

第7章 計画の推進について



第7章 計画の推進について

1. 各種連携体制の強化

(1) 行政内部の連携体制の構築

高齢者対策を進めるに当たっては、生活支援のための福祉サービスや介護保険事業といった介護長寿課のみが関係するだけではなく、地域全般の福祉や健康づくり、移動・交通、生涯学習など、その他の部署も関係してきます。

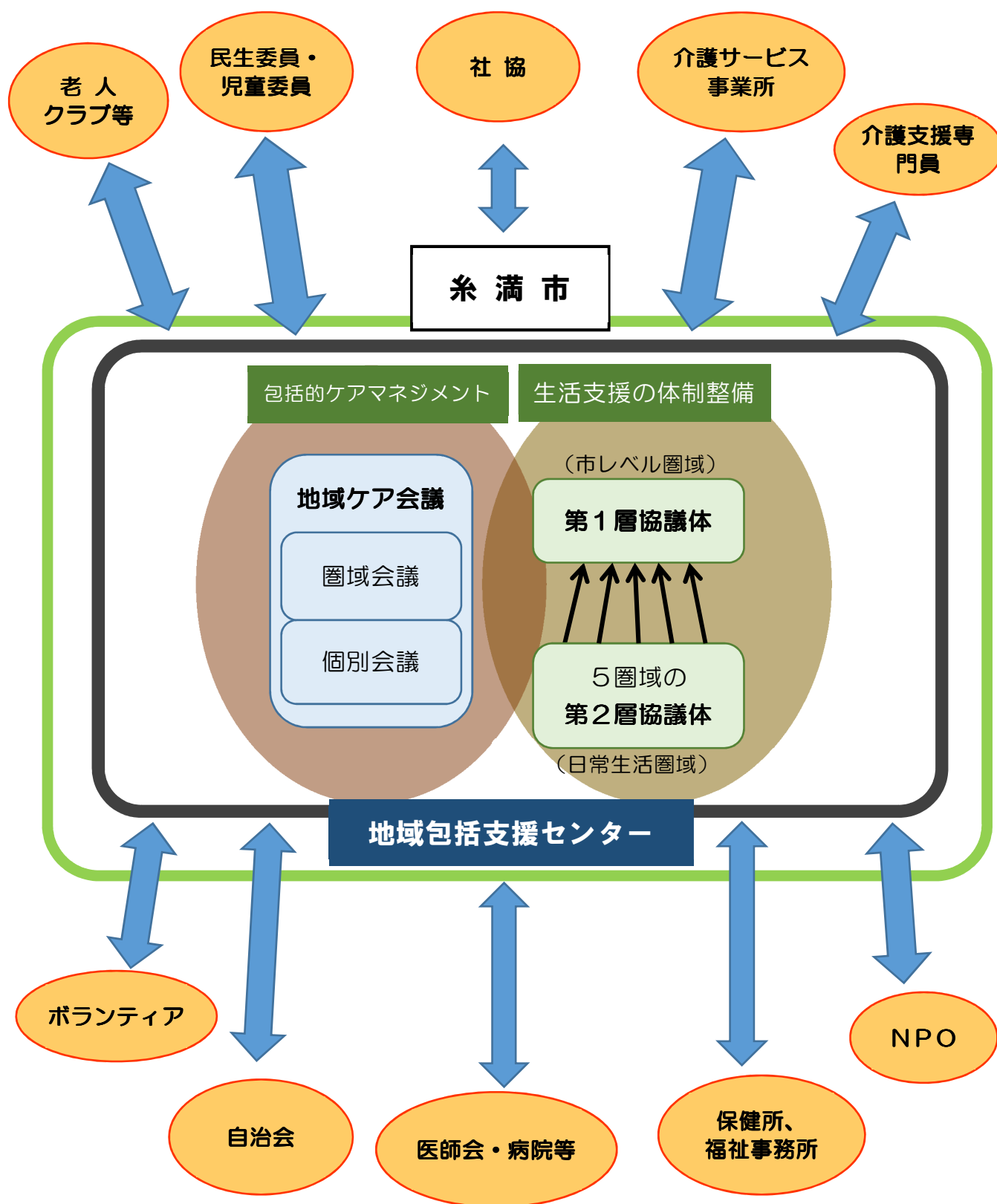
このため、「市保健・福祉・医療等関係課会議」での情報共有やケース検討を充実し、役所内部の連携を図り、計画を推進します。

(2) 行政と関係機関関係団体等との連携、情報の共有強化

高齢者福祉の事業や施策は、市と関係機関、地域の団体・人材との協力により実施されています。特に、地域包括支援センターや市社会福祉協議会、民生委員児童委員、サービス事業所、介護支援専門員と連携した地域との関わりは、高齢者施策を展開する上で不可欠なものです。

今後も「地域ケア会議」や生活支援体制整備に係る協議体（第1層協議体、第2層協議体）、各種連絡会などを中心とした関係機関や団体等との連携を図り、本計画策定において把握された課題や、地域から上がってくる地域課題を共有し、地域包括ケアシステムの深化に向けて、様々な関係機関や団体が関わりを持ちながら進めていくように図ります。

「地域ケア会議」「協議体」を活用した地域包括ケアシステム推進図



2. 地域包括ケアシステムの深化に向けた段階的な目標

本計画は、団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）を目途とした地域包括ケアシステムの確立及び円滑な運用を目指す位置づけにあり、その途中段階での到達点（目標）を見据えながら、着実に推進していく必要があります。

このため、第5章の高齢者福祉計画及び第6章の介護保険事業計画にもとづきながら、各分野における段階的な目標を設定し、高齢者が安心して在宅生活を送れるよう支援する地域包括ケアシステムの深化を図ります。

(1) 「介護予防」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第7期)	●総合事業における訪問型、通所型サービスの充実、利用促進 ●願寿館、ふくらしや館等での介護予防参加者の増加 ●高齢者の介護予防等活動拠点の充実に向けた検討と調整 ●老人福祉センター等の整備検討 ●高齢者の地域活動、生きがいづくりへの参加促進、奨励 ●身近な活動の場における利用しやすい環境整備検討 ●糸満市版長寿大学の実施に向けた検討、調整
2 段階 (第8期)	●住民主体の支え合いによる取り組み推進 ●歯の健康に係る取り組みの推進（高齢期→若い世代にも拡大） ●高齢者の地域活動の機会づくり、生きがいづくりの機会づくり ●高齢者の介護予防等活動拠点の増加 ●老人福祉センター等の整備（構想） ●身近な活動の場の利用環境向上 ●糸満市版長寿大学の実施
3 段階 (2025 年)	●住民の支え合いによる福祉サービスの定着 ●多様な主体による多様なサービスの提供 ●高齢者の介護予防等活動拠点の利用定着、利用者増加 ●老人福祉センター等における生きがい活動、介護予防活動の実施 ●身近な活動の場の利用者増加と通いの場としての定着 ●糸満市版長寿大学の充実

(2)「介護」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第 7 期)	● 居宅介護支援事業者の指定権限移譲によるケアマネジャーの資質向上強化（居宅事業所等への自立支援・重度化防止に向けた助言や指導） ● 「ケアプラン適正化支援マニュアル」の活用による適正化推進 ● 施設入所待機者の解消（施設整備等）
2 段階 (第 8 期)	● 医療病床削減への対応（介護施設や地域密着型サービスでの受け皿充実、在宅サービスの提供の充実） ● 在宅サービス提供の適正化強化（必要なサービス量の提供） ● 施設入所待機者の解消強化（施設整備等）
3 段階 (2025 年)	● 在宅介護を続けることができる体制の充実

(3)「在宅医療・介護連携」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第 7 期)	● 医療と介護の関係者会議等の定期的な開催 ● 医療と介護の「情報共有」、連携体制の構築 ● 在宅や施設における「看取り」環境に係る取組の推進 ● 救急搬送に係る関係機関等の取り決め事項、連携体制の構築
2 段階 (第 8 期)	● 「在宅医療」「在宅介護」の整備不足や課題への対応 ● かかりつけ医の資質向上や訪問の充実など在宅医療提供体制の構築 ● 在宅医療と介護の現場レベルでの連携に係る必要事項の整備
3 段階 (2025 年)	● 本人が望む限り在宅介護（医療）を続けることができる体制の構築

(4)「生活支援」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第 7 期)	● 生活支援サービスの提供（配食サービス等） ● 第 2 層協議体による地域課題把握と支え合い体制の検討 ● 住民の支え合い活動参加の意識啓発
2 段階 (第 8 期)	● 生活支援サービスの充実（新しい福祉サービスの導入） ● 第 2 層協議体を中心とした支え合い体制の構築 ● 住民主体による生活支援サービスの芽出し・実施増加
3 段階 (2025 年)	● 住民参加型による生活支援体制の確立 ● 地域福祉活動の広がり

(5)「認知症対策」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第7期) 	●認知症カフェの実施 ●認知症サポーターの養成、サポーターの活躍の場づくり ●認知症初期集中チーム、認知症地域支援員の取り組み充実 ●徘徊高齢者SOSネットワークの拡充（協力事業者増）
2 段階 (第8期) 	●認知症カフェの充実・開催箇所の増加 ●認知症サポーターの活躍の場の拡充 ●認知症初期集中チームを中心とした早期対応の充実 ●徘徊高齢者SOSネットワークの拡充（地域との連携）
3 段階 (2025 年)	●認知症当事者と家族が安心して暮らせる支え合いの社会 ●認知症カフェの利用者増、市民の周知度向上

(6)「相談支援・つなぎ」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第7期) 	●委託型地域包括支援センターの配置（複数箇所設置） ●地域包括支援センター、民生委員児童委員等による地域の相談環境の充実
2 段階 (第8期) 	●相談からサービス提供等へのつなぎを行う包括的支援体制の構築
3 段階 (2025 年)	●各地域における包括的な相談支援体制の充実

(7)「住まい」の目標

実施段階	各段階での目標
1 段階 (第7期) 	●市営住宅のバリアフリー化推進（高齢者向け居室の整備） ●居住系サービス（地域密着型サービス）の整備
2 段階 (第8期) 	●有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の質の確保
3 段階 (2025 年)	●高齢者が住み慣れた地域で安心して入居できる住まいの確保

3. 市民、地域、行政の役割の周知・啓発

高齢者がいきいきと元気に、また安心して地域生活を送るためには、高齢者自身が健康に気をつけるなど「自助」が必要であるほか、地域の人々の支え合いである「共助」、行政機関の支援である公助が重要です。

この「自助」「共助」「公助」について普及啓発の機会を増やし、また「自分たちにできること」「行政の支援が必要なこと」などを考える場を設けるなど、市民・地域・行政がそれぞれの役割を担い、そして一体となって高齢者の地域生活を支えるコミュニティづくりを推進します。

特に、住民参加による介護予防や支え合い活動が国から示され、本計画でも掲げていることから、介護予防に係るボランティアの取り組み及び人材の確保を図る上でも、市民・地域・行政の役割について啓発を図ります。

4. 計画の進行管理

(1) 定期的な事業の進行管理を行う体制の整備

本計画の進行管理にあたっては市に設置されている「地域包括支援センター及び地域密着型サービス運営協議会」を活用し、年1回、取組状況の点検・評価を行います。

(2) P D C Aサイクルによる進捗状況のチェック

本計画の点検・評価においては、P D C Aサイクルの【計画（Plan）－実施（Do）－評価（check）－行動（Action）】により、これまでの運営が妥当であったか、十分な効果があったか、そして今後どのように運営されるべきかを、事業の実績、必要性および効率性等を踏まえて総合的に評価していきます。

また、本計画の事業・施策等については、制度改正や社会情勢を勘案しながら、必要に応じて変更や追加を行う等、柔軟な対応を図ります。

