

第6章 地域で支え合い、住み慣れたまちで暮らせるために

いつまでも元気で自立した生活を送ることを多くの高齢者が望んでいます。病気や心身の老化に伴い、生活支援を受けることになっても、個人が可能な限り持てる力を発揮し、充実した生活を送ることが望まれます。

高齢者が必要とする支援としては、行政が行う事業や介護保険サービスだけではなく、住民同士の支援や見守りなど生活する上での、きめ細かいサービスも求められています。

高齢者の生活全般を支援するためには、行政が行う福祉サービスの充実はもとより、高齢者自身の自立への取組みや住民相互の支え合い、地域の関係機関のネットワークの強化を図ることが必要です。これらの取組みを充実することで住み慣れたまちで暮らし続けることができる仕組みの構築を目指します。

1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり

介護予防期は、高齢者が要介護・要支援状態となることを予防し、たとえ、介護認定を受けても、閉じこもりや心身機能の悪化の防止に取り組み、生き生きと生活できることを目標にしています。そのため、高齢者の生活の質を向上させることで、地域の中で、最後までその人らしく、豊かな人生を送るという視点を持って行います。

高齢者が住みなれたまちで暮らし続けることができることを目指す、地域包括ケアシステムにおいて、介護予防期を支える取組みとして介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が開始されました。高齢者が要支援・要介護状態となることを防ぐ介護予防の取組みや、地域の中で住民が相互に支え合い、生きがいや役割を持って生活できるような生活支援体制の構築を進めています。

高齢者の多様なニーズに対応するさまざまな生活支援の充実を図りつつ、高齢者が日常生活での活動を広げ、生涯現役で住み慣れたまちで活躍できるための取組みを支援していきます。

目 標

多様なライフスタイルに合わせた介護予防・生活支援の環境を整備します

(1) 現 状

① 一般介護予防事業（総合事業）

一般介護予防事業の対象者は、65歳以上のすべての高齢者です。

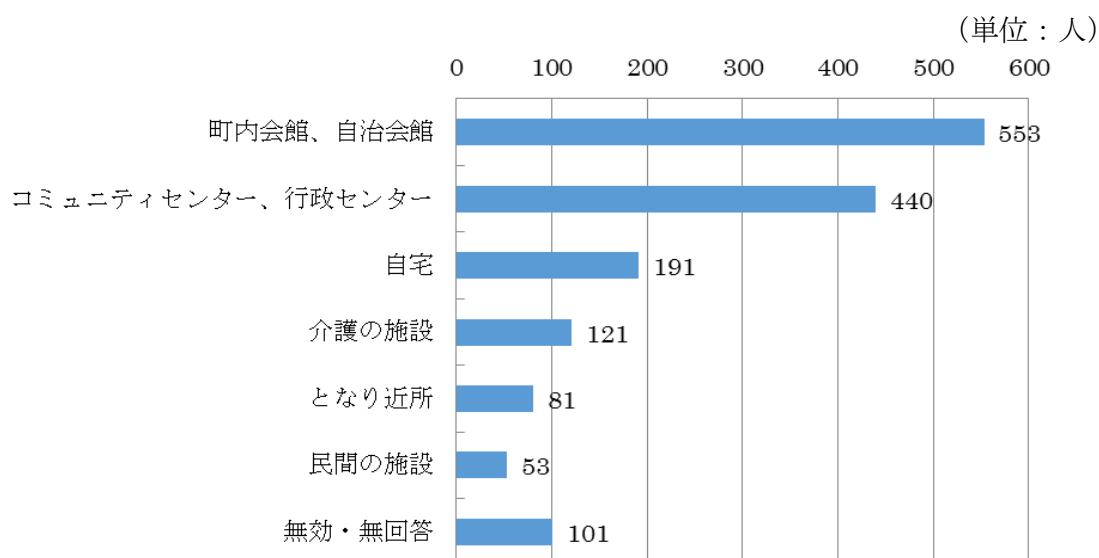
ア 地域介護予防活動支援事業

高齢者福祉に関するアンケート結果によると介護予防の取り組みを行いたい場所として、町内会・自治会館、コミュニティセンター・行政センターの順に多くなっています。

地域における介護予防活動を支援するため、町内会などからの依頼で、保健師・管理栄養士・理学療法士を派遣して健康教育を実施しています。

また、地域包括支援センターが、町内会館など身近な会場で、介護予防教室（地域型介護予防教室・地域の底力アップ教室）を開催しています。

図表48 介護予防の取り組みを行いたい場所（複数回答）



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数1,143人）

その他、地域に介護予防活動を広めるボランティアとして、介護予防サポーターを、平成21年度から平成28年度の間に1,040人養成しました。

介護予防サポーターは、地域のふれあい・いきいきサロンや老人会などで、健康体操やレクリエーションなどを実施し、高齢者が身近なところで介護予防活動を継続的に行えるよう活動しています。

また、介護予防サポーター養成後にフォローアップ講座を開催し、サポーターの地域活動を支援しています。

図表49 介護予防サポーター養成者数

区 分	平成21~25年度 の計	平成26年度	平成27年度	平成28年度	計
介護予防サポーター 養成者数（実人数）	654人	204人	110人	72人	1,040人
フォローアップ研修 受講者数（延人数）	480人	294人	372人	369人	1,515人

※フォローアップ研修については平成24年度から実施しています。

イ 介護予防普及啓発事業

高齢者福祉に関するアンケート結果では、参加したい介護予防の取り組み内容として、筋力トレーニングや体操に関するニーズが高く、次いでもの忘れ予防、3番目が栄養バランスの良い食事についてとなっています。

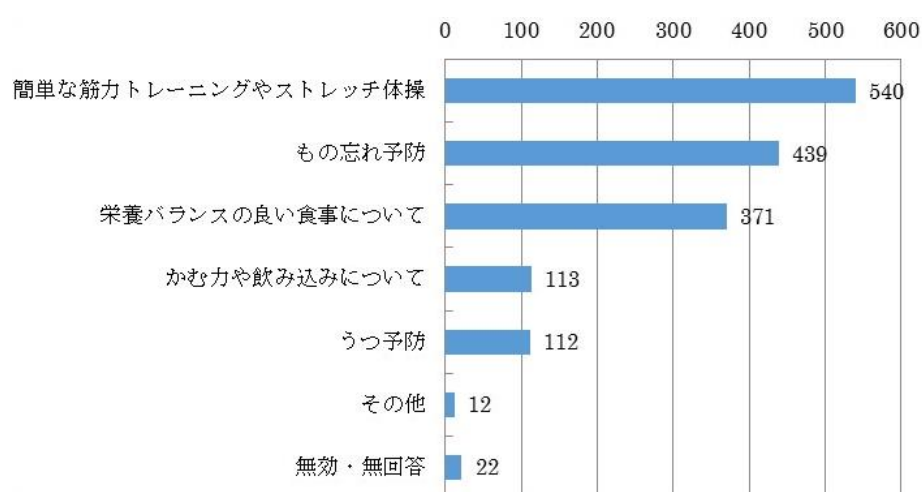
介護予防の知識を普及啓発するために、一般高齢者を対象に入門介護予防講座、認知症予防講座、うつ予防教室をコミュニティセンターなどで開催しています。

また、地域包括支援センターは、地域の町内会・自治会や地区社会福祉協議会などが行う、介護予防活動への取り組みに対して支援しています。

その他、「年齢に関係なく生涯にわたって社会に参画し続け、生きがいを持って活躍でき、長寿を喜べる社会」の実現を目指して、市役所の関係部局が連携する生涯現役プロジェクトを、平成26年度から取り組んでいます。介護予防普及啓発の面では、生涯現役イベントの中で講演会を開催したり、コミュニティセンターの高齢者学級と介護予防教室を一体化させた生涯現役講座を開催しています。

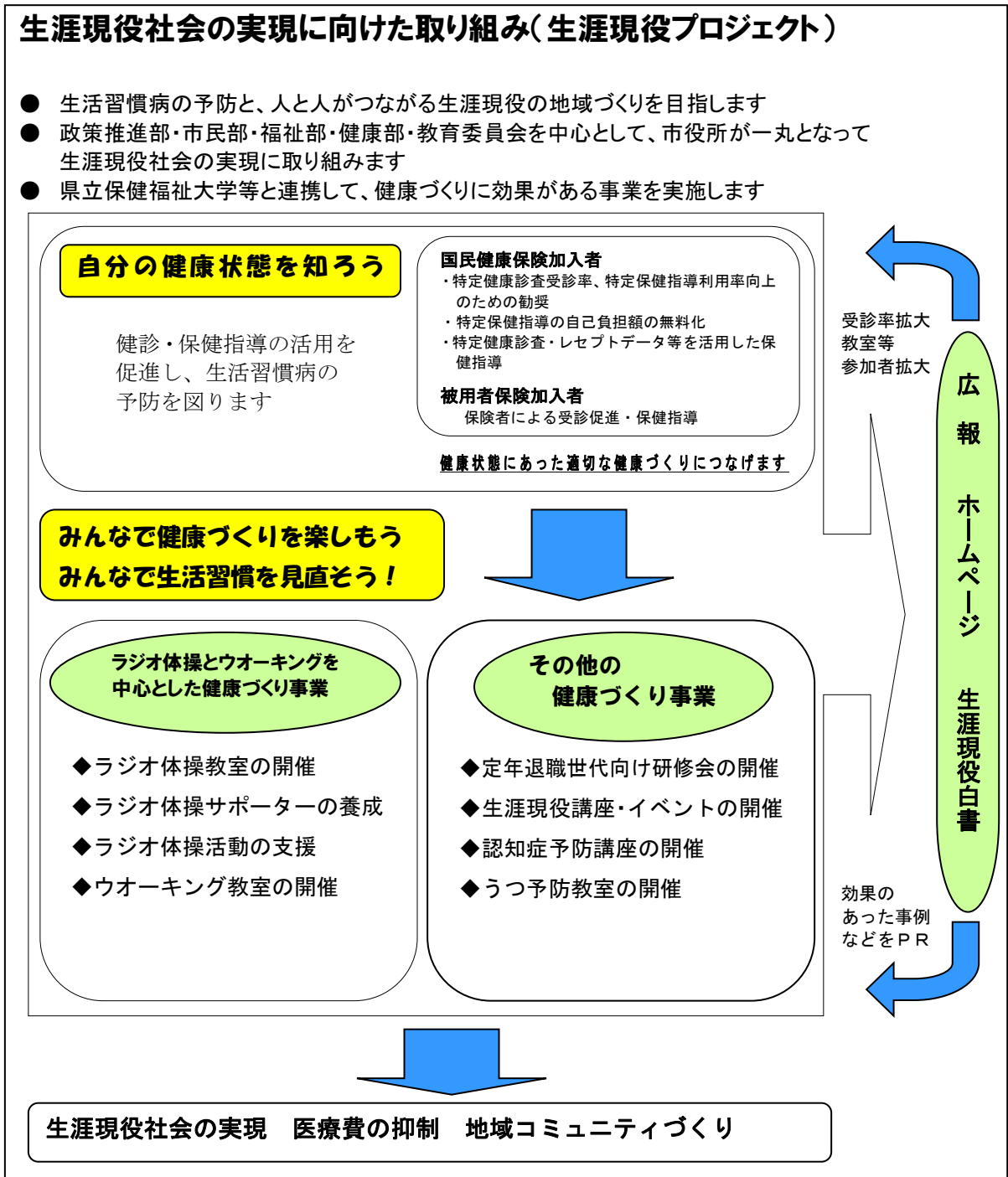
図表50 参加したい介護予防の取り組み（複数回答）

（単位：人）



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数839人）

図表51 生涯現役プロジェクトのイメージ図



資料：保健所健康づくり課作成

ウ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーション専門職を活用して、地域ケア会議や住民主体の通いの場の取り組みを支援する活動です。

本市では特に、地域住民が主体となって行う通いの場を支援しています。

高齢者が容易に通える範囲（歩いて15分以内）の町内会館などに、週1回の頻度で集まることが、介護予防に重要といわれています。通いの場に集まるとは、見守りや閉じこもり予防の効果が期待でき、また、高齢者にとって歓談や学びの活動を通した生きがいにもなります。

現在市内には、地域で高齢者が集う場として、老人クラブが269カ所（平成28年度）、ふれあい・いきいきサロン（68ページ「③地域で支え合う仕組みづくりイ地域福祉促進のための連携、協力」を参照）が222カ所（平成28年度）あります。現状のふれあい・いきいきサロンは、年数回から月1回程度の開催状況です。

② 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、要支援1・2の認定を受けた人、または基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人（事業対象者）です。

ア 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

ヘルパーによる掃除、洗濯などのホームヘルプサービスを提供する介護予防訪問介護相当サービスと、デイサービスにおいて、体操や筋力トレーニングを行う介護予防通所介護相当サービスを、平成28年1月から開始しています。（利用実績は第2章図表15を参照）

本市では、介護予防訪問（通所）介護相当サービスについて、利用回数にかかわらず月額で同一料金となっていました。利用回数の異なる利用者間の不公平を解消するため、平成29年1月から1回あたりの回数制に料金体系を変更しました。

イ 住民主体型訪問サービスの実施

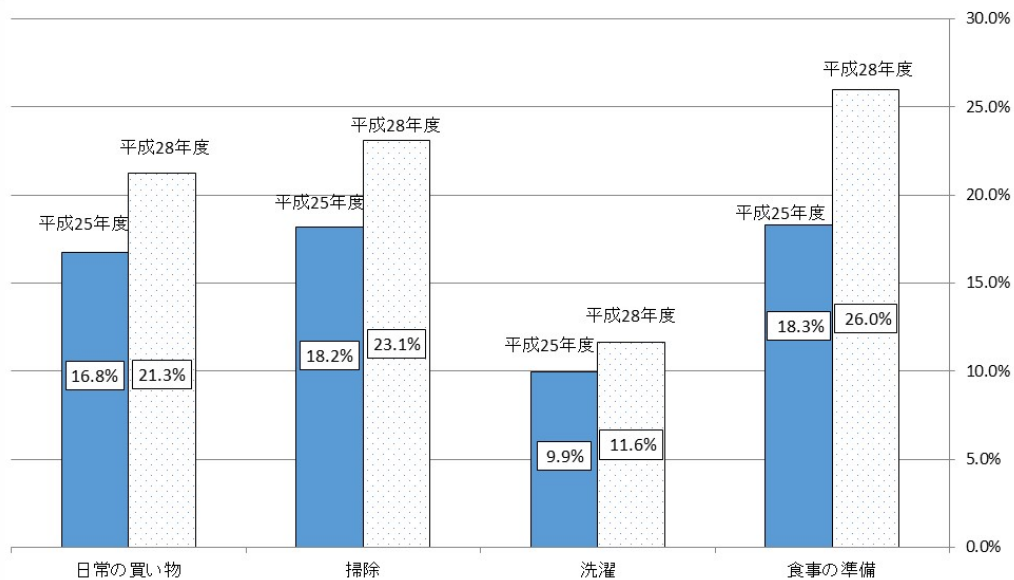
高齢者福祉に関するアンケート結果では、平成25年度アンケート結果と比較して、食事の準備、洗濯、掃除、日常の買い物といった家事について負担を感じる人の割合が増加傾向にあります。この結果は日常生活の小さな困りごとへの支援、つまり生活支援のニーズが高まっていることを示しています。

しかし、生活支援については、介護人材の不足が見込まれることなどから、介護福祉職であるヘルパーだけで、きめ細かいニーズに応えていくことは困難となる可能性があります。そのため、高齢者も元気なうちは、支援を提供する側として活躍していくことが期待されています。

高齢者福祉に関するアンケート結果においても、支え合う仕組みとして地域の方にしてほしい支援があると回答した人が全体の約4割を占めており、地域への

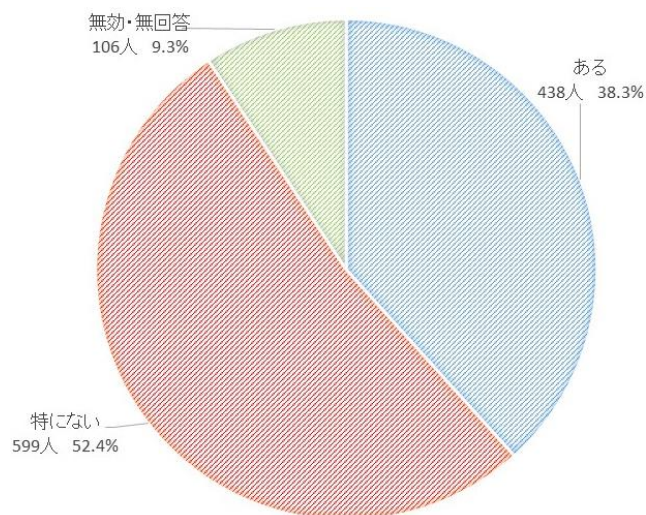
期待、地域住民同士の互助への期待が確実にあることを示しています。

図表52 家事について負担を感じると回答した件数の割合の変化（抜粋）



資料：平成25年度・平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成
 (回答者数 平成25年度1,056人 平成28年度1,143人)

図表53 支え合う仕組みとして地域の方にしてほしいと思う支援はあるか

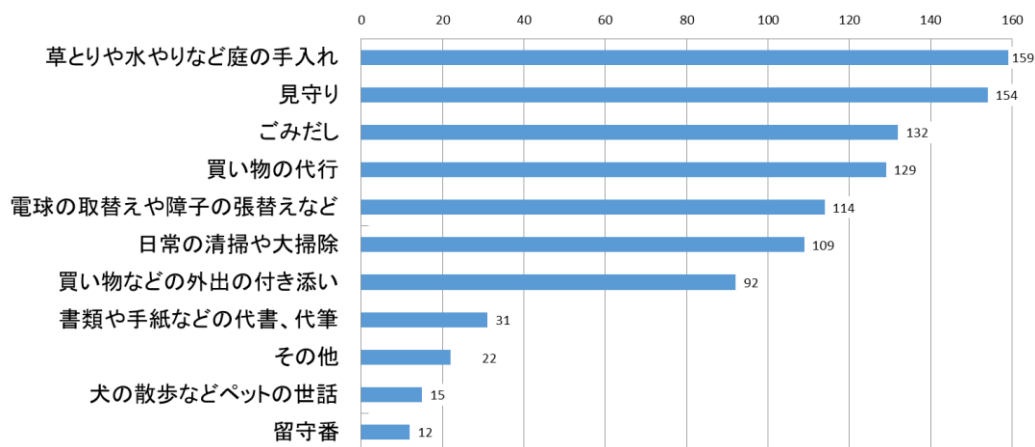


※回答の分類で、「ある」の内訳：買い物などの外出の付き添い、ごみだし、留守番、見守り、書類や手紙などの代書・代筆、買い物の代行、草とりや水やりなど庭の手入れ、日常の清掃や大掃除、犬の散歩などペットの世話、電球の取替えや障子の張替えなど、その他
 ※「ある」に分類される選択肢と「特にない」の2種類を選択した場合は「ある」に計上

資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成 (回答者数1,143人)

図表54 支え合う仕組みとして地域の方にしてほしい支援の内容（抜粋）

（単位：人）



※アンケート結果のうち「特にない」609人と「無効・無回答」106人の回答を除いて抜粋

資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数969人）

介護予防・生活支援サービス事業における住民主体型サービスは、高齢者を主な対象とした住民主体の支え合い活動を支援することを通して、地域住民同士の互助を充実していくことを目的としています。住民主体の活動を支援することで、高齢者が活躍できる場が増えることや、支援を提供する側にとっての介護予防効果が期待されています。

本市では、平成29年7月から住民主体型訪問サービスを開始しています。

また、住民主体型訪問サービスを提供する体制が整っている住民主体の支え合い団体（支え合い団体については、66ページ「③地域で支え合う仕組みづくり ア地域住民による支え合い」を参照）を対象に、運営経費を最長3年間補助する住民主体型訪問サービス事業費継続型補助を行っています。

ウ 訪問型短期集中予防サービス

閉じこもりなどによる心身機能の低下や低栄養による虚弱の改善のために、理学療法士や保健師、管理栄養士などによる相談、支援を短期集中的に実施しています。平成27年度、平成28年度の利用はありませんが、平成28年度の利用相談は7件あり、サービス利用に向けたサービス担当者会議も開催しています。

エ 介護予防ケアマネジメント

要支援者等が自立した生活を送ることができるよう、地域包括支援センターがその心身の状況や生活状況について、専門的な視点から必要な支援を提案し、ケアプランの作成を行っています。（利用状況は、第2章図表16を参照）

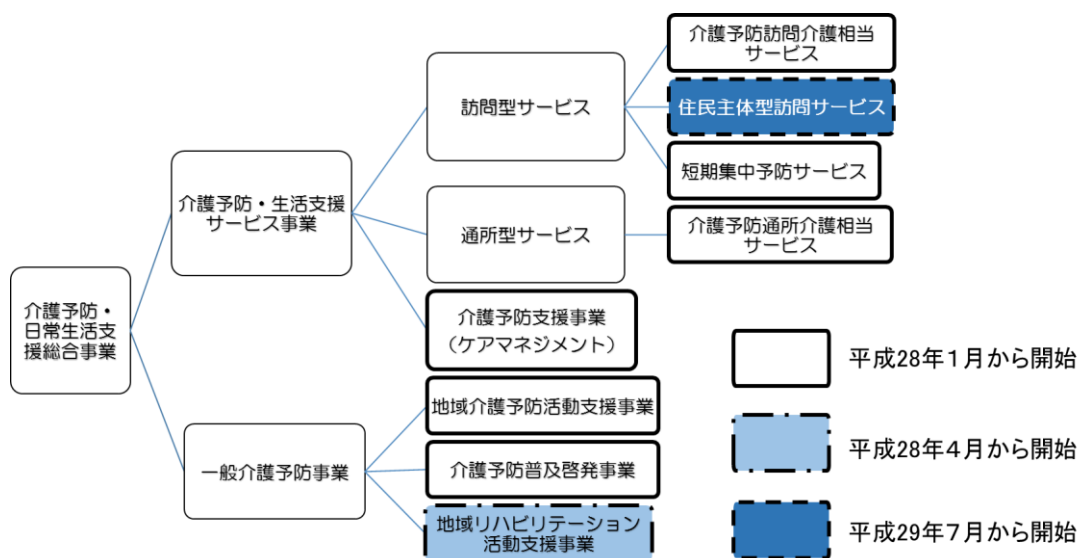
オ その他のサービス

介護予防・生活支援サービス事業の充実のため、先駆的な自治体や県内自治体との情報交換会や会議などに参加し、サービスの取り組み状況について、情報を収集し、実施について検討しています。

カ 市民への総合事業に関する周知

総合事業の開始時には、広報よこすかへの掲載、各行政センターなどでの市民説明会、要支援認定有効期間満了時の通知に総合事業の案内チラシを同封するなど、対象者となる人や市民への周知に努めました。また、総合事業のパンフレットの配布や出前トーク、地域包括支援センターが地域で開催する教室などにおいても事業の周知を行っています。

図表55 横須賀市における総合事業の状況



資料：高齢福祉課作成

③ 地域で支え合う仕組みづくり

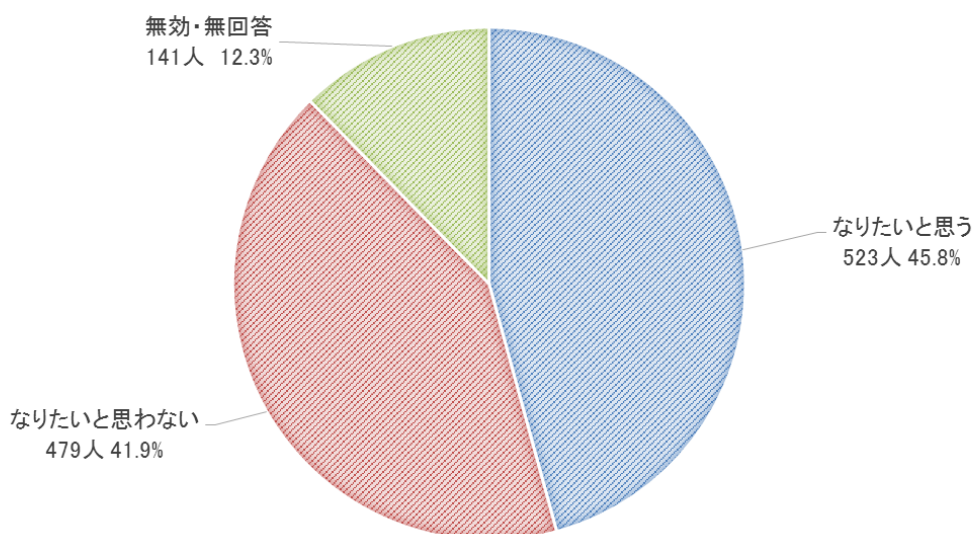
ア 地域住民による支え合い

高齢者福祉に関するアンケートの「地域の高齢者を支え合う仕組みにおいて、支え手になりたいと思うか」の設問では、半数に近い約46%の人が「なりたと思う」と回答しています。今後、高齢者が活躍できる場として、地域に支え合い団体が増えることが期待され、そのための支援が必要になります。

そのような中で、住み慣れたまちで住民が互いに助け合って生活が継続できるよう地域の創意工夫により、「湘南たかとり福祉村」、「鴨居みかん台ボランティア会」をはじめとして、「助け合い栗田」、「助け合いハイランド」、「助け合い観音崎」、「グリーンハイツゆいの広場」、「大津シーハイツ・サポートクラブ」、「芝生ふれあいお助け隊 嚶会」「南浦賀お助け隊」、「川間手助け会」、「助け合い公郷台」、「湘南たけやまサポートクラブ」など、さまざまな支え合い団体が市内に立ち上がっています。

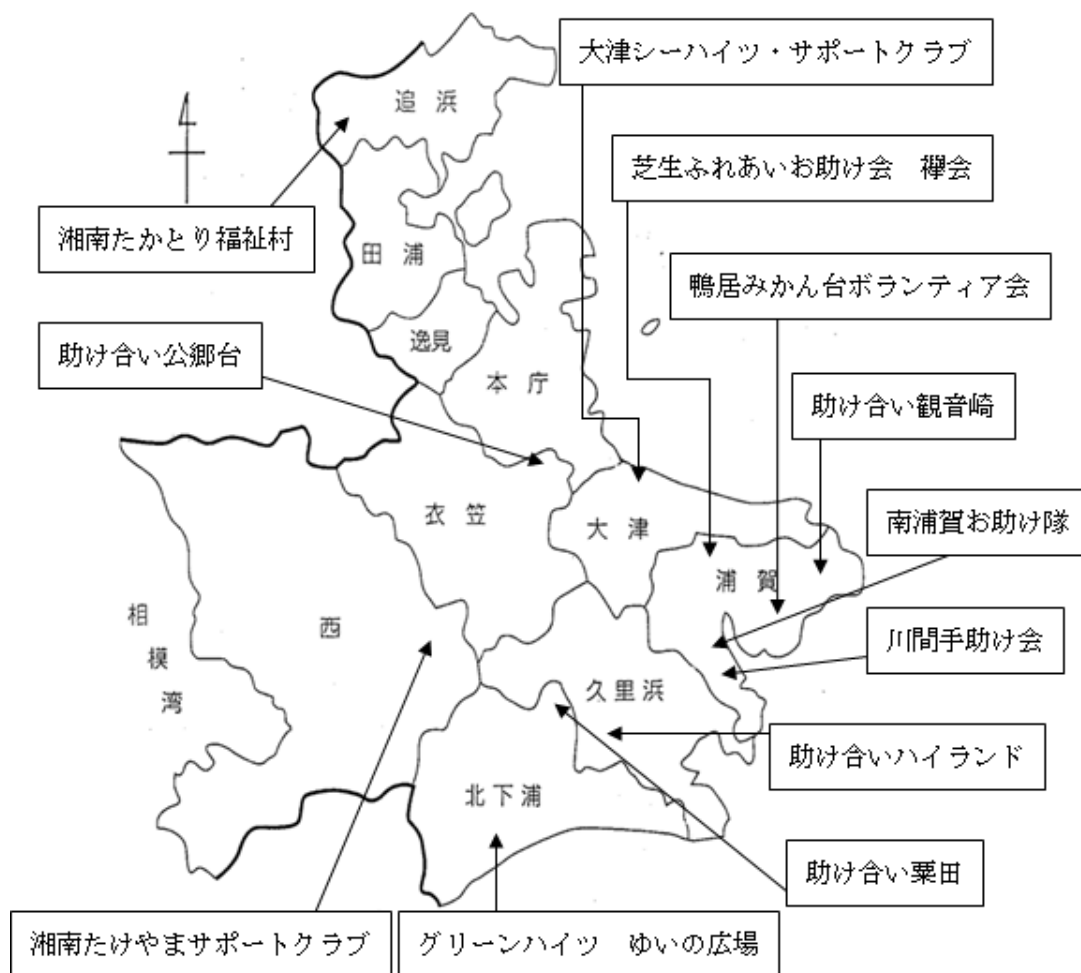
また、これらの活動では、生活支援サービスの充実を図りながら、高齢者を孤立させないような取り組みを行っています。

図表56 支え合う仕組みの「支える側」になりたいと思うか



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数1,143人）

図表57 地域住民による主な支え合い団体



資料：地域で支える福祉活動事例集（平成28年第3版）より作成

イ 地域福祉促進のための連携、協力

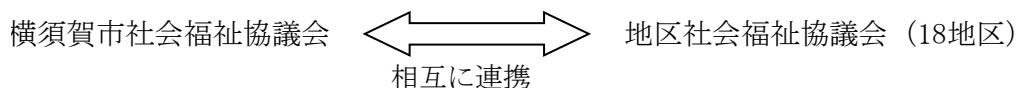
・横須賀市社会福祉協議会、地区社会福祉協議会との連携、協力

横須賀市社会福祉協議会は、「わたしがつくる みんなでつくる 一人ひとりが住みやすいまち横須賀」の実現に向けて、市内に18地区ある地区社会福祉協議会とともに各地区でさまざまな地域福祉活動に取り組んでいます。

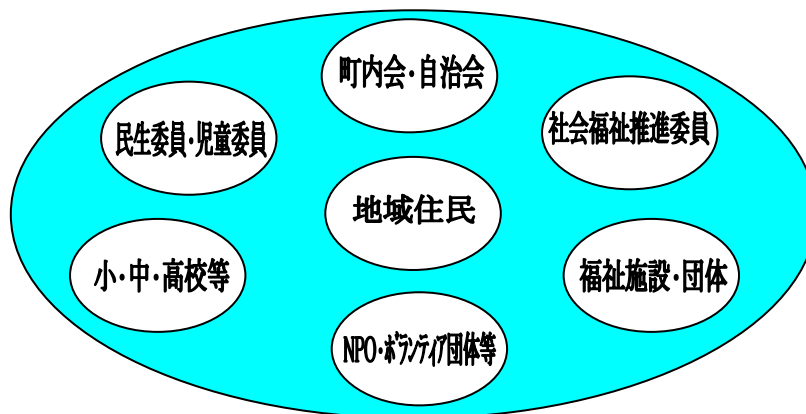
横須賀市社会福祉協議会が社会福祉法に基づき設置されている社会福祉法人の団体であるのに対し、地区社会福祉協議会は町内会・自治会をはじめ、民生委員・児童委員や社会福祉推進委員、保護司、福祉施設・関係機関、学校・PTA、ボランティアなどの地域のさまざまな組織、団体、個人などで構成される住民の任意団体です。

地区社会福祉協議会では、自分たちの生活する地区の生活課題や福祉ニーズを主体的にとらえ、問題の解決に向けてさまざまな活動に取り組んでいます。

各地区では、高齢者の食事支援や安否確認などを目的とした「ふれあいお弁当」の配達や、介護予防や生きがいづくり、仲間づくりの輪を広げることを目的とした「ふれあい・いきいきサロン（通いの場）」の開設などに取り組み、横須賀市社会福祉協議会はこうした活動を全市的な立場から支援しています。



図表58 地区社会福祉協議会のイメージ図



※ 図表58に示された団体以外にも、多くの団体・個人の参加により地区社会福祉協議会は構成されています。また、構成も地区によって異なります。

・民生委員・児童委員との連携、協力

民生委員・児童委員は、地域において援助を必要とする人の生活相談に応じ、関係機関の協力のもとで、地域福祉の増進を図るために活動しています。

本市では支援が必要な高齢者を把握するため民生委員・児童委員と連携し、施設入所者を除いた高齢者に対して、「ひとり暮らし高齢者調査」を実施しています。支援を必要とするひとり暮らし高齢者に対しては、さまざまな福祉サービスを提供しています。

図表59 ひとり暮らし高齢者調査に基づく把握（登録）人数の推移

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
9,632人	9,903人	10,184人	10,164人	10,285人

各年度7月1日現在

ウ 民間団体および事業者との連携、協力

L P ガス協会や新聞販売組合、信用金庫など、個人宅を訪問する業務の事業者などと、警察、消防と連携した地域の見守り活動に関する協力体制づくりに取り組んでいます。

協定を締結している民間の団体および事業者（平成29年2月1日現在）

- ・神奈川県と協定を締結している団体数 52団体
- ・横須賀市と協定を締結している事業者数 3事業者

エ 災害時要援護者対策の推進

平成21年3月に策定した「横須賀市災害時要援護者支援プラン」に基づき「災害時要援護者」としての登録に同意したひとり暮らし高齢者等の名簿を地域の町内会・自治会や民生委員・児童委員などに提供しています。これにより、地域による対象者の詳しい状況把握を行うことが可能となり、町内会・自治会や民生委員・児童委員は、平常時には高齢者等と日頃の交流を深め、災害時には災害情報の提供や安否確認など安全確保のための活動を行います。

平成29年7月末登録人数	8,084人
--------------	--------

④ ネットワークの構築

高齢者の在宅生活を支援するため、地域にある多様な主体の定期的な情報共有・連携強化が重要です。そこで、高齢者の生活支援体制を整備・推進するため、高齢者生活支援体制整備推進会議（以下「協議体」という。）を設置しています。協議体は、市全域について検討する第1層協議体（通称：よこすか地域支え合い協議会）と、行政センター管内を基本とする日常生活圏域について検討する第2層協議体（通称：〇〇（地区名）地域支え合い協議会）に分かれています。

ア 地域包括支援センターとの連携

隔月の地域包括支援センター情報交換会・連絡会の定期開催時に、地域課題を把握し、市と地域包括支援センター間にて情報共有をしています。

また、地域包括支援センターでは、個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題発見、地域づくり、資源開発などを目的とした会議を開催しています。

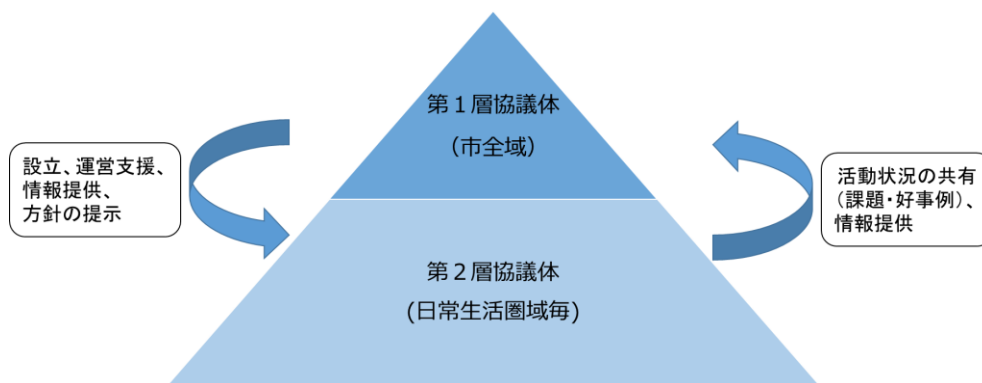
イ 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の設置

高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で生活することができるよう、生活支援等サービスの体制整備に向けて、既存の地域運営協議会と連携し、町内会・自治会、商店街、民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会や社会福祉団体など、高齢者を支えるさまざまな機関や団体、個人（以下「さまざまな主体」という。）の参画と連携が求められています。さまざまな主体間や取り組みを調整する生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を第1層協議体に配置しています。

ウ 高齢者生活支援体制整備推進会議の開催

既存の地域運営協議会と連携を取りながら、町内会・自治会、商店街、民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会や社会福祉団体など多様な団体での情報共有および連携、協働を図りつつ、体制整備を推進するため「高齢者生活支援体制整備推進会議（第1層協議体、第2層協議体）」を開催しています。

図表60 高齢者生活支援体制整備推進会議の構成



資料：高齢福祉課作成

(2) 課題

① 一般介護予防事業（総合事業）

介護予防を効果的に進めるためには、継続的に取り組むことが重要です。そのため、既存の教室以外に、住民自らが介護予防に取り組めるよう、住民主体の通いの場を充実させることが大切です。また、地域の見守りや住民の互助による、生活支援サービスにより、住み慣れた地域で生活が継続できる取り組みが必要です。

ア 地域介護予防活動支援事業

ふれあい・いきいきサロンなどの住民主体の活動については、その担い手が不足しているといわれています。そこで、担い手の補助として介護予防サポーターが地域で活躍できる仕組みを検討する必要があります。

イ 介護予防普及啓発事業

介護予防の知識の普及を多くの市民に効率よく進めていくには、入門介護予防講座などでは対象が限られ十分ではないと考えられます。そのため、既存の教室も残しつつ、住民主体で行う介護予防事業を推進していく必要があります。

ウ 地域リハビリテーション活動支援事業

今ある住民主体の介護予防活動が、週1回程度実施される必要があると考えます。

リハビリテーションの専門職を住民主体の通いの場や地域ケア会議・サービス担当者会議などへ派遣して、地域における介護予防を推進する必要があります。

② 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）

ア 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

高齢者の自立支援のため、平成30年度以降も介護予防訪問（通所）介護相当サービスを継続して実施していく必要があります。

イ 住民主体型訪問サービス

住民主体の支え合い活動を効果的に支援するためには、生活支援を提供している住民主体の団体についての実態や情報を十分に把握する必要があります。

住民主体の支え合い活動への支援を推進していくため、住民主体型訪問サービス事業費継続型補助制度の周知を進めていくとともに、新規の支え合い活動の立ち上げについても支援していく必要があります。

ウ 訪問型短期集中予防サービス

訪問型短期集中予防サービスを必要とする対象者が、効果的にサービスを利用できるよう、事業を十分検討する必要があります。

エ 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントが適切に実施され、要支援者等に対して、必要な介護予防・生活支援サービスが提供できる環境を整える必要があります。

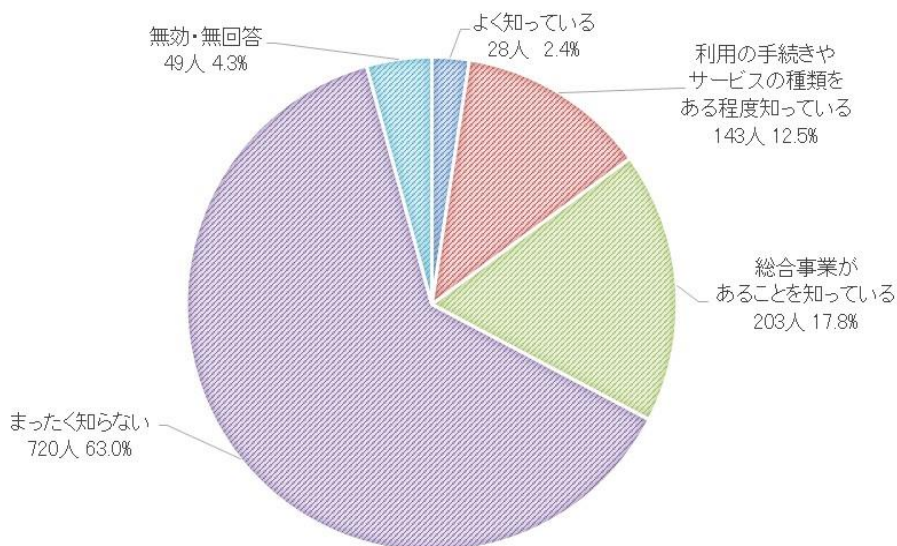
オ その他のサービス

総合事業における介護予防・生活支援サービス事業の多様なサービスの更なる充実に向け、国からの情報や他市町村の取り組み状況の把握に努めながら検討していく必要があります。

カ 市民への総合事業に関する周知

高齢者福祉に関するアンケート結果では、総合事業についてまったく知らないと回答した人が63%いました。総合事業についての周知をさらに進めていく必要があります。

図表61 総合事業の周知について



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数1,143人）

③ 地域で支え合う仕組みづくり

ア 地域住民による支え合い

できる限り多くの高齢者が地域で支援を必要とする高齢者の支え手となれるような場の創設が必要となります。そのため、生活支援を行っている支え合い団体の安定した運営のための支援のほか、新たな支え合い団体の立ち上げ支援が必要となります。

イ 地域福祉促進のための連携、協力

高齢者の安全確保のためには、ひとり暮らし等高齢者の安否を確認し、日頃から地域や社会から孤立しないよう、声かけや見守りが必要です。そのため、関係部局や横須賀市社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会などとの連携を十分にとる必要があります。

ウ 民間団体および事業者との連携、協力

個人宅を訪問する民間の団体および事業者などと連携し、地域の見守り活動に関する協力体制づくりを継続して取り組む必要があります。

エ 災害時要援護者対策の推進

町内会・自治会によっては、高齢化により支援者が不足しているなど、状況が異なるため、災害時要援護者支援プランの運用を一律に全町内会・自治会に依頼することは、かなりの負担を強いる場合もあります。

また、支援を受ける側も災害時要援護者として登録することにより、個人情報近隣住民に知られることに抵抗を感じ、登録をためらう人もいます。

④ ネットワークの構築

ア 地域包括支援センターとの連携

要支援者等の支援について、地域包括支援センターの業務の増大が予測されるため、地域包括支援センターの、機能を強化する必要があります。

イ 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の設置

介護予防事業所や関係団体・民間事業所などとの連携を図るため、調整役となる第2層の生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置を検討することが必要です。

ウ 高齢者生活支援体制整備推進会議（第1層協議体、第2層協議体）の開催

地域の関係者の理解を得つつ、第2層協議体の設置を進め、地域のさまざまな主体が連携し、高齢者を支援する体制づくりが必要です。

(3) 施策の展開

① 一般介護予防事業（総合事業）

ア 地域介護予防活動支援事業

地域包括支援センターと連携して、身近な場所で気軽に実施できる介護予防活動を普及します。

また、通いの場の運営を地域住民が主体的にできるように支援し、介護予防サポーターが通いの場の運営補助ができるよう人材育成・支援を進めます。

図表62 地域介護予防活動支援事業の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
ふれあい 地域健康教室	35回 延 1,321人	38回 延 1,218人	35回 延 1,000人	35回 延 1,200人	35回 延 1,200人	35回 延 1,200人
地域の 底力アップ教室	10回 延 363人	10回 延 367人	18回 延 540人	18回 延 540人	18回 延 540人	18回 延 540人
介護予防サポーター 養成講座	9回 延 380人	6回 延 252人	6回 延 250人	6回 延 250人	6回 延 250人	6回 延 250人
介護予防サポーター フォローアップ	5回 延 372人	6回 延 369人	5回 延 340人	5回 延 340人	5回 延 340人	5回 延 340人
地域型介護予防サポーター 養成講座	—	—	6回 延 180人	9回 延 270人	9回 延 270人	9回 延 270人
地域型 介護予防教室	268回 延 5,388人	285回 延 5,745人	290回 延 5,800人	290回 延 5,800人	290回 延 5,800人	290回 延 5,800人

※平成29年度は見込み

※第7期計画の見込み量は第6期実績の増減傾向を踏まえて算出しました。

イ 介護予防普及啓発事業

65歳以上のすべての高齢者を対象として、生涯現役で活躍できる地域社会の構築や健康寿命の延伸を目指し、講演会や入門的な介護予防教室を開催して、介護予防に関する知識の普及および啓発を行います。

また、既存の教室の開催数を見直し、住民主体で介護予防活動を行う新たなグループの活動を支援します。

その他、関係する他部課と連携して、生涯現役プロジェクトを推進します。

図表63 介護予防普及啓発事業の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護予防 普及啓発講演会	1回 245人	1回 133人	1回 300人	1回 300人	1回 300人	1回 300人
入門介護 予防講座	561回 延6,812人	375回*1 延4,801人	162回*2 延3,800人	125回*3 延3,000人	125回 延3,000人	125回 延3,000人
認知症 予防講座	96回 延1,384人	79回 延1,478人	57回 延1,000人	57回 延1,000人	57回 延1,000人	57回 延1,000人
うつ予防 教室	13回 延217人	13回 延206人	13回 延220人	13回 延220人	13回 延220人	13回 延220人
生涯現役 講座	18回 延517人	27回 延757人	27回 延800人	27回 延800人	27回 延800人	27回 延800人

※平成29年度は見込み

※第7期計画の見込み量は第6期実績の増減傾向を踏まえて算出しました。

- *1 平成27年度で、二次介護予防事業（基本チェックリストにより介護予防のハイリスク者を把握して実施した教室）を終了しました。
- *2 平成28年度で機能訓練（脳卒中等の対象者に機能維持・回復を行う教室）は終了しました。
- *3 住民主体の通いの場を充実させることで、実施回数を見直しました。

ウ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域の病院や施設などのリハビリテーション専門職を住民主体の通いの場へ派遣したり、地域ケア会議やサービス担当者会議に参加し関係機関と連携を図りながら、地域における介護予防への取組を支援します。

また、週1回程度運動を行う新たな住民主体のグループの立ち上げを目指します。

図表64 地域リハビリテーション活動支援事業の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
リハビリテーション 専門職派遣 (参加者数)	—	延 85 人	延 240 人	延 240 人	延 240 人	延 240 人
地域づくり活動支援 (派遣職員数)	—	延 12 人	延 20 人	延 20 人	延 20 人	延 20 人
高齢者訪問指導	延 482 人	延 278 人	延 300 人	延 300 人	延 300 人	延 300 人
言語障害者 自主グループ支援 (参加者数)	—	—	延 300 人	延 300 人	延 300 人	延 300 人
新たに活動を開始した 自主グループ	—	2 団体	3 団体	3 団体	3 団体	3 団体

※平成29年度は見込み

※新たに活動を開始したグループとは、週1回程度運動を行うグループのことです。

② 介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）

総合事業は、地域の互助を基本とした生活支援サービスの構築を目指しています。本市では、住民主体による支援の整備を優先し、住民の力を活かした地域づくり、介護予防を進めていきます。

ア 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

介護予防訪問（通所）介護相当サービスを平成30年度以降も提供していきます。介護予防訪問（通所）介護相当サービスの見込み量は、201ページ、第10章図表162のとおりです。

イ 住民主体型訪問サービス

住民主体型訪問サービスを通して自発的な住民主体の支え合い活動を支援していきます。そのため、地域包括支援センターなどと連携して市内の支え合い活動についての把握に努めていくとともに、住民主体型訪問サービス事業費継続型補助制度についての周知を進めていきます。補助制度については、必要に応じて適時その内容の変更を検討していきます。

自発的な住民主体の支え合い活動を増やしていくため、住民主体の支え合い団体の新たな立ち上げを支援するための補助制度を開始します。

図表65 住民主体型訪問サービス事業費継続型補助申請団体の見込み量

第6期実績			第7期計画		
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
—	—	8団体	10団体	12団体	6団体

※平成29年度は見込み

※補助の期間を3年と見込んでいるため、平成32年度の申請団体見込み量は減少します。

※支え合い団体数の見込み量は、図表67を参照。

ウ 訪問型短期集中予防サービス

実施方法の検討を行い、必要とする利用者にサービスを提供します。

図表66 訪問型短期集中予防サービスの見込み量

第6期実績			第7期計画		
平成27年度 (1月～3月)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
0件	0件	7件	7件	7件	7件

※平成29年度は見込み

エ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントが適切に実施されるよう、地域包括支援センターの職員に対して、研修会や地域ケア会議にて事例検討を実施します。

オ その他のサービス

国や他市町村の動向を注視しながら、その他の多様なサービスの拡充についてさらに検討していきます。

カ 市民への総合事業に関する周知

広報よこすかへの掲載、パンフレットの配布、講演会、出前トークおよび地域包括支援センターが地域で開催する教室などにより総合事業についての積極的な周知を行います。

③ 地域で支え合う仕組みづくり

ア 地域住民による支え合い

- ・ 立ち上げや運営に関する相談・支援

高齢者を含めた地域住民による生活支援などの支え合い活動が広がるよう、相談窓口を設置し、市民活動サポートセンターと連携して支え合い団体の立ち上げや運営に関する相談・支援を行います。

・支え合い団体間の情報交換会の開催

市民活動サポートセンターと連携して支え合い団体間の情報交換会を開催し、支え合い団体間の交流や情報交換を促進することで、団体の円滑な運営を支援します。

また、情報交換会と併せて支え合い団体向けの学習会を開催することで、支え合い活動のスキルアップを図ります。

・支え手の養成

社会福祉協議会や市民活動サポートセンターと協力し、支え合い活動の普及啓発のための講演会等を開催することで、新規の支え手養成を行います。

・協議体との連携

各地区の新たな支え合い団体創出に向けて、協議体との連携を進めます。

図表67 支え合い団体数の見込み量

第6期実績	第7期計画		
平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
13 団体	15 団体	17 団体	19 団体

イ 地域福祉促進のための連携、協力

・横須賀市社会福祉協議会、地区社会福祉協議会との連携、協力

横須賀市社会福祉協議会、地区社会福祉協議会と連携して高齢者が住みやすいまちづくりの活動を支援していきます。

・民生委員・児童委員との連携、協力

民生委員・児童委員と連携して「ひとり暮らし高齢者調査」を実施し、支援を必要とするひとり暮らし高齢者に対しては、さまざまな福祉サービスを提供していきます。

ウ 民間の団体および事業者との連携、協力

地域での孤立死・孤独死を未然に防止するために、今後も個人宅を訪問する民間の団体および事業者などと連携し、地域見守り活動に関する協力体制づくりに取り組んでいきます。

エ 災害時要援護者対策の推進

より多くの町内会・自治会に賛同してもらえるよう、町内会・自治会の事情に

応じた柔軟な運用が可能である旨も周知し、共助の推進に努めます。

また、平常時には高齢者等と日頃の交流を深め、災害時には災害情報の提供や安否確認など安全確保のための活動を行う災害時要援護者プラン本来の目的と個人情報の安全管理が図られている点を対象者に説明し、登録者の増加を図ります。

④ ネットワークの構築

ア 地域包括支援センターとの連携

99ページ、「2 要介護期の支え合いの仕組みづくり」、(3) 施策の展開 ③に記載しています。

イ 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の設置

日常生活圏域である第2層で、地域のさまざまな主体間の情報共有および連携、協働による生活支援等サービスの体制整備を進めるため、主に資源の開発やネットワークの構築の役割を担う、生活支援コーディネーターの設置を検討します。

ウ 高齢者生活支援体制整備推進会議（第1層協議体、第2層協議体）の開催

地域の支え合い活動を充実させるためには、介護保険制度でのサービスのみならず地域資源などの実態を十分に把握し、必要な社会資源の開発とネットワークの構築を図り、協働することが重要です。そのために、第1層協議体を引き続き開催するとともに、第2層協議体の設置を順次進め、関係部局や社会福祉協議会をはじめ、高齢者を支援するさまざまな主体との連携を図ります。

図表68 第1層協議体の開催見込み量

第6期実績			第7期計画		
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
5回	4回	4回	4回	4回	4回

※平成29年度は見込み

図表69 第2層協議体設置数の見込み量

第6期実績			第7期計画		
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
—	2地区	4地区	6地区	8地区	10地区

※平成29年度は見込み

2 要介護期の支え合いの仕組みづくり

要介護状態は、心身に障害があるために、入浴、排せつ、食事などの基本的な動作について、自立した日常生活が営めるよう支援する必要がある状態を指します。

要介護期に入ると、ケアマネジャー（介護支援専門員）がサービス計画を作成します。その際、ケアマネジャーは利用者の日常生活全般を支援する観点から、サービス計画の中にサービスを位置付ける際は、介護保険サービス以外の保健医療サービス、福祉サービス、地域住民による自発的な活動によるサービスなどの利用も含めて位置付けるよう努めることとされています。ケアマネジャーは利用者の多様なニーズを把握し、介護保険サービスだけでなく、介護保険以外のサービスなども活用した支援体制を整えることが必要となります。

高齢者が要介護状態になっても、できる限り住み慣れたまちで暮らし続けることができるように、ケアマネジャーをはじめ地域包括支援センターなどさまざまな職種や関係機関が、高齢者支援のためのネットワークを構築することが重要です。

また、介護度が上がるにつれて医療が必要な人が増えることから、在宅で医療と介護を受けながら安心して療養できる体制づくりをさらに進めていく必要があります。

目 標

介護保険サービスだけでなく、さまざまな生活支援環境を整備します

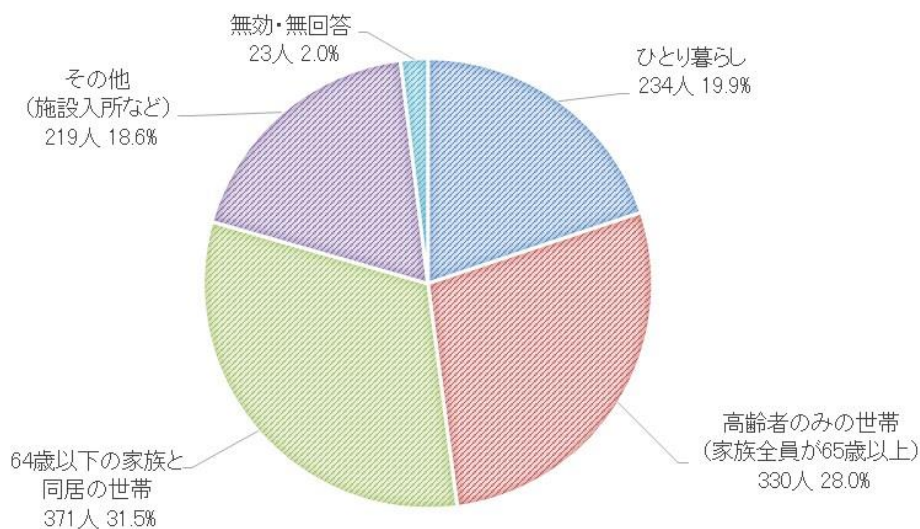
（1）現 状

① 要介護者を取り巻く状況

ア 世帯の状況

介護保険に関するアンケート結果では、ひとり暮らしの高齢者は19.9%、高齢者のみの世帯（家族全員が65歳以上）は28.0%、64歳以下の家族と同居の世帯は31.5%で、要介護認定を受けている人の世帯のうち半数近くがひとり暮らしか高齢者のみの世帯でした。

図表70 要介護認定のある高齢者の世帯構成



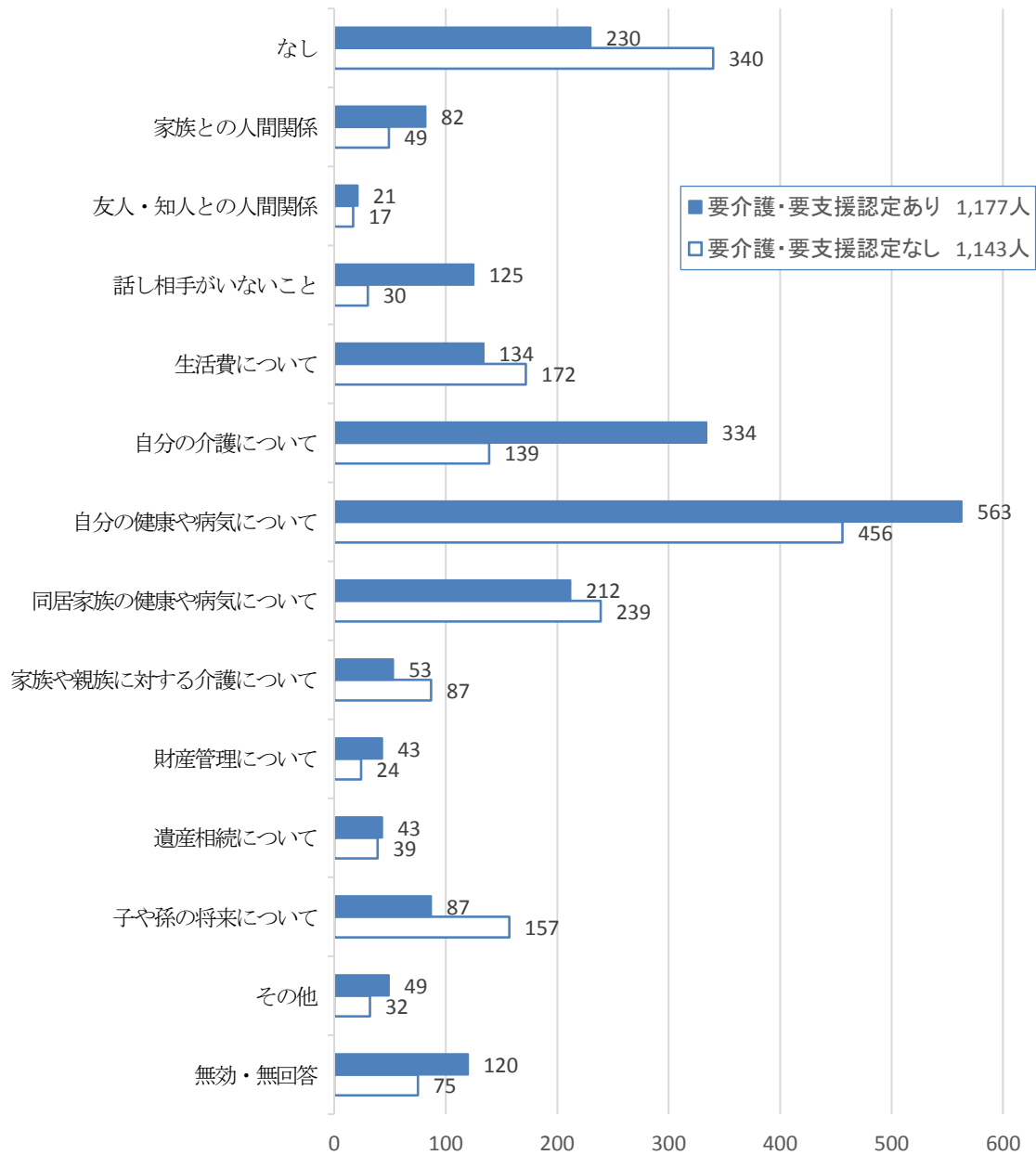
資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

イ 現在の心配ごと

高齢者福祉に関するアンケートおよび介護保険に関するアンケート結果では、現在の心配ごと・悩みについては、要介護認定のあるなしにかかわらず「自分の健康や病気について」、「自分の介護について」、「同居家族の健康や病気について」との回答が上位を占めています。一方、要介護認定のあるなしにより違いがあった回答は「話し相手がいないこと」で、要介護認定のない人では全体の2.6%だったのに対し、要介護認定のある人では10.6%の人が悩みとして挙げています。

図表71 現在の心配ごと（複数回答）（再掲）

（単位：人）



資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,143人）

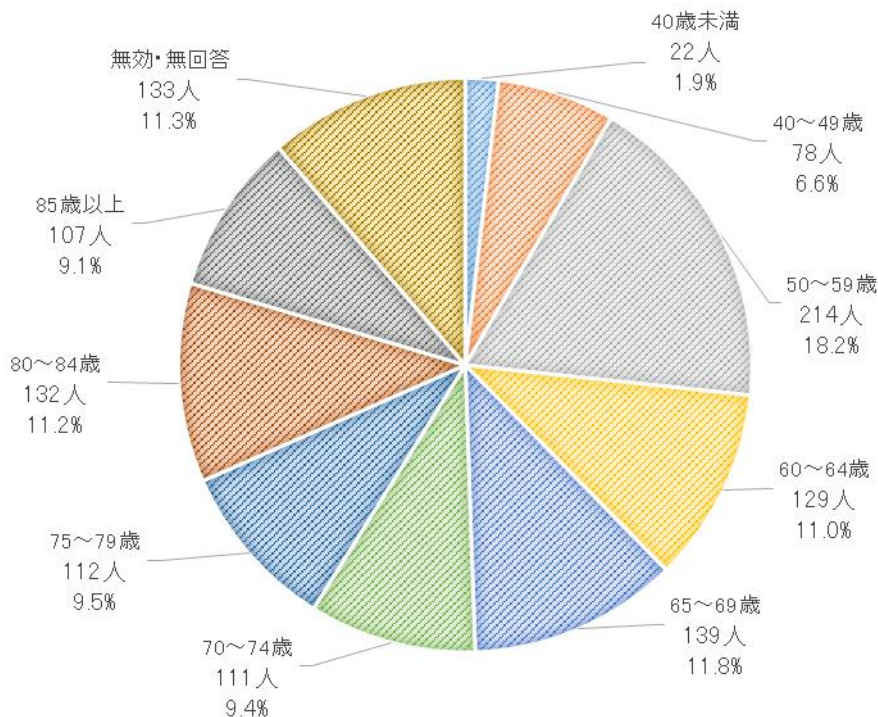
ウ 介護者の状況

介護保険に関するアンケート結果では、在宅で生活している要支援・要介護認定者を介護する人の半数以上が65歳以上の高齢者でした。今後も高齢化が進むにつれて、高齢者が高齢者の介護を行う老老介護が増加することが予測されます。

アンケートにおいて、介護者の就労の状況について聞いたところ、介護のために退職した人が6.1%、介護のために転職した人が1.3%いました。就労を続けている場合でも、働きながらの介護の継続については、約8割の人が何らかの問題があると答えています。

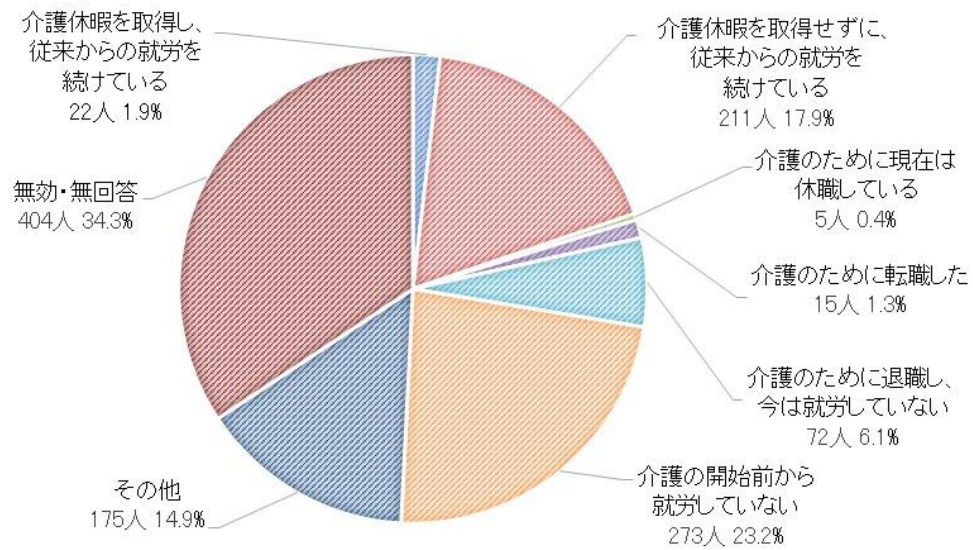
また、晩婚・晩産化により、育児と介護の時期が重なる傾向にあります。介護者のうち6.5%の人が未就学の子の育児をしながら親族の介護を同時に行っている「ダブルケア」の状況にあると回答しています。

図表72 介護を主にしている人の年齢



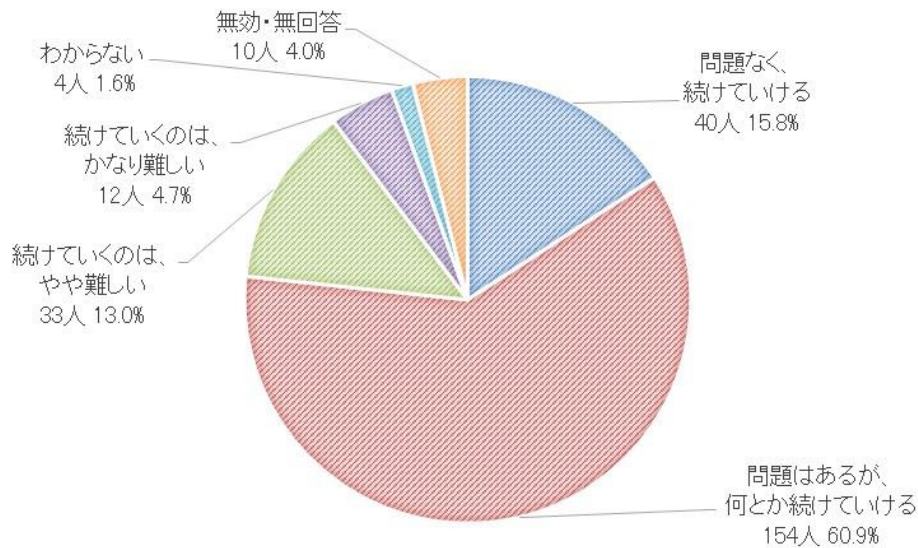
資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

図表73 主に介護している人の就労状況



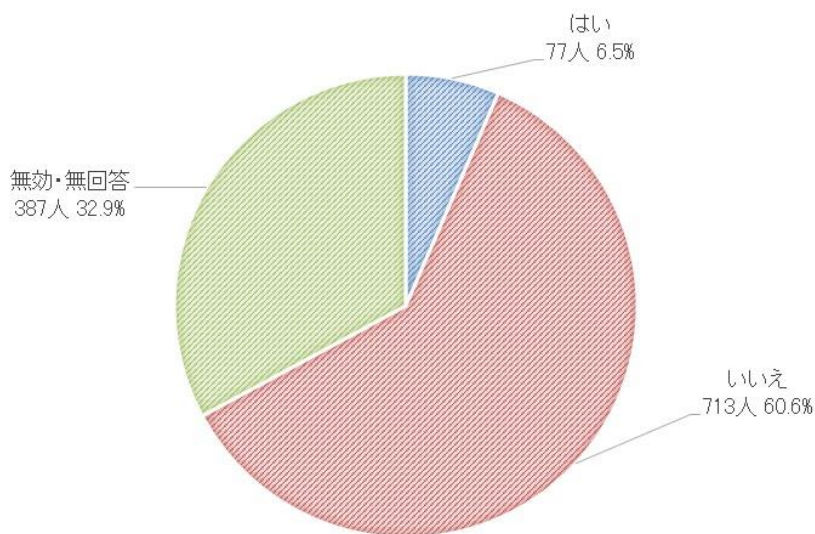
資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

図表74 働きながらの介護の継続について



資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（対象者数 253人）

図表75 介護者がダブルケアの状況にあるか



資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

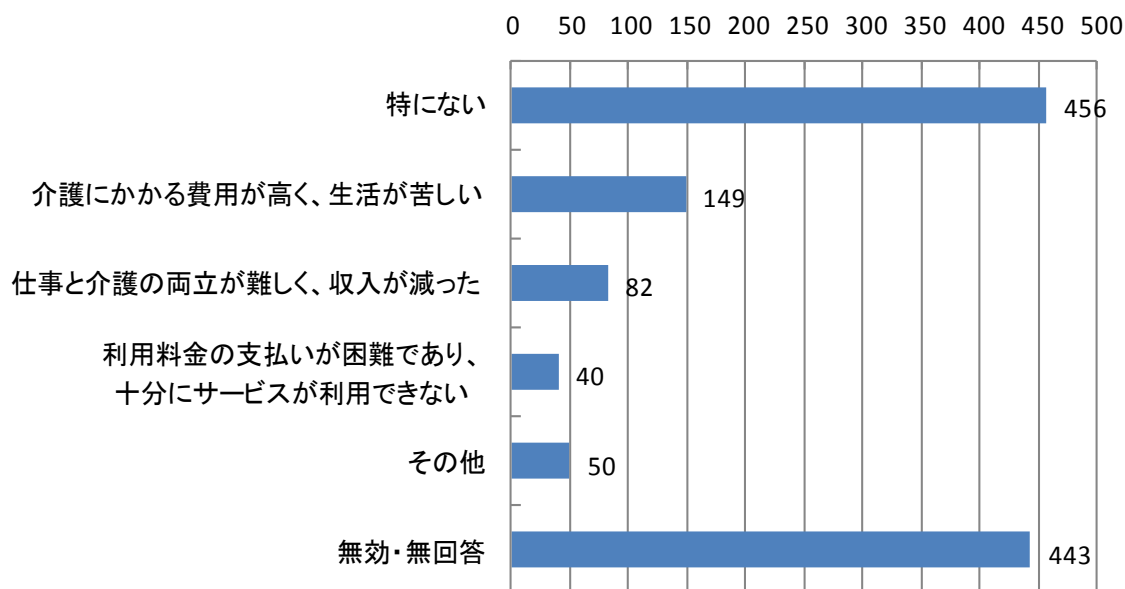
エ 経済的な状況

介護保険に関するアンケートで、介護者に対し経済的な負担に関する状況を聞いたところ、「特にない」という回答が最も多くなっています。

しかし、「介護にかかる費用が高く、生活が苦しい」「利用料金の支払いが困難であり、十分にサービスが利用できない」といった回答も一定数あることから、何らかの経済的な支援が必要であることがわかります。

図表76 介護を行う上で困っていること【経済的な負担について】（複数回答）

（単位：人）



資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

② 相談窓口

ア 高齢者の総合相談窓口

市役所では、高齢者のさまざまな相談を受けています。相談の内容により、関係機関につなげることや、連携することで高齢者や介護家族の支援を行っています。また、地域で活動しているボランティア、宅配サービスや移送サービス、医療機関などをまとめた地域資源情報などの提供を行い、相談に対応しています。

平成28年度高齢福祉課相談件数	9,385件
-----------------	--------

イ 地域包括支援センター

平成18年度から、市内の日常生活圏域を中心に地域包括支援センターを設置しています。平成29年度末現在、委託により市内に12カ所設置しており、地域の関係機関と連携を図りながら、地域における身近な相談窓口として、高齢者の総合的な支援を行っています。主な業務として、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、在宅医療・介護連携推進、生活支援体制整備、認知症総合支援、地域ケア会議推進があります。

地域包括支援センターへの相談件数は増加傾向にありますが、相談件数が増加しているだけでなく、認知症高齢者への支援や地域づくりなど、業務の多様化が進んでいます。地域包括支援センターでは、関係機関との連携のもと、多様化する高齢者のニーズやさまざまな相談に対応しています。

- ・運営体制

市が委託した業務が適切に実施されるように、事業実施方針や人員配置基準などを定め、適切な運営体制の確保に努めています。また、業務を適切に実施するため、各種研修会を実施し職員の資質向上に努めています。

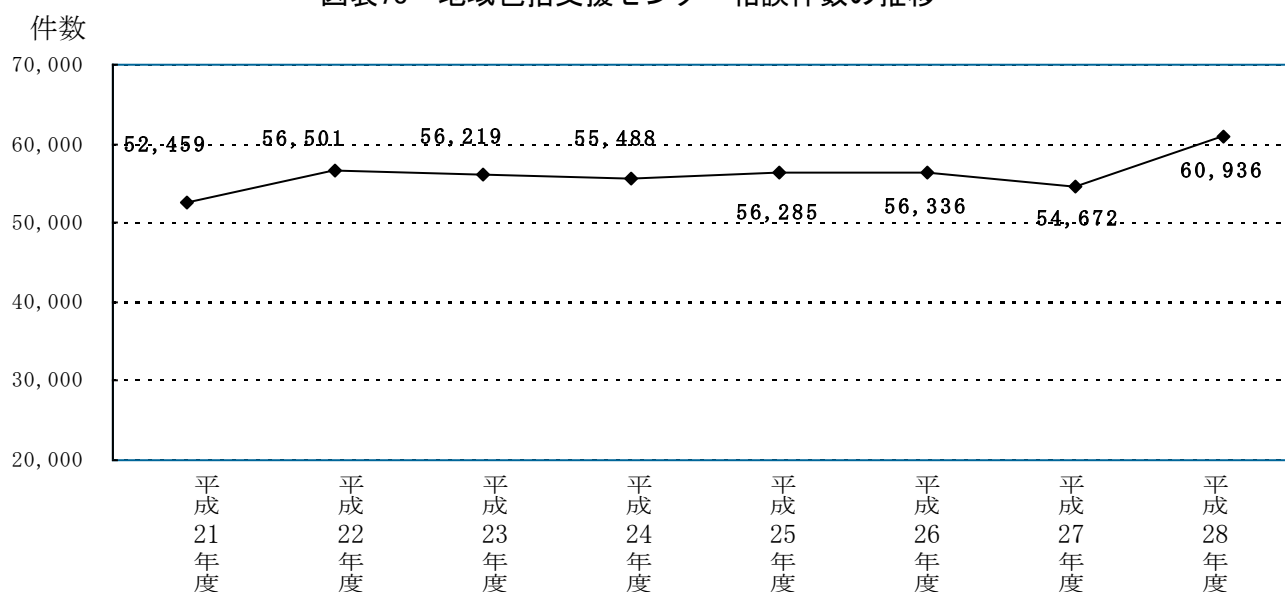
- ・地域包括支援センター事業評価

本市では、地域包括支援センターの事業運営に関して年1回評価を行い、市からの委託業務などが適切に行われていることを確認しています。

図表77 地域包括支援センターの業務

業 務	内 容
介護予防 ケアマネジメント	事業対象者および要支援者に対して、その心身の状況に応じて必要な援助を行います。
総合相談支援	介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援を行います。
権利擁護	高齢者に対する虐待の防止・早期発見や権利擁護のための事業を行います。
包括的・継続的ケア マネジメント支援	支援困難ケースへの対応など、ケアマネジャーへの支援を行います。
在宅医療・介護連携 推進	在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の推進を行います。
生活支援体制整備	高齢者のニーズと地域資源とのマッチング、地域住民をはじめとする多様な主体による生活支援の体制整備を図ります。
認知症総合支援	認知症になっても地域で暮らし続けられる体制づくりを行います。
地域ケア会議の開催	ケアマネジャー、保健・医療および福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員・児童委員その他の関係者および関係団体により構成される会議で個別事例などの検討を通じ、地域のニーズや社会資源を把握し、必要な支援体制に関する検討を行います。

図表78 地域包括支援センター相談件数の推移



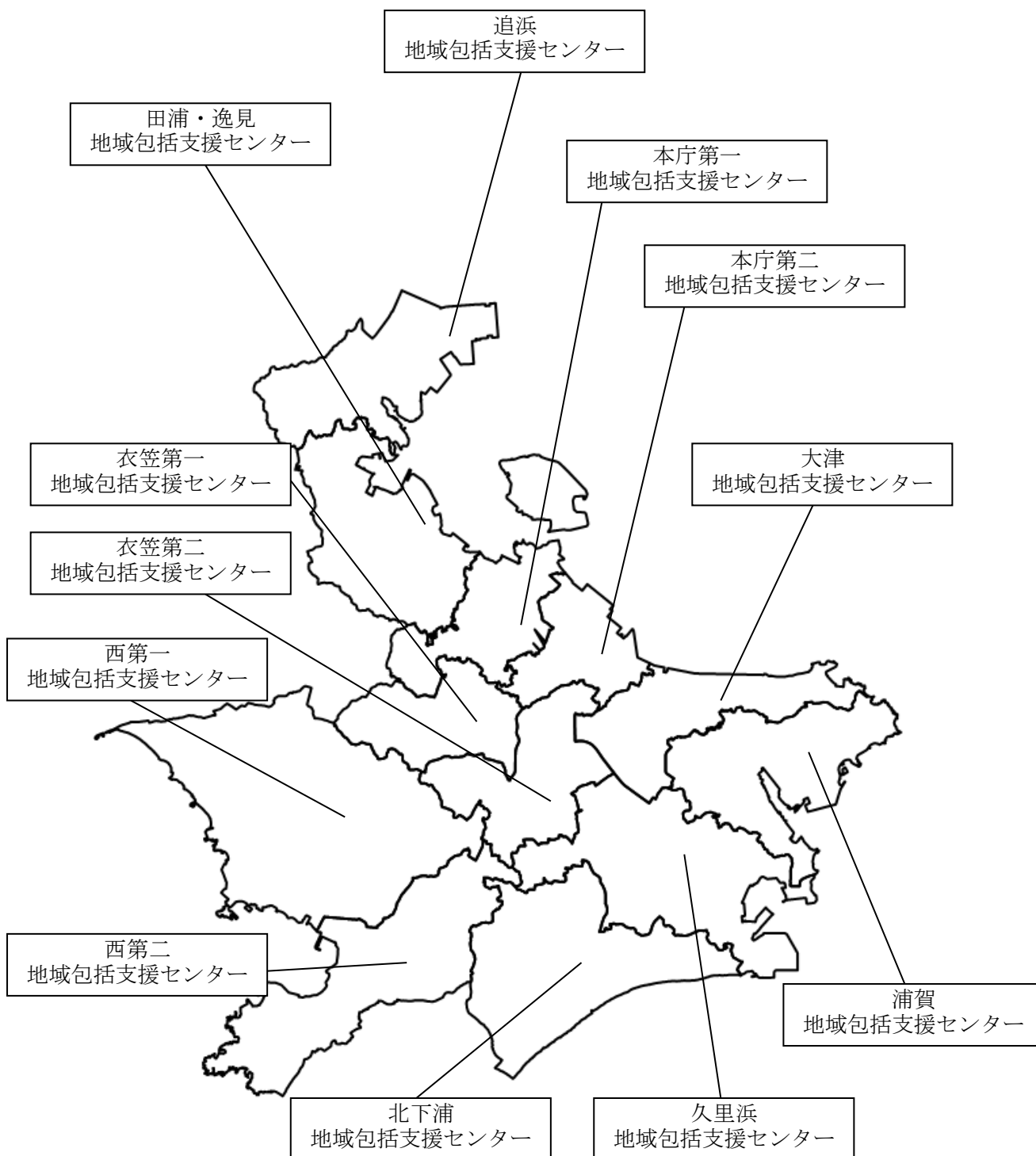
資料：高齢福祉課作成

図表79 地域包括支援センター一覧

(平成29年7月現在)

地域	センター名・所在地	担当地域
追浜	追浜地域包括支援センター 鷹取 1-1-1 湘南病院内 TEL:865-5450	鷹取・追浜本町・夏島町・浦郷町・ 追浜東町・浜見台・追浜町・追浜南町・ 湘南鷹取
田浦 逸見	田浦・逸見地域包括支援センター 田浦町 2-80-1 横須賀基督教社会館内 TEL:861-9793	船越町・港が丘・田浦港町・田浦町・ 田浦大作町・田浦泉町・長浦町・ 安針台・吉倉町・西逸見町・山中町・ 東逸見町・逸見が丘
本庁	本庁第一地域包括支援センター 緑が丘 26 聖ヨゼフ病院内 TEL:828-3830	坂本町・汐入町・本町・稲岡町・泊町・ 小川町・大滝町・緑が丘・若松町・ 上町・不入斗町・鶴が丘・平和台・ 汐見台
	本庁第二地域包括支援センター 三春町 2-12 三春コミュニティセンター内 TEL:824-3253	日の出町・米が浜通・平成町・安浦町・ 三春町・富士見町・田戸台・深田台・ 望洋台・佐野町
衣笠	衣笠第一地域包括支援センター 衣笠栄町 4-14 共楽荘内 TEL:851-1963	衣笠栄町・金谷・池上・阿部倉・平作・ 小矢部 2 丁目・小矢部 4 丁目
	衣笠第二地域包括支援センター 大矢部 1-9-30 横須賀グリーンヒル内 TEL:838-4774	公郷町・小矢部 1 丁目・小矢部 3 丁目・ 衣笠町・大矢部・森崎
大津	大津地域包括支援センター 走水 1-35 シャローム内 TEL:842-1082	根岸町・大津町・馬堀海岸・走水・ 馬堀町・桜が丘・池田町
浦賀	浦賀地域包括支援センター 西浦賀 6-1-1 太陽の家内 TEL:846-5160	吉井・浦賀・浦上台・二葉・小原台・ 鴨居・東浦賀・浦賀丘・西浦賀・光風 台・南浦賀
久里浜	久里浜地域包括支援センター 長瀬 3-6-2 衣笠病院長瀬ケアセンター内 TEL:843-3112	久里浜台・長瀬・久比里・ 若宮台・舟倉・内川・内川新田・佐原・ 岩戸・久村・久里浜・神明町・ ハイランド
北下浦	北下浦地域包括支援センター 野比 5-5-6 横須賀老人ホーム内 TEL:839-2606	野比・粟田・光の丘・長沢・ グリーンハイツ・津久井
西	西第一地域包括支援センター 太田和 2-3-21 横須賀椿園内 TEL:857-9939	山科台・太田和・荻野・長坂・佐島・ 佐島の丘・芦名・秋谷・子安・ 湘南国際村
	西第二地域包括支援センター 武 3-39-1 横須賀愛光園内 TEL:857-6604	長井・御幸浜・林・須軽谷・武

図表80 地域包括支援センター



③ ネットワークの構築

ア 地域包括支援センターを中心としたネットワーク

高齢者ができる限り住み慣れたまちで暮らし続けることができるように、高齢者を支援するための多職種によるネットワークを構築することを目的として、地域ケア会議を開催しています。地域ケア会議には、市が主催する「高齢者地域ケア会議」「地域包括支援センター情報交換会」地域包括支援センターが主催する「包括的ケア会議」「地域ネットワークづくり」があります。

図表81 地域ケア会議の種類と内容

名 称	内 容
高齢者地域ケア会議	医師・弁護士・社会福祉施設・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・福祉事務所などの有識者が集まり、地域の包括的なケア体制の協議などと措置入所の要否判定を行います。
地域包括支援センター情報交換会	地域包括支援センターを中心とした地域ネットワークづくりを目指し、各地域包括支援センター間および市との間で、情報共有や意見交換を行うために開催しています。地域包括支援センターの運営に関する課題のみならず、地域における高齢者支援に関する課題などに関して、検討および情報の共有を図っています。
包括的ケア会議	各地域包括支援センターにおいて、民生委員児童委員や地区ボランティア、居宅介護支援事業所をはじめとする介護事業者、医療関係者などと学習会や情報交換などを行う「包括的ケア会議」を開催しています。地域における総合的・重層的なネットワークを構築し、高齢者の健康と福祉の向上を目指しています。
地域ネットワークづくり	各地域包括支援センターが地域で自主開催した会議や研修などを「地域ネットワークづくり」としています。民生委員児童委員・地域住民・自治会・町内会、居宅介護支援事業所、医療関係者などが集い、横断的な支援体制の構築や連携に取り組んでいます。また、当該会議などにおいて、個別事例の支援体制の検討も行っています。

イ 認知症支援のネットワーク

122ページ、「4 認知症施策の推進」、(1) 現状 ⑥に記載しています。

ウ 在宅療養を支えるネットワーク

107ページ、「3 人生の最終段階における支え合いの仕組みづくり」、(1) 現状 ③④ に記載しています。

④ 介護給付以外の福祉サービス

ア 紙おむつ給付事業（地域支援事業）※地域支援事業の説明は、P198～P199

家族の夜間の介護負担を軽減することを目的として、ねたきり等の在宅高齢者が紙おむつを必要としている場合、市が指定する業者の中から月額3,000円以内で選択した紙おむつを給付しています。

平成28年度末利用人数	4,337人
平成28年度延利用人数	45,614人

イ 寝具丸洗いサービス事業

高齢者が清潔で快適な生活を送ることを目的として、ねたきり等の在宅高齢者の使用している寝具の丸洗いを行っています。

平成28年度末利用人数	1,885人
平成28年度延利用人数	5,223人

ウ 出張理容等サービス事業

ねたきり等の在宅高齢者で理美容店に出かけられない人に、理容師または美容師が自宅まで出張し、理美容サービスを行っています。

平成28年度末利用人数	2,112人
平成28年度延利用人数	7,363人

エ 家族介護慰労金支給事業（地域支援事業）

市民税非課税世帯の高齢者にあつて、要介護4または5と認定されながら、過去1年間介護保険サービス（1週間程度のショートステイを除く）を利用しなかった高齢者を介護している家族に慰労金を支給しています。

平成28年度支給者数	1人
------------	----

⑤ 地域で支え合う仕組みづくり

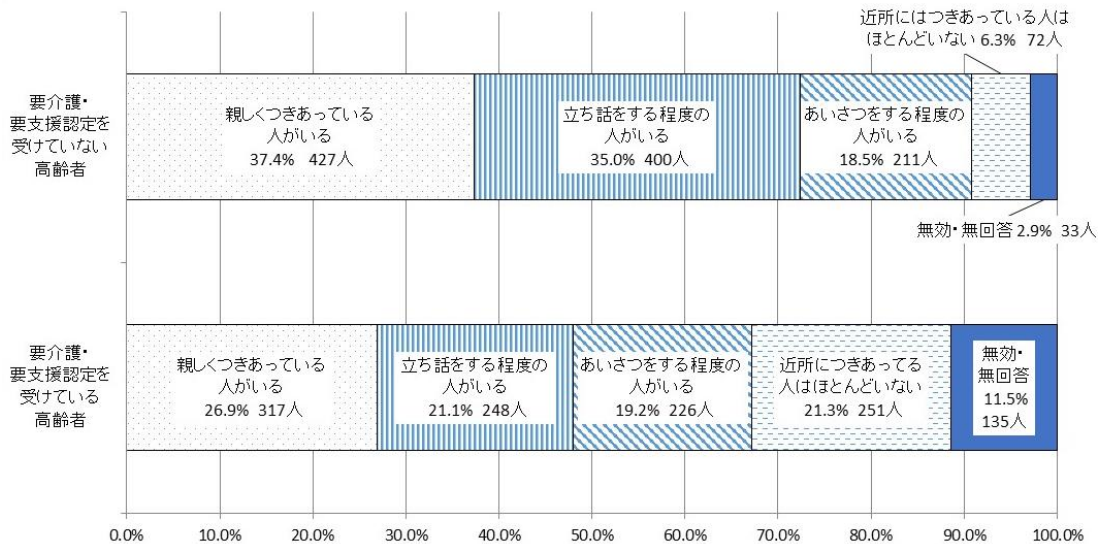
ア 地域での支え合い

高齢者福祉および介護保険に関するアンケート結果では、要介護・要支援認定を受けている人は受けていない人と比べて、親しくつきあっている人がいると回答した割合が少なく、近所につきあっている人はほとんどいないと回答した割合が多い傾向がありました。このことから、要介護期になると地域との関わりが希薄になっていく傾向があると考えられます。

他方、介護保険に関するアンケート結果では、現在、地域（近所）の人に手伝ってもらっていることは特にないと回答した人（743人）のうち、今後、地域（近所）の人に手伝ってほしいと思うものがあると回答した人が162人（21.8%）いました。このことから介護認定を受けている人の中にも地域の人の手伝い、すなわち、地域と関わりながら支援を受けたいという希望があることが分かります。

そのような中で、住み慣れたまちで住民が互いに助け合って生活が継続できるよう地域の創意工夫により、さまざまな支え合い団体が市内に立ち上がっています。（支え合い団体については66ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、（1）現状 ③に記載しています。）

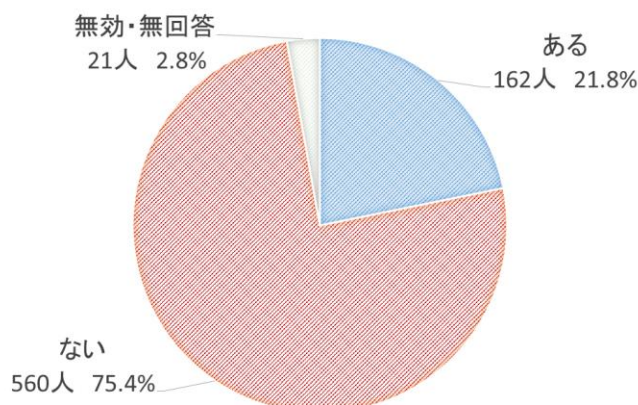
図表82 近所付き合いの状況



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,143人）

資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,177人）

図表83 今後地域の人に手伝ってほしいことの有無（抜粋）



※回答の分類で、「ある」の内訳例：ごみだし、見守り、草とりや水やりなど庭の手入れ、日常の清掃や大掃除、など

※「ある」に分類される選択肢と「特にない」の2種類を選択した場合は「ある」に計上。

※「現在、地域（近所）の人に手伝ってもらっていることがありますか」の問いに「特にない」のみを回答した743人を抜粋。

資料：平成28年度介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数743人）

イ 地域福祉促進のための連携、協力

68ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(1) 現状 ③ イに記載しています。

ウ 民間団体および事業者との連携、協力

69ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(1) 現状 ③ ウに記載しています。

エ 災害時要援護者対策の推進

69ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(1) 現状 ③ エに記載しています。

⑥ 医療と介護の連携

ア 在宅療養の体制整備

医療を必要としている人が要介護状態にあり、診療所や病院に通えない場合には、自宅で医療を受けることもできます。住み慣れた自宅で医療と介護を受けながら療養生活を送ることを在宅療養といいます。在宅療養では、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパーなど、さまざまな医療関係者、介護関係者が要介護者を支援しますが、在宅での療養を望む人やその家族が安心して在宅療養を選択できるようにするため、これら関わりのある多くの専門職が

連携するとともに、在宅医を増やすことで、安心して在宅療養を選択できる体制作りに取り組んでいます。

平成23年度には、医療関係者・介護関係者の顔の見える関係づくりと地域における医療・介護の連携推進のための具体的施策を検討することを目的として、医療・介護・行政の関係者を構成員とした「在宅療養連携会議」を設置しました。

この会議では、在宅療養に係るさまざまな課題を抽出し、課題解決のための施策を検討しています。また、この会議に3つの専門部会を置き、検討した解決策の具体化に取り組んでいます。

具体的には、在宅医の増加を目的とした医師対象のセミナー、関係職種の連携やスキルアップを目指した各種研修・セミナーの実施により多職種連携をさらに促進し地域包括ケアのまちづくりを進めています。

平成28年度 在宅療養連携会議開催回数	全体会議	4回
	専門部会	9回

在宅療養連携会議構成員（19名）の所属団体等（平成29年4月現在）

横須賀市医師会（2名）
横須賀市歯科医師会
横須賀市薬剤師会
三次救急対応病院
横須賀地区ソーシャルワーカー連絡協議会
在宅療養ブロック連携拠点病院
横須賀市介護老人保健施設連絡会
横須賀市地域包括支援センター連絡会
横須賀市居宅介護支援事業所連絡協議会
横三地域訪問看護ステーション連絡協議会横須賀ブロック
横須賀市訪問介護事業所連絡協議会
横須賀市グループホーム協議会
横須賀地区栄養士連絡協議会
横須賀市民生委員児童委員協議会
神奈川県理学療法士会横須賀三浦ブロック
横須賀市福祉部高齢福祉課長
横須賀市福祉部介護保険課長
横須賀市健康部地域医療推進課長

専門部会

広報啓発検討専門部会
連携手法検討専門部会
研修・セミナー検討専門部会

イ 市民周知の取り組み状況

本市では、在宅療養に関するシンポジウムの開催や出前トークの実施、あるいはガイドブック作成など市民に在宅療養という選択肢について広く周知するための啓発活動に取り組んでいます。

(2) 課 題

① 要介護者および介護者への支援

ア 介護者への支援

・老老介護

高齢である介護者の健康状態の悪化や要介護状態になることによる介護力の低下や喪失が、在宅での介護を困難にしていることが推測されるため、在宅での介護を支援する体制が求められています。

・介護離職

家族を介護するにあたり、仕事と介護との両立が困難になり退職に至る場合があります。介護離職は、企業にとっての損失だけでなく、介護離職者の経済的困窮により、生活保護に頼らざるを得なくなる場合もあり、介護者への支援の充実も必要となります。

・ダブルケア

晩婚化により出産年齢が高齢化し、介護と育児を同時に担う「ダブルケア」という問題が浮上しています。地域を取り巻くさまざまな社会資源を活用しながら、必要な情報を提供することにより介護者の不安を解消し子育てと介護が両立できるような取り組みが求められています。

イ 低所得世帯への支援

所得の少ない世帯では、経済的な負担を伴うため、介護保険のサービスを利用することが難しい場合があります。誰もが適切に介護サービスを利用することができるように、低所得世帯を支援することが必要です。

② 相談窓口

ア 高齢者の総合相談窓口

高齢者支援に関する情報は、日々更新され、多様化しています。複雑化する相談内容に適切に対応するため、情報の管理・整理などを行う必要があります。

また、高齢者やその家族が安心して生活できるようにするため、各種福祉サービスについての総合的な相談支援体制および相談内容に応じた関係機関との連携を充実させることが必要となります。相談業務に携わる職員については、情報の共有、資質向上などに向けた取り組みが求められています。

イ 地域包括支援センター

・運営体制

地域包括支援センターが行う各種事業を円滑に実施するため、適切な運営体制を確保する必要があります。地域の実態把握を行い、抽出された課題に対し重点的に行う業務目標を定め、市と共有し、地域課題の解決を行うために必要に応じて事業実施方針の見直しを行う必要があります。地域の高齢者を取り巻く環境は日々変化し続けており、利用者に合わせた支援を行うために適切な人員体制を確保することが求められています。

・地域包括支援センター事業評価

介護保険法の一部が改正され、平成30年度から地域包括支援センターの事業評価が義務付けられました。評価の実施を通じ、地域包括支援センターにおける必要な人員体制を明らかにすることで、適切な人員体制を確保する必要があります。

本市では、地域包括支援センター開設当初より事業評価を実施しています。今後も地域包括支援センターの効果的な運営を行うため、地域の実情や法改正に伴い、事業評価のあり方を検討していく必要があります。

③ ネットワークの構築

ア 地域包括支援センターを中心としたネットワーク

引き続き、地域ケア会議を通じて介護と医療の連携を推進していくことが求められています。また、高齢者だけでなく、障害者や子どもを支援するための横断的なネットワークの構築が求められています。

イ 認知症支援のネットワーク

123ページ、「4 認知症施策の推進」、(2) 課題 ⑤に記載しています。

ウ 在宅療養を支えるネットワーク

108ページ、「3 人生の最終段階における支え合いの仕組みづくり」、(2) 課

題 ① に記載しています。

④ 介護給付以外の福祉サービス

紙おむつの給付など、利用者数の増加が著しいサービスについては、事業内容の見直しが必要です。

⑤ 地域で支え合う仕組みづくり

ア 地域での支え合い

要介護期の高齢者の地域での継続した生活を支えるためには、高齢者が地域と関わりを持ち、必要な支援を受けられることが重要です。そのためには、地域住民同士が助け合う生活支援活動の更なる充実が必要です。

生活援助活動の充実のためには、生活支援を提供している住民主体の団体についての実態や情報を十分に把握するとともに、生活支援を行っている支え合い団体の安定した運営のための支援や、新たな支え合い団体の立ち上げ支援が必要となります。

イ 地域福祉促進のための連携、協力

73ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(2) 課題 ③ イ に記載しています。

ウ 民間団体および事業者との連携、協力

73ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(2) 課題 ③ ウ に記載しています。

エ 災害時要援護者対策の推進

73 ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(2) 課題 ③ エ に記載しています。

⑥ 医療と介護の連携

ア 在宅療養の体制整備

本市では、在宅療養に関する市民啓発や在宅医の増加に向けた医師への啓発、各種セミナーなどを実施し、多職種連携や在宅医増加に向けた取り組みを進めてきましたが、これをさらに推進し、地域包括ケアのまちづくりを進めることにより、安心して在宅療養を選択できる体制の構築が求められています。

・多職種の連携

在宅での療養を望む人やその家族が安心して在宅療養を選択できるようにするため、在宅療養を支える医療・介護等の関係職種の連携が重要です。

また、病院から退院して在宅療養となる人も多いため、スムーズに在宅療養

へ移行できるよう、病院スタッフと在宅療養を支えるスタッフとの連携も重要です。

・在宅医の増員

在宅医療を必要とする高齢者が増加すると考えられるため、在宅医療を行う医師（在宅医）を増やしていく必要があります。

・人材育成

市民の在宅療養を支える多職種の連携を推進するためにはそれぞれがスキルアップをし、相互理解を深め人材育成を行うことが大切です。そのためさまざまな研修やセミナーなどの機会を提供する必要があります。

イ 市民への周知

在宅療養に関する知識や情報の不足から、要介護期になると、医療機関の受診や療養生活について、不安を感じる人もいます。在宅療養に関する認識や理解を深めてもらうような市民への周知や啓発が必要です。

（3）施策の展開

① 要介護者および介護者への支援

ア 介護者への支援

要介護期高齢者の家族などが相談できる地域の窓口として地域包括支援センターや、介護の悩みに対する相談を受ける高齢福祉課の総合相談窓口の周知を継続し、わかりやすい相談・支援体制の充実を図ります。

相談窓口においては、介護の悩みなどに対する相談を受けた場合、通所介護（デイサービス）や短期入所（ショートステイ）などの介護保険サービスやそれ以外の介護や生活を支えるサービスの情報を提供し、介護者の支援に努めます。

また、神奈川県内の介護保険事業所情報を検索・閲覧できるホームページである「介護情報サービスかながわ」との連携を通じて、短期入所（ショートステイ）空き情報など、さまざまな介護サービスの情報を公表し、利用者のサービス選択に役立つよう取り組みます。

イ 低所得世帯への支援

一定以下の所得の世帯については、月々の負担が高額となった場合に上限額を超える部分について支給する高額介護サービス費、施設への入所や短期入所（ショートステイ）を利用した場合の食費や居住費を所得に応じて軽減する特定入所者介護サービス費、サービス利用料の一部を減額する社会福祉法人等利用者負担

軽減制度などがあります。引き続きこれらの制度の利用について申請を促し、利用者が必要なサービスを受けられるように努めていきます。

② 相談窓口

ア 高齢者の総合相談窓口

- ・地域資源情報の一元化

各地域包括支援センターなどと連携し、地域資源情報の一元化を図ります。

- ・関係機関や団体などとの連携・協力体制の強化

高齢者やその家族が安心して生活できるよう、各種サービスについての総合的な相談支援体制および相談内容に応じた関係機関や団体などとの連携・協力体制を強化します。

- ・職員の資質向上

相談業務に携わる職員の情報共有、資質向上に向けた研修などに取り組みます。

イ 地域包括支援センター

- ・運営体制

市が委託した業務が円滑で効果的に実施できるよう、必要に応じて事業実施方針や人員配置基準などの見直しを行います。また、引き続き各種研修会を実施し、職員の資質向上にも努めます。

- ・地域包括支援センターの事業評価

事業評価を通じて地域包括支援センターの活動を振り返り、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して住み続けられるよう地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいきます。また、事業評価を通じて得られた地域包括支援センターの先進的な取り組みを共有することで、職員の能力の向上とセンター機能の平準化を図ります。

また、適切な評価が行えるように、必要に応じて評価項目の見直しを行います。

③ ネットワークの構築

ア 地域包括支援センターを中心としたネットワーク

高齢者の支援から見えてくる複合化したニーズに対応する観点から地域共生社会の実現に向けて、分野を超えた関係機関と連携調整などを行う包括的な支援体制づくりを目指します。

また、市と地域包括支援センターが地域ケア会議により連携し、地域課題の把

握を行うとともに高齢者への包括的な支援を行います。

イ 認知症支援のネットワーク

127ページ、「4 認知症施策の推進」、(3)施策の展開 ⑤に記載しています。

ウ 在宅療養を支えるネットワーク

109ページ、「3 人生の最終段階における支え合いの仕組みづくり」、(3)施策の展開 ①に記載しています。

④ 介護給付以外の福祉サービス

高齢者ができる限り住み慣れたまちで安心した生活を送るため、介護給付以外の福祉サービスは今後も継続して行っていますが、利用者数の増加が著しいサービスについては、事業内容の見直しを行っていきます。

図表84 ねたきり等高齢者施策の見込み量

事業名	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
紙おむつ 給付事業 (地域支援事業)	延43,903 人 (年度末 利用人数 4,168人)	延45,614 人 (年度末 利用人数 4,337人)	延50,259 人			
寝具丸洗い サービス事業	延5,225人 (年度末 利用人数 1,951人)	延5,223人 (年度末 利用人数 1,885人)	延5,914人			
出張理容等 サービス事業	延7,071人 (年度末 利用人数 2,024人)	延7,363人 (年度末 利用人数 2,112人)	延7,199人			
家族介護慰労 金支給事業 (地域支援事業)	2人	1人	3人			

※地域支援事業の説明は、198ページ～202ページ ※平成29年度は見込み

⑤ 地域で支え合う仕組みづくり

ア 地域での支え合い

地域包括支援センターなどと連携して市内の支え合い活動についての把握に努めていきます。また、高齢者を含めた地域住民による生活支援などの支え合い活動が広がるよう、社会福祉協議会や市民活動サポートセンターなどと協力し、立ち上げに関する相談や支援、支え合い団体間の情報交換会や支え手養成の講演会の開催など、運営の支援を行います。

イ 地域福祉促進のための連携、協力

78ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(3) 施策の展開 ③イに記載しています。

ウ 民間団体および事業者との連携、協力

78ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(3) 施策の展開 ③ウに記載しています。

エ 災害時要援護者対策の推進

78ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり」、(3) 施策の展開 ③エに記載しています。

⑥ 医療と介護の連携

109ページ、「3 人生の最終段階における支え合いの仕組みづくり」、(3) 施策の展開 ①に記載しています。

3 人生の最終段階における支え合いの仕組みづくり

高齢化の進展に伴い、入院患者数や、死亡者数の増加が見込まれます。死亡者数は、平成37年（2025年）には、約6,000人と予想されており、平成27年の約4,500人に対して大幅な増加が見込まれています。現状では、約6割の人が病院で亡くなっていますが、病院の病床数には限りがあるため、増加する死亡者数すべてを病院で看取することは困難です。しかし、将来の入院患者数の増加に伴う医療需要を適切に受け止めるために、必要に応じた病床および病床機能を確保していくことは必要です。

一方、多くの市民が自宅での療養を希望しているというアンケートの結果もあり、要介護期から終末期にかけての在宅療養とその先にある在宅看取りを選択できる体制を整備していくことが必要です。

体制の整備に当たっては、市民の理解を得るための広報や啓発、医療と介護の一層の連携推進、並びに在宅看取りに必要な医療資源・介護資源の量と質の充実が不可欠です。

目 標

在宅療養や在宅看取りを安心して選択できる体制を整備します

(1) 現 状

① 在宅療養患者数と死亡者数の増加および死亡場所の構成比の変化

ア 在宅療養患者数の増加

神奈川県地域医療構想（平成28年10月策定）によると、平成37年（2025年）の横須賀・三浦二次医療圏内の在宅医療を必要とする患者数は、平成25年（2013年）と比べて約1.4倍に増加すると予測されています。

在宅医療を必要とする患者数（横須賀・三浦二次医療圏内）

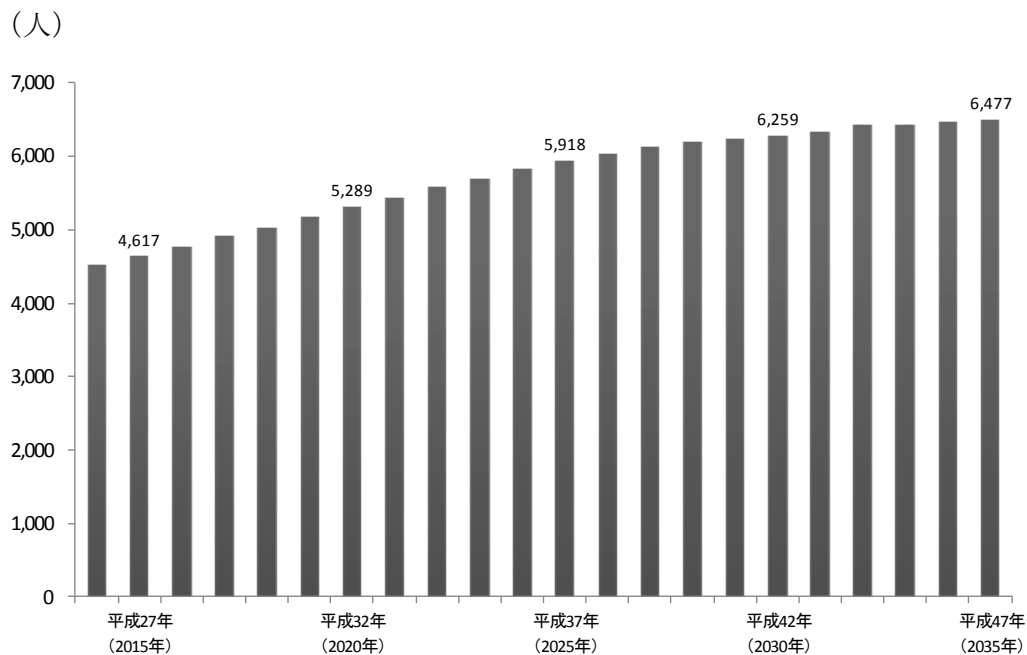
平成25年（2013年）	平成37年（2025年）
9,909人/日	14,055人/日

資料：神奈川県地域医療構想より作成

イ 死亡者数の増加

高齢化が進むにつれ、死亡者数の増加が見込まれます。平成27年の年間死亡者数は4,500人余りでしたが、平成37年の死亡者数は約6,000人と予測しています。

図表85 横須賀市の死亡者数推計



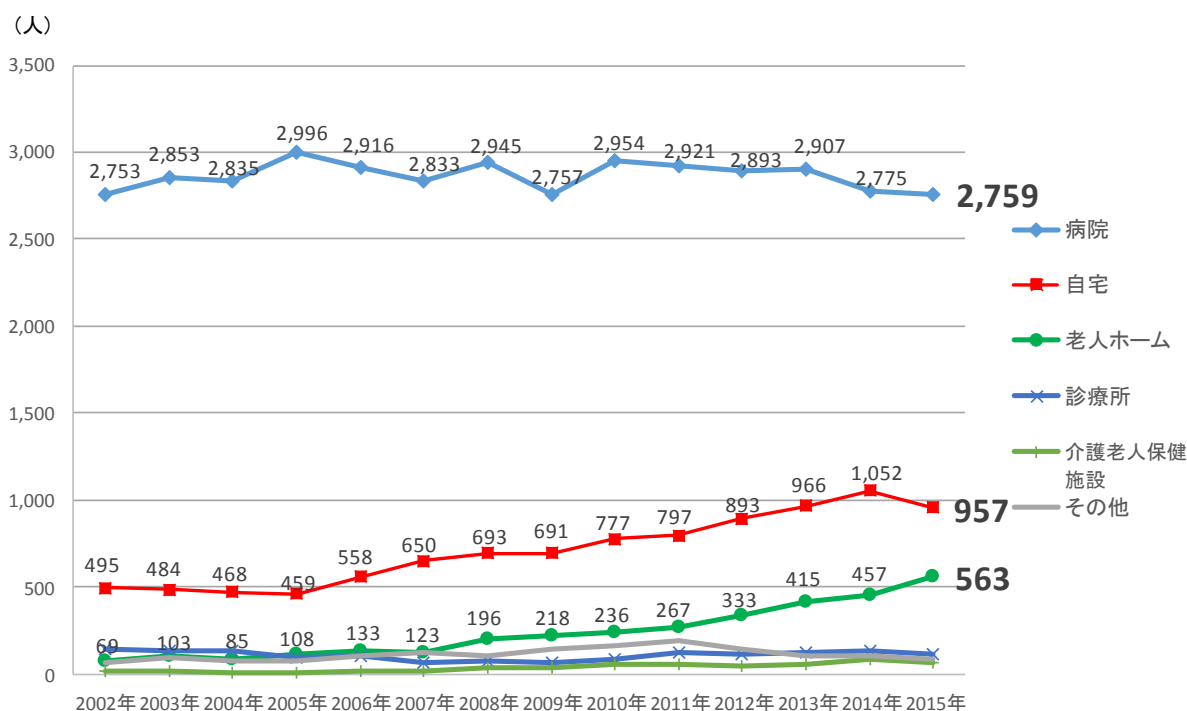
資料：横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口（平成26年5月推計）」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

ウ 死亡場所の構成比

平成27年に亡くなった市民のうち、約61%は病院で、約21%は自宅で息を引き取っています。病院での死亡者数の推移は横ばいですが、自宅や老人ホームでの死亡者数は増加傾向にあります。

全国平均（平成22年）では、国民の約78%が病院で、約13%が自宅で亡くなっていますので、全国と比較すると、自宅で亡くなる人の割合は高くなっています。

図表86 横須賀市の死亡場所別死亡数の推移

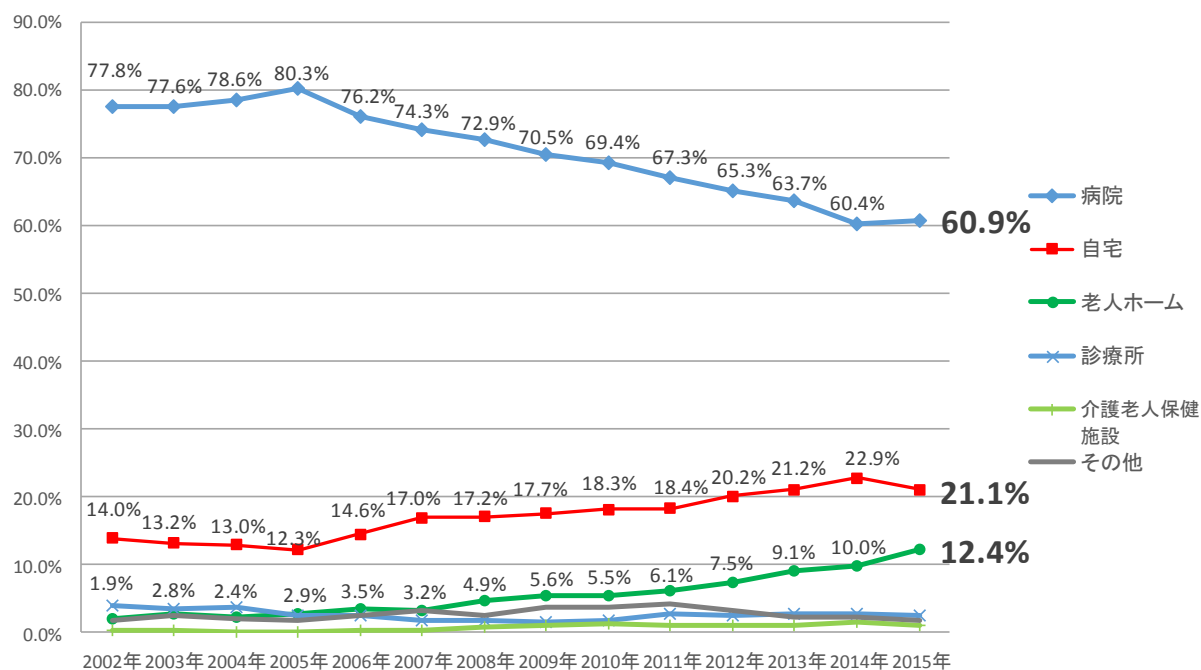


※自宅は、自宅のほか、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含みます。

※老人ホームは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび有料老人ホームです。

資料：人口動態統計より地域医療推進課が作成

図表87 横須賀市の死亡場所の構成比の推移



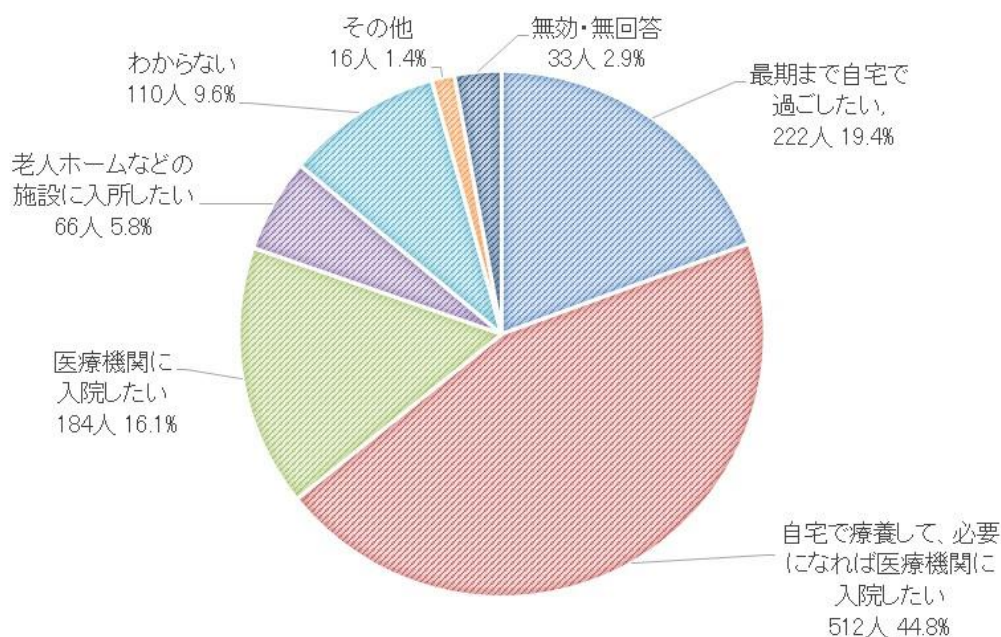
資料：人口動態統計より地域医療推進課が作成

② 人生の最終段階についての市民の希望

ア 人生の最終段階における療養場所の希望

高齢者福祉に関するアンケート結果では、介護認定を受けていない65歳以上の方のうち、「人生の最期をどこで過ごしたいか」という設問に対して、「最期まで自宅で過ごしたい」あるいは「自宅で療養して必要になれば医療機関に入院したい」と回答した人の割合は合わせて約64%でした。この割合は、平成25年度に実施した同様のアンケート結果と比較して高くなっています。

図表88 人生の最期を迎えるとき、どこで過ごしたいか



資料：平成28年高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数1,143人）

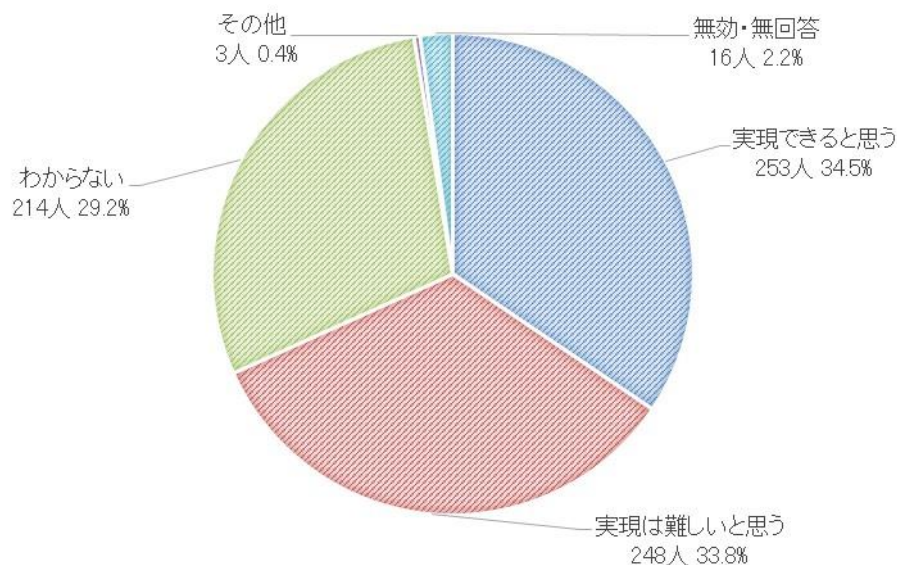
イ 在宅療養・在宅看取りの不安

高齢者福祉に関するアンケートで、「最期まで自宅で過ごしたい」あるいは「自宅で療養して必要になれば医療機関に入院したい」と回答した人に対して、さらに「それは実現可能か」と質問したところ、「難しい」もしくは「わからない」とする回答が約63%に達しました。

その理由として「家族に介護の負担や手間がかかるから」「入院した方がきちんと医療を受けられるから」「急に具合が悪くなった時に不安だから」の順で回答が多くなっています。

半数を超える人が人生の最期を迎えるときには在宅での療養を望んでいるにもかかわらず、その望みを叶えることができると思っている人は少ないことが分かります。

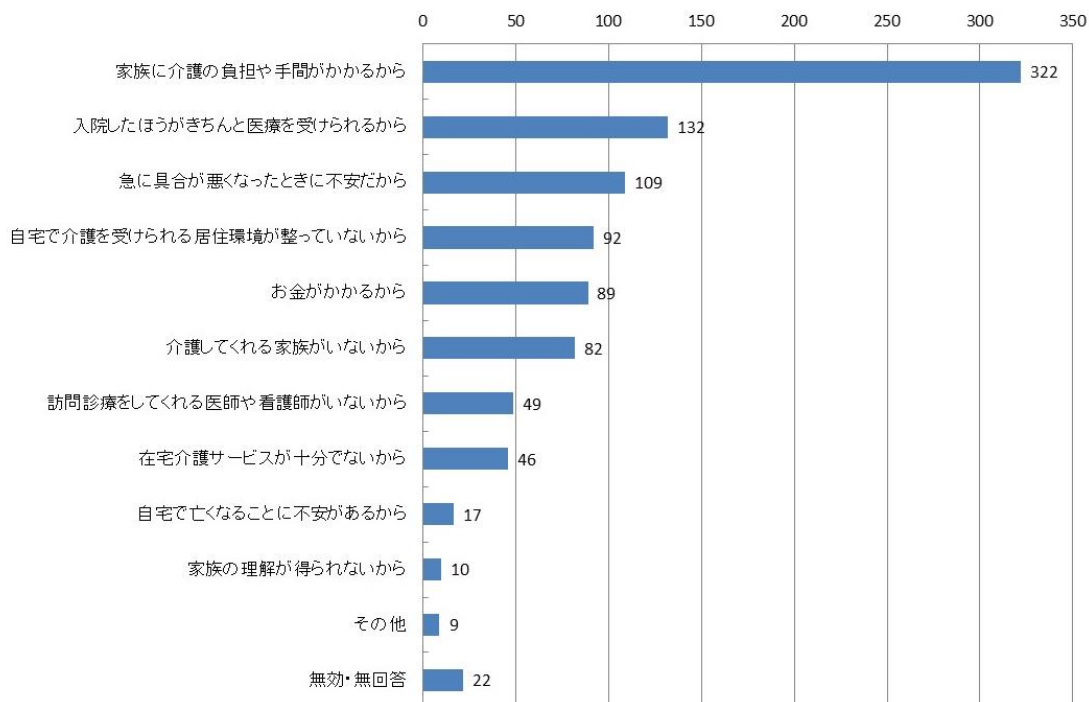
図表89 在宅療養の希望は実現できると思うか



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数734人）
 ※図表88で、「最期まで自宅で過ごしたい」「自宅で療養して、必要になれば医療機関に入院したい」と答えた734人

図表90 在宅療養が難しいと思われる理由（複数回答）

（単位：人）



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数462人）
 ※図表89で、「実現は難しいと思う」「わからない」と答えた462人

③ 在宅療養に係る医療と介護の関係機関

在宅医療において中心的な役割を担う在宅療養支援診療所^{*}を例にとると、人口10万人あたりの診療所数は、全国平均11.4施設、神奈川県平均9.4施設に対して、横須賀市は9.1施設であり、全国平均、県平均ともにやや下回っています。（厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」より計算。該当数値は平成26年時点。）

※在宅療養支援診療所とは、24時間、往診や訪問看護の提供が可能な体制を取っていることや、緊急時の入院の受け入れ体制を他の医療機関と連携して確保していることなど、必要な条件を満たしている保険医療機関の診療所のことです。

市内の在宅療養に係る主な医療・介護機関 （平成29年7月現在）

・ 在宅療養支援診療所	42カ所
・ 在宅療養後方支援病院	3カ所
・ 訪問看護ステーション	28カ所
・ 地域包括支援センター	12カ所
・ 居宅介護支援事業所	126カ所
・ 訪問介護事業所	88カ所
・ 訪問入浴介護事業所	9カ所
・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	2カ所
・ 小規模多機能型居宅介護事業所	7カ所
・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所	1カ所

④ 在宅療養連携推進に係る現在までの取り組み

医療と介護の連携を目的とした、医療関係者・介護関係者・市職員を構成員とする在宅療養連携会議を平成23年度に設置し、在宅療養に係る課題の抽出や解決策の検討を行っています。市は、この会議での検討結果を具体化し、施策を展開してきました。

シンポジウムなどの市民への啓発事業、医療と介護の関係者の連携推進のための多職種合同研修会、在宅療養を支える人材を育成するための研修やセミナーなど、すでに多くの施策を実施しています。

また、平成25年度からは在宅医療に取り組む診療所の増加を目的として、市内を4つのブロックに分け、それぞれに診療所の医師や病院関係者をメンバーとするブロック会議を開催しています。現在は、診療所相互の協力体制の構築や、病院と診療所との連携などに取り組んでいます。

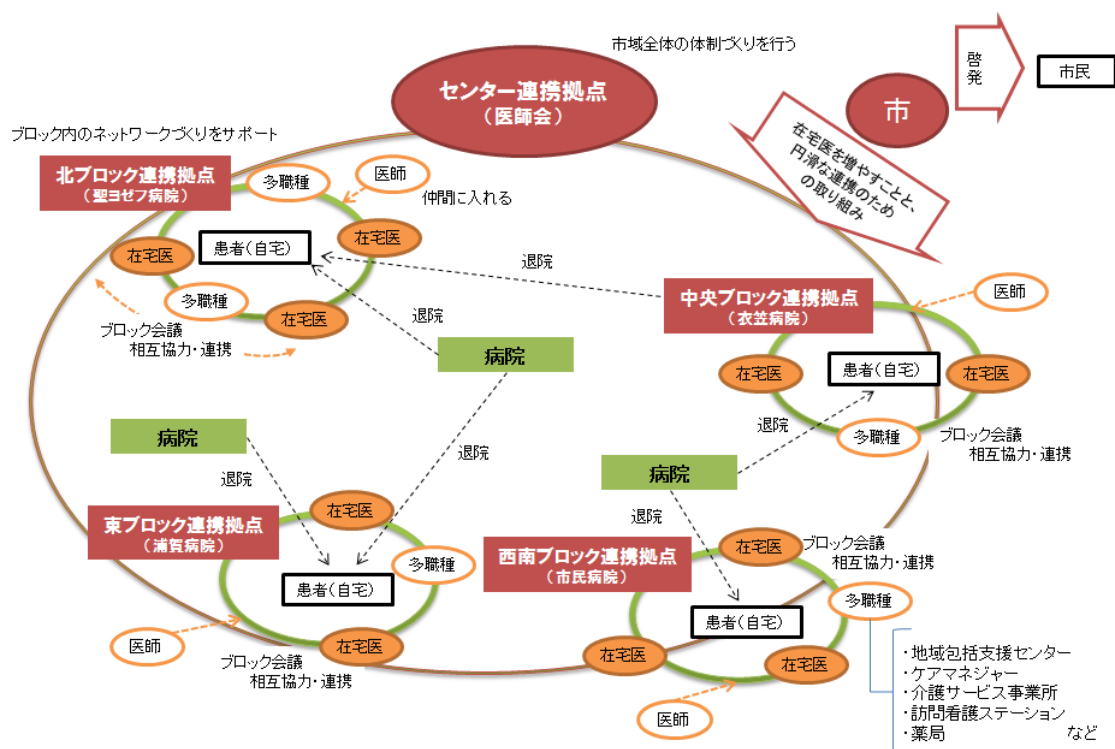
このブロック会議の事務局としての役割を担う在宅療養ブロック連携拠点を各地域内の病院に設置し、また、ブロック拠点の統括的役割や在宅療養に係る全市的な事業を実施するため、在宅療養センター連携拠点を横須賀市医師会に設置しています。

その後、平成27年度には、介護保険法の改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が地域支援事業に位置付けられました。

現在、厚生労働省が掲げる次の8項目に沿って、事業を展開しています。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

図表91 在宅療養連携体制（センター連携拠点・ブロック連携拠点）イメージ



資料：地域医療推進課作成

(2) 課題

① 多職種連携の推進

高齢化の進展に伴い、在宅療養を選択する人が増えることが見込まれます。在宅療養を支援する医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパーなど、多職種の一層の連携強化を図り在宅での療養を望む市民やその家族が

安心して在宅療養を選択できるようにするための体制整備が必要です。

また、入退院時の病院スタッフと、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなどの在宅療養支援スタッフとの一層の連携強化も重要です。入院の際には、患者の在宅での状況をケアマネジャーから病院スタッフへ情報提供することや、退院の際には、退院の日程に合わせて自宅での受け入れの準備が整えられるよう、必要な患者情報が入院中に病院スタッフから在宅療養支援スタッフに伝えられるような工夫と相互理解が必要です。

② 市民啓発の推進

人生の最終段階における療養場所について、市民の希望と現実との差がみられます。自宅にいても、医師や看護師、介護関係者などが必要に応じて訪問することにより、在宅療養や在宅看取りという選択も可能であることを多くの市民に周知する必要があります。

医師のほか、多職種のサポートが入ることで家族の負担や不安が軽減されること、入院しなくても必要な医療が受けられることなどを知ってもらうことが、「家にいたい」という希望をあきらめないための第一歩です。

さらに、人生の最終段階を迎えたとき、「自分はどうしたいのか」について一人ひとりに考えてもらうことも大切です。最期まで医療を受けたいのかどうか、延命措置をするのかしないのかといった希望を、家族や近親者に伝えておくことや治療方針について、医療や介護の関係者を含めて相談することの重要性を周知する必要があります。

③ 人材育成

在宅療養・在宅看取りの増加に対応するためには、その患者数に対応できる多くの在宅医が必要ですが、十分とはいえません。

また、在宅における療養生活の安心感や満足度などの質を高めるため、それを支える多職種の技術力やコミュニケーション能力の向上など、人材育成が求められます。

(3) 施策の展開

① 多職種連携の推進

ア 在宅療養連携会議の開催

医療関係者と介護関係者の顔の見えるネットワークを構築し、課題解決に向けた取り組みを検討・具体化していくため、「在宅療養連携会議」を継続的に開催しています。この会議には、市と医師会のほか、医療と介護の関係団体が多数参加しています。市内の多職種の合意形成をしつつ、基本的な方向性を打ち出すと

ともに、連携・協働し各種事業を企画・実施していきます。

在宅療養連携推進の基本的方向性を検討する全体会議のほか、次の3つの専門部会を設置し、解決策を具体化してきましたが、今後も専門部会での検討をもとにさまざまな取り組みを充実させていきます。

- ・広報啓発検討専門部会：市民に対し、在宅療養について広く周知する方法や内容を検討します。
- ・連携手法検討専門部会：多職種連携、病院と在宅療養支援スタッフとの連携など、連携推進に向けた研修会企画や連携の工夫について検討します。
- ・研修・セミナー検討専門部会：在宅医療に携わる医師を増やすためのセミナーや介護職の医療知識を学ぶ研修など、人材育成のための事業企画について検討します。

図表92 在宅療養連携会議開催回数（専門部会含む）

第6期実績			第7期計画		
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
16回	13回	16回	16回	16回	16回

※平成29年度は見込み

イ 多職種合同研修会の開催

課題解決に向けた取り組みを検討・具体化していくためには、医療・介護関係団体の代表者だけでなく、在宅療養現場で働く一人ひとりの顔の見える関係を深めることが重要です。そこで、今後も在宅療養に係わる多くの医療関係者・介護関係者が一堂に会する多職種合同研修会を引き続き開催します。グループワークなど参加型のプログラムを通じて、参加者相互が理解しあい、ネットワークを広げることで、現場での連携が取りやすくなります。

ウ 入退院時の多職種連携の推進

病院から退院し、自宅で医療と介護を受ける在宅療養へ移行する際には、退院前に病院スタッフと在宅療養を支援する医療と介護の関係者が集まって、退院後の在宅療養に向けた準備のための会議（カンファレンス）を行います。入退院時の在宅スタッフと病院スタッフのスムーズな連携を推進するために作成した入退院時の連携ルールや、これに先立ち作成した退院前カンファレンスシートの活用について普及啓発していきます。

エ 在宅療養連携推進「よこすかエチケット集」の活用

在宅療養現場での多職種連携を進めるには、相互理解が不可欠です。お互いの立場を理解しあうために、エチケットやマナー、さらには連携の際のルールなどを認識した上でコミュニケーションをとれば、誤解がなくスムーズな連携が望めます。そこで、在宅療養に関わる医療・介護関係者が活用するためのエチケット集を作成しました。引き続き活用することにより多職種の連携推進を図ります。

オ 在宅医療ブロック会議の開催

平成25年度から市内を4つの地域に分け、各地域内の診療所の連携を目的としたブロック会議を継続的に開催しています。このブロック会議は、在宅医の負担を軽減し、在宅医療を行う診療所の増加を目指し、地域内の診療所の協力体制（診診連携）や、在宅医と病院の連携のための取り組みを行います。

カ 在宅療養ブロック連携拠点の設置

ブロック会議の事務局の役割を担う在宅療養ブロック連携拠点を各地域内の病院に設置しています。

このブロック連携拠点は、ブロック会議を開催するほか、地域内の多職種連携研修会や勉強会などを企画開催します。さらに、在宅医療に係る専門職からの相談窓口も設置しています。

在宅療養ブロック連携拠点

- ・ 北ブロック連携拠点 : 聖ヨゼフ病院
- ・ 中央ブロック連携拠点 : 衣笠病院
- ・ 東ブロック連携拠点 : よこすか浦賀病院
- ・ 西南ブロック連携拠点 : 市立市民病院

キ 在宅療養センター連携拠点の取り組み

横須賀市医師会に設置した在宅療養センター連携拠点は、在宅療養ブロック連携拠点間の連絡調整や、在宅療養に係る全市的な研修会、広報啓発活動、病院との協力体制づくりや、患者が急変した場合などに病院が入院を受けてくれる病院と診療所の連携体制（病診連携）の仕組みづくりに取り組みます。

◎センター連携拠点の実施事業など

・ ブロック連携拠点情報交換会の開催

ブロック連携拠点の取り組みについて相互に情報共有できるよう、情報交換会を開催します。

- ・ 広域多職種合同研修会
市とセンター連携拠点の主催で、多職種の顔の見えるネットワークづくりを目的とした研修会を開催します。
- ・ 在宅医療街角出前講座
市民に在宅医療についての理解を深めてもらうため、町内会や団体・グループなどの求めに応じ、医師などを派遣し、在宅医療に関する講義を行います。
- ・ 病院長会議
市内病院の病院長を構成員とした会議を開催し、市内における在宅療養連携推進体制の整備のため必要な事項などを協議します。
- ・ 在宅患者入院支援登録システム
在宅療養については、具合が悪くなった時の対応に不安を感じる方が多くいます。在宅療養患者が、病状悪化や検査・治療などが必要なときに、病院に入院できるよう、事前に協力病院に登録しておくシステムを運用します。
- ・ 在宅患者情報共有システムの導入
在宅患者を支援する多職種は、患者情報を瞬時に共有することで、急変時の対応などスムーズな連携が可能となります。ICT（情報通信技術）を活用した「在宅患者情報共有システム」（通称かもめネット）を運用し、普及させていきます。

ク 二次医療圏内・関係市町の連携

医療の提供体制は、基本的に二次医療圏ごとに整備することとされています。特に病院からの退院調整の方策を病院と各市区町村の介護サービス関係者で協議するためには、二次医療圏単位での調整が必要です。そのため、横須賀・三浦二次医療圏内にある自治体（4市1町）で、在宅医療・介護連携推進事業担当者会議を設置しました。この会議を通して、事業実施における情報交換や、広域連携が必要な事項について協議を行っていきます。

② 市民啓発の推進

ア 在宅療養シンポジウムの開催

在宅療養や在宅看取りという選択肢について広く市民に知ってもらうことや、自分自身の人生の最終段階における介護や医療、延命措置について考える機会としてもらうため、在宅療養シンポジウムを継続的に開催していきます。

イ まちづくり出前トーク

町内会・自治会など地域団体や学習会・サークルなどのグループの求めに応じて、人生の最終段階における医療や在宅療養、あるいは地域医療やかかりつけ医のことなどをテーマに、市の職員が出向いて説明し、市民の理解を深めます。

ウ 啓発冊子などによる啓発

在宅療養に関する啓発冊子（在宅療養ガイドブック）の作成と配布、広報よこすかへの掲載、その他の媒体を活用し、市民へ在宅療養について周知します。

また、病名の告知や延命治療の希望の有無など人生の最終段階における医療について、市民が具体的に考えたり、家族と話し合ったりというきっかけとなる啓発ツールとして、「横須賀版リビング・ウィル」を作成し周知します。

在宅療養ガイドブック ～最期までおうちで暮らそう～



エ 在宅医療対応診療所の紹介

市民が在宅医療に対応する医療機関を把握できるよう、ホームページや、市民便利帳を活用し、情報提供します。

③ 人材育成

ア 開業医対象の在宅医療セミナーの開催

在宅医療に取り組む診療所を増やすことを目的に、開業医に在宅医療についての関心を高めてもらう内容のセミナーを開催します。

イ 在宅医同行研修の実施

開業医に在宅現場を体験してもらい、在宅医療に取り組む動機づけとしてもらうよう、また、病院スタッフに在宅医療への理解を深めてもらえるようにベテラン在宅医が在宅医療に関心のある医師や看護師を訪問診療に同行する研修を実施します。

ウ 病院職員対象の在宅療養出前セミナーの開催

在宅療養に係る病診連携を進めるためには病院勤務の医師や看護師などの医療スタッフに在宅療養現場の認識を深めてもらう必要があります。そこで、より多くの病院スタッフに参加してもらうため、在宅医を講師とし、病院勤務医などを対象とするセミナーを病院内で開催します。

エ 介護職を対象とした在宅医療セミナーの開催

ケアマネジャーやホームヘルパーなどの介護職は、医療についての知識や経験が少ない場合、医師や看護師との連携がうまくいかないことがあります。医療関係者とのコミュニケーションを円滑にし、効果的な連携ができるように、医療に関する基礎的な知識を習得するためのセミナーを開催します。

オ かかりつけ医セミナーの開催

在宅医療の推進には、かかりつけ医師が新たに在宅医療に取り組んでくれることや、在宅医をサポートする多職種の連携が欠かせません。医師および医療・介護の多職種を対象としたセミナーを開催し、かかりつけ医の在宅医療参入の動機づけと、多職種の連携推進を目指します。

4 認知症施策の推進

75歳以上の高齢者の増加により、認知症が大きな不安要因となっています。今後も認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症施策は全国的に重要な課題となっており、国は「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まちのよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、平成26年度より新オレンジプランを発表し、取り組みを強化しています。

近年では、認知症の予防や早期診断ができるようになり、薬物療法などで進行を遅らせる方法がわかってきました。また、徘徊や興奮など認知症の周辺症状といわれる症状についても、適切に対応すれば症状が軽減されることがわかってきました。

認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを進めるためには、市民1人ひとりが認知症について正しく理解し、偏見をもたず認知症の人や家族に適切に対応できることが求められます。また、認知症の人ができるだけ早期に診断・治療を受け、今後の生活について相談し対応ができること、継続的な支援体制を確立していくことが必要です。

「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

目 標

本人の意思が尊重され、住み慣れたまちで暮らし続けることができる仕組みを整備します

(1) 現 状

厚生労働省研究班の推計によると、65歳以上の高齢者の15%が認知症、13%がMCI（正常でもない認知症でもない正常と認知症との中間の状態）と推計されています。

（出典：『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』（平成24年8月公表）および「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」

(平成25年5月報告)を引用)

横須賀市の認知症高齢者およびMC I 高齢者の推計数は約3万人となります。

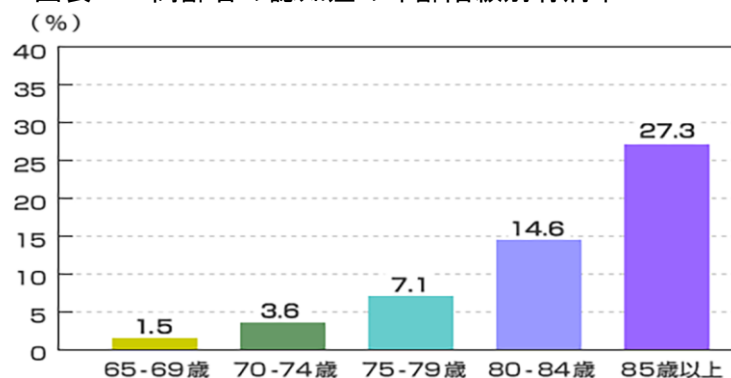
図表93 認知症高齢者の推計数

横須賀市の65歳以上人口 (A)	124,434人
認知症高齢者推計 (A×0.15)	18,665人
MC I 高齢者推計 (A×0.13)	16,176人

※人口は「住民基本台帳 (H29.4.1現在)」による

今後、高齢者数は減少しますが75歳以上の高齢者数の増加が見込まれています。高齢者の認知症の有病率は年齢が高くなると増加することがわかっていますので、高齢者数が減少しても認知症高齢者は増加傾向と推測されます。

図表94 高齢者の認知症の年齢階級別有病率



資料：栗田主一ほか：平成19年度厚生労働科学研究費補助金研究分担報告書、2008より作成

また、65歳未満に発症する若年性認知症者数は、厚生労働省が平成18年度から3年間にわたって行った調査結果によると、18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数は47.6人と報告されています。本市の若年性認知症者数は、平成29年4月1日現在は、約110人と推計されます。

なお、介護認定を受けている人の約半数に認知症の症状があります。介護度が高くなると認知症の人の数も増え、認知症の重症化に伴って施設入所をする人が増えています。

① 認知症予防講演会

認知症予防について、知識を深めるため市民向けの講演会を開催しています。

② 認知症予防教室の開催

ア 認知症予防教室 『スカッと脳力アップ教室』

認知症予防に関心のある人を対象に、高齢者用集団認知機能検査（ファイブ・コグ検査）を実施し、脳の活性化を促す「早歩きコース」、「レシピ考案コース」と「旅行考案コース」の教室を開催しています。

高齢者用集団認知機能検査（ファイブ・コグ検査）

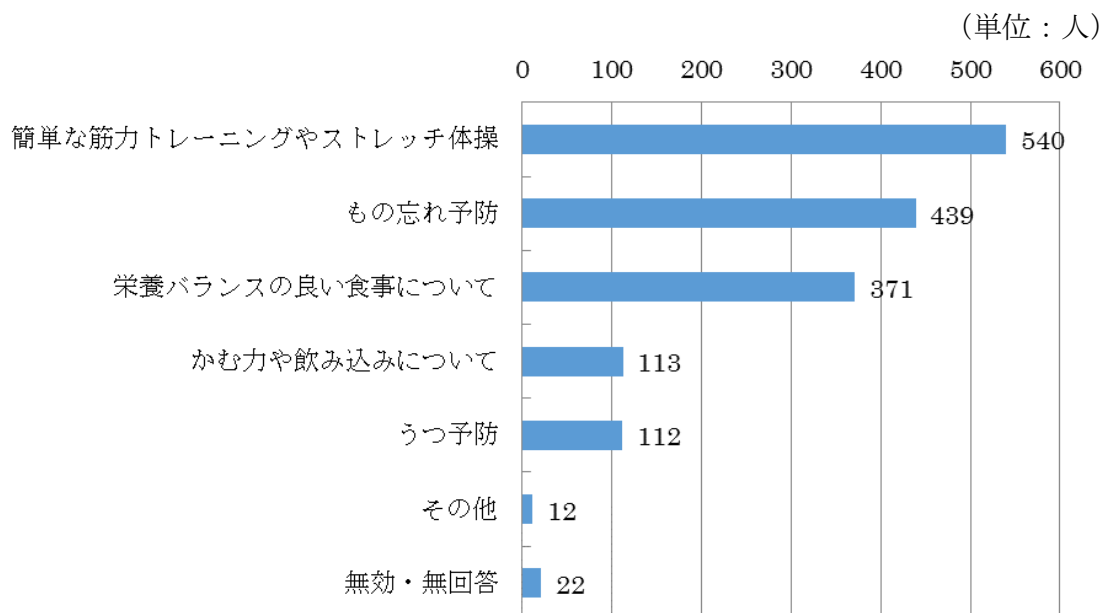
DVD映像を見ながら集団で短時間に認知機能を確認められる、一般高齢者用の検査Five Cognitive Functionの略。

①記憶、②注意、③言語、④視空間認知、⑤抽象的思考の5つの脳認知機能と手先の運動機能を評価し、年齢、性別、教育年数によって基準化され、同じ教育年数の同年齢の人との比較ができる検査。

イ 認知症予防教室『やわらか脳体操教室』

運動をしながら数を数えるなど、2つの課題を同時に行うこと（コグニサイズという。）は、脳を活性化することで認知症予防の効果があると考えられています。この、コグニサイズの教室を開催しています。

図表95 参加したい介護予防教室（複数回答）



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数：839人）

ウ 認知症予防活動支援講座・交流会

認知症予防教室終了後も参加者が自発的な認知症予防活動を継続できるように、自主グループ活動を支援しています。

③ 早期相談と早期対応の体制整備

ア 認知症相談窓口の周知

認知症地域支援推進員を1名配置し、認知症ケアパス（にこっとパス）を作成し、配布しました。横須賀市のホームページでの周知も始めました。

認知症地域支援推進員

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療機関や介護サービス事業所や地域包括支援センターなどをつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務などを行うために配置しています。

認知症ケアパス（Care Pathway：ケアの流れ）

認知症の進行に合わせて受けられる医療・介護サービスなどの「ケアの流れ」のことをいいます。

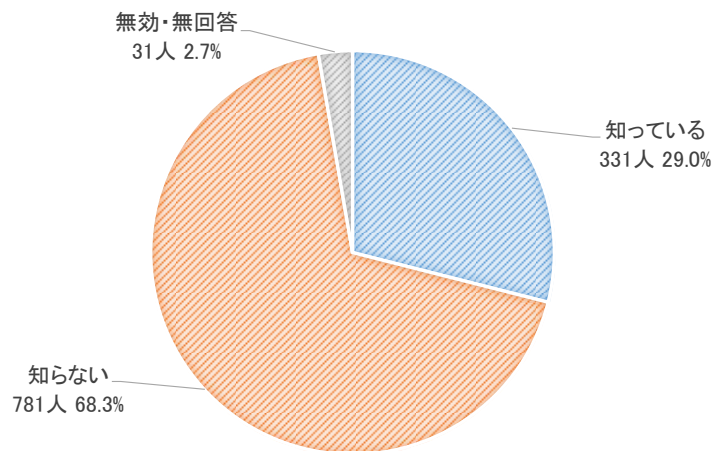
認知症と疑われる症状が発生した時に、認知症の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容を、あらかじめ、認知症の人やその家族に提示するものです。

横須賀市では、認知症ケアパスを「にこっとパス」と称しています。

高齢者福祉に関するアンケート結果では、約7割の人が認知症の相談窓口を知らないと答えており、相談窓口の周知が足りない現状であることが分かりました。

認知症相談をした認知症の人や家族からは、いまだに認知症に対する偏見があるとの意見が聞かれています。

図表96 認知症の相談窓口について



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数：1,143人）

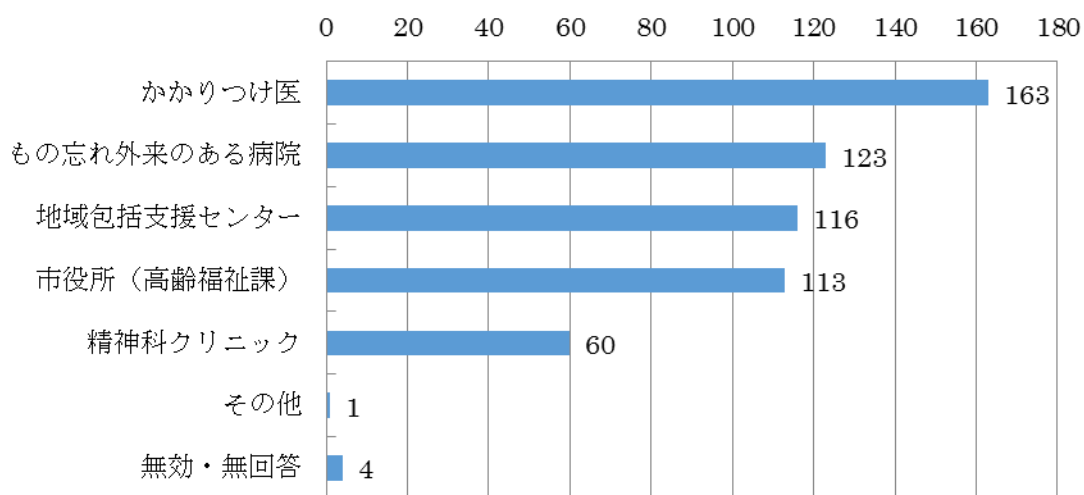
イ もの忘れ相談

認知症に対して不安のある人やその家族を対象に、専門医が面接や訪問による相談に応じ、認知症の早期発見、早期治療、適切なケアにつながるよう支援しています。

市内には、認知症疾患医療センター（久里浜医療センター）や、もの忘れ外来などの専門外来、精神科外来のある医療機関があります。認知症の状態に応じて、もの忘れ相談やかかりつけ医から適切な医療機関を案内するなどの対応をしています。

図表97 知っている認知症相談窓口について(複数回答)

(単位：人)



資料：平成28年度高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数：331人）

認知症疾患医療センター

都道府県や指定都市により、認知症専門医療の提供と介護サービス事業所との連携を担う中核機関として指定を受けた医療機関。

神奈川県内では9カ所、市内では1カ所（久里浜医療センター）が指定されています。

〈役割〉

- ①専門医療の提供 詳細な鑑別診断、適切な治療方針決定、急性精神症状への対応、身体合併症への対応
- ②情報センター 普及啓発、一般相談
- ③地域連携の強化 医療連携協議会、研修会の実施、専門相談

ウ 随時相談

高齢福祉課や地域包括支援センターでは、認知症の医療や介護などについての相談を実施し、できるだけ早期に受診をすることや適切な対応ができるよう支援しています。状態に応じて、もの忘れ相談の利用や認知症疾患医療センターなど専門医療機関への受診を勧めています。

エ 認知症初期集中支援事業の開始

認知症初期集中支援事業を開始しました。また、認知症サポート医の数を増やしました。

認知症初期集中支援事業

専門医、専門職を構成員とした認知症初期集中支援チームを設置し、認知症や認知症の疑いのある人に対し、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が、訪問などにより、認知症についての助言、受診、介護サービス利用などの勧奨など必要な支援を行います。支援については、定期的に行われるチーム員会議で方針の検討を行います。安定した生活を送る見通しがつくまで、集中的に支援し、支援実施期間は概ね6か月間です。

認知症サポート医

かかりつけ医の認知症診断に関する相談役など、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担います。認知症初期集中支援チームでは、認知症サポート医が構成員であることも要件となっています。

④ 認知症高齢者と介護者への支援

ア 認知症サポーターの養成

認知症に関する正しい知識や理解を深め、地域において認知症高齢者のよき理解者・支援者となる「認知症サポーター」の養成講座を市民・企業・金融機関・学校などを対象に実施しています。平成28年度末までに、20,536人が養成講座を受講しました。

また、その講師役となる「認知症キャラバンメイト」の活動を支援しています。

イ 認知症講演会

認知症に関する知識や認知症ケア、最新情報などについての理解を深めるために、認知症講演会を開催しています。

ウ 認知症高齢者介護者の集いの開催

介護者同士の交流や支え合う場となる「認知症高齢者介護者の集い」を毎月開催しています。また、集いに参加できない介護者が孤立しないように会報を発行しています。

エ 徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録の開始

認知症で徘徊する可能性のある高齢者の家族などが認知症高齢者について、神奈川県徘徊高齢者SOSネットワークに事前登録をし、登録者が行方不明になったときに活用できるようにしました。

オ 成年後見制度利用のための支援

認知症のために判断能力が低下し、日常的な金銭の管理や契約などが困難になった場合に、本人の権利を守り、安心して自分らしい生活を送ることができるように成年後見制度を利用するための支援をしています。

⑤ 若年性認知症の人と家族への支援

ア 若年性認知症のつどい

認知症の人と家族の会神奈川県支部主催の「若年性認知症よこすかのつどい」や当事者主催の「よこすか若年認知症の会タンポポ」の支援をしています。

イ 若年性認知症支援者講座・連絡会

若年性認知症支援者の養成、当事者と支援者とのネットワークの構築を図っています。

⑥ 関係機関とのネットワークの推進

ア 認知症高齢者等支援連携会議（にこっと会議）

認知症対策について、医療や介護などの関係機関の連携が図れるように検討する場を定期的に設けました。

イ 地域包括支援センターなどの関係機関との連携

認知症高齢者の相談内容に応じて、事例検討会での専門医との検討の他、地域包括支援センターや医療機関、介護サービス機関、地域の関係者と包括的ケア会議を開催するなど、連携により支援しています。

また、徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録の説明の際には、本人や家族と関係機関がつながりやすいように、「認知症ケアパス」や「よりそいノート（神奈川県作成）」を配布しました。

ウ 多職種連携のための認知症セミナーの開催

多職種連携のための認知症セミナーを開催しました。かかりつけ医をはじめとした医療関係者と介護関係者が連携して認知症への対応力を高め、さらに地域での認知症の人や家族を支える仕組みを考える機会となっています。

エ 三者協定の締結

認知症に対する理解の促進など、認知症の人が安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めることを目的として、エーザイ株式会社・横須賀市医師会・横須賀市の三者で「認知症をみんなでささえるまちづくり連携協定」を締結しました。

オ 徘徊高齢者SOSネットワーク

神奈川県徘徊高齢者SOSネットワークにより徘徊高齢者の早期発見に取り組んでいます。

（2）課 題

① 認知症の予防事業

今後の75歳以上の高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の増加が予想されており、今後も認知症予防の普及啓発が必要です。

② 早期相談と早期対応の体制整備

高齢者福祉に関するアンケート結果では、約7割の人が認知症の相談窓口を知らないと答えています。相談窓口の周知ができていない現状であることが分かり、認知症の当事者や家族からは、いまだに認知症に対する偏見があるとの意見が聞かれ

ます。

また、認知症は早期に受診し適切な治療を受けることで、進行を遅らせることや周辺症状を予防することが可能になってきましたが、認知症の心配のある全ての人々が早期に受診できているわけではなく、状況が深刻化するまで相談できていないケースがあります。認知症初期集中支援事業を開始しましたが、相談窓口につながらない潜在的なケースへの対応まではできていません。

③ 認知症高齢者と介護者への支援

ア 認知症高齢者とその家族を支援する地域づくりのために、認知症サポーターの養成数を増やすことが必要です。

イ 介護者の認知症に対する正しい知識の不足から、徘徊、被害妄想、サービス拒否などで介護者が疲弊し、施設入所となる場合が多く、住み慣れた地域での生活が困難になっています。

ウ 介護者の認知症に対する正しい知識の不足により認知症の対応方法が分からないことや、相談相手がいないことにより、介護者による虐待に至ってしまうことがあります。

エ 徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録を開始していますが、登録数が伸び悩んでいます。

オ 成年後見制度を必要とする高齢者が、申し立てをする親族がいないなどの理由から、制度の利用ができないことがあります。

④ 若年性認知症の人と家族への支援

若年性認知症は65歳未満に発症し、医療や介護のみならず、経済的、家庭的、社会的等、高齢期の認知症とは異なる問題を抱えているため、現行の高齢者の認知症対策では対応できない多様な支援が求められ、支援体制の更なる充実が必要です。

⑤ 関係機関とのネットワークの推進

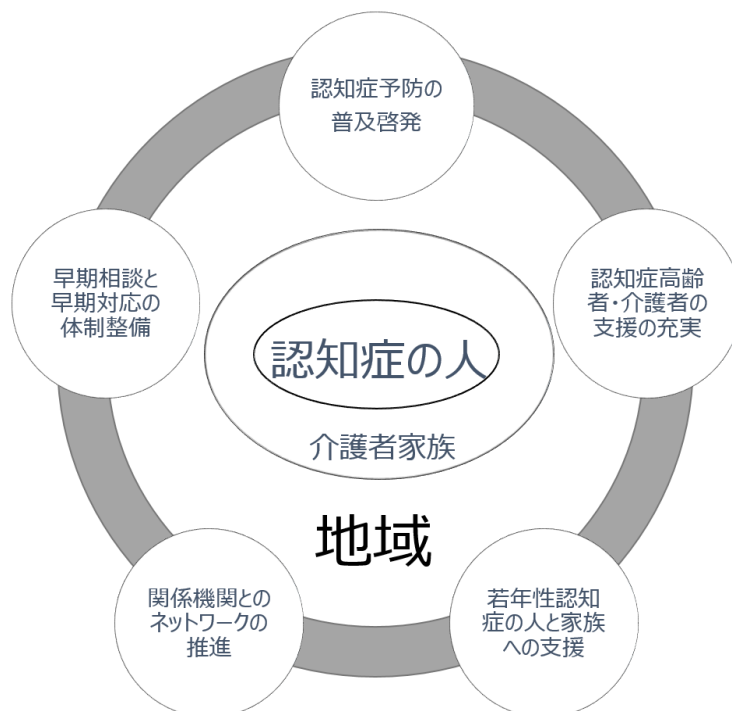
ア 今後も更なるサポート医の充実と連携体制の構築が必要です。

イ 徘徊高齢者の迅速な発見のために、徘徊高齢者SOSネットワークの情報共有範囲の拡大が必要です。

(3) 施策の展開

横須賀市では、認知症施策の5本柱に基づいて施策を展開し、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れたまちで暮らし続けることができるよう、まちづくりを進めます。

図表98 認知症施策の5本柱



① 認知症予防の普及啓発

認知症の正しい知識や理解を深め、認知症予防について普及啓発します。

また、介護予防普及啓発事業の一環として、認知症予防教室および認知症予防活動支援講座を継続して実施します。

② 早期相談と早期対応の体制整備

認知症の心配があっても、周囲に知られたくない気持ちや、診断されることへの不安が強いことなどから、受診が遅れることがないように、認知症ケアパスの配架先の医療機関や薬局などを増やし、市民への周知啓発に努めていきます。

もの忘れ相談、随時相談の実施のほか、「認知症ケアパス」の普及を進めることにより、適切な医療・介護情報を提供し、早期相談・早期対応の体制を整備します。

また、適切な医療やサービスにつながらない認知症の人に対して支援をする認知症初期集中支援チームを増やすとともに相談窓口の周知を図ります。

図表99 認知症ケアパス配布見込量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度*	平成30年度	平成31年度	平成32年度
ケアパス配布数(部)	3,564	5,298	5,000	5,000	5,000	5,000

※平成29年度は見込み

図表100 認知症高齢者相談事業の見込み量

区 分		第6期実績			第7期計画		
		平成27年度	平成28年度	平成29年度*	平成30年度	平成31年度	平成32年度
定例相談	開設(回)	24	23	24	24	24	24
	延人数(人)	57	52	72	72	72	72
医師訪問相談	延人数(人)	4	初期集中支援事業に移行				
随時相談	延人数(人)	2,037	1,977	2,000	2,000	2,000	2,000

※平成29年度は見込み

図表101 認知症初期集中支援事業の見込み量

区 分		第6期実績			第7期計画		
		平成27年度	平成28年度	平成29年度*	平成30年度	平成31年度	平成32年度
チーム数		—	1	1	2	4	4
新規相談	実件数(件)	—	16	25	50	100	100
医師訪問相談	延人数(人)	—	1	6	12	24	24

※平成29年度は見込み

③ 認知症高齢者と介護者への支援の充実

ア 認知症サポーターの増員による地域で支え合う環境づくりの促進

認知症サポーターの増員を図ります。また、その講師役の認知症キャラバンメイトの連絡会を年1回開催して、認知症キャラバンメイトの活動支援を行い、地域で支え合う環境づくりを促進します。

イ 認知症カフェに対する支援

認知症の人とその家族を支援するために、気軽に集まって相談ができる「認知症カフェ」の活動が始まっています。この活動が広がっていくように、支援者養成を行います。

図表102 認知症サポーター養成事業の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度*	平成30年度	平成31年度	平成32年度
認知症サポーター 新規養成数（人）	2,424	2,309	2,000	2,000	2,000	2,000
認知症サポーター 累計養成数（人）	18,227	20,536	22,536	24,536	26,536	28,536

※平成29年度は見込み

ウ 介護者の支援

介護者支援の場として、認知症講演会を開催します。また、認知症高齢者介護者の集いを開催するとともに、集いに参加できない介護者が孤立しないように会報を発行します。

図表103 認知症高齢者介護者講演会と集い等の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	平成27年度	平成28年度	平成29年度*	平成30年度	平成31年度	平成32年度
認知症介護者講演会 参加者数（人）	125	61	200	200	200	200
認知症 高齢者 介護者 の集い	開催数（回）	18	18	18	18	18
	延人数（人）	74	79	90	90	90
	会報個人送付 数（通）	104 延543	84 延462	100 延600	100 延600	100 延600

※平成29年度は見込み

- エ 徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録の周知
徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録数を増やします。

図表104 徘徊高齢者SOSネットワーク事前登録数の見込み量

区 分	第6期実績			第7期計画		
	<small>※1</small> 平成27年度	平成28年度	<small>※2</small> 平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
事前登録者数(人)	44	86	100	100	100	100

※1 平成27年9月事前登録開始

※2 平成29年度は見込み

- オ 成年後見制度の相談
認知症の相談内容に応じて、必要時、成年後見制度の利用ができるように具体的な説明や関係機関を紹介するなどの支援をしていきます。

④ 若年性認知症の人と家族への支援

認知症の人と家族の会神奈川県支部主催の「若年性認知症よこすかのつどい」や当事者主催の「よこすか若年認知症の会タンポポ」の支援のため、若年性認知症支援者講座などを開催し、支援者による活動を活発化させ、若年性認知症の人や家族を地域で支え合う仕組みを構築していきます。また、神奈川県に設置された若年性認知症コーディネーターとの連携を図ります。

⑤ 関係機関とのネットワークの推進

ア 関係機関との連携

専門医とかかりつけ医、医療と介護など関係機関の連携を促進させるため、「認知症高齢者等支援連携会議(にこっと会議)」を開催し、認知症支援の体制づくりについて検討していきます。

イ 包括的ケア会議での体制づくり

地域包括支援センターを中心とした包括的ケア会議で、認知症の人や家族を地域で支えていく体制を充実させていきます。

ウ 徘徊高齢者SOSネットワークの構築

徘徊高齢者SOSネットワークの情報共有先を増やし、効果的なネットワークを構築していきます。