

第4章 地域支援事業の推進・充実

1. 地域包括ケアシステム構築の必要性

今後より一層の超高齢化社会が予測されることにより、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加することも見込まれます。

こうした中、住み慣れた地域での生活を維持するためには、心身の機能や生活環境の変化に応じて、医療・介護・予防・住まい・生活支援を柔軟に組み合わせ提供する仕組みづくりが重要となります。

新型コロナウイルスなどの感染症対策による外出自粛や通いの場などの活動自粛により懸念される高齢者のフレイル（虚弱）増加を防ぐことも必要です。

2. 地域づくりとしての介護予防・生活支援

高齢者が自分らしく地域で暮らし続けるためには、地域や家庭の中で役割を持ちながら、生活することが大切であり、見守りや安否確認、家事援助などを目的とした「地域づくり」がキーワードとなります。

地域の実情に応じて、高齢者が社会参加できる機会を増やしていくことを通じ、高齢者の介護予防にもつながることが期待されます。

3. 地域支援事業の推進

地域支援事業は、高齢者が要支援・要介護状態（要介護状態等）になることを予防するとともに、要介護状態等になった場合においても、可能な限り地域において、自立した生活を送ることができるように支援するための事業です。

事業内容は、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）、包括的支援事業、任意事業の3事業となっています。

本計画では、平成29年4月に開始した新しい介護予防・日常生活支援総合事業を着実に実施するほか、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、日常生活の支援体制整備の促進、地域ケア会議の推進等に取り組むなど、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進します。

介護保険給付・地域支援事業の全体像



4. 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、基本チェックリストで生活機能の低下がみられた事業対象となる高齢者及び要支援1・2の認定者（以下「要支援者等」という。）を対象とし、本人の希望及び自立支援のために必要な範囲でサービスを提供します。この事業は、訪問型サービス、通所型サービスなどの生活支援サービスと第1号被保険者の全ての方を対象とした一般介護予防事業からなります。

（1）介護予防・生活支援サービス事業

この事業の対象者は、制度改正前の要支援者に相当する方です。

- ① 要支援認定を受けた方
- ② 事業対象者（基本チェックリスト該当者）

ア 訪問型サービス

要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問型サービス事業	21	21	21
訪問介護相当サービス	21	21	21

イ 通所型サービス

要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供します。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所型サービス事業	52	52	52
通所介護相当サービス(人/月)	25	25	25
通所型サービスA	27	27	27

ウ その他の生活支援サービス

通所型及び訪問型の介護予防・生活支援サービスと組み合わせて、ひとり暮らし高齢者等への見守り等、生活支援サービスを提供し、高齢者が自立した生活を送ることができるよう支援するものです。

平成 30 年度より本格的に事業開始となる生活支援体制整備事業の中で、要支援者等に対し、必要な生活支援サービスについて検討していきます。

エ 介護予防マネジメント

要支援者等に対し、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行います。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防ケアマネジメント実施件数(件/月)	45	45	45

(2) 一般介護予防事業

この事業の対象者は、第1号被保険者の全ての方及びその支援のための活動に関わる方です。一般介護予防事業については、生活支援体制整備事業や地域ケア会議などで地域課題を検討するなかで、必要に応じて事業実施を行います。

ア 介護予防把握事業

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ます。

イ 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行います。

ウ 地域介護予防活動支援事業

住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

エ 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を検証し、一般介護予防事業の評価を行います。

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

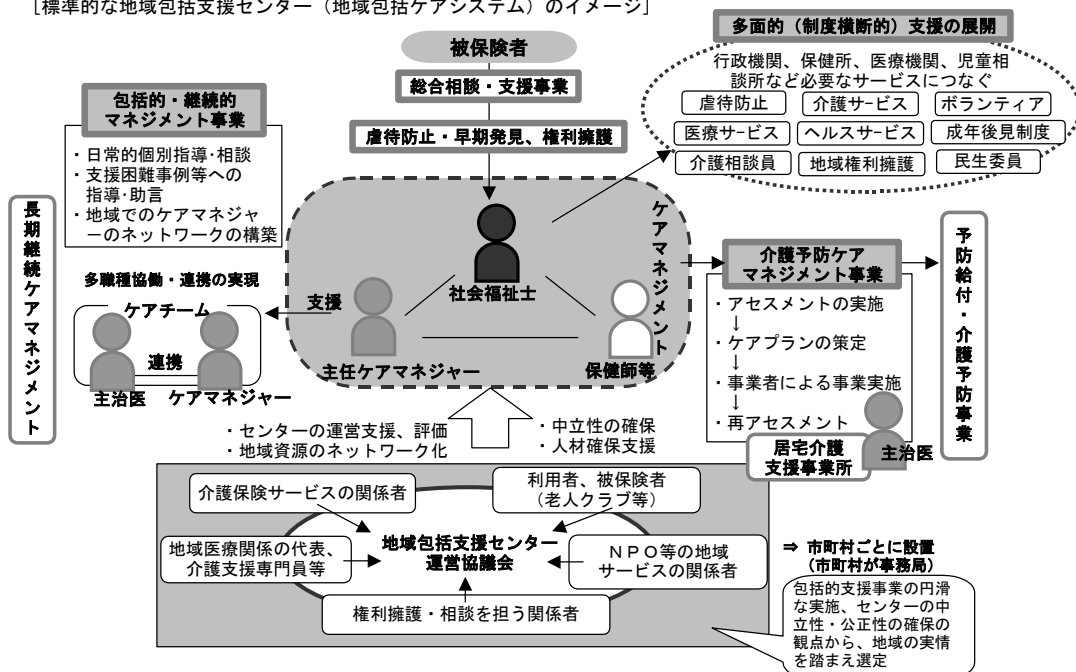
介護予防の取組を機能強化するため通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施します。

5. 包括的支援事業及び任意事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を続けていけるよう支援していくために、包括的支援事業及び任意事業を行います。この事業の中核となる機関が地域包括支援センターです。

また、地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの中核的な役割を担うため、地域における関係者とのネットワークを構築します。

[標準的な地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ]



(1) 介護予防ケアマネジメント業務

平成 27 年度施行の改正介護保険法においては、要支援者等に対する「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が、地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業に移行され、予防給付で提供されていたサービスにとどまらず、地域の実情に応じてNPOや住民等さまざまな主体による多様なサービス（通所型・訪問型・生活支援サービス等）を創出できる仕組みに見直されました。本町においても平成 29 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業を実施しています。介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者と事業対象者を対象に、地域包括支援センターが実施し、多様なサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行います。ただし、状況に応じて地域包括センターから指定居宅介護支援事業所に対して委託をすることも可能となっています。

(2) 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域包括支援センターが行う事業の基盤的役割を果たします。この業務の主な内容は、総合相談、地域包括支援ネットワークの構築、実態把握となります。地域包括支援センターは、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行います。

本町では、1 か所の地域包括支援センターにおいて、事業の趣旨に基づき、地域に根ざした、よりきめ細やかな実態を把握しながら相談内容に即したサービス内容に関する情報提供に努めるとともに、関係機関につなげていくよう相談支援業務を推進していきます。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総合相談支援業務(件/月)	100	100	100

(3) 権利擁護業務

権利擁護業務は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等の支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行うことを目的としています。

本町においても、この支援として成年後見制度の活用支援、高齢者虐待への対応支援又は困難事例への対応支援等、権利擁護のための必要な支援を積極的に行います。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

包括的・継続的ケアマネジメント業務は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していくことを目的としています。

本業務は、主任介護支援専門員が中心となって実施しますが、地域包括支援センターの他の職種はもちろん、地域の関係機関等との連携を図って推進します。

具体的内容としては、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、日常的個別指導・相談及び支援困難事例等への指導・助言を行います。

また、地域ケア会議等を開催し、関係機関が連携・協働することで、保健・医療・福祉、その他の生活支援サービスを含め、地域におけるさまざまな社会資源を活用し、高齢者がどんな心身状態になっても途切れることなく、在宅でも施設でも、その人らしい生活を支援します。

(5) 在宅医療・介護連携の推進

急速な高齢化に伴い、認知症高齢者や医療的ニーズが高い要介護高齢者が増加しています。また、高齢者のひとり暮らしや夫婦のみの世帯が増加しており、高齢者の尊厳を保持し、その能力に応じて自立した日常生活を営めるようにするためには、高齢者一人ひとりの状態に応じた医療と介護を継続的、包括的に提供できる体制を確立していく必要があります。入退院支援、日常の療養支援、初診支援、急変時の対応及び看取りなど様々な場面で在宅医療と介護が連携して支えていくサービスや体制を構築していく必要があります。第8期では、特に急変時の対応や看取りについて重点的に啓発、研修を行っています。

ア 地域の医療・介護の資源の把握

入退院支援や日常の療養支援の場面で、地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、地域の医療・介護関係者が紹介先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるよう連携に必要な情報を資源マップにまとめ提供していきます。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する出雲崎町在宅医療推進協議会を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行います。

ウ 医療・介護関係者の研修

急変時の対応及び看取りなどの場面で医療と介護の円滑な連携を実現するために、多職種連携研修会等で顔の見える関係づくりを行いながら、地域の課題解決につながる内容の研修会を開催していきます。

エ 住民への周知啓発

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を町と地域包括支援センターに設置し、住民への周知啓発を行います。

オ 救命医療情報キットの配布

高齢者のひとり暮らしなどにより、救急時にご本人の医療情報等を確認することが難しくなっています。ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯を対象に救急医療情報キットを配布し、緊急時に備えます。救急医療情報キットは、かかりつけ医療機関、服薬情報、保険証（写）等を入れる専用ケースで自宅の冷蔵庫に保管するものです。救急時には、救急隊員がキットの医療情報等を確認し、迅速な救命活動を行うために使用されます。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
在宅医療・介護連携の推進			
資源マップの更新	継続	継続	継続
在宅医療実施状況の把握	継続	継続	継続
多職種連携研修会等の開催(回数)	1	1	1
住民への周知啓発	継続	継続	継続
救命医療情報キットの配布	新規	継続	継続

(6) 認知症施策の推進

全国的にみると、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は、要介護認定者の約6割であり、本町では、高齢化が進んでいることもあり7割を超えており、今後とも増加することが予測されています。

これまでの認知症施策の中で、認知症の状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの流れを示した「認知症ケアパス」を作成し、認知症についての正しい知識の普及や利用できるサービス等の情報提供を行ってきました。また、医療機関や介護サービス事業者及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとして「認知症地域支援推進員」を配置し、認知症サポーター養成講座の開催や地域の支援体制の構築を進めてきました。

また、認知症予防は早期発見・早期治療が効果的であることから、地域の実情に応じた認知症初期集中支援体制を構築し、初期段階から適切なサービス提供体制を整備するとともに、地域包括支援センターをはじめ、医療機関、介護サービ

事業者等と相互に連携するなど、地域における認知症支援体制を強化してきました。

ア 認知症初期集中支援の推進

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で暮らし続けるために、認知症やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置、並びに認知症支援ガイド（認知症ケアパス）の普及啓発により、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築しています。

イ 認知症ケア向上の推進

認知症地域推進員を配置、認知症カフェの開催、認知症サポーター養成講座の開催等で、認知症の理解や対応について普及啓発により、町民の理解者が増えて行くとともに、認知症の疑いがある人や認知症と診断された人が安心して生活ができるよう支援していきます。

ウ 認知症施策の総合的な支援体制の構築

令和元年度に認知症の方が尊厳を持って地域で自分らしい生活を継続できるよう関係機関の相互連携を図るため、「認知症支援地域づくり検討会」を設置しました。検討会は、保健、医療、介護及び福祉の分野の専門職からなり、町の認知症に関する状況把握及び情報共有や町が実施する認知症事業全般について検討を行う場としています。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症施策の推進			
認知症地域支援推進員の配置(人数)	1	1	1
認知症初期集中支援チーム(設置数)	1	1	1
認知症支援地域づくり検討の開催(回数)	1	1	1

(7) 生活支援・介護予防サービスの体制整備

要支援者等の高齢者については、家事動作等の低下に伴う日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援等が求められています。今後、このような支援が特に必要になるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の割合が増えていくことを踏まえ、元気な高齢者や地域住民等の力を活用した生活支援サービスの充実が重要となってきます。

この生活支援サービス体制整備にあたっては、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動やNPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、民間企業、地縁組織などの多様な主体による多様なサービスの提供体制

を構築するために、高齢者を支える地域の支え合い体制づくりを推進していきます。

この体制づくりを推進するために、平成30年3月、生活支援サービスの提供体制の構築に向けたコーディネーター機能を果たす「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置するとともに、生活支援コーディネーターや生活支援サービスの提供主体が参画する定期的な情報共有及び連携強化の場としての中核となる「協議体」の設置を行いました。今後、これらの機関を中心に高齢者の生活支援を担う地域の支え合い（助け合い）活動の仕組みづくり、サービス提供体制を整備していきます。

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援体制整備事業			
生活支援コーディネーターの配置(人数)	2	2	2
協議体の設置(設置数)	1	1	1

(8) 地域ケア会議の推進

質の高いケアマネジメントから質の高い介護サービスに繋げるために2種類の地域ケア会議を実施します。

ア 自立支援型地域ケア会議（エール会議）の開催

令和2年度に自立支援に資するケアマネジメントの検討を目的に立ち上げた会議で、事例提供者、サービス提供事業所、多職種の助言者により行われ、各事業、サービスとの連動で高齢者の生活を支援します。

イ 個別事例検討会

地域包括支援センターが主催する事例検討会で、個別事例（困難事例等）の課題解決を目的としています。

(9) 任意事業の実施

任意事業については、介護保険制度の趣旨に合致し、地域の実情に応じた多様な事業の実施が可能となっています。

本町では、前期計画期間に引き続き、家族介護教室を実施します。介護者である家族が孤立しないよう、地域全体でのサポート力の向上を図るとともに、介護者同士の情報交換や交流の場を確保し、介護者の孤立や精神的・身体的負担の軽減を図ります。

また、介護給付適正化の観点からケアプラン点検を行います。介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画（ケアプラン）がケアマネジメントの視点を

正しく踏まえ自立支援に資する適切なプランとなるよう介護支援専門員とともに検証確認を行い、次回からのケアプラン作成に役立てられるよう支援を行います。