

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

多くの高齢者は、いつまでも自立した生活を続けたいと望んでいますが、病気や心身の老化に伴い、年齢やライフスタイルに応じた必要な支援を受けながら生活するようになることもあります。

しかし、高齢者が必要とする支援は、行政が行う事業や介護保険サービスだけではなく、ごみ出しや電球の交換など生活する上でのきめ細かい支援が求められます。

高齢者の生活全般を支援するため、行政が行う福祉サービスの充実はもとより、住民や地域の関係機関等による地域福祉の促進を図ることで、地域で支え合い、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、介護認定を受けなくても、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的にしています。

これまでの介護予防は、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よりも、機能訓練を中心とした身体機能の回復を重視してきました。これからは、高齢者が地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような、生活支援も含めた介護予防体制を地域包括ケアシステムに位置付ける必要があります。

高齢者が生涯現役で住み慣れたまちで活躍できる、日常生活での活動を広げ、生きがいや自己実現のための取り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

介護保険法改正による制度改正について

国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、制度の見直しを行いました。

従来、予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護および介護予防通所介護を、市町村が実施する地域支援事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限に生かしつつ、要支援者の多様なニーズに合わせたサービスを市町村が総合的に提供できる

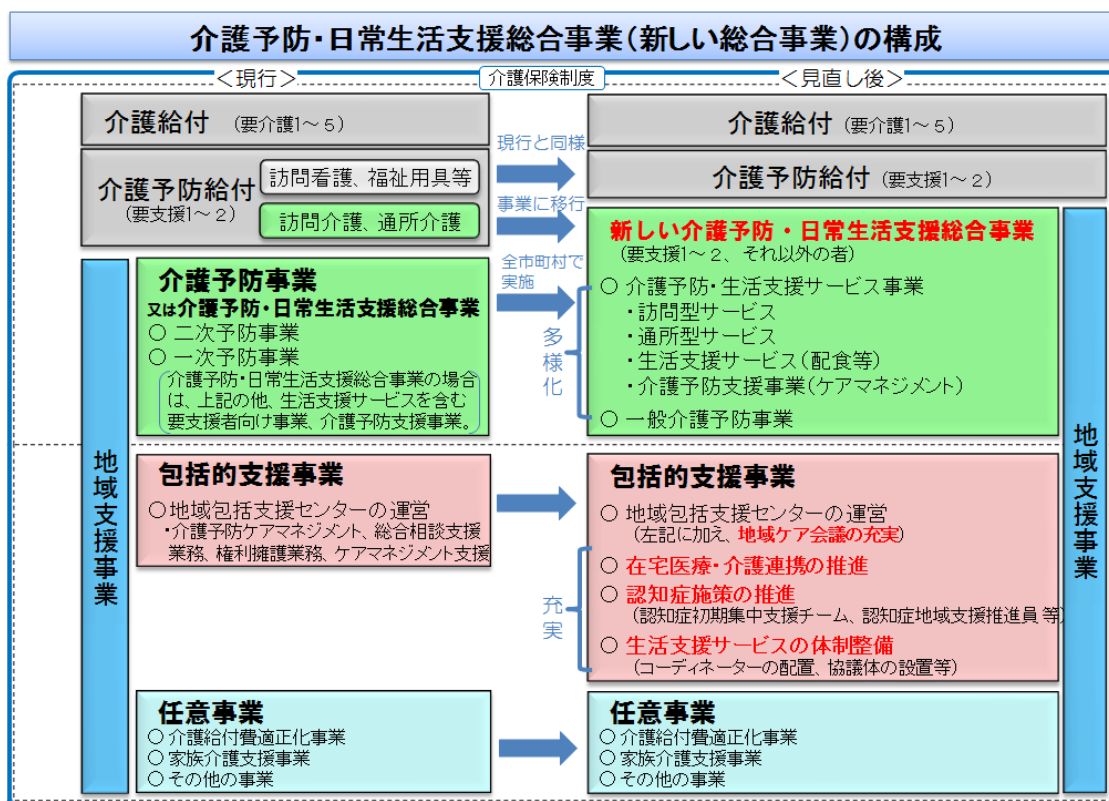
仕組みとして、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を新たに設けました。

総合事業は、①介護予防訪問介護・介護予防通所介護を移行し、要支援に相当する人（以下「要支援者等」という。）に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と、②第1号被保険者を対象とした体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業からなります。

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護・介護予防通所介護に加え、住民主体の支援等も含めた多様なサービスから構成されます。

本市においても、現行の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の円滑な移行に加えて民間事業者・NPO法人・住民主体の活動やボランティアなど、多様な主体によるサービスが提供されるようになります。そこで、地域包括支援センターのケアマネジメントにより、適切なサービスが提供されるような環境の整備を行います。

図表48 総合事業



資料：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（案）」より抜粋

(1) 現 状

① 介護予防

ア 高齢者の元気度の把握・二次介護予防事業の実施

介護保険の認定を受けていない65歳から90歳までの高齢者に、運動・栄養・口腔・もの忘れなどの質問で元気度を判定する基本チェックリスト調査を実施し、要介護・要支援に陥るリスクの高い二次介護予防対象者と、活動的な状態にあり自立した生活を送ることができる一次介護予防対象者を把握しています。

二次介護予防対象者には、調査の結果をもとに電話などでそれぞれの状態に適した運動・口腔・栄養の介護予防教室への参加を勧奨しています。

総合事業開始後は、一次介護予防対象者と二次介護予防対象者を区別することなく、一般介護予防事業として実施します。

図表 49 平成 25 年度基本チェックリスト実施状況

基本チェックリスト調査内訳	人	%
実調査対象者数（郵送数）	34,798（a）	
有効返信数（平成26年3月31日現在）	25,050（b）	72.0（b/a）
二次予防対象者数	6,325（c）	25.2（c/b）

※基本チェックリスト調査は、65歳以上を対象に3年間で全数調査

※平成25年度実対象者は、市内65歳以上の約1/3を対象（介護保険認定者を除く）。

図表 50 平成 25 年度二次介護予防対象者内訳

区分	男 性			女 性			合 計
	74 歳以下	75 歳以上	小 計	74 歳以下	75 歳以上	小 計	
実人員	1,330 (21.0%)	1,280 (20.3%)	2,610 (41.3%)	1,745 (27.6%)	1,970 (31.1%)	3,715 (58.7%)	6,325 (100%)
運 動	487 (7.7%)	730 (11.5%)	1,217 (19.2%)	879 (13.9%)	1,436 (22.7%)	2,315 (36.6%)	3,532 (55.8%)
栄 養	67 (1.1%)	64 (1.0%)	131 (2.1%)	109 (1.7%)	121 (1.9%)	230 (3.6%)	361 (5.7%)
口 腔	981 (15.5%)	836 (13.2%)	1,817 (28.7%)	1,097 (17.3%)	1,021 (16.1%)	2,118 (33.4%)	3,935 (62.2%)
う つ	117 (1.8%)	156 (2.5%)	273 (4.3%)	119 (1.9%)	195 (3.1%)	314 (5.0%)	587 (9.3%)
閉じこもり	113 (1.8%)	202 (3.2%)	315 (5.0%)	121 (1.9%)	340 (5.4%)	461 (7.3%)	776 (12.3%)
もの忘れ	72 (1.1%)	83 (1.3%)	155 (2.4%)	36 (0.6%)	92 (1.5%)	128 (2.1%)	283 (4.5%)

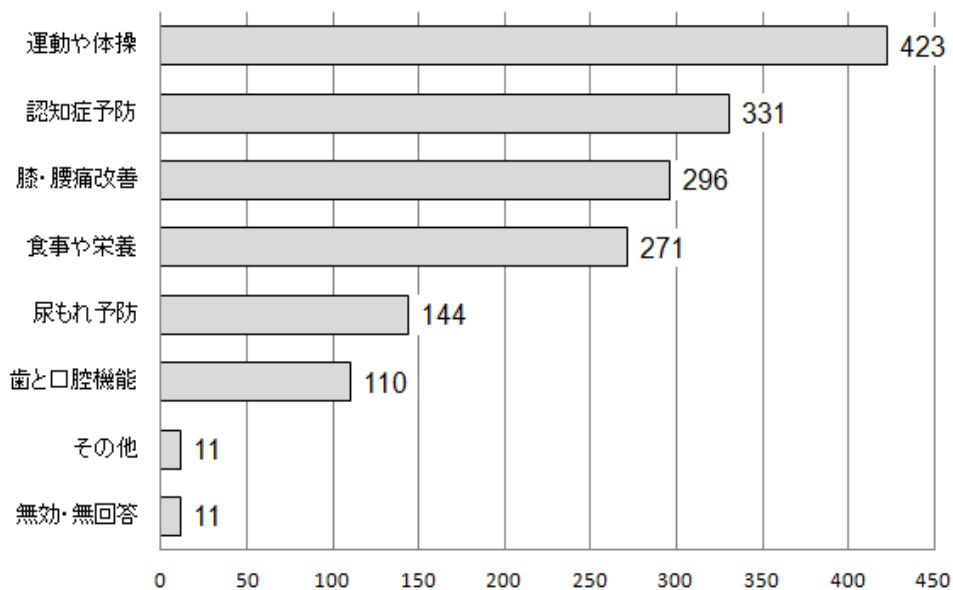
イ 介護予防教室の開催

一般高齢者を対象に運動機能向上、低栄養改善、口腔機能向上、認知症予防、うつ予防に関する介護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自主的な活動グループが行う、介護予防活動への取り組みに対して支援しています。

高齢者福祉に関するアンケート調査では、運動や体操に関するニーズが高く、次いで認知症予防となっています。平成26年度は、認知症予防教室を2コースから7コースに増やしました。

図表51 参加したい介護予防教室（複数回答）



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 652 人）

図表52 一次・二次介護予防教室の開催状況・参加状況

教室種別	実コース数	延実施回数	実人員	延人員
運動機能向上	49 コース	884 回	4,343 人	12,545 人
栄養改善	37 コース	54 回	398 人	494 人
口腔機能向上	39 コース	67 回	389 人	628 人
認知症予防	2 コース	31 回	272 人	740 人
総計	127 コース	1,036 回	5,402 人	14,407 人

※うつ予防教室については平成 26 年度より新規に実施。

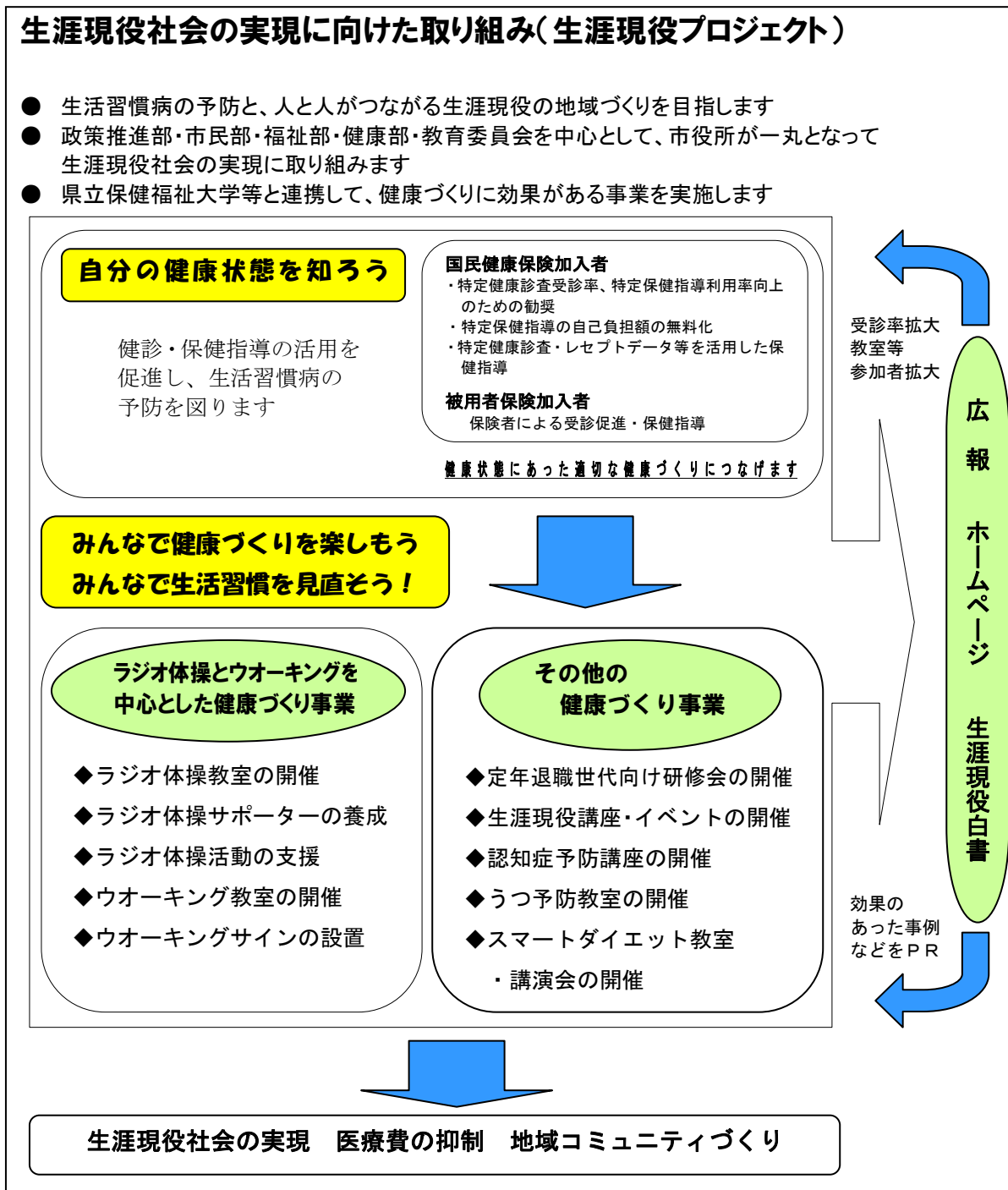
資料：平成 25 年度介護予防事業実績より作成

ウ 「生涯現役プロジェクト」の展開

生涯現役プロジェクトは、「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、市役所の関係部局が連携する取り組みとして、平成26年度から開始しています。

高齢者の社会参加や介護予防の普及啓発を行う生涯現役イベント、地区の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の開催、健康づくりの取り組みとしてのラジオ体操普及啓発などを介護予防事業として実施しています。

図表 53 生涯現役プロジェクトのイメージ図



エ 地域における介護予防活動支援

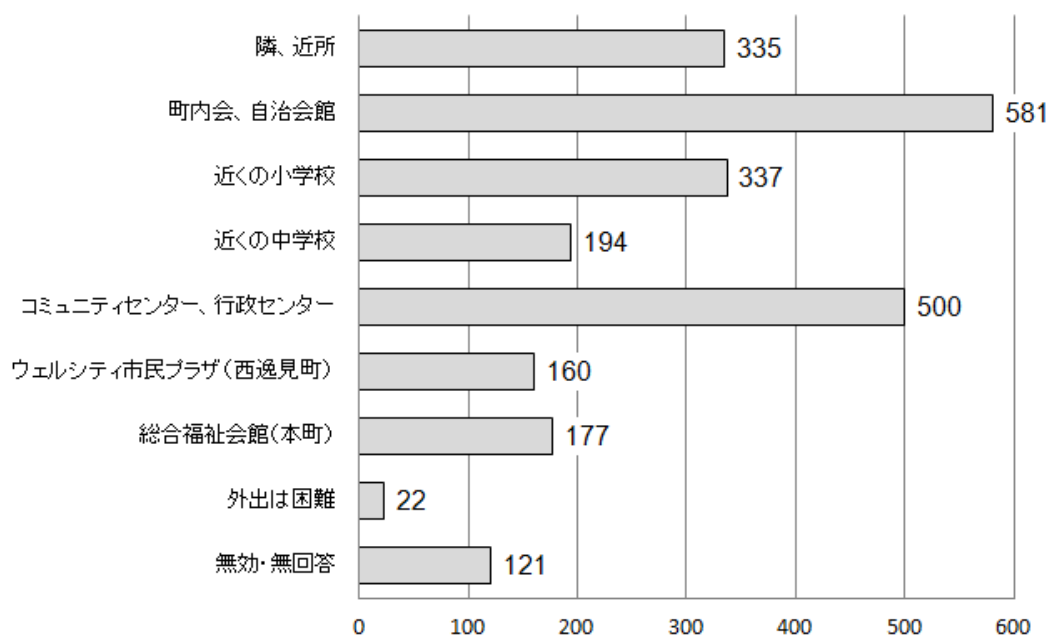
地域からの依頼で、保健師・管理栄養士・理学療法士を派遣しています。

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。

高齢者福祉に関するアンケート調査によると介護予防教室の参加が可能な場

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、近くの小学校の順に多い結果でした。現状では、外出が困難な二次介護予防対象者については、訪問型の介護予防事業を実施していますが、閉じこもり防止という点でもできるだけ教室に参加しやすい環境を整備して、訪問型と通所型の支援を並行して実施することが必要です。

図表54 教室への参加はどこまでなら出かけることができるか（複数回答）



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,056 人）

オ 介護予防サポーターの養成と支援

介護予防サポーターは、地域に介護予防活動を広める運動ボランティアです。連合町内会、地区社会福祉協議会、民生委員・児童委員協議会の協力により各地区からの推薦を受け、平成21年度から平成24年度の間654人を養成しました。

介護予防サポーターは、地域のいきいき・ふれあい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。

本市では、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。今後さらに、地域包括支援センターとの連携を進めていきます。

図表55 介護予防サポーター養成数

区分	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	計
介護予防サポーター養成数	176人	164人	285人	29人	未実施	654人
フォローアップ研修受講数	平成24年度から開始			3回 延128人	5回 延352人	8回 延480人

② 生活支援

ひとり暮らし高齢者等が、健康を維持しながら、いつまでも住み慣れたまちで安心して生活を送れるように、以下の施策を行っています。

ア ひとり暮らし等高齢者施策

・ふれあいお弁当事業

食事の支度が困難なひとり暮らし高齢者、または高齢者のみの世帯に食事を提供することで健康維持の一助としています。

また、横須賀市社会福祉協議会が各地区社会福祉協議会と協働して配食活動を実施することにより、安否の確認と見守りを行い、孤独感や不安感の軽減を図るとともに、地域の交流を実現しています。

平成25年度末利用人数	960人
平成25年度延配食数	126,061食

・ひとり暮らし高齢者入浴料助成事業

閉じこもりがちなひとり暮らし高齢者に、市内の公衆浴場の利用券を交付することにより、公衆浴場を地域交流の拠点として活用し、ひとり暮らし高齢者の地域交流の促進や孤独感を解消しています。

平成25年度末登録人数	3,957人
平成25年度延利用枚数	151,265枚

・福祉電話貸与・相談事業

電話のないひとり暮らし高齢者、または高齢者のみの世帯で1人が病弱あるいはねたきりの状態にある市民税非課税世帯に家庭用電話を貸与しています。

1日1回、声のたよりとして電話訪問による安否の確認をし、併せて各種の相談に応じています。

なお、電話をお持ちの場合についても、定期的に安否確認が必要と認められる場合は、電話訪問を行っています。

平成25年度末利用人数	101人
平成25年度末電話貸与台数	62台

- ・緊急通報システム貸与事業

ひとり暮らし高齢者、または高齢者のみの世帯で1人が病弱あるいはねたきりの状態にある世帯に、家庭用電話に接続する緊急通報装置を貸与しています。緊急ボタンを押すと、救急搬送を要請できるシステムです。

平成25年度末稼働台数	2,709台
-------------	--------

- ・日常生活用具の給付

ひとり暮らし高齢者、または高齢者のみの世帯で1人が病弱あるいはねたきりの状態にある市民税非課税世帯に、自動火災感知器、ガス漏れ警報器、電磁調理器を給付しています。

平成25年度給付台数	自動火災感知器	20台
	ガス漏れ警報器	14台
	電磁調理器	10台

- ・ヘルプメイトサービス事業

要介護・要支援認定されていない市民税非課税世帯に属する高齢者のうち、二次介護予防対象者に準ずるひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯を対象として、週2時間の範囲で調理・洗濯・掃除・買い物など生活支援を中心としたサービス費用の一部を助成しています。

平成25年度末登録人数	81人
平成25年度延利用時間数	4,221時間

イ その他の高齢者施策

- ・シニアリフレッシュ事業

75歳以上の高齢者の要介護状態への進行予防や介護者のリフレッシュによる在宅生活の維持、継続を図るため、あん摩等の施術費の一部を助成しています。

平成25年度末利用人数	2,142人
平成25年度延利用枚数	4,802枚

・養護老人ホーム短期宿泊事業

養護老人ホームで短期間の宿泊による日常生活上の指導、支援を行うことで要介護状態への進行を予防しています。

平成25年度利用人数	16人
平成25年度延利用日数	299日

・高齢者居室等整備促進資金融資制度

60歳以上の人と同居している、または同居しようとするために高齢者専用部屋等を増改築、新築等する人に資金を融資しています。

平成25年度融資実績	0件
------------	----

③ 地域での支え合い

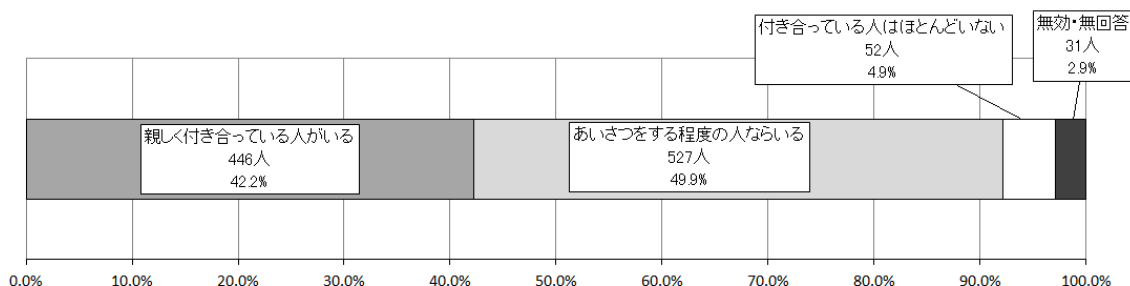
ア 地域とのかかわり

高齢者福祉に関するアンケートの「地域とのかかわり」の設問では、「親しく付き合っている人がいる」と回答した人は約42%と半数に満たず、「あいさつをする程度の人ならいる」、「近所には付き合っている人はほとんどいない」と回答した人の合計は約55%という結果でした。地域とのかかわりが希薄となっている高齢者が多いことが分かります。

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」など、さまざまな地域活動団体が市内に立ち上がっています。

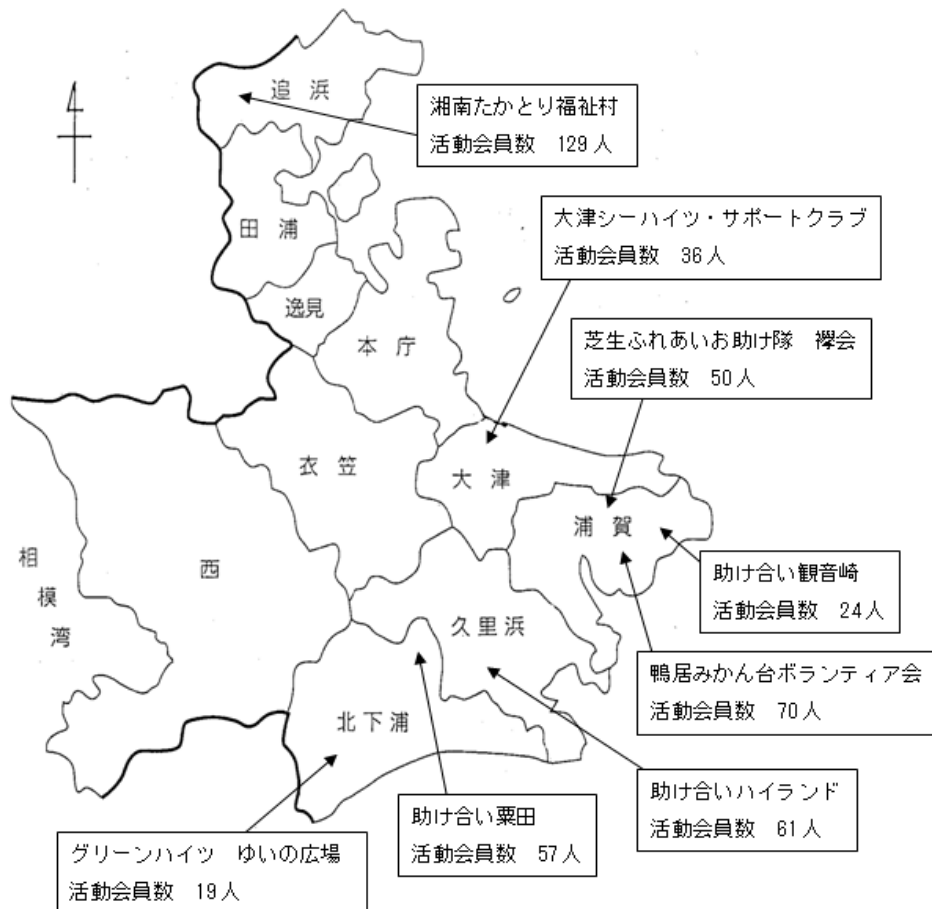
また本市においても、生活支援サービスの充実を図りながら、高齢者を孤立させないような取り組みを行っています。

図表 56 近所で親しく付き合っている人がいますか



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,056 人）

図表 57 地域住民による主な支え合い団体（活動会員数 平成 26 年 3 月末現在）



資料：地域で支える福祉活動事例集（平成 26 年 3 月第 2 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

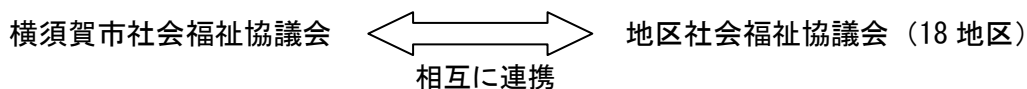
横須賀市社会福祉協議会は、「わたしがつくる みんなでつくる 一人ひとりが住みやすいまち横須賀」の実現に向けて、市内に18地区ある地区社会福祉協議会と共に各地区でさまざまな地域福祉活動に取り組んでいます。

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、個人等で構成される住民の任意団体です。

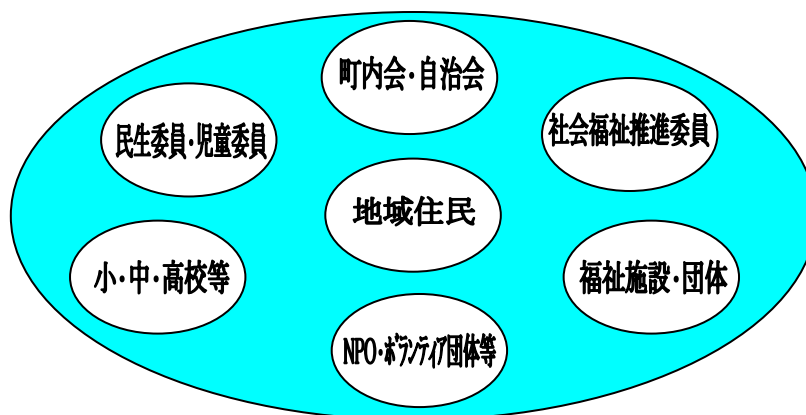
地区社会福祉協議会では、自分たちの生活する地区の生活課題や福祉ニーズを主体的にとらえ、問題の解決に向けてさまざまな活動に取り組んでいます。

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（集いの場）」の開設などに取り組み、横須賀市社会福祉協議会はこの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。

- ・ 高齢者の見守り等を行う民生委員・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22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
8,908人	9,285人	9,441人	9,632人	9,903人

各年度7月1日現在

ウ 地域自治組織との連携・協力

連合町内会や地区社会福祉協議会、地区民生委員・児童委員協議会などの地域で活動するさまざまな団体が、地域課題の解決に向けて連携するために、地域運営協議会を発足させています。

エ 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等と、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26年5月30日現在）

- ・神奈川県と協定を締結している団体数 34団体
- ・横須賀市と協定を締結している事業者数 3事業者

オ 災害時要援護者対策の促進

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・自治会等に提供して、地域による対象者の詳しい状況把握を促進するとともに、災害時に直接支援をする近隣の支援者を取り決めていきます。

近隣支援者は、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26年7月末登録人数	8,538人
--------------	--------

④ ネットワークの構築

ア 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、地域の情報収集と介護予防にかかわる取り組み状況の把握をしています。

イ 総合事業開始に伴う多様な主体によるサービスや通いの場の創設について、生涯現役イベントを通じた関係機関とのネットワークづくりを実施するほか、ワーキングチームの立ち上げを検討しています。

(2) 課題

① 介護予防と生活支援

介護予防の対象者がこれまでの一般高齢者から、新たに要支援者等にまで拡大されるため、介護予防と生活支援を一体化して、対象者の状況に応じた柔軟な施策の展開が必要となります。

ア 既存のサービス・民間事業者・NPO法人・地域・住民主体など多様な主体によるサービスおよび通いの場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。

また、対象者自身も自ら介護予防に積極的に参加するなど、セルフネグレクトに陥らないように努める必要があります。

イ 現行の介護予防事業の再編および一般高齢者施策を見直し、メニュー化する必要があります。

ウ 高齢者の多様なライフスタイルを想定して、外出が困難な人でも健康づくりや介護予防ができる通いの場や必要なサービスの創設が求められます。

エ 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。

オ 総合事業について、市民等への周知を十分に行う必要があります。

② 在宅生活の継続

ア 高齢者の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯も年々増加しています。ひとり暮らし高齢者等が、健康を維持しながらいつまでも住み慣れたまちで安心した生活を送るためには、家族や地域を含めた支援や見守り体制、さらに緊急時の対応も必要です。

イ 本市が在宅生活を支援するために行っているひとり暮らしおよびその他の高齢者施策については、高齢者の増加に伴い利用者数が増加していることから、今後、新たに実施する総合事業と併せて、事業内容の見直しが必要です。

③ 地域での支え合い

ア 高齢者の安全確保のためには、ひとり暮らし高齢者等の安否を確認し、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の必要があります。

イ 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。

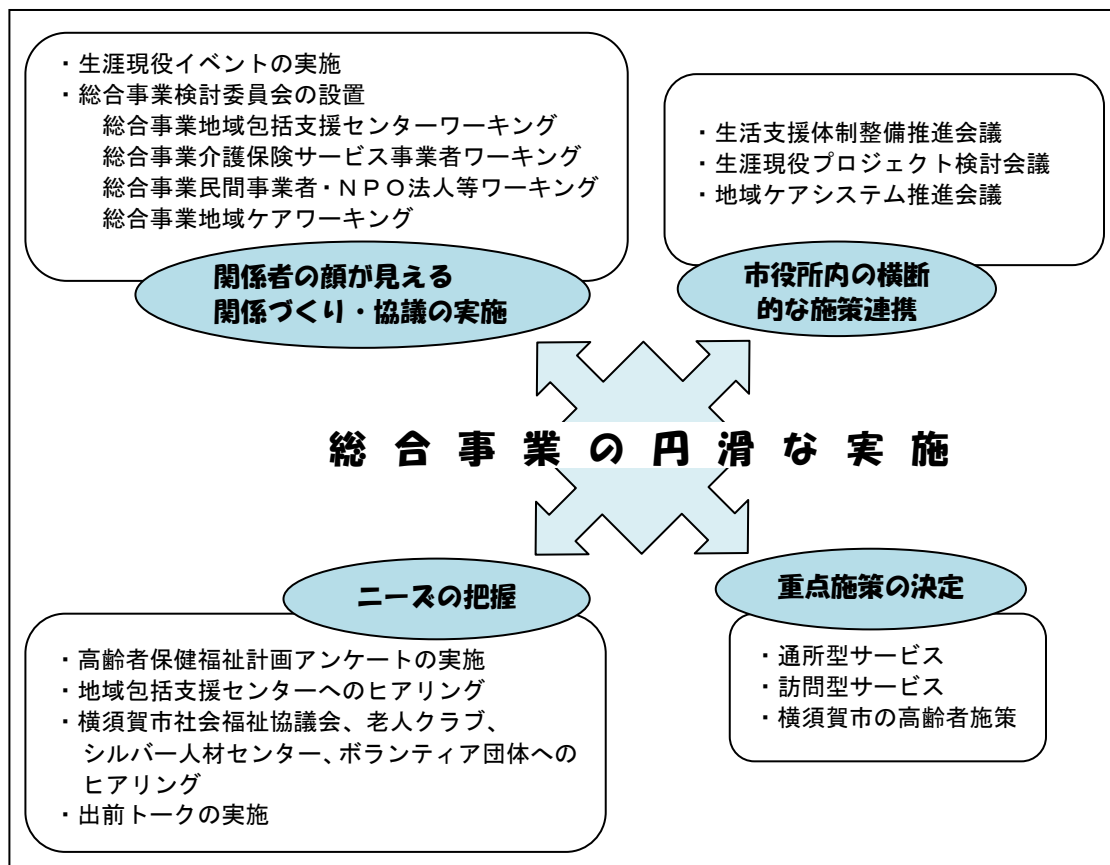
④ ネットワークの構築

ア 生涯現役プロジェクトなど、市役所内における部局間の連携を十分にとる必要があります。

イ 介護予防事業所や関係団体・民間事業所等との連携を十分にとって、円滑に総合事業を開始できる体制づくりが必要です。

ウ 住民主体のボランティアや通いの場について、関係部局や横須賀市社会福祉協議会、連合町内会、民生委員・児童委員協議会等との連携を十分にとる必要があります。

図表60 ネットワークのイメージ図



(3) 施策の展開

① 総合事業の基本的考え方

ア 介護予防・生活支援サービス事業では、要支援者等を対象に既存のサービスや民間事業者・NPO法人・地域・住民主体など多様な主体によるサービスを整備します。

イ 一般介護予防事業では、高齢者が要介護状態となることを予防するとともに、要支援者等も参加できる、効果的・継続的な事業の充実を図ります。

② 総合事業開始の時期

総合事業の施行期日は平成27年4月1日となっていますが、市町村による実施は平成29年4月まで猶予し、準備の整ったサービスから開始できるとされています。

本市においては、総合事業の体制整備を進め、新たな制度への円滑な移行期間を見込み、平成28年1月の実施を目指します。

③ 介護予防・生活支援サービス事業

ア 訪問型サービス

訪問型サービスは、要支援者等の自宅で掃除、洗濯などの日常生活上の支援を提供します。

現行の訪問介護サービスをできるだけ現状に近い形で移行するとともに、厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（案）」に沿った、多様なメニューから必要に応じて選択できるようにします。

図表61 訪問型サービスの類型

<p>○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。</p>						
<p>①訪問型サービス ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。</p> <p>○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。</p>						
基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等</p> <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>			<p>・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		

資料：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（案）」より

イ 通所型サービス

通所型サービスは、要支援者等に対し、施設等で機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供します。

現行の通所介護サービスをできるだけ現状に近い形で移行するとともに、厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（案）」に沿った、多様なメニューから必要に応じて選択できるようにします。

図表62 通所型サービスの類型

②通所型サービス ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 + ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

○ その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

資料：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（案）」より

ウ その他の生活支援サービス

栄養改善だけでなく、食事を味わいながら人との交流を楽しめることも目的とした配食や訪問型サービス・通所型サービスに準じる生活支援サービスを検討します。

エ 介護予防・生活支援サービス事業ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス事業ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様に、要支援者等が居住する地域の地域包括支援センターがアセスメントを実施し、本人が自立した生活を送ることができるよう、ケアプランを作成して、専門的視点から必要な援助を行います。

オ 市民への総合事業に関する周知

広報よこすかへの掲載、パンフレット配布、講演会、出前トーク、健康教室などにより積極的な周知を行います。

④ 一般介護予防事業

ア 介護予防普及啓発事業の推進

基本チェックリストにより把握された一次介護予防対象者・二次介護予防対象者に応じた介護予防教室の開催、必要時訪問などによる個別支援、介護予防に関わる人材育成とスキルアップを図ります。

総合事業の開始に伴い、一般介護予防事業は一般高齢者から要支援者等までが対象となります。

多様な対象者に応じた介護予防事業を推進するために、介護予防事業の積極的な周知を図るとともに高齢者の元気度を把握し、それに応じた介護予防教室を実施します。また、介護予防・生活支援サービス事業の受け皿として、要支援者も参加できる、効果的・継続的な介護予防教室を実施します。

図表 63 介護予防普及啓発事業の見込み量

区 分	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
二次介護予防 対象者の把握	延 25,296 人	延 25,050 人	延 26,700 人			
生涯現役 講 座	平成26年度から開始		3 コース 延 120 人	6 コース 延 240 人	9 コース 延 360 人	9 コース 延 360 人
運動機能 向上教室	597 回 延 6,841 人	613 回 延 7,243 人	625 回 延 12,527 人	493 回 延 7,497 人	500 回 延 8,000 人	500 回 延 8,000 人
栄養改善 教 室	53 回 延 576 人	54 回 延 494 人	47 回 延 765 人	45 回 延 735 人	50 回 延 800 人	50 回 延 800 人
口腔機能 向上教室	66 回 延 572 人	67 回 延 628 人	60 回 延 900 人	33 回 延 500 人	33 回 延 500 人	33 回 延 500 人
お口元気 キャンペーン	—	—	1 回 500 人	1 回 500 人	1 回 500 人	1 回 500 人
認知症 予防教室	30 回 延 727 人	31 回 延 740 人	105 回 延 1,575 人	105 回 延 1,575 人	105 回 延 1,575 人	105 回 延 1,575 人
うつ予防 教 室	平成26年度から開始		13 回 延 260 人	13 回 延 260 人	13 回 延 260 人	13 回 延 260 人
生涯現役 イベント	平成26年度から開始		1 回 500 人	1 回 500 人	1 回 500 人	1 回 500 人
介護予防 講 演 会	1 回 130 人	1 回 168 人	1 回 200 人	1 回 200 人	1 回 200 人	1 回 200 人
うつ予防ファシリテーター 養成講座	平成26年度から開始		1 コース 20 人	1 コース 10 人	1 コース 10 人	1 コース 10 人
訪 問 型 介護予防事業	延 24 人	延 6 人	延 10 人			

※平成26年度は見込み

イ 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、外出が困難な人でも身近な場所で気軽に実施できる介護予防活動の普及や、介護予防サポーターによる住民主体の介護予防活動の人材育成・支援を進めます。

また、老人福祉センターなどを介護予防活動の拠点とします。

図表 64 地域介護予防活動支援事業の見込み量

区 分	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
地域型介護予防教室 (主催型・派遣型)	279回 延5,054人	271回 延5,302人	354回 延5,310人	326回 延6,520人	326回 延6,520人	326回 延6,520人
地域の底力 アップ教室	26回 延804人	16回 延618人	52回 延1,560人	30回 延900人	30回 延900人	30回 延900人
ふれあい 地域健康教室	23回 延523人	22回 延753人	30回 延800人	30回 延600人	30回 延600人	30回 延600人
介護予防サポーター 養成講座	3コース 29人	平成25年度は 未実施	3コース 210人	3コース 210人	3コース 210人	0コース 0人
介護予防サポーター フォローアップ研修	3回 延127人	5回 延352人	5回 延272人	5回 延500人	5回 延500人	5回 延500人
地域リハビリテーション 活動支援事業	—	—	—	延10人	延10人	延10人

※平成26年度は見込み

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、理学療法士などの専門職が、地域ケア会議やサービス担当者会議、住民運営の通いの場等に参加して、要支援者等の生活に支障を来している原因、改善の見通し、認知症への対応などの助言、体力測定や運動プログラムの提案などを行うことにより、要支援者等の有する能力を引き出すことを目的にした事業です。

本市では、理学療法士が家庭訪問やサービス担当者会議に参加して、生活上の助言などを行っていますが、今後、関係団体等との連携も検討していきます。

⑤ 総合事業以外の生活支援サービス事業

ひとり暮らし高齢者等が、健康を維持しながらいつまでも住み慣れたまちで安心した生活を送るために次表の支援を継続して行います。

今後、総合事業の実施に伴い提供されるサービスと類似するサービスや利用者の増加が著しいサービスなどについては、事業内容の見直しを行います。

ア ひとり暮らし等高齢者施策

図表 65 ひとり暮らし等高齢者施策の見込み量

事業名	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
ふれあい お弁当事業	延 138,046 食 〔年度末 登録人数 1,407人〕	延 126,061 食 〔年度末 登録人数 960人〕	延 140,108 食	延 132,505 食	延 136,215 食	延 140,029 食
入浴料助成 事業	延 149,896 枚 〔年度末 利用人数 3,851人〕	延 151,265 枚 〔年度末 利用人数 3,957人〕	延 165,561 枚	延 161,129 枚	延 165,071 枚	延 169,048 枚
福祉電話貸与 相談事業	年度末 利用者 99人 〔年度末 貸与台数 61台〕	年度末 利用者 101人 〔年度末 貸与台数 62台〕	年度末 利用者 110人	年度末 利用者 150人	年度末 利用者 150人	年度末 利用者 150人
緊急通報システム 貸与事業	年度末 稼働台数 2,727台	年度末 稼働台数 2,709台	年度末 稼働台数 2,800台	年度末 稼働台数 2,804台	年度末 稼働台数 2,846台	年度末 稼働台数 2,885台
日常生活用具 の給付 (自動火災感知器)	45台	20台	50台	50台	50台	50台
日常生活用具 の給付 (ガス漏れ警報器)	23台	14台	30台	30台	30台	30台
日常生活用具 の給付 (電磁調理器)	10台	10台	10台	10台	10台	10台
ヘルプメイト サービス事業	延 4,922 時間 〔年度末 登録人数 102人〕	延 4,221 時間 〔年度末 登録人数 81人〕	延 4,922 時間	延 4,221 時間	延 4,221 時間	延 4,221 時間

※平成26年度は見込み

イ その他の高齢者施策

図表 66 その他の高齢者施策の見込み量

事業名	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
シニア リフレッシュ 事業	延4,493枚 （年度末 利用人数 2,028人）	延4,802枚 （年度末 利用人数 2,142人）	延5,667枚	延5,709枚	延6,103枚	延6,524枚
養護老人ホーム 短期宿泊事業	延198日 （利用人数 12人）	延299日 （利用人数 16人）	延338日	延308日	延329日	延331日
高齢者居室等 整備促進資金 融資制度事業	0件	0件	1件	1件	1件	1件

※平成26年度は見込み

⑥ 地域で支え合う仕組みづくり

ア 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。

イ 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 地域住民による支え合い

住民主体によるボランティアなどの支え合い活動が、広がっていくよう、支援します。

エ 民間の団体および事業者との協力体制づくりの推進

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等と連携し、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。

オ 孤立の防止・仲間づくり

高齢者の居場所や活動の場として、各老人福祉センター等では、健康づくり・介護予防に取り組んでいます。また、趣味を通して高齢者の生きがいづくりの機会となるよう、「生きがい講座」も開催しています。

今後も、高齢者が積極的に参加したくなるよう、ニーズに応じた行事や講座を開催するとともに、介護予防活動の拠点として、高齢者の仲間作りを支援し孤立防止につなげていきます。

併せて、高齢者の地域活動への参加促進や、積極的な外出支援を図るため、「はつらつシニアパス発行事業」を継続します。

カ 災害時要援護者対策の促進

横須賀市災害時要援護者支援プランに基づき、要援護者への支援が迅速かつ的確に行えるように、各地域における支援体制の整備を促進していきます。

⑦ 地域包括支援センターの機能強化

95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 ④にて記載。

⑧ ネットワーク（生活支援体制整備事業）の構築

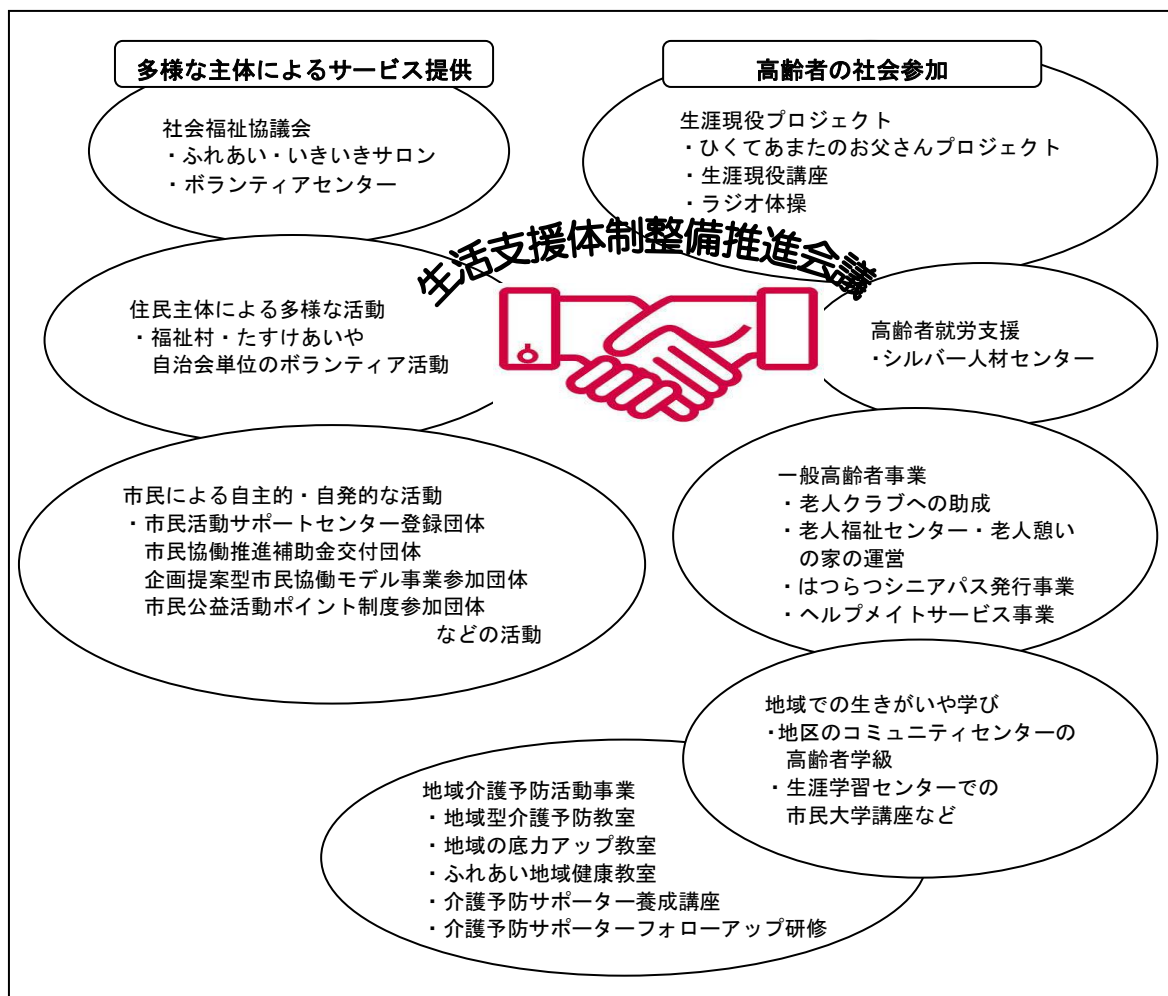
ア 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の設置

地域で総合事業の体制整備を進めていくために、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。

イ 生活支援体制整備推進会議の開催

地域での通いの場を充実させるためには、地域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が重要になります。そのために、関係部局や団体等との連携を図ります。

図表 67 生活支援体制整備事業構築のイメージ図



図表 68 生活支援体制整備推進会議の開催見込み量

第5期実績			第6期計画		
平成24年度	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
—	—	—	5回	5回	3回

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に応えるために、介護保険サービスだけでなく、介護保険以外のサービス等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等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は増えることから、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も必要となります。

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

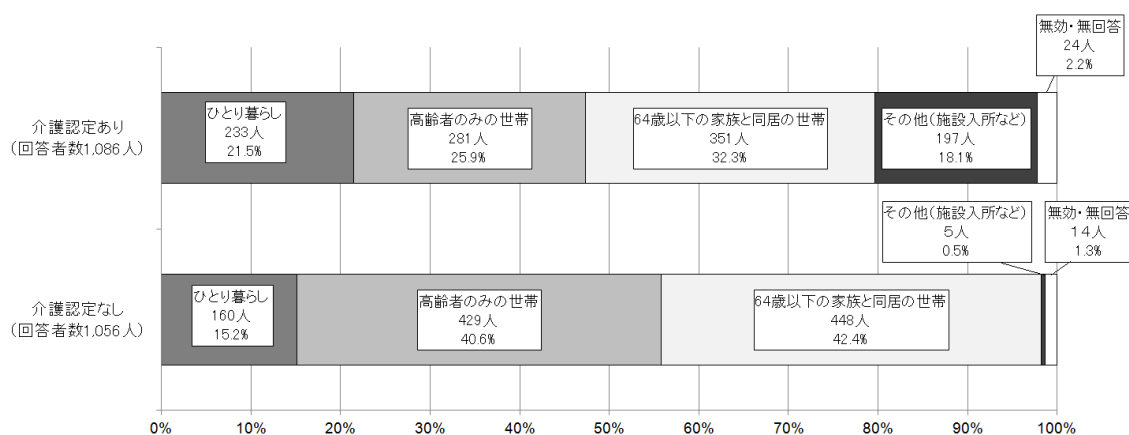
① 高齢者の生活の様子

ア 高齢者の世帯構成

介護保険に関するアンケート調査では、ひとり暮らしの高齢者は21.5%、高齢者のみの世帯（家族全員が65歳以上）は25.9%、64歳以下の家族と同居の世帯は32.3%でした。また、高齢者福祉に関するアンケート調査では、ひとり暮らしの高齢者は15.2%、高齢者のみの世帯は40.6%、64歳以下の家族と同居の世帯は42.4%でした。

要介護認定を受けていない世帯のうち過半数が、ひとり暮らしか高齢者のみの世帯であり、要介護認定を受けていても若い人たちと同居はしない傾向にあることから、今後ひとり暮らしや高齢者のみの世帯に要介護者の世帯が増えていくことが予測されます。

図表69 高齢者の世帯構成



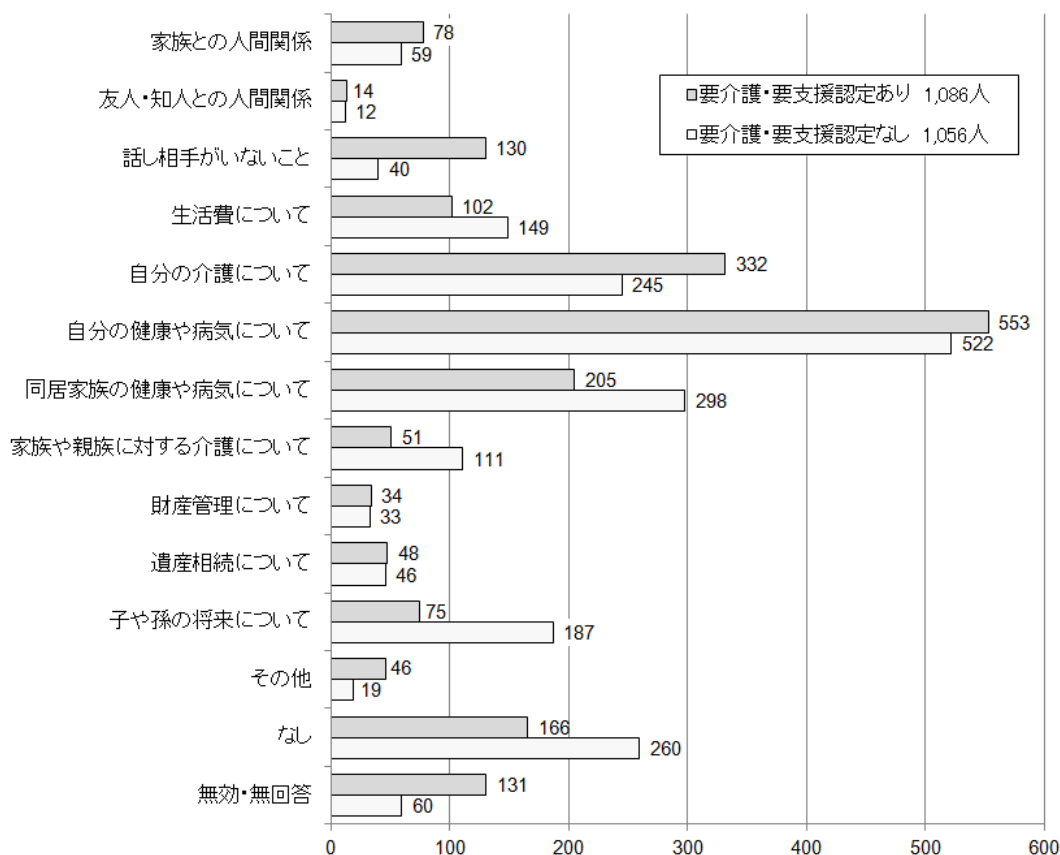
資料：介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,086人）

高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,056人）

イ 高齢者の今の心配ごと

今の心配ごと・悩みについては、介護認定のあり・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」が上位を占めていますが、介護認定ありの人のアンケート結果では「話し相手がない」との回答が要介護認定なしの人に比べ多いことから、介護を要する高齢者が孤独を感じている状況が読み取れます。

図表70 今の心配ごと（複数回答）



資料：介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,086人）
 高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,056人）

② 要介護者の状況

平成26年9月末、要介護認定者数は15,712人であり、うち介護保険等サービス未利用者は1,187人、施設利用者は3,224人です。なお、居宅サービス利用者は11,301人となっています。（※サービスの重複利用は除いていません）

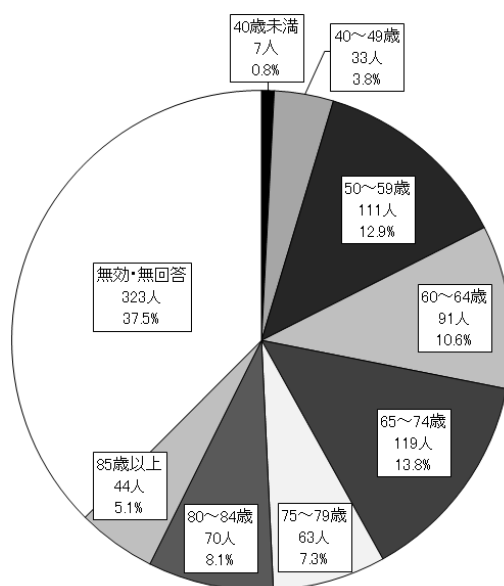
③ 介護者の状況

介護保険に関するアンケート調査結果からは、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多くが配偶者や兄弟など65歳以上の高齢者であることがわかります。また、今後も高齢化が進むに伴い、高齢者が高齢者の介護を行う老老介護が更に増加することが予測されています。

なお、介護する上で困っていることのうち、精神的・体力的な負担については「自分自身も高齢になり介護が困難」が最も多い回答でした。

介護者の高齢化に伴う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ます。

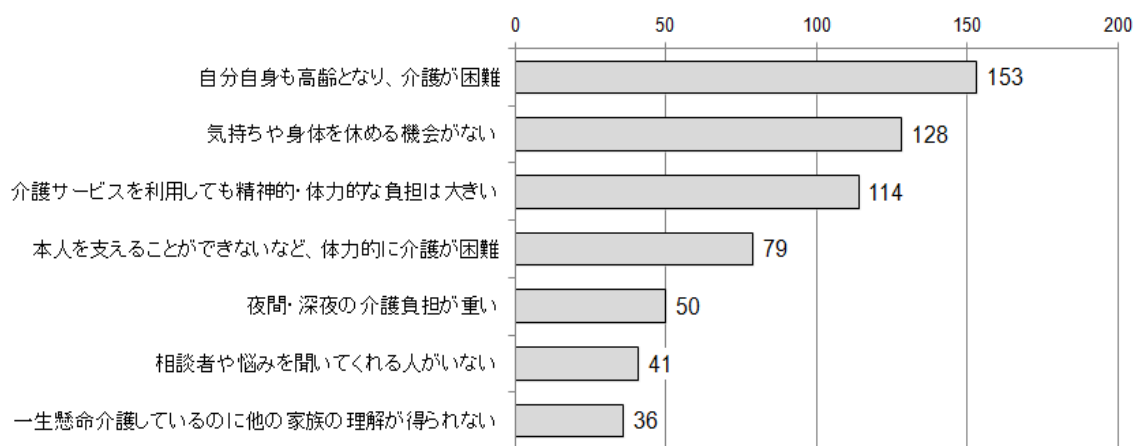
図表71 介護を主にしている人の年齢



資料：介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 861人）

図表72 主な介護者が介護する上で困っていることのうち、精神的・体力的な負担について（抜粋）

（複数回答）



資料：介護保険に関するアンケート結果より作成（回答者数 861人）

④ ひとり暮らし高齢者

高齢者の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者は年々増加しています。毎年7月に民生委員・児童委員を通じて実施している「ひとり暮らし高齢者調査」では平成26年度の調査結果は9,903人となっており、これは65歳以上の高齢者人口の約8%にあたります。

図表73 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22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
8,908人	9,285人	9,441人	9,632人	9,903人

各年度7月1日現在

なお、ひとり暮らし高齢者等が、健康を維持しながら、できる限り住み慣れたまちで、安心した生活を送れるように、「ふれあいお弁当事業」、「ひとり暮らし高齢者入浴料助成事業」、「福祉電話貸与・相談事業」、「緊急通報システム貸与事業」、「日常生活用具の給付」等の施策を行っています。（詳細は、63ページ、「1 介護予防期の支え合いの仕組みづくり、（1）現状、②生活支援」にて記載）

⑤ 介護保険のサービス

介護保険には、訪問介護（ホームヘルプ）・通所介護（デイサービス）・福祉用具貸与・住宅改修費支給等さまざまなサービスがあります。ケアマネジャーが、その人の心身の状況に応じてケアプランを作成し、そのプランに基づいてサービスを利用することができます。

⑥ 要介護者を支える機関

ア 居宅介護支援事業所

ケアマネジャーが配置されており、介護が必要になった人が自宅で適切に介護サービスが利用できるように、アセスメントに基づくケアプランの作成や高齢者への説明、ケアプランに載せたさまざまな介護サービスの連絡・調整を行います。

平成26年7月1日現在、市内では112事業所を指定しています。

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。現在は市内に13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要介護者だけでなく、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、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントがあります。

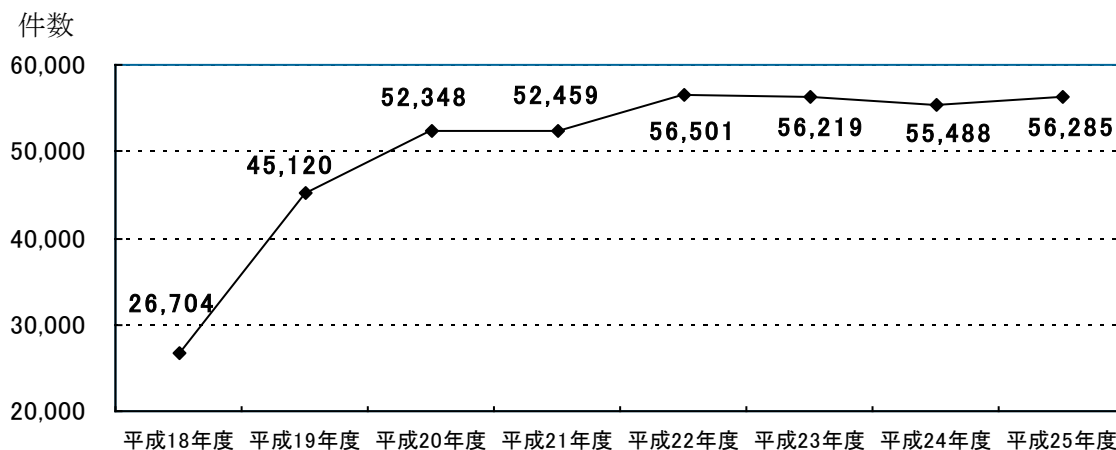
また、本市では、業務を円滑かつ効果的に実施できるように「横須賀市地域包括支援センター事業実施方針」を策定しています。

図表74 地域包括支援センターの機能

機 能	業 務 内 容
介護予防ケアマネジメント	地域支援事業における介護予防事業、予防給付に係る介護予防サービス、および地域密着型介護予防サービスに係るマネジメントを行い、支援や介護が必要となるおそれの高い高齢者が自立して生活できるよう支援します。
総合相談	高齢者やその家族に対し、介護給付等サービス、それ以外の医療福祉サービス、地域資源等を利用した総合的な相談・支援を行います。
権利擁護	関係機関と連携・協力して、高齢者虐待防止、早期発見、早期対応を図ります。また、判断能力が不十分な認知症高齢者の成年後見制度の活用・利用支援などを行います。
包括的・継続的ケアマネジメント	支援困難ケースへの対応など介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援や、地域包括ケア体制構築のための支援を行います。

※今後の法改正や制度改正に伴い、センターの機能の見直しおよび強化を随時行っていきます。

図表75 地域包括支援センター相談件数の推移



図表76 地域包括支援センター設置数の推移

(単位：カ所)

区 分	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
設 置 数	12	12	13	13	13	13	13	13

図表77 地域包括支援センター職員数の推移

(単位：人)

区 分	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
職 員 数	57	59	68	68	69	75	70	73

(各年度3月末日現在)

地域包括支援センターは開設当初と比べて、設置数は大きく変わりはないものの、相談件数は2倍以上となっています。地域包括支援センターでは、職員数を増やし、さまざまな相談に対応しています。

ウ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

日中・夜間を通じて、定期的な巡回のほか、随時呼び出しにより、ホームヘルパーや看護師などに訪問してもらい、食事・入浴・排せつの介助などの身体介護や日常生活援助、療養上の世話や緊急時の対応などを受けることができます。

介護保険の利用料は、要介護度別の1カ月単位の定額制です。

平成26年7月1日現在、市内では3カ所指定しています。

エ 小規模多機能型居宅介護事業所

登録された利用者（定員25人以下）を対象に通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、訪問や短期間の宿泊を組み合わせ、食事・入浴・排せつの介助などの身体介護や日常生活援助、機能訓練などを受けることができます。

介護保険の利用料は、要介護度別の1カ月単位の定額制です。

平成26年7月1日現在、市内では3カ所指定しています。

上記は柔軟さをもって様々な在宅介護を支援するサービスですが、その他にも、通所介護事業所、訪問介護事業所、グループホーム等さまざまな事業所が、介護を必要としている高齢者を支援しています。

⑦ 事業評価や指導監査

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、市からの委託業務等が適切に行われていることを確認しています。また、各地域包括支援センターで行っている特徴的な取り組みについては、他の地域でも活かすことができるように、他の地域包括支援センターへの情報提供などを行っています。

また、社会福祉事業の円滑な実施を確保するために、社会福祉法人等の社会福祉事業を経営する者が、法令・通知等を遵守し、適正な事業運営を実施しているか個別に精査し、必要に応じて是正・改善を求めるとともに、更なる運営水準の向上を目的とした指導および助言の監査を実施しています。

⑧ ネットワークの構築

本市では、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、以下の4つの会議等を「地域ケア会議」として開催しています。

ア 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」と称しています。地域の民生委員・児童委員や住民、自治会・町内会、居宅介護支援事業所、医療関係者等が集い、横断的な支援体制の構築や連携についての取り組みが進んでいます。また、当該会議等において、個別事例の支援体制の検討も行っています。

イ 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、医療関係者等と学習会や情報交換等を行う「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。

ウ 地域包括支援センター情報交換会

本市と全地域包括支援センターとが定期的に情報共有や意見交換を行うために「地域包括支援センター情報交換会」を隔月で開催しています。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。

エ 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・福祉事務所等の有識者が集まり、高齢者支援に関する課題の抽出およびその解決に向けた取り組みなどを協議する「高齢者地域ケア会議」を年4回開催し、地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには高齢者保健福祉計画への反映などの政策形成につなげています。

⑨ 総合相談業務

本市や地域包括支援センターでは、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、関係機関に繋げることや、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、地域資源等の情報提供を行い、相談に対応しています。

平成25年度高齢福祉課相談件数	11,724件
-----------------	---------

⑩ 介護保険以外の福祉サービス

本市では、要介護期の高齢者が、できる限り住み慣れたまちで、安心して生活できるようにするために以下の支援サービスを行っています。

ア 紙おむつ給付事業（地域支援事業）

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25年度末利用人数	3,690人
平成25年度延利用人数	39,202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25年度末利用人数	1,871人
平成25年度延利用人数	5,288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容店等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25年度末利用人数	2,002人
平成25年度延利用人数	7,052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25年度支給者数	2人
------------	----

⑪ 地域に生まれた生活支援活動

本市では、地域の創意工夫により、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、地域活動を支援しています。

「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 禪会」など、さまざまな地域活動団体が市内に立ち上がっています。

⑫ 医療と介護の連携

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と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・看護師・薬剤師・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、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、安心な在宅療養の体制を作ります。

本市では、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、平成23年度に医療・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きました。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。

平成25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

構成員の所属団体（平成26年4月現在）

- ・横須賀市医師会
- ・横須賀市歯科医師会
- ・横須賀市薬剤師会
- ・国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院
- ・横須賀市立市民病院
- ・横須賀市立うわまち病院
- ・日本医療伝道会衣笠病院
- ・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
- ・横須賀市福祉部介護保険課長
- ・横須賀市福祉部高齢福祉課長
- ・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

(2) 課題

① 在宅生活の継続を困難にする事情

ア 老老介護への支援

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。

イ ひとり暮らし高齢者等への支援

高齢者の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯も年々増加しています。ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯が、健康を維持しながら、できる限り住み慣れたまちで安心した生活を送るためには、家族や地域を含めた支援や見守り体制、さらに緊急時の対応なども必要です。

特に、家に閉じこもりがちになる谷戸地域に住んでいるひとり暮らし高齢者を孤立させないため、総合的な対策について検討していくことが求められています。

ウ 認知症高齢者への支援

認知症になっても、できる限り住み慣れたまちで、安心した生活を送ることができるよう認知症予防から認知症の早期発見、早期治療、ケア、介護家族の支援までの一貫した取り組みを進めるとともに、地域で認知症の人を見守り、支援する環境作りなど、総合的な認知症施策を検討する必要があります。

② 経済的に困窮した高齢者への支援

経済的に困窮した高齢者は、経済的な負担を伴う介護保険のサービス利用をためらい、適切なサービスに結びつかないことがあります。介護保険等の費用負担を伴う公的なサービスの他に地域における助け合いなどインフォーマルなサービスとの柔軟な組み合わせによる支援を検討する必要があります。

③ 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。

④ 地域包括支援センターの機能強化

ア 運営体制

市内の高齢者人口の増加に伴い、相談件数や困難事例への対応などの増加に対して効果的な高齢者支援を行うために、地域包括支援センターの運営体制を検討する必要があります。

イ 連携強化

慢性疾患を有する高齢者や認知症を有する高齢者が増加することなどを踏まえ、医療と介護の連携や認知症高齢者への対応が重要となります。

また、地域包括支援センターの運営については、法令等に定める事業を実施し、地域で暮らす高齢者の支援を行っていくものであることから、市と緊密な連携を図りながら適切な運営を確保することが必要です。

上記の医療と介護、市との連携について、地域ケア会議の効果的な実施により医療関係者や市職員を含む多職種協働によるケアマネジメント支援の充実を図ることなどが求められています。

ウ 地域住民への周知

身近な相談窓口としての役割を果たすため、地域包括支援センターの認知度をより一層高めていく必要があります。地域住民への周知の工夫が引き続き求められています。

エ 地域包括支援センター事業評価

今後、中長期的な視点を持って、市を中心とした地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを推進していく中で、効果的な地域包括支援センターの運営が安定的・継続的に行われていくことが地域の住民にとって重要となります。地域の実情や法改正等に伴い、地域包括支援センターの効果的な運営という視点を含めた事業評価のあり方を引き続き検討する必要があります。

⑤ ネットワークの構築

「地域ネットワークづくり」、「包括的ケア会議」、「地域包括支援センター情報交換会」、「高齢者地域ケア会議」のそれぞれの会議等が独立して開催されるだけでなく、把握された課題等の情報を共有し、連携して問題解決に向けて対応していく体制を整える必要があります。

また、要介護期高齢者ができる限り住み慣れたまちで、安心して生活できるようにするために、高齢者一人ひとりに対して、地域や保健、医療、福祉の関係機関が

連携した、包括的な支援が求められています。

⑥ 総合相談業務の充実

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・整理等を検討する必要があります。

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。

⑦ 在宅療養の体制整備と市民周知

ア 多職種の連携

在宅療養を支援するためには、医療・介護等の多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。

イ 在宅医の増員

在宅医療を行っている医師を在宅医といいます。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、在宅医を増やしていく必要があります。

ウ 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、相互理解を深めることが大切です。そのための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。

エ 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 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に次表の支援サービスを継続します。

今後、総合事業の実施に伴い提供されるサービスと類似するサービスや利用者の増加が著しいサービスなどについては、事業内容の見直しを行います。

図表78 ねたきり等高齢者施策の見込み量

事業名	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
紙おむつ 給付事業 (地域支援事業)	延36,221人 年度末 利用人数 3,558人	延39,202人 年度末 利用人数 3,690人	延48,776人	延48,173人	延51,256人	延54,536人
寝具丸洗い サービス事業	延5,132人 年度末 利用人数 1,836人	延5,288人 年度末 利用人数 1,871人	延6,400人	延6,500人	延6,601人	延6,704人
出張理容等 サービス事業	延6,294人 年度末 利用人数 2,018人	延7,052人 年度末 利用人数 2,002人	延7,136人	延7,361人	延7,663人	延7,977人
家族介護慰労 金支給事業 (地域支援事業)	5人	2人	5人	4人	4人	4人

※地域支援事業の説明は、P180～P184

※平成26年度は見込み

図表79 ひとり暮らし等高齢者施策の見込み量

事業名	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
ふれあい お弁当事業	延 138,046 食 年度末 登録人数 1,407人	延 126,061 食 年度末 登録人数 960人	延 140,108 食	延 132,505 食	延 136,215 食	延 140,029 食
入浴料助成 事業	延 149,896 枚 年度末 利用人数 3,851人	延 151,265 枚 年度末 利用人数 3,957人	延 165,561 枚	延 161,129 枚	延 165,071 枚	延 169,048 枚
福祉電話貸与 相談事業	年度末 利用者 99人 年度末 貸与台数 61台	年度末 利用者 101人 年度末 貸与台数 62台	年度末 利用者 110人	年度末 利用者 150人	年度末 利用者 150人	年度末 利用者 150人
緊急通報システム 貸与事業	年度末 稼働台数 2,727台	年度末 稼働台数 2,709台	年度末 稼働台数 2,800台	年度末 稼働台数 2,804台	年度末 稼働台数 2,846台	年度末 稼働台数 2,885台
日常生活用具 の給付 (自動火災感知器)	45台	20台	50台	50台	50台	50台
日常生活用具 の給付 (ガス漏れ警報器)	23台	14台	30台	30台	30台	30台
日常生活用具 の給付 (電磁調理器)	10台	10台	10台	10台	10台	10台

※平成26年度は見込み

② 生活支援体制の充実

老老介護やひとり暮らしなどさまざまな事情を抱えながらも、住み慣れたまちで生活できるよう、生活支援コーディネーターの設置、生活支援体制整備推進会議や地域ケア会議を開催するなど、生活支援体制の充実に努めます。

③ 介護者への支援

要介護期高齢者の家族等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高齢者総合相談窓口の周知を継続して行います。

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、介護保険等を利用し介護者が休息をとれるように支援する短期入所（ショートステイ）等のサービスや介護者の負担を軽減するための情報を提供し、介護者の支援に努めます。

本市においては、家族の夜間の介護負担を軽減する目的で実施している「紙おむつの給付」や、介護者が認知症を正しく理解することや介護負担の軽減のための情報提供や介護者同士の悩みなどを共有する場として開催している「認知症高齢者介護者の集い」など、介護者への支援を継続します。

④ 地域包括支援センターの担うべき役割の機能強化

ア 運営体制

地域包括支援センターの業務量と役割に応じた適切な人員体制等の確保、および地域包括支援センター職員を対象とした研修の実施、地域包括支援センター職員の資質向上に向けた取り組みに努めます。

また、在宅医療と介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図るため、地域包括支援センターをブロック化するなど、地域包括支援センター間の役割分担・連携強化について、本市の実情を踏まえ必要に応じて運営体制のあり方を検討します。

イ 事業実施方針

地域包括支援センターが設置されている地域の実情や、地域包括支援センターごとに求められる役割を十分踏まえた具体的な運営方針、目標、業務内容、重点的に取り組むべき課題等を設定することにより、市と地域包括支援センターがそれぞれの役割を認識しながら、緊密な連携を図りながら適切な運営を確保していくために、必要に応じて事業実施方針等の見直しを行います。

ウ 情報の公表

地域住民が身近な相談機関として利用する上で必要と考えられる地域包括支援センターの業務内容や運営状況に関する情報を公表するように努めます。

また、厚生労働省が運用する介護サービス情報公表システム、県が運営する介護情報サービスかながわ等の活用を検討し、地域住民に地域包括支援センターの取り組みを幅広く周知することにより、地域包括支援センターの認知度の向上を図ります。

エ 地域包括支援センターの事業評価

地域包括支援センター自らが地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを振り返るとともに、市が地域包括支援センターの運営や活動を点検し、評価する取り組みを継続します。

事業評価により、効果的な取り組みをさらに充実させていくとともに、業務改善を促し、運営水準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。

⑤ ネットワークの構築

ア 地域ケア会議の位置づけ

「地域ネットワークづくり」、「包括的ケア会議」、「地域包括支援センター情報交換会」、「高齢者地域ケア会議」のそれぞれの会議等が緊密に連携をとり、開催内容および課題等の情報共有を図り、問題解決に向けて取り組みます。

イ 地域ケア会議の環境整備

地域ケア会議開催にあたり、既存の会議のあり方を整理して、それぞれの会議の役割等を確認します。個別事例の会議等に当たっては、ケアマネジャー等の関係者の協力や出席者の守秘義務などの取扱いについて明確にするため、ガイドラインなどを検討することにより、地域ケア会議の円滑な実施に向けた環境整備を図ります。

ウ 地域ケア会議の推進について

ケアマネジャーの資質向上、高齢者個人に対する支援の充実と地域の課題の把握、社会基盤の整備を図るため、地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築に向けた地域ケア会議の推進について検討します。

エ ケアマネジャーへの支援

個別ケースの検討を行う地域ケア会議については、できる限り多くの介護支援専門員の資質向上の場となり、可能な限りケアマネジャーが地域ケア会議での支援を受けられるように、効果的な実施に努めていきます。

⑥ 総合相談業務の充実

ア 地域資源情報等の一元化

各地域包括支援センター等と連携し、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、医療機関等の情報をまとめた地域資源情報の一元化を図ります。

イ 関係機関や団体等との連携・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等との連携・協力体制を強化します。

ウ 情報の公表

地域包括ケアシステムを構築していく中で、地域で暮らす住民が地域にある社会資源（日常生活に係る相談窓口や困りごとに対する生活支援等サービス）を把握できるよう、地域包括支援センターと生活支援サービス等の情報の提供などに努めます。

エ 職員の資質向上等

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。

⑦ 在宅療養の体制整備と市民周知

104ページ、「3 終末期の支え合いの仕組みづくり」、(3)施策の展開にて記載。



3 終末期の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。現状では、本市に限らず、多く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、これまでどおり病院に入院し、病院で亡くなるのが困難になると見込まれます。

また、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必要があります。

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、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

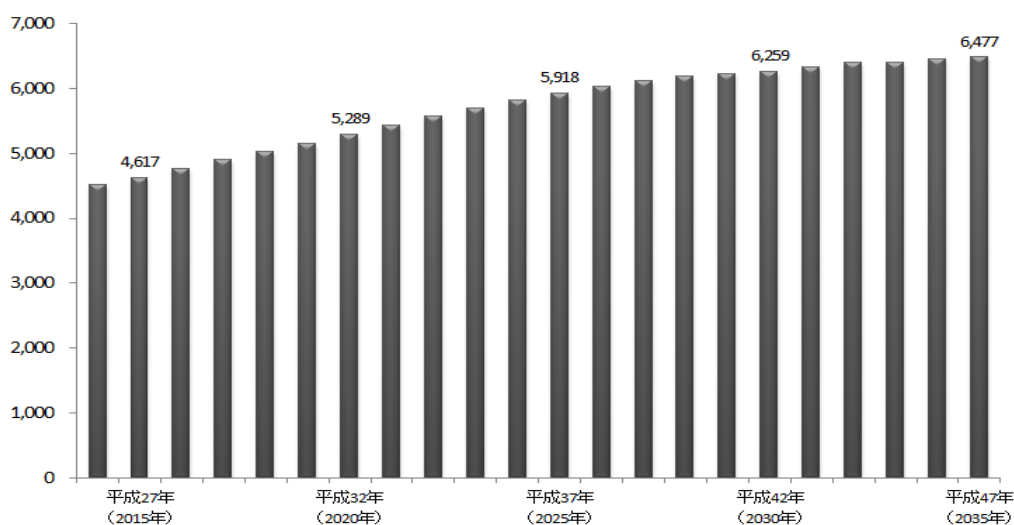
(1) 現 状

① 死亡者数の増加と死亡場所の構成比

ア 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24年の年間死亡者数は4,400人余りでしたが、平成37年の死亡者数は5,900人に達すると予測されます。

図表80 横須賀市の死亡者数推計



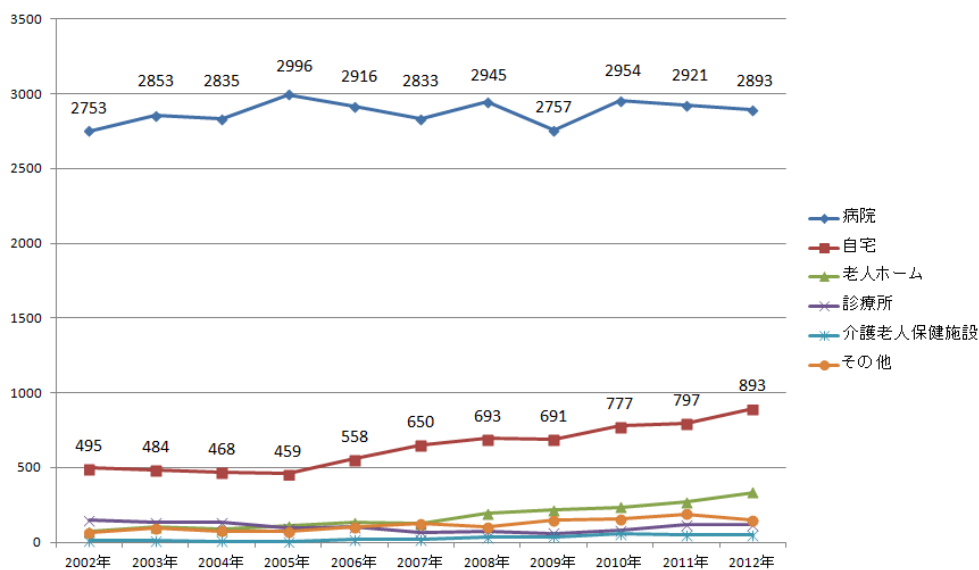
資料：横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口（平成26年5月推計）」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

イ 死亡場所の構成比

平成24年に亡くなった市民のうち、約65%は病院で、約20%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。

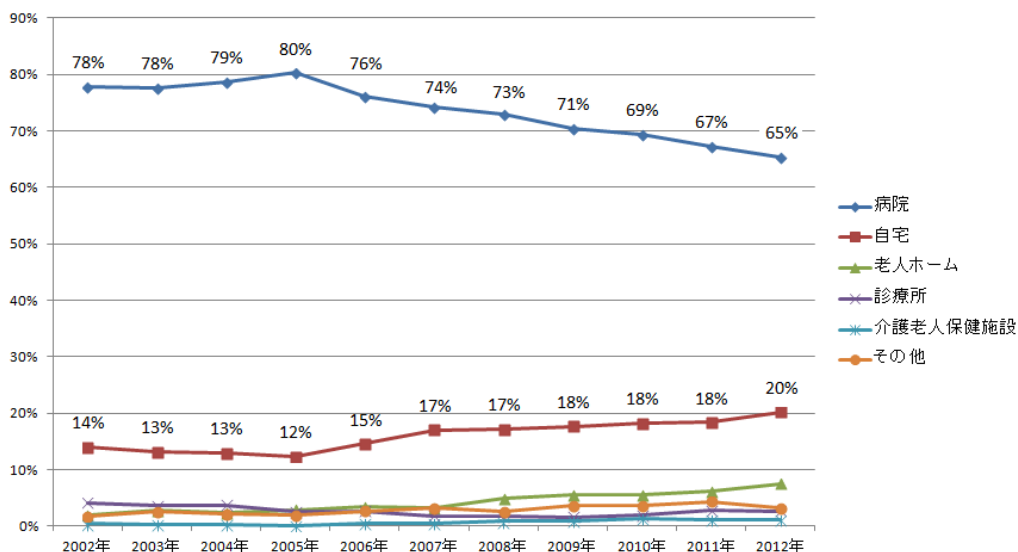
全国平均（平成22年）では、国民の約78%が病院で、約13%が自宅で亡くなっていますので、全国と比較すると、自宅で亡くなる人の割合は高くなっています。

図表81 横須賀市の死亡場所別死亡数の推移



資料：人口動態統計より地域医療推進課が作成

図表82 横須賀市の死亡場所の構成比の推移



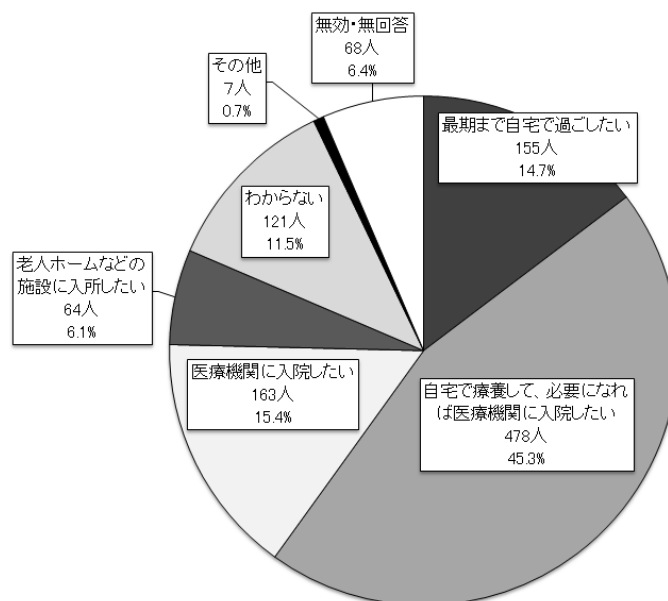
資料：人口動態統計より地域医療推進課が作成

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調査結果では、「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60%でした。

図表83 人生の最期を迎えるとき、どこで過ごしたいか



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数 1,056 人）

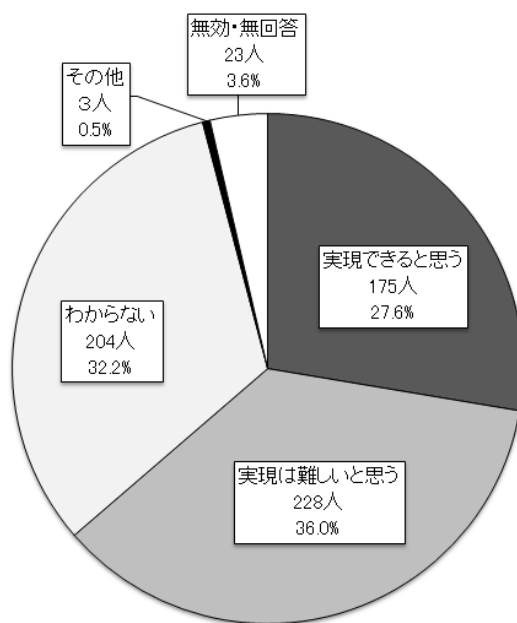
イ 在宅療養・在宅看取りの不安

高齢者福祉に関するアンケート調査で、「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68%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。

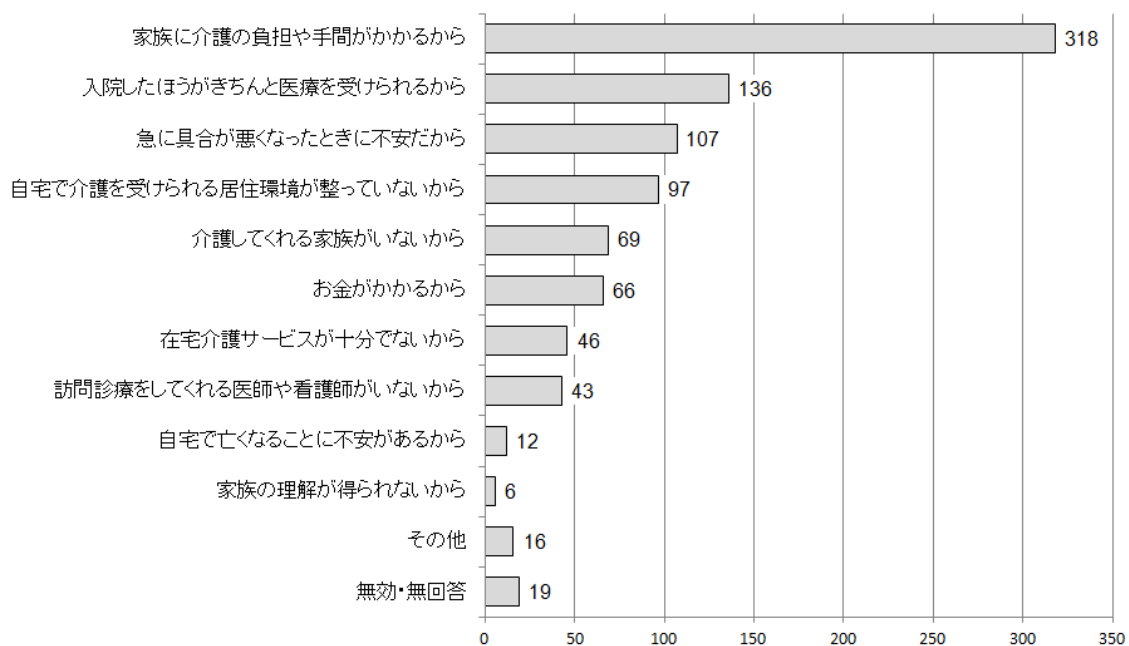
図表84 在宅療養の希望は実現できると思うか。



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数633人）

※図表83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633人

図表85 在宅療養が難しいと思われる理由（複数回答）



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数432人）

※図表84で、「実現は難しいと思う」「わからない」と答えた432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10.1施設、神奈川県平均8.2施設に対して、横須賀市は9.5施設であり、県平均は上回るものの、全国平均をやや下回っています。

※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

市内の在宅療養に係る主な医療・介護機関 (平成26年4月現在)

・ 在宅療養支援診療所	39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	23カ所
・ 地域包括支援センター	13カ所
・ 居宅介護支援事業所	108カ所
・ 訪問介護事業所	93カ所
・ 小規模多機能型居宅介護支援事業所	3カ所
・ 定期巡回・訪問介護看護事業所	2カ所

④ 在宅療養連携推進に係る現在までの取り組み

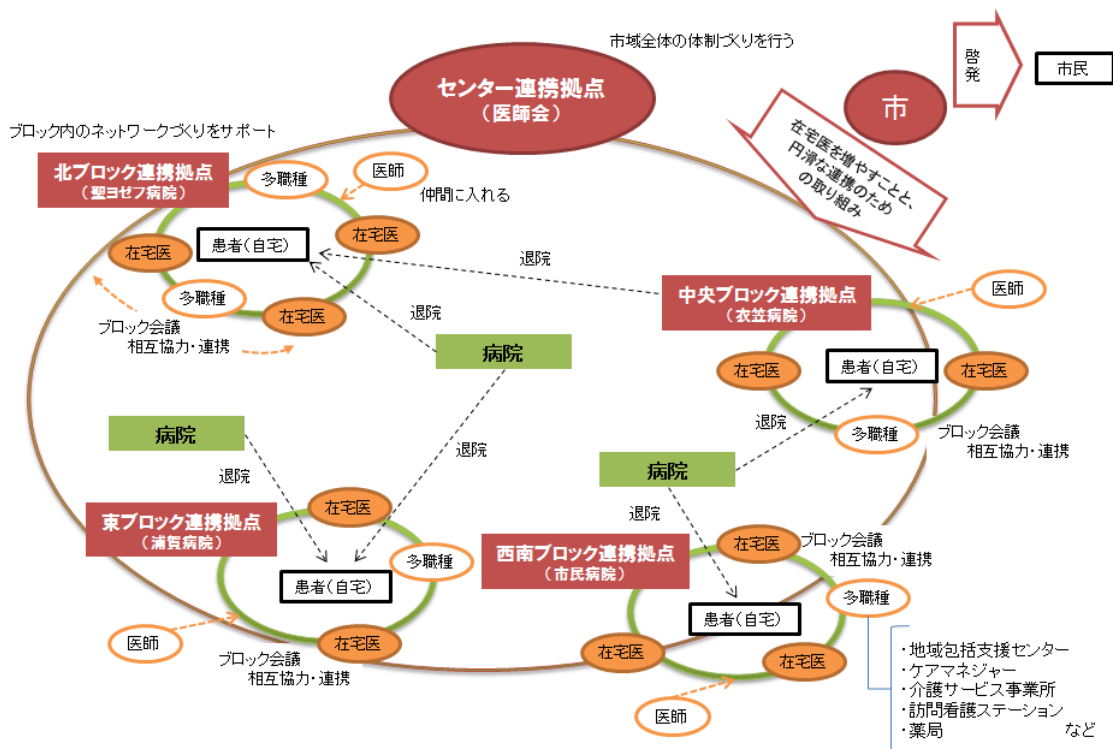
医療と介護の連携を目的とした、医療関係者・介護関係者・市職員を構成員とする在宅療養連携会議を平成23年度に設置し、在宅療養に係る課題の抽出や解決策の検討を行っています。市は、この会議での検討結果を具体化し、施策を展開してきました。

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年度に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設立しました。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ました。

図表 86 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 市民への周知

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、介護関係者等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の重要性を周知する必要があります。

② 在宅療養を支援する多職種連携

ア 市民への周知が進めば、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、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が求められます。

イ 病院から退院する際の病院スタッフと、訪問看護師、ケアマネジャーなど在宅療養支援スタッフとの一層の連携強化も重要です。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。

③ 在宅療養を実現する体制整備

ア 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。

イ 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 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るため、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、解決策の具体化に取り組みます。

- ・ 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内容や方法を検討します。
- ・ 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 87 在宅療養連携会議開催回数（専門部会含む）

第5期実績			第6期計画		
平成24年度	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
17回	13回	16回	16回	16回	16回

※平成26年度は見込み

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開催します。

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を図ります。

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 多職種連携・病診連携の推進

ア 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はなく、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、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。

イ 退院前カンファレンスシートの活用

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）を行うのが一般的です。

医療・介護関係者が顔を合わせ、患者の病状や在宅療養上の問題点などの情報を共有し、支援の内容や方法を検討・確認する場です。

このカンファレンスをスムーズに行い、共有すべき情報に漏れないように、市内共通のカンファレンスシートを作成しました。このシートを活用し、退院前カンファレンスを行うよう病院や医療・介護関係者に普及啓発していきます。

ウ （仮称）在宅療養連携推進「よこすかエチケット集」の作成

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す。

④ 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

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、ベテラン在宅医が在宅医療に関心のある医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、病院勤務医等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 動機づけ多職種連携研修会の開催

東京大学高齢社会総合研究機構が開発した研修プログラムを活用し、医療・介護の関係団体から推薦された受講者を対象に、在宅療養の体系的な研修を実施し、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。

⑤ 在宅医療ブロック会議と在宅療養連携拠点づくり

ア 在宅医療ブロック会議

平成25年度に市内を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設立しました。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的に、地域内の診療所の協力体制（診診連携）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めます。

イ 在宅療養ブロック連携拠点

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、在宅医療に係る市民への情報提供なども進めていきます。

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 : 浦賀病院
- ・ 西南ブロック連携拠点 : 市立市民病院

ウ 在宅療養センター連携拠点

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

拠拠間の連絡調整や、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などさまざまな取り組みを行います。

◎センター連携拠点の実施事業等

- ・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
町内会や団体・グループ等の求めに応じ、医師等を派遣し、在宅医療に関する講義を行い、市民に在宅医療についての理解を深めてもらいます。
- ・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」について市内で統一システムを導入し、普及させていきます。
- ・病院医師在宅医療同行指導
病院医師に在宅医療に関する認識を深めてもらうため、病院医師が、担当患者の退院後の訪問診療に同行し、在宅医と共同診療を行います。

⑥ 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等が連携して、広域連携が必要な事項について協議する体制を整えていきます。

4 認知症施策の推進

高齢者が全人口の2割以上を占める現在の社会においては、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」の実現を目指す「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定しました。更に国家戦略として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、市民が認知症について正しく理解し、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、地域での支援機関が連携し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

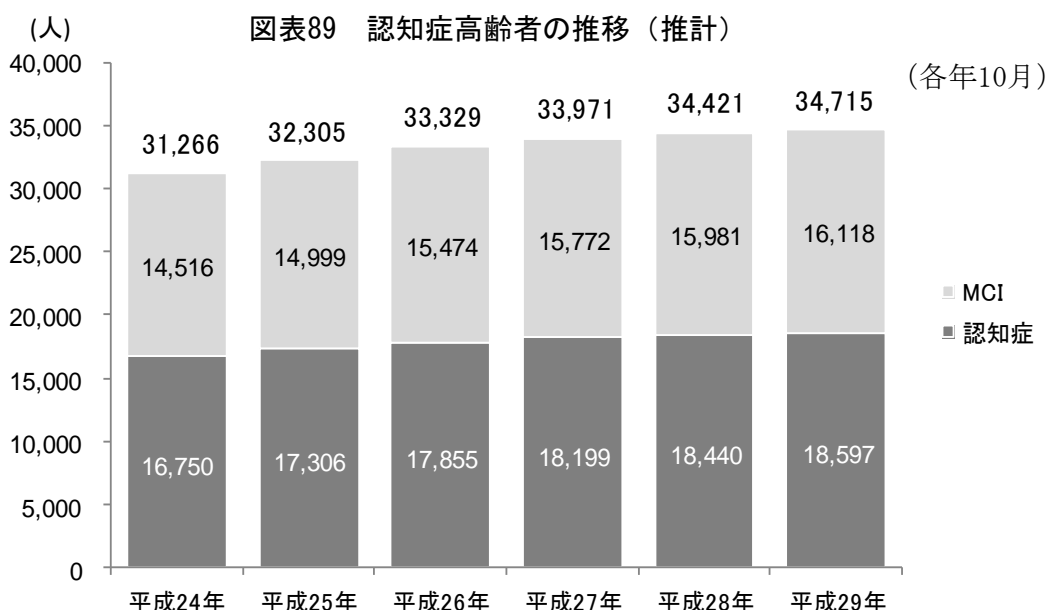
害への対応」(平成25年5月報告)を引用)

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88 認知症高齢者の推計数

横須賀市の65歳以上人口 (A)	117,108人
認知症高齢者推計 (A×0.15)	17,566人
MC I 高齢者推計 (A×0.13)	15,244人

※人口は「住民基本台帳 (H26.4.1現在)」による



資料: H24~H26は住民基本台帳搭載人口、H27~H29は横須賀市都市政策研究所資料をもとに作成

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、全国では37,800人と推計されています。本市の若年性認知症者数は、約120人と見込まれます。

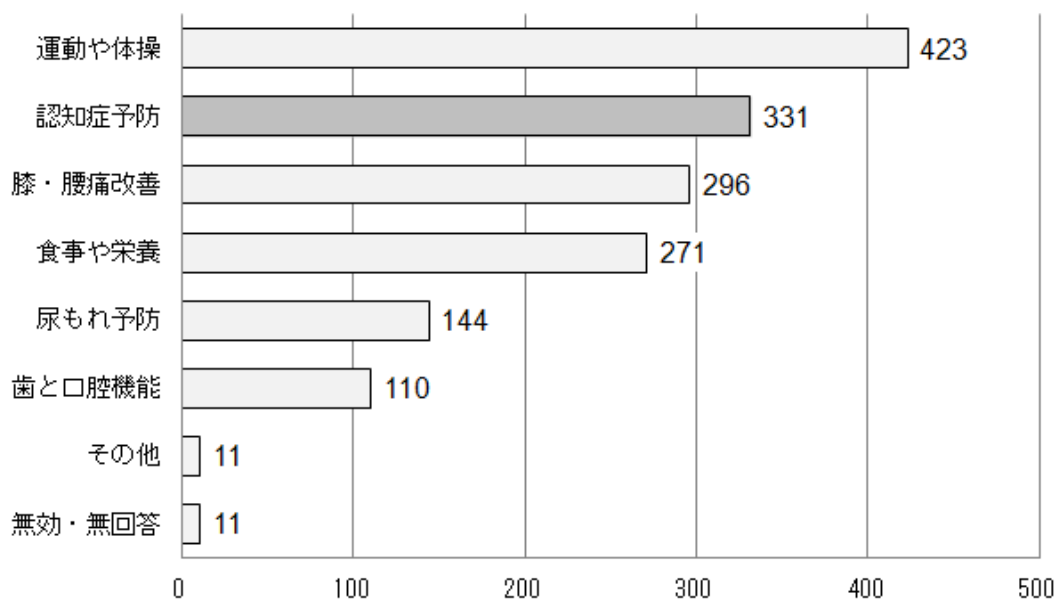
なお、介護認定を受けている人の約半数に認知症の症状があります。介護度が高くなると認知症の人の数も増え、認知症の重症化に伴って施設入所をする人が増えています。

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」と「レシピ考案コース」の教室を開催しています。

図表90 参加したい介護予防教室（複数回答）



資料：高齢者福祉に関するアンケート結果より作成（回答者数652人）

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 認知症予防グループ養成講座

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、中心となるグループリーダーを養成し、自主グループ活動を支援しています。

② 早期受診と早期相談

ア 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。

※認知症疾患医療センターとは

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

※もの忘れ外来など専門外来のある市内の医療機関

湘南病院、市立うわまち病院、生協衣笠診療所、浦賀病院、久里浜医療センター

イ 随時相談

高齢福祉課や地域包括支援センターでは保健師などが、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。

③ 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26年3月31日現在、13,805の方が養成講座を受講しています。

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 認知症介護者講演会

介護者が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ことにより、早期受診・早期対応ができ、介護負担の軽減を図るため、認知症介護者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 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。

④ 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。

若年性認知症の人は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。

⑤ 関係機関とのネットワーク

ア 地域包括支援センターなど関係機関との連携

認知症高齢者の相談内容に応じて、地域包括支援センターや医療機関、介護サービス機関、地域の関係者とケア会議を開催するなど、連携により支援しています。

イ 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啓発が必要です。

② 早期受診と早期相談

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。

③ 介護家族への支援・虐待予防

ア 徘徊、被害妄想、サービス拒否などで介護者が疲弊し、施設に入所するケースが多くなっています。

イ 情報不足から認知症の介護の方法が分からないことや、相談相手がいないことがあり、介護者による虐待に至ってしまうことがあります。

ウ 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。

エ 成年後見制度がよくわからない、申し立てをする親族がいない、申し立てに要する費用の負担が困難などの理由から、制度の必要な高齢者が利用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 ネットワークの推進

ア 専門医とかかりつけ医、医療と介護などの連携を強化させることが必要です。関係機関が情報共有し適切なケアが受けられるように作られた「よりそいノート（神奈川県作成）」などの活用が必要です。

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

① 認知症の予防事業の展開

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グループ養成講座を継続して実施します。

② 早期受診・早期相談体制の整備

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、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」を作成し配布することにより、適切な医療・介護情報を提供し、早期受診・早期相談体制を整備します。

※認知症ケアパス(Care Pathway：ケアの流れ)とは

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。

図表91 認知症ケアパス配布見込量

区 分	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
ケアパス配布数(部)	—	—	—	3,000	3,000	3,000

図表92 認知症高齢者相談事業の見込量

区 分		第5期実績			第6期計画		
		平成24年度	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
定例相談	開 設(回)	24	24	24	24	24	24
	延人数(人)	45	58	72	72	72	72
訪問相談	延人数(人)	9	4	20	20	25	25
随時相談	延人数(人)	1,940	1,623	2,000	2,000	2,000	2,000

※平成26年度は見込み

③ 認知症高齢者、介護者の支援の充実

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。

図表93 認知症サポーター養成事業の見込量

区 分	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
認知症サポーター 新規養成数（人）	1,940	1,502	2,000	2,000	2,000	2,000
認知症サポーター 累計養成数（人）	12,303	13,805	15,805	17,805	19,805	21,805

※平成26年度は見込み

イ 介護者の支援

介護者支援の場として、認知症介護者向け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し、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94 認知症高齢者介護者講演会と集い等の見込量

区 分	第5期実績			第6期計画		
	平成24年度	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
認知症介護者講演会 参加者数（人）	179	152	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）	79	69	90	100	100
	会報個人送付 数（通）	96 延534	104 延563	100 延600	100 延600	100 延600

※平成26年度は見込み

ウ 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。（詳細は、142ページ「2 暮らしの安心、(3)施策の展開、②成年後見制度利用支援事業」参照）

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や連絡会を開催し、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。

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」を開催し、「よりそいノート」の活用などを含めた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 事例検討会の開催

対応困難な事例について、事例検討会を開催し、関係機関と連携しながら、必要に応じて、弁護士や専門医の助言を受け対応していきます。

エ 徘徊高齢者SOSネットワークの運用方法・周知の見直し

徘徊高齢者SOSネットワークの情報共有先を増やすなど、運用方法を見直し、効果的なネットワークを構築していきます。

図表95 認知症施策の推進

