

## 第4章 計画の推進

- 1 計画推進に向けた役割分担
- 2 計画の普及と進行管理

## 第4章 計画の推進

### 1 計画推進に向けた役割分担

#### (1) 行政の役割

##### ① 市町村（保険者）の役割

###### ア 地域包括ケア体制の深化・推進

市町村（保険者）は、住民に身近な基礎的自治体として、率先して住民ニーズの把握に努めるとともに、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、高齢者や家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域の実情に応じた地域包括ケア体制の深化・推進のための地域づくりを進めていくことが必要です。

そのためには、地域ぐるみの健康づくりや高齢者の自立支援と介護予防に向けた取組みを積極的に推進するとともに、在宅医療・介護連携を図るための体制整備、日常生活を支援する体制の整備、地域密着型サービスの基盤整備や多様な「住まい」の確保、介護人材の確保及び資質向上の取組みを推進することが必要です。

また、地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備を積極的に推進するとともに、多様な職種や機関との連携協働により高齢者や家族などに対し必要な施策を包括的・継続的に提供できるよう、支援体制の整備を図る必要があります。

###### イ 相談・苦情処理体制の充実

市町村の担当窓口や保健センター、地域包括支援センター、在宅介護支援センター等における相談体制を整備するとともに、その窓口の所在を明確にし、高齢者や家族の「知りたい」情報を適時適切に提供できるよう、きめ細かな情報提供体制を整備する必要があります。

市町村の窓口等に寄せられる苦情・相談については、国民健康保険団体連合会に報告し、連携して苦情等の処理にあたりるとともに、蓄積された苦情相談情報を積極的に活用し、各事業所のサービスの質の向上を図っていく必要があります。

###### ウ 介護保険制度改正への対応及び住民への周知

2017(H29)年度の介護保険法改正により、保険者機能の強化等による自立支援や重度化防止、介護給付の適正化等に向けた取組みの推進や、現役世代並みの所得のある方の利用者負担割合の見直しなどの制度改正が行われました。

このため、市町村（保険者）は、それぞれの地域の実態把握・課題分析を行い、地域における共通の目標を設定し、その達成に向けた介護保険事業計画を作成して介護予防等の様々な取組みを推進し、さらにそれらの実績を評価した上で計画について必要な見直しを行うという取組みを繰り返し行い、保険者機能を強化していくことが求められています。

この目標及び施策を実効性のあるものとするため、定期的に施策の実施状況や目標の

達成状況に関する調査、分析及び評価を行い、その結果について公表し、地域住民等へ周知していくことが必要となります。また、介護保険制度の費用負担の仕組みや、サービス供給と給付額との関係等について十分な情報を提供し、「介護予防」や「介護サービス」への関心を高めるとともに、介護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、サービス提供のあり方について常に改善を図ることも、今後、さらに必要となります。

さらに、過不足のない適切なサービスの確保と、その結果としての費用の効率化により、介護保険制度への信頼性を高め、持続可能な介護保険制度を構築する観点から、これまで以上に厳しい目で施行状況をチェックするとともに、介護給付費適正化の取り組みを進めていく必要があります。

## ② 県の役割

2017(H29)年度の法改正では、市町村の保険者機能の強化を図るとともに、国と都道府県による重層的な支援を行うため、都道府県による市町村支援が法律上明確に位置付けられました。

このため、県は、要介護認定や一人当たりの介護給付等状況、施設サービスと居宅サービスの割合その他の市町村の介護保険事業の実態把握や課題分析を踏まえ、取り組むべき地域課題の解決に向けた目標及び施策を介護保険事業支援計画に示すとともに、市町村や地域の関係者等と共有していくことが求められています。

この目標及び施策を実効性のあるものとするため、定期的に施策の実施状況や目標の達成状況に関する調査、分析及び評価を行い、その結果について公表し、地域住民等への周知を行います。

このほか、県は、広域的自治体として、県民全体を対象とした制度の普及啓発等を行うほか、市町村（保険者）が実施する高齢者保健福祉施策の展開や介護保険の運営を後方支援するとともに、市町村（保険者）に対し、先進事例等に係る情報収集・提供、専門的・技術的な指導・助言や、広域的な観点からの調整を行います。

また、在宅医療や認知症施策など専門性の高い施策、新たな課題等に対応するモデル的な事業、保健・福祉人材の養成・確保、介護ロボットやICTの導入支援等に、率先して取り組みます。

さらに、高齢者保健福祉施策が円滑に実施されるよう、市町村（保険者）やサービス事業者等の要望事項について、国等に対して積極的に働きかけを行います。

## (2) 高齢者自身の役割

日頃から常に健康の保持・増進に努め、若いときからの健康づくり、介護予防に自ら率先して取り組むことが重要です。

介護が必要な状態になっても、地域社会との接点を保ちながら、進んでリハビリに努めるなど、自らの有する能力をできる限り維持し、介護度の悪化防止に努めることが重要です。

また、意欲や能力に応じ、一人暮らし高齢者等の見守りや外出支援を自主的・主体的に行うなど、地域福祉活動の担い手として、積極的な役割が期待されます。

さらに、年齢にとらわれることなく、その意欲と能力に応じて、就労、ボランティア、社会活動、生涯学習、スポーツ、趣味活動など、可能な限り、社会とのつながりを持ち、生涯を通じていきいきと社会活動に参加し、自己実現を図るとともに積極的な社会的役割を担うことが期待されます。

### (3) サービス事業者等の役割

#### ① サービス事業者の役割

サービス事業者や介護保険施設は、利用者の心身の状況等に応じた適切かつ質の高いサービス提供を行うとともに、自らが、サービス内容の情報提供、サービスの質の評価、資質向上のための研修を実施するほか、福祉サービス第三者評価や介護サービス情報の公表制度の積極的な活用や、利用者の苦情相談に対する迅速かつ適切な対応などを通じ、常に利用者の自立と尊厳を支えるケアに努める必要があります。

特に、介護保険施設については、サービス・処遇の向上、生活・療養環境の改善に努めるとともに、利用者の在宅復帰に向けた相談援助をきめ細かく行うことが必要です。

さらに、今後、少子化の進展等により介護人材の不足が懸念されることから、従事者等にとって魅力ある職場環境づくりに努め、長期継続的な雇用を図ることが必要となります。

介護保険サービスに関係する事業者団体等にあつては、在宅介護の推進やサービスの質の向上に向けて、事業者間の相互連携、サービス相談、人材養成、良質な介護技術の普及に努める必要があります。また、地域福祉の向上の観点から、住民が行う地域福祉活動への協力やそれに対する技術的な支援等を行うことが期待されます。

#### ② 民間企業等の役割

民間企業等においては、従業員の健康づくりや、定年年齢の引き上げ・継続雇用制度の導入等による高齢者が働きやすい環境づくりに努めるとともに、介護休業制度の普及と適切な運用や、従業員のボランティア活動等への参加に対する支援が期待されます。

また、高齢者が利用しやすい商品や、利用者ニーズに即した福祉用具、介護機器等の開発をはじめ、ヘルスケア産業への積極的な取組みが期待されます。

さらに、地域包括ケアシステムの深化・推進には、医療・介護関係者のみならず、民間企業も含めた多様な主体との連携協働が必要であり、地域包括ケアを支える地域づくりや、予防・生活支援・住まいに関する取組みに積極的に参画することが期待されます。

### (4) 地域における県民の役割

核家族化が進展し、高齢者の単身や夫婦のみ世帯も増加する中で、地域共生社会の実現に向けて、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、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求められています。

こうした地域における福祉コミュニティを形成するためには、県民一人ひとりの役割が重要であり、県民自らが介護予防や認知症等について正しく理解し、主体的に通いの場づくりや生活援助など自主的な活動を展開していく必要があります。

これからの地域共生社会づくりでは、民生委員・児童委員など従来から地域福祉活動に

関わってきた人たちだけでなく、県民一人ひとりが、NPO・ボランティア活動等に自主的・主体的に参加するなど、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できるコミュニティの形成に取り組むことが期待されます。

また地域総合福祉活動ケアネット活動コーディネーターを中心に、地区の集会施設や学校の空き教室等地域の既存資源を活用し、保健・医療・福祉関係者の連携を図るなど、「住民の、住民による、住民のための温かみのある地域福祉社会の形成」が求められています。

## (5) 関係団体の役割

### ① 国民健康保険団体連合会の役割

国民健康保険団体連合会は、サービス利用に関する苦情相談に対して迅速かつ適切に対応するとともに、介護給付の審査を通して、サービスの質の改善、向上を促すことが期待されています。

特に、利用者から寄せられた苦情相談については、サービス事業者や市町村（保険者）に対しフィードバックするとともに、苦情相談事例に基づき、サービスの質の向上につながる仕組みを積極的に検討、展開していく必要があります。

### ② 社会福祉協議会の役割

市町村社会福祉協議会は、地域に密着した相談・援助活動、情報提供活動やボランティア、住民との協働事業の取り組み、ケアネット活動のコーディネート、認知症高齢者等の見守り活動など、地域総合福祉の推進役としての役割が期待されています。

おおむね小学校区を単位とする地区社会福祉協議会は、地域総合福祉の拠点として、町内会、老人クラブ、婦人会、青年団、ボランティア団体等各種団体との連携協力、ケアネット活動の実施など、地域住民による「参加型」「対話型」の福祉コミュニティづくりを推進していくことが重要です。

また、このように地域福祉活動において中心的な役割を担う市町村社会福祉協議会や地区社会福祉協議会が、「地域包括支援センター」が行う高齢者総合相談支援業務等と積極的に連携することで、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるよう効果的な支援を行うことが期待されています。

県社会福祉協議会は、行政と福祉関係団体との連絡調整や市町村社会福祉協議会に対するコンサルタント機能の充実に加え、ボランティア活動の支援や社会福祉従事者の人材養成、社会福祉事業の経営指導、利用者の権利擁護、苦情処理等の役割が期待されています。

## 2 計画の普及と進行管理

### (1) 計画の普及

県民参画により計画を推進していくためには、計画の内容が広く県民に理解されることが重要です。

このため、計画書の概要版の作成、マスメディア・インターネット等による周知、事業者団体等の研修や「出前県庁しごと談義」等あらゆる機会を通じて、広く県民への計画内容の周知に努めます。

また、計画に盛り込まれた施策や事業の内容とその進捗状況等について、積極的に情報を提供するとともに、介護保険制度の仕組み等について継続的に広報活動を行い、介護予防や在宅介護に対する県民の関心や意欲を高めるよう努めます。

## (2) 市町村等との連携による計画の実施

高齢者福祉圏域を超えた広域的な行政需要や共通の課題に適切に対処するため、県と市町村、さらには市町村相互が適切な役割分担のもとに協調と連携を強化し、一体となった施策の展開に努める必要があります。

このため、保険者会議や市町村担当課との連絡会議等により、積極的な情報提供、情報交換、技術的助言等に努め、各種施策の効果的な展開に努めます。

## (3) 計画の推進と進行管理

社会経済情勢の変化に機敏かつ柔軟に対応し、計画の的確な推進を図っていきます。社会経済の大きな変化が生じた場合には、必要に応じて、計画の見直しを行います。

また、2017(H29)年度の法改正により、市町村及び都道府県が、計画に記載した目標に対する実績評価及び評価結果の公表を行うこととされたことから、計画策定後の情勢の変化と計画の実施状況等を毎年把握するとともに、実績評価を行い、定期的に「富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会」等に報告・公表し、新たな取組みにつなげていくなど、PDCAサイクルを活用した適切な進行管理を行います。

さらに、円滑な施策展開を図るため、必要に応じてサービス等の利用状況、実施状況等について調査を実施します。

## [ 卷 末 資 料 ]

- 策定の経過
- 富山県社会福祉審議会条例（抄）
- 富山県社会福祉審議会運営規程（抄）
- 富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会委員名簿
- 介護保険サービス用語解説
- 参考資料
  - 【参考1：介護保険制度の仕組み】
  - 【参考2：介護サービスの利用手続き】
  - 【参考3：地域支援事業について】
  - 【参考4：「生活機能の維持・向上」について】
  - 【参考5：地域包括ケアシステムについて】
  - 【参考6：要介護認定や介護給付等の現状分析（詳細版）】

## 策定の経過

2017(H29)年7月31日	第1回富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会 (計画において重点的に取り組むべき課題項目)
2017(H29)年8月～3月	各保険者における介護サービス見込み量の推計
2017(H29)年6月～3月	庁内関係課、関係団体等との調整
2017(H29)年10月	第1回医療と介護の体制整備に係る協議の場(医療圏毎に開催)
2017(H29)年12月	第2回 " "
2017(H29)年12月26日	第2回富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会 (計画構成案及び素案)
2018(H30)年2月23日 (～3月16日)	計画素案に係る意見募集(パブリックコメント)
2018(H30)年3月22日	県議会厚生環境委員会報告 (計画案)
2018(H30)年3月28日	第3回富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会 (計画案)



## 富山県社会福祉審議会条例（抄）

（趣旨）

第1条 この条例は、社会福祉法（昭和26年法律第45号。以下「法」という。）第7条第1項に規定する機関の名称、組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

（名称）

第2条 法第7条第1項に規定する機関の名称は、富山県社会福祉審議会（以下「審議会」という。）とする。

（所掌事務）

第3条 審議会は、法第7条第1項に規定する社会福祉に関する事項及び法第12条第1項の規定による児童福祉に関する事項を調査審議する。

（臨時委員）

第5条 審議会に、特別の事項について調査審議する必要があるときは、臨時委員を置くことができる。

（専門分科会）

- 第8条 専門分科会に属すべき委員及び臨時委員は、委員長が指名する。
- 2 各専門分科会に専門分科会長及び専門分科会副会長1人を置く。
  - 3 専門分科会長及び専門分科会副会長は、それぞれその専門分科会に属する委員及び臨時委員が互選する。
  - 4 専門分科会長は、その専門分科会の事務を総理する。
  - 5 専門分科会副会長は、専門分科会長を補佐し、専門分科会長に事故があるときは、その職務を代理する。
  - 6 審議会は、その定めるところにより、専門分科会の決議をもって審議会の決議とすることができる。

（細則）

第11条 この条例に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、委員長が審議会に諮って定める。

## 富山県社会福祉審議会運営規程（抄）

（趣旨）

第1条 この規程は、富山県社会福祉審議会条例（平成12年富山県条例第4号。以下「条例」という。）第11条の規定に基づき、富山県社会福祉審議会（以下「審議会」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。

（専門分科会の設置）

- 第2条 社会福祉法（昭和26年法律第43号。以下「法」という。）第11条第1項の規定により民生委員審査専門分科会及び身体障害者福祉専門分科会を置く。
- 2 法第11条第2項の規定に基づき、介護保険法第118条に規定する都道府県介護保険事業支援計画および老人福祉法第20条の9に規定する都道府県老人福祉計画について調査審議するため、高齢者福祉専門分科会を、富山県民福祉条例（平成8年富山県条例第37号）第11条第1項に規定する基本計画について調査審議するため、福祉基本計画専門分科会を置く。
  - 3 法第12条第2項の規定により児童福祉専門分科会を置く。

（専門分科会の会議）

- 第3条 専門分科会は、専門分科会長が招集する。
- 2 専門分科会は、その専門分科会に属する委員及び臨時委員の過半数の出席がなければ、これを開き、議決をすることができない。
  - 3 専門分科会の議事は、出席した委員及び臨時委員の過半数で決し、可否同数のときは、分科会長の決するところによる。
  - 4 審議会において別段の定めをした場合のほかは、高齢者福祉専門分科会、福祉基本計画専門分科会、身体障害者福祉専門分科会及び児童福祉専門分科会の決議をもって審議会の決議とする。

富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会委員名簿(2018年3月現在)

(敬称略、50音順)

氏名	所属
秋山 眞	富山県慢性期医療協会会長
○ 臼田 嘉久 ( 斉藤 寿 )	北日本新聞社 常務取締役
大井 きよみ	富山県看護協会会長
長森 克成 ( 大島 茂義 )	富山県老人福祉施設協議会会長
尾崎 憲子	高岡市社会福祉協議会 会長
金森 勝雄	富山県町村会代表(舟橋村長)
笠島 學	富山県介護老人保健施設協議会会長
木間 美也子	富山県老人クラブ連合会副会長
沢井 晴夫	日本労働組合総連合会富山県連合会副事務局長
関根 道和	富山大学地域連携推進機構 地域医療・保健支援部門長
惣万 佳代子	特定非営利活動法人このゆびと一まれ理事長
高原 啓生	富山県介護支援専門員協会会長
武隈 敬子	富山県ホームヘルパー協議会会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院経営研究科教授
徳永 たつ子	富山県商工会連合会女性部会長
得能 金市	富山県社会福祉協議会副会長
中島 禮子	認知症のひとと家族の会富山県支部副代表
夏野 修	富山県市長会代表(砺波市長)
西島 亜希	(公募)
菱田 浩一	(公募)
◎ 馬瀬 大助	富山県医師会会長
南 眞司	南砺市政策参与 地域包括医療ケア部・地域包括ケア課顧問 南砺市民病院診療部医師・リハビリテーション科部長 地域リハビリテーション広域支援センター顧問
宮田 伸朗	富山短期大学学長
山田 由理枝	富山県優良住宅協会理事

( )は前任の委員 ◎会長、○副会長

## 【介護保険サービス用語解説】

### <居宅（在宅）サービス>

#### 訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが要介護者等の自宅を訪問し、入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話をを行う介護サービスのこと。

#### 訪問看護

訪問看護ステーションや病院・診療所等の看護師が、自宅を訪問して療養上の世話や診療の補助等を行う介護サービスのこと。医療保険のサービスにも同じ名称のサービスがある。

#### 訪問入浴介護

自宅を訪問し、浴槽搭載の入浴車等を使って入浴の介護を行う介護サービスのこと。

#### 訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が自宅を訪問し、心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のための理学療法・作業療法等のリハビリテーションを行う介護サービスのこと。

#### 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が自宅を訪問し、療養上の管理や指導（かかりつけ医による医学的管理、かかりつけ歯科医による口腔管理、訪問薬剤管理指導等）を行う介護サービスのこと。

#### 通所介護（デイサービス）

送迎を受けるなどしてデイサービスセンターに通い、入浴、食事の提供その他の日常生活上の世話や機能訓練等を受ける介護サービスのこと。

なお、療養通所介護サービスは、常時看護師による観察が必要な難病等の重度要介護者等の方を対象とした通所介護のこと。

#### 通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や医療機関等に通い、心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のための理学療法・作業療法等のリハビリテーションを行う介護サービスのこと。

#### 福祉用具貸与

車椅子等日常生活上の便宜を図る用具や機能訓練のための用具の貸与を行うサービスのこと。

#### 短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホーム等の施設に短期間入所し、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活の世話や機能訓練を受ける介護サービスのこと。

#### 短期入所療養介護（ショートステイ）

介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所して、看護、医学的管理下の介護、機能訓練等の医療及び日常生活上の世話等を受ける介護サービスのこと。

### <居住系介護サービス>

#### 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等での介護）

有料老人ホーム、ケアハウス等で、要介護者が一定の計画に基づいて入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話等を受ける介護サービスのこと。

要介護者のみ入居可能なものが「介護専用型特定施設」。要介護者でない人も入居可能であり、入居後に要介護者となった場合に介護サービスを受けられるものが「混合型特定施設」。

#### ケアハウス

60歳以上で身体機能の低下又は高齢のために独立して生活するには不安がある者が、自立した

生活を継続できるよう構造や設備の面で工夫された施設。介護が必要となった場合には、訪問介護員（ホームヘルパー）の派遣等の介護保険サービスを利用できる。

#### 養護老人ホーム

身体上、精神上、環境上の問題があり、かつ経済的に困窮している方で、自宅において生活することが困難な方が市町村長の措置により入所する施設。2006年4月からは養護老人ホームの入所者も介護保険サービスが利用できることとされた。

また、特定施設入居者生活介護の提供も指定を受け可能。

#### <介護予防サービス>

居宅サービス（訪問介護及び通所介護を除く）と地域密着型のうち認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、小規模多機能居宅介護には、要支援認定者が利用することができる「介護予防サービス」がある。

介護予防サービスは、サービスを提供する際の基本方針として、

①利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行うこと、

②利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うこと、

③利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこと

こととされており、「本人ができることは、できるだけ本人が行う」ことを基本として実施することとされている。

また、居宅サービスと異なり、訪問介護や通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護は、利用料金が月額制となっている。

#### <ケアマネジメント>

##### 居宅介護支援

「要介護認定者」が在宅サービス等を適切に利用できるように、心身の状況・環境、本人や家族の希望等を受けて、居宅介護支援員（ケアマネジャー）が、利用するサービスの種類、内容等利用者にふさわしい介護サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、サービス提供確保のため事業者等と連絡調整等を行う介護サービスのこと。

##### 介護予防支援

「要支援認定者」が介護予防サービスを適切に利用できるように、適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定し、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者の改善の可能性を実現するための適切なサービスを選択するとともに、利用者の自立に向けた目標志向型の計画を策定するサービス。

#### <介護保険施設>

##### 別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

常時介護が必要で、在宅生活が困難な原則要介護3以上の要介護者が入所対象となる。入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話等の介護サービスの提供を行う施設。

##### 介護老人保健施設

病状安定期にあり、入院治療する必要はないが、リハビリ、看護・介護を必要とする要介護者が入所対象となる。看護、医学的管理下での介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話等の介護サービスの提供を行う施設。

なお、介護療養型老人保健施設は、療養病床転換の受け皿として2008年4月に創設された、休日や夜間の看護体制や看取り体制の整った転換型の介護老人保健施設をいう。

#### 介護療養型医療施設

長期にわたり療養を必要としたり、精神症状や問題行動を有する慢性期に至った要介護者が入所対象となる。療養上の管理、看護、医学的管理下での介護その他の世話、機能訓練その他必要な医療等の介護サービスを提供する施設。

#### 介護医療院

主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。

### <地域密着型サービス>

#### 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

中重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス

#### 夜間対応型訪問介護

夜間において①定期巡回の訪問介護サービス、②利用者の求めに応じた随時の訪問介護サービス③利用者の通報に応じ調整・対応するオペレーションサービスを組み合わせて提供するサービス  
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での介護）

比較的安定した認知症の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居（認知症高齢者グループホーム）で、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練等を受ける介護サービス

#### 認知症対応型通所介護（デイサービス）

認知症の方の専用のデイサービス

#### 小規模多機能型居宅介護

「通い（日中ケア）」を中心に、登録された利用者（25人以下）の状態や希望、家族の事情などに応じて、随時「訪問（訪問ケア）」や「泊まり（夜間ケア）」を組み合わせ、なじみの職員によって柔軟に介護サービスを提供する事業所。

#### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所定員が29名以下の特別養護老人ホーム。本体施設との一体的な運営を前提とするサテライト型の事業形態を基本とする。

#### 地域密着型特定施設入居者生活介護

入居定員が29人以下の介護専用有料老人ホーム等。

#### 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

訪問看護と小規模多機能型居宅介護の複数のサービスを組み合わせたサービス。利用者が住み慣れた地域で生活継続できるよう、利用者の病状、心身の状況、希望や環境を踏まえ、「通い」「訪問」「泊まり」を柔軟に組み合わせ、主治医との密接な連携を図りつつ療養上の管理の下でサービスを提供する。

#### 地域密着型通所介護

2016年4月1日から、利用定員18人以下（予定）の小規模な通所介護事業所（※）は、地域密着型サービスに移行する。

※小規模な通所介護事業所移行については、大規模型・通常規模型の通所介護事業所や小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所への移行もある。

<その他の介護給付>

特定福祉用具購入費（年間 10万円まで）

要介護（要支援認定者）高齢者の自立した生活を支援するための、法令で定められた福祉用具の購入については、償還払いにより保険給付を受けることができる。

住宅改修費（同一住宅・同一対象者で20万円まで）

要介護（要支援認定者）高齢者の自立した生活を支援するための、手すりの取付け等の住宅改修の費用については、償還払いにより保険給付を受けることができる。

特定入所者介護サービス費

低所得の方が介護保険施設に入所した時や短期入所サービスを利用した時に、所得に応じて居住費（滞在費）と食事の自己負担に上限が設けられ、負担を軽減するもの。

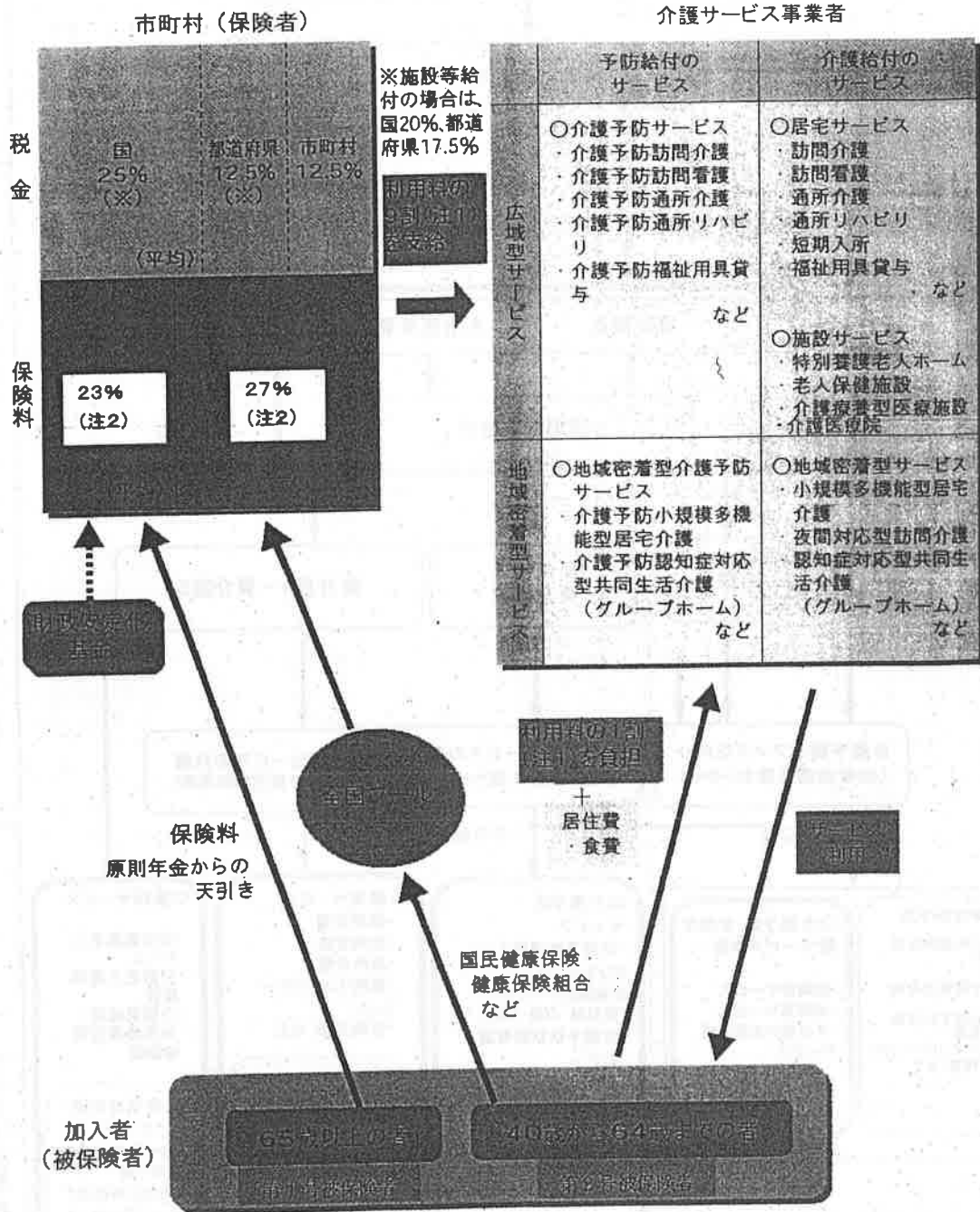
高額介護サービス費

介護サービスを受けるときの自己負担額が、一定額を超えたときに、その超える分が払い戻され、負担を軽減するもの。

高額医療合算介護サービス費

同一世帯の医療費と介護サービス費の負担額が高額となった場合に、一定の自己負担を超えた分を支給し、負担を軽減するもの。

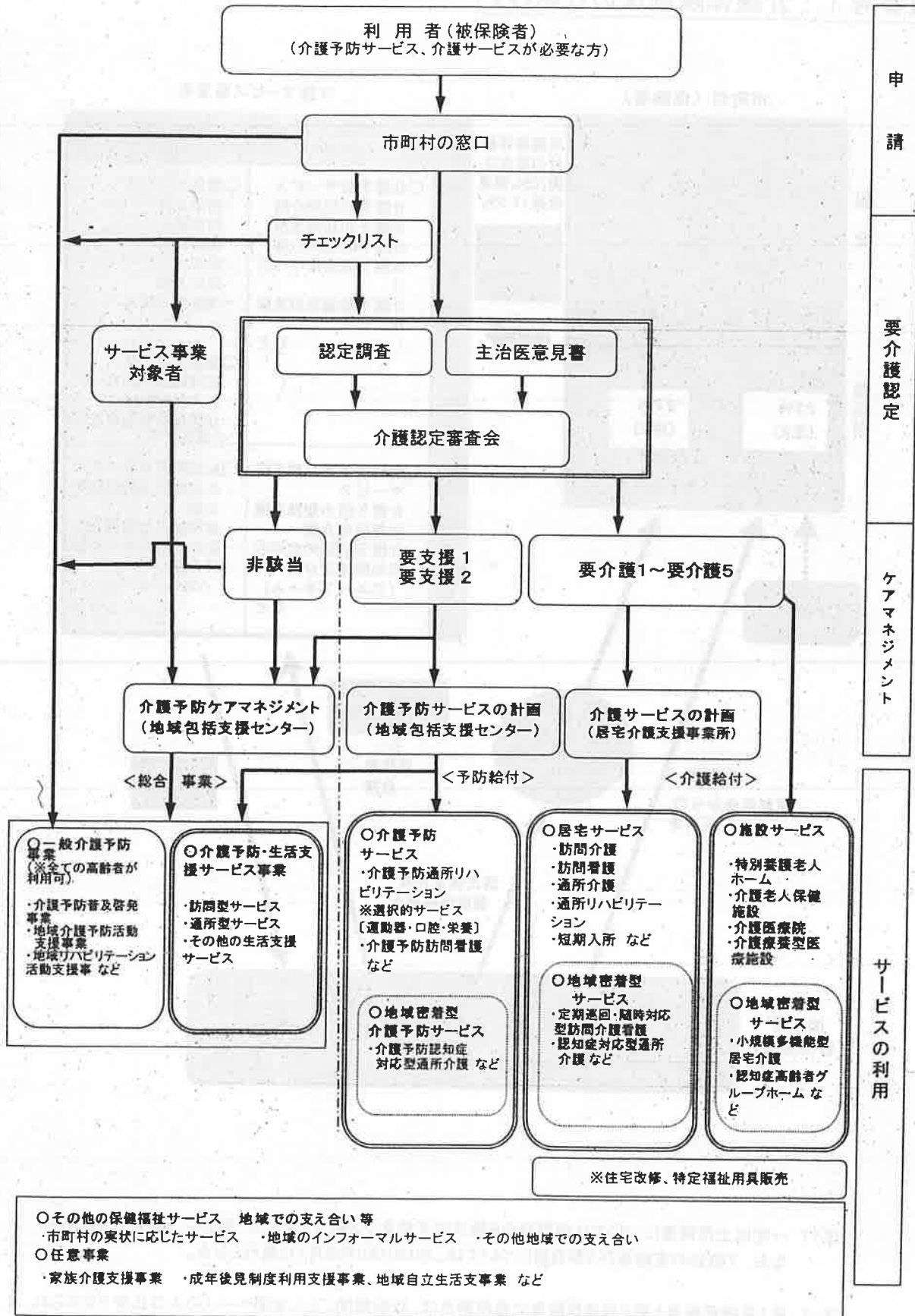
**【参考1：介護保険制度の仕組み】**



(注1) 一定以上所得者については利用料の8割分の支給及び2割負担、又は7割分の支給及び3割負担、  
なお、7割分の支給及び3割負担については、2018(H30)年8月1日施行となる。

(注2) 第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、計画期間ごとに全国ベースの人口比率で定められ、上記は第7期(2018(H30)～2020年度)におけるそれぞれの負担割合である。

【参考2：介護保険サービスの利用の手続き】





### 【参考3：地域支援事業について】

要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、要介護状態等となった場合でも、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市町村が実施しています。

#### 新しい地域支援事業（2015年4月～）

- これまで予防給付で行われていた、要支援者に対する訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行します。これにより、市町村が地域の実情に応じた取組が可能となります。
- （既存の介護事業所による）既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用した、多様なサービスの提供により高齢者を支援します。

#### 【事業の内容】

#### 1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業（2017年度までに全ての市町村で実施）

- (1) 介護予防・生活支援サービス事業
  - ・訪問型サービス
  - ・通所型サービス
  - ・生活支援サービス（配食等）
  - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- (2) 一般介護予防事業

#### 2 包括的支援事業

- (1) 地域包括支援センターの運営（既存事業）
  - (2) 新規4事業
    - ・生活支援体制整備事業
    - ・認知症総合支援事業
    - ・在宅医療・介護連携推進事業
    - ・地域ケア会議推進事業
- }（2018年度までに全ての市町村で実施）

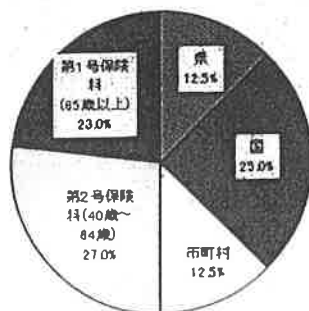
#### 3 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、その他の事業

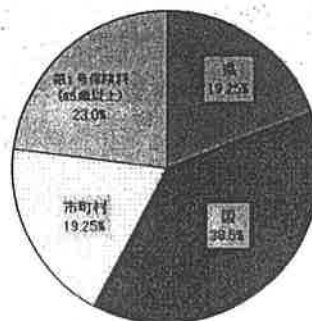
#### 【地域支援事業の事業費】

○新しい総合事業と包括的支援事業・任意事業の2つの区分で上限を設定。

【総合事業の財源構成】



【包括的支援事業・任意事業の財源構成】



## これまでの地域支援事業

介護保険者（市町村等）が新しい地域支援事業を開始するまでは、これまでの地域支援事業が行われます。

### 〔事業の内容〕

#### 1 介護予防事業 又は介護予防・日常生活支援総合事業（市町村はいずれかを選択）

##### （1）一次予防事業（※全ての高齢者が対象）

介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一次予防事業評価事業

##### （2）二次予防事業又は要支援・二次予防事業

地域の高齢者のうち「要支援・要介護になるおそれの高い方」（高齢者人口の概ね5%程度）を対象に通所又は訪問による介護予防（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援）を実施

総合事業実施の場合は、要支援者も対象。

#### 2 包括的支援事業（地域包括支援センターが行う業務）

##### （1）介護予防ケアマネジメント事業

##### （2）総合相談支援事業

##### （3）権利擁護事業

##### （4）包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

##### （5）地域ケア会議の充実（平成27年度より追加）

#### 3 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、その他の事業

### 〔地域支援事業の事業費〕

○ 各保険者は、介護保険事業計画に地域支援事業の内容、事業費を定めています。

※政令で事業費の上限が定められており、目安は各保険者の介護給付費の3.0%以内です。

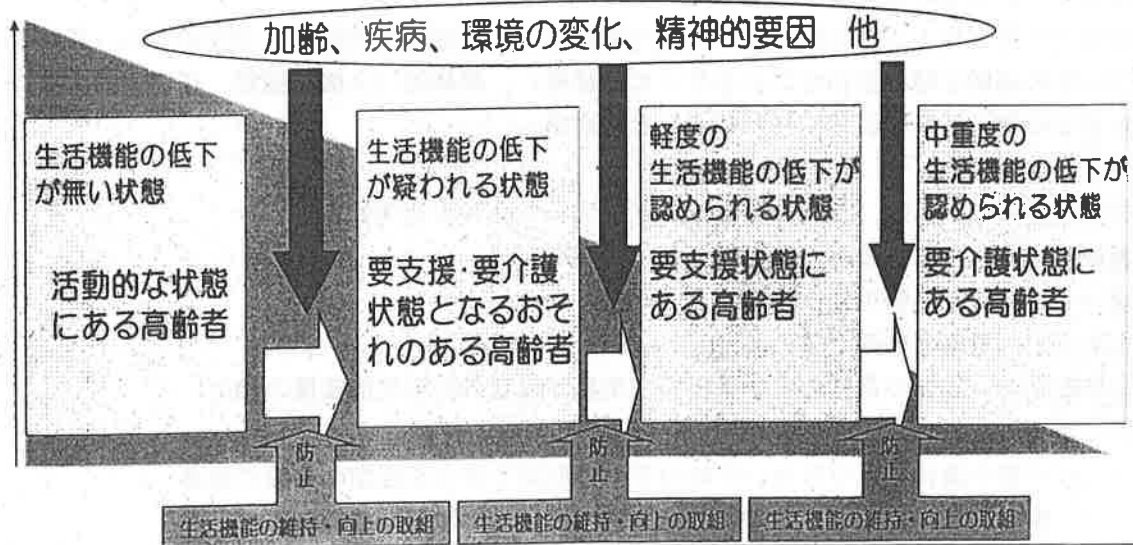
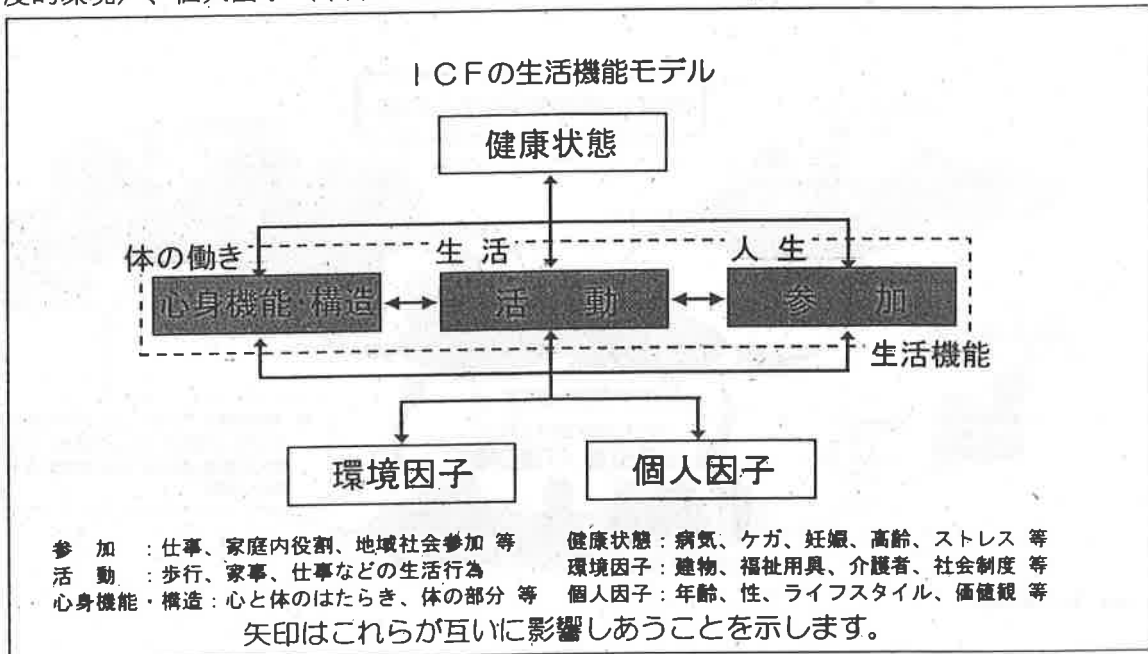
○ 各保険者は地域支援事業の利用者に利用料を請求することができます。

【参考4：「生活機能の維持・向上」について】

○生活機能とは

①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ADL（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念で、ICF（国際生活機能分類）の考え方です。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響します。



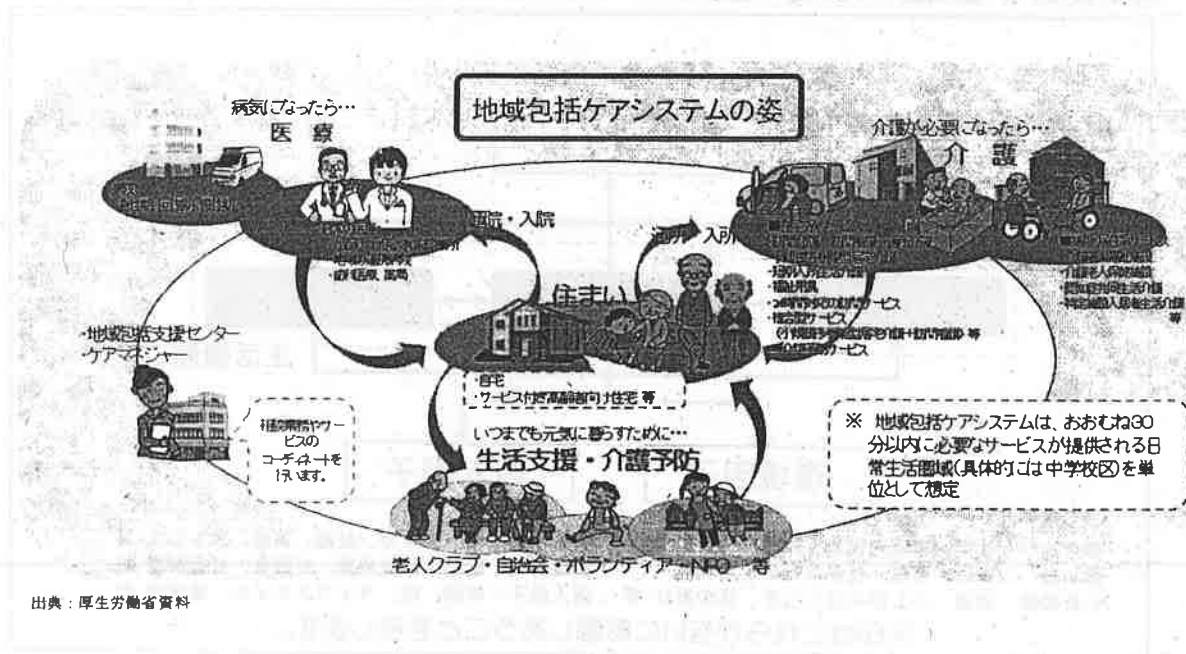
- 元気な高齢者であっても、加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起これる場合があります。
- どの状態でも、生活機能の維持・向上の取組により、生活機能の低下を防止することが期待されます。
- とりわけ、生活機能の低下が疑われるまたは軽度な状態での取り組みが、生涯にわたって生活の質（QOL）を維持する上で重要です。

## 【参考5：地域包括ケアシステムについて】

### ○地域包括ケアシステムとは

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ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

(「医療介護総合確保推進法」より)



### 【地域包括ケア5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

#### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ②介護サービスの充実強化

- ・在宅サービス基盤の整備と質の向上
- ・地域密着型サービスの充実など中重度の在宅要介護者の在宅生活支援の強化

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・住宅のバリアフリー改修・耐震改修・断熱改修等の促進
- ・サービス付高齢者向け住宅の供給促進

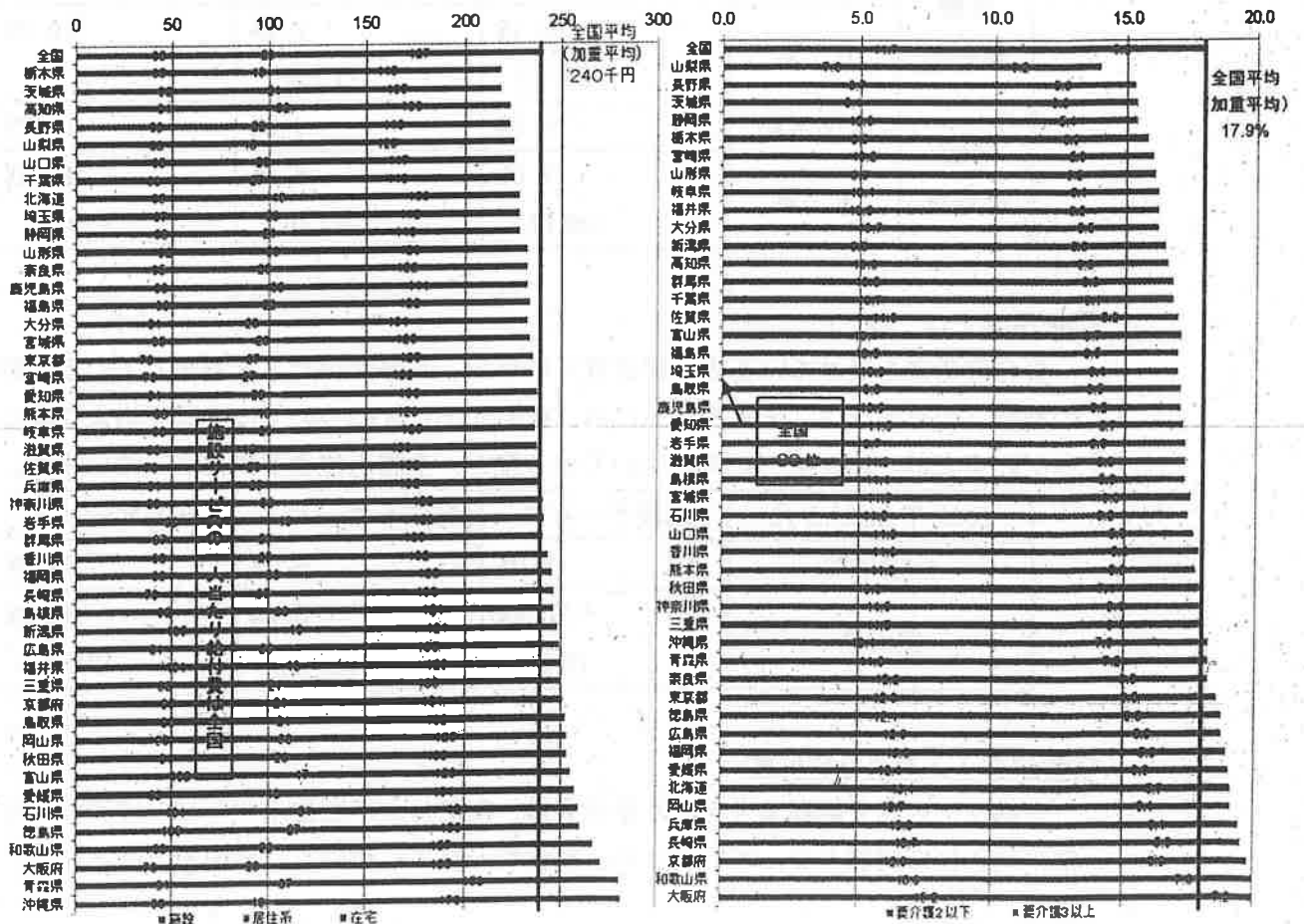
【参考6：要介護認定や介護給付等の現状分析（詳細版）】

2017(H29)年度の介護保険法改正により、全市町村が保険者機能を発揮し、高齢者の自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化され、県は市町村（保険者）を支援するため、要介護認定率や介護給付費等のデータに基づく実態把握や課題分析を踏まえ、地域課題の解決に向けた保険者への支援策及び目標を介護保険事業支援計画に記載することとされました。

これを踏まえ、県では、地域包括ケア「見える化」システム等のデータを活用し、以下のとおり本県の実態把握・課題分析を行い、各保険者の意見もふまえ、大まかな対応の方向性を設定したところであり、これらを本計画における具体的施策に反映することとしています。

1) 富山県の要介護認定率と被保険者1人あたり介護給付費

富山県の65歳以上人口に占める要介護認定率は、年齢調整後で17.0%（2015(H27)年度）であり、47都道府県中30位となっています。一方、年齢調整後の被保険者一人あたり給付費は、47都道府県中8位と高く、特に施設サービスでは全国1位となっています。



<第1号被保険者1人当たり給付費と認定率の地域差（年齢調整後） 2015(H27)年度>

(出典)「介護保険総合データベース」(厚生労働省)、「介護保険事業状況報告(年報)」(厚生労働省)、「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(総務省)

2) 富山県の被保険者1人あたり介護給付費が高い理由

被保険者1人あたり給付費は、①要介護認定率に、②要介護認定を受けた方のうち、介護サービス受給者の割合（利用率）、③介護サービス受給者1人あたり給付費を掛け合わせることで算出されます（※）。富山県の1人あたり給付費が高い理由を明確にするため、これら3要素に関する分析を行いました。

（※）総給付費＝人口×高齢化率×①認定率×②利用率×③受給者1人あたり給付費



①要介護認定率

重度者・軽度者も含めた全体の認定率は、全国平均並みですが、重度認定率（第1号被保険者のうち要介護3以上の認定者の割合）が全国15位、自治体がコントロールできない人口構成（高齢化の状況）による影響を排除した年齢調整後では7位と、全国上位クラスとなっています。

2015(H27)年度		全体認定率	重度認定率	軽度認定率
年齢調整前	全国平均	17.9%	6.2%	11.7%
	富山県	18.1% (28位)	7.2% (15位)	10.9% (34位)
年齢調整後	全国平均	17.9%	6.2%	11.7%
	富山県	17.0% (30位)	6.7% (7位)	10.4% (35位)

②利用率

要介護認定を受けている方（認定者）のうち、介護サービスを利用している受給者の割合（利用率）は、居住系サービス、在宅サービスについては全国平均より低くなっていますが、施設サービスについては5位と、全国上位クラスに入っています。

2016年(H28)3月	施設サービス	居住系サービス	在宅サービス
全国平均	16.0%	6.5%	59.6%
富山県	20.4% (5位)	3.8% (46位)	60.3% (24位)

③受給者1人あたり給付費

介護サービス受給者1人あたり給付費は、在宅および居住系サービスについては全国平均とほぼ同額となっていますが、施設サービスについては全国最上位となっています。

2016(H28)年3月	施設サービス	在宅および居住系サービス
全国平均	262千円	118千円
富山県	275千円 (1位)	118千円 (24位)

①～③より、認定率・利用率・受給者1人あたりの給付費のいずれも、全国と比べて高くなっている部分があり、その結果、全体として1人あたり給付費も高くなっているものと考えられます。このため、以下では、本県におけるこれら3要素の特徴について、より詳細な分析を試みました。

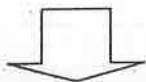
### 3) 富山県の要介護認定者の特徴

年齢階級別・要介護度別認定率を算出すると、ほとんどの年齢階級で認定率は全国平均より低くなっていますが、概ね80歳以上の要介護3～5の階級で全国平均より高くなっています。

年齢階級別・要介護度別認定率（2015(H27)年度）＜上段：富山県、下段：全国＞

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65～69	0.30% (0.45%)	0.29% (0.46%)	0.52% (0.54%)	0.50% (0.54%)	0.37% (0.36%)	0.28% (0.30%)	0.30% (0.29%)	2.58% (2.94%)
70～74	0.66% (1.08%)	0.74% (0.99%)	1.09% (1.16%)	1.00% (1.07%)	0.69% (0.72%)	0.57% (0.61%)	0.53% (0.54%)	5.29% (6.16%)
75～79	1.64% (2.56%)	1.55% (2.17%)	2.69% (2.70%)	2.05% (2.20%)	1.65% (1.49%)	1.26% (1.29%)	1.14% (1.10%)	11.97% (13.50%)
80～84	3.66% (5.31%)	3.70% (4.63%)	6.17% (6.10%)	4.93% (4.73%)	3.71% (3.29%)	2.85% (2.84%)	2.52% (2.31%)	27.53% (29.22%)
85～89	5.40% (7.27%)	5.93% (7.25%)	10.77% (10.88%)	9.23% (9.09%)	7.51% (6.69%)	6.08% (5.93%)	5.49% (4.61%)	50.34% (51.72%)
90歳以上	4.41% (5.53%)	5.56% (7.03%)	13.67% (13.58%)	14.65% (14.48%)	14.38% (13.09%)	13.99% (13.60%)	11.44% (10.35%)	78.54% (77.66%)
65歳以上計	1.89% (2.61%)	2.03% (2.50%)	3.74% (3.56%)	3.32% (3.13%)	2.80% (2.35%)	2.35% (2.17%)	2.05% (1.74%)	18.17% (18.05%)

(出典)「介護保険事業状況報告(年報)」(厚生労働省)、「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(総務省)



富山県と全国平均との認定率の差分（富山県－全国）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65～69	-0.15%	-0.17%	-0.02%	-0.04%	0.01%	-0.02%	0.01%	-0.36%
70～74	-0.42%	-0.25%	-0.07%	-0.07%	-0.03%	-0.04%	-0.01%	-0.87%
75～79	-0.92%	-0.62%	-0.01%	-0.15%	0.16%	-0.03%	0.04%	-1.53%
80～84	-1.65%	-0.93%	0.07%	0.20%	0.42%	0.01%	0.21%	-1.69%
85～89	-1.87%	-1.32%	-0.11%	0.14%	0.82%	0.15%	0.83%	-1.38%
90歳以上	-1.12%	-1.47%	0.09%	0.17%	1.74%	0.39%	1.09%	0.88%
65歳以上計	-0.72%	-0.47%	0.18%	0.19%	0.45%	0.18%	0.31%	0.12%

また、要介護認定申請は、大きく新規申請・更新申請・区分変更申請の区分に分けられますが、申請区分別・要介護度別の認定件数の全体認定件数に対する比率を算出すると、要介護認定の新規申請において重度認定となる方の割合は全国より低くなっていますが、更新・区分変更申請において重度となる割合が全国よりかなり高くなっています。

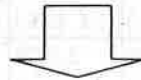
これらのことから、富山県においては、軽度の認定を受けて介護サービスを利用開始する方が、その後（特に80歳以上になって）重度化している可能性が考えられます。

### 第1号被保険者の申請区分別要介護（要支援）認定件数（2015（H27）年度）

<上段：富山県、下段：全国>

申請区分	非該当		要支援1～要介護2		要介護3～5		合計	
	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率
新規	177 (39,081)	1.0% (2.3%)	13,969 (1,384,558)	81.7% (79.8%)	2,945 (311,828)	17.2% (18.0%)	17,091 (1,735,467)	100.0% (100.0%)
更新	22 (13,441)	0.1% (0.4%)	23,265 (2,221,569)	62.9% (66.4%)	13,675 (1,109,719)	37.0% (33.2%)	36,962 (3,344,729)	100.0% (100.0%)
区分変更	0 (96)	0.0% (0.0%)	511 (71,423)	12.9% (20.4%)	3,435 (279,222)	87.1% (79.6%)	3,946 (350,741)	100.0% (100.0%)
職権	0 (10)	0.0% (0.0%)	147 (21,549)	63.1% (64.3%)	86 (11,957)	36.9% (35.7%)	233 (33,516)	100.0% (100.0%)
合計	199 (52,628)	0.3% (1.0%)	37,892 (3,699,099)	65.1% (67.7%)	20,141 (1,712,726)	34.6% (31.3%)	58,232 (5,464,453)	100.0% (100.0%)

(出典) 介護保険総合データベース (厚生労働省 認定ソフト 2009)



### 富山県と全国平均との比率の差分（富山県－全国）

申請区分	比率の差分		
	非該当	要支援1～要介護2	要介護3～5
新規	-1.30%	1.90%	-0.80%
更新	-0.30%	-3.50%	3.80%
区分変更	0.00%	-7.50%	7.50%
職権	0.00%	-1.20%	1.20%
合計	-0.70%	-2.60%	3.30%



4) 介護が必要となる原因

「平成 28 年国民生活基礎調査」によれば、富山県で多い「要介護 3～5」となる主な原因は、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒などとなっています。また、「平成 26 年患者調査」によれば、富山県では、脳血管疾患および骨折の入院受療率（人口 10 万対）が全国より高く、さらに要介護認定適正化事業（厚生労働省）の業務分析データによれば、認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ・Ⅲ以上の出現率がそれぞれ全国より高くなっています。

これらのことから、本県における高齢者の要介護状態が重度化する主な原因として、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒などの可能性が考えられます。

要介護度別 介護が必要となった主な原因（上位 3 位 全国）

平成28年

(単位:%)

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総 数	認知症	18.0	脳血管疾患（脳卒中）	18.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援 1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患（脳卒中）	11.5
要支援 2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患（脳卒中）	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患（脳卒中）	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護 1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患（脳卒中）	11.9
要介護 2	認知症	22.8	脳血管疾患（脳卒中）	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護 3	認知症	30.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護 4	認知症	25.4	脳血管疾患（脳卒中）	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護 5	脳血管疾患（脳卒中）	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

注：熊本県を除いたものである。

(出典)「平成 28 年国民生活基礎調査」(厚生労働省)

疾病分類別受療率（人口 10 万あたり推計患者数）  
 <上段：富山県、下段：全国>

	入院		外来	
	同左 順位		同左 順位	
脳血管疾患	205	5	74	23
	(125)		(74)	
骨折	31	21	61	33
	(72)		(72)	

(出典)「平成 26 年患者調査」(厚生労働省)

要介護認定申請における認知症高齢者自立度別の出現状況<上段：富山県、下段：全国>

期 間	認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合	認知症高齢者自立度Ⅲ以上の割合
H27.10.1~H28.3.31	80.7% (52.1%)	25.1% (21.3%)
H27.4.1~H27.12.31	59.9% (51.4%)	25.0% (21.1%)
H26.10.1~H27.6.30	61.0% (51.7%)	24.8% (21.7%)
H26.4.1~H27.12.31	61.2% (51.3%)	25.0% (21.4%)

(出典)厚生労働省「要介護認定適正化事業（業務分析データ）」

### 5) 富山県の介護サービス利用率の特徴

施設サービスの利用率が全国上位クラスとなっており、また在宅サービスは全体として全国平均並みですが、軽度者の利用率が高く、重度者の利用率は低くなっています。このことから、重度者の在宅サービスへのニーズの一部が施設サービスで代替されている可能性が考えられます。

要介護度別介護サービス利用率 (2016(H28).3) <上段：富山県、下段：全国>

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	同左 順位
施設サービス	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	3.9% (4.5%)	9.5% (10.1%)	29.9% (27.6%)	31.4% (42.7%)	59.1% (48.2%)	20.4% (16.0%)	5
居住系サービス	0.1% (1.6%)	0.2% (1.6%)	3.5% (6.8%)	5.9% (8.3%)	7.9% (10.7%)	4.1% (9.4%)	2.1% (8.3%)	3.8% (6.5%)	46
在宅サービス	57.0% (55.1%)	75.3% (69.8%)	76.7% (71.5%)	77.3% (73.3%)	56.6% (55.9%)	35.7% (39.9%)	24.2% (32.2%)	60.3% (59.6%)	24

(出典)「介護保険事業状況報告(月報)」(厚生労働省)



富山県と全国平均との利用率の差分(富山県-全国)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
施設サービス	0.0%	0.0%	-0.6%	-0.6%	2.3%	9.7%	10.9%	4.4%
居住系サービス	-1.5%	-1.4%	-3.3%	-2.4%	-2.8%	-5.3%	-6.2%	-2.7%
在宅サービス	1.9%	5.5%	5.2%	4.8%	0.7%	-4.2%	-8.0%	0.7%

### 6) 富山県の受給者1人あたり給付費の特徴

施設サービスの受給者1人あたり給付費が全国最上位となっていますが、施設以外のサービスについて全国平均より突出して高いサービスはなく、むしろ特に在宅サービスにおいて、全国平均より突出して低いサービスが多くなっています(訪問入浴、訪問リハビリ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等)。また、人口10万人あたりの施設・事業所数について見ると、訪問・医療系サービスは事業所数自体少なくなっています(訪問介護、訪問入浴、訪問看護等)。

、このことから、対応可能な事業所の不足等により、特に医療系の在宅サービス等、重度化防止に資する在宅サービスへのニーズに対応しきれていない可能性が考えられます。

サービス別受給者1人あたり給付月額と事業所・定員数（2016(H28).3）

<上段：富山県、下段：全国>

	受給者1人あたり 給付月額	同左順位	施設・事業所数			定員		
			55歳以上 人口10万対	同左順位	55歳以上 人口10万対	同左順位		
施設	274,959 (261,585)		188 (15,064)	58.2 (45.0)	17	12,290 (997,883)	3,805 (2,982)	7
居住系	249,620 (247,603)	11	151 (12,983)	46.7 (38.8)	19	1,950 (180,459)	604 (539)	18
	184,199 (182,644)	11	3 (4,679)	0.9 (14.0)	47	80 (246,210)	25 (736)	47
在宅	52,321 (51,083)	15	219 (34,823)	67.8 (104.1)				
	66,831 (68,381)		446 (43,406)	138.1 (129.7)	24	9,419 (838,239)	2,916 (2,505)	17
	66,839 (64,976)	15	77 (7,515)	23.8 (22.5)	24	2,428 (241,265)	752 (721)	23
	55,194 (60,501)		16 (2,190)	5.0 (6.5)				
	40,548 (42,613)		58 (8,745)	18.0 (26.1)				
	29,934 (34,565)							
	77,507 (92,110)		129 (10,727)	39.9 (32.1)	18	1,788 (135,648)	554 (405)	14
	75,435 (81,280)		79 (5,348)	24.5 (16.0)	10			
	126,489 (147,354)		5 (616)	1.5 (1.8)	22			
	15,303 (30,866)		2 (224)	0.6 (0.7)	13			
	106,825 (112,350)		70 (4,308)	21.7 (12.9)	6	640 (38,925)	198 (116)	6
	178,708 (176,775)	16	75 (4,969)	23.2 (14.8)	14			
	237,750 (232,190)	16	1 (250)	0.3 (0.7)				

(出典)「介護保険事業状況報告(月報)」(厚生労働省)、「平成27年度介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)、「平成27年国勢調査」(総務省)

7) 対応の方向性

以上の現状分析から抽出されたそれぞれの課題に対し、大まかな対応の方向性を以下のとおり設定し、本計画における具体的施策に反映することとします。

① 重度(要介護3以上)認定率が全国上位クラス

<課題>

軽度の要介護認定を受けて介護サービスを利用開始するが、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒などの原因により、特に80歳以上になって重度化する傾向が強い可能性がある。

<対応の方向性>

- 生活習慣病の予防や疾病対策の推進など、若いときからの健康づくり施策と連動させた介護予防の推進
- 心身機能を改善するためのリハビリ体制の充実、認知症の医療介護体制の充実など重度化防止のための取組み強化
- 地域ケア会議等を通じた自立支援型のケアマネジメントの強化  
(医療系サービスの視点を積極的に取り入れたケアマネジメントの推進)

② 施設サービスの利用率が全国上位クラス

<課題>

重度者の在宅サービスへのニーズの一部を施設サービスで代替している可能性がある。

<対応の方向性>

- 住み慣れた地域における自立した在宅生活の維持や重度化防止のための、高齢者のニーズを的確にとらえた在宅サービス基盤の整備

③ 施設サービスの受給者1人あたり給付費が全国最上位

<課題>

対応可能な事業所の不足等により、特に医療系の在宅サービス等、重度化防止に資する在宅サービスへのニーズに対応しきれていない可能性がある。

<対応の方向性>

- 重度者・認知症への対応、介護する家族等の就労継続や負担軽減の観点から、高齢者の日常生活全般を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることが可能なサービスの充実。(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など)