

第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標 1 住み慣れた地域でいきいきと暮らせるまちづくり

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、要介護状態にならないための取り組みや、介護が必要になってもその有する能力に応じて自立した生活を送れるよう支援する取り組み、要介護状態の重度化を防止する取り組みが重要となっています。

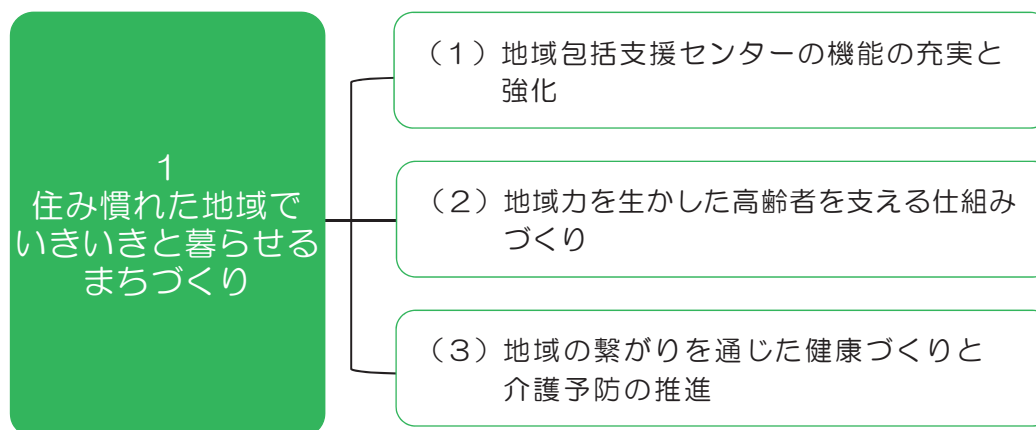
地域包括支援センターを核として、健康増進や介護予防の取り組みを充実させるとともに、高齢者自らが地域の様々な活動に積極的に参画できる仕組みづくりや人材育成を推進し、これまでも地域が一体となって取り組んできた地域包括ケアシステムを深化させます。

【課題認識】

- ・高齢化の急速な進行や社会経済情勢の変化を背景とし、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加とともに、地域の間関係が希薄化し、高齢者やその家族の生活課題も複雑化、深刻化し、生活支援ニーズも多様化しています。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果によると、閉じこもり傾向がある人は要支援1・2の高齢者で5割弱、一般高齢者で2割弱となっており、男性のひとり暮らし高齢者では相談できる人がいない割合が高く、医療機関や地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員などにも相談できていない状況があります。
- ・在宅で暮らし続けるために必要なこととして、「近所との繋がり、助け合い」が7割弱となっており、必要な支援としては、「必要時利用できる移動サービス(交通手段)」や「買い物の支援」などが上位となっています。
- ・本市の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、介護・介助が必要になった要因として、骨折や転倒、関節疾患が約3割(31.6%)を超えており、全国よりも高い割合となっています。
(参考：平成25年の国民生活基礎調査結果による介護が必要になった要因：骨折や転倒、関節疾患の占める割合23.2%)
- ・高齢者の介護予防、自立支援・重度化防止に向けて、若い世代からの健康増進や生活習慣病予防の取り組み、高齢者の運動機能や栄養状態などの心身機能の向上を目指す取り組み、日常生活において自立し社会参加を促進するための取り組みが必要です。
- ・地域活動への高齢者の参加率は高くありませんが参加意向は高いことから、楽しみや生きがいに繋がるような活動や活躍できる場の充実を図ることで、高齢者の健康や生活の質の向上、地域の活性化が期待できます。

- ・地域で集える場、活躍できる場の充実とともに、地域住民や様々な団体、企業などが参画する見守りや生活支援の仕組みが必要です。
- ・地域包括支援センターを活用した相談窓口の周知や利用しやすい相談体制の整備とともに、相談できる人がいない高齢者や支援が必要な高齢者を的確に把握する体制づくりによる地域づくりの向上に取り組んでいくことが重要です。

施策の体系



1 地域包括支援センターの機能の充実と強化

【施策の方向性】

(1) 地域包括支援センターの機能強化

高齢化の進行や生活課題の複雑化などに伴う業務量や役割の増大に応じて、地域包括支援センターに必要な機能の強化を図ります。

【取り組み】

○職種別連絡会議・3職種合同連絡会議の開催	各地域包括支援センターの職種ごとの連絡会議（主任ケアマネ・保健師・社会福祉士）及び3職種合同の連絡会議を定期的で開催します。地域包括支援センターが受けた介護サービスに関する相談についての報告や協議、市からの運営方針を伝える場として活用し、3職種それぞれが果たすべき専門的役割の共有と質の向上に努めます。
○事業評価の実施	地域包括支援センターの事業評価を継続することにより、各地域包括支援センターが抱える課題を早期に把握し、必要な支援を行っていくことで、各地域包括支援センターの機能強化を図ります。
○地域包括支援センターの情報公開	岡山県介護サービス情報公表システム等において地域包括支援センターの事業内容・運営状況に関する情報を公表し、住民による地域包括支援センターの活用を促進します。

○地域包括支援センター運営委員会の開催	総社市介護保険運営協議会内に設置した地域包括支援センター運営委員会を定期的を開催します。地域包括支援センターの運営方針，支援，指導の内容を検討，改善し，事業の公正・中立な運営の確保，円滑な運営を図ります。
○介護支援専門員への支援実施	介護支援専門員からの相談について，意見交換や協議の場を設定します。個別相談事例については内容を整理・把握し，地域課題の解決や研修会・事例検討会等に繋がります。

【評価指標】

〔図表 4-1-1:介護支援専門員への支援〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護支援専門員から受けた 相談件数	201 件 (1 月末現在)	300 件	350 件	350 件

(2) 地域包括支援センターにおける相談体制の充実

地域の様々な機関と連携を図り，高齢者が気軽に利用できる相談体制の充実を図るとともに，市の支援だけでなく地域住民の活動やインフォーマルサービス，通いの場などの地域の情報を広く集約し提供します。

【取り組み】

○3職種の専門性を生かした相談体制の強化	職種別連絡会や研修会を活用してスキルアップを図ることにより，地域包括支援センターの3職種の専門性を生かした相談体制の強化を図ります。
○地域包括支援センターの周知	地域包括支援センターが，身近な地域で気軽に相談できる高齢者の総合相談窓口であることやその業務の内容について，様々な媒体を通して，市民への周知を図ります。
○情報提供体制の充実	地域における，医療，介護，保健，福祉などに関する情報が必要な高齢者に確実に伝わるよう，一元的に集約した情報を資源マップ等の形でまとめ，広く周知します。 また，市民へ適切なサービスの提供ができるよう，地域包括支援センター，介護支援専門員，生活支援コーディネーター，協議体に対して多様な地域の社会資源に関する情報を提供，共有します。

(3) 地域ケア会議の推進

地域の課題解決に向け、既存サービスの活用を図るとともに、利用しにくいものは改善し、不足しているインフォーマルな取り組みや制度・サービスの開発を行うため、「小地域ケア会議」を基礎単位とし、小地域から圏域、圏域から市内全域へと繋がる三層構造の地域ケア会議を活用し、重層的な地域包括ケアとネットワークの構築、社会資源の発掘・開発を推進します。

【取り組み】

○小地域ケア会議の開催	地域包括支援センターが中心となり、各地区で抱える高齢者に関する諸問題に対する課題解決策の検討、社会資源の把握等を行い、地域課題を明確にしていきます。市内を21地区に分けて開催します。
○圏域地域包括ケア会議の開催	社会福祉協議会が中心となり、各小地域ケア会議から抽出された地域の問題・課題の解決策を市内5圏域（中央部南・中央部北・東部・西部・北部）で検討し、圏域内の支援体制の整備を図ります。また、圏域の生活課題を共有することにより、総社市が抱える問題・課題を明らかにします。
○地域包括ケア会議の開催	市が中心となり、全国屈指福祉先駆都市を目指し、保健・医療及び福祉サービスの代表者、学識経験者、関係行政機関の職員等の参加により、医療・介護・福祉の連携や、地域課題の明確化、施策反映を図ります。

(4) 自立支援に向けたケアマネジメントの推進

高齢者の自立支援に向けた適切なケアマネジメントを実施するため、地域包括支援センターにおいて、多職種協働による地域ケア会議を実施します。また、個別の事例を検討する中で積み上げられた課題を政策形成に反映させるための会議として、三層構造の地域ケア会議を実施します。

【取り組み】

○地域ケア個別会議の定期的な開催	各地域包括支援センターを拠点に、医療・介護の専門職などの多職種とケアマネジャー等が協働し、要支援認定者及び事業対象者に対するケアマネジメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて本人が自立した生活を送ることができるよう、月1回以上定期的を開催します。 ケアプランは定期的なアセスメントを行い、明らかになった地域課題については小地域ケア会議での検討に繋がります。
------------------	--

○地域ケア個別会議の アセスメント機能強化	地域ケア個別会議にリハビリテーション専門職等を派遣し、個別事例の評価、事業所スタッフやケアマネジャーへの助言を専門職の視点から行う体制の強化を図ります。
○介護予防ケアマネジメントに関する研修会の開催	高齢者の自立支援に向けた適切なケアマネジメントを実施するため、自立支援の理念・目的の共有、地域ケア個別会議のスキルアップ等に関する研修会を開催します。

【評価指標】

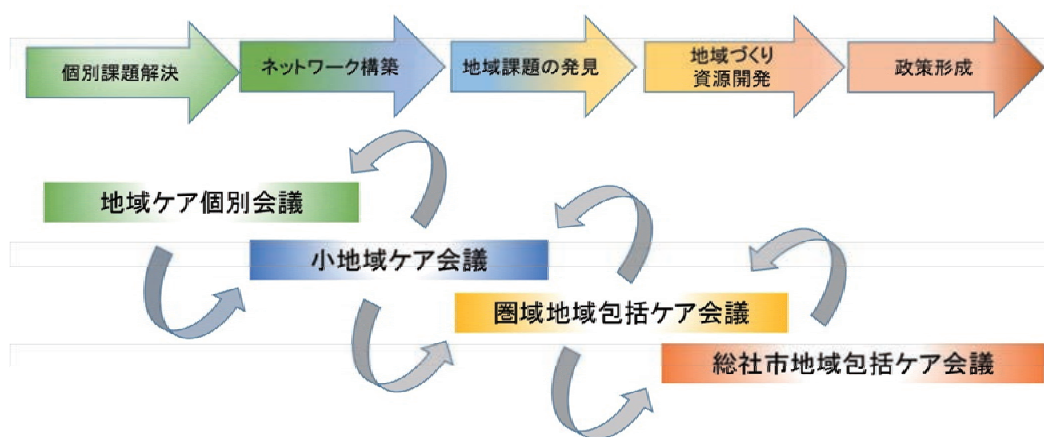
〔図表 4-1-2: 地域ケア個別会議の実施〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
開催回数	99 回	100 回	100 回	100 回
専門職派遣回数	72 回	100 回	100 回	100 回
派遣職種数	1 職種	2 職種	2 職種	3 職種

ポイント: 地域ケア会議の推進

総社市では、個別事例を検討する「地域ケア個別会議」、市内 21 地区に置かれた「小地域ケア会議」、市内 5 圏域に置かれた「圏域地域包括ケア会議」、市レベルの「地域包括ケア会議」の地域ケア会議を活用し、重層的な地域包括ケアとネットワークの構築、社会資源の発掘・開発を推進しています。

〔図表 4-1-3: 総社市の地域ケア会議の取り組み〕



2 地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり

【施策の方向性】

(1) 地域における見守りネットワークの構築

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等，身近な地域の中で支援を必要としている高齢者に，地域の人や民生委員・児童委員，地域の団体や事業者等，地域が連携して日常生活の中で見守りや声かけ，生活援助などを行う仕組みづくりを推進します。

【取り組み】

○そうじゃ台帳の整備	<p>公的サービスを利用せず，制度の狭間で社会的に孤立している高齢者等を「そうじゃ台帳」に登載し，市と地域包括支援センター，小地域ケア会議委員等が連携し，高齢者の置かれている状況を把握するとともに，地域との繋がりの中で生きがいを持って生活できるよう，必要な支援や見守りを強化します。</p> <p>把握した情報は見守り支援システムにより一元管理し，それを基に支援メニューを検討します。</p>
○そうじゃみんなで見守るネットワークの充実	<p>地域の企業や事業者・団体等と市が連携し，地域ぐるみで高齢者を見守る事業で，より多くの業種・事業所と連携を図るため，協力事業所を増やします。体調不良，虐待，行方不明，消費者被害等の早期発見のため，地域包括支援センターをはじめ，市の関係部署や権利擁護センターが連携し，迅速・適切な対応に努めます。</p>
○見守り支援システムを活用した見守り体制整備	<p>民生委員からの「そうじゃ高齢者名簿」を活用した見守り対象者等の情報，地域包括支援センターによる実態把握事業等により把握した情報等を見守り支援システムに一元化し，地域での見守り活動に生かす仕組みを構築します。</p>

【評価指標】

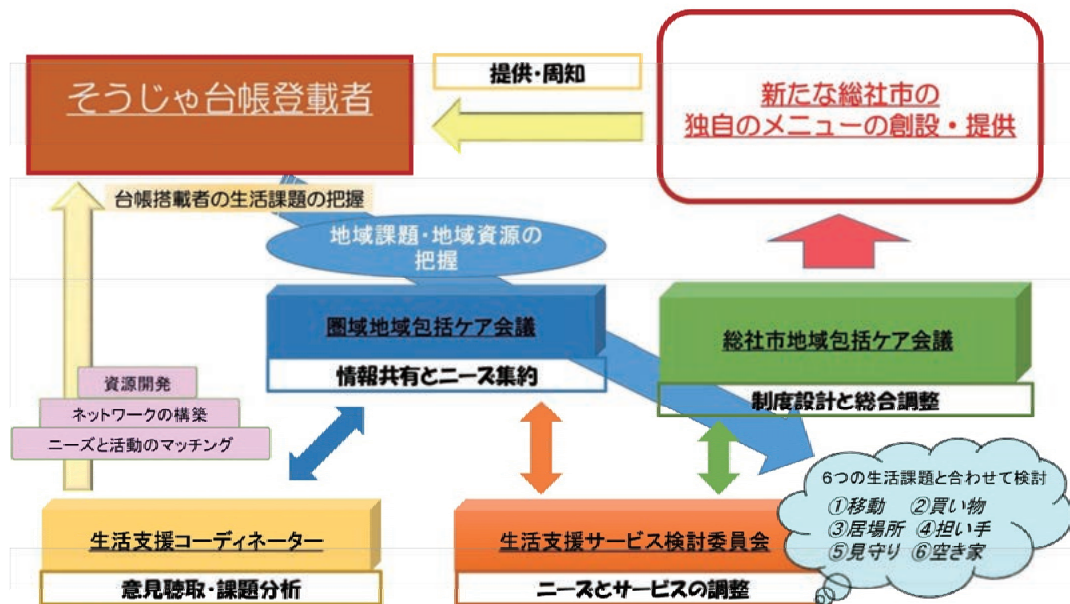
〔図表 4-1-4: 地域力を生かした高齢者への支援〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
そうじゃ台帳登録者 実態把握率	未把握	実態把握率 100%		
見守りネットワーク 参画事業所数	108 か所 (2 月末現在)	110 か所	115 か所	120 か所

ポイント: そうじゃ台帳を活用した生活支援体制の構築

制度の狭間で社会的に孤立している高齢者等に対して、生活支援コーディネーターが積極的に意見聴取等を行い、各会議体における対応策の検討、社会福祉法人等との連携により、必要に応じて、新たな総社市独自のメニューの創設・提供を目指します。

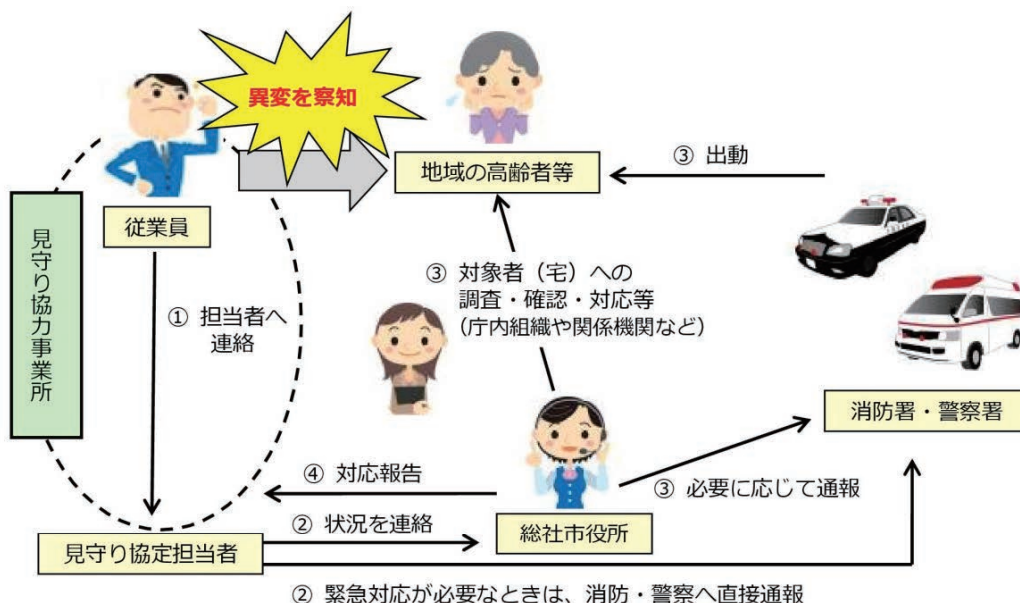
〔図表 4-1-5: そうじゃ台帳を活用した生活支援体制の構築〕



ポイント: そうじゃみんなで見守るネットワーク

平成 29 年 12 月末現在、80 を超える地域の企業や事業者・団体等と「そうじゃみんなで見守るネットワーク」に関する協定を締結しています。協定事業者から市に連絡があった場合、その情報を基に、各事業者・関係者等と連携を図りながら、適切・迅速に対応します。

〔図表 4-1-6: そうじゃみんなで見守るネットワーク〕



(2) 生活支援サービス提供体制整備

平成 29 年度から開始した「介護予防・日常生活支援総合事業」について、多様な主体間の情報共有及び連携強化を図り、担い手の確保に努めます。

平成 28 年度から配置している生活支援コーディネーターを中心に、これまでに明らかになった生活課題（移動・買い物・居場所・担い手・見守り・空き家）の解決と資源開発などを検討し、本市における生活支援サービス提供体制の整備を推進します。

【取り組み】

○協議体の機能強化	<p>第2層協議体である日常生活圏域ごとに設置する「圏域地域包括ケア会議」（市内5か所）で生活課題や地域性のある生活支援サービスのニーズを集約します。</p> <p>第1層協議体である「生活支援サービス検討委員会」（市内全域で1か所）では、第2層協議体で明らかになった生活課題の解決と資源開発などの具体的な取り組みについて、課題ごとに検討部会を設置し協議を行います。</p> <p>また、開始した介護予防・生活支援サービスについては、生活支援サービス検討委員会で実施状況の検証を行い、改善に努めます。</p>
○生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化	<p>軽度な生活支援を必要とする高齢者の需要に対応するため、地域の実情に合わせた多様な生活支援サービスを供給する生活支援サポーターを増やします。</p> <p>また、活動の多様化に対応できるように現任のサポーターに対する研修を行い、活動の充実強化に努めます。</p>
○生活支援コーディネーターの役割強化	<p>生活支援コーディネーターを核とした、ボランティアなどの人材育成による担い手の確保、地域課題・ニーズの見える化による地域資源の発信及び社会資源の開発、住民主体の支え合い活動等のネットワーク化を働きかけます。</p>
○介護予防・日常生活総合支援事業の周知	<p>地域包括支援センター実施の講座や百歳体操、事業所対象の研修会等、機会を捉えて介護予防・日常生活総合支援事業について周知し、正しい知識の普及啓発に努めます。</p>

【評価指標】

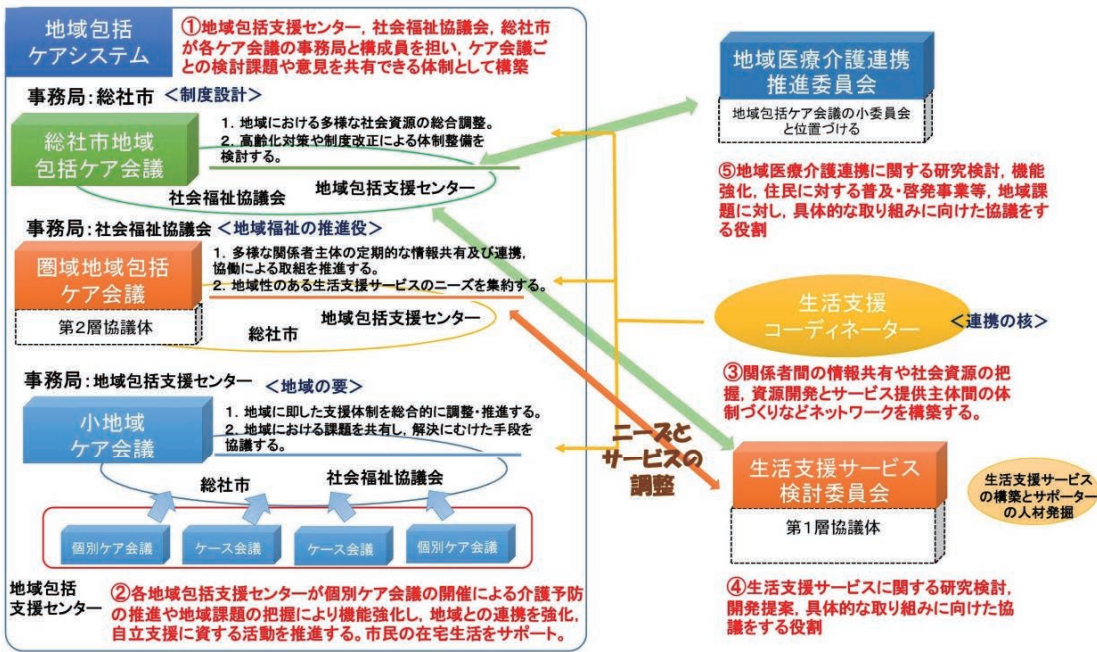
〔図表 4-1-7: 生活支援サービス提供体制整備〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
生活支援サポーター数	92 人 (2 月末現在)	150 人	200 人	250 人

ポイント:生活支援体制整備

生活支援コーディネーターが各地域ケア会議に参画する中で、関係者間の情報共有や社会資源の把握、資源開発とサービス提供主体間の体制づくりなどネットワークを構築し、生活支援サービスに関する研究検討、開発提案等の具体的な取り組みを推進します。

〔図表 4-1-8: 地域包括ケアシステムと生活支援体制整備事業の役割〕



(3) 地域を支える担い手の確保と育成

元気な高齢者が、豊富な知識や経験を活かし、ボランティア活動などを通じてその能力を地域に還元できるよう、就労機会や地域活動などの情報提供を行います。

また、働く意欲のある高齢者が生きがいを持って地域で活躍できるよう、総社市生涯現役促進協議会を主体とした高齢者の生きがいづくりに向けた事業を実施します。

【取り組み】

<p>○そうじゃ60歳からの人生設計所の機能強化</p>	<p>シルバー人材センターやハローワークと連携し、高齢者の就労、創業、社会参加等の希望を気軽に相談できる窓口「そうじゃ60歳からの人生設計所」を高年齢者や市内企業へ広く周知し、高齢者の就労ニーズと企業のマッチングを図るための機能強化を図ります。</p>
------------------------------	--

【評価指標】

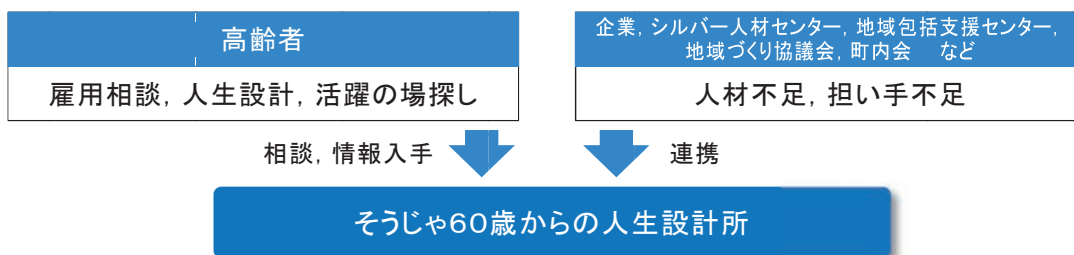
〔図表 4-1-9: 地域を支える担い手の確保と育成〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度
そうじゃ60歳からの人生設計所 を通じた就職者数	89 人 (開設時から2月末現在)	200 人	—
高齢者就業者数・創業者数 (ハローワーク総社調べ)	299 人 (1 月末現在)	600 人	3 年間で 1,000 人

コラム: そうじゃ60歳からの人生設計所

シルバー人材センターやハローワークと連携し、高齢者の就労、創業、社会参加等の希望を気軽に相談できる窓口「そうじゃ 60 歳からの人生設計所」を平成 28 年 10 月 9 日に開所しました。また、開設 1 周年を記念して、平成 29 年 12 月 9 日に「地域の支え合いフォーラム 2017in そうじゃ」を開催し、約 400 人が参加し、生涯現役とこれからの地域づくりについて共有しました。

＜相談窓口のイメージ＞



〔図表 4-1-10: 地域の支え合いフォーラム 2017in そうじゃ〕



3 地域の繋がりを通じた健康づくりと介護予防の推進

【施策の方向性】

(1) 住民主体の介護予防活動の推進と普及啓発

地域において住民が主体的に「いきいき百歳体操」や「かみかみ百歳体操」などの介護予防活動に取り組めるよう、活動の立ち上げや継続的に活動するための支援を行うとともに、住民主体の通いの場などへのリハビリ専門職による助言などを行います。

また、高齢者がリスクに気づき、自ら積極的に介護予防に取り組むことができるよう、介護予防講座の実施や様々な媒体を通じた情報発信による介護予防に関する知識の普及啓発とともに、地域で活躍するリーダーの育成を行います。

さらに、要介護状態になる恐れがある高齢者を早期に発見し、状態にあった介護予防に繋がります。

【取り組み】

○高齢者把握事業の強化	地域の実情に応じ、「そうじゃ台帳」等を整備・活用し、閉じこもり等の何らかの支援を要する人を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へ繋がります。
○いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及	<p>介護予防に繋がる住民主体の身近な通いの場としての「いきいき百歳体操」について、要支援認定者や事業対象者に対し、地域包括支援センターが訪問して参加を促します。</p> <p>地域で主体的に継続して取り組めるよう、地域包括支援センターが、「いきいき百歳体操」の活動立ち上げ時に、実施に関する情報提供や支援を行います。</p> <p>「かみかみ百歳体操」については「いきいき百歳体操」を1年以上継続している会場に対し、「しゃきしゃき百歳体操」については認知症予防を取り入れたい会場に対し、普及啓発を行います。</p>
○いきいき百歳体操を拠点とした介護予防の充実	「いきいき百歳体操」の他に、別の体操や介護予防活動を付加するなど、地域の実情に合わせて会場ごとの個性を図ることで介護予防の取り組みを強化させ、魅力的な活動に発展するよう支援を行います。
○地域で自主的に活動できる人材の育成支援の実施	住民主体の通いの場へのリハビリ専門職等の派遣、通いの場で活動するリーダー等に対する研修会の開催など、人材の育成支援を行います。
○いきいき講座の実施	生活習慣病予防、口腔機能の向上などをテーマとし、地域のサロン、いきいき百歳体操会場等に出向き、介護予防に関する講座（いきいき講座）を実施し、自ら介護予防に取り組めるよう正しい知識の普及啓発を行います。

○体力づくりの促進	ニュースポーツを中心とした高齢者スポーツ大会、グラウンドゴルフ大会、ペタンク大会の支援等を行い、健康、体力維持・増進等を図る取り組みを促進します。
-----------	---

【評価指標】

〔図表 4-1-11:住民主体の介護予防活動の取り組み〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
いきいき百歳体操に 取り組む高齢者数	2,148 人 (2 月末現在)	2,200 人	2,250 人	2,300 人
いきいき百歳体操会場数	146 か所 (2 月末現在)	150 か所	155 か所	160 か所
いきいき講座参加人数	1,896 人 (12 月末現在)	2,000 人	2,000 人	2,000 人

コラム:いきいき百歳体操の普及・啓発

「いきいき百歳体操」は、介護予防に繋がる住民主体の身近な通いの場として、平成 30 年 1 月末現在で、市内 146 か所の会場で 2,148 人が取り組んでいます。

また、平成 27 年 10 月 17 日、いきいき百歳体操大交流大会 in 総社を市民会館で開催しました。市内各地でいきいき百歳体操に取り組んでいる高齢者や支援者約 600 人が参加し、体を動かすことといきいき百歳体操を通じた地域の繋がりの大切さを再確認しました。

〔図表 4-1-12:いきいき百歳体操会場の様子〕



〔図表 4-1-13:いきいき百歳体操大交流大会 in 総社〕



(2) 高齢者の生きがいづくりと社会参加

高齢者の楽しみや生きがいに繋がるよう、気軽に集い、仲間と出会うことができる憩いの場、活動の場の充実を図るとともに、それぞれの持っている能力を活かして地域活動の担い手となるなど元気な高齢者を増やし、地域の活性化に繋がります。

【取り組み】

○介護予防拠点施設の活用（さんあいの家・やすらぎの家・ひだまりの家）	高齢者が要介護状態に陥らないよう、地域とのふれあいのなかでいきいきとした生活を送る場を確保するために、介護予防拠点施設の有効活用を推進します。
○社会参加の促進	囲碁大会等を開催するとともに、地域のサロンや公民館講座、老人クラブ活動、かえでの発行等、高齢者が自身の役割や目標を持てる場への参加を促進します。

(3) 生活習慣病発症予防と重症化予防の推進（健康そうじゃ 21 重点施策）

子どもの頃からの主体的な健康づくりを支援し、健康意識の高揚を図り、増大する医療費の抑制と健康寿命の長期化に取り組みます。

（健康そうじゃ 21 重点施策（1）健康管理 より抜粋）

【取り組み】

○“ ^{あるとく} 歩得”による認知症予防	生活習慣病の予防行動を起こすための動機付けとして、「歩く」ことを中心とした健康づくりを推進します。歩いた歩数に応じてポイントが貯まり、貯まったポイントに応じて市内で使える商品券と交換できる“歩得”健康商品券事業を実施します。
○いきいき百歳体操会場における体力測定の実施	いきいき講座を実施した「いきいき百歳体操会場」において、地域包括支援センターによる体力測定を実施し、自らの身体状況等を把握することにより、健康づくり・介護予防に関するセルフマネジメント力の向上に繋がります。
○愛育委員・栄養委員を中心とした健康づくりの推進（健康そうじゃ 21 重点施策）	愛育委員・栄養委員と連携し、介護予防拠点施設等でのロコモティブシンドロームの予防に関するPR活動等を推進し、身体活動の増加と筋力アップの重要性を伝える取り組みを推進します。
○高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化	ひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯に対し、配食と見守りのサービスを週数回行い、高齢者の食生活の安定及び改善、安否確認による孤独感の解消を図ります。 長寿介護課内に栄養相談員を配置し、給食サービス事業利用者のフォローアップを行い、地域包括支援センターやケアマネジャーと相談しながら、低栄養状態改善に向けた取り組みの強化を図ります。

【評価指標】

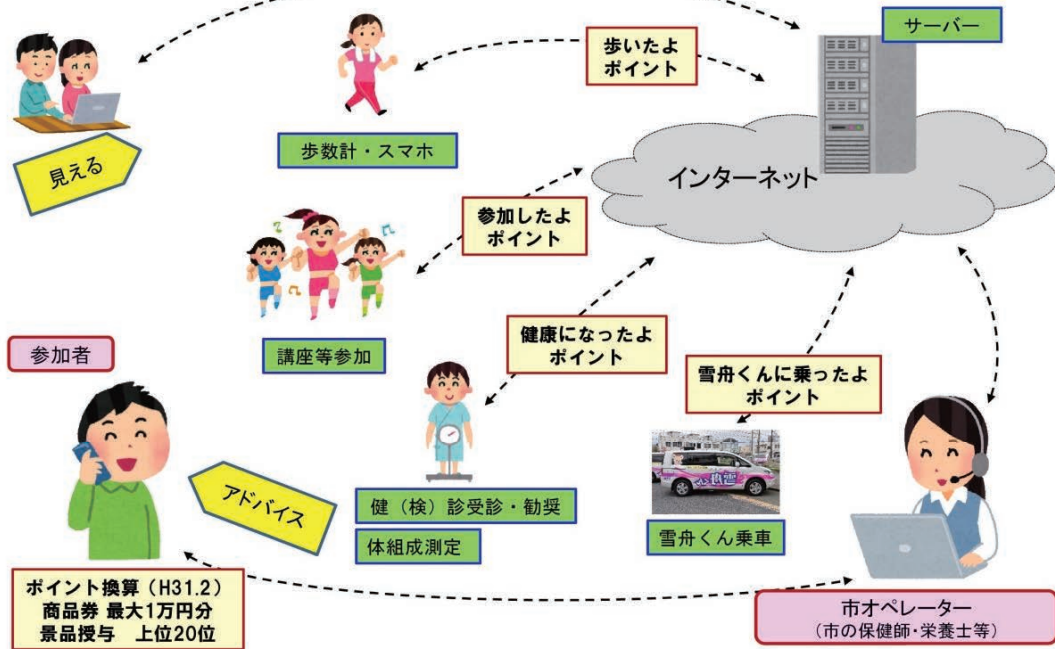
〔図表 4-1-14: 生活習慣病予防と重症化予防の取り組み〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
高血圧の有病率 (アンケート結果)	40.6%	40%	40%	40%
“歩得”健康商品券事業 参加者全員の歩数の 増加	—	プラス 2,000 歩	—	—

ポイント: “歩得”健康商品券事業

市民の健康づくりを支援するため、歩くことを中心とする健康づくりを応援するインセンティブ事業。指定の歩数計やスマートフォンアプリを活用して、歩数や健診(検診)受診、指定の講座等へ参加をすることで、ポイントを貯めることができます。貯まったポイントは、市内登録事業所で使用できる商品券と交換します。

〔図表 4-1-15: “歩得”健康商品券事業〕



基本目標2 いつまでも安心して暮らせるまちづくり

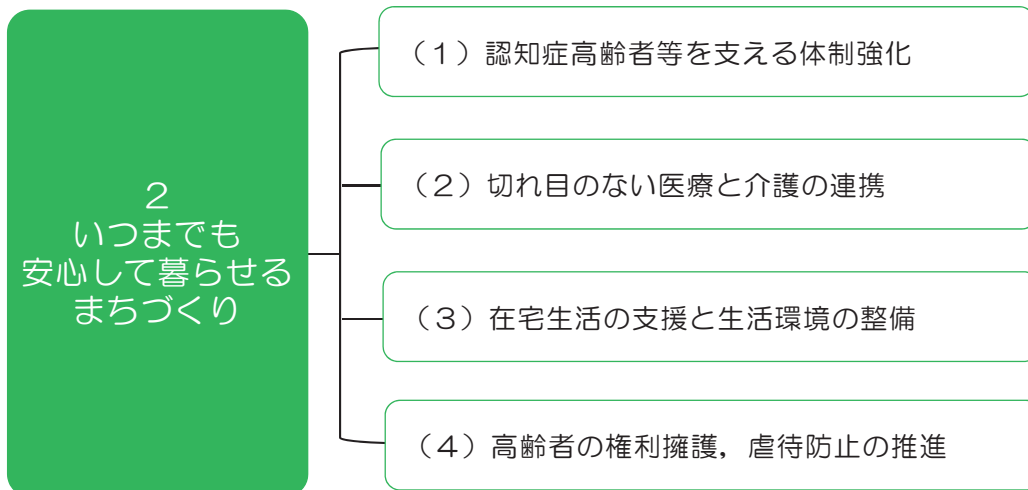
高齢者やその家族が、医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅での生活や認知症高齢者等を支援する取り組み、権利擁護を推進します。

また、高齢者にやさしい住まいや生活環境の整備を推進するとともに、防犯・防災体制の充実を図ります。

【課題認識】

- ・後期高齢者の増加に伴い、介護や支援が必要な高齢者や認知症高齢者など判断能力が十分でない高齢者の増加が見込まれています。
- ・「平成27年度高齢者虐待の防止、高齢者養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」の結果（国公表）によると、高齢者虐待は依然として増加傾向にあり、特に近年、要介護施設従事者などによる高齢者虐待が増加しています。
- ・在宅介護実態調査結果によると、介護者が不安に感じる介護は、「夜間の排泄」や「認知症状への対応」の割合が高くなっています。また、介護を理由に就労を継続することが困難だと感じている介護者がいる結果となっています。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果によると、介護・介助が必要になった要因として、心臓病、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病が約3割を占め、また、一般高齢者の約8割が現在治療中の病気や後遺症を抱えています。このことから、在宅で生活する高齢者を支えるため、医療と介護の連携強化の取り組みが必要です。
- ・介護者が孤立して介護の負担を抱えこむことで虐待に繋がる危険性が増大し、介護離職により経済的な負担も抱えるなど、複雑化する課題が社会問題として挙がっています。
- ・在宅で介護に取り組む家族が、介護サービスや地域資源を適切に利用しながら、介護と仕事などの自分自身の生活を両立させながら、安心して暮らすことができるよう、地域が一体となった支援体制が必要です。
- ・高齢者が安心・安全に暮らすためには、犯罪や交通事故、自然災害などの危険にさらされることのないよう、見守り、支援する地域の体制が重要です。高齢者自身や地域の意識を高め、高齢者が犯罪や交通事故の被害に遭わない地域の環境づくりの推進が必要です。
- ・高齢者が住み慣れた地域で尊厳が守られ、安心して暮らし続けられるよう、関係機関が連携を図り、見守り・支援体制の充実を図るとともに、高齢者虐待を未然に防ぐ地域の環境づくりが重要です。

施策の体系



1 認知症高齢者等を支える体制強化

【施策の方向性】

(1) 適切な医療・介護サービスの提供

認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療，介護の提供が図られる仕組みを構築します。

【取り組み】

○ 認知症初期集中支援チームの充実	地域包括支援センターと複数の専門職がチームを組んで、認知症が疑われる人や認知症高齢者，その家族を初期の段階に訪問し，定期的にチーム員会議を開催することで，包括的，集中的に支援する体制の強化を図ります。
○ 認知症疾患医療センターとの連携	認知症疾患医療センター等の参画により「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を開催し，認知症初期集中支援チームの活動をサポートする体制を整備します。 また，かかりつけ医が認知症疾患医療センター等の専門機関と連携して早期診断・早期対応に繋げる体制や，認知症本人や家族の相談に認知症サポート医が応じる体制等を構築します。
○ 認知症ケアパスの普及・活用	認知症の状態に応じて受けられるサービスや相談機関など適切なケアの流れを明らかにした「認知症ケアパス」を作成し，普及啓発を図るとともに，有効に活用し，認知症の人が能力を活かしながら地域で暮らせる基盤づくりを推進します。

【評価指標】

〔図表 4-2-1: 認知症初期集中支援チームの取り組み〕

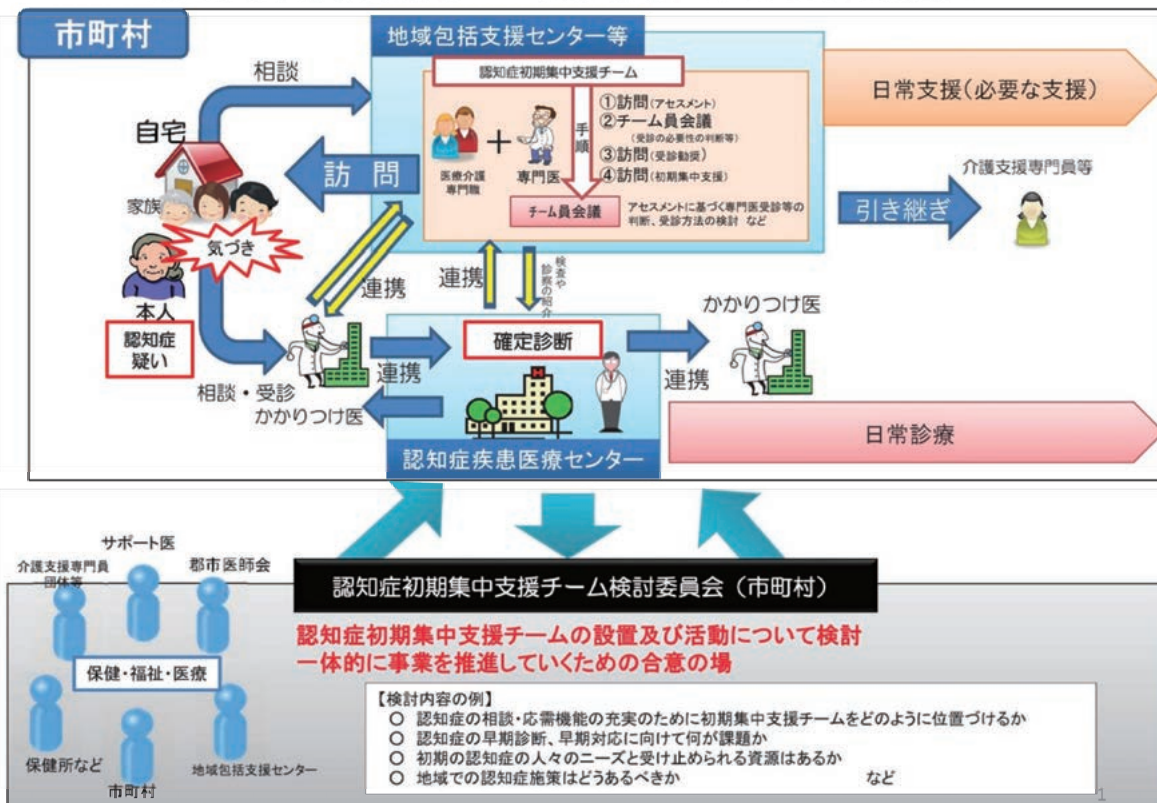
	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
対応数	2 人	5 人	5 人	5 人

ポイント: 認知症初期集中支援チーム

地域包括支援センターと複数の専門職がチームを組んで、認知症が疑われる人や認知症高齢者、その家族を初期の段階に訪問し、定期的にチーム員会議を開催することで、包括的、集中的に支援する体制の強化を図ります。

〔図表 4-2-2: 認知症初期集中支援チーム〕

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図



(2) 認知症に関する理解の促進と見守り体制の構築

認知症に対する理解を深め、地域で見守り、支え合う意識を高めるため、認知症の原因と予防、適切な介護のあり方などに関する正しい知識の普及啓発を推進するとともに見守り体制を構築します。

【取り組み】

○認知症地域支援推進員を中心とした啓発活動の推進	認知症疾患医療センターやかかりつけ医、介護サービス及び地域の支援機関を繋ぐ「認知症地域支援推進員」を中心に、認知症に関する正しい知識の普及啓発や家族支援の取り組みの充実を図ります。
○認知症に対する地域での理解の促進	<p>地域住民や企業社員を対象とし、認知症の人やその家族をあたたく見守り支援する「認知症サポーター」を増やします。また、若い世代へのアプローチとして小学校での認知症サポーター養成講座を実施し、小学生サポーターの拡大を図ります。</p> <p>バーチャルリアリティシステム（VR）を活用した認知症当事者の感覚を実体験する「認知症VR（バーチャルリアリティ）体験会」や認知症カフェ（特に本人が役割を持つカフェ）の開設を支援し、認知症に対する地域での理解を促進します。</p>
○キャラバン・メイトの拡大	「認知症サポーター養成講座」の講師役となる「キャラバン・メイト」の拡大とフォローアップの充実を図ります。
○そうじゃみんなで見守るネットワークの充実（再掲）	地域の企業や事業者・団体等と市が連携し、地域ぐるみで高齢者を見守る事業で、より多くの業種・事業所と連携を図るため、協力事業所を増やします。体調不良、虐待、行方不明、消費者被害等の早期発見のため、地域包括支援センターをはじめ、市の関係部署や権利擁護センターが連携し、迅速・適切な対応に努めます。
○SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進	より多くの市民の参画により、システムの強化・充実を図ります。そうじゃみんなで見守るネットワークと併せ、認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進する取り組みを「SOSシステム」とし、市民、地域団体や企業等に高齢者の見守り、行方不明高齢者の早期発見・支援のためのネットワークづくりを推進します。
○そうじゃ認知症SOS声かけ訓練の実施	認知症に対する理解と協力を市民に広げていくため、行方不明となった認知症の人を発見した際に声をかける「そうじゃ認知症SOS声かけ訓練」を実施します。地域包括支援センターと連携し、圏域や地域ごとの開催等、定例化・拡大を推進します。

○ 認知症支援ボランティアの養成	認知症の人や家族が暮らしやすい総社市を共につくる認知症支援ボランティアを養成し、組織化を図ります。定期的に集い、認知症の理解を深め、認知症の人や家族の思いを学び、施策に反映します。
------------------	--

【評価指標】

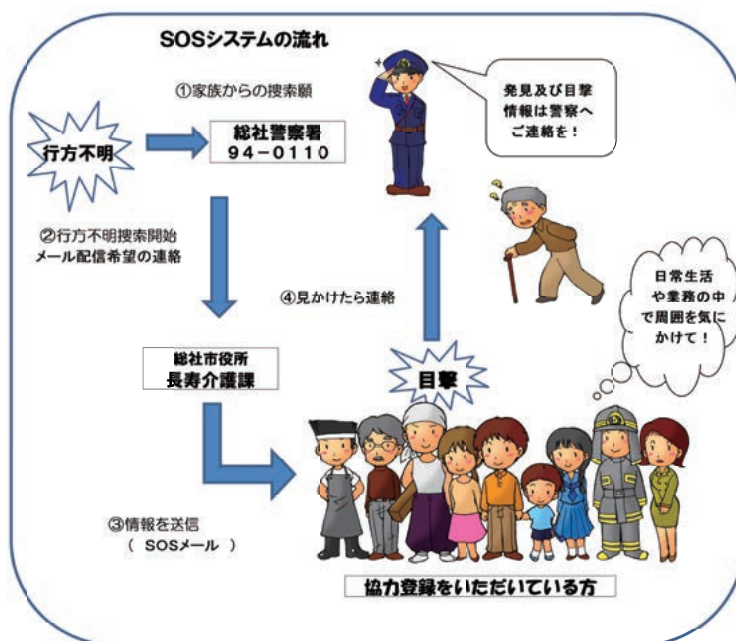
〔図表 4-2-3: 認知症の人の見守り体制の取り組み〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症サポーター養成数	5,909 人 (2 月末現在)	6,000 人	7,000 人	8,000 人
認知症サポーター養成講座 開催数	33 回 (2 月末現在)	30 回	35 回	40 回
小学校での開催校数	5 校 (2 月末現在)	8 校	11 校	15 校(全校)
SOS メール受信登録者数	656 人 (2 月末現在)	700 人	850 人	1,000 人
SOS メール本人登録者数	59 人 (2 月末現在)	80 人	100 人	120 人
認知症支援ボランティア数	33 人 (2 月末現在)	50 人	50 人	50 人
認知症VR体験会の 参加者数	-	100 人	-	-

ポイント: SOS システム(そうじゃ・おかえり・サポートシステム)

「そうじゃ・おかえり・サポートシステム」は、認知症の方が行方不明になった時に、協力登録をいただいている方に「そうじゃ・おかえり・サポートメール」を一斉送信し、可能な範囲で捜索に協力いただき、早期発見・早期保護に繋げる取り組みです。

〔図表 4-2-4: SOS システムの流れ〕



(3) 認知症高齢者を介護する家族等への支援

認知症高齢者を介護する家族だけが問題を抱え込むことのないよう、認知症に関する相談体制の充実を図ります。

【取り組み】

○認知症カフェの拡大	<p>飲食店等への「認知症カフェ」の開催の呼びかけなどにより設置数を増やすとともに、学生の参加を促すなど広く市民へ周知し利用者の拡大を図ります。</p> <p>特に、認知症の本人が役割を持つカフェの開設を支援し、認知症に対する地域での理解を促進します。</p>
○SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）メール登録の促進	<p>認知症による行方不明者の早期発見のため、SOSメールの登録、配信を行います。認知症サポーター養成講座や認知症SOS声かけ訓練の実施などにより周知を図り、登録を促進します。</p>
○認知症見守りGPS購入費等助成事業	<p>認知症高齢者等の事故を未然に防止し、安全を確保するため、GPS（全地球測位システム）を活用した専用端末装置及び付属機器の利用に係る初期費用を助成し、その家族の経済的及び精神的負担の軽減を図り、安心して介護ができる環境を整備します。</p>
○総社介護者の会への参加	<p>介護者が孤立しないよう、在宅での介護者が集い、気軽に話し合い相談し合える場、情報交換ができる場である「総社介護者の会」への参加を促し、孤立しやすい男性介護者の参加拡大を図ります。</p>

【評価指標】

〔図表 4-2-5: 家族支援の取り組み〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症カフェ設置数	9 か所 (2 月末現在)	12 か所	15 か所	18 か所

コラム：認知症カフェって何？

認知症カフェは、認知症になっても住み慣れた地域で、安心して生活が続けられるよう、認知機能の低下した人や家族、地域の人等が気軽に集い、専門職のアドバイスをもらいながら、認知症状の悪化防止や相互交流、情報交換等ができる「集いの場」です。平成30年2月末現在、市内9か所で定期的を開催しています。

〔図表 4-2-6：認知症カフェの良いところ〕

本人にとって・・・

- ・本音で話せる、相談できる
- ・不安の軽減、心のよりどころ
- ・仲間づくり
- ・専門職の理解者がいるので安心
- ・認知症の進行を遅らせる

認知症カフェの良いところ

介護家族にとって・・・

- ・介護家族の社会的孤立の防止
- ・家族同士の情報交換
- ・家族の学びの場
- ・専門職との出会い、早期支援に結びつく

地域にとって・・・

- ・地域全体の認知症の理解が深まる
- ・地域の方々の交流の場
- ・認知症になっても安心して暮らせる地域づくりにつながる

Illustration: A group of people, including an elderly woman, sitting at a table in a cafe setting with a sign that says 'CAFE'.

(4) 若年性認知症の人への支援

配慮があれば働ける若年性認知症の人が生きがいや役割を持って暮らせるよう、寄り添い支援や就労支援を行います。

【取り組み】

○ 認知症の人の就労支援に向けた取り組み	<p>市内事業者向けに就労中の若年性認知症当事者による講演会を実施し、初期の認知症の人へ早期対応による就労（継続就労含む）に向けたサポートを強化します。</p> <p>岡山県に配置された「若年性認知症支援コーディネーター」と連携し、支援者・関係者へ若年性認知症の特性や就労についての意識啓発を行い、働きたいと希望する認知症の人に対して就労支援を行います。</p>
----------------------	---

【評価指標】

〔図表 4-2-7：若年性認知症の人への支援〕

	平成29年度実績	平成30年度	平成31年度	平成32年度
若年性認知症当事者による講演会市内企業参加社数	—	50社	—	—
若年性認知症患者の就労数	1人 (2月末現在)	2人		

2 切れ目のない医療と介護の連携

【施策の方向性】

(1) 医療・介護連携の推進

地域の医療・介護の関係機関や団体との連携強化を図り、医療と介護に関する情報の共有化を図り、多職種による医療と介護の連携体制を整備します。

【取り組み】

○地域の医療・介護サービス資源の把握	小地域単位の医療・介護資源マップの作成、医療機関・介護サービス事業所リストの更新、医療連携窓口一覧の見直し等を随時行います。
○総社市地域医療介護連携推進委員会を活用した切れ目のない医療と介護の提供体制の構築推進	医療関係者、訪問看護・福祉施設代表者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、学識経験者等の参加による総社市地域医療介護連携推進委員会を開催し、本市の現状や課題などの共通認識を図り、医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討します。実施した施策や相談事例についての報告を適宜行うとともに、評価、改善を行い、医療・介護関係機関の理解・協力を得た上で、24時間365日の医療・介護サービス提供体制の構築を推進します。
○医療・介護関係者の情報共有の支援	平成29年度に立ち上げた総社市地域医療介護連携推進委員会ICT部会を中心に、医療・介護関係機関の効率的な情報共有のツールである、ケアキャビネット「きびきび」の利用促進を図ります。
○医療・介護連携に関する相談支援	医療・介護連携を支援する相談窓口を総社市長寿介護課内に設置し、地域の医療・介護関係者などからの医療・介護連携に関する相談に対応し、連携調整、情報提供などを行います。
○医療・介護関係者の研修	医療・介護関係機関の多職種連携などに関する研修を実施します。
○地域住民への普及啓発	市民向け公開講座の開催やエンディングノートの活用推進等により、かかりつけ医の重要性や在宅での看取りなど医療・介護連携に関する取り組みの普及啓発を推進します。
○医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	高梁川流域の市町との合同会議や研修に参画し、広域での連携と情報共有を図ります。

【評価指標】

〔図表 4-2-8: 医療・介護連携の取り組み〕

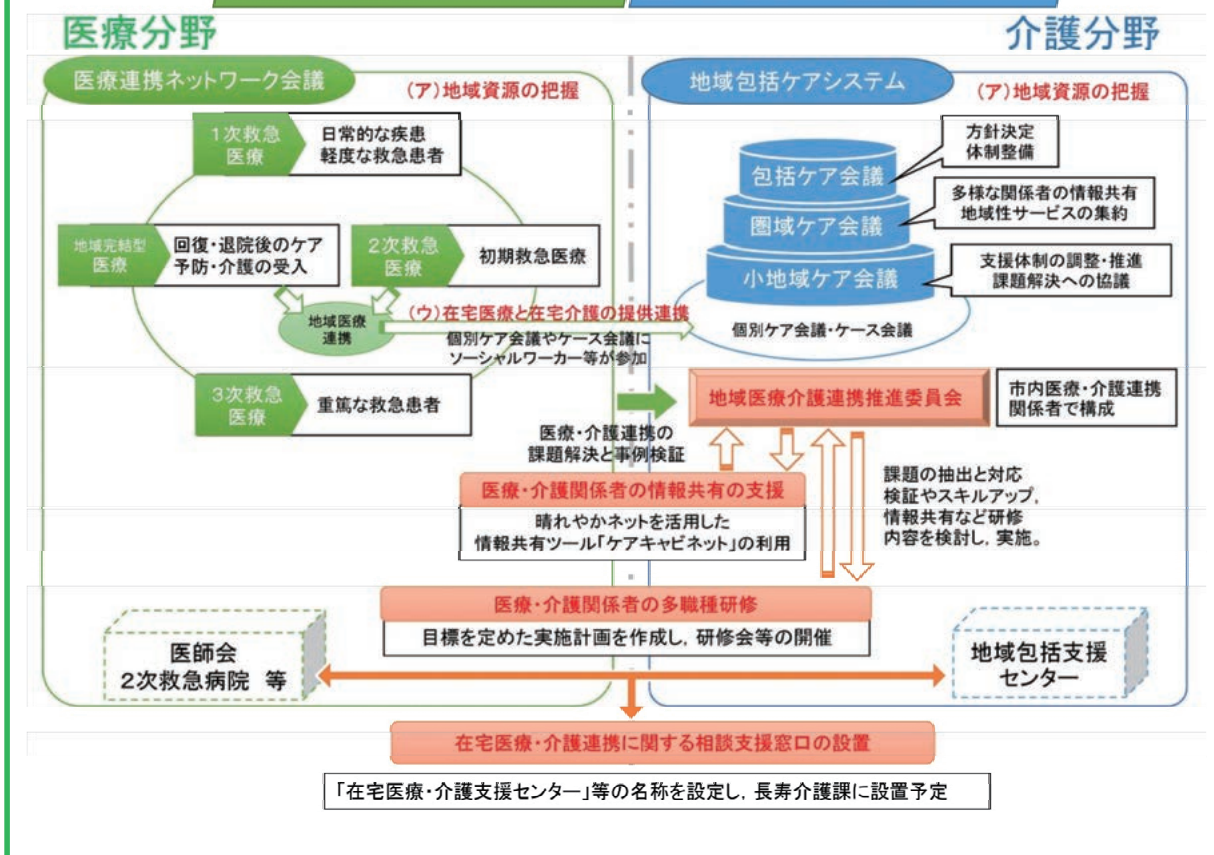
	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
医療・介護従事者研修 開催回数	1 回	1 回	1 回	1 回
ケアキャビネット加入施設数	132 か所 (2 月末現在)	160 か所	170 か所	180 か所
ケアキャビネット登録者数	374 人 (2 月末現在)	450 人	475 人	500 人
ケアキャビネット患者同意数	296 人 (2 月末現在)	350 人	400 人	450 人
市民向け講座実施回数	5 回	7 回	7 回	7 回

ポイント: 医療と介護の連携

地域の保健・医療・介護の関係機関や団体との連携強化を図り、医療と介護に関する情報の共有化を図り、多職種による医療と介護の連携体制を整備します。

〔図表 4-2-9: 医療と介護の連携構成図〕

在宅医療・介護連携推進事業の構成図



3 在宅生活の支援と生活環境の整備

【施策の方向性】

(1) 食生活の安定と見守りによる孤独感の解消

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の生活を支えるため、食生活の安定や日常・緊急時の見守り等による孤独感の解消に向けた取り組みの充実を図ります。

【取り組み】

○高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化（再掲）	ひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯に対し、配食と見守りのサービスを週数回行い、高齢者の食生活の安定及び改善、安否確認による孤独感の解消を図ります。 長寿介護課内に栄養相談員を配置し、給食サービス事業利用者のフォローアップを行い、地域包括支援センターやケアマネジャーと相談しながら、低栄養状態改善に向けた取り組みの強化を図ります。
○地区給食サービス事業	ひとり暮らし高齢者に対する給食サービスを年数回行い、孤独感の解消等に繋がります。
○緊急通報装置事業	75歳以上のひとり暮らし高齢者等に対し、緊急通報装置を貸与し、急病や災害などの緊急時に迅速かつ適切な対応を図ります。

【評価指標】

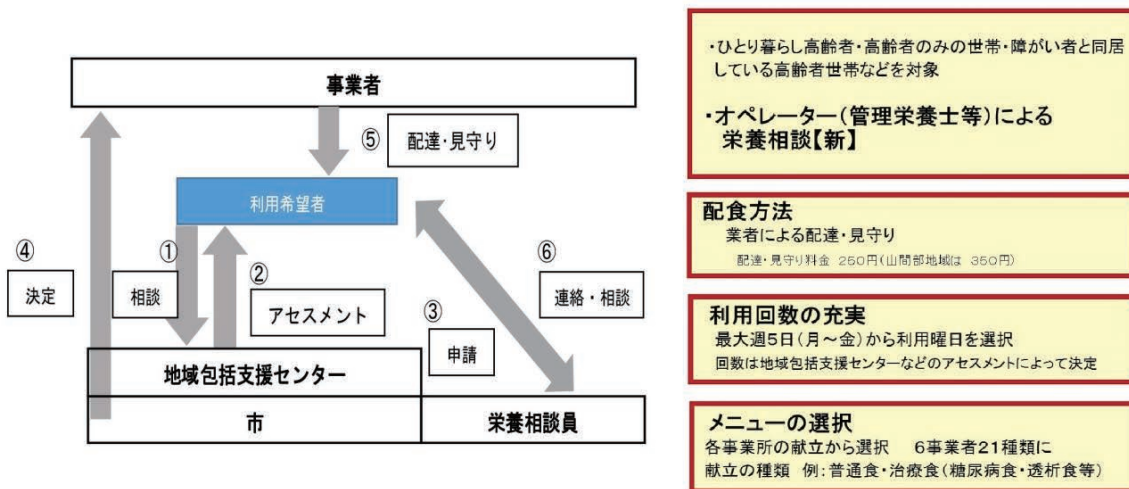
〔図表 4-2-10: 在宅生活の支援の取り組み〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
高齢者給食配食数	月 1,499 食 (1 月末現在)	月 1,800 食	月 1,800 食	月 1,800 食

ポイント: 高齢者給食サービス事業

地域包括支援センターやケアマネジャー（介護支援専門員）のアセスメントを経て、ひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯に対して配食と見守りサービスを提供し、食生活の安定と安否確認による孤独感の解消を図ります。また、栄養相談員を配置し、栄養相談や栄養指導を行うことで、栄養改善に向けた取り組みの強化を図ります。

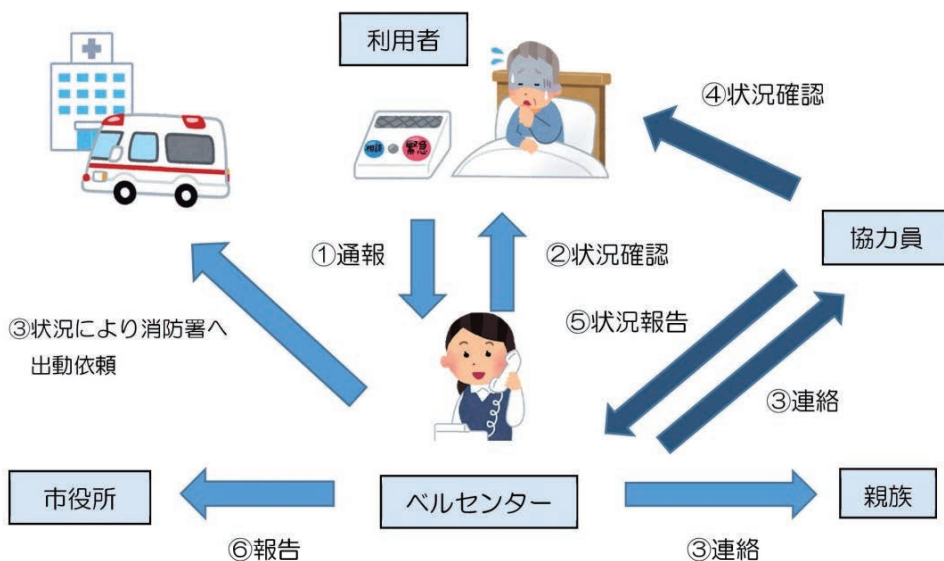
〔図表 4-2-11: 高齢者給食サービス〕



ポイント: 緊急通報装置事業

75歳以上のひとり暮らし高齢者や85歳以上高齢者のみの世帯に属する方に対し、緊急通報装置を貸与します。急病や災害などの緊急時に、緊急ボタンかペンダントを押すと、契約業者に通報が入り、契約業者から消防署（救急車）や地域の協力員などに連絡し、迅速かつ適切な対応を図ります。

〔図表 4-2-12: 緊急通報装置事業〕



(2) 福祉サービスの充実と家族介護の支援

介護や支援が必要な高齢者やその家族が、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、その状態やニーズに応じたサービスを提供する取り組みを推進します。

また、家族介護者が介護についての必要な情報を入手し、効果的にサービスや制度、社会資源を活用することにより、安心して自分自身の生活も継続できるよう支援します。

【取り組み】

○高齢者支援ガイドの作成と普及	高齢者福祉に関する制度やサービス、各種相談窓口等を紹介した「高齢者支援ガイド」を作成し、制度の普及等に活用します。
○家族介護支援事業	重度介護者を在宅で介護している人の経済的負担を軽減するため、介護用品と引き換えることができるクーポン券を交付します。
○在宅高齢者介護激励金支給事業	寝たきりの高齢者や認知症の高齢者を在宅で6か月以上常時介護している家族に対して激励金を支給します。
○おむつ助成事業	寝たきり等の高齢者を在宅で介護している人の経済的負担を軽減するために、おむつの費用の一部を支給します。
○いきいきチケット事業	身体的条件等により総社市新生活交通（雪舟くん）の利用ができない高齢者等に対し、介護タクシー等を利用する際にその料金をいきいきチケットで助成します。
○訪問理容サービス事業	理容所で散髪等ができない高齢者に対し、自宅での理容サービスを実施します。
○家族介護者に対する相談体制の充実	地域包括支援センターにおいて、関係機関の連携のもと、地域における適切なサービスや制度の利用に繋げるなど家族介護者の不安を解消するための総合相談や支援を行います。
○総社介護者の会への参加（再掲）	介護者が孤立しないよう、在宅での介護者が集い、気軽に話し合い相談し合える場、情報交換ができる場である「総社介護者の会」への参加を促し、孤立しやすい男性介護者の参加拡大を図ります。
○老人短期入所運営事業	自立と判定された65歳以上の高齢者が、自宅での生活が困難となった場合に、一時的に入所し、生活習慣の改善や体調改善を図ります。
○老人保護措置事業	在宅での生活に支障があり、かつ経済的に困窮している65歳以上の人を養護老人ホームへ入所措置し、生活の場を確保します。

<p>○養護老人ホーム及び軽費老人ホーム等の整備</p>	<p>要介護認定の該当にならない高齢者のうち、経済的理由等で在宅での生活が困難な高齢者の住まいについては、養護老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）の活用を図ります。</p> <p>健康の増進、介護予防等の様々な活動の場として、老人福祉センターの活用を図ります。</p> <p>〔図表 4-2-13:総社市の養護老人ホーム等の概要〕</p> <table border="1" data-bbox="614 564 1382 757"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>施設数</th> <th>定員(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>養護老人ホーム</td> <td>1</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>軽費老人ホーム(ケアハウス)</td> <td>3</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>老人福祉センター</td> <td>1</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	区分	施設数	定員(人)	養護老人ホーム	1	50	軽費老人ホーム(ケアハウス)	3	60	老人福祉センター	1	-
区分	施設数	定員(人)											
養護老人ホーム	1	50											
軽費老人ホーム(ケアハウス)	3	60											
老人福祉センター	1	-											

(3) 高齢者が安全に生活するための取り組みの推進

地域で暮らす高齢者の安全を確保できるよう、防災・交通安全対策に努めます。

【取り組み】

<p>○災害時避難行動要支援者名簿の整備・活用</p>	<p>災害対策基本法に基づき、災害時に避難することが困難な人を掲載した「避難行動要支援者名簿」を作成し、登録者の安否確認や避難支援を行います。</p> <p>また、平時の見守り支援の同意が得られた人については、地域の支援関係者で情報を共有します。</p>
<p>○改正道路交通法の周知</p>	<p>いきいき百歳体操やサロン、出前講座、研修等の機会を活用し、平成 29 年 3 月 12 日に改正された道路交通法（75 歳以上の高齢者に認知機能検査が必要となり、認知症のおそれがある場合には医師の診断が必要になったこと）の周知を図り、高齢者の運転による事故防止、加齢に伴う認知機能の低下に対し、医師の診断に迅速に繋げ、安全運転の支援を行います。</p>

(4) 高齢者の生活環境の整備

高齢者の状況やニーズに対応した多様な住まいを確保するため、高齢者が居住する住宅の改造などへの相談や改造費の助成等により、バリアフリー化を支援します。

【取り組み】

○福祉用具・住宅改修支援事業	高齢者向けに居室などの住宅改修を希望する市民に対し、住宅改修指導専門員（住環境コーディネーター）を派遣し、住宅改修に関する相談、助言を行います。
○高齢者住宅改造助成事業	在宅の高齢者がいる世帯に対し、住宅改造に必要な経費を助成することにより、高齢者の自立促進、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図ります。
○高齢者等住宅手すり、段差解消支援事業	要介護状態等でない高齢者が、手すりの設置や段差解消などの簡易な改修により、要介護状態に陥らず、自宅で安心して長く元気に暮らせるよう居住環境の整備を推進します。

4 高齢者の権利擁護，虐待防止の推進

【施策の方向性】

(1) 権利擁護事業の推進

高齢者やその家族が必要に応じ、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用できるよう支援体制の充実を図るとともに、制度の周知を図ります。

【取り組み】

○市長申立て	成年後見制度の利用が必要な状況であるが、本人や家族とともに申立てを行うことが難しい場合等、特に必要がある場合に成年後見制度の市長申立てを行います。
○成年後見制度利用支援事業	成年後見制度の利用を支援するため、一定の要件のもとで、家庭裁判所への申立費用や後見人などに支払う報酬について助成を行います。
○日常生活自立支援事業の周知	認知症高齢者など判断能力が十分でない人を対象として、福祉サービス利用援助や日常的な金銭管理、重要書類の預かりなどの支援を行う「日常生活自立支援事業」（社会福祉協議会が実施）について周知を図ります。
○市民後見人推進事業	弁護士等の専門職による後見人だけでなく、市民後見人を養成し、支援体制を構築します。

(2) 高齢者虐待防止の推進

地域包括支援センター・権利擁護センターを中心に、高齢者虐待防止のための施策を推進し、地域の関係機関と虐待を早期に発見できるネットワークを構築するとともに、市民や事業者などへの虐待防止に関する普及啓発を推進します。

【取り組み】

○高齢者虐待防止に関する啓発の推進	住民一人ひとりの高齢者虐待防止に対する関心を高めるための啓発を行うとともに、地域で見守り、虐待が発生しにくい地域づくりに取り組みます。
○そうじゃみんなで見守るネットワークの充実(再掲)	地域の企業や事業者・団体等と市が連携し、地域ぐるみで高齢者を見守る事業で、より多くの業種・事業所と連携を図るため、協力事業所を増やします。体調不良、虐待、行方不明、消費者被害等の早期発見のため、地域包括支援センターをはじめ、市の関係部署や権利擁護センターが連携し、迅速・適切な対応に努めます。
○高齢者虐待防止に関する関係機関の連携の推進	権利擁護センターと連携し、関係機関・団体等の実務者会議を開催し、情報を共有するとともに、早期発見、的確な対応のための連携強化を図ります。
○介護支援専門員及びサービス提供事業者への支援	高齢者虐待などの困難事例を抱える介護支援専門員やサービス提供事業者に対する相談対応、研修、サービス担当者会議などの開催支援を行います。

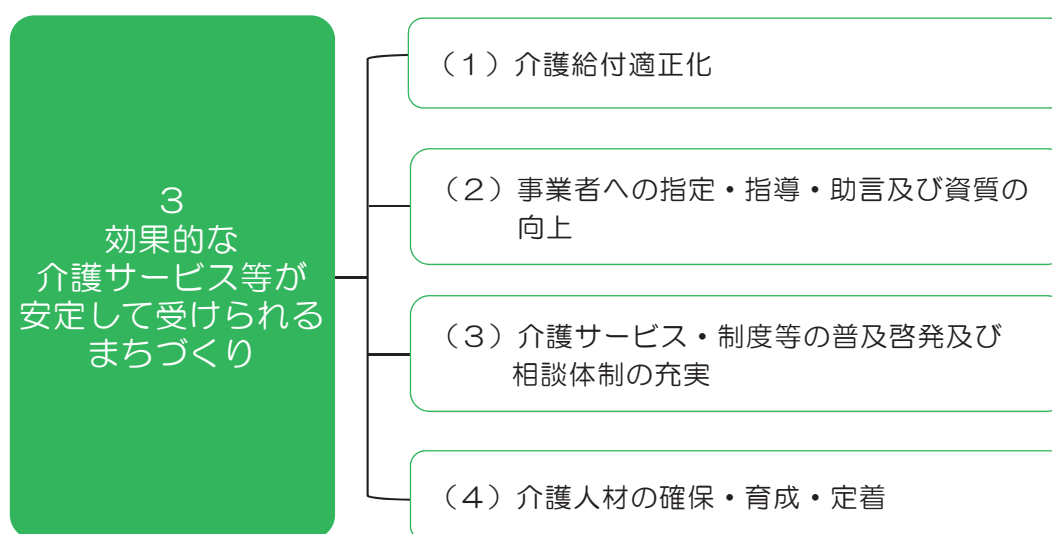
基本目標3 効果的な介護サービス等が安定して受けられるまちづくり

介護保険制度の持続可能性を維持し、高齢者が要介護状態となっても、適切な介護保険サービスを受けながら住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、介護給付の適正化、介護保険サービス事業者の育成・支援、介護サービス情報公開の推進、相談体制の充実などを推進します。

【課題認識】

- ・ 介護保険制度の持続可能性を維持し、高齢者が要介護状態となっても、効果的な介護保険サービスを受けながら住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、介護給付の適正化を図る必要があります。
- ・ 高齢者の尊厳を守り、自立した生活を送るためには、利用者本位の質の高い介護サービスが提供され、利用者が自身のニーズに合った事業者やサービスを選択できる体制が必要です。サービス事業者がより質の高いサービスを提供できるよう支援・指導・監督の強化に努めるとともに、介護保険制度やサービス提供事業者、サービス内容に関する情報提供等を適切に行い、介護保険サービスの相談・苦情等に対応する相談体制の強化に努めることが重要です。
- ・ 全国的に、介護従事者の離職率は高く、福祉・介護サービス分野において慢性的な人手不足の状況にあり、介護人材の確保が大きな課題となっています。介護人材の確保に向け、多様な人材の確保、介護従事者の育成や定着を図るための取り組みの支援が必要です。

施策の体系



1 介護給付適正化（総社市第4期介護給付適正化計画）

国の指針や「岡山県第4期介護給付適正化計画」に基づき、「総社市第4期介護給付適正化計画」を定め、利用者に対する適切な介護サービスの提供と費用の効率化、不適切な給付の削減を通じて、介護給付の適正化を図ります。

総社市第4期介護給付適正化計画においては、国の指針における主要5事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知）を実施します。

【施策の方向性】

（1）要介護認定の適正化

公正・適正な要介護認定を行うため、要介護認定調査については、原則市が実施するほか、介護認定審査会委員及び要介護認定調査員に対する研修等の充実により、要介護認定の一層の平準化を図ります。

【取り組み】

○認定調査員の研修の実施	認定調査員に対して毎月1回認定調査適正化研修を実施し、客観性、公平性を確保します。
○判定結果の平準化	介護認定審査会の三合議体による判定調整会議を開催し、一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域差や合議体間の差等の分析を行い、判定結果の平準化を図ります。

【評価指標】

〔図表 4-3-1: 要介護認定の適正化〕

	平成29年度 実績	平成30年度	平成31年度	平成32年度
認定調査員の研修の実施回数	12回	12回	12回	12回
判定調整会議の実施回数	1回	1回	1回	1回

（2）ケアプランの点検

個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービスを改善するため、県の支援事業の活用により派遣された主任介護支援専門員と連携し、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、点検及び支援を行います。

【評価指標】

〔図表 4-3-2: ケアプランの点検〕

	平成29年度 実績	平成30年度	平成31年度	平成32年度
ケアプラン点検件数	5件	10件	15件	20件

(3) 住宅改修等の点検

住宅改修の点検では、受給者の状態に応じた適切な改修となるよう、理由書や工事見積書などにより改修内容を確認するとともに、疑義のある場合には現地確認などにより施行状況を検査します。

福祉用具貸与・購入の点検では、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めるため、福祉用具の必要性や使用頻度、利用状況を調査します。

【評価指標】

〔図表 4-3-3:住宅改修等の点検〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
住宅改修点検件数	274 件 (2月末現在)	280 件	280 件	280 件
福祉用具貸与・購入点検件数	20 件	20 件	20 件	20 件

(4) 縦覧点検・医療情報との突合

受給者ごとの介護報酬支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの妥当性、算定日数などの点検を行い、請求内容の誤りを早期に発見し、適切に対応します。受給者の後期高齢者医療・国民保険の入院情報と介護保険の給付状況を突合し、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などを図ります。

縦覧点検や医療情報との突合は、費用対効果が大きいことから、国民健康保険団体連合会への委託や、活用頻度の高い帳票の点検により、効率的な作業に努めます。

【評価指標】

〔図表 4-3-4:縦覧点検・医療情報との突合〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
縦覧点検・医療情報との突合件数	666 件	600 件	600 件	600 件

(5) 介護給付費通知

介護予防サービス、介護サービスを利用している人に対し、介護サービス費用額などを記載した通知を送付し、市民自らが受けているサービスを確認することにより、コスト意識の啓発と不正請求の発見を促します。

【評価指標】

〔図表 4-3-5:介護給付費通知〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
給付費通知送付件数	全件	全件	全件	全件

(6) 給付実績の活用

国民健康保険団体連合会の実施する診査支払結果から得られる給付実績を活用して不適切な給付を発見し、適正なサービス提供と介護費用効率化の指導を行うことで、事業者の育成を図ります。

2 事業者への指定・指導・助言及び資質の向上

【施策の方向性】

(1) 居宅介護支援事業者等の育成

居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者のケアマネジャーが常に利用者の立場に立ち、公正、誠実に真に必要なサービスを提案できるよう研修、支援を行います。

【取り組み】

○ケアマネジメントに関する研修会の開催	高齢者の自立支援に向けた適切なケアマネジメントを実施するため、自立支援の理念・目的の共有、ケアプラン作成支援等に関する研修会を開催します。
○ケアプランの自己点検の支援	ケアマネジャーによるケアプランの自己点検を支援し、自立支援に資するケアプラン作成を推進します。
○ケアマネジャーの情報共有の場の設定	ケアマネジャー相互の情報・意見交換の場を設定し、情報の共有化を図ります。
○地域ケア個別会議の定期的な開催（再掲）	各地域包括支援センターを拠点に、医療・介護の専門職などの多職種とケアマネジャー等が協働し、要支援認定者及び事業対象者に対するケアマネジメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて本人が自立した生活を送ることができるよう、月1回以上定期的に開催します。 ケアプランは定期的なアセスメントを行い、明らかになった地域課題については小地域ケア会議での検討に繋がります。
○地域ケア個別会議のアセスメント機能強化（再掲）	地域ケア個別会議にリハビリテーション専門職等を派遣し、個別事例の評価、事業所スタッフやケアマネジャーへの助言を専門職の視点から行う体制の強化を図ります。

(2) サービス提供事業者への支援

各サービス提供事業者が常に利用者の立場に立ち、公正、誠実に利用者が真に必要なとするサービスを提供できるよう研修、支援を行います。

【取り組み】

○サービス提供事業者対象研修会の開催	各種介護サービス提供事業者あるいは全体に向け、介護保険の理念や目的、適正な給付についての研修を行い、本来の自立支援のためのサービス提供を促すとともに、サービスの質の確保、向上に努めます。
○介護サービスの質の向上支援	サービス事業ごとの連絡会等の開催支援等を行い、質の確保、向上に努めます。
○地域密着型通所介護事業所の機能強化	リハビリテーション専門職等の配置がない地域密着型通所介護事業所等に対して、リハビリテーション専門職等を派遣し、機能訓練・口腔機能向上・栄養改善を推進するための助言を行い、サービスの質の向上及び要介護者の重度化防止・自立支援に努めます。

(3) 介護保険サービス事業者の指導・監査

地域密着型サービス事業者の指導・監査については、従来から実施している集団指導や実地指導を引き続き計画的に実施し、人員、設備及び運営基準の点検、サービス内容の確認を行うことにより、高齢者の尊厳を保持した質の高いケアの実現を支援します。また、監査については、利用者への虐待が疑われる場合などは、無通告で実施するなどにより、即応性を高めた厳正な対応を行います。

【取り組み】

○集団指導	地域密着型サービスを提供している事業者を一定の場所に集め、講習会等の方法により、指定事務の制度説明、介護保険法の趣旨、目的の周知及び理解の促進、報酬請求に係る過誤、不正防止の観点から適正な運営・請求指導など制度管理の適正化を図ります。
○実地指導	市内すべての地域密着型サービス事業所を対象に、直接事業所に赴き、書類確認やヒアリング等を行い、高齢者虐待防止・身体拘束廃止などについての理解の促進、防止の取り組み等の運営に関する事項や報酬基準等に基づく体制の確保、個別ケアプランに基づくサービス提供の実施等の介護報酬請求に関する事項について指導・助言を行います。

○地域密着型サービス運営委員会の開催	地域密着型サービス事業所の運営状況等について、地域密着型サービス運営委員会で点検を行い、地域の状況の変化に応じた対応を推進します。
--------------------	---

【評価指標】

〔図表 4-3-6:介護保険サービス事業者の指導・監査〕

	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
集団指導の実施回数	1 回	1 回	1 回	1 回
実地指導の実施事業所数	13 事業所	15 事業所	15 事業所	15 事業所
地域密着型サービス運営委員会の 開催回数	2 回	2 回	2 回	2 回

3 介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実

【施策の方向性】

(1) 情報提供の充実

介護保険制度に関するパンフレットを作成するとともに、市のホームページなどで事業者やサービスの内容に関する様々な情報を提供します。

また、情報が円滑に公表され、有効に活用されるよう、介護サービス事業者と連携を図り、情報提供の充実を図ります。

事業者に対しては、県及び厚生労働省が運営している「介護サービス情報公表システム」への登録・更新を促します。

【取り組み】

○介護保険総合案内パンフレットの配布	介護保険総合案内パンフレットを作成し、市の窓口や地域包括支援センターで配布します。
○介護サービス等の評価の公表	認知症高齢者グループホーム及び小規模多機能型居宅介護事業所が受けた外部評価及び自己評価結果について、市の窓口で公表します。
○介護サービス情報公表システムの登録及び利用促進	介護保険事業者に対し、介護サービス情報公表システムへの登録を促し、利用者及び家族がサービスの選択に役立つよう支援します。
○地域包括支援センターの情報公開（再掲）	全地域包括支援センターの事業内容・運営状況に関する情報を公表し、住民による地域包括支援センターの活用を促進します。

【評価指標】

〔図表 4-3-8: 相談体制の充実〕

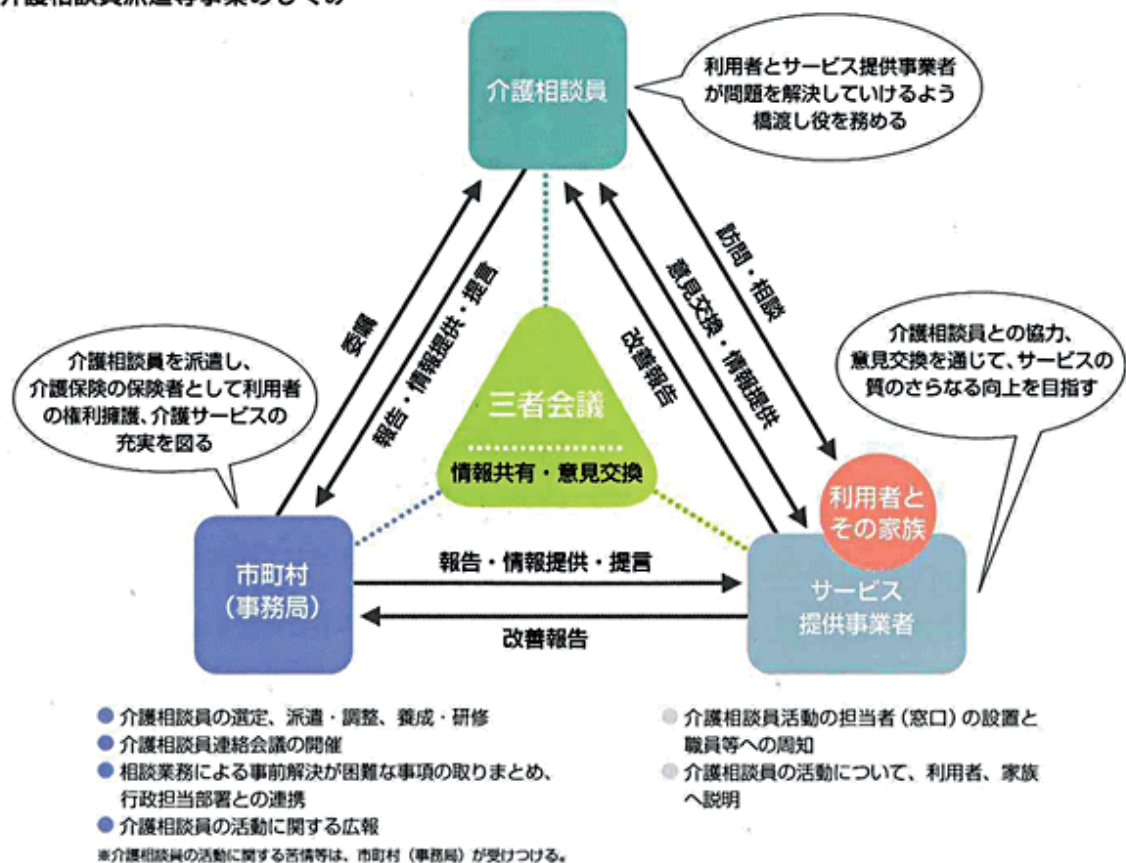
	平成 29 年度 実績	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護相談員の派遣事業所数	15 事業所	15 事業所	15 事業所	15 事業所
介護相談員連絡会議の開催回数	2 回	2 回	2 回	2 回

ポイント: 介護相談員派遣事業

介護相談員養成研修を修了した介護相談員がサービス提供の場を訪問し、利用者から話を伺います。そのうえで本人への助言や事業所側と意見交換を重ねて問題のありかを提示し、サービスの質の改善に繋がる提案をします。

〔図表 4-3-9: 介護相談員派遣等事業のしくみ〕

介護相談員派遣等事業のしくみ



4 介護人材の確保・育成・定着

【施策の方向性】

(1) 介護人材の確保，育成，定着

不足する介護人材を確保するため，人材の新規参入の促進，潜在有資格者の掘り起しを推進します。

また，介護職に就いた人材が長く働くことができるよう，働きやすい環境づくりの情報提供など事業者への支援を推進するとともに，拡大する介護需要に対応し，質の高い介護サービスを安定的に提供できるようにするため，介護を担う人材のスキルアップを促進します。

【取り組み】

○各種団体等が行う研修会，セミナー等の周知・受講支援	介護サービス事業者等に対して，各種団体等が行う研修会やセミナー等の周知を行い，受講支援に関する取り組みを推進します。
○サービス提供事業者対象研修会の開催（再掲）	各種介護サービス提供事業者あるいは全体に向け，介護保険の理念や目的，適正な給付についての研修を行い，本来の自立支援のためのサービス提供を促すとともに，サービスの質の確保，向上に努めます。
○介護サービスの質の向上支援（再掲）	サービス事業ごとの連絡会等の開催支援等を行い，質の確保，向上に努めます。
○そうじゃ60歳からの人生設計所の機能強化（再掲）	シルバー人材センターやハローワークと連携し，高齢者の就労，創業，社会参加等の希望を気軽に相談できる窓口「そうじゃ60歳からの人生設計所」を高年齢者や市内企業へ広く周知し，高齢者の就労ニーズと企業とのマッチングを図るための機能強化を図ります。

◇ 計画の進行管理

1 計画の進行管理

本計画から2025年に向けて、各事業を実施することにより生じるアウトカム（成果）を意識した事業運営、事業等の評価分析に基づく施策の見直し・改善を行います。

（1）評価指標等の設定

本計画の各基本目標を達成し、基本理念を実現するための本市の取り組みについて進行管理を行い、その取り組み結果を評価するために、重点事業・評価指標等を設定しました。

（2）計画の評価

本計画の進行管理として、毎年度、重点事業・評価指標の進捗状況の確認と評価分析を行い、課題の抽出を行います。

（3）施策の見直し・改善

評価分析結果に基づき、施策の見直し・改善を行います。

〔図表 4-4-1:PDCA サイクルを活用した地域包括ケアシステムの深化・推進〕



2 重点事業及び指標

次のとおり、重点事業・評価指標等を設定しました。

※ □ は福祉王国プログラム掲載事業

基本目標	施策の方向性	重点事業
住み慣れた地域でいきいきと暮らせるまちづくり	地域包括支援センターの機能の充実と強化	介護支援専門員への支援実施
		職種別連絡会議・3職種合同連絡会議の開催
		事業評価の実施
		地域ケア個別会議の定期的な開催
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
	地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり	そうじゃ台帳の整備
		そうじゃみんなで見守るネットワークの充実
		生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化
		生活支援コーディネーターの役割強化
		そうじゃ 60歳からの人生設計所の機能強化
	地域の繋がりを通じた健康づくりと介護予防の推進	いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき講座の実施
		“歩得”による認知症予防
生活習慣病発症予防と重症化予防の推進		
いつまでも安心して暮らせるまちづくり	認知症高齢者等を支える体制強化	認知症初期集中支援チームの充実
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		SOS(そうじゃ・おかえり・サポート)システムの推進
		SOS(そうじゃ・おかえり・サポート)システムの推進
		認知症支援ボランティアの養成
		認知症カフェの拡大
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症の人の就労支援に向けた取り組み
	認知症の人の就労支援に向けた取り組み	
	切れ目のない医療と介護の連携	医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の研修
地域住民への普及啓発	高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化	
効果的な介護サービス等が安定して受けられるまちづくり	介護給付適正化	要介護認定の適正化
		要介護認定の適正化
		ケアプランの点検
		住宅改修等の点検
		住宅改修等の点検
		縦覧点検・医療情報との突合
		介護給付費通知
		給付実績の活用
	事業者への指定・指導・助言及び資質の向上	集団指導
		実地指導
		地域密着型サービス運営委員会の開催
	介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実	介護相談員の派遣
		介護相談員連絡会議の実施
	介護人材の確保・育成・定着	各種団体等が行う研修会、セミナー等の周知・受講支援

指標	平成30年度 (目標)	平成31年度 (目標)	平成32年度 (目標)
介護支援専門員から受けた相談件数	300件	350件	350件
開催回数	100回	100回	100回
専門職派遣回数	100回	100回	100回
派遣職種数	2職種	2職種	3職種
そうじゃ台帳登録者実態把握率	実態把握率 100%		
見守りネットワーク参画事業所数	110か所	115か所	120か所
生活支援サポーター数	150人	200人	250人
そうじゃ60歳からの人生設計所を通じた就職者数	200人	—	—
高齢者就業者数・創業者数	600人	3年間で1,000人	
いきいき百歳体操に取り組む高齢者数	2,200人	2,250人	2,300人
いきいき百歳体操会場数	150か所	155か所	160か所
いきいき講座参加人数	2,000人	2,000人	2,000人
“歩得”健康商品券事業参加者全員の歩数の増加	プラス2,000歩	—	—
高血圧の有病率(アンケート結果)	40%	40%	40%
認知症初期集中支援チーム対応数	5人	5人	5人
認知症サポーター養成数	6,000人	7,000人	8,000人
認知症サポーター養成講座開催数	30回	35回	40回
小学校での認知症サポーター養成講座開催校数	8校	11校	15校(全校)
SOSメール本人登録者数	80人	100人	120人
SOSメール受信登録者数	700人	850人	1,000人
認知症支援ボランティア数	50人	50人	50人
認知症カフェ設置数	12か所	15か所	18か所
認知症VR体験会の参加者数	100人	—	—
若年性認知症当事者による講演会 市内企業参加社数	50社	—	—
若年性認知症患者の就労数	2人		
ケアキャビネット加入施設数	160か所	170か所	180か所
ケアキャビネット登録者数	450人	475人	500人
ケアキャビネット患者同意数	350人	400人	450人
医療・介護従事者研修開催回数	1回	1回	1回
市民向け講座実施回数	7回	7回	7回
高齢者給食配食数	月1,800食	月1,800食	月1,800食
認定調査員の研修の実施回数	12回	12回	12回
判定調整会議の実施回数	1回	1回	1回
ケアプラン点検件数	10件	15件	20件
住宅改修点検件数	280件	280件	280件
福祉用具貸与・購入点検件数	20件	20件	20件
縦覧点検・医療情報との突合件数	600件	600件	600件
介護給付費通知送付件数	全件	全件	全件
集団指導の実施回数	1回	1回	1回
実地指導の実施事業所数	15事業所	15事業所	15事業所
地域密着型サービス運営委員会開催回数	2回	2回	2回
介護相談員の派遣事業所数	15事業所	15事業所	15事業所
介護相談員連絡会議の開催回数	2回	2回	2回