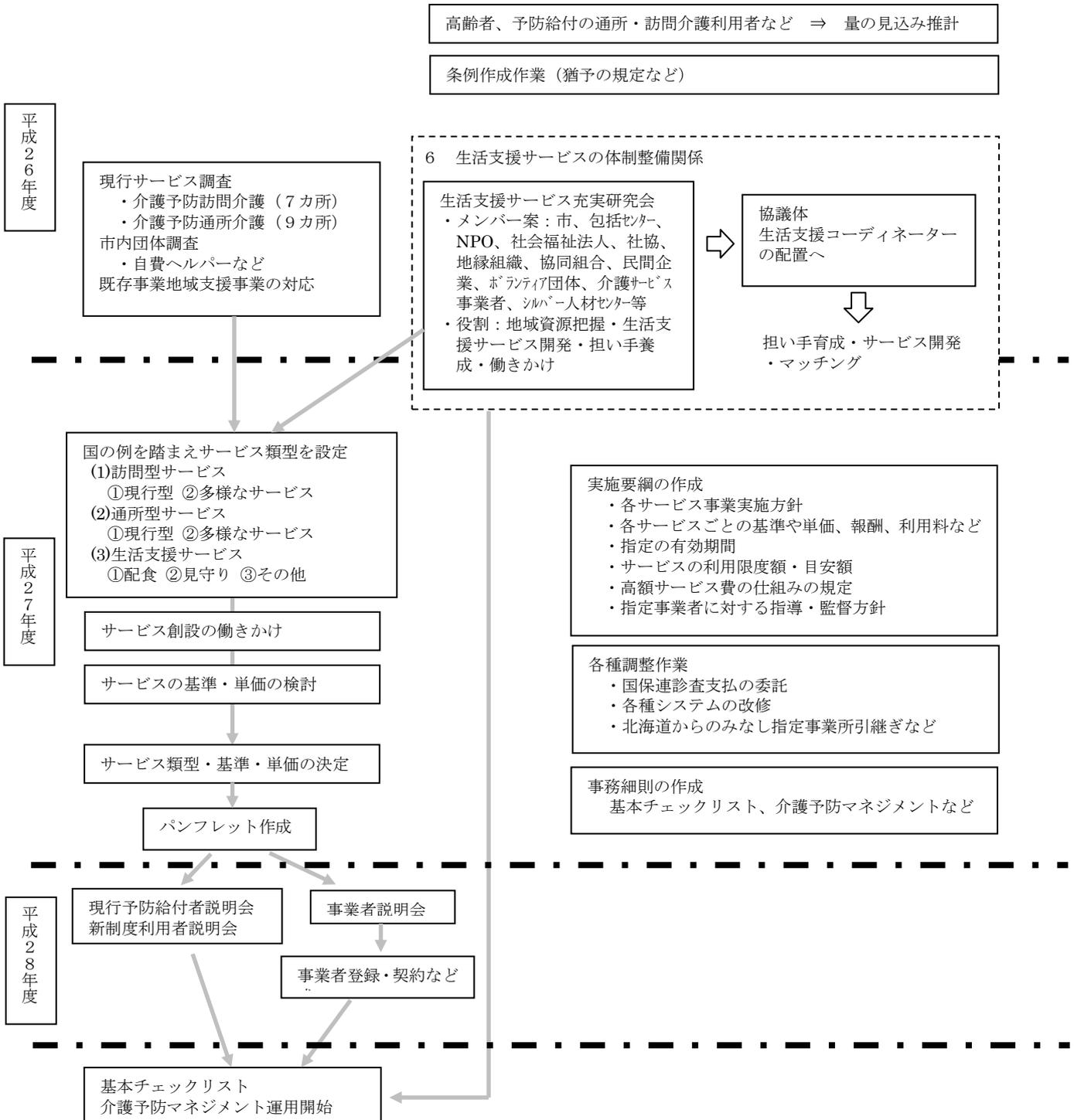
- ・対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

○介護予防・日常生活支援総合事業の進め方など

(1)介護予防・生活支援サービス事業

●進め方のイメージ



●検討課題など

①サービス主体の確保

・市内事業所の状況

自費ヘルパー（社協生活あんしんサポートセンター、土筆、のぞみ、滝の川東地区連合町内会ライフサポート、のどか、ジャパンケア、シルバー人材センター、井上便利商会、ライフサポート、買援隊、ぼっけ）

- ・ボランティアの発掘・育成（研修）、ニーズの集約、ニーズとサービスのマッチング
- ・元気な高齢者など介護支援ボランティア活動に参加させる仕掛けの検討
- ・町内会など地域の支えあい体制の構築

②サービスの設定

・既存事業の位置づけ

温泉教室、百歳体操、ゆったりセミナー、栄養改善事業、介護予防講座、老人クラブ巡回口腔ケア教室、友愛訪問、食の自立支援、老人特定目的住宅安否確認事業、高齢者見守り支援センター、徘徊高齢者位置検索システム経費助成の位置づけ

※認定者以外を対象としている事業、要介護者などすべての高齢者を対象としている事業があり、サービス事業に位置づけることにより要介護者が利用できない、要支援者も参加でき経費不足が予想されるなどの課題あり。

③高齢者の状態に応じたきめ細かなメニューの設定と実施体制

④高齢者の自立意欲を引き出し、継続して取り組めるケアマネジメント

⑤高齢者の改善後の状況に応じたサービスとフォロー体制

(2)地域リハビリテーション活動支援事業

●進め方のイメージ

脳卒中や骨折などの急性期や回復期、閉じこもりや虚弱など高齢者の状態に合わせた自立支援、介護予防を強化するため、リハビリ専門職の関与による取組を検討

①地域ケア会議やサービス担当者会議への関与

日常生活に支障のある生活行為の改善、要支援者の有する能力を最大限に引き出すための方法など介護予防ケアマネジメントに対するアドバイス

②住民運営の通いの場（百歳体操で関与）

継続的参加可能な運動法の指導、認知症の対応方法等の世話役への指導、定期的な体力測定など、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を展開

③通所や訪問

日常生活に支障のある生活行為を改善するための効果的な運動プログラムの提案、動きやすい住環境の調整など段階的な進め方についての介護職等への助言等を実施

●検討課題など

①リハビリ専門職の体制強化

- ・現行では、地域体操教室開設支援・サポーター養成・運営支援、介護予防教室の実施、温泉教室での運動指導、住宅改修する高齢者宅への訪問・支援。

○個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげる。

○高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくことができる「地域包括ケアシステム」の実現に向けた一つの手法

○進め方のイメージ

サービス担当者会議等から個別ケース（困難事例等）の把握

- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ③支援が必要だと判断されるがサービスにつながないケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース
 などサービス担当者会議などの支援では解決できないケース



地域ケア個別会議の開催

- ・地域包括支援センターが開催
- ・実務者レベルで個別事例の支援内容などを検討
- ・構成メンバー：自治体職員、包括支援センター職員、ケアマネージャ、医療関係者、介護サービス関係者、民生委員、住民組織など（場合によっては当事者・家族）～検討ケースによる

- ・地域課題の把握・整理
- ・会議内容を実務レベルの担当者へフィードバック
- ・個別ケースに対する多職種協働のケアマネジメント支援を実施
- ・地域支援のネットワークの構築
- ・自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供の最適な手法を蓄積



地域ケア推進会議の開催

- ・市町村・地域の関係者で開催
- ・積み上げた地域課題等を地域づくり・資源開発、政策形成（介護保険事業計画）に反映
- ・構成メンバー：自治体職員、包括支援センター職員、ケアマネージャ、医療関係者、介護サービス関係者、警察署、消防署、社協、民生委員、住民組織など～検討テーマによる

- ・有効な課題解決方法の確立と普遍化
- ・関係機関の役割分担
- ・社会資源の調整
- ・新たな資源開発の検討、地域づくり

○現在の状況

- ・各介護事業所の困難事例があった場合に、包括支援センターに随時相談・報告
- ・26年度より地域ケア個別会議を試行実施（3回開催）
- ・地域ケア会議研修会の開催（進め方の研修、市民向け研修など4回予定）
- ・困難事例の把握、会議の継続開催、開催目的（個別事例の解決、地域課題の発見・解決の方向性など）が課題。

※埼玉県和光市～地域ケア会議で高齢者個別の支援サービスを検討。そのために必要な施設整備など地域課題を明確にして事業計画を策定し個別支援を実施。さらにその結果を踏まえ、最も効果的なサービスの在り方や改善点を明確化している。

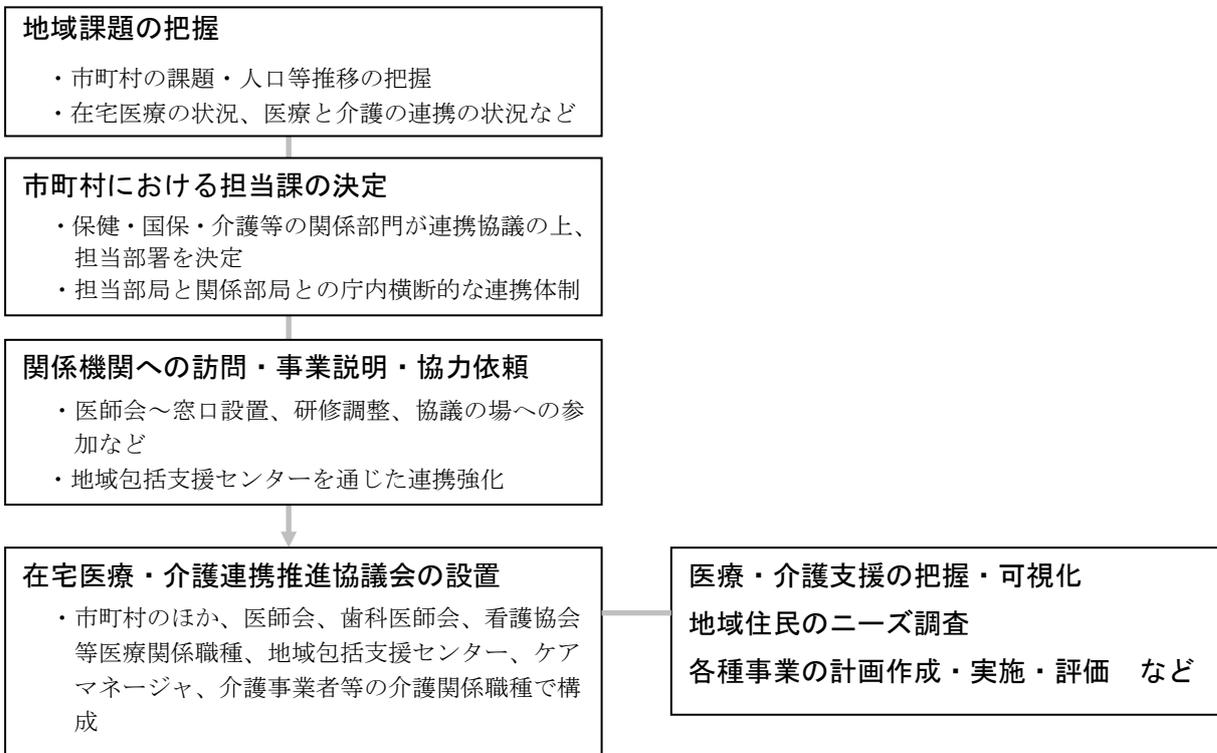
○医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等で提供される訪問診療等の在宅医療の提供が不可欠。在宅医療の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種等多くの職種に、介護関係職種を加えた多職種による地域包括ケアシステムのための協働・連携の体制を整えることが必要。

○在宅医療・介護連携推進事業は、適切に事業を実施できる事業者（郡市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む））に委託可能。

○示された 8 項目の詳細な事業内容や委託に係る手続き等の詳細は、今後情報提供予定。

- ①地域の医療・介護サービス資源の把握
- ②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- ③在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- ④在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
- ⑤在宅医療・介護関係者の研修
- ⑥24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- ⑦地域住民への普及啓発
- ⑧二次医療圏内・関係市区町村の連携

○進め方（例）



○現在の状況

①地域の医療・福祉資源の把握

- ・平成 26 年度において、事業所ネットワーク会議を活用し、医療・介護の不足資源の可視化、医療・介護へのアクセスを容易にするための方策を検討。

②医療・介護連携の対応の協議

- ・滝川保健所主催で「中空知保健医療福祉圏域連携推進会議・在宅医療領域専門部会」を開催

③④医療・介護の情報共有

- ・事業所ネットワーク会議を年 6 回開催。「滝川市立病院」「若葉台病院」のほか、平成 26 年度から「佐藤病院」「中央病院」「神部ペインクリニック」「滝川脳神経外科病院」相談員も参加。
- ・退院後、在宅サービスが必要な方には「退院調整会議」を随時実施（市立病院地域医療室職員・MSW・相談員、居宅介護支援事業所、包括センター、関係介護サービス事業所）

⑤医療・介護関係者の研修

- ・平成 25 年度滝川市立病院院内研修で在宅医療研修会を実施のほか、事業所ネットワーク会議で年 2 回研修会を開催している。

⑥24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制

- ・現状は訪問看護ステーションの緊急時対応、「おおい内科」「文屋医院」「えべおつファミリークリニック」医師の緊急時対応のみ。電話による 24 時間対応している居宅介護支援事業所もある。

5 「認知症施策の推進」への対応

平成 30 年 4 月から実施

○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ることができるように、既に認知症になった人へのケアだけではなく、早期の段階から適切な診断と対応など、地域で総合的・継続的な支援体制の確立を目指すもの。

○次の事業が位置づけられる見込み

(1) 認知症ケアパスの作成

- ①認知症の人の生活機能障がい¹の進行にあわせ、いつ、どこで、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、具体的な機関名やケア内容等をあらかじめ認知症の人とその家族に提示するもの。

②策定手順例

- 1) 地域に住む高齢者の状態像（生活機能障がい）と社会資源の種類、利用状況の把握をする。
- 2) 「認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート」「認知症の人を支える社会資源の整備シート」を用いて、社会資源ごと利用者数や推計を踏まえ、認知症の人の生活機能障がいごとの必要な支援等の状況を確認し、社会資源の機能の拡充や統合等について検討する。
- 3) 気づきシート、社会資源シートを基に、地域における「標準的な認知症ケアパス」を作成する。

(2) 認知症初期集中支援推進事業

- ① 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」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。
- ② 支援チームの概要
 - ア 実施主体は市町村。地域包括支援センター、認知症疾患医療センターに委託可能。
 - イ 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
 - ウ チーム員は、「認知症初期集中支援チーム員」試験に合格した、保健師など専門職2名以上と認知症サポート医である医師1名の3名以上
 - エ 初回訪問後、専門医を含めたチーム員会議を開催し、観察・評価内容の総合的確認、支援内容等の検討を行う。
 - オ 対象者が医療や介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間、概ね最長で6ヶ月の初期集中支援を行う。
 - カ 認知症初期集中支援チーム検討委員会を設置し、情報の共有、関係機関・団体の合意を得るよう努める。

(3) 認知症地域支援推進員等設置事業

- ① 医療と介護の連携を図るための支援、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、認知症地域支援推進員を配置。
- ② 認知症地域支援推進員の概要
 - ア 実施主体は市町村。市町村が適当と認める者に委託可能。
 - イ 「認知症地域支援推進員研修」を受講した、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、保健師等を1名以上配置
 - ウ 認知症の人を支援する関係者の連携を図るための事業、認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための事業を実施する。

(4) 認知症ケア向上推進事業

- ① 「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図るため、対応困難な事例に関するアドバイス、家族や地域住民が認知症に関する知識を習得・情報交換する場の提供など、認知症ケア向上を推進する。
- ② 推進事業の概要
 - ア 実施主体は市町村。市町村が適当と認める者に委託可能。
 - イ 次のいずれかの事業を実施
 - 1) 病院・介護保険施設などの職員の認知症対応力を高めるための支援
 - 2) 地域密着型サービス事業所などに相談員を配置し、在宅の認知症の人やその家族に対して専門的な相談支援等を行う取組
 - 3) 「認知症カフェ」の開設など認知症の人の家族に対する支援
 - 4) 認知症ケアに携わる多職種協働研修の実施

(5) 認知症サポーターの養成（？）

(6) 市民後見人の育成、支援組織の体制整備（？）

(7) 若年性認知症施策の実施（？）

○現在の状況

①認知症初期集中支援チームの設置

- ・未実施であるが、認知症サポート医養成研修に滝川市立病院医師の出席決定。

②認知症サポーターの養成

- ・認知症サポーター養成講座を実施。平成 18 年度から 1210 名のサポーターを養成

③市民後見人の育成・支援組織の体制整備

- ・平成 26 年度市民後見人養成講座実施

6 「生活支援サービスの体制整備」への対応

平成 30 年 4 月から実施

○生活支援や介護予防サービスの充実に向けて、「生活支援コーディネーター」や「協議体」の設置等を通じて、市町村が中心となって、多様な主体による多様なサービスが創出されるよう基盤づくりを積極的に進める。

○協議体の設置について

(1) 設置目的 多様な主体の参画による生活支援・介護予防サービスの創出に向けて、市町村が主体となり、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として設置し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する。

(2) 進め方

①生活支援サービス充実に関する研究会の立ち上げ（26 年度中が望ましい）

- ・メンバー：市町村、地域包括支援センター、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター等
- ・ニーズと地域資源の把握

②協議体の設置

- ・主な団体・機関のリストアップと参画を求める。
- ・地域課題に対する取組の具体的協力依頼
- ・他団体の参加依頼

③協議体の活動開始

- ・初期は情報収集等から開始
- ・開発が必要なサービスの議論

④コーディネーターの選出

⑤コーディネーターと協議体の連携による生活支援の担い手の養成やサービスの開発

○現在の状況

(1) 地域資源の状況

① 滝川市・滝川市社会福祉協議会

- ・ 配食サービス～社会福祉協議会へ委託⇒3業者へ委託
- ・ 友愛訪問サービス～社会福祉協議会へ委託⇒1業者へ委託
- ・ 福祉除雪サービス～社会福祉協議会へ委託⇒4業者へ委託
- ・ 緊急通報サービス
- ・ 高齢者見守り安心ネットワーク～各種民間団体との連携
- ・ 高齢者見守り支援センター～社会福祉協議会へ委託

② ボランティアセンター

- ・ 169個人・79団体登録。実際の活動は、個人10人、団体22団体がボランティア連絡協議会に参加され、おおよそ200人程度
- ・ 個人ボランティアは、傾聴、病院面会介助、オセロの相手、ふれあい電話など。バス賃のみ支給で無報酬

③ シルバー人材センター

- ・ 会員数315人（公益法人後会員数減少傾向）
- ・ 群別登録会員数 技術群50人、技能群45人、事務整理群26人、管理群52人、折衝外交群6人、一般作業群125人、サービス群11人。※家事援助サービスはサービス群

④ その他市内の状況

自費ヘルパー（社協生活あんしんサポートセンター、土筆、のぞみ、滝の川東地区連合町内会ライフサポート、のどか、ジャパンケア、シルバー人材センター、井上便利商会、ライフサポート、買援隊、ぽっけ）

7 介護給付サービス、予防給付サービスの在り方

○国の方向性

- ・ 2025年度の「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、在宅サービス、施設サービスを地域の特徴を踏まえて中長期的な視点をもって充実
- ・ 75歳以上高齢者、認知症高齢者など医療と介護の両方を必要とする人の増加に対応し、在宅生活の限界点を高めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス及び小規模多機能型居宅介護などの普及が重要。

8 高齢者の居住安定

○国の方向性

- ・ 高齢者向け住まいが、地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保する。（有料老人ホーム等の整備動向の把握、養護老人ホームや軽費老人ホームの活用、空き家活用など低所得高齢者向けの住まい対策等の検討）

○現状

(民間住宅・施設状況)

サービス種別	事業所名	定員	概要
認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	グループホームコスモス	18	認知症の高齢者が共同で生活できる住居で、食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を受けることができる。
	グループホームカルミア	18	
	グループホームともだちの家	18	
	グループホーム土筆	18	
	ニチイケアセンター滝川	18	
	グループホームくらす	9	
	ニチイケアセンターせせらぎ公園	9	
介護付 有料老人ホーム	フルールハピネスたきかわ	56	食事、入浴、排泄、洗濯、掃除等の家事、健康管理のいずれかのサービスを提供している施設で、施設内で介護サービスも受けることができる。
	介護付有料老人ホームあおぞら	54	
サービス付き 高齢者向け住宅	カーサシーザーズ	39	高齢者に配慮したナースコールやバリアフリーを施した住宅。食事は自炊も可能。内部の介護サービスの利用も可能。
	カーサシーザーズ2号館	29	
	土筆	37	
	ゆい	81	
	エバーサポート山一	20	
養護老人ホーム	養護老人ホーム	50	65歳以上で、環境上及び経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難となった方で、入院加療を必要しない方を対象。
軽費老人ホーム	軽費老人ホーム緑寿園	50	60歳以上の自炊ができない程度の身体機能の低下があり、一人暮らしに不安があって家族からの援助を受けることが困難な方が対象。
	ケアハウスメゾンふるーる	50	
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム緑寿園	200	常に介護が必要で、家庭での生活が困難な方が入所する施設で、食事や排泄など日常生活上の介護や身の回りの世話を受けることができる。

介護老人保健施設	老人保健施設ナイスケアすすかけ	100	病状が安定し、病院から退院した方などが在宅生活に復帰できるよう、リハビリテーションを中心とする医療ケアと介護を受けることができる。
介護療養型医療施設	医療法人若葉台病院	114	長期間にわたって日常的に医療ケアを必要とする方や慢性期のリハビリテーション、介護を必要とする方が入院する施設。
高齢者向け住宅	北のユートピア寿泉	36	高齢者に配慮したナースコールやバリアフリー対応。
	さくら館	12	共同住宅で、高齢者以外の方も入居可能。
	グループハウスあたたか館	13	高齢者・障がい者向け共同住宅
	西町ふれ愛ホーム	9	高齢者向け住宅