

資料編

資料編

資料 1 牧之原市介護保険事業計画等策定懇話会規則

(趣旨)

第1条 この規則は、牧之原市附属機関設置条例（平成27年牧之原市条例第4号）第3条の規定に基づき、牧之原市介護保険事業計画等策定懇話会（以下「懇話会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第2条 懇話会には、次の事項について意見を求める。

- (1) 計画作成のための、基本的方向に関する事。
- (2) 計画の進捗管理に関する事。
- (3) 在宅介護支援センターの運営に関する事。
- (4) 地域包括支援センターの運営に関する事。
- (5) 地域密着型サービスの運営に関する事。
- (6) その他目的達成に必要な事。

(組織)

第3条 懇話会は、委員20人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 高齢者福祉に関する学識経験のある者
- (2) 保健福祉医療関係者
- (3) 被保険者代表
- (4) その他高齢者福祉及び介護保険事業に関係する者

3 懇話会は、必要に応じて部会を設けることができる。

(任期)

第4条 委員の任期は、委嘱の交付を受けた計画期間終了までとする。

2 前項の委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 懇話会に委員長及び副委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、会務を総理し、懇話会を代表する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 懇話会の会議（以下「会議」という。）は、委員長が招集し、その議長となる。

2 会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

4 議長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 懇話会の庶務は、健康推進部長寿介護課において処理する。

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、委員長が懇話会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に廃止前の牧之原市介護保険事業計画等策定懇話会設置要綱（平成17年牧之原市告示第9号）第3条の規定による委嘱を受けている委員（この項において「旧委員という。）は、施行日に第3条の規定による委嘱を受けたものとみなす。この場合において、当該委員に係る任期は、第4条の規定にかかわらず、施行日における旧委員の任期の残任期間と同一の期間とする。

附 則（平成30年4月1日規則第9号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成31年4月1日規則第13号）

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

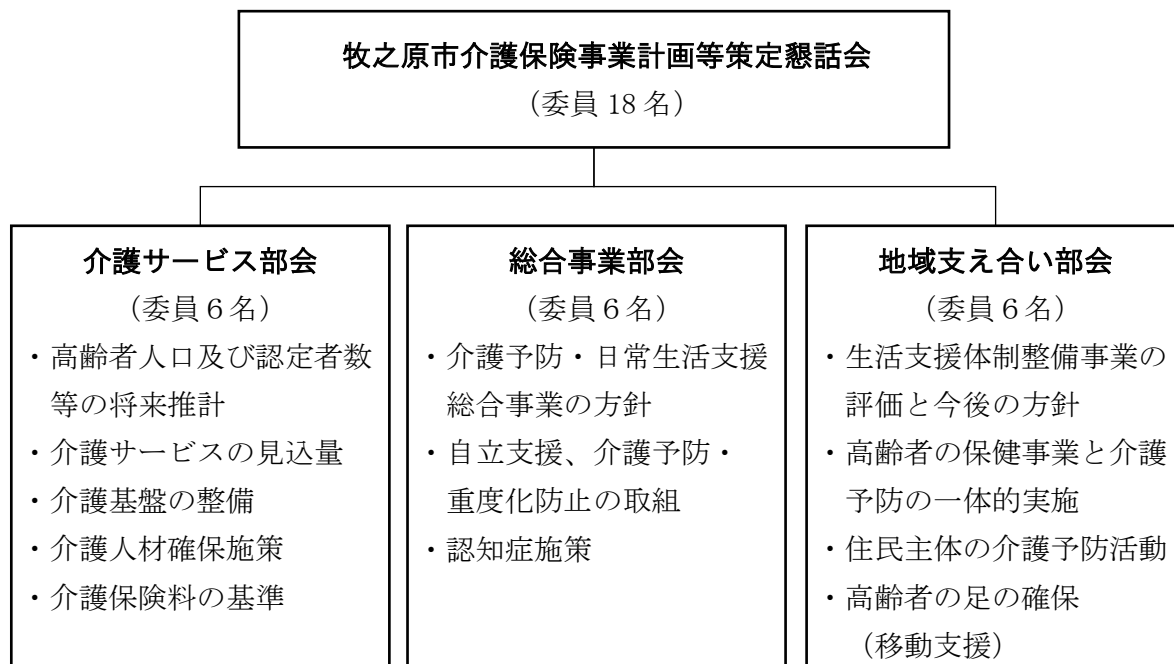
資料2 第8期介護保険事業計画等策定懇話会委員名簿

令和3年2月4日現在

NO	役職	氏名	団体名等	所属部会
1	副委員長	石井 英正	榛原医師会代表	② 総合事業部会
2		石川 武志	榛原薬剤師会代表	③ 地域支え合い部会
3		榎田 中外	榛原歯科医師会代表	① 介護サービス部会
4		大石 正夫	牧之原市民生児童委員協議会代表	③ 地域支え合い部会
5		太田 美佐江	介護保険事業者代表	② 総合事業部会
6		小田 嘉巳	介護保険事業者代表	③ 地域支え合い部会
7		加藤 佳奈	第2号被保険者代表	② 総合事業部会
8		小林 正和	牧之原市社会福祉法人代表	① 介護サービス部会
9		鷺坂 隆太	第2号被保険者代表	① 介護サービス部会
10		杉本 正	牧之原市民生児童委員協議会代表	② 総合事業部会
11		鈴木 真祐美	第1号被保険者代表	③ 地域支え合い部会
12		鈴木 勇次	牧之原市老人クラブ連合会代表	③ 地域支え合い部会
13	委員長	種茂 和男	牧之原市地区長会代表	① 介護サービス部会
14		長澤 道子	牧之原市社会福祉法人代表	② 総合事業部会
15		中西 雷太郎	第1号被保険者代表	② 総合事業部会
16		増田 時男	牧之原市老人クラブ連合会代表	① 介護サービス部会
17		松下 一二三	牧之原市民生児童委員協議会代表	① 介護サービス部会
18		水野 隆	牧之原市社会福祉協議会代表	③ 地域支え合い部会

※ 50音順 敬称略

資料3 計画策定の体制及び経過



開催日	会議の名称	内容
令和2年 1月30日(木)	第1回 地域支え合い部会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今期生活支援体制整備事業の課題、進捗評価を報告 ・ 生活支援体制整備事業の評価や課題と今後の部会協議の内容を説明 ・ 通いの場の活性化に向けた取組の協議
令和2年 3月17日(火)	第2回 地域支え合い部会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自主活動グループへの支援の説明と、地域活動リーダーの確保を協議 ・ ボランティア養成講座の見直しを協議 ・ 住民主体活動の課題と今後の支援について協議
令和2年 6月5日(金)	第1回 懇話会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今期事業計画の進捗及び評価を報告 ・ 高齢者の暮らしと介護についてのアンケート結果報告 ・ 計画策定、部会の概要を説明 ・ 新型コロナウイルス感染症対応について意見交換
令和2年 6月24日(水)	第3回 地域支え合い部会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での互助活動を周知啓発するための取組を協議 ・ 互助活動推進のための情報提供や啓発を説明 ・ 要支援者と支援者のマッチングの取組を協議
令和2年 7月31日(金)	第2回 懇話会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各部会の協議事項や開催時期を説明 ・ 地域密着型サービス事業所の指定・更新の承認 ・ 地域密着型サービス運営推進会議の課題について協議 ・ 地域包括支援センターの令和元年度実績報告及び評価と令和2年度事業方針を説明
令和2年 8月17日(月)	第4回 地域支え合い部会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援コーディネーター1層から3層の体系や役割の共有と協議 ・ 協議体体制の課題を説明

開催日	会議の名称	内容
令和2年 9月2日(水)	第1回 介護サービス部会	・第8期事業計画期間における介護人材確保施策を協議
令和2年 9月9日(水)	第5回 地域支え合い部会	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を説明 ・長寿健診の受診率向上のための対策を協議
令和2年 9月15日(火)	第1回 総合事業部会	・認知症施策を協議 ・住民主体サービスの創出について協議 ・総合事業の対象者と単価の弾力化を協議
令和2年 9月18日(金)	第2回 介護サービス部会	・第8期事業計画期間における認定者数等の推計及び施設整備方針を協議
令和2年 9月29日(火)	第6回 地域支え合い部会	・地域共生社会について説明 ・地域包括支援センターの運営について説明 ・協議体体制見直しの協議
令和2年 10月2日(金)	第2回 総合事業部会	・その他生活支援サービスの協議 ・総合事業対象者の有効期限について協議 ・総合事業サービスの実績と次期サービス見込量の説明
令和2年 10月7日(水)	第3回 懇話会	・地域密着型サービス事業所の指定・更新の承認 ・今期計画における重点取り組み項目の評価及び課題と次期計画への目標の設定を説明 ・次期計画の骨子の説明と承認 ・各専門部会における協議事項を報告
令和2年 10月22日(木)	第3回 総合事業部会	・地域リハビリテーションの現状と課題や対策を協議 ・自立支援、介護予防・重度化防止の取組方針を説明
令和2年 10月26日(月)	第7回 地域支え合い部会	・高齢者の通いの場への移動手段を協議 ・保健事業と介護予防の一体的実施の具体的施策を説明 ・協議体体制見直しの説明
令和2年 11月4日(水)	第3回 介護サービス部会	・介護サービス見込量と保険料の設定を協議
令和2年 11月19日(木)	第4回 懇話会	・次期計画書(案)の説明及び現状の承認 ・次期計画期間の介護保険料見込額の説明と承認 ・次期計画期間の地域包括支援センター設置方針の承認
令和3年 2月4日(木)	第5回 懇話会	・次期計画書(案)への市民意見結果及び修正事項の説明、計画書(案)の承認 ・次期計画期間の介護保険料額(案)の承認

資料4 高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査結果の概要

1 調査目的

介護保険制度の円滑な運営を図るとともに、高齢者の生活や健康などについてご意見を伺い、令和2年度に予定されている牧之原市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定の基礎資料とすることを目的とし、アンケート調査を実施しました。

2 調査概要

(1) 調査対象

市内に住む65歳以上の在宅で生活している①総合事業および要支援・要介護認定を受けていない者、②総合事業対象者、③要支援認定者、④要介護認定者の中から無作為に抽出。

(2) 標本数・有効回収数 各調査の配布・回収状況

調査対象者	配布数	有効回収数	有効回収率
① 一般高齢者	700 件	515 件	73.6%
② 総合事業対象者	150 件	116 件	77.3%
③ 要支援認定者	350 件	217 件	62.0%
④ 要介護認定者	500 件	308 件	61.6%
合計	1,700 件	1,156 件	68.0%

(3) 調査方法

郵送による配布・回収。

(4) 調査期間

令和2年1月10日～令和2年1月31日

※ただし、令和2年2月14日に届いた分までを有効回収として集計しました。

3 調査結果の概要

(1) 健康について

1) 健康状態

要支援者になるほど、良い健康状態の者が低下します。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
とても良い	6.2%	0.9%	1.4%
まあ良い	72.6%	52.6%	36.4%
合計	78.8%	55.9%	37.8%

2) 健康について心がけていること ※上位3つは太字

健康に対して、すべての対象者が、休養や睡眠を十分にとることを心がけています。

要支援者になるほど、外での活動でなく、自分が自宅できることを心がけるようになります。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
休養や睡眠を十分にとる	40.4%	44.8%	47.0%
食事に気を付ける	50.3%	42.2%	41.0%
健康診断などを定期的に受ける	30.5%	21.6%	19.4%
散歩やスポーツをする	23.3%	26.7%	8.8%
身の回りのことはなるべく自分で行う	26.6%	64.7%	54.4%
仕事をする	27.6%	11.2%	4.1%

3) 健康について知りたいこと ※上位3つは太字

要支援者になるほど、介護に関する情報を求めています。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
がんや生活習慣病にならない工夫	37.9%	31.9%	18.9%
望ましい食生活	36.7%	31.9%	25.8%
運動の方法	20.4%	31.9%	26.7%
寝たきりや介護の予防	17.7%	27.6%	39.6%
認知症の予防	44.7%	59.5%	42.9%

4) 基本チェックリストによる介護リスクについて

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
運動機能の低下	13.2	50.9	82.9
転倒	30.6	52.6	65.0
閉じこもり	19.4	33.6	50.2
認知機能の低下	44.2	61.2	56.7
IADL (低い)	4.8	21.6	57.1
うつ傾向	34.7	45.7	62.2

5) その他

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
ロコモティブシンドロームについて言葉・意味を概ね知っている	22.6%	15.5%	11.6%

(2) 歯や食えることについて ※上位3つは太字

回答		一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
半年前に比べ固い者が食べにくくなった		28.7%	42.2%	53.0%	
歯磨きや歯の手入れ	1日1回以上	96.3%	88.8%	86.6%	
	1日3回以上	31.1%	29.3%	24.9%	
	1日2回	41.7%	37.9%	38.7%	
	1日1回	23.5%	21.6%	23.0%	
自分の歯は19本以下、かつ義歯利用		39.0%	54.3%	53.9%	
定期的な歯科検診の実施		47.4%	33.6%	30.9%	16.6%

(3) 普段の生活全般について

1) 外出の頻度について

要支援者になるほど、社会参加活動が低下していきます。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
外出を週2回以上している	78.6%	58.6%	48.4%
昨年と比べ外出頻度は減っていない	79.6%	60.4%	41.9%

2) 介護予防活動への参加について

要支援者になるほど、社会参加のための移動手段がなくなります。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	
通いたい	64.5%	19.8%	41.5%	
通いたくない理由	興味がない	35.2%	43.5%	23.3%
	好きでない	31.3%	26.1%	41.1%
	忙しい為参加できない	30.7%	13.0%	1.1%
	会場までの足がない	6.0%	17.4%	31.1%

3) 各種地域活動の活動別の参加について ※上位3つは太字

元気であるほど個人の意向に合った活動に参加できますが、要支援者になるほど、他者の支援で成り立つ場への参加に移行していきます。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
ボランティアのグループ	15.0%	36.2%	14.8%
スポーツ関係のグループやクラブ	25.2%	19.8%	6.5%
趣味のグループ	25.8%	23.3%	10.2%
介護予防のための通いの場	9.3%	49.1%	19.8%
シニアクラブ	9.7%	28.4%	7.8%
収入のある仕事	35.5%	3.4%	2.8%

4) 地域住民の有志による健康づくり活動への参加について

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
参加者として参加したい、すでに参加している	57.2%	56.9%	37.3%
企画・運営に参加したい、している	34.9%	21.5%	22.1%

5) 今後やってみたいと思うことについて ※上位3つは太字

要支援者になるほど、活動への意向とともに実際の活動参加も低下します。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
趣味活動	35.7%	30.2%	18.9%
健康づくりやスポーツ	32.6%	28.4%	13.4%
学習や教養を高めるための活動	14.0%	12.1%	8.8%
シニアクラブ活動	5.4%	12.1%	6.5%
働くこと	29.5%	11.2%	10.6%
特にない	26.2%	27.6%	54.8%

6) その他

要支援者になるほど、日常の事が「できるが実施しない」ことが多くなっています。

また、本人が「できる」と考えていても、不完全・危険だと思われる行為を周囲が抑制する傾向も考えられます。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
1か月間の気分が沈む憂鬱な気持ちになった	32.4%	41.4%	56.2%
交通機関を使う外出 「できるけどしていない」と「できない」	18.8%	51.8%	89.4%
買い物 「できるけどしていない」と「できない」	16.1%	38.0%	72.4%

(4) 認知症について

認知症の相談窓口の認識が低くなっています。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
物忘れが多いと感じる	44.3%	61.2%	56.7%	
認知症状がある又は症状のある人が家族にいる。	9.7%	12.9%	20.3%	
認知症の相談窓口を知っている	35.1%	26.7%	32.7%	38.6

(5) 地域での助け合いについて

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
地域の人が助け合って暮らしていると思うか			
強くそう思う	14.0%	18.1%	18.0%
どちらかと言えばそう思う	48.7%	56.9%	47.5%
合計	62.7%	75.0%	65.5%

(6) 地域での生活(つながり)について

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
地域のつながりは必要だと思うか			
とても必要	42.7%	57.8%	47.0%
どちらかと言えば必要	47.2%	24.1%	35.5%
合計	89.9%	81.9%	82.5%

(7) 地域包括支援センターについて

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
名前も役割も知っている	33.2%	51.7%	58.5%	37.7%
名前は聞いたことがあるが、役割までは知らない	44.9%	31.0%	24.4%	32.1%
合計	78.1%	82.7%	82.9%	69.8%
利用した際の満足度 (満足、どちらかと言えば満足)	20.9%	63.8%	65.4%	47.4%

(8) 医療について

1) かかりつけ医の存在について

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
診療所をかかりつけ医として持っている	46.6%	50.0%	55.3%
総合病院をかかりつけ医として持っている	25.4%	25.9%	40.1%
かかりつけ医はいないが、受診機関は、ほぼ決まっている	38.1%	33.6%	28.6%
ない	4.3%	1.7%	0.9%

2) その他

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
在宅医療や緩和ケアへの関心がある	61.2%	61.2%	69.1%	
訪問看護サービスを知っている	71.3%	60.3%	63.6%	60.7%
週末期を希望する場	自宅	44.8%	54.4%	
	病院	23.3%	14.3%	
	施設	9.5%	9.2%	
エンディングノートの作成を	してある	6.9%	5.5%	
	作成しておきたい	37.9%	38.2%	
	合計	44.8%	43.7%	

(9) 成年後見制度の認識について

地域包括支援センターの周知度を考えると成年後見制度の相談窓口の周知率は低いといえます。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
言葉も内容も知っている	29.1%	23.3%	22.6%	21.4%
言葉は聞いたことがあるが、内容は知らない	46.6%	33.6%	39.6%	37.7%
相談窓口を知っているか	37.7%	37.1%	35.0%	27.3%
自分で判断ができなくなった時に利用したい	20.6%	23.3%	19.4%	15.9%
利用は考えていない	33.2%	25.9%	27.6%	31.2%

(10) 介護保険制度について

1) 介護サービスの充実と介護保険料、利用料の費用負担の意向について

要介護状態に関わらず「保険料が増えることはやむをえないが、利用料は現状程度とするのが良い」とした意向が多いと考えられますが、「わからない」とする回答も多くなっています。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者	要介護者
保険料や利用料が増えてもやむを得ない	11.1%	6.9%	13.8%	12.0%
保険料が増えることはやむをえないが、利用料は現状程度とするのが良い	22.9%	24.1%	19.4%	29.9%
保険料は現状程度とし、必要な費用は利用者の自己負担とするのが良い	22.9%	8.6%	17.1%	11.4%
保険料や利用料は現状程度とし、介護保険サービスの充実は望まない	6.4%	1.7%	4.6%	10.7%
保険料や利用料を減らすことにより、介護保険サービスが低下してもやむを得ない	4.9%	2.6%	3.7%	1.6%
わからない	23.5%	30.2%	30.4%	28.9%

2) 本人が介護を必要としたとき、介護を受ける場所

元気な高齢者においては、介護施設での介護を望む者が若干多くなっています。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
なるべく家族のみで、自宅で介護をしたい	11.1%	6.9%	11.5%
介護保険サービスなどを使いながら自宅で介護をしたい	41.7%	45.7%	50.2%
老人ホームなどの介護施設に入所したい	26.8%	18.1%	21.2%

3) 家族が介護を必要としたとき、介護をする場所

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
なるべく家族のみで、自宅で介護をしたい	9.3%	5.2%	5.1%
介護保険サービスなどを使いながら自宅で介護をしたい	50.5%	40.5%	44.7%
老人ホームなどの介護施設に入所したい	23.3%	12.1%	14.3%

4) サービス付き高齢者住宅/立地場所からみた転居意向について

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
移りたくない	38.4%	37.1%	44.2%
市内 移りたい	44.9%	32.8%	39.2%
市外 移りたい	7.6%	6.0%	2.8%
再掲/移りたい *	52.5%	38.8%	42.0%

5) サービス付き高齢者住宅/費用からみた転居意向について

サービス付き高齢者住宅利用への意向も在宅意向と同程度ありますが、費用を考慮した場合の実際の意向で見ると、10%以上低下しています。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
月当たり 13 万円から 15 万円の費用			
住めない	56.7%	49.1%	57.6%
住める	19.6%	19.0%	17.1%
親族から少額の支援で住める	14.6%	6.0%	13.4%
再掲/住める *	34.2%	25.0%	30.5%

(11) その他

1) 車を運転する場合の目的 ※上位3つは太字

要介護状態に関わらず、買い物や受診のための移動手段が必要になります。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
買い物に行くため	71.8%	16.4%	12.4%
病院や診療所に通うため	64.1%	18.1%	11.5%
仕事や通勤のため	40.2%	3.4%	2.8%
趣味のため	35.9%	7.8%	3.7%

2) 運転免許の返納の移行について

要介護状態に関わらず、買い物や受診のための移動手段が必要になります。

回答	一般高齢者	事業対象者	要支援者
返納したい(時期が決まっている)	1.2%	23.3%	13.0%
返納したい(時期は未定)	40.9%	40.0%	45.7%
返納は考えていない	54.5%	33.3%	37.0%

(12) 要介護者調査結果から

1) サービス利用の傾向について

回答	要介護者
サービスを利用した(令和元年度 11 月サービス利用)	68.8%
施設などへの入所・入居を検討している	16.9%
施設などへの入所・入居をすでに申し込みをしている	6.8%
介護者の今後の介護意向として	
施設などへの入所・入居を検討している	23.1%
施設などへの入所・入居をすでに申し込みをしている	10.7%

2) 歯について

下記以外でも、歯科診療が必要だと考えられる症状として、歯がぐらぐらする、歯を磨いたときに血が出る、歯茎を押すと膿が出る、歯茎が腫れている、口の中や舌が乾燥している、などがあります。

回答	要介護者
固いものが噛めない	39.3%
食べ物が挟まったり、残ったりする	26.0%
義歯がはずれやすい	23.4%
水分を飲み込む時にむせる	15.6%
食べ物が飲み込みにくい	13.6%
虫歯がある	13.3%
歯がのびた感じがする	10.4%

3) 在宅訪問歯科診療の周知について

回答	要介護者
利用したことがある	2.3%
知っているが、利用したことがない	29.5%
知らない	63.6%

4) 家族介護の実状について

回答	要介護者	
家族・親族の介護頻度について	毎日	63.3%
	3～4日/週	4.2%
	1～2日/週	4.5%

5) 介護者の状況について

回答		要介護者
介護者の年代	上位3つ 60歳代/37.2% 70歳代/25.2% 50歳代/20.2%	
介護者の続柄	上位3つ 子/45.0% 子の配偶者/24.8% 本人の配偶者/22.7%	
介護者の勤務形態	上位3つ 無職/48.8% フルタイム/24.8% パートタイム/20.7%	
介護者の介護と仕事の両立	問題なく続けている	10.9%
	問題あるが何とか続けている	60.9%
	続けていくのはかなり難しい	3.6%
	続けていくのはやや難しい	9.1%
介護者の感じる不安 上位3つ	認知症場への対応	35.5%
	夜間の排せつ	26.9%
	入浴・洗身	17.4%
在宅介護の継続に必要なサービス 上位3つ	必要な時にいつでも使えるサービス	53.7%
	緊急時に対応してくれる事業	38.8%
	介護に関する費用負担の軽減	30.2%

資料5 介護予防・生活支援サービス事業の概要

1 訪問型サービス（指定・委託）

種別	訪問介護相当サービス	基準緩和訪問型サービス (訪問型サービスA)		短期集中型 サービス
名称	介護支援型訪問サービス (指定訪問介護事業所)	自立生活支援訪問サービス		訪問型サービスC
		一体型	単独型	
サービス 内容	訪問介護の身体介護を実施	訪問介護の生活援助で認められているもの(家事援助)		理学療法士による短期集中的な運動指導等を実施する
特徴	国の基準を準用	人員基準および運営基準の緩和		—

2-1 指定の通所型サービス(指定事業者)

種別	基準緩和通所型サービス(通所型サービスA)			
	一日型		半日型	
名称	介護型	予防型	運動機能向上型	生活機能向上(ミニデイ型)
設備	一体型	単独型	一体型・単独型	単独型
サービス 内容	○入浴・食事 ○生活機能向上のための機能訓練 ○レクリエーションなど ※送迎あり		○運動・筋力トレーニング ※介護予防のためのトレーニングマシンを使用 ※送迎あり ※入浴の提供なし ※食事は希望により提供することもある	○レクリエーションや低栄養改善・口腔機能向上(社会参加・交流)
提供時間	5時間以上		3時間以上	
特徴	人員基準および運営基準の緩和			

2-2 委託の通所型サービス

種別	基準緩和通所型サービス (通所型サービスA)	短期集中型サービス
名称	短時間デイサービス	通所型サービスC
サービス 内容	定期的な社会参加の場とし、介護予防体操やレクリエーション等を行う。フレイル予防を目的に、栄養と運動を活用する 送迎あり(必要な方のみ)	通所時のみならず在宅時にも生活機能の向上を実現するための短期集中的な機能訓練等 ※ADL(歩行や排泄、入浴、食事、着替えなどの日常生活動作)、IADL(買物、洗濯、掃除などの手段的日常生活動作)の改善に向けた支援を短期集中的に実施する。 ※リハビリテーション職等が従事
利用者の 状態像	外出の機会が減少し、自宅に引きこもりがちな方	短期間(3か月から6か月程度)の集中介入によって生活機能の改善が見込まれる方
提供時間	原則週1回 2時間以上	委託内容によるところとする

3 介護予防ケアマネジメント

区分	ケアマネジメントA (原則的な介護予防 ケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化した介護予防 ケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防 ケアマネジメント)
利用するサービスの種類	下表のとおり		
ケアマネジメントの特徴	※予防給付と同様 ●担当者会議は必須 ●モニタリング 1 状況確認は毎月 2 居宅での本人面接 (3か月毎)	●担当者会議は必要に応じて実施する。 ●モニタリング 1 状況確認は2か月毎(実績管理は毎月) 2 居宅での本人面接(少なくとも12か月毎)	●ケアマネジメントの結果、利用者が自身の状況、目標達成等確認し、住民主体のサービス等を利用する場合 ●初回のみ簡略化したケアマネジメントを実施
ケアマネジメントのプロセス	※予防給付と同様 1 アセスメント 2 ケアプラン原案作成 3 サービス担当者会議 4 利用者への説明・同意 5 ケアプラン確定・交付【利用者・事業者】 6 サービス利用開始 7 モニタリング【給付管理】	1 アセスメント 2 ケアプラン原案作成(サービス担当者会議) 3 利用者への説明・同意 4 ケアプラン確定・交付【利用者・事業者】 5 サービス利用開始(モニタリング【適宜(12か月ごと)】)	1 アセスメント 2 ケアプラン原案作成 3 利用者への説明・同意 4 事業者等への説明・同意 5 サービス利用開始

○サービス毎の介護予防ケアマネジメントの区分

区分	相当サービス	基準緩和サービス(サービスA)			短期集中型
訪問型	介護支援型 (身体介護) A	自立生活支援(生活援助)			訪問C (委託) A
		一体型 B		単独型(委託) B	
通所型	—	一日型	半日型		短時間型 (委託) B
		一体型 A	運動機能 A	生活機能 B	

※A、Bは介護予防ケアマネジメントの区分を指す。

1 相談形態別(実数)	平成 22年度	平成 25年度	平成 28年度	令和 元年度
ア 電話	2,295	3,031	2,447	2,756
イ 来所	1,125	1,254	1,048	1,554
ウ 訪問	1,468	1,397	1,284	1,136
エ 会議	204	255	137	203
オ 合計	5,092	5,937	4,916	5,649
再掲/実態把握訪問	1,124	1,007	871	542
2 相談内容(延べ件数)	平成 22年度	平成 25年度	平成 28年度	令和 元年度
ア 介護問題	1,887	2,255	1,953	2,392
イ 医療や疾患	623	644	592	1,091
ウ 施設入所や病院	487	589	515	804
エ 心理的問題	383	607	185	656
オ 経済的問題	480	448	279	635
カ 生活の問題	2,523	3,602	2,612	3,044
キ その他	584	768	757	633
ク 合計	6,967	8,913	6,893	9,255
3 権利擁護に関する相談(延べ件数)	平成 22年度	平成 25年度	平成 28年度	令和 元年度
ア 虐待と予防	484	252	483	469
イ 成年後見制度活用支援	125	57	51	275
ウ 権利擁護活用支援	16	89	5	9
エ 消費者相談	13	55	7	42
オ 措置支援(在宅入所等)	5	32	7	22
カ 合計	643	485	553	817
3 権利擁護に関する相談(延べ件数)	平成 22年度	平成 25年度	平成 28年度	令和 元年度
ア 重層的な課題	639	948	212	794
イ 支援の拒否	162	91	34	91
ウ 既存サービス適応困難	34	175	39	50
エ 意思決定者不在	39	160	42	108
オ 合計	874	1,374	327	1,043
状態像別内訳(延べ件数)	平成 22年度	平成 25年度	平成 28年度	令和 元年度
ア 認知症	246	502	168	541
イ 知的障がい	175	21	27	55
ウ 精神障がい	100	150	100	258
エ 身体障がい	79	22	0	1
オ その他	30	28	4	52
カ 合計	630	723	299	907

※包括事業実績に基づく数値

資料7 在宅医療・介護の連携推進に向けた実施計画

【目標】
住民が住み慣れた場所で、自分らしく最期まで穏やかに過ごすことができる地域をつくる。

ゴシック体…継続して実施すること
HGP 創英角ポフ7体…第8期で取り組む事
明朝体…今期では取り組まないが、意見があったもの

在宅医療・介護連携推進の具体策

		在宅療養を支援する体制の整備に関すること				住民支援に関すること
NO	1	2	3	4	5	
項目	現状分析・課題抽出・施策立案	医療・介護関係者の情報共有の支援	在宅医療・介護連携に関する相談支援	医療・介護関係者の研修	地域住民の普及啓発	
旧	(ア)地域の医療・介護の資源の把握 (イ)在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討 (ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	(カ)医療・介護関係者の研修	(キ)地域住民の普及啓発	
概要	地域資源や情報の整理を行うとともに、在宅療養を支援するための拠点の整備(人・物・仕組みなど)を行う。	看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用を行う。	患者、家族が安心できる在宅療養に向け、医療・介護関係職の支援の質を高めるための相談を実施する。	多職種横のつながりを強化し、関係職の支援の質を高め在宅療養を支援しやすい体制をつくる。	自分らしい人生の選択が出来るよう、在宅療養などについて知識を深める機会を提供する。	
具体策	①サービス提供体制の構築・充実 ア 医療と介護を総合的に調整する機関又はネットワークづくり。 イ 在宅療養を希望する人を支援する相談窓口。 ウ 訪問看護、訪問介護を24時間切れ目無く提供できる仕組みづくり。 エ 退院から在宅へ切れ目ない支援。リハビリテーションに関する地域課題あり。 オ 地域住民主体(互助)による見守り体制の構築。 カ 訪問歯科診療の充実。 キ 薬剤師の在宅支援の実施。 ク 在宅療養を希望しない人に対する病院、施設の確保。	①連携しやすい体制づくり ア ケアマネジャーが医師や多職種に相談する際のルールづくり。 イ ICT(シスケア*かけはし)活用報告会の実施。 ウ 在宅医療・介護連携推進会議などの開催。	①医療・介護連携の支援体制 ア 医療と介護のコーディネートに関する相談窓口の実施。 イ 新人ケアマネジャーや1人ケアマネジャー等に対する支援体制の充実。 ウ 相談内容を集積し、会議で検討する。	①勉強会、研修会の実施 ア 事例検討会の実施。 イ 医療、介護、福祉制度に関する情報提供と共有。 ウ 医療・介護職による事例検討などの参加型研修会の実施。 エ 個別ケアや対応を学ぶ。(じょくそう予防、医療処置、薬の重要性や注意点、重度化防止など) オ お茶の香みらいく(看看連携)で研修会を実施。	①地域づくり(地域の支援) ア 住民同士の声かけや見守り、ゴミ出しのお手伝いなど、ちょっとした生活支援のボランティア育成を実施する。 イ 医療・介護サービスにプラスして、インフォーマルサービス(民生委員や近所の協力者の支援)を活用する。 ウ 住民団体「地域医療を支えるはいなんの会」と協働する。	
	②地域の実態把握、資源の整理 ア 資源の把握。(医療機関、薬局、介護施設など) イ 榛原総合病院の各科の再開状況等の把握。 ウ 訪問看護ステーションの利用者数等の把握。 エ 在宅療養者などを把握し、サービス必要量などを確認する。 オ 市民の意識調査で、実態を把握する。 カ KDBシステムによる課題抽出・分析を実施する。	②情報が分断しない仕組み(医科・歯科・薬剤・介護など) ア 情報共有のためのICT活用。 イ 患者ノート、日本医師会の医・歯・薬のかかりつけ手帳の有効活用の検討。 ウ 連携部会で作成した、情報共有ツールの見直し。(必要時)	②看取りに向けた教育と心の支援 ア 終末期の医療や介護について、多職種向けの研修会を行う。 イ 患者やその家族が、病状や今後の経過、処方された薬などについて理解し、選択ができるように説明する。(医療関係職) ウ どのような在宅(施設)療養を送りたいか、どのような看取り(施設看取り)をしたいかについて、患者・家族の思いを確認する。	②看取りに向けた教育と心の支援 ア 終末期の医療や介護について、多職種向けの研修会を行う。 イ 患者やその家族が、病状や今後の経過、処方された薬などについて理解し、選択ができるように説明する。(医療関係職) ウ どのような在宅(施設)療養を送りたいか、どのような看取り(施設看取り)をしたいかについて、患者・家族の思いを確認する。	②講演会の開催(市全体で実施する大規模なものから、小地域で実施する小規模なものまで) ア 看取りDVDを活用し、最期を考える機会づくりを行う。 イ エンディングノートの啓発を実施し、活用を呼びかける。 ウ 看取りについての事例など在宅療養の情報提供を行い、経験した患者や家族の声を伝える。 エ 地域における在宅療養の現状や今後の見通しについて情報提供する。	
	③情報の見える化(情報共有) ア 医療、介護マップの作成。(在宅療養に関連する情報を収集し、市民に提供する) イ 在宅⇄病院、連絡調整を行うための情報を共有する。	③顔の見える関係づくり ア 医療・介護関係者との意見交換会の実施。 イ 医療職・介護職、共通課などの研修会の開催。 ウ 多職種で、振り返りや検証を行うための事例検討会の実施。 エ 市内基幹病院スタッフと在宅サービスの専門職との研修会の実施。	③補助金の検討 ア 新規開業への助成。 イ 医院継承への支援。 ウ 開業資金貸付金の導入。	③映画の上映		
	④医師の負担を減らす ア 看取り主治医がいない場合の榛原総合病院の医師の支援。 イ 特に深夜帯の状態変化をチェックするシステム(訪問看護など)が必要。 ウ 主治医が何度も往診しなくても済むように、訪問看護との連携を充実する。 エ 特殊な薬剤や物品を必要量だけ用意できる仕組みが必要。	④情報共有のためのICT活用。 イ 患者ノート、日本医師会の医・歯・薬のかかりつけ手帳の有効活用の検討。 ウ 連携部会で作成した、情報共有ツールの見直し。(必要時)	④制度の情報提供 ア 介護保険制度 イ 福祉制度 など			
	⑤書類の負担軽減策の実施 ア 書類などの簡略化。(分かるところは記入する) イ 介護サービス関連の書類について、必要書類の見直し。情報提供書類の簡素化、認定調査書、主治医意見書の活用など。 ウ 書類の有効期間の検討。	④書類の負担軽減策の実施 ア 榛原総合病院などとの連携。 イ 開業医との協力。(主治医・副主治医制など)				

資料8 介護予防・生活支援サービス事業の概要

1 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備のための会議

区分	会議名	内容	
多職種・多機関との連携体制構築	地域ケア推進会議	地域ケア個別会議からの地域課題などについて、関係機関の代表者で課題解決に向けた事業化・施策化についての協議を行う会議	
	牧之原市在宅医療・介護連携推進会議	在宅医療と介護の連携強化、在宅療養者へのサービス提供の体制整備及びネットワーク構築の検討を行う会議	
	民生委員・児童委員連絡協議会	民生委員・児童委員連絡協議会で事例報告や個別相談会を開催	
	牧之原市介護サービス事業所連絡会	利用者の立場に立った質の高いサービスの提供を行うため、市内介護保険事業所間の連携・相互補完を図る連絡会	
	認知症初期集中支援チーム検討委員会	認知症の方に対して疾患の初期段階または初期アプローチ段階で集中的な支援を行うチーム活動について評価、見直しを行う会議	
個別支援に係る連携の実施	A 地域ケア個別会議	1) 包括支援会議 ①支援センター連絡会 ②支援センター個別会議	多職種協働により個別課題の解決及び地域課題の把握、提案を行う会議
		2) 高齢者・障がい者連絡会	高齢者と障がい者が絡む個別ケースの検討を行う会議
		3) 介護予防ケアプラン会議	介護予防・自立支援を目的とし、多職種協働により軽度者のケアプラン点検を行う会議
	コアメンバー会議	高齢者虐待を疑うケースについて、コアメンバーで協議を行い、虐待の有無や緊急対応の必要性、支援方法などについて判断と方針を決定する会議	
介護支援専門員同士のネットワーク構築	吉田牧之原ケアマネジャー連絡会	研修会や情報交換を通して、市内、近隣の介護支援専門員同士のネットワーク構築および質の向上を図るための連絡会	
介護支援専門員実践力向上	主任ケアマネジャー連絡会	市内介護支援専門員の質の向上を図るための研修会などの企画・調整および主任介護支援専門員同士の情報交換を行う連絡会	

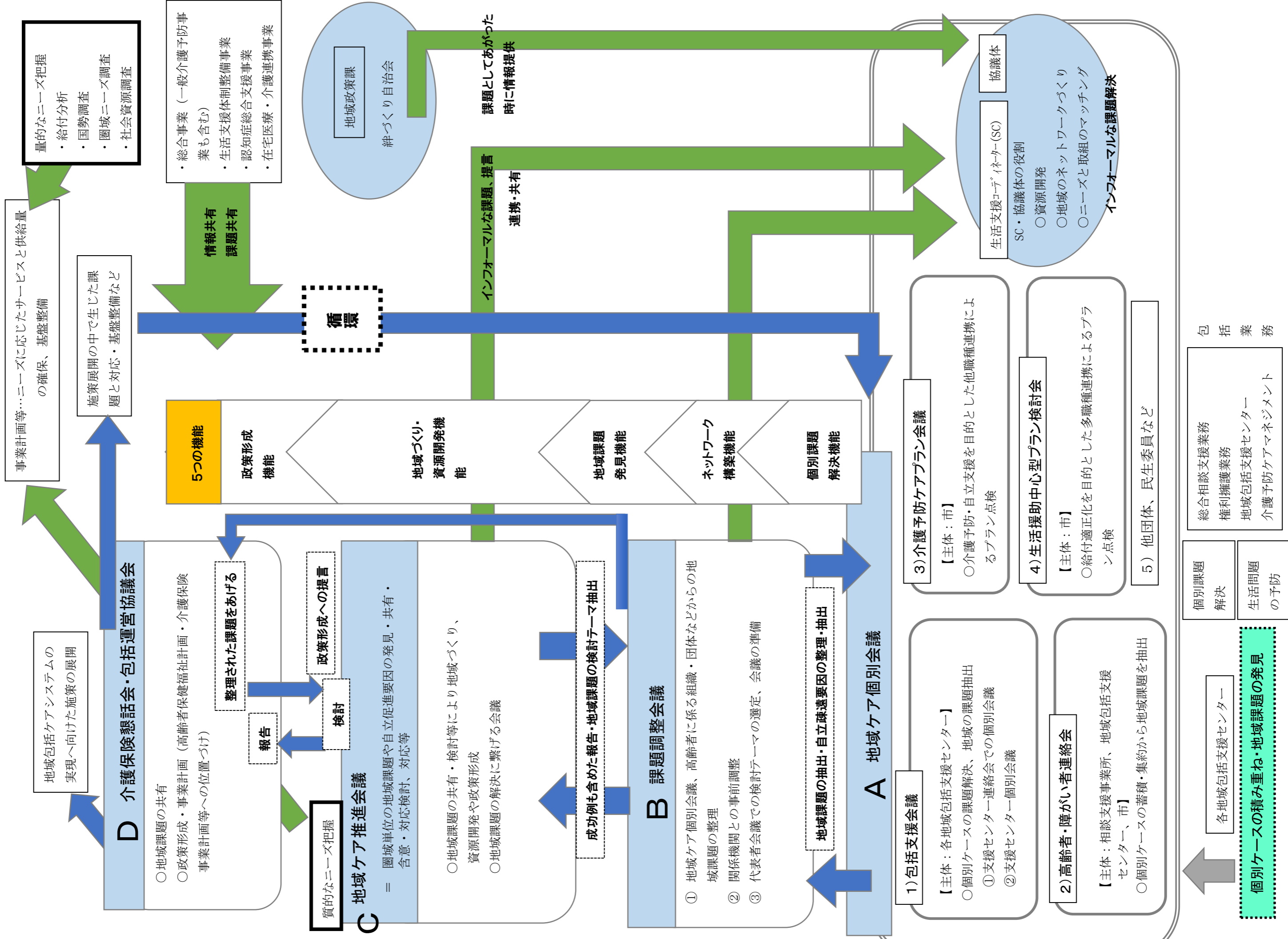
2 地域ケア会議の実施方針

① 概要

会議名	A 地域ケア個別会議		
	1) 包括支援会議	2) 高齢者・障がい者連絡会	3) 介護予防ケアプラン会議
開始予定年度	実施中	実施中	平成30年度から
開催頻度	非定例（随時開催）	2か月に1回	2か月に1回
主催	地域包括支援センター	相談支援事業所 地域包括支援センター、市	市
会議の運営・進行	地域包括支援センター	相談支援事業所 地域包括支援センター、市	長寿介護課
会議の目的	個別ケースの課題解決を行い、それらの取組みを通して見えてくる地域課題を発見し、市全域において取り組むべき課題を抽出して提案する。	各相談支援機関で担当している事例のケースワークを行う。 複数事例の検討を重ね、地域課題を発見し、施策反映や連携体制づくりなどの具体的取組を考える。	◇自立支援・介護予防の観点に基づいた計画の作成を推進する。 ◇多職種からの専門的な視点に基づき計画への必要な反映点があるかを確認する。 ◇給付の適正化に資する。
会議の持つ機能	① 個別課題解決機能 ② 地域課題発見機能 ③ ネットワーク構築機能		
見込まれる成果	多職種の専門職と課題に関わる人々が個別課題を検討し、解決する。 個別課題解決を重ねる中で、ネットワークの構築とともに個別ケースから地域課題へ結び付けていくイメージを共有し、市全域で取り組んでいくべき課題を抽出できるようになる。	高齢・障がい各分野からの専門的な視点に基づくケースワークを通じて、個別課題を検討し、解決する。 個別課題解決を重ねる中で、地域課題を発見し、地域課題の解決に向けて検討できる。	多職種からの専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービスなどの提供に関する知識・技術を習得できる。
対象範囲	個別レベル		
会議参加者	【選出参加者】 ※必要に応じて選出 本人、家族、親族、地域包括支援センター、行政（高齢者・健康・障がい・生活保護などの関係部署）、生活支援センター、民生委員、地域の住民など	相談支援事業所、地域包括支援センター、行政（高齢者・障がい）など	【選出参加者】 ※必要に応じて選出 地域包括支援センター、行政（高齢者・健康・障がい・生活保護などの関係部署）、介護支援専門員、介護サービス事業所、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、生活支援コーディネーターなど
事例選定	包括支援センターの各業務から、必要性を判断し、ケースを選定する。 ◇支援者が困難を感じているケース ◇支援が自立を阻害していると考えられるケース ◇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 ◇権利擁護が必要なケース ◇地域課題に関するケース	相談支援事業所および地域包括支援センターの各業務から、必要性を判断し、ケースを選定する。 ◇高齢者と障がい者の世帯 ◇障がいを有する高齢者のケース ◇障がい福祉サービス利用から介護保険サービス利用への移行を検討するケース	事業対象者・要支援者であって、比較的年齢の若い方を実施する。 ◇事業対象者および要支援者

B 課題調整会議	C 地域ケア推進会議	D 介護保険懇話会・ 包括運営協議会
令和2年度から	平成30年度から	政策提言含め未定
非定例（随時開催）	年1回以上	年1回以上
市	市	市
長寿介護課	長寿介護課	長寿介護課
高齢者に係る地域課題の調整機関として、『A地域ケア個別会議』や組織・団体などで解決できない課題を、『C地域ケア推進会議』へつなげる役割を担う。	『A地域ケア個別会議』で蓄積された課題や高齢者に係る組織・団体から提案された解決困難な課題について、関係機関の代表者レベルで、課題解決に向けた事業化・施策化についての協議を行い、『D介護保険懇話会・包括運営協議会』に提言できるものを作り上げる。	『C地域ケア推進会議』において、取り組むべき課題や解決に向けた政策提言を共有し、事業化・施策化について検討、承認を行い、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に位置付ける。
◇『A地域ケア個別会議』、高齢者に係る組織・団体などからの地域課題の整理 ◇関係機関との事前調整 ◇『C地域ケア推進会議』での検討テーマの選定、会議の準備	③ ネットワーク構築機能 ④ 地域づくり・資源開発機能 ⑤ 政策形成機能 ◇ 成果報告、検証機能	③ ネットワーク構築機能 ④ 地域づくり・資源開発機能 ⑤ 政策形成機能
『C地域ケア推進会議』の効果的・効率的な開催ができる。	提案された解決困難な課題について、関係機関の代表者レベルで共有し、各機関が所管する諸施策や資源とからめつつ、事業化・施策化について協議を行う。それにより、効果的・効率的な施策が『D介護保険懇話会・包括運営協議会』に提言できる。	地域の代表者レベルの関係者が会している『D介護保険懇話会・包括運営協議会』の場を活用し、『C地域ケア推進会議』で協議された施策について、有機的な連携および共通理解のもと、効果的・効率的に各計画に位置付けることができる。
—	市全域	市全域
行政（長寿介護課を含む関係部署）、課題を提案する機関など ※課題の内容により、関係部署が会議の運営・進行の主担当となる。	【固定参加者】 行政（健康推進部長、長寿介護課長）、地域包括支援センター 【選出参加者】※必要に応じて選出 行政（課題による関係部署）、社会福祉協議会、生活支援センター、民生委員、介護サービス事業所、サロン協力員、シニアクラブ連合会、ボランティア連絡会、地区社協、司法関係者、警察署、消防署、学識者、医療関係者等	【固定参加者】 医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業者、民生委員、シニアクラブ連合会、地区長会、社会福祉協議会、社会福祉法人、1号被保険者代表、2号被保険者代表
『A地域ケア個別会議』で市全域において取り組むべき課題として提案されたものについて、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画などにおける優先順位なども考慮し、選定する。また、組織・団体等で検討した結果、解決できない高齢者の課題についても、上記計画などを考慮し、選定する。 その際は、課題だけでなく、分析、解決策(案)、会議参加者(案)などの提案型のケースを選定する。	◇『B課題調整会議』で選定された課題 ◇『A地域ケア個別会議』や高齢者に係る組織・団体からの課題について協議されたこと	『C地域ケア推進会議』で選定された政策提言

② 体系図



資料 9 認知症施策の推進に向けた実施計画（令和3年度から令和5年度）

認知症施策推進大綱の項目		関連事業	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）
（一）普及啓発・本人発信支援					
1	イ 認知症サポーター養成	認知症サポーター養成講座 キャラバンメイト養成	【サポーター養成】 ・学校へ開催依頼 ・職域向け（市内企業）、住民への周知・依頼 【キャラバンメイト】 ・ステップアップ研修 ・養成研修（県西部） ・カンファレンスの実施	【サポーター養成】 ・学校へ開催依頼 ・職域向け（市内企業）、住民への周知・依頼 【キャラバンメイト】 ・ステップアップ研修 ・養成研修（県東部） ・カンファレンスの実施	【サポーター養成】 ・学校へ開催依頼 ・職域向け（市内企業）、住民への周知・依頼 ・リーダー養成講座 【キャラバンメイト】 ・ステップアップ研修 ・養成研修（県中部） ・カンファレンスの実施
2	ロ 世界認知症デー及び月間実施	—	アルツハイマー月間（毎年9月）認知症に関するイベントなどの実施		
3	ハ 相談先の周知	広報紙、認知症ケアパス等を活用	・広報誌で「認知症」関連記事の掲載 ・ホームページに「認知症」関連ページの作成・随時更新 ・もの忘れ相談の周知 ・認知症ケアパスの配布（窓口、相談時、健康講座の際） ・専門医への相談事業の実施		
4	ニ 本人意見の把握等	本人ミーティング	・年1回実施 ・実施方法の検討 ・先進地の視察（藤枝市）	・年1回以上実施	・年2回実施
（二）予防					
5	予防	認知症予防講座、教室、講演会等	・講座、教室の回数は、第4章第5節2（2）2介護予防普及啓発事業（P110）に掲載。講演会は年1回を実施予定 ・若い頃から予防行動が取れるよう、「認知症にならないための予防」、「発症時期を遅らす予防」、「進行を遅らすための予防」の3つの意味での予防を普及啓発し、合わせて、認知症に対する「正しい理解の促進」も啓発する		
（三）医療・ケア・介護サービス・介護者への支援					
6	イ 認知症地域支援推進員の活動の推進	認知症地域支援推進員等設置事業	・地域包括支援センター、市役所関係部署に配置 ・相談支援の実施、ケアパスの配布（随時） ・定期的な連絡会の開催 ・認知症カフェを活用した相談会などの検討	・地域包括支援センター、市役所関係部署に配置 ・相談支援の実施、ケアパスの配布（随時） ・定期的な連絡会の開催	・地域包括支援センター、市役所関係部署に配置 ・相談支援の実施、ケアパスの配布（随時） ・定期的な連絡会の開催 ・認知症ケアパスの改訂作業
7	（ロ） 認知症初期集中チームの活動の推進	認知症初期集中支援推進事業	・活動目標件数：各包括1ケース ・活動の取組や成果を市民や事業所などへ周知する	・活動目標件数：各包括1ケース ・活動の取組や成果を市民や事業所などへ周知する	・活動目標件数：各包括1ケース ・活動の取組や成果を市民や事業所などへ周知する

認知症施策推進大綱の項目		実施中の事業	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）
(三) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援					
8	ロ 介護サービス	認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供・確保	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員が質の高いケアを提供するため、専門の養成研修の受講を促す 介護職による勉強会「みみより会」の後方支援の実施 認知症の研修会などを介護サービス事業所に周知する 在宅における認知症対応サービスの特性を、事業所や市民に周知する 		
9	ハ 介護者等への支援	認知症カフェの利用、家族介護教室、介護者のつどい	<ul style="list-style-type: none"> 現在、認知症に特化した集まりはないため、内容の検討をする 認知症カフェでの相談会開催 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症介護者のつどいの検討 認知症カフェでの介護者支援のための事業実施 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症介護者のつどいの検討 認知症カフェでの介護者支援のための事業実施
(四) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援					
10	イ 認知症バリアフリーの推進 地域での見守り体制や検索ネットワーク構築	高齢者等見守りネットワーク 高齢者等早期発見SOSシステム GPS購入等の補助	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等見守りネットワーク連絡会 徘徊高齢者の捜索を依頼するメールを見守りネットワークに配信することを検討 GPS購入等の補助事業について、GPS機器のリストアップ化や事業内容の見直しの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等見守りネットワーク連絡会 徘徊高齢者の捜索を依頼するメールを見守りネットワークに配信 GPS購入等の補助事業について、GPS機器のリストアップ化 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等見守りネットワーク連絡会 徘徊高齢者の捜索を依頼するメールを見守りネットワークに配信 GPS購入等の補助事業について、GPS機器のリストアップ化
11	ロ チームオレンジ等の構築	チームオレンジ活動	<ul style="list-style-type: none"> チームオレンジの活動方針策定（3か年計画） サポーター養成講座修了者とチームオレンジのマッチング実施 毎年1回以上、認知症に関する研修会などの実施 	<ul style="list-style-type: none"> チームオレンジの活動 サポーター養成講座修了者とチームオレンジのマッチング実施 毎年1回以上、認知症に関する研修会などの実施 	<ul style="list-style-type: none"> チームオレンジの活動 サポーター養成講座修了者とチームオレンジのマッチング実施 毎年1回以上、認知症に関する研修会などの実施
12	ハ 成年後見制度利用促進法や基本計画に基づく事業	成年後見推進事業	<ul style="list-style-type: none"> 制度の啓発 成年後見センター（中核機関）の運営 市民後見人の育成 地域連携ネットワークの体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> 制度の啓発 成年後見センター（中核機関）の運営 市民後見人の育成 地域連携ネットワークの体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> 制度の啓発 成年後見センター（中核機関）の運営 市民後見人の育成 地域連携ネットワークの体制整備
13	ロ 若年認知症の人への支援・社会参加支援	—	<ul style="list-style-type: none"> 相談先の周知（ケアパス掲載） 認知症の人の社会参加活動や社会貢献の活動の体制を整備について、3年間に関係課などと協議を実施 		

資料 10 生活支援体制整備事業に関する実施方針

① 第7期計画期間(2018年度から2020年度)の6つの課題と次期計画期間の取組

第8期計画期間の推進ポイント	実施の為の配慮する点
① ボランティア養成講座の再考	
① 目的を「ボランティア(住民主体活動の実践者)養成講座」とする。 ② 市民啓発の後、2年に1回(訪問・通所2課程各20名募集)の開催とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の活動の場所を作る ・有償ボランティアの周知を進める ・ボランティア活動が楽しいイメージを啓発する
② 活動する市民の意欲を支え、主体的な活動の継続を進める(住民主体の活動の支援)	
① ボランティア養成講座修了者の活動の場の掘り起こしを進める。 ② 順調な活動団体の主体的活動継続のための協議をする。 ③ 地域に根ざした活動の創出と開設への支援および3層コーディネーター候補の探索③ ④ 活動の周知と仲間の募集【⑤、⑥と関係】	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年、活動者との活動評価を実施する。(課題・改善や継続などの意見交換により主体性を高める) ・社会福祉協議会のバックアップ体制のあり方をもつ。
③ 市民が行なう介護予防活動の活性と充実(介護予防機能を持った高齢者の集いの場づくり)	
介護予防機能を持った集いの場の推進 1) 週1回の頻度で通える場をつくる。 2) 通える場で、介護予防効果に根拠がある事業を取り入れて運営できるよう啓発する。	
① 既存活動団体へ、回数増加のアプローチと支援をする。 ② 既存活動団体へ、介護予防に効果的な対応の研修を開催する。 ③ 新たな集いの場の開設や新たな参加者へのアプローチと支援をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・サロン活動及び協力員研修に理学療法士を活用した介護予防への意識づけを継続する。 ・協力者への意識調査により、他地域の参加希望者の可否など、現状の確認を実施する。
④ 地域での互助活動(支え合い活動)の推進をする	
① 自治会毎の困り事の「見える化」を(年4地区目安に)実施する。(自治会困り事調査) ② 困り事の解決に取り組む自治会を支援し、互助活動を推進する。 ③ 互助活動に対して支援者を募る。【⑤を活用】 ④ 自治会の要望により、支援者養成の実施も可能とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な困り事を収集のうえ、自治組織に対し互助活動への取組について啓発を実施する。 なお、互助活動化への働きかけを実施する。【⑤を併用】

第8期計画期間の推進ポイント	実施の為の配慮する点
⑤ 小地域での情報提供と啓発(説明会)	
<p>① 住民主体の既存活動を周知する。</p> <p>② 市内全域対象の「支えあい必要性」を啓発する講演会を開催する。</p> <p>ア 令和3年度上半期、以降3年に1回開催する。</p> <p>イ 令和3年度上半期、下半期にボランティア養成講座受講生募集【①】を実施し、地域互助活動【④】の推進をする。</p> <p>③ 自治会単位で地域互助活動に対する推進の啓発を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市全域に対する啓発の機会の増加については検討を重ねる。 ・自治会単位の啓発と互助活動の推進を合わせて行う。
⑥ 要支援者と支援者のマッチング(地域課題の解決に向けた活動のすすめ)	
<p>困り事にかかわらず、“楽しいこと”をきっかけとした社会参加(仲間づくり)を支援し、介護予防を推進する。</p> <p>また、仲間づくりから、相互の生活支援ができる関係となり、互助機能の向上や生活支援としての社会参加への波及を期待する。</p>	
<p>① 元気な高齢者の社会参加の場所から支援を必要とする人や支援者となりうる人の情報を得る。</p> <p>② 趣味等で仲間づくりを推進し、日常生活での交流やちょっとした生活の支援に至る関係づくりを支援する。</p> <p>③ マッチングコーディネーターとしては、支援者と要支援者を支援内容などにより分類整理し、マッチング前の調整、活動中の状況把握、仲間づくりの評価を重ねる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーターが、高齢者の集まる場へ積極的に参加し実態を把握するとともに支援者を探す。 ・地域活動の中心者から支援者候補をピックアップする。

② 生活支援体制の整備に向けたコーディネーターの重点活動
(令和3年度から令和5年度)

実施内容		令和3年度(2021年)	令和4年度(2022年)	令和5年度(2023年)	
コーディネーターの配置 ① 資源開発 ② ネットワークの構築 ③ ニーズと取組のマッチング		第1層：1名(正規職員)/市全体の生活支援体制を考え、時に政策提言もする。			
		第2層：2人工(正規又は嘱託)/地域担当制により、地域実情を把握し、生活支援体制づくりを推進する。			
		第3層：現場で個々の助けあい活動を直接支援・調整する者を募る。		第3層を確保する。	
		※ 有償ボランティアの育成支援(地域介護予防活動支援事業として実施を検討)			
コーディネーター活動		令和3年度(2021年)	令和4年度(2022年)	令和5年度(2023年)	
1	地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起	ア 地域資源情報の掘り起こしとニーズ把握②			
		イ 牧之原市地域資源マップの作製	イ 地域資源情報の集約・更新	イ 牧之原市地域資源マップ更新調査	
		ウ 自治会単位での困り事(ニーズ)調査とニーズ情報の提供(住民説明会/毎年2から4地区/全自治会回るまで実施)④、⑤			
2	地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ	ア 小地域助け合い活動支援④			
		イ 第3層コーディネーター候補者の抽出⑥		第3層を配置する。	
		ウ 啓発…講演会・説明会を活用⑤、市の広報紙掲載社協の広報紙掲載他(ガイドブック、資源マップ)⑤			
3	関係者のネットワーク化	ア 地域資源などについて、専門職への情報提供(牧之原市地域資源マップ)			
		イ 地域ケア会議でのインフォーマルサービス(居場所・サロン・移動支援等)の紹介			
4	目指す地域の姿方針の共有、意識の統一	ア 全市対象講演会開催(令和3年度実施/3年をめどに実施)⑤			
		イ 自治区対象の小講座開催⑤			
		ウ 協議体の運営、活動支援…地域ケア会議の課題抽出および解決に取り組む団体又は協力団体として位置づける。 ア) 牧之原市生活支援協議体 以下の協議体の総会として位置づける イ) 困り事解決協議体 自治会に限らない課題(ニーズ)解決への取組 ウ) 地域支え合い活動協議体 自治会毎の課題(ニーズ)解決への取組 エ) 令和2年度までに立ち上がった協議体(組織)			
5	生活支援の担い手の養成やサービスの開発	ア ボランティア養成講座の実施①(1クール 2種1回)	(ボランティア育成期間)	ア ボランティア養成講座の実施①(1クール 2種1回)	
		イ ボランティアの資質向上研修会の実施(2回)③			
		ウ 住民主体サービスの開発④、③ ア) 介護予防機能を持った集いの場づくり(年間市内1か所)③ イ) 移動支援に関与する組織 ウ) 食品調達に関する支援組織(共食の場作り、買い物支援など)			
		エ ボランティア登録管理			
		オ ボランティア組織の活動推進と事業の安定化を図る。② ア) ボランティア養成講座修了者組織のNPO法人化など自主活動に向けた協議と検討 イ) 地域支援事業/住民主体サービス化への行政との検討と推進			
		イ ボランティア組織の活動の場の調整			
6	ニーズとサービスのマッチング⑥	ア サービス(市民活動)とケースをつなぐ調整			
		イ ボランティア組織の活動の場の調整			
		ウ 介護予防ケアプラン会議への参加(社会参加の視点)			

※ 太字/第8期事業計画中の強化事項 ①から⑥/第7期事業計画評価からの6つの課題と取組事項

資料 11 介護サービス別市内事業所数・定員と医療機関数

1 介護保険のサービス	広域 ／地域密着	施設（事業所）数	サービス種別の 合計定員（人）
I 施設サービス			
介護老人福祉施設		6	328
	広域型	4	270
	地域密着型	2	58
介護老人保健施設		2	180
II 居住系サービス			
認知症対応型共同生活介護		6	99
※指定無（外部サービス利用型） サービス付き高齢者向け住宅		1	20
※指定無（外部サービス利用型） 軽費老人ホーム（ケアハウス）		1	50
III 在宅サービス			
訪問介護		7	—
訪問入浴介護		1	—
訪問看護		2	—
通所介護		21	506
	広域型	11	315
	地域密着型	6	143
	地域密着型 （認知症対応型）	4	48
通所リハビリテーション		2	58
短期入所生活介護		5	60
短期入所療養介護		2	—
特定福祉用具販売		6	—
福祉用具貸与		6	—
小規模多機能型居宅介護		2	58
居宅介護支援		11	(※) 1,000
介護予防支援		3	—

令和2年4月1日現在

※ 居宅介護支援に定員は存在しないが、介護サービス利用に欠かせないため、各事業所に所属する介護支援専門員数から推測される上限数の合計を記載した。

2 総合事業のサービス		施設（事業所）数	
I 訪問型サービス			
介護支援型訪問サービス（現行相当型）	—		6
訪問介護相当サービス（基準緩和訪問型）	一体型／単独型		8
II 通所型サービス			
一日型サービス	一体型		13
半日型 運動機能向上型サービス	一体型／単独型		2
半日型 生活機能向上（ミニデイ型）サービス	単独型		3

令和2年4月1日現在

3 医療機関	事業所数（箇所）	医師数（人）
I 病院・診療所		
総合病院	1	17
医院	21	22
II 歯科医院		
歯科医院	22	—
III 薬局		
薬局	22	—

令和2年4月1日現在

※ 医師数：榛原総合病院は常勤医師、開業医は榛原医師会A会員（榛原総合病院勤務医を除く）

資料 12 事業重点項目の相関表

第4章目次	第1節 高齢者福祉事業															第2節 高齢者健康づくり事業			第3節 保険事業と介護予防の一体的実施	第4節 介護保険事業	第5節 地域支援事業										第6節 保健福祉事業					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3			3 包括的支援事業					4 任意事業			1 介護サービスを支える人材の確保・資質の向上と業務の効率化			2				
	高齢者ふれあい・いきいきサロン事業への支援	シニアクラブ（老人クラブ）活動への支援	敬老事業	その他の高齢者支援事業	総合的な相談窓口の充実と関係機関とのネットワーク構築	高齢者の権利擁護のための取組	老人福祉法に基づく高齢者の施設等への措置	家族介護手当支給事業	軽度生活援助事業	生活管理指導員派遣事業（ホームヘルパー）	生活管理指導短期宿泊事業（ショートステイ）	配食サービス事業	緊急通報体制等整備事業（緊急通報システム）	日常介護用具総合貸与事業	高齢者の活動拠点の充実	各種健（検）診	高齢者インフルエンザ・肺炎球菌感染症予防接種	在宅訪問歯科支援事業														短時間リハビリテーション支援事業				
	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)			(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)				
重点取組項目	51	52	53	53	56	57	63	63	64	65	65	66	67	67	68	69	71	72	73	75	101	109	115	127	129	134	142	149	154	158	160	161	162	162		
1) フレイルの予防と重度化防止																		○	●	○	●	○	○											●		
2) 介護予防のための通いの場への移動手段の充実	○	○		●											○												●									
3) 通いの場の充実と社会参加	●	○		○											○						○	○				○	●									
4) 心地よい第三の場作りの支援	○	○		○											○						○						●								○	
5) 認知症になっても自分らしく生きる	○	○				○							○										○			●			○							
6) ご近所での見守り、支えあい活動の実施	○	○		○	○	○							○										○	○		○	●									
7) 認知症ケアの充実						○																	○		○	●			○							
8) 地域ケア会議の充実と円滑な運用					○															○	○		●	●	○										○	
9) 地域の医療機関との連携強化					○											○	○	○	○	●	○		●	○	●											
10) 医療・介護サービスを支える人材の確保				○																	○	○			○		●				●	○	○			
11) 在宅サービスの充実と質の向上																				○	○							●		○						
12) 総合的な相談支援・家族支援					●	○		○															●	○		○				○						
※ 高齢者の保健福祉の基本的な施策			○		●	●	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○																		

記号の説明
 ● 重点項目に対して中心を担う事業
 ○ 重点項目に係る事業

牧之原市
第9次高齢者保健福祉計画
第8期介護保険事業計画
(令和3年度から令和5年度)

発行日 令和3年3月

発行 牧之原市 健康推進部 長寿介護課
〒421-0422
静岡県牧之原市静波991-1
電話:(0548)-23-0076
FAX:(0548)-23-0099