

第7期
吉野川市高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画
(2018年度～2020年度)

最終案

2018年3月

徳島県 吉野川市

目 次

第1章 計画策定にあたって.....	1
第1節 計画策定の趣旨.....	1
第2節 計画の位置づけ.....	2
第3節 計画の法的根拠.....	2
第4節 計画の期間.....	2
第5節 計画策定の体制.....	3
(1) 策定体制.....	3
(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施.....	3
(3) 在宅介護実態調査の実施.....	18
第6節 制度改正の概要.....	27
第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移.....	28
第1節 人口の現状と推移.....	28
(1) 人口構成.....	28
(2) 人口及び高齢化率の状況.....	29
(3) 人口の将来推計.....	30
第2節 要介護等認定者の現状と将来推計.....	31
(1) 要介護等認定者の推移.....	31
(2) 要介護等認定者の将来推計.....	32
第3章 計画の基本構想.....	33
第1節 基本理念.....	33
第2節 日常生活圏域の設定.....	33
第3節 計画目標.....	34
第4節 施策体系.....	35
第4章 施策の取り組み.....	39
第1節 健康づくり・介護予防の推進.....	39
(1) 多様な健康づくりの推進.....	39
(2) 介護予防の総合的な推進.....	42
第2節 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実.....	49
(1) 地域包括支援センターの充実強化.....	49
(2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント.....	51
(3) 在宅生活の支援.....	53
第3節 在宅医療・介護連携の推進.....	56
(1) 医療と介護の連携強化.....	56

(2) 在宅医療の市民への普及啓発.....	57
(3) 在宅医療・介護情報の共有.....	58
(4) 医療・介護専門職のネットワークづくり.....	61
第4節 認知症施策の総合的な推進.....	62
(1) 認知症の予防.....	62
(2) 認知症ケアパスと相談支援体制の推進.....	63
(3) 認知症の早期発見・早期支援の取組（認知症初期集中支援チーム）.....	64
(4) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座）.....	65
(5) 認知症の人と家族介護者への支援の充実.....	66
(6) 地域のネットワークづくり.....	67
第5節 地域で支えあう仕組みづくりの推進.....	69
(1) 支えあい活動の推進.....	69
(2) 高齢者見守り施策の推進.....	71
(3) 権利擁護の推進.....	75
(4) 生きがいづくり支援.....	78
第6節 地域における安心生活の確保.....	80
(1) 施設福祉サービスの充実.....	80
(2) 在宅福祉サービスの充実.....	82
第7節 サービスの質の向上と適正利用の促進.....	84
(1) 介護支援専門員の専門性の向上に対する支援.....	84
(2) 地域密着型サービス連絡協議会.....	84
(3) 事業所監査指導.....	85
(4) 介護給付適正化事業.....	86
(5) 介護人材の育成支援.....	87
第5章 介護保険サービスの適正な運営.....	88
第1節 介護サービス別利用者数の見込み.....	88
(1) 居宅サービス.....	88
(2) 地域密着型サービス.....	90
(4) 居宅介護支援・介護予防支援.....	91
(5) 施設サービス.....	91
第10章 計画の推進について.....	92
第1節 計画の周知.....	92
第2節 連携体制の強化.....	92
(1) 庁内連携体制.....	92
(2) 関連団体、住民組織との連携.....	92

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の趣旨

我が国の65歳以上人口は、2016年10月1日現在3,459万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は27.3%（総務省人口推計）となっています。今後も総人口の減少と高齢者人口の増加で高齢化率は上昇し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には30%を超えると予測されています。

こうした高齢化の進展に伴い、社会保障給付費が年々増大しており、大きな社会問題となっています。75歳を超えると要介護認定率、受療率ともに上昇することから、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年以降は、社会保障給付費がさらに増大すると見込まれています。

2000年の介護保険制度の創設以来、改正を経て、2007年度には予防重視型システムへの転換が掲げられました。さらに2012年度には、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた、サービス体系の導入等が進められています。

本市におきましても「地域包括ケアシステム」の構築をめざし、「第6期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、高齢者の保健・福祉にかかわる各種サービスの総合的な提供に努めてきました。

2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築及び深化が急務となっています。

この度の介護保険法等の改正に対応して、第5期で開始し、第6期で展開してきた、地域包括ケア実現のための方向性を継承しつつ、地域包括支援センターの機能強化、在宅医療介護連携等の取り組みなど、2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの構築を加速化するための新たな計画「第7期吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定することとします。

第2節 計画の位置づけ

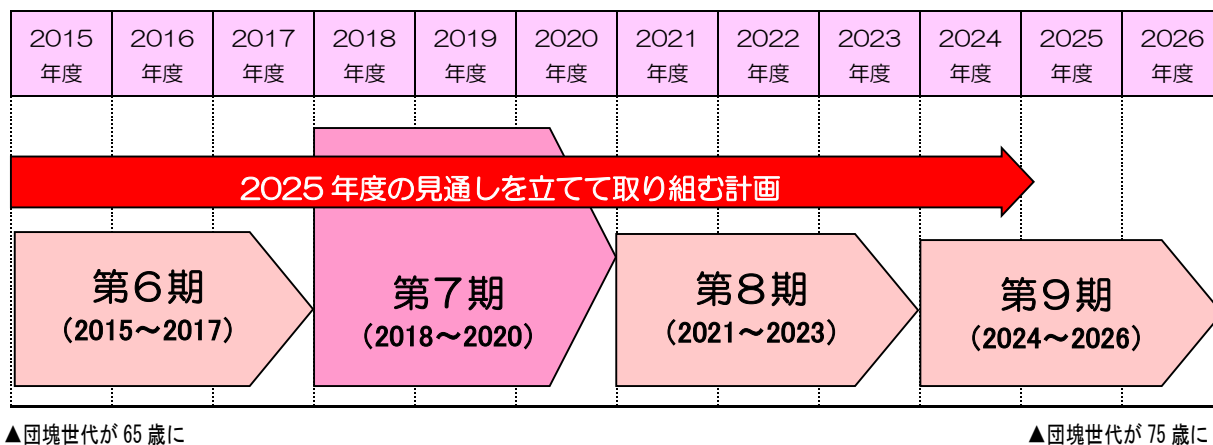
本計画は、団塊の世代が後期高齢者となり、高齢化が本格化する 2025 年を見据えた対応を進めるために、第 5 期で開始した地域包括ケアシステムの実現のための方向性を継承しつつ、在宅医療介護連携等の取り組みを本格化させ、2025 年までの施策の展開を図る計画という位置づけを有しています。

第3節 計画の法的根拠

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に基づき策定することとなる「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第 117 条第 1 項の規定に基づき策定する「市町村介護保険事業計画」の二つの計画を、老人福祉法第 20 条の 8 第 7 項及び介護保険法第 117 条第 6 項の規定に基づき、一体的に策定していくことになります。

第4節 計画の期間

本計画期間は、2018 年度～2020 年度までの 3 年間の計画として策定します。



第5節 計画策定の体制

(1) 策定体制

「吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会設置要綱」に基づき、学識経験者や各種団体役員、保健、医療、福祉の関係者の他に、公募した第1号被保険者・第2号被保険者の方からなる「吉野川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を開催し、2017年8月から2018年2月まで計4回の審議を行い、本計画を策定しました。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施

地域の課題や多様なニーズを的確に把握するため、国が示した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

①調査の概要

対象者	2017年6月1日現在、吉野川市にお住まいの65歳以上の方3,000名（要介護1～5の方は除く）
実施期間	2017年6月16日（金）～2017年7月7日（金）
実施方法	郵送配布、郵送回収

配布数	回収数	回収率
3,000件	2,370件	79.0%

②調査結果について（抜粋）

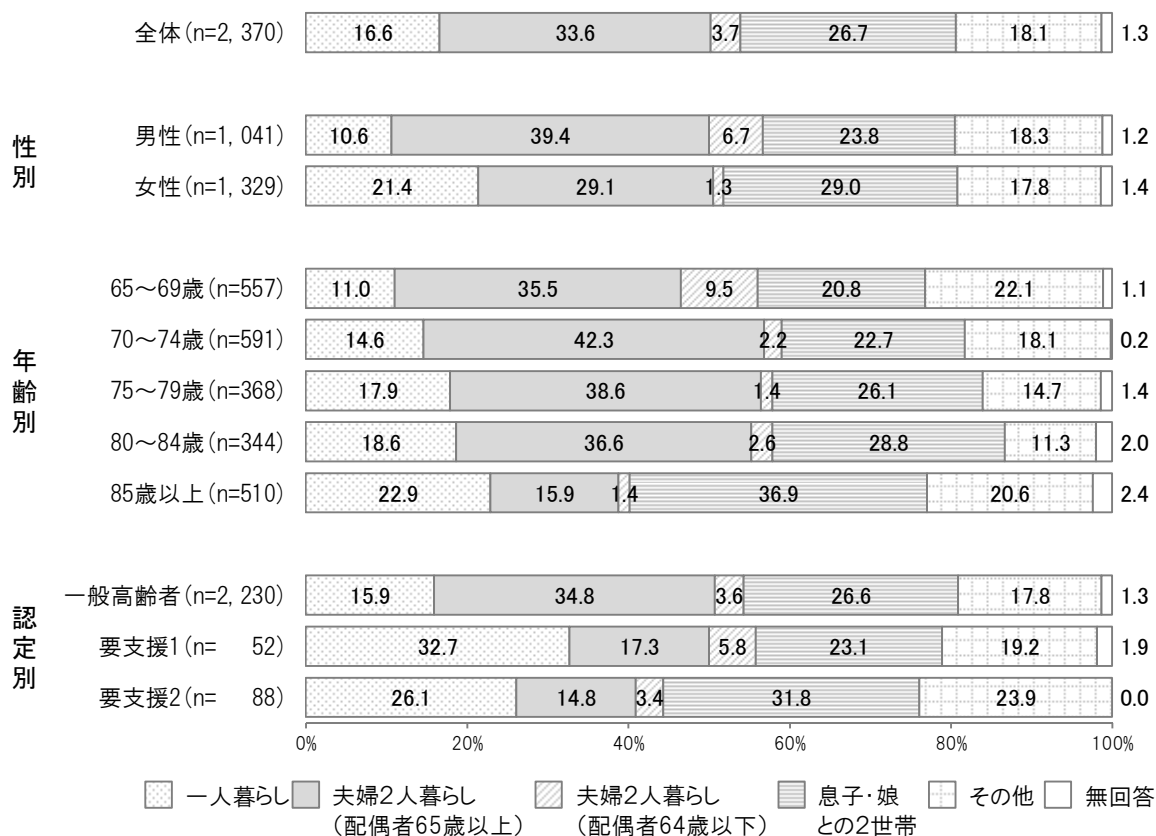
ア. 世帯構成

世帯構成は、全体では「夫婦 2 人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 33.6%で最も多く、「一人暮らし」は 16.6%となっています。

性別にみると、男性よりも女性で「一人暮らし」の割合が高くなっています。

年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて「夫婦 2 人暮らし」の割合が低くなり、「一人暮らし」と「息子・娘との 2 世帯」の割合が高くなっています。

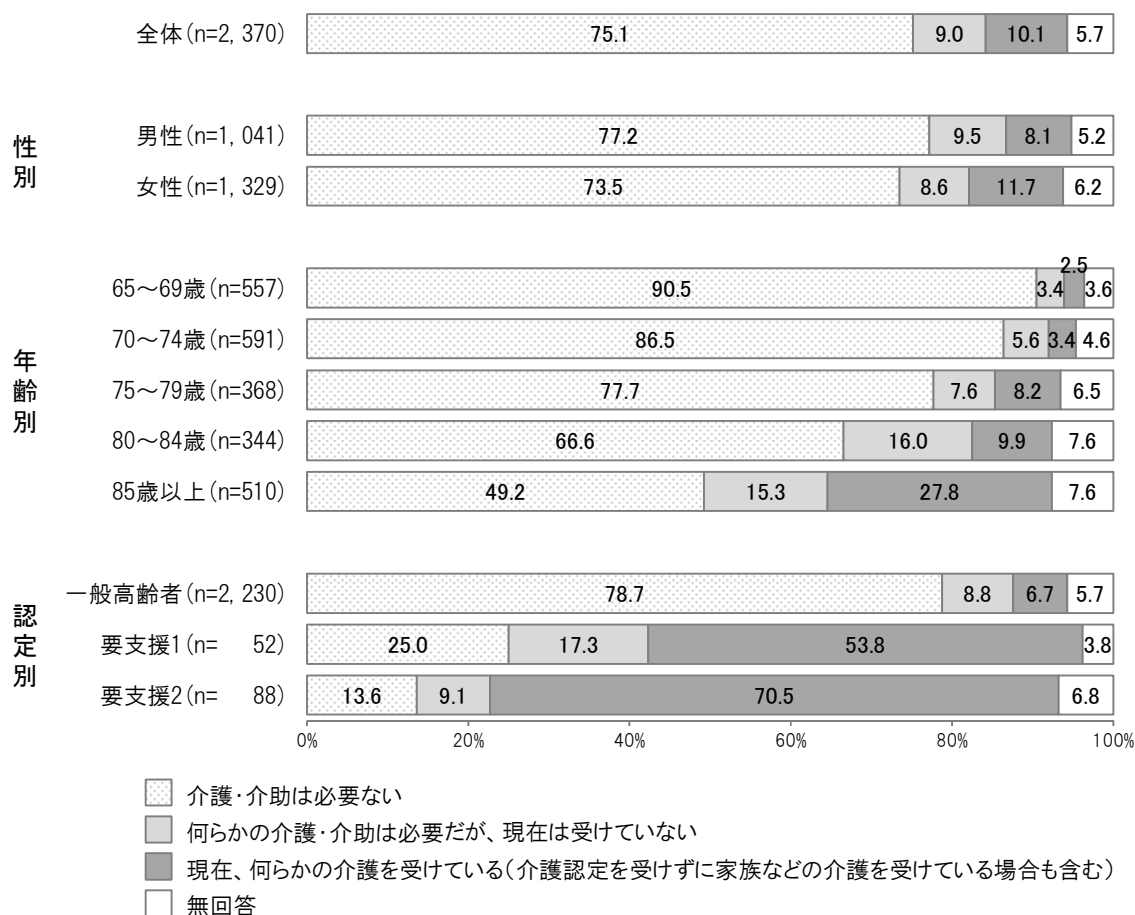
認定別にみると、要支援は一般高齢者と比べて「一人暮らし」の割合が高くなっています。



イ. 普段の生活での介護・介助の必要性

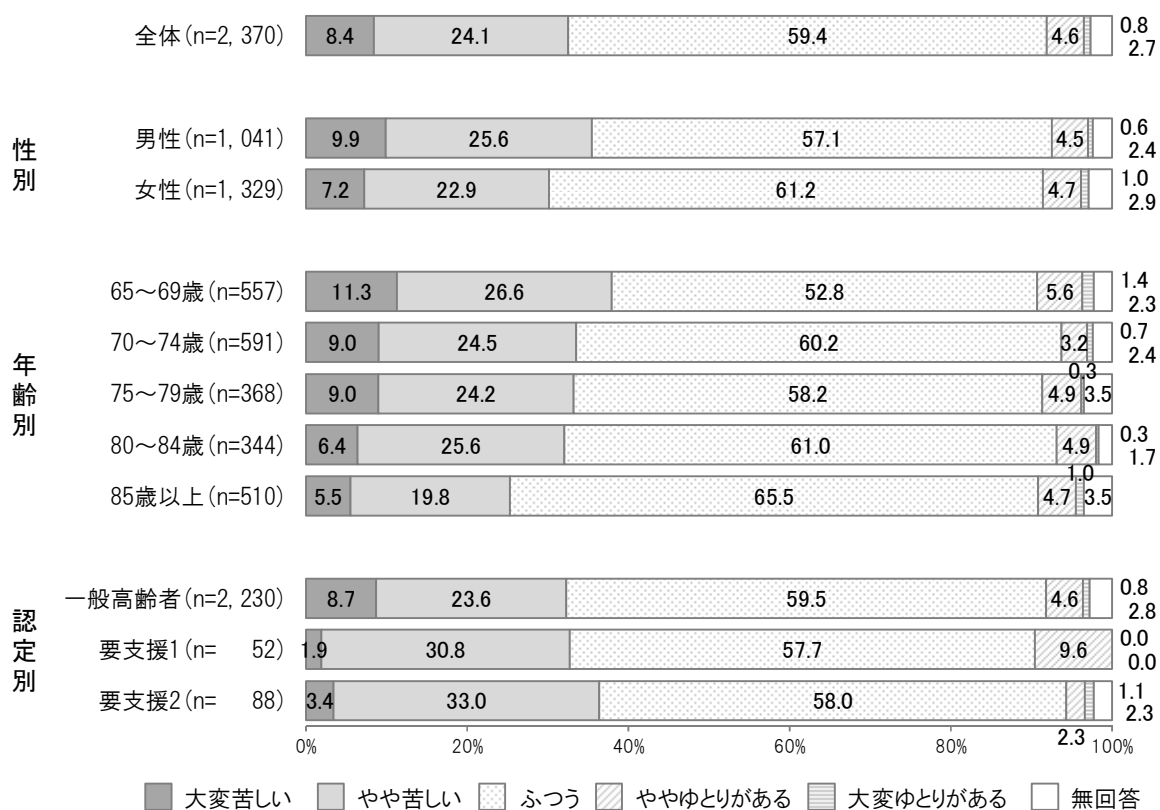
普段の生活で介護・介助を必要とする方は全体の 19.1%となっています。性別では男性 17.6%・女性 20.3%で、女性の方がやや高くなっています。

年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて介護・介助を必要とする割合は高くなり、80～84 歳では 25.9%、85 歳以上では 43.1%となっています。



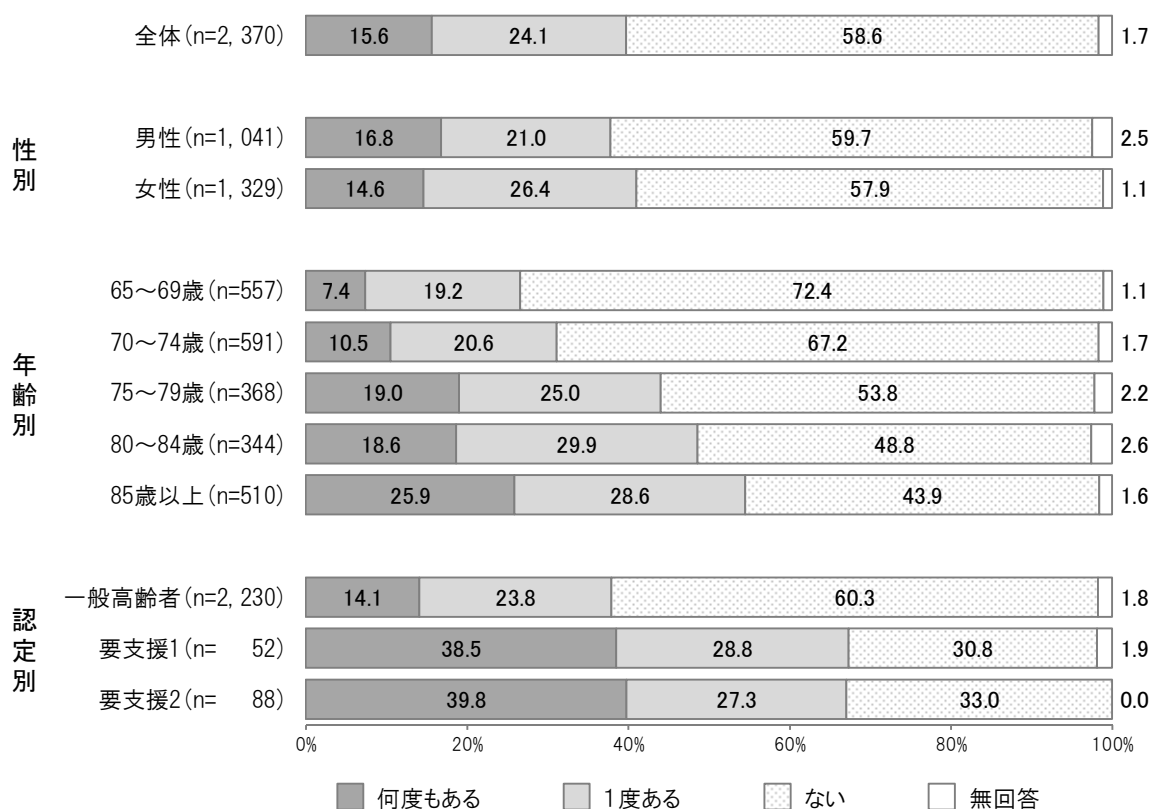
ウ. 経済的にみた現在の暮らしの状況

現在の暮らしの経済状況は、「ふつう」が59.4%を占め、「大変苦しい」(8.4%)と「やや苦しい」(24.1%)を合計した『苦しい』は32.5%となっています。性別では女性よりも男性で、年齢別では、年齢が低い層で『苦しい』の割合が高くなっています。



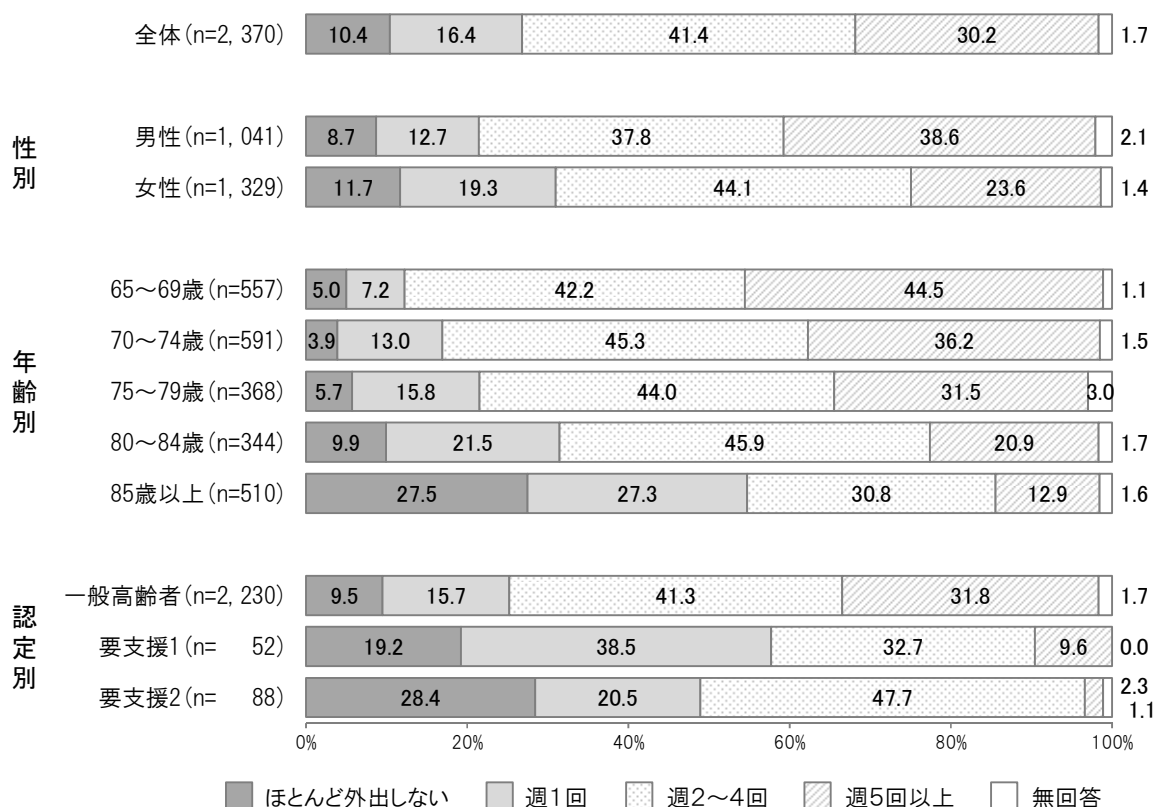
工. 過去1年間における転倒経験

過去1年間に転倒経験がある人は39.7%となっています。年齢別にみると80歳以上では転倒経験がある人が約50%となっています。認定別にみると、要支援1と要支援2では、「何度もある」が約40%、「1度ある」が約30%と高くなっています。



才. 外出頻度

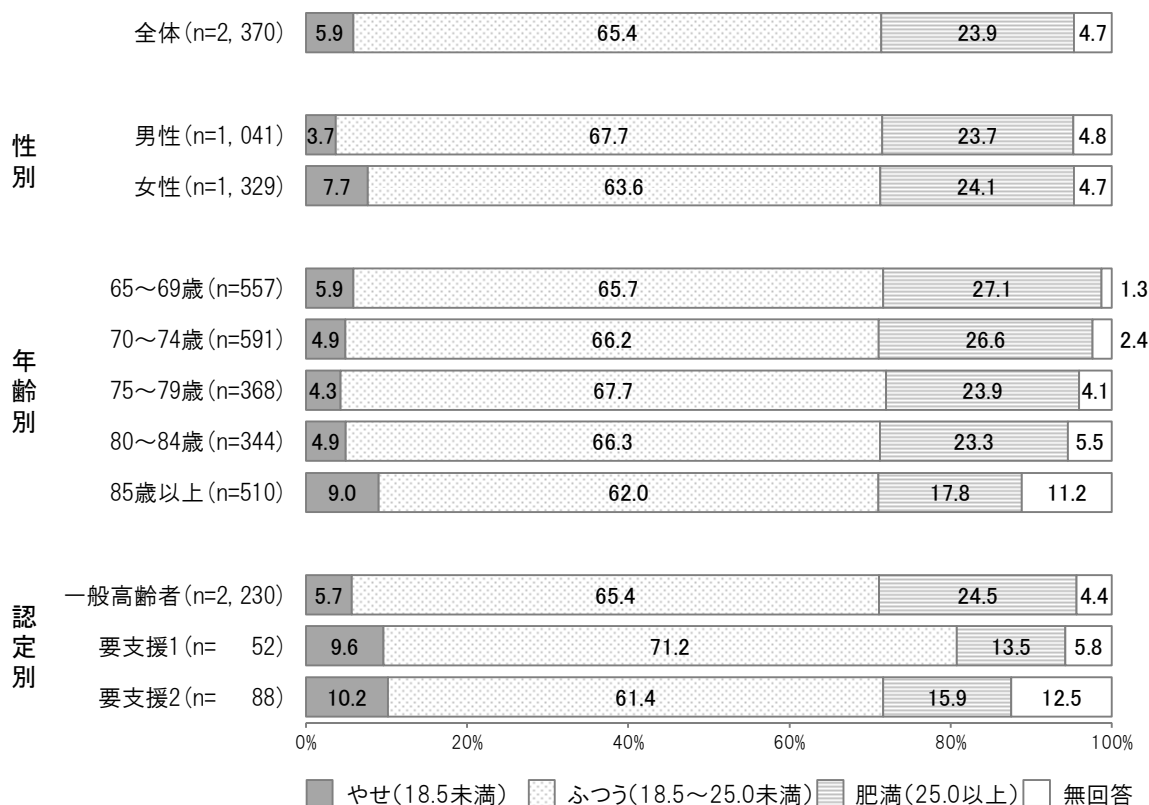
外出頻度は、「ほとんど外出しない」が10.4%、「週1回」が16.4%と、閉じこもり傾向のある方が、26.8%となっています。性別では、男性よりも女性の方が外出頻度が少ない傾向がみられ、年齢別にみると、85歳以上では週1回以下の人が50%以上となっています。



カ. BMI 値

身長・体重から求めた BMI※についてみると、全体では「やせ」（18.5 未満）が 5.9%、「肥満」（25.0 以上）が 23.9%となっています。性別にみると、「やせ」は女性で 7.7%と、男性よりやや高くなっています。

認定別にみると、要支援 1 と要支援 2 では、「やせ」が約 10%となっています。



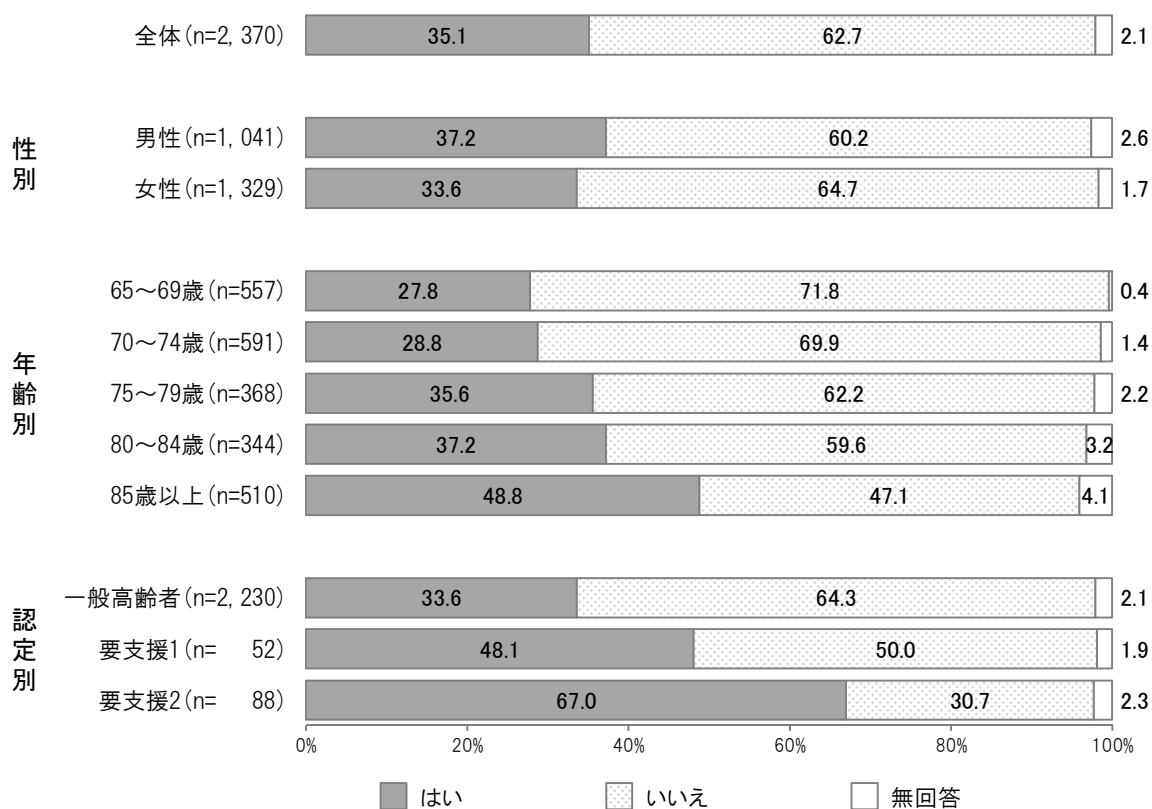
※BMI……体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

キ. 咀嚼機能の低下

半年前に比べて固いものが食べにくくなったという人は、全体では 35.1%、性別では、男性 37.2%、女性 33.6%となっています。

年齢別では、85 歳以上では 48.8%と高くなっています。

認定別では、要支援 1 で 48.1%、要支援 2 では 67.0%となっています。



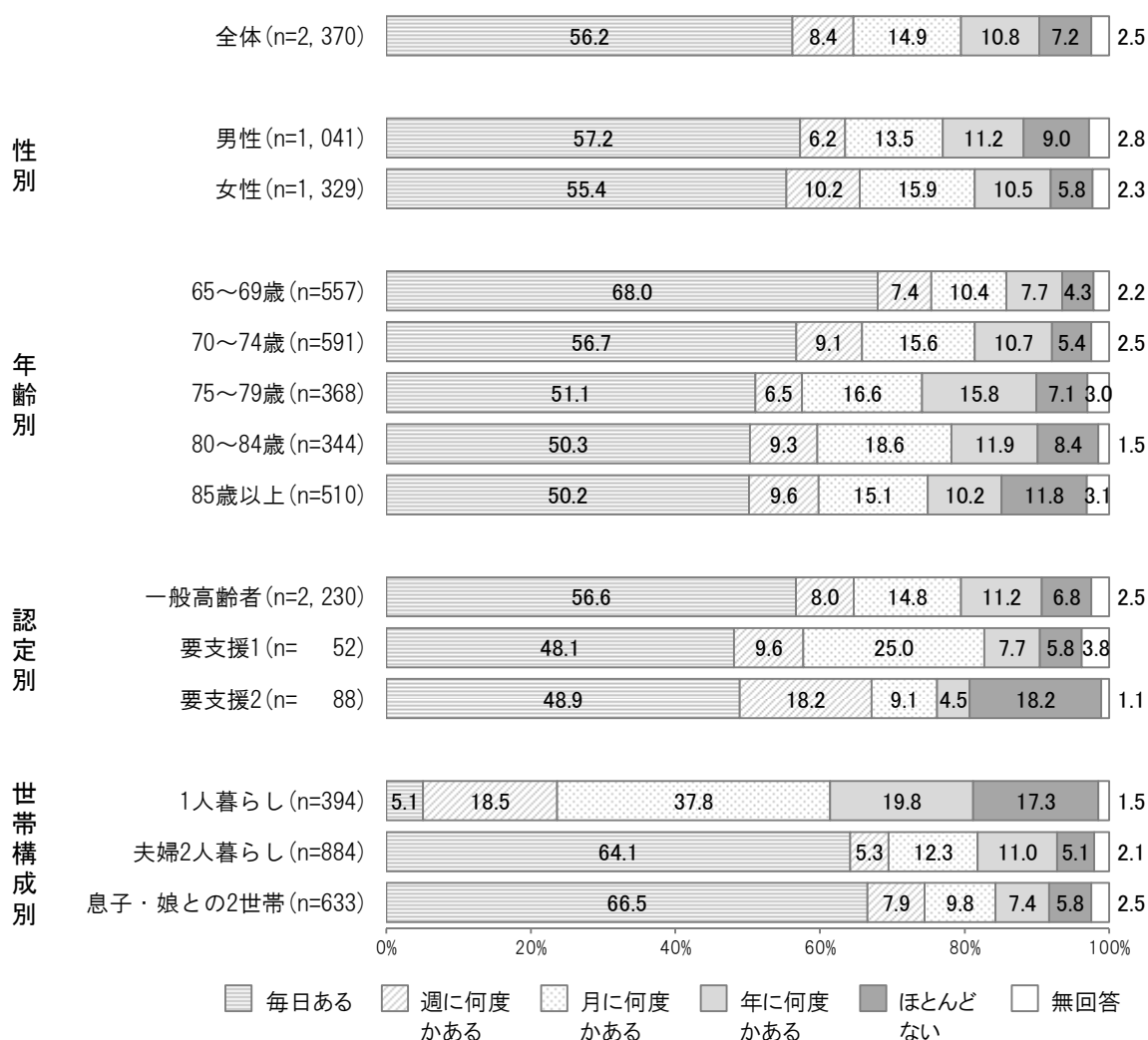
ク. 孤食の状況

どなたかと食事をとにもする機会の有無をみると、「毎日ある」が56.2%で最も高く、次いで「月に何度かある」が14.9%、「年に何度かある」が10.8%、「週に何度かある」が8.4%、「ほとんどない」が7.2%となっています。

性別にみると「毎日ある」は男性57.2%、女性55.4%で、男性の方がやや高くなっています。

年齢別にみると、75歳以上では「毎日ある」は約50%となっています。

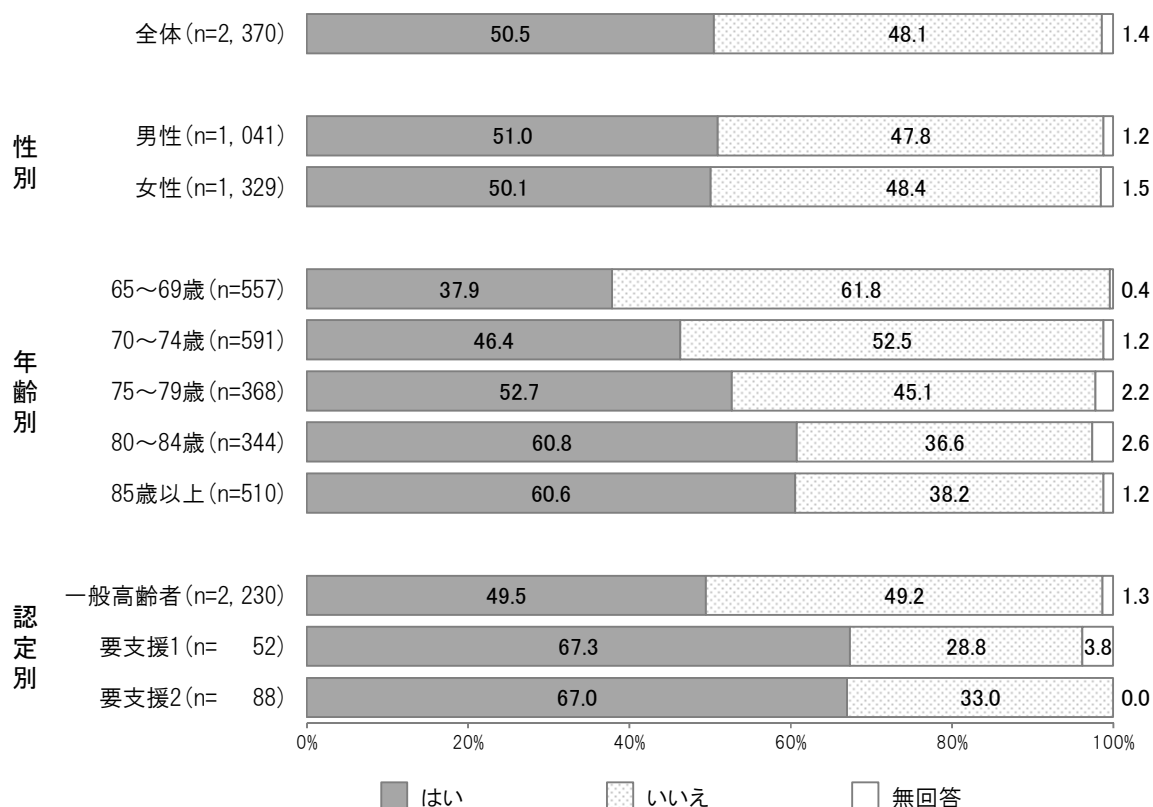
世帯構成別にみると、一人暮らしでは、「月に何度かある」が37.8%となっています。



ケ. 認知機能の低下

物忘れが多いと感じている人は、全体では 50.5%、性別では男性 51.0%、女性 50.1% となっています。年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて、物忘れが多いと感じている人の割合も高くなり、80 歳以上では約 60%となっています。

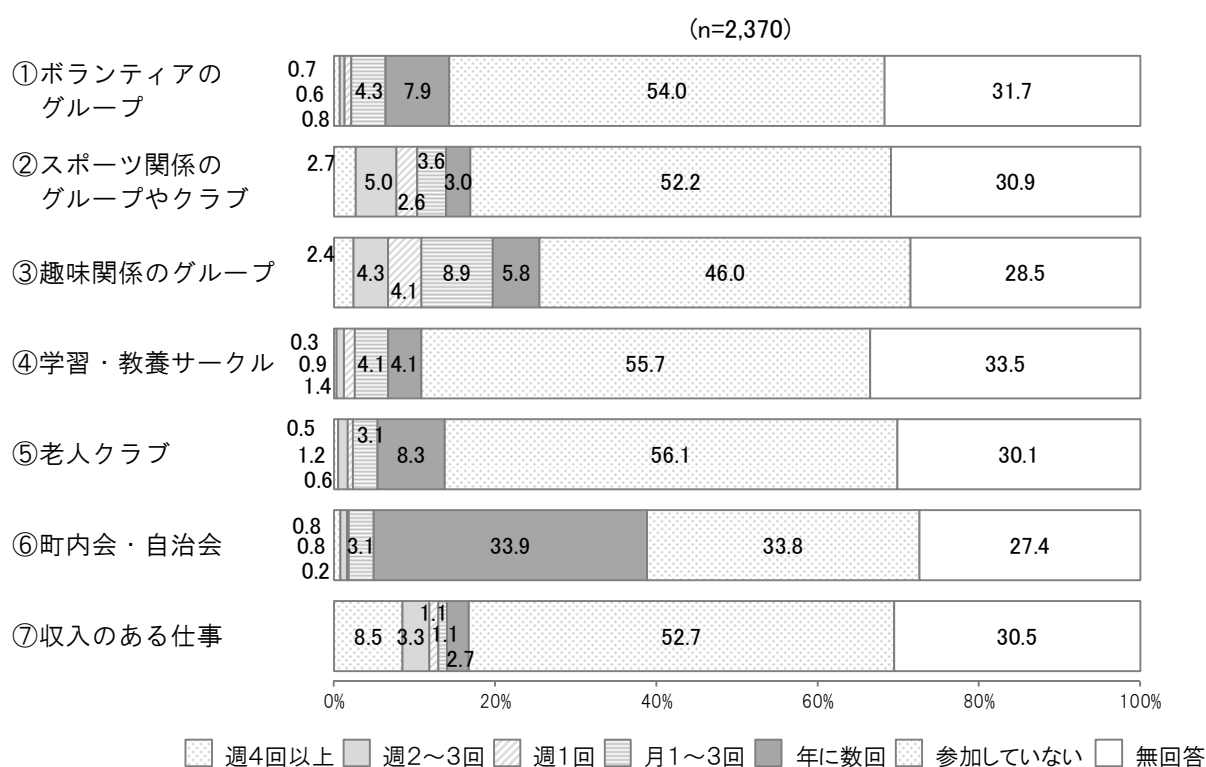
認定別にみると、一般高齢者でも約 50%は物忘れが多いと感じています。



コ. 地域活動などへの参加状況

地域活動などへの参加状況は、『参加している』（「週4回以上」～「年に数回」の合計）の割合は、高い順に「⑥町内会・自治会」で38.8%、「③趣味関係のグループ」で25.5%、「②スポーツ関係のグループやクラブ」で16.9%、「⑦収入のある仕事」で16.7%となっています。

頻度としては、「⑥町内会・自治会」は「年に数回」（33.9%）、「③趣味関係のグループ」は「月1～3回」（8.9%）、「②スポーツ関係のグループやクラブ」は「週2～3回」（5.0%）、「⑦収入のある仕事」は「週4回以上」（8.5%）の割合が最も高くなっています。

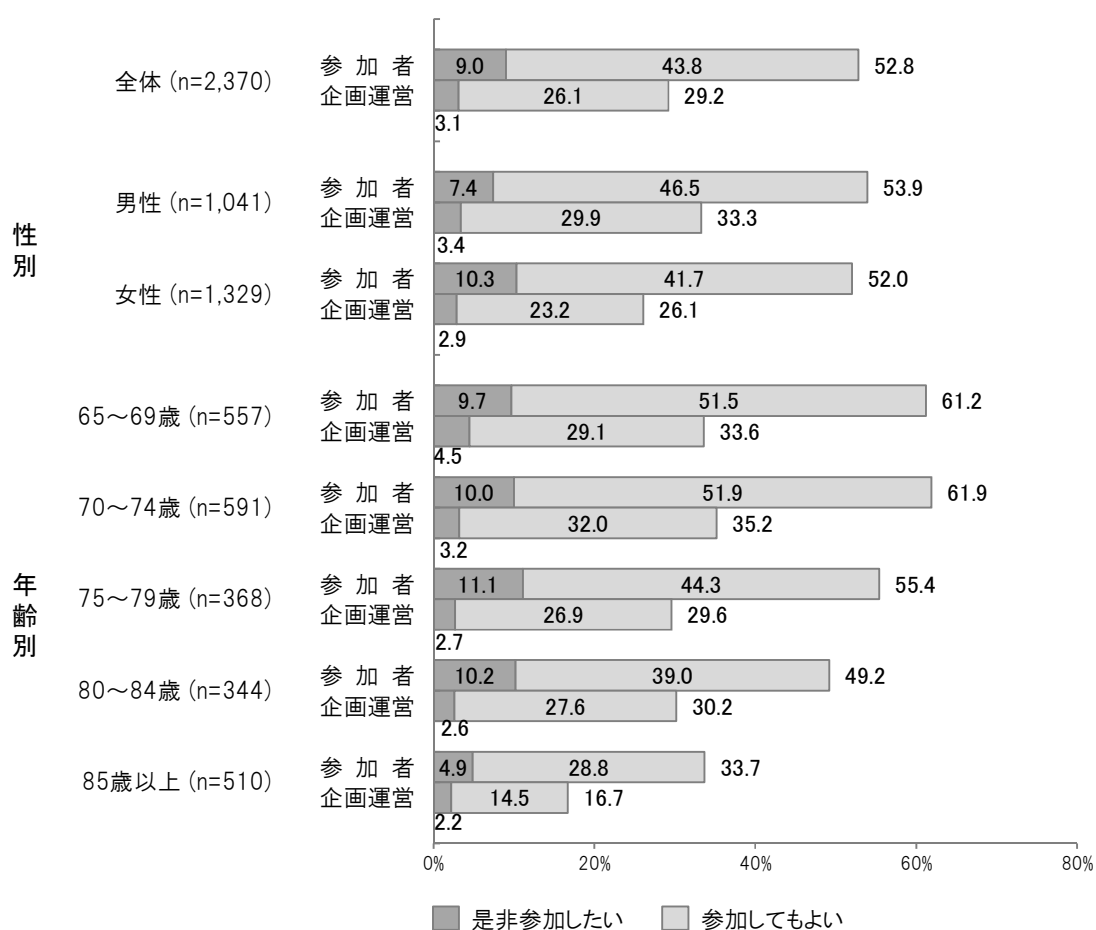


サ. 地域活動への参加意向

地域の住民の有志による健康づくり活動や趣味などのグループ活動については、全体では52.8%、性別では男性53.9%、女性52.0%が参加意向ありとなっています。

年齢別にみると、74歳以下では参加意向ありが60%以上となっており、75歳以上で参加意向ありの割合が低くなっています。

企画運営（お世話役）としての参加については、全体では約29.2%となっており、参加者としての参加より23.6%低くなっています。性別では、男性33.3%、女性26.1%と、男性で割合が高くなっています。

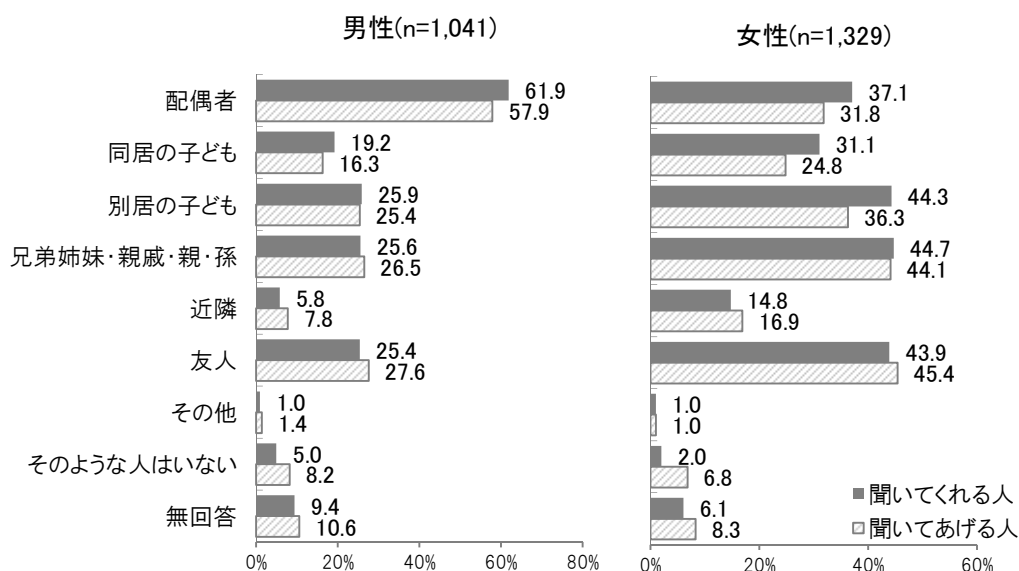


シ. 心配事や愚痴を聞いてくれる人、聞いてあげる人、看病や世話をしてくれる人、してあげる人

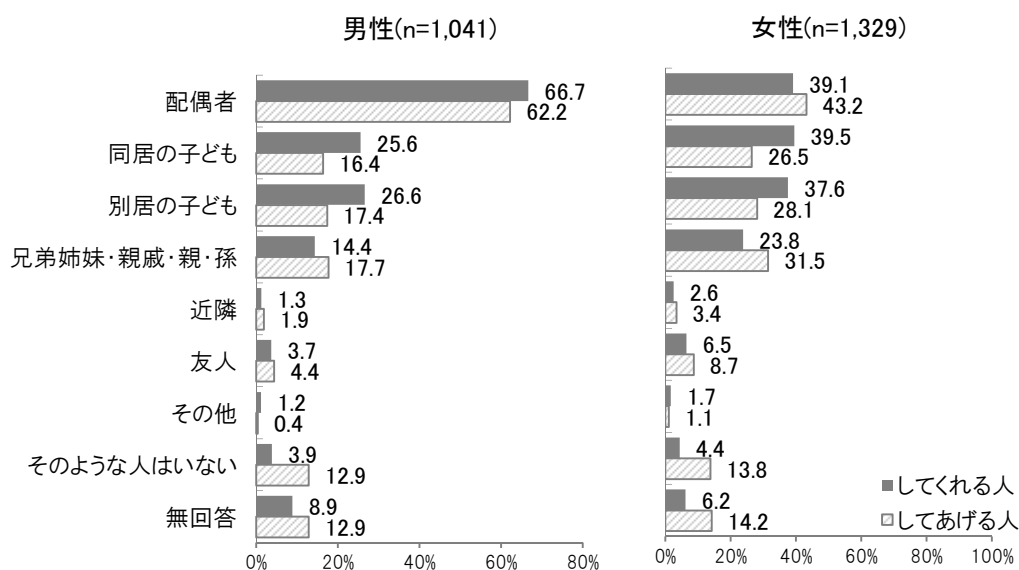
心配事や愚痴を聞いてくれる人と聞いてあげる人は、男性は、聞いてくれる人、聞いてあげる人ともに「配偶者」が約60%と群を抜いて高くなっています。一方、女性は「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「友人」が聞いてくれる人で40%以上、聞いてあげる人で35%以上などと、様々な相手が挙げられています。

看病や世話をしてくれる人、してあげる人についても同様の傾向がみられ、男性では「配偶者」の割合が特に高く、女性は「配偶者」「同居の子ども」「別居の子ども」がしてくれる人でいずれも約40%となっています。

【心配事や愚痴を聞いてくれる人と聞いてあげる人】



【看病や世話をしてくれる人、してあげる人】



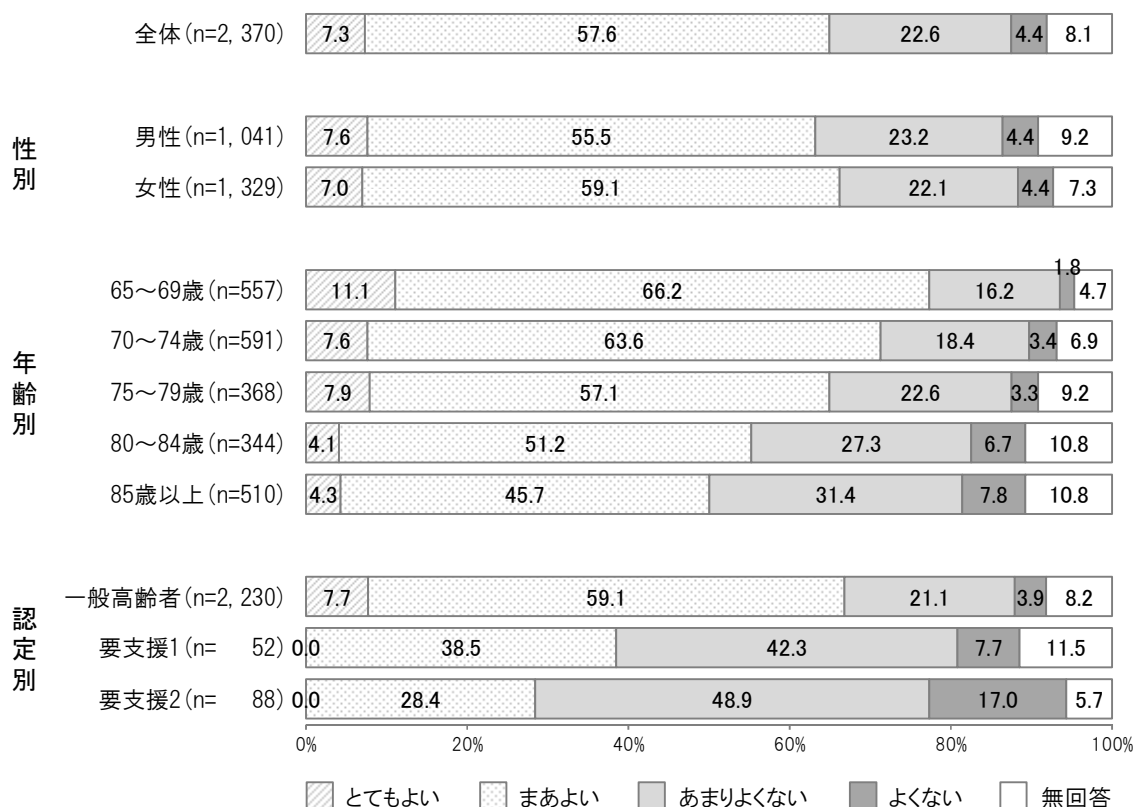
ス. 主観的健康観

自分自身の健康状態については、「とてもよい」(7.3%)と「まあよい」(57.6%)を合計した『よい』が64.9%、「あまりよくない」(22.6%)と「よくない」(4.4%)合計した『よくない』は27.0%となっています。

性別にみると、『よい』は男性63.1%、女性66.1%と、女性の方がやや高くなっています。

年齢別にみると、80歳以上では『よくない』が30%を超えています。

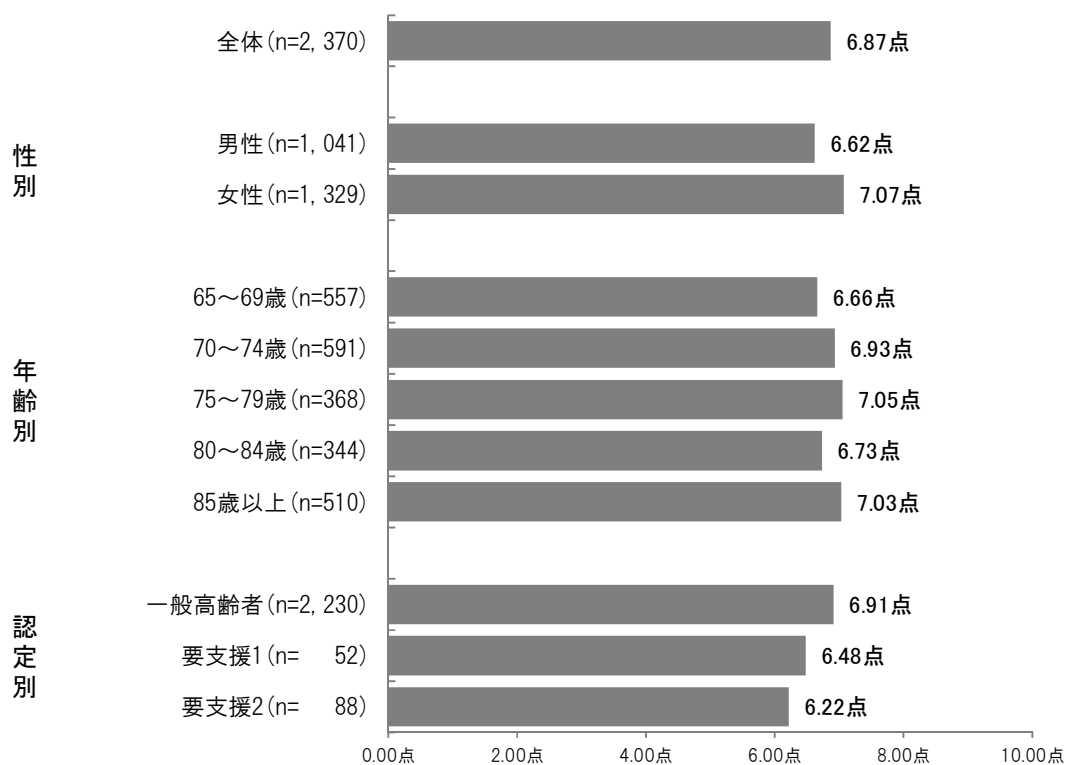
認定別にみると、『よくない』は、要支援1で50.0%、要支援2で65.9%となっています。



セ. 主観的幸福感

現在どの程度幸せに感じているか 10 点満点でたずねたところ、平均点数は全体で 6.87 点、性別では男性 6.62 点、女性 7.07 点となっています。

認定別にみると一般高齢者よりも要支援で平均点数が低くなっています。



（３）在宅介護実態調査の実施

第７期介護保険事業計画策定に向けて、主として「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就労継続」に有効な介護サービスのあり方を検討するために在宅の要介護者の状態把握を行うことを目的として調査を実施しました。

①調査の概要

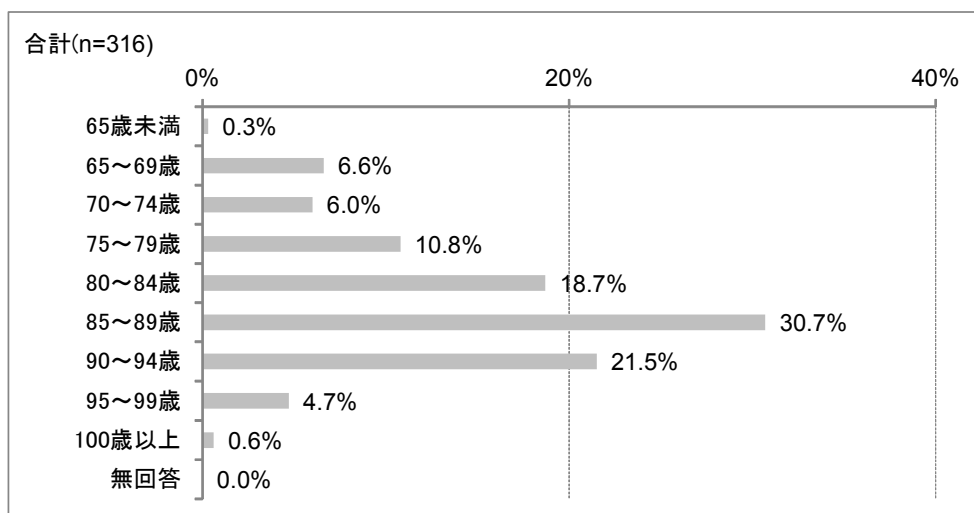
対象者	2017 年 6 月 1 日現在、吉野川市にお住まいの要介護 1～5 の方 500 名（施設入所などを除く）
実施期間	2017 年 6 月 26 日（月）～2017 年 7 月 7 日（金）
実施方法	郵送配布、郵送回収

配布数	回収数	回収率
500 件	316 件	63.2%

②調査結果について（抜粋）

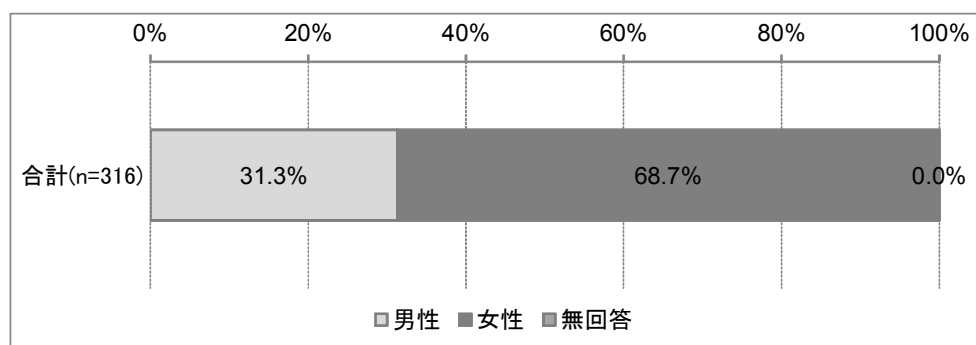
ア．要介護者の年齢

要介護者の年齢は、80～94 歳が 70.9%を占めています。



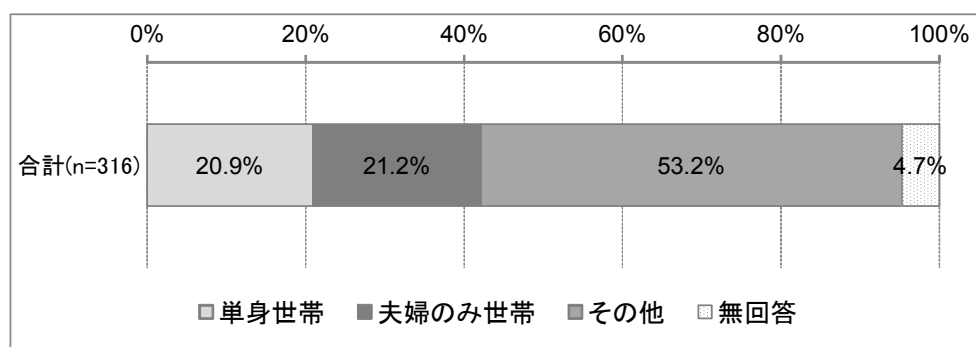
イ. 要介護者の性別

要介護者の性別は、女性が68.7%、男性が31.3%となっています。



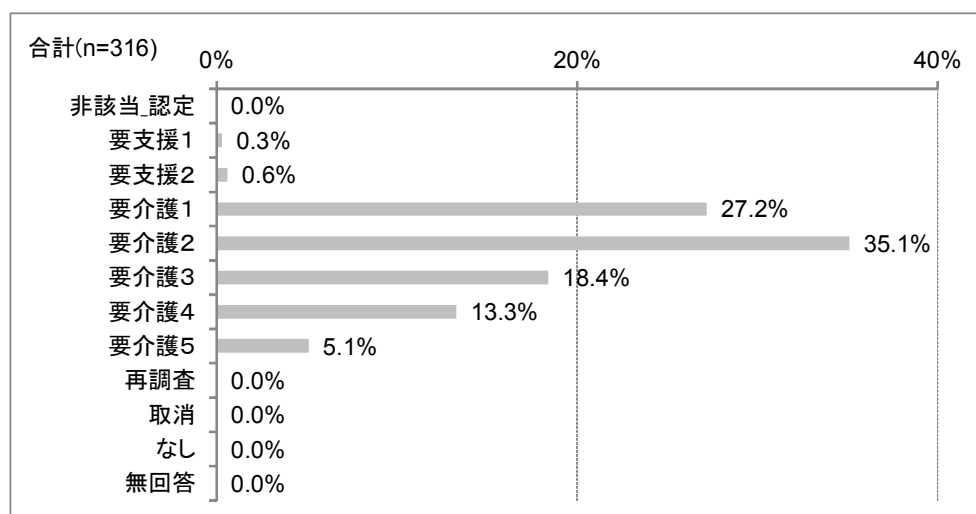
ウ. 世帯類型

世帯類型では、「その他」が53.2%で最も高く、「単身世帯」は20.9%となっています。



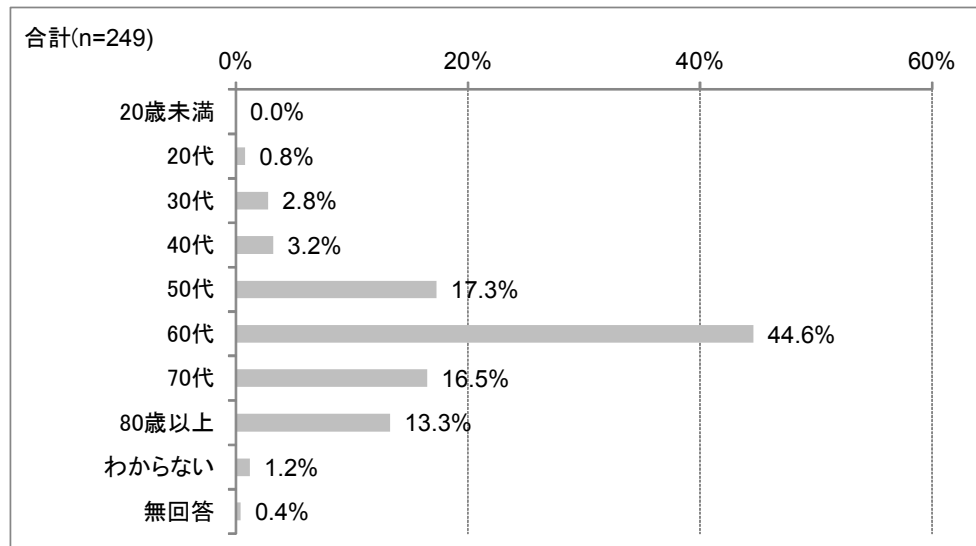
エ. 要介護度

要介護度は、要介護度は、軽度（要介護1以下）が28.1%、中度（要介護2～3）が53.5%、重度（要介護4以上）が18.4%となっています。



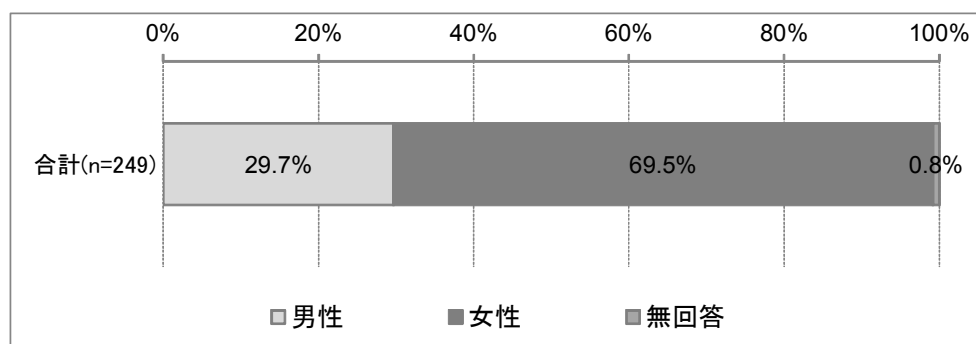
才. 主な介護者の年齢

主な介護者の年齢は、60代が44.6%、50代が17.3%、70代が16.5%と、50歳以上が91.7%を占めています。



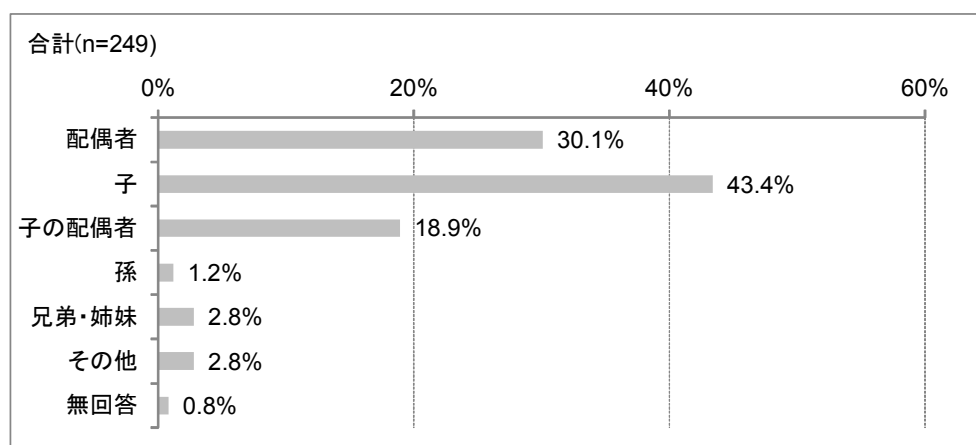
力. 主な介護者の性別

主な介護者の性別は69.5%が女性です。



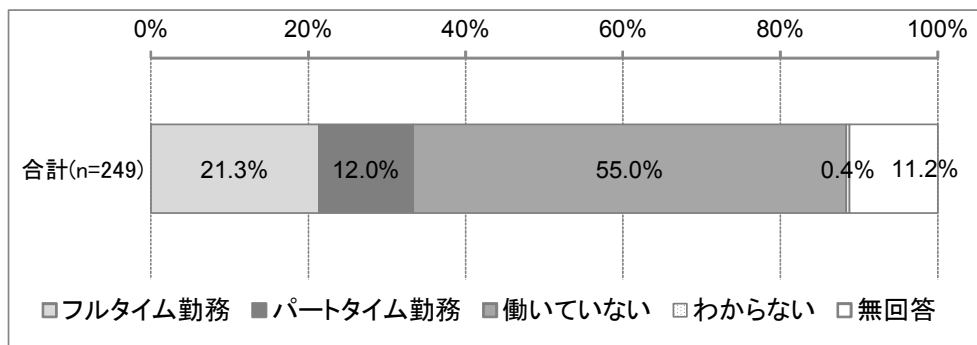
キ. 主な介護者の本人との関係

本人との関係は「子」が43.4%、「配偶者」が30.1%となっています。



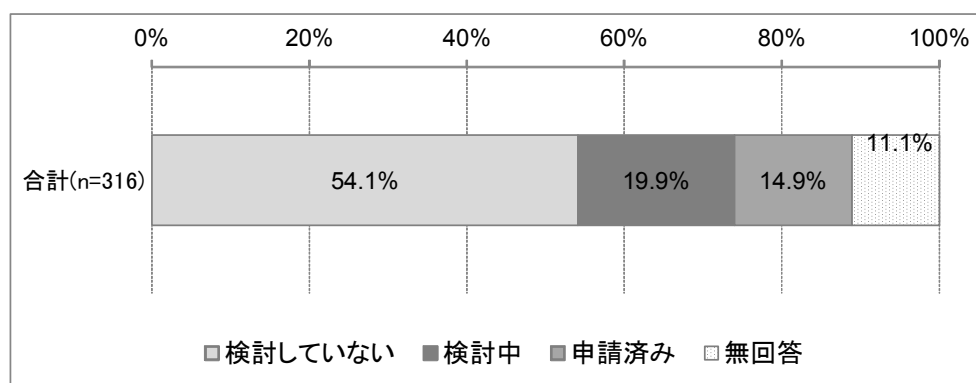
ク. 主な介護者の勤務形態

主な介護者の勤務形態は、33.3%がフルタイムまたはパートタイムでの就労となっています。



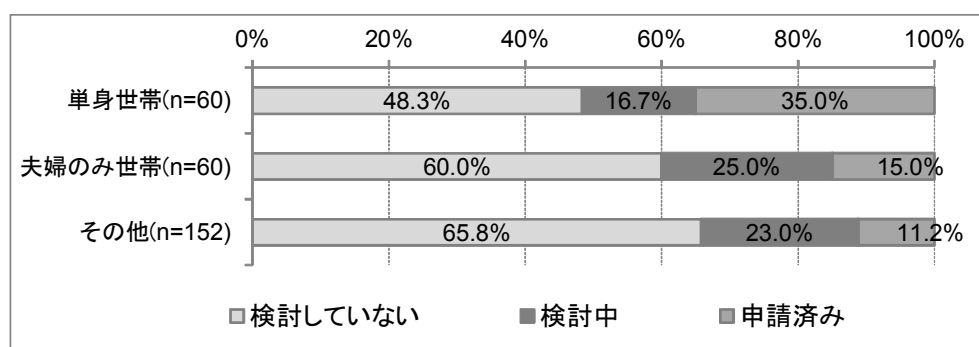
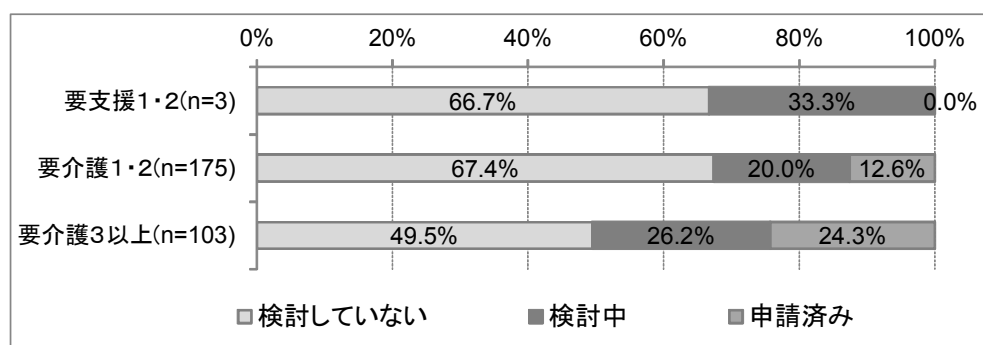
ケ. 施設等の検討状況

施設等の検討状況は、「検討中」「申請済み」を合わせて 34.8%です。



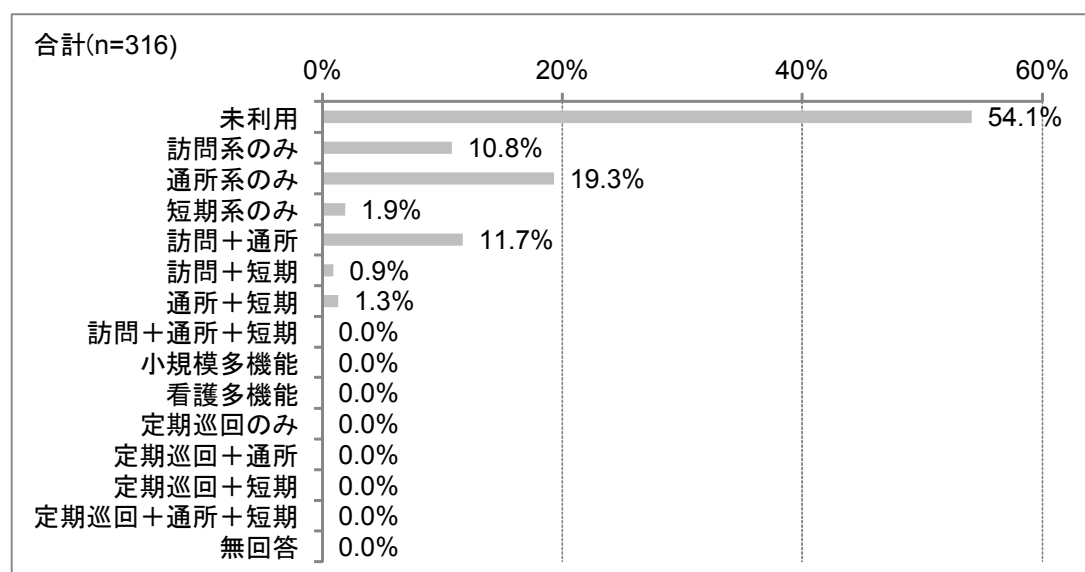
施設等の検討状況を要介護度別にみると、要介護3以上では、50.5%が「検討中」または「申請済み」となっています。

また、世帯類型別にみると、単身世帯では51.7%が「検討中」または「申請済み」となっています。



コ. 在宅サービスの利用状況

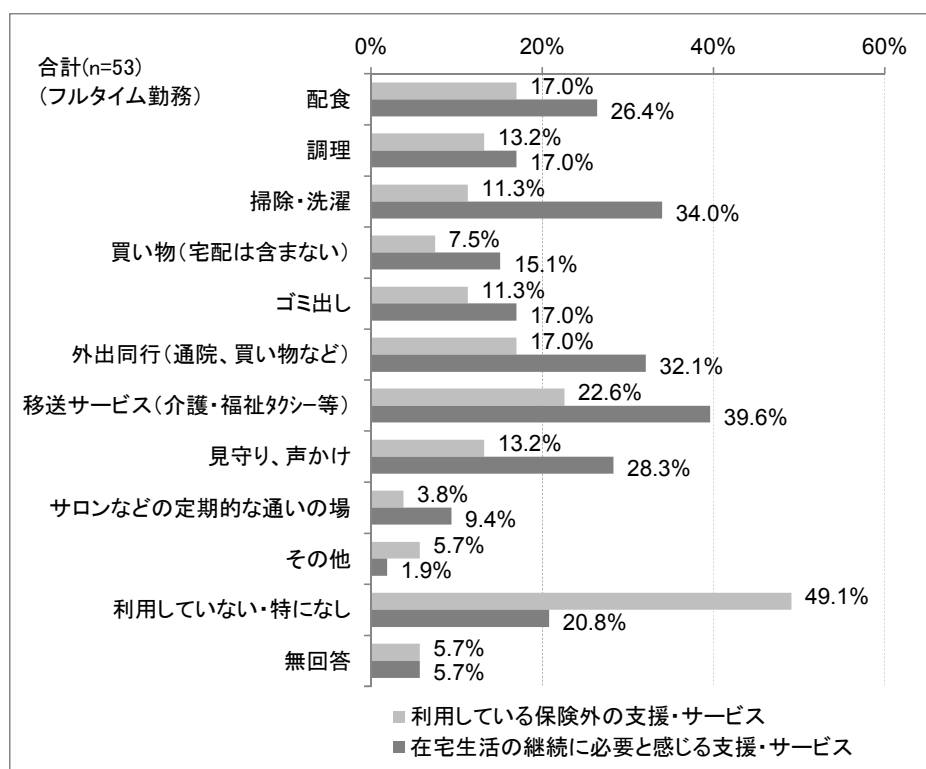
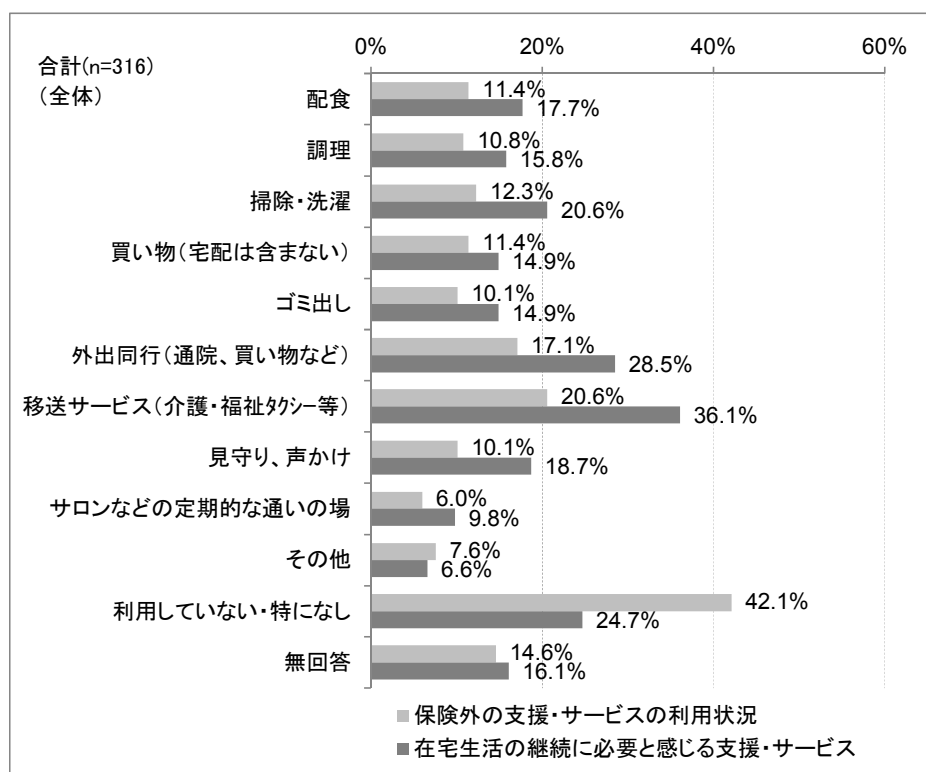
在宅サービスの利用状況は、「通所系のみ」が19.3%、「訪問＋通所」が11.7%、「訪問系のみ」が10.8%で、「未利用」が54.1%となっています。



サ. 保険外の支援・サービスの利用状況と利用意向

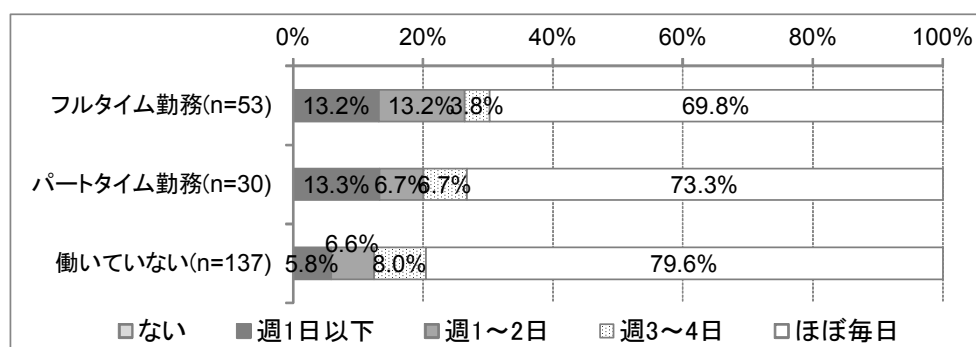
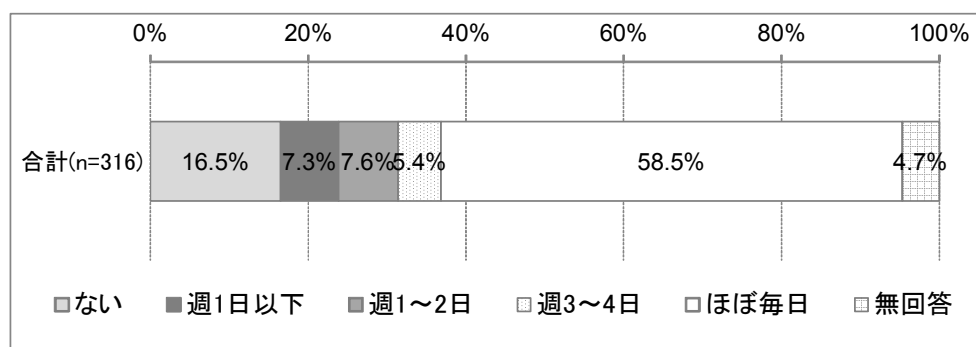
現在利用している保険外の支援・サービスの割合に対して、今後在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスの割合は、いずれのサービスにおいても高くなっています。

特に主な介護者がフルタイム勤務の場合は、その差が大きくなっており、介護保険外のサービスの必要度を強く感じています。



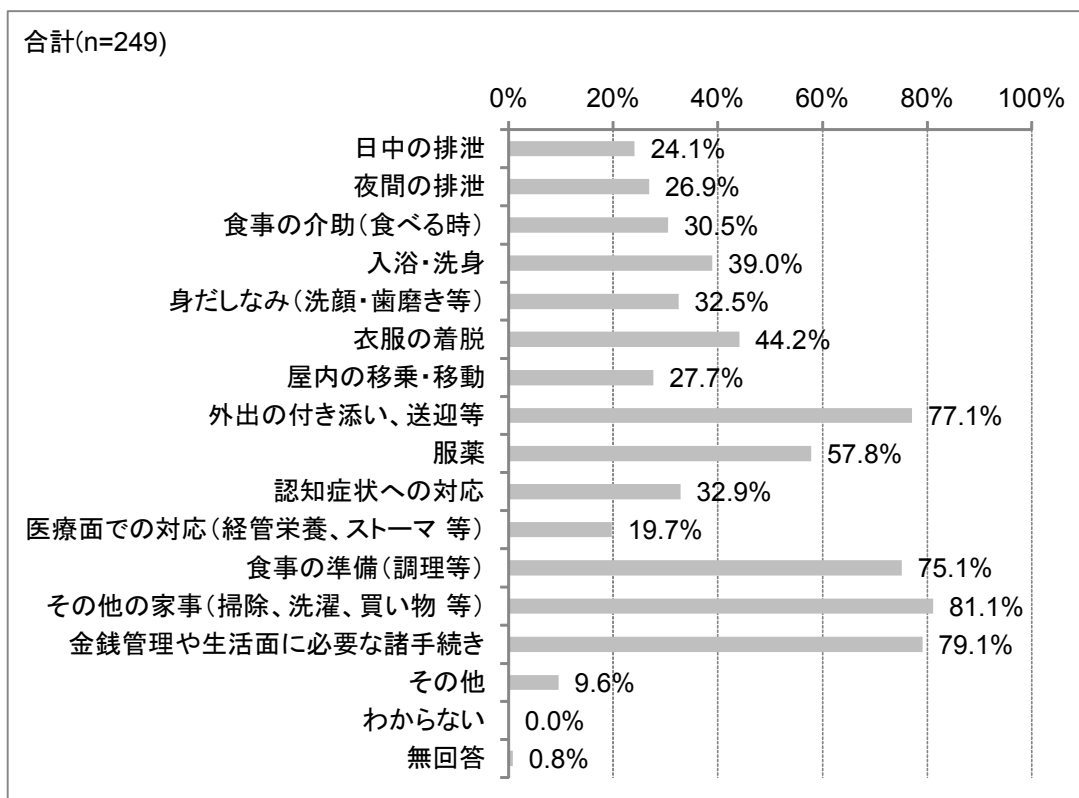
シ. 家族等による介護の頻度

家族等による介護の頻度は、58.5%が「ほぼ毎日」何らかの介護を受けている状態です。主な介護者が働いていない場合は約80%、フルタイム勤務またはパートタイム勤務の場合でも約70%が、「ほぼ毎日」介護を行っている状態です。



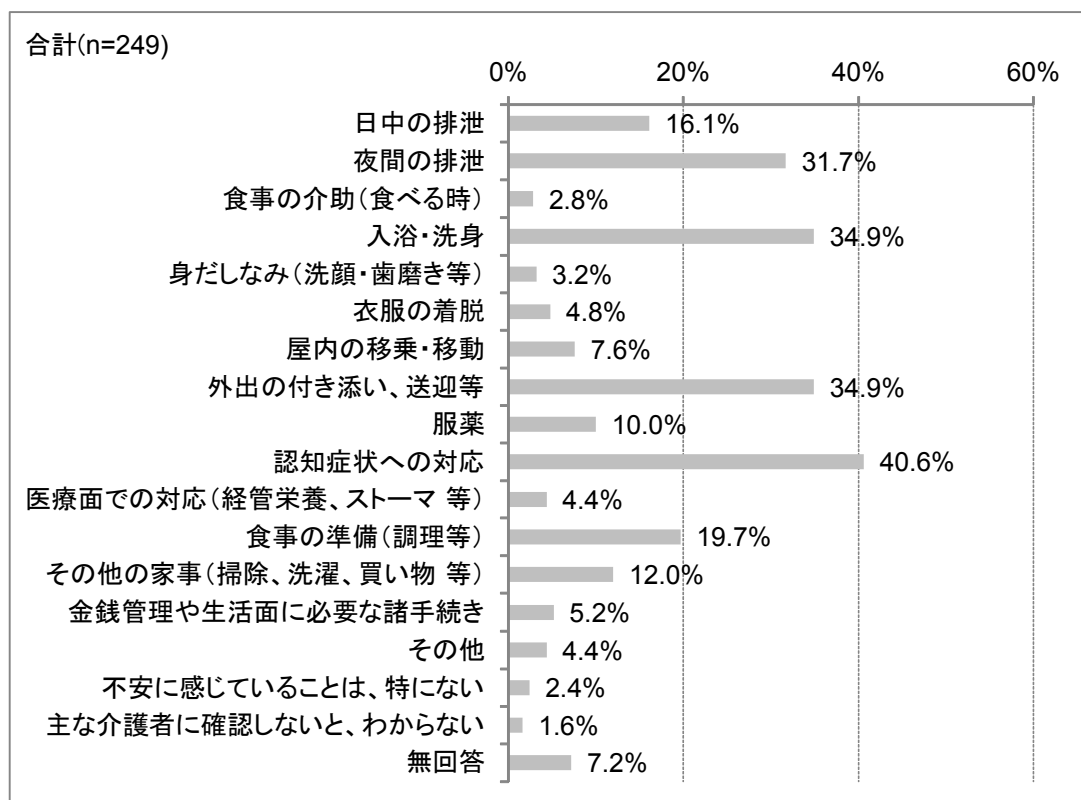
ス. 主な介護者が行っている介護

要介護者が行っているが介護の内容は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」（81.1%）、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」（79.1%）、「外出の付き添い、送迎等」（77.1%）、「食事の準備（調理等）」（75.1%）などの割合が高くなっています。



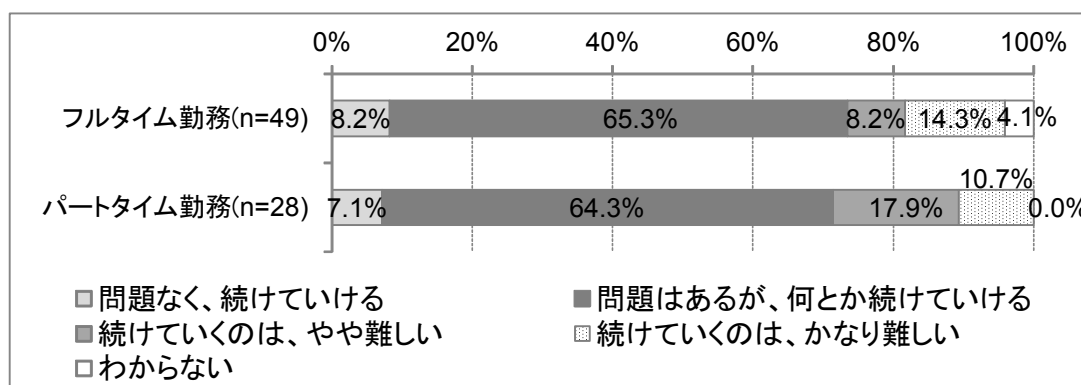
セ. 主な介護者が不安に感じる介護

今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に思う介護は、「認知症状への対応」(40.6%)、「入浴・洗身」(34.9%)、「外出の付き添い、送迎等」(34.9%)、「夜間の排泄」(31.7%)の割合が高くなっています。



ソ. 主な介護者の就労継続見込み

働きながらの介護を『続けていくのは難しい』(「続けていくのは、やや難しい」「続けていくのは、かなり難しい」の合計)と感じている人は、フルタイム勤務の場合は22.5%、パートタイム勤務の場合では28.6%となっています。



第6節 制度改正の概要

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されることを目的としています。

1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進

- ①国から提供されたデータに基づき地域課題を分析したうえで、介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載した介護保険事業計画を策定する。
- ②都道府県による市町村に対する支援事業が創設される。
- ③財政的インセンティブの付与の規定が整備される。

2. 医療・介護の連携の推進等

- ①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設（介護医療院）が創設される。
- ②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定が整備される。

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等

- ①「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念に基づき、市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制づくり、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定が努力義務となる。
- ②高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスが位置づけられる。

4. 介護保険サービス利用者の負担割合の見直し

- ①2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。

5. 介護納付金への総報酬割の導入（2017年8月分の介護納付金から適用）

「地域包括ケアシステムを強化するための介護保険法等の一部を改正する法律」の概要
(2017年5月26日成立、6月2日公布、2018年4月1日施行(一部除く))

第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移

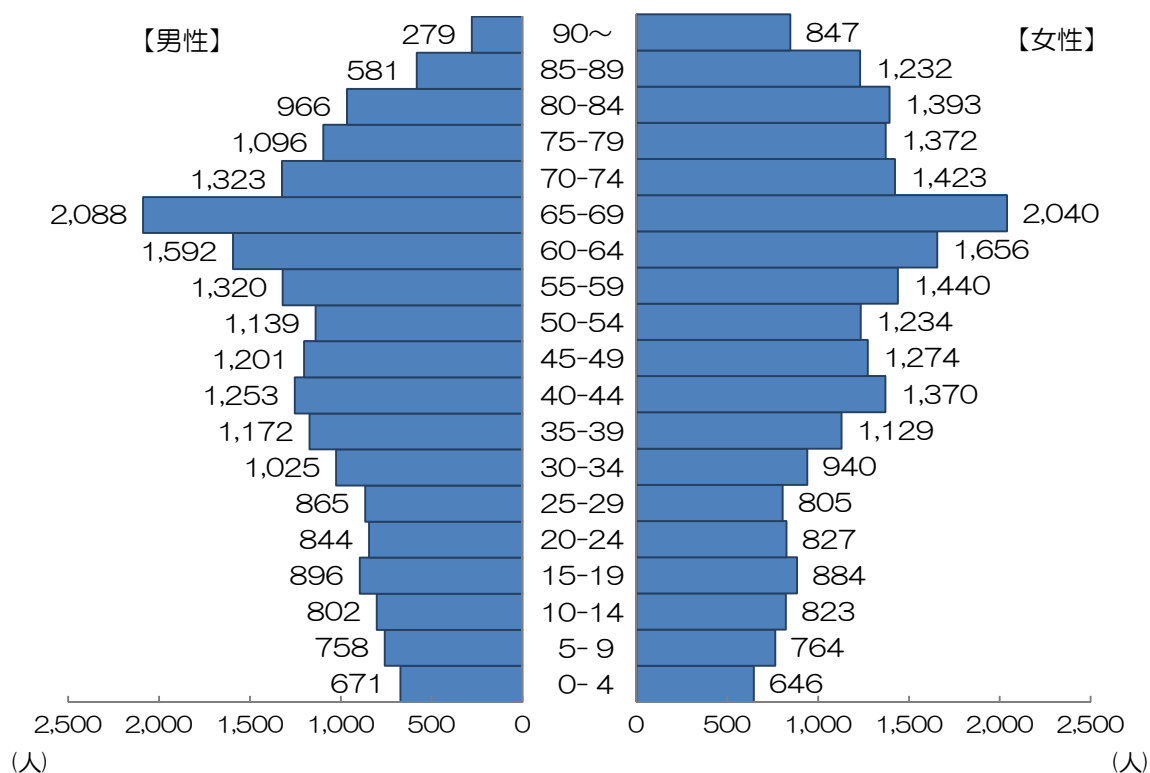
第1節 人口の現状と推移

(1) 人口構成

2017年10月1日時点の住民基本台帳に基づく本市の人口構成は、下記のとおりです。65歳～69歳の年齢層が突出して多くなっています。

【人口構成（2017年10月1日現在）】

総人口	男性	女性
41,970 人	19,871 人 (47.3%)	22,099 人 (52.7%)



【年齢（3区分）別人口構成】

区分	総人口	年少人口 (15歳未満)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)
人口	41,970 人	4,464 人	22,866 人	14,640 人
構成比	100.0%	10.6%	54.5%	34.9%

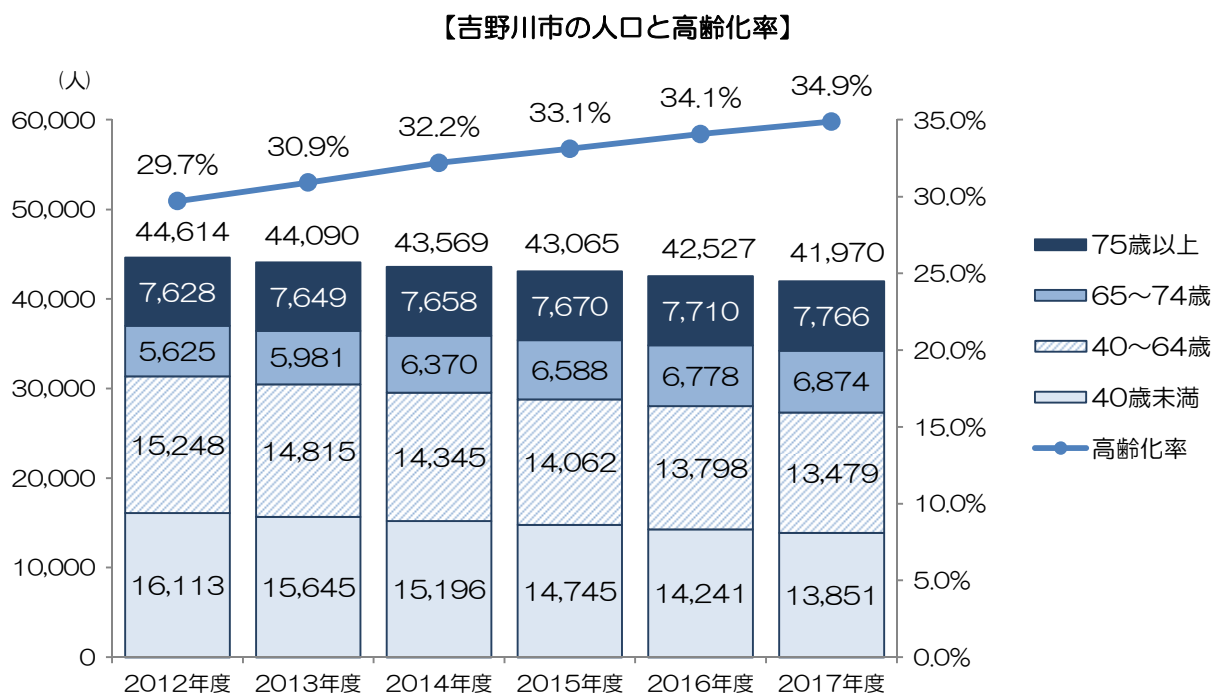
(2) 人口及び高齢化率の状況

本市の総人口は2012年度の44,614人から2,644人減少し、2017年10月1日現在で41,970人となっています。高齢化率は5.2%上昇し、34.9%となっています。

(単位：人)

	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度
総人口	44,614	44,090	43,569	43,065	42,527	41,970
40 歳未満	16,113	15,645	15,196	14,745	14,241	13,851
40～64 歳	15,248	14,815	14,345	14,062	13,798	13,479
65～74 歳	5,625	5,981	6,370	6,588	6,778	6,874
75 歳以上	7,628	7,649	7,658	7,670	7,710	7,766
高齢化率	29.7%	30.9%	32.2%	33.1%	34.1%	34.9%

※各年10月1日時点在（住民基本台帳）



(3) 人口の将来推計

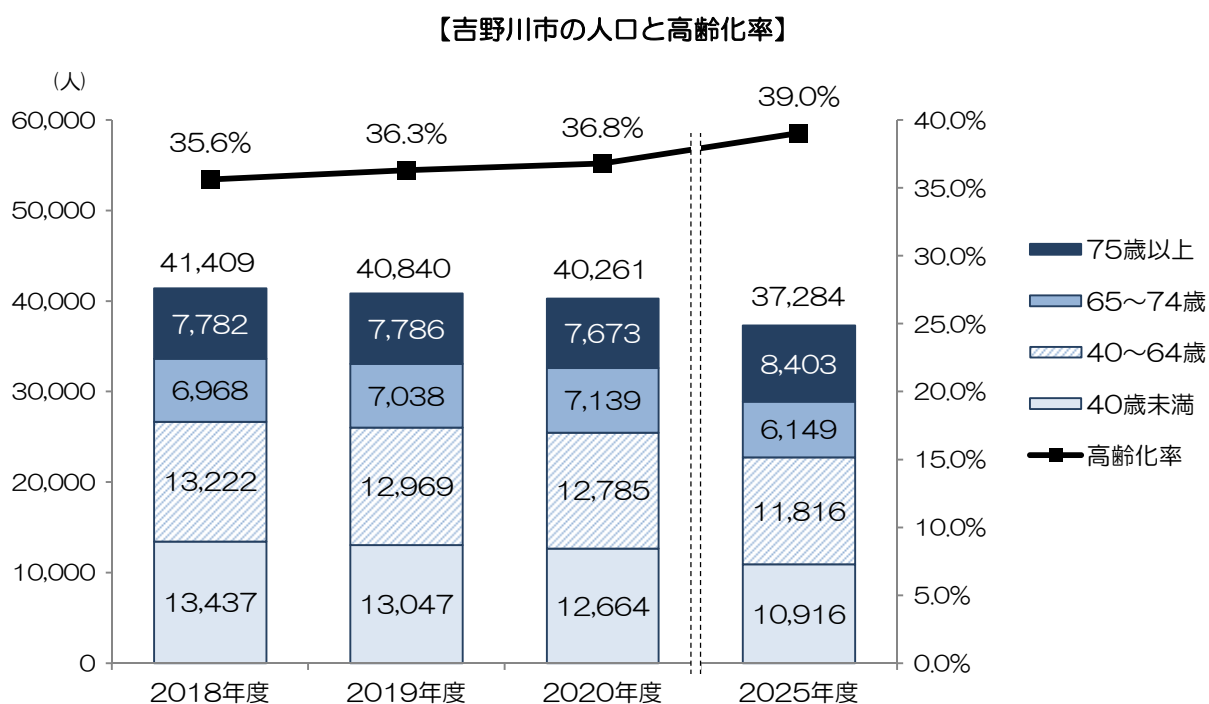
今後の人口の推移を把握するため、2013年～2017年の各10月1日時点（各住民基本台帳）の人口をもとに、コーホート変化率法を用いて推計を行いました。

コーホートとは、同年に出産した集団のことをいい、コーホート変化率法とは、各年齢別の平均余命や進学・就職による移動といった特性を変化率によって反映させる推計方法で、地域の特性をより反映させることができる方法です。

推計結果では、2025年度には高齢化率39.0%となり、第6期計画における推計値を上回って、一層の高齢化が予測されています。

（単位：人）

	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
総人口	41,409	40,840	40,261	37,284
40歳未満	13,437	13,047	12,664	10,916
40～64歳	13,222	12,969	12,785	11,816
65～74歳	6,968	7,038	7,139	6,149
75歳以上	7,782	7,786	7,673	8,403
高齢化率	35.6%	36.3%	36.8%	39.0%



第2節 要介護等認定者の現状と将来推計

(1) 要介護等認定者の推移

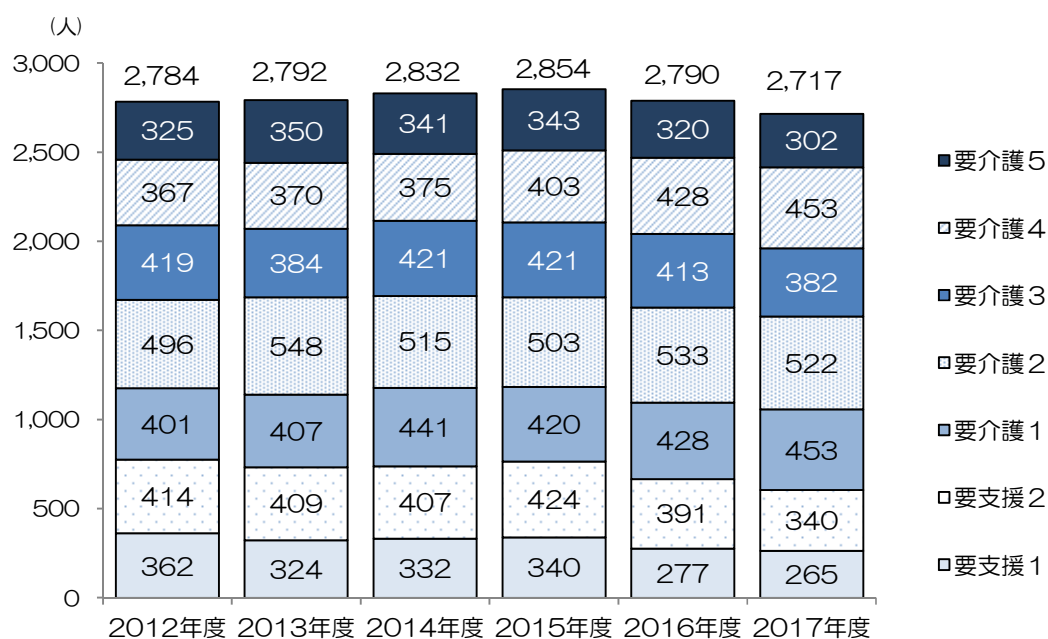
本市の要介護等認定者数は、2012年度の2,784人から67人減少し、2017年7月末現在で2,717人となっています。要支援1、要支援2の該当者は171人減少しているのに対し、要介護1～5の該当者は104人増加しています。

(単位：人)

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
要支援1	362	324	332	340	277	265
要支援2	414	409	407	424	391	340
要介護1	401	407	441	420	428	453
要介護2	496	548	515	503	533	522
要介護3	419	384	421	421	413	382
要介護4	367	370	375	403	428	453
要介護5	325	350	341	343	320	302
合計	2,784	2,792	2,832	2,854	2,790	2,717

※各年9月末時点、2017年のみ7月末（介護保険事業状況報告）

【吉野川市の要介護等認定者の推移】



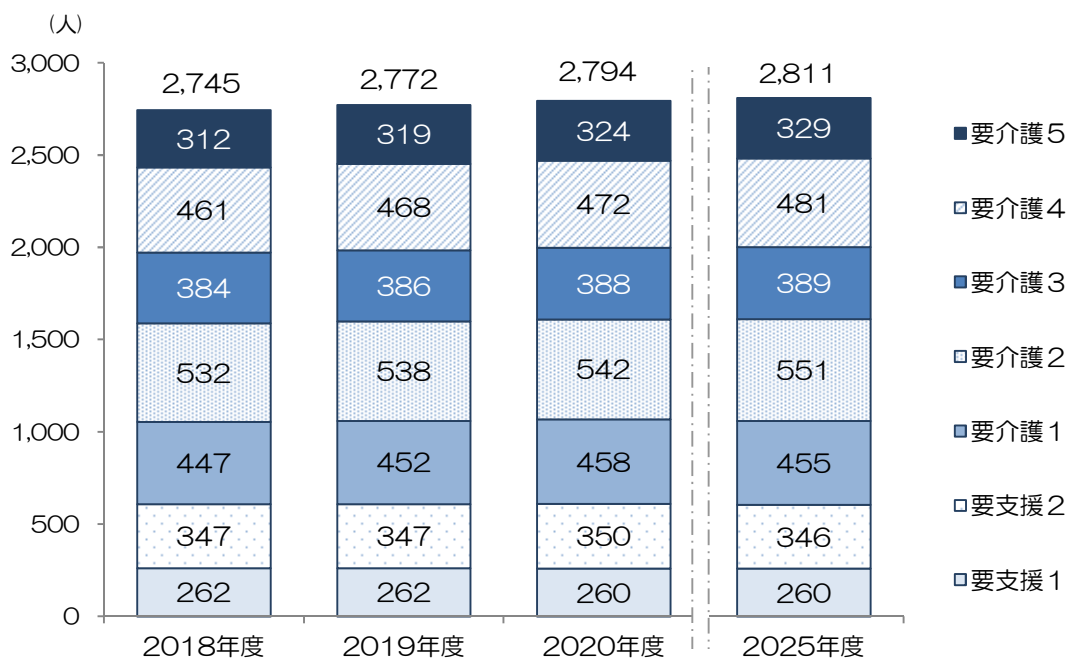
(2) 要介護等認定者の将来推計

人口推計結果と過去の認定率を基に、本計画期間における要支援・要介護認定者の推計を行いました。計画期間の最終年となる2020年度には、2,794人となると見込んでいます。

(単位：人)

	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
要支援1	262	262	260	260
要支援2	347	347	350	346
要介護1	447	452	458	455
要介護2	532	538	542	551
要介護3	384	386	388	389
要介護4	461	468	472	481
要介護5	312	319	324	329
合計	2,745	2,772	2,794	2,811

【吉野川市の要介護等認定者の推計】



第3章 計画の基本構想

第1節 基本理念

高齢化が進む中、高齢者のライフサイクルや生活意識、ニーズ等がさらに多様化していくことが予測されます。高齢期を迎えてもそれぞれの人が豊富な経験や知識、特技等を地域社会に活かすことができる環境づくりとともに、お互いに助けあい支えあう参加と協働の地域づくりを推進していく必要があります。

一方で、要介護者が増加する中で、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、自立し安心して生活していくことができるよう、市民、事業者等と連携・協働して、高齢者の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構築に向け、計画を推進していく必要があります。

『世代を超えて、夢つぐまち、～新・生活創造都市をめざして～』を将来の都市像と定め、市民一人ひとりが、吉野川市に住んでいてよかったと幸せを実感できるようなまちを目標としています。

私たちがおかれている状況や介護保険制度改正の考え方を踏まえ、第7期の本計画では、『住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの構築）』を第7期計画の基本理念とします。

第2節 日常生活圏域の設定

「日常生活圏域」とは、高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら安心して生活できる環境を整備するため、日常の生活で結びつきのある地域を範囲として、その区域単位に必要なサービスを整備していこうというものです。

今回の第7期介護保険事業計画においても、これまでに設定した日常生活圏域を引き継ぎ、本市全体を一つの圏域として定めます。

第3節 計画目標

第7期計画の基本理念である『住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの構築）』に向け、7つの計画目標を掲げ、総合的に施策を推進します。

計画目標1 健康づくり・介護予防の推進

計画目標2 地域で安心して暮らし続けられる介護・福祉の充実

計画目標3 在宅医療・介護連携の推進

計画目標4 認知症施策の総合的な推進

計画目標5 地域で支えあう仕組みづくりの推進

計画目標6 地域における安心生活の確保

計画目標7 サービスの質の向上と適正利用の促進

第4節 施策体系

国は、団塊の世代の高齢者が75歳以上となる2025年に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供して、支援が必要な高齢者の住み慣れた地域における生活を支援する地域包括ケアシステムの推進をめざします。

市では、高齢者だけでなく、障害者や子育て世帯、生活困窮者など、誰もが住み慣れた地域で互いに支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の形成を目指します。

後期高齢者の増加による医療・介護需要の増大やひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加等による地域支えあいの必要性の高まりの中、健康づくりなどに関する意識の向上を図るとともに、地域・社会活動、健康増進や介護予防の活動など地域や社会に参加して人と関わりを持ちながら、いつまでも生きがいをもって元気に活躍できる生涯現役社会を推進します。

基本目標1：健康づくり・介護予防の推進

重点目標	個別施策
(1) 多様な健康づくりの推進	①健康日本21計画取組
	②がん検診等による疾病の早期発見と予防
	③特定健診・特定保健指導の実施
	④糖尿病性腎症重症化予防の取組
(2) 介護予防の総合的な推進 一般介護予防事業 介護予防・生活支援サービス事業	①介護予防普及啓発事業
	②地域介護予防活動支援事業
	③地域リハビリテーション活動支援事業
	④介護予防把握事業
	⑤支え合いサロン
	⑥介護予防・生活支援サービス事業の充実
	⑦自立支援、介護予防・重症化予防の推進

基本目標２：地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

重点目標	個別施策
(１) 地域包括支援センターの充実強化	①地域包括支援センターの相談支援の充実
	②地域包括支援センターの体制強化
	③高齢者の実態把握
(２) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント	①地域ケア会議の推進
	②適切なケアマネジメントの推進
(３) 在宅生活の支援	①地域密着型サービスの基盤整備
	②施設サービス等への支援
	③在宅サービス・生活支援の実施
	④家族等介護者への支援

基本目標３：在宅医療・介護連携の推進

重点目標	個別施策
(１) 医療と介護の連携強化	①在宅医療介護連携推進事業協議会
(２) 在宅医療の市民への普及啓発	①在宅医療の市民への普及啓発
(３) 在宅医療・介護情報の共有	①地域の医療・介護資源の把握
	②在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討
	③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
	④在宅医療・介護関係者の情報共有の支援
(４) 医療・介護専門職のネットワークづくり	①在宅医療・介護連携に関する相談支援
	②医療・介護関係者の研修の充実

基本目標４：認知症施策の総合的な推進

重点目標	個別施策
(１) 認知症の予防	①認知症講演会・介護予防講演会の開催
	②介護予防教室（認知症予防）の取り組み
(２) 認知症のケアパスと相談支援体制の推進	①認知症ケアパスの作成・普及
	②相談・支援体制の充実
(３) 認知症の早期発見・早期支援の取組（認知症初期集中支援チーム）	
(４) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座）	①認知症サポーターの養成及び見守り
(５) 認知症の人と家族介護者への支援の充実	①認知症の方と家族のつどい
	②認知症カフェの開設
	③「認知症初期集中支援チーム」との連携による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整
(６) 地域のネットワークづくり	①医療機関及び各関係機関等との連携
	②サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
	③認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

基本目標５：地域で支えあう仕組みづくりの推進

重点目標	個別施策
(１) 支えあい活動の推進 （生活支援サービス体制の整備）	①地域生活支援（地域ケア）の整備
	②コーディネーターの配置
	③協議体の設置
(２) 高齢者見守り施策の推進	①高齢者見守りネットワークの推進
	②地区社協の活動
	③地域自立生活支援事業
	④緊急通報体制整備事業
	⑤避難行動要支援者支援の推進
(３) 権利擁護の推進	①高齢者虐待の防止
	②成年後見制度の活用
	③日常生活自立支援事業の実施
	④消費者被害防止施策の推進
(４) 生きがいづくり支援	①高齢者の生きがいと健康づくり事業
	②老人クラブ

基本目標6：地域における安心生活の確保

重点目標	個別施策
(1) 施設福祉サービスの充実	①養護老人ホーム
	②老人福祉センター
	③高齢者生活支援ハウス
(2) 在宅福祉サービスの充実	①「食」の自立支援事業
	②高齢者住宅改造助成事業

基本目標7：サービスの質の向上と適正利用の促進

個別施策
(1) 介護支援専門員の専門性の向上に対する支援
(2) 地域密着型サービス連絡協議会
(3) 事業所監査指導
(4) 介護給付適正化事業
(5) 介護人材の育成支援

第4章 施策の取り組み

第1節 健康づくり・介護予防の推進

市は、2016年4月から、予防給付の訪問介護・通所介護サービスを地域支援事業へ移行し、介護予防・日常生活支援総合事業を開始しました。従来の予防給付に相当するサービスのほか、市独自基準によるサービスを実施しています。

高齢者が、生涯にわたり心身ともに健康であるための健康づくりや介護予防の取り組みを推進し、健康寿命の延伸を目指します。

また、高齢者の経験や知識を活かし、社会的役割や生きがいを持って活動・活躍できるよう、社会参加を促します。

国は2018年度の介護保険法の改正において、自治体が保険者機能を発揮し自立支援・重症化防止に取り組む目標を掲げています。市においてもデータに基づく課題分析を行い、地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等になることの予防、又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に取り組みます。

(1) 多様な健康づくりの推進

①健康日本21計画

健康よしのがわ21計画の取り組み

健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現するため、糖尿病などの生活習慣病の発症予防と重症化予防について、市民の健康実態を把握・分析し、関係各課、関係機関等と情報や課題を共有し、連携しながら解決のため施策等に反映していきます。

また、市民に対しても市の健康実態の周知を行い、市民一人ひとりが健康増進や生活習慣病予防のために主体的に活動できるよう働きかけていきます。

ア. ライフステージに応じた食育の推進

高齢者の健診結果や健康相談結果に基づき、食生活の状況を把握し、低栄養の予防や高血圧予防などについて知識を普及するとともに、食生活改善推進員（ヘルスメイト）、地区組織等、高齢者の食支援を実施する団体や組織と連携をはかり、効果的な食支援に取り組んでいきます。

イ. 口腔機能の維持向上

歯周疾患検診や介護予防教室などにより、糖尿病や肺炎の予防等、口腔ケアの必要性を普及啓発していきます。

ウ. 生活習慣病対策

後期高齢者や国保加入者以外の生活習慣病対策として、健診結果から、高血圧や高血糖、脂質異常、CKD（慢性腎疾患）など医師等が生活習慣の改善が必要と判断した方を対象に重症化予防のための保健指導や栄養指導を行い、継続して受診や治療が受けられるよう支援していきます。

また、高齢者だけでなく若者や乳幼児期など全世代にわたり、関係各課、医療機関と連携を図りながら生活習慣病予防の対策を進めていきます。

エ. 精神保健対策等の推進

高齢期のうつや精神疾患、メンタルヘルスについて、正しい知識や情報発信を広く行います。

精神疾患や障害のある方に対しては、家族や支援者も含めて相談に応じるほか、解決すべき課題を把握し、医療機関や専門相談機関と連携して早期支援につなげます。

また、疾患があっても地域で継続して生活できるよう関係機関や地域の支援者とともに支援の対策を進めていきます。

②がん検診等による疾病の早期発見と予防

高齢化とともにがんの発症や、がんによる死亡の増加に対応するため、若い世代からがん予防対策を進め、検診の受診率向上を目指し、がんの早期発見と予防に努めます。

また、検診の精度管理にも注視し、より質の高い検診を提供できるよう検診機関、医療機関等と連携強化を図ります。

③特定健診・特定保健指導の実施

生活習慣病予防と医療費の適正化を目的として、40 歳から 74 歳までの国民健康保険の被保険者に対して特定健康診査を実施し、健診結果から生活習慣病のリスクのある人に対して特定保健指導を実施します。

第3期吉野川市国民健康保険特定健康診査等実施計画に定めた実施率目標を達成するため、次の取り組みを行います。

ア. 健診受診率向上策

- ・未受診者に対し、受診勧奨の案内はがきを送付します。また、電話での受診勧奨も行います。
- ・40 歳になった初年度対象者や新規資格取得者に対して、訪問による受診勧奨を行います。
- ・初回受診者や有所見者への保健指導と次年度の受診勧奨を行います。
- ・一般衛生部門と協力し、がん検診と特定（集団）健診を同日に実施します。

イ. 保健指導実施率向上策

- ・集団健診受診者には、健診当日に保健指導日を決めて、必ず保健指導を実施します。
- ・生活習慣に起因するものであるため、対象者のみでなく、家族全体の健康状態の把握に努め、必要な保健指導を実施します。

④糖尿病性腎症重症化予防の取組

糖尿病重症化リスクの高い医療機関未受診者、及び受診中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対し、主治医の判断による保健指導対象者の選定を行い、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を抑えます。

また、保健指導実施にあたっては、かかりつけ医や腎専門医などと連携し、患者に対して継続的な支援を行います。

(2) 介護予防の総合的な推進

①介護予防普及啓発事業

筋力アップ教室をはじめ、パンフレットの作成・配布、各利用者の介護予防事業の実施の記録等を記載する介護予防手帳の配布、高齢者の健康づくりや認知症の予防等をテーマにした講演会の実施等によって介護予防に資する基本的な知識を普及啓発しています。

《現状・課題》

介護予防の基本的な知識の普及啓発活動として、日常的な運動の習慣づけと機能向上を図るための筋力アップ教室の開催、ゴムチューブを使った体操やストレッチ等を解説付きで収録したDVDやパンフレットの配布、理学療法士等の専門職を派遣しての健康づくり支援などを継続的に実施しました。

《今後の方向性》

市民に負担が少なく継続して実施することで介護予防につながる様々なメニューを工夫して行い、普及啓発、健康維持の支援を続けていきます。

ア. 運動器の機能向上事業（筋力アップ教室「パワー・デイ」）

水中運動やマシントレーニングを利用した筋力アップ教室を実施し、転倒しない身体づくりや積極的な運動等を習慣づけてもらうことで高齢者の運動器の機能向上を図っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
実施回数	196回	304回	310回	312回	313回	315回
参加延人数	919人	1,167人	1,300人	1,301人	1,315人	1,323人

《現状・課題》

高齢者の運動機能の向上を図るための普及啓発を兼ねた、在宅でもできる運動の習慣を身につけることを目的として実施していますが、教室終了後の継続が十分に生かされていない状況です。

《今後の方向性》

事業趣旨を再確認し、マシンやプールを利用しない簡易な運動を在宅で継続していけるよう啓発を図っていきます。

②地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材育成のための研修や、地域で開催される介護予防に資する地域活動組織の育成・支援のための事業等を実施しています。

《現状・課題》

介護予防教室の定期的な開催、介護予防サポーターの養成を継続的に行い、介護予防への関心と高齢者等の社会参加の場を支援しました。

《今後の方向性》

介護予防意識を高めるため、引き続き支援を行います。

ア. 介護予防教室

介護予防教室は、地域における市民団体の自主的活動支援の一環として、市内 44 箇所で開催しています。各会場において、介護予防体操を年 2 回、栄養改善講座、口腔ケア講座、認知症予防講座をそれぞれ年 1 回程度実施しています。

		実績		見込み	目標		
		2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
実施か所数		43 か所	43 か所	44 か所	45 か所	46 か所	47 か所
実施回数		234 回	240 回	252 回	255 回	257 回	260 回
参加延人数		4,082 人	4,140 人	4,150 人	4,160 人	4,170 人	4,180 人
内 訳	健康相談	2,167 人	2,188 人	2,190 人	2,190 人	2,195 人	2,200 人
	介護予防体操	719 人	771 人	780 人	780 人	780 人	780 人
	栄養改善講座	393 人	395 人	395 人	395 人	395 人	395 人
	口腔ケア講座	391 人	386 人	385 人	385 人	385 人	385 人
	認知症予防講座	412 人	400 人	400 人	410 人	415 人	420 人

《現状・課題》

介護予防体操、栄養改善講座、口腔ケア教室、認知症予防教室などを実施することで、グループの自主化が図られました。今後、自主グループの充実強化及び継続支援を行いながら、未実施の地域へのグループ化を図っていく必要があります。

《今後の方向性》

介護予防推進に係るボランティア等の人材育成を図るための研修、地域への支援を継続して図っていきます。

イ. 介護予防サポーター養成講座

地域において介護予防の自主活動を展開するリーダー及びボランティアとなる「介護予防サポーター」の育成を行っています。介護予防のための運動や認知症予防についての習得に加え、その後のフォローアップとして、新しい知識を習得する研修会を開催しています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
実施回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回
参加延人数	27人	25人	25人	25人	27人	30人

《現状・課題》

介護予防教室などにおいて、中心的な役割を果たす介護予防サポーターの育成が継続的に実施されました。今後、サポーターが活躍できる機会を提供していくことが必要となっています。

《今後の方向性》

介護予防教室などにおいて、市と地域、サポーターが連携し活動の幅を広げていけるよう支援を継続して行っています。

③地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリ教室）

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、積極的に自主活動を行っている団体に対し、リハビリテーション専門職が一定期間、定期的に支援することにより、運動方法を学び、その後においても、住民自らが介護予防の取り組みを継続的に実践し、要介護状態となっても参加し続けることのできる憩いの場づくりの展開を図っていきます。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
実施回数	5回	6回	5回	5回	5回	5回
参加延人数	745 人	1,175 人	800 人	800 人	800 人	800 人

《現状・課題》

地域で自主的に活動を行っているグループに対して、一定期間、定期的に理学療法士等の専門職が関わり正しい運動方法を学ぶことができる健康づくりの場や憩いの場として活用されています。

《今後の方向性》

地域住民への普及啓発も併せて行い継続的に運動ができる機会を支援して、身近な場所で気軽に通いの場として交流を図りながら介護予防の取組をしてもらい、高齢者が自立した生活を送ることができるような事業を展開していく。

④介護予防把握事業

地域の実情を踏まえて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげていきます。

《現状・課題》

自宅に閉じこもりがちの高齢者に対して、スポーツやレクリエーション、介護予防活動等、老人クラブを通して実施し、外出や交流する機会の提供を支援しています。

《今後の方向性》

多様な内容を提供しながら閉じこもり高齢者の外出機会や交流機会を継続的に増やしていきます。

⑤支え合いサロン（仮称）

高齢者を年齢や心身の状況によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現をめざします。

2025 年に向けて、高齢者人口の1割以上が通いの場に参加することを目標に、介護予防・閉じこもり予防・健康づくりなどのため、身近な拠点に集まり、体操をしたり、お茶を飲んだりしながら、無理なく仲間づくりや社会参加をする交流の場を展開していきます。

従来の介護予防教室やリハビリ教室が支え合いサロンとして展開できるように支援していきます。

	目標		
	2018 年度	2019 年度	2020 年度
実施箇所	15 か所	20 か所	25 か所
実施回数	360 回	480 回	600 回
参加実人数	500 人	700 人	900 人

⑥介護予防・生活支援サービス事業の充実

要支援認定を受けている者及び基本チェックリスト該当者（事業対象者）に対して、下記の支援を提供します。

事業	内 容
訪問型サービス	対象者に対し、身体介護や掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	対象者に対し、生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニング、食事、入浴などのサービスを提供
訪問型サービス 生活緩和型	対象者に対し、調理や掃除などの生活援助を利用者と共に行い、利用者自身ができることが増えるようにサービスを提供
通所型サービス 緩和型	運動・レクリエーションや閉じこもり予防等、心身機能の維持・向上のためのプログラムを提供
その他の 生活支援サービス	対象者に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防 ケアマネジメント	対象者に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを提供

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
訪問型サービス		825 件	360 件	370 件	370 件	370 件
通所型サービス		1,255 件	2,000 件	2,060 件	2,120 件	2,180 件
訪問型サービス 生活緩和型			1,800 件	1,830 件	1,860 件	1,890 件
通所型サービス 緩和型			1,200 件	1,230 件	1,260 件	1,290 件
介護予防ケア マネジメント		1,493 件	3,000 件	3,060 件	3,120 件	3,180 件

《現状・課題》

2016 年 4 月より通所型サービス（通所介護相当サービス）と訪問型サービス（訪問介護相当サービス）へ移行し、2017 年 4 月からは通所型サービス（緩和型）と訪問型サービス（生活緩和型）も実施しています。

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成や発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行うために、生活支援コーディネーターとも連携して、生活支援体制整備事業を進めています。

《今後の方向性》

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成や発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行うために、生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーターとも連携して、多様な担い手による多様なサービスが提供できるように地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等への効果的効率的な支援が図られるよう引き続き総合事業を実施します。

⑦自立支援、介護予防・重症化予防の推進

当市の40歳から64歳の第2号被保険者の要介護認定の割合は、国や県などとはほぼ同じ割合です。有病状況については糖尿病22.3%、心臓病27.7%、脳血管疾患20.5%など生活習慣病の重症化があげられます。中でも、健診未受診者の人や健診で医療機関への受診が必要である状態であっても受診しなかった結果、生活習慣病が重症化しています。

また、第1号被保険者の要介護認定の割合においても、国と比較して高い状況にあり、前期高齢者の認定率3.8%に対して、後期高齢者では30%と認定者が増加しています。

その対策としては、介護認定者が急増する75歳前の人を対象とした介護予防の取組を行います。

74歳以下で介護度が軽度である事業対象者、要支援1・2、及び要介護1・2認定者のうち、脳血管疾患の既往、心臓疾患、糖尿病もある人に対し、再発症による介護の重度化予防や糖尿病性腎症の予防の視点でのケアプランの作成を行う取り組みを新たに実施します。

地域包括支援センター職員や介護支援専門員は、要介護認定者のケアプランを作成し、そのケアプランは認定者の自立に資するものとされています。要認定者にとっても、ケアプランが介護度の重症化予防につながるもの、自立支援に資するものとなることが重要です。

そのため、地域包括支援センター職員や介護支援専門員が当市の介護保険の状況や介護度の重症化予防の重要性を理解し、ケアプランに反映させる視点を持つことが重要です。

市では、地域包括支援センター職員・介護支援専門員を対象とした研修会において、疾病の重症化予防の意義や具体的な疾病については学習を実施します。

第2節 地域で安心して暮らし続けるための介護・福祉の充実

(1) 地域包括支援センターの充実強化

①地域包括支援センターの相談支援の充実

ア. 総合相談支援事業

高齢者の健康や介護に関することなど、気軽に相談できる「総合相談窓口」を地域包括支援センターに設置し、開庁時間はいつでも相談に応じられる体制をとって、高齢者を取り巻く保健・医療・福祉・介護に関する様々な相談を受けています。また、必要に応じて訪問により、その人の心身状況や生活の実態を把握するとともに、適切な制度・事業やサービス等の紹介、さらに各種サービスの利用につなげる等の調整や支援を行っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
相談件数	399件	471件	480件	485件	490件	495件

《現状・課題》

高齢化や価値観の多様化に伴い、住民個人が抱える問題も複雑化してきており相談件数も増加傾向にあります。また、認知症関連の相談も増加しており専門職による対応を図っています。

《今後の方向性》

相談内容によっては継続的・専門的な支援を要するケースも多く、様々な関係機関との連携が不可欠なものとなっています。相談者やその家族が安心して生活を送ることができるよう引き続き支援を行うとともに、気軽に相談に訪れることができる環境づくりにも取り組んでいきます。

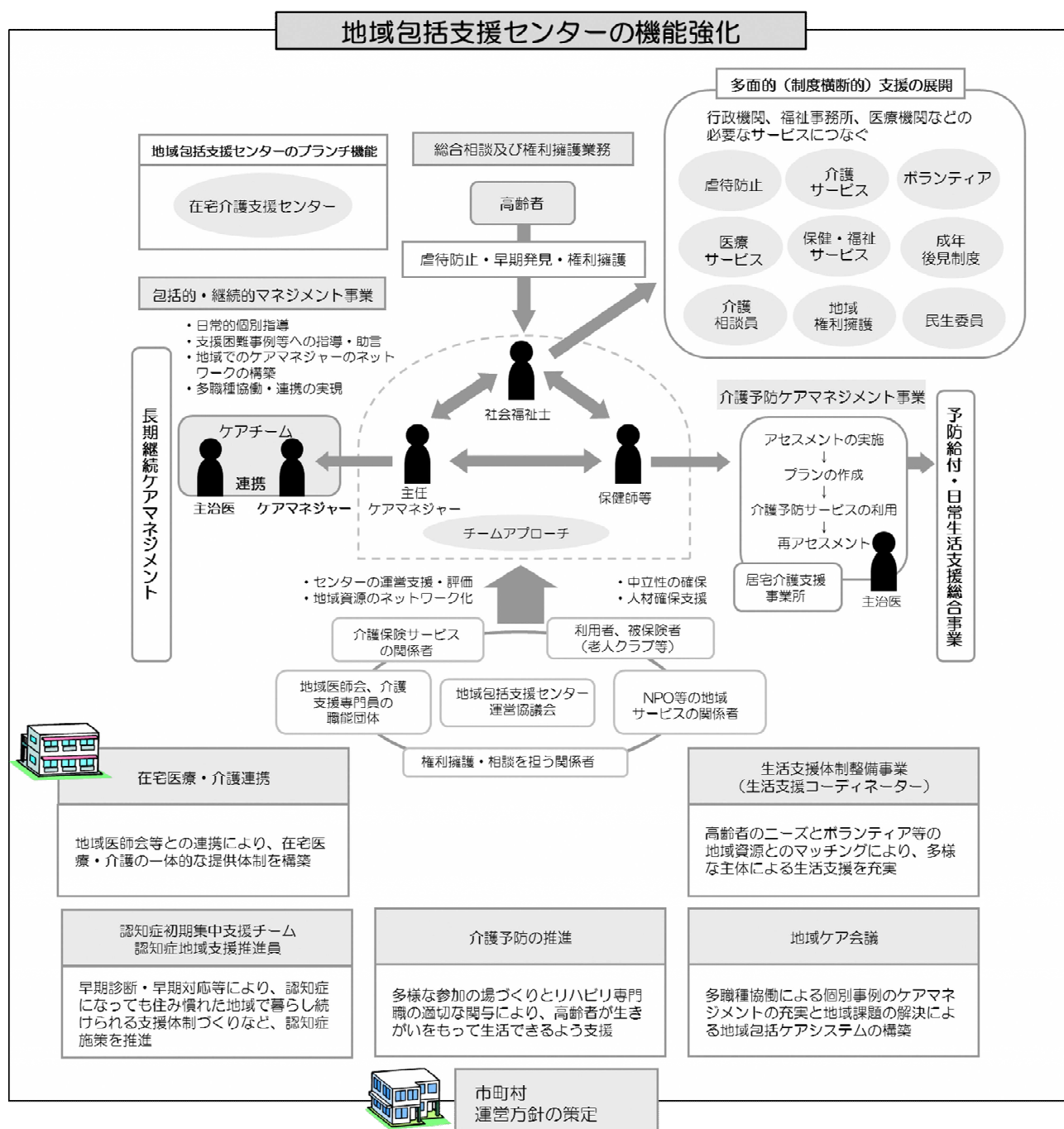
②地域包括支援センターの体制強化

地域包括支援センターでは、高齢者人口の増加に伴う相談件数や困難事例の増加、相談対象拡充の市民への浸透による相談需要の増大に加え、介護予防ケアマネジメントの推進、もの忘れ相談や認知症支援の充実、医療・介護連携の推進、地域ケア会議の充実など、多くの役割を担うようになっていきます。これらの業務量の変化を踏まえ、人員体制を検討し、必要な対策を講じます。

地域包括支援センターの業務の負担軽減のため、ランチである在宅介護支援センター（5か所）と連携しながら、一層の充実を図ります。

③高齢者の実態把握

ひとり暮らし高齢者の生活状況を把握し、心身の状態悪化や孤立の状況などの早期発見、早期対応をするために実態把握を行い、必要なサービスの説明を行い、在宅での生活が継続できるように支援します。



(2) 地域ケア会議と適切なケアマネジメント

①地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に推進する地域包括ケアシステムの構築に向けた協議を進めているところです。

当市では、次のような地域ケア会議を開催し、他の事業とも連携を取り、地域の課題解決に向けた具体的な支援策を考えていきます。地域の課題は社会背景などにより常に変わっていくことが予想されますが、その都度、地域の実態を把握して課題を抽出し、その課題に対しての具体的な対応策や支援策の協議・検討が必要になっていきます。

【個別地域ケア会議】

- ・個別ケースについて多様な職種及び関係機関が一堂に会し、それぞれの専門的な視点から検討を行うことにより、課題を解決します。
- ・地域包括支援センター職員や介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、自立支援に資するケアマネジメント等の支援の質を高めます。

【地域ケア会議】

- ・地域の関係機関等の相互の連携を高めます。
- ・地域の実情や現状を総合的に判断して、解決すべき地域課題を明らかにします。
- ・インフォーマルサービスや高齢者見守りネットワークなど、個別的な地域課題に応じた解決策や必要な地域資源を地域で開発し、住民組織や関係者の役割や得意分野を行かした地域づくりにつなげていきます。

【市域の地域ケア会議】

- ・地域課題の解決のための政策等を立案し、ネットワーク構築機能や地域づくり・資源開発を十分に発揮するための施策等を立案します。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
個別地域ケア会議	9 回	17 回	20 回	20 回	22 回	24 回
地域ケア会議	6 回	6 回	6 回	6 回	6 回	6 回
市域の地域ケア会議	2 回	12 回	12 回	8 回	8 回	8 回

＜現状・課題＞

個別事例の検討に加え、多職種協働によるケアマネジメント支援や地域課題の把握を行い、地域のネットワーク構築につなげ定着してきています。

＜今後の方向性＞

地域包括ケアシステムの実現に向けて、さらに取り組み強化を図ります。

②適切なケアマネジメントの推進

介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念を実現するために、適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

「自立と生活の質の向上」をめざし、生活習慣病の予防の視点でのケアプラン作成ができるように支援を行います。

また、他のケアマネジャーの指導・助言や保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携などの役割が求められている主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）が地域包括支援センターと協力して地域での活動を支援するとともに、主任ケアマネジャーと連携したケアプラン支援を実施します。

吉野川市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援し、介護支援専門員相互の情報交換等による資質の向上を図っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
介護支援専門員連絡会	6回	6回	6回	6回	6回	6回

※地域包括ケア会議同時開催

＜現状・課題＞

吉野川市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援すると共に、介護支援専門員の情報交換等による資質の向上を図っています。

また、必要に応じて、地域包括支援センターの専門職員や関係機関とも連携し、事例検討や研修の実施、介護支援専門員同士の連帯を深めています。

＜今後の方向性＞

介護支援専門員の研修会等を開催し、介護支援専門員がスキルアップできる環境を提供すると共に、多様な機関を巻き込み充実したネットワークを構築し、より質の高いサービスを提供することができるよう支援を行います。

(3) 在宅生活の支援

①地域密着型サービスの基盤整備

介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、第6期計画においてまとめた2025年を目処とする配置の基本的な考え方に基づき、計画的な整備を推進します。

在宅生活の継続や家族介護者の負担を軽減するため、重要なサービスである小規模多機能型居宅介護が利用できるように支援します。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、市民のニーズや事業者の参入動向を踏まえ、2025年を見据えた配置の考え方を検討していきます。

認知症対応型通所介護については、稼働率や市民ニーズを踏まえ、方向性を検討します。

介護保険法の改正により、2016年度より通所介護のうち定員18人以下の事業所は、地域密着型サービスとして位置付けられました。現在の事業所の整備状況を考慮し、サービスのあり方について検討します。

国の地域共生社会の実現に取り組みの中で、障害者が65歳以上となった時に、それまで利用してきた障害福祉サービス事業所を引き続き介護保険サービス事業所として利用しやすいよう、新たな「共生型サービス」が位置づけされます。国の検討状況や事業者の参入意向を注視しながら、障害福祉所管課と連携を図り検討を進めます。

②施設サービス等への支援

市内に3か所ある介護療養病床については、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」として機能を兼ね備えた施設として新たに創設される「介護医療院」への転換を含め、施設の意向や国の動向を注視し、的確に対応していきます。

③在宅サービス・生活支援の実施

ひとり暮らし等で食事の準備が困難な高齢者に対して、地域の社会福祉法人が栄養バランスのよい食事を提供して、見守りと安否の確認を行います。

④家族等介護者への支援

ア. 家族介護用品支給事業

高齢者を在宅で介護している家族を対象に成人用紙おむつ等の介護用品を購入できる給付券を発行し、経済的、身体的負担の軽減を図っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
利用実人数	42人	39人	40人	41人	42人	43人
利用延回数	368回	337回	340回	343回	347回	350回

《現状・課題》

在宅で生活をされている要介護4又は5の認定を受けられている方を介護する家族等の経済的・精神的な負担の軽減が図られています。

《今後の方向性》

事業の有効活用に努め、在宅で介護にあたる家族等の負担軽減を図るため、引き続き事業を実施します。

イ. 家族介護慰労事業

施設や居宅介護サービスを利用せず、重度の高齢者を在宅で介護している家族の精神的、経済的負担を軽減し、在宅生活の継続、生活状況の向上を図り、介護サービスの増大を抑制しています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
利用実人数	1人	1人	2人	2人	2人	2人

《現状・課題》

介護保険サービスを利用せずに在宅で介護を行っている要介護4又は5の認定を受けられている方の家族等に対して、慰労金を支給することにより精神的・経済的な負担の軽減を図りました。

《今後の方向性》

広報等を活用し制度の周知を行うと共に、関係機関と連携して制度該当者の把握を行い、事業の有効活用を図ります。

ウ. 家族介護教室

高齢者を介護している家族や近隣の援助者等に対して、介護方法や介護予防について知識や技術を習得する機会を提供することで、要介護者が適切な介護を受けることができるよう支援しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
参加延人員	166 人	181 人	180 人	182 人	183 人	185 人
登録人数	79 人	84 人	80 人	82 人	83 人	85 人
開催場所	3 か所	3 か所	3 か所	3 か所	3 か所	3 か所

《現状・課題》

市民を対象に介護状態となった方の状態の維持及び改善を目的とした適切な介護知識や技術を習得する場を提供することができました。

また、介護者同士の交流の場ともなり、相談や情報交換などを行うことで日頃抱えている不安や悩みを共有・解消することができています。

《今後の方向性》

介護者の負担を軽減し、在宅生活を支援することからも、引き続き事業の継続を行います。

第3節 在宅医療・介護連携の推進

少子高齢化が進む中、今後ますます増大する医療・介護需要に応え、持続可能な社会保障制度を次世代に引き継げるよう、2014年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律整備等に関する法律」のもとに医療法、介護保険法等19法令が改正されました。

吉野川市においては、2014年度・2015年度は吉野川市医師会が「在宅医療介護連携拠点事業」を実施しています。

2016年度からは「介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業」における「在宅医療介護連携推進事業」として、吉野川市医師会に業務委託して、地域包括ケアシステムの構築をめざす取り組みの一環として、市民が安心して自宅で療養生活をおくることができる体制を整備するために、医療職・介護職等の多職種が参加する「在宅医療介護連携推進事業協議会」で市の医療・介護提供体制を整えるために、全体像を協議・共有しながら、施策展開をしています。

（1）医療と介護の連携強化

①在宅医療介護連携推進協議会

吉野川市医師会内に「吉野川市在宅医療介護連携推進事業協議会」を設置して、吉野川市全域で質の高い在宅医療・介護が受けられる体制を整えるため、市内の在宅医療・介護の将来の方向性や在宅医療・介護連携の推進について、在宅医療・介護に関わる医療、介護、福祉、市の関係者からの意見・提言を聴取し、協議することを目的に会議が開催されています。

＜現状・課題＞

在宅医療介護連携推進事業協議会のメンバーは医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、介護老人保健施設、病院地域連携室、社会福祉協議会、理学療法士、管理栄養士、保健所、市健康福祉部、介護保険課、地域包括支援センターの24名で協議会を開催しています。

協議会は、質の高い在宅医療・介護提供体制の構築に向け、次の事項について協議しています。

- ・在宅医療・介護提供体制の将来の方向性に関すること
- ・在宅医療・介護における多職種連携体制の構築に関すること
- ・在宅医療・介護連携拠点の整備に関すること

在宅医療介護連携推進事業医師会担当国会議は、協議会の1週間前に開催して、協議会の運営を円滑にするために開催しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
在宅医療介護連携推進事業協議会	5回	3回	3回	3回	3回	3回
在宅医療介護連携推進事業 医師会担当国会議	4回	2回	3回	3回	3回	3回

《今後の方向性》

関係機関との連携をより一層深め、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目無く必要なサービスを受けることができるよう医療と介護の効果的な連携のもと、強化を図っていきます。

(2) 在宅医療の市民への普及啓発

地域の皆さんに在宅医療、介護、介護予防、介護保険制度などについて啓発のための講座や研修会を開催しています。また、介護予防を個々の責任としてとらえて介護予防について取り組んでいただくとともに、在宅医療・介護等への理解を深めて、在宅医療・介護の推進を図ります。

また、制度改正を踏まえたサービス提供について、広報よしのがわ、市ホームページや医師会ホームページを活用し、当市における介護保険や高齢者の現状、提供可能なサービス情報などについて発信を行っています。

2015 年度：在宅医療フォーラム

2016 年度：在宅医療フォーラム・介護予防講演会、在宅医療講演会

2017 年度：在宅医療出前講座（2 会場で 2 回開催）

(3) 在宅医療・介護情報の共有

①地域の医療・介護資源の把握

医療機関、介護事業者等の情報を盛り込んで「吉野川市在宅医療介護連携事業所マップ」を作成して、全世帯に配布しています。

医師会ホームページにマップ等の掲載をしています。

《今後の方向性》

第7期計画期間中に、現状を把握するために医療機関や介護サービス事業所へのアンケートを行い、マップを再作成します。

②在宅医療・介護連携の課題と対応策の検討

「吉野川市在宅医療介護連携拠点事業協議会」においては、協議会の委員が各専門職からの代表なので課題等の意見を出してもらい、カテゴリー別にまとめて課題を抽出しました。その課題を解決するための対応策についても協議会で検討しました。

「在宅医療介護連携多職種協働研修会」でのグループワークで、在宅医療や介護の連携についての課題や対応策を検討して、「在宅での看取り」「急性期病院と在宅の連携課題」が上がってきました。

そこで、この課題を解決するために、地域の医療・介護関係者が参画する会議として、「在宅医療連携部会」と「医療介護連携部会」を開催して、在宅医療・介護連携の課題の抽出や課題解決に向けた協議を行っています。

「吉野川市在宅医療介護連携推進事業協議会」では、各部会の意見を集約して、多様な職種による連携や役割分担、具体的な支援策などについての協議を行っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
在宅医療連携部会	—	6回	6回	6回	6回	6回
医療介護連携部会	—	5回	6回	6回	6回	6回

《今後の方向性》

今後も、「在宅医療連携部会」や「医療介護連携部会」を開催して、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策などを検討していきます。

歯科診療の場合は高齢になって介護が必要になれば受診率が落ちてしまっているので、在宅での歯科の関わりが推進できるように検討していきます。

③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

切れ目なく在宅医療・介護サービスが提供できるように、病院、診療所、入所系サービス、訪問看護ステーション、介護サービス事業者など、体制構築の関係者となる職種での「在宅医療連携部会」と「医療介護連携部会」で検討しています。

④医療・介護関係者の情報共有の支援

在宅医療連携拠点事業協議会において、保健所で作成した『退院支援(医療と介護の連携)の手引き』を参考にして、吉野川市退院支援手引きを作成して、2015年3月から運用開始しています。この『退院支援手引き』を活用して新たにシートを作成して、慢性期～急性期～維持期・回復期～終末期における対象者の情報を切れ目なく、地域の医療・介護関係者間で共有し、どのような状態になったとしても安定した支援を提供できる環境づくりをしています。

ア. 退院支援（医療と介護の連携）の手引きの運用

医療・介護連携を進めるために、退院患者の情報が医療機関からケアマネジャーに円滑に引き継がれるためのツールとして『退院支援の手引き』を作成して運用しています。

- ・入院前に介護保険を利用している場合は、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者は、入院時情報提供シートを病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参またはFAX送信するようになっています。
- ・退院支援の開始
病棟看護・地域連携室で退院支援の開始を在宅担当者に電話します。
- ・退院前面談
- ・退院前カンファレンス、退院支援共有
- ・在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供します。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
退院支援連絡実施率（全体）	48.5%	75.8%	75.5%	77.0%	78.0%	79.0%
退院支援連絡実施率（要介護）	55.6%	81.8%	86.1%	87.0%	88.0%	89.0%

※「退院支援連絡実施率」とは、退院患者のうち、医療機関からケアマネジャーへの患者情報の引継の連絡があったと回答した率

イ. 在宅医療連携部会（2016 年）の設置

在宅での医療・介護関係者間の情報共有を支援する事業として、「在宅での看取り」をテーマにして、在宅医療連携部会で検討しています。（2ヶ月に1回）

【メンバー】14 名

医師3名、歯科医師、訪問看護師、介護施設職員、介護支援専門員3名
介護職員2名、福祉用具専門相談員、地域包括支援センター職員

【在宅での看取りについて】

- ・在宅での看取りの課題とその対応策の検討
- ・情報共有ツールの作成

『看護情報提供書』『地域連携情報提供書』の作成

施設から病院への『入院時情報提供シート（施設⇒病院）』の作成

- ・専門職対象の研修会の企画
- ・研修受講カード作成活用（在宅の専門職の資質の向上が目的）
- ・住民対象講演会の企画
- ・介護ノート作成活用

在宅での生活を支援するために、看取りの対象者等を含めて在宅での連携のために『介護ノート』を作成して、医療と介護の情報が共有できるようにする。

- ・口腔ケアの専門職対象の研修会・実技指導

ウ. 医療介護連携部会（2016 年）の設置

急性期病院から在宅への対象者の情報を切れ目なく、病院の専門職と在宅の医療・介護関係者間で情報を共有し、どのような状態になっても安定した支援を提供できる環境づくりを目的に検討しています。（2ヶ月に1回の開催）

【メンバー】

急性期病院（病棟看護師、地域連携室看護師、外来看護師、訪問看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士）

慢性期病院（社会福祉士）

在宅専門職（訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士）包括職員

【慢性心不全患者が入退院を繰り返す問題について】

- ・慢性心不全患者が入退院を繰り返すことの課題とその対応策の検討
- ・情報共有ツールの作成
- ・専門職対象の研修会の企画

【慢性腎不全患者の在宅支援について】

- ・慢性腎不全患者の在宅支援の課題とその対応策の検討
- ・情報共有ツールの作成
- ・専門職対象の研修会の企画
- ・災害時の対応について
- ・移動サービスについて

(4) 医療・介護専門職のネットワークづくり

①在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談窓口を「吉野川市医師会訪問看護ステーション」に設置して、訪問看護師や介護支援専門員の専門職で各種相談に対応しています。

②医療・介護関係者の研修の充実

在宅医療連携部会・医療介護連携部会において、多職種が共に地域の課題を解決していく会議を行い、その課題を解決するための研修の企画を行い、地域の医療・介護関係者の連携を実現するための研修会を開催しています。研修会は、「医療・介護関係者にとって必要な知識や技術・技能の研修」と「多職種によるグループワーク」など、顔の見える研修会の開催を行っています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
研修会	1回	6回	7回	6回	6回	6回
研修会 (グループワーク)	3回	—	—	1回	1回	1回

第4節 認知症施策の総合的な推進

日本の認知症高齢者数は、2012年で約462万人と推計されており、2025年には約700万人、65歳以上の5人に1人に達することが見込まれています。

国は、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく安心して暮らし続けることができる社会を実現すべく、2015年1月「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定しました。

市では、2016年4月、「認知症初期集中支援チーム」の設置、「認知症地域支援推進員」の設置を行い、事業を進めています。認知症の本人や家族の視点を重視した取り組みを進め、新オレンジプランと整合を図りながら、認知症施策を総合的に推進します。また、認知症初期集中支援チーム検討委員会において、施策の評価・検証を行い、さらなる認知症施策の充実に取り組んでいきます。

(1) 認知症の予防

①認知症講演会・介護予防講演会の開催

《現状・課題》

年1～2回、市民を対象に認知症についての講演会を開催し、認知症の理解を深めています。

多数の方に参加してもらえるように周知活動に取り組んでいく必要があります。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
講演会参加者数	82人	151人	150人	150人	150人	150人

《今後の方向性》

認知症、認知症予防に関する講演会を今後も開催していきます。

②介護予防教室（認知症予防）の取り組み

認知症の主な原因疾患はアルツハイマー病と脳血管障害です。認知症のメカニズムはまだ全て解明されていませんが、これら疾患に関する因子も明らかになってきており、その予防法が提唱されています。市では、「介護予防教室」として作業療法士による認知症予防講座（楽しい脳体操）等を開催して、認知症予防の知識や方法の普及啓発に取り組んでいます。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
介護予防教室 参加者数 （楽しい脳体操）	412 人	412 人	420 人	420 人	420 人	420 人

《現状・課題》

作業療法士による、楽しい脳体操等を通じて認知症予防の知識や方法を知る機会を提供しています。

（２）認知症ケアパスと相談支援体制の推進

①認知症ケアパスの作成・普及

《現状・課題》

2016 年 3 月に認知症ケアパス（認知症ガイドブック）を全世帯に配布しました。2016 年度は介護予防教室開催場所（市内 43 か所）において、順次ケアパスを使って説明し、関係機関（市内医療機関、歯科医療機関、薬局、介護保険サービス提供事業所等の約 200 か所）に配布・周知を行いました。また、市内居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等については、介護保険サービス利用者については、担当ケアマネを通じ、家族に対しケアパスを用い、認知症に関する情報提供を行っていただいています。

《今後の方向性》

認知症のある介護保険サービス利用者の家族については、担当ケアマネを通じてケアパス等を用いて説明していただくよう、市内居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの介護支援専門員に周知・依頼しています。

ケアパスだけでは認知症の病気や対応方法について家族への指導が十分にできないため、認知症の周辺症状のそれぞれの対応方法の具体策を記載した家族への指導用資料を今後作成予定です。

②相談・支援体制の充実

ア. 認知症地域支援推進員の活動

認知症になっても地域での生活を継続するためには、医療介護及び生活支援を行う様々なサービスが連携したネットワークを築き、認知症の人たちにとって効果的な支援を行うことが重要です。認知症地域支援推進員は、地域の様々なサービスや関係機関のコーディネートを担当して活動しています。

地域包括支援センターの専門職が認知症に関する相談・支援体制の充実に取り組むとともに、介護予防教室の楽しい脳体操で物忘れチェックを行って、支援の必要な方には、認知症初期集中支援チームや保健師と連携を取り支援をしています。

(3) 認知症の早期発見・早期支援の取組（認知症初期集中支援チーム）

認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、2016年4月から「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターに設置しました。早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる対応体制が行えるように取り組んでいます。

	実績		見込み		目標	
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
集中支援チーム対象者 (実人員)	—	32人	40人	50人	65人	85人
認知症総合相談件数	101件	144件	180件	190人	210人	230人

《現状・課題》

地域の医療機関に認知症初期集中支援事業への周知が不十分であるので、主治医とは顔の見える連携が図れるように個々のケースを通して活動しています。

介護支援専門員や近隣住民からの相談が少ないため、介護支援専門員や地域住民への周知等を検討していく必要があります。また、地域住民の生活状況を把握している民生委員等に向けて取り組みを働きかけ、チームの存在が地域に定着していくように進めていく必要があります。

《今後の方向性》

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを引き続き行っていきます。

(4) 地域における支援体制の強化（認知症サポーター養成講座）

①認知症サポーターの養成及び見守り

《現状・課題》

現在、認知症になっても家族や周囲の人の理解と気遣いがあれば、穏やかに住み慣れた地域で尊厳を持ち、安心して暮らしていくことが可能です。認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族を温かく見守り支える「応援者」を養成する認知症サポーター養成講座を行っています。

2016 年度に認知症養成講座の講師役となる市民キャラバン・メイト養成研修を開催し、市民メイトが 36 名となりました。

市民メイトより、今後も認知症について学ぶ会を望む意見があり、市民メイトのフォローアップも必要であることから、年に 1 回程度連絡会を開催しています。また、認知症を内容とする介護予防講演会等を市民メイトに案内し、研修の機会としています。

市民メイトが企画する認知症サポーター養成講座開催にあたり、必要に応じて支援を行っています。

市内各学校への認知症サポーター養成講座出前講座は、2015 年度より実施しています。今後も毎年、市内小学校・中学校・高等学校に照会し、希望校には講座を行っています。また、企業・職域については、出前講座の要請があれば開催をしています。

地域包括支援センターによる認知症サポーター養成講座、市民メイトによる認知症サポーター養成講座を開催しています。

また、社会福祉法人においても、認知症サポーター養成講座を開催しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
認知症サポーター数	584 人	595 人	700 人	700 人	700 人	700 人

（市実施分）

※2017 年 11 月末現在 認知症サポーター数 4,927 人（市と市民メイト、社会福祉法人実施分）

《今後の方向性》

認知症サポーター養成講座の際に認知症サポーターが地域でできる活動事例等を紹介することや活動につなげるための取り組みを推進していきます。また、認知症の人と地域で関わる人が多いことが想定される関係機関の職員に認知症の理解を深めてもらうため、認知症サポーターについて周知し、受講を勧めることにより、認知症に気づき、関係機関への速やかな連絡等、連携ができる体制整備を進めていきます。

小学校・中学校・高等学校での認知症サポーター養成講座の開催等を利用した認知症に関する正しい理解の普及を進めていきます。

(5) 認知症の人と家族介護者への支援の充実

①認知症の方と家族のつどい

《現状・課題》

認知症の人や家族等への相談支援、認知症の人と家族のつどいを現在、年4回開催しています。認知症の人と家族の会徳島県支部の世話人をアドバイザーとして介護者同士の交流、つどい、認知症や介護に関する情報交換、個別相談を実施しています。

参加者数が伸び悩んでいるため、認知症の方と家族のつどいの会の周知不足も考えられます。今後は、周知方法を検討し、介護支援専門員の協力も得ながら、認知症の方と家族のつどいの開催に向けて取り組んでいきます。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
家族のつどい回数	—	3回	4回	6回	6回	6回
参加者数	—	43人	30人	40人	40人	40人

《今後の方向性》

参加者が固定化し、参加者数が伸び悩んでいるため、市民、関係機関への周知を行っていきます。

認知症の人と家族のつどいについては、定期開催の希望があり、必要性も高いことから継続して開催していきます。

②認知症カフェの開設

《現状・課題》

介護保険サービス提供事業所が実施主体のオレンジカフェは、現在市内2か所で定期的に関催をしていますが、参加者が少ない課題を抱えている事業所もあります。

《今後の方向性》

現在、介護保険サービス提供事業所（川島町、山川町）において、認知症カフェは独自で開催していますが、今後はキャラバン・メイト、ボランティアの方々、介護保険サービス事業所とともに認知症カフェの増設に向けて計画をしていく予定です。また、つどいの参加者をカフェの参加につながるように促していきます。

③「認知症初期集中支援チーム」との連携による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

《現状・課題》

認知症支援推進員だけで全ての相談に対応することは困難であるが、地域包括支援センターが直営であるため、地域包括支援センター内の専門職と連携・調整がしやすい状況です。また、認知症支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼務していることから、チーム員との連携やサポート医、各関係機関との連携が図りやすい状況です。

（6）地域のネットワークづくり

①医療機関及び各関係機関等との連携

《現状・課題》

2016年3月に市医師会に認知症総合支援事業（認知症初期集中支援チームの設置、認知症支援推進員の配置等）について説明を行いました。認知症サポート医や医師会、各関係機関との連携については、個々のケースを通じて必要に応じ、相談・連携しながら本人、家族の支援を進めていますが、再度、説明を行って周知していく必要があります。

《今後の方向性》

今後も個々のケースを通し、医師会や近隣の精神科医療機関、関係機関等との連携を図っていきます。

②サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援

《現状・課題》

処遇困難事例について、認知症サポート医には支援の方向性を相談し、連携をとりながら個別支援を行っています。

《今後の方向性》

今後、認知症疾患医療センター専門医との連携が必要なケースが出てくれば連携をとっていきます。また、認知症サポート医とは、連携をとりながら継続した個別支援を行っています。

③認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

《現状・課題》

認知症多職種協働研修会を年2回開催しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
参加者数	193 人	123 人	130 人	130 人	130 人	130 人

《今後の方向性》

認知症に関する研修、事例を通して多職種間の検討を行い、多職種がお互い顔の見える関係づくりや認知症に関する知識の習得、研鑽を深める必要があるために継続して研修会を開催していきます。

第5節 地域で支えあう仕組みづくりの推進

(1) 支えあい活動の推進

①生活支援・介護予防サービスの充実

生活支援・介護予防サービスの充実を図るため、市が中心となって元気な高齢者を始め、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO や社会福祉法人、地縁組織や民間企業などの多様な主体と連携を図りサービスの提供体制を構築し、高齢者等を支える地域の支え合いの体制づくりを実施していくにあたり、生活支援体制整備（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置等）の充実強化を図ります。

《現状・課題》

現在、通所型サービスと訪問型サービス、通所型サービス A と訪問型サービス A を実施し、生活支援・介護予防サービスの提供を行い対応しています。今後、「生活支援」・「介護予防」をより豊かに充実させていくため、多様なサービス類型への取り組みについて考える必要があります。

《今後の方向性》

単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増しています。ボランティアやNPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することを支援します。また、高齢者にとって社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながるため、住民主体の支援活動の推進を図ります。

②生活支援コーディネーターの配置

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘など、地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を複数配置し、生活支援体制の整備を行っていきます。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
配置人数	0人	0人	1人	1人	2人	3人

《現状・課題》

協議体が、定期的な情報共有及び連携強化の場としての機能を効果的に果たすため、活動推進（主に資源開発やネットワーク構築、サービスのマッチングなど）の調整役的な役割を担う生活支援コーディネーターの選任が必要となります。

《今後の方向性》

生活支援コーディネーターの選任にあたり、地域における助け合いや生活支援サービスの活動実績のある者、または中間支援を行う組織・団体等から協議体メンバーの意見を尊重し、地域の実情に応じて適切なコーディネート機能を担う生活支援コーディネーターの配置を進めます。

③協議体の設置

第一層協議体については、市が主体となり、地域におけるニーズや地域資源の情報共有・連携強化及び情報の集約化による地域課題や実態把握などを行う場として取り組みます。第二層協議体においては、住民主体の活動を広める視点から地縁組織や意欲ある住民の参加が必要となるため、積極的に地域住民の参加が得られるような場として設置します。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
設置箇所数	0か所	0か所	1か所	3か所	4か所	6か所

《現状・課題》

協議体は、特定の事業者の活動の枠組みを超えた視点に立ち、様々な主体の参画を得て地域の課題やニーズを共有し、地域づくりの目的や方針の共通認識を作り、協働して資源開発などを進める場であり、生活支援コーディネーターの活動に組織的な裏付けを付与していくことが必要となります。

《今後の方向性》

生活支援サービスの充実に向けて、支援を必要とする利用者に最適なサービスが提供できるように、できるだけ多くの地域の主体や元気な高齢者などの参加を得て、求められるサービス（通院や買い物など移動手段の確保、居場所づくり、見守り活動など）が提供できる体制や基盤づくりを進めるとともに、地域で役割を持ち続けられる住民主体の活動の場や機会をつくる為の支援を行い、生活支援や介護予防などの助け合い活動にも自然につながっていく視点に立った取り組みを進めます。

（２）高齢者見守り施策の推進

①高齢者見守りネットワークの登録事業者との連携

《現状・課題》

高齢者の安否確認や認知症が疑われる高齢者の連絡について、登録事業所より地域包括支援センターに連絡があった場合、認知症が疑われる高齢者については、認知症支援推進員が関係機関と連携を取りながら支援しています。

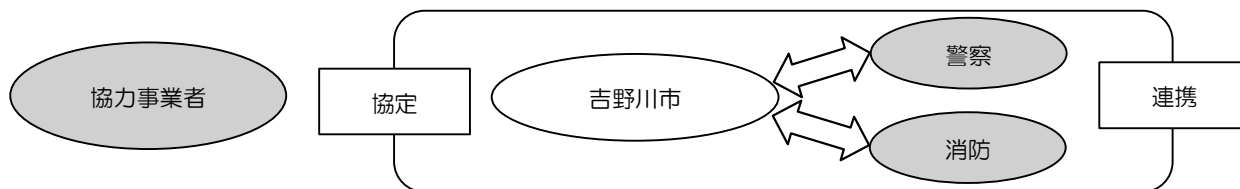
今までに水道検針事業者や郵便局、警察等より、認知症が疑われる高齢者の連絡や安否確認について地域包括支援センターに連絡が入っています。該当するケースがあれば、その都度連絡をいただいております、連携を取りながら対応をしています。

	実績		見込み	目標		
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
登録事業所	44 か所	45 か所	60 か所	62 か所	64 か所	66 か所

《今後の方向性》

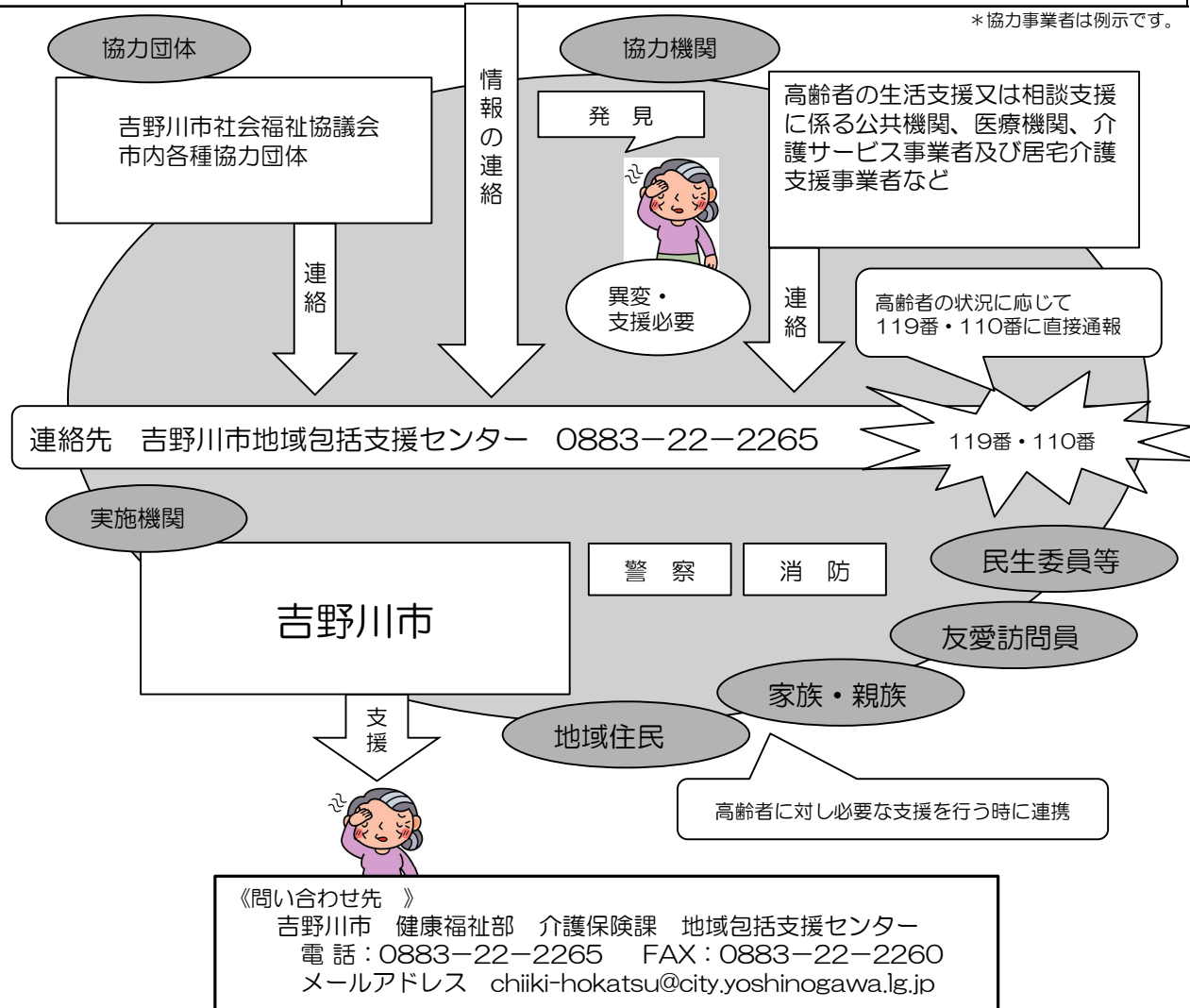
今後も市民や協力事業者、関係機関等から情報が入り次第、速やかに対応していきます。

吉野川市高齢者見守りネットワーク連携体制



協力事業者の例	
生活関連事業者	・電力会社 ・ガス会社 ・水道事業者
高齢者世帯に配達する民間事業者	・新聞販売者 ・郵便局 ・宅配事業者 ・牛乳販売店 ・乳酸菌飲料販売店 ・生活協同組合 ・農業協同組合 ・配食サービス事業者
高齢者が生活上立ち寄る民間事業者	・スーパー、コンビニエンスストア、商店、商店街、 ・銀行、信用金庫、信用組合 ・鉄道、バス、タクシー会社
司法関連事業者	・司法書士、行政書士事務所

*協力事業者は例示です。



②地区社協の活動

本市では、市内 14 地区に地域住民で構成されている地区社会福祉協議会が組織されています。公的なサービスだけでは全てを解決することができない地域の問題や課題の解決に向けて、自治会、民生委員児童委員、老人クラブや当事者団体など地域内の関係団体と協力して、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の方などの見守り（小地域福祉ネットワーク）の構築や交流食事会、配食サービスなど、地域の人が気軽に参加することができるサロン活動なども行い、住民福祉の向上を図っています。

《現状・課題》

地域を取り巻く環境の変化と共に、人と人とのつながりの希薄化により様々な問題の予防策や発見、対応の遅れが危惧されており、福祉課題を抱える人が孤立しやすい傾向になっています。そのため、小地域における住民同士のつながり、関係機関との連携・ネットワークを構築し、日常的な見守りの充実強化を一層図る必要があります。

《今後の方向性》

地域の中で幅広い世代の人たちが、お互いを理解し、つながりを深めていくことで誰もが住みやすい地域をつくれます。そのためには、日頃からお互いが顔の見える関係を築き、あいさつから始まる近所づきあいや声かけ、見守りなどを継続して行うと共に家庭や学校、地域など様々な場所で気軽に集まり交流できる機会を提供する居場所づくりにも行政や地域包括支援センターなどが連携して支援します。

③地域自立生活支援事業

ア. 高齢者住宅等安心確保事業

高齢者住宅等安心確保計画に基づき、鴨島呉郷県営住宅内のシルバーハウジング入居者高齢者に対し、生活援助員を派遣し、高齢者の安否確認、生活相談等の支援を実施しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
安否確認	7,048 件	6,324 件	6,686 件	6,746 件	6,806 件	6,866 件
緊急通報等	18 件	21 件	19 件	20 件	22 件	24 件
心配事相談	23 件	13 件	18 件	20 件	22 件	24 件

《現状・課題》

一人暮らし高齢者や高齢者世帯の方が入居している高齢者住宅に生活援助員を派遣することにより、24 時間体制での緊急時の対応、日常生活指導や相談に関する関係機関との連携や連絡調整を行うことで、入居者が安心して日常生活を送ることができています。

また、レクリエーション等を通じて入居者間のコミュニケーションが図られ、元気で生きがいを持って生活ができる環境を提供することができました。

《今後の方向性》

入居者が安心して日常生活を送ることができるように、引き続き生活援助員を派遣します。

④緊急通報体制整備

慢性的な疾病等により、常時見守りを必要とする一人暮らし高齢者及び重度身体障害者等を対象に、緊急通報装置を貸与することで急病や災害等に迅速かつ適切な対応を図り、安心・安全を提供できるよう体制を整備しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
整備件数	93 件	83 件	86 件	89 件	92 件	95 件

《現状・課題》

心臓等に疾患を持ちながら在宅で生活を行う高齢者に対し、日常生活を送る中で安心を提供しました。また、緊急時には速やかに親族を含み支援者に連絡を取ることで、救急搬送につなげるなど適切な対応が図られています。今後、山間部、僻地等に居住の高齢者への利用について検討が必要です。

《今後の方向性》

定期の安否確認や緊急時に適切な対応を図ることにより、高齢者が安心して日常生活を送れるよう、引き続きサービスを継続していきます。

⑤避難行動要支援者支援の推進

寝たきり、ひとり暮らしの高齢者、後期高齢者世帯の名簿を整備し、民生委員、中央広域連合、地区防災組織等に情報提供し、災害時には要支援者の安否確認や避難支援に活用しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
名簿登録者数	3,780 人	3,963 人	4,070 人	4,200 人	4,300 人	4,400 人

《現状・課題》

避難行動要支援者名簿の整備は法令で義務付けられています。制度をよく知ってもらい、協力体制を構築することが必要とされています。

《今後の方向性》

民生委員を通じた制度の周知や広報誌を活用することで、積極的に参加してもらえよう働きかけを行うことと、災害時の防災意識向上を目的とします。

(3) 権利擁護の推進

①高齢者虐待の防止

高齢者虐待の防止、迅速かつ適切な保護及び支援を行うため、吉野川市高齢者虐待防止ネットワーク協議会により、市内の関係機関、団体等との連携の強化及び民間団体の支援等必要な体制の整備に努めています。

《現状・課題》

虐待事案、虐待の恐れのある事案に対しては早期・定期的な訪問など続け、見守りの継続と情報収集を行い、状況の改善に取り組んでいます。

《今後の方向性》

虐待については、相談件数だけでは把握できない潜在的なケースがかなりの件数に上ると推察できます。そのため、虐待発見には第三者からの連絡、通報が重要となることから、相談窓口の周知を図ると共に関係機関の連絡網の整備に努めます。

また、虐待対応には十分な調査と配慮が必要なことから、介入後も適切な対応を求められることとなります。吉野川市高齢者虐待防止ネットワーク協議会を再構築し効果的な機能が図られるように努めます。今後も、虐待の早期発見・防止・解決に向けて取り組んでいきま

す。

②成年後見制度の活用

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等で必要と認める場合には、成年後見制度の利用助言及び申立に係る審判の請求手続きやその経費についての助成を行っています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
助成件数	4 件	2 件	3 件	4 件	5 件	5 件

《現状・課題》

自身の判断能力が低下した高齢者に対して、法律行為を支援する者を家庭裁判所が選任することで本人の権利を守るもので、制度の利用が必要と思われる高齢者に助言等を行うと共に、必要に応じて市長による審判の請求を行い高齢者の権利擁護に努めました。

《今後の方向性》

成年後見制度利用を推進するため、広報等を活用し広く市民に周知すると共に、制度説明や申立手続きに係る助言を引き続き行います。

また、市長申立に該当するケースがあった場合、速やかに申立を行い、高齢者の権利擁護に努めます。

さらに、成年後見制度の利用の促進に関する法律に基づく、成年後見制度利用促進基本計画策定については、関係機関・団体などとの情報共有を密に行います。高齢者に関することについては特に連携し、本人の権利擁護に対する対応を強化していくことに努めます。

③日常生活自立支援事業の実施

高齢や障がいにより、一人では日常生活を送ることに不安がある方たちが地域で安心して生活を送ることができるよう、社会福祉協議会が本人との契約に基づき、福祉サービスの利用援助を中心に日常的な金銭管理や書類預かり・保管などの支援を通して、高齢者や障がいのある方たちの権利擁護を図っています。

《現状・課題》

制度開始から15年以上が経過し、事業の認知度が上がり関係機関からの相談・問い合わせも増加しています。それに伴い相談内容も複雑多様化してきており、より高い専門性が求められています。また、長期的な支援を必要とすることから加齢による判断能力の低下などにより成年後見制度の利用が必要となる利用者も増加が予想されます。そうしたことから、総合相談・生活支援を支えるため行政や地域包括支援センターなどの関係機関とのより密接な連携が必要となります。

《今後の方向性》

社会福祉協議会では、多様化する生活課題の広がりの中、対象を限定しないあらゆる相談に対応する総合相談・生活支援への取り組みを強化することが求められています。そうしたなか、法人後見や権利擁護センターなどの設置への取り組みが地域における権利擁護体制の構築につながります。そのため、行政や地域包括支援センターなどの関係機関などがネットワークを構築し地域を支える仕組みづくりを支援します。

④消費者被害防止施策の推進

特殊詐欺や訪問販売に関するトラブルや消費者被害が高齢者に多い状況であることに鑑み、高齢者向けの啓発活動や出前講座について、より多くの高齢者が集まる開催日程・場所で、より効果的な内容となるよう検討します。

多発する被害の事例等についての情報提供や注意喚起についても、広報誌やホームページを有効に活用しながら、高齢者に特化した手段による周知も併せて行います。

改正消費者安全法の規定による消費者安全確保地域協議会を設置することにより、高齢者を取り巻く家族、近隣住民、医療・介護関係者、警察等が気を配り、何か兆候が見られたら市消費生活センターへ繋ぐネットワークを構築し、消費者被害の防止、早期発見に努めます。

(4) 生きがいづくり支援

①高齢者の生きがいと健康づくり事業

高齢者が家庭・地域等で豊かな経験と知識・技能を活かして、社会参加をし、生きがいを持つことができる環境を整えるとともに、家に閉じこもりがちな高齢者に対しても、社会的孤立感の解消及び自立生活を支援します。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
利用申請者数	2,558 人	2,564 人	2,545 人	2,600 人	2,650 人	2,700 人
延利用者数	5,597 人	4,317 人	4,285 人	4,500 人	5,000 人	5,500 人

《現状・課題》

高齢者が地域とのつながりを感じ、健康で生きがいをもって社会参加ができるように環境を整備し、高齢者の社会的孤立感の解消及び自立支援を行います。申請者数に変化はありませんが、より多くの高齢者に利用してもらうため、事業内容の検討が必要となります。

《今後の方向性》

高齢者が生きがいを感じながら地域活動に積極的に参加するきっかけとなるよう、各種団体と協力し、活動内容の充実を図ります。

②老人クラブ

高齢者の生きがいづくり、社会参加等により、高齢者が自立した生活を送れるように、関係機関と連絡調整し、老人クラブの自主的運営の支援を行います。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
単位クラブ数	38 クラブ	37 クラブ	37 クラブ	37 クラブ	37 クラブ	37 クラブ
会員数	2,225 人	2,263 人	2,239 人	2,300 人	2,400 人	2,500 人
組織率 (60 歳以上)	12.4%	12.7%	11.9%	12.2%	12.7%	13.2%

《現状・課題》

大幅な会員数の変化はありませんが、新規加入者の減少により、会員の高齢化が進んでいます。高齢者の生きがいづくりのため、高齢者が積極的にクラブに参加できる環境を整え、加入促進に努めます。

《今後の方向性》

高齢者の社会参加や生きがい活動を行う場として、スポーツや文化活動の充実を図り、活動が一層活発になるよう支援します。また、主体的な活動をさらに促進するため、リーダーの育成に取り組みます。

第6節 地域における安心生活の確保

(1) 施設福祉サービスの充実

①養護老人ホーム

65 歳以上の高齢者で、環境上の理由及び経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な人を対象として、日常生活上必要なサービスを提供する施設です。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
入居者数 【定員数：100 人】	77 人	82 人	88 人	90 人	92 人	94 人

《現状・課題》

核家族化や高齢化に伴うひとり暮らし及び低所得高齢者の増加により、常に満床状態にあります。また、既入所者の要介護度の高度化に伴い、その方の生活環境、身体及び精神状況を十分に把握した上で、介護保険関連施設の入所も考慮に入れた慎重な対応が求められるようになっています。

《今後の方向性》

家族・住宅等、環境上の理由及び経済的事情により居宅において養護を受けることが困難な高齢者が施設を利用することで、それぞれの能力に応じた生活を安心して送ることができるよう援助を行います。

今後、高齢化の進行に伴い、認知症等による要介護状態にある高齢者や、被虐待高齢者の入所相談が増えると予想されるため、関係部署との連携、体制の充実を図ります。

②老人福祉センター

高齢者の各種の相談に応じるとともに、健康増進、教養の向上及びレクリエーション等の便宜を総合的に提供し、健康な生活づくりを支援しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
延利用者数	34,796 人	33,070 人	33,580 人	34,000 人	35,000 人	36,000 人

＜現状・課題＞

毎年多くの高齢者が利用し、憩いの場となっています。今後も高齢者の各種相談、健康増進、知識や技能の向上、レクリエーション等を充実させ、健康な生活づくりを支援していく必要があります。

＜今後の方向性＞

地域の高齢者が生き生きとした生活を送るためにレクリエーション等の活動が活発になるよう環境を整え、高齢者の生きがいを支援していきます。

③高齢者生活支援ハウス

60 歳以上の方で、自宅での生活に不安がある方に、必要に応じ一定期間部屋を提供する、在宅福祉施設です。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
利用者数	0 人	3 人	2 人	3 人	3 人	3 人
利用日数	0 日	163 日	90 日	90 日	90 日	90 日

＜現状・課題＞

核家族化や独居高齢者が増加する中、生活不安の解消、福祉の増進に寄与しています。制度について周知する取り組みの継続が必要です。

＜今後の方向性＞

高齢者が安心して健康的な生活を送れるよう支援し、高齢者福祉の増進のため、事業委託者と連携し、適切な事業運営と周知に努めます。

(2) 在宅福祉サービスの充実

①「食」の自立支援事業

身体的・精神的な理由で調理が困難な要援護高齢者等に対して、健康で自立した生活を送ることができるよう、栄養管理された食事を提供するとともに、訪問による安否確認・状況把握を目的として実施しています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
利用実人員	18 人	17 人	22 人	23 人	24 人	25 人
利用延回数	1,351 回	1,211 回	1,540 回	1,610 回	1,680 回	1,750 回

《現状・課題》

調理が困難な高齢者に対し、バランスの取れた食事を提供することで、健康維持、暮らし慣れた在宅での生活ができるよう支援しています。また、定期的に配食を直接受け渡すことで、体調の変化や安否確認を併せた見守り活動もできています。

《今後の方向性》

利用者の生活実態を十分に踏まえ、適切な事業運営を図りながら継続してサービスの提供を行います。

②高齢者住宅改造助成事業

身体の虚弱化等により、日常生活で何らかの介助を要する高齢者のいる所得税非課税世帯において、トイレ、手すり、風呂、段差の解消等の助成を行います。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
改造件数	0 件	0 件	1 件	1 件	2 件	2 件

《現状・課題》

事業の利用者は多くありませんが、高齢者の人口増加に伴い、自宅での生活を希望する介護が必要な高齢者の増加が予想されるため、事業を広く知ってもらうための取り組みを継続します。

《今後の方向性》

住み慣れた住宅で安心して自立した生活を送りたいという高齢者の希望を可能にするためにも、住宅改造助成事業の周知に努めます。

第7節 サービスの質の向上と適正利用の促進

(1) 介護支援専門員の専門性の向上に対する支援

吉野川市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援し、介護支援専門員相互の情報交換等による資質の向上を図っています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
介護支援専門員連絡会	6 回	6 回	6 回	6 回	6 回	6 回

《現状・課題》

吉野川市介護支援専門員連絡会により、市内介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援すると共に、介護支援専門員の情報交換等による資質の向上を図っています。

また、必要に応じて地域包括支援センターの専門職員や関係機関とも連携し、事例検討や研修の実施、介護支援専門員同士の連帯を深めています。

《今後の方向性》

介護支援専門員の研修会等を開催し、介護支援専門員がスキルアップできる環境を提供すると共に、多様な機関を巻き込み、充実したネットワークを構築し、より質の高いサービスを提供することができるよう支援を行います。

(2) 地域密着型サービス連絡協議会

吉野川市の地域密着型サービス事業所を対象に、日常的な業務の円滑な実施を支援し、サービス事業所の専門職の相互の情報交換等による資質の向上を図っています。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
連絡協議会	3 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回

《現状・課題》

2010 年度から連絡協議会を開催して、地域密着型サービス事業所が持ち回りで講師役を担ってきていましたが、業務量が増えて準備に要する時間的余裕が無くなってきており、今後の研修会のあり方について検討します。

《今後の方向性》

地域密着型サービス事業所の専門職を対象に研修会を開催し、専門職のスキルアップができる内容や高齢者の虐待防止等の研修会を企画して、質のよいサービスを提供することができるよう支援を行います。

(3) 事業所監査指導

《現状・課題》

現在、市内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護について、吉野川市が指定権限を有する地域密着型サービス事業所を対象に、指定期間内に 1 回以上の実地指導を行うことを基本とし、必要に応じて追加指導も行っています。

2018 年度から居宅介護支援に対する指定権限が市町村等に委譲されることになり、また、介護予防・日常生活支援指定事業者も市の指定権者となるため、実地指導対象事業所が大幅に増えることになります。

《今後の方向性》

実地指導対象事業所が増加する見込みですが、継続して全ての事業所を対象に実地指導を行うため、重点指導項目を設けると共に集団指導の実施等、指導監督の効果的・効率的な実施に努めます。

(4) 介護給付適正化事業

専任の介護支援専門員が、ケアプランの点検や医療情報との突合、住宅改修や福祉用具貸与、特定福祉用具購入等の点検を行い、介護給付の適正化に努めています。

不適切な給付がないかケアプラン等の点検を強化するとともに、介護支援専門員の資質の向上に努めます。

	実績		見込み	目標		
	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
ケアプラン数	22,740 件	21,797 件	21,800 件	21,850 件	21,900 件	21,950 件
ケアプラン 点検数	502 件	485 件	490 件	500 件	510 件	520 件

①ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め、市職員（介護支援専門員）の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確認するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

②住宅改修の点検

住宅改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検を行って、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を改善します。

③福祉用具購入・貸与調査

福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を改善し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を勧めます。

④介護給付費通知

市から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知を年に 2 回行い、受給者や事業者に対して適切なサービス利用を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な利用に向けた抑制効果のために行います。

⑤医療情報との突合・縦覧点検

医療情報との突合は、国保連合会に委託して入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除を図ります。

縦覧点検は、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処理を行います。

⑥事業者への指導監督

市が指定権限を有する地域密着型サービス事業所に対し指導監督を行います。

（５）介護人材の育成支援

介護ニーズが高度化・多様化する中、身近な場所で研修が受講できるように設定して、介護職員の育成・専門性向上のための研修や医療と介護の連携強化を図る研修などを実施します。

第5章 介護保険サービスの適正な運営

第1節 介護サービス別利用者数の見込み

(1) 居宅サービス

①訪問介護

ホームヘルパー（訪問介護員）が家庭を訪問し、食事、入浴、排せつなどの身体介助や炊事、掃除などの生活援助を行うサービスです。

②訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

簡易浴槽等を積んだ移動入浴車等により居宅を訪問し、入浴の介護を行うサービスです。

③訪問看護／介護予防訪問看護

病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師等が居宅を訪問して、療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。

④訪問リハビリテーション／介護予防訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が居宅を訪問して心身の機能の維持回復を図るために必要なリハビリテーションを行うサービスです。

⑤居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師などが家庭を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。

⑥通所介護

デイサービスセンターなどに通い、日常動作訓練、入浴、給食などを提供するサービスです。

⑦通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション

介護老人保健施設や病院、診療所への通所により、心身の機能維持・回復のために必要なリハビリテーションなどを行うサービスです。

⑧短期入所生活介護／介護予防短期入所生活介護

介護老人福祉施設などに短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、及び機能訓練を行うサービスです。

⑨短期入所療養介護／介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設や介護療養型医療施設に短期間入所し、医学的管理のもとで、看護、介護、機能訓練、日常生活上の世話をを行うサービスです。

⑩特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホームや軽費老人ホームの入所者である要介護者又は要支援者について、施設の特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談・助言等の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話をを行うサービスです。

⑪福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与

在宅での介護に必要な福祉用具（車いす、特殊ベッドなど）の貸与（レンタル）を行うサービスです。

⑫特定福祉用具販売／特定介護予防福祉用具販売

在宅での介護に必要な福祉用具（腰かけ便座、入浴用いすなど）の購入費を支給するサービスです。

⑬住宅改修／介護予防住宅改修

在宅での介護に必要な住宅改修費（手すりの取り付けや段差の解消など）を支給するサービスです。

(2) 地域密着型サービス

①認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護

認知症の状態にある要介護者が、認知症対応型通所施設に通い、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話、機能訓練などを行うサービスです。

②小規模多機能型居宅介護／介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模な住宅型の施設で、施設への通いを中心に、居宅への訪問、短期間の宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練を行うサービスです。

③認知症対応型共同生活介護／介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症の状態にある要介護者に対し、少人数で共同生活を営む住居（グループホーム）で、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話などを行うサービスです。

④地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

定員 29 人以下の特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、地域密着型施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うサービスです。

⑤地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模な通所介護施設に通って、日帰りで食事、入浴、健康管理、日常生活上の支援や生活機能訓練などを行うサービスです。

（４）居宅介護支援・介護予防支援

居宅サービス等を適切に利用できるようサービスの種類、内容等を定めた計画（ケアプラン）を作成するとともに、サービス事業者等と連絡調整その他の必要な支援を行うサービスです。

（５）施設サービス

①介護老人福祉施設

常時介護が必要で、在宅生活が困難な要介護者に、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うサービスです。

②介護老人保健施設

症状安定期にある要介護者に施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下で、介護や看護、リハビリなどを行うサービスです。

③介護療養型医療施設

症状が安定しており長期療養が必要な要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下で、医療や看護などをうサービスです。

第10章 計画の推進について

本計画の基本理念である「住み慣れた地域で支えあい、自分らしい生活が送れるまちづくり（地域包括ケアシステムの構築）」を実現し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健康で生きがいを持ち、笑顔で安心していきいきと生涯を送ることのできる社会をつくるためには、この第7期計画を円滑に推進し、地域包括ケアシステムの確立を進めていく必要があります。

そのために、広報及び計画の推進体制を整え、進捗状況を管理して評価を行い、施策を推進していきます。

第1節 計画の周知

本計画について、広報紙、パンフレット、ホームページ等の各種媒体を利用して広報するとともに、様々な機会を活用して地域の住民組織や関係団体等へも周知を行っていきます。

第2節 連携体制の強化

（1）庁内連携体制

介護保険課、地域包括支援センター等の事業担当部署が、本計画に基づき事業を推進するとともに、総合計画や地域福祉計画との整合性を図りながら総合的な庁内連携を図ります。

（2）関連団体、住民組織との連携

社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、NPO法人等の関連団体や自治会、民生委員児童委員、老人クラブ連合会、ボランティアグループなどの住民組織との連携を強化して地域包括ケアを推進します。