

県基本指針(案)の主な内容

※追記部分を中心に記載

●地域包括ケアシステムの更なる深化・推進(地域共生社会の実現) ……P2～3、P5～6

社会福祉法改正に伴い、「重層的支援体制整備事業」が創設されたことを踏まえ、包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要であり、その体制作りについて計画に記載するよう努めること。

●認知症施策の推進 ……P3、P14～17

認知症施策推進大綱や県施策を踏まえ、「予防」と「共生」の観点から市町としての方向性・目標(ビジョン)と現状及び課題を明確にし、具体的な取り組みの予定を記載すること。

●介護サービスの充実強化、在宅サービスの整備促進 ……P4、P6～7

- ・2025年までに地域包括ケアシステムを段階的に構築するとともに、2040年を見据えた介護サービス基盤を計画的に整備すること。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護は、在宅サービスの中核的役割を担うことから、積極的に計画への位置付け・整備に努めること。

●地域支援事業による地域づくり等 ……P8～14

- ・目指すべき地域づくりのビジョン及びその実現のための地域支援事業の取組を計画に位置づけること
- ・「通いの場」など住民の主體的な取組を中心として、医療・介護・福祉の専門職や、NPO・民間企業など多様な担い手の参画と連携を進め、地域全体での介護予防・生活支援体制を構築すること
- ・地域包括支援センターの業務量・内容に見合う人員体制の確保・機能強化を図ること
- ・多職種連携による在宅医療・介護連携の取組の充実、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の計画的な取組を図ること。

●介護人材の確保・資質向上、介護業務の効率化・質の向上 ……P18

- ・市町は、保険者として地域で取組を進める立場から、2025年・2040年を見据え、県施策を活用等しつつ、介護人材の確保に向けた取組を推進し、具体的な取組を計画に盛り込むこと。
- ・業務の効率化等の観点からは、介護現場におけるロボット・ICT機器等の活用を進め、介護分野の文書に係る負担軽減を図ること。

●災害及び感染症に対する備え ……P20

- ・介護事業所等の災害に関する具体的計画の定期的な確認等を行うこと。また、各市町の防災部局と福祉部局で連携して適切な福祉避難所の運営を図るとともに、避難所での高齢者の状態悪化に備えた対応を図ること。
- ・介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員への感染症に対する研修の充実等を図ること。

市町介護保険事業計画策定に係る県基本指針（案）

介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項及び第118条第1項に基づき、第8期（令和3年度から令和5年度まで）の市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画を定めるため、国から「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の全部を改正する件（案）」（以下「国基本指針」という。）が提示された。

本県及び各市町の計画は国基本指針に即して策定することとなるが、今般、各市町において、第8期市町介護保険事業計画（以下「第8期計画」という。）の検討・策定・実施を進める上で特に留意いただきたい事項を県基本指針として下記のとおり定めたので、これも十分に踏まえて、第8期計画を検討・策定するとともに、第8期計画期間中の事業や取組の指標・参考とされたい。

また、国基本指針及び県基本指針に定めている事項については、その進捗状況、事業又は取組の内容等を第8期計画期間中に照会することがあるので、十分配意されたい。

なお、介護保険事業計画は老人福祉計画と一体のものとして策定するものとされていることにも留意願いたい。

記

1 県計画の基本的な考え方

県の次期計画については、第7期計画の基本的な考え方を継続しつつ、

- (1) 意欲と能力のある高齢者が、年齢にかかわらず活躍し続けることができる社会の実現
- (2) 元気なときも病気や要介護となったときも、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるよう、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、介護職員、地域包括支援センター職員等の多職種が互いに連携して、日常的な支え合い活動とも協働しながら、サービス、ケア、支援等を実施すること
- (3) 高齢者、障害者、児童、生活困窮者等を含む地域のあらゆる住民が自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる社会（地域共生社会）を構築すること

などの視点も加え、

①地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

②地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上

③介護保険制度運営の適正化

を重要な柱と位置づけ、その推進方策について定める。

あわせて、各市町、圏域及び全県において、2025年、2040年を見据えた中長期的な施設サービス及び在宅サービスの必要量等を勘案しつつ、必要な介護サービスの提供基盤や介護予防・生活支援の取組の実施体制等が整備されるよう、①広域的な基盤整備、②先進的な取り組みの収集又は実施及び情報提供、③市町の地域課題の把握の支援や市町職員等に対する研修の実施、④県下の関係職能団体との調整など、保険者機能強化推進交付金等を活用しながら、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進等に取り組む市町を支援するとともに、市町間の連携が図れるよう県の取り組みを記載することとする。

【参考：第8期介護保険事業支援計画における県の目標】

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援が地域単位で提供される仕組みの更なる深化・推進（2025年、2040年を見据えたサービス基盤の整備）（システム）
- ② 高齢者の自己決定を尊重し、その持てる能力を発揮しながら生活を継続できる支援の実施（自立）
- ③ 医療や介護サービス及び地域住民・自治会・NPO等が互いに連携しながら提供するサービス、ケアの充実・推進（連携）
- ④ 高齢者をはじめとする地域住民が安心して、生きがいをもって暮らせる地域共生社会の実現に向けた取組の推進（安心）

2 市町計画の基本的な考え方

各市町は、「1 県計画の基本的な考え方」を踏まえ、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を目指して、給付と負担のバランスにも配慮しつつ、先ず日常生活圏域ごとのニーズを十分に把握した上で、以下の点を重点項目として具体化し、市町の計画を定められたい。

また、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」がつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく地域共生社会の実現に向けて、社会福祉法（昭和26年法律第45号）が改正され、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、包括的な支援体制を整備することが市町の努力義務とされたところである。

この改正により、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するため、介護（地域支援事業）、障害（地域生活支援事業）、子ども（利用者支援事業）、困窮（生活困窮者自立支援事業）の相談支援に係る事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める「相談支援」、介護、障害、子ども、困窮等各分野で行われている既存の社会参加に向けた支援では対応できないニーズに対応するため、地域の社会資源などを活用して社会とのつながり作りに向けた支援を行う「参加支援」及び介護（一般介護予防事業、生活支援体制整備事業）、障害（地域活動支援センター）、子ども（地域子育て支援拠点事業）、困窮（生活困窮者のための共助の基盤づくり事業）の地域づくりに係る事業を一体として実施、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する「重層的支援体制整備事業」が、市町が社会福祉法に基づき実施できる事業として創設されたことを踏まえ、今後は包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要である。

(1) 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

地域包括ケアシステムを深化・推進するため、高齢者ができる限り希望に沿った日常生活・社会生活を送ることができるよう、地域の目指すべき方向性・目標（ビジョン）に沿って、施設サービス及び在宅サービスや地域支援事業による介護予防・生活支援の基盤整備などを推進すること。

また、高齢者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に向けて、国基本指針の「第二の二4(一)」に記載の内容を踏まえ、地域の実情に応じて多様な取組を構想し、その取組内容及び目標に関する事項を計画に記載すること。加えて、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止や地域共生社会の実現に資するよう、施設サービス及び在宅サービスの提供やケアマネジメントの実施に関する体制整備、人材育成等を推進すること。

特に、在宅医療・介護連携推進事業等の包括的支援事業及び介護予防・日常生活支援総合事業については、事業の実施そのものが目的ではなく、現在及び将来の住民のための「まちづくり」の手段として捉えるべきものであることから、第8期計画期間中も年々着実に取組を深化させるよう、関係者が連携して現状の評価・検討と事業の見直しを行うこと。

なお、地域共生社会は、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参画し、世代や分野を超えてつながることで、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実現を目指すもので、地域包括ケアシステムを包含する概念である。身近な地域で、例えば、介護と育児に同時に直面するダブルケアなど地域住民の複雑化、複合化したニーズに対応するため、社会福祉法の改正により創設された相談支援・参加支援・地域づくりに向けた支援を一体的に行う重層的支援体制整備事業なども踏まえてその体制作りについて、計画に記載するよう努めること。

(2) 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱を踏まえ、各市町において「予防」と「共生」の観点から各市町の目指すべき方向性・目標（ビジョン）と、現状及び課題を明確にすること。

「予防」は「認知症にならないこと」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

予防に関するエビデンスの確立は今後の課題ではあるものの、生活習慣病予防、社会的孤立の解消、役割の保持等が認知症の発症を遅らせる可能性について示唆されており、住民一人ひとりが正しい理解に基づいて予防を含め認知症への「備え」について主体的に取り組めるよう意識の高揚を図ることが必要である。

また「共生」については各市町において「住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会」を構築するために、保健・医療・介護・福祉等多職種による支援ネットワークの更なる充実は必須である。

加えて、認知症の人や家族等当事者の意見を重視し、幅広く地域住民に認知症に対する正しい理解を浸透させるとともに、「我が事」として、住民自らが何らかの形で地域づくりに参画し、地域コミュニティの中で相互に支え合う文化の醸成が望まれる。

そのためには、認知症の本人、家族等の介護者自らの思いを発信する機会の確保とそれを受け止めて施策に取り入れる展開も必要であり、更に進む高齢化とともに増加する認知症の人とその家族等を支える対策を、既存の取組を生かしつつ、教育、地域づくり、雇用等関係部局とも連携し、住民の力も合わせて総合的に推進を図ること。

(3) 現状分析及び計画の達成状況の評価等

市町は、それぞれの地域の実態把握（例：①人口の把握・推計、②各種調査の実施、③地域包括ケア「見える化」システム等を活用して認定率や受給率及び一人当たりの給付費の把握など）や課題分析を関係者等と意見交換・連携しつつ行った上で、取り組むべき施策及びその目標を第8期計画に記載すること。あわせて、第8期計画に定める介護保険サービスの整備状況等を定期的に把握し、計画達成のために必要な進捗管理を適宜行い、達成状況の評価結果について公表するよう努めること。

(4) 第1号被保険者保険料の設定

令和7（2025）年度、令和22（2040）年度に向けて、今後、介護サービスを、給付と負担のバランス、在宅サービスと施設サービスのバランスを取りつつ、どのように充実させていくか、地域の実情や特徴、中長期的な地域の目指すべき方向性・目標（ビジョン）等を踏まえて検討を行い、令和7年度における保険料を推計すること。その上で、第8期計画期間中の適正な保険料を設定すること。

(5) 保健医療計画をはじめとする他計画との調和等

県計画は、保健医療計画、地域福祉支援計画、障害福祉計画、健康づくり推進実施計画、医療費適正化計画、高齢者居住安定確保計画、住生活基本計画、地域防災計画、
新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画等との整合を図った計画とするが、市町計画にあっても、市町の同様の計画との整合を図った計画とすること。

また、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進のためには、まちづくり、地域づくりのための幅広い視点と関係施策の連動が不可欠であることから、各計画を総合的に推進し、計画の進捗状況も検討・評価できる関係部局・課横断の体制を確保すること。特に、総合計画や地方創生戦略等を所管している企画・総務部局、高齢者の移動手段の確保等を所管している交通部局との連携も図るとともに、連携先として計画に記載すること。

なお、75歳以上高齢者の増加が見込まれる中では在宅医療・介護の連携がきわめて重要となることから、県の保健医療計画との整合性の確保を図るために県や市町の医療・介護担当課等の関係課と十分連携すること。

3 計画策定において考慮すべきこと

(1) 介護サービスの充実強化

2040年には、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれる。一方、保険者ごとの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もあるが、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者も多く、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備が重要である。このため、各市町の介護需要の大きな傾向を把握しながら、2025年までに地域包括ケアシステムを段階的に構築するとともに、2040年を見据え介護サービス基盤を計画的に整備することとし、第7期の達成状況の検証を踏まえた上で、第8期の位置付け及び第8期期間中に目指すべき姿を具体的に明らかにしながら目標を設定し取組を進めること。

各市町は、地域包括ケア「見える化」システムの自然体推計を基本に、特別養護老人ホームの待機者の状況、地域医療構想における在宅医療等の新たなサービス必要量及び自立支援・重度化防止（介護予防）の取組の成果を勘案して、介護保険サービス量を推計の上、介護保険施設サービス、有料老人ホーム等の特定施設入居者生活介護サービス及び在宅介護サービスが、地域の実情に応じてバランス良く提供されるよう、第8期における整備計画を記載すること。また、介護サービス事業者は、高齢者の自己決定や「自分らしさ」を尊重しつつ、自立支援・重度化防止等に向けた取組を行うため、これまでのケアのあり方を積極的に見直す必要もある。このため、市町においては、介護支援専門員をはじめとするすべての介護サービス事業者を対象として、高齢者の自己決定等を尊重した自立支援・重度化防止等に資する研修会の開催等を行うことが望ましい。

なお、施策立案・運用の手法や各サービス提供施設の整備に関する考え方を以下に示すので、十分に検討の上、市町計画を策定すること。

① 施策立案・運用の手法（PDCAサイクルの推進）

ア 地域の実態把握、課題分析

データに基づく課題分析等を行う際には、国から配布された『地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き』を参考に、積極的に地域包括ケア「見える化」システムを活用して、①認定率、②受給率及び③一人当たりの給付

費等を分析し、課題を把握すること。その際、『地域分析・検討結果記入シート』を使用し、効率的・効果的な地域分析を行うこと。

また、地域支援事業の企画・実施、地域ケア会議等の個別事例検討等を通じて抽出した地域の課題や、地域包括支援センター又は地域の医療・介護専門職と意見交換して得た課題などを分析し、地域のニーズ等の把握に努めること。

イ 地域における共通の目標設定

地域の目指すべき方向性・目標（ビジョン）を明確にし、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められている。このため、地域の実態把握、課題分析を踏まえ、地域において目指すべき共通の方向性・目標（ビジョン）を設定し、関係者間で共有すること。

ウ 取組の推進及び達成状況に関する調査、分析

目標の達成に向けた具体的な計画を作成し、この計画に基づき、地域の様々な取組を推進して、これら様々な取組の実績を評価した上で、計画について必要な見直し（PDCA）の取組を繰り返し行い、保険者機能を強化していくよう努めること。

エ 地域ケア会議における課題の検討等

(ア) 地域ケア会議における個別事例の検討において行う課題分析やケアマネジメント支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、地域に不足する資源の開発や有効な支援策の普遍化等について検討すること。

(イ) 生活支援コーディネーター及び協議体、就労的活動支援コーディネーターが把握している高齢者の生活支援等のニーズや各種調査等の結果を照らし合わせながら、市町介護保険事業計画へ反映させていくことなどにより、具体的な行政施策につなげていくことが望ましい。

オ データの利活用

地域の現状や課題を科学的に分析し、施策を立案するためにはデータの利活用の推進が重要である。

計画作成時における介護給付等対象サービスごとの量、介護給付等対象サービスの利用の状況等を適切に定めるため、介護保険事業状況報告、地域包括ケア「見える化」システムをはじめとする各種調査報告や分析システムを活用することにより、介護保険事業の実態等を県外も含めた他の市町村と比較しつつ分析を行い、それぞれの地域における保険給付等の動向やその特徴の把握に努めること。

また、介護レセプトや要介護認定情報のデータ等を分析した上で、その結果を勘案して計画を作成するよう努めること。その際、各市町において、個人情報の取扱いにも配慮しつつ関連データの活用促進を図るために環境整備を進めていくこと。

② 地域共生社会の実現

社会福祉法の改正において、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するた

め、介護（地域支援事業）、障害（地域生活支援事業）、子ども（利用者支援事業）、困窮（生活困窮者自立支援事業）の相談支援に係る事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める「相談支援」、介護、障害、子ども、困窮等各分野で行われている既存の社会参加に向けた支援では対応できないニーズに対応するため、地域の社会資源などを活用して社会とのつながり作りに向けた支援を行う「参加支援」及び介護（一般介護予防事業、生活支援体制整備事業）、障害（地域活動支援センター）、子ども（地域子育て支援拠点事業）、困窮（生活困窮者のための共助の基盤づくり事業）の地域づくりに係る事業を一体として実施、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する重層的支援体制整備事業が市町が社会福祉法に基づき実施できる事業として創設された。重層的支援体制整備事業を実施する場合には、重層的支援体制整備事業実施計画（社会福祉法第106条の5第1項に規定する重層的支援体制整備事業実施計画をいう。）との整合性にも留意するとともに、地域支援事業の量の見込みについては、重層的支援体制整備事業における介護に係る事業分を含めて見込むこと。

③ 「介護離職ゼロ」を目指した介護サービス基盤の整備

国は、「介護離職ゼロ」の実現に向けて介護サービス基盤の整備を進めることを踏まえつつ、令和7（2025）年さらには令和22（2040）年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要を踏まえることとしている。中長期的な視野に立って、地域密着型サービスも含めて介護需要の見込に合わせた過不足ないサービス基盤の整備ができるように努めること。

④ 在宅でのサービスの整備促進

在宅要介護者を支援する次のサービスについて、積極的な導入を検討すること。また、介護サービス事業者へは、医療専門職団体の相談拠点を周知するなど、在宅医療を提供する医療専門職と介護サービス事業者が十分連携できるよう配慮すること。

なお、身近な市町で提供されることが適当なサービス類型として地域密着型サービスが設けられているが、計画どおりに整備が進んでないサービスについては、その課題等を分析し、地域の実情に応じた適切な整備促進を図ること。

ア 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

高齢者（特に認知症高齢者）の希望等に応じ、在宅サービスの中心となる「通い」、「訪問」、「泊まり」の各サービスを総合的に受けることができるため、日常生活圏域に1つ以上を目安に整備を進めること。

また、小規模多機能型居宅介護に訪問看護サービスを組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護について、今後、医療ニーズの高い中重度者が一層増加すると見込まれることを考慮すると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護とともに在宅サービスの中核的な役割を担うことから、ニーズを踏まえた必要量を計画に盛り込むこと。

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度の要介護者は、排泄介助や食事介助など、日常生活の中で繰り返し介護が必要な状態になりやすいが、訪問介護サービスは、頻回な身体介護ニーズに対応しにくいいため、介護ニーズが増加すると在宅生活が限界点を超え、施設入所へ向かわざるを得ないことがある。

このため、高齢者が住み慣れた地域でできるだけ長く生活を継続できるようにするためには、「24時間365日」にわたって安心できる在宅生活を支えるサービスの充実が重要である。

とりわけ、重度の要介護者、単身又は夫婦のみの高齢者世帯及び認知症の人の増加、働きながら要介護者等を在宅で介護している家族等の就労継続や負担軽減の必要性等を踏まえ、訪問介護と訪問看護を一体的に（又は連携しながら）高齢者の日常生活全般を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、在宅での生活を希望する高齢者のニーズや特別養護老人ホームの入所対象外の要介護1・2の人のサービスの受け皿としても重要であることから、潜在ニーズも勘案して積極的に計画に盛り込むこと。

特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護については、今後の医療ニーズの増加を見据えると、中重度者への対応サービスの中核的な役割を担うことから、単に利用者の表面的な意向を確認するだけではなく、上記を踏まえ、利用者の潜在的なニーズも把握し、在宅サービスの中核拠点となるように必要量を算出し、積極的に計画への位置付け・整備に努めること。

また、サービス自体の周知が住民や事業者十分に図られていないとの指摘があることから、住民や介護支援専門員、医療従事者、介護サービス事業者への普及啓発に取り組むこと。

⑤ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設）の整備

□在宅生活の継続を望む要介護高齢者やその家族への対応強化

□施設サービスと在宅サービスのバランスの取れた基盤整備

の観点から、令和7（2025）年度・令和22（2040）年度における介護老人福祉施設の推計必要量を踏まえ、サービス需要の成熟化を見据えながら施設サービスから在宅サービスに移行できるよう、特定施設入居者生活介護、あるいは24時間の定期巡回・随時対応型サービス、（看護）小規模多機能型居宅介護支援など、在宅サービスの積極的な拡充に努めること。

なお、その前提となる令和7年度・令和22年度の推計必要量については、地域包括ケア「見える化」システムの自然体推計を基本に、特別養護老人ホームの待機者の状況、地域医療構想における在宅医療等の新たなサービス必要量及び自立支援・重度化防止（介護予防）による要介護認定者数の減少を勘案して、推計すること。推計した令和7年度・令和22年度の利用者数（見込み）を基礎として、都市部や中山間地域等、地域の実情を考慮し第8期の期間中における利用者数を定めること。

⑥ 介護医療院転換への対応

介護医療院は、長期にわたる療養が必要となる方に対して「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設として地域の要介護者の医療ニーズを支える中核的な役割が期待される施設類型である。介護療養型医療施設は令和5（2023）年度末で廃止となるが、同施設か

ら介護医療院への転換等に当たっては、こうした介護医療院の機能や地域での役割等を十分に踏まえた上で、的確に必要なサービス量を見込みつつ、施設の意向等を把握し、意思決定を支援する等円滑な転換等に取り組むこと。

⑦ **有料老人ホーム等への特定施設入居者生活介護の指定**

特定施設入居者生活介護の指定を受けたサービス付き高齢者向け住宅を含む有料老人ホーム等は中重度の要介護者も利用できることから、今後の後期高齢者の大幅な増加に対応するサービス基盤として、その拡大を積極的に図ること。その際、在宅医療の提供体制の確保・連携に十分配慮すること。

⑧ **特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数**

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が増加しており、多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるために、これらの入居定員総数を把握し、必要に応じて要介護者等の人数、利用状況等を勘案し、計画に記載するよう努めること。

(2) **高齢者が地域で自分らしく暮らすための仕組みづくり**

① **介護予防・生活支援の基盤整備の推進**

ア 市町として目指すべき地域づくりのビジョン及びその実現のための地域支援事業の取組を計画に位置づけること。市町域及び各日常生活圏域に、生活支援コーディネートと協議体を設置すること。あわせて、各地域の高齢者のニーズ、必要なサービス（支援）、既存の資源や活動、不足するサービス（支援）などを把握・分析し、社会福祉協議会、地域包括支援センター等の関係者と十分連携しながら、事業を実施すること。さらに、事業の効果を把握するための指標の設定及び評価手法を構築すること（平成18年6月9日付け老発0609001号老健局長通知「地域支援事業の実施について」（別紙）地域支援事業実施要綱別添5参照）。

また、事業実施にあたっては、地域の目指すべき方向性・目標（ビジョン）や地域包括ケアシステムの趣旨・目的を踏まえた出前教室の開催等住民への普及啓発・意識の向上を十分に図るとともに、ボランティアやサポーターの養成、住民による事業立ち上げや住民活動の拠点づくりの支援、関係団体や民間企業への協力の呼びかけを行うこと。

なお、総合事業のサービス（支援）の実施内容及びその実施方法（事業者指定、委託、補助、市町の直接実施）、基準、単価、利用者負担などについては、市町として目指すべき地域の方向性・目標（ビジョン）や地域の現状を踏まえ、中長期的な視点で計画性をもって実施するとともに、必要な見直しを適時に行うこと。

イ 地域で必要とされる介護予防・生活支援の基盤整備の検討にあたっては、日常生活圏域や地域包括支援センターの管轄地域に関わらず、自治会・町内会から小学校区域までの小地域を単位として検討すること。

その際、市町の「地域福祉計画」や社会福祉協議会の「地域福祉推進計画」における小地域福祉活動地域等と一致させるよう努めること。

ウ 住民自らが主体的に介護予防に取り組めるよう、地域における普及啓発の推進、ボランティア組織の育成支援に努めること。さらに、高齢者同士が支え合えるよう、保健、福祉、生涯学習の担当部署や地域包括支援センター、市町社会福祉協議会、地域の関係団体等との連携を図り、高齢者の主体的な活動への参加を促進する取組を行うこと。

担い手の確保・育成については、人材確保のためのポイント制度や有償ボランティア等を活用したり、就労的活動の普及促進に向けた支援を強化するなど、元気高齢者をはじめとする意欲ある住民が社会で役割を持って活躍できるよう環境を整備すること。

高齢者をはじめとする意欲のある方々が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めること。

エ 「通いの場」等における自立支援、介護予防・重度化防止の取組については、住民主体を基本としつつ、地域における保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与も得ながら、従来の介護保険の担当部局の取組にとどまらず、企業を含む多様な関係者や事業等と連携し、充実を図ること。こうした取組をより効果的・効率的に行うために、PDCAサイクルに沿って推進すること。

その際には、地域支援事業の他の事業（介護予防・自立支援のための地域ケア会議、短期集中予防サービス（サービスC）、生活支援体制整備事業）との連携を進めていくことが重要である。

オ また、これらの取組が効果的・効率的なものとなるよう、令和2年の法改正も踏まえた地域支援事業等に関するデータやアウトカム指標含む評価指標を活用するとともに、好事例について横展開を図りながら、PDCAサイクルに沿って取組を進めること。

カ 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による改正後の介護保険法等に基づき、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、また、高齢者のフレイル状態を把握した上で、適切な医療サービス等につなげることによって、疾病予防・重症化予防の促進を目指すこと。

キ 地域リハビリテーションは、地域包括ケアシステムの構築かつ市町の一般介護予防事業の充実・強化のための取組である。郡市区医師会や必要に応じて県医師会と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解促進を図ること。また、要介護者等がその能力に応じ自立した日常生活を営むためには、要介護者等に対するリハビリテーションに係るサービスが計画的に提供されるよう取り組むこと。

ク 地域での重層的な見守り体制を構築すること。その際、民間事業者との見守り協定の締結や、社会福祉法人に地域貢献として実施を要請するなど、日常的な見守り体制の構築について検討するとともに、地域の見守り関係者が連携し、必要

に応じて情報共有できる仕組みを検討すること。

また、地域ニーズを踏まえた必要な見守り体制の構築もあわせて検討するとともに、必要に応じて、生活援助員（LSA）による見守り体制を構築する「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」を活用すること。

② 地域ケア会議の推進

市町は、既存の会議も活用しながら、「地域ケア会議」の開催目的（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）や5つの機能（①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能）が発揮されるよう、市町として目指すべき地域の実現に向けて、個別課題の検討から政策の形成までの取組の全体像の検討を行うこと。

特に「地域ケア個別会議」においては、ア）困難事例への対応方策、医療・介護連携や認知症施策など特定の課題に関する検討に加え、イ）主に軽度者を対象とし、生活行為の課題に対し状態改善・自立促進を通じてQOL向上を目指す介護予防の検討を重層的に実施し、「地域ケア会議」を通じた、地域包括ケアシステムの構築を進めることが重要である。

なお、市町は、医療・介護・福祉の専門職の参画と連携により、地域ケア会議が円滑かつ効果的に実施される環境を整えることが重要である。具体的には、介護支援専門員をはじめとする介護サービス事業者を対象にした自立支援・重度化防止等に資する観点からの研修等を計画的かつ網羅的に行うことが望ましい。

③ 地域包括支援センターの設置、適切な運営及び評価並びに体制の強化

ア 市町は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の地域的条件を総合的に勘案した日常生活圏域を定め、在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議の充実、認知症施策の推進等の役割を主体的に果たせるように地域包括支援センターを適切に設置し、その運営方針を示すこと。

また、基幹となるセンターや機能強化型センターを、市町直営又は委託する場合には市町（保険者）との緊密な連携のもと設けることが望ましく、併せて、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター等の人員配置にも配慮し、地域包括支援センター等の後方支援を行うなど効率的かつ効果的な地域包括支援センターの運営を目指すこと。

イ 住民の利便性の向上の観点から、地域包括支援センター、サブセンター又はランチのいずれかを日常生活圏域に配置するよう目指すとともにサブセンターやランチを置く場合は、地域包括支援センターとの役割分担や具体的な連携方策を文書等で明確にすること。

なお、日常生活圏域についてはおおむね中学校区とすることが望ましいが、例えば、地域の日常生活の諸活動に関する区域と中学校区が一致しない場合や、一の地域包括支援センターの人員を手厚くして集中的に業務を実施する方が効率的・効果的である場合などについては、地域の実情に応じた日常生活圏域の設定や必要な体制の整備を行うこと。

ウ 地域包括支援センターの業務量及び業務内容に見合った人員体制を確保するこ

と。また、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士の各職種について、「準ずる者」を配置している場合には、それぞれ各職種の配置に取り組むこと。また、高齢者人口に応じた適切な配置を行うこと。3職種以外の専門職や事務職の配置も含め、必要な体制を検討し、その確保に取り組むこと。さらに、今後の高齢化の進展に伴って増加するニーズに対応する観点から、機能や体制の強化を図ること。

エ 市町は、包括的支援事業を委託する場合には、市町と受託者の役割分担を明確にした上で具体的な実施方針を明示し、その運営に対して適宜、適切な指導を行うこと。

また、市町は、地域包括支援センターが管轄する地域における「人口動態」、「福祉統計」、「保健統計」、「社会資源」等の基礎データを整理し、提供するとともに、地域包括支援センターと協議・連携の上、地域課題の解決に向けて主体的な役割を果たすこと。

オ 市町は、地域包括支援センターに事業の自己評価と、質の向上を図ることを義務づけるとともに、自ら地域包括支援センターの事業の実施状況の評価を義務づけることを通じて、地域包括支援センターに対する住民のニーズや業務の状況・量等を把握し、これを地域包括支援センター運営協議会等により、評価・点検すること。この過程により、各種施策や体制に反映できる仕組みとすること。

カ 市町は、地域包括支援センターに「地域ケア会議」を主催させる場合には、その目的、構成員、内容等について実施方針を明示するとともに、運営に主体的に関わること。また「地域ケア会議」の円滑な実施に向けた適切な財源確保に努めること。

キ 権利擁護センターや成年後見センター等の権利擁護に関する専門相談機関を設けていない市町においては、権利擁護業務を実施するために必要なセンターの設置について具体的な方針を計画に明記し、同センターを設置するよう努めること。地域包括支援センター等で対応する場合にあっては、権利擁護業務を実施するのに支障がない人員体制を置くよう努めること。

ク 虐待の防止、認知症施策の推進や困難事例の解決に向け、市町の総合的な相談体制の充実を図るために、市町関係課（地域福祉・介護保険・高齢者福祉・障害者福祉担当等）と地域包括支援センター等は連携と協働に努めながら、包括的な支援体制を構築すること。例えば、部局・課横断的な総合相談窓口や困難事例の支援検討会議の設置などの具体的な相談体制の構築を検討すること。特に、地域のつながり強化という観点から、地域包括支援センターが、居宅介護支援事業所や介護施設など、地域の既存の社会資源と効果的に連携して、地域における相談支援の機能を強化していくこと。また、業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、適正な介護予防ケアマネジメント費の設定等により、要支援者等に対する適切なケアマネジメントを実現する観点から、必要な外部委託を行いやすい環境整備を進めていくこと。

ケ 高齢障害者については、介護保険サービスを円滑に利用することができるよう、

遅くとも当事者が65歳に到達する半年前から、県が設置する圏域コーディネーター（相談支援専門員）と必要に応じて連携しつつ、具体的な相談を受け付ける体制とすること。また、介護支援専門員と障害者ケアマネジメントを行う相談支援専門員や障害者相談員（身体・知的・精神）等との十分な連携を図ること。

④ 介護に取り組む家族等への支援への充実

ア 介護等を担う家族等の介護離職の防止や介護の負担感の軽減などを図るため、地域の実態に合わせて、例えば、地域包括支援センターの月1回の土日開所や電話等による緊急相談対応の実施、企業や労働施策担当部門との連携などに向けて、市町による必要な財源措置を伴う相談支援体制強化に取り組むこと。

イ 認知症の人の家族等介護者への支援として、同様の経験をしている家族同士によるピアサポートの仕組みを推進するとともに、家族等の意見を取り入れながら認知症介護の方法等を学ぶ機会の提供等、心身両面での負担軽減を図る取組を進め、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進すること。

ウ 医療・介護等の関係者が連携した個別支援においては、認知症の症状進行を見通した上で、初期段階から、本人・家族と支援の方針共有しながら個人の状態に応じた支援を提供できるよう、支援者の資質向上とネットワークの強化を図ること。

⑤ 高齢者虐待の防止

高齢者虐待への迅速かつ適切な対応を図るため、相談・支援体制の充実、対応窓口（相談通報窓口）の周知、成年後見制度の利用促進、関係機関等との連携協力体制の構築などを推進すること。

また、例えば養護者による虐待では、養護者への支援・ケアによる再発防止、施設における虐待では、職員のストレスケアによる未然防止や公益通報による早期発見など、場面・態様に応じた適切な対応が必要である。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

- ① 75歳以上高齢者が一層増加し、介護と医療双方のニーズを併せ持つ高齢者が今後さらに増加することが見込まれることから、県においては在宅医療の提供体制の確保を推進する予定であり、市町においても必要な介護サービス等の支援の確保を図ること。その際、在宅医療と介護に関わる多職種の緊密な連携により、利用者からみて一体的にサービス・支援が提供されるよう、市町は、地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」を活用し、第8期計画期間中も引き続き具体的な取組を進めるとともに、地域の実情に応じ、PDCAサイクルに沿い目的を持ってその取組を更に充実させていくこと。あわせて、「認知症施策推進大綱」や看取り（アドバンス・ケア・プランニング（※）の考え方等を含む）に関する動向も踏まえること。
※人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

- ② 在宅医療の提供体制は、在宅医療圏域単位で整備されることから、県の支援のもと、在宅医療の実施に係る体制の整備を検討する一方で、患者が生活の場である日

常生活圏域単位で、在宅医療や訪問看護だけでなく、日常の療養や生活の支援を受けられるよう専門職等の人材の確保・養成を一体的に推進すること。

- ③ その際、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の各場面に分けし、関係者の連携を推進するための体制整備を図ること。場面毎に関係者間の役割分担を整理し、相互に共有すること等が考えられる。

- ④ 在宅医療・介護連携においては、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士など多様な医療専門職の知識、経験及び関与と相互の連携が必要である。切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制が構築できるよう、郡市区医師会等と十分協議の上、関係多職種の間に見える関係作りを進めながら事業を推進すること。

- ⑤ 居宅療養管理指導について、関係団体への周知を図るとともに、住民や介護サービス事業者に対し積極的な活用を普及啓発すること。その際、在宅医療・在宅介護の提供体制の確保・関係者間の連携に十分配慮すること。

(4) 高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的な実施

2024年度までに全ての市町において一体的な実施を展開できるよう、計画的に取り組むこと。

① 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制整備

介護・医療・健診情報等の活用を含め、関係課と連携し、地域課題の分析や取組の進め方の調整を行うこと。地域課題の分析に活用するデータは、KDBシステムのデータ（主に国保部門が所管）に加え、市町が有する介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のデータ（介護部門が所管）等があり、多部署に渡っている。これらのデータを一体的に分析するためにも、庁内各部局間の連携体制整備は重要である。

② 事業の企画・関係団体との連携

ア 高齢者保健事業を効果的かつ効率的に実施するに当たり、後期高齢者医療広域連合や地域の医療関係団体等との連携を図ること。また、事業企画段階から緊密に連携すること。なお、後期高齢者医療広域連合等との連携方策を含めた一体的実施の在り方について高齢者の医療の確保に関する法律第125条の2第1項に基づき、市町が定める基本的な方針と整合的なものとするとともに、具体的に定めること。

イ 事業に取り組むことにより、健康なまちづくりに向けた取組につなげていくことも期待されることから、取組を進めるに当たっては、高齢者が積極的に地域社会に参画できる機会を充実させることが重要である。このため、民間の取組、地域の集いの場等（自治会や老人クラブ等）地域の多様な社会資源を踏まえて取組を進めること。

③ 介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施

ア 市町には次の医療専門職を配置すること。

- ・事業全体の企画・調整等を担当する医療専門職
- ・高齢者への個別的支援等を行う地域を担当する医療専門職

イ 高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるよう後期高齢者の質問票を活用すること。

ウ 通いの場において医療専門職が関わる際、自主運営の状況に配慮するほか、住民の希望を尊重し、活動に寄り添う意識をもつこと。また、参加者全員を対象としたヘルスチェックや結果説明、相談事業等、ハイリスク者が特定されないような取組とするよう配慮し、元気高齢者を巻き込み、「兵庫県版フレイル予防・改善プログラム」等を活用したフレイル対策や認知症も視野に入れた取組を進めること。

エ 前期高齢者からの予防・健康づくりの情報・記録を後期高齢者保健事業の担当に適切に引き継ぐなど、国保保健事業と高齢者保健事業を接続して実施できるようにすること。

オ KDBシステム等を活用して事業の実績を整理しつつ事業の評価を行い、効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていくこと。

(5) 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱」や県施策を踏まえ、市町としての方向性・目標（ビジョン）を明確にし、具体的な取組の予定を記載すること。また、各年度における計画（事業内容、実施（配置）予定数、受講予定人数等）を定め、毎年度その進捗状況について評価すること。

① 認知症予防・早期発見の推進

予防は、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」意味として扱う。

ア 予防に関するエビデンスは今後の課題としながらも、現時点で認知症の危険因子と示唆されている生活習慣病、社会的孤立等を解消するために普及啓発を行い、住民が自ら正しい理解に基づいた健康行動をとれるよう健康意識の高揚を図ること。

イ 本人や家族等の身近な人が、認知機能の低下に早期に気づき、早期から支援につながるよう、郡市医師会の協力のもと、特定健診・後期高齢者健診の場を活用した認知症予防健診の体制整備や、認知症チェックシート等を活用し早期発見の取組を実施させること。

ウ 住民に対して認知症の症状や予防の必要性、かかりつけ医を持つことの意義、早期受診・早期対応等の重要性について理解を深めるよう普及啓発し、認知症が疑われる時には、身近なかかりつけ医や認知症相談医療機関へ早期に受診、または相談窓口を利用できるよう広く周知を図ること。

エ 軽度認知障害（MCI）と診断された人や、認知機能の低下がある人が孤立することなく切れ目のない支援が受けられるよう、認知症カフェ等を含む通いの場の充実や、本人・家族等へのフォーマル、インフォーマルを含めた個別支援の充実等、MCIの人へのフォローアップ体制を構築すること。

オ 認知症初期集中支援チームの活動について、具体的事例について、事例検討を

行う等早期介入における支援力向上を図ること。

また、個別事例への支援経過を振り返り、効果検証を行うとともに地域課題を明確にし、PDCAサイクルに基づいて初期集中支援チームの更なる充実を図ること。

このほか、市町として認知症初期集中支援チームや認知症相談センターの取組を支援するとともに、取組を評価し、市町として職員やチーム員の研修を企画する等、支援活動の評価や支援者の資質向上に努めること。

カ 住民に対して認知症に対する正しい理解を広める普及啓発活動、行動変容を促す各種教室（健康づくり、介護予防等）や高齢者の社会活動を広げるための、住民主体の運営によるサロン、認知症カフェ等の拡充、また民間企業と連携した健康づくり支援等の工夫等、関係部局とも連携したうえで、既存の取組を活かしつつ、地域の実情に応じた認知症予防のための取組を更に推進すること。

また、参加者の認知機能や身体機能の定期的な評価を行う等、住民の主体的な取組と専門職による評価の双方が連携して推進できるよう工夫すること。

② 認知症医療体制の充実

市町が実施する認知症の早期発見・早期対応の取組を促進するため、郡市医師会の協力のもと、認知症疾患医療センターとも連携し、かかりつけ医を中心とした医療機関、地域包括支援センター、健康福祉事務所（保健所）等と検討を行い、地域の実情に応じた医療介護連携のネットワークを更に充実させることで認知症の人や家族等の当事者が変化を感じて受診した後、切れ目なく支援を継続できる体制を強化すること。

③ 認知症地域支援ネットワークの強化

認知症の人ができることを生かして希望や生きがいをもって暮らす姿は、認知症と診断を受けた後にも安心して暮らせる地域社会につながる。認知症の人や家族の視点を重視することにより、地域共生社会を構築していく。

ア 認知症にかかる保健・医療・介護・福祉等の連携体制や地域支援ネットワークの目指すべき方向性と目標（ビジョン）、現状及び課題を明確にした上で、推進役である認知症地域支援推進員の適切な人員配置を行うこと。

イ 地域で暮らす当事者とともに普及・啓発活動に取り組み、認知症の人による発信を支援すること。本人ミーティングの推進により、認知症の人の希望やニーズを把握し、認知症施策の推進に反映するよう努めること。

ウ 地域住民等を中心に、認知症サポーター養成の更なる促進と活躍の仕組みを構築すること。

地域に点在する認知症サポーターをはじめとした、支え合いの担い手と認知症の人と家族等の当事者の支援ニーズをつなげる仕組み（チームオレンジ等）を2025年までに全市町で整備すること。

エ 保健・医療・介護・福祉等の多職種と地域住民が協働し、認知症の人を支える

取組やつながり支援を行うとともに、家族の負担軽減を図るため、認知症の人とその家族、地域住民が相互に情報を共有・支援を促進する場として、「認知症カフェ」の内容の拡充と普及を図ること。

オ 既存の「認知症ケアネット(国：認知症ケアパス)」を、若年性認知症を含む認知症の人及びその家族(認知症への不安を感じている人を含む)に対する、保健・医療・介護・福祉等のサービス(フォーマルサービス)や、地域住民の活動(インフォーマルサポート)も含む包括的な地域資源の情報を適宜更新し、住民に分かりやすく周知するとともに、適切な相談対応等に努めること。

なお、明らかになった地域資源の現状をもとに、不足する資源の新たな整備や、既存資源やネットワークの活用方法の見直し等に取り組むこと。

カ 認知症サポーターや自治会、民生委員、事業所、商店等(協力機関等)の地域ぐるみで認知症の人を見守る事前登録による見守りネットワークと、行方不明時の早期発見に向けたネットワークの両輪による認知症高齢者等の見守り・SOSネットワークを広く周知すること。

また、住民、ネットワーク協力機関等と連携し、模擬訓練等を実施すること等により、認知症高齢者等の見守り・SOSネットワークの連携体制等の点検を定期的に行い、構築済みのネットワークがより実効性のある支援体制となるよう推進すること。また、認知症の人や家族の意見を反映し、見守りには、GPSやICTを活用する等ハード面の整備も検討すること。

キ 子どもや学生を含む、幅広い年代層や企業・職域での認知症サポーター養成講座の開催等により、認知症に対する理解促進や地域での見守りに対する意識の向上を図り、共生することのできる地域づくりを進めるとともに、認知症支援に携わるボランティアへの定期的な学習会を開く等、地域における認知症の人やその家族を住民が相互に支え合う文化の醸成を図ること。

ク 認知症の人は消費者被害や経済的虐待の対象者となりやすいことから、認知症支援推進員と消費者行政窓口との連携を深めるとともに、成年後見制度の活用を図る等、消費者保護等の観点からの方策を検討すること。

④ 認知症支援・ケア人材の養成

ア 認知症サポート医や認知症介護指導者等の協力を得る等、認知症の特性を踏まえ、個別性に応じた支援が提供できるよう、医療機関・介護保険事業所等の従事者に対する資質向上の取組を積極的に支援すること。

イ また、保健・医療・介護・福祉等の従事者が、地域の目指すべき方向性・目標(ビジョン)を共有し、住民の支え合いも含めた地域支援ネットワークの更なる充実が促されるよう取り組むこと。

ウ 認知症の人の尊厳を守り、権利擁護を推進するため、障害福祉・地域福祉分野の関係部局と連携しつつ、成年後見制度の利用促進に関する法律に基づく取組を推進するとともに、社会福祉協議会やNPOと連携し法人後見や市民後見人の養

成・活用、支援体制整備を行うこと。

その際、権利擁護センターや成年後見支援センター等の権利擁護に関する専門相談機関を設けることも検討すること。

⑤ 若年性認知症対策の推進

ア 若年性認知症の人とその家族が早期から適切な支援を受けられるよう、保健・医療・介護・労働等の支援関係機関や本人や家族等の当事者グループ等が連携した地域支援ネットワークを構築すること。

イ また、保健・医療・介護・福祉等の支援関係機関、企業等労働関係、地域住民に対して若年性認知症の理解促進を図る取組を行い、日常生活での困りごとを実感したときに当事者が孤立することなく、受診・相談の必要性に気づき、早期支援につながるよう、普及啓発に努めること。

その際、必要に応じて、県が設置する「ひょうご若年性認知症支援センター」に配置された若年性認知症支援コーディネーターと連携し、取組を推進すること。
例えば、

- ・若年性認知症の理解促進を図るため、医療従事者・介護従事者・障害福祉サービスの従事者への研修等を行う。
- ・認知症は、高齢者特有の疾患であるという誤解があることから、地域住民や企業等を対象に普及セミナーを開催する。
- ・若年性認知症の人や家族が集い、情報交換ができる場（若年性認知症の人と家族の会、当事者の会、若年性認知症カフェ等）の支援を行う。
- ・障害福祉や労働、その他関係部局と連携し、若年性認知症に対応する障害福祉サービス（就労移行支援、就労継続支援）の充実、また一般就労への支援、家族への支援等多岐にわたる若年性認知症の人と家族への支援ネットワークの充実を図る。

また、企業と連携した軽作業や農作業、地域活動等を行う取組や介護サービス事業所が行う社会参加活動等の先行事例も参考にすること。

(6) 高齢者の住環境の整備

① サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの設置状況を勘案した整備

サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの設置状況を勘案し、整備方針とその目標を示すこと。

訪問介護事業所などを併設した「サービス付き高齢者向け住宅」は、高齢者が要介護状態になっても暮らし続けることができる「住まい」としての役割を担うことから、地域の実情を踏まえつつ、高齢者の住み替えも考慮して、引き続き、整備促進に取り組むこと。その際、在宅医療の提供体制の確保・連携に十分配慮すること。

なお、市町における住宅部局との連携や住宅に関する計画との整合性にも留意すること。

② 高齢者の住み替え支援

ライフスタイルの変化や地域の実情を踏まえて、高齢者の住み替えニーズに対応するため、住宅部局との連携による相談体制の充実等に取り組むとともに、住み替えが必要な高齢者を対象に、セーフティネット住宅等を活用した住まいの確保を支

援する居住支援法人の活用を検討すること。

(7) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上

① 介護人材の数等の推計

令和7（2025）年度、令和22（2040）年度を見据えて、第8期計画に必要となるサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるとともに、それらを基にサービスを提供するために必要となる介護人材の数等を推計することが重要であり、国から提示される推計ツールを参考に、必要となる介護人材の数等の把握すること。

② 人材の確保に向けた取組の推進

増大する福祉・介護ニーズに対応できる質の高い介護人材の安定的な確保と定着のため、県の「介護人材確保に向けた市町・団体支援事業」を活用するほか、退職後の元気な高齢者や子育てが一段落した女性等の多様な人材が参入し、介護の周辺業務に従事する「ひょうごケア・アシスタント推進事業」や介護職員のスキルアップや職場定着に関する研修・相談業務を支援し、介護職員の離職防止や職場定着を図る「介護人材確保・定着支援事業」、外国人材の受け入れ定着支援等の施策を参考にして、関係機関・団体、施設・事業所と協力して地域の特性を踏まえた持続的な介護人材確保対策の取組について、具体的に計画に盛り込むこと。

③ ボランティア組織の育成等

住民自らが主体的に介護予防に取り組めるよう、地域における普及啓発の推進、ボランティア組織の育成支援に努めること。さらに、高齢者同士が支え合えるよう、保健、福祉、生涯学習の担当部署や地域包括支援センター、市町社会福祉協議会、地域の関係団体等との連携を図り、高齢者の主体的な活動への参加を促進する取組を行うこと。

担い手の確保・育成については、人材確保のためのポイント制度や有償ボランティア等を活用したり、就労的活動の普及促進に向けた支援を強化するなど、元気高齢者をはじめとする意欲ある住民が社会で役割を持って活躍できるよう環境を整備すること。（再掲）

④ 介護現場の革新

介護需要の増大に伴う人材不足により増加する介護職員等の業務負担を軽減し、介護サービスの質を担保するため、職場環境の改善等に係る知見を有する第三者からの業務改善取組支援や、介護ロボット・ICT機器等の導入支援を行う「生産性向上支援事業」等の施策を参考にして、介護業務の効率化を支援し、介護の人材不足の解消を図る取組を実施すること。

また、介護分野の文書に係る負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続に関する簡素化、様式例の活用による標準化を進めること。

(8) 介護保険制度運営の適正化

① 監査等の体制

市町が事業者に対して指導力を一層発揮し、事業運営の適正化等を図っていくた

め、兵庫県国民健康保険団体連合会から提供されるデータ等を十分活用するとともに、こうした対応が可能になるよう適正な職員の配置等、監査体制の充実を図ること。

② 介護給付の適正化の推進

介護給付等の適正化に関しては、市町が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされていることから、介護給付適正化計画を第8期計画においても定めること。

そのため、具体的な適正化事業の内容及び実施方法とその目標を定めるよう努めるとともに、介護給付の適正化の取組が不十分な市町にあっては、実施体制の整備など改善に努め、適正化主要5事業を着実に実施すること。

また、既に実施している事業についても、内容の充実（点検対象の拡大、実施回数増加等）を目指すこと。

その際、実施したか否かのプロセス（過程）だけではなく、アウトプット（結果）、アウトカム（効果）も評価することができるようすることが重要である。評価指標については、評価を適切に行うことができるよう定量的な指標を定めるよう努めること。

市町村介護給付計画においては、より具体的に次の(1)～(3)に掲げる事項について提示することが望ましい。

(1) 第4期（平成30年度～令和2年度）適正化計画の検証

第4期計画の策定時の課題、目標、目標達成のための施策について直近の情報等に基づき評価を行う。

(2) 現状と課題

事業の実施体制、認定者数やサービスの利用状況、適正化事業のこれまでの実施状況、事業所の状況、取り巻く環境などについて、現状の把握と分析を行い課題を整理する。

(3) 今期の取組み方針と目標

現状と課題を踏まえ、第5期（令和3年度～令和5年度）適正化計画期間中において実施する具体的な事業の内容及びその実施方法と目標を定める。

なお、別に策定する場合でも、第8期計画と整合性に留意すること。

<参考：適正化主要5事業>

- ・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

(9) 利用者が適切にサービスを選択できることへの支援

① 介護サービス情報公表制度（介護サービス情報公表システム）の周知

介護サービス情報公表システムは、利用者が介護サービス情報を入手し、比較・検討して適切に事業所を選択することに役立つとともに、事業運営の透明性の確保など介護サービスの質の向上にも資するため、市町のホームページに情報公表制度のバナーの添付や要介護認定等の結果通知書に当該システムのURLを記載する等の周知等に努めること。

② 生活支援等サービスの情報公表

地域包括ケアシステム構築の観点から、高齢者が住み慣れた地域生活を継続するために有益である配食や見守り等の生活支援等サービスの情報については、介護サービス情報と同様に、適切に情報の公表を行うこと。

(10) 災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載すること。

① 災害に対する備え

介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促すこと。

また、各市町の福祉避難所において、各地域の要配慮者の数に対して適切な設置数を確保し、防災部局と福祉部局で連携して適切な運営を図ること。

なお、避難所での高齢者の状態悪化に備え、平時からの介護予防活動の啓発・指導に加え、介護予防・フレイル防止に配慮した避難所環境の整備を検討することが重要である。

② 感染症に対する備え

介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等を図ること。