

第9期にっしん高齢者ゆめプラン(令和 6 年度～8 年度) 進捗管理まとめ

※基本目標に記載の重点内容に関する取組のみ記載

基本目標1 介護予防・重度化防止の推進

【取 組】

- (1) 高齢者一人ひとりの健康に関するリスク(低栄養・糖尿病・健康状態不明者など)に応じた個別支援(一部にセルフマネジメント支援を含む)を実施しました。
- (2) 医療・介護データ等の分析に基づき、骨粗しょう症・骨折予防や栄養等のテーマを設定し、関係部署と連携したポピュレーションアプローチを実施しました。
- (3) 高齢者一人ひとりの生活に関する課題(外出・移動・歩行・掃除など)と本人の思いを踏まえたアセスメント強化(日進市チェックリスト2の作成)を図り、通所型サービス活動 C において、セルフマネジメントの定着と生活の再自立(リエイブルメント)に向けた支援を実施しました。
- (4) 地域の特性とニーズを踏まえ、つどいの場や企業等と連携した教室などにより、様々な形で社会参加の機会を拡充し、住民主体の移動支援活動の支援、くるりんバスシニアパス 75、くるりんタクシーを実施しました。

【課 題】

- (1) 受診や行動変容につながりにくい人への継続的な働きかけや支援終了後のセルフマネジメントの維持が課題です。生活の再自立(リエイブルメント)に向けた支援を進める必要があります。併せて地域での活動につなげる仕組みが必要です。
- (2) 地域課題に応じたポピュレーションアプローチを継続するとともに、多様な社会参加の機会を確保し、参加者と担い手が活動を継続できる仕組みを整える必要があります。

基本目標2 在宅生活支援の充実

【取 組】

- (1) 高齢者がいつでも適切な保健・医療・福祉サービスや関係機関、地域資源へ接続できるよう、地域包括支援センター、在宅医療・介護連携支援センター、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等とのネットワークの構築と相互の連携強化を図りました。
- (2) 地域ケア会議などで、本人の思いや強みに着目した個別事例を通じ、介護予防・自立支援の視点でケアマネジメントの質の向上や本人の課題解決に向けて多職種と検討しました。
- (3) リハビリテーション専門職による同行訪問により、生活機能や生活環境を中心としたケアマネジャーのアセスメント支援体制を構築しました。
- (4) 家族介護者向け事業、介護人材確保に向けた研修費助成、在宅生活を支える生活支援サポーターの養成等を行いました。また、事業所の事務負担軽減に向け、電子申請・届出システムの利用体制を構築しました。

【課 題】

- (1) 後期高齢者の増加や高齢者を取り巻く課題の複雑化を見据え、地域包括支援センターの専門職の確保と人員体制の整備、介護予防・自立支援の視点に基づくケアマネジメントの質の向上、多職種・多機関との連携強化が必要です。
- (2) 家族介護者事業の周知方法の工夫、介護人材や在宅支援サービスの確保、災害に備え平時からの在宅医療・介護・福祉の連携体制の整備を進める必要があります。

基本目標3 地域共生社会の実現

【取 組】

- (1) 認知症サポーター養成講座、チームオレンジ設立に向けた取組、本人交流会や認知症カフェを通じて、認知症への理解促進と居場所づくりを進めました。また、「新しい認知症観(認知症になってもその人が希望を持って自分らしく暮らし続ける)」を踏まえ、本人の声や思いを起点とした普及啓発を市民と協働で実施しました。
- (2) 認知症初期集中支援チームにより、医療・介護の専門職が連携し、認知症が疑われる人のアセスメントや受診勧奨を行うなど、本人・家族への支援を実施しました。
- (3) 認知症地域支援推進員を中心に、認知症カフェや郵便局、JA など地域の様々な関係機関とのネットワークを構築しました。
- (4) 警察との連携協定に基づき、行方不明高齢者に関する情報共有や、早期発見・早期保護に向けた連携を行いました。
- (5) 高齢者虐待防止ネットワークや権利擁護に関する関係機関との連携を通じて、高齢者の意思決定支援、虐待対応、成年後見制度等の利用支援を進めました。
- (6) 生活支援コーディネーターを中心に地域資源を把握・開発し、住民主体の生活支援サービス等を推進しました。

【課 題】

- (1) 認知症に関する正しい理解と「新しい認知症観」の普及を進め、本人の声を施策に反映するとともに、本人交流会や認知症カフェ等、認知症の人でも安心して参加でき、役割を持ちながら共に支え合うことのできる身近な場所を増やす必要があります。
- (2) 本人の意思を尊重した支援を進めるため、アセスメントツールの活用や継続的な問いかけを行う等、本人の思いや価値観を継続的に確認する支援が必要です。
- (3) 早期相談・受診につなぐ支援体制を充実すると共に、複合的な課題へは関係機関が連携した包括的支援を行うことが必要です。
- (4) 多様な社会資源の充実や担い手の確保を進めるとともに、地域の特性・課題など実情に応じた生活支援体制を強化する必要があります。