

第5章 地域支援事業の充実に向けて

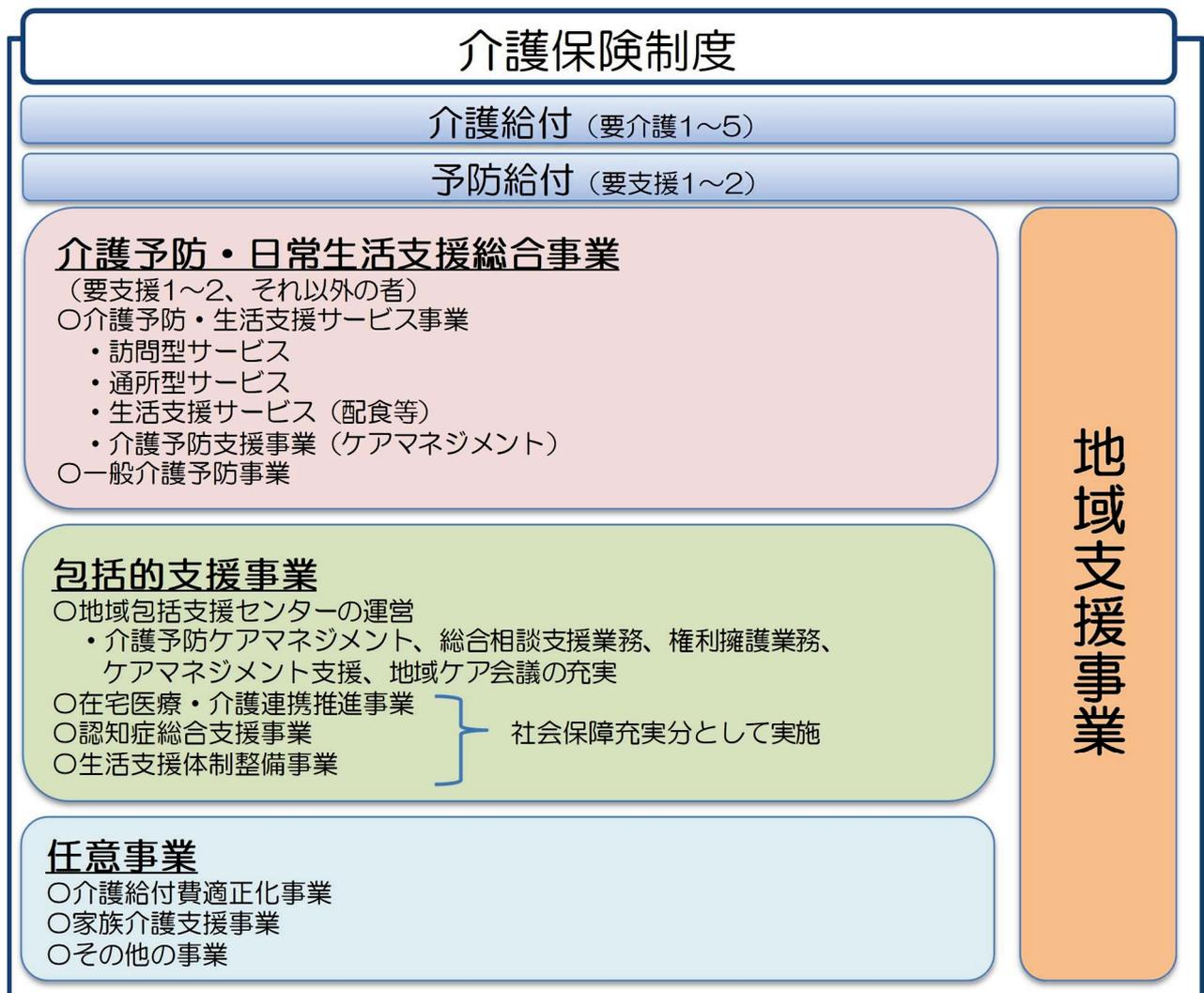
1 地域支援事業とは

地域支援事業は、要介護状態・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合でも、可能な限り、社会に参加しつつ、地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、市町村が実施し、地域包括ケアシステムの実現に向けて、各種事業を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていきます。

地域支援事業は次のとおり分類されます。

「介護予防・日常生活支援総合事業」 「包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）」
 「包括的支援事業（社会保障充実分）」 「任意事業」

◀ 地域支援事業の全体図 ▶



第5章
 地域支援事業の
 充実に向けて

2 地域支援事業の内容

1 介護予防・日常生活支援総合事業について

高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を目的としており、地域の実情に応じて、地域住民等の多様な主体による多様なサービスを充実させることにより、地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的・効率的な支援体制の確立を目指します。

この事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」で構成され、実施主体の市町村は、「介護予防」や「重度化防止」等の事業にも積極的に取り組むことが期待されています。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

要支援 1・2 の認定を受けた方及び基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた方（以下、「事業対象者」という。）を対象に、介護予防ケアマネジメントに基づき、訪問型サービスや通所型サービス、その他の生活支援サービスを提供します。

総合事業の多様な主体によるサービスの確保については、生活支援コーディネーターや協議体を通じた取組みにより把握された地域のニーズや資源を踏まえて、具体的に定めることが重要です。

また、地域のニーズ等を十分に把握しないままに創出されたサービスは、地域の実情に沿わないものになってしまう恐れがあることから、本市では生活支援コーディネーターや協議体、関係団体と連携し、地域における課題や資源を把握しながら、多様な主体による介護予防・生活支援サービスを検討していきます。

高齢化の進展に伴う利用者数やサービス提供事業者の増加を見据え、第8期事業計画期間中は以下のとおり実施していき、生活支援コーディネーターや協議体、関係団体と協議を行い、地域のニーズが認められる場合には、随時その他の多様なサービスを検討していきます。

類型		提供主体	R2	第8期計画
訪問	訪問介護相当サービス	介護サービス事業所指定	実施	継続
	訪問型短期集中予防サービス	市	実施	継続
通所	通所介護相当サービス	介護サービス事業所指定	実施	継続
	通所型サービス A	介護サービス事業所指定	検討	実施
	通所型短期集中予防サービス	民間事業者（委託）	実施	継続
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント A	地域包括支援センター等	実施	継続

※介護予防ケアマネジメント A とは、予防ケアマネジメントの原則的な形で、指定介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施します。

第5章 地域支援事業の充実に向けて

① サービス量の見込みについて

(ア) 訪問介護相当サービス

要支援者や事業対象者が自力では困難な行為に家族等からの支援が受けられない場合、訪問介護員が行うサービスです。

	第7期計画(実績)			第8期計画(推計)			将来推計	将来推計
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7(2025)	R22(2040)
人数	54	58	70	82	95	107	119	155

※人数は「1月当たり」の数となります。※R2は見込み数

(イ) 訪問型短期集中予防サービス

低栄養や口腔機能の低下があり、訪問による介護予防の取組みが必要と認められる方を対象にしたサービスです。保健師・栄養士・歯科衛生士等の保健医療専門職が、利用者宅を訪問し、生活機能を高めるために必要な相談・指導を行います。

	第7期計画(実績)			第8期計画(推計)			将来推計	将来推計
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7(2025)	R22(2040)
人数	4	0	1	4	5	6	8	10

※人数は「年間の実人数」の数となります。※R2は見込み数

(ウ) 通所介護相当サービス

通所介護事業所での食事提供等の基本サービスや要支援者及び事業対象者の目標にあわせた選択的サービスを行います。

	第7期計画(実績)			第8期計画(推計)			将来推計	将来推計
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7(2025)	R22(2040)
人数	165	176	192	208	225	241	257	305

※人数は「1月当たり」の数となります。※R2は見込み数

(エ) 通所型サービスA

通所介護相当サービスの人員や設備等の基準を緩和したサービスです。

	第7期計画(実績)			第8期計画(推計)			将来推計	将来推計
	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
人数	—	—	—	12	24	36	42	60

※人数は「1月当たり」の数となります。

(オ) 通所型短期集中予防サービス

体力や口腔機能の低下、閉じこもり等の生活機能の低下がみられる方を対象に、委託事業者が実施する介護予防プログラムを概ね週1回3か月間行い、プログラム終了後は、ご家庭や地域で自立した生活を送ることを目指すサービスです。

	第7期計画(実績)			第8期計画(推計)			将来推計	将来推計
	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
人数	15	19	24	31	40	41	42	45

※人数は「年間の実人数」の数となります。※R2は見込み数

② 総合事業の弾力化について

国による地域支援事業の見直しとして、介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な推進に向けて、以下のとおり、制度の「弾力化」に関する内容が示されました。

(ア) 総合事業の対象者の弾力化

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、要支援者及び事業対象者に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなるについて課題が挙げられていました。

今後は、本人の希望を踏まえて、サービス利用と地域とのつながりの継続を可能とさせる観点から、補助により実施されるサービス(住民主体のサービス)を継続的に利用する要介護者についても、市町村の判断で「介護予防・生活支援サービス事業」の対象とすることを可能とし、要介護者が利用する場合についても、現行の要支援者等と同様の取扱いとなりました。

(イ) 国が定めるサービス単価の上限の弾力化

介護予防・生活支援サービス事業のサービス単価については、地域支援事業実施要綱において、国が定める額を上限として、市町村が具体的な額を定めることとされていますが、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため「上限」ではなく「目安」とすることとし、市町村においては、国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることが可能とされ、要介護者が利用する場合についても、現行の要支援者等と同様の取扱いとなりました。

本市では、令和3年3月現在、総合事業における「住民主体のサービス」はありませんが、第8期事業計画中に実施する団体等があれば、継続利用の必要性について検討を行っていきます。

「(イ) サービス単価の弾力化」についても、第8期事業計画内において、実績等を勘案し、検討していきます。

(2) 一般介護予防事業

65歳以上のすべての方を対象としています。

その中でも、比較的心身ともに健康で、自立した生活が送れている方の介護予防を目的とした事業です。

① 介護予防把握事業

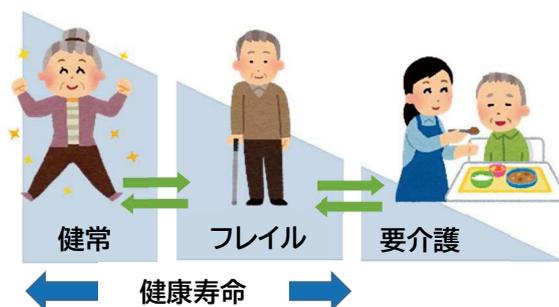
要介護状態や重度化を予防するため、市の窓口や地域包括支援センター、関係機関から収集した情報を活用し、フレイルや閉じこもり等の何らかの支援を要する方を早期に把握し、保健指導や相談支援を通して、介護予防活動へつなぎます。

本市では、年度内に70歳に到達し、要支援・要介護認定を受けていない方を対象に、健康チェック票を送付し、返信内容を活用して、健康・介護予防について相談支援を行っています。

コラム 「フレイル」って??

フレイルとは、「加齢により心身が低下することで、ストレスに対する脆弱性が亢進（こうしん）した状態」のことで、「健常から要介護へ移行する中間の段階」と言われています。具体的には、筋力が衰え、疲れやすくなり、家に閉じこもりがちになる等、年齢を重ねたことで生じやすい衰え全般を指しています。

フレイルは、健常な方に比べて、ちょっとした風邪から肺炎になる、病気が治りにくく入院期間が長引くなど、何らかのストレスを受けた時に元の健常な状態に戻りにくいと言われています。しかし、適切な生活の見直しなどの対策を行えば、フレイルから元の健常な状態に戻ることができる可能性があります。



② 介護予防普及啓発事業

介護予防講演会や高齢者健康づくり教室、出前講座等を開催し、介護予防に資する基本的な知識の普及啓発を行います。また、介護予防の実践としてハイキングやウォーキングなど、各種の運動・スポーツの機会を設定することで、体力づくりや維持・増進を図り、心身ともに健康な状態で積極的に社会参加できるようにすることを目的とします。

第8期事業計画期間中においても、介護予防講演会や高齢者健康づくり教室、老人クラブ学習会等の普及啓発事業を実施します。

また、一般介護予防事業評価事業で得られたエビデンスを広く市民に周知するとともに、「介護予防」や「重度化防止」に資する取組みにつなげていきます。

【介護予防講演会】

年 度	令和元年度	令和2年度	令和3年度（計画）
実施回数	2回	2回	2回
参加人数	合計 250人	合計 288人	合計 200人
内 容	「認知症なんて怖くない!! ～認知症の基本的理解と予 防法～」	「冬の貯筋で転倒予防」 「お家でお外でちょいト レ！長続きのコツ」	介護予防講演会 講師は市外医師等を予定
	「トークライブ2019 笑顔のひけつ～認知症とと もにいきる～」	「恵庭市元気高齢者の心と 身体～いきいき百歳体操に 期待すること」 「ガッテン流!テレビでは 聞けない!?コロナで分かっ た究極の介護予防を教えま すスペシャル」	

③ 地域介護予防活動支援事業

いきいき百歳体操のサポーターの養成等により、身近な地域において住民主体による介護予防に資する活動の育成・支援を行います。

また、高齢者が長年培ってきた知識と経験を地域活動に活かし、自らの生きがいや、共に支え合う地域づくりを進めるため、介護支援ボランティアポイント事業を通して、高齢者のボランティア活動への参加を促進します。

要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、市民が身近な場所で気軽に集える居場所づくりを推進するための事業を実施します。

🍷 コラム 「いきいき百歳体操」って??

いきいき百歳体操は、椅子に座ってできる筋力トレーニングの体操です。体操のDVDをみながら、手首や足首におもりをつけて行います。

本市では、平成19年から本体操の普及啓発を始めています。現在は、いきいき百歳体操に取り組む住民主体のサロンが、市内に約40カ所にまで広がっています。



「いきいき百歳体操」の様子

④ 一般介護予防事業評価事業

地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムの深化・推進に関して、効果的な取組みを進めるため、第8期事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行うとともに、大学との介護予防事業の効果に関する共同研究の成果を広く市民に周知していきます。

一般介護予防事業の実施による要介護状態等への移行の程度や予防給付等の達成状況を分析、評価することが重要です。評価の方法は、事業の「プロセス評価」を中心に実施するとともに、事業の実施状況の評価としての「アウトプット評価」、事業の効果の評価としての「アウトカム評価」の3段階の評価を実施することに努めます。

本市の取組みとしては、大学や専門機関等と連携できる環境を整備し、大学との共同研究により、個人情報取扱いに配慮した上で、エビデンスに基づき、適宜事業内容の点検・評価を行いPDCAサイクルに沿った事業展開を行っていきます。

また、保健事業と一般介護予防事業の一体的実施事業として、庁内関係部局間や地域の関係団体との連携体制を整備し、KDBシステム（国保データベースシステム）等の活用により、被保険者の医療・介護・健診情報等を分析することを通して、地域の健康課題を把握し、アウトリーチ支援の個別的支援と通いの場等へ積極的に関与することで、生活習慣病等の重症化予防とフレイル予防を一体的に実施します。

(3) 保健事業と介護予防の一体的実施事業

KDBシステム等を活用し、保健・医療・介護のデータを一体的に分析し、地域の健康課題を整理します。また、庁内の健康づくり部門や、地域の関係機関と連携し、地域の特性に応じた、フレイル対策と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的な取組みを検討し、展開していきます。

「保健事業と介護予防の一体的実施事業」では、地域の健康課題の分析を行い、その結果をもとに、地域の特性に応じて、以下の2つの柱からなる事業を展開します。

①ハイリスクアプローチ

→疾病の重症化リスクが高い在宅高齢者へ、医療専門職が個別に保健指導を行います。

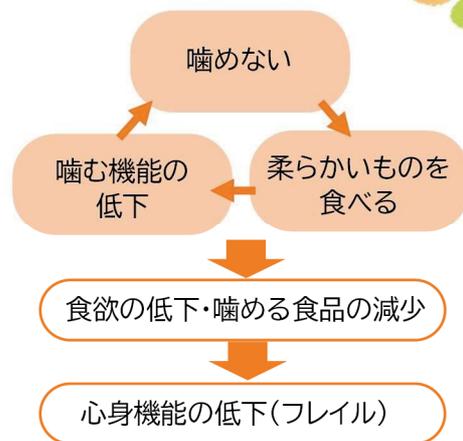
②ポピュレーションアプローチ

→通いの場へ等医療専門職を派遣して、健康教育やフレイル状態にある方を発見し、必要に応じて医療や介護予防活動などへつなぎます。

 コラム 「オーラルフレイル」って??

オーラルフレイルとは、自覚しにくいお口に関する「ささいな衰え」への適切な対処がされず、その衰えが積み重なり、お口の機能低下、さらには食欲の低下などにつながるプロセスです。

ささいな衰えを放っておくと、オーラルフレイルからフレイル、要介護状態へとドミノ倒しのように悪化してしまいます。まずは自分のお口、身体の状態を知り、できることを知って実践することがお口や全身の健康維持の第一歩です。



2 包括的支援事業について

(1) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

住み慣れた地域で、健康で生き生きとした生活を送っていくためには、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉の専門職やボランティアなどの地域の様々な資源を統合したケアが必要となります。

そのために、市町村が設置する地域包括支援センターには専門職が配置され、その専門知識や技能を互いに活かしながら、高齢者やその家族などへの総合的な支援を行っています。

地域包括支援センターは、福祉や介護などの日常生活全般にわたる総合相談支援のほかに、高齢者の権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を行います。

本市では、4つの日常生活圏域に「地域包括支援センター（たよれーる）」を設置しています。

たよれーるは、保健師や看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員が配置され、地域の高齢者の介護や福祉等についての相談に対応し、安心して暮らすことができるよう支援を行います。

(2) 包括的支援事業（社会保障充実分）

住み慣れた地域、そして自宅で最後まで生活を営むためには、医療と介護の切れ目ないサービスの提供が重要です。また、認知症になっても安心して地域で生活していくために地域の温かい見守りや認知症が重度化する前の早期発見、早期治療が求められます。

市町村が設置する在宅医療・介護連携支援センターは、退院後に介護サービスにつながっていくための体制づくりを行います。また、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員を配置し、認知症になっても安心できる地域づくり、個別支援を行っていき、これらのサービスがうまく機能していくために地域ケア会議を通して恵庭市全域のサービスがつながっていくよう、連携を強化します。

包括的支援事業は社会保障充実分として、以下の4つの事業で構成されます。

- | | |
|------------------|--------------|
| ①「在宅医療・介護連携推進事業」 | ②「認知症総合支援事業」 |
| ③「生活支援体制整備事業」 | ④「地域ケア会議の開催」 |

① 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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、医療機関と介護保険事業所等の連携を推進します。

本市では平成30年4月に「在宅医療・介護連携支援センター りんく」を設置し、医療と介護の切れ目のないサービス提供を目指して「入退院時連携ルール」を市内医療機関及び市内介護サービス事業所の協力を得て作成しました。これにより、医療機関と介護サービス事業所が必要な情報を共有し、必要な支援をスムーズに受けることにつながります。

今後は、この連携ルールをブラッシュアップするとともに、医療機関と介護サービス事業所がより一層密接に結びつき、住み慣れた自宅で最後まで生活することが可能となる連携体制を目指していきます。

② 認知症総合支援事業

本事業は、「認知症初期集中支援推進事業」と「認知症地域支援・ケア向上事業」に分けられます。

認知症初期集中支援推進事業は、認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期の診断・対応に向けた支援体制を構築します。

本市では平成30年4月に「認知症初期集中支援チーム おれんじえにわ」を配置しており、認知機能の低下により生活に支障が生じた高齢者に対し、認知症の初期段階から集中的に支援し、住み慣れた自宅での生活を支えています。今後は、より一層の地域での活動を強化し初期段階からの支援が受けられるよう周知を図ります。

認知症地域支援・ケア向上事業は、「認知症地域支援推進員」を配置することで、市町村において医療機関や介護保険事業所及び地域の支援機関と連携を図るための支援や認知症の方やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行い、医療・介護等の連携強化による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とします。

本市では平成 29 年 4 月に「認知症地域支援推進員」を市内 2 ヶ所の地域包括支援センターに配置し、認知症カフェの普及等、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりに取り組んでいます。認知症サポーター養成講座にも力を入れており、令和 2 年度には、患庭市内のサポーター数は 10,000 人を突破しました。

今後は、認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の方や家族の困り事の支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」の取組みを推進していきます。

③ 生活支援体制整備事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、市町村が中心となって、多様な事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一體的に図っていくことを目的とします。

本市では、身近な支え合いの仕組みづくりや課題解決のために、市全域を担当する「第 1 層生活支援コーディネーター」と、各日常生活圏域に配置している「第 2 層生活支援コーディネーター」が連携しながら、地域における一体的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を推進します。

また、市町村が主体となって、コーディネーターと生活支援サービスの多様な提供主体等が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場として、既存の第 1 層に加え、第 2 層「協議体」の設置を検討し、生活支援サービスの体制の充実に向けて、地域ニーズや既存の地域資源の把握、情報の見える化を推進し、地域包括ケアシステムの実現を目指します。

さらに、「就労的活動の場」を提供できる団体・組織と就労的活動を実施したい事業者とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする「就労的活動支援コーディネーター」の配置については、高齢者の社会参加を促進する観点から、新たに就労的活動の普及を推進する上で効果的であることから、関係機関等と連携し、配置の検討を行います。

④ 地域ケア会議の開催

地域ケア会議は、個別ケースを検討する会議として、医療や介護等の専門職をはじめ、地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とします。

また、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくり等に結びつけていくことで、地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながることから、市町村と地域包括支援センターの緊密な連携と役割分担を行いながら、取組みを推進することが求められます。

本市では、平成30年度より自立に資するケアマネジメントのための地域ケア会議を開催し、地域包括支援センターと連携して取り組んできました。また、地域の個別の課題を解決するための地域ケア会議についても地域包括支援センターを中心に開催しました。

今後は、自立に資するケアマネジメントのための地域ケア会議を含め、各地域包括支援センターが中心となり、会議を重ねながら地域の課題に対する政策への提言を行っていき、より更なる充実を行います。

3 任意事業について

任意事業は、介護保険事業の運営の安定化および高齢者の地域における自立した日常生活の支援のために行う事業です。主に、介護教室事業や家族介護者交流事業等で構成されていますが、地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能です。

(1) 介護教室事業

介護にかかる知識や技術の学習を通じて、市民家族介護者の負担軽減を図ることを目的とします。

本市では、例年11月11日の「介護の日」にちなみ、介護教室を開催しています。第8期事業計画においても、高齢者を介護している家族等に介護方法や介護予防の知識・技術を習得できるよう、また、高齢者及び介護者の健康づくり等のために「介護教室」を開催していきます。

【介護教室】

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度（計画）
参加人数	合計41人	合計30人	約50人（想定）
内容	「しげひこのこれは助かる in 患庭」	「介護者も知りたいコロナのこと」※DVD配布	外部講師を招いた実施を想定

（2）家族介護者交流事業

在宅で高齢者を介護している家族等に交流会等の機会を提供し、介護疲れを癒し、元気回復をして貰い、介護力の持続を図ることを目的とします。

本市では、介護者同士がお互いの介護に関する悩みなどを話し合うことを主とした交流をすることで、心身の負担を軽減できる場を提供します。

本事業は、高齢者及びその家族の総合的な相談機関である、地域包括支援センターを受託する法人に委託して実施します。

（3）成年後見制度利用支援事業

市内に居住する身寄りのない認知症高齢者等の保護を図るため、老人福祉法の規定により当該対象者の福祉の増進を図ることを目的として事業を実施しています。

本市では、身寄りのない認知症高齢者等の保護のため、市長が申立てを行うなどの審判請求助成及び、後見人への報酬支払の負担軽減のための報酬助成を行っています。

また、高齢者に対して、成年後見制度の周知もあわせて行います。

（4）介護支援専門員支援事業

介護支援専門員が行う業務のうち住宅改修支援事業にかかる支援金を支給し、市民の福祉の増進を図ります。

本市では、引き続き本事業を推進していくことで、軽度の介護保険認定者が住み慣れた自宅での生活を続けていけるような環境整備を支援します。

（5）認知症地域支援普及事業

認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを推進するためには、成年後見制度の利用促進が重要となります。このため、地域連携ネットワークをより強固なものとするために、第4期恵庭市地域福祉計画を成年後見制度利用促進基本計画としても位置付けるとともに、実施計画を策定、地域連携ネットワークの中核となる機関を設置し、市民後見人の育成により地域の受け皿の拡充に努めます。

地域連携ネットワークの中核となる機関の設置後、権利擁護を必要とする誰もが、成年後見制度を利用できるように、「相談」「広報」機能を優先的に整備し、より成年後見制度利用者がメリットを感じられるよう「利用促進」「後見人支援」機能を段階的に整備します。

また、標準用教材の他、小学生用及び中学生用の教材を用意し、認知症の方やその家族が身近な地域に暮らしていることを知り、出会ったときに、偏見を持たずに温かい目で見守りができることや、認知症の方を地域で見守ること理解し、「認知症サポーター（応援者）」として気配りや配慮できるための支援を行います。

第5章 地域支援事業の充実に向けて

(6) 地域福祉事業

安心・安全に暮らすことのできる地域を目指し、身近な地域で支え合う地域住民の活動を支援します。

本市では、恵庭市シルバー人材センターや恵庭市社会福祉協議会に事業を委託しています。具体的には、配食サービス事業や緊急通報システム端末機貸与事業、外出支援サービス事業等を行います。

(7) 介護給付適正化事業

介護給付適正化事業については、都道府県が介護保険事業の健全かつ円滑な事業運営を図るために必要な助言・援助を行うべき立場にあることを踏まえ、これまで、各都道府県が介護給付適正化計画を策定し、都道府県と保険者（市町村）が一体となって適正化に向けた取組みを推進してきましたが、平成29年の介護保険法改正により、市町村が介護給付等に要する費用の適正化に関し、取り組むべき施策及びその目標を定めるものとされたことから、本市においても介護給付適正化計画を別に策定しています。

本市では、介護給付適正化計画を別に定めており、引き続き、国の指針に掲げる主要5事業である「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」、「介護給付費通知」について取り組んでいきます。

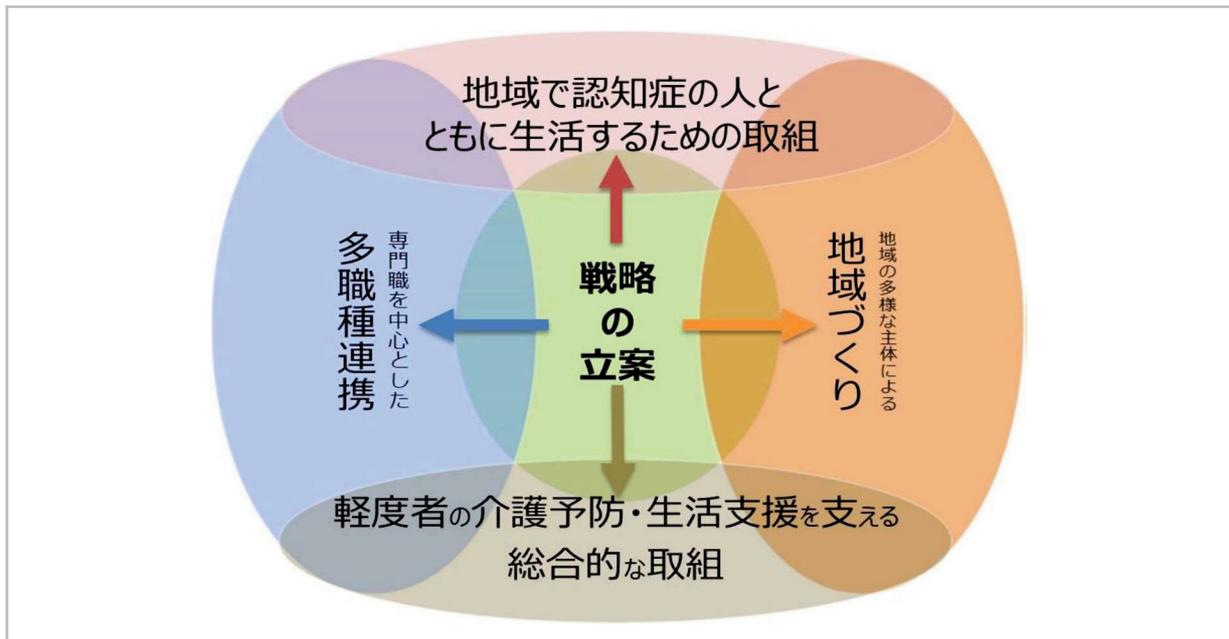
3 地域支援事業についての総括

これまで、介護保険事業計画に基づき取り組んできた地域支援事業ですが、今後は地域支援事業の目標をどのようにマネジメントするかが問われます。

地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムの深化・推進に関して効果的な取組みを進めるため、地域支援事業の個々の事業評価を行うとともに、総合事業の実施状況について定期的に調査、分析及び評価することが重要であることから、第8期事業計画では、恵庭市社会福祉審議会高齢者福祉・介護保険専門部会にて、分析・評価について議論しつつ、次期計画期間への取組みに反映させていくことを検討していきます。

また、「住み慣れた地域で最後まで自分らしい生活の継続」は、地域包括ケアシステムの目指すところであり、その具体的な目標を達成するためには、「地域支援事業」に位置付けられている複数の事業・取組みを適切に組み合わせ、互いに連動し合い、成果に結びつかせることが重要であり、『地域支援事業の連動性』を意識した地域の仕組みを構築していくことが必要です。

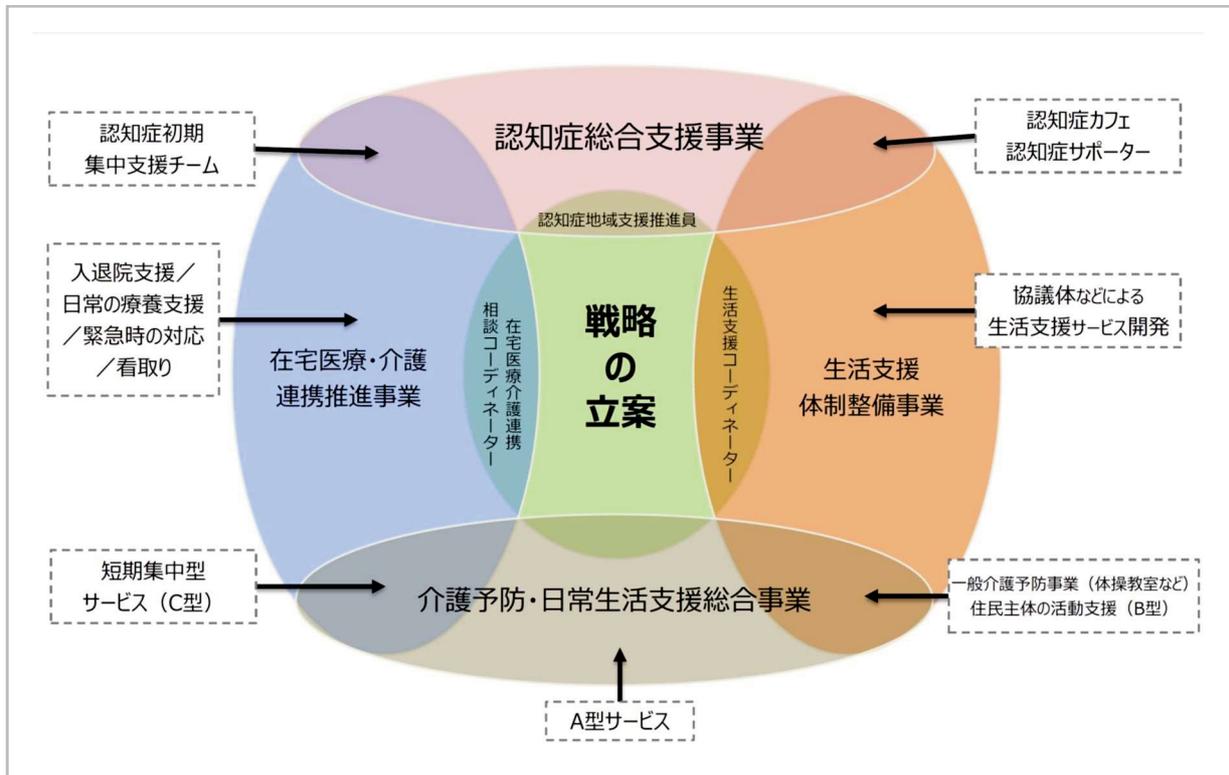
《 地域支援事業の連動性 》



このように『地域支援事業の連動性』は、各事業が目標達成に向けた手段であり、それらを総括する全体の戦略が重要です。

また、各事業を連動・連携させ、具体的に推進するためには、生活支援コーディネーターや在宅医療・介護連携支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員などのコーディネーター職と保険者が連携することが不可欠です。

《 事業間の連携 》



図のような『事業間連携』により、地域支援事業の成果を上げていくことで、社会参加をはじめとする地域づくりが拡張し、さらには、障がいのある方や子育て中の方も含め、地域住民のすべての方を対象にした「地域共生社会」を目指した動きと言えます。

【地域支援事業における目標】

第8期事業計画においても、地域支援事業に位置付けられる「自立支援・重度化防止」の様々な事業を通して、市民一人ひとりが「住み慣れた地域で最後まで自分らしく生活する」という基本理念・基本目標の達成に向けて、関係機関や多職種との連携、多様な主体による地域づくりなどを行い、地域生活を継続するための取組みを推進します。

*出典/引用)

・地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業

(平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)