

令和3年度 第1回  
長崎市地域包括ケア推進協議会  
全体会

長崎市地域包括ケアシステム推進室

# 地域包括ケアシステム

## 長崎版地域包括ケアシステムの構築

病気になったら…

### 医療



病院：  
急性期、回復期、慢性期



日常の医療：

- ・かかりつけ医、有床診療所
- ・地域の連携病院
- ・歯科医療、薬局

通院・入院

包括ケアまちなか  
ラウンジ

介護が必要になったら…

### 介護



■在宅系サービス：

- ・訪問介護 ・訪問看護 ・通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・短期入所生活介護
- ・福祉用具
- ・24時間対応の訪問サービス
- ・複合型サービス

(小規模多機能型居宅介護+訪問看護) 等  
■介護予防サービス

- 施設・居住系サービス
- ・介護老人福祉施設
  - ・介護老人保健施設
  - ・認知症共同生活介護
  - ・特定施設入所者生活介護

在宅支援  
リハビリセンター

通所・入所

### 住まい



- ・自宅
- ・サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…

### 生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



相談業務やサービスの  
コーディネートを行います。

地域包括  
支援センター

多機能型地域包括  
支援センター

地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(中学校区をベースに)を単位として想定しています。

日常生活圏域ごとに生活支援コーディネーターを配置し、地域の支え合いの担い手を養成します。

議題 |

会長・副会長選任

## 議題 2

### 部会の編成について

# 長崎市における地域包括ケアシステム構築の方向性

## まちづくりの方針

人にやさしく、地域でいきいきと住み続けられるまち

～長崎市第4次総合計画、及び第8期 長崎市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画より～

## 2025年の目指す姿

### 基盤整備

住み慣れた地域で、安心して生活できる住まいを基盤とし、医療・介護・介護予防・生活支援を受けながら生活を送ることができる

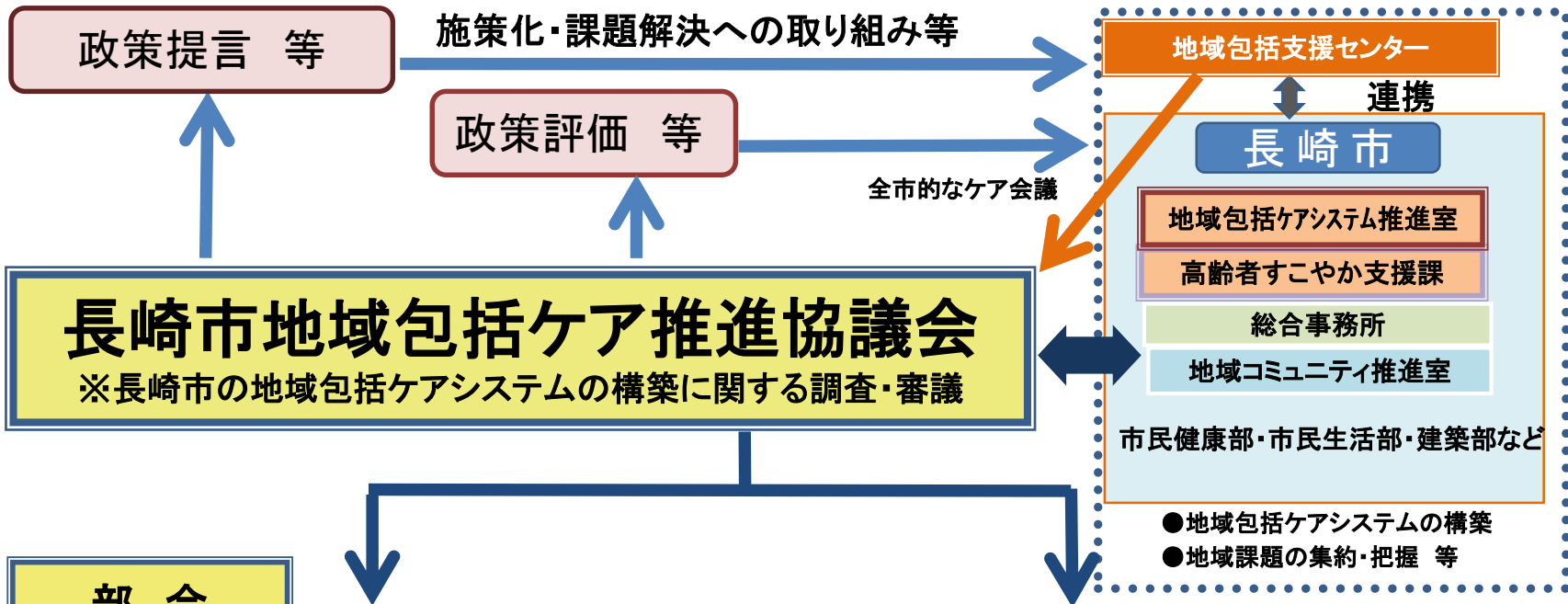
医療	介護	介護予防	生活支援	住まい
医療ニーズが高い状態であっても、在宅等で必要な医療が受けられる	自立支援を基本とした必要な介護サービスを受けられることができる	高齢者自身が積極的に健康づくりや介護予防に取り組むことができる	地域で孤立することなく、日常生活を送るのに、必要な生活支援が受けられる	住み慣れた地域で、高齢者の心身や希望に応じた安心して生活できる住まいを確保することができる

# 長崎市第8期介護保険事業計画の基本方針

- (1) 長崎版地域包括ケアシステムの推進
- (2) 自立支援・重度化防止に向けた介護予防の推進
- (3) 人生の最終段階における市民意識の啓発・向上と看取り体制の強化
- (4) 権利擁護の推進
- (5) サービスの質の確保・向上
- (6) 災害・感染症に対する備え

## 重点的取組み：長崎版地域包括ケアシステムの推進

在宅医療と介護の連携推進	自立支援と重度化防止に向けた介護予防の推進	生活支援体制整備 (地域の支え合い)	認知症高齢者への支援	地域共生社会の構築
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆在宅医療の体制整備</li> <li>◆多職種連携体制の推進</li> <li>◆人生の最終段階における医療やケアについての市民啓発</li> <li>◆施設を含めた在宅等での看取りの推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆地域リハビリテーションの推進</li> <li>◆自立支援型の地域ケア会議への取り組み</li> <li>◆介護予防・日常生活支援総合事業の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆生活支援体制づくり・生活支援コーディネーターの配置</li> <li>◆地域づくりの醸成と連携した地域の支え合い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、本人発信支援</li> <li>◆認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供</li> <li>◆若年性認知症施策の強化</li> <li>◆認知症などの高齢者にやさしい地域づくり</li> <li>◆認知症予防につながる取組の推進</li> <li>◆認知症の方やその家族の視点の重視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆複合的な課題を抱える、制度の狭間にある人や世帯の支援にワンストップで対応する窓口の設置</li> <li>◆重層的な支援体制の構築</li> </ul>



**【主な協議内容】**

- 在宅医療の体制整備
- 多職種連携体制の推進
- 医療と介護の情報共有・促進
- 希望に応じた介護施設を含めた在宅等での看取りの促進
- 地域リハビリテーションの推進
- 自立支援・重度化防止の取り組み 等

医療・介護連携  
ワーキング

医療介護連携実態調査  
ワーキング

**【主な協議内容】**

- 生活支援体制づくり
- 認知症高齢者の在宅支援
- 生きがい・就労支援の推進
- 高齢者が住み続けられる住まいの整備
- 地域共生社会に向けた取り組み 等

認知症  
ワーキング  
(認知症初期集中支援チーム検討会)

生活支援  
ワーキング

# 長崎市地域包括ケア推進協議会における取組みについて

## 【地域包括ケア推進協議会】全体会

	主な議題
これまでの主な議題 H27年度～R2年度	<ul style="list-style-type: none"><li>・「地域包括ケアシステムの概要と長崎市の現状と取組み」について</li><li>・協議会構成団体の取組みについて</li><li>・各団体の役割の整理</li><li>・認知症対策の取組みについて</li><li>・長崎版地域包括ケアシステム構築に向けた地域包括ケア自己評価とロードマップの作成及び修正</li><li>・地域包括ケアシステム評価シート、及びロードマップの進捗状況</li><li>・第7期介護保険事業計画の策定及び進捗状況</li><li>・多機関型包括的支援体制構築モデル事業の取組みについて</li><li>・各部会及びワーキング報告</li></ul>
今後の協議	<ul style="list-style-type: none"><li>・長崎版地域包括ケアシステム構築に向けた進捗管理 (地域包括ケアシステム評価シート、ロードマップの検証と進捗状況)</li><li>・各部会及びワーキング報告</li></ul>



# 【医療・介護連携部会】 17名

案

	選出団体	主な分野	主な役割(審議に必要な視点)	委員名
1	長崎市医師会	医療	地域のかかりつけ医師	松元 定治
2	長崎市歯科医師会	医療	地域のかかりつけ歯科医師	森本 智
3	長崎市薬剤師会	医療	地域のかかりつけ薬剤師	七嶋 和孝
4	長崎市医師会(病院部会)	医療	在宅療養を行う患者を支援する病院	井上 健一郎
5	長崎大学病院	医療	高度急性期・急性期病床を有する病院	松本 武浩
6	長崎回復期リハビリテーション連絡協議会	医療	回復期病床を有する病院の連携機関	栗原 正紀
7	ながさき地域医療連携部門連絡協議会	医療	医療連携	鬼塚 伸也
8	長崎県看護協会 県南支部	医療	病院における看護	増田 千代子
9	長崎市訪問看護ステーション 連絡協議会	医療	訪問看護	小笹 留美
10	長崎市介護支援専門員 連絡協議会	介護	介護支援専門員	大町 由里
11	長崎市老人福祉施設協議会	介護	入所施設	野濱 哲二
12	長崎県老人保健施設協会	介護	中間施設	田川 雅浩
13	長崎県理学療法士協会	介護	リハビリテーション専門職 (自立支援・重度化防止)	山下 潤一郎
14	長崎市地域包括支援センター連絡協議会	介護	地域包括支援センター	榊 寿恵
15	長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 地域包括ケア教育センター	医療・介護	学識経験者 (地域包括ケア全般)	永田 康浩
16	長崎純心大学 医療・福祉連携センター	医療・介護	学識経験者 (地域包括ケア全般)	足立 耕平
17	公募市民		市民	浅田 百合

	項目	主な議題
これまでの主な議題	在宅医療の体制整備	・在宅医療・介護推進事業について (包括ケアまちなか라운ジの取組み)
	医療と介護の情報共有	・地域の医療・介護資源の把握について ・入退院情報提供実態調査 ・入退院支援ルールの策定について
	施設を含めた看取りの推進	・高齢者施設における看取りの実態調査 ・ACP(人生会議)の普及・啓発における取組みについて ・元気なうちから手帳の内容と配布方法について
	自立支援・重度化防止	・地域医療介護総合確保基金提案事業について (在宅支援リハビリセンター整備事業等) ・市主催自立支援型地域ケア会議
	多職種連携体制の推進	・地域包括ケアシステム構築推進に関する連携協定について ・専門職のチーム化に関する取組みについて
	ワーキング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者施設における看取りの実態調査に係るワーキング (H29～H30年度)</li> <li>・元気なうちから手帳作成ワーキング (R元年度)</li> <li>・市主催自立支援型ケア会議 (H30年度～R元年度)</li> <li>・医療・介護連携ワーキング (R2年度)</li> <li>・医療介護連携実態調査ワーキング (R3年度)</li> </ul>
今後の協議予定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療と介護連携に関する実態調査</li> <li>○多職種連携体制の推進(多職種チーム化)</li> <li>○ACPの普及啓発</li> <li>○自立支援と重度化防止に向けた介護予防の推進</li> </ul>	

# 【予防・生活支援部会】 15名

案

	選出団体	主な分野	主な役割(審議に必要な視点)	委員名
1	長崎地域リハビリテーション広域支援センター	介護予防	地域リハビリテーション活動を推進する機関	井口 茂
2	長崎県作業療法士会	介護予防	リハビリテーション専門職(介護予防)	沖 英一
3	長崎市地域包括支援センター連絡協議会	介護予防	地域包括支援センター	榊 寿恵
4	長崎県栄養士会	介護予防	健康づくり	冨工 由貴
5	長崎県指定認知症疾患医療センター 医療法人昌生会 出口病院	生活支援	認知症支援(医療、連携機関)	出口 之
6	長崎市医師会(認知症専門医)	生活支援	認知症支援(認知症サポート医)	中谷 晃
7	長崎市民生委員児童委員協議会	生活支援	民生委員	武藤 三千代
8	認知症の人と家族の会 長崎県支部	生活支援	認知症支援(当事者や家族)	川崎 ひろみ
9	長崎市保健環境自治連合会	生活支援	地域活動団体	西 清
10	長崎市社会福祉協議会	生活支援	地域活動団体	宮本 友和
11	長崎県弁護士会	生活支援	学識経験者(権利擁護)	伊藤 岳
12	長崎総合科学大学 工学部	住まい	学識経験者(住まい・まちづくり)	橋本 彼路子
13	長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 地域包括ケア教育センター	介護予防 生活支援 住まい	学識経験者(地域包括ケア全般)	永田 康浩
14	長崎純心大学 医療・福祉連携センター	介護予防 生活支援 住まい	学識経験者(地域包括ケア全般)	足立 耕平
15	公募市民		市民	佐藤 誠三

	項目	主な議題
これまでの主な議題	生活支援体制づくり	・協議体の位置づけと生活支援コーディネーターの配置について
	認知症高齢者の在宅支援	・認知症初期集中支援推進事業の取り組みについて ・認知症ケアパスの作成について ・成年後見制度の利用促進に向けて
	生きがい・就労支援の推進	・地域ささえあいボランティアについて
	高齢者が住み続けられる住まいの整備	・住まい・住まい方について
	地域共生社会に向けた取り組み	・多機関型包括的支援体制構築モデル事業について
ワーキング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活支援コーディネーター及び協議体のあり方に係るワーキング(H29年度～) 生活支援コーディネーターの配置、活動について</li> <li>・認知症ワーキング(29年度～) 新オレンジプラン・認知症施策推進大綱に沿った認知症施策の実施状況</li> </ul>	
今後の協議予定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○生活支援体制整備事業(生活支援コーディネーターの活動)</li> <li>○認知症施策推進大綱に基づいた認知症施策について</li> <li>○地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制の構築、属性や世代を問わない相談・地域づくりの一体的な事業実施について</li> </ul>	

## 議題 3

地域包括ケアシステム構築に向けた  
取組みについて

# 資料の説明

## 資料2・・・長崎県地域包括ケアシステム評価シート(確定版)〈市町自己評価用〉

長崎県作成

- ・ 8分野を5段階（1～5点）で評価して、40点満点で判定する評価シート
- ・ H29年度より県内全21市町123圏域（単位）において自己評価を実施中

## 資料3・・・「長崎県における地域包括ケアシステム構築指標に関する定量データ」

長崎県作成

県内21市町の比較

## 資料4・・・「令和3年度長崎市判断基準入りワークシート」

長崎市作成

- ・ 長崎市の判断の目安・具体的な取り組み：  
78各項目について、長崎市が◎・○・△・◇・×を判断するための目標値  
や取り組み内容について記載
- ・ 区分：市域で評価か、各圏域ごとに評価したか
- ・ 評価：20圏域の評価
- ・ シートの背景色について 黄色：県、緑：市域

※協議会当日は、主にこの資料4を使って説明します。

長崎市作成

## 資料5・・・「R3年度長崎市地域包括ケアシステム構築ロードマップ」

H29年度より県内全21市町で策定

地域包括ケアシステムの構築に向けて、目指す姿や、達成目標年度、そのために実施す  
推進方策等地域の実情に応じた各種取組を記載し、進捗に合わせ、毎年修正していく

R3年度からの第8期介護保険事業計画に



資料 2

長崎県地域包括ケアシステム評価シート(確定版) <市町自己評価用>

**評価シート作成の趣旨と目的について**  
 地域包括ケアシステムの構築については、各種サービスの充実を図るだけで達成されるのではなく、地域の助け合いや関係機関の連携の強さなど様々な要素が含まれており、客観的に評価することは難しいものとなっています。この評価シートは、市町における地域包括ケアシステム構築に向けた取組の進捗状況を把握するための「チェックシート」として活用いただけるよう作成したものです。結果を定量的に評価するのではなく、あくまでも一つの目安として考えください。関係機関等との協議の上、評価いただくことで、地域の実情に沿った評価結果となり、関係機関等と現状や今後の目標を「共有」する指標ともなりますので、地域包括ケアシステムの構築に向けたツールの一つとして活用してください。また、評価により抽出された課題については、「地域包括ケアシステム構築ロードマップ」において、目標達成年度に向けて、課題解決のための推進方を落とし込み、毎年見直しを行ってください。

**評価シートの採点方法について**

①評価シートは、8分野全78項目の設問で構成され、各分野5点の計40点満点で、定量的評価(各種データ)等も含めた各種結果を踏まえ、市町が自己評価を行い、県・保健所担当者、外部有識者等による第3者評価(ヒアリング)を実施し、その結果を踏まえ、市町で再評価のうえ、各圏域(各地域包括ケアシステム単位)毎の点数を算定することとなります。  
 ②各項目の評価にあたっては、「判断の目安表」等を活用しながら、各圏域の地域資源に応じた判断をお願いします。

**評価シート記載に関する留意点**

①できるだけ多くの関係者(市町の関係課、地域包括支援センター、医療・介護関係者等)と話をしながら評価してください。  
 ②この評価結果から自分たちの地域の現状を確認し、住民が安心して暮らし続けることができる地域づくりについて話してみてください。  
 ③評価対象の日常生活圏域内には地域医療資源が不足しているが、他の日常生活圏域との連携等により補完されている圏域についても、当該日常生活圏域の評価に加えてください。(コメント欄に評価に加えた旨を記載してください。)

**評価結果の公表について**

評価合計点が32点以上の圏域について、地域包括ケアシステム構築推進部会での意見等、総合的に踏まえたうえで、「地域包括ケアシステムが概ね構築できている」と判断された場合は、市町名を公表することとなります。(点数自体は公表いたしません。)

市 町 名	
日常生活圏域名	地域包括支援センター名
基本情報	
総人口	(令和2年3月31日現在)
高齢者数(率)	(令和2年3月31日現在)
後期高齢者数(率)	(令和2年3月31日現在)
要介護認定率	(令和2年3月31日現在)
要支援認定率	(令和2年3月31日現在)

担当課名、担当者名
連絡先(電話)
評価者(該当しを記入してください。)
<input type="checkbox"/> 市町内部のみで評価を実施
<input type="checkbox"/> 市町と地域包括支援センター等の関係者で評価を実施

**評価項目等に関する感想、ご意見等**

A 医療(5点)  
 ◎:できている(目標まで達している) 1点 ○:概ねできている(目標の8割程度) 0.75点 △:目標の半分程度できている 0.5点  
 ◇:一部できている(目標の1/4程度) 0.25点 ×:ほとんどできていない 0点

評価	割合	点数
◎	1% ~ 20%	1
○	21% ~ 40%	2
△	41% ~ 60%	3
◇	61% ~ 80%	4
×	81% ~ 100%	5

■在宅医療・介護連携  
 ①医療・介護連携のリスト・マップを作成し、活用しているか。医療・介護関係者だけでなく、住民に配布・活用されているか。  
 ②地域の医療・介護関係者を集め、医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討を定期的に行っているか。  
 ③在宅医療・介護連携に関する相談窓口が設置されているか。

■退院支援  
 ①入院医療機関(※)に退院支援担当者が配置され、退院前の調整のため、入院医療機関からケアマネジャー、地域包括支援センター等への連絡があるなど連携調整ができている。  
 ※当該日常生活圏域内にある入院医療機関や当該日常生活圏域周辺の主な入院医療機関等  
 ②退院前のカンファレンスに医師をはじめ、多職種・多機関が参加している。  
 ③(退院後の)日常の療養支援、急変時の対応  
 ①本人や家族の希望に応じて、在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)が提供できる体制があるとともに、退院に困っている状況はない。  
 ②在宅医療ケアを受けた在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)の提供が行われる際に、24時間365日の対応として日・夜間の連絡先等のルールが家族や専門職等の関係者に共有されている。  
 ③在宅医療を行う診療所・かかりつけ医をバックアップする体制がある。  
 ・診察連携(主治医、副主治医担当制等)  
 ・療養連携(後方支援体制、相談による医療機関との連携等)  
 ・一次・二次・三次救急医療の連携  
 ④退院後の経過や在宅医療の質をモニタリング評価するため、関係者によるカンファレンスが行われている。  
 医療・介護等の多職種の関係者が互いに果たす役割や目標から抱えている悩みなどについて情報交換したり、在宅医療推進のための研修の場がある。(顔の見え関係づくり)  
 ⑤体系的なサービス提供を行うため、医療・介護等の多職種連携の仕組みとして、連携のためのツール(クリティカルパス、連携シート、ICD等)や、連絡調整のローカルルールづくり等ができている。  
 ⑥認知症の疑いのある本人や家族がらまった変化が気づいたとき、気軽に相談できる窓口や身近な医療機関に相談できる体制がある。  
 ⑦認知症の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを身近な認知症ケアチームが確認され、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で、共有されている。  
 ⑧地域に、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医がいる。

■看取り  
 ①本人や家族の希望に応じて、看取りを行う体制(医療・介護等)がある。  
 ②在宅医療、終末期医療、在宅・特養連携医療人ホムン等での看取り等に関する住民への情報提供(ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、エンディングノート)や理解促進の取組があるとともに、住民が気軽に相談ができる窓口等がある。  
 ③看取りを命じた本人が望む終末期の療養生活について、自己決定が尊重されるとともに、QOL(生活の質)やQOD(死の質、死に方)の向上に向けたチーム医療や医療・介護の連携ができている。  
 ④看取りの事例を多職種で共有する場(多職種による事例検討、家族の体験を聞く場等)がある。

小計 0.5

**コメント欄(特筆的な取組等)**

分野	評価項目	項目数
A 医療(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療・介護連携・退院支援</li> <li>(退院後の)日常療養支援</li> <li>看取り</li> </ul>	18項目
B 介護(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険サービスの基盤等</li> <li>人材育成</li> </ul>	8項目
C 保健・予防(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防マネジメント</li> <li>健康づくり</li> <li>住民の主体的な活動</li> </ul>	6項目
D 住まい・住まい方(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>住環境</li> <li>サービス付き高齢者向け住宅</li> <li>介護施設・入所系サービス</li> </ul>	6項目
E 生活支援・見守り等(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域資源の把握・周知</li> <li>地域福祉活動、ニーズ把握等</li> <li>認知症への対応</li> <li>権利擁護(成年後見制度等、高齢者虐待防止策の取組)</li> </ul>	11項目
F 専門職・関係機関ネットワーク(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門職ネットワークの構築、情報連携の共通シートの活用等</li> </ul>	6項目
G 住民参画(自助・互助)(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ボランティア活動の実態、住民主体の通いの場の創設、生きがい就労</li> </ul>	8項目
H 行政の関与(5点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>市の関係課の連携、地域ケア会議の進め方、ニーズ調査、認知症体制、包括的な支援体制</li> </ul>	15項目
合計(40点)		78項目

# 資料2と資料4 の関係

長崎県地域包括ケアシステム評価シート(確定版) < 長崎市判断基準入りワークシート >

資料 4

## A医療(5点)

No.	評価の視点	長崎県 ○判断の目安(R2年度評価分)R3年4月改定	長崎市の判断の目安・具体的な取組み (R2年度末)	区分	評価				
					◎	○	△	◇	×
<b>■在宅医療・介護連携</b>									
1	①医療・介護資源のリスト・マップを作成し、活用している。	介護・医療資源のリスト・マップを作成し、介護保険ガイドブック等に記載し配布することで用いられるとともに、誰もが利用したいときに利用できる状態にある。また、資源のリスト・マップの内容は定期的にアップデートしている。	市域として、ハートページ、すこやかガイドブック、生活便利ブック(暮らしのてびき)の市内全域での配布 包括圏域ごとの資源のリスト・マップの活用状況 ◎: 圏域住民への冊子配布・活用	圏域	20				
2	②地域の医療・介護関係者を集め、医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討を定期的に行っている。	医療・介護関係者が自主的に、または行政が主導して地域のさまざまな機関の医療・介護関係者が集まる場(場内)に1回以上参加している。医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討が行っている。 ★評価時に議事録を提示 ★参加している職種を聴取	市域でまちななかラウンジ研修会開催 包括圏域ごとの医療・介護の関係者会議、実施状況確認 月1回以上(年12回以上)の開催で○ ・自立支援包括地域ケア個別会議、地域ケア推進会議 ・在宅支援(HAL)センター研修会 ・併用連携協議や関係機関との連絡会 など回数、参加回数・内容等報告記録等確認 ※コロナ禍の影響確認	圏域	18	2			
3	③在宅医療・介護連携に関する相談窓口が設置されているか。	在宅医療・介護連携に関する窓口が設置され、住民をはじめ地域の医療・介護関係者、地域包括ケアセンター等からの在宅医療・介護連携に関する相談を円滑に受け付けることができる。	包括ケアまちななかラウンジの設置 まちななかラウンジと包括の連携状況確認	市域	20				
<b>■退院支援</b>									
4	①入院医療機関(※)に退院支援担当者(※)が配置され、退院前の療養のため、入院医療機関からケアマネジャー、地域包括支援センター等への連絡調整がされている。 ※当該日常生活圏域内にある入院医療機関や当該日常生活圏域周辺の主な入院医療機関等	当該日常生活圏域内にある入院医療機関や住民が利用する入院機関に退院支援担当者が1名以上配置され、退院前の療養のため、入院医療機関からケアマネジャー、地域包括支援センター、老人保健施設等の施設等への連絡があるなど、ツール等を活用した連絡調整がされている。 ★定量データ(退院支援を実施している医療機関数[A-④])	市内病院の連携室及び連携担当室あり 97.8% ・圏域の有床診療所の連携調整の実施確認	圏域	20				
5	②退院前カンファレンスに医師をはじめ、多職種・多機関が参加している。	住民が利用する6割以上の入院医療機関で、支援が必要な方の退院前カンファレンスに入院医療機関をはじめ、かかりつけの医療機関や地域の多職種・多機関も参加して参加し、積極的な意見交換や意見交換を実施している。またケアマネジャーと医療機関間の連携が確保されている。 ★参加している職種を聴取	退院前カンファレンスへの参加状況(原簿・包括・施設 6割以上) カンファレンスに包括が参加していない場合もあるが概ねできている(圏域での差はない) ※退院支援を受けた患者 3962.6人/10万人	圏域	20				
<b>■(退院後の)日常の療養支援、急変時の対応</b>									
6	①本人や家族の希望に応じて、在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)が提供できる体制がとられている。退院に関する状況は、	退院や訪問診療等の在宅で受ける医療サービスに関する住民が存在していない、または存在している場合でも問題を把握し対応を検討できている等、住民のニーズに応じた対応が十分に取られている。 (例: 緊急食料等の抽出調査によって、本人や家族、担当ケアマネ等から希望する在宅医療が提供されている)等の評価を概ね(6割以上)で受けている。 ★定量データ(在宅療養支援診療所・病院・後方支援病院数[A-①][A-②]、在宅療養支援診療所数[A-③]、往診を実施している医療機関数[A-④]、在宅看護取り(ターミナルケア)を実施している医療機関数[A-⑤]、往診を受けた患者数[セプト件数][A-⑥]、訪問診療を受けた患者数[セプト件数][A-⑦]、往診を受けた患者数[セプト件数][A-⑧]、在宅ターミナルケアを受けた患者数[セプト件数][A-⑨]、急変時の訪問看護実施件数[A-⑩]) 遠隔地域や離島地域等資源の整備が困難な地域においては、実施に応じた対応策がある。	在宅療養を希望する人の把握は困難→在宅療養を希望するが、できなかった事例の有無確認 圏域ごとの在宅療養支援診療所数、在宅療養歯科診療所数、訪問看護ステーション数を確認	圏域	20				
7	②在宅医療和ケアを含めた在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)の提供が行われる際に、24時間365日の対応として休日・夜間の連携先等のルールが家族や専門職等の関係者で共有されている。	在宅医療和ケアを含めた在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護等)の提供が行われる際に、24時間365日の対応として休日・夜間の連携先等のルールが明確に定められ、家族や専門職等の関係者間で具体的に共有されている。 ルールについて具体的に確認	在宅医療導入の際の連携のルールは共有されている(個別ケースのチームで) 訪問看護には緊急時訪問看護加算(24時間体制)があり救急の契約時に体制をとっている	市域	20				

## 資料 2



# 長崎市の自己評価の集約 (地域包括支援センター20圏域で評価)

区分	令和元年度 (H30年度末時点の評価)	令2元年度 (R元年度末時点の評価)	令和3年度 (R2年度末時点の評価)																																																						
<p>地域包括ケアシステム構築の達成判定 32点/40点 (8割)で「概ね構築できている」と判定</p> <p>長崎市全体での平均点数</p>	<table border="1"> <tr><td>A 医療</td><td>4点</td></tr> <tr><td>B 介護</td><td>4点</td></tr> <tr><td>C 保健・予防</td><td>4点</td></tr> <tr><td>D 住まい・住まい方</td><td>4点</td></tr> <tr><td>E 生活支援・見守り</td><td>4点</td></tr> <tr><td>F 専門職・関係機関</td><td>4点</td></tr> <tr><td>G 住民参画(自助・互助)</td><td>3.9点</td></tr> <tr><td>H 行政の関与・連携</td><td>5点</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>32点以上(40点満点の8割)</td><td>20圏域</td></tr> </table> <p><b>全市平均 32.9点</b></p>	A 医療	4点	B 介護	4点	C 保健・予防	4点	D 住まい・住まい方	4点	E 生活支援・見守り	4点	F 専門職・関係機関	4点	G 住民参画(自助・互助)	3.9点	H 行政の関与・連携	5点	32点以上(40点満点の8割)	20圏域	<table border="1"> <tr><td>A 医療</td><td>4点</td></tr> <tr><td>B 介護</td><td>4点</td></tr> <tr><td>C 保健・予防</td><td>4点</td></tr> <tr><td>D 住まい・住まい方</td><td>4点</td></tr> <tr><td>E 生活支援・見守り</td><td>4点</td></tr> <tr><td>F 専門職・関係機関</td><td>4点</td></tr> <tr><td>G 住民参画(自助・互助)</td><td>4点</td></tr> <tr><td>H 行政の関与・連携</td><td>5点</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>32点以上(40点満点の8割)</td><td>20圏域</td></tr> </table> <p><b>全市平均 33点</b></p>	A 医療	4点	B 介護	4点	C 保健・予防	4点	D 住まい・住まい方	4点	E 生活支援・見守り	4点	F 専門職・関係機関	4点	G 住民参画(自助・互助)	4点	H 行政の関与・連携	5点	32点以上(40点満点の8割)	20圏域	<table border="1"> <tr><td>A 医療</td><td>4点</td></tr> <tr><td>B 介護</td><td>4点</td></tr> <tr><td>C 保健・予防</td><td>4点</td></tr> <tr><td>D 住まい・住まい方</td><td>4点</td></tr> <tr><td>E 生活支援・見守り</td><td>4点</td></tr> <tr><td>F 専門職・関係機関</td><td>4点</td></tr> <tr><td>G 住民参画(自助・互助)</td><td>4点</td></tr> <tr><td>H 行政の関与・連携</td><td>5点</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>32点以上(40点満点の8割)</td><td>20圏域</td></tr> </table> <p><b>全市平均 33点</b></p>	A 医療	4点	B 介護	4点	C 保健・予防	4点	D 住まい・住まい方	4点	E 生活支援・見守り	4点	F 専門職・関係機関	4点	G 住民参画(自助・互助)	4点	H 行政の関与・連携	5点	32点以上(40点満点の8割)	20圏域
A 医療	4点																																																								
B 介護	4点																																																								
C 保健・予防	4点																																																								
D 住まい・住まい方	4点																																																								
E 生活支援・見守り	4点																																																								
F 専門職・関係機関	4点																																																								
G 住民参画(自助・互助)	3.9点																																																								
H 行政の関与・連携	5点																																																								
32点以上(40点満点の8割)	20圏域																																																								
A 医療	4点																																																								
B 介護	4点																																																								
C 保健・予防	4点																																																								
D 住まい・住まい方	4点																																																								
E 生活支援・見守り	4点																																																								
F 専門職・関係機関	4点																																																								
G 住民参画(自助・互助)	4点																																																								
H 行政の関与・連携	5点																																																								
32点以上(40点満点の8割)	20圏域																																																								
A 医療	4点																																																								
B 介護	4点																																																								
C 保健・予防	4点																																																								
D 住まい・住まい方	4点																																																								
E 生活支援・見守り	4点																																																								
F 専門職・関係機関	4点																																																								
G 住民参画(自助・互助)	4点																																																								
H 行政の関与・連携	5点																																																								
32点以上(40点満点の8割)	20圏域																																																								
<p>取り組みが不足している項目 (4点未満)</p>	<p><b>G 住民参画(自助・互助)</b></p> <p>災害時を想定した避難行動要支援者に係る個別計画の策定</p>	<p><b>長崎市が重点的に取り組む課題</b></p> <p>・医療・介護の連携(多職種ネットワーク)</p>	<p><b>長崎市が重点的に取り組む課題</b></p> <p>・医療・介護の連携、多職種チーム化(多職種ネットワーク)</p>																																																						
<p>地域包括ケアシステム構築加速化事業のモデル事業の実施</p>	<p>・自立支援型地域ケア会議の開催数と事例数の増                  ・地域資源(施設・病院)を有効活用したサロン開設                  ・多職種連携の推進 チーム〇〇</p>	<p>・地域共生社会の実現に向けた多様な主体による地域の支え合い体制の構築</p>	<p>・地域共生社会の実現に向けた重層的な支援体制の取組み・著内連携体制</p>																																																						

長崎市地域包括ケアシステム構築ロードマップ

区 分				地域包括ケアシステムの構築期				地域包括ケアシステムの充実期				
項目	目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
A 医療	在宅医療の体制整備	2025年度 (令和7年度)	在宅医療に関わる人材確保、実践力の向上のための研修会、在宅療養への理解促進のための病院スタッフに対する在宅医療説明会等により、在宅医療の裾野拡大を図る。	在宅医療推進連携講座の開催 在宅医療ステップアップ研修の開催 在宅/スス作成・周知 病院向け在宅医療説明会				在宅医療推進連携講座の開催 在宅医療ステップアップ研修の開催 在宅/ススの周知 病院向け在宅医療説明会の開催				
	多職種連携体制の推進	2025年度 (令和7年度)	在宅医療と介護連携に求められる4つの場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)ごとに課題を把握し、課題解決に向けた取り組みを推進し、在宅医療と介護の連携を図る。	あじさいネットによる地域医療連携支援事業への参画 入退院支援ルールの策定検討				・日常の療養支援の課題把握 ・入退院支援の課題把握 ・急変時の対応の課題把握 課題解決のための取組みの推進				
	施設を含めた看取りの推進	2025年度 (令和7年度)	高齢者が望む自宅や介護施設等での看取りを推進するために、看取りにおける課題を把握し、課題解決に向けた取り組みを推進するとともに、ACPについて市民及び専門職に対して普及啓発を図る。	高齢者施設への実施調査・課題整理・対応策の検討 ・介護従事者に対する研修会の開催 ・医療・救急体制の連携促進 ACPの普及啓発(講演会等) 元気なうちから手帳作成・普及				看取りの対応の課題把握 課題解決のための取組みの推進 ACPの普及啓発 元気なうちから手帳の普及啓発				
B 介護	自立支援・重症化防止	2025年度 (令和7年度)	高齢者が生きがいと役割を持って自立した生活が送れるよう、在宅支援リハビリセンターが中心となり、地域包括支援センターや長崎地域リハビリテーション広域センターなどの地域の関係職種と連携しながら、地域ケア会議での助言や同行訪問など、高齢者の自立支援・重症化防止、地域づくりへの支援を行い、地域リハビリテーションの推進を図る。	在宅支援リハビリセンターによるケアプランへの相談・助言 介護従事者への自立支援に向けた研修会の開催				介護従事者との同行訪問、ケアプランへの相談・助言 介護従事者への自立支援に向けた研修会の開催				
	介護人材の確保	2025年度 (令和7年度)	不足する介護人材確保のため、介護従事者への離職防止や定着支援に取り組むとともに、新たな将来の介護人材を担う子どもたちに、体験学習や職業講話を通して意欲の醸成を図る	介護従事者に対する医療面の研修会の開催 介護現場イメージアップ事業 若者に対する介護職への就労準備支援				介護従事者に対する医療面の研修会の開催 元気な高齢者や中高生を対象とした就労機会の確保、各種ボランティア養成				

## 長崎市地域包括ケアシステム構築ロードマップ

区 分				地域包括ケアシステムの構築期				地域包括ケアシステムの充実期				
項目	目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
C 保健・予防	住民が参加できる居場所の確保	2025年度 (令和7年度)	高齢者が趣味活動等を通じて積極的に社会参加し、生きがいを持った日々を過ごせるよう、活動の場の提供と整備の支援を行う。 高齢者ふれあいサロン等へリハビリ専門職を派遣する等住民主体の介護予防を推進する。		多世代型・男性等が多種な居場所の確保の検討・推進			リハビリ専門職によるサロン等への支援		検証		状況に応じ見直し取組みの推進
	壮年期から高齢者まで段階に応じた健康づくり	2025年度 (令和7年度)	高齢者の心身の多様な課題に対する支援を行い、介護予防を進めるために、庁内関係部局と連携し、医療専門職の介入・支援による通いの場等を活用した疾病予防・介護予防・健康づくりの一体的実施を検討する。					高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた体制の検討		検証		状況に応じ見直し取組みの推進
D 住まい・住まい方	住環境の整備	2025年度 (令和7年度)	・退院時のみならず、住環境整備へのリハビリ専門職の関与を推進する。 (在宅支援リハビリセンターの活用等) ・高齢者自身が自身に見合った住まいの選択ができるよう、市民への普及啓発を推進する。		在宅支援リハビリセンターによる住環境整備への相談・助言			リハビリ専門職による住環境整備への相談・助言		検証		状況に応じ見直し取組みの推進
	高齢者が住み続けられる住まいの整備	2025年度 (令和7年度)	医療や介護サービスが整った地域に高齢者向け住宅を整備すると共に、介護が必要になってもできる限り住み慣れた地域で成果うとお継続できるよう地域密着型サービスを中心に基盤整備を推進する。		高齢者の住まいに関する普及啓発			高齢者の住まいに関する普及啓発		検証		状況に応じ見直し取組みの推進
E 生活支援・見守り等	生活支援体制整備	2025年度 (令和7年度)	生活支援コーディネーターを配置し、住民主体の自主的な動きの醸成に併せ、地域の養成に応じて、介護予防・地域づくりの専門的視点でサポートしながら、高齢者の在宅生活を支えるための地域での支え合い活動を支援する。地域の様々な関係者、多様な主体が参画し、地域の支え合いの体制が進む。	第1層協議体での協議	導入期	市全域での地域資源の把握・人材育成 SCの役割を・包括・社協・行政が担う		移行期	成長期	充実期		
	認知症高齢者等の在宅支援	2025年度 (令和7年度)	・認知症サポートリーダーの育成や認知症カフェの開催等、地域の特性に応じた認知症高齢者や介護者を支える体制づくりと、身近に相談できる多様なネットワークを推進する。 ・ひとり歩きが見られるようになっても認知症高齢者が安心して暮らし続けられるよう、地域住民や民間事業所と連携して見守り体制の充実を図る。 ・地域連携ネットワークにより成年後見制度の利用を必要とするかたを支援する。		認知症カフェの充実・拡大	認知症サポートリーダーの養成継続	徘徊高齢者等に対する見守り体制整備	認知症初期集中支援チーム1チーム	3チーム増設	8期介護探検事業計画を利用促進計画として策定		



## 長崎市地域包括ケアシステム構築ロードマップ

区 分				地域包括ケアシステムの構築期				地域包括ケアシステムの充実期				
項目	目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
F 専門職・ 関係機関 のネット ワーク	多職種連携体制の推進	2025年度 (令和7年度)	地域包括支援センター圏域ごとに多職種のチーム化による連携をより強化するために、専門職のコアメンバー化に取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本国域毎の多職種による意見交換等、多職種連携のための定期的な場確保</li> <li>・地域ごとの多職種チーム化による活動の推進</li> </ul>				地域包括支援センター圏域等における多職種意見交換の場の開催		検 証	状況に応じ見直し 取組みの推進	
				地域意見交換会の開催				多職種のコアメンバー化の取組み 地域意見交換会の開催				
G 住民参画 (自助・互助)	生きがい・就労支援の推進	2025年度 (令和7年度)	多様なサービスや多世代型サロン等の設置により多様な役割の創出とその担い手を養成し、働くことでの生きがいづくりを通して地域の活性化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活援助サービス従事者養成研修</li> <li>・介護施設・地域ささえあいボランティア養成講座</li> </ul>				・生活援助サービス養成研修の継続 ・介護施設ボランティア養成の継続 ・地域ささえあいボランティア養成講座の地域での開催による生きがい・就労支援の推進		検 証	状況に応じ見直し 取組みの推進	
	地域活動を通じた地域の活性化	2025年度 (令和7年度)	おおむね小学校区を単位とした地域コミュニティ連絡協議会を設立した地域において活用され、自主的な活動が行われている。	地域コミュニティのしくみづくりに係る地域説明・意見交換会の開催 ↓ 地域コミュニティ連絡協議会設立(まちづくり計画策定)及び運営の支援				・地域コミュニティ連絡協議会設立(まちづくり計画策定)及び運営の支援 ・地域コミュニティ連絡協議会設立地区におけるささえあいの取組みの拡大				
H 行政の関 与・連携	地域ケア会議の確立	2025年度 (令和7年度)	多様な専門職の関与や自立支援を焦点に当てた地域ケア会議を開催し、自立支援・重度化防止の意識を高め、課題の解決を図りながら地域のネットワーク構築、地域の資源づくりに取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議の推進</li> <li>・自立支援型地域ケア会議の推進</li> </ul>				地域ケア会議の推進 自立支援型ケア会議の開催		検 証	状況に応じ見直し 取組みの推進	
	市民への普及啓発	2025年度 (令和7年度)	市民向け講演会を定期的で開催し、長崎版地域包括ケアシステムへの理解を深めてもらう。	地域ケア会議の充実に関する検討・研修 介護予防ケアパスの作成・活用				地域包括ケアシステム理解のための出前講座の充実、広報紙やHP等を活用した普及啓発				

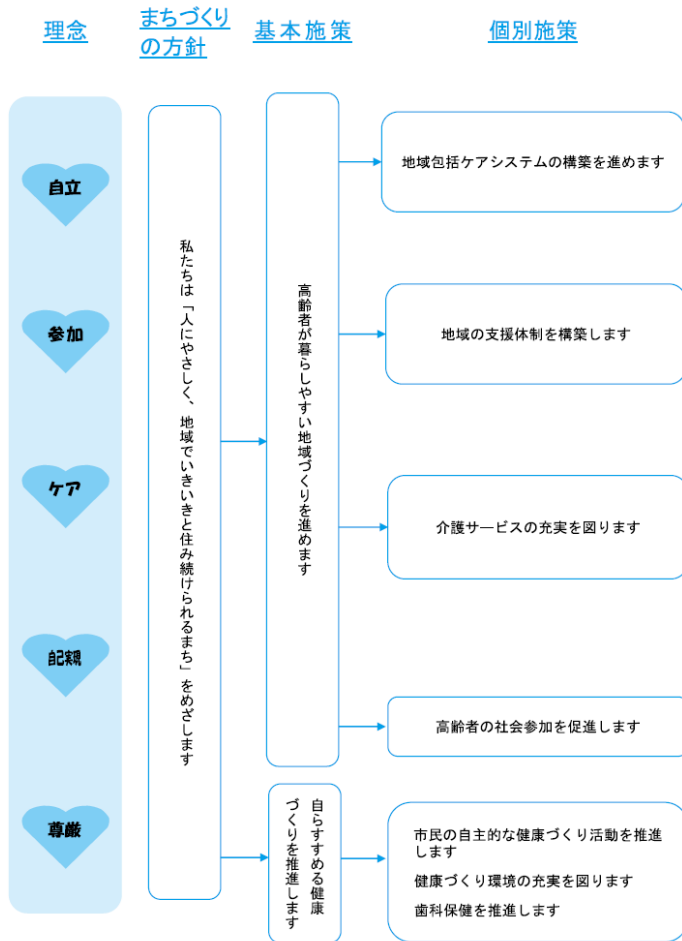
※ 地域包括ケアシステムの構築期は、評価シート40点中32点(A医療、B介護、C保健・予防等大項目8分野の総合点としての点数)を達成するまでの期間

※ 地域包括ケアシステムの充実期は、構築後にさらなる推進向上を目指す期間

# 長崎市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の体系図

計画期間 令和3年度～令和5年度

## 高齢者保健福祉計画・介護



## 保険事業計画の体系図

### 重点的取組み

### 事業展開

#### 長崎版地域包括ケアシステムの推進

#### 〔重点項目〕

- 在宅医療と介護の連携推進
- 自立支援と重度化防止に向けた介護予防の推進
- 生活支援体制整備（地域の支え合い）
- 認知症高齢者への支援
- 地域共生社会の構築

- 地域支援事業の推進  
包括的支援事業  
介護予防・日常生活支援総合事業  
任意事業（家族介護支援事業ほか）
- 認知症高齢者への支援  
認知症総合支援事業  
認知症地域支援体制整備  
認知症高齢者の権利擁護
- 高齢者の生活環境の充実  
高齢者世帯への支援  
在宅生活支援事業  
居住環境・移動における高齢者支援  
避難行動要支援者支援  
高齢者向け施設の整備
- 介護保険の事業費等の見込み  
第8期計画期間（令和3～令和5年度）及び令和7年度（2025年度）の事業費等の見込み
- 第1号被保険者保険料の見込み  
第8期計画期間の保険料  
令和7年度（2025年度）以降の保険料
- 介護サービスの基盤整備  
居宅介護サービス、介護予防サービス  
地域密着型介護サービス、地域密着型介護予防サービス  
施設介護サービス
- 介護サービスの質の確保と向上  
事業者による適正なサービス提供  
事業所・施設の安全対策  
介護サービス事業者情報の公表  
ケアマネジャーの質の向上  
「介護給付等費用適正化事業」による指導・助言  
介護サービス事業者等の指導監査
- 介護人材の確保
- 災害・感染症対策に係る体制整備
- 高齢者の積極的な社会参加  
高齢者の活動の場の提供及び住民主体による活動への支援  
社会活動参加への環境整備  
地域で活動するボランティアの育成  
就労機会の確保
- 生活習慣病の発症と重症化の予防  
成人保健事業  
歯科口腔保健事業
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

## 議題 4

報告事項・その他等

## 令和3年度の取組み(一部抜粋)

- ① 在宅医療と介護連携に関する実態調査
- ② 第2層生活支援コーディネーターの配置
- ③ 多機関型包括的支援体制構築事業

# 在宅医療と介護連携に関する実態調査

## 【目的】

- ①在宅医療と介護連携における実態を把握し課題を抽出する
- ②課題の解決策を検討し、今後の施策に反映させる

医療と介護の連携が求められる4つの場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)ごとに実態を把握し課題を抽出する





## 【調査方法】

アンケート調査

## 【調査対象】

病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション  
居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護事業所、  
高齢者施設など

## 【調査の流れ】

- ①調査票・調査対象者の検討：地域包括ケア推進協議会  
**医療・介護連携部会 実態調査ワーキング（11月～12月）**
- ②調査実施・分析：R4.1月～R4.3月
- ③課題解決策の検討：R4年度

# 生活支援体制整備事業とは

団塊の世代が後期高齢者となる2025年までに、高齢者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よう、介護保険法等の規定による地域支援事業の一環として、  
**多様な主体との協働による地域の支え合い体制づくり**と、  
**高齢者の社会参加による介護予防の促進及び多様な日常生活上の生活支援や介護予防サービスの充実**を図る  
目的で実施する。

生活支援コーディネーターの配置

地域の困りごとやその解決策を話し合い、情報共有、連携を深める場(協議体)の開催

多様な主体とは・・・地域住民、ボランティア、NPO法人、シルバー人材センター  
社会福祉法人の地域貢献

日常生活上の生活支援とは・・・在宅高齢者のちょっとした困りごとの解決

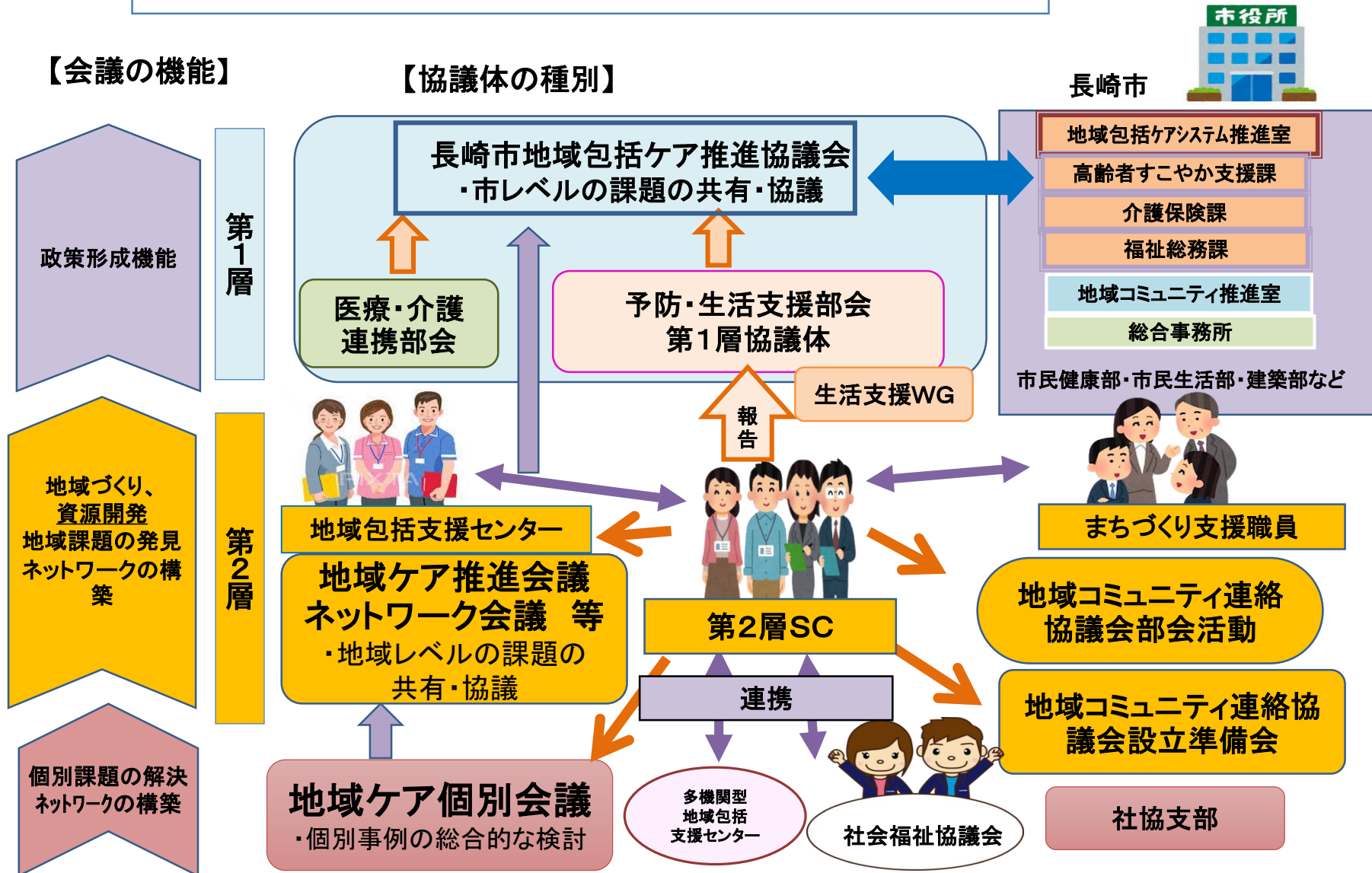
生活支援コーディネーターとは・・・高齢者の在宅生活を支援するため、地域の  
実情に応じた地域住民相互の支え合い活動の推進役

# 長崎市の生活支援体制整備の体系

## 生活支援コーディネーターと協議体

### 【会議の機能】

### 【協議体の種別】



# 生活支援コーディネーター—配置のエリアについて

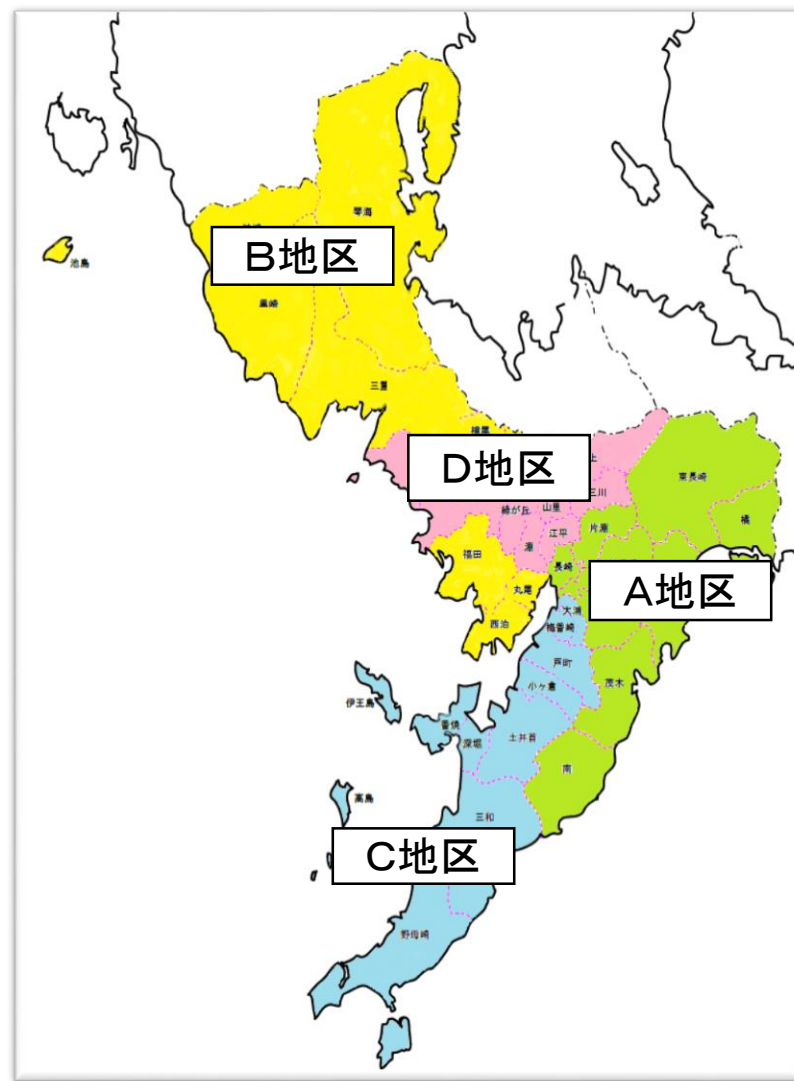
## 令和3年度 4人配置

長崎市社会福祉協議会地区担当エリア  
(地域包括支援センター基本)

- ・ 委託先：市社協と契約
- ・ 配 置：本所に4人
- ・ 社会福祉士（既存の福祉制度に精通し、コーディネーター機能を適切に担うことができる）を専任で10月から配置

### 第2層生活支援コーディネーターの業務内容

- ①生活支援ニーズの把握・共有
  - ・ 第2層協議体への参加
  - ・ 地区民児協、社協支部、老人クラブなどの地域の会議や活動への参加・地域訪問
- ②社会資源の把握・活用
- ③担い手の育成・発掘
- ④地域活動支援
- ⑤関係者間の情報共有
- ⑥会議・研修会への出席



2025(R7)年度までを目途に  
日常生活の20圏域ごとの配置を目指す



令和3年  
10月から

# 生活支援コーディネーターが 住民主体の支え合い活動を お手伝いします！

一人暮らし世帯や何らかのお手伝いを必要とする高齢者が増えている中、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためのしくみをつくる必要とされています。

住民同士の見守りや居場所づくりなど地域内の支え合いをみんなで考え、みんなでつくっていきましょう。また、このような活動にも積極的に参加していただきながら、高齢者の介護予防につなげていきましょう。

まずはここから  
取り組みます！



## 生活支援コーディネーターの活動内容

- 1** 地域にあるサービスや活動などを把握したり周知します。  
**見る！広める！**
- 2** 地域の困りごとや「あったらいいな」と思う生活支援ニーズを把握します。  
**聞く！知る！**
- 3** 元気な高齢者やボランティア活動をしたい方へ活動の場を紹介します。  
**引き合わせる！**
- 4** 地域の困りごとをサービスや地域の活動とマッチングします。  
**つなげる！**
- 5** 関係者間のネットワークづくりを進めます。  
**つながる！**
- 6** ①～⑤の活動を通じて生活圏域ごとに地域内の連携を進めます。  
**共有する！**

身近な地域での支え合いを推進し、「**支え上手**」「**支えられ上手**」の地域づくりを進めていきます。

ボランティア等の担い手や地域資源の発掘、関係機関とのネットワークづくりを行い、地域の中で多様なサービスが提供できるよう、地域に合った取り組みを後押しします。

生活支援コーディネーターは専門的な視点を持った「社会福祉士」の資格を有しています。



※裏面に続く

## 生活支援コーディネーターが現在行っている取り組み

### 生活支援コーディネーターの周知

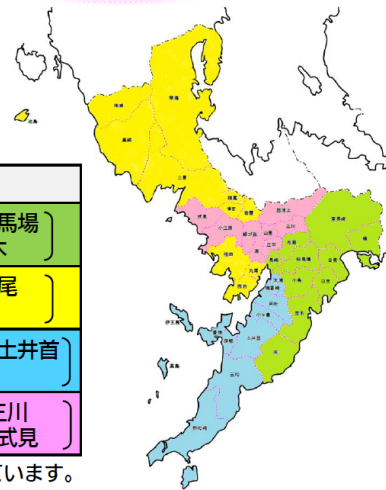
生活支援コーディネーターのことを地域の方に知っていただくことで、地域の方と協力しながら、高齢者を支える体制づくりを進めていきます。

### 地域資源の把握

サロン等の地域の居場所や生活支援活動を行うグループ、ボランティアグループ等の地域資源を把握します。

### 生活支援ニーズ（課題）の把握

地域コミュニティ連絡協議会や地域包括支援センターが主催する会議などの話し合いの場に参加し、生活支援ニーズを把握します。



### 市内の各エリアに担当コーディネーターがいます

名前	担当エリア
いわさき 岩崎 くるみ	A地区 ①東長崎 ②日見・橘 ③桜馬場 ④片淵・長崎 ⑤小島・茂木
くまがい 熊谷 としかず 俊和	B地区 ①西部 ②岩屋 ③滑石・横尾 ④三重・外海 ⑤琴海
たぐり 田栗 めぐみ 恵	C地区 ①大浦 ②戸町・小ヶ倉 ③土井首 ④深堀・香焼 ⑤南部
つじ 辻 ゆうき 悠生	D地区 ①江平・山里 ②西浦上・三川 ③緑が丘 ④淵 ⑤小江原・式見

※地域包括支援センター毎のエリアを基にしています。



この地域の担当は  
\_\_\_\_\_ です！

まずはお気軽にご連絡ください

### ●ご相談・お問合せ先

長崎市社会福祉協議会 地域福祉係 電話：095-828-1281

FAX：095-828-7236

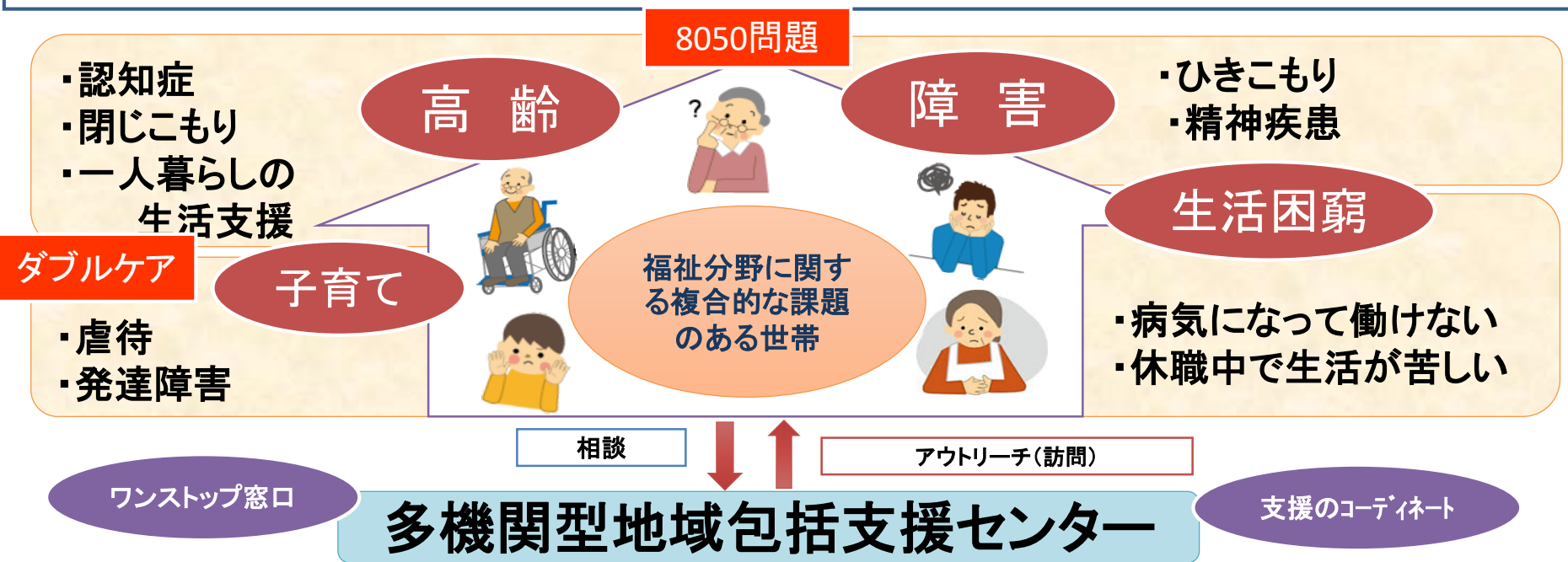
住所：長崎市上町1番33号（長崎市社会福祉会館内）

# 多機関型包括的支援体制構築事業

## 現状と課題

・人口減少・単身世帯の増加 ・福祉ニーズの多様化・複雑化 ・単独の相談機関で十分対応できない

多分野・多機関にわたる福祉分野に関連する相談に、ワンストップで対応するための相談窓口を設置し、福祉分野に関連する複合的な課題を抱える者へ適切な支援を提供し、地域における包括的な支援体制を構築する。



・ 本事業は地域共生社会の実現に向けた国のモデル事業として開始し、事業運営については地域包括支援センターを運営する法人(2箇所)へ委託して実施。

・ 平成28年10月から実施

令和3年度 国庫補助率:事業費の3/4(生活困窮者就労準備支援事業費補助金)

重層的支援体制整備事業への移行準備事業

## 効果

- ・ 高齢・子ども・障害・生活困窮などの多分野・多機関とのネットワーク構築・相互理解
- ・ 分野を超えた交流(高齢×障害、高齢×子ども)による新たな資源開発
- ・ 制度の狭間への対応(多分野とつながることでの支援の広がり ~「点」から「面」へ~)

## 国の動き

### R2年6月 社会福祉法改正

地域時住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、①相談支援②参加支援③地域づくり支援を一体的に実施する新規事業創設

### R3年4月より新規事業施行

## 新規事業

### 重層的支援体制整備事業

属性や世代を問わない相談・地域づくりの事業を一体的に実施する重層的支援体制整備事業交付金による

### 重層的支援体制整備事業への移行準備事業

R4年度以降円滑に新規事業に移行するための補助金による

## 令和3年度 多機関型包括支援センターの取組み

(重層的支援体制整備事業への移行準備事業)

### 1.相談支援

・ワンストップ窓口として相談を受け入れ、複合的な課題を抱えている、社会的孤立、制度の狭間にある等の理由により、包括的な支援を必要とする人の個別相談に対する支援

例：8050問題、ダブルケア、ヤングケアラー、障害が疑われる者、ゴミ屋敷 など

・相談支援包括化推進会議（個別事例検討）及び重層的支援会議の実施、研修会等の開催

・関係機関や庁内各課との連携

例：生活支援相談センターやゆめおすとの協働での取組み、「困りごと連絡票」を活用した税部門との連携

・校内居場所カフェ（私立高校での居場所づくり）の開催

### 2.参加支援

・個別支援や相談支援包括化推進会議を通して既存の支援制度以外の社会資源の検討

例：「50（ごーまる）支援」として社会福祉法人等の地域貢献・企業の地域活動との連携

・支援世帯への定期的な訪問や継続的な見守り支援等による環境調整の実施

・他分野同士の連携のコーディネート

例：琴海地区の障害連絡会の取組、包括と障害事業所合同での地域ケア推進会議の実施

### 3.地域づくりに向けた支援

・市民への周知（リーフレット・相談機関紹介のパンフレット「こねくと」の配布・HPへの動画掲載）

・相談機関、専門職への周知（専門職向け事業所紹介パンフレット・事例集「福祉の架け橋」の更新

・相談支援包括化推進会議（地域課題の把握・ネットワーク機能構築・地域づくりのための資源の開発機能）