

第 2 部 各論

基本施策の取り組み（案）（見え消し）

湖 南 市 高 齢 福 祉 課

第1章 いつまでも、いきいきと、自分らしく暮らせるまち

基本施策1. 生きがいくりと社会参加活動の促進

事業1-① 生きがいサービスと居場所づくりの推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 生きがいくり支援と居場所づくりの一環として、安心応援ハウス事業や小地域福祉活動、あったかほーむ事業、まちづくり協議会における地域福祉活動など、地域が主体的に取り組む地域福祉活動を支援しています。
- ◆ 「安心応援ハウス事業」によるサロン活動は20~~20~~令和2年10月時点で26か所の区・自治会等で実施されていますが、半数以上の地域で未実施であるほか、~~未だ実施されていない地域もあり~~ます。サロン活動の実施状況も地域によりばらつきが大きい現状です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 安心応援ハウス事業は、その事業内容の実態が地域によってばらつきが大きいいため、補助金の支給要件の見直しを図るとともに、取り組み地域の拡充を図ります。また、事業に直接携わっているスタッフ同士の情報交換会の開催やサロン従事者養成研修会の実施など、サロン活動の内容の充実、推進を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎安心応援ハウス支援事業	地域の高齢者が孤立することなく、身近なところで気軽に集い、寝たきり等の予防および生きがいや交流ができる場所を市内のすべての地域で設置・運営されるよう支援します。
サロンスタッフ交流会の開催とボランティアスタッフの養成	他の高齢者サロンがどのような活動をしているか把握し合うことで、今後の活動がより活発かつ多様なものにつながることを目的に、各サロンの活動紹介・情報交換の場として交流会を設けます。また、新たなサロン運営の担い手となるボランティアを養成するための講座交流会等を開催します。また生活支援体制整備推進事業（地域支えあい推進員）と連携を図りながら、地域で取組まれている高齢者を対象とした通いの場の情報を集約し、通いの場の取り組み等の紹介を行います。

事業1-② 社会活動への参加促進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 老人クラブ活動、まちづくり協議会活動、ボランティア活動など、多様な社会参加の機会の拡充に努めています。

- ◆ ~~シルバー人材センターと連携し、働く意欲のある高齢者の就労支援に努めています。~~
- ◆ 生活支援サービスの多様な担い手として、区・自治会、まちづくり協議会、老人クラブ、ボランティアなどの活動への期待は、**増しています。**

【課題と今後の方針】

- ◇ 老人クラブ、社会福祉協議会、区・自治会、まちづくり協議会、ボランティア、NPOなど多様な団体・機関等の参画を得て、庁内にも横断的組織をつくり連携しながら、地域の支えあい体制づくりの協議を進めます。
- ◇ 団塊の世代をはじめとする高齢者が持つ豊富な知識や技術、経験を次世代に引き継ぐための機会を積極的に創出し、高齢者の生きがいと役割づくりを進めます。
- ◇ 高齢者には、生活支援サービスの担い手や高齢者見守りネットワークの支える側の一員として地域に貢献いただけるようなくみづくりに取り組みます。
- ◇ シルバー人材センターについて、多様な業務受注の拡大を支援するなど、今後も高齢者の就労支援に努めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
生活支援サービスの担い手の養成	NPOやボランティア、民間企業、協同組合、区・自治会、まちづくり協議会や自主活動グループなどが主体となったさまざまなサービスの提供や介護予防の場づくりが必要です。このため、社会福祉協議会やボランティアセンターなどと連携して、地域単位で第2層の協議体を設置し、生活支援コーディネーターの育成を図りながら、元気高齢者などが新たな担い手として活躍し、社会参加・貢献できるしくみを構築します。
学びの場づくり・活動支援	まちづくり協議会や老人クラブ・ボランティア団体等に地域の生活や福祉課題に関する学習テーマの提案や講師の派遣など、学びの場づくりの支援を行うことにより、地域課題に関心を寄せる市民の発掘や養成を図り、地域活動やボランティア活動への参加を促します。
老人クラブ活動の支援	会員の減少が続いており、新たに会員獲得のための支援を行い、老人クラブが行う社会奉仕活動や健康増進、生きがいを高める活動を支援します。
シルバー人材センターとの連携	高齢者が今まで培ってきた知識や技術を生かし、いつまでも元気に生きがいを持って働ける場づくりを進めるシルバー人材センターの運営を支援し、高齢者の就労支援のために連携を図ります。

基本施策 2. 健康づくりと介護予防、自立支援の推進

事業 2-① 健康づくりと介護予防事業の一体的実施の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 令和元年の健康保険法の改正による改正後の介護保険法等により高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を行うために、保健事業と介護予防事業を一体的に実施するように努めるものとされたこととなりました。
- ◆ 市では、「健康こなん21計画（第2次）」に基づきの趣旨に沿い、すべての市民が生涯にわたり健康を維持・増進し、豊かな生活を営むことができるように、生活習慣病や栄養・食生活などの各領域において市民の行動目標と市や関係機関の取り組みを定め、健康づくり事業や保健事業を推進しています。
- ◆ ~~運動・スポーツの週1回以上の実施率は、60歳、70歳代が高く、また、今後、運動・スポーツをしてみたい割合も、60歳代において64.0%と高くなっています。（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より）~~
- ◆ 地域で安心して生活を送るためにも自宅からより身近な場所で日常的な交流の場や運動ができる場が必要です。交流の場として、「こなん THE ボイスプロジェクト」「いきいき百歳体操」「高齢者サロン」の立ち上げ、健康づくりに向けた出前健康講座、レクリエーション本の提供など運営の支援を積極的に行います。また、そのスタッフの方々の交流会、研修会を実施します。また、社会福祉協議会、まちづくり協議会、老人クラブ、民生委員・児童委員、自治会及び各ボランティアグループ等が連携して活動できる体制づくりに努めます。

	実績		
	平成 30 年度	平成 31 年(令和元年)度	令和 2 年度
こなん THE ボイスプロジェクト	150 人(5 カ所)	81 人(3 カ所)	
いきいき百歳体操	44 カ所	44 カ所	42 カ所
出前健康講座	42 回	42 回	

【課題と今後の方針】

- ◇ 「健康こなん21計画（第2次）」で定めた各領域における目標の達成に向けて取り組みます。
- ◇ 「ライフステージに応じた体と心を癒すスポーツ活動の継続機会の充実」を基本方針のひとつとして掲げるスポーツ推進計画（第2期）に基づき、楽しみながらの適度な運動の推進、健康づくりに欠かせない栄養面や生活習慣からのサポート、多種目を体験できる総合型地域スポーツクラブを活用したスポーツ活動や体力づくりを推進します。
- ◇ 高齢者が健康で自立して暮らすことができる期間健康寿命を伸ばすために、健康づくり活動に主体的に参加・継続できるしくみを、新しい総合事業の取り組みのなかで検討します。
- ◇ 閉じこもりやうつ病など何らかの問題を抱えた高齢者を早期に把握し、予防活動につなげフレイル※状態に至ることを未然に防ぐための把握事業を行います。取り組みを地域で推進します。

- ◇ 介護・医療・検診等関係する部署と連携体制を図り、健康づくりのためのリーダーの養成を行いスポーツや趣味活動を実践できる環境を整備します。
- ◇ 出前健康講座について市広報紙やホームページを積極的に活用して啓発に努めるとともに、身近な場所で開催し、フレイル予防や健康寿命延伸への取り組み意欲を高めます。
- ◇ 地域支えあい推進員などと連携を図り「いきいき百歳体操」未実施地区での取り組みを進めるとともに、実施地区が活動を継続できるよう生活支援体制整備推進事業（地域支えあい推進員）と連携し支援します。
- ◇ 予防事業で取り組む事業が適切かつ効果的に実施されるよう専門職の関与や他機関との連携を図るとともに、PDCA サイクルに沿った取組を更に推進し、効率的で効果的な事業の実施を目指します。

※フレイル（虚弱）とは、厚生労働省は「加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能など）が低下し、生活機能障がい、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態」と定義している。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
健康相談事業	高齢者の集まりの場を利用して、保健師、看護師、理学療法士、管理栄養士等の専門職が、血圧測定や健康に関する相談、指導助言を行います。
健康教育	高齢者サロンや安心応援ハウスなどのグループや老人クラブ等の集まりにおいて、介護予防やロコモティブシンドロームなどについての健康教育を出前講座で行い、健康づくりの関心を高め主体的な取り組みを支援します。
高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施	フレイル状態に至ることを未然に防ぐために、健康づくりと介護予防事業等と一体的に実施することができるよう関係する部署と連携体制を図ります。健康づくりのためのリーダーの養成を行いスポーツや趣味活動を実践できる環境を整備します。
◎介護予防把握事業	閉じこもりやうつ病など何らかの問題を抱えた高齢者を早期に把握し、予防活動につなげるために把握事業を行います。民生児童委員等と連携し包括支援センター職員に対し、関わりを持たない高齢者を確認し関わりを持たない高齢者は、閉じこもりやうつ病など何らかの問題を抱えていると想定し、高齢者の早期把握に努めます。フレイル予防の観点を踏まえ把握した高齢者に対し、健康づくりや介護予防事業につなげていきます。
介護予防普及啓発事業 「出前健康講座」	介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するため、専門職等を身近な集いの場（サロン、老人クラブ等）へ派遣し講座を開催します。現在の主な講座内容は、運動、口腔ケア、栄養、認知症等ですが、今後は、在宅看取りについての関心と理解を深める機会をつくっていきます。健康づくりや介護予防に資する基本的な知識の普及啓発を目的とし、身近な通いの場（サロン、老人クラブ等）に専門職の派遣を行います。高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施事業と連携し高齢者のフレイル予防に向け栄養・口腔ケア・運動・認知症などの講座を行います。
地域介護予防活動支援事業	いきいき百歳体操、男性の料理教室、地域リーダー養成事業など、介護予防活動を支援します。地域住民が主体となって取り組む「いきいき百歳体操」などの活動を支援します。また、サポーター養成講座を行い、地域での活動が継続できるよう支援します。

一般介護予防事業評価事業	予防事業で取り組む事業が適切かつ効果的に実施されるよう事業内容に応じて指標を設定し、評価を行います。健康づくりや介護予防を目的として実施する事業について、PDCA サイクルに沿った推進に努め、事業成果の見える化に取り組みます。
元気高齢者地域参画事業	退職後の高齢者の生きがいをづくりや健康づくりを目的とし、地域コミュニティの交流と活性化を図るために民間企業等と連携をはかりながら教室を実施します。

<介護予防事業>

【取り組みと現状分析】

介護予防に資する知識の普及・啓発については、高齢者サロンや安心応援ハウスなどのグループや老人クラブ等の集まりにおいて、出前により運動・口腔・栄養・その他（希望に応じ、認知症や介護保険制度等）について健康講座を実施しています。市民のニーズや話題を取り入れた魅力的なメニューになるよう工夫が必要です。

◆ いきいき百歳体操は年々取り組む地域が増え、平成28年3月末現在、48か所およそ750人の市民が取り組んでいます

◆ 地域リーダー養成事業として、男性の料理教室、料理教室後のOB会活動支援やいきいき百歳体操代表者、安心応援ハウス代表者等の交流会を実施し

ています。

◆ 退職後の方が地域に参加するきっかけとして、また、これからの生き方を考える場として地域参画事業を実施しています。「こなんT H Eボイスプロジェクト」では、市内5か所およそ150人が年間15回の教室に参加しました。

【課題と今後の方針】

◇ 出前健康講座について市広報紙やホームページを積極的に活用して啓発に努めるとともに、身近な場所で開催し、市民の健康づくりへの取り組み意欲を高めます。

◇ 地域介護予防活動支援事業は、退職後の方々が、これまで培ってきたノウハウや技術、ネットワークを活かし人生の第二幕としてこれからの生活を営むなかでの心構えや生き方、楽しみを再発見し積極的に地域へ参画するきっかけとなるよう取り組んでいきます。「いきいき百歳体操」については、市民主体で気軽に取り組める体操としての取り組みを推進し、未実施地区への活動の呼びかけを続けるとともに、実施地区が活動を継続できるよう支援します。

また、地域リーダー養成事業では、介護予防の知識を有した住民ボランティアの育成や活動支援などを行います。

◇ 予防事業で取り組む事業が適切かつ効果的に実施されるよう事業内容に応じて指標を設定し、評価を行っていきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
------	---------

◎介護予防把握事業	閉じこもりやうつ病など何らかの問題を抱えた高齢者を早期に把握し、予防活動につなげるために把握事業を行います。
介護予防普及啓発事業 「出前健康講座」	介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するため、専門職等を身近な集いの場（サロン、老人クラブ等）へ派遣し講座を開催します。現在の主な講座内容は、運動、口腔ケア、栄養、認知症等ですが、今後は、在宅看取りについての関心と理解を深める機会をつくっていきます。
地域介護予防活動支援事業	いきいき百歳体操、男性の料理教室、地域リーダー養成事業など、介護予防活動を支援します。
一般介護予防事業評価事業	予防事業で取り組む事業が適切かつ効果的に実施されるよう事業内容に応じて指標を設定し、評価を行います。
地域リハビリテーション活動の支援	高齢者の自立支援に向けリハビリテーションの地域における介護予防（自立支援）の取り組みを機能強化するため、介護施設、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職の関与を進めます。関与していきます。生活支援の観点から助言指導ができるよう、リハビリ専門職種の資質の向上を図ります。

事業2-② 自立支援の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆市内に勤務するリハビリテーション専門職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）は、100人を超えています。近年、介護の現場に勤務するリハビリテーション専門職種も増えてきております。
- ◆自立支援型地域ケア会議においてリハビリテーション専門職種の参加を進めており、自立支援に資する助言指導を得ています。
- ◆介護サービス利用者の自立支援・重症化防止等の観点で多職種の視点からケアプランについて助言を行う、自立支援型地域ケア会議を月1回開催しています。

【課題と今後の方針】

- ◆フレイル予防の観点からも虚弱者を早期に把握し、必要なサービスにつなげるため通いの場等への、リハビリテーション専門職種の関与を進めます。
- ◆通いの場や介護事業所などにおいて、リハビリテーション専門職の関与が必要とされる場合、円滑に派遣できるよう関係団体等と連携していきます。また、生活の場面におけるリハビリテーションニーズに対し適切に助言指導が行えるようリハビリテーション専門職と情報共有を図ります。
- ◆ケアマネジメント支援を通して、利用者の自立支援や重度化予防をめざします。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
地域リハビリテーション活動の支援	高齢者とその家族が、住み慣れたところで、安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動が展開できるようリハビリテ

	ーション専門職等の関与を促進します。介護施設、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職の関与を促進します。
自立支援型地域ケア会議の開催	地域の専門職が助言者となる、自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援に向けたケアマネジメントへの助言・支援を推進していきます。

第2章 安心して住み慣れた地域で暮らせるまち

基本施策3. 支えあいの地域づくり

事業3-① 多様な主体による生活支援サービスの創出

【取り組みと現状分析】

「地域共生社会」の実現に向け「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包括的なコミュニティ、地域や社会を創っていく取組を推進します。

- ◆ NPOや企業が外出支援サービス、配食サービスや買い物サービスなどを行っています。
- ◆ 市シルバー人材センターでは、知識や技術を生かして働くことを通じて喜びや生きがいを感じる場や社会貢献の場づくりを進めています。
- ◆ 市ボランティアセンターには多くのボランティアサークルの登録があり、ボランティアコーディネーターのマッチングにより活発なボランティア活動が展開しています。
- ◆ 市社会福祉協議会が生活支援サポーターを養成し、ひとり暮らし高齢者を対象に見守り活動を実施しています。
- ◆ 区・自治会や有志による高齢者の居場所づくりとして、安心応援ハウスやサロン活動が行われています。
- ◆ まちづくり協議会ごとに地域支え合い推進員を設置することができました。地域資源の掘り起こしを行っているところです。

【課題と今後の方針】

- ◇ 市社会福祉協議会が育成した生活支援サポーターや既存のインフォーマルサービス等を周知し、有効活用できるように働きかけます。
- ◇ 生活支援サービスの担い手として活躍することで元気高齢者の生きがいづくりにつながるような活動を推奨するために、団体の活動補助ボランティアポイント制度などについて検討します。
- ◇ ボランティア等生活支援の担い手の養成・発掘や、地域資源の開発やネットワーク化を進める

生活支援コーディネーターの配置、さらに、多様なサービス提供主体が参画する協議体を組織し、情報の共有や協働により本市の生活支援サービスの提供体制の整備を図ります。

◇ 全世代を支えるアクティブシニア（元気高齢者）の活躍できる場の整備を図ります。

◇ 地域住民のニーズに合った地域にある資源の活用を進めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）の設置	地域住民が世代や背景を超えてつながり、相互に役割を持ち、「支え手」「受け手」という関係を超えてお互いさま・支えあいの取り組みを地域に広く展開していくための地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）を配置します。推進員が中心となり、地域のニーズと資源の状況の見える化や問題提起、多様な主体への協力の働きかけ、関係者のネットワークがはかれるよう支援を行います。地域のニーズと資源の状況の見える化などの役割を担う生活支援コーディネーターの配置を図ります。コーディネーターは、協議体の活動を進めながら適任者の配置を行います。
協議体の設置・運営	地域での生活支援体制づくりに向けて、社会福祉法人、NPO、企業、協同組合、ボランティアなど、市内で生活支援サービスを実施する関係団体等の参画を得て、協議体を設置します。そして、本市における生活支援サービスの構築に向けて、情報共有や連携・協働による取り組みを推進します。生活支援体制整備推進事業及び地域支えあい推進員活動より得られた地域の状況について、我が事として話し合える場（第2層協議体）が各生活圏域（まちづくり協議会）で設置できるよう支援を行います。 また、多様な主体が、市内全域に共通する在宅高齢者などの生活上の課題や、課題に関連する各主体の活動・事業について、定期的に情報共有・意見交換を行う場（第1層協議体）を設置します。
◎身近な地域での生活支援体制づくり（生活支援体制整備事業）	区・自治会、まちづくり協議会や老人クラブなど、地縁組織を核とした助けあいの生活支援体制づくりを、先進事例に学びながら進めています。生活支援体制整備事業では、地域住民が主体となった生活支援・介護予防サービスの充実が図れるよう、地域支えあい推進員が中心となり、地域の支え合いを広め、住民主体の通いの場やサービスの創出を進めます。地域資源の活用を進め、提供可能な情報については関係機関に情報を提供します。
生活支援サポーターの養成支援と活動の推進	社会福祉協議会が実施している生活支援サポーター養成講座に協力し、地域での見守りや家事等のお手伝いなどの活動を推進します。

事業3-② 生活支援サービスの充実

【取り組みと現状分析】

◆ 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等による生活支援サービスが広がっています。

NPO、企業による外出支援サービスや配食サービスが行われています。また、生活協同組合なども新たな担い手として参入してきています。

◆ 市社会福祉協議会が生活支援サポーターを養成し、地域の声かけ・見守り体制の構築に取り組んでいます。

【課題と今後の方針】

- ◇ NPO、企業による外出支援サービスや食事配食サービスについては、多様な担い手によるなどの多様な生活ニーズに対し、地域全体で応えていくため多様な担い手によるサービス事業として提供できるよう推進していきます。
- ◇ ミニデイサービスや配食、掃除・洗濯、草引き等の生活支援サービスをNPO、企業やボランティアで行うしくみづくりを検討し構築していきます。特に、高齢者が支えられる側だけでなく、支える側にもなれることを意識したしくみづくりに配慮します。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
外出支援サービス事業	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯で、一般の交通機関を利用することが困難な人に対し、自宅と医療機関等との間の送迎を行います。
「食」の自立支援事業（配食サービス）	ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯で、自ら調理することが困難な人に対し、定期的に居宅を訪問し、栄養バランスのとれた食事を提供するとともに安否確認を行います。
配食によるひとり暮らし高齢者見守り安心ネットワーク事業	ひとり暮らしの高齢者に対して、ボランティア等の協力による給食の配達を行います。給食を配達することで、安否確認とともに高齢者の孤独感の解消や地域とのつながりの強化に努めます。

基本施策 4. 緊急時・災害時等に係る体制整備

事業 4-① 緊急時・災害時の支援対策の強化

【取り組みと現状分析】

- ◆ ひとり暮らしまたは高齢者のみ世帯の人の事故等の緊急時に対応する高齢者 24 時間対応型安心システムを導入しています。
- ◆ 災害時における避難行動要支援者の名簿作成は進んでいますがを進めており、順次個別避難支援プランは未だ作成ができていませんの作成を行っています。避難行動要支援者の範囲がかなり限定された人となっているため、要配慮者の安否確認や避難誘導の支援体制づくりが地域に求められており、区・自治会におけるその取り組みにはバラつきが見られます。
- ◆ 福祉避難所の指定については、平成 29 令和元年度において 2119 法人（4244 施設（うち高齢者関連施設 28 施設））と「災害時における福祉避難所の開設および運営に関する協定」を締結しました。

【課題と今後の方針】

- ◇ 市広報紙ホームページをはじめ民生委員等を通じて高齢者 24 時間対応型安心システムの周知を図り、利用者の増加を図ります。
- ◇ 避難行動要支援者として登録された人については、随時、個別避難支援プランを作成していきます。また、区・自治会における災害時の避難支援体制づくりについては、市としてモデルを示すなどにより、すべての地域において取り組みが進むよう区長会や民生委員・児童委員協議会等と連携しながら推進します。
- ◇ 福祉避難所については、いざというときに機能するよう、指定後においても継続的に事業者との協議を行い、また日ごろからの信頼関係の構築に努めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
24 時間対応型安心システム事業	ひとり暮らしまたは高齢者のみで暮らしている人の事故等による緊急事態に随時対処するとともに、高齢者の相談に応じる 24 時間体制（電話受付、適正なアセスメントを行う専門知識を有するオペレーターの配置）を整備することにより、日常生活の不安の解消と安全を確保します。
重度要介護者の避難行動要支援者名簿の作成	避難行動要支援者の対象者の把握と名簿への登録を進め、区・自治会や民生委員の協力を得ながら個別避難支援プランの作成を進めます。作成した名簿やプランは支援者間で共有していきます。
福祉避難所の利用調整	災害時に介助や見守りなど特別な支援を必要とする高齢者等が安心して避難生活を送ることができるよう、市内の高齢者施設を福祉避難所に指定し、平常時から災害に備えた関係の構築に努めます。

事業４－② 災害時や感染症に対する体制整備の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 近年、災害や、新型コロナウイルス感染症の流行によって必要な介護保険サービスや支援等の提供に支障をきたす事案が全国で生じています。日頃から関係機関が連携し平時からの準備を行うことが重要です。
- ◆ 滋賀県において、介護関連施設において新型コロナウイルス感染症発生し事業継続に大きな影響が生じた場合に介護関連施設間において職員の派遣の調製や代替サービスの利用に向けた情報提供や利用調整を行うためのコーディネート機能の整備が、検討されています。
- ◆ 地域社会全体が感染症に対し過敏に反応したことにより、介護に従事する職員が心身ともに疲弊する状況になりました。

【課題と今後の方針】

- ◇ 在宅医療・介護推進事業において、かかりつけ医や訪問看護事業所等における互いの機能を補完し合える互助ネットワークの取組みが進んでいます。
- ◇ 湖南市介護保険事業所協議会の活動について市がオブザーバーとして関わり連携を図っています。
- ◆ 感染症に対する正しい知識と対応を市民や従事者に広く啓発していきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎サービス提供者間の互助ネットワークの整備・充実	在宅医療・介護連携推進事業において、かかりつけ医や訪問看護事業所等における互いの機能を補完し合える(互助ネットワーク)の整備充実を図ります。また、平時から連携が図れる場づくりを進めます。
新型コロナウイルス感染症発生時の介護関連施設・事業所等間の応援事業	県が推進する本事業を円滑に実施できるよう介護保険事業者協議会等と協力体制の強化を、図ります。
市民や事業者に対する啓発	市ホームページや事業者協議会で啓発、研修を行い、正しい理解と対応について知識を共有します。

基本施策4-5. 総合的な認知症ケアの体制づくり

事業4-5-① 予防と早期対応の仕組みづくり

【取り組みと現状分析】

- ◆ 認知症の人や家族、地域住民の方へ認知症に対する正しい理解の啓発を目的とした啓発講座を開催していますが30歳代から50歳代の人への啓発が十分にできませんでした。
甲賀地域認知症疾患医療連携協議会で、~~年1回講演会を実施するとともに、認知症介護教室の一環として、その他教室等でも随時講話を行っています。~~
- ◆ 認知症の相談窓口が十分認知されていない現状です。~~の認知度は介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において30.7%でした。~~
- ◆ 認知症の状態に応じて適切なサービス等が選択できるような認知症ケアパスを作成改定しました。
- ◆ 早期発見・早期対応を目的として、認知症疾患医療センターの医師と地域包括支援センター職員が同行して家庭訪問を行う「もの忘れ相談」を年6回実施し、専門医の受診・治療につながるきっかけとなっています。

【課題と今後の方針】

- ◇ アクションプランを作成し、認知症施策にかかる個別的な行動計画を定め進捗管理を行います。
- ◇ 市民の誰もが参加できる講演会の実施と、区・自治会、学校、企業等30歳代から50歳代の人にも受けてもらえる場での開催も検討します。~~その際には、出前講座の形態による開催に努めます。~~
- ◇ 地域包括支援センターや、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター等が認知症に関する相談窓口であることを周知するとともに、必要な支援を行える体制を強化します。
- ◇ 認知症ケアパスや、リーフレットの配布、ホームページでの啓発を行います。
- ◇ 認知症初期集中支援チームを設置し、~~の訪問等による情報収集をもとに支援方法を検討し、初期に集中的に支援を行います。~~その際には、専門医療機関、サポート医、かかりつけ医と連携しながら、アセスメントシートを利用しケース対応を行っていきます。
- ◇ 市民に対し自分で確認できるセルフチェックシート等の啓発を行い、早期対応につなげます。
- ◇ 認知症地域支援推進員の養成支援をしていきます。
- ◇ 新型コロナウイルス感染症等の影響により対面で啓発ができない状況下においても、何らかの方法で取り組めるような方法を検討します。

【具体的事業】

1. 普及啓発・本人発信支援

個別事業	取り組みの内容
出前講座やシンポジウムなど学びの場づくり	「介護予防普及啓発事業」や認知症地域支援推進員等の活動を通じて、認知症に対する偏見をなくし正しい理解が進む機会をつくっています。今後も、出前講座により認知症予防のための知識と生活習慣の啓発に努めます。
認知症ケアパスの普及・啓発	認知症を発症した人やその家族が、どこに相談をすればよいか、医療や介護などの地域資源がどこに存在し、どのような支援を受けることができるのかを早めに理解できることを目的として作成した認知症ケアパスの冊子を広く活用いただくよう、市民や支援機関等に積極的に提供していきます。
市民や企業等への研修・啓発 認知症サポーターの養成	認知症サポーターの養成、認知症カフェ等を通して市民や企業等の若年性認知症についての理解の普及に努めます。また、医療機関等の支援者を対象とした研修を行い、早期発見、治療・ケアにつなげていきます。

2. 予防

◎認知症地域支援推進事業 認知症の発生予防の啓発	認知症の発生予防について健康相談等の取り組みを通じ、正しい知識をもつ市民を増やすとともに、いきいき百歳体操などの通いの場づくりや各生活圏域(中学校区)にある認知症対応通所介護事業所(認知症デイサービスセンター)にある認知症カフェ等を継続し、誰もが利用できる場づくりを行い、認知症の啓発認知機能低下の予防を図ります。その際には、市地域包括支援センターに配置予定の認知症地域支援推進員と協力し、本事業のガイドラインを受託事業者とともに検討を進めます。また、生活圏域での課題等の情報交換を行い、認知症ケアパスの見直しや地域課題の整理を行います。
-----------------------------	---

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

◎認知症地域支援推進事業	アクションプランを作成し、認知症の人や介護者への支援として、介護負担や相談窓口の周知・啓発を目的とした、認知症ケアパスの作成を行います。認知症カフェや相談会など本人や介護者が集える居場所の支援を行います。各生活圏域(中学校区)にある認知症対応通所介護事業所(認知症デイサービスセンター)にある認知症カフェ等を継続し、誰もが利用できる場づくりを行い、認知症の啓発を図ります。その際には、市地域包括支援センターに配置予定の認知症地域支援推進員と協力し、本事業のガイドラインを受託事業者とともに検討を進めます。また、生活圏域での課題等の情報交換を行い、認知症ケアパスの見直しや地域課題の整理を行います。
もの忘れ相談事業	認知症の早期発見、治療・ケアにつなげるため、もの忘れや認知症についての不安がある人やその家族を対象に、専門医による相談を行います。
認知症初期集中支援チームの設置・充実活動の推進	平成30年に認知症初期集中支援チームを設置します。チーム員が認知症が疑われる人等と家族を訪問してアセスメントを実施し、認知症専門医、サポート医等複数の専門職で家族支援などの初期の支援方法を考え、チーム員を中心に包括的・集中的に自立生活のサポートを行います。
専門医療機関、サポート医、かかりつけ医との連携	地域での認知症診断・治療・ケアが効果的に行われるよう、かかりつけ医と認知症専門医、サポート医との連携を図ります。より早い段階から適切な医療と介護サービスが提供できる体制を整備し、地域における認知症の早期発見・早期対応を促進します。
本人ミーティングの実施による認知症の人が自らの言葉で語る機会の創出	認知症の人やその家族の人たちが集まって語り合う「本人ミーティング」を開催します。本人の意見を聴き、当事者目線での対策を打つことで、地域で支える仕組みづくりに生かしていきます。

事業4-5-② 若年性認知症への支援体制づくり

(認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加推進)

【取り組みと現状分析】

- ◆ 若年性認知症の人やその家族への支援は手探りの状態で、支援者や市民の理解も不十分な現状です。
- ◆ 平成26年度から実施している認知症地域支援推進事業のなかで、受託法人のひとつうち1法人が若年性認知症の理解を深めるための研修交流会を定期的で開催し、支援者の資質の向上を図っています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 若年性認知症の人やその家族の実態を把握し、ニーズを探り、課題や施策を検討します。
- ◇ 介護事業所やケアマネジャー、企業や市民に対し、若年性認知症の理解を図る研修や啓発を行います。
- ◇ 本人の社会参加・社会貢献活動の取り組みに対する支援を推進します。
- ◇ 本人の居場所づくりや相談体制を構築します。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
本人・家族や企業等への聞き取り調査	市内に居住する若年性認知症者や家族の生活実態、サービスの利用状況やニーズ等について、本人や家族をはじめ雇用主の企業などからも聞き取り調査を行い、認知症地域支援推進事業やその他若年性認知症の支援策の検討を進めます。
関係機関との連携	若年性認知症では、働き盛りに仕事や家事が十分にできなくなることで、身体的にも精神的にも、また経済的にも大きな負担となります。認知症地域支援推進員が中心となり、医療・福祉・就労等の関係機関と連携しながら、一人ひとりの状態に応じた生活支援につなげていきます。また本人の社会参加・社会貢献活動の取り組みに対する支援を推進します。
相談窓口の設置	地域包括支援センターの認知症地域支援推進員が、本人や家族からの相談に対応します。また、専門機関（医療機関等の支援機関）からの相談については、相互に連携し、必要な助言を行います。

※若年性認知症とは…18歳から64歳までに発症した認知症性疾患（アルツハイマー病、脳血管型、前頭側頭型、レビー小体型など）を総称して言います。日本全体では約4万人といわれています。社会的役割が大きい世代であり、経済的問題が大きくなります。また、家庭内の多くの役割と介護を配偶者が一人で負うため、老年期認知症と比較すると介護負担が大きいといわれています。

事業4-5-③ 認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 地域で身近に集える場所や相談できる場所として、認知症対応型通所介護事業所（認知症サービスセンター）5か所で認知症カフェを運営し、相談を実施しています。
- ◆ 地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できるしくみの構築・運用を始めしています。
- ◆ 区・自治会や各種団体から要請を受けてキャラバンメイトを派遣し、認知症サポーター養成講座を実施しています。認知症キャラバンメイトの連絡会・研修会は継続実施しています。新たなメイトの養成が今後の課題です。

【課題と今後の方針】

- ◇ キャラバンメイトの活動を支援するとともに、認知症地域支援推進員との連携を図ります。また、社会福祉協議会と協働で活動の幅が広がる仕組みをつくります。
- ◇ 誰もが正しく認知症を理解してもらう啓発活動を推進し、徘徊高齢者の早期発見のしくみを活用し、認知症高齢者の見守り訪問体制の構築充実を図ります。
- ◇ 医療受診時・入退院時の支援を包括的に行うために、認知症初期集中支援チームの関わりや、医療と介護のコーディネーターおよび医療機関等と連携し、支援体制づくりに努めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
認知症の理解の啓発	認知症に対する理解を深め、認知症の人や家族を温かい目で見守る認知症サポーターを養成します。高齢者見守り安心ネットワークの協力事業者に認知症サポーター養成講座の受講を促すとともに、小中学生を対象にした講座の実施を検討します。また、地域の老人会クラブやサークル、学区等へ講師を派遣するなど、出前健康講座による認知症理解の学習の機会の提供に努めます。
高齢者あんしん見守りネットワークの充実	地域住民、地域のさまざまな団体やお店、電気・ガス・宅配事業者などの多くの協力者や機関により、多様な目で高齢者を見守り支えていく「高齢者あんしん見守りネットワーク」の充実を図ります。
おかえりネットワークの充実	市介護保険事業者協議会、地域住民（民生委員等）、警察や企業（商店等）との連携を図り、徘徊者を早期発見できるネットワークの充実を図ります。

基本施策5-6. 権利擁護の推進

事業5-6-① 権利擁護、虐待予防のための啓発

【取り組みと現状分析】

- ◆ 虐待予防について、広報やリーフレットの配布、また民生委員や介護者を対象とした研修会を開催し啓発を行いました。講演会などによる市民の意識啓発はできていません。虐待のみだけをテーマにしてた研修会として市民を集めるのは困難であり、市民が集まる機会を捉えるなど、啓発の方法に工夫が必要です。
- ◆ 介護者が家族の介護のを抱え込みにならないように、介護保険制度の利用を促すための制度の周知は大切です。しかし、周知を図るため窓口での相談時にパンフレットを配布しているだけの啓発にとどまっています。ます。
- ◆ ケアマネジャーに対しては月1回、居宅介護支援事業者連絡調整会議を開催し、スキルアップを図り、ニーズに適したサービスの提供をすることで虐待予防につなげています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 区・自治会や企業、各種団体などに対し、出前講座などさまざまな機会と手法により、相談窓口の周知や虐待防止のための啓発に取り組みます。
- ◇ 高齢者虐待防止施策の協議や推進を図るためのネットワーク組織をつくり、その組織を通じて関係者や市民の意識啓発を図ります。また、地域における高齢者の見守りネットワーク体制づくりを通じて、市民の意識啓発を図り、虐待の早期発見や防止に努めます。
- ◇ 介護保険制度について、市広報紙や多様な機会をとらまえてのパンフレットの配布による周知、また、地域包括支援センターなどの相談窓口で周知を図ります。
- ◇ ケアマネジャー研修の実施により資質を高め、サービスの適正な利用支援を推進し、「行き詰まらない介護」につなげていきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
パンフレット、チラシ、ホームページ等による相談窓口の周知	区配布を利用した便りや、窓口用・訪問時用のチラシ、ホームページ等を利用した虐待予防の啓発を地域に向けて進めていくとともに、相談窓口を記載したチラシ等の郵送物への同封、街頭啓発や事業実施時に配布するなど、さまざまな機会を活用して相談窓口の周知を図ります。
区・自治会や企業等への出前健康講座などによる啓発活動の推進	権利擁護や虐待予防をテーマとした出前健康講座や広く市民向けの講演会の開催、また、地域サロンに出向いて虐待予防の啓発を推進します。また、区・自治会や企業等との交流や関係の構築を図ります。

事業5-6-② 迅速で適切な虐待対応

【取り組みと現状分析】

- ◆ 関係機関等による「**湖南省高齢者虐待防止対策推進協議会**」のための連携会議の**を設置しました。**や地域における見守り体制の構築はできていません。**市内では地域で高齢者を見守る体制の整備が少しずつ進んできています。**
- ◆ 高齢者虐待の事案における対応や支援のあり方について、関係機関から地域包括支援センターに対し対応マニュアルの提示が求められており、関係者による共有が必要となっています。**への共有を行い、円滑な対応ができるように努めました。**

【課題と今後の方針】

- ◇ 高齢者虐待防止施策の協議等のための組織や、地域における高齢者の見守りネットワーク体制をつくり、虐待の早期発見や防止に努めます。
- ◇ 平成26年度に作成した虐待対応マニュアルについて、サービス提供事業者や居宅介護支援事業者を対象に研修の機会を設けて関係者間で共有のうえ、役割に応じた対応に努めます。
- ◇ 地域包括支援センター職員の資質の向上を図るために、研修会に積極的に参加し、虐待に係る相談支援の強化を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎ケアマネジャー等関係者へのマニュアル 虐待対応 の周知と研修会の実施	虐待対応マニュアルについて、ケアマネジャーや関係機関を対象に共有する機会を設けて周知を図ります。また、滋賀県高齢者障害者虐待対応支援ネットの協力を得て、事例検討などの研修会を実施し、それぞれの役割や動き方を検証し、適切な虐待対応につなげていきます。
◎虐待対応マニュアルに沿った 終結に向けた 適切な対応	平成26年度に作成した虐待対応マニュアルに沿った適正な対応を行います。また、日ごろの事例において、滋賀県高齢者障害者虐待対応支援ネットと緊密な連携を行うとともに、実際の対応の流れや作成した帳票の確認などを評価するための会議を実施し、適正な対応を図っていきます。
適正なサービス利用の促進による介護負担の軽減	日ごろの相談支援の各事例において、虐待予防の観点を重視し、早期の養護者支援に取り組み、多職種と連携しながら適正なサービス利用を促進することにより、介護者の負担軽減を図ります。

事業5-6-③ 権利擁護のための関係機関との連携強化

【取り組みと現状分析】

- ◆ 虐待の困難事例における指導助言等を受けるために、「滋賀県高齢者障害者虐待対応支援ネット」と委託契約を結んでいますが、十分に活用できていません。**結び虐待の困難事例における指導助言等を受け連携し対応しました。**
- ◆ 平成25年10月に「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」が開設され、成年後見制度の利用をはじめ権利擁護に関する相談が多数寄せられています。市民後見人の育成も課題となるなか、甲賀圏域として権利擁護を関係機関がどのように役割分担するか、あり方の検討が進められています。
- ◆ 虐待対応について、「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」との連携や活用が十分にできていません。**し取り組んでいます。**
- ◆ 成年後見制度の利用支援（審判の請求、費用負担、報酬助成）の実績は**第7期計画策定時の過去5年間で3件のみでしたが、潜在的ニーズが掘り起こせていない現状です。少しずつ増えてきました。**また、関係機関にも利用支援制度自体の周知が不十分な状況です。

	市長申立	報酬助成
平成30年度	4件	2件
令和元年度	3件	3件

【課題と今後の方針】

- ◇ 虐待の困難事例やサービス提供事業者や居宅介護支援事業者を対象とする研修などにおいて、「滋賀県高齢者障害者虐待対応支援ネット」や「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」を活用し、弁護士や社会福祉士の専門的な知識や経験を積極的に利用していきます。また、医療機関、警察等とも日ごろからの関係を築き支援体制づくりに努めます。
- ◇ 甲賀圏域における権利擁護のあり方を早期に固め、地域包括支援センターと「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」はもちろんのこと、さまざまな関係機関とネットワークを結びながら、高齢者の権利擁護を進めます。
- ◇ 成年後見制度の利用支援が適当と思われる対象者を把握し、制度の利用につなげていきます。また、後見人の選任後の支援に係るフォローも「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」等と連携して進めていきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
虐待支援ネット等の活用および医療機関・警察等との関係づくり	「滋賀県高齢者障害者虐待対応支援ネット」や「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」の専門性の積極的な活用を図ります。また、虐待事例における各関係機関との日ごろの関わりや虐待防止等連携協議会を通して、法律関係者、警察、医療機関や介護保険サービス事業者との関係づくりを深めます。
虐待防止等連携協議会の設置・運営	地域における虐待の予防や高齢者支援に携わる関係機関の連携強化などを目的として、虐待防止に係る連携協議会を設置・運営し、虐待防止対策事業の計画的・体系的な実施を図ります。
成年後見センター等関係機関との連携	成年後見制度の利用促進、虐待予防や消費者被害の防止など、高齢者の権利擁護を図るには、「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」や社会福祉協議会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会等の多くの関係機関との連携・協力が必要です。「甲賀・湖南成年後見センターぱんじー」における権利擁護支援システム在り方検討会、「高齢者・障がい者なんでも相談会」などの相談事業や研修会への参加、また市虐待防止等連携協議会の運営などを通してネットワークを構築していきます。
成年後見制度の利用支援の促進	身寄りがなく判断能力が不十分な高齢者に対し、成年後見の市長申立支援を行い、資力のない高齢者については後見制度利用支援事業の利用につなげます。また、社会福祉協議会、介護保険事業者等と連携・協力して対象者の把握に努め、適切な成年後見制度の利用を促進し、高齢者の権利擁護を図ります。

基本施策 6-7. 医療と介護の連携

事業 6-7-① 在宅医療を支える環境整備

【取り組みと現状分析】

- ◆ 市内診療所より訪問診療を受ける患者数は、平成 30 年度末時点で 1,597 人であり、平成 27 年度と比べ 2 倍に増加している。(市内診療所(精神科除く)在宅患者訪問診療料 算定患者数より)
- ◆ 市内の訪問診療実施診療所は、12 か所、24 時間連絡体制をとっている訪問看護事業所は 8 か所あり県内他市に比べサービス基盤は強い状況ですが、在宅医療・看取りを実施するうえで訪問診療医や訪問看護事業所の負担が大きくなっています。
- ◆ 本市では、訪問診療医が不在の際にあらかじめ必要な情報を登録し代わりに訪問する医師を決めておく訪問診療医のネットワーク「こなん在宅医療安心ネットワーク」を運営しています。
- ◆ 訪問診療医のネットワークや在宅医療や介護がスムーズにできるよう訪問看護、薬剤師等の情報交換会を実施しています。
- ◆ 長期に及ぶ在宅療養を支えるためには急性増悪時等における病院のバックアップ体制が必要です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 在宅看取りに対する訪問診療医、訪問看護ステーションなどの負担を軽減することができるようにこなん在宅医療安心ネットワークの理解を広げ登録システムの利用を進めます。
- ◇ 病院と診療所および診療所間の連携を図りながら在宅医療へのスムーズな移行や在宅療養中の安心な在宅医療が提供できるよう病院や診療所間のバックアップ体制を整備します。
- ◇ 在宅医療を支える訪問看護が 24 時間対応や重症者、看取りへの対応を実施するための運営支援を図ります。
- ◇ 災害や感染症拡大などの不測の事態に陥った際に在宅において医療や介護のサービスが継続して提供できる体制について関係機関と連携し取り組んでいきます。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者に対応できる、在宅医療サービスと介護サービスが一体的に提供できるよう関係者による検討の場を設け、実現可能な手法を探り体制の整備を進めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
病院と訪問診療医の連携支援	病院と診療所および診療所間の連携を図りながら在宅医療へのスムーズな移行や在宅療養中の安心な在宅医療が提供できるよう病院や診療所間のバックアップ体制を整備します。
地域の医療・福祉資源の把握と活用	地域の医療介護資源の実情把握を行い現状の可視化を行います。また、地域資源マップ等の作成を行い医療や介護へのアクセスしやすい環境を整えます。

事業 6-7-② 連携の課題抽出と対応の協議

【取り組みと現状分析】

- ◆ 訪問診療を実施している医師や看護師、薬剤師の定期的な情報交換会を概ね 2～3 か月に 1 回開催し、現状や課題の共有が図っています。これまでの取り組み、現状をふまえた課題の抽出と共有や、その課題の解決策の立案には至っていませんを図る場として、在宅医療介護連携推進協議会を設置しました。
- ◆ 2025 年に向けた訪問診療の需要推計(県)において、本市の 2025 年訪問診療需要は、2,330 人/年必要とされており、平成 30 年度実績比で 1.46 倍となる。

【課題と今後の方針】

- ◇ 在宅医療・介護連携の推進のため、各専門職種による会議を組織し、地域における現状と課題を抽出し、方向性を確認・共有し地域のあるべき姿解決策を検討します。
- ◇ 介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきています。介護の場面においても、医療的ケアが必要とされる要介護者に対して受入れが円滑にできるよう医療と介護の連携を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎各専門職種の会議による課題抽出と対策の検討	地域の実情に応じた目指すべき姿を設定し、必要となる取組みを企画・立案し実行する。また、実施状況について検証し取組みの改善をはかる。地域における在宅医療・介護連携の現状と課題を抽出し、その課題の解決策を協議するための在宅医療介護連携推進協議会を開催します。
医療計画との整合	滋賀県保健医療計画との整合を図り、在宅医療と介護サービスの提供体制の調整および確保に努めます。

事業6-7-③ 医療と介護の連携拠点の充実

【取り組みと現状分析】

- ◆ 平成 27 年 10 月から地域包括支援センター内に連携拠点として相談窓口を設置しコーディネーター4名（県医師会から出向）を中心に病院での医療から在宅療養への円滑な移行や安心した在宅療養生活継続のため、相談支援を行う窓口を設置しています。窓口では、在宅医療・介護を支える多職種が連携するためのコーディネート機能を備え、市民の方々が退院して在宅療養を開始、継続するにあたっての相談対応などの機能を担っています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 相談窓口を設置し病院から在宅への移行、在宅療養を継続する上での相談対応を行います。
- ◇ コーディネーターを核とした、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、ケアマネジャー
—
地区担当保健師等と病院によるチームケアを推進します。
- ◇ 病院の地域連携室・継続看護室との連携が必要となってくるため、関係づくりの強化を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
在宅医療・介護連携支援センターとコーディネーターの 関係者への相談支援の充実	在宅医療と介護連携の拠点として、在宅医療・介護連携支援センターとコーディネーターを充実・活用し、医療や介護等の多職種のコーディネーターや、ケアマネジャー等からの相談、また、在宅医療・介護の普及啓発などに取り組みます。

事業6-7-④ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

【取り組みと現状分析】

- ◆ 訪問診療を実施している医師を中心に県医師会が勧めるＩＣＴ「**淡海びわ湖あさがおネット**」へ登録しました。在宅医療安心ネットワーク登録患者等の情報の共有がＩＣＴを活用し容易にできるよう取り組みが必要です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 多職種が連携して医療・介護サービスを提供するために、迅速かつ効率的に情報を共有することが大切です。ＩＣＴの活用をした情報共有を進めます。
- ◇ 在宅医療連携を行うにあたっての有用な項目を把握し、関係者で共有するとともに、市民に情報提供をします。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
地域連携パス等の情報共有ツールの活用	県医師会が勧める「 淡海びわ湖あさがおネット 」の活用に向け、関係機関並びに専門職種への啓発を進めます。

事業6-7-⑤ 多職種連携のための研修

【取り組みと現状分析】

- ◆ 医科歯科連携の研修や、訪問看護と訪問介護との連携づくりとして従事者研修を開催しました。また、多職種参加型の研修会では、新たに参加する方が少なかったり、テーマに偏りがあったこともあり、開催頻度が少なくなりました。地域の実状に沿った日常生活圏域単位で特に介護職の参加が得られるよう方法など工夫が必要です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 新たに設置する在宅医療・介護連携支援センターのコーディネーターが中心となって、医療と介護の多職種がグループワーク等を通じて連携の実際を学んだり、知識の習得を図ったりするための研修を企画し、顔の見える関係づくりを継続的に実施していきます。
- ◇ **在宅看取りや認知症や精神疾患を有する高齢者のケアなどについて、支援者が安心して対応できるよう従事者に向けた研修の機会を確保します。**

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
------	---------

介護職種等を対象とした医療教育に関する研修の実施	医療や福祉・介護の従事者が在宅医療・介護連携の必要性を理解し積極的に取り組んで行けるよう医療と介護の知識を習得するための研修等を行い人材育成を行います。
グループワーク等の多職種参加型研修の実施	多職種が一堂同に会し、事例検討やグループディスカッション等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築することにより、効果的な医療・介護サービスの提供を目指します。

事業6-7-⑥ 二次医療圏内における連携の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 甲賀圏域地域連携検討会に事務局として参画し、医療と介護の従事者相互の資質向上とネットワーク構築に努めています。
- ◆ 緊急搬送先の医療機関の状況では、約4割が隣接する他の医療圏域であったことより、他圏域との連携体制が必要です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 病院、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議において、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一などのルールを検討します。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
病院との入退院支援ルールの策定	入院から在宅への円滑な移行を促進するため、病院の医師とケアマネジャー等在宅医療を支える多職種との連携のあり方を検討し、二次医療圏域での入退院支援ルール等の策定と周知に取り組みます。

事業6-7-⑦ 在宅看取りに向けた啓発

【取り組みと現状分析】

- ◆ 平成30年度末時点で、年間死亡数414人に対し自宅での死亡数は、60人でした。この数値は、平成27年度と比べ1.4倍に増加し滋賀県平均14.0%を上回り14.4%となっています。
- ◆ 在宅での看取りについては、日常生活圏域ニーズ調査結果では、自らの看取りの場所として「自宅」を望む人が多いにもかかわらず、在宅療養は難しいと思う人が多くなっています。

【課題と今後の方針】

- ◆ 身近なかかりつけ医（訪問診療医）を持つことの必要性について市民への啓発が必要です。
- ◆ 市民に対し、在宅看取りなど在宅医療・介護連携に関して、シンポジウムの開催や、出前講座によるほか、広報やパンフレット等さまざまな手段により啓発を行います。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
シンポジウムや出前講座の実施	シンポジウムを開催し市民に向けた啓発の場として、地域の集会所等での集いの場に講師を派遣し、在宅看取りなどについて関心と理解を深めます。

啓発の実施	パンフレット、チラシ、ホームページ等を活用した啓発を行います。
-------	---------------------------------

基本施策 7-8. 地域包括支援センターの機能強化

事業 7-8-① 地域包括支援センターの体制整備

【取り組みと現状分析】

- ◆ 厚労省通知「地域包括支援センターの設置運営について」によると、地域包括支援センターの設置については、「日常生活圏域との整合性に配慮し、最も効果的・効率的に業務が行えるよう、市町村の担当圏域を設定する」とあります。また、職員の員数について、同通知では「第一号被保険者の数がおおむね 3,000 人以上 6,000 人未満ごとに置くべき人数は、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員それぞれ各 1 人とされている」とあります。
- ◆ 湖南省における地域包括支援センターの体制整備については、専門職員の増員を順次図ってきました。市内の法人からの出向職員を迎え、直営 1 か所 2 チームで運営してきました。しかし、湖南省の日常生活圏域は 4 圏域あり、また令和 2 年 4 月 1 日現在の一号被保険者数は 13,299 人に対して、現在配置の職員数では人員が不足している現状があります。地域包括支援センターに求められる役割や業務量の増大に応じた人員の確保や専門職の固定化が進まず十分にその機能を果たせていない状況です。

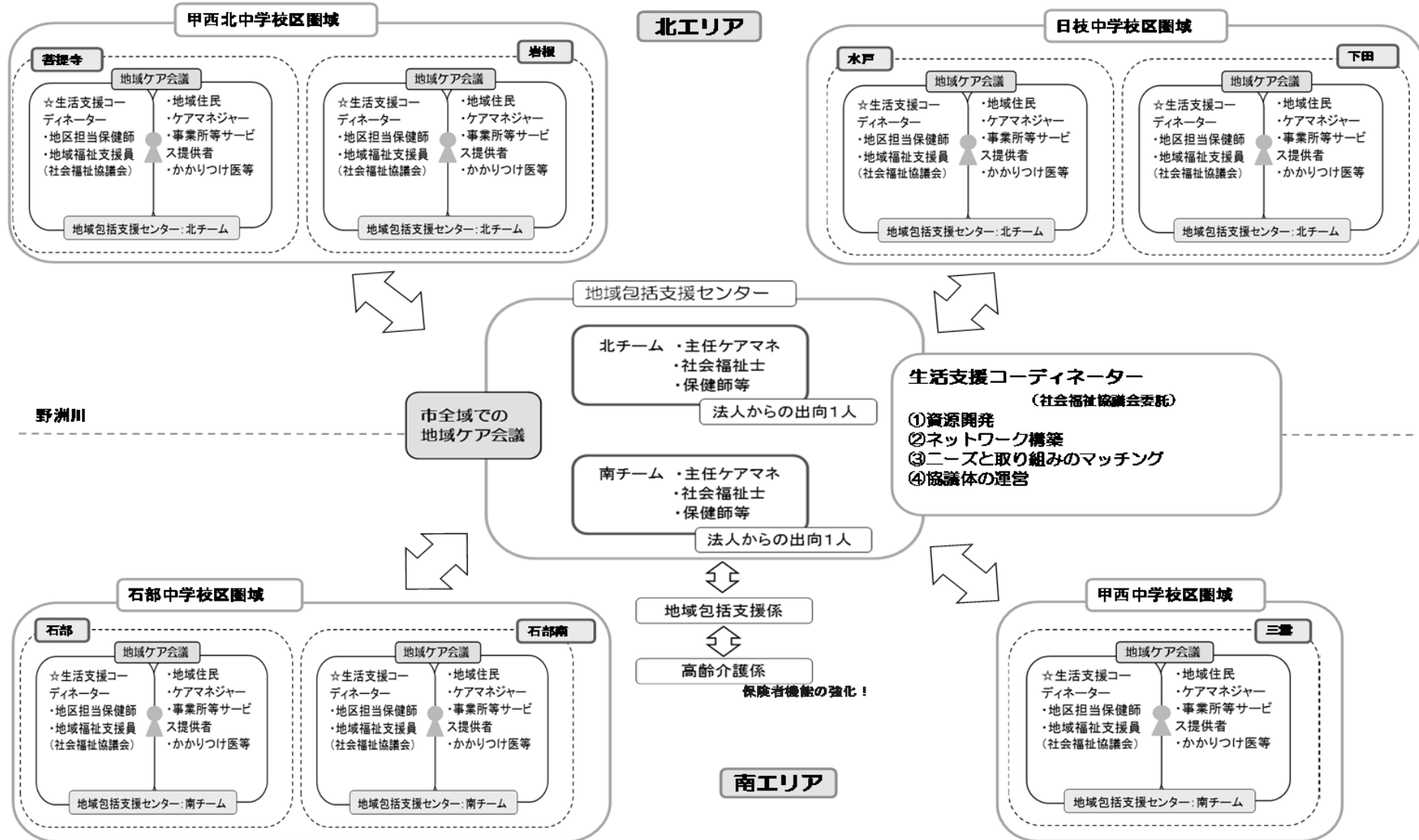
【課題と今後の方針】

- ◇ 地域包括ケアシステムの構築を進める核となる地域包括支援センターの体制強化は最重要課題のひとつです。
- ◇ 高齢化の進行、それに伴う相談件数の増加や困難事例への対応、さらに「在宅医療と介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの体制整備」に係る事業も包括的支援事業に位置付けられ、地域包括支援センターに求められる役割は増大しており、体制強化が求められています。
- ◇ これまでの高齢者支援センターを廃止し、直営 1 か所、2 チームで運営していきます。また法人等からの出向も含め、地域包括支援センターに求められる役割や業務量の増大に応じた、人員の確保に努めます。や専門職の固定化を図れるよう検討します取り組みます。
- ◇ 今後の法改正を含め国の動向を鑑みながら、市民に求められる地域包括ケアの構築に努めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎直営による地域包括支援センター運営のための専門職の計画的な確保	第 7-8 期計画では体制強化のため市直営 1 か所、2 チームで運営していきます。また法人等からの出向も含め、地域包括支援センターに求められる役割や業務量の増大に応じた人員の確保に努めますのための方策を検討します取り組みます。
専門職の研修会の積極的な受講	地域包括支援センターの職員が、センター職員初級・中級研修、ケアマネジャー研修、権利擁護・虐待予防などの研修に積極的に参加し、知識やスキルの向上を図ります。

第7期 令和2年度の湖南省における地域包括ケアシステムの強化



「いきいきと自分らしく住み慣れた地域で安心して暮らせるまち」をめざして

事業78-② 地域包括支援センター業務の着実な執行

【取り組みと現状分析】

<総合相談事業>

- ◆ 地域包括支援センターが65歳以上の人の総合相談窓口として、相談対応を行っています。

<介護予防マネジメント>

- ◆ 要支援と認定された人に対する介護予防給付ケアプランは、~~地域包括支援センターが作成するほか、~~の99%以上を居宅介護支援事業所に委託しています。計画値よりも実績の伸びが大きく、~~年々利用者が増加しており、~~委託件数も増えています。

<包括的・継続的マネジメント>

- ◆ 月1回居宅介護支援事業者連絡調整会議を実施し、ケアマネジャーのスキルアップや情報~~収集~~提供、事業所を超えたケアマネジャー同士の連携を図っています。居宅介護支援事業者連絡調整会議を実施しています。~~また、月1回有志の市内の主任ケアマネジャーが集まり、勉強会を実施しています。~~ケアマネジャーのレベルに差があり、一律の研修では対応しきれないのが現状です。
- ◆ ケアマネジャーが支援困難と感じるケースには、その都度地域包括支援センター職員が助言指導を行い課題解決を目指しています。

<地域ケア会議>

- ◆ 地域ケア会議においては、~~現在個別ケア会議にとどまっており、個別ケア会議から上がってきた課題を日常生活圏域単位での地域ケア会議に個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議に加え、生活圏域型地域ケア会議を実施しました。~~今後は、生活圏域地域ケア会議の定期開催に加え、市全体を対象とした地域ケア推進会議へ広げる必要があります。(P64の図参照)

【課題と今後の方針】

<総合相談事業>

- ◇ 総合相談窓口として一人ひとりのニーズに合った相談支援に取り組みます。その際には、介護保険サービスでの支援だけでなく、さまざまな支援が行えるよう、関係者とのネットワークによる素早い状況把握やその後の適切な相談支援に努めます。
- ◇ 地域包括支援センターが相談窓口であることについて周知・啓発を図ります。

<介護予防ケアマネジメント>

- ◇ 予防給付の地域支援事業への移行に伴い、生活支援コーディネーターの設置と合わせて介護予防事業や予防給付の利用が円滑に進み、効果的なサービス利用となるようケアマネジメントに努めます。~~また、ケアプラン作成の居宅介護支援事業所への委託のあり方について検討を行います。~~

<包括的・継続的マネジメント>

- ◇ ケアマネジャーのレベル実務経験に差があり、一律の研修・会議では対応しきれないのが現状です。ことが課題です。定期的にな居宅介護支援事業者連絡調整会議をの開催しや、包括職員も主任ケアマネジャーの一人として勉強会に参加することで、情報交換や資質の向上、事業所間の連携強化を図ります。
- ◇ 地域包括支援センター職員のスキルアップを図り、ケアマネジャーに対する専門的な見地からの個別指導・相談への対応を行います。支援困難ケースについては、担当職員が助言・指導を行い問題解決を目指します。

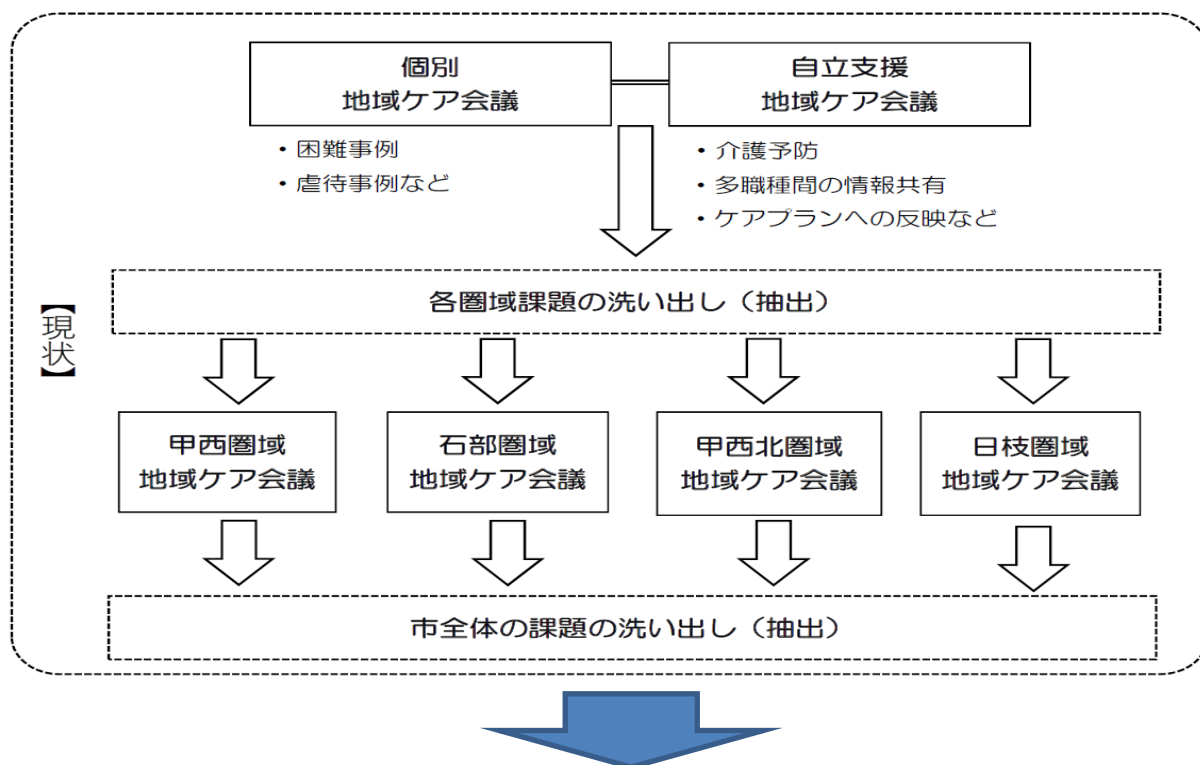
<地域ケア会議>

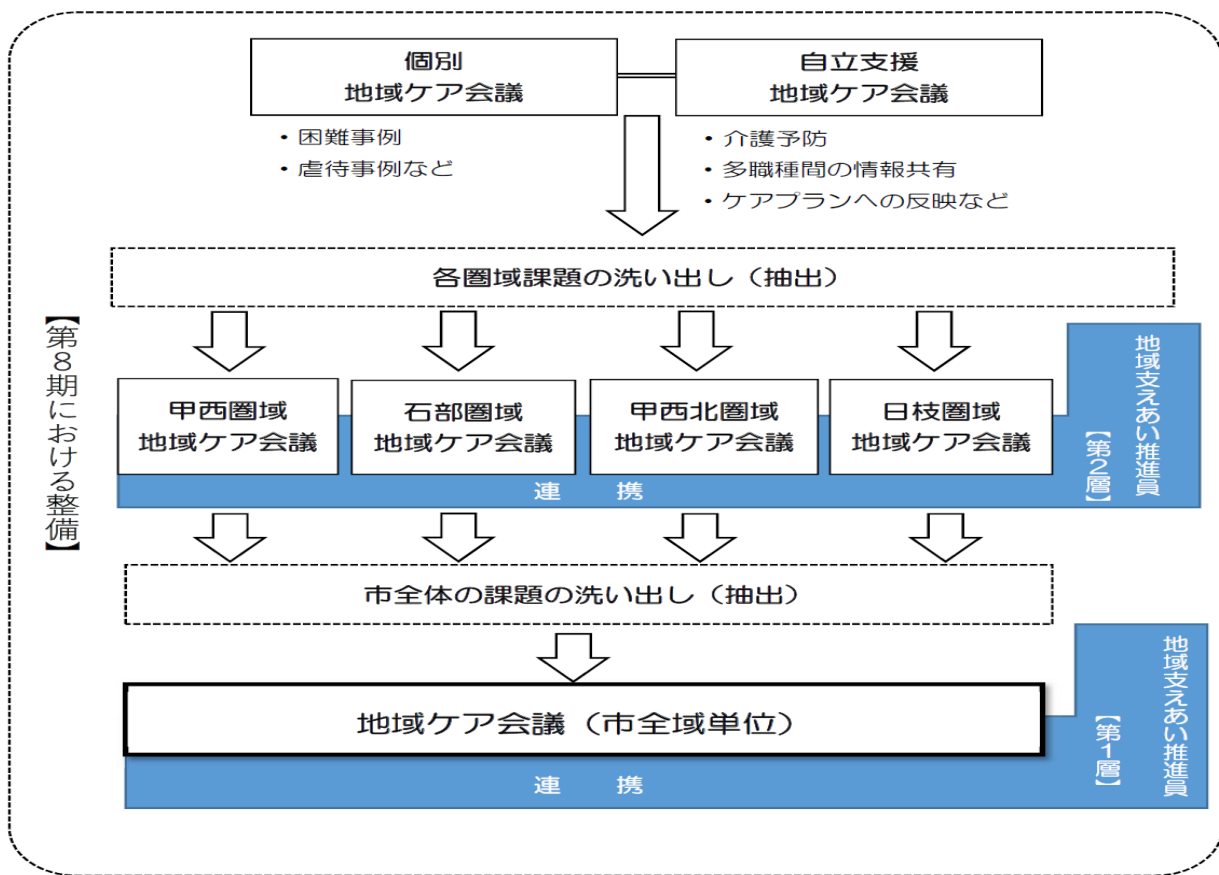
- ◇ 他職種協働による地域包括支援ネットワークを構築し、地域課題の解決に結び付けていくため、地域ケア会議の役割や組織を明確にして運営していきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
総合相談事業の充実	あらゆる機会をとらえ、また多様な手段により相談窓口の周知に努めます。関係機関と連携を深め、市民の幅広い生活相談の対応に努めます。
介護予防ケアマネジメントの推進	平成 29 年度から開始する介護予防・日常生活支援総合事業の内容をふまえながら、介護予防事業や予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なマネジメントを行います。
包括的・継続的マネジメント支援	個別地域ケア会議等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談、支援困難事例への指導・助言を行います。
◎地域ケア会議の推進	支援困難事例や改善可能な軽度者について、多職種協働により課題解決・ネットワーク構築を目的として月2回を目途に個別ケア会議を開催します。また、その中で抽出された課題を日常生活圏域単位での地域ケア会議や各部会で協議し、市全域の地域ケア推進会議に政策提言として提案していきます。
介護予防事業の推進	2部>第1章>基本施策2. 健康づくりと介護予防、自立支援の推進>事業②-1 健康づくりと介護予防事業の一体的実施の推進(P42~P43 参照)
◎生活支援サービスの体制整備	第2部>第2章>基本施策3. 支えあいの地域づくり事業③-1 多様な主体による生活支援サービスの創出(P44 参照)
認知症施策の推進	第2部 第2章 基本施策4-5. 総合的な認知症ケアの体制づくり(P47~P49 参照)
権利擁護の推進	第2部>第2章>基本施策5-6. 権利擁護の推進(P50~P52 参照)

※現状の地域ケア会議については、困難事例・虐待事例などの個別地域ケア会議を随時開催し、介護予防や多職種間の情報共有の場である自立支援地域ケア会議を月21回開催しています。第78期計画では、このような地域ケア会議を日常生活圏域ごとに開催し、各圏域における課題を抽出したうえで、市全域単位での地域ケア会議を開催する体制整備を図ります。





事業7-8-③ 地域包括支援センター業務の継続的な評価・点検

【取り組みと現状分析】

- ◆ 地域包括支援センター運営協議会は年1～2回の開催でし、事業実績および計画の報告にとどまり・質疑応答及び助言にて、事業の評価・検証の機能を十分に果たせていません。を実施し、次年度地域包括支援センターの運営に反映させています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 地域包括ケアシステム構築の取り組みについて、継続的な評価・点検を行うとともに、地域包括支援センターの取り組みに関する情報の公表を行います。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
PDCAサイクルによる事業評価の実施	それぞれの事業について実績をふまえながら可能な限り適切な評価指標を設定し、次年度の事業運営に評価の結果が生かせる時期に各事業の目標の達成度および実施後の効果について検証を行っていきます。
運営協議会への報告と検証	地域包括支援センターの目標・達成度の評価・点検による検証結果を地域包括支援センター運営協議会に報告し、PDCAサイクルによる事業の進捗管理と見直し等を行います。

第3章 自分に合った介護サービスを適切に利用できるまち

基本施策 8-9. 介護保険サービスや住まいなどの基盤整備

事業 8-9-① 在宅生活を支えるための介護サービスの整備

<介護予防・日常生活支援総合事業>

【取り組みと現状分析】

- ◆ 要介護認定を受けた人や基本チェックリストで該当とされた人を対象に、介護予防ケアマネジメントのもと、訪問型サービスや通所型サービス、その他の生活支援サービスを提供する制度が設けられています。平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業が始まり、65歳以上の要支援認定者で、介護予防通所介護（デイサービス）、介護予防訪問介護（ホームヘルプ）を利用していた人は、総合事業の通所型サービス（第1号通所事業）、訪問型サービス（第1号訪問事業）に移行しています。またこれまで一般福祉サービスとして実施していた「生きがいデイサービス」については、サービス利用者全員に基本チェックリストの記入をお願いし、サービス利用者のほとんどが総合事業対象者に該当したため、ご本人の同意を得られた人について総合事業の通所型サービス（第1号通所事業）に移行してもらいました。
- ◆ サービス事業者による総合事業のサービス（訪問型サービスA・通所型サービスA）は実施できていますが、住民主体のサービス（訪問型Bや通所型B）が実施できていません。

【課題と今後の方針】

- ◇ 現在まで、介護予防通所介護を受けていた人を、急に緩和型のサービスなど、利用者の状態に応じた適切なサービスに移行させることが難しい状況です。
- ◇ 現在はサービス事業所による事業のみですが、地域の実情や必要性に応じて住民主体の訪問型サービスや通所型サービスが実施できるよう取り組んでいきますの取り組みについて検討します。

【具体的事業】

個別事業名	取り組みの内容
訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	利用者自身の持つ能力を最大限に生かしながら、人員等を緩和した基準で指定した事業所による生活援助を行い、利用者が自立した生活を送れるように支援を行います。
通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	人員等を緩和した基準で指定した事業所による通所介護を実施し、外出の機会や他者との交流の機会を持つことで、閉じこもりを予防し、日常生活への意欲を引き出し、自立した生活が送れるように支援を行います。
訪問型サービスB（住民主体による支援）	地域の実情や必要性に応じて有償・無償のボランティアによる住民主体の生活支援を行うことで、利用者が地域において自立した生活を送れるよう支援の検討を行います。

通所型サービスB（住民主体による支援）	地域の実情や必要性に応じて閉じこもりを予防し、地域の人とのつながりを持ち、日常生活への意欲を引き出し、自立した生活が送れるため、有償・無償のボランティア（住民主体）による身近な地域で行われる体操・運動等の自主的な通いの場を通所型サービスBとして運営していくための検討を行います。に参加することで、閉じこもりを予防し、地域の人とのつながりを持ち、日常生活への意欲を引き出し、自立した生活が送れるよう支援を行います。
訪問型サービスC（訪問型短期集中予防サービス事業）	運動・栄養・口腔機能等の観点から、専門職が電話相談または直接自宅を訪問し、生活特性に応じた支援を行い、生活機能の向上につなげます。
通所型サービスC（通所型短期集中予防サービス事業）	リハビリ専門職が関わることで安心して参加できる運動機能向上のための教室を開催します。運動を通して参加者の生活機能向上に対する意欲を引き出し、教室終了後も安全かつ主体的な生活が営めるよう日常生活における行為について助言や指導を行います。

＜介護保険サービス＞

【取り組みと現状分析】

- ◆ ~~小規模多機能型居宅介護は、日枝中学校区を除く中学校区に各1か所開設されています。~~
第6期計画より各日常生活圏域に1箇所の小規模多機能型居宅介護の整備を試みてきました。
第7期計画においては、石部中学校区域において新たに1箇所の事業所が整備されたもの日枝中学区区域においては未だ整備に至っていません。
- ◆ 認知症対応型通所介護は甲西・石部・甲西北・日枝中学校区に各1か所の計4か所開設されています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 小規模多機能型居宅介護については、第6期～第7期中に実現しなかった日枝中学校区での早期の開設に努めます。
- ◇ 認知症の高齢者が増えるなかで、~~地域での生活を支えるために認知症対応型共同生活介護の利用ニーズは多くなることが予想されます。今後、日常生活圏域ごとのニーズ量を的確に把握し、定員数の少ない圏域での新たな事業所開設を図ります。~~ 分析後入力

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎地域密着型サービス等の整備・充実	定期巡回・随時対応型訪問介護看護および看護小規模多機能型居宅介護の創設について、地域のニーズを洗い出し、必要に応じて事業者の参入を働きかけます。 日枝中学校区に小規模多機能型居宅介護事業所1か所を早期引き続き当該地域での開設のための呼びかけに努めます。 また、認知症ケアの充実を図るため、認知症対応型共同生活介護の事業所開設を図ります。

居宅サービスの充実	在宅生活を支える居宅サービスについては、利用者数の推移を注視しながら、必要に応じ新たな事業者の参入を働きかけます。 ※個々のサービスごとの給付の見込みや今後の方向性は、「第3部 第1章 介護保険事業量 1. 介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み」(P75～P98 参照)」に記載。
介護離職ゼロへつなげる取り組みの推進	介護離職ゼロにつながる介護サービスの充実を図るため、地域密着型サービス等の充実を図ります。 また、介護休暇や介護と仕事の両立に関する情報や制度について、国や県と連携し、パンフレット等の窓口配布や事業所への配布に取り組みます。
医療計画との整合	滋賀県保健医療計画との整合を図り、在宅医療と介護サービスの提供体制の調整および確保に努めます。
共生型サービスの提供	障がい福祉および介護保険担当課が連携し、障がい児者と高齢者が同一の事業所でサービスを受けることができる「共生型サービス事業所」の設置に向けて、事業者等に制度の周知を図ります。

事業8-9-② 介護保険施設サービス利用の適正化

【取り組みと現状分析】

- ◆ 介護老人福祉施設の入所の判断は、施設ごとの入所検討委員会で行われています。
- ◆ 平成 27 年度から特別養護老人ホームの入所は要介護3以上に限定され、要介護1 または2の
人がやむを得ない事情により施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合のみ入所
(特例入所) が認められています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 特例入所の判断は各施設が行いますが、入所判定の公正性を確保するとともに、地域の在宅サ
ービス等の提供体制の状況などを踏まえる必要があることから、市が判定手続きに適切に関与し
ていきます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
特例入所の適切な入所判定	特例入所の判断基準や市の関与の手法など入所判定手続きについて定めた国の指針に基づく市の「優先入所指針」により、入所判定に関する意見書を提出し、公正な入所判定の促進を図ります。

事業8-9-③ サービスの質の向上

【取り組みと現状分析】

- ◆ 県が推進する「健康福祉サービス評価」による自己評価を行い、その結果を公表する事業所は
増えつつあります。第三者評価は、事業所の自己負担が必要なこともあり進んでいません。
- ◆ 施設利用者の事業所に対する不平・不満や意見などを聴取し事業者や行政に伝達するパイプ橋
渡し役として、介護相談員を市内の事業所に定期的に派遣しています。
- ◆ スキルアップや情報収集の場として、月1回、居宅介護支援事業者連絡調整会議を実施してい
ます。ケアマネジャーのレベル実務経験に差があり、一律の研修では対応しきれない側面もあり
ます。
- ◆ 60 余りの市内の事業所で湖南省介護保険事業者協議会（ほほえみネット）が組織され、職員の
資質向上のための研修会の開催を中心に活動されていますされており、情報提供や助言等必要な
支援を行っています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 積極的に自らのサービス内容を見直し、外部の意見を取り入れ改善していく事業所が増えるよ
う、自己評価の実施はもとより、第三者評価についても積極的に取り入れ、より質の高いサービ
スを提供するよう指導していきます。
- ◇ 介護相談員は、利用者と介護事業者のパイプ橋渡し役として重要な役割を果たしています。引

き続き活動が継続されるよう、介護相談員のスキルアップや新たな介護相談員の育成にも取り組む必要があります。

- ◇ 定期的に居宅介護支援事業者連絡調整会議を開催し、情報交換や資質の向上を図ります。研修に際しては、ケアマネジャーのレベル経験値に合った内容や手法に工夫をこらす必要があります。
- ◇ 地域包括支援センター職員のスキルアップを図り、ケアマネジャーに対する専門的な見地からの個別指導・相談への対応を行います。
- ◇ 湖南省介護保険事業者協議会（ほほえみネット）の研修会において、ケア技術や医療連携、介護保険と障がい福祉の連携など幅広いテーマで、かつ実のある学びの場となるよう指導・助言に努めます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
自己評価と第三者評価の推進	事業者自らの評価・改善の取り組みによるサービスの質の向上と、自分に最も適したサービスの選択による利用者の満足度の向上のため、自己評価と第三者評価を推進していきます。
介護相談員設置事業の継続	定期的にサービス提供の現場を訪れ、利用者や家族の声を聞き、本人への助言や事業者 서비스에サービスの質の改善につながる提案をする、サービス利用者・サービス提供者・行政機関の橋渡し役として介護相談員を引き続き設置します。
事業者協議会による研修会の開催	介護保険事業者協議会（ほほえみネット）の研修の場が、現場職員の学びのニーズや地域課題にマッチしたテーマで実施され、職員のスキルアップや横の連携につながるよう支援します。

事業8-9-④ 介護者の負担軽減や知識・技術習得の支援

【取り組みと現状分析】

- ◆ ~~事業所等関係機関が主体となって家族介護教室（認知症介護教室）を開催し、認知症への理解を深めるとともに、地域で生活する高齢者を支える仲間等として、各種事業への誘いかけや地域交流にもつながっています。~~
- ◆ 家族介護者交流事業は、介護者相互の交流や介護者のリフレッシュに一定の成果があるため、今後の開催については、周知の方法や開催日時等も検討し、より多くの人に参加しやすいような見直しが必要です。
- ◆ 寝たきりや認知症の高齢者を介護する家族に、在宅寝たきり老人等介護激励金を支給しています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 家族介護教室や家族介護者交流事業など等において参加者の固定化を招かないよう、介護者や支援者のネットワークづくりにつながるようなしなやかづくりや、参加したことがない人への周知や啓発方法を検討します。

- ◇ 介護者の身体的・精神的負担の軽減を目的としたヘルスチェックや健康相談を実施し、疾病予防や病気の早期発見につなげます。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
家族介護教室	高齢者を介護している家族を対象に、介護方法や介護予防、介護者の健康づくりについての知識や技術の習得を目的に、日常生活圏域ごとに教室を開催し、家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
家族介護者交流事業	高齢者を介護している家族に対し、介護から一時的に開放し、宿泊・目帰り旅行、施設見学やレクリエーションなどの機会と※ピアサポートを目的としたミーティング等を実施するを提供する交流会を開催し、心身のリフレッシュを図ります。
在宅寝たきり老人等介護激励金の支給	寝たきりや認知症の高齢者を介護する家族の労をねぎらうため激励金を支給します。

※ピアサポート：同じような立場の人による支援

事業8-9-⑤ 多様な住まいや交通環境の確保

【取り組みと現状分析】

- ◆ 地域包括ケアシステムのサービスの柱の一つである「住まい」について、今後、サービス付き高齢者向け住宅の建設が進むことが予想されます。
- ◆ ~~介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では回答者の9割が自身の持ち家で生活をされています。高齢者の住宅確保対策について、市としての施策が打ち出せていません。~~
- ◆ ~~介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の「高齢者福祉施策に期待することや意見等」では寄せられた意見の約29%が移動手段に関するものでした。高齢化が進行するなか、買い物、通院等のための移動手段の確保に対するニーズが高まっています。また道路交通法の改正に伴い、高齢者が利用しやすい交通環境が求められています。~~

【課題と今後の方針】

- ◇ 高齢者福祉担当部署と住宅政策担当部署が必要に応じ常に情報交換をしながら、高齢者に安心な住まいを提供できるよう連携に努めます。
- ◇ 「ひとり暮らし高齢者」や「高齢者のみ世帯」の高齢者等の住まいのニーズに応えるため、多様な住まいの提供のあり方について検討します。
- ◇ 高齢者の移動手段の確保として、生活支援による支えあいのほか、高齢者が利用しやすい多様な地域交通の導入や交通環境の整備に向けて関係機関と検討します。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
多様な住まい方の検討を支える支援	ひとり暮らし高齢者の増加や核家族化の現状を踏まえ、多様な世帯に対応した住まい方を支えるための方針の検討を行います個別支援を継続します。

高齢者にやさしい交通環境の確保	高齢者が利用しやすい交通環境の整備に向けて関係機関と検討します。
-----------------	----------------------------------

基本施策 9-10. 介護保険事業の円滑な運営

(事業①～③については、介護給付適正化計画を兼ねているため、年次目標の標記があります)

事業 9-10-① 要介護認定の適正化

【取り組みと現状分析】

- ◆ ケアマネジャー資格を持つ職員が、調査内容の整合性について訪問調査員が作成した調査書を点検しています。
- ◆ 要介護認定申請者の増加により、訪問調査員による認定調査から認定審査会による審査・判定までに相当の時間を要し、要介護者のサービス利用に支障をきたす事案が生じています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 公平公正な要介護認定の確保のため、要介護認定にかかわる訪問調査員、介護認定審査会委員および主治医に対して、県が実施する研修等への参加を促します。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容	平成30年 令和3年	令和元年 令和4年	令和2年 令和5年
専門職による認定調査内容の点検	ケアマネジャー 専門資格を持つ職員および調査員が訪問調査員の作成した認定調査書の内容を点検し、相互に確認することで判断基準の平準化、公平公正な要介護認定の確保を図ります。	新規申請 全件	新規申請 全件	新規申請 全件
調査員研修会の実施	訪問調査員による調査の偏りが生じないように、調査員研修会や課内においても定期的に意見交換や質問の機会を設け、訪問調査員のスキルアップに努めます。	年 2回	年 2回	年 2回
合議体間の平準化	どの合議体においても公平公正な要介護認定の審査・判定が行われるよう、新任委員には研修受講を義務づけるとともに、現任委員には年1回、可能な範囲で合議体の委員の入れ替えを行い認定結果の平準化を図ります。さらに認定調査関連情報の提供を行い、質の向上を図ります。	年 1回	年 1回	年 1回

事業 9-10-② ケアマネジメントの適正化

【取り組みと現状分析】

- ◆ 介護事業所の意向に沿った基準額いっぱいのサービス提供や、特定事業者への偏りが見られ、利用者本位のケアプランの作成など、公正中立なケアマネジメントの実施が求められています。
- ◆ 「ケアプラン点検支援マニュアル」や国保連合会介護給付適正化システムから提供される帳票等を活用したケアプランの点検に取り組めていません。~~んでいます。~~
- ◆ 定期的に行っている居宅介護支援事業者連絡調整会議において、事例検討の機会やスキルアップの情報提供などを通してケアマネジャーの資質向上の支援を行っています。
- ◆ 自立支援型地域ケア会議にて、専門職からの助言を受け、自立支援型ケアマネジメントへの支援を行っています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 「ケアプラン点検支援マニュアル」や国保連合会介護給付適正化システムから提供される帳票等を活用したケアプランの点検を定期的に行い、介護事業所の意向に沿った基準額いっぱいのサービス提供や、特定事業者への偏りなどをチェックし、公平中立なプランの作成を促します。
- ◇ 居宅介護支援事業者連絡調整会議における研修について、~~新任、現任、リーダー養成~~といった段階的な個々のレベルに合った講習会の開催やケアプランの点検の機会を設けるなど、高齢者が介護サービスや保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用するために欠かせない適正なケアマネジメント力を培う養うための支援を行います。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容	H30 令和 3 年	H31 令和 4 年	H32 令和 5 年
◎ケアプランの点検	定期的にケアプランの点検を行います、フィードバックできるよう取り組みます。また、点検に携わる職員の研修会参加による資質向上を図り、点検方法の工夫により実効性を確保していきます。	年 200 件	年 200 件	年 200 件
地域ケア会議におけるケアマネジメント支援	ケアマネジャーが抱える支援困難なケースや、改善可能な軽度者について、医療・介護の多職種が協働してケアマネジメントをする個別地域ケア会議を積極的に開催し、自立支援に向けた適正なケアプランの作成を推進します。	月 2 回	月 2 回	月 2 回
ケアマネ会議における事例検討や情報交換	居宅介護支援事業者連絡調整会議において、ケアマネジャー同士や主任ケアマネジャーによるケアプランの点検や個々のレベルに合った講習会、また事例検討や情報交換の機会を設け、ケアプラン作成における「気づき」を促し、自立支援に資する適正なケアマネジメントの実践を目指します。	年 11 回	年 11 回	年 11 回

事業9-10-③ 給付の適正化の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 保険給付の適正化を図るため、住宅改修や福祉用具の購入の場合に、必要に応じ申請者の居宅を訪問のうえ、その必要性や内容を確認しています。
- ◆ 介護サービスの利用状況を確認し、介護保険サービスの適正な利用を促すため、利用した人に対し2か月に1度、介護給付費通知を送付しています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 住宅改修や福祉用具の購入の場合は、今後も必要に応じ申請者の居宅を理学療法士資格を持つ職員も加わって訪問し、サービスの必要性や内容を十分確認します。
- ◇ 介護給付費通知は2か月に1度送付し、サービス受給者に対して給付状況等を通知することにより適切なサービスの利用と提供について普及啓発します。
- ◇ 受給者が過剰なサービスの利用や不適切なサービス利用にならないように、適正化事業の取り組みについての周知を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容	H30 令和3 年	H31 令和4 年	H32 令和5 年
縦覧点検・医療情報の突合	*国保連合会から送信されてくるデータを基に、医療と介護の重複請求の防止の処理を国保連と連携して行います。	年 1回	年 1回	年 1回
国保連合会介護給付適正化システムの活用	*国保連合会システムの活用方法を習得し、活用しやすい帳票から順次活用して定期的な確認・点検を行い、不適切な点があれば事業所に聞き取りを行います。	年 1回	年 1回	年 1回
事業者実地調査の実施	*国保連合会から送られるケアプラン分析データを参考に居宅介護支援事業所を訪問し、サービスの偏りや同一事業所のサービスに集中していないかなどを聞き取り、適切なケアプランの作成を促します。	年 1回	年 1回	年 1回
住宅改修・福祉用具の実地調査	福祉用具の利用や住宅改修を行おうとする申請者宅を訪問し、必要性や施行状況の点検を行い、申請者の状態にそぐわない福祉用具の利用や住宅改修を排除し、適切な利用を促進します。	年 5回	年 5回	年 5回
*国保連合会の給付費通知の送付	受給者（家族）に対し、介護報酬の請求および費用の給付状況について通知することにより、適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサ	年 6回	年 6回	年 6回

	ービスを確認していただけるよう、今後も送付を継続していきます。			
--	---------------------------------	--	--	--

* 国保連合会：国民健康保険団体連合会

事業9-10-④ 介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運営

【取り組みと現状分析】

- ◆ ~~要支援認定者については、認定の更新時に総合事業に移行していますが、総合事業対象者は、地域包括支援センター職員が直営で予防ケアマネジメントを担当しています。総合事業の対象サービスののみを利用している人~~要支援認定者については、~~ほぼ全件居宅介護支援事業者へ委託しており、ほとんどの場合チェックリストの活用ができず、認定の更新を行っています。~~
- ◆ ~~サービス事業者による総合事業のサービスは実施できていますが、住民主体のサービスが実施できていません。~~

【課題と今後の方針】

- ◇ 総合事業の啓発・周知を行い、総合事業の対象者についてはチェックリストの活用を促します。
- ◇ ~~住民主体のサービスの創設に向けて取り組み、総合事業サービスの充実を図ります。~~

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
チェックリストの活用推進	窓口での相談時や更新申請時に、ご本人の状態の聞き取りを行う中で、総合事業の対象者と思われる人について、総合事業の説明を行い、チェックリストの活用を促します。
総合事業の啓発と周知	パンフレット等を活用し、窓口での相談時や申請時に説明を行い、総合事業について周知を図ります。また出前講座等で総合事業についての内容を取り入れることで啓発を行います。

事業9-10-⑤ 受給者の理解の促進

【取り組みと現状分析】

- ◆ ~~受給者にとって真に必要なサービスを事業者から適切に提供されるようにすることをねらいとする「介護給付の適正化」について、趣旨や取り組み状況等の周知および啓発は十分に組み合わせていません。~~
- ◆ 受給者の理解を促進するため、介護保険制度の紹介の小冊子、高齢者サロンの案内や高齢者向けの暮らしの便利帳、サービス事業者情報をまとめたチラシなどを発行し、窓口での相談者に配布しています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 分かりやすい小冊子の発行に努めるとともに、市民や高齢者福祉に携わる関係者への有効な配布と説明を行っていきます。
- ◇ 65歳到達時および転入時の介護保険被保険者証送付時に、介護保険制度の理解や適正化事業の目的等の周知を図るチラシを同封し、正しい介護保険制度の理解の促進を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
◎介護保険制度の正しい理解の推進	分かりやすい介護保険制度のパンフレット等を作成し、窓口での相談時や新規申請時にこれらを用いて説明を行い、介護保険制度を正しく理解していただき、適切なサービス利用を促します。

事業9-10-⑥ 適正な財政運営の推進

【取り組みと現状分析】

- ◆ 高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大により介護保険料の上昇が続いています。第67期の介護保険料の設定にあたっては、介護保険準備基金の取り崩しにより保険料の上昇抑制を図りました。
- ◆ 本市の介護保険料は、低所得者に配慮した多段階制を早くから取り入れ、第67期においては12段階制とし、収入に応じたきめ細かな保険料を設定しました。
- ◆ 第1号被保険者の保険料の負担割合は、高齢化の進行を反映して第1期の17%から第78期では23%に上昇しており、第1号保険料は介護保険財源の大きなウエイトを占めています。平成28-令和元年度における本市の第1号保険料の徴収率は99.0399.13%と県内平均を若干下回っており、滞納者に対する納付交渉の取り組みが不十分な状況です。

【課題と今後の方針】

- ◇ 一定の要件を満たす人については、引き続き利用者負担の軽減や保険料の軽減措置を行います。
- ◇ 第7期の介護保険料の設定にあたっては、介護保険準備基金の残高に応じ、将来を見込んだ適切な取り崩しにより保険料の上昇抑制を図ります。→~~ってきましたが、介護保険準備基金の残高が減少したことで介護保険事業の運営を安定的にするための介護保険料の設定を行わなければなりません。~~
- ◇ 負担の公平性を図るため、滞納者に対する納付交渉などの債権管理事務を推進・強化し、徴収率の向上を図ります。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
収入に応じたきめ細やかな負担額の設定	保険料の設定は国が設定する9段階より多い12段階とし、収入に応じたきめ細やかな保険料を設定し、低所得者の負担軽減を図ります。

適正な債権管理事務の執行	負担の公平性を図るため、滞納者に対しきめ細かな納付交渉を進め、分納誓約を結ぶ件数の増加を図り、徴収率の向上に努めます。また、滞納者のサービス利用に当たっては、償還払いやサービスの給付制限を適切に執行していきます。
--------------	--

事業9-10-⑦ 計画の進捗管理と評価

【取り組みと現状分析】

- ◆ 介護保険事業計画の評価については、年2回の介護保険運営協議会において、計画に基づく各介護保険事業をPDCAサイクルの中で進捗管理・評価を行い、報告をしています。

【課題と今後の方針】

- ◇ 本計画の策定後は、定期的の実施状況の点検・進捗管理を行い、必要があれば修正を加えることとします。その具体的な方策として、引き続き介護保険運営協議会を計画実施のための進捗管理を行う機関として位置付けます。
- ◇ 評価・点検に当たっては、これまでの実績をもとに課題解決に向けた評価指標および評価項目の設定に努め、事業等の改善を図りながら事業計画を推進していきます。
- ◇ 次年度の事業運営に反映できるよう、点検・評価の実施時期を見直します。
- ◇ 介護離職ゼロ、地域共生社会の実現など地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けた課題の領域が広範囲となっており、関係部署・関係機関との連携がいっそう必要となっています。本計画において関連する施策との連携を図るため、必要に応じて庁内関係課と調整を行います。

【具体的事業】

個別事業	取り組みの内容
目標・達成度の評価・点検	個別の事業について、実績をふまえながら可能な限り適切な評価指標を設定し、次年度の事業運営に評価の結果が生かせる時期に各事業の目標の達成度および実施後の効果について検証を行っていきます。
介護保険運営協議会への報告と検証	介護保険事業の目標・達成度の評価・点検による検証結果を介護保険運営協議会に報告し、PDCAサイクルによる事業の進捗管理と改善を行います。
庁内連携の推進	本計画において関連する施策との連携を図るため、必要に応じて庁内関係課と調整を行います。

湖南省高齡者福祉計画及び介護保険 事業計画策定委員会作業部会報告

令和 2 年 10 月 27 日（火）

湖南省高齡者福祉計画及び介護保険
事業計画策定委員会作業部会

令和2年10月21日（水）に開催いたしました湖南市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会作業部会について次のとおり報告いたします。

第8期計画の第2部について、事務局が第7期計画を元に作成した第8期計画（案）に、部会にていただいたご意見等を反映させたものが、資料1になります。

事務局（案）が赤色で、さらに部会での意見を反映させたものが緑色になります。

【部会からの主な意見等】

全体

1. 介護離職についての記載をした方が良い。
2. できないことについては、記載する必要がないのでは。
3. 「体制を整備する」、「協議会を開催する」といったアウトカムは、アウトプットでないか。
4. 地域包括支援センターだけでなく、高齢福祉課全体の職員数を増やして欲しい。

基本施策1

5. 民生委員との連携と書かれても、どのように活動したら良いかわからないのではないか。
6. PCDA サイクルを回しているにも関わらず、第7期計画と比較して課題と方針が変わらないのは、何もできていないということか。

基本施策3

7. 1層・2層・3層など、言葉がわからない。
8. 2層の推進員が中心となって、3層で新たなサービスを創設することは、現在与えられた責務でなく、難しいのではないか。
9. 住民主体の通いの場やサービスの創出は、現在どれくらい地域にそういったサービスがあるか把握したうえで、足りないのであれば創出すればよいのではないか。
10. 事業者として、地域にこういったサービスがあるのか知りたい。

基本施策4

11. 甲賀市のクラスターの際に事業者等への誹謗中傷があった。そのあたりのケアも計画に記載したほうが良い。
12. クラスター発生時の県と連携した対応等の記載をした方が良い。

基本施策7

13. 在宅看取りをすすめていくのであれば、医者ネットワークを活用してはどうか。

14. 市は在宅看取りを進めているのか。

基本施策 8

15. 地域包括支援センターが直営になるのか、委託になるのかは、市長の方針に左右されるものではないか。

16. 国の基準を満たしていないのであれば、地域包括支援センターの人数を確保することが重点項目でないか。

基本施策 10

17. ケアプラン点検は誰がするのか。人員はいるのか。

18. ケアプラン点検はフィードバックできているのか。

第8期介護保険事業計画の基本施策における重点項目の評価について

資料 1-3

基本施策 1. 生きがいくりと社会参加活動の促進

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
安心応援ハウス支援事業	地域の高齢者が孤立することなく、身近なところで気軽に集い、寝たきり等の予防および生きがいや交流ができる場所を市内のすべての地域で設置・運営されるよう支援します。	開催箇所数、開催回数、参加者数、参加者アンケートを実施	・自身が健康であると思う人の割合 ・集いの場が楽しく、また来たいと思う人の割合等

基本施策 2. 健康づくりと介護予防、自立支援の推進

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
介護予防把握事業	民生児童委員等と連携し、閉じこもりやうつ病など何らかの問題を抱えた高齢者の早期把握に努めます。フレイル予防の観点を踏まえ把握した高齢者に対し、健康づくりや介護予防事業につなげていきます。	・75歳高齢者のうち、健康状態未把握者に対するアンケート調査の実施 ・訪問を実施した中でサービスが必要と思われる人数	健康状態未把握者の中より、「相談をしたい」と回答した高齢者に対し健康づくりや介護予防事業につながった割合

基本施策 3. 支えあいの地域づくり

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
身近な地域での生活支援体制づくり（生活支援体制整備事業）	生活支援体制整備事業では、地域住民が主体となった生活支援・介護予防サービスの充実が図れるよう、地域支えあい推進員生が中心となり、地域の支え合いを広め、住民主体の通いの場やサービスの創出を進めます。	2層の地域支えあい推進員が中心となり、地域での新たな通いの場や互助のサービスの創出（地域、箇所数）	各地域において通いの場等のサービス提供体制が整備された割合

基本施策４．緊急時・災害時等に係る体制整備

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
サービス提供者間の互助ネットワークの整備・充実	在宅医療・介護連携推進事業において、かかりつけ医や訪問看護事業所等における互いの機能を補完し合える（互助ネットワーク）の整備充実を図ります。また、平時から連携が図れる場づくりを進めます。	協力事業所の数 各種会議開催回数 参加者人数	感染及び災害時における訪問看護・訪問介護バックアップ体制

基本施策５．総合的な認知症ケアの体制づくり

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
認知症地域支援推進事業	アクションプランを作成し、認知症の人や介護者への支援として、介護負担や相談窓口の周知・啓発を目的とした、認知症ケアパスの作成を行います。また、認知症カフェや安心応援ハウスや相談会等の本人や介護者が集える居場所にかかりつけ医や保健師等の専門職による健康相談会等を開催します。	実施個所数 参加人数 アンケート	アンケートによる満足度の割合 安心応援ハウス等が専門職による健康相談会を開催した割合

基本施策６．権利擁護の推進

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
ケアマネジャー等関係者への虐待対応の周知と研修会の実施	虐待対応について、ケアマネジャーや関係機関を対象に共有する機会を設けて周知を図り、また研修会を実施し、適切な虐待対応につなげていきます。	研修後アンケート 虐待事例分析内容 関係機関への研修実施回数	参加者の理解度・満足度 虐待通告者の割合（関係機関からの通告の増加）

基本施策７．医療と介護の連携

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
シンポジウムや出前講座の実施	市民に向けた啓発の場として、地域の集会所等での集いの場に講師を派遣し、在宅看取りなどについて関心と理解を深めます。	実施回数 参加者数 講習会後のアンケート	在宅介護や見取りへの関心割合 参加を呼び掛けた介護者が講習会に参加した割合

基本施策 8. 地域包括支援センターの機能強化

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標	アウトカム指標
地域ケア会議の推進	支援困難事例や改善可能な軽度者について、多職種協働により課題解決・ネットワーク構築を目的として個別ケア会議を開催します。また、その中で抽出された課題を日常生活圏域単位での地域ケア会議や各部会で協議し、市全域の地域ケア推進会議に政策提言として提案していきます。	アンケート グループワークまとめ 議事録 個別ケア会議および自立支援型開催回数 生活圏域、地域ケア推進会議開催数	協議内容 抽出された地域課題 政策提言内容

基本施策 9. 介護保険サービスや住まいなどの基盤整備

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	プロセス指標	アウトカム指標
地域密着型サービス等の整備・充実	定期巡回・随時対応型訪問介護看護および看護小規模多機能型居宅介護の創設について、地域のニーズを洗い出し、必要に応じて事業者の参入を働きかけます。 日枝中学校区に小規模多機能型居宅介護事業所 1 か所を引き続き当該地域での開設のため呼びかけに努めます。	小規模多機能型居宅介護事業の整備及び開設	令和 2 年の小規模多機能型居宅介護事業の受給率

基本施策10. 介護保険事業の円滑な運営

重点項目

個 別 事 業	取り組みの内容	アウトプット指標		
		令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年
◎ケアプランの点検	定期的にケアプランの点検を行い、事業者にはフィードバックできるよう取り組みます。また、点検に携わる職員の研修会参加による資質向上を図り、点検方法の工夫により実効性を確保していきます。	年200件	年200件	年200件