

第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標1 いきいきと自分らしく生きがいを持ち暮らせるまちづくり

1 介護予防・自立支援の推進



重点取組

～地域でフレイル予防！ひろげよう タピオステーションの輪～

(1) タピオステーションの全地区への展開

概要

運動機能の向上、口腔機能の向上、低栄養の防止、社会参加を目的に住み慣れた地域で取り組める仕組みとして、住民運営の通いの場である「タピオステーション」の立ち上げ支援・継続支援を推進します。既存の地区の取組や活動に応じ、全地区展開を目指します。

タピオステーションへの支援としては、保健師によるタピオステーションコーディネーターを配置し、薬剤師、理学療法士、言語聴覚士、健康運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士等多様な専門職の参画による支援と健康まちづくりボランティアなどによる多様な継続支援を行っています。

地域包括支援センターや生活支援コーディネーターの地域活動拠点となるタピオステーションが、フレイル予防の観点から地域交流を促し、地域における居場所づくり、社会参加の場へとつなげていきます。

現状

- 「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」において、新型コロナウイルス感染症の影響による変化として、外出が減った人が57.1%と回答がありました。
- 「タピオステーション参加高齢者割合」について、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による外出自粛や実施施設の耐震化工事によりタピオステーションの実施回数・参加者数が減少していましたが、活動は回復しつつあり、実施回数・参加者数ともに回復しています。
- 「タピオステーションに取り組む団体数」について、目標の取り組む団体数33か所には達しませんでした。新型コロナウイルス感染症も落ち着き、新規地区が令和4年度は2地区、令和5年度は11月現在で2地区が立ち上がり、団体数は28か所となりました。
- 令和4年度以降、未実施地区へフレイル予防の観点からタピオステーション体験を取り入れた出前講座を開催し、新規立ち上げにつながりました。
- 「交流会」及び「連絡会」について、新型コロナウイルス感染症の影響で「連絡会」のみ開催し、活動中での悩みや独自の取組について情報交換を行い、継続支援メニューの体験など、交流の要素も含めた内容で実施しました。

○タピオステーションの効果測定について、令和2年度に大阪体育大学が全国比較により「脚の力が向上」「バランス能力の低下を予防」効果があると分析しました。わかりやすく伝えられるようチラシを作成し、啓発活動に活用しました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
タピオステーション参加高齢者割合 (%)	目標	10.0	11.0	12.0
	実績 (見込み)	3.7	4.6	5.0
タピオステーションに取り組む団体数	目標	27	30	33
	実績 (見込み)	24	26	28
くまとりタピオ元気体操の認知度 (%)	目標	-	-	60.0
	実績 (見込み)	-	-	51.2
理学療法士、言語聴覚士、運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師等専門職の派遣数 (回)	目標	40	50	60
	実績 (見込み)	48	105	-

方針

【介護予防活動等の啓発】

○介護予防の活動等についての啓発や情報発信に努めます。また、引き続き、タピオステーション未実施地区へのフレイル予防啓発のため、体験を取り入れた出前講座等を開催します。

【既存タピオステーションの継続運営】

○今後もタピオステーションが地域における介護予防の場として重要な役割を果たすためには、新規立ち上げだけでなく、既存タピオステーションの継続的な運営が求められます。そのため、引き続き、タピオステーションコーディネーターを中心に運営支援を行います。

【「地域共生の拠点」としてのタピオステーションの推進】

○既設のタピオステーションについて、参加者の減少やリーダーの担い手不足など様々な課題が生じるため、専門職や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターと協働して地域課題を抽出し、タピオステーションを高齢者のフレイル予防の拠点だけでなく、地域の居場所づくりや社会参加を促す場として「地域共生の拠点」と位置づけ、地域の支え合いや助け合いの場として推進していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
タピオステーション参加高齢者割合（％）	6.5	7.5	8.5
タピオステーションに取り組む団体数	29	30	31
くまとりタピオ元気体操の認知度（％）	-	-	65
「フレイル」の認知度（％）	-	-	70
理学療法士、言語聴覚士、運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師等専門職の派遣数（回）	110	120	130

(2) 担い手の育成

概要

町内大学と連携し、住民主体の地域活動やボランティア等の育成・支援を行っていますが、新たな担い手の育成が課題です。

また、高齢者自身が支えられる側だけでなく社会参加を促し、「担い手」となり、高齢者が地域で役割を担う仕組みづくりを推進します。

現状

- 「タピオステーション等への町内大学生の参画地区数」について、関西医療大学の学生実習のフィールドとして交流が図られ、目標を達成することができました。また、コロナ禍では、感染対策をとりながら対面での実習を中心に、一部リモートも併用して実習が行われました。
- 「フレイル予防サポーター養成数」について、大阪体育大学との協働事業である「DASHプロジェクト」の一環として行ったフレイル予防に係るサポーター養成講座を令和3年度から実施しましたが、コロナ禍であり、参加者が目標を下回りました。ボランティア活動につながった方もいますが、新規の参加者の発掘が課題です。
- 「タピオ元気体操ひろめ隊」の活動は、新型コロナウイルスの影響により中止することもありましたが、感染対策を図りながら月1回ずつ開催しました。
- 健康づくりを住民の立場で支える住民活動グループである健康くまとり探検隊、熊取町食生活改善推進協議会、くまとりタピオ元気体操ひろめ隊と協働で健康まちづくりを推進していますが、担い手の高齢化と新たな担い手の育成が課題です。

計画値

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
タピオステーション等への町内大学生の参画地区数（地区）	目標	10	13	15
	実績（見込み）	13	15	16
フレイル予防サポーター養成数（人）	目標	20	40	60
	実績（見込み）	17	25	20

方針

【町内大学生のタピオステーション等への参画】

○町内大学の学生実習フィールドかつタピオステーション等の活動支援につながるため、タピオステーション等への町内大学生の参画を促進します。

【フレイル予防の広報と担い手の育成】

○「フレイル予防サポーター養成講座」について、フレイル予防の3つの柱である「運動・栄養（口腔）・社会参加」をテーマとして、交流の時間を多く確保した内容で、生活習慣病予防の視点も取り入れ、集団健（検）診時など幅広い年齢層に広報活動を行い、担い手の育成を協働して行っていきます。

【介護予防活動等の啓発】

○医療介護の専門職に地域の介護予防の活動等についての啓発や情報発信を推進し、地域との交流会などを促進します。

【新たな担い手の育成】

○生活支援活動、タピオステーション等への活動支援を促し、新たな担い手の育成を一体的に進める仕組みを構築します。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
タピオステーション等への町内大学生の参画地区数（地区）	16	17	18
フレイル予防サポーター養成数（人）	30	30	30

コラム『タピオ体操+（プラス）～DVDを見ながら体操！フレイル予防～』



大阪体育大学の協力のもと、平成 18 年度に作成した「くまとりタピオ元気体操」に、ストレッチングや全身の筋力トレーニング、口腔機能の向上を目的としたおうちの体操、あたまの体操をプラスした、高齢者の元気アッププログラムとしてバージョンアップした体操です。このDVD をみながら住民主体で体操に取り組む拠点が「タピオステーション」です。





(1) 多様なサービスの推進

概要

単身世帯が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加することが見込まれる中、従来の介護保険サービスのような専門職によるサービス提供だけでなく、多様な主体がサービス・支援を行うことが必要となっております。そこで平成29年度から介護予防・生活支援サービス事業を開始し、訪問型サービス、通所型サービス（現行相当サービス、緩和型サービスA、短期集中予防サービスC）を実施しております。しかし、住民主体によるサービスの構築ができていない状況です。

現状

○令和3年度から3年間、大阪府の介護予防活動強化推進事業を活用し、短期集中通所型サービスC（通称：ふれあい元気教室）及び緩和型サービスAについての見直しを行なっています。

これらの見直しを行うことにより、介護需要の増加の抑制と介護人材確保にもつながるものです。

認定申請窓口受付の見直し

- ・介護保険の目的及び介護予防の重要性の説明とともに窓口受付シートによる心身の状況などを把握し、個々の状況に応じたサービスの選択ができるように説明を行なっています。また、認定申請の窓口担当職員向け研修会を定期的に行なっています。

総合事業の見直し

- ・利用者個々に応じたサービスが利用でき、自立や重度化防止につながるサービス利用を促進するために、本町のサービス利用の考え方や令和6年度からの総合事業の見直し内容について令和4年度にケアマネジャー及び介護サービス提供事業者向けに説明会を行いました。

(見直し内容)

【ふれあい元気教室を主軸としたサービス利用】

①要支援認定を受け、新規にサービスを利用する場合は、「ふれあい元気教室」が利用可能かのアセスメントを行う。

※進行性疾患（がん、認知症、難病等）、精神疾患、医師から運動制限の指示を受

けていない人)

↓

②身体介護を必要としないなど専門職でなくてもサービス提供が可能な方については、緩和型サービスを利用

↓

③現行相当サービス利用の場合は利用の必要性についての理由書をケアマネジャーが作成し町へ提出

総合事業見直しに向けた体制整備

- 令和6年度からの開始に向けて、町内の緩和型サービス事業所の受け皿整備が必要です。そのため、町内の緩和型サービス事業所へ参入するための課題などを抽出し、対応策などを検討しています。
- 緩和型サービスの受け皿整備と合わせて、従事者の養成も必要不可欠となってきます。令和2年度、令和3年度と新型コロナウイルス感染症の影響で緩和型サービスに従事できる「生活援助サービス従事者研修会」が実施できませんでしたが、令和4年度から再開し、新たな試みとして、研修修了者を就労につなげるため町内の人材募集事業者の情報提供及び説明会等を実施しました。令和5年度からは、生活援助サービス従事者を増やすため実施方法等の見直しを行い、実施回数も1回から2回に増やしました。
- 令和6年度から運用開始予定の総合事業の見直しに向けた運用方法などのマニュアルなどの整備及び事業者への説明会などを実施する予定です。
- ニーズ調査において、緩和型サービスを利用したくない理由として最も多かったのが、「緩和型サービスの内容が分からない」また、事業所向けアンケートでは、「利用者・住民への総合事業の見直しに係る周知が必要」となっています。これらを踏まえ、ケアマネジャーをとおして利用者などへの周知と広報などの媒体を活用し広く住民への周知を行う必要があります。
- 現在は、多様な主体によるサービスBの創出ができていません。今後は介護保険サービスの提供のみでは高齢者のニーズに対応することが難しいため、サービスBの創出や住民主体による地域の支え合いの仕組みが必要不可欠となっています。
- 住民や多職種に向けに総合事業や地域資源等の周知啓発が必要です。

【他課等の取組】

○社会福祉協議会

65歳以上のひとり暮らし高齢者を対象とした閉じこもり予防と健康づくりを支援する「いつまでも元気でいきいき講座（さくら会）」のほか、閉じこもり・認知症予防講座「楽しく生きる知恵探し」を開催しています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
現行相当型デイサービス (人/月)	目標	143	150	157
	実績(見込み)	98	100	97
緩和型デイサービス (人/月)	目標	45	47	49
	実績(見込み)	51	54	55
現行相当型訪問サービス (人/月)	目標	139	147	153
	実績(見込み)	116	117	114
緩和型訪問サービス (人/月)	目標	15	16	17
	実績(見込み)	19	15	11
緩和型デイサービス・訪問型 サービスの町内事業所数(箇所)	目標	10	15	20
	実績(見込み)	5	5	5
生活援助サービス従事者研修参 加者数(人)	目標	20	20	20
	実績(見込み)	0	10	20
第2層生活支援コーディネー ターの配置(人) ※第1層と兼務	目標	0	1	2
	実績(見込み)	5	5	7

方針

【総合事業の充実と普及啓発】

○利用者の状態に即したサービス選択ができるよう、総合事業(緩和型サービスA、住民主体のサービスB)の充実を図るとともに、住民をはじめ、ケアマネジャー等の関係者への普及啓発を行います。

【研修会及び講演会の実施による周知啓発】

○町・サービス提供事業所・利用者及びその家族が「利用者の自立及び重度化の防止」という目的に向けた共通認識を持つための研修会、講演会を実施し、周知啓発を引き続き実施します。

【介護人材不足の解消に向けた事業者とのマッチング】

○「生活援助従事者研修」を実施し、緩和型サービスAの人材確保をすることにより参入事業者の後押しをするとともに、介護人材の裾野を広げ、町内介護事業所の人材不足の緩和に努めます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
現行相当型デイサービス（人/月）	98	100	103
緩和型デイサービス（人/月）	55	57	58
現行相当型訪問サービス（人/月）	115	117	121
緩和型訪問サービス（人/月）	11	11	12
緩和型デイサービス・訪問型サービスの町内事業所数（箇所）	6	10	10
生活援助サービス従事者研修参加者数（人）	20	25	30
第2層生活支援コーディネーターの配置（人）	3	4	5
第1層兼務第2層生活支援コーディネーターの配置（人）	7	7	8


 コラム『総合事業とは』

総合事業の全体像が分かる図を掲載

作成中

(2) ふれあい元気教室からはじめる介護予防（ふれあい元気教室の利用促進）



～ふれあい元気教室で目指せ若返り～

概要

介護予防・生活支援サービス事業の1つである短期集中通所型サービスC（通称：「ふれあい元気教室」）とは、要支援認定者等生活機能が低下している高齢者の生活課題の改善を目指し、期間を設定してリハビリ専門職等が連携しながら集中的な支援を行うことで、高齢者の心身の機能回復を図り、自立した生活ができるよう支援するサービスです。

専門職及びケアマネジャーによる自立支援型地域ケア会議を組み合わせ、より効果的な介護予防・自立支援・重度化防止を図っています。また、教室終了後も運動継続ができるよう個々に合わせたプログラムや活動場所等につなげています。

※ふれあい元気教室と他事業との連携の分かるイメージ図掲載予定

現状

ふれあい元気教室の見直し

○令和3年度よりふれあい元気教室の利用促進を図るため、大阪府介護予防活動強化推進事業（モデル事業）の支援を受け、ふれあい元気教室（短期集中予防サービス（通所型））の見直しを次のとおり実施しました。

- ①「生活課題を解決できる」教室内容に変更しました。
- ②教室利用対象者の変更（事業対象者のみ→要支援1・2、事業対象者）
- ③要介護（要支援）認定申請の際、状態を把握（スクリーニング）するために窓口シートを導入。
- ④リハビリ専門職とケアマネジャーが自宅へ訪問し、利用者の生活課題を抽出する「訪問アセスメント事業」を新規立上げするとともに、年間2クール制を令和4年度に3クールに、令和5年度には随時制を導入し、利用しやすい体制を整備してきました。
- ⑤本事業を推進していくためには、ケアマネジャーが自立支援・重度化防止、介護予防の視点を持ったケアプランの作成が必要不可欠です。そこで、令和3年度から「自立支援型ケアマネジメント」をテーマに定期的に研修会を実施しました。
- ⑥住民の介護保険利用に対する正しい知識等についての普及啓発のため、毎年、住民向け講演会を実施しました。
- ⑦自立支援型地域ケア会議とふれあい元気教室の個別支援ケア会議を一本化し効果的かつ効果的な実施方法に変更しました。

- ケアマネジャーへの研修会等においても「ふれあい元気教室」の周知等実施しておりますが、ほとんどが地域包括支援センター（包括）からのケースとなっていることから、今後は居宅のケアマネジャーにも広がるよう取り組んでいきます。
- ふれあい元気教室の周知・啓発にも努めてきましたが、ニーズ調査の結果をみると、前回よりも認知度が低下していることが分かりました。この結果を受け、今後の周知方法を検討する必要があります。
- ふれあい元気教室の効果をより永く持続し、自立した生活が教室終了後継続できるように、モニタリングなどのフォローや地域の資源につないだケアマネジャーを評価する仕組みについて検討しています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
ふれあい元気教室（短期集中予防型）参加者数（人）	目標	40	40	40
	実績（見込み）	29	28	42
短期集中予防型訪問サービス利用者数（人）	目標	20	25	27
	実績（見込み）	6	5	5
ふれあい元気教室参加後、基本チェックリスト基準より回復者の割合（％）	目標	45.0	45.0	45.0
	実績（見込み）	35.0		
ふれあい元気教室参加後の体力測定結果平均値	目標	全項目で向上	全項目で向上	全項目で向上
	実績（見込み）	全項目で向上		

方針

【ふれあい元気教室の評価方法及び事業の効果検証】

- 令和4年度より、対象者が変更となったため、評価方法を「教室に参加して生活課題が解決できたかどうか」「地域へつながったかどうか」を評価する方法に変更し、評価するとともに、教室修了者の効果についても検証していきます。

【ふれあい元気教室の体制検討】

- 今後、利用者の増加が見込まれることから、ふれあい元気教室の体制については利用状況を見ながら検討します。

【総合事業見直しに向けたマニュアル改訂】

- 総合事業見直しに伴いマニュアル改訂等を行います。

【各種事業との連携】

- タピオステーションや生活支援体整備事業（生活支援コーディネーター）等各種事業との連携を図りながら、ふれあい元気教室修了者等を地域の多様な資源につ

なげます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ふれあい元気教室(短期集中予防型)利用者数(人)	45	50	55
短期集中予防型訪問サービス利用者数(人)	6	7	8
生活課題が解決できた割合(%)	100.0	100.0	100.0
修了後、地域へつながった割合(%)	100.0	100.0	100.0
教室修了後もサービス利用していない人数	32	35	39

3 健康まちづくりの推進

(1) 「第3次健康くまとり21」の推進

概要

健康づくりの分野から、「第3次健康くまとり21」を通してがん検診や特定健診の啓発を図り、国保のデータシステムや健康管理システムを活用したデータ分析も踏まえながら、ライフステージに応じた健康まちづくりを推進しています。

現状

- 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に向け、生活習慣病の発症予防と重症化予防を目的に各種事業を実施していますが、コロナ禍により健康教室等を自粛し、参加者が減少しました。
- がん検診や特定健診受診率については、コロナ禍で低下した受診率が徐々に回復傾向にありますが、さらなる向上が課題です。
- 令和5年度からは、「熊取びんぴん元気!ポイントアップ事業」の代替えとして、多くのがん検診の一部負担金を無料としました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診受診率 (%)	目標	44.0	45.0	46.0
	実績 (見込み)	36.8	37.8	-
熊取びんぴん元気!ポイントアップ事業参加者数 (人)	目標	800	900	1,000
	実績 (見込み)	437	401	

方針

【ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの推進】

- 引き続き、健康寿命の延伸と健康格差の縮小に向け、「健康くまとり21」に基づいて、集団や個人の特性を踏まえた健康づくり、自然に健康になれる環境づくり、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを推進していきます。

【健康サポートアプリの周知啓発による検診受診や健康的な生活習慣の継続】

- 大阪府の健康サポートアプリ「アスマイル」の周知啓発を図り、各種検診受診やウォーキング等の生活習慣への継続を促します。

(2) 高齢者の特性を踏まえた健康支援の実施

概要

高齢者は、身体機能の衰えのみならず、高血圧、心疾患等の生活習慣病や加齢に伴う慢性疾患や、精神的・社会的な脆弱性を抱えていることが多く、これらが相互に影響し合うことで、要介護状態の手前の段階であるフレイル状態となります。介護予防・フレイル予防として、高齢者のこうした健康特性に応じたきめ細やかな支援を一体的に行います。

現状

【ハイリスクアプローチ】

○重症化予防（その他の生活習慣病）

後期高齢者医療健診の集団健診を令和3年秋から開始しました。受診率の向上が課題です。集団健診の結果から受診勧奨により医療受診につながった割合が7割を超えており、医療が必要な方の重症化予防につながっていると思われま

【ポピュレーションアプローチ】

○通いの場への健康教育・健康相談

タピオステーション全地区への管理栄養士及び希望する地区へ薬剤師による出前講座を予定した結果、新型コロナウイルス感染症の影響も緩やかとなり、管理栄養士は23地区、薬剤師は2地区で実施しました。

○フレイル状態の把握・相談・フォロー

集団特定健診及び集団後期高齢健診において、「体組成計」による体重・体脂肪・筋肉量の測定の実施と、質問票によるフレイルチェックを行い、フレイル予防フォロー該当者を把握しました。該当者は「フレイル予防相談コーナー」に案内し、ひまわりドームの運動プログラムやタピオステーション、その他健康増進事業・介護予防事業などを案内しました。令和3年度から開始した事業であるため、さらに体制や評価基準を整えていく必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
フレイルチェック実施者数(人)	目標	200	250	300
	実績(見込み)	144	278	350

方針

【地域の健康課題の明確化および対象者の把握】

- 後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、医療・介護データの分析を行い、地域の健康課題の明確化や対象者の把握を行います。

ハイリスクアプローチ

【独自フォロー対象者への受診勧奨及び受診確認】

- 重症化予防については、引き続き、集団後期高齢健診の結果、主に血圧180/110mmHg以上・HbA1C8.0%以上の者をはじめとした熊取町独自フォロー対象者に、書面を活用した受診勧奨及び受診確認を実施していきます。

【みまもりアンケートを活用した健康状態不明者対策】

- 健康状態不明者対策については、引き続き、介護保険課が実施する、みまもりアンケートを活用し、アンケートの返送がなく、健診や医療・介護などの情報もない状態不明なものに対して、訪問や電話により健康状態を確認していきます。

ポピュレーションアプローチ

【薬剤師・管理栄養士による出前講座・健康相談の推進】

- 通いの場への出前講座・健康相談については、管理栄養士は、個別相談を重視した支援内容を検討していきます。また、薬剤師についても、引き続き、未実施地区を中心に、出前講座やお薬相談などを行っていきます。

【集団特定健診等を活用したフレイル状態の把握・相談・フォロー】

- フレイル状態の把握・相談・フォローについては、引き続き、集団特定健診及び集団後期高齢健診において、「体組成計」による体重・体脂肪・筋肉量の測定の実施に加え、ふれあい元気教室や、特定保健指導の場でも体組成計測定を行い、フレイル状態の把握を行っていきます。また、「15項目の質問票」を活用し、フレイル予防フォロー該当者を把握し、該当者は「フレイル予防相談コーナー」に案内し、ひまわりドームの運動プログラムやタピオステーション、その他健康増進事業・介護予防事業などを案内していきます。

【KDB等を活用した評価しやすいデータ管理方法の推進】

○体組成計のデータやKDBを活用し、評価しやすいデータ管理方法について検討していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
後期高齢者集団健診受診者数（人）	300	325	350
フレイルチェック実施者数（人）	400	450	500

4 生きがいつくりと社会参加の推進

(1) 高齢者の地域活動・地域交流への支援

概要

高齢者が地域の中でいきいきと主体的に活躍し、自立した生活を送るため、地域活動への参加促進と地域交流の活性化を図っています。

現状

- 様々な地域活動において、役員等の後継者不足や高齢化により、地域活動における組織体制の維持が課題となっています。
- 長生会活動については、生きがいつくり、健康増進活動、友愛活動、社会奉仕活動を通じ、老後の生活を豊かにするための貢献や町内大学の学生等との連携による事業に取り組む一方で、コロナ禍だったこともあり、地域の交流活動や長生会の催しが自粛され、長生会の会員及び連合会加入地区が減少傾向にあります。
- 本計画の推進に寄与する活動を主体的に行っている高齢者や団体に対し、「高齢者いきいき地域活動表彰」を行っています。
- 老人福祉センターの耐震化を図り、地域共生社会の拠点づくりに取り組んでいきます。

【他課等の取組】

○図書館

生涯学習施設の1つとして、図書館では学習機会の提供、学習環境の整備、自主活動の支援、地域連携の推進など様々な施策を実施しています。参加対象は高齢者の参加が多い状況です。

方針

【長生会等地域活動への支援】

- 今後も、地域の高齢者の生きがいつくりや、健康づくりの場の提供を行う長生会等が主体的に活動できるよう支援します。

【町内大学や社会福祉協議会との連携】

- コロナ禍により自粛傾向にあった地域活動の再活性化に向けて、町内大学や社会福祉協議会と連携し、支援していきます。

【老人福祉センターの耐震化】

○老人福祉センターを耐震化し、地域共生の拠点として高齢者の社会参加や生きがいづくり活動を含めて推進していきます。

(2) 高齢者の就労支援の推進

概要

高齢者がこれまで培ってきた知識や技能を活かし、地域を支える担い手として活躍することに加え、高齢者自身が新たに学びを得て、生きがいを感じるができるよう、就労等の支援を行っています。

現状

- 高齢者に就労機会を提供するとともに、知識・技能の研修や講習会を実施するなど、高齢者の就労促進に取り組み、就業者数も増加傾向となっています。また、就業機会の確保・拡大については、基本目標の達成につなぐよう具体的な取組が必要です。
- 高齢者が就業を通じて地域社会に貢献し、高齢者の生きがいや居場所づくりとしてシルバー人材センターが重要な役割を担っていることを踏まえ、「地域を支える担い手」を実践できるよう、それぞれの役割と特性に応じたシルバー事業をより効果的かつ効率的に運営していく必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
シルバー人材センター会員数 (人)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	175	190	200
就業率(%)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	94.3	97.4	95.0

方針

【高齢者の生きがいづくりや社会参加の推進】

- 今後も、高齢者の生きがいづくりや社会参加に繋がるよう、引き続き、高齢者のボランティア活動や就業機会の拡大などに協力し、シルバー人材センターへの運営については、支援していきます。

【他課等の取組】

○産業振興課

駅下にぎわい館の運営時間拡大のための人員配置や、小学生を対象とした農業体験学習の圃場や住民さんが利用できるレクリエーション農園の草刈りなど、シルバー人材センターに委託して、高齢化社会の雇用や生きがいづくりを行っています。

基本目標2 誰もが支え合い・助け合いつながるまちづくり

1 地域支え合い体制の整備（地域共生社会の実現）



重点取組

～思いやりの輪・笑顔の輪を広げよう～

（1）生活支援コーディネーターの配置、活動支援

概要

本町の人口は、今後さらに生産年齢人口の割合が低下する一方で、75歳以上の人口割合が急激に増加すると見込まれ、元気な高齢者等が地域の担い手となり、支え合い・助け合って暮らせる取組が一層重要となっています。

そのため、地域共生社会の実現に向け、自分たちのまちをより良くしていくために、地域の様々な支え合い活動をつなげ、組み合わせる調整役として、生活支援コーディネーターを配置し、住民主体の支え合い活動の推進に努めています。

また、生活支援コーディネーターをはじめとする地域の多様なメンバーが主体となり、地域の情報を共有し、将来に向けた話し合いを行うことで、地域ならではの支え合いの仕組みづくりを検討する場として、第2層協議体を実施しています。

現状

生活支援コーディネーターの活動

- 第1層協議体を年1回開催し、生活支援コーディネーターによる活動報告及び各委員からは地域の活動状況等について報告を行うなど情報共有を行いました。
- 令和5年度から重層的支援体制整備事業として地域包括支援センターに生活支援コーディネーター（地域づくり支援員）を1名増員し、地域へ出向いての相談体制の強化に努めています。
- 地域の各種会合やタピオステーション等に出向き、地域との関係づくりを行いながら、地域とのネットワークを構築、地域の情報や状況把握に努めています。
また、生活福祉課のCSWや社会福祉協議会に配置した生活支援コーディネーターと随時連携を図りながら、地域の支え合い活動・地域づくり支援について検討を行っています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
第1層協議体の開催回数（回）	目標	-	-	-
	実績（見込み）	1	1	1
第2層協議体の開催回数（回）	目標	5	5	5
	実績（見込み）	1	3	3

方針

【地域のコミュニケーションの場の構築】

○地域資源の把握や地域の課題の抽出を行い、その課題をどう解決するかを各地域で話ができる仕組みを構築していきます。

【住民主体の地域の支援体制づくりの構築】

○住民主体の地域支え合い活動・地域づくり支援体制づくりのモデル地区を設定し、地域包括支援センターをはじめ、生活支援コーディネーター、CSW（コミュニティソーシャルワーカー）などの地域づくりの関係者が協力し集中的に地域に入り、地域と協働し地域支え合い活動・地域支援体制づくりに努めます。

【第2層第3層生活支援コーディネーターの配置】

○地域への支援の中で、第2層・第3層での生活支援コーディネーター配置にも努めます。

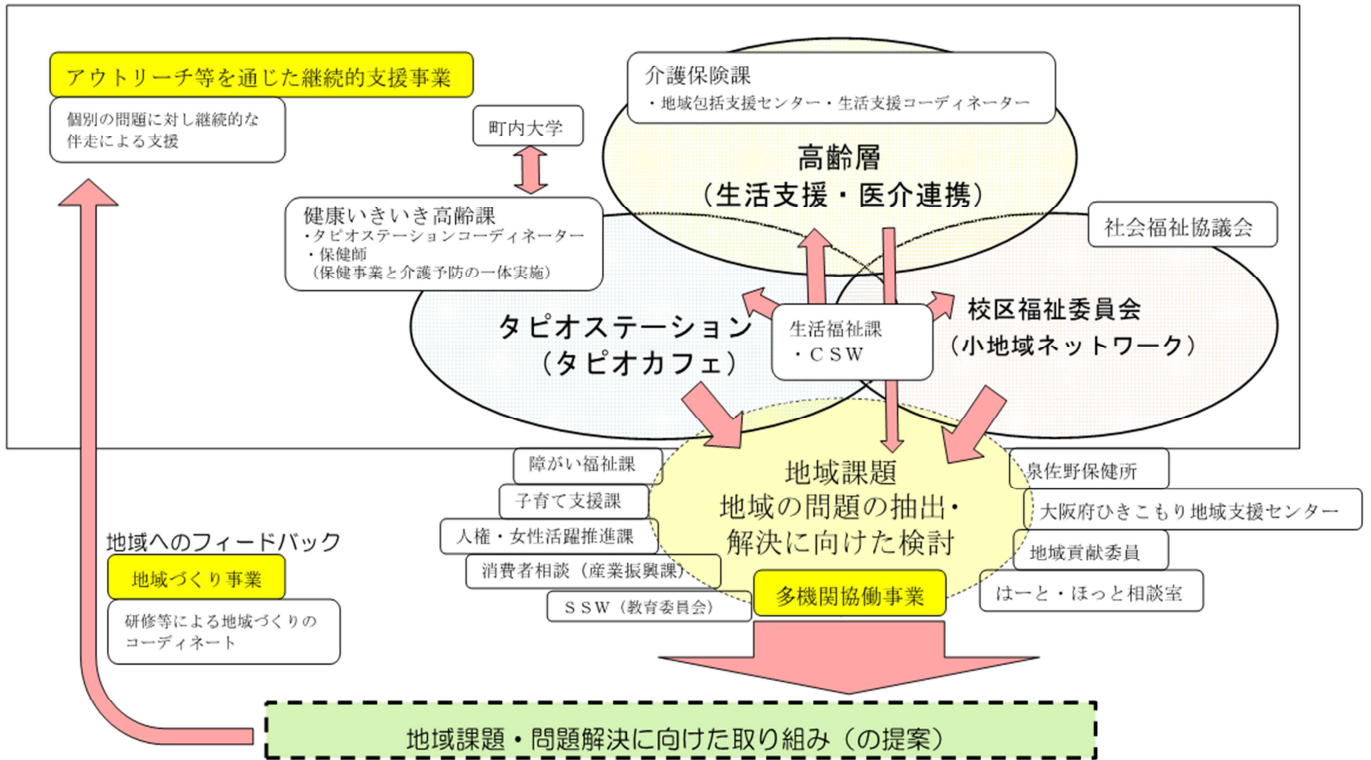
【ボランティア等の担い手育成と社会参加の仕組みづくり】

○社会福祉協議会で養成しているボランティアと高齢者の生活支援ニーズ等をコーディネートをする仕組みづくりとともに、介護予防・生活支援ボランティアポイントの導入についても検討していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1層協議体の開催回数（回）	2	2	2
地域支え合い活動・地域づくりの体制構築	1	1	1
第2層協議体の開催回数（回）	5	10	15
モデル地区への支援（地区数）	1	2	3

【重層的支援体制整備事業（イメージ）】



2 高齢者の見守り支援

(1) 見守り支援の推進

概要

「みまもりアンケートの実施」

独居高齢者のうち、閉じこもりがちなど何らかの支援を要する方を早期に把握し、見守り支援や介護予防活動等の必要な支援につなげることを目的に、要介護、要支援認定を受けていない65歳以上の独居高齢者世帯及び75歳以上の高齢者世帯を対象に小学校ごとに6年に1回、「みまもりアンケート」を実施しています。独居高齢者世帯で未回収の方については、個別訪問、夜間訪問などを実施し、状況把握に努めています。アンケート結果から見守り支援が必要な方に対しては、地域包括支援センターが実施している「**独居高齢者見守り支援事業**」につなげ、定期的な見守りを実施しています。

また、急病や災害時等の緊急事態発生時に簡易に第三者へ通報することができる「**緊急通報装置貸与事業**」を行っています。

さらに、早期発見・早期対応ができる見守り体制を、より一層推進するためライフライン事業所や宅配業者など民間事業所の協力を得て、日頃の業務の中で気付く高齢者の異変を地域包括支援センター等に連絡する連携体制である「**高齢者見守りネットワーク事業**」を構築し、みまもり体制の強化に努めています。

現状

- 令和元年度より、65歳以上独居高齢者でみまもりアンケート未回収かつその他予防接種歴、健診等で情報がない人については、昼間訪問以外に夜間訪問を実施しました。
- みまもりアンケートから事業対象者に該当する方や、訪問時に支援が必要と判断した方へは、地域包括支援センターと連携し、個々に応じた見守り支援や各種介護予防事業、認知症施策へつなげています。
- 令和2年度から令和3年度にコロナ禍による外出自粛に伴い、人との交流減少による精神的不安に陥らないよう、地域包括支援センターによる見守り支援事業において、対象者への電話及び訪問回数を例年よりも増やすなど、きめ細かな対応を実施した。また、75歳以上の独居高齢者等を対象に「緊急通報装置」設置等に係る自己負担を無償提供としました。令和4年度以降は、無償提供期間が終了となり、解約者が増加し、減少傾向となっていますが、一方で民生委員やケアマネジャーからの利用申込者は増えています。
- 「高齢者見守りネットワーク事業」については、協力事業者を増やし、高齢者の異変などを早期に察知し、必要な支援につなげられるように体制の強化が必要です。

○各事業等の効果的な周知が必要です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
みまもりアンケートの回答割合 (%)	目標	84.0	85.0	85.0
	実績(見込み)	78.9	75.1	79.0
高齢者見守りネットワーク協力 機関数(件)	目標	45	50	55
	実績(見込み)	-	-	-
緊急通報装置貸与事業利用実 人数(人)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	185	171	167
お元気コールサービス利用実人 数(人)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	74	62	57

方針

【みまもりアンケートの実施】

○引き続き、高齢者の心身の状況を把握するため定期的にアンケート調査を実施し、必要に応じて、地域包括支援センターの見守り支援事業など必要な支援等につなげます。また、小学校区ごとに、民生委員と地域ケア会議を開き、みまもりアンケートの結果を共有し、地区の現状、地域の見守りネットワーク体制の構築に努めます。

【緊急通報装置の周知】

○緊急通報装置については、必要な方に設置できるよう、様々な場面で周知し、ご利用いただくことで高齢者等が安心して生活できるよう今後も支援していきます。また、緊急通報装置の追加サービスとして利用可能な「お元気コール」については、定期的な見守りツールとして今後も周知を行います。

【みまもりネットワークの推進】

○「地域支え合い活動」の担い手の育成や担い手と支え手とのマッチングが行える仕組みづくりを生活支援体制整備事業として取り組んでいきます。また、地域の方々や事業者の方々の協力を得ながらきめ細かい多面的な見守り体制の構築に努めます。

【各事業の周知・啓発】

○各事業が必要な方に利用してもらえるよう、周知・啓発に努めます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
みまもりアンケートの回答割合（％）	85.0	85.0	85.0
高齢者見守りネットワーク協力機関数（件）	55	60	65

(2) 高齢者福祉サービスの提供

概要

低所得のひとり暮らし高齢者等に対し、日常生活用具を給付または貸与し、在宅生活を支援しています。また、個々の高齢者の状況に応じた福祉サービスの提供を行います。

現状

- 日常生活用具については、火災警報器や自動消火器、電磁調理器の給付、また、高齢者用電話の貸与としていますが、電話の貸与が継続してあることと、電磁調理器の給付が主なものとなっています。
- 民生委員児童委員、サービス事業者やケアマネジャーからの問い合わせが増えてきています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
日常生活用具の給付または貸与 利用実人数（人）	目標	-	-	-
	実績（見込み）	7	6	2

【他課等の取組】

○環境課

粗大・不燃ごみの収集は、電話申し込みをして自宅前や指定場所に出すことになっていますが、自分で粗大・不燃ごみを運び出せない高齢者のみの世帯、障がいのある方の世帯を対象に運び出しをサポートする「粗大・不燃ごみ運び出しサポート制度」を実施しています。

方針

【日常生活用具の給付または貸与による生活支援】

- 日常生活用具については、必要な方の支えとなるよう、事業の有効性を鑑みながら支援していきます。

【日常生活用具の給付または貸与の周知啓発】

- 日常生活用具の給付・貸与サービスの周知啓発に努めます。

3 地域包括支援センターの機能強化

(1) 町と地域包括支援センターの機能強化

①地域包括支援センターの適正運営と機能の強化

概要

地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの機能強化を図るため、各専門職の役割と業務内容や業務量に見合った体制整備を行っています。

地域包括支援センター運営部会において、毎年事業評価を行い事業の質の向上に努めています。

現状

- 町は、地域包括支援センターが円滑に業務を運営できるように、毎月の定例会議や必要に応じた協議の場を持つことで、後方支援・総合調整を行なっています。
- 地域包括支援センターに配置されている3職種（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師）がその専門性を活かし、センター機能を十分に発揮できるような人員配置に努めるよう働きかけ、相談体制の機能強化を図りました。
- 令和5年度から、重層的体制整備事業の機能の1つである相談体制の強化を図るため、地域包括支援センターに専従の生活支援コーディネーター（地域づくり支援員）1名配置しました。
- 3職種（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師）が協働し、業務にあたっていますが、高齢化の進行により対応件数の増加だけでなく、相談内容も複雑化・複合化しています。
- ニーズ調査によると地域包括支援センターの認知度は前回調査と比較すると増加していますが、高齢者の困りごとや悩みの相談先としての認知度は低い状況です。効果的な周知方法を検討する必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
専門職の配置人数（人）	目標	7	7	7
	実績（見込み）	7	7	8

方針

【地域包括支援センターの機能強化の推進】

- 今後、高齢者の増加や複雑化・複合化する中で総合相談体制の強化していく必要

があるため、中長期的視点で地域包括支援センターの機能強化について検討する必要があります。

【地域包括支援センターの効果的な周知】

- 定期的に、町内郵便局や小売業者、薬局、金融機関などを訪問し、地域包括支援センターのパンフレットの配架やポスター掲示の依頼などを実施しており、今後も継続して実施していきます。
- タピオステーションや地域のつどいの場などにおいて、出張相談窓口を開設し、地域包括支援センターが高齢者の総合相談窓口であることを周知し、相談先として利用いただけるように努める。

【地域の支え合いの仕組みづくり】

- 専従の生活支援コーディネーターは、社会福祉協議会、生活福祉課に配置されているCSWなどと積極的に連携しながら、積極的に地域に出向き地域の課題を把握するとともに、その中から地域で出来る支え合いづくりの創出を支援します。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括支援センターの認知度	60%	65%	70%

コラム『地域包括支援センターにおける相談体制』



「悩み」「疑問」「相談ごと」を一人で抱え込んでいませんか？そんな時は地域包括支援センターへ気軽に何でも相談してください。

《例えば》

- 最近、少し物忘れが多くなって心配…
- あそこのおじいちゃん、叩かれたような跡がある。もしかして虐待…
- ひとり暮らしが不安…
- 介護を受けなくてすむように予防したい。 など

必要に応じて相談員がご自宅を訪問します。センター内に相談室があり、ご来所いただくこともできますので、安心してご相談ください。

②介護予防ケアマネジメントの充実

概要

適切なサービス利用を行うことで、高齢者の介護予防・重度化防止や自立した生活につながるよう、個々の状態に応じたケアマネジメントを推進しており、ケアマネジャーに対する支援を行っています。

現状

- ケアマネジメントを委託している居宅介護支援事業所に対し、必要な情報提供を行うとともに、指導・助言を行っています。また、ふれあい元気教室などの参加者のモニタリング状況により、一般介護予防事業や介護保険サービスにつなぐ等の自立支援を行っています。
- 「自立支援型地域ケア会議」を活用することにより、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント力の向上に取り組んでいます。また、住民や居宅介護支援事業所に向けて自立支援・重度化防止の普及・啓発を実施しています。今後も、介護予防事業の利用率を向上させるため、引き続き積極的な普及・啓発が必要です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防ケアマネジメント件数 (件/月)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	178	174	174

方針

【ケアマネジャーの資質向上】

- 自立支援型地域ケア会議や専門職による同行訪問の活用などを通じて、アセスメント力の資質の向上を図ります。

【効果的なサービス利用と継続した支援の実施】

- 個々の利用者の状態に応じた自立支援・重度化防止の視点に立ったケアマネジメントを行うとともに、利用者、ケアマネジャー、サービス事業所の意識の共有を図り、効果的なサービス利用につなげる。

【自立支援・重度化防止に向けたマネジメントの充実等の推進】

- 自立支援型地域ケア会議を活用し、自立支援・重度化防止に向けたマネジメントの充実を目指します。
- 自立支援・重度化防止の重要性について、要介護認定申請に利用者・家族に説明を行っています。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
自立支援型地域ケア会議（件／年）	10	10	10
介護予防ケアマネジメント研修会	1	1	1

③包括的・継続的なマネジメントの充実と多様な主体の参画による重層的なセーフティネットの構築

概要

地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となり、地域ケア個別会議において、民生委員や社会福祉協議会などの関係機関と連携し、支援困難（認認介護、8050、ヤングケアラー）な事例について、情報の共有、助言や課題の抽出、解決策等を話し合う仕組み（地域ケア会議）を推進し、地域住民等による支え合いの輪が広まるよう努めています。

現状

【ケアマネジャー等への支援】

- 法定外研修においては、ケアマネジャーのスキルアップをにつながる内容の研修を実施しました。特に令和2年度は、ケアマネジャーだけでなく、介護保険事業所に対しても、自立支援・重度化防止の視点を持ったケアマネジメント・サービスの提供ができるよう研修を実施しました。
- コロナ禍で対面の会議が開催できなかったことや事例抽出の定義が確立されていなかったことにより、令和4年度は個別地域ケア会議が開催できていません。
- ケアマネジャーが抱える困難事例に対し、的確なアドバイスを行うなど後方支援に努めています。
- 介護保険サービスだけでなく、地域の資源にもつなげられるよう地域資源の把握に努め、ケアマネジャー支援に役立てています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
総合相談件数（件）	目標	-	-	-
	実績（見込み）	1,241	1,255	1,569
介護支援専門員からの相談件数（件）	目標	-	-	-
	実績（見込み）	111	184	220

方針

【地域ケア会議による課題解決】

○地域資源の不足や支援困難事例など、幅広く事例を抽出し、地域ケア会議に繋ぐことにより課題解決を図り、ネットワークを構築していきます。

また、地域包括支援センターが地域に出向き、地域の課題解決のための支え合い、助け合いの地域づくりの支援に取り組みます。さらに、介護保険サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動等の様々な社会資源が有機的に連携できるよう、協議体への参画を通じて地域資源の把握に取り組みます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総合相談件数（件）	1,200	1,200	1,200
介護支援専門員からの相談件数（件）	120	120	120
地域ケア会議の開催回数	12	12	12

4 地域ケア会議の充実

(1) 地域ケア会議の強化

①地域ケア個別会議の積極的な開催

概要

地域ケア会議は会議の目的に合わせて行政職員、センター職員、ケアマネジャーや保健医療関係者、地域住民等から必要に応じて招集し、実施するものです。その中で個別事例の解決を目的とした「地域ケア個別会議」を開催し、高齢者を取り巻く様々な課題や地域課題の把握を行っています。

現状

- 地域包括支援センターの個別ケースの中には、複合的・複雑化した課題を抱えた方が多く困難ケースが増加傾向にあり、各課及び関係機関との連携が必要不可欠です。
- 困難ケースをとおして、地域課題を把握できるような会議の構成にする必要があります。
- 困難ケースの目安などを明確化し、地域ケア会議を開催した中で、地域課題を把握し、解決に向けて地域が自主的に取り組んでいけるよう支援していきます。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域ケア個別会議の開催回数 (回)	目標	15	17	19
	実績(見込み)	2	18	20

方針

【重層的支援体制づくりの推進】

- 高齢化に伴い、高齢者の抱える課題は複雑化・複合化し、困難ケースが増加してくることが見込まれます。今後は、1つのケースを通して介護保険課だけでなく、生活福祉課をはじめ、障がい福祉課、子育て支援課などが連携して多面的に支援し、解決していくことが必要であり、8050問題、ヤングケアラーへの支援、虐待事案などについて対策を図ります。
- 今後も個別事例に応じて関係機関や地域の方も含めた会議の開催を継続していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア個別会議の開催回数（回）	22	24	26

②自立支援型地域ケア会議の開催

概要

自立支援型地域ケア会議を開催し、多職種及び介護関係者が協働で検討することにより、利用者の自立支援・重度化防止に向けたプランづくりを目指します。

現状

- 令和4年度より、ふれあい元気教室内の自立支援型地域ケア会議と1本化し、大阪府アドバイザーなども配置するなど強化を図りました。
- 自立支援型地域ケア会議から見えてきた地域課題や成功事例などを地域包括支援センターやケアマネジャーなどと共有し、利用者の自立支援・重度化防止の視点を持ったケアプラン、サービス提供が行えるように努めます。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
自立支援型地域ケア会議の開催回数（回）	目標	4	5	6
	実績（見込み）	7	9	8

方針

【地域課題の解決に向けた関連部署との連携】

- 自立支援型地域ケア会議等で把握した地域課題については、庁内の関連部署と課題を共有し、連携しながらの環境整備も必要になってきます。地域包括支援センターをはじめ、ケアマネジャー、サービス提供事業所と「自立支援型地域ケア会議」での成功事例の共有や、自立支援、重度化防止の視点に立ったケアプランの作成、サービス提供に関する研修会等を継続的に実施します。

※コラム

地域ケア会議について掲載予定

5 権利擁護の推進

(1) 高齢者虐待防止のための取組

概要

「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」（以下、「高齢者虐待防止法」という。）に基づき、虐待を受けた高齢者の保護のため、早期に関係機関等との連携を図り、対応方針について協議・検討し、適切な対応に努めています。

緊急に保護を必要とする高齢者については、必要に応じて、特別養護老人ホームへの「やむを得ない事由による措置」や要保護高齢者緊急一時保護事業により、保護しています。

現状

- 「高齢者虐待防止法」に基づき、虐待を受けた高齢者の保護のため、早期に関係機関等との連携を図り、対応方針について協議・検討し、適切に対応しています。
- 民生委員への周知や認知症サポーター養成講座などの住民等が集う場や広報等を通じて、高齢者虐待に関する知識や理解の普及啓発を実施しました。
- 虐待の原因が複雑化、複合化しているため、庁内はじめ関係機関との連携が必要不可欠になっています。
- 養護者による虐待の対応件数が増加傾向にあります。また、養護者に対するケアも必要です。

【他課等の取組】

○人権・女性活躍推進課

町広報誌にて「高齢者の人権を守ろう」を掲載しました。（令和5年9月広報）また、社会福祉施設等における特設相談所の開設を行っています。（令和2～4年度は新型コロナウイルス感染防止のため中止）

方針

【関係機関と連携した高齢者虐待の防止及び早期発見】

- 今後も「高齢者虐待防止法」に基づき、関係機関と連携し迅速で適切な対応をします。また、高齢者虐待の防止及び早期発見に努め、住民へ的高齢者虐待の知識や理解の普及啓発を実施します。

(2) 成年後見制度及び日常生活自立支援事業

概要

成年後見制度は、認知症・知的障がい・精神障がいなどにより判断能力が十分ではない方を保護するための制度で、家庭裁判所への申立てにより、契約や法律行為について本人を援助する後見人（成年後見人、保佐人、補助人）を選任します。

日常生活自立支援事業は、認知症高齢者等で判断能力が不十分な人が住み慣れた地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うものです。

現状

- 大阪府や他市町と連携して、市民後見人の養成を行っています（養成講座の企画・運営については大阪府社会福祉協議会へ委託）。
- 市民後見人の活用や成年後見人制度の周知を図っています。
- 地域包括支援センター等と連携しながら、住民からの相談へ対応するとともに、必要に応じて老人福祉法に基づく町長申立てを行い、それに要する費用の負担及び後見人に対する報酬助成を行っています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
市民後見人の養成人数（人）	目標	1	1	1
	実績（見込み）	0	0	2

方針

【成年後見制度の利用促進等の継続】

- 今後も引き続き、市民後見人の養成、成年後見制度の利用促進、住民への相談対応を行っていきます。

【地域連携ネットワークの構築と中核機関の整備】

- 権利擁護支援の必要な人を発見し、早期の段階からの相談対応等により適切に必要な支援につなげる地域連携の仕組みである、「地域連携ネットワーク」の構築とその中核となる機関である「中核機関」の整備についても検討します。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市民後見人の養成人数（人）	1	1	1

(3) 消費者被害対策のための取組

概要

高齢者への悪徳訪問販売や特殊詐欺などの消費者被害対策として、警察・大阪弁護士会や大阪府消費生活センター等との関係機関と情報交換を行うとともに、民生委員・児童委員、長生会、ケアマネジャー、訪問介護職員等に必要な情報提供を行っています。

現状

○高齢者の消費者被害を未然に防止するため、高齢者への情報提供を行うとともに、地域包括支援センターと関係機関が連携し、高齢者の消費者被害に対して支援を行います。

方針

【消費者相談への対応と普及啓発の継続】

○今後も引き続き関係機関との情報共有を行うとともに、高齢者の相談に応じ、必要な機関へつないだり、住民向けの普及啓発に取り組みます。また、熊取町の消費生活相談員との連携を深められるよう、庁内関係機関との調整を行っていきます。

基本目標3 住み慣れた地域で安心して医療や介護を受けられるまちづくり

1 切れ目のない在宅医療・介護連携の推進

(1) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

概要

切れ目のない医療と介護の提供体制の構築に向け、町内の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護事業所の専門職等の多職種（熊取町医療介護連携ネットワーク（通称：ひまわりネット））が協働して現状の分析、課題の抽出を行い、様々な取組を実施しています。

また、平成30年から泉佐野市以南の3市3町が医師会に医療介護連携を推進するため、泉佐野・泉南医師会へ委託し協働しながら事業を進めているところです。

現状

- コロナ禍で事業を進めることが困難でしたが、ひまわりネットの連携基盤を基に医療機関をはじめ、多職種の連携のもと新型コロナワクチン接種を円滑に進めることができたことは大きな成果となりました。
- ひまわりネット連絡会では、新型コロナウイルス感染症の情報共有や感染対策について研修会等を開催し、利用者への適切な支援を促しました。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で通常の実施が困難であったため、参加者が減少しました。令和5年度からは、コロナも落ち着き通常開催ができるようになったため、ひまわりネット会員の参加促進に努めています。
- 要介護・要支援対象者を対象に救急時や災害時にスムーズな支援が行えるように、「災害時等支援情報（災害シート）」を作成し、その普及啓発について検討を重ねました。
- 今後、後期高齢者が増加し在宅医療・介護のニーズを併せ持った利用者の増加が見込まれ、「在宅診療」「訪問診療」のニーズが高まり、医療機関及び在宅医療サービスの担い手の確保が課題となっています。
- 熊取町医療介護ネットワーク検討委員会において、今後の高齢化に伴う医療・介護のニーズ等を見据え、医療介護ネットワークでの活動として「町内の資源の情報提供」、「ACPの普及啓発」が必要であるとの意見がありました。
- 泉佐野市以南の3市3町の委託事業については、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時対応」「看取り」の4つの視点について、3市3町及び泉佐野泉南医師会協働で取組を進めています。具体的な取組としては、在宅診療医の確保及び施設等へのACPの普及・啓発、介護関係者が在宅医療・介護連携について相談できる窓口の設置や、協働・連携を図るため地域の実情に応じて情報共有や知識習得のための研修などを行っています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
ひまわりネットの会員数（人）	目標	165	170	175
	実績（見込み）	175	187	200

方針

【ひまわりネット連絡会の加入者の拡充】

○ひまわりネット連絡会の参加者を増やすため、多職種が各々の本来業務に活かせるような取組を行うとともに、連携の輪を広げるためひまわりネットの取組などを周知し、会員への加入勧奨に努めます。

【在宅診療医を増やす取組の推進】

○今後高齢化が進展により、在宅医療の利用者が増加することが見込まれ、「在宅診療」「訪問診療」のニーズが高まっています。泉佐野以南の3市3町及び「在宅医療・介護連携推進事業（委託事業）」を活用し、在宅診療医を増やす取組を推進します。

【医療・介護の連携強化に資する取組の推進】

○「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時対応」「看取り」の4つの場面で、切れ目なく、医療・介護の提供ができるよう、より一層、医療・介護の連携強化に必要な取組を推進します。

【医療・介護提供体制の整備】

○ひまわりネットの活動等をとおして、高齢者が人生の最後まで自分らしい暮らしを選択できるよう、人材確保を含めた医療・介護提供体制の整備に努めます。

【ACP（人生会議）の普及・啓発】

○在宅医療・介護連携を推進していく中で、もしもの時に備えて本人が望む人生の最期をどのように迎えたいかについて、ACP（人生会議）の普及・啓発に努めます。

【災害時支援情報（災害シート）の普及・啓発】

○救急時、災害時に活用できるよう普及・啓発に努めます。

【大阪府医療計画との整合性】

○大阪府医療計画との整合性を図り、ニーズに応じたサービスの提供ができるよう取り組んでいきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ひまわりネットの会員数（人）	210	220	230
ACPの認知度	12	15	18

写真掲載予定

コラム『人生会議（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）とは』



「人生会議」とも言われ、もしもの時に備え自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組のことです。

◎そのためのきっかけづくりとして本町では、「終活ノート（エンディングノート）」をふれあいセンターにおいて配架しています。

終活ノート（エンディングノート）は、これまでのあなたの人生を振り返り、あなたの情報や希望などを書き留めるものです。書き進めるうちに、あなたの思いが自然に整理でき、これからの人生を考えるきっかけになるでしょう。

2 住民への周知啓発、理解促進

(1) 住民への周知啓発

概要

住民の在宅医療・介護サービスに関する理解を深め、在宅医療・介護を必要とする人（家族）が安心して在宅医療介護サービスを選択できるよう、普及・啓発に取り組んでいます。

現状

- 医療機関や介護サービスを利用する際に活用する「熊取町医療介護ガイドマップ」をひまわりネット連絡会で作成し、令和4年度に全戸配布しました。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、住民向け講演会は開催できていないのが現状です。令和5年度からは新型コロナウイルス感染症も落ち着き、町民向け・多職種向け講演会を開催する予定です。在宅医療・介護についての知識と理解が深まるよう取り組んでいます。
- 第9期計画に向けてのニーズ調査において、「人生の最期を迎える時どのような暮らしを望むか」の問いに、4割近くの方が自宅で介護サービスを受けて暮らしたいと回答しています。一方、「自宅で療養しながら最期まで過ごすことができると思うか」の問いには、8割以上の方が難しいと答え、その理由として「家族に負担がかかる」「症状が急に悪くなったときに不安」などが多くなっています。

方針

【利用者のニーズに合った様々な情報提供の実施】

- ニーズ調査の結果を受け、今後も住民向けの講演会などを開催し、在宅医療についての住民の知識と理解が深まるような取組を行うとともに、ひまわりネットの多職種の活動をわかりやすく紹介し、多職種連携により安心して在宅療養が受けられることを広く周知していきます。

【人生の最期について考える大切さの普及・啓発】

- 本町の高齢者の現状や在宅医療・介護の現状等の情報提供等に努めます。また、日頃から「人生の最期をどのようにしたいか」について、本人、家族などと考えることの大切さについて広報等を通じて普及・啓発に努めます。

【在宅医療・介護サービスが必要になった場合の相談窓口の周知】

- 「熊取町医療介護ガイドマップ」をひまわりネット連絡会にて定期的に更新し、在宅医療・介護サービスが必要になった場合の相談窓口の周知に努めます。

基本目標4 認知症と向き合い共に暮らせるまちづくり

1 認知症に対する理解の促進

(1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

概要

認知症の方やその家族が地域のなかで自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症への理解を深めるための普及・啓発に努めています。なかでも、認知症についての正しい知識を持ち、認知症の方やその家族を温かく見守る応援者である「認知症サポーター」の養成講座を実施し、認知症に対する心の障壁を取り払い、認知症とともに生きる地域を目指しています。

また、認知症サポーター養成講座を受講済みの方を対象に、ステップアップ講座を実施し、認知症の方や家族への支援を地域でできるよう、地域の見守りや支え合い活動の実践者としての育成に向け検討しています。

また、令和4年度から町内全小学校の主に5年生を対象に、キッズサポーター養成講座を開催しています。

現状

○町内の薬局と連携をはかり、認知症に関するチラシやDVDの上映などにより、理解促進に努めました。

○「認知症月間（毎年9月）」に併せ、認知症の普及啓発チラシの全戸配布や駅前のシンボルツリーをオレンジ色に点灯するなど普及啓発に努めています。

○町民文化祭等のイベントを活用し、認知症の理解促進に努めています。

【つながるステッカーの普及】

○郵便局や商業施設の従業員の方に認知症サポーター養成講座（ミニ講座）を実施し、認知症の理解の普及に努めました。

【認知症サポーター養成講座の開催】

○あらゆる世代の方が認知症講座を受講しやすいように、令和4年度からオンライン講座を導入し、定期的を開催しています。

【キッズサポーター養成講座の開催】

○令和3年度まで町内小学校1校のみで実施でしたが、令和4年度からキッズサポーター養成講座を町内小学校全5校に実施・拡大しました。令和5年度も町内全小学校で継続して実施しています。

【認知症ステップアップ講座の開催】

○新規事業として令和4年度から認知症サポーター養成講座受講修了者に対して認知症ステップアップ講座を実施しました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症サポーター数（人）	目標	4,100	4,600	5,100
	実績（見込み）	3,610	4,149	4,649
ステップアップ講座開催回数（回）	目標	2	2	2
	実績（見込み）	0	1	2

方針

【認知症とともに生きる地域づくり】

- 認知症とともに生きる地域づくりのために、日頃から広報、ちらし、ホームページ、町民文化祭等のイベント機会を活用し、認知症の理解促進に努めます。また、図書館などの事業と連携するなど効果的な認知症の理解促進に努めます。
- 9月の認知症月間には、重点的に認知症についての関心と理解を深めることを目的に熊取駅前広場のシンボルツリーをオレンジ色（シンボルカラー）ライトアップし、認知症の普及啓発を図ります。

【つながるステッカーの普及】

- 認知症の人と地域で関わることが多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員に対して、認知症のミニ講座等の受講を働きかけていきます。受講した事業所に対しては、「つながるステッカー」を配布し、認知症にやさしい協力機関としての周知啓発を行います。

【認知症サポーター養成講座及び認知症ステップアップ講座の開催】


- 認知症サポーター養成講座を終了した方が、さらに深く認知症の知識を習得する「認知症ステップアップ講座」を継続実施し、認知症の人やその家族にあった支援活動を行うチームオレンジにつなげていきます。また、認知症地域支援推進員やキャラバン・メイト等とともに認知症施策を推進します。

【キッズサポーター養成講座の開催】

- 町内小学生に対して、キッズサポーター養成講座を行い、子どもの時から高齢者や認知症の方への接し方等正しい理解・知識の普及啓発を図るため、引き続き実施していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター数（人）	5,100	5,600	6,100
認知症サポーター養成講座の開催	15	17	19
ステップアップ講座の開催	2	2	2
フォローアップ研修開催	1	1	1


 コラム『チームオレンジとは』

認知症本人や家族のニーズと認知症サポーターを中心としたチームメンバーをつなぐ仕組みです。

ステップアップ講座を受けた認知症サポーターを増やし、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域でよりよい環境で暮らし続けられるようにサポートするボランティア等をいいます。

2 予防・社会参加の推進

(1) 相談先の周知

概要

認知症には、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など様々な原因疾患があります。そのため、症状も多岐に渡り支援の方法も状態に応じたものとなります。認知症と疑われる症状が発生したときや認知症の人を支える場合に、どのような支援を受ければいいのか理解できるよう、状態に応じた適切な相談対応や医療・介護サービスの提供の流れを記載した「認知症ケアパス」を作成し普及を図っています。

地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの相談窓口の周知の強化に取り組みます。

現状

○第9期計画策定に向けて、ニーズ調査を行ったところ、「認知症に関する相談窓口」の認知度は、20%と低い状況です。

認知症ケアパス

○認知症ケアパス（瓦版）については、町内の事業所（スーパーや銀行、医療機関など）に配架依頼を行っています。

方針

【認知症ケアパス】

○認知症ケアパスの改定を検討していきます。

○ケアマネジャー、医療機関をはじめとした関係機関へ配布し、今後も、広報やホームページをはじめ、関係機関と連携、協力しながら相談窓口の周知に努め、町全体としての認知症への対応能力の向上を図ります。

(2) 健康づくり・認知症予防

概要

認知症は、早期に発見し治療を始めれば、病気の進行を抑え、生活の質を維持しながら暮らしていくことが可能です。軽度認知障害（MCI）を含め、適切な生活習慣の継続や脳血管疾患の原因となる生活習慣病予防、社会参加により認知症の発症を緩やかにすると考えられています。住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症の早期発見・早期対応に努め、認知症予防の啓発を推進しています。

現状

○後期高齢者への健康診査にフレイルチェックやフレイル相談を実施し、必要に応じて地域包括支援センターへの相談等につなげています。

【タピオステーション】

○タピオ体操＋（プラス）や地区オリジナルの運動やあたまの体操を、地区で工夫しながら実施しています。また、タピオステーションの立ち上げ支援や継続支援において専門職による認知症予防の啓発を行っています。

【楽しく生きる知恵探し】

○高齢者の介護予防と閉じこもり予防と認知症予防を支援することを目的とし、一般介護予防事業「楽しく生きる知恵探し」を熊取町社会福祉協議会に委託のもと行っています。

【認知症簡易チェックシステム】

○令和3年度に、認知症への気づきを促すため、ホームページ上で「認知症簡易チェックシステム」を導入しました。

方針

【タピオステーション】

○今後も身近な地域で健康づくり、介護予防に取り組めるタピオステーションの充実を図ります。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防・管理、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に効果がある可能性が示唆されており、若い世代からの健康づくりが、将来の認知症予防につながるため、健診受診率の向上に努め、生活習慣病予防や認知症予防の周知啓発に努めます。

【楽しく生きる知恵探し】

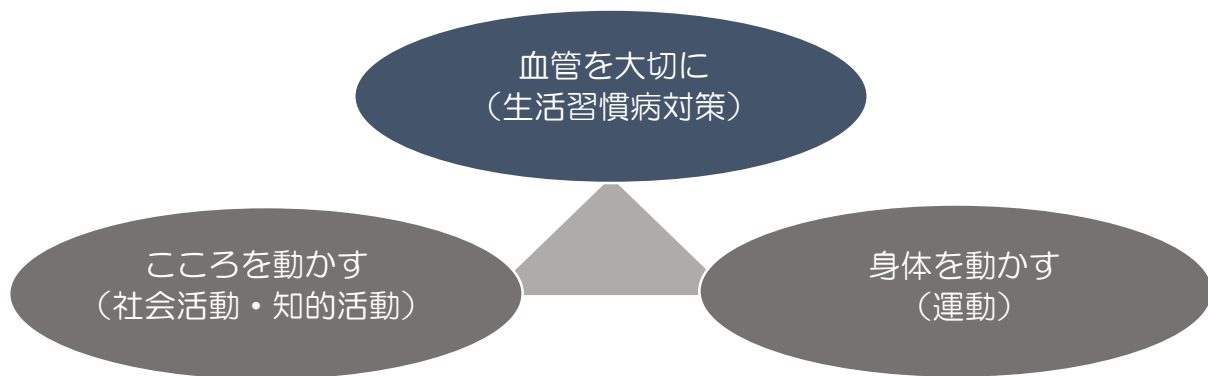
○高齢者の介護予防と閉じこもり予防、認知症予防を支援するため、今後も継続していきます。

【認知症簡易チェックシステム】

○「認知症簡易チェックシステム」等を活用し、MCIを含めた早期に気づきを促す周知に努めます。

○本人や家族、周囲が認知症を疑ったときは、速やかに気づき、早期に適切な医療や介護につなげることができるよう、周知啓発に取り組みます。

《認知症予防のポイント》



(3) 認知症初期集中支援チームの活用と連携強化

概要

早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症に関する医療や介護の専門職による「認知症初期集中支援チーム」が、家族の訴え等により認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、適切な医療や介護につなげ、早期の段階での支援に努めています。

現状

認知症初期集中支援チーム

- 認知症初期集中支援チームは、認知症に関する医療や介護の専門職チームで、本人や家族に面接や訪問などを行い、認知症の初期の段階で速やかに適切な医療・介護等が受けられるよう地域包括支援センターと連携しながら支援を行っています。現在2チームで活動しており、毎月1回チーム員会議を開催しています。
- チームが対応するケースは、地域包括支援センターで選定しています。
- タイムリーな情報交換ができるよう、医師会が地域包括ケア・他職種連携のためのコミュニケーションツールとして推奨しているICTシステムを活用し、情報交換をしています。
- 支援チームでの月例会議において地域包括支援センターが対応している認知症のケースへの医師や専門職の助言により、適切な対応に繋がっています。
- 初期の段階でのケース選定の難しさが、また、ケアマネ等専門職からの相談ケースが少ないことが課題です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
初期集中支援チーム支援件数 (件)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	2	2	2
初期集中支援チームチーム員会議開催回数(回)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	12	11	12
初期集中支援チーム訪問件数 (件)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	6	2	2

方針

【認知症初期集中支援チーム】

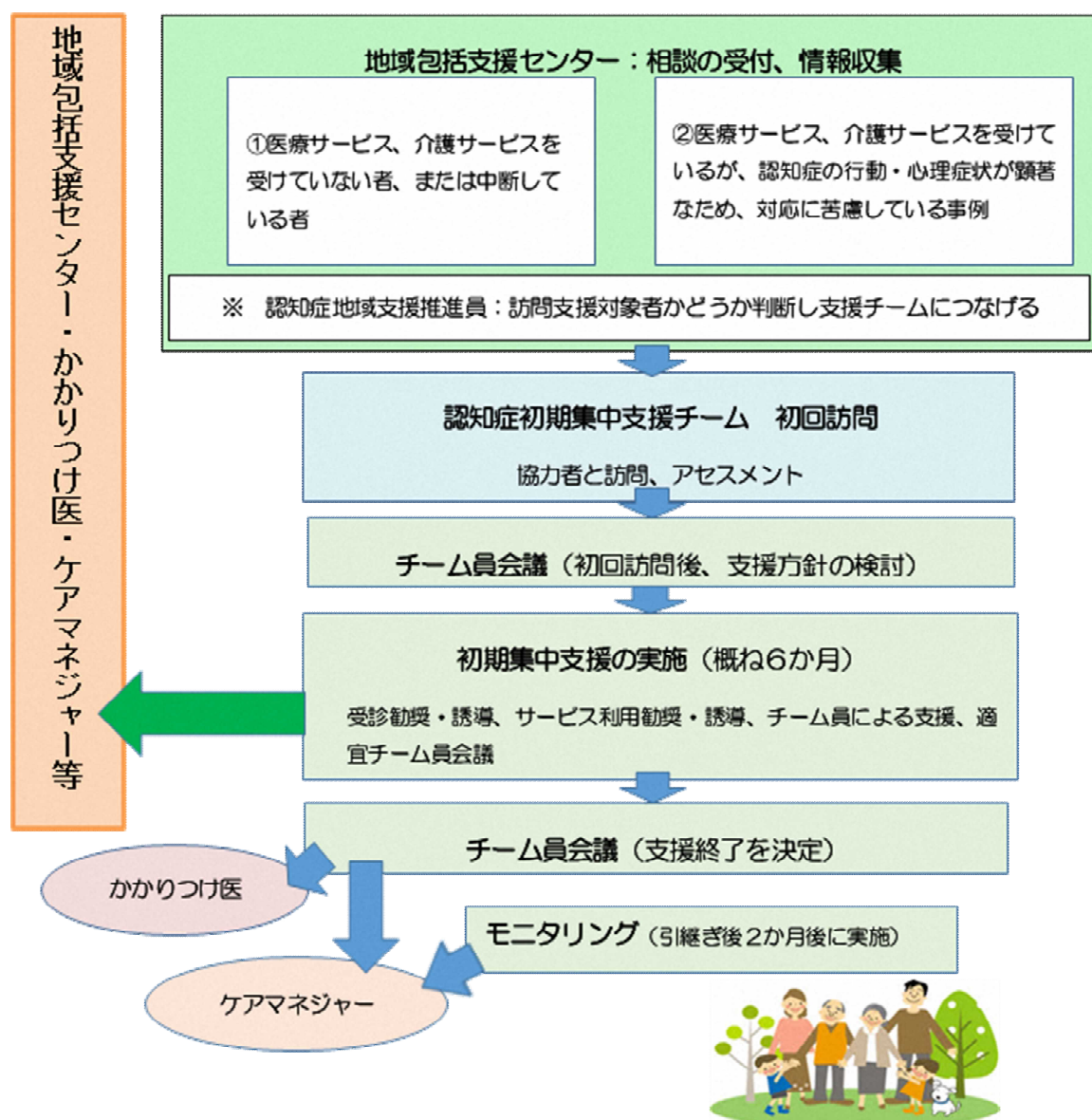
- 当面は2チーム体制で活動を継続し、認知症の初期で関わる難しさが、(本人が認知症を認められない、個人情報に関する承諾について)、そういったケアマ

ネ等専門職への支援も行っていきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
初期集中支援チームチーム員会議開催回数（回）	12	12	12
初期集中支援チームチーム員が訪問した人数（実人数）	2	3	4
初期集中支援チーム員会議での検討件数（延べ）	40	40	40

【認知症初期集中支援チームの流れ】



(4) 介護者支援の充実

概要

家族を支援することで認知症の方の生活の質の改善にもつながるため、家族の精神的・身体的な負担の軽減と認知症の理解の促進を図っています。

現状

○家族から、「どう関わってよいかわからない」との相談が多いので、認知症サポーター養成講座の案内を行っています。令和4年度から定期的にひまわり（認知症）カフェを開催し、家族の居場所等にもなっています。また「介護者家族の会」と連携しながら相談先としての周知も行っていきます。

方針

【認知症の正しい理解の促進】

- 今後も認知症の正しい理解の促進と、家族の精神的な負担の軽減のために、相談先の周知を図ります。
- 地域で誰でも気軽に相談できるカフェなどの居場所づくりについても取り組んでいきます。



～つながり 支え合う チームオレンジで～

(1) 楽しく安心して参加できる居場所の拡充

概要

認知症の方とその家族、専門職、認知症に関心のある方など、地域にお住まいの方々などが参加し、気軽に相談でき、認知症の本人の思いや声を共有する場として、交流や情報交換、リフレッシュできる場として、認知症カフェ「ひまわりカフェ」を開催しています。

現状

【ひまわり（認知症）カフェの開催】

- 令和3年度は、コロナ禍であり、地域で展開していた認知症カフェが開催できない状況になりましたが、感染症対策を講じた上で、コロナ禍での本人と家族の居場所づくりを目的に熊取ふれあいセンターで地域包括支援センターと認知症カフェを開催しました。令和4年度以降は定期開催とし、本人・家族からの相談を多く受けることができました。
- カフェには認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターや介護者家族の会の方、ケアマネジャーなどが協力してくれました。
- カフェの立ち上げ支援補助金に加えて、令和5年度からひまわりカフェ継続支援補助金を創設し、感染症対策を実施しながら地域でカフェが再開できる体制整備を行いました。

【ひまわりカフェ連絡会】

- 年に1回「ひまわりカフェ連絡会」を開催し、カフェ同士の横のつながりや運営についての情報交換ができる場を設定しました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症カフェに取り組む登録団体数（団体）	目標	9	9	9
	実績（見込み）	7	7	6
認知症カフェ開催回数（回）	目標	18	20	22
	実績（見込み）	1	5	6
認知症カフェ参加人数（人）	目標	360	400	440
	実績（見込み）	10	29	40

方針

【ひまわり（認知症）カフェの開催】

- 地域でのカフェの開催に向けて検討します。
- 認知症カフェなど、認知症の本人が、自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合うことができる場づくりに引き続き取り組み、本人の視点や意見を反映できるよう努めます。
- 「認知症カフェ事業運営支援補助金」の充実を図り、認知症カフェの再開や新規立ち上げ支援を行います。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェに取り組む登録団体数（団体）	7	9	10
認知症カフェ開催回数（回）	14	18	20
認知症カフェ参加人数（人）	140	180	200

(2) 認知症地域支援推進員による取組

概要

医療機関・介護サービスや地域の支援機関をつなぐコーディネート役である「認知症地域支援推進員」が、認知症ケアパスや認知症サポーター養成講座の普及、認知症カフェの支援など、地域に積極的に出向き、ネットワークづくりに努めています。

現状

- 現在は地域包括支援センターに4名、町に2名配置していますが、専任ではないため、他業務との兼ね合いとの難しさがあります。
- 年度末に、次年度の認知症施策の計画を話し合っています。若年性認知症や認知症本人に関わる取組（本人ミーティング等）ができていないことが課題です。

方針

【地域での認知症の方及びその家族の支援体制づくり】

- 今後も推進員同士連携を取り、ひまわり（認知症）カフェの場を活用し、地域での認知症の方及び家族の支援体制づくりに取り組んでいきます。

(3) チームオレンジの推進について

概要

「チームオレンジ」とは、認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組みです。

チームオレンジを結成するため、認知症サポーター養成講座を受講済みの方を対象に、ステップアップ講座を実施し、認知症の方や家族への支援を地域でできるよう、地域の見守りや支え合い活動の実践者としての育成をしています。

また、キャラバン・メイトやケアマネジャー等専門職を対象に認知症に対する国の動向や、熊取町における認知症施策について学ぶ「認知症フォローアップ研修」を実施し、チームオレンジで活躍できる人材の育成に努めています。

現状

認知症ステップアップ講座

○新規事業として令和4年度から認知症サポーター養成講座受講修了者に対して認知症ステップアップ講座を実施しました。

認知症フォローアップ研修

○新規事業として令和4年度からキャラバン・メイトやケアマネジャー等専門職を対象に認知症に対する国の動向や、熊取町における認知症施策について学ぶ認知症フォローアップ研修を実施しました。

方針

【チームオレンジの構築に向けた人材育成】

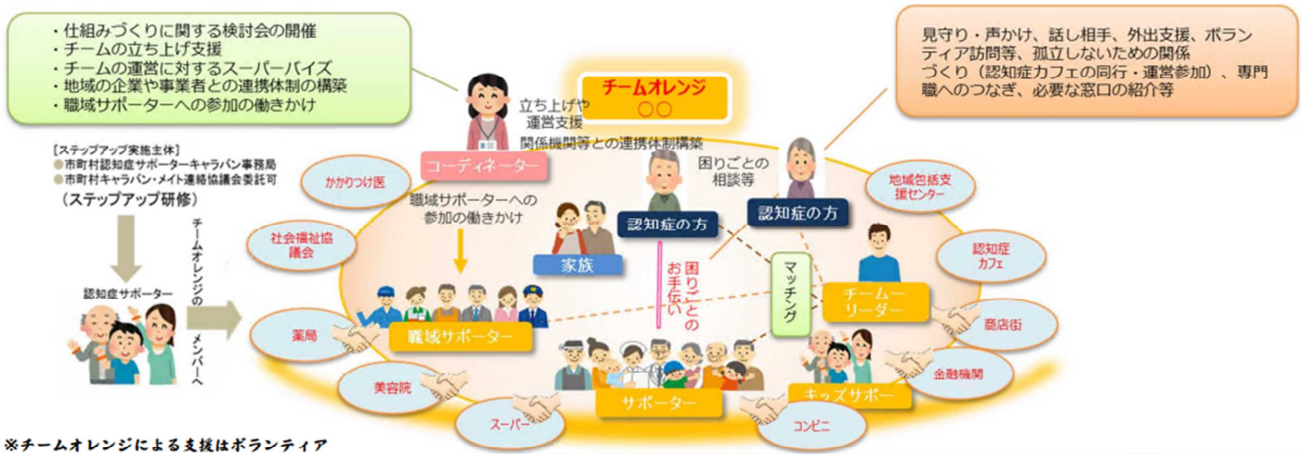
○チームオレンジの結成に向け、継続して認知症ステップアップ講座・認知症フォローアップ研修を実施し、人材育成を行っていきます。

【ニーズに合った支援につなげる仕組みづくり】

○生活支援協議体とも連動し、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ）を目指します。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ステップアップ講座の開催	2	2	2
フォローアップ研修開催	1	1	1



※チームオレンジによる支援はボランティアで行うことが望ましい。(地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材確保のためのボランティアポイントの仕組みの活用も可能)

チームオレンジ三つの基本
 ①ステップアップ講座修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
 ②認知症の方もチームの一員として参加している。(認知症の人の社会参加)
 ③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる

(4) 見守り体制づくり

概要

認知症の人が安全に外出できるよう地域の見守り体制づくりや、行方不明となった際に早期発見・保護できるよう「徘徊高齢者等SOSネットワーク」の取組を推進し、早期発見に努めています。

現状

徘徊高齢者等SOSネットワーク

○徘徊高齢者等SOSネットワークについて、登録者数は横ばいですが、協力者数は増加傾向となっています。

声かけ練習

○徘徊模擬訓練については、地域での見守り体制の構築をねらいとして、自治会単位で実施しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、徘徊模擬訓練の実施ができなかったため、認知症ステップアップ講座にて、認知症の症状がある人に対しての声かけ練習を行いました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
徘徊高齢者等SOSネットワーク登録者数(人)	目標	50	55	60
	実績(見込み)	46	43	47
徘徊高齢者等SOSネットワーク協力者・協力機関数(件)	目標	140	145	150
	実績(見込み)	135	138	145
徘徊高齢者等SOSネットワーク配信件数(FAX・メール)(件)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	1	2	2
徘徊模擬訓練開催回数(回)	目標	2	3	4
	実績(見込み)	0	0	0
徘徊模擬訓練開催場所(カ所)	目標	-	-	-
	実績(見込み)	0	0	0
徘徊模擬訓練参加人数(人)	目標	50	65	80
	実績(見込み)	0	0	0

方針

【徘徊高齢者等SOSネットワーク】

○徘徊高齢者等SOSネットワークの認知度向上への取組を継続的に行っていきます。また、協力者・協力機関が増えるよう継続して働きかけを行っていきます。

○徘徊高齢者等SOSネットワークに登録している認知症の方が行方不明になった場合に早期に警察や地域包括支援センターへとつながる仕組みを検討します。

【声かけ練習】

○徘徊模擬訓練については、地区に周知し、実施を促すとともに、認知症サポーター養成講座にて、声かけのポイント等を周知していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
徘徊高齢者等SOSネットワーク登録者数（人）	50	55	60
徘徊高齢者等SOSネットワーク協力者・協力機関数（件）	130	140	150

基本目標5 安全、安心、快適に暮らせる住まいとまちづくり

1 災害時等における高齢者支援体制の確立

(1) 災害時等の安全の確保

概要

「熊取町地域防災計画」に基づく、「まちぐるみ支援制度」（避難行動要支援者支援制度）により、災害時における避難支援体制を確立しています。

現状

- 避難行動要支援者名簿を作成しており、名簿情報の提供に同意を得られた方の64%について、個別計画を策定しました。一方で、本人と家族の意思の違いから、個人情報の提供同意が得られておらず、個別計画を作成できていないケースもあります。
- 民生委員の方々に協力していただき、避難行動要支援者同意者名簿を活用して、日頃より避難行動要支援者への声かけや見守り活動をお願いしています。
- 介護支援専門員も日常での業務が多忙なところへの協力依頼で制度等の理解を得ることへの難しさを実感しており、課題となっています。
- 熊取町医療介護ネットワーク連絡会「ひまわりネット」において、主に要介護、要支援対象者が災害時や救急時に速やかに医療やケアに繋がるための「災害時等支援情報」シートを作成しました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
個別計画策定率（%）	目標	70	75	80
	実績（見込み）	61	64	70

方針

【災害時における具体的計画の策定促進】

- 防災対策においては、災害時避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物質の備蓄・調達状況を必要に応じ確認するとともに、介護サービス事業所等において災害に関する具体的計画を策定するよう促します。

【災害時の連絡体制整備】

- 災害時において、迅速な災害状況の連絡体制を図れるよう平時から努めます。

【個別避難計画の策定に向けた取組の推進】

- 福祉専門職への負担ができる限り軽くなる方法での協力方法や制度の理解を広める方法を協議しながら、要支援者への個別避難計画のより実効的な計画の策定に向けた取組を検討します。

【災害時等支援情報シートの作成支援】

- 「災害時等支援情報」シートの作成においては、本人や家族が作成しますが、ケアマネジャーをはじめとする専門職等や福祉関係者において作成支援を行います。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
個別計画策定率（％）	80	85	90
災害時等支援情報の認知度	—	—	50

（2）感染症対策

概要

「熊取町新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、町が実施する事業やイベント、高齢者が集う場所等における感染拡大防止に努めています。

コロナ禍における経験を踏まえ、各介護サービス事業所において平時から感染症の発生を防止するとともに、発生時に適切な対応ができるよう備えるよう周知啓発を行います。

現状

- 感染症への正しい知識を持てるよう周知啓発を行うとともに、感染症発生時のサービス継続のための介護事業所間等の連携体制がとれる仕組みづくりが必要です。

方針

【感染症対策の徹底】

- 高齢者が集う場所等での感染症対策に取り組むとともに、フレイル予防にも努めていきます。また、各介護サービス事業所に対し、感染症対策への備えや周知啓発に努め、パンデミック発生時には、迅速な連絡や連携が図られるように関係機関との連携体制整備に努めます。

2 住まいとまちづくりに関する施策の推進

(1) バリアフリーのまちづくり

概要

高齢者、障がい者を含めた多くの人々にとっての暮らしやすさの確保のため、歩道の段差解消など、公共施設のバリアフリー化に努めています。

現状

○関係機関と連携を図り、高齢者や障がいの有無に関わらず、誰もが住みやすいまちづくりに向け、利用者の様々な意見を聞き取る必要があります。

【他課等の取組】

○道路公園課

- ・熊取駅西交通広場の整備熊取駅西交通広場の整備において、高齢者、障がい者等の移動等の円滑化に関する法律（バリアフリー新法）等に基づき、ユニバーサルデザインの視点から歩道の段差解消等を実施しました（熊取駅東西自由通路西側増築に伴うエレベーター設置を含む）。
- ・高齢運転者による交通事故を減少させることを目的に、高齢者の運転免許自主返納を促進し、交通安全の意識向上を図るため、運転免許の全部を自主返納した満65歳以上の方に対し、ひまわりバス無料乗車券の交付（有効期間5年）を実施しています（高齢者運転免許自主返納支援（交通安全対策））。

○社会福祉協議会

町内在住の要支援1・2の方と75歳以上の方のみ世帯で、公共交通機関の利用が困難かつ、家族等の支援が受けることができない方を対象に「外出支援サービス（行こうCar）」を実施しています。

方針

【個々の支援の必要性に応じた住環境づくり】

○高齢者のいる世帯や高齢者のみの世帯が増加し、多様化する住まいにおける介護の状況や支援の必要性に応じた住環境づくりに取り組みます。

(2) 住まいの確保

概要

高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるために基本となるのが「住まい」であることから、高齢者の自立した日常生活を支援するため、高齢者の居住の安定の確保に取り組んでいます。

現状

○今後の多様化する住民ニーズと、「住まい」の利用状況の把握に努め、適正な施設整備に繋げる必要があります。

方針

【地域の実情に応じた計画的な住まいの確保】

○中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、既存施設の在り方を検討し、地域の実情に応じ計画的に住まいを確保していきます。

基本目標6 福祉・介護サービスの充実強化

1 介護保険制度の適正・円滑な運営

(1) 介護給付の適正化に向けた取組

① 要介護認定の適正化

概要

要介護認定を適正に実施するため、認定調査表及び特記内容、主治医意見書をなどの確認を行い、公平、公正な要介護認定に努めています。

現状

○令和3年度及び令和4年度については、新型コロナウイルス感染症の防止を図る観点から面会が困難等の理由により、更新申請に限り更新期間を1年延長する臨時的な取り扱いが適用されたことにより、認定調査件数が減少したため、点検件数も減少しました。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認定調査票の適正化（件）	目標	2,600	2,700	2,800
	実績（見込み）	1,693	1,708	2,520

方針

【認定調査員の資質向上】

○認定調査を適正に実施するため、大阪府の実施する研修会への参加や町独自で実施している研修会を充実し、認定調査員の資質向上を図ります。

【認定調査票及び主治医意見書の全件チェック】

○要介護認定を適正に実施するため、引き続き認定調査票、主治医意見書の全件チェックを行っていきます。

【適正な審査判定の推進】

○審査会の合議体ごとに判定結果の差が出ないように、審査会委員研修を今後も引き続き実施し、適正な審査判定に努めます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査票の適正化（件）	2,600	2,700	2,800
認定調査員研修実施回数（回）	5	5	5

②ケアプランの点検

概要

ケアマネジャーが作成したケアプランと給付実績の確認・点検を行うとともに、ケアマネジャーの資質向上を図っています。

現状

- 給付実績と国民健康保険団体連合会から提供されるデータを活用し、ケアプランを取り寄せ、その内容を確認し、ケアマネジャーと面談等を行うことで、提供される居宅サービス等が利用者にとって真に必要なサービスとなっているかの点検を実施しています。
- 本町はサービス付き高齢者住宅が十分に整備されていることから、在宅系サービスの受給率が全国平均を上回っているため、過剰なサービス供給が自立支援の妨げとならないように、ケアプランチェックを行っていく必要があります。
- 点検を通じてケアマネジャーの資質の向上を促すことで、より良いサービスの提供に努めています。
- ケアプランを点検する中で、サービス提供の必要性について見直しを求めるケースが有りました。
- 利用者の状態に応じた、画一的でない、適切な給付管理を行うように指導する必要があります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
ケアプランの点検数（件）	目標	50	50	50
	実績（見込み）	50	7	50

方針

【利用者の状態に合ったサービスの提供】

- 今後も継続して給付実績及びデータを活用し、ケアプラン点検の対象となるケースを抽出し、点検することで利用者の状態に合った個々に必要なサービスの提供を指導し、自立支援・重度化の防止及びケアマネジャーの資質の向上を促します。

【効果的な取組の検討】

○第9期計画からは、「住宅改修等の点検」と「福祉用具購入・貸与調査」がケアプランチェックに統合されるため、従来のように利用者の自立支援に資するものであるか確認を行いつつ、より効果的・効率的に点検の成果が得られるような実施方法を検討していく必要があります。

【事業所への訪問によるケアプラン点検】

○必要に応じて事業所（高齢者の住まいを含む）へ職員が出向き、ケアプラン点検を行うことで、事業所の実態をより正確に確認できるように努めます。

【課題フィードバックのための研修会の実施】

○ケアプラン点検により抽出された課題等について、ケアマネジャーにフィードバックするため、研修会などを通して伝達（情報共有）を図ります。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプランの点検数（件）	55	60	65

③縦覧点検・医療情報との突合

概要

縦覧点検は、受給者ごとに介護報酬の支払状況を確認することにより、請求内容の誤り等をチェックしています。また、医療情報との突合において、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、医療と介護の重複請求の防止を図り、適正な給付に努めています。

現状

○縦覧点検及び医療情報との突合は、国民健康保険団体連合会に委託しており、結果リストを確認した上で必要に応じて事業者に連絡をとり、給付内容の確認を行っています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
縦覧点検・医療情報との突合件数（件）	目標	4,350	4,400	4,450
	実績（見込み）	6,623	6,673	6,723

方針

【縦覧点検・医療情報との突合の継続】

○引き続き、点検を行い、必要に応じて事業者に給付について確認をすることで、適正な給付に努めます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
縦覧点検・医療情報との突合件数（件）	6,750	6,800	6,850

④給付実績の活用

概要

国民健康保険団体連合会から提供される給付実績のデータや帳票を活用してケアプラン点検の対象者及び過誤請求と考えられる給付を抽出し、点検を行っています。

現状

○給付実績のデータや帳票を活用し、さらに効率的で効果的なケアプラン点検につなげるとともに、過誤請求の点検を実施しています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
ケアプラン点検等の対象者抽出件数（件）	目標	50	60	70
	実績（見込み）	50	7	50

方針

【効率的なケアプラン点検の実施】

○引き続き提供される給付実績等を活用して、さらに効率的で効果的なケアプラン点検につなげるとともに、過誤請求と考えられる給付を抽出し、点検を行います。

【給付実績や地域包括ケア「見える化」システム等による課題の把握】

○給付実績や地域包括ケア「見える化」システム等を用いて、本町の給付の傾向や課題等を把握し、給付の適正化や施策につなげていきます。

【給付適正化のための研修会参加】

○大阪府や国民健康保険団体連合会が開催する研修に参加し、給付実績のデータや帳票の効率的な確認方法等の知識を習得し、給付の適正化に活用します。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検等の対象者抽出件数（件）	55	60	65

(2) 要介護認定を行う体制の整備

概要

要介護認定の申請を受け、訪問調査、主治医の意見書をもとに、コンピューターによる一次判定を経て、介護認定審査会において二次判定を行っています。これらの審査が適正かつ円滑に進むよう、適宜体制の整備・強化に取り組んでいます。

現状

- 認定審査会は5合議体あり、1合議体につき5名の審査委員で構成されています。各合議体で月に1回の審査会を開催しています。
- 申請件数の増加や意見書到着の遅延により、認定申請日から認定結果通知までの日数が伸びています。

方針

【介護認定審査会の体制等】

- 今後の認定申請件数見込みを踏まえながら、介護認定審査が行えるよう必要に応じ審査会の回数を増やし対応してありますが、申請状況を踏まえ、審査会の簡素化及び体制等について検討していきます。

2 人材育成・確保

(1) サービスの質の向上

①事業所への適切な指導・監査の実施

概要

介護保険法に基づき、介護保険事業所等に対し、介護給付等対象サービスの取り扱いや介護報酬の請求に関する事項の周知徹底を目的とした指導を行うとともに、適正なサービスの提供を確保するために取り組んでいます。

現状

- 広域福祉課と連携して、町内の介護保険事業所に対し、実地指導及び集団指導を行っています。
- 重大な不正等がある場合には、事実関係を的確に把握し、公正かつ適正な措置を行うための監査を広域福祉課と連携して行い、不正請求が発覚した際は介護給付費の返還請求を行っています。

方針

【実地指導等の実施と指定申請等の提出書類の簡素化】

- 引き続き、広域福祉課と連携をとりながら、事業所への実地指導及び集団指導を行い、必要に応じて監査を行っていきます。あわせて、事業所の指定申請や指導時の提出書類の簡素化により、効率的で効果的な指定、指導に取り組みます。

【不正請求発覚時の適切な対応と再発防止】

- 不正請求が発覚した際は、当該事業所に適切な処分を行うとともに、利用者の処遇の確保に努めます。また、その都度、情報共有・注意喚起を行い、再発防止に取り組んでいきます。

②適切なケアマネジメントの推進

概要

介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念に基づき、適切なケアマネジメントを推進するため、地域包括支援センターと連携し、ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいます。

現状

○ケアプラン点検を実施し、ケアマネジャーと面談等を行い、利用者に応じた自立支援・重度化防止の視点に立ったケアマネジメントへの気づきを促すことで、ケアマネジャーの資質の向上を目指しました。

方針

【自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの支援】

○多職種連携が進展する中、地域包括支援センターと連携し、複数の専門職が助言する自立支援型地域ケア会議を活用し、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの支援をします。

【ケアマネジャーの資質向上】

○定期的に自立支援・重度化防止についての研修会等を開催し、ケアマネジャーの資質の向上に取り組んでいきます。

③介護保険サービスのわかりやすい情報の提供

概要

介護保険制度が多様化する中で、利用者・その家族等が、正しく制度を理解し、必要なサービスを利用できるよう、わかりやすい情報の提供に努めるとともに、国において整備されている介護保険事業所のサービス内容などを、インターネットで自由に検索・閲覧できるシステムの周知にも努めます。また、ケアマネジャーをはじめ、介護事業者等には、国・府から発信される「介護保険最新情報」など必要な情報を迅速に提供します。

現状

○介護保険制度周知用パンフレットを作成し、町内窓口や地域包括支援センターに設置するとともに、窓口での説明時にパンフレットを活用し、よりわかりやすい説明を行っています。

- 認定結果通知送付時に、「介護サービス情報公表システム」のチラシを同封し、利用者がサービスの選択ができるよう周知を行っています。
- 介護保険制度に関する全般的な普及啓発としては、広報やホームページへの掲載にとどまっています。
- 介護保険事業者に対しては、国・府からの通知内容をメールにて情報提供するとともに、介護サービスの利用者が最も身近に情報を得る対象として考えられるケアマネジャーに対しては、ケアマネジャー連絡会等を通じ、情報提供を行っています。
- 毎年、介護保険料決定通知送付時には、チラシなどを同封し、制度理解の促進を図っています。

方針

【介護保険制度の普及啓発】

- 介護保険制度について、窓口や電話等における説明、広報・ホームページでの普及啓発は引き続き実施します。自立支援・重度化防止に資するサービス利用について普及啓発を図るため、新しく65歳に到達した方に対して制度解説のチラシを送付し、理解促進に努めます。また、地域包括支援センターなどが、タピオステーションなどの地域交流の場に出向き、介護保険制度等について普及啓発を図っていきます。さらに、介護保険事業者に対しては、国・府からの通知及び町からの連絡事項等をよりわかりやすく伝えられるよう工夫していきます。

④介護サービス相談員による取組

概要

介護サービス相談員が、介護サービスを提供している施設等を訪問し、利用者の話を聞き相談に応じたり、利用者の生活を観察する中で、サービス提供事業者におけるサービスの実態を把握し、両者の橋渡しをしながら、問題改善等介護サービスの質の向上に努めています。

現状

- 現在4名の介護サービス相談員により、町内事業所訪問を行っています。介護サービス相談員は、利用者の疑問や不満、不安を受け付け、改善すべき内容を介護サービス提供事業者に伝え、苦情や虐待などを未然に防いでいます。令和2年度～令和5年度までは新型コロナウイルスの影響により活動ができない状況となっていました。今後は介護事業所の協力のもと再開していきます。
- 介護サービス相談員についてマイナスイメージのある事業所もあり、派遣先に偏りが出てきています。

方針

【派遣先の拡充】

- 令和3年度から制度改正により、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅も派遣先として追加されたため、介護サービス相談員活動の周知を図っていきながら、派遣先の拡充に努めていきます。

【介護サービス相談員のスキルアップと情報共有】

- 引き続き、現任研修への参加による介護サービス相談員のスキルアップや、事務局と介護サービス相談員との連絡会により、情報共有も適宜行っていきます。

⑤地域密着型介護サービスの運営推進会議の適切な運営

概要

運営推進会議は、地域密着型サービス事業者が自ら設置するもので、提供しているサービス内容などを明らかにし、透明性の高いサービス運営とすることにより、サービスの質の確保及び地域との連携を図ることを目的として実施されています。

現状

○町及び地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加し、情報共有や適宜助言を行っています。

方針

【運営推進会議の適切な運営】

○引き続き運営推進会議に参加し、事業所が適切な運営を行えるよう適宜指導・助言、支援していきます。

⑥相談苦情解決体制の充実

現状

○高齢者支援における住民からの苦情等については、地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、迅速かつ適切に対応し、問題の解決に努めています。

方針

【苦情等への対応】

○住民からの苦情等については、引き続き地域包括支援センターや関係機関と連携しながら対応するとともに、再発防止に向け、関係者に適宜情報共有していきます。

【介護保険制度に関する不服申立への対応】

○介護保険制度に関する不服申立については、大阪府介護保険審査会において審理・裁決を行います。

(2) 介護人材の確保

概要

介護現場全体の人材不足対策として、人材のすそ野を広げるため、多様な人材の参入促進を図っており、地域資源の掘り起こし、地域ボランティアの参画を促進しています。

現状

- 総合事業における緩和型サービスについて、従事者の育成・確保のため、生活援助サービス従事者研修を実施していますが、受講者数の伸び悩みが課題であり、受講者の増加に向けた周知方法の検討が必要です。さらに、研修修了者が実際に就労につながるよう、修了者と事業所のマッチングを実施し人材確保に繋がります。
- 大阪府の介護ロボット導入支援事業などについて、関係事業所に広く周知し、活用の促進に努めています。

方針

【介護現場の人手不足対策】

- 介護現場全体の人手不足対策として、専門職以外でサービスを提供できる生活援助サービスについては、一定の研修を修了した者が従事できる緩和サービスの拡大に努めます。

【生活援助サービス従事者研修の周知】

- 元気高齢者が地域の介護サービスの担い手となるよう活躍の場の検討を行うほか、退職者（前期高齢者）についても、より多くの人に生活援助サービス従事者研修を受講してもらえよう周知していきます。

【介護現場の負担軽減】

- 介護サービス事業所等が作成する文書の簡素化など、介護現場での負担の軽減を必要に応じて実施します。

【子育て世代の介護人材育成に向けた周知】

- スポットでの労働が可能と考えられる子育て世代をターゲット層とし、介護人材の育成に向け、教育委員会等関係機関を通じた周知等を検討します。

【働きやすい環境の整備】

○離職防止・定着促進のための働きやすい環境の整備や、介護の仕事の魅力向上に努め、高齢者体験や認知症イベントを通し、介護職の必要性を啓発する等、介護職場のイメージを刷新するための取組を検討します。

【人材確保に向けての普及啓発・情報交換】

○ブロック単位で大阪府や施設関係者とともに関護人材確保に関する協議会を設置・運営し、共同で人材確保に向けての普及啓発・情報交換を行います。

3 家族介護者への支援

(1) 支援体制の強化

①家族介護教室事業及び家族介護交流事業

概要

家族介護教室事業は、要介護被保険者を現に介護している家族を対象に、要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした適切な介護知識・技術の習得や様々なサービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室を開催しています。

また、家族介護交流事業は、要介護被保険者を現に介護している家族を対象に、身体的・精神的負担の軽減を目的に介護から一時的に解放し、簡易な旅行や施設見学等介護者相互の交流の場をつくるとともに、心身の元気回復を図っています。

現状

○各事業については、熊取町社会福祉協議会に委託を行っており、家族介護教室は年に1回、家族介護交流事業は年に2回実施しています。

○参加者が少ない状況であるため、周知する方法について検討が必要です。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
家族介護教室の開催回数（回）	目標	1	1	1
	実績（見込み）	1	1	1
家族介護教室の参加人数（人）	目標	15	15	15
	実績（見込み）	10	20	25
家族介護交流の開催回数（回）	目標	2	2	2
	実績（見込み）	0	1	1
家族介護交流の参加人数（人）	目標	30	30	30
	実績（見込み）	0	9	10

方針

【家族介護教室事業及び家族介護交流事業の推進】

○在宅介護実態調査の結果では、「一時的に介護から解放され休息できるサービス」が必要と答えた人の割合が高かったため、介護負担軽減につながるような介護知識・技術等を学ぶ機会づくりに取り組みます。

【家族介護教室事業及び家族介護交流事業の周知】

○気軽に参加してもらえよう、広報等への掲載や、介護認定の申請に来られたご家族の方や介護用品給付券交付対象者にも事業案内のチラシを同封する等、事業

の周知方法を検討します。また、参加者にアンケートをとってどのようなニーズがあるかを確認し、今後の事業につなげていきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家族介護教室の開催回数（回）	1	1	1
家族介護教室の参加人数（人）	15	15	15
家族介護交流の開催回数（回）	2	2	2
家族介護交流の参加人数（人）	20	30	40

②家族介護用品支給事業

概要

要介護4及び5の認定を受けた被保険者（市町村民税非課税世帯に限ります）を、在宅において現に介護している家族の経済的負担の軽減を目的に、介護用品（紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー）を指定の店舗で購入できる介護用品給付券（月上限 6,250 円）を支給しています。

現状

〇国において事業縮小または市町村給付への移行も示されていますが、サ高住の方も含め申請件数も増えてきており事業縮小は難しくなっています。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
家族介護用品支給利用者数 （人/月）	目標	55	60	65
	実績（見込み）	48	54	65

方針

【家族介護用品支給事業の推進】

〇在宅で重度の方（市町村民税非課税世帯の方）を介護している家族の経済的な負担の軽減を図るため、引き続き支援していきます。

計画値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家族介護用品支給利用者数（人/月）	65	70	75

③介護離職の防止

現状

- 在宅介護実態調査では、主な介護者の就労継続の可否に係る意識の項目において、「問題はあるがなんとか続けている」「続けていくのはやや難しい」「続けていくのはかなり難しい」を合わせると約4割となり、介護をしながら仕事を続けることの負担が大きいことがわかります。

方針

【介護離職防止のための取組】

- 介護サービスが利用できずやむを得ず離職する人をなくすため、また、介護している家族の負担軽減のため、必要な介護サービスの整備とともに、地域資源の構築に向けた取組を進めていきます。

【相談支援体制の充実】

- 関係機関との連携により、介護による身体的・精神的・経済的負担や就労環境に関して、介護者が相談できる支援体制の充実に努めます。