資料３－１

令和４年度地域包括ケアシステム推進計画実績

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、生活支援サービスの充実、認知症施策の推進、医療と介護の連携強化、介護予防の推進の４つの柱で事業を実施した。

１　生活支援サービスの充実（生活支援体制整備事業）

①フォローアップ講座を開催し、20名の参加があった。（参加率47％）
介護予防・地域支え合いサポーターとして活動していけるよう、既存のサロンやオレンジカフェなどの関係者から活動に関する講話をプログラムに組み込み、サポーター活動のイメージ化を促進した。結果、「話し相手としての訪問」「身近であいさつし合う」「サロンの手伝い」など、今後、実践できそうと回答した活動があった。

②新たなサポーターを養成する講座「介護予防・支え合いサポーター養成講座」は、新型コロナウイルス感染症の流行により中止とした。

③第２層SCと西部地域包括支援センター（以下「西部包括センター」という。）が協働して西部ふれあい会の活動を支援することができた。

④市主催の地域ケア会議（介護予防型・自立支援型）に、第２層SCが助言者として３回出席。個別ニーズを把握し、地域課題を検討する必要性を認識出来た。

⑤ちょーぴーのやさしさ便利帳第３版の発行では、アンケート調査結果から把握した要望を踏まえた改編として、お弁当を配達してくれる業者情報に定休日を追加。また、一般薬品や調剤などの配達対応する薬局の掲載について意向調査し、新規に掲載する等掲載内容を充実した。

【評価】

・既存の地域で自主活動を実践している関係者からの講話により、サポーター活動のイメージ化を促進できた。サポーターが実践できそうと回答した活動について、実践できるよう支援していく。

・新規のサポーター登録者を増やすため、サポーター養成講座を開催する。（サポーター養成講座終了時の活動意欲が高まった状態でサポーター登録を促すようプログラムを工夫する。）

・第２層協議体西部ふれあい会が自主的に地域の困り事や地域で何が必要か考えることができるよう西部圏域の第２層SC、西部包括センター、基幹型地域包括支援センター（以下「基幹型」という。）の圏域担当の協働で活動支援を継続していく。

・第２層SC未設置である東部、中央圏域の設置に向けて、人材確保が課題。

２　認知症施策の推進（認知症施策総合支援事業）

①「認知症考える会」を２回開催した。２回目の開催時は、初めて市内全てのオレンジカフェ運営者が集まり、それぞれの運営状況の共有を図ることができた。チームオレンジ結成を目指すオレンジカフェの希望も確認できた。令和５年度以降、活動に向けて調整を図っていく。

②認知症サポーター養成講座は、金融機関だけでなく小学校や中学校・大学で開催が出来た（合計９回実施し、252人養成）。また、個別ケースから必要性を見出し、学校と連携した結果、小学６年生のフォローアップ講座も開催出来た（6年生を対象とし、59人に実施）。その他、小学５年生の認知症サポーター講座開催時に併せて高齢者疑似体験を行ったことで、より高齢者や認知症についての症状についての理解を深め、接し方を勉強する機会を作ることが出来た。

③認知症初期集中支援チームは２チームが稼働。相談実件数４件。訪問延べ件数42回。圏域の委託型支援センターと連携を図りながら対応した。

④認知症初期集中支援チームの連絡会を合計４回開催。チーム同士で支援事例について意見交換が出来た。また、初期集中支援チームと委託型地域包括支援センター（以下「委託型包括センター」という。）の意見交換会も１回開催。他市町村の事例も共有し、お互いの役割や支援に向けた体制について検討を図った。

⑤認知症初期集中支援チーム検討委員会において、委員からの意見を取り入れ、チーム員会議では初期チームの役割だけでなく、委託型包括センター等の支援者も含めた役割分担を加え、実務に合った手引きに変更することが出来た。

【評価】

・認知症サポーター養成講座だけでなく、フォローアップ講座や高齢者疑似体験も実施出来たことで、認知症支援の理解を深めることが出来た。

・認知症初期集中支援チームは、個別ケース支援だけでなく定期的な連絡会の開催を実施したことで、2チーム同士の情報共有やスキルアップにもつながった。

・認知症本人や家族、地域住民、支援者がチームを結成した取り組みを行うチームオレンジ結成に向けた協議が認知症考える会で実施出来た。令和５年度のチーム結成を目指す足掛かりが出来た。

3　医療と介護の連携強化（在宅医療・介護連携推進事業）

①「医療と介護の連携シート」の運用について県や他市の状況を参考にしながら、医師会と協議した。結果、医師会より市内医療機関へ、市より居宅支援事業所へ活用について周知できた。

②歯科や調剤薬局との情報連携ツールとしても活用できるよう、歯科医師会や薬剤師会の協力を得て、連携シートの周知を行った。

③居宅支援事業所に対し「医療と介護の連携シート」活用後のアンケートを実施した。昨年度と比べ、利用事業所が６割を超え､使用件数も２倍以上であった。医療機関の認知度や対応も向上しているが、医療機関によっては認知度が低いという意見もあった。

やり取りは非対面から対面の割合が増加しており、本来の顔の見える関係ができ、返信までの日数短縮にもつながっていると考える。

【評価】

・関係機関に向けて、医療と介護の連携ツールとして「医療と介護の連携シート」の活用についての周知を継続的に実施する。

・医療と介護の情報連携がより円滑に実施できるよう、ＩＣＴ活用について医師会や居宅支援事業所ＣＭと協議・検討を進める。

4　介護予防の推進

①通いの場の創設に向けて、住民には相談時や実態把握時などの機会に周知し、併せて民生委員や CM など関係者にも周知を行った。また、献血会場で家族向けとしてチラシ配布を実施。結果、中央地区4か所（うち隔週が1団体だったが R5 より毎週実施の予定)、西部地区1か所と計5つの新規団体が発足。西部地区では次年度開始予定団体が1団体有。

②バージョンアップ体操（プラチナ体操＋）を各圏域２か所ずつ計６か所の団体に実施。団体によっては体操の一部を実施しないなど団体に合わせた形で継続ができそうであるため、引き続き支援を行う。また次年度は実施団体を増やしていく。

③交流会を６回で計画したが、参加者の都合により、4回の開催となった。50団体のうち33団体61名の参加があり、リハビリ職の講話、脳トレ・肩腕の運動を行った。参加できなかった団体や希望のあった団体には委託型包括センター職員が出向いて支援ができた。

④その他、5年以上実施団体へのリハビリ職の派遣、必要に応じて委託型包括センター職員の介入を実施した。

⑤プラチナ体操団体対象に管理栄養士、歯科衛生士等と連携し、運動、栄養、口腔等のフレイル予防のための健康教育、健康相談を実施した。(高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業としての位置づけ)

⑥一体的実施の取組みとして、健康状態が不明な75歳以上の高齢者を対象にアンケートを実施し、健康状態の把握から必要に応じた支援を実施した。

⑥六中文化祭に西部包括センターが参加し、体力測定や運動を実施する等、介護予防の啓発ができた。

⑦男性向けの通いの場の創設を目指し、西部地区健康推進員主催の男性の料理教室にて参加し、プラチナ体操の啓発を実施した。

【評価】

・プラチナ体操団体は、コロナ禍の影響で新規活動団体の減少と休止期間を経て活動を中止する団体もあり、活動団体数は横ばいで推移している。通いの場の創設と継続団体の活動支援を両輪で推進していく。

資料３－２

令和５年度地域包括ケアシステム推進計画（案）

市は、委託型地域包括支援センター（以下「委託型包括センター」という。）や関係機関と連携を図り、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

施策の柱	令和５年度重点目標	具　体　的　対　策
１生活支援体制の推進	①介護予防･地域支え合いサポーターの育成を推進し､登録サポーターが頑張って活躍できる場を検討する。	①－１新規の介護予防地域支え合いサポーターを養成する講座を開催する。（サポーター養成講座終了時の活動意欲が高まった状態でサポーター登録を促すようプログラムを工夫する。） ①－２グループワークを取り入れたフォローアップ講座を開催する。 ①－３令和４年度の介護予防・地域支え合いサポーターフォローアップ講座で「やってみたい」「できるかも」「興味がある」とアンケート回答があった活動について、開始できるよう支援する。（サロンやオレンジカフェの参加や話し相手等）
	②生活支援コーディネーター（ＳＣ）の活動や住民主体の西部ふれあい会（第２層協議体）の活動を推進する。	②－１生活支援コーディネーター＜ＳＣ＞の活動として、西部地域の地域資源を把握し地域に情報提供していく。また、西部地域の高齢者の困りごとが何か、西部包括センターやCMの現場の声を聞く機会に参加していく。その困りごとや要望が社会資源に繋げられるような助言、後方支援する。 ②-2 西部ふれあい会の活動を検討していくなかで、委員が自主的に地域の困りごとや地域で何が必要か考える過程を、ＳＣが情報をまとめ、助言する立場の役割を担い、地域で必要な取組みが実践できるようにする。
	③日常生活圏域毎に､第２層生活支援コーディネーターの配置について検討する。	③未設置圏域（東部・中央）の委託型包括センターと協議し、人材の発掘に努める。
２認知症施策の推進	①認知症の普及啓発､適切な医療介護の提供､家族介護者への支援､地域での見守り体制の整備等､総合的に支援を推進する。	①-1 職域別の認知症サポーター養成講座開催を推進できるよう、認知症考える会（キャラバンメイトや認知症推進員・認知症コーディネーター等がメンバー）で協議し、講座の周知啓発を役割分担して実施する。 ①-2 チームオレンジを新規に結成し、活動開始に向けた支援を行う。 ①-3 認知症初期集中支援チーム連絡会を年間２回開催し、チームの普及啓発の検討や事例を通じたチーム員のスキルアップ向上を図る。また、委託型包括センターとの連絡会を年１回実施し、連携強化を目指す。 ①-4 認知症により、徘徊して自宅等に戻れない方を早期発見・保護する目的で、「どこシル伝言板」を希望する方に認知症見守りシールを配布する。市民に向けて「どこシル伝言板」の周知啓発に努め、事業の理解者及び協力者を拡大していく。 ①-5 ケアパスの試行結果を踏まえ改訂する。

3医療と介護の連携強化	①在宅医療と介護サービスの一体的な実施が図れるよう、医療・介護の多職種間がそれぞれの役割を理解し、必要に応じ連携を図ることができる。	①-1「医療と介護の連携シート」の利用を促進するため、CM医療機関（歯科・調剤薬局含む）に周知を行う。また、活用後のアンケートを実施し、評価を行う。 ①-2「医療と介護をつなぐ研修会」を開催し、医療介護関係者の連携に努め、在宅医療・介護連携支援センターの周知を図る。 ①-3エンディングノートの配布状況や、サロン等の既存の団体に活用してもらい、活用状況について評価を行う。 評価をもとに有効活用ができるよう対策を検討する。 ①-4地域包括ケア情報連携システム構築に向けた研修会を開催する。
4介護予防の推進	①通いの場の創設と継続運営を支援する。	①-1各委託型包括センターで必要な場所に新規開設のための周知啓発を行う。 ①-2全圏域で男性向けの通いの場の創設を目指す。 ①-3プラチナ体操団体へきめ細やかな支援を行う（H29開始団体へのリハビリ職の派遣支援、バージョンアップ体操の実施、休止団体・参加者への支援） ①-4口腔機能低下や低栄養予防に対する取組みについても検討する。
	②介護予防、重度化を防止するため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組む（健康づくり課、保険年金課との協働で）	②-1プラチナ体操団体を対象に、栄養士、歯科衛生士等と連携し、運動、栄養、口腔等のフレイル予防のための健康教育、健康相談を実施する。 ②-2保健センター（健康診査の事後指導時）や六中の文化祭といった高齢者の集いの場に出向き、フレイル予防の普及啓発を健康づくり課と協働で実施する。 ②-3健康状態が不明な75歳以上の高齢者を対象にアンケートを実施し、健康状態を把握し、必要な対策を検討する。