

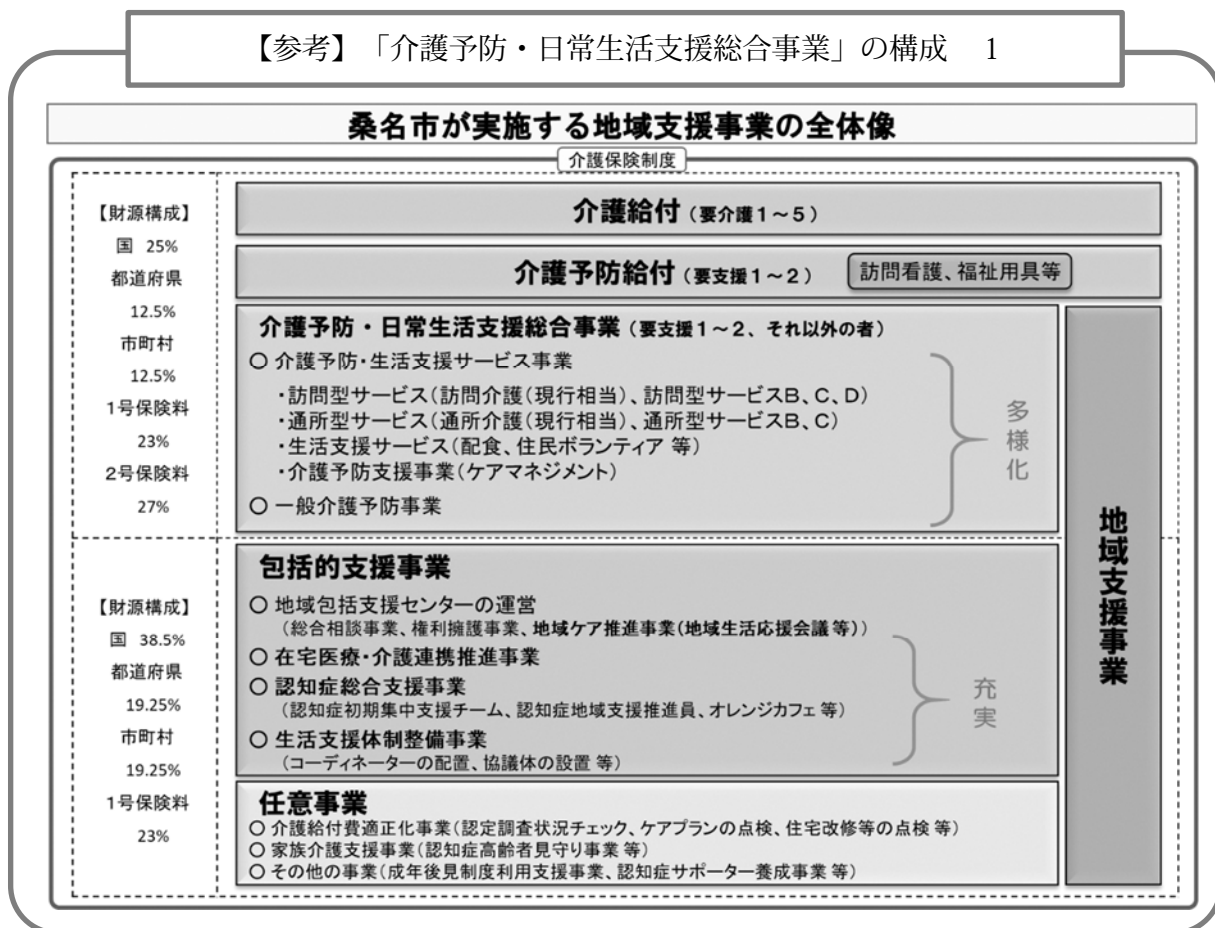
3 地域支援事業

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

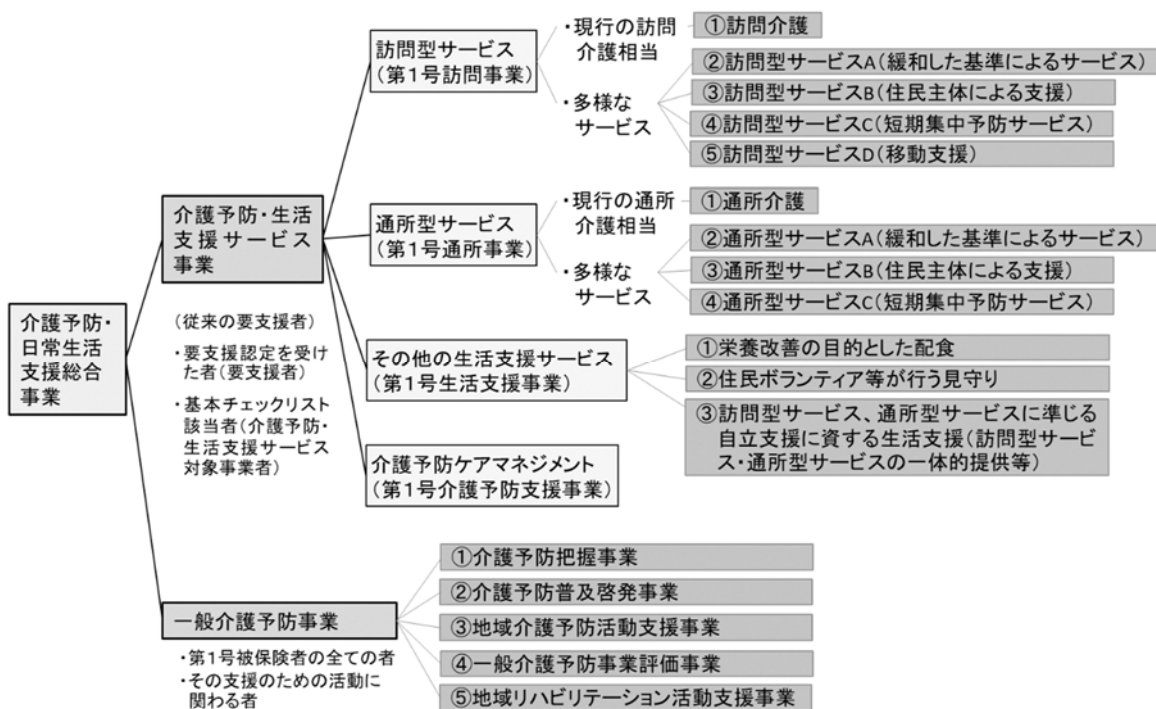
2014（平成26）年6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）により、介護保険法が改正され、地域支援事業の見直しが行われました。これにより、すべての市町村は、2017（平成29）年4月までに「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、「総合事業」といいます。）を開始することとなりました。

要支援者に対する介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、全国一律の基準に基づくサービスから、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組による総合事業に位置づけられました。

【参考】「介護予防・日常生活支援総合事業」の構成 1



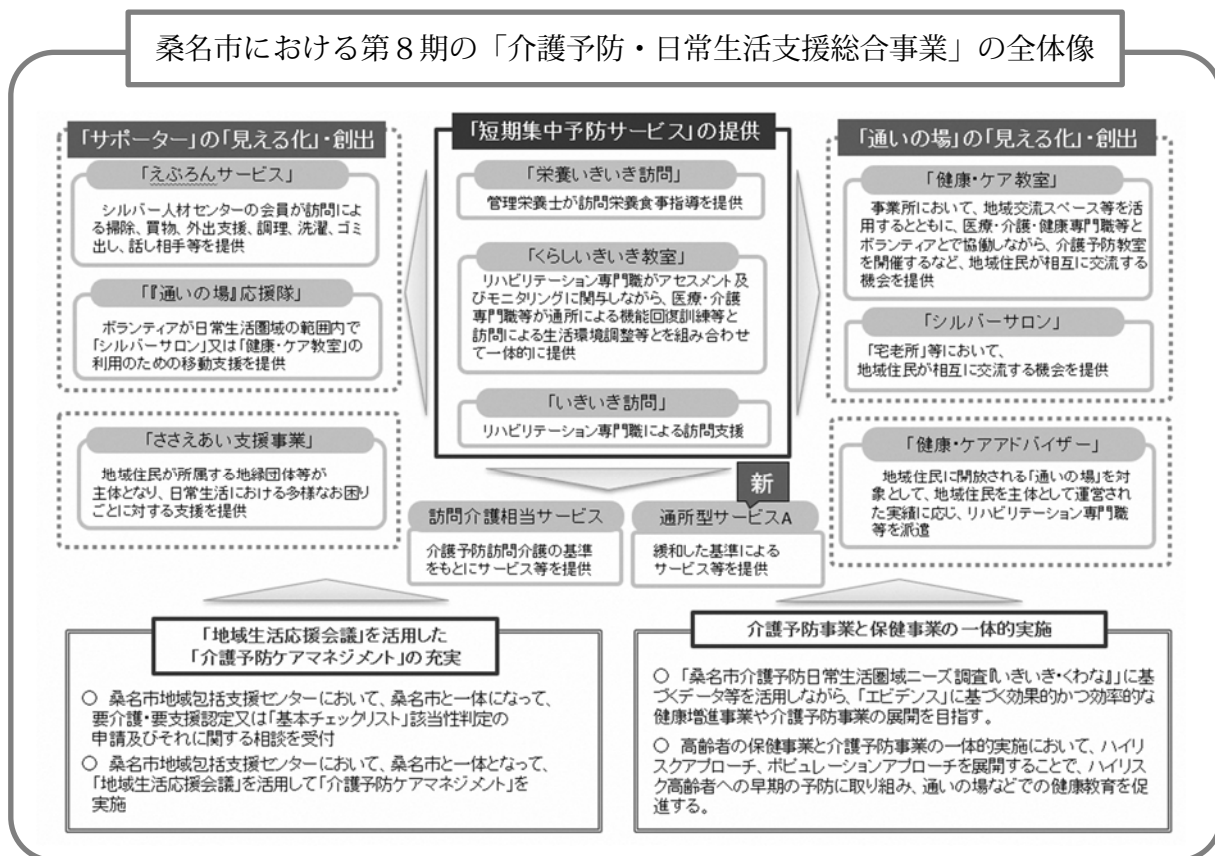
【参考】「介護予防・日常生活支援総合事業」の構成 2



<出典> 厚生労働省

桑名市では、全国に先駆けて、2015（平成27）年4月から総合事業を開始しました。この開始にあたっては「小さく生んで大きく育てる」という考え方にに基づき、事業を進めながら、必要に応じて見直すことを前提に、PDCAサイクルを展開し進めてきました。

桑名市における第8期の総合事業の全体像は次のとおりとし、①及び②の方針等に基づき、事業を展開していきます。



① 介護予防・生活支援サービス事業

桑名市では、2015（平成27）年4月から総合事業を開始し、事業を進めながら、必要に応じて見直すことを前提に推進してきました。

このため、第7期における事業展開の課題点を整理し、本計画においては、総合事業における訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」については、次の方針に基づき、各事業の改善を図り、介護予防に資するサービスを提供していきます。

▼方向性1：訪問介護相当サービス

訪問介護相当サービスは、引き続き事業実施するとともに、人材確保の観点と今後のサービス提供のあり方として、本来の趣旨である自立支援・重度化防止に、より重点を置いたサービスの提供が可能となるよう、事業所同士が質の向上のための研修を行う仕組みを創出します。

▼方向性２：通所介護相当サービス

通所介護相当サービスについては、多様な利用者に対し、効果的なサービスが提供できるよう、基準緩和項目、市独自の単価設定を設けることで、緩和した基準である通所型サービスＡへ移行します。

具体的には、自立支援・機能改善をより進めることで、役割・活動につながるよう、さらに意識を高めてもらうための仕組みづくりを検討します。

また、認知症、難病など専門的・継続的なケアが必要な場合の効果的なサービスを提供できる体制づくりを検討します。

▼方向性３：通所サービスの利用における留意点

通所サービスを新規に利用する場合には、短期集中予防サービスである「くらしいきいき教室」を最初に利用することを推奨し、リハビリテーション専門職が関与することにより、アセスメント強化を行うとともに、自立支援・重度化防止を推進し、役割・活動につながるよう、適切な支援へつなげる方法とします。

▼方向性４：いきいき訪問

第７期においては、短期集中予防サービスの訪問型サービスとして「いきいき訪問」を創設し、リハビリテーション専門職の居宅における環境整備などの支援の充実を図ることができました。今後は、ケアマネジャーへのアセスメント支援を目的とした訪問も促進していきます。

▼方向性５：栄養いきいき訪問

管理栄養士が訪問栄養食事指導を行う「栄養いきいき訪問」については、利用実績は少数ですが、サービス提供内容については充実しています。今後、ハイリスクになる前に、高齢者に栄養に関する意識を高めてもらう活動を検討します。

▼方向性６：えぷろんサービス

シルバー人材センターの会員が訪問による掃除、買物、外出支援、調理、洗濯、ゴミ出し、話し相手等を提供する「えぷろんサービス」については、必要な単価の見直しと、より柔軟なサービス提供の可能性について検討します。

▼方向性7：「通いの場」応援隊

ボランティアが日常生活圏域の範囲内で「シルバーサロン」又は「健康・ケア教室」の利用のための移動支援を提供する「通いの場」応援隊については、「介護支援ボランティア制度」を活用して事業実施していますが、これ以外の方策についても引き続き検討します。

▼方向性8：シルバーサロン

「宅老所」等において、地域住民が相互に交流する機会を提供する「シルバーサロン」については、介護予防・自立支援から、役割・活動につながる地域における効果的な「通いの場」となるよう、内容・補助基準等の見直しを検討します。

▼方向性9：健康・ケア教室

医療・介護・健康の専門職等とボランティアが協働しながら、介護予防教室を開催するなど、地域住民が相互に交流する機会を提供する「健康・ケア教室」については、より多くの事業者に参加してもらえよう、補助基準を見直すとともに、地域住民との協働や教室への効果的な参加を検討します。

▼方向性10：ささえあい支援事業

地縁団体等が主体となり、支援が必要な高齢者等に対して日常生活における多様な困りごとに対する支援を提供する「ささえあい支援事業」については、活動がさらに広がるような仕組みを検討します。

イ 訪問介護相当サービス（従前の介護予防訪問介護に相当）及び通所型サービスA

1) 現状

第7期においては、従前の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の基準に基づき訪問介護相当サービス並びに通所介護相当サービスを提供しました。

図表2-117 訪問介護・通所介護相当サービスの実績

区 分			2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
訪問介護相当サービス	延べ利用者数 (人/年)	計画値	2,153	2,838	2,926
		実績	1,639	1,462	—
	事業費 (千円/年)	計画値	41,295	42,608	43,929
		実績	33,976	30,617	—
通所介護相当サービス	延べ利用者数 (人/年)	計画値	6,016	6,208	6,401
		実績	5,044	4,254	—
	事業費 (千円/年)	計画値	160,320	165,419	170,547
		実績	138,176	119,318	—

(注) 各年度の実績は、当該年3月～翌年2月実績分

2) 課題

- ・従前の介護予防訪問介護・通所介護での国の基準等では、「『利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う』ことを基本として」サービス提供すること等が明記されており、訪問介護・通所介護相当サービスについても、こうしたサービス提供の実践が担保できる仕組みが求められます。
- ・要支援から要介護への重度化防止を図ることが求められており、高齢者自身がセルフマネジメントをさらに意識することが重要です。さらに、認知症予防を念頭に置いた事業展開が求められます。

3) 第8期における方針

従前の介護予防訪問介護・通所介護の基準に対して、職員配置の人員基準など一部の基準を緩和した基準による訪問型・通所型サービスAについて、第7期においては、事業趣旨やサービス内容が住民主体の他のサービスと重なることや、事業所の負担が増加すること、人材の確保が困難なことなどデメリットが多いことなどから訪問介護相当サービス及び通所介護相当サービスの継続としました。

第8期においては、認知症予防も含めた自立支援・重度化防止のさらなる推進が求められていることなどを背景に、通所介護相当サービスを、通所型サービス

Aに移行することとします。ただし、訪問介護相当サービスについては、他の類型のサービスとの棲み分けが難しいことなどから、訪問型サービスAへの移行はせず、自立支援・重度化防止の観点を強化する遵守事項を定めた上で、相当サービスとして継続します。

〔訪問介護相当サービスの概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の「旧介護予防訪問介護に相当するサービス」
内 容	従前の介護予防訪問介護と同じ
人員・設備基準	従前の介護予防訪問介護と同じ
手 続	介護予防ケアマネジメントについて、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を実施
サービス単価	国の示す単価と同じ
利用者負担	介護給付サービスの負担割合と同じ
遵守事項等	② 「桑名市地域包括ケア計画」に盛り込まれた基本的な考え方の共有 ②自立支援・重度化防止に関する職員研修を事業所同士が連携し実施

〔通所型サービスAの概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の「通所介護相当サービス」に変わる「通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）」
趣 旨	○通所介護を利用する要支援者の認知機能やADL・IADLの維持、低下を予防し要支援者の重度化防止を図る。 ○要支援者等の機能改善に努めると共に地域と連携し社会参加、役割創出の支援を行う。 ○要支援者等に対しセルフマネジメントの意識づけをさらに行う。
対 象 者	○認知症や難病等、重度化を防止し在宅生活を継続するための機能訓練等を必要とする者 ○自立支援に資する生活機能の維持・向上のための社会参加・役割創出の支援を必要とする者
事 業 者	現に桑名市内において通所介護・地域密着型通所介護及び通所介護相当サービスを実施している事業所
内 容	○入浴、排せつ、食事等の日常生活における支援や生活機能向上のための機能訓練等 ○日常生活に関わる機能の維持・改善に向けた運動やレクリエーション ○社会参加や社会的役割のある地域生活への支援 ○2時間以上のサービス提供が必要

人員基準	・管理者 常勤（兼務可） 1 以上 ・機能訓練指導員（兼務可） 1 以上 ・生活相談員（兼務可） 1 以上 ・介護職員 利用者 15 人まで（兼務可）
設備基準	・食堂・機能訓練室（3㎡×利用定員以上） ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品
手 続	上記事業者のうち指定申請を提出した事業所を指定 介護予防ケアマネジメントについて、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を実施
サービス単価	国の示す通所介護相当サービス単価等を踏まえて設定
利用者負担	介護給付サービスの負担割合と同じ
備 考	サテライト事業所の設置（1事業所まで）

図表 2－118 訪問介護相当サービス・通所型サービスAの見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
訪問介護相当サービス	延べ利用者数 (人／年)	1,450	1,438	1,425
	事業費 (千円／年)	30,450	30,269	30,067
通所型サービスA	延べ利用者数 (人／年)	4,150	4,102	4,049
	事業費 (千円／年)	116,200	115,266	114,181

ロ 短期集中予防サービスの提供

1) 現状

地域の医療・介護専門職においては、それぞれの専門性を発揮することにより、運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者に対し、生活機能の向上や介護保険に依らない自分らしい暮らしの実現を目指す専門的なサービスを短期集中で提供することが期待されます。そこで、第7期においては、短期集中予防サービスとして、第6期からの継続事業として「くらしいきいき教室」及び「栄養いきいき訪問」を、第7期からの新事業として「いきいき訪問」を実施しました。

図表 2-119 短期集中予防サービスの実績

区 分			2018(平成 30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和 2) 年度
くらしいき いき教室	延べ利用者数 (人／年)	計画値	189	195	201
		実 績	432	537	—
	事業費 (千円／年)	計画値	8,046	8,302	8,559
		実 績	13,062	15,557	—
栄養いきい き訪問	延べ利用者数 (人／年)	計画値	37	38	39
		実 績	6	15	—
	事業費 (千円／年)	計画値	165	171	176
		実 績	29	171	—
いきいき訪 問	延べ利用者数 (人／年)	計画値	100	103	106
		実 績	69	142	—
	事業費 (千円／年)	計画値	788	815	842
		実 績	1,046	1,984	—

(注) 各年度の実績は、当該年3月～翌年2月実績分

2) 課題

(イ) くらしいきいき教室について

- ・サービス提供事業者の経験（参画年数）等により、利用者の改善度に影響が生じている可能性があるため、短期集中サービス事業所の全体的な資質向上に向けた取組が求められます。
- ・認知症で、アセスメントが十分に行えない場合などにも効果的に利用されるようになった反面、介入当初の事業所負担が大きいため、事業者への支援を検討する必要があります。
- ・報酬改定への対応など、単価設定の見直しがされていません。

(ロ) 栄養いきいき訪問について

- ・栄養のリスクのある人については、既に医療機関などで指導を受けていることも多く、助言指導のみでは受け入れが進みません。
- ・地域生活応援会議の助言や、他の短期集中サービスなどでの軽易な栄養指導や助言で改善が図られているケースもあります。
- ・第7期の計画値が現状と乖離していました。

(ハ) いきいき訪問について

- ・ケアマネジャーが支援に迷うアセスメントの段階での利用について、初回から利用者負担が発生することで利用を躊躇するケースがあったため、利用者負担のあり方等を検討する必要があります。
- ・コミュニケーション障害、高次脳機能障害などに課題がある場合に、現行のリハビリテーション専門職に入っていない言語聴覚士が有効と考えられます。

3) 第8期における方針

(イ) ぐらしいきいき教室について

通所サービスを新規に利用しようとする際には、「ぐらしいきいき教室」を最初に利用することを推奨し、リハビリテーション専門職が関与することにより自立支援・重度化防止を目指し、適切な支援へつなげます。

また、アセスメント、モニタリングの強化に努め、「ぐらしいきいき教室」終了後の適切な支援を見極め、高齢者のその人らしい社会参加の活動等の次の段階に円滑につなぎやすい体制を整えます。

さらに、事業者によりサービス内容に格差が生じないように、短期集中サービス事業所の全体的な資質向上に向けた、事業所連絡協議会を創設し、協議会による研修会の開催支援を検討します。加えて、利用開始当初（初回）におけるアセスメント充実のための加算を創設し、効果的なサービス提供体制が整うよう支援します。

〔くらしいきいき教室の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「通所型サービスC（短期集中予防サービス）」
趣 旨	・通所時に実行することができる「手段的日常生活動作（IADL）」を在宅時に実行することができない高齢者も少なくないところ、実行できる「手段的日常生活動作（IADL）」が増えるよう、リハビリテーション専門職の関与によるアセスメント・モニタリングの強化を推進する。 ・生活機能の向上を実現するための中核的なサービスとして、通所型サービスを訪問型サービスと組み合わせて一体的に提供する。
対 象 者	・運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者であって、「くらしいきいき教室」を利用する必要がある者 ・通所サービスを新規に利用しようとする際には、この「くらしいきいき教室」を最初に利用することを推奨する。 ※ただし、十分なケアマネジメントの結果、その他の通所サービスが有効であると認められる場合にはこの限りではない。
内 容	①リハビリテーション専門職によるアセスメント及びモニタリングに対する関与 ②3月を原則として、6月を限度とするサービスの提供 i 原則週2回の送迎を伴う通所において医療・介護専門職等による機能回復訓練等 （注）「運動器機能向上サービス」を提供することは必須。あわせて、「栄養改善サービス」及び「口腔機能向上サービス」を提供することが望ましい。 ii 月1回以上訪問し、医療・介護専門職等による対象者を取り巻く生活の場における環境調整等
事 業 者	通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション及び認知症対応型通所介護の指定を受けた事業所であって、公募により選定を受けた事業者 （注）通所に係る送迎及び訪問に関しては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等に係る指定地域密着型サービス事業者の指定又は訪問介護等に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けた事業者へ委託することも可能
遵守事項	①「桑名市地域包括ケア計画」に盛り込まれた基本的な考え方の共有 ②サービスの提供状況に関する情報の公表 ③「地域生活応援会議」を始めとする「地域ケア会議」に対する協力 ④短期集中サービス事業所の全体的な資質向上に向けた事業所連携、研修などへの参加に努めること 等
手 続	・指定事業者の指定については、公募を実施 ・介護予防ケアマネジメントについては、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を実施 （注）地域包括支援センターのレベルでの「B型地域生活応援会議」をプランの期間終了後、継続してサービス利用の場合のみ開催（評価会議）

サービス単価	① 基本報酬 (i・ii:週1回、i-2・ii-2:週2回以上) i 1～3月目:23,000円/月 i-2 1～3月目:45,000円/月 ii 4～6月目:18,000円/月 ii-2 4～6月目:35,000円/月 ② 加算 i 初回加算:1,000円(100単位)
利用者負担	加算を含めた基本報酬の10%及び実費

図表2-120 くらしいきいき教室の見込み

区 分		2021(令和3)年度	2022(令和4)年度	2023(令和5)年度
くらしいきいき教室	延べ利用者数(人/年)	605	610	615
	事業費(千円/年)	19,000	19,157	19,314

(ロ) 栄養いきいき訪問について

栄養いきいき訪問がより効果的な栄養指導となるよう、マネジメントの工夫を行うとともに、医療機関や他の短期集中サービス等での助言から、さらに一歩進んだ指導を行います。また、利用促進の観点及び、アセスメントの充実の両面から、初回の利用者負担を無料とします。

さらに、ハイリスクになる前に、保健事業と介護予防の一体化事業を含め、広く栄養に関する意識が高まる周知活動も並行して検討します。

〔栄養いきいき訪問の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の「訪問型サービスC(短期集中予防サービス)」
内 容	三重県地域活動栄養士連絡協議会桑名支部に委託し、栄養に関するリスクを抱える高齢者であって、訪問栄養食事指導を利用する必要があるものを対象として、管理栄養士が訪問栄養食事指導を提供
手 続	介護予防ケアマネジメントについては、ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)を実施 ※それぞれの地域包括支援センターのレベルでの「B型地域生活応援会議」を開催
サービス単価	① 1回目:6,000円/回、② 2～5回目:5,000円/回
利用者負担	基本報酬の10%及び実費(初回は利用者負担はなし)

図表 2-121 栄養いきいき訪問の見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
栄養いきいき訪問	延べ利用者数 (人/年)	12	15	18
	事業費 (千円/年)	70	90	110

(ハ) いきいき訪問について

リハビリテーション専門職による訪問支援である「いきいき訪問」は、コミュニケーション障害や高次脳機能障害などに課題のあるケースに対し、有効に対応できるよう言語聴覚士の登録を進めます。

また、ケアマネジャー等のアセスメント支援強化のために利用促進を図れるよう、初回の利用者負担を無料とします。

さらに、短期集中サービス事業所の全体的な資質向上に向けた、事業所連絡協議会を創設し、協議会による研修会の開催支援を検討します。

〔いきいき訪問の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「訪問型サービスC（短期集中予防サービス）」
趣 旨	・生活の場におけるアセスメント及びモニタリングにリハビリテーション専門職が関与することで本人への自立支援を推進する。 ・ケアプラン作成前のケアマネジャーのアセスメントに同行訪問することで、アセスメント支援やケアマネジメント力向上につなげる。 ・生活機能向上の為に必要な環境調整を短期間で行う。 ・機能向上ができた利用者に対し、「生活の場」（居宅及び「通いの場」など）を訪問し、対象者に合わせた環境調整を行うことで、「参加」「活動」につなぎやすくする。 ・通所の機能訓練がなじまない利用者に対し、居宅を訪問し、「生活の場」における機能向上のための助言・指導及び環境調整等を行うことで、次の段階につなぎやすくする。
対 象 者	運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者であって、「いきいき訪問」を利用する必要がある者（ただし、「いきいき訪問」の利用は1年間で初回を除き8回の利用を上限とする。）

内 容	①リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）によるアセスメント及びモニタリングに対する関与 ②週1回以下、8回（初回を除く）／年を上限とする。 i 30分～1時間程度のリハビリテーション専門職の「生活の場」における助言・指導及び環境調整を主とした生活機能向上へのアプローチ等 ii ケアマネジャーのアセスメント支援 ③医師の指示書を必要としない。 通院・通所が困難な者に対して、医師の指示に基づき行う訪問リハビリテーションとは異なる。
事 業 者	・医療機関・介護事業所等へ委託 ただし、市の指定する研修を受講したリハビリテーション専門職とする。 ・短期集中サービス事業所の全体的な資質向上に向けた事業所連携、研修などへの参加に努めること
手 続	介護予防ケアマネジメントについては、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を実施
サービス単価	30分のサービス提供：5,000円 1時間のサービス提供：10,000円
利用者負担	基本報酬の10%及び実費（初回は利用者負担はなし）

図表 2-122 いきいき訪問の見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
いきいき訪問	延べ利用者数 (人／年)	150	153	158
	事業費 (千円／年)	2,400	2,448	2,528

ハ 「サポーター」の「見える化」・創出

1) 現状

従来の介護予防訪問介護は、主として生活援助を内容とする「できないことを代わりにするケア」でしたが、介護専門職である訪問介護員において、リハビリテーション専門職と連携しながら、日常生活で介助等を必要とする高齢者に対し、日常生活動作（ＡＤＬ）と手段的日常生活動作（ＩＡＤＬ）を改善する「できないことをできるようにするケア」を提供することが期待されます。

この点、医療・介護専門職のほか、地域住民も、地域で貴重な人材である訪問介護員の専門性を共通に理解しなければなりません。

そこで、第７期においては、地域の医療・介護専門職が生活機能の向上を実現する専門的なサービスの提供に集中するよう、地域住民を主体として支援を必要とする者を支援する「サポーター」の「見える化」・創出に取り組みました。

既存の地域資源を有効に活用する、という考え方にに基づき、第６期からの継続事業として「えぷろんサービス」及び「「通いの場」応援隊」を「サポーター」として位置付けました。

図表２－１２３ 「サポーター」の「見える化」・創出の実績

区 分			2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
えぷろん サービス	延べ利用時間数 (時間／年)	計画値	187	193	199
		実 績	199	157	—
	事業費 (千円／年)	計画値	131	136	140
		実 績	139	110	—
「通いの 場」 応援隊	実提供人数 (人／年)	計画値	15	20	25
		実 績	6	5	—

2) 課題

(イ) えぷろんサービスについて

- ・えぷろんサービスの利用実績については、計画に位置づけた利用見込みに対して低調に推移しています。
- ・地域包括支援センターや居宅介護事業所からの利用相談に対して、えぷろんサービスの担い手となるシルバー人材センターの就業会員とうまくマッチングできないケースがあります。

- ・えぷろんサービスに就業できる桑名市シルバー人材センターの就業会員の確保や会員の資質向上のための研修機会を確保する必要があります。

(ロ) 「通いの場」応援隊について

- ・介護支援ボランティア制度を活用していることから、地域住民の意識により、実施が左右されています。
- ・担い手については、介護支援ボランティア制度を活用していることから、65歳以上しかポイントが付与されません。
- ・事故などのリスクに不安があります。
- ・「移動支援」のニーズは家庭環境・地域・社会資源など様々な要因があり、多様です。

3) 第8期における方針

(イ) えぷろんサービスについて

えぷろんサービスの内容には、訪問介護で実施できる掃除・洗濯・買い物・調理等以外にも、外出支援や話し相手のサービスもあります。これらの訪問介護にはない独自性のあるサービスを周知しながら、普及に努めていきます。

また、担い手である桑名市シルバー人材センターの就業会員の確保や、その就業会員の研修機会の確保のほか、サービスの内容については、今後も、桑名市と桑名市シルバー人材センターが協議しながら改善を図っていきます。
〔えぷろんサービスの概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「訪問型サービスB（住民主体による支援）」
内 容	桑名市シルバー人材センター等に委託し、日常生活支援を必要とする高齢者を対象として、「高齢者サポーター養成講座」等を修了した会員が訪問による掃除、買物、外出支援、調理、洗濯、ゴミ出し、話し相手等を提供 週2回2時間までの利用（現行：週1回1時間） （注）従前の介護予防訪問介護に相当する訪問型サービスは、身体介護のほか、訪問介護員以外の者によって提供されることが困難である専門的な生活援助を内容とするもの。これに対し、「えぷろんサービス」は、訪問介護員以外の者によって提供されることが可能である一般的な生活援助を内容とするもの

手 続	介護予防ケアマネジメントについては、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）」を実施
サービス単価	1,200 円／時間
利用者負担	30%及び実費

図表 2-124 えぶろんサービスの見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
えぶろんサービス	延べ利用時間数 (時間／年)	400	440	480
	事業費 (千円／年)	336	370	404

(ハ) 「通いの場」応援隊について

現行の「通いの場」応援隊については、「住民主体」の「ちょっとそこまで」という助け合いの事業の趣旨は維持しながら、地域住民に理解を求めています。「移動支援」のニーズは多様ですが、総合事業の対象者が「健康・ケア教室」、「シルバーサロン」を利用するなどの社会参加が促進できる支援を最優先します。

なお、地域の事情などから住民同士の助け合いが困難な場合、現行制度とは別枠で検討を進めます。

〔「通いの場」応援隊の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の「訪問型サービスD（移動支援）」
趣 旨	・可能な限り、徒歩圏内で、地域住民を主体として地域交流の機会を提供する「通いの場」の「見える化」・創出に取り組むことが基本 ・ただし、高齢者の状態像や地域住民を主体として地域交流の機会を提供する「通いの場」の立地状況によっては、閉じこもりとならないよう、自宅を始めとする住まいと「通いの場」との間で移動支援を提供することが必要 ・移動支援の提供が地域コミュニティの衰退を招かないよう留意が必要
内 容	・移動支援を必要とする高齢者を対象として、ボランティアが日常生活圏域の範囲内で「シルバーサロン」又は「健康・ケア教室」の利用のための移動支援を提供 ・具体的には、「桑名市介護支援ボランティア制度」を適用
利用者負担	実費

図表 2-125 『通いの場』応援隊の見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
「通いの場」応援隊	実提供人数 (人/年)	8	9	10

二 「通いの場」の「見える化」・創出

1) 現状

介護保険サービスを終了した高齢者が地域活動等に参加できるよう、可能な限り、徒歩圏内で、地域住民を主体として地域交流の機会を提供する「通いの場」の「見える化」・創出に取り組むことが求められます。

このため、既存の地域資源を有効に活用する、という考え方にに基づき、「シルバーサロン」及び「健康・ケア教室」を「通いの場」として位置付けるとともに、地域に開放された住民主体の「通いの場」にリハビリテーション専門職等を派遣する「健康・ケアアドバイザー」を制度化しました。

なお、「健康・ケアアドバイザー」の詳細は、148 頁をご参照ください。

図表 2-126 「通いの場」の「見える化」・創出の実績

区 分			2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
シルバーサロン	延べ開催回数 (回/年)	計画値	1,234	1,273	1,312
		実 績	1,240	1,164	—
	事業費 (千円/年)	計画値	3,285	3,389	3,495
		実 績	2,989	2,824	—
健康・ケア教室	開催か所数 (か所/年)	計画値	32	34	36
		実 績	31	28	—
	事業費 (千円/年)	計画値	6,600	7,080	7,560
		実 績	4,385	4,680	—

2) 課題

(イ) シルバーサロンについて

- ・高齢者サポーター養成講座受講によるスタッフの資質向上が求められています。実施内容は充実してきましたが、他の介護予防に資する充実した内容・頻度の「通いの場」との違いが明確になっていません。
- ・利用者が固定化してきています。
- ・高齢化等により、スタッフの確保が難しくなっています。

- ・補助申請書類が複雑で、スタッフに負担がかかっています。

(ロ) 健康・ケア教室について

- ・専門職が関与することで、効果的な介護予防の場・地域交流の場となり、また、介護保険サービスの終了後でも、安心して定期的に通える場として、貴重な資源となっていますが、専門職の確保、参加者を受け入れる場所（空きスペース）の確保が難しいといった理由などで、開催回数や参加者を増やせない事業所がありました。
- ・これまでも助成基準の見直しを行ってきましたが、補助申請につながらない事業所がありました。そのような場合は実績報告の義務がなく、活動内容の詳細が不明です。
- ・本事業の開始から期間が経過してきており、本来の目的や事業趣旨に対する見解の相違が少なからずあり、登録申請や補助金申請などの事務や、ボランティアの確保やその協働が十分でない事業所もありました。

3) 第8期における方針

(イ) シルバーサロンについて

一般的な「通いの場」との違いを明確化するために、介護予防により効果的な内容や頻度（週1回以上）での実施、介護支援ボランティアの受け入れなど高齢者の社会参加促進等への重点化を図るため、補助基準・単価設定の見直しを行うとともに、新規参加者が利用しやすい環境づくりを推進していきます。

〔シルバーサロンの概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「通所型サービスB（住民主体による支援）」
内 容	・介護予防に資する内容として、下記の要件を補助基準とする ○毎回実施 - i 運動に関する内容 ii 認知症予防に関する内容 ○選択的实施 - i 栄養に関する内容 ii 口腔機能に関する内容 - iii 多世代交流に関する内容

助成の必須条件	・参加者には基本チェックリストを実施（有効期限2年）し、毎回の人数を記録 ・介護支援ボランティアの受け入れ ・新規利用者の受け入れ
助 成 金	①週1回以上の開催：3,500円/回（月14,000円を上限とする） ②月4回未満の開催：1,500円/回 <加算> ○効果的实施頻度スタート加算 初めて週1回以上の実施を開始した場合：5,000円/回（月20,000円を上限とする）とする。 ※ただし開始年度のみ ○新規受け入れ加算 利用者あるいは介護支援ボランティアを新規で受け入れた月：500円/月 ○地域資源連携加算 地域の健康・ケアアドバイザー登録をしている介護事業所、医療機関などの専門職に講師依頼、調整した場合：500円/人（上限は実施頻度により別途規定） ※講師謝礼は、健康・ケアアドバイザー制度により市が負担

※ただし、一定の感染症リスクが避けられる対策が講じられるまでは、別途補助基準等を検討します。

図表2-127 シルバーサロンの見込み

区 分		2021(令和3)年度	2022(令和4)年度	2023(令和5)年度
シルバーサロン	延べ開催回数 (回/年)	1,125	1,170	1,215
	事業費 (千円/年)	3,365	3,500	3,635

(ロ) 健康・ケア教室について

専門職の関与や地域住民等の協力を得るといった要件において、わかりやすい報告様式など、見直しを検討のうえ、「健康・ケア教室」におけるボランティアの積極的な活用について周知、促進していきます。可能な場合には、教室の参加者に運営側へと転換を促し、運営の協力を得られるような体制づくりを促していきます。

事業所に対しては本事業の趣旨や目的を理解していただけるよう、制度改正に合わせて改めて周知徹底を図り、「健康・ケア教室」の開催が安定的かつ継続的にできるような助成基準への見直しを検討していきます。

〔健康・ケア教室の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「通所型サービスB（住民主体による支援）」
趣 旨	重要な地域資源である医療機関及び介護事業所等が、医療・介護・健康等の専門職及び地域住民等のボランティアと協働し、高齢者やその家族が気軽に立ち寄り相談できる包括的な生活支援の拠点としての役割を果たすことで、対象者の社会的孤立感を解消し、生きがいづくり及び健康保持を図り、要介護状態等となることを予防し、又は要支援状態を軽減するとともに地域における自立した日常生活を支援することを目的とする。
内 容	医療機関及び介護事業所等において、その空きスペース等を活用するとともに、医療・介護・健康等の専門職とボランティアとで協働しながら、介護予防教室を開催するなど、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を含む地域住民が相互に交流する機会を提供する。 なお、事業所等以外の場所でも、専門職を派遣することによって定期開催が可能であれば、健康・ケア教室として実施することもできる。
助 成 金	事業を実施した月において、参加人数に比例した補助金の支給としたうえで、予算の範囲内で交付する。 ただし、補助金の交付対象となる事業は、1回当たりの開催時間が1時間以上であり、利用者負担が500円以内とする要件を満たすこと
利用者負担	実費（500円／回以内）

図表 2-128 健康・ケア教室の見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
健康・ケア教室	延べ開催か所数 (か所／年)	30	32	34
	事業費 (千円／年)	7,200	7,680	8,160

ホ その他の生活支援サービス

1) 現状

国のガイドラインでは、介護予防・生活支援サービス事業には、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サー

ビスの一体的提供等）からなるサービスを、「その他の生活支援サービス」として位置づけています。

第 7 期においては、地域住民が所属する地区社会福祉協議会などが主体となり、支援が必要な高齢者等に対して、日常生活における多様な困りごとに対する支援を行う「ささえあい支援事業」を制度化し、実施しました。

図表 2-129 ささえあい支援事業の実績

区 分			2018(平成 30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和 2) 年度
ささえあい 支援事業	支援団体数 (団体)	計画値	3	4	5
		実 績	2	2	—
	事業費 (千円／年)	計画値	180	240	300
		実 績	120	120	—

2) 課題

- ・地域包括ケアシステム構築に向けて、地域住民の互助の広がり、元気高齢者の活動・役割の創出に期待が寄せられています。こうした中で、例えば、ゴミ出しや電球交換、パソコン・家電製品の操作など、高齢者の日常生活の中での困りごとに対して、身近な地域住民が援助者となり、住民相互に助け合える活動が普及・促進されることが望まれます。
- ・今後、地域の課題を地域で解決できるような互助など地域力の向上に期待が寄せられています。

3) 第 8 期における方針

(イ) 「ささえあい支援事業」について

地域住民が主体となり、支援が必要な高齢者等に対して日常生活における多様な困りごとに対する支援を行う活動について、「ささえあい支援事業」として総合事業の「その他の生活支援サービス」に位置づけ、活動の「見える化」や、活動に対するポイント制度等を導入することで元気高齢者の活動を促進していきます。

また、地域での意識の共有や地域力の向上を目指し、市内での横展開を図っていきます。

〔ささえあい支援事業の概要〕

位置づけ	「介護予防・生活支援サービス事業」中の 「その他の生活支援サービス」
内 容	地域住民が所属する地縁組織などが主体となり、支援が必要な高齢者等に対して、日常生活における多様な困りごとに対する支援を行う。
要 件	・要支援認定者等へのサービス提供が可能であること ・サービスに従事する人が一定以上いること ・サービスに従事する人がボランティア保険等の保険に加入すること ・サービスに従事する人が高齢者サポーター養成講座等の研修を受講すること 等
提供エリア	団体ごとに提供エリアを定める。
助 成 金	活動団体に対して 60,000 円／年を上限に助成 活動者にはポイント付与の仕組みを検討
利用者負担	団体ごとに利用者負担額を定める。

図表 2-130 ささえあい支援事業の見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
ささえあい支援 事業	支援団体数 (団体)	3	4	5
	事業費 (千円／年)	180	240	300

へ 介護予防ケアマネジメント

1) 現状

介護予防ケアマネジメントについては、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を対象として、地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者がアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、総合事業のサービス等が適切に提供されるよう実施しています。

第7期においては、対象者が利用しようとするサービスの種類等に応じ、次に掲げる3種類のいずれかの介護予防ケアマネジメントを実施していました。

1. 「原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）」
2. 「簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）」
3. 「初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）」

そのうち、「原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）」に関しては、桑名市及びすべての地域包括支援センターのレベルでの「地域生活応援会議」（A型地域生活応援会議）を経て、介護予防ケアマネジメントを実施する取扱いとし、「簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）」に関しては、それぞれの地域包括支援センターのレベルでの「地域生活応援会議」（B型地域生活応援会議）を経て、介護予防ケアマネジメントを実施する取扱いを基本としていました。

さらに、「初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）」に関しては、介護保険サービスを終了して地域活動等に参加する高齢者等を対象として、それぞれの地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントを実施する取扱いを基本としていました。

図表2-131 介護予防ケアマネジメントの実績

区 分			2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
介護予防ケアマネジメント	延べ利用者数 (人／年)	計画値	5,020	5,180	5,341
		実 績	3,724	3,298	—
	事業費 (千円／年)	計画値	22,866	23,594	24,325
		実 績	17,065	15,169	—

(注) 各年度の実績は、当該年3月～翌年2月実績分

2) 課題

- ・ケアマネジメント B について、緩和した基準によるケアマネジメントとなっているが、大半はケアマネジメント A と同様の内容が実施されています。
- ・ケアマネジメント C は、サービス終了後のセルフマネジメント支援として、地域包括支援センターが「元気アップ計画書」の交付を行い、一定期間（半年～1 年程度）の状況を把握するとともに、必要に応じてフォローを行っています。居宅介護支援事業所へ委託されたケースの場合、状況をより正確に把握している居宅介護支援事業所が、より効果的なセルフマネジメント支援、フォロー可能と思われるケースもあります。

3) 第 8 期における方針

介護予防ケアマネジメントについては、要支援者及び「基本チェックリスト」該当者を対象として、引き続き、地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者が実施します。

地域包括支援センターにおいて、桑名市と一体になって、要介護・要支援認定又は「基本チェックリスト」該当判定の申請及びそれに関する相談を受け付ける取扱いを基本とします。

その上で、第 8 期においては、第 7 期で実施した 3 類型のうち「簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント B）」を廃止し、「原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）」に統合します。したがって、対象者が利用しようとするサービスの種類等に応じ、「原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）」または「初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント C）」のいずれかの介護予防ケアマネジメントを実施します。

また、サービスを終了した人に対する「初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント C）」については、地域包括支援センターのみならず、委託された居宅介護支援事業所においても実施可能とするとともに、セルフマネジメント支援充実のため、内容と単価設定の見直しを行います。

なお、「原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）」に関しては、地域の介護支援専門員が「地域生活応援会議」に参加して介護予防に資するケアマネジメントを実施する多職種協働によるケアマネジメント支援を受ける機会を確保するため、可能な限り、地域包括支援センターが居宅介護支援事業者

に委託して実施します。

I 「ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）」

対 象	次に掲げるサービスを利用する高齢者 ①訪問介護相当サービス ②通所 A サービス ③くらしいき教室 ④えぶろんサービス ⑤栄養いきいき訪問 ⑥いきいき訪問
実施機関	地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者 ※可能な限り、地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に委託
手 続	アセスメント及びモニタリングを経て、すべての地域包括支援センターのレベルでの「地域生活応援会議」を開催

III 「ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメント）」

対 象	サービスを終了した高齢者（「通いの場」応援隊、シルバーサロン、健康・ケア教室、又はささえあい支援事業を利用する者を含む）
実施機関	地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者
手 続	「元気アップ計画書」を交付（＝セルフマネジメント支援）及び一定期間（半年～1 年程度）状況の把握を行い、必要に応じて（地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等と連携し）フォローを行う。

図表 2－132 介護予防ケアマネジメントの見込み

区 分		2021(令和3) 年度	2022(令和4) 年度	2023(令和5) 年度
介護予防ケアマネジメント	延べ利用者数 (人／年)	3,000	3,100	3,200
	事業費 (千円／年)	13,800	14,260	14,720

② 一般介護予防事業

一般介護予防事業の推進にあたっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、機能回復訓練等の高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。

桑名市においては、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、参加することができる住民主体の「通いの場」の充実を行い、人と人とのつながりを通じて、参加者が増加し、「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ます。

また、「通いの場」をはじめ地域において保健師や管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職が、住民主体の活動に関与し、より効果的な事業として展開するとともに、高齢者の医療の確保に関する法律に規定する高齢者保健事業（以下、「高齢者保健事業」という）との一体的な実施により、効率的に進めていきます。

イ 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施

1) 現状

桑名市では、保健・福祉専門職等は地域住民による自発的な活動や参加を働き掛ける役割が重要であるという観点から、保健医療課、地域包括支援センター等が、相互に一体となって、地域の関係者と連携しながら、様々な機会を通じ、地域住民に対し、①「セルフマネジメント（養生）」の重要性、②地域住民を主体として健康増進や介護予防に取り組む必要性、③地域住民を主体とする取組について、「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」に基づくデータ等を活用しながら、「エビデンス」に基づく効果的かつ効率的な健康増進事業や介護予防事業を実施しています。

また、三重県後期高齢者医療広域連合との連携により、国保データベースシステム（ＫＤＢシステム）を活用しながら、重症化予防のための訪問指導や、「通いの場」における健康教育・健康相談を実施しています。

2) 課題

- ・ K D Bシステムによるデータをみると、桑名市では糖尿病や腎不全の医療費が高くなっています。こうした生活習慣に起因した疾病は、介護リスクや認知症のリスクも高く、その重症化の予防に取り組む必要があります。
- ・ 現在は、モデル地区を設定しての実施となっていますが、今後市内全域で展開するために手法や内容を検討し取り組む必要があります。

3) 第8期における方針

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、介護予防を進めるにあたり、高齢者保健事業の一体的実施に引き続き取り組みます。一体的実施にあたっては、介護・医療・健診情報等の活用を含め保険年金室及び保健医療課並びに三重県後期高齢者医療広域連合、地域包括支援センターと連携して取り組みを進めます。

(イ) 高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)

K D Bシステムを活用し、低栄養・重症化予防等を行うため相談・指導を実施します。また、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行い、心身の状態を把握し、必要に応じて適切な医療・介護サービスへの接続を実施します。

(ロ) 「通いの場」等への積極的な関与等(ポピュレーションアプローチ)

「通いの場」等において、K D Bシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職が健康教育、健康相談等を実施します。

ロ 介護予防把握事業

1) 現状

介護予防に資するサービスの提供を実現するためには、可能な限り、早期に、一定のリスクを抱える高齢者を把握することが重要です。このため、「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」の結果に基づくデータの活用等により、閉じこもり等の一定のリスクを抱える高齢者(要介護認定者等を

除く)を対象として、地域包括支援相談員や各地域包括支援センター職員が戸別訪問を実施しています。

2) 課題

- ・調査の結果のデータに基づき、閉じこもりのリスク等を抱える高齢者に対し、市地域包括支援相談員の訪問実施率は9割を超えています。ただし、その他の一定のリスクを抱える高齢者に対しては各地域包括支援センター職員が訪問等を実施していますが、各センターによって実施件数に偏りが生じています。

3) 第8期における方針

「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」の結果を有効活用するためにも、引き続き、調査結果データの活用等により、閉じこもり等の一定のリスクを抱える高齢者(要介護認定者等を除く)を対象として、地域包括支援相談員や各地域包括支援センター職員が戸別訪問を実施します。

また、桑名市が定める地域包括支援センター事業運営方針に、本事業を位置づけ、地域包括支援センターでの着実な実施を推進していきます。

さらに、ニーズ調査未提出者を抽出し、健康状態等を確認するとともに、必要に応じて、医療、介護サービス、「通いの場」等につなぎます。

ハ 介護予防普及啓発事業

1) 現状

(イ) 料理教室事業について

食生活改善推進員は、重要な地域資源の一つです。このため、桑名市食生活改善推進協議会に委託し、高齢者を始めとする地域住民を対象として、食生活の改善のための料理教室を開催しました。

(ロ) お口いきいきプログラムについて

口腔機能を向上させることは、食を通じた心身の健康維持だけでなく、高齢者の生活の質(QOL)を支えていくことにつながります。口腔機能の低下が疑われる高齢者に対して口腔機能向上を推進するためには、まずその意義についての気付きと納得を促し、日常的にセルフケアを行うことができるプログラムを提供することが重要になります。このため、桑名市歯科医師会に委託し、歯科

医院に来院する一般高齢者に対して広く周知し、高齢者が自覚する前もしくは機能低下が疑われる状況の対象者に対し、口腔機能の低下予防と改善に向けての支援（おいいきいきプログラム）を行いました。

2) 課題

(イ) 料理教室について

- ・2020（令和2）年度以降、感染症のリスクから、料理教室の開催ができていません。

(ロ) おいいきいきプログラムについて

- ・口腔機能低下のリスクがある高齢者は少なくありませんが、必要と思われるすべての高齢者に実施できていません。
- ・利用者が日常的にセルフケアを行うことが重要です。
- ・歯科医院受診後のフォローとなっているため、受診につながらない方へのフォロー、アプローチができていません。

3) 第8期における方針

(イ) 料理教室について

高齢者同士集まり、調理を行い、調理後の料理を食べることにより、食生活に関する意識を高めるよい機会でしたが、感染症のリスクを考え、開催は見合わせることにします。

一定のリスクが避けられる対策が講じられた時期に開催について改めて検討します。

(ロ) おいいきいきプログラムについて

今後も、桑員歯科医師会に委託し、高齢者が自覚する前もしくは機能低下が疑われる状況の対象者に対し、口腔機能の低下予防と改善の方法を提供するとともに、日常的にセルフケアが行えるよう支援します。

できる限り多くの高齢者に対して口腔機能の維持向上の重要性を理解してもらえよう、啓発できる方法を検討します。

二 地域介護予防活動支援事業

1) 現状

(イ) 高齢者サポーター養成講座について

地域住民を主体とする「サポーター」の活動や「通いの場」の運営が促進されるよう、高齢者の健康やケアに関する知識を習得したボランティアを育成するため、「高齢者サポーター養成講座」を桑名市社会福祉協議会に委託して開催しています。また、高齢者サポーターの養成が地域住民を主体とする「サポーター」の活動や「通いの場」の運営に結び付くよう、「高齢者サポーター養成講座」の修了者を対象に「ステップアップ講座」を桑名市社会福祉協議会に委託して開催しました。

(ロ) 桑名市介護支援ボランティア制度について

高齢者のボランティアを始めとする社会参加は、高齢者の介護予防に資するものです。このため、2010（平成 22）年度から「桑名市介護支援ボランティア制度」を開始しました（桑名市社会福祉協議会に委託）。介護保険関係事業所等において介護支援ボランティア活動に参加した実績に応じた評価ポイントを付与し、それに応じた転換交付金を支給しながら、高齢者の介護予防に資する社会参加を促しています。

2) 課題

(イ) 高齢者サポーター養成講座について

- ・基礎講座の参加者が減少傾向にあります。
- ・養成講座受講後、具体的なサポーター活動に結び付かないことも少なくありません。

(ロ) 桑名市介護支援ボランティア制度について

- ・ボランティアの受入機関の中には、ボランティアの受入が滞っているところもあり、ボランティアと受入機関のマッチングが上手くいっていないのが現状です。

3) 第8期における方針

(イ) 高齢者サポーター養成講座について

地域の介護力の底上げを目指し、高齢者の健康やケアに関する知識を習得したボランティアを育成するための「高齢者サポーター養成講座」及びその他修了者を対象とした「ステップアップ講座」を、引き続き生活支援コーディネーターに委託するなど地域の状況に応じた柔軟な形での開催を検討します。

実施にあたっては、地域住民を主体とする「サポーター」の活動や、介護予防に資する「通いの場」の運営に結び付けるため、より参加しやすい方法を検討します。また、社会福祉協議会で実施している様々なボランティア養成講座との関連付けを検討することで、より具体的なサポーター活動をイメージできるよう、修了者のサポーター活動を促進します。

(ロ) 桑名市介護支援ボランティア制度について

ボランティア活動に関心のある高齢者はもとより、あらゆる高齢者にボランティア登録を促しながら、ボランティア登録者数の増加を図ります。

また、ボランティアの活動の場が広がるよう、介護事業所等に登録を働きかけるとともに、現在登録している事業所においてはボランティアの受け入れを促していきます。こうしたことにより、高齢者の活躍の場を広げ、生きがいづくりや介護予防につなげていきます。

今後は、新たな受入機関の可能性についても検討していくとともに、活動場所や年齢層の拡大など、ボランティア活動の裾野の拡大（地域力の拡大）についても検討していきます。

ホ 一般介護予防事業評価事業

1) 現状

(イ) 地域生活応援会議の評価・分析について

一般介護予防事業を含めた介護予防・日常生活支援総合事業を効果的に実施していくため、地域生活応援会議における対象ケースのデータ等を集計・分析し、その結果を活用して市全域の課題整理を行いました。

(ロ) 桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

桑名市においては、「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」における事業を一般介護予防事業評価事業として位置づけて実施しています。

具体的には、在宅の高齢者のうち、①要支援１・２と認定された高齢者及び②一般高齢者を対象として、概ね３年で対象者を一巡するよう、郵送による記名式で、厚生労働省が提示した質問項目を参考とした調査票を用いて「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」を実施しました。

その結果については、基本チェックリスト等の指標に基づく生活機能の判定を内容とする「個人結果アドバイス表」を送付しています。

また、桑名市、地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会が事業を運営する基礎資料、あるいは、民生委員、食生活改善推進員、健康推進員、地区社会福祉協議会、自治会、老人クラブ等が地域で活動を展開する参考資料となるよう、データを日常生活圏域別に集計した報告書を公表しています。加えて、一定のリスクを抱える高齢者に対する個別訪問の対象者抽出に活用しています。

2) 課題

(イ) 地域生活応援会議の評価・分析について

・地域生活応援会議における対象ケースのデータを集計・分析した結果等を活用して市全域から、さらに各地域における課題の整理を行う必要があります。

(ロ) 桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

・桑名市、地域包括支援センター及び桑名市社会福祉協議会だけでなく、地域住民がさらに地域活動、地域づくりを展開するために有効活用される必要があります。

3) 第８期における方針

(イ) 地域生活応援会議の評価・分析について

一般介護予防事業を含めた介護予防・日常生活支援総合事業を効果的に実施していくため、引き続き、要支援認定者等を対象とした地域生活応援会議の対象ケースのデータをもとに評価・分析を行います。

なお、この評価・分析にあたっては、地域における課題整理のため、各圏域単位で実施している圏域会議等において実施することを検討します。

(ロ) 桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について

今後も、厚生労働省が提示した調査票「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を基礎として、2021（令和3）～2023(令和5)年度の3年で概ね対象者を一巡するよう、「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」を実施します。

また、調査結果については、引き続き一定のリスクを抱える高齢者に対する個別訪問の対象者抽出に活用していきます。加えて、各圏域単位で実施している圏域会議等において、地域活動、地域づくりの展開に向けてより有効に活用できるよう検討します。

へ 地域リハビリテーション活動支援事業

1) 現状

(イ) 健康・ケアアドバイザーの派遣について

地域住民を主体とする「通いの場」が継続的に運営されるよう、リハビリテーション専門職等が地域住民の主体性を阻害しない形で定期的に関与することは重要です。

このため、高齢者を始めとする地域住民に開放される「通いの場」を対象として、地域住民を主体として運営された実績に応じ、リハビリテーション専門職等を「健康・ケアアドバイザー」として派遣しています。

(ロ) 高齢者リハビリテーション研修会の開催について

介護予防に資するサービスの提供及び在宅生活の可能性を高めるサービスの提供を実現するため、医療・介護専門職で高齢者リハビリテーションに関する知見を共有することは重要です。このため、医療・介護専門職団体と連携しながら、リハビリテーション専門職による介護支援専門員、訪問介護員等に対する高齢者リハビリテーション研修会を開催しました。

(ハ) 介護事業所における自立支援・重度化防止の取組支援について

2017（平成 29）年に公布された「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」に基づく高齢者の自立支援・重度化防止の取組推進の方針のほか、訪問介護・通所介護相当サービスの基準に自立支援・重度化防止に関する職員研修の実施すること、また、「地域生活応援会議」への参加、通所介護において高齢者をボランティアとして受け入れる制度を設けました。

2) 課題

(イ) 健康・ケアアドバイザーの派遣について

- ・健康・ケアアドバイザーの趣旨や内容が市民に理解されておらず、専門職の関与が必然的になると、地域住民の主体性が進まないことがあります。
- ・行政内部や地域包括支援センターからの派遣が大半であり、貴重な地域資源である地域の専門職の関与や連携が十分にはできていません。

(ロ) 高齢者リハビリテーション研修会の開催について

- ・医療・介護専門職間での高齢者リハビリテーションに関する知見について、集合型の研修では参加できる方が限られ、伝えられる内容にも限界があります。

(ハ) 介護事業所における自立支援・重度化防止の取組支援について

- ・自立支援・重度化防止の役割を PDCA サイクルによって推進する取組として、自立支援・重度化防止に関する職員研修の実施、「地域生活応援会議」への参加、通所介護において高齢者をボランティアとして受け入れる制度を設けましたが、成果としては十分ではありませんでした。
- ・自立支援・重度化防止の推進を事業所同士で連携し、外部専門職との関係性構築などによる方法で進めていく必要があります。

3) 第8期における方針

(イ) 健康・ケアアドバイザーの派遣について

健康・ケアアドバイザーは、「通いの場」が継続的に運営されるように、主体性を阻害しない形で定期的にリハビリテーション専門職等が関与することが主な目的になります。派遣する「通いの場」の特色や地区特性も踏まえ、個々にどういった支援が必要か、どのような方向性を目指していくのかを明確にした上で健康・ケアアドバイザーを派遣していきます。

なお、関与する健康・ケアアドバイザーは、市の定める一定の研修を受けたリハビリテーション専門職等で、市に登録を行います。また、関与する回数に関しては、地域住民の主体性を阻害しないよう設定します。

(ロ) 「事業所いきいきプログラム」について

介護事業所の自主的な資質向上のための研修会及び人材の定着を実現するため、現在の「高齢者リハビリテーション研修会」としては開催せず、より効果的な研修形態として、事業所同士で連携し、外部専門職との関係性構築などによる研修会「事業所いきいきプログラム」として実施します（194 頁参照）。

(ハ) 介護事業所における自立支援・重度化防止の取組支援について

介護事業所における自立支援・重度化防止の取組の円滑な実施を目指し、事業所同士で連携し、内外部含めた多職種の専門職が参加する取組を事業所で行えるよう、複数の事業所で専門職を伴い職員研修を行う取組を促進します。また通所型サービス A においては介護支援ボランティアの登録を促進する加算を設定します。

(2) 包括的支援事業

① 地域包括支援センター運営事業

イ 現状

1) 位置づけ

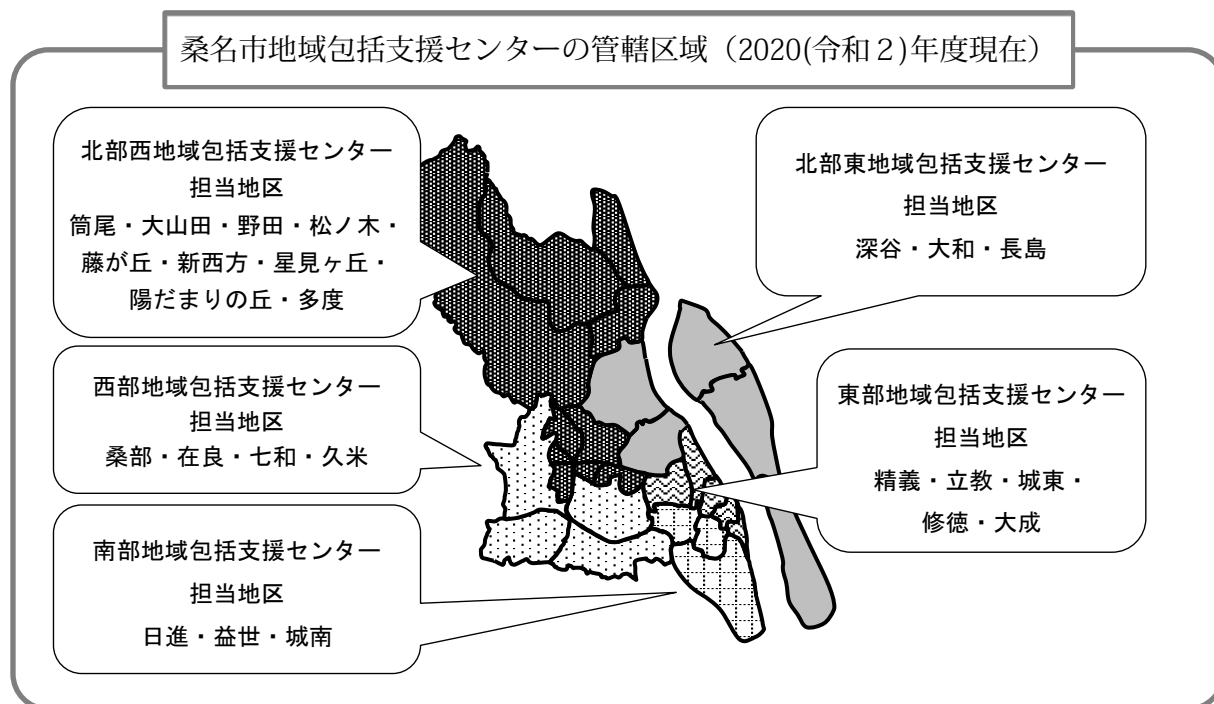
地域包括支援センターは、介護保険の保険者である桑名市の委託を受けて、「介護予防ケアマネジメント事業」及び「一般介護予防事業」のほか、「包括的支援事

業」、「任意事業」を実施する準公的機関として位置づけられ、地域包括ケアシステム構築にあたって重要な役割を担うことが期待されています。このことについて、様々な機会を通じて地域の関係者等へ周知を進めています。

また、地域共生社会の実現に向けて、地域包括支援センターのブランチを 2017（平成 29）年度から「福祉なんでも相談センター」と一体的に大山田コミュニティプラザ内で開設し、2020(令和 2)年度から「多度福祉なんでも相談センター」を多度すこやかセンター内に、「長島福祉なんでも相談センター」を長島デイサービスセンター内に開設し、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者等福祉分野の包括的な相談支援を行っています。

2) 管轄区域

65 歳以上、75 歳以上の人口が地域包括支援センターの管轄区域ごとに概ね平準化されるように設定しています。



3) 職員配置

高齢化の進展、相談件数の増加、8050 問題に代表される複合課題の増加等に伴う業務量の増加が懸念される中で、地域包括ケアシステム構築にあたって重要な役割を担う地域包括支援センターの機能強化を図ることが求められています。こうした中で、国の示す目安の高齢者人口からの標準の職員配置である、1つの地域包括支援センターに三職種（保健師又は看護師、社会福祉士、主任介護支援

専門員）と介護支援専門員を1チームとして、2チームを配置する等の機能強化を図っています。

図表 2-133 地域包括支援センターの現状（2020（令和2）年4月1日現在）

地域包括支援センター	担当エリア	高齢者人口 (75歳以上)
東 部	精義、立教、城東、修徳、大成	7,005人 (3,391人)
西 部	桑部、在良、七和、久米	7,737人 (3,971人)
南 部	日進、益世、城南	5,976人 (3,244人)
北部西	筒尾、大山田、野田、松ノ木、藤が丘、新西方、星見ヶ丘、陽だまりの丘、多度 ※大山田コミュニティプラザ内の「福祉なんでも相談センター」にサテライト型地域包括支援センターを設置	9,699人 (4,139人)
北部東	深谷、大和、長島	6,914人 (3,642人)
市介護予防支援室（基幹型）	市内全域を対象 （各地域包括支援センターの後方支援、地域支援事業の企画・関係団体との調整等）	—

4) 事業運営方針

地域包括支援センターが、「マネジメント」機能を十分に発揮できるよう、毎年度、次に掲げる事項を重点に置いた地域包括支援センター事業運営方針を提示しています。

1. 地域包括支援センターの位置付けに関する自覚の徹底
2. 高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントのための「チームプレー」の励行
3. 介護予防や日常生活支援に資する地域づくりの推進のための「プレーヤー」から「マネージャー」への転換

5) 実績の評価及び情報の公表

地域包括支援センター事業運営方針で提示した具体的な方針に基づき、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」において、毎年度、一次評価としてプレゼンテーションの手法を用いて地域包括支援センターの実績評価を行っています。また、これと併せて二次評価として、地域包括支援センターの体制及び事業実績

に基づき、自己評価、ヒアリング等をもとに総体的な実績評価を行っています。

これらの評価をもとに、地域包括支援センターの取組を改善・見直しすること等により PDCA サイクルを循環させ、地域包括支援センターの機能向上等を図っていきます。

ロ 課題

- ・ 人員確保が十分でなく、地域包括支援センターによっては職員の配置数に不足が生じています。
- ・ 8050 問題など複合課題のケースの対応から、まちづくりに至る業務まで幅広い業務範囲が地域包括支援センターの負担となっています。
- ・ 毎年度提示している地域包括支援センター事業運営方針が、各職員に十分浸透していない懸念があります。
- ・ 一次評価（外部評価）、二次評価(内部評価)を毎年度実施することが、時間的に負担となっており、適切な評価のもと、各事業所の長所・短所をフィードバックして、事業内容を高めることが十分にできていません。

ハ 第8期における方針

地域包括支援センターの位置づけが、地域の関係者の中で十分に共通理解がされるよう更なる地域活動及び周知を図っていきます。また、増加する複合課題のケースに的確に対応できるよう、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者等福祉分野の包括的な相談支援を実施する「福祉なんでも相談センター」や関係機関との連携を強化し、地域共生社会の実現に向けた相談支援の仕組みづくりを推進します。

地域包括ケアシステム構築にあたって重要な役割を担う地域包括支援センターの機能が十分に発揮できるよう、地域包括支援センターの機能強化・充実を図るために、規定の職種以外の地域包括支援相談員、なんでも相談の相談員、生活支援コーディネーター等を地域包括支援センターに一体的に業務が行えるよう、配置をするとともに、高齢者人口の増減を見据えて、ブランチ型を含めた地域包括支援センターの設置体系や職員数の配置基準について可能な範囲で柔軟に変更することで、地域包括支援センターの負担軽減及び地域共生社会に向けた相談体制の機能強化を図っていきます。

今後も、地域包括支援センター事業運営方針を毎年度提示し、桑名市の方針を明

確化するとともに、地域包括支援センターに対してのマネジメント（管理）機能を十分に発揮できるように担保していきます。また、地域包括支援センター職員における職種等に応じた部会においても、地域包括支援センター事業運営方針を拠り所として、それぞれの事業運営について実務者レベルでの規範的統合が図られるようにしながら協議を推進していきます。

実績評価及び公表については、当面、従来どおり、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会におけるプレゼンテーション手法で実施していきますが、評価の結果が十分にフィードバックされ、各事業所の活動に活かせるような評価手法を検討していきます。

② 総合相談支援事業

イ 現状

地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口として、個別ケースの相談対応、認知症を始めとする、まちづくりに関わること、地域の介護支援専門員への支援など幅広い業務を範囲としています。さらに、8050 問題など複合的な課題への相談も増加しており、人員配置を強化して対応しています。

また、支援を必要とする高齢者を早期に発見して、適切に支援することを目的として、「地域共生社会に向けた地域見守り協力事業」を実施し、民間事業者等の協力のもと高齢者、障害者、子ども、子育て家庭などにおける何らかの異変に気付いたときには桑名市に通報してもらえるよう民間事業者等と協定を締結しています。

ロ 課題

- ・複合課題のケースの対応から、まちづくりに至る業務まで幅広い業務範囲が地域包括支援センターの負担となっています。
- ・人員確保が十分でなく、地域包括支援センターによっては、職員の配置数に不足が生じています。
- ・協定の締結を行った事業者に、認知症に関する理解をより深めてもらう必要があります。
- ・2017（平成 29）年度から大山田地区、2020（令和 2）年度から多度地区及び長島地区に「福祉なんでも相談センター」を開設し、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者等福祉分野の包括的な相談支援を行っていますが、実績を評価した上で包

括的な相談支援体制のあり方を検討する必要があります。

ハ 第8期における方針

地域包括支援センターの規定の職種以外の地域包括支援相談員、福祉なんでも相談担当職員、生活支援コーディネーター等を地域包括支援センターに配置をすることで、地域包括支援センターの負担軽減及び地域共生社会に向けた相談体制の機能強化を図っていきます。

また、「福祉なんでも相談センター」の実績を評価した上で、包括的な相談支援体制のあり方を検討し、地域共生社会の実現に向けた仕組みづくりを推進します。

さらに、地域共生社会の実現に向けて、「地域共生社会に向けた地域見守り協力事業」の協力機関拡大を推進することで、民間事業者等の協力を得ながら、公民連携による地域における見守りのネットワークのさらなる充実を図ります。

③ 権利擁護事業

イ 現状

高齢者虐待を防止するためには、地域の関係者で相互に連携して対応することが重要であり、2008（平成20）年度以降、地域の関係者の参画を得て、高齢者虐待に関する事例検討を内容とする「桑名市高齢者虐待防止ネットワーク委員会」を定期的に開催しています。

さらに、介護支援専門員、介護職等、関係機関を対象に「高齢者虐待防止研修会」を開催するとともに、地域に向けては運営推進会議や地域の集まりの場等において「虐待気づきシート」等を活用し、周知・啓発を行っています。

早期に課題を把握するため、「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」を活用したアウトリーチ訪問を行っています。

このほか、日常生活自立支援事業（桑員日常生活自立支援センター：桑名市社会福祉協議会）の実施、弁護士、司法書士等の法律専門職と福祉専門職の参加を得て研修会の定期開催等を行っています。

桑名市では、成年後見制度の利用促進として、2007（平成19）年度以降、成年後見センター・リーガルサポート三重支部に所属する司法書士の協力を得て、成年後見制度に関する相談会を定期的に開催しています。

ロ 課題

- ・「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、早期発見・早期対応のさらなる推進、困難事例等に対する職員のスキルアップ、さらに関係機関との連携の充実等が図られる必要があります。
- ・「高齢者虐待防止研修会」については、参加者が固定化しており、周知が十分に行き届いていない状況です。
- ・複合課題への対応については、8050 問題など、高齢者の家族に課題（障害・医療・困窮等）がある事例が増えていますが、家族に自覚や同意がないため、他機関へのつなぎ・介入・連携ができず、地域包括支援センターでの対応を継続している状況があります。課題に応じて、更なる支援の連携・協働を行う必要があります。
- ・虐待・社会的孤立者等については、関わり始めてから制度につながるまでの時間がかかる事例が少なくありません。また、課題（障害・医療・困窮等）に応じて、分野を超えての連携・支援が必要ですが、立場や制度の壁があり、スムーズな対応が難しいことがあります。
- ・独居世帯や認知症高齢者等の増加に伴い、弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職による後見人以外にも、地域の実情に精通し、市民目線での対応が期待できる市民後見人を充実し、そのフォローを行っていくとともに、市民や関係者に成年後見制度の理解を促進していくことが、さらに必要になります。

ハ 第8期における方針

高齢者虐待への対応については法律に基づき速やかに適切な対応をとれるよう、問題が複雑化（困難事例化）してから対応をするのではなく、一定のリスクを抱える高齢者について、可能な限り早期に把握し、問題の複雑化（困難事例化）を予防するために、引き続きニーズ調査等を活用したアウトリーチ訪問を行います。

権利擁護・高齢者虐待に関する周知・啓発については、関係機関や地域等、対象に合わせた周知方法及びツールの作成について検討を行っていきます。

8050 問題など、複合課題事例については、地域包括支援センターの役割を超えた対応も少なくありません。さらに、関係機関と連携した上での対応が重要であるため、各種会議において顔の見える有効的な関係づくりを行っていきます。

また、地域包括支援センターは、「福祉なんでも相談センター」の役割が今後、地

域共生社会に向けた、重層的支援体制を構築し、「社会的孤立者等」が制度につながるまでの伴走支援・社会的孤立者等の「地域への参加」等への推進に取り組む際には連携・協力をしていきます。

また、障害・医療・困窮等の関係機関と共に、立場や制度の垣根を超えた共通認識が進むよう、地域支援調整会議等を通じて関係づくりを行っていきます。

また、成年後見制度や ACP（Advance Care Planning：人生会議）^{（注 18）} 等権利擁護に関する支援制度の周知も引き続き行っていき、事例や社会資源を発掘し「見える化」を図ることで共有し、地域包括支援センター職員の資質向上を図ります。

注18 将来の変化に備え、将来の医療及び介護について、本人を主体に、その家族や近い人、医療関係者・介護関係者が、繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

イ 現状

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしが続けられるよう、各種専門職の協力を得て行う「地域ケア会議」（158頁「⑤地域ケア会議推進事業」参照）を活用し、地域の介護支援専門員を支援しています。

地域の介護支援専門員に対し、各種研修等により、地域資源の「見える化」を図ったり、情報交換を行える機会を設けています。

また、支援困難事例を抱える地域の介護支援専門員に対し、地域の関係者・各種専門職などの協力を得ながら、指導・助言など後方支援を行っています。

ロ 課題

- ・多職種協働によるケアマネジメント支援の機会である「地域ケア会議」に、参加する介護支援専門員とそうでない介護支援専門員ではケアマネジメント力の差の一要因になっています。
- ・コロナ禍での研修等の機会が減少しており、地域の介護支援専門員の声を直接聞く機会が減っています。
- ・支援困難事例の後方支援を各種専門職や地域の関係者と行っていますが、支援困難な事例が増加しています。

ハ 第8期における方針

より多くの介護支援専門員が「地域ケア会議」に参加できる機会を得られるよう、

「地域ケア会議」のあり方をより良いものに改善していきます。

コロナ禍でも介護支援専門員の声を聞けるよう、研修会の手法などを工夫していきます。

支援困難な事例が増加していますが、地域の介護支援専門員が、一人で抱え込むことがないよう、多職種で協力して支援にあたります。

⑤ 地域ケア会議推進事業

桑名市では、地域ケア会議の一類型として「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」を位置づけるとともに、次に掲げる会議を地域ケア会議として位置づけています。

1. 地域支援調整会議
2. 地域生活応援会議・ケアプラン点検
3. 圏域会議

イ 地域支援調整会議

1) 現状

地域の高齢者世帯における困難事例の解決のため、地域包括支援センターが桑名市と連携して、地域支援調整会議を開催しています。

高齢者虐待、成年後見制度利用、経済的困窮等の困難事例対応に際して適宜開催しており、多職種が連携し、高齢者世帯の困難事例の解決に努めました。

2) 課題

- ・8050 問題をはじめ高齢者施策だけでは、解決できない複合化した課題が増えています。
- ・困難事例の解決に向けて関係者が多職種協働で検討し、早期に対処することは重要であり、今後も必要に応じて開催していく必要があります。

3) 第8期における方針

高齢者虐待、多重債務、多分野・多問題等の支援が困難な事例に適切に対応するため、引き続き、市又は地域包括支援センターの主催により適宜開催します。開催にあたっては、高齢者施策に係る支援者、支援機関以外にも、関係機関や関係者に出席を広く呼びかけ、情報共有とより良い支援方針を協議する場とします。

また、増加している複合化した事例の会議を「共生型地域支援調整会議」と位

置付けて整理し、ケースの状態像や支援の目的を共有することで、支援対応力の向上を目指します。

ロ 地域生活応援会議・ケアプラン点検

1) 現状

新規に要支援又は基本チェックリスト該当と判定された高齢者を対象に多職種協働による介護予防に資するケアマネジメントを実践するための地域ケア会議である地域生活応援会議を 2014（平成 26）年 10 月から開催しています。

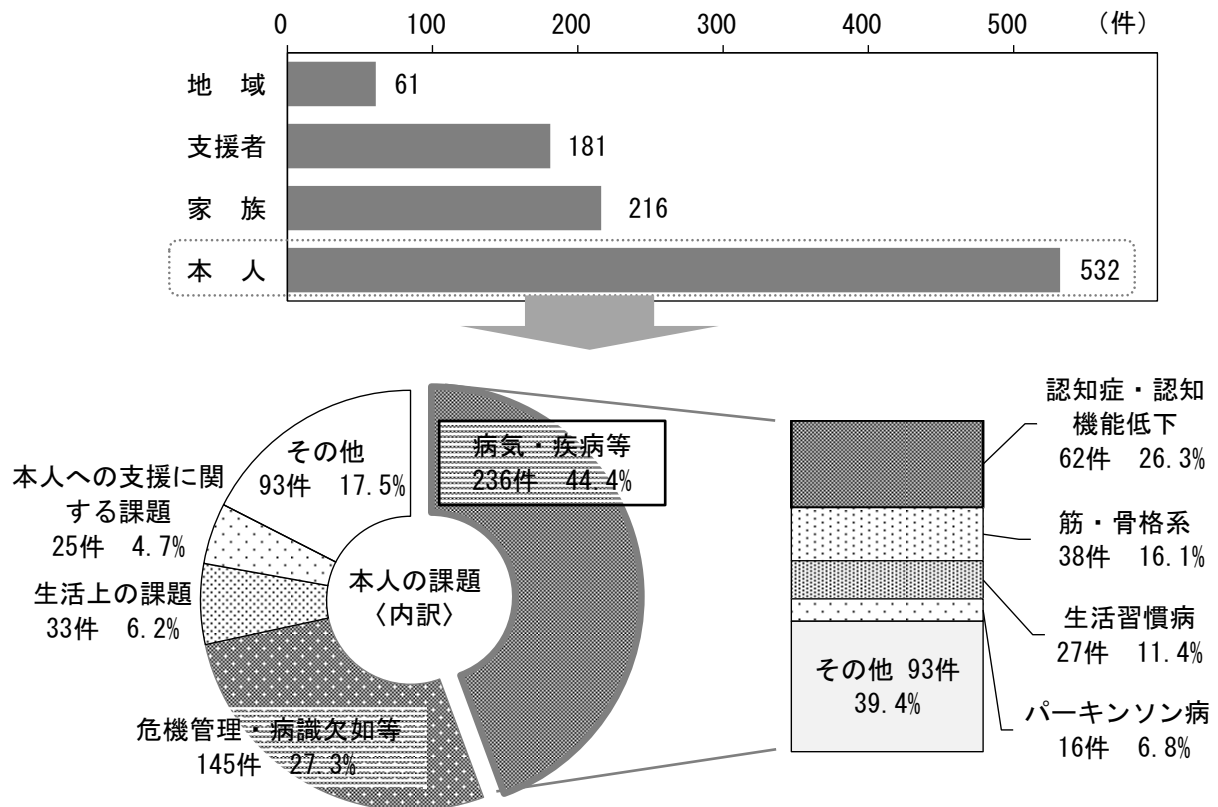
この会議の趣旨は、介護保険の基本理念である高齢者の自立支援を「机上の空論」から「現場の実践」へ転換することと、高齢者の自立支援に向けたマネジメントを「個人プレー」から「チームプレー」へ転換していくことであり、ケアマネジメントの資質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくりなどの政策形成につながる重要な会議となっています。

2019（平成 31）年 3 月から「ケアプラン点検」の手法により、介護給付適正化事業と一体的に要介護認定者に関するケアマネジメント支援を実施しています。ケアマネジャー、地域包括支援センター職員及び三重県介護支援専門員協会桑員支部の主任ケアマネジャーによるワーキングにより、ケアマネジャーの「気づき」を促し、お互いの資質向上をめざす会議となっています。

(検討事例の課題の内訳)

2017（平成 29）年～2019（令和元）年の 2 か年に検討した事例の課題を集計・分析しました。

図表 2－134 地域生活応援会議における検討事例の課題の内訳（2019（令和元）年度）
（対象 336 ケース：1 ケースにつき、複数課題あり）



2) 課題

- ・地域生活応援会議に出席したことがある居宅介護支援事業所の介護支援専門員は限定的であり、会議の主旨である多職種協働によるケアマネジメント支援を受けられないことが、ケアマネジメント力の差の一要因になっています。
- ・A型地域生活応援会議での地域包括支援センターごとの助言数にばらつきがあり、地域包括支援センター職員のケアマネジャーに対する助言・指導経験に差があることがわかりました。
- ・検討事例の課題として「認知症・認知機能の低下」が増加しており、専門職だけでなく、地域共生・地域協働支援の必要なケースが増加しています。

3) 第8期における方針

地域生活応援会議を引き続き開催し、介護予防に資するサービスの提供及び在宅生活の可能性を高めるサービスの提供を実現するための多職種協働によるケアマネジメントを実践していきます。その中で、地域生活応援会議の意義や効果について「見える化」を行うことにより、さらなる高齢者の自立支援の推進に取り組めます。

また、地域生活応援会議において個別ケースの課題分析の積み重ねにより地域課題を抽出した上で、地域に必要な資源開発や地域づくりなどの政策形成につなげていく流れを明確にしていくために、圏域会議などを有効に活用できるような方策を検討します。

さらに、「2) 課題」を解決するために、次の3点を重点的に取り組めます。

(イ) ケアマネジメント支援の充実

要支援者に対しては地域包括支援センターのケアマネジャーに対する助言・指導力の向上を図るため、地域包括支援センター主催による、出席者を絞ったB型地域生活応援会議をさらに充実させます。また、要介護者に対しては、ケアプラン点検をさらに充実させます。

さらに、アセスメント支援として、訪問型サービスC(短期集中予防サービス)の「いきいき訪問」の活用を検討します。

(ロ) 認知症・認知機能低下の課題ケースに対する対応力向上

アセスメントの困難さ等から、会議資料からは状態像等が読み取りにくいケースが多いため、認知症が主たる自立の阻害要因とされる場合は、A型地域生活応援会議の対象外とすることを検討します。

会議対象外となったケースについては、リハビリテーション専門職による訪問型サービスC(短期集中予防サービス)の「いきいき訪問」を活用したアセスメント支援を検討します。

また、各地域包括支援センターの認知症初期集中支援チームによるフォロー体制を充実するとともに、ケースの分析等を行い、認知症に対する支援体制の充実をめざします。

さらに、既に各地域包括支援センターで行っている地域支援調整会議を分類する目的で、認知症関連の会議等を「認知症型地域支援調整会議」として位置づけて整理するとともに、ケースの状態像や支援の目的を共有することで、地域共生の意識、地域との協働意識向上をめざします。

(ハ) その他

会議運営の効率化を図る観点から、個別ケースの会議の回数削減をします。

ハ 圏域会議

1) 現状

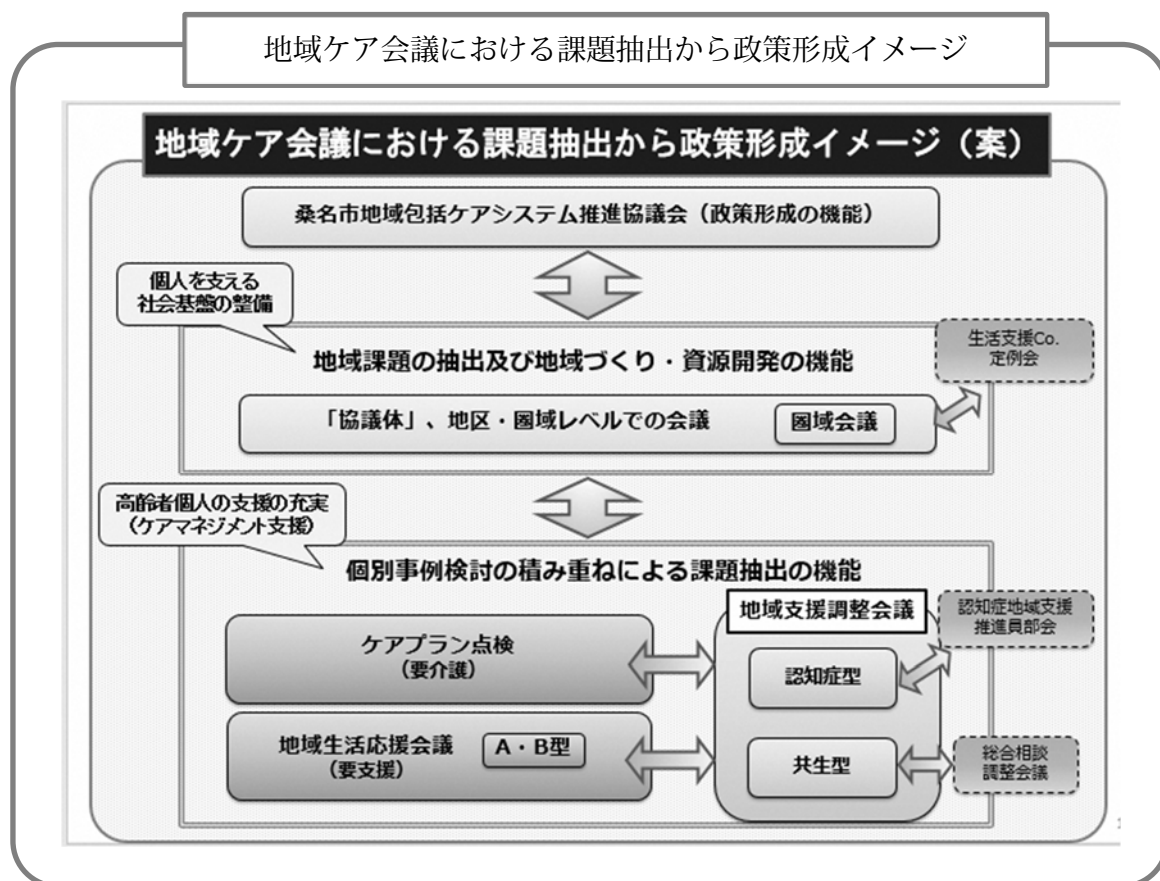
各圏域単位で生活支援コーディネーターが中心となり、地域包括支援センター、保健医療課などが参加し、地域活動の情報共有から、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発などに向けた取り組みを行っています。

2) 課題

各圏域で、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発などに向けた取り組み状況にばらつきがみられます。生活支援コーディネーターが中心となり、地域包括支援センター、保健医療課などが参加し、地域活動の情報共有から、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発などに向けた話し合いを行っています。

3) 第8期における方針

全ての圏域において、地域課題の分析・抽出、地域づくり・資源開発などに向けた取り組みの充実を図ります。さらに、地域の関係者等を必要に応じてメンバーに加えることにより、「圏域会議」から「協議体」へ発展することを推進します（178 頁参照）。



⑥ 在宅医療・介護連携推進事業

少子高齢化社会に対応して「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への構造的な転換が重要であり、在宅介護と連携した在宅医療を推進することが求められているのは言うまでもありません。このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、医師会等と連携しながら、地域の関係機関との連携体制の構築を図る必要があります。

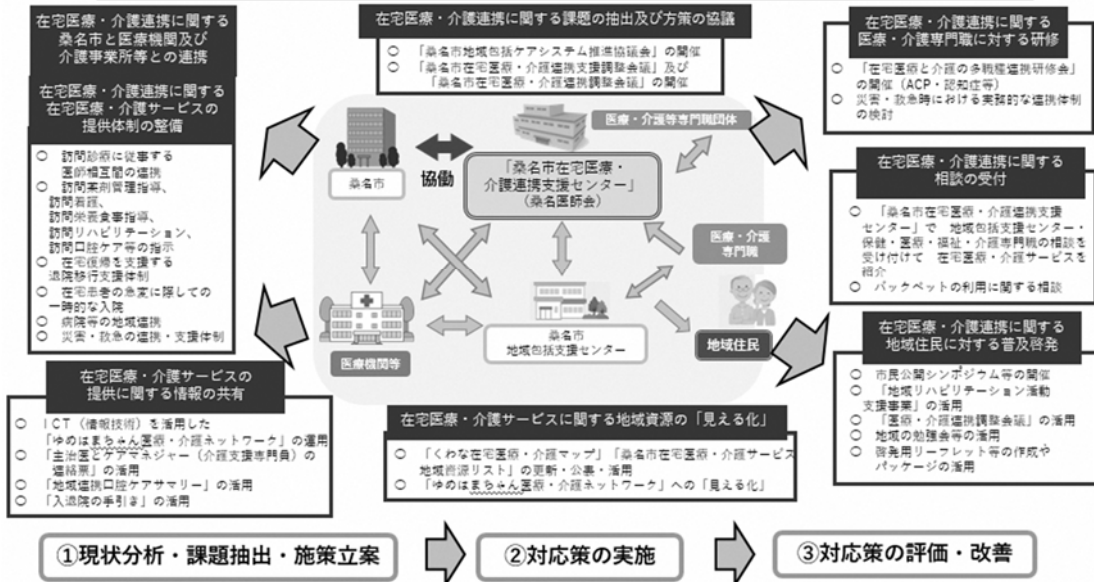
こうしたことを踏まえて、桑名市では、2015（平成 27）年度から、「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。

特に、認知症の方も住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう、医療と介護が連携していくこと、自分らしい終末期を迎えるにあたり、ACP（Advance Care Planning：人生会議）への意識の醸成など、今までにも取り組んできた施策や事業を含みながら、さらに取り組みを充実させていきます。

また、近年の感染症・災害時の対策などにおいても、医療・介護専門職との情報共有が図れるよう、様々な専門職が必要な情報にアクセスしやすい環境づくりを心がけていきます。

第8期 「在宅医療・介護連携推進事業」イメージ図

桑名市における「在宅医療・介護連携推進事業」



なお、第8期における事業・施策推進においては、介護保険法施行規則改正イメージをもとに、桑名市の進めるべき方向に合わせた形で PDCA サイクルに沿った取組として進められるように修正しています。

介護保険法施行規則改正「在宅医療・介護連携推進事業」 8つの事業項目見直しイメージ図

図4 8つの事業項目の見直しイメージ（介護保険法施行規則改正イメージ）



1) 在宅医療・介護サービスに関する地域資源の「見える化」

(イ) 現状

在宅医療・介護連携を推進する環境を整備するため、在宅医療・介護サービスに関する地域資源の「見える化」を図ることは、重要です。

そこで、市内関係機関の協力により、市民向けに医療機関・介護事業所等の一覧と地図上の位置を掲載した、「くわな在宅医療・介護マップ」を作成し、ホームページで公表しました。

また、医療・介護専門職向けに、在宅医療と介護に関する詳細な情報を掲載した「桑名市在宅医療・介護サービス地域資源リスト」を作成し、関係機関に配布するとともに、ICTを活用した情報共有システム「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」に掲載を行いました。なお、その後は、関係機関に追加・修正等についての確認を行い、情報を更新しています。

(ロ) 課題

- ・「くわな在宅医療・介護マップ」及び「桑名市在宅医療・介護サービス地域資源リスト」については、関係者の意見や活用状況を反映し、掲載内容がより利用価値の高いものになるよう整理する必要があります。
- ・「くわな在宅医療・介護マップ」については、ホームページだけの掲載では市民の利便性が低いことから、その他の公表の仕方も検討する必要があります。

(ハ) 第8期における方針

関係者の意見や活用状況を把握し、市民向けの「くわな在宅医療・介護マップ」と、関係者向けの「桑名市在宅医療・介護サービス地域資源リスト」に反映させながら情報の更新を行います。

また、「くわな在宅医療・介護マップ」については、市民への周知を図るとともに、より活用しやすいものとなるよう公表の方法を検討します。

2) 在宅医療・介護連携に関する課題の抽出及びその解決のための方策の協議

(イ) 現状

「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」のほか、在宅医療・介護連携に関する実務に従事する医療・介護専門職団体の代表等によって構成される「桑名市在宅医療・介護連携推進協議会」及び「桑名市在宅医療・介護連携調整会議」において課題抽出と進捗状況の報告を行っています。

(ロ) 課題

・各職種別のヒアリングの時期が定まっていないため、抽出した課題を計画に反映できない部分があります。また、事業の目的と課題について、関係者間で十分に共有できていない部分があります。

(ハ) 第8期における方針

各職種別のヒアリングから抽出した課題を、事業計画に反映できるよう、計画的にヒアリングを実施していきます。

「桑名市在宅医療・介護連携推進協議会」及び「桑名市在宅医療・介護連携調整会議」にて協議を行い、在宅医療・介護連携を推進します。

また、これら会議での協議を踏まえて、在宅医療・介護連携事業の目標設定と計画立案を行います。

ロ 対応策の実施

1) 在宅医療・介護連携に関する地域住民に対する普及啓発

(イ) 現状

在宅での看取りなど在宅介護と連携した在宅医療が推進されるよう、地域住民に対する普及啓発を図るため、「桑名市在宅医療・介護連携調整会議」の委員と協働して、各年度における重点項目に沿ったテーマで、寸劇、パネルディスカッション、講習会、講演会等を開催しています。

また、地域包括支援センターで開催するイベントに参加し、啓発を行うとともに、「くわな在宅医療・介護マップ」、広報くわな、桑名市ホームページ、リーフレットにおいて、啓発を行っています。

(ロ) 課題

- ・在宅で看取りができる在宅医療や介護サービスの制度についての認知度が低いと考えられるため、継続して周知を行う必要があります。
- ・「もしもの時」に備えて、元気なときからACPを考えるきっかけづくりと啓発を、より広い年齢層に行う必要があります。

(ハ) 第8期における方針

桑名市と「桑名市在宅医療・介護連携支援センター」が行っている在宅医療・介護連携事業の取組状況等を紹介し、市民に在宅医療・介護について知ってもらうとともに、在宅医療・介護への理解促進を図っていきます。

関心の低い人にも「もしもの時」のことを考えてもらうため、地域の小さな単位の集まりへ出向き啓発を行います。また、リーフレット等を作成し、在宅医療を受ける選択ができることについて周知を図ります。

2) 在宅医療・介護連携に関する医療・介護専門職に対する研修

(イ) 現状

「桑名市在宅医療・介護連携支援センター」及び「在宅医療・介護連携調整会議」の委員と桑名市が協働して、「在宅医療と介護の多職種連携研修会」を開催しています。テーマにより、病院等と合同で開催し、多職種間での更なる連携の拡大と強化を図っています。

また、市内在職のリハビリテーション専門職との合同研修会を開催し、リハビリテーションに関する業務の現状と課題の共有を行っています。

さらに、医療・介護専門職の資質向上を目指し、ACPについての研修会を開催するとともに、医療・介護専門職に認知症対応についての理解を深めてもらうため、認知症をテーマに多職種での研修も行っています。

(ロ) 課題

- ・医療・介護従事者の更なる資質向上が必要であり、認知症、看取り、複合課題等の事例を用いた研修会等の実施を検討する必要があります。
- ・研修会に出席していない医療・介護専門職への働きかけを検討する必要があります。

- ・新型コロナウイルス等の感染拡大を予防するための「新しい生活様式」に対応した研修方法を検討していく必要があります。

(ハ) 第8期における方針

医療・介護専門職を対象として各専門職のスキルアップを目指した多職種連携研修会を開催するとともに、必要に応じて、病院との合同開催等を継続して行っていきます。

また、「新しい生活様式」の中でも、医療・介護専門職がより安全に研修会に参加できるよう、オンラインでの研修を取り入れていきます。

3) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付

(イ) 現状

個々の事例について、在宅医療・介護連携を推進するためには、地域包括支援センターで地域住民の相談を受け付けて在宅医療・介護サービスを紹介することに加えて、地域包括支援センター、医療機関、介護事業所等の保健・医療・福祉・介護専門職からの相談を受け付けて在宅医療・介護サービスを紹介することも重要です。

そこで、2015（平成 27）年度から、「桑名市在宅医療・介護連携支援センター」において、医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、必要に応じて情報提供と支援を行っています。

バックベッド（在宅患者用の緊急入院に備えた病床のことをいう。）の利用について、要請があった場合に対応しています。

(ロ) 課題

- ・医療・介護連携の拠点として、在宅医療・介護関係者からの相談に適切に対応し、より、相談しやすい方法について検討していく必要があります。

(ハ) 第8期における方針

「桑名市在宅医療・介護連携支援センター」において、在宅医療・介護連携の拠点として、医療・介護関係者からの相談に対応するとともに、相談内容から見えてきた課題を分析し、事業計画へ反映していきます。

また、医療・介護関係者がより相談しやすくなるよう相談方法についても検討していきます。

4) 在宅医療・介護サービスの提供に関する情報の共有

(イ) 現状

医療・介護専門職の ICT を活用した情報共有システム「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」を運用しています。行政、他の自治体との連携についてもルール整備を行い、周知を図りました。

また、医療機関と在宅支援の関係者間の情報共有を円滑に進め、切れ目のないケアを提供できる支援体制を構築するため、「入退院の手引き」を作成し活用をしています。さらに、紙媒体での情報共有様式「主治医とケアマネの連絡票」と「地域連携口腔ケアサマリー」があります。

新型コロナウイルス感染症に関する情報など、医療・介護関係者に必要な情報を多く掲載しています。

(ロ) 課題

- ・市内には登録していない医療機関・介護事業所があるため、行政や医師会からの情報を周知するための十分な手段となっていません。
- ・近隣自治体との情報連携に互換性がない場合があります。

(ハ) 第8期における方針

情報共有ツールの活用等を通じた医療・介護専門職相互の情報共有を目指し、「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」の運用ルールの整備や操作方法・活用方法について勉強会を開催し、多職種連携での活用を図ります。

また、他自治体との情報連携及び診療報酬に結びつけた活用を行うため、国や三重県に支援を求めています。

また、引き続き、新型コロナウイルス感染症に関する情報などを、医療・介護関係者がアクセスしやすい形で掲載していきます。

5) 市・医療機関・介護事業所等との連携及び在宅医療・介護サービスの提供体制の整備

(イ) 現状

在宅医療・介護連携を推進する環境を整備するため、在宅患者の急変に際しての一時的な入院を確保することは重要です。

これを踏まえて、在宅患者の急変に際しての一時的な入院を受け入れる病院及び有床診療所の病床を確保しています。

(ロ) 課題

- ・認知症の人への入退院時の支援が十分に行えていません。
- ・災害や救急時の支援体制を整備する必要があります。

(ハ) 第8期における方針

認知症の人が安心して住み慣れた地域で生活できるよう、認知症がある方の入退院支援についても検討していきます。

また、災害時や救急時での多職種連携による支援体制を、関係各所と協議しながら整備していきます。

ハ 対応策の評価・改善

1) 在宅医療・介護連携推進に関する課題の抽出及びその解決のための方策の協議

(イ) 現状

「桑名市在宅医療・介護連携推進協議会」及び「桑名市在宅医療・介護連携調整会議」にて、事業推進の方策や課題に対する対応策についての協議・検討を行っています。

在宅医療・介護連携支援事業の推進における取組が、地域住民や医療・介護関係者等の期待に応えるものとなるよう、目標の設定を行い、関係者と共有しています。また、事業の計画立案においては、PDCA サイクルを取り入れ、「指標」を用いた評価と検証を継続的に行い、必要に応じて改善を行っています。

(ロ) 課題

- ・医療・介護関係者等が一体となって体制構築を行うためには、目標と課題の

共有、評価と検証が必要不可欠です。さらに多くの関係者に目標と課題の共有を行い、評価・検証についても丁寧に行う必要があります。

(ハ) 第8期における方針

在宅医療・介護連携推進事業を効果的かつ効率的に推進するための計画立案のプロセスとして、事業の目標を持ち、PDCA サイクルを取り入れて評価・検証するため、提供体制・活動・連携状況などにおける指標を設定して、定点観測を行っていくほか、現状と目標との差を「見える化」し、関係者で共有する方法を検討します。なお、指標には次のデータ等の活用を検討します。

1. 要介護・要支援認定に関するデータ
2. 介護給付及び予防給付に関するデータ
3. 「桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査『いきいき・くわな』」に基づくデータ
4. 後期高齢者医療及び国民健康保険のレセプト
5. ヒアリングやアンケート調査結果

⑦ 生活支援体制整備事業

高齢になっても、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けるためには、医療や介護のほか、日常生活支援を必要とすることも少なくありません。しかし、近年、高齢者単身世帯や高齢夫婦世帯の増加、家族関係の希薄化を背景に、家族支援に頼ることが困難になってきており、地域住民相互の支え合いや民間サービス等を含む様々な支援の手段や方法が求められています。

桑名市では、「益世地区」「精義地区」において、日常の困りごとを助け合う活動が地域内で展開されており、市内外からモデル的な活動として注目されています。この活動の影響は、市内の各地域において、ゴミ出し支援をはじめとする、様々な地域の助け合いの活動や、地域の課題を地域で解決していく地域力の向上につながりつつあります。

このように、高齢者の社会参加は、地域における支援の担い手となって社会的役割を得るだけでなく、高齢者自身の生活に対する意欲を高め、自らの介護予防にも効果があります。

「益世地区」「精義地区」の取組



益世地区（益世支え“愛”の会）

- ・定例会（月 1 回）

- ・随時活動

【安心・見守り】…救急キット等

【お手伝い・お助け】…生活支援

【ふれあい・交流】…サロン



精義地区（精義おたすけ隊）

- ・定例会（月 1 回）

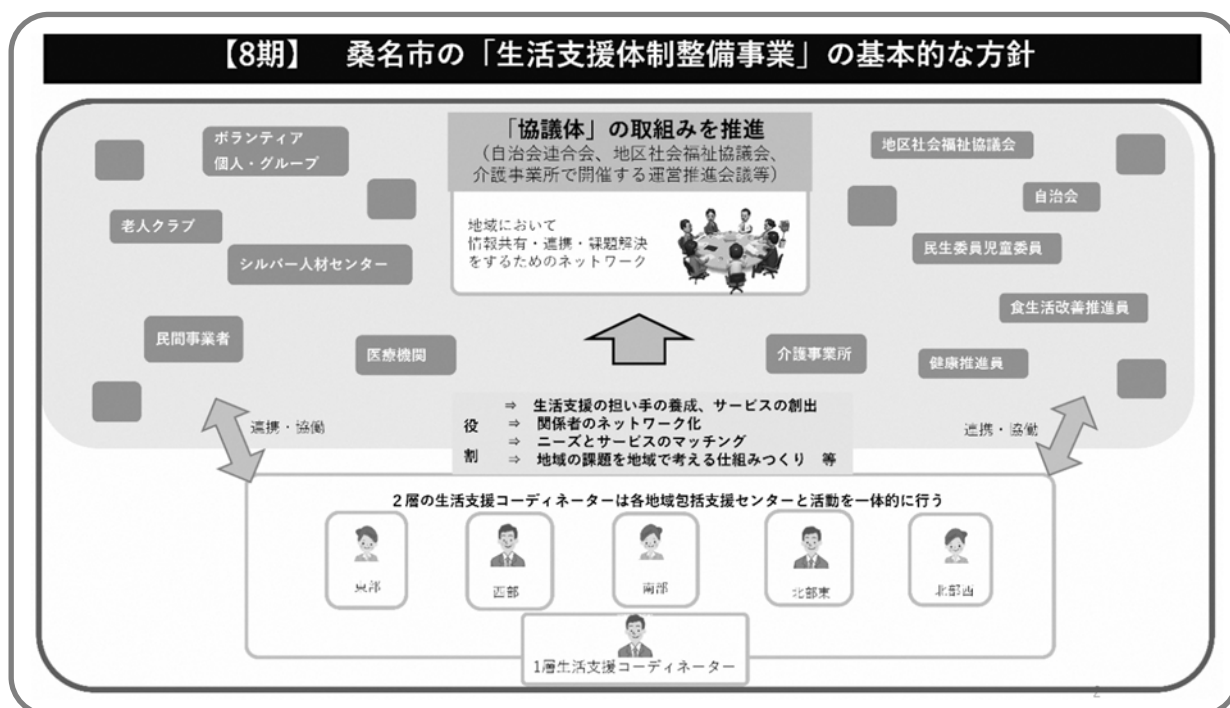
- ・随時活動

生活支援ボランティア

認知症声掛け訓練

そこで、桑名市においては、2015（平成 27）年度から「生活支援体制整備事業」を実施し、多様な日常生活上の支援体制の強化及び高齢者の社会参加の推進に取り組んでいます。

さらに、近年、8050問題や社会的孤立など地域における課題や困りごとの「困難化」「複雑化」が相談機関や支援者につながるまでに、距離が遠くなってきています。公的な支援の制度につながるまでのインフォーマルな支援や支援の手段の創出など、生活支援コーディネーターに期待される役割は大きくなっています。



イ 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

1) 現状

高齢者を始めとする生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者である「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」（以下、「生活支援コーディネーター」といいます。）については、桑名市社会福祉協議会に委託し、2015（平成 27）年度から市全体を区域とする第 1 層で統括的な生活支援コーディネーターを配置しました。

また、日常生活圏域に相当する第 2 層でそれぞれの地域包括支援センターの管轄区域を担当する「生活支援コーディネーター」を配置し、桑名市、地域包括支援センターと相互の連携を確保しています。

さらに、地域住民を主体とした「サポーター」「通いの場」について「見える化」・創出に取り組み、相互のネットワークを醸成するため、第 1 層の生活支援コーディネーターとして 1 人、第 2 層の生活支援コーディネーターとして 5 人を配置しています。

2) 課題

- ・第 1 層、第 2 層ともに計画どおりの人数の「生活支援コーディネーター」が配

置されていますが、コーディネーターの変更が多く、地域に根差した活動ができていないところがあります。

- ・国の「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」等にも示されている「生活支援コーディネーター」の役割（①生活支援の担い手の養成、サービスの開発、②関係者のネットワーク化、③ニーズとサービスのマッチング等）については、第2層の生活支援コーディネーターが連携しながら取り組んでいましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、活動が十分ではありません。

3) 第8期における方針

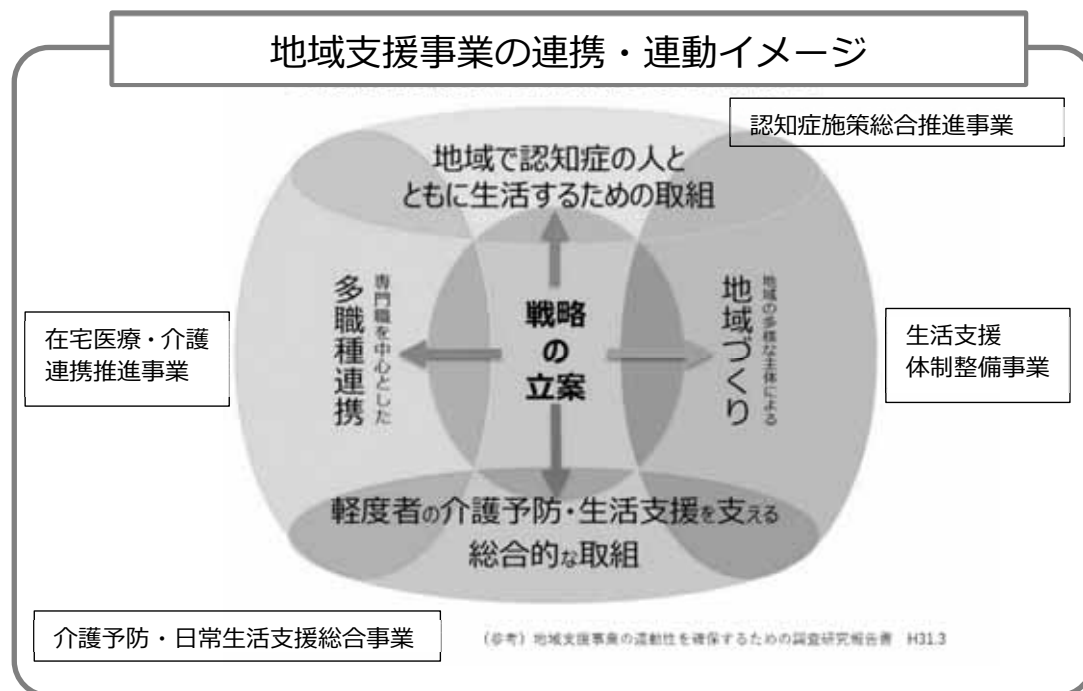
生活支援コーディネーターについては、第1層に1人を配置するとともに、第2層は地域包括支援センターと、さらに一体的な地域活動が行うことができるよう、各1人ずつを配置します。

生活支援コーディネーターの主な役割である、「生活支援の担い手の養成、サービスの開発」「関係者のネットワーク化」「ニーズとサービスのマッチング」等に引き続き取り組みます。

また、新たな考え方として、「就労的活動支援」という高齢者の社会的役割の創出の要素も示されていますが、「ニーズとサービスのマッチング」など、これまでの活動の延長上と考え、活動を継続していきます。特に、認知症、8050問題、社会的孤立など地域課題に取り組む地域のコーディネーターとして、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員をはじめとする、関係機関との連携の強化に重点的に取り組みます。

さらに、生活支援コーディネーターの活動にあたっては、桑名市総合計画の実現に向けた地域コミュニティ施策となる「地域創造プロジェクト」において地区市民センターの機能転換を図り、「まちづくり拠点施設」を設置しました。こうした関係者との連携も図っていきます。

住民主体を支援する地域への働きかけを行い、様々な分野との連携や連動をイメージしながら、地域づくりを進められるよう、生活支援コーディネーターの資質向上も図ります。



ロ 「協議体」の設置

1) 現状

各地域における生活支援コーディネーターや各種団体の代表者等、生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークである「協議体」については、市町村区域に相当する第1層では、「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」を「協議体」として活用しています。

また、日常生活圏域に相当する第2層では、桑名市社会福祉協議会において、桑名市及び地域包括支援センターと一体になって、地域の関係者と連携しながら、地区社会福祉協議会を単位として、「協議体」の設置を目指しています。

なお、地区社会福祉協議会が設立されていない地区では、桑名市社会福祉協議会において、桑名市及び地域包括支援センターと一体になって、地域の関係者に対し、地区社会福祉協議会の設立を働き掛けています。

地域住民を主体とした「サポーター」「通いの場」について「見える化」・創出に取り組み、相互のネットワークを醸成するため、段階的に第2層の「協議体」を設置しています。この第2層「協議体」設置に向けては、各関係者との情報共有及び連携・協働を図りながら、それぞれの地域の実情に応じた働き掛けを行っています。

図表 2-135 「協議体」の実績

区 分		2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
「協議体」の数	第1層	1	1	—
	第2層	3	4	—

2) 課題

- ・地区社会福祉協議会を単位としているものの、多度、長島では、旧町（中学校区）での地区社会福祉協議会の設置となっており、地域での取組を推進する中ではもう少し小さな単位での活動が望ましい場合があります。また、それ以外の地区においても、設置単位は柔軟に設定したほうが、住民の主体的な活動がより期待できる可能性があります。

3) 第8期における方針

既に地域にある自治会連合会、地区社会福祉協議会や介護事業所で開催する運営推進会議など、地域によって様々な「協議体」（地域の話し合いの場）の形を認めながら推進します。

また、生活支援コーディネーターが積極的に地域住民に働きかけて、ワークショップや出前講座等を地域の協力者と開催し、地域ケア会議で抽出した課題を参考にしながら、地域に共通する課題や有効な支援策の検討、地域における情報共有や連携・協働を推進します。

さらに、桑名市では、桑名市総合計画で進める全員参加型市政を目指し、新たな地域コミュニティ組織「まちづくり協議会」の設置を推進していく方針ですが、この「まちづくり協議会」の設置も見据えながら、地域課題の検討や地域の関係者が協働できることを地域の関係者等と協議していきます。

ハ 日常生活支援に関する地域住民に対する普及啓発

1) 現状

「生活支援コーディネーター」及び「協議体」が実効的に機能するよう、桑名市社会福祉協議会において、地域関係者と連携しながら、様々な機会を通じ、地域住民に対し、次の事項等について、問題意識の共有を働きかけています。

1. 「セルフマネジメント（養生）」の重要性

2. 地域住民を主体として日常生活支援に取り組む必要性
3. 地域住民を主体とする取組について、地域住民相互間で話し合っ
てコンセンサスを得るとともに、地域住民相互間で共有して内外に対する「見える化」
を図る必要性

図表 2-136 生活支援コーディネーターが出席した会議の実績

区 分		2018(平成 30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和 2) 年度
生活支援コーディネーターが出席した会議	回数 (回／年)	67	97	—

2) 課題

- ・市全体で見た場合、普及啓発、理解、取組の進んでいる地区と進んでいない地区に差が生じてきています。

3) 第 8 期における方針

生活支援コーディネーターが積極的に地域住民に働きかけて、ワークショップや出前講座等を地域の協力者と開催します。

このワークショップ等の開催を通じて、地域住民に対し、①「地域の課題を自ら意識し取り組むこと」の重要性、②地域住民を主体として日常生活支援に取り組む必要性、③地域住民を主体とする取組について、地域住民相互間で話し合っ
てコンセンサスを得るとともに、地域住民相互間で共有して内外に対する「見える化」を図る必要性等について、問題意識の共有を働き掛けます。

二 地域課題の話し合いの場

1) 現状

地域包括支援センターの圏域ごとに、生活支援コーディネーター、保健・介護・地域包括支援センター等で地域資源の情報共有などを行っています。

2) 課題

- ・情報共有・顔の見える関係づくりはできてきていますが、地域課題の認識や課題解決に向けた取組に進めていません。

3) 第8期における方針

地域資源の情報共有・顔の見える関係づくりは行いつつ、地域課題の認識、課題解決への取組を進めていきます。

今後、地域の関係者等を必要に応じてメンバーに加えることにより、「圏域会議」も一つの「協議体」と認め、その活動を推進します。特に認知症に関する課題については、地域包括支援センターと一体となり、進めていきます。

⑧ 認知症総合支援事業

地域で認知症高齢者及びその家族を支援するためには、保健・医療・福祉・介護専門職のほか、地域住民も含め、問題意識を共有した上で、相互に連携して対応することが重要です。

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために、桑名市では、2015（平成 27）年度から、「認知症総合支援事業」を実施しています。

国は、2015（平成 27）年に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」を踏まえ、2019（令和元）年6月に「認知症施策推進大綱」を公表しました。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することを基本的な考え方として、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発等を5つの柱として施策を推進していくことがまとめられています。

桑名市では、この「認知症施策推進大綱」と整合を図りながら事業を推進します。

桑名市における「認知症総合支援事業」の基本的な方針

共生 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり

- 普及啓発
「認知症サポーター養成講座」・「認知症市民公開講座」の実施
- 介護者への支援
「オレンジカフェ」の開催・整理
- 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援
「チームオレンジ」の推進、「みんなが安心声掛け訓練」の実施

予防 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 予防
「初期集中支援」の実施
「通いの場」の充実
- 医療・ケア・介護サービス
「多職種連携研修会」の開催
「くわな認知症安心ナビ(認知症ケアパス)」の更新

本人発信・認知症の人やその家族の視点の重視



イ 普及啓発・本人発信支援

1) 現状

認知症の人やその家族を支える地域づくりのため、「認知症サポーター養成講座」や「認知症市民公開講座」を実施するとともに図書館等多くの市民が利用する施設での啓発にも取り組み始めました。

また、地域住民が徘徊する高齢者への声掛けなどを体験するための「認知症みんなが安心声かけ訓練（徘徊模擬訓練）」について、各地域に働きかけ年々開催地域を増やしながら取り組んでいます。

本人発信支援・本人参加の場所として、「オレンジカフェ」や認知症の人やその家族、支援者等が参加してタスキをつないでゴールを目指すイベント「RUN 伴（ランとも）」などの取組を行っています。

2) 課題

- ・「認知症サポーター養成講座」や「認知症市民公開講座」については、参加する世代・対象が限られており、十分な周知とは言えないのが現状です。
- ・「認知症みんなが安心声掛け訓練」については、「我が事」と捉えられず開催に至らない場合も見受けられます。
- ・「オレンジカフェ」や「RUN 伴」については、本人の参加によりニーズを把握するよう取り組んでいますが、十分とは言えないため、今後も本人発信の場を確保していく必要があります。

3) 第8期における方針

現在行っている取組を継続するとともに、幅広い世代に関心をもってもらえるよう、周知方法や内容・対象を協議し取組を進めていきます。

「認知症みんなが安心声掛け訓練」に限らず、参加者に「我が事」と思ってもらえるよう、意義や危機感を伝えながらより効果的な取組を地域組織、地域住民と一体となって進めていきます。

本人発信については、本人ミーティング（本人同士が感じている生活の困りごとや願い・希望を語り合う場所）以外の手法（画像や映像で本人の様子を知る、本人のなじみの環境の中で思いを語ってもらえるような地域づくりや意思決定支援）についても検討します。

ロ 予防

1) 現状

社会参加の割合が高い地域ほど、認知症やうつリスクが低い傾向がみられることから、各地域における「通いの場」の開催を推進するとともに、認知症予防・生活習慣病予防について健康講話を行っています。

また、認知症の早期発見・早期受診のため保健・福祉専門職及び桑名医師会の推薦を受けた嘱託医によって構成される「認知症初期集中支援チーム」を各地域包括支援センターに設置しています。地域包括支援センターの医療職、福祉職各1～2名と医師会推薦の認知症サポート医1名がチーム員となり戸別訪問、チーム員会議等の活動を行っています。

2) 課題

- ・「通いの場」に参加するのは一部の住民であり、「通いの場」や認知症予防に関する周知啓発の拡充が求められます。
- ・認知症初期集中支援チームの相談窓口の周知を行っているが、認知症初期集中支援チームの存在を知らない人が多いと考えられます。
- ・早期発見のため、介護予防・日常生活圏域二エーズ調査に基づき認知症初期集中支援チームがアウトリーチ訪問もしていますが、介入までには至らないケースが多くあります。

3) 第8期における方針

引き続き、「通いの場」における認知症予防につながる健康講話を推進します。

認知症の人と関わる可能性のある地域の機関・人に向けて認知症初期集中支援チームの普及・啓発のためのチラシの配布等を行います。

アウトリーチの基準については訪問結果をもとに、より早期発見・早期介入に繋がるよう、「認知症ネットワーク連携部会」とも協議しながら検討し取組を進めます。

ハ 医療・ケア・介護サービス・介護者支援

1) 現状

「在宅医療・介護連携推進事業」による多職種連携研修会の一つのテーマとして認知症ケアに関する多職種連携研修会を開催しています。

また、認知症の状態に応じてどのようなサービスを利用することが可能であるか、地域資源の「見える化」を図るため、「くわな認知症安心ナビ（認知症ケアパス）」（以下、「認知症ケアパス」といいます。）を2015（平成27）年3月に作成し、その後随時、情報更新を行っています。

さらに、地域包括支援センターが企画し、喫茶店等地域の身近な場所で、認知症の人やその家族、地域住民、専門職等が参加して交流を深める「オレンジカフェ」を開催しています。

2) 課題

- ・認知症ケアパスの活用・周知状況について十分に検討ができていません。
- ・オレンジカフェは、定期的な開催になっておらず、イベント的な場となってい

るところが多い現状です。

3) 第8期における方針

多職種連携研修会は在宅医療・介護の多職種研修のひとつのテーマとして、「新しい生活様式」での方法・内容も検討しながら、今後も継続して開催します。

認知症ケアパスについては活用・周知が進むよう、配布先や内容の見直しを行います。

オレンジカフェについては、本人・家族のニーズを聞きながら、単なるイベント的な場ではなく、本人とその家族の「居場所」になるよう、開催頻度や開催場所を見直すなど参加しやすい体制づくりを目指します。

二 認知症バリアフリーの推進・社会参加支援・若年性認知症の人への支援

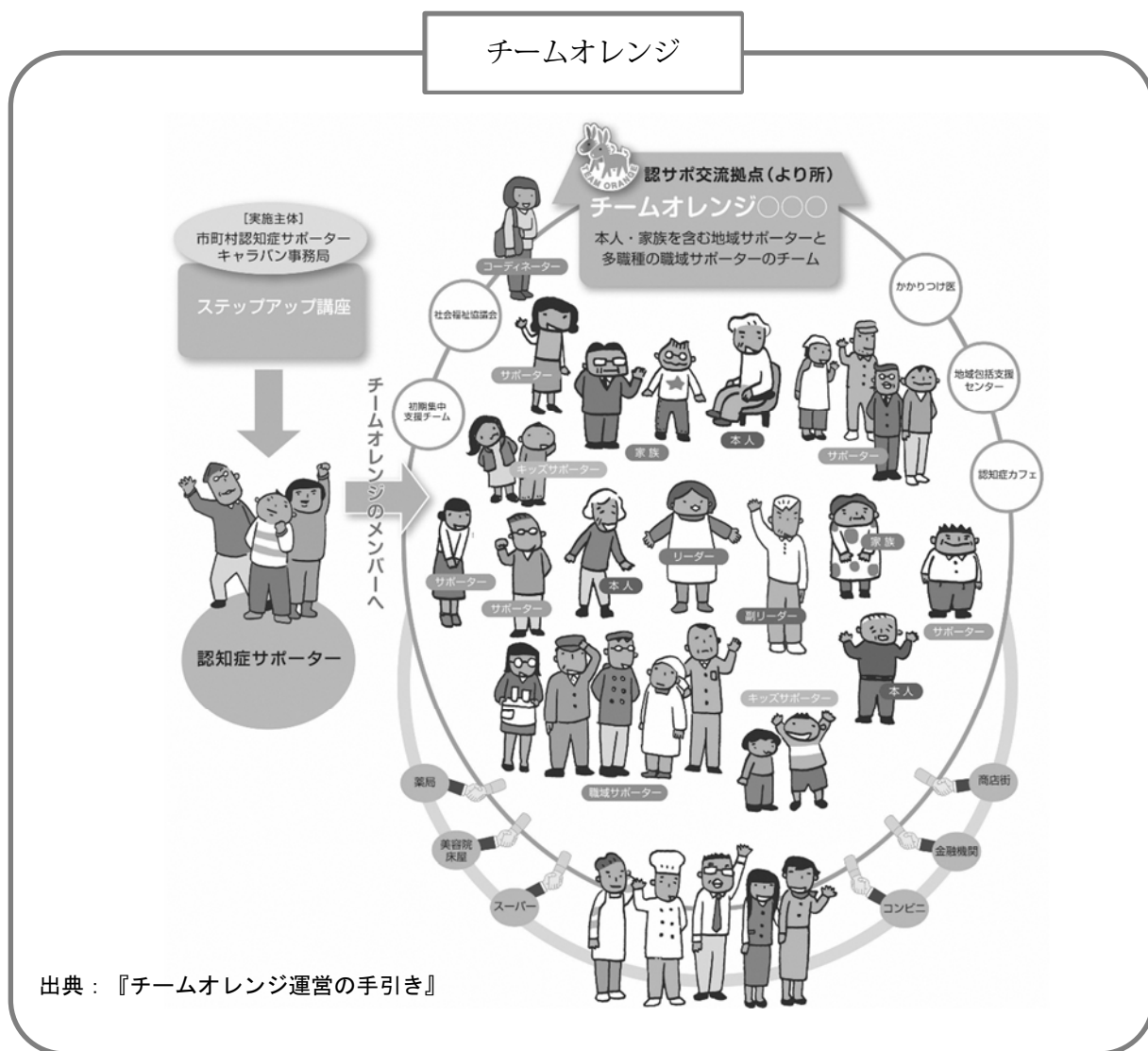
1) 現状

地域包括支援センターに配置された「認知症地域支援推進員」を中心に、認知症の本人、家族、認知症の人を支える地域住民、医療・介護及び生活支援を行うサービス事業所等のネットワーク形成を積極的に行い、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりに努めています。

また、認知症の人を温かく見守る認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催しています。開催にあたっては、地域の高齢者だけでなく企業・キッズ（小学校・中学校）向けの開催も進めています。

さらに、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」の推進について検討しています。

加えて、若年性認知症の人への支援として認知症カフェや認知症サポーター養成講座での啓発、オレンジカフェへの参加を紹介しています。



2) 課題

- ・「チームオレンジ」の進め方・展開について認知症地域支援推進員の会で生活支援コーディネーターと共に検討しており、今後も本人のニーズ等を把握する必要があります。
- ・若年性認知症罹患者の実態把握ができていない現状があります。若年性認知症については、個人に合わせた丁寧な支援が必要で、高齢者とは異なる課題や負担が本人・家族に生じやすく、支援には多様な地域資源や制度の利用等が必要です。

3) 第8期における方針

今後も、若い世代、企業向けにも認知症サポーター養成講座が開催できるよう働きかけを行います。

また、認知症になっても住みやすい地域づくり、役割・生きがい創出・社会参加につながるよう、本人・家族のニーズを把握し、生活支援コーディネーターと協力し「チームオレンジ」のあり方の検討を含めた取組を進めていきます。

さらに、早期に相談窓口に繋がるよう若年性認知症に関する啓発を引き続き行います。加えて、若年性認知症の人とその家族のニーズを把握し、既存の資源の有効活用も念頭に新たな資源を創出していきます。

(3) 任意事業

① 介護給付適正化事業

介護保険財政の健全化と質の高いサービスを利用者に提供するため、介護給付適正化事業を実施しています。

なお、イ～ホに掲げた事業のうち、より適正化の効果が期待できるイ、ロ及びハの3事業について、年度毎の実施目標を定め、介護給付等に関する費用の適正化をさらに推進していきます。

イ 要介護・要支援認定の適正化

1) 現状

要介護認定に係る認定調査の内容について、桑名市又は桑名市社会福祉協議会の職員が書面点検をすることにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図っています。

また、認定調査員の相互間の情報共有と平準化を図るための月例勉強会を開催しています。

そのほか、認定審査会における一次判定から二次判定への軽重度変更率の地域差について分析を行うとともに、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、要介護認定調査の適正化に向けた取組を実施しています。

図表 2-137 認定調査票点検（全件）の実績

区 分		2018(平成 30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和 2) 年度
認定調査票点検数	件数 (件／年)	4,302	4,658	—

図表 2-138 勉強会の実績

区 分		2018(平成 30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和 2) 年度
勉強会開催数	回数 (回／年)	9	9	—

2) 課題

- ・認定調査に係る適正化の取組は継続して実施していますが、介護認定審査会における審査・判定そのものの適正化に向けた取組は十分にできていないのが現状です。

3) 第 8 期における方針

桑名市職員による認定調査票の点検及び合同勉強会については、継続して実施していきます。

介護認定審査会における審査・判定の平準化・適正化を図るため、主治医意見書の記載内容の充実化も含めて、機会を捉えた周知及び分析等に取り組んでいきます。

ロ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の適正化(ケアプランの点検)

1) 現状

要支援認定者のケアプランについては、地域生活応援会議を毎週開催し、多職種協働によりアドバイスを実施、要介護認定者については桑名市、地域包括支援センター及び三重県介護支援専門員協会桑名支部の主任介護支援専門員が毎月 1 件、介護給付適正化システム等を活用してケースを選定し、ケアプラン点検を行い、自立支援に資するケアマネジメントの実践に向けた支援を行うことで、結果的にケアマネジメントの適正化を図っています。

また、ケアミーティング（届出制）により新規に要介護認定の申請を行い、認定に先立ち暫定的にサービスを利用する申請者のケアプランの確認を桑名市及び担当地域包括支援センターで行っています。

2) 課題

- ・市内全ての居宅介護支援事業所の点検にまでは至っていません。
- ・点検する側の資質向上を図る必要があります。

3) 第8期における方針

できる限り多くの居宅介護支援事業所を対象に点検できるよう、点検の回数や対象を検討します。

また、点検を行う地域包括支援センターの主任介護支援専門員部会、三重県介護支援専門員協会桑員支部と連携し、介護支援専門員への講習会等を開催するとともに、点検する側も研修会等への参加により資質向上に取り組みます。

ハ 福祉用具貸与・購入及び住宅改修の点検

1) 現状

毎月、福祉用具貸与・購入又は住宅改修を行った被保険者からそれぞれ1人を抽出し、被保険者宅を訪問して実態を調査し、福祉用具等の必要性や利用状況等を確認していますが、2020（令和2）年度現在、新型コロナウイルス感染症の感染予防の観点から、書類での審査に切り替え、同時に毎月の申請件数の1割相当を調査対象者として、調査件数を増やすことで適正化を図っています。

図表2-139 福祉用具貸与・購入及び住宅改修実態調査

区 分		2018(平成30) 年度	2019(令和元) 年度	2020(令和2) 年度
福祉用具貸与・購入及び住宅改修実態調査	件数 (件／年)	14	10	—

2) 課題

- ・新しい福祉用具が開発されていたり、被保険者の様々な要望に合わせて多種多様の住宅改修が行われている実態から、厚生労働省が示す事例のみで適正の可否を判断することが難しくなっています。

3) 第8期における方針

引き続き、毎月、福祉用具貸与・購入又は住宅改修の申請者から、1割程度を抽出し、書類による審査を行います。

さらに、2020（令和2）年度に新たに作成した「介護保険住宅改修の手引き」の周知・徹底を図るとともに、申請受付の体制及びチェック体制の見直しを行い、適正化を図ります。

二 縦覧点検及び突合点検

1) 現状

不適切な介護報酬の請求を効果的かつ効率的に排除するために、同一の保険者に係る複数の月又は介護事業者にわたるレセプトを照合する「縦覧点検」と医療保険に関するレセプトと介護保険に関するレセプトとを照合する「医療情報との突合点検」を、三重県国民健康保険団体連合会に委託して実施しています。

2) 課題

- ・縦覧点検及び医療情報との突合点検により抽出された不適切な請求の内容について傾向や件数の分析ができておらず実態を把握できていません。

3) 第8期における方針

引き続き、縦覧点検及び医療情報との突合点検を三重県国民健康保険団体連合会に委託して実施します。

また、三重県国民健康保険団体連合会からの縦覧点検及び医療情報との突合点検の通知を集計・分析するとともに、担当職員の研修会等への出席の機会を確保していきます。

ホ 介護給付費通知

1) 現状

適切なサービスの利用等の普及啓発を図るため、受給者本人（家族を含む）に対して、四半期ごとに介護サービスを利用した費用の給付状況を通知しています。

2) 課題

- ・介護保険制度の持続的な運用の観点からも受給者本人（家族を含む）が利用したサービス費用の給付状況を把握することは今後も必要です。

3) 第8期における方針

介護給付費通知は、受給者本人やその家族が、介護サービスの受給状況を再確認し、見直すきっかけにもなるもので、引き続き、四半期ごとに送付します。

なお、通知の送付にあたっては、通知の内容やチラシの同封等、通知を受け取った受給者やその家族の目に留まるものとなるよう検討していきます。

へ 介護サービス事業者等への適正化支援事業（専門職指導研修）

1) 現状

介護職員の資質向上のため、三重県介護支援専門員協会桑名支部及び桑名訪問介護事業者連絡協議会に委託して、介護支援専門員及び訪問介護員を対象とする研修会を実施しています。また、専門職向けの様々な研修会がある中で、医療・介護専門職向けの情報共有システム「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」に研修会情報一覧を掲載する等「見える化」により、より効果的に開催できるよう取り組んでいます。

2) 課題

- ・参加者が限定的であったり、コロナ禍で研修会に参加することが負担に感じる介護専門職もいます。

3) 第8期における方針

専門職指導研修の内容が、本計画の基本的な考えを反映したものとなるよう、各専門職団体との事前協議を実施し、コロナ禍でも介護専門職の負担過多にならないよう、オンライン研修他、効果的な研修にしていくことを検討します。

② その他の任意事業

イ 認知症高齢者見守り事業

1) 現状

認知症による見当識障害で行方不明になる恐れのある高齢者を事前登録し、行方不明になった場合に協力機関に FAX で搜索の協力依頼をする「徘徊 SOS 緊急ネットワーク事業」を実施しています。さらに 2016（平成 28）年度から登録者のうち希望する人に SOS ステッカーを配布し、早期発見に努めています。

2) 課題

- ・徘徊 SOS 緊急ネットワークの周知が十分ではありません。
- ・情報発信により発見に繋がるケースは少なく、より早期発見に繋がるよう仕組みについて検討が必要です。

3) 第 8 期における方針

徘徊 SOS 緊急ネットワークの周知啓発を行うとともに、多くの協力者に搜索に参加してもらえる情報発信のあり方を検討し、行方不明者の早期発見に努めます。

また、認知症の人の見守り体制作りの手法・資源として、徘徊 SOS 緊急ネットワーク事業以外の手段についても調査・検討を行います。

ロ 成年後見制度利用支援事業

1) 現状

認知症高齢者等で、配偶者又は 2 親等以内の親族を欠く人等を対象として、桑名市長が申立人となり、後見開始等に関する審判の請求を行います。

また、成年後見制度の利用が必要である一方で、生活保護受給者等、審判請求費用及び後見人などへの報酬の支払いが困難な人に対して、申立費用の助成及び後見人等報酬額を助成することで、成年後見制度の利用を支援しています。

2) 課題

- ・後見開始等に関する審判の請求及び診断書料等の助成を実施しており、成年後見制度の利用促進の観点からも引き続き実施していく必要があります。

3) 第8期における方針

認知症高齢者等の増加が予測される中で、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるためにも、引き続き事業を実施していきます。

ハ 住宅改修支援事業

1) 現状

介護保険サービスのうち住宅改修のみを利用する被保険者には、居宅介護支援又は介護予防支援が行われないため、理由書の作成者の確保が困難な場合があります。そのため、住宅改修に係る適切なマネジメントを受けられるよう、理由書を作成した介護支援専門員等に作成に要した費用を助成しています。

2) 課題

- ・適切に住宅改修を推進するために、介護支援専門員による支援は今後必要です。

3) 第8期における方針

引き続き、住宅改修支援事業を実施していきます。

ニ 重度筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者入院コミュニケーション支援事業

1) 現状

重度筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者が入院する際に、本人とのコミュニケーションに熟知している支援者を派遣し、医療機関の従事者との意思疎通を図り、円滑な医療行為が行えるように支援する事業です。

2) 課題

- ・今のところ、この事業の利用実績はありませんが、重度のALS患者にとって医療機関の従事者との意思疎通が図られることは、本人の安心と適切な医療につながることから、この事業の継続が必要です。

3) 第8期における方針

必要な事業として地域支援事業に位置付けられており、桑名市としても継続し

て事業を実施するとともに、必要な人には適切にこの事業の利用につなげていきます。

ホ 認知症サポーター等養成事業

1) 現状

「認知症サポーター」とは、認知症サポーター養成講座を受け、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。

認知症サポーター養成講座を、地域住民、商店・企業・学校等で開催し、認知症に対する理解を広めており、2020（令和2）年6月末現在、桑名市には認知症サポーター（講師役となるキャラバン・メイトを含む）が17,655人おり、総人口に占める割合は12.4%となっています。

2) 課題

- ・小中学校の児童生徒向けの養成講座の開催を進めていますが、学校によっては実施できていないところもあり、学校教育における認知症理解の推進方法を検討する必要があります。
- ・認知症サポーター養成講座を受講した人が、チームオレンジとして地域で活躍できるよう、ステップアップ講座の充実を図る必要があります。

3) 第8期における方針

引き続き、地域づくりの一環として認知症サポーター養成講座を、地域住民、学校、商店・企業等へ行い、認知症の人 auch 安心して暮らせるまちづくりを推進していきます。また、チームオレンジの活動につながるよう、ステップアップ講座の充実を図ります。