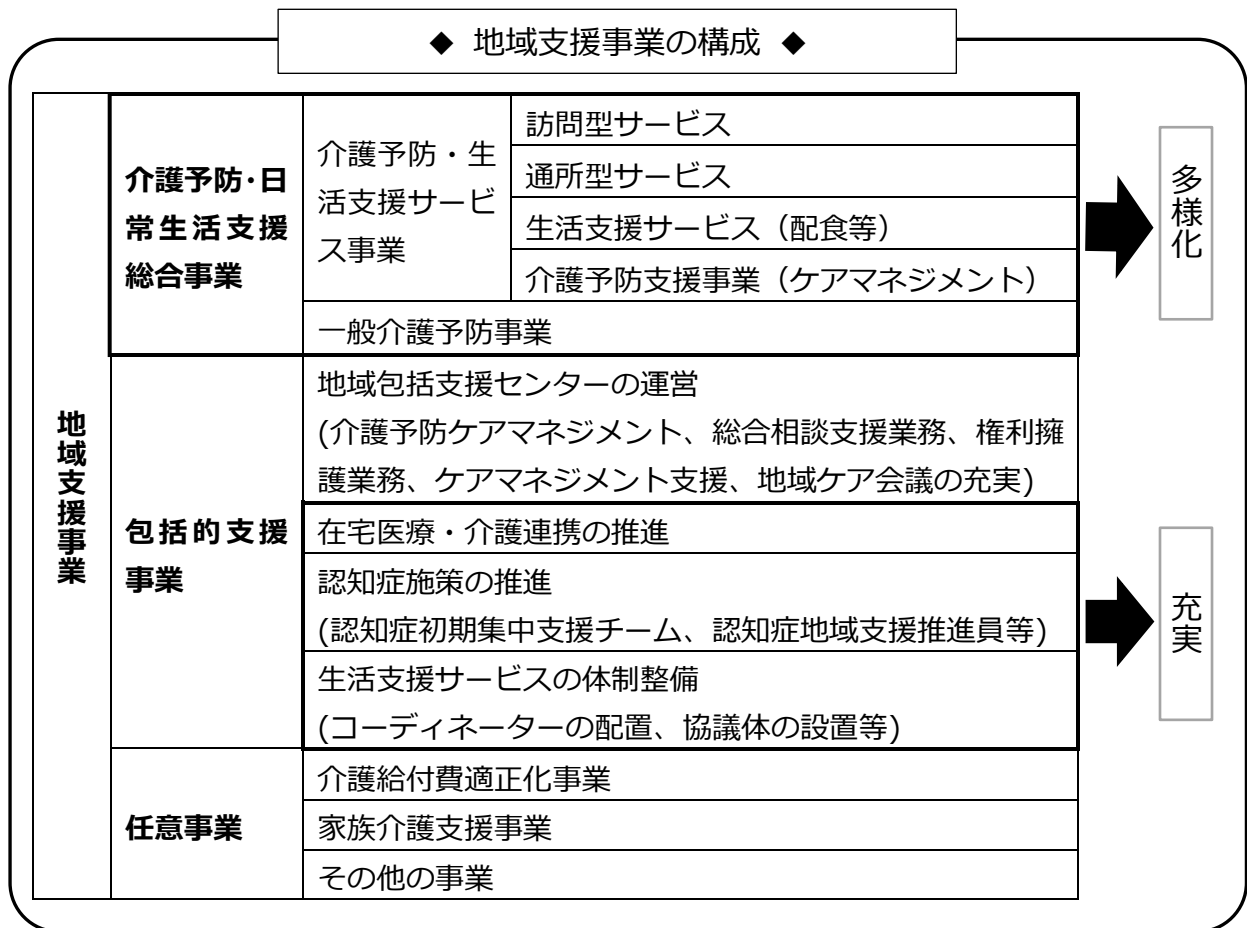


第5章 地域支援事業の推進

1 地域支援事業の概要

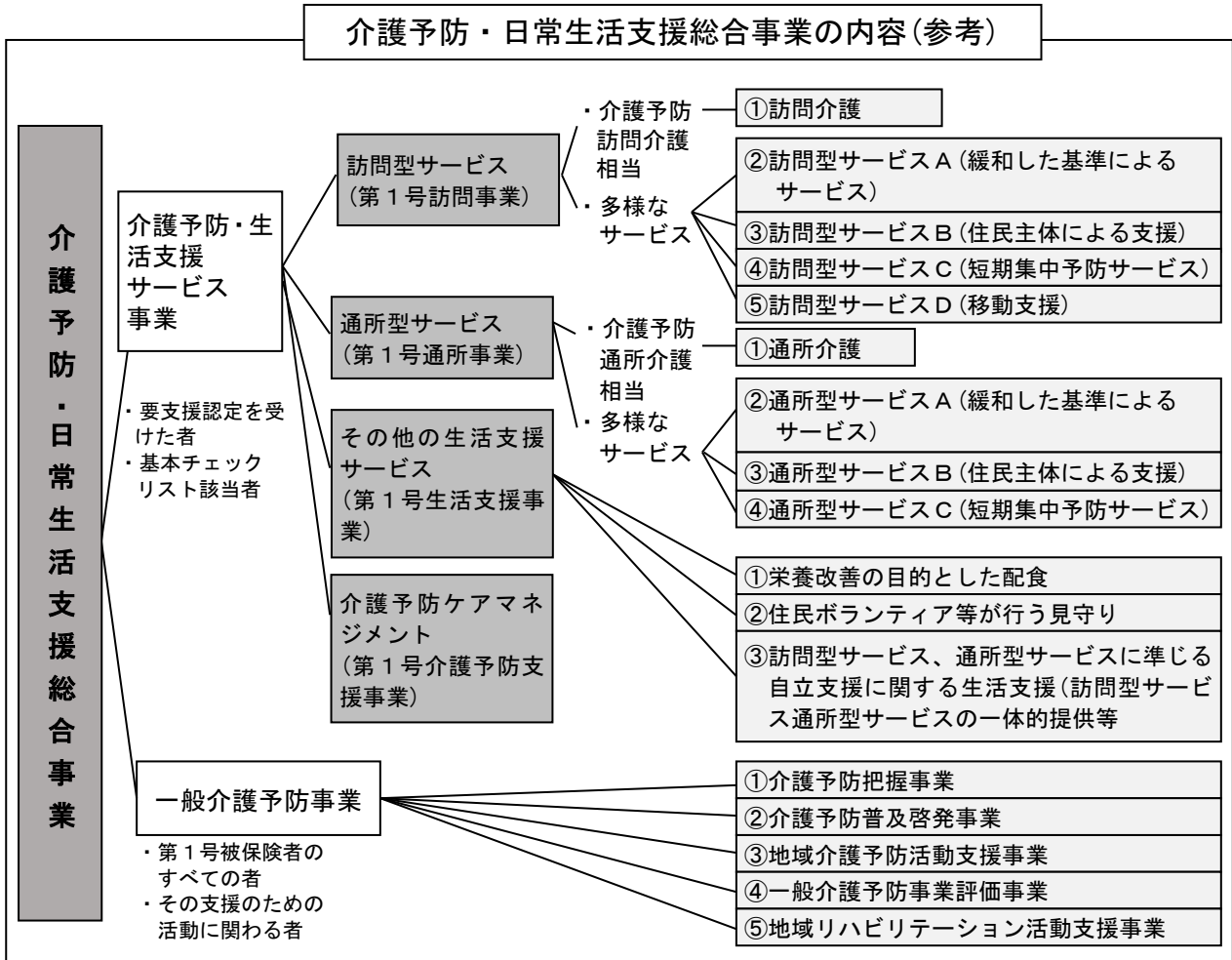
地域支援事業は、高齢者が要介護（要支援）状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合でも、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、実施する事業です。

地域支援事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」の3事業により構成されています。



(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険の制度改正により、介護保険サービスの予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる地域支援事業へ移行しました。これに伴い、従来の地域支援事業の中の介護予防事業が見直され、この訪問介護・通所介護（予防給付）を含んだ介護予防・日常生活支援総合事業へと移行しています。



介護予防・日常生活支援総合事業の一翼を担う介護予防・日常支援サービス事業は、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス・介護予防ケアマネジメントで構成されています。

介護予防・日常支援サービス事業の対象者は、制度改正前の要支援者に相当する人ですが、制度改正後は、要支援認定を受けている人に限らず、基本チェックリストの該当者であれば、要支援者に相当する状態の人として、事業対象者とすることができます。

1. 介護予防・生活支援サービス事業

- 〈対象者〉
- ・要支援認定を受けた方（要支援者）
 - ・基本チェックリスト該当者

◇ 訪問型サービス

1) 訪問介護（旧介護予防訪問介護相当のサービス）

1 事業所が撤退しましたが、1 事業所が新規に開設し、事業所数としては 6 か所のままサービス提供ができていますが、事業所からは、ヘルパーの高齢化や職員不足の声が上がっています。事業所のサービス提供体制を確認し、必要なサービス量を確保していきます。

[実績]

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ利用者 人数 | 目標（人） | 750 | 770 | 790 |
| | 実績（人） | 535 | 649 | 790 |
| | 計画比（%） | 71.3 | 84.3 | 100.0 |

[計画]

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数（人） | 800 | 820 | 840 |

2) 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

有資格のヘルパーが家事支援サービスを提供している事業所が多くなっています。訪問型サービスAの利用件数は減少傾向にあります。

令和2（2020）年10月から、燕市シルバー人材センターの会員が介護の担い手研修を受け訪問型サービスAの提供を開始しました。訪問型サービスAの件数の減少に歯止めがかかる見通しです。

有資格のヘルパーが身体介護に従事し、担い手研修修了者が訪問型サービスAで家事支援に従事するような役割分担を進めていきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ利用者 人数 | 目標（人） | 510 | 520 | 530 |
| | 実績（人） | 342 | 294 | 380 |
| | 計画比（%） | 67.1 | 56.5 | 71.7 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数（人） | 560 | 560 | 560 |

3) 訪問型サービスB（住民主体による支援）

新規の利用者が増えないことと、利用者が要介護になることで、訪問型サービスB利用者全体が減少しています。

さらに、令和2（2020）年10月から燕市シルバー人材センターの訪問型サービスがサービスBからサービスAに移行し、訪問サービスB実施団体は1か所となり件数も減少します。

今後は、支え合い活動の実施団体や通所サービスB実施団体に働きかけ、訪問型サービスBに取り組む団体を増やしていくことにより、住民主体のサービスを確保していきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ 利用者人数 | 目標（人） | 300 | 310 | 320 |
| | 実績（人） | 2,358 | 2,154 | 1,100 |
| | 計画比（%） | 786.0 | 694.8 | 343.8 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数（人） | 50 | 55 | 60 |

4) 訪問型サービスC（短期集中予防サービス）

通所型サービスへの参加が難しく、在宅で個別の関わりが必要な人を対象としていますが、3 か月という短期集中型で自宅訪問の中で心身機能の維持・向上を目指すことが適当な人を選別すること自体が難しく、サービス利用につながる人が少ないという現状があります。

今後は、必要とする対象者がサービスにつながるよう、包括支援センターからの相談に対応していきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------|---------|--------|-------|----------------|
| 訪問回数 | 目標 (回) | 40 | 15 | 60 |
| | 実績 (回) | 0 | 14 | 25 |
| | 計画比 (%) | 0.0 | 93.3 | 41.7 |
| 訪問実人員 | 目標 (人) | 4 | 5 | 6 |
| | 実績 (人) | 0 | 2 | 3 |
| | 計画比 (%) | 0.0 | 40.0 | 50.0 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 訪問回数 (回) | 30 | 30 | 30 |
| 訪問実人員 (人) | 3 | 3 | 3 |

◇ 通所型サービス

1) 通所介護（介護予防通所介護相当のサービス）

サービスを提供している事業所数は、平成30年度が21か所、令和2年度が22か所で推移しています。

今後も高齢者人口の増加に伴い、利用者数の増加が予測されるため、事業所のサービス提供体制を確認し必要なサービスを確保していきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ利用者 人数 | 目標(人) | 3,500 | 3,580 | 3,660 |
| | 実績(人) | 3,395 | 4,119 | 4,200 |
| | 計画比(%) | 97.0 | 115.1 | 114.8 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数(人) | 4,250 | 4,300 | 4,350 |

2) 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

通所型サービスAは計画値を大きく超えた利用数となっていますが、令和2年の春以降は、新型コロナウイルス感染症の影響で自主的に利用を取りやめる人が出てきて稼働率が下がっている事業所があります。また、燕地区の通所型サービスAが令和3(2021)年3月で事業を終了するため、これまでのような大きな増加はないと考えます。

今後は、事業所のサービス提供体制を確認し、必要なサービスを確保していきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ利用者 人数 | 目標(人) | 480 | 490 | 500 |
| | 実績(人) | 926 | 1,348 | 1,300 |
| | 計画比(%) | 192.9 | 275.1 | 260.0 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数(人) | 1,400 | 1,450 | 1,500 |

3) 通所型サービスB（住民主体による支援）

通所型サービスBは誰でも参加できる地域の通いの場としての利用者は多くなっていますが、介護予防プランに基づき総合事業サービスとして利用する人がなかなか増えない現状があります。また、地域には様々な通いの場がありますが、開催頻度が少ない点や介護予防体操メニューを実施していない点で、通所型サービスBとならない通いの場があります。

今後は、これらの通いの場の活動を支援し、通所サービスBになれる団体を増やしていきます。特に燕地区に通所型サービスB団体を立ち上げることを目指します。

[実績]

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|-------------------|--------|--------|--------|----------------|
| 延べ利用者 人数 | 目標(人) | 295 | 300 | 305 |
| | 実績(人) | 3,767 | 4,438 | 3,300 |
| | 計画比(%) | 1276.9 | 1479.3 | 1082.0 |
| 通所型サービス B登録団体数 | 目標(箇所) | 5 | 6 | 7 |
| | 実績(箇所) | 4 | 5 | *6 |
| | 計画比(%) | 80.0 | 83.3 | 85.7 |

*令和2年(2020)通所サービスB登録団体数 燕地区0 吉田地区4 分水地区2

[計画]

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|-----------------------|-------|-------|-------|
| 延べ利用者人数(人) | 3,400 | 3,500 | 3,600 |
| 通所型サービスB 登録団体数(箇所) | 7 | 8 | 9 |

4) 通所型サービスC（短期集中予防サービス）

80歳を境に介護認定を受ける人が増えてきているため、健康長寿訪問（節目年齢80歳で要介護要支援認定者・事業対象者でない人への状況把握訪問）を実施し、サービス対象者を選定してきました。しかし、10人程度参加者を固定してサービスを提供してきましたが、途中での参加が難しく、必要な時にタイムリーにサービスを提供することが難しい状況にありました。そのため、3～6か月の短期間でADL（食事や入浴などの日常生活動作）やIADL（家事や買い物などの手段的日常生活動作）の改善が必要な対象者が事業につながらないという課題がありました。

今後は、入院などがきっかけで一時的にADLやIADLが低下している人を対象に、個別に短期集中型でサービスを提供することで、心身機能の維持向上を図り、要介護状態になることを予防し自立した日常生活を送ることができるよう、実施方法の見直しを図っていきます。

【実績】

| 区分 | | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|--------|--------|--------|-------|----------------|
| 延べ開催回数 | 目標(回) | 220 | 230 | 240 |
| | 実績(回) | 190 | 122 | 55 |
| | 計画比(%) | 86.4 | 53.0 | 22.9 |
| 延べ参加人数 | 目標(人) | 1,700 | 1,800 | 1,900 |
| | 実績(人) | 1,016 | 638 | 291 |
| | 計画比(%) | 59.8 | 35.4 | 15.3 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 延べ開催回数(回) | 648 | 1,620 | 1,620 |
| 延べ参加人数(人) | 1,620 | 1,620 | 1,620 |

※令和2年度までは年間2～3クール（1クール18回）と開催期間を設定し、1クール10人程度の集団でサービスを実施。令和3年度は集団でのサービスと並行して、通年で随時対象者を受け入れ、個別でサービスを提供する体制も整えていく。令和4年度以降は、通年で随時対象者を受け入れる個別サービスを実施していく予定。

2. 一般介護予防事業

<対象者>

- すべての第1号被保険者の方
- 第1号被保険者の支援のための活動に関わる方

◇ 介護予防把握事業

燕市社会福祉協議会の協力を得て、それまで参加していた通いの場（ふれあいサロン、通所型サービスB等）に来なくなった人の把握や、健康づくり課の協力を得て、元気かがやきポイント手帳の取り組みをやめた人を把握し、その人たちへ訪問看護師による訪問を実施します。閉じこもりや機能低下の状態を早期に把握し介護予防事業につなげます。

<現状と課題>

介護予防の対象を早期に把握するために80歳への基本チェックリスト配布を実施しましたが、チェックリストに該当しても「まだ必要ない」と言われ、介護予防事業につなげられないことが多くあります。元気な時から介護予防に取り組むことを意識づけていくことが必要と考えています。



◇ 介護予防普及啓発事業

介護予防の基本的な知識を普及・啓発するため、ポスターやパンフレットの作成・配布、介護予防講演会やレインボー健康体操お試し教室等を行います。

＜現状と課題＞

毎年開催回数に変化はありませんが、新規参加者が少なくリピーターが多い現状があります。新規参加者をどうやって増やしていくかが課題であり、65歳到達時、介護保険証を送付する際に介護予防事業のチラシを同封したり、市の特定健診を受けた方に事業のチラシを渡したりといった工夫をしています。

令和2年の春以降、新型コロナウイルスの影響で開催ができない時期があり、新しい生活様式に沿った開催内容を考えていく必要があります。

今後は、開催にあたり、介護予防に馴染みのなかった市民に積極的に周知し、今まで参加したことがない市民に介護予防を取り組んでもらえるようにします。

【実績】

| 区分 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|--------|--------|--------|--------|-------|----------------|
| 開催回数 | 目標(回) | 7 | 12 | 13 | 14 |
| | 実績(回) | 19 | 19 | 11 | 8 |
| | 計画比(%) | 271.4 | 158.3 | 84.6 | 57.1 |
| 延べ参加人数 | 目標(人) | 400 | 400 | 420 | 440 |
| | 実績(人) | 313 | 360 | 282 | 120 |
| | 計画比(%) | 78.3 | 90.0 | 67.1 | 27.3 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 開催回数(回) | 19 | 20 | 21 |
| 延べ参加人数(人) | 350 | 370 | 390 |

◇ 地域介護予防活動支援事業

介護予防体操普及のためのいきいきつばめサポーター養成講座や、介護予防体操に取り組むきっかけを作る体験会等を開催します。当該事業を通じて参加者同士の交流を図り、運動継続のための住民の自主グループを増やしていきます。住民の積極的な参加を促すなど、地域づくりに資する視点をもって取り組みます。

燕市では、介護予防体操として「レインボー健康体操」と「スクエアステップ」を普及していきます。いきいきつばめサポーターは、レインボー健康体操やスクエアステップの実施方法や効果を理解し、地域での介護予防体操の普及と継続のために活動できるリーダーです。

<現状と課題>

いきいきつばめサポーター養成講座の修了生を地域活動につなげることが難しいです。サポーターの育成と自主グループの立ち上げをセットで行っていく等の工夫が必要です。令和2年の春以降、新型コロナウイルスの影響で開催ができない時期があり、新しい生活様式に沿った開催内容を考えていく必要があります。

今後は、サポーター養成後の支援も強化し、具体的な活動先などを提示できるようにします。

[実績]

| 区分 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|--------|---------|--------|--------|-------|----------------|
| 開催回数 | 目標 (回) | 26 | 23 | 24 | 25 |
| | 実績 (回) | 30 | 29 | 30 | 23 |
| | 計画比 (%) | 115.4 | 126.1 | 125.0 | 92.0 |
| 延べ参加人数 | 目標 (人) | 400 | 310 | 320 | 330 |
| | 実績 (人) | 377 | 465 | 425 | 330 |
| | 計画比 (%) | 94.3 | 150.0 | 132.8 | 100.0 |

[計画]

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------|-------|-------|-------|
| 開催回数 (回) | 25 | 26 | 27 |
| 延べ参加人数 (人) | 350 | 370 | 390 |

◇ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業の事業評価を行っていきます。

<現状と課題>

「介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査」に回答していますが、その結果の活用や課題整理等ができておらず、調査をうまく活用できていないところがあります。

一般介護予防事業を実施し、その都度事業評価を継続することが必要となるため、今後も「介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査」を含め依頼があった調査に回答していきます。

◇ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、介護予防のための地域ケア個別会議を年2回開催し、リハビリテーション専門職等の参加を促進します。

<現状と課題>

リハビリテーション専門職を活用した会議の開催を十分に行えていない現状があります。リハビリテーション専門職の得意とする分野について、ケアマネジャーや介護サービス事業所等の介護関係者の理解不足があり、連携がすすまない状態にあります。

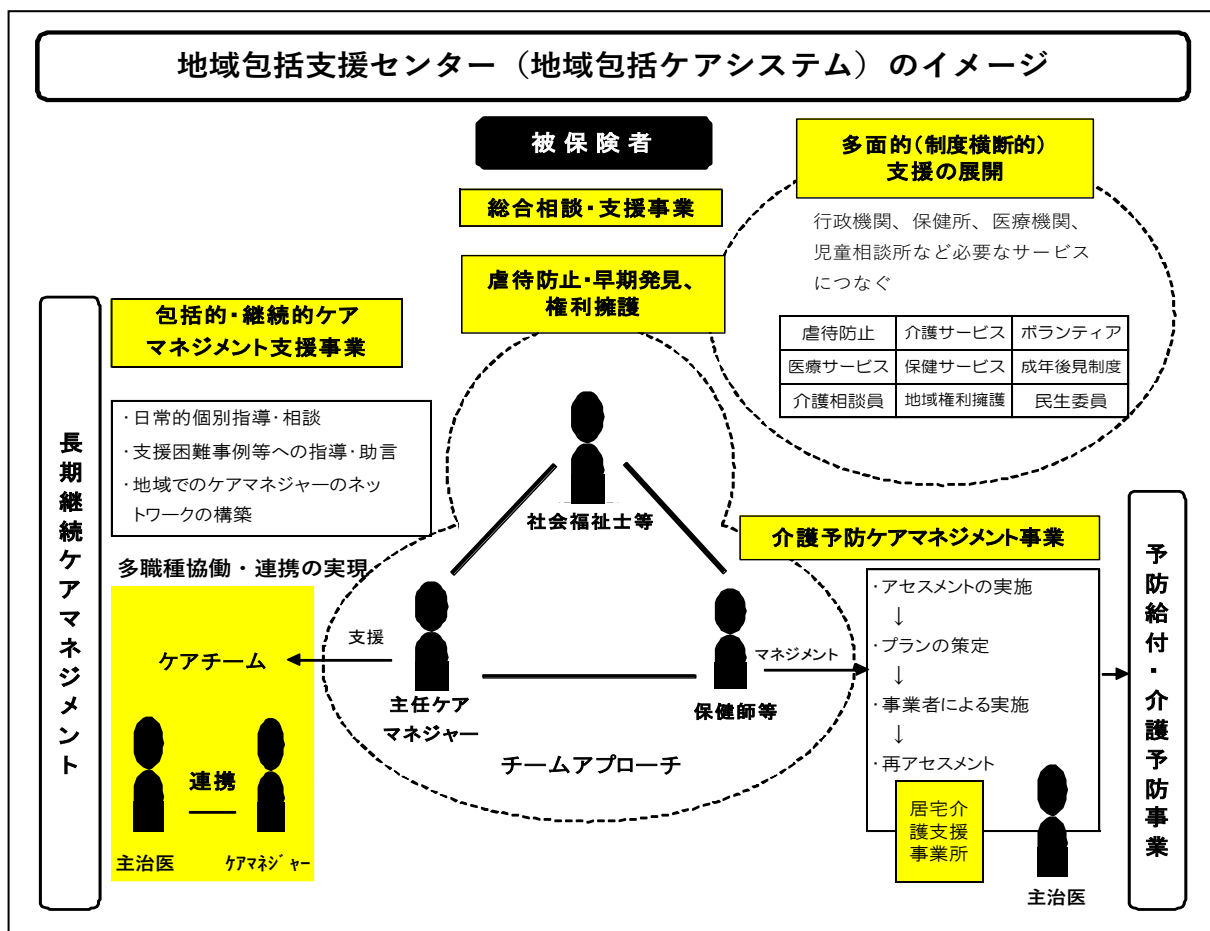
今後は、介護予防のための地域ケア個別会議を開催し、リハビリテーション専門職から、高齢者の生活行為の分析と自立に向けたケアプラン作成のための助言をいただきます。ケアマネジャーやサービス事業所は、その助言をケアプラン作成や高齢者への日ごろのかかわりに生かし、自立に向けたかかわりを行います。また、この会議を重ねることで介護予防に関する地域課題の発見と検討につなげていきます。

(2) 包括的支援事業

1. 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの構築に向けて中心的な役割を担っています。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師（または経験のある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員がそれぞれの専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、継続的・専門的な支援を実施します。

また、地域住民とともに介護事業者、医療、行政などの地域のネットワークを構築し、高齢者が暮らしやすい地域づくりに取り組みます。



<現状と課題>

各種会議の実施で、地域づくりに必要な話し合いの場や関係者のネットワークの構築が進んでいます。今後は、各種会議から各包括圏域の地域の課題を抽出し、その課題の解決策の実施とその後の評価を行っていきます。

また、各地域の課題の抽出と解決策の実施、解決策の評価を行い、PDCA サイクルを回して地域包括ケアシステム構築を進めていきます。

2. 総合相談支援

地域包括支援センターには、総合相談窓口が設置され、介護、保健、医療サービスをはじめ、高齢者虐待、消費者被害、権利擁護等、あらゆる相談に対応します。相談内容に応じて、どのような支援が必要かを各専門職がチームアプローチにより総合的に判断し、適切な支援につなぐとともに継続的な見守りを行い、さらなる問題の発生を防止します。高齢者の心身の状況や家庭環境などによっては訪問による相談も行っています。

地域包括支援センターに寄せられる相談は、高齢者数の増加に伴い、多様化・複雑化しており、相談件数の増加も見込まれています。

<現状と課題>

地域では一つの世帯が抱える課題が複雑化しています。地域包括支援センターは高齢者の介護や認知症の相談に限らず、8050世帯や地域から孤立している世帯等への対応を求められています。

今後も、包括職員の相談スキルを向上し、市役所をはじめ多くの関係機関と連携をとり、多様化・複雑化する相談に対応できるよう努めます。

また、燕市としても、相談者の属性にかかわらず様々な相談を受け止めるため、介護・障がい・生活困窮・子ども等に関する部署の連携を強化し、包括的な相談支援体制の整備に向けて検討を進めていきます。

【実績】

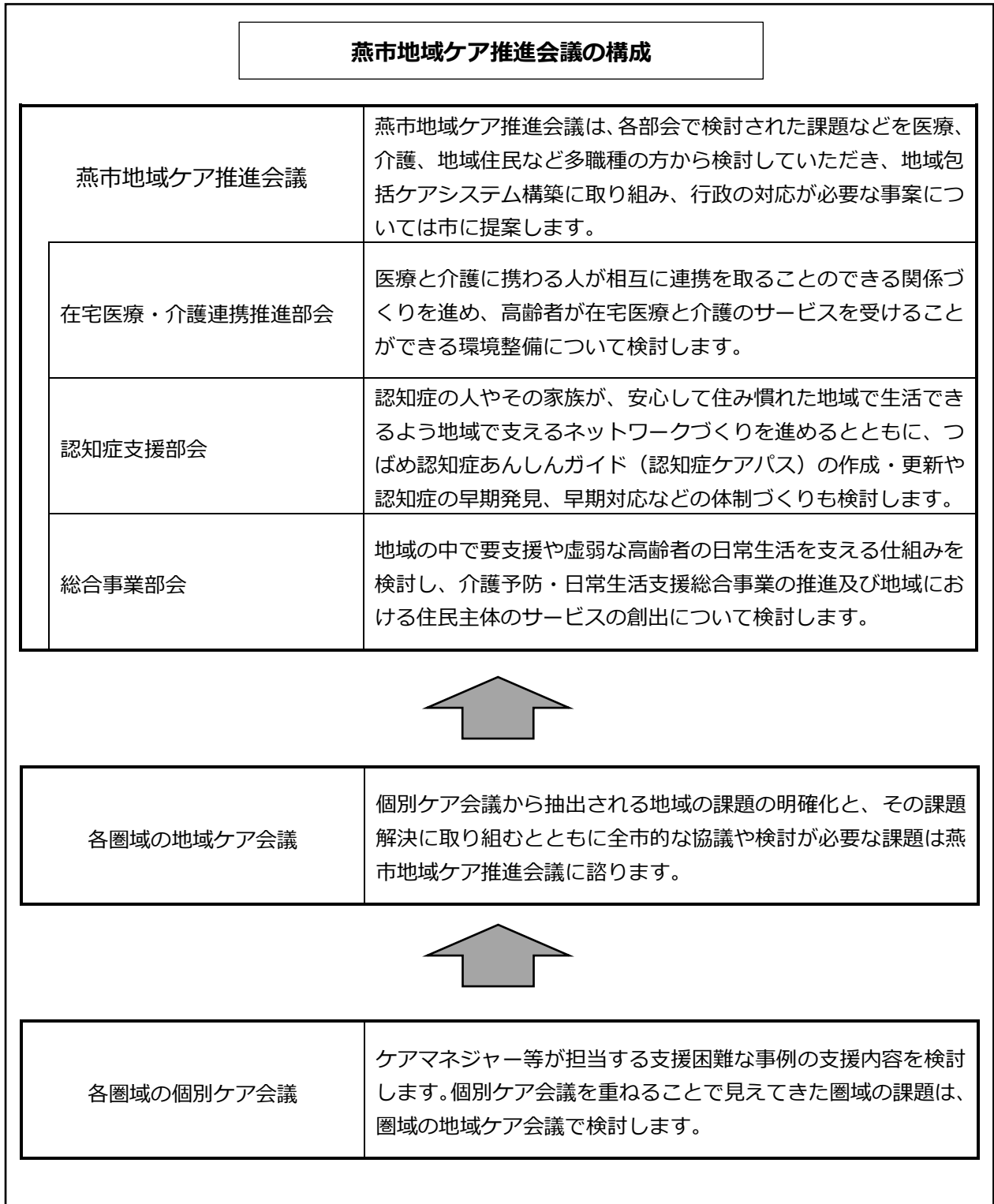
| 区分 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| 相談件数 | 目標(件) | 13,500 | 13,500 | 14,000 | 14,500 |
| | 実績(件) | 11,389 | 24,565 | 25,065 | 25,500 |
| | 計画比(%) | 84.4 | 182.0 | 179.0 | 175.9 |

【計画】

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|---------|--------|--------|--------|
| 相談件数(件) | 26,000 | 26,500 | 27,000 |

3. 燕市全体の地域ケア会議の設置・運営

医療・介護等の関係機関と連携を強化し、認知症対策や日常生活支援への取り組みを進めて、地域の課題解決機能の向上を図ります。地域ケア推進会議と3つの専門部会を燕市の医療・介護全般にわたる課題の検討集団として位置付け、地域包括ケアシステム構築を推進します。



＜現状と課題＞

現状の会議の開催は以下のようになっています。

- 燕市地域ケア推進会議（年2回）
- 在宅医療・介護連携推進部会（年3回）
- 認知症支援部会（年3回）
- 総合事業部会（年3回）
- 各圏域の地域ケア会議（各圏域で年2回）
- 各圏域の個別ケア会議（各圏域で年3~6回）

会議では、地域（業務）の困りごとを出し合うことはできていますが、困りごとの原因分析、解決すべき地域課題として抽出、課題解決に向けての取り組みの実行、取り組み結果の確認・評価といった問題解決の一連の流れができていません。

今後は、地域支援事業関係の担当者が集まって地域ケア推進研修や地域ケア会議部会で、それぞれの問題点や疑問点を解決し、地域課題解決のプロセス（PDCA サイクル）を実践し、地域包括ケアシステム構築に取り組んでいきます。



令和元年度 地域ケア推進会議

4. 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護に携わる人が相互に連携を取ることができる関係づくりを進め、高齢者が在宅医療と介護のサービスを受けることができる環境整備を図ります。

要介護者などが退院した後、地域で生活できるようにすることが求められており、誰もが安心して在宅療養ができるよう燕・弥彦医療介護センターを運営し、医療・介護の切れ目のない連携を進めます。

<現状と課題>

医療・介護従事者の連携強化のため、同じ事業でもやり方や内容を工夫しながら実施しています。

今後も、燕市の地域課題と在宅医療・介護事業の目指す方向性を紐づけ、地域の実情に合わせた事業の実施が必要となるため、在宅医療・介護連携推進事業はデータなどを基に評価し、取り組みに活かしていきます。

| 在宅医療・介護連携推進事業 |
|---|
| a) 地域の医療・介護の資源の把握 ⇒地域の医療機関や介護事業所等の分布、医療機能を把握し、地図化または名簿化、在宅医療の取り組み状況、医師の相談対応が可能な日時等を調査した結果を市民や関係者に公表し、共有化します。 |
| b) 在宅医療・介護連携の課題の抽出 ⇒地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者が参画し、在宅医療・介護連携の状況と課題について協議します。 |
| c) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 ⇒地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスが24時間365日提供できる体制を目指します。 |
| d) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援（在宅医療・介護連携支援センターの運営） ⇒在宅医療・介護の連携支援の拠点設置・運営により、在宅医療と介護サービス担当者（看護師、社会福祉士）の連携を支援するコーディネーターを配置し、ケアマネジャーなどからの相談に対応します。 |
| e) 地域住民への普及啓発 ⇒市民を対象にしたシンポジウムの開催や出前講座、パンフレットの作成により、これまで病院での医療が中心だった市民から、在宅医療に関心を持ってもらいます。 |
| f) 医療・介護関係者の情報共有の支援 ⇒急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させる取り組み（地域連携パス）を運用し、在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を共有し、在宅での看取り、急変時の対応に関する情報を提供します。 |
| g) 在宅医療・介護関係者の研修 ⇒地域医療・介護の関係者などがグループワークを通じて、顔の見える化を図るよう、関係者を対象にした医療研修を開催します。 |

a) 地域の医療・介護の資源の把握**<現状と課題>**

月1回ホームページのデータ更新を行い、在宅医療・介護に関わる専門職が情報を入手しやすいよう努めています。

今後も、病院とケアマネジャー間の連絡・コミュニケーションがとれ、連携しやすくなるようなホームページの運用を継続していきます。また、在宅医療の現状、病院とケアマネジャーの連携の状況などを確認するための調査も継続実施していきます。

b) 在宅医療・介護連携の課題の抽出**<現状と課題>**

年4回在宅医療介護連携推進部会を開催し、医療・介護における課題やその解決方法について協議しています。協議内容は医療介護センター運営会議でも報告を行い、医療介護センター事業に生かしています。今後も、在宅医療介護連携推進部会で医療・介護の現状や課題について多職種が連携して協議・検討の上、必要な対策を進めていきます。

c) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進**<現状と課題>**

施設での看取りが増えているという現状から、ショートステイでの看取りに関するワーキングを立ち上げました。今後も在宅療養の状況を見ながら、必要な医療・介護サービスの体制を整備します。

今後は、看取り対応が増えてきているショートステイでの看取りに関するガイドラインの作成をすすめます。また、検討会議を通して訪問診療医や訪問看護の体制について検討していきます。

d) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援（在宅医療・介護連携支援センターの運営）**<現状と課題>**

主に電話での相談が多く、相談内容ではセンター事業について、研修や会議についてなどが多くなっています。また相談者は包括支援センターからが1番多く、次いで民生委員や地域のサロン関係者が多くなってきており、少しずつホームページや口コミでセンターが周知されてきています。

今後も、相談しやすい体制づくりのため、センターの周知をするとともに相談業務を継続していきます。

e) 地域住民への普及啓発

<現状と課題>

出前講座でアンケートを実施し、出前講座の効果について検証しました。出前講座受講後、人生最期の過ごし方について家族や親族と相談した人の割合が増えています。元気なうちから医療・介護が必要になった時のことを考えておく必要があるため、今後も在宅療養についてより多くの人から興味を持ってもらえるよう内容や方法を工夫し、普及啓発を行っていきます。

f) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

<現状と課題>

平成30年3月に作成したつばめ・やひこ入退院連携ガイドを使用した入退院連携を図ることで情報共有の支援を進めています。現在、二次医療圏での内容の統一について検討しています。

今後は、必要時にガイドの見直し、修正を行い、ホームページにも反映させます。また、二次医療圏内での入退院連携ガイドの統一を図り、情報共有がよりスムーズに行えるようにしていきます。

g) 在宅医療・介護関係者の研修

<現状と課題>

現在の取り組みとしては、燕・弥彦在宅医療を考える会、意思決定支援研修などを実施しています。また、多職種での連携を図るため、令和元年度は多職種入退院連携協議会も実施しました。

今後は、多職種間でのさらなる連携の強化、これまで参加がなかったリハビリ職などとの連携についても検討していきます。そのための多職種参加型の研修会を実施し、関係者同士のつながりをつくることに努めます。

5. 生活支援体制整備事業

住民や民間企業などが主体となった多様なサービスを提供していく仕組みづくりを進めていく生活支援コーディネーターを配置しました。また、生活支援コーディネーターと多様な主体（住民、専門職、専門機関、自治体、企業等）の参画による定期的な情報の共有の場として協議体を生活圏域ごとに設置しました。これにより、現在の地域の良い点や課題を出しあい、将来の地域の姿を想像しながら、どんな地域にしたいのかを考え、地域の良いところの活用や課題の解決に向けて具体的に話しあう体制ができました。

今後はこの協議体を活用し、支え合い意識を醸成することで地域でお互いに支え合える体制づくりを検討していきます。

1) 資源の開発

免許の返納や身体機能の低下から高齢者の困りごととなっている「移動・外出支援」について、市民による送迎サービスの創出等、解消するための手立てを検討していきます。

2) 生活支援の担い手（人材）の確保

高齢者の社会参加を促しお互い様の気持ちで支え合う地域づくりを目指します。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果から、「支援活動へメンバーとしての参加意向がある」との回答した人が6割、「活動の企画・運営として参加意向がある」と回答した人が3割あることから、「介護の担い手研修」や「新たなサービス立ち上げ研修会」を開催し、生活支援の担い手（人材）の発掘と確保に努めます。

また、地域の社会資源を把握し、既存のものを上手く活用するとともに地域に不足するサービスの創出に取り組みます。

3) ネットワークの構築

サービス提供主体間の連携を促進するため、協議体を活用したり情報交換会を開催します。

6. 認知症施策の推進事業

認知症の高齢者や家族が、安心して暮らし続けることができる地域づくりを推進します。

<現状と課題>

認知症支援部会で出た意見をもとに、ツールの更新や内容を変更するなど、その現状にあったもので認知症支援を行うことができますが、部会での意見と実際に支援側となる地域住民との間には、考え方や協力可能範囲が異なるため、すぐに施策に反映するのが難しい現状があります。

今後も、認知症支援部会は継続し、国が示す支援内容も確認しながら、認知症当事者やその家族が安心して暮らせる地域を目指します。

1) 認知症初期集中支援推進事業

保健師等による支援チームが家庭訪問を行ってアセスメントを実施し、多職種で構成される会議において決定した、解決すべき課題に対する支援策や予防策を高齢者やその家族などが実践できるように、包括的・集中的な支援を行います。

<現状と課題>

燕市の各圏域においては年間2ケースに関わることを目標に活動してきましたが、なかなかチームにつなげられない現状があります。

今後は、より早期に相談や支援ができる体制づくりを行い、チーム員の支援力の向上を目指し、令和3年度は、各圏域から年間3ケースに関わることを目標に活動します。そのためにもチームのことを多くの方に周知し、チームの支援体制の構築を進めます。

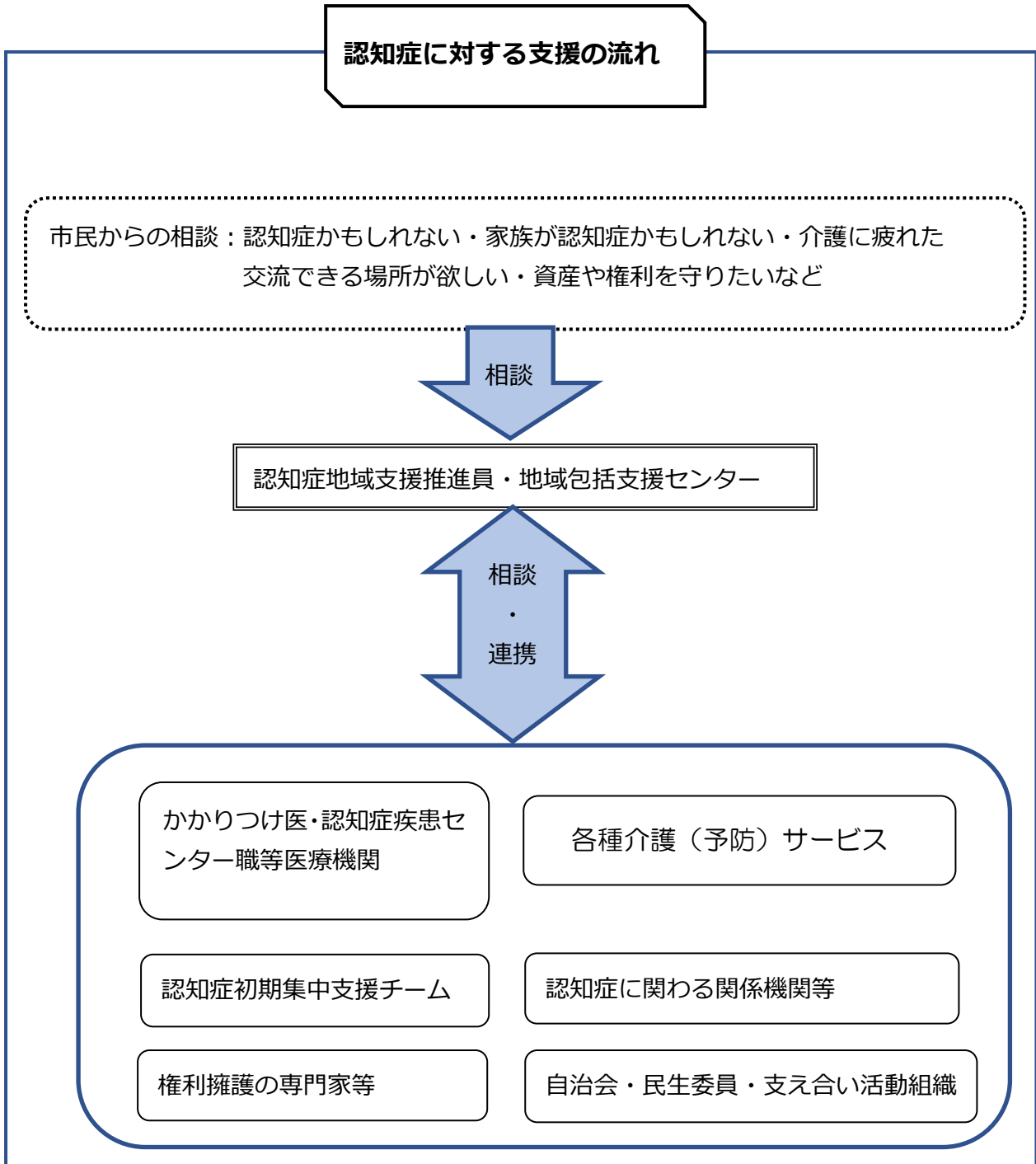
2) 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活のために必要なサービスが継続的に提供できるケア体制の構築に努めます。

<現状と課題>

認知症と診断されてからの早期介入ができるように、地域の脳神経内科クリニックには支援キットを配置し、必要な人には医師から渡してもらうなど、認知症になった本人やその家族を支えられるように寄り添った支援を行っています。

今後も、認知症当事者やその家族を地域で支え、住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、本人や家族からの意見を聞き情報交換を行っていきます。



3) 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進します。

| 認知症施策推進大綱 | 燕市の取組 |
|-------------------------------------|---|
| 1 普及啓発・本人発信支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症地域支援推進員の配置 ・ 認知症サポーターの養成と活動の支援 ・ オレンジリングカフェや認知症支援部会への本人家族の参画と発信支援 |
| 2 予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の虐待防止 |
| 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症初期集中支援チームの設置 ・ つばめ認知症あんしんガイド（認知症ケアパス）の作成、普及 ・ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人や家族の参画 |
| 4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症の人や家族に支援ハンドブックを配布し周知に努める ・ 認知症サポーター養成講座での啓発 ・ チームオレンジコーディネーターの配置 ・ 認知症サポーターステップアップ研修の実施 ・ 認知症初期集中支援チームの設置 ・ 認知症カフェへの技術支援 ・ 高齢者の集いの場の整備 ・ 見守り体制の整備 ・ 成年後見制度の活用促進 |
| 5 研究開発・産業促進 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 最新の情報や研究等の成果を把握し、活用・普及を図る |

＜現状と課題＞

認知症サポーター養成講座は毎年 20 回程度行っており、平均 20 名が参加しています。受講者のアンケートでは、「認知症の人の対応の仕方が分かった。これからの業務で生かしていきたい」と言った感想があり、行う効果は大いにあると思われます。地域住民を対象とした養成講座では、若い世代の参加者の受講が少ないことが課題となっています。

今後も、高齢者を支える世代の理解を深めてもらうため、工夫をしながら、認知症サポーター養成講座を開催してきます。

【実績】

| 区分 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|----------------|---------|--------|--------|-------|----------------|
| 認知症 サポーター養成 | 目標 (人) | 500 | 500 | 500 | 500 |
| | 実績 (人) | 506 | 562 | 489 | 50 |
| | 計画比 (%) | 101.2 | 112.4 | 97.8 | 10.0 |

【計画】

| 区分 | 令和 3 年度 | 令和 4 年度 | 令和 5 年度 |
|----------------|---------|---------|---------|
| 認知症サポーター養成 (人) | 500 | 500 | 500 |



令和元年度 認知症サポーター養成講座

(3) 権利擁護の充実

高齢者が、認知症等による判断能力の低下があっても、尊厳のある生活が送れるよう、虐待の防止及び早期発見、高齢者虐待防止に向けたネットワークの構築に取り組むとともに、成年後見制度の周知や利用にあたっての手続きを円滑に進める体制の整備を図ります。

1. 権利擁護事業

地域包括支援センターにおいて、権利擁護相談窓口を設置し、認知症高齢者等の権利擁護相談を実施してまいります。また、そのために関係機関との連携を強化してまいります。

<現状と課題>

認知症高齢者等が増加することが見込まれるため、事業を継続し関係機関が連携し、高齢者の権利擁護支援を実施していく必要があると考えています。

今後も、地域包括支援センターにて権利擁護に関する業務を行います。消費者被害については、市民相談推進員とも連携し、市内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に情報を発信することで、同様の被害が出ないように周知を図ります。

[計画]

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|---------------|-------|-------|-------|
| 消費者被害情報の発信（件） | 12 | 12 | 12 |

2. 高齢者虐待対策

市と地域包括支援センターが主体となって、相談窓口の明確化、支援の連携・体制づくり、虐待防止の知識の啓発や人材育成を行うことにより、虐待の発生しにくい地域づくりを目指し虐待の予防を図っていきます。

また、虐待事例発生時には、民生委員児童委員、介護保険サービス提供事業所のほか、県など関係機関・専門機関との連携により、適切な対応を行うとともに、高齢者虐待の実態把握や県事業である高齢者権利擁護相談支援事業の活用にも努めるなど、虐待防止の体制整備を推進します。

<現状と課題>

虐待相談にかかる対応については、燕市高齢者虐待対応マニュアルを基に関係機関と連携して行っています。

今後は、虐待を予防し早期発見につなげるためのさらなる取り組みが必要です。

市民や関係機関向けの研修会を開催することで虐待の予防と早期発見ができる体制づくりが図れるよう、市民向けに作成したリーフレットを市役所の窓口に設置したり、地域包括支援センターの訪問時に配布することで、啓発活動を行っていきます。

[実績]

| 区分 | | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 | 令和2年度 (見込み) |
|---------------|---------|--------|--------|-------|----------------|
| 相談・通報件数 | 目標 (件) | 50 | 45 | 45 | 45 |
| | 実績 (件) | 40 | 43 | 42 | 51 |
| | 計画比 (%) | 80.0 | 95.6 | 93.3 | 113.3 |
| 虐待と 判断した件数 | 目標 (件) | 45 | 30 | 30 | 30 |
| | 実績 (件) | 11 | 13 | 13 | 18 |
| | 計画比 (%) | 24.4 | 43.3 | 43.3 | 60.0 |

[計画]

| 区分 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
|------------------|-------|-------|-------|
| 虐待に関する研修会の開催 (件) | 1 | 1 | 1 |

3. 成年後見制度の普及促進

認知症などにより、財産管理や福祉サービスの利用などを自分で行うことが困難で、判断能力が十分でない高齢者などを援助する「成年後見制度」については、上位計画である燕市地域福祉計画と整合性を図り、地域の関係機関と連携し、制度の普及促進や利用促進を図ります。(具体的な取り組みについては、第7章に記載)

(4) 任意事業

1. 介護給付適正化事業

市内の居宅介護支援事業所等を対象に「ケアプランの質の向上支援研修」を年1回実施し、自立に資する適切なケアプランの作成を支援します。

その他、認定調査状況チェック、住宅改修等の点検、医療情報等の突合、縦覧点検、介護給付費通知等を実施し、介護給付の適正化に努めます。

<現状と課題>

介護サービスを必要とする利用者を適切に認定し、適切なケアマネジメントにより利用者が真に必要とするサービスを見極めた上で、事業者がサービスを適切に提供していく必要があります。そのため介護給付費適正化事業を継続していくことが必要です。

今後は、自立支援に資する適切なケアマネジメントを推進するために必要な保険者の機能や、関係機関の役割について明確にするとともに、利用者の状態に応じた適切なサービスの提供により、自立につながる適切なケアマネジメントを推進するため、「ケアプランの質の向上支援研修」を年1回実施します。その他必要な介護給付適正化事業を実施し、介護給付の適正に努めます。