

令和2年10月17日

第8期介護保険事業計画作成委員会

会長 菅 喜郎 様

[専門部会]

地域包括支援センター運営協議会

会長 喜多 篤志

本部会は、「現時点で想定される地域包括支援センター運営協議会での論点」について、2回にわたる審議を重ねてきましたが、このたび、次のとおり取りまとめましたので報告します。

記

1 新計画の基本理念等

(1) 基本理念・基本方針

【基本理念（案）】

元気で笑顔あふれるふれあいと支え合いのまちづくり

【基本方針（案）】

- ・地域で介護予防に取組み高齢者が健康に過ごすことができる市民生活の推進
- ・高齢者が心豊かに安心して暮らせる地域社会の推進

上記、事務局案のとおりとする。

(2) 施策の取組み

- | | |
|--------|-----------------------------|
| 基本目標 1 | いつまでもいきいきと健康に住み慣れた地域で生活を継続 |
| 基本目標 2 | ひとり暮らしでも住み慣れた地域で生活を継続 |
| 基本目標 3 | 認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続 |
| 基本目標 4 | 中重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続 |
| 基本目標 5 | 自立支援・重度化防止へ向けた医療と介護の連携 |
| 基本目標 6 | 高齢者を支える人材の確保・育成 |
| 基本目標 7 | 第7期計画期間中の基盤整備の状況と今後の方向性 |
| 基本目標 8 | 災害や感染症対策に係る体制整備 |

上記、事務局案のとおりとする。

2 「健康長寿のまち」の実現に向けた取組みの方向性

介護予防のための「通いの場」について、開催箇所数や参加人数が減少傾向にある現状を踏まえ、地域包括支援センターや社会福祉協議会等との連携を強化し、各圏域の住民による運営主体での「通いの場」により、「フレイル予防を通じた健康寿命のまちづくり」を実施する。

併せて、社会参加を通じた介護予防の推進、健康寿命の延伸とともに福祉人材のすそ野拡大として、「ボランティアポイント」を「シニア支え合いポイント」として目的と目標を検討する。

上記、事務局案のとおりとする。

3 介護予防・日常生活支援総合事業のあり方（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を含む。）

一般介護予防事業について、運営主体が多数あるため、統一できるかを検討する。また、通所型サービス C（短期集中型）についても必要性を再検討する。

併せて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施についても、今後構成 3 市との協議検討を重ねる。

※ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、令和 6 年度（2024 年度）までに全市区町村で展開

上記、事務局案のとおりとする。

4 複雑化・多様化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築

「老老介護」、「8050 問題」及び「ダブルケア」など、市民への支援ニーズが複雑化・多様化しているため、構成 3 市の関係部署との分野横断的な連携体制を検討すべき時期がきたので、引きこもり状態の本人と家族についても、必要とする支援内容を把握し、速やかに適切な相談窓口等へつなげる仕組みづくりについて、協議検討する。

また、専門部会から意見集約を行ったので、上位委員会の判断に委任する。

5 ひとり暮らしの高齢者等の安心感の醸成

現在の施策を十分に展開するとし、特に「ボランティアポイントの活用」及び「生活支援体制整備事業」については、事業内容の充実などのため、利用者目線での見直しなどに取り組むこととする。

すべての高齢者の安心感醸成のため、施策周知についてインターネットやSNSを活用し、家族等を含めて一層の周知を図る。

別途「高齢者等緊急訪問支援事業（レスキューヘルパー事業）」や「エンディングサポート（終活支援）事業などの導入も検討協議する。

上記、事務局案のとおりとする。

6 認知症高齢者に関する施策拡充の必要性（チームオレンジの設置を含む。）

認知症初期集中支援チームの今後の運営については、島原市医師会及び南高医師会と協議し、今後の方向性を検討する。

また、オレンジカフェについては、構成3市へ2か所ずつ設置して運営してきたが、島原広域直営分については従来どおり募集をし、認知症の方が何らかの形で地域社会に参加できるような場を設けるよう取り組む。

上記、事務局案のとおりとする。

7 医療と介護の連携

入退院時に医療と介護が情報共有できる情報連携シートを活用することにより、退院前カンファレンスの開催数の増加など、スムーズに転院や在宅療養に移行可能になるよう協議検討する。

在宅や介護保険施設等の看取りが可能になるような、関係機関との連携や環境整備を進められないかを検討協議する。

また、専門部会から意見集約を行ったので、上位委員会の判断に委任する。

8 災害や感染症対策に係る体制整備（基本指針（案）のみ）

近年の災害発生状況や新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、国の基本指針（案）として示された「災害や感染症対策に係る体制整備」を盛り込む。

これらの体制整備にあたり、「介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練の実施」などを検討する。

上記、事務局案のとおりとする。

現時点で想定される論点

（地域包括支援センター運営協議会）について

- （1）新計画の基本理念等
- （2）「健康長寿のまち」の実現に向けた取組みの方向性
- （3）介護予防・日常生活支援総合事業のあり方（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を含む。）
- （4）複雑化・多様化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築
- （5）ひとり暮らしの高齢者等の安心感の醸成
- （6）認知症高齢者に関する施策拡充の必要性（チームオレンジの設置を含む。）
- （7）医療と介護の連携
- （8）災害や感染症対策に係る体制整備（基本指針（案）のみ）

(1) 新計画の基本理念等

● 基本理念・基本方針

本計画の「基本理念」については、3年前の計画策定時に社会情勢の変化等を踏まえて変更したものです。次期計画においては、この基本理念等を継続したいと考えています。

第5期計画～第6期計画（平成24年度～平成29年度）

【基本理念】 ずっとこのまちで自分らしく 住み続けられる地域社会をめざす

【基本方針】 高齢者等の尊厳を守り、自立と生活の質（QOL）の向上を効率的に支援するため、地域や関係機関と行政等の協働による「島原半島地域包括ケアシステム」の実現を目指す



第7期計画（平成30年度～令和2年度）

【基本理念】 元気で笑顔あふれるふれあいと支え合いのまちづくり

【基本方針】 地域で介護予防に取り組む高齢者が健康に過ごすことができる市民生活の推進
高齢者が心豊かに安心して暮らせる地域社会の推進

第8期計画でも継続する。

《第8期計画の目標》

団塊の世代（昭和22年～昭和24年生まれ）が令和7年（2025年）に後期高齢者（75歳以上）となるため、地域で支え合うことと、在宅医療と介護連携の推進等により、高齢者が自分の意志で自分らしく安心して生活できることを目指す。

● 基本目標と施策

第7期計画

基本目標(6)

いつまでもいきいきと健康に住み慣れた地域で生活を継続

ひとり暮らしでも住み慣れた地域で生活を継続

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続

中重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続

自立支援・重度化防止へ向けた医療と介護の連携

高齢者を支える人材の確保・育成

施策(16)

地域包括ケアシステムの推進
介護予防・日常生活支援総合事業の推進
地域ケア会議の推進
生活支援体制整備事業の推進
安全・安心な暮らしを支える仕組みの推進

日頃の相談体制の推進
見守りネットワークの推進

認知症施策の推進

共生型サービスの検討(地域共生社会関係)
介護離職ゼロの観点を含めた家族介護者支援
定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の介護保険サービスの充実
虐待防止の推進

在宅医療・介護連携の推進
医療職・介護職コミュニケーションの推進

新たな人材の確保の推進
介護人材の育成・定着の推進

第8期計画(案)

基本目標(8)

いつまでもいきいきと健康に住み慣れた地域で生活を継続

ひとり暮らしでも住み慣れた地域で生活を継続

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続

中重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続

自立支援・重度化防止へ向けた医療と介護の連携

高齢者を支える人材の確保・育成

第7期計画期間中の基盤整備の状況と今後の方向性

災害や感染症対策に係る体制整備

施策(12)

「健康長寿のまち」の実現に向けた取組みの方向性
介護予防・日常生活支援総合事業のあり方(「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を含む。)
複雑化・多様化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築

ひとり暮らしの高齢者等の安心感の醸成

認知症高齢者に関する施策拡充の必要性(チームオレンジの設置を含む。)

在宅生活継続のための支援のあり方

医療と介護の連携

人材の確保・育成(新項目追加)
就労的活動支援コーディネーター

第7期計画期間中の基盤整備の状況と今後の方向性
有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る長崎県との情報連携の強化(指導監督の徹底等による質の確保)

災害に対する備えの検討
感染症に対する備えの検討

要介護高齢者も総合事業利用可、調整交付金算定へ適正化事業の取組み状況を勘案、一般会計に関する事項(保険者機能強化推進交付金等)など

(2) 「健康長寿のまち」の実現に向けた取組みの方向性

① 現状と評価

元気高齢者等の介護予防のための「通いの場」の参加については、特に必要と思わないとして不参加が79.6%いました。また、平成29年度から、年々「通いの場」は減少傾向にありますが、全国平均値より高い参加率を維持しています。

表1 介護予防のための通いの場（ニーズ調査）

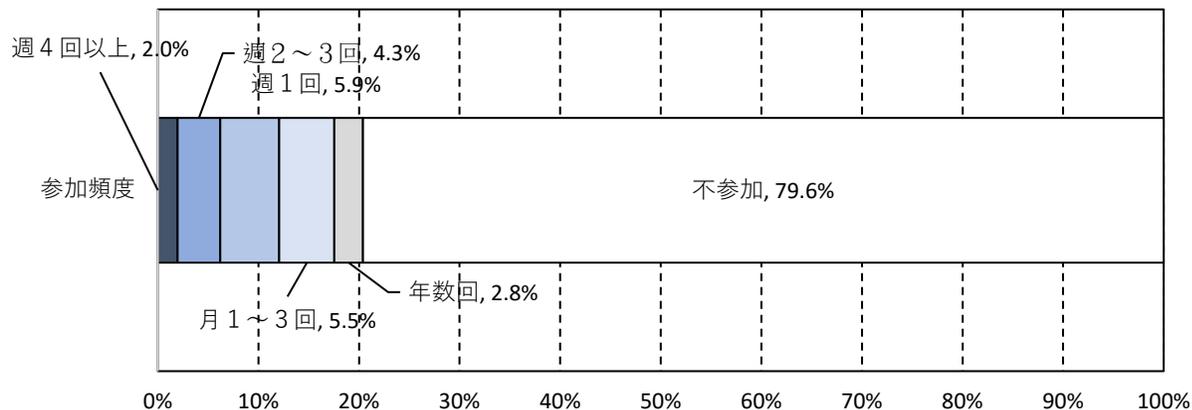


表2 「通いの場」実施状況（総合事業の実施状況）

区分	平成29年度	平成30年度	令和元年度
高齢者人口（人）	47,285	47,720	48,008
箇所数（箇所）	299	281	267
参加実人数（人）	4,846	4,249	3,727
参加率	10.2%	8.9%	7.8%
全国平均値	4.9%	5.7%	未公開

② 方向性（事務局案）

現時点の減少傾向を踏まえ、今後の方向性については、関係機関として、構成3市の地域包括支援センター（各医師会委託）や社会福祉協議会等との連携強化をし、各圏域の住民による運営主体での「通いの場」により、「フレイル予防を通じた健康寿命のまちづくり」を実施する。併せて、社会参加を通じた介護予防の推進、健康寿命の延伸とともに福祉人材のすそ野拡大として、現在の「ボランティアポイント」を「シニア支え合いポイント」として目的と目標を検討する。

フレイル予防を通じた健康寿命のまちづくり ～「通いの場」を“気づきの場”へ～

- 要支援1・2や事業対象者のサービス未利用者かつ更新申請を行わなかった者に対し、各市地域包括支援センターによる適切な相談・支援できる体制を構築する。（きっかけづくり）
- 構成3市の生活支援コーディネーターを中心に社会福祉協議会（運営団体）に対し、活動場所の確保や運営支援等を行う。
- 健康寿命の延伸を図るため、「通いの場」におけるフレイルチェックを導入検討する。（サポーターやトレーナーの養成等システムなど）
- 先進地事例（元気づくりシステム・三重県いなべ市）
元気リーダーと呼ばれる指導者を養成することにより、市内各地区の集会所などの「通いの場」で行われるストレッチ体操、ウォーキングなどの各グループ・リーダーとして活躍し、更に地域の仲間を募ることに取組んでいるため、魅力ある元気リーダーと参加者は、年々、増加傾向にある。
【平成30年度参加率：22.9%、認定率：16.0%】
- 先進地事例（健康長寿のまち・京都市）
オール京都で幅広い市民団体や企業等が参加する「健康長寿のまち・京都市民会議」との連携を行い、「身体活動・スポーツ」や「食」「口腔ケア」等に関する取組を通じて、幼少期から高齢期までのライフステージ等に応じた健康づくりを市民ぐるみで推進している。健康づくり活動に取り組みながら健康ポイントをため、50ポイント以上貯まったらプレゼントに応募可能（プレゼント抽選）としている。



(3) 介護予防・日常生活支援総合事業のあり方 (「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を含む。)

① 現状と評価

介護予防・日常生活支援総合事業を開始した平成29年度までは、基本チェックリストにより心身の機能が衰えた状態の高齢者を対象に通所型サービスCを実施してきましたが、激減（マイナス44.3%）したため、平成30年度以降は、元気高齢者が参加する一般介護予防事業を拡充して取り組みました。

その結果、一般介護予防事業の実績は増加傾向にあるが、運営主体に広域直営が加わったため、特に、体操教室等が二重に行われているなどの指摘がありました。（「通いの場」先進地事例は資料2を参照）

また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、「生活習慣病・フレイル対策等」と「介護予防」が別々に展開されているものを、全国の市町村において、2024年度（令和6年度）までに包括的に運用するよう進められています。（来年度の実施へ向けても構成3市で協議検討中）

表1 介護予防・日常生活支援総合事業の実績（人数）

区分	平成29年度	平成30年度	令和元年度
通所型サービスC等	2,828	0	0
一般介護予防事業	11,360	29,454	32,720
合計	14,183	29,454	32,720

表2 令和元年度の運営状況（人数）

区分	構成市委託	民間委託	広域直営	合計
島原市	4,060	430	8,954	13,444
雲仙市	2,772	291	4,803	7,866
南島原市	3,191	111	8,108	11,410
合計	10,023	832	21,865	32,720

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析

医療レセ 健診 介護レセ 要介護認定 後期高齢者の質問票

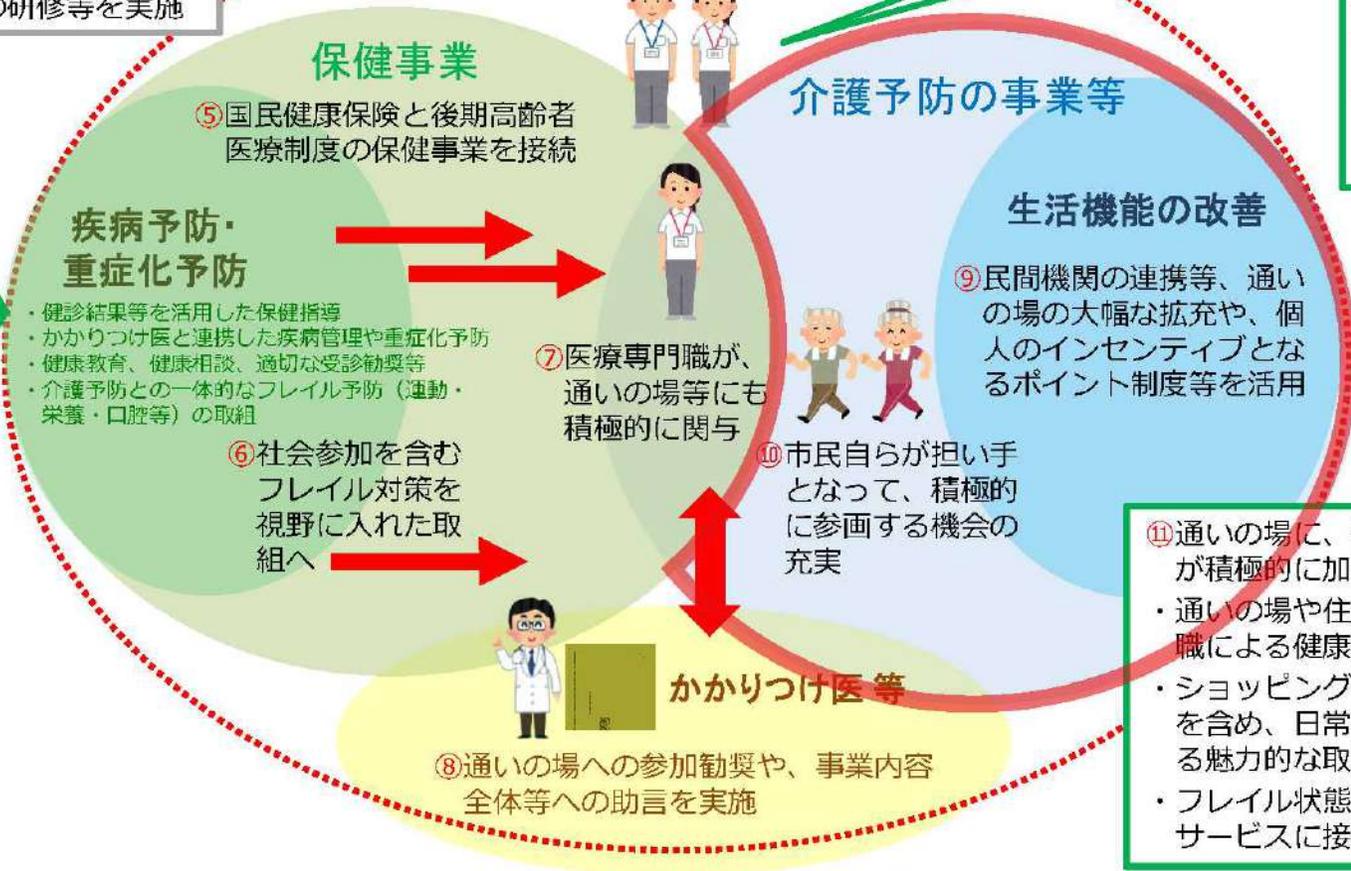
①市町村は次の医療専門職を配置

- ・事業全体のコーディネートや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
- ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置

経費は広域連合が交付
(保険料財源+特別調整交付金)

- 企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
- 日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用(委託事業費)

高齢者
※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援



⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

② 方向性（事務局案）

一般介護予防事業の運営主体を統一できるか検討します。

また、通所型サービスCについても、必要性を再検討します。

併せて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施についても、今後、構成3市との協議検討を重ねます。

(4) 複雑化・多様化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築

① 現状と評価、方向性（事務局案）

いわゆる「老老介護」、「8050問題」及び「ダブルケア」など、市民への支援ニーズが複雑化・多様化しているため、構成3市の関係部署との分野横断的な連携体制を検討すべき時期がきました。

引きこもり状態の本人と家族についても、必要とする支援内容を把握し、速やかに適切な相談窓口等へつなげる仕組みづくりについて、協議検討します。

包括的な支援体制の整備例（介護・障害・子ども・生活困窮等）

区分	三重県名張市（7万9千人）	福井県坂井市（9万2千人）
環境整備、体制の構築	まちづくり協議会（小学校区）で、一括交付金を活用し、地区ごとに創意工夫をして事業実施	「ふくしの会」が主体的に課題を把握して課題解決を試みる体制となるよう市と社協が協働して後方支援を実施。 ※37地区のうちモデル4地区で実施。
住民に身近な相談窓口	15か所（まちの保健室） ※ 地域包括支援センターのランチ	市社協、市役所、 地域包括支援センター 、障がい者相談事業所
対応者	市職員	社協職員、市職員、地域包括支援センターや障がい相談事業所

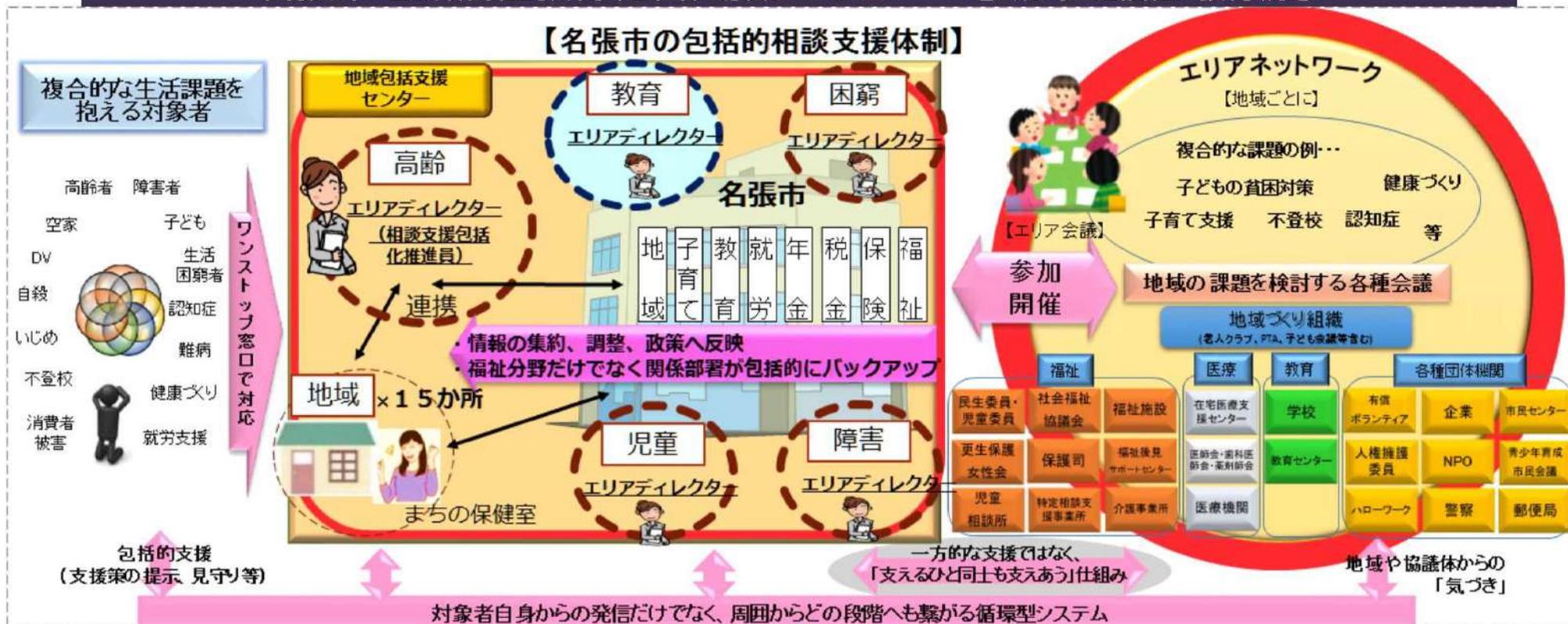
包括的な支援体制の整備例（三重県名張市）

- 地域における支え合い活動や教育との連携など、地域の自主的な活動を支援するため、「地域づくり組織」を基盤とした各施策を推進。
- 身近な距離で分野を超えた総合相談を行い、地域をバックアップする「まちの保健室」の整備と体制強化。
- 「エリアディレクター」による多機関協働の取組で、エリアネットワークを強化し、地域の課題解決能力を向上。

★エリアディレクターの業務

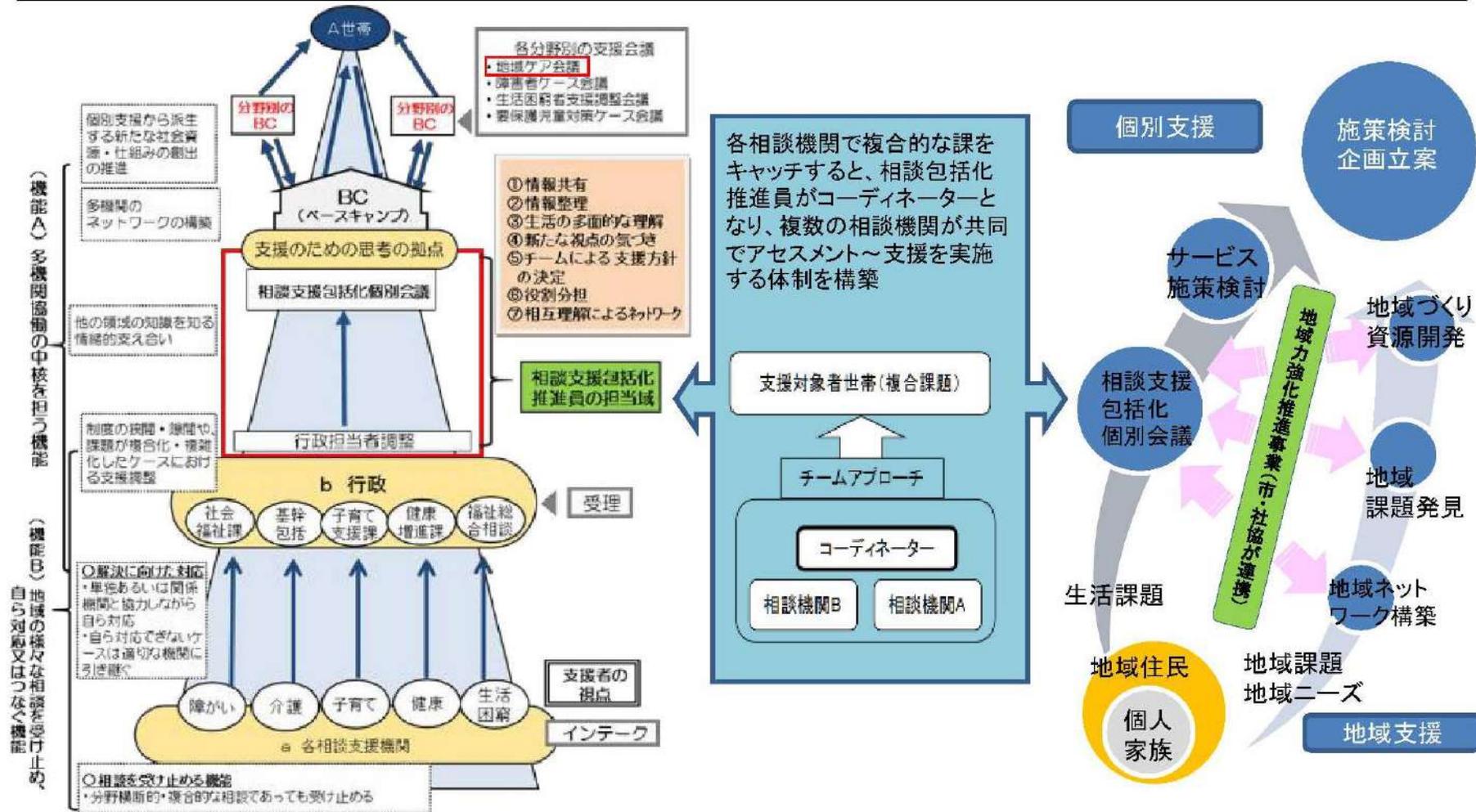
地域づくり組織、まちの保健室と協力し、把握した個別のケースについては、高齢、障害、児童、困窮、教育の各分野で任命された5名のエリアディレクターが支援を組み立て、エリア会議を通じて関係者（関係機関）の連携調整を行う。縦割りの関係者から一歩踏み出した支援を引き出し、それらを積み重ね、地域の課題解決能力を高める。（1+1を3にしていこう）

名張市地域福祉教育総合支援システム ～ 地域まるごと福祉・教育構想 ～



■ 各分野毎の相談窓口において、本人・その世帯を「丸ごと」受け止めることのできる相談支援体制の構築

- 「個別会議」で複雑、複合的な各分野毎の相談窓口においては対応が困難な事案に関しては、分野横断の支援関係機関が集まり、情報共有及びアセスメント、支援方針を協議する。その調整役として市役所内に「相談包括化推進員」を配置。
- 分野横断で複合課題の支援について検討できるようよう、相談支援方法や関係機関間の連携方法、地域課題について検討を図る（相談支援包括化推進会議）。



専門部会における各委員からのご意見

- 相談窓口を地域包括支援センターとなった場合、子供や福祉に関する権限は、市にあるため、円滑に進まないのではと思う。対象者を増やしていくと複雑になり、難しくなっていくので、市で受けていただき、地域包括支援センターと一緒にやってもらう方が良いと思う。
- 地域包括支援センターは、多岐に渡り業務をされており、手一杯の状況である。この事業を地域包括支援センターに任せるとした場合は、マンパワーが必要になってくると思うので、人員の追加を検討いただきたい。
- 高齢者に限らず、障がい者や子どもなど全ての人に向けた地域包括ケアシステムが求められているため、子育て世代包括支援センター等との連携体制を検討。

(5) ひとり暮らしの高齢者等の安心感の醸成

① 現状と評価

地域包括ケアシステムの中核を担う各市地域包括支援センターでは、介護保険制度全般の総合相談のほか、権利擁護（成年後見制度等）や高齢者虐待などの相談にも対応できています。

また、見守りネットワークは構築済みであります。ボランティアポイントの登録者数は活動内容を拡充しましたが減少傾向にあります。

平成29年度から体制整備に取り組んだ「生活支援体制整備事業」では、雲仙市と南島原市にあっては、各市の社会福祉協議会へ委託設置し、第2層（生活圏域）への活動展開ができています。

表1 日頃の相談体制の推進（各市地域包括支援センターの総合相談件数実績）

区分（3職種）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	備考（令和元年度末の高齢者人口）
島原市（10）	1,085件	1,025件	927件	15,506人
雲仙市（10）	1,055件	999件	1,001件	14,928人
南島原市（11）	1,060件	1,043件	1,001件	17,928人
合計	3,200件	3,067件	2,929件	48,008人

※ 区分の3職種は保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の職員数

表2 見守りネットワークの推進（安否確認等）

区分	構築状況	協定数	備考（安否確認の概略）
島原市	構築済み	72	7生活圏域で各種団体・事業所が訪問連絡を実施中
雲仙市	構築済み	29	協定事業所等、関係団体で安否確認を行っている。
南島原市	概ね構築	33	地域住民による日常の声かけ、民生委員、協定事業所などで実施中

表3 ボランティアポイントの活用（登録者数）

区分	平成29年度	平成30年度	令和元年度
島原市	23	27	18
雲仙市	23	10	8
南島原市	17	7	7
合計	63	44	33

（参考）活動内容

- レクリエーション等の指導、参加支援
- お茶出しや食堂内の配膳・下膳などの補助
- 散歩、外出及び館内移動の補助
- 会場設営、芸能披露等の行事手伝い
- 話し相手
- その他洗濯物の整理、シーツ交換など施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動

表4 生活支援体制整備事業

区分	令和元年度の取組み（平成29年度から構築	備考
島原市（直営）	第1層SC、協議体を設置。 第2層SC、協議体の設置に向け地区ごとの勉強会を実施。	令和2年度から、島原市社会福祉協議会へ委託設置を決定
雲仙市（社協委託）	第1層協議体を設置。 第2層SC、協議体について協議中。	
南島原市（社協委託）	第1・2層SC、協議体を設置済。 第1層SCを中心に第3層の取組みとして認知症徘徊模擬訓練を実施。	

※ SCは「生活支援コーディネーター」

② 方向性（事務局案）

現在の施策を今後も十分に展開するとし、特に、「ボランティアポイントの活用」及び「生活支援体制整備事業」にあっては、自らの未来を考える機会を得られるよう、事業内容の充実などのため、利用者目線での見直しなどに取組むこととします。

また、単身や夫婦のみの高齢者世帯に限らず、すべての高齢者の安心感醸成のため、施策周知についてインターネットやSNSを活用し、家族等を含めて一層の周知を図る必要がある。

別途、先進地例として、「高齢者等緊急訪問支援事業（レスキューヘルパー事業）」や「エンディングサポート（終活支援）事業」などの導入も検討協議します。

○ 先進地事例（高齢者等緊急訪問介護事業・東京都武蔵野市）

単身又は高齢者のみの世帯のおおむね65歳以上のかたに、疾病などの場合に一時的にヘルパーを派遣し、身体介護（通院介助（原則、院内介助は対象外）、排せつ介助、入浴介助等）、家事援助（掃除、洗濯等）を行います。（介護保険のサービス利用が優先。）

利用に当たってはお住まいの地域の在宅介護・地域包括支援センターにご相談ください。（訪問調査があります。）

1週あたり最長4時間まで、原則2週間以内。利用料あり（30分につき250円）

○ 先進地事例（エンディングサポート（終活支援）事業・千葉市）

本人の生活習慣や気持ちが一番理解していると思われる家族であっても、長い間別々に暮らしていたり、将来の話をする機会がなかったりした場合、今の状況や気持ちを知らないまま、介護や死の場面に直面したときにどうしたらよいか困ってしまう方が多くいます。

そこで、千葉市では、あんしんして最後を迎えられる体制づくりの一つとして、エンディングサポート（終活支援）事業を始めました。

人生の終わりをどう過ごしたいか、あなたの身近な人と考える機会をぜひ作りましょう。

※ 総合相談支援の強化（地域包括支援センターが終活について考える機会を働きかけ）

※ 終活に関する講演会の開催（高齢化社会時代の医療と生き方のヒント、最近の葬式事情と墓など）

(6) 認知症高齢者に関する施策拡充の必要性 (チームオレンジの設置を含む。)

① 現状と評価

認知症施策の推進として行ってきた各種事業は、次のとおりです。

特に、医療と介護の連携が重要であり、連携ツールとして使用されている「物忘れ相談シート」を活用するなどし、専門医等の受診にスムーズにつながられるよう、医療と介護の連携強化による支援機能の拡充が望まれている。

表1 認知症初期集中支援チームの年間介入件数

平成30年8月に設置した直営チームにより、認知症の早期発見している。

区分	平成30年度	令和元年度	備考
年間介入件数	26	62	件数の多くは、介護保険認定者でありながら未利用者に限る本組合職員による実態訪問などによる。

表2 オレンジカフェ（認知症カフェ）の延参加人数

認知症になっても住みなれた地域で安心して尊厳のあるその人らしい生活を継続できるよう、認知症の悪化予防、家族の介護負担軽減及び地域での認知症の正しい理解の普及啓発を目的として「オレンジカフェ」を設置・運営している。

区分		平成29年度	平成30年度	令和元年度	備考（開催日の平均参加者数）
島原市	補助	228	144	305	15人
	直営	197	204	180	9人
雲仙市	補助	239	286	257	12人
	補助	197	288	260	12人
南島原市	補助	234	255	164	7人
	直営	20	188	228	11人

② 方向性（事務局案）

認知症初期集中支援チームを本組合介護保険課内に1チームを設置しているが、医療系・介護系職員の確保（採用）が難しい状態であるとともに、構成3市と各市地域包括支援センター等との関係機関との連携体制が不十分であるため、今後の運営について、島原市医師会及び南高医師会と協議中です。

また、オレンジカフェにあっては、それぞれ構成3市へ2箇所ずつ設置して運営してきたが、直営はプチカフェという名称とし、平均参加者数としては補助対象事業所よりも少数であるため、従来どおり募集をし、認知症の方が何らかの形で地域社会に参加できるような場を設けるよう取組みます。

基本指針（案）における根拠規定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 から 5 まで 略

6 認知症施策の推進

(一) から (三) まで 略

(四) 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

イ 認知症バリアフリーの推進

(イ) 地域での見守り体制や検索ネットワークの構築（認知症サポーター等による認知症の人の見守り活動、近隣市町村との連携、ICTを活用した検索システムの活用等）

(ロ) チームオレンジ等の構築（認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みの構築）

(ハ) 成年後見制度利用促進法や成年後見制度利用促進基本計画（成年後見制度利用促進法第十二条第一項

に規定する成年後見制度利用促進基本計画をいう。）に基づく権利擁護の取組の推進、市民後見人の育成・活用、支援組織の体制整備

ロ 若年性認知症の人への支援・社会参加支援

認知症地域支援推進員による若年性認知症を含めた認知症の人の社会参加活動の体制整備や、介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動の導入支援

～略～

(7) 医療と介護の連携

① 現状と評価

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所などの関係者の連携を推進することを目的とし、平成30年度から在宅医療・介護連携推進協議会と在宅医療・介護連携相談センター等を構成3市ごとに設置しました。

- 退院支援における医療と介護の連携充実を求められることが多い
- 介護保険施設や有料老人ホーム等で看取りが行われるケースが少ない。

表1 在宅医療・介護連携推進事業内容（実施要綱第3条）

- 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町の連携
 - ※ 在宅医療・介護連携推進協議会（イ・キ・ク）
 - ※ 在宅医療・介護連携相談センター等（ア・ウ・エ・オ・カ）

② 方向性（事務局案）

入退院時に医療と介護が情報共有できる情報連携シートを活用することにより、退院前カンファレンスの開催数の増加など、スムーズに転院や在宅療養に移行可能になるよう協議検討する。

在宅や介護保険施設等の看取りが可能になるような、関係機関との連携や環境整備を進められないかを検討協議する。

専門部会における各委員からのご意見

- 情報連携シートについて、病院と介護施設等との情報共有がし辛い面がある。共通のシートがあれば、アンケートやデータも取りやすいという面からもなるべく共通の方が良いと思う。
- 薬剤師としては、情報連携シートを見ることがない。理想としては、クラウド上で情報共有できるようになれば、利用者の状況が分かるようになるので非常にやりやすくなると思う。

(8) 災害や感染症対策に係る体制整備（基本指針（案）のみ）

基本指針（案）における根拠規定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1から10まで 略

1.1 災害に対する備えの検討

日頃から介護施事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行うことが重要である。このため、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促すことが必要である。

1.2 感染症に対する備えの検討

日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要である。このため、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要である。

また、感染症発生時も含めた都道府県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備が必要である。

さらに、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備が必要である。

専門部会における各委員からのご意見

- 新型コロナウイルスについては、終息の目途が立っておらず、予防法も確立されていない状況で、対策を立てることは難しいと思う。ただし、インフルエンザやSARS、MERSのように何年か経てば対策が立てるようになると思うので、検討できるものは検討いただき、今後新たな感染症が発生する可能性もあると思うので、その時には、今回よりも混乱せずに済むように取り組んでもらいたい。