

【基本的な考え方】

健康長寿を実現するため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を推進するほか、高齢者の生活を身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進します。

また、地域包括ケアシステムにおける中核機関である地域包括支援センターの機能強化を促進します。

1 健康づくりの推進

(1) 健康の保持・増進

現状と課題

- 県民の平均寿命⁷は、男性 81.00 年、女性 86.89 年（令和 2（2020）年）です。また、健康寿命⁸は、男性 72.62 年、女性 76.36 年（令和元（2019）年）です。平均寿命と健康寿命の延伸に向け、健康づくりを県民運動として推進していくことが必要です。
- 加齢に伴い、身体機能の低下や基礎疾患の悪化が起りやすくなることから、生涯にわたりいきいきと豊かな人生を送るためには、栄養バランスの良い食事の摂取と運動器機能や歯と口腔の健康を維持し、フレイル⁹やロコモティブシンドローム¹⁰を予防していくことが重要です。
- 本県における肥満者の割合や喫煙率は、全国と比較して高く、日常生活における歩行数は少ない状況です。1日あたりの食塩摂取量は減少傾向にあるものの、「日本人の食事摂取基準（2020年版）」（厚生労働省）では目標量を男性 7.5g 未満、女性 6.5g 未満としており、これと比較すると依然として多い状況にあります。生活習慣病の発症予防のためには、健全な食生活、身体活動の増加、禁煙等、生活習慣の改善を促進していくことが必要です。

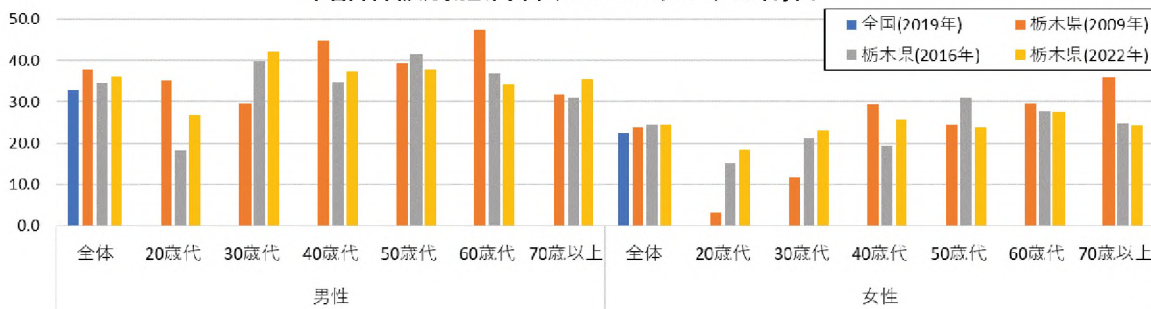
⁷ ある年齢の人たちがその後平均して何年生きられるかを示したものを平均余命といい、出生時、つまり 0 歳時の平均余命をとくに平均寿命といいます。

⁸ 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（平均寿命－日常生活の健康上の制限がある「不健康な期間」）のことです。

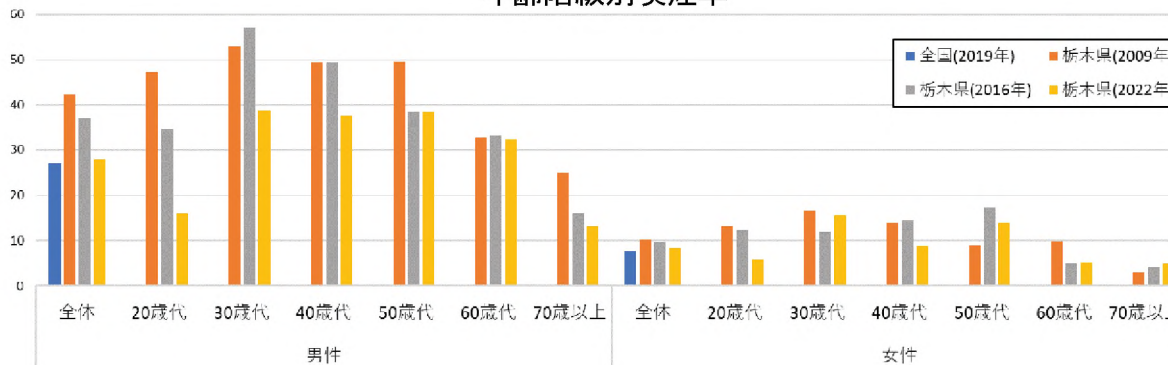
⁹ 高齢者における健康な状態と要介護状態の中間的な状態（虚弱）。低栄養や筋力が落ちて転びやすくなるといった身体的問題だけでなく、認知機能の低下やうつ等の精神・心理的問題、独居や経済的困窮等の社会的問題も含む概念。適切な介入により再び健康な状態に戻る可能性があるため、早期に発見することが重要とされています。

¹⁰ 運動器（骨、関節、筋肉、神経、脊髄など）の障害のために移動機能の低下をきたした状態のことで、進行すると将来介護が必要になるリスクが高くなります。

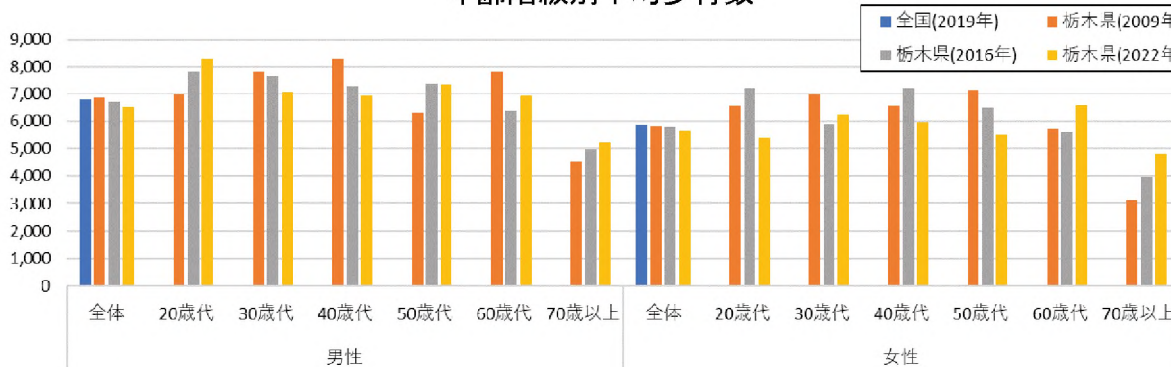
年齢階級別肥満者(BMI25以上)の割合



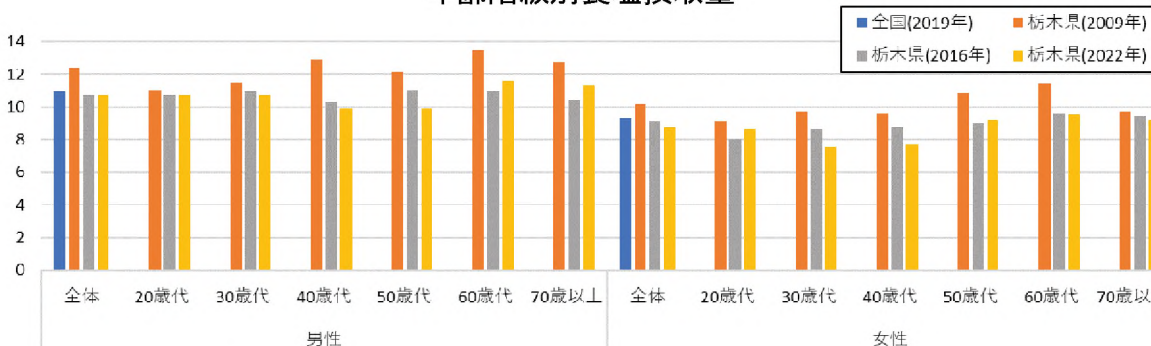
年齢階級別喫煙率



年齢階級別平均歩行数

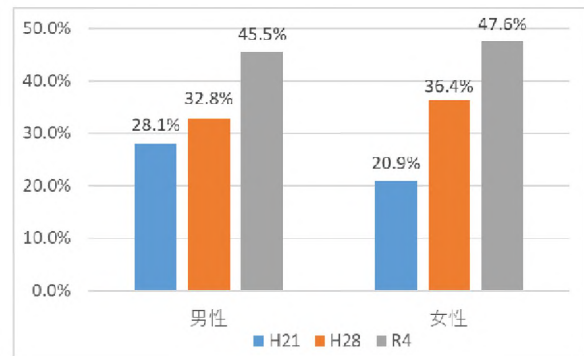
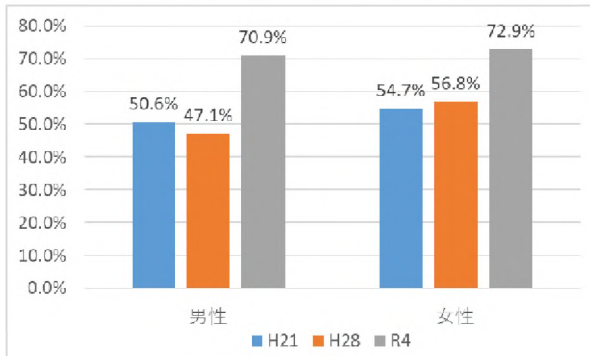


年齢階級別食塩摂取量



【厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

60歳で24歯以上自分の歯を有する人の割合 80歳で20歯以上自分の歯を有する人の割合



【栃木県「県民健康・栄養調査」】

施策の方向

- 県民の平均寿命と健康寿命を延ばし、生涯にわたり健康でいきいきと暮らせるよう、市町や関係団体等との幅広い連携により健康長寿とちぎづくり県民運動を推進し、県民が健康づくりに取り組みやすい環境の整備を進めます。
- 高齢者が自らの健康状態に応じた食事ができるよう、(公社)栃木県栄養士会や食生活改善推進員等との連携による生活習慣病の発症予防や低栄養等のフレイル予防対策の充実や、企業や飲食店等と連携した健康に配慮した食環境づくりに取り組みます。また、喫煙の健康影響について啓発するとともに、受動喫煙¹¹防止に向けた環境づくりを進めます。
- 「歩く」ことに代表される日常生活での身体活動の重要性やフレイル及びロコモティブシンドロームの予防について啓発するとともに、とちぎ健康づくりロードの普及等を通じて、運動習慣の定着に努めます。また、市町や関係団体等と連携し、高齢者の外出を促すようなスポーツやボランティア活動等を促進します。
- 高齢者がかかりやすい歯や口腔の病気の予防に関する啓発を行うとともに、多職種連携による食事観察及び口腔機能評価、誤嚥性肺炎¹²を予防するための口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーション等の普及を図ることにより、高齢者の口腔機能の維持向上（オーラルフレイル¹³の予防）に努めます。また、かかりつけ歯科医を定期的に受診し、口腔機能を適切に管理することは、全身の健康維持や介護予防につながることにについて、県民への周知に努めます。
- 地域住民による主体的な健康の保持・増進を積極的に支援するため、医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言を行うとともに、禁煙のサポートや生活習慣の改善等、健康の保持・増進に関する相談を幅広く受け付け、必要に応じて受診勧奨を行う健康サポート薬局の増加を促進します。

¹¹ 本人は喫煙していなくても身の回りのたばこの煙を吸わされてしまうことです。

¹² 口腔機能の低下に伴い、食べ物等飲みこんだものが肺に入ることが原因で生じる肺炎を言います。

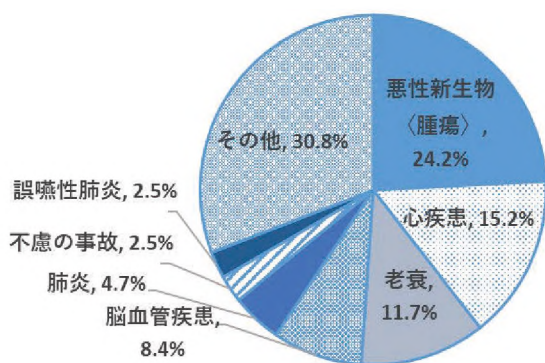
¹³ 食べこぼしやむせがある、噛めない食物が増える、口の中が乾燥するなど、口腔機能の衰えであり、適切な対応により機能回復が可能な状態を言います。

(2) 生活習慣病の予防及び早期発見の推進

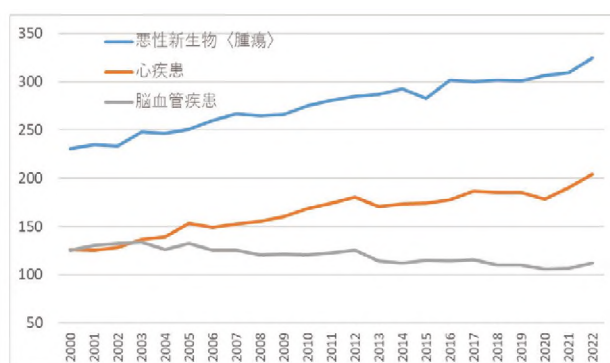
現状と課題

- 本県の死亡状況は、がん、心臓病、脳卒中が全体の約5割を占め、これらの基礎疾患となる糖尿病も増加傾向にあります。こうした生活習慣病の発症や重症化を防ぐためには、県民一人ひとりが生活習慣の改善に取り組むとともに、生活習慣病の早期発見・早期治療に努める必要があります。
- 高齢者が抱える生活習慣病の多くは、長期にわたる管理を必要とします。このため、高齢者が身近な地域で安心して生活を送ることができる環境づくりを積極的に推進していくことが求められています。

令和4（2022）年 死因の状況



主要死因死亡率（人口10万対）の年次推移



がん検診受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
栃木県	39.5%	52.4%	45.7%	43.1%	49.9%
全国	41.9%	49.7%	45.9%	43.6%	47.4%

【令和4（2022）年国民生活基礎調査】

特定健康診査・特定保健指導実施率

	特定健康診査	特定保健指導
栃木県	56.5%	27.8%
全国	56.5%	24.6%

【栃木県：令和3（2021）年度厚生労働省保険局提供データ】

【全国：令和3（2021）年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）】

施策の方向

- 食生活の改善や身体活動量の増加、禁煙等により望ましい生活習慣を確立することや、基礎疾患を適切に管理する重要性について、効果的な啓発活動を展開します。

- 生活習慣病の早期発見・早期治療を促進するため、市町や関係機関と連携し、がん検診や特定健康診査等を定期的に受診することの重要性について積極的に啓発するとともに、基礎疾患の未治療者や治療中断者に対する受診勧奨の促進に取り組みます。
- 県民が病状に応じた適切な医療やリハビリテーションを受けられるよう、かかりつけ医¹⁴を中心とした医療・介護・福祉による連携体制の構築を推進します。また、療養生活の質に配慮した在宅医療の推進を図ります。

2 介護予防・フレイル予防の推進

(1) 介護予防事業の推進

現状と課題

- 高齢期の要介護状態を招く原因は加齢による筋力の低下、脳血管疾患、認知症等が上位を占め、特に、要支援や要介護1、2の原因をみると、高齢による衰弱や骨折・転倒等が多く、フレイル予防が重要課題となっています。
- 介護が必要となる主な原因の一つに認知症が挙げられます。認知症は誰もがなりうることを踏まえ、自らが進んで、早い時期から認知症に対する正しい理解を深め、健康的な生活習慣に努めつつ、人との交流や社会活動への参加、自分の思いや考えを大切な人に伝える活動等、「認知症になっても住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けるための備え」が必要であることを認識するとともに県民に広く普及することが必要です。
- 高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けるためには、高齢期を迎える前から健康づくりや介護予防について知り、一人ひとりが、できるだけ早い時期から介護予防に取り組むことが大切です。
- 県民一人ひとりが地域や家庭の中で何らかの役割を担い、身近な場所での「体操教室」や「サロン」、ボランティア活動等、自主的な介護予防活動への積極的な取り組みを推進することが必要です。
- すべての市町において、「介護予防・日常生活支援総合事業」として、すべての高齢者を対象に普及啓発や予防活動の支援等を行う「一般介護予防事業」と、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に訪問型・通所型サービス、その他の生活支援サービス等を行う「介護予防・生活支援サービス事業」を実施していますが、地域ケア会議等から把握した地域のニーズ等、地域の実情に応じて多様なサービスを拡充するなど、地域包括ケアシステムの構築状況や地域資源

¹⁴日本医師会では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と位置づけるとともに、かかりつけ医の機能（役割）として、

1 患者中心の医療の実践 2 継続性を重視した医療の実践 3 チーム医療、多職種連携の実践 4 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践 5 地域の特性に応じた医療の実践 6 在宅医療の実践 を掲げています。

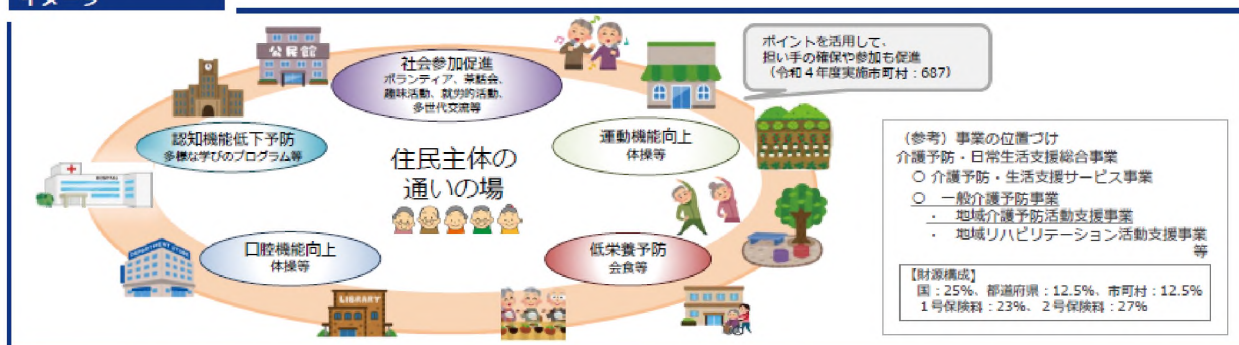
の状況も踏まえた地域づくりが必要です。

- さらに市町等が実施する介護予防を推進するため、リハビリテーション専門職等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）の積極的参画を促進し、地域における介護予防に関する住民主体の通いの場¹⁵等の取組の充実を図り、その活動が継続できる地域づくりが求められています。
- また、高齢者の薬物有害事象¹⁶の増加は、加齢と多剤服用が二大要因とされています。高齢者の状態の継続的な把握、残薬管理や処方変更の提案等を行うことができるかかりつけ薬剤師・薬局をもつことが重要です。

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで上昇傾向であったが、令和2年度に低下し、令和3年度以降、再び上昇。
- 取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。

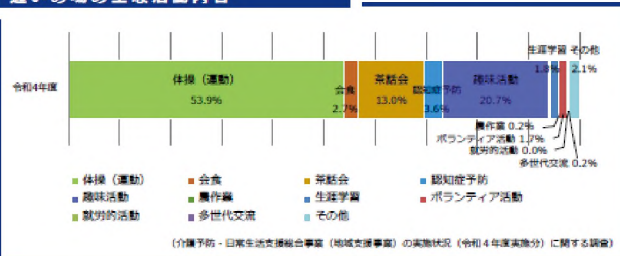
イメージ



通いの場の数と参加率の推移



通いの場の主な活動内容



施策の方向

- 介護予防・フレイル予防の重要性とその普及啓発を図るとともに、高齢者自身が積極的に参加・運営する通いの場等の取組が広がるよう、県民への周知に努め、幅広い世代を対象に自ら進んで健康づくりや介護予防・フレイル予防に取り組むほか、高齢者のQOL¹⁷や認知機能の低下につながることを指摘されている加齢性難聴¹⁸についても、正しい知識や理解の促進を図ります。

¹⁵ 高齢者の社会参加や介護予防を目的として設置され、運動等を通じた運動機能の維持等を行うとともに、運営の担い手として高齢者自身が参加することが期待されるものです。

¹⁶ 医薬品を飲んだ後に起こった健康上の問題のことをいいます。医薬品との関係がわかっていないものも含まれます。

¹⁷ 「Quality Of Life」を省略したもので、日本語では「生活の質」などと訳されます。単に長生きするだけでなく、生きがいを持ちその人らしい充実した生活をおくれるよう生活の質(QOL)を損なわないことが重要となります。

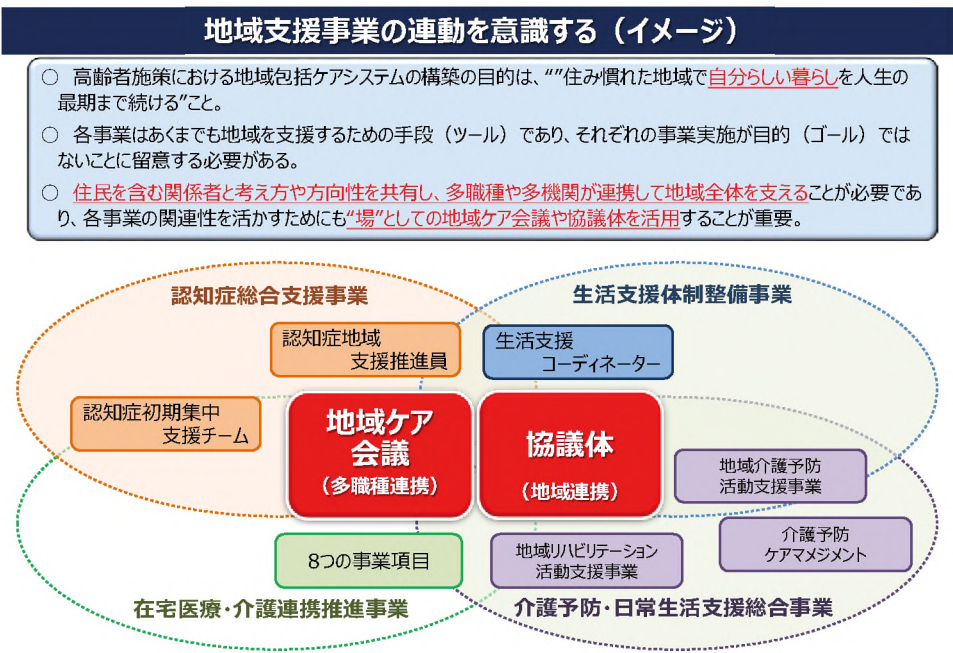
¹⁸ 加齢に伴って聴力が低下する症状のことを言います。

- 地域全体で介護予防に関心をもち、我が事として考えるきっかけを作り、介護予防とその基盤となる地域づくりに取り組む気運の醸成を図ります。
- 誰もがなりうる認知症について自分事としてとらえ、認知症になっても、自分らしく暮らしていくための認知症への備えについての普及啓発を推進します。また、専門職による健康相談や介護予防教室等の活動を通じて、認知症の発症リスク低減、早期発見・早期診断及び早期対応につながる可能性があるため、職能団体等と連携し専門職等への啓発を行います。
- 市町は、高齢者の健康状態や生活機能等の的確な把握に努め、それに応じた介護予防ケアマネジメント¹⁹を的確に実施し、主治医や民生委員、ボランティア、NPO等と連携し、多様な事業等との連動性をもって、効果的な介護予防事業の実施を推進します。
- また、市町は、高齢者が気軽に介護予防事業に参加できるよう、身近な介護予防拠点の整備、公民館等での介護予防教室の開催、コミュニティバス等の交通手段の確保、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進、就労的活動の普及促進等に取り組みます。
- 介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型・通所型サービスにおいては、緩和した基準によるサービスや住民主体によるサービス等、高齢者のニーズや地域の実情に応じた多様なサービスが展開されるよう、市町を支援します。
- 健康長寿とちぎ県民運動の重点プロジェクトに位置づけた「人生100年フレイル予防プロジェクト」の一環として、住民主体による通いの場等の介護予防に係る取組の充実を図るため、介護予防活動のリーダーとなる「とちぎフレイル予防サポーター」や、高齢者の状態に応じた専門的な助言を行い、多職種連携の担い手となる「とちぎフレイル予防アドバイザー」（管理栄養士・栄養士、保健師、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等）を活用し、地域における介護予防活動の充実を支援します。
- 介護予防の取組の強化を図るため、職能団体と連携し、介護支援専門員²⁰やリハビリテーション専門職等を対象とした研修を実施し、介護予防に関する助言や多職種との連携の担い手となる人材の養成を行うとともに、地域リハビリテーション活動支援事業や通所型サービス、訪問型サービス、地域ケア会議、通いの場等でそれらの人材の活用を通して、市町が行う地域づくりを支援するほか、(一社)栃木県リハビリテーション専門職協会などの関係団体や関係機関等と連携し、高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組を推進します。

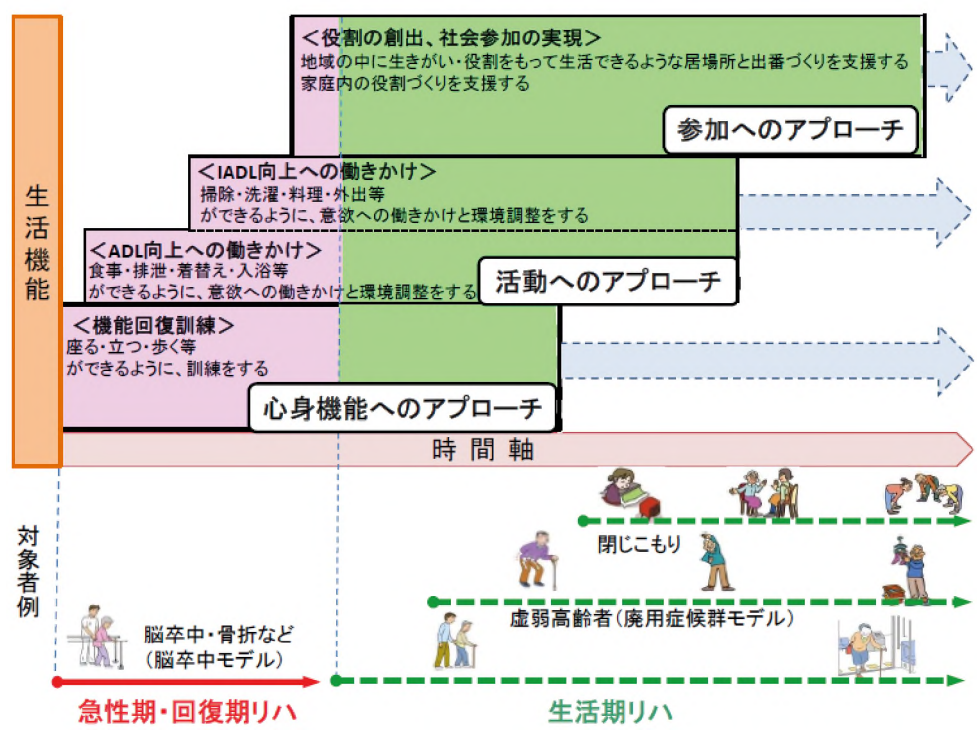
¹⁹ 利用者の望ましい生活を実現するため、地域にある介護サービス等の社会資源を組み合わせる利用に結び付けていく手続きです。対象者が自己決定できるよう側面から支援しながら、対象者の自立支援と生活の質を向上させることを目的としています。

²⁰ 要介護・要支援者やその家族からの相談に応じ、要介護・要支援者がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるように、市町・サービス事業者等との連絡調整や、ケアプランの作成等を行います。

- また、高齢者の服薬情報の一元的・継続的把握に基づいた薬学的管理や指導を行うとともに、地域包括ケアシステムの一員として医療機関等と連携し地域の医療提供体制に貢献する地域連携薬局²¹等の増加を推進します。



高齢者リハビリテーションのイメージ



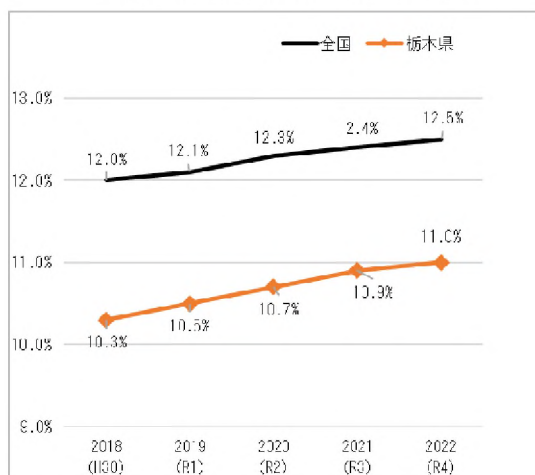
²¹ 患者が自身に適した薬局を選択できるよう、特定の機能を有すると都道府県知事が認定した薬局で、「地域連携薬局」と「専門医療機関連携薬局」の2種類があります。地域連携薬局は、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局です。専門医療機関連携薬局は、がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局です。現在のところ「がん」が対象となっています。

(2) 予防給付サービスの確保

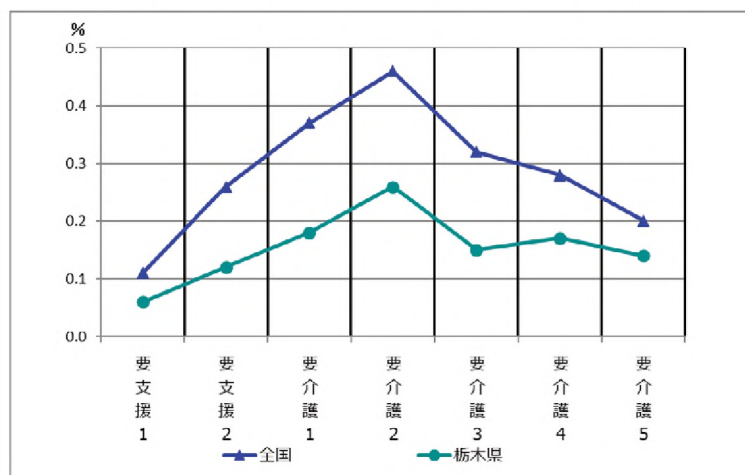
現状と課題

- 要支援者²²を含む、県内の調整済み軽度認定率²³は、全国平均を下回っていますが、近年は上昇傾向にあり、要支援者数の今後の急激な伸びも予想されるため、介護予防を目的とした予防給付²⁴サービス提供による重度化防止が必要です。
- 予防給付のうち、介護予防訪問リハビリテーションは、全国平均に比べ利用率が低い傾向にあるため、高齢者リハビリテーションの理念を踏まえて、単に高齢者の心身機能の改善を目指すのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や地域社会へ参加することの重要性について普及啓発を図る必要があります。
- 要支援者が適切な介護予防給付を受けるためには、介護予防のマネジメントを行う地域包括支援センターの体制強化や職員が、適切な介護予防ケアマネジメントを行うための知識・スキル等を身につけることが必要です。

調整済み軽度認定率の推移



訪問リハビリテーション利用率（要介護度別）



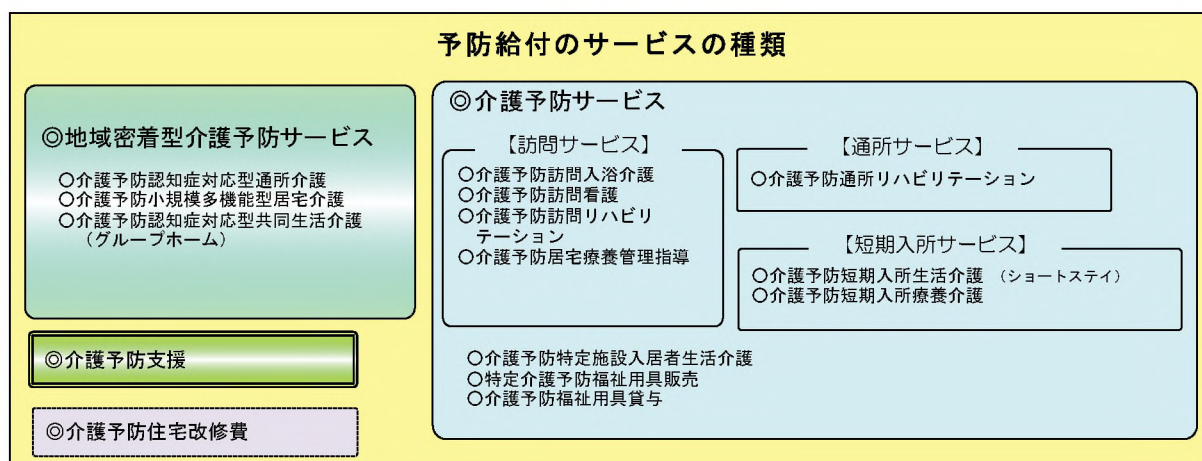
【左：地域包括ケア「見える化」システムより県高齢対策課作成】

【右：令和4年介護保険事業状況報告（厚生労働省）および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」】

²² 市町が行う要介護（要支援）認定において、身体又は精神の障害のために、日常生活を営むために支障があると見込まれる状態にあり、要介護状態以外の状態にあり、予防的な対策が必要なものとして、要支援1及び2と認定された方をいいます。

²³ 認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、65歳以上高齢者の性・年齢構成の影響を除外した、要支援1～要介護2の認定者の人数を65歳以上高齢者の人数で除した値をいいます。

²⁴ 要支援1、2の軽度者を対象に、常時介護を要する状態の軽減や重度化防止（介護予防）を目的として提供されるサービスで、介護予防訪問看護や介護予防通所リハビリテーション等の種類があります。



施策の方向

- 介護予防サービス事業者に対し、効果的かつ適切な「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等のサービスを提供できるよう、情報提供及び必要に応じた助言・指導に努めます。
- 市町や介護予防のマネジメントを行う地域包括支援センターにおいて、介護予防の重要性や適切なサービスの利用に関する普及・啓発を行えるよう、情報提供や職員研修を実施するなどの支援を行います。
- 予防給付を実効あるものとするため、市町や地域包括支援センターの職員等に対する研修等を実施し、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの適切な実施を支援します。

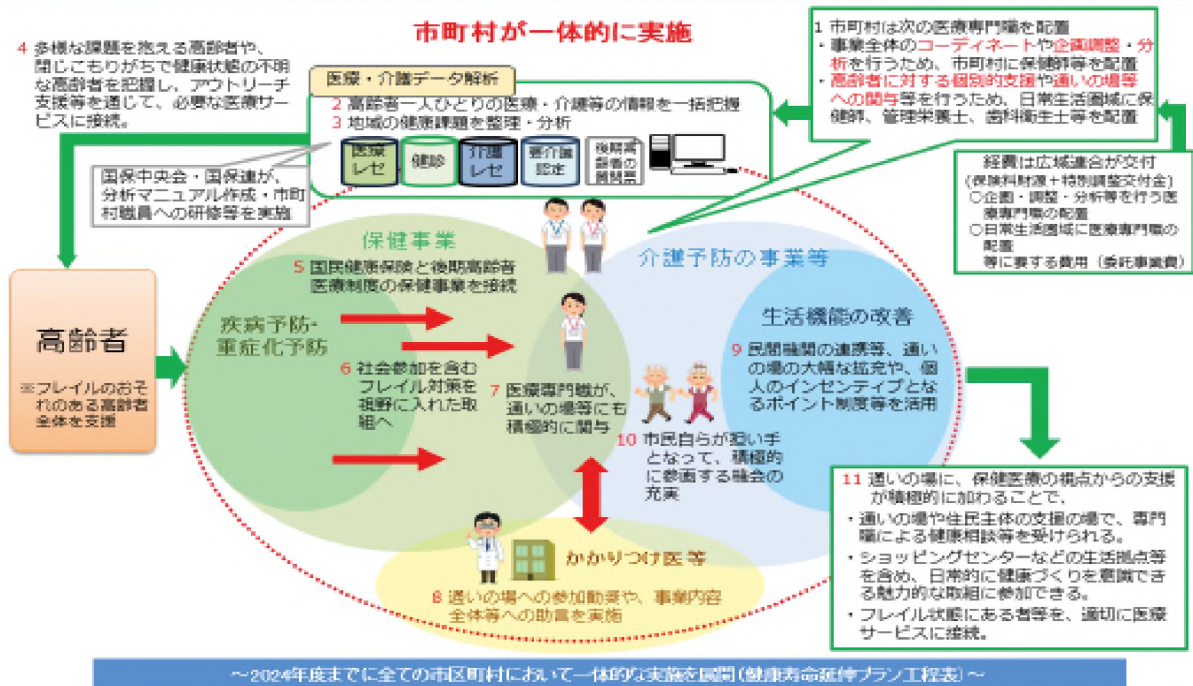
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施²⁵の推進

現状と課題

- 高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすいなど、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しています。
- 後期高齢者医療広域連合と市町は、高齢者が抱える心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、後期高齢者の保健事業を国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業と一体的に実施しています。
- 地域において保健事業及び介護予防に関わる医療・介護の専門職が、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について理解を深め、関係機関と連携を図り、高齢者の疾病予防や介護予防に対して、より効果的・効率的に関わっていくことが求められています。

²⁵ 人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図るため、高齢者の保健事業と介護予防が一体的に実施できるよう、国、広域連合、市町の役割や市町等が高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握するための規定及び体制、具体的な内容等が整備されました【高確法、国民健康保険法、介護保険法】（令和2年3月25日公布・同4月1日施行）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



施策の方向

- 人生100年時代を見据え、健康寿命を延伸するため、高齢者の疾病予防・重症化予防を目的とした健康づくりと、介護予防を一体的に行うことにより、生活機能の低下を防ぎ、高齢者が生きがいを持って生活するためのフレイル対策（栄養・運動・社会参加、オーラルフレイル対策）を効果的に実施します。
- 高齢者が参加しやすい活動の場の拡大やフレイル予防啓発のため、広域連合、市町、栃木県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」といいます。）と連携し、市町が実施する保健事業と介護予防の一体的実施に対する各種事業を展開するとともに、取組事例及び課題等の共有や県内の健康課題等の各種データの集積、提供等の支援を行います。
- 住民主体による通いの場等の介護予防活動のリーダー（とちぎフレイル予防サポーター）や高齢者の状態に応じた専門的な助言や地域づくりを推進するための専門職アドバイザー（とちぎフレイル予防アドバイザー）を活用し、市町が実施する保健事業と介護予防の一体的実施を支援します。
- 通いの場等に参加する高齢者の低栄養や口腔状態の適切な把握や相談・指導のための教材の開発を行うほか、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等の専門職に対するフレイル予防に関する研修会を実施し、市町が実施する保健事業と介護予防の一体的実施を支援します。

人生100年フレイル予防プロジェクト事業

健康増進課・高齢対策課

① 誰もがフレイル予防の知識を入手しやすい環境づくり

県HP等を活用した啓発

- ・栃木県版フレイルセルフチェック表(18項目)(とちフレチェック表)やフレイル予防の動画による啓発
- ・ウィズまごダンスやとちぎフレイル予防サポーターの取組好事例の周知
- ※地域の通いの場や健康教室、施設、自宅等での活用を推進

企業やマスメディア等と連携したフレイルの認知度向上

- ・食品関連事業者やスーパー、企業等と連携したわがままや広報活動
- ・CM、バス、新聞広告等を通じた啓発

職能団体等と連携した高齢者の健康づくりの啓発

医師会、歯科医師会、看護協会、ケアマネジャー協会、薬剤師会、広域連合・国保連、リハビリテーション専門職協会、歯科衛生士会、栄養士会

医療・介護・保健に係る関係機関が連携したフレイル予防の推進

② フレイル予防に係る地域の人材育成

専門職の活用

- ・職能団体と連携したとちぎフレイル予防アドバイザーの活用
- ・専門職用の低栄養・フレイル予防個別指導・評価票等のデジタル指導資料の活用
- ※地域の通いの場や健康教室等の集団教室や個別訪問指導で活用

住民リーダーの養成及び活用

- ・食生活改善推進員等の住民リーダーと連携したとちぎフレイル予防サポーターの養成と活用
- ・活動の手引きを活用したフレイル予防教室の開催
- ※地域の通いの場や健康教室等の集団教室等で実施

研修会の実施

- ・職能団体等と連携したアドバイザーやサポーターの知識・技術研修会の実施
- ・デジタル資料の活用研修会の実施

環境づくり — 人材育成

住民主体のフレイル対策

③ 住民主体のフレイル対策

高齢者の社会参加・地域の活性化

- ・とちぎフレイル予防サポーターが住民リーダーとして地域のフレイル対策を推進
- ・県HPや通いの場等においてフレイルチェックを行うことで日常生活の改善を推進
- ・シルバー大学校やとちぎ生涯現役シニア応援センター(ぶらっと)、ねんりんピックなどによる生きがいづくりの推進

④ 関連分野と連携した取組

フレイルと関連のある分野の取組との連携

- ・加齢性難聴に関する普及啓発
- ・生活習慣病重症化に伴うフレイル発症予防啓発
- ・ロコモティブシンドローム(運動器疾患)の普及啓発

4 地域における支え合いの推進

(1) 生活支援体制整備の推進

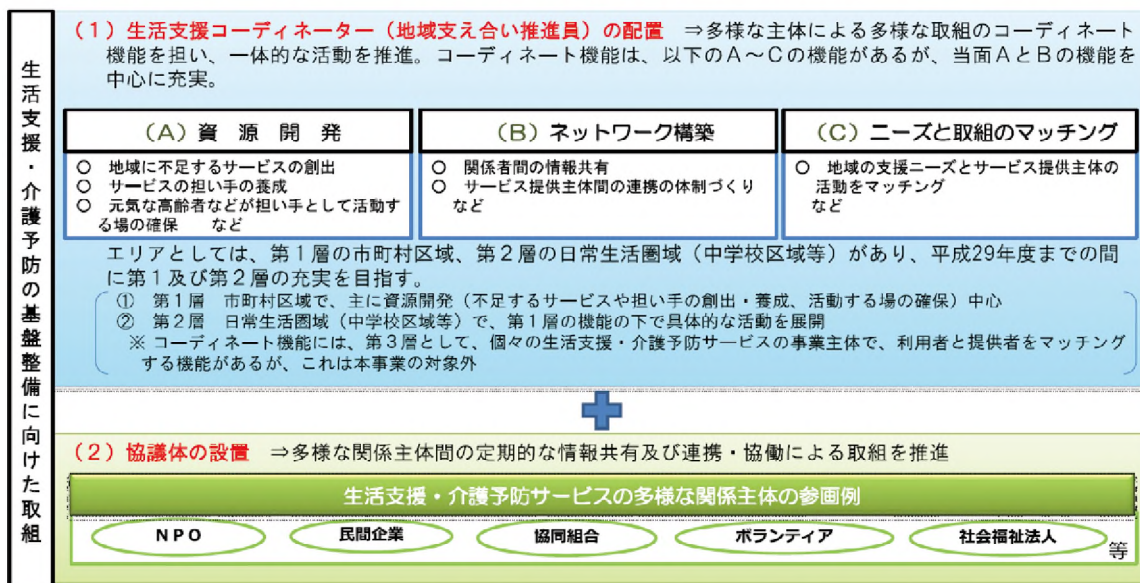
現状と課題

- 高齢者の単独又は夫婦のみ世帯や認知症の方の増加が予測される中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療、介護、福祉の公的サービスだけでなく、外出支援や配食サービス、見守り・安否確認等、住民が互いに助け合うインフォーマルな生活支援が、実情に応じて提供される地域づくりが求められています。
- 市町に配置される生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)や圏域毎に設置される協議体によって、地域ニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等が進められていますが、地域により社会資源や住民意識等が異なることから、その取組状況には違いが生じています。
- 住民主体による生活支援サービスを整備するためには、その担い手となるボランティア、NPO等の地域資源の発掘・人材の育成を図る必要があります。

施策の方向

- 生活支援に関する、高齢者を含めた住民主体の互助の取組を促進するため、地域住民向けの普及啓発を行うなど、地域の実情に応じた生活支援サービスの提供体制の構築を支援します。
- 市町や地域における生活支援の体制整備に関する取組の調整役を担う生活支援コーディネーターを養成するとともに、先進事例やコーディネーター同士の情報交換の場の提供等を通して、その活動の活性化を促進します。
- 関係者間の情報共有・連携強化や生活支援サービスの資源開発、ネットワーク構築等を地域の実情に応じて促進するため、協議体や生活支援コーディネーターへ助言を行うアドバイザーを派遣します。
- 市町において行う多様なサービス提供体制の構築に向けて、定期的な情報交換や先進事例の紹介を行うとともに、社会福祉協議会をはじめとした地域づくりを行う団体との連携強化を図るための機会を設けるなど、市町の実情に応じた伴走型支援を行います。

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

(2) 支え合い体制づくりの促進

現状と課題

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、公的な医療、介護、福祉サービスのみならず、公的なサービスだけでは十分に対応できない日常生活における見守りや生活支援等、地域で支え合う体制づくりが求められています。

- 地域における支え合いは、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、地域団体、地域住民等の地域の様々な関係者が連携・協力して取り組むことが効果的であり、それらのネットワーク化を進めることが必要です。
- 県内では、市町や住民組織等により、地域の実情に応じた様々な支え合いの取組が行われていますが、こうした取組は、災害時の個別支援等にも役立つことから、今後、さらに、県内各地における取組を広げるとともに、内容を充実させていくことが重要です。
- 個々の見守り活動だけでなく、地域包括支援センターをはじめ、地域の関係者が相互に連携しながら高齢者世帯等の見守りを行う高齢者見守りネットワークは、活動内容や規模等の違いはありますが、県内すべての市町で構築されています。
- 高齢者等の孤立防止や生きがいづくり、介護予防等を図るため、高齢者等の地域住民が気軽に集い、仲間づくりや交流等を行える居場所づくりは、市町や地域住民、ボランティア、NPO等により、県内各地で取り組まれています。
- 高齢者のサロンを子どもの居場所や世代間の交流の場とするなど、幅広い世代が互いに支え合う「地域共生社会」を形成していく必要があります。「地域共生社会」の実現に向け、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握し、関係機関等との協働により解決を試みる体制づくりが求められています。

施策の方向

- 県内外の先進的な事例の紹介等を通じ、見守りネットワークの構築やボランティアポイント制度の促進、公民館等を活用した高齢者の「通いの場」等の地域における支え合い体制づくりの取組を促進します。
- 生活関連事業者等の協力を得て、地域全体で孤立死を未然に防止することを目的にした「栃木県孤立死防止見守り事業（とちまる見守りネット）」の取組を充実させます。また、各地域における高齢者等の見守り体制整備を支援します。
- 「地域共生社会」の実現に向け、地域住民と関係機関が、「地域共生社会」の理念や意義・実践手法について、ともに学ぶことのできる機会を提供し、身近な地域における住民主体の支え合い活動を促進します。

(3) 家族介護者（ケアラー²⁶）への支援

現状と課題

- 介護が必要となる高齢者に対しては、介護保険制度を始めとした様々な施策により各種支援を講じてきたところですが、高齢者のお世話をしているケアラーに対しても、ケアラー支援の視点

²⁶ 高齢、障害、疾病等の理由により援助を必要とする家族、身近な人その他の者に対し、無償で介護、看護、日常生活上の世話その他の援助を提供する方のことです。

を持ち、相談、助言、日常生活の支援等を行うことができる人材の育成等に取り組む必要があります。

- ケアラー実態調査によると、「ケアラー自身を支えるために必要だと思う支援」として、「自分の話を聞いてくれる人」や「何でも相談できる窓口」と回答した割合が高くなっており、ケアラー自身の話ができる場や、複数の関係機関や多職種連携による相談支援体制の充実が求められています。

施策の方向

- 地域包括支援センター等の関係機関の職員等の資質向上のため、ケアラーのニーズの把握や他分野の関係機関との連携手法に関する研修会を実施し、相談機能の充実・強化を図ります。
- 高齢者の家族など、ケアラーが集まりお互いの悩みや情報交換を行える場として市町が実施する介護者交流会や介護教室の運営等に対して支援を行います。

5 地域包括支援センターの機能強化

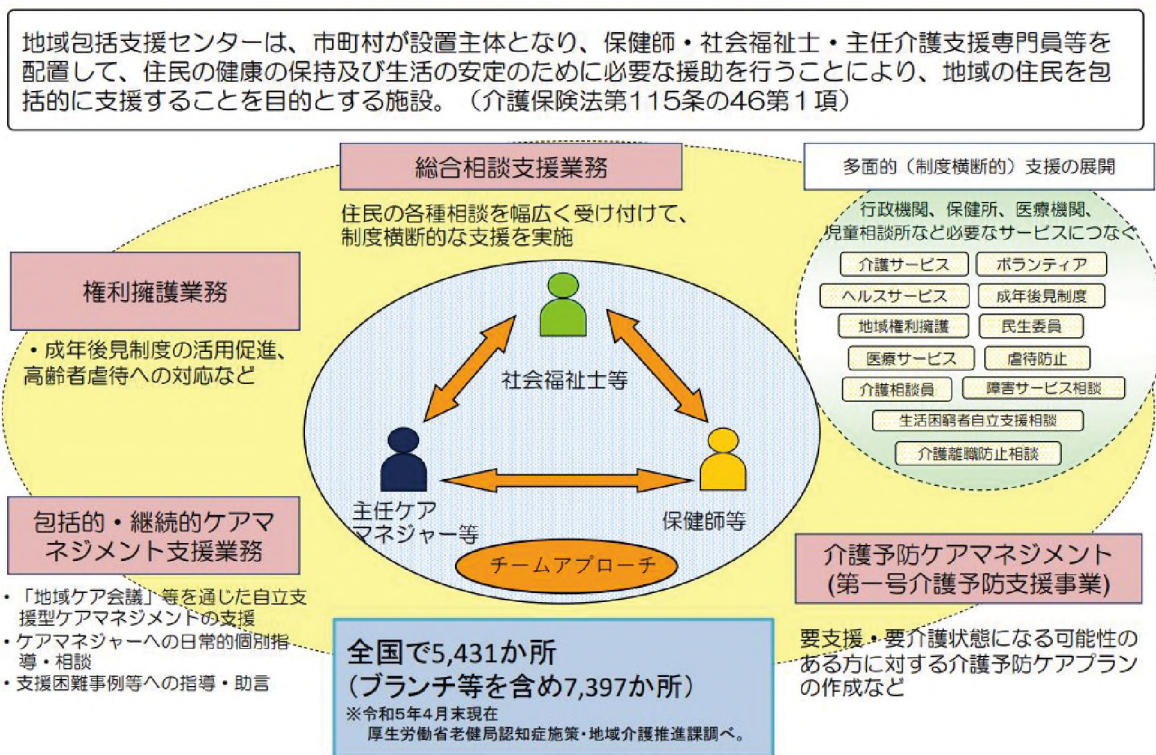
現状と課題

- 地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けていくための地域包括ケアシステムにおける中核機関として、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援等を実施し、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、令和5（2023）年4月1日現在、県内に101か所設置されています。
- 高齢者や要支援認定者の増加等に伴い、地域包括支援センターの事業の中でも、総合相談支援業務や介護予防支援（介護予防ケアプラン作成）業務等の負担が大きくなっており、地域包括支援センターが地域包括ケアの中核機関として期待される役割を發揮できるよう機能強化を図ることが必要です。
- また、地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業²⁷において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うことが期待されていることも踏まえ、複雑化・複合化した課題を抱えているケースなどに対応するため、他分野との連携を図ることが重要です。
- さらに、増大するニーズに適切に対応するため、市町及び地域包括支援センター自らが、事業の実施状況について評価を行い、機能や体制の強化を図るとともに、職員の更なる質の向上を図ることが必要です。

²⁷市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施するもので、それぞれの事業は個々に独立して機能するものではなく、一体的に展開することで一層の効果が出ると期待されています。

- 市町及び地域包括支援センターにおいて、個別支援の検討を中心とした地域ケア会議が開催されていますが、加えて、市町は自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針を定め、地域包括支援センターに周知し、自立支援に資する地域ケア会議を開催する体制を構築する必要があります。
- 地域ケア会議を通じて、介護支援専門員の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高めるとともに、医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図り、そうした事例を積み重ねることにより、地域づくりや資源開発、政策形成につなげていくことが求められています。
- 今後、慢性疾患を有する高齢者や認知症を持つ高齢者が増加することにより、医療と介護の連携や認知症への対応がさらに重要となってくることを踏まえ、多職種が参加し、連携のとれた地域ケア会議を効果的に実施することが求められています。

地域包括支援センターについて



総合相談件数の状況【令和4（2022）年・栃木県】

介護	生活支援 介護予防	医療	認知症	権利擁護	離職防止	その他	合計
89,425 (69,613)	34,972 (32,343)	20,643 (14,045)	19,215 (19,948)	7,834 (7,038)	293 (202)	49,725 (38,978)	222,526 (182,167)

※カッコ内数字は令和元（2019）年の件数

【「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について」より県まとめ】

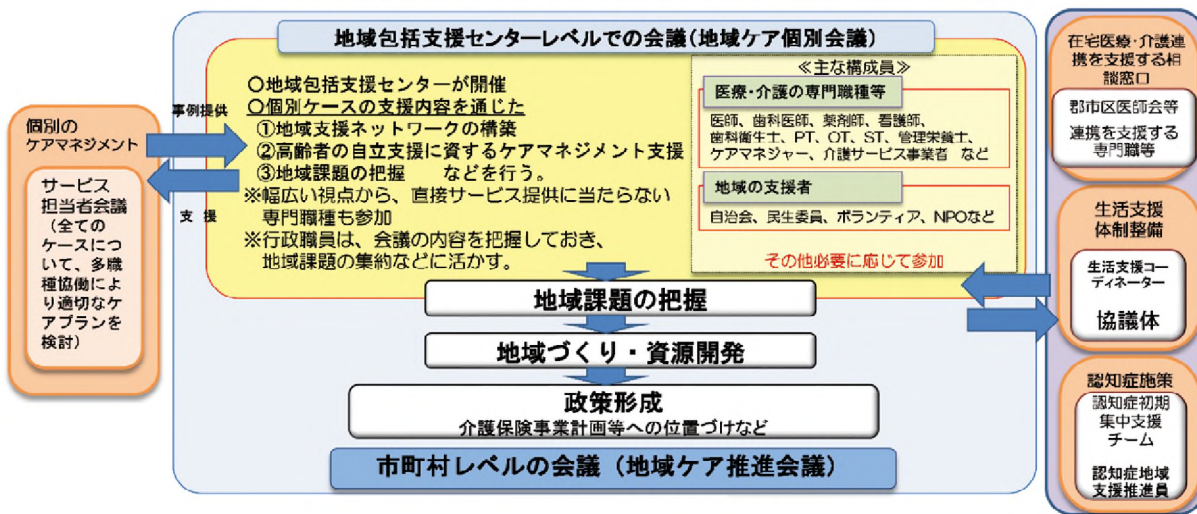
施策の方向

- 地域住民が身近な相談機関として利用できるよう、地域包括支援センターの役割等について広く周知するほか、事業内容や運営状況に関する情報の公表を促進します。
- 地域包括支援センターが、その機能を適切に発揮していくため、自ら実施する事業の評価や市町によるセンター事業の実施状況に係る評価を通じて、業務の状況について把握した上で、それぞれ必要な措置を講じることを促進します。
- 地域包括支援センター職員を対象とした初任者及び現任者向けの研修やケアラー支援に関する研修を実施することにより、センター職員の資質向上を図り、地域包括支援センターがその機能を十分に発揮できる体制づくりを支援します。
- 多職種連携の推進を図り、介護支援専門員の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践力を高め、高齢者の自立した生活を支援するため、市町及び地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に対して、助言を行う専門職等の派遣を行います。
- また、介護支援専門員等の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント力の向上のため、職能団体等と連携し、研修を実施します。
- 地域ケア会議において資源開発や政策形成の実施を促進するため、好事例の情報提供や市町及び地域包括支援センター職員等を対象とした研修を実施します。

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27(2015)年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)
 ○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 ○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
 ○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



【 評価指標 】

項 目	現状値	目標値
健康寿命	男性 72.62 年 女性 76.36 年 (2019 年)	平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸※
介護予防につながる通いの場への高齢者の参加率	4.2% (2022 年)	8.0%
介護予防の場にリハビリテーション専門職、栄養士、歯科衛生士が関与する仕組みを設けている市町数	10 市町 (2022 年)	全市町 (25 市町)
市町として、生活支援コーディネーターの活動等により把握した地域課題の分析・評価結果を関係者間で共有するとともに、介護予防・生活支援サービスの推進方策の策定に取り組んでいる市町数	12 市町 (2023 年)	全市町 (25 市町)
とちまる見守りネット協定締結事業者数	25 者 (2023 年)	28 者
地域ケア会議において個別ケースを分析し、地域課題の解決に向けた取組を実施しているセンター数 (基幹型を除く)	71 箇所 (2023 年)	99 箇所
介護者交流会を実施している市町数	13 市町 (2022 年)	全市町 (25 市町)

※栃木県健康増進計画(とちぎ健康 21 プラン(2期計画))の目標値

なお、令和 7 (2025) 年度からの次期栃木県健康増進計画を踏まえ目標値との調和を図る。

通いの場の様子 (介護予防体操)

