

新居浜市地域包括支援センター運営協議会

兼 新居浜市地域密着型サービス運営委員会

委員名簿（五十音順）

	団体名	氏名
1	新居浜市歯科医師会	浅井 仁
2	新居浜市介護支援専門員連絡協議会	伊藤 里香
3	新居浜市老人クラブ連合会	沖 則文
4	新居浜市連合自治会	坂上 公三
5	新居浜市社会福祉協議会	神野 洋行
6	愛媛県看護協会	鈴木 豊子
7	新居浜市医師会	知元 正行
8	新居浜市連合婦人会	續木 明美
9	新居浜市訪問介護事業所職員連絡会	土岐 智恵美
1 0	新居浜市民生児童委員協議会	野口 敏子
1 1	新居浜市国民健康保険運営協議会	三木 由香里
1 2	学識経験者（愛媛県立医療技術大学）	宮内 清子
1 3	新居浜市保健センター	山内 富子
1 4	一般社団法人愛媛県社会福祉士会	山本 豪

▶地域包括支援センターの設置・運営 (18老計発1018001等)

市町村は、地域の実情に応じた圏域を設定して地域包括支援センターを設置します。圏域は、市町村の人口規模、業務量、運営財源、専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏域(生活圏域)との整合性を考慮して、センター機能が最も効果的・効率的に発揮されるように設定されます。

●市町村の責務と実施方針の提示 (法115条の47・1項)

市町村は、地域包括支援センター設置の責任主体として、事業が適切に実施されるように体制整備に努め、運営に適切に関与します。例えば、体制整備と設置、業務委託の可否や方針の決定などを、運営協議会の議を経て行います。

包括的支援事業をセンターに委託するに当たっては、地域の実情に応じて、次のような内容の実施方針を示します。

- | |
|--|
| ①市町村の地域包括ケアシステムの構築方針 |
| ②区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針 |
| ③関係者とのネットワーク(地域社会との連携および専門職との連携)構築の方針 |
| ④第1号介護予防支援事業の実施方針(新しい総合事業に移行済の場合) |
| ⑤介護支援専門員に対する支援・指導の実施方針 |
| ⑥地域ケア会議の運営方針 |
| ⑦市町村との連携方針(例えば、総合相談支援や権利擁護事業等での責任分担と連携など) |
| ⑧公正・中立性確保のための方針、その他地域の実情に応じ運営協議会が必要と判断した方針 |
- ※市町村が直営でセンターを運営する場合も、同趣旨の運営方針を定めることが望ましい

●業務の効果的推進のための在宅介護支援センター等の活用

市町村は、地域包括支援センターの業務全般を効果的に推進するため、十分な実績のある在宅介護支援センター等を、住民の相談等を受付・集約してセンターにつなぐ窓口(ランチ)や支所(サブセンター)として活用します(相談支援業務の一部である実態把握や初期段階の相談対応業務の委託もできます)。

■地域包括支援センター運営協議会の役割・構成 (則140条の66)

地域包括支援センター運営協議会は、地域包括支援センターの各業務の評価等を行うことで、センターの適切で公正・中立な運営を確保することを目的として、市町村が設置します。そのため、センターに年度ごとの事業計画を立てさせ、業務の遂行状況を評価し、次年度の事業に反映させる等、PDCAサイクルを確立させるために、事業計画書等を提出させて評価します。

運営協議会は、原則として市町村ごとに1つ設置されますが、地域の実情に応じて、例えばセンターごとの設置も考えられます。また、複数の市町村が共同でセンターを設置運営する場合は、運営協議会も共同で設置できます。

運営協議会は、①センターの設置等に関する事

項の承認(担当圏域の設定/設置・変更・廃止、業務の委託先法人の選定や変更/委託先法人の予防給付実施/介護予防支援の一部を委託する居宅介護支援事業所の選定等)、②市町村の実施方針への意見、③センター運営に関する事項、④センター職員の確保に関する事項などを所掌します。

●公正・中立性を確保するための構成員の選定

運営協議会の構成員は、次を標準として、地域の実情に応じて選定されています。

- (1)サービス事業者、職能団体(医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等)
- (2)サービスの利用者、介護保険の被保険者
- (3)地域の社会的資源や権利擁護などの関係者
- (4)その他、地域ケアに関する学識経験者

(地域包括支援センター運営マニュアルより)

【第3節】 地域包括支援センター運営協議会の役割

包括センターの運営を地域の関係者全体で協議し、適切、公正かつ中立的な運営を確保しているかどうかの評価をしていく場として、市町村（保険者）に地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）が置かれます（介護保険法施行規則第140条66第2号ロ）。本節では、運営協議会の運営体制や期待される役割等について述べます。

(参考) 介護保険法施行規則第140条66第2号ロ

地域包括支援センターは、当該市町村の地域包括支援センター運営協議会の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保すること。

1 地域包括支援センター運営協議会の運営体制

運営協議会については、以下のような設置基準等が定められています。一方、実際に運営協議会にどのような構成員を何名置くか、開催の頻度（回数）をどうするか、分科会を設置するか、介護保険運営協議会等を兼ねるか等の詳細については、市町村（保険者）の裁量に委ねられています。

したがって、市町村（保険者）では、どうすれば後述する運営協議会に期待される役割を果たしうるかを検討し、運営体制等を定めていく必要があります。

1.1 地域包括支援センター運営協議会の設置基準

原則として、市町村ごとにひとつの運営協議会を設置しますが、複数の包括センターを設置している市町村の場合には、地域の実情に応じて、例えば包括センターごとに設置することも考えられます。複数の市町村により共同で包括センターを設置する場合には、運営協議会についても共同で設置することができます。

1.2 地域包括支援センター運営協議会の構成員等

運営協議会の構成員については、次の①～④を標準とし、包括センターの公正・中立性を確保する観点から、地域の実情に応じて市町村長（特別区の区長を含む。）が選定します。なお運営協議会には、在宅介護支援センター等の福祉関係団体が参画することが望ましいとされています。

- ①介護サービスおよび介護予防サービスに関する事業者および職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）
- ②介護サービスおよび介護予防サービスの利用者、介護保険の被保険者（第1号および第2号）
- ③介護保険以外の地域の社会的資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者

④前各号に掲げる者のほか、地域ケアに関する学識経験者

また、運営協議会には会長を置くこととし、会長は、構成員の互選により選任されます。

2 地域包括支援センター運営協議会の役割と所掌事務

2.1 地域包括支援センター運営協議会の役割

運営協議会には、包括センターが行う業務の評価を行って意見を述べ、包括センターの適切、公正かつ中立な運営の確保を目指す役割が求められています。

運営協議会と包括センターは、公正・中立の面に関しては両者の置かれた立場は異なりますが、その一方、適切な運営という面では、両者は地域包括ケアの推進に向けて協力し、協働する関係にあるといえます。

したがって、適切な運営面に関する「評価」では、支援的かつ協働的であることが望まれます。つまり、包括センターがどのような目標をもって業務に取り組み、どのような成果を得たか、あるいはどのような課題が残されたかを、互いに協力して明らかにしていくことが重要です。

そして評価結果を次年度の事業に反映したり、よい取組を他の包括センターにも拡大したり、包括センターに対する必要な支援を提言および実施したりすることが期待されます。包括センター業務を委託している場合には、よりよい委託先の選定や委託先のマネジメントや支援につながるよう提言していくこととなります。市町村（保険者）が包括センターに提示した業務の実施方針（p.23参照）に基づいて、事業が適切に実施されているかどうかについても、必要な基準を作成したうえで評価し、不十分な点などがあれば、その改善の方策をともに探ることが必要です。

こうした評価や検討を行うために、運営協議会は毎年度包括センターより次の書類の提出を受けることとなります。また公正・中立を確保しつつも、適宜、運営協議会に包括センターの同席を求めてヒアリングを行うなどして、十分な連携を図る必要があります。

- ①当該年度の事業計画書および収支予算書
- ②前年度の事業報告書および収支決算書
- ③その他運営協議会が必要と認める書類

地域包括ケアシステムの構築（p.13参照）に向けては、PDCAサイクルのプロセスでの計画と評価（p.63参照）により包括センターの事業の質を高めることが重要であり、運営協議会や運営協議会を構成する事業者・団体や住民等には、計画（Plan）・実施（Do）・評価（Check）・処置（Act）の各項目について役割を果たし、地域包括ケアシステム構築の推進力のひとつとなることが期待されています。特に、地域包括ケアの基盤整備や地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、包括センターの運営や活動を支援していくことは重要です。

一方、包括センターの職員は、その運営が常に運営協議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておくとともに、前述のような運営協議会の役割を理解しておく必要があります。

2.2 地域包括支援センター運営協議会の所掌事務

運営協議会は次に掲げる業務を所掌することになります。以下、順次解説します。

《図表1-11 地域包括支援センター運営協議会の所掌事務》

①包括センターの設置等に関すること	圏域の設定	
	業務の法人への委託	
	業務を委託された法人による総合事業および予防給付に係る事業の実施	
	第1号介護予防支援事業および指定介護予防支援事業を委託できる居宅介護支援事業所の選定	
	公正・中立性の確保に関すること	
②包括センターの行う業務の方針に関すること	市町村が示すこととされている、包括センターが行う業務に係る方針が適切かどうか市町村に対して意見を述べるものとする	
③包括センターの運営に関すること ※市町村の点検・評価の方針に基づいて、事業が適切に実施されているかどうか、必要な基準を作成したうえで、定期的または必要時に包括センターの事業内容等を点検・評価します	運営全体に関するもの	組織・運営体制 ・担当区域における高齢者のニーズ把握を行っているか ・職員間、専門職間の連携が効果的に行われているか ・ランチ等との連携の向上につとめているか
		個人情報の保護 ・責任者を配置するなど個人情報保護の徹底が図られているか
		利用者満足の上 ・適切な総合相談、苦情への対応ができる体制となっているか ・安心して相談できるようプライバシーの確保が行われているか
		公平性・中立性の確保 ・公平性、中立性に配慮して、介護サービス事業所等の紹介や指定介護予防支援業務の委託先の選定を行っているか
	個別の業務に関するもの	総合相談支援業務 ・相談内容ごとの対応状況が把握（進捗管理）できているか
		権利擁護業務 ・成年後見制度の活用、消費者被害の防止の取組がなされているか
		包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ・地域ケア会議の運営方針について職員間での共有ができているか ・介護支援専門員に対する効果的な相談対応がなされているか
		介護予防に係るケアマネジメント ・多様な地域の資源がケアプランに位置づけられているか
		市町村事業との連携 ・在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業との連携が適切になされているか
	④包括センターの職員の確保に関すること	包括センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や関係団体等の間で調整を行う
⑤その他の地域包括ケアに関すること	地域における介護保険以外のサービス等と連携体制の構築、地域包括支援ネットワークを支える地域の社会資源の開発、その他の地域包括ケアに関する事項であって運営協議会が必要と判断した事項を行う	

①地域包括支援センターの設置運営に関すること

包括センターには、第1号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満の圏域ごとに、保健師（準ずる者を含む）1名、社会福祉士（準ずる者を含む）1名、主任介護支援専門員（準ずる者を含む）1名を置くこととされています（介護保険法施行規則第140条の66第1号イ）。この3職種・3名が標準の配置ですが、「市町村の人口規模にかかわらず、地理的条件その他の条件を勘案して特定の生活圏域に一の地域包括支援センターを設置することが必要であると地域包括支援センター運営協議会において認められた場合」には減員できます（同条第1号ロ）。この判断に運営協議会は関わることになります。また、包括センターの増設が必要と考えられる場合には、その旨を提言する役割を担っています。

また、包括センターへ事業を委託する場合には、委託先の選定が適切・公正・中立かどうかの判断にもかかわります。包括センターが第1号介護予防支援事業および指定介護予防支援事業における方のケアプラン作成を指定居宅介護支援事業所（外部のケアマネジャー）に委託する場合には、その委託先の選定が適切・公正・中立かどうかの判断にも関わります。

②地域包括支援センターの行う業務の方針に関すること

包括センターへ事業を委託する場合には（p.56参照）、市町村（保険者）は委託先の法人に、事業の実施方針を示すことになります（介護保険法第115条の47第1項）（p.23参照）。

その方針に記す内容としては、介護保険法施行規則のなかで9項目が提示されています（介護保険法施行規則第140条の67の2）。この9項目を参考に、地域の課題や将来を見据えて、方針が適切か、過不足はないか等を検討し、意見を述べることになります。また、よりよい委託先のマネジメントや支援につながるよう提言していくことが重要です。

提示された9項目には「その他地域の実情に応じて運営協議会が必要であると判断した方針」が掲げられています。運営協議会は事業者・団体や住民等さまざまな立場の方により構成されますので、その特性を活かして、日頃の活動や生活に根ざした建設的な提言を行っていくことが求められます。

なお、包括センターを市町村（保険者）が直営で実施する場合も同様に、包括センターの業務の実施方針を確認し、建設的な提言を行っていくことが期待されます。

③地域包括支援センターの運営に関すること

包括センターへ事業を委託する場合、委託先の法人が居宅介護支援事業やその他関係事業を行っている場合があります。したがって公正・中立が確保されているかどうかを確認することになります。その際、自法人への委託の多寡を問題にするのではなく、利用者の利便性や自立支援の観点に照らして、利益を損ねるような事態が生じていないかを確認することが必要です。

また、事業計画の進捗や地域連携の仕組みづくりの状況や、包括センターの4つの業務等（p.52参照）と呼ばれる「総合相談支援業務」「権利擁護業務」「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」「介護予防ケアマネジメント」（それぞれ第2章～第5章で詳解）が適切に実施できているかどうかを評価することになります。包括センターの事業計画と評価の流れ（PDCAサイクル）

で見ると (p.63参照)、評価 (Check) や処置 (Act) に該当します。

前述のとおり、この評価では取組の成果や課題を明らかにし、その結果を次年度の事業に反映したり、よい取組を他の包括センターにも拡大したり、包括センターに対する必要な支援を提言・実施したりすることが重要です。これは包括センターが委託の場合も、直営の場合も同様です。

包括センターが委託の場合には、市町村 (保険者) による支援が適切かどうかについても意見を述べる必要があるため、市町村 (保険者) による支援の成果や課題を明らかにし、次年度以降の展開につなげていくことが期待されます。

④地域包括支援センターの職員の確保に関すること

包括センターが必要な職員を確保するのが困難な場合には、適宜、運営協議会の構成団体が派遣等の協力を行うなどして、必要な職員確保を図り、包括センター業務の円滑な実施を支援することが期待されます。

⑤その他地域包括ケアに関すること

地域包括ケアシステムを構築していくうえでは、運営協議会が、地域包括ケアの基盤整備や地域の関係者間のネットワーク構築に、積極的にかかわることも重要です。

運営協議会を構成する事業者・団体・個人が、運営協議会を通して地域の現状や課題を把握し、地域包括ケアシステム構築に向けて、それぞれの事業者・団体・個人として何ができるか・何が必要かを考え、主体的な活動につなげていくことが、地域包括ケアの基盤を作ることになります。

また、市町村、包括センター、事業者、団体、個人が必要な役割分担・連携を行うことが、地域に住む住民一人ひとりの権利や尊厳ある生活の保持につながります。それが真のネットワーク構築です。

このような意味での「地域包括ケアの基盤整備」や「地域の関係者間のネットワーク構築」を実現するための創造的な話し合いを行うことが、運営協議会には期待されています。

また、地域包括支援ネットワーク構築にあたっては、地域ケア会議 (p.32参照) が重要な役割を果たすことから、必要な内容・頻度・開催範囲にて地域ケア会議が開催されるよう、運営協議会としても協力・支援することが求められます。

2.3 地域包括支援センター運営協議会の活用事例

以下では工夫しながら、運営協議会を開催している例について紹介します。

○ 新居浜市地域包括支援センター運営協議会設置要綱

(設置)

第1条 新居浜市地域包括支援センター（以下「センター」という。）の公正・中立性の確保その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、新居浜市地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 運営協議会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) センターの設置等に関する事。
- (2) センターの業務の法人への委託等に関する事。
- (3) センターの運営状況に関する事項
- (4) センターの職員の確保に関する事項
- (5) その他地域包括ケアに関する事項

(組織)

第3条 運営協議会は委員15人以内をもって組織し、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者及び職能団体等の関係者
- (2) 介護サービス及び介護予防サービスの利用者及び介護保険の被保険者
- (3) 介護保険以外の地域資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- (4) 地域ケアに関する学識経験を有する者

(任期)

第4条 委員の任期は、3年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 運営協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選により定める。

- 2 会長は、会務を総理し、運営協議会を代表する。
- 3 副会長は会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 運営協議会は、会長が招集し、会長が議長となる。

- 2 運営協議会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

(事務局)

第7条 運営協議会の事務局は、介護保険担当課に置く。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、運営協議会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

○ 新居浜市地域密着型サービス運営委員会設置要綱

(設置)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号）第42条の2第5項、第78条の2第7項及び第78条の4第6項に規定する措置として、新居浜市地域密着型サービス運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 運営委員会の任務は、次のとおりとする。

- (1) 市において地域密着型サービスの指定を行い、又は行わないこととしようとするとき並びに地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬を設定しようとするとき、市長に意見を述べること。
- (2) 地域密着型サービスの質の確保、運営評価その他市長が地域密着型サービスの適正な運営を確保する観点から必要であると判断した事項について協議すること。

(組織)

第3条 運営委員会は委員15人以内をもって組織し、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者及び職能団体等の関係者
- (2) 介護サービス及び介護予防サービスの利用者及び介護保険の被保険者
- (3) 介護保険以外の地域資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- (4) 地域ケアに関する学識経験を有する者

(任期)

第4条 委員の任期は3年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 運営委員会に会長及び副会長を置き、委員の互選により定める。

- 2 会長は、会務を総理し、運営委員会を代表する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 運営委員会は、会長が招集し、会長が議長となる。

- 2 運営委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

(事務局)

第7条 運営委員会の事務局は、介護保険担当課に置く。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、運営委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

○ 新居浜市認知症初期集中支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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ことができるよう、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）を設置し、早期診断、早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする「新居浜市認知症初期集中支援事業」の実施に関して必要な事項を定める。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は新居浜市とする。ただし、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる場合は、認知症疾患医療センター、病院、診療所等の団体等に委託することができる。

(支援対象者)

第3条 この事業の支援対象者は、市内に居住し、かつ、在宅で生活する40歳以上の認知症が疑われる者又は認知症の者であって、次のいずれかに該当する者とする。

(1) 医療サービス又は介護サービスを受けていない者（それらを中断している者を含む。）で、次のいずれかに該当するもの

- ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- イ 継続的な医療サービスを受けていない者
- ウ 適切な介護サービスに結びついていない者

(2) 医療サービス又は介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(設置)

第4条 市長は、地域包括支援センターに支援チームを設置するものとする。

(支援チームの構成)

第5条 支援チームの構成は、専門職2名以上及び専門医1名以上をもって構成する。

2 専門職は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- (2) 認知症ケア又は在宅ケアの実務経験を3年以上有する者
- (3) 国が定める認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、必要な知識及び技能を習得した者又は研修受講者であるチーム員と当該研修の受講内容を支援チーム内で共有する者（市長がやむを得ないと認めた場合に限る。）

3 専門医は、次のいずれかに該当する者から、市長が委嘱する。

- (1) 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、かつ、

国が定める認知症サポート医養成研修（以下「認知症サポート医研修」という。）を受講した医師

(2) 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、かつ、今後5年間において認知症サポート医研修を受講する予定のある医師

(3) 認知症サポート医研修を受講した医師であって、認知症疾患の診断及び治療に5年以上従事した経験を有し、かつ、認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている医師

(実施体制)

第6条 支援チームは、専門医の指導の下、専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる者又は認知症の者及び家族を訪問することにより、初期の支援を包括的かつ集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。

2 支援チームは、認知症疾患医療センター、かかりつけ医等との連携の確保、及び情報の共有を図るものとする。

(任期)

第7条 チーム員の任期は、3年とし、再任を妨げない。ただし、補欠のチーム員の任期は、前任者の残任期間とする。

(報酬)

第8条 専門医のチーム員会議へ出席、家庭訪問等に対し、報酬を支払うものとする。

(事業内容)

第9条 事業内容は次のとおりとする。

(1) 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問対象者の把握

イ 情報収集及び観察・評価

ウ 家庭訪問

エ 専門医を含めた支援チーム員会議

オ 支援方針に沿った支援の実施

カ 関係機関との連携

キ 初期集中支援終了後のモニタリング

(2) 初期集中支援チームに関する普及啓発

(検討委員会の設置)

第10条 市長は、支援チームの活動状況を検討するため、医療、保健、福祉に携わる関係者で構成する認知症初期集中支援チーム検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

2 検討委員会の議事は、新居浜市地域包括支援センター運営協議会において行うものとする。

(個人情報保護)

第11条 この事業に従事する者は、正当な理由がなく、職務上知り得た個人情報その他の秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

○ 新居浜市生活支援体制整備事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の4第2項第5号に規定する事業を実施することにより、生活支援サービスの充実に図るとともに地域における支え合いの体制づくりを推進することを目的とする。

(健康長寿コーディネーター)

第2条 市は、地域における高齢者の健康づくり及び介護予防・生活支援体制の整備を推進するため、介護予防・生活支援サービスの資源開発、サービス提供主体間のネットワーク構築等（以下「コーディネート業務」という。）を行う健康長寿コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）を地域の実情に応じて配置する。

2 コーディネーターは、地域包括支援センター等と連携し、次に掲げる業務を総合的に推進するものとする。

- (1) 地域の高齢者のニーズ及び資源の見える化並びに問題提起
- (2) 地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- (3) 関係者のネットワーク化
- (4) 介護予防・生活支援サービスの担い手の養成及びサービスの開発
- (5) その他健康寿命の延伸に資する業務

3 コーディネーターは、社会福祉士等の専門職又は専門職に準じる職務経験を有する者であって、地域の公益的活動及び公平中立な視点を持って地域でのコーディネート業務を適切に行うことができるものとする。

4 市は、コーディネーターの資質向上のため、必要な研修を実施するものとする。

5 当該コーディネート業務は、地域の実情に応じて委託することができるものとする。

(協議体)

第3条 市は、定期的な情報の共有・連携強化の場として、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を目的として、コーディネーターとサービス提供主体等が参画するネットワーク組織として協議体を設置する。

2 協議体は、設置する地域に応じ、次に掲げる者をもって構成する。

- (1) 行政機関
- (2) コーディネーター
- (3) サービス提供主体
- (4) その他地域の実情に応じた関係者

3 協議体は、次に掲げる役割を担うものとする。

- (1) コーディネーターの組織的な補完
- (2) アンケート調査、マッピング等の実施その他の地域ニーズの把握
- (3) 情報の見える化の推進

- (4) 企画、立案及び方針策定を行う場
- (5) 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- (6) 情報交換の場
- (7) 働きかけの場
- (8) その他地域資源に関する協議の場

4 協議体が開催する会議は、既存の会議等を活用して開催することができるものとする。

(その他)

第4条 この事業実施のために必要な事項は、市長が別に定める。

事務連絡
平成 29 年 12 月 25 日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組を支援する
ための新たな交付金について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

先般成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）による改正後の介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 122 条の 3 において、国は、市町村及び都道府県に対し、自立支援・重度化防止等に関する取組を支援するため、予算の範囲内において、交付金を交付することとされております。

今般、これらの交付金の平成 30 年度予算案における扱いについては下記のとおりといたしますので、ご了知の上、管内保険者への周知に特段のご配慮をお願いいたします。

記

第 1 交付金の趣旨

法第 122 条の 3 に規定する交付金として、保険者機能の強化に向けて、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する市町村の取組や、こうした市町村の取組を支援する都道府県の取組を推進するため、市町村及び都道府県の様々な取組の達成状況に関する指標を設定した上で、交付金を交付するもの。

第 2 予算規模

保険者機能強化推進交付金 200 億円

※市町村分と都道府県分の合計。都道府県分は、うち数億円程度とすることを想定。

第3 評価指標、評価方法及び交付金の交付方法

評価指標については、平成29年11月10日介護保険部会資料3「高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金に関する評価指標（案）」（別添）を基に設定する予定であるので参照されたい。

評価指標の詳細、評価方法及び交付金の交付方法については、追ってお示しすることとする。

第4 その他

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）において、「保険者機能の強化に向けた財政的インセンティブの付与の在り方について、地方関係者等の意見も踏まえつつ、改正介護保険法に盛り込まれた交付金の在り方を検討し、早期に具体化を図るなど、自立支援・重度化防止に向けた取組を促進する。あわせて、調整交付金の活用についても検討する。」とされていたところであるが、「経済・財政再生計画 改革工程表2017改訂版」（平成29年12月21日経済財政諮問会議）において以下のとおりとされたので、併せてお知らせする。

- ・ 介護保険の財政的インセンティブについては、第7期計画期間中は、まずは、改正介護保険法による新たな交付金の交付について、着実にその効果が発揮されるよう適切な評価指標等を設定し、市町村及び都道府県の自立支援・重度化防止等に関する取組を推進することとする。なお、評価指標等については、その運用状況等を踏まえ、より、自立支援・重度化防止等に資するものとなるよう、適宜改善を図る。
- ・ 併せて、当該評価指標による評価結果を公表し、取組状況を「見える化」する。
- ・ その上で、平成33年度から始まる第8期計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に、自治体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。

○ 介護保険法（平成9年法律第123号）

第122条の3 国は、前2条に定めるもののほか、市町村によるその被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等に要する費用の適正化に関する取組を支援するため、政令で定めるところにより、市町村に対し、予算の範囲内において、交付金を交付する。

2 国は、都道府県による第120条の2第1項の規定による支援及び同条第2項の規定による事業に係る取組を支援するため、政令で定めるところにより、都道府県に対し、予算の範囲内において、交付金を交付する。

高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金

別添

平成30年度予算案 200億円

趣旨

- 各保険者において、高齢化の進展状況や介護サービスの状況等は様々であり、保険者機能を強化し、地域の課題を的確に把握した上で、実情に応じた地域包括ケアシステムを構築していくことが重要
- また、保険者の人員やノウハウにも課題や地域差があることや、保険者の枠を超えた調整が必要である場合もあること等から、都道府県による保険者支援が重要
- このため、平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、取組を制度化したところであり、この一環として、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定した上で、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金(市町村分、都道府県分)を創設

概要

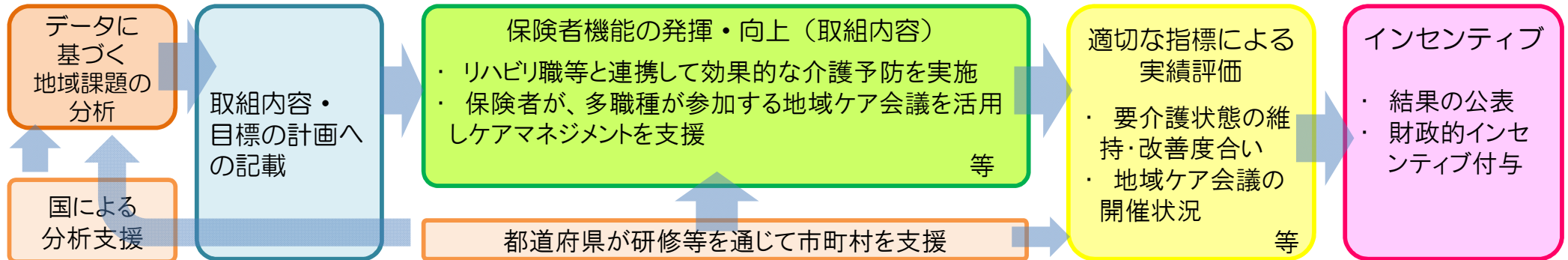
<市町村分>

- 1 交付対象 市町村(広域連合、一部事務組合)
- 2 交付内容 自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組を支援

<都道府県分>

- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付内容 自立支援・重度化防止等に向けた都道府県による市町村支援の取組を支援

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標(案) ※主な評価指標

①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

②ケアマネジメントの質の向上

- ☑保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④介護予防の推進

- ☑介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☑介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等

⑤介護給付適正化事業の推進

- ☑ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

別添

社会保障審議会 介護保険部会（第73回）	資料3
平成29年11月10日	

高齢者の自立支援、重度化防止等の取組 を支援するための交付金に関する 評価指標（案）

市町村向け指標(案)

I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

現状把握・計画策定・点検評価等を推進するものとして、以下の指標を設定してはどうか。

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア「見える化」システムを活用して、他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握している 地域包括ケア「見える化」システムは活用していないが、代替手段(独自システム等)により当該地域の介護保険事業の特徴を把握している 上記それぞれに加えてHPによる周知等の住民や関係者と共通理解を持つ取組を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> 介護保健事業計画の策定等に当たって、地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、地域の特徴、課題を把握していることを評価するもの。
②	<p>日常生活圏域ごとの65歳以上人口を把握しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活圏域ごとの65歳以上人口の把握を評価するもの。
③	<p>以下の将来推計を実施しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2025年度における要介護者数・要支援者数 2025年度における介護保険料 2025年度における日常生活圏域単位の65歳以上人口 2025年度における認知症高齢者数 2025年度における一人暮らし高齢者数 2025年度に必要な介護人材の数 	<ul style="list-style-type: none"> 2025年に向けて、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を推進するために重要な指標の将来推計の把握を評価するもの。
④	<p>介護保険事業に関する現状や将来推計に基づき、2025年度に向けて、自立支援、重度化防止等に資する施策について目標及び目標を実現するための重点施策を決定しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2025年に向けた着実な取組を推進するため、重点施策や目標の設定を評価するもの。
⑤	<p>人口動態による自然増減による推計に加え、自立支援・介護予防に資する施策など、保険者としての取組を勘案した要介護者数及び要支援者数の推計を行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 保険者において実施する各種取組について、定量的な効果を見込んでいることを評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
⑥	地域医療構想を含む医療計画も踏まえつつ、地域の在宅医療の利用者や、在宅医療の整備目標等を参照しつつ、介護サービスの量の見込みを定めているか。	<ul style="list-style-type: none"> 第7期介護保険事業計画は医療計画との同時期に策定されること等を踏まえ、医療計画との整合性のある見込み量設定を評価するもの
⑦	認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング(点検)しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 地域の課題に対応できるよう、介護保険給付に係る各種実績により、地域の動向を定期的に把握することを評価するもの。
⑧	介護保険事業計画の目標が未達成であった場合に、具体的な改善策や、理由の提示と目標の見直しといった取組を講じているか。	<ul style="list-style-type: none"> PDCAサイクルにより、具体的な改善策が講じられていることを評価するもの。

Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

高齢者の自立支援、重度化防止等に資する各種取組を推進するものとして、以下の指標を設定してはどうか。

(1) 地域密着型サービス

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>保険者の方針に沿った地域密着型サービスの整備を図るため、保険者独自の取組を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型サービスの指定基準を定める条例に保険者独自の内容を盛り込んでいる ・ 地域密着型サービスの公募指定を活用している ・ 参入を検討する事業者への説明や働きかけを実施している(説明会の開催、個別の働きかけ等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型サービスについて、保険者として地域のサービス提供体制等の実情に応じた基盤整備を図るための取組を評価するもの。
②	<p>地域密着型サービス事業所の運営状況を、運営協議会等で点検しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の状況の変化に応じた対応を推進するため、点検の取組を評価するもの。
③	<p>所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に一回以上の割合で実地指導を実施しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定権限が保険者にある地域密着型サービス等について、保険者としての計画的な指導監督を評価するもの。
④	<p>地域密着型通所介護事業所における機能訓練・口腔機能向上・栄養改善を推進するための取組を行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型通所介護事業所において、機能訓練・口腔機能向上・栄養改善が推進されるための、保険者としての取組を評価するもの。

(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、介護支援専門員に対して伝えているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者のケアマネジメントに関する基本方針を伝えるためのガイドライン又は文書を作成した上で、事業者連絡会議、研修又は集団指導等において周知している ・ ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、介護支援専門員に対して伝えている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の自立支援、重度化防止等に資するように、ケアマネジメントが行われるよう、介護支援専門員に対して、保険者の基本方針を伝えていることを評価するもの。
②	<p>介護サービス事業所の質の向上に向けて、具体的なテーマを設定した研修等の具体的な取組を行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービス事業所の質の向上に向けた保険者の取組を評価するもの。

(3) 地域包括支援センター

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p><地域包括支援センターの体制に関するもの></p> <p>地域包括支援センターに対して、介護保険法施行規則に定める原則基準に基づく3職種の配置を義務付けているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターにおいて必要なサービスが提供されるよう体制が確保されていることを評価するもの。
②	<p>地域包括支援センターの3職種(準ずる者を含む)一人当たり高齢者数(センター人員/圏域内の65歳以上高齢者数)はどのようになっているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの人員配置状況を評価するもの。
③	<p>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、地域包括支援センターから保険者に対して報告や協議を受ける仕組みを設けているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託型の地域包括支援センターが多い中で、保険者と地域包括支援センターの連携を評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
④	介護サービス情報公表システム等において、管内の全地域包括支援センター事業内容・運営状況に関する情報を公表しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 住民による地域包括支援センターの活用を促進するため、情報公表の取組を評価するもの。
⑤	毎年度、地域包括支援センター運営協議会での議論を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、支援、指導の内容を検討し改善しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 地域の課題に対応するため、毎年度の検討・改善のサイクルを評価するもの。
⑥	<p>＜ケアマネジメント支援に関するもの＞</p> 地域包括支援センターと協議の上、地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 適切に保険者と連携(協議)した上で、計画的な介護支援専門員向け研修を行っていることを評価するもの。
⑦	介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者(例:医療機関や地域における様々な社会資源など)との意見交換の場を設けているか。	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員のニーズに基づく、介護支援専門員と医療機関等の関係者の連携を推進するための場の設定を評価するもの。
⑧	管内の各地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員からの相談に基づき、適切に地域課題を解決していくことを促進するため、まずは相談事例の内容整理や把握の状況を評価するもの。
⑨	<p>＜地域ケア会議に関するもの＞</p> 地域ケア会議について、地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議の機能(①個別事例の課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域課題を解決するための地域づくり、資源開発、⑤地域課題を解決するための政策の形成)を踏まえ、当該地域の地域ケア会議の機能、構成員、開催頻度を決定し、計画的に開催していることを評価するもの。
⑩	地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議において、多職種連携や個別事例の検討を評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
⑪	個別事例の検討等を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。(個別ケースの検討件数/受給者数等)	・ 当該保険者において開催される地域ケア会議での個別ケースの検討頻度を評価するもの。
⑫	地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか。	・ 個別事例の検討を行ったのち、フォローアップをしていることを評価するもの。
⑬	複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか。	・ 地域ケア会議における検討が、地域課題の解決につながる仕組みとなっていることを評価するもの。
⑭	地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか。	・ 多職種による課題共有を評価するもの。

(4) 在宅医療・介護連携

	指標(案)	趣旨・考え方
①	地域の医療・介護関係者等が参画する会議において検討された在宅医療・介護連携の対応策が具体化されているか。	・ 在宅医療・介護連携推進事業のイに関連して、対応策を検討するだけでなく、適切に具体化されていることを評価するもの。
②	医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる具体的取組を企画・立案した上で、具体的に実行するとともに、実施状況の検証や取組の改善を行っているか。	・ 在宅医療・介護連携推進事業のウに関連して、具体的な実施状況とそのPDCAサイクルの実施を評価するもの。
③	医療・介護関係者間の情報共有ツールの整備又は普及について具体的な取組を行っているか。	・ 在宅医療・介護連携推進事業のエに関連して、具体的な取組状況を評価するもの。
④	地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を設置し、在宅医療・介護連携に関する相談内容を、郡市区医師会等の医療関係団体との会議等に報告しているか。	・ 地域における在宅医療・介護連携に関する相談事例について、医療関係団体と共有することを評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
⑤	医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を、保険者として開催または開催支援しているか。	・ 介護支援専門員をはじめとする介護関係者と、医療関係者が合同で行う研修会等により、お互いの連携を推進するための取組を評価するもの。
⑥	居宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の取得率の状況はどうか。	・ 入院時、退院時の医療・介護連携に係る介護報酬上の加算の取得率を評価するもの。

(5) 認知症総合支援

	指標(案)	趣旨・考え方
①	市町村介護保険事業支援計画又は市町村が定めるその他の計画等において、認知症施策の取組(「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」第二の三の1の(二)に掲げる取組)について、各年度における具体的な計画(事業内容、実施(配置)予定数、受講予定人数等)を定め、毎年度その進捗状況について評価しているか。	・ 認知症総合支援策に係る、具体的な計画及びそのPDCAを評価するもの。
②	認知症初期集中支援チームは、認知症地域支援推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築しているか。	・ 認知症支援に係る適切な体制を評価するもの。
③	地区医師会等の医療関係団体と、認知症のおそれがある人に対して、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等専門医療機関と連携して早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか。	・ 認知症支援に係る医療との連携の重要性に鑑み、医療関係者との連携を評価するもの。
④	認知症支援に関する介護保険外サービスの整備、認知症支援に携わるボランティアの定期的な養成を行っているか。	・ 地域の実情に応じた、様々な認知症支援の体制づくりに向けた取組を評価するもの。

(6)介護予防／日常生活支援

	指標(案)	趣旨・考え方
①	介護予防・日常生活支援総合事業の創設やその趣旨について、地域の住民やサービス事業者に対して周知を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民及びサービス事業者に対する総合事業に係る正しい理解や周知を促進することを評価するもの。
②	介護保険事業計画において、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス(基準を緩和したサービス、住民主体による支援、短期集中予防サービス、移動支援を指し、予防給付で実施されてきた旧介護予防訪問介護相当サービス・旧介護予防通所介護相当サービスに相当するサービスは含まない。以下同じ。)及びその他の生活支援サービスの量の見込みを立てるとともに、その見込み量の確保に向けた具体策を記載しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本指針を踏まえ、多様なサービス等の計画的な整備に向けた取組を評価するもの。
③	介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービスやその他の生活支援サービスの開始にあたり、生活支援コーディネーターや協議体、その他地域の関係者との協議を行うとともに、開始後の実施状況の検証の機会を設けているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多様なサービス等の実施に係るPDCAサイクルの活用を評価するもの。
④	高齢者のニーズを踏まえ、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス、その他生活支援サービスを創設しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の高齢者のニーズを前提として、総合事業における多様なサービスの創設実績を評価するもの。
⑤	介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か(【通いの場への参加率＝通いの場の参加者実人数／高齢者人口】等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防に資する通いの場への参加状況を評価するもの。
⑥	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しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員等が地域資源等に関する情報を共有することにより、住民に適切なサービスの提供ができるよう、情報提供の取組を評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
⑦	地域リハビリテーション活動支援事業(リハビリテーション専門職等が技術的助言等を行う事業)等により、介護予防の場にリハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けているか。	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援、重度化防止等に向けた取組において重要となる、リハビリテーション専門職等との連携を評価するもの。 ※地域支援事業における地域リハビリテーション活動支援事業のみでなく、都道府県が都道府県医師会等関係団体と構築している地域リハビリテーション支援体制の活用により、介護予防におけるリハビリテーション専門職等の関与が促進できる仕組みとなっている場合なども含む
⑧	住民が自ら積極的に通いの場等に参加する等、介護予防活動への参加を促進する取組を推進しているか。(単なる周知広報を除く。)	<ul style="list-style-type: none"> 住民の参加を促進する仕組みの創設、高齢者の地域における役割の創設等、地域の実情に応じた様々な工夫により、高齢者の積極的な介護予防への参加を推進していることを評価するもの。

(7) 生活支援体制の整備

	指標(案)	趣旨・考え方
①	生活支援コーディネーターに対して市町村としての活動方針を提示し、支援を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターについて、地域の実情に応じた、効果的な活動が行われるよう、市町村としての方針の決定や支援を評価するもの。
②	生活支援コーディネーターが地域資源の開発に向けた具体的取組(地域ニーズ、地域資源の把握、問題提起等)を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターについて、単なる配置にとどまるのではなく、具体的な取組を行っていることを評価するもの。
③	協議体が地域資源の開発に向けた具体的取組(地域ニーズ、地域資源の把握等)を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> 協議体について、単なる設置にとどまるのではなく、具体的な取組を行っていることを評価するもの。
④	生活支援コーディネーター、協議体の活動を通じて高齢者のニーズに対応した具体的な資源の開発(既存の活動やサービスの強化を含む。)が行われているか。	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターや協議体の活動による社会資源の開発実績を評価するもの。

(8) 要介護状態の維持・改善の状況等

	指標(案)	趣旨・考え方
①	(要介護認定等基準時間の変化) 一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の 変化率の状況はどのようになっているか。	・ 要介護状態の維持・改善の状況として、認定を受け た者について要介護認定等基準時間の変化率を測 定するもの
②	(要介護認定の変化) 一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況 はどのようになっているか。	・ 要介護状態の維持・改善の状況として、認定を受け た者について要介護認定の変化率を測定するもの

Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

介護給付適正化事業等、介護保険運営の安定化に資する施策を推進するものとして、以下の指標を設定してはどうか。

(1) 介護給付の適正化

	指標(案)	趣旨・考え方
①	介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、3事業以上を実施しているか。	・「介護給付適正化計画に関する指針」(平成29年7月7日老介発第0707第1号別紙)を踏まえた、介護給付の適正化事業の実施を評価するもの。
②	ケアプラン点検をどの程度実施しているか。	・ ケアプラン点検の実施状況を評価するもの。
③	医療情報との突合・縦覧点検を実施しているか。	・ 医療情報との突合・縦覧点検は、特に適正化効果が高いため、実施を評価するもの。
④	福祉用具の利用に関しリハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議の構成員としてリハビリテーション専門職を任命し、会議の際に福祉用具貸与計画も合わせて点検を行う ・ 福祉用具専門相談員による福祉用具貸与計画の作成時に、リハビリテーション専門職が点検を行う仕組みがある ・ 貸与開始後、用具が適切に利用されているか否かをリハビリテーション専門職が点検する仕組みがある 	・ 福祉用具について、リハビリテーション専門職が関与した適切な利用を推進するため、保険者の取組を評価するもの。
⑤	住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みを設けているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者から提出された住宅改修費支給申請書の市町村における審査の際に、建築専門職、リハビリテーション専門職等により点検を行う仕組みがある ・ 住宅改修の実施前又は実施の際に、実際に改修を行う住宅をリハ職が訪問し、点検を行わせる仕組みがある 	・ 住宅改修について、建築専門職やリハビリテーション専門職が関与した適切な利用を推進するため、保険者の取組を評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
⑥	給付実績を活用した適正化事業を実施しているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主要5事業の他、「介護給付適正化計画に関する指針」(平成29年7月7日老介発第0707第1号別紙)を踏まえ、給付実績の活用による適正化事業の実施を評価するもの。

(2)介護人材の確保

	指標(案)	趣旨・考え方
①	必要な介護人材を確保するための具体的な取組を行っているか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第7期介護保険事業計画から、市町村介護保険事業計画への任意記載事項となった介護人材の確保に向けた取組について、保険者の取組を評価するもの。

都道府県向け指標(案)

I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題の把握と支援計画

都道府県が、管内の市町村の給付費や認定状況、その他の介護保険事業に係るデータ分析等も踏まえつつ、地域課題を把握し当該市町村と共有するとともに、その特徴や課題に応じた効果的な支援を設定していることを評価してはどうか。

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>地域包括ケア「見える化」システムその他の各種データを活用し、当該都道府県及び管内の市町村の地域分析を実施し、当該地域の実情、地域課題を把握しているか。また、その内容を保険者と共有しているか。</p> <p>※単に見える化システムのデータを共有しているだけでは課題把握とはいわない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア「見える化」システムその他の各種データを活用し、地域分析を実施している（単に地域包括ケア「見える化」システムのデータ等を閲覧するのではなく、分析が必要） ・ 有識者を交えた検討会を開催し、地域分析を実施している ・ 地域分析を元に、各市町村における課題を把握している ・ 現状分析や地域課題を保険者と共有している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管内の市町村の支援に関し、まずは、その前提として地域分析、地域の実情把握、地域課題を把握する取組を行っていることを評価するもの。
②	<p>保険者が行っている自立支援・重度化防止等に係る取組の実施状況を把握し、管内の保険者における課題を把握しているか。また、その内容を保険者と共有しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各保険者へ出向いて意見交換を行う等、各保険者の取組状況を把握している ・ 保険者間の情報交換の場の設定等により各保険者の取組状況を把握している ・ その他各保険者へのアンケート等により各保険者の取組状況を把握している ・ 保険者向け評価指標の結果を用いて、各保険者の取組状況を分析している ・ 把握した各保険者の取組状況を保険者と共有している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記と同様に、管内の市町村の支援に関し、まずは、その前提として管内市町村で実施している自立支援・重度化防止等に係る取組の実施状況を把握する取組を行っていることを評価するもの。

	指標(案)	趣旨・考え方
③	<p>保険者が行っている自立支援・重度化防止等に係る取組に関し、都道府県の支援に係る保険者のニーズを把握しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 管内の市町村の支援に関し、市町村のニーズを把握するための取組を行っていることを評価するもの。
④	<p>現状分析、地域課題、保険者のニーズを踏まえて自立支援・重度化防止等に係る保険者への支援事業を企画立案しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 上記の①～③を踏まえた市町村支援に関する事業であることを評価するもの。
⑤	<p>当該都道府県が実施した保険者支援に関する取組に係る市町村における効果について、把握し評価を行ったうえで、保険者と共有しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 事業のPDCAサイクルによる評価により、より効果的な事業へと改善していく取組を評価するもの。
⑥	<p>管内の市町村の介護保険事業に関する現状や将来推計に基づき、2025年度に向けて、自立支援・重度化防止等に資する施策について、目標及び目標を実現するための重点施策を決定しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2025年に向けた長期的な重点施策に基づき、事業を実施することを評価するもの。

Ⅱ 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容

都道府県が、具体的に実施している保険者支援を以下の観点から評価してはどうか。

(1) 保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>保険者による地域包括ケア「見える化」システムによる地域分析、介護保険事業の策定に係り、市町村への研修事業やアドバイザー派遣事業等を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町村への研修事業を実施している 市町村へのアドバイザー派遣事業を実施している その他必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> 厚労省で行っている地域包括ケア「見える化」システムの活用方法の研修や、「地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」を活用しつつ、保険者への研修等の事業を行うもの。

(2) 地域ケア会議・介護予防

	評価指標	趣旨・考え方
①	<p>地域ケア会議に関し、自立支援、重度化防止等に資するものとなるよう市町村への研修事業やアドバイザー派遣事業等を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理職・管理者及び担当者に対して研修会等を実施している 管理職・管理者又は担当者に対して研修会等を実施している 市町村へのアドバイザー派遣事業を実施している その他必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議について、多職種等が連携して、利用者の自立支援、重度化防止等に資する検討が行われるよう、保険者への研修やアドバイザー派遣、その他の事業を行うもの。
②	<p>一般介護予防事業における通いの場の立ち上げ等、介護予防を効果的に実施するための市町村への研修事業やアドバイザー派遣事業等を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防に従事する市町村職員や関係者に対し、介護予防を効果的に実施するための技術的支援に係る研修会等を実施している 介護予防を効果的に実施するための実地支援等を行うアドバイザーを養成し、派遣している その他介護予防を効果的に実施するための必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防について、通いの場や介護予防を効果的に実施するための保険者支援に関する事業を行うもの。

(3) 生活支援体制整備等

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>生活支援体制の整備に関し、市町村を支援するために必要な事業を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修等の実施により生活支援コーディネーターを養成している ・ 市町村、NPO、ボランティア、民間事業者等を対象とした普及啓発活動を実施している ・ 生活支援・介護予防サービスを担う者のネットワーク化のための事業を実施している ・ 好事例の発信を行っている ・ 市町村による情報交換の場を設定している ・ 地域包括支援センターの職員について配置基準を満たしておらず、人材の確保について広域的な調整が必要な市町村について把握した上で、職能団体と連携した広域調整を実施している ・ 生活相談支援体制の整備に関する市町村からの相談窓口の設置等、相談・助言を行っている ・ その他必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村が行う生活支援体制整備に関し、それぞれの地域の抱える課題に応じて、都道府県としてこれを支援するための事業を行うもの。

(4) 自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用

	評価指標	趣旨・考え方
①	<p>自立支援、重度化防止等に向けた市町村の取組支援のため、リハビリテーション専門職等の人的支援を職能団体と連携して取り組んでいるか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県医師会等関係団体と連携し、市町村に対する地域リハビリテーション支援体制について協議会を設けている ・ 都道府県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等、リハビリテーション専門職等を派遣する医療機関等を確保している ・ 都道府県医師会等関係団体と連携し、市町村に対する地域リハビリテーション支援体制について協議している ・ 都道府県医師会等関係団体と協議し、リハビリテーション専門職等の派遣に関するルールを作成している ・ リハビリテーション専門職等に対して、派遣に際して必要となる知識に関する研修会を実施している ・ リハビリテーション専門職等を地域ケア会議や通いの場等に派遣している実績がある ・ その他、リハビリテーション専門職等の職能団体との連携に関して必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援、重度化防止等を推進する観点から、リハビリテーション専門職等との連携が重要。 ・ こうした団体との調整等に関し、都道府県として事業を行うもの。

(5) 在宅医療・介護連携

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>在宅医療・介護連携について、市町村を支援するために必要な事業を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏単位等地域の実情に応じた圏域において、地域の医師会等の医療関係団体と介護関係者と連絡会等を開催している 在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供を市町村に対して行っている 退院支援ルール作成等市区町村単独では対応が難しい広域的な医療介護連携に関して支援を行っている 在宅医療・介護連携に係るデータを収集・分析し、当該データの活用方法を市町村等に研修している 在宅医療・介護連携推進のための人材育成を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携については、関係団体との調整や広域的な調整について、都道府県の役割が重要。 都道府県が在宅医療・介護連携に関し、関係者の連絡会等、保険者の支援事業を行うもの。

(6) 認知症総合支援

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>認知症施策の推進に関し、現状把握、計画の策定、市町村の取組の把握等を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症施策に関する取組(※)について、各年度における都道府県の具体的な計画(事業内容、実施(配置)予定数、受講予定人数等)を定め、進捗状況について点検・評価している。 ※早期診断・早期対応の連携体制等の整備、認知症対応力向上研修実施・認知症サポート医の養成・活用、若年性認知症施策の実施、権利擁護の取組の推進等 市町村の認知症施策に関する取組(※)について、都道府県内の全市町村の取組状況を把握したうえで、市町村の状況の一覧を作成し、その状況を自治体HPに掲載する等公表している。 ※認知症初期集中支援チームの運営等の推進、認知症地域支援推進員の活動の推進、権利擁護の取組みの推進等、地域の見守りネットワークの構築及び認知症サポーターの養成・活用本人・家族への支援等 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症施策の推進に関し、都道府県として現状把握、計画策定、評価点検等を行うもの。

(7) 介護給付の適正化

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>介護給付費の適正化に関し、市町村に対する必要な支援を行っているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「医療情報との突合」「縦覧点検」の実施を支援している(国保連への委託に係る支援を含む) 国保連の適正化システムの操作研修や実地における支援を実施している ケアプラン点検に関する研修や実地における支援を実施している 保険者の効果的な取組事例を紹介する説明会等を実施している その他、都道府県として市町村の実情に応じた支援を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付の適正化については、従来から都道府県の計画策定を推進しており、都道府県が重要な役割を担っているところ。 各種適正化事業に係り、都道府県が事業を行うもの。

(8) 介護人材の確保

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>2025年及び第7期計画期間における介護人材の将来推計を行い、具体的な目標を掲げた上で、必要な施策を企画立案しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2025年、第7期計画期間における介護人材の推計を行っている 定量的な目標及び実施時期を定めている 	<ul style="list-style-type: none"> 介護人材の確保について、都道府県として、将来推計や目標の設定等を行うことを評価するもの
②	<p>介護人材の確保及び質の向上に関し、当該地域における課題を踏まえ、必要な事業を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 人材の新規参入や、復職・再就職支援策を実施している 都道府県として、介護ロボットやICTの活用に向けたモデル事業等の推進策を実施している その他、人材確保・質の向上に向けた取組を実施している 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の実情や将来推計を踏まえつつ都道府県が介護人材の確保や質の向上に向けた事業を行うもの

(9) その他の自立支援・重度化防止等に向けた各種取組への支援事業

	指標(案)	趣旨・考え方
①	<p>(1)～(8)の他、自立支援、重度化防止に向けた市町村の取組について、管内の市町村の現状を把握した上で、必要な先駆的取組を行っているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の課題に応じて、都道府県が様々な事業を構想し実施するもの

Ⅲ 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価

管内の市町村における評価指標の達成状況を、都道府県のアウトカムとして、各分野ごとに評価することとしてはどうか。

	指標(案)	趣旨・考え方
①	都道府県における管内市町村の評価指標の達成状況の平均について、分野毎にどのような状況か。	・ 管内市町村の評価指標の達成状況を評価するもの
②	(要介護認定等基準時間の変化) 管内市町村における一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況はどのようになっているか。	・ 要介護状態の維持・改善の状況として、認定を受けた者について要介護認定等基準時間の変化率を測定するもの
③	(要介護認定の変化) 管内市町村における一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況はどのようになっているか。	・ 要介護状態の維持・改善の状況として、認定を受けた者について要介護認定の変化率を測定するもの

新居浜市高齢者福祉計画 2018

(介護保険事業計画)

第1章 計画の概要

1 事業計画策定の背景

2 法令等の根拠

3 計画の期間

4 他計画との関係

5 計画の策定体制

6 介護保険制度の改正

2018年4月より、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が一部項目を除いて施行されます。この改正は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることを目指したものです。また、同時改定となる愛媛県地域保健医療計画との整合性を図っていくことも求められています。改正の要点は以下のとおりとなっています。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進(介護保険法)

- 保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- ・データ分析の上、介護保険事業計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・県による市に対する支援事業の創設
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備(その他)
 - * 地域包括支援センターの機能強化
 - * 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化
 - * 認知症施策の推進

2 医療・介護の連携の推進等

- ①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設を創設
- ②医療・介護の連携等に関し、県による市に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等

- ・市による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・高齢者と障がい児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける(その他)
 - * 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化
 - * 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする

- ・世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担を3割とする。ただし、月額 44,400 円の負担の上限あり。

5. 介護納付金への総報酬割の導入

- ・各医療保険者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間では『総報酬割』(報酬額に比例した負担)とする

第2章 高齢者をめぐる現状と今後の見込み

1 日常生活圏域について

(1) 川西圏域の現状

【人口等の現状(2017年9月末日現在)】

圏域名	川西圏域	圏域総人口	32,787人
高齢者数	8,858人	高齢化率	27.0%

(2) 川東圏域の現状

【人口等の現状(2017年9月末日現在)】

圏域名	川東圏域	圏域総人口	33,820人
高齢者数	11,074人	高齢化率	32.7%

(3) 上部西圏域の現状

【人口等の現状(2017年9月末日現在)】

圏域名	上部西圏域	圏域総人口	23,543人
高齢者数	7,685人	高齢化率	32.6%

(4) 上部東圏域の現状

【人口等の現状(2017年9月末日現在)】

圏域名	上部東圏域	圏域総人口	30,890人
高齢者数	10,312人	高齢化率	33.4%

2 人口の現状と今後の見込み

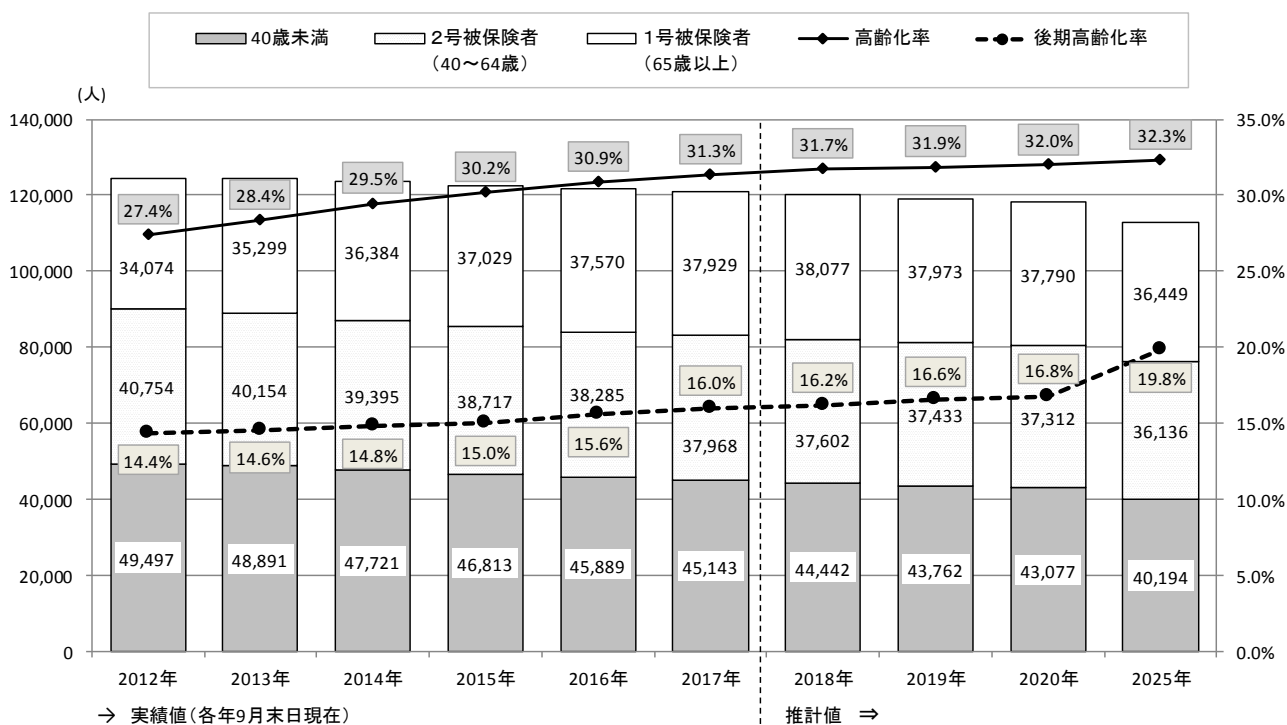
総人口は減少傾向となっているのに対し、1号被保険者にあたる65歳以上の人口は増加傾向にあり、2017年9月末日で37,929人となっています。高齢化率も上昇を続けており、2017年9月末日で31.3%、後期高齢化率16.0%となっています。また、2号被保険者にあたる40歳～64歳及び40歳未満の人口については減少を続けています。

コーホート変化率法により2025年までの人口推計を行いました。2019年より1号被保険者は減少に転じ、後期高齢者は増加する見込みとなっています。

団塊の世代が75歳に到達する10年後の2025年には高齢化率が32.3%、後期高齢化率19.8%となる見込みとなっています。

年齢	人口実績(外国人を含む)						第7期計画期間			
	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2025年
1号被保険者 (65歳以上)	34,074	35,299	36,384	37,029	37,570	37,929	38,077	37,973	37,790	36,449
内後期高齢者 (75歳以上)	17,910	18,138	18,328	18,430	19,008	19,366	19,440	19,763	19,803	22,375
2号被保険者 (40～64歳)	40,754	40,154	39,395	38,717	38,285	37,968	37,602	37,433	37,312	36,136
40歳未満	49,497	48,891	47,721	46,813	45,889	45,143	44,442	43,762	43,077	40,194
総人口	124,325	124,344	123,500	122,559	121,744	121,040	120,121	119,168	118,179	112,779
高齢化率	27.4%	28.4%	29.5%	30.2%	30.9%	31.3%	31.7%	31.9%	32.0%	32.3%
後期高齢化率	14.4%	14.6%	14.8%	15.0%	15.6%	16.0%	16.2%	16.6%	16.8%	19.8%

実績値出典：住民基本台帳（各年9月末日現在）

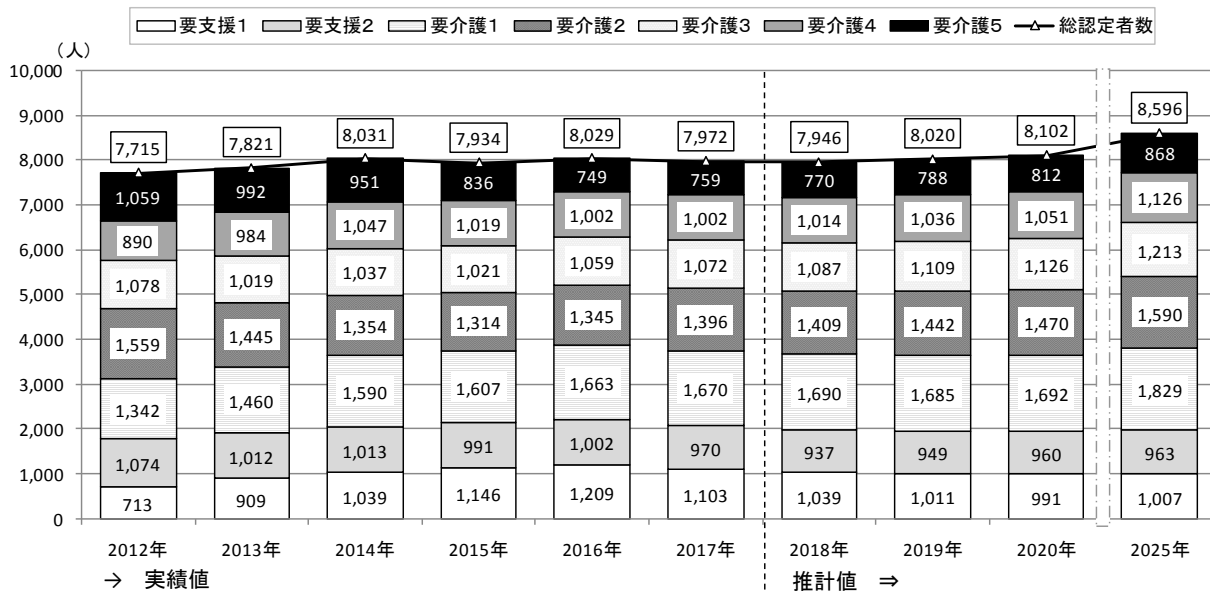


3 認定者数の現状と今後の見込み

認定者数の実績をみると、2012年以降増加傾向となっておりますが、2014年以降は増減し、また、総合事業の開始により、2017年、2018年の認定者数は減少し、その後は1号被保険者数及び高齢化率の上昇に伴い、認定者数は増加する見込みとなっております。

	認定者数実績(2号被保険者を含む)						第7期計画期間			
	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2025年
要支援1	713	909	1,039	1,146	1,209	1,103	1,039	1,011	991	1,007
要支援2	1,074	1,012	1,013	991	1,002	970	937	949	960	963
要介護1	1,342	1,460	1,590	1,607	1,663	1,670	1,690	1,685	1,692	1,829
要介護2	1,559	1,445	1,354	1,314	1,345	1,396	1,409	1,442	1,470	1,590
要介護3	1,078	1,019	1,037	1,021	1,059	1,072	1,087	1,109	1,126	1,213
要介護4	890	984	1,047	1,019	1,002	1,002	1,014	1,036	1,051	1,126
要介護5	1,059	992	951	836	749	759	770	788	812	868
総認定者数	7,715	7,821	8,031	7,934	8,029	7,972	7,946	8,020	8,102	8,596

実績値出典：介護保険事業状況報告
(各年9月月報)



4 日常生活圏域ニーズ調査結果

5 在宅介護実態調査結果

第3章 計画の基本理念及び重点目標

1 基本理念

第6期計画に引き続き「高齢者が安心して笑顔で暮らせる健康長寿のまちづくり」を基本理念に掲げ、団塊の世代が75歳以上となり、介護が必要な高齢者が急速に増加すると見込まれる2025年までの間に、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを段階的に構築していきます。

【基本理念】
高齢者が安心して笑顔で暮らせる
健康長寿のまちづくり

2 重点目標

基本理念の実現に向け、次の6項目を基本目標に掲げ、重点的に取組、地域包括ケアシステムの深化・推進を進めていきます。

● 【重点目標1】 笑顔で暮らし共に生き支えあう地域ネットワークの充実

健康長寿を確立していくためには、高齢者が地域社会の中での生きがいや自らの経験や知識を活かし、社会参加していく地域ネットワークづくりや介護予防・重度化防止など、予防を重視した取組が必要です。日頃からの健康づくり・介護予防、多様な活動や居場所の提供、ボランティア活動等の促進に向けて、地域や関係機関等とさらなる連携を図り、共に生き支えあう地域づくりを支援していきます。

また、高齢者が地域で生きがいを持ち、自らの経験や知識を活かして社会参加していくためのネットワークづくりや、介護予防・重度化防止といった予防を重視した取組も重要です。

更に、75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の連携による支援体制づくりが必要となっています。医療機関からの退院支援や日常の在宅療養の支援、急変時の対応、看取りなど、様々な状態へ迅速に対応することが望まれます。

高齢者が住み慣れた地域で、できる限り在宅生活が継続できるよう、医療・介護・福祉が連携・協力した一体的な在宅生活支援体制づくりを推進し、高齢者の地域での日常生活を支援します。

● 【重点目標 2】 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

健康寿命の延伸に向けて、生活機能全体の維持・向上を図るとともに、居場所づくりや役割づくりを通じて活動的で生きがいのある生活や人生をできる限り住み慣れた在宅で送ることが大切です。このため、介護予防事業と生活支援を一体的に提供する効果的な介護予防ケアマネジメントが重要です。介護予防に関する正しい知識の普及、積極的な社会活動の促進、送迎に頼らない通いの場の拡充などの取組の推進により、効果的な介護予防施策を進めます。

また、介護予防事業の推進にあたっては、リハビリテーション専門職等の関与・助言を得て、事業評価やアセスメント、実施方法に関する技術的向上を図ることにより、より効果的な取組を進めていきます。

● 【重点目標 3】 認知症施策の推進

高齢化率の増加に伴い、今後増加が見込まれる認知症高齢者が、安心して笑顔で暮らし続けていける支援体制づくりが必要です。認知症の正しい知識の普及啓発、認知症の方やその家族を地域で支える体制づくりと、早期発見・早期診断に向けた支援体制づくりを推進するとともに、地域や関係機関等とさらなる連携を図り、認知症予防を重視した施策を進めます。

また、厚生労働省が示す「新オレンジプラン」に基づき、本市においても関係機関や専門職等との連携を図り、現状や課題の把握等を行い、個人の尊厳が重視される認知症施策の推進に、積極的に取り組んでいきます。

● 【重点目標 4】 安心して住み続けられる生活環境の充実

高齢者の住まい方が多様化する中、高齢者が地域で安心して暮らし続けられるよう、高齢者に配慮した住環境の整備が必要です。

ニーズに応じた多様な住まい方の確保を含めた生活環境全般の整備を進めるとともに、地域連携し、高齢者の社会的孤立を防ぎ、防災・防犯などの様々な取組を進め、安心して住み続けられる生活環境の充実に努めます。

また、各日常生活圏域を担当する第2層健康長寿コーディネーターの活動を促進し、各日常生活圏域・小圏域における情報交換の場を創出します。助け合い活動創出につながる話し合いの場としても活性化させ、地域の助け合い活動づくりを支援します。

● 【重点目標 5】 包括的な相談支援体制の推進

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、身近な相談窓口から必要な包括的な支援へとつながる相談支援体制の整備を進める必要があります。

地域の相談支援体制の機能強化を図るとともに、地域住民とのつながりによって、高齢者や介護をする家族の孤立・孤独化を防ぎ、地域の中で見守り・支える仕組みづくりを推進します。

● 【重点目標 6】 適切で効果的な介護サービスの充実

介護や支援が必要になっても、住み慣れた地域で暮らしていくためには、その人の状態や生活環境など、利用者ニーズに応じたサービスの提供を進めていくことが重要であり、施設などの量的確保と介護人材育成などの質的確保、両方から総合的に提供基盤の整備を図る必要があります。住み慣れた地域で、できる限り暮らしていけるよう、適切で効果的な介護サービスの充実に努めます。

第4章 施策の展開

【重点目標1】笑顔で暮らし共に生き支えあう地域ネットワークの充実

1 生きがいつくり・社会参加の推進

- (1)老人クラブ育成事業
- (2)高齢者顕彰事業
- (3)老人広場整備事業
- (4)老人福祉センター
- (5)生き生きデイサービス事業（別子山地区）
- (6)デイサービスえびすや事業（大島地区）
- (7)笑いによる健康増進事業
- (8)高齢者の生きがいと健康づくり事業

2 地域ネットワークの構築

少子高齢化による核家族化の進展、社会情勢の変化などに伴い、地域におけるコミュニティが希薄化する中、日頃からの声かけなど、地域のつながりの強化や集いとなる場を確保し、支えあい協力し合う仕組みづくりが重要となっています。

地域包括ケアシステムの構築に向け、健康づくり、介護予防事業、生きがいづくり等、自ら率先して取り組もうとする(自助)、自助をサポートする住民同士の支え合い(互助)、介護サービス等の基盤整備、自助、互助をサポートする各種施策等(共助)が有機的に結びついていけるよう地域ネットワークの充実を図ります。

(1)地域ケアネットワーク推進協議会の充実

市内 18 小学校区ごとに、社協支部、民生委員、見守り推進員、自治会役員等が構成員となり、地域における高齢者情報の収集及び把握、高齢者が必要とする各種保健福祉サービス等の広報啓発活動等を行っています。校区担当の地域包括支援センター協力機関(ブランチ)を中心に地域包括支援センターの校区担当と協力して進めていますが、議題によって保健センターの校区担当や第2層健康長寿コーディネーターも参加しています。

	2014 年度	2015 年度	2016 年度
全開催回数	63	64	68

【今後の方向性】

引き続き地域における情報共有・協議の場としての機能を拡充させていきます。開催回数の方に着目することなく、学習会に偏らない運営、協議の活性化を図り、地域ケア会議や第2層協議体の進捗と呼応しながら、地域のネットワークの基盤として機能強化を図ります。

(2)見守り推進員活動事業

(3)社会福祉協議会の活動

(4)ボランティア活動等民間の地域福祉活動

(5)避難行動要支援者対策

3 他職種連携の推進

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、主治医と介護支援専門員の連携、在宅と施設の連携など利用者ごとに様々な職種が連携し、個々の高齢者の状況やその変化に応じて継続的にフォローアップしていく必要があります。包括的・継続的ケアマネジメント支援事業として、地域の関係機関と連携し、高齢者を切れ目なく、多角的に支援する体制づくりに取り組んでいます。

介護支援専門員連絡協議会との連携を図りながら、介護支援専門員の資質向上のための研修会を所属機関別や地域ごとに開催し、きめ細かい部会活動を開催し、また、個々の介護支援専門員の相談にも応じ、個別支援を行っています。

介護支援専門員の法定研修制度の改正を受けて、2016年度からは市主催の主任介護支援専門員研修を実施するなど、介護支援専門員の資質向上に努めています。

	2014年度	2015年度	2016年度
ケアマネジメント指導研修 開催数(回)	7	8	10

【今後の方向性】

引き続き介護支援専門員連絡協議会と連携を図りながら、介護支援専門員の資質向上に資する支援を行います。

また、地域ケア会議等を通じて、地域包括ケアシステムの構築に繋がるよう関係機関の連携を深め、高齢者の自立を切れ目なくマネジメントできる体制づくりを進めていきます。

4 在宅医療・介護連携の推進

75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多いことから、できる限り住み慣れた地域や自宅で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療、介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

2018年度から、次の8つの項目に取り組みます。

取組項目		取組内容
(ア)	医療・介護等の資源の把握	地域の医療・介護、社会資源等の情報をマップ化やリスト化する。
		作成したマップ等を医療・介護関係者や住民に公開する。
(イ)	課題抽出と対応協議	医療・介護関係者等が参画する会議を開催する。
		連携の現状と課題の抽出を行い、解決策等を協議する。
(ウ)	連携支援センターの運営	在宅医療・介護連携支援センター(仮称)を運営する。
		医療・介護関係者等に対する、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談受付を行う。
		退院の際の医療関係者と介護関係者の連携の調整を行う。
		医療・介護関係者に対する、利用者や家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者の紹介を行う。
(エ)	情報共有の支援	地域連携パス等の情報提供ツールや情報共有の手順等を定めたマニュアル活用を図る。
		医療・介護関係者の間における、事例の医療、介護等に関する情報の共有を支援する。
(オ)	研修	医療関係者への介護に関する研修会を開催する。
		介護関係者への医療に関する研修会を開催する。
		医療・介護関係者に、他職種連携についてのグループワーク等の研修を実施する。
(カ)	切れ目ないサービス提供体制の構築	在宅医療・介護サービスが切れ目なく一体的に提供されるよう、急変時等の連絡体制も含め、医療・介護関係者の体制の整備を計画的に行う。
(キ)	普及啓発	在宅医療や介護サービスに関する講演会の開催やパンフレットの作成・配布により、在宅医療・介護連携の理解の促進を図る。
(ク)	二次医療圏内連携	退院後の在宅医療・介護サービスの一体的提供のための情報共有を含む連携に必要な事項の協議を行う。
		利用者等が急変時に診療する医療機関の確保等の協議を行う。

【重点目標2】介護予防・日常生活支援総合事業の推進

1 介護予防ケアマネジメントの充実

健康寿命の延伸に向けて、生活機能全体の維持・向上を通じ、居宅で活動的で生きがいのある生活や人生を送ることが大切です。このため、適切な介護予防ケアマネジメントの実施や支援、効果的な介護予防施策、リハビリテーション専門職等の連携を進めていきます。

(1) 適切・効果的な介護予防ケアマネジメントの推進

高齢者の自立した日常生活の支援、要介護状態等になることの予防と要介護状態等の軽減や悪化の防止に向けて、必要な情報収集、アセスメント、(介護予防)ケアプランの作成、サービス提供など適切で効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していきます。

(2) ケアマネジメント支援と地域ケア会議の充実

個々のケースに対応した介護予防ケアプランの作成、介護予防ケアマネジメントの実施に向け、必要な相談の受付や指導・支援を行います。

地域ケア会議は、地域の支援ネットワークの構築や活用を検討する事例検討型と、自立支援のための生活機能の向上について検討するケアマネジメント支援型を実施し、事例の積み重ねにより、地域や関係専門職との協働や連携体制を構築し、高齢者が在宅生活を継続できるよう支援しています。また、地域課題の抽出にも繋げています。

	2014年度	2015年度	2016年度
事例検討型地域ケア会議(回)		7	2
ケアマネジメント支援型 地域ケア会議(回)		10	12

【今後の方向性】

地域ケア会議等を通じて、地域包括ケアシステムの構築に繋がるよう関係機関の連携を深め、高齢者の自立を切れ目なくマネジメントできる体制づくりを進めていきます。

また、事例の蓄積を図り、地域ケア推進会議の開催により、地域課題の解決に向けた検討を行います。

(3)多様なサービスの創出

介護予防・日常生活支援総合事業は、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にすることや、高齢者の社会参加、介護予防の取組を推進することを目的としています。介護予防ケアマネジメントでは、給付サービスにのみ頼るのではなく、地域の社会資源や多様なサービスを活用して高齢者の自立支援を図ることが必要です。

2017年4月の総合事業の開始にあたっては、従来型の「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」に相当するサービス提供のみで移行としましたが、健康長寿コーディネーターの活動において、新たなサービスの必要性がみられた場合、少しの手助けで自立生活が可能になる高齢者の生活を支える事業として、緩和型もしくは、地域の助け合いの仕組みによる多様なサービスの導入について検討を行います。

サービスの種類	総合事業において設置可能なサービスタイプ
訪問型サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護相当サービス ・訪問型サービスA(緩和した基準による支援) ・訪問型サービスB(住民主体による支援) ・訪問型サービスC(短期集中予防サービス) ・訪問型サービスD(移動支援)
通所型サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護相当サービス ・通所型サービスA(緩和した基準によるサービス) ・通所型サービスB(住民主体による支援) ・通所型サービスC(短期集中予防サービス)
その他生活支援サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養改善を目的とした配食 ・定期的な安否確認及び緊急時の対応 ・訪問型サービスと通所型サービスの一体的提供等 ・その他

2 介護予防・重度化防止の推進

2015 年度制度改正により介護予防事業が見直され、65 歳以上の全ての元気な人を対象とした一次予防事業と、主に要支援状態にある高齢者を対象とした二次予防事業を統合した一般介護予防事業をすることとなりました。機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたしくみが設定されました。介護予防・重度化防止に関する啓発、通いの場における地域の介護予防活動支援、他職種による介護予防の取組の強化等を効果的に組み合わせて事業を実施していきます。

(1) 介護予防の普及啓発（介護予防教室）

介護予防教室は、4つの日常生活圏域ごとに委託事業者を選定してより地域に密着した事業実施を行なっています。運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上からなる複合プログラムを中心に、15 回程度の連続コース学習として、前期・後期合わせて8つの教室を開催してきました。

また、介護予防に関する意識啓発のため、市政だよりにて特集の掲載や、介護予防パンフレットを作成し、各種関係機関・窓口等で配布を行っています。

	2014 年度	2015 年度	2016 年度
教室開催件数(件)	72	95	96
延参加者数(人)	900	2,788	2,174

【今後の方向性】

今後も引き続き、多くの高齢者に介護予防の必要性を周知していくとともに、関係機関と連携して生活機能の維持・向上を図るための知識の提供に努めていきます。また、広く高齢者の介護予防に関する意識の向上を図るため、様々な機会をとらえて普及啓発に努めていきます。

フレイル(虚弱)予防の観点を踏まえ、複合プログラムに加えて、閉じこもりやうつ、認知症の予防、社会活動参加の促進の点からも効果的な普及啓発を推進します。

(2)健康長寿地域拠点の拡充

自宅から送迎に頼らず通え、住民が主体的に介護予防等の活動を行う場を健康長寿地域拠点として位置づけ、その設置拡大を推進しています。2016年度からは、各拠点で「にいほま元気体操介護予防編(PPK体操)」を実施し、これに組み合わせて地域独自の活動を展開しています。

	2014年度	2015年度	2016年度
開設拠点数(箇所)		5	27

【今後の方向性】

拠点への参加者が高齢者の10%となるよう、当面120箇所の拠点開設を目指します。現在は自治会館の活用を前提とした開設を進めていますが、自治会館に限らない地域の実情に合った設置についても検討していきます。

(3)シルバー（シニア）ボランティアの推進

高齢者が、ボランティア活動を通して社会貢献することで、自らの健康づくりと社会参加を推進し、いつまでも地域でいきいきと自立した生活を送ることを目指してシルバーボランティア推進事業を実施しています。ボランティア活動に対してポイントを付与することで、支え手の発掘と介護予防の推進に繋がっています。

施設や介護事業所におけるボランティア活動に加え、2016年度からは在宅における生活支援を試行しています。他のボランティア組織との連携や介護保険サービスや有料サービスとの内容調整等について、今後検討が必要です。

また、地域の介護予防の担い手づくりのため、介護予防リーダー養成講座を開催しています。ボランティア活動に限らない介護予防事業全体の地域のリーダー的役割が期待されています。

	2014年度	2015年度	2016年度
シルバーボランティア登録者数(人)	113	134	27
介護予防リーダー講座実施回数(回)		6	6
修了者数(人)		20	36

【今後の方向性】

今後も引き続き、介護予防に資する活動の育成・支援を推進するため、介護予防リーダー養成講座等において介護予防に関する知識を高め、介護予防の活動が実践できるような人材育成に取り組んでいきます。

元気な高齢者がボランティア活動や地域の支援活動を通じて地域に貢献することで、生きがいづくりや介護予防につながるよう支援していきます。

(4) 地域リハビリテーション活動支援の推進

介護予防教室や拠点では、様々な身体の状態にある高齢者が一緒に参加しており、個別性を把握した支援が困難、委託事業者により参加者へのアセスメントや評価方法が異なるなどの問題が生じます。また、地域ケア会議においても、事例ごとに必要な情報が異なり、アセスメントや評価に関する検討が必要です。これらの課題に対し、適切な評価を生かした事業改善を行うことが必要であり、リハビリテーション等専門職を活用して、各介護予防事業への助言・指導や各事業と在宅生活を繋ぐ訪問指導等に関する事業協力を得ながら、多職種協働による事業改善を進めていく必要があります。具体的には、評価基準の作成、「にいはま元気体操 介護予防編(PPK体操)」の改良、市民体操指導士の養成などの取組を行います。

3 生活習慣病予防の推進

市民の「壮年期死亡の減少」「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」を目指した健康づくりを総合的で効果的に推進するため、新居浜市健康増進計画『元気プラン新居浜 21』に基づき、肥満、高血圧、糖尿病、がん等の生活習慣病予防に取り組んでいます。

がん検診受診率向上と受動喫煙防止等禁煙に向けた健康教育等に積極的に取り組むことで、生活習慣病有病者の減少、壮年期死亡の減少等による健康寿命の延伸と生活の質の向上を目指します。

(1) 生活習慣病予防の推進

新居浜市健康増進計画「第2次元気プラン新居浜 21」に基づき、「健康寿命の延伸」を目指して、生活習慣病予防のための健診や健康教育・相談及び医師会等関係機関と連携を図りながら禁煙推進に取り組んでいます。

2015年度より、がん検診の自己負担金を無料にするとともに、がん検診の必要性を広く周知啓発し、受診率向上及びがんの早期発見・早期治療に努めています。

また、歯周病検診や健康診査の対象者を若い世代へと拡充し、若い世代からの生活習慣病予防対策に取り組むとともに、国保課等関係課と連携を取りながら、糖尿病等の生活習慣病の発症予防や重症化予防など健康課題の対策に取り組んでいます。

生活習慣病予防の健康教育	2014年度	2015年度	2016年度
延開催回数(回)	83	99	112
延参加者数(人)	2,717	3,580	3,367
生活習慣病予防の健康相談	2014年度	2015年度	2016年度
延開催回数(回)	102	107	185
延参加者数(人)	3,057	3,129	3,953

【今後の方向性】

今後も引き続き、健康寿命の延伸を目指して、健康都市づくり推進員等の関係団体や国保課等関係各課と連携を図りながら、がん検診等の受診率向上に努めるとともに、生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組んでいきます。

(2) 特定健康診査等の実施

内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病の発症及び重症化予防のための特定健診、特定保健指導を実施しています。健康管理を目的に、ひとりでも多くの方に活用してもらえよう、受診勧奨や医療機関との連携などの未受診者対策に取り組んでいます。

また、健診結果説明会を開催し、特定保健指導の利用や医療機関への受診を勧める等、個々の結果に応じた保健指導を実施しています。

2016年度より、国保データベース(KDB)システムの導入に伴い、糖尿病性腎症や脳血管疾患等の発症リスクの高い人の抽出が可能となり、重症化予防から介護予防に結びつく保健事業にも取り組んでいます。

特定健診結果説明会	2014年度	2015年度	2016年度
延開催回数(回)	44	45	45
延参加者数(人)	1,070	1,633	1,325

特定保健指導	2014年度	2015年度	2016年度
初回面接利用者数(人)	263	340	273

※6ヶ月間、面接・電話・手紙等、個々の状態にあった支援を行う

【今後の方向性】

平成30年度からは、国保保険事業実施計画(データヘルス計画)及び特定健診等実施計画に基づき、健診結果や KDB システムを活用した保健事業に取り組み、生活習慣病予防における正しい知識の普及啓発や、虚血性心疾患、糖尿病腎症等の重症化予防を推進します。

(3) 食育の推進

生活習慣病や介護予防のために、低栄養やサルコペニアや共食をテーマに食育講習会を開催し、食生活改善推進協議会と協働で地域ぐるみの食育推進に取り組んでいます。

高血圧症予防のため、「減塩チャレンジ事業」を行い、地域での減塩活動の推進に取り組むとともに、食事バランスを整えるために「食生活改善実践ガイド」を作成し普及・啓発を行っています。

また、季節ごとの生活習慣病予防のためのリーフレットレシピを作成し、市内のスーパーマーケット等 15 箇所に設置し幅広く配布を行っています。

【今後の方向性】

生活習慣病及び介護予防のために、減塩推進事業を推進するとともに、「低栄養やサルコペニア・フレイル及び認知症」等の予防を目的とした栄養講習会や高齢者の閉じこもり予防に配慮して「共食」をテーマとした食育講習会の開催を行います。

また、健康寿命の延伸を目指し、サルコペニアや低栄養に配慮した健康相談及び健康教育を行い、食生活改善推進協議会と協働で地域ぐるみの食育推進に取り組めます。

【重点目標3】 認知症施策の推進

1 認知症施策の推進

高齢化の進展に伴い認知症の人が増加しており、一人暮らしの認知症の人や夫婦ともに認知症である世帯への対応も課題となっていることから、国では「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」を策定し、認知症施策推進に取り組んでいます。新オレンジプランは「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の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す」を基本的な考え方とし、以下の7つの柱を推進しています。

7つの柱
①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③若年性認知症施策の強化
④認知症の人の介護者への支援
⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦認知症の人やその家族の視点の重視

認知症の方やその家族が住み慣れた地域で尊厳を持ち、安心して暮らせるよう、地域住民に認知症に関する正しい知識の普及・啓発を図り、認知症サポーターの養成及び認知症高齢者を地域で見守る体制づくりに努めます。

(1) 認知症サポーターの養成

認知症サポーターを養成する認知症キャラバンメイトの育成、認知症サポーター養成講座の実施等、支援体制の強化に努めています。

認知症について正しく理解できるよう認知症サポーター養成講座を市民及び小・中学校で開催し、認知症サポーターの養成を行っています。

また、認知症キャラバンメイト養成研修や認知症サポーター養成講座修了者は、ステップアップ研修を受講し、より知識を深めることに努めました。

一般養成講座	2014年度	2015年度	2016年度
開催回数(回)	22	35	23
サポーター数(人)	1,474	820	555
小中学校養成講座	2014年度	2015年度	2016年度
開催校(校)	13	12	12
サポーター数(人)	968	771	787
認知症サポーター	2014年度	2015年度	2016年度
累積受講者数(人)	8,665	10,256	11,598

【今後の方向性】

今後も引き続き、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職場で認知症の人とその家族に接することができる認知症サポーターの養成を推進します。

また、認知症サポーター養成講座を修了した方が、復習とより知識を深めるための「ステップアップ講座」を開催し、地域や職場で、自分ができる実践活動につなげるよう取り組んでいきます。

(2) 認知症予防活動の推進

認知症予防についての関心が高まっていることから、今後地域での健康教育や介護予防教室等で認知症予防に取り組み、認知症に関する知識の啓発及び認知症予防における正しい知識の普及に努めています。

【今後の方向性】

認知症予防のためには、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上に加え、閉じこもりやうつ予防、社会活動参加の促進などの総合的・複合的なプログラムが必要となることから、介護予防教室の開催を通じて認知症予防を推進していきます。

また、閉じこもり予防や社会参加への促しとして、地域にある社会資源を適切に活用した認知症予防に取り組みます。

(3) 認知症に関する正しい知識の普及・啓発

認知症の人が地域の中で、尊厳を保ちながら生活ができるよう、医療や介護サービス等を掲載した「認知症ケアパス」を作成し、必要な情報を提供しています。

また、認知症疾患医療センターと連携を図りながら、情報交換、相談窓口の周知に取り組んでいます。

認知症の人の増加が予想される中、早期に適切な医療や介護サービスに結び付くよう、知識の普及や相談機関の周知啓発が必要となっています。また、認知症状が進行し、対応に苦慮する場合の支援が必要となっています。

【今後の方向性】

今後も引き続き、認知症の早期発見、早期診断ができるよう、相談窓口の周知を図るとともに、関係機関との連携を図り、適切な医療、介護サービスに繋げ、心理症状等への対応支援を図ります。

また、受診や対応が困難な場合は、「認知症初期集中支援チーム」による支援の啓発を推進します。

(4) 認知症高齢者等の権利擁護

高齢者の消費者被害が急増しており、その手口も多様化していることから、定期的な定例会でのケース検討を行うなど消費生活センターと連携して対応しています。

また、認知症高齢者の増加にともない、成年後見が必要な高齢者も増加しています。消費者被害の防止とともに経済的虐待への対応も含めた認知症高齢者の権利擁護の制度として、利用の促進に努めています。

【今後の方向性】

消費生活問題については、被害を予防するために、定期的な定例会で、被害に関する情報を把握し、民生委員や介護支援専門員等に対して、啓発を行っていきます。

また、成年後見についても、制度を普及させるために啓発および利用促進に努め、成年後見人の不足解消のため、市民後見の普及についても地域福祉課と連携して行います。

(5) 認知症高齢者等徘徊SOSネットワークの推進

新居浜市認知症高齢者見守りSOSネットワーク事業を開始し、認知症高齢者が徘徊等により行方不明になった場合は、協力機関へメールやFAXで検索依頼するとともに、メールマガジンやスマートフォンアプリの「新居浜いんふお」で情報配信し、早期に発見、安全保護に取り組んでいます。

また、地域においても「すみの見守りSOSネットワーク協議会」と「泉川見守りSOSネットワーク協議会」が設立され、住民主体で、行方不明時の検索協力や見守り体制の構築に取り組んでいます。「すみの見守りSOSネットワーク協議会」においては、検索模擬訓練も実施し、活動の活発化と普及啓発に努めています。

【今後の方向性】

今後も引き続き、認知症高齢者見守りSOSネットワーク事業を継続し、徘徊等により行方不明となった場合には、関係機関や協力者の連携により、早期に安全に保護できる体制の確立に取り組んでいきます。

また、認知症になっても住み慣れた地域で尊厳を保ちながら生活できるよう、事前登録制度の活用や、地域での見守り体制の構築を推進します。

(6) 認知症高齢者と家族への支援

「認知症初期集中支援チーム」とは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行うチームのことであります。

本市においても、包括支援センターの職員3名(保健師、主任ケアマネ(看護師)、社会福祉士)をチーム員として「認知症初期集中支援チーム」を設置し、対応に苦慮している認知症の人や認知症が疑われる人とその家族に対して、認知症の専門医等の複数の専門職が相談に対応し、初期の支援を包括的、集中的に行い、医療や介護に繋げる支援に取り組んでいます。

【今後の方向性】

認知症は早期受診、鑑別診断が重要であるため、相談機関の周知を行うとともに、関係機関との連携を図りながら、適切な医療、介護サービスが利用できるよう支援を行います。

また、対応に苦慮する認知症の人や認知症の疑いのある人とその家族に対して、「認知症初期集中支援チーム」で迅速に対応、支援を行い、介護負担の軽減を図ります。

さらに、認知症カフェを家族に周知し、家族の相談や介護負担の軽減を図ります。

【重点目標4】安心して住み続けられる生活環境の充実

1 生活環境の充実

- (1) 養護老人ホーム
- (2) 軽費老人ホーム（A型）
- (3) ケアハウス
- (4) サービス付き高齢者向け住宅

2 在宅支援サービスの充実

- (1) 福祉電話貸与事業
- (2) 緊急通報体制整備事業
- (3) 老人短期入所事業（養護老人ホーム）
- (4) 要介護者理美容サービス事業

3 在宅福祉サービスの充実

- (1) 要介護者紙おむつ支給事業
- (2) 配食サービス事業（食の自立支援）
- (3) 住宅改修支援事業
- (4) ねたきり老人等ふれあい介護者慰労金支給事業

4 日常生活支援体制の構築

高齢になっても住み慣れた地域で健康に過ごすために、保健部門や社会教育部門で実施している各種健診や生きがづくり事業等を活用するとともに、既存の介護予防事業や社会資源の活用、多様な担い手による様々な生活支援サービスの活用・創出が必要であり、予防と支援が適切に提供できる体制づくりが求められています。

(1)健康長寿コーディネーターの配置

2016年度には市域全体を担当する第1層健康長寿コーディネーター1名、2017年度には各地域を担当する第2層健康長寿コーディネーター4名を地域包括支援センターに配置しました。第2層コーディネーターは、高齢者の介護予防や生活支援につながる社会資源の収集・整理・創出、地域課題の抽出や地域の助け合いの体制づくりについて話し合うための協議体づくりを進めています。併せて各地域の介護予防事業の普及に資する活動を行っています。

【今後の方向性】

健康長寿コーディネーターの活動を通じて、高齢者を含めた地域の互助の力を各地域の実情に合わせて引き出しながら、介護予防や生活支援の体制づくりを進めていけるよう努めていきます。また、活動や協議体設置の広がりに応じて配置数を見直します。

(2)地域の情報共有と助け合い活動を話し合う場の創設

地域の生活支援の体制づくりを相談する場が第2層協議体で、コーディネーターの活動を補完する役割を持っています。地域における助け合いの創出のためには、各地域で異なる人口、高齢者数、高齢化率、地理的条件、社会資本や社会資源、そして、取組の経緯や地域課題などの状況に応じて地域単位で情報交換と情報共有を進めることが大切です。

【今後の方向性】

2017年度には川東圏域において、第2層協議体設立を展望した話し合いが行われました。2018年度内には日常生活圏域ごとに第2層協議体を設置し、また、各小学校区を小圏域と想定した協議体の拡大を図っていきます。

(3)地域の助け合い活動の創出

第2層のコーディネーターや協議体は、その活動により地域の助け合い活動を創出します。こうした取組や地域課題解決の方策は、市域全体を対象として話し合う第1層協議体において事業展開すべきサービスの検討を行います。第2層における活発な活動により、地域と事業の両面の支援体制づくりが促進されることとなります。

【今後の方向性】

地域課題の解決と支援体制づくりは、第2層から第1層への協議とともに、地域ケア会議から地域ケア推進会議への協議も合わせて、互いに補完し合う形で検討が行われます。それぞれの協議の進捗を図り、地域に必要な支援体制づくりを図ります。

【重点目標5】 包括的な相談支援体制の推進

1 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターをコーディネーターとして、地域の協力機関(ブランチ)9箇所と連携を図りながら、高齢者福祉サービスや介護サービス、医療サービス等が連続性・一貫性をもって提供されるよう地域ネットワークの構築を目指します。

(1) 地域包括支援センターの運営

地域包括ケアシステムの構築に有効な手法とされている地域ケア会議について、地域包括支援センター、ブランチ、ケアマネ連絡協議会、校区ケアネットワーク等で学習を重ね、地域ケア会議の開催を図っています。

2025年の地域包括ケアシステム構築に向け、従来の基本事業を推進しつつ、総合事業移行による介護予防ケアマネジメントの開始、介護予防の変更に対応し、加えて包括的支援事業の新4事業(地域ケア会議の充実、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業)の実施を着実に推し進めていく必要があります。

また、2017年度法改正で、今後は自己評価や公表が行われることとなり、さらに充実した体制を構築する必要があります。

地域包括支援センター	2014年度	2015年度	2016年度
設置数(箇所)	1	1	1
職員数(人)	31	32	34
協力機関(ブランチ)の設置数(箇所)	9	9	9

【今後の方向性】

2025年の地域包括ケアシステム構築に向けた各事業を着実に進められるよう、地域包括支援センターの組織としての総合力・運用力をさらに高めていくことが大切です。そのために、資格職の確保に努めるとともに、チームアプローチとしての連携力や個人の資質を高める研修等へより積極的に参加していきます。

また、ブランチの相談力や他職種連携のネットワークを含めてより実践的な体制を目指していくとともに、各生活圏域において身近に感じられる窓口として存在しつつ基本事業と基幹機能を効率的に運営できる地域包括支援センターへと組織的・機能的な発展を図っていきます。

(2) 総合相談権利擁護事業

総合相談権利擁護事業は、地域におけるネットワークの構築や実態把握をし、対象者が介護保険制度のサービスだけにとどまることなく、さまざまなサービスをいろいろな形で利用することができるよう援助を行うサービスです。地域包括支援センターのほか、市内9箇所の地域包括支援センター相談協力機関(ブランチ)で相談窓口を設けており、互いに情報共有や連携を図りながら、それぞれの職員が、各校区の地域ケアネットワーク会議に参加し、民生委員、見守り推進員等との関係づくりに取り組み、地域関係者からの相談ルートにつながっています。

しかし、市民の中には、まだまだ、地域包括支援センター、ブランチを認知していない方も多く、広報啓発が必要となっています。

	2014年度	2015年度	2016年度
包括相談受付件数(件)	955	854	775
継続支援ケース(件)	256	262	242

【今後の方向性】

寄せられる相談が多角化・多重化しており、そのほとんどが高齢者のみならず、親族を含めた支援を要することから、専門性の高い相談内容となっています。

今後も引き続き、保健・福祉・医療・地域等、多くの機関との連携強化を図っていくとともに、包括支援センターやブランチの取組について、広報啓発に努めていきます。

(3) 高齢者虐待に対する取組

高齢者虐待とは身体的な暴力だけでなく、高齢者の心や身体に深い傷を負わせたり、基本的な人権の侵害や尊厳を奪ったりすることをいいます。

高齢者への虐待は、早期発見・早期予防を図ることが重要であり、新居浜警察署生活安全課と連携して対応しています。また、定期的な定例会でケース検討を行っており、困難ケースに対しては、愛媛県虐待対応専門職チームの助言に基づいて、虐待防止に努めています。

しかし、地域住民や介護支援専門員等には、通報の認識がまだまだ低いため、広報啓発が必要です。

	2014年度	2015年度	2016年度
通報対応件数(件)	15	25	20
虐待対応定例会 実施件数(件)	12	12	12

【今後の方向性】

高齢者虐待は、その要因も様々で、定期的な定例会でのケース検討や関係機関との連携を行い、虐待防止に努めます。

また、地域住民や介護支援専門員等に広報啓発を行い、虐待発見の目を育てていきます。

2 相談・苦情対応の充実

高齢者が安心して介護サービスを利用していくために、介護サービス等に関する苦情について、サービス提供事業者、愛媛県及び国民健康保険団体連合会などの関係機関と連携を図り、迅速・丁寧に対応していきます。

また、介護相談員を施設に派遣し、利用者の保護、施設のサービス向上に役立てます。

	2014年度	2015年度	2016年度
苦情対応件数(件)	274	292	196

(1) 介護相談員派遣事業

特別養護老人ホーム等に介護相談員を派遣し、利用者の要望、不満等を事業所に伝え、利用者の保護や施設のサービス向上に役立っています。また、介護相談員の質の向上のため、定期的に学習会を行っています。

	2014年度	2015年度	2016年度
相談活動回数(回)	608	670	729

【今後の方向性】

今後、増加する施設と派遣ができていないグループホームへの対応を行うとともに、介護相談員の確保に努めます。

また、介護相談員の質の向上のため、継続して学習会を行い、利用者の保護や施設のサービス向上のため、介護福祉課事業所指導係との連携強化を図ります。

3 成年後見制度の利用支援

認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者など判断能力が十分でない方を対象に成年後見開始の審判申立を行うとともに、費用の助成が必要な方に対しては助成を行っています。

	2014年度	2015年度	2016年度
市長申立件数(件)	4	7	3

【今後の方向性】

今後も認知症高齢者数が増加の一途をたどることが想定され、「成年後見制度の利用促進に関する法律」も2016年に施行されたことから、成年後見制度の周知を図るとともに、本制度利用にあたり、市長による成年後見開始の審判申立の必要性が益々高まることを見込まれるため、その要請に応えていきます。

【重点目標6】 適切で効果的な介護サービスの充実

1 介護サービスの安定的な提供

(1) 情報提供の充実

(2) 介護人材の確保

介護人材は、地域包括ケアシステムの深化・推進のために不可欠であり、その確保は重要な課題の1つです。

団塊世代の全てが75歳以上となる2025年を見据え、今後も増加する介護ニーズに対応し、質の高いサービスを安定的に供給するため、多様な人材の参入促進、事業者支援及び介護分野に関する情報の提供を充実するとともに、国、愛媛県と連携し、介護人材の確保、定着及び資質の向上に向けた取組を推進します。

(3) 第7期計画期間中におけるサービスの基盤整備

2 介護サービスの質の向上

3 介護給付費等の適正化の推進

(1) 介護給付費等費用適正化事業

- ① 要介護認定の適正化（重点事業）
- ② ケアプランの点検（重点事業）
- ③ 住宅改修等の点検
- ④ 医療情報との突合・縦覧点検（重点事業）
- ⑤ 介護給付費等通知の発送
- ⑥ その他の取組

第5章 介護保険サービスの見込みと介護保険料

1 介護保険サービス見込み量と提供体制

(1) 居宅サービス利用者数

- ① 介護予防訪問介護／訪問介護
- ② 介護予防訪問入浴介護／訪問入浴介護
- ③ 介護予防訪問看護／訪問看護
- ④ 介護予防訪問リハビリテーション／訪問リハビリテーション
- ⑤ 介護予防居宅療養管理指導／居宅療養管理指導
- ⑥ 介護予防通所介護／通所介護
- ⑦ 介護予防通所リハビリテーション／通所リハビリテーション
- ⑧ 介護予防短期入所生活介護／短期入所生活介護
- ⑨ 介護予防短期入所療養介護（老健）／短期入所療養介護（老健）
- ⑩ 介護予防短期入所療養介護（病院等）／短期入所療養介護（病院等）
- ⑪ 介護予防福祉用具貸与／福祉用具貸与
- ⑫ 特定介護予防福祉用具購入費／特定福祉用具購入費
- ⑬ 介護予防住宅改修／住宅改修
- ⑭ 介護予防特定施設入居者生活介護／特定施設入居者生活介護

(2) 地域密着型サービス利用者数

- ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ② 夜間対応型訪問介護
- ③ 介護予防認知症対応型通所介護／認知症対応型通所介護
- ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護／小規模多機能型居宅介護
- ⑤ 介護予防認知症対応型共同生活介護／認知症対応型共同生活介護
- ⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護
- ⑨ 地域密着型通所介護

(3) 施設サービス利用者数

- ① 介護老人福祉施設
- ② 介護老人保健施設
- ③ 介護療養型医療施設
- ④ 介護医療院

(4) 介護予防居宅介護支援／支援利用者数

介護サービス等の適切な利用ができるよう、ケアプラン(介護予防ケアプラン)を作成するとともに、それに基づくサービスの提供を確保するため事業者との連絡調整等を行います。

今後も、引き続きマネジメント業務の質的向上を図るため、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーによるケアプラン作成の支援や、ケアマネジャー間の情報交換・交流・研修等に努めていきます。

2020年度には、年間 55,632 人、給付費 585,634 千円の利用を見込んでいます。

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
介護予防支援	給付費(千円)	82,265	84,170	58,468	60,250	61,308	62,365	62,365
	人数(人)	18,660	19,068	13,276	13,680	13,920	14,160	14,160
居宅介護支援	給付費(千円)	543,618	498,091	506,098	511,936	516,742	523,269	579,948
	人数(人)	40,394	39,828	40,150	40,596	40,980	41,472	45,864

2 介護保険料算定

(1) 介護保険料算定手順

(2) 標準給付費

(3) 地域支援事業費

(4) 保険料必要収納額

(5) 所得段階別介護保険料

第6章 計画の推進体制

1 健康・介護予防についての意識向上に向けた取組

「高齢者が安心して笑顔で暮らせるまちづくり」の実現のためには、住民一人ひとりが自分の身体に興味をもち、健康や介護予防に向けた取組を行うことが必要であるため、健康・介護予防に関する知識や情報を広報誌に掲載し、各種教室やイベント等の開催時に住民に対して情報発信していきます。

2 関係機関との連携強化

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、庁内の関係課及び地域包括支援センター等との連携を図り、高齢者の健康的で安定した生活の維持をサポートします。

また、各事業を推進する中で連携が必要となってくる社会福祉協議会やサービス事業所、自主活動団体等との連携がスムーズに行えるよう、日頃からの情報交換や現状把握に努めます。

3 介護保険制度・本計画の周知

介護保険制度の円滑な利用に向けて、広報誌・パンフレット等による介護保険制度の周知を行います。また、計画の周知を図るため、本計画書を市ホームページに公表することにより、高齢者福祉施策及び介護保険事業への市民の理解を深め、積極的な市民参加と適切なサービス利用の推進に努めます。

4 計画の進行管理

この計画(Plan)が実効のあるものにするためには、計画に基づく取組(Do)の達成状況を継続的に把握・評価(Check)し、その結果を踏まえた計画の改善(Action)を図るといった、PDCA サイクルによる適切な進行管理が重要となります。

このため、計画の進行においては「見える化」システムを活用し随時、進捗状況の把握・点検を行い、それに対する意見を関係団体や関係機関から得ながら、取組の見直しを行っていきます。

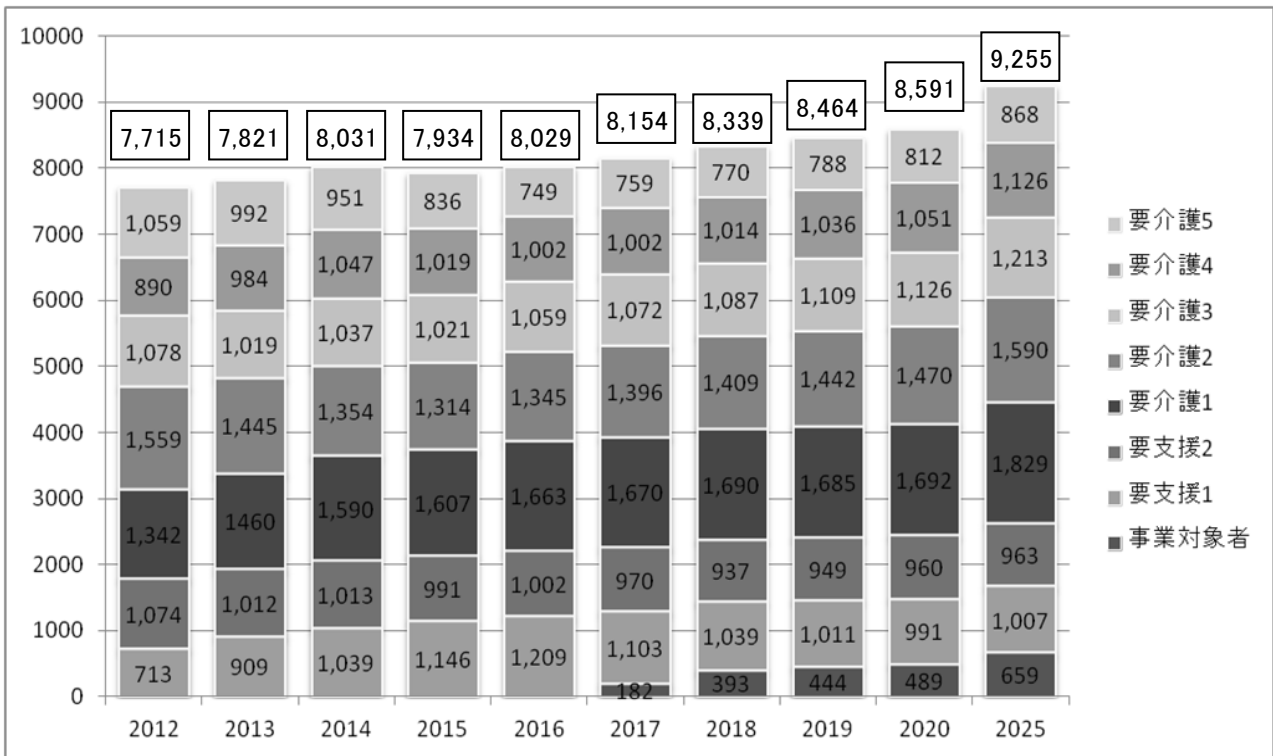
第7章 資料編

(地域包括支援センター運営協議会用 P5補足資料)

認定者数等の見込み(事業対象者含む)

	認定者数実績(2号被保険者・事業対象者含む)						第7期計画期間				
	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2025年	
事業対象者	-	-	-	-	-	182	393	444	489	659	
要支援1	713	909	1,039	1,146	1,209	1,103	1,039	1,011	991	1,007	
要支援2	1,074	1,012	1,013	991	1,002	970	937	949	960	963	
要介護1	1,342	1,460	1,590	1,607	1,663	1,670	1,690	1,685	1,692	1,829	
要介護2	1,559	1,445	1,354	1,314	1,345	1,396	1,409	1,442	1,470	1,590	
要介護3	1,078	1,019	1,037	1,021	1,059	1,072	1,087	1,109	1,126	1,213	
要介護4	890	984	1,047	1,019	1,002	1,002	1,014	1,036	1,051	1,126	
要介護5	1,059	992	951	836	749	759	770	788	812	868	
計	7,715	7,821	8,031	7,934	8,029	8,154	8,339	8,464	8,591	9,255	

各年9月末時点



1 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業への移行

	4月末	5月末	6月末	7月末	8月末	9月末	10月末	11月末
要支援者	2163人	2151人	2120人	2080人	2066人	2073人	2014人	2024人
事業対象者	17人	41人	69人	95人	134人	182人	207人	244人
計	2180人	2192人	2189人	2175人	2200人	2255人	2221人	2268人

	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分
予防給付	960件	985件	999件	994件	998件	1002件	1016件	1026件
ケアマネジメント	623件	607件	597件	607件	605件	616件	617件	621件
計	1583件	1592件	1596件	1601件	1603件	1618件	1633件	1647件

(2) 一般高齢者介護予防事業

① 介護予防教室

元気もりもり教室 … 4圏域で2クール、計8教室、現在第2クール中
1クール15回（説明会1、体力測定等2、講座12）
3事業者に業務委託

② シルバーボランティア推進事業

登録者

(単位：人)

	平成26年度 (10月～)	平成27年度	平成28年度	平成29年度 (～12/31)	合計
新規登録	113	134	26	35	308
登録取下		5	2	1	8
再登録			1		1
登録累計	113	242	267	301	301

※ 登録取下の理由：要支援・要介護認定、死亡、体調不良、転出

③ 健康長寿地域拠点づくり事業

開設拠点数

平成28年度	26拠点	566人
平成29年度(～12/31)	新規 26拠点	—

2 包括的支援事業

(1) 総合相談業務

- ① 地域ケアネットワーク推進協議会 … 大島地区での再開又は集会開催に向け、社会福祉協議会と準備を進めている
- ② ブランチ連絡会 … 1/16 (火) 包括・ブランチ・居宅介護支援事業所交流会
- ③ ブランチ再編
在宅医療介護連携担当 → 医師会
新居浜・宮西校区 医師会 → (はぴねす福祉会)
高津・浮島・垣生校区 プラチナガーデン → (新居浜医療福祉生活協同組合)

(2) 認知症総合支援事業

- ① 認知症サポーター養成講座 … 12/31 時点、22か所 777人受講修了
累積受講者 12,375人
- ② オレンジネットワーク

・ 見守り登録状況 (単位：人)

	平成 27 年度 (1月～)	平成 28 年度	平成 29 年度 (～12/31)	合計
新規登録	18	35	50	103
登録取下			14	14
登録累計	18	53	89	89

※ 登録取下の理由：死亡、施設入所等

・ 協力機関

平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度 (～12/31)
140	150	164

- ③ 認知症カフェ … 4か所を紹介するチラシ作製 (1月)

(3) 生活支援体制整備事業 (健康長寿コーディネーター配置事業)

(第1層協議体で説明)

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

※在宅療養を支える関係機関の例

- ◎ 診療所・在宅療養支援診療所 … 定期的な訪問診療等の実施
・ 歯科診療所 等
- ◎ 病院・在宅療養支援病院 … 急変時の診療・一時的な入院の受け入れの実施
・ 診療所（有床診療所）等
- ◎ 訪問看護事業所、薬局 … 医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等
- ◎ 介護サービス事業所 … 入浴、排せつ、食事等の介護の実施

このため、関係機関が連携し、多職種協働によって在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。

事業の背景

- ◎ 75 歳以上の高齢者数 … 後期高齢者の増加に伴い、全身疾患や認知症を有する要介護高齢者が増加している。特に、在宅においては、医療サービスと介護サービスを一体的に提供することが必要である。
- ◎ 多死社会の到来 … 2030 年までに約 40 万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難である。
- ◎ 死亡場所の推移 … 20 世紀半ばには自宅で死亡する者が 8 割超であったが、現在では 8 割近くの者が病院で死亡している。
- ◎ 在宅医療・介護ニーズの高まり … 60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望している。一方で、自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている。
- ◎ 膨らみ続ける社会保障費の抑制 … 県が地域医療構想を策定。2025 年の新居浜・西条医療圏域の必要病床数は、2014 年時点より 577 床減の 2,347 床とされている。医療依存度の低い患者や慢性期の患者の受け皿として、在宅医療が想定されている。

- ① 医療・介護連携協力機関 … 4月より新居浜市医師会へ業務委託予定
- ② 在宅医療・介護連携協議会準備会 … 1/31(水)、於：新居浜市医師会館
 - ・ 協議会構成
 - 医療 … 新居浜市医師会
新居浜市歯科医師会
新居浜市薬剤師会
リハビリテーション専門職協会
 - 介護 … 福祉施設協議会
介護支援専門員連絡協議会
訪問介護事業所職員連絡会
訪問看護事業所
 - 行政 … 県・保健所
県・長寿介護課
市・福祉部
市・保健センター
市・消防本部
市・介護福祉課
市・地域包括支援センター
 - 事務局 … 地域包括支援センター
新居浜市医師会
 - ・ 協議内容 … 国の方針について
市の現状およびスケジュールについて
第1回在宅医療・介護連携推進協議会について（設置要綱）
委員の推薦について
- ③ 第1回在宅医療・介護連携協議会 … 4/18(水)予定、於：新居浜市医師会館
- ④ 作業部会 … 入退院調整、在宅診療・看取り、救急搬送等課題により設置
第1回は課題の全体像・進め方について意見交換
各病院の医事課・地域連携室・システム担当等も参加呼掛け予定
- ⑤ 研修会 … 7～月頃、国立長寿医療センター在宅連携医療部長 三浦幸久氏

(5) 地域ケア会議（～12/31）

- ① 先進地研修 … 12/8、朝来市
ケアマネジャーへのスーパーバイズを基本としたマネジメント支援型
- ② 地域ケア会議
 - ・ 事例検討型 … 事例発生により随時開催、後日に振返りの会開催
実績 9事例
 - ・ マネジメント支援型 … 毎月1回2事例及び経過報告
実績 9回18事例

3 その他

(1) 資格者・人員確保

① 異動

- 相談支援 … 10月末で主任ケアマネ（非常勤）1名退職、12月応募無、2月再募集
12月より1名産休（非常勤ケアマネ）、代替職員（非常勤ケアマネ）
- 介護予防 … 11月より1名産休（正規職員保健師）、代替職員（非常勤保健師）
- 予防支援 … 平成29年度中に1名主任ケアマネ取得（非常勤）
ケアマネ若干名より退職相談有
- 体制整備 … 10月に4人目の第2層コーディネーター採用

② 資格者状況（代替職員分は休職者の資格・職で表記）

資格	職等	専任	兼務		人数計
		相談	予防支援	介護予防	
保健師	常勤	2 (2.00)	1 (1.00)	2 (2.00)	5 (5.00)
	非常勤		1 (0.75)	1 (0.75)	2 (1.50)
		準じる者	1 (0.75)		
社会福祉士	常勤				
		準じる者	2 (2.00)		
	非常勤	4 (3.00)	1 (0.75)		5 (3.75)
主任ケアマネ	常勤			1 (1.00)	1 (1.00)
	非常勤		3 (2.25)		3 (2.25)
人数計		10 (8.50)	6 (4.75)	3 (3.00)	19 (16.25)

(常勤換算)

(2) 新居浜市高齢者保健福祉計画推進協議会

- 第1回 … 5/29、日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査
- 第2回 … 9/25、事業実施状況の確認、ニーズ調査結果
- 第3回 … 11/28、事業の方向性、介護保険事業量推計結果
- 第4回 … 1/10、7期計画案、パブリックコメント
- 第5回 … 3月、7期計画・保険料決定

(3) 政策懇談会提言

1 健康寿命の延伸

(1) 高齢者の生涯を通じた自立につながる介護予防事業の推進

ア 住民主体による健康長寿地域拠点において、正しく効果的に「にいはま元気体操介護予防編（PPK体操）」ができるよう、市民リーダーを育成する等、より効果的な事業の推進を図ること。

イ リハビリテーション専門職等の意見を交えて介護予防事業全体を評価し、個々の事業の関係を見直すことで、バランスの取れた介護予防事業実施体制の充実強化を図ること。

新居浜市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例（案）の概要

1. 趣旨

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）等が改正されることに伴い、市に条例委任されている事項に係る規定について条例改正を行います。

2. 改正内容

（1）定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ①オペレーターに係る基準の見直し
- ②介護・医療連携推進会議の開催頻度の緩和
- ③地域へのサービスの提供の推進

（2）夜間対応型訪問介護

- ①オペレーターに係る基準の見直し

（3）共生型地域密着型通所介護（新設）

障害福祉制度における生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスの指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型地域密着型通所介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。

（4）療養通所介護

- ①定員数の見直し

（5）認知症対応型通所介護

- ①共用型認知症対応型通所介護の利用定員の見直し

（6）看護小規模多機能型居宅介護

- ①指定に関する基準の緩和
- ②サテライト型事業所の創設

（7）地域密着型特定施設入居者生活介護

- ①身体的拘束等の適正化

(8) 認知症対応型共同生活介護

- ①身体拘束等の適正化

(9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- ①入所者の医療ニーズへの対応
- ②身体拘束等の適正化

(10) その他

平成30年4月から介護医療院が創設されることによる条文整備

3. 独自基準の検討

新たな共生型地域密着型通所介護について、他の地域密着型サービスに係る基準を踏まえ、以下の点について、独自基準を規定する予定です。

- ・非常災害対策の拡充
⇒「計画の掲示」及び「備蓄の確保」を規定予定
- ・記録の保存年限の延長
⇒保存年限を5年とする旨を規定予定

上記以外については、厚生労働省令で定める基準どおりの内容とします。

新居浜市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例の一部を改正する条例（案）の概要

1. 趣旨

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）等が改正されることに伴い、市に条例委任されている事項に係る規定について条例改正を行います。

2. 改正内容

（1）介護予防認知症対応型通所介護

①共用型指定介護予防認知症対応型通所介護の利用定員の見直し

（2）介護予防認知症対応型共同生活介護

①身体拘束等の適正化

（3）その他

平成30年4月から介護医療院が創設されることによる条文整備

1 健康長寿コーディネーターについて

- ・ 10月、4人目の第2層コーディネーター採用

2 第2層協議体について

① さわやか福祉財団ほかとの情報交換

- ・ 6/12 さわやか福祉財団と意見交換（新居浜）
- ・ 7/27 伊予市、東温市、松前町、砥部町、さわやか福祉財団等との意見交換（松前）
- ・ 9/22 西条市、四国中央市、さわやか福祉財団等との意見交換（新居浜）
- ・ 12/14 今治市、西条市、四国中央市、さわやか福祉財団等との意見交換（今治）

今 治 市 … 社協委託で、6か所ある地域包括支援センターに合わせてコーディネーターを配置。協議体は、合併前のコミュニティーに合わせて27か所設置に向けて、概ね1回目の会（各地域の役員レベル）が今年度中に終了する予定。

西 条 市 … 5つの日常生活圏域に1人ずつコーディネーターを配置予定。庁内で、包括、公民館、まちづくり課からなる地域づくり担当者会を開催し一緒に協議している。

四国中央市 … 社協委託で、20支部ある地区社協単位で協議体設置を進めている。今年度中にモデル3支部について立ち上げ予定。

② 多喜浜校区モデル事業

- ・ 6/20 データから多喜浜を再確認
- ・ 8/21 聞き取りから多喜浜を再確認、意見交換
愛称「ソルティネット」
- ・ 10/20 どんな街にしたいかを協議、グループ討議・発表
- ・ 12/20 地域課題と解決策を協議、課題ごとのグループ討議・発表
- ・ 2/20 何から取り組むか、30年度の進め方などを相談予定

③ 他校区への展開

- ・ 30年度中に各圏域に協議体設立が義務付けられている
- ・ 1月より市内の派出所、農協・郵便局等金融機関、スーパー等に地域情報の聞き取りを予定
- ・ 4月より市老連、各校区の関係団体役員等と意見交換を予定
- ・ 各校区の2月以降のケアネットワーク推進協議会で、各校区のケアネットワーク推進協議会において、どのように協議会を作っていくかの検討を呼び掛ける予定