

第8期高齢者保健福祉計画の進行管理について

1 目的

第8期高齢者保健福祉計画をより実行性の高いものとするため、市民代表、保健・医療・福祉関係者、学識経験者により構成された尾張旭市介護保険運営協議会において、年度ごとに達成状況を点検し、計画の確実な遂行、推進を図ることとされています。

2 達成状況

(1) 重点取組1 認知症施策の推進

①認知症についての周知・啓発

認知症の相談窓口について広く周知を図り、相談から早期対応につなげられるような体制づくりを進めます。また、認知症の普及啓発・本人発信支援を行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課		
1	認知症相談窓口の周知	○認知症の相談窓口について、認知症のかたや家族のみでなく、医療・介護関係者等へ広く周知し、必要ときに相談できる体制づくりを進めました。	長寿課		
		指 標		R3 目標	R3 実績
		相談窓口の認知度（一般高齢者に対するアンケート調査）		一人	一人
2	世界アルツハイマーデー及び月間における取組	○世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会を捉えて認知症に関する普及啓発の取組を行いました。また、認知症のかた本人からの発信の機会を創出するため検討を行いました。	長寿課		

②認知症の予防から適切な支援に向けた体制の構築

認知症の早期発見・早期対応につなげられるように、「あたまの元気まる」等を通して予防施策の周知を図るとともに、認知症の初期段階での適切な支援を行います。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	あたまの元気まる	○認知機能低下を発見し、認知症の予防を図るとともに、認知症に対する予防の必要性への気づきや意識高揚を図るため、インターネットを利用した軽度認知障がいチェックテストを行いました。	健康課
		○高齢期以前の世代にも受検を呼びかけ、認知症予防対策を強化します。	
		指 標	
	あたまの元気まるの受検人数	700人	176人

No.	項目	内容	担当課
2	標準的な認知症ケアパスの普及	○認知症のかたやその家族が安心して生活できるよう、標準的な認知症ケアパスの普及に努めました。	長寿課
3	認知症初期集中支援チーム	○認知症の早期診断・早期対応を図るため、複数の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、認知症が疑われるかたやその家族等を訪問し、認知症のかたのアセスメントや家族の支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行いました。	長寿課
4	認知症地域支援推進員	○認知症のかたができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、「認知症地域支援推進員」が相談業務等を行い、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図りました。	長寿課

③地域全体で認知症高齢者や家族を支える環境づくり

認知症は誰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等を含め、多くの人に身近なこととなっています。そのため、認知症になるのを遅らせ、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に、地域全体で認知症高齢者や家族を支える環境づくりを目指します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課			
1	認知症サポーターによる支援	○認知症サポーター養成講座の継続的な実施によりサポーターの養成に取り組み、認知症の高齢者を理解し、サポーター等による見守りが広がる地域づくりを進めました。	長寿課			
		○認知症カフェにおいて、認知症地域ボランティア養成事業を実施し、認知症サポーターの活躍の場の確保を図りました。				
		○「チームオレンジ」の設置に向け、認知症サポーター養成講座受講者を対象にステップアップ研修の開催について検討しました。				
		指 標	R3 目標	R3 実績		
		認知症サポーター養成者数 (累計)	9,500 人	9,288 人		
2	認知症当事者による本人発信支援	○認知症サポーター養成講座等での認知症当事者による本人発信支援や「本人ミーティング」の場づくりについて検討しました。	長寿課			
3	認知症介護家族交流会(笑顔の会)の開催	○認知症のかたを介護している家族等が集まり、参加者同士の情報交換や不安や悩みに対するの相互支援を行いました。	長寿課			
				指 標	R3 目標	R3 実績
		認知症介護家族交流会(笑顔の会)開催回数		9 回	6 回	

No.	項目	内容	担当課						
4	認知症カフェの開催	○定期的に認知症カフェを開催し、介護者の相談支援や地域住民への認知症についての正しい理解の普及を進めました。	長寿課						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R3 目標</th> <th>R3 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症カフェ開催回数</td> <td>27 回</td> <td>14 回</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R3 目標	R3 実績	認知症カフェ開催回数	27 回	14 回
		指標		R3 目標	R3 実績				
認知症カフェ開催回数	27 回	14 回							
5	はいかい高齢者おかえり支援事業による支援	○はいかいのおそれのある認知症高齢者が行方不明になった場合、地域の協力を得ながら、早期発見・事故の未然防止につなげる「はいかい高齢者おかえり支援事業」を実施しました。	長寿課						
		○はいかい高齢者の情報提供等を行う「おかえり支援サポーター」の登録を促進し、認知症高齢者の地域支援体制を強化しました。							
		○専門端末機を利用した位置検索システムにより、認知症のかたを介護している家族等が安心して介護できる環境を整備しました。							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R3 目標</th> <th>R3 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数</td> <td>280 人</td> <td>297 人</td> </tr> </tbody> </table>	指標	R3 目標	R3 実績	はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数	280 人	297 人		
指標	R3 目標	R3 実績							
はいかい高齢者おかえり支援サポーター登録者数	280 人	297 人							
6	若年性認知症のかたへの支援	○若年性認知症について周知・啓発するとともに、相談支援、当事者の交流の場づくりに努めました。	長寿課						

(2) 重点取組2 医療と介護との連携強化

①医療・介護の連携体制の強化

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暮らしを人生の最後まで続けられることを目指して、日常の療養生活の支援、急変時の対応、入退院支援、看取りといった在宅医療と介護サービスが連携した対応が求められる4つの場面における取組を評価・改善し、希望する看取りが行えるような体制の整備に努めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課						
1	在宅医療・介護連携体制	○在宅でも安心して継続的な医療・介護を受けることができるよう、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会を中心として在宅医療・介護連携体制の強化を図りました。	長寿課						
		○医療・介護関係者間の情報共有により、一体的でスムーズな医療・介護サービスを提供することができるよう、「瀬戸旭もーやっこネットワーク」の利用を推進しました。							
		○事業への理解と相互の理解を深めるため、瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会で多職種へのヒアリング等を実施してニーズを把握し、多職種でのグループワーク等の研修を実施しました。							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標</th> <th>R3目標</th> <th>R3実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数</td> <td>350人</td> <td>505人</td> </tr> <tr> <td>「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数</td> <td>150か所</td> <td>170か所</td> </tr> </tbody> </table>		指標	R3目標	R3実績	「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数	350人	505人
指標	R3目標	R3実績							
「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録患者数	350人	505人							
「瀬戸旭もーやっこネットワーク」登録施設数	150か所	170か所							
2	地域住民への普及啓発	<p>○在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口「もーやっこダイヤル」について広く周知しました。</p> <p>○在宅医療・介護連携について理解を深めてもらえるよう、出前講座や市民フォーラムの開催、パンフレットの作成などにより普及啓発しました。</p> <p>○自分自身が望む人生の最終段階での医療やケアについて前もって考え、信頼できる人や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組であるアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）について啓発を進めました。</p>	長寿課						

②かかりつけ医等を持つことの普及啓発

身近な地域で日常的な診療、あるいは健康相談ができ、個々の生活習慣等も把握した上で、治療のみならず予防も含めた生活指導を行う「かかりつけ医」を持つことについて普及啓発を進めます。

■ 具体的な取組項目

No.	項目	内容			担当課
1	地域医療体制	<p>○市民が自分に合った医療提供を受けられるよう、医療機関の情報提供に取り組みました。</p> <p>○市民一人ひとりが安心して医療を受けられるよう、今後もかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つように普及啓発しました。</p>			健康課
		指標	R3目標	R3実績	
		かかりつけ医を持っている市民割合	80%	65.7%	

(3) 重点取組3 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

①生活支援・介護予防サービスの基盤整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、生活支援コーディネーターを中心に地域のニーズにあった多様な生活支援サービスの充実を図ります。また、地域包括支援センターや民生委員などの地域の関係機関と連携を取り、持続可能な地域の支え合い体制を構築します。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課
1	協議体による検討・連携	○生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画して、定期的に情報共有や連携強化ができるよう介護保険運営協議会を協議体として位置づけ、生活体制整備事業の説明を実施しました。	長寿課

②地域主体の介護予防・生活支援の促進

元気な高齢者自身も含めた支援の担い手づくりを進め、助け合い・支え合いの地域づくりを進めます。

■具体的な取組項目

No.	項目	内容	担当課						
1	互助意識の醸成	○地域における互助意識を高めるための意識啓発やきっかけづくりを進め、地域での助け合いが高齢者の生活支援の一助となっていく地域包括ケアシステムの構築の推進に取り組みました。	長寿課						
2	生活支援の促進	<p>○高齢者の日常生活上の困りごとについて、住民主体の支援を実施する「あさひ生活応援サービス事業」を実施しました。</p> <p>○生活応援サポーター養成講座を開催し、支援の担い手を養成しました。</p> <p>○支援が必要な人を適切な支援につなげられるよう、生活支援コーディネーターによる支援ニーズの把握とマッチングを図りました。</p> <p>○高齢者やその介護者等の閉じこもりや孤立を防ぐため、集会所等を利用し、地域の方々による出会いの場づくりを支援することを目的に、「支え合いサロン」の開設資金を助成しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">指 標</th> <th style="width: 20%;">R3 目標</th> <th style="width: 20%;">R3 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>生活応援サポーター登録者数</td> <td style="text-align: center;">100 人</td> <td style="text-align: center;">83 人</td> </tr> </tbody> </table>	指 標	R3 目標	R3 実績	生活応援サポーター登録者数	100 人	83 人	長寿課 (社会福祉協議会)
指 標	R3 目標	R3 実績							
生活応援サポーター登録者数	100 人	83 人							