

【各論編】

| | | |
|-----|---------------------------------|-----|
| 第1章 | 地域共生社会の実現 （地域包括ケアシステムの深化・推進） | 45 |
| 第2章 | 自立支援、介護予防・重度化防止の推進 | 55 |
| 第3章 | 認知症施策の推進 | 63 |
| 第4章 | 多様な福祉・介護サービス基盤の整備 | 69 |
| 第5章 | 介護人材確保対策と資質の向上及び業務効率化の推進 | 95 |
| 第6章 | 推進体制等 | 101 |

第1章 地域共生社会の実現（地域包括ケアシステムの深化・推進）

【基本政策】

高齢者ができる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を可能とするために、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を、県内各地域の実情に応じて地域住民の参加を得ながら深化・推進しています。

今後、こうした地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが地域において自立した生活を送ることができるよう、地域包括ケアの取組と包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、「地域共生社会」の実現を図ります。

〔地域包括ケアシステム〕

地域包括ケアの推進は、第5期計画から取組の充実強化が始まっており、第7期計画中に、全市町村において体制が整備されています。

第8期計画においては、地域包括支援センターの機能など、地域包括ケアシステムを構成する各分野（*7）について、各地域の客観的な状況を把握した上で、市町村と課題を共有し、その解決に向けた市町村の積極的な取組を支援していきます。

また、介護予防の取組に加え、フレイル予防に着目した取組を本格化するとともに、認知症の人や家族の視点を重視した認知症の支援体制を新たに構築します。

さらに、第9期を見据え、県は、全ての市町村が地域の実情に応じた地域包括ケアを主体的に推進していけるよう、広域的調整や後方支援などの支援を中心に行うこととし、県と市町村との役割分担を明確にしていきます。

*7 ①地域包括支援センター、②在宅医療、在宅医療と介護の連携、③介護サービス、④介護予防、介護予防サービス、⑤生活支援体制整備、⑥認知症施策

2025年を見据えた高齢者保健福祉計画の策定とシステム構築の進捗

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



1 地域における支え合いの推進

一人暮らしや何らかの支援を要する高齢者も地域で安心して暮らし続けるためには高齢者の生活に即したきめ細かな生活支援サービスを充実させていくことが重要です。

このため、市町村では、地域の実情に応じて、地縁組織、民生委員、ボランティア、老人クラブ、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な担い手による多様な生活支援サービスの充実を目指し協議する体制を整備しています。

多様な担い手による生活支援は、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、高齢者自身が支え手側に回ることもあり、地域住民同士で日常生活の支援をしたり支援を受けたりしながら、地域とのつながりを維持することになります。

このような各市町村における取組を支援するため、地域の資源開発や関係者のネットワークの構築等を行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の養成及び資質の向上を行います。

また、生活支援コーディネーターや就労的活動支援コーディネーター、生活支援サービスの担い手等の定期的な情報の共有・連携強化の場として、市町村が設置する協議体の取組を支援します。

【具体的な取組】

- 施策推進のための基礎資料とするため、民生委員の協力を得て、毎年、一人暮らし高齢者の所在や実態把握を行います。
- 市町村や社会福祉協議会における高齢者の居場所づくり(ふれあい・いきいきサロン等)や見守りネットワークの構築を支援します。
- 在宅の高齢者を対象に自宅訪問をし、安否確認や話し相手となる活動(友愛訪問活動)等地域支え合い活動を行っている老人クラブの活動を支援します。
- 民間事業者・団体と協定を締結し、地域住民の異変に気づいた場合、市町村へ連絡する地域見守り活動に取り組みます。
- 市町村から民生委員活動に必要な個人情報適切に提供されるよう取り組みます。
- 各地域の実情に応じた多様な担い手による多様なサービス提供等が行えるよう、庁内の産業や交通などの関係部局と情報共有を図るとともに、市町村に対し、先進事例等の情報提供等を行うことにより、生活支援体制整備に向けた取組を支援します。
- 社会福祉法人群馬県社会福祉協議会、公益財団法人群馬県長寿社会づくり財団、生活支援活動に取り組むNPO関係者等との協力により、引き続き生活支援コーディネーターの養成研修を実施するとともに、新たに就労的活動支援コーディネーターの養成に取り組みます。
- 生活支援コーディネーターのブロック別情報交換会等を通じたネットワークづくりを進め、好事例の横展開を図ります。
- 地域拠点である居場所、通いの場、買い物支援体制の立ち上げ等、日常的な支え合い活動の体制づくりを行う市町村等を支援します。

2 地域包括支援センター等の機能強化

地域包括支援センターが期待される機能を発揮していくためには、運営方針の明確化、情報公表、業務量の増に応じた人員配置、指導的な役割を担う職員の育成・資質向上を図っていくことが必要です。

また、各市町村が保険者機能を発揮し、地域包括支援センターの運営や各事業の実施状況について、適切な評価を行うことが求められています。

さらに、市町村や地域包括支援センターは地域ケア会議の開催を通じて、多様な職種や機関との連携協働による地域包括支援ネットワークの構築を進めることが重要になります。

このようなことから、地域包括支援センターの機能強化を図るため、各市町村等に対する支援を行います。

なお、在宅介護支援センター(*8)についても、地域包括支援センターと連携の下で、高齢者やその養護者、地域住民等からの老人福祉に関する相談に応じ必要な助言を行う窓口として機能するよう支援します。

*8 「在宅介護支援センター」は、自宅で生活している要援護高齢者やその家族に対し、介護に関する相談に応じたり、行政との連絡調整等を行う機関

【具体的な取組】

- 地域包括支援センターの職員に対して、業務に必要な専門的知識や技術の習得、情報共有のあり方等の研修を実施し、資質の向上に努めます。
- 高齢者の様々な相談の調整等を行うワンストップサービスの拠点としての機能が担えるよう、地域包括支援センターの職員体制の充実について支援します。
- 地域包括支援センターの十分な活用が図られるよう、地域包括支援センターの存在・役割について改めて周知を図ります。
- 市町村が委託型の地域包括支援センターに対して円滑な運営に必要な指導が行えるよう情報提供や意見交換等を行います。
- 地域ケア会議の構成員となる医療職、介護職、リハビリテーション専門職等の職能団体と協力し、地域包括ケアシステムの構築に係る研修会を支援します。
- 群馬県地域包括・在宅介護支援センター協議会が取り組む研修に対する支援を行うことにより、地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの相談機能強化を図ります。

3 家族への支援の充実

令和2年(2020)1月に実施した「介護保険制度等に関する県民意識調査」の結果、回答者の半数以上は自宅での介護を望んでいますが、家庭の状況により、在宅での介護が難しくなっているケースが多くなっています。

在宅介護の継続のためには、様々な状況に対応する多様で十分なサービスを提供する基盤整備が不可欠です。

特に「通い」を中心として、「宿泊」や「訪問」を組み合わせることができる小規模多機能型居宅介護については、利用者のニーズにきめ細かく対応することができるため、在宅の限界点を上げるサービスとして有効なもので、引き続き整備を進めます。また、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加していることから、今後、「看護小規模多機能型居宅介護(*9)」の普及を促進するとともに、既存の居宅サービスや地域密着型サービスの充実を図ります。

介護家族が感じている心理的負担や孤立感の軽減のため、市町村が実施する家族介護支援事業（地域支援事業の任意事業）を支援します。

また、地域包括支援センターによる相談などにより、介護家族の状況に応じたレスパイトケア(*10)を推奨します。

*9 看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護に訪問看護が組み合わされたサービスで、平成27年度に「複合型サービス」から改称された

*10 レスパイトケアは、高齢者を在宅で介護している家族が休息をとるなどのため、ショートステイやデイサービス等を利用して一時的に介護から離れ、心身のリフレッシュを図ってもらうこと

【具体的な取組】

- 引き続き、小規模多機能型居宅介護の市町村の整備を支援するとともに、導入の進んでいない市町村の担当者や介護支援専門員（ケアマネジャー）に対しサービス内容の周知を行うことで整備を促進します。また、新規に参入を希望する事業者に対しセミナーを実施するなど、支援を行っていきます。
- 医療・介護が複合したサービスである「看護小規模多機能型居宅介護」について、先進事例を紹介するなど、市町村に対しその整備を支援するとともに、県民や事業者に対しサービス内容の周知を広く行っていきます。
- 市町村での地域支援事業「家族介護支援事業（任意事業）」の実施による高齢者を介護する家族の負担軽減を図る取組を支援します。
- レスパイトケアを推奨し、高齢者を介護する家族への支援を促進します。
- ダブルケア等に関する相談窓口の充実を支援します。

4 在宅医療と介護の連携

団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025)には、本県の高齢化率は31.8%になることが推計されており、今後、ますます医療・介護サービスの需要が増加することが見込まれています。

また、高齢化の進展に伴い、老人慢性疾患の増加により疾病構造が変化し、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきています。

患者の病状に応じた適切な医療を効果的・効率的に提供するためには、医療機能の分化・連携を推進するとともに、急性期の医療から在宅や介護施設での医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく提供される体制が必要です。

こうしたことから、できる限り住み慣れた地域での療養を希望する高齢者が、その有する能力に応じて自立した日常生活を送れるよう、地域の実情に応じた在宅医療の提供体制の充実を図るとともに、保健・医療・介護等の関係機関による連携体制を構築します。

【具体的な取組】

- 退院の際に入院医療機関と在宅療養を担う関係機関が適切に情報共有を行えるよう、関係者相互の連携を推進するための研修等を支援します。
- 退院調整ルール運用とその運用状況の確認を定期的に行い、地域における病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。
- 在宅医療に移行する患者・家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、啓発パンフレットの作成・周知や講演会の開催など、在宅医療・介護に係る普及啓発に取り組みます。

[目標]

| No. | 項目 | 現状 | | 目標 | |
|-----|--------------------------------|--------|-----|--------|----|
| | | 数値 | 年次 | 数値 | 年次 |
| 1 | 退院支援を実施（入退院支援加算を算定）している病院・診療所数 | 53か所以上 | H30 | 62か所以上 | R5 |
| 2 | 退院調整ルールに係る退院調整漏れ率 | 13.2% | R元 | 10%未満 | R5 |

資料：1 厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース」
2 群馬県調査

- 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、訪問診療の実施体制の充実や訪問看護ステーションの機能強化など、地域の実情に応じた在宅医療の基盤整備を進めます。
- 地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより一層進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。さらに、情報通信機器の活用により、在宅医療・介護従事者の連携を推進します。
- 在宅医療・介護に係る県民向け講演など、患者・家族に対する普及啓発やかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局及び訪問看護の普及に取り組みます。
- 近年の災害の発生状況や、感染症の流行を踏まえ、災害・感染症発生時も、在宅医療を受けられるよう体制整備を進めるとともに、在宅医療に係る関係機関における支援・応援体制の構築に努めます。
- 訪問歯科診療の充実に向けた取組とともに、訪問歯科診療や訪問口腔衛生指導の利用促進に向け、介護従事者も含め、普及啓発に取り組みます。
- 薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理など、訪問薬剤管理指導を効果的に行うため、健康サポート薬局の推進と合わせて、かかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局の普及推進に取り組みます。
- 訪問リハビリテーションの充実に向けた取組とともに、訪問リハビリテーションの利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。

[目標]

| No. | 項目 | 現状 | | 目標 | |
|-----|--|-------------|-----|-------------|----|
| | | 数値 | 年次 | 数値 | 年次 |
| 3 | 訪問診療を実施している病院・診療所数 | 487か所 以上 | H30 | 519か所 | R5 |
| 4 | 訪問診療を実施している病院・診療所1か所当たりの患者数（1か月当たりレセプト数） | 19.1人 | H30 | 20.4人 | R5 |
| 5 | 訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数 | 183か所 | H29 | 234か所 | R5 |
| 6 | 訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数 | 71か所 以上 | H30 | 146か所 以上 | R5 |
| 7 | 健康サポート薬局数 | 27か所 | R1 | 103か所 | R5 |
| 8 | 訪問看護事業所数 | 200か所 | R1 | 213か所 | R5 |
| 9 | 在宅療養支援診療所数(*11) | 245か所 | R1 | 250か所 | R5 |

資料：3、6 厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース」
 4 国保データベース（KDB）システムを活用した集計データ
 5 厚生労働省「医療施設（静態）調査」
 7 群馬県への届出数
 8 厚生労働省「介護給付費実態統計」
 9 関東信越厚生局群馬事務所への届出数

- 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携を推進し、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受入れ体制の構築に取り組みます。

[目標]

| No. | 項目 | 現状 | | 目標 | |
|-----|-------------------------|-------------|-----|-------|----|
| | | 数値 | 年次 | 数値 | 年次 |
| 10 | 往診を実施している病院・診療所数 | 660か所 以上 | H30 | 829か所 | R5 |
| 11 | 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 | 161か所 | H30 | 187か所 | R5 |

資料：10 厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース」
 11 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

- 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制の具体的な構築を図ります。
- 人生の最終段階における医療のあり方について、医療・介護関係者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

*11 在宅医療における中心的な役割を担うこととし、24時間体制の往診や訪問看護を提供できる体制が確保された診療所のこと

[目標]

| No. | 項目 | 現状 | | 目標 | |
|-----|------------------------------------|---------|-----|-------|----|
| | | 数値 | 年次 | 数値 | 年次 |
| 12 | 在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数 | 206か所以上 | H30 | 240か所 | R5 |

資料：12 厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース」

- 在宅医療の推進及び、在宅医療・介護連携推進事業の取組支援に向けて、関係機関により構成する作業部会を設置・運営し、必要な施策について具体的な検討を進めます。
- 地域において、医療と介護の連携によって高齢者施設等における感染症の予防・対策を行うための仕組みづくりを支援します。
- 在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施のため、関係機関と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。
- 多様な県民のニーズに応じた、包括的な支援体制づくりのための事業を進めます。

5 高齢者の権利擁護

高齢者が家族等から虐待を受けることが社会問題となっており、高齢者虐待に対する関心が高まっています。

高齢者虐待防止法により、高齢者虐待の対応については市町村が第一義的な責任を担うこととされているため、市町村において虐待の相談体制の充実、対応力の向上や虐待防止、早期発見・早期対応のためのネットワークの整備が推進されるよう支援を行います。

また、認知症高齢者等、権利擁護支援を必要とする方が適切に支援を受けられるよう、市町村における権利擁護支援体制の整備に向けた取組を支援し、地域で見守り・支え合うことができる体制の整備も行っていきます。

【具体的な取組】

- 市町村の高齢者虐待対応担当者の資質向上のための研修を実施します。
- 市町村に対し専門的な助言や指導を行うとともに、処遇困難事例等に対して専門職の派遣を行う弁護士、司法書士及び社会福祉士からなる「高齢者虐待対応専門職チーム」を活用し、高齢者虐待の適切な対応を行います。
- 介護施設職員に対する権利擁護推進員養成研修及び看護職員研修を実施し、施設における虐待防止を推進します。
- 介護施設等職員に対して身体拘束廃止に向けた取組の推進を図るための研修会やシンポジウムを実施します。
- 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の職員に対しては、虐待防止の専門家を派遣して研修等を実施し、入居者の権利擁護やサービスの質の確保に努めます。
- 成年後見制度の利用を必要とする方が適切に利用できるよう、市町村における地域連携ネットワークの整備やその中核機関の設置等の取組を支援するとともに、市民後見人等、後見人となる人材の育成に取り組みます。
- 社会福祉協議会による「日常生活自立支援事業」や法人後見の取組を支援します。

6 地域包括ケアシステムへの県民理解

令和7年(2025)に向けて地域包括ケアシステムの構築を進めるために、県民各層が自分の暮らす地域を知り、「自助」や「互助」を理解して、世代を超えて共に支え合う地域づくりを進める必要があります。子どもから高齢者まで、幅広い世代に「地域包括ケア」の普及啓発を図ります。

【具体的な取組】

- 子どもから高齢者まで幅広い世代が、「地域包括ケア」を身近に感じ、その必要性を正しく理解してもらうため、機会を捉えて広報・啓発活動を行います。
- 自助、互助に取り組む元気な高齢者を支援し、地域の担い手として活躍する姿をPRします。
- 事業者や団体、地域住民等が取り組む、地域包括ケアシステム構築に関する研修や学習会等を支援します。

7 地域共生社会の実現

人口減少・少子高齢化の進展や雇用状況の変化、地域社会の変化等の中、8050問題やダブルケアを行う世帯の課題など、世帯が抱える課題が複合化・複雑化し、高齢者・障害者・子ども等の分野・対象者ごとに整備された公的支援制度では対応が難しい事例が顕在化しています。

そのため、人々が様々な課題を抱えながらもそれぞれの地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていくことのできる地域共生社会の実現が求められています。

こうしたことから、市町村における分野を問わない包括的な支援体制の構築や社会参加の場の創出を促進します。

【具体的な取組】

- 「地域包括ケアシステム」をさらに進め、住民一人ひとりが役割をもち、支え合いながら、自分らしく活躍できるコミュニティの育成や公的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仕組みづくりを市町村等と連携して推進します。
- 高齢の要介護の親と中高年のひきこもりの子が同居する生活困窮世帯への支援や障害のある方の親の高齢化に伴う支援など、複合化・複雑化した課題に対応する包括的な支援体制の構築が進むよう、本人・世帯の属性に関わらず受け止める相談支援（断らない相談）や本人・世帯の状態に合わせ社会とのつながりを回復する支援（参加支援）、地域社会からの孤立を防ぎ、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援（地域づくりに向けた支援）を行う市町村を支援します。

