令和２年度　第２回　出雲市介護保険運営協議会

日　時　：　令和２年８月２０日（木）
　　１４：００～１６：００
場　所　：　市役所　３階　庁議室

１．健康福祉部長あいさつ

２．会長あいさつ

３．議事

（１）第８期計画に関する国の基本指針について　（資料１）

（２）第８期　出雲市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定について
①第４章「地域包括ケアシステムの実現」について
②第５章「健康寿命の延伸、生きがいづくりの推進」について
③第６章「安心して暮らせるまちづくり」について
（資料２、資料３）
（参考資料１～３）
④第７章「介護サービス基盤の整備」について　（資料４）

４．報告事項
（１）第７期計画における地域密着型サービスの施設整備状況について　（資料５）
（２）居宅介護支援事業所アンケート調査の結果について　（資料６）

５．その他

出雲市介護保険運営協議会　（令和元年度～令和２年度）

	No.	氏　名	所　　属	備　考
	1	嵐谷　直美	第二号被保険者代表	
	2	飯國　吉子	第二号被保険者代表	
	3	石飛　均	出雲市社会福祉協議会	令和2年7月～
	4	磯田　洋平	出雲地域介護支援専門員協会	
	5	岩﨑　陽	出雲市歯科医師会	
	6	加藤　哲夫	出雲市介護認定審査会	
	7	川谷　吉正	出雲市民生委員児童委員協議会	令和元年12月～
	8	是光　章一	第一号被保険者代表（出雲）	
○	9	齋藤　茂子	島根県立大学出雲キャンパス	
	10	白築　明子	ＪＡしまね出雲地区本部ふれあい福祉課	令和元年9月～
◎	11	塩飽　邦憲	島根大学	
	12	須谷　生男	出雲医師会	
	13	高橋　幸男	出雲医師会	
	14	竹内　一子	出雲地域介護保険サービス事業者連絡会（居宅サービス）	
	15	多田　好江	出雲地域介護保険サービス事業者連絡会（施設サービス）	
	16	永島　真奈美	出雲地域介護保険サービス事業者連絡会（地域密着ｻｰﾋﾞｽ）	
	17	中本　稔	島根県出雲保健所	令和2年4月～
○	18	中山　博識	島根県医師会	
	19	原　　洋子	第一号被保険者代表（大社）	
	20	福場　由紀子	在宅福祉サービス団体代表	
	21	祝部　裕子	出雲高齢者あんしん支援センター	
	22	松浦　久美子	第一号被保険者代表（平田）	
	23	松本　弘	第一号被保険者代表（出雲）	
	24	三原　順子	第一号被保険者代表（多伎・佐田・湖陵）	
	25	山崎　文夫	第一号被保険者代表（斐川）	

◎会長　○副会長　　名簿は50音順

資料１

第8期計画に関する国の基本指針について

次の会議資料から抜粋

〇社会保障審議会　介護保険部会（厚生労働省）
第９１回（令和２年７月２７日開催）

基本指針について

基本指針について

社会保障審議会　介護保険部会（第９１回）
（厚生労働省　：　令和２年７月２７日）

第8期計画において記載を充実する事項（案）

■　第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

1　2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第７期から記載。
※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
※第８期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年４月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2　地域共生社会の実現

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3　介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載
○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載
○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載
○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4　有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5　認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

○認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6　地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載
○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

7　災害や感染症対策に係る体制整備

○近年の災害発生状況や、新型コロナウィルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

第8期出雲市高齢者福祉計画・介護保険事業計画骨子

	大項目	中項目		小項目		
第1章	計画策定にあたって	1	社会背景	(1)	わが国の社会状況	全体会
				(2)	出雲市の社会状況	
		2	計画の目的			
		3	計画の位置づけ	(1)	介護保険法に基づく法定計画	
				(2)	市の行政計画	
				(3)	市民との協働計画	
		4	計画期間等			
		5	計画の策定経過			
第2章	高齢者を取り巻く現状	1	高齢者人口等の推移	(1)	人口の推移	
				(2)	世帯の状況	
				(3)	要支援・要介護認定者の推移（第1号被保険者）	
		2	高齢者人口等の将来推計	(1)	人口の推計	
				(2)	要支援・要介護認定者の推計（第1号被保険者）	
		3	介護保険事業等の現状	(1)	介護サービス利用状況	
				(2)	介護給付費の状況	
				(3)	介護給付費の推移	
				(4)	介護サービス基盤の整備	
				(5)	地域支援事業	
				(6)	高齢者福祉事業	
第3章	計画の基本的な考え方	1	計画の目標及び行動指針		⇒保険者機能の強化を含める	
		2	具体的な行動目標	(1)	地域包括ケアシステムの実現 ☛第4章	
				(2)	健康寿命の延伸、生きがいづくりの推進 ☛第5章	
				(3)	安心して暮らせるまちづくり ☛第6章	
				(4)	介護サービス基盤の整備 ☛第7章	
第4章	地域包括ケアシステムの実現	1	出雲市の地域包括ケア	(1)	地域包括ケアシステムの概念	地域支援部会
				(2)	地域包括ケアの取り組みの方向性	
				(3)	地域包括ケアシステムの構築	
		2	地域ケア会議の推進	(1)	出雲市における地域ケア会議のあり方	
				(2)	関係機関・関係者との連携	
		3	高齢者あんしん支援センターの機能強化	(1)	配置及び体制	
				(2)	強化すべき機能	
第5章	健康寿命の延伸、生きがいづくりの推進 （旧：介護予防・生きがいづくりの推進）	1	健康づくり・介護予防の推進 （旧：総合事業の取組）	(1)	健康づくり・介護予防に向けた取り組み （旧：総合事業の取組）	
				(2)	自立支援に向けた介護予防事業	
		2	生活支援サービスの充実	(1)	助け合いや支え合いの普及啓発	
				(2)	ネットワークの推進	
				(3)	生活支援サービスの体制整備	
		3	高齢者の社会参加と生きがいづくり	(1)	高齢者の就業	
				(2)	生涯学習、生涯スポーツ、レクリエーション	
				(3)	世代間交流	
				(4)	ボランティア活動	
第6章	安心して暮らせるまちづくり	1	在宅医療・介護の連携	(1)	在宅医療・介護に関する普及啓発 （旧：かかりつけ医や在宅医療・介護に関する普及啓発）	
				(2)	顔が見える関係からわかる関係へ （旧：顔が見える関係の構築）	
				(3)	医療・介護関係者向け相談支援	
				(4)	連携を推進する体制	
		2	認知症ケアの推進	(1)	認知症に対する正しい理解の普及と認知症の人等を支援する取り組み （旧：認知症に対する正しい理解の普及）	
				(2)	認知症予防に対する取り組み （新規）	
				(3)	早期発見・早期診断等の取り組み	
				(4)	認知症支援ネットワークの推進	
				(5)	認知症ケアの推進体制	
		3	高齢者の権利擁護	(1)	高齢者虐待の防止及び虐待事例への対応	
				(2)	個人情報の保護	
				(3)	消費者被害の防止	
				(4)	相談、苦情等の受付と対応	
				(5)	成年後見制度の活用	
		4	安心できる住まい		高齢者向け住まいの在り方	
第7章	介護サービス基盤の整備	1	サービス種類別事業費の推計	(1)	居宅介護サービス（介護予防サービスを含む）	介護給付部会
				(2)	地域密着型サービス（介護予防地域密着型サービスを含む）	
				(3)	介護保険施設サービス	
				(4)	介護予防・生活支援サービス事業	
		2	介護サービスの基盤整備目標	(1)	介護保険施設	
				(2)	居住系サービス	
				(3)	地域密着型サービス	
		3	介護人材の確保・定着に係る施策の推進 （旧：介護人材の確保・定着）	(1)	出雲市独自の取組	
				(2)	国の制度	
				(3)	島根県との連携	
		4	介護サービスの質の確保と適正化	(1)	第三者評価（外部評価）の実施	
				(2)	運営推進会議の推進	
				(3)	介護相談員派遣事業	
				(4)	事故発生時の連絡・報告体制	
				(5)	介護給付の適正化に向けた取組	
				(6)	自立支援、重度化防止に向けた取組	
		5	出雲市独自のサービス	(1)	老老介護支援事業	
				(2)	居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業	
				(3)	認知症グループホーム利用者負担軽減事業	
				(4)	小規模多機能型居宅介護の独自報酬	
第8章	介護保険事業費の見込み	1	事業費の見込み	(1)	介護保険給付費の見込み	全体会
				(2)	地域支援事業費の見込み	
				(3)	市町村特別給付費の見込み	
				(4)	保健福祉事業費の見込み	
		2	介護保険料			
第9章	計画の円滑な推進のために	1	計画の進捗管理体制			

（旧：第7期計画）

資料編　●第8期計画新規掲載　○第7期計画修正掲載

○高齢者の地区別状況　○日常生活圏域の設定　○日常生活圏域別高齢者数　○2025・2040年度将来推計 （旧：2025年度将来推計）
●在宅医療・介護連携推進基本方針　●認知症ケア推進実施計画　●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　●在宅介護実態調査
●介護人材確保・定着に係る施策に関するアンケート調査　●居宅介護支援事業所アンケート調査　●（参考）第7期計画に係る成果指標
○用語解説　○介護保険運営協議会、各部会開催状況　○出雲市介護保険運営協議会、各部会委員名簿　○出雲市介護保険条例（抜粋）

資料2

第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の振り返りと第8期計画における取組の検討について

第4章　地域包括ケアシステムの実現

4-2 地域ケア会議の推進

【計画書P38】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
地域ケア個別会議 ①個別ケースの検討を通じてケアマネジャー支援等を行う会議（困難事例への対応について、ケアマネジャー支援を目的に、あんしん支援センターが主催） ○開催数 【H29】36回 【H30】68回 【R1】52回 ○相談者（要請者）R1実績 1 ケアマネジャー20件 2 あんしん14件 3 地域住民8件 4 本人・家族4件 ⇒ 相談者だけでは解決できない案件や関係機関との連携が必要な案件について、関係者を招集し、課題解決へ向けて話し合いができている。		○ 個別の困難事案に係るケアマネジャー支援のため、**継続して実施**する。
②「自立支援」に向けたケアマネジメントを多職種参画により検討する会議（軽度者の自立支援について、ケアマネジャー支援を目的に市が主催） ・開催数 【H29】6回 【H30】12回 【R1】11回 ・3年間の取組についての事例集を作成中。 ⇒ 参加したケアマネジャーへのアンケートの回答では、「専門職からの意見が役に立った」「多職種との連携につながった」など、この会議が有用であったとの意見が多い。 また、会議での助言を受けて取組を実施後6ヶ月時点の対象者に関する評価では、改善事例が4割、維持が5割、悪化が1割の結果であった。	○ この会議において、薬剤師や栄養士等の専門職の視点を取り入れ、自立支援に向けたケアマネジメント手法を学ぶことがあるが、会議に参加していないケアマネジャーへの共有ができていないこと。	○ 会議については、ケアマネジャーの支援とケアマネジメントの質の向上のため、**継続して実施**する。 ○ 会議で検討した事例について、**事例集にまとめて共有する**こととしてはどうか。（現在、作成中であり今年度中に発行予定であるが、継続して作成していく。） ○ 低栄養改善・食支援のアセスメントに係る専門職派遣事業（R2より実施）等により、ケアマネジャーがケアプランに専門職の視点を取り入れられる機会を提供していく。

4-2 地域ケア会議の推進（つづき）

【計画書P38】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
地域ケア推進会議 市全体の課題を検討する場（市主催） ・介護保険運営協議会　年3回 ・介護給付部会　年2回 ・地域支援部会　年2回 ・認知症高齢者支援強化検討会　年2回 ・在宅医療・介護連携推進連絡会議　年2回 日常生活圏域などの限定された地域の課題を検討する場（あんしん主催） ・地域ネットワーク会議 【H29】4回 【H30】1回 【R1】7回 →あんしんの総合相談や民生委員からの意見により、本会議を開催し、地域課題の解決に至ったケースがある。 ・廃止された通いの場の復活（小伊津地区） ・高齢者のゴミ出しについて（檜山地区）		○　引き続き、地域ケア推進会議を介護保険運営協議会及びその部会に位置づけ、**継続して実施**する。 ○　地域ケア個別会議を通じて**抽出された課題を**、その内容に応じて、地域ケア推進会議等の**適切な場で議論できるよう、現状把握と課題整理を行う。** ○　地域ネットワーク会議等で**把握した課題に対し、住民主体で解決策を検討・実行できるよう、生活支援コーディネーター等とも連携しながら支援**する。
研修会や情報交換会を通じてケアマネジャー支援を行う会議 【市主催】 ・在宅医療推進のための事例検討会（R1:2回） ・多職種連携のための研修会及び意見交換会（R1:開催中止） ・介護支援専門員研修会（R1:開催中止） 【高齢者あんしん支援センター主催】 ・居宅介護支援専門員事業者研修会（R1:3回） ・その他地域別意見交換会等（R1:3回）	○　研修会参加の呼びかけに対し、積極的に応じるケアマネジャーと、それ以外が二極化していること。	○　引き続き、ケアマネジャーが求める支援ニーズに沿った**研修や情報交換を行う機会を定期的に確保**する。

4-3　高齢者あんしん支援センターの機能強化　(1)配置及び体制　【計画書P40】

7期の振り返り

高齢者あんしん支援センターの配置及び人員体制

R2.5.1現在

職種	職員数
保健師・看護師	9
社会福祉士	10
主任ケアマネジャー	10
ケアマネジャー	17
管理職等	4
合計	50

3職種29名

介護予防支援事業所

※国の基準
　第1号被保険者数3000人～6000人につき、3職種各1名配置

52,031人※/29名(3職種)＝1,794人
1,794人×3職種＝5,382人
※Ｒ2.3末時点第1号被保険者数

⇒　<u>3職種にあっては、国の基準を満たす最低限の人員配置で業務を行っている。</u>

課題

○　ケアマネジメント件数の増加により、包括的支援業務に従事する人員体制が十分に確保できないこと。

○　介護分野の労働力不足により、人材確保が困難になっていること。

8期における取組の検討

○　引き続き、国の基準に基づく3職種を配置し、**<u>高齢者の相談窓口を始め、権利擁護、ケアマネジャー支援等を継続</u>**する。

4-3　高齢者あんしん支援センターの機能強化　⑵強化すべき機能　【計画書P41】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①地域ケア会議の強化 *4-2*　地域ケア会議の推進 　地域ケア個別会議（個別事例の課題検討） 　地域ケア推進会議（地域ネットワーク会議） の記載内容と同じ	*4-2*　地域ケア会議の推進 地域ケア個別会議（個別事例の課題検討） 地域ケア推進会議（地域ネットワーク会議） の記載内容と同じ	*4-2*　地域ケア会議の推進 地域ケア個別会議（個別事例の課題検討） 地域ケア推進会議（地域ネットワーク会議） の記載内容と同じ
②住民主体による通いの場の推進 ・自主グループの支援（立ち上げ、運営など） 【H29】62回　【H30】83回　【R1】69回 ⇒　通所型Cの修了者や窓口相談者への声掛けから通いの場の立ち上げへつなげている。 ⇒　地域ネットワーク会議から通いの場が立ち上がったケースもある。	○　リーダー候補者への声掛けから始まるため、参加者主導に切り替えるタイミングが難しいこと。 ○　リーダーを務めてくれる方が少ないこと。 ○　会場の確保が難しい場合があること。 ○　送迎付きであるデイサービスを選択される方との兼ね合いが難しいこと。	○　通いの場やサロンの立ち上げ支援を**継続して実施**する。 ○　広報いずもなどで、通いの場の活動紹介を行うなかで、活動に興味のある方（リーダー候補）を募集する。
③総合相談 ・総合相談件数（うち新規相談件数） 【H29】6,382件（1,713件） 【H30】8,531件（1,637件） 【R01】8,176件（1,649件） ⇒　チームで情報を整理し、対応方針を出す流れが定着している。 ⇒　必要な方へはアウトリーチにより実態把握に努め、必要な支援につなげている。 ⇒「高齢者べんり帳」の改訂版を作成した。	○　相談の本質とは別に、家族や親族間の関係や経済的な問題が絡むことで、内容が複雑化し、課題解決に至らない事案も多いこと。 ○　複雑化することで、関係機関等との調整などが増え、1件あたりにかかる労力が増加してきていること。 ○　既存サービスでは解決できないことがあること。	○　高齢者の様々な困りごとのワンストップ相談窓口として**継続して実施**する。 ○　相談が複雑化する中で、市としても関係各課で連携しながら対応し、課題の解決を図る。

4-3　高齢者あんしん支援センターの機能強化 ⑵強化すべき機能(つづき)　【計画書P41】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
④生活支援体制構築に向けた取組 ⇒　総合相談や民生委員・ケアマネジャーの定例会などから抽出された地域課題を地域ネットワーク会議などを行い、課題解決に取り組んでいる。 ・廃止された通いの場の復活（小伊津地区） ・高齢者のゴミ出しについて（檜山地区） ⇒　事案によっては、生活支援コーディネーターと連携を図り、対応にあたっている。		○　**引き続き、**地域課題を抽出し、**課題解決に取り組む。** ○　生活支援コーディネーターとの連携を強化し、課題解決に取り組む。
⑤「介護予防・日常生活支援総合事業」への対応 ○予防給付ケアマネジメント件数（うち委託数） 【H29】16,972件（6,681件） 【H30】15,184件（5,984件） 【R1】16,503件（6,676件） ○介護予防ケアマネジメント件数（うち委託数） 【H29】6,461件（1,559件） 【H30】10,465件（2,761件） 【R1】11,147件（3,017件） ⇒　様々な視点からアセスメントすることを心掛け、自立支援に資するケアマネジメントに努めている。 ⇒　様々な社会資源やインフォーマルサービスなどを活用してマネジメントを行っている。	○　自立支援に資するケアマネジメントに、多職種連携で取り組めていないところがあること。 ○　増加するケアマネジメント件数に対する適切な体制整備が図られていないこと。	○　様々な視点からアセスメントを行い、**自立支援に資するケアマネジメントとするため、多職種連携での取組を推進**する。 ○　業務件数に応じた適切な体制整備を進めていく。

4-3　高齢者あんしん支援センターの機能強化 ⑵強化すべき機能(つづき)　【計画書P41】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
⑥認知症ケアの推進 新規相談件数のうち認知症に係る相談件数 【H29】140件　【H30】134件　【R1】136件 ⇒　認知症が疑われる方やその家族からの相談について、サポート医や主治医、初期集中支援チーム、また関係機関と連携を図り、対応している。	○　住民への認知症に対する正しい理解への周知が必要。	○　**引き続き、**サポート医や主治医、初期集中支援チーム、また**関係機関と連携を図り、対応**する。 ○　**認知症コーディネーターと連携**を図り、啓発に努める。

第５章　介護予防・生きがいづくりの推進

5-1 総合事業の取組 ⑴一般的な介護予防事業 【計画書P45】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①介護予防教室 いきいきUP！健康教室 ・参加者数 【H29】87人 【H30】52人 【R1】実施なし ・通いの場等の自主グループ活動へつながった団体数 【H29】4団体 【H30】3団体 【R1】実施なし ⇒ H24年度の事業開始以降、各地域で実施し、新規の自主グループの立ち上げにおいて一定の効果も得られた。H30年度で事業を終了。		○ **新規自主グループの立ち上げ**については、「通いの場立ち上げ支援事業業務」「サロン等促進事業業務」等において、**その支援を継続して実施**していく。
認知症予防教室 ○体と心の活性化教室 ・ 参加者数 【H29】45人 【H30】23人 【R1】27人 ・ 通いの場等の自主グループ活動へつながった団体数 【H29】3団体 【H30】２団体 【R1】２団体 ○回想法（1年に1か所） ・ 参加者数 【H29】32人 【H30】38人【R1】24人 ・ 通いの場等の自主グループ活動へつながった団体数 【H29】既存の団体へ参加 【H30】1団体 【R1】1団体 ⇒ 事業実施前後での認知機能評価では、一定程度の効果が得られており、教室実施による認知機能の改善が確認されている。	○ 参加者の多くが、すでに運動等を習慣的に行っており、健康意識の高い高齢者の参加が多い傾向にあること。 ○ ハイリスク者などを把握し、事業参加を個別に働きかける取組ができていないこと。	○ 参加者には一定の効果があることから認知症予防教室は、**継続して実施**する。 ○ 参加者については、後期高齢者健康診査や歯科口腔**検診等の結果を活用**するなど、**ハイリスク者が参加できるよう個別に参加を促す**こととしてはどうか。※考察４、１１

5-1 総合事業の取組 ⑴一般的な介護予防事業（つづき） 【計画書P45】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
②自主的な介護予防の取組 ふれあいサロン ・ 団体数 【H29】386団体 【H30】378団体 【R1】364団体 ・ 延べ参加者数 【H29】54,251人 【H30】55,186人 【R1】51,154人 ⇒ ふれあいサロン活動団体数及び延べ参加者ともやや減少傾向にある。 月1回以上活動している団体が少ない。 (R1:99団体)	○ 市のサロン指針の「月1回以上活動すること」「健康づくり・介護予防の学びの場とすること」に沿った活動団体が少ないこと。 ○ 地域により、サロンの活動頻度、サロンへの物理的アクセスのしやすさにばらつきがあること。	○ 市のサロン**指針に沿った活動を促す取組を継続する**（サロン等促進事業、介護予防推進員事業の活用） ※考察2、8 ○ サロンについて、**活動内容や頻度、物理的な位置を整理**した上で、サロンの**活動内容や新規の立ち上げへの働きかけ**を行ってはどうか。
通いの場 ・ 登録団体数 【H29】58団体【H30】78団体【R1】92団体 ・ 登録者数 【H29】910人【H30】1277人 【R1】1531人 ・専門職派遣数 【H29】54団体 120回 【H30】66団体 133回 【R1】68団体 141回 ⇒ 登録団体数・登録者数ともに着実に増加し、運動指導等を行う専門職の派遣団体数・派遣回数も増加しており、介護予防につながる活動の推進につながっている。	○ 通いの場の参加者の健康状態については把握していないため、身体機能に関する効果・分析ができていないこと。 ○ 医療と介護予防の接続の観点から、通いの場と医療機関の相互連携（通いの場から医療機関へ、医療機関から通いの場への参加勧奨）の仕組みづくりが必要ではないか。 ○ 昨年度改正された高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組において、通いの場への医療専門職の積極的関与が求められている。	○ **参加者や活動状況等を定期的に把握する**とともに、**健康状況の効果的かつ効率的な把握の方法等について検討**してはどうか。 ○ **通いの場と医療機関との相互連携体制について検討**してはどうか。 ○ 通いの場に対し、**一定期間、医療専門職を派遣し**、参加者の**個別の健康課題に沿った指導やサービスへのつなぎを行う**取組を行う予定としている。 ※次年度以降、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組において実施予定。 ※考察4、5、6

5-1 総合事業の取組 (1)一般的な介護予防事業（つづき） 【計画書P45】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
通いの場の立ち上げ支援 ・新規の立ち上げ団体数 【H29】12団体 【H30】11団体 【R1】7団体	○ 通いの場の活動内容や頻度、物理的な位置などを整理できていないこと。	○ **左記の整理を行った**上で、重点的に立ち上げ支援を行う**地域を選定し**、**地域住民・組織に働きかけ**を行ってはどうか。
③介護予防の担い手養成 介護予防サポーター養成講座 ・開催実績 【年度】開催数-延べ参加者数-修了者数・その後の活動者 【H29】 9回 278人 33人 26人 【H30】 9回 359人 43人 19人 【R1】 9回 164人 20人 12人 ※9回の講座中、５回以上参加者に修了証 ⇒ 7期計画中の養成目標120名に対して令和元年度末までの養成者数145名となっている。	○ 講座修了後の活動について選択肢が少ないこと。	○ 引き続き、受講者の意見を参考にした講座の見直しを行いながら**継続して実施**する。 ○ 「通いの場立ち上げ支援」等の事業との連携など、**引き続き、講座修了者の活動の場を広げるための取組を行う。**
④いきいき体操の普及 ・「いきいき体操」を取り入れている団体数 【H29】40団体 【H30】57団体 【R1】67団体 ⇒ いきいき体操を取り入れている団体数は増加してきている。	○ いきいき体操を取り入れた活動を行う団体をさらに拡大し、介護予防の取組を普及していくこと。	○ 「通いの場」登録団体以外の高齢者ふれあいサロン等に対しても、いきいき体操を取り入れるよう、**引き続き**、「サロン等促進事業」「介護予防推進員事業」等を活用し**普及していく**。

5-1 総合事業の取組 ⑵自立支援に向けた介護予防事業 【計画書P46】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①訪問型サービス 訪問介護従前相当サービス 【H29】（移行期） ・A2事業費：41,184千円 ・A2サービス量：2,311人 ・A2事業所数：42事業所 【H30】 ・A2事業費：85,716千円 ・A2サービス量：4,765人 ・A2事業所数：41事業所 【H31】 ・A2事業費：91,925千円 ・A2サービス量：5,135人 ・A2事業所数：44事業所 ⇒ H29年度末までに総合事業に完全に移行。その後、年々利用者や事業所数ともに増加している状況。		○ 介護予防の取組として、**今後も継続し、希望するサービスにつながる体制を整える。**
訪問型サービスC 【H28】3件 ※旧二次予防事業での実施 【H29】【H30】【R1】利用者なし	○ 訪問型サービスCは、総合事業になってから利用がない。	○ **制度としては保持**する（今後必要となる可能性を考慮）

5-1 総合事業の取組 ⑵自立支援に向けた介護予防事業（つづき） 【計画書P46】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
②通所型サービス 通所介護相当サービス 【H29】 ・A6事業費：123,008千円　・A6サービス量：5,613人 ・A6事業所数：76事業所（休止：1） 【H30】 ・A6事業費：259,057千円　・A6サービス量：11,855人 ・A6事業所数：78事業所（休止：1） 【R1】 ・A6事業費：277,914千円　・A6サービス量：12,973人 ・A6事業所数：76事業所（休止：4） ⇒ H29年度末までに総合事業に完全に移行。その後、年々利用者や事業所数ともに増加している状況。		○ 介護予防の取組として、**今後も継続し、希望するサービスにつながる体制を整える。**
通所型サービスA （【年度】 会場数-開催数-延べ参加者数） 【H29】 6会場 382回 4,242人 【H30】 8会場 431回 5,646人 【R01】10会場 517回 6,461人 ⇒ 地域バランスや供給量を考慮して会場を増やしてきている。なお、湖陵については、現在、従前相当サービスが充足していることもあり、サービスAの会場は設定しない。		○ 現状の箇所数で**継続して実施**する。
通所型サービスC （【年度】会場数-開催数-延べ参加者数） 【H29】12会場 532回 4,331人 【H30】11会場 428回 2,553人 【R1】4会場 187回 1,585人 ⇒参加者の減少などにより、事業を縮小している。参加者においては、身体機能向上に一定の効果が得られている。 H30年度で筋トレ教室、水中運動教室、斐川のいきいき体操は廃止、R１年度で大社のいきいき体操も廃止。	○ 短期集中型サービスであり、終了後は通いの場などの活動の契機とするものであるが、必ずしもつながっていないこと。 ○ リピートする人がいること。	○ 終了後の自主的な活動については、引き続き声かけや介護予防サポーターの活用等を行っていく。 ○ リピーターについては、繰り返し利用することで介護予防に繋がっている面もある。 ○ 現状のまま、**継続して実施**することとしてはどうか。

5-2 生活支援サービスの充実

【計画書P47～P50】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①支え合いの体制づくり 地域支え合いフォーラム ・参加人数 【H29】300人 【H30】220人 【R01】220人 ⇒ 参加人数はH29に比べ減少している。 地域支え合い研修会 ・開催回数 【H29】11回 【H30】13回 【R01】18回 開催回数は着実に増加している。 支え合い組織がある地区数 【H29】12/42地区 【H30】13/42地区（新規地区：神門） 【R01】15/42地区（新規地区：国富、多伎） ⇒ 組織地区は着実に増加している。	○ 事業の必要性に対する理解度が、地域によって差があること。また、地域内においても、世代や立場によって差があり、地域内で取組の合意が容易には得られにくいこと。 ○ 地域内に自治会、地区社協、民児協等の既存団体が存在し、地域で核となって取り組む者が見つかりにくいこと。 ○ この事業の目標は、「住民主体による生活支援（たすけあい）が受けられる体制を整える」であるが、目標達成度合いを測定するための主たる指標がないこと（必ずしも「数」の達成が目的ではないこと）。	○ 地域支え合い**研修会等の地域での体制づくりの活動は継続して実施**する。 ○ その他の啓発手段として、例えば広報いずもで地域互助組織の活動内容を紹介するなど、**研修会等以外で地域に広く周知する方法を検討**してはどうか。 ○ 地域福祉計画における市民アンケート調査「あなたは、困っていることや悩み事はどこに（誰に）相談されますか？」に対し「特にいない」と回答する者の人数が減ること（H30.3計画時は73人/全体644人）としてはどうか。
②生活支援サービスの充実 ・生活支援サービス団体のネットワーク構築のための連絡会開催 ・たすけあい活動に関する実態調査 →1,500人の利用者を750人の人たちが支えている状況 ・社会資源情報の見える化 WEB『てごナビ』 →73事業所が掲載 ・活動者(担い手）の養成 →たすけあい勉強会開催 R1参加者：10人 (うち活動につながった人：4人)	○ 担い手の中心が地域の高齢者であることから、前期高齢者をはじめとした新たな担い手を確保する仕組みを構築すること ○ 団体の運営体制を安定的に維持すること（団体維持に経費がかかる・事務的業務が負担） ○ 移送・ごみ運搬等の支援ニーズに対し、法規制によって住民主体で支援できることに限りがあること。	○ 生活支援コーディネーターによる**組織（担い手）への支援を継続して実施**する。 ※考察10 ○ 既存の他団体（シルバー人材センター等）と協働し、前期**高齢者を助け合い活動に巻き込む仕掛けが必要**ではないか。併せて**互助活動参加のインセンティブ付与を検討**してはどうか。 ○ **団体の事務的業務負担の軽減策について検討**してはどうか（医療介護総合確保基金の事務お助け隊制度を活用等。）

5-3　高齢者の社会参加と生きがいづくり

【計画書P51】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
⑴高齢者の就業 シルバー人材センターの就労状況 ○会員数（R2.3月末） 【H29】901人　【H30】901人　【R1】950人 ○受注件数　請負・委任　派遣 【H29】　11,747件　224件 【H30】　10,039件　269件 【R1】　9,746件　319件 ⇒　近年の雇用延長の影響もあり、新規会員の獲得が困難となっている。そうした中、積極的な取組によりR1は女性会員が31人加入した。 〔参考〕島根県の年齢別有業率 （就業構造基本調査） 【男性】　2012年　2017年 65～69歳　57.3%　57.9% 70～74歳　44.1%　41.2% 75歳～　21.9%　18.3% 【女性】　2012年　2017年 65～69歳　37.2%　41.6% 70～74歳　23.8%　24.2% 75歳～　7.1%　5.7% ⇒　女性の前期高齢者の就労が増えてきている。	○　高齢者が希望する職種や就労時間、賃金などの求人が少ないこと。求人とのアンマッチングが起きている。 ○　高齢者の就労について、雇用主の柔軟な考えが必要。	○　今後も、働く意欲のある高齢者が能力や経験を活かし、年齢に関わりなく働くことができる生涯現役社会を目指していく。 ○　高齢者の就労は、介護予防の観点からも有効であることから、**高齢者の就労が促進される仕掛けづくり**が必要ではないか。 ○　65歳～69歳の女性高齢者の就労が増えてきているが、**女性の高齢者の就労先として、介護現場（高齢者の話し相手など）も考えらることから、これを促す仕組み検討**してはどうか。

5-3　高齢者の社会参加と生きがいづくり（つづき）

【計画書P51～P52】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
⑵生涯学習、生涯スポーツ、レクリエーション 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(R2.1) ・月1回以上参加している方の割合 　学習・教養サークル　10% 　スポーツ関係のグループ　26% 　趣味関係のグループ　28% 　ふれあいサロン・通いの場　15% ・健康づくり活動や趣味のグループ活動への参加 　参加している　11%　参加したい　50%		○　**引き続き**、ふれあいサロンや通いの場、高齢者クラブへの**活動支援を行う**。 ○　**高齢者の参加を促す啓発活動**を行う。 ※考察8、9
⑶世代間交流 農林業の体験学習や伝統行事の伝承等の取組が、学校やコミセン等で行われている。		○　世代間交流は、高齢者にとっても自らの役割や生きがいの創出につながることから、**引き続き**、他部局とも連携しながら、こうした**活動を推進**していく。
⑷ボランティア活動 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(R2.1) ・月1回以上参加している方の割合 　ボランティアのグループ　14% 　高齢者クラブ　8% 高齢者クラブによるボランティア活動 ・会員数（4月） 【H29】12,881人 【H30】12,433人 【R1】 12,056人	○　近年の雇用延長の影響や、趣味の多様化による高齢者クラブ以外で社会とつながりを持つ人の増加などにより、新規会員数が減少しており、組織の高齢化が進んでいること。 ○　このことから、活動が停滞してしまうおそれがあること。	○　引き続き、高齢者の生きがいづくりや外出機会の確保につながるよう、高齢者クラブ連合会への活動支援などを行う。 ○　**高齢者の参加を促す啓発活動**を行う。 ※考察8、9

第6章　安心して暮らせるまちづくり

6-1　在宅医療・介護の連携(1)かかりつけ医や在宅医療・介護に関する普及啓発【計画書P54】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①医療・介護資源情報の発信 ○医療介護資源マップ ①WEBサイト作成 ・資源マップを含む医療介護資源が検索できるサイトを一覧化し市のHPに公開（R1.6.12） アクセス数　43,650件（R1.6.12～R2.3末） ②冊子作成 ・H30.4.1時点の市内医療・介護710事業所を日常生活圏域別に地図と一覧で掲載。（作成部数1500部。H30.12送付） ○事業所のサービス提供情報 ・訪問看護ステーションの空き情報の発信 ・コロナウイルス感染症対応状況のとりまとめと発信	○　市の医療介護資源マップのほか、医療機能情報システム（厚労省・県医療政策課）等複数の情報システムが存在するが、そのシステムの使い方等があまり知られていないこと。 ○　介護事業所における医療処置を伴う利用者の受入可能状況が分からないこと。	○　既存の情報システムの情報収集・一覧化については**継続して実施**する。 ○　今後、市が情報発信する際は、**県のシステムが対応していない特定の情報**（例えば、入所施設における医療処置対応の可否）**を**事業所アンケート**調査等により集約し発信**してはどうか。
②地域住民への普及啓発 ○在宅医療座談会の開催 【H29】12回（402人）【H30】12回（386人）【R1】37回（667人） ⇒　参加人数・参加者満足度も増。 ○出雲市版終活支援ノートの作成・配布 【R1】3000部印刷（無料配布） 新規1号被保険者に保険証送付時にチラシ同封 ⇒　終活支援ノートは医療関係者から好評だが、市民への周知が不十分。 ○市広報紙特集記事の掲載 【R1】2回（7/20、12/20）在宅医療について 【R2】1回（11/20）あんしんノートについて ⇒　市広報紙特集記事は、市民からの反応薄	○　在宅医療という多くの市民にとっては馴染みのないテーマであることから、市民の関心が薄いこと。	○　在宅医療座談会等は**継続して実施**する。 ○　より多くの市民が参加し、事業の相乗効果が得られるよう、在宅医療**座談会を、通いの場やサロン等で実施されている介護予防教室等との抱き合わせ開催**をしてはどうか。 ○　ACP※を普及させるため、**医療介護関係者に対するACPの研修が必要**ではないか。 ※考察1 ※ACP・・・自身が望む人生の最終段階の医療や介護について、予め考え、家族等や医療介護関係者と繰り返し話し合うプロセス	

6-1　在宅医療・介護の連携　⑵顔が見える関係の構築　【計画書P55】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①医療・介護関係者の研修 ・多職種連携のための研修会及び意見交換会の参加者数 【H29】154人　【H30】134人【R1】中止 ・在宅医療推進のための事例検討会の開催回数と参加者数 【H29】3回(293人)【H30】3回(307人)【R1】2回(175人)	○市が主催して行う研修会の必要性と目的が明確に共有されていないこと。 ○　市内の各種団体が、それぞれに研修会を開催しており、連携が図れていないこと。	○　**引き続き、**顔が見える関係づくりを目的に、**多様な機関・団体が行う研修を支援するとともに、市が実施する研修については、それらを補完しつつ、市内外の動向を踏まえたテーマを選定し実施**する。 ○　市内の各種団体が行っている研修会で、**目的や対象者が重なる研修は、合同開催するなど負担軽減と効率化を図る**こととしてはどうか。
②患者情報の共有システムの普及 ○まめネット ・まめネット導入機関数 【H29.4末】382【H30.12末】393【R2.4末】395 ・カード発行枚数 【H29.4末】14,792枚　【H30.12末】19,504枚 【R2.4末】23,213枚 ○FIM（機能的自立度評価法） リハケアネット実施アンケート比較から（H30とH27） 対象：ケアマネ68事業所、通リハ・訪リハ21事業所 ・FIM周知度：細かい内容まで知っている +3%(49⇒52) ・業務貢献度：十分役立つ+役立つ +11%(67⇒78) ・連携貢献度：十分役立つ+役立つ +19%(43⇒62)	○まめネットの普及 ITの活用に不慣れな事業所もあり、十分な活用に至らないこと。また、無料の民間サービスもあることから、使用するツールの統一に至らないこと。 ○FIM普及 FIMによって採点評価する事務的負担と、それによって得られるメリット（そもそも文章による要介護状態表現でなく点数化することやBIに比した優位性）がリハ職以外の医療・介護従事者に理解されにくいこと。	○　まめネットについて、**引き続き県の普及啓発に協力**する。 ○　**まめネットを活用した情報共有の方法を医療・介護関係者に提案するなど具体的活用方法の展開を後押し**してはどうか。 ○　FIMについて、**出雲リハケアネットの支援を継続**する。 ○　**FIMの具体的な活用方策・メリットを整理のうえ**、FIM**活用の仕組み**（介護予防の効果検証手法に採用など）**を検討**してはどうか

6-1　在宅医療・介護の連携　⑶医療・介護関係者向け相談支援　【計画書P55】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
在宅医療・介護連携支援センターの相談件数 【H29】112件(うち新規70件)※H29.10開所 【H30】170件(うち新規145件) 【R01】210件(うち新規195件) ⇒　相談件数は着実に増加している。	○　センターは、医療・介護関係者向け相談機関として設置しているが、開設当初から市民からの問い合わせが一定数あり、本来の設置目的と異なっていること。 （市民からの相談内容は、医療介護資源の情報提供や複合課題（身寄りのない高齢者・障がい者・生活困窮者、生活保護等）への対応など多岐に渡る。）	○　**引き続きセンターを設置**する。 （新たに設置される総合相談窓口等他の相談機関と協力しながら、市民からの問い合わせに対応） ○　センターに寄せられた**医療介護関係者からの相談内容とその対応等について、市HP等で周知することで、医療介護関係者に対してセンターの活用を促す**こととしてはどうか。

6-1　在宅医療・介護の連携　⑷連携を推進する体制　【計画書P56】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築 条件不利地域への訪問診療件数 【H29】9事業所　47人　793件　2125千円 【H30】8事業所　65人　1022件　2400千円 【R01】11事業所　83人　1272件　3150千円 条件不利地域への訪問看護件数 【H29】10事業所 136人 5163件 2582千円 【H30】10事業所 142人 5359件 5359千円 【R01】10事業所 167人 6591件 6591千円 ⇒　交付実績は着実に増加している。	○　市街地の訪問サービスに比べ、提供効率が悪いことから、結果として、事業所の収入減に繋がっている状況があり、市の補助金がこれを補う十分なインセンティブになっていないこと。 ○　補助金の財源である県の補助金について、見直しが検討されており、R3以降の財源確保の見通しが立っていないこと。	○　**市の補助制度は継続して実施**する。（ただし県の検討状況を注視。） ○　並行して訪問診療や訪問看護を実施する**事業所を支援する方策を、関係者と協議しながら検討**してはどうか。

6-2 認知症ケアの推進 (1)認知症に対する正しい理解の普及 【計画書P57】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①認知症サポーター養成 認知症サポーター養成講座数・養成数・延べ修了者数 【H29】68回 2,062人（延べ16,759人） 【H30】71回 2,384人（延べ19,143人） 【R01】71回 1,650人（延べ20,793人） ⇒ 講座の延べ修了者数は着実に増加している。	○ 受講者の理解度や感じた点、講座への要望などの把握をしていないため、受講者の意見を反映した改善等ができていないこと。 ○ 講座修了者が、オレンジサポーター養成講座の受講へつながりにくいこと。	○ 認知症サポーター養成講座は**継続して実施**する。 ○ **受講者の意見を把握**し、市独自の内容を取り入れるなど、**より効果的な講座にする取組**をしてはどうか。 ○ オレンジサポーター養成の仕組みを改善し、**講座修了者がオレンジサポーターにつながりやすい仕組みを構築**してはどうか。
②認知症キャラバン・メイトへの支援 ・認知症サポーター養成講座、オレンジサポーター養成講座を実施を支援した。 ・認知症キャラバン・メイト連絡会に定期的に参加し、課題の検討や情報共有を行った。 ・キャラバン・メイトスキルアップ研修を実施を支援した。 ⇒ 認知症サポーターやオレンジサポーターの増加においてキャラバン・メイトの貢献が大きい。	○ キャラバン・メイト連絡会に参加するメイトが少なく、メイト全体での課題検討や情報共有ができていないこと。	○ キャラバン・メイト**連絡会への参加を引き続き促していく。** ○ 市はキャラバン・メイト連絡会に引き続き参加し、支援を行う。
③認知症ケア・フォーラムの開催 認知症ケア・フォーラム（毎年1回開催）の参加者数 【H29】参加者 235人 講演とシンポジウム 【H30】参加者 200人 講演とシンポジウム 【R01】参加者 165人 講演と事例発表 ⇒ 講演のほか、支援団体の活動報告を行うなど内容も充実してきている。	○ どのような方が参加したのかについて、詳細には把握していないため、アンケートについても、家族、事業者、一般のどの立場からの意見なのか把握できていないこと。	○ 会場で実施するアンケートについて、内容を工夫し、**どの立場の方からの意見なのかを把握した上で、その意見を踏まえ、参加者増加に向けての取り組みを行い**ながら、フォーラムを**継続して実施**する。

6-2 認知症ケアの推進 ⑵早期発見・早期診断等の取組 【計画書P57～P58】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①認知症初期集中支援チームの活動 ・対応件数 【H29】 6件 【H30】 6件 【R1】 6件 ⇒ 本人に認知症の自覚がないケースなど、それぞれの状況に応じて、概ね6ヶ月間を目途に、専門職チームが関わりながら、本人や家族にとって適切な医療・介護に結び付ける支援を行っている。	○ チームの活動内容について、さらに、広くケアマネジャー等に周知すること。	○ 初期集中支援チームの活動は**継続して実施**する。 ○ 初期集中支援チームで実施した支援内容について、認知症に関する**研修会等でも生かせるよう検討**してはどうか。
②出雲式認知症ケアパスの活用 ・ 医師会やあんしん支援センターへの送付等により医療・介護関係者への普及に努めたほか、広く一般の方が手にとれるよう、ショッピングセンター等にも配置した。 ・ 内容について、認知症の進行に応じた支援の状況がより分かりやすくなるよう、令和2年度に改訂した（名称もハンドブックに変更）。 ⇒ 内容と普及においては、一定の成果がある。	○ 関係者への普及が足りていないこと。特に、ケアマネジャーや介護施設において、必要な時に必要な方の手に渡ることが重要である。	○ 今後も、認知症の理解を図っていくツールとして**ケアパスを継続して活用**する。 ○ **介護施設、居宅ケアマネジャーにも積極的に利用してもらうよう定期的な研修を実施**してはどうか。
③認知症コーディネーターの活動 ・ オレンジサポートカンパニーの拡充のため、企業訪問など積極的に実施した。 ・ 認知症サポーター養成講座の実施内容などについて、各種団体等に周知活動を行った。 ・ 認知症カフェの開設時の支援を行った。 ⇒ 家族からの相談対応のほか、関係者間の連絡調整等において役割を果たしている。	○ 一般の方や事業者に対して、認知症に関する相談窓口としてのコーディネーター活動に関する周知が不足していること。	○ コーディネーター活動に関する周知媒体を、事業者や高齢者がいる世帯へ積極的に配布するなど、**活動の周知に関する取組を強化**してはどうか。※考察12

6-2　認知症ケアの推進　⑵早期発見・早期診断等の取組（つづき）　【計画書P58】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
④若年性認知症に対する支援 ・　島根県の若年性認知症支援コーディネーターが、出雲事務所に駐在し、相談窓口の周知、若年性認知症の啓発活動や電話相談のほか、個別支援を実施している。		○　引き続き、県の若年性認知症支援コーディネーターと連携を継続する。
⑤認知症サポート医との連携 ・　出雲医師会の分科会として、地域の認知症ケアの連携について、市や出雲保健所と定例会議の開催（年３回）のほか、医療・介護の関係者に向けた研修会（年５回）を実施するなど、かかりつけ医に対するサポートを実施している。 ・　認知症サポート医の登録人数 【H29】11名、【H30】13名、【R1】13名		○　**引き続き、**研修会等を通じて、サポート医と医療・介護関係者の**連携体制を維持しながら、個別事案のサポートを行っていく。** ○　**引き続き、**サポート医連絡会において、初期集中支援**チームで支援した事例について共有する。**
⑥認知症予防の推進 *5-1*総合事業　*(1)*一般的な介護予防事業 ①介護予防教室 の記載内容と同じ	*5-1*総合事業　*(1)*一般的な介護予防事業 ①介護予防教室 の記載内容と同じ	*5-1*総合事業　*(1)*一般的な介護予防事業 ①介護予防教室 の記載内容と同じ

6-2 認知症ケアの推進 (3)認知症支援ネットワークの推進 【計画書P58】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
①行方不明時の対応 出雲市社協SOSメールあんしんシステムネットワーク（平成20年11月から事業開始） ・事前登録者数の推移 【H29】55件 【H30】83件 【R1】109件 ・発見協力者の登録数の推移 【H29】1133件 【H30】1255件 【R1】1448件 ・行方不明協力を発信した件数 【H29】3件 【H30】6件 【R１】7件 ⇒ 発見協力者の登録数の増加は、オレンジカンパニーの働きかけによる効果もある。	○ 事前登録者数、協力者数を増やすために、SOSあんしんネットワークシステムについてさらに周知する必要があること。	○ SOSメールは**継続して実施**する。 ○ ケアマネ等支援関係者からの、**対象者の事前登録の働きかけ**についても、**継続して実施**する。 ○ 発見協力者をさらに増やしていくため、**各種認知症関連の研修会で登録の働きかけ**をしてはどうか。また、**アルツハイマーデイ週間に合わせて、広報等で登録の働きかけ**を行ってはどうか。
②オレンジサポーター養成 ・養成数 【H28】2団体（地域2） 【H29】1団体（地域1） 【H30】2団体（企業１・地域１） 【R1】 5団体（企業４・地域１） ⇒ 市やコーディネーターの働きかけもあり、10団体(地域5・企業5）について認定できた。	○ オレンジサポーター（地域版、企業版）の役割が明確になっていないこと。 ○ 地域、企業等の団体に限定しているため、個人のニーズに応えられていないこと。	○ オレンジサポーターの**役割を明確化**するとともに、**個人版の養成講座を行う**こととしてはどうか。 ○ 併せて、**講座において認知症支援の現場（認知症カフェ等）を体験する機会**を設けてはどうか。 ○ オレンジサポーター養成講座修了後は、認知症患者本人や家族の方を**支援する活動への参加を希望する場合には、市がコーディネートできる仕組み**を設けてはどうか。
③小地域単位のネットワークづくり ・ 地区社会福祉協議会単位での地区の取組として、住民主体で「認知症の方が地区内を歩いている際の声のかけ方」などの実践活動が行われている地区もある。	○ 地区単位で、住民主体による「認知症の課題」に対する取り組みを行っているところが少ないこと。	○ 地域版オレンジサポーター養成講座を**継続して実施**する。 ○ **在宅医療座談会のテーマに認知症を加えるなどして、小単位での働きかけ**を行ってはどうか。

6-2　認知症ケアの推進　⑶認知症支援ネットワークの推進（つづき）　【計画書P58】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
④認知症カフェの開設 ・　現在市内に5か所のカフェが立ち上がっている。運営母体は、市が運営委託1か所、地域１か所、団体2か所、学校1か所である。 ⇒　昨年は3ヶ所が開設されるなど、市としても必要な支援を行った。また、各地で開設に向けての機運が高まっており、継続して、支援を行う。	○　各カフェの参加者の状況や運営上の課題について、把握できていないこと。 ○　カフェの立ち上げにおいて、オレンジサポーター講座修了者などのボランティアによる支援が不足していること。	○　カフェの**代表者による連絡会を定期的に開催し、市を含め関係者間で状況や課題を共有できる仕組み**を構築してはどうか。 ○　**新規立ち上げの支援について、オレンジサポーター養成講座の修了者が参加しやすくなる仕組みを構築**してはどうか。

6-3 高齢者の権利擁護

【計画書P60～61】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
⑴高齢者虐待の防止及び虐待事例への対応 ・高齢者虐待の相談・通報件数（うち虐待を確認した件数） 養護者　施設 【H29】 27件（17件）　２件（１件） 【H30】 41件（20件）　１件（０件） 【R1】 23件（14件）　1件（0件） 虐待マニュアルの改訂（R1年度）	○　養護者：複合的な問題を抱えるケースが増加しており、終結までに時間を要するケースがあること。 ○　施設：ケアの技術や虐待に対する意識を高めることが重要。（発生要因は教育、知識、技術不足やストレスが原因と言われている）	○　様々な機会を捉え、住民や関係機関に向け啓発活動を行っていく。
⑵個人情報の保護 ・市が保有する被保険者資格情報や要介護認定情報などの個人情報を、個人情報保護法や出雲市個人情報保護条例等に基づき、適正に管理している。		○　引き続き、個人情報の適正管理を行う。
⑶消費者被害の防止 ・消費生活相談件数(60代以上) 【H29】290件 【H30】250件 【R1】211件 ・出前講座の開催 【H29】7回(250人) 【H30】8回(120人) 【R1】3回(49人) ・出雲市特殊詐欺注意報の発令 【H29】2回 【H30】1回 【R1】1回 ⇒ <u>市への年間相談件数に占める高齢者の割合は、ほぼ４０％で横ばい状態である。このため、市民への継続した啓発活動が必要である。</u>	○　高齢者を狙った悪質事業者の手口が多様化・巧妙化してきていること。 ○　このため、市民への啓発活動を継続的に行うこと。	○　様々な機会を捉え、市民向けの啓発活動を継続していく。

6-3 高齢者の権利擁護（つづき）

【計画書P61】

7期の振り返り	課題	8期における取組の検討
⑷相談、苦情等の受付と対応 ・住民からの相談・意見に適切に対応している。		○　今後も引き続き、適切な対応を行う。
⑸成年後見制度の活用 制度の周知 ・人権擁護委員や民生委員の会合での周知 ・広報いずもや社協だよりによる市民への周知 ・ケアマネジャーの研修会での講話 市民後見人　2名	○　第3者後見の候補者がなかなか見つからないケースがあること。 ○　市民後見人では対応が困難なケースも多く、市民後見人制度の在り方の検討	○　成年後見制度利用が必要な方の関係者に、情報が届くよう、今後も啓発を行い、適切な制度利用につながるよう支援を行う。

資料３

第１回 介護保険運営協議会 地域支援部会(R2.7.22 実施) 意見まとめ

計画全体に関する意見

１．事業内容が細分化しているため、地域住民の視点からは、何をやっているのか分かりにくいのではないか。通いの場の推進であれば、通いの場の担い手や介護予防サポーターの養成など複数の事業の関連性を整理したうえで、地域に示す必要があるのではないか。

２．各事業がどのように関連して展開していくのか、地域サイドから見てもかわりやすいものとして作っていく必要があるのではないか。

３．地域の元気な(前期)高齢者が、主体的に介護予防や介護事業へ協力するなど、何らかに関わって、いきいきと活動している姿が目指すべきところではないか。

第４章「地域包括ケアシステムの実現」に関する意見

４．地域包括支援センターの三職種の配置について、国の基準に対し、ギリギリの状態である。地域の健康づくりにおいては、保健師など必要な人材である。

第５章「介護予防・生きがいづくりの推進」に関する意見

５．生活支援サービスの充実（資料１ P14）について、たすけあい組織の継続のための支援をお願いしたい。コロナ禍において、屋内での家事支援などが難しくなってきており、活動の収入が少なくなっている。

６．組織が小さくなれば、地域の方だけで運営できる。保健師等の専門職の関わりがなくても、自分たちだけで活動できるようにしていくのがいいのではないか。そうすれば、コロナ禍での活動も取り組みやすいのではないか。

７．「ふれあいサロン」と「通いの場」の関係性、またその担い手やプログラムなど戦略的な展開が必要ではないか。

８．通所型サービスＡ型は、利用者の年齢が高く、現状維持がいっぱいの状況であると思います。出かけてもらうことも大事なことなので、継続して取組んでもらいたい。

９．介護予防教室、通いの場、認知症予防教室など地域で開催するが、出席率が悪い。原因としては、地域にリーダーとなる方がいないことや車の運転ができなくなり出かけにくくなったことなどが考えられる。

第６章「安心して暮らせるまちづくり」に関する意見

１０．成年後見制度（資料１ P27）について、８期は啓発活動を継続して行うことのみになっているが、制度利用につなげることも書くべきではないか。また、福祉推進課で進んでいる障がい福祉計画との整合性も考えて、市全体での取組としてほしい。

１１．元気な高齢者を認知症から守るために、より一層の医療介護の連携と研修が求められる。

１２．認知症サポーターやオレンジサポーターの養成後の活躍が見えてこない。

コロナ対策に関する意見

１３．コロナ対策（感染症対策）・災害対策について、来期以降の取組を考慮する必要があるのではないか。

１４．ゼロリスクにするのではなく、ローリスクの考え方で、地域で支え合う関係性を作っておくことが必要ではないか。

参考資料1

出雲市の人口の将来推計
認定者年齢別の介護度と認知症自立度

出雲市の人口の将来推計①

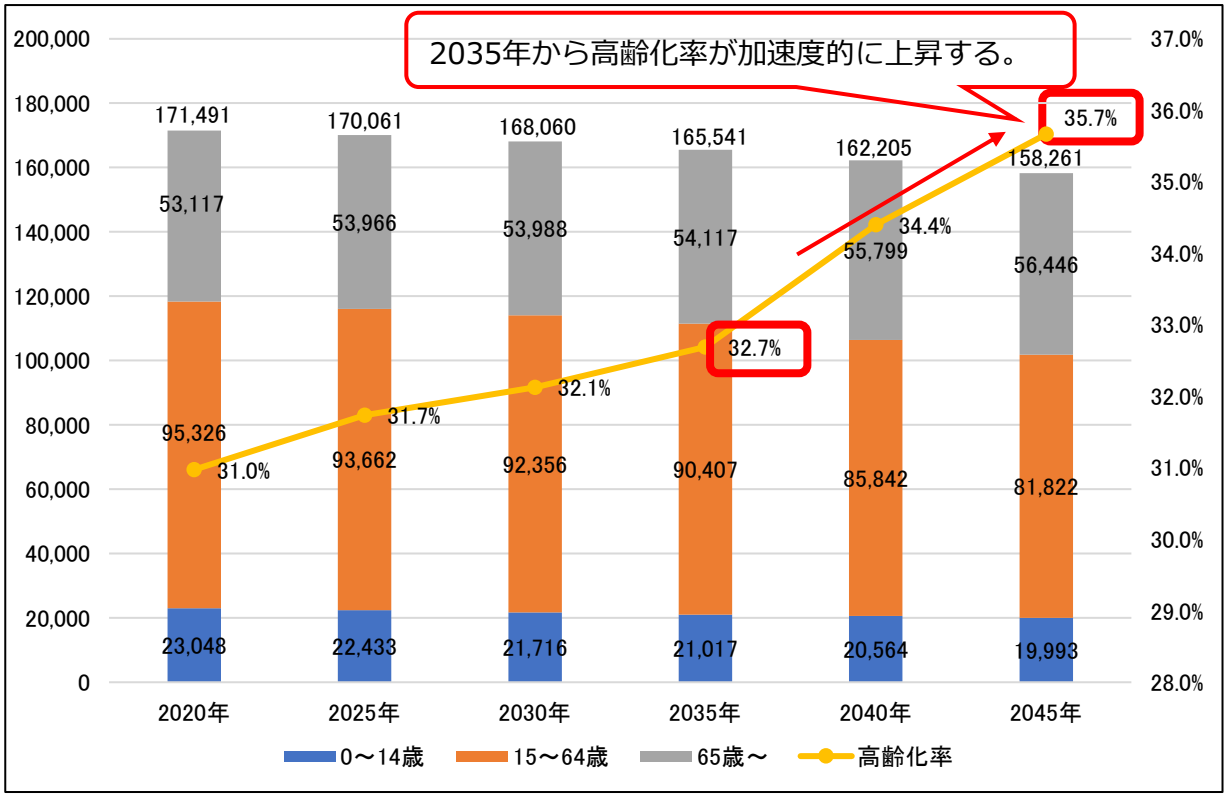
【単位：人】

		2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
人口		**171,491**	**170,061**	**168,060**	**165,541**	**162,205**	**158,261**
年少人口	0～14歳	23,048	22,433	21,716	21,017	20,564	19,993
生産年齢人口	15～64歳	95,326	93,662	92,356	90,407	85,842	81,822
高齢者	65歳～	53,117	53,966	53,988	54,117	55,799	56,446
前期高齢者	65～74歳	25,230	22,087	20,128	20,102	22,538	23,702
後期高齢者	75歳以上	27,887	31,879	33,860	34,015	33,261	32,744
高齢化率（伸び率）		**31.0%**	**31.7%**	**32.1%**	**32.7%**	**34.4%**	**35.7%**
		－	**(0.7%増)**	**(0.4%増)**	**(0.6%増)**	**(1.7%増)**	**(1.3%増)**

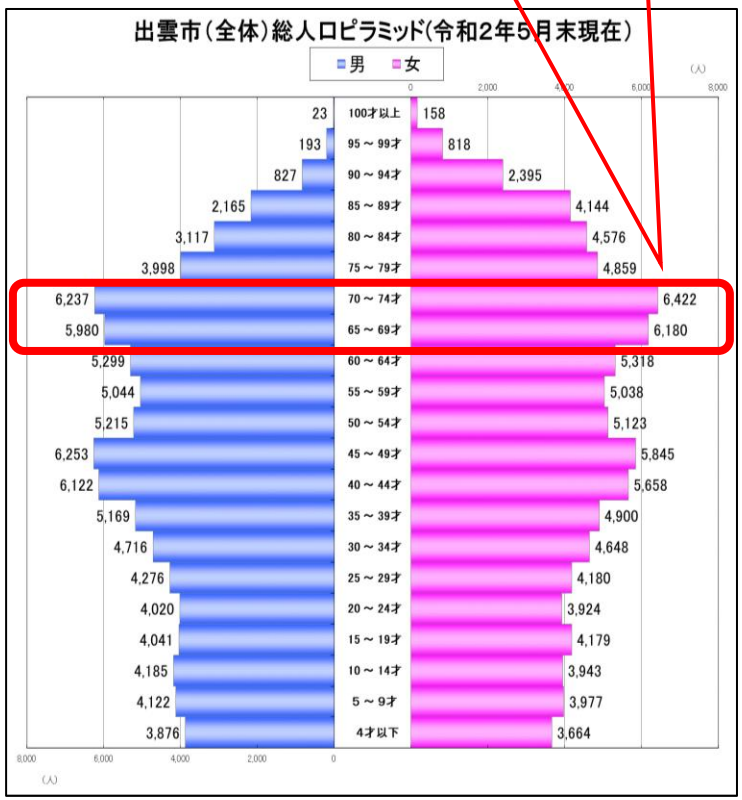
（出典：国立社会保障・人口問題研究所）

○本市の人口は、年々減少し、2045年には、16万人を切るとされている。

○一方で、65歳以上の高齢者は、年々増加を続け、2045年には、5万6千人に達し、人口全体に占める割合（高齢化率）が35%を超えるとされている。



65歳～74歳の人口がもっとも多い。



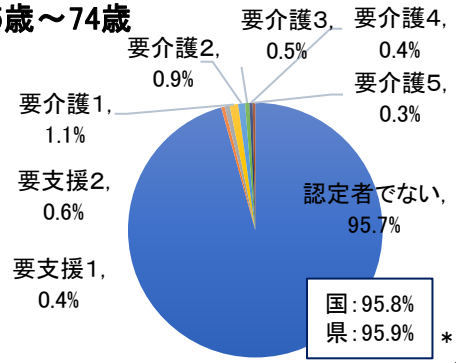
認定者年齢別の介護度と認知症自立度

介護度別の認定者数(R2.3.31現在)

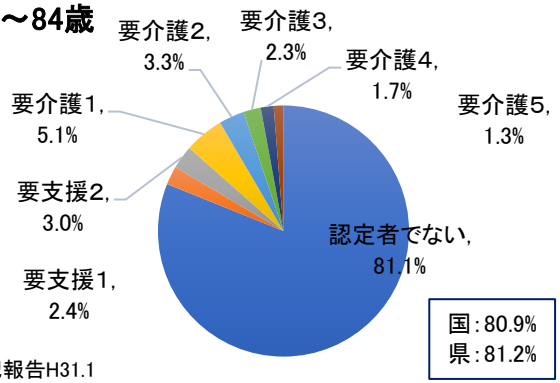
【単位:人】

年齢	人口(A)	チェックリスト該当者	認定者の介護度							計(B)	割合(B/A)
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
65～74歳	25,230	115	113	162	273	220	137	104	83	1,092	4.3%
75～84歳	16,603	417	397	498	843	541	374	276	208	3,137	18.9%
85歳以上	11,284	373	449	716	1,480	1,400	973	791	516	6,325	56.1%

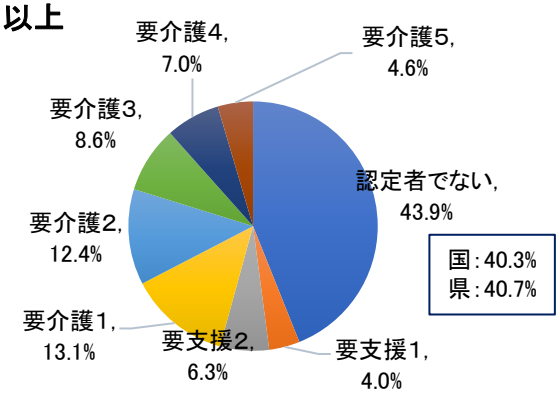
65歳～74歳



75歳～84歳



85歳以上



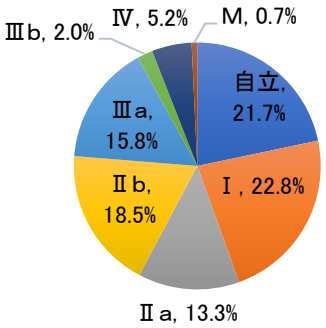
＊資料:厚生労働省
介護保険事業状況報告H31.1

要介護認定者の認知症自立度別の人数(R2.3.31現在)

【単位:人】

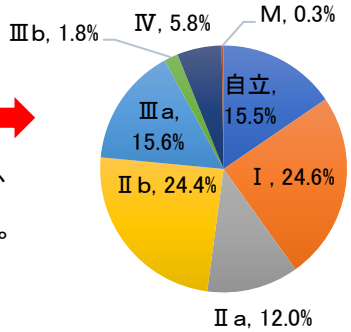
年齢	認定者数(A)	自立	認定者の認知症自立度							計(B)	割合(B/A)
			Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M		
65～74歳	1,092	237	249	145	202	172	22	57	8	855	78.3%
75～84歳	3,137	485	773	377	765	489	57	183	8	2,652	84.5%
85歳以上	6,325	428	1,269	765	1,797	1,373	259	426	8	5,897	93.2%

65歳～74歳



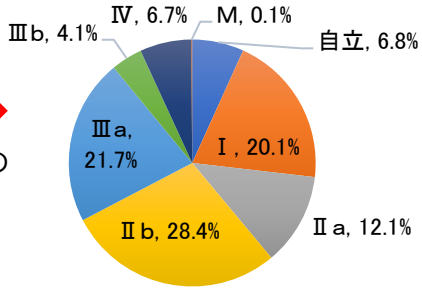
各自立度の割合は、
あまり変わらない。

75歳～84歳



自立または軽度(Ⅰ)の
方の割合が急減する。
40.1%⇒26.9%

85歳以上



出雲市の人口の将来推計②

【単位：人】

		2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
人口		171,491	170,061	168,060	165,541	162,205	158,261
年少人口	0～14歳	23,048	22,433	21,716	21,017	20,564	19,993
生産年齢人口	15～64歳	95,326	93,662	92,356	90,407	85,842	81,822
前期高齢者	65～74歳	25,230	22,087	20,128	20,102	22,538	23,702
後期高齢者	75～84歳	16,603	20,087	21,665	19,066	17,576	17,709
	85歳以上	11,284	11,792	12,195	14,949	15,685	15,035

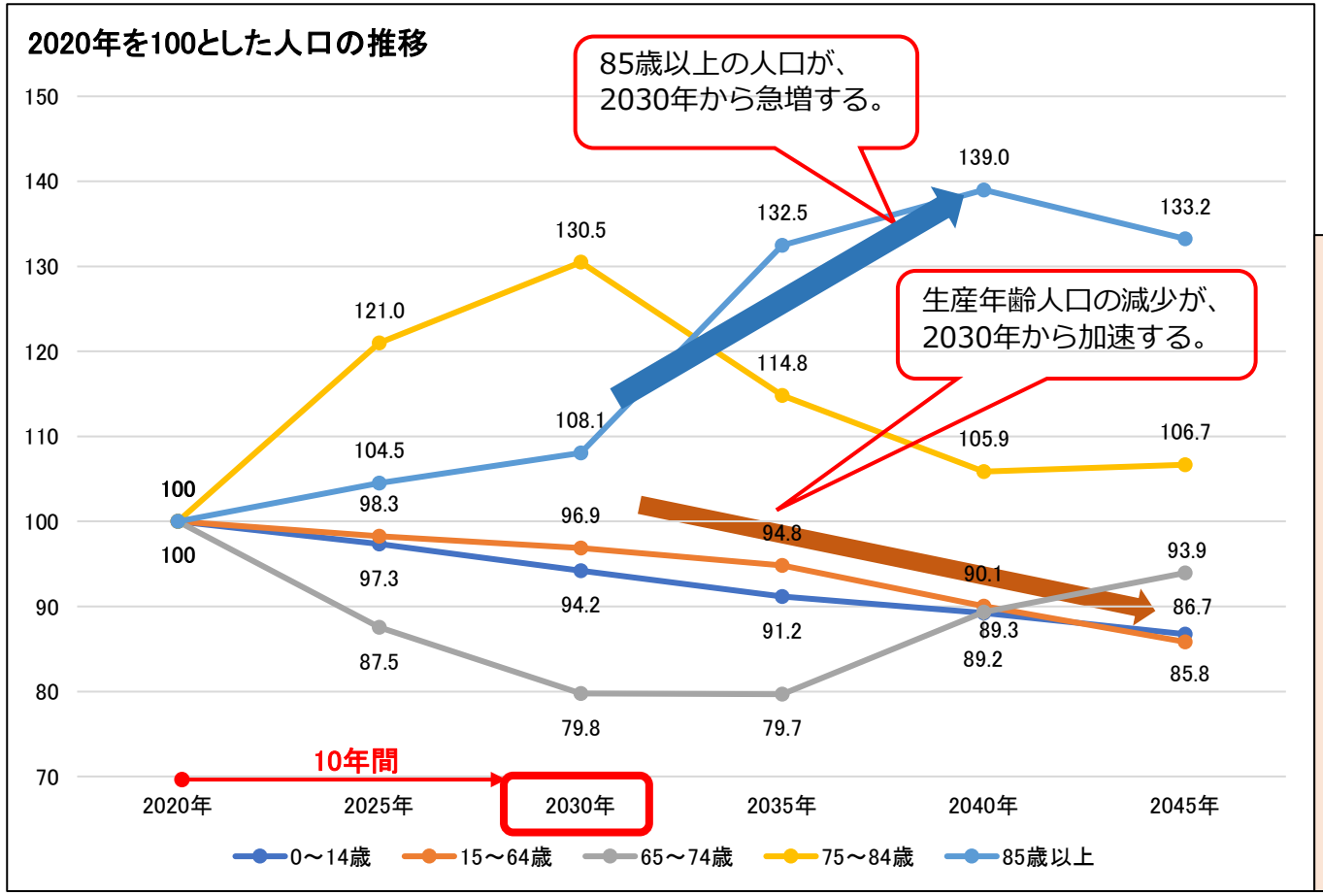
（出典：国立社会保障・人口問題研究所）

○生産年齢人口は、年々減少し、2045年には、8万人程度になり、2020年の86%程度になる。

○前期高齢者は、2035年まで減少し、それ以降、増加する。

○75歳～84歳までの後期高齢者は、2030年まで増加し、それ以降、減少する。

○85歳以上の後期高齢者は、年々増加する。



2030年以降、85歳以上が急増することで、要介護者も増える可能性が高い。
一方、生産年齢人口の減少が加速していく。

そこで、2030年までの今後10年間において、これまで以上に、高齢者に対する

○介護予防・健康づくりの取組　と

○就労的な活動を含む社会参加を促す取組　が重要となる。

参考資料2

令和元年度　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査考察と８期計画取組との対応

番号	内　　容	対応資料
考察１	**問１　家族や生活状況について** ⑸要介護状態となったときの「長期の療養の場」の希望 ・介護施設 45%、自宅 40% ・自宅以外を希望する理由は、複数回答で「家族に負担や迷惑をかける」 64.7%、「病状急変時の対応の不安」32.5% ⑹病気での「最期の時の過ごす場所」の希望 ・病院 50%（緩和ケア病棟 26%、継続入院 24%）、自宅 39% ⇒　*平成 27 年度に実施した「在宅医療等に関する市民意識調査（20～80 代を対象）」では⑤について自宅と回答したのは 60 代 28%、70 代 30%、80 代 40%となっており、今回の調査との比較で自宅を希望する割合は若干増えてきたことが窺えた。同様に⑥について、自宅と回答したのは 60 代 33%、70 代 34%、80 代 48%となっており、自宅を希望する割合はあまり変化がないことが窺えた。引き続き、市民のニーズに寄り添い、家族があまり負担を感じず、療養者が最期まで安心して生活ができるよう、必要な介護サービス基盤の整備や医療と介護の連携強化を進めていく必要があるのではないか。*	資料１ P18 6-1-⑴-②
考察２	**問２　からだを動かすことについて** ⑴階段昇降時、壁や手すりをつたわらずにできるか ・つたわらずできる 56%、できない 25%。 ⑵椅子からの立ち上がりが何もつかまらずにできるか ・できる 71%、できない 18% ⑶15 分続けて歩行 ・できる 65%、できない 14% ⑷過去１年間に転倒経験 ・ない 66%、一度ある 22%、何度もある 12% ⑸転倒不安 ・転倒に不安を持っている人が 61%（やや不安 41%、とても不安 20%） ⇒　*介護保険サービスを利用していない高齢者においても身体の動きにくさがあり、転倒不安を持っている。早い段階から、筋肉量を減らさないための運動の機会の確保につなげる必要があるのではないか。*	資料１ P10 5-1-⑴-②

考察 3	⑻外出を控えているか ・はい 23%　控えている理由は、足腰の痛みが 57%、交通手段がない 22% ⑼外出する際の移動手段 ・自動車を自分で運転 58.9%、車に乗せてもらう 28.4%と、ほとんどが車での移動である。 ⇒　*高齢者が車の運転をしなくなった場合においては、生活支援の中で移動手段の確保についても考慮していく必要があるのではないか。*	
考察 4	**問 3　食べることについて** （1）体重・身長から、BMI(体格指数)を算出 ・BMI が、18.5 以上 25 未満の標準体重の人が、71%、18.5 未満の低栄養が疑われる 人が、8%、18.5 以上 20 未満の人が 11%。 （7）半年間に 2～3 キログラム以上の体重減少 ・はい　11% *⇒低栄養は、体力・免疫力の低下につながりやすいため、BMI が 18.5 未満の人や、* *18.5 以上 20 未満で体重減少が続く人については、その後の体重の変化や、食事の* *摂取状況を見ていく必要があるのではないか。*	資料 1 P9 5-1-⑴-① P10 5-1-⑴-②
考察 5	（5）年 1 回以上の歯科受診 ・いいえ 56% ⇒　*後期高齢者歯科口腔健診などの定期的な歯科受診や口腔ケアの重要性について、啓発していく必要があるのではないか。*	資料 1 P10 5-1-⑴-②
考察 6	⑹毎日 2 回以上の主菜と野菜料理の摂取をしているか ・はい 85% ⇒　*食事の摂取量と全体のバランスなどの栄養指導についても、「通いの場」等で取り入れていく必要があるのではないか。*	資料 1 P10 5-1-⑴-②
考察 7	**問 4　毎日の生活について** ⑺農作業を行っているか ・週に 2～3 日以上 29%、週に 1 日 12%、月に 1 ～3 日 13% ⇒　*約半数が、農作業で体を動かしている。*	

考察 8	**問 5　地域での活動について** ⑴地域での会、グループへの参加 ・月 1 回以上の参加状況は、１）趣味関係のグループ 28%、２）収入のある仕事 27%、３）スポーツ関係のクラブ 26%であった。 ・高齢者ふれあいサロンなどの介護予防の通いの場への月 1 回以上の参加 15%、週 1 回以上は 6%である。また、参加していないという人は 75%であった。 ⇒　*週 1 回程度の運動をする機会の確保及び継続した運動の必要性について、さらに啓発していく必要があるのではないか。*	資料 1 P10 5-1-⑴-② P16 5-3-⑵,⑷
考察 9	⑵自主的な健康づくり活動等への参加 ・参加に肯定的な人が約半数（ぜひ参加したい 6%、参加してもよい 44%） すでに参加している人が 11% ⑶自主的な活動の運営への参加 ・参加希望が 26%、すでに参加しているが 9% ⇒　*活動への参加を希望している人については、事業参加への声かけを行っていくこととする。*	資料 1 P16 5-3-⑵,⑷
考察 10	**問 6　たすけあいについて** ⑹生活の困りごと ・ある 20%。 ・内容は、１）通院 38.4%、２）買い物 36.3%、３）町内の活動 27.7% ⑺周りの人の困りごとへの手伝いできるか ・はい 60% ⇒　*周囲の困りごとに対する助け合いの意識が高いことから、有償ボランティア等の活動への参加について、さらに周知及び支援をしていく必要があるのではないか。*	
考察 11	**問 7　健康について** ⑵幸福感・・・とても不幸 0 点～とても幸せ 10 点 ・１）8 点 24%、２）5 点 20%、３）7 点 15%、４）6 点、9 点 10% 平均 7.1 点 ・幸福感が低い人が 6.3%ある。（0 点 12 人、1 点～4 点 221 人）	資料 1 P9 5-1-⑴-①

	⑺介護が必要になった主原因 ・１）高齢による衰弱　14.1%、２）骨折・転倒　13.5%　３）脳卒中　12.8% ４）認知症　8.8%　　介護の必要なし　47.7% ⑻家や部屋に閉じこもり気味だと感じるか ・はい　15% ・その原因 １）腰・膝痛　57.5%、２）出かける気になれない　32.4%　３）交通手 段なし 26.7%　４）難聴　22.5% ⇒　*心の状態の不調から閉じこもりにつながっていくこともあるため、筋肉トレーニングはもとより、心身の活性化、早い段階での認知症予防を含むうつ予防事業についても、取り組んでいく必要があるのではないか。*	
考察 12	**問８　認知症に係る相談窓口の把握について** ⑴ 家族内に認知症状がある人がいるか　　はい　10% ⑵ 認知症窓口を知っているか　　はい　33% ⇒　*認知症の相談窓口について、高齢者や高齢者を抱える家族に対して相談先が周知されるよう工夫する必要があるのではないか。*	資料１ P22 6-2-⑵-③

参考資料３

令和元年度 通所型サービスA及びサービスC参加者の身体機能の評価について

通所型サービスＡ

１．集計分析データのプロフィール

特　性	概　要
計測者数	118 人
性別	男性 13 人（11%）、女性 105 人（89%）
年齢	平均年齢 84.8 歳

参加者のうち、初回と最終と両方の計測があった人。
平均年齢は 84.8 歳である。男性は 84.8 歳、女性は 84.8 歳だった。

２．身体機能の評価（体力評価）

①年齢区分別の初回と最終比較（男性）

身体機能の評価（体力評価）		男性					
		65～74歳		75～84歳		85歳以上	
		平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）
握力（kg）	初回	－	0	31.6	4	25.3	9
	最終	－	0	31.6 →	4	24.2 ↘	9
タイム・アップ・ゴー（秒）	初回	－	0	8.1	4	9.6	9
	最終	－	0	8.2 →	4	11.1 ↘	9
5m最大歩行（秒）	初回	－	0	3.3	4	3.9	9
	最終	－	0	3.8 →	4	4.3 →	9

75～84 歳までの年齢区分では、概ね各評価項目において平均値が維持されている。85 歳以上は、平均値の低下がみられた。

②年齢区分別の初回と最終比較(女性)

身体機能の評価（体力評価）		女性					
		65～74歳		75～84歳		85歳以上	
		平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）
握力（kg）	初回	19.5	3	19.5	43	17.6	59
	最終	20.2 ↗	3	19.3 →	43	16.8 ↘	59
タイム・アップ・ゴー（秒）	初回	7.5	3	8.6	43	9.8	59
	最終	8.3 ↘	3	8.6 →	42	10.6 ↘	59
5m最大歩行（秒）	初回	3.3	3	4.2	43	5.2	59
	最終	3.5 →	3	4.4 →	42	5.7 →	59

84 歳までの年齢区分では、概ね各評価項目において平均値が維持されている。85 歳以上では、平均値の低下がみられた。また、65 歳～74 歳では、握力の平均値が改善した。

通所型サービスＣ

１．集計分析データのプロフィール

特　性	概　要
計測者数	67 人
性別	男性 16 人（24%）、女性 51 人（76%）
年齢	平均年齢 79 歳

参加者のうち、初回と最終と両方の計測があった人。
平均年齢は 79 歳である。男性は 80 歳、女性は 78.2 歳だった。

２．身体機能の評価（体力評価）

①年齢区分別の初回と最終比較（男性）

身体機能の評価（体力評価）		男性					
		65～74歳		75～84歳		85歳以上	
		平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）	平均値	計測人数（人）
握力（kg）	初回	34.3	4	29.7	8	25.2	4
	最終	34.3 →	4	29.4 →	8	23.9 ↘	4
開眼片脚立ち(秒)	初回	50.4	3	13.1	8	14.3	4
	最終	49.4 ↘	3	14.2 ↗	8	17.1 ↗	3
ファンクショナルリーチ（cm）	初回	42.5	4	37.2	8	35.0	4
	最終	44.6 ↗	4	38.8 ↗	8	38.5 ↗	3
長坐位体前屈（cm）	初回	30.0	4	25.5	8	27.6	4
	最終	35.5 ↗	4	28.1 ↗	8	28.7 ↗	3
タイム・アップ・ゴー（秒）	初回	6.8	4	7.2	8	8.2	4
	最終	6.5 ↗	4	6.5 ↗	7	7.2 ↗	3
5m最大歩行（秒）	初回	3.2	4	3.2	8	3.3	3
	最終	2.7 ↗	4	2.9 ↗	8	3.0 ↗	3

どの年齢区分でも、各評価項目において、概ね平均値が維持、又は改善している。若い年代ほど、改善が著しい。

②年齢区分別の初回と最終比較(女性)

身体機能の評価（体力評価）		女性											
		65～74歳				75～84歳				85歳以上			
		平均値		計測人数（人）		平均値		計測人数（人）		平均値		計測人数（人）	
握力（kg）	初回	21.3		12		19.8		27		17.3		12	
	最終	22.3	↗	12		19.7	→	27		17.5	↗	12	
開眼片脚立ち(秒)	初回	35.5		12		20.0		27		19.7		12	
	最終	40.0	↗	12		24.1	↗	27		18.4	↘	12	
ファンクショナルリーチ（cm）	初回	35.5		12		33.6		27		31.5		12	
	最終	36.9	↗	12		34.4	↗	27		32.2	↗	12	
長坐位体前屈（cm）	初回	36.6		12		33.6		26		35.4		12	
	最終	36.2	→	12		35.1	↗	27		36.4	↗	12	
タイム・アップ・ゴー（秒）	初回	6.5		12		7.4		27		8.1		12	
	最終	5.9	↗	12		6.9	↗	27		7.9	↗	12	
5m最大歩行（秒）	初回	3.0		12		3.6		27		3.7		12	
	最終	2.7	↗	12		3.3	↗	27		3.6	↗	12	

どの年齢区分においても、ほとんどの項目で平均値が改善している。

資料　4

第７章「介護サービス基盤の整備」について

１．サービス種類別事業費の推計

⑴居宅介護サービス（介護予防サービスを含む）
⑵地域密着型サービス（介護予防地域密着型サービスを含む）
⑶介護保険施設サービス
⑷介護予防・生活支援サービス

２．介護サービスの基盤整備目標

⑴介護保険施設
⑵居住系サービス
⑶地域密着型サービス

３．介護人材の確保・定着に係る施策の推進

⑴出雲市の取組（文書量削減の取組及び業務の効率化を含む）
⑵国の制度
⑶島根県との連携

４．介護サービスの質の確保と適正化

⑴第三者評価（外部評価）の実施
⑵運営推進会議及び介護・医療連携推進会議の推進
⑶介護相談員派遣事業
⑷事故発生時の連絡・報告体制
⑸介護給付の適正化に向けた取組
⑹自立支援・重度化防止に向けた取組
⑺介護サービス事業所に対する指導監督の徹底

５．出雲市独自のサービス

⑴老老介護支援事業
⑵居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業
⑶認知症グループホーム利用者負担軽減事業
⑷小規模多機能型居宅介護の独自報酬

６．災害・感染症対策に係る体制整備

⑴出雲市の取組
⑵介護サービス事業所における取組

第８期計画策定にあたっては、国の基本指針に基づき、「保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金に係る評価指標」で示された取組を可能な限り反映した計画とする。

１．サービス種類別事業費の推計

サービス種類別事業費の推計は、国が提供する地域包括ケア「見える化」システムを活用し、被保険者数、認定者数の将来推計、介護サービス利用者数、給付費等の実績及び今後の施設整備や施策等を反映し、令和 3～5 年度及び令和 7 年度における各年度の介護サービス見込み量を計画します。

２．介護サービスの基盤整備目標

「団塊の世代」が 75 歳以上となる令和 7 年及び現役世代が急減する令和 22 年の双方を念頭に、人口構造及び介護サービス必要量を見込んで定めるものとするが、さらに「団塊ジュニア世代」が 75 歳以上となり、75 歳以上人口がピークとなる令和 37 年前後の状況も見据えて計画します。

基本指針

令和７年(2025)・令和 22 年(2040)を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

〇令和 7 年(2025)・令和 22 年(2040)を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性を踏まえる必要がある。

〇整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

評価指標

・保険者の方針に沿った地域密着型サービスの整備を図るため、保険者独自の取組を行っているか。

・管内の住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等について、県と連携し市町村介護保険事業計画の策定等に必要な情報を把握しているか。

特記事項

・令和元年度に実施した「居宅介護支援事業所アンケート調査」の結果を参考に、地域で不足する介護サービスを選定し、地域に必要な介護サービスについては、参入意向調査の実施を検討します。

・事業者の施設整備等の意向を反映させます。

３．介護人材の確保・定着に係る施策の推進

現状の介護人材不足に加え、将来の現役世代の減少により地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題である。

本市では、本年度から第８期計画の最終年度となる令和5年度までの４年間を介護人材確保・定着施策の集中実施期間に位置づけ、各種施策を推進し、将来的に質の高い安定した介護サービスを供給していくための体制づくりを進めていきます。

基本指針

地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

〇介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

〇介護現場における業務仕分けやロボット・ＩＣＴの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

〇総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載

〇要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

〇文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

評価指標

・介護保険事業計画に、介護人材の確保・資質の向上、業務の効率化・質の向上に関する事項を位置付けているか。

・介護人材の確保に向け、介護サービス事業者・教育関係者等と連携して行う取組等の実施

・介護人材の定着に向けた取組の実施

・介護に関する入門的研修を実施しているか。

・ボランティアポイントの取組を実施しているか。

・介護施設と就労希望者とのマッチングに取り組んでいるか。

・介護助手等の元気高齢者の就労的活動の促進に取り組んでいるか。

・高齢者の就労的活動への参加者の伸び率が何ポイント以上向上

・文書量削減に係る取組を行っているか。

特記事項

・令和3年度以降の取組については、昨年度に続き本年度実施予定の介護人材確保・定着に係る施策に関するアンケート調査結果を踏まえ「介護人材の確保・定着に係るプロジェクト会議」において検討します。

４．介護サービスの質の確保と適正化

第８期計画では、介護サービスの質の確保・向上と介護給付費の適正化を図るため、第7期計画での取組をさらに拡充し、給付費適正化主要５事業（①要介護認定の適正化②ケアプラン点検③住宅改修・福祉用具の点検④医療情報との突合・縦覧点検⑤介護給付費通知）を重点的に取組んでいきます。

基本指針

介護給付の適正化への取組及び目標

評価指標

・当該地域の介護保険事業の特徴を他の地域と比較して分析の上、介護給付の適正化の方策を策定し、実施しているか。
・地域支援事業における介護相談員派遣等事業を実施しているか。
（同一事業所への訪問頻度が１～２週間に１回）
・管内の介護事業所に対し、事故報告に関する支援を行っているか。
・危機管理部局及び関係機関と連携し、管内の介護事業所と定期的に災害に関する必要な訓練を行っているか。
・介護給付の適正化事業の主要５事業のうち、いくつ実施しているか。
・ケアプラン点検をどの程度実施しているか。
・医療情報との突合結果をどの程度点検しているか。
・縦覧点検 10 帳票のうち、いくつの帳票の点検を実施しているか。
・福祉用具の利用に関しリハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けているか。
・住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みを設けているか。
・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅において、家賃や介護保険外のサービス提供費用等の確認や、介護相談員等の外部の目による情報提供等に基づき、不適切な介護保険サービスの提供の可能性がある場合は、利用者のケアプランの確認等を行い、必要な指導や都道府県への情報提供を行っているか。
・所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に一回（16.6%）以上の割合で実地指導を実施しているか。
・介護保険事業計画に、介護人材の確保・資質の向上、業務の効率化・質の向上に関する事項を位置付けているか。

特記事項

・ケアプラン点検等の給付費適正化の強化のため、本年度から介護支援専門員を高齢者福祉課に配置しました。

５．出雲市独自のサービス

本市では、在宅生活を支援するための独自事業を実施しています。

介護保険運営協議会での事業の点検・評価に基づき、第８期期間中の実施について検討します。

①老老介護支援事業
②居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業
③認知症グループホーム利用者負担軽減事業
④小規模多機能型居宅介護の独自報酬

６．災害・感染症対策に係る体制整備

介護サービスは、要介護・要支援の高齢者やその家族にとって住み慣れた地域における生活を支えるために必要不可欠なものであり、災害や新型コロナウイルス感染症の発生による介護サービス提供体制に対する影響をできるだけ縮小していくことが重要です。

そのためにも、市では介護サービス事業所と連携し、防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練を実施するとともに、関係部局と連携し介護サービス事業所における災害・感染症発生時に必要な物資の備蓄を行います。

また、災害・感染症発生時の応援体制についても、県及び関係団体との連携により体制を構築し、災害や感染症が発生した事業所を支援していきます。

一方、介護サービス事業所においては、災害時等でもサービス提供を維持していくため、事業継続に必要な事項を定める「事業継続計画（ＢＰＣ）」を作成していくことが有効とされています。現時点において、市内事業所における事業継続計画の策定が進んでいないため、全事業所が計画策定を行い、災害等発生時においてサービスが継続的に提供できるよう支援していきます。

基本指針

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、これらへの備えの重要性について記載

評価指標

・危機管理部局及び関係機関と連携し、管内の介護サービス事業所と定期的に災害に関する必要な訓練を行っているか。

資料　４－１

介護サービスの質の確保と適正化に向けた取組について

第７期計画においては、市内介護サービス事業所・施設の介護サービスの質の確保と適正化を図るため、下記の７項目について取組んでいます。

第８期計画では、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備や介護給付費の適正化を図るため、第７期計画の取組をさらに推進していく考えであります。

記

１．第７期計画の取組状況

取組内容	実施状況
⑴第三者評価（外部評価）の実施 グループホーム、（看護）小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、国の基準により介護サービスの改善及び質の向上を目的とした第三者評価（外部評価）を実施しなければならないため、全事業所で実施するよう指導する。	（実施率） H30年度：95%（38/40事業所） ・グループホーム18/20事業所 ・（看護）小規模19/19事業所 ・定期巡回　1/1事業所 Ｒ１年度：95%（38/40事業所） ※未実施事業所には指導済
⑵運営推進会議及び介護・医療連携推進会議の推進 地域密着型サービス事業所は、利用者・家族、地域住民代表、地域包括支援センター、市が参加する運営推進会議等を国の基準により開催しなければならないため、全事業所で実施するよう指導する。	（実施率） H30年度：94％（106/112事業所） Ｒ１年度：94％（106/112事業所） ※未実施事業所には指導済
⑶介護相談員派遣事業 介護サービスの質の向上を図るため、市内介護サービス施設、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅へ介護相談員を定期的に派遣する。	（実施率） H30年度：99％（332/334事業所） Ｒ１年度：90％（302/334施設） ※Ｒ２年３月以降は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため派遣を中止している。 ※介護相談員受入れを希望しない事業所３施設へは引き続き受入れを打診する。

取組内容	実施状況
⑷事故発生時の連絡・報告体制 本市の「事故発生時の連絡及び報告に関する取扱要綱」に基づき、事業者から速やかに事故報告を受ける体制を整備し、事故発生後の連絡や再発防止に向けた取組を確認することとしている。また、重大な事故発生時には、現地確認を行い、再発防止に向けた改善策の確認を行う。さらに、年間の事故報告をまとめ分析結果を全事業所へ情報提供する。	（事故報告件数） H29年度：230件 H30年度：229件 R１年度：184件 ※事業所からより具体的な事故報告を求めるため、事故報告様式を令和２年度に改正した。
⑸介護給付の適正化に向けた取組 ①要介護認定の適正化 認定調査員及び認定審査委員に対する研修会を実施する。 ②ケアプラン点検 居宅介護支援事業所の実地指導時又は来庁方式によりケアプラン点検を実施する。 ③医療情報との突合・縦覧点検 給付適正化事務員を配置し、国保連の医療給付情報・介護給付情報を基に点検を実施する。 ④介護給付費通知 介護サービス利用実績のある被保険者に対し、サービス費の明細を通知する。	①研修会開催回数 各年度：各１回 ②R２年度から介護支援専門員を配置し、ケアプラン点検を実施している。 ③点検による過誤件数及び金額 H30年度：117件(1,319,838円) R１年度： 76件(953,884円) ④通知件数 H30年度:9月 11,512件、3月 11,727件 R１年度:9月 11,733件、3月 11,755件
⑹自立支援・重度化防止に向けた取組 ①ケアマネマニュアルの更新 ②地域ケア個別会議の開催	①第７期中の更新回数 ２回（R1.7月改訂、R2.7月改訂予定） ②会議開催数 H30年度：12回、R1年度：11回
⑺介護サービス事業所に対する指導監督の徹底（実地指導・集団指導の実施） 介護給付等サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図るため、所管する地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所について、指定期間中に１回以上（16.6%）の割合で実地指導を実施する。また、年１回、全事業所を対象とした集団指導を実施する。	（実地指導の実施割合） H30年度：15.8%（25/158事業所） R１年度：20.1%（33/164事業所）

２．第８期計画での検討事項（新たな取組や変更点）

⑴新たな取組について

介護給付の適正化に向けた取組

給付費適正化主要５事業のうち、本市で未実施となっている「住宅改修・福祉用具の点検」について、今後実施方法等を検討し第８期計画中に実施することを検討する。

（住宅改修点検の実施方法案）

住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みを設ける。

①被保険者から提出された住宅改修費支給申請書の市における審査の際に、建築専門職、リハビリテーション専門職等により点検を行う仕組みを設ける。

②住宅改修の実施前又は実施の際に、実際に改修を行う住宅をリハビリテーション専門職が訪問し、点検を行わせる仕組みを設ける。

（福祉用具点検の実施方法案）

福祉用具の利用に関し、リハビリテーション専門職が関与する仕組みを設ける。

①地域ケア会議の構成員としてリハビリテーション専門職を任命し、会議の際に福祉用具貸与計画も合わせて点検を行う。

②福祉用具専門相談員による福祉用具貸与計画の作成時に、リハビリテーション専門職が点検を行う仕組みを設ける。

③福祉用具貸与開始後、用具が適切に利用されているか否かをリハビリテーション専門職が点検する仕組みを設ける。

⑵内容変更

介護相談員派遣事業（介護相談員の訪問の頻度の変更）

本市の介護相談員派遣事業では、介護相談員は担当する施設を２～４か月に１回の頻度で訪問し、相談員一人当たり月４～６施設を訪問することとしている。

このたび、本年度の保険者機能強化推進交付金等の評価指標において、「介護相談員が担当する同一事業所を概ね１～２週間に１回程度訪問している場合は加点できる」と示されたことから、一部の訪問施設について、２週間に１回程度の訪問を行う計画に変更することを検討する。

「介護相談員派遣等事業の実施について」

（平成 18 年５月 24 日付け厚生労働省老健局計画課長通知）抜粋

介護相談員は、担当する事業所等を定期又は随時に訪問する。訪問の頻度は、概ね１～２週間に１回程度を目安とする。

資料　４－２

出雲市独自サービスの実施について

本市が実施する次の独自事業について、第７期計画中の実施状況を検証し、第８期計画中の実施について検討を行います。

１．老老介護支援事業
２．居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業
３．認知症グループホーム利用者負担軽減事業
４．小規模多機能型居宅介護の独自報酬

出雲市老老介護支援事業について

１．出雲市老老介護支援事業（H22 年 10 月から実施）

要介護状態の高齢者及び要介護者を在宅で介護している家族に対し、生活支援サービス券を交付し、日常生活上の家事援助等の生活支援サービスの利用を助成することにより介護者等の介護負担等の軽減、要介護者の在宅生活の継続を支援する。

➢ 対象者：出雲市に在住の次の要件をすべて満たす世帯

①65 歳以上のみの世帯（独居を含む）

②世帯全員が非課税

③要介護１以上の世帯員がいる　※H30 年度から対象を拡大

（施設入所や長期入院等は対象外）

➢ 給付するもの：老老介護生活支援サービス券

（500 円×6 枚＝）3,000 円分／月　＜※最大 36,000 円分／年＞

有効期限あり　事業年度初日から 15 ヶ月

※R2 年度から有効期限の延長

【理由】対象世帯の要件拡大により件数が増加し、年度更新の事務処理に時間を要しサービス券の交付時期が遅くなった。このことにより、利用者に不利益が生じないようにするため。

➢ 利用できるサービス（※介護保険給付対象外のサービス）

① 家事に関する支援（調理・買物・掃除・片付け・除草・剪定・除雪　など）

② 家屋の修繕等（障子や襖の張替え、電球の取替え、家屋内外の小修繕など）

③ 通院介助等（通院や買物の付添い料金）

※R2 年度から家事に関する支援の中に除雪を追加

【理由】H31 年 2 月の大雪の際に、高齢者世帯に対してできる支援を考えるべきとのことから検討していた。現在、事業所を募集中。

➢ サービス提供事業者・・・33 事業者（R2.7.1 現在）

※事業者が市へ申請し、市がサービス提供事業者として指定している

【要件】① 市内に事業所（個人の場合は住所）を置いていること

② 申請するサービスについて１年以上の提供実績があること

③ 市税の滞納がないこと　　など

２．実績（会計年度の実績）

サービス券

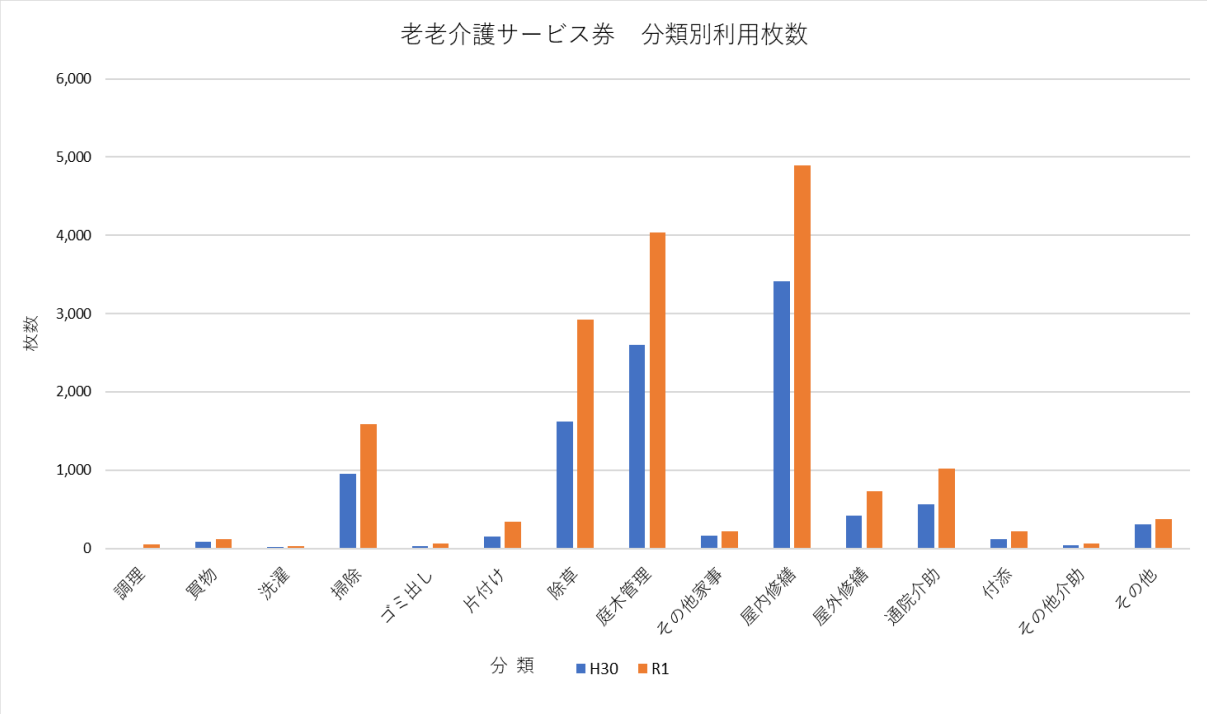
年度	交付世帯数	交付枚数	利用枚数
H25	154	9,894	5,066
H26	171	10,806	4,743
H27	176	11,683	5,052
H28	205	13,278	5,143
H29	183	11,514	4,403
H30	566	40,248	10,488
R1	560	39,918	16,651

↓対象拡大

事業費　（千円）

年度	需用費（用紙・封筒等）	役務費（郵送料）	委託料（システム処理）	サービス利用料	計
H25	60	75	567	2,533	3,235
H26	62	87	583	2,372	3,104
H27	62	89	583	2,526	3,260
H28	62	115	583	2,571	3,331
H29	62	90	583	2,202	2,937
H30	309	442	2,018	5,244	8,013
R1	211	418	1,125	8,326	10,080

↓対象拡大



利用枚数が多い順…①屋内修繕（障子や襖の張替・建具や屋内の小修繕等）

②庭木の剪定③除草　④掃除　⑤屋外修繕

３．令和元年度に実施したアンケート調査の結果

⑴送付件数　　４４７件（更新申請時に、申請勧奨文書とともに送付）
回収件数　　３４３件（R 元年度の申請書とともに返送）
※回収率　76.73％

⑵回答者の状況

世帯人数	未使用者	使用者	計
ア　1人	49	111	160
イ　2人	30	134	164
ウ　3人以上	5	11	16
不明	1	2	3
計	85	258	343

未使用理由

ア　使い方がわからない	40
イ　特に使う必要がなかった	23
ウ　使いたいサービスがない	8
エ　その他	13
記入なし	1
計	85

忘れていた、無くした、
今のところ家族がしてくれる　など

⑶利用サービス内容（複数回答）

	1人世帯	2人世帯	3人以上世帯	不明	計	順位	割合
ア.料理	8	5			13	8	3%
イ.買物	13	11			24	6	5%
ウ.洗濯	3	4			7	11	1%
エ.屋内外の掃除	21	27	1	2	51	3	11%
オ.ゴミ出し	13	5			18	7	4%
カ.片付け(整理整頓など)	12	13	1		26	5	6%
キ.除草・庭木管理	69	67	6	2	144	1	31%
ク.屋内外の修繕	40	81	10	2	133	2	28%
ケ.通院時の介助	18	15			33	4	7%
コ.通院以外の付添い	10	2			12	9	3%
サ.その他		8			8	10	2%
記入なし	43	27	5	1	76	－	－
計	250	265	23	7	469	－	－

代筆、裁縫、家具移動、墓掃除、留守番

記入有の計

⑷増やしてほしいサービス事業所（複数回答）

	合計	順位
ア.料理	20	8
イ.買物	22	7
ウ.洗濯	11	10
エ.屋内外の掃除	78	3
オ.ゴミ出し	17	9
カ.片付け（整理整頓など）	46	5
キ.除草・庭木管理	117	1
ク.屋内外の修繕	100	2
ケ.通院時の介助	59	4
コ.通院以外の付添い	32	6

【検証】

サービス券の利用割合が低い状況である。理由は様々であるが、利用の促進に向けた周知や、サービス券を利用できる事業所の増加に向けた取組を行う必要がある。

４．第８期の方向性について

●現行事業を継続する。

高齢化が進行し、高齢者のみの世帯や高齢者の一人暮らし世帯の増加が見込まれる中、在宅生活を継続する上で、日常生活上の家事等の援助が益々求められることから、第８期計画においても事業を継続する。

居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業について

１．居宅サービス費区分支給限度基準額拡大事業　（平成 15 年度から実施）

在宅で生活する要介護３以上の要介護者で、区分支給限度基準額の枠内ではニーズに対応した在宅サービスの必要量を確保できない対象者に対して、区分支給限度基準額を超えて利用できる拡大枠を設け支援する。

- 対象者　：要介護３以上
- 利用上限：区分限度基準額の１．３倍
- 支給額　：区分限度基準額超過分の７割

※区分支給限度基準額

在宅で１か月間に利用できる介護サービス利用料金の上限額。要介護別に設定されている。

２．実績

（単位：千円）

計　　画	第５期			
年　　度	Ｈ２４	Ｈ２５	Ｈ２６	合計
利用人数	１１	１１	１０	３２
支給額	４，２７０	３，３２０	３，１０４	１０，６９４
計　　画	第６期			
年　　度	Ｈ２７	Ｈ２８	Ｈ２９	合計
利用人数	９	５	４	１８
支給額	２，７２３	２，４３０	２，１６３	７，３１６
計　　画	第７期			
年　　度	Ｈ３０	Ｒ１	Ｒ２	合計
利用人数	４	４	－	－
支給額	１，０９８	４５５	－	－

【検証】支給対象者の要件は、要介護３以上の中重度者であり、一般的には介護保険施設等への入所するケースが多い。また、居宅サービスから小規模多機能型居宅介護への利用に切り替えたことにより、枠内に収まっているケースもあることから、本事業の利用者は減少傾向にある。

３．第８期の方向性について

●現行事業を継続する。

利用者数は減少傾向にあるが、利用者の在宅生活の安定と継続を引き続き支援するため、第８期計画においても事業を継続する。

認知症グループホーム利用者負担軽減事業について

１．認知症グループホーム利用者負担軽減事業（平成 25 年度から実施）

認知症グループホーム利用者の所得等の状況に応じて、事業者が居住費（家賃・光熱水費）を軽減し、減額分を市から助成する。

⑴対象者：出雲市内の認知症グループホーム利用者

⑵減額：以下のとおり

負担段階	負担軽減の対象者	月の軽減額（日割額）
第１段階	・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方	12,000 円 （400 円）
第２段階	・世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額８０万円以下の方	10,000 円 （330 円）
第３段階	・世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額８０万円を超える者	8,000 円 （270 円）

【支給実績】

年度	平成 27 年度 (2015)	平成 28 年度 (2016)	平成 29 年度 (2017)	平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)
利用人数（1 月あたり）	243	253	247	253	261
支給額（千円）	22,137	22,318	22,569	26,549	27,317

２．事業所アンケート結果

	拡充	維持	縮小・廃止	計	意見
事業継続	10	27	1	38	・グループホームは他施設と比べて利用料が高いため、事業は継続して欲しい。 ・利用料が高額で、入所を諦める方や、本人の年金収入では不足する部分を家族が負担するケースが多い。
軽減額	14	23	1	38	・妥当な額だと思う。 ・利用者の立場で考えれば軽減額は多い方が嬉しいが、軽減額引き上げによって支給額が増えると、事業自体が継続できなくなるのではとも考える。
軽減対象者の要件	14	24		38	・軽減段階を増やして、住民税課税世帯の方も軽減を受けられるようにして欲しい。 ・要件を利用者本人の所得、年金収入のみにして欲しい。

【検証】市内認知症グループホームの１か月の利用料金（食費、居住費、光熱水費の合計）の平均値は約 98,700 円であり、大幅な軽減にはなっていないが、事業者からは事業継続・拡充の声が高い。

３．第８期の方向性について

●現行事業を継続する。

事業開始から７年が経過し、市内グループホーム事業所数の増加に伴い、負担軽減事業認定者も増加傾向にある。

アンケート調査では、ほとんどの事業所が本事業の継続を希望している。

また、県内他市の同様事業との比較や本市の財政状況等を考慮すると更なる拡充を行わず、現行のとおり継続すべきと考える。

（検討項目）

負担段階の拡充（軽減対象者の要件に第４段階を追加等）

【参考資料】他市との比較

	出雲市	松江市	雲南市	大田市
対象者要件	①生活保護受給者等 ②世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円以下の方 ③世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円を超える方	①生活保護受給者等 ②世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円以下の方 ③世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円を超える方	①生活保護受給者等 ②世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円以下の方 ③世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額等の合計が年額80万円を超える方	①老齢福祉年金受給者 ②①以外の利用者のうち、「社会福祉法人等による利用者負担軽減制度」の要件（※）を満たす方（生活保護受給者を除く）
軽減額	①12,000円／月 ②10,000円／月 ③8,000円／月	①10,000円／月 ②10,000円／月 ③5,800円／月	①12,000円／月 ②10,000円／月 ③8,000円／月	①利用料（食費・居住費・光熱水費）の50％ ②利用料の25％
施設数	38	39	10	7

小規模多機能型居宅介護の独自報酬について

１．小規模多機能型居宅介護の独自報酬（平成 25 年度から実施）

小規模多機能型居宅介護は、「通い・訪問・泊り」を組み合わせたサービスを月額の包括料金で提供するが、利用者に対して充実したサービスを提供した場合でも、介護報酬額に反映されないため、本市において加算方式の独自報酬を設定する。

⑴対象者：出雲市内の小規模多機能型居宅介護事業所

⑵加算額：以下のとおり　（10 円／単位）

区分	算定要件	単位数	種別
加算Ⅰ （人員体制）	日中の時間帯において、人員配置基準上必要な介護従業者の数に、常勤換算方法で１を加えた数以上の介護従業者を配置している。	200 単位／月	体制加算
加算Ⅱ （認知症）	認知症高齢者等の日常生活自立度Ⅱの要介護利用者（認知症加算対象者を除く。）を受け入れている。	200 単位／月	対象者加算
加算Ⅲ （情報提供）	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者にかかる必要な情報を、入院してから遅くとも７日以内に提供している。 病院等又は老人福祉施設等を退院・退所直後に利用開始する者もしくは既に利用登録している者が退院するにあたって、当該病院等の職員と面談を行った上で、退院・退所情報記録書及びサービス計画を作成した場合に算定。（初期加算との併用可）	100 単位／月 1 人につき 200 単位／月まで算定可（入院・退院各 1 回まで）	対象者加算
加算Ⅳ （独居）	独居の利用者に対して、サービスの提供を行っている。ただし、当該小規模多機能型居宅介護事業所の所在する建物と同一の敷地に居住する利用者については算定しない。また、宿泊サービスの利用日数がその月において 15 日以上である月については、算定しない。 なお、利用者以外の全世帯員が要介護度 3 以上の場合は、独居に準ずるとして算定が可能。	200 単位／月	対象者加算
加算Ⅴ （訪問）	1 月 60 回以上の訪問サービスを提供する利用者を受け入れている場合に算定する。ただし、当該小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に居住する利用者に対する訪問サービスは対象としない。	200 単位／月	対象者加算

※体制加算　：事業所の登録者全員について算定

※対象者加算：該当する登録者のみについて算定

※１人あたりの最大加算合計は 1,000 単位（法定上限は 1,000 単位）

【実績】

（単位：千円）

年度	加算Ⅰ		加算Ⅱ		加算Ⅲ		加算Ⅳ		加算Ⅴ		計	
	算定額	事業所	算定額	事業所	算定額	事業所	算定額	事業所	算定額	事業所	算定額	事業所
H29	2,649	3	121	12	30	5	442	11			4,339	14
H30	1,802	3	136	13	46	4	458	10	134	5	3,802	13
R1	2,156	4	133	15	42	4	514	9	188	4	4,232	15

【検証】市内の小規模多機能型居宅介護の全 17 事業所のうち、加算を算定しているのは 15 事業所である。

特に算定額の多い加算Ⅰを算定している事業所は、訪問体制強化加算を算定できない有料老人ホーム併設の事業所が多い。

加算Ⅱは、15 事業所において算定している。

加算Ⅲは、情報提供を行っているが、算定はしていないという事業所が複数あった。

２．事業所アンケート結果

（調査実施月：令和２年６月）

区分	回答結果		意　見
Ⅰ人員配置	拡充	2	・良質なサービスを提供するには、十分な人員が必要。
	維持	１１	・介護職員が不足している現状で、基準上必要な人員数を確保するのは困難であるため。
	縮小･廃止	2	・訪問体制強化加算を算定している。 （未回答１）
Ⅱ認知症	拡充	7	・もう少し単価を上げていただきたい。 ・限られた人員での対応は職員への負担が増大している。 ・介助量が増えていても、自立度の見直しがされてない方も多い。 ・認知症状の方の利用受入れのためにも必要である。
	維持	9	・該当者へのサービス提供の質の維持のため。 ・要件に該当する方は常に一定数おられる。家族側にも、該当者が問題行動がないまでも、見守り等が必要な認知症がある方である、という理解に結び付き易く助かっている。
	縮小･廃止	0	
Ⅲ情報提供	拡充	1	・実際にかかる業務量から考えると、単位が小さすぎる。
	維持	１５	・入退院時における情報提供は行っているが、入院先の病院によっては、対応が統一されていないため算定条件に満たない。 ・現状、情報提供は行っているが、算定はしていない。
	縮小･廃止	0	

区分	回答結果		意　見
Ⅳ 独 居	拡充	6	・独居の方を支援するのは手間がかかる事が多い。単価の増額を望む。 ・独居の方への支援はおのずとサービス量も多く、時間がかかっている。 ・独居の方について、困難事例の受入れもあり、今後も加算が必要。 ・軽度でも独居だと訪問回数が多い。 ・細やかな支援が重度化を予防している。
	維持	9	・サービスの質の維持のため。 ・要支援の方にもあると助かる。
	縮小･廃止	0	（未回答１）
Ⅴ 訪 問	拡充	7	・必要な職員配置と時間がかかっている。 ・件数を縮小してほしい。（要件緩和） ・業務量を考えると、単位数が小さく感じる。 ・柔軟に訪問サービスを提供するうえで、必要である。
	維持	8	・要支援の方に対する評価もあるとよい。
	縮小･廃止	0	（未回答１）

～新たに加えたほうが良いと思われる加算項目についての回答（抜粋）～

○要介護度改善加算…受け入れた利用者が適切な小規模多機能型居宅介護計画に基づき提供されたサービスにより、要介護度の区分が軽くなった場合に算定する。

○通院介助への加算…利用者の通院介助を行った場合に算定する。

○登録者数が激減した場合に体制を維持する加算

３．第８期の方向性について

●現行の算定基準を継続する。（見直しもあり）

平成 25 年度から独自報酬制度を開始しており、平成 30 年度には、加算項目の追加や一部算定基準の拡充・見直しを行うなど、事業所のニーズに即した算定要件により、本事業は定着してきた。

しかしながら、算定の少ない加算項目（加算Ⅲ）もあることから、一部の加算項目を見直し、新たな加算項目（要介護度改善加算）を取り入れることも検討していく。