

第4章 第9期計画における施策・事業の展開

1. 健康で生きがいのある暮らしの推進

- 引き続き、要支援・要介護状態となることをできる限り防ぎ、遅らせること（介護予防）、また要介護状態等になってもその状態を可能な限り維持すること（重度化予防）をめざして取組を進めます。
- 特に、多くの高齢者が早い段階から介護予防の大切さに気づき、自分に合った介護予防活動を見つけ、その活動を自主的に継続することができるよう、周知啓発を徹底することが重要です。

（1）健康づくりと生活習慣病予防の推進

- 国が進める「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」をふまえ、市医療職による健康相談・健康教育を実施します。
- 新規に要支援・要介護の認定を受けたかたの原因疾患を把握し、健診受診率の向上や保健指導に努め、生活習慣の改善を促進します。

（2）自立支援、介護予防・重度化防止の推進

- 高齢者が自立した日常生活を送ることをめざし、介護予防や重度化防止の取組を実施します。
- 市リハビリテーション専門職の訪問による生活動作指導・運動指導等を実施します。
- 「介護予防リーダー養成講座」により、地域での介護予防活動に活用できる知識や運動機能の維持・向上をめざす体操の実践方法を伝え、高齢者の健康づくり（介護予防）を進める人材（介護予防リーダー）の養成を行います。
- 介護予防のための外出・運動等の重要性について周知・啓発するとともに、介護予防教室（アンチエイジングセミナー）、街かどデイハウス、箕面シニア塾等の参加を促進します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●市リハビリ職による 訪問指導の実施	●市リハビリ職による 訪問指導 年300回	●市リハビリ職による 訪問指導 年300回	●市リハビリ職による 訪問指導 年300回
●介護予防リーダー養成	●介護予防リーダー養成 年40人	●介護予防リーダー養成 年40人	●介護予防リーダー養成 年40人
●介護予防教室の開催	●介護予防教室 年延べ2,930人	●介護予防教室 年延べ2,930人	●介護予防教室 年延べ2,930人

(3) 一般介護予防事業の推進

- 高齢者の体力測定（体の元気度測定会）を開催し、測定結果をふまえた運動指導等を行うことにより、高齢者の健康増進に取り組みます。
- シニア活動応援交付金の交付により地域グループ・サークル活動の立ち上げや活性化支援を行います。
- シニアサークルなどを対象に、市医療職が、運動・認知症・お口・体やこころの健康などをテーマに出前講座を行います。
- 「運動はしたいけど何から始めたらいいのかわからない」といったかたを対象に、稲ふれあいセンターなど市内公共施設で運動トレーナーによる体操指導を行います。
- 一般介護予防事業の実施状況について、介護サービス評価専門員会議で実績報告を行い、適宜事業の見直しに向けた検討を行います。
- 市医療職（理学療法士、保健師、歯科衛生士等）が地域包括支援センターと連携し、自立支援・介護予防の取組を推進します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●介護予防普及啓発事業	●介護予防普及啓発事業 高齢者の体力測定参加者 年延べ360人	●介護予防普及啓発事業 高齢者の体力測定参加者 年延べ360人	●介護予防普及啓発事業 高齢者の体力測定参加者 年延べ360人
●地域介護予防活動支援事業	●地域介護予防活動支援事業 シニア活動応援交付金の交付 年35件 出前講座 年50回 運動トレーナーによるシニア向け体操指導 年延べ5,000人	●地域介護予防活動支援事業 シニア活動応援交付金の交付 年35件 出前講座 年50回 運動トレーナーによるシニア向け体操指導 年延べ5,000人	●地域介護予防活動支援事業 シニア活動応援交付金の交付 年35件 出前講座 年50回 運動トレーナーによるシニア向け体操指導 年延べ5,000人
●一般介護予防評価事業	●一般介護予防評価事業 介護サービス評価専門員会議での実績報告	●一般介護予防評価事業 介護サービス評価専門員会議での実績報告	●一般介護予防評価事業 介護サービス評価専門員会議での実績報告
●地域リハビリテーション事業	●地域リハビリテーション事業 多職種連携元気サポート会議 年4回	●地域リハビリテーション事業 多職種連携元気サポート会議 年4回	●地域リハビリテーション事業 多職種連携元気サポート会議 年4回

(4) 生きがい支援の充実、社会参加・参画の促進

- シニアクラブ活動の支援などにより高齢者の社会参加を促進します。
- 高齢者の交流・活動拠点（通いの場）の運営支援、周知を行います。

事業評価指標 (主な取組)	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
● 稲ふれあいセンターの利用者数の増(高齢者の社会参加の促進) ● 通いの場の数の増	● 稲ふれあいセンターの利用者数の増 ● 通いの場の数の増	● 稲ふれあいセンターの利用者数の増 ● 通いの場の数の増	● 稲ふれあいセンターの利用者数の増 ● 通いの場の数の増

2. 地域包括ケアシステムの推進

(1) 地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係性

- 地域共生社会の実現に向け、包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて、医療と介護の連携強化や医療・介護の情報基盤の一体的な整備による地域包括ケアシステムの一層の推進や、保険者機能を一層発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、介護予防や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域の実情に応じて取組をデザインし、地域共生社会の実現を図っていきます。

(2) 地域包括支援センターの機能・体制強化と地域ケア会議の推進

ア 地域包括支援センターの設置と機能・体制強化

- 市直営地域包括支援センターを含めた5センターは、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を行い、担当圏域の状況に応じた、住まい、医療、介護、予防、生活支援等のサービスが適切に提供される「地域包括ケアシステム」の基盤づくりを推進します。
- 増大するニーズに対応し、地域包括ケアシステムの中核的な機関としての機能を果たすために、地域包括支援センターにおける質の確保、高齢者数の増加に伴う専門職の確保、体制の整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業（※P146～147参照）において、障害福祉や児童福祉、生活困窮など他分野との連携を促進しながら、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を実施します。
- 地域包括支援センターの適切な関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することにより、介護予防を居宅介護支援事業所と連携し、推進していきます。

イ 地域包括支援センターの適切な運営及び評価

- 地域包括支援センターの活動については、各従来型センターの自己評価とともに基幹型センターが業務評価を行います。国における評価指標に併せて市独自評価指標を設定し、その指標に基づき介護サービス評価専門員会議において継続的に評価点検を行い、公正・中立的な運用とセンターの質の向上のために必要な改善を図ります。

ウ 地域包括支援センター職員の人材育成

- 地域包括支援センターにおいて対応している高齢者等の生活課題が多様化・複雑化する中で、介護に携わる家族の介護離職等に関する相談などにも応じ、適切に対処できるよう、研修の機会を確保し、職員のスキルアップに努めます。また、厚生

労働省が運用する介護サービス情報公表システムを活用するなど情報提供の充実を図り、併せて地域包括支援センター職員のスキルアップへの支援を進めます。

エ 介護に取り組む家族等への支援の充実

- 地域包括支援センターは、介護保険サービスの利用や介護と仕事の両立に関する相談対応、男性介護者のつどいや認知症家族会（びわの会）などの情報提供、ヤングケアラーに関する相談窓口である教育委員会や支援関係機関との連携を行う等、ヤングケアラーを含む介護に取り組む家族等への支援の充実に努めます。

オ 地域ケア会議の推進

- 地域ケア会議の開催を通じて、引き続き多様な職種と機関との連携協働によりネットワークづくりを進め、地域の高齢者の抱える課題等を集約・検討することにより、高齢者を地域で見守る体制と、高齢者の状態に応じた包括的なケアを行える体制の構築を進めます。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
地域包括支援センター 設置数と配置人数	5か所(20人)	5か所(21人)	5か所(21人)
介護サービス評価専門 員会議での評価	年2回 (自己評価と市評価)	年2回 (自己評価と市評価)	年2回 (自己評価と市評価)
包括センター職員向け 研修開催回数※	年3回	年3回	年3回
地域ケア個別会議 開催回数	年30回	年35回	年40回
地域ケアレビュー会議 開催回数	年3回	年3回	年3回

※新人職員研修、虐待対応研修、弁護士による法律相談研修など

(3) 総合事業の推進

- 引き続き、要支援者及び事業対象者を対象に、第1号訪問事業（訪問型サービス）、第1号通所事業（通所型サービス）、第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）を実施します。
- 総合事業の利用に際しては、地域包括支援センターやケアマネジャーを中心にリハビリテーション専門職やサービス事業者など多職種が関わり適切なサービス利用につなげます。
- 「元気で健康長寿のかたが多い」まちづくりをめざすうえで、本市がこれまで継続して取り組んできた介護予防の取組を引き続き推進することが重要です。基本チェックリスト等により総合事業対象者となったかた等で、定期的な運動により身体状況の回復が見込めるかた等について、運動やリハビリのプログラムを提供する場として、通所型サービスA（緩和型）事業所を確保するため、基本報酬の引き上げ等により、

事業者の参入促進を図ります。（※引き上げ額等については、令和 6 年度介護報酬改定の内容をふまえ最終決定します）

- 総合事業サービスについて、これまでの事業の評価・分析を行ったうえで、利用者や事業者のニーズをふまえた見直しの検討を行います。

事業評価指標 (主な取組)	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
●訪問型サービス 延べ利用者数 ●通所型サービス 延べ利用者数	●訪問型サービス 延べ利用者数 ●通所型サービス 延べ利用者数	●訪問型サービス 延べ利用者数 ●通所型サービス 延べ利用者数	●訪問型サービス 延べ利用者数 ●通所型サービス 延べ利用者数

各年度の数字はサービス見込量算出後精査する

(4) 生活支援体制整備の推進

ア 生活支援コーディネーターと協議体

- 高齢者の生活支援体制の整備を図るため、生活支援コーディネーターを配置し、生活支援等のサービスの多様な提供主体等が参画して、定期的な情報の共有や連携を強化する場として、第1層、第2層それぞれに協議体の設置を行います。
- 市全域レベルを担当する第1層生活支援コーディネーターは、市の基幹型地域包括支援センター職員が担い、第1層協議体において第2層協議体から受ける報告や提案等をふまえ、市全体の生活支援サービスなどの現状や課題について共有し、支援の方向性について協議します。また、生活支援の担い手養成や、協議体参画団体のネットワーク化に取り組みます。
- 小学校区レベルを担当する第2層生活支援コーディネーターは、顔の見える総合相談・支援事業におけるささえあいステーション職員が担い、地域の生活支援ニーズの把握や必要なサービスの創出及びその担い手となる人材の確保と養成を行うため、協議体の拡充などに取り組みます。また、地域ケア個別会議等によって把握された地域の情報をもとに、ニーズとサービスのマッチング等の推進について協議します。なお、顔の見える総合相談・支援事業を含め、生活支援体制整備事業のあり方については、必要に応じて見直しを図ります。
- 引き続き、総合事業の訪問型サービスの担い手を増やすために、身体介護を必要としない生活援助を行う生活支援サポーター養成研修の受講者に対する補助を実施します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
生活支援コーディネーター(第1層)配置人数	1人	1人	1人
生活支援コーディネーター(第2層)配置人数	7人	7人	7人
協議体開催回数 (第1層)	年1回	年1回	年1回
協議体開催回数 (第2層)	小学校区ごとに年1回	小学校区ごとに年1回	小学校区ごとに年1回
生活支援サポーター 養成者数	年20人	年20人	年20人

図表 95：顔の見える総合相談・支援事業のイメージ図

目的	地域共生社会の実現をめざした地域づくり、住民主体の支え合い・助け合い体制の構築
手法	▶個別相談（支援）から地域課題を把握 ▶個別支援を効果的・効率的にするための受け皿（地域の社会資源）を開発
事業内容	1. 地域状況の把握とつながりづくり ①小学校区ごとに「ささえあいステーション」開設（生活上のあらゆる相談の受付） 身近な校区内で顔を合わせて相談ができるよう、校区ごとに週1回、ささえあいステーションを開催します。個人の生活上のお困りごとから地域活動に関するあらゆる相談まで、解決に向けて地域と一緒に考えます。 ②地域訪問 地域で活動する団体や事業所など校区担当職員が訪問し、活動状況や課題「今後こんな活動がしたい」などといった話を聞き、顔の見える関係づくりや情報収集を進めます。 2. 課題解決のための取組支援 ③話し合いの場づくり～「ささえあい推進会議」の開催 小学校区ごとに地域団体、自治会、ボランティアグループ、事業所、福祉施設、高齢者くらしサポートなどが一堂に集まり、地域情報を共有し地域課題について話し合い、解決のための取組を検討します。 ④新たな取組支援 「ささえあい推進会議」の中で出た課題や、今ある制度や仕組みで解決できない相談について、さらに具体的な取組を検討する。こうした動きから、地域では様々な新しい取組が生まれている。 3. 参加支援の取組 社会的孤立をはじめとして、既存の社会参加に向けた制度や支援では対応できない方を対象に、社会とのつながりを作るための支援を行う。これまでの地域連携のノウハウを活かし、本人と地域活動のマッチングや新たな地域資源（「地域での居場所」「就労体験先」など）の開発を進める。

イ 日常生活支援の推進

- 現在、本市では、図表 96 に示す生活支援サービスを実施しています。また、市のサービス以外にも、社会福祉協議会による家事援助や見守り支援、シルバー人材センターによる家事援助、民生委員・児童委員やボランティア等による見守り支援、民間事業者による家事援助や配食サービスなど、様々な機関により高齢者の日常生活支援が行われています。
- 引き続き、市の生活支援サービスについては、多様化する生活課題を抱える高齢者やその家族のニーズをふまえた上で、適切なサービス提供に努めるとともに、民間事業者や地域住民による生活支援サービスとの連携・協働に向けた検討・取組なども併せて進め、日常生活支援をめざします。

図表 96：市で実施している主な生活支援サービス

サービス名	概要
紙おむつの給付	在宅で常時紙おむつを使用している要介護4または要介護5等のかたのうち市民税非課税世帯に属するかたを対象に、紙おむつを給付する。
緊急通報機器の設置	ひとり暮らしの高齢者等で緊急時に速やかに電話で通報することが難しいかたの自宅に緊急通報機器を設置する。急病等の緊急事態発生時に緊急通報機器のボタンを押すことにより、警備会社から警備員が急行し必要な対応等を行う。
位置情報提供サービス	認知症を有する高齢者が行方不明になったとき、携帯電話網とGPSを利用したシステムで居場所を確認するサービスの初期費用を助成する。
高齢者見守りサービスotta（オッタ）	見守り端末ottaを身につけた認知症の人などが、検知ポイントの近くを通ると、位置情報データが記録され、いざというときにその通過履歴を確認できるサービス。認知症の人の安全確保や家族介護者の負担軽減のため、行方不明になるリスクのあるかたや希望者に、見守り端末ottaと自宅用検知器の利用を促進する。
訪問理容・美容サービス	ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯のかた等で、外出が困難なために理容・美容サービスを受けることができないかたを対象に、自宅で理容・美容サービスを受けるための出張料を助成する。
日常生活用具の給付	ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯のかた等で、心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要なかたを対象に、所得に応じて、電磁調理器、火災警報器、自動消火器購入費用の利用者負担上限額を超える分を給付する。
日常生活用具の貸与	家族の病気等の緊急時、病気、けが等で自宅療養するにあたり、介護保険サービスでは対応できない場合に、必要な特殊寝台、歩行器等の短期間の貸与を行う。
ホームヘルプサービス	家族の病気等の緊急時などかつ介護保険サービスでは対応できない場合に、ホームヘルパーが家庭を訪問し、調理、掃除、買い物などの家事または食事や排泄、通院介助などの介護を提供する。
ショートステイサービス	家族の病気等の緊急時などかつ介護保険サービスでは対応できない場合に、養護老人ホームや特別養護老人ホームなどへの短期入所を提供する。
デイサービス	家族の病気等の緊急時などかつ介護保険サービスでは対応できない場合に、デイサービスセンターへの通所により、食事や入浴、機能訓練などを提供する。
救急安心カードの配布	持病などの医療情報や緊急連絡先を記入するカードを高齢者等に配布し、自宅の冷蔵庫に貼り付けることで、急病などの緊急時対応に役立てる。

ウ 地域支え合い体制の整備

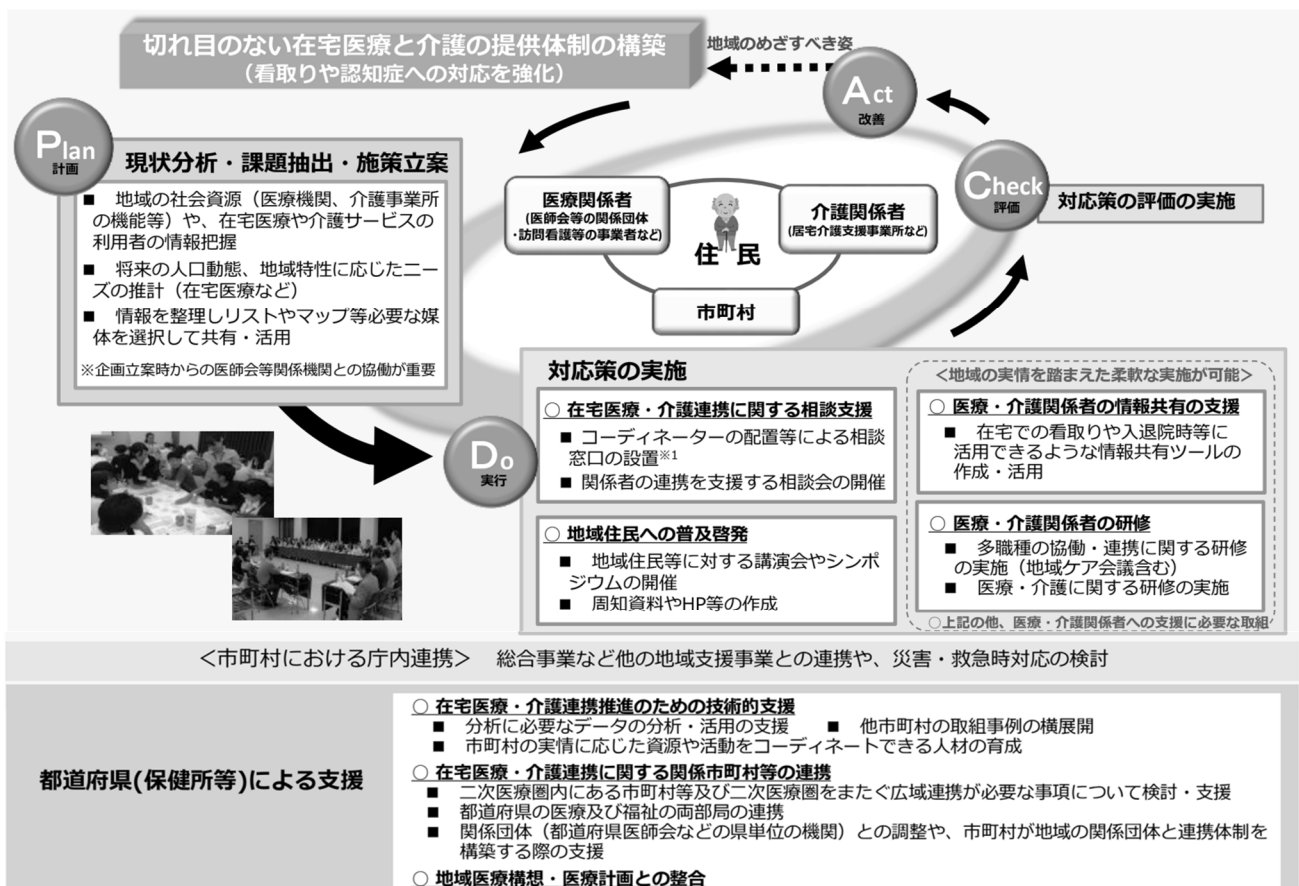
- 単身または夫婦のみの高齢者世帯、認知症の人の増加に対応して、サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援を含む日常生活上の支援が必要な高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、顔の見える総合相談・支援事業におけるささえあいステーション職員や協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を通じ、住民主体の地域の支え合い・助け合い体制の整備を進めます。

(5) 在宅医療と介護の連携強化

ア 在宅医療・介護連携推進事業の推進

- 医療ニーズと介護ニーズの両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、「入退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」など様々な場面において、医療と介護の関係機関が連携して、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築めざす「在宅医療・介護連携推進事業」について、PDCAサイクルに沿った取組を進めます。

図表 97：在宅医療・介護連携推進事業において市町村が実施すべきPDCAサイクルに沿った取組



出典：厚生労働省（在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 3）

図表 98：在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が必要となる
4つの場面別のめざす姿

場面	めざす姿
入退院支援	入退院時に、入院医療機関と介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方が必要な高齢者が希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。
日常の療養支援	高齢者とその家族の日常の療養生活を、医療・介護関係者の多職種連携によって支援することで、医療と介護の両方が必要な高齢者が住み慣れた場所で生活できるようになる。
急変時の対応	医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅療養者の病状急変時に、往診や入院病床の確認のほか、本人の意思が尊重された適切な対応が行われるようになる。
看取り	地域住民が在宅での看取り等について十分に理解をした上で、医療と介護の両方が必要な高齢者が、人生の最終段階における望む場所で看取りを行うことができるように、医療・介護関係者が、高齢者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それぞれ実現できるように支援する。

イ 在宅医療コーディネーターの配置と関係機関との連携

○ 平成 30 年度（2018 年度）から、地域包括支援センター及び市地域包括ケア室を在宅医療・介護連携を支援する窓口として位置づけていましたが、令和 6 年度（2024 年度）より市に在宅医療コーディネーターの配置をめざし、相談支援の充実や情報共有に加え、顔の見える関係づくりを推進します。

○ 在宅医療コーディネーターが中心となって、市と医師会等が連携を強め、関係機関に粘り強く働きかけ、在宅医療のニーズや在宅等での看取りに対応できる在宅医療サービスの環境整備に努めます。

また、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するため、入院施設と退院後の療養生活をつなぐ、病院と在宅訪問診療（往診）・訪問看護事業所をつなぐ等のコーディネートを行います。

○ 引き続き、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、地域包括支援センター、介護支援専門員等が参加する在宅医療推進事業運営委員会において、在宅医療を支える連携体制等の課題を議論し、対応策を検討します。

○ 第 8 次大阪府医療計画が策定される中で、各医療圏域に 1 か所以上、在宅医療との連携拠点が設置される予定となっており、豊能医療圏の箕面市では、箕面市医師会が「在宅医療の連携拠点」の役割を担うこととなっており、市と箕面市医師会が協力して事業を進めていきます。

また、かかりつけ医が対応できない場合等において、豊能医療圏で積極的役割を担う医療機関としては箕面市立病院が担当するため、箕面市立病院地域医療室との連携についても強化します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
在宅医療コーディネーター配置人数	1人	1人	1人
多職種連携研修会開催回数	年3回	年3回	年3回

ウ 在宅療養等についての情報発信

- 高齢者が必要とされる医療が適切に提供されるよう、データ分析や社会資源の把握、研修等を実施する中で課題を把握し、三師会^{※11}等と連携して在宅医療等への理解促進に努めます。
- 自分自身がどのような最期を迎えたいかという意思を明らかにし、その意思について、日頃から家族や医療・介護従事者と繰り返し話し合うプロセスをACP（アドバンス・ケア・プランニング）と言います。人生の最終段階において自らの意思が反映し選択できるように、ACPの概念を普及啓発していきます。

また、人生の最終段階を含む在宅療養や看取り等について理解を深めることを目的に、市民公開講座の開催や「箕面市版ACPハンドブック」の活用などを通じて、市民への普及啓発の推進、医療に対する意識の醸成に取り組みます。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
医療・介護資源の把握	医療マップの作成(医師会)	医療マップの作成(医師会)、高齢福祉サービスの案内冊子の作成	医療マップの作成(医師会)
市民公開講座開催回数	年1回	年1回	年1回

エ 医療計画との整合性

- 病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制、在宅医療・介護の充実等が一体的に行われるよう、大阪府や池田保健所、豊能二次医療圏域の市町関係者による協議の場（地域医療構想調整会議）を活用し、大阪府地域医療構想も含む医療計画もふまえつつ、地域の在宅医療の利用者、提供体制の整備目標等を参酌しつつ、介護サービスの提供体制の整備を進めます。
- 地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量（医療計画における在宅医療の整備目標）と本計画において掲げる介護サービス見込み量は、均衡が図られ整合したものにしていくことが重要です。
- 国が示す地域医療構想では、現在の療養病床の削減に伴い、令和7年(2025年)までにこれまで療養病床への入院対象であった本市の高齢者155人が、介護施設や在宅医療等で対応が必要と推計されています。これをふまえ本市では、介護施設と在宅医療等の各々の対象者数を、介護施設33人、在宅医療等122人と想定しています。

※11 一般社団法人箕面市医師会、一般社団法人箕面市歯科医師会、一般社団法人箕面市薬剤師会を指す。

オ かかりつけ医等の普及・啓発

- 普段から高齢者の健康状態を総合的に把握し、病気の早期発見や早期回復に向けて一人ひとりに合った治療や健康管理を行うことをめざし、高齢者が元気なときから「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」を持ち、健康増進や病気の早期発見に取り組めるよう、普及・啓発を行っていきます。

(6) 権利擁護の推進

ア 高齢者虐待防止策の推進

- 高齢者虐待については、「何が虐待にあたるのか」について、広く市民や地域関係者介護サービス事業者等の理解を促進することにより、早期の気づきと相談を進めることが重要です。また、虐待事案が確認された場合は、市及び地域包括支援センターが中心となり、速やかな解決をめざして必要な対応を進めるとともに、困難な事案については関係機関の協力を得て取組を進めることが必要です。
併せて、虐待の背景となる認知症への理解不足の解消や、家族の介護負担軽減等を進める必要があります。
- 高齢者虐待は増加傾向にあるため、対策が急務になっており、引き続き地域包括支援センターや地域の様々な関係機関と連携し、重点的に取り組む体制整備について検討し、評価を行いながら、高齢者虐待防止対策の取組を推進します。
- 介護施設従事者等による高齢者虐待については、高齢者に接する介護施設従事者等の意識改革や資質の向上を図るとともに、介護施設等における高齢者虐待防止の体制の整備や強化に向けて取り組むなど、関係部署と連携し、虐待防止に努めます。
- 認知症高齢者の増加に伴い、地域包括支援センターによる高齢者の権利擁護に関する相談支援対応のスキルアップが求められていることから、機能強化型地域包括支援センターが適切に後方支援、総合調整を行います。
- 養護者に該当しない者による虐待や、セルフネグレクト^{※12}等による権利侵害についても、防止するよう努めます。
- 法に規定する介護サービス事業所だけでなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等も含め、虐待防止対策を推進します。

イ 権利擁護の取組の充実

①権利擁護を推進する各種制度の活用

- 高齢者の同居家族が、引きこもり、貧困、障害、失業などの課題を抱えているために介護者として役割を果たせていないケースも見られることから、市の障害福祉担当や池田保健所、地域包括支援センターをはじめとする様々な相談支援機関等と連携し、高齢者が安心して生活できるよう支援します。

※12 何らかの事由によって、普通の生活を維持するために必要なさまざまなことを行う意欲や能力を失ってしまい、自身（セルフ）の健全な生活や身の回りの安全を損なってしまうこと、そこに至るまでの行為のこと。

- 経済的な困窮や社会的孤立に陥る恐れのある高齢者については、生活困窮者自立支援事業^{※13}を活用し、庁内外の関係部局や各種機関・団体と連携しながら、自立した生活を送ることができるよう支援を行います。
- 必要なかたが成年後見制度を利用できるよう中核機関の設置に向けた検討を進めるとともに、権利擁護支援の必要なかたを発見し、適切な支援につなげる地域連携ネットワークの構築や継続的な支援が可能な法人後見の担い手の確保に取り組みます。
- 中核機関は、地域連携ネットワークの構築に向けたコーディネート機能を担い、地域包括支援センターなど既存の相談支援機関に加えて、法律の専門職団体や家庭裁判所等の関係機関との連携体制の強化を進めることが必要です。
- 身寄りがなく、成年後見制度の申立てが困難な高齢者については、市が当事者に代わって家庭裁判所へ申立てを行う「市長申立て」を行っており、低所得者への報酬等の助成と併せて利用を促進します。

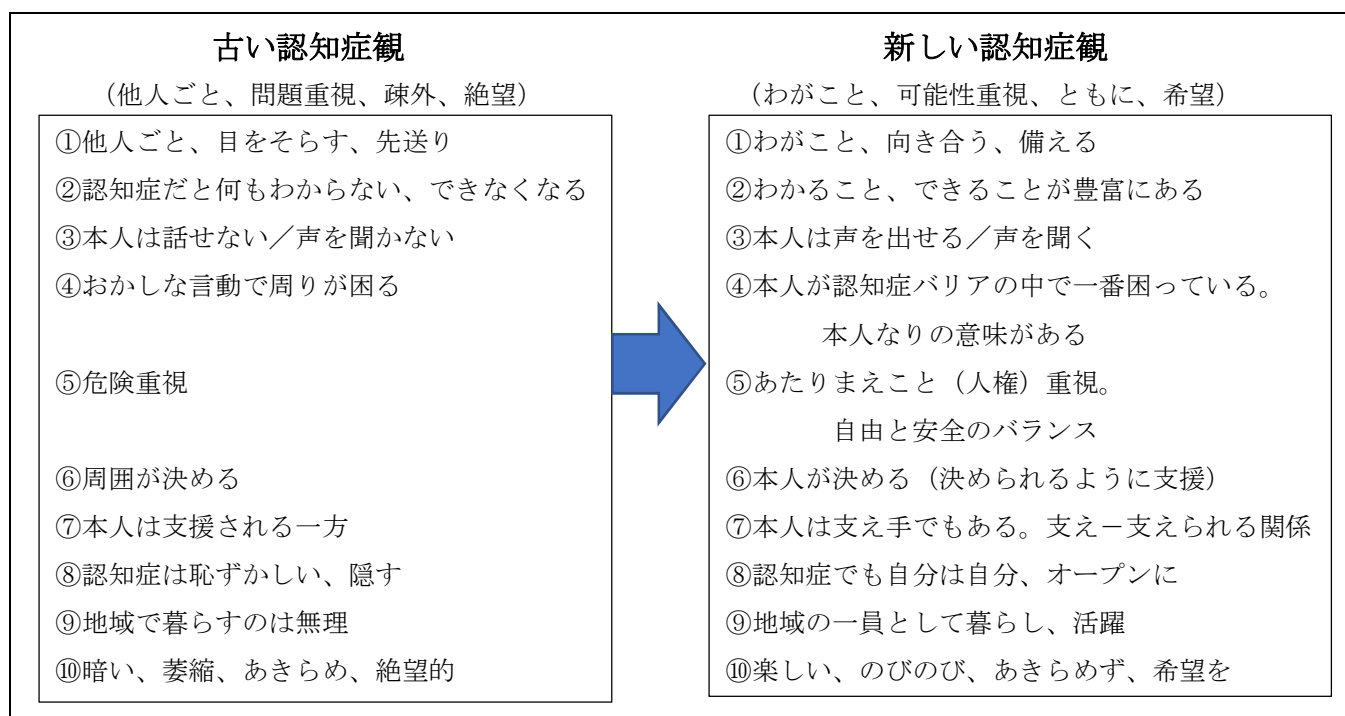
事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
虐待防止研修会開催回数	年2回	年2回	年2回
市長申立件数	年5件	年5件	年5件
成年後見申立費用助成件数	年5件	年5件	年5件
後見人等報酬助成件数	年15件	年15件	年15件

※13 生活困窮者自立支援法に基づき、生活保護に至る前の段階の自立支援策の強化を図るため、生活困窮者に対し、自立支援相談事業の実施、住居確保給付金の支給、その他の支援を行う事業。なお、「生活困窮者」とは、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者。

3. 認知症高齢者支援策の充実（『認知症施策推進計画』）

- 本市においては、国の「認知症施策推進大綱」（令和元年（2019 年）から令和 7 年（2025 年））の施策状況の中間評価（令和 4 年（2022 年））の結果をふまえ、「共生」と「予防」を両輪とする「認知症施策推進大綱」に沿って施策を推進するとともに、令和 5 年（2023 年）に成立した認知症基本法の施行に向けて、「普及啓発・本人発信支援」、「予防」、「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」、「認知症バリアフリーの推進、若年性認知症の人への支援・社会参加支援」の柱に沿って、認知症の人やその家族の意見をふまえた取組を推進していきます。
- 認知症施策の推進には、認知症の人を単に「支えられる側」として考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、認知症の人が主体の環境整備を進めていくことが重要です。そのため、認知症の人の声を聞く機会として本人ミーティングが有効とされており、本人達が本音を出しやすい場所（会議室、公園）などでの開催を進めていく必要があります。
- 特に、認知症の人とその家族を地域で支える支援体制づくりにおいては、市の認知症地域支援推進員が中心となり、地域の様々な人が立場、職種、価値観の違いを超え、「どんなまち」にしていきたいかという「めざす姿」を共有することが重要です。関係者間で「めざす姿」を共有しながら、古い価値観（「認知症だと何もわからない、できなくなる」「地域で暮らすのは無理」「本人は支援される一方」「認知症は恥ずかしい、隠す」）から新しい価値観（「わかること・できることが豊富にある」「本人は支え手でもある」「地域の一員として暮らし、活躍できる」）に転換することが大切で、この認知症観の転換が、すべての取組の大事な基礎となります。

図表 99：認知症観の転換



出典：認知症介護研究・研修東京センター

（1）認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

ア 正しい知識の普及啓発・健康教育

- 「認知症になっても安心して生活できるまち」の実現に向けて、認知症に関する理解や正しい知識の普及のために、市の認知症地域支援推進員が中心となり広報紙や市ホームページの活用に加え、地域包括支援センターの医療職等と協力しながら、認知症に関するイベント等の機会を捉え、幅広い啓発活動を行います。
- さらなる認知症サポーター養成をめざし、市民向け、小中学校・高校向け、市職員向け、さらに金融機関や公共交通機関、商店など民間事業所の従事者向けの養成講座開催を積極的に進めます。
- 認知症を予防するための運動や脳力トレーニングを学ぶ健康教育（アンチエイジングセミナー）、街かどデイハウス等への参加を促進します。

イ 生活習慣病対策

- 認知症は、生活習慣病や歯周病と深く関わりがあります。糖尿病の人はそうでない人に比べて、認知症の中で最も多いアルツハイマー型認知症を発症しやすいという研究報告がされているだけでなく、脳血管性認知症の発症とも関連があることから、成人期からの血糖コントロールを重要視し、健診の受診勧奨や個別相談が受けられる体制づくりを強化します。また、歯周病は血糖コントロールを悪化させたり、アルツハイマー型認知症のリスクを上昇させるという研究報告もあることから、生活習慣病と並行して歯科健診の受診勧奨等の歯周病対策を講じます。

ウ 認知症予防リーダーの養成

- 街かどデイハウスや高齢者ふれあいいきいきサロン等、地域の通いの場で認知症予防と啓発の役割を担う「認知症予防リーダー」を養成します。

エ 認知症予防自主グループへの支援

- 認知症予防自主グループの立ち上げや継続活動を支援します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
認知症地域支援推進員 配置	1人	1人	1人
セミナー参加者数 (脳の若返りコース)	年延べ40人	年延べ40人	年延べ40人
認知症サポーター 養成者数	年800人	年800人	年800人
認知症予防リーダー養成 者数	年40人	年40人	年40人

(2) 認知症の早期発見・早期対応の推進

ア 早期発見

- 地域包括支援センターが認知症に関する相談窓口であることの周知を強化します。
- 軽度認知障害（MC I）^{※14}や軽度の認知症の場合は、早期に対応すれば認知症の進行を抑えられる可能性があるため、認知機能低下サインへの気づきを促すことができるよう努めます。
- これまで、簡易なチェックによって気づきを促す早期発見と、相談先である地域包括支援センターの紹介を目的として作成してきた「認知症安心ガイド」に加え、認知症の样態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供が行われるよう、いつ、どのような支援を受けることができるのかを明記した「認知症ケアパス」の作成と積極的な活用により、適時・適切なサービスにつなげていきます。なお、「認知症ケアパス」については、認知症の人及びその家族などの意見を聴き、作成するよう努めます。
- 認知症の早期発見のため、引き続き介護予防教室等、様々な機会を捉えてタブレットによる認知症セルフチェックの活用機会を拡充します。

イ 早期対応

- 認知症の疑いがあると判断されたかたには、「認知症安心ガイド」「認知症ケアパス」や箕面市医師会が発行している「みのお認知症相談マップ」を活用し、医療機関への受診勧奨を行います。
- 認知症状の状態に応じたサービス利用を促すため、地域包括支援センターへの相談につなげます。

ウ 認知症初期集中支援チームによる支援

- 医師と保健師等で構成する認知症初期集中支援チームを市に設置し、引き続き医療や介護につながっていない認知症高齢者等とその家族に対し適切かつ必要なサービスが受けられるよう、医療機関への受診勧奨や同行受診などの支援を包括的・集中的に行います。
- 地域の医療機関と連携し、地域包括支援センター、介護サービス事業者などの相談に応じ、必要な助言等の支援をするとともに、毎月チームでの情報共有を行い、困難事案の検証や支援方針のあり方等を検討します。
- 市の認知症地域支援推進員が中心となり、引き続き認知症初期集中支援チーム、医療機関、介護サービス事業所や民生委員・児童委員、地区福祉会、認知症サポー

※14 物忘れが主たる症状だが、日常生活への影響はほとんどなく、認知症とは診断できない状態のことで、正常と認知症の中間ともいえる状態。記憶力に障害があっても物忘れの自覚があるが、記憶力の低下以外に明らかな認知機能の障害がみられず、日常生活への影響はないかあっても軽度のものである場合。MC I とは、「Mild Cognitive Impairment」の略。

3. 認知症高齢者支援策の充実（『認知症施策推進計画』）

ター等の地域住民の身近な見守り体制等と連携しながら、状態に応じた適時・適切なサービスが提供されるよう支援します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
認知症への理解を深める普及・啓発	認知症安心ガイドの作成、認知症ケアパスの作成	認知症安心ガイドの作成、認知症ケアパスの作成	認知症安心ガイドの作成、認知症ケアパスの作成
認知症初期集中支援チーム配置	1チーム	1チーム	1チーム

(3) 認知症高齢者の地域における見守り・支援体制の強化

ア 認知症高齢者の安否確認等

- 本市では、認知症高齢者等が行方不明になった場合を想定して、「みのお行方不明者ＳＯＳネット」及び「市民安全メール」を整備しており、今後も引き続き事前登録の周知・勧奨を行います。「市民安全メール」については、行方不明者の早期発見に向け、広く市民に周知を進める必要があることから、ホームページや認知症関連の講座等の機会等を活用するとともに、地域包括支援センターや介護保険事業所との連携により、登録者の拡大に努めます。
- 高齢者見守りサービスotta^{オッタ}の利用促進とotta^{オッタ}の検知器となるアプリをインストールした見守り人の協力拡大を図り、高齢者の見守りの網をより細かくします。
- 高齢者見守りシステムotta^{オッタ}の検知器の稼働状況の確認を行い、必要に応じて機器の入替を行います。
- 認知症の人への接し方や声かけの方法など、実践的な見守りができることを目的とした、「認知症高齢者等への声かけ体験」をすべての小学校区で実施し、認知症の人に対する適切な接し方の理解の促進を図ります。
- 認知症の人が自分の望んでいることややりたいことを安心して発信したり、周囲の人にＳＯＳを出したりすることができる取組を推進するとともに、周知啓発に努めます。

イ 認知症サポーターの養成・活用

- 地域で見守るかたを増やすため、「認知症サポーター」の養成と、認知症サポーターを養成する講師となる「認知症キャラバン・メイト」の養成を引き続き実施します。
- 地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズに認知症サポーター（ボランティア）が関わる「チームオレンジ」を設置し、地域で見守る体制を強化します。また、チームオレンジの取組を見据え、実践の場で必要となる認知症の知識や、認知症当事者と身近に交流し、必要に応じて手助けをするためのスキルを習得する「認知症サポーターフォローアップ研修」を開催します。

3. 認知症高齢者支援策の充実（『認知症施策推進計画』）

図表 100：認知症の人と家族を支援するチームオレンジ

◆「チームオレンジ」とは

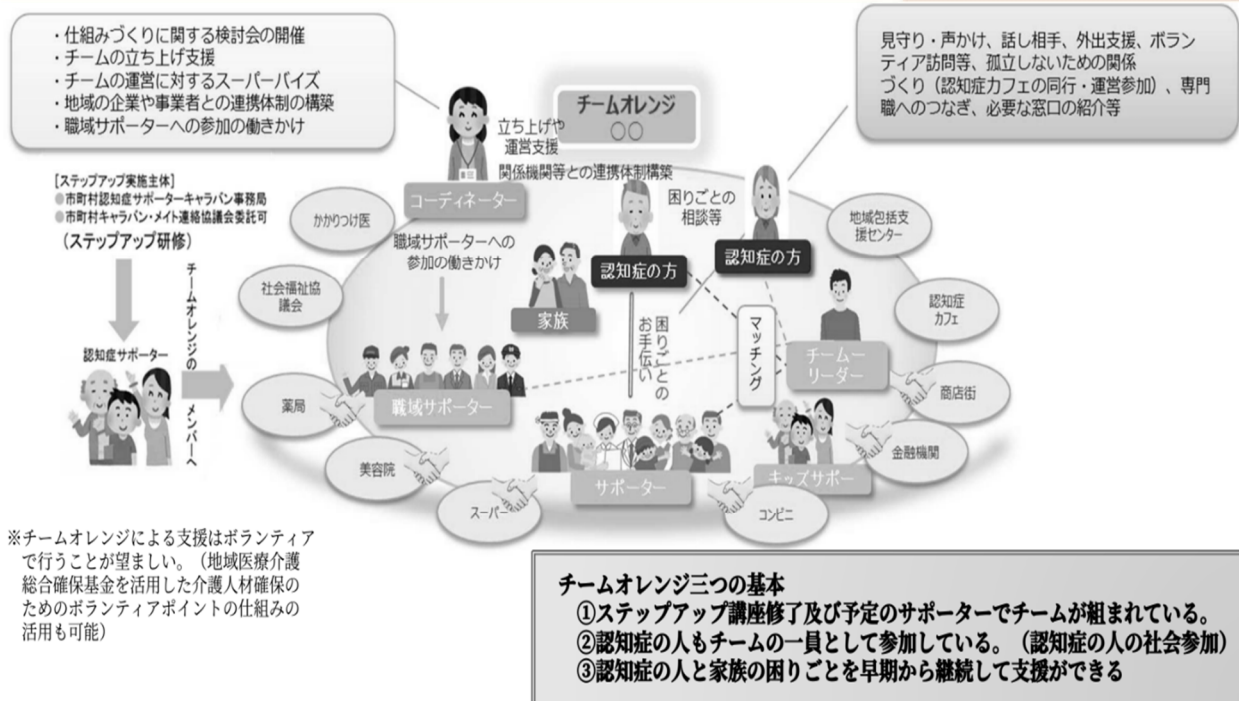
認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーター（※）を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組み。

（※）認知症地域支援推進員を活用しても可

【事業名】認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業（地域支援事業交付金）

【認知症施策推進大綱：KPI／目標】2025（令和7）年

・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備



認知症当事者も地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押しするとともに、認知症サポーターの更なる活躍の場を整備

出典：厚生労働省「チームオレンジの取組の推進」

ウ 認知症の人の交流場所の確保

- 認知症カフェとは、認知症であってもなくても、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域共生社会の実現のために、認知症の人やその家族、そして、認知症ではない人も、誰もが気軽に集まって話し、身近に自分事として認知症について考える居場所です。認知症カフェの目的は、認知症の人本人があらためて人や地域と出会い、すべての人が認知症の深い理解（学び）につながる機会を作ることであり、多様な所属や属性の人々による運営を基盤として地域の中で開催されています。
- 現在、市内では住民が運営し、交流会などを行うカフェと、地域包括支援センターが運営し、医療・介護専門職等が参加する勉強会や交流会を行うカフェの2か所が開催されています。今後は、市全域で月1回以上の定期開催ができるよう、ちらしの配布やホームページへの掲載などの広報、認知症カフェを運営する団体の情報交換会開催などの支援を行います。また、地域包括支援センター等と連携し、必要な人が認知症カフェにつながるよう取り組みます。
- 認知症カフェに加えて、誰もが気軽に集まれる開催場所などの増加に努めます。

＜認知症カフェの類型案＞

	地域交流型①	地域交流型②	専門型
目的	認知症の人本人があらためて人や地域と出会い、すべての人が認知症の深い理解（学び）につながる機会を作ること		
運営者	住民	民生委員・児童委員 地区福祉会等	地域包括支援センター 事業所等
開催場所	コミュニティセンター 自治会館等	コミュニティセンター 地域福祉活動拠点等	事業所内地域交流スペース 等
内容	交流会など	レクリエーション、交流 会、専門職等からの情報 提供など	ミニ講話などの学習会、交 流会、専門職による相談な ど

エ 本人ミーティング等の開催

- 認知症地域支援推進員が中心となり、地域包括支援センターや認知症サポーターと協力しながら、認知症の人本人の意見や思いなどを聞く機会（本人ミーティングや座談会の開催）を設けます。
- 地域包括支援センターの総合相談における認知症に関する相談から、認知症の人本人の声や様子を認知症地域支援推進員が集約し、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を発信する仕組みづくりを検討します。

オ 家族介護者支援

- 男性介護者のつどいや箕面認知症家族会（びわの会）など、認知症の人を介護する家族に対し、引き続き支援を行います。

カ 若年性認知症の人の支援

- 65 歳未満で発症する「若年性認知症」の人は、全国で 3.5 万人以上いると言われています。本市における若年性認知症の人は約 35 人と推計していますが、診断初期においては福祉サービスの相談や利用につながる人は少なく、生活状況や必要とする支援等の実態を現状では把握できていません。介護サービスの利用状況、介護支援専門員等への聞き取りや専門医などとの連携により、実態把握を進めます。
- 若年性認知症の人本人や家族からの相談については、必要に応じて大阪府の若年性認知症コールセンターを紹介するとともに、さまざまなサービスの利用については、地域包括支援センター等と連携を図り、支援に取り組んでいきます。また、事業主に対する若年性認知症の人、その他認知症の人の就労に関する啓発及び知識の普及などにも取り組みます。

キ 認知症の人の権利擁護の推進

- 判断能力が不十分で、契約などの法律行為における意思決定が難しい認知症の人の権利擁護のために、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの周知や利用を促進します。

3. 認知症高齢者支援策の充実（『認知症施策推進計画』）

- 身寄りがなく、成年後見制度の利用が困難な高齢者については、市が当事者に代わって家庭裁判所へ申立てを行う「市長申立て」を行っており、低所得者への報酬等の助成と併せて利用を促進します。
- 認知症などの理由で、判断能力が低下した高齢者の虐待や消費者被害等の権利侵害を防止し、必要な介護サービスや福祉サービスを利用して、その人らしい生活を送ることができるよう、権利擁護の推進に取り組みます。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
認知症カフェ実施箇所数（専門型）	5か所	5か所	5か所
認知症カフェ実施箇所数（地域交流型）	1か所	2か所	2か所
チームオレンジメンバー養成人数	年10人	年20人	年30人
フォローアップ研修開催回数	年2回	年2回	年2回
本人ミーティング等実施回数	年1回	年1回	年2回
男性介護者のつどい開催回数	年12回	年12回	年12回

4. 介護サービスの質の確保・向上と適正・円滑な運営

(1) 介護サービスの提供と基盤の充実

- 高齢者が一人ひとりの状態に応じた適切な介護サービスを受けながら住み慣れた地域で生活が継続できるよう、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を勘案したうえで必要な介護サービス基盤の整備に努めます。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
第9期期間中に整備予定 ・・・			
	種別・整備見込年度等は調整中		

(2) 介護サービスの質の確保・向上

- 市の指導権限下にある介護サービス事業者に対し、適正に指導監査を実施します。
- 市内介護サービス事業所連絡会等に対し、情報提供等の支援を行います。また、中長期的なサービス需要の見込みを各連絡会や関係機関と共有するなどして、地域におけるサービス基盤の在り方を検討します。
- 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保のため、市内介護サービス事業所等や近隣市、関係機関との連携により、福祉職に関するセミナーや就職相談会を開催し、地域全体で介護人材不足の解消に取り組みます。また、大阪府や他市町村の取組について情報収集し、より効果的な支援について検討します。
- 福祉職について市の広報紙へ特集記事を掲載することや、市内学校での授業を行うことにより、潜在介護人材の発掘や将来の介護人材の育成につなげていきます。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●指導監査の実施	●適時指導監査を実施する	●適時指導監査を実施する	●適時指導監査を実施する
●情報提供等の支援の実施	●適時情報提供等の支援を実施する	●適時情報提供等の支援を実施する	●適時情報提供等の支援を実施する
福祉の授業の実施	年1回	年1回	年1回

(3) 包括的な相談支援体制等の充実

ア 相談体制の充実

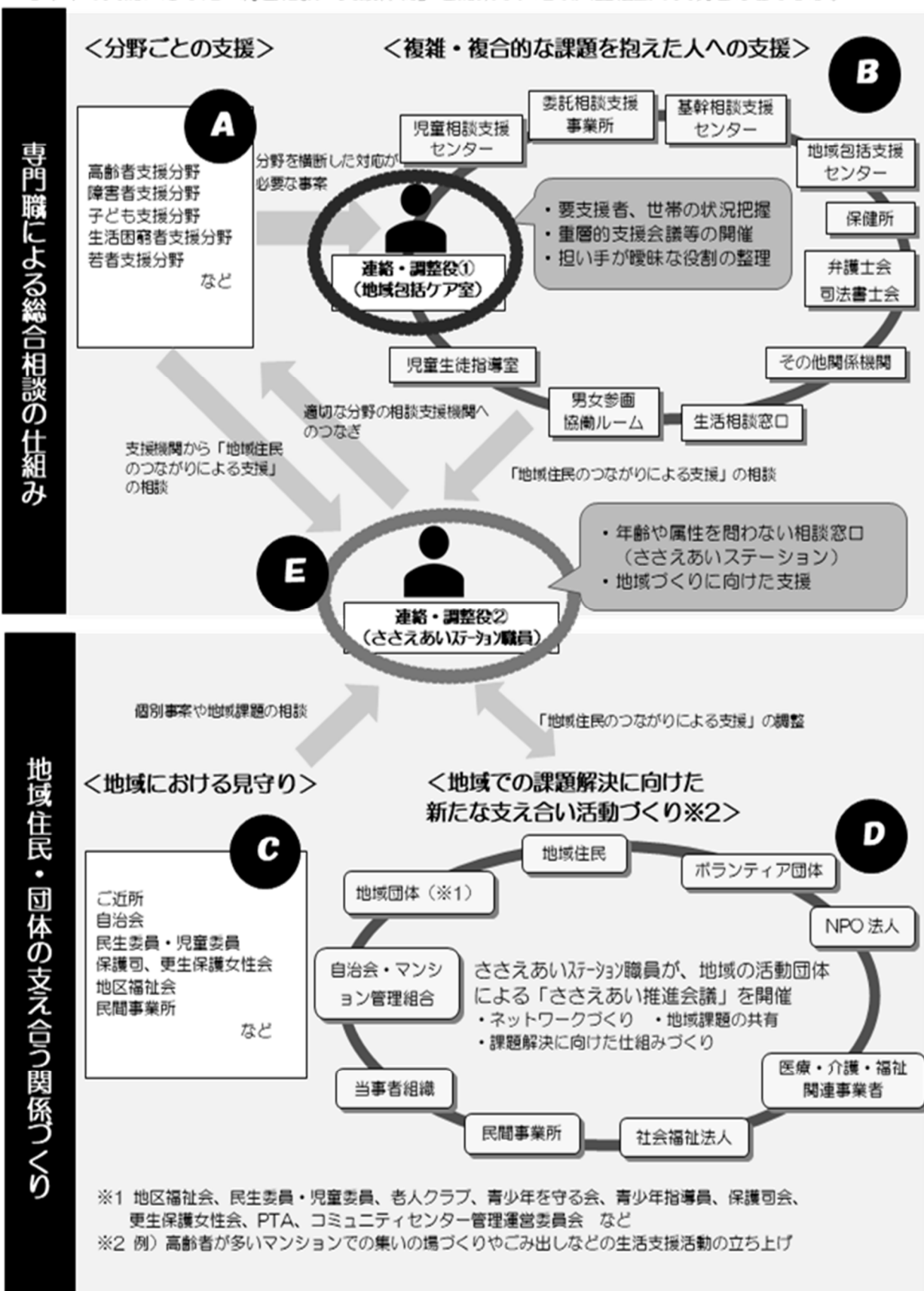
- ささえあいステーションを中心として総合相談を受け付け、適切な専門機関につなぐことで、利用者が気軽に身近に相談できる体制の充実を図り、より身近な相談窓口のあり方について検討を進めます。

- 地域包括ケアシステム構築の中核機関である地域包括支援センターと地域の様々な相談支援窓口との連携強化により、相談支援体制の充実を図ります。
- 子育てと介護を同時に行う「ダブルケア」や、同居する80歳代の親と50歳代の子が孤立することで生じる「8050問題」など、分野をまたぐ複雑化・複合化した課題を抱える個人や世帯に、適切な支援をつなげる包括的な体制づくりとして、令和6年度(2024年度)から重層的支援体制整備事業の実施をめざします。(図表101 参照)
- さらに、家庭における介護の負担軽減のための取組が必要であり、ヤングケアラーに関する相談窓口である教育委員会や支援関係機関と地域包括支援センターが連携を行う等、ヤングケアラーを含め介護に取り組む家族等に対する支援体制の充実に努めます。

図表 101：令和6年度からの重層的支援体制整備事業の概要

「総合相談・支援体制」イメージ図

◎本市の実情に応じた「総合相談・支援体制」を構築し、地域共生社会の実現をめざします。



1. 包括的な相談支援

A

E

- ・既存の分野ごとの専門相談窓口（包括や生活相談窓口など）では、分野ごとの相談を受け付け、必要な支援を行います。また、属性を問わず住民（利用者）の相談を受け止め、必要に応じて多機関協働事業による支援も実施しながら、適切な支援を提供します。
- ・市内14カ所のささえあいステーションでは、年齢や属性を問わず相談を受け付け、適切な支援機関につなぎます。また、潜在的なニーズを抱える住民を早期発見するため、日頃から地域住民等の関係者と連携し、そのつながりの中から相談や課題を発見します。

2. 多機関協働の取組

B



- ・健康福祉部地域包括ケア室が、連絡・調整役①として多機関協働にかかる調整役を担います。
- ・単独の分野の支援では対応が難しい複雑化・複合化した事案について、「重層的支援会議」を開催、関係機関等の役割を整理し、支援の方向性の共有、支援プランの作成、各支援機関の役割分担の決定等を行います。

3. アウトリーチ等を通じた継続的支援の取組

A

B



- ・長期のひきこもり状態にあるなど自らつながることが難しい住民に対し、自宅への訪問等を行い、継続的に寄り添い、本人やその世帯との関係づくりを進めるアウトリーチ事業を、市社協へ委託します。
- ・「生活困窮者自立支援事業」において生活相談窓口の支援体制を強化します。

4. 参加支援の取組

D

E

- ・社会とのつながりを作るための支援を行う参加支援事業を、ささえあいステーション職員が担います。
- ・対象者は、社会的孤立をはじめとして、既存の社会参加に向けた制度や支援では対応できない住民。
- ・これまでの「顔の見える総合相談・支援事業」におけるささえあいステーション職員の地域連携のノウハウを活かし、本人と「地域活動」のマッチングや新たな地域の社会資源（「地域での居場所」「就労体験先」など）の開発を進めます。

5. 地域づくりの取組

C

D

E



- ・ささえあいステーション職員が、地域アセスメント業務（地域訪問による地域の様々な方との顔の見える関係づくり）、ささえあい推進会議（住民同士や関係者で地域における課題を話し合い、解決できる場づくり）の開催、属性を問わない相談窓口業務（ささえあいステーション窓口相談及び電話等による相談）などを通じた地域づくりに取り組みながら、地域住民と専門職をつなぐ「連絡・調整役②」を担います。

- ・「個別支援」を担う支援機関（包括や生活相談窓口など）の職員と、地域住民同士のつながりをつくる「地域支援」を担うささえあいステーション職員が連携を強化（定期的なケース会議の開催など）し、チームアプローチによるCSW機能を担うことにより、市全体として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築します。

- 介護サービスを含む保健福祉サービスの利用者やその家族からの相談・苦情に対し適切かつ迅速な対応を行うとともに、保健福祉サービス提供時における事故等について適切な対応が行われているかの確認を行い、サービスの質の確保・向上を図ります。

イ 高齢者等の利用者にとってわかりやすい情報の提供

- 介護保険制度や介護保険サービスについて、必要なかたが必要なきに利用できるよう、適宜周知・広報を行います。特に、制度等の改正の際には、その内容や趣旨が十分に周知されるよう、周知期間や周知方法の工夫に努めます。
- 「高齢者福祉サービスのご案内」冊子については、発行後も適時内容の更新を行い、本市における高齢者福祉施策の紹介に活用します。
- 市ホームページや広報紙を用いた情報提供だけでなく、市内公共施設や市内外で開催されるイベント等と連携した周知活動についても検討し、より効果的な情報提供を図ります。

(4) 介護保険事業の適正かつ円滑な運営

- 適正な要介護認定の実施のため、介護認定審査会の審査前には、市職員が認定調査結果や主治医意見書の点検を行い、必要に応じて認定調査員への疑義照会や主治医への意見照会を行い審査・判定の適正性を確保します。
- 市の給付担当部署及び地域包括支援センターが中心となり、ケアプランが利用者の自立につながる真に必要なサービス利用となっているか点検を行います。
- 住宅改修について、受給者の状態にそぐわない改修工事となっていないか、改修工事施工前後は、リハビリテーション専門職が点検します。
- 福祉用具の貸与開始後、用具が適切に利用されているかについて、リハビリテーション専門職が貸与利用者の内から無作為に抽出し点検します。
- 医療情報との突合リストにより、給付状況を確認します。
- 縦覧点検一覧表により、重複請求などの疑義等の確認を行います。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●認定訪問調査等の点検 ●ケアプラン点検 ●住宅改修の点検 ●福祉用具貸与に関する調査 ●医療情報との突合 ●縦覧点検	●認定訪問調査等の点検 審査件数の全件 ●ケアプラン点検 ●住宅改修の点検 申請件数の全件 ●福祉用具貸与に関する調査 申請件数中5%以上／年 ●医療情報との突合 12回以上／年 ●縦覧点検 12回以上／年	●認定訪問調査等の点検 審査件数の全件 ●ケアプラン点検 ●住宅改修の点検 申請件数の全件 ●福祉用具貸与に関する調査 申請件数中5%以上／年 ●医療情報との突合 12回以上／年 ●縦覧点検 12回以上／年	●認定訪問調査等の点検 審査件数の全件 ●ケアプラン点検 ●住宅改修の点検 申請件数の全件 ●福祉用具貸与に関する調査 申請件数中5%以上／年 ●医療情報との突合 12回以上／年 ●縦覧点検 12回以上／年

5. 安全・安心のまちづくりの推進

(1) 福祉のまちづくりの推進

- コミュニティバス「オレンジゆずるバス」は、高齢者等の割引運賃を導入しており、高齢者の閉じこもり・孤立化の防止、外出・交流促進の観点から、引き続き介護予防に位置づけて利用を支援します。
- 令和6年(2024年)3月の北大阪急行電鉄南北線の延伸に伴う新駅開業により「オレンジゆずるバス」の運行ルートが再編されるため、再編後のルートについて周知を行います。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
オレンジゆずるバスの利用(高齢者の閉じこもり防止)	オレンジゆずるバスの65歳以上の利用者数 延べ400,000人	オレンジゆずるバスの65歳以上の利用者数 延べ400,000人	オレンジゆずるバスの65歳以上の利用者数 延べ400,000人

(2) 高齢者の住環境の整備

- 居住支援法人などの関係機関との連携体制を構築し、高齢者向け住まいについての情報収集・情報提供に努めます。
- 高齢者が住み慣れた自宅に住み続けられるよう、市リハビリ職が住宅改修等に関する相談支援・情報提供、訪問指導を行います。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●高齢者向けの住まいについての情報収集・情報提供 ●住宅改修に関する相談支援、情報提供、訪問指導	●適時情報収集・情報提供を実施 ●市リハビリ職による住宅改修に関する訪問指導を実施	●適時情報収集・情報提供を実施 ●市リハビリ職による住宅改修に関する訪問指導を実施	●適時情報収集・情報提供を実施 ●市リハビリ職による住宅改修に関する訪問指導を実施

(3) 災害や感染症対策に係る高齢者支援体制の確立

- 「要安否確認者名簿」、「避難行動要支援者名簿」、「要継続支援者名簿」の更新・活用、見直しを適宜進めるとともに、令和3年(2021年)5月の「災害対策基本法」の一部改正により「個別避難計画」の作成が市町村の努力義務とされたことを受け、関

係機関・団体や民間事業者等と連携しながら、避難行動要支援者の個別避難計画の作成を進めます。

- 本市では、毎年1月17日に、曜日にかかわらず大規模地震の発生を想定した全市一斉総合防災訓練を実施しています。これに合わせ、介護サービス事業者情報連携訓練を実施することで、災害発生時の連携体制を確認します。

事業評価指標 (主な取組)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
●要継続支援者名簿の作成 ●個別避難計画の作成 ●全市一斉総合防災訓練にあわせて介護サービス事業者情報連携訓練を実施 ●国・大阪府等からの情報を速やかに提供する	●要継続支援者名簿の作成 ●個別避難計画の作成 ●全市一斉総合防災訓練にあわせて介護サービス事業者情報連携訓練を実施 ●国・大阪府等からの情報を速やかに提供する	●要継続支援者名簿の作成 ●個別避難計画の作成 ●全市一斉総合防災訓練にあわせて介護サービス事業者情報連携訓練を実施 ●国・大阪府等からの情報を速やかに提供する	●要継続支援者名簿の作成 ●個別避難計画の作成 ●全市一斉総合防災訓練にあわせて介護サービス事業者情報連携訓練を実施 ●国・大阪府等からの情報を速やかに提供する