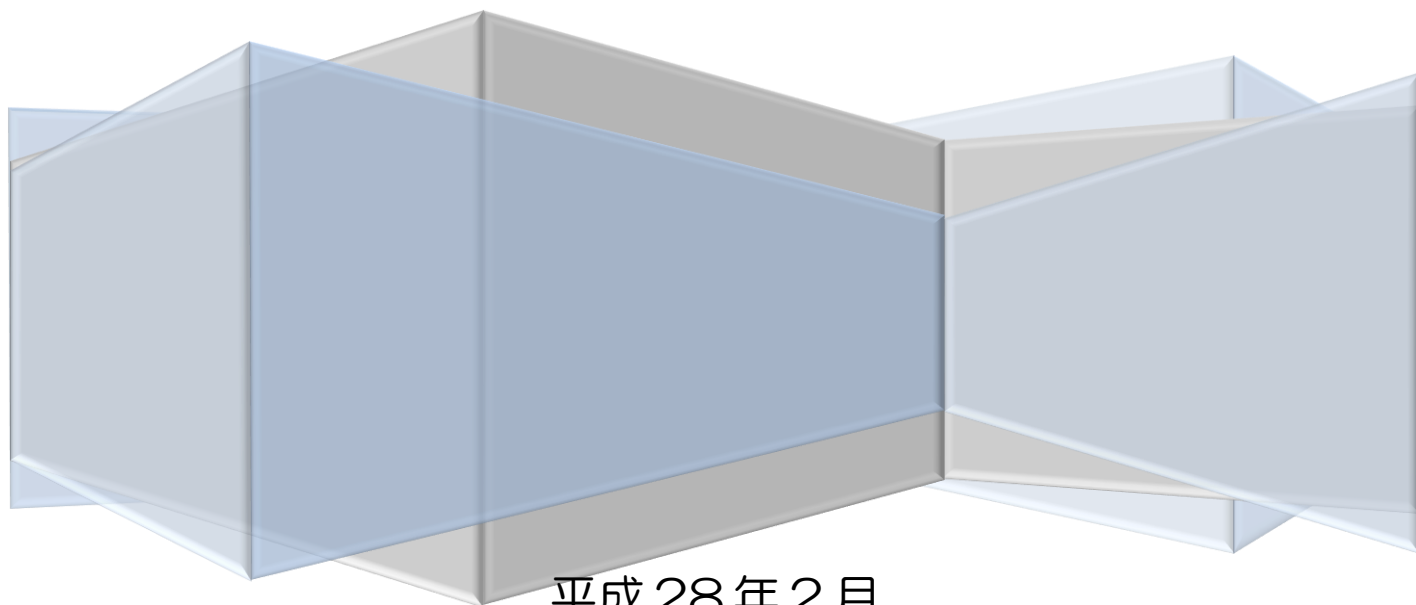


千葉市中長期的な 高齢者施策の指針

【平成28年度～平成37年度】



平成28年2月



はじめに

～2025 年問題に備えるための千葉市としての対策を講じる指針です～

2025 年には団塊の世代（1947 年～49 年生まれ）が 75 歳以上となり、千葉市では約 3 人に 1 人が 65 歳以上、また、約 5 人に 1 人が 75 歳以上という超高齢社会が到来します。これまで支える側であった団塊の世代が、医療・介護のリスクが高い後期高齢者となり、給付を受ける側に回ると、現在の医療・介護の提供体制では、施設や在宅で必要となるサービスを十分に提供できなくなることが予想されます。そのため、千葉市では高齢者が住みなれた地域で、できる限り自立して暮らしていけるよう、医療・介護にとどまらず、生活全般を支える強固な地域包括ケアシステムの構築を最重要課題の一つとしています。

また、後期高齢者の増加に伴う医療・介護給付の増加は、国や市の財政だけでなく、高齢者本人の保険料などの負担増にもつながります。さらに、高齢世代だけでなく、現役世代の負担も重くなることから、自助による健康づくりや介護予防、互助による生活支援体制の確立などの社会保障費の抑制策に、社会全体の問題として取り組むことが求められます。

このような大きな課題に対して、効果的な対策を着実に講じていくためには、中長期的な視点に立ち、様々な施策を総合的に実施していく必要があることから、本指針を策定しました。本指針では、増加する高齢者の生活を支えるとともに、社会保障制度を持続可能なものとするため、個別の課題ごとに必要な対応策を、具体的なスケジュールとともに定めています。

この指針の策定は、法律や国の方針に直接基づくものではなく、千葉市独自の取り組みです。今後、高齢者が心豊かに暮らせる長寿社会の実現するには、市民の皆様、関係機関の皆様の協力が必要不可欠です。皆様との綿密な連携・協働のもと、年齢を重ねても誰もが安心して暮らしていける千葉市を目指し、スピード感を持って、課題に取り組んでまいります。

おわりに、指針の策定にあたり、貴重なご意見をいただきました千葉市社会福祉審議会高齢者福祉・介護保険専門分科会委員の皆様をはじめ、関係各位に厚く御礼申し上げます。

平成 28 年 2 月

千葉市長 熊谷 俊人

【目次】

第1章 指針策定にあたって

- 1 指針策定の背景と趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 関連する計画との関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2章 高齢者を取り巻く状況

- 1 高齢者人口等の推移
 - (1) 高齢者人口・高齢化率の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
 - (2) ひとり暮らし高齢者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
 - (3) 高齢者のみ世帯の高齢者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
 - (4) 認知症高齢者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - (5) 平均寿命と健康寿命・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - (6) 本市における老人クラブ数等の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
 - (7) 千葉県シルバー人材センター会員数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 介護保険の状況
 - (1) 要支援・要介護認定者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
 - (2) 介護サービスの利用状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
 - (3) 保険給付費の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 3 第6期介護保険事業計画における介護保険サービス提供の見込み・・・・・・・・ 11
- 4 後期高齢者医療費の推計・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
- 5 主な高齢者関係事業費の推計（市費ベース概算）・・・・・・・・ 17
- 6 市民1万人のまちづくりアンケート（平成26年度）結果・・・・・・ 18

第3章 目標と取組み

- 1 基本理念・基本目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
- 2 取組方針と施策の体系・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- 3 目標と取組み内容

1 地域包括ケアシステムの構築・強化

- (1) 在宅医療・介護連携の推進
 - ① 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の確立・・・・・・・・ 24
 - ② 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置・・・・・・・・ 28

- ③ 市立病院の在宅医療支援及び医療・介護連携・・・・・・・・・・ 3 2
- ④ 多職種連携体制の確立・・・・・・・・・・ 3 5
- ⑤ I C Tを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムの構築・・・・・・・・ 3 7

(2) 認知症施策の推進

認知症及び認知症予備群の早期発見・ケアの仕組みの確立・・・・・・・・ 3 9

(3) 生活支援サービスの充実・強化

- ① 生活支援コーディネーター及び協議体の設置・・・・・・・・・・ 4 3
- ② 元気な高齢者の社会参加の促進・・・・・・・・・・ 4 6
- ③ 千葉市社会福祉協議会の体制・能力の強化・・・・・・・・・・ 5 0

(4) あんしんケアセンターの機能強化・・・・・・・・・・ 5 3

2 健康寿命の延伸

健康増進・介護予防の充実・強化

- ① 健康づくりの推進・・・・・・・・・・ 5 7
- ② 高齢者の介護予防の推進・・・・・・・・・・ 6 0
- ③ 生涯現役社会の構築・・・・・・・・・・ 6 3

3 介護基盤の整備

- (1) 介護保険施設等の適正な整備の実施・・・・・・・・・・ 6 6
- (2) 介護人材の確保・定着の促進・・・・・・・・・・ 7 1
- (3) 看護人材の確保・定着の促進・・・・・・・・・・ 7 4

4 介護保険サービスの提供

- (1) 介護保険サービスの提供見込み・・・・・・・・・・ 7 7
- (2) 介護認定体制等の見直し及び I C Tの利活用・・・・・・・・ 8 0
- (3) 介護ロボットなどの新技術の導入・・・・・・・・・・ 8 2

第4章 指針の実現に向けて・・・・・・・・・・ 8 4

○付属資料

用語解説・・・・・・・・・・ 8 5

第1章 指針策定にあたって

1 指針策定の背景と趣旨

わが国では、少子超高齢社会が急速に進行しており、平成37年（2025年）には団塊の世代がすべて75歳を迎えるなど、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、さらには認知症高齢者の一層の増加が予想されているところです。

この状況は、千葉市においても同様であり、高齢化が急速に進展する中で、生産年齢人口（15歳－64歳）が減少し続け、平成37年には高齢化率が29.7%となり、75歳以上の高齢者の割合も18.3%と急増するとともに、ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者は平成26年度の1.6～1.7倍に増加すると見込まれております。高齢者にかかる給付や事業費の大幅な増加は、市財政への負担増だけでなく、介護保険料の値上げなど高齢者自身の負担増にもつながります。

国においては、「前例のない高齢社会」に対応するため、社会保障・税一体改革により、社会保障の充実と安定化及び財政健全化目標を達成することとしております。その中で、『必要な時に、必要な医療・介護サービスを受けられる社会へ』をスローガンに掲げ、平成27年4月から施行された介護保険制度の改正では、可能な限り住み慣れた地域で高齢者が自立した生活が送れるよう、その人の状態に応じて、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスを切れ目なく提供する『「地域包括ケアシステム」の構築の推進』が示されています。

千葉市においても、限りある資源・財源の中で、高齢者が周囲の支えにより自立し、できる限り元気で、生きがい・尊厳のある暮らしを提供できるような体制づくりを進めるとともに、国の政策に基づき、既存の高齢者施策のあり方について再検討を行いつつ、今後、団塊の世代がすべて75歳以上となる平成37年を見据え、中長期的な視点で、本市が推進すべき超高齢社会対策の指針を策定することとします。

2 基本的な考え方

超高齢社会を迎えるにあたって、高齢者自身や家族の経済的・身体的・精神的な負担問題、介護事業者の確保、さらには国や地方公共団体の財政問題など、様々な課題が考えられます。このような中、高齢者の医療費や介護給付費の大幅な増加や医療・介護資源不足に対応するためには、まず第一に、高齢者一人一人ができるだけ長く健康に過ごしていただくことが重要です。また、支援や介護が必要になった場合に、出来るだけ早い時期に、社会資源を有効活用し、地域社会全体で効率的な支援を提供できるシステムをつくる必要があるため、

○地域包括ケアシステムの構築・強化に向け、

- ・介護、医療、予防、地域福祉など各施策間の連携体制の基盤を整備します。
- ・限りある人材・資源・財源で最大の効果を発揮するため、生活支援サービスの提供体制を構築し、その担い手として元気な高齢者の活躍の場をひろげるなど、互助の意識づけを図ります。

○健康寿命の延伸に向け、

- ・高齢期を元気で過ごすための健康管理、健康づくりへの支援の充実・強化を図ります。
- ・生涯現役の実現を目指し、高齢者の意欲と能力を生かし、生きがいづくりを図るため、社会参加の機会の確保を推進します。

○介護基盤の強化に向け、

- ・必要なサービスを提供できるよう、施設の整備や人材の確保など、様々な視点から介護基盤の整備を図ります。

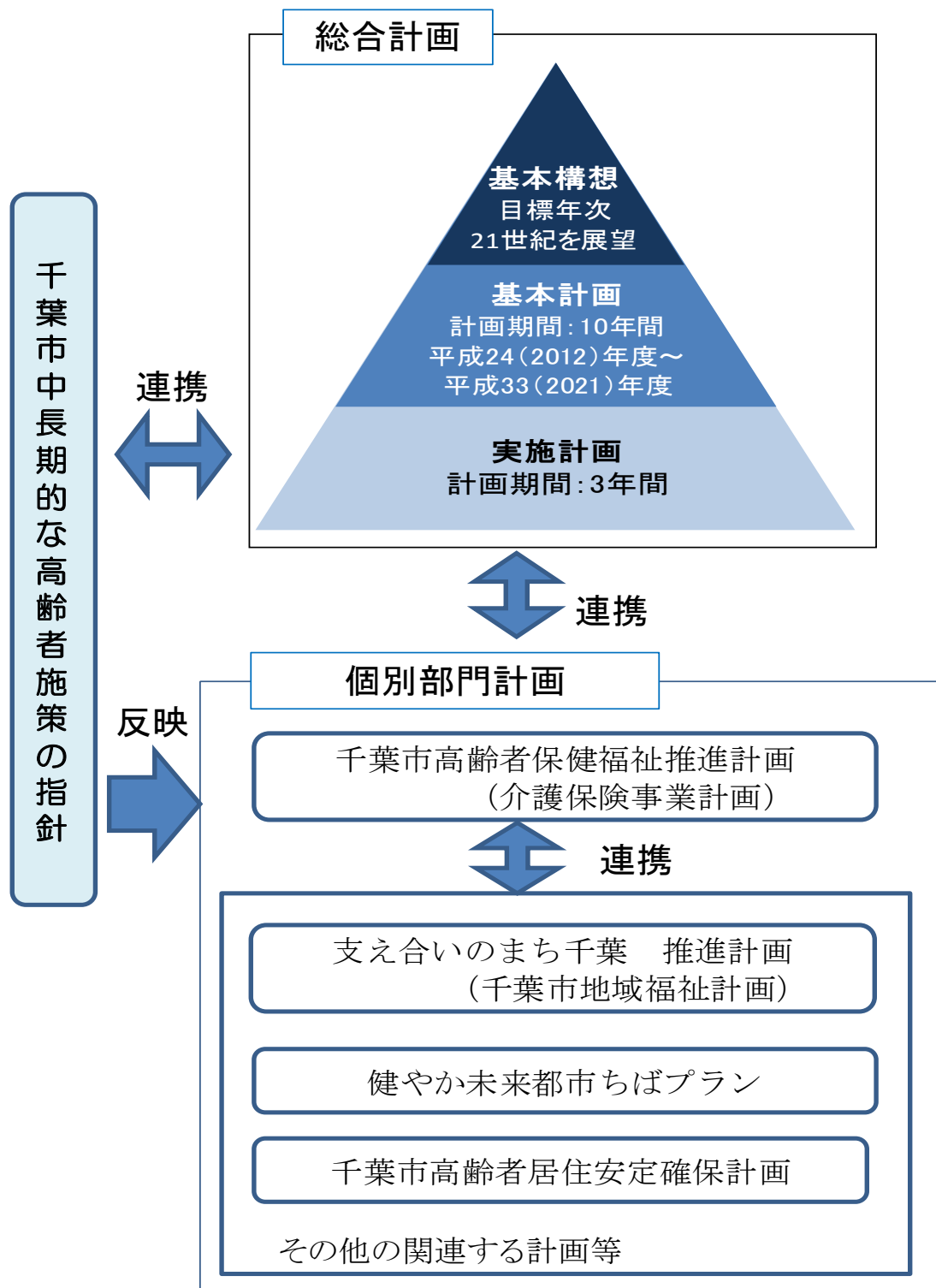
○介護保険制度の持続可能性の確保に向け、

- ・介護保険事業の評価を実施し、介護サービス提供の効果検証を行います。
- ・増加する介護認定調査・審査に対応できる体制を構築するとともに、ケアプランの最適化や給付の適正化を効果的かつ効率的に進める手法を検討・実施します。
あわせて I C T の利活用を図ります。
- ・介護ロボットなどの新技術の導入により、介護職員の負担軽減と人材不足解消を図ります。

以上、4つの観点から平成37年度の千葉市の超高齢社会への体制づくりを進めます。

3 関連する計画との関係

この指針は、平成 37 年度を見据えて策定するものであり、3 年ごとに策定される高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）をはじめ、関連する個別計画の『上位方針』として位置付けられます。この指針の内容を踏まえ、関連する個別計画において、より具体的な施策を展開する必要があります。



第2章 高齢者を取り巻く状況

1 高齢者人口等の推移

(1) 高齢者人口・高齢化率の推移

本市の総人口は、平成26年度末現在で96万3千人、そのうち65歳以上の高齢者人口は23万人、高齢化率は23.9%となっています。

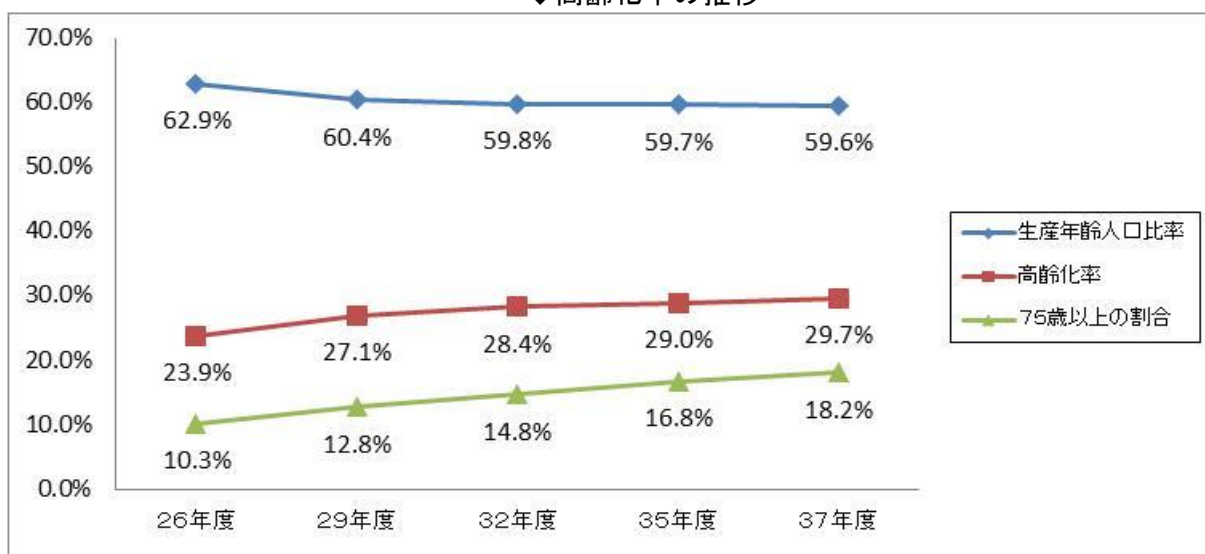
将来推計では、団塊の世代がすべて75歳以上となる平成37年には、65歳以上の高齢者人口は28万6千人、高齢化率は29.7%まで上昇することが見込まれています。

◆高齢者人口の推移



資料：平成26年度は千葉市住民基本台帳人口（3月末）に基づく数値
平成29年度以降は千葉市将来推計人口に基づく数値

◆高齢化率の推移



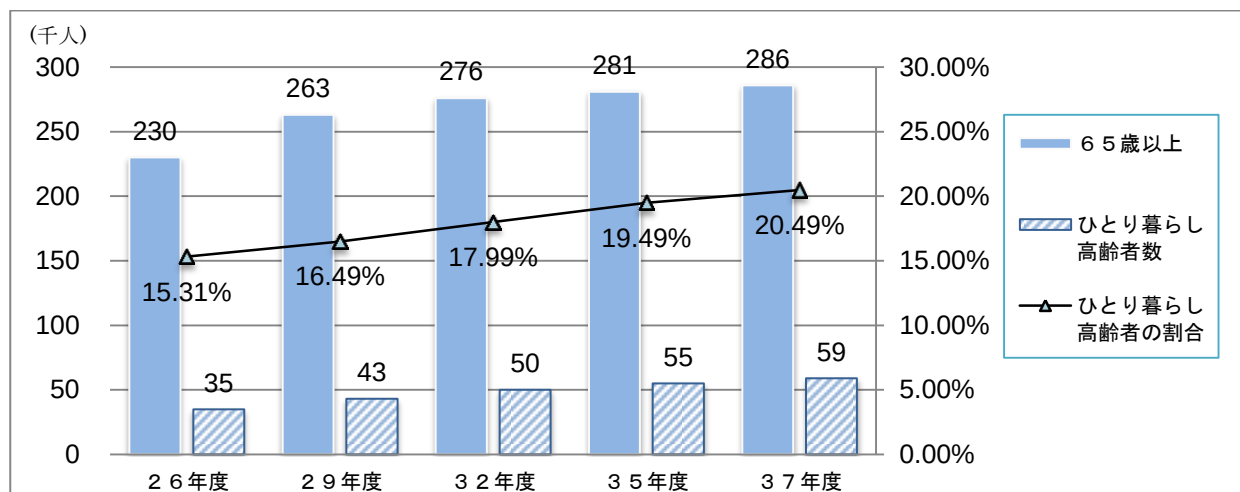
資料：平成26年度は千葉市住民基本台帳人口（3月末）に基づく数値
平成29年度以降は千葉市将来推計人口に基づく数値

（２）ひとり暮らし高齢者数の推移

本市のひとり暮らし高齢者は、平成 27 年 6 月末現在で 3 万 6 千人、高齢者に占めるひとり暮らし高齢者の割合は 15.5%となっています。

将来推計では、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる平成 37 年には、ひとり暮らし高齢者は 5 万 9 千人、ひとり暮らし高齢者割合は 20.5%まで上昇することが見込まれています。

◆ひとり暮らし高齢者数の推移



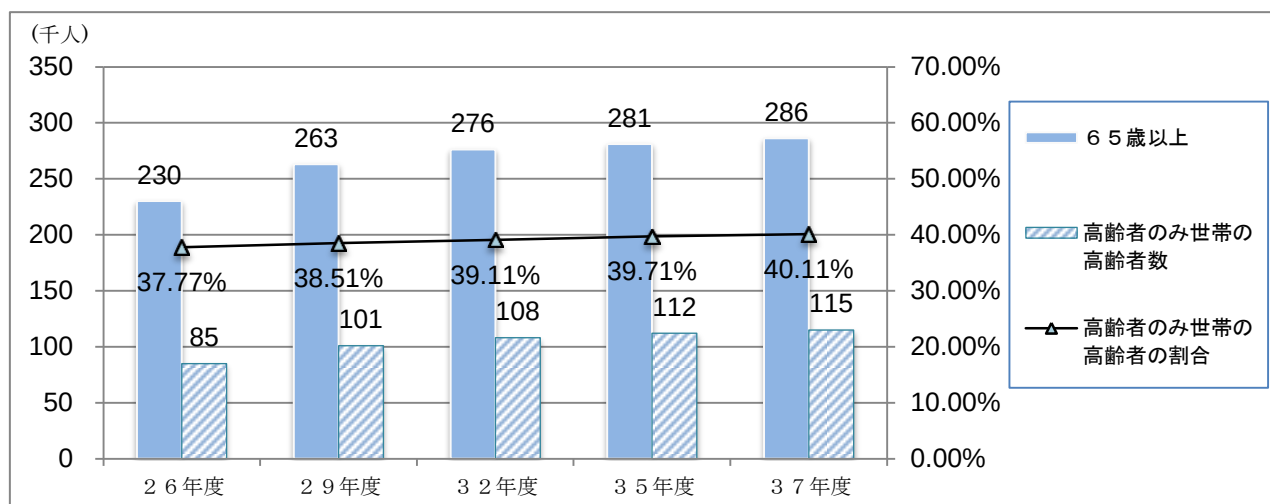
資料：平成 26 年度は高齢者実態調査に基づく数値
平成 29 年度以降は推計に基づく数値

（３）高齢者のみ世帯の高齢者数の推移

本市の高齢者のみ世帯の高齢者は、平成 27 年 6 月末現在で 8 万 9 千人、高齢者に占める高齢者のみ世帯の高齢者の割合は 38.1%となっています。

将来推計では、平成 37 年には、高齢者のみ世帯の高齢者は 11 万 5 千人、高齢者に占める高齢者のみ世帯の高齢者の割合は 40.1%まで上昇することが見込まれています。

◆高齢者のみ世帯の高齢者数の推移

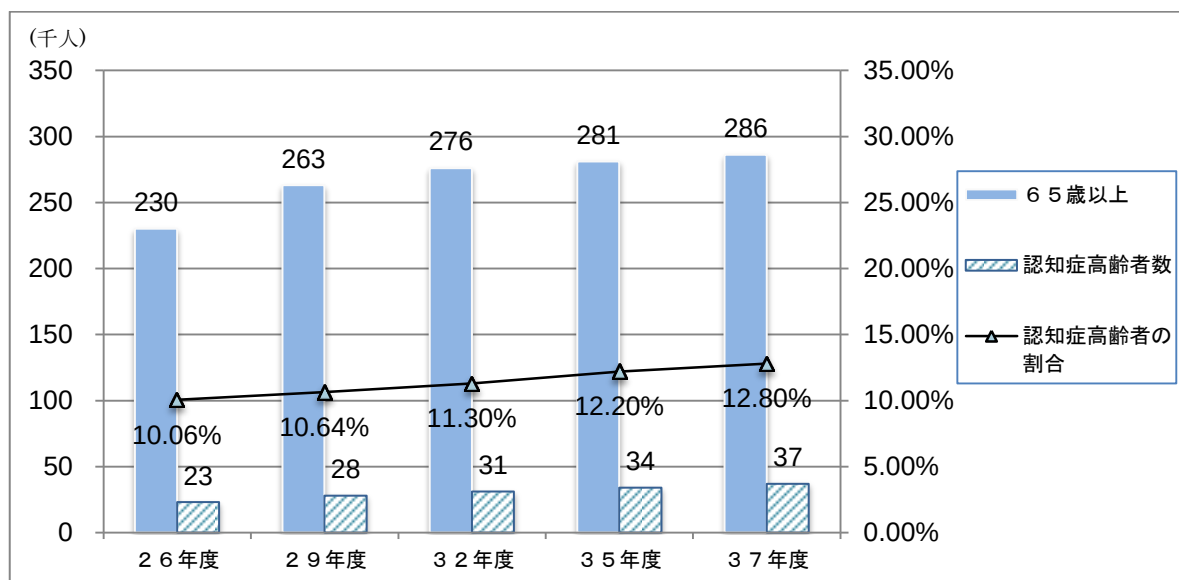


資料：平成 26 年度は高齢者実態調査に基づく数値
平成 29 年度以降は推計に基づく数値

(4) 認知症高齢者数の推移

本市の認知症高齢者（「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者）は、平成 27 年 9 月末現在で 2 万 4 千人と推計されています。団塊の世代がすべて 75 歳以上となる平成 37 年には、認知症高齢者は 3 万 7 千人まで増加することが見込まれています。

◆認知症高齢者数の推移



注 1：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。（H24.8 厚生労働省推計より）

注 2：認知症高齢者数は厚生労働省推計の認知症出現率に本市の高齢者人口を乗じて算出

(5) 平均寿命と健康寿命

平均寿命・健康寿命は男女とも延伸しておりますが、平成 17 年から平成 22 年にかけて、平均寿命の増加年数を上回っており、『不健康な期間』が拡大しています。

	男 性		女 性	
	平成 17 年	平成 22 年	平成 17 年	平成 22 年
平均寿命	79.29 歳	80.06 歳	85.73 歳	86.70 歳
健康寿命	78.01 歳	78.61 歳	82.86 歳	83.36 歳
不健康な期間	1.28 歳	1.45 歳	2.87 歳	3.34 歳

出典：平成 25 年 9 月策定「健やか未来都市ちばプラン」

（６）本市における老人クラブ数等の推移

本市における老人クラブの会員数は、60 歳以上の高齢者の増加に反し、減少傾向にあります。

	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
クラブ数（団体）	329	316	309	301	287
会員数（人）	16,707	15,767	15,379	15,083	14,793
60 歳以上人口（人）	268,561	274,526	280,191	284,650	288,882
組織率（％）	6.2	5.7	5.5	5.3	5.1

注：各年度 3 月末現在

（７）千葉市シルバー人材センター会員数の推移

本市におけるシルバー人材センターの会員数は、60 歳以上の高齢者の増加に反し、減少傾向にあります。

	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
会員数（人）	3,277	3,026	2,967	2,795	2,788

注：各年度 3 月末現在

2 介護保険の現状

(1) 要支援・要介護認定者数の推移

本市の第1号被保険者数は、平成27年9月末現在232,961人、そのうち要支援・要介護認定者数は36,801人、認定率は15.36%となっています。認定率は平成24年度までは約14%前後で安定的に推移していましたが、高齢化の急速な進展に伴い、平成25年度以降は14%台後半で推移し、平成27年度は15%台となっています。

要介護度別にみると、要支援1・2、要介護1といった軽度者の構成比は48.9%と認定者数の約半数を占めています

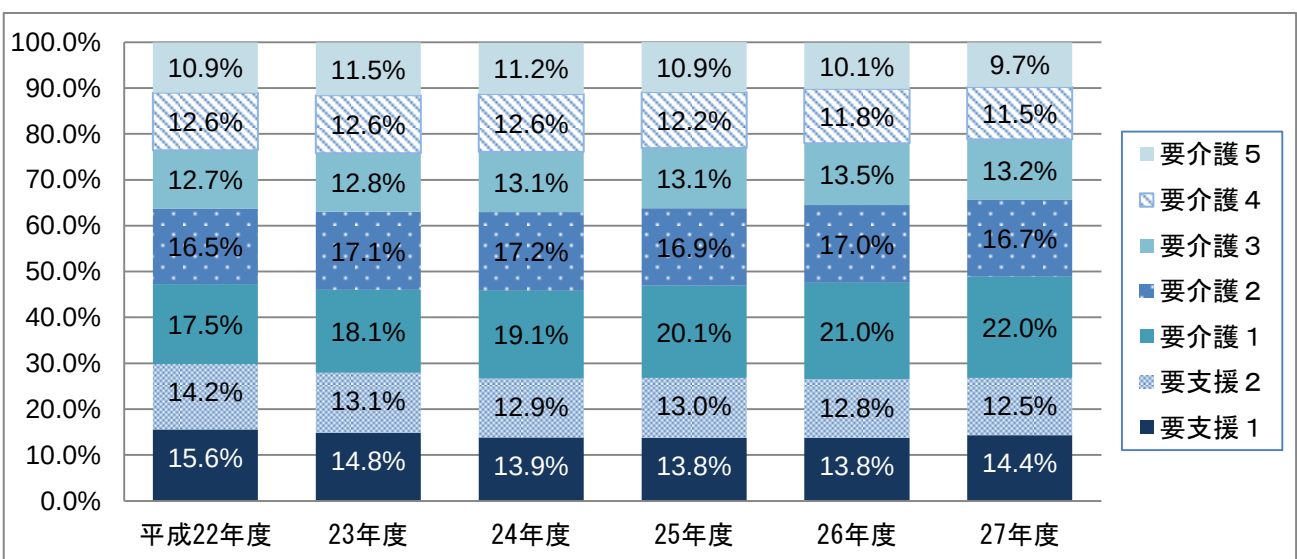
◆要支援・要介護認定者数・認定率の推移

単位：人

	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度
第1号被保険者数	190,572	195,426	205,736	215,772	225,171	232,961
要支援・要介護認定者数	27,908	28,879	30,015	32,632	34,548	36,801
第1号被保険者	26,868	27,843	29,011	31,592	33,554	35,776
第2号被保険者	1,040	1,036	1,004	1,040	994	1,025
認定率(第1号被保険者)	14.10%	14.25%	14.10%	14.64%	14.90%	15.36%
要支援・要介護認定者数	27,908	28,879	30,015	32,632	34,548	36,801
要支援1	4,369	4,277	4,158	4,513	4,761	5,283
要支援2	3,971	3,789	3,870	4,251	4,412	4,602
要介護1	4,876	5,224	5,729	6,556	7,258	8,112
要介護2	4,598	4,923	5,154	5,493	5,863	6,160
要介護3	3,534	3,685	3,932	4,279	4,660	4,839
要介護4	3,513	3,646	3,795	3,978	4,081	4,237
要介護5	3,047	3,335	3,377	3,562	3,513	3,567

注：各年度9月末現在

◆要介護度別認定者割合の推移



注：各年度9月末現在

(2) 介護サービスの利用状況

本市における平成 26 年度の介護サービスの利用者数は 30,048 人で、平成 22 年度と比較して約 7 千人増加しています。また、認定者のうち、約 86%が実際に居宅サービスなどの介護サービスを利用しています。

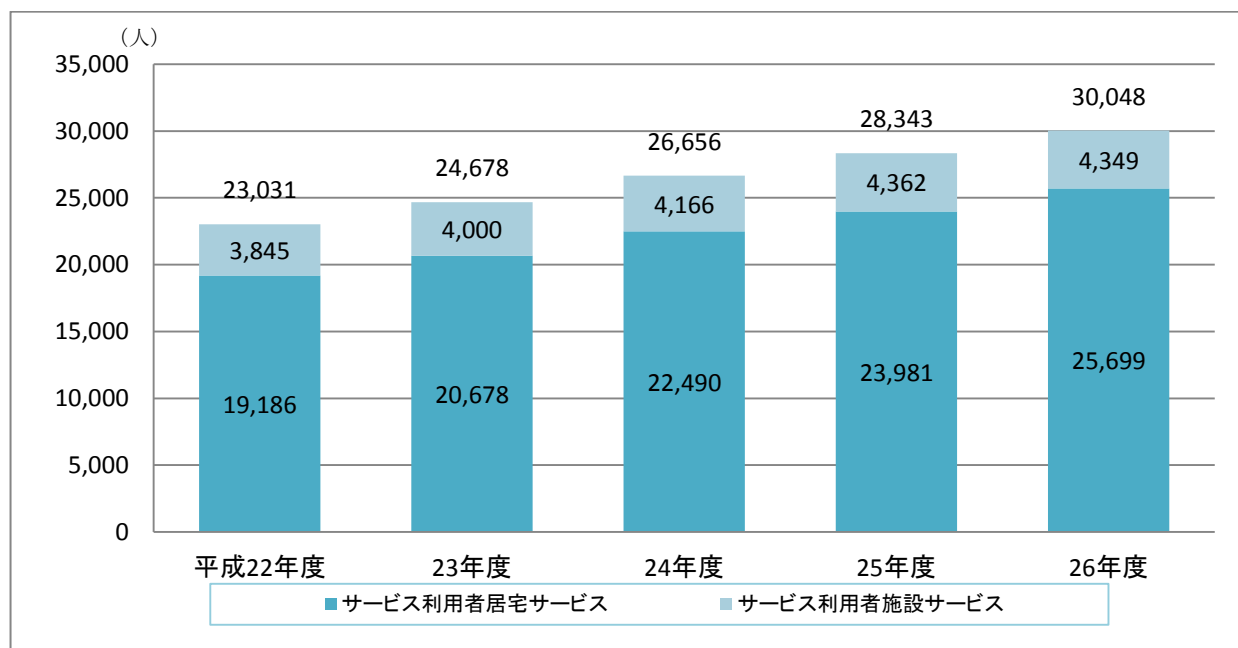
◆介護サービス利用者数の推移

単位：人

	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	対 前年比
サービス利用者数	23,031	24,678	26,656	28,343	30,048	1.06 倍
居宅サービス	19,186	20,678	22,490	23,981	25,699	1.07 倍
施設サービス	3,845	4,000	4,166	4,362	4,349	1.00 倍
介護老人福祉施設	2,119	2,225	2,407	2,541	2,527	0.99 倍
介護老人保健施設	1,549	1,590	1,580	1,703	1,712	1.01 倍
介護療養型医療施設	177	185	179	118	110	0.93 倍
居宅サービス:施設サービス	83 : 17	84 : 16	84 : 16	85 : 15	86 : 14	—

資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

◆居宅サービス利用者数、施設サービス利用者数の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

(3) 保険給付費の推移

本市における平成 26 年度の保険給付費は約 523 億円で、平成 22 年度と比較して約 1.3 倍となっています。また、平成 26 年度の地域支援事業費は約 12 億 7 千万円で、平成 22 年度と比較して約 1.5 倍となっています。

◆保険給付費及び地域支援事業費の推移

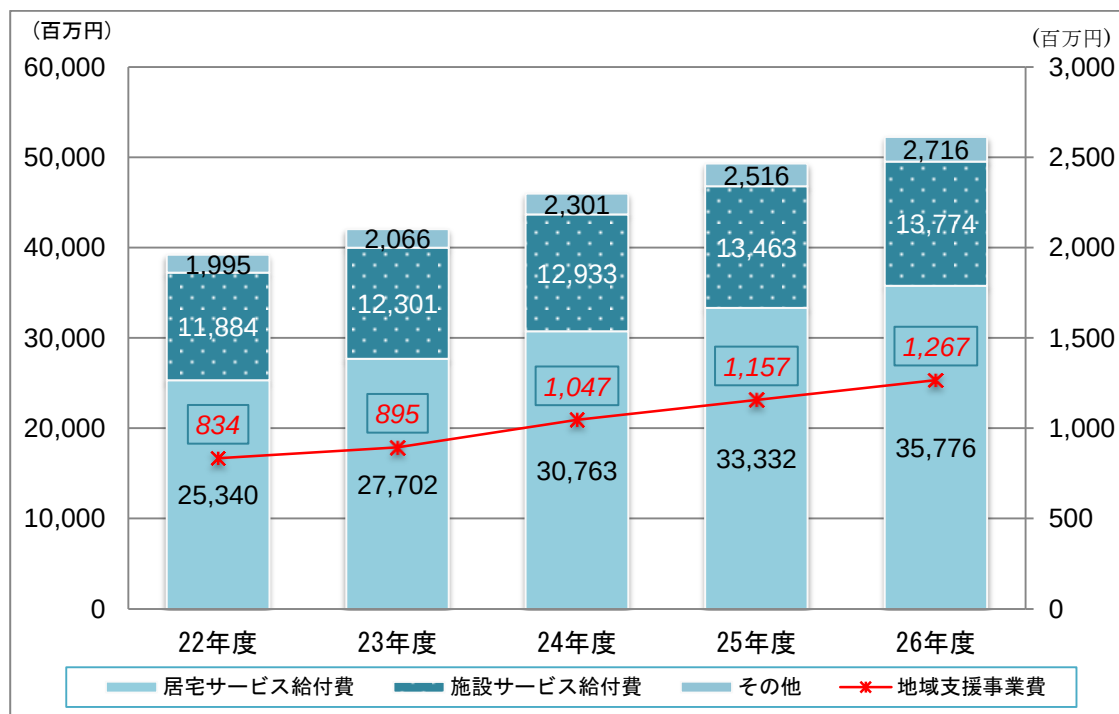
単位：百万円

	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	対 前年比
保険給付費	39,219	42,069	45,997	49,311	52,266	1.06 倍
居宅サービス	25,340	27,702	30,763	33,332	35,776	1.07 倍
施設サービス	11,884	12,301	12,933	13,463	13,774	1.02 倍
その他	1,995	2,066	2,301	2,516	2,716	1.08 倍
地域支援事業費	834	895	1,047	1,157	1,267	1.10 倍

注：「その他」は、高額介護サービス費等、特定入所者介護サービス費等、高額医療合算介護サービス費等、審査支払手数料の合計額

資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

◆保険給付費及び地域支援事業費の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

3 第6期介護保険事業計画における介護保険サービス提供の見込み

ア 被保険者数、要支援・要介護認定者数及びサービス利用者数の見込み

被保険者数、要支援・要介護認定者数及びサービス利用者数の見込みは、本市の人口推計や、第5期における要支援・要介護認定者数の実績を基に、図表1-1、図表1-2、図表1-3のとおり推計しました。

これまで、全国や千葉県平均よりも低く推移してきた本市の高齢化も、今後、急速に進展すると見込まれ、要支援・要介護認定者数やサービス利用者数も、大幅に増加すると見込まれています。

図表1-1 被保険者数の見込み

単位：人

項 目		期・年度	第5期	第6期	第7期	第9期
			平成26年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
被保険者数	第1号被保険者		225,171	263,149	276,164	285,464
		65～74歳	130,164	138,993	132,450	110,075
		75歳以上	95,007	124,156	143,714	175,389
	第2号被保険者 40～64歳		334,012	338,619	342,229	342,994
	合 計		559,183	601,768	618,393	628,458

注1：各年度9月末時点

注2：平成26年度は実績値、29年度以降は推計値

図表1-2 要支援・要介護認定者数の見込み

(I) 要支援・要介護認定者総数

単位：人

項 目		期・年度	第5期	第6期	第7期	第9期
			平成26年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
第1号被保険者			225,171	263,149	276,164	285,464
認定者数合計 (第2号被保険者含む)			34,548	44,665	53,478	66,404
認定者数 (第1号被保険者)			33,554	43,785	52,573	65,496
認定率 (第1号被保険者)			14.90%	16.64%	19.04%	22.94%

注1：各年度9月末時点

注2：平成26年度は実績値、29年度以降は推計値

注3：認定率（第1号被保険者）＝認定者数（第1号被保険者）÷第1号被保険者数

(Ⅱ) 要支援・要介護度別認定者数

単位：人

項 目	期・年度	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 9 期
		平成 26 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
要支援・要介護認定者数 (第 2 号被保険者含む)		34,548	44,665	53,478	66,404
要支援 1		4,761	5,987	6,969	8,111
要支援 2		4,412	5,315	6,069	7,387
要介護 1		7,258	10,569	13,248	16,578
要介護 2		5,863	7,824	9,563	12,217
要介護 3		4,660	6,558	7,983	9,927
要介護 4		4,081	4,874	5,712	7,354
要介護 5		3,513	3,538	3,934	4,830

注 1：各年度 9 月末時点

注 2：平成 26 年度は実績値、29 年度以降は推計値

図表 1-3 サービス利用者数の見込み

単位：人

項 目	期・年度	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 9 期
		平成 26 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
要支援・要介護認定者数 (第 2 号被保険者含む) A		34,548	44,665	53,478	66,404
施設・居住系サービス利用者数 B=C+D		7,519	8,561	9,055	11,969
施設サービス利用者数 C		4,361	4,997	5,351	7,014
介護老人福祉施設		2,543	3,110	3,410	4,455
介護老人保健施設		1,704	1,773	1,827	2,445
うち介護療養転換分		0	0	0	0
介護療養型医療施設		114	114	114	114
居住系サービス D		3,158	3,564	3,704	4,955
認知症対応型共同生活介護		1,477	1,627	1,663	2,225
特定施設入居者生活介護		1,604	1,794	1,874	2,507
地域密着型特定施設入居者生活介護		10	56	66	91
地域密着型介護老人福祉施設		67	87	101	132
居宅サービス利用者数 (居住系サービス利用者数 D を除く) E		22,088	27,746	34,642	47,535
居宅サービス利用者数 (居住系サービス利用者数 D を含む) F		25,246	31,310	38,346	52,490
サービス利用者数合計 G=C+F		29,607	36,307	43,697	59,504

注：平成 26 年度は実績見込み値、平成 29 年度以降は推計値

イ サービス種類ごとの利用者数及びサービス量の見込み

サービス種類ごとの利用者数及びサービス量の見込みは、平成 28 年度より段階的に現行の予防給付が保険給付事業から地域支援事業として、新しい介護予防・日常生活支援総合事業へ移行を開始することを踏まえ、第 5 期計画期間の要支援・要介護認定者数や給付実績などから推計しました。

また、地域包括ケアシステムを推進する観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスの導入促進することを前提として推計しました。

図表 1-4 居宅サービス（予防給付対象サービス）の見込み

期・年度			第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 9 期
サービス種類・単位			平成 26 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
(1) 介護予防サービス	①介護予防訪問介護	人	2,654	0	0	0
	②介護予防 訪問入浴介護	人	2	2	2	2
		回	60	164	280	318
	③介護予防訪問看護	人	171	271	343	409
		回	15,528	27,100	38,347	53,798
	④介護予防訪問 リハビリテーション	人	26	40	51	61
		日	2,724	4,140	5,238	6,284
	⑤介護予防 居宅療養管理指導	人	243	354	441	535
	⑥介護予防通所介護	人	2,351	0	0	0
	⑦介護予防通所 リハビリテーション	人	537	830	1,052	1,256
	⑧介護予防 短期入所生活介護	人	37	46	54	65
		日	2,616	3,913	5,335	7,997
	⑨介護予防 短期入所療養介護	人	7	16	20	24
		日	468	1,658	2,843	4,937
	⑩介護予防特定施設入居者生活介護	人	200	222	232	310
⑪介護予防 福祉用具貸与	人	1,419	1,998	2,433	2,935	
⑫介護予防 特定福祉用具販売	人	66	90	113	137	
⑬介護予防住宅改修	人	70	91	110	133	
(2) 地域密着型 介護予防サービス	①介護予防認知症 対応型通所介護	人	0	0	0	0
		回	0	0	0	0
	②介護予防小規模 多機能型居宅介護	人	19	29	33	44
	③介護予防認知症 対応型共同生活介護	人	3	3	3	4
(3) 介護予防支援		人	5,267	2,832	2,917	3,066

注 1 : 「回」「日」は年間延べ利用回数（日数）、「人」は 1 月あたり人数

注 2 : 訪問介護の 1 回は 1 時間程度

注 3 : 平成 26 年度は実績見込み値、29 年度以降は計画値

居宅サービス（介護給付対象サービス）の見込み

サービス種類・単位			期・年度	第 5 期	第 6 期	第 7 期	第 9 期
				平成 26 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
(1) 居宅サービス	①訪問介護	人		6,500	9,376	12,523	15,770
		回		1,867,308	2,477,777	3,243,187	3,912,745
	②訪問入浴介護	人		673	766	796	849
		回		43,152	53,602	60,581	73,558
	③訪問看護	人		2,190	3,391	4,598	5,606
		回		252,564	461,812	727,086	1,098,371
	④訪問 リハビリテーション	人		325	550	729	885
		回		44,448	77,138	103,918	132,732
	⑤居宅療養管理指導	人		4,924	7,214	9,403	11,663
	⑥通所介護	人		7,180	4,393	5,929	7,475
		回		839,892	522,098	716,209	921,694
	⑦通所 リハビリテーション	人		2,492	3,362	4,123	5,129
		回		235,428	317,929	389,512	487,177
	⑧短期入所 生活介護	人		1,721	2,219	2,870	3,649
		日		288,012	388,831	526,733	727,789
	⑨短期入所 療養介護	人		276	324	369	436
		日		24,264	38,926	55,463	86,530
	⑩特定施設入居者生活介護	人		1,404	1,572	1,642	2,197
(2) 地域密着型サービス	⑪福祉用具貸与	人		8,930	13,465	18,038	22,532
	⑫特定福祉用具販売	人		204	259	317	391
	⑬住宅改修	人		136	181	217	268
	①夜間対応型 訪問介護	人		0	0	0	0
	②認知症対応型 通所介護	人		114	138	164	219
		回		12,672	15,820	19,009	26,059
	③小規模多機能型居宅介護	人		147	224	256	343
	④認知症対応型 共同生活介護	人		1,474	1,624	1,660	2,221
	⑤地域密着型特定施設入居者 生活介護	人		10	56	66	91
	⑥地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護	人		67	87	101	132
(3) 居宅介護支援	⑦定期巡回・随時対応型訪問介 護看護	人		64	423	504	675
	⑧看護小規模多機能型居宅 介護	人		35	93	111	149
	⑨地域密着型 通所介護	人		—	6,589	8,893	11,213
(3) 居宅介護支援			人	14,775	20,570	26,064	32,623

注 1：「回」「日」は年間延べ利用回数（日数）、「人」は 1 月あたり人数

注 2：訪問介護の 1 回は 1 時間程度

注 3：平成 26 年度は実績見込み値、29 年度以降は計画値

ウ 保険給付費及び地域支援事業費の見込み

第6期計画期間の保険給付費及び地域支援事業費は、第5期計画期間の高齢者人口、要介護認定者数、給付実績、及び第6期施設整備計画などを勘案して推計しました。平成29年度には、保険給付費では約657億円、地域支援事業費では約40億円となる見込みであり、それぞれ平成26年度比で1.19倍、2.95倍となる見込みです。また、平成37年度には、保険給付費では約1,063億円、地域支援事業費では約57億円となる見込みであり、それぞれ平成26年度比で1.92倍、4.18倍となる見込みです。

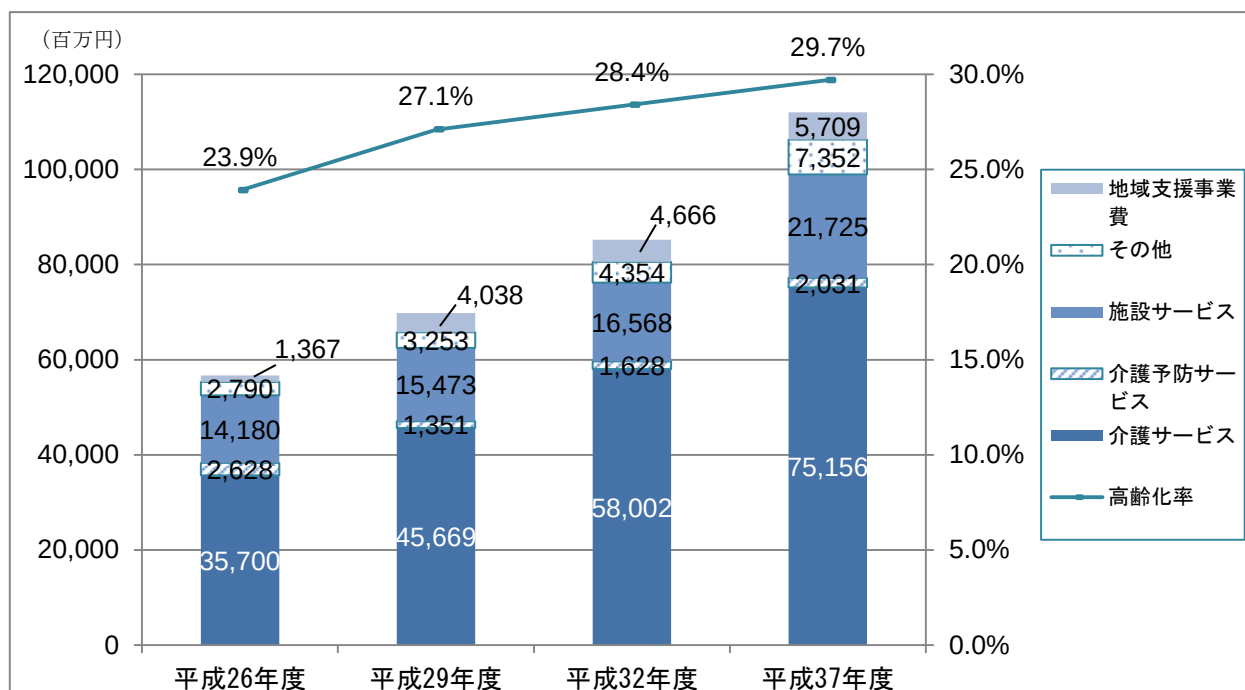
図表1-5 保険給付費及び地域支援事業費の見込み

単位：百万円

項 目	期・年度	第5期	第6期	第7期	第9期
		平成26年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
保険給付費		55,298	65,746	80,552	106,264
居宅サービス		38,328	47,020	59,630	77,187
介護サービス		35,700	45,669	58,002	75,156
介護予防サービス		2,628	1,351	1,628	2,031
施設サービス		14,180	15,473	16,568	21,725
その他		2,790	3,253	4,354	7,352
地域支援事業費		1,367	4,038	4,666	5,709
合 計		56,665	69,784	85,218	111,973

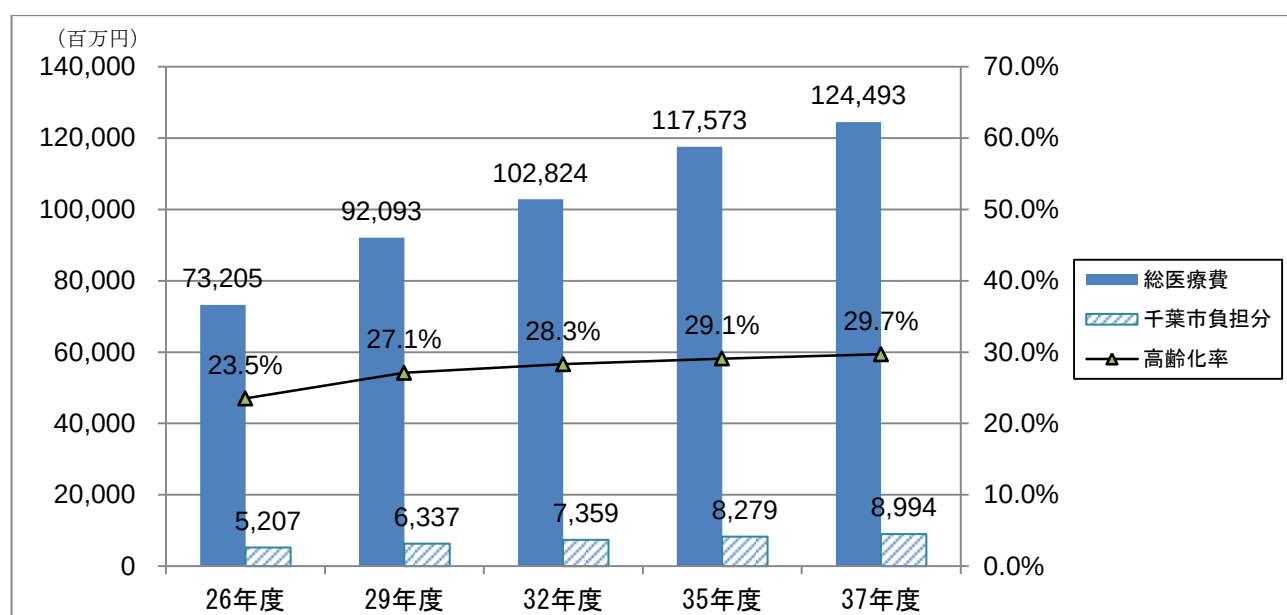
注1：平成26年度は第5期計画値

注2：「その他」は、高額介護サービス費等、特定入所者介護サービス費等、高額医療合算介護サービス費等、審査支払手数料の合計額



4 後期高齢者医療費の推計

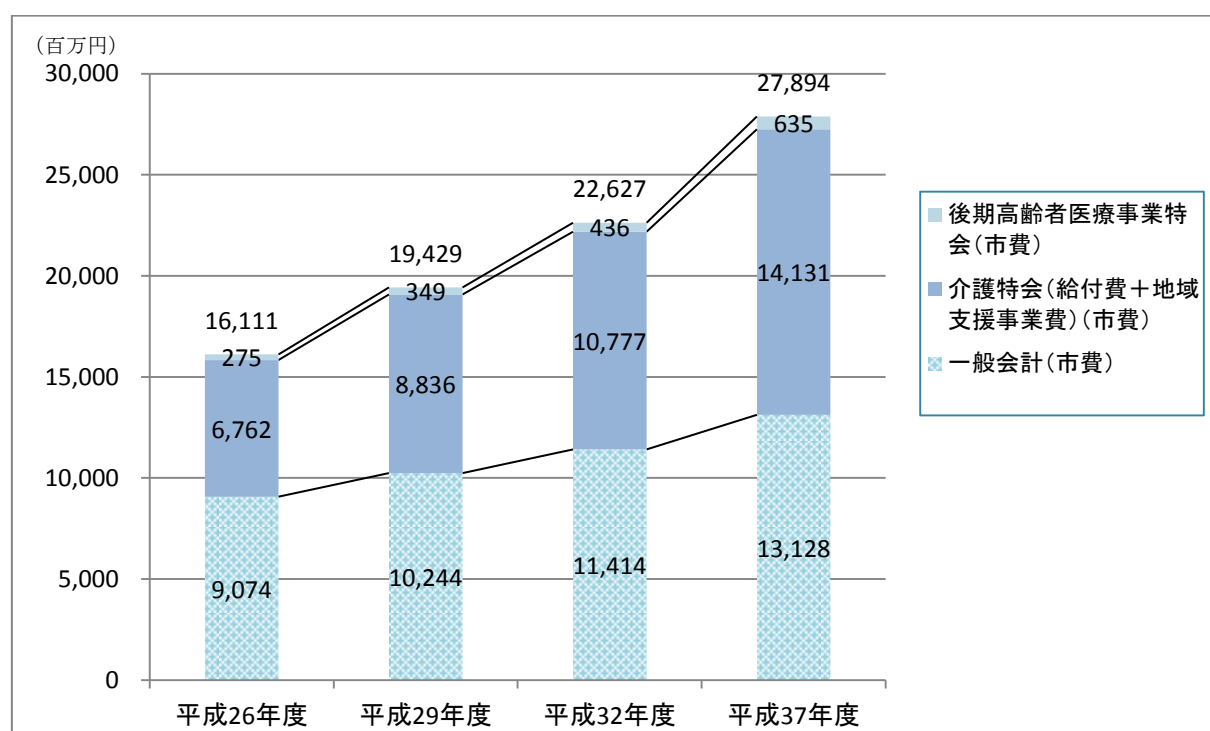
後期高齢者の医療費については、平成 37 年には約 1,245 億円となる見込みであり、平成 26 年度比で約 513 億円増、約 1.7 倍となる見込みです。



注：平成 26 年度は実績値、平成 29 年度以降は推計値

5 主な高齢者関係事業費の推計（市費ベース概算）

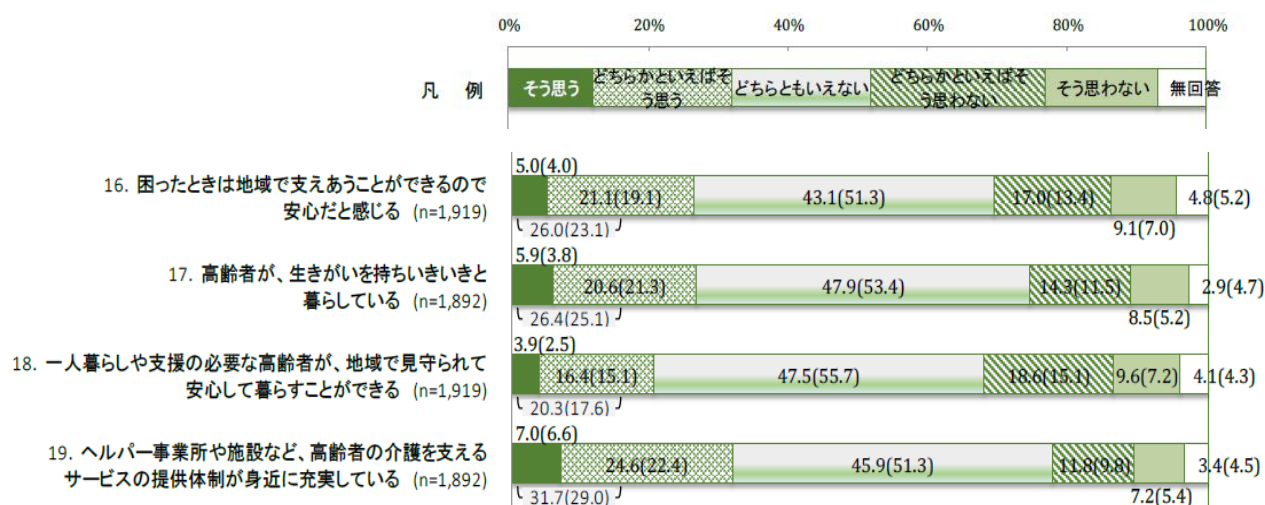
主な高齢者関係事業費については、市費ベースで平成 37 年度には約 279 億円となる見込みであり、平成 26 年度比で約 118 億円増、約 1.7 倍となる見込みです。



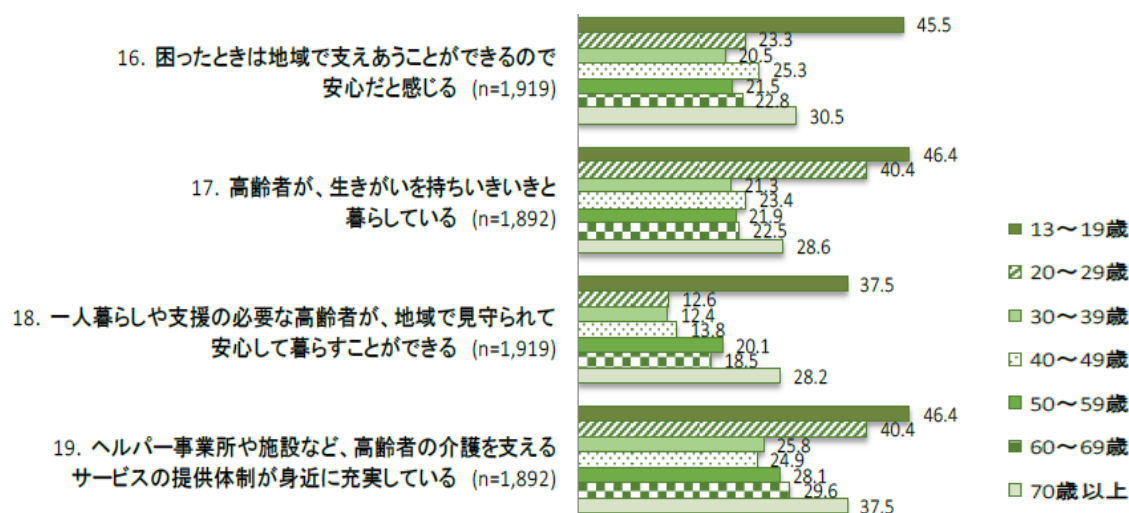
注：平成 26 年度は実績値、平成 29 年度以降は推計値。人件費、事務費及び繰出金は除く。

6 市民1万人のまちづくりアンケート（平成26年度）結果

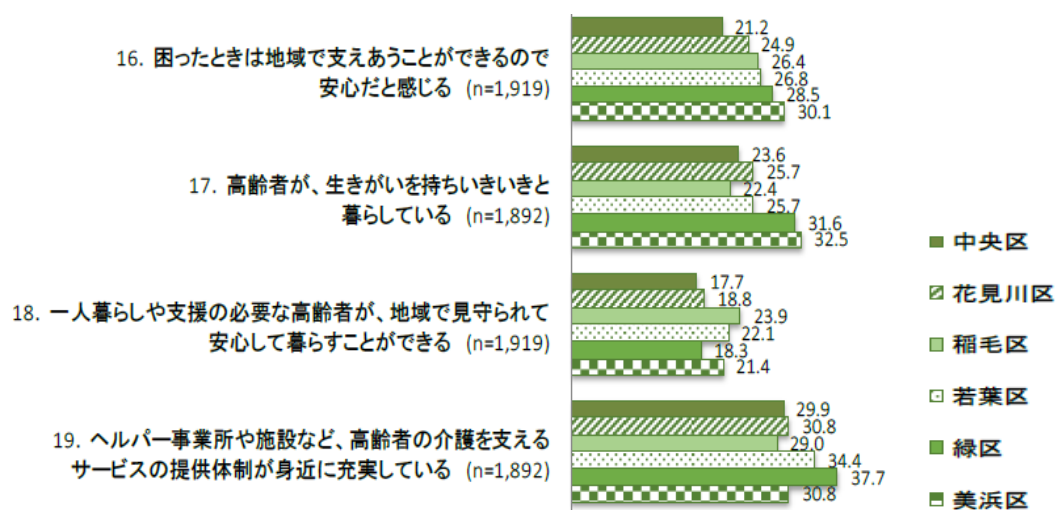
◎生活実感について



※年代別内訳



※区別内訳



第3章 目標と取り組み内容

1 基本理念・基本目標

基本理念

支えあいがやすらぎを生む、あたたかなまちへ

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、引き続き自立した生活が送れるよう、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスを切れ目なく提供できる体制を構築します。

基本目標

高齢者が心豊かに暮らせる長寿社会を創る

高齢者が積極的に社会参加し、生きがいを持って明るくいきいきと充実した生活を送ることができるよう、環境整備を進めるとともに、要支援・要介護状態にならないよう、健康づくり・介護予防を推進するほか、たとえ介護が必要な状態になっても、社会全体で支えあい、心豊かに安心して暮らし続けられる、長生きして良かったと実感できる長寿社会の構築を目指します。

2 取組方針と施策の体系

取組方針

(1) 地域包括ケアシステムの構築・強化に向け、

○ 在宅医療・介護連携の推進

高齢化の進展により、医療ニーズの中心が慢性疾患へ変化することなどから、医療体制の改革が進められており、在宅で医療・介護を必要とする人の増加も見込まれることから、一体的に介護サービスを提供できる体制の構築を図ります。

○ 認知症施策の推進

認知症の人が住み慣れた環境で暮らし続けられるよう、認知症の早期発見・ケアの仕組みの確立を図ります。また、医療従事者及び市民向け研修を充実し、認知症に対する知識の向上を図ります。

○ 生活支援サービスの充実・強化

高齢者の在宅生活を支えるため、多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を図ります。

○ あんしんケアセンターの機能強化

あんしんケアセンター（地域包括支援センター）が今後ますます重要な役割を担うことになることから、地域包括ケアシステムの構築を見据えた機能強化を図ります。

○ 地域包括ケアシステムの構築のための会議体系の見直し

地域包括ケア体制の構築に関連する既存の会議が、効果的かつ効率的に機能するように目的・機能を明確にした上で、それぞれの位置づけを整理します。

(2) 健康寿命の延伸に向け、

○ 健康増進・介護予防の充実・強化

高齢者が、要支援・要介護状態になることをできる限り予防し、健康でいきいきと自立した生活が続けられるよう、健康づくりや介護予防の取組みを充実するとともに、高齢者が意欲を持って積極的に健康づくり・介護予防に取り組むことができるよう支援します。

○ 生涯現役社会の実現

高齢者の社会参加を推進するため、NPO等の地域団体と協働し、社会参加の場の開拓、セミナーの開催、生きがい活動希望者と地域の活動団体とのマッチング等の取組みを実施します。

(3) 介護基盤の強化に向け、

- 介護保険施設等の適正な整備の実施

高齢者の増加に伴う介護保険のサービスの提供を見込み、施設入所等の必要な要介護者の増加するに対応するため、介護保険施設等の適正な必要量を見込み、計画的な整備を行います。

- 介護人材及び看護人材の確保・定着の促進

要介護者への迅速な対応、在宅医療・介護連携の推進に伴う人材の確保・定着の促進として、介護人材及び看護人材の確保・定着を促進するための対策を図ります。

(4) 介護保険制度の持続可能性の確保に向け、

- 介護サービスの提供

介護保険事業の評価を実施し、効果検証を行い、高齢者の負担増の抑制を図ります。

- 介護認定の体制等の見直し及びICTの利活用

増加する介護認定調査・審査に対応できる体制を構築するとともに、ケアプランの最適化や給付の適正化を効果的かつ効率的に進める手法を検討・実施します。

あわせてICTの利活用を図ります。

- 介護ロボットなどの新技術の導入

介護ロボットなどの新技術の導入により、介護職員の負担軽減と人材不足解消を図ります。

認知症など専門医療へ円滑な紹介

救急患者を確実に受け入れられる体制の強化

救急病院 専門病院

特定機能病院

リハビリテーション病院

早期から退院後の生活を見据えた支援体制の強化

機能分化

連携強化

地域に密着した医療機関

在宅療養後方支援病院

医療従事者への専門研修

在宅療養支援診療所

在宅療養支援歯科診療所

在宅療養支援薬局

在宅医療・介護連携支援センター（仮称）

在宅医療連携

包括的マネジメント機能

千葉市あんげセンター

訪問介護事業所

通所介護事業所

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

小規模多機能型居宅介護事業所

居宅系サービス

特別養護老人ホーム

介護付き有料老人ホーム

認知症高齢者グループホーム

介護老人保健施設

施設・居住系サービス

サービス付き高齢者向け住宅

養護老人ホーム

軽費老人ホーム

高齢者の住まい

居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）

地域で最期まで安心して療養生活が過ごせる体制構築

地域住民(本人)

町内自治会

社協地区部会

老人クラブ

ボランティア・NPO団体・民間企業等

生活支援コーディネーター

民生委員

社会福祉協議会・CSW

各保健福祉センター

警察署・消防署

認知症サポーター

認知症コーディネーター・認知症地域支援推進員

地域住民参加型の支え合い体制構築

バックアップ体制

バックアップ体制

施策の体系

基本理念

基本目標

取組方針

主要施策

支えあいやすらぎを生む、あたたかなまちへ

高齢者が心豊かに暮らせる長寿社会を創る

1

地域包括ケアシステムの構築・強化



(1) 在宅医療・介護連携の推進

(2) 認知症施策の推進

(3) 生活支援サービスの充実・強化

(4) あんしんケアセンターの機能強化

2

健康寿命の延伸

健康増進・介護予防の充実・強化

3

介護基盤の整備

(1) 介護保険施設等の適正な整備

(2) 介護人材の確保・定着の促進

(3) 看護人材の確保・定着の促進

4

介護保険サービスの提供

(1) 介護保険サービスの提供

(2) 介護認定の体制等の見直し及びICT利活用

(3) 介護ロボットなどの新技術の導入



3 目標と取組み内容

1 地域包括ケアシステムの構築・強化

(1) 在宅医療・介護連携の推進

①24時間365日の在宅医療・介護提供体制の確立

【平成37年度目標】

24時間365日の在宅医療・介護提供体制を確立します。

【現状】

高齢者人口の大幅な増加が見込まれる中、切れ目のない在宅医療・介護提供体制の整備に向けた医療・介護の連携促進に向けて、「在宅医療推進事業の実施（千葉県医師会への委託）」、「多職種連携会議の開催（区毎）」を進めています。また、訪問診療の実態を調査するため、病院診療所向けのアンケートを実施しています。

【課題】

訪問診療を行っている医師など在宅医療に従事する医療従事者の現状把握や、今後増加が見込まれる在宅療養患者の将来推計など、目指すべき医療介護提供体制を検討するために必要な調査を早急に行う必要があります。

また、多職種連携に向けた取り組みが進みつつありますが、医療と介護のさらなる情報共有や連携に向けては、ネットワークの形成やICTの活用など、新たな取り組みが求められています。

さらに、病院を退院した患者がスムーズに在宅療養に移行できるよう、入退院にかかるルールを策定するなど、地域医療連携の強化も必要となっています。

【今後の取組み】

高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的に在宅医療・介護を提供する体制を確立するため、

- 訪問診療を行う医師へ訪問診療に必要なスキル習得のための実地研修、連携強化を目的とした医療職と介護職への研修の実施、総合診療のできる医師の育成方策の検討及びかかりつけ医の普及促進などを行います。
- 口腔ケアを継続して行うことが、肺炎予防や口で食べる機能を回復することに繋がり、栄養状態の改善やさらには認知機能の低下も予防するといった健康寿命を延ばす鍵となるため、在宅歯科医療を推進するほか、薬剤師による在宅訪問の推進、訪問看護ステーションとの連携強化、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等の整備等を行い、在宅医療への対応の強化を図ります。
- 両市立病院が中心となり市内病院の地域連携部門のネットワークを構築します。
- 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）を設置するとともに、ICTを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムを構築します。（別施策として記載）

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
訪問診療を行う医師 の増強	積極的に訪問診療を行っている医師が指導役となり、経験の少ない医師に対し同行実地研修を実施します。そのことで、必要な知識やスキルを習得することにより、訪問診療を行う医師の増強を図るとともに、将来的には、医師会との連携の下で地域の多職種連携の核となる医師の養成を図ります。
医療・介護連携に関する研修など多職種間の相互理解を深めるための取組み	病院勤務の看護師に対する訪問看護体験研修やケアマネジャーに向けた「医療知識等の習得研修」などの医療職・介護職への研修を実施し、各職種のレベルアップを図るほか、ファシリテーターの育成により、研修参加者間の連携を強化します。なお、実施にあたっては、「地域医療連携ネットワーク」や「在宅医療推進連絡協議会」などと密接に連携します。
かかりつけ医の普及 促進	千葉大学医学部などと連携し、総合的に患者を診療することができる医師育成の方策を検討するほか、診療所医師の高齢化を踏まえ、診療所の継承をサポートする仕組みなどについて検討を行います。
在宅歯科医療の推進	歯科医師会との連携の下で、在宅医療における口腔機能の維持・向上に関する情報を共有するためのしくみを検討します。 医師会と歯科医師会との連携の下、関係者全てが口腔ケアの重要性を認識し、専門的な口腔ケアを必要とする人に適切に実施できる体制を検討するとともに、口腔ケアの重要性について市民講演会などを実施し、啓発に努めます。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
在宅訪問薬剤師の推進(在宅医療への対応力強化)	「(仮称) 在宅医療介護対応薬剤師認定研修」を開催し、受講した薬剤師を「(仮称) 市認定在宅医療介護対応薬剤師」として認定します。また、在宅医療における無菌調剤への対応を強化するため、薬局の在宅対応に必要な機器等の設置等に対する支援制度を検討します。 残薬を含めた薬剤管理や服薬支援など在宅患者への最適かつ安全安心な薬物療法の提供を行うため、在宅医療・介護の関係職種（医師や看護師等）との連携強化を目的とした薬剤師を対象とする研修会の実施を支援します。併せて、関係職種との連携強化の一助となるお薬手帳の活用に関する市民への啓発を支援します。
在宅医療・介護に関する市民啓発の実施	終末期医療を含め、市民が主体的に医療や介護について考えるきっかけとして、様々な市民啓発の取組みを企画・実施します。
地域医療連携ネットワークの構築	患者の自己決定を支援し、安心して入院生活や在宅療養を送ることのできる体制を目指し、両市立病院が中心となり市内病院の地域連携部門のネットワークを構築するとともに、病病連携をさらに進めるため、市内病院の病院長が集まる会議を開催します。入院から在宅療養に移行する際の在宅医療・在宅介護連携の課題を抽出し、多職種連携の取組みなどを推進することで、課題解決を図ります。
訪問看護ステーションとの連携強化	訪問看護ステーションとの連携を強化するため、市内ステーションとの連絡会議を開催します。
介護老人保健施設や定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等の整備	医療ニーズのある要介護者の居宅生活を支援するために、介護老人保健施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、訪問看護事業所等を整備します。 整備量は、医療ニーズのある要介護者の入院・退院・在宅復帰のサイクルの地域医療構想における量的把握を踏まえて、今後検討していきます。

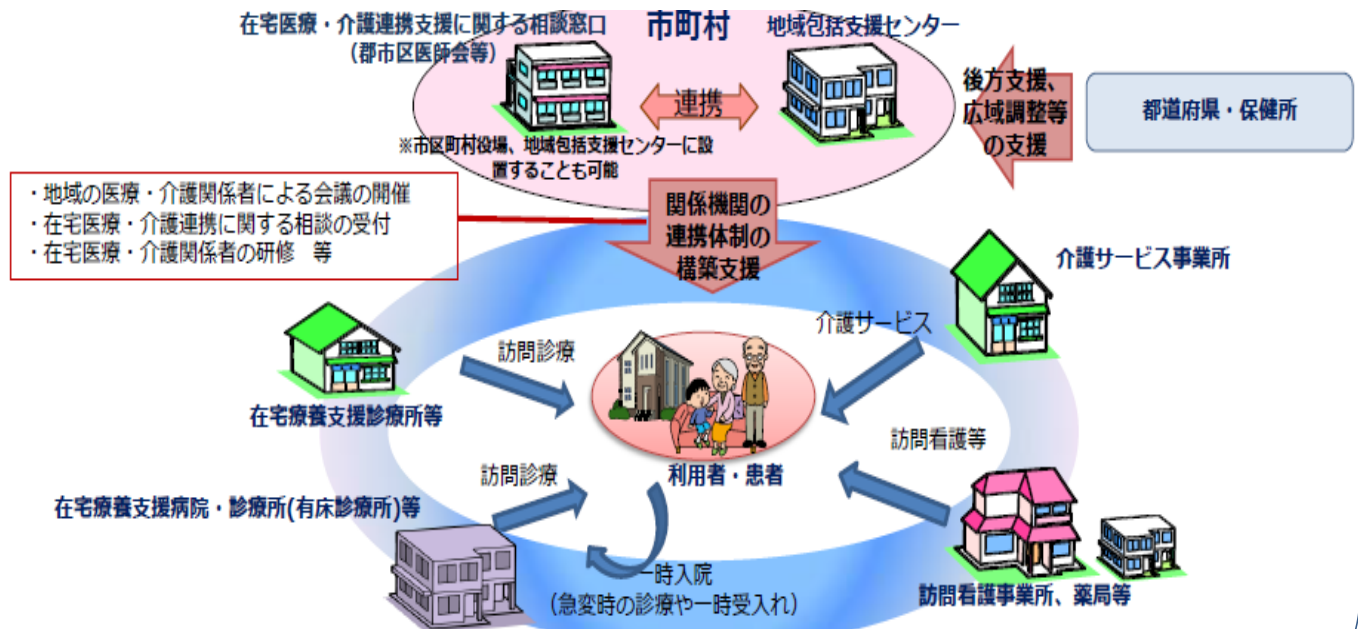
目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
訪問診療を行う 医師の増強	同行訪問研修の実施									
			核となる医師の養成実施							
医療・介護連携に 関する研修など 多職種間の相互 理解を深めるた めの取組み	実 施									
かかりつけ医の 普及促進		総合的に患者を診療することができる医師の育成								
		スムーズな診療所継承を支援する取り組みの実施								
在宅歯科医療の 推進	検 討	実 施								
薬剤師による 在宅訪問の推進	(仮称) 在宅医療介護対応薬剤師認定制度 運用実施（研修実施・認定実施）					在宅対応力向上に係るさらなる施策を検討				
		薬局の在宅対応に必要な機器等に対する支援制度								
在宅医療・介護に 関する市民啓発 の実施	実 施									
地域医療連携 ネットワークの 構築	入退院ルールの 検討		入退院ルール の確立			入退院ルールの運用				
訪問看護ステー ションとの連携 強化	実 施									
介護老人保健施 設や定期巡回・随 時対応型訪問介 護看護事業所等 の整備	地域医療構想における量的把握を踏まえて実施									

※目標達成のためのスケジュール欄の『第×期計画』は、高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）期間である。

② 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置

【平成 37 年度目標】

- ・在宅医療・介護連携を構築します。
- ・在宅医療・介護連携支援センター（仮称）を設置します。



出典：厚生労働省HPより

【現状】

在宅医療と在宅介護の連携に関しては、医師会に委託した在宅医療推進連絡協議会において課題や取り組みについて議論し、関係各団体とともに推進することとなっています。

在宅医療と在宅介護の連携に関する市民からの個別相談は、あんしんケアセンターや病院の地域連携部門などが担っていますが、困難事例が生じた際に、あんしんケアセンターなどを支援する専門的な組織はありません。

【課題】

センターの設置に向け、機能・体制・設置主体・設置時期などの検討が必要となります。

【今後の取組み】

センター設置後は、以下の業務をセンターが担うこととします。ただし、センターを設置するまでは、地域包括ケア推進課及び健康企画課において取組みを進めます。

- 市内医療機関へのアンケート調査結果やKDB（国保データベース）などから得られるレセプト情報の分析結果などを踏まえ、在宅医療の現状分析や将来推計を行います。
- 高齢者人口の増加に伴い、循環器系や呼吸器系の疾患に伴う入院患者が増加する見込みであり、このような入院患者の増加などに対応するため、より一層、病病連携を推進する必要があることから、千葉市医師会や千葉大学医学部附属病院と連携し、市内病院の病院長が参加する病院長会議を開催します。
- 入院患者が在宅での療養生活にスムーズに移行するためには、医療と介護の連携が不可欠であり、両市立病院が中心となり、市内病院の地域連携部門をメンバーとする地域医療連携ネットワークを立ち上げ、医療と介護の連携における課題の抽出や具体的な取組みを検討します。また、千葉県と連携し、疾病別の地域連携クリニカルパスの開発・促進を進めます。
- 現在区ごとに開催されている多職種連携会議を、あんしんケアセンター圏域（日常生活圏域）単位で開催することとし、個別事例における在宅医療・介護連携困難事例等を集積し、共通する課題の把握に努めます。（別施策として記載）
- ICTを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムを構築します。（別施策として記載）

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
在宅医療の現状分析及び 将来推計	在宅医療の提供体制の現状把握を目的とし、市内医療機関に対してアンケート調査を実施します。さらに、K D B（国保データベース）システムに関する覚書を、千葉県国民健康保険団体連合会及び千葉県後期高齢者医療広域連合と締結し、K D Bシステムより得られるデータを活用した地区別の医療介護需要の推計を実施します。
地域医療連携ネットワークの構築（再掲）	患者の自己決定を支援し、安心して入院生活や在宅療養を送ることのできる体制を目指し、両市立病院が中心となり市内病院の地域連携部門のネットワークを構築するとともに、病病連携をさらに進めるため、市内病院の病院長が集まる会議を開催します。入院から在宅療養に移行する際の在宅医療・在宅介護連携の課題を抽出し、多職種連携の取組みなどを推進することで、課題解決を図ります。
地域連携クリニカルパスの促進	千葉県と連携し、疾患別の地域連携クリニカルパスの開発・促進を図ります。
在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置	在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の担うべき機能・体制・設置主体などを検討し、センターを設置します。センターでは、地域の医療・介護サービス資源を把握しマップ化や医療介護需要の将来推計などを実施し、医療・介護サービス資源をつなぎあわせるなどの多職種連携のための中核となるほか、あんしんケアセンターや訪問看護ステーションなどの医療介護専門機関からの専門性の高い相談への対応や地域住民に対する普及啓発を行います。 また、地域ケア会議、在宅医療推進連絡協議会及び地域医療連携ネットワークと連携し、在宅医療・在宅介護従事者向けの研修を企画・実施するほか、I C Tを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムの構築・運用を担います。 なお、センターの運営については、地域の医療や介護に関する専門性を有する公益的な団体への委託も含め検討を進めます。

③市立病院の在宅医療支援及び医療・介護連携

【平成37年度目標】

地域包括ケアシステムを中心とした地域完結型医療を実現するため、市民が安心して在宅医療を受けられるように在宅医療に対する後方支援体制を確立するとともに、市内の医療機関・介護事業者などとの連携強化を推進し、医療介護従事者に対する教育機能の向上を図ります。

【現状】

- 在宅療養後方支援病院の施設基準を取得しています。
- 地域の医療機関との紹介・逆紹介を通じた連携や介護従事者等を含めた退院時のカンファレンスを実施しています。
- 地域の医療機関との連携を図るため、地域の医療機関の医師に対して、市立病院が有する施設及び医療機器等の共同利用の実施や、紹介により市立病院に入院した患者の診察や記録の閲覧ができるセミオープンシステムを採用しています。
- 市立病院以外の医療従事者向けに、公開カンファレンス等を実施しています。
- 海浜病院では、患者の入院生活及び退院後の生活に関する相談等に対応するため、平成27年10月に患者相談支援センターを設置しました。

【課題】

市内の医療機関との連携強化を図るため、各医療機関がそれぞれの特徴を発揮できるよう連携システムを構築する必要がありますが、連携システムの構築は、病院局単独で実現できるものではなく、市の担当部署（地域包括ケア推進課・健康企画課）と協力して実施することが求められます。

【今後の取組み】

- 地域包括ケアシステムを中心とした地域完結型医療の確立に向けて、在宅医療の後方支援や地域の医療介護従事者に対する教育機能を発揮するとともに、市内の医療機関がそれぞれの特徴を発揮できるよう病院の連携システムを構築し、その司令塔としての役割を果たします。
- 海浜病院において、患者の入院生活及び退院後の生活に関する相談等に対応できる体制を継続します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
在宅医療の後方支援	在宅療養後方支援病院として、在宅療養中の患者の緊急時には24時間迅速に対応し、必要に応じて入院を受け入れるなど、在宅医療を実践する医療機関を後方支援します。 看護師等の病院職員が、地域の訪問看護師等と一緒に、在宅療養中の患者・家族を訪問する体制の検討を行います。
市内の医療機関・介護事業者などとの連携強化	市担当部署と連携し、市内の様々な医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）を有する医療機関の地域連携担当者との「顔の見える関係作り」を推進し、地域完結型医療の確立に向けた課題を共有し解決を図るとともに、各医療機関が特徴を發揮できるようなシステムを構築するため、司令塔としての役割を担います。 地域の医療機関との連携強化のため、地域の医療機関の医師に対して、セミオープンシステムを引き続き提供します。 退院後の患者がリハビリや介護を適切に受けられるよう介護従事者等を含めた退院時のカンファレンスを積極的に実施するなど、介護事業者などとの連携を図り、医療と介護の連携を進めます。
医療介護従事者に対する研修会の開催	地域の医療介護関係者を対象とした公開カンファレンス等を積極的に実施し、地域への貢献を進めます。
患者の相談体制の充実	海浜病院では、患者相談支援センターにおいて、患者の入院生活及び退院後の生活に関する相談等に引き続き対応します。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
在宅医療の後方 支援										
	在宅医療を実践する医療機関への後方支援									
	在宅療養中の患者・家族への同行訪問の検討（・実施）									
市内の医療機関 ・介護事業者など との連携強化										
	市内の医療機関の連携システムの構築・連携強化									
	セミオープンシステムの継続実施									
	退院時カンファレンス等の継続実施									
地域の医療介護 従事者に対する 研修会の開催										
	公開カンファレンス等の継続的な開催									
患者の相談体制 の充実										
	患者相談支援センターの継続実施（海浜病院）									

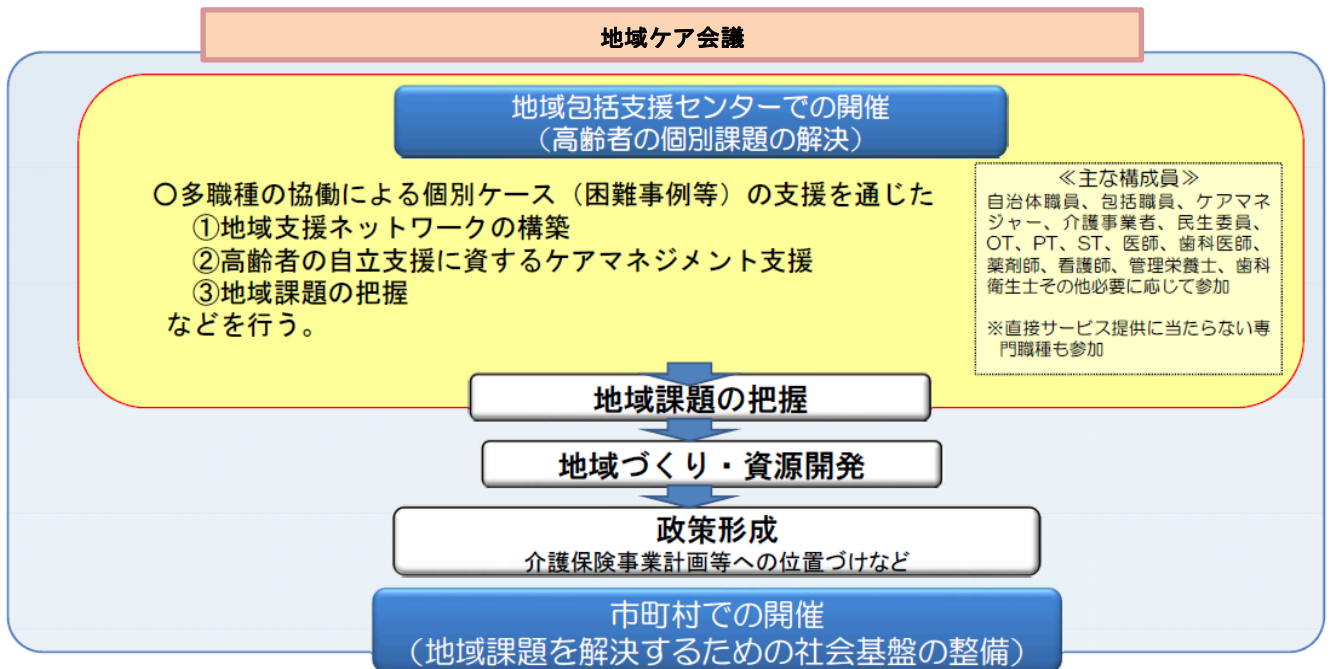
④ 多職種連携体制の確立

【平成37年度目標】

あんしんケアセンター単位での多職種連携体制を確立します。

【現状】

- あんしんケアセンターを中心に「地域ケア会議」が開催されています。
- 区毎に医療・介護の従事者による多職種連携会議が開催されています。



出典：厚生労働省HPより

【課題】

- 医療、保健、介護、福祉分野の連携が十分に取れていません。
- 地域ケア会議と多職種連携会議の役割分担が明確ではありません。
- 医療機関・介護事業者の情報共有の手段が確立されていません。

【今後の取組み】

- 医療職、介護職に対し、在宅医療・介護連携に関する研修を実施するとともに、訪問診療を行う医師の増強を図ります。
- 地域ケア会議と多職種連携会議の融合し、医療・介護間のネットワークを強化します。
- 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）を設置するとともに、ICTを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムを構築します。（別施策として記載）
- 栄養士・歯科衛生士など多くの職種と連携・意見交換を行い、今後実施する施策の開発に努めます。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
在宅医療・介護連携に関する研修の実施	在宅医療推進連絡協議会や地域医療連携ネットワークと連携し、医療職・介護職への研修を実施し、各職種のレベルアップを図るとともに、研修参加者間の連携（医師と歯科医師等）を強化します。また、さらなる患者のQOLの維持向上（訪問栄養指導など）や患者の多様なニーズに対応できる連携体制の構築を目指すべく、多様な職種やサービスを知る機会の提供に努めます。
訪問診療を行う医師の 増強（再掲）	積極的に訪問診療を行っている医師が指導役となり、経験の少ない医師に対し同行 実地研修を実施します。そのことで、必要な知識やスキルを習得することにより、訪問診療を行う医師の増強を図るとともに、将来的には、医師会との連携の下で地域の多職種連携の核となる医師の養成を図ります。
地域ケア会議と多職種 連携会議の融合	区毎に開催されている多職種連携会議と、あんしんケアセンターが中心となっている地域ケア会議と融合し、ネットワークを強化します。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
在宅医療・介護 連携に関する研 修の実施	実施									
訪問診療を行う 医師の増強 (再掲)	同行訪問研修の実施									
			核となる医師の養成実施							
地域ケア会議と 多職種連携会議 の融合	準備が整った地区から実施									

⑤ ICTを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムの構築

【平成37年度目標】

ICTを活用した多職種連携・患者情報共有支援システムを構築します。

【現状】

地域において、多職種が患者情報を共有する必要性は顕在化しつつありますが、共有すべき患者情報の範囲や共有する関係者の範囲をどのようにすべきか、十分に議論されていません。

【課題】

治療や介護が必要な住民が、住み慣れた地域で住み続けるためには、それを支える医療介護専門職や地域住民（支えあいの担い手）が、適切に連携する必要がある、その為には患者情報の共有が必要となります。

また、多職種連携・患者情報共有システムは、病院中心のもの、地域の医療介護事業者が管理の中心を担うもの、患者個人がコントロールできるものなど、多様なコンセプトが存在することから、システムに求める機能の明確化が求められています。

さらに、共有する患者情報の範囲やシステムを利用する関係者の範囲などについても、幅広い関係者との議論により明確化する必要があります。

【今後の取り組み】

あんしんケアセンター圏域内のエリアで、モデル的にシステムの機能検討、運用実験、運用後の検証を行います。

在宅医療推進連絡協議会にシステム部会を設置し、モデル運用の実施状況について検証を行うほか、地域ケア会議や地域連携ネットワークとの連携の下、患者情報の共有に関する課題について議論し、目指すべき多職種連携・患者情報の共有の姿を明確化させます。さらに、課題を明確にしたうえで、ICTにより解決を期待する範囲を明確にし、共有する患者情報の範囲やシステムを利用する関係者の範囲を明確にしたうえで、システムに要求する機能を整理します。

要求仕様を満たすクラウド型システムを選定し、実際に導入し、運用につなげます。

導入・運用にあたっては、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）が中心的な役割を担います。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
モデル地区での試行的 運用	あんしんケアセンター圏域内のエリア数か所を選定し、システムの機能検討、運用 実験、運用後の検証を行い、市全体で稼働させるシステムの運用につなげます。
在宅医療推進連絡協議 会にシステム部会を設 置	在宅医療推進連絡協議会にシステム部会を設置し、モデル地区での試行的運用の結 果を検証するほか、地域ケア会議や地域連携ネットワークとの連携の下、患者情報の 共有に関する課題や関係者間のスムーズな連携を図るために必要な資源等情報の範囲 について議論し、目指すべき多職種連携・患者情報の共有の姿を明確化させます。 また、多職種連携及び患者情報共有における課題解決を図る際に、システムに対し てどのような機能を要求するのか検討し、千葉市にとって最適なクラウド型パッケー ジシステムを選定します。
クラウド型システムの 選定・導入	在宅医療推進連絡協議会システム部会での議論を踏まえ、実際にクラウド型地域医 療介護連携システムを導入します。
システムの運用支援	システムの利用を促進し、説明会等を実施し普及に努めます。また、利用者からの 反応を聴取し、システムを定期的に評価・改善に努めます。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
モデル地区での 試行的運用	モデル 地区 選定 機能 検討	試行的 運用 検証								
在宅医療推進 連絡協議会での 検討	シス テム 部会 の設置 機 能 検 討	検証 全 市 対 応 シ ス テム の 検 討								
クラウド型シス テムの選定・導入		選定	導入							
システムの運用 支援			運用開始							

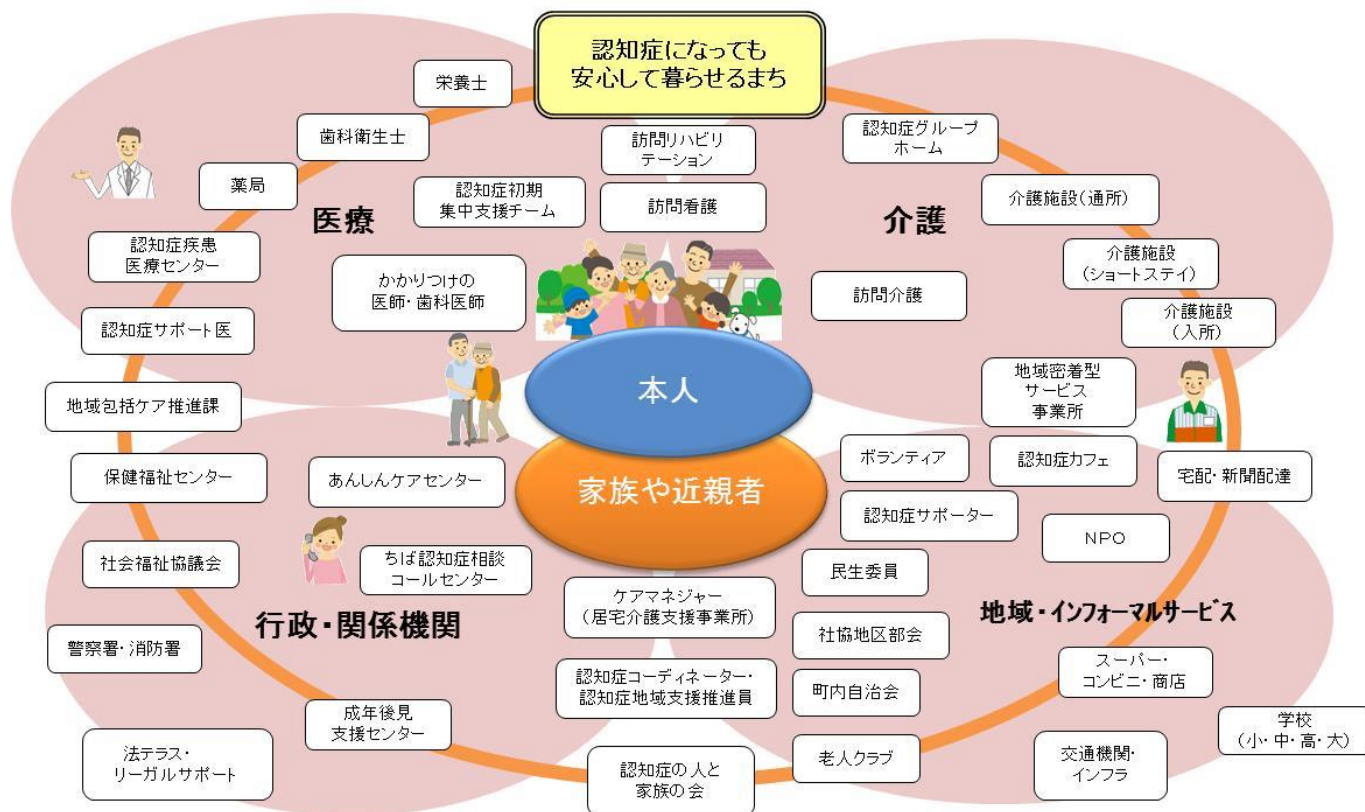
(2) 認知症施策の推進

○認知症及び認知症予備群の早期発見・ケアの仕組みの確立

【平成37年度目標】

認知症の早期発見体制が構築され、適切なケアを受けるための仕組みがあるだけでなく、その後の生活を自分らしく送るための環境が整っている状況を目指します。

**地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人々を含めた高齢者を支えていくことが必要
(千葉市イメージ図)**



【現状】

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施やあんしんケアセンターの増設により、認知症の早期発見に努めるとともに、認知症サポーターの養成と活用を進めています。

また、平成24年度に「認知症疾患医療センター」を設置し、認知症に関する鑑別診断、専門医療相談、周辺症状と身体合併症に関する急性期治療、地域連携等を行い、認知症疾患の保健医療水準の向上を図っています。

さらに、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援を行うため「認知症初期集中支援チーム」を1か所設置しています。

【課題】

平成 25 年 6 月に国が公表した有病率に基づく試算では、平成 37 年の本市における認知症もしくは MC I（軽度認知機能障害）の高齢者数は約 80,000 人と推計されます。

MC I の判定機の導入を検討していますが、判定の基準づくり、判定後のケアや予防の仕組みづくりの検討が十分ではなく、導入には至っていません。

また、「認知症初期集中支援チーム」は、先行した中央区での導入事例について検証し、全市的な展開が必要となっています。

さらに、認知症になっても生きがいを持って生活できる社会の構築が求められています。

【今後の取組み】

- 認知症高齢者の増加を踏まえ、「認知症初期集中チーム」の充実を図るとともに、早期診断・早期対応のための体制整備として軽度認知機能障害の発見の仕組みを構築し、ケアの確立を図ります。
- 医療専門職の認知症疾患への対応力の底上げを行うため、市内医療機関の従事者向け各種認知症対応力研修を実施します。
- 医療・介護等の連携を推進するため「標準的な認知症ケアパス」の作成・配布を行います。
- 「認知症になっても安心して暮らせるまち」を目指し、多世代向け認知症サポーター養成講座の開催などにより、認知症に関する知識の普及を図ります。また、新規サポーターやフォローアップ研修の参加者を対象とした登録制度を開始し、認知症サポーターが主体的に地域で活動できる取り組みを推進します。
- 認知症カフェの立ち上げ・活動支援を実施します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
「認知症初期集中支援 チーム」の充実	先行する中央区の「認知症初期集中支援チーム」の成果を検証し、チームの増設により全市的な展開を図ります。（目標設置数：6 か所）
軽度認知機能障害（MC I）の発見の仕組みを構 築し、ケアの確立	軽度認知機能障害については、概念の確立が制度的にも臨床的にも十分に進んでいない面があることから、国の動向などに注視しつつ、MC I 判定システムの試験的導入を検討します。また、早期発見の仕組みづくりに合わせ、より重要な課題として、軽度認知機能障害の方を正常の状態に戻すためのケアや、早期治療の仕組みづくりについて検討を進めます。なお、まちの薬局などにおいて簡易判定が実施されるなど、民間の力を活用した取り組みを中心に検討を進めます。 認知症予防・早期治療に関しては、身近なかかりつけ医において必要な診断や治療が行えるよう、認知症疾患医療センターや初期集中支援チームとの連携を含め、千葉市医師会を中心とした関係機関との協力体制を強化します。
健康寿命の延伸につな がる認知症予防の確立	住民主体の健康づくり活動などにおいて、認知症の予防に効果的な運動等を行えるよう支援するなど、健康寿命の延伸につながる認知症予防の仕組みを確立します。
医療従事者向け各種認 知症対応力向上研修の 実施	市立青葉病院において実施している医療従事者向け認知症対応力向上研修の成果を踏まえ、市内病院などの医療機関の従事者に対する研修を企画・実施し、医療専門職の認知症疾患への対応力の底上げを行います。
「標準的な認知症ケア パス」を作成し、配布	平成 27 年度内に、「標準的な認知症ケアパス」を作成・配布します。平成 28 年度以降は、必要な改訂を加えるほか、認知症の方にとって利用しやすい施設を地域ごとにマップ化するなど、内容の拡充を検討します。なお、介護予防手帳を作成する際には、「標準的な認知症ケアパス」と一体的に作成するなどの検討を行います。
認知症サポーター養成 講座の開催による、認知 症に関する知識の普及	小中学生向けサポーター養成講座など、多世代向け認知症サポーター養成講座の開催により、認知症に関する知識の向上を図ります。さらに、市役所、警察、消防など行政機関の職員に対して、定期的に認知症サポーター養成講座を実施し、すべての職員がサポーターとなるよう推進します。 （目標認知症サポーター数：240,000 人（市民の 4 人に 1 人）サポーター 3 人で 1 人を支援できる体制を目指します）
認知症サポーターが主 体的に地域で活動でき る取組みの推進	国が養成する認知症地域支援推進員や千葉県が養成する認知症コーディネーターと連携し、認知症サポーター向けのフォローアップ研修の開催などを通して、知識の伝達や先進的な取り組みの紹介を行い、地域の見守り・支え合い活動の気運の醸成を図ります。また、新規サポーターやフォローアップ研修の参加者を対象とした登録制度を開始します。
認知症カフェの設置推 進	認知症カフェに関する研修会を実施するほか、立ち上げや運営のための経費の一部を補助します。また、認知症カフェの主催者間の情報共有等を図るため、主催者交流会を開催するほか、カフェ主催者による協議会の設置を目指します。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
「認知症初期集中支援チーム」の充実	1 か所 増設	1 か所 増設	1 か所 増設	1 か所 増設	1 か所 増設					
軽度認知機能障害（MCI）の発見の仕組みを構築し、ケアの確立	スクリーニングの実施及び認知予防活動の実施	実 施								
健康寿命の延伸につながる認知症予防の確立	検討	検討	仕組みの構築	実 施						
医療従事者向け各種認知症対応力向上研修を実施	実 施									
「標準的な認知症ケアパス」を作成し、配布	作成・配布									
認知症サポーター養成講座の開催	実 施									
認知症サポーターが主体的に地域で活動できる取組みの推進	仕組みの構築	実 施								
認知症カフェの設置推進	協議会の設置 運営費補助の検討	補助制度の拡充	実 施							

(3) 生活支援サービスの充実・強化

① 生活支援コーディネーター及び協議体の設置

【平成37年度目標】

- 生活支援コーディネーターを行政区毎に2名及びあんしんケアセンター担当圏域に1名以上配置します。
- 協議体を行政区に設置します。(6 協議体)
- 地域の人材が社会の担い手として活躍できるよう支援します。(担い手養成1,200人、既存の活動の活性化)



出典：厚生労働省HPより

【現状】

- 介護保険法の改正により、全国一律で提供されてきた予防給付のうち、介護予防の訪問介護と通所介護については、市町村が地域の実情に応じて多様な主体による柔軟な取り組みにより行われるよう見直しが図られ、平成29年度までに新しい介護予防・日常生活支援事業に移行します。
- 要支援の高齢者などが住み慣れた地域で安心して生活できるよう、住民が担い手として参加する住民主体の活動や多様な主体による多様なサービス提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合い体制づくりを推進していくことが求められています。

【課題】

- 「生活支援コーディネーター」を適切に設置し、地域資源の情報収集と活用、地域における生活支援・介護予防サービスの資源の創出、担い手の育成等を推進することが必要です。
- サービス提供体制を推進していくため、コーディネーター及びサービスの提供主体等が参画する「協議体」を設置し、情報共有や連携・協働によりサービス提供体制を推進していくことが必要です。

【今後の取組み】

- 高齢者の生活支援サービスを推進していくことを目的として、地域における生活支援サービスのコーディネート機能を担う生活支援コーディネーターを計画的に配置します。
- 多様なサービス主体によるサービスの提供も視野に入れ、サービス提供体制の構築に向け協議体を設置して具体的な課題解決を図ります。
- 必要な地域の情報を集め整理し、その情報が、あんしんケアセンターから必要な市民に提供される仕組みをつくります。
- 地域に足りないサービスや新たに必要となるサービスを創出する一つの手段として、地域支え合い活動の担い手となる人材を発掘し育成します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
生活支援コーディネーターの配置	平成 28 年度までに、生活支援コーディネーターを行政区に 2 名を配置します。 また、平成 30 年度までにあんしんケアセンター担当圏域に 1 名ずつ配置します。
生活支援・介護予防の基盤整備に係る協議体の設置	生活支援・介護予防の基盤整備のため、コーディネーター及びサービスの提供主体等（社会福祉法人、町内自治会等地縁組織、民生委員、NPO、ボランティア団体、介護サービス事業者等）が参画する「協議体」を平成 29 年度までに行政区毎に設置します。地域で生活支援サービスが不足している場合に、地域支え合い活動を行う互助グループの立ち上げを推進するとともに、必要に応じ民間事業者の参入を促すため、協議体において情報共有や検討を行います。（6 協議体〈行政区ごと〉）
地域資源調査と地域への情報提供	地域資源調査を実施し、平成 28 年 10 月までに情報の整理を行い、資源マップを市ホームページに公開します。（毎年度更新） また、平成 28 年度から千葉県介護サービス情報公表システムにより、インターネット上で閲覧できるようにします。（随時更新） 介護予防・生活支援サービスについての情報は、平成 29 年度から介護予防手帳等に掲載し、あんしんケアセンターを通して配布します。（年 1 回作成）
地域支え合い活動の担い手となる人材の育成	地域支え合い活動（見守り、サロン運営、ゴミ出し・草取り等の生活支援等）を行う互助グループの立ち上げに向け動機付けを行うため、生活支援コーディネーターが、あんしんケアセンターや社会福祉協議会と協力し、各地域において把握した地域課題についての意見交換会を平成 29 年度より実施します。 意見交換会により、地域支え合い活動を行う互助グループ立ち上げの士気が高まった地域においては、活動ボランティアの育成を行います。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
生活支援コーデ ィネーターの設 置（人数）	行政区に2名		行政区に2名 あんしんケアセンター担当圏域に1名						あんしんケアセンターの 増設置状況に応じて増員を 検討	
生活支援・介護予 防の基盤整備に 係る協議体の設 置	1協議体		6協議体（行政区）							
地域資源調査と 資源マップ作成	資源マップ 公開		地域資源調査と資源マップの更新（毎年度更新）							
千葉県介護サー ビス情報公表シ ステムによる情 報提供	実 施									
介護予防手帳 等への掲載・配 布による情報提 供	作 成		配 布							
地域支え合い活 動の担い手とな るボランティア の育成（累積数）	120人	240人	360人	480人	600人	720人	840人	960人	1,080人	1,200人
高齢者の社会 参加普及啓発	実 施									

② 元気な高齢者の社会参加の促進

【平成37年度目標】

- ひとり暮らしや支援の必要な高齢者が、地域で見守られて安心して暮らすことができると思う人の割合を 50%にします。
- 1 年間に地域の活動やボランティア活動に参加したことがある高齢者の割合を45%にします。

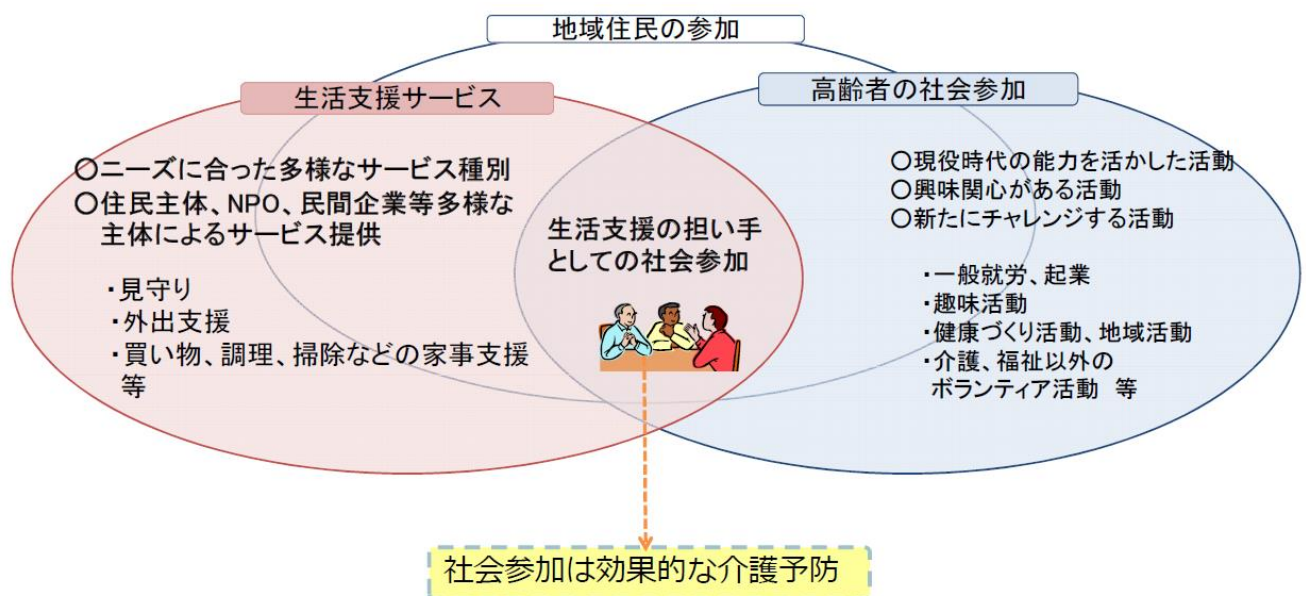
【現状】

近年、要支援高齢者を地域で支えることの必要性・重要性について社会的認識が高まっていることから、地域のボランティア活動に対する市民の意識や関心が向上しています。

千葉市社会福祉協議会が運営する千葉市ボランティアセンターでは、地域の担い手となる人材の発掘や育成、ボランティア活動の促進、ボランティアに関する普及・啓発などに取り組んでいます。

ひとり暮らし高齢者などに対する支援として、緊急通報システムや安心電話などの安否確認などの見守りを行っています。

また、シルバー人材センターでは、平成 27 年 1 月から高齢者に対する買い物の援助等を行うワンコインサービス（500 円）を開始しています。



出典：厚生労働省HPより

【課題】

- 千葉市ボランティアセンターで実施している担い手の掘り起し・確保、ボランティアニーズの把握、マッチングとコーディネート等の業務が、生活支援の担い手の発掘と育成に十分に結び付いていないため、各業務の見直しを検討し千葉市ボランティアセンターの機能を強化する必要があります。
- 生活支援・介護予防サービスの体制整備に当たっては、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、多様な主体（地域ボランティア団体、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、民間企業、シルバー人材センターなど）による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合い体制づくりを推進していく必要があります。

【今後の取組み】

- 千葉市ボランティアセンターの各業務を見直し機能強化を図るとともに、地域の生活課題に対応する機関として新規の取組みを実施するなど、千葉市ボランティアセンターをリニューアルします。
- 千葉市で活動している助け合い団体の活動状況を把握し、その情報を関係機関と共有します。
- 住民主体などによる生活支援サービスの立ち上げ及び運営を支援し、多様なサービスの提供体制を構築します。
- ボランティア活動の活性化を図るため、各種情報提供や講座の開催を行い、ボランティアの育成を図ります。
- 高齢者が豊かな経験と能力を発揮し、働くことにより、生活支援の担い手とします。
- シルバー人材センターの会員数の増強を促すとともに、ワンコインサービスの拡充を図ります。
- 老人クラブの活動において、会員数の増強を促すとともに、介護予防、社会奉仕活動に積極的に取り組んでいくように育成します。
- 定年退職後の就労や社会参加を促進するため、高齢者の第二の人生設計を応援する窓口の設置を検討します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
千葉市ボランティアセンターのリニューアル	千葉市ボランティアセンターの各業務を見直し機能強化を図るとともに、地域の生活課題に対応する機関として新規の取組みを実施するなど、千葉市ボランティアセンターをリニューアルします。 ・ 社協地区部会のエリア単位において、あんしんケアセンターと連携した総合的な支援体制・ネットワークをつくり、地域の課題解決に向けてよりきめ細かい支援を実施します。 ・ 企業・NPO・大学等と連携し、地域の担い手の確保や高齢者を地域のボランティア活動に活用する仕組みをつくりまします。 ・ 町内自治会や社協地区部会等の地縁組織とNPO等のテーマ型組織をコーディネートし、協働を推進する仕組みをつくりまします。 ・ 介護支援ボランティア制度が有効に機能するよう、利用者に対する情報提供や相談対応、受入機関との調整等を行うなど必要な支援を実施します。
千葉市で活動している 助け合い団体の活動状況の把握とその情報提供	掃除・買い物などの生活支援サービスを提供している団体を調査し、マップを作成するなどし、支援育成に役立てるとともに、必要とする関係機関に継続的にサービスを提供します。
住民主体など多様な 主体による生活支援 サービスの育成支援	要支援の高齢者などが住み慣れた地域で安心して生活できるよう、掃除・買い物などの訪問型サービスや交流サロン・ミニデイサービスなどの通所型サービスを、地域のボランティア団体、NPO、シルバー人材センター、社会福祉法人、社会福祉協議会、町内自治会、老人クラブなど多様な主体が実施できるよう、育成を支援し、生活支援サービスの充実・強化を図ります。
ボランティア活動に関する 情報提供や講座の開催	千葉市民活動支援センター、千葉市ボランティアセンター、ちば生涯学習ボランティアセンターなどで各種情報提供や講座を開催し、ボランティア活動への参加の促進やボランティア団体の活性化を図ります。
シルバー人材センター の充実	事業規模の拡大、会員数の増加、気軽な買い物支援や日常生活支援を行うワンコインサービスの充実などに取り組む市シルバー人材センターの運営を支援します。
社会貢献活動を主体とする 老人クラブの育成	老人クラブが生活支援のサービスを担うなど、より社会貢献に重きを置く団体になるよう指導育成します。
第二の人生設計を応援 する窓口の設置	定年退職者などを対象に新たな就労や社会参加、自分探しの援助を行う応援窓口を常設し、専門スタッフによる相談などを行います。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
千葉市ボランティアセンターの リニューアル	内容の 検討		実 施							
千葉市で活動し ている助け合い 団体の活動状況 の把握とその情 報提供	実 施									
住民主体など多 様な主体による 生活支援サービ スの育成支援	育成指導・運営支援									
	サービス立ち 上げ支援									
ボランティア活 動に関する情報 提供や講座の開 催	実 施									
シルバー人材 センターの充実	実 施									
社会貢献活動を 主体とする老人 クラブの育成	育成指導									
第二の人生設計 を応援する窓口 の設置	調査・検討		実 施							

③ 千葉市社会福祉協議会の体制・能力の強化

【平成37年度目標】

- 社会福祉法人と連携した公益活動 10 件
- 法人会計全体における自主財源の割合 10%
- 組織体制の強化を図る方針 策定・実施

【現状】

千葉市社会福祉協議会（以下、「社協」という。）は、社会福祉法により規定されている民間組織で、本市と連携して地域福祉を推進するための中心的役割を担っています。

社協地区部会活動への支援、ボランティアの育成・活動促進、福祉意識の啓発、各種資金の貸付、赤い羽根共同募金への協力、心配ごと相談所における相談対応などのほか、市からの受託事業等として、千葉市成年後見支援センター、千葉市社会福祉研修センター、こどもルームの運営等の事業を実施するなど、全国的な取り組みから地域の特性に応じた施策まで、幅広い活動を展開しています。

また、社会福祉施設連絡協議会の開催や買物支援サービスモデル事業の実施など、市内の社会福祉法人と連携した取り組みも実施しています。

社協の組織は、体制の中核機能を担う本部と地域の窓口としての役割を持つ 6 か所の区事務所で構成されており、各事業・施策を実施するにあたっての財源は、96.8%を市からの委託金・補助金に依存している状況にあります。（平成 27 年度時点）

【課題】

本市において地域包括ケアシステムを構築し機能させていくためには、社協の役割がより一層重要となり、高齢者を地域で支える仕組みづくりを推進していくことが期待されることから、自主財源の確保や組織体制の強化、実行力の向上を図ることが必要です。

また、社会福祉法の改正により、社会福祉法人は基軸となる社会福祉事業のほか、地域の福祉課題に対応する公益活動を実施することが義務付けられることから、社協が市内の社会福祉法人のリーダーとして、公益活動を促進する役割を担うことが必要です。

【今後の取組み】

- 高齢者を地域で支える仕組みづくりを推進するため、社会福祉法人による公益活動を促進する取り組みについて支援します。
- 市からの補助金・受託金依存体制からの脱却を目指し、自主財源を確保のための新規事業の実施を支援します。
- コミュニティソーシャルワーカー（CSW）を増員するなど、組織体制の強化を図るための方針の策定と取り組みについて支援します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
社会福祉法人等による 公益活動の促進	市内の社会福祉法人や地域の福祉施設に働きかけて、地域の福祉課題に対応する公益活動を促進する取り組みについて支援します。（10件）
自主財源を確保する事 業の実施	市からの補助金・受託金依存の体制からの脱却を目指し、法人として自立した施策を展開できるようにするため、自主財源の確保に向けた新規事業の実施について支援します。（自主財源の割合 10%）
組織体制の強化を図る 方針策定と取組み	社協が、地域福祉の推進や地域包括ケアシステム構築の中核的役割を担う組織として使命を果たすことができるよう、組織体制の強化を図る方針の策定と取り組みについて支援します。 ・ コミュニティソーシャルワーカー（CSW）の増員・育成 ・ 職員の能力向上と組織の活性化（目標申告・人事考課制度の運用、職員の新規採用、市や外部組織との派遣研修交流） ・ 区事務所機能の強化（配置人員の拡充、事務分掌の見直し、社会福祉法人化）

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
社会福祉法人等 と連携した公益 活動					5件					10件
法人会計全体に 対する自主財源 の割合					7%					10%
組織体制の強化 を図る方針	内容の検討		策定・実施							

(4) あんしんケアセンターの機能強化

【平成37年度目標】

地域の特性などを踏まえた日常生活圏域を再設定し、あんしんケアセンターを1か所ずつ設置するとともに、包括3職種を2,000人に1名以上配置します。

【現状】

- 地域包括ケアシステムを推進する中心的役割を担う機関として、市内24の日常生活圏域に1か所ずつあんしんケアセンターを設置するとともに、介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援などを行っています。

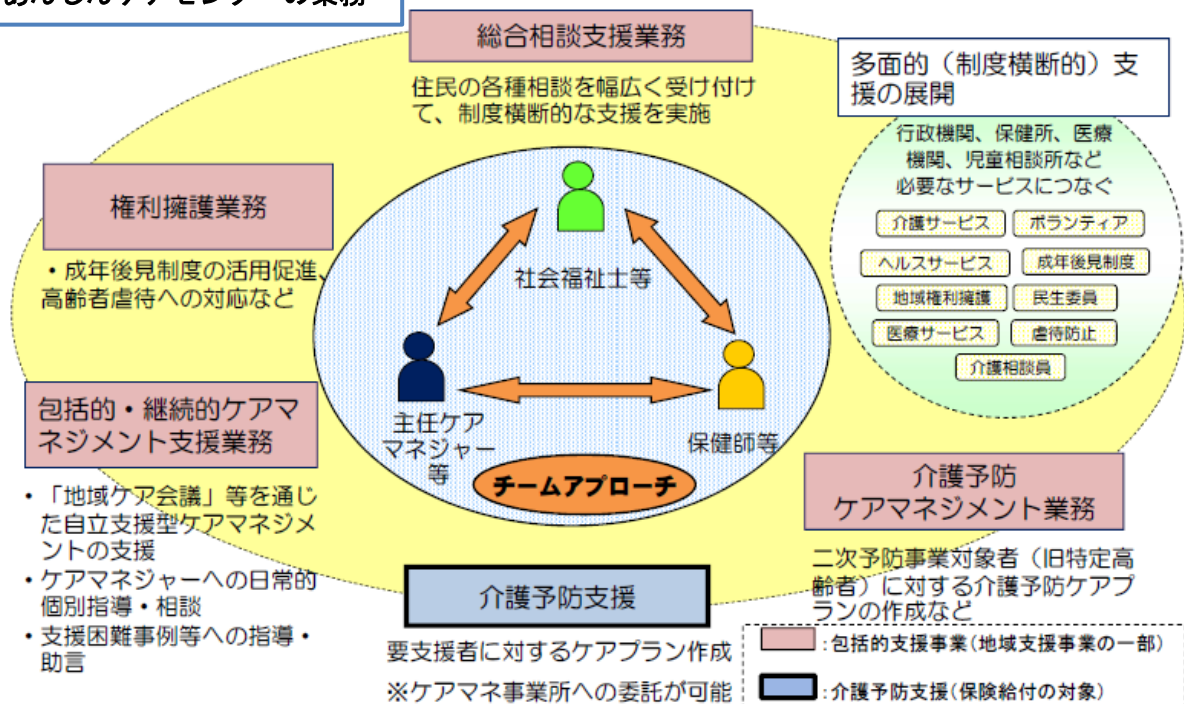
あんしんケアセンターは、指定介護予防支援事業者として、要支援1・2の方のケアプラン作成を行う機関でもあります。

あんしんケアセンター数 24か所 (平成27年3月末時点)

包括3職種配置数 108人 (平成27年3月末時点)

- 介護保険法の改正により、全国一律で提供されてきた予防給付のうち、介護予防の訪問介護と通所介護については、市町村が地域の実情に応じて多様な主体による柔軟な取り組みにより行われるよう見直しが図られ、平成29年度までに新しい介護予防・日常生活支援事業に移行するため、あんしんケアセンターでは、要支援の方のみでなく、事業対象者への予防ケアプランについても作成することとなります。

あんしんケアセンターの業務



出典：厚生労働省HPより

【課題】

- 高齢化の進行、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者の増加により、あんしんケアセンターの相談件数が増大する中で、よりきめ細かい支援を行うためには、センターの増設や増員が必要です。
- 平成 29 年度までに新しい介護予防・日常生活支援事業に移行するため、その後は、あんしんケアセンターにて事業対象者へのケアプラン作成を行うこととなり、自立支援のための予防ケアマネジメント確立に向けた実施体制が必要となっています。

【今後の取組み】

- 今後の高齢者人口の増加や分布に応じ、平成 29 年度に 5 センターを増設して、市内 29 センター体制とするとともに、基幹型機能を持つあんしんケアセンター設置について、検討を行います。また、その後も状況を踏まえ、36 センターまで必要に応じ増設します。
- あんしんケアセンターの人員配置について、より適正化を図るため、計画的に職員を増員します。
- 要支援者や介護予防・生活支援サービスの事業対象者となった者に対し、自立支援を促す予防ケアマネジメント（予防ケアプラン作成）の実施体制を構築します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
あんしんケアセンター の増設及び基幹型地域 包括支援センター（仮） 設置の検討	地域包括ケアシステムを効果的に推進するため、高齢者人口の伸び、地域づくりの単位などにより、現在の日常生活圏域（24 圏域）を見直し、平成 29 年度に、あんしんケアセンターを 29 か所とします。また、その後も高齢者人口の増加に応じ、相談拠点となるサブセンターの整備をする等、相談体制の充実を図ります。 また、各あんしんケアセンター職員に対する技術的指導及び支援、各あんしんケアセンターの相互調整及び取りまとめ等の役割を受け持つ基幹型地域包括支援センター（仮）の設置を検討します。
あんしんケアセンター 職員の増員	高齢者が高齢者を支える時代を間近に控え、地域包括ケアシステムの中心となるあんしんケアセンターに求められる役割も増大していることから、地域の中で、きめ細かく相談などに応じることができるよう計画的に必要な職員を増員します。
自立支援に向けた予防 ケアマネジメント(ケア プラン作成)体制の充実	高齢者の自立支援に向け予防ケアマネジメントの質を確保するため、「予防ケアマネジメントの手引」を作成し、予防プランを作成するケアマネジャーに配布します。また、地域ケア会議等を活用し予防ケアプランの点検を行う方法について検討していきます。

目標達成のため のスケジュール	第 6 期計画		第 7 期計画			第 8 期計画			第 9 期計画	
	28 年度	29 年度	30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度	36 年度	37 年度
あんしんケアセ ンターの整備	24 か所	29 か所						36 か所 (状況に応じサブセンター設 置等とすることを検討)		
基幹型地域包括 支 援 セ ン タ ー (仮)の整備検討	検討	設置								
あんしんケアセ ンター包括 3 職 種の配置	108 人	137 人	高齢者人口や地域の状況に応じ見直し					175 人	高齢者人口や地域の 状況に応じ見直し	
予防ケアマネジ メントの手引作 成	作成									
会議を活用した プラン点検の検 討		検討 (モデル 実施)	検討結果により実施							

2 健康寿命の延伸

健康増進・介護予防の充実・強化

① 健康づくりの推進

【平成37年度目標】

市民の一人一人が自分の健康状態を意識し、自主的に家庭、地域、職場において、正しい食生活や適度な運動を実践する社会を構築します。

【現状】

- 糖尿病などの生活習慣病は、国民健康保険（国保）の医療費の約3割を占めています。
- 国保の特定健康診査の受診率は33.4%（平成26年度）であり、就労世代の受診率が特に低くなっています。また、健診結果で要医療となったものの、医療受診をしない人が多い状況です。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群は、50歳代以降の男性の約5割を占めています。
- 糖尿病と診断された人の中で、継続して治療していない人の割合は40歳代後半に多い状況です。
- ライフスタイルや社会環境の変化により日常の身体活動が減少し、歩数の不足・減少が、生活習慣病の発症、高齢者の自立度の低下などの大きな要因となっています。このことから、一人ひとりに運動習慣を定着させることが求められていますが、実際に行動に移すことが出来ていない人が多い状況です。

【課題】

- 市民（特に糖尿病発症リスクの高い壮年期男性）が、自らの健康状態に関心を持ち、正しい食生活や適度な運動など健康的な生活習慣を身に付けることが必要です。しかし、生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健康づくりの重要性を認識する機会づくりが必要です。
- 生活習慣病の予防を目的とした、国保の特定健康診査・特定保健指導の受診率を向上させることが必要です。
- 糖尿病の重症化（特に糖尿病性腎症）を防ぐために、治療が必要な人は医療機関を受診し、治療を継続することが必要です。
- 個人の運動習慣や生活改善を定着させるために、その生活の場である地域や職場での運動の仲間づくりなどといった環境整備が必要です。
- それぞれのライフステージに応じた効果的な健康づくりを行うことが必要です。

【今後の取組み】

- 糖尿病の発症予防・重症化予防の取組みを推進します。
- 市民が自分の健康に関心を持ち生活習慣改善へと行動が変化するよう、データなどを活用したより効果的な普及啓発に取り組みます。
- 特定健康診査・特定保健指導の受診率向上に向けた取組みを強化します。
- 市民一人一人が健康維持について意識し、正しい生活習慣を継続できるよう、ライフステージに応じた市民の健康づくりを中長期的な視点で推進するため「健康づくり施策の指針」を策定します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
糖尿病の発症予防・重症化予防の取組みの推進	特定健康診査や国保データベース等を活用して、人工透析へ移行する可能性の高い糖尿病性腎症の発症予防対策を推進します。 先進市や医療機関などの意見を踏まえ、より効果的な支援方法を検討します。 千葉市健康づくり推進協議会地域・職域推進部会において現状を共有し、協力して取り組みます。
レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進	国保データベース等を活用し、市民が自分の健康に関心を持ち生活習慣改善へと行動が変化するよう効果的な保健事業の実施と普及啓発を図ります。 その分析結果を、地域健康づくり支援連絡会などを通じ、関係団体、地域組織等と共有し、地域でのより効果的な普及啓発を図ります。
特定健康診査・特定保健指導の受診率向上にむけた取組み	特定健康診査・特定保健指導の必要性について普及啓発を図ります。特に若い年代に対する効果的な啓発方法を検討します。 対象者へのアンケート調査等を行い、受診率向上につながる対策を検討します。 千葉市健康づくり推進協議会地域・職域連携推進部会において、効果的な方策を検討し、協力して取り組みます。
中長期的な「健康づくり施策の指針」の策定	市民一人一人が健康維持について意識し、正しい生活習慣を継続できるよう、ライフステージに応じた市民の健康づくりを中長期的な視点で推進するため「健康づくり施策の指針」を策定します。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
糖尿病の発症予防・重症化予防の取組の推進	スクリーニング・対応方法の調査研究、決定		PDCA サイクルで効果検証・実施							
レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進	データ分析、啓発方法検討		実 施							
特定健康診査・特定保健指導の受診率向上にむけた取組み			検討・実施							
中長期的な「健康づくり施策の指針」の策定	策 定		指針に基づいて必要な事業を実施・PDCA サイクルで効果検証							

② 高齢者の介護予防の推進（認知機能の低下とロコモティブシンドロームの予防）

【平成37年度目標】

介護・支援を必要としない高齢者の割合を増加させます。（平成33年度 88.0%）

【現状】

- 高齢者の増加に伴い、本市では、日常生活に支障をきたすような症状・行動意思疎通の困難さがみられる認知症高齢者が平成 22 年度時点の約 18,000 人から平成 37 年度では約 37,000 人まで増加すると見込まれています。
- 歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく、余命も長いことが知られています。歩行が維持されるためには、運動器の機能全般の維持向上が重要です。
- 介護・支援を必要としない高齢者の割合（平成 23 年度 85%）

【課題】

- 自分の健康状態に関心を持ち、早期に対処できるように、「こころとからだのチェック」「健康に関する記録」等、セルフケア・セルフマネジメントについての啓発が必要です。
- 虚弱（フレイル）となることを予防するため、認知症・ロコモティブシンドローム・低栄養の予防に資する生活習慣・栄養・身体活動の留意点等について、広く知識の普及を図ることが必要です。
- 歩行や立ち上がりに不安がある方は、積極的に運動器の機能全般の維持向上を図ることが重要です。
- 自主的に行う介護予防の取り組みが継続しやすい環境整備が必要です。

【今後の取り組み】

- 基本チェックリストや介護予防手帳などの媒体を作成・配布し、セルフケア・セルフマネジメントの大切さを伝えていくとともに、虚弱（フレイル）となることを予防するため、認知症・ロコモティブシンドローム・低栄養の予防に資する生活習慣・栄養・身体活動の留意点等について、広く知識の普及を図ります。
- 介護予防の推進に向け、高齢者がフィットネスクラブを利用する場合の一部助成を実施し、介護予防に取り組むきっかけを提供します。
- 一般高齢者を対象に、認知症やロコモティブシンドローム等の予防を含め、生活習慣・食事・身体活動等の留意点などの介護予防に関する正しい知識を知り、その後も継続した取り組みを実践できるよう介護予防教室を行います。
- 歩行や立ち上がりに不安がある等、運動器の機能維持や向上のため、集中的に取り組むが必要な方を対象に、通所型の介護予防事業を提供します。
- 通所・訪問・地域ケア会議・サービス担当者会議・住民主体の通いの場（サロン等）に、リハビリテーション専門職を派遣し指導・助言を行い、地域における介護予防の取組の機能強化を図ります。

- 高齢者が、運動自主グループやボランティア等の地域活動に参加しやすい環境整備を進めます。
- 高齢者の通いの場として活用できる場所の確保について、庁内各部局が協力し、様々な視点から可能性を探るとともに、地域の関係者や事業所等と連携し情報収集に努め、介護予防拠点づくりを推進します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
介護予防手帳の作成・配布	高齢者が心身の健康に配慮した生活を送るため、地域内のサービスやその活用方法が掲載された媒体や、基本チェックリストや介護予防サービス・支援計画書等、個人が保管している書類をファイリングすることができる「介護予防手帳」を平成 28 年度より作成し、65 歳以上の高齢者のうち、要介護認定者を除く者に平成 29 年度より配布します。
介護予防についての知識の普及	自ら身体状況を維持し介護予防に自主的に取り組むこと（セルフケア・セルフマネジメント）の大切さや認知症・ロコモティブシンドロームの早期発見・対処に必要な知識について、区民まつりの他、広く地域で普及啓発を行います。
介護予防に取り組むきっかけの提供（シニアフィットネス習慣普及事業（仮））	介護予防に取り組むきっかけとしていただけるようフィットネスクラブを利用しようとする高齢者に対し、市がその利用料の一部を一定期間、助成する事業を実施します。
一般介護予防教室	初めて参加する方にも介護予防に興味をもっていただけるようゲームや調理実習等の多彩なプログラムによる介護予防教室を実施します。教室の中で、介護予防に関する正しい知識の普及を図ります。
通所型介護予防事業	二次予防として実施の元気アップ教室について、平成 28 年度までに対象者の選定方法、通所期間等、実施内容を検討及び見直しの上、平成 29 年度から、集中的な介護予防の取組みを必要とする方のための通所事業として、内容を充実し実施します。
地域における介護予防活動の支援	あんしんケアセンターが中心となり、住民主体の通いの場（サロンや体操グループ）の立ち上げ支援等、地域における介護予防拠点づくりを推進します。 シニアリーダー講座を開催し、地域でリーダーとなって、自ら高齢者の集いの場（サロンや体操サークル等）を立ち上げたり、介護予防の普及啓発活動を実施したりする人材を育成します。
リハビリテーション活動支援	地域における介護予防の取組みの機能強化のため、平成 28 年度から、通所・訪問・地域ケア会議・サービス担当者会議・住民主体の通いの場（サロン等）などに、リハビリテーション専門職を派遣し指導・助言を行う事業を開始します。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
介護予防手帳の 作成・配布	作成 11,700部	配布 10,100部作成／年								
通所型介護予防	元気アップ教室 (二次) 20人×18コース	日常生活支援総合事業への移行に伴い、短期集中予防サービスとして内容を再検討の上、実施。								
介護予防普及 啓発	区民まつり等における啓発 実施									
介護予防に取り 組むきっかけづ くり(シニアフィ ットネス習慣普 及)	実施 1,200人／年									
介護予防教室 (チャレンジシ ニア教室)	実施 20人×6区×2コース／年									
シニアリーダー 育成(育成延べ 数)	240人	480人	720人	960人	1,200人	1,440人	1,680人	1,920人	2,160人	2,400人
リハビリテーシ ョン専門職の派 遣	実施(100回／年)									

③ 生涯現役社会の構築

【平成37年度目標】

- 老人クラブ会員の会員数を7,000人増やします。
- 千葉市シルバー人材センターの会員数を1,500人増やします。
- 1年間に地域活動やボランティア活動に参加したことがある高齢者の割合の増加 45%

【現状】

- 老人クラブの会員数は14,793人です。(平成27年3月末現在)
- 千葉市シルバー人材センターの会員数は2,788人です。(平成27年3月末現在)
- 老人クラブ及び千葉市シルバー人材センターについては、高齢者人口の伸びに反して、会員数が減少傾向にあります。
- 老人クラブでは、千葉市老人クラブ連合会を中心に地域の担い手となる会員の増強に取り組んでいます。
- 高齢者の就労支援や就業機会の拡大を図るため、千葉市シルバー人材センターでは、新規会員の獲得や就業機会創出による就業開拓、学習教室などの独自事業などに取り組んでいます。

【課題】

今後、団塊の世代を中心に知識・経験などを持つ高齢者や、社会貢献をしたいと考えている高齢者がますます増えてくることから、高齢者の社会貢献意欲や社会参加に対する関心を、地域活動やボランティア活動に結び付ける仕組みづくりが求められています。また、地域で活躍する人として育成する必要があります。

就労などを希望する高齢者は増加していますが、高齢者雇用安定法の改正に伴い、企業における定年延長の取組みが進む中、今まで受け皿であった千葉市シルバー人材センターでは、新規会員の減少傾向が見られます。そのため、再雇用を終えた方を含め、60歳代後半から70歳前半の高齢者が長年培ってきた知識や経験、技術が有効に生かせるような就業機会創出による就業開拓や独自事業に取り組むことで、多様なニーズに応えられるようにし、会員増加を実現していく必要があります。

【今後の取組み】

- 老人クラブ活動の活性化と会員増加（特に若手）について、魅力ある組織となるよう高齢者のニーズの分析などを千葉市老人クラブ連合会等と連携して推進します。
- 高齢者のニーズに対応した千葉市シルバー人材センターの運営を支援します。
- 千葉市シルバー人材センターを訪問介護事業所として登録し、元気な高齢者の活用と介護人材の補完する役割を担い、組織の充実を図ります。
- 地域のNPO等の民間団体と協働の体制づくりを構築します。
- 高齢者が活動する場所として、施設管理者と協議しながら、出来るものから順次既存施設の有効活用を図ります。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
老人クラブ活動の活性化と会員増加	介護予防、社会奉仕活動に積極的に取り組めるように支援し、また、老人クラブに加入していることによる付加価値づけを図ります。 魅力ある活動等の実施を支援し、併せて、会員募集に市の媒体を利用した積極的な広報により、会員数の増加を目指します。
千葉市シルバー人材センターの運営支援	高齢者が豊かな経験と能力を発揮し、働くことにより、生きがいを高める機会を確保するため、市内の企業等に対して、千葉市シルバー人材センターの事業内容などのPRを積極的に行い、定年退職後など的高齢者の多様な就業ニーズに応じた事業規模の拡大、契約件数・契約金額の増加を支援します。併せて、会員募集に市の媒体を利用し、会員数の増加を目指すなど、組織の強化を支援します。 また、ワンコインサービスにより買い物支援など暮らしのお手伝いを行い、地域貢献活動について積極的に取り組むよう支援します。
千葉市シルバー人材センターの訪問介護事業所登録の実現	千葉市シルバー人材センターを訪問介護事業所として登録し、元気な高齢者の活用と不足する介護人材の補完する役割を担い、組織の充実を図ります。
地域のNPO等の民間団体と協働の体制づくりの構築	地域で活動する民間団体を把握し、生きがいづくり等のために元気な高齢者には地域の担い手として、様々な観点から見守りや支援の必要な高齢者を支える側となって活躍していただく仕組みづくりを図ります。また、NPO等同士の横のネットワーク構築を図り、住民自治を推進します。
地域活動への取組みを意識づけるための講座実施	地域で暮らす方に対し、ボランティア活動等について、ことぶき大学校をはじめ多様な学ぶ場を提供し、地域で活躍していただくリーダーとしての意識づけを行い、積極的な活動を促します。
高齢者生きがい事業への既存施設の有効活用	地域にある自治会館、社会福祉施設、いきいきプラザ・センター等の既存施設を有効活用した高齢者の生きがいに結び付く事業を検討します。

目標達成のため のスケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
老人クラブ活動 の活性化と会員 増加										
	広報及び育成指導など活動支援									
シルバー人材セ ンターの運営支 援										
	実施									
千葉市シルバー 人材センターの 訪問介護事業所 登録の実現	検討	訪問介 護事業 所登録 の実現								
			実施							
地域のNPO等 の民間団体と協 働の体制づくり の構築	活動団 体の調 査・発 掘									
			実施							
地域活動への取 組みを意識づけ るための講座 実施										
	実施									
高齢者の生きが い事業の既存施 設の有効活用	調査 ・ 検討									
			実施							

3 介護基盤の整備

(1) 介護保険施設等の適正な整備の実施

【平成37年度目標】

特別養護老人ホーム、介護専用型有料老人ホーム及び認知症高齢者グループホームの施設・居住系サービスの整備目標量を、要介護2～5の認定者数に対する割合で、第6期介護保険事業計画が終わる平成29年度の37%から、政策目標として1割減らし、34%とします。

高齢者人口に対する高齢者向け住宅（サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど）等の割合を3～5%にします。（国・住生活基本計画と同じ割合です。）

《平成37年度に向けた65歳以上の高齢者28万人のための施設・居住系サービス等整備構想》

65歳以上の高齢者（約28万人）

自立

支援を必要とする高齢者（約6.4万人） （要支援1～要介護5）

生活支援サービスや在宅医療・介護の連携による
自宅でのケア（4万人程度）

◎高齢者の生活を支援する住まいの確保

※高齢者約28万人の5%＝約1.4万人分

- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・住宅型有料老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム etc

◎施設・居住系サービス

※要介護2～5の34%＝約1.1万人

- ・特別養護老人ホーム 5,169人分
2,169人分を整備
- ・介護老人保健施設 2,152人分
地域医療構想を踏まえて検討
- ・介護専用型有料老人ホーム 1,791人分
1,174人分を整備
- ・認知症高齢者グループホーム 2,293人分
648人分を整備

【現状】

- 第6期介護保険事業計画における施設・居住系サービスの整備目標量

= 要介護2～5の認定者数に対する割合で37.7%

※算定根拠

・要介護2～5の認定者数	22,794人
・平成29年度末までの累計整備目標量	8,599人分（1,185人分増）
内訳 特別養護老人ホーム	3,649人分（649人分増）
介護老人保健施設	2,152人分（0人分増）
介護専用型有料老人ホーム※	991人分（374人分増）
認知症高齢者グループホーム	1,807人分（162人分増）

※地域密着型特定施設入居者生活介護事業所を含む。以下同じ。

*括弧内は、第6期介護保険事業計画における増加分

- サービス付き高齢者向け住宅の整備状況は、36施設 1,436戸(H27.7.15日時点)で、入居率は62.8%(H26.10.1時点)です。整備が進むも入居率は低い状況です。

【課題】

○ 千葉市は、今まで、施設・居住系サービスの整備目標量に関して国がかつて示していた参酌標準に基づき、これらのサービスを整備してきました。

- ・ 施設・居住系サービスの総定員数を要介護 2～5 の認定者数の 37%以下とすること。
- ・ 施設・居住系サービスの入所者の 70%以上を要介護 4・5 の認定者とすること。
- ・ 特別養護老人ホームの総定員数の 70%以上をユニット型にすること。 等

しかし、今後、施設・居住系サービスの整備を進めるにあたり、次の課題を考慮する必要があります。

(1) 地域包括ケアシステムの構築・強化

地域包括ケアシステムの構築及び強化を進めるためには、要介護 3～5 の認定者の方でも居宅生活を送れるよう、居宅サービス、地域支援事業等を重点的に強化する必要があります。

(2) 特別養護老人ホームの入所対象者の中重度化

国は、前掲のとおり、施設・居住系サービスの入所者の 70%以上を要介護 4・5 の認定者とすることを参酌標準で示してきましたが、制度上は担保されていませんでした。しかし、平成 27 年度から、特別養護老人ホームの入所対象者が原則として要介護 3 以上の中重度者となり、制度上の担保が設けられました。

(3) 特別養護老人ホームを巡る環境の変化

全て個室となるユニット型の施設は、居住費の利用者負担の額が従来型多床室よりも高く、介護職員をより多く必要とします。そのため、入居費用がより低額な施設への需要や介護人材の確保の状況を把握する必要があります。

(4) 市の財政及び介護保険料への影響

現在、市は、特別養護老人ホームに対して 1 施設当たり 3 億 3,000 万円以上の建設費補助金を支出しています。また、特別養護老人ホームを整備すると、介護保険料が概算で 1 施設につき 20 円以上上昇することが見込まれます。

○ サービス付き高齢者向け住宅については、安否確認等の最小限のサービス提供の住まいであり、今後、利用者ニーズとのギャップの拡大が懸念されます。また、総量規制等を行えず、適正な整備量の確保・抑制が難しい状況です。

【今後の取組み】

- 千葉市では、今後も、国がかつて示していた参酌標準を踏まえて、かつ、前掲の諸課題を考慮して、次の方針に基づき平成 37 年度末までの施設・居住系サービスの整備を進めます。

（１）施設・居住系サービスの総定員数を要介護 2～5 の認定者数の 34%以下とすること。

市は、要支援・要介護認定者数の 3%減を目指すこと及び今後の介護保険事業の基本方針を地域包括ケアシステムの構築及び確立としたことを踏まえ、施設・居住系サービスの平成 37 年度末での要介護 2～5 の認定者数に対する整備量を、平成 29 年度末の 37.7%から政策目標として 1 割減らすこととし、34%とします。

（２）施設・居住系サービスの総定員数の 70%を要介護 3～5 の認定者とすること。

地域包括ケアシステムの理念に基づき、施設・居住系サービスは市の居宅サービスでは支えきれないと真に認められる要介護者を受け入れることとします。国がかつて示していた参酌標準が施設・居住系サービスの総定員数の 70%以上を要介護 4・5 の重度者が入所することを想定していた方針を引き継ぎ、また、特別養護老人ホームの入所対象者が要介護 3 以上の中重度者に原則として限定されたことも踏まえ整備を行います。

なお、介護老人保健施設については、この指針では、現状を踏まえて、既存施設を特別養護老人ホームと同様に終身入所することが可能な施設として取扱うこととします。また、今後の整備については、現在、国において「中間施設」として位置付けることについて議論が行われていることから、国の動向や地域包括ケア病床の整備状況を踏まえて整備量等を決定します。

（３）特別養護老人ホームの多床室の整備

特別養護老人ホームについては、第 6 期高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）期間中はユニット型での整備を進めておりますが、今後、千葉市社会福祉審議会へ諮問し、その答申を踏まえ、第 7 期以降の高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）の策定において、多床室の併設による整備をプライバシーの確保等に留意しつつ検討していきます。

- 高齢者にふさわしいハードと、安心できる見守りサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅の供給促進を図るとともに、適切な管理・運営が行われるように立ち入り検査や定期報告を実施します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
サービス別整備量の 決定	要介護 2 ～ 5 の認定者数に対する割合 33.9% 要介護 2 ～ 5 認定者数 33,639 人 累計整備量 11,405 人分 (3,991 人分) 特別養護老人ホーム 5,169 人分 (2,169 人分) 介護老人保健施設 2,152 人分 (整備量等は今後検討) 介護専用型有料老人ホーム 1,791 人分 (1,174 人分) 認知症高齢者グループホーム 2,293 人分 (648 人分) ※括弧内は平成 27 年度から平成 37 年度までの増加分
サービス付き高齢者向 け住宅の供給促進	サービス付き高齢者向け住宅の供給促進を図るとともに、適切な管理・運営が行われるよう立入り調査や定期報告を実施します。

(年度：竣工年度、単位：人分)

目標達成のため のスケジュール	第 6 期計画		第 7 期計画			第 8 期計画			第 9 期計画	
	28 年度	29 年度	30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度	36 年度	37 年度
特別養護老人ホームの整備	160	160	160	160	240	160	160	240	160	240
介護老人保健施設の整備	0	0	国の動向や地域包括ケア病床の整備状況を踏まえて整備量等を決定							
介護専用型有料老人ホームの整備	160	160	80	160	80	80	160	80	80	80
認知症高齢者グループホームの整備	36	36	54	54	72	72	72	72	72	72
サービス付き高齢者向け住宅の供給促進	実 施									

※参考 【想定定員】 特別養護老人ホーム・介護専用型有料老人ホーム 80 人

認知症高齢者グループホーム 18 人

(2) 介護人材の確保・定着の促進

【平成37年度目標】

平成37年度において不足することが見込まれる、約4,000人分の介護力を確保します。

【現状】

平成25年度の厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査では、市内事業者の介護職員数は、常勤換算で約6,800人です。

介護職場で働く方の数は年々増加しているものの、平成26年1月に実施した市内の125事業者を対象としたニーズ調査では、「職員数が不足している」との回答が68事業者で、全体の54.4%を占めています。

平成37年度には全国で約38万人の介護人材不足が予想されることから推計すると、本市では約4,000人の不足が見込まれます。

【課題】

平成37年度には、要介護認定者数が、現在の約2倍弱の66,000人程度になることが見込まれ、それに伴い、介護人材の不足が加速度的に増えていくことが予測されます。

また、生産年齢人口の減少に伴い、人材の確保が益々困難となっていきます。

【今後の取組み】

- 介護職員を確保するために、介護事業所への就業希望者へ研修等の各種支援事業を実施します。
- 小中学生向け介護普及啓発研修事業の実施や、奨学金制度(千葉県社会福祉士及び介護福祉士修学資金)の高校生への周知などにより、職業の選択肢としての介護職の普及啓発を図ります。
- 介護人材不足について事業所の実態を把握し、「基金」を活用した更なる人材確保事業の拡充を図る中で、介護職員の数の確保だけでなく、質の確保にも目配りして施策を検討・実施します。
- 介護ロボット導入支援事業、外国人介護士の就労支援、福祉大学・介護福祉士養成校と介護事業所との連携強化などに取り組みます。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
外国人介護士の就労支援	経済連携協定（E P A）や外国人技能実習制度などの活用を図る事業者に対して、外国人労働者の処遇・労働環境確保の支援を行うほか、外国人労働者に対して、関係機関や市民団体等と連携し、地域でより生活しやすい環境づくりを推進します。
介護ロボットの導入支援事業（再掲）	介護業務の負担軽減による労働環境の改善効率化を目的として、国の補助制度などを活用し、介護ロボットの導入費用を助成します。また、介護ロボットの活用に関する講習会の実施なども検討します。
福祉大学・介護福祉士養成校と介護事業所との連携強化	大学就職課などの協力を得て、学校内で説明会を行うなど、事業所の求人情報を学生に周知します。また、介護人材を養成するため、福祉大学や養成校を市内へ誘致します。
介護職員初任者研修受講者支援事業	初任者研修の修了後に市内事業所に就業することを条件として研修費用の一部を助成します。また、新たに資格取得支援事業を実施します。
介護人材合同就職説明会実施事業	施設や養成校の協力を得て、合同就職説明会を実施します。
小中学生向け介護普及啓発研修事業	小中学校の児童・生徒を対象とし、介護職場の体験研修を通じた介護職への就業意欲を高める取り組みを実施します。
潜在介護福祉士再就業促進研修事業	再就業支援として、離職した有資格者が再就職にあたり必要な知識や技術を再認識するための研修を実施します。
実態把握と「基金」を活用した更なる人材確保事業の拡充	介護人材不足について事業所の実態を把握し、「基金」を活用して、人材確保に資する事業の拡充を継続的に実施していきます。また、スキルアップの研修を受けやすい環境づくりの支援など、介護職員の数の確保だけでなく質の確保を目的とした事業の実施も検討します。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
外国人介護士の 就労支援	取組 の検討	事業の実施・拡充								
介護ロボットの 導入支援（再掲）	事業の実施・拡充									
福祉大学・介護福 祉士養成校と介 護事業所との連 携強化	取組 の検討	事業の実施・拡充								
介護職員初任者 研修受講者支援 事業	事業の継続・拡充									
介護人材合同就 職説明会実施事 業	事業の実施・拡充									
小中学生向け介 護普及啓発研修 事業	事業の実施・拡充									
潜在介護福祉士 再就業促進研修 事業	事業の実施・拡充									
実態把握と「基 金」を活用した更 なる人材確保事 業の拡充	メ ニ ュー の 検 討	事業の実施・拡充								

(3) 看護人材の確保・定着の促進

【平成37年度目標】

必要な看護人材を確保します。

【現状】

- 千葉県では、平成 37 年の県内の看護職員の需要は、平成 23 年度比 1.3～1.4 倍、訪問看護師の必要量は 1.7 倍に増えると推計しています。
- 市内には、看護学科を持つ大学が 3 校、看護専門学校が 4 校、看護科を持つ高等学校が 1 校あり、1 学年の定員合計は 530 名です。今後、青葉看護専門学校の定員増、東京情報大学の看護学部新設が予定されており、平成 29 年度には 1 学年の定員の合計は 670 名となる見込みです。
- 国は、看護職員確保に向けて、①看護職員の復職支援の強化、②勤務環境の改善を通じた定着・離職防止、③社会人経験者の看護職への取り込み促進を柱とする施策を進めています。
- 千葉県では、看護職員確保に向けた取り組みとして、医療介護総合確保基金を活用し、ナースセンター事業（未就業看護職員の無料職業紹介・再就業に向けた講習会・相談会の実施）、看護職員の定着促進を図る事業（看護師宿舎整備事業、病院内保育所施設整備・運営事業など）等、様々な事業を実施しています。
- また、他政令市では、離職している看護師を対象に再就職対策を行う病院等への支援を行っている事例があります。

【課題】

- 高齢化の進行が県平均よりも急速な本市では、看護職員の需要増加は県内の推計より大きくなると予想されます。
- 少子化が進む中、新卒看護師の確保が困難になることが予想されます。
- 病院だけでなく、在宅医療に関わる看護師についてもその確保が課題となっています。

【今後の取り組み】

- 将来にわたり、安定的に看護師供給を継続するため、青葉看護専門学校の運営を支援します。
- 平成 37 年に向けた看護師不足の見通しを把握し、看護師確保に向けた支援策に関するニーズ把握するための需要調査を実施し、看護師確保策を検討します。
- 市内の看護科のある大学・看護師育成施設の新卒看護師の市内就職の促進に向け、市内医療機関と連携して取り組みます。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
青葉看護専門学校の運営支援	千葉市保健医療事業団による青葉看護専門学校の運営を支援します。 特に、平成 29 年 4 月に予定されている、第一看護学科の定員増に向けた取り組みを支援します。また、将来にわたり、青葉看護専門学校から安定的に看護師供給を継続するための方策について検討を行います。
需要調査の実施	平成 37 年に向けた看護師不足の見通しを把握し、看護師確保に向けた支援策に関するニーズを把握するため、病院・診療所及び訪問看護事業所、福祉施設等を対象とした調査を、国の調査を踏まえ、県の協力を得ながら実施します。 また、関係機関と連携し、新卒看護師の確保のほか、国が示す取り組みでもある離職看護師の復職支援、社会人経験者の看護師への取り込みなど、看護人材確保に向けた具体策の検討を行い、平成 30 年度から実施します。
新卒看護師の市内就職の促進	市内の看護学科のある大学及び看護師養成施設の卒業生の市内医療機関への就職促進に向けて、市内医療機関等と連携した取り組みを行います。 青葉看護専門学校においては卒業生の市内就職率の低い第 2 看護学科を廃止し（平成 27 年度末予定）、市内就職率が高い第 1 看護学科の定員を増やす（平成 29 年度から）予定です。
需要調査を踏まえた看護師確保策の実施	上記施策のほか、需要調査の結果や具体策の検討結果を踏まえ、国・県との役割分担を明確にしながら、看護師確保のために市として必要な施策を、関係機関と連携して実施します。 （国施策） ・看護師等免許保持者について一定の情報の届け出制度を創設し、離職者を把握 ・医療機関による自主的な勤務環境改善活動を促進するとともに、医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取り組みをバックアップする仕組みを構築 （県施策） ・県が設置しているナースセンターが、離職後も一定の「つながり」を確保し、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等の必要な支援を実施 ・医療従事者の子育てを支援し、定着を促進するため、病院内保育所の整備や運営費を補助するほか、医療の高度化に対応する施設の拡張、新設に係る費用を補助することで、看護職員が働きやすい勤務環境の改善を図り、看護師の定着・確保を図る事業等を実施

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
青葉看護専門 学校の運営支援	実 施									
		(第一看護学科の 定員を 80人に 増)								
需要調査の実施	調査・ 具体策検討									
新卒看護師の市 内就職の促進			実 施							
需要調査を踏ま えた看護師確保 策の実施			実 施							

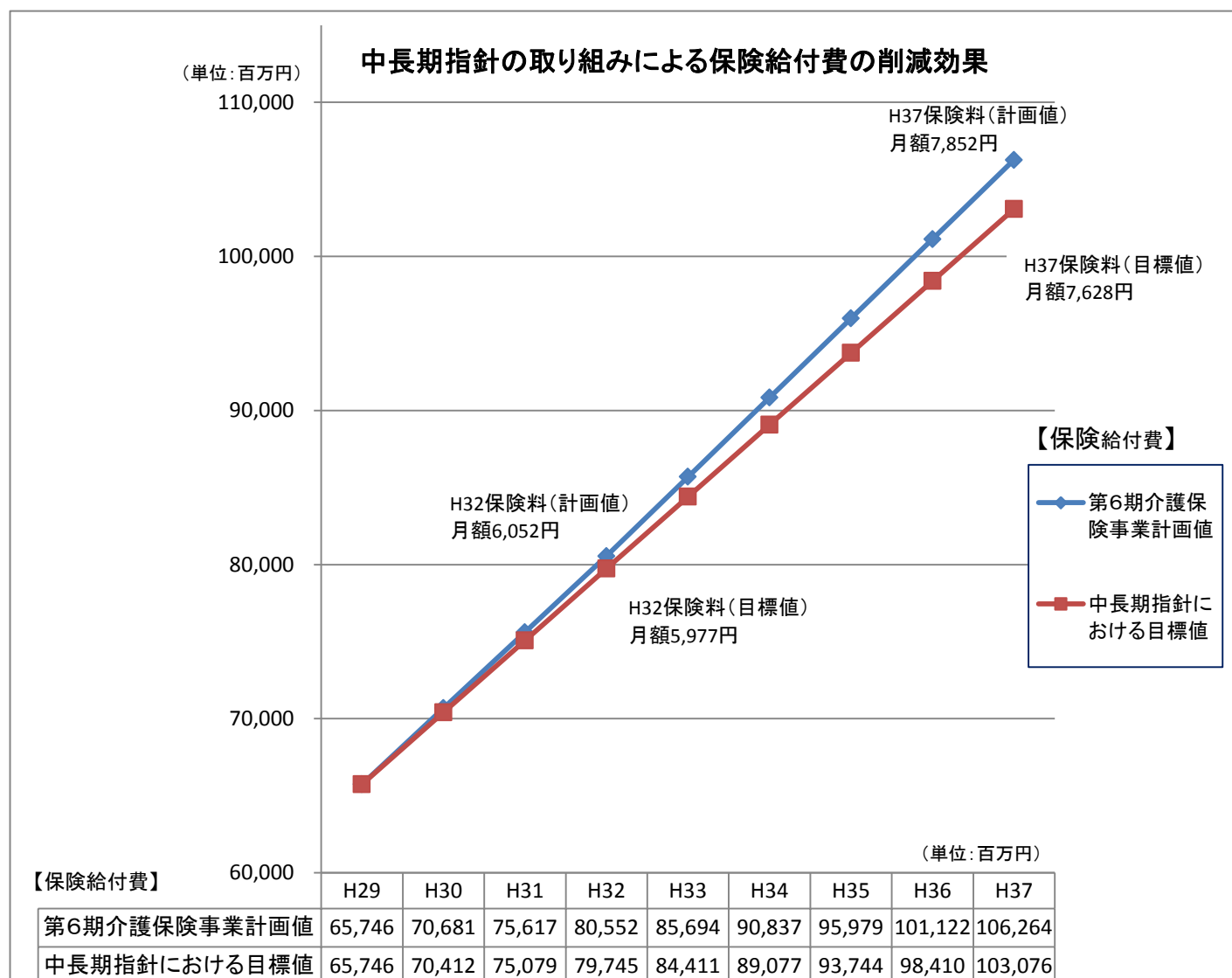
4 介護保険サービスの提供

(1) 介護保険サービスの提供見込み

【平成37年度目標】

	介護保険事業計画値	平成 37 年度目標値
平成 37 年度における (1) 要支援・要介護認定者数	66,404 人	→ 64,405 人 (△3%)
(2) 保険給付費	106,264 百万円	→ 103,076 百万円 (△3%)
(3) 介護保険料 (基準月額)	7,900円程度	→ 7,600円程度 (△3%)

第6期事業計画の策定に際して行った本市のサービス量の推計をそのまま保険給付費に置き換えると、平成37年度には約1,063億円となります。(審査支払手数料等を含む。)これに対して、「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(厚生労働省)における国の目標が、平成37年度に641万人と見込まれる介護サービス利用者を「介護予防・重度化予防により全体として3%減」とされていることを踏まえ、本指針においても、各施策の効果により「認定者を3%減、保険給付費及び保険料も3%減」という目標を設定することとしました。



【現状】

全国平均よりも低く推移してきた本市の高齢化は、団塊の世代が65歳を迎えたことにより、今後、急速に進展していくと見込まれます。特に、75歳以上の後期高齢者数は、平成26年度の約95,000人から平成37年度には約176,000人となり、約1.9倍になると見込まれます。

【課題】

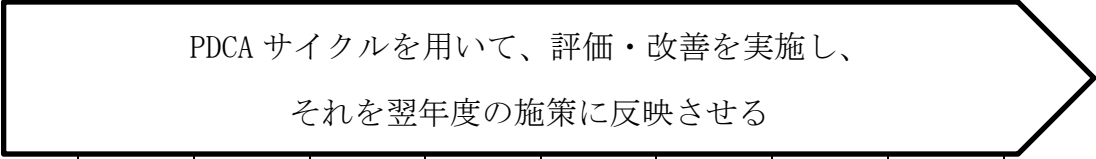
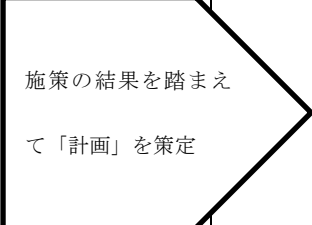
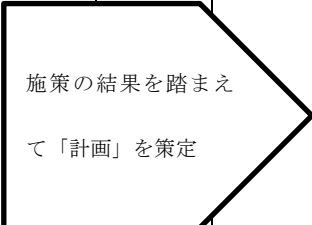
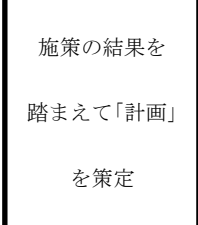
高齢化の伸びにあわせて、認定者数を推計すると、平成37年度には保険給付費等が、現在の約2倍になると推計されます。

市独自の各種施策を強化することで、介護保険制度の持続可能性を高める必要があります。

【今後の取組み】

- 今後、取り組む各種対策について、PDCA サイクルを用いて、評価・改善を実施し、それを翌年度の施策に反映させるため、保険給付費等の実績と目標値との進捗管理を行います。
- これらの成果を、3年ごとに策定する「千葉市高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）」に反映させます。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
進捗管理	国が進めている『介護・医療関連情報の「見える化」の推進』を活用し、地域の特徴や課題を客観的に把握しつつ、認定者数や介護給付費の分析及び地域ケア会議などの意見を踏まえ、適正な介護サービスの提供がなされているか検証します。 また、毎年度、目標値の達成状況を確認するとともに、併せて既存事業の効果検証などを行い、その結果を次年度の施策に反映させます。
高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）への反映	3年ごとに策定する「千葉市高齢者保健福祉推進計画（介護保険事業計画）」に反映させます。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
進捗管理										
高齢者保健福祉 推進計画（介護保 険事業計画）への 反映										

(2) 介護認定の体制等の見直し及びICTの利活用

【平成37年度目標】

平成37年度において見込まれる、約64,000人（平成27年度の約2倍）の要介護等認定者に対応した効率的な認定調査・審査体制を構築します。

【現状】

認定審査会は25の合議体（定数7人）で構成され、年間約1,000回を開催し、約34,000件の審査判定を行っています。

また、介護認定調査については、常勤職員8人、非常勤職員59人体制で実施するほか、施設等へ委託し、計約34,000件を調査しています。

【課題】

平成37年度には、認定者数が現在の2倍になることから、合議体数や調査員数の増だけで対応することは困難であり、効率的な運営を行う必要があります。

【今後の取組み】

○ ICT技術を活用して、認定審査会および認定調査の効率化を図ります。

ア 認定審査会のWeb会議化（医師等の認定審査会委員に毎週決まった時間に区役所に集まっていますが、インターネット回線を利用したWeb会議システムを活用することにより、委員が職場や自宅において、会議を行うことができるようになります。）

イ 認定調査へのタブレットPCの導入（現行の調査結果の登録は、現地で紙に調査結果を記録し、事務室でOCR用紙に転記して介護保険システムに読み込ませる必要がありますが、タブレットを導入することで、入力データを介護保険システムへ転送することができるため、OCR用紙への転記・読込結果確認等の手間が削減され、業務の効率化が図れます。）

○ ICT技術を活用して、給付の適正化を図ります。

サービスの過剰な利用や本人の状態に合っていない利用に対し、ケアプランの最適化を進めて給付の適正化に繋がります。その推進のため、チェック・指導の体制を強化するほか、例えば、要介護等認定者の介護・医療・その他の情報を集積してリアルタイムで関係者が確認できるようにしたり、大量の給付実績データの中からサービスの過不足の可能性のあるものを自動的に抽出して理由とともに表示するなど、ICT技術を活用した効果的・効率的な手法を検討・実施します。

目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
認定審査会のWeb会議化	平成27年度中に業者の選定を行い、一部の審査会に対して導入し、翌年度以降、段階的に導入します。
認定調査へのタブレットPCの導入	業務の効率化を図るために適した機能を搭載したタブレットについて、複数社からの提案を受け、業者選定を行い、平成28年度中に導入します。
ICT技術を活用した適正な給付の実現	要介護等認定者の介護・医療・その他の情報を集積し、リアルタイムで関係者がその情報を確認できるようにするなど、ケアプランの最適化や給付の適正化を効果的・効率的に進める手法を検討・実施します。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
認定審査会のWeb会議化	段階的に導入									
認定調査へのタブレットPCの導入	業者の選定・導入									
ICT技術を活用した適正な給付の実現	取組内容・実現手法・要件の検討		設計・構築	実施						

(3) 介護ロボットなどの新技術の導入

【平成37年度目標】

ロボット介護機器を、大量に（目標：高齢単身世帯 6 万台、介護職員 2 万台）普及させます。

【現状】

「ロボット介護機器開発 5 カ年計画」に基づき、経済産業省を中心に機器の開発支援が進められ、厚生労働省を中心に介護現場での実証試験等が図られつつあり、全国では平成 37 年に高齢単身世帯 700 万台、介護職員 240 万台の需要が見込まれています。

ロボット技術の介護利用における重点分野として、次の 5 分野が選定されています。

(1) 移乗介助 (2) 移動支援 (3) 排泄支援 (4) 認知症の方の見守り (5) 入浴支援

【課題】

介護ロボットを利用する利点として、介護職員の負担軽減や要介護者の自立支援が挙げられますが、普及が進んでいません。

その理由として、技術開発が途上であることや、ロボットを使った介護に抵抗感を示す介護職員・要介護者がいることが考えられます。

【今後の取組み】

○介護ロボットなど新技術の導入について、国の動向や開発状況を注視し、情報収集します。

○国の補助制度などを活用し、介護職員の負担軽減等に資する介護ロボットの導入費用を助成します。

また、講習会の実施なども検討します。

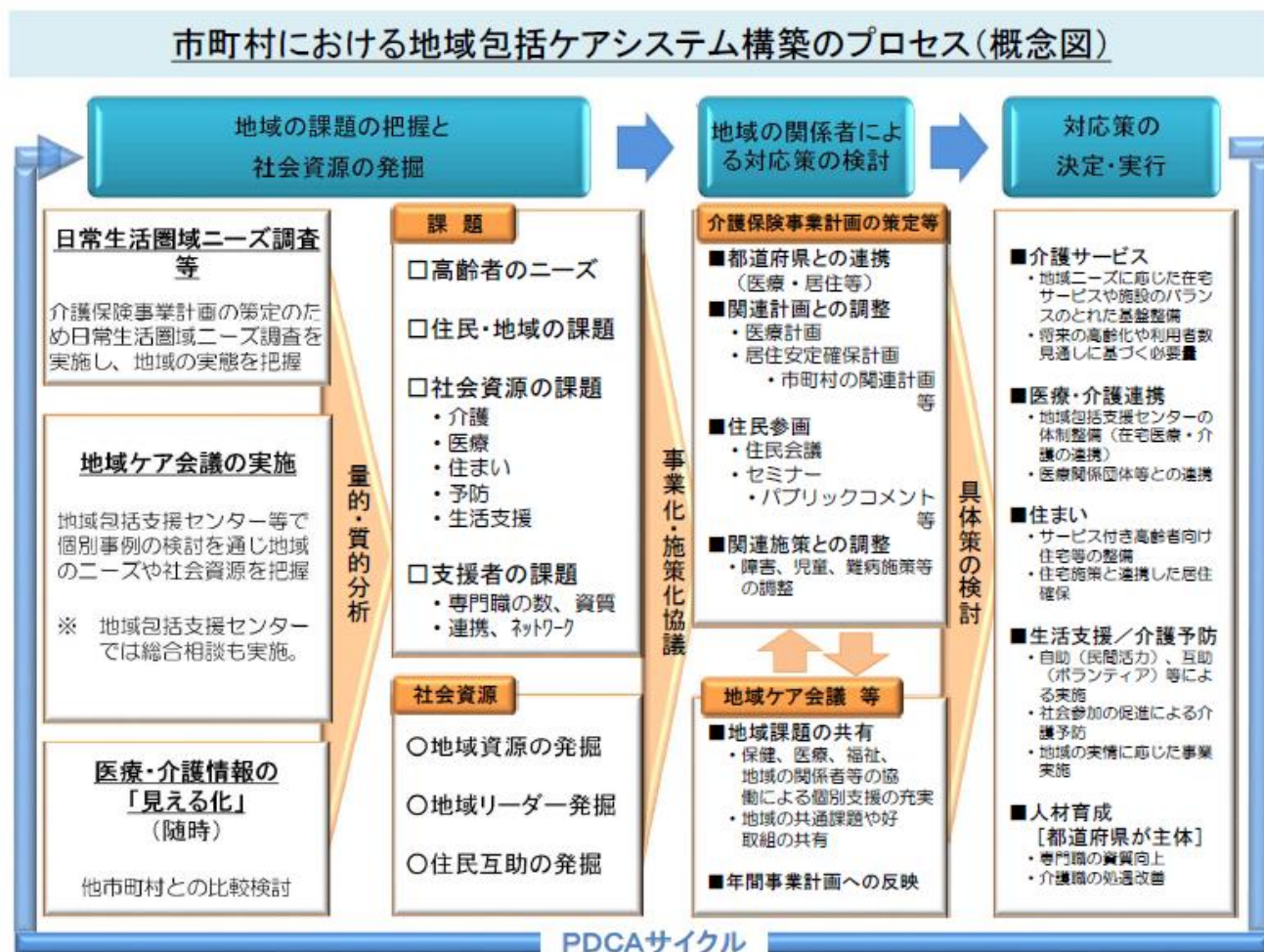
目標達成のための 具体的取組み	取組み内容
介護ロボットの開発状況等の情報収集	開発企業等に対する補助や介護現場への導入に必要な基準作成等の環境整備を行う「ロボット介護機器開発・導入促進事業」（経済産業省）、製造事業者と介護施設等がチームを組んで効果検証や改良を行う「ロボット介護機器導入実証事業」（同）、現場ニーズの伝達や試作機器の実証等を行い実用化を促す環境を整備する「福祉用具・介護ロボット実用化支援事業」（厚生労働省）など、国の動向や開発状況を注視し、本市の取組につながる情報を収集します。
介護ロボットの導入支援事業	介護業務の負担軽減による労働環境の改善効率化を目的として、国の補助制度などを活用し、介護ロボットの導入費用を助成します。また、介護ロボットの活用に関する講習会の実施なども検討します。
要介護者等向け介護ロボット等の普及促進	要介護者などの身体機能を補うような新技術について、その開発動向を注視し、有効な技術については福祉用具貸与等のメニューに入れるよう国に働きかけます。また、新技術の普及に向け、市民に対して講演会などで周知を図ります。

目標達成のための スケジュール	第6期計画		第7期計画			第8期計画			第9期計画	
	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
介護ロボットの 開発状況等の情 報収集										
	実 施									
介護ロボットの 導入支援										
	事業の実施・拡充									
要介護者等向け 介護ロボット等 の普及促進										
	事業の検討									
		実 施								

第4章 指針の実現に向けて

○本指針の評価・検証

国の示す地域包括ケアシステム構築のプロセス（下記参照）を参考に、少なくとも高齢者保健福祉推進計画（介護事業計画）策定に合わせ、3年ごとに、指針の方向性について、評価・検証・見直しを行います。



出典：厚生労働省HPより

○市内部の体制の整備

取組み内容及びスケジュール等に沿って、計画的に最適かつ必要な人材の配置を行うなど、組織・体制の見直しをあわせて行います。

【用語説明】

あ行

▶ あんしんケアセンター（地域包括支援センター）

あんしんケアセンター（地域包括支援センター）では、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置し、地域で暮らす高齢者や家族からの介護に関する悩みをはじめ、健康、福祉、医療、生活等に関する相談に応じ、総合的に支援を行います。

▶ いきいきプラザ・いきいきセンター

いきいきプラザ（老人福祉センター）は各区に1か所、計6か所設置しており、高齢者に関する各種の相談に応じるとともに、高齢者の健康増進、教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与することを目的とした施設です。いきいきセンターはいきいきプラザの補完施設として市内に計9か所設置しており、高齢者の生きがい対策や健康づくりなどのための地域の施設です。

▶ 一般介護予防事業

すべての高齢者を対象とした、生活機能の維持または向上を図るための事業です。介護予防に関する知識の普及・啓発や、地域における自主的な介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援を行います。

▶ 一般高齢者

要介護・要支援認定を受けておらず、基本チェックリストによるサービス事業対象者ではない高齢者の方をいいます。

▶ NPO（民間非営利組織）

継続的・自発的に社会貢献活動を行う営利を目的としない民間団体のことをいいます。近年、我が国においても社会福祉や教育・文化・スポーツ、国際交流・協力など多様な分野の活動が広がっています。

▶介護給付

被保険者が要介護状態の場合に受ける保険給付であり、以下のものがあります。

1. 居宅サービスの利用（居宅介護サービス費・特例居宅介護サービス費・地域密着型介護サービス費・特例地域密着型介護サービス費）
2. 特定福祉用具の購入費の支給（居宅介護福祉用具購入費）
3. 住宅改修費の支給（居宅介護住宅改修費）
4. 居宅介護支援の利用（居宅介護サービス計画費・特例居宅介護サービス計画費）
5. 施設サービスの利用（施設介護サービス費・特例施設介護サービス費）
6. 自己負担が高額な場合（高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス費）
7. 低所得者の施設利用の際に居住費や食費が一定の基準額を超える場合（特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費）

▶介護サービス計画（ケアプラン）

介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成する要介護者などに提供するサービス計画のことで、在宅サービスと施設サービスに関する２種類のケアプランがあります。在宅でのサービスを希望する場合は、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）、あんしんケアセンターに作成を依頼するか、又は本人などが作成する必要があります。施設入所などのサービスを希望する場合は、その介護保険施設（特別養護老人ホームなど）が作成します。

▶介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者及び要支援者などからの相談に応じ、心身の状況に対し適切なサービスが利用できるよう居宅介護サービス事業者や介護保険施設、市町村との連絡調整を行い、居宅介護サービス計画（ケアプラン）の作成を行います。また、介護保険施設においては、施設に入所又は、入院中の要介護者の施設介護サービス計画（ケアプラン）を作成します。介護支援専門員は、社会福祉士、看護師、介護福祉士などで、一定の実務経験のある法定資格者が介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、かつ、都道府県知事が実施する研修の修了証明書の交付を受けた方です。

▶介護支援ボランティア

高齢者が高齢者施設などでボランティア活動を行った場合にポイントが得られ、たまったポイントに応じて換金などができる仕組みで、高齢者の社会参加を通じた介護予防などを目的としています。

平成 19 年度に介護保険法の地域支援事業の対象となったことから全国的に広がり、政令市では横浜市やさいたま市、県内では柏市や松戸市などで実施されており、千葉市では平成 25 年 7 月より実施しています。

▶介護相談員派遣事業

千葉市が委嘱した介護相談員を介護保険施設などに派遣し、サービス利用者やその家族の相談に応じることで、不安などの解消を図るとともに、派遣を受けた事業所における介護サービスの質の向上を図ることを目的とする事業です。関係団体からの推薦及び公募により選任された相談員が、基本的に 2 人 1 組で担当する事業所を毎月 1 回訪問しています。

▶介護報酬

介護保険制度において、サービス提供者や介護保険施設が介護サービスを提供した場合に、その対価として支払われる報酬をいいます。医療保険における診療報酬に対応する語です。提供されるサービスごとに、サービス提供者の種類及び要介護度ごとに細分化されています。また、地域加算や提供するサービスの内容・時間帯による加算など、各種の加算があります。

平成 27 年度介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービスなどの増加に必要な経費の確保、さらには介護職員の処遇改善、物価の動向、介護従事者の経営状況、地域包括ケアシステムの推進などを踏まえ、マイナス 2.27%の改定率となりました。

▶介護保険施設

介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設をいいます。

▶介護予防事業

地域支援事業に含まれる事業で、「介護が必要となる状態を予防すること」を目的に、65 歳以上の方全員を対象とした事業と、介護が必要となる恐れの高い方を対象とする事業があります。

▶介護予防日常生活支援総合事業

全国一律のサービスではなく、市町村が中心となり、地域の実情に応じて、住民やNPO等の多様な主体が参画し、介護予防や、買い物等の家事支援・交流サロンの開催などの生活支援サービスを総合的に提供する事業です。

高齢者の社会参加や地域の支え合い体制づくりを通して、要支援者等の自立支援に向けた多様なサービスを提供するとともに、支援の担い手となる高齢者の介護予防に向けた取組みの推進を目指すものです。

▶介護療養型医療施設（療養病床等）

急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする要介護者が入院する施設です。医療、看護、医学的管理のもとでの介護、その他日常生活上の世話や機能訓練などを行います。なお、療養病床としては、介護保険に基づく介護療養病床（＝介護療養型医療施設）と医療保険に基づく医療療養病床がありますが、このうち、介護療養病床については、制度の廃止期限が平成29年度末までとされてきました。しかしながら、国において、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護療養病床では、医療ニーズの高い中重度要介護者への対応の更なる強化、さらには看取りやターミナルケアを中心とした長期療養、喀痰吸引や経管栄養等の医療処置など、これらの機能については引き続き確保していくことが必要であるとされました。

▶介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

日常生活に常時介護が必要で、自宅では介護が困難な要介護者が入所する施設です。食事、入浴、排せつなどの介護、その他日常生活上の世話や健康管理などを行います。

▶介護老人保健施設

病状が安定し、リハビリに重点を置いたケアが必要な要介護者が入所する施設です。医学的な管理のもとでの介護、その他日常生活上の世話や機能訓練などを行います。

▶カンファレンス

本来の意味は会議や協議会のことを指しています。医師、看護師、介護士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、管理栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどの専門職が、分野の枠組みなどを乗り越え、チームで一人の患者さんに対してベストな支援方法を話し合い、検討するというものです。

▶基本チェックリスト

運動器、口腔機能、栄養状態、閉じこもり、うつ、もの忘れなどの生活に関連する機能を評価する 25 項目の質問で、要支援及び要介護状態にならないために必要なサービスや支援などを考える際に使用するほか、自身の状態を知るために使用します。

▶キャラバン・メイト

ボランティアとして、市町村や職域団体などと協同で、地域住民、学校、職域などを対象とした認知症に関する学習会「認知症サポーター養成講座」を開き、講師役となって認知症サポーターの育成を行う方のことです。

▶虚弱（フレイル）

加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態です。

▶居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）

介護支援専門員（ケアマネジャー）を配置し、居宅における介護サービス計画（ケアプラン）を作成する事業者のことです。

▶居宅サービス、介護予防サービス

居宅サービスは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をいいます。

介護予防サービスは、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売をいいます。

▶居宅療養管理指導

居宅要介護者などについて、医師、歯科医師、薬剤師などにより、その者の居宅を訪問して行われる療養上の管理及び指導をいいます。

▶QOL

クオリティ・オブ・ライフ（英：quality of life、QOL）とは、一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということをも尺度としてとらえる概念です。

▶クラウドコンピューティング（クラウドシステム）

従来は手元のコンピュータで管理・利用していたようなソフトウェアやデータなどを、インターネットなどのネットワークを通じてサービスの形で必要に応じて利用する方式のことです。IT業界ではシステム構成図でネットワークの向こう側を雲（cloud：クラウド）のマークで表す慣習があることから、このように呼ばれています。

▶ケアマネジメント

要介護者及び要支援者のサービス利用者に対し、保健・医療・福祉サービスを総合的に提供するための連携・調整などの一連の活動のことです。介護保険制度では、ケアマネジメントシステムとして、要介護認定の後、介護支援専門員（ケアマネジャー）による課題分析やサービス計画（ケアプラン）作成、サービスの提供、継続的な管理（モニタリング）、再評価を行うことを指します。

▶軽費老人ホーム

家庭環境・住宅事情などの理由により、居宅において生活することが困難な方が入所する施設です。日常生活上必要な便宜を低額な料金で提供します。軽費老人ホームには、食事の提供や日常生活上必要な便宜を提供する「A型」と、自炊が原則の「B型」、高齢者が自炊のできない程度の身体機能（車椅子利用の生活）になっても自立した生活が送れるように配慮した「ケアハウス」があります。

▶健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいいます。

▶権利擁護

高齢者が、虐待を受けたり、認知症により生活が困難な場合などで、問題を抱えたままの生活が続かないように、適切な福祉サービスにつなげたり、成年後見制度の申立などにより、専門的・継続的な支援を行うことです。相談は、あんしんケアセンターなどで行います。

▶高額介護サービス費、高額介護予防サービス費

要介護者などが居宅サービスや施設サービスを利用して保険給付を受け、支払った自己負担額が一定の基準額を超えた場合に、要介護者については高額介護サービス費が、また、要支援者については高額介護予防サービス費が支給されます。超えた分が払い戻されることにより負担が一定額を上回らないよう、自己負担額の軽減が図られます。

▶高額医療合算介護サービス費、高額医療合算介護予防サービス費

医療及び介護の両制度における高額療養費及び高額介護サービス費の制度を適用した上での自己負担額の合計額が著しく高額となった場合、低所得者の負担が過重とならないよう、所得に応じて上限額を設定し、それを超えて自己負担した利用料を申請により払い戻す制度です。要介護者には高額医療合算介護サービス費として、要支援者には高額医療合算介護予防サービス費として支給されます。

▶口腔機能

食べる・話す・呼吸する・表情を作るなど歯や口腔の機能のことです。栄養の摂取や肺炎等の全身疾患など全身の健康に関係します。

▶口腔ケア

口内の手入れを行い、むし歯・歯周病などの歯科疾患や肺炎等全身の疾患を予防することや、口腔機能の維持・向上のための機能訓練を行うことです。自分で行うケアと歯科医師や歯科衛生士などの専門家が行うケアがあります。

▶高齢者虐待

平成 18 年 4 月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」では、「高齢者虐待」を養護者による高齢者虐待、養介護施設従事者等による高齢者虐待と定義していますが、虐待内容としては次のように定めています。

1. 身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること
2. 衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置等養護を著しく怠ること
3. 著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
4. わいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること
5. 当該高齢者の財産を不当に処分すること、当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

▶コミュニティソーシャルワーカー（CSW）

制度の狭間や複数の福祉課題など、既存の福祉サービスだけでは対応困難な事案の解決にあたる地域福祉のコーディネーターで、地域において支援を必要とする人々を把握し、相談対応や公的サービス・インフォーマルサービスへのつなぎ等を行うとともに、地域の関係機関や活動団体とネットワークを構築し連携して、課題解決に向けた新たな仕組みづくりやサービスの開発を行います。本市では、社会福祉協議会の各区事務所に 1 名を配置しています。

▶コミュニティビジネス

地域の人材やノウハウ、施設、資金などの地域資源を生かしながら、地域課題の解決に「ビジネス」の手法で取り組む事業モデルをいい、地域における新規創業や雇用創出、働きがい、生きがいを生み出し、地域経済や地域コミュニティの活性化に寄与するものとして期待されています。

▶ サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

住宅としての居室の広さや設備、バリアフリーといったハード面の条件を備えるとともに、ケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供する市に登録された賃貸住宅のことです。

▶ 在宅療養後方支援病院

在宅医療を提供する医療機関と連携し、緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院届け出ている患者に、24 時間対応可能な体制を整えている病院のことです。必要に応じて入院できる病床を常に確保し、やむを得ず当該病院に入院させることができない場合は、他に入院可能な病院を探し、紹介します。

▶ 施設サービス

介護老人福祉施設サービス、介護老人保健施設サービス及び介護療養型施設サービスをいいます。

▶ 社会参加の場

社会人として、社会の一翼を担うための活動の場を指します。

▶ 住民主体の通いの場

地域資源を活用し、また、それぞれの地域の特色を生かしながら、高齢者が容易に通える範囲で、介護予防などのために住民が主体となって運営する場です。

▶ 社協地区部会

千葉市社会福祉協議会の趣旨に賛同し、地域特有の福祉課題に対し、住民同士の助け合い・支え合いによる活動を行うために自発的に組織された地域団体で、平成 27 年度末現在、市内で 67 団体が活動しています。概ね中学校区を活動区域として、町内自治会、民生委員・児童委員、老人クラブ、ボランティア、NPO、学校・PTA、赤十字奉仕団、福祉施設等、様々な分野から構成員として参加を募り、地域交流の促進、ボランティア講座の開催、広報紙の発行、高齢者等の見守り、イベントやレクリエーションの実施、支え合いの仕組みづくり、健康づくり活動等、多岐にわたって地域の福祉向上のための活動を展開しています。

▶生涯学習

一人ひとりの暮らしを良くしたり、仕事の能力を身につけたり、豊かな人生を歩むことを目指して、スポーツ活動、文化活動、趣味・レクリエーション活動、ボランティア活動などを自分にあったやり方を選びながら、生涯を通じて行う学習です。学校や家庭での学習も、生涯学習です。

▶小規模多機能型居宅介護

自宅から通うことを中心に、必要に応じてヘルパーの訪問を受けたり、短期間泊まったりして介護を受ける多機能なサービスです。

▶自立支援

高齢者等が自らの有する能力を最大限生かし、自らが望む環境で、人生を尊厳をもって過ごすことができるよう、多少身体などが不自由になってもその人なりの生活の仕方を続けていけるように支援することです。

▶シルバー人材センター

「高齢者雇用安定法（高年齢者等の雇用の安定等に関する法律）」を根拠法とし、都道府県知事の認可を受け、市町村（特別区を含む）の区域ごとに設立された公益法人です。主な事業としては、①臨時的かつ短期的な就業の機会の確保と提供、②臨時的かつ短期的な雇用による就業を希望する高齢者のために無料の職業紹介又は一般労働者派遣、③高齢者に対し、臨時的かつ短期的就業に必要な知識・技能の講習を行っており、これらを通じて高齢者の生きがいの充実及び社会参加の促進を図っています。定年退職などで職業生活から引退課程にあるか又は引退後の、健康で働く意欲と能力がある原則として60歳以上の高齢者で、シルバー人材センターの趣旨に賛同し、会費を納入すれば、誰でも会員として参加することができます。

▶生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティアなどの生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘など地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う人のことです。

▶生活支援サービス

介護予防・日常生活支援総合事業として市町村が提供する介護予防・生活支援サービス（狭義の意味の生活支援サービス）のほか、総合事業には位置づけられていない住民主体の地域の助け合い、民間企業による市場のサービス、市町村の単独事業（緊急通報システム整備事業ほか）のことです。

交流サロンやミニディナーヒースの開催、声かけや見守り（安否確認）、送迎サービス（外出支援）、買い物・調理・掃除等（家事支援）、配食サービスなど様々なサービスがあります。

▶生活習慣病

心臓病・高血圧症・糖尿病・癌・脂質異常症など、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣に起因すると考えられる病気のことです。

▶成年後見制度

認知症性高齢者や知的障害者、精神障害者などで、主として判断能力が十分でない方を対象として、その方の財産がその方の意思に即して保全活用され、また、日常生活の場面において、主体性がよりよく実現されるよう、財産管理や日常生活での援助をする制度です。後見類型（判断能力を欠く）、保佐類型（判断能力が著しく不十分）、補助類型（判断能力が不十分）の3類型があります。また、家庭裁判所の審判に基づく法定後見制度と、後見人等と被後見人等との契約に基づく任意後見制度に区分されます。

▶セルフケア（セルフマネジメント）

自分で自分の健康を管理することです。

▶団塊の世代

第二次世界大戦直後の日本において、昭和 22 年（1947 年）から昭和 24 年（1949 年）にかけての第一次ベビーブームで生まれた世代のことをいいます。

▶多職種連携

一般的には病院などの施設の枠を越え、患者のニーズを統合するために、医療、介護、福祉などの分野に関わる様々な職種が密に連絡を取り、情報共有等を図ることを指します。狭義においては病院内で、医師、看護師、薬剤師、検査技師など複数の職種が連携し、患者のために治療方針などを話し合い、協力して治療にあたっていくことを指しています。

▶地域運営委員会

将来にわたり、住民同士の助けあい、支えあいによる地域運営が可能となるよう、概ね小・中学校区単位に、地域で活動する様々な団体で構成される組織です。

▶地域医療構想

2025 年（平成 37 年）に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものです。

▶地域ケア会議

行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体で、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。地域ケア会議の主な目的は、以下のとおりです。

1. 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
2. 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
3. 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

▶地域支援事業

介護が必要となる状態を予防することを目的とする「介護予防事業」、あんしんケアセンターが行う総合相談支援業務や権利擁護業務などの「包括的支援事業」及び市町村が事業を選択して実施する「任意事業」の3つの事業の総称です。

▶地域包括ケアシステム

2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が一体的に提供される体制です。

▶地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービス

地域密着型サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護及び地域密着型通所介護をいいます。

地域密着型介護予防サービスは、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護をいいます。

原則として、その市町村の方だけが利用できるサービスです。

▶地域密着型特定施設入居者生活介護

要介護者だけが入居する有料老人ホームなどのうち、定員29人以下の施設において、日常生活上の支援や介護などを行います。

▶地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員29人以下の小規模な介護老人福祉施設において、食事、入浴、排せつなどの介護、その他の日常生活上の世話や健康管理などを行います。

▶地域連携クリニカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものです。また、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです。

▶定期巡回・随時対応型訪問介護看護

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、定期的な巡回や随時コールへの対応など、利用者の心身の状況に応じて、24 時間 365 日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供します。また、サービスの提供にあたっては、訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービス提供を受けることもできます。

▶特定健康診査、特定保健指導

医療保険者（国民健康保険・被用者保険）が、40 歳以上の加入者に対し実施する健診と保健指導です。特定健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診です。特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、生活習慣を見直すためのサポートである特定保健指導を実施します。

▶特定施設入居者生活介護

有料老人ホームやケアハウス等（特定施設）に入所・入居している要介護者など、その施設が提供する入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練、療養上の世話をいたします。

▶特定入所者介護サービス費、特定入所者支援サービス費

低所得者が施設サービス、短期入所サービスを受けたとき、食事の提供に要した費用、居住又は滞在に要した費用について、一定の基準額を超えた場合に、要介護者については特定入所者介護サービス費が、また、要支援者については特定入所者支援サービス費が支給されます。

▶二次予防事業対象者

基本チェックリストにより、要支援状態又は要介護状態になるおそれが高いと判定された高齢者の方をいいます。

▶認知症カフェ

認知症の人やその家族、地域住民や専門職等が気軽に集える場所です。また、認知症の人とその家族が、自分らしさを発揮し、社会とのかかわりを持つことができる場です。認知症状の悪化予防、家族の介護負担の軽減、住民同士の交流や認知症に対する理解を深めることを目的としています。

▶認知症高齢者

認知症高齢者とは、一旦正常に発達した知能が後天的な脳の器質の障害などにより持続的に低下している状態の高齢者の方をいいます。具体的には、最近のことが覚えられない記憶の障害や、時間や季節、場所がわからなくなる見当識の障害、日常生活における理解力・判断力の障害が起きます。

▶認知症ケアパス

認知症の人とその家族の不安を少しでもやわらげ、早期に専門職とつながる事ができるよう、認知症の進行に応じて生じる症状や、受けられる医療・介護サービスなどの情報をまとめたリーフレットです。

▶認知症コーディネーター・認知症地域支援推進員

認知症に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進しています。

医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援等を行います。

本市では千葉市あんしんケアセンターや千葉市認知症疾患医療センターに所属しています。

▶認知症サポーター

認知症サポーターとは、「認知症サポーター養成講座」を受講・終了することにより、認知症に関する正しい知識と理解を身に付けた人のことです。認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者です。

▶認知症疾患医療センター

認知症の原因となる疾患を特定する鑑別診断や、専門医療相談、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担います。

▶認知症初期集中支援チーム

医療・介護の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人の家庭を訪問し、できる限り本人の価値観や気持ちを聞き取り、家族と共有するとともに必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

▶認知症地域支援推進員

前頁「認知症コーディネーター・認知症地域支援推進員」参照

▶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）

認知症の方が共同生活するグループホームにおいて、少人数（5～9人）の共同生活住居ごとに家庭的な雰囲気の中で、食事、入浴、排せつなどの介護や機能訓練を行います。

▶認知症対応型通所介護

認知症の方を対象に、デイサービスセンターなどで、入浴、食事の提供や機能訓練などを日帰りで行います。

▶徘徊高齢者SOSネットワークシステム

認知症を伴う高齢者が徘徊により所在不明となった場合に、高齢者の情報を市の関係機関及び市内5警察署間でファクシミリなどを用いて共有することで、早期発見・保護を図るシステムです。

▶病病連携、病診連携

病病連携とは病院と病院の役割分担を意味し、病診連携とは病院とかかりつけ医とのつながりを指します。各施設の機能を十分に活用した連携を行うことで、患者のニーズに合った医療を提供するシステムです。

▶フレイル（虚弱）

加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態です。

▶訪問看護ステーション

自宅で療養される方に質の高い訪問看護サービスを提供するサービス機関で、各種保険（医療保険、介護保険）に対応しています。医師の指示のもと訪問看護ステーションから看護師が利用者のご自宅に訪問し、看護サービスを提供します。

▶保険給付

介護保険法による保険給付には、以下の3つがあります。

1. 被保険者の要介護状態に関する介護給付
2. 被保険者の要支援状態に関する予防給付
3. 要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資する保険給付として条例で定める市町村特別給付

▶保健師

保健師助産師看護師法に規定される専門職です。個人や集団に対して、健康の保持増進のための指導、疾病予防の指導、健康相談、健康教育など広く地域住民の公衆衛生に必要な保健指導を行います。

▶有料老人ホーム

高齢者に対し、食事の提供、洗濯掃除などの家事、健康管理などの日常生活を送るうえで必要なサービスを提供する居住施設です。

▶要援護高齢者

ねたきり高齢者、認知症高齢者、疾病などにより心身が虚弱な高齢者など、身体又は精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある高齢者の方をいいます。

▶要介護状態

身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事などの日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、一定の期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であつて、その介護の必要の程度に応じて定められる区分（要介護1から要介護5までの5区分）のいずれかに該当する方をいいます。

▶要支援状態

身体上もしくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事などの日常生活における基本的な動作の全部もしくは一部について一定の期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上もしくは精神上の障害があるために一定の期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であつて、支援の必要の程度に応じて定められる区分（要支援1、要支援2の2区分）のいずれかに該当する方をいいます。

▶要介護認定

介護保険で被保険者が保険給付を受けるに当たって、給付の対象となる要介護状態かどうかを判定する手続きです。具体的には、被保険者の申請に基づき、介護認定調査員が調査し、その結果と主治医の意見書などを踏まえ、介護認定審査会で判定を行い、この判定結果に基づき市町村が行う認定のことです。

▶ 予防給付

被保険者が要支援状態の場合に受ける保険給付であり、以下のものがあります。介護給付と比べると、施設サービスが給付対象とならない点で異なります。

1. 介護予防居宅サービスの利用（介護予防サービス費・特例介護予防サービス費・地域密着型介護予防サービス費・特例地域密着型介護予防サービス費）
2. 特定介護予防福祉用具の購入費の支給（介護予防福祉用具購入費）
3. 介護予防住宅改修費の支給（介護予防住宅改修費）
4. 介護予防支援の利用（介護予防サービス計画費・特例介護予防サービス計画費）
5. 自己負担が高額な場合（高額介護予防サービス費・高額医療合算介護予防サービス費）
6. 低所得者の施設利用の際に、居住費や食費が一定の基準額を超える場合（特定入所者介護予防サービス費、特例特定入所者介護予防サービス費）

▶ ライフスタイル

家族や個人の暮らし方、生活様式のことです。特に、趣味・交際などを含めた、その人の個性を表すような生き方をいいます。

▶ ライフステージ

人の一生を幼年期・児童期・青年期・壮年期・老年期などに分けた、それぞれの段階をいいます。

▶ リハビリテーション

単なる機能回復ではなく、人間的らしく生きる権利の回復や、自分らしく生きること、そのために行われるすべての活動をリハビリテーションといいます。

障害を持った人が、障害を持ったままでもよりよい人生を送ることができるように、本人を支える人々やリハビリテーションによって、残された能力を最大限にひきだし、一人一人の人生にあった生活能力を獲得し、豊かな人生を送れるような支援を行うことです。

▶ レセプト（診療報酬明細書）

患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のことです。

▶ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）

筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、「立つ」「歩く」といった機能が低下している状態をいいます。進行すると日常生活にも支障が生じてきます。

千葉市中長期的な高齢者施策の指針

【平成 28 年度～平成 37 年度】

発行 平成 28 年 2 月

企画・編集 千葉市 保健福祉局 高齢障害部 高齢福祉課

〒260-8722 千葉市中央区千葉港 1 番 1 号

電 話 043-245-5171

F A X 043-245-5548

E-mail korei.HWS@city.chiba.lg.jp