

「具体的な取り組み目標」の下線部は、2018年-2020年に実施する(または実施を目指す) \* =2017年調査結果

医療・看護 在宅医療・介護連携 / 在宅医療の充実

目指す状態※

1 住み慣れた地域で在宅療養、さらには在宅看取りが選択できる体制が整い、最期まで過ごすことができる



目指す状態に近づくために必要なこと※

- 1-① 往診医や認知症専門医の数が増加し、定期巡回・随時対応型訪問看護介護サービスが定着、看取りを含めた在宅ケア体制が整っている。
- 1-② 切れ目のない在宅医療と介護の連携体制の構築が推進される。
- 1-③ 市民に対して、在宅療養、在宅看取りについての普及啓発が行われ、理解が深まる。
- 1-④ 近隣市町村との情報共有、支援体制が整備される。
- 1-⑤ 在宅医療に関わる人材の育成がすすみ、在宅医療・介護に取り組む仲間が増える。また、多職種間の連携が促進され、医療と介護の垣根を下げる。

具体的な取り組み案

- 1-① 在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会における検討により、在宅医療充実のための具体的な取り組みに着手する。
- 1-② 在宅療養や在宅看取りに関する資源と情報を整理し、講座や広報等様々な媒体で市民に周知する。
- 1-③ 在宅医療・介護連携に関する相談窓口を正式に設置し、市民や関係者に周知する。
- 1-④ 二次保健医療圏の市町村で会議等を通じて情報共有し、必要に応じて共同で事業に取り組む。
- 1-⑤ 多職種連携研修・地域ケア会議の開催により、栄養・歯科口腔・薬剤管理など、多様な分野における多職種間の連携を図る。
- 1-⑥ 離職看護師への再就職フェアなどを検討し、訪問看護師雇用を支援する。

2025年までの具体的目標

- 在宅介護者調査で、「在宅医療」について「よく知っている・ある程度知っている」人が60%を超える(\*50%⇒)
- 在宅看取り率(自宅死の割合)が、13%を超える(\*11.8%⇒)
- 病院や介護職との連携体制が出来ている。

2 延命処置のあり方・介護や治療の場所・救急時に連絡を取りたい人などについての希望が出来るだけ叶えられる。

2-① 終末期や救急時に関する本人の意思や情報が明確になっており、活用できる。

- 2-① 冷蔵庫に保管する救急情報シートを作成し、配布及び更新の働きかけをする。
- 2-② 終末期や亡くなった後の対応に関する意思を明らかにするエンディングノートの作成を周知する。

- 2025年には、ひとり暮らし高齢者の100%に救急情報シートが配布され、必要な更新されている。

介護・リハビリテーション

介護保険サービス / リハビリテーション(機能低下者向け)

目指す状態※

1 健康寿命を延ばし、高齢になっても、要支援・介護認定を受けずに暮らせる市民の割合が増えている。



目指す状態に近づくために必要なこと※

- 1-① 介護予防の取り組みが充実している。
- 1-② 介護保険の理念・利用の仕方が浸透し、理念とルールに沿ってサービスが利用されている。
- 1-③ 地域の困難事例対応に、リハビリ職が助言・参画している。
- 1-④ 介護サービス事業者や市民にも、介護度の改善を目標とする考え方が浸透している。

具体的な取り組み案

- 1-① 介護予防の取り組み(⇒「介護予防」に記載)
- 1-② 職員が、相談内容を的確に整理し、要介護認定申請につなげるべきか、インフォーマル・他サービス活用かを判断し、説明できる力量をもつ。そのため、定期的に勉強会を行うとともに、資源を紹介する情報提供資料を充実させる。
- 1-③ 介護サービス従事者(ケアマネジャー・事業者)が介護保険のルール、自立支援型ケアマネジメントを理解し、介護保険の目的に沿ったケアプラン作成、サービス提供ができるよう、自立支援型地域ケア会議・事業者会議・個別指導などにより、保険者方針の伝達や確認、指導を行う。
- 1-④ 独居となった男性が、住まい特性に応じた生活方法を一定期間学ぶプログラムがある。
- 1-⑤ 総合相談で滞納を把握した場合、介護保険給付制限に関する説明と支援を行う。
- 1-⑥ ケアマネジメント力、アセスメント力向上に向けた研修を定期開催する。
- 1-⑦ 地域リハビリテーション事業を開始し、リハビリ職の参画を進めていく。
- 1-⑧ 介護度を改善させた事業所やリハビリ職が評価される仕組みを整える。

2025年までの具体的目標

- 5歳区分の要介護認定率が、全ての年齢区分が千葉県の平均を下回る。

2 介護サービス従事者が充足していて、必要な人が、サービスを支障なく使える状態にある。

- 2-① 介護サービス従事者への支援策が整い、事業者が従事者を容易に確保できる。
- 2-② ケアマネジャーやサービス事業者のスキルアップを図る。
- 2-③ 住民の支え合い、民間サービスの充実により、介護サービス事業者にしかならない支援に専念出来ている。

- 2-① 多問題世帯への支援にあたるケアマネジャーや事業者を、地域ケア会議や同行訪問、専門機関とのチーム化支援などにより地域包括支援センターが支える。
- 2-② 高齢者向けの就労等マッチング事業の他、介護職のリスト作成、介護職就職フェア、などにより、介護職の雇用を支援する。
- 2-③ 住民の支え合い、民間サービス充実(=生活支援体制整備の充実⇒「生活支援」に記載)

- 人手不足で介護保険サービスを提供できない、という事業者がゼロである。

3 重介護でも在宅で過ごせており、介護離職がなく、介護保険施設希望者数も維持・減少している。

- 3-① 重介護でも施設入所を希望しなくても済むよう、夜間を含めた在宅サービスが充実している。
- 3-② 在宅医療の認知度が進み、必要な人が、在宅医療や訪問看護サービスを利用している。(⇒「医療・看護」に記載 ※在宅介護調査より)
- 3-③ 在宅で介護を頑張っている市民の心身を支える取り組みが整っている。

- 3-① 夜間独居に対応できる訪問介護サービスが充実し、延長型デイサービス、夕食対応型デイサービスがある。
- 3-② 介護者の家族会や介護教室などにより介護者を支える仕組みを整える。

- 介護保険施設待機者数が2017年と大きく変わらない。
- 在宅介護者調査で、主介護者離職が5%以下である(\*10.3%⇒)。

「目指す状態※」「目指す状態に近づくために必要なこと※」は、地域ケア推進会議で話し合われた、白井市の地域課題(各種調査や地域ケア会議・運営協議会での議論など)をふまえて作成しました。



目指す状態※

目指す状態に近づくために必要なこと※

具体的な取り組み案

2025年までの具体的目標

1 地域包括支援センターが市民に浸透し、高齢者の相談窓口として認知されている。

2 地域包括支援センターは、虐待など支援困難事例に細やかに支援に入れる体制と力量を確保できている。

3 成年後見制度について、財産が少なくても、必要な人が利用でき、適切な支援が受けられる。

4 市の高齢者福祉サービスについて、民間サービスや住民主体サービスとの整理ができており、支援が効率よく入っている。

5 災害時に、高齢者を含め、要援護の市民を支える役割分担ができてい

1- (1) 様々な手法によって、地域包括支援センターの周知を行う。

2- (1) 地域包括支援センターに、適正に職員が配置され、困難事例を解決・改善する力量を有している。

2- (2) 生活困窮や精神障害などの問題について、各専門機関と連携・役割分担して対応できている。

2- (3) 自助・互助の見守りや支え合いが育ち、専門的支援との役割分担ができてい

3- (1) 成年後見制度の認知度を高める。

3- (2) 市内法人後見団体と連携し、活動を支援する。

3- (3) 後見人等への業務支援を行なう。

4- (1) 民間サービスや住民主体サービスが把握され、市の高齢者福祉サービスと役割分担されている。

5- (1) 大規模災害等の発生時、速やかに安否確認ができる仕組みと、役割分担が明確になっている。

1- ①医療機関と連携し、地域包括支援センターを周知する。  
1- ②定期的に広報、ホームページ更新、リーフレット配布を行う。

2- ①地域包括支援センターに、相談対応件数や圏域人数に応じた人員配置を行なう。  
2- ②地域ケア会議、スーパービジョンなど基幹型の対応を充実させ、支援者へのサポート体制を整える。  
2- ③多問題世帯について、基幹型支援のもと、チームを作って定期的にケース会議等を行い、連携と役割分担を明確にする。  
2- ④生活支援体制整備による自助・互助の見守り・支え合いの育成を進める。(⇒具体的には「生活支援」に記載)

3- ①市内法人後見団体と連携し、講演会や個別相談会を行う。  
3- ②成年後見制度受任者充足状況に不足が生じていると判断された場合は、市民後見人養成研修を実施する。  
3- ③後見人を対象とした地域ケア会議を実施する。

4- ①市の高齢者福祉サービスについて、民間サービスや住民主体サービスとの調整と見直しを図る。  
4- ②暮らしを支える民間サービス・住民主体サービスを紹介する市民向けリーフレットを作成配布する。

5- ①関係各課が協力して要援護高齢者の名簿を共有し、大規模災害時に誰が安否確認するかを整理する。

□40～64歳調査において、「介護が必要になった時の適切な相談先が分からない」が、10%以下である(\*14.3%⇒)。

□第1号被保険者の人数に応じた地域包括支援センター職員配置がなされている。  
□ケース検討会議を月1回以上、課題支援型地域ケア会議を年8回以上開催する。

□40～64歳調査において、「成年後見制度」を「よく知っている」「少し知っている」人が50%以上である(\*44.1%⇒)。

□必要な人に、適切な後見人等を

□市の高齢者福祉サービスについて、民間サービスや住民主体サービスとの整理がなされている。

□大災害発生時、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の安否確認が速やかにできる。

本人の選択・本人家族の心構え

養生(セルフマネジメント) / 最期への備え / 本人の意思や選択の尊重

地域包括支援センター運営協議会で検討



目指す状態※

目指す状態に近づくために必要なこと※

具体的な取り組み案

2025年までの具体的目標

1 ひとりひとりの高齢者が養生につとめ、年齢を重ねても健康を維持している。

2 市民が地域包括ケアシステムと介護保険の理念を理解し、理念の沿った使い方をしている。

3 自らの意思と選択に応じた介護・治療を受けられ、最期を迎えることができる。

4 無縁による火葬・埋葬がなく、財産が適切に相続される(所在不明不動産がない)。

1- (1) 高齢者本人が、「養生」についての情報を受信し、適度な運動や食事を心がける。サークルや行事への参加、仕事などを通じて人と接する。自分で出来ることは自分で行き、生きがいを持った暮らしをする。

2- (1) 市民が、若い頃から介護保険制度や地域包括ケアシステムについて学ぶ機会があり、理解を深めることができる。

3- (1) 自分がどういう治療を受けたいか、各自が意思決定し、記録している。そのことが、家族・友人などに伝わっている。  
3- (2) 在宅看取りに関する情報が市民に伝わっており、考える機会がある。

4- (1) 本人が、身内・近所・自治会参加などで交流し、相談相手がいる。  
4- (2) 遺言書、任意後見制度、死後事務委任契約、エンディングノートなどについて知っていて活用できる。

1- ①地域で、「きょういく、きょうよう」(行く・用事)の場と機会を増やし、ひとり暮らし高齢者に声をかけていく。  
1- ②就労など社会参加の場を増やす。(⇒「生活支援」の3に記載)  
1- ③料理・運動など、養生や介護予防に資する講座を開催または紹介する。  
1- ④高齢者の社会参加の場について分かりやすく情報提供する。

2- ①広報・講演会・講座など、様々な世代が介護保険について学ぶ機会を作る。  
2- ②分かりやすいリーフレットを作成し、市民が目にしやすい場所などで効果的に配布周知する。  
2- ③市・地域包括支援センター職員、介護サービス従事者が、市民に同じように説明できるよう、ガイドブックを作成し、研修を実施する。

3- ①介護サービス・在宅医療充実と介護者支援など、在宅介護と看取り環境を整える。  
3- ②介護や治療に関する希望を記録しておく機会やツールを作る(4-④・⑤関連)。  
3- ③2025年問題を広報等でとりあげ、市民に周知するとともに、在宅医療や後見制度、地域包括支援センターの役割について伝えていく。

4- ①挨拶、交流のある地域づくりを進めていく。本人の同意を得て、地域と情報を共有する。  
4- ②かかりつけ医やケアマネジャーなどが、本人の意思を確認する機会やツールを作る。  
4- ③実態調査を効果的に行ない、緊急連絡先のない高齢者は元気なうちに備えてもらう。  
4- ④地元の情報とリンクさせた、白井市独自のエンディングノートを作成し配布する。  
4- ⑤終活プランの講座や、死後事務委任等に関する個別相談会を開催する。

□運動や栄養改善に関心があり取り組んでいる高齢者が65%を超える(\*58.4%⇒)。

□40～64歳調査で、介護保険制度を「よく知っている」「少し知っている」人が65%を超える(\*58.8%⇒)。

□介護や医療に関する意思の確認が進んでいる。

□亡くなった時に、火葬や納骨を行なう人がいない高齢者がゼロである。

# 住まいの確保

目指す状態※	目指す状態に近づくために必要なこと※	具体的な取り組み案	2025年までの具体的目標
1 高齢者のニーズに応えるすまいや施設が白井市内に確保できている。	1-(1) 自宅での一人暮らしが困難になっても、地域から離れず、低負担で安心して生活できるすまいや施設があり、希望する人は入居できる。	1-① <u>高齢者が入居しやすいすまい（民間アパート・施設）に関する情報を整理し、必要により新規開拓し、円滑に入居できるように支援する。</u>	□ 低所得者も、住み慣れた地域を離れずに必要な住み替えが出来る。
2 エレベーターのない高層階や、階段や段差の多い家に住んでいる高齢者が、施設に入らなくても生活が継続できる。	2-(1) 階段昇降などを支援してもらえる事業所が充実し、自宅で住み続けられる。 2-(2) 段差の移動について、住宅改修で対応出来なくても、安全に移動できる仕組みを整える。	2-① エレベーターのない団地の4・5階に住む高齢者が1階に移れる仕組みを調査検討する。 2-② <u>階段の多い団地地区の住民が、気軽に外出できる支援を検討し、充実させる。その担い手として、雇用の創出にもつなげる。</u>	□ エレベーターのない団地に住む高齢者が、支障なく外出でき、在宅生活を継続出来ている。
3 要介護になっても、住み慣れた住居で暮らし続けられる。	3-(1) 家屋内の段差やトイレ・浴室などが、出来るだけ自立して生活できるような仕様になっている。	3-① <u>必要な人に、介護保険サービス住宅改修・高齢者福祉制度住宅改修を紹介し、改修のための支援をする。</u>	□ 家屋環境を理由に施設に入所せざるを得ない、という事例がゼロである。



## 生活支援

日常生活支援総合事業 / 雇用や就労促進、地域活動参加 / 見守り / 移動

目指す状態※	目指す状態に近づくために必要なこと※	具体的な取り組み案	2025年までの具体的目標
1 高齢者の孤立化を防ぎ、自宅で急変しても、誰かが気付く、すみやかに見つけることができる。	1-(1) 見守りについて、住民・親族・民生委員・民間企業・福祉団体・公共や専門機関との役割分担ができていて、全ての一人暮らし高齢者が何らかの形で見守りや交流の機会を持っている。	1-① <u>「しろい高齢者みまもりネット」と「お元気みまもり事業」の拡充を図る。</u> 1-② <u>住民主体の短時間助け合いサービスを創出し、住民同士の交流と社会参加を増やす。(⇒4に記載)</u> 1-③ <u>SNSを利用した安否確認サービスなど、時代に応じた、安価で手軽な見守り方法を検討実施する。</u>	□ 在宅死が1か月以上発見されない高齢者が年間ゼロである。 □ お元気みまもり事業の見守り拠点チームが30か所以上、見守りパートナーが400人以上、見守り登録者が200人以上である。 □ しろい高齢者みまもりネットの協力事業者が150か所を超えている。
2 暮らしを助ける移動支援が充実しており、高齢者の移動に関するニーズが満たされている。	2-(1) 循環バス、民間バス、タクシー含め、公共で移動支援すべき分野と手法を整理し、福祉分野で補うべき移動支援を検討創設する。 2-(2) 免許返納が促進される施策を検討する。	2-① 既存資源の活用（送迎バス等）を模索し、低コストの高齢者向け移動支援サービスの創設により、閉じこもりを防ぐと同時に交通弱者ゼロを目指す。 2-② <u>免許返上した高齢者向けサービス創設を検討する。</u>	□ 自家用車以外の高齢者の暮らしに必要な移動手段が、全ての地域で確保されている。
3 何歳になっても、就労や地域活動などで社会に参加し、生きがいのある暮らしをしている。	3-(1) 就労したい高齢者が就労することができ、希望にあった多様な就労形態が用意されている。 3-(2) 団塊の世代が、地域の様々な活動に参加している。 3-(3) 高齢になっても、趣味や資格を活かして地域活動に参加できる。	3-① <u>シルバー人材センターについて就労メニューを増やし、登録者を増加させる。</u> 3-② <u>高齢者の就労促進、若者世代との交流として、各世代のニーズに応じたイベントを企画実施する。</u> 3-③ <u>就労マッチングイベントが住民主体で運営され、参加企業やマッチング件数が増える。</u> 3-④ <u>団塊の世代にとって参加しやすいイベント、ターゲットを絞った周知を行う。</u> 3-⑤ <u>サロンの運営や手伝いなど地域貢献活動に対して、ボランティアポイントを交付できるよう、仕組みを検討する。</u>	□ 就労希望のある65歳以上高齢者が働く場が、多様に確保されている。 □ 75歳以上となった団塊の世代高齢者（認定者以外）が、就労・地域活動・趣味など何らかの社会参加活動をしている。
4 軽度者の生活援助について、民間サービスの活用・住民主体の取り組みが充実している。	4-(1) ゴミ出しと買い物支援などについて、有償無償の住民主体の取り組みが全市に行き渡り、介護サービスの利用が減っている。 4-(2) 高齢者の生活を支える民間サービスの情報が整理され、市内高齢者の利用されている。 4-(3) 日常生活支援総合事業について、住民主体のサービスが創設され、団塊の世代の他、高校生・大学生など若い世代も、担い手として参加してもらっている。 4-(4) 介護支援専門員のケアマネジメントに、民間サービスや住民主体の資源など、インフォーマルサービスが入っている。	4-① <u>買い物について、民間企業、市民ボランティアによる支援事業が全市に適用され、介護保険サービスに頼らなくても、買い物難民がいない。</u> 4-② <u>住民の支え合いによるごみ出し支援を検討し実施する。</u> 4-③ <u>中高生や大学生など、若い世代が地域の支え合いに参加する仕組みを検討し実施する。</u> 4-④ <u>ケアマネジャーがプランに取り入れられるインフォーマル資源に関する資料を作成し、地域ケア会議や研修、ケアプラン指導・助言の機会などに周知していく。</u>	□ 住民参加型の暮らしの助け合いサービスが全市に浸透している。 □ 民間サービス、住民参加型サービスの活用が十分され、介護保険料を国の推計※ほど引き上げなくても、介護サービス総費用を賄うことが出来ている。 ※2015年厚労省推計値全国平均 8,165円(2025)/5,514円(6期)=1.48倍



## 介護予防

介護予防事業 / 集いの機会や場所確保

### 目指す状態※

1 健康寿命を延ばし、全ての年代で、要支援・介護認定を受けずに暮らせる市民の割合を増やす。



### 目指す状態に近づくために必要なこと※

- 1-① 運動習慣がある市民が増え、ロコモティブシンドロームの発症が減る。
- 1-② 脳卒中予防に関する知識の普及により、脳卒中の発症が減る。
- 1-③ 市内全域において、高齢者の集いの場（サロン等）や介護予防に資する通いの場が整っている。

### 具体的な取り組み案

- 1-① 市内全域に、介護予防体操「しろい楽トレ体操」を行う自主グループが設立されるよう、働きかける。
- 1-② リハビリテーション職を住民主体の通いの場に派遣し、運動指導を実施する。
- 1-③ ヒートショック・脱水予防等、脳卒中予防に関する正しい知識の普及啓発を図る目的で、市内各所にポスターの掲示を行う。
- 1-④ 集いの場について、現状、どの地域に多くてどこに少ないのかをマッピングし、少ない地域に戦略的に開催を働きかける。

### 2025年までの具体的目標

- ロコモティブシンドロームの認知度が上がる。
- 「しろい楽トレ体操」の新規立ち上げ支援を年10団体行う。

## 認知症の予防と支援

認知症予防 / 認知症の人と家族への支援

### ～認知症になっても安心して暮らせるまち白井～

認知症になっても住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会が実現されている。

### 目指す状態※

1 初期認知症の段階で支援が受けられるとともに、周辺症状が重度化して入院せざるを得ない高齢者を出来るだけ少なくする。

2 認知症当事者を介護している家族を支援する体制が整っている。

3 認知症当事者が社会参加でき、地域に貢献できる場がある。

4 認知症徘徊者を地域で支える仕組みが機能している。

5 認知症当事者が地域住民や関係者から、適切なサポートとケアを受けられ、「認知症」であることを本人も家族も隠さず、自然でいられる地域となる。

6 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、市民が認知症予防の必要性を理解し、自ら進んで取り組む意識の向上が図られる。

### 目指す状態に近づくために必要なこと※

- 1-① 認知症初期集中支援チームが十分機能し、認知症初期集中支援チーム員のアウトリーチにより早期対応・早期診断が行われる。
- 1-② 認知症かかりつけ医の充実により、認知症となっても安心して白井で暮らせている。
- 1-③ 認知症ケアパスが本人を含めた関係者の間で共有され、切れ目ないサービス提供がされている。
- 1-④ 認知症の家族がケアパスをもとに早期受診行動をとることができる。

- 2-① 認知症カフェの設置や認知症パートナーによる活動、介護教室など、認知症の方や家族を支える仕組みが整備されている。

- 3-① 認知症カフェや認知症パートナーによる活動などで、認知症の方を支える仕組みが整備されている。
- 3-② 認知症当事者がやってみたくことが実現する地域のサポート体制と事業がある。

- 4-① 所在不明高齢者となることを防ぐ、早期に発見することについて、仕組みが整い、市民に理解されている。
- 4-② 認知症と思われる高齢者に声をかけられる地域となる。

- 5-① 認知症の方に関わる関係者が連携し、学び合い、認知症ケアの向上が図れ、適切なサービス提供が行われている。

- 6-① 認知症に関する知識や予防について、正しい知識が得られる場がある。

### 具体的な取り組み案

- 1-① 認知症初期集中支援チームの活動の充実をはかる。
- 1-② 在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会の検討により、多職種が連携し、効果的な支援が行なえる体制を目指していく。
- 1-③ 認知症ケアパスを更新し、必要な市民に配布する。
- 1-④ 認知症カフェが定期開催され、日頃から市民の認知症への関心を高められる。かつ、カフェが初期対応の入り口となり、早期の支援へつなげられる。

- 2-① 家族支援のためのアンケートの実施、結果から具体的な家族支援サービス内容を検討し、実施運営する。
- 2-② 認知症パートナー養成講座を実施し、認知症の家族を支える取り組みを実践する。

- 3-① 当事者主体型の認知症カフェを OPEN し、活動が定着する。当事者の活動を通して、認知症周知啓発につなげる（ボランティアや他世代交流などのイベントで、やりがいと交流の機会を増やす）。
- 3-② 認知症カフェの活動を通して、若年性、軽度認知症の方などを支援する体制がある。

- 4-① 認知症徘徊者の身元確認方法が周知される。
- 4-② 店舗や企業などに対して認知症サポーター養成講座を行い、認知症高齢者との関わり方、声のかけ方などを学んでいただく機会を増やす。

- 5-① 介護職同士の研修を実施する。
- 5-② 地域全体が認知症の方や家族を支えられるよう、地区ごとに、認知症サポーター養成講座を積極的に行う。

- 6-① 認知症の知識や予防に関する講座を実施する。
- 6-② なし坊ファミリーの活用など、白井市オリジナルの認知症啓発を行う。

### 2025年までの具体的目標

- 65歳以上の高齢者の約半数以上が認知症ケアパスの存在を知っている。

- 認知症パートナーを年間20人ずつ養成する。

- 当事者主体型の認知症カフェが OPEN している。

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の人とその家族に、徘徊に関する対策方法が周知されている。

- 認知症サポーター養成講座を年間30回開催している。

- 40～64歳調査において、認知症に関する知識が2017年調査より上昇している（\*2017年は前回調査より低下）。

