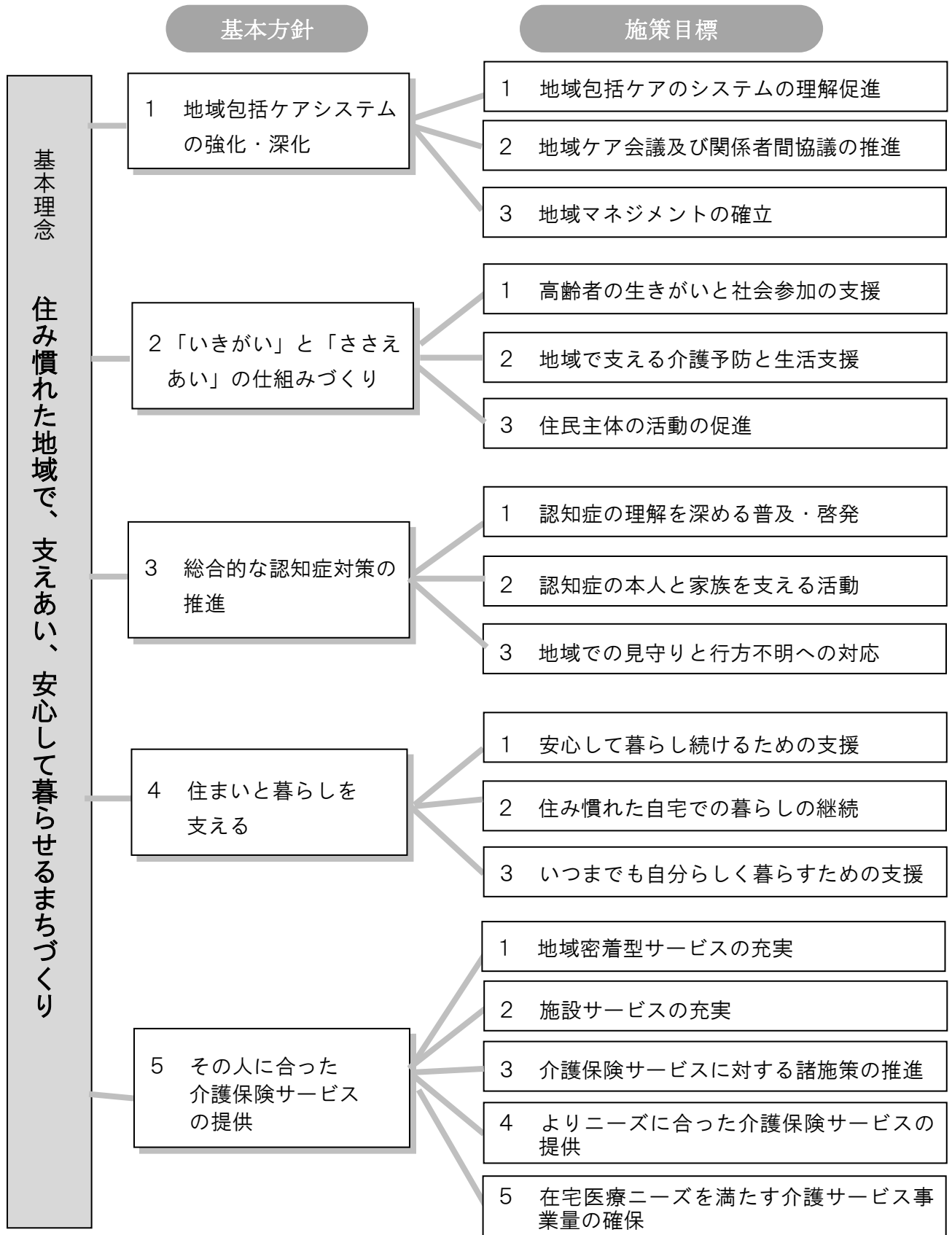


第4章 テーマ別施策方針

施策の体系



基本方針1. 地域包括ケアシステムの強化、深化

成果指標

成果指標の内容	現状値	平成32年(目標)
高齢者への福祉施策に対して満足している市民の割合	21.3%	40%

(第6次半田市総合計画 基本成果指標)

現状と課題

本市では、平成26年度から愛知県の地域包括ケアモデル事業を受託し、地域包括ケアシステム構築のため、個別課題から地域課題を抽出し、政策提案につながるような協議の場を整備してきました。しかし、地域包括ケアシステムの構築・推進のためには、市民の皆さんへの更なる周知・啓発が必要であり、住民一人ひとりが地域包括ケアの考え方のひとつである自助、互助、共助、公助などについてより深く理解し、「ささえあい」文化を根付かせていく必要があります。

今後の方針

高齢者が住み慣れた地域で尊厳をもって暮らし続けるためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援が地域ごとに一体的に提供される地域包括ケアシステムのさらなる強化、深化が必要です。

健康、介護予防に対して自ら責任を持って管理する努力(セルフマネジメント)を含む「自助」、馴染みの関係性の中でお互いのちょっとした困りごとを助け合う「互助」、専門職の力も活用し支え合う「共助」を、地域マネジメントによって目指します。

具体的には、圏域ごとの協議の場である第2層の「地区介護予防・生活支援協議会」を中心として、地域課題の抽出とともに「どのような地域社会をつくりたいか」という地域別の目標設定を行います。さらに、市全体で取り組む課題については第1層の「半田市介護予防・生活支援協議会」や「地域包括ケアシステム推進協議会」にて協議し、高齢者一人ひとりの意向が反映され、自らの意思や希望にできるだけ沿った生活の継続ができるよう、地域をあげた仕組みづくりを行います。

【施策目標1】 地域包括ケアのシステムの理解促進

項目	内容
本人、家族に対する理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ○元気なうちから高齢期の過ごし方や介護予防の必要性、自分の望む暮らし方を考える機会を作ります。 ○社会参加や役割を持った生活が介護予防に効果のあることや、適切な在宅医療や介護サービスを受けることで、住み慣れた自宅で過ごすことができること、また、そのための準備の必要性等の啓発に努めます。
地域への理解促進	<ul style="list-style-type: none"> ○地域に根差した「ささえあい」文化の醸成に向けて、小地域での活動団体向けの啓発活動や出前講座などを行います。 ○はんだ市報や市民向けの講座、講演会のイベントなどを通じて、地域において高齢者が支える側としての活躍することが、自身の介護予防になることや、地域力の向上につながることを理解促進を図ります。

【施策目標2】 地域ケア会議及び関係者間協議の推進

項目	内容
地域ケア会議の仕組みづくり	<ul style="list-style-type: none"> ○個別ケア会議からのテーマ別地域課題を関係者間で協議し、解決の仕組みづくりを行います。 ○地域ケア会議を活用して、地域住民や多職種により、地域課題の把握や課題解決の手法の検討、関係者のネットワーク構築や社会資源開発を図ります。
地域課題の抽出や取り組みを協議する場の開催	<ul style="list-style-type: none"> ○住民や自治組織、ボランティア団体など地域の関係者を含めた地域ケア会議を日常生活圏域など小地域において展開し、地域課題の抽出や地域における支援体制の整備を進めます。 ○「地区介護予防・生活支援協議会（第2層・中学校区単位）」「半田市介護予防・生活支援協議会（第1層・半田市全域）」において地域課題を関係者間で協議し、解決の仕組みづくりを行います。 ○第3層（小学校区単位）協議体の設置等を検討します。
多職種連携への取組	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種の関係者がそれぞれの立場や考え方を共有し、協力関係を築けるよう、「在宅ケア推進地域連絡協議会」や「在宅医療調整会議」で、お互いの領域を学び理解を深める場を継続的に開催します。 ○「地域包括ケアシステム協議会 医療介護連携部会」で連携に係る課題や取組み方法について検討します。
施策推進のための協議の場の開催	<ul style="list-style-type: none"> ○「在宅ケア推進地域連絡協議会」など、市内の医療・福祉関係者が集う協議体の円滑な運営や支援に努めるとともに、協議体での意見が施策へ反映するような方法を検討します。 ○「地域包括ケアシステム推進協議会」を軸としたさまざまな会議体から抽出した課題について政策形成を図ります。

【施策目標3】地域マネジメントの確立

項 目	内 容
日常生活圏域ごとの地域課題整理	○日常生活圏域ごとの「ふくし井戸端会議」や「地区介護予防・生活支援協議会（第2層）」により地域課題を抽出し、地域での解決策を検討します。
生活支援コーディネーターによる横断的マネジメント	○日常生活圏域ごとに1名ずつ生活支援コーディネーターを配置し、ネットワーク構築、ボランティアや地域資源を活用したニーズの横断的なマッチング、地域資源の開発を行います。
地域包括支援センターの機能強化	○マネジメント機能の適正化を図るため、地域包括ケアを支える中核機関として、地域ごとの相談体制を強化します。 ○事業評価方法や実施時期などについて検討するとともに、事業の計画から実施、実施内容の評価から改善をして、次の事業をより良い形で実施できるよう、効果的なPDCAサイクルを構築します。



基本方針2. 「いきがい」と「ささえあい」の仕組みづくり

成果指標

成果指標の内容	現状値	平成32年(目標)
主観的健康感がよい人の割合	84.4%	86%
後期高齢者におけるフレイルのある人の割合	22.2%	19%
ソーシャルキャピタル「社会参加」に関する評価	B	A
ソーシャルキャピタル「連帯感」に関する評価	E	C

高齢者実態調査「健康とくらしの調査(2016)」※

※高齢者実態調査「健康とくらしの調査」は、2010年から3年ごとに日本福祉大学と協働で実施し、その結果はJAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクトが本市の経年的変化や、調査に参加自治体間の比較による分析を行っています。その結果から本市の課題や強みを把握し、介護予防等の対策を検討しています。

「健康とくらしの調査(2016)」では、ソーシャルキャピタル「社会参加」「連帯感」を評価しています。ソーシャルキャピタル(社会関係資本)とは、地域社会での信頼性や規範、つながりのことで、その豊かさは地域で暮らす人々の協調行動や社会の効率性を高めるとともに、健康情報の共有やストレスの軽減など地域の健康水準の向上に関連すると考えられています。

「社会参加」の評価は、スポーツ、趣味の会、ボランティア、学習・教養サークル、特技や経験を伝える活動等のグループ活動に月1回以上参加する割合をもとに、5段階(A:良い・B:やや良い・C:中間・D:やや悪い・E:悪い)で示しました。また、「連帯感」の評価は、自分の住む地域住民への信頼性や互酬性、地域への愛着について複数項目のアンケート結果から、5段階(A:良い・B:やや良い・C:中間・D:やや悪い・E:悪い)で示しました。

現状と課題

本市ではこれまで、地域活動や社会参加による介護予防に関する取組を推進してきました。認定者の多くが要支援1、2と要介護1の軽度認定者であること、また、今後も高齢者が増加していく見込みであることなどから、元気な高齢者とその技能や経験を生かし、地域の中で「支え手」として役割を持ちながら自身の健康維持と介護予防を図っていくことが、当たり前に見られるような地域づくりを行っていく必要があります。

本市では高齢者自身のボランティア活動や市民活動も盛んであり、地域の助け合い組織や介護予防教室修了者のグループの自主活動など、スタッフとして「支え手」側にまわる循環ができて一方、地域の介護予防や健康づくり活動への参加率が低いことや、運転免許返納後の高齢者の移動手段の少なさが課題となっています。

今後の方針

地域活動への参加意向をみると、一般高齢者の多くが「活動によっては参加したい。」と考えている一方で、実際の参加率は低く、高齢者の意識と実際の行動に乖離が起こっています。社会参加は高齢者の心身の健康維持に寄与するとともに、参加者の増加が活動の充実につながり、結果的に地域活動の大きな力となることから、参加促進などの継続支援に努めます。

また、高齢者単身世帯や高齢者のみの世帯等が増加し、介護保険サービス以外の簡単な家事支援やちょっとした困り事などの「生活支援」を必要とする高齢者の増加が見込まれます。これらを行うために、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体による生活支援サービスを提供する体制づくりが求められています。一方で、元気な高齢者が生活支援サービスの「担い手」として関わるのが、社会的役割を持ち、生きがいや介護予防につながることの周知や活動支援を行います。

【施策目標1】 高齢者の生きがいと社会参加の支援

項目	内容
生きがいづくり、社会参加を促進	○高齢者の地域活動や生きがいづくり、老人クラブ活動や地域ふれあい施設での活動など社会参加を引き続き促進していきます。
「出かけたくなる」環境づくり	○外出支援サービスの継続とともに、コミュニティバスの活用や移送サービス（訪問型サービスDの創設など）の検討をします。

【施策目標2】 地域で支える介護予防と生活支援

項目	内容
生活支援コーディネーターと地域の協働	○生活支援コーディネーターを中心に、地域課題や地域資源の把握、関係者のネットワーク構築、活動事例の共有を行い、地域に必要なサービスの創出や居場所づくりの検討を行います。
ボランティアなどへ参加しやすい仕組みづくり	○はんだまちづくりひろばや、ボランティア地域ささえあいセンターと協力して、高齢者がボランティアへ参加しやすい環境整備を進めます。 ○ボランティア活動に対してボランティアポイントを付与するなど、参加活動へのモチベーション向上と活性化策を検討します。
介護予防・日常生活支援総合事業の充実	○身近な場所で気軽に参加し、身体機能や生活機能の低下を予防するだけでなく、仲間づくりや居場所づくりとなる環境や地域資源の整理を行います。 ○目的に合わせて選択できる介護予防・日常生活支援総合事業について、地域ボランティアグループ等の住民が主体となり、「通所型サービス」及び「訪問型サービス」を提供します。

【施策目標3】住民主体の活動の促進

項 目	内 容
身近な居場所での介護予防の促進	<ul style="list-style-type: none"> ○地域サロンや地域ふれあい施設を活用し、多世代で集える共生型の居場所づくりを進めます。 ○身近な場所で気軽に参加できる「げんきスポット」の拡充を図り、介護予防を促進します。
生活支援や見守りの担い手の育成	<ul style="list-style-type: none"> ○生活支援・介護予防サービスの担い手の育成を目的に、必要な知識や支援スキルの取得のための研修を実施します。また、担い手の活動を通して、将来の介護人材の確保につながるよう努めます。 ○地域で身近な相談にのれる「にじいろサポーター」や「家庭訪問員」「傾聴ボランティア」を養成します。



基本方針3. 総合的な認知症対策の推進

成果指標

成果指標の内容	現状値	平成32年(目標)
前期高齢者における認知機能低下者の割合	31.9%	30%
後期高齢者における認知機能低下者の割合	40.1%	39%
認知症になったら、助けてもらいながら自宅で生活を続けたいと思う人の割合	63.4%	65%
認知症の方も地域活動へ参加した方がよいと思う人の割合	51.4%	55%

高齢者実態調査「健康とくらしの調査(2016)」

現状と課題

本市では第6期計画実施期間において、愛知県地域包括ケア認知症対応モデル事業を受託し、「認知症になっても自分らしく暮らせるまちはんだ」を目指し、認知症安心ガイドブック(認知症ケアパス)、認知症予防、家族介護支援、行方不明捜索機器貸与事業など、認知症の進行に合わせたさまざまな施策を実施してきました。しかし、認知症施策に関する周知度は低く、特に若い世代の認知症に対する理解など、まだ十分とは言えません。

地域の認知症に対する理解が不足していることから、認知症の発症をきっかけに、馴染みの場へ通えなくなってしまい、地域での活動が継続できなくなってしまうこともあります。地域共生社会の実現にむけて、認知症地域支援推進員を中心とした総合的な対策の充実と連動性のある施策の展開が求められています。

認知症で介護が必要となった方を、地域や在宅で支えていくことは簡単なことではありません。認知症の進行に伴い変化する、本人や家族のニーズに合わせた支援を途切れることなく、継続していく必要があり、第一の介護者となる家族を支える支援体制を構築する必要があります。

一方で、認知症の高齢者を地域でどこまで対応ができるかなどについては議論が必要です。

今後の方針

国は、「認知症の人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らしを続けることが出来る社会を実現する」ことを目的に、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、「新オレンジプラン」（認知症施策推進総合戦略）を進めています。本市においても、新オレンジプランを認知症施策の欠かせない視点として捉えた上で、認知症に関する多角的な施策を推進します。

具体的には、6期計画で配置した認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム、認知症サポーター等、認知症の人が安心して暮らせる地域づくりの担い手が、それぞれの役割を機能させるために連携し、情報共有を行うことで、認知症の方一人ひとりの進行や症状に合った適切な対応ができるよう、支援や活動のフォローアップに努めます。また、認知症に関する情報や進行別・症状別の対応方法については引き続き、講座の開催や広報等での普及啓発を行います。

【施策目標1】 認知症の理解を深める普及・啓発

項目	内容
認知症理解の普及・啓発	○若年性認知症を含んだ認知症に関する知識、認知症状を有する人への対応方法、認知症予防・早期受診の重要性について、認知症サポーター養成講座等にて普及啓発します。また、半田市地域福祉計画に基づき、次世代に対して、ふくし共育と連動した認知症キッズサポーター養成講座を開催し、子どもの頃から認知症の正しい理解を普及啓発します。
認知症予防事業の実施	○認知症予防教室を実施します。 ○認知症予防教室に関わるボランティア養成・育成などを通して、住民主体の認知症予防活動を継続支援します。

【施策目標2】 認知症の本人と家族を支える活動

項 目	内 容
本人、家族が安心して過ごせる居場所と相談体制の充実	○身近な場所で本人や家族が安心して相談できるよう、日常生活圏域ごとに認知症カフェを整備します。 ○若年性認知症を含む当事者のニーズを把握します。
家族支援の強化	○認知症の方を介護する家族が、介護方法や介護者自身の健康管理を学ぶ場や、介護に関する悩みの共有・情報交換などをする場を整備し、介護をする家族の支援を強化します。
認知症安心ガイドブックの活用	○早期発見・早期対応のため、認知症の疑いがある場合には、適切な相談、診断を受けたり、段階に応じた医療や介護サービスへの道しるべとなる認知症安心ガイドブックの活用を推進します。
初期支援の充実	○認知症の疑い又は認知症初期段階のご本人や家族に対して初期集中支援チームが関わり、適切な医療、介護サービスへ円滑に繋がります。 ○地域包括支援センターの総合相談にて、ご本人や家族を支援します。
馴染みの関係を継続するための支援	○認知症になっても馴染みの関係を断ち切らず、地域の居場所への参加や、介護サービスが利用できるよう、認知症地域支援推進員を中心に地域づくりを進めます。 ○地域の通いの場、傾聴ボランティアや家庭訪問支援員へのサポーター養成講座を実施します。

【施策目標3】 地域での見守りと行方不明への対応

項 目	内 容
認知症サポーターの地域活動の推進	○地域で見守り活動の推進のため、キャラバンメイトと協働し、認知症サポーターのフォローアップ体制を推進します。
行方不明高齢者への早期対応	○行方不明高齢者等検索機器の貸し出し等により、行方不明の可能性のある高齢者の把握と早期発見の体制整備を進めます。 ○見守りメールの活用や行方不明・見守りSOSネットワークによる早期に対応ができる仕組みを進めます。また、地域住民を対象とした行方不明者検索模擬訓練を行います。

基本方針4. 住まいと暮らしを支える

成果指標

成果指標の内容	現状値	平成 32 年(目標)
幸福感のある人の割合(全体)	48.2%	50%

高齢者実態調査「健康とくらしの調査 (2016)」

現状と課題

高齢者単独世帯あるいは高齢者のみの世帯は緩やかに増加しており、当該世帯の総世帯に対する割合は、平成 28 年で 23%となっており、今後も増加することが見込まれます。高齢者が住み慣れた地域、あるいは自宅で、安心して暮らし続けられる支援が継続して求められています。

また、自宅で暮らし続けるための、在宅医療と介護の連携についても本市は他市に先駆け、ICTを活用した多職種連携を行っています。関係者間での互いの理解や更なる協力関係の推進が重要です。

加えて、自宅での生活が困難になっても、生活支援サービスや地域の見守りを受けながら「自分らしく暮らす」ことができる体制の構築や、高齢者の意思を尊重しながら、できるだけその人の希望に沿った暮らしの支援が今後も求められます。

今後の方針

高齢者ができるだけ長く住み慣れた自宅で過ごせる、あるいは高齢者本人や家族の意思が暮らす住居に反映されるよう、「住まい」と「住まいかた(暮らしかた)」に関する様々な支援の充実に努めます。特に在宅生活の継続が困難な高齢者の方が、自らのライフスタイルや将来を含めた介護ニーズに合った、住まいとしてのサービスを適切に選択できるよう、情報提供の充実に努めるとともに、利用者の選択をサポートできるよう、介護事業者やケアマネジャー等へも情報の周知を図ります。

また、病院や介護施設等から在宅生活への復帰にあたっては、十分な医療及び介護サービスが適切に受けられ、本人の意向にできるだけ沿ったサービス内容の検討が行われるよう医療や介護の多くの関係者間の連携構築に努めます。

【施策目標1】安心して暮らし続けるための支援

項目	内容
低廉な住まいの確保策などの検討	○低所得高齢者などが入居できる低廉な住まいの場の確保や希望する生活を送ることができるような体制整備など、必要な取組を協議します。
利用者負担などの軽減	○低所得高齢者の経済的負担を軽減するため、介護福祉助成などの助成事業を引き続き実施します。
高齢者福祉サービスの継続	○生活支援のために必要な福祉サービスを提供し、在宅生活の充実を図ります。
安心して暮らし、住まうための支援	○公営住宅での安否確認、家具転倒防止機器取付けなど住み慣れた家で暮らすための支援を行います。

【施策目標2】住み慣れた自宅での暮らしの継続

項目	内容
ICTシステムの活用	○半田市在宅医療連携システム（だし丸くんネット）による専門職間でタイムリーな情報共有を行いネットワークの拡大を目指します。
在宅医療・介護サポートセンター事業	○かかりつけ医を中心とした在宅医療提供体制の構築のため相談、研修、啓発事業を行います。 ○適切な医療サービスを利用しながら在宅療養や、在宅で可能な医療行為など地域で最期まで暮らすための選択肢について普及啓発していきます。
好事例の蓄積	○難病や末期がんなど医療依存度が高くても、ICTの活用などで在宅でのチーム医療の成功事例や、介護事業所での対応が可能となった事例など在宅ケア地域推進連絡協議会等で共有し、地域全体の対応力向上に努めます。
【新規】 終末期への対応	○終末期を住み慣れた自宅で過ごしたい需要にこたえるため、在宅医療の提供や必要な介護サービスの充実、あるいはそれら関係者間の連携促進の他、終末期での本人や家族への対応等が適切に行うことができるよう、資質の向上に取り組めます。

【施策目標3】いつまでも自分らしく暮らすための支援

項 目	内 容
<p>尊厳の保持と 権利擁護</p>	<p>○判断力の低下に伴う、契約行為の代理や財産管理などを行う成年後見制度を利用できるよう、制度の周知と利用に関わる支援を行います。</p> <p>○高齢者虐待防止に向けた関係者や地域での早期発見のための普及啓発や研修に努めます。</p>
<p>地域での見守り体制の構築</p>	<p>○ひとり暮らしや高齢者のみ世帯でも安心して暮らせるよう、独居高齢者等訪問調査等で緊急連絡先や生活状況を把握するとともに、新聞販売店やガス会社、金融機関等と連携した見守り体制を構築します。</p> <p>○避難行動要支援制度を活用し、災害時の安否確認のため平時から地域で情報を把握します。</p> <p>○難病患者など医療管理の必要な要援護者については、保健所と連携した支援を行います。</p>
<p>アドバンスケアプランニングの普及</p>	<p>○意思決定能力低下時に備え、希望する医療や介護、判断をゆだねる人や制度など、元気なうちから家族や医療者と事前に話し合っておくプロセスを普及していきます。</p> <p>○関係者間での共通理解のため、継続的な研修を行います。</p> <p>○「私の事前指示書」を定期的に見直し、ツールとして活用役立てます。</p>



基本方針5. その人に合った介護保険サービスの提供

成果指標

成果指標の内容	現状値	平成 32 年
介護保険制度が利用できることを知っている 市民の割合	78.7%	90%

(第6次半田市総合計画 基本成果指標)

現状と課題

2025年に向けて、高齢者の増加が見込まれる中、本市では6期計画期間中に介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の開始など、大規模な要支援認定者に対する仕組みの変更がありました。今後更に多くの事業が地域支援事業に組み込まれることが予想されることから、本市の実情と資源を活用したきめ細やかなサービス提供と単価の設定、利便性の向上に努める必要があるとともに、本市の高齢者のニーズ、家族である支援者のニーズをアンケートだけでなく、より広い方法で声を集め、その人にあった様々なサービス提供を整える必要があります。

今後の方針

地域包括ケアシステムの実現に向け「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保法）」が施行され、高齢者のニーズに合わせ、できるだけ地域で暮らせるための施策が進められています。地域密着型サービスや地域支援事業、さらには医療計画との整合性も踏まえたその人にあったマネジメントと基盤整備が求められます。

高齢者のニーズに合ったサービスの提供とその体制構築のため、高齢者ニーズの把握と関係者間での共有、あるいは通いの場などの担い手との連携や医療関係者との協議の場等での声を体系化し、サービス利用状況等での分析をふまえたサービス体制の構築を目指します。

また、本計画期間から居宅介護支援事業の指定権限が市町村に移行されることや、地域密着型通所介護の指定について、市町村が必要に応じて指定できるなど、制度の変化に合わせて適切に関わることができる体制づくりを目指します。

【施策目標1】地域密着型サービスの充実

項目	内容
地域密着型サービスの質の向上	<p>○市が指定している地域密着型サービス事業所を3年間で全て実施できるように実地指導等実施計画をたて、面談の方式で実地指導を行い介護サービスの質の向上を図ります。</p> <p>○地域密着型サービス事業所が一堂に会する機会を設け、サービスの取り扱い、制度の改正内容、過去の指導事例などを内容として、意見交換会を開催し情報提供を行います。</p>

【地域密着型サービス整備計画】

●認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）

日常生活圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の整備状況（推計）	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎	1	24							1	24
乙川	2	18							2	18
半田					1	12			1	12
成岩	1	9							1	9
青山	1	12							1	12
合計	5	63	0	0	1	12	0	0	6	75

※「定員」は利用定員

●小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護を含む）

日常生活圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の整備状況（推計）	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎	1	29							1	29
乙川	2	58							2	58
半田	1	26							1	26
成岩	1	20							1	20
青山	0	0	1	29					1	29
合計	5	133	1	29	0	0	0	0	6	162

※「定員」は登録定員

●認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

日常生活 圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の 整備状況 (推計)	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎	2	36	整備なし						2	36
乙川	6	81							2	36
半田	3	54							6	81
成岩	2	36							3	54
青山	2	36							2	36
合計	15	243	0	0	0	0	0	0	15	243

※「定員」は利用定員

●定期巡回・随時対応型訪問介護看護

※随時相談受付とし、第7期整備期間中に最大3圏域に各1施設の整備を行う。

日常生活 圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の 整備状況 (推計)	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎			最大3圏域に各1施設整備						3	-
乙川										
半田										
成岩										
青山										
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	3	-

※「定員」は未定につき記載はしない

●地域密着型老人福祉施設入所者生活介護

※圏域を問わず1施設整備

日常生活圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の整備状況(推計)	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎	0	0					1	29	1	29
乙川	0	0								
半田	0	0								
成岩	0	0								
青山	0	0								
合計	0	0	0	0	0	0	1	29	1	29

●地域密着型特定施設入居者生活介護

※整備予定なし

日常生活圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の整備状況(推計)	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎										
乙川	1	29	整備なし						1	29
半田										
成岩										
青山										
合計	1	29							0	0

●地域密着型通所介護

※随時受付としますので、整備を希望する場合は、事前相談を必ず行ってください。

※4月1日、10月1日付けの年2回指定となります。

日常生活 圏域	現在の整備状況		第7期整備計画						第7期末時点の 整備状況 (推計)	
	～平成29年度末		平成30年度		平成31年度		平成32年度			
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
亀崎	1	15								
乙川	5	58	随時受付							
半田	4	53								
成岩	5	54								
青山	5	58								
合計	20	238	0	0	0	0	0	0	0	0

【施策目標2】施設サービスの充実

項目	内容
混合型特定施設入居者生活介護の整備	<p>○高齢者の増加に伴う要介護者の重度化への対応を図るため、既存の軽費老人ホームの一部を転床し、新たに混合型特定施設入居者生活介護の整備を行います。</p> <p>転床規模：40床</p>



【施策目標3】介護保険サービスに関する諸施策の推進

項目	内容
事業種別担当者会議の開催	○居宅介護支援、訪問介護、通所介護など（地域密着型サービスを除く）の業種ごとの担当者会議を開催し、サービス提供や介護報酬の請求、制度改正などについての情報提供や情報交換を行い、サービスの質の向上と事業所間の連携強化を図ります。
各種協議会や会議などでの情報交換	○在宅ケア推進地域連絡協議会などでの情報交換を充実させることや、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護事業所などの地域密着型サービス事業所で開催される運営推進会議に参加することによって得られる事業所やサービスに関する情報について、より具体的な内容を利用者へ提供します。
案内チラシ、ホームページなどを活用した情報の提供	○介護保険サービスが、利用者にとってよりわかりやすく身近なものとなるよう、介護保険に関するパンフレット類の配布、広報紙への掲載、市ホームページの内容充実や出前説明会の開催などにより、効果的な情報の提供に努めます。 ○利用者が介護サービス事業者を適切に選択できるよう、愛知県の介護サービス情報の公開制度を活用し事業者情報を提供します。
介護離職防止への取組	○介護家族の負担を軽減するため、相談会、交流会、介護教室など家族支援に関する取組みを介護サービス事業者と協働して行います。 ○家族が仕事と介護の両立ができるよう、企業や、介護者へ介護休業制度や両立支援策の普及、啓発を行います。
特別養護老人ホームへの特例入所	○特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）へ新たに入所される方は原則要介護3以上に限定され、必要性の高い方からの入所となります。 ○例外的にやむを得ない事情での「要介護1、2」での特例的に新規、又は継続入所の場合は市が適切に関与します。
【新規】共生型サービスの創設	○障がいがある高齢者が、通いなれたサービス事業所に高齢者となっても引き続き利用できるよう、共生型サービスへの参入を勧めます。 ○障がい福祉サービス事業者に対し、介護保険事業サービス事業所としての認可への相談対応を行います。
【新規】居宅介護支援事業所への関わり強化	○2018年4月以降、同事業所の指定権限が県から市町村に移行します。ケアマネジャーとの関わり強化と、適切な指導に努めます。 ○同事業所の運営基準を市町村条例で定めます。

【施策目標4】よりニーズに合った介護保険サービスの提供

項 目	内 容
要介護認定の適正化 (認定調査状況チェック)	○公平で適正な要介護認定を行うため、市職員（認定調査員）による認定調査を継続実施します。また、愛知県主催の研修の受講や市内部の研修会の開催により、認定調査員や認定審査会委員の質の向上を図ります。
ケアプランチェック	○利用者の自立支援を目指した適切なケアプランが作成されるよう、居宅介護支援事業所から提出されたケアプランの点検を実施し、必要に応じて指導・助言などを行います。
住宅改修実態調査	○住宅改修工事の前後に、申請どおりの工事内容になっているか、利用者の身体状況に応じた適切な改修内容になっているかについて、適宜、現地調査を行います。
医療情報との突合・縦覧点検	○介護サービス給付費が適正に請求されているかについて、愛知県国保連合会の介護給付適正化システムから提供される医療給付情報と介護給付情報との突合や縦覧点検帳票の確認による点検を実施、必要に応じて事業者への指導を行います。
介護給付費通知	○介護サービス事業者が保険請求したサービスの利用日数（回数）や費用などの内容について、利用者本人（又は家族）に通知することにより、事業者のサービス提供が適切に行われたかどうかについて、利用者自らが確認することを促進します。

【施策目標5】在宅医療ニーズを満たす介護サービス事業量の確保

項 目	内 容
【新規】 地域医療構想との 連動した介護サー ビス量や内容の検 討	○知多半島地域医療計画実施主体である愛知県や医師会との協議の場を持ち、見直しサイクルが同時期になる愛知県知多半島地域医療計画（構想）との整合性を保ちます。 ○医療・介護資源の実態把握を行い、必要数の事業量、人材確保に努めます。共生型サービス創設に伴い、資質向上のための研修の情報提供などを積極的に行います。