

案

栃木県高齢者支援計画

「はつらっプラン21（七期計画）」

2018～2020

※イメージ画などを挿入

平成30年3月

栃木県保健福祉部

目 次

第Ⅰ部 総 論

1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画期間	1
4 高齢者福祉圏域	2
5 高齢者人口等の現状と将来推計	4
(1) 現状	4
① 高齢者人口	4
② 要支援・要介護認定者数	4
③ 介護サービス利用者数	6
(2) 将来推計	7
① 高齢者人口	7
② 要支援・要介護認定者数	8
③ 認知症高齢者数	9
④ 高齢者単独・夫婦のみ世帯数	10
6 計画の基本目標 ～目指すべき高齢社会に向けて～	11
7 施策の体系	15

第Ⅱ部 各 論

I 施策の方向	
第1章 生きがいづくりの推進	17
1 社会活動への参加促進	18
2 就業機会の確保	20
3 学習機会の提供	23
第2章 介護予防・日常生活支援の推進	26
1 健康づくりの推進	27
(1) 生活習慣の改善の促進	27
(2) 生活習慣病の早期発見と適切な管理	30
(3) 高齢者のこころの健康	31

2 介護予防の推進	33
(1) 介護予防事業の推進	33
(2) 予防給付サービスの確保	36
3 生活支援対策の推進	37
(1) 生活支援サービスの充実	37
(2) 生活支援コーディネート機能の充実	39
4 地域における支え合い体制づくりの促進	40
5 地域包括支援センターの機能強化	42
6 地域ケア会議の推進【新設】	44
 第3章 介護サービスの充実・強化	 46
1 介護サービスの基盤整備	47
(1) 在宅サービスの充実	47
(2) 地域密着型サービスの確保	50
(3) 施設・居住系サービスの基盤整備	52
(4) 安心して暮らせる住まいの確保	55
2 介護サービスの適正な運営	59
(1) ケアマネジメントの確立	59
(2) 利用者への情報提供	59
(3) 指導・監査の充実	60
(4) 苦情への的確な対応	61
(5) 介護給付の適正化	61
3 費用負担の適正化	62
 第4章 在宅医療・介護連携の推進	 65
1 在宅医療資源の充実	66
2 在宅医療・介護の連携体制の充実	67
 第5章 認知症施策の推進	 68
1 認知症に関する理解の促進と家族への支援	69
2 医療・介護の連携による適切な対応	72
3 認知症対応力の向上	75
4 若年性認知症への対応【新設】	78

第6章 人材の育成・確保	80
1 介護職	81
2 医療職	83
3 介護支援専門員	84
4 生活支援の担い手	86
5 医療と介護の連携推進のための人材	86
第7章 安全・安心な暮らしの確保	87
1 相談体制の充実	88
2 権利擁護事業の推進	89
3 高齢者虐待防止対策の推進	89
4 日常生活の安全対策	91
(1) 消費者被害対策	91
(2) 交通安全対策	93
(3) 防災対策	94
第8章 県民の理解・協力の促進	95
1 県民の理解・協力の促進	96
2 事業者・関係団体等の理解・協力の促進	96
Ⅱ 施設・居住系サービスの基盤整備計画	98
Ⅲ 圏域別・市町別計画	102
1 高齢者人口・サービス見込量等の推計	102
2 日常生活圏域	130

第I部

総論

イラスト・イメージ画像等

1

計画策定の趣旨

- 高齢化が急速に進行する中において、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を維持し、健康で生き生きと活躍する“とちぎ”をつくるため、各地域において構築に取り組んでいる「地域包括ケアシステム」の深化・推進が求められています。

このため、高齢者の自立支援や重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう、平成 29（2017）年 6 月に「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）」が公布されました。

また、高齢者だけでなく障害者や子ども・子育て中の方など、生活上の困難を抱える人に対する包括的な支援体制を構築するため、地域住民が役割を持ち、支え合いながら地域をともに創っていく「地域共生社会」の実現を目指す取組が始まっています。

こうした時代の潮流を踏まえ、団塊の世代の全ての方が 75 歳以上になる 2025 年を見据え、県や市町が目指すべき今後の高齢者支援施策の方向性を示すため、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン 21（七期計画）」を策定するものです。

2

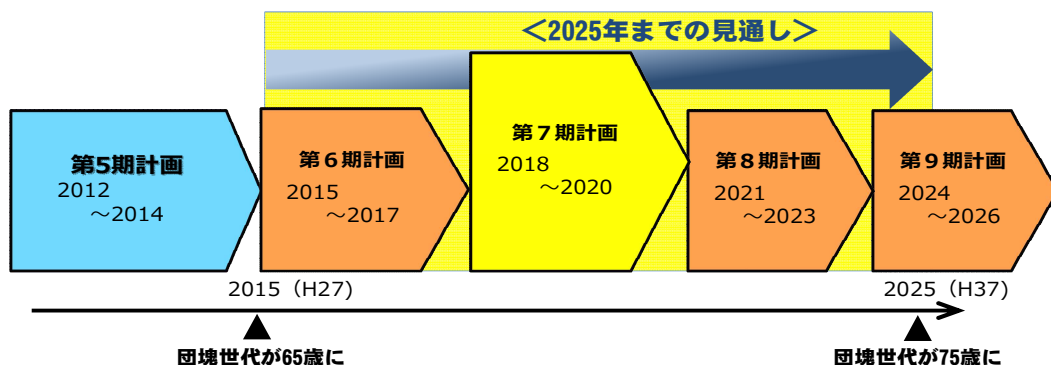
計画の位置づけ

- この計画は、老人福祉法に基づく「老人福祉計画」であり、併せて、介護保険法に基づく「介護保険事業支援計画」にも位置づけられるものです。
- この計画は、栃木県重点戦略「とちぎ元気発信プラン」、医療法に基づく「栃木県保健医療計画」、社会福祉法に基づく「栃木県地域福祉支援計画」、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「栃木県医療費適正化計画」、健康増進法及び健康長寿とちぎづくり推進条例に基づく「とちぎ健康 21 プラン」並びに高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく「栃木県高齢者居住安定確保計画」と調和のとれたものとなっています。
- この計画は、各市町が平成 30（2018）年度から 2020 年度までの 3 年間を計画期間として策定する「老人福祉計画」及び「第七期介護保険事業計画」と整合性のとれたものとなっています。

3

計画期間

- この計画は、2025 年度を目標年度とした上で、栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン 21（六期計画）」の施策の方向性を継承しつつ、平成 30（2018）年度から 2020 年度までの 3 か年を計画期間として、新たな取組を展開していくものとします。



4

高齢者福祉圏域

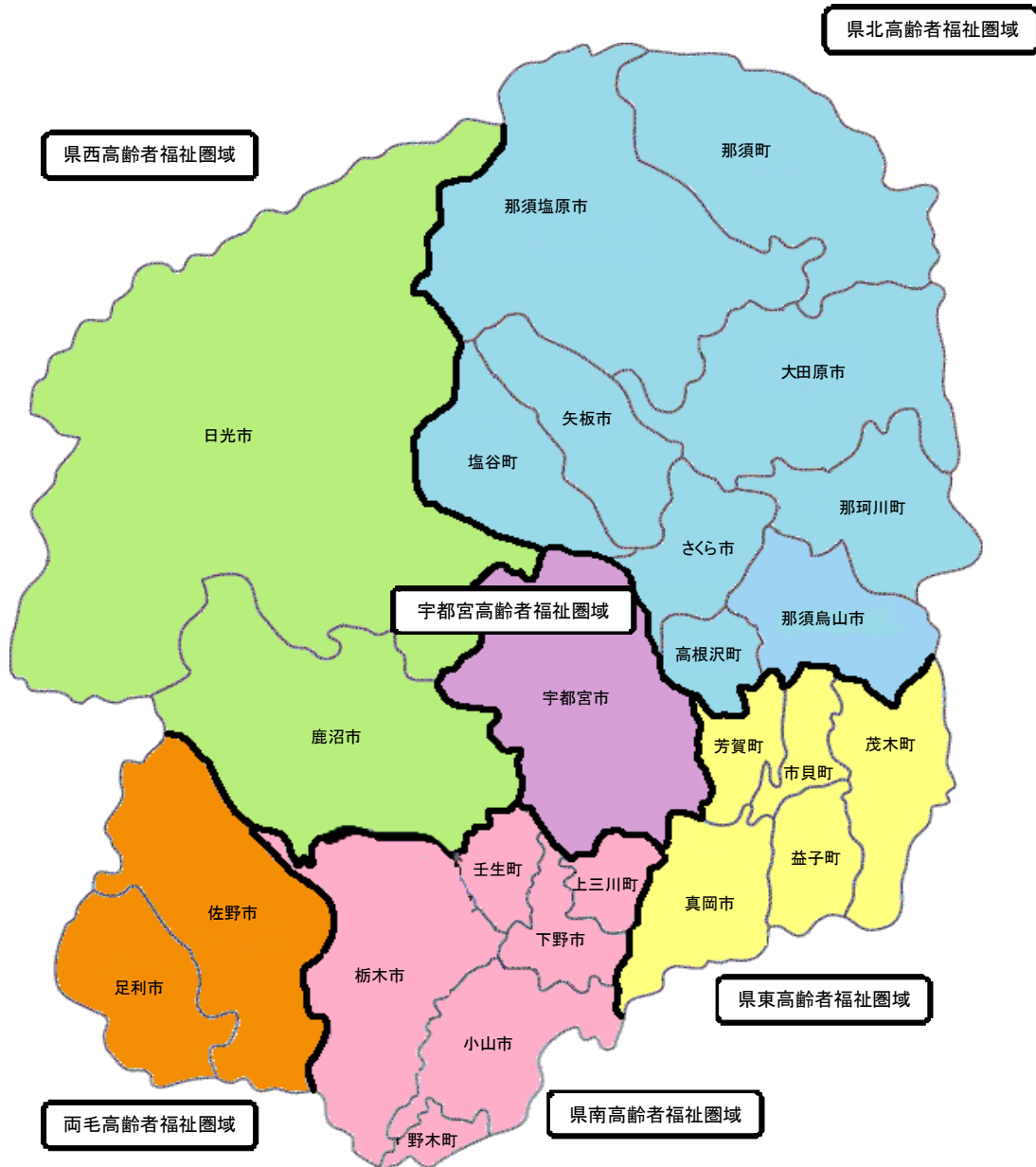
- 本県の高齢者福祉圏域は、保健・医療・福祉の連携を図る観点から、「栃木県保健医療計画」（7期計画）における二次保健医療圏と同一とし、次表の市町で構成される6圏域とします。

各高齢者福祉圏域の人口等（平成29（2017）年）

高齢者福祉圏域名	市町名	圏域別人口(人)	65歳以上人口(人)	高齢化率(%)
県北 (5市4町)	大田原市 矢板市 那須塩原市 さくら市 那須烏山市 塩谷町 高根沢町 那須町 那珂川町	376,702	106,112	28.2%
県西 (2市)	鹿沼市 日光市	182,862	55,474	30.3%
宇都宮 (1市)	宇都宮市	520,197	125,345	24.1%
県東 (1市4町)	真岡市 益子町 茂木町 市貝町 芳賀町	145,692	39,758	27.3%
県南 (3市3町)	栃木市 小山市 下野市 上三川町 壬生町 野木町	486,028	126,440	26.0%
両毛 (2市)	足利市 佐野市	266,585	80,584	30.2%
合計 (14市11町)		1,978,066	533,713	27.0%

※各市町の介護保険事業計画における集計値

高齢者福祉圏域図



5

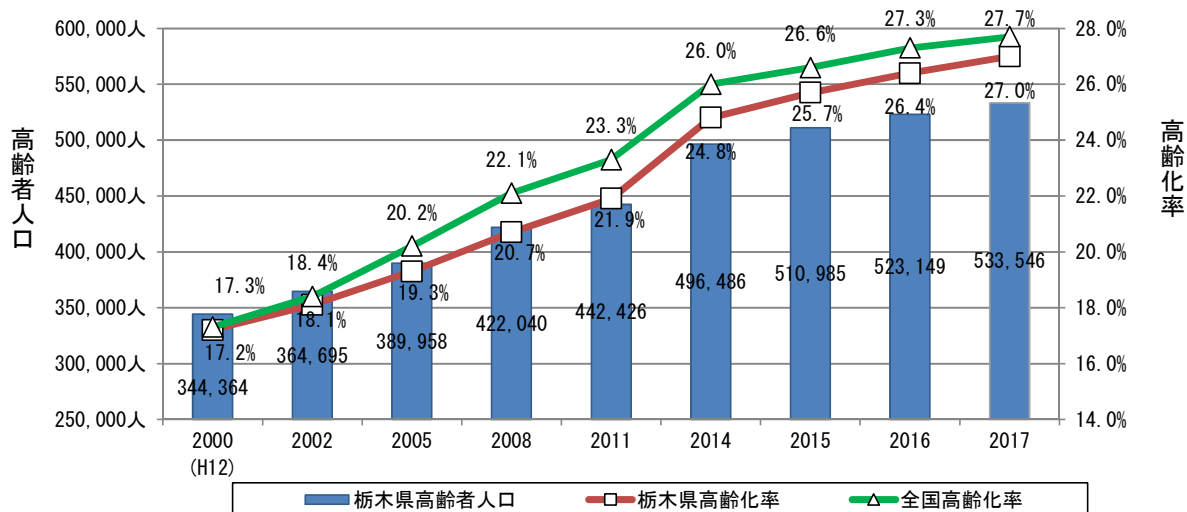
高齢者人口等の現状と将来推計

(1) 現状

① 高齢者人口

- 平成 29 (2017) 年 10 月 1 日時点での本県の高齢者人口は、533,546 人で、高齢化率は、全国の平均を 0.7 ポイント下回る 27.0%となっています。

高齢者人口及び高齢化率の推移



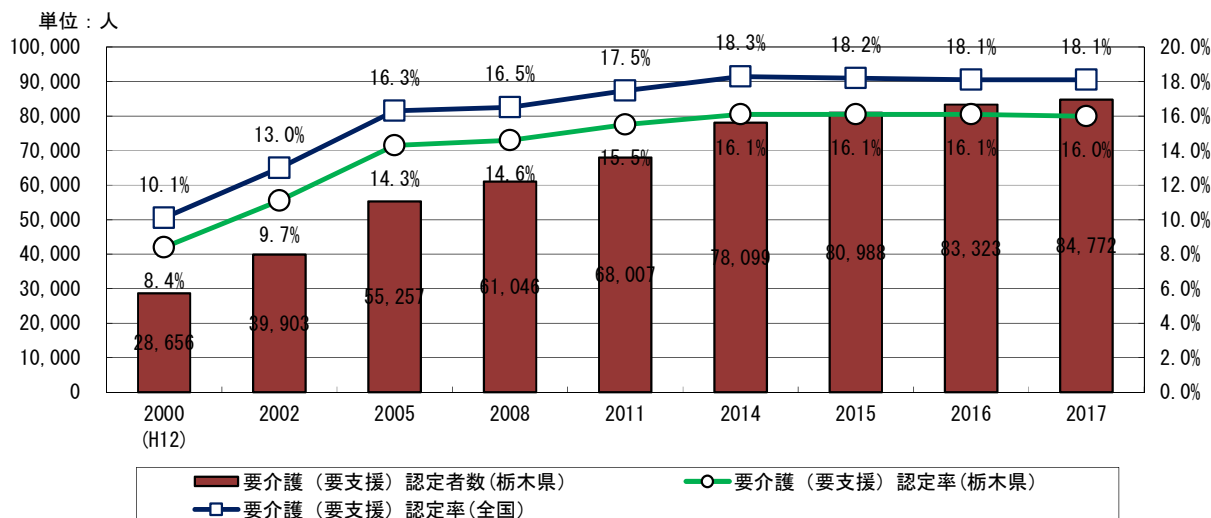
※栃木県の人口等は、各市町が各年 10 月 1 日時点の数値を集計したもの。
 全国の人口等は総務省統計局「人口推計」各年 10 月 1 日現在。(平成 29 年は概算値)

② 要支援・要介護認定者数

- 本県の要支援・要介護認定者数は、平成 18 (2006) 年以降伸びが鈍化しているものの、一貫して増加を続けており、平成 29 (2017) 年 4 月末で 84,772 人となっています。

- 本県の要支援・要介護認定率は、平成 29 (2017) 年 4 月末で 16.0%であり、全国平均の 18.1%を 2.1 ポイント下回っています。

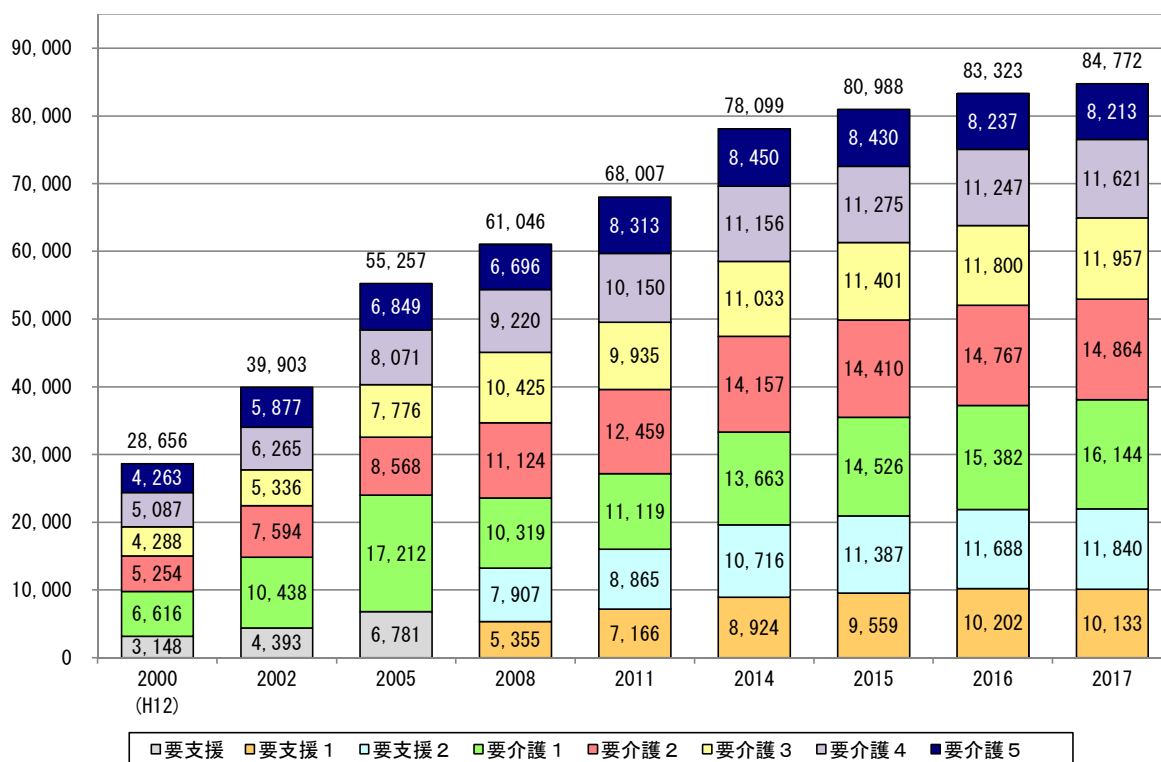
要支援数・認定率の推移



【厚生労働省「介護保険事業状況報告」より】

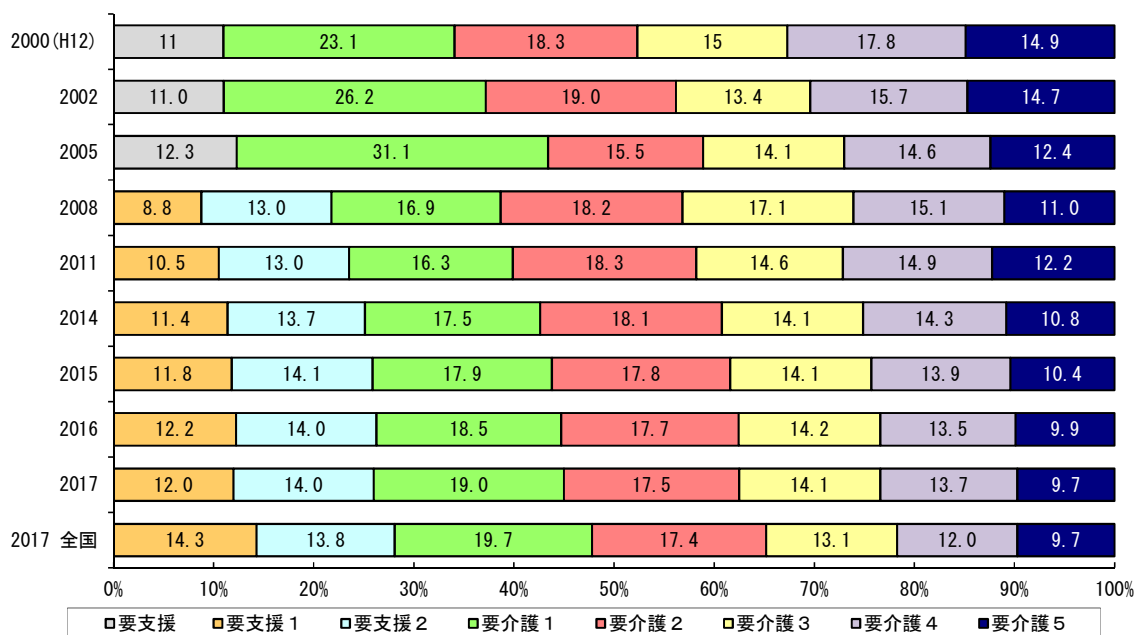
- 各年度の要支援・要介護認定者の構成割合を見ると、平成 20（2008）年以降、要支援 1・2 の軽度者の増加傾向が見られます。

認定者数の推移



【介護保険事業状況報告（厚生労働省）より各年 4 月末の認定状況】

認定者の構成割合の推移

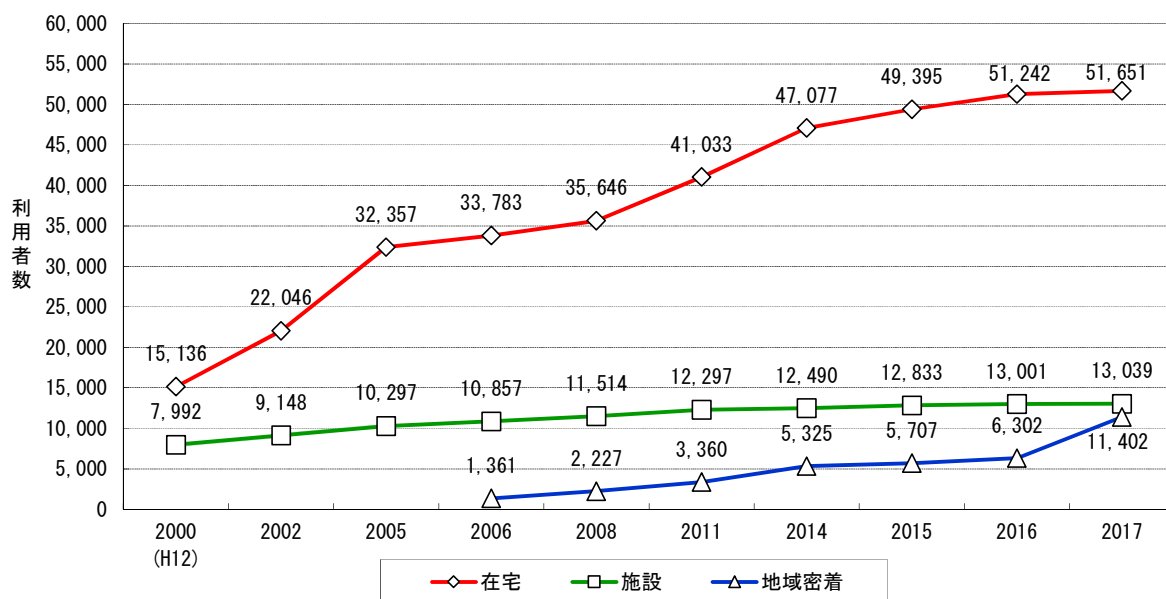


【介護保険事業状況報告（厚生労働省）より各年 4 月末の認定状況】

③ 介護サービス利用者数

- 本県の介護サービスの利用者数は、平成 29（2017）年 4 月では在宅サービス利用者が 51,651 人で、介護保険制度施行時の平成 12（2000）年 4 月に比べて約 3.4 倍、施設サービス利用者は 13,039 人で、平成 12（2000）年 4 月に比べて約 1.6 倍となっています。また、地域密着型サービスの利用者は、サービス創設時の平成 18（2006）年 4 月に比べて約 8.4 倍となっています。

区分別サービス利用者数の推移



区 分		2000 (H12) ①	2002	2005	2006 ②	2008	2011	2014	2015	2016	2017 ③	2000年比 ③/① (2006年比) ③/②
栃木県 (人)	在宅	15,136	22,046	32,357	33,783	35,646	41,033	47,077	49,395	51,242	51,651	341.2%
	地域密着				1,361	2,227	3,360	5,325	5,707	6,302	11,402	(837.8%)
	施設	7,992	9,148	10,297	10,857	11,514	12,297	12,490	12,833	13,001	13,039	163.2%
	計	23,128	31,194	42,654	46,001	49,387	56,690	64,892	67,935	70,545	76,092	329.0%
全国 (万人)	在宅	97	172	251	255	269	310	364	382	392	389	401.0%
	地域密着				14	21	28	36	40	42	81	578.6%
	施設	52	69	78	79	83	85	90	91	92	93	178.8%
	計	149	241	329	348	373	423	490	513	526	563	377.9%

【厚生労働省「介護保険事業報告」より各年 4 月の利用実績】

(2) 将来推計

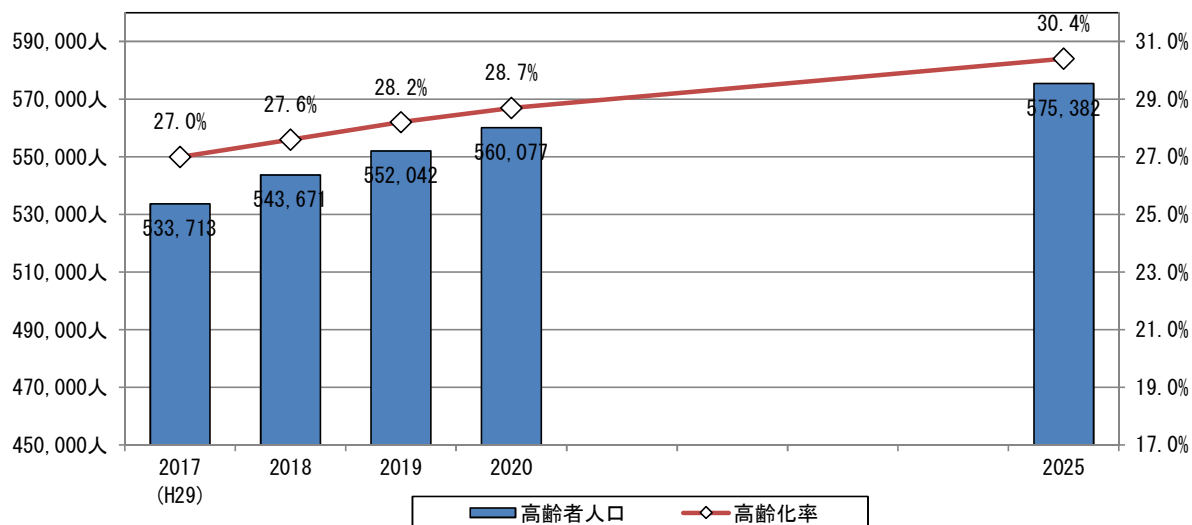
① 高齢者人口

- 本県の高齢者人口は、今後も増加を続け、2020 年度には 559,546 人、高齢化率は 28.7%となり、さらに 2025 年度には 574,642 人、高齢化率は 30.4%に達すると予測されます。

本県の総人口及び高齢者人口の将来推計

(単位：人)

		平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
全 県	総 人 口	1,978,066	1,968,161	1,959,021	1,949,269	1,889,956
	65歳以上人口	533,713	543,671	552,042	560,077	575,382
	高 齢 化 率	27.0%	27.6%	28.2%	28.7%	30.4%
県 北	総 人 口	376,702	374,285	371,828	369,345	354,454
	65歳以上人口	106,112	108,477	110,371	112,264	115,916
	高 齢 化 率	28.2%	29.0%	29.7%	30.4%	32.7%
県 西	総 人 口	182,862	180,097	178,179	176,262	166,479
	65歳以上人口	55,474	56,344	56,956	57,573	58,302
	高 齢 化 率	30.3%	31.3%	32.0%	32.7%	35.0%
宇都宮	総 人 口	520,197	520,245	520,052	519,600	514,343
	65歳以上人口	125,345	127,770	129,751	131,575	137,395
	高 齢 化 率	24.1%	24.6%	24.9%	25.3%	26.7%
県 東	総 人 口	145,692	144,973	144,248	143,334	138,609
	65歳以上人口	39,758	40,521	41,355	42,108	43,631
	高 齢 化 率	27.3%	28.0%	28.7%	29.4%	31.5%
県 南	総 人 口	486,028	484,203	482,640	480,989	469,695
	65歳以上人口	126,440	129,230	131,593	133,949	138,667
	高 齢 化 率	26.0%	26.7%	27.3%	27.8%	29.5%
両 毛	総 人 口	266,585	264,358	262,074	259,739	246,376
	65歳以上人口	80,584	81,329	82,016	82,608	81,471
	高 齢 化 率	30.2%	30.8%	31.3%	31.8%	33.1%



【各市町の介護保険事業計画における将来推計人口を集計】

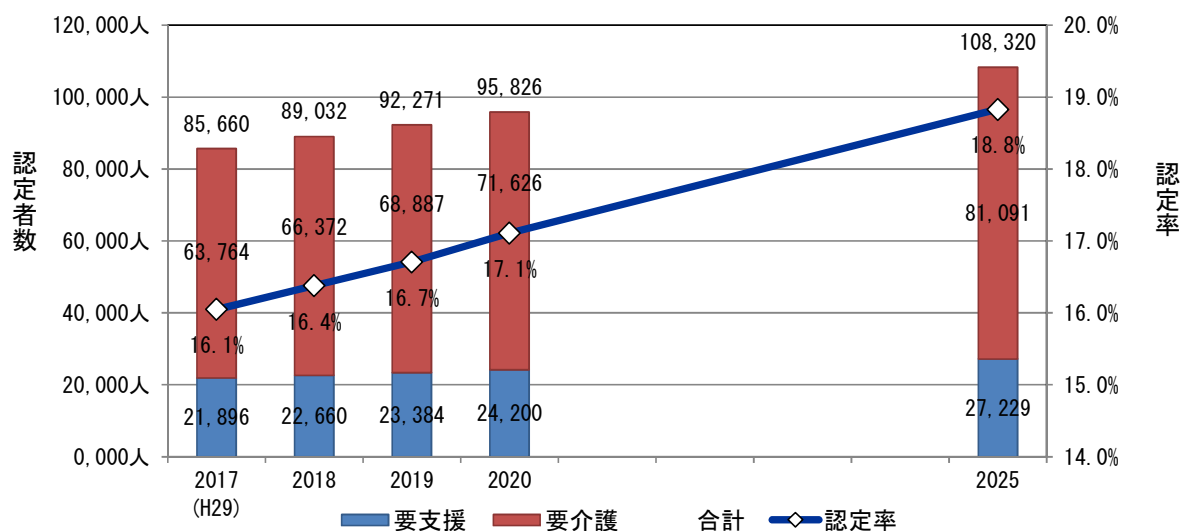
② 要支援・要介護認定者数

- 要支援・要介護認定者数は、高齢者人口の増加に伴って増加を続け、2020年度には要支援認定者が24,405人、要介護認定者が71,626人となり、要支援・要介護認定率は17.2%になると予測されます。さらに2025年度には、要支援認定者が27,440人、要介護認定者は81,091人まで増加し、要支援・要介護認定率も18.9%になると予測されます。

本県の要支援・要介護認定者数及び認定率の将来推計

(単位：人)

		平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成37年度 (2025)
全 県	認 定 者 数	85,970	88,965	91,984	95,219	108,100
	要 支 援	21,896	22,660	23,384	24,200	27,229
	要 介 護	64,074	66,305	68,600	71,019	80,871
	認 定 率	16.1%	16.4%	16.7%	17.0%	18.8%
県 北	認 定 者 数	17,245	17,926	18,681	19,454	22,339
	要 支 援	3,948	4,096	4,262	4,461	5,082
	要 介 護	13,297	13,830	14,419	14,993	17,257
	認 定 率	16.3%	16.5%	16.9%	17.3%	19.3%
県 西	認 定 者 数	8,816	9,060	9,200	9,369	10,268
	要 支 援	1,861	1,864	1,855	1,859	1,999
	要 介 護	6,955	7,196	7,345	7,510	8,269
	認 定 率	15.9%	16.1%	16.2%	16.3%	17.6%
宇都宮	認 定 者 数	20,045	20,908	21,575	22,319	26,041
	要 支 援	5,961	6,223	6,411	6,613	7,669
	要 介 護	14,084	14,685	15,164	15,706	18,372
	認 定 率	16.0%	16.4%	16.6%	17.0%	19.0%
県 東	認 定 者 数	6,292	6,572	6,882	7,240	8,099
	要 支 援	1,265	1,332	1,412	1,537	1,703
	要 介 護	5,027	5,240	5,470	5,703	6,396
	認 定 率	15.8%	16.2%	16.6%	17.2%	18.6%
県 南	認 定 者 数	19,847	20,587	21,457	22,388	25,634
	要 支 援	4,446	4,649	4,860	5,066	5,717
	要 介 護	15,401	15,938	16,597	17,322	19,917
	認 定 率	15.7%	15.9%	16.3%	16.7%	18.5%
両 毛	認 定 者 数	13,725	13,912	14,189	14,449	15,719
	要 支 援	4,415	4,496	4,584	4,664	5,059
	要 介 護	9,310	9,416	9,605	9,785	10,660
	認 定 率	17.0%	17.1%	17.3%	17.5%	19.3%



【各市町の介護保険事業計画における認定者数を集計】

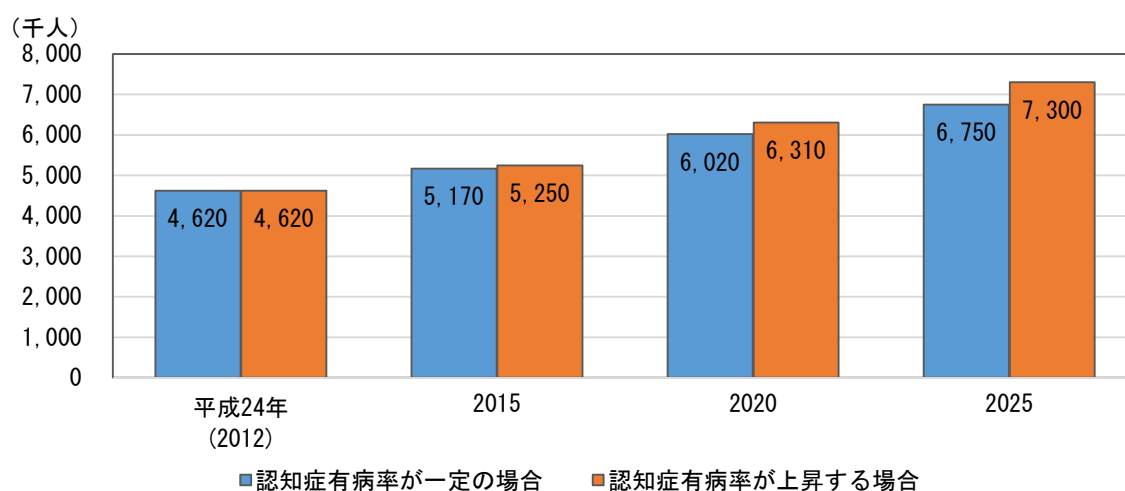
③ 認知症高齢者数

- 認知症高齢者数は、高齢化の進展に伴って増加し、全国で、平成 27（2015）年には 517 万人～525 万人と推計されており、2025 年には 675 万人～730 万人になると予測されています。この推計を本県に当てはめると、平成 27（2015）年には約 8 万人～8 万 2 千人に、2025 年には約 10 万 9 千人～11 万 8 千人になると推計されます。

高齢者人口に対する認知症高齢者の出現率〔全国〕

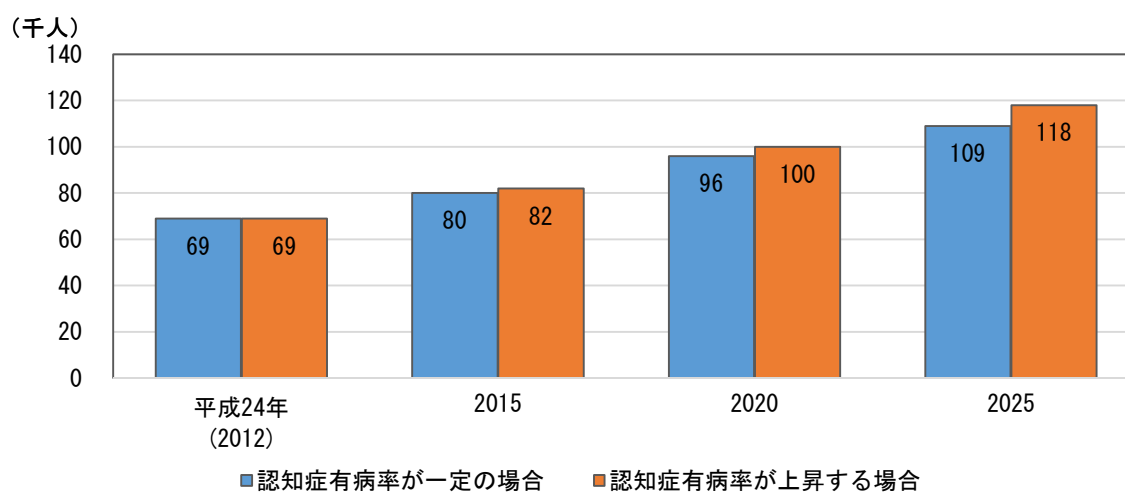
	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
認知症有病率が一定の場合	15.0%	15.7%	17.2%	19.0%
認知症有病率が上昇する場合	15.0%	16.0%	18.0%	20.6%

高齢者人口に対する認知症高齢者数の将来推計〔全国〕



【厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）〔参考〕認知症の人の将来推計について」（2015）より】

上記推計を本県の状況にあてはめたもの〔栃木県〕



【厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）〔参考〕認知症の人の将来推計について」（2015）及び県内市町の高齢者数推計に基づき推計】

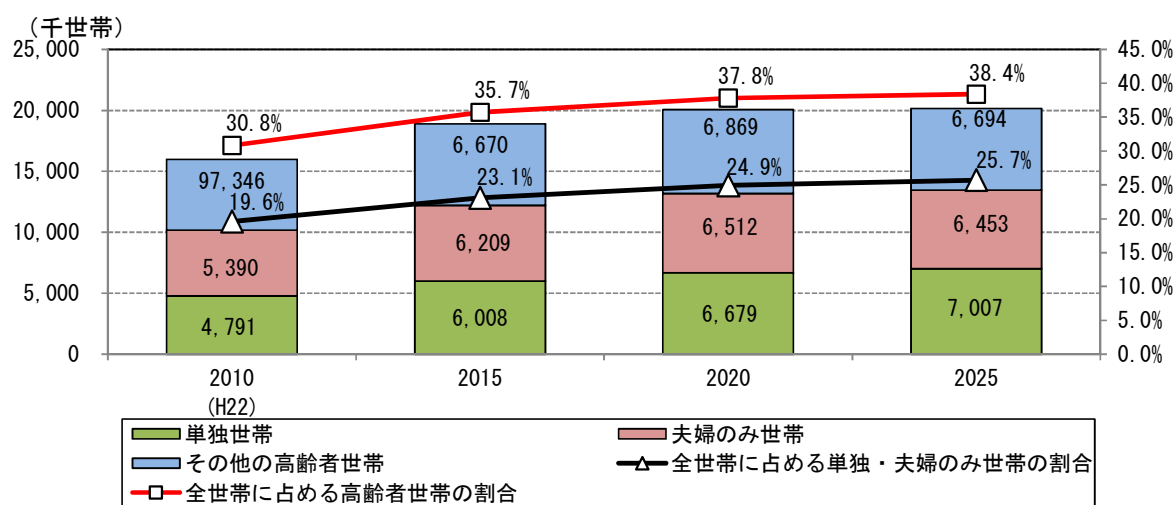
④ 高齢者単独・夫婦のみ世帯数

- 本県の高齢者単独世帯は、平成 22（2010）年には約 5 万 3 千世帯でしたが、2025 年には約 8 万 7 千世帯となり、約 1.6 倍になると予測されます。

また、世帯主が高齢者の夫婦のみ世帯は、平成 22（2010）年には約 6 万 7 千世帯でしたが、2025 年には約 9 万 1 千世帯に増え、約 1.4 倍になると予測されます。

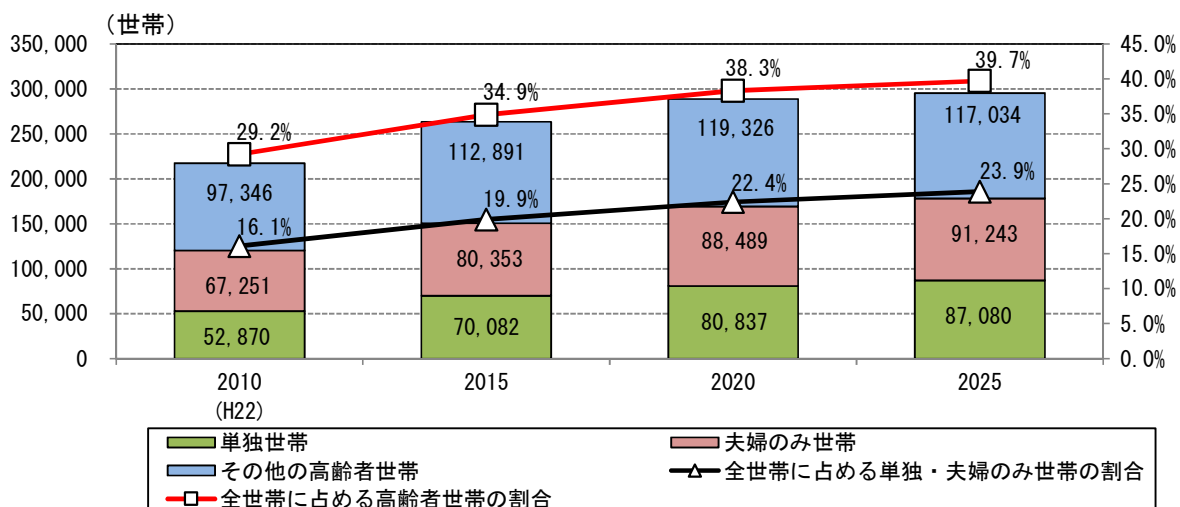
- 本県の世帯主が高齢者の世帯は、平成 22（2010）年には全世帯の 29.2%（全国平均 30.8%）でしたが、2025 年には 39.7%（全国平均 38.4%）に増加すると予測されています。また、高齢者の単独世帯及び夫婦のみ世帯の全世帯に対する割合は、平成 22（2010）年には 16.1%（全国平均 19.6%）でしたが、2025 年には 23.9%（全国平均 25.7%）に増加すると予測されます。

世帯主が高齢者の世帯の世帯数及び割合の将来推計〔全国〕



【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（平成 24 年 1 月）より】
（2010 年は平成 22 年国勢調査による。）

世帯主が高齢者の世帯の世帯数・割合〔栃木県〕



【国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県推計）」（平成 24 年 1 月）より】
（2010 年は、平成 22 年国勢調査による。）

計画の基本目標 ～目指すべき高齢社会に向けて～

- 高齢者が生涯にわたり健康でいきいきと暮らすことができるとともに、医療や介護が必要になった場合でも、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるよう、各地域それぞれの実情に応じた医療、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提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図り、「とちぎで暮らし、長生きしてよかった」と思える社会の実現を目指します。
- そのため、地域包括ケアシステムの中心となる市町の取組に対する支援を重視するとともに、医療と介護の連携をさらに深め、地域において切れ目のない医療と介護サービスの提供体制の構築や、介護サービスの質の向上、高齢者が支える側、支えられる側にもなる地域支え合いの体制づくりなどに取り組んでいきます。
- また、高齢者の自立支援や重度化防止の取組を推進するためには、市町の保険者機能を強化していくことが重要であることから、県においても市町における地域課題の把握・分析の状況や取組とその結果について市町とともに共有し、自立支援等の取組を推進するために設けられた保険者機能強化推進交付金における評価の仕組みも活用しながら、市町の取組を支援（伴走型の支援）していきます。

基本目標

1 「生きがいづくりの推進」

心身の状態にかかわらず、生きがいを持って暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者が、これまで培ってきた知識や経験を生かし、自己実現が図られるよう、多様な社会活動への参加や就業機会の確保、学習機会の提供に努めます。

2 「介護予防・日常生活支援の推進」

元気で活動的な高齢期を過ごすことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を推進するほか、高齢者の生活を身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進します。

3 「介護サービスの充実・強化」

介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族の生活環境等に応じた介護サービスが確保されるよう、在宅サービスや施設サービスの基盤整備を推進するとともに、サービスの適正な運営と費用負担の適正化の取組を促進します。

4 「在宅医療・介護連携の推進」

在宅医療は、年齢に関わらず、病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完し合いながら、患者の生活を支える医療です。

病気を治すだけでなく、尊厳ある暮らしを支える在宅医療への期待は今後益々高まるものと考えられます。県民誰もが安心して地域で暮らし続けられるよう、地域の医療・介護・福祉資源等の状況を踏まえながら、県、市町村、関係機関等が連携し、在宅医療提供体制の充実を目指します。

5 「認知症施策の推進」

認知症になった場合でも、個人として尊重され、自分らしく暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、認知症に関する理解の普及や、介護する家族が相互にサポートできる体制の整備促進に努めるほか、医療と介護の関係者の認知症への対応力向上を図るとともに、早期診断・早期対応を軸とした認知症医療連携体制の構築を推進します。

6 「人材の育成・確保」

医療、介護、介護予防、住まい、生活支援のサービスが安定して提供されるためには、それぞれのサービスを支える人材が必要です。

このため、それぞれのサービスに従事する人材の育成・確保とその資質向上に努めるとともに、それぞれのサービス相互の連携を推進する人材の養成に努めます。

7 「安全・安心な暮らしの確保」

高齢になっても、住み慣れた地域で安心して安全に暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族への相談体制の充実や権利擁護事業、虐待防止対策を推進するほか、日常生活の安全が確保されるよう、交通安全や防災対策、消費者被害対策等の取組を推進します。

8 「県民の理解・協力の促進」

社会保障制度を持続させ、地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、行政や関係機関、介護事業者に加えて、サービスを受ける県民の方々、さらにはその他の民間企業・非営利法人等の事業者、関係団体等にも、理解と協力をいただくことが必要です。

このため、高齢者福祉に対する県民の正しい理解と制度の適切な活用の促進や、地域支え合い活動等への参加を推進するとともに、高齢者が住みやすい環境づくりに向け、事業者や関係団体等の協力を促進します。

○ 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムは、「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」を言い、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年を目途に、各市町において、それぞれの地域の実情に応じて、システムを構築していくものです。

地域包括ケアシステムの「植木鉢」



これは地域包括ケアシステムを構成する要素を「植木鉢」に表したものです。

本人の選択とそれを支える家族の心構えが基礎として位置づけられ、生活の基盤となる「すまいと住まい方」が鉢となり、「土」である生活を維持するための役割を持っています。

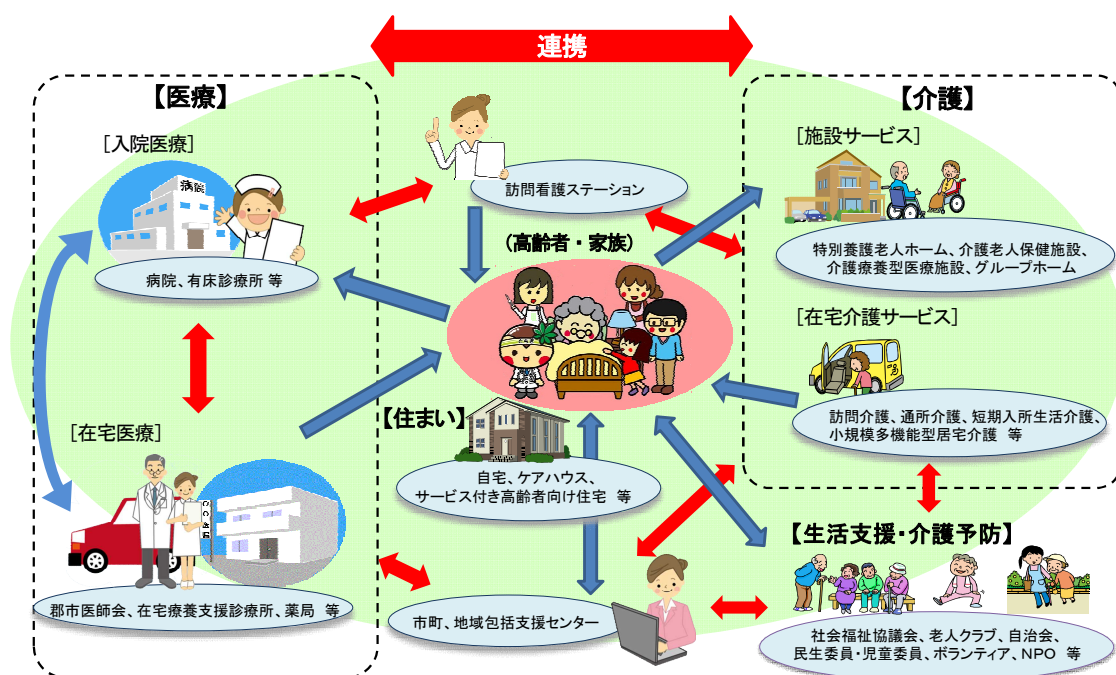
また、「介護予防」は日常生活における機能発揮が求められることから、生活支援とともに「土」として、専門的サービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の「葉」が効果的に働くための要素となります。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、

平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

地域包括ケアシステムの構築例



○ 地域共生社会について

高齢者・障害者・子どもなどすべての人が地域で暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる、「地域共生社会」については、社会福祉法（昭和26年法律第45号）が改正され、地域住民と行政などが協働し、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、「我が事・丸ごと」の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ています。

また、高齢者・障害者・子ども等の福祉に関して共通して取り組むべき事項を盛り込んだ、福祉の各分野の上位計画となる地域福祉計画の策定についても、市町の努力義務とされています。

なお、地域包括ケアシステムは、高齢期におけるケアを念頭に置いています。地域共生社会の実現に向けた、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備は、この地域包括ケアシステムの「必要な支援を包括的に提供する」という考え方を障害者や子ども等への支援にも広げたものです。

「地域共生社会」の実現に向けて

「地域共生社会」とは

- ◆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『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

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

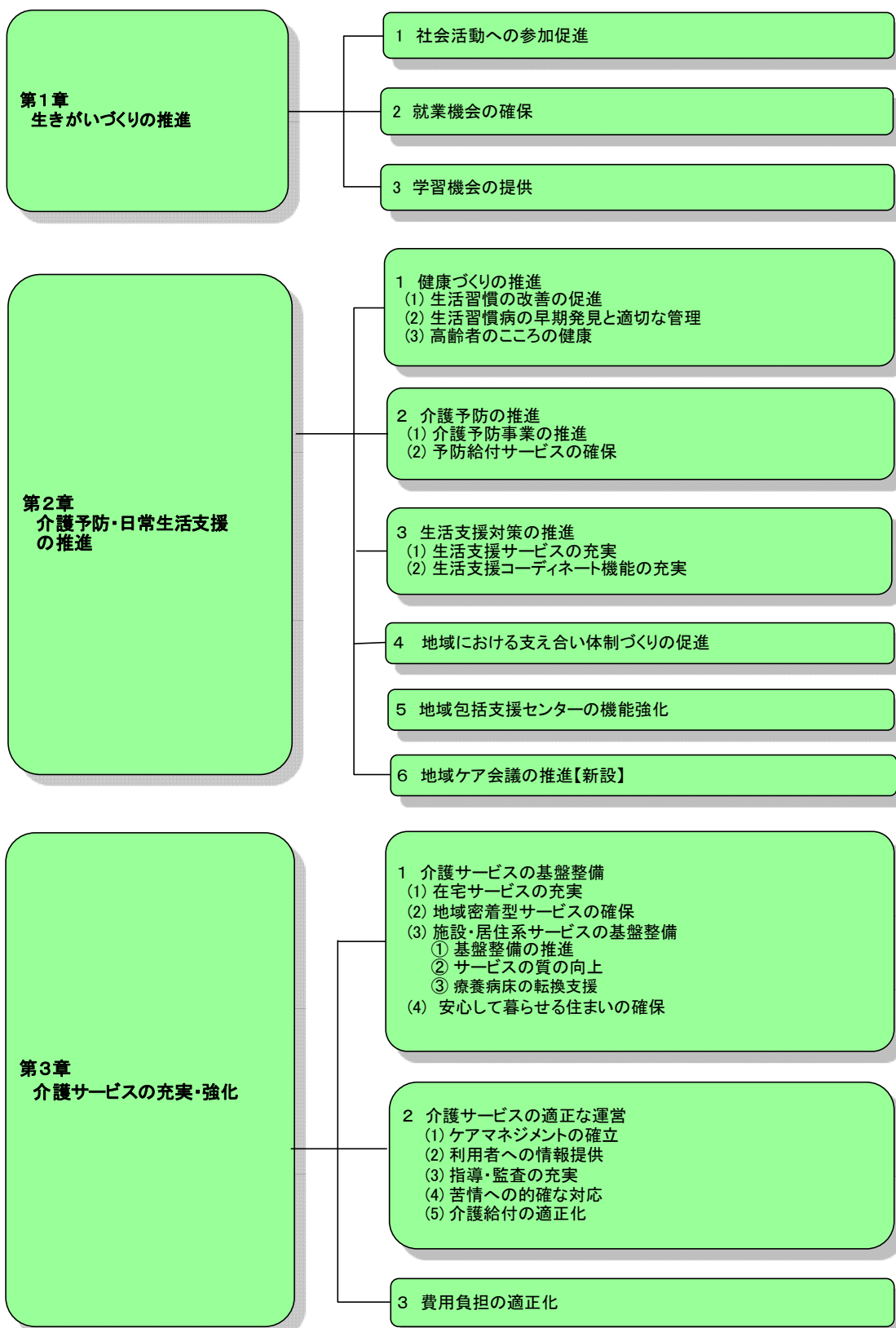
「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

地域丸ごとのつながりの強化

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

専門人材の機能強化・最大活用



**第4章
在宅医療・介護連携の推進**

- 1 在宅医療資源の充実
- 2 在宅医療・介護の連携体制の充実

**第5章
認知症施策の推進**

- 1 認知症に関する理解の促進と家族への支援
- 2 医療・介護の連携による適切な対応
- 3 認知症対応力の向上
- 4 若年性認知症への対応【新設】

**第6章
人材の育成・確保**

- 1 介護職
- 2 医療職
- 3 介護支援専門員
- 4 生活支援の担い手
- 5 医療と介護の連携推進のための人材

**第7章
安全・安心な暮らしの確保**

- 1 相談体制の充実
- 2 権利擁護事業の推進
- 3 高齢者虐待防止対策の推進
- 4 日常生活の安全対策
 - (1) 消費者被害対策
 - (2) 交通安全対策
 - (3) 防災対策

**第8章
県民の理解・協力の促進**

- 1 県民の理解・協力の促進
- 2 事業者・関係団体等の理解・協力の促進

第Ⅱ部

各論

イラスト・イメージ画像等

I 施策の方向

第1章 生きがいづくりの推進

心身の状態にかかわらず、生きがいを持って暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者が、これまで培ってきた知識や経験を生かし、自己実現が図られるよう、多様な社会活動への参加や就業機会の確保、学習機会の提供に努めます。

〔施策の体系〕

1 社会活動への参加促進

2 就業機会の確保

3 学習機会の提供

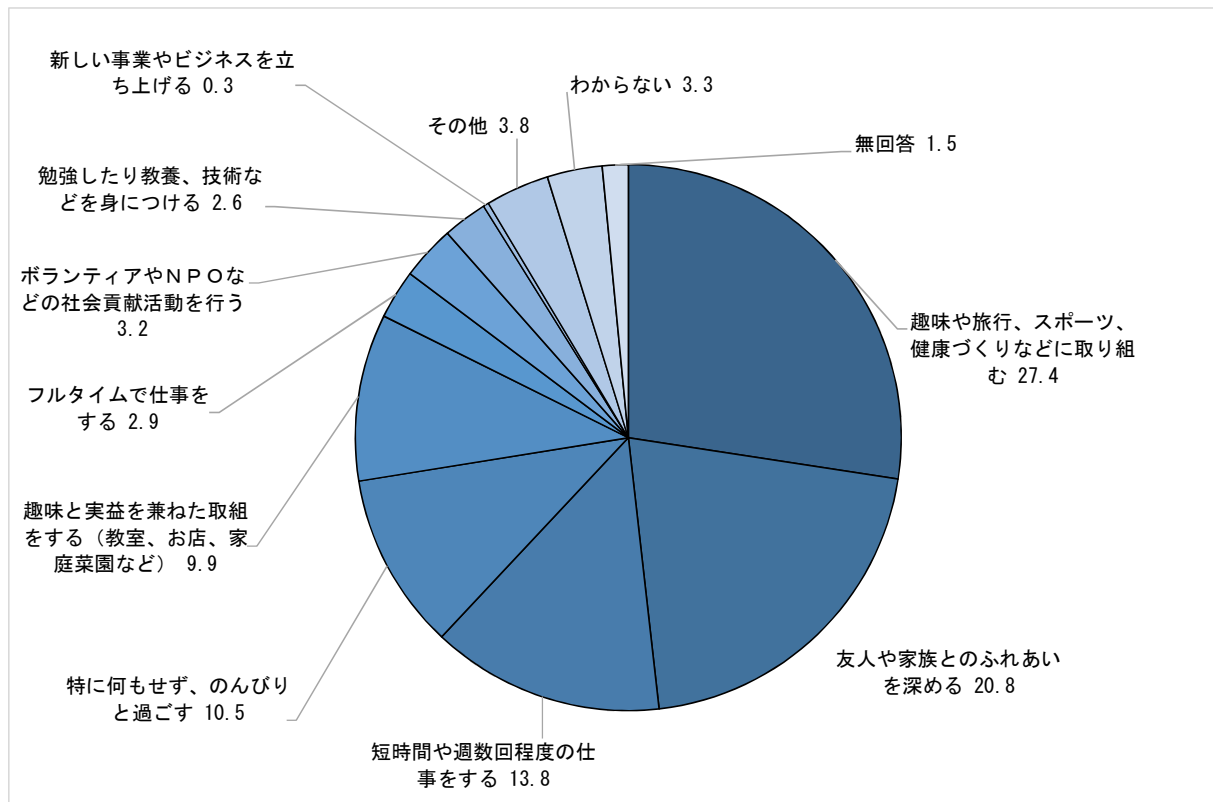
「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」（平成 28(2016)年度・県実施）によると、生きがいを持ち続けるための人生の過ごし方、暮らし方について、「趣味や旅行、スポーツ、健康づくりなどに取り組む」が 27.4%と最も多く、次いで「友人や家族とのふれあいを深める」が 20.8%、「短時間や週数回程度の仕事をする」が 13.8%、「特に何もせず、のんびりと過ごす」が 10.5%でした。

〔意識調査・問 9〕

あなたは、いつまでも生きがいを持ち続けるために、どのような人生の過ごし方、暮らし方をしたいですか。（特に重要と思うもの 1 つ）

〔n=5,845〕

(%)



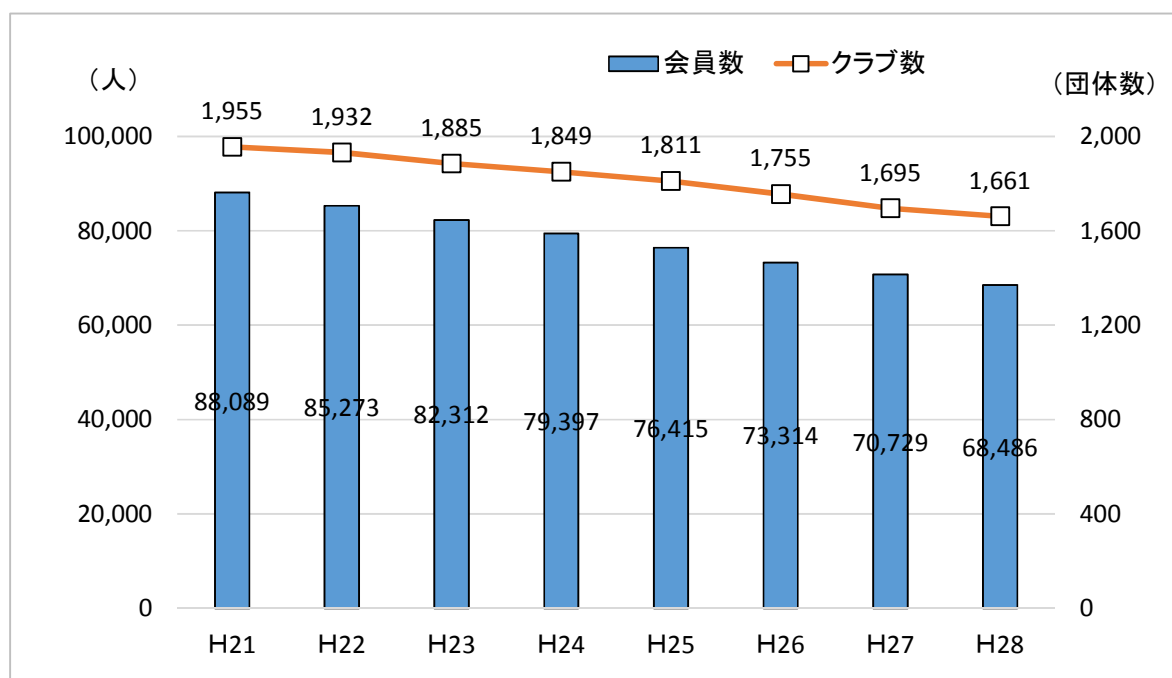
1 社会活動への参加促進

現状と課題

- 急速に高齢化が進展する中、「支えが必要な人」というこれまでの高齢者像を変え、地域活動や就労への意欲を持つ高齢者には、社会の支え手として活躍してもらう「生涯現役社会」の実現が求められています。このため、高齢者が生きがいを持って積極的に社会参加できる環境づくりを進めていく必要があります。
- 地域に密着した活動を志向する高齢者が多いことから、市町において高齢者の社会参加をさらに支援していく必要があります。

- 老人クラブは、地域を基盤とする高齢者自身の自主的な組織であり、地域のニーズに応じた様々なボランティア活動等を実施してきました。近年、団体数、会員数ともに減少傾向にありますが、地域社会づくりの担い手として欠かすことのできない組織であることから、加入促進活動をはじめ、老人クラブが行う活動を支援する必要があります。
- 毎年開催されている全国健康福祉祭（ねんりんピック）では、全国から多くの選手団が集まり、文化・スポーツ等を通して、地域や世代を超えた交流が図られています。

老人クラブ数及び会員数の推移（各年度末現在の実績）

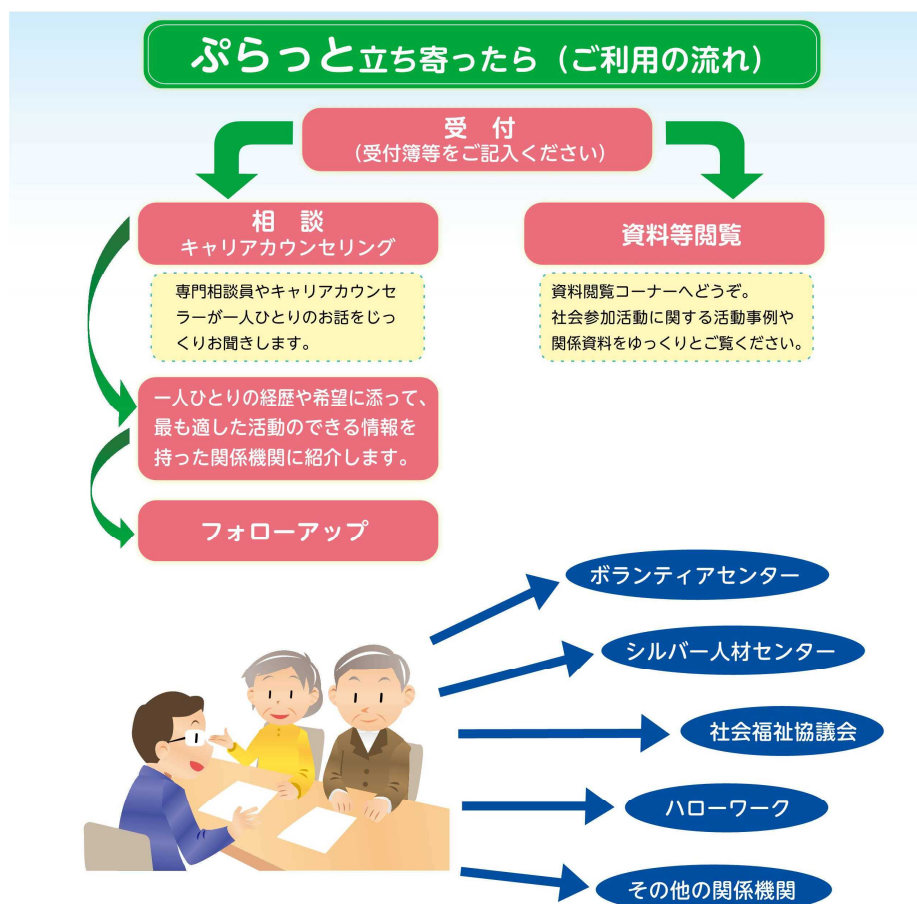


施策の方向

- 「とちぎ生涯現役シニア応援センター」（愛称「ぶらっと」）において、社会貢献活動から就労まで、多岐にわたる高齢者の社会参加ニーズにワンストップで対応し、相談や情報提供等を行うとともに、一般県民を対象とした「生涯現役応援フォーラム」の開催等を通じて、生涯現役社会の実現に向けた機運の醸成を進めます。
- 高齢者の社会参加を一層推進するため、市町と連携を図りながら身近な地域で活動するシニアサポーターの養成・委嘱等により、市町の生涯現役応援体制の構築を支援します。
- 高齢者が培ってきた知識や経験を次世代に伝えるため、高齢者が有する技能等の発表と伝承の場づくりを進めます。
- 生きがいづくり、健康づくり、地域づくりを目指して行っている老人クラブの多様な活動を支援するとともに、老人クラブの組織強化を図るため、「いきいきクラブ大学校」によるリーダーの養成等の（一財）栃木県老人クラブ連合会の活動を支援します。

- 高齢者の文化・スポーツ等を通し、世代間の交流や生きがい、健康づくりを促進するため、引き続き「ねんりんピックとちぎ」を毎年度開催するとともに、「全国健康福祉祭」に本県選手団を派遣します。

とちぎ生涯現役シニア応援センター「ぷらっと」の仕組み

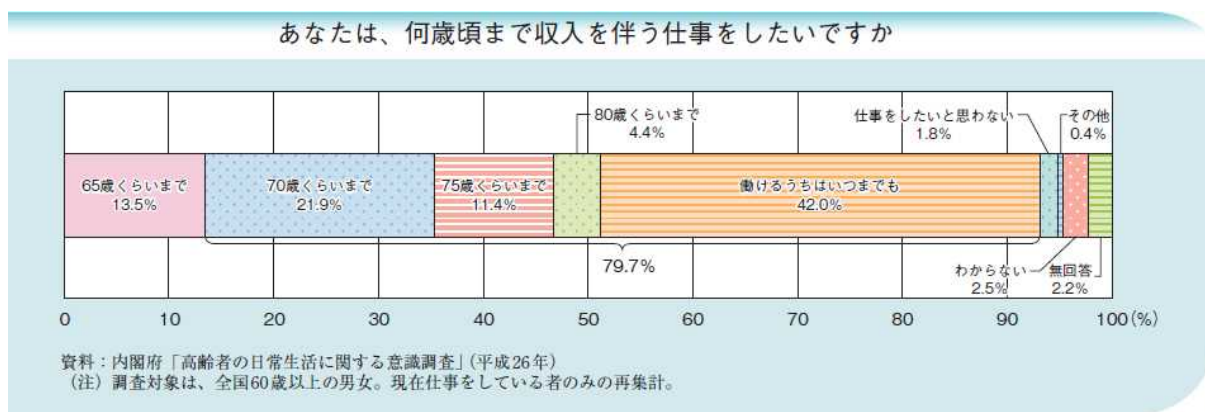


2 就業機会の確保

現状と課題

- 仕事をしている高齢者の約4割が「働けるうちはいつまでも」働きたいとの意欲を持っており、「70歳くらいまで」もしくはそれ以上と合計すると、約8割が高齢期にも高い就業意欲を持っています。
- 希望者全員が65歳以上でも働ける企業等の割合も、年々増加傾向にはありますが、年齢に関わりなく働くことができる企業の普及等に向けた取組をさらに推進する必要があります。
- シルバー人材センターは、高齢者への多様な就業機会の提供を通じて、地域社会の福祉の向上や活性化に貢献していますが、近年、受注額はほぼ横ばいとなっているものの、会員数は減少傾向です。会員数や受注額の増加に向け、新規就業分野の開拓や会員を対象とした技能講習の充実などに努める必要があります。

- シルバー人材センターが取り扱う業務については、平成 28（2016）年 4 月に改正された「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」第 39 条により、知事が市町毎に業種・職種を指定すれば週 40 時間までの就業が可能となる特例措置が設けられたことから、地域の実情や高齢者の希望に応じた多様な就業に向けて、さらに検討を進める必要があります。



『平成 29 年版 高齢社会白書』（内閣府）より

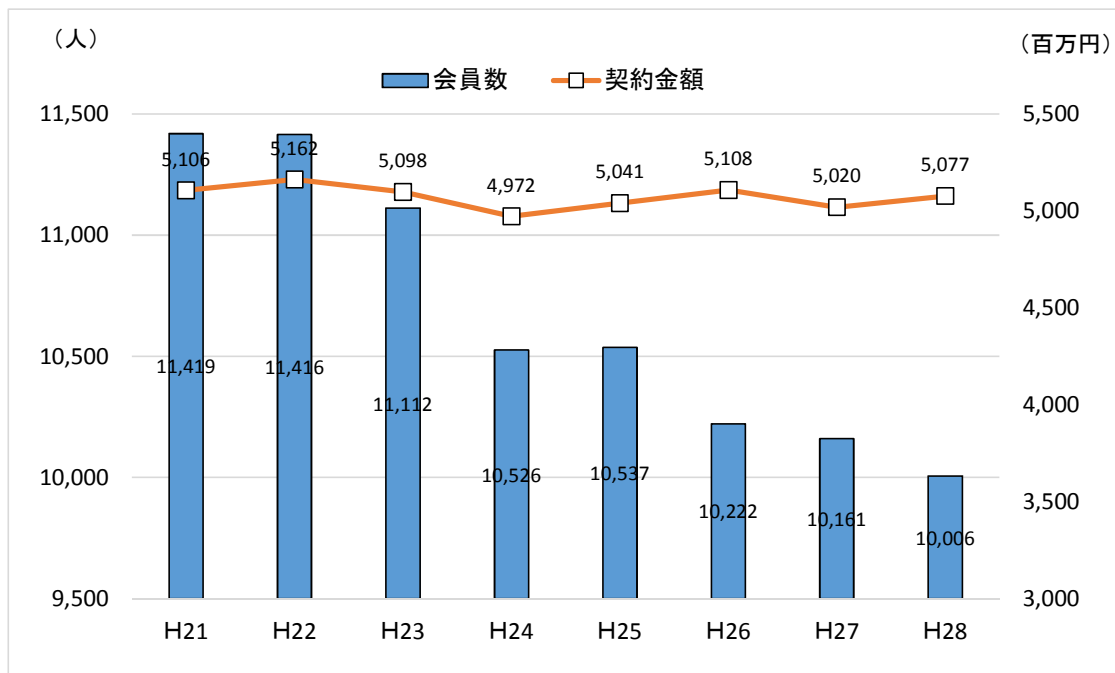
継続雇用制度の内訳

■ 希望者全員 65 歳以上の継続雇用制度 ■ 基準該当者 65 歳以上の継続雇用制度（経過措置適用企業）



栃木労働局調（平成 29 年 6 月 1 日現在：継続雇用制度の内訳）

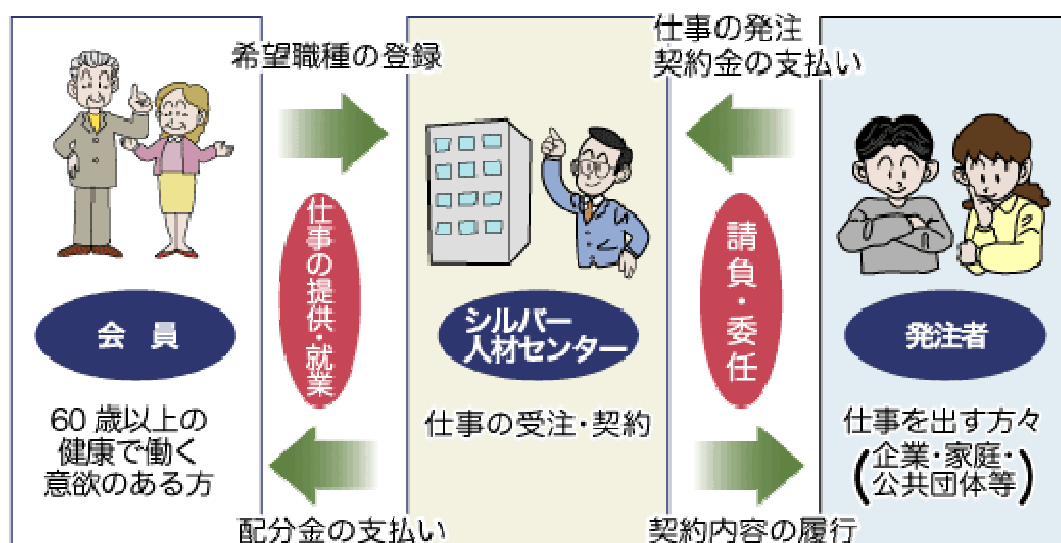
県内シルバー人材センターの活動状況（各年度末の実績）



施策の方向

- 「とちぎ生涯現役シニア応援センター」（愛称「ぷらっと」）及び「とちぎジョブモール」において、キャリアカウンセラーによる就業相談や再就職に向けたセミナー等により、就業意欲のある高齢者等を支援します。
- 栃木労働局や栃木高齢・障害者雇用支援センター等と連携し、年齢に関わりなく働くことができる企業の普及に向けた支援や高年齢者の雇用問題について、理解と協力の呼びかけを進めます。
- 新たな就業分野の開拓、会員の技能向上を目的とした講習会の開催などを通じて、市町のシルバー人材センターへの助言や指導を行う（公財）栃木県シルバー人材センター連合会の活動を支援します。
- 「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」第 39 条に基づく就業時間拡大は、意欲ある高齢者の社会参加や収入の増加に寄与するものであり、県内の労働環境全体を考慮しつつ取り組んでいきます。

シルバー人材センターの仕組み



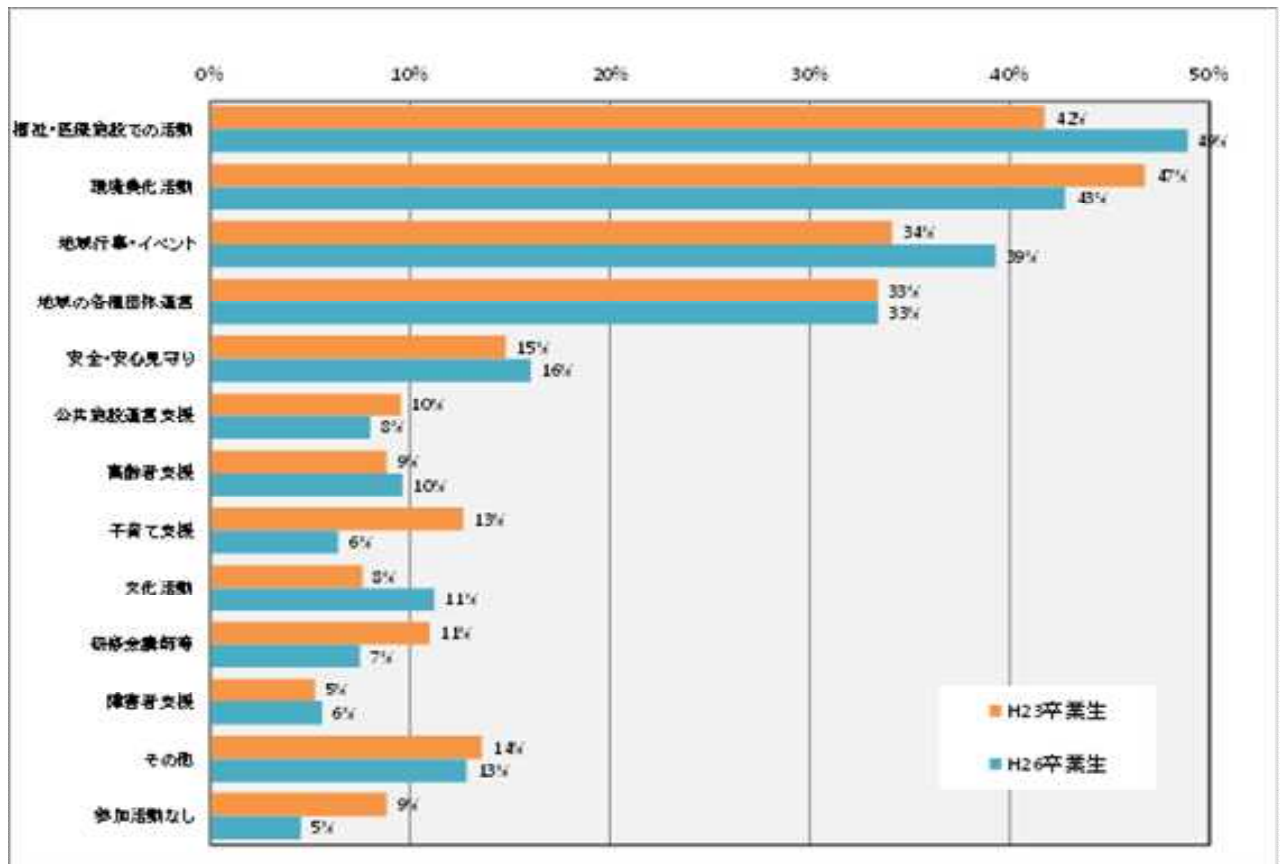
3 学習機会の提供

現状と課題

- 「とちぎ県民カレッジ」において、県の各施設や市町の公民館などで開催されている講座及びセミナー等の情報を総合的に提供しています。
- 総合教育センター内の「学習情報センター」及び「生涯学習ボランティアセンター」において、学習活動や生涯学習ボランティアに関する相談を実施しています。
- 「シルバー大学校」では、入学当初から地域活動に関する学習や交流の輪を広げる学習等を実施し、卒業生も含めて、大学校で学んだ知識や経験を活かした活動を行っていますが、市町や既存の団体・組織と連携し、さらに多様な分野で活躍することが期待されています。

シルバー大学校卒業生（平成 23（2011）・26（2014）年卒）の社会参加状況

【平成 24（2012）年 10 月、平成 27（2015）年 11 月 県調査】



施策の方向

- 「とちぎ県民カレッジ」において、高齢者のニーズを捉えた講座を実施することにより、高齢者の「生きがいづくり」や「仲間づくり」につながる質の高い学習機会の提供を推進します。
- 「学習情報センター」及び「生涯学習ボランティアセンター」と「とちぎ生涯現役シニア応援センター」（愛称「ぷらっと」）等との連携を推進し、学習活動や生涯学習ボランティアに関する相談の効果的な実施を図ります。
- 「シルバー大学校」において体系的な学習機会を提供するとともに、在校生及び卒業生が市町や老人クラブ等の団体・組織と共に行う活動が一層進むよう、支援を行います。
- 「シルバー大学校」の公開講座を充実させるとともに、地域活動事例等をインターネットを通じて紹介するなど、その情報発信機能の強化を図ります。
- 国民の間に高齢者の福祉への関心と理解を深め、高齢者が自らの生活の向上に努める意欲を促すことを目的に設けられた、9月15日から21日までの老人週間において、65歳以上の高齢者に対し、県立文化施設等を無料開放します。

ひと口メモ <「敬老の日」と「老人の日」>

「敬老の日」は、かつては 9月15日で祝日でしたが、国民の祝日に関する法律が改正され、平成15（2003）年から 9月の第3月曜日となりました。

一方、「老人の日」は平成13（2001）年の老人福祉法の改正により設けられたもので、9月15日を「老人の日」とし、それから21日までの一週間が「老人週間」とされました。

なお、「敬老の日」発祥の地として兵庫県多可郡野間谷村（現：多可町）が広く知られています。同村では、昭和22年に第1回敬老会を開催し、翌23（2011）年に9月15日を「としよりの日」と決めました。その後、こうした動きが全国に広まり、昭和41年に国民の祝日である「敬老の日」となりました。

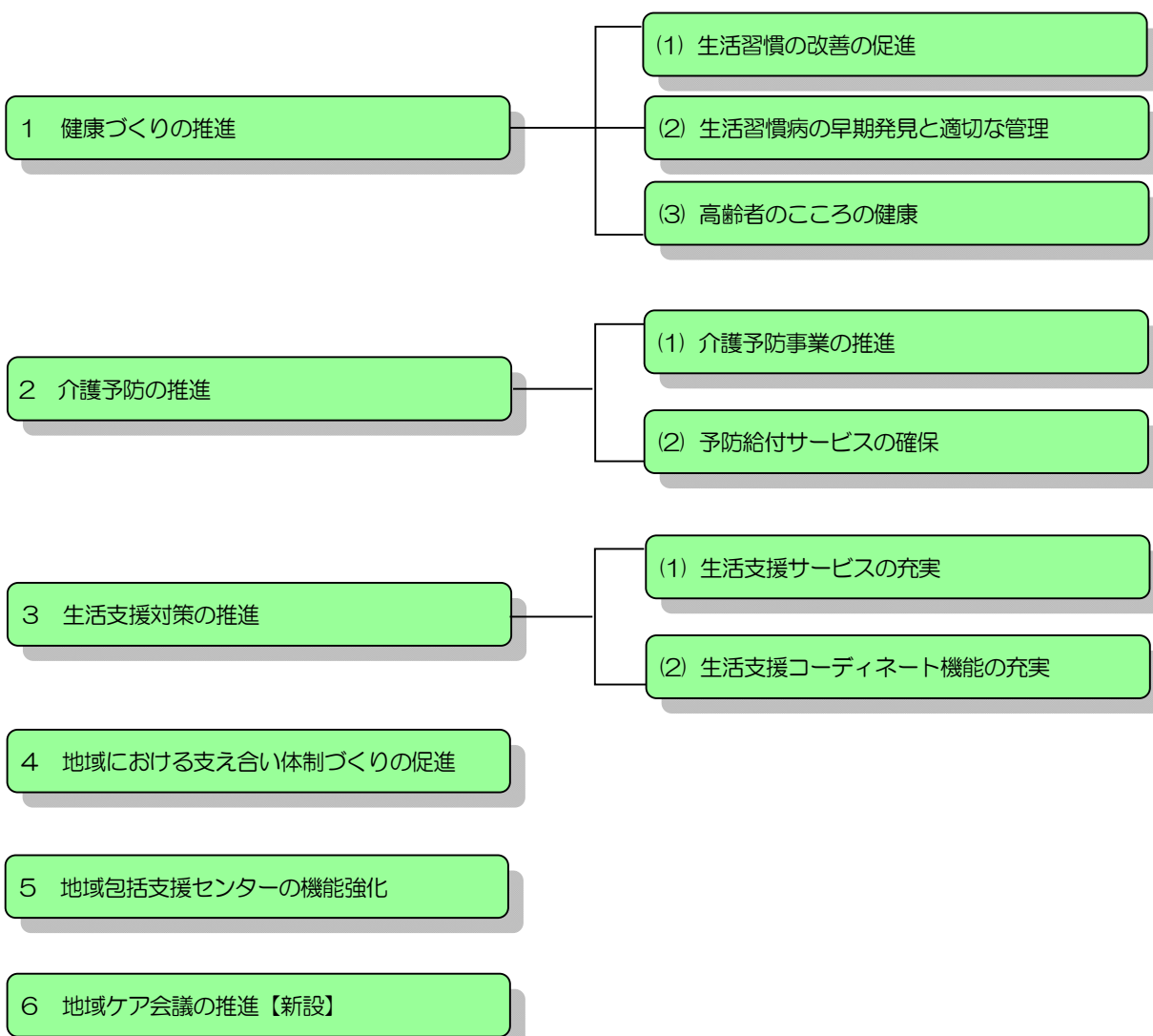
第2章

介護予防・日常生活支援の推進

元気で活動的な高齢期を過ごすことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を推進するほか、高齢者の生活を身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進します。

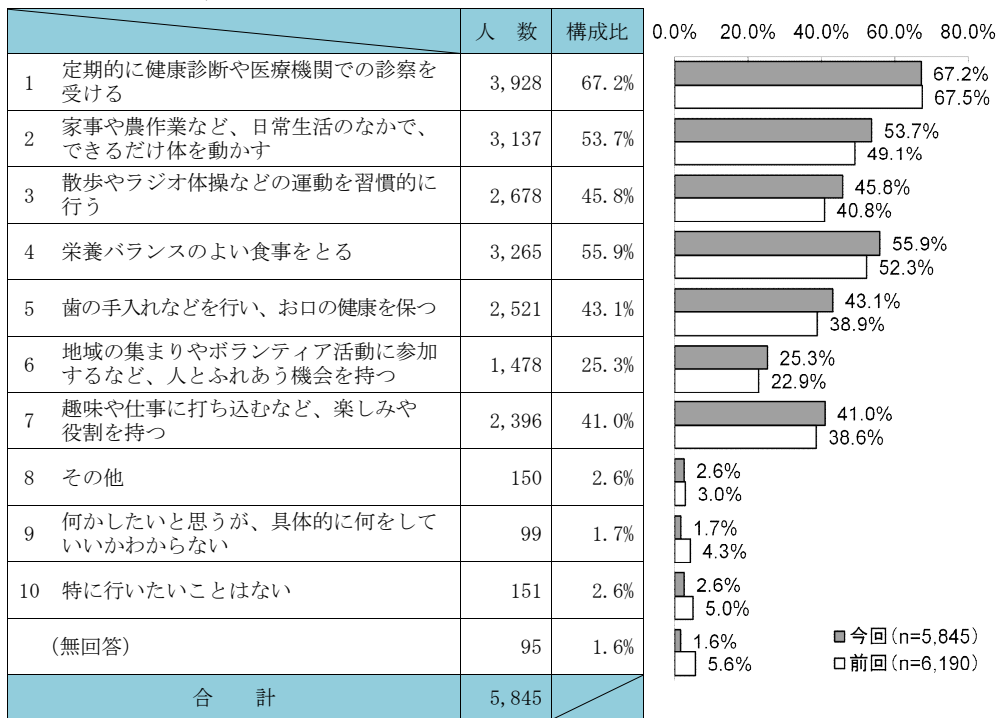
〔施策の体系〕



「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、健康を維持したり、自立して暮らすためにどのような事を行いたいのかについて、「定期的に健康診断や医療機関での診察を受ける」が 67.2%と最も多く、次いで「栄養バランスのよい食事をとる」が 55.9%、「家事や農作業など日常生活のなかでできるだけ体を動かす」が 53.7%、「散歩やラジオ体操などの運動を習慣的に行う」が 45.8%、「歯の手入れなどを行い、お口の健康を保つ」が 43.1%でした。

〔意識調査〕

<表 2-12: 自立して暮らすために行いたいこと>



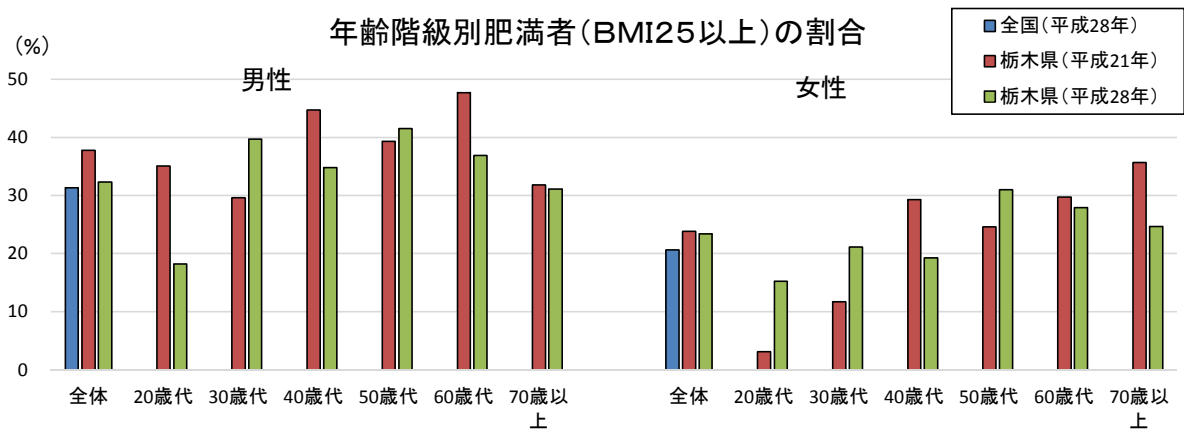
(H28 栃木県調査、前回は H25 実施)

1 健康づくりの推進

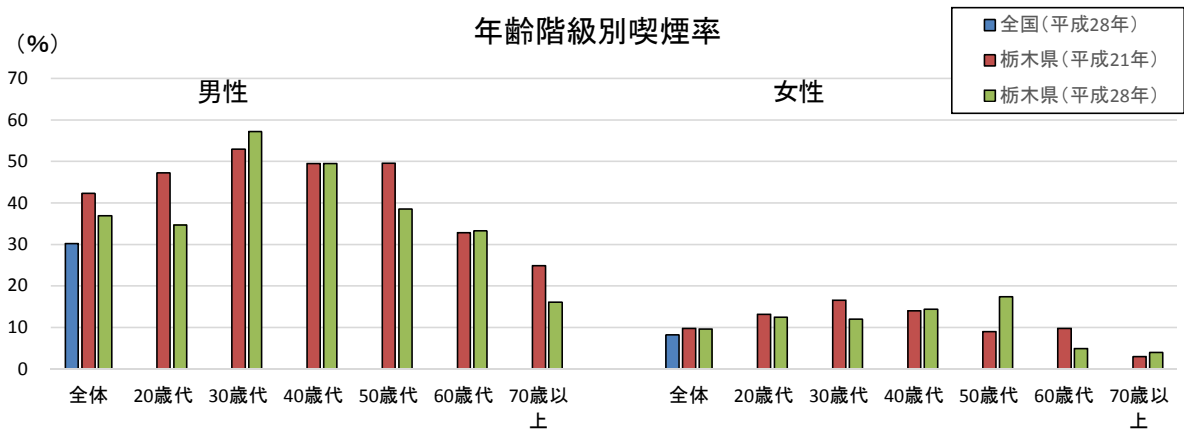
(1) 生活習慣の改善の促進

現状と課題

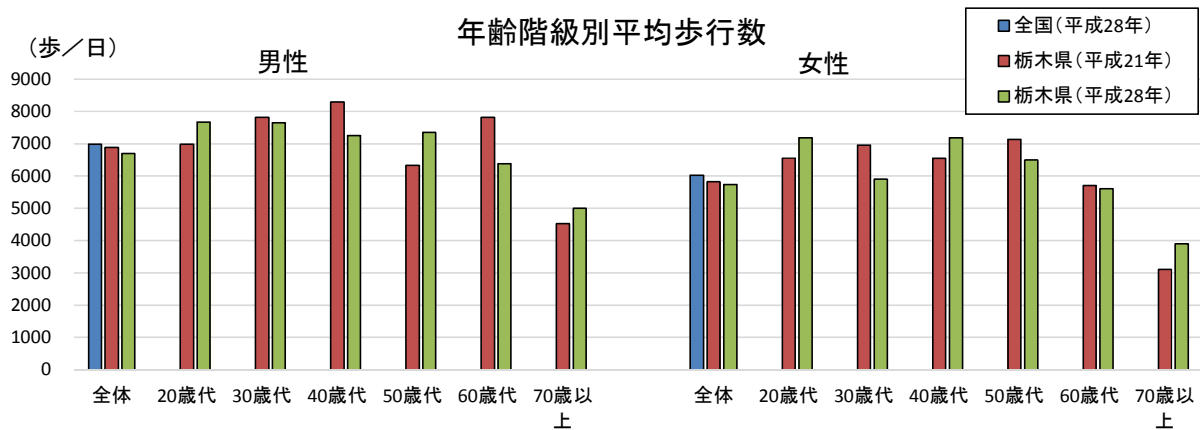
- 県民の平均寿命は、男性 80.10 年、女性 86.24 年（平成 27（2015）年）です。また、健康寿命は、男性 72.12 年、女性 75.73 年（平成 28（2016）年）です。平均寿命と健康寿命の延伸に向け、健康づくりを県民運動として推進していくことが必要です。
- 加齢に伴い、身体機能の低下や基礎疾患の悪化が起こりやすくなることから、生涯にわたりいきいきと豊かな人生を送るためには、栄養不足を解消し、運動器機能や歯と口腔の健康を維持し、フレイルやロコモティブシンドロームを予防していくことが重要です。
- 本県における肥満者の割合や喫煙率は、全国と比較して高く、日常生活における歩行数は少ない状況です。食塩摂取量は減少傾向にあるものの、依然、女性高齢者の摂取量が多い状況にあります。生活習慣病の発症予防のためには、健全な食生活、身体活動の増加、禁煙など、生活習慣の改善を促進していくことが必要です。



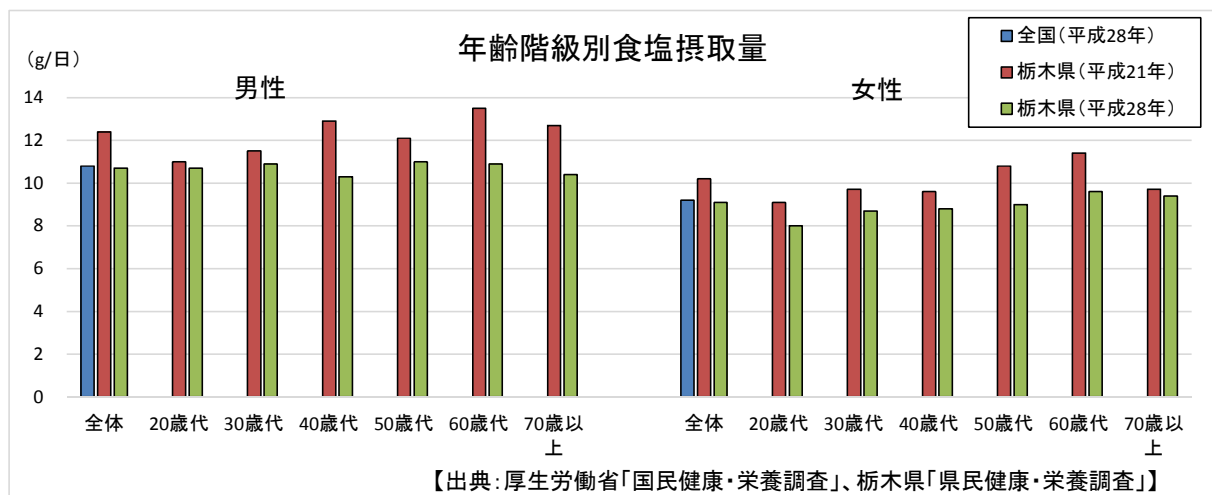
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」



60歳で24歯以上、80歳で20歯以上の歯を有する者の割合

		栃木県	全国
男性	60歳で24歯以上	50.6%	53.7%
	80歳で20歯以上	28.1%	29.4%
女性	60歳で24歯以上	54.7%	58.5%
	80歳で20歯以上	20.9%	24.9%

栃木県：平成21年度県民健康・栄養調査

全国：平成21年国民健康・栄養調査

施策の方向

- 県民の平均寿命と健康寿命を延ばし、生涯にわたり健康でいきいきと暮らせるよう、市町や関係団体等との幅広い連携により健康長寿とちぎづくり県民運動を推進し、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備を進めます。
- 高齢者が自らの健康状態に応じた食事ができるよう、食生活改善推進員等との連携による食生活指導の充実や、ヘルシーグルメ推進店の普及等による環境づくりに取り組みます。また、喫煙の健康影響について啓発するとともに、受動喫煙防止に向けた環境づくりを進めます。
- 「歩く」ことに代表される日常生活での身体活動の重要性やロコモティブシンドロームの予防について啓発するとともに、とちぎ健康づくりロードの選定・普及などを通じて、運動習慣の定着に努めます。また、市町や関係団体等と連携し、高齢者の外出を促すようなスポーツやボランティア活動などを促進します。

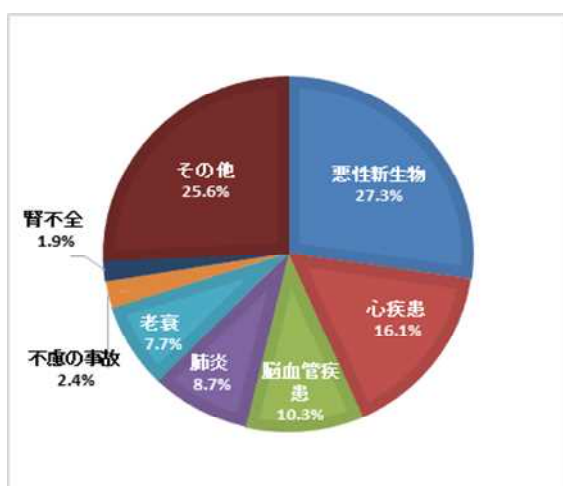
- 高齢者がかかりやすい歯や口腔の病気の予防に関する啓発を行うとともに、誤嚥性肺炎を予防するための口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションなどの普及を図ることにより、高齢者の口腔機能の維持向上（オーラルフレイルの予防）に努めます。また、かかりつけ歯科医を定期的に受診し、口腔機能を適切に管理することは、全身の健康維持や介護予防につながることにについて、県民への周知に努めます。
- 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援するため、医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言を行うとともに、禁煙のサポートや生活習慣の改善等、健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、必要に応じて受診勧奨を行う健康サポート薬局の増加を促進します。

(2) 生活習慣病の早期発見と適切な管理

現状と課題

- 本県の死亡状況は、がん、心臓病、脳卒中が全体の約6割を占め、これらの基礎疾患となる糖尿病も増加傾向にあります。こうした生活習慣病の発症や重症化を防ぐためには、県民一人ひとりが生活習慣の改善に取り組むとともに、生活習慣病の早期発見・早期治療に努める必要があります。
- 高齢者が抱える生活習慣病の多くは、長期にわたる管理を必要とします。このため、高齢者が身近な地域で安心して生活を送ることができる環境づくりを積極的に推進していくことが求められています。

平成 28（2016）年 死因の状況



主要死因死亡率（人口 10 万対）の年次推移



がん検診受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
栃木県	43.2%	51.9%	44.3%	44.0%	48.2%
全 国	40.9%	46.2%	41.4%	42.3%	44.9%

※平成 28 年国民生活基礎調査

特定健康診査・特定保健指導実施率

	特定健康診査	特定保健指導
栃木県	48.1%	19.0%
全 国	50.1%	17.5%

※栃木県：平成 27 年厚生労働省保険局提供データ

全 国：平成 27 年厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）」

施策の方向

- 食生活の改善や身体活動量の増加、禁煙などにより望ましい生活習慣を確立することや、基礎疾患を適切に管理する重要性について、効果的な啓発活動を展開します。
- 生活習慣病の早期発見・早期治療を促進するため、市町や関係機関と連携し、がん検診や特定健康診査等を定期的に受診することの重要性について積極的に啓発するとともに、基礎疾患の未治療者や治療中断者に対する受診勧奨の促進に取り組みます。
- 県民が病状に応じた適切な医療やリハビリテーションを受けられるよう、かかりつけ医を中心とした医療・介護・福祉による連携体制の構築を推進します。また、療養生活の質に配慮した在宅医療の推進を図ります。
- 特に、高齢者は、多剤・重複投薬者の割合が高く、薬剤による有害事象が発生するリスクが高まることから、服薬情報の一元的・継続的把握に基づいた薬学的管理や指導を行うとともに、患者の状態について、処方医へのフィードバックなどを行う、かかりつけ薬剤師・薬局の増加を促進します。

(3) 高齢者のこころの健康

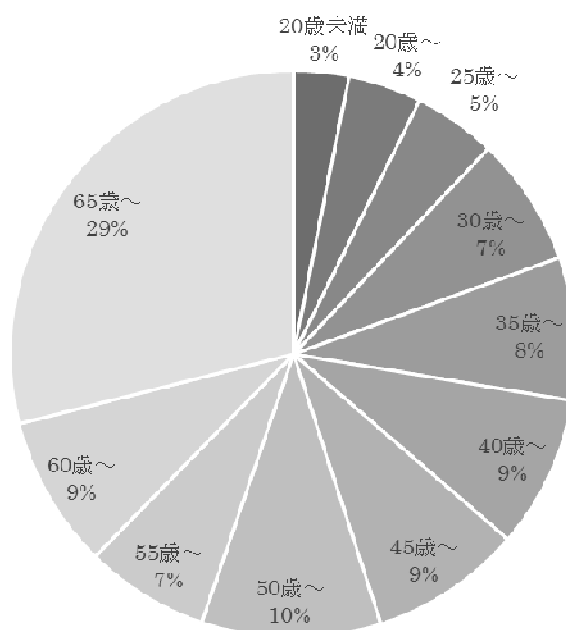
現状と課題

- こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件であり、生活の質に大きく影響するものです。
また、社会全体で健やかなこころを支えていくためには、こころの健康を維持するための生活やこころの病気への対応を多くの人が理解し、自己と他者のために取り組むことが不可欠です。

- 本県の自殺者数を年齢区分別に見ると、高齢者の自殺者数が全体の約3割を占めており、原因・動機については、全年齢の合計で「健康問題」及び「生活・経済問題」が大きな割合を占めています。

そのため、悩みを抱えた方に「気づき」、早めに専門家に相談するよう「促し」、暖かく寄り添いながら「見守る」など、自殺のサインに気づいて適切に対応できる人材が求められています。

〔年齢区分別自殺者数 平成27年・栃木県〕



【人口動態統計より】

自殺の原因・動機（平成27年・栃木県）

健康問題	生活・経済問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳
45.5%	16.2%	12.6%	8.7%	3.9%	1.7%	8.7%	2.7%

【厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」より】

施策の方向

- こころの病気に対する予防や早期発見・早期対応に努めるため、ストレスや精神疾患など、こころの健康に関する知識の普及啓発に取り組みます。
- 健康福祉センターや精神保健福祉センターにおける、こころの健康に関する相談体制の充実を図ります。
- かかりつけ医や介護サービス従事者等を対象に研修を実施し、自殺の危険を示すサインに気づき適切な対応のとれる人材（ゲートキーパー）を養成します。

2 介護予防の推進

(1) 介護予防事業の推進

現状と課題

- 高齢期になって要介護状態を招く原因は、年を重ねることによって生じる筋力の低下や、これに伴う転倒・骨折などによる「老化による虚弱」が大きな要素になっています。
住み慣れた地域で、いつまでも元気で、自分らしく、いきいきと暮らしていくためには、高齢者自身が、元気なうちから健康づくりや介護予防に取り組むことが重要です。
- これまでの介護予防事業は、健康づくりや身体機能の回復を中心に支援を行ってきましたが、趣味や社会活動等によって生きがいを感じることも介護予防に役立つことから、引き続き、介護予防の重要性について普及啓発を行うとともに、高齢者自身が自ら介護予防事業等の担い手として参加することについて積極的に働きかけていく必要があります。
- 全ての市町において、「介護予防・日常生活支援総合事業」として、全ての高齢者を対象に普及啓発や予防活動の支援等を行う「一般介護予防事業」と、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に訪問型・通所型サービス、その他の生活支援サービス等を行う「介護予防・生活支援サービス事業」を実施していますが、多様なサービスを拡充していく必要があります。
- 今後は、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、単に高齢者の心身機能の改善を目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や地域社会への参加を促すことが必要になってきます。
- 要介護状態となることや重度化を防止するため、市町等が実施する介護予防のための取組へのリハビリテーション専門職の関与を促進し、その機能強化を図るとともに、地域における介護予防に関する住民主体の通いの場などの取組を充実させ、その活動が継続的に実施される地域づくりが求められています。

施策の方向

- 市町において、介護予防・日常生活支援総合事業が、地域の実態に応じた多様な主体の参加による適切な運営が行われるよう、市町や事業者への情報提供、県民への周知に努めます。
- パンフレットの配布や県ホームページ等により、引き続き介護予防の重要性に関する普及・啓発を進め、高齢者が自ら進んで介護予防に取り組む気運の醸成を図ります。
- 市町が実施する介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型・通所型サービスにおいて、緩和した基準によるサービスや住民主体によるサービスなど、高齢者のニーズや地域の実情に応じた多様なサービスが展開されるよう、先進事例の提供などにより、市町を支援します。

- 心身機能の改善を目的とした運動器や口腔などの機能向上プログラム等の普及を図るとともに、高齢者自身が積極的に参加・運営する通いの場などの取組が広がるよう、市町や高齢者に対する周知に努めます。
- 介護予防の取組の強化を図るため、リハビリテーション専門職を対象とした研修を実施し、市町等が実施する通所型サービスや訪問型サービス、地域ケア会議等におけるリハビリテーション専門職等の活用を促進します。
- 住民主体による通いの場などの介護予防に係る取組の充実を図るため、介護予防活動のリーダー養成や住民主体による介護予防実践グループへリハビリテーション専門職等を派遣するなど、地域における介護予防活動を支援します。
- 市町は、高齢者の心身の状況の的確な把握に努め、それに応じた介護予防ケアマネジメントを的確に実施し、主治医や民生委員、ボランティア、NPO等と連携して、効果的な介護予防事業の実施を推進します。また、高齢者が気軽に介護予防事業に参加できるよう、身近な介護予防拠点の整備、公民館等での介護予防教室の開催、コミュニティバス等の交通手段の確保などに取り組みます。

介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ① 要支援認定を受けた者
- ② 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

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
 ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
 ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

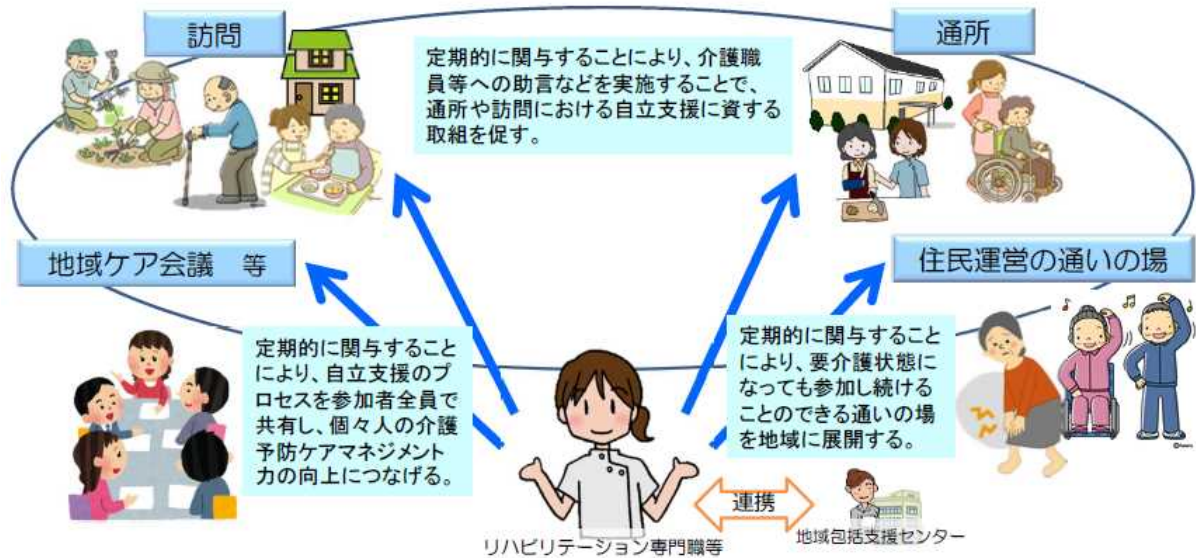
(2) 一般介護予防事業

○ 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

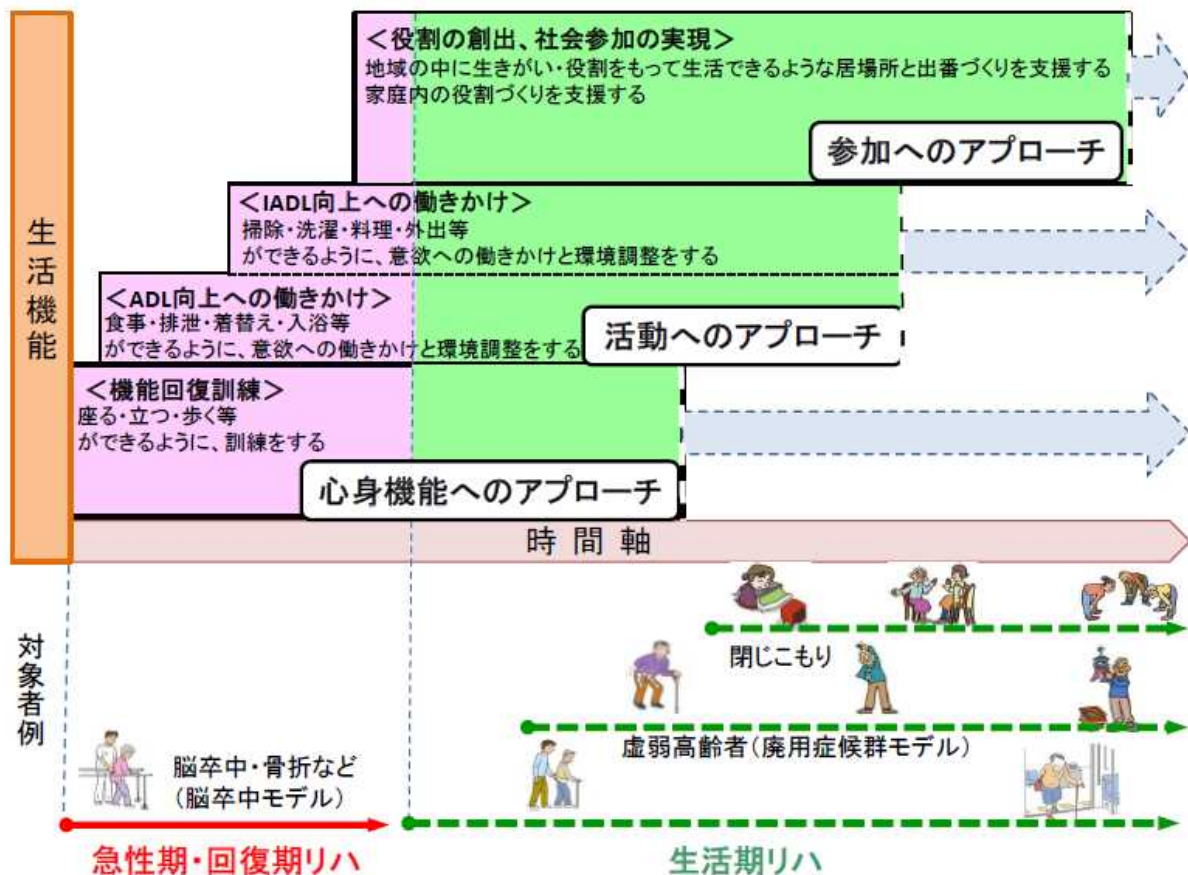
リハビリテーション専門職による支援

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する。



リハビリテーション専門職等は、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の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

高齢者リハビリテーションのイメージ



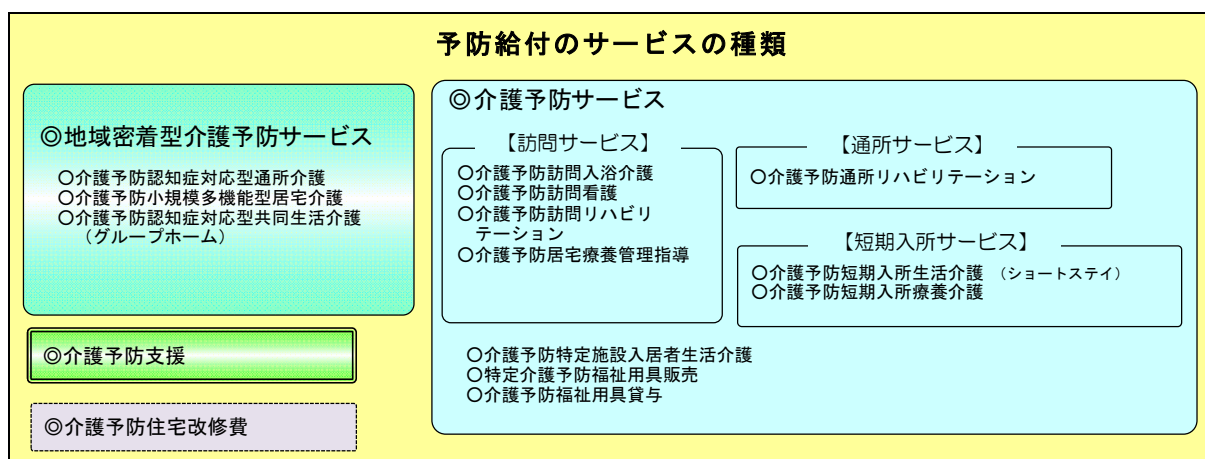
(2) 予防給付サービスの確保

現状と課題

- 介護予防を目的とした予防給付のうち、訪問介護及び通所介護は、平成 29 (2017) 年度までに、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したが、訪問看護、訪問リハビリテーション等その他のサービスについては、引き続き予防給付によるサービス提供が継続されます。
- 介護予防の重要性について普及啓発を図るとともに、必要な方に必要なサービスが提供されるよう、介護予防サービス事業所を適切に整備する必要があります。
- 要支援者が適切な介護予防給付を受けるためには、地域包括支援センターの職員が、適切な介護予防ケアマネジメントを行うための知識・スキル等を身につけることが必要です。

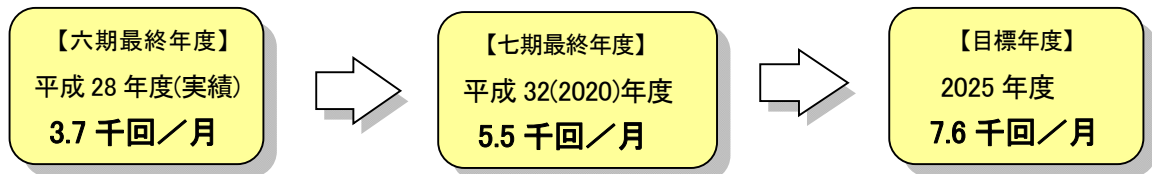
施策の方向

- 市町や介護予防のマネジメントを行う地域包括支援センターにおいて、介護予防の重要性や適切なサービスの利用に関する普及・啓発を行えるよう、情報提供や職員研修を実施するなどの支援を行います。
- 介護予防サービス事業者に対し、効果的かつ適切な「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等のサービスを提供できるよう、情報提供及び必要に応じた助言・指導に努めます。
- 予防給付を実効あるものとするため、市町や地域包括支援センターの職員等に対する研修などを実施し、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの適切な実施を支援します。

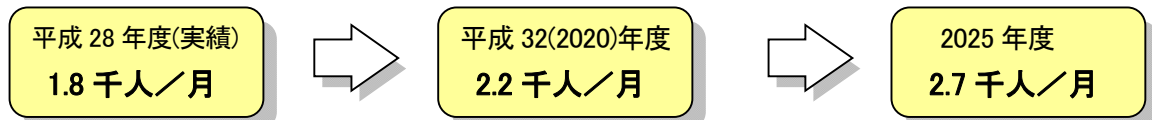


主な介護予防サービス 見込値

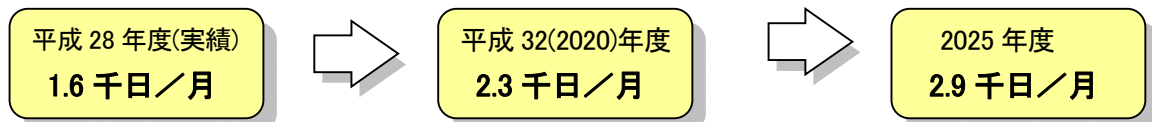
介護予防訪問看護



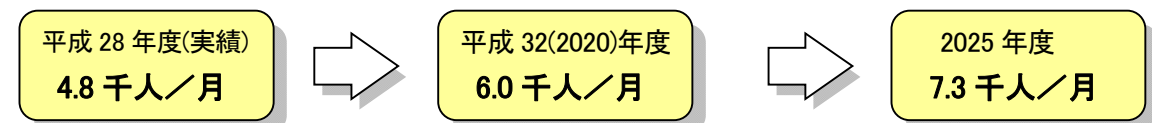
介護予防通所リハビリテーション



介護予防短期入所生活介護



介護予防福祉用具貸与



3 生活支援対策の推進

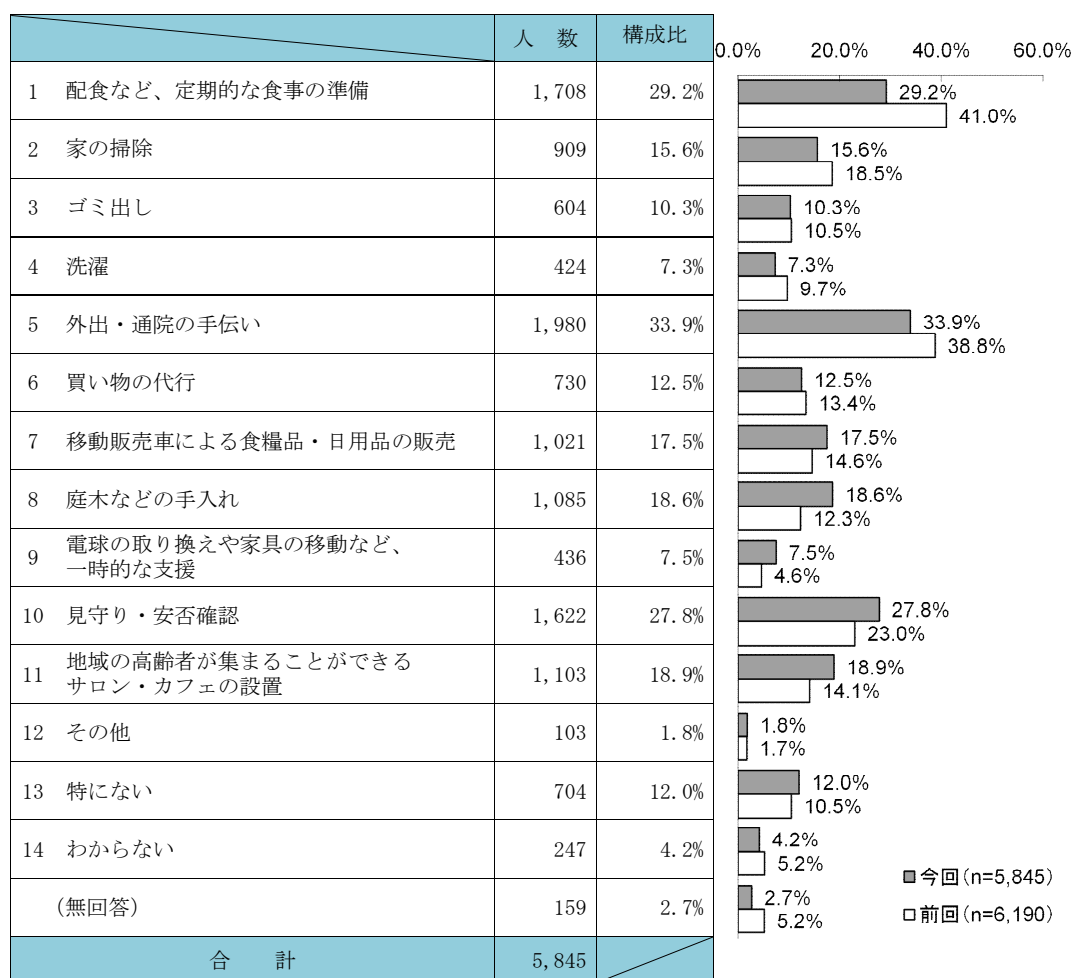
(1) 生活支援サービスの充実

現状と課題

- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、生活支援サービスとして自宅で暮らし続けていくために必要と思うものについて、「外出・通院の手伝い」が 33.9%、「配食など、定期的な食事の準備」が 29.2%、これに「見守り・安否確認」が 27.8%と続き、外出時や食事の支援に加え、見守りといった心の支えを必要と考える方が多いことが伺えます。
- 高齢者の単独又は夫婦のみ世帯の増加が予測される中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、生活支援サービスの担い手となるボランティア、NPO等の地域資源の発掘・育成を図る必要があります。
- 医療、介護、福祉の公的サービスだけでなく、外出支援や配食サービス、見守り・安否確認等、住民が互いに助け合うインフォーマルな生活支援が、実情に応じて重層的に提供される地域づくりが求められています。

〔意識調査〕

生活支援サービスとして、たとえば次のようなものがありますが、あなたが今後自宅で暮らし続けていくために、特に必要と思うものは何ですか。



施策の方向

- 地域において、外出支援や配食、見守り・安否確認などの生活支援サービスが多様な主体により提供されるよう、その担い手となるボランティアやNPOなどの地域資源の発掘・育成を支援します。
- 生活支援に関する、高齢者を含めた住民主体の互助の取組を促進するため、市町村に対して先進事例の情報提供を行うなど、地域の実情に応じた重層的なサービスの提供体制の構築を支援します。

(2) 生活支援コーディネート機能の充実

現状と課題

- 生活支援サービスの充実を図るため、市町には、地域における資源開発やネットワーク構築などを行う生活支援コーディネーターを、第1層として市町圏域、第2層として日常生活圏域等に配置することが求められています。
- 高齢者の生活支援サービスの体制整備の推進を図るため、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、ボランティア団体などの多様な主体が参画する協議体における定期的な情報共有や連携強化などの取組を促進する必要があります。

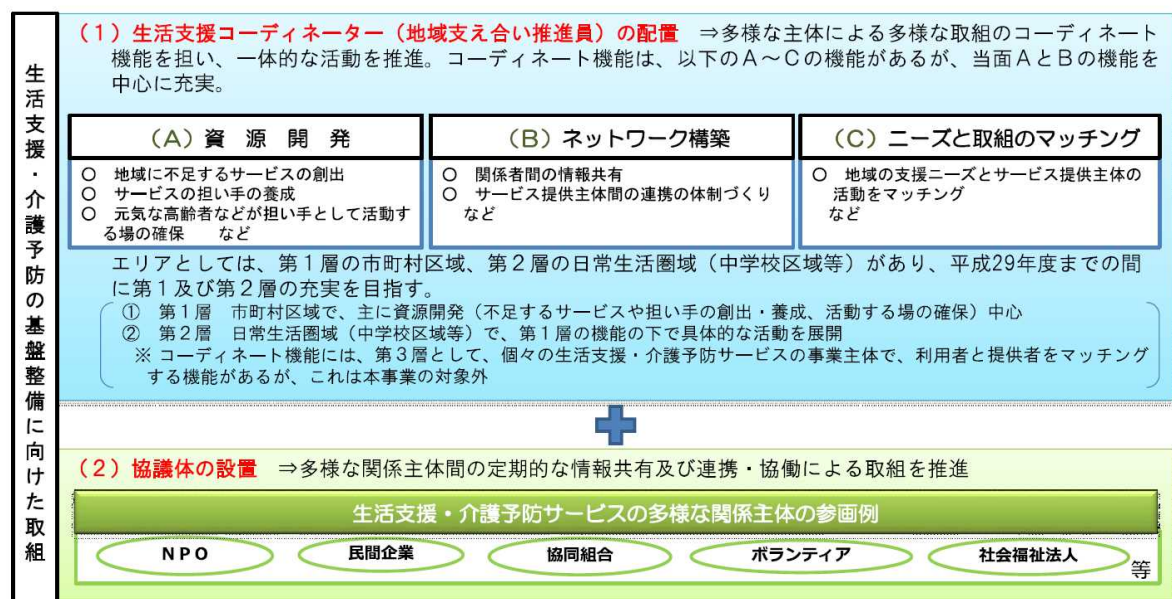
生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援等サービス提供体制の構築を目的に、地域において不足するサービスの創出や担い手の育成等に向けた資源開発、連携体制づくりなど多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担う人材

施策の方向

- 市町や地域における生活支援の体制整備を担う人材の適切な配置を支援するため、資源開発の方法やネットワーク構築に関する研修を実施し、生活支援コーディネーターを養成します。
- 関係者間の情報共有・連携強化や生活支援サービスの資源開発、ネットワーク構築などを地域の実情に応じて促進するため、市町が設置した協議体や生活支援コーディネーターへ助言を行うアドバイザーを派遣します。

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

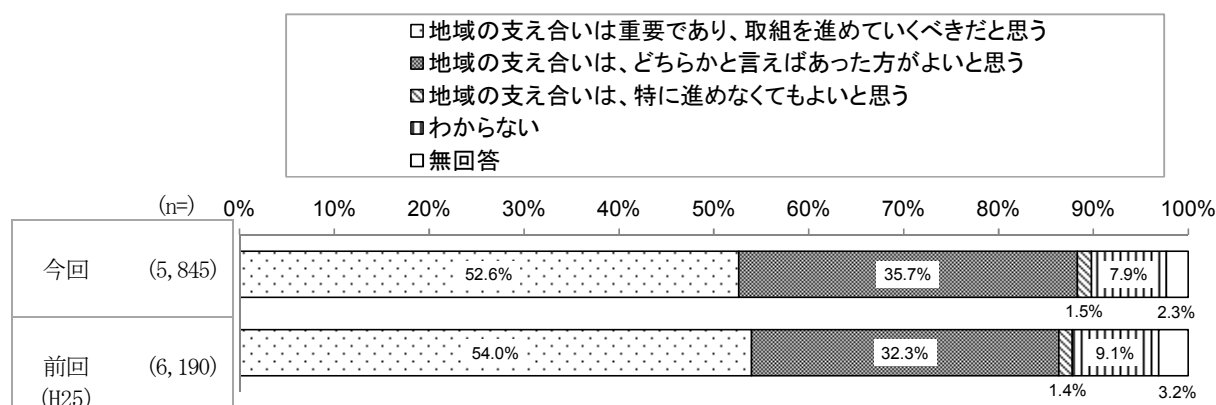
4 地域における支え合い体制づくりの促進

現状と課題

- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、地域における支え合いについて、「地域の支え合いは重要であり、取組を進めていくべきだと思う」と「地域の支え合いはどちらかと言えばあったほうがよいと思う」を合わせて88.3%と、多くの方が地域における支え合いを重要と考えています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、公的な医療、介護、福祉サービスのみならず、公的なサービスだけでは十分に対応できない日常生活における見守りや生活支援などの生活課題に対処する必要があります。
- 地域における支え合いは、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、地域団体、地域住民などの地域の様々な関係者が連携・協力して取り組むことが効果的であり、それらのネットワーク化を進めることが必要です。
- 県内では、市町や住民組織等により、地域の実情に応じた様々な支え合いの取組が行われていますが、こうした取組は、災害時の個別支援等にも役立つことから、今後、さらに、県内各地における取組を広げるとともに、内容を充実させていくことが重要です。
- 個々の見守り活動だけでなく、地域包括支援センターをはじめ、地域の関係者が相互に連携しながら高齢者世帯等の見守りを行う高齢者見守りネットワークは、活動内容や規模等の違いはありますが、県内全ての市町で構築されています。
- 高齢者等の孤立防止や生きがいづくり、介護予防等を図るため、高齢者などの地域住民が気軽に集い、仲間づくりや交流活動等を行える居場所づくりは、市町や地域住民、ボランティア、NPO等により、県内各地で取り組まれています。
- 高齢者のサロンを子どもの居場所や世代間の交流の場とするなど、幅広い世代が互いに支え合う「地域共生社会」を形成していく必要があります、そのためには、地域で暮らす人々がお互いに支え合う気持ちを、幼少期から育むことが重要です。
- 「地域共生社会」の実現に向け、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握し、関係機関等との協働により解決を試みる体制づくりが求められています。

〔意識調査〕

「地域における支え合い」について、あなたはどのようにお考えですか。



施策の方向

- 県内外の先進的な事例の紹介等を通じ、見守りネットワークの構築や介護支援ボランティア制度の導入、公民館や空き店舗等を活用した高齢者の「通いの場」などの地域における支え合い体制づくりの取組を促進します。
- 生活関連事業者等の協力を得て、地域全体で孤立死を未然に防止することを目的とした「栃木県孤立死防止見守り事業（とちまる見守りネット）」の取組を充実させます。また、各地域における高齢者等の見守り体制整備を支援します。
- 学校教育において、共に生きることの大切さや社会福祉についての理解と関心を高める福祉教育を推進し、生涯にわたり主体的・実践的に社会に関わる意欲や態度の醸成を図ります。
- 「地域共生社会」の実現に向け、地域住民と関係機関が、「地域共生社会」の理念や意義・実践手法について、共に学ぶことのできる機会を提供し、身近な地域における住民主体の支え合い活動を促進します。

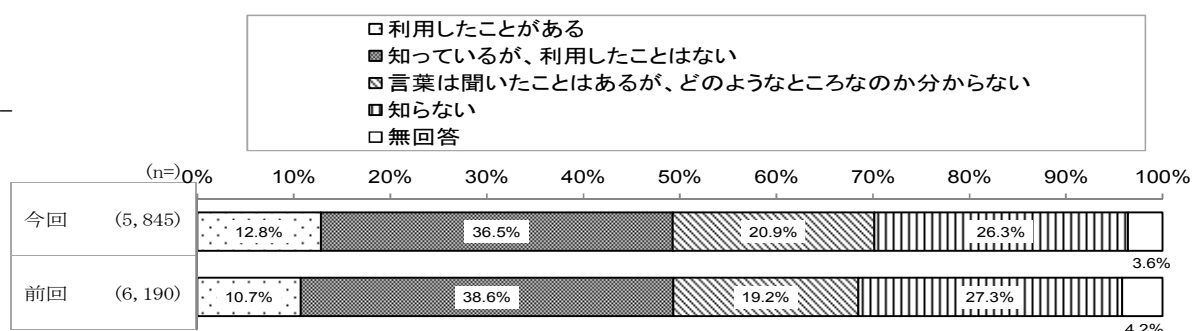
5 地域包括支援センターの機能強化

現状と課題

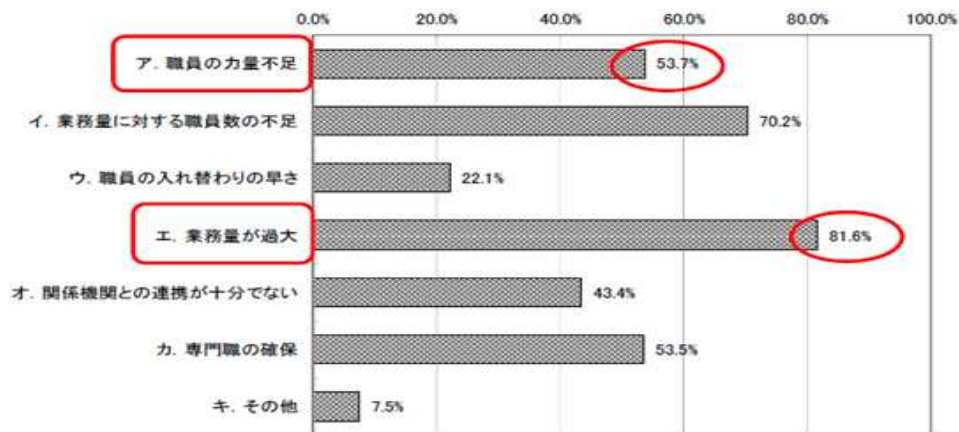
- 地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けていくための地域包括ケアシステムにおける中核機関として、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援等を実施し、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援することを目的としています。
- 地域包括支援センターは、平成 29（2017）年 11 月 1 日現在、県内に 95 か所設置されていますが、「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、「聞いたことはあるが、どのようなところなのか分からない」が 20.9%、「知らない」が 26.3%となっており、地域住民が身近な相談機関として利用できるよう、地域住民に対してセンターの取組を幅広く周知することが必要です。
- 介護保険法の改正により、平成 30（2018）年度から、地域包括支援センターの設置者が自ら実施する事業の質の評価を行うとともに、市町も地域包括支援センターにおける事業の実施状況について評価を行うことが義務付けられました。
- 高齢者や要支援認定者の増加等に伴い、総合相談支援業務や介護予防支援（介護予防ケアプラン作成）業務などの負担が大きくなっており、また、職員の資質向上も課題として捉えられています。

〔意識調査〕

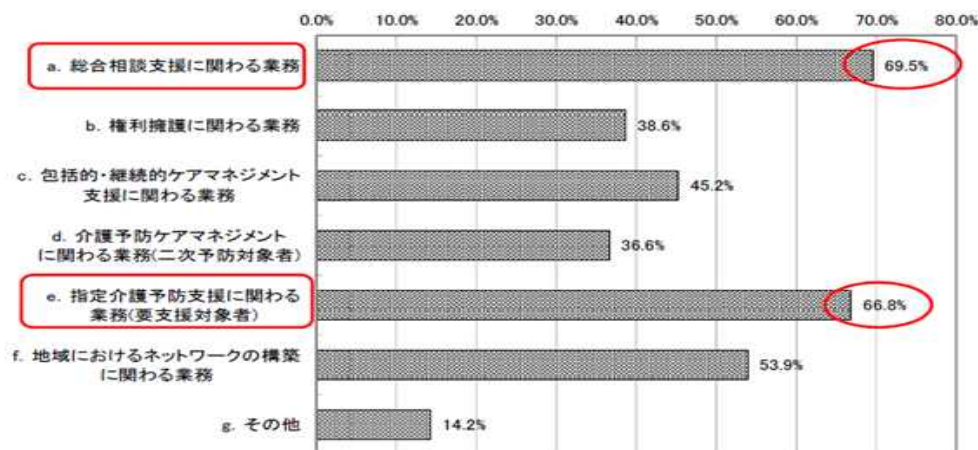
あなたは、地域包括支援センターを知っていますか。また、利用したことがありますか。



地域包括支援センターが抱える課題(全国)



「エ. 業務量が過大」の場合の業務内容(複数回答可)



平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金

「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業」

施策の方向

- 地域住民が身近な相談機関として利用できるよう、地域包括支援センターの役割等について広く周知するほか、事業内容や運営状況に関する情報の公表を促進します。
- 地域包括支援センターが、その機能を適切に発揮していくため、自ら実施する事業の質の評価や市町によるセンター事業の実施状況に係る評価を通じて、業務の状況について把握した上で、それぞれ必要な措置を講じることを促進します。
- 地域包括支援センター職員を対象とした初任者及び現任者向けの研修を実施することにより、センター職員の資質向上を図り、地域包括支援センターがその役割を十分に発揮できる体制づくりを支援します。
- 地域包括支援センター職員の医療的知識の向上を目的とした研修や医療職との意見交換会を実施することにより、医療関係者などとのネットワーク構築を促進し、地域における適切な保健・医療・福祉サービスの利用につながるよう支援します。



6 地域ケア会議の推進【新設】

現状と課題

- 市町及び地域包括支援センターにおいて、個別支援の検討を中心とした地域ケア会議が開催されていますが、地域づくり・資源開発や政策形成を機能とした地域ケア会議の実施につなげる必要があります。
- 今後、慢性疾患を有する高齢者や認知症を持つ高齢者が増加することにより、医療と介護の連携や認知症への対応がさらに重要となってくることを踏まえ、多職種が参加し、連携のとれた地域ケア会議を効果的に実施することが求められています。

施策の方向

- 地域づくり・資源開発や政策形成を機能とした地域ケア会議の実施を促進するため、好事例を情報提供するとともに、市町職員や地域包括支援センター職員を対象として、地域ケア会議の展開方法等に関する研修を実施します。
- 地域における課題を把握した上で、資源開発や市町の政策形成へとつなげていくことができるよう、地域ケア会議の運営支援を担うアドバイザーや、会議において専門的な立場から助言等を行う専門職の派遣を行います。

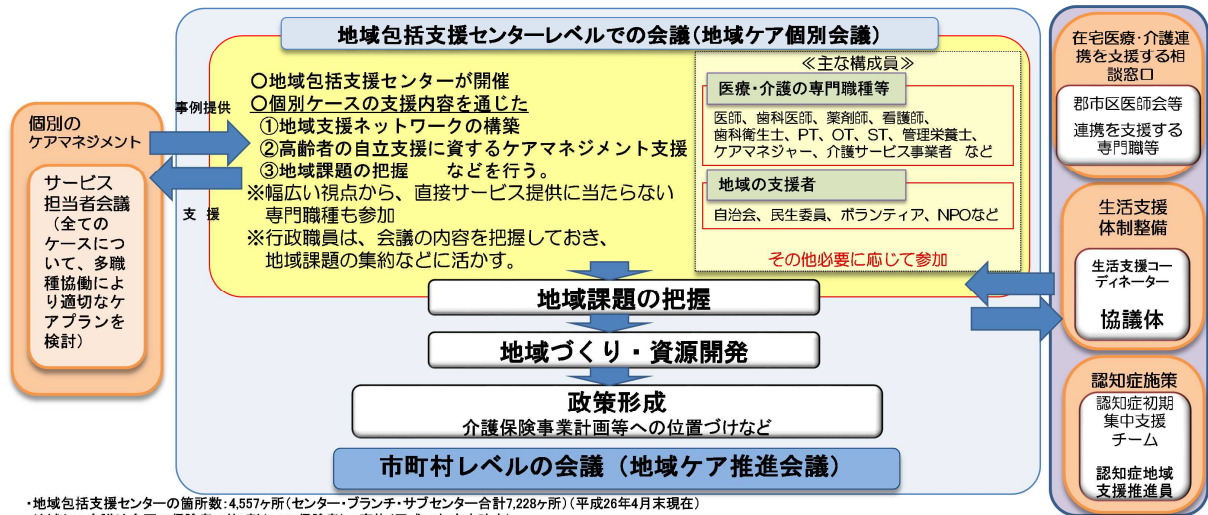
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



・地域包括支援センターの箇所数：4,557ヶ所（センター・プラチ・サブセンター合計7,228ヶ所）（平成26年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）

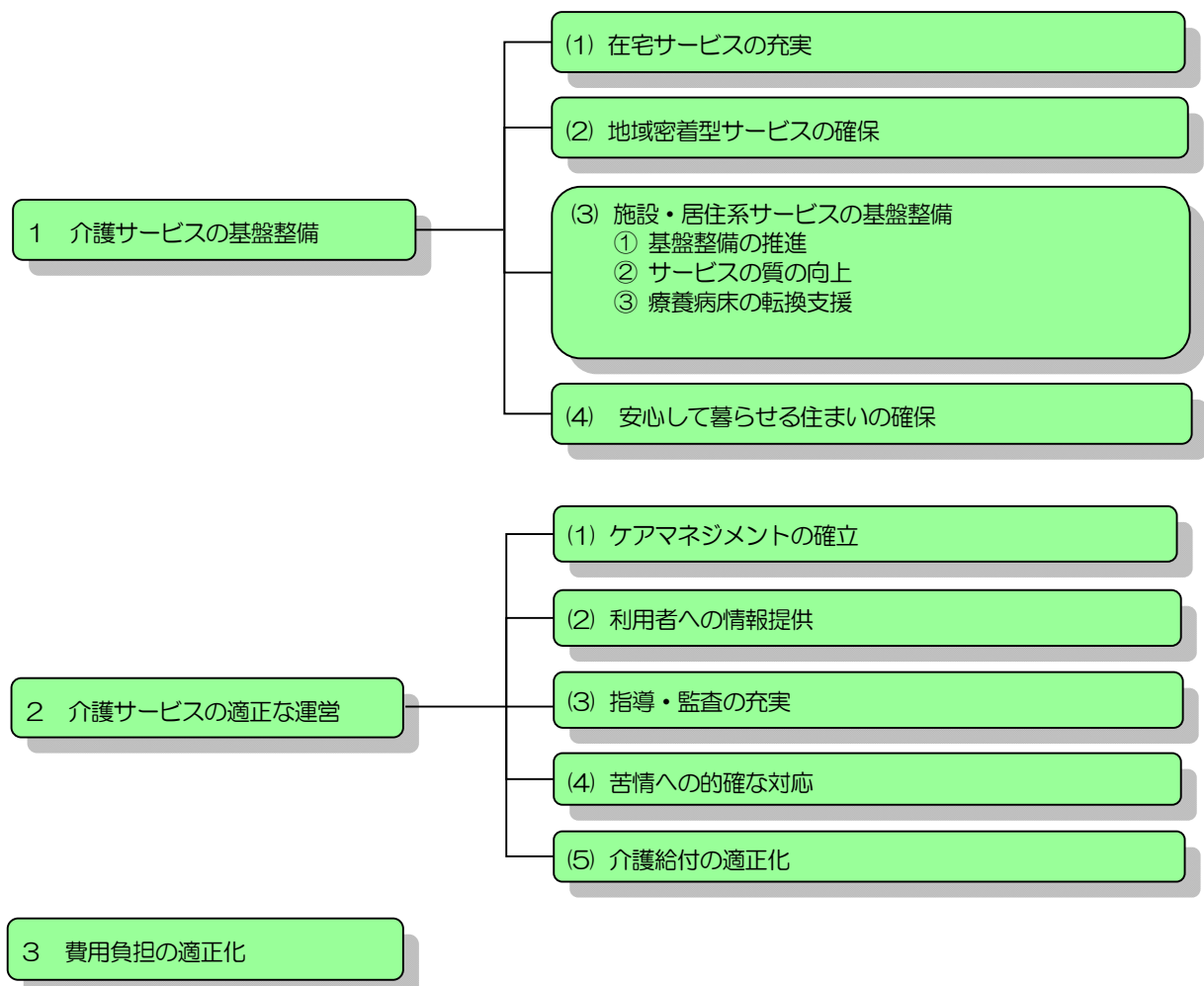
第3章

介護サービスの充実・強化

介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、高齢者や家族の生活環境等に応じた介護サービスが確保されるよう、在宅サービスや施設サービスの基盤整備を推進するとともに、サービスの適正な運営と費用負担の適正化の取組を促進します。

〔施策の体系〕



1 介護サービスの基盤整備

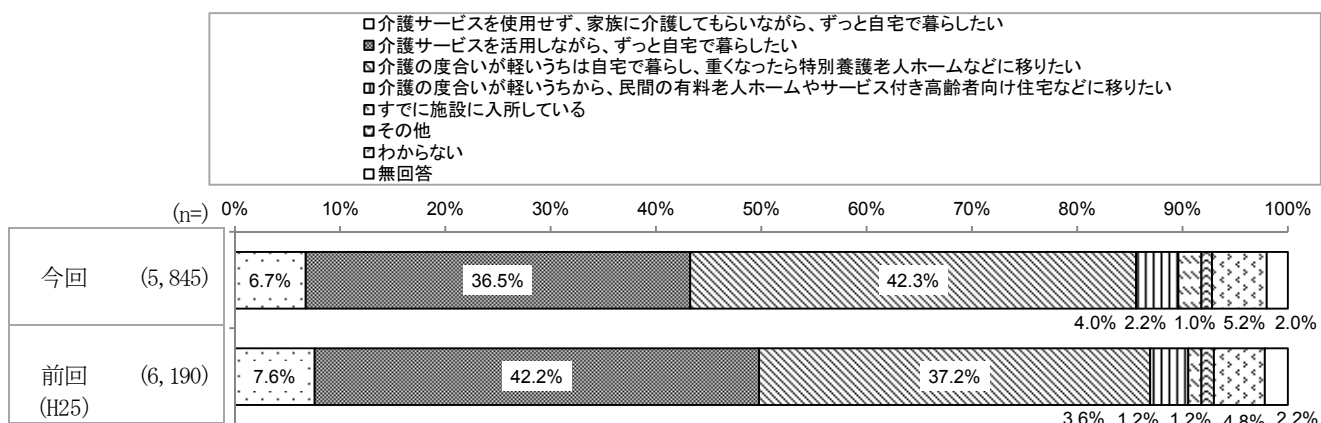
(1) 在宅サービスの充実

現状と課題

- 急速な高齢化の進展により、今後も引き続き、要支援・要介護認定者数が増加するとともに、在宅での療養生活の支援が必要な要介護者も増加することが見込まれています。
- 「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、介護が必要となった時どこで暮らしたいかについて、「介護サービスを活用しながら、ずっと自宅で暮らしたい」が36.5%、「介護サービスを使用せず、家族に介護してもらいながら、ずっと自宅で暮らしたい」が6.7%と、4割強の高齢者がずっと自宅で暮らしたいと考えています。
- 同調査によると、介護が必要となった時、自宅で暮らし続けるために必要だと思うことについて、「身体介護、入浴、リハビリなどの訪問介護サービスの充実」が57.9%、「医師等による訪問診療、看護師等による訪問看護の充実」が56.2%、「夜間や緊急時に随時利用できる訪問介護・訪問看護サービスの充実」が47.6%と、訪問系サービスの充実が求められています。
- 在宅サービスを提供する事業所は、全体的には順調に増加していますが、訪問看護事業所数は全国の中でも低水準にあり、また、地域的な偏在が見られます。
- 新たに創設される介護保険制度と障害福祉制度の両方が適用される「共生型サービス」への移行が円滑に進むよう、関係機関等との調整を図る必要があります。

〔意識調査〕

あなたは、介護が必要になった時、どこで暮らしたいですか。



〔意識調査〕

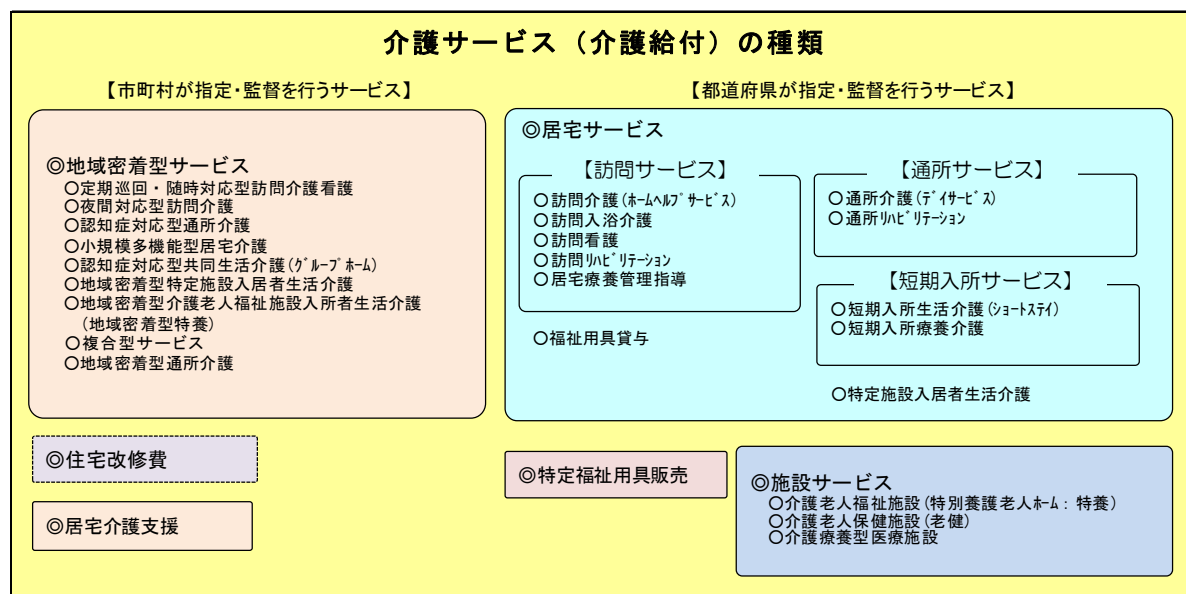
介護が必要になった時、あなたが自宅で暮らし続けるために必要だと思うことは何ですか。

〔複数回答〕

	人 数	構 成 比
1 身体介護、入浴、リハビリなどの訪問介護サービスの充実	3,382	57.9%
2 医師等による訪問診療、看護師等による訪問看護の充実	3,282	56.2%
3 デイサービスやリハビリなど施設に通って利用するサービスの充実	2,645	45.3%
4 バリアフリー化や福祉用具の整備などの居住環境の確保	1,656	28.3%
5 夜間や緊急時に随時利用できる訪問介護・訪問看護サービスの充実	2,780	47.6%
6 施設に短期間滞在してケアを受けるショートステイの充実	1,716	29.4%
7 配食やゴミ出し、買い物代行などの生活支援サービスの充実	1,929	33.0%
8 高齢者サロンなどの居場所の確保	720	12.3%
9 介護する家族に対する支援の充実	2,576	44.1%
10 地域住民やボランティアなどによる地域の支え合いの充実	859	14.7%
11 介護や医療、福祉に関する総合相談窓口の充実	1,723	29.5%
12 その他	107	1.8%
13 特になし	186	3.2%
(無回答)	228	3.9%
合 計	5,845	

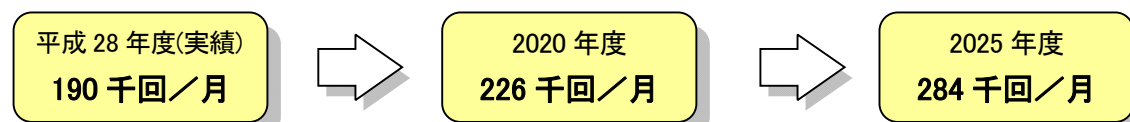
施策の方向

- 要介護者が在宅での生活を継続することができるようにするとともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、訪問サービス、通所サービス及び短期入所サービスなどの各種在宅サービスの充実に努めます。
- 今後増加が見込まれる在宅での療養生活の支援が必要な要介護者に対応するため、引き続き訪問看護や訪問リハビリテーションなどの医療系サービスの充実に努めます。
- 訪問看護事業所については、設備整備等に対する助成を通じて、未設置地区への設置を促進するとともに、24時間対応体制やターミナルケアの強化を推進します。また、専門家の派遣や管理者研修等の実施により、事業所の運営強化に努めます。
- 高齢者と障害者が同一の事業所でサービス提供を受けやすくするため創設された共生型サービスについて、介護サービス事業者、県民等への理解促進に努めます。

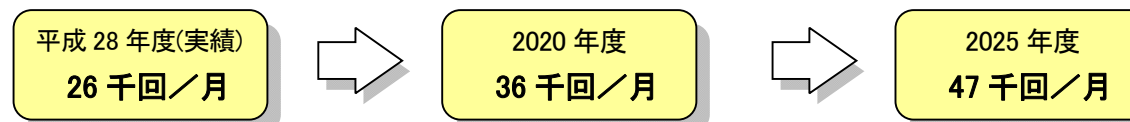


主な在宅サービス 見込値

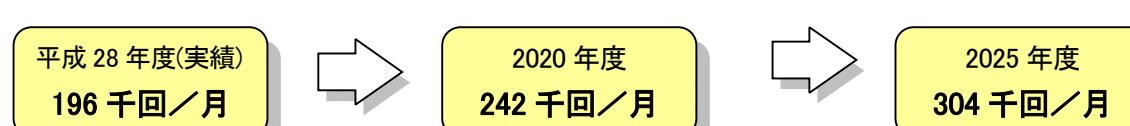
訪問介護



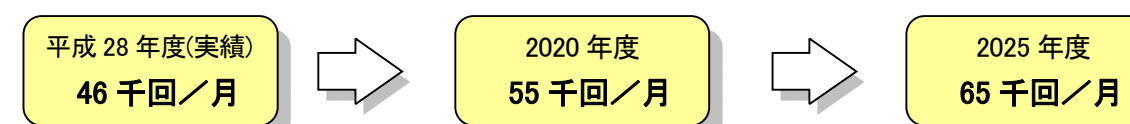
訪問看護



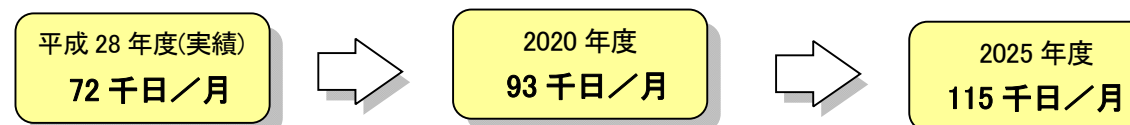
通所介護



通所リハビリテーション



短期入所生活介護



(2) 地域密着型サービスの確保

現状と課題

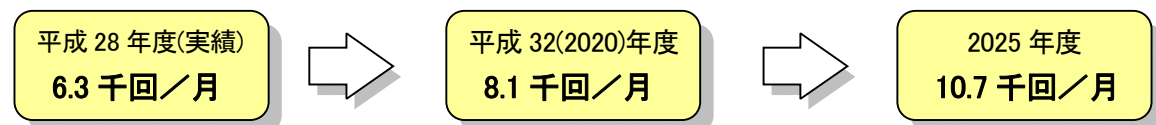
- 地域密着型サービスは、高齢者が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、原則として、事業所の存在する市町の住民のみが利用できるサービスで、地域の実情に合った設置・運営が必要であるため、市町が事業所の指定・指導監督等の権限を有しています。
- 県内では、平成 30（2018）年 1 月 1 日現在、小規模多機能型居宅介護は 97 か所が介護保険事業所として指定されており、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は 5 か所、看護小規模多機能型居宅介護は 3 か所が指定されています。

施策の方向

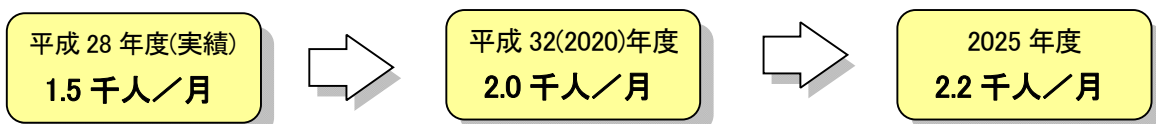
- 地域の実情や高齢者の多様なニーズに応じ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスを確保できるよう、市町や事業者等に対して、制度や設置・運営事例について情報提供を行うなどの支援を行います。
- 地域密着型サービス事業所の代表者や管理者、計画作成担当者に対する研修等を実施し、人員配置及び運営基準の遵守徹底やサービスの質の向上を図ります。

主な地域密着サービス 見込値

認知症対応型通所介護



小規模多機能型居宅介護



■ 地域密着型サービスとは・・・

地域密着型サービスの種類

- 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 (介護予防)認知症対応型通所介護
- ④ (介護予防)小規模多機能型居宅介護
- ⑤ (介護予防)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(小規模(定員29人以下)かつ介護専用型の特定施設)
- ⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(小規模(定員29人以下)の介護老人福祉施設)
- ⑧ 複合型サービス(小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ一体的に提供するサービス)
- ⑨ 地域密着型通所介護

住み慣れた自宅や地域社会での生活を支援するサービス

- 1 当該市町村の住民だけが利用可能 ⇨ 市町村が指導監督
- 2 地域単位で適正なサービス基盤整備 ⇨ 市町村が日常生活圏域毎に計画的に基盤整備
- 3 地域の実情に応じた介護報酬の設定
- 4 公平・公正で透明な仕組み ⇨ 指定、指定基準、報酬設定には、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者等が関与

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>

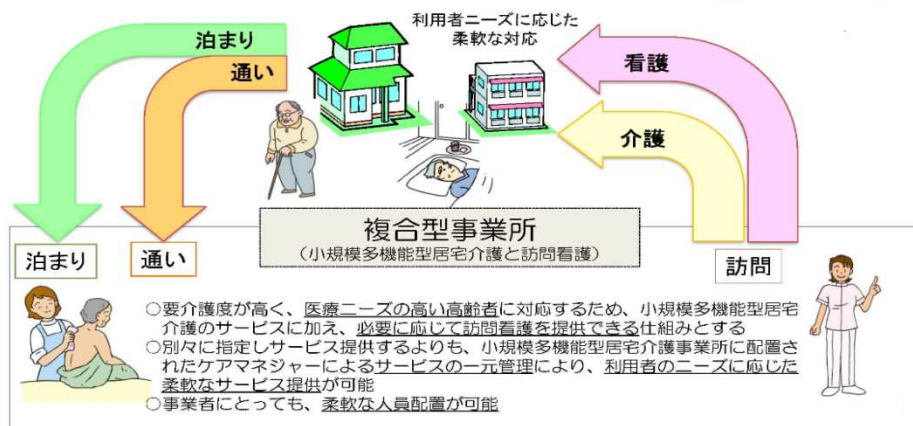


看護小規模多機能型居宅介護の概要(イメージ図)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護のサービスを組み合わせた複合型サービスを創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実に図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



(3) 施設・居住系サービスの基盤整備

現状と課題

- できる限り在宅での生活を継続したいという高齢者の希望を踏まえ、利用者や家族を支える良質な在宅サービスの充実に加え、様々な事情で在宅での生活が困難な方に対応するため、特別養護老人ホームなど施設・居住系サービスの基盤を整備する必要があります。
- 特別養護老人ホームについては、高齢化の更なる進展や家族の高齢化に伴う介護力の低下などにより、入所需要が依然として高いことから、入所が必要な高齢者をよりきめ細かに把握した上で、必要数を整備することが求められています。
- 認知症高齢者グループホームについては、認知症高齢者が増加していることから、中軽度の要介護者を中心に、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、必要数を整備することが求められています。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設でも、できる限り自宅と同じような生活が送れるよう、施設の環境やケアの質の向上を図る必要があります。

施策の方向

① 基盤整備の推進

- 在宅での介護が難しい要介護度の高い認知症高齢者や単身高齢者等の増加等に対応するため、引き続き、特別養護老人ホームなど施設・居住系サービスの基盤整備を進めます。
- 特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホームの整備に当たっては、特別養護老人ホームへの入所申込状況調査の結果や、将来の要介護高齢者数や家族の介護力の推移、さらには、在宅サービスの普及見込やサービス付き高齢者向け住宅などの多様な住まいの整備計画等を踏まえ、計画的な整備に努めます。
また、病状が安定している要介護者に対し、在宅生活への復帰を目指しリハビリテーション等を行う介護老人保健施設についても、必要数の確保を図ります。
- 特別養護老人ホームの整備に当たっては、入所者一人ひとりの生活リズムに合わせた「個別ケア」を行うユニット型を基本としながら、多床室についても、入所者のプライバシーの確保や「個別ケア」に配慮した処遇など、一定の条件の下で整備を進めます。

特別養護老人ホーム・認知症高齢者グループホームの整備計画

○特別養護老人ホーム入所申込調査結果と整備計画

(単位：人)

特養入所が必要な高齢者		整備計画		
調査結果 (H29.5.1現在)	H32年度末 推計	六期計画 (調査日以降整備)	七期計画	計
1,738	1,858	917	978	1,895

※伸び率 106.9%

○認知症高齢者グループホーム整備計画

(単位：人)

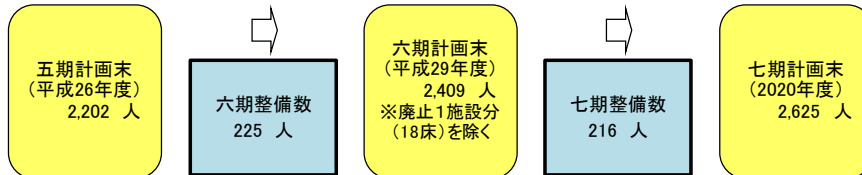
整備計画		
六期計画 (調査日以降整備)	七期計画	計
108	216	324

主な施設・居住系サービスの目標値

(特別養護老人ホームの入所定員)



(認知症高齢者グループホームの入所定員)



(施設・居住系サービスの入所定員総数等)



施設・居住系サービスの年度別入所定員

(単位：人)

	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	2020 年度
① 特別養護老人ホーム	10,554	10,887	11,172
② 介護老人保健施設	5,919	5,919	5,948
③ 介護療養型医療施設	466	466	466
④ 認知症高齢者グループホーム	2,499	2,589	2,625

② サービスの質の向上

- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設におけるケアについて、市町や関係団体と協力しながら、利用者一人ひとりの生活のリズムに合わせて日々の暮らしをサポートする「個別ケア」を推進します。
- 「個別ケア」を実践する上で有効な「ユニットケア」を積極的に推進するため、2025年度までに、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等）の居室の50%以上、特別養護老人ホームについては70%以上がユニット型となるよう努めます。
- 「おむつゼロ」等の取組を推進し、入所者の要介護状態の悪化の防止及び軽減を図ります。また、利用者の状態に応じて、居宅介護支援事業所等との連携による在宅復帰を推進します。
- 協力医療機関等との連携により、入所者に対する医療的ケアの充実を図るとともに、介護保険施設での看取りを推進します。

③ 療養病床の転換支援

- 介護療養病床の転換期限は2024年3月末までとされていることから、助成金の交付や新たに創設される介護医療院に関する情報提供等により、転換する医療機関を支援するとともに、市町と連携し、入院患者とその家族等の不安を取り除くための相談体制の充実等に努めます。

(4) 安心して暮らせる住まいの確保

現状と課題

- 住み慣れた住宅での生活を希望しても、一人暮らしへの不安や家屋の構造等の理由により、住み続けることが困難となるケースもあることから、バリアフリー構造や安否確認等のサービスの付いた高齢者住宅など、高齢者が安心して暮らせる住まいを確保する必要があります。
- 生活に困窮する高齢者や社会的に孤立する高齢者等が増加する中、経済的な理由等から在宅での生活が困難な高齢者を受け入れる養護老人ホームや、日常生活に不安を抱く高齢者が低額な料金で必要なサービスを受けられる軽費老人ホーム（ケアハウス）については、このような高齢者の受け皿としての役割がより一層求められます。
- これらの住宅や施設に入居している高齢者が、要介護度が高くなっても引き続き居住できるよう、入居者一人ひとりの状態に応じてケアを提供するなど、「栃木県高齢者居住安定確保計画(二期計画)」と調和を図りながら、サービス全体の質の向上を図る必要があります。

施策の方向

- 比較的要介護度の低い高齢者が、できる限り在宅で安心して暮らすことができるよう、バリアフリー構造や一定の面積、設備を備え、安否確認や生活相談等、生活支援サービスの付いたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの確保に努めます。

- 入居後に介護が必要となっても、施設が提供する介護サービスを利用しながら引き続き住み続けられるよう、特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けた有料老人ホーム等の混合型特定施設の計画的な確保に努めます。
- 養護老人ホームについては、措置入所が必要な高齢者の的確な把握と措置を促進するとともに、県ホームページによる広報等を通じて、軽費老人ホーム（ケアハウス）の利用を促進します。
- 良質な生活支援サービスが適切に提供されるよう、事業者からの定期報告や立入検査を通じて、サービスの提供体制や入所者処遇の状況を把握し、適切な指導や助言に努めます。

「安心して暮らせる住まい」

住まい： 快適に生活できる居住空間や設備、周辺の環境、住み続けられる権利形態

生活支援サービス： 見守り、緊急時の対応、食事の提供等

※ 介護保険サービスについては、在宅と同様利用者が選択。

特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けた
混合型特定施設の定員総数 目標値

平成29(2017)年度
3,129人



2020年度
3,319人

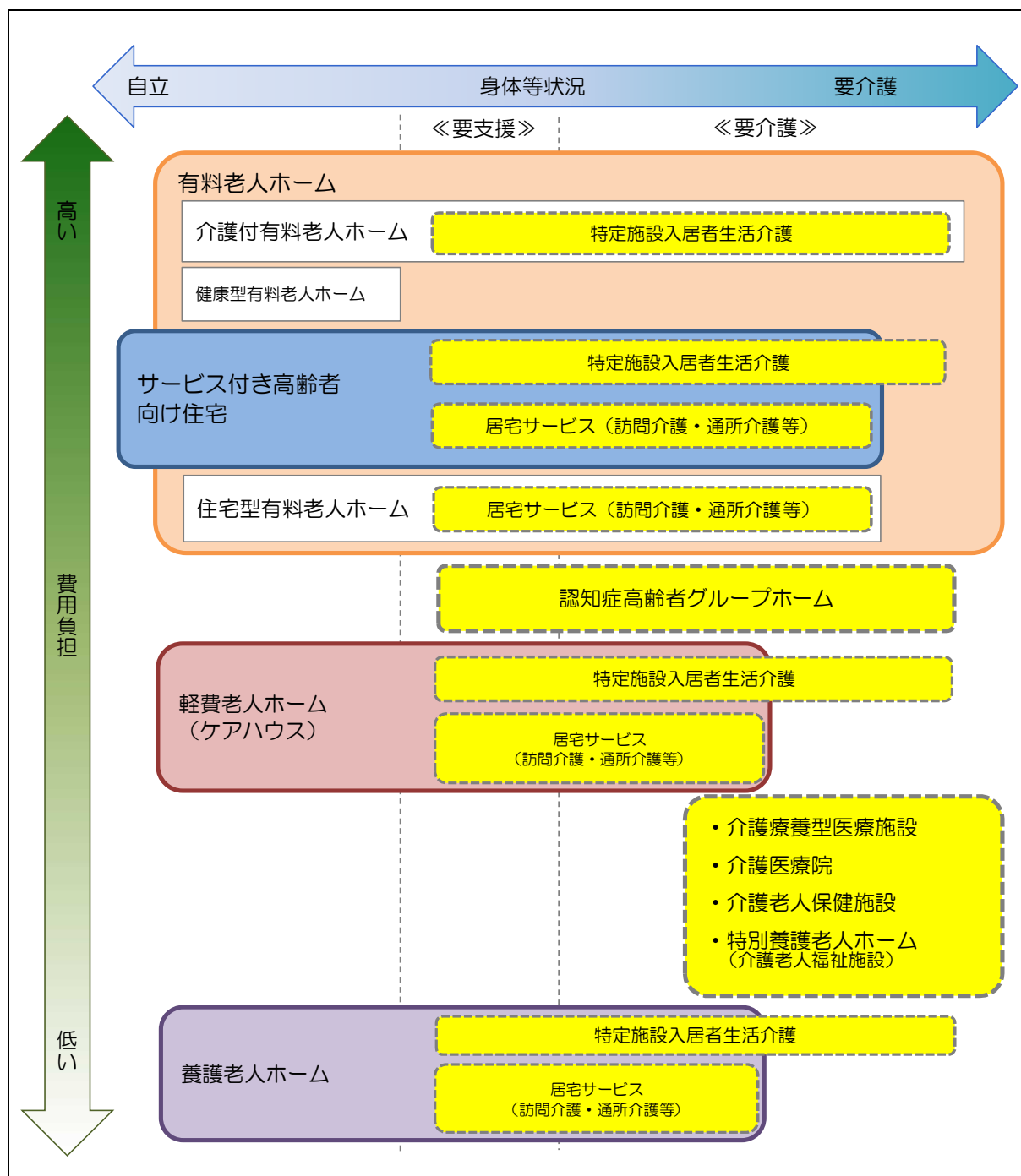
七期整備数(既存施設の特定化含む)	190人
(内訳) サービス付き高齢者向け住宅	150人
ケアハウス	40人

高齢者向けの施設及び住まいの概要

類 型	概 要	運営事業者	入居時の目安			介護保険の利用形態	居室面積 基準 (1人当たり)
			自立	要介護 (軽)	要介護 (重)		
施設系	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	社会福祉法人 等	×	△	○	施設が提供する介護福祉施設サービスを利用	10.65㎡以上
	介護老人保健施設	医療法人、 社会福祉法人 等	×	△	○	施設が提供する介護保健施設サービスを利用	8㎡以上
	介護医療院	医療法人、 社会福祉法人 等	×	△	○	施設が提供する介護医療院サービスを利用	8㎡以上
	介護療養型医療施設	医療法人 等	×	△	○	施設が提供する介護療養施設サービスを利用	6.4㎡以上
居住系	養護老人ホーム	社会福祉法人 等	○	○	△	入所者の選択により、施設が提供する特定施設入居者生活介護、又は、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	10.65㎡以上
	軽費老人ホーム (ケアハウス)	社会福祉法人 等	○	○	△	入所者の選択により、施設が提供する特定施設入居者生活介護、又は、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	21.6㎡以上 (洗面、トイレ、 収納、台所を除いた面積14.85㎡以上)
	認知症高齢者グループホーム	社会福祉法人、 株式会社 等	×	○	○	施設が提供する認知症対応型共同生活介護を利用	7.43㎡以上
	介護付有料老人ホーム	主に株式会社等の 民間事業者	○	○	○	施設が提供する特定施設入居者生活介護を利用	13㎡以上 (トイレ、浴室、 収納、洗面を除く)
	住宅型有料老人ホーム		○	○	△	入居者の選択により、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	
	健康型有料老人ホーム		○	×	×	—	
	サービス付き高齢者向け住宅	主に株式会社等の 民間事業者	○	○	△	入居者の選択により、地域の居宅サービス(訪問介護・通所介護等)を利用	25㎡以上 (浴室・台所共用の場合、18㎡以上)

※ 特定施設入居者生活介護：介護保険法による指定を受けた事業所が、入居する要介護者に対し、特定施設サービス計画に基づいて入浴・排泄・食事等の介護等を行い、当該施設で入居者の能力に応じて自立した生活を可能とする介護サービスです。

高齢者向けの施設及び住まいの位置付け（イメージ図）



※1 この図は、入居費用と入居者の身体状況等の視点から、各住宅及び施設の位置付けの大まかな目安をイメージ図として表したものであり、厳密には、これに当てはまらない場合もあります。

※2 特定施設入居者生活介護とは、介護保険法による指定を受けた事業所が、入居する要介護者に対し、特定施設サービス計画に基づいて入浴・排泄・食事等の介護等を行い、当該施設で入居者の能力に応じて自立した生活を可能とする介護サービスです。

※3 は、介護保険の給付対象となる施設又はサービスです。

2 介護サービスの適正な運営

(1) ケアマネジメントの確立

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送るために、個々の高齢者の心身の状況や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスが総合的・効率的に提供されるよう、包括的・継続的ケアマネジメントによる支援が重要です。
- 高齢者単独及び夫婦のみ世帯や認知症高齢者が増加する中、介護が必要な高齢者の自立した生活を支えていくためには、介護サービスや医療サービスに加えて、民生委員、老人クラブ、ボランティアの協力など、地域の関係団体及び関係者の連携が不可欠です。
- 地域包括支援センターには、包括的・継続的なケアの体制構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行う役割があります。

施策の方向

- 地域包括支援センターが核となって、介護サービス事業者、主治医、民生委員、ボランティア等とのネットワークを構築することにより、介護支援専門員が地域における様々な社会資源を効果的に活用できる環境づくりを進めます。
- とちぎケアマネジャー協会等の関係団体の協力により、介護支援専門員同士の連携を図るとともに、医療的知識や技術、専門性を高めるための研修を実施し、介護支援専門員の資質の向上及びケアマネジメントの充実に努めます。
- 市町及び地域包括支援センターが開催する地域ケア会議の個別事例検討において、多職種協働によるケアマネジメントが行えるよう、その要望に応じてリハビリテーション専門職等の専門家の派遣を行います。

(2) 利用者への情報提供

現状と課題

- 介護保険制度は、「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）の尊重」を基本理念とするものであり、要支援・要介護認定者は、自らの意思により、介護サービス事業所を選択してサービスの提供を受けます。
- 利用者や家族が事業所を適切に選択できるよう、「介護サービス情報の公表制度」や外部の評価機関による評価の活用により、事業所の運営理念や設備、特色等についての情報提供を行っています。

- 情報公表制度が利用者の役に立つものとして定着するためには、制度の一層の普及・啓発を図るに加え、利用者が活用しやすい情報を提供することが必要です。

施策の方向

- 公表された介護サービス情報が事業所の選択に有効に活用されるよう、利用者や家族に対して情報公表制度の周知を行うとともに、利用者等からの相談に応じる介護支援専門員が、公表された介護サービス情報を積極的に利用するよう、その促進を図ります。
- 事業所からの介護サービス情報の報告を徹底するとともに、必要に応じて報告内容の調査を実施し、情報公表制度が介護サービスの質の向上につながるよう取り組みます。
- 小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム及び地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスについて、地域に開かれた運営を確保するため、利用者やその家族、地域住民の代表、市町職員、地域包括支援センター職員等により構成される運営推進会議の適切な運営を図るとともに評価機関による外部評価を推進します。
- 地域密着型サービス以外の介護サービスについても、その質の向上と利用者の選択に資するため、介護サービス事業者が自発的に評価を受ける「福祉サービス第三者評価」の普及啓発を図ります。

(3) 指導・監査の充実

現状と課題

- 県と市町は、介護サービスの質の向上を図るため、介護サービス事業所・施設に対する指導・監査を実施しています。
- 介護保険制度に対する介護サービス事業者の理解不足や不注意に起因する不適切な事例が少なくないほか、違法又は不当行為により指定取消等の処分を受ける事例が見受けられます。

施策の方向

- 県と市町は、介護サービス事業者の育成・支援を念頭に、サービスの質の確保・向上を目的として、集団指導及び実地指導を適切に実施します。
- 介護サービス事業者の業務管理体制の整備や運用状況を確認し、必要に応じて改善を指導するなど、法令遵守の徹底を図ります。
- 不適切なサービスの提供や不正を行う介護サービス事業者に対しては、市町、栃木県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」といいます。）などの関係機関と連携を図りながら、随時、監査を実施し、厳正な対応を行います。

(4) 苦情への的確な対応

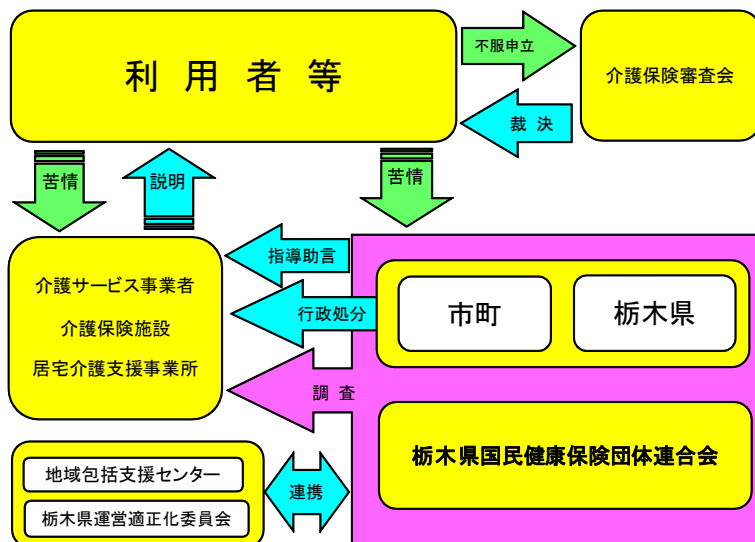
現状と課題

- 利用者やその家族から寄せられる苦情は、介護サービス事業者にとって、より良いサービスを提供するための貴重な情報です。
- 介護サービスに関する苦情について、利用者やその家族と介護サービス事業者間で解決できない場合には、保険者である市町、苦情処理機関である県国保連や県が役割を分担して解決に当たっています。

施策の方向

- 介護サービスに関する苦情について、市町、県国保連及び県が適切に役割を分担し、その解決に当たるとともに、苦情・相談窓口である県運営適正化委員会や地域包括支援センターと連携を図り、介護サービス事業者等に対して必要な助言や指導を行います。
- 市町が行う要介護認定等の処分に対する不服申立てについては、県が設置する介護保険審査会において、公正な審理裁決を行い、利用者の権利利益を保護するとともに、介護保険制度の適正な運営を確保します。

介護サービスに関する苦情処理の仕組み



(5) 介護給付の適正化

現状と課題

- 高齢化の進展に伴い、要介護認定者数や介護サービスの利用者が増加を続けており、それに伴う介護給付費が拡大しています。2025 年を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進の観点から、適正なサービスの確保と効率的・効果的な事業の実施が必要となっています。

- 介護給付の適正化は、利用者に対する適切なサービスの確保により、介護保険制度の信頼性を高めるとともに、費用の効率化を通じて、持続可能な介護保険制度の構築に寄与するものです。
- 市町においても介護給付適正化の取組が行われていますが、人員や知識・技術といった体制の不足があることから、それらに対する支援により取組を促す必要があります。

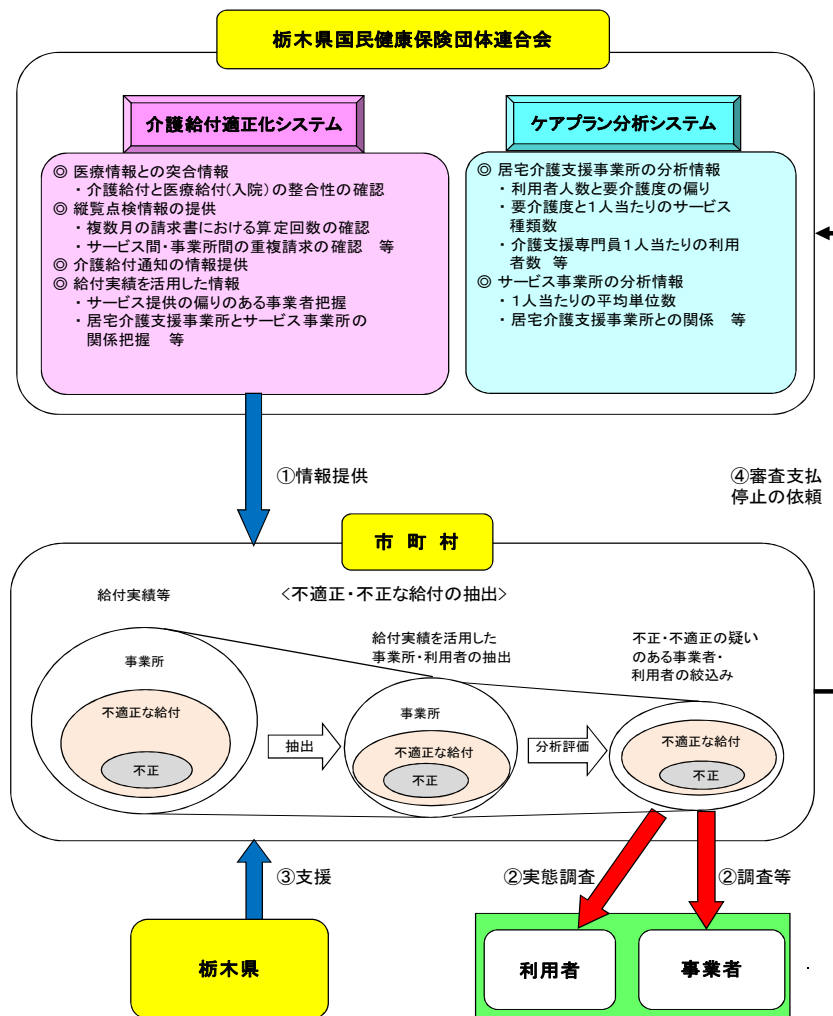
施策の方向

- 「第4期栃木県介護給付適正化計画」に基づき、利用者に対する適切なサービスの提供を確保し、費用の効率化に資するため、県と市町（保険者）が一体となって介護給付適正化の効果的な取組を推進します。
- 保険者である市町は、「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」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」などについて、それぞれの趣旨・実施方法等を踏まえて着実に実施します。
- 県は、介護保険事業者に対して適正なサービス提供に向けた指導の一層の充実を図るとともに、市町の認定調査員及び介護認定審査会の委員、意見書を記載する主治医に対する研修を実施するほか、市町に対する情報提供及び助言等のため、担当者研修会の開催や保険者実地指導を実施します。
- 栃木県国民健康保険団体連合会との連携により、市町が実施する「ケアプラン点検」や「医療情報との突合・縦覧点検」の取組を強化します。

市町における介護給付適正化事業の実施状況

	平成26年度 (2014)		平成27年度 (2015)		平成28年度 (2016)		目標 実施率
	保険者数	実施率	保険者数	実施率	保険者数	実施率	
(1) 要介護認定の適正化	25	100.0%	25	100.0%	25	100.0%	100.0%
(2) ケアプランの点検	14	56.0%	11	44.0%	11	44.0%	100.0%
(3) 住宅改修等の点検	16	64.0%	23	92.0%	24	96.0%	100.0%
① 住宅改修の点検	15	60.0%	23	92.0%	24	96.0%	100.0%
② 福祉用具購入・貸与調査	12	48.0%	12	48.0%	10	40.0%	100.0%
(4) 医療情報との突合・縦覧点検	25	100.0%	25	100.0%	25	100.0%	100.0%
① 医療情報との突合	16	64.0%	15	60.0%	15	60.0%	100.0%
② 縦覧点検	25	100.0%	25	100.0%	25	100.0%	100.0%
(5) 介護給付費通知	25	100.0%	25	100.0%	25	100.0%	100.0%
(6) 給付実績の活用	6	24.0%	5	20.0%	4	16.0%	100.0%
全 保 険 者 数	25						

介護給付費適正化の取組



3 費用負担の適正化

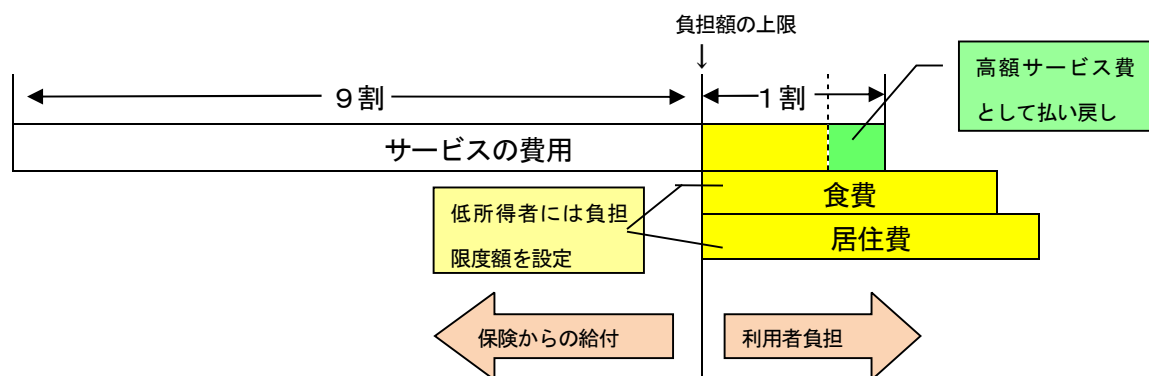
現状と課題

- 介護サービスは、要介護区分に応じた支給限度額の範囲内で、1割から3割の自己負担で利用できになっており、在宅介護（予防）サービス利用者の負担額が自己負担限度額を超えた場合には、所得状況に応じて、高額介護（予防）サービス費として、限度額を超えた分が申請により払い戻されます。また、低所得者については、負担限度額がより低く設定されています。
- 平成30（2018）年8月から、現役世代並みの所得がある高齢者について、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、利用者負担割合が3割に引き上げとなります。
- 低所得者が施設サービスや短期入所サービスを利用した場合、食費・居住費については、負担限度額が設定され、限度額を超えた分は、申請により、補足給付として特定入所者介護（予防）サービス費が支給されています。
- 社会福祉法人等は、市町が生計困難であると認めた低所得者及び生活保護受給者の利用者負担の軽減を行うことができます。

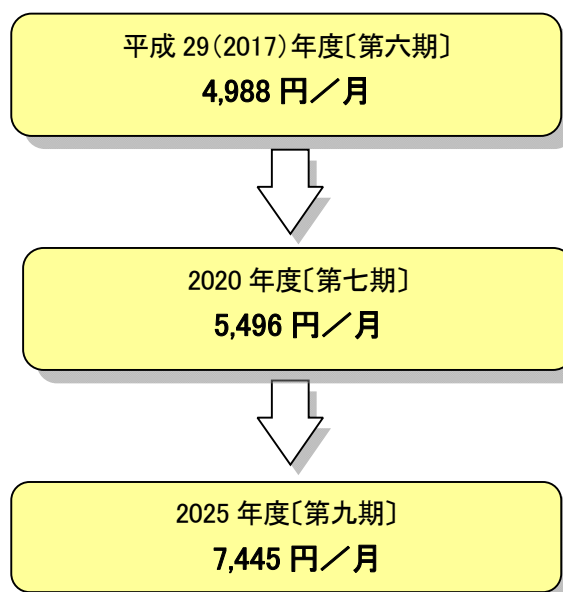
施策の方向

- 要支援・要介護認定を受けた方や介護する方等に対し、サービス利用者の負担軽減制度の一層の周知に努め、制度の適切な利用を促進します。
- 平成 30（2018）年 8 月からの利用者負担割合の改正について、被保険者や事業者等へ周知を図るとともに、市町に対して適切な取り扱いに関する情報提供や助言を行います。
- 低所得者に対する利用者負担軽減事業の対象となるサービスを提供する全ての社会福祉法人が、その社会的役割に鑑み、軽減事業に取り組むよう、制度の周知に努めます。

高額介護サービス費・特定入所者介護サービス費の概要



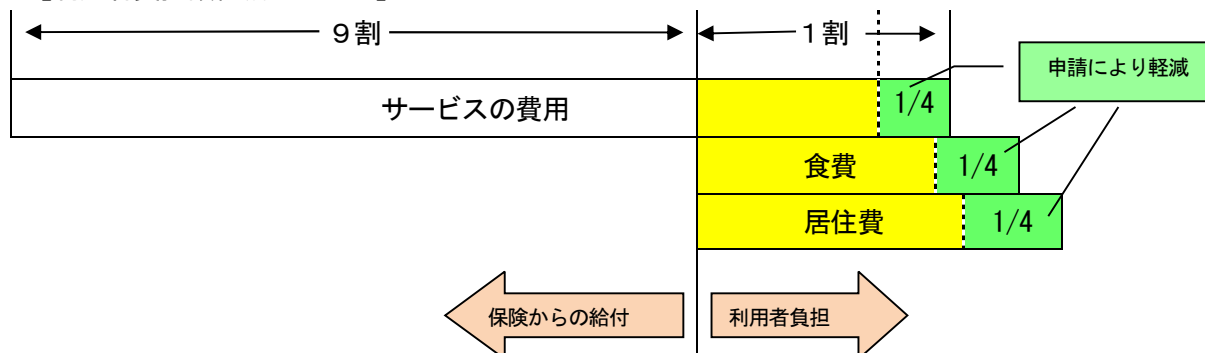
介護保険料基準額の将来推計〔県加重平均〕



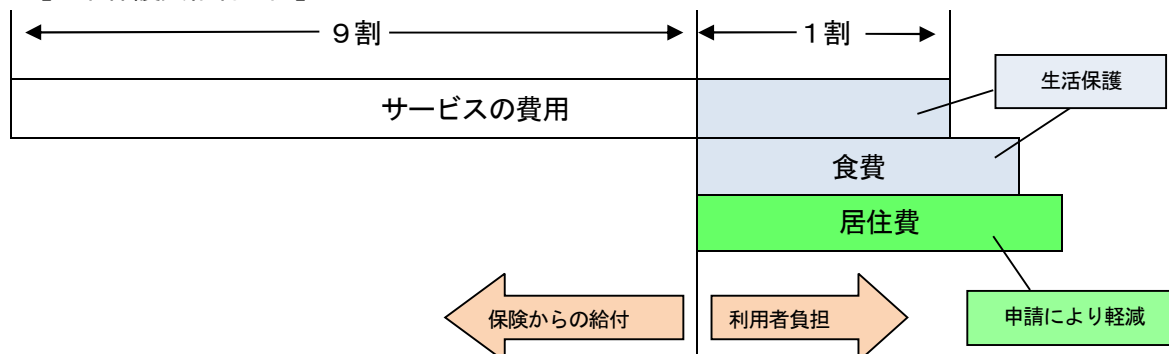
社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度の概要

対象者	市町村民税非課税世帯で、一定の要件を満たす者のうち、収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に考慮し、生計が困難と市町が認めた者及び生活保護受給者
対象となるサービス	サービス費用の利用者負担分及び食費・居住費（滞在費・宿泊費）のうち各4分の1を軽減 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護※、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、 認知症対応型通所介護※、小規模多機能型居宅介護※、 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、介護老人福祉施設サービス ※は介護予防サービスを含む。 生活保護受給者については、個室の居住費（滞在費）を軽減 短期入所生活介護※、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、 介護老人福祉施設サービス ※は介護予防サービスを含む。

【利用者負担額軽減のしくみ】



【生活保護受給者の例】



第4章

在宅医療・介護連携の推進

高齢になると、誰しも病気や障害を抱えることになります。病気になっても、介護が必要になっても、障害を抱えても、できる限り住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができる社会をつくることは、県民共通の願いです。

このため、在宅医療の提供体制の充実を図るほか、在宅医療・介護への円滑な移行や、地域の医療・介護・福祉資源等の状況を踏まえながら、県、市町村、関係機関等が連携し、在宅医療・介護の連携を推進します。

〔施策の体系〕

1 在宅医療資源の充実

2 在宅医療・介護の連携体制の充実

1 在宅医療資源の充実

現状と課題

- 疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、治せない病気や障害を抱えながら生活をする高齢者が増えています。治すだけでなく、尊厳ある暮らしを支える在宅医療への期待は、今後益々高まるものと考えられ、在宅医療と介護が連携し、必要なサービスが切れ目なく提供できる体制の充実が必要です。
- 在宅医療の要となる訪問診療を実施する診療所や訪問看護事業所などは、地域により偏在しています。

在宅医療の施設数

種別		施設数							備考
		県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	県計	
訪問診療を実施している病院・診療所	(H27年度)	47	20	64	24	68	60	283	NDB
往診を実施している病院・診療所	(H27年度)	92	39	120	37	152	89	529	NDB
訪問歯科診療を実施している歯科診療所	(H26.9)	16	20	28	3	31	23	121	医療施設静態調査(厚労省特別集計)
在宅療養支援診療所	(H29.10)	33	4	31	9	47	20	144	
在宅療養支援病院	(H29.10)	0	0	1	0	3	0	4	
在宅療養後方支援病院	(H29.10)	0	0	0	0	1	0	1	
訪問看護ステーション	(H29.10)	20	7	25	3	20	14	89	
在宅療養支援歯科診療所	(H29.10)	10	6	10	2	19	10	57	
在宅対応薬局	(H29.10)	16	5	33	7	46	17	124	在宅患者調剤加算の算定薬局数(厚生労働省データ)

- 在宅での療養生活を継続していくためには、日常の療養支援、急変時の対応、在宅での看取りなどの医療機能において、増加・多様化するニーズに対応していく必要があります。
- 医療や介護を必要とする高齢者に安定したサービスを提供していくために、地域の実情に応じた各医療機能の連携を推進していくことが求められています。

施策の方向

- 在宅療養患者が安心して地域で暮らすことができるよう、在宅医療に係る関係機関と連携し、在宅医療に携わる医師、訪問看護師、歯科医師、薬剤師等医療従事者の確保・育成及び質の向上に努めます。
- 在宅医療提供体制の均てん化を図るため、地域の関係機関との検討を進めるとともに、地域の実情を踏まえた在宅医療に係る機関への支援等を行います。
- 切れ目のない在宅医療体制の構築に向けて、グループ診療体制や後方支援体制・診療所・訪問看護ステーションの連携体制等在宅医療に係る機関間の連携の充実・強化に向けた取組を支援します。

2 在宅医療・介護の連携体制の充実

現状と課題

- 疾病構造の変化や高齢化の更なる進展、医療技術の進歩、生活の質（QOL）の重視の高まりなどから、在宅医療関係者と介護関係者が連携し、在宅医療と介護が切れ目なく提供できる体制を一層充実していく必要があります。
- 平成 30（2018）年度から、介護保険法に規定される地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業が完全に市町事業となりました。各市町において、引き続き在宅医療と介護の連携体制の充実を図っていく必要があります。
- 高齢化の進展等により今後増加が見込まれる在宅医療等の需要について、在宅医療や介護サービスでどのように対応していくかを検討していく必要があります。

施策の方向

- 市町は、地域における在宅医療と介護の連携体制の充実を図るため介護保険法に規定される地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業を着実に進めます。
- 人材育成のための研修や在宅医療資源等に関する情報の提供、在宅医療推進支援センターによる地域の実情に応じた支援等により、市町が実施する在宅医療・介護連携に係る取組を促進します。
- 医療圏ごとに設置した医療、介護、福祉等の関係者による協議の場において、在宅医療や介護サービスの状況を共有し、必要なサービスが提供されるよう取り組みます。
- 在宅医療・介護に係る多職種協働を促進するため、地域においてリーダーとなる人材の育成に努めます。
- 高齢者のニーズに応じて、必要な在宅医療及び介護が切れ目なく受けられるよう、医療機関と介護関係者との間で患者の情報が円滑に提供される体制やルールの整備に取り組みます。
- 県民及び医療・介護従事者における在宅医療に関する適切な理解を促進するため、在宅医療に係る関係機関と連携し、一層の啓発に取り組みます。

認知症になった場合でも、個人として尊重され、自分らしく暮らしていくことは、県民共通の願いです。

このため、認知症に関する理解の普及や、介護する家族が相互にサポートできる体制の整備促進に努めるほか、医療と介護の関係者の認知症への対応力向上を図るとともに、早期診断・早期対応を軸とした認知症医療連携体制の構築を推進します。

〔施策の体系〕

1 認知症に関する理解の促進と家族への支援

2 医療・介護の連携による適切な対応

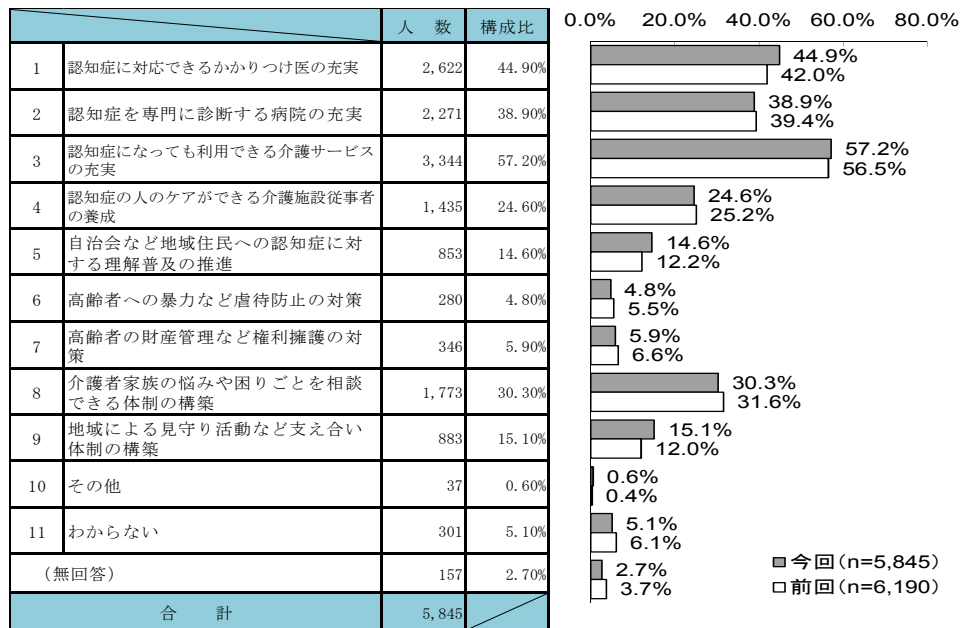
3 認知症対応力の向上

4 若年性認知症への対応【新設】

「高齢者の暮らしと介護についての意識調査」によると、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりについて、「認知症になっても利用できる介護サービスの充実」が 57.2%と最も多く、次いで「認知症に対応できるかかりつけ医の充実」が 44.9%、「認知症を専門に診断する病院の充実」が 38.9%、「介護者家族の悩みや困りごとを相談できる体制の構築」が 30.3%でした。

〔意識調査・問 26〕

あなたは、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進めるために、どのようなことが必要とお考えですか。

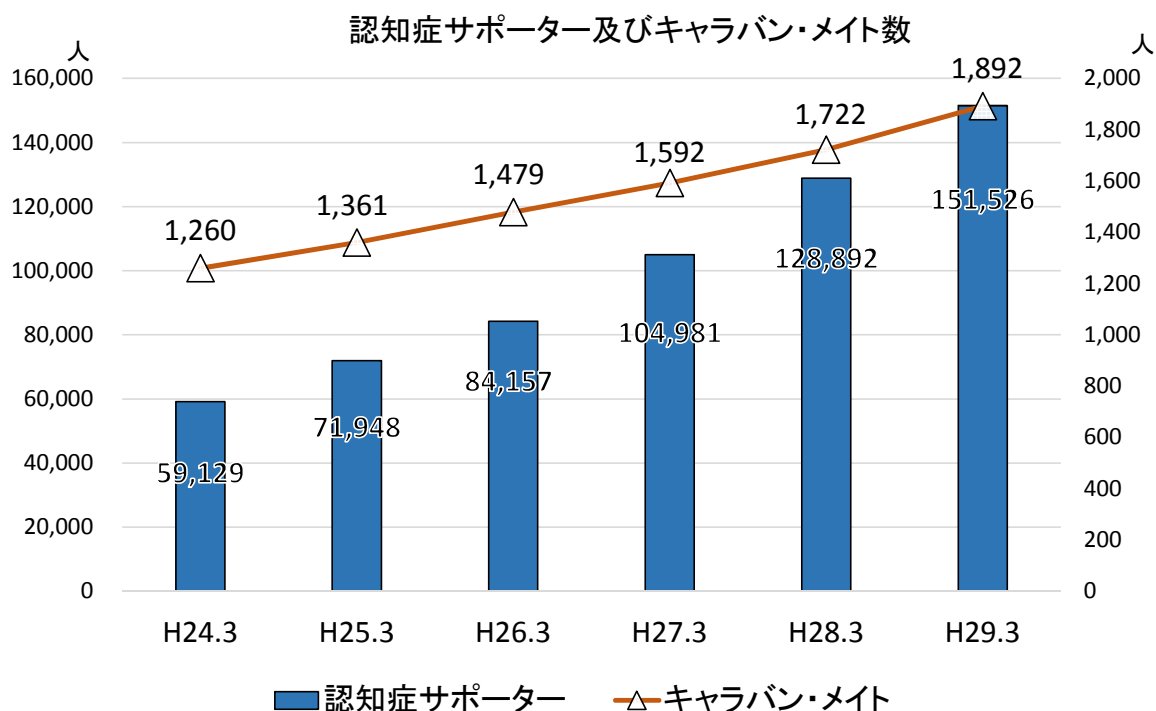


1 認知症に関する理解の促進と家族への支援

現状と課題

- 「認知症を知り 地域をつくる」キャンペーンの一環である「認知症サポーターキャラバン」の活動に取り組んだ結果、平成 29 (2017) 年 12 月 31 日時点で、本県における認知症サポーターは 170,949 人、認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイトは 2,024 人となっています。
- (公社)認知症の人と家族の会栃木県支部と県との共催で、家族介護者交流会を県内各地で開催するとともに、電話相談を実施するなど、認知症の方とその介護者の支援に取り組んでいます。
- 認知症の方が徘徊により行方不明となったり、事故を起こして家族がその損害賠償を求められるなど、認知症による徘徊への対応が大きな社会問題となっています。
- 高齢ドライバーの増加に伴い、認知機能の低下が原因とみられ事故が多発していることから、これまで行われていた運転免許更新時に 75 歳以上のドライバーに対して行われていた認知機能検査に加え、平成 29 (2017) 年 3 月に改正道路交通法が施行され、75 歳以上のドライバーに対して、一定の違反行為をした場合に臨時認知機能検査が義務づけられました。

- 認知症になっても、住み慣れた地域で尊厳を持ちながら安心して暮らし続けられるよう、認知症の方本人やその家族の視点に立った認知症施策を推進する必要があります。



施策の方向

- 認知症に関する正しい理解の促進を図るため、地域住民を始め学校や企業などを対象に、認知症サポーター養成研修に取り組むとともに、その講師役となるキャラバン・メイトを対象とした活動報告会やスキルアップ研修を実施するなど、「認知症サポーターキャラバン」の活動を一層推進します。
- 認知症に関する理解を深め、認知症の方とその家族を支援する国際的な運動である「世界アルツハイマーデー（9月21日）」に呼応した普及啓発を図ります。
- （公社）認知症の人と家族の会栃木県支部を始め、関係機関と連携しながら、家族・本人交流会の開催や電話相談の実施、認知症カフェの設置・普及など、認知症の方を介護する家族及び認知症の方本人を相互にサポートできる体制の整備を図ります。
- 認知症の方とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、見守りや、日常生活支援、徘徊時の発見・保護等のためのネットワークの構築を支援します。
- 改正道路交通法の趣旨を踏まえ、（一社）栃木県医師会や警察本部等と連携を図り、研修の場を活用するなど、地域における診断の受入れ体制の整備を促進するとともに、運転免許の自主返納に関する県民への啓発や機運醸成に努めるほか、認知症の方や家族が必要な支援を受けられる

よう、市町や地域における支援策等の情報提供をします。

認知症サポーターの年度別養成目標数

年度	平成29年12月末	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	7,000人	7,000人	7,000人
累計	170,949人	177,949人	184,949人	191,949人

ひとロメモ <世界アルツハイマーデー>

アルツハイマー病などにより惹き起こされる認知症に関する理解を深め、認知症の方とその家族に援助と希望をもたらす世界的な運動を進めるため、国際アルツハイマー病協会（ADI）が平成6（1994）年に世界保健機関（WHO）の後援を得て9月21日に定めたもので、この日を中心に、世界各地で様々な啓発活動が行われています。

認知症介護支援の目的及び内容

認知機能	正 常	軽度認知障害	認知症			
			（軽 度）	（中等度）	（重 度）	（ターミナル）
状 態	認知機能は正常範囲内	認知機能の低下	記憶機能低下、判断力の低下、実行機能障害	+失見識障害、失行、コミュニケーション障害	+失認、失禁、意志疎通困難	+寝たきり
介護必要度の目安 (例:身体障害のないアルツハイマー型認知症の場合)	ADL 介助なし IADL 介助なし	ADL 介助なし IADL 見守り	ADL・IADL 見守りまたは一部介助	ADL・IADL 一部介助	ADL・IADL 全介助	ADL・IADL 全介助
支援目的	認知症予防	認知症予防、早期発見、早期診断	早期発見、早期診断、早期治療、重度化防止	重度化防止、個別ケアの向上	個別ケアの向上	個別ケアの向上
	認知症に関する正しい知識の普及、認知症になっても安心して住み続けられる地域づくり					
支援内容	認知症予防教室	介護予防事業 * 閉じこもり防止	在宅介護の支援と施設系サービスの適切な利用の促進			
			介護保険サービス * 地域密着型サービス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等			
			個 別 ケ ア の 充 実 支 援			

※ ADL : 日常生活動作
IADL : 手段的日常生活動作

2 医療・介護の連携による適切な対応

現状と課題

- 認知症は、早期発見・早期対応が重要であることから、初期段階からの治療や状態に応じた適切なサービスが受けられる体制の構築が求められています。
- 診療所の主治医（かかりつけ医）等への助言や、地域における専門医療機関と地域包括支援センター等の連携の推進役となる認知症サポート医は、平成 29（2017）年 10 月 31 日時点で 113 人となっています。
- 地域における認知症医療の中核的機関として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者に対する研修等を行う認知症疾患医療センターは、県内に平成 29（2017）年 12 月 1 日現在で 10 か所整備されています。
- 認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を図るため、平成 30（2018）年 4 月までにすべての市町に、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が配置されます。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職（医療職や福祉・介護職）が家族の訴え等により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、アセスメント、家族支援等の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム

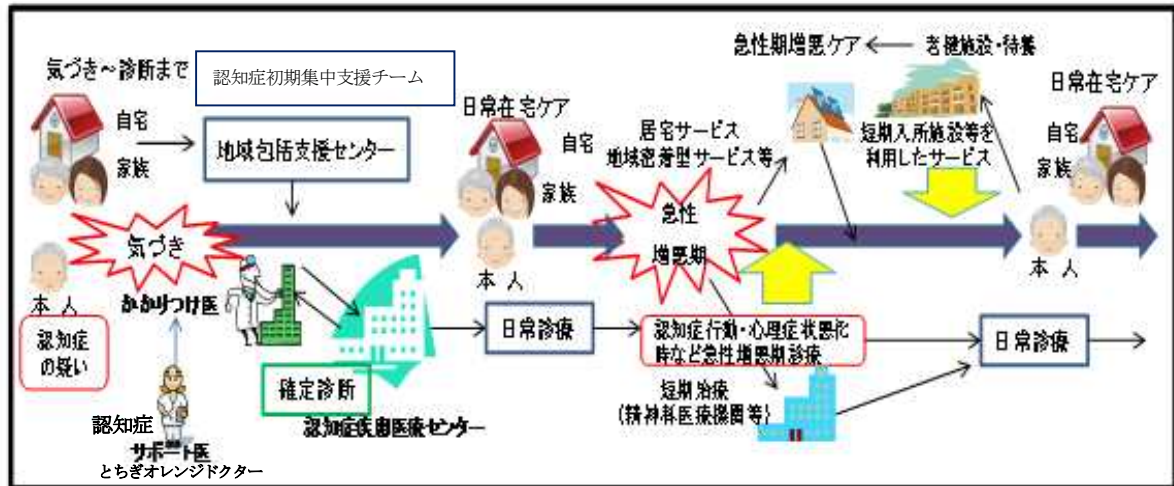
施策の方向

- 認知症ケアパス（認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の普及や情報連携ツールの活用を通じて、地域における医療と介護の連携体制の構築を図ります。
- 認知症疾患医療センターが有する地域連携拠点機能の強化を図りながらかかりつけ医等の地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を推進する等、認知症の重層的な医療連携体制を構築するとともに、認知症サポート医の養成を通じて、認知症の方への支援体制の充実を図ります。
- 認知症の早期発見・早期対応につなげるため、「とちぎオレンジドクター（栃木県もの忘れ・認知症相談医）」の登録・周知を図ります。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が効果的に機能するよう支援し、地域の実情に応じた市町における認知症の早期発見・早期対応のための取組を積極的に支援します。

認知症サポート医の年度別養成目標数

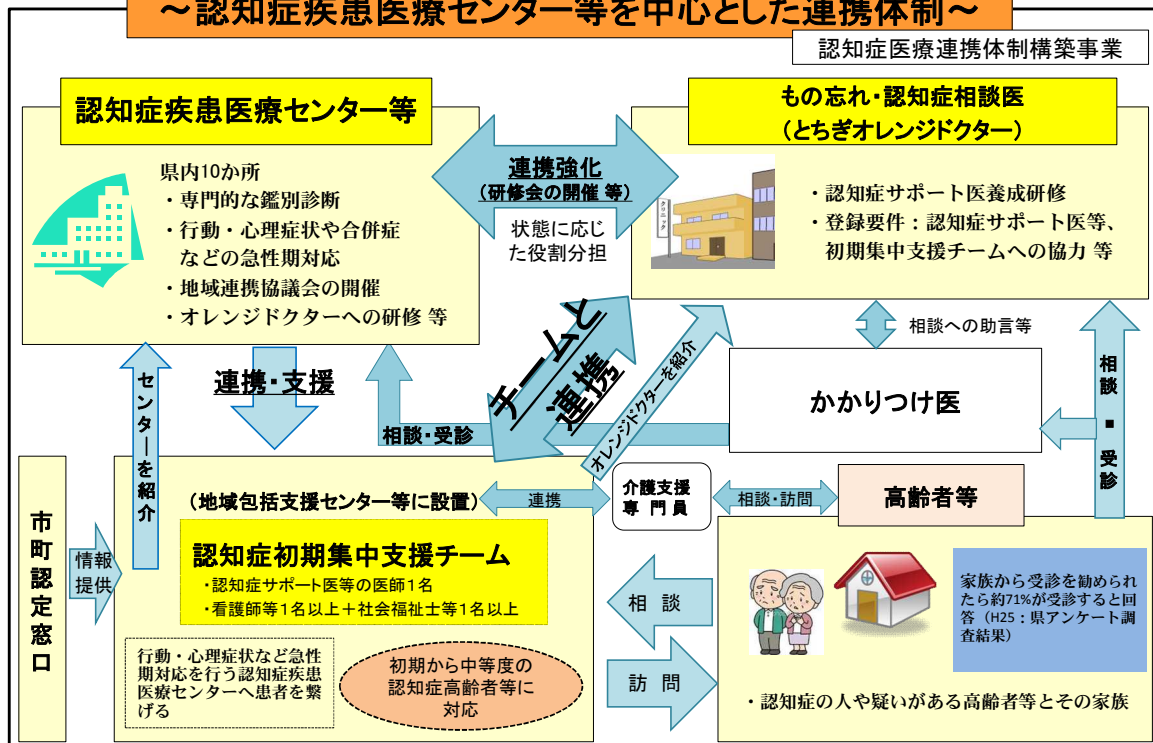
年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	35人	32人	30人
累計(年度末)	133人	168人	200人	230人

認知症ケア等の標準的な流れ

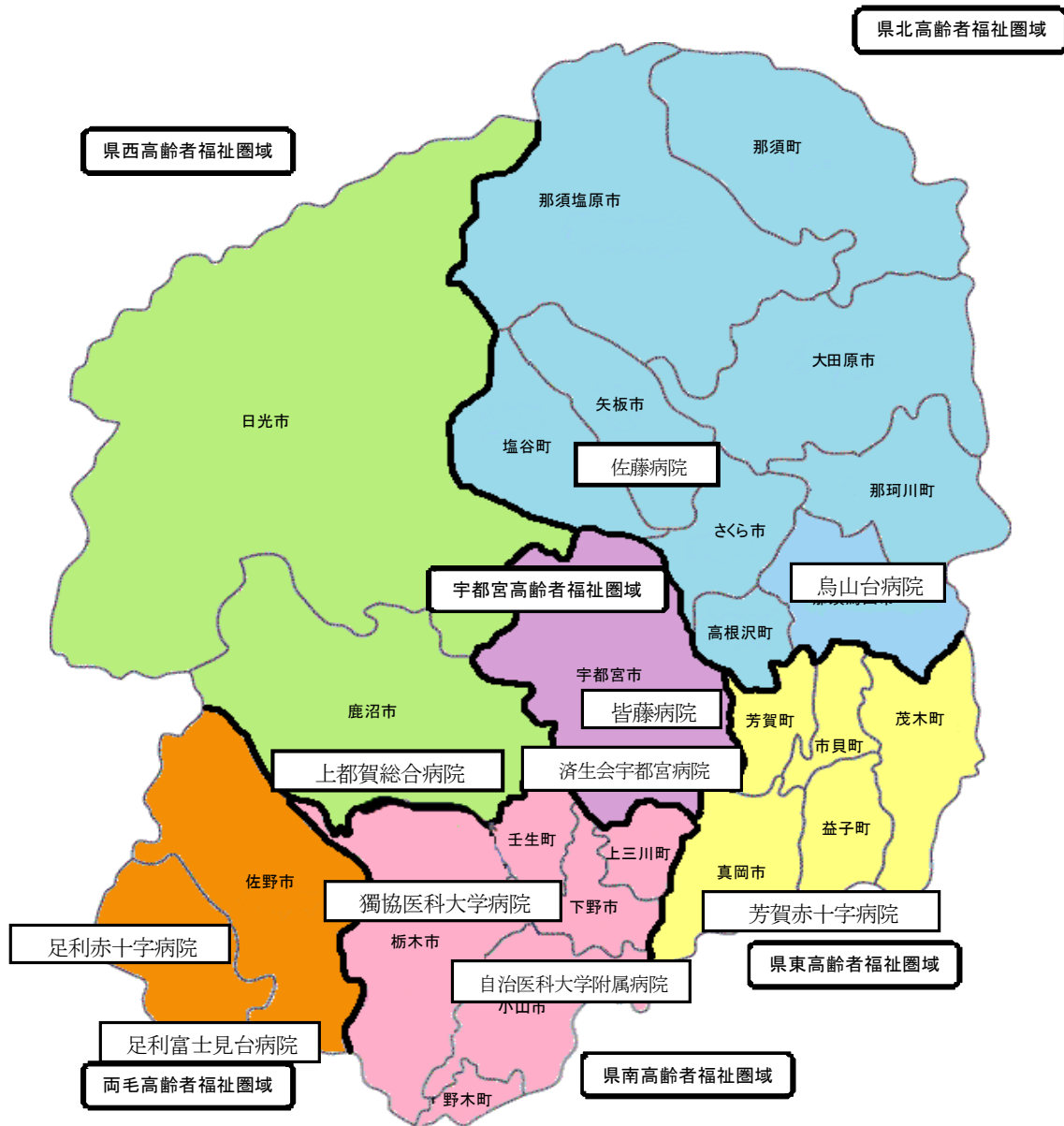


認知症医療連携体制の構築

～認知症疾患医療センター等を中心とした連携体制～



認知症疾患医療センター配置図



3 認知症対応力の向上

現状と課題

- かかりつけ医を対象に、適切な認知症診療の知識・技術や、認知症の方とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施しており、その修了者は平成 29（2017）年 4 月 1 日時点で 690 人となっていますが、内科医以外の医師の受講促進が課題となっています。
- 病院の医療従事者を対象に、認知症の方や家族を支えるために必要な基本知識や医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識を修得するための研修を実施しています。特に、入院、外来、訪問等を通じて認知症の方と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵と言われています。
- 医療機関や地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局も、認知症の早期発見における役割が期待されています。
- 介護従事者等を対象とした認知症高齢者の介護に関する実践的研修や、認知症介護を提供する事業所の管理者等を対象とした適切なサービスの提供に関する知識等を修得するための研修を実施していますが、認知症の介護技術を取り入れたより実践的な研修カリキュラムの再構築が求められています。
- 認知症高齢者の増加が見込まれていることから、介護保険施設・事業所の介護従事者は、適切な認知症介護に関する知識及び技術をもって介護サービスを提供していくことが一層重要になってきます。

認知症介護実践者研修等修了者数（平成 29（2017）年 12 月末現在の実績）

研修の名称	修了者数	研修の名称	修了者数
認知症介護基礎研修	443人	認知症介護指導者 フォローアップ研修	19人
認知症介護実践者研修	3,470人	認知症対応型サービス事業 管理者研修	907人
認知症介護実践リーダー研修	639人	認知症対応型サービス事業 開設者研修	167人
認知症介護指導者養成研修	33人	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修	363人

施策の方向

- (一社)栃木県医師会等との連携を図りながら、認知症対応力向上研修未受講のかかりつけ医への受講の働きかけを強化するとともに、病院の医療従事者を対象とした研修や看護職員を対象とした研修を実施することにより、医療機関における認知症対応力の向上を図ります。
- 歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を実施し、認知症の方の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等の適切な実施を推進します。
- 介護従事者等について、認知症の介護技術を取り入れたより実践的な研修を実施することにより、介護技術の向上を図るとともに、施設・事業所等における認知症ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有する指導者等の養成を行います。

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者の年度別目標数

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	100人	100人	100人
累計(年度末)	760人	860人	960人	1,060人

歯科医師認知症対応力向上研修修了者の年度別目標数

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	30人	30人	30人
累計(年度末)	210人	240人	270人	300人

薬剤師認知症対応力向上研修修了者の年度別目標数

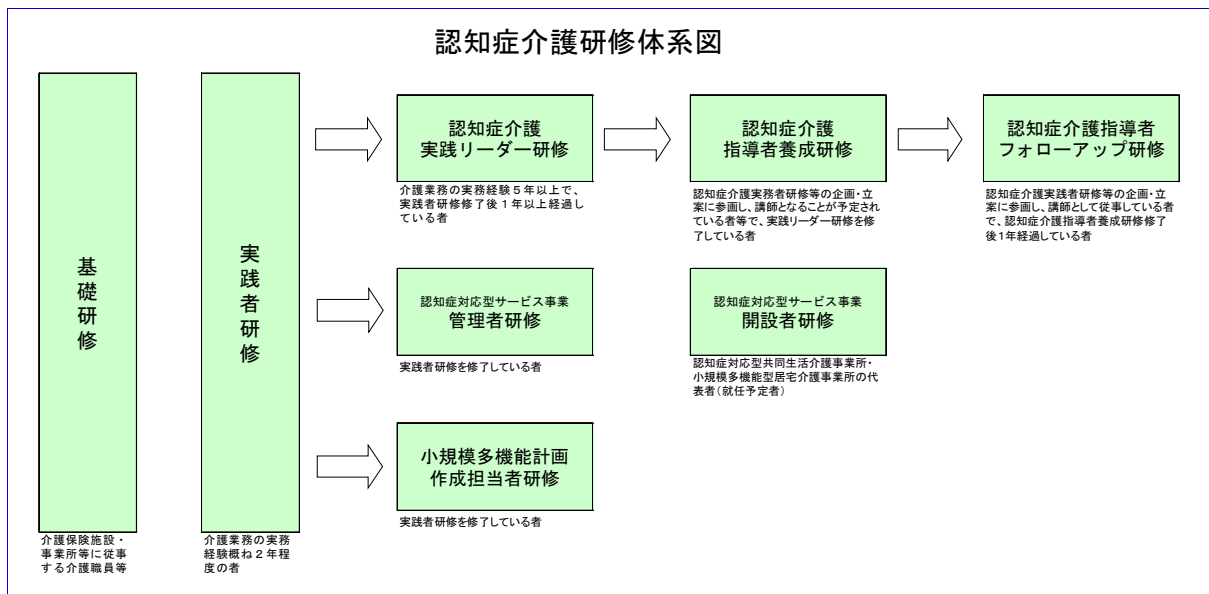
年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	30人	30人	30人
累計(年度末)	270人	300人	330人	360人

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修修了者の年度別目標数

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	300人	300人	300人
累計(年度末)	1,800人	2,100人	2,400人	2,700人

看護職員認知症対応力向上研修修了者の年度別目標数

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	30人	30人	30人
累計(年度末)	150人	180人	210人	240人



認知症介護基礎研修

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	180人	180人	180人
累計(年度末)	502人	682人	862人	1,042人

認知症介護実践者研修

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	240人	240人	240人
累計(年度末)	3,530人	3,770人	4,010人	4,250人

認知症介護実践リーダー研修

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	50人	50人	50人
累計(年度末)	639人	689人	739人	789人

認知症介護指導者養成研修

年度	平成29年度 (見込)	平成30年度	平成31年度	平成32年度
養成目標数	—	2人	2人	2人
累計(年度末)	34人	36人	38人	40人

4 若年性認知症への対応【新設】

現状と課題

- 65歳未満で発症する若年性認知症の人は、県内に約500人と推計されています。
- 若年性認知症は、働き盛りの世代が発症することから、本人や家族の経済的負担や精神的負担が大きいです。地域で交流する居場所が不足するなど、その支援体制の整備が高齢者に比べて遅れている状況にあります。
- 若年性認知症についての正しい理解や適切な対応について、地域包括支援センター等の担当者や地域住民、事業主等の理解を促進することが必要です。
- 若年性認知症の人やその家族からの相談窓口を設置するとともに、必要な支援が行われるよう調整を行う若年性認知症支援コーディネーターを配置しています。

施策の方向

- 若年性認知症については、初期症状が認知症特有のものではなく診断しにくい、また、本人や周囲の人が何らかの異常には気づくが診断が遅れることが多いといった特徴があることから、早期診断・早期対応に繋げるため、リーフレットの配布等により、若年性認知症の普及啓発を進めます。
- 若年性認知症の人は、その状況や環境に応じて、今後の生活等に係る相談、雇用の継続や障害福祉サービスの利用など様々な制度に関わってくることから、発生初期の段階から適切な支援が受けられるよう、支援ハンドブックの配布や若年性認知症ネットワーク会議の開催等により、若年性認知症の人や家族を支援します。
- 若年性認知症の人やその家族を支援する関係機関等の調整役を担う若年性認知症支援コーディネーターを配置し、電話相談や個別支援を実施することで、若年性認知症の特性に配慮した居場所づくりや就労・社会参加支援等を推進します。

若年性認知症支援事業

実施主体：栃木県（認知症の人と家族の会栃木県支部へ委託）

若年性認知症支援コーディネーター

