

2. 高齢者お達者プランの実績と概要について

(2) 高齢者福祉計画第6期3年目の 実績について



加賀市健康福祉部長寿課

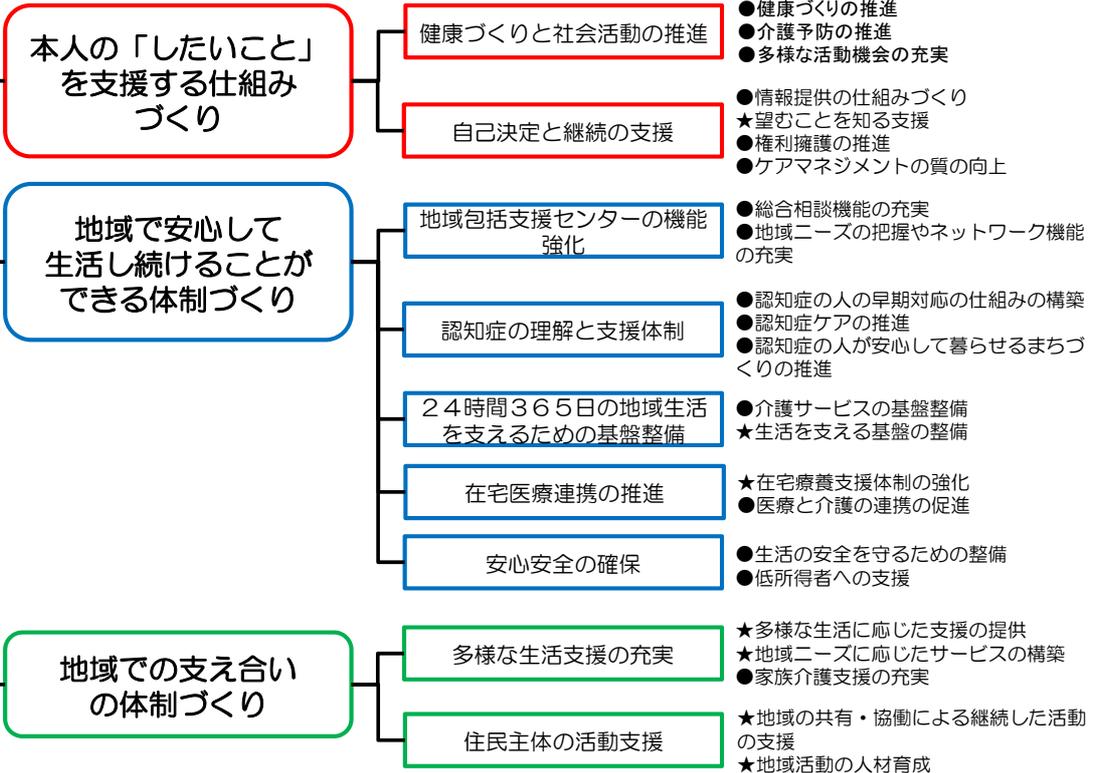
平成30年6月21日

第6期計画の施策体系

高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく自立したくらしを継続できる社会を実現する。

6期 基本目標

6期 基本施策



★：第6期で主に新規の事業となる取り組み

基本目標

本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり
 「したいこと」を自分が知り、自分が決めて、自分で行うことを支援する仕組みを作る。

基本施策

1. 健康づくりと社会活動の推進

- ・若いときからの健康づくりや早期の介護予防に対応する取り組み
- ・就労やボランティア活動、趣味活動等の生きがいづくりの活動機会の充実

2. 自己決定と継続の支援

- ・自分を客観的に見つめ、望むことを知るための支援
- ・権利侵害から守るための普及啓発
- ・本人の生活を中心に人や地域との関係性を保つケアマネジメント

第6期計画における重点取り組み①

1. 健康づくりと社会活動の推進

◆介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

- ①平成28年3月から事業を開始し、2年が経過した。総合事業は、自助・互助の仕組みを目的に制度化された事業であり、今後もボランティア活動、趣味活動等の生きがいづくりの機会の充実として、地域型元気はつらつ塾やかがやき予防塾を継続実施していく。
- ②特に、かがやき予防塾修了生においては、地域型元気はつらつ塾の協力員や認知症ケアパスの啓発普及活動をおこなっている。今後も住民と共に一緒に考え、取り組んでいくことを大切に実施していく。

◆介護支援ボランティア制度事業

- ①平成27年6月から開始した。平成29年度は、170名の登録のうちポイント交換は114名であった。もともと、介護サービス事業所でのボランティアを対象としていたが、地域型はつらつ塾での活動もボランティアの対象としたため、目標値を上回ったと思われる。
- ②今後は、シニア活動応援事業も対象とし、生きがいや健康づくりに役立つよう今後も周知していく。

第6期計画における重点取り組み②

2. 自己決定と継続の支援

◆わたしの暮らし手帳

- ①認知症になっても自分らしく暮すために、どんなふうに暮らしていきたいかを書き示す「わたしの暮らし手帳（認知症ケアパス）」を平成28年3月に作成した。作成に当たっては、認知症ケアパス検討会を平成27年度から開催し、内容、啓発普及方法について意見交換してきた。
- ②平成29年度は、かがやき予防塾修了生やランチと共に、地域おたっしゅサークル、老人会へ20か所、613名の方に周知啓発を実施した。また、医療と介護の連携ツールとして、入院患者への周知啓発のについて、看護師等と話し合いを重ね施行実施の取り組みを検討した。

◆権利擁護庁内連絡会

- ①虐待対応について、虐待者が誰であろうと、市として共通の対応ができことを目的とし、平成27年度より年3回実施している。
- ②1年目は、課題整理、研修会を実施し、2年目及び3年目は、事例を通して支援方針の確認、ケースに対する振り返り等を実施し、市として共通理解を図ってきた。また、必要時他課の職員も参加し、世帯として支援できるようケース検討を実施している。今後も継続し、市全体として、虐待支援のあり方について意見交換し、実践に生かしていく。

地域で安心して生活し続ける ことができる体制づくり

たとえ認知症やどんな状態になっても、地域で暮らし続けることができる体制を作る。

1. 地域包括支援センターの機能強化

- 本人のニーズと地域の資源を繋げる総合相談機能の充実
- 地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

2. 認知症の理解と支援体制

- 認知症の人の早期対応の仕組みの構築
- 本人や家族の立場にたった認知症ケアの推進
- 認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

3. 24時間365日の地域生活を支えるための 基盤整備

- 24時間365日の在宅生活を支える介護サービスの拡充
- 在宅生活を支える福祉サービスの提供
- 介護保険事業の適正化の推進

4. 在宅医療連携の推進

- 在宅で必要な医療が受けられる支援体制の強化
- 医療と介護が切れ目なく提供される連携の促進

5. 安心安全の確保

- 緊急時や災害時に安全を確保できる体制の整備
- 各種制度を利用した低所得者への支援

第6期計画における重点取り組み③

1. 地域包括支援センターの機能強化

◆地域包括支援センターのランチ

- ①身近な地域でいつでも相談できる拠点や人材を配置した地域包括支援センターのランチを平成27年度より設置し、現在14か所設置した。早期のかかわりによる予防的な支援、相談機能、緊急時の対応機能、必要時の生活支援機能、その他個々のケースに応じたマネジメント機能を有することにより地域の様々なニーズに対応している。
- ②相談延べ件数も目標値の1,300件を超え4,314件であり、また、ランチでの新規相談実件数は316件になっており、基幹型地域包括支援センター以外の身近な相談場所として、地域に周知され相談窓口として理解されてきていると思われる。
- ③今後は、実態把握から地域の課題を整理し、地域住民とともに課題解決できるよう、「地域ケア会議」の開催が課題である。

◆地域包括支援サブセンター

- ①平成27年4月に加賀市医療センターの地域連携センター内に「病院の地域連携の機能」「地域包括支援センターの機能」「行政の地域医療施策の機能」を併設。
- ②市内医療機関からの在宅、施設移行の相談支援をおこなっている。平成28年は、327件、平成29年は281件（実件数）の相談対応をしている。

第6期計画における重点取り組み④

2. 認知症の理解と支援体制

◆認知症初期集中支援チーム

- ①認知症の人やその家族に早期に関わるチーム（医師1名、専門職2名）を派遣し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を認知症初期集中支援チームといい、平成28年度に設置検討会を行い、同年3月に設置となった。設置検討会では、対象者、認知症初期集中支援チームの位置づけ、主治医との連携のあり方、チーム員会議の実施方法、評価シートの選定など検討した。
- ②平成29年度は、8回チーム員会議をおこない、10件の事例を検討した。事例の特徴は、認知症だけではなく、精神疾患や発達障害、知的障害などを患っている方が多い状況である。
- ③今後も、このチームの目的、機能など理解をすすめていくために、ケアマネジャー等介護保険サービス事業所、かかりつけ医、広報等で住民周知を行う。

第6期計画における重点取り組み⑤

3.24時間365日の地域生活を支えるための基盤整備

◆生活支援サービス事業の構築

①生活支援を担う人材を育成するための養成講座(旧ヘルパー3級相当のカリキュラム)を実施しているが、受講生が少ないのが課題である。現在、講座終了後には、家事支援サポーターとして、シルバー人材センター及び加賀農業協同組合に登録し、46名が活動している。また、サービスの利用者は目標値(43人)を越え94人である。

②今後は、養成講座の周知啓発について検討を行い、元気高齢者が担い手になり、活躍できるよう実施していく。

第6期計画における重点取り組み⑥

4. 在宅医療連携の推進

◆在宅医療・介護連携推進事業

①平成29年度は、昨年度から継続し、医療と介護の連携ワーキングを2回実施し、連携における課題解決のために、勉強会を5回実施し、223名の参加があった。

②また、加賀市医療センター内地域連携センター「つむぎ」に、専門職からの相談を受ける在宅医療コーディネーターを平成28年4月に配置した。平成28年度はケアマネジャー、平成29年度は訪問看護師から連携における課題をヒアリングした。そのヒアリング結果をもとに、勉強会の企画や新たに加賀市地域連携実務者連絡会を開催したり、退院カンファレンスの在り方について試行実施の検討をしてきた。

5. 安全安心の確保

◆安心メールの設置

①行方不明となった高齢者をいち早く発見できるように、警察との協力体制のもとメールによる情報配信を行う体制を構築した。

②安心メール事業が始まってから、9件の配信があり、平成29年度は1件の配信であった。検索願を出すまでに時間がかかっており、初動の遅さが発見の課題になっている。

地域での支え合いの体制づくり

地域住民が自ら考え、安心して住み続けることができる地域のために、できることを考え取り組める体制を作る。

1. 多様な生活支援の充実

- 本人への支援が広がる働きかけや取り組みの推進
- 地域で個々のニーズに応じた生活支援サービスの構築
- 介護をしている家族に対して支え合える地域の推進

2. 住民主体の活動支援

- 互いに地域で暮らすことを支え合うまちづくりの推進
- 地域活動の担い手の育成

第6期計画における重点取り組み⑦

1. 多様な生活支援の充実

◆地域福祉コーディネーター業務

- ①ランチ設置にあわせ、地域福祉コーディネーター業務を担う事業責任者を14か所に配置した。
- ②今後は、ランチ活動の実態把握から、地域課題を整理し、個別及び地区の地域ケア会議を行い、地域づくりへ発展していくことを目指す。

2. 住民主体の活動支援

◆地域ケア会議

- ①ランチ活動の実態把握からの地域課題を提案する場（運営推進会議兼ねている）や地域型元気はつらつ塾の地域ケア会議の場など様々な形で、地域の実情にあった「地域ケア会議」の実施を検討していく。
- ②そのためには、健康課や地域福祉課等と連携し、行政だけでなく、住民、事業者共に考えられる場の設定や継続的な支援を行う。

◆シニア活動応援事業

- ①元気な高齢者の社会参加活動を把握・促進し、地域で必要とされる生活上の支援と人材をマッチングする体制構築事業。マッチングするために「生活支援サービスコーディネーター」を配置。
- ②現在、担い手の「ちょボラ隊」は15名登録。

第7期計画の課題

現状と将来推計から考えられる課題		
1	高齢化率の上昇	老化に起因する疾病（認知症、骨粗しょう症等）に罹患する高齢者の増加、要介護者の増加、終末期の高齢者の増加、最期を過ごす場所の確保が困難、中重度の状態の高齢者の増加
2	生産年齢人口の減少	全労働人口の減少に伴い、支援者（介護・医療の人材）の減少、費用負担者の減少
3	高齢者のみ世帯の増加	家族等による支援を得られにくい高齢者の増加 ⇒介護負担の増加
4	認知症高齢者の増加	独居の認知症の人の増加、行方不明の増加、地域からの排除、権利侵害のリスクが高くなる、介護負担の増加
5	要支援・要介護者認定者の増加	介護給付費の増大
6	生活習慣病罹患者の増加	QOL（生活の質）の低下、健康寿命延伸の阻害、医療費の増大
7	ネットワーク（つながり）の希薄化	地域社会のつながりと距離のある住民の増加により、孤立化、支え手がない、見守り体制の希薄化

第7期計画の取り組み

項目	方向性
1 重症化予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認定時の主要疾患（認知症、脳卒中、骨折、がん、筋骨格系疾患）の予防 ・生活習慣病の予防（特に脳卒中や認知症にも関係のある糖尿病や高血圧の予防） ⇒健康課との連携や介護予防事業の充実
2 支えあいのまちづくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・地域でつながることも予防と言われ、社会とのつながりがあることが予防の1つであることから、 ・元気高齢者の活躍の場づくりや担い手育成 ・地域ケア会議を活かした地域づくりへの展開
3 認知症の人とその家族を支える仕組みの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防の取り組み（もの忘れ健診の実施、認知症予防体操の実施など） ・キャラバン・メイトや認知症サポーターと、認知症の正しい理解の普及などの実施 ・認知症ケアパスの啓発普及
4 医療と介護の連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療コーディネーターによる医療と介護の連携強化 ・在宅医療や人生最期をどう迎えたいか等、住民への周知啓発
5 ケアの質の向上や人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応力向上研修（中堅研修）の継続実施 ・生活視点（本人の～したい）に立った自立支援のケアマネジメントの強化及び推進（軒下マップの活用）

