

寝屋川市高齢者保健福祉計画

(2015～2017)

寝屋川市老人福祉計画（第7次計画）

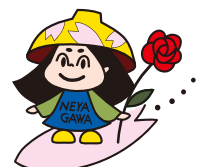
健康づくりの推進方策

第6期介護保険事業計画

**誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちを、
みんなで作ろう！**



寝屋川市



はじめに



平成25年10月に25%を超えたわが国の高齢化率は上昇を続け、平成37年には30%を超えると予測されています。

本市におきましても高齢化の進行は続いており、本計画の最終年度である平成29年度には65歳以上の高齢者の中で、75歳以上の後期高齢者の占める割合が45%を超えると予測されます。

高齢化の進行により、今後さらに認知症高齢者や一人暮らし高齢者世帯の増加などが予想され、高齢者が住み慣れた地域で、安全・安心にいきいきと暮らし続けることができるよう、生活支援や介護予防、介護と医療、住まいに関するサービスを包括して一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を構築することが求められています。

本計画は、「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちをみんなでつくろう！」を基本理念とし、平成24年3月に策定した「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）」における取り組みを継承しつつ、本市がめざすべき方向性、取り組むべき施策について明らかにしたものです。

今後は、本計画に基づき、高齢者の自立を支援するとともに、市民の皆様をはじめ、地域、関係機関等と協働して「地域包括ケアシステム」の構築に向けた各種施策に取り組んでまいりますので、より一層のご支援、ご協力をお願い申し上げます。

最後になりましたが、本計画の策定にあたりまして、多大なご尽力をいただきました寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会委員の皆様方並びに貴重なご意見、ご協力をいただきました多くの市民の皆様方に心から厚くお礼申し上げます。

平成27年3月

寝屋川市長 馬場 好弘

目 次

I. 計画の策定にあたって	1
1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画の期間	3
4. 計画の策定方法	3
5. 計画の推進方法	4
6. 計画の前提	4
II. 高齢者保健福祉の推進方策	5
1. 高齢者保健福祉の基本理念	5
2. 高齢者保健福祉の視点	6
3. 高齢者保健福祉の目標	10
4. 高齢者保健福祉の取り組み方向	12
[1] 高齢者が主体的に参加し、活躍するまちをつくれます	13
[2] 健康で健やかに暮らすための取り組みを進めます	21
[3] 生活の困りごとの予防と、早期の対応を進めます	26
[4] 生活や介護を支援するサービスと活動を充実します	35
[5] 「地域包括ケア」を進めるしくみづくりに取り組みます	44
III. 介護保険事業の推進方策	51
1. 介護保険事業の推進方針	51
2. 被保険者数と要介護（要支援）認定者数の推計	53
3. サービス見込量の推計	55
4. 地域支援事業の内容	58
5. 介護保険事業費の推計	60
6. 保険料の設定（第1号被保険者保険料基準額）	62
IV. 重点的に取り組む事項	65
1. 医療と介護の連携を進める取り組みを推進します	65
2. 地域支援のネットワークを強化します	66
3. 高齢者の主体的な活動への支援を充実します	67

資 料	69
1. 計画策定経過	69
2. 寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会規則	70
3. 寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会 委員名簿	71
4. 市長への提言	72
5. 日常生活圏域ニーズ調査の結果の概要	74
6. 人口・要介護（要支援）認定者数の推移	82
7. 地域包括支援センター一覧	84
8. 介護保険施設等の施設数・定員	84
9. 寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）の進捗状況と次期計画の課題・方向性 ..	85
10. 用語説明	93

寝屋川市高齢者保健福祉計画（2015～2017）の構成

I. 計画の策定にあたって

- ・計画策定の趣旨
- ・計画の位置づけ
- ・計画の期間
- ・計画の策定方法
- ・計画の推進方法
- ・計画の前提

II. 高齢者保健福祉の推進方策

1. 高齢者保健福祉の基本理念

誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちを、みんなでつくろう！



2. 高齢者保健福祉の視点

- (1) 高齢者の“自立”と“権利擁護”を支えます
- (2) 地域生活を支える“地域包括ケア”のしくみを構築します
- (3) 多様な主体の“協働”による取り組みを進めます



3. 高齢者保健福祉の目標 → 4. 高齢者保健福祉の取り組み方向

- (1) 高齢者が主体的に参加し、活躍するまちをつくります
- (2) 健康で健やかに暮らすための取り組みを進めます
- (3) 生活の困りごとの予防と、早期の対応を進めます
- (4) 生活や介護を支援するサービスと活動を充実します
- (5) 「地域包括ケア」を進めるしくみづくりに取り組みます

III. 介護保険事業の推進方策

1. 介護保険事業の推進方針

- (1) 「地域包括ケア」のしくみづくりをめざした介護保険事業を推進します
- (2) 生活支援・介護予防の取り組みを推進します
- (3) 単身・夫婦世帯への支援を推進します
- (4) 認知症高齢者への支援を推進します

2. 被保険者数と要介護（要支援）認定者数の推計

3. サービス見込量の推計

4. 地域支援事業の内容

5. 介護保険事業費の推計

6. 保険料の設定（第1号被保険者保険料基準額）

IV. 重点的に取り組む事項

1. 医療と介護の連携を進める取り組みを推進します

- (1) 医療と介護の連携を進める拠点の整備
- (2) 情報共有と相互理解に基づく連携の推進
- (3) 認知症の人への支援の充実

2. 地域支援のネットワークを強化します

- (1) 地域包括支援センターの機能の充実
- (2) 地域ケア会議の充実

3. 高齢者の主体的な活動への支援を充実します

- (1) 高齢者の生活や活動に関する総合的な情報発信
- (2) 活動のきっかけづくりの推進
- (3) 生活支援・介護予防サービスの担い手づくり

I. 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

介護保険制度が平成12年に発足して、15年が経過しました。介護保険のサービスは市民に広く浸透し、サービスを利用するための要介護認定を受けた市民は、平成26年9月末で10,887人となっています。

この間、本市でも少子高齢化が急速に進行し、65歳以上の人が総人口に占める割合である高齢化率は、平成26年10月には26.3%と、4人に1人が高齢者となっています。

また、高齢者のなかでも介護や支援が必要な人の割合が大きくなる75歳以上の人が、今後は急激に増加するものと予測されます。

こうした状況のなかで、国は、団塊世代の人々が75歳になる2025年（平成37年）を見据えて、「地域包括ケア」のしくみを構築するという方向性を示しています。これは、未曾有の高齢社会に対応していくために、生活支援や介護予防、介護と医療、住まいに関するサービスを包括して一体的に提供することをめざすものですが、そのためには、市民、団体、事業者などの「民」の力と、市などの「公」の力を包括して取り組むことが不可欠です。誰もが“元気でイキイキ”と住み慣れた地域で暮らし続けられるように支援するしくみづくりを、わたしたちのまち寝屋川市で、みんなで進めていきたいと考えています。

本市ではこれまでも、3年ごとに策定してきた「寝屋川市高齢者保健福祉計画」に基づき、“誰もが地域とつながりをもって、安心して心豊かに暮らせるよう、地域の力をあわせて、地域にあった福祉をつくる”という地域福祉の視点に立った高齢者保健福祉を推進してきました。地域にねざした取り組みを進めるように、日常生活圏域を基盤として、地域包括支援センターがコーディネート役を担うとともに、地域の組織や事業者、専門機関等と連携し、高齢者の主体的な参加のもとで、「高齢者の人権と自立を支えるまちづくり」という基本理念の実現に向けて、「地域包括ケア」の推進につながるさまざまな事業や活動を展開しています。

これらの取り組みの成果や新たな課題もふまえ、地域の状況に応じた「地域包括ケア」のしくみを実現するため、みんなで一緒に考えながら第一歩を踏み出す計画として、長期的な視点をもちつつ平成27年度～29年度の3年間に取り組む事項を明示するよう、「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2015～2017）」を策定しました。

2. 計画の位置づけ

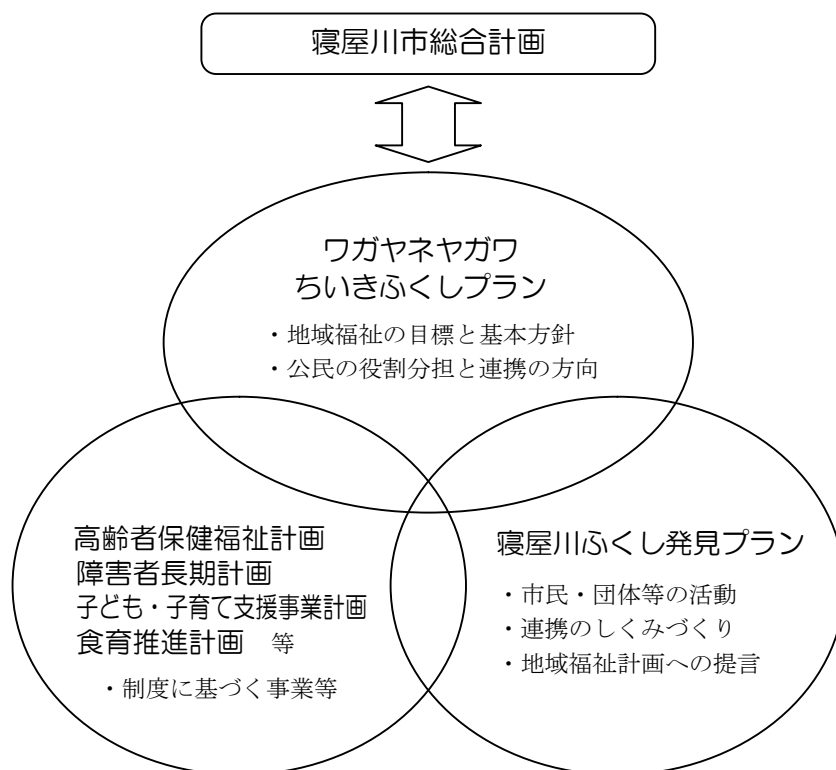
この計画は、老人福祉法（第20条の8）と介護保険法（第117条）に基づき、老人福祉計画と介護保険事業計画を一体的に策定したものです。寝屋川市では、高齢者保健福祉計画（2012～2014）による取り組みを継承し、高齢者の生活において非常に重要な、健康づくりの推進方策も定めました。

また、本市のまちづくりの基本指針である「寝屋川市総合計画」や、保健福祉のマスタープランである「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン（寝屋川市地域福祉計画）」を、高齢者保健福祉の分野で具体的に推進する計画として、整合性をもたせて策定しました。

なお、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」は、本市の地域福祉を「公」と「民」の力をあわせて進めていくうえで共有する目標と基本方針、役割分担と連携の方向を定めた計画であり、公的な制度に基づく事業は、この高齢者保健福祉計画をはじめとする分野別の計画で、また、市民・団体等の主体的な活動は、社会福祉協議会が推進役を担う地域福祉活動計画としての「寝屋川ふくし発見プラン」と連携して推進することになっています。

そのため、この高齢者保健福祉計画では、制度に基づいて「市が取り組むこと」を具体的に定めるとともに、「みんなで取り組む方向」を示しました。この方向をみんなで共有し、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」や「寝屋川ふくし発見プラン」とも連動させながら、市と市民・団体等の主体的な取り組みが効果的に役割を分担し、「公」と「民」の協働による高齢者保健福祉を推進していきます。

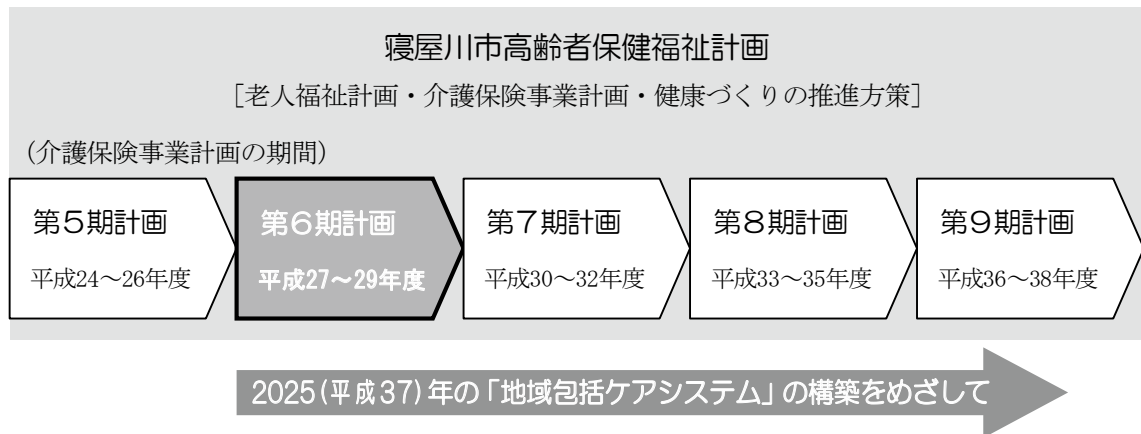
《計画の位置づけ》



3. 計画の期間

介護保険法の規定に基づき、平成27年度～29年度の3年間の計画として策定しました。
また、第6期介護保険事業計画に関する国の基本指針において、地域包括ケアシステムを構築することを念頭に置いた方向性を提示することが求められていることをふまえ、2025（平成37）年度までの中長期的な視点をもちつつ、その第一歩としての計画と位置づけます。

《計画の期間》



4. 計画の策定方法

（市民のニーズ等をふまえ、高齢者保健福祉計画推進委員会で検討しました）

市民のニーズや意見を反映した計画とするため、日常生活圏域ニーズ調査等で把握した高齢者の生活実態やニーズ、高齢者保健福祉を取りまく動向などをふまえて、本市の高齢者保健福祉に関わる市民・団体・事業者・関係機関等で構成される「高齢者保健福祉計画推進委員会」で意見交換を行い、計画素案を取りまとめました。

（パブリック・コメントを通じて、広く市民の意見を聴取しました）

また、計画素案に対するパブリック・コメントを通じて広く市民から聴取した意見を反映して、計画を策定しました。

5. 計画の推進方法

（高齢者保健福祉計画推進委員会を通じて協働して、推進します）

本市の高齢者保健福祉に関わる人々の協働のもとで取り組んでいくよう、「高齢者保健福祉計画推進委員会」で計画の推進にかかる協議や進捗管理を行いながら、多くの市民・団体・事業者・関係機関等と協働して「高齢者保健福祉の取り組み方向」の各項目に沿って事業や活動を具体化し、実施していきます。

（市は、「重点的に取り組む事項」をはじめとした各事業を推進します）

そのため、市は「重点的に取り組む事項」を、計画全体の取り組みを先導する事業として早期に実施するとともに、「高齢者保健福祉の取り組み方向」に基づいて、各事業を推進します。

（市民・団体・事業者等にも取り組みを呼びかけて、推進します）

また、市民・団体・事業者等のみなさんが、【みんなで取り組む方向】もふまえて、各々が「できること・したいこと」を考え、同じ“思い”をもつ人などとも協力しながら取り組んでいけるよう、さまざまな機会を通じて呼びかけるとともに、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」とも連動させて、効果的に推進していきます。

6. 計画の前提

この計画は、本市の高齢者保健福祉に関する次の状況を前提として検討しました。

（高齢者人口と要介護（要支援）認定者の推計）

この計画の目標年次である平成29年度の高齢者人口は、これまでの推移をふまえて66,954人、総人口のなかでの65歳以上の人の割合を示す高齢化率は28.1%になるものと推計します。

また、介護保険サービスの対象となる要介護（要支援）認定者数は、平成29年度で13,915人になるものと推計します。

（※）推計の内容は p. 53～54 を参照してください。

（前計画での取り組みの状況と課題）

前計画である「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）」に基づく事業の実施状況と課題を整理し、取り組みの実績を活かしながら課題を解決するよう検討しました。

（※）取り組み状況と課題は、資料編 p. 85～92 に記載しています。

（日常生活圏域ニーズ調査からみた課題）

この計画の策定にあたり、65歳以上の市民 2,000人を対象とした日常生活圏域ニーズ調査を実施し、調査の結果からこの計画において検討すべきと考えられる課題を整理しました。

（※）調査結果の概要は、資料編 p. 74～81 に記載しています。

Ⅱ. 高齢者保健福祉の推進方策

1. 高齢者保健福祉の基本理念

誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちを、 みんなでつくろう！

少子高齢化が進行し、寝屋川市でも市民の4人に1人が65歳以上の《高齢者》になりました。その高齢者が、人生経験のなかで培ってきた力をいっそう発揮して“元気でイキイキ”活躍していくことが、本市がめざす将来都市像である「魅力と活力にあふれる元気都市 寝屋川」を実現していくうえで、不可欠となっています。

加齢によって心身の機能が変化し、病気になったり、認知機能が低下することもあります。そのようなときでも、誰もが役割を担って社会に参加することで、“元気でイキイキ”暮らせるまちをつくっていきと考えています。

もちろん、そのためには、高齢者が地域とつながりをもって自立して生活できるよう、市民、団体、事業者、関係機関、市などが一体となって力をあわせ、社会全体で支えるしくみをつくっていかねばなりません。それが、高齢者保健福祉の新たな目標として掲げられた「地域包括ケア」です。地域のなかでの住まいと生活支援・介護予防の取り組みを充実させて、日常の暮らしを高めながら、病気になったり介護が必要になったときには医療と介護が連携して的確な支援を行うしくみを、《後期高齢者》と言われる75歳以上の人が急増する2025年（平成37年）を目途として整備していくことになります。

寝屋川市は、平成12年に策定した最初の高齢者保健福祉計画から一貫して、「高齢者の人権と自立を支えるまちづくり」を基本理念に掲げて、取り組みを進めてきました。これは、支援や介護が必要になっても自分らしく生きることを「自立」と考え、高齢者があたりまえにもつ人権として、みんなで支えていくという考え方に基づいています。

こうした取り組みを基盤として、一人ひとりの高齢者が主役となり、市民、団体、事業者、関係機関、市などの《オール寝屋川》の力をあわせて、“元気でイキイキ”と、たとえ病気や認知症になっても自分らしく輝いて暮らせる魅力と活力のあるまちづくりをめざすことを、本市の高齢者保健福祉を進めるうえでの基本理念として掲げ、みんなで呼びかけあいながら推進していきます。

2. 高齢者保健福祉の視点

(1) 高齢者の“自立”と“権利擁護”を支えます

これまでの本市の高齢者保健福祉計画で基本理念として位置づけてきた「高齢者の人権と自立を支えるまちづくり」を引き継ぎ、高齢者一人ひとりが主体的な意識と自己決定に基づいて“自立”し、自分らしく暮らす“権利をまもる”ように支えていくことを、高齢者保健福祉の第一の視点として掲げ、すべての取り組みの基本とします。

【この計画における「自立」と「権利擁護」の考え方】

「自立」という言葉はさまざまに捉えられ、健康であることや経済的に自活していることなどがイメージされることもありますが、この計画では、それらに加えて保健福祉の基本理念である「ノーマライゼーション」(※)の考え方に基づき、介護や支援が必要であってもその人の意思を尊重し、自分らしく生きることを「自立」と位置づけます。また、「権利擁護」は、権利侵害の防止はもとより、権利を主体的に行使したり獲得する営みの総体と捉え、自らの権利をまもる取り組みを積極的に支援します。

(※) 障害があっても、障害のない人と同じようにあたりまえに生活できる社会が「ノーマル」な(普通の)社会であり、そうした社会を実現するための取り組みを進めていくという考え方です。

(2) 地域生活を支える“地域包括ケア”のしくみを構築します

地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、重度な要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような地域の包括的な支援・サービス提供体制であり、そのために、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるしくみを構築するものとされています(※)。

寝屋川市では、その実現に向けて、高齢者自身の生きがいや健康を基盤とし、住まいや生活環境を整えて、生活や介護を支えるサービスを身近に利用しながら住み慣れた地域で自立して暮らせるように支えるしくみや環境を、コミュニティセンターエリアにあわせて設定した日常生活圏域を基本的な単位としながら中長期的な視野のもとで構築していくよう、多様な主体の“協働”を念頭に置いて、さまざまな取り組みを推進していきます。

【日常生活圏域の考え方】

地域に密着した支援を推進していくエリアとしての日常生活圏域は、本市の保健福祉のマスタープランである「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」(寝屋川市地域福祉計画)と整合性を図り、引き続きコミュニティセンターエリアとします。

この圏域のなかで、より生活に密着したエリアである小学校区等で展開される地域福祉活動と連携を図りながら、圏域に2か所ずつ設置した地域包括支援センターが連携してきめ細かく支援を行うとともに、地域のネットワークを効果的に構築します。

また、各圏域の課題を集約し、市全体で解決していくよう、圏域のネットワークによる取り組みを推進していきます。

(※) 厚生労働省ホームページの「地域包括ケアシステム」に基づき記述しました。

《各日常生活圏域の範囲と人口(平成26年10月1日現在)》

圏域名	圏域内の 中学校区	圏域内の 小学校区	人 口 等		
			総数	65歳以上 (高齢化率)	75歳以上 (65歳以上の人のなかでの割合)
西北	第三 〔①〕 友呂岐 〔②〕	北・田井 木屋・石津	42,299人	9,789人 (23.1%)	3,696人 (37.8%)
東北	第六 〔③〕 第十 〔④〕	第五・国松緑丘 三井・宇谷	47,602人	13,220人 (27.8%)	5,497人 (41.6%)
東	第一 〔⑤〕 第四 〔⑥〕	東・中央 明和・梅が丘	37,359人	9,540人 (25.5%)	4,004人 (42.0%)
南	第七 〔⑦〕 中木田 〔⑧〕	南・堀溝 木田・楠根	31,983人	8,684人 (27.2%)	3,311人 (38.1%)
西南	第五 〔⑨〕 第九 〔⑩〕	神田・和光 成美・啓明	40,608人	10,928人 (26.9%)	4,527人 (41.4%)
西	第二 〔⑪〕 第八 〔⑫〕	池田・桜 西・点野	40,978人	11,187人 (27.3%)	4,490人 (40.1%)
市内全域			240,829人	63,348人 (26.3%)	25,525人 (40.3%)



(※) 地域包括支援センター一覧を、資料編 p. 84に記載しています。

(3) 多様な主体の“協働”による取り組みを進めます

高齢者が地域で生活していくうえでの多様なニーズに対応していくためには、保健、医療や福祉の枠だけにとどまらず、人づくりやまちづくり、産業振興なども含めた幅広い分野での取り組みを進めていくことが求められます。多様な分野において、市などの「公」と、市民、団体、事業者などの「民」のさまざまな主体が、それぞれの“強み”を活かして役割を分担しながら、“思い”を共有し、《オール寝屋川》の意識をもって協働することで、効果的な取り組みを推進します。

そのために、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」で定めた、寝屋川市の地域福祉を進めるうえでの下表のような役割分担を基本とし、高齢者を含む市民、団体、事業者と市・関係機関等が協働し、この計画を推進していきます。

《寝屋川市の地域福祉を進めるうえでの役割分担の考え方》

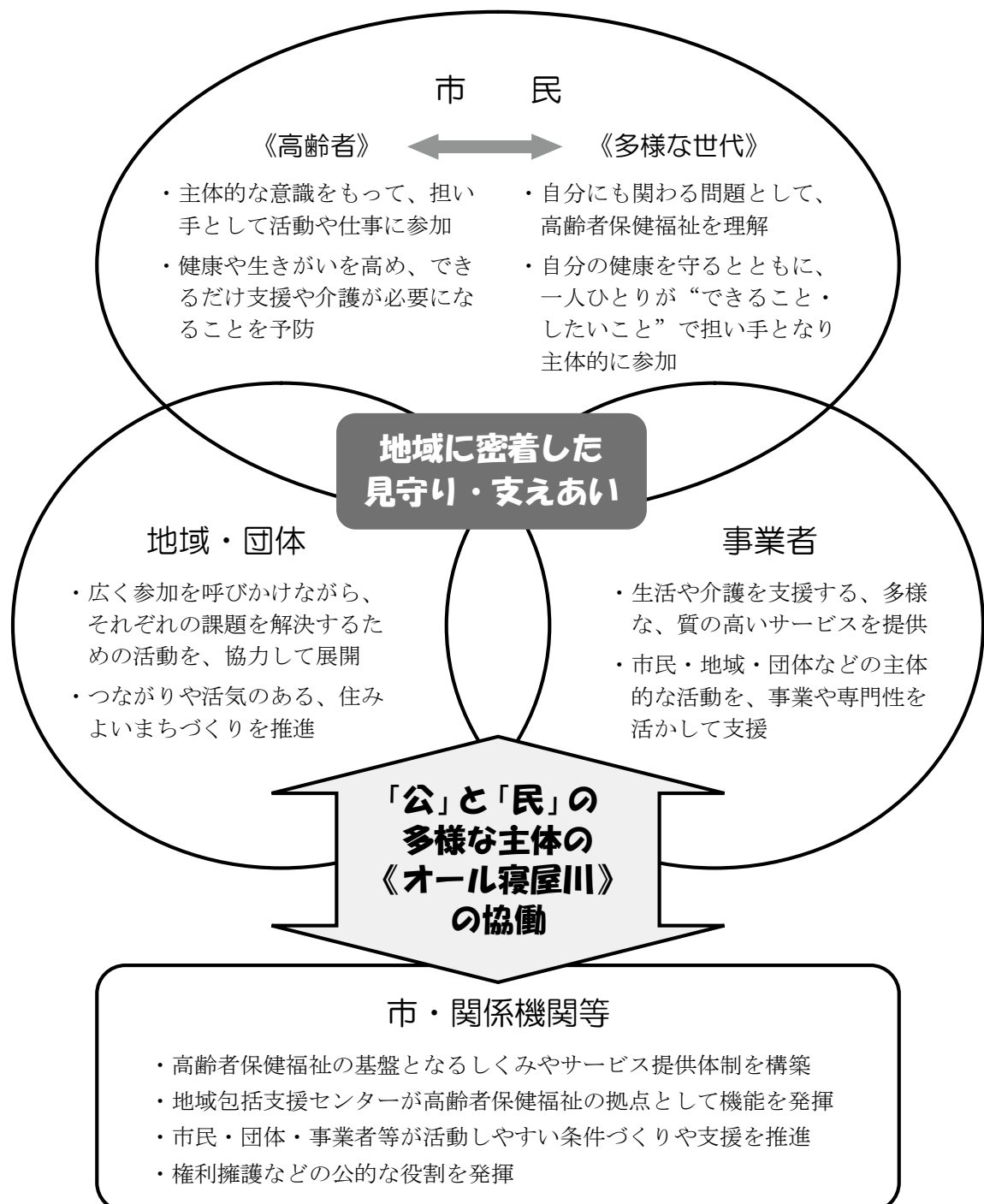
一人ひとりの市民	・地域福祉が一人ひとりに関わることを理解し、地域に関心をもって、尊重しあいながら「お互いさま」の気持ちで、できることに取り組みます。 ・また、自分や家族が健康で生きがいをもって暮らせるよう、心がけます。
地域型の団体	・身近な地域でのつながりづくりを広げ、困ったときには支えあえる活動を進めます。 ・民生委員児童委員は、さまざまな困りごとや子育てなどの相談にのり、援助します。 ・校区福祉委員会は、みんなで地域福祉に取り組むための「話しあいと協働のひろば」として、地域の課題に応じた活動を進めます。
テーマ型の団体	・ボランティアグループ、NPO、当事者団体などは、地域福祉のさまざまな課題を解決したり、生活の困りごとを支援しあう活動、制度化に向けた取り組みなどを、地域型の活動を行う団体などとも連携しながら進めます。
福祉事業者	・福祉サービスを利用する人が地域とつながりをもって安心して暮らせるよう、いっそう質の高いサービスを提供します。 ・地域福祉活動と連携したきめ細かい支援ができるよう、活動への支援を進めます。
日常生活サービス事業者	・誰にも利用しやすく、生活の質を高める事業を推進します。 ・地域のまちづくりの担い手として、資源（事業、人材、拠点、物資、資金など）を活かして支援します。
市や公的機関	・地域福祉の土台である公的な福祉の事業を、地域福祉の視点で再構築しながら充実します。 ・地域福祉に多くの市民、団体、事業者などが参加できるしくみや環境整備を推進します。
社会福祉協議会	・地域福祉を推進する機関として専門性やコーディネーターとしての役割を発揮し、それぞれの取り組みを先導、支援します。 ・地域福祉に関わる人々や団体などが幅広く参加できる「プラットフォーム」（協働と連携の場）としての役割をいっそう強化します。

(※)「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」(寝屋川市地域福祉計画)に基づき記述しました。

【この計画を進めるうえでの役割分担の考え方】

「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」では、支えられる側になることが多い人も含めて、地域のさまざまな立場の人が、それぞれが得意なことを活かして「できること・したいこと」で参加し、協働して地域福祉を進めていくよう、各々の役割分担を定めています。これを基本とし、この計画で掲げた高齢者保健福祉の基本理念である「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちを、みんなでつくろう！」を実現するよう、下図の考え方を基本として、各々が主体的に役割を担っていきます。

《市民・団体・事業者と市・関係機関等の役割分担》



3. 高齢者保健福祉の目標

(1) 高齢者が主体的に参加し、活躍するまちをつくります

「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまち」を、一人ひとりの高齢者が主役となり、市民みんなの力をあわせてつくっていくよう、まず、自ら取り組む意識や知識を高め、さまざまな活動や仕事に参加し、経験を活かして活躍するよう取り組みます。

そして、参加と活動を通じて閉じこもりや介護を必要とする状態になることを予防し、元気に暮らせるように、情報や学習の場を提供したり、支援が必要な人などでも参加しやすい場を増やしていくなど、条件整備や支援を進め、参加しやすい雰囲気を、みんなで盛り上げていきます。

(2) 健康で健やかに暮らすための取り組みを進めます

“元気でイキイキ”暮らすうえでのひとつの重要な基盤である健康をまもり、さらに高めていくように、ライフステージを通じた健康管理や健康づくりに、一人ひとりが意識し、また、地域でも声をかけあいながら、取り組みます。

また、日常の健康管理を支援し、その人にあった適切な医療を提供していくように、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局と病院などが連携し、必要な医療が地域で的確に受けられる体制を充実します。

(3) 生活の困りごとの予防と、早期の対応を進めます

地域で生活していくうえでの困りごと（福祉ニーズ）が起きないように、一人ひとりが心がけるとともに、地域で気かけあいながら取り組みます。

また、困りごとが起きてしまったときには、すぐに身近なところに相談ができて、適切な支援につながるしくみを、地域のさまざまな力を活かしてつくります。

こうした取り組みを通じて、弱い立場におかれがちな人の権利をまもり、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりをいっそう推進します。

(4) 生活や介護を支援するサービスと活動を充実します

支援や介護が必要になっても、住み慣れた地域とつながりをもって、安心して心豊かに暮らしていけるように、「公」と「民」のさまざまな担い手が、多様な活動やサービスを提供し、自立した《自分らしい》生活を支える体制をつくります。

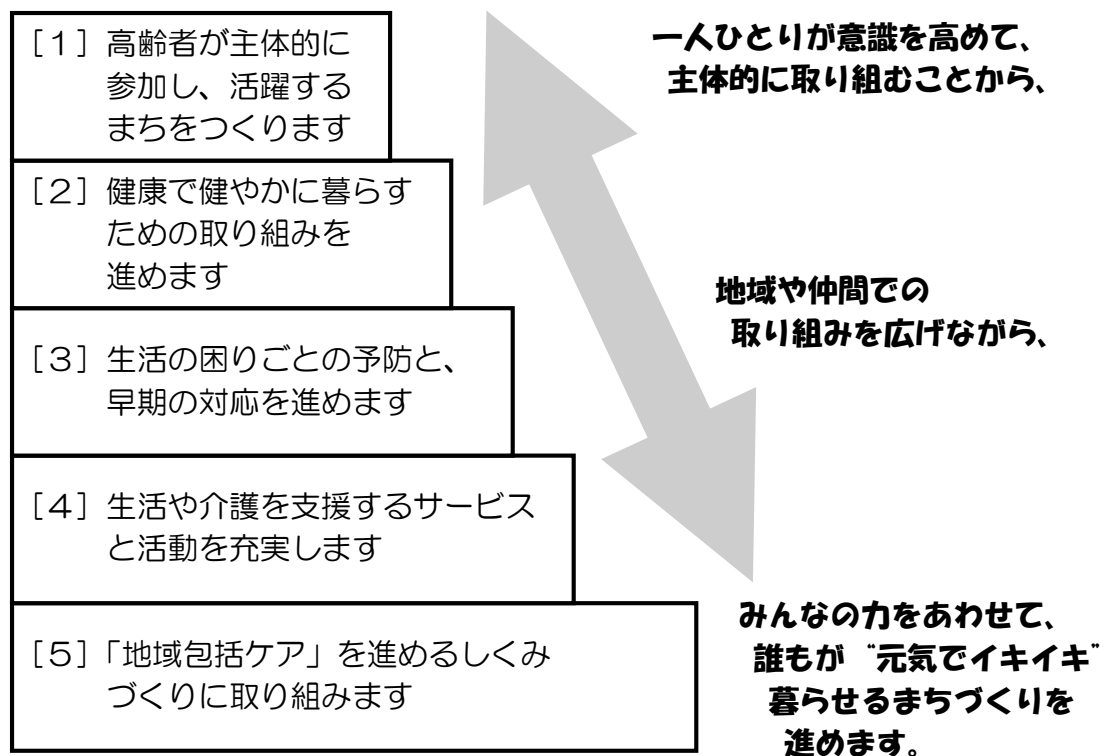
そのために、生活支援や介護に関するニーズをふまえて、公的なサービスと市民の主体的な活動を充実するとともに、担い手を増やしていきます。また、各々の担い手がスキルを高めあいながら、支援を必要とする人の立場に立ったより質の高い支援にしていこう取り組みます。

(5)「地域包括ケア」を進めるしくみづくりに取り組みます

「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまち」づくりを効果的に推進していくために、《オール寝屋川》の意識をもって多様な主体が協働し、「地域包括ケア」を進めるネットワークや、連携のしくみづくりに取り組みます。

また、「地域包括ケア」を進める基盤として、安心して暮らせる住まいや、人と人のつながりのある安全で快適な生活環境づくりにも取り組み、高齢社会への対応を進めていくことを通じて、誰もがいきいきと暮らせる魅力と活力のあるまちづくりをめざします。

《5つの「目標」の推進方向》



4. 高齢者保健福祉の取り組み方向

「高齢者保健福祉の目標」を実現するための取り組みを、体系的に進めていくよう、『誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまちを、みんなでつくろう！』という「高齢者保健福祉の基本理念」のもとで、市民、団体、事業者、関係機関等と市が次の方向性を共有し、協働して推進していきます。

【取り組みの柱】

〔1〕 高齢者が主体的に参加し、活躍するまちをつくります

- 1) “元気で暮らしづくり”の意識や知識を高めます
- 2) さまざまな活動への参加を進めます
- 3) 多様な仕事づくりを進めます
- 4) 介護予防活動を推進します

〔2〕 健康で健やかに暮らすための取り組みを進めます

- 1) 健康管理と健康づくりを進めます
- 2) 身近な医療の充実と介護との連携を推進します

〔3〕 生活の困りごとの予防と、早期の対応を進めます

- 1) 気軽に気かけあえるつながりと活動を進めます
- 2) 身近なところで相談できるしくみを充実します
- 3) サービスの利用を促進する取り組みを進めます
- 4) 一人ひとりの権利擁護を支援します
- 5) 認知症の人への支援を充実します

〔4〕 生活や介護を支援するサービスと活動を充実します

- 1) 自立した生活を支援するサービスや活動を充実します
- 2) 介護を支援するサービスや取り組みを充実します
- 3) サービスや活動の担い手を増やします
- 4) サービスや活動の質を高めます

〔5〕 「地域包括ケア」を進めるしくみづくりに取り組みます

- 1) 地域包括ケアのネットワークを広げます
- 2) テーマごとの課題解決のための連携を進めます
- 3) 安心して暮らせる住まいや地域づくりを進めます

〔1〕 高齢者が主体的に参加し、活躍するまちをつくります

【目標】

「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまち」を、一人ひとりの高齢者が主役となり、市民みんなの力をあわせてつくっていくよう、まず、自ら取り組む意識や知識を高め、さまざまな活動や仕事に参加し、経験を活かして活躍するよう取り組みます。

そして、参加と活動を通じて閉じこもりや介護を必要とする状態になることを予防し、元気に暮らせるように、情報や学習の場を提供したり、支援が必要な人などでも参加しやすい場を増やしていくなど、条件整備や支援を進め、参加を進める雰囲気をも、みんなで盛り上げていきます。

【取り組みの体系】〔★〕は後述の「Ⅳ. 重点的に取り組む事項」に関連する項目

- 1) “元気な暮らしづくり”の意識や知識を高めます
 - (1) 高齢者の生活や活動に関する情報の取得や学習への支援を充実します
 - ① 情報提供の充実〔★〕
 - ② 学習機会の充実
 - ③ ライフプランづくりの推進
 - (2) さまざまな活動に参加するきっかけづくりを充実します
 - ① 参加のきっかけとなる事業の推進〔★〕
 - ② 活動に“つなぐ”取り組みの推進〔★〕
- 2) さまざまな活動への参加を進めます
 - (1) 地域のさまざまな活動への参加を推進します
 - ① 地域活動への参加の推進
 - ② 当事者活動の推進
 - ③ 多様なボランティア活動等の推進
 - (2) 生涯学習・生涯スポーツなどへの参加を推進します
 - ① 生涯学習の推進
 - ② 生涯スポーツの推進
 - (3) 活動への支援を充実します
 - ① 活動拠点の確保への支援
- 3) 多様な仕事づくりを進めます
 - (1) 高齢者の就労を支援します
 - ① シルバー人材センターとの連携の推進
 - ② 就労に関する支援の充実
- 4) 介護予防活動を推進します
 - (1) 一般介護予防事業を推進します
 - ① 地域に密着した介護予防活動の推進〔★〕
 - (2) 介護予防・生活支援サービス事業を推進します
 - ① 訪問型・通所型サービスの推進〔★〕

1) “元氣な暮らしづくり” の意識や知識を高めます

【みんなで取り組む方向】

高齢期の“元気でイキイキ”した暮らしづくりを進めていくうえで、まず、誰でも（病気や認知症などになっても）自分らしく、地域と関わりながら暮らす意識や必要な知識などをもつよう、情報の取得や学習に取り組めます。

また、高齢者の主体的な取り組みを、地域のさまざまな資源を活かして支援します。

【取り組むこと】

(1) 高齢者の生活や活動に関する情報の取得や学習への支援を充実します

① 情報提供の充実 [★]

(総合的な情報提供の推進)

- ・ 高齢期の生活や活動などに関するさまざまな情報を、広報ねやがわや市ホームページをはじめ、多様なメディアや機会を通じて発信します。
- ・ 情報を総合的・一体的に提供することで、今後の生活も見通しながら、一人ひとりの“思い”にあったライフスタイルを築いたり、活動などに参加できるよう、「新たな情報提供媒体」（(仮称)ねやがわシニアライフナビ）を作成します。

(きめ細かな発信や伝達の推進)

- ・ 多様な情報が、必要とする人に的確に伝わるように、利用者の立場にたった内容や表現、方法などに工夫した情報発信を心がけます。
- ・ 高齢者のなかでも利用者が増加しているインターネット等を効果的に活用するとともに、家族からの情報が得にくいひとり暮らしの人などにも配慮して、口コミなども活用してきめ細かく情報を伝えていくよう、高齢者と関わる機関や団体、地域組織等の協力も得て取り組みます。

② 学習機会の充実

(多様な学習機会の提供)

- ・ 生涯学習事業や市が実施するさまざまな事業に関連した講座などを通じて、高齢者の生活について学ぶ機会を提供します。
- ・ 「出前講座」の利用を促進し、身近な地域での学習機会を提供します。

(自主的な学習への支援)

- ・ 一人ひとりの“思い”にあった学習ができるよう、多様な情報を提供します。
- ・ 団体やグループなどでの学習活動を支援するよう、講師や会場に関する情報提供などを行います。

③ ライフプランづくりの推進

(情報提供の推進)

- ・今後の人生を考えて、目標をもってよりよく生きるためのプランとして「ライフプラン」をつくって実践していくよう、情報提供を行います。

(各種事業を通じた取り組みの推進)

- ・各種講座等の学習事業をはじめ、高齢者に関する事業においてライフプランづくりをテーマとしたり、利用者に作成を呼びかけるなどの取り組みを推進します。

(2) さまざまな活動に参加するきっかけづくりを充実します

① 参加のきっかけとなる事業の推進 [★]

(介護予防ポイント事業の活用)

- ・高齢者、障害者、子育てなどの施設でサポーターとして活動する「元気アップ介護予防ポイント事業」を、高齢者支援をはじめとする地域福祉活動に参加するきっかけとするよう、参加の呼びかけを充実します。

(ボランティア講座の充実)

- ・市が実施している高齢者向けの「ボランティア養成研修」は、地域のニーズや課題などに応じたテーマを設定して開講します。
- ・社会福祉協議会等の関係機関や団体等が実施する多様なボランティア養成に関する講座等の情報についても、積極的に提供します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
元気アップ介護予防ポイント事業 サポーター数 [人]	560	760	1,000
元気アップ介護予防ポイント事業 受入施設登録数 [施設]	130	140	150

② 活動に“つなぐ”取り組みの推進 [★]

(各種事業を通じた取り組みの推進)

- ・各種講座等の学習事業をはじめ、高齢者に関するさまざまな事業では、利用者が一人ひとりの“思い”にあった活動に参加できるよう、関連する活動のメニューや活動支援機関などについて情報を提供するなど、“つなぐ”取り組みを推進します。

(活動支援機関等との連携の充実)

- ・ボランティア活動や市民活動を支援する機関である社会福祉協議会や市民活動センター等と連携し、地域で行われているさまざまな活動についての情報提供やつなぐ取り組みを推進します。

2) さまざまな活動への参加を進めます

【みんなで取り組む方向】

一人ひとりが、それぞれが「できること・したいこと」で、さまざまな活動に参加し、つながりを広げながら、役割を担ったり、生きがいや健康を高めていくよう、学習などの成果も活かして、主体的に取り組めます。

また、活動に参加しやすい雰囲気や条件づくり、参加のための支援を進めます。

【取り組むこと】

(1) 地域のさまざまな活動への参加を推進します

① 地域活動への参加の推進

(地域組織等と連携した取り組みの推進)

- ・身近な地域で行われている見守りなどの日常的な福祉活動や、多様なまちづくり活動などへの参加を促進するよう、校区福祉委員会をはじめとする地域組織等と連携して、情報提供等の支援を推進します。

(関係団体等と連携した呼びかけの推進)

- ・さまざまな活動に参加している高齢者や福祉サービスを利用している人などが、身近な地域での活動にも参加し、地域とのつながりを広げていくよう、団体や事業者等と連携して呼びかけます。

② 当事者活動の推進

(老人クラブ活動の推進)

- ・老人クラブに多くの人が参加し、生きがいづくりや支えあいの活動を行っていくよう、情報発信や市が実施する各種事業との協働などを通じて支援します。

(多様な組織づくりの推進)

- ・「ひとり暮らし高齢者の会」をはじめ、同じ課題をもつ高齢者が集まり、生きがいづくりや支えあいなどの活動を行う当事者組織が、課題やテーマに応じて多様に立ち上がるよう、社会福祉協議会等と連携して支援します。

③ 多様なボランティア活動等の推進

(地域の課題に応じた取り組みの推進)

- ・地域のさまざまな福祉課題、生活課題の解決に取り組む多様なボランティア活動等への参加を推進するため、社会福祉協議会等と連携して情報提供などを行います。

(高齢者の経験等を活かした活動の推進)

- ・高齢者が蓄積してきた経験や知識、技能などを活かして、地域のさまざまな課題に対応した活動を進めていくよう、社会福祉協議会等と連携して、活動の立ち上げ等への

支援を推進します。

(2) 生涯学習・生涯スポーツなどへの参加を推進します

① 生涯学習の推進

(学習機会の充実)

- ・「寿楽学級」をはじめ、高齢者のニーズに応じた学習機会を提供します。
- ・学習事業の参加者が主体的な活動に参加できるよう、情報提供などの支援を行います。

(自主的な活動への支援の推進)

- ・一人ひとりのニーズに応じた学習を支援するよう、「生涯学習あんない」をはじめ、情報提供の充実を図ります。
- ・団体やグループなどでの主体的な学習活動を促進するよう、情報提供や活動に関する相談などの支援を行います。

② 生涯スポーツの推進

(講座やイベント等の充実)

- ・生涯スポーツへの参加のきっかけとして、「寝屋川元気夢まつり」をはじめ、高齢者が参加しやすいイベントやスポーツ教室等を実施します。

(自主的な活動への支援)

- ・一人ひとりのニーズに応じたスポーツができるよう、民間の事業なども含めた多様な情報を提供します。また、スポーツ推進委員やスポーツリーダーズバンク登録者等による指導などを通じて、地域での自主的な活動を支援します。

(3) 活動への支援を充実します

① 活動拠点の確保への支援

(公共施設等の活用)

- ・高齢者の活動の場として、各高齢者福祉センターが効果的に活用されるよう、事業の充実を図ります。
- ・各種の公共施設などが、主体的な活動の場としていっそう有効に活用されるよう、利用しやすい配慮や工夫などを検討します。

(地域施設や民間施設の利用の推進)

- ・地域の集会所等を気軽に利用できるよう、地域組織等と連携して推進します。また、高齢者等の利用に配慮したバリアフリー化への支援などの方策を検討します。
- ・民間の事業所などの施設を高齢者の活動に利用できるよう、事業者への呼びかけや、必要な支援などの方策を検討します。

3) 多様な仕事づくりを進めます

【みんなで取り組む方向】

高齢者の活躍の場のひとつとして、社会参加や生きがいになるとともに、よりよい生活のための収入を得る機会として、希望に沿った多様な就業の場をつくります。

また、地域の課題をビジネスの手法で解決していくコミュニティビジネス・ソーシャルビジネスを、高齢者も主体となって立ち上げていくよう、方策を検討します。

【取り組むこと】

(1) 高齢者の就労を支援します

① シルバー人材センターとの連携の推進

(情報発信等の支援の推進)

- ・ 高齢者の就労の場のひとつとしてシルバー人材センターの事業を推進するよう、法人与連携し、情報発信や仕事の発注等を通じて支援します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
シルバー人材センター会員数 [人]	1,200	1,250	1,300
シルバー人材センター就業延べ人数 [人]	144,000	145,000	146,000

② 就労に関する支援の充実

(就労相談等の充実)

- ・ 地域就労支援センターでの就労相談を充実するとともに、ハローワーク等の専門機関と連携し、支援を行います。

(介護予防・生活支援サービスに関する取り組みの推進)

- ・ 介護保険制度が改正され、要支援の人への訪問型・通所型のサービスが地域支援事業に移行したことをふまえ、多様な主体によるサービス提供を推進するよう、高齢者も参加したコミュニティビジネス(※)の手法による担い手づくりを検討します。

(※) 市民の生活に密接に関わる課題を解決するために、地域の人材や資源を活用して、ビジネス的な手法で取り組む活動や事業です。

4) 介護予防活動を推進します

【みんなで取り組む方向】

“元気でイキイキ” 暮らせるまちづくりのひとつの柱として、できるだけ介護が必要な状態にならないように、また、悪化を防止したり、改善を図り、ＱＯＬ（生活の質）を高めていくよう取り組む介護予防を、積極的に推進します。

そのため、介護予防と日常生活支援を総合的に推進するよう、地域の資源を活かしたしくみづくりや取り組みを進めます。

【取り組むこと】

（１）一般介護予防事業を推進します

① 地域に密着した介護予防活動の推進 [★]

（一般介護予防事業の推進）

- ・介護予防の啓発や、支援が必要な人の把握を地域包括支援センターなどの相談窓口で対面で行うなどの取り組みを、継続して推進します。また、リハビリテーションの専門職による支援も推進します。
- ・閉じこもりを予防し、介護予防活動を含むさまざまな活動などへの参加を促進するよう、外出しやすいまちづくりや移動の支援などを、あわせて推進します。
- ・多くの人が気軽に参加でき、介護予防につながる活動として、効果的なウォーキング等の新たな運動を紹介し、きっかけづくりを推進します。

（元気アップ体操の推進）

- ・高齢者が無理なくできる介護予防の体操として実施している「元気アップ体操」を、いっそう推進し、自治会等での実施を支援します。

（元気アップ体操サポーターの養成等）

- ・身近な地域で元気アップ体操の実践リーダーとして活動してもらえる「元気アップ体操サポーター」を養成します。また、サポーターのスキルアップや情報交換の機会として「元気アップ体操サポーター連絡会」を定期的を開催し、活動が継続できるよう支援します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
元気アップ体操サポーター活動会場 参加者延べ人数 [人]	16,460	16,820	17,180

（地域での介護予防活動の推進）

- ・住民による地域の介護予防活動が継続できるよう、支援します。

（認知症予防の推進）

- ・ 認知症を予防するため、ウォーキング等の有酸素運動や食習慣などによる生活習慣の改善、さまざまな活動への参加などを行っていくよう啓発・推進します。

（２）介護予防・生活支援サービス事業を推進します

① 訪問型・通所型サービスの推進〔★〕

（地域支援事業としての展開）

- ・ 介護保険制度が改正され、介護予防の訪問介護、通所介護が、市町村が地域の実情に応じて実施する地域支援事業になることをふまえ、本市の状況や市民のニーズにあった事業としての展開を図ります。

（多様な担い手の養成）

- ・ 要支援の人への訪問型・通所型のサービスを、地域支援事業として多様な主体によって提供していくよう、介護保険サービスの事業者に加え、高齢者の社会参加を通じた生きがいきくりや介護予防の視点も含めて、NPOや地域住民なども参加した多様な担い手づくりについても推進します。

【2】健康で健やかに暮らすための取り組みを進めます

【目標】

“元気でイキイキ”暮らすうえでのひとつの重要な基盤である健康をまもり、さらに高めていくように、ライフステージを通じた健康管理や健康づくりに、一人ひとりが意識し、また、地域でも声をかけあいながら、取り組みます。

また、日常の健康管理を支援し、その人にあった適切な医療を提供していくように、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局と病院などが連携し、必要な医療が地域で的確に受けられる体制を充実します。

【取り組みの体系】〔★〕は後述の「Ⅳ. 重点的に取り組む事項」に関連する項目

1) 健康管理と健康づくりを進めます

(1) 健康への理解を深めます

- ① 医療機関等との連携
- ② 健康に関する学習機会の充実

(2) 健康診査を推進します

- ① 受診率の向上
- ② 健診結果の活用

(3) 健康づくり活動を推進します

- ① 一人ひとりの取り組みの推進 [★]
- ② 地域での取り組みの推進 [★]

2) 身近な医療の充実と介護との連携を推進します

(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局を推進します

- ① かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の推進

(2) 在宅医療を推進します

- ① 在宅医療の充実に向けた取り組みの推進

1) 健康管理と健康づくりを進めます

【みんなで取り組む方向】

高齢期を“元気でイキイキ”と過ごせるように、一人ひとりが主体的な意識をもち、地域でも支えあいながら、健康診査の積極的な受診などによるライフステージを通じた健康管理と、一人ひとりのニーズにあった健康づくりに取り組みます。

【取り組むこと】

(1) 健康への理解を深めます

① 医療機関等との連携

(医療機関や薬局との連携の推進)

- ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局をもち、日常的に健康について相談し、必要に応じて適切な支援が受けられるよう、医師会、歯科医師会、薬剤師会と連携して推進します。

(健康相談の推進)

- ・ 保健師等への相談の利用を促進し、健康に関する助言・指導を行うとともに、必要に応じて医療機関等につないでいきます。

② 健康に関する学習機会の充実

(健康教室の充実)

- ・ 「健康長生塾」、「ヘルスアップ教室」等の健康教室の利用を促進するよう、地域での健康づくりの取り組みなどとも連携して、事業の周知を図ります。
- ・ 出前講座等も活用して、身近なところで健康について学び、健康づくりの実践につなぐ取り組みを推進します。

(健康に関する情報発信の充実)

- ・ ライフステージに応じて活用できる健康づくりの目標や、健康教室・健康診査や健康づくりに関する案内など掲載した「健康づくりプログラム」を、引き続き毎年全戸に配布し、健康に関する情報発信を推進します。

(2) 健康診査を推進します

① 受診率の向上

(受診の呼びかけの充実)

- ・ 市が実施する特定健康診査や特定保健指導の利用を促進するよう、受診券の個別送付などによる呼びかけを行うとともに、健康づくりの取り組み全体を通じて理解を高めるよう、連携して推進します。
- ・ 本市以外の保険者が実施する健診についても受診を促進し、市民の健康を高めていく

よう、健康への意識を高める取り組みを通じて呼びかけます。

- ・各種がん検診等についても、健康づくりの目標設定や健康診査・健康教室などへの参加をポイント化する健康マイレージ（※）である「ワガヤネヤガワ健康ポイント」等も活用しながら受診の呼びかけを充実するとともに、未受診者へのはたらきかけを推進します。

（※）ポイントを貯めると健康グッズと交換できます。

【受診率の目標値】（平成29年度）

胃がん検診	15%	乳がん検診	20%	成人歯科健診	20%
肺がん検診	15%	大腸がん検診	15%	骨密度検診	15%
子宮がん検診	25%	前立腺がん検診	30%		

② 健診結果の活用

（保健指導等の推進）

- ・個別健診による特定健康診査の結果の説明を受診した医療機関で受け、必要に応じて早期に適切な医療などにつないでいくよう、医師会と連携して推進します。
- ・特定健康診査の結果に基づく保健指導の利用を呼びかけます。
- ・特定健康診査の結果を分析し、重症化予防のための指導等を行っていくよう、「寝屋川市第2期特定健康診査等実施計画」に基づいて推進します。

（3）健康づくり活動を推進します

① 一人ひとりの取り組みの推進 [★]

（健康づくりプログラムの活用）

- ・「健康づくりプログラム」を活用して、健康に関する意識や知識を高めて実践につないでいくよう、各種事業を通じて呼びかけるとともに、地域での学習や活動での活用を推進します。

（健康づくり事業の利用の促進）

- ・健康づくりのきっかけとなる事業として「市民の体力測定」や「健康ウォーキング」等を推進します。また、これらの事業の効果が大きいと考えられる人が利用するよう、地域での健康づくりの取り組みとも連携して呼びかけます。

（ワガヤネヤガワ健康ポイントの活用）

- ・健康づくりへの関心を高めるきっかけとして、健康マイレージである「ワガヤネヤガワ健康ポイント」を活用するよう、事業の周知を推進します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
ワガヤネヤガワ健康ポイント事業 参加者数 [人]	1,200	1,500	1,800

② 地域での取り組みの推進 [★]

(出前講座の活用)

- ・身近な地域で健康について学び、地域ぐるみでの健康づくりの活動などにつないでいくよう、出前講座等を活用した取り組みを推進します。

(リーダーの養成)

- ・地域での健康づくり活動を進めていくよう、「健康づくり実践講座」をはじめ、各種事業を通じてリーダー養成を推進します。
- ・健康づくり活動のリーダーによる地域での活動を支援するよう、「健康の会2006」などを通じて、スキルアップのための情報や学習機会の提供、活動を進めるうえでの助言や支援などを推進します。

(地域組織等との連携)

- ・身近な地域での健康づくりを進めていくよう、地域組織への呼びかけを推進するとともに、取り組みに対する支援を充実します。

2) 身近な医療の充実と介護との連携を推進します

【みんなで取り組む方向】

安心して暮らすうえで不可欠な地域医療を推進するよう、市民と医療機関等がつながりを強めながら、健康づくりと一体的な取り組みを推進します。

また、「地域包括ケア」のしくみづくりのひとつとして、在宅で安心して療養や介護が受けられるよう、医療と介護の連携を推進します。

【取り組むこと】

(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局を推進します

① かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の推進

(呼びかけの推進)

- ・かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局をいっそう推進するよう、医師会、歯科医師会、薬剤師会と連携して取り組みます。
- ・かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局から病院への紹介や、急病時の対応などがいっそうスムーズにできる地域医療体制を構築するよう、医師会、歯科医師会、薬剤師会や保健所等と連携して取り組みます。

(2) 在宅医療を推進します

① 在宅医療の充実に向けた取り組みの推進

(退院支援・療養支援の充実)

- ・ 疾病があっても住み慣れた住宅で療養しながら、自分らしい生活を続けられるよう、地域包括ケアを推進するなかで医療・介護が連携して、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りができる体制づくりに取り組みます。

(往診体制等の充実)

- ・ 在宅での療養を支援するため、往診や訪問診療、訪問看護等をいっそう推進するよう、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携して取り組みます。

【3】生活の困りごとの予防と、早期の対応を進めます

【目標】

地域で生活していくうえでの困りごと（福祉ニーズ）が起きないように、一人ひとりが心がけるとともに、地域で気かけあいながら取り組みます。

また、困りごとが起きてしまったときには、すぐに身近なところに相談ができて、適切な支援につながるしくみを、地域のさまざまな力を活かしてつくります。

こうした取り組みを通じて、弱い立場におかれがちな人の権利をまもり、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりをいっそう推進します。

【取り組みの体系】（〔★〕は後述の「Ⅳ．重点的に取り組む事項」に関連する項目）

- 1) 気軽に気かけあえるつながりと活動を進めます
 - (1) 地域での見守り・声かけ活動を推進します
 - ① 見守り活動の推進
 - ② 事業者等と連携した取り組みの推進
- 2) 身近なところで相談できるしくみを充実します
 - (1) 身近に相談できる窓口や活動を充実します
 - ① 拠点としての地域包括支援センターの充実〔★〕
 - ② 身近な相談窓口の充実
 - ③ 地域での相談活動の充実
 - (2) 相談支援のネットワークを充実します
 - ① 地域ケア会議等を通じた連携の推進〔★〕
- 3) サービスの利用を促進する取り組みを進めます
 - (1) 情報提供を充実します
 - ① サービスや活動に関する情報提供の充実
 - (2) 手続き等の負担の軽減を推進します
 - ① 手続き等の負担の軽減
 - (3) サービス利用に関する負担の軽減を推進します
 - ① 利用者負担の軽減
- 4) 一人ひとりの権利擁護を支援します
 - (1) 権利をまもる意識を高めます
 - ① 高齢者への理解の推進
 - ② 権利擁護に関する理解の推進
 - (2) 日常生活での権利擁護支援を推進します
 - ① 後見的支援の充実
 - (3) 虐待や権利侵害を防止します
 - ① 虐待防止に関する啓発の充実
 - ② 虐待などへの適切な対応の推進
- 5) 認知症の人への支援を充実します
 - (1) 認知症への理解を推進します
 - ① 認知症理解の取り組みの推進〔★〕
 - (2) 認知症の人への支援を充実します
 - ① 認知症に関する相談や支援の充実〔★〕
 - ② 認知症の人への支援の充実〔★〕

1) 気軽に気にかけてあえるつながりと活動を進めます

【みんなで取り組む方向】

日常生活での困りごとを早期に発見し、適切な支援につないでいくとともに、プライバシーには配慮しながら、お互いに気にかけて、ひとり暮らしの人なども孤立することなく支えあえる地域のつながりをつくっていくよう、取り組みを進めます。

【取り組むこと】

(1) 地域での見守り・声かけ活動を推進します

① 見守り活動の推進

(地域組織等との連携)

- ・ 地域で生活するうえでの困りごとに早期に気づき、ひとり暮らしの人などの孤立死や、虐待なども予防するよう、プライバシーに配慮しながら気にかけて、見守りや声かけを行う活動を、校区福祉委員会等の地域組織などと連携して推進します。
- ・ 異変などに気づいたときには、すぐに連絡できるよう、地域組織と専門機関等のネットワークを強化するとともに、相談窓口の周知を図ります。
- ・ ひとり暮らしの高齢者が社会的に孤立することなく、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、民生委員や地域住民等と地域包括支援センターが連携し、生活を支えるための取り組みを推進します。また、緊急通報装置や救急医療情報キット、高齢者見守りネットワーク推進事業等を通じて、ひとり暮らし高齢者の見守りを推進します。

(認知症サポーター等の活用)

- ・ 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを推進するよう、認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成を推進します。
- ・ 認知症サポーター等が、学習の成果を活かして認知症への理解を広げたり、認知症の人や家族を支える活動に取り組めるよう支援します。

② 事業者等と連携した取り組みの推進

(生活関連事業者との連携)

- ・ 水道・電気・ガスの検針や新聞・郵便などの配達、宅配などの際に、異常などに気づいた場合に連絡してもらいしくみづくりを、「高齢者見守りネットワーク推進事業」の協力事業所を増やすとともに、関係者で情報交換会を開催しながら推進します。

(かぎ預かり事業との連携)

- ・ 福祉・医療事業所等の協力を得て、緊急時に安否確認を行う取り組みとして社会福祉協議会が校区福祉委員会等と連携して実施している「かぎ預かり事業」とも連携を図ります。

2) 身近なところで相談できるしくみを充実します

【みんなで取り組む方向】

自分やまわりの人が困りごとに気づいたときは、できるだけ早く相談し、問題が大きくなならないうちに適切な支援につないでいくよう、“その人にとって相談しやすい相手”を増やすとともに、そこから適切な窓口や機関につながるしくみを充実します。

【取り組むこと】

(1) 身近に相談できる窓口や活動を充実します

① 拠点としての地域包括支援センターの充実 [★]

(地域包括支援センターの周知の推進)

- ・ 中学校区ごとに設置した地域包括支援センターが、高齢者の暮らしや介護などに関するさまざまな相談に対応する窓口として、いっそう気軽に利用されるよう、さまざまな媒体や機会を通じで周知を図ります。

(専門職による相談支援の充実)

- ・ 地域包括支援センターが地域での高齢者保健福祉の推進拠点としての機能を発揮するよう、各専門職による相談支援を充実するための、いっそうのスキルアップを支援します。
- ・ 医療・介護連携拠点(※1)、認知症初期集中支援チーム(※2)を設置し、専門的なバックアップ機能を強化することにより、地域包括支援センターの相談機能を充実します。また、経済的な面で生活に困窮している人などへの相談や支援を包括的に進めるよう、新たに実施する生活困窮者自立支援の取り組みなどとも連携を図ります。

(地域等で把握されたニーズへの対応や支援の充実)

- ・ 地域での相談活動や事業所等で把握されたニーズに適切に対応するよう、団体や事業者と連携を図るとともに、必要に応じて専門機関等につなぐなどの支援を推進します。

(※1) p. 46に説明を記載しています。

(※2) p. 34に説明を記載しています。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
地域包括支援センター新規相談件数 [件]	5,810	5,915	6,020

② 身近な相談窓口の充実

(まちかど福祉相談所の活用)

- ・ 校区福祉委員会と連携して社会福祉協議会が設置している「まちかど福祉相談所」の利用を促進するよう、周知を図ります。

（事業所や医療機関等との連携）

- ・福祉・介護のサービスを提供する事業所や医療機関・薬局などが、身近な相談窓口となるよう、情報提供を推進します。
- ・高齢者の生活に関わる商業やサービス業などのさまざまな事業所から、気になることがあれば連絡してもらえるように、地域ケア会議や「高齢者見守りネットワーク推進事業」を通じて推進します。

③ 地域での相談活動の充実

（民生委員や福祉委員との連携）

- ・民生委員児童委員や校区福祉委員等による地域にねざした相談活動を支援するよう、情報提供などを推進します。
- ・地域だけでは対応が難しい相談などを受け止め、適切な機関などにつなぐ役割を、地域包括支援センターがいっそう発揮するよう、地域と連携した取り組みを推進します。

（当事者活動との連携）

- ・老人クラブやひとり暮らし高齢者の会をはじめ、高齢者自身の当事者活動を行う団体・グループ等による相談活動を支援するよう、情報提供を推進します。

（２）相談支援のネットワークを充実します

① 地域ケア会議等を通じた連携の推進 [★]

（個別地域ケア会議を通じた連携の推進）

- ・連携して支援する必要があるケースなどへの対応を効果的に進めるよう、個別地域ケア会議を推進します。

（市・圏域地域ケア会議を通じた連携）

- ・市域や圏域の地域ケア会議を定期的開催し、高齢者保健福祉に関わるさまざまな関係機関等で情報や課題を共有するとともに、対応や課題解決に向けた取り組みを推進します。
- ・高齢者の多様なニーズに対応していくため、生活に関連するサービスを提供している事業所などの参加を呼びかけます。
- ・地域ケア会議で集約された課題への対応を図るとともに、必要に応じて新たな施策や事業として取り組んでいくよう、検討を進めます。

3) サービスの利用を促進する取り組みを進めます

【みんなで取り組む方向】

必要なサービスや活動を適切に利用して、困りごとを早期に解決するよう、サービス等への理解を深めます。

また、必要なときにSOSを発信し、サービスなどによる支援が利用しやすいしくみや雰囲気、条件などをつくります。

【取り組むこと】

(1) 情報提供を充実します

① サービスや活動に関する情報提供の充実

(多様な情報提供の推進)

- ・「新たな情報提供媒体」((仮称)ねやがわシニアライフナビ)なども活用して、高齢者の生活に関する情報を総合的に提供することを通じて、保健福祉等のサービスや活動に関する情報に触れる機会をつくり、必要になったときに情報を手に入れられるしくみづくりを進めます。

(効果的な情報提供の推進)

- ・サービスを必要とする人に情報が的確に届くように、制度の改正などの時期もとらえて、地域でのさまざまな相談活動や、見守り・声かけなどの取り組みとも連携して伝えていくよう、効果的な方法を検討・推進します。
- ・視覚や聴覚に障害がある人、日本語が理解しにくい人などにも配慮し、ユニバーサルデザイン(あらかじめ誰もが利用しやすいようにすること)の情報提供に努めます。

(サービス利用に関する理解を広げる取り組みの推進)

- ・福祉サービスを利用することへの抵抗感をなくしていくよう、誰もが支援の受け手にも担い手にもなる“おたがいさま”の取り組みとしての地域福祉の考え方や、サービスを適切に利用して早期に問題を解決することの大切さなどが理解されるよう、情報発信や学習の場を通じて伝えていきます。

(2) 手続き等の負担の軽減を推進します

① 手続き等の負担の軽減

(電子申請等の推進)

- ・がんの集団検診等において実施しているインターネットでの申込などの電子申請をはじめ、負担が少なく、利用しやすい手続き等の方法を検討します。

(3) サービス利用に関する負担の軽減を推進します

① 利用者負担の軽減

(制度の適正な運用)

- ・ 利用料の負担が、必要なサービスの利用を控えることにつながることを防ぐよう、利用者負担を軽減する制度等を適正に運用するなど、効果的な支援を推進します。また、社会福祉法人による利用者負担の軽減制度を推進するよう、法人に呼びかけます。
- ・ 介護保険料の負担が大きくなりすぎないように、低所得の人の軽減を強化するなどの配慮に努めます。

4) 一人ひとりの権利擁護を支援します

【みんなで取り組む方向】

誰もが安心して生活できるよう、人権に対する理解や高齢者を敬う意識をいっそう広げながら、権利侵害や虐待を防止するための適切な支援を進めます。

また、権利侵害や虐待が発生してしまったときには、迅速、適切に対応できるしくみづくりや取り組みを充実します。

【取り組むこと】

(1) 権利をまもる意識を高めます

① 高齢者への理解の推進

(高齢者を理解する取り組みの推進)

- ・ 世代間交流の取り組みを進めるとともに、認知症サポーター養成講座や高齢者の疑似体験なども含め、高齢者の心身機能などの特徴や、生活や介護などのなかで感じる問題などを理解する取り組みを推進します。

② 権利擁護に関する理解の推進

(情報提供や学習機会の充実)

- ・ 虐待や権利侵害の防止、権利の行使なども含めて、権利擁護を支援していくことの重要性や、現状の課題などについて理解し、一人ひとりができることで防止する取り組みを広げていくよう、情報や学習機会を提供します。

（２）日常生活での権利擁護支援を推進します

① 後見的支援の充実

（日常生活自立支援事業の推進）

- ・判断能力が十分ではない高齢者等の、日常的な金銭管理や福祉サービスの利用等を支援するサービスとして、社会福祉協議会が実施している「日常生活自立支援事業」が必要に応じて利用できるよう、実施体制の充実などの支援を推進します。

（成年後見制度の活用の推進）

- ・判断能力が十分ではない高齢者等の身上監護や財産管理などを支援する成年後見制度を、必要に応じて利用できるよう、利用に関する相談や、親族などがない場合に市長が代わりに申立を行う制度などによる支援を推進します。
- ・成年後見の業務を行う後見人等を確保するよう、市民後見や法人後見などの多様な方法を含めた取り組みを検討します。

（３）虐待や権利侵害を防止します

① 虐待防止に関する啓発の充実

（啓発と通報の呼びかけの充実）

- ・高齢者虐待を防止するよう、どのような行為が虐待になるかの理解なども含めた啓発を推進します。
- ・虐待や虐待の恐れがある状況を発見したときは、速やかに通報するよう、呼びかけや、相談窓口の周知を推進します。
- ・地域包括支援センターが、権利擁護に関する相談窓口として有効に利用されるように、周知を図ります。

（養護者支援の推進）

- ・介護の負担などが虐待につながることを防ぐため、状況に応じた適切な支援を行うよう、各種のサービスや活動を活用して推進します。

② 虐待などへの適切な対応の推進

（適切な対応や解決への支援の充実）

- ・虐待に関する相談や通報等に迅速かつ適切に対応し、必要に応じて一時的な保護などを行うとともに、問題解決に向けた支援を充実するよう、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」等を通じて、関係機関等と連携した取り組みを充実します。

（権利擁護支援体制の充実）

- ・高齢者や障害者などへの権利擁護支援を総合的に推進するため、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」に掲げている「（仮称）権利擁護支援センター」等の支援体制の充実に向けて、関係機関等とも連携して検討していきます。

5) 認知症の人への支援を充実します

【みんなで取り組む方向】

今後、後期高齢者が大幅に増加することなどによって認知症の人が急速に増えると予測されることをふまえ、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」をいっそう推進するよう、一人ひとりが理解し、見守り・支えあいます。

また、認知症の人が地域で安心して生活できるよう、認知症の人や家族などを支援するサービスや活動を充実します。

【取り組むこと】

(1) 認知症への理解を推進します

① 認知症理解の取り組みの推進 [★]

(情報提供や学習機会の充実)

- ・ 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを推進するよう、適切な対応などへの理解を深めるための情報提供や学習を充実します。

(認知症サポーター等の養成や活動の推進)

- ・ 認知症の人や家族を応援する認知症サポーターを増やすよう、さまざまなところで養成講座を開催します。
- ・ 認知症サポーターやキャラバン・メイトによる啓発や支援などの活動を推進するよう、連携して取り組みます。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
認知症サポーター累計数 [人]	6,500	7,000	7,500

(2) 認知症の人への支援を充実します

① 認知症に関する相談や支援の充実 [★]

(早期の発見や相談の推進)

- ・ 地域包括支援センターをはじめとする各種の相談窓口で、認知症に関する相談が気軽にできるよう周知を図るとともに、そこから必要に応じて適切な窓口につながるよう、連携を強化します。
- ・ 認知症の人を早期に発見し、適切な支援につなぐよう、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局などでの対応を進めるとともに、早期診断やサポートができる医療機関を増やすよう、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携して推進します。

② 認知症の人への支援の充実 [★]

(認知症ケアパスの作成)

- ・ 認知症の進行状況にあわせて適切なサービス等を利用するために、ケアの流れを示す「認知症ケアパス」(※)を、関係機関等と連携して作成するとともに、効果的に活用されるよう普及を図ります。

(認知症初期集中支援チーム等の設置)

- ・ 認知症の初期段階の人への支援を集中して行い、自立生活を支援するよう、専門職等による認知症初期集中支援チーム(※)や、相談支援を行う認知症地域支援推進員(※)を、専門機関等と連携して設置します。

(認知症の人を支援するサービスの充実)

- ・ 介護保険サービス等において、認知症の人への適切な支援を行っていくよう、事業者等への情報提供や研修等を推進します。

(家族等への支援の充実)

- ・ 認知症の人の家族を支援するよう、地域包括支援センター等での相談支援を充実するとともに、適切なサービスの利用を促進します。
- ・ 「徘徊高齢者の発見支援メール」等の利用を促進するとともに、地域での見守り、声かけの取り組みを、地域組織等とも連携して推進します。また、効果的に発見するための勉強会も推進します。

(※)「認知症ケアパス」は、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現をめざして、「ケアの流れ」を変えるために、認知症を発症したときから進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを提供するかを標準的な流れを、地域の実情をふまえて決めるものです。

(※)「認知症初期集中支援チーム」は、医療と看護の専門職がチームを組み、認知症が疑われる人なども含めて早期に家庭を訪問して、状況に応じた支援を包括的・集中的に行うことで、自立生活をサポートします。

(※)「認知症地域支援推進員」は、医療に関する専門性を活かし、認知症初期集中チームと連携して認知症の人や家族への相談支援を行うとともに、医療機関、介護サービス事業者、地域の支援機関などの連携を推進する役割を担います。

【4】生活や介護を支援するサービスと活動を充実します

【目標】

支援や介護が必要になっても、住み慣れた地域とつながりをもって、安心して心豊かに暮らしていけるように、「公」と「民」のさまざまな担い手が、多様な活動やサービスを提供し、自立した《自分らしい》生活を支える体制をつくります。

そのために、生活支援や介護に関するニーズをふまえて、公的なサービスと市民の主体的な活動を充実するとともに、担い手を増やしていきます。また、各々の担い手がスキルを高めあいながら、支援を必要とする人の立場に立ったより質の高い支援にしていこう取り組みます。

【取り組みの体系】（[★]は後述の「Ⅳ. 重点的に取り組む事項」に関連する項目）

- 1) 自立した生活を支援するサービスや活動を充実します
 - (1) 生活を支援するサービスを充実します
 - ① 生活支援サービスの充実
 - ② 多様なサービスづくりの推進
 - (2) 地域で支えあう活動を推進します
 - ① 身近な地域での支えあい活動の推進
 - ② 有償での支えあい活動の推進
 - (3) 生活支援に関するサービス等のコーディネートを推進します
 - ① 生活支援に関するサービスづくりの推進 [★]
- 2) 介護を支援するサービスや取り組みを充実します
 - (1) ケアマネジメントを充実します
 - ① 的確な要介護認定の実施
 - ② ケアマネジメントの充実
 - (2) 居宅サービス提供体制を確保します
 - ① 介護保険サービスの確保
 - ② 多様なサービス提供主体の確保
 - (3) 介護施設等の整備を推進します
 - ① 施設・居住系サービスの確保
 - (4) 介護者への支援を充実します
 - ① 介護者を支援するサービスの充実
 - ② 介護者を支援する地域づくりや取り組みの充実
 - ③ 介護者のネットワークづくりや活動への支援
- 3) サービスや活動の担い手を増やします
 - (1) 地域活動の担い手を養成します
 - ① 高齢者の参加の推進
 - ② 多様な担い手づくりの推進
 - ③ 活動に参加するための支援の充実
 - (2) 福祉サービスの担い手を養成します
 - ① 就業環境の充実に向けた取り組み
- 4) サービスや活動の質を高めます
 - (1) 担い手の意識やスキルを高めるよう支援します
 - ① 介護サービス等の担い手への支援の充実
 - ② 地域の活動での取り組みの推進
 - (2) サービスの評価と改善を推進します
 - ① サービスの情報開示と評価の推進
 - ② 苦情への対応の推進

1) 自立した生活を支援するサービスや活動を充実します

【みんなで取り組む方向】

家族の形態や機能が変化し、ひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯などが増加しているなかで、誰もが自立した生活がおくれるよう、公的な制度に基づくサービスや事業者による生活関連サービスを、ニーズにあわせて充実するとともに、地域での支えあいの活動などを「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」とも関連づけて推進し、それらをうまく組みあわせて利用できるよう、総合的な取り組みを進めます。

【取り組むこと】

(1) 生活を支援するサービスを充実します

① 生活支援サービスの充実

(高齢者福祉サービスの充実)

- ・地域での生活を支援するため、以下のサービスを継続して実施します。

[緊急通報システム]

病気などで日常生活に不安がある人の居宅にペンダント型の緊急通報装置を設置し、消防署への緊急通報や相談への対応を図ります。

[外出援助サービス]

地域の運転ボランティアと協働し、公共交通での外出が困難な人の外出を支援します。

[軽度生活援助・外出付添いサービス]

介護保険の対象にならない人に、簡単な日常生活の援助や外出時の付き添いなどで自立した生活を支援し、介護が必要な状態への移行を予防します。

[寝具洗濯乾燥消毒サービス]

ねたきりの人の寝具の丸洗いと乾燥・消毒を行い、在宅での生活を支援します。

[訪問理容・美容サービス]

ねたきりの高齢者を理容師・美容師が訪問し、理容・美容サービスを行います。

[ふれあい入浴]

高齢者の健康増進やコミュニケーションの場として、市内の公衆浴場が100円で利用できる日を設けます。

[街かどデイハウス]

介護保険の対象にならない人に、住民参加によるきめ細やかなデイサービスを提供します。

[住宅用火災警報器設置促進]

高齢者がいる世帯で寝室に火災警報器を設置する際に、費用の一部を助成します。

〔日常生活用具給付等〕

ねたきりやひとり暮らしの高齢者に、介護保険の福祉用具の対象にならない火災警報機、自動消火器、電磁調理器、福祉電話を給付・貸与します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
緊急通報システム新規利用者数〔人〕	180	190	200
外出援助サービス実利用者数〔人〕	274	286	298
ふれあい入浴延べ利用者数〔人〕	17,210	17,400	17,590
街かどデイハウス延べ利用者数〔人〕	6,050	6,100	6,150
住宅用火災警報器設置助成数〔件〕	80	90	100

（生活支援サービスの推進）

- ・介護予防・日常生活支援総合事業の「その他の生活支援サービス」として、必要なサービスを検討します。

② 多様なサービスづくりの推進

（民間サービス等との連携の推進）

- ・家事や外出の支援など、日常生活のさまざまな面をサポートする民間事業所のサービスを活用してよりよい生活がおくれるように、質の高いサービスを効果的に利用するための情報提供などを推進します。

（買い物支援等の推進）

- ・買い物が困難な人を支援するよう「買い物等外出促進事業」を継続して実施します。
- ・事業者による宅配や配達などの利用を推進するよう、情報発信などの支援方法を検討します。
- ・買い物以外にも含めた多様な困りごとへの支援の取り組みについても、事業者や地域等とも連携して検討します。

（２）地域で支えあう活動を推進します

① 身近な地域での支えあい活動の推進

（小地域ネットワーク活動の推進）

- ・校区福祉委員会が主体となっていて行われている小地域ネットワーク活動を通じて、地域のつながりを強化するとともに、支援を要する人の発見や、地域と連携した支援を充実するよう、社会福祉協議会とも連携し、地域包括支援センターも身近な支援の拠点となって取り組んでいきます。

（“ちょっとした困りごと”の支援の推進）

- ・ゴミ出しなどの日常の困りごとを手伝うことで、生活の負担を軽減し、安心して暮ら

せるように支援する活動を、校区福祉委員会等と連携して推進します。

② 有償での支えあい活動の推進

（有償型の活動の推進）

- ・生活の困りごとを支えあう活動のひとつとして、地域での支えあいなどとあわせて、少額の謝礼を介すなどの方法を通じて気兼ねなく支えあう有償型の活動も推進するよう、社会福祉協議会やNPO等と連携して取り組みます。

（３）生活支援に関するサービス等の開発やコーディネートを推進します

① 生活支援に関するサービスづくりの推進[★]

（地域支え合い推進員の配置）

- ・生活支援・介護予防サービスを推進するため、サービスの創出や担い手の養成、ネットワークの構築や、ニーズとサービスのマッチングなどを行う地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）（※）について、本市におけるあり方を検討し、配置します。

（※）多様な主体による生活支援サービスを充実するために、担い手となるボランティア等の養成や発掘をはじめとする地域資源の開発やネットワーク化などを行います。

２）介護を支援するサービスや取り組みを充実します

【みんなで取り組む方向】

介護などが必要になっても、住み慣れた地域とつながりをもって自分らしく暮らせるよう、一人ひとりのニーズに応じて、必要なサービスが的確に利用できるしくみや取り組みを充実します。また、ひとり暮らしや“老老介護”など、介護力が弱い世帯が増えていることをふまえた支援の取り組みも推進します。

【取り組むこと】

（１）ケアマネジメントを充実します

① 的確な要介護認定の実施

（認定調査等の実施）

- ・サービスの必要度を正確に反映した、適正かつ公平な認定調査を実施するため、認定調査員のスキルアップを図るための研修を実施します。また、委託して実施した調査の全数点検を実施します。
- ・認定審査会において、適正かつ公平な審査ができるよう、合議体間の調整を行うとと

もに、認定審査員の研修等を実施します。

② ケアマネジメントの充実

（自立支援型ケアマネジメントの推進）

- ・重度化を防止して自立した生活を支援するために、家庭や地域などの環境の面なども含めて課題を的確に把握し、本人、家族、地域などの当事者の理解と合意のもとで、それぞれの“強み”も活かした支援を組み立てていく「自立支援型のケアマネジメント」を推進するよう、ケアマネジャーへの支援などを推進します。
- ・多様なサービスや活動と連携することで効果的に支援を行うケアプランを作成するよう、地域包括支援センターが中心となって開催する個別地域ケア会議等での協議を活かして取り組みます。

（ケアプランの適正化）

- ・ケアプランの質を向上するとともに、不適正なサービス利用などを是正するよう、国が作成したマニュアルも活用しながら、点検と指導を行います。

（２）居宅サービス提供体制を確保します

① 介護保険サービスの確保

（介護保険事業計画に基づく推進）

- ・介護保険制度が改正され、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進していくことになりました。介護が必要になっても、できるだけ住み慣れた自宅で生活を続けられるように支援するために、ニーズに応じた介護保険サービスを提供するよう、介護保険事業計画で定めた見込量に基づき、サービス提供体制の確保に努めます。
- ・重度の人の在宅生活を支援するサービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の利用を促進するよう、事業の周知を図るとともに、実施体制の確保を事業者と連携して推進します。

② 多様なサービス提供主体の確保

（多様な担い手の参入の促進）

- ・多様なニーズに対応するサービスを提供するため、十分に充足されていないサービスが生じた場合はその情報を発信するなど、多様な担い手の参入を促進します。
- ・介護予防の訪問型・通所型サービスについては、新しい総合事業の多様な担い手の参入を促進するよう、地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）等と連携して推進します。

(3) 介護施設等の整備を推進します

① 施設・居住系サービスの確保

(介護保険事業計画に基づく推進)

- ・自宅での生活が難しくなった人などが、地域とのつながりをもちながら暮らしていく場として必要となる施設・居住系サービスを確保するよう、介護保険事業計画に基づき、計画的な整備を推進します。

(地域を支援する機能の充実)

- ・施設・居住系のサービスを行う事業所が、専門性を活かして在宅介護を支えるサービスを積極的に提供するとともに、地域包括ケアを進めるコミュニティを形成していくうえでの拠点として、地域の人などが集う場としての機能も担っていくよう、事業者等と連携して検討します。

(4) 介護者への支援を充実します

① 介護者を支援するサービスの充実

(介護者支援サービスの充実)

- ・介護者を支援するサービスとして、介護用品の支給事業、徘徊高齢者発見支援メール事業を継続して実施します。
- ・介護保険サービスを、介護者のレスパイト（休息）の視点も含めて効果的に利用し、居宅での介護の継続を支援していくよう、利用者や介護者の理解を進めながら、ケアプランの作成を通じて推進します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
家族介護教室参加者数 [人]	50	60	70
家族介護者交流事業参加者数 [人]	70	80	90

② 介護者を支援する地域づくりや取り組みの充実

(市民の理解の促進)

- ・介護者の負担や悩みなどについて、市民への情報発信や交流の場づくりなどを通じて理解と共感を得ながら、支援の輪を広げます。
- ・介護者に介護マークを配布し、介護中であることを周囲に示すことで理解を得て、介護がしやすい環境をつくっていくよう、介護マークの普及や周知を推進します。

③ 介護者のネットワークづくりや活動への支援

(学習機会の充実)

- ・介護についての技術や支援に関する情報などを得る学習の機会として、家族介護教室を実施するとともに、さまざまな情報提供や相談の場を充実します。

（当事者活動の推進）

- ・介護をしている人や経験者が“思い”をわかちあい、支えあう活動を推進するよう、「老人介護者家族の会」への支援を行います。また、多様な当事者活動を推進するよう、支援を行います。
- ・各事業所などで利用者や家族が交流する活動などを、事業者等と連携して推進・支援します。

3) サービスや活動の担い手を増やします

【みんなで取り組む方向】

介護の仕事に就く人を増やしていくよう、仕事の内容への理解や出会いの機会づくりを進めるとともに、就労環境の改善をめざします。

また、地域での活動の担い手として、多様な人々の参加を進めていくよう、呼びかけやきっかけづくり、参加しやすい環境づくりに取り組みます。

【取り組むこと】

（1）地域活動の担い手を養成します

① 高齢者の参加の推進

（高齢者のニーズにあった活動づくりの推進）

- ・高齢者が地域のさまざまな活動に参加するよう、健康づくりや介護予防、生きがいくくりなどの視点も含めた多様な活動づくりや、参加しやすくするための工夫などを、地域組織等に呼びかけて、推進していきます。

② 多様な担い手づくりの推進

（多様な活動の推進）

- ・幅広い層の人が、各々の“思い”や都合にあわせて参加できるよう、小地域福祉活動、ボランティア活動、市民活動などの多様な地域福祉活動づくりを、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」とも連動させながら、社会福祉協議会等と連携して推進します。
- ・若いころから地域とつながり、活動などにも参加できるよう、ワークライフバランスについての理解や、その実現に向けた取り組みを、子育て支援や男女共同社会づくり等の取り組みなどとも連携しながら推進します。

③ 活動に参加するための支援の充実

(情報発信・学習・つながりの推進)

- ・多様な活動についての情報や学習機会を提供するとともに、情報や学習を活動につなぐコーディネートを充実するよう、「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」とも連動させながら、社会福祉協議会等と連携して推進します。

(2) 福祉サービスの担い手を養成します

① 就業環境の充実に向けた取り組み

(処遇改善等の推進)

- ・介護サービスに従事する人の処遇を改善するために、介護報酬の見直しなどを行っていくよう、引き続き国などに要望します。また、介護人材の確保については、大阪府と協力して、推進していきます。

4) サービスや活動の質を高めます

【みんなで取り組む方向】

支援を受ける人の尊厳を守り、自立した“自分らしい”生活を支援するサービスや活動を提供するよう、利用者の立場に立つとともに、意見を反映しながら、質を高めていく取り組みを推進します。

【取り組むこと】

(1) 担い手の意識やスキルを高めるよう支援します

① 介護サービス等の担い手への支援の充実

(ネットワーク会議の推進)

- ・介護や生活支援等に関わるサービスを提供する事業者が連携して、サービスの質を高めていくよう、テーマごとに設置する多様なネットワーク会議(※)に多くの事業所が参加するよう呼びかけ、情報共有や合同での研修などの取り組みを推進します。

(指導・助言の実施)

- ・市は、介護保険制度における保険者であるとともに、高齢者保健福祉を推進する責務を負う立場で、利用者や市民の意見などもふまえながら、サービスの質を高めていくための事業者への指導や助言を積極的に行います。

(※)「医療と介護の連携プロジェクト会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」などを設置しています。

② 地域の活動での取り組みの推進

（活動している人への支援の推進）

- ・地域で行われる介護などの支えあいの活動が、支援を受ける人のいっそうの自立を支援するものとして、“おたがいさま”の意識で尊重しあって行う活動となるよう、社会福祉協議会等と連携して、支援を推進します。

（２）サービスの評価と改善を推進します

① サービスの情報開示と評価の推進

（情報提供の充実）

- ・利用者一人ひとりがニーズにマッチしたサービスを選択できるように、「寝屋川市介護サービス事業者情報検索ページ」や府の介護サービス情報公表システムの利用を促進します。また、事業者にも情報を積極的に公表するよう要請します。

② 苦情への対応の推進

（オンブズパーソンの活用）

- ・介護サービス等に関する苦情を受け付け、中立的な立場で調査や勧告などを行うオンブズパーソン制度の利用を促進するよう、PRを充実します。

（サービス改善に向けた取り組みの推進）

- ・利用者の意見や苦情をサービスの改善につないでいくよう、事業者への指導・助言を行うとともに、テーマ別のネットワーク会議（※）等を通じて課題を共有し、市域で提供されるサービス全体のレベルアップを推進します。

（※）「医療と介護の連携プロジェクト会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」などを設置しています。

【5】「地域包括ケア」を進めるしくみづくりに取り組みます

【目標】

「誰もが“元気でイキイキ”暮らせるまち」づくりを効果的に推進していくために、《オール寝屋川》の意識をもって多様な主体が協働し、「地域包括ケア」を進めるネットワークや、連携のしくみづくりに取り組みます。

また、「地域包括ケア」を進める基盤として、安心して暮らせる住まいや、人と人のつながりのある安全で快適な生活環境づくりにも取り組み、高齢社会への対応を進めていくことを通じて、誰もがいきいきと暮らせる“魅力と活力のあるまちづくり”をめざします。

【取り組みの体系】（〔★〕は後述の「Ⅳ．重点的に取り組む事項」に関連する項目）

- 1) 地域包括ケアのネットワークを広げます
 - (1) 重層的な地域ケア会議を推進します
 - ① 地域ケア会議の推進〔★〕
 - ② 他の会議等との連携の推進〔★〕
 - (2) 地域包括支援センターの機能を充実します
 - ① ネットワーク機能の強化〔★〕
 - ② 専門機関等との連携の充実〔★〕
- 2) テーマごとの課題解決のための連携を進めます
 - (1) 医療と介護の連携を推進します
 - ① 医療・介護連携拠点の整備〔★〕
 - ② 連携による取り組みの推進〔★〕
 - (2) 介護保険事業所との連携を強化します
 - ① ネットワーク会議の充実
 - (3) 地域・ボランティア・NPO・多様な事業所等との連携を強化します
 - ① 多様な主体との連携の推進
 - ② 協働事業の推進
- 3) 安心して暮らせる住まいや地域づくりを進めます
 - (1) 安心して暮らせる住まいを確保します
 - ① 住まいの確保への支援
 - ② 安全な住まいづくりへの支援
 - (2) 地域のつながりをいっそう強めます
 - ① 地域の多様な活動の推進
 - (3) 安全・安心の地域づくりを進めます
 - ① 緊急時への対応の充実
 - ② 災害への備えと支えあいの推進
 - ③ 防犯の取り組みの推進
 - ④ 交通安全の取り組みの推進
 - (4) ユニバーサルデザインのまちづくりを進めます
 - ① 福祉のまちづくりの推進
 - ② 移動に関する支援の充実

1) 地域包括ケアのネットワークを広げます

【みんなで取り組む方向】

地域包括ケアを推進していくために、分野を超えた「公」・「民」のネットワークを地域・市域全体で広げていくよう、関係者の理解を深めながら推進します。

また、地域包括支援センターが、ネットワークの“つなぎ”や連携の推進役としての機能を高めるよう、専門機関等も応援しながら取り組みます。

【取り組むこと】

(1) 重層的な地域ケア会議を推進します

① 地域ケア会議の推進 [★]

(個別・圏域・市域地域ケア会議の推進)

- ・ 個別、圏域、市域の地域ケア会議を推進し、地域包括ケアに関わるさまざまな主体の情報共有と相互理解、連携による支援や問題解決を推進します。

② 他の会議等との連携の推進 [★]

(他の会議等との連携による課題解決の推進)

- ・ 各層の地域ケア会議を通じて把握した地域の課題は、テーマ別のネットワーク会議(※)等において、全市的に取り組む方策や施策化などを含めたしくみづくりの検討を進めるよう、つなぐしくみを充実します。
- ・ 市民や関係者が参加した「高齢者保健福祉計画推進委員会」ともいっそう連携するよう、情報共有などを進めながら取り組んでいきます。

(※)「医療と介護の連携プロジェクト会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」などを設置しています。

(2) 地域包括支援センターの機能を充実します

① ネットワーク機能の強化 [★]

(圏域のネットワークの充実)

- ・ 日常生活圏域の地域包括支援センターが連携し、高齢者保健福祉に関わるさまざまな団体、事業者、機関等のネットワークを充実していくよう推進します。

(市内のセンターの連携の充実)

- ・ 市内の地域包括支援センターが連携し、圏域を超えて課題解決に向けた対応を行うよう取り組みます。

② 専門機関等との連携の充実 [★]

(専門機関等によるバックアップの強化)

- ・地域包括支援センターが圏域におけるネットワークづくりや、個別支援を行っていくうえで、専門的な支援や助言などを行うよう、医療と介護の連携を推進するために、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携して新たに整備する在宅医療・介護連携拠点（※１）や、認知症初期集中支援チーム（※２）などによるバックアップをいっそう推進します。また、地域との協働をいっそう推進するよう、社会福祉協議会等と連携して取り組みます。

（※１）次の項目に説明を記載しています。

（※２）p. 34に説明を記載しています。

2) テーマごとの課題解決のための連携を進めます

【みんなで取り組む方向】

高齢者保健福祉を進めるネットワークのもとで「地域包括ケア」のしくみづくりを推進するうえでの具体的な問題解決を図っていくために、「医療と介護の連携」や地域の多様の資源の連携などのテーマごとの連携をいっそう強化し、多様な力を活かした取り組みを推進します。

【取り組むこと】

(1) 医療と介護の連携を推進します

① 医療・介護連携拠点の整備 [★]

(医療・介護連携拠点の整備)

- ・医療・介護の連携を図っていくため、在宅医療・介護連携拠点（※）を、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携して本市におけるあり方を検討し、設置します。

（※）「在宅医療・介護連携拠点」は、地域包括ケアシステムの構築をめざす今回の介護保険制度改正において核となる取り組みのひとつです。

地域の医療や介護に関わる多くの職種の人々が集まり、情報や課題を集約しながら協働して解決する方法を検討するとともに、24時間365日の在宅医療・介護提供体制を構築するよう、連携して取り組む地域包括支援センター等への専門的な支援なども行いながら、医療の面での拠点的な機能を担います。

② 連携による取り組みの推進 [★]

(事例検討やコーディネート推進)

- ・在宅医療・介護連携拠点の機能を活かして、在宅での療養と介護を効果的に支援するよう、事例検討などを通じて相互の理解を深めながら、医療と介護が連携したサービ

ス提供のためのコーディネートを推進します。

(地域での看取りも含めた在宅医療の推進)

- ・医療と介護の連携を図るなかで、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、自宅や介護施設等での看取りができる体制づくりを推進します。

(2) 介護保険事業所との連携を強化します

① ネットワーク会議の充実

(情報共有やサービス充実のための連携の強化)

- ・地域包括支援センター圏域ごとのネットワーク会議(※)を、地域ケア会議とも関連づけながら定期的開催し、市からの情報を伝達するとともに、事業所間で情報共有を進めます。
- ・ネットワーク会議(※)での情報共有や協議を通じて、支援の充実や資源の効果的な活用、新たな資源の開発などを推進します。

(※)「医療と介護の連携プロジェクト会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」などのテーマ別のネットワーク会議とは別に、地域包括支援センターが地域の関係機関・団体等の連携を推進するための会議を開催しています。

(3) 地域・ボランティア・NPO・多様な事業所等との連携を強化します

① 多様な主体との連携の推進

(地域ケア会議を活かした連携の推進)

- ・日常生活圏域で開催する圏域地域ケア会議に、高齢者の生活に関わるさまざまな団体等が参加し、各々の特長を活かした協働を進めていくよう、地域組織や、地域で高齢者保健福祉に関わるさまざまな活動を行っているボランティア・NPO、高齢者の生活に関わるサービスを提供している事業者などに、参加を呼びかけます。

② 協働事業の推進

(各種事業における協働の推進)

- ・市が実施する各種事業を多様な主体と協働して行っていくよう、公募による選定や成果の評価などの効果的な協働を進めるための方策を検討しながら、推進していきます。

3) 安心して暮らせる住まいや地域づくりを進めます

【みんなで取り組む方向】

“元気でイキイキ”暮らせるまちの土台として、安心して暮らせる住まいや、あたたかなつながりのあるコミュニティをつくるとともに、安全で快適に過ごせる生活環境づくりを、地域の力をあわせて推進します。

【取り組むこと】

(1) 安心して暮らせる住まいを確保します

① 住まいの確保への支援

(サービス付き高齢者向け住宅等の活用)

- ・ サービス付き高齢者向け住宅などの民間賃貸住宅を効果的に活用できるよう、情報提供などを推進します。
- ・ 有料老人ホーム、ケアハウス等についての情報提供なども推進します。

(入居支援の充実)

- ・ 介護や支援が必要な人などが住宅に入居する際に、必要な支援を的確に受けながら、地域ともつながりをもって生活できるように調整を行うなどの支援を検討します。

【目標値】(平成29年度)

軽費老人ホーム	220人
養護老人ホーム	27人

② 安全な住まいづくりへの支援

(効果的な住宅改修の推進)

- ・ 住宅改修を行う事業者の登録制度を導入したことをふまえ、適正かつ効果的な住宅改修が実施できるよう、事業者やケアマネジャー等に対する情報提供や研修等を実施します。

(公的住宅のバリアフリー化の推進)

- ・ 公的住宅のバリアフリー化を推進するよう、引き続き、府などに要望します。

(2) 地域のつながりをいっそう強めます

① 地域の多様な活動の推進

(高齢者の力を活かした活動の推進)

- ・ 地域のまちづくり活動へ的高齢者の参加を促進し、高齢者の経験や能力を活かした取り組みを推進します。

(世代間交流の推進)

- ・ 高齢者と子どもや若者などの多様な世代の交流を通じて、高齢者をみんなで支えるま

ちづくりを進めるよう、さまざまな事業を通じて推進します。

- ・高齢者による子育て・子育て支援の取り組みを進め、高齢者の力も活かして親世代の人たちの子育てに関する不安や負担の軽減を図っていくよう、子ども・子育て支援の取り組みと連携して推進します。
- ・世代間交流を推進する事業として、コミュニティセンターエリアでの「いきいき元気・健康まつり」を継続して実施します。

(3) 安全・安心の地域づくりを進めます

① 緊急時への対応の充実

(救急医療情報等の活用)

- ・救急医療情報キットや緊急時情報カードを普及するとともに、緊急時に的確に利用されるよう、関係機関や市民などへの周知を図ります。
- ・これらに記載された情報が正しく更新されるよう、利用者に呼びかけを行うとともに、地域や事業者等と連携し、支援する方策なども検討します。

【目標値】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
救急医療情報キット累計配付数 [本]	10, 100	10, 700	11, 300

② 災害への備えと支えあいの推進

(避難行動要支援者の把握と支援体制づくりの推進)

- ・災害時に情報伝達や避難などの支援が必要な高齢者等を的確に把握するよう、プライバシーの保護に配慮しながら、「避難行動要支援者名簿」づくりを推進します。

(福祉避難所の整備)

- ・一般の避難所での生活が難しい人を受け入れるために、特別養護老人ホーム等と協力して設置する福祉避難所を効果的に活用し、適切なサービス提供等の対応が図られるよう、事業所等と連携して対応マニュアル等を作成します。

③ 防犯の取り組みの推進

(高齢者に対する犯罪の防止)

- ・悪徳商法や詐欺などをはじめ、高齢者を対象とした犯罪を防止するよう、高齢者や市民への情報提供や学習を推進します。また、消費生活相談等の利用を促進します。
- ・地域での見守りや声かけを通じて、犯罪の起こりにくい地域づくりを推進します。

④ 交通安全の取り組みの推進

(交通安全意識の高揚)

- ・高齢者の交通事故を防止するため、加齢による心身機能の低下などもふまえて適切な

理解や知識が得られるよう、高齢者や市民への情報提供や研修を推進します。

- ・交通事故などを防止するために、自転車の運転など、交通に関するマナーの向上を図るよう、啓発や学習を充実します。

（４）ユニバーサルデザインのまちづくりを進めます

① 福祉のまちづくりの推進

（都市施設の整備の推進）

- ・誰もが支障なく日常生活や社会参加ができ、閉じこもりを予防していくよう、府の「福祉のまちづくり条例」に基づいて、道路、公園や公共的な建築物などのバリアフリー化を推進します。
- ・安心して外出できる環境として、公衆トイレやベンチなどを、地域のまちづくりなどとも連動させながら増やしていく方策について検討します。

（市民の理解とマナーアップの推進）

- ・バリアフリー化された施設等が適切に利用されるよう、市民の理解やマナーを高めるための啓発を推進します。
- ・高齢者などが困っているときには声をかけて手助けするなど、支えあう心を高めるよう、啓発を行うとともに、高齢者の生活を理解するための学習などを通じて推進していきます。

② 移動に関する支援の充実

（移動を支援するサービスの充実）

- ・自立した日常生活や社会参加を促進するために、誰もが移動しやすいまちづくりを進めていくよう、公共交通を補完するサービスとして、「外出付添サービス」や「外出援助サービス」を市民の参加によって推進します。
- ・公共交通機関で利用できるカードの購入に対して一定の補助を行い、外出を促進することにより、高齢者の社会参加活動等を進め、介護予防や閉じこもりの予防を図ります。

（※）「バリアフリー」と「ユニバーサルデザイン」について

「バリアフリー」は、障害のある人などの社会参加を妨げている段差などの物理的なバリア（障壁）、情報や制度のバリア、人々の意識上のバリアなどをなくすことです。

「ユニバーサルデザイン」は、障害の有無だけでなく、年齢や性別、国籍などの違いにかかわらず、誰もが使いやすいものをあらかじめつくっていくという取り組みです。

これらは相互に補いあう関係にあり、あわせて推進していくことが求められています。

Ⅲ. 介護保険事業の推進方策

1. 介護保険事業の推進方針

(1) 「地域包括ケア」のしくみづくりをめざした介護保険事業を推進します

わが国では、団塊世代の人々が75歳以上になる2025年（平成37年）には、75歳以上の、いわゆる後期高齢者が2,000万人を突破すると言われています。加齢にともない支援や介護を必要とする人が増えるなかで、誰もが住み慣れた地域で“自分らしく”生活できる社会をつくっていくために、介護保険による支援のみにとどまらず、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を構築していくことが求められています。

寝屋川市では、平成24年に策定した「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）」で、「“ねやがわ型”地域包括ケア体制の構築」を重点的に取り組む事項のひとつに掲げ、6つの日常生活圏域の特性をふまえたネットワークづくりや、保健・医療・福祉サービスの提供体制づくりの取り組みを、圏域ごとに設置した地域包括支援センターが中核的な役割を担いながら、地域組織や事業者、関係機関・団体等と連携して進めてきました。

平成27年度～29年度を計画期間とするこの計画では、これまでの取り組みの成果を活かしながら、2025年を目標として地域包括ケアのしくみづくりを進めるための第一歩を着実に踏み出すよう、中長期的な視点を持ち、地域での生活を支援するうえで、医療や住まい、生活支援などの分野のサービスなどとも効果的に連携するしくみにスムーズに移行していくことを念頭に置いて、介護保険事業を推進します。

(2) 生活支援・介護予防の取り組みを推進します

介護などを必要とせずに暮らせることは、“自分らしく”生活するうえでのひとつの重要な要素であり、また、介護保険制度の持続可能性を高め、安心して利用できるしくみとして維持するためにも、重度化を遅らせることなども含めた介護予防が、重要な取り組みと位置づけられています。

介護予防の取り組みでは、心身の機能を改善することはもちろん大事ですが、生活全体を見て困りごとを解消していくことや、支援や介護が必要になっても生きがいや役割をもって生活できるような環境を整えていくことも重要です。そのため、地域包括ケアのしくみづくりにおいては、介護予防と日常生活支援を一体的に捉え、総合的に進めていくことが求められています。

本市では「元気アップ」をキーワードに、体操などを通じて介護を予防するほか、施

設等でのボランティアを促進する取り組みなどを進めてきました。これらの成果も活かし、高齢者自身が生活を支援するサービスなどの担い手にもなり、地域のさまざまな人々も参画して支えあうことを通じて、地域でのつながりを強めたり、地域の資源が循環するしくみもつくりながら、「みんな元気」になって介護予防にもつながるよう、多様な視点をもって生活支援・介護予防の取り組みを推進していきます。

（３）単身・夫婦世帯への支援を推進します

今後の超高齢社会では、高齢者数が大幅に増えることに加えて、単身・夫婦のみの高齢者世帯などが増加すると予測されます。介護保険制度は、核家族化の進行や介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族の状況も変化してきたなかで、高齢者の介護を社会全体で支えあうしくみとして創設されたことをふまえて、支援を充実していく必要があります。

ひとり暮らしや夫婦のみの世帯の高齢者が安心して暮らせるように、地域で取り組まれてきた「小地域ネットワーク活動」などとも連携を図りながら、地域のなかで見守り、支えあう取り組みをいっそう進めるとともに、生活や介護を包括的に支援するよう、地域ケア会議等での連携を活かして、効果的なサービス提供を推進します。

（４）認知症高齢者への支援を推進します

世帯の状況の変化とともに、加齢にともなう認知症の人も増加すると予測されており、認知症があっても地域で安心して暮らせるように支援していくことも、大きな課題となります。

本市では、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」として、地域の方々の理解や関係者のネットワークを広げながら、認知症の人を支える地域づくりを進めており、こうした基盤のなかで、認知症ケアパスに基づく的確な支援を行っていくよう、認知症の人に配慮した介護サービス等の充実を図ります。

2. 被保険者数と要介護（要支援）認定者数の推計

（１）被保険者数の推計

寝屋川市では、人口がゆるやかに減少するなかで高齢者数が増加し、総人口のなかでの65歳以上の人の割合を示す高齢化率は、平成26年10月現在で26.3%となっています。

平成21～25年度の5年間の推移に基づいて今後の人口を推計すると、第6期計画の最終年度である平成29年度の高齢化率は28.1%となると予測されます。また、平成32年度には28.7%となりますが、その後はほぼ横ばいで推移するものと予測されます。

一方、高齢者のなかで75歳以上の後期高齢者が占める割合は、平成26年10月は40.3%ですが、平成29年度は45.9%となり、さらに平成32年度には51.4%、平成37年度には62.4%となります。人数で見ると、平成29年度は現在よりも約5,000人増加し、平成32年度には約4,000人、37年度には約6,000人がさらに増加すると予測されます。

【被保険者数の推計】

[人]

		平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	→	平成 32年度	平成 37年度
総人口	A	240,161	239,301	238,339		234,758	226,275
第1号被保険者(65歳以上)	B	64,880	66,216	66,954		67,323	64,812
前期高齢者(65～74歳)		37,887	37,328	36,195		32,709	24,348
後期高齢者(75歳以上)	C	26,993	28,888	30,759		34,614	40,464
第2号被保険者(40～64歳)		80,792	80,394	80,176		80,152	79,278
高齢化率 [%]	B/A	27.0	27.7	28.1		28.7	28.6
後期高齢者の割合 [%]	C/B	41.6	43.6	45.9		51.4	62.4

（２）要介護（要支援）認定者等の推計

第６期計画（平成27～29年度）における要介護（要支援）認定者数は、被保険者数の推計と認定率の実績に基づき、下表のように推計します。

この間、要介護（支援）認定者は、各年度で約1,000人ずつ増加すると予測されることから、ニーズに応じたサービスを提供するよう、次ページからの推計に基づき、サービス提供体制の確保や、自立を支援し、重度化を予防する適切なサービスを推進するよう取り組みます。

【要介護（要支援）認定者数の推計】

[人]

			平成27年度	平成28年度	平成29年度
第１号被保険者	A		64,880	66,216	66,954
要介護（要支援認定者）	B		11,793	12,797	13,915
要支援		要支援１	1,915	2,231	2,583
		要支援２	2,065	2,390	2,749
要介護		要介護１	1,549	1,518	1,485
		要介護２	2,320	2,507	2,717
		要介護３	1,465	1,555	1,657
		要介護４	1,371	1,474	1,590
		要介護５	1,108	1,122	1,134
認定率 [%]	B/A		18.2	19.3	20.8

（参考）認知症日常生活自立度Ⅱ以上の要介護（支援）認定者数の推計

要介護（支援）認定者のうち、日常生活になんらかの支障をきたす症状や行動などがみられる認知症日常生活自立度がⅡ以上の人の人数は、実績（※）をふまえて下表のように推計します。

【認知症日常生活自立度Ⅱ以上の要介護（支援）認定者数の推計】

[人]

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
合 計		6,206	6,573	6,988
要支援１		276	326	381
要支援２		259	302	348
要介護１・２		2,366	2,458	2,568
要介護３～５		3,305	3,487	3,691

（※）平成24年度の割合を、各年度の要介護認定者数（推計）に乗じて算出しました。

3. サービス見込量の推計

(1) 居宅サービスの見込量

居宅サービスの見込量は、これまでの利用実績と今後の要介護（要支援）認定者数の推計をふまえ、下表のように推計します。

なお、要支援の人の訪問介護と通所介護は、平成29年度までに地域支援事業に移行し、介護予防・生活支援サービスとして実施します。また、定員18人以下の小規模通所介護は、平成28年度から地域密着型サービスに移行します。

【居宅サービスの見込量】

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
訪問介護	要介護 [回/年]	836,513	957,751	997,729
	要支援 [人/年]	17,136	19,884	11,472
訪問入浴介護	要介護 [回/年]	5,310	5,987	6,598
	要支援 [回/年]	17	22	26
訪問看護	要介護 [回/年]	123,703	130,558	136,937
	要支援 [回/年]	39,998	46,378	53,456
訪問 リハビリテーション	要介護 [回/年]	6,328	6,682	7,008
	要支援 [回/年]	1,076	1,247	1,438
居宅療養管理指導	要介護 [人/年]	14,316	15,048	15,708
	要支援 [人/年]	852	984	1,128
通所介護	要介護 [回/年]	330,186	221,513	231,673
	要支援 [人/年]	11,856	13,752	7,704
通所 リハビリテーション	要介護 [回/年]	79,768	84,116	88,531
	要支援 [人/年]	2,040	2,364	2,724
短期入所生活介護	要介護 [日/年]	41,941	44,107	45,890
	要支援 [日/年]	610	707	815
短期入所療養介護 (老健)	要介護 [日/年]	8,670	9,229	9,778
	要支援 [日/年]	0	0	0
短期入所療養介護 (病院等)	要介護 [日/年]	0	0	0
	要支援 [日/年]	0	0	0
福祉用具貸与	要介護 [人/年]	39,144	41,340	43,488
	要支援 [人/年]	12,168	14,112	16,284
特定福祉用具購入費	要介護 [人/年]	780	816	852
	要支援 [人/年]	420	492	564
住宅改修費	要介護 [人/年]	660	684	708
	要支援 [人/年]	576	672	780
特定施設 入居者生活介護	要介護 [人/年]	3,960	4,188	4,464
	要支援 [人/年]	696	792	912
介護予防支援・ 居宅介護支援	要介護 [人/年]	56,280	58,944	61,620
	要支援 [人/年]	31,488	36,540	20,472

見込量に応じたサービスを提供していくために、サービス提供事業者や従事者を確保するとともに、自立を支援するサービスの質を高めていくよう、「高齢者保健福祉の取り組み方向」(p. 38～p. 43)に基づいて取り組んでいきます。

(2) 地域密着型サービスの見込量

介護保険制度の改正により、定員18人以下の小規模な通所介護事業所は、生活圏域に密着したサービスとして、平成28年度から地域密着型サービスに移行することになりました。このサービスも含めて、地域密着型サービスの見込量は、これまでの利用実績と今後の要介護（要支援）認定者数の推計をふまえ、下表のように推計します。

見込量に応じたサービスを提供していくために、サービス提供事業者や従事者を確保するとともに、自立を支援するサービスの質を高めていくよう、「高齢者保健福祉の取り組み方向」(p. 38～p. 43)に基づいて取り組んでいきます。

なお、第6期では、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を平成28年度、平成29年度に整備するよう、事業者を公募し、連携して推進します。

また、平成26年度から実施している定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、重度の人の在宅生活を支援するサービスとして、事業の周知を図りながら利用を促進します。

【地域密着型サービスの見込量】

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	要介護 [人/年]	120	168	216
認知症対応型 通所介護	要介護 [回/年]	4,765	5,474	6,270
	要支援 [回/年]	167	251	251
小規模多機能型 居宅介護	要介護 [人/年]	1,212	1,284	1,356
	要支援 [人/年]	36	36	48
認知症対応型 共同生活介護	要介護 [人/年]	4,272	4,476	4,692
	要支援 [人/年]	12	24	24
地域密着型 介護老人福祉施設	要介護 [人/年]	2,088	2,088	2,088
地域密着型 通所介護	要介護 [人/年]	—	124,601	130,316
	要支援 [人/年]	—	0	0

【圏域別の必要利用定員総数】

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
小規模多機能型 居宅介護	市全域 [人]	150	150	150
	西北圏域 [人]	25	25	25
	東北圏域 [人]	25	25	25
	東圏域 [人]	25	25	25
	南圏域 [人]	25	25	25
	西南圏域 [人]	25	25	25
	西圏域 [人]	25	25	25
認知症対応型 共同生活介護	市全域 [人]	357	375	393
	西北圏域 [人]	54	54	54
	東北圏域 [人]	71	71	71
	東圏域 [人]	63	81	81
	南圏域 [人]	52	52	52
	西南圏域 [人]	54	54	72
	西圏域 [人]	63	63	63
地域密着型 介護老人福祉施設	市全域 [人]	174	174	174
	西北圏域 [人]	29	29	29
	東北圏域 [人]	29	29	29
	東圏域 [人]	29	29	29
	南圏域 [人]	29	29	29
	西南圏域 [人]	29	29	29
	西圏域 [人]	29	29	29

(3) 施設サービスの見込量

施設サービスの見込量は、第6期計画で整備する予定の施設の定員を勘案し、下表のように推計します。

見込量に応じたサービスを提供していくために、事業者と連携して着実に施設整備を進めるとともに、自立を支援するサービスの質を高めていくよう、「高齢者保健福祉の取り組み方向」(p. 38～p. 43)に基づいて取り組んでいきます。

なお、第6期では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を平成29年度に整備するよう、事業者を公募し、連携して推進します。

【施設サービスの見込量】

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
介護老人福祉施設	[人/年]	9,780	10,248	11,208
介護老人保健施設	[人/年]	5,616	5,928	6,288
介護療養型医療施設	[人/年]	540	564	588

4. 地域支援事業の内容

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

新たに導入された「介護予防・日常生活支援総合事業」として、要支援の認定を受けた人や、相談窓口等での基本チェックリストで事業の対象となった人を対象として、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントを実施します。

訪問型、通所型、その他の生活支援サービスは、高齢者も含めてNPOやボランティア等も参加した、多様な主体による実施を推進します。

① 介護予防生活支援サービス事業

(訪問型サービス)

要支援の人などに、掃除や洗濯などの日常生活に関する支援を行う訪問型サービスは、利用者の状況とニーズに応じて、現在の介護予防訪問介護に相当するサービスに加え、市民参加型のサービスなども含めた多様なサービスを推進します。

(通所型サービス)

要支援の人などに、機能訓練や集いの場の提供などの支援を行う通所型サービスについても、利用者の状況とニーズに応じて、現在の介護予防通所介護に相当するサービスに加え、市民参加型のサービスなども含めた多様なサービスを推進します。

(その他の生活支援サービス)

その他の生活支援サービスとして、要支援の人などに必要なサービスを検討します。

(介護予防ケアマネジメント)

要支援の人などに対して、総合事業によるサービス等を適切に提供するためのケアプランを作成します。

② 一般介護予防事業

65歳以上の高齢者（第1号被保険者）等を対象として介護予防を推進するため、以下の事業を実施します。

- * 介護予防把握事業
- * 介護予防普及啓発事業
- * 地域介護予防活動支援事業
- * 一般介護予防事業評価事業
- * 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業

日常生活圏域に2か所ずつ設置した地域包括支援センターを中心として、以下の業務を実施します。

- *介護予防ケアマネジメント
- *総合相談支援業務
- *権利擁護業務
- *包括的・継続的ケアマネジメント支援
- *在宅医療・介護連携の推進
- *認知症施策の推進
- *生活支援サービスの体制整備

包括的支援事業を通じて、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービス体制の整備などを推進します。

そのために、各日常生活圏域では、2つの地域包括支援センターが連携して圏域地域ケア会議を開催しながら、圏域内の関係団体や事業者等のネットワークを構築し、地域の特性を活かして課題解決を推進します。

また、地域包括支援センターのセンター長会議や専門職ごとの会議を開催して、情報共有や合同研修、専門職どうして助言しあうピアスーパービジョンなどを行い、課題に対する対応力の向上を図るとともに、職員のネットワークを構築し、連携や職場定着の促進につなぎます。

あわせて、地域包括支援センターの機能を強化するよう、高齢者保健福祉計画推進委員会による点検・評価を継続的に行うとともに、センターの取り組みに関する情報公表を推進します。

市は、地域包括支援センター間や専門機関等との調整、困難ケース等の後方支援などを行い、運営をサポートします。

さらに、新たな取り組みとして、在宅医療・介護連携拠点の整備等による在宅医療・介護連携の推進、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置等による認知症施策の推進、地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）の配置等による生活支援サービスの体制整備についても、包括的支援事業として推進します。

(3) 任意事業

本市では、任意事業として以下の事業を実施します。

- | | |
|-----------------|---------------|
| *家族介護用品支給事業 | *成年後見制度利用支援事業 |
| *徘徊高齢者家族支援サービス | *介護給付費適正化推進事業 |
| *徘徊高齢者発見支援メール事業 | *住宅改修支援事業 |
| *家族介護者交流事業 | *配食サービス事業 |
| *家族介護教室 | |

5. 介護保険事業費の推計

介護保険サービス見込量の推計と実施する地域支援事業の内容に基づき、第6期計画における介護保険事業費を下表のように推計します。

(※) 以下の数値については、端数処理の都合上、合計が合わない場合があります。

(1) 介護給付費

[千円]

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
① 居宅サービス			
訪問介護	2,492,991	2,842,217	2,957,722
訪問入浴介護	65,000	73,590	81,104
訪問看護	478,811	502,049	526,316
訪問リハビリテーション	18,420	19,625	20,708
居宅療養管理指導	208,790	219,135	227,783
通所介護	2,625,191	1,757,988	1,841,242
通所リハビリテーション	716,465	752,255	792,062
短期入所生活介護	377,508	394,116	410,699
短期入所療養介護(老健)	92,555	98,120	103,538
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
福祉用具貸与	545,423	574,004	602,243
特定福祉用具購入費	26,312	27,801	29,336
住宅改修費	53,585	55,601	56,946
特定施設入居者生活介護	790,277	830,752	883,520
② 地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	31,467	44,155	53,494
認知症対応型通所介護	65,807	75,226	86,281
小規模多機能型居宅介護	252,597	266,560	281,277
認知症対応型共同生活介護	1,090,308	1,136,560	1,190,682
地域密着型介護老人福祉施設	554,137	551,109	552,200
地域密着型通所介護	—	989,379	1,035,375
③ 施設サービス			
介護老人福祉施設	2,474,172	2,578,928	2,819,673
介護老人保健施設	1,435,554	1,509,417	1,601,381
介護療養型医療施設	194,344	201,147	210,526
居宅介護支援	818,142	853,646	892,148
合 計	15,407,856	16,353,380	17,256,256

(2) 介護予防給付費

[千円]

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
① 介護予防サービス			
介護予防訪問介護	339,971	392,475	226,437
介護予防訪問入浴介護	137	157	218
介護予防訪問看護	129,428	149,260	172,138
介護予防訪問リハビリテーション	3,130	3,614	4,143
介護予防居宅療養管理指導	9,935	11,469	13,268
介護予防通所介護	398,901	460,663	257,889
介護予防通所リハビリテーション	89,552	103,382	119,139
介護予防短期入所生活介護	4,056	4,713	5,386
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	105,339	121,765	140,463
介護予防福祉用具購入費	11,242	13,041	15,004
介護予防住宅改修	52,784	61,118	70,506
介護予防特定施設入居者生活介護	62,469	68,502	74,703
② 地域密着型サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	1,864	2,828	2,786
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,493	2,829	3,317
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,826	5,656	5,632
介護予防地域密着型通所介護	—	0	0
介護予防支援	146,846	169,685	95,025
合 計	1,360,973	1,571,157	1,206,054

(3) 標準給付費見込額

[千円]

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
総給付費	16,768,829	17,924,536	18,462,310
介護給付費	15,407,856	16,353,380	17,256,256
介護予防給付費	1,360,973	1,571,157	1,206,054
特定入所者介護サービス等給付額	475,429	474,793	510,512
高額介護サービス費等給付額	358,818	394,700	434,170
高額医療合算介護サービス等給付額	45,947	53,192	61,581
審査支払手数料	14,296	15,510	16,865
標準給付費見込額	17,663,319	18,862,730	19,485,438

(4) 地域支援事業費

[千円]

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
地域支援事業費	381,353	392,795	917,021

6. 保険料の設定（第1号被保険者保険料基準額）

第1号被保険者の介護保険料は、下記の手順で、介護保険サービスの給付と介護保険制度の運営、地域支援事業の実施にかかる費用のうち、第1号被保険者に負担していただく分を、所得の状況を勘案した第1号被保険者数で割って算出しました。

（※）以下の数値については、端数処理の都合上、合計が合わない場合があります。

① 介護保険事業の実施にかかる費用

57,702,655,038円

居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの給付費に、特定入所者介護サービス等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス等給付額、審査支払手数料を加えたものを「標準給付費」といいます（p.61の（3）を参照）。

これに、市が実施する地域支援事業にかかる「地域支援事業費」を加えた額が介護保険事業の実施に必要な金額となり、第6期の3年間では約577億円と推計しました。

[千円]

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	合 計
標準給付費見込額	17,663,319	18,862,730	19,485,438	56,011,486
地域支援事業費	381,353	392,795	917,021	1,691,169
介護保険事業費	18,044,672	19,255,525	20,402,459	57,702,656

② 第1号被保険者に負担していただく金額

13,335,088,433円

介護保険制度は、必要な費用の50%を公費、50%を保険料で賄います。第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40～64歳）の負担割合は人口構成をふまえて設定され、第1号被保険者の負担割合は、第5期計画では21%でしたが、第6期計画では高齢化の進行をふまえて22%に変更されました。

また、市町村による差が大きくなりすぎないように、高齢者の年齢構成や所得の状況に応じて調整を行う「調整交付金」というしくみがあり、後期高齢者の割合が全国平均よりも低い本市では、調整交付金相当額と調整交付金見込額の差額分を第1号被保険者の保険料で負担していただくことになります。

こうした計算による第6期の3年間の負担額は、約133億円と推計されます。

[千円]

		平成27年度	平成28年度	平成29年度	合 計
標準給付費見込額	A	17,663,319	18,862,730	19,485,438	56,011,486
地域支援事業費	B	381,353	392,795	917,021	1,691,169
第1号被保険者負担分 (A+B)×22%	C	3,969,828	4,236,216	4,488,541	12,694,585
調整交付金見込交付割合	D	3.23%	3.83%	4.45%	—
調整交付金相当額 A×5%	E	883,166	943,136	974,272	2,800,575
調整交付金見込額 A×D	F	570,525	722,443	867,102	2,160,070
第1号被保険者負担相当額 C+E-F		4,282,469	4,456,908	4,595,711	13,335,088

③ 介護保険料として徴収する必要がある金額

13,375,853,801円

介護保険制度では、介護給付費が推計以上に伸びた場合などに備えて財源の安定化を図るための基金が設置されていますが、大阪府では第6期計画期間は拠出しないことになりました。一方、本市における介護保険の将来にわたる安定的運営を図るための準備基金は、保険料の上昇を抑制するため、平成26年度末の残高2億円を全額取り崩すこととしました。

したがって、第1号被保険者負担相当額から準備基金取崩額を差し引き、収納率を勘案した金額が、第1号被保険者から介護保険料として徴収する必要がある金額となり、第6期の3年間で約133億円と推計されます。

[千円]

		合 計
第1号被保険者負担相当額	A	13,335,088
準備基金取崩額	B	200,000
予定保険料収納率	C	98.20%
保険料収納必要額 (A-B)÷C		13,375,854

④ 介護保険料を算出するうえでの第1号被保険者数

192,716人

第1号被保険者の介護保険料は、所得段階に応じて負担していただくため、所得段階ごとの割合で補正した被保険者数を用いて算出します。第6期計画では、費用負担の公平化の観点から国が定める標準段階が6段階から9段階になり、段階の区切りとなる所得金額も一部見直されました。

本市では、低所得の方の負担を軽減するため、290万円以上の所得がある人を6段階に区分した14段階とし、負担能力に応じてきめ細かく設定することにしました。

これらをふまえて算出すると、第6期の3年間で192,716人となります。

⑤ 第1号被保険者保険料基準月額

5,790円

上記の③を④の人数で割った金額が、第1号被保険者に負担していただく1年間の介護保険料で、それを12で割ったものが第1号被保険者保険料基準月額となります。

なお、保険料は所得段階に応じて、基準月額の0.5倍から2.2倍の範囲で14段階に区分して徴収します。

【所得段階別の保険料（年額）】

段 階	対 象 と な る 者	保険料率	保険料額
第1段階	①生活保護受給者 ②老齢福祉年金受給者であって、世帯全員が市町村民税非課税の者 ③市民税非課税世帯で課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	基準額×0.50	34,740円
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円超120万円以下の者	基準額×0.65	41,160円
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で前年の課税年金収入額＋合計所得金額が120万円超の者	基準額×0.75	52,110円
第4段階	世帯に課税者がいるが、本人は市町村民税非課税で、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の者	基準額×0.90	62,530円
第5段階	世帯に課税者がいるが、本人は市町村民税非課税で、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円超の者	基準額×1.00	69,480円 (基準額)
第6段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の者	基準額×1.20	83,370円
第7段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上190万円未満の者	基準額×1.30	90,320円
第8段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が190万円以上290万円未満の者	基準額×1.50	104,220円
第9段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が290万円以上400万円未満の者	基準額×1.70	118,110円
第10段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が400万円以上500万円未満の者	基準額×1.80	125,060円
第11段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が500万円以上600万円未満の者	基準額×1.90	132,010円
第12段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が600万円以上700万円未満の者	基準額×2.00	138,960円
第13段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が700万円以上800万円未満の者	基準額×2.10	145,900円
第14段階	本人が市町村民税課税で前年の合計所得金額が800万円以上の者	基準額×2.20	152,850円

IV. 重点的に取り組む事項

1. 医療と介護の連携を進める取り組みを推進します

(1) 医療と介護の連携を進める拠点の整備

後期高齢者が大幅に増えると予測されるなかで、地域で自分らしく生活していくうえで必要となる支援や介護を、効果的・効率的に提供していくことをめざす「地域包括ケア」のしくみを構築していくうえで、重要なポイントとなる医療と介護の連携を、2025年を見据えて計画的に進めていくための拠点として、在宅医療・介護連携拠点を、本市におけるあり方を検討し、設置します。

この拠点は、多くの主体の参加による連携を促進するよう市が設置し、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の協力を得るとともに、地域包括支援センターや医療機関、訪問看護ステーション等の専門性を活かして、連携して運営します。

(2) 情報共有と相互理解に基づく連携の推進

在宅医療・介護連携拠点では、医療と介護に関わるさまざまな専門職が分野や職種を越えてつながり、相互理解を深めながら、役割を分担してチームで包括的なケアを行っていくための取り組みを推進し、地域の資源を有効に活用して、効果的かつ効率的な在宅療養と介護の支援をめざしていきます。

そのために、連携を推進するうえでの基盤として、多職種による合同の研修会等の開催、地域の資源に関するデータベースやマップ、連携のためのツールの作成や、市民の理解を高めるための情報発信などを行います。

また、連携による包括的なケアを実施するためのコーディネーターを配置し、地域包括支援センター等とも連携して、退院の支援や、在宅での24時間体制での医療と介護の提供などを進めていきます。

(3) 認知症の人への支援の充実

医療と介護の連携の取り組みのなかで、認知症がある人への支援を円滑に進めるための認知症ケアパスの作成、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置などに、専門機関等の協力を得ながら取り組み、これまでも「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」の取り組みを通じて進めてきた医療・介護の専門職や地域の連携も活かして、認知症の初期・中期・後期・末期などの段階や若年層（65歳未満）から高齢期に至るまで、切れ目のない支援を推進します。

また、今後も引き続き認知症の予防を推進するため、ウォーキング等の有酸素運動や

食事をはじめとする生活習慣病の対策などを、幅広く市民に普及・啓発します。

2. 地域支援のネットワークを強化します

(1) 地域包括支援センターの機能の充実

地域包括支援センターは、①身近なところで高齢者の保健福祉等に関するさまざまな相談ができる窓口としての機能、②地域での介護予防や生活支援などの活動を支援する機能、③地域包括ケアの体制づくりを進めていくうえでのネットワークづくりなどの、さまざまな機能を有しています。地域包括ケアのしくみづくりを進めるうえで中核的な役割を担う機関として、これらの機能をいっそう充実するよう、地域のさまざまな力を活かして支援し、効果的に活用しながら取り組んでいきます。

また、各日常生活圏域での地域包括ケアのしくみづくりを推進するよう、圏域に2か所ずつ設置したセンターが、同じエリアを担当する社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカーなどとも連携し、地域のさまざまな情報を共有しながら、圏域内の福祉事業所や医療機関・薬局等、地域協働協議会や校区福祉委員会等の地域組織、民生委員や地域で活動するボランティア、当事者団体、さらに、高齢者の生活に関わるサービスを提供する商業・サービス業などの多様な事業者なども含めたネットワークの構築に取り組めます。

こうしたネットワークを活かすとともに、地域にある相談支援機関としての特性を活かしたアウトリーチ（地域に出向いた相談支援）の取り組みを進め、地域のニーズや課題をきめ細かく把握して、個別・圏域の地域ケア会議を活用しながら、多様な主体の連携による効果的な支援を進めます。

また、市内の全センターが、市域の地域ケア会議や、定例で開催している職種別の連絡会議等を通じて連携し、圏域では対応が難しい課題に対して各々のネットワークも活用しながら協力して支援するとともに、市域に共通する課題への対応方策の検討や、スタッフのスキルアップなどに取り組めます。

これらの取り組みを適切に推進し、公正・中立かつ、専門性を発揮した事業運営を行っていくよう、年度ごとの活動計画の作成と、それに基づく評価を、高齢者保健福祉計画推進委員会を通じて実施します。

市は、市域の地域ケア会議等を通じて各センターの連携を促進するとともに、在宅医療・介護連携拠点や認知症初期集中支援チーム、権利擁護支援機関などの全市的な専門機関やテーマ別のネットワークなどとのコーディネート役を担い、専門的なバックアップの機能を強化するなど、支援を推進します。

また、各センターの専門職の職場定着を進めるよう、センターを運営する事業者とも連携して、いっそうのスキルアップへの支援などに取り組めます。

(2) 地域ケア会議の充実

医療・介護等の専門職や地域の支援者などが集まり、個別ケースへの対応を協力して行うとともに、地域の課題を共有し、必要に応じて全市的な取り組みにもつないでいくしくみとして、地域ケア会議の充実を図ります。

(個別地域ケア会議)

個々の地域包括支援センターが開催する「個別地域ケア会議」では、連携による支援が必要なケースの情報を関係者が共有し、協力して効果的な支援を行います。また、協議や協働を通じて、支援者のスキルアップを図ります。

(圏域地域ケア会議)

日常生活圏域ごとに、地域包括支援センターが連携して開催する「圏域地域ケア会議」では、圏域内の関係機関等のネットワークを構築し、個別地域ケア会議で蓄積された課題を共有し、各圏域の特性も活かしながら、予防的な取り組みや、新たな資源の開発なども含めた効果的な対応のしくみづくりにつなぎます。

(寝屋川市地域ケア会議)

市が開催する「寝屋川市地域ケア会議」では、各圏域の課題を集約しながら全市で取り組む課題を抽出し、テーマ別のネットワーク会議(※)等とも連携して、地域包括ケア体制の構築をめざして取り組む事項などについて検討し、各圏域にフィードバックしながら推進していきます。

(※)「医療と介護の連携プロジェクト会議」、「高齢者虐待防止ネットワーク会議」などを設置しています。

3. 高齢者の主体的な活動への支援を充実します

(1) 高齢者の生活や活動に関する総合的な情報発信

高齢者の生活や活動などに関する情報を、ホームページ等で総合的に発信するよう、「新たな情報提供媒体」((仮称)ねやがわシニアライフナビ)を作成します。

この情報提供媒体では、市などの「公」の情報だけでなく、「民」の事業者によるサービスや、地域・団体などの主体的な活動など、高齢者の生活を高めたり、活動への参加を促進するうえで有用な情報を幅広く提供していくよう、各日常生活圏域の地域ケア会議で構築していく多様な主体のネットワークを活かして、情報を集約していきます。

また、こうした情報を、インターネットを利用しにくい人などにもきめ細かく伝達していくよう、関係団体やボランティア等とも連携した取り組みを進めます。

（２）活動のきっかけづくりの推進

より多くの高齢者が多様な活動に参加するよう、支援するひとつの方法として、高齢者の関心が高いテーマである健康づくりや介護予防に関する活動を身近な地域で展開し、その活動への参加をきっかけとして、地域での支えあいなどのさまざまな活動にもつながり組みを推進します。

そのため、健康づくりプログラムや出前講座、ホームページなどを活用して、積極的に呼びかけを行っていくとともに、健康づくり活動や介護予防活動のリーダー・サポーター等とも連携して、地域にねざしたきめ細かな取り組みを進めます。

また、健康マイレージとしてのワガヤネヤガワ健康ポイントの活用や、活動を継続した人への感謝状の贈呈など、活動の成果を評価する取り組みも推進していきます。

（３）生活支援・介護予防サービスの担い手づくり

介護保険制度が改正されて、要支援の人の訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行し、介護予防と生活支援のサービスを多様な主体で提供していくしくみになることをふまえ、訪問型・通所型のサービスを、高齢者の社会参加を推進するという視点も含めて、地域組織やNPOなどの多様な主体の参加も得ながら実施していくよう、担い手づくりを進めます。

訪問型・通所型サービスを実施するため、サービスの創出や担い手の養成、ネットワークの構築や、ニーズとサービスのマッチングなどを行う地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）を、本市におけるあり方を検討して配置し、多様な主体の参加を得て設置する協議体とも連携を図りながら、寝屋川市の状況に応じたしくみづくりを推進します。

資料

1. 計画策定経過

平成24年 8月21日 第1回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

平成25年 3月29日 第2回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

8月20日 第3回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

平成26年 2月14日～3月14日

日常生活圏域ニーズ調査を実施

3月25日 第4回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

7月11日 第5回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

10月31日 第6回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

11月28日 第7回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

12月25日 第8回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

平成27年 2月1日～2月28日

計画（素案）に対するパブリック・コメント（意見募集）を実施

3月27日 第9回寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会を開催

委員会から計画（案）を市長に報告

2. 寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会規則

(趣旨)

第1条 この規則は、寝屋川市執行機関の附属機関に関する条例（昭和39年寝屋川市条例第27号）第3条の規定に基づき、寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会（以下「委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(組織)

第2条 委員会は、委員15人以内で組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうちから、市長が委嘱する。

(1) 公募による市民

(2) 介護保険及び高齢者保健福祉に関し識見を有する者

(委員の任期)

第3条 委員の任期は、市長が委嘱した日の属する年度の翌々年度の末日までとする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に、委員長及び副委員長1人を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選によりこれらを定める。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき、又は欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会の会議は、委員長があらかじめ公表した日に招集し、委員長がその議長となる。

2 委員会は、委員の過半数の出席がなければ、会議を開くことができない。

3 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(説明等の要求)

第6条 委員長は、所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係職員に対し、資料の提出、意見の開陳、説明その他必要な協力を求めることができる。

2 委員会は、その所掌事務を遂行するため特に必要があると認めるときは、前項に規定する者以外の者に対しても、必要な協力を依頼することができる。

(報告)

第7条 委員会は、審議結果を速やかに市長に報告するものとする。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、保健福祉部高齢介護室において処理する。

(委任)

第9条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行について必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日以後最初に委嘱される委員の任期は、第3条第1項の規定にかかわらず、平成27年3月31日までとする。

3. 寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会 委員名簿

氏 名	団 体 名 等	備 考
池 田 和 功	大阪府寝屋川保健所	
大 村 武 司	一般公募委員	
坂 口 善 治	寝屋川市老人クラブ連合会	
白 尾 素 子	寝屋川市ケアマネジャーの会	
多田羅 浩 三	大阪大学名誉教授	委員長
俵 夢 乃	寝屋川市デイサービス絆の会	
中 尾 彰	一般公募委員	
西 田 恵 藏	社団法人寝屋川市薬剤師会	
早 川 貫 治	社団法人寝屋川市医師会	副委員長
平 山 きよし	社団法人寝屋川市歯科医師会	
向 井 締 一	寝屋川市障害者団体協議会	
高 橋 俊 行	社会福祉法人寝屋川市社会福祉協議会	
山 崎 祥 子	寝屋川市老人介護者家族の会	
山 田 和 広	社会福祉法人栄光会	
吉 本 政 弘	寝屋川市民生委員児童委員協議会	

(敬称略 五十音順)

谷 掛 千 里 (大阪府寝屋川保健所)

平成24年4月1日～平成25年3月31日

吉 川 伸 (社団法人寝屋川市歯科医師会)

平成24年4月1日～平成25年3月31日

村 井 賢 一 (社会福祉法人寝屋川市社会福祉協議会) 平成24年4月1日～平成26年3月31日

4. 市長への提言

平成27年 3月27日

寝屋川市長 馬場 好弘様

寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会
委員長 多田羅 浩三

「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2015～2017）」（案）について（報告）

本委員会は、寝屋川市高齢者保健福祉計画推進委員会規則に基づき、「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）」の後継計画について議論を重ね、別紙のとおり「寝屋川市高齢者保健福祉計画（2015～2017）」（案）として意見をまとめましたので報告します。

この提案をふまえて計画を策定するとともに、下記の意見に十分留意し、計画の着実な推進を図られるよう要望します。

記

1. 「オール寝屋川」の力を活かした地域包括ケアの仕組みづくり

この計画は、2025年度を目途として地域包括ケアシステムを構築していくうえでの第一歩となるものです。10年あまりの中長期的な視点を持ちつつ、的確なスタートを切るための指針として、着実に推進しなければなりません。本委員会では、地域包括ケアの“包括”は、生活支援、介護予防、介護、医療、住まいに関するサービスを“一体的”に提供するために、市民、団体、事業者などの「民」と市や府、国などの「公」が“協働”することをめざす言葉であると捉えています。これら「オール寝屋川」が力をあわせて取り組んでいくことができるよう、地域福祉を公民協働で推進することを目指す「ワガヤネヤガワちいきふくしプラン」と深く連動させて、効果的な展開を図ってください。

2. 「元気でイキイキ」をキーワードとした取り組みの推進

地域包括ケアを推進するうえでは、一人ひとりの高齢者が主役となります。まず、自らの健康や生きがいを高めてよりよい暮らしをおくれるように心がけながら、担い手としても活躍することが不可欠です。あわせて、介護を必要とする状態になることをできるだけ予防することが重要です。そうした取り組みを通じて、介護保険制度を持続可能な仕組みにするためにも、計画の基本理念に掲げた「元気でイキイキ」がキーワードになります。高齢者自身が主体的な意識を高めながら、経験を活かしてさまざまな活動や仕事に参加して、自分らしく輝いて健やかに暮らすことができるように、また、閉じこもりの予防や介護予防もすすむよう、積極的に呼びかけながら取り組んでください。

3. ひとり暮らしの高齢者をはじめ、だれもが安心して暮らせるまちづくりの推進

今後、ひとり暮らしの高齢者がさらに増加すると予測されます。そのため、だれもが社会的に孤立することなく、住み慣れた地域で安心して生活できるように支援していくことが、いっそう重要な課題となっています。地域では見守りや支えあいの活動が行われています。また、地域包括支援センターをはじめとするさまざまな専門機関や事業所もあります。それぞれ役割を分担しながら効果的に連携し、一人ひとりのニーズに応じた支援を充実していくことによって、だれもが安心して暮らせるまちづくりを推進してください。

4. 在宅での介護や認知症の人への支援を支える取り組みの、いっそうの推進

介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で暮らしていけるように、在宅介護を支援するサービスをいっそう充実してください。あわせて、介護を行う家族などの負担を軽減し、生活の困窮や虐待などを予防するための取り組みを推進してください。また、加齢にともなう認知症の高齢者が増加すると予測されます。認知症の人や家族を支援する取り組みを拡充し、「認知症の人も安心して暮らせるまちづくり」もいっそう積極的に推進して、介護や支援が必要な人や家族の課題を地域ぐるみで理解し、支える取り組みを充実してください。

5. 日常生活圏域ニーズ調査の結果の概要

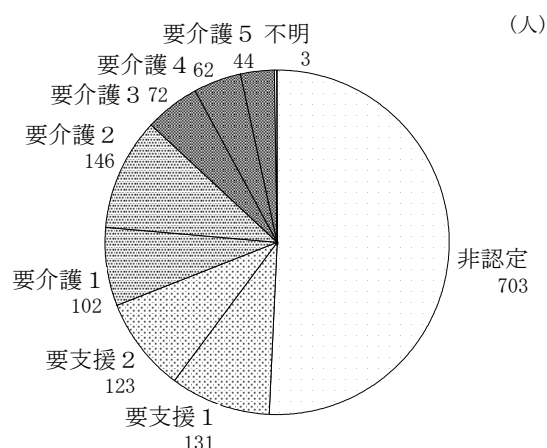
(※) 全項目の集計結果は、市ホームページに掲載しています。

《調査の実施概要》

- 対象者 平成26年2月1日現在で65歳以上の市民から、要介護認定を受けている人と、受けていない人それぞれ1,000人を無作為に抽出しました。
- 実施方法 国が示した調査票を用い、郵送で配付・回収を行いました。
- 実施時期 平成26年2月～3月に実施しました。
- 回収状況 有効発送数 1,996通、有効回収数 1,386通、有効回収率 69.4%でした。

《回答者の要介護度》

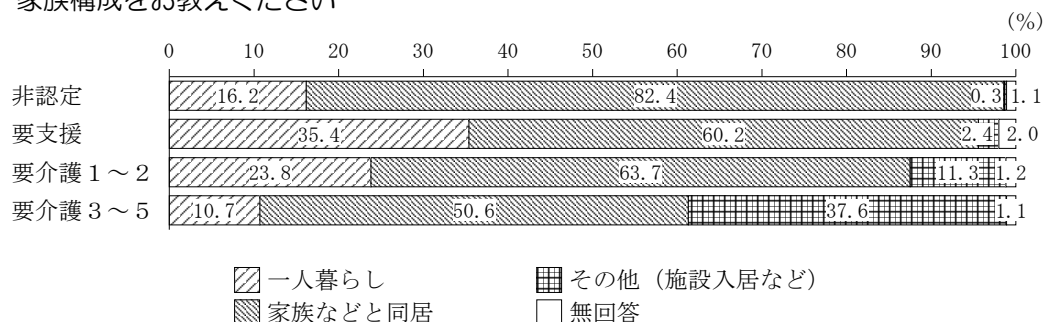
- ・要介護度別の回答者数は右のグラフのとおりです。要介護度によってニーズが異なるため、調査結果の分析は「非認定」、「要支援」、「要介護1～2」、「要介護3～5」の区分で行いました。



(1) 世帯の状況

- ・在宅で生活している人では、要支援・要介護でも多くが「一人暮らし」をしており、家族などと同居していても日中に一人になることが「よくある」人も少なくありません。また、「家族などと同居」の人では、2人の世帯の割合が大きく、その多くは高齢者夫婦のみの世帯です。
- ・施設に入居している人などは、要介護3～5では4割弱、要介護1～2でも1割強です。

Q. 家族構成をお教えてください



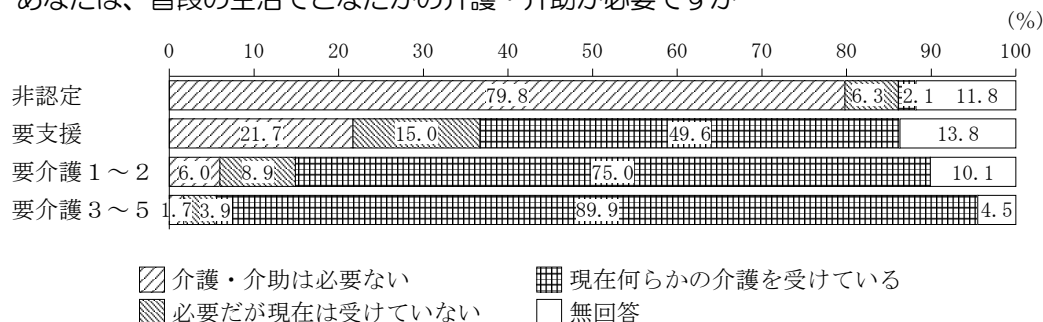
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・ひとり暮らし (昼間独居)、高齢者夫婦世帯などの人が在宅での生活を継続できる包括的な支援の推進

(2) 介護・介助や日常生活に関する状況

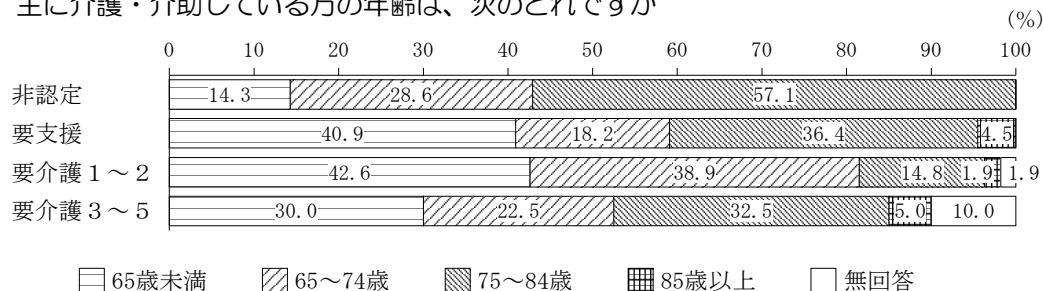
- ・現在は要介護認定を受けていない非認定の人でも、日常生活でなんらかの介護・介助が必要と答えた人がいます。なお、要介護度が高くて介護や介助が必要ないと答えた人は、介護サービスなどを利用するため家族の介護の負担は少ないという状況などが想定されます。

Q. あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか



- ・介護・介助をしている人（複数回答やヘルパーは除く）の年齢は、非認定では5割以上、要介護3～5でも4割近くが75歳以上です。

Q. 主に介護・介助している方の年齢は、次のどれですか



- ・介護・介助が必要になった原因は、高齢による衰弱以外では、要介護3～5では「認知症」、「脳卒中」、「骨折」などが、要介護1～2では「骨折」、要支援では「関節の病気」、「心臓病」、「骨折」などが多くあげられています。また、非認定では、「心臓病」や「認知症」をあげた人の割合が大きめです。
- ・経済的な状況について、「ゆとりがある」または「ややゆとりがある」と答えた人は3割程度で、「やや苦しい」、「苦しい」と答えた人の方が多くなっています。
- ・現在生活している住宅は「一戸建て」が6割強、所有関係でみると「持家」が7割強となっています。約4割は主に生活する部屋が2階以上にありますが、エレベーターが設置されている住宅の割合は、要介護の人でも半数以下です。

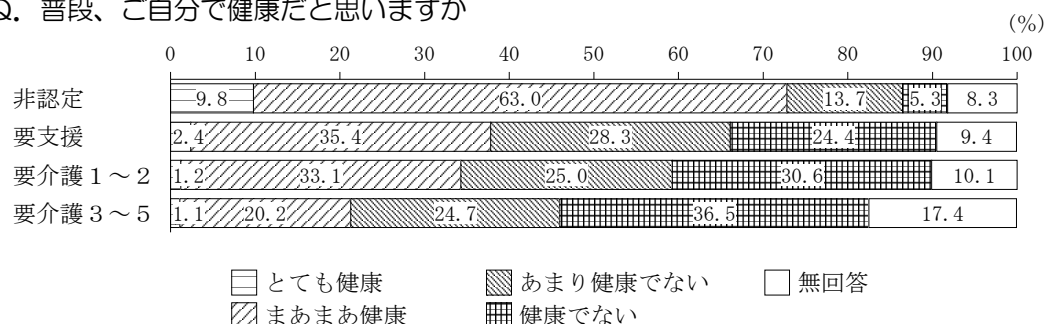
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・介護・介助が必要で要介護認定を受けていない人の把握と、適切な対応の推進
- ・“老老介護”などを含めた、介護者の負担を軽減する支援の充実
- ・要介護の原因となる疾患等の予防と、介護予防の推進
- ・介護サービス等の利用における経済的な負担への配慮や、就労支援などの推進
- ・介護や支援が必要になっても生活しやすい住まいの確保や住宅改修などの推進

(3) 身体やこころの健康、口腔機能などの状況

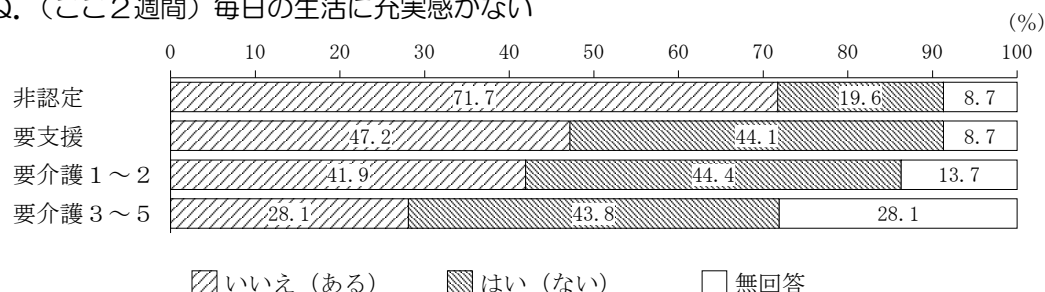
- ・「とても健康」と答えた人は非常に少なく、「まあまあ健康」を含めると非認定では7割強ですが、要介護度が高くなるほど「健康でない」と答えた人の割合が大きくなっています。

Q. 普段、ご自分で健康だと思いますか



- ・非認定でも7割以上の人が通院し、医師が処方した薬を飲んでいますが、また、要支援でも3割の人が通院の介助が必要だと答えています。
- ・治療中または後遺症のある病気は、「高血圧」は非認定の人も含めて3～4割があげています。非認定や要支援では「目の病気」がこれに次ぎ、要支援や要介護1～2では「筋骨格の病気」、要介護では「認知症」や「脳卒中」などを多くの人があげています。
- ・要介護度が高くなるにつれて「低体重」に該当する人の割合が大きくなっています。
- ・適切な栄養摂取の面で、多くの人は1日3食を摂っていますが、2食や1食の人もあります。また、だれかと食事をする機会が「ほとんどない」人は、特に要支援で割合が大きめです。
- ・要介護認定を受けている人では、固いものが食べにくくなった、お茶などでむせる、口の渇きが気になるなど、口腔機能の低下がみられる人の割合が大きくなっています。また、非認定でも2～3割の人で低下の傾向がみられます。
- ・定期的に歯科検診を受けている人は半数程度にとどまり、歯磨きや入れ歯の手入れが毎日できていない人もいます。
- ・生活に充実感がない、楽しめない、わけもなく疲れるなどの「うつ」につながる恐れがある症状は、非認定でも1～3割程度の人が「ある」と答えています。また、要支援では「おっくう」や「わけもなく疲れた」という感じがある人の割合が、要介護よりも大きくなっています。

Q. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない



《高齢者保健福祉計画での検討課題》

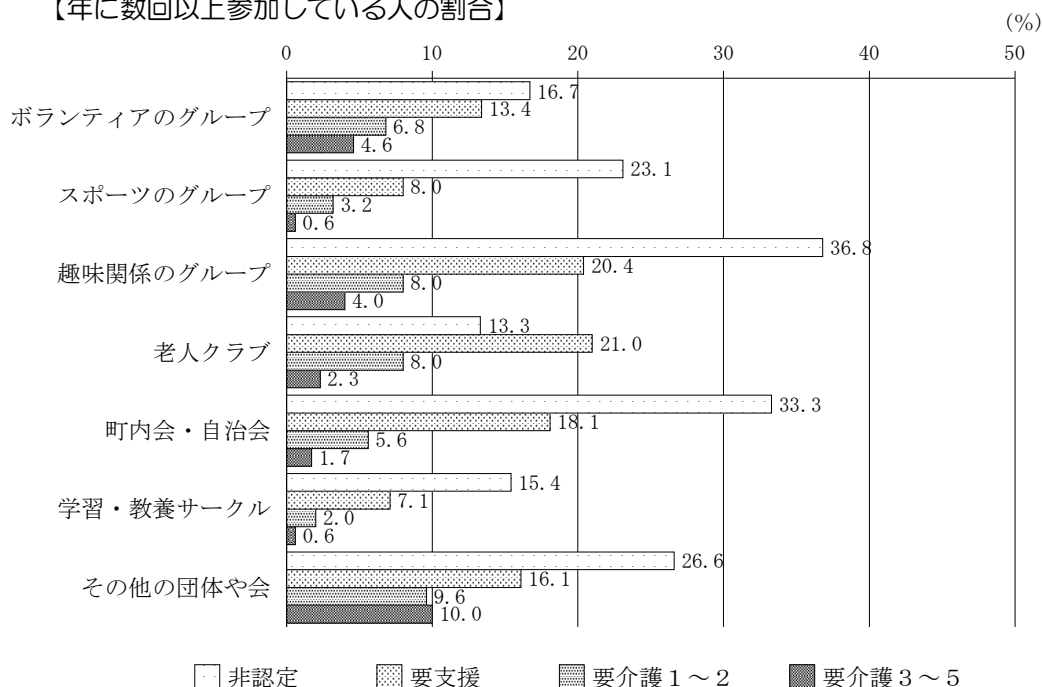
- ・身体とこころの健康づくりと、適切な受診などの推進
- ・必要な栄養を摂るための、適切で楽しい食生活、口腔機能の維持・向上への支援

(4) 社会とのつながりや社会参加の状況

- ・さまざまな活動に、年に数回程度であっても参加している人の状況をみると、非認定では一定の割合の人がそれぞれに参加しており、要介護度が高くなるにつれて参加が少なくなりますが、「その他の団体や会」としてデイサービス等をあげた人もおり、社会参加の場となっています。

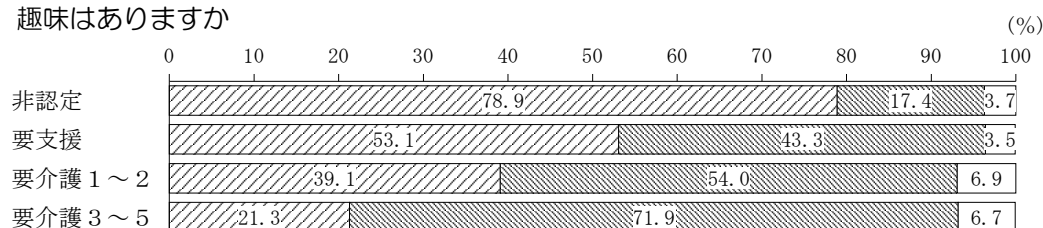
Q. 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか

【年に数回以上参加している人の割合】

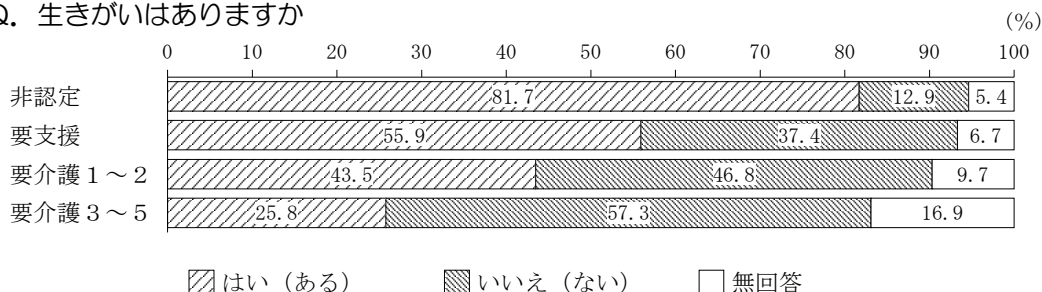


- ・趣味や生きがいの有る、要介護度が高くなるにつれて「ある」と答えた人の割合が小さくなっており、要介護3～5ではいずれも2割強にとどまっています。

Q. 趣味はありますか



Q. 生きがいはありますか



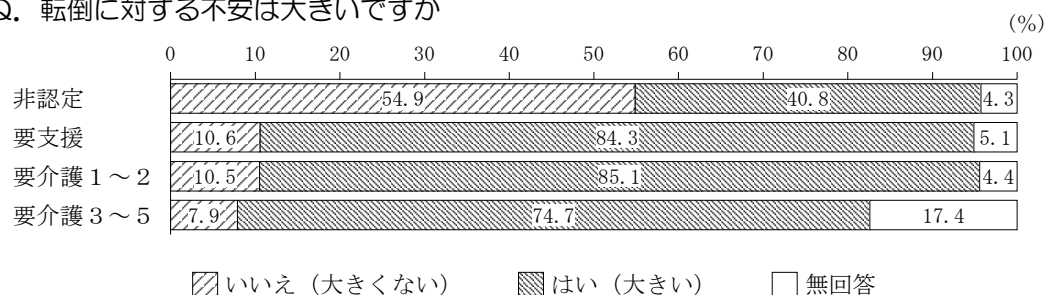
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・ 関心や心身の状況に応じた地域や社会への参加と役割の発揮、生きがいのづくりの促進
- ・ 社会とのつながりづくりや孤立防止の取り組みの充実
- ・ 就労に関する支援の充実

(5) 運動機能や外出などの状況

- ・運動機能の低下などにより、非該当でも約2割、要介護認定を受けた人では半数程度はこの1年間に転んだことがあり、転倒に対する不安をもつ人も多くなっています。

Q. 転倒に対する不安は大きいですか



- ・外出の頻度は、非認定で約5%、要支援で約4分の1の人は週1回未満です。また、非認定で4分の1強、要介護認定を受けている人では半数以上が、昨年よりも外出回数が減っています。
- ・外出を控える理由としては「足腰などの痛み」をはじめとする身体的な負担や病気・障害などが多くあげられていますが、トイレや交通手段などの環境の問題や、「外での楽しみがない」、「経済的に出られない」などもあげられています。

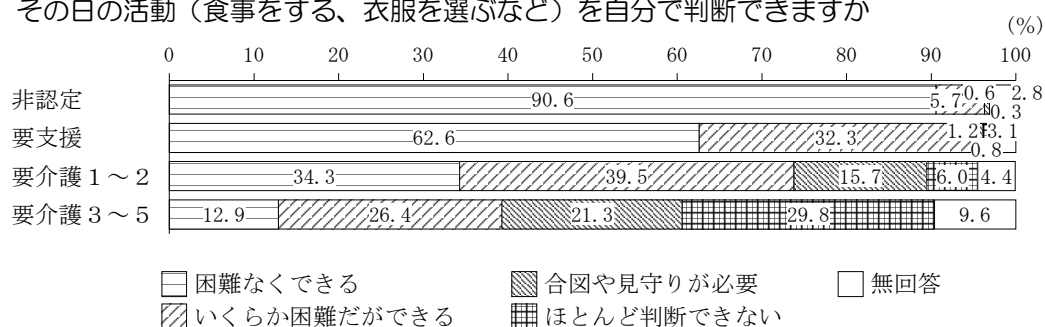
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・運動機能の維持・向上などによる転倒や閉じこもり予防の推進
- ・外出を促進する環境や社会参加の場づくりの推進

(6) 物忘れの状況

- ・同じことを言ったり物忘れなどの症状は非認定や要支援の人でも一定の割合で見られますが、行動の判断や意思の伝達などに支障がある人は、非認定・要支援ではごくわずかです。一方、要介護3～5の人では半数程度が判断や伝達にかなりの困難があり、要介護1～2でも一定の支援が必要な人が1～2割です。

Q. その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか



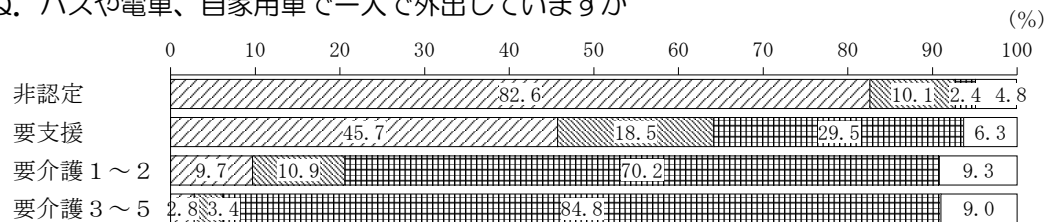
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・認知症の予防・早期発見・早期対応と、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりの一層の推進

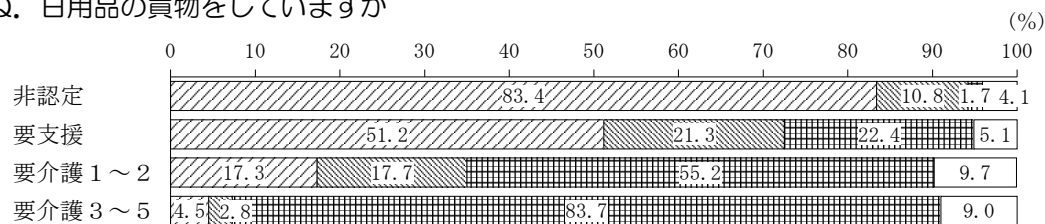
(7) 日常生活の自立度の状況

- ・外出、買い物、調理、お金の管理などについて、要介護では「できない」人の割合が大きくなっていますが、特に要支援や要介護1～2では「できるがしていない」と答えた人も少なくありません。

Q. バスや電車、自家用車で一人で外出していますか



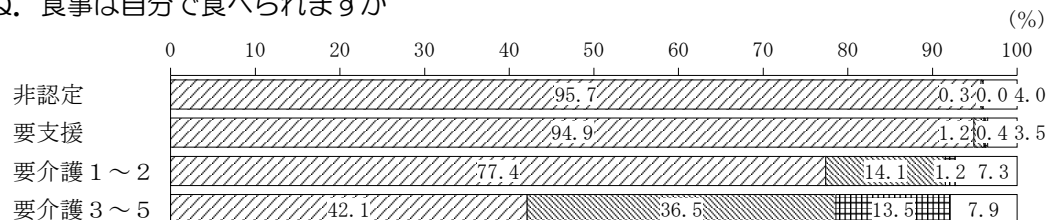
Q. 日用品の買物をしていますか



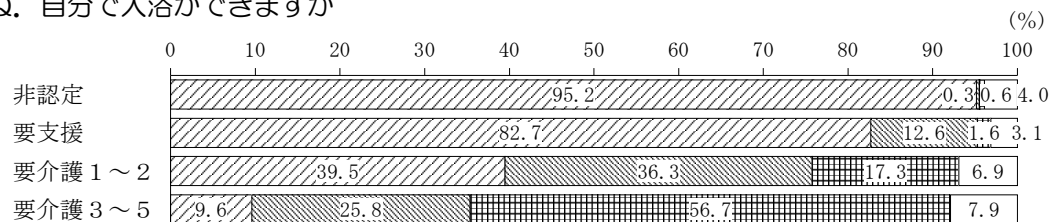
している できない
 できるがしていない 無回答

- ・食事、排泄、入浴などの日常生活動作の自立度も、要介護度が高くなるにつれて低下していきませんが、要介護の人でも「介助があればできる」と答えた人が少なくありません。

Q. 食事は自分で食べられますか



Q. 自分で入浴ができますか



できる できない
 一部介助があればできる 無回答

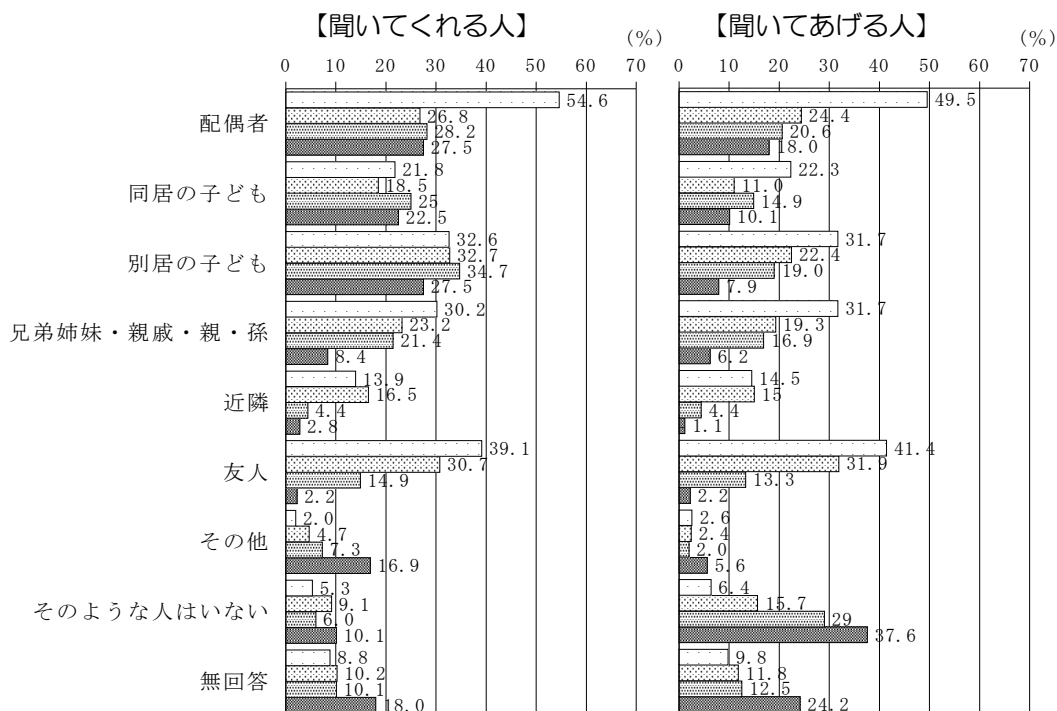
《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・特に要支援の人などに対する自分でできることへのサポートも含めた、自立した日常生活を維持するための支援の充実

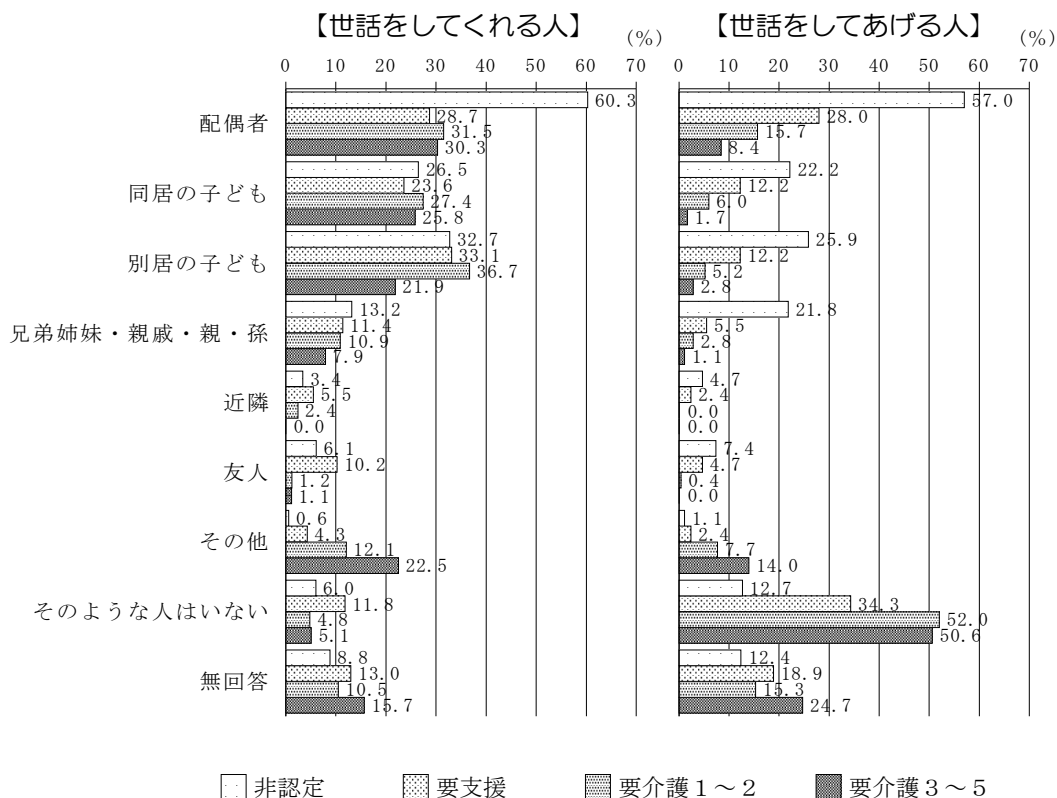
(8) 相談やたすけあいの状況

- ・心配ごとや愚痴を聞いてくれる人・聞いてあげる人は、「配偶者」、「子ども」などの親族だけでなく、「友人」をあげた人も少なくありません。
- ・寝込んだときの看病や世話は、「配偶者」、「子ども」などの親族が中心ですが、「そのような人はいない」と答えた人が、要支援では1割以上となっています。

Q. 心配事や愚痴を聞いてくれる人・聞いてあげる人がいますか

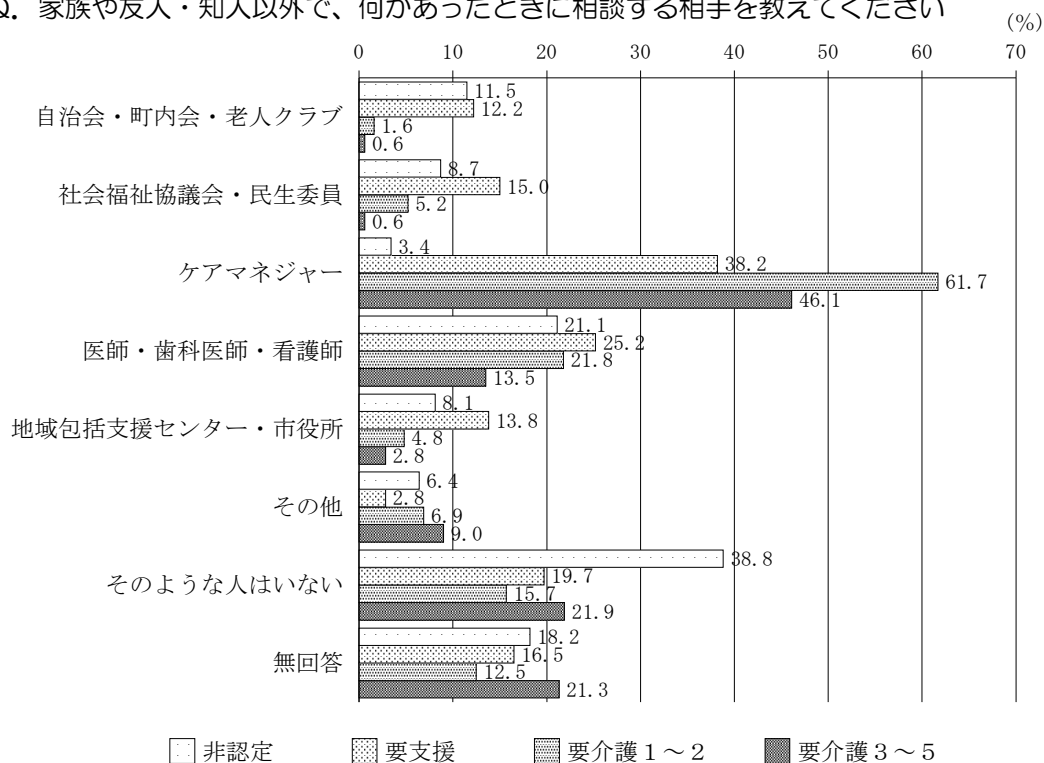


Q. 病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人・あげる人がいますか



- ・家族や知人など以外で相談する相手は、要介護認定を受けている人では「ケアマネジャー」を最も多くあげ、次いで「医師・歯科医師・看護師」です。要支援の人では「地域包括支援センター・市役所」などの公的な相談機関や「社会福祉協議会・民生委員」、「自治会・町内会・老人クラブ」などの地域関係を比較的多くの人があげています。一方、相談する相手がいないと答えた人が、非認定の人では4割近く、要介護認定を受けた人でも2割程度となっています。

Q. 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください



《高齢者保健福祉計画での検討課題》

- ・身近な相談相手や緊急時に支援してくれる人を確保する取り組みの推進
- ・高齢者の力も活かした「たすけあい」の取り組みの推進

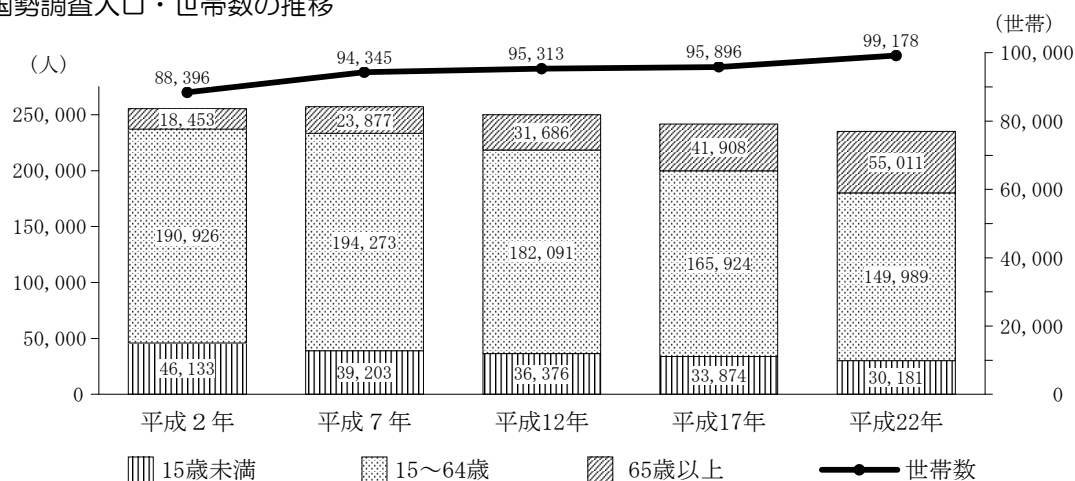
6. 人口・要介護（要支援）認定者数の推移

（1）人口・世帯数の推移

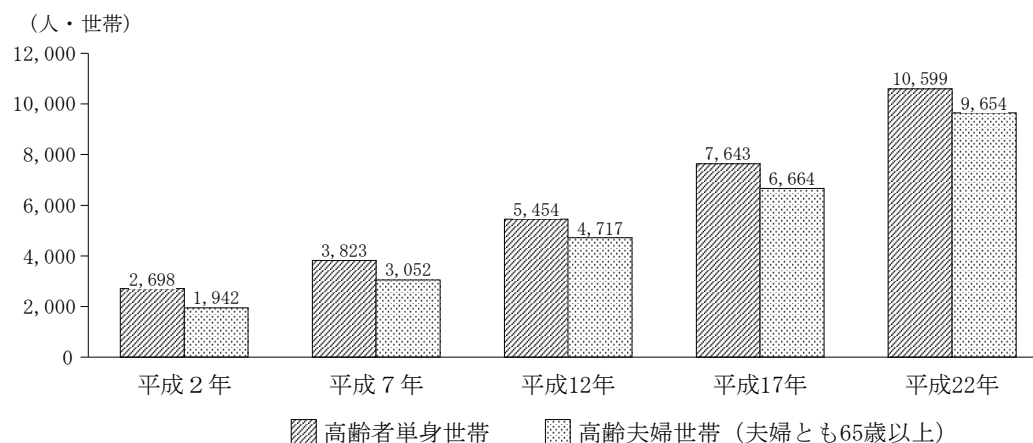
国勢調査による寝屋川市の人口は平成7年の258,443人をピークとして減少しており、平成22年は238,204人となっています。そのなかで少子高齢化が進行し、平成7年に9.3%だった高齢化率（65歳以上の高齢者の割合）は、平成22年は23.4%となっています。

一方、世帯数は平成7年の94,345世帯が平成22年は99,178世帯に増加し、1世帯あたりの人数は2.7人から2.4人へと小世帯化がすすんでおり、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者の世帯が急速に増加しています。

国勢調査人口・世帯数の推移



高齢者の単独世帯・夫婦世帯の推移

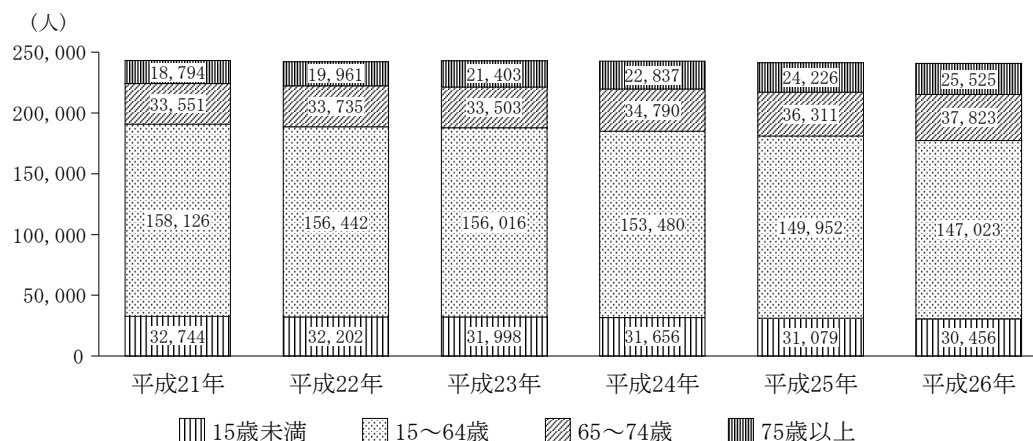


（2）高齢者数の推移

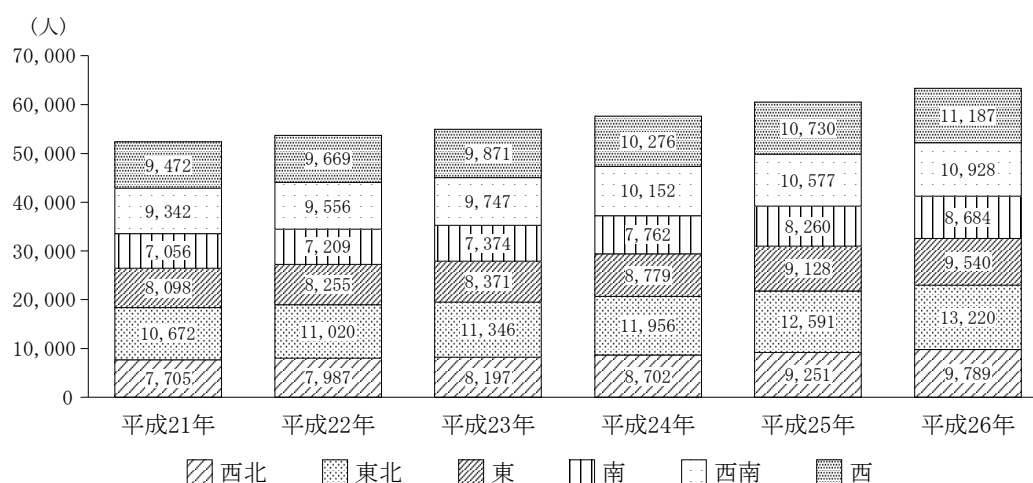
平成22年の国勢調査後も高齢化は進行し、平成26年10月の高齢化率は26.3%と、市民の4人に1人以上が65歳以上となっています。また、高齢者のなかでの75歳以上の後期高齢者の割合も大きくなっており、平成26年10月では40.3%に達しています。

日常生活圏域別にみてもすべての圏域で高齢者数が増加しており、この3年間の伸び率をみると、西北圏域（19.4%）、南圏域（17.8%）、東北圏域（16.5%）で特に大きくなっています。

住民基本台帳人口の推移（各年10月1日）



圏域別高齢者数の推移

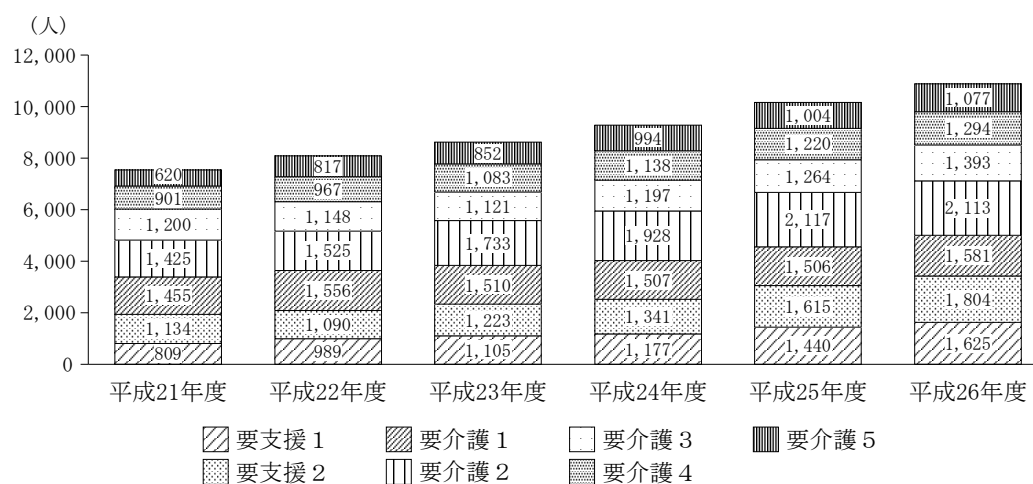


（3）要介護（要支援）認定者数の推移

高齢者数の増加にともない、介護保険サービスを利用するための要介護（要支援）認定を受けている人も増えており、この3年間で2,260人増加しました。

要介護度別に3年間の伸び率をみると、要支援の人の伸び率が要支援2が47.5%、要支援1が47.1%と特に高く、次いで、要介護5が26.4%となっています。

要介護（要支援）認定者数の推移（各年9月末）



7. 地域包括支援センター一覧

圏域	名 称	所 在 地	電話・FAX	中学校区	小学校区
西北	第三中学校区 地域包括支援センター	松屋町20-33 グランドリヴィエール 2 階	電話 831-2839 FAX 831-2843	第三	北 田井
	友呂岐中学校区 地域包括支援センター	石津東町20-22	電話 827-2277 FAX 827-2299	友呂岐	木屋 石津
東北	第六中学校区 地域包括支援センター	成田南町1-12	電話 800-6237 FAX 800-6238	第六	第五 国松緑丘
	第十中学校区 地域包括支援センター	宇谷町1-36 (特別養護老人ホーム寝屋川苑内)	電話 825-8020 FAX 825-8030	第十	三井 宇谷
東	第一中学校区 地域包括支援センター	秦町38-6 クリスタルコート 1 階	電話 821-2261 FAX 821-2262	第一	東 中央
	第四中学校区 地域包括支援センター	打上南町14-1 (特別養護老人ホームいちょう園内)	電話 814-5112 FAX 814-5113	第四	明和 梅が丘
南	第七中学校区 地域包括支援センター	萱島本町17-18	電話 824-3000 FAX 824-3010	第七	南 堀溝
	中木田中学校区 地域包括支援センター	大成町1-9 西部設計ビル 1 階	電話 814-6006 FAX 814-6007	中木田	木田 楠根
西南	第五中学校区 地域包括支援センター	黒原橘町9-19	電話 839-6700 FAX 839-6701	第五	神田 和光
	第九中学校区 地域包括支援センター	東大利町4-5	電話 827-8200 FAX 827-8300	第九	成美 啓明
西	第二中学校区 地域包括支援センター	池田 3 丁目1-33 (特別養護老人ホーム寝屋川十字の園内)	電話 829-8899 FAX 838-2311	第二	池田 桜
	第八中学校区 地域包括支援センター	点野 5 丁目25-2	電話 839-5500 FAX 839-6600	第八	西 点野

8. 介護保険施設等の施設数・定員

施設種別	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
介護老人福祉施設	13	815	13	815	13	815	14	895
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	1	80
介護老人保健施設	4	400	4	400	4	400	4	400
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	—	—
介護療養型医療施設	2	66	2	66	2	66	2	66
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	—	—
特定施設 (介護付有料老人ホーム等)	9	540	9	540	9	540	9	540
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	—	—
認知症対応型共同生活介護施設 (グループホーム)	20	357	20	357	21	375	22	393
┆新規整備分	—	—	—	—	1	18	1	18
地域密着型介護老人福祉施設	6	174	6	174	6	174	6	174
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	—	—
ケアハウス	5	220	5	220	5	220	5	220
┆新規整備分	—	—	—	—	—	—	—	—

9. 寝屋川市高齢者保健福祉計画（2012～2014）の進捗状況と次期計画の課題・方向性

1) 連携・協働による高齢者保健福祉の推進

(1) 地域に密着した情報提供と相談支援のしくみづくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 地域包括支援センターを中心とした情報提供と相談支援のしくみづくり	・「地域包括支援センター」を25年度、26年度に各3か所増設し、中学校区ごとに開設しています。 ・各センターの社会福祉士を2名に増員しました。 ・職員研修をさまざまなテーマで実施しています。 ・「センター長会議」や「地域ケア会議」を通じて、関係機関・団体と連携を図っています。まちかど福祉相談所にも定期的に参加しています。 ・地域のまつりへの参加やニュースレターの発行などによるPRも行っています。	*12か所体制を活かした市民とのつながりづくりと、相談支援のレベルの向上 *地域包括ケアを推進するうえでのネットワーク機能等の充実
② 福祉施設・福祉事業所・医療機関・薬局等と連携した情報提供と相談支援	・認知症地域支援体制まちづくり事業の「プロジェクト会議」を福祉・医療関係機関の参加を得て、認知症支援や医療と介護の連携をテーマとして開催しています。	*地域での生活に関わる多様な分野（商業等）の機関・団体との連携 *各種会議の役割分担等による効果的な開催
③ まちかど福祉相談所や民生委員・校区福祉委員・ボランティアと連携した情報提供と相談支援	・「圏域地域ケア会議」等を通じて、地域の関係機関の連携と地域課題の集約などを行っています。 ・地域包括支援センターが地域の活動に参加し、情報提供や相談支援を行っています。 ・高齢者保健福祉に関する出前講座として、高齢介護室では「みんなで介護予防」、「高齢者の在宅生活の支援について」、「社会全体で支える介護保険制度について」を行っています。	*地域のさまざまな団体等と連携した支援の推進
④ 多様できめ細やかな情報発信	・「高齢者保健福祉のてびき」を発行するとともに、ホームページや窓口で情報発信を行っています。 ・「広報ねやがわ」を年24回発行し、音声・点字広報の郵送も行っています。 ・市のホームページをリニューアルし、障害のある人への配慮も充実しました。 ・各地域包括支援センターが、地域の関係機関・団体の「地域ネットワーク会議」を開催しています。 ・サービス種別ごとの「事業所連絡会」を開催しています。	*情報機器に不慣れな人などにも配慮した、より効果的な情報発信 *地域包括支援センター12か所体制による地域のネットワークを活かした情報発信

(2) 地域の力をあわせて高齢者を支えあうネットワークづくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 地域包括ケア会議等の充実	・「個別地域ケア会議」、「圏域地域ケア会議」、「寝屋川市地域ケア会議」の3段階の会議を開催し、地域課題の集約や解決方法の検討を行っています。 ・小地域ネットワーク活動からの地域課題を的確につなぐため、「圏域地域ケア会議」に社協のCSWが参加しています。	*課題を地域・圏域での解決や市の政策への提言などにつなぐプロセスの構築

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
② 高齢者の安心な暮らしを地域で見守るネットワークづくり	・校区福祉委員や民生委員からの相談を地域包括支援センターが受け、個別相談や地域課題の解決に向けて連携しています。 ・「認知症サポーター」、「認知症キャラバン・メイト」の養成、「認知症地域支援体制まちづくり事業」、「徘徊高齢者の発見支援メール事業」を実施しています。 ・「声かけ・見守り活動」を校区福祉委員会が実施し、緊急時は関係機関へのつなぎや救急搬送同乗等の対応を行っています。 ・校区福祉委員会や福祉施設・医療施設と協働し、「緊急時安否確認（かぎ預かり）事業」を実施しています。	*幅広い市民や多様な事業者等と連携した見守りと、緊急時の対応の充実 *見守り対象者の把握と、支援を受け入れる意識の醸成 *支援を拒否する人への対応方法の検討
③ 医療機関等との連携	・各地域包括支援センターが開催する「圏域地域ケア会議」に、三師会をはじめ地域の関係機関・団体、事業者等が参加しています。	*地域包括ケアを推進するための医療と介護の連携
④ 全市的な高齢者保健福祉推進体制の充実	・「高齢者保健福祉計画推進委員会」を開催し、事業の推進等に関する協議を行っています。 ・「地域ケア会議」、「プロジェクト会議」、「地域ネットワーク会議」、「事業所連絡会」を開催しています。	*地域包括ケアを推進するための多様な連携を進める体制づくり

（３）高齢者保健福祉を推進する人材づくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 専門的な人材の確保	・人材確保のための対策を充実するよう、国・府への要望を行っています。 ・サービスの種別ごとの「事業所連絡会」を開催しています。 ・地域包括支援センターの職種別会議を開催し、ネットワークづくりや研修等の検討を行っています。	*事業者や専門機関と連携した介護・生活支援人材の確保 *事業者・従事者のレベルアップのための研修等の充実
② 地域で高齢者を支援する人材づくり	・「元気アップ介護予防ポイント事業」や「ボランティア養成研修」を実施しています。 ・「高齢者福祉センター」で、各種講座、教室、趣味活動などを行っています。 ・高齢者の地域活動を支援するために、老人クラブと老人クラブ連合会に補助金を交付しています。 ・「元気アップ介護予防ポイント事業」を実施し、サポーター登録研修も行っています。また、サポーターと受入施設の情報交換会を開催し、活動参加を促進しています。	*活動者や活動の場の拡大とコーディネート機能の充実 *介護予防ポイント事業と他事業の連携

2）自立に向けた心身の健康づくりや生活支援

（１）高齢期をいきいき暮らす意識づくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 高齢期のライフプランづくりへの支援	・平成25年度の「ボランティア養成研修」は、シニアライフの充実をテーマとして実施しました。 ・「元気アップ介護予防ポイント事業」を実施しています。	*ライフステージに応じたライフプランづくりの推進方法の検討

(2) 多様な生きがいづくりと社会参加への支援

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 多様な社会参加を支援するしくみづくり	・中央公民館の「寿楽学級」、「市民大学」、エスポアールの「楽しく体操」や世代間交流事業など、多様な学習や社会参加の場となる事業を実施しています。 ・「高齢者福祉センター」で、各種講座、教室、趣味活動などを行っています。 ・「市民活動センター」で、市民活動の情報収集・提供、「市民活動交流会」の開催などの支援を行っています。	*活動のきっかけとなる参加しやすい場や事業の充実 *社会参加に消極的な人への支援の検討
② まちづくりや地域福祉活動への参加の推進	・テーマを定めた「ボランティア養成研修」を実施し、修了者を中心とした団体の育成や活動支援を行っています。 ・「老人クラブ連合会」と連携し、地域活動を支援しています。 ・「ねやがわ生涯学習あんない」を発行しています。 ・「市民活動センター」で各種講座を実施しています。	*多様な活動の情報提供やコーディネート機能の充実
③ 老人クラブ活動や多様な活動を行う団体への支援	・「老人クラブ」と「老人クラブ連合会」に補助金を交付しています。 ・「ひとり暮らし高齢者の会」と「ひとり暮らし高齢者の会連絡会」の支援を、校区福祉委員会とも連携して実施しています。	*時代の変化に応じた多様な当事者活動の推進
④ 生涯学習・生涯スポーツ活動等への参加の推進	・学習情報を集約した「ねやがわ生涯学習あんない」（サークル・団体編、講座・イベント編）を発行しています。 ・中央公民館で「寿楽学級」や「市民大学」を開講しています。 ・エスポアールで「楽しく体操」や世代間交流事業などを実施しています。 ・教育センターでシニア向けパソコン講座を行っています。 ・「ワガヤネヤガワ大学」を開講し、地域デビューのきっかけづくりを支援しました（25年度で終了）。 ・「寝屋川ハーフマラソン」や各種スポーツ教室、「ねやがわ元気夢まつり」等を開催しています。 ・「スポーツリーダーズバンク」を設置し、登録者をスポーツ指導者として派遣しています。 ・特技や知識を活かした「まちのせんせい」の養成講習会を実施し、終了者を認定し、活動の場を提供しています。	*多様なニーズに対応する学習・スポーツのきっかけや参加機会の提供 *シニア層の「学び直し」としての学習の推進 *主体的な参加型学習や、学習の成果を活かした地域活動等の場の拡大
⑤ 就労に関する支援	・新たな入会者を受け入れています。 ・「就労支援相談」、「三市合同就職面接会」、「就労ICTセミナー」を実施しています。 ・高齢者福祉センターで就労に関する情報提供を行っています。	*高齢者の就労ニーズに応じた支援の充実 *シルバー人材センターやコミュニティビジネス等による生活支援などの仕事づくり
⑥ 地域での多様な交流の推進	・「いきいき元気・健康まつり」を、毎年1つのコミュニティセンターエリアで開催しています。 ・「高齢者健康体操（気功・太極拳）」を3か所の会場で実施しています。	*身近な地域での交流機会の充実

(3) ライフステージを通じた健康づくりへの支援

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 主体的な健康づくりへの支援	・「健康づくりプログラム」を全戸配布しています。 ・健康目標設定、健診受診、教室やイベント参加を促進する「ワガヤネヤガワ健康ポイント事業」を実施しています。 ・「健康づくり実践講座」を実施し、講座終了者が継続して活動する「健康の会2006」の活動を支援しています。 ・「高齢者健康体操（気功・太極拳）」のリーダー養成講座を実施しています。 ・「健康ウォーキング」（年5回）、「市民の体力測定」（年2回）を実施しています。 ・「高齢者健康体操（気功・太極拳）」を3か所の会場で開催しています。	＊ライフステージに応じた健康づくりの支援 ＊健康づくりのきっかけのイベント等への参加の促進
② 健康診査に基づく健康づくりの推進	・「特定健康診査等実施計画」に基づく分析等の結果をふまえ、重症化予防に取り組んでいます。 ・各種がん健診等を保健福祉センター、委託医療機関で実施しています。 ・特定健康診査、特定保健指導を実施しています。	＊健診受診機会の拡大や呼びかけの充実
③ 健康相談・健康教育等の充実	・「健康相談」を医師会、歯科医師会と連携して実施しています。また、電話や窓口での相談も実施しています。 ・「ヘルスアップ教室」を医師会、歯科医師会、薬剤師会と連携して実施しています。コミュニティセンターでの「どこでも健康教室」や医師会と共催の「健康長生塾」も開催しています。 ・介護予防事業の「元気アップ体操塾」、「みんなで元気教室」、「地域で取り組む介護予防教室」などで、健康の保持・増進を推進しています。	＊地域と密着した取り組みの推進 ＊教室等の終了後の継続した活動の推進

(4) 地域で自立した生活続けるための支援

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 介護を予防するための事業の推進	・「配食サービス」を継続して実施しています。 ・「元気アップ体操塾」、「みんなで元気教室」、「地域で取り組む介護予防教室」を実施しています。	＊介護予防事業の効果的な推進
② 自立した生活を支援するサービスの充実	・在宅での生活を支援するサービスとして、「軽度生活援助事業」「緊急通報システム」、「寝具洗濯乾燥サービス」、「訪問理容・美容サービス」などを実施しています。 ・外出や社会参加を支援するサービスとして、「外出援助サービス」、「外出付添サービス」、「ふれあい入浴」、「街かどデイハウス支援事業」などを実施しています。	＊ニーズに応じた生活支援サービス・活動の推進の担い手の確保 ＊地域で自立して生活する意識の醸成

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
③ 地域での支えあいの活動の推進	・校区福祉委員会の「小地域ネットワーク活動」を補助金交付等で支援しています。 ・市と社協が密接に連携するための連絡会議を開催しています。 ・校区福祉委員会が運営する「まちかど福祉相談所」が増設されました。 ・相談員の養成研修で市の福祉制度等を説明しています。 ・社協が設置するCSWを増員し、「まちかど福祉相談所」を拠点とするコミュニティソーシャルワークを強化しています。 ・「市民活動センター」で、「市民活動交流会」を開催しています。	＊地域組織の活動への支援やネットワークの強化
④ 多様な生活の場の確保	・介護保険で住宅改修の給付を行っています。 ・「サービス付き高齢者向け住宅」の情報提供をホームページ等で行っています。	＊地域包括ケアを推進するための「住まい」の検討 ＊適正な住宅改修の推進

3) 安心して暮らせる福祉のまちづくり

(1) 高齢者の権利擁護のための取り組み

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 高齢者を敬い権利をまもる意識づくり	・「人権学習市民連続講座」やイベント、市民交流事業等を実施しています。また、人権啓発冊子「ひろげようしあわせの輪」を配布しています。 ・「高齢者の人権と自立を支えるまちづくり」を基本理念とした高齢者保健福祉計画に基づき、総合的な取り組みを推進しています。	＊だれもが地域で安心して豊かに生活できる地域づくり
② 権利擁護に関する相談等の充実	・地域包括支援センターの増設と社会福祉士の増員を行い、地域にねざした相談支援を行っています。	＊地域包括支援センターの周知と利用の推進
③ 後見的支援の充実	・成年後見人制度利用支援事業による市長申立を行っています。 ・待機者解消に向け、専門員や生活支援員を増員しました。 ・「(仮称)権利擁護支援センター」の設置は、地域福祉計画、障害者長期計画にも位置づけられています。	＊権利擁護支援のしくみや体制づくり
④ 虐待防止のための取り組みの推進	・高齢者虐待防止の啓発をホームページで行っています。 ・高齢者虐待に関する通報への対応や、弁護士や社会福祉士の派遣依頼を行っています。 ・関係機関等による「高齢者虐待専門職部会」や「高齢者虐待防止ネットワーク会議」を開催しています。 ・介護保険事業所等への研修を、地域包括支援センター主催の「ネットワーク会議」で実施しています。	＊虐待の防止や早期対応のための関係機関・団体や地域とのネットワークの強化 ＊障害者・児童等も含めた分野を超えた取り組みの検討

(2) 災害時などの支援のしくみづくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 災害時に地域で支えあうしくみづくり	・避難行動要支援者台帳を同意方式で作成し、一部の校区自主防災組織と共有しています。 ・避難行動要支援者台帳を作成しました（26年度再作成予定）。 ・避難行動要支援者台帳をもとに、マップ等のシステム化を行いました。 ・出前講座「考えよう！！みんなの防災！！」の実施などを通じて、防災の啓発を行っています。 ・「救急医療情報キット」を配布し、救急搬送時の確認等に活用されています。	＊避難行動要支援者の的確な把握と情報共有 ＊災害時の個別支援計画の作成と日常的なつながりづくり
② 支援を要する人に配慮した避難所等の整備	・避難行動要支援者台帳を同意方式で作成し、一部の校区自主防災組織と共有しています。 ・市内の特別養護老人ホーム（12か所）と「福祉避難所」の協定を締結しました。	＊避難行動要支援者に配慮した避難所運営マニュアルの作成 ＊福祉避難所の拡充と運用面の整備

(3) 多様な住まいと快適で安全なまちづくり

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 高齢者が住みよい住宅づくり	・「大阪府福祉のまちづくり条例」に基づく協議や指導等を行っています。	＊地域包括ケアを推進するための住まいの検討《再掲》
② ユニバーサルデザインのまちづくり	・「大阪府福祉のまちづくり条例」に基づく協議や指導等を行っています。 ・「寝屋川市移動等円滑化のために必要な特定公園施設の設置に関する基準を定める条例」を制定し、新設・改良する公園をバリアフリー化しています。 ・路上駐車や放置自転車の防止に関する啓発や指導・撤去を行っています。	＊だれもが便利で快適に生活できる生活環境づくり
③ 公共交通や外出を支援するサービスの充実	・「交通バリアフリー基本構想」に基づき、周辺道路（準特定経路）の整備を推進しています。 ・路線バスはほぼ100%が低床バスとなりました。また、バスロケーションシステムも導入されました。 ・バス路線の再編について事業者と協議を行っています。 ・ボランティアによる「外出付添サービス」、「外出援助サービス」を実施しています。 ・買い物が困難な高齢者などを送迎する活動を行う地域組織等の団体を公募し、車両を貸与する「買い物等外出促進事業」を実施しています。	＊外出しやすいまちづくりのための公共交通や外出支援の確保 ＊外出支援サービス・活動の担い手の確保
④ 高齢者を犯罪や事故からまもる安全なまちづくり	・民生委員や地域包括支援センター等と連携し、高齢者を見守り・支えるコミュニティづくりを推進しています。 ・高齢者への的確な情報提供に努めています。 ・交通安全教育を出前講座等で実施しています。 ・街路灯や道路反射鏡の設置を行っています。	＊だれもが地域で安心して豊かに生活できる地域づくり《再掲》 ＊高齢者自身の安全に対する意識づくり

4) 介護サービスの提供体制の充実

(1) 介護を支援するサービスの確保

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 介護保険サービスの確保	・介護保険事業計画に基づき、各種サービスの提供体制の確保を図っています。 ・介護保険事業計画に基づく整備を行いました。 ・状態に応じた効果的な介護・介護予防サービスが利用されるよう、要介護認定を適正に行っています。 ・「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所」の整備を行う事業所を公募方式で選定しました。	＊制度改正をふまえたサービス必要量の把握と、提供体制の適切な整備 ＊介護保険制度の持続可能性への市民の理解の推進
② 居宅介護への支援	・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する事業者を公募方式で選定しました。 ・「圏域地域ケア会議」を開催しています。	＊地域包括ケアを推進するための居宅サービスの充実
③ 認知症のある人への支援	・「認知症サポーター」、「認知症キャラバン・メイト」の養成を行っています。 ・「認知症地域支援体制まちづくり事業」を実施し、校区福祉委員会と事業所が連携して勉強会などを行っています。 ・「徘徊高齢者の発見支援メール事業」を実施しています。 ・校区福祉委員会で認知症理解の研修等を実施しています。また、「見守り・声かけ活動」を実施しています。 ・個別ケース支援会議などで事例検討を行い、支援のあり方を検討しています。 ・認知症地域支援体制まちづくり事業の平成25年度のプロジェクト会議で、「認知症の人の受診のための連携シート」を作成しました。 ・地域包括支援センターを増設しました。 ・気軽に参加できる「脳力測定会」を開催しています。 ・「まちかど福祉相談所」で、まちかど福祉相談員とCSWが連携して身近な相談に対応しています。	＊本人・家族、関係機関・団体等の理解と連携による、初期支援体制の整備 ＊幅広い市民を対象としたサポーター・キャラバン・メイト等の養成と活動の推進 ＊医療機関との連携の推進 ＊相談支援における専門職や関係機関等の連携の充実
④ サービスを的確に利用するための支援	・「高齢者保健福祉のてびき」を発行するとともに、ホームページや窓口で情報発信を行っています。 ・高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を給付し、低所得者の介護サービス利用の自己負担を軽減しています。 ・要介護認定申請受付の際は、フロー図を用いてわかりやすく説明するとともに、ガイドブックの配付、地域包括支援センターの紹介などを行っています。	＊いっそう効果的な情報提供方法の検討 ＊低所得者に対する支援の適正な実施

(2) ケアプランと介護サービスの質の向上

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 要介護認定の充実	・審査会委員への研修（隔年）や合議体間の調整会議（隔月）を行っています。 ・新任・現員調査員への研修も随時行っています。 ・認定調査の際には必要に応じて家族等の同席を求め、日頃の状態が的確に反映できるようにしています。 ・市での認定調査や委託調査の点検を行っています。	＊適切な要介護認定の推進

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
② ケアプランの充実	・新規の事業者や苦情があった事業者などを訪問し、ケアプランの点検を行っています。	＊プランの適正化と地域包括ケアの視点での内容の充実
③ 介護サービスの質の向上	・サービス種別ごとの「事業所連絡会」や、地域包括支援センターの職種ごとの会議を開催しています。 ・地域密着型サービスについて、外部評価を実施し、サービスの質の改善を図っています。 ・地域密着型サービスに対する実施指導や書面審査による指導監査を適切に行っています。	＊事業者・従事者のレベルアップのための研修等の充実《再掲》 ＊地域密着型サービス事業者への指導監査の推進
④ サービス評価と情報公表の推進	・「大阪府介護サービス情報公表システム」、「寝屋川市介護サービス事業者情報提供システム」を活用するよう、ホームページや窓口で呼びかけています。	＊地域包括ケアの視点での医療に関する情報公開の推進
⑤ 苦情解決の推進	・地域包括支援センターが本人や家族から相談を受けたときは、事業所と連携し、ケアプランの見直し等につないでいます。 ・「オンブズパーソン制度」を実施しています。 ・地域ケア会議等を通じて、地域課題やニーズ把握を推進しています。	＊オンブズパーソン制度の利用の推進 ＊権利擁護と連動させた取り組みの推進

(3) 介護者への支援

計画項目	事業等の実施状況	課題・方向性
① 介護サービスの利用の促進	・「高齢者保健福祉のてびき」を発行するとともに、ホームページや窓口で情報発信を行っています。 ・地域ケア会議等を開催しています。	＊電子データ等も活用した効果的な情報提供の充実
② 介護者を支援するサービスの充実	・「家族介護用品」の支給、「徘徊高齢者家族支援事業」、「発見支援メール事業」を実施しています。 ・「家族介護教室」、「家族介護者交流事業」を実施しています。	＊徘徊高齢者を発見する事業の対象拡大の検討 ＊在宅介護を推進するための家族支援の充実
③ 介護者の当事者活動や地域による支援活動の推進	・「老人介護者家族の会」の「認知症交流会」に市と地域包括支援センターが参加し、助言・情報提供やニーズを事業に反映する取り組みを行っています。 ・日帰り旅行等を通じて介護者どうしが集まり、交流や相談などを行えるよう、「家族介護者交流事業」を実施しています。 ・「男性介護者の交流会」の活動を、場所の提供や広報への掲載などで支援しています。	＊若い世代の介護者や若年認知症の人などの新たな当事者組織づくりの推進

10. 用語説明

●NPO

営利を目的とせずに市民活動や公共的な活動を行う民間組織です。

●オンブズパーソン制度

市民の権利を守るために、サービスなどに関する苦情を受け付け、中立的な立場で調査や勧告などを行う制度です。

●介護予防

高齢者ができる限り要支援・要介護状態になることなく、健康でいきいきした生活を送れるように、また、介護保険で要支援・要介護と認定された場合でも、状態がさらに進行しないように支援することです。

●救急医療情報キット・緊急時情報カード

救急医療情報キットは、救急活動に役立てることができるように、緊急のときに必要な医療情報などをカプセルに入れて冷蔵庫に保管しておくものです（寝屋川市では「命のカプセル『あんしん』」と名付けています）。また、緊急時情報カードは、緊急時や災害時に医療や支援に関する情報を伝えるために、携帯できるように作成したカードです。

●ケアマネジメント・ケアマネジャー・ケアプラン

保健・医療・福祉などの分野でさまざまな機関や専門職や機関が連携して、総合的な支援を行うことをいい、介護保険制度では、利用者の個々のニーズに応じて多様なサービスを総合的、一体的、効率的に提供するように、専門職であるケアマネジャーが、心身の状況や生活環境などを勘案して、サービスの内容などを定めるケアプランを作成するとともに、プランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。

●QOL

福祉などの支援において、身体的な介護などだけでなく、生活の質（安定感や充足感）を高めていくよう支援するという考え方です。

●校区福祉委員会

身近な地域の福祉を進めていく団体として、地域の各種団体やボランティア等が参加して、概ね小学校ごとに設置されています。社会福祉協議会をはじめとする関係機関等とも連携し、地域の状況に応じた活動が行われています。

●コミュニティソーシャルワーカー

暮らしに関わるさまざまな課題のために、福祉的な支援が必要な人への相談・支援を、地域に密着した視点で行う専門職です。

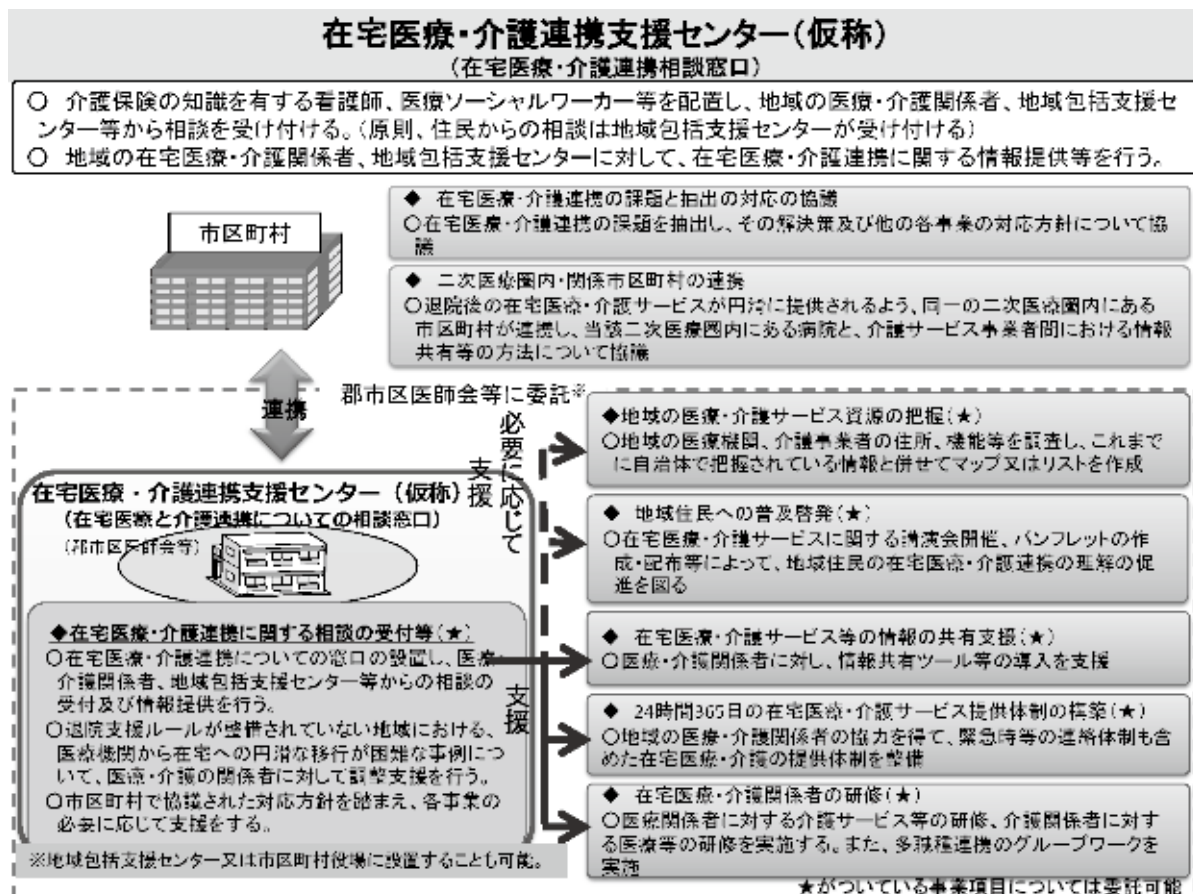
●コミュニティビジネス

市民の生活に密接に関わる課題を解決するために、地域の人材や資源を活用して、ビジネス的な手法で取り組む活動や事業です。

●在宅医療・介護連携拠点

地域包括ケアシステムの構築をめざす今回の介護保険制度改正において核となる取り組みのひとつとして、地域の医療や介護に関わる多くの職種の人々が集まり、情報や課題を集約しながら協働して解決する方法を検討するとともに、24時間365日の在宅医療・介護提供体制を構築するよう、連携して取り組む地域包括支援センター等への専門的な支援なども行いながら、医療の面での拠点的な機能を担います。

(参考)在宅医療・介護連携支援センター(仮称)について(厚生労働省資料から転載)



●社会福祉協議会

社会福祉法に基づいて、地域福祉の推進を図ることを目的として都道府県、市町村に設置された社会福祉法人です。

●小地域ネットワーク活動

概ね小学校区ごとに設置されている校区福祉委員会が中心となり、住民による見守り・声かけやサロン活動などを通じて、安心して暮らせるよう支援する活動が行われています。

●シルバー人材センター

高齢者にライフスタイルにあわせた軽易な仕事を提供するとともに、ボランティア活動をはじめとするさまざまな社会参加を通じて、健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の活性化に貢献することを目的として設立された、公共的な法人(社団法人)です。

●成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などで判断能力が十分でない人の財産管理や契約行為などを支援する制度で、判断能力などに応じて「後見」「保佐」「補助」の3類型があります。

●団塊世代

第一次ベビーブームといわれる昭和22年～24年に生まれた世代のことで、突出した人口構成から、社会のありように多大な影響を及ぼしています。

●地域ケア会議

支援を必要とする高齢者個人への支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくための協議の場です。地域包括支援センター等が主催し、医療や介護の専門職や地域の関係者などが協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、地域の課題を明確化し、その解決に必要な資源開発や地域づくり、政策形成につないでいきます。

●地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）

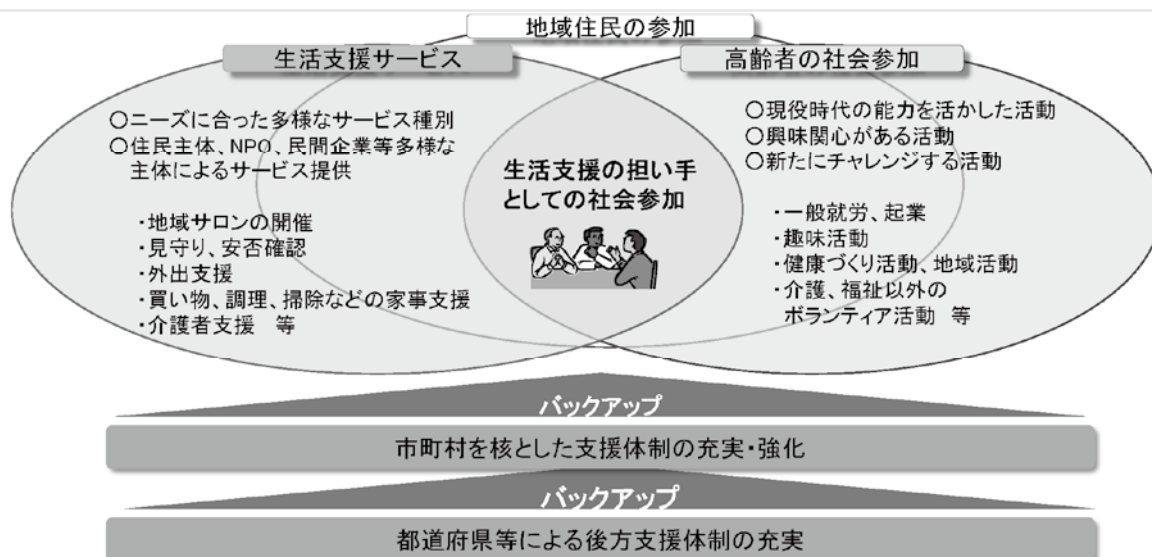
生活支援・介護予防サービスを推進するうえで、多様な主体による生活支援サービスを充実するために、担い手となるボランティア等の養成や発掘をはじめとする地域資源の開発やネットワーク化などを行います。

（参考）生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加について（厚生労働省資料から転載）

第3 生活支援・介護
予防サービスの充実

【参考】生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



●地域包括支援センター

高齢者の総合相談窓口として、社会福祉士・保健師・主任ケアマネジャーなどの専門スタッフが、公正・中立な立場での総合相談や支援、権利擁護や介護予防の推進、包括的かつ継続的なサービス提供のためのネットワークづくりなどを行います。また、地域包括ケアを進めるうえでの中核機関としての役割を担い、保健・福祉・医療の関係機関や地域住民などが連携・協力する地域づくりを推進します。

●日常生活自立支援事業

認知症、知的障害、精神障害などで判断能力が十分ではない人の福祉サービスの利用や日常的な金銭管理を支援するサービスです。

●認知機能

記憶、判断、計算、理解、学習、思考、言語などの、知的機能を総称した概念です。

●認知症ケアパス

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現をめざして、「ケアの流れ」を変えるために、認知症を発症したときから進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを提供するかの標準的な流れを、地域の実情をふまえて決めるものです。

●認知症サポーター・キャラバンメイト

認知症サポーターは、養成講座を受けて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団として自分のできる範囲で活動する人です。キャラバン・メイトは、ボランティアの立場で「認知症サポーター養成講座」を企画・立案・開催し、講師役を務めます。

●認知症初期集中支援チーム

医療と看護の専門職がチームを組み、認知症が疑われる人なども含めて早期に家庭を訪問して、状況に応じた支援を包括的・集中的に行うことで、自立生活をサポートします。

●認知症地域支援推進員

医療に関する専門性を活かし、認知症初期集中チームと連携して認知症の人や家族への相談支援を行うとともに、医療機関、介護サービス事業者、地域の支援機関などの連携を推進する役割を担います。

●パブリック・コメント

行政機関が計画や政策の決定を行う際に、事前に原案を公表して市民の意見や情報提供を求める制度です。

●福祉避難所

介護や支援などが必要なため、災害時に一般の避難所で過ごすことが難しい高齢者や障害者などを受け入れてケアするよう、指定された施設のことをいいます。

●民生委員

厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において高齢者の相談や見守り活動等も行うボランティアです。

●まちかど福祉相談所

身近な相談と専門機関への橋渡し、地域住民の交流、福祉サービスやボランティア活動に関する情報提供を行う地域の拠点として、社会福祉協議会と校区福祉委員会が連携して設置しています。

●ユニバーサルデザイン

障害のある人などの社会参加を妨げている段差などの物理的なバリア（障壁）、情報や制度のバリア、人々の意識上のバリアなどをなくす「バリアフリー」をさらに広げ、障害の有無だけでなく、年齢や性別、国籍などの違いにかかわらず、誰もが使いやすいものをあらかじめつくっていくという取り組みです。「バリアフリー」と「ユニバーサルデザイン」は相互に補いあう関係にあり、あわせて推進していくことが求められています。

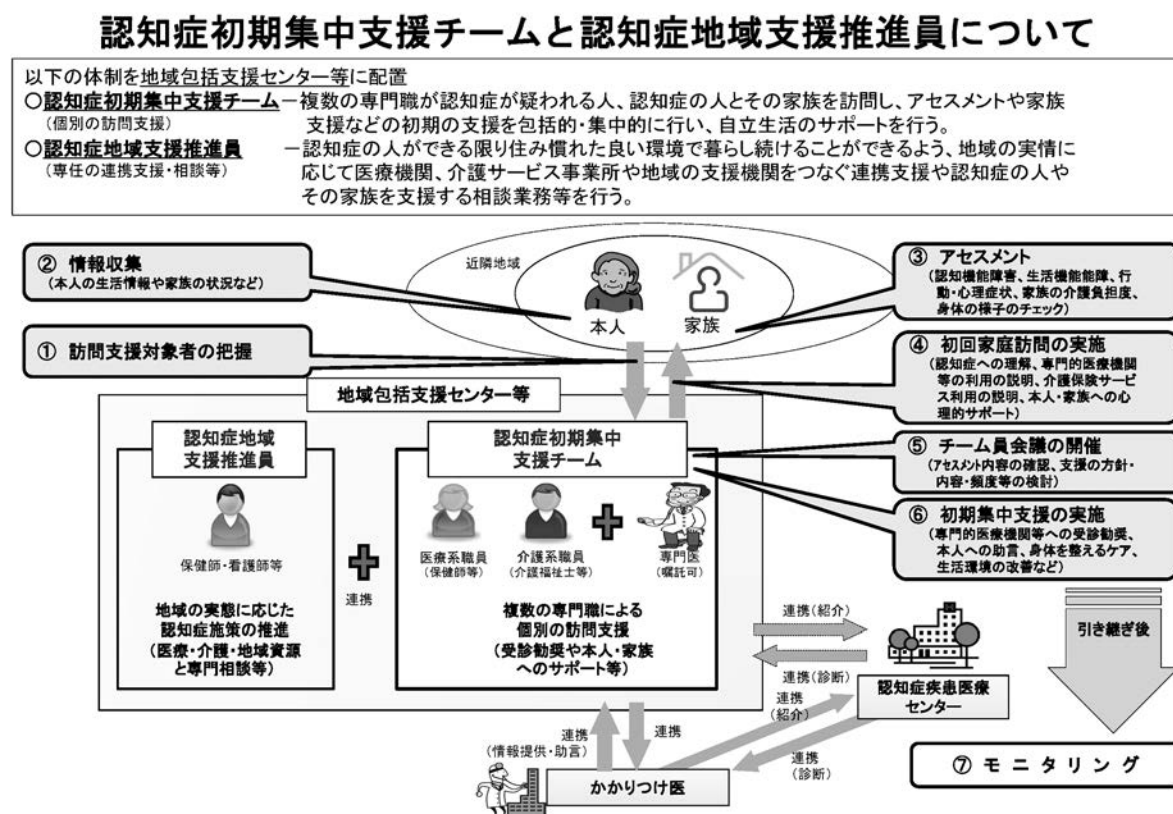
●ライフステージ

人生の一生を乳幼児期、青少年期、壮年期、高齢期などにわけたそれぞれの場面をいいます。

●ワークライフバランス

やりがいや充実感を感じながら働いて仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などでも多様な生き方が選択・実現できる社会づくりをめざす考え方です。

（参考）認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について（厚生労働省資料から転載）



【介護保険サービスの概要】

介護保険のサービスには、自宅で介護を受ける居宅サービス、施設で介護を受ける施設サービスと、市町村が事業者の指定や監督を行い、利用者のニーズにきめ細かく応える地域密着型サービスがあります。

居宅サービス

サービスの名称	サービス内容の概要
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが家庭を訪問し、入浴、排せつ、食事などの介護や、日常生活を送るために必要な家事援助を行います。
訪問入浴介護	居宅での入浴や送迎による施設入浴が困難な人に、浴槽を積んだ訪問入浴車で家庭を訪問し、入浴を介助します。
訪問看護	看護師などが家庭を訪問し、療養上の世話や必要な診療の補助を行います。
訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士が家庭を訪問し、理学療法や作業療法などを通じて、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を支援するためのリハビリテーションを行います。
居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師などが、難病や障害などで通院が難しい人の居宅を訪問し、療養上の指導や管理を行います。
通所介護 (デイサービス)	社会生活の支援・促進を目標として、介護老人福祉施設やデイサービスセンターなどへ通い、入浴や食事などの日常生活の世話や機能訓練などを行います。
通所リハビリテーション	介護老人保健施設や病院、診療所へ通い、理学療法や作業療法などを通じて、日常生活動作や精神状態の向上のためのリハビリテーションを行います。
短期入所生活介護	利用者の心身の機能の維持と家族の負担の軽減を図るため、主に介護老人福祉施設などに一時的に入所し、入浴、排せつ、食事などの介護や日常生活の世話、機能訓練を行います。
短期入所療養介護	居宅で介護を受けている人などが介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに一時的に入所し、看護、医学的管理のもとでの介護や、必要な医療や日常生活の世話、機能訓練を行います。
福祉用具貸与	利用者と介護者の負担の軽減を図るために、車いすなどの福祉用具を貸与します。
福祉用具購入費	利用者と介護者の負担の軽減を図るために、入浴補助用具などの福祉用具の購入費を支給します。
住宅改修費	在宅生活の負担の軽減を図るために、手すりの取り付けなどの住宅改修費を支給します。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスに入居している人に、食事、入浴、排せつなどの介護や機能訓練などの日常生活の世話を行います。
介護予防支援・ 居宅介護支援	介護や支援が必要な人が適切なサービスを利用できるように、ケアマネジャーが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成と、サービスを提供する事業者との連絡調整などを行います。

地域密着型サービス

サービスの名称	サービス内容の概要
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回訪問や随時通報により、入浴、排せつ、食事などの日常生活の世話と、看護師などによる療養上の支援や必要な診療の補助などを行います。
認知症対応型通所介護	認知症の人が通所介護の施設に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを行います。
小規模多機能型居宅介護	通所を中心に、訪問などのサービスや泊まりのサービスを組み合わせた多機能なサービスを行います。
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の人が共同生活をする住居で、日常生活の世話や機能訓練などの介護サービスを行います。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員30人未満の小規模な介護老人福祉施設に入所する人に、日常生活上の世話や機能訓練などの介護サービスを行います。
地域密着型通所介護	定員18人以下の小規模な通所介護事業所は、平成28年度から地域密着型サービスに移行します。

施設サービス

サービスの名称	サービス内容の概要
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	常時介護が必要で、在宅生活が困難な人に、施設ケアプランに基づいて入浴、排せつ、食事など日常生活の介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行う施設です。
介護老人保健施設	施設サービス計画に基づいて、要介護者に看護、医学的管理のもとでの介護、機能訓練、そのほか必要な医療や日常生活の世話を行う施設です。
介護療養型医療施設	長期間の療養が必要な要介護者に、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理のもとでの機能訓練や介護などを行う施設です。

寝屋川市高齢者保健福祉計画（2015～2017）

平成27年 3 月

編集・発行 寝屋川市保健福祉部 高齢介護室

〒572-8533 寝屋川市池田西町28番22号

（市立保健福祉センター 2 階）

TEL 072-838-0372（直通） FAX 072-838-0102

e-mail: kaigo@city.neyagawa.osaka.jp

この冊子は500部作成し、1部あたりの印刷単価は714円です。

