

2 高齢者の自立した生活のために、地域で共に支え合う社会づくり

2 - 1 地域共生社会の実現と地域包括ケアシステムの深化・推進

1 地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進

少子高齢化や核家族化の進行に加え、ライフスタイルや価値観の変化により家庭内での支え合い機能が弱体化するとともに、地域における人と人とのつながりの希薄化やコミュニティの脆弱化、さらには人口減少により地域の福祉を支える人材が不足するなど、多様化・複雑化する福祉ニーズに対して、これまで以上に地域における包括的な福祉の推進体制の構築を図ることが求められています。

国においては、このような社会構造や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく「地域共生社会」を目指すこととしました。

このため、2017（平成 29）年度の「社会福祉法」の改正に伴い、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされました。（図 4-5）

さらには、2020（令和 2）年度の同法の改正において、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する重層的支援体制整備事業が、社会福祉法に基づき市町村において実施できる事業として創設されました。（図 4-6）

また、高齢者の生活に必要な支援を包括的に提供する、「地域包括ケアシステム」は、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤であり、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現には、この地域包括ケアシステムの深化・推進が不可欠です。

県においても、地域共生社会の実現に向けて、引き続き本県のこれからの新しい地域福祉のあり方について方向性を示すとともに、福祉を支える関係機関・団体や人材をつなぐネットワークづくり、県民の福祉に対する自発的な参画意識の醸成などに取り組むことにより、行政や関係機関・団体、県民等が一体となり、包括的な地域福祉の推進体制の構築を目指します。

これからの本県の新しい地域福祉のあり方

高齢者、障がい者、子ども等の福祉分野をはじめ、まちおこしや防犯・防災、環境等の福祉以外の分野も含めた地域の様々な生活課題に対して、課題の把握から解決に向けて地域住民等が主体的に取り組むことができる環境の整備や、関係機関・団体等による包括的な相談・支援体制の構築、共生型サービスの推進など、本県のこれからの新しい地域福祉のあり方について、市町をはじめ関係機関・団体等との連携を図りながら、具体的な方向性を示します。

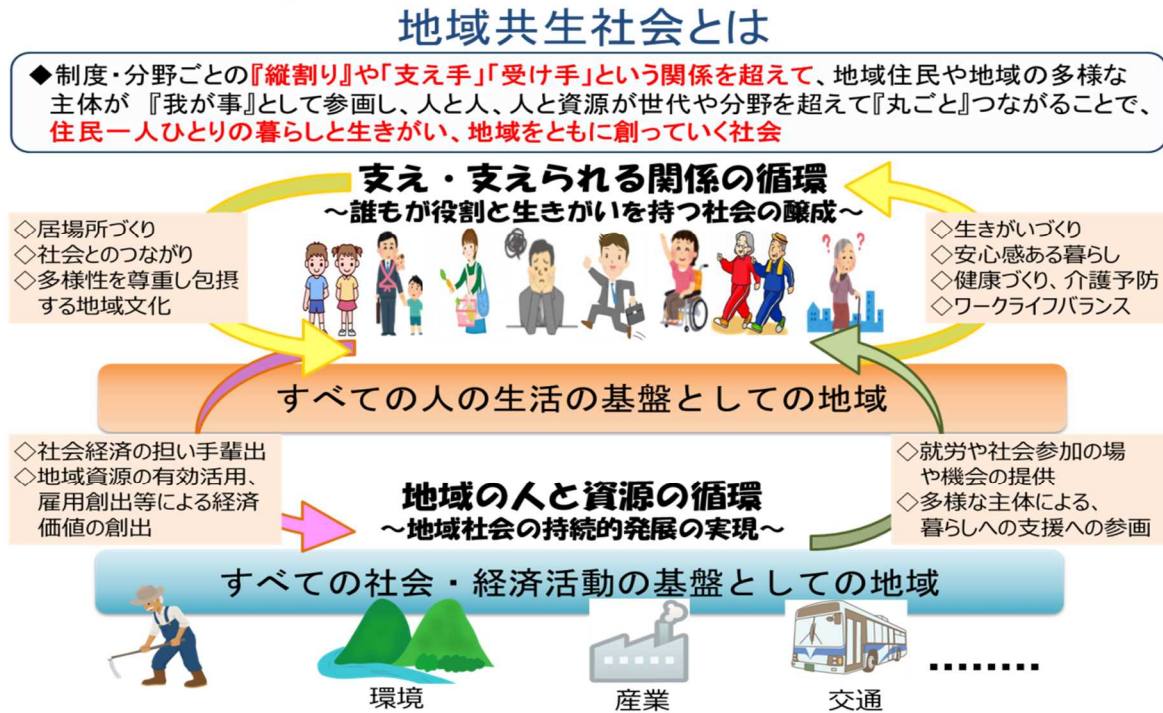
福祉を支える関係機関・団体や人材をつなぐネットワークづくり

地域住民やボランティア・NPO団体など地域の様々な支援機関や団体等との連携により、地域生活課題の解決を目指す取組や地域福祉ネットワークを構築するための活動を支援します。

地域住民等の福祉に対する自発的な参画意識の醸成

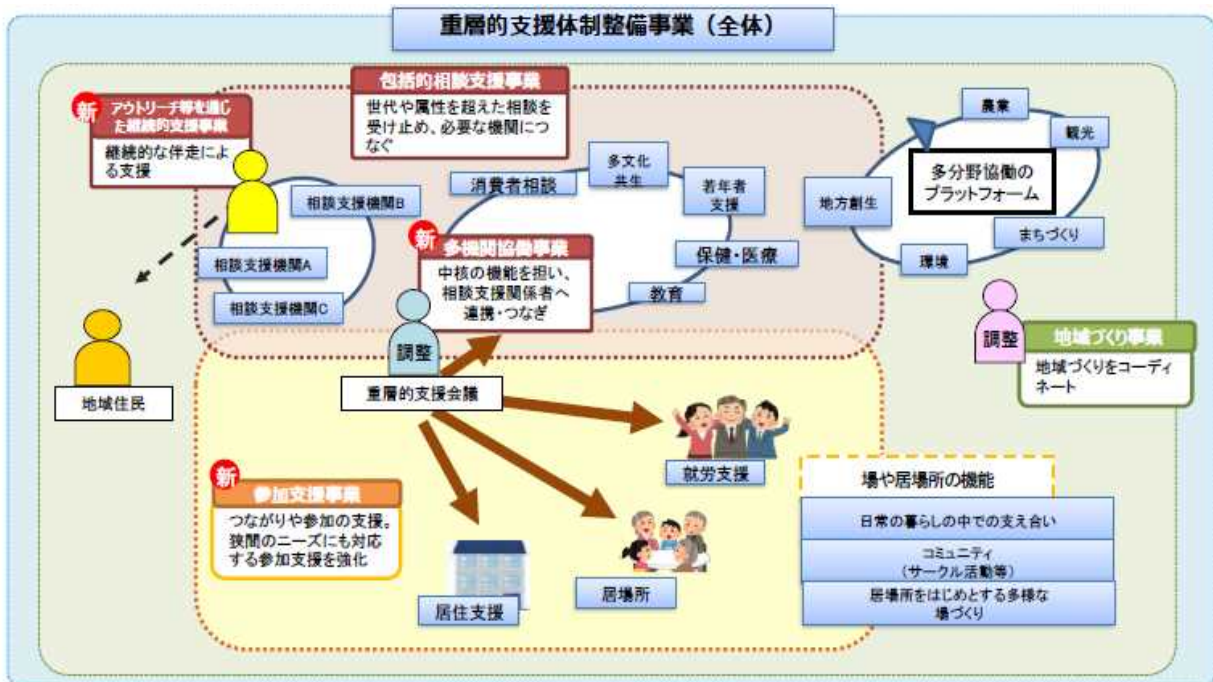
地域住民等の地域福祉活動への関心を高め、自発的な参加を促すとともに、地域福祉活動を更に活性化させていくため、地域における様々な主体が連携しながら、地域生活課題の解決に向けて取り組む活動事例等の紹介や学習等を行うセミナーを開催します。

図4-5 地域共生社会の概要



出典：厚生労働省資料

図4-6 重層的支援体制整備事業について（イメージ）



出典：厚生労働省資料

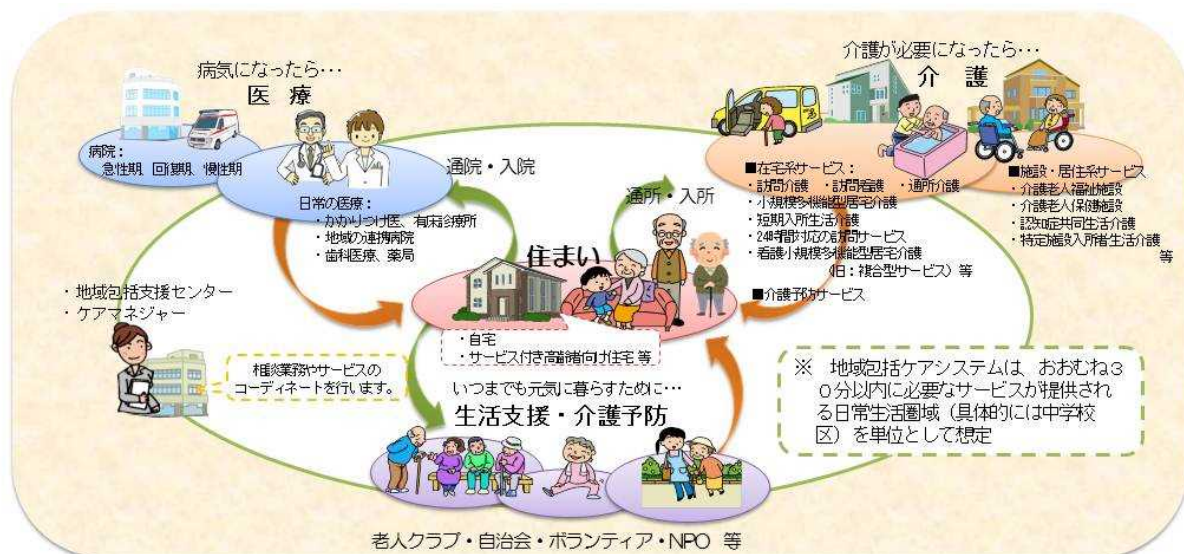
2 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムとは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した生活を送ることができるよう、介護サービスや医療はもとより、住まい、生活支援・介護予防、そして社会参加までもが包括的に確保・提供される体制です。

本県では、全国平均を上回るペースで高齢化が進行しており、介護を要する高齢者全体の増加だけでなく、単身・夫婦のみの高齢世帯の増加、要介護度の重度化や認知症高齢者の増加など、高齢者を取り巻くニーズや課題が複雑化・多様化しており、高齢者を支えるための地域の受け皿づくりが喫緊の課題となっています。

このため、県では、関係機関等との連携の下、市町における地域包括ケアシステムの構築を支援してきましたが、今後も引き続き、医療と介護の連携強化等を図るなど、高齢者に必要な支援を包括的に提供できる体制づくりを推進するとともに、地域包括ケアシステムの更なる深化を図り、地域共生社会の実現に向けて各種の取組を進めます。(図4-7)

図4-7 地域包括ケアシステムの姿



出典：厚生労働省資料

2 - 2 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

1 介護予防・生活支援体制整備の推進 (図4-8)

今後、増加が見込まれている単身・夫婦のみの高齢世帯や認知機能が低下した高齢者が、必要なサービスを受けながら安心して暮らしていけるよう、市町が中心となって、医療・保健・福祉だけでなく住民も含めた地域の支え合いの体制づくりを推進する必要があります。

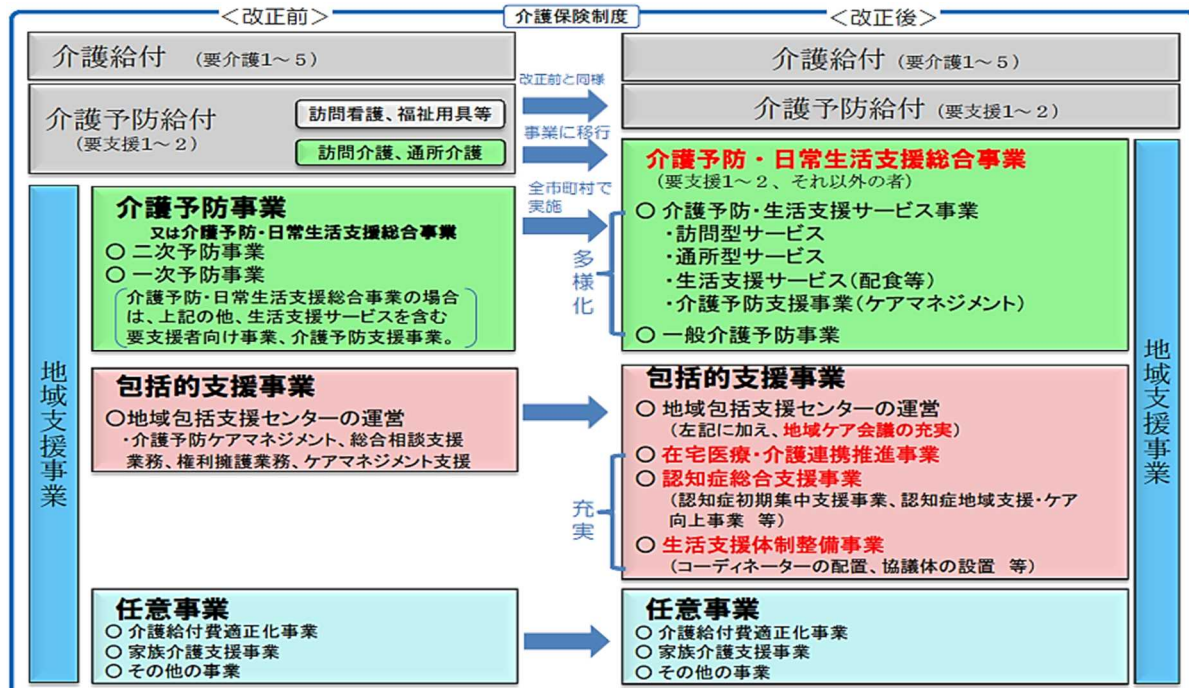
この支え合いの体制のひとつに、市町で実施する地域支援事業がありますが、平成27年度に見直され、サービスの多様化や充実が図られることになりました。地域のニーズや資源等の把握に努めるとともに、高齢者が役割を持ちながら社会参加することが、生きがいづくりや介護予防につながるという観点で体制づくりを推進することが重要です。

このため、県では、地域の状況等を踏まえた市町の取組を支援するため、情報の提供等に努めるとともに、地域共生社会の実現を目指し、介護予防・日常生活支援総合事業等において地域住民の主体的な参画を促進していきます。

介護予防・日常生活支援総合事業の推進

- ▶ 地域の実情に応じた多様なサービスを提供するため、既存の介護サービス事業者によるサービス提供だけでなく、元気な高齢者等が介護の担い手として積極的に参加できるよう、市町担当者等を対象とした研修等を通じて市町の取組を支援します。
- ▶ 実施主体である市町が、創意工夫の上、介護予防・日常生活支援総合事業を円滑に実施できるよう、情報提供を行うほか、サービス提供に向けての助言や市町間を超えた広域的な連絡調整、さらには、事業の中核を担う地域包括支援センター職員等への研修を通じて市町を支援します。
- ▶ サービスの対象となった高齢者が、自立に向けた生活機能向上の意欲をもてるようにする介護予防プランが作成されるよう、地域ケア個別会議の推進や主任介護支援専門員など専門職の資質向上研修等を通じて市町（地域包括支援センター）を支援します。

図4-8 地域支援事業の概要 2015(平成27)年度介護保険制度改正後



出典：厚生労働省資料

介護予防事業等の推進

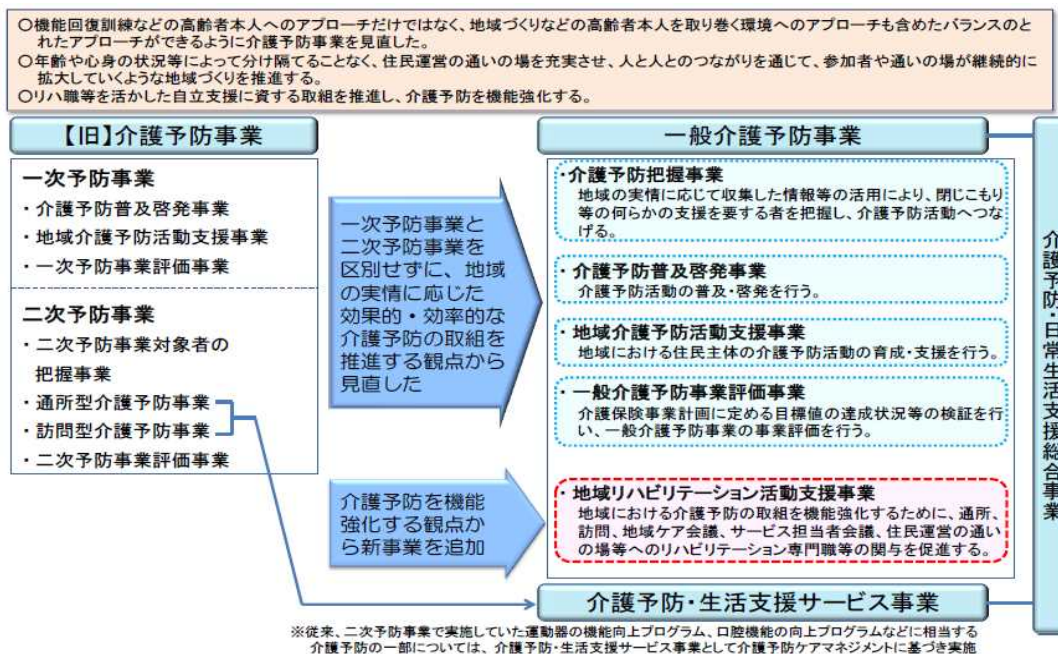
介護予防は、高齢者が要介護・支援状態となることや、要介護状態等になっても状態を軽くしたり重度化を防止したりすることを目的としています。介護予防を推進していくには、機能回復訓練等での高齢者本人への働きかけだけでなく、生活機能全体を向上させ、生きがいを持って活動的に生活できるための環境の整備や地域づくりなど、高齢者を取り巻く環境も考慮したバランスのとれた取組が重要です。

また、介護予防の取組を、効果的かつ効率的に実施するためには、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく参加できる住民主体の通いの場を充実させ、リハビリテーション専門職等を活用した自立支援のための取組を推進します。さらに、保健・福祉・医療が連携し、人と人とのつながりを通じて、通いの場が継続される地域づくりに取り組むことにより、要介護状態等になっても、生きがいや役割を持って生活できる地域の実現を目指します。

(図4-9)

- ▶ 県に設置している介護予防市町支援委員会及びアドバイザー等を市町に派遣し、広域的な視点で介護予防事業の評価を行い、その結果を踏まえたうえで、介護予防事業について様々な支援を行います。
- ▶ 市町の介護予防担当者等に対し、効果的に事業が実施できるよう研修を実施します。
- ▶ 住民主体の通いの場や地域ケア会議等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進するため、市町の現状把握や広域的な派遣調整、関係機関間の調整や必要な研修を実施するとともに、地域の実情に応じた地域リハビリテーション推進体制づくりに向けた支援を行います。
- ▶ 後期高齢者医療広域連合と市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が着実に進むよう、様々な支援を行います。

図4-9 介護予防事業の概要 平成27年度介護保険制度改正後



出典：厚生労働省資料

一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）の推進

高齢者が活動的で生きがいを持って生活できる環境を整えるため、年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく参加できる住民主体の通いの場を充実していきます。そして、市町と連携して、全ての高齢者を対象に、介護予防の目的や必要性を理解してもらうための普及啓発や、ボランティア活動など地域の介護予防に資する自発的な取組も促進します。

県内の介護予防に資する通いの場の展開状況は、次のとおりです。（表4-1）

表4-1 県内の介護予防に資する通いの場の展開状況

区分	2021(令和3)年度				2022(令和4)年度			
高齢者人口 (65歳以上)	444,225人				442,335人			
住民主体の 通いの場の 参加者・箇所数	参加者 実人数	高齢者人口に 占める割合	箇所数	構成比	参加者 実人数	高齢者人口に 占める割合	箇所数	構成比
全体	28,726人	6.47%	2,081		28,620人	6.48%	2,224	
体操(運動)	17,323人	3.90%	1,204	57.9%	18,203人	4.12%	1,357	61.0%
会食	1,375人	0.31%	93	4.5%	1,183人	0.27%	78	3.5%
茶話会	3,280人	0.74%	267	12.8%	1,925人	0.44%	162	7.3%
認知症予防	619人	0.14%	50	2.4%	702人	0.16%	60	2.7%
趣味活動	4,671人	1.05%	366	17.6%	5,741人	1.30%	492	22.1%
農作業	53人	0.01%	2	0.1%	70人	0.02%	5	0.2%
生涯学習	750人	0.17%	52	2.5%	388人	0.09%	41	1.8%
ボランティア活動	143人	0.03%	12	0.6%	192人	0.04%	13	0.6%
就労的活動	0人	0.00%	0	0.0%	0人	0.00%	0	0.0%
多世代交流	38人	0.01%	2	0.1%	10人	0.00%	1	0.0%
その他	474人	0.11%	33	1.6%	206人	0.05%	15	0.7%

資料：介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

（厚生労働省老健局老人保健課）

体操や趣味活動等を行い介護予防に資すると市町が判断する通いの場であり、住民が主体的に取り組み、月1回以上の活動実績と「主な活動内容」及び「参加者実人数」を把握しているものを計上している。（市町が財政的支援を行っているものに限らない。）

高齢者人口は、「住民基礎台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」による。

（2021（令和3）年度：2022（令和4）年1月1日、2022（令和4）年度：2023（令和5）年1月1日）

地域包括支援センターにおける効果的な介護予防ケアマネジメントの実施

様々な介護予防サービスが効果的・効率的に提供されるためには、介護保険制度の中で地域支援事業から介護サービスの提供までが、一体的・継続的に実施される必要があります。

このため、地域包括支援センターにおいて、地域のインフォーマルサービスも活用しながら、利用者の自立に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントが行われるよう支援します。

生活支援・介護予防サービスの体制整備（図4-10）

- ▶ 住民主体の生活支援・介護予防サービスについては、高齢者を含めた地域住民の力を活用した様々なサービスを生み出し、充実させていくことが求められています。そのため、地域

第4章 施策の目指す方向と具体的な取組

住民に最も身近な市町が中心となり、NPO、民間企業、協同組合、ボランティアなど様々な団体と連携して、地域の支援体制の充実・強化を図ることとしています。

- ▶ 様々な生活支援・介護予防サービス、社会参加の場において、元気な高齢者自身が生活を支援する側となり、社会的役割を持つことで生きがいや介護予防につながることを期待されます。
- ▶ 高齢者の在宅での生活を支えるため、ボランティアやNPO、民間企業、協同組合等の様々な主体による重層的な生活支援などについては、市町による状況調査や、分析、評価等を踏まえ、市町の実態に応じた様々な取組を支援します。
- ▶ 市町、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等を対象とした研修を開催し、地域での様々なサービスを生み出し、コーディネートできる人材の育成を支援します。

図4-10 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加



出典：厚生労働省資料

達成目標

指標	現状	目標		
	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度	2026(令和8)年度
介護予防事業に係る支援を実施している市町数	3市町	5市町	7市町	8市町
介護予防従事者研修会の受講者数	178人 (2022(令和4)年度)	200人	200人	200人
リハ専門職対象の研修会の受講者数	244人 (2022(令和4)年度)	250人	250人	250人
地域リハビリテーション活動支援事業実施市町数	17市町 (2022(令和4)年度)	18市町	19市町	20市町
介護予防に資する住民主体の通いの場の参加者数	28,620人 (2022(令和4)年度)	30,000人	31,000人	32,000人
生活支援コーディネーター研修会の受講者数	66人	70人	70人	70人
B型(住民主体による訪問・通所型)サービスを実施している市町数	3市町	4市町	5市町	6市町

2 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターの円滑な運営の推進

高齢者が、住み慣れた地域で、安心してその人らしく生活していただくためには、介護・保健・医療・福祉サービスやインフォーマルサービスなどの様々なサービスが、高齢者の状態の変化やニーズに応じて、切れ目なく提供されることが大切です。こうした高齢者の生活を支えるための総合機関として、地域包括支援センターが県内全市町に設置されています。

その役割は、地域包括ケアシステムを支える地域の中核機関として、総合相談支援、虐待の早期発見・防止など権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援のほか、第1号介護予防支援（居宅要支援被保険者に係るものに限る。）及び指定介護予防支援などがあります。

地域包括支援センターの業務を効果的に実施するためには、関係機関と連携し、センターの体制整備を図ることが重要となります。

- ▶ 地域包括支援センターが地域包括ケアシステムを支える中核機関としての業務を円滑かつ適切に実施していくため、センターの機能充実・強化を支援するとともに、研修等の実施による職員の資質の向上を図ります。
- ▶ 高齢者とその家族に生活の困りごとができた場合、地域包括支援センターが最初の「総合相談窓口」であることを明確にし、その役割を果たせるよう取組を支援します。
- ▶ 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、サービス事業者や関係団体、民生委員、一般県民等から構成される地域包括支援ネットワークを構築する市町等の取組を支援します。

地域包括支援センターの適切な体制整備

市町は、地域の実情に応じた圏域を設定して地域包括支援センターを設置します。圏域は、市町の人口規模や業務量、運営財源、専門職の人材確保の状況、地域における日常生活圏域との整合性に配慮して、センター機能が発揮されるよう設定されています。センターの設置状況と今後の整備見込みは、次のとおりです。

（表4-2、4-3）市町別の状況は資料3に記載

表4-2 地域包括支援センターの設置状況（基幹型を含む）

圏域名	センター設置数			サブセンター	専門職員の配置状況（ ）			
	うち直営	うち委託			保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員	
宇摩	1	1	0	0	15	8	4	3
新居浜・西条	6	1	5	0	37	12	15	10
今治	8	2	6	2	44	15	15	14
松山	19	4	15	3	140	50	56	34
八幡浜・大洲	5	4	1	3	39	16	14	9
宇和島	4	4	0	0	23	9	9	5
県計	43	16	27	8	298	110	113	75

資料：長寿介護課調査（2023（令和5）年4月1日時点）
専門職員の配置状況については、非常勤、兼務等を含む。

表4-3 地域包括支援センターの整備見込み(基幹型を含む)

圏域名	2023(令和5)年度末の整備数	2026(令和8)年度の整備数
宇摩	1	1
新居浜・西条	6	6
今治	7	7
松山	18	18
八幡浜・大洲	5	5
宇和島	4	4
県計	41	41

資料：長寿介護課調査

地域包括支援センターの運営財源の1つである地域支援事業費は、介護保険財源の中で運用されており、政令で上限が定められています。市町は、必要な財源の確保を図るとともに、センターの人材の確保等に努めるなど、地域の実情に応じた適切なセンターの体制整備を図っています。(表4-4) 市町別の状況は資料3に記載

表4-4 地域支援事業費の状況

(単位：千円)

圏域名	区分	2021(令和3)年度	2022(令和4)年度	2023(令和5)年度見込
宇摩	介護予防・日常生活支援総合事業	260,000	222,911	223,471
	包括的支援事業及び任意事業	144,808	162,824	158,287
	計	404,808	385,735	381,758
新居浜・西条	介護予防・日常生活支援総合事業	899,502	847,688	859,985
	包括的支援事業及び任意事業	404,522	419,841	443,922
	計	1,304,024	1,267,529	1,303,907
今治	介護予防・日常生活支援総合事業	555,693	547,370	541,492
	包括的支援事業及び任意事業	323,230	319,412	324,514
	計	878,923	866,782	866,006
松山	介護予防・日常生活支援総合事業	2,502,369	2,455,893	2,698,550
	包括的支援事業及び任意事業	1,018,080	1,075,686	1,074,916
	計	3,520,449	3,531,579	3,773,466
八幡浜・大洲	介護予防・日常生活支援総合事業	520,399	491,531	546,521
	包括的支援事業及び任意事業	293,525	314,632	334,464
	計	813,924	806,163	880,985
宇和島	介護予防・日常生活支援総合事業	433,512	419,129	465,768
	包括的支援事業及び任意事業	111,691	119,165	133,999
	計	545,203	538,294	599,767
県計	介護予防・日常生活支援総合事業	5,171,475	4,984,522	5,335,787
	包括的支援事業及び任意事業	2,295,856	2,411,560	2,470,102
	計	7,467,331	7,396,082	7,805,889

資料：長寿介護課調査

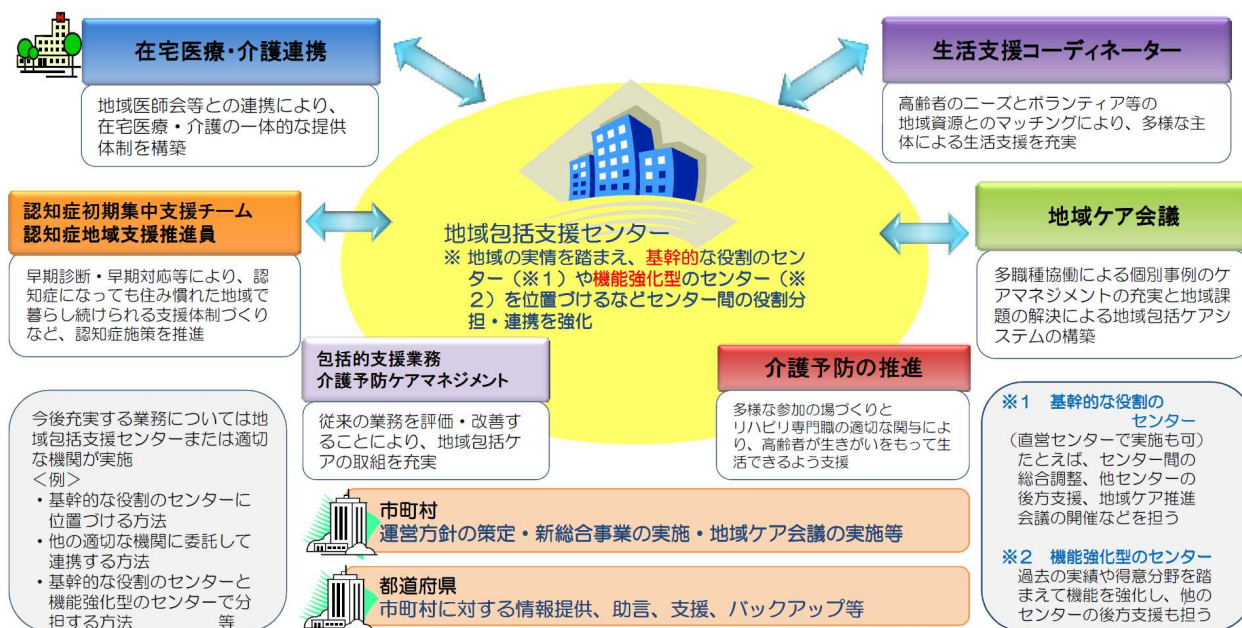
地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けた中核機関としての体制強化が重要となります。(図4-11)

県では、市町の取組を支援するため、次の事項に取組みます。

- ▶ 地域包括支援センターの専門職が訪問や実態把握等の活動を十分に行うために、各市町がセンターの業務量と役割に応じた適切な人員体制を確保するための取組を支援します。
- ▶ 継続的に安定した事業実施につなげるため、地域包括支援センターは、実施する事業の質の向上に向けて、地域包括支援センター運営協議会と連携をしながら、定期的な点検を行い、運営に対して適切に評価を行うための取組を支援します。
- ▶ 介護に取り組む家族等の介護離職の防止や介護負担の軽減のための支援として、地域包括支援センターの電話や地域に出向いた相談等の実施、企業や労働施策担当部門との連携など、地域の実情を踏まえた相談体制の充実や、地域支援事業（任意事業）における家族介護教室の開催などが行われており、これらの取組を支援します。

図4-11 地域包括支援センターの機能強化



出典：厚生労働省資料

地域包括支援センターにおける専門職の人材育成と多職種連携の強化

地域包括ケアシステムの実現には医療・保健・介護との連携強化が求められることから、様々な職種が連携するための取組を推進します。また、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、複雑かつ高度なスキルが求められることから、地域包括支援センターの専門職のスキル向上に向けた人材育成の取組を推進します。

保健師の確保と資質向上

保健師は、生活習慣病予防等の保健事業の一層の充実を図るほか、地域包括支援センターにおける唯一の医療職として、介護予防ケアマネジメントをはじめとする地域のケアマネジメント全般に関与して、各種の介護予防事業等の円滑な実施に貢献することが期待されています。

このため、県及び市町保健師に期待される機能を踏まえて、人員の確保や資質の向上について支援していきます。

▶ 市町保健師の機能

- 住民に身近で頻度の高い保健サービスの実施
- 生涯を通じた健康づくり・介護予防施策の推進
- 地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施

▶ 県保健師の機能

- 広域的、専門的、技術的な保健サービスの実施
- 調査、研究、施策立案、地域の関係機関との調整
- 専門的な立場からの技術的助言等による市町保健師への支援

在宅介護支援センター等の活用

地域包括支援センターの創設に伴い、在宅介護支援センター(老人介護支援センター)は、地域の老人福祉全般に関する問題について、老人やその養護者、地域住民等からの相談に応じ、必要な助言を行う機関として機能することとされています。

このため、在宅介護支援センターの整備見込みについては、同センターを、地域包括支援センターの窓口(プランチ)や支所(サブセンター)として活用を図ることを前提に、必要量を見込んでいます。(表4-5)

表4-5 在宅介護支援センターの整備見込み

圏域	2023(令和5)年度末の整備数	2026(令和8)年度の整備数
宇摩	6	6
新居浜・西条	5	5
今治	0	0
松山	31	31
八幡浜・大洲	8	8
宇和島	0	0
県計	50	50

資料：長寿介護課調査

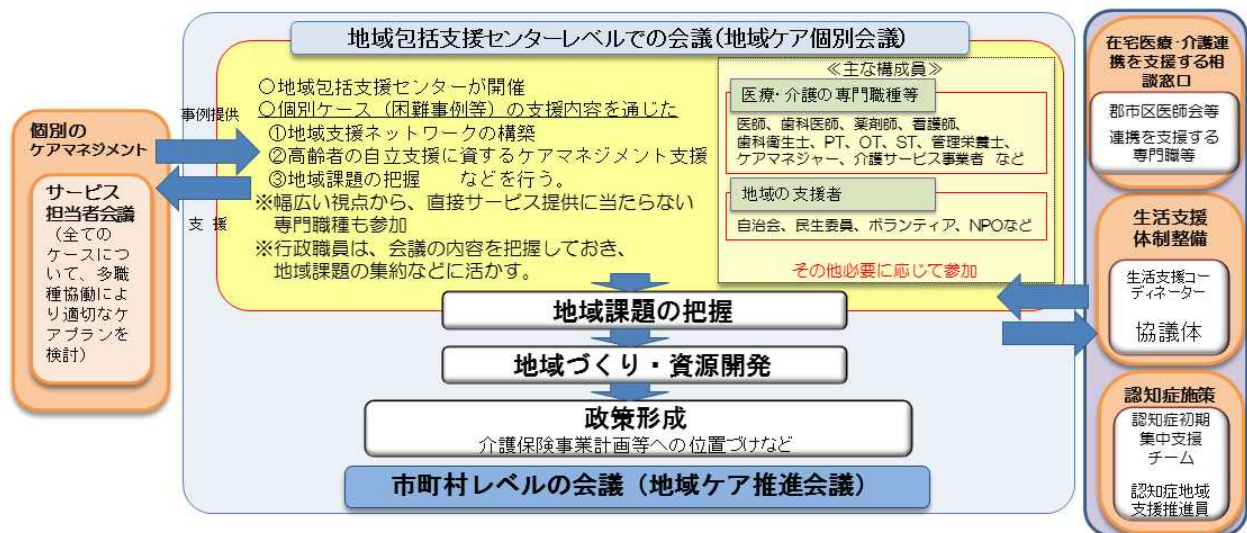
3 地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、個別事例の課題分析やケアマネジメント支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、地域に不足する介護資源の開発や有効な支援策の普及等について検討しています。さらに市町の介護保険事業計画への反映により、具体的な行政施策につなげることを目指すものです。(図4-12)

地域包括ケアシステムの深化・推進に当たっては、介護支援専門員だけでなく、地域住民やサービス事業所等に対して、介護予防や自立支援に関する理解を促し、適切なケアマネジメントが行われる環境を創ることが必要です。また、地域ケア会議の開催を通じて、様々な職種や機関と連携協働した地域包括支援ネットワークを築き整備していくことが重要です。

このため、県においては、地域ケア会議の場を用いて、会議の運営に関する助言や、市町職員への研修、関係する職能団体との調整、構成員となる専門職に対する説明会の実施、好事例の発信など、市町の取組を推進します。

図4-12 地域ケア会議の推進



出典：厚生労働省資料

2 - 3 在宅医療・介護連携の推進

1 医療・介護提供体制の構築

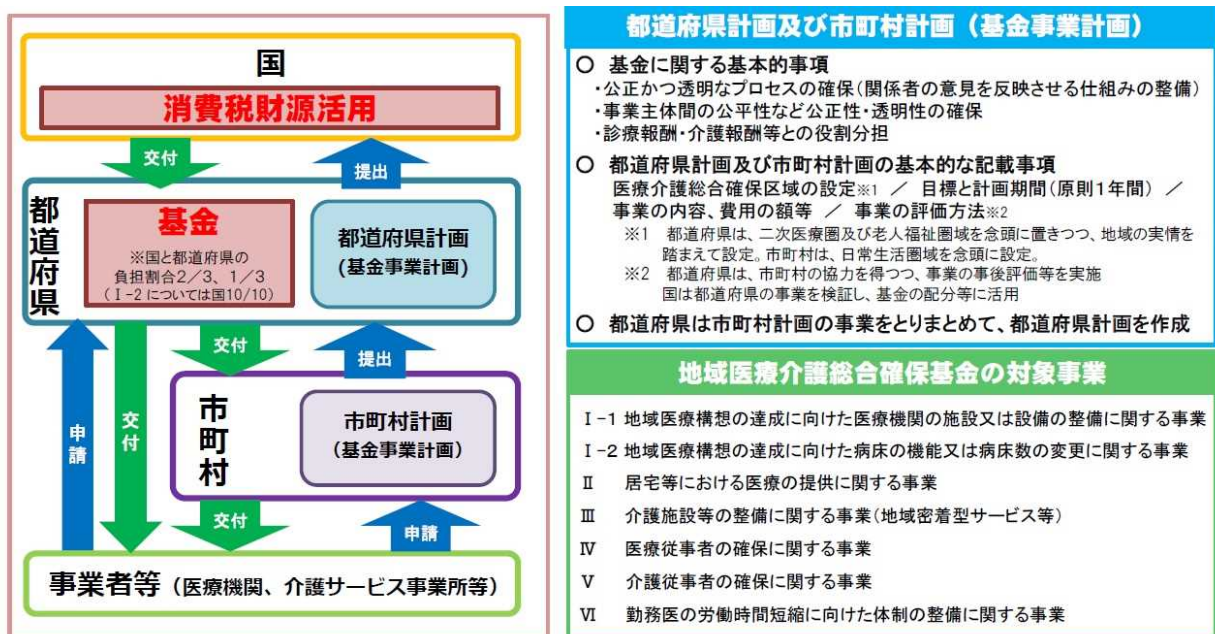
高齢化率の上昇に伴い、慢性疾患や複数の疾病を抱える高齢者の増加が見込まれる中、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを総合的に確保し、患者の早期の社会復帰を進めるとともに、高齢者が重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で安心して日常生活を継続できる社会を実現する必要があります。

特に、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保や勤務環境の改善といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題となっています。

2014（平成26）年に改正された「医療介護総合確保促進法」により創設した地域医療介護総合確保基金を活用し、医師会や医療機関、介護関係機関・団体、市町等と連携・協働しながら、地域における医療・介護サービスの提供体制の総合的・計画的な整備等を推進しています。

（図4-13）

図4-13 地域医療介護総合確保基金の概要



出典：厚生労働省資料

医療機関の施設又は設備の整備（病床の機能分化・連携）

地域医療構想の達成のため、病床の機能の分化及び連携等に向けた医療機関の施設・設備整備等を支援します。

居宅等における医療の提供（在宅医療・介護サービスの充実）

居宅等における医療の提供体制を推進するため、退院後の生活を支える在宅医療を充実させるとともに、地域包括ケアシステムの深化・推進のため、医療・介護サービス提供体制を一体的に整備します。

また、地域における介護との連携を含む医療連携体制の構築や、そのための情報基盤の整備等を推進します。このほか、在宅医療の提供体制の充実のため、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション関係職等に対する研修等を実施します。

さらに、利用者にとってわかりやすく総合的な支援が行われる体制を確保するため、医療従事者や医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等に対して、医療・介護連携を図るための研修等を実施します。

(ただし、在宅医療と介護の連携のための事業については、2-3(3)在宅医療・介護連携推進事業(地域支援事業)対象事業以外のものに限る。)

【第8次愛媛県地域保健医療計画】に基づく在宅医療提供体制等の構築(一部抜粋)

退院支援

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、退院患者が円滑に日常生活へ復帰できるよう切れ目のない継続的な医療体制を確保することが重要であり、計画的な退院支援や担当者間の情報共有・調整を十分行う必要があります。

〔対策〕

- ・入院医療機関における退院支援担当者の配置が促進されるよう、医療機関に対する啓発、支援を実施します。
- ・退院患者が円滑に日常生活へ復帰できるよう、入院医療機関と在宅医療に係る機関が連携した、継続的な医療体制の構築を促進します。

退院支援を実施している診療所・病院数

(単位：施設)

	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	県計
退院支援を実施している 診療所・病院数	4	10	6	26	3	5	54

出典：2021(令和3)年NDBデータ

日常の療養支援

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される必要があります。

〔対策〕

- ・増大する慢性期の医療ニーズや地域の状況を考慮して、在宅医療を担う医療機関の整備を促進するとともに、患者のニーズとそのニーズに対応できる医療機関とのマッチング、訪問看護体制の整備、情報通信技術(ICT)の活用による対応力強化などに努めます。
- ・質の高い在宅医療を提供するため、医師、看護師、介護職、薬剤師等の必要な人材を確保するとともに、多職種を対象とした研修を実施するなど、在宅医療を担う多様な人材の確保・育成に努めます。
- ・在宅医療に係る機関が連携し、在宅療養者のニーズに対応した医療・介護サービスの包括的な提供を行う、多職種からなる在宅チーム医療の体制の構築を促進するとともに、災害時にも適切な医療を提供するための計画の策定を促進します。

訪問診療を実施している診療所・病院数

(単位：施設)

	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	県計
訪問診療を実施している 診療所・病院数	17	44	41	166	48	34	350

出典：2021（令和3）年NDBデータ

急変時の対応

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う診療所・病院、訪問看護事業所及び入院機能を有する診療所・病院との円滑な連携による診療体制を確保することが求められています。

〔対策〕

- ・かかりつけ医の負担を抑える、医師のチーム化、グループ化の体制整備に努め、往診や24時間往診が可能な体制の整備を促進します。
- ・訪問看護に従事する看護師等の確保を推進するとともに、24時間対応可能な訪問看護事業所の充実を図ります。
- ・緊急時に、入院機能を有する在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の医療機関が、在宅療養患者を円滑に受入れることのできる体制の整備に努めます。

往診を実施している診療所・病院数

(単位：施設)

	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	県計
往診を実施している診療 所・病院数	25	66	57	233	79	52	512
24時間対応体制加算の届 出をしている訪問看護ス テーション数	9	27	11	113	15	15	190

出典：2021（令和3）年NDBデータ

四国厚生支局HP「訪問看護事業所の届出受理状況」（2023（令和5）年6月）

看取り

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所で看取りを行うことができる体制を構築する必要があります。

〔対策〕

- ・在宅看取り（ターミナルケア）を実施する医療機関や訪問看護ステーション、介護施設等の充実を図るとともに、多職種間の連携を促進します。
- ・在宅での看取りを望む患者、家族に対し、自宅や住み慣れた地域での看取りが可能な医療機関及び介護施設について、わかりやすい形で情報を提供します。

介護サービス提供体制等の整備

病床の機能の分化及び連携に伴って増加する退院患者に対応しつつ、単身・夫婦のみの高齢世帯や認知症高齢者等が、可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことを可能とするため、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備に努めます。

医療従事者等の確保

良質かつ適切な医療を提供する体制を構築するため、地域医療支援センター（医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援するための拠点）等を活用した医師等の偏在の解消、医療勤務環境改善支援センター（医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点）等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員等の確保に取り組めます。

介護従事者の確保

（「4-2 介護人材の確保・資質の向上、生産性の向上」（P105～）に掲載のため省略）

達成目標

指 標	現 状	目 標(2026(令和8)年度)
退院支援を実施している診療所・病院数	宇摩:4、新居浜・西条:10、 今治:6、松山:26、 八幡浜・大洲:3、宇和島:5 (2021(令和3)年)	各圏域現状以上
訪問診療を実施している診療所数・病院数	宇摩:17、新居浜・西条:44、 今治:41、松山:166、 八幡浜・大洲:48、宇和島:34 (2021(令和3)年)	各圏域現状以上
往診を実施している診療所・病院数	宇摩:25、新居浜・西条:66、 今治:57、松山:233、 八幡浜・大洲:79、宇和島:52 (2021(令和3)年)	各圏域現状以上

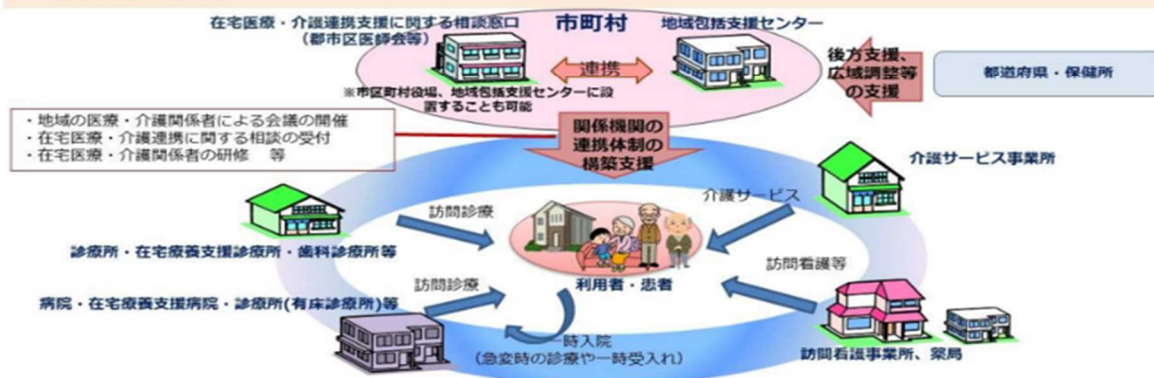
2 医療と介護の連携強化

高齢化の進展や、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者の増加もあり、要介護度の重度化や医療ニーズが高まる中において、高齢者が、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らしていくためには、発症から入院、回復期、退院、さらには在宅や施設等での看護・介護など、症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスが日常生活圏域内において提供される連携体制の構築が重要です。

このため、国の動向等も踏まえながら、それぞれの地域の実情に即した医療と介護の連携強化に努めることとします。(図4-14)

図4-14 医療・介護連携のイメージ

- 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続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 - (※)在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 (定期的な訪問診療等の実施)
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
 - ・訪問看護事業所、薬局 (医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
 - ・介護サービス事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護の実施)
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



出典：厚生労働省資料

関係者間での連携

- 2012(平成24)年4月の「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護職員等は、医師や看護師等の連携の下に、安全性が確保される範囲内で喀痰(かくたん)吸引や経管栄養等の医療的ケアを行うことができるようになりました。
- 介護の現場において必要な医療的ケアについては、医師や看護師等の医療関係者との連携の下で適切に実施できる体制づくりを行い、介護従事者が質の高い総合的なケアを提供できるよう努めます。

制度面での連携

- 医療との連携による在宅介護の充実等を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を、引き続き推進します。
- 病床機能の分化・連携や在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの深化・推進等を通じた、重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワークの構築に努めます。
- 医療から介護への円滑な移行促進、相談業務やサービスのコーディネートをするための関係機関等による包括的マネジメントの機能強化を図ります。
- 市町が主体となり実施している「在宅医療・介護連携推進事業」については、市町の枠を超えて実施が必要な広域的な取組も多いことから、引き続き支援します。

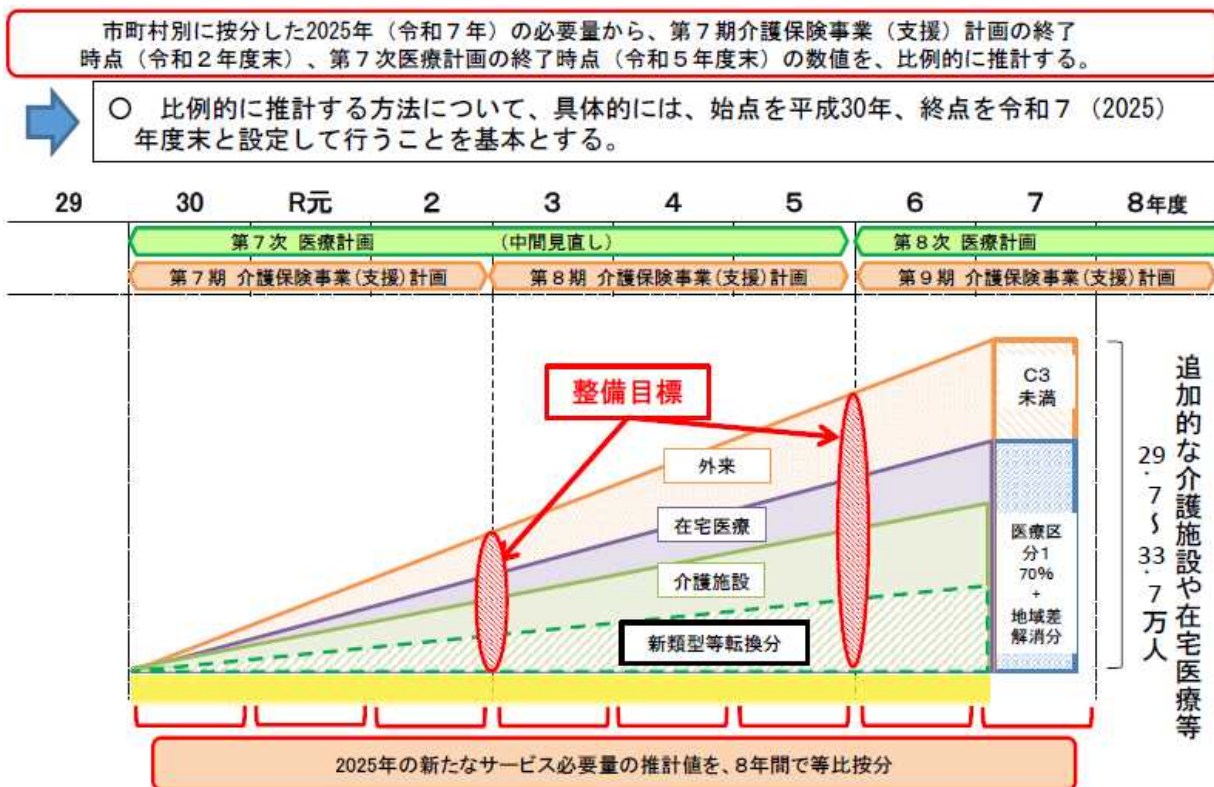
医療計画との整合性の確保

病床の機能の分化・連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と在宅医療・介護の充実等による地域包括ケアシステムの深化・推進が一体的に行われるよう、医療計画との整合性を確保することが重要です。このため、高齢者保健福祉圏域（二次医療圏）ごとに県と市町の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を開催し、より緊密な連携が図られるよう体制整備を図ります。

協議の場では、県の地域医療構想を踏まえ、2025（令和7）年の病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性を確保することが重要であることから、県介護保険事業支援計画と市町村介護保険事業計画において掲げる介護のサービスの見込量と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、必要事項についての協議を行うとともに、両計画の目標及び見込量の達成状況を適宜共有します。

（図4-15）

図4-15 介護・医療計画の新たなサービス必要量の推計方法



出典：厚生労働省資料

医療費適正化に向けた取組

本県の医療費は、都道府県別国民医療費の2021(令和3)年度数値によると、5,250億円で、1人当たり医療費は397,500円となっており、全国平均(358,800円)を上回っています。

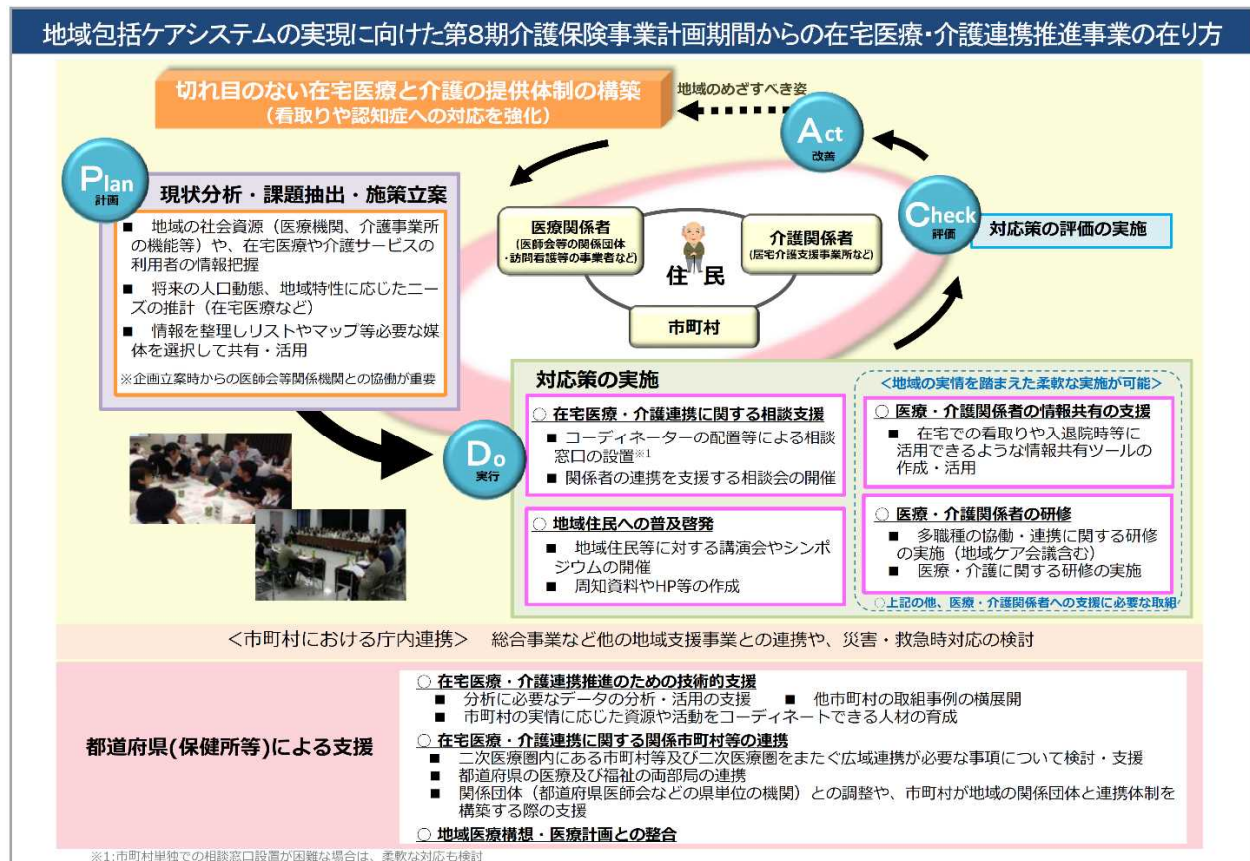
また、特定健康診査受診率は全国平均を下回っているほか、生活習慣病に分類される主な疾病である高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病について、受療率は全て全国平均を上回るなど、医療費を取り巻く様々な課題があります。

こうした状況の中、県では、6年を1期とする「第4期愛媛県医療費適正化計画」(計画期間：2024(令和6)～2029(令和11)年度)を策定し、県民の健康の保持と医療の効率的な提供の推進に関する目標を設定し、本計画や医療計画、健康増進計画、国民健康保険運営方針等の県計画とともに医療費適正化に向けた取組を進めています。

3 在宅医療・介護連携推進事業への支援

医療と介護サービスを必要とする高齢者が、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるために、各市町が、市町の実情に応じて「在宅医療・介護連携推進事業」を評価改善しながら効果的に実施できるよう支援することにより、医療機関や介護サービス事業者などの関係者の連携による在宅医療・介護サービスの一体的な提供を推進します。(図4-16)

図4-16 在宅医療・介護連携推進事業の概要



出典：厚生労働省資料

4 リハビリテーションの推進

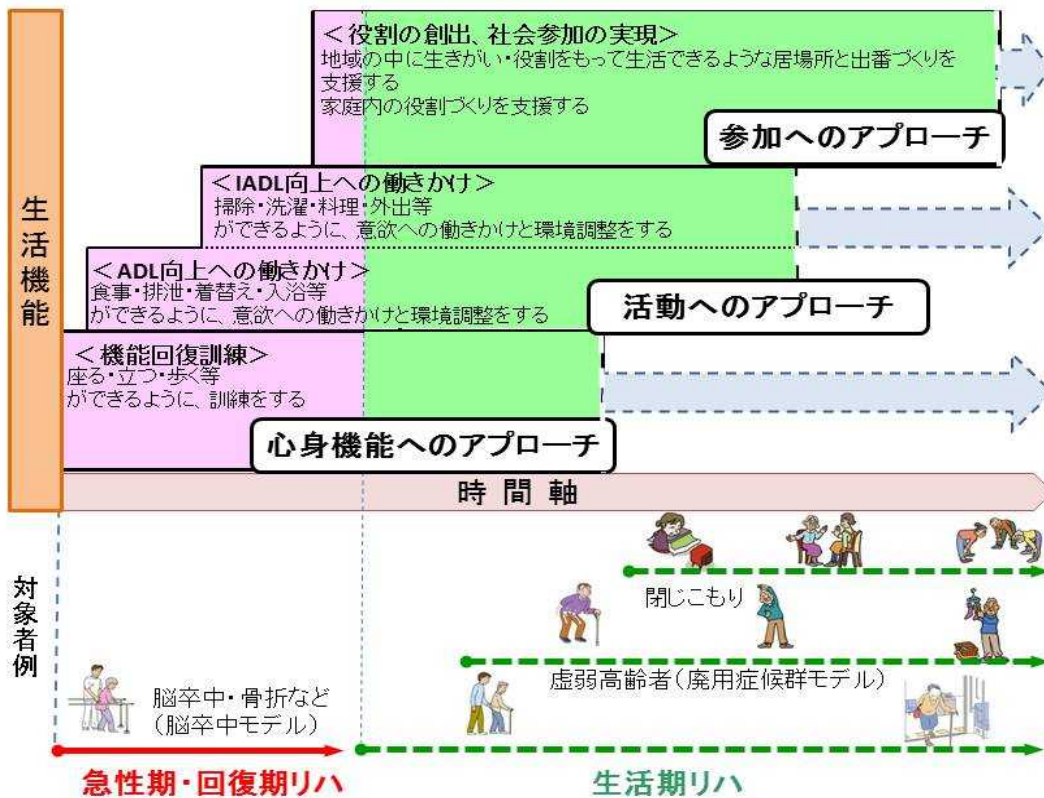
高齢化や社会環境の変化に伴い、心疾患や脳血管疾患、呼吸器疾患、骨折等の後遺症のほか、廃用症候群をもつ高齢者に対するリハビリテーションの需要が増大し、医学的・教育的・社会的リハビリテーションの推進が重要になっています。

また、急性期から回復期のリハビリテーションは医療保険が、生活期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することが基本となります。

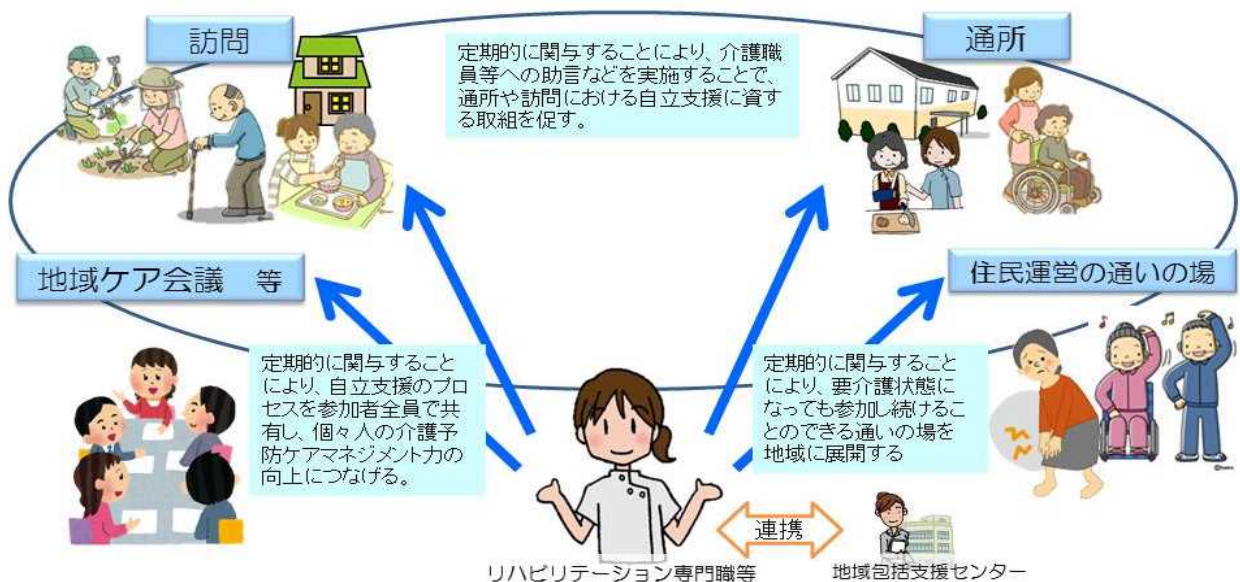
このため、包括的にリハビリテーションを提供するに当たっては、医療機関だけでは困難であり、保健（地域保健）・福祉（介護保険）部門と連携し、切れ目なく効果的に行われることが重要であることから、次の事項について取り組みます。（図4-17）

- ▶ リハビリテーションは、がんや脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の医療連携体制においても重要な役割を担っており、予防から急性期、在宅療養のそれぞれの過程において適切に提供されるよう、連携体制の構築に努めます。
- ▶ 多段階のリハビリテーションが個々の患者の状態に応じて適切に行われ、急性期から回復期の医療保険によるリハビリテーションから、生活期の介護保険によるリハビリテーションへの移行等が円滑に行われるよう、患者に対するリハビリテーション実施計画の十分な説明、医療・介護関係者の連携、サービス提供施設・事業者等に係る情報の提供等を推進します。
- ▶ 高齢者に対しては、地域におけるリハビリテーションに関する専門的な知見を有する者を活用し、機能回復訓練等へのアプローチだけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整や地域づくり等の、高齢者を取り巻く環境へのアプローチにも着目し、これを推進します。
- ▶ がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病について、リハビリテーションの提供施設の位置付けを明確にし、医療連携体制の構築を推進します。
- ▶ 心大血管疾患リハビリテーション機能や回復期リハビリテーション病棟など、本県において不足している機能や施設の整備を推進します。
- ▶ 対象者の心身の状況に応じたリハビリテーションを充実し提供できるよう、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・義肢装具士等の専門的マンパワーの確保や連携体制の整備を推進します。

図4-17 高齢者のリハビリテーションの流れ



出典：厚生労働省資料



出典：厚生労働省資料

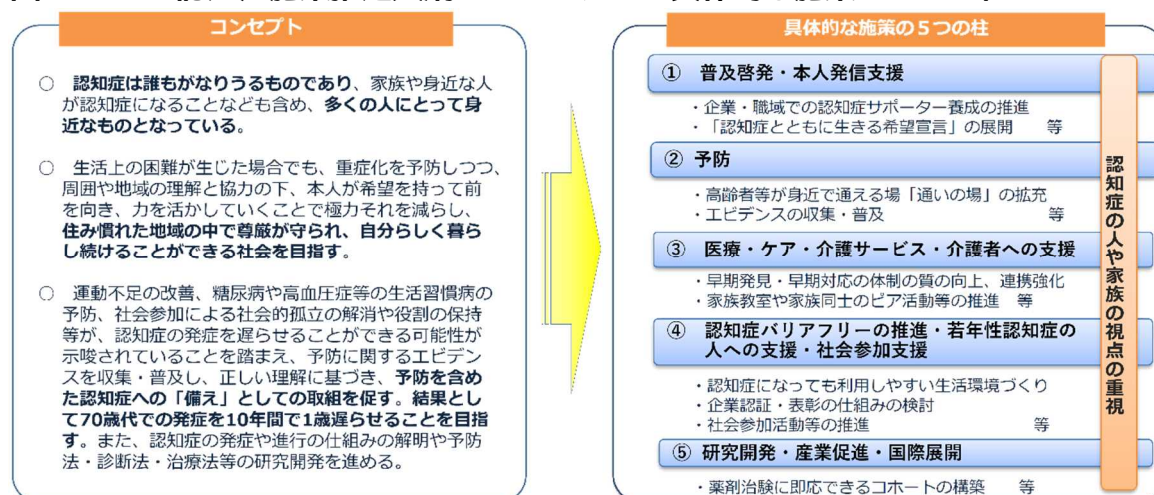
2 - 4 認知症高齢者への支援

今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近なものです。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現に向け、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくために、2019（令和元）年6月に策定された「認知症施策推進大綱」及び、2024（令和6）年1月1日より施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき施策を総合的かつ計画的に推進していきます。（図4-18）

また、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が尊厳と希望を持って安心して生活していく環境を整備するために、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を推進していきます。

このため、県に「認知症施策推進会議」を設置し、市町における認知症施策の取組状況の把握や課題の分析、先進的な事例の収集とその普及方法等の検討を行うことにより、県の認知症施策の全体的な水準の向上に努めています。

図4-18 認知症施策推進大綱のコンセプトと具体的な施策の5つの柱



出典：認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」

1 普及啓発・本人発信支援

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

国は、認知症サポーターを多数養成し、社会全体で認知症の人を支える基盤整備を目指して、様々な普及・啓発活動や、認知症への理解を深めるための取組を行っています。2022（令和4）年12月に中間評価が行われた認知症施策推進大綱では、2025（令和7）年までに、1,500万人を養成する目標が新たに掲げられ、2023（令和5）年12月末時点で既に1,510万人以上を養成しています。

本県では、各市町が実施する認知症サポーター養成講座に対して、地域支援事業交付金により財政的な支援を行うとともに、県在宅介護研修センター（愛ケア）の研修の中で、「認知症サポーター」や「キャラバン・メイト」の養成を行っており、2023（令和5）年12月末現在で18万9千人を超える認知症サポーター（キャラバン・メイトを含む。）が養成されています。

今後も、キャラバン・メイトを養成するとともに、キャラバン・メイトが、学んだ知識や体験等を地域、職域、学校などで住民に伝え、認知症サポーターを養成するほか、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ）の取組を、市町と連携して支援します。（表4-6、図4-19）

第4章 施策の目指す方向と具体的な取組

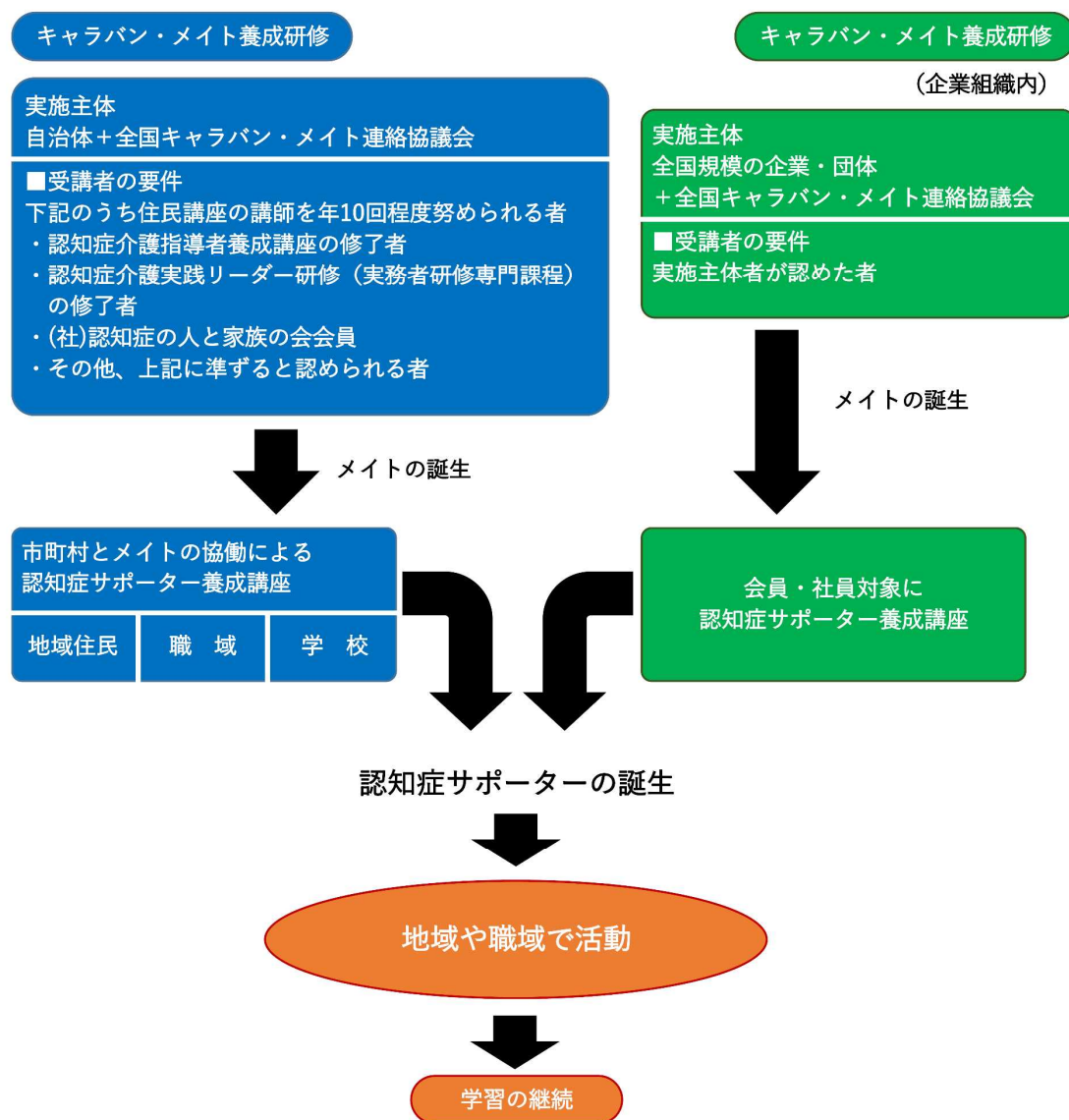
- ▶ 地域で認知症に関わることが多い業界への理解促進や、市町が実施する小・中学校における認知症教育への支援、世界アルツハイマーデー（認知症の日）及び月間における普及啓発イベントの実施など、地域における認知症の人やその家族等に対する理解や支援を普及・定着させるための取組を推進します。
- ▶ 認知症の人やその家族等にやさしい地域づくりを加速するため、県在宅介護研修センター（愛ケア）において、認知症サポーターを含む介護ボランティアの育成に努め、様々な場面で活躍できるよう支援します。

表4-6 キャラバン・メイト数、認知症サポーター数(2023(令和5)年12月末現在)

県・市町	総人口		高齢化率	市町 窓口	サポーター 講座 開催回数	キャラバン メイト数 (人)	サポーター 数 (人)	キャラバン メイト + サポーター数 (人)	総人口に 占める割合 (メイト+ サポーター)	サポーター 1人当たり 担当高齢者 人口(人)	総人口 10,000人当 たりの講座 開催回数
	(人)	65歳以上 人口									
愛媛県	1,327,185	442,335	33.3%		234	11	11,370	11,381	-	-	-
松山市	503,865	144,616	28.7%		1,164	584	47,045	47,629	9.453%	3.0	23.101
今治市	151,608	54,139	35.7%		618	178	23,000	23,178	15.288%	2.3	40.763
宇和島市	70,019	28,240	40.3%		427	122	12,764	12,886	18.404%	2.2	60.983
八幡浜市	31,293	12,938	41.3%		184	122	6,190	6,312	20.171%	2.0	58.799
新居浜市	115,314	37,424	32.5%		506	104	23,019	23,123	20.052%	1.6	43.880
西条市	105,616	34,767	32.9%		458	124	16,453	16,577	15.696%	2.1	43.365
大洲市	40,580	15,179	37.4%		73	35	2,568	2,603	6.414%	5.8	17.989
伊予市	35,805	12,328	34.4%		102	89	2,928	3,017	8.426%	4.1	28.488
四国中央市	83,426	27,885	33.4%		350	301	15,472	15,773	18.907%	1.8	41.953
西予市	35,232	15,456	43.9%		198	83	6,703	6,786	19.261%	2.3	56.199
東温市	33,250	10,545	31.7%		193	89	4,931	5,020	15.098%	2.1	58.045
上島町	6,283	2,960	47.1%		60	12	1,044	1,056	16.807%	2.8	95.496
久万高原町	7,420	3,682	49.6%		121	28	3,191	3,219	43.383%	1.1	163.073
松前町	30,364	9,609	31.6%		59	75	1,378	1,453	4.785%	6.6	19.431
砥部町	20,510	7,056	34.4%		74	65	2,141	2,206	10.756%	3.2	36.080
内子町	15,406	6,336	41.1%		23	26	1,053	1,079	7.004%	5.9	14.929
伊方町	8,395	4,080	48.6%		37	18	849	867	10.328%	4.7	44.074
松野町	3,661	1,717	46.9%		28	7	510	517	14.122%	3.3	76.482
鬼北町	9,563	4,401	46.0%		116	44	2,568	2,612	27.314%	1.7	121.301
愛南町	19,575	8,977	45.9%		123	39	2,174	2,213	11.305%	4.1	62.835
県計	1,327,185	442,335	33.3%		5,148	2,156	187,351	189,507	14.279%	2.3	38.789

資料：人口、高齢者人口 住民基本台帳（2023（令和5）年1月1日現在）
 メイト、サポーター数 全国キャラバン・メイト連絡協議会ホームページ
 （2023（令和5）年12月31日までに提出された実施報告書より）
 市町窓口は、連絡先として設置されている自治体等を含む。

図4-19 「認知症サポーターキャラバン」のしくみ



認知症施策推進会議及び若年性認知症自立支援ネットワーク会議の設置

認知症の人の更なる増加に対応するには、認知症の人とその家族を支える関係機関や人々の連携を強化し、幅広い支援を確保することが不可欠です。このため、2011(平成 23)年度から、県内の認知症施策の全体的な水準の向上を図るため、医療・介護・福祉等の関係者等で組織する「認知症施策推進会議」を設置し、市町を含めた認知症施策全般の推進等について検討をしています。

また 2016(平成 28)年度からは、若年性認知症の人に対して、発症初期から高齢期まで本人の状態に合わせた適切な支援が図られるよう、当推進会議にワーキンググループ「若年性認知症自立支援ネットワーク会議」を設置し検討しています。

そして、検討過程で情報収集した先進事例等や検討結果については、「認知症施策市町連携会議」等で情報共有するなどして、市町における認知症施策の取組の促進を図っています。

認知症の本人からの発信支援

これまでの認知症施策は認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、認知症の人とその家族の視点を重視した取組を推進します。

- ▶ 認知症の人本人や認知症当事者団体の代表者を認知症施策推進会議や若年性認知症自立支援ネットワーク会議のメンバーとするほか、認知症の人やその家族の声を聴くことに努め、認知症の人の視点に立った認知症施策を推進します。
- ▶ 認知症本人大使「えひめ認知症希望大使」を委嘱し、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても生き生きと活動している姿を発信し、認知症に対する社会の理解を深める取組を推進します。
- ▶ 認知症の人本人同士が語り合う「本人ミーティング」を通じて、認知症の人の意見が施策の企画・立案、評価に反映されるよう市町の取組を支援します。
- ▶ サポート体制が十分とはいえない初期段階の認知症の人のニーズを把握し、生活や生きがい支援に努めるとともに、ピアサポーターによる相談活動の取組を推進します。

認知症地域支援推進員の活動の推進

医療・介護等の支援ネットワークの構築や、認知症の人とその家族を支援する事業の推進役を担う「認知症地域支援推進員」に対して、地域の実情に応じた効果的な活動が行えるよう支援します。

達成目標

指 標	現 状	目 標		
	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度	2026(令和8)年度
キャラバンメイト・サポーターの養成(累計)	189,507人 (R5.12.31時点)	201,000人	210,000人	219,000人
本人ミーティング開催市町数	2市町	3市町	5市町	8市町

2 予防

地域支援事業等において、認知症のおそれがある高齢者を対象にした保健師等による訪問指導のほか、認知症予防・認知症介護に関する教室の開催、さらには通いの場の充実等により高齢者の閉じこもりの防止や健康増進を図り、認知症の原因となる疾患の予防につなげるなど、認知症に関する正しい知識や理解の普及、予防及び早期発見の取組を支援します。

予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

達成目標(再掲)

指 標	現 状	目 標		
	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度	2026(令和8)年度
介護予防に資する住民主体の通いの場の参加者数	28,620人 (2022(令和4)年度)	30,000人	31,000人	32,000人

3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知症の対応を適切に行うためには、早期に確定診断を受け、その人にあった療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携の下、適切なサービスの提供が求められるとともに、認知症の人が可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう支援することが必要です。

認知症疾患医療センターの運営

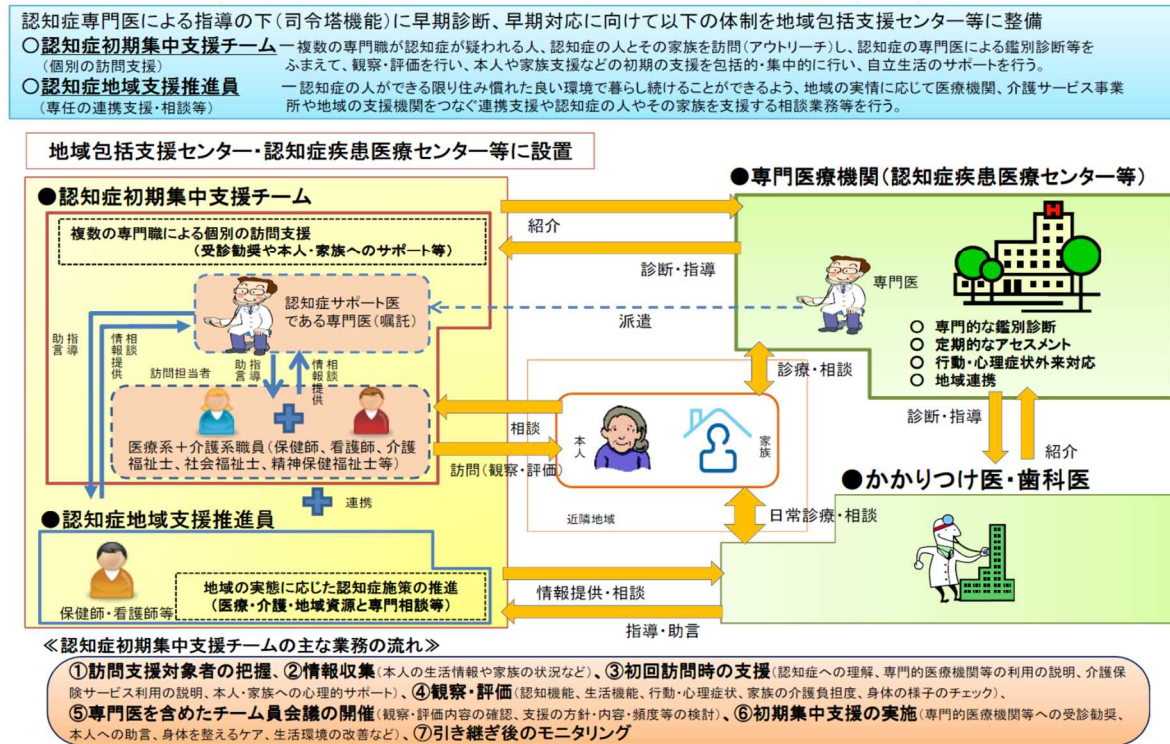
認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断や専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、介護との連携や地域のかかりつけ医等への研修を行う専門医療機関であり、地域医療を体制化していく中核を担うものです。

認知症に対して早い時期から適切な対応を行うため、認知症疾患医療センターの運営により、認知症に関する医療の質の向上を図るとともに、地域の医療機関と地域包括支援センターをはじめとする介護サービスとの連携体制を構築します。

認知症初期集中支援チームの活用の推進

市町において、認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断・早期対応に向けた支援体制を整えるため、認知症専門医による指導の下、医師、保健師等による「認知症初期集中支援チーム」を活用し、「認知症地域支援推進員」と連携した取組を支援します。(図4-20)

図4-20 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について



出典：厚生労働省資料

かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人への日常的な診療や家族への助言等を担うことができるよう、かかりつけ医に対して、適切な認知症診断の知識・技術をはじめ、認知症の人とその家族の支援に係る知識と方法を習得する研修(かかりつけ医認知症対応力向上研修)を実施します。

また、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成し(認知症サポート医養成研修及びフォローアップ研修)認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となって認知症の人への支援を行う体制を整備します。(表4-7)

歯科医師・薬剤師・看護職員の認知症対応力の向上

歯科医師や薬剤師などの専門職が高齢者等と接する中で、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応していく知識や技術を習得する研修（歯科医師の認知症対応力向上研修、薬剤師の認知症対応力向上研修）を実施します。

また、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症の人に接する身近な存在であることから、認知症の人への対応に必要な知識・技術を習得する研修（看護職員の認知症対応力向上研修及びフォローアップ研修）を実施します。（表4-7）

認知症ケアパスの普及促進

各市町で作成している、認知症に係る早期診断・早期対応を重視し、認知症の症状・進行に合わせた適切な医療・介護サービスの提供の流れを標準的に示した「認知症ケアパス」に沿って、認知症の人やその家族ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるような体制整備を支援します。

認知症地域連携パスの普及促進

医療と介護サービスが切れ目なく提供できるように、認知症の人の医療・介護・生活等に関する情報を集約した情報共有ツールである「認知症地域連携パス」の普及を促進し、これを利用して、認知症の人を支える関係者の連携を推進します。

認知症介護の質の向上

認知症介護のサービスの質を高めるためには、認知症介護技術の向上や専門職の養成が重要です。

このため、県では、認知症介護研修を体系化して計画的に実施し、介護職員への専門的知識・技術の普及に取り組んでいます。（表4-7、図4-21）

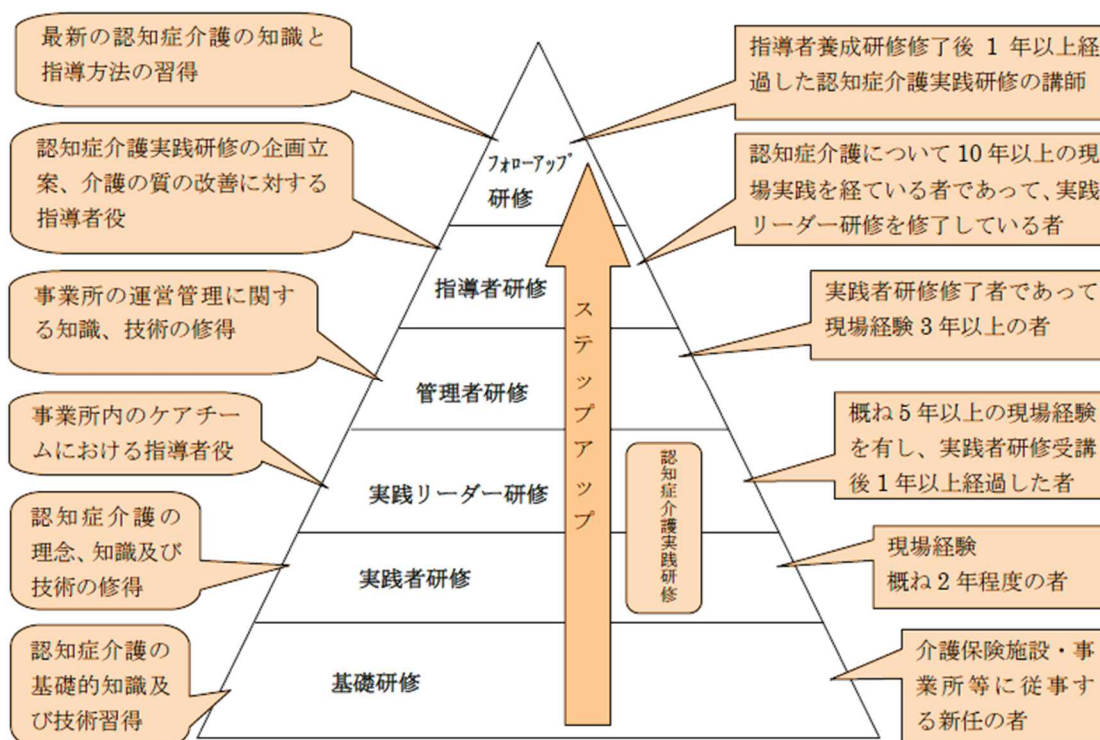
表4-7 医療従事者等の認知症対応力向上研修修了者数 （単位：人）

区 分	年 度	2021 (令和3)	2022 (令和4)	2023 (令和5)
認知症サポート医養成研修		3	9	3
認知症サポート医フォローアップ研修		73	53	
かかりつけ医の認知症対応力向上研修		170	207	
歯科医師の認知症対応力向上研修		141	124	
薬剤師の認知症対応力向上研修		-	92	74
看護職員の認知症対応力向上研修		23	23	38
認知症介護基礎研修（ ）		229	1,093	
認知症介護実践研修	認知症介護実践者研修	187	171	168
	認知症介護実践リーダー研修	27	26	26
認知症対応型サービス事業管理者研修		84	77	
認知症対応型サービス事業開設者研修		12	8	10
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修		23	30	
認知症介護指導者養成研修		0	3	0
認知症介護指導者フォローアップ研修		0	1	

資料：長寿介護課調査

2021（令和3）年度から、介護に直接携わる医療・福祉関係の資格を有さない者に対して受講が義務付けられた。

図4-21 認知症介護研修の体系



介護サービスを行う事業所の管理者・介護職員に対し、認知症介護に関する専門的な知識や技術の習得のための実践的な研修を実施し、認知症介護技術の向上を図ります。

また、認知症介護指導者には、介護職員等が行うサービスの質を向上させることや、認知症の理解を深め、地域ぐるみで認知症高齢者を支える体制づくりを担う役割が期待されています。

このため、これら指導者を養成するため、認知症介護研究・研修センターで実施される指導者養成研修等へ継続的に受講者を派遣し、人材育成の機会の拡大を図ります。

さらに、認知症高齢者の症状、本人の特性、終末期などライフステージに対応した認知症ケアを介護現場に普及させることも役割としてあり、その取組を支援します。

地域での生活を支える介護サービス提供体制の充実

認知症の人にも、保健・医療・福祉の専門的観点から適切なアセスメントを行い、状態に応じた必要とされるサービスを継続的に提供しながら、今の生活環境をできる限り維持していく配慮が必要です。

このため、認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスをはじめとして、居宅サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の整備に当たっては、サービス事業者や医療機関、市町をはじめとする保健福祉関係者が十分に連携して基盤整備を進めることができるよう支援します。

認知症高齢者グループホームにおける外部評価の充実

認知症高齢者グループホームは、自己評価の実施に加えて、原則として年1回（一定の要件を満たす場合は2年に1回）、県が選定した外部評価機関による外部評価と運営推進会議による外部評価のいずれかから「第三者による外部評価」を受けることが義務付けられており、県では、円滑な外部評価が図られるよう支援するとともに、評価結果を事業者自らがサービスの質の向上につなげる取組を支援します。（表4-8）

表4-8 グループホームの外部評価結果の公開状況

（2022（令和4）年4月～2023（令和5）年3月）

指定事業所数 (2023(令和5)年3月末現在)			年間評価結果 公開数	公開進捗率 (÷)	(参考) 選定評価 機関数 (2023(令和5)年 3月末現在)
グループ ホーム	のうち 外部評価 免除対象 事業所数	外部評価 対象事業所数 (-)			
254	114	140	127	90.7%	2

資料：長寿介護課調査

認知症の人の家族・介護者への支援

- 認知症の家族や介護者に対して、地域包括支援センター・保健所における相談窓口を周知し、認知症に関する様々な相談に対応するなど、誰もが気軽に相談できる体制の整備を推進します。
- 身近な地域の認知症介護の専門家、経験者等によるカウンセリングや、地域の専門機関の紹介等を行うコールセンターの設置などの電話相談事業を実施するとともに、認知症の当事者や介護経験のある家族との交流会、認知症カフェの普及などの支援を行うことにより、認知症の人の持てる能力を積極的に評価し、社会との接点づくりの拡大を図ります。

達成目標

指 標	現 状	目 標			
	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度	2026(令和8)年度	
認知症サポート医養成研修受講者数(累計)	154人	160人	165人	170人	
かかりつけ医の認知症対応力向上研修受講者数(累計)	3,037人 (2022(令和4)年度)	3,400人	3,600人	3,800人	
歯科医師の認知症対応力向上研修受講者数(累計)	717人 (2022(令和4)年度)	900人	1,000人	1,100人	
薬剤師の認知症対応力向上研修受講者数(累計)	521人	600人	680人	760人	
看護職員の認知症対応力向上研修受講者数(累計)	412人	442人	472人	502人	
認知症介護基礎研修受講者数(累計)	1,786人 (2022(令和4)年度)	3,086人	3,386人	3,686人	
認知症介護実践者研修受講者数(累計)	5,181人	5,433人	5,673人	5,913人	
認知症介護指導者養成研修受講者数(累計)	32人	35人	38人	41人	

4 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

認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

保健・医療・福祉等の関係機関や担当部局が連携し、地域の実情に応じて、生活支援（第4章2-2）住まいの確保（第4章3-1）就労・社会参加支援（第4章1-2）安全確保（第4章3-2）等の観点から、認知症になってからでも地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。

また、地域包括支援センター等を中心としたきめ細かなネットワークづくりを促進し、保健所等の関係機関が連携して予防や早期発見に努め、認知症になっても安心して生活を送れる体制整備を支援します。

- 市町が、警察や地域住民、民間企業などと連携して、見守り SOS ネットワークなどの体制づくりを支援します。
- 認知症の人の一人歩き中の事故や消費者被害の防止等のほか、自ら相談やサービス利用することが困難といった問題等に対応するため、訪問活動による相談支援等の実施や福祉サービスの利用を援助するための体制整備など、市町等によるきめ細かな支援の取組を推進します。
- 地域住民一人ひとりが高齢者虐待に関する認識を深めることが、高齢者虐待の発生予防・早期発見の第一歩となることから、高齢者虐待に関する知識・理解の普及啓発を行うとともに、対応窓口となる市町への支援やネットワークづくりに取り組みます。
- 認知症の人が成年後見制度を有効に利用して、介護保険サービスをはじめとする契約や財産管理などを行えるよう、制度の浸透を図るとともに、市町（地域包括支援センター）及び中核機関に対する助言その他の援助を行います。
- ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等がメンバーとなって活動する「チームオレンジ」の立上げや運営支援等を担うチームオレンジコーディネーターの養成を行うなど、市町におけるチームオレンジの整備を推進するため、先進的な取組等について市町に情報提供を行います。

若年性認知症の人への支援

65歳未満のいわゆる現役世代が発症する若年性認知症は、症状に対する認識不足から診断が遅れるケースや、就業継続が難しくなることが多く、本人や家族の生活への影響が大きいことが特徴です。

このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障がい者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行うなど、若年性認知症の一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっています。

このような現状を踏まえ、県では、次の取組を行います。

- 若年性認知症の人の生活実態等を把握し、必要な施策を検討します。
- 若年性認知症の人や家族に対しては、若年性認知症の知識や技術だけでなく、精神面も含めた支援が重要であることから、コールセンターの開設や若年性認知症支援コーディネーターの設置を通じ、本人と家族が気軽に相談できる体制を整備します。
- 若年性認知症の人の実態やニーズは、地域の社会資源などの状況によって、それぞれ異なっていることから、本人及び家族の居場所づくりとなる交流会を開催するほか、交流会を通じて把握した本人や家族のニーズを集約し、必要な施策を検討します。

第4章 施策の目指す方向と具体的な取組

- 若年性認知症の人に対する支援については、労働部局や障がい福祉部局等と連携し、雇用継続や障がい福祉施策等も含めた若年性認知症の人一人ひとりの状態に応じた支援体制が必要となることから、「若年性認知症自立支援ネットワーク会議」を開催し、関係機関と連携したネットワークの構築を図ります。
- 6圏域全ての障がい保健福祉圏域(当計画と同様に二次保健医療圏と合致)に1箇所ずつ設置した障害者就業・生活支援センターにおいて、雇用や福祉等の関係機関と連携しながら、身近な地域で、就業面と生活面の相談支援を一体的に実施し、若年性認知症の人を含む障がい者の就労促進に努めます。

達成目標

指 標	現 状	目 標		
	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度	2026(令和8)年度
チームオレンジ整備市町数	5市町 (2022(令和4)年度)	11市町	18市町	20市町

2 - 5 高齢者への生活支援の推進

1 生活支援

内閣府が令和3年度に行った「高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査」では、約4割の高齢者が、人との付き合いが無いと常を感じる、又は時々感じると回答しています。

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、地域の人々との交流を促進するとともに、声かけや訪問などによる日常の安否確認等の見守り活動を通じて、できるだけ早期に問題を発見し、必要な支援等を迅速かつ効果的に行っていくことが必要です。

地域の見守り体制を構築することは、孤独死や高齢者虐待の未然防止、認知症高齢者への早期対応、災害発生時の避難支援等にもつながることから、県では、市町などの関係機関等との連携の下、次の取組を推進します。

移動・交通手段の確保

高齢者が日常生活に必要な外出を安心かつ快適にできるよう、国や市町、関係機関等との連携の下、次の取組を行います。

公共交通のバリアフリー化の促進

「バリアフリー法」に基づき、駅等旅客施設の段差の解消や低床バス・電車の導入など車両等のバリアフリー化を促進するため、国や市町、交通事業者等と連携を図りながら、公共交通を安全、便利、快適に利用できる水準の確保に努めます。

自家用有償旅客運送（福祉有償運送）制度の推進

福祉有償運送は、公共交通機関では要介護者等の移動制約者に対する十分な輸送サービスが確保できない場合、NPO法人等が、営利に至らない範囲の対価によって、自家用自動車を使用して行う、原則としてドア・ツー・ドアの個別輸送サービスで、地域の関係者が必要性等について合意した上で、所管庁に申請、登録することが必要です。

市町による登録運送者に対する実態把握やフォローアップ（指導・助言）を支援し、地域の多様なニーズに的確に対応した安全に安心して利用できる運送サービス提供体制の整備に努めます。

介護予防・日常生活支援総合事業における移動支援の推進

市町が「地域支援事業（生活支援体制整備事業）」の協議体等を通じて、高齢者の外出機会の確保やサロンをはじめとする事業を効果的に実施していくため、移動支援の推進に必要な支援を行います。

買い物弱者の支援

いわゆる「買い物弱者」への対応については、過疎・交通・高齢者対策など多面的な支援が必要となるため、各地域において地域の実情に即した取組が展開されることを期待します。

県としても、市町と連携して県内の買い物弱者対策の実態把握に努めるとともに、買い物弱者問題等連絡会の開催などを通じ、関係各課が連携して現状分析や対策の調整を行うこととしています。

見守り体制の整備

単身・夫婦のみの高齢世帯の増加等により、「孤立」した生活が懸念される中で、東日本大震災でもその重要性が再認識されたように、人と人との「絆」や「つながり」をもった温かいコミュニティを目指し、高齢者を含めて地域を構成する全ての人が、様々なネットワークを通じてコミュニティを活性化していくことが必要です。

居住する高齢者の状況や社会資源の整備状況など各地域の実情に応じて、高齢者等が単身でも安心して暮らせるコミュニティづくりに向けて、各市町や地域団体が、情報通信技術等を活用した緊急通報・安否確認システムや配食をはじめとする生活支援サービス、交流活動等の高齢者の見守りなどの取組について検討・普及に努めるよう支援します。

また、これらコミュニティづくりは、孤独死の防止や認知症など要介護高齢者の支援、高齢者虐待の防止、災害発生時の要援護者支援にも有効に機能するものと考えられることから、それぞれの取組に対応する各種ネットワークを有機的に連携させ、共通のプラットフォーム（基盤等）化することにより、様々な分野での効率的な活用が図られるよう積極的に支援します。

2 NPO・ボランティアをはじめとする多様な主体との協働

「超高齢社会」（総人口に占める高齢者の割合が21%を超える社会）においては、行政による公助と住民一人ひとりの自助努力に加え、NPO法人や地域のボランティア団体、元気な高齢者を含めた地域活動を行う個人やグループ等との連携・協力を促進し、高齢者を身近な地域で支え合う体制（互助）を構築することが、重要な課題になります。

特に、近年、価値観の多様化や地域社会を取り巻く環境の変化に伴い、ボランティアやNPO活動に参画する人が増加し、地域づくりの担い手として大きな役割を果たす中、高齢者についてもボランティア活動への関心が高く、元気な高齢者が他の高齢者の生活を支える様々なサービスの担い手として活躍する場面も増えてきています。

このため、福祉活動に取り組むNPOの組織運営に、企業などを定年退職した高齢者が知識・経験を生かして参画するといった関わりも期待されています。（表4-9）

そうした観点から、NPOやボランティアなどの民間における主体的・自立的な助け合い・支え合いを進めるため、県民・企業・行政が地域社会づくりにおける互いの特性を認め合い、それぞれの役割や責任が十分に発揮されるようパートナーシップを構築することを目指します。

具体的には、「多様な主体による協働指針」（2013（平成25）年度策定）に基づき、県とNPO、企業等、多様な主体が連携して協働事業を行うなど、県民ニーズにマッチした質の高い協働の実現を進めます。

また、NPOやボランティアの活動を推進するための環境整備についても取り組みます。

**市町や社会福祉協議会、福祉施設、民生委員等の地域パワーとの連携促進、情報の共有化
社会福祉法人が実施する地域における公益的な取組の把握や連携促進**

ボランティアの供給と需要のマッチング

分野や内容で目的の共有が可能なNPO等との協働

- 介護予防のための事業や要介護者への介護保険対象外サービスの事業等
- NPO・ボランティア独自の発想によるサービス提供事業への支援

元気高齢者の社会参加のパイプ役としてのNPO支援

**高齢者が自らの経験や知識を生かした、地域社会に貢献するためのNPO等の設立支援
介護ボランティアの育成**

表4-9 NPO法人の状況

圏域	認証法人数	うち定款に保健福祉を掲げている法人数
宇摩	18	12
新居浜・西条	66	43
今治	59	45
松山	275	174
八幡浜・大洲	44	26
宇和島	45	29
県計	507	329

資料：県民生活課調査（2023（令和5）年3月末現在）

3 生活困窮者等への支援

2015（平成27）年4月に施行された「生活困窮者自立支援法」による生活困窮者自立支援制度は、失業、疾病、家族の介護、本人の心身の状況など複合的な課題を抱える生活困窮者の自立に向け、「自立相談支援事業」を中核に、住居確保給付金の支給や「家計改善支援事業」などによる支援を提供するもので、支援の対象となる生活保護に至る前の段階にある生活困窮者は高齢者の割合が多くなっています。（図4-22）

また、介護保険制度においては、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が包括的に提供される地域包括ケアシステムの深化・推進が求められており、生活困窮者や高齢者等の支援を要する者に対して地域で包括的な支援を行うためには、生活困窮者自立支援制度と介護保険制度が連携し、取組を進めることが重要です。

県では、生活困窮者となった高齢者の早期発見や包括的な支援を行うため、両制度を所管する担当部局のみならず、関係部局間の連携体制の構築を進めるとともに、各市町や関係機関等に対しても、次の事項に関する取組の支援に努めます。

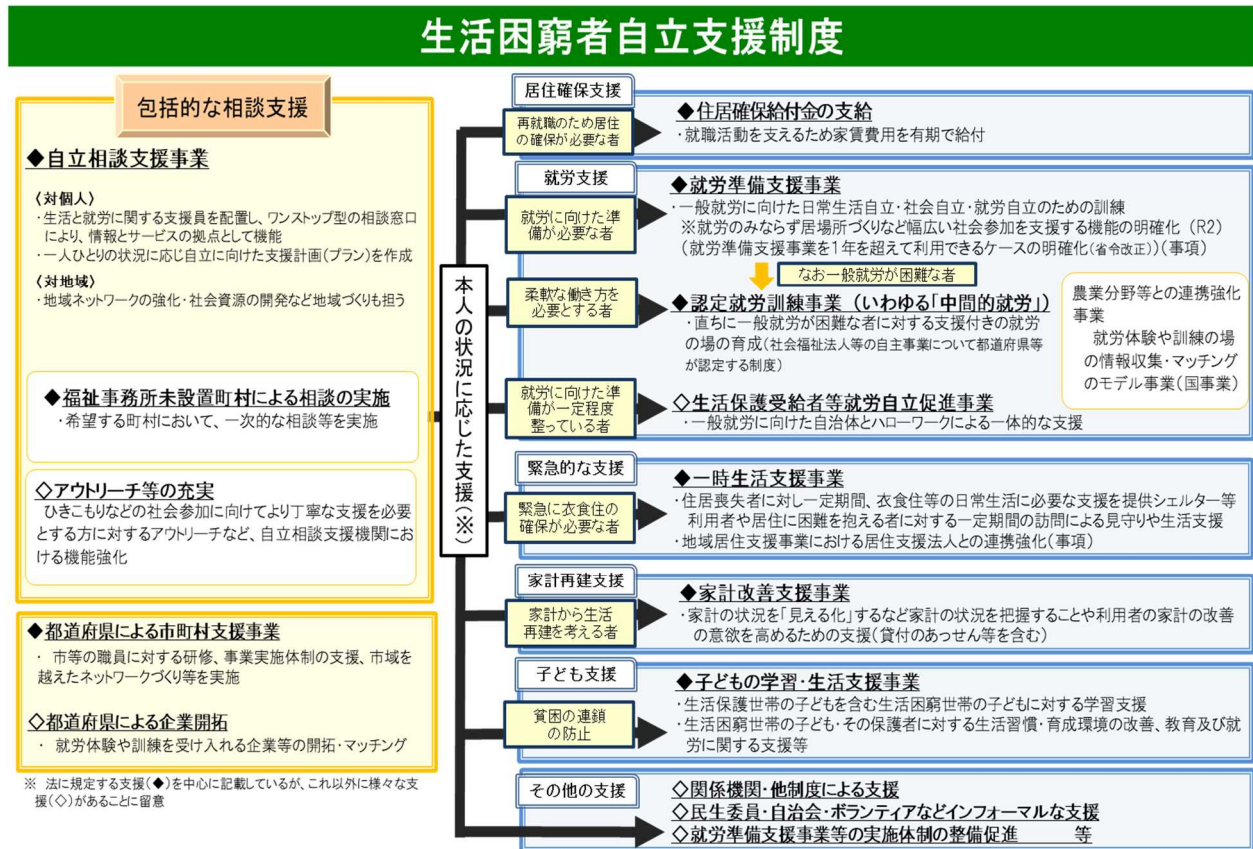
庁内連携体制の構築

地域包括支援センター等との連携

地域ネットワークの整備等に係る連携

- 支援調整会議等と協議体の連携
- 「自立相談支援事業」の相談支援員等と生活支援コーディネーターの連携

図4-22 生活困窮者自立支援制度



出典：厚生労働省資料