

第2部 施策の展開

本計画の達成指標

基本理念である『健康で生き生きと、つながりながら暮らせるまち』の実現に向け、各施策を展開するとともに、5つの基本目標の達成状況を客観的に評価するため、次のとおり指標を設定します。

基本理念：健康で生き生きと、つながりながら暮らせるまち

基本理念に対する達成指標	現状値	達成の状況 (令和5年度)
高齢者にとって安心して暮らせるまちだと思う人の割合	27.9%	↗ 増加
主観的幸福度の高い高齢者の割合	45.4%	↗ 増加

基本目標1：地域包括ケアシステムの深化・推進による支え合いのまちづくり

施策	施策に対する達成指標	現状値	達成の状況 (令和5年度)
施策1： 地域包括ケアシステムの深化・推進	1 地域包括支援センターの認知度	27.2%	↗ 向上
	2 近所や地域で手助けを必要としている方に対して協力できる高齢者の割合	75.5%	↗ 増加
施策2： 高齢者の尊厳を守る権利擁護の推進	1 成年後見制度の認知度	30.1%	↗ 向上
施策3： 在宅医療・介護連携の推進	1 在宅療養ができると考える高齢者の割合	—	目標：40.0%
	2 医療機関等との連携ができていると考えるケアマネジャーの割合	76.4%	↗ 増加

基本目標2：認知症になっても地域で暮らし続けられるまちづくり

施策	施策に対する達成指標	現状値	達成の状況 (令和5年度)
施策4： 認知症高齢者支援策の推進	1 認知症に対して肯定的なイメージをもつ高齢者の割合	42.9%	↗ 増加
	2 認知症に関する相談窓口の認知度	37.6%	↗ 増加
	3 徘徊SOS『つながろう南丹ネット』の協力事業所数	165カ所	↗ 増加

注) 現状値の欄が「—」の項目は、現状値が把握できていないため、目標値を設定している。

基本目標3：住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり

施 策	施策に対する達成指標	現状値	達成の状態 (令和5年度)
施策5： 介護予防・生活支援サービスの充実	1 グループ活動に月1回以上参加している高齢者の割合	48.3%	↗ 増加
	2 地域の活動に参加したい高齢者の割合	58.3%	↗ 増加
	3 地域の活動で企画運営として参加意向のある高齢者の割合	31.9%	↗ 増加
施策6： 介護保険外の在宅福祉サービスの充実	1 介護が理由で離職した人の割合	12.5%	↘ 減少
	2 介護が理由で働き方の調整等をしている人の割合	38.6%	↘ 減少
	3 在宅福祉サービスの充実度	－	目標：50.0%
施策7： 住まい・生活の場の支援	1 住環境の満足度	－	目標：50.0%
施策8： 高齢者の安心・安全の確保	1 災害発生時に避難等の手助けしてくれる人がいる高齢者の割合	74.9%	↗ 増加
	2 防災の面で、安心して暮らせるまちだと考える人の割合	31.2%	↗ 増加

基本目標4：健康で生き生きと暮らせるまちづくり

施 策	施策に対する達成指標	現状値	達成の状態 (令和5年度)
施策9： 健康づくり・介護予防の推進	1 主観的健康感が高い高齢者の割合	76.0%	↗ 増加
	2 健康寿命	男性：80.5歳	↗ 延伸
		女性：84.3歳	
	3 健診受診率	40～74歳： 40.0%	目標：60.0%
		75歳以上： 20.0%	目標：30.0%
	4 新規要介護（要支援）認定者数	503人	→ 維持
施策10： 高齢者の社会参加などによる 生きがいづくりの推進	1 趣味、生きがいのある高齢者の割合	70.3%	↗ 増加
	2 閉じこもりリスクのある高齢者の割合	22.8%	↘ 減少
	3 収入のある仕事をしている高齢者の割合	31.6%	↗ 増加

基本目標5：介護保険サービスを利用して安心して暮らせるまちづくり

施 策	施策に対する達成指標	現状値	達成の状態 (令和5年度)
施策11： 介護サービスの確保方策	1 介護サービスを必要なだけ利用できている人の割合	69.6%	↗ 増加
	2 介護が理由で離職等した人の割合	12.5%	↘ 減少
	3 介護が理由で働き方の調整等をしている人の割合	38.6%	↘ 減少
施策12： 介護給付の適正化	1 介護給付適正化計画の達成度	50.0%	↗ 向上
	2 ケアプラン（介護サービス計画）に満足している人の割合	53.8%	↗ 増加
施策13： 介護サービス従事者の 人材確保	1 介護従事者が足りている事業者の割合	23.8%	↗ 増加
	2 必要な人材を速やかに採用できている事業者の割合	25.0%	↗ 増加
	3 介護職員処遇改善加算を取得している事業所数	65事業所	↗ 増加

注）現状値の欄が「－」の項目は、現状値が把握できていないため、目標値を設定している。

基本目標１：地域包括ケアシステムの深化・推進による支え合いのまちづくり

施策１：地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムは、高齢者へ必要な支援を包括的に提供し、地域社会での見守り活動や助け合いといった「支え合い」により、地域での自立した生活を支援するための仕組みです。

将来的には高齢者だけではなく、地域に住む人や社会資源など全てを含んだ「地域共生社会」のまちづくりを目指し、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し地域をともに創っていく社会を目指します。

（１）地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、南丹市社会福祉協議会への委託により、市内４箇所（各日常生活圏域）に事務所を設置し、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」を目的として、公正・中立の立場から医療、介護等の公的サービスとインフォーマルな社会資源を活用した地域包括ケアネットワークの強化を図ります。主な業務として、総合相談支援、虐待の早期発見・防止などの権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントを実施していくために、地域高齢者の実態把握、介護予防の推進、高齢者やその家族への総合的な相談や権利擁護のための取組を行っています。

①事業の効率・効果的な実施

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康保持及び生活安定のために必要な援助を行うことにより、包括的支援事業を一体的に実施する中核的機関としての役割を担っています。

今後の運営においては、地域包括ケアシステムの構築を推進していくためにも、その機能強化を図っていくことが重要になります。そのためには、引き続き、市と委託先の社会福祉協議会において緊密な連携を図りながら事業を実施することが必要です。市及び地域包括支援センターが、それぞれの業務の実施状況を把握し、加えて地域包括支援センター運営協議会での検討、協議等を踏まえ、事業の効率的・効果的な実施を図ります。

②総合相談支援の充実

総合相談の内容は、介護保険サービスの利用や高齢者本人に関することだけではなく、障がい・生活困窮など複合的な課題を抱えた世帯に関する相談も増加しています。そのため、地域で個別に支援するだけではなく、出張相談で人が集まる機会を通じて相談に応じたり、出前講座を行い、地域包括支援センターは高齢者の何でも相談できる窓口として市民への周知を進めてきましたが、アンケート調査結果によると認知度は十分とはいえない状況にあります。

高齢者本人や家族、地域の人などからの相談内容が年々多様化・複雑化・専門化してきている中で、各機関と連携をとりながら、相談機能の充実・強化を図ります。出張相談や出前講座も継続し、それらの中で地域包括支援センターの周知も進めていきます。

また、増加傾向にある認知症高齢者に対して専門的に対応する認知症地域支援推進員の配置や、認知症初期集中支援チーム「オレンジチームなんたん」等での、行政、医療や福祉の専門職との連携を強化し、柔軟に対応できる相談窓口としての役割を果たしていきます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
総合相談件数	665 件	676 件	680 件

(2) 地域のネットワークの充実

地域のネットワークは、虐待防止、防犯・防災、認知症対策などの施策を展開し、また高齢者の自立した生活を支える上で、あらゆる場面で重要となります。地域ケア会議は、関係者が集まることで、地域支援ネットワークを構築し、地域づくりや資源開発、政策形成を行います。

①地域ぐるみの見守り体制

地域ケア会議、社会福祉協議会主催の地域別懇談会などの各会議や協議体などの運営・開催から、サロン活動などをはじめとした通いの場での住民同士のつながりの強化やふれあい委員による訪問まで、幅広いネットワークづくりを引き続き推進します。

また、定期的に高齢者宅を訪問する機会がある事業者と市、社会福祉協議会との三者により「見守り協定」を締結し、日常生活の中で一人暮らし高齢者等の異変の察知や、連絡体制を整備することにより高齢者の見守り体制の充実を図ってきました。

今後さらに、高齢者の一人暮らし世帯や認知症高齢者が増えていくと見込まれる中で、民生児童委員、自治会、老人クラブ、ボランティア団体、社会福祉協議会、医療機

関など高齢者を取り巻く地域組織等との連携を強化し、「地域ぐるみの見守り体制」の充実を図ります。

②地域ケア会議の推進

地域ケア会議では、医療、介護の専門家や地域団体など多職種の関係者が協働して、個別課題や地域課題を共有するとともに、高齢者の自立支援等について検討しています。

今後、地域の活性化のためには、シニア世代（団塊の世代）の社会参加が重要なポイントになるため、シニア世代の社会参加や社会資源の創出につながる内容で取組を進めていきます。

一人ひとりの課題について協議する地域ケア個別会議では、個々の対象者について解決すべき課題の顕在化と具体的な支援策を検討するため、本人や家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業所、地域（自治会長、民生児童委員、近隣者等）、警察など対象者に応じたメンバーにより対応していきます。

地域ケア個別会議の結果を踏まえ、地域包括支援センターでは、個人の課題の共有・仕分けを行います。地域課題を優先順位化し、緊急性、重要度等を考慮し、それらを取りまとめて、地域ケア会議において、地域の課題を解決するための検討や既存事業の再構築、新たな事業の提案などにつなげていきます。

■実績

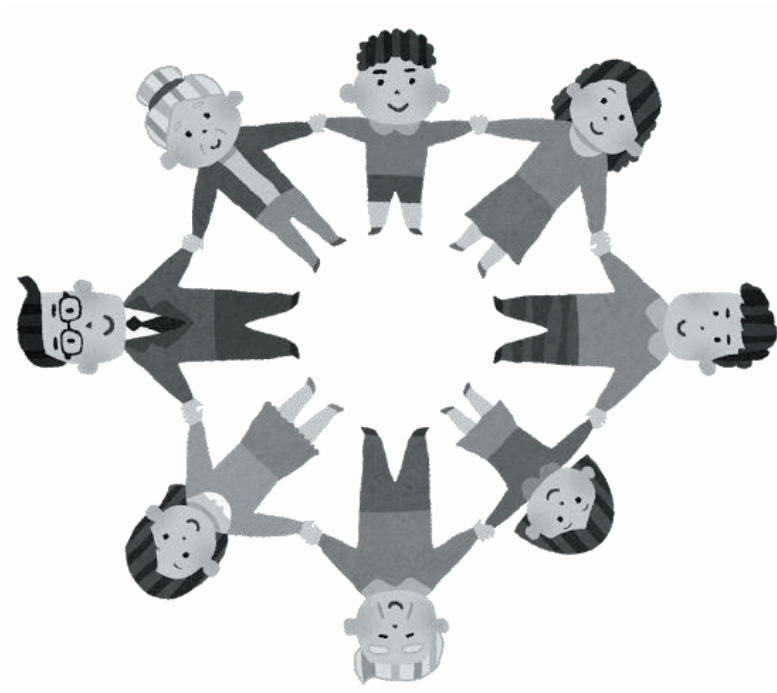
項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
地域ケア推進会議	3 回	1 回	0 回
地域ケア個別会議	36 回 (23 ケース)	81 回 (43 ケース)	50 回 (25 ケース)

（３）地域包括ケアシステム“地区モデル”の構築

健康なまちづくりの推進のためには、地域や住民の暮らしの多様性を踏まえ、人と人、人と社会がつながり支え合う取組が重要となっています。

南丹市の中でも、特に美山地域では少子高齢化が進んでいます。その中で、地域活性化に向け地域振興会等の自治組織による地域活動が盛んに行われています。

今後は、地域包括支援センターや各関係機関と連携し、子育て・健康づくり・疾病予防・治療・在宅療養が地域でつながりながら安心して暮らせるよう、乳児から高齢者を対象とした、“全世代型地域包括ケアシステム”として、「美山モデル」（仮称）の構築に努めます。



施策２：高齢者の尊厳を守る権利擁護の推進

認知症であって本人に身寄りがない、あるいは親族からの虐待や放置を受けているなど、困難な状況に置かれている高齢者であっても、尊厳をもって安心して生活できるよう、専門的・継続的な視点からの支援を実施していきます。

（１）高齢者虐待防止対策の推進

高齢者に対する虐待に関して、民生児童委員、ケアマネジャー、サービス提供事業所、医療機関、警察など様々な関係機関から、年間 10～20 件の通報があります。虐待の種別は身体的虐待が多く、心理的虐待やネグレクト（介護や世話の放棄、放任）との複合的なケースもあります。

虐待の要因として、介護の負担や認知症に対する理解不足等があげられることから、適切な介護サービスの利用につなげたり、認知症が疑われる場合には、認知症初期集中支援チームへ紹介や認知症の相談、病院受診を勧めています。また、家族等に対する心のケアや経済的な自立など、支援が必要な状況に応じて、庁内の関係各課や保健所、医療機関、生活支援センターや南丹市権利擁護・成年後見センターと連携し、支援を行っています。

①高齢者虐待に関する正しい理解の促進

家族等による虐待や介護施設従事者等による虐待などを防止するために、介護の方法や認知症に関する知識の普及、介護者への負担軽減に向けた取組を行います。

高齢者虐待防止ネットワーク会議を開催し、関係機関や専門職、地域の関係者との意見交換、情報提供を行います。

②虐待の未然防止、早期発見・早期対応

虐待の未然防止をはじめ、早期発見・早期対応ができるよう、地域包括支援センターを中心に関係機関と連携を図り、高齢者虐待防止のための研修会や講演会の開催、地域住民への啓発、地域での見守り体制の充実・強化を推進し、虐待の早期発見・早期対応に努めます。

また、高齢者虐待防止マニュアルに基づき、事案に応じて関係者との連携、ケース会議を行い高齢者や養護者に対する相談、指導、助言等を実施します。さらに、早期対応のシミュレーションを実施し対応機能の向上に努めます。

③虐待への対応

介護負担の軽減など必要な支援を行うとともに、虐待を受けた人とした人、それぞれの心のケアに努めます。

また、虐待を受けた高齢者については、必要に応じて弁護士・社会福祉士等の専門職と協議し、老人福祉法に規定する「やむを得ない事由」による措置や成年後見制度などを活用した支援に努めます。

（２）権利擁護の推進

①成年後見制度の利用促進・啓発

成年後見制度は、認知症や障がいによって判断能力に不安のある方が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていけるよう、法律面・生活面から支援する制度です。

本市では、令和２年度に設置した「南丹市権利擁護・成年後見センター」と各相談・支援機関等が連携し、判断能力や生活状況に応じて、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業等の利用が円滑に行えるよう、権利擁護を推進するためのネットワークづくりを進め、支援体制を整備していきます。

また、アンケート調査結果では、成年後見制度について「聞いたことがあるが、内容までは知らない」方が４割超、「全く知らない」方が２割を超えている現状から、広報誌等を利用し、市民に対して制度の周知・啓発を図り、相談しやすい体制づくりに努めます。

そして、身寄りがない場合や、親族の協力が得られないなどの理由により、制度の適切な利用が難しい認知症高齢者などに対し、市長が申立人となる制度（成年後見制度利用支援事業）を活用していきます。さらに、一定条件のもと、成年後見制度の利用に係る費用負担が困難である人に対して助成を行います。

②老人保護措置制度の活用

家族等から虐待を受けている人や、環境や経済的な理由により自宅で生活することが困難な高齢者、認知症等の理由により意思決定が困難で、かつ本人を代理する家族等がない場合の高齢者に対して、市町村が職権をもって必要な介護サービスを提供する老人福祉法に基づく措置制度があります。

制度が適切に活用されるよう、地域包括支援センターやケアマネジャー、民生児童委員、サービス提供事業所等と連携しながら、事案の的確な把握と事実確認をはじめ、措置決定などの流れを適切かつ迅速に行うことができる体制の強化に努めます。

施策３：在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする高齢者に対し、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう、在宅医療及び介護が円滑に切れ目なく提供される仕組みを構築していきます。

（１）在宅医療の周知・啓発

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく過ごすためには、在宅での療養が必要になったときに、必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要です。

地域住民が在宅医療や介護について理解できるよう、本人や家族に対し介護の方法や医療情報について分かりやすく情報提供するとともに、気軽に相談できる体制の整備を図ります。今後も、医師会や各医療機関及び介護保険事業所との連携により、引き続き啓発活動に取り組んでいきます。また、介護をする中で、在宅で人生の最期を過ごすための「看取り」についてや、もしものときのために、高齢者が望む医療やケアについても、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）などを推進していきます。



（２）医療と介護の連携強化

介護サービスを受けながら在宅で生活している高齢者が、安心して療養生活を継続できるように、また、医療機関への受診や入院が必要になったとき、退院して在宅生活へ戻るときには、スムーズに介護サービスが受けられるようにするため、在宅での療養に関わる介護保険事業所と医療機関の関係者がうまく連携できるよう、医師会を中心とした体制の強化を図っていきます。

①在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討

医師会、京丹波町と連携し、地域の医療機関、介護保険事業所の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握、整理し、医療・介護関係者の間で課題を共有し、その対応策について検討していきます。

②多職種間の連携強化、関係者の研修

多職種間の情報共有、連携の取組の拡大に向け、連携の質の向上を図っていきます。

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、以前から、医師会・薬剤師会・理学療法士会・栄養士会・介護支援専門員会等の専門職の団体がそれぞれに主催する研修会が開催されています。

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、それぞれの職種がお互いの分野についての知識等を身につけられるよう、医療・介護関係者に対する研修を引き続き支援します。また、医療・介護関係者の多職種間の相互の理解や情報共有を一層進める観点から、多職種でのグループワーク等の研修を推進していきます。



基本目標2：認知症になっても地域で暮らし続けられるまちづくり

施策4：認知症高齢者支援策の推進

認知症に関する啓発活動や認知症予防活動等、認知症高齢者支援の充実を図ります。

認知症施策推進大綱（資料編参照）に基づき、認知症の人や家族の視点に立ち、認知症の人が家族とともに地域で暮らすための「共生」と、認知症の発症を遅らせ認知症になっても穏やかに暮らせるような視点からの「予防」のための施策を推進し、認知症になっても安心できる認知症バリアフリー社会の実現に向けて取り組みます。

認知症施策推進大綱の①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱のうち、主に①～④の内容が含まれた施策を実施していきます。

（1）認知症高齢者を支える地域づくり

認知症になってもできる限り住み慣れた地域で、希望をもって自分らしく日常生活を過ごせる社会を目指します。

そのためには、地域の多くの人々が認知症に関する正しい知識をもって、あたたかく見守ることが大切です。暮らし慣れた地域で認知症の人やその家族が気軽に行け、安心して話ができる居場所づくりなど、地域ぐるみでの活動を進めていきます。また、若年性認知症の人への支援について取組を検討していきます。

①認知症サポーター養成講座

認知症に関する正しい知識を伝え、誤解や偏見をなくすとともに、認知症の特徴や対応方法を広めるため、認知症サポーター養成講座を警察署や郵便局、自治会の集会、地域のサロン及び学校教育の場で引き続き開催します。今後は、商店や銀行関係など接客や窓口対応が必要な所での講座開催を行うなど、広く地域での開催を目指します。

また、養成講座修了者に対してフォローアップ研修を行い、地域で認知症の人に対する見守り・話し相手として活躍できるよう支援します。（「チームオレンジ」）

②認知症カフェ等の居場所への参加促進

認知症高齢者及び家族等の介護者の悩みや不安を軽減し、地域で気兼ねなく情報交換や交流機会を充実させるための認知症カフェは、認知症の人の社会参加とその家族の支援の一つになっています。認知症カフェの開催にあたっては、ボランティアの参加を促したり認知症地域支援推進員など専門職による相談支援や情報提供、実施主体同士の情報交換の場を設けるなどの支援をしています。

③南丹市徘徊SOS「つながろう南丹ネット」

市内の事業所に対し南丹市徘徊SOS「つながろう南丹ネット」への登録推進や、地域全体のネットワーク強化により見守り体制の充実を図ります。

認知症等による「徘徊行動」の心配がある方への対応については、「南丹市徘徊SOSネットワーク事業」の事前登録を促すとともに、位置情報検索システム（GPS 機能）による徘徊探知機を利用するための初期費用及び利用料の助成を行うなど個々の安全確保の支援をしています。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
認知症サポーター養成人数	251 人	338 人	50 人
徘徊SOS事前登録者数（新規登録数）	15 人	19 人	15 人
徘徊SOS協力事業所数（年度末登録数）	122 箇所	140 箇所	175 箇所



（２）認知症施策の推進体制の強化

①認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員は、介護サービス事業所及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症に関する相談対応等を行います。また、認知症になっても安心して暮らし続けることができるよう、生活のあらゆる場面での障壁を減らすこと（認知症バリアフリーの推進）や、社会参加の支援を図ります。これらの活動を通し把握した認知症に係る地域課題について、市と連携して具体策などを検討し認知症施策の実施に取り組んでいきます。

②認知症の支援者を支える仕組み

本市は、認知症疾患医療センターと連携し、地域包括支援センターや認知症に関わる専門職及び地域の関係者等から構成される認知症検討会を開催し、認知症に関する課題の整理や解決策の検討を行います。

また、地域の見守り・支援の取組等の連携を推進し、認知症の人ができるだけ在宅で、医療と介護との連携による適切なサービスを受けながら生活できるよう、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み（「チームオレンジ」）を整備し、認知症ケア体制の充実に努めます。

③認知症ケアパス

いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケアの内容などをあらかじめ認知症の人とその家族に提示し、認知症の進行に応じて必要な支援が受けられるよう「認知症ケアパス※」の普及・啓発を行います。

また、認知症かもしれないと不安や心配を感じている方、認知症の診断を受けてこれからの生活をどうしたらよりよく暮らしていけるかと考えておられる方が、少しでも前を向いて、また早期に関係機関等とつながるきっかけとなることを目的に「別冊ケアパス（「つながる AtoZ」）」の活用にも努めます。

※ 認知症ケアパス：認知症の進行に合わせて受けられるサービスや社会資源等を紹介する一覧表。

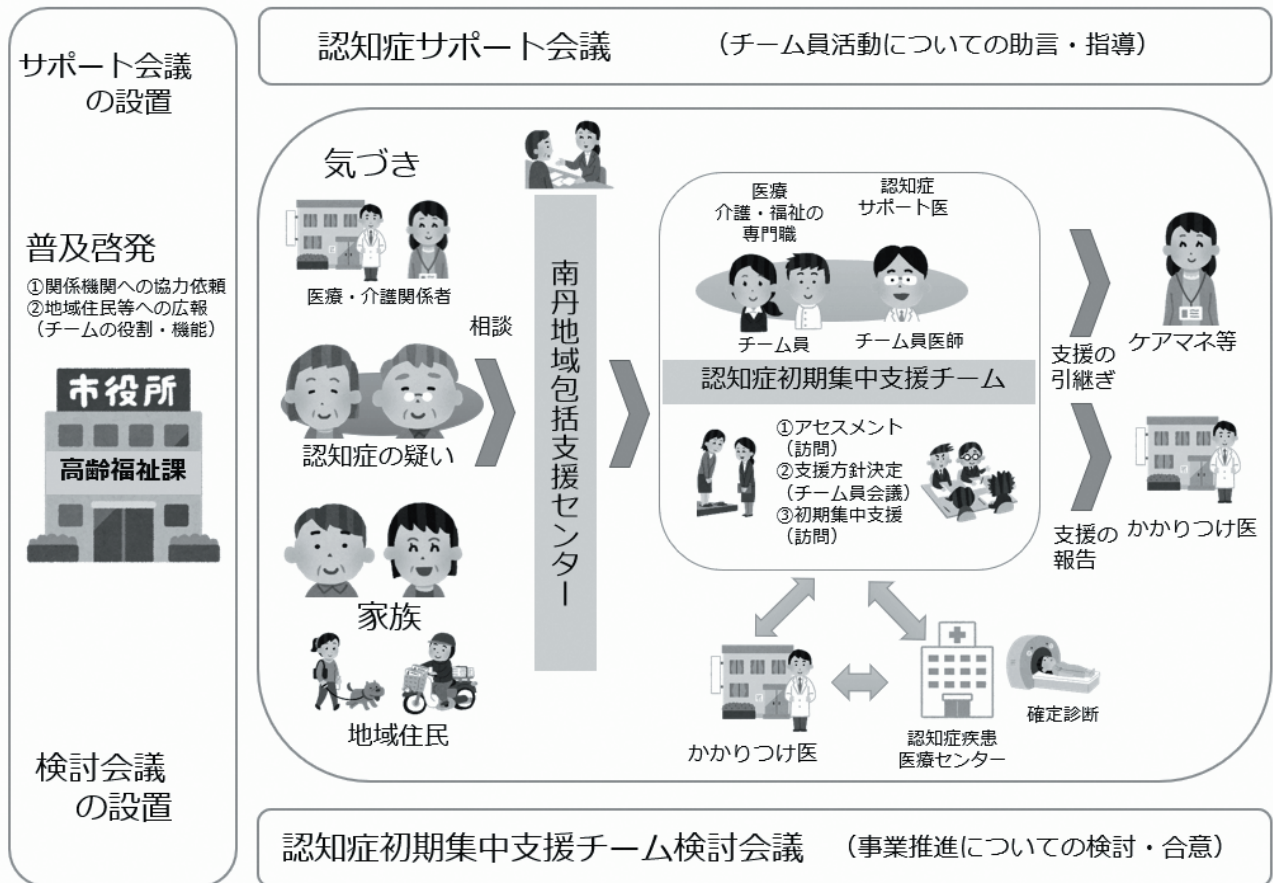
(3) 認知症初期集中支援事業の推進

認知症の早期診断・早期対応を目的に、認知症初期集中支援チーム（オレンジチーム なんとん）を平成 29 年に立ち上げ、認知症高齢者に対する初期対応の支援を実施しています。

地域包括支援センターに寄せられる認知症の相談の中で、認知症初期集中支援チームでの支援が必要な人を適切に見極め、事業につなぎます。認知症初期集中支援チーム員の活動内容を周知し、初期の認知症の人や、認知症の周辺症状で困難な介護を強いられている介護者、本人等支援が必要な人と事業が結び付けられるように努めます。

今後も認知症高齢者に対する支援を行いつつ、医療・介護等の関係機関との連携や、認知症ケアパスなどを更新・活用しながら広報活動なども合わせて行っています。

南丹市 認知症初期集中支援事業全体の概念図



(「南丹市認知症初期集中支援事業実施の手引き」より)

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
初期集中支援チーム対応件数	10 件	8 件	5 件

基本目標3：住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくり

施策5：介護予防・生活支援サービスの充実

顔なじみの人がいる地域で、また、地域との関わりが少ない人にとっては顔なじみをつくれるよう、それぞれの地域特性を生かした方法で、楽しみながら、無理なく継続できる介護予防活動を展開します。

（1）生活支援体制の整備

急速に進む高齢化社会において、住み慣れた地域で安心して在宅生活が送れるように、地域社会に互助の精神に基づく支援体制の構築を進めていきます。

介護予防につながる身近な地域での通いの場（サロン活動など）の充実や、地域が担うサービスの提供を創出するため、日常生活圏域ごとに配置している生活支援コーディネーターを中心として、それらを検討し協議する場として協議体（たすけあい会議）を設置しており、地域でのサロンの立ち上げを中心に、地域住民の自主的な活動の支援を行います。また、地域の特性を十分に生かした「地域ぐるみの支え合い」を推進するため、今ある地域資源を継続させながら、高齢者だけでなく幅広い世代が参加し、多様な生活ニーズに対応できる必要なサービスを地域で提供できる体制を目指します。

①協議体

本市では、日常生活圏域ごとに第2層協議体を設置しています。各協議体は、それぞれの生活圏域で抱えている固有課題の掘り起こしや社会資源の確認を通じて、課題解決に向けた取組を進めています。

今後も、地域に根差した活動を推進していくことで互助の精神を育むとともに、地域課題を解決していくことで、地域包括ケアシステムの深化に向けた取組を進めます。

また、第1層協議体は、地域に会員をもつ団体より代表者が集い、第2層協議体の活動内容について市全体で情報共有することで、第2層協議体の活動をサポートします。

②通いの場

通いの場は、地域に住む高齢者等が定期的に集まり、様々な活動を通じて仲間と楽しんだりリフレッシュしたりするなど、日々の生活に活気を取り入れるための取組です。

活動内容は、参加者同士で気楽に語り合うことや、各種の教室、趣味の活動などで、場合によってはストレッチ体操や認知機能訓練、口腔ケアなどの介護予防に直結する取組も実施されています。

通いの場では、参加者は1回数百円程度の参加費を負担することもあります。規模の大小を問わず重要な取組であることから、運営ボランティアの育成や活動を充実させるための取組など、今後も積極的な支援を行います。

（２）介護予防サービスの取組

介護予防サービスとして、訪問型・通所型のサービスに取り組んでいます。対象者が要支援者等であり、要介護認定を受けるとサービス利用が継続できなくなるため、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、対象者の弾力化を検討します。

①訪問介護相当サービス

訪問介護員が利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介助や調理、洗濯、掃除等の日常生活上の支援を行います。

利用者が円滑に利用できるよう、地域包括支援センター、ケアマネジャー、事業所等が連携して在宅での生活を支援していきます。

②訪問型サービスA（くらし安心サポート事業）

生活援助員が利用者の居宅を訪問し、利用者が自立した生活を継続できるように、掃除、食事の準備、買い物等の生活維持のために必要な軽易な家事支援を行います。

③訪問型サービスD

住民主体の自主活動の一つとして、通院等や他主体が実施する介護予防等の場への送迎前後の生活支援を行う団体に対し、補助金を交付します。

高齢者の閉じこもり防止や社会参加を促すための方策として、主体的に活動する住民組織の養成に向け、生活支援コーディネーターとも連携した取組を行います。

④通所介護相当サービス

日中、デイサービスセンター等で入浴、食事等の介助、その他の日常生活上の支援や健康管理、機能訓練を行うサービスです。

⑤その他

上記の他にも多様なサービスがあります。引き続き、生活支援コーディネーターとの連携を密にし、市民のニーズの把握に努め、必要に応じたサービス構築に向けた検討を行います。

■訪問型サービス

種別	取組内容	提供主体
訪問介護 相当サービス	介護保険給付から地域支援事業に移行した訪問介護事業で、訪問介護員による身体介護や生活援助を行うサービスです。	介護保険サービス事業者
訪問型サービスA	掃除、買い物、洗濯等の生活援助サービスで、指定事業者による訪問介護を緩和した基準によるサービスです。	NPO法人や民間事業者を指定又は委託
訪問型サービスB	A型と同じメニューの生活援助サービスです。	住民主体の自主活動
訪問型サービスC	保健・医療の専門職が直接訪問して、相談や体力改善の指導を行います。従来の訪問型介護予防事業を引き継ぐものです。	市・介護保険サービス事業者等
訪問型サービスD	移動支援サービスです。移送前後の付き添い支援や通所型サービスの送迎を行うものです。	住民主体の自主活動

■通所型サービス

種別	取組内容	提供主体
通所介護 相当サービス	介護保険給付から地域支援事業に移行した通所介護事業で、デイサービスセンター等で生活機能の向上のための機能訓練などを行うサービスです。	介護保険サービス事業者
通所型サービスA	運動やレクリエーションを中心としたミニ・デイサービスで、指定事業者による通所介護を緩和した基準によるサービスです。	NPO法人や民間事業者を指定又は委託
通所型サービスB	身近な地域に体操や運動等の活動場所等を設置するものです。	住民主体の自主活動
通所型サービスC	保健・医療の専門職が、生活機能の改善や運動器の機能向上、栄養改善等のプログラムを教室や講座の形で実施します。従来の介護予防教室を引き継ぐものです。	市・介護保険サービス事業者等

施策6：介護保険外の在宅福祉サービスの充実

日常生活において介助を必要としている人とその家族が地域で安心して生活していくために在宅福祉サービスを実施しています。

今後も必要な支援を続けるとともに、ニーズの変化等に応じたサービスの多様化を模索します。

（１）在宅福祉サービスの充実

①外出支援サービス事業

一般の公共交通機関を利用することが困難な高齢者や心身に障がいがある人に対し、送迎用車両（リフト付等）を使用して医療機関及び院外薬局への送迎を行います。

また、顕在化しつつある高齢者の日常生活維持に伴う移動手段の確保については、地域の実態把握を進めるとともに、地域公共交通会議にて公共交通網の検討をしていただけよう連携に努めます。

②訪問理美容サービス事業

寝たきり高齢者等の清潔保持とリフレッシュのために、居宅で理美容サービスが受けられるよう、理美容師の出張に要する費用の一部を助成します。

③あんしん見守りシステム事業

固定電話の回線に双方向通信装置を設置することで、24 時間 365 日専門スタッフが常駐するセンターとつながり、事前に登録をしている近隣協力員の協力を得ながら緊急時の対応や日常の健康に関する相談等を行うことができるシステムで設置の補助を行います。

④高齢者等除雪対策事業

自力で除雪が困難な高齢者世帯等に対して、敷地内の歩行を可能とする除雪、住居屋根の雪下ろし作業に対する費用の一部を助成します。（日吉・美山地域）

⑤食の自立支援サービス

一人暮らし高齢者や高齢者世帯、又は心身に障がいがある人で調理が困難な人を対象に食事を定期的に提供するとともに、配達時には利用者の安否確認を行います。

⑥はり・灸・マッサージ施術費補助事業

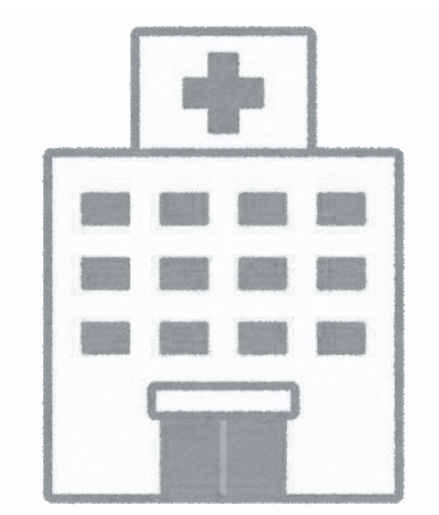
市内の視覚障がい者の経営する施術院で、はり・灸・マッサージの施術を受けたときに、その費用の一部を助成します。

⑦住宅改修支援事業

住宅改修に関する相談助言・情報提供・連絡調整等の実施、住宅改修費の支給申請に係る書類の作成経費の助成を行います。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
外出支援サービス延べ利用件数	11,392 件	11,160 件	12,000 件
訪問理美容サービス延べ利用件数	35 件	36 件	35 件
あんしん見守りシステム設置者数	95 人	97 人	95 人
高齢者等除雪対策事業登録者数	186 人	181 人	190 人
食の自立支援サービス延べ提供食数	33,168 食	32,906 食	34,000 食
はり・灸・マッサージ事業助成件数	157 件	128 件	100 件
住宅改修支援事業助成件数	13 件	12 件	10 件



(2) 家族介護者の支援

①介護用品支援事業

在宅で要介護4及び5に認定されている高齢者を介護している家族に対して、紙おむつや尿とりパッド等の購入費を一定の条件のもとに助成します。

②家族介護者交流事業

在宅で寝たきりや認知症の高齢者等を常時介護している介護者を対象に、介護者の心身の元気回復を図るため、講演会や介護者交流会を開催するなど、介護者同士の交流を深めるとともに、より多くの方が参加しやすい形態を模索していきます。また、家族会の自主的な活動に対して、補助金を交付し運営を支援します。

③家族介護慰労事業

在宅で重度の要介護者を介護している家族を対象に一定の要件を満たす場合に慰労金を支給します。

■実績

項 目	実 績		
	平成30年 (2018年)度	令和元年 (2019年)度	令和2年 (2020年)度 (※見込値)
介護用品支給事業助成世帯数	15世帯	14世帯	15世帯
家族介護慰労事業助成件数	14世帯	13世帯	15世帯



施策 7：住まい・生活の場の支援

地域包括ケアシステムの実現に向けては、高齢者が心身の状況に応じて、安心して日常生活が送れる住まいの選択ができる環境整備が必要となります。

このため、住み慣れた自宅において、安心して暮らし続けられるよう支援するほか、心身や環境の変化に伴う住み替えの際に、選択肢となる施設やサービス等の情報提供を行います。

（１）住まいの選択に関する支援

本市においては、持家が中心であることから、住み慣れた地域に可能な限り住み続けられるよう、住宅改修を中心とした在宅生活の支援を進めます。

また、特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム等の介護保険施設や居住系サービス、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者の住まいについて、幅広く情報収集を行い、国や府・事業者との連携を図りながら、本市における住まいのあり方を検討するとともに、利用者ニーズに合った住まいの選択が可能となるよう、適切な情報提供に努めます。

（２）介護保険施設以外の高齢者施設等の整備

①養護老人ホーム

65 歳以上の高齢者であって、環境上の理由や経済的な理由により在宅での生活が困難な高齢者が入所するための施設として養護老人ホームが整備されています。

本市内に整備されている養護老人ホームは、外部サービス利用型施設であるため、特定施設サービス計画に基づき、介護サービス事業所の提供するサービスを受けることができます。

今後も入所者のニーズに合ったサービス提供に努めます。

②軽費老人ホーム（A型・B型）

家庭環境、住宅事情等により在宅での生活が困難な高齢者が、低額で利用できる施設です。A型は収入が利用料の2倍程度以下であること、B型は、食事の提供がなく自炊ができることという入所の条件があります。

今後も、自立生活がやや困難な高齢者が、少ない費用負担で見守りや食事のサービス提供を受けることができ、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう介護保険の在宅サービスと連携を図りながらサービスの提供に努めます。

③軽費老人ホーム（ケアハウス）

高齢者が訪問介護等の介護保険の在宅サービスを利用しながら、居住性とケアに配慮し、自立した生活を確保するための施設です。今後も介護保険の在宅サービスとの連携を図りながら、サービス提供に努めます。

また、「高齢者あんしんサポートハウス」については、現在、園部圏域に1施設（定員30人）が整備されていますが、さらに定員30人を増設し、高齢者の住まいの充実を図ります。

④サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

サービス付き高齢者向け住宅は、見守り、生活相談等のサービスを受けられるバリアフリー化された賃貸住宅です。そこで提供をされる介護保険サービスは、特定施設入居者生活介護の適用を受けるものと在宅サービスとして提供されるものに分かります。

利用を希望している人が安心して利用することができるよう施設に関する情報提供に努めていきます。

■整備計画

サービス種別	現 状	計 画（定員数の増減）			計 画
	令和2年 (2020年)度末	令和3年 (2021年)度	令和4年 (2022年)度	令和5年 (2023年)度	令和5年 (2023年)度末
養護老人ホーム	32人	新たな整備は見込まない			32人
軽費老人ホーム (A型・B型)	50人	新たな整備は見込まない			50人
軽費老人ホーム (ケアハウス)	218人	新たな整備は見込まない			248人
うち、高齢者あんしん サポートハウス	30人	新たな整備は見込まない		30人	60人
サービス付き高齢者向け住宅	59人	新たな整備は見込まない			59人
うち、特定施設入居者生活 介護の指定を受けた施設	59人	新たな整備は見込まない			59人

施策 8：高齢者の安心・安全の確保

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるため、防火・防災、防犯、交通安全対策等、高齢者に配慮した社会環境の整備に努めます。

特に、近年台風等による風水害が多発しており、地震による大きな被害も予想されていることから、災害時要配慮者に対する体制の整備を行います。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、高齢者に対する感染症対策について改めて検討します。

（１）防災対策・災害時の支援体制の構築

災害時に何らかの支援や配慮が必要な人を登録した「災害時要配慮者支援台帳」などを活用し、南丹市消防団や自主防災組織をはじめ、各関係機関・団体等との連携のもと、安否確認や避難誘導體制などの支援体制づくりを進めるとともに、避難情報の確実な伝達、避難場所の確保、防災意識の醸成など、災害時における高齢者への支援の充実に図ります。

また、介護事業所等における避難訓練の実施、物資の備蓄状況や災害に関する計画の定期的な確認を促すなど、日頃から介護事業所等との連携に努めます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
災害時要配慮者支援台帳登録者数 (※)	1,851 人	1,840 人	1,569 人
対象者数に対する登録率	35.8%	37.2%	32.8%

(※) 登録要件「65 歳以上の一人暮らし高齢者」「75 歳以上のみで構成される世帯の者」「要介護 3・4・5 の認定を受けている者」に該当する登録者数の合計



（２）感染症への対策

インフルエンザやノロウイルスをはじめとした感染症への対策については、以前から予防啓発に取り組んでいますが、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大を受けて、今後の備えと対応の体制整備について、改めて検討を進めます。

特に、感染症に対する備えとして、介護事業所等における訓練や研修の充実、代替サービスの確保に向けた連携体制の構築を検討します。また、感染症対策のために外出や交流を控える高齢者も少なくないことから、安心して通いの場を開催できるよう、最新の感染症予防対策等の情報提供を行います。

あわせて、高齢者の健康や命を守るため、感染拡大防止策の周知啓発を行います。

（３）防犯・消費者被害対策

特殊詐欺事件の標的とされるなど、高齢者が被害者となる事件が多くなっています。高齢者が安心して生活できる社会環境をつくるために、南丹警察署や関係機関等と連携を強化するとともに、地域住民や自治会、老人クラブ、民生児童委員協議会、社会福祉協議会等が協力し地域ぐるみで日頃から声かけを行うなど見守りネットワークの構築に努めます。

（４）高齢者の交通安全対策

高齢者の活動の機会が増加するとともに、高齢者が交通事故にあう機会が増加しているため、南丹警察署や関係機関等と連携して、一層の交通安全の啓発に努め、交通事故防止を推進します。

近年、高齢者の増加に伴い、高齢者の交通事故が増加しています。そのため、自動車運転免許証を自主返納した高齢者に対しての支援などについて、関係部局と検討を進めていきます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
自動車運転免許証を自主返納した高齢者数	95 人	148 人	130 人

基本目標４：健康で生き生きと暮らせるまちづくり

施策９：健康づくり・介護予防の推進

高齢者が、いつまでも健康で幸せに暮らせることが、何よりも大切です。心身の健康を維持・増進し、介護が必要な状態になることなく、生き生きと人生を送ることができるように、健康づくりと介護予防を推進します。

（１）健康管理・健康づくり

高齢者は有病率も高くなり、病気とうまく付き合っていくことが重要です。本市では、市民の健康増進を支援するため、「南丹市健康増進・食育推進計画」に基づき、「健康寿命の延伸」を図るため、市民が健康づくりと生活習慣病予防のための正しい知識等を身につけ、健康づくりに取り組めるように、各種健康診査・がん検診を実施しています。

今後ますます認知症の人の増加が予想される中、その原因となる脳血管疾患の発症予防・重症化予防のために、各種健康診査の受診を呼びかけるとともに、健康教育・健康相談で生活習慣の改善や早期発見の方法などを広く周知していきます。

■実績と目標

項 目	実 績			目 標		
	平成 30 年 (2018 年)度	令和元年 (2019 年)度	令和 2 年 (2020 年)度 (※見込値)	令和 3 年 (2021 年)度	令和 4 年 (2022 年)度	令和 5 年 (2023 年)度
特定健診受診率 40～74 歳	45.4%	44.9%	40.0%	54.0%	57.0%	60.0%
すこやか健診受診率 75 歳～	24.7%	25.9%	20.0%	28.0%	29.0%	30.0%
胃がん検診受診率	11.2%	10.9%	10.0%	30.0%	40.0%	50.0%
肺がん検診受診率	13.6%	14.0%	12.0%	30.0%	40.0%	50.0%
大腸がん検診受診率	13.9%	14.2%	12.0%	30.0%	40.0%	50.0%
乳がん検診受診率	31.7%	29.9%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%
子宮がん検診受診率	26.4%	25.9%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%
健康教育 回数 人数	34 回 730 人	34 回 560 人	30 回 130 人	—	—	—
健康相談 回数 人数	49 回 512 人	39 回 233 人	12 回 90 人	—	—	—

(2) 介護予防・重度化防止の推進

①介護予防普及啓発事業

高齢者が元気で自立した生活を続けていくため、健診結果報告会、サロン活動等で、保健師・栄養士等による生活改善のアドバイスを実施します。また、市民自らが主体的に介護予防に取り組めるよう支援します。

②地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組の機能強化を図るため、通所・訪問リハビリテーション、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民による通いの場等で、理学療法士などリハビリテーションの専門職による助言が得られるように関係機関との連携等により体制づくりに取り組み、介護予防の強化を図ります。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
各種運動教室・体力測定	29 回 645 人	28 回 499 人	26 回 120 人
後期高齢運動教室	102 回 1,719 人	98 回 1,707 人	98 回 1,460 人
健康教育・健康相談 (出前講座・結果報告)	114 回 3,435 人	64 回 1,411 人	12 回 120 人
介護予防サポーター養成講座	1 回 25 人	1 回 23 人	1 回 7 人
住民主体の体操教室	8 箇所	9 箇所	10 箇所

（３）後期高齢者の特性を踏まえた健康づくり（保健事業と介護予防の一体的事業）

高齢化が進行しており、特に後期高齢者の増加が顕著となっています。

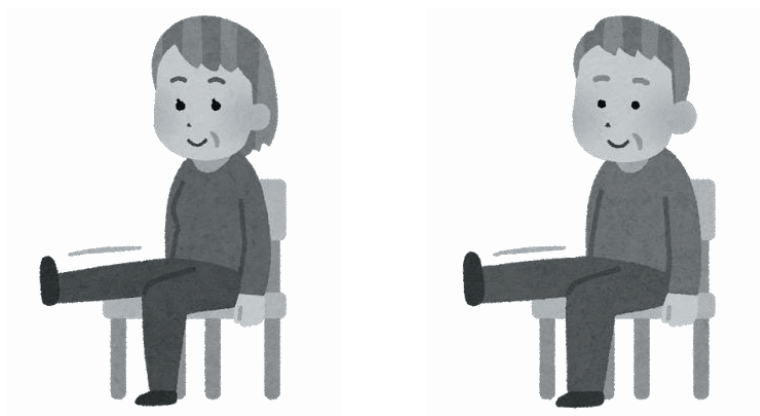
後期高齢者医療広域連合による医療面の健康支援と、市町村の行う介護や保健サービスとの連携が求められる中、令和２年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を行っています。

①後期高齢者の健康課題を把握した個別支援

健診・医療・介護のデータや後期高齢者の質問票等から健康課題を把握し、低栄養、筋力低下、口腔機能低下等による心身の機能低下の予防、生活習慣病等の重症化予防を行うため、かかりつけ医と連携しながら訪問相談・保健指導を実施します。

②通いの場等での健康教育・健康相談

地域の健康課題をもとに、通いの場等においてフレイル[※]予防の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等の健康教育・健康相談を実施します。また、通いの場等における取組において把握した高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨等を行います。



※ フレイル：健康な状態と要介護状態の中間に位置する状態のこと。体重や筋肉量の減少を主な原因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下などの虚弱に近い状態をいいますが、適切な治療や予防を行う事で要介護状態に進まずにすむ可能性があります。

施策 10：高齢者の社会参加などによる生きがいの推進

「人生 100 年時代」ともいわれるようになり、高齢期を自分らしく生き生きと過ごすことは、個人にとっても、社会にとっても、大切なことです。

初老期の過ごし方が高齢期にも影響することから、一人ひとりがどこかで、誰かと関わりながら、生涯を通じて活躍できるように、社会参加を促進します。

（１）生きがいの支援

①高齢者の学習機会の提供

60 歳以上の市民を対象とした生涯学習講座「さくら楽習館」を開設し、市内各地域の社会教育施設を利用しながら、充実した講座を計画、実施しています。心身ともに健康で生きがいと喜びに満ちた生活が送れるよう、学習機会の提供と地域活動に参加できる仕組みづくりを推進していきます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
さくら楽習館参加者数	385 人	106 人	30 人

②老人クラブ活動の支援

老人クラブは、地域を基盤に結成された自主的な組織であり、仲間づくりを通して、自らの健康づくり、文化・スポーツ活動、社会福祉活動、寝たきり老人等への家庭訪問等のボランティア活動など、様々な取組を展開しています。

今後、超高齢化社会が進む中で、高齢者自身が地域活動の担い手としての役割を果たすことや、老人クラブが主体となった健康増進活動の場等を企画・運営することが期待されます。

このような老人クラブの活動に対し必要な支援を行い、高齢者の積極的な社会参加と生きがいを促進します。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度
南丹市老人クラブ連合会加入単位クラブ団体数	90 団体	90 団体	82 団体

③高齢者福祉センターの活用

健康福祉の拠点として、健康の増進、教養の向上及びレクリエーションのための総合的施設で、60歳以上の高齢者を対象に利用いただく施設として、「こむぎ山健康学園老人福祉センター（園部町）」、「八木老人福祉センター（八木町）」、「美山高齢者コミュニティセンター（美山町）」の3箇所を設置しています。

高齢者が集い、憩い、介護予防などのより一層の推進を目指し、サークル活動への場の提供や高齢者のニーズに応じた講座を展開する等、高齢者同士が交流を深めることができるとともに、今後は健康づくり等の介護予防に重点を置くなど、事業内容の充実に努めます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
こむぎ山健康学園利用者数	2,397 人	3,515 人	2,800 人
八木老人福祉センター利用者数	10,495 人	10,115 人	8,000 人
美山高齢者コミュニティセンター利用者数	5,422 人	4,466 人	3,200 人

（２）高齢者の就業機会の拡大

①シルバー人材センター

高齢者の方に就業機会を提供することにより、高齢者の社会参加を促進することを目的として設置されたシルバー人材センターに対して、運営補助金を交付します。

また、会員組織活動の強化、事務局機能の強化、生活支援サービスの拡大やそれに向けての技能講習の充実等、自主的な活動を支援し、高齢者が活躍できる場の確保につなげます。

あわせて、本市では福祉サービス提供事業所としても重要な位置を占めており、今後も連携を深めながら、サービス提供体制の確保に努めます。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
シルバー人材センター登録者数	642 人	641 人	646 人

(3) ボランティア等活動の支援・連携

①ボランティア人材の育成・発掘、情報提供

社会福祉協議会が行っているボランティア事業への支援や人材育成・発掘等の支援を行いつつ、高齢者が積極的に参加できるよう情報提供を行っています。

②サロン活動の推進

社会福祉協議会より委嘱を受けたふれあい委員や民生児童委員等が中心となって地域でのサロン活動を充実させており、身近な居場所づくりとして、これらの活動を支援します。

■実績

項 目	実 績		
	平成 30 年 (2018 年) 度	令和元年 (2019 年) 度	令和 2 年 (2020 年) 度 (※見込値)
社会福祉協議会登録ボランティア数	1,273 人	1,287 人	1,075 人
社会福祉協議会登録サロン数	129 件	122 件	116 件



基本目標5：介護保険サービスを利用して安心して暮らせるまちづくり

施策11：介護サービスの確保方策

さらなる高齢化の進行に伴い、要介護認定者や介護サービス利用者の増加が見込まれる中、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも暮らしていくためには、施設・居住系サービスをはじめ、在宅サービスの充実など、必要な介護サービスの確保が求められています。

また、各サービスのうち、市町村が指定・指導監督権限をもつ地域密着型サービスは、その市町村の住民のみが身近な地域で利用できるサービスとして、整備を推進してきました。

一方、中長期的な視点では、高齢者の人数は減少傾向にあるため、本市の将来を見据えた介護サービス基盤の整備を図ることが必要です。

市全域及び日常生活圏域におけるサービス供給体制、要介護認定者の推移、必要サービス量等の状況を踏まえ、第8期計画期間では次のとおり介護サービス基盤の整備に努めます。

（１）施設・居住系サービス

施設系サービスは、第8期計画期間では介護老人福祉施設、介護老人保健施設について、本市内での新たな整備計画はありませんが、既存施設でのサービスの一部転換による介護老人福祉施設の増床が予定されており、サービスの充実、待機者の改善につなげていきます。

また、介護医療院、介護療養型医療施設は本市にはないものの、近隣施設での利用状況等を踏まえ、必要なサービス量の確保に努めます。

居住系サービスは、第7期計画期間において特定施設入居者生活介護の整備が一定数されたことから、本計画期間での整備・増床は見込まないこととします。

入所者・入居者に対するサービスの質的向上を図るため、京都府等と連携しながら引き続き事業者の取組を支援します。

〈地域密着型サービス〉

第8期計画期間における施設・居住系サービスの新たな整備・増床は見込んでいません。

（２）在宅サービス

在宅サービスは、居宅での生活を支えるサービスとして、必要なサービス量の確保を目指すとともに、各日常生活圏域においてバランスよく介護資源が整備されるように努めます。

在宅介護の中心となる通所介護（デイサービス）については、第８期計画期間に日吉圏域（胡麻地区）で１事業所の整備が予定されており、サービス供給体制の充実を図ります。なお、市全域及び各圏域におけるサービスの利用状況や供給状況等を踏まえ、他の新規事業所の整備は見込んでいませんが、事業所や利用者ニーズに変化が生じた場合など、状況に応じて新たな事業所整備を検討します。

また、訪問系のサービスを中心に、サービスの利用状況を把握しながら、必要に応じて既存事業者によるサービスの拡充や新規参入を促進等より、サービスの安定的な供給に努めます。

〈地域密着型サービス〉

要介護者認定を受けた高齢者等が、住み慣れた地域でいつまでも生活をしていくためには、24時間365日の在宅生活を支えるサービスの充実が必要です。そのため、「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を組み合わせ提供する小規模多機能型居宅介護の役割は、非常に大きいと思われます。

現在、園部圏域に２事業所、日吉圏域に１事業所が整備されています。第８期計画期間では、美山圏域（知井地区）で１事業所の整備が予定されており、未整備である八木圏域においても新規参入を促し、市内の全ての圏域においてサービスの供給ができるよう、体制の強化に取り組みます。

また、夜間を含め24時間安心して在宅生活が継続できるよう、夜間対応型訪問介護など夜間帯にも対応した訪問系サービスについて、新規参入の誘導に努めます。

定員が18人以下の地域密着型通所介護（デイサービス）の整備については、通所介護（広域型：定員が19人以上）等の通所系サービスの利用状況、整備見込みを含め一体的に検討する必要があります。市全域及び各圏域におけるサービスの利用状況や供給状況等を踏まえ、他の新規事業所の整備は見込んでいませんが、事業所や利用者ニーズに変化が生じた場合など、状況に応じて新たな事業所整備を検討します。

施策 12：介護給付の適正化

介護給付の適正化は、適正な要介護認定と給付に取り組むことにより、介護保険制度の信頼を高め、持続可能な制度の構築に資するものです。本市では、介護サービスの質の向上や利用者の自立支援に向けた適切なサービスの提供などに努めます。

（１）介護保険制度の理解の醸成

高齢者だけではなく幅広い年齢層に介護保険制度の周知を図り、保険料などの費用負担の仕組みについても市民の理解を深めるため、ガイドブック等を全戸配布するとともに、市の広報誌やホームページ・ＣＡＴＶ等の活用、出前講座の実施など、様々な面から広報活動に取り組みます。

（２）適正な認定調査と認定審査の実施

①認定調査・資料内容点検

調査員に対して、定められた調査方法や判定基準での認定調査・特記事項の記載を徹底するため、定期的に研修を実施し、調査員としての資質向上に努めます。

また、認定審査会資料である認定調査結果と主治医意見書は、市職員により全て事前に確認を行い、適正な認定審査が円滑に実施されるよう取り組みます。

②適正な介護認定審査会の運営

認定審査は、その審査結果が被保険者のサービス利用に影響し、保険給付の基準にもなるため、適正に行われる必要があります。本市の介護認定審査会は４つの合議体により構成されており、認定審査はそれぞれの合議体で実施しています。定められた手法及び基準により審査判定がなされるよう、研修や委員相互の意見交換などの機会を設け、認定審査の平準化や適正な介護認定審査会の運営に努めています。

（３）介護給付等の適正化への取組及び目標設定（介護給付適正化計画）

①要介護認定の適正化

適切かつ公平な要介護認定の確保のため、認定調査後の内容点検等の実施を通じて適正化を図ります。

②ケアプランの点検

研修等を通じてケアマネジャーや点検に携わる職員の能力向上を図るとともに、点検の実施を通じて受給者が必要なサービスの確保を図ります。

また、事業所やケアマネジャーに対し、定期的なケアプランの自主点検を促します。

③住宅改修等の点検

住宅改修や福祉用具を必要とする受給者の実態確認や見積書の点検、現地調査の実施を通じて、受給者に必要な生活環境の確保、給付の適正化を図ります。

また、入院からの在宅復帰時に住宅改修等への助言を求めるなど、リハビリテーション専門職等の関与を強化し、より効果的な生活環境の実現を目指します。

④医療情報との突合・縦覧点検

医療保険情報の突合点検・介護報酬支払情報の縦覧点検の実施を通じて、誤請求・重複請求などを排除し適正な給付を図ります。

⑤介護給付費通知

介護サービスの利用状況や給付額等を通知することにより、受給者や事業者に対しサービスの利用状況の確認を促し、適切なサービスの提供に努めます。

⑥給付実績の活用

給付実績と要介護認定に係るデータを活用し、提供されたサービスが適切なものであったかをケアマネジャーや介護サービス事業所と共同で確認することにより、給付の適正化を図ります。

■実績と目標

項 目		実 績			目 標		
		平成 30 年 (2018 年)度	令和元年 (2019 年)度	令和 2 年 (2020 年)度 (※見込値)	令和 3 年 (2021 年)度	令和 4 年 (2022 年)度	令和 5 年 (2023 年)度
認定調査 事後点検	件数	1,835 件	2,202 件	1,700 件	2,200 件	2,200 件	2,200 件
	実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ケアプラン 点検	事業所数	5 箇所	8 箇所	6 箇所	6 箇所	7 箇所	7 箇所
	自主点検 実施率	—	—	—	30%	50%	80%
住宅改修・ 福祉用具 (購入・貸与) 点検	実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	現地調査	—	—	—	5 件	5 件	5 件
	リハビリ 専門職の 関与件数	—	—	—	5 件	10 件	15 件
医療情報との突合		12 回	12 回	12 回	12 回	12 回	12 回
縦覧点検回数		12 回	12 回	12 回	12 回	12 回	12 回
介護給付費通知		—	—	—	1 回	1 回	1 回
給付実績の活用回数 (市介護給付適正化支 援システム)		4 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回

(4) 介護サービスの質の向上

① サービス事業者への指導・助言

利用者に適切なサービスが提供されサービスの質の維持・向上を図るためには、事業者に対し指定基準・運営基準等の遵守を徹底するとともに、保険者の立場から指導・助言を行うことが重要です。

そのため、京都府や関係機関と連携しながら、事業者への実地調査などを行い、事業者による不正の防止と適正なサービスを提供できる体制づくりに努めます。

また、地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所については市町村が指定・指導監督権限を有しているため、利用者に対し、適切でよりよいサービスが提供されるよう事業者との連携を深め、積極的に情報提供などの支援・助言を行い、事業者への実地調査も行いながら指導・監督を行います。

■実績と目標

項 目	実 績			目 標		
	平成 30 年 (2018 年)度	令和元年 (2019 年)度	令和 2 年 (2020 年)度 (※見込値)	令和 3 年 (2021 年)度	令和 4 年 (2022 年)度	令和 5 年 (2023 年)度
指導事業所数	6 箇所	9 箇所	2 箇所	7 箇所	8 箇所	7 箇所
集団指導実施回数	0 回	1 回	1 回	2 回	2 回	2 回

② ケアマネジャーの育成、質的向上

地域包括支援センターを中心にケアマネ連絡会等で事例検討や専門的な研修を行ってきました。しかしながら、ケアマネジャーが抱える課題は多岐にわたり、相談できる窓口の整備が求められています。

今後もケアマネジャーのニーズをくみ取りながら、研修会等を開催するとともに、ケアマネジャーの育成と質的向上のため、地域包括支援センター等の関係機関と連携しながら、支援に努めます。

■実績と目標

項 目	実 績			目 標		
	平成 30 年 (2018 年)度	令和元年 (2019 年)度	令和 2 年 (2020 年)度 (※見込値)	令和 3 年 (2021 年)度	令和 4 年 (2022 年)度	令和 5 年 (2023 年)度
ケアマネ連絡会 実施回数	6 回	4 回	2 回	4 回	4 回	4 回
ケアマネ研修会 実施回数	2 回	1 回	0 回	2 回	2 回	2 回

③介護サービス相談員の派遣によるサービスの質の向上

介護サービス相談員養成研修を受講した相談員を、希望があったサービス事業所に派遣し、利用者の話を聞くことで疑問や不満、不安の解消を図るとともに、利用者とサービス提供事業者との橋渡しを行います。

また、相談員の資質向上のために、定期的な研修受講や、派遣事業所関係者との意見交換会の開催、他市町の相談員と交流するなど相談員業務が充実するよう取組を進めます。

■実績と目標

項 目	実 績			目 標		
	平成 30 年 (2018 年)度	令和元年 (2019 年)度	令和 2 年 (2020 年)度 (※見込値)	令和 3 年 (2021 年)度	令和 4 年 (2022 年)度	令和 5 年 (2023 年)度
派遣事業所数	9 事業所	9 事業所	9 事業所	9 事業所	10 事業所	11 事業所
派遣回数	138 回	130 回	24 回	144 回	156 回	168 回

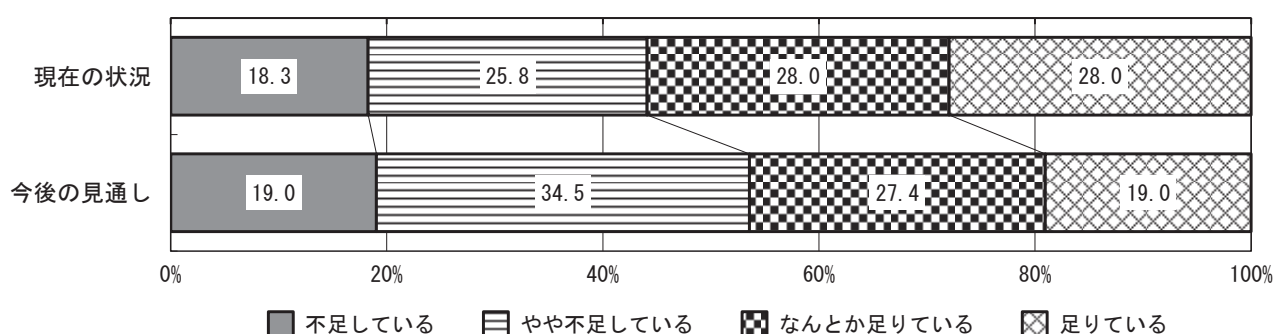


施策 13：介護サービス従事者の人材確保

本市の介護保険事業者においても、介護サービス従事者の確保が課題となっています。

特に、現状で訪問介護員や介護職員が不足していると感じている事業者が多く、今後の見通しについても悲観している事業者が多いなど、事業を運営する上で大きな課題となっています。

介護保険サービスの安定的な提供のためにも、介護サービスに従事する人材の確保と資質、職場環境の向上を進めていきます。



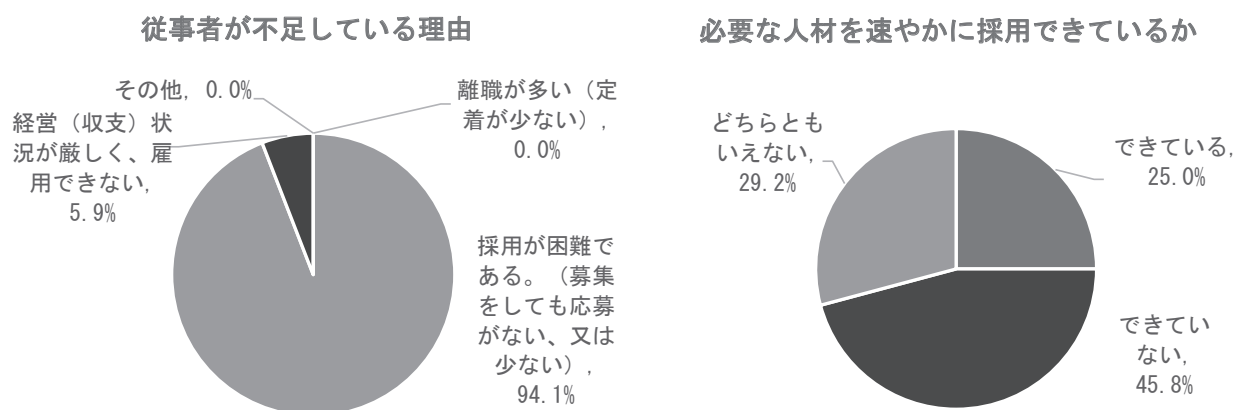
（１）介護サービス従事者の人材確保

①採用活動の支援

多くの介護保険事業者が、様々な手段により職員募集を行っているにもかかわらず、それに対する応募がない、あるいはあっても少ない状況であり、人材の確保が厳しい状況にあります。

また、人材確保のため採用活動を行っても、約半数の事業者で必要な人材を速やかに採用できていない状況です。

このような状況を鑑み、本市では、多様な従事者の確保を目的とし、介護保険事業者の採用活動を支援するための新たな支援制度の創設を検討します。



②人材の掘り起こし

本市では、介護保険事業者の人材不足の解消を目的に、「介護職員初任者研修受講者支援事業」を実施し、研修修了者が市内事業所に一定期間勤務することを条件として、研修受講費用の一部を助成しています。

今後、「介護福祉士実務者研修」等、対象となる研修を拡大することにより、市内に潜在する介護の担い手の掘り起こしを進めます。

また、本事業を活用し、市内の介護保険事業者への就職を支援することにより、介護サービス従事者の確保につなげていきます。

③関係機関との連携

介護人材確保の取組について、より効果的かつ事業者ニーズに応えられるよう、市内事業者との連携を強化するとともに、事業者の意向も踏まえた施策の実現を目指します。

そして、市内事業所への就職を促すための就職説明会や介護現場での雇用に向けた再研修の実施、再就職準備資金の貸出など、京都府や福祉人材・研修センター、ハローワーク等の関係機関と連携し、介護人材確保の取組を支援します。

また、福祉を支える中核的人材の育成や、人材育成に取り組む事業所を分かりやすく紹介するため、市内の介護保険事業者等に対し、京都府が実施している「きょうと福祉人材育成認証制度」への登録や、認証取得への取組を啓発・促進します。

（２）やりがいのある職場づくり

①人材育成

各事業所では、採用した従事者を研修等に参加させたり、あるいはその費用を支援したりするなど、様々な取組により人材育成に努めておられます。

本市では、このような市内事業者に対し、「介護職員処遇改善加算」の取得を後押しし、人材育成に向けた取組を支援するとともに、市内で働く介護従事者が、本人の能力や役割分担に応じたキャリアパス※の道をつくるために必要な研修等を受講するための支援制度の創設を検討します。

※ キャリアパス：ある職位や職務に就任するために必要な業務経験とその順序、配置移動のルートの総称。つまり、キャリアアップの道筋のこと。

②職場環境の整備

介護の職場は、高齢者の生活に直接関わることから、大きな責任を負う職場でもありますが、実際に従事されている方は人との触れ合いや奉仕の精神により、仕事にやりがいを感じて働いておられます。

こうしたことから、小中学校をはじめとした教育機関や関係機関等と連携を図り、これまでの介護現場のイメージを改善する取組を進めていきます。

また、介護ロボットや ICT※を活用し、労働負担の軽減や業務効率の向上を図るための支援策を講じることにより、介護従事者が継続して就労できるための環境を整えます。



※ ICT : 「Information and Communication Technology」の略で、「情報通信技術」と訳される。
IT (「Information Technology」) は「情報技術」そのものを指すものとして使われるのに対し、ICT は「情報技術」を使って人とインターネット、人と人がつながる技術を指すものとして使われる。