

第4章 施策の展開

基本目標1. 地域包括ケアシステムの深化

1-1. 地域共生社会の実現に向けて

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域の住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画する社会を意味します。人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいを尊重しながら地域をともに創っていくことを目指し、本市では様々な取り組みを進めてきました。

今後、高齢化が一層進み団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えて、「地域共生社会」の実現に向けた中核的な基盤となる地域包括ケアシステムについては、社会福祉基盤^{※注}と共に更なる整備が求められています。

第7期計画では、地域住民が世代を超えてともに「支え合う」という考え方が広く浸透するよう努めるとともに、地域で住民が互いに支え合う地域づくりを推進するため、高齢者と地域住民が参画する通いの場の創出に取り組んできました。また、様々な課題に対応していけるような環境や包括的な支援体制の整備を推進すべく、地域包括支援センターをはじめとする関係機関等とのネットワークの構築・強化を図ってきました。

本計画では、本人や家族が抱える課題として、ひきこもりやダブルケア^{※注}、社会的孤立、経済的な問題等が複雑化・複合化している中、それらの支援ニーズに対応するため、既存の相談支援やこれまで整備を進めてきた体制を活かしつつ、更なる包括的な支援の充実に取り組んでいきます。

1-2. 地域包括支援センターの機能強化

(1) 地域包括支援センターの適切な運営

地域包括支援センターは高齢者の生活を支える総合機関として、高齢者の実態把握に努めながら、高齢者に関する総合的な相談・支援、高齢者の権利擁護、ケアマネジャーに対する指導・助言等を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援等の業務を行います。

高齢者やその家族が抱える様々な問題により適切に対応・解決していくために、地域の医療・介護関係者をはじめ、区長、民生委員児童委員^{※注}、福祉委員、老人クラブ、ボランティア等の地域における活動団体、介護サービス事業所等とのネットワークの構築・連携強化に取り組みます。

さらに、地域包括支援センターの事業の内容及び運営状況に関する情報を公表します。加えて、地域包括支援センターによる出張相談や地域行事への積極的な参加等、地域住民と接する機会を活用して情報収集を行うとともに、本市及び社会福祉協議会^{※注}の広報、パンフレット等も活用し、地域包括支援センターの業務内容等の情報発信を行い、地域住民の理解促進に努めます。その他、高齢者の地域生活を支える生活支援サービス、介護予防サービス等に関する情報収集と情報発信に努めます。

【総合相談支援】

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、高齢者やその家族等からの様々な相談を、総合的な窓口として受け付けます。また、相談内容に応じて、どのような支援が必要かを把握し、適切なサービス・制度の利用や専門機関等につなげる等の支援を行います。

さらに、相談窓口の周知・啓発に努めるとともに、区長や民生委員児童委員、福祉委員、介護サービス事業所等と連携強化を図ることで、気軽に相談できる環境づくりや相談をスムーズに専門機関へつなげる体制の整備を図るとともに、適切な相談対応ができるよう職員のスキルアップに努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
初期相談件数	1,420 件	1,460 件	1,500 件
出張相談「寄ってって」件数	20 件	20 件	20 件

【権利擁護】

家族構成の変化や地域住民のつながりの在り方が変化していく中で、地域や家族の中で孤立する高齢者の増加が危惧されるため、高齢者の人権や財産を守る日常生活自立支援事業や成年後見制度等、権利擁護を目的とするサービスや制度の周知・啓発を行うとともに、高齢者のニーズに即したサービスの案内や関係機関との連携を図ります。

また、地域包括支援センターは高齢者虐待に関する窓口の一つであるため、昨今の社会情勢の変化や今後の高齢者の増加等による権利擁護に関するニーズの増加が予想されるため、関係機関等との連携を深め、虐待の早期発見に努めることなどにより、高齢者への虐待防止や権利擁護を図ります。

【包括的・継続的ケアマネジメント支援】

高齢者のフレイル[※]予防等、本人や家族が必要な時に必要な地域資源を切れ目なく活用できるように支援していくため、医療機関等の関係機関との協力体制の強化を図ります。また、医療・介護の連携に向けて情報共有を図るとともに、市民向けに「在宅医療・介護おたすけマップ」、専門職向けに「医療介護ネットワークガイド」を発行しており、今後も引き続き情報提供に努めます。

さらに、要介護（要支援）認定を受けた高齢者が適切なケアマネジメントにより重度化を予防し、できる限り自立した生活を営むことができるよう、ケアマネジャーを対象とした研修や業務に関する情報提供等を実施するとともに、ケアマネジャーと関係機関との意見交換・情報共有の場を設け、ケアマネジャーの資質向上及びネットワークの構築・強化ができるよう支援します。

リハビリテーション活動や栄養指導を中心として医療と介護が連携を深めることで、予防的観点での地域包括ケアシステムの深化を図っていくことが重要であることから、引き続き「いきいき笑顔応援プロジェクト」の普及・啓発・強化に努めます。

(2)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は、本計画と整合を図った「地域包括支援センター事業計画」に基づいて運営されており、円滑かつ適正な運営を行うために、運営状況について自己評価を実施します。また、運営の公正・中立性の確保を図るため、被保険者、事業者、関係団体等から構成される「地域包括支援センター運営協議会」において、地域包括支援センターの自己評価結果に基づいて、定期的に運営状況の評価及び改善策等の協議を行い、機能強化を図ります。

さらに、「地域包括支援センター運営協議会」は専門的な視点を持つ委員が参加していることを活かし、高齢者福祉に関わる団体やサービス等の地域資源との連携強化に取り組みます。

また、地域包括支援センター職員の研修等への参加機会を増やし、保健師、社会福祉士^{※注}、主任ケアマネジャー等、専門職のスキルアップ及び専門的な相談・問題等への対応力の強化を図り、地域包括支援センターの機能が十分に発揮されるよう支援するとともに、今後、高齢化がさらに進展することにより増加すると考えられる利用者のニーズに対応していけるよう、地域包括支援センターの持つ様々な機能の強化や多様な専門職の配置及び人員体制の確保等の検討を図ります。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
運営協議会開催回数	2回	2回	2回

1-3. 地域ケア会議の推進

(1) 地域ケア会議の構成

地域ケア会議は、多職種連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に必要な社会資源の開発や地域づくり、さらには市町村の計画への反映等、政策形成につなげるためのものです。本市では、地域包括支援センターとそれぞれ役割を分担し会議を運営していきます。その際、高齢者に関わる地域課題は様々な分野にまたがっていることも多いため、課題解決に向けて関係各課が問題意識を共有して取り組んでいくよう努めます。

【困難事例等の支援のための個別地域ケア会議】

地域包括支援センターにおいては、高齢者を包括的・継続的に支援するための体制を確立するとともに、地域のケアマネジャーが相談しやすい体制を整備し、高齢者の自立した生活の支援に必要な処遇をはじめ、介護保険サービスのみでは対応が困難なケース等について、本人や家族、医療・介護、地域の多様な関係者と協議を行う地域ケア会議を開催します。

【自立支援型地域ケア会議】

本市においては、要支援認定者等の軽度者の自立支援及び重度化防止を多職種で支援していくため、高齢者本人の自宅に多職種で訪問し、自宅での生活環境などを確認しながら行う現場型の地域ケア会議を開催します。

会議は地域包括支援センター職員やケアマネジャーのほか、リハビリや栄養等の専門職、高齢者の支援に携わる多職種で構成し、個別のケースを通して見えてくる地域の課題やニーズについて、各職種の専門的視点から意見を幅広く出し合い、関係する多様な主体や庁内関係各課で課題や問題意識を共有していきます。

リハビリ職が参加する際には、自宅での動作や周辺の状況を確認することにより、より本人の希望や生活での課題を踏まえた自立に向けた助言を行います。管理栄養士が参加する際には、主治医と連携し情報共有することで医療ニーズに合わせた支援を行える体制を整えた上で、栄養指導を行います。

自立支援に資するサービス提供と最適なケアマネジメントについては、その手法を蓄積し、会議録や決定事項として共有します。課題となるインフォーマルサービス[※]等については、そのニーズ量を把握し、優先順位や実行可能性等の整理を行いながら、必要な対応策について協議し、その実現に向けて多職種協働で取り組みます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
自立支援に向けた地域ケア会議開催回数	40回	40回	40回

【訪問介護に係る地域ケア個別会議】

本市においては、自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、生活援助中心型サービスの利用回数が要介護度ごとに決められた基準回数を上回っているケアプランについて地域ケア会議を開催します。会議は担当ケアマネジャー、地域包括支援センターの保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー、市職員等が参加し、各職種の専門的視点から意見を幅広く出し合い、対象者の希望や生活上の課題等を踏まえ、自立に向けた助言を行い、より良いサービスが提供されるように取り組みます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問介護に係る地域ケア個別会議開催回数	2回	2回	2回

(2)地域ケア会議による地域包括ケアシステムの強化

地域ケア会議を積み重ねることによって、専門職のスキルアップや地域における見守り体制の拡大、多職種ネットワークの強化等、様々な面での機能強化を図ります。

また、高齢者本人の生活目標を実現していくための適切な介護保険サービスや地域支援事業の利用につなげ、高齢者が地域でその人らしく暮らし続けられるよう、包括的な支援体制の構築・強化を推進します。有効な課題解決方法の確立を目指し、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備するとともに、自助・互助の考え方に基づいて一人ひとりができることに取り組むといった実践につながっていくよう、地域包括ケアシステムの考え方の共通認識の醸成を図り、地域包括ケアシステムを基に地域住民の安心・安全とQOL^{※注}の向上が実現するよう必要なインフォーマルサービスの導入等に努めます。

1-4. 医療・介護連携の推進

(1)医療・介護連携体制の強化

本市では、個々の対象者に応じた最適なケアの提供をはじめ、地域における最適な医療・介護の提供システムの開発、事例検討会の実施等を行うために、関係機関や団体等が一堂に会した「医療・ケアマネネットワーク連絡会（通称：いけ！ネット）」（事務局：地域包括支援センター）が定期的開催されており、「認知症対応」、「多職種連携促進」、「チャレンジ」、「災害対応」、「啓発」の5つのワーキングチームそれぞれに医療・介護関係者が所属し、課題について現状把握及び対応策を検討しています。

また、退院時や自宅での療養時、急変時、看取り時等における関係機関との必要な情報共有を行うことで、医療と介護の切れ目のないサービスが提供される体制の充実に努めます。

さらに、医療・介護関係者がインターネット上で診療や支援に必要な情報を共有するシステム「藤・ネット」を導入し、関係機関等で情報を密にやり取りすることで、質の高いサービスを提供することを目指しています。加えて、地域の医療・介護サービス資源の情報を把握し、市民や医療・介護関係者に向けてパンフレット配布等を行い、情報提供を図ります。

その他、医療・介護関係者を支援する相談窓口として、「在宅医療・介護連携支援センター」を市立藤井寺市民病院に設置し、在宅医療・介護連携に関する相談支援を行います。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
いけ！ネットの開催回数	15回	15回	15回

(2)医療計画との整合性の確保

高度急性期から在宅医療・介護までのサービス提供体制の一体的な確保を図るため、大阪府が作成する「大阪府医療計画」及び「第8期介護保険事業支援計画」との整合性をこれまで以上に確保することが必要とされます。

本市が主体となって推進している在宅医療・介護連携では、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を支えていくために、「大阪府医療計画」の一部として作成される「大阪府地域医療構想」と、「大阪府高齢者計画 2021」に基づく患者の状態に応じた医療機能の分化及び連携に伴い生じるサービス必要量との整合性を図るとともに、大阪府を含めた、医療・介護関係者による協議の場を開催し、より緊密な在宅医療・介護連携が図られるよう体制整備に取り組みます。

(3)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の心身の課題に対してきめ細かな支援を行うため、本市では、大阪府後期高齢者医療広域連合からの委託に基づき、庁内外の関係部局が連携し、保健事業と介護予防について一体的に取り組みます。実施に際しては高齢者一人ひとりの状況や地域特性、健康課題の把握に努め、高齢者が地域で健康的な生活を送れるよう、次の通り取り組みます。

- ①データを活用した地域の健康課題の整理、分析、支援対象者の把握
- ②健康課題がある人への個別支援
- ③通いの場等における健康教育等の実施
- ④事業の評価
- ⑤関係機関との連携

今後に向けては、高齢者が安心して暮らせる地域社会の実現に向けて、保健事業や介護予防支援の充実を図ります。

1-5. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の基本方針

介護保険は、高齢者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことを支援するものです。また、市民は自ら要介護状態となることを予防するため、健康の保持増進に努めるとともに、進んでリハビリテーション等の適切なサービスを利用することにより、有する能力の維持向上に努めるものとされています。

総合事業の効果的な実施のためには、本人を含めた関係者がこの考えを共有していくことが重要です。

これらの趣旨の共有に向けて、本市の広報紙やホームページを活用し、積極的な情報提供を行うとともに、日常生活動作のコツ、家事動作の工夫等のヒントの発信等、介護予防の啓発活動を幅広く行います。ケアマネジャーやサービスを提供する関係機関に向けては、研修・講義や資料配布等による情報発信を継続的に行い、自立支援の意識が共有されるよう努め、サービスの質の向上を図ります。

また生活課題の解決に向けては、高齢者自身が自らの機能を維持・向上するよう努めることも欠かせません。そのため、専門職からの助言・指導を直接受ける機会を設け、数値等で成果を実感できるようツールを使用する等、あらゆる方策で意欲向上に働きかけ、合意形成に基づく自立支援の促進を図ります。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援認定者と基本チェックリストの該当者を対象としており、利用者の状態に応じて柔軟にサービスを選択し、効果的な利用ができるよう、サービスの内容や基準、実施方法は各市町村が定めています。

また、介護予防の考え方として、高齢者が積極的に社会参加し、地域において互いに支え合う体制を構築していくことが大切であり、それが生きがいや社会的役割につながり、参加すること自体が介護予防となります。そのためには、多職種の関与を得ながら、地域住民を中心として様々な主体による生活支援が展開されていくことが重要です。

本市では、「訪問型サービス」と「通所型サービス」等のサービスを設けていますが、実施にあたっては、地域ケア会議や生活支援コーディネーター、協議体による活動等包括的な連携により、本人の望む生活の実現を図ります。

また、介護予防・健康づくりを推進するために、地区会館等での集まりに市職員、リハビリ職が赴き、市のご当地体操「ええとこふじいでら♪体操」をきっかけとした地域の通いの場の普及を行っています。誰もが歩いて通える範囲に参加できる場を持てるよう、社会福祉協議会をはじめ、老人クラブや福祉委員会との連携をより強めながら、各地域の特性を把握し、的確なアプローチによって通いの場が広がっていくよう支援に努めます。

さらに、相談窓口や通いの場等において、生活課題の解決に向けた助言が必要な高齢者に対し、専門職が相談・指導を行う同行訪問の情報を提供し、自立支援・介護予防に向けた支援を行っています。

【訪問型サービス】

訪問型サービスでは、要支援者等に対して、調理、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。

また、ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な高齢者に対しては、リハビリ職もしくは管理栄養士が関与し、短期間の集中的なアプローチによって自立につなげるための短期集中予防サービスを提供します。リハビリ職の訪問では、助言が必要な生活行為を把握し、自宅や外出先での動作方法や、環境の調整、道具の工夫、地域との関わり方等の助言を行い、実際の活動や社会参加を促せるよう支援します。また、管理栄養士の訪問では、日常生活での栄養状態を把握し、低栄養状態の予防や改善、適切な食事量や調理方法等の助言を行い、健康状態の維持・改善を支援します。設定した目標期間で順調に進行した場合には事業を終了するものとし、終了後も地域活動等の社会参加を促進するため、地域の通いの場の充実を図るとともに、セルフケアを継続していけるよう、必要な地域資源の情報提供や適切な助言を行います。

【通所型サービス】

通所型サービスでは、要支援者等に対し、デイサービスセンター等における日常生活上の支援や機能訓練等を提供します。

通所型サービスでは、生活全般にわたる支援を行うことにより、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであることが大切です。心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指すものとして、高齢者が自身の生活機能の低下について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるよう支援を行います。

また、介護予防の推進のためには、自宅の環境における日常生活を想定した機能訓練や、具体的な目標達成に向けた計画に基づく支援が行われることが大切です。より効果的なサービス提供が行われるよう、今後も引き続き、地域の実情を把握しながら多様なサービスの展開を検討していきます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問型サービス事業者数	28 事業所	30 事業所	32 事業所
通所型サービス事業者数	15 事業所	17 事業所	19 事業所
訪問型サービス延利用者数	4,346 人	5,060 人	5,201 人
通所型サービス延利用者数	5,784 人	5,904 人	6,024 人

【その他生活支援サービス】

要支援者等の地域における自立した日常生活のために、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行うことで効果があると認められるサービスです。地域のニーズや課題を把握していく中で、必要と認められるものについてはサービスの創設に向けて検討していきます。

【介護予防ケアマネジメント】

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等から依頼を受けて、介護予防と日常生活の支援を目的として、要支援者等の心身の状況や置かれている環境等に応じ、訪問型・通所型サービスのほか、一般介護予防事業や各市町村の独自事業、民間企業によるサービスや住民主体によるサークル活動等も含め、適切なサービスが効果的・効率的に提供されるよう必要な援助を行うものです。

地域包括ケアにおけるケアマネジャーの役割として、高齢者本人や家族の意向を尊重するだけでなく、本人の希望を具体的な目標として明確化し、本人や家族の合意を形成した上で、自立支援に向けたケアプランを作成することが求められます。生活の自立を阻害している要因を抽出し、課題に対する必要な自立支援の方法を提案していくことが大切です。

運動、栄養、口腔、服薬等、高齢者の抱える課題は多岐にわたる場合が多くあります。効果的な介護予防ケアマネジメントの実施のためには、ケアマネジャーは多職種の助言を受けながら適切な支援方法を提案できるよう、訪問時にリハビリ職もしくは管理栄養士と同行する機会を持ち助言を受けることや、主治医に意見を求めること等、積極的な連携が大切です。

また、地域活動への参加を促していくためにも、ケアマネジャーは自ら地域における資源の情報を収集し、高齢者の興味関心に合わせた提案が行えることが大切です。そのため、本市では地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係機関と協力しながら、情報提供のための具体的なツールの作成・活用や研修会の開催等によるケアマネジメントの考え方の共有等に取り組み、ケアマネジャーの支援に努めます。

なお、新たに本市で業務を始めるケアマネジャーには、本市のケアマネジメントの考え方がきちんと伝わるよう、ケアマネジメントに関するマニュアルを配布する等の仕組みづくりに努めます。

(3)一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業は、すべての高齢者を対象としたサービスとなっており、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していきます。また、リハビリ職や管理栄養士を生かした自立支援のための取組や保健事業との連携を強化し、自立支援と介護予防、重度化防止を推進していきます。その一環として、できるだけ長く健康に過ごせるよう、高齢になる前から健康づくりに取り組んでいきます。

【介護予防普及啓発事業】

自立支援や介護予防に関する様々な情報を、本市の広報紙やホームページ、パンフレット等の多様な媒体を活用して発信するとともに、区長や民生委員児童委員、福祉委員、老人クラブ等と連携・協力し、介護予防活動の普及・啓発を行います。

また、介護予防に関する講座や教室等を開催し、実際に参加することによる理解促進を図ります。それに加えて、地域の自主的な介護予防活動の活性化に向けて、地域で活動する人の育成等の支援を行います。

さらに、住民の介護予防に資する活動や行動が一時的なものとならずに、継続されていくよう取り組むとともに、住民のニーズに合った活動の検討を行います。

事業名	事業概要
介護予防教室	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防講座：健康運動指導士による介護予防に関する講義と実技を保健センター等で実施しています。 ・お達者くらぶ：看護師等による体操やレクリエーション等の介護予防に関する教室を保健センターで実施しています。 ・元気はつらつクラブ：健康運動指導士が運動や栄養、口腔、認知症予防等についての講義や実技を保健センターで実施しています。
介護予防手帳	介護予防事業の実施の記録等を記入し、対象者本人の自覚を促し、要介護状態にならないよう、運動、食事、口腔機能改善等の自発的行動につなげるため、介護予防事業利用者等に交付しています。
健康教育	生活習慣病の予防、介護予防に関する正しい知識の普及を図ることにより、健康の保持増進を図っています。保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士等を講師として地区会館等で実施しています。
健康相談	心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行っています。保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士等が相談を受けています。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防講座実施回数	22回	22回	22回
お達者くらぶ実施回数	48回	48回	48回
元気はつらつクラブ実施回数	9回	9回	9回
介護予防手帳交付冊数	100冊	100冊	100冊
健康教育実施回数	4回	4回	4回
健康相談実施人数	100人	100人	100人

【地域介護予防活動支援事業】

地域における住民主体の介護予防活動の育成及び支援を行います。また、感染症等への対策として、場に集まって行う活動だけでなく、同じ場所に集まらなくても可能な活動等を検討していくことも重要です。

事業名	事業概要
男性料理教室 地域の会	介護予防に資する地域で活動する人の育成・支援等を行っています。保健センター実施の男性の健康料理教室卒業者等による自主グループへの、スキルアップの調理実習を支援し、その実習をもとに会員は地域での介護予防の普及に努めています。
ええとこ ふじいでら♪ 体操	介護予防のためのご当地体操「ええとこふじいでら♪体操」を普及するとともに、ご当地体操等を通じて、健康づくり・介護予防の更なる展開を図ります。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
男性料理教室地域の会実施回数	4回	4回	4回
ええとこふじいでら♪体操実施回数	4回	5回	6回

【一般介護予防事業評価事業】

一般介護予防事業の充実を図るためには、地域の課題を分析し、地域の特性に応じた取組を進めていくことが重要です。

本市においては、学識経験者やケアマネジャー、リハビリ・栄養等の専門職、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、市職員で会議を開催し、保険者機能強化推進交付金等の評価結果を踏まえて、取組状況を分析し、効果的・効率的な実施につなげます。

【地域リハビリテーション活動支援事業】

地域リハビリテーション活動支援事業では、高齢者の「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチを行い、自立支援に資する介護予防の取組を機能強化するため、地域におけるリハビリ職及び管理栄養士の関与を促進することが求められています。

本市では、生活課題の解決に向けた助言が必要な高齢者に対し、ケアマネジャーとリハビリ職もしくは管理栄養士による同行訪問事業を実施しています。リハビリ職からは自主的に取り組める運動のアドバイス、管理栄養士からは栄養や調理に関するアドバイスを受ける事ができます。また、アセスメントやサービス担当者会議^{※注}等の場で専門職の視点から助言・提案することで、本人の有する力を引き出しながら自立を支援することを目的としています。さらに、ケアマネジャーがリハビリ職もしくは管

理栄養士と連携することで、ADL・IADLのアセスメント、生活課題の抽出、予後予測、目標設定等の各過程にその視点をケアマネジャーが取り入れることにより、ケアマネジメントの質の向上が図られることも効果として見込まれます。

この同行訪問事業を生かし、本市ならではの自立支援・介護予防を推進していくための、多職種協働による総合的な取組として「いきいき笑顔応援プロジェクト」を実施しています。このプロジェクトは、リハビリ職や管理栄養士、地域包括支援センター、地域のケアマネジャーとの協働により行います。同行訪問を行ったケースの資料等をもとに意見交換し、地域に不足する資源やサービスを明らかにし、地域づくりや資源開発を推進します。また、リハビリ職や管理栄養士の地域への関与を進めていく方法・手順や、事業の評価に基づく改善策等についても定期的な協議を行いながら、プロジェクトの効果的な展開を図ります。

【リハビリテーション提供体制】

厚生労働省の調査等により、リハビリテーションは早期に実施するほど、後のADLの向上に効果を発揮することが分かっています。そのため、疾病等によりリハビリテーションが必要になる前に、または必要になった際も速やかにリハビリテーションにつなげるように体制づくりを行うことが重要です。

本市においては同行訪問を行い、専門職の意見に基づいて、支援が必要な人に対してリハビリテーション等の介護サービスや自立支援のための短期集中予防サービスにつなげることで、早期のリハビリ導入を図っています。今後も本人の状態に合わせたリハビリテーションにつなげられるよう、同行訪問や短期集中予防サービスを実施する専門職との連携を強化していきます。

1-6. 地域における生活支援体制の整備

高齢者が住み慣れた地域でできるだけ自立して生活し続けることができるよう、生活支援体制の充実を図るには、地域の状況の把握や地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進するとともに、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が中心となって、地域住民が共に支え合う地域づくりを目指していくことが重要となります。

そのため、「藤井寺おしゃべりミーティング（第1層協議体）」を開催し、意見交換を通じて地域ニーズや地域課題及び地域資源の把握、多様な関係者間のネットワーク構築を図るとともに、地域における支え合いへの関心を高め、生活支援の担い手のすそ野を広げていくことで、地域における課題解決に向けて住民とともに取り組んでいきます。

1-7. 地域における見守り体制の強化

(1) 高齢者セーフティネットの構築・強化

本市の人口は、近年、減少傾向にあります。一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は増加傾向にあります。住み慣れた地域での生活を希望するすべての高齢者が安心して暮らし続けられるよう、社会福祉協議会を中心とした小地域ネットワーク活動の推進や、孤立防止や防犯対策、生活困窮にある方の早期発見など、地域におけるセーフティネットの構築・強化に取り組みます。

また、各地域の福祉委員会による見守り・声かけ等の活動や要援護者に対する援助活動、ふれあい会食会、いきいきサロン等の実施を支援するとともに、こうした活動に携わる人々への支援として、研修会等によるスキルアップや情報共有を行う機会の提供、地域包括支援センター等での相談対応等の充実を図ります。

さらに、地域全体で高齢者を見守る意識の醸成を図るため、地域住民に向けた見守り活動の周知・啓発を行い、地域活動等への参加促進に努めます。

今後も地域におけるセーフティネットが継続的に機能していくよう、区長や民生委員児童委員、福祉委員等の地域で活動する人々と、社会福祉協議会や地域包括支援センター、介護サービス事業所等の専門機関との連携強化を図るとともに、福祉分野に限らず、地域の住民や団体、企業等を巻き込み、多様な主体による地域ぐるみの見守り体制の構築・強化に取り組みます。

災害時や感染症等により通常の活動が難しくなった場合の対応を検討することも必要となっており、地域で活動する多様な関係機関と連携し、担い手の確保・充実や地域における見守りに関わる主体がこれまで以上に連携できるような組織づくり等についても検討を進めていきます。加えて、様々な課題の解決につなげられるよう、都道府県や他市町村の取組事例の情報収集等を行います。

(2) 災害に備えた高齢者に対する支援体制の整備

本市では、高齢者等を対象に災害発生時に避難支援等を受けられるよう、「藤井寺市地域防災計画」に基づいて「藤井寺市避難行動要支援者支援制度^{※注}」を運用しています。

今後も引き続き、市民への制度の周知及び理解促進に努めるとともに、地区自治会や民生委員児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター等と連携を図り、支援が必要な方の把握を行い、避難行動要支援者名簿・個別計画登録者名簿への登録及び情報の継続的な更新に努めます。

また、災害発生時に避難行動要支援者名簿・個別計画登録者名簿の情報を有効に活用することで、避難行動要支援者の迅速な支援が行うことが可能となるよう、効果的な支援策の検討を進めていきます。

(3)地域の自主的な活動との連携

【小地域ネットワーク活動の推進】

小地域ネットワーク活動は、市域を7ブロック（藤井寺小学校区、藤井寺北小学校区、藤井寺西小学校区、藤井寺南小学校区、道明寺小学校区、道明寺東小学校区、道明寺南小学校区を基本とした7ブロック）に分け、福祉委員会を設置し、地域の一人暮らし高齢者等に対する見守り・声かけやふれあい会食会、いきいきサロン等を開催しています。

今後に向けては、区長、民生委員児童委員、福祉委員等を対象とした小地域ネットワークスキルアップ研修会等を開催し、個人情報や見守り等についての情報提供やスキル向上、それぞれの役割の理解促進を図るとともに、関係機関等を含めた連携強化等に努めます。さらに、地域における見守りについては、福祉施設や学校、福祉分野以外の団体や企業等と連携した多角的なつながりを活用した取組も検討していきます。

また、地域で活動する民生委員児童委員や福祉委員の担い手が不足しているため、長期的な観点からの担い手不足解消の取組を検討していくことが重要となります。そのため、幅広い世代に向けて民生委員児童委員や福祉委員の行う地域における活動の周知・啓発や地域福祉への意識醸成を図ります。また、各関係機関や団体と協力しながら、より分かりやすく参加しやすい活動を目指します。

【ボランティア活動の支援】

地域における福祉活動の拠点である社会福祉協議会が、ボランティアの支援と内容の充実を図り、住民が主体的に福祉に取り組むことを推進しており、本市では、ボランティア活動を促進する社会福祉協議会に補助金を交付し、その活動を支援します。

ボランティア連絡会^{※注}や災害ボランティアコーディネーター^{※注}、個人ボランティアへの情報提供や情報交換、交流の活性化を図るとともに、災害時の支援等に関する市民向けの研修会を実施し、ボランティアの養成や情報提供、地域や災害等への理解促進を図ることで、ボランティア連絡会と災害ボランティアコーディネーター会等の支援を行います。災害対策としては、地域や学校へのアプローチを行うとともに、柏原市・羽曳野市と合同での災害ボランティアシミュレーションを定期的実施しています。災害食の調理や災害をテーマにした図上訓練、街歩きを定例化し、市内全域の災害や地域に対する意識や関心を高めていきます。

また、ボランティア活動のコーディネートや、市内で活動するボランティア団体のボランティア連絡会への参加促進等、ボランティアの受入体制の構築等に努めます。

さらに、ボランティア活動を担う人材の高齢化や固定化へ対応していくため、平常時から他の機関や団体、他市との交流・連携を行い、身近なテーマでの研修会や交流会、イベント等を実施することで活動の活性化を図ります。加えて、若年層を含めた幅広い年代に向けてボランティア活動の内容や必要性について周知・啓発を図り、元気な高齢者も含めて、地域でお互いが支え合う体制づくりに取り組みます。

(4)生活困窮者への支援

地域包括支援センター等の相談窓口において、生活困窮に関する相談が寄せられた際は、本市で実施している生活困窮者自立支援法に基づく相談支援窓口と連携し、相談内容に応じて必要な専門機関等へつなぎ、支援を行っていきます。

また、生活が困窮状態になる前に自立を促すことが重要であるため、対象となる方の早期発見・早期対応等に努めるとともに、今後は8050問題^{※注}等の複合的な状況による生活困窮や高齢者サービス利用者の親族への支援ニーズが増加していくことも考えられることから、広く市民に向けて「生活困窮者自立支援法」の周知・啓発を行います。

1-8. 人材の確保及び資質の向上

(1)令和7(2025)年と令和22(2040)年を見据えた人材の確保

本市の総人口は今後減少していくことが予想されていますが、75歳以上の高齢者人口は令和17年頃まで増加すると見込まれており、現役世代が減少していく中で介護需要増加が予想されます。今後の予想を踏まえ、令和7(2025)年に向けては介護離職ゼロの実現を目指し、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年を見据えて、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人的基盤の確保を推進していくことが求められます。

本市においても、介護サービス事業者や関係機関、大阪府等と連携し、「介護保険事業者連絡協議会」等を活用して、新規参入や多様な人材の活用、処遇の改善、相談体制の整備等の人材確保と定着支援のための取組について、情報共有や協議・検討等を行っていきます。

また、介護保険サービスの質を確保しつつ介護に携わる人々の負担軽減を図るため、国が示す方針に基づいた手続きの簡素化や標準化、ICTの活用等、業務効率化についても検討を進めていきます。

(2)人材育成の推進

今後を見据えた人材確保の一環として、人材の育成も重要となります。介護に携わる人材の資質向上に向けた研修会の実施や研修内容の充実等を支援するとともに、介護に携わる人が長期的な観点からキャリアパス^{※注}を形成することやキャリアアップしていくことの支援が行えるよう、「介護保険事業者連絡協議会」を通じて介護サービス事業者等へ啓発していきます。

また、介護人材の確保のため本市も参加している南河内地域介護人材確保連絡会議において、介護人材確保の取組としてポスターやチラシの作成、駅前での周知活動等を実施しています。今後も福祉に携わる人材のすそ野を広げていくため、若年層をはじめとする幅広い年齢層に対して福祉・介護サービスの周知・理解を促し、福祉意識の醸成に努めます。

1-9. 住まいの安定的な確保

(1) 高齢者の住居の安定確保

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、住まいやまちづくりにおいて安全や快適さを確保することが重要となります。

多様化する高齢者の生活様式やニーズに対応した住宅の確保や入居に向けた支援に取り組みます。特別養護老人ホームや有料老人ホーム等の施設については、指定権限を持つ大阪府との連携を密にし、最新の情報が提供できるよう努めます。

また、現在の住まいで安全かつ快適に生活ができるよう、住宅改修制度の周知及び利用促進等を図ります。

(2) 養護老人ホーム

おおむね 65 歳以上で、環境上や経済面、家庭のやむを得ない事情等により自宅で生活することが困難な方については、入所により、食事等適切な日常生活の場の確保を図ります。入所については、藤井寺市老人ホーム入所判定委員会において必要性について審査します。

令和 2 年度末時点では、本市に当該施設がなく、本計画期間中においても新設を見込んでいませんが、対象施設の情報収集を行います。

(3) 軽費老人ホーム

おおむね 60 歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められ、又は高齢等のため、独立して生活するには不安が認められ、家族による援助が困難な方が入所できます。

本市では 1 施設（40 床）が整備されており、本計画期間中には新設を見込んでいませんが、サービス提供事業所の動向や利用ニーズ等の情報収集に努めるとともに、入居希望者に対してサービス内容等の情報提供を行います。

(4)サービス付き高齢者向け住宅

高齢者が快適に安心して居住できるように、バリアフリー^{※注}化、緊急時対応サービスの設置等、高齢者の暮らしに配慮した一定の基準を満たした賃貸住宅がサービス付き高齢者向け住宅です。

令和2年度末時点では本市に当該施設がなく、本計画期間中においても新設を見込んでいませんが、高齢者が快適に安心して暮らせる多様な住まいの確保に向けて、介護サービス事業所の建設計画の動向や利用ニーズ等の情報収集に努めるとともに、入居希望者に対して該当施設や制度内容等の情報提供を行います。

(5)有料老人ホーム

高齢者の心身の健康を保ち生活を安定させるために必要な、食事、介護、家事、健康管理のうち、いずれかのサービスを1つ以上提供している住まいが有料老人ホームです。

入居者の状況やニーズに応じて、介護付き、住宅型などの種類があり、令和2年度末現在で、本市に16施設(685床)が整備されております。

高齢者が心身の健康を保ち安定した生活の確保に向けて、介護サービス事業所の建設計画の動向や利用ニーズ等の情報収集に努めるとともに、入居希望者に対して該当施設や制度内容等の情報提供を行います。

1-10. 高齢者福祉への理解促進

すべての市民が高齢者や介護の問題を自分自身の問題と認識し、高齢者に関する各種制度や福祉サービス等高齢者福祉に対する理解を深め、地域で住民が互いに支え合う地域づくりや地域包括ケアシステムの深化が求められます。

そのため、地域住民の福祉意識の醸成を図るべく、社会福祉協議会が実施している地域福祉活動の更なる充実を支援し、地域住民の自主的な福祉活動の取組に対して、学習機会や情報提供等を行います。

1-11. 感染症対策の充実

新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、高齢者等へ関係機関と連携し感染症対策についての周知・啓発を行います。

また、介護サービス事業所へ事業継続への情報発信をはじめ、介護サービス事業所との迅速な情報共有を図ります。

基本目標2. 健康づくりと生きがいつくりの推進

2-1. 健康づくり・生活習慣病予防の推進

(1)健康教育

健康教育は、生活習慣病の予防、健康増進等の健康に関する正しい知識の普及を図るとともに、適切な指導や支援を行うことにより、「自らの健康は自らつくる」という認識と自覚を高め、健康増進に資することを目的として実施します。また、40歳～64歳の方には健康増進事業として、65歳以上の方には地域支援事業として、生活習慣病の発症と重症化を予防する取組を支援します。

引き続き、市民の健康づくりに対する関心を高め、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、生活習慣病の予防や健康の維持・増進に向けた健康教育の内容の充実を図るとともに、様々な機会を捉え健康増進に対する普及・啓発を行います。

また、健康づくりに関する事業の推進にあたっては、市民の方へ感染症に関する基本情報や、日常生活で行うことのできる感染症対策の啓発、感染症の予防等について情報提供を行うとともに、事業実施時は、感染症対策に配慮しながら、感染拡大防止に努めます。

加えて、感染の発生及び蔓延時には、関係機関との連携を図り、正確な情報提供や相談体制の整備を図ります。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
健康教育実施回数	37回	38回	38回

※65歳以上を対象とした健康教育実施回数見込みはP.67に記載。

(2)健康相談

健康相談は、心身の健康に関する相談に個別に応じ、必要な指導及び助言を行い、健康管理に資することを目的として実施します。40歳～64歳の方には健康増進事業として、65歳以上の方には地域支援事業として、実施します。

今後に向けては、より多くの市民に利用してもらえるよう本市の広報紙やホームページにおいて本事業の周知・啓発を図るとともに、気軽に相談できるよう、電話相談への対応や定期的な健康相談の日についての周知を図り、健康相談を通じた健康管理に関する知識の普及に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
健康相談実施回数	150回	150回	150回

※65歳以上を対象とした健康相談実施回数見込みはP.67に記載。

(3)健康診査

【住民健康診査・特定健康診査等の対象とならない方の健康診査】

住民健康診査については、医療保険者の実施する特定健康診査等と同時に実施しており、今後も医療保険者と本市の健康診査のPRを合わせて行うことで、受診率の向上に努めます。

また、市民の健康に関する認識と自覚を深めるため、健康の保持増進のための具体的な取組についての情報提供を行います。

【がん検診】

がん検診の受診率向上や利便性向上を図るため、受診しやすい環境づくりに取り組んでおり、利便性が向上した受付方法や複数のがん検診を同日受診可能であること、無料クーポン券の配布、特定年齢者への個別勧奨通知の実施等について、本市の広報紙やホームページ、ポスター等による周知・啓発を行っていきます。

また、がん検診の結果で、精密検査が必要とされた方の受診状況の把握に努め、未受診者には受診を勧奨する等、がんの早期発見・早期治療につながるよう努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
住民健康診査受診者数	8,000人	8,000人	8,000人
特定健康診査等の対象とならない方の健康診査受診者数	70人	70人	70人

(4)成人歯科健康診査

成人歯科健康診査は、歯科疾患の早期発見と歯科保健に対する意識を高め、より健康の増進を図ることを目的として、毎年度、35歳、40～50歳、55歳、60歳、65歳、70歳となる方を対象に実施し、口腔衛生管理への関心を高めます。

引き続き、受診率向上を目指して、予防の重要性や定期的な口腔内健診の必要性、歯周疾患が全身に大きな影響を与えること等について、様々な媒体を活用した情報提供等を行い、幅広い年齢層に向けた歯科保健の周知・啓発に努めます。

(5)在宅訪問歯科事業

歯科医療機関に歯科健康診査等を何らかの理由で依頼困難な在宅の要介護者に対し、歯科医師、歯科衛生士が家庭を訪問して歯科健康診査を行います。

今後も引き続き、歯科医療機関等との連携を強化し、スムーズに歯科受診につなげるよう取り組みます。

(6)訪問指導

療養上の保健指導が必要であると認められる方及びその家族に対して、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等が訪問し、身体面や精神面で必要な指導を行い、心身機能の低下防止と健康の保持増進を図ります。

また、的確な指導を実施するために保健師等が対象者の健康に関する問題を総合的に把握したうえで指導を行うよう努めるとともに、事業の周知及び利用促進を図ります。

2-2. 生きがい活動と社会参加の促進

(1)ふれあい交流促進

老人クラブ連合会では、高齢者の生きがいづくりや交流活動を活性化するため、寝たきりや一人暮らしの高齢者に対する友愛訪問活動や、年に1回シルバークフェスティバルを開催しています。

今後も引き続き、高齢者相互の交流機会や地域における見守り訪問活動等の場の充実を図るため、老人クラブ活動の支援を行います。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
友愛訪問実施人数	829人	837人	845人

(2)敬老事業

65歳以上である方に対し、9月中に受診した鍼・灸・マッサージ・電気治療費を、一人1回、2,000円を上限として助成します。

また、結婚50周年を迎えられる夫婦に対し、記念写真をお贈りします。

(3)在日外国人高齢者福祉金の支給

在日外国人であって、年金制度上の理由により、国民年金の老齢年金等を受給できない高齢者に福祉金を支給します。

外国人登録制度の廃止により受給資格者の把握が困難になっていますが、引き続き事業の周知を図り、現行制度の継続実施に努めます。

(4)老人福祉センター事業

老人福祉センター（松水苑）において、60歳以上の方に対して、健康相談等に応じるとともに、健康の増進、教養の向上及びレクリエーション等の場を提供します。今後も、高齢者の健康づくりに対する意識の高まりや生涯学習に対する多様なニーズ等へ対応できるよう、事業内容の充実を図り、高齢者の福祉を増進するための支援を行います。

また、老人福祉センターは高齢者の生きがいづくりや高齢者相互の交流の場、学習の場として重要な役割を担っているため、藤井寺市公共施設再編基本計画に準拠しつつ施設の在り方の検討を行い、高齢者の生きがいづくりや健康増進の場の確保に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
老人福祉センター年間延入館者数	47,817人	48,295人	48,777人

(5)生涯学習活動・文化活動の促進

高齢者を対象とした学習機会の提供として、「いきがい学級（高齢者教室）」において高齢者のニーズに応じた講演会や社会見学等を実施します。また、生涯学習センター（アイセルシュラホール）においては、高等学校や大学等と連携した公開講座の実施や生涯学習グループへの活動支援を行います。

今後も引き続き、高齢者の多様なニーズや日常課題等に対応した学習機会の提供に努めるとともに、学習成果を地域における活動等へ活かせる仕組みづくりを検討します。加えて、学習成果を発揮する場づくりとして、生涯学習センターや図書館等と連携して、世代間の学習及び交流機会の創出や地域の自主的な学習グループ・サークル等の活動に対する支援を行います。

さらに、将来的には受講者の世代交代による高齢者のニーズの変化も考慮し、講義内容を検討していくことも重要です。

(6)老人クラブの活動支援

老人クラブは、地域における交流活動や社会奉仕活動、運動等の様々な活動を行っており、高齢者の生きがいづくりや健康づくり、社会参加等の促進に欠かせないものであるため、各老人クラブの主体性を尊重しながら、老人クラブ活動の支援を行います。

また、老人クラブ活動の活性化を目指し、60歳代の方が参加する動機付けとなる活動や役割の創出等の支援について検討します。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
老人クラブ会員数	3,074人	3,114人	3,154人

(7)「百歳(ひゃく)まで生きよう運動」の推進

介護予防等に着眼した高齢者主体の健康づくり活動として、老人クラブに対して保健・医療・福祉に係る本市担当部署及び関係機関等が各種講座等を実施することにより、引き続き健康づくりや生きがいづくり、防災等に自主的に取り組む意識の醸成を図ります。

また、多様化する高齢者のニーズに対応した講座メニューを充実させ、事業の魅力を高め、利用する老人クラブの拡大を図ります。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
「百歳(ひゃく)まで生きよう運動」開催回数	6回	6回	6回

(8)高齢者の働く場の確保への支援

高齢者の生きがいづくりと個々が持っている能力を生かした社会参加を推進するため、シルバー人材センターと連携し、高齢者の働く場の確保に努めます。

また、会員の特性やニーズに合った仕事の開拓等を実施するために、シルバー人材センターの活動を支援します。

基本目標3. 高齢者の自己決定を支える体制づくりの推進

3-1. 高齢者虐待防止の推進

(1) 虐待防止の普及・啓発

高齢者虐待問題についての理解を深め、虐待の発生を防止できるように、市民や介護に携わる人々に向け、本市の広報紙やパンフレット等の媒体を活用した情報提供や、相談窓口の周知・啓発を推進します。また、ケアマネジャーやヘルパー、通所サービス職員等に対しては、研修等の機会を通して周知・啓発に取り組むことで、虐待の早期発見・防止につなげていきます。

虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、本市や警察等に通報する必要があることについても周知徹底を図り、虐待の早期発見に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
高齢者虐待に関する相談件数	22件	22件	22件

(2) 早期発見・早期対応に向けたネットワークの強化

本市においては、地域包括支援センターが高齢者虐待防止や養護者支援の中核的機能を担っており、本市関係各課と密な連携を取りつつ、虐待ケースへの対応を行います。

虐待の早期発見・早期対応に向けて、地域包括支援センターを中心に、関係機関・関係団体及び民生委員児童委員等の地域で活動している団体等と広く連携を取り、情報交換や情報共有を通じて地域におけるネットワークの強化を図ります。

また、個別の虐待ケースへの支援については、警察等との連携をはじめ、関係機関が集いケースの分析や役割分担の検討を行う、地域と連携した見守り等の支援を行います。

その他、高齢者虐待に対応する本市職員や地域包括支援センター職員等の実務者の研修等への参加機会を確保し、多様なケースへの対応力の向上を図るとともに、高齢者だけでなく障害者や児童等の虐待において共通する課題や職員のメンタルフォロー等、分野を超えた情報共有や複雑化したケースへの適切な対応を行うため、庁内の更なる連携体制を検討します。

(3)相談・支援体制の充実

高齢者虐待は地域に潜在している可能性があるため、地域包括支援センターを中心とした相談窓口の周知を図るとともに、身近な商店街やショッピングセンター等での出張相談等の相談しやすい体制づくりや消費者センター等の関係機関との協働等の環境整備に取り組み、虐待の早期発見・早期解決に努めます。

また、高齢者虐待は、介護者が一生懸命介護に取り組むあまり、心身ともに疲れきって追いつめられることで発生することもあることから、「介護者家族の会」への参加や適切な介護サービスの提供を促す等、介護者の精神的な負担を軽減するよう支援を行います。

(4)施設等による虐待防止の促進

施設入所者やサービス利用者の尊厳を守り、適切な介護の提供を推進すべく、介護保険施設や地域密着型サービス事業所等への実地指導等の際に、施設等の取組の情報共有や虐待防止に関する情報提供を行うとともに、介護サービス事業所に対して虐待防止及び身体拘束についての研修実施や職員のストレス対策等について指導を行います。

施設等へ虐待防止に関する周知・啓発を行う機会の増加を図り、虐待の早期発見や防止及び身体拘束ゼロに向けて取り組みます。

3-2. 認知症施策の推進

(1)認知症施策の推進

認知症施策は、令和元年6月に国が取りまとめた「認知症施策推進大綱」に基づいて、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても地域においてよりよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指していくことが求められます。

そのため、認知症になっても重症化を予防しつつ周囲や地域の理解と協力の下、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す『共生』と、認知症にならないという意味ではなく認知症になるのを遅らせる・認知症になっても進行を緩やかにするという意味である『予防』の取組を推進していきます。また、今後も地域における見守り体制の構築・強化や関係機関との連携強化に努めます。

(2) 認知症への理解促進と本人発信の支援

本市においては、認知症の方を地域で支え、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、また、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への『備え』として、市民の認知症に対する理解を深めるため、出前講座や市民の自主的な学習会、各種団体を通じた講座の開催、認知症とふれあう機会の多い職業や子ども・学生に向けた学習機会の充実に努めます。また、地域で認知症の方やその家族を支えるボランティア等、互助組織等の活動を支援します。

さらに、認知症に関する相談窓口の周知を図るとともに、認知症の予防や早期発見、利用できるサービス等、認知症の進行状況に応じた対応方法等について分かりやすく情報をまとめた認知症ケアパスが適切に活用されるよう、認知症に関するイベント等、様々な機会を活用して普及・啓発に努めます。

認知症の方の意見を把握して今後の施策に反映していくことも重要であるため、認知症の方やその家族の意見を発信する機会の創出等を検討していきます。

(3) 認知症を支援する人材育成

より多くの方が認知症を正しく知るとともに、認知症の方が感じる不安等を理解し、地域で認知症の方やその家族を支え、温かく見守る「認知症サポーター」を養成するため、老人クラブ等の地域団体及び高齢者と関わる機会の多い企業、さらには将来的な地域の認知症対応力向上のため市内の中学生を対象として、認知症サポーター養成講座を開催します。また、認知症サポーター養成講座を修了した人々に対するフォローアップ講座等を実施し、認知症サポーターとして活躍する機会を提供していただけるよう努めます。

さらに、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイトの活動充実を図り、キャラバンメイトが地域のリーダー役を担い、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりと地域で支える人材育成・ネットワークづくりを推進します。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症サポーター養成講座受講者数	350人	350人	350人

(4) 認知症の予防

認知症の予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で、そのために認知症の予防につながる可能性のある活動やかかりつけ医をはじめとした専門職による健康相談等の認知症の発症遅延や発症リスクの低減、早期発見・早期対応につながる可能性がある活動を推進します。

認知症の予防につながる可能性のある活動として、運動不足の改善や糖尿病・高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等があり、地域における高齢者の身近な通いの場の充実を図ることで、これらの活動を推進します。

(5) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知症の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関や地域で活動している人々の連携が重要であるため、「認知症疾患医療連携協議会」等をはじめとした様々な機会を通じて、地域包括支援センターや医療・介護・福祉等の関係機関、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、地域の民間企業等との連携強化に努めます。また、「いけ！ネット」や、「地域ケア会議」等の会議体や地域のネットワークを活用して、認知症の疑いがある方の発見や認知症と診断を受けた後の本人・家族への支援等につなげられるよう取り組みます。

さらに、本市で設置している認知症初期集中支援チームによる専門医を中心とした医療・介護・福祉の専門職の各々の専門性を生かした適切な医療や介護を速やかに受けられる包括的・集中的な初期支援や、認知症地域支援推進員の配置による本人やその家族に対する相談等の個別支援、認知症ケアパスの周知・啓発、集いの場の活用などの支援に努めます。

その他、認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供や、専門的な対応を可能とするため、本人をよく知るかかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連携強化、介護者同士が交流する「介護者家族の会」、専門職の講師を招いて認知症とその介護に関する情報提供等を行う「認知症家族セミナー」等により、介護を行う家族の負担軽減に努めます。

■ 取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
初期集中支援チーム員会議実施回数	12回	12回	12回
地域支援推進員数	1人	1人	1人
介護者家族の会開催回数	12回	12回	12回
認知症家族セミナー開催回数	2回	2回	2回

(6) 認知症バリアフリーの推進と若年性認知症の人への支援

認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域における見守り体制や捜索ネットワークの整備等に努め、認知症バリアフリーの取組を推進します。

認知症高齢者が行方不明になった場合は、その家族が警察へ捜索を依頼することが最も重要です。本市では、行方不明者の早期発見のための行政間連絡システムである「南河内圏域市町村徘徊高齢者SOSネットワーク」に参画しており、行方不明高齢者が発生した場合は圏域7市2町1村に情報提供を行い、行方不明高齢者の早期発見に努めます。状況によっては、圏域外府内市町や他都道府県にも情報提供を行います。

さらに、行方不明高齢者を早期に発見できるよう、市内ネットワークの整備に向けて、引き続き、福祉関係機関等へのネットワークの参画の働きかけや地域包括支援センターをはじめとする関係機関及び大阪府、警察署等との連携強化を図るとともに、認知症サポーター養成講座等により理解を深めることで、地域でやさしく包み込むまちづくりを推進します。

その他、本人やその家族のニーズと具体的な支援策をつなげる仕組みとして、認知症サポーターを中心とした支援チーム「チームオレンジ」の構築の検討や、若年性認知症の方ができることを可能な限り続けながら日常生活を継続できるよう若年性認知症支援の周知・啓発を行うとともに、社会参加支援策を検討します。

3-3. 権利擁護の推進

(1) 成年後見等利用支援事業

認知症等により、成年後見制度による支援が必要にも関わらず、申立てを行う親族等がない場合、市長が代わりに申立てを行います。

今後も高齢者の増加が予想されており、認知症高齢者の増加や複雑化・複合化した生活課題への対応等、成年後見制度の利用が必要な方も増加すると考えられることから、成年後見制度及び成年後見等利用支援事業についての普及・啓発に努めます。

また、権利擁護支援が必要な方に対して、関係機関等と連携して、成年後見制度を含めた権利擁護の制度につなげられる相談体制の強化を図ります。

■ 取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
成年後見等利用支援事業利用件数	2件	2件	2件

(2)日常生活自立支援事業

社会福祉協議会では、認知症の進行等により自己決定能力が低下し、一人では福祉サービスを利用する事が困難な方に対し、福祉サービスの利用手続きの代行等を行うことにより、日常生活の自立を支援しています。

本市では、このような活動を支援しながら、今後も関係機関と円滑な連携に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
日常生活自立支援事業利用件数	41件	42件	43件

3-4. 高齢者にやさしいまちづくりの推進

「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」（通称：バリアフリー法）及び「大阪府福祉のまちづくり条例」に基づいて、市民や事業者の理解と協力を得ながら、バリアフリー化やユニバーサルデザイン^{※注}の考えを踏まえた、高齢者など全ての人々が安心して快適に暮らせるまちづくりに努めます。

基本目標4. 介護保険サービスと在宅サービスの充実

4-1. 介護保険サービスの充実・強化

(1) 事業者間の情報交換及び連携の確保のための体制整備

本市内の介護サービス事業者が情報交換や連絡調整を行い、利用者の視点に立った適切な介護保険サービスを提供することを目的として設置した「介護保険事業者連絡協議会」（事務局：地域包括支援センター）に本市がアドバイザーとして参加し、介護保険制度に関する情報提供や「大阪府介護サービス情報公表システム」を通じたサービス提供体制等の情報開示の働きかけ、研修会開催等の支援を行います。

また、介護サービス事業者の「いけ！ネット」への参加を促進し、多職種間の情報共有等による医療・介護連携及び地域のネットワーク強化等の地域に根ざした活動の支援に努めます。

さらに、高齢者の権利擁護の取組を推進するにあたり、必要な情報を適切に把握し、関係する機関が共有しておく必要があるため、個人情報の収集及び提供にあたっては、個人情報保護法、個人情報保護条例、国の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を踏まえ、本市と関係機関における個人情報の収集・提供についてのルールを検討します。

本事業に関連した事務については、今後も市町村に権限移譲されるものが増えると考えられることから、市内の介護サービス事業者との連携がより一層重要となります。そのため、担当者間だけの関係とならないよう組織としての関係性を築き、情報を蓄積・共有していくことが求められます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
事業者連絡協議会の開催回数	12回	12回	12回

(2) ケアマネジャーに対する支援

介護保険制度の要であるケアマネジャーの資質の向上及び本市の目指す方針の理解・実践に向けて、介護サービス事業者との合同研修会や懇談会等を開催し、関係機関との連携や情報共有を図ります。また、高齢者の自立支援促進に向けて、講演やグループディスカッションを行い、ケアマネジャーの意識改革と課題共有等を図ります。その他、困難ケースへは本市及び地域包括支援センターと共同で対応を検討し、ケアマネジメント技術の向上を図る等、ケアマネジャーに対する支援を行います。

要介護（支援）認定者や基本チェックリスト該当者において本市独自様式のアセスメントシートの導入やリハビリテーション視点の取り入れ等を行い、アセスメントや目標設定におけるスキルアップが図れるよう取り組むとともに、更なる資質向上のため、法定外研修として研修会を開催します。

さらに、地域ケア会議においても、多職種での事案検討や情報交換等を通して、ケアマネジャーの資質の向上に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
本市が主催する介護支援専門員を対象とした研修会の開催回数	1回	1回	1回

(3)社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の活用促進

低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、利用者負担額を軽減した場合、本市がその費用の一部を助成する制度を実施しています。対象となるサービスは、利用者負担額の軽減を申し出た社会福祉法人等が行う、介護老人福祉施設、通所介護、短期入所生活介護、訪問介護等のサービスです。

本制度の周知を行うとともに、負担限度額認定を受けている方で、それによる減額が適用されても支払いがなお困難という相談を受けた場合には、本制度の利用を案内できるように、窓口対応での認識統一を図ります。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
社会福祉法人負担軽減措置申請法人数	10法人	10法人	10法人

4-2. 地域密着型サービス等の充実・強化

(1)地域密着型サービスの充実

高齢者や特に認知症高齢者は環境変化の影響を受けやすいこと等を考慮し、要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域密着型サービスの利用希望者への情報提供を行うとともに、利用促進につながるよう本市ホームページ等での情報発信等に取り組みます。また、高齢者ニーズに応じて、介護サービス事業者の参入を公募により促進します。

サービスの質の向上に向けては、提供されている地域密着型サービスの自己評価、外部評価の実施を推進し、利用者支援の観点も踏まえ、結果の公表を推進します。

(2)地域密着型サービス事業所への実地指導・監査

適切な運営や事業所支援の観点から事業者へ実地指導を行い、必要に応じて監査を実施します。

人員基準を満たしていない場合や、厚生労働省令等の基準に従った運営をしない時には、期限を定めて基準を遵守するよう勧告し、事業者が期限内に勧告に従わない時は公表します。

さらに、正当な理由がなく勧告にかかる措置を取らなかった時は、期限を定めて改善措置を取るよう命令していきます。

実施指導に際しては、実地指導担当職員の人員確保と職員の資質向上を図り、適切かつ継続的な指導ができるよう努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域密着型サービス事業所 実地指導件数	2件	2件	2件

4-3. 適正な介護給付の推進

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適正に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果として費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

本市では、国の「第5期介護給付適正化計画に関する指針」及び大阪府の「第5期大阪府介護給付適正化計画」を踏まえ、主要8事業に対して効率的な方法の構築及び実施スキルの確保を行い、介護給付の適正化に努めます。

(1)要介護認定の適正化

【標準的な取組】

① 委託分の認定調査結果の点検

指定居宅介護支援事業者等に委託している更新申請及び区分変更申請にかかる認定調査の結果について、本市職員により申請された全件の点検を実施します。

② 判定結果の分析等

「要介護認定適正化事業」による「業務分析データ」を活用し、一次判定結果から二次判定結果の軽重度変更率の地域差及び本市介護認定審査会の合議体間での差等について分析を行い、また、認定調査項目別の選択状況について、全国の保険者と比較した分析等を行い、要介護認定調査の平準化に向けた取組を実施します。

- ③ 認定審査会前の各資料（基本調査、特記事項、主治医意見書）間の内容について、申請をされた全件に対して不整合の有無を確認します。
- ④ ②の判定結果の分析結果等を踏まえながら、認定調査員や介護認定審査会委員に対する研修等を実施します。また、専門的知識等のスキルアップを図ります。

【更なる取組】

- ① 標準的な取組①の取組については、要介護認定調査の平準化を図るため、認定調査を指定市町村事務受託法人等に委託している場合も含めて、適切に認定調査が行われるよう実態把握に努めます。また、本市職員が行った調査と比べ、特記事項の記載内容等の傾向に違いがないか点検します。

標準的な取組③の取組に加え、認定調査票に、特記事項（選択の根拠、介護の手間、頻度等）が適切に記載されているかを申請された全件に対して確認します。

■取組の目標

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
調査票の点検件数	3,621 件	3,725 件	3,836 件

(2)ケアプランの点検

【標準的な取組】

- ① 点検の実施にあたっては、大阪府国民健康保険団体連合会介護給付適正化システム等を活用して効率的に点検対象を抽出することで、利用者の自立につながるような居宅サービス計画等が作成されているか計画的に確認を行い、ケアマネジャーにフィードバックしています。継続的にケアプランの質の向上を図るとともに、点検割合の増加を図ることが望ましいため、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」の積極的活用を進め、大阪府が主催する研修会等への参加を促進し本市職員のスキル向上を図るとともに、独自チェック表の作成による点検方法の標準化に努めます。
- ② 高齢者住まい（有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅）の利用者のケアプラン点検も行います。
- ③ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護（要支援）認定の有効期間の半数を超えて利用する場合には、理由書の提出及びケアプラン点検を行います。
- ④ ケアプラン点検を行った結果、必要に応じて介護保険法第 23 条、同法第 83 条第 1 項の規定に基づき指導・監査を行います。

■取組の目標

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
ケアプラン点検数	60件	60件	70件

(3)住宅改修の適正化

【標準的な取組】

居宅介護（介護予防）住宅改修費の申請を受け、改修工事を施工する前に、利用者宅の実態確認・工事見積書等の点検を行うとともに、施工後に訪問又は竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検します。

施工前の点検の際には、改修費が高額と考えられるもの、改修規模が大きく複雑であるもの、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケース等では訪問調査を行い、適切な介護給付に努めます。

（点検項目）

- 利用者の状態から見た必要性
- 利用者自宅から見た必要性
- 金額の妥当性、改修規模（介護保険適用部分の確認）
- 適正な施工が行われたかどうかの確認等

【更なる取組】

事前審査や工事完了後の提出書類の点検を全件実施します。そのうち、改修内容が不明確なもの、利用者の状態にそぐわないと思われる改修については訪問調査を実施します。また、訪問調査数を増やし、不適切な給付の抑制を目指します。

■取組の目標

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問調査件数	5件	5件	5件

(4)福祉用具購入・貸与調査

【標準的な取組】

福祉用具購入については、提供された申請書類と認定調査の結果及び主治医意見書の内容を照会し、利用者の状態にあった福祉用具の購入が行われているのか確認します。また、福祉用具貸与については、特に軽度利用者の場合はケアマネジャーから事前に提出された届出等を確認する等、自立支援のためのサービス利用につながるよう努めます。

また、点検に必要な知識をより一層深め、不適切な給付の抑制を目指します。

【更なる取組】

- ① 福祉用具購入・貸与点検の結果を把握することにより、点検を実施したことによる効果の実態を把握します。
- ② 福祉用具購入・貸与の申請理由が直近の認定調査の結果及び主治医意見書の内容と整合性が取れているのか確認を行い、利用が想定しにくいものについてはケアプラン等により必要性を確認します。また、必要に応じて利用者に対して訪問調査を行います。

■取組の目標

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問調査件数	5件	5件	5件

(5)医療情報との突合

【標準的な取組】

大阪府国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムから出力されるリストを用いて、給付状況を確認し、疑義が生じた場合はケアマネジャーや介護サービス事業者に詳細を確認し、必要に応じて自主点検を促し、正しい請求を行うよう助言します。

今後も重点的に実施するとともに、点検に必要な知識をより一層深め、不適切な給付の抑制を目指します。

(6)縦覧点検

【標準的な取組】

大阪府国民健康保険団体連合会から送付される給付適正化に関するすべての縦覧点検項目について確認を行い、疑義が生じた場合は、ケアマネジャーや介護サービス事業者等に詳細を確認するとともに、必要に応じて事業者等に自主点検を促し、正しい請求を行うよう助言します。

今後も重点的に実施するとともに、点検に必要な知識をより一層深め、不適切な給付の抑制を目指します。

(7)介護給付費通知

【標準的な取組】

- ① 大阪府国民健康保険団体連合会において審査決定した給付実績等から、利用者ごとに直近数か月の利用実績を記載した給付費通知書を作成し送付します。
- ② 利用者から、架空請求や過剰請求等の情報を受けた場合、事実確認を行うとともに、必要に応じて疑義内容の確認を行います。

【更なる取組】

単に通知を送付するだけでなく、説明文書やQ&Aの同封等、受け取った受給者が通知内容を理解できるようにするための工夫を検討します。

■取組の目標

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付通知送付回数	年 3 回	年 3 回	年 3 回

(8)給付実績の活用

【標準的な取組】

- ① 大阪府国民健康保険団体連合会から配信される被保険者や事業者ごとの給付実績等の情報を活用して、把握できる範囲で、各種指標の偏りをもとに不適正・不正な可能性のある事業者等を抽出します。今後は帳票の活用範囲拡大を図り、不適切な給付の発見や抑制を目指します。
- ② 給付実績等の情報を抽出された事業者等への詳細の確認を行い、必要に応じて事業者等へ自主点検を促し、正しい請求を行うよう助言します。

■大阪府国民健康保険団体連合会から提供される給付実績の活用に関する主な帳票・点検項目

出力帳票	出力内容
介護支援専門員当たり 給付管理票作成状況一覧表	事業所単位における介護支援専門員単位の給付管理票作成件数
支給限度額一定割合超一覧表	支給限度額に対する計画単位数の割合、利用者負担額の有無
認定調査状況と 利用サービス不一致一覧表	給付内容と保険者が国保連へ提供する要介護(要支援)認定情報が突合する情報内容に該当する場合、認定調査状況と利用サービスが一致しない受給者
受給者別給付状況一覧表	受給者ごとの給付状況
更新認定被保険者一覧表	要介護(要支援)認定(更新・区分変更)がされた被保険者の状況

4-4. 利用者本位のサービス提供の推進

(1)介護保険制度及びサービスに関する情報提供の充実

利用者のニーズに応じて、適切なタイミングで適切な介護保険サービスを選択できるよう、本市の介護保険の相談担当窓口や地域包括支援センターを中心として、介護サービス事業者等と連携を取りつつ、本市の広報紙やホームページ、ハンドブックやパンフレット等の多様な媒体や様々な機会を活用して、介護保険制度の趣旨及び制度改正の内容等に関する積極的な情報提供に努めます。

また、障害のある方や外国人の方に対しては、声の広報、点字や外国語のパンフレット等による情報提供を図ります。

さらに、区長、民生委員児童委員、福祉委員等との連携、本市ホームページや「大阪府介護サービス情報公表システム」等の活用により、市民が知りたい情報を、知りたいタイミングで的確に得ることができるよう取り組みます。

加えて、介護サービス事業者等の介護保険制度への理解促進を図るため、説明会等を行います。

(2)相談・苦情対応窓口の充実

市民が安心して介護保険を利用できるよう、本市の介護保険の相談担当窓口、地域包括支援センター等において、ニーズに即した円滑なサービス利用を支援します。

また、行政以外の身近な相談窓口としては、居宅介護支援事業者、民生委員児童委員等があり、これらの窓口においても個々の相談に十分対応できるよう支援するとともに、そこで受けた質問や相談、苦情等について把握し、必要に応じて行政での対応を行うため、地域包括支援センターを中心とした連携強化を推進します。

事業者の提供するサービスに関する苦情申立て等については、大阪府国民健康保険団体連合会に対して、被保険者が直接相談や苦情申立てを行うことができますが、内容に応じて、本市が被保険者と事業者の間に入って苦情内容を取り次ぐとともに、関係機関等と調整及び対応を行います。

その他、本市では、介護サービス相談員が施設へ訪問し、利用者の疑問や不満、不安等について行政や介護サービス事業者との橋渡しをしつつ、問題の改善や介護サービスの質の向上を図る「介護サービス相談員派遣事業」を実施しており、事業の安定運営のために適宜介護サービス相談員の募集を行うとともに、介護サービス相談員との定期的な情報共有や連携強化を図り、利用者の不満の解消、施設サービスの改善につなげていくよう努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護サービス相談員実働人数	20人	24人	28人

(3)審査請求について

介護保険制度においては、被保険者が不服申立てを行える仕組みが設けられています。本市が行う処分（要介護（要支援）認定や介護保険料に関すること等）については、大阪府介護保険審査会に対して、被保険者が直接、審査請求を行うことができます。

今後も引き続き、要介護（要支援）認定結果や介護保険料について、どなたにも分かりやすい説明を心がけ、不服申立ての内容をよく理解し、納得していただけるよう誠実な対応に努めます。

(4)介護保険サービス未利用者に対する見守り

介護保険制度では介護の必要な高齢者が、その介護の必要度に応じ適切な介護保険サービスを受けられることになっています。

要介護（要支援）認定を受けているが、何らかの理由（介護保険サービスの内容を詳しく知らない等）により介護保険サービスを利用していない方で、サービスの利用意向がある方に対しては、地域包括支援センターをはじめ介護サービス事業所との情報連携を密にし、適切なサービスが提供されるよう迅速な対応に取り組みます。

また、その時点でサービス利用意向のない方に対しては、地域包括センター等と連携を図り、見守りを行うとともに、介護保険サービスに関する情報提供を行っていきます。

4-5. 在宅福祉サービスの推進

(1)寝具乾燥サービス

自身での布団乾燥が困難かつ前年分の市民税が非課税の世帯の方で、おおむね65歳以上の一人暮らしの方、又はどちらかが病弱か寝たきり状態の方がいる高齢者のみの世帯の方を対象に、自宅を訪問し、布団等を集配して消毒・丸洗い乾燥サービスを行います。

引き続き、事業の周知を図り、自宅で清潔で快適な生活が送れて、健康保持と身体的な負担の軽減につながるよう支援します。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
寝具乾燥サービス延利用件数	29件	30件	31件

(2)訪問理容・美容サービス

おおむね65歳以上で、要介護4又は5の認定を受けた方に対し、出張理容又は美容サービスを行います。今後とも事業の周知を図り、引き続き実施します。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問理容・美容サービス延利用件数	24件	25件	26件

(3)日常生活用具給付等

おおむね 65 歳以上で、心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要な一人暮らし高齢者等に電磁調理器の給付を実施します。

また、おおむね 65 歳以上であって、前年分の所得税が非課税の寝たきり、一人暮らし高齢者等に火災報知器又は自動消火器の給付を実施します。

その他、おおむね 65 歳以上であって、前年分の所得税が非課税の一人暮らし高齢者等で、現在電話を保有していない方については、福祉電話設置に伴う配線工事や基本料の扶助を行います。

今後は、社会情勢等の変化を踏まえて事業の在り方を検討します。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
電磁調理器給付件数	3 件	3 件	3 件
火災報知器給付件数	2 件	2 件	2 件
自動消火器給付件数	2 件	2 件	2 件
福祉電話延貸与件数	4 件	4 件	4 件

(4)みまもりホットライン

おおむね 65 歳以上の方で、一人暮らしの方、寝たきりかそれに準じると認められる方を抱える高齢者のみの世帯の方、同居人が昼・夜間、就労等のために一時的に高齢者のみの世帯となる方を対象として、緊急通報装置を貸与します。

ボタンを押すと、24 時間 365 日いつでもコールセンターの保健師又は看護師とつながり、健康等の相談が行えます。また、2か月に1度、保健師又は看護師からの「お元気コール」を実施し、相談内容等の報告を受け取ることにより、利用者の状態を把握します。さらに、緊急の際は、ボタンを押せば即時に救急車又は消防車、緊急対応要員、協力員の出動要請等、必要な対応を行います。

引き続き、事業の周知を図り、対象となる方の利用促進に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
みまもりホットライン利用者数	170 件	174 件	178 件

(5)在宅高齢者紙おむつ等給付

おおむね 65 歳以上の在宅高齢者で、要介護 3～5 のいずれかの認定を受けた方で、前年分の市民税が非課税の世帯の方に対し、1 か月に 1 回、紙おむつ給付券を交付します。給付券は月 5,000 円を限度に、紙おむつや尿取りパッドと引き換え可能です。

本事業は高齢者の経済的な負担の軽減に効果を上げていることから、引き続き、事業の周知を図るとともに、需要に応じたサービス提供と登録指定店の更なる増加に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
在宅高齢者紙おむつ等給付延利用件数	900 件	919 件	938 件

(6)生活支援型ホームヘルプサービス

おおむね 65 歳以上で、要介護（要支援）認定において『非該当』となり、何らかの理由で在宅での日常生活に支援を必要とする方に対し、原則週 1 回のホームヘルプサービスを提供することにより生活支援を行います。介護予防の観点から在宅での自立生活を支援するため、今後も引き続き、事業を実施していきます。

なお、本事業は要介護（要支援）認定において『非該当』になった方が対象です。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援型ホームヘルプサービス 年間利用時間	106 時間	106 時間	106 時間

(7)生活支援型ショートステイ

おおむね 65 歳以上で、要介護（要支援）認定において『非該当』となり、何らかの理由で在宅の日常生活に支援を必要とする方に対し、年間 28 日以内のショートステイサービスを提供することにより生活支援を行います。介護予防の観点から在宅での自立生活を支援するため、今後も引き続き、事業を実施していきます。

なお、本事業は要介護（要支援）認定において『非該当』になった方が対象です。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援型ショートステイ延利用日数	2 日	2 日	2 日

(8)在宅高齢者給食サービス

おおむね 65 歳以上の一人暮らしや高齢者のみの世帯の方、又は同居人が昼・夜間、就労等のため、一時的に高齢者のみとなる世帯の方に対し、昼食を配達すると同時に安否確認を行います。

民間配食業者が増加していますが、本事業は高齢者の食生活の安定性を高めるとともに、高齢者の見守り活動として有効であるため、引き続き、需要に応じたサービス提供に努めます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
在宅高齢者給食サービス延配食数	10,256 件	10,462 件	10,672 件

(9)園芸福祉

家に閉じこもりがちな高齢者を対象に、外に出ようとする意欲を取り戻すため、幼稚園や小学校でボランティアとともに園芸活動を行います。

利用促進のため、他機関等と連携し、本事業の対象となり得る方の把握方法を検討するとともに、高齢者のニーズや利用状況等を勘案し、今後の事業展開について検討していきます。

■取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
園芸福祉事業利用者数	2 人	2 人	2 人

4-6. 介護に取り組む家族等への支援の充実

(1) 介護に取り組む家族等への支援

介護している家族の負担の軽減を図るため、必要とされる介護保険サービス等の確保や介護に従事する家族の柔軟な働き方の確保、介護者への介護知識・技術の習得支援、介護者が介護に疲弊することがないように介護者の交流機会の提供等に加え、本市の実情を踏まえた支援を検討します。

(2) 家族介護慰労金の給付

要介護4又は5の認定を受け、過去1年間に介護保険サービスを受けなかった65歳以上の在宅高齢者と同居し、主に介護をされている方で、前年分の市民税が非課税の世帯に属する方に対し、月額8,000円の家族介護慰労金を給付します。

利用対象者の範囲が狭くなっているため、適正な要介護（要支援）認定及び介護保険サービスの適正な利用との整合を図りつつ、事業の適切な利用等を含めて周知・啓発に努めます。

■ 取組の見込み

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
家族介護慰労金給付者数	1人	1人	1人