資料４

第10期 高岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・第１期認知症施策推進計画の重点施策について

課題

・高齢者単独世帯や軽度な生活支援を必要とされる高齢者などの増加が想定され、生活支援のニーズが高まっている。
・サービス・活動Aにおいて、利用者数の増加とともに、ケアマネジメントAの件数が増加している。
・サービス・活動C卒業後の受け皿の整備が必要である。

・入院期間が短かくなっていることから、退院後、切れ目なく在宅サービスを利用できる体制や関係者間のICTツール等を活用した連携が求められる。
・将来希望する医療やケアについて家族等と話し合っている（ACPを実践している）割合は約3割となっている。

・認知症のイメージとして、「認知症になると何もできなくなってしまう」等の従来の認知症観が約3割、「わからない」が約2割と、約半数が認知症になっても地域で暮らし続けられる姿について十分な理解が進んでいない。
・外出を控える理由として、約1割の方が聞こえの問題等を挙げている。

・2040年に向けて介護ニーズが増加する一方で、介護の担い手不足が深刻となる。
・在宅介護では、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を組み合わせる需要が高いが、訪問系サービスが減少している。

施策の方向性

・地域住民を含む地域の多様な主体と連携し、新規サービス・活動の創出と既存のサービス・活動の増加を目指す。
（通所B、訪問B・D）
・サービス・活動（通所型）において対象者像を明確化すること、介護予防ケアマネジメント体系を見直すことで、社会参加や自主的な介護予防の取組に繋げる。

・高岡多職種ネット、多職種連携ツール等を活用し多職種・多機関が効率よく連携し、高齢者の生活を支える体制を構築する。
・専門職、市民へのACPの普及啓発により、ACPの実践に繋げる。

・認知症サポーター養成講座等を通して、「新しい認知症観」への理解に関する周知啓発を図る。
・チームオレンジ活動による本人・家族への伴走支援を推進する。
・認知症予防の取組として難聴高齢者に対する支援を進め、コミュニケーションや社会参加の機会の促進を図る。

・住み慣れた地域における在宅介護の継続、期間の延伸を図る。
・施設サービス、居宅サービス、地域密着サービスの各々の理念や目的に沿ったサービスを提供する。

地域包括ケアシステムの持続可能性を高める

重 点 施 策

重点施策 1
介護予防・日常生活支援総合事業の充実

重点施策 2
在宅医療・介護等連携の強化

重点施策 3
新しい認知症観に基づく認知症施策の推進

重点施策 4
地域密着型サービス提供体制の質の向上と多角的な地域展開

2

地域包括ケアシステムの持続可能性を高める

重点施策１　介護予防・日常生活支援総合事業の充実

【対象者】要支援者・事業対象者

【通所型サービス】
- 従前相当サービス：旧介護予防通所介護と同様
- サービス・活動A：通所介護の基準を緩和したサービス・活動
- サービス・活動B：住民主体によるサービス・活動
- サービス・活動C：短期集中予防サービス

【訪問型サービス】
- 従前相当サービス：旧介護予防訪問介護と同様
- サービス・活動A：訪問介護の基準を緩和したサービス・活動
- サービス・活動B・D：住民主体によるサービス・活動
- サービス・活動C：短期集中予防サービス

【対策】
- 地域住民を含む地域の多様な主体と連携し、新規サービス・活動の創出と既存のサービス・活動の増加を目指す。（サービス・活動B(通所型)、サービス・活動B・D(訪問型)）
- サービス・活動（通所型）において対象者像を明確化すること、介護予防ケアマネジメント体系を見直すことにより、社会参加や自主的な介護予防の取組に繋げる。

事業対象者

要支援者

サービス・活動C（短期集中型）

専門職のサポートで心身の機能を高め、短期間で生活機能の改善を目指します。



卒業後…

サービス・活動B（通所型）



地域の通いの場

「地域に出て、つながる」

地域のボランティア団体が週１回以上運営し、体操やレクリエーション交流などを行います。

Ⓝサービス・活動B（訪問型）



「地域の支え合い」

地域のボランティア団体が、自宅に訪問し、日常生活上のちょっとした困りごとをお手伝いします。

サービス・活動D（訪問型）



地域のボランティア団体や介護サービス事業所が、自宅に訪問し、サービス・活動B(通所型)への送迎や通院送迎を行います。

本人ができることの向上
×
地域での活動・参加の推進

限りある社会資源をつなぎ　互いに支え合いながら 最期まで自分らしく暮らせるまちづくりへ

重点施策２　在宅医療・介護等連携の強化

【対策】高岡多職種ネットを活用し、利用者の急変や日々の様子を、医師・訪問看護師・ケアマネジャー等の専門職がリアルタイムに共有し、迅速かつ適切な対応を行うことで、効率よく連携を図る。
ACPの普及に向け、市民を対象に人生いきいきノート・アプリの普及、出前講座の開催等を通し、「人生会議」の周知を行う。専門職を対象に研修会の実施やICTを活用した共有体制を構築する。

＜ACPの普及＞
○市民向け
・人生いきいきノート・アプリの普及
・出前講座の開催



○専門職向け
・研修会の開催
・ICT等を活用した情報共有体制の構築

＜高岡多職種ネット＞
専門職や行政がデジタルでつながる




歯科医


薬剤師


ケアマネジャー

日常の療養支援

本人のACPをリアルタイムに共有


介護サービス


かかりつけ医

オンライン診療





関係者での会議（オンライン等）

退院後も切れ目なく医療・必要な介護サービスにつなぐ


主治医

急変時につなぐ




訪問看護師


地域包括支援センター

災害時の対応



・身近な場所で困りごとを丸ごと受け止め、つなぐ窓口の周知



行政

重点施策３　新しい認知症観に基づく認知症施策の推進

【対策】
・認知症の本人、家族を温かく見守り応援する「認知症サポーター」養成を推進する。認知症サポーター養成講座の中で、「富山県認知症希望大使」等、認知症本人の声や活動等を紹介するなど、「新しい認知症観」への周知啓発を図っていく。また、キッズサポーター養成を重点的に進め、子どもの頃から認知症を正しく理解し、本人の気持ちや意思を尊重しながら、自分にできることを考える機会の充実を図る。
・本人・家族の希望や困りごとを起点に、地域住民、認知症サポーターステップアップ講座修了者、医療・介護等の専門職、企業等の支援がつながる「チームオレンジ」を設置し、本人・家族に寄り添う支援を進める。
・難聴は認知症発症のリスク因子の一つと指摘されていることから、出前講座やリーフレット等を活用した「聞こえ」に関する普及啓発やチェックリストを活用した早期発見・早期受診を推進していく。

本人の声・希望・できること



認知症サポーター養成講座（子どもの頃から広げる、新しい認知症観）



認知症の本人が自らの思いや経験、希望を自分の言葉等で発信



認知症を正しく理解し、本人の声や意思を尊重しながら、地域でできることを考える**サポーターを養成**

チームオレンジの推進

本人・家族の希望や困りごとを起点に、地域住民や専門職等がつながり、活動を伴走し、共に歩みを進めていく体制づくりを推進



地域住民　本人・家族　医療・介護専門職　企業　認知症サポーターステップアップ講座修了者　行政

難聴対策

出前講座開催や聞こえのチェックリストを活用し、普及啓発、早期発見・早期受診を推進



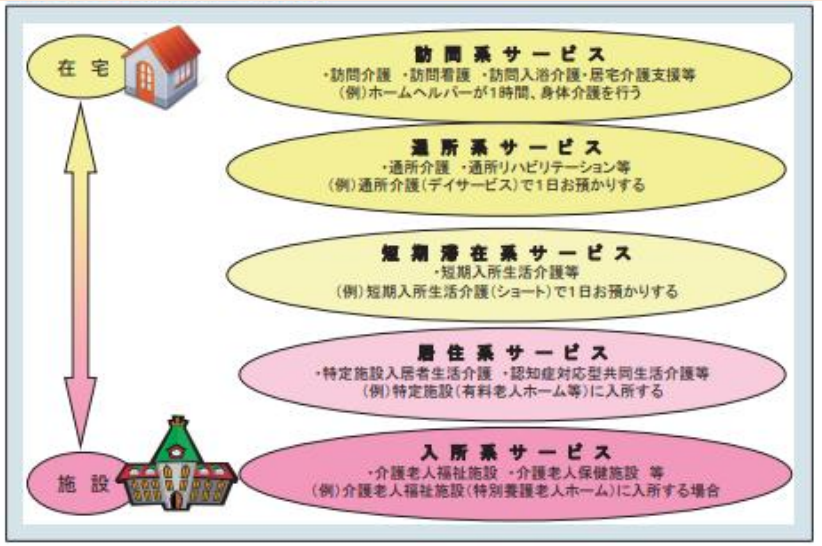
聞こえのチェック

早期発見・早期受診

地域包括ケアシステムの持続可能性を高める

重点施策４　地域密着サービス提供体制の質の向上と多角的な地域展開

【対策】
　住み慣れた地域において在宅介護を継続し、その期間を延伸できるよう、地域密着型サービスの勉強会やサービス等計画作成担当者研修を開催する。
　これにより、施設・居宅・地域密着型サービスの各々の理念や目的に合わせた利活用を再認識するとともに、サービスの維持・質向上を図り、持続可能な提供体制を構築する。



介護保険のサービスは大きくわけて３つ

■居宅サービス
自宅で自立した生活を維持する

■地域密着型サービス
住み慣れた地域で人とのつながりを保ちながら暮らす

■施設サービス
自宅での生活が困難になっても新たな住まいとしての施設で、尊厳と自立をもって暮らす

地域密着型サービスにおける ポイントは 地域とのつながり

自宅でできる限り暮らしたい

住み慣れた地域で暮らしたい

この町で暮らしたい







地域密着型サービスは施設に入所するまでの「つなぎ」ではなく、介護度が高くなっても地域で暮らし続けるための「切り札」であることを再認識することが必要