

地域課題の今後の取組みについて

【資料3】

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
1	若年層の介護サービスの利用促進	介護保険課	60歳から70歳男性がデイサービスを利用しても周りと年齢層の関係で合わず長続きしない。	□若年層のサービス利用（p3） ・デイサービスでは周りが高齢者ばかりで合わない。	能力がある方については、就労や地域活動、一般介護予防教室等につながっているが、既存の介護サービスの中で役割や達成感を得られる活動ができていないか把握していない。 →保険者として圏内の指定事業所に対し、状況を把握するためにアンケートを実施する。結果次第では、事業所に対し、高齢者及び前期高齢者の方が年齢に合った介護サービスを利用することができるよう働きかける。	※9期計画へは載せない。事業所に対してアンケートを実施すべきか課内で検討する。
2	共通の病気を持つ方のつどいの場の周知	県南保健所	共通の病気を持つ方が話しを聞くことで、気持ちが軽くなったり、療養生活を快適に送る知恵を得られることがある「つどいの場」について、支援者が把握できていないため、対象者に紹介することができない。	□同じ病気を持つ方のつどいの場（p11） ・共通の病気を持つ方の「つどいの場」については、長崎県や病院との情報共有が不足している。	長崎県や病院で把握している「つどいの場」の情報を周知していただくよう県南保健所へ働きかける。	※9期計画へは載せない。県南保健所へ働きかける。
3	子育てと介護のダブルケア	島原市福祉課 島原市社協 介護保険課	地域ケア会議の事例検討において、子育てをしながら親や親族の介護を同時に行うダブルケアの事例がある。	□子育てと介護のダブルケア（p11） ・育児と介護を同時に担う状態にあるダブルケアラーの支援方法で介護支援専門員が苦慮している。	介護の面から島原市が行っている子育て支援事業の活用と周知を行っていただくよう働きかける。また、高齢者から子どもが集まれる場が不足していることから、こども食堂等の把握を行う。	※8期進捗シートのNo.5（重層的支援体制整備事業）へ統合する。こども食堂の把握については、市、社協と協議して実施する。
4	障害受容への支援	介護保険課 島原市福祉課	地域ケア会議の事例検討において、本人、家族が障害を受け止めきれず支援が進まない事例がある。	□障害受容への支援（p14） ・介護支援専門員の障害受容や介護、障害サービスへの理解が不足している。	障害受容も含め介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について、理解を深めるために介護支援専門員を対象とした研修を島原市と協議し、実施する。	※8期進捗シートのNo.17（介護職員等研修）へ統合する。
5	認知症を持つ透析患者の把握	島原市保険健康課 介護保険課	高齢化に伴い認知症の透析患者数も増加していると考えられる。	□認知症透析患者の支援、□認知症透析患者の把握（p14） ・認知症を持つ透析患者は、透析治療を受けている最中に安静にすることが難しく、家族の送迎や付き添いが必要になるため、介護者だけでなく家族にとっても肉体的・精神的な負担が大きい。	認知症の透析患者の実態が把握ができていないことから、調査を行い現状の課題を整理して分析する。（例：「認知症高齢者の日常生活度」がIIa以上の透析者数、糖尿病者数、認知症透析患者を受入れ可能な病院数等の把握）	※9期計画へは載せない。島原市保険健康課へ協力を依頼する。
6	高齢世帯の服薬管理	介護保険課	高齢化に伴う処方薬の増加により、服薬管理ができない世帯がある。	□高齢世帯の服薬管理（p14） ・高齢者は慢性的な病気や健康上の問題が複数なることがあり、多くの薬を同時に服用する。これにより、薬の種類やタイミングを正しく把握することが難しくなり、誤った服用や薬の飲み忘れが発生する。	薬剤師の在宅訪問を実施している薬局や在宅訪問の利点を周知するため、薬剤師会への働きかけを実施する。	※9期計画へは載せない。薬剤師会へ働きかける。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
7	【認知症総合支援事業】 認知症に関する普及啓発活動の強化	介護保険課	認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることも含め、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせるような地域づくりが必要。「共生」と「予防」。認知症に関する事業は様々あるが、右記のような地域課題は継続的に挙げられているため、まずは認知症について知ってもらう機会が必要。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の理解不足があり、接し方が分からない ・認知症という言葉は広がっているが、理解は進んでいない ・地域で専門職の講義を聞く機会がない ・周りに知られたくない ・家族だけで抱え込んでしまう ・認知症が進行してからの相談が多い（=本人らしい生活が分からないまま） ・専門医へつながりにくい ・認知症の人本人が気軽に集える場所がない ・相談先し支援制度を知らない ・認知症の相談窓口を知っている人の割合23.1% 	<p>【認知症についての理解を深める】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■地域や職域での認知症サポーター養成講座の実施を推進 ・教育機関等と連携し子どもや学生に対する講座を実施 ・認知症の人と地域で関わる人が多いを思われる商店や金融機関などでの実施 ・行政機関での実施（行政の横の連携を図り、窓口業務の部署等、福祉担当部門以外でも広く実施する） ・介護予防教室やサロンなどの通いの場での実施 ■世界アルツハイマーデー（9/21）及び月間（9月）には、普及啓発活動により一層力を入れ広報誌への記事掲載やイベント等を実施する ■介護予防教室などで認知症に関する講話を実施する ■本人の強みに目を向け、生き生きと活動している姿を発信する場を設ける。 <p>【相談窓口の周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■認知症ケアパスの活用 ・認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した段階から状態に応じて、どのような医療や介護サービスを受ければよいかを標準的に示したケアパスで相談窓口も掲載しているため、ケアパスを普及することで相談窓口を周知する。 ・定期的にケアパスの内容を見直し正確な情報を伝える。 ■認知症ケアパスをはじめ、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターなどの相談機関について広報誌やホームページを活用し周知する。（関係団体のHPにもリンク掲載をお願いする） ■認知症サポーター養成講座やアルツハイマー月間において周知する。 	現在すでに取り組んでいる内容も含むが、計画に明記されていないため、明記し取組を強化する。
10	【認知症総合支援事業】 予防活動の推進	介護保険課	上記同様	上記同様	<ul style="list-style-type: none"> ■認知症に関する正しい知識を広げるとともに、予防活動に取組み、「認知症になるのを遅らせる」「進行を遅らせる」 ・認知症予防教室、介護予防教室、自主グループ、認知症カフェ、趣味活動などを行い社会参加を促す ・健診や健康相談等で、早期発見を行い、適切な機関へつなぐことで関係者が連携し、早期対応を行う 	現在すでに取り組んでいる内容も含むが、計画に明記されていないため、明記し取組を強化する。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
11	お口の健康を保つ	健康づくり課 介護保険課	フレイル対策、口腔衛生は全身の健康状態へ影響する。また、転倒リスクとも関係がある。	痛みなどの症状が出てからでないと受診せず、定期的な歯科受診をしていない人が多い。	若い時からの健康づくりとして取組むが必要（健康づくり課？） 【介護保険事業としてできること】 ■ケアマネや事業所などの支援者側にも口腔に関する意識を高めてもらう ・在宅医療・介護連携推進事業の研修会や介護職員等基礎研修において、口腔に関する研修を実施する。 ■住民向けとしては、介護予防教室・出前講座・広報誌等で周知。 →住民向けへの助言は地域リハ（集団、個別）で可能。地域リハの周知を行い、活用を促す。	※9期計画には載せない。 介護保険事業としてできることを「基礎研修」「地域リハ」へ記載する
12	地域活動の場の継続支援	雲仙市 社協	地域での活動場所が減少し、人との交流が減少し心身機能が低下。フレイルや要介護状態となる恐れがある。	・リーダー的存在の不足 ・老人会等、役員の担い手不足 ・運営側、参加者の高齢化 ・移動手段がない	■今ある地域活動の継続支援（雲仙市福祉課実施中） ⇒介護予防健診、介護予防サポーター養成、通いの場への支援 ■通いの場へ新たな視点を取り入れる（包括、生活支援体制整備事業） ⇒「ひと」「もの」「活動」などの資源を把握、「花ぼうろ」など資源集の更新と周知 ⇒高齢者の「得意なこと」「自分にできること」を活かす ■インターネット、SNSの活用	※9期計画には載せない。
13	【総合事業の充実】【生活支援体制整備事業】 生活支援の充実 （専門職でなくても対応できる業務を地域へ）	介護保険課 社協	（ニーズ調査より）介護者が行っている介護として、「掃除、洗濯、買い物等」「調理」「外出の付添い、送迎等」の生活支援が上位を占める。雲仙市では、「外出の付添い、送迎」が第1位。	R3地域ケア会議（ヘルパー不足⇒ヘルパーじゃなくても対応できる生活支援等を地域で担っていったらどうか。 ※認知機能低下がある方の訪問介護は有資格者での対応が望ましい。	■雲仙市では、総合事業の訪問型サービスA（生活援助型）の継続実施。 ■島原市及び南島原市でも訪問型サービスA（生活援助型）の実施を検討し、必要あれば実施する。	9期へ反映させる。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
14	地域のつながり、見守り体制の強化	介護保険課 雲仙市 社協	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員や自治会、隣近所とのつながりがなく、見守りや安否確認、「ちょっとした困りごと」への手助けができない。 ⇒支援を必要とする人の災害時の対応が困難 	<p>【地域とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治会では班長が回覧版配布の時に高齢者の見守りを実施しているが、どの程度できているかは未把握。 ・自治会に入っていない人は把握できない。 ・SOSオレンジネットワークへの未登録者の行方不明事案が多い ・（地域に近い）市民後見人の育成はしているが、実際に活躍する人がいない <p>【緊急時、災害時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「いのちのカプセル」の内容が更新されておらず、救急搬送時に困る ・避難行動要支援者名簿、避難計画について、名簿に、民生委員や自治会町のみで隣近所の支援者がいない人もいる。 ・要支援者の具体的な支援計画が進んでいない。 ・要支援者数が増えてくると対応が困難 ・病気等で避難が不安な住民がどこに相談すればよいか分かっていない ・被災時、後見人と連絡が取れないケースもある 	<p>【地域とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■日頃からの関わりは、心配な方を見つけた時には、行政や包括、民生委員と連携をしていく ■見守り機器の積極的活用（AI導入）※人材も不足しているため、機器を導入 <p><SOSオレンジネットワーク></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ネットワークの周知、ネットワークが機能しているか定期的な検証が必要 <p><後見人></p> <ul style="list-style-type: none"> ■市民後見人の育成だけでなく、実際に活動につながる関わりが必要 <p>【緊急時、災害時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■日頃から、災害時の備えを考えていく ⇒広域としては、ケアマネや事業所へ対し研修を行うことができる ■いのちのカプセルについて、定期的に内容を更新するよう呼びかける ■避難行動要支援者名簿関連、年1回でも要支援者に対する支援方法を確認・検討する場が必要。 ■自主防災組織についての研修会の実施。 ■後見人関連、後見人と直接連絡が取れなくなった場合に、後見人を把握するシステムが必要。 	<p>※災害時の備えについて、ケアマネや事業所へ対し、研修等を行う。赤字部分は、第8期進捗シートの17へ統合。</p> <p>※その他の、市の事業については、情報提供を行い、計画へは載せない。</p>
15	【総合事業】【一般介護予防事業】 リハビリテーション専門職等の活用	介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に栄養士がいない場合、栄養相談ができない（訪問してくれる栄養士がいない） ・住環境など一度リハビリ職に見てもらいたいが、訪問可能な仕組みがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・持病や口腔の問題、低栄養予防で、栄養改善が必要な方がおり、在宅で生活している人に対する栄養指導の仕組みが必要だが、既存の事業では、個別訪問できる仕組みがなく、解決できないままになる。 ・リハビリ、薬剤師、栄養士などの専門職に気軽に相談でき、在宅生活を見ながら指導や助言を受ける機会があれば困りごと減り、効果的なサービス利用、自立支援・介護予防につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■利用できる事業の周知が必要（専門職が活用できる市の事業、広域の事業など） ■地域リハビリテーション活動支援事業の充実 ⇒内容に応じて、個別指導、集団指導ができる仕組みが必要 ■通所型サービスC、訪問型サービスCの継続実施 ■各専門職の特色を知っておく ⇒在宅医療・介護連携推進事業内の多職種研修等で対応できる。 	<p>※8期進捗シートの16へ記載。</p>

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
16	【総合事業】【生活支援体制整備事業】【各市コミュニティバス】 移動手段の確保	介護保険課 雲仙市 社協	・加津佐町の開業医0。移動手段がなく隣の病院へも行けない。医師も高齢化、跡継ぎがないため、今後もこのような状態が増えてくる。 ・チョイソコウンゼンは市やエリアをまたげない。予約がとれない、予約数が少ないと動かない。車両が大きいため、狭い道には入れず停留所がない。 ・長崎県警察では不慮の事故防止のため免許返納を推進しているが、免許返納をすると生活が成り立たないのは事実。	・移動手段が限られている ・運転免許返納による活動の縮小	【総合事業】 ■訪問型サービスDを検討する？ 【チョイソコウンゼンについて】 ■チョイソコウンゼンの広域的な運営が必要。 ■チョイソコウンゼンの利用手続きを丁寧に教える人が必要。 ■チョイソコウンゼンの利用促進も必要だが、運行内容（車両や停留所など）もブラッシュアップが必要。 【その他】 ■行政と各組織が一緒に考える。地域ケア会議より大きな会議体が必要ではないか。 ■コンパクトシティ化	※9期計画へは載せない。市へ情報提供。
17	在宅者に対する栄養指導	介護保険課	要介護、要支援認定者は、介護保険の「居宅療養管理指導」を利用ができる。また、気軽に相談したい方は、島原市保健センターの栄養相談（毎週水曜日）の利用もできるが、専門的な継続した相談対応には苦慮する。なお、かかりつけ医に栄養士がいたり、島原市のまき歯科と契約している病院にかかっている場合は、栄養指導を受けることができる。	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している人に対する栄養指導の仕組みと周知（p2） ・在宅で生活している人の「栄養」に関する相談場所がない、分からない。かかりつけ医に栄養士がいるのか、いない場合はどうしたらよいのだろうか。	既存の地域リハビリテーション活動支援事業では、個人に対する対応はできないため、対象者や専門職の拡充ができないか。また、総合事業の訪問型サービスCで派遣できる専門職の拡充ができないか。 →訪問型サービスCで派遣できる専門職については、既に拡充済み。地域リハビリテーション活動支援事業の対象者や専門職の拡充については、令和6年度からの実施に向け、関係機関へ説明を行っている。	※8期進捗シートのNo.16（地域リハビリテーション活動支援事業）へ記載する。
18	社会資源集の把握と周知	島原市社協 島原包括 その他団体	社会資源集については、島原包括の「ちからこぶ」と島原社協の「高齢者いきいき活動の手引き」があり、それぞれの団体が周知を行っている。	<input type="checkbox"/> 地域の社会資源の把握と周知（p3） <input type="checkbox"/> 「ちからこぶ」の活用・周知、 <input type="checkbox"/> 地域の社会資源の把握と周知（p11） ・インフォーマルサービスやボランティアの活動内容を地域に広めるためにはどうしたらよいか。	「ちからこぶ」「高齢者いきいき活動の手引き」については、引き続き周知が必要であるが、どの団体もその2つの社会資源集を活用していただければよい働きかける。	※9期計画へは載せない。既に地域ケア会議で関係機関へ周知済み。
19	地域活動のマッチング支援	島原市社協 島原市保健健康課 介護保険課	それぞれの団体で本人に対し、社会資源の情報を提供しており、本人に意欲があれば、地域活動へつなげている。	<input type="checkbox"/> 地域活動のマッチング（p3） <input type="checkbox"/> 若い方の活動の場（p11） ・その人に合う活動を見つけ、参加までつなげるよい方法はないか。	島原市保健センターでは、75歳以上の方が健診を受けフレイル予防に取り組んでおり、フレイルに該当する方には、事業に参加してもらい少しでも改善してもらおう。本人の意欲があれば継続して参加されるが、まだまだ元気と思っている方については、データを活用し促す。意欲がない方や引きこもりの方は、対応が難しいため、今後、生活支援コーディネーターと協力し、マッチングすることを検討する。	※9期計画へは載せない。島原市保険健康課へ進捗状況の確認を行う。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
20	認知症の理解促進	介護保険課 島原包括	<p><理解促進に関する取組み></p> <p>認知症サポーター養成講座、介護予防教室、認知症カフェ、認知症の人と家族の会など。</p> <p><主な相談先></p> <p>島原包括、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、行政機関、認知症カフェ、認知症の人と家族の会、ケアマネジャー、サービス事業所など。</p>	<p>□認知症についての理解（p4）</p> <p>□認知症の理解、□認知症の理解不足、□独居高齢者への見守り体制（p12）</p> <p>・認知症の方とどのように関わればよいか分からない。</p>	認知症地域支援推進員を中心に理解促進のため、高齢者、学校、事業所向けに認知症サポーター養成講座を継続して実施する。	現在すでに取り組んでいる内容も含むが、計画に明記されていないため、明記し取組を強化する。
21	専門医との連携強化	島原市福祉課 島原包括 介護保険課	家族は認知症がどのようなものか理解がないことが多く、認知症専門医を受診させることに抵抗がある。その場合はかかりつけ医から認知症専門医へ紹介してもらおうとスムーズである。	<p>□かかりつけ医から認知症専門医へつながりにくい（p4）</p> <p>・かかりつけ医と認知症専門医の連携があるか。</p> <p>・専門医受診が必要と感じたとき、どうしたらよいか。</p>	支援者がかかりつけ医と連携することで、専門医受診へつながりやすくなる。情報提供のため、ものわずれ連携シート（Cシート）の活用が必要であり、シートの運用状況の把握と課題抽出を行った。	※8期進捗シートのNo.14（在宅医療・介護連携推進事業）へ記載する。
22	高齢者の見守り支援	島原市福祉課 島原包括	本人と家族の関係性がよく、家族が協力的であれば、色々な方法で見守り緊急時の連絡が円滑にできるが、関係性の面で難しさを感じるケースが増えている。	<p>□独居高齢者の見守り支援、緊急時の連絡体制（p5）</p> <p>・独居高齢者の見守り、緊急時の体制はどのように、誰が行うのか。</p>	島原市に「緊急通報装置」の導入を推進するよう働きかける。また、島原市「あんしん支え合い活動事業」の名簿に登録された方で、緊急連絡先が夫婦同士となっていたり、施設入所者となっており、情報が古いままで、島原包括が気付いた際に都度、市へ連絡しているとのことで、市が申請を受理した時点で精査できないか島原市福祉課で検討していただくよう働きかける。	※9期計画へは載せない。島原市福祉課へ進捗状況の確認を行う。
23	独居高齢者の災害時の対応	島原市	島原市では、高齢者（75歳以上）、要介護3以上、障害手帳（重度）所持者のみの世帯を対象として、災害時はもとより、平常時の見守り活動を目的とした「島原市あんしん支え合い活動」事業を実施している。	<p>□独居高齢者の把握、災害時の対応（p5）</p> <p>・独居高齢者の把握、災害時の対応はどのように行うか。</p>	地域ケア会議で災害時の避難訓練について、島原市民生委員児童委員協議会連合会から活動内容を発表していただき、公助だけでは救助、援助する側の人手が到底足りないことから、自助、共助が大切であることを確認した。	※9期計画へは載せない。
24	在宅医療・介護連携の推進	島原包括 島原市福祉課 介護保険課	内科の主治医から認知症専門医につながるものの難しさがあるものの、在宅医療介護相談センターが間に入って調整している。また、関係団体に終活ノートやACPに関するリーフレットの設置されている。	<p>□在宅医療・介護連携の推進、ACP、終活の周知について（p6）</p> <p>□医療との連携（意思決定支援）、□終活ノートの活用、□ACP活用・周知、□入退院時の連携、□支援者間のネットワーク作り、□多職種とケア情報の連携（p13）</p> <p>□身寄りがない方の意思決定、□認知症のある方の意思決定支援の普及啓発（p15）</p> <p>・高齢者や認知症の方が自分の望む生活を続けるためには、どうしたらよいか。</p>	高齢者の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引き続き関係機関へ周知し、円滑に在宅療養へ移行できるよう支援を行う。また、在宅医療・介護連携相談センターが実施する活動で終活ノート等を活用した終末期における支援方法の周知を行う。 （例：ボランティアの拡大、制度のすきま支援、インフォーマルサービスの強化、任意事業や近隣支援のルール作り） なお、支援者間や多職種との連携を強化するため、引き続き自立支援型ケア会議及び地域ケア会議を実施し、在宅医療サークル等の研修会で顔の見える関係づくりを構築する。	※8期進捗シートのNo.14（在宅医療・介護連携推進事業）へ記載する。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
25	高次脳機能障害への理解促進	県南保健所	高次脳機能障害の支援普及事業が10年以上前に始まった当初と比べ、今では高次脳障害に関する認識が医療や福祉関係者の間で広がっている。高次脳機能障害は外見からはわかりづらく、本人自身も障害を理解していないことが多いため、関係者間で共通認識を築きながら、個々のケースに合わせた生活支援を提供する必要がある。これまで、関係者に対する啓発や研修会が行われ、現在では地域の専門職が研修会の講師として活動することも増えている。	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害についての理解、特徴に合わせた支援方法の理解（p6） ・高次脳機能障害とはどういうものか知らないまま関わってしまっている。 ・支援する人の理解が足りない。	地域ケア会議で県南保健所、広域リハに高次脳機能障害の研修会について検討していただくよう提言した。 なお、高次脳機能障害については、本人が障害を自覚することが大事であり、今後、研修を実施するのであれば、本人が障害を持って生きる上で気を付けることや家族や周りなどがどのように支援するかについて盛り込んでいただければ、より支援が進むことを関係者間で確認した。	※9期計画へは載せない。県南保健所へ進捗状況の確認を行う。
26	難病への理解促進	県南保健所	県では難病対策地域協議会や連絡会を開催し、関係機関各委員と支援体制等について協議を実施している。 また、長崎県難病医療連絡協議会（長崎県難病支援ネットワーク）及び長崎県難病相談支援センターと連携し、従事者研修会を実施した。	<input type="checkbox"/> 難病への理解（p7） ・難病について理解が不足している。	県南保健所から支援者向けの研修については、令和4年度に県南では実施していないとのことだが、難病に関わるヘルパー向けの研修は開催しており、そのような情報があればお伝えするとのこと。なお、島原地域でヘルパーの協議会がないということで、研修会が開催された際の周知方法については、今後検討されるとのこと。	※9期計画へは載せない。県南保健所へ進捗状況の確認を行う。
27	障害がある方の支援や制度の周知	島原市福祉課	最近、高齢者で障害があるケースが多く、その場合は福祉課にある高齢担当と障害担当の班と情報共有しながら対応している。	<input type="checkbox"/> 障害がある方の支援や制度の周知（p7） ・障害が残った方に対する支援方法が分からない。	高齢者を支援しようにも生活困窮等の要因の一部が同居の家族にある場合、家族に対しても何らかの支援が必要になると思うが、現状は包括やケアマネだけで支援することは難しい。今後、重層的支援体制の構築を進めていただく必要があると考える。	※8期進捗シートのNo.5（重層的支援体制整備事業）へ統合する。
28	疾病障害受容の支援と連携	島原市福祉課 島原包括 介護保険課	疾患により受け止め方は様々である。病気に対する説明は医師、セラピストで行うが、本人の思い込みや家族の期待で受け入れきれない場合もある。	<input type="checkbox"/> 疾病障害受容への支援と連携（p8） ・本当はもっと活動できる能力があるにも関わらず、意欲がなかったり、閉じこもりがちになっている。	会議や研修で意見交換を実施、情報収集をしていくことが重要だと考える。引き続き在宅医療・介護連携事業の中で研修会を開催していただき、顔の見える関係づくりについて働きかける。	※8期進捗シートのNo.14（在宅医療・介護連携推進事業）へ記載する。
29	成年後見制度の利用促進	島原市福祉課 島原市社協	支援者側も制度の理解不足で上手く説明するところができない。また、多くの方が早期の相談・制度利用のメリットを理解できていない。	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない方の成年後見制度の利用促進（p9） <input type="checkbox"/> 独居高齢者の権利擁護、 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の周知活用（p15） ・成年後見制度の支援者及び利用者の理解不足	地域ケア会議で島原市社会福祉協議会の島原市権利擁護センターから、成年後見制度の利用、島原市権利擁護センターについて講話を実施していただいた。まずは支援者が、既存の制度や相談機関を上手く活用できるようになることが重要であるため、活用の周知について働きかける。（島原市権利擁護センターから、事業所ごとに出前講座や同行訪問も可能）	※9期計画へは載せない。既に地域ケア会議で関係機関へ周知済み。
30	生活困窮者のサービス利用	島原市福祉課	年金が少額で、本人の希望でない家族が選択した施設へ入所させられたり、サービスが受けられないケースがある。サービスを受けることができれば、在宅生活を継続できる可能性がある。	<input type="checkbox"/> 年金少額、生活困窮者のサービス利用（p9） <input type="checkbox"/> 生活困窮者のサービス利用（p15） ・金銭面を理由に必要なサービスを受給できない。	地域ケア会議で島原市福祉課保護班から、生活困窮者に対する事業、自立支援事業について講話を実施していただいた。住民への普及啓発は、関係機関（権利擁護センター、地域包括支援センター、島原市福祉課等）を中心に引き続き実施する。	※9期計画へは載せない。

No.	施策・取組・事業等の名称	課・室名等	地域をとりまく現状（80~100字程度）	地域の課題（80~100字程度）	取組内容（80~100字程度）	今後の取扱い
31	支援者家族の理解促進	島原市福祉課 島原包括 介護保険課	介護支援専門員が支援者家族の理解不足や家族間の問題で悩むことが増加しており、支援が進まない。また、家族を含めた支援を介護支援専門員だけで抱え込むケースが増えている。	□家族関係が希薄で連絡も取れなかったり、取れても家族の理解不足で支援が進みにくい。（p9） ・本人のみでなく家族にも支援の理解が不足している場合、どのように関わっていけばよいか。	島原市では重層的支援の体制は構築されておらず、現状、包括支援センターが相談を受け付け、関係団体へ声がけし、個別会議やケース会議を開催する形となっている。そのため、関係機関の協力が不可欠である。	※8期進捗シートのNo.5（重層的支援体制整備事業）へ統合する。
32	行政との連携強化	介護保険課 島原包括 島原市福祉課	金銭的虐待の恐れがある高齢者ために必要な支援や見守りについて、家族の理解が得られない。	□行政との連携、□複雑な問題をケアマネー一人で抱え込んでしまいがち（p11） ・多種多様なケースに対する行政との連携	行政職員の制度の理解、地域ケアシステムの制度横断的な構築の促進が必要、また、地域ケア会議、自立支援型ケア会議及び在宅医療サークル等を活用し、顔の見える関係づくりを継続して行う。なお、介護支援専門員が気軽に相談できるような支援体制の整備を行う。（島原包括の個別ケア会議やケアマネタイムの活用）	※8期進捗シートのNo.14（在宅医療・介護連携推進事業）へ記載する。
33	地域の見守り体制強化	島原市福祉課 島原包括	島原市では、地域で高齢者等を見守り、何か気がかりなことを感じたら、相談機関に連絡して高齢者等を支える島原市高齢者等見守りネットワークがある。	□地域の見守り体制の構築（p11） ・島原市高齢者等見守りネットワークの協力・協定事業所との連携	島原市高齢者等見守りネットワークについて、協力関係の強化に向け働きかけを行う。（例：企業を巻き込んだ地域づくり、活動の場の創設）	※9期計画へは載せない。
34	感染症への正しい理解	介護保険課 島原市福祉課 島原包括	新型コロナウイルス感染症により、高齢者が外出を避ける傾向にある。	□新型コロナウイルス感染症の正しい理解への情報発信、□感染症への正しい理解（p14） ・感染症の正しい理解が不足している。	コロナ禍に伴い介護状態が悪化する要因となっていることから、高齢者が安心して生活ができるよう高齢者や介護事業所等に対し、必要な情報提供等を行うとともに、関係機関と連携して感染症への正しい理解を促す。	※9期計画へは載せない。既に地域ケア会議で関係機関へ周知済み。
35	家族介護者の支援強化	介護保険課 島原市福祉課 島原包括	支援者側が家族介護者の困りごとや悩みについての理解が不足しているため、支援が進まない。また、家族においても支援の理解が不足しており、家族が壁になるケースがある。	□家族介護者支援、□介護支援専門員の対人援助力の向上、□家族の認知症についての理解、□障害を抱える家族への支援、□家族調整、□老々介護、□介護方法の指導共有（p16） ・家族介護者の支援の必要性を計る手段の不足 ・家族介護者の理解不足	家族介護者の支援を行うためには、支援側が家族介護者の困りごとや悩みを理解した上で、最適な支援を行う必要がある。そのためにも、島原市在宅医療・介護連携推進事業において、厚生労働省が公開している「家族介護者支援マニュアル～介護者本人の人生の支援～」等の周知を行う。また、家族介護者の支援の必要性を計るようなスクリーニングシートを作成する。	※9期計画へは載せない。島原市福祉課へ働きかける。