

令和2年度 第2回三条市介護保険運営協議会次第

日時：令和3年2月1日（月）午後1時15分

場所：三条市役所 2階 大会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

三条市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の策定について

4 閉 会

(案)

# 三条市高齢者福祉計画 第8期介護保険事業計画

【計画期間】 令和3年度～令和5年度

令和3年3月

三 条 市

# 目次

## 第1章 計画策定の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨	1
2 計画の性格・位置付け	2
3 計画期間	2
4 介護保険法等の改正	3
5 計画の推進体制等	4
(1) 策定体制	4
(2) 市民の意見反映	4
(3) 計画の検証及び見直し	4
6 日常生活圏域の設定	5

## 第2章 高齢者を取り巻く状況と課題

1 高齢化の動向	6
(1) 人口・高齢者数の推移と見通し	6
(2) 要介護（要支援）認定者数の推移と見通し	8
(3) 認知症高齢者数の推移と見通し	12
(4) 一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の推移と見通し	13
(5) 標準給付費、地域支援事業費の推移	14
(6) 三条市高齢者実態調査の概要	16
(7) 介護支援専門員（ケアマネジャー）アンケート調査の概要	26
(8) 介護事業所・施設アンケート調査の概要	32
2 第8期計画策定における課題の整理	36

## 第3章 計画の基本目標と施策体系

1 基本目標	38
2 施策の体系	40

## 第4章 施策の展開

1 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化	41
(1) 地域包括ケア総合推進センターの機能強化	42
(2) 地域包括支援センターの機能強化	44
(3) 地域ケア会議の推進	45
2 在宅医療・介護連携の推進	46
(1) 個別支援における多職種連携の強化	46
(2) 意思決定支援の推進	49
(3) ICT活用による効率的な医療・介護の提供	50
(4) 在宅医療提供体制の確保	51
3 生活支援体制の整備	52
(1) 生活支援サービスの充実	53
(2) 生活支援の担い手の確保	54
(3) 地域の支え合い体制づくりの促進	56

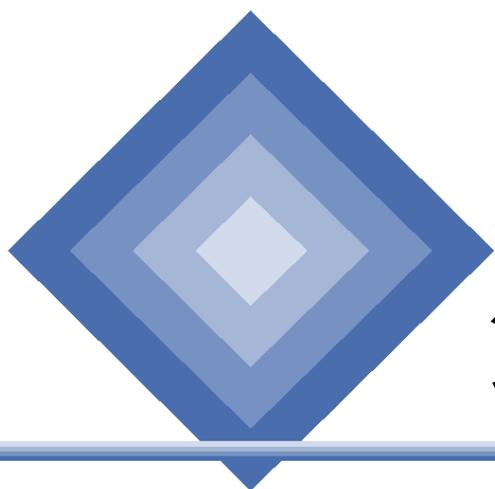
4 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進 .....	5 8
(1) 外出・交流・社会参画機会の拡大及びヘルスリテラシーの向上 .....	5 9
(2) フレイルの早期発見・介入及び改善策の強化 .....	6 3
(3) 自立を基本としたケアマネジメントの実施体制の充実 .....	6 7
(4) 保健事業と介護予防事業の一体的な実施 .....	6 9
5 認知症施策の推進 .....	7 3
(1) 認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護等の提供 .....	7 3
(2) 認知症の方の社会参加の促進 .....	7 6
(3) 認知症の方の介護者への支援の充実 .....	7 8
(4) 認知症の方が安心して活動できる地域づくり .....	7 9
6 権利擁護の推進 .....	8 2
(1) 必要な時期に適切な権利擁護の支援につなぐ体制の整備 .....	8 3
(2) 成年後見制度等を安定的に利用継続できる体制の整備 .....	8 4
(3) 市民啓発 .....	8 6
(4) 高齢者虐待への対応 .....	8 8
7 安定した介護保険サービスの充実 .....	8 9
(1) 介護保険サービスの拡充 .....	8 9
(2) 介護給付等適正化の推進 .....	9 5
(3) 在宅介護を支援するサービスの充実 .....	9 8
(4) 市民及び支援関係者への介護保険制度の理念の理解促進 .....	1 0 1
(5) 医療・介護人材確保策の研究 .....	1 0 2
(6) 災害及び感染症に対する備えの検討 .....	1 0 4

第5章 介護保険サービス等の見込み及び介護保険料の算定 .....	
-----------------------------------	--

第6章 本計画の目標値 .....	1 0 5
-------------------	-------

#### 資料編

1 三条市介護保険運営協議会審議経過 .....	
2 パブリックコメント実施概要 .....	
3 三条市介護保険運営協議会委員名簿 .....	



# 第1章

## 計画策定の 基本的な考え方

# 第1章 計画策定の基本的な考え方

## 1 計画策定の趣旨

団塊世代が75歳以上となる2025年（令和7年）が目前に迫り、我が国の人口減少・少子高齢化はますます進展しています。団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）には、85歳以上の人口が総人口の約25%になり高齢者の中の高齢化が進むとともに、現役世代が著しく減少し、世代間の不均衡などから、様々な社会の変化が起きることが想定されます。

本市においても、総人口が減少する中、75歳以上高齢者数は令和12年まで増加し、その後急速に減少します。現役世代は年々減少し、令和22年には1人が1.3人の高齢者を支える構造になる見込みです。

今後、高齢化が進むことで医療や介護が必要になる人が一層増加する一方、現役世代の減少から医療や介護を担う人材の圧倒的な不足が懸念されます。そのため、医療・介護を担う人材の確保が急務であり、あわせて、高齢になっても健康で自立した生活を送るための取組を重点的に行うことが必要です。

さらに、支援の現場に目を向けると、高齢者の介護者が障がい者であったり、高齢の親が病気になり、ひきこもりの中高年の子が生活に困窮するなど、複合的で複雑化した課題を抱える世帯が増加していることから、これからは分野横断的に世帯をまるごと支援する体制が求められます。

三条市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画では、地域共生社会の実現に向け、障がい福祉や生活困窮者などの多分野との連携を強化しながら、これまで構築を進めてきた地域包括ケアシステムの理念に基づく、医療、介護、生活支援の不足資源を相互に補完する取組を加速し、「生涯にわたり住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまち」を目指し、各種施策を展開するため、本計画を策定しました。

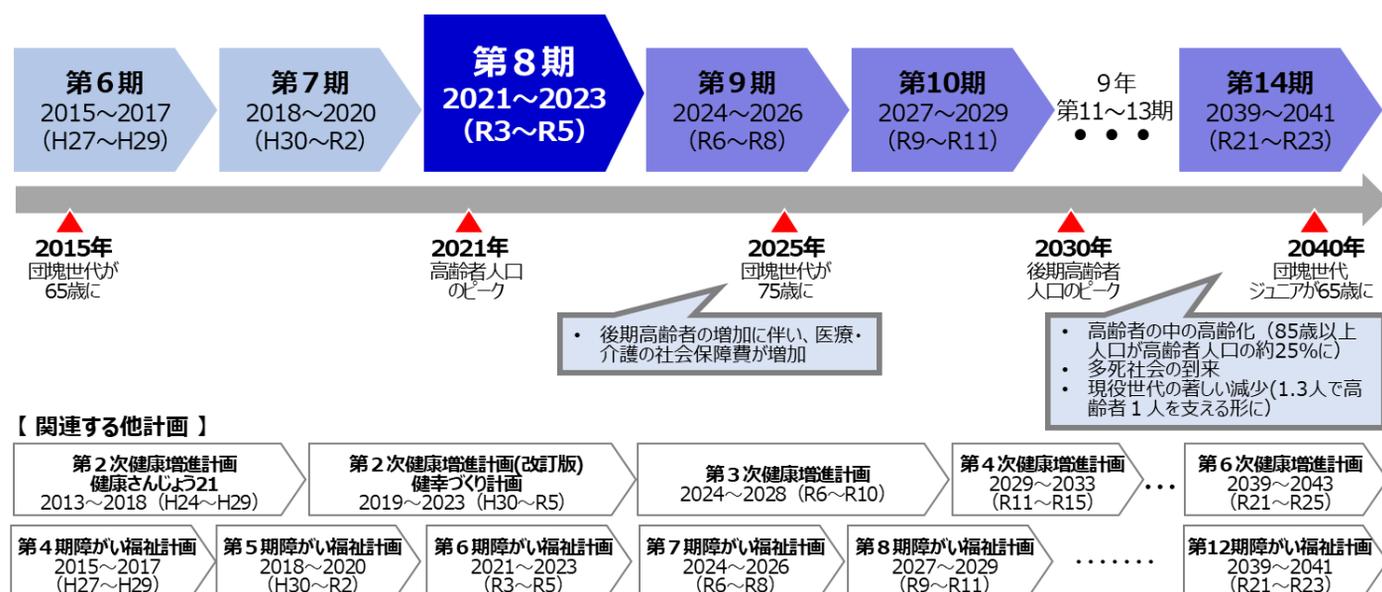
## 2 計画の性格・位置付け

本計画は、少子高齢、人口減少社会に適切に対処していくという観点から策定した「三条市総合計画」（計画期間：平成27年度～令和4年度）を上位計画とし、その基本理念等を踏まえ、高齢者福祉・介護保険事業の個別計画として策定しました。

また、本計画は老人福祉法第20条の8の規定に基づく市町村老人福祉計画と、介護保険法第117条の規定に基づく市町村介護保険事業計画を一体の計画として策定し、関連する健康増進計画及び第6期障がい福祉計画と整合性を図っています。

## 3 計画期間

令和3年度から令和5年度までの3年間を計画期間としています。



## 4 介護保険法等の改正

地域共生社会の実現を図るため、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和2年法律第52号）の公布により、介護保険法、老人福祉法、社会福祉法等の関係法律が改正されました。

その概要は、住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービスの提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講じるものです。

### 【介護保険制度改正の主な概要】

1 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築の支援
2 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進
3 医療・介護のデータ基盤の整備の推進
4 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

## 5 計画の推進体制等

### (1) 策定体制

本計画は、被保険者、学識経験者、保健・医療・福祉の関係者及び被用者保険等保険者を委員とする「三条市介護保険運営協議会」での審議を踏まえて策定しました。

### (2) 市民の意見反映

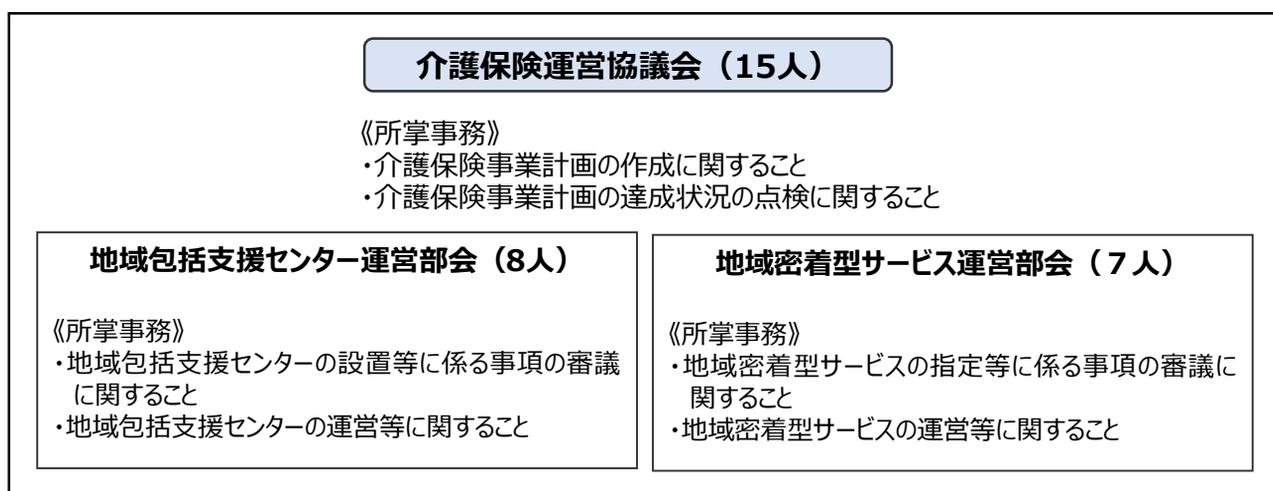
計画策定に当たっては、地域の実情に即した介護保険事業等を効果的に推進していくため、令和2年4月に「三条市高齢者実態調査」を実施し、65歳以上の要支援・要介護の認定を受けていない方及び要支援1・2の方を対象に介護予防や日常生活、高齢者のニーズに関する内容について、また、在宅で要支援・要介護の認定を受けている方とその介護者を対象に介護実態について把握し、その結果を計画に反映させました。

また、令和3年2月に第8期計画（案）についてのパブリックコメント※を実施し、広く市民の意見を反映しました。

### (3) 計画の検証及び見直し

本計画に定める各年度の達成状況の点検及び評価について、三条市介護保険運営協議会において毎年度検証を行います。また、施策等の進捗を踏まえながら、計画期間中においても必要に応じて見直しを行うものとします。

#### 【介護保険運営協議会】



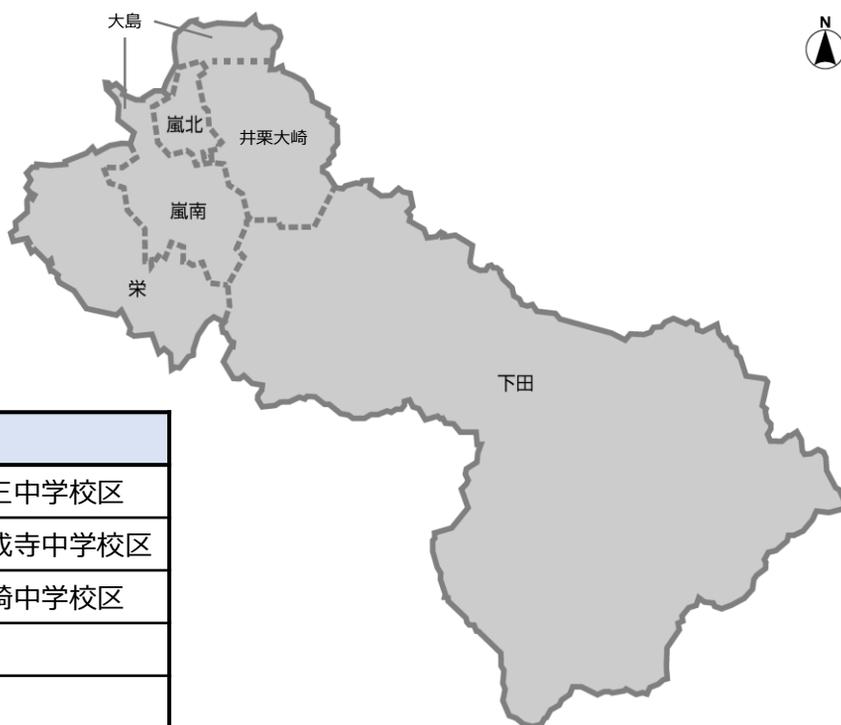
※地域包括支援センター運営部会は介護保険法施行規則第140条の66第2項、地域密着型サービス運営部会は介護保険法第42条の2第5項等を根拠として設置しています。

※ 市の基本的な施策などの策定過程において、市民誰もが閲覧できるよう施策の案を公表し、その案に対する市民の意見を反映させる機会のこと

## 6 日常生活圏域の設定

日常生活圏域※については、第7期計画（平成30年度）から6圏域を設定しています。地域包括ケアシステムの構築を進めるに当たり、地域包括支援センターを中心に民生委員・児童委員や自治会といった地域の関係者との連携をより強固にして行く必要があることから、引き続き「6圏域」を日常生活圏域として設定しました。

### 【日常生活圏域の設定】



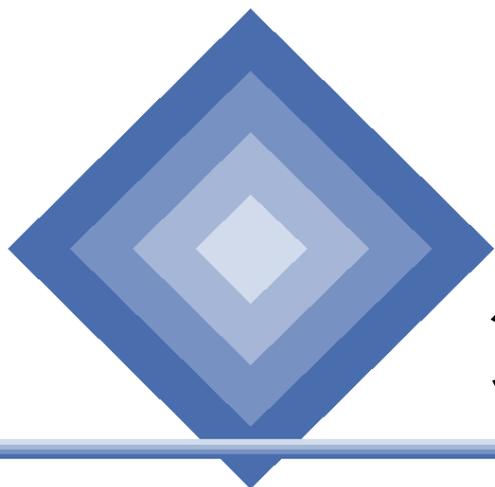
日常生活圏域	
嵐北圏域	第二中学校区、第三中学校区
嵐南圏域	第一中学校区、本成寺中学校区
井栗大崎圏域	第四中学校区、大崎中学校区
大島圏域	大島中学校区
栄圏域	栄中学校区
下田圏域	下田中学校区

※日常生活圏域は、中学校区域を基本としています。

圏域	総人口	65歳～74歳	75歳～	高齢者人口	高齢化率
		人口	人口		
嵐北	22,561人	3,089人	4,078人	7,167人	31.8%
嵐南	27,876人	4,327人	4,665人	8,992人	32.3%
井栗大崎	22,694人	3,686人	3,527人	7,213人	31.8%
大島	4,173人	504人	523人	1,027人	24.6%
栄	10,458人	1,757人	1,678人	3,435人	32.8%
下田	8,755人	1,600人	1,671人	3,271人	37.4%

※住民基本台帳 令和2年3月31日現在

※ 住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案した圏域



## 第2章

# 高齢者を取り巻く 状況と課題

## 第2章 高齢者を取り巻く状況と課題

### 1 高齢化の動向

#### (1) 人口・高齢者数の推移と見通し

##### ア 人口・高齢者数の推移

本市の総人口の推移は減少傾向にあり、令和2年度は96,063人で、前期計画期間（平成28年度）との比較では4.3%減少しています。

その一方で、高齢者数（65歳以上）は令和3年度まで増加しますが、その後は減少傾向になるものと見込まれます。高齢化率※は上昇傾向にあり、令和2年度は県平均32.8%を下回っているものの、本市では32.2%となっています。

##### イ 人口・高齢者数の見通し

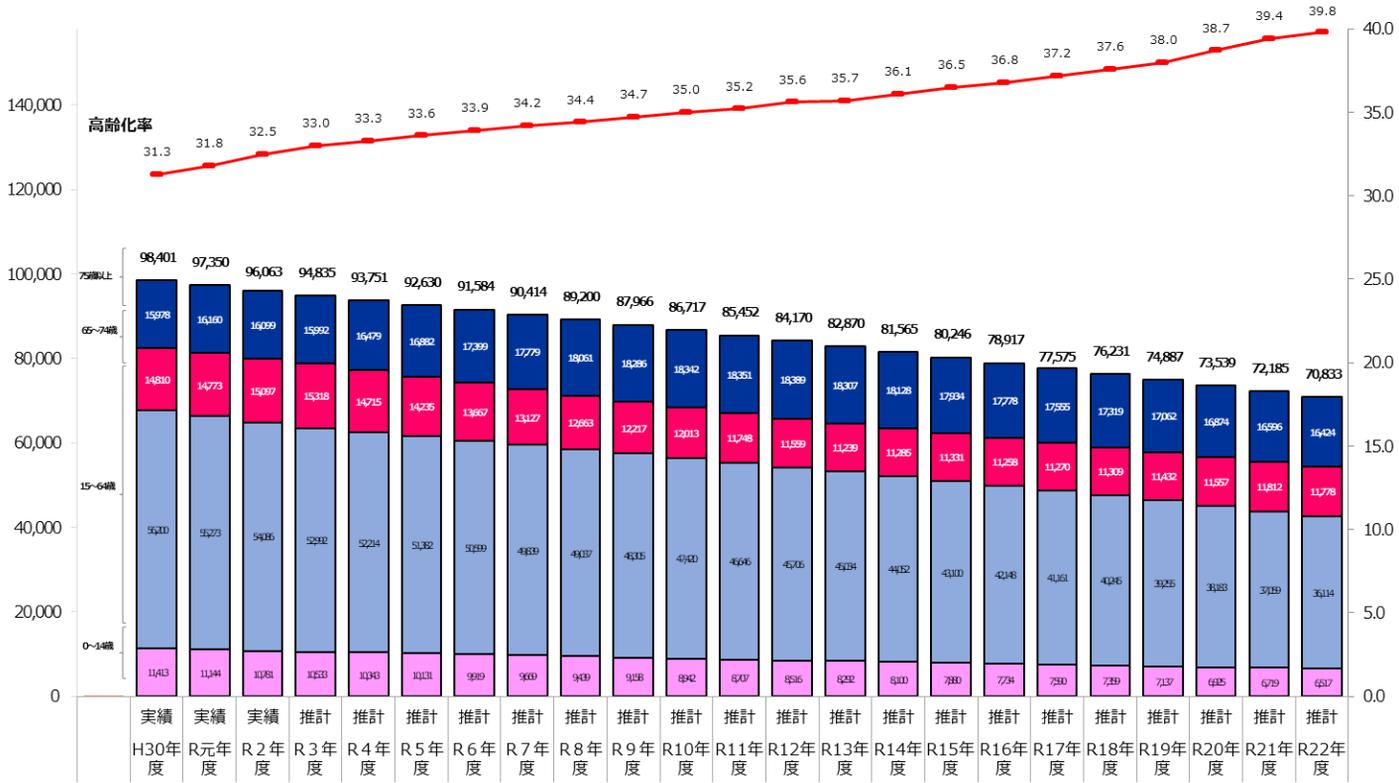
今後も総人口は減少傾向が続き、本計画の最終年度である令和5年度には92,630人となり、3年間で3.5%減少するものと見込まれます。

また、総人口の減少傾向に対して高齢者人口は令和3年度まで増加し31,310人のピークを迎えた後、令和4年度以降、減少傾向となり、令和5年度には31,117人となるものと見込まれます。

高齢化率は、令和5年度には33.6%、令和10年度では35.0%となり、その後も上昇するものと見込まれます。

※ 総人口に占める65歳以上人口の割合

【人口・高齢者数・高齢化率の推移と見込み】



※ 実績値は、各年度10月1日現在

※ 平成24年7月9日改正住民基本台帳法の施行により、外国人住民が住民基本台帳制度の対象となったため、外国人を含む

※ 推計値は平成27年から令和元年までの10月1日現在の住民基本台帳人口を用いて、コーホート変化率法により算定

## (2) 要介護（要支援）認定者数等の推移と見通し

### ア 要介護（要支援）認定者数の推移

本市の要介護（要支援）認定者数の推移をみると、高齢者の増加とともに認定者数も増加傾向にあり、令和元年度は5,077人で、前期計画期間（平成28年度）から5.8%増加しています。

要介護度別でみると、要支援1、要支援2に要介護1、要介護2を加えた軽度層については、合計で5.9%、要介護3以上の中・重度層では、合計で5.6%増加しています。軽度層及び中・重度層のいずれも増加傾向にあります。

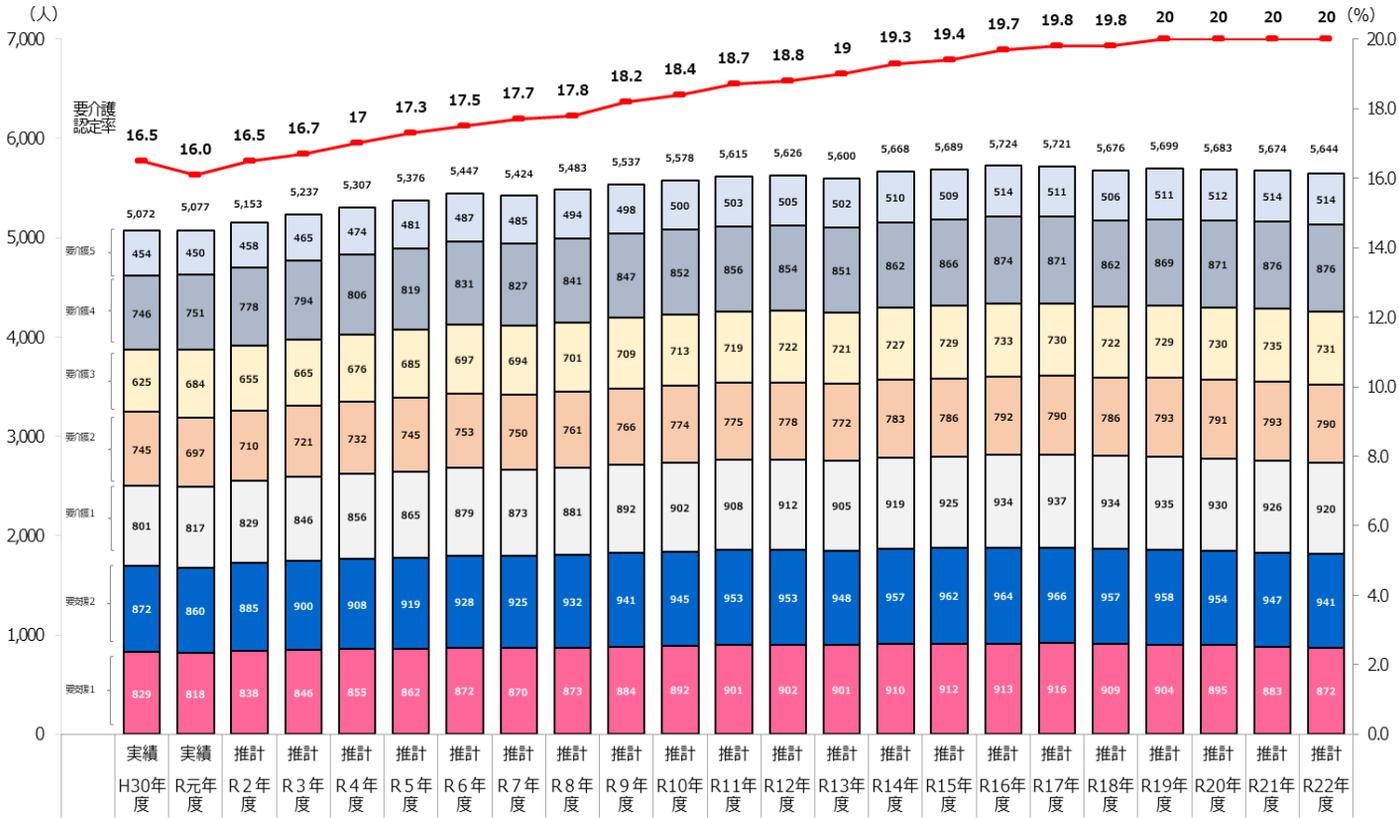
また、要介護認定率※は、平成28年度は16.0%、令和元年度でも16.0%と、この間ほぼ横ばいで推移しています。

### イ 要介護（要支援）認定者の見通し

要介護（要支援）認定者数は、第7期計画の最終年度である令和2年度には5,153人（要介護認定率16.5%）となり、本計画期間内では増加傾向で推移すると見込まれます。その後、令和7年度には5,424人（同17.7%）、令和22年度では5,644人（同20.0%）になるものと推計され、増加傾向が続くものと見込まれます。

※ 65歳以上人口に占める要介護（要支援）認定者の割合

【要介護度別認定者数の推移と見込】



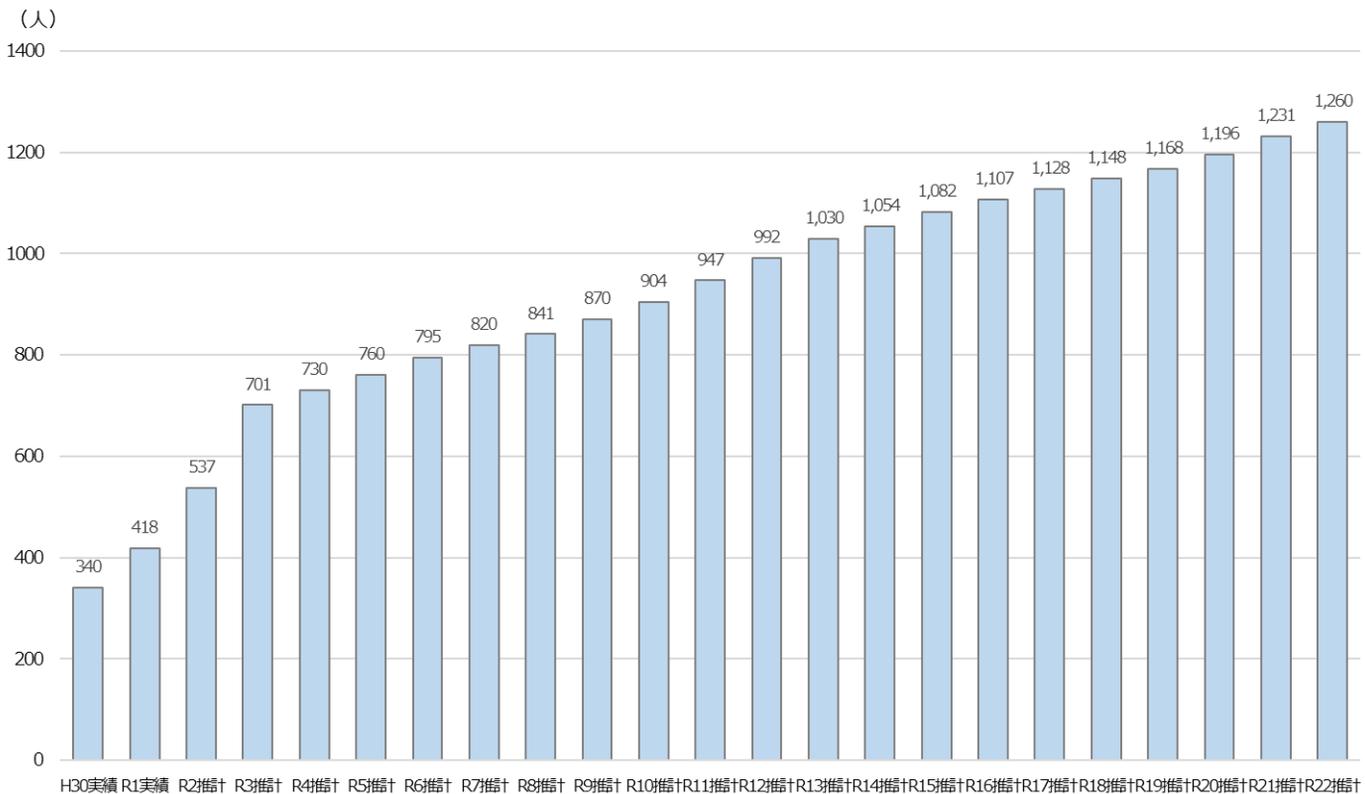
※ 実績値は、各年度10月1日現在

※ 推計値は、各年度の人口推計値及び平成29年度から令和元年度までの10月1日現在の要介護度別の要介護認定者数が各年代・性別の人口に占める割合を基に推計

## ウ 事業対象者の推移と見通し

本市の介護予防・生活支援サービス事業対象者※数の推移をみると、令和元年度は418人で、介護予防・生活支援サービス事業を開始した平成28年度から2.8倍に増加しています。事業対象者は、第7期計画の最終年度である令和2年度には537人となり、本計画期間内は増加傾向が続くものと見込まれます。その後、令和7年度には820人、令和22年度では1,260人と推計されます。

### 【事業対象者数の推移と見込み】



※ 各年度10月1日現在

※ 推計値は、各年度の人口推計値及び平成29年度から令和元年度までの10月1日現在の事業対象者数が各年代・性別の人口に占める割合を基に推計

※ 要介護状態等になるおそれの高い高齢者

## Ⅰ 要介護（要支援）認定新規申請者の原因疾病の分析

平成30年度と令和元年度の2年間の要介護（要支援）認定の新規申請者2,129人のうち「身体上又は精神上的の障害」の原因となっている疾病は、アルツハイマー病で287人と最も多く、次いで、骨折217人、血管性の認知症や初老期認知症、老年期認知症などの詳細不明の認知症191人、脳梗塞160人、高血圧性疾患119人の順に多くなっています。

これを男女別にみると、男性はアルツハイマー病と脳梗塞が95人と多く、次いで、血管性及び詳細不明の認知症が74人の順に多くなっています。女性では、アルツハイマー病が192人で最も多く、次に、骨折171人、血管性及び詳細不明の認知症117人の順に多くなっています。

### 【要介護（要支援）認定新規申請者の原因疾病の順位（平成30年度～令和元年度）】

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
合計	アルツハイマー病	骨折	血管性及び詳細不明の認知症	脳梗塞	高血圧性疾患
	287人	217人	191人	160人	119人
男性	アルツハイマー病	脳梗塞	血管性及び詳細不明の認知症	骨折	高血圧性疾患
	95人	95人	74人	46人	37人
女性	アルツハイマー病	骨折	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患	脳梗塞
	192人	171人	117人	82人	65人

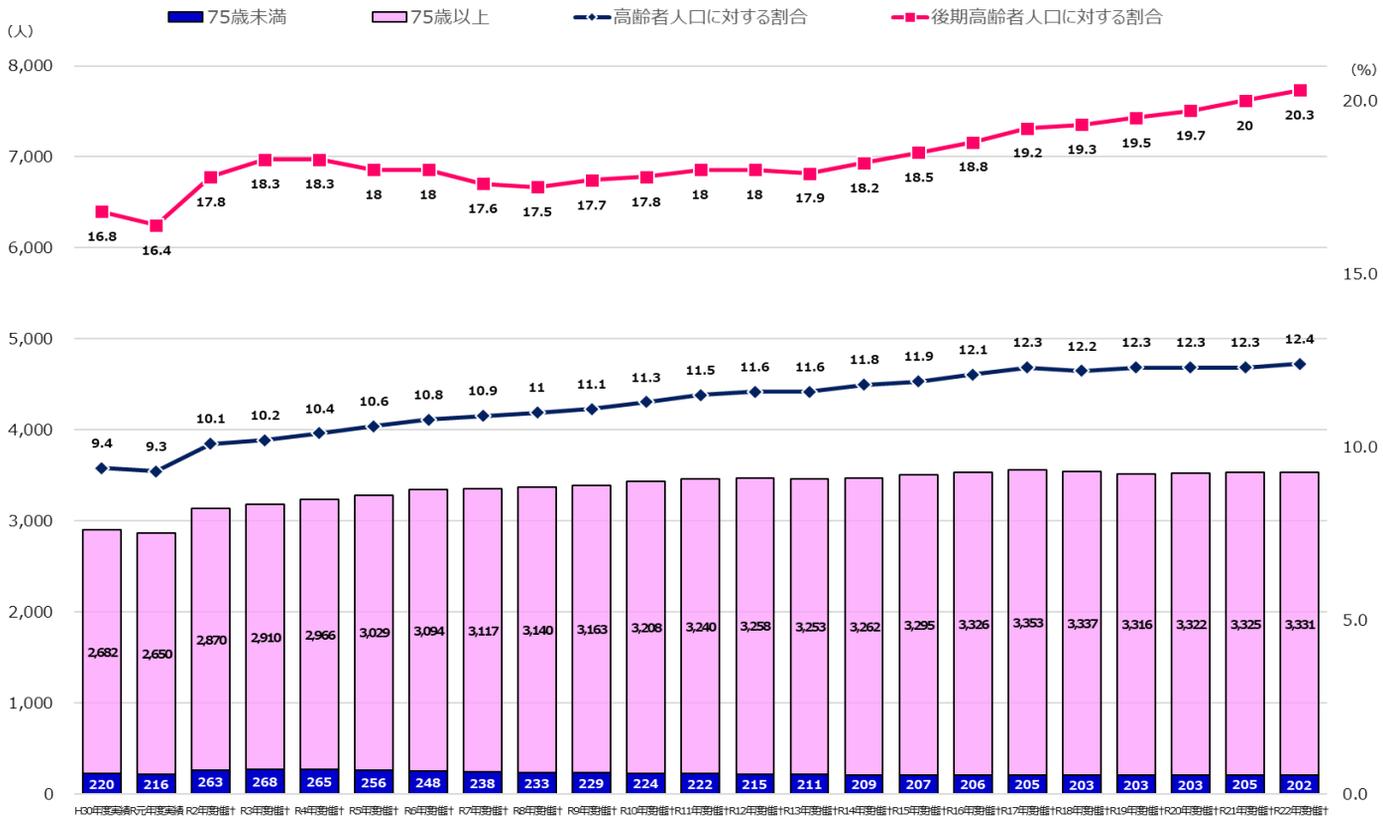
※ 平成30年4月1日から令和2年3月31日までの要介護（要支援）認定新規申請による調査

### (3) 認知症高齢者数の推移と見通し

前期計画期間（平成28年度）の認知症高齢者数は2,916人ですが、令和22年度には3,533人になるものと推測され、今後、認知症高齢者は緩やかに増加するものと見込まれます。

後期高齢者人口に対する75歳以上の認知症高齢者の割合は、令和3年度には18.3%、令和22年度には20.3%になるものと見込まれます。

【認知症高齢者数の推移と見込み】



※ 要介護（要支援）認定者のうち認定調査の結果、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ※以上と判断された方の数値

※ 各年度10月1日現在

※ 推計値は、平成26年度から令和元年度までの要介護認定者の男女別年齢階層別の発症率を人口推計に乗じて算定

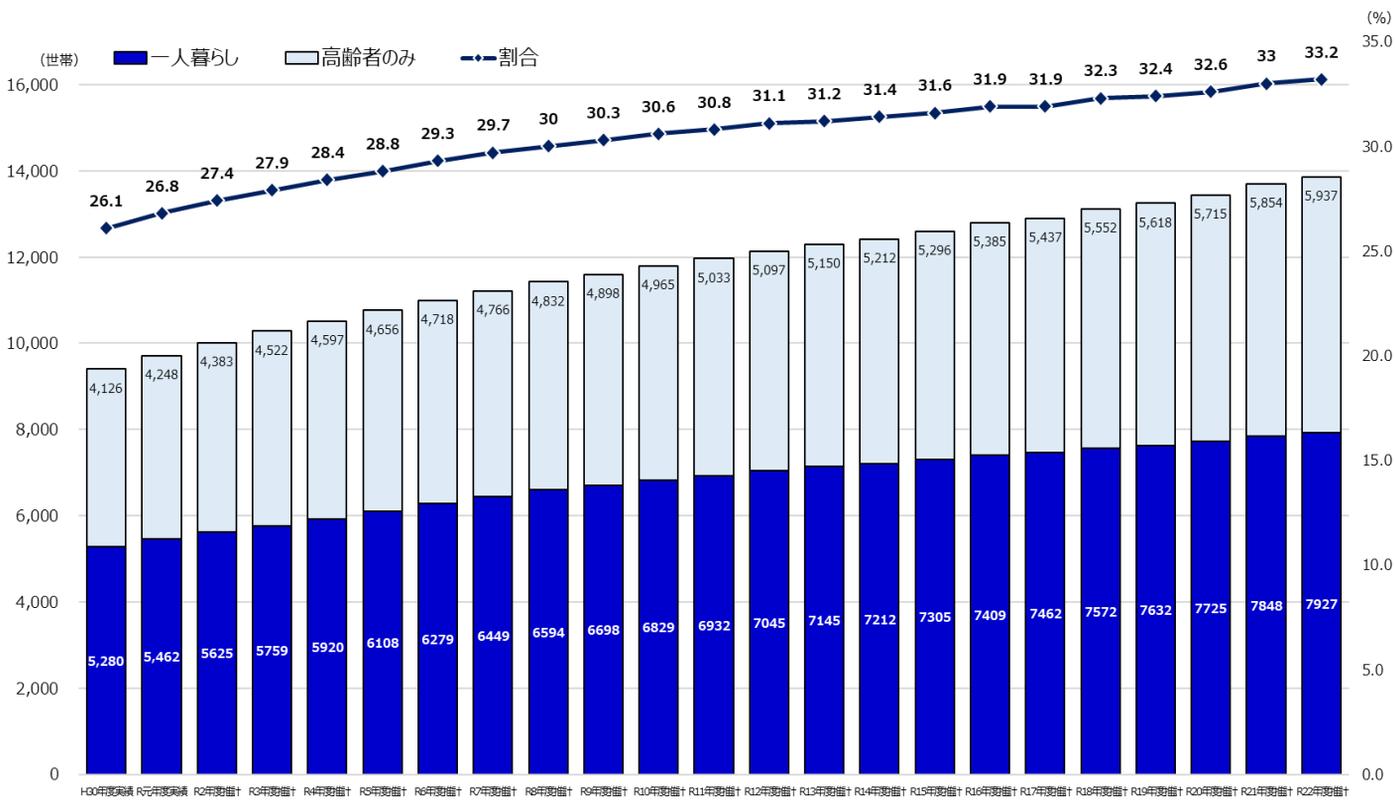
※ 認知症高齢者数には、第2号被保険者を含む。高齢者人口に対する認知症高齢者の割合は、第2号被保険者を含んだ認知症高齢者数の割合

※ 日常生活自立度「Ⅱ」とは、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態

(4) 一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の推移と見通し

一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯はいずれも増加するものと見込まれます。総世帯に占める割合は、平成30年度の26.1%から令和5年度には28.8%、令和22年度には33.2%まで上昇するものと見込まれます。

【一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の推移と見込み】



※ 各年度4月1日現在

(5) 標準給付費、地域支援事業費の推移

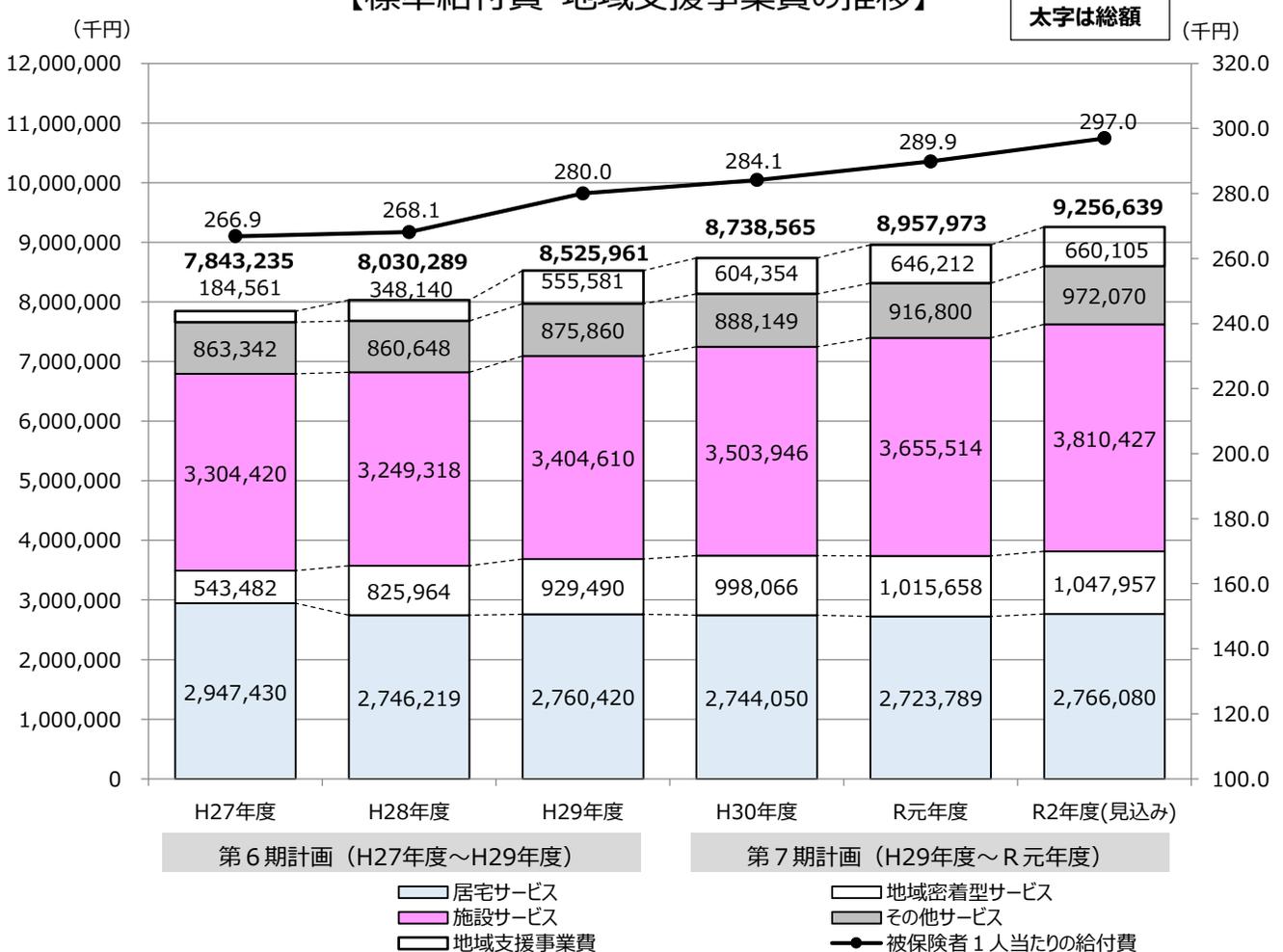
標準給付費と地域支援事業費の全体は、令和2年まで微増傾向が続くものと見込んでいます。そのうち居宅サービスは、平成28年度に介護予防の訪問介護・通所介護が地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）へ移行したことにより、一時大きく減少しましたが、その後はほぼ横ばい傾向が続いています。

また、地域密着型サービスでは、制度改正や施設整備が図られたことから、平成28年度に大幅に増加し、その後は徐々に伸びが鈍化し微増となっています。

地域支援事業についても、平成28年度の総合事業開始以降、地域密着型サービスと同じような傾向となっています。

被保険者（65歳以上）1人当たりの年間給付費は、微増傾向となっています。

【標準給付費・地域支援事業費の推移】



- ※ 居宅サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与
- ※ 地域密着型サービス：定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所生活介護、地域密着型通所介護
- ※ 施設サービス：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
- ※ その他サービス：特定福祉用具購入、住宅改修、居宅介護支援、特定入所者介護サービス、高額介護サービス、高額医療合算介護サービス、審査支払手数料
- ※ 地域支援事業：総合事業（介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業）、包括的支援事業、任意事業

## (6) 三条市高齢者実態調査の概要

### ■ 調査の趣旨

令和3年度を始期とする3年間の第8期計画の策定に当たり、高齢者福祉事業や介護保険事業が地域の実情に即したものであるとして着実に実行できるよう、「高齢者実態調査」を実施し、地域の高齢者の生活実態を把握した上で、地域が抱える課題に対応したサービスや事業の目標設定及びニーズの分析を行いました。

### ■ 調査概要と調査票の回収状況等

#### ア 調査の概要

##### (ア) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

調査票作成	国が示した調査票（36設問）と市独自項目（55設問）を合わせた計91設問で調査票を作成しました。
調査対象者とサンプル数	三条市に居住する65歳以上で要支援、要介護認定を受けていない方及び要支援1・2の方のうち、無作為に抽出した5,000人を調査対象者としてしました。
抽出方法	各日常生活圏域における無作為抽出
配布・回収方法	調査票の個別配布・回収を郵送で実施しました。
調査の期間	令和2年4月10日（金）から4月24日（金）まで

##### (イ) 在宅介護実態調査

調査票作成	国が示した調査票（10設問）と市独自項目（22設問）を合わせた計32設問で調査票を作成しました。
調査対象者とサンプル数	三条市に居住し、在宅で要支援、要介護を受けている方とその家族のうち、無作為に抽出した1,000人を調査対象者としてしました。
抽出方法	各日常生活圏域における無作為抽出
配布・回収方法	調査票の個別配布・回収を郵送で実施しました。
調査の期間	令和2年4月10日（金）から4月24日（金）まで

## イ 調査の有効回答数・回答率

## (ア) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

圏域名	対象者数 (人)	有効回答数 (人)	回答率 (%)
全 体	5,000	3,253	65.1
嵐北圏域	834	527	63.2
嵐南圏域	834	548	65.7
井栗大崎圏域	833	521	62.5
大島圏域	833	546	65.5
栄圏域	833	555	66.6
下田圏域	833	556	66.7

## (イ) 在宅介護実態調査

圏域名	対象者数 (人)	有効回答数 (人)	回答率 (%)
全 体	1,000	630	63.0
嵐北圏域	184	121	65.8
嵐南圏域	184	117	63.6
井栗大崎圏域	183	123	67.2
大島圏域	83	38	45.8
栄圏域	183	117	63.9
下田圏域	183	114	62.3

## ■ 調査結果の概要

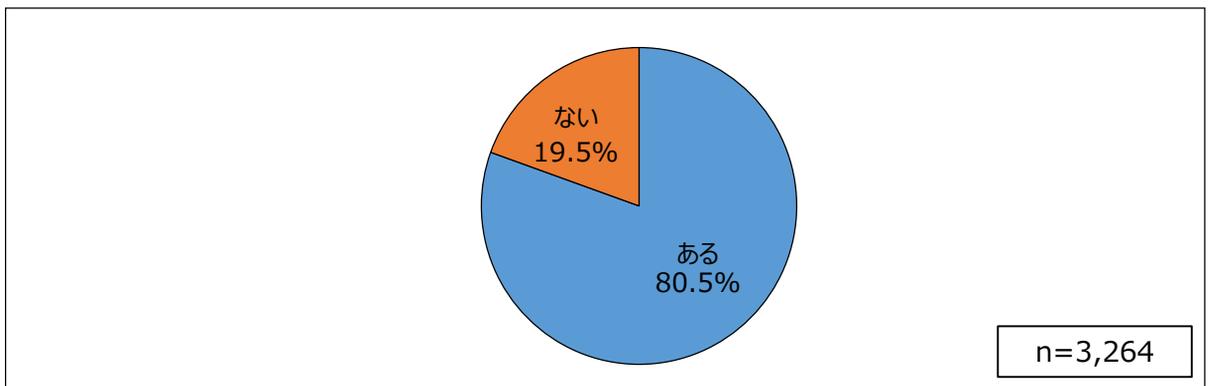
### 【調査結果の見方】

- 1 「n」の数値は、設問への回答者数を表します。
- 2 回答の比率は、全ての小数点以下第2位を四捨五入して算出しました。
- 3 複数回答（「当てはまるもの全てに○」等）の設問については、回答比率の合計が100%を超えることがあります。

### ア 生きがいについて

生きがいはありますか。

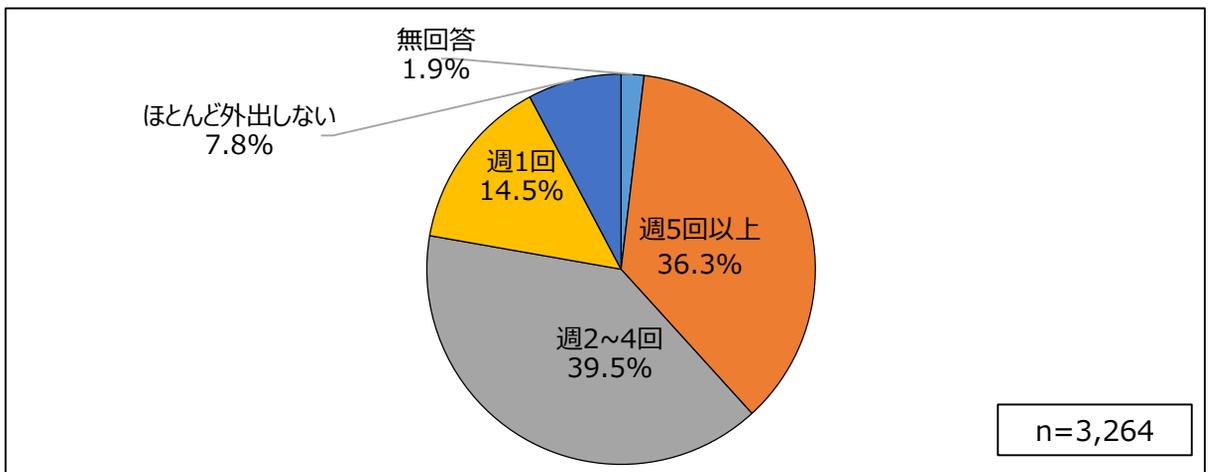
約8割の方が生きがいを持っていると回答しています。



### イ 外出・交流について

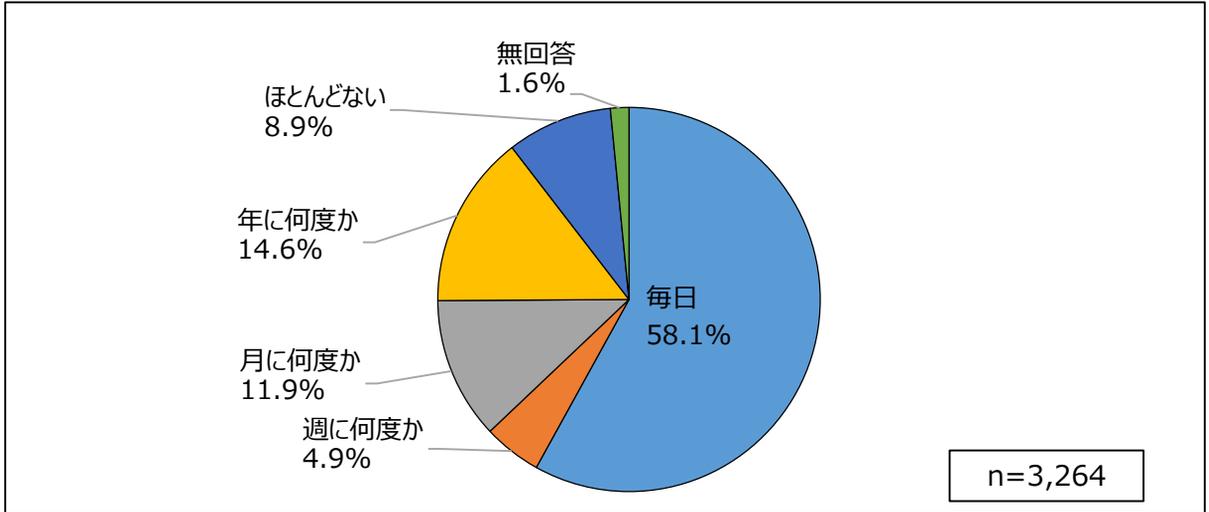
週に1回以上は外出していますか。

90.3%の方が週1回以上外出しています。一方で7.8%の方が「ほとんど外出しない」と回答しています。



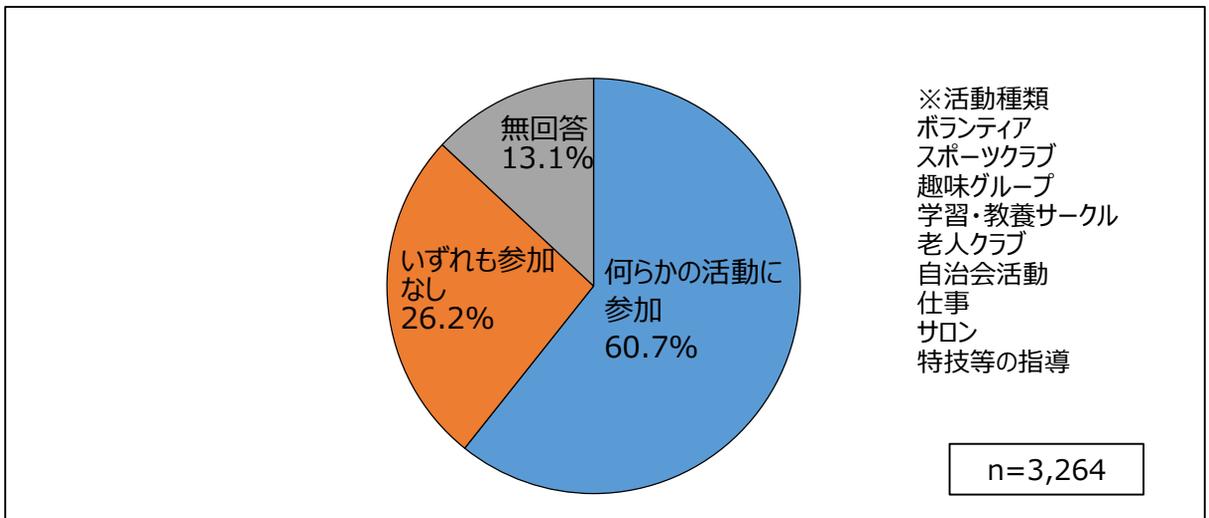
どなたかと食事をとる機会がありますか。

7割以上の方が月1回以上どなたかと一緒に食事をしています。



地域での活動に参加していますか。

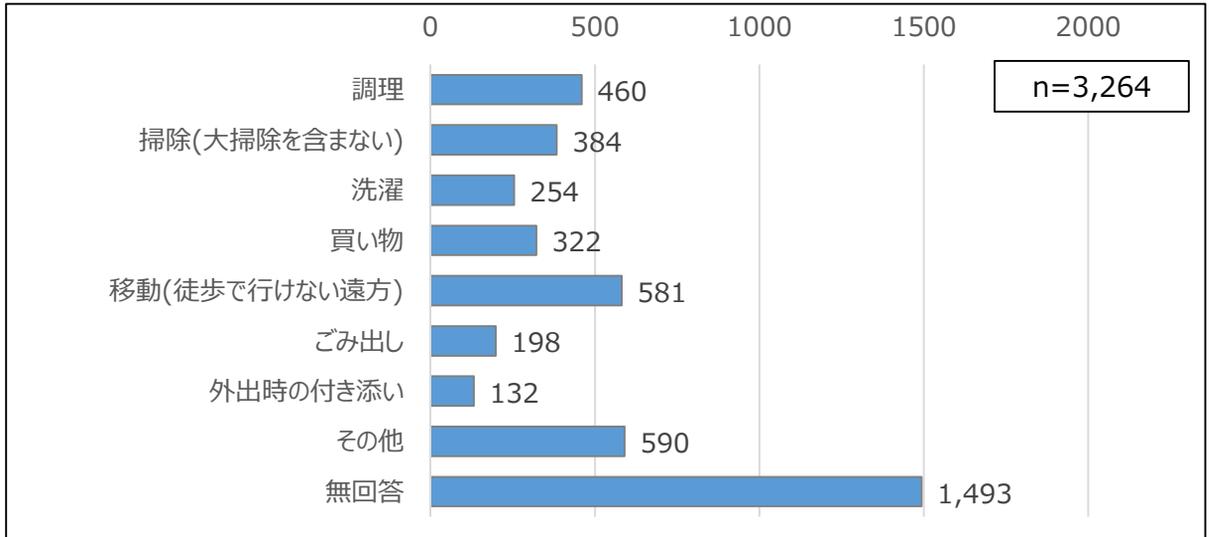
約6割の方が何らかの社会活動に参加しています。



## ウ 毎日の生活について

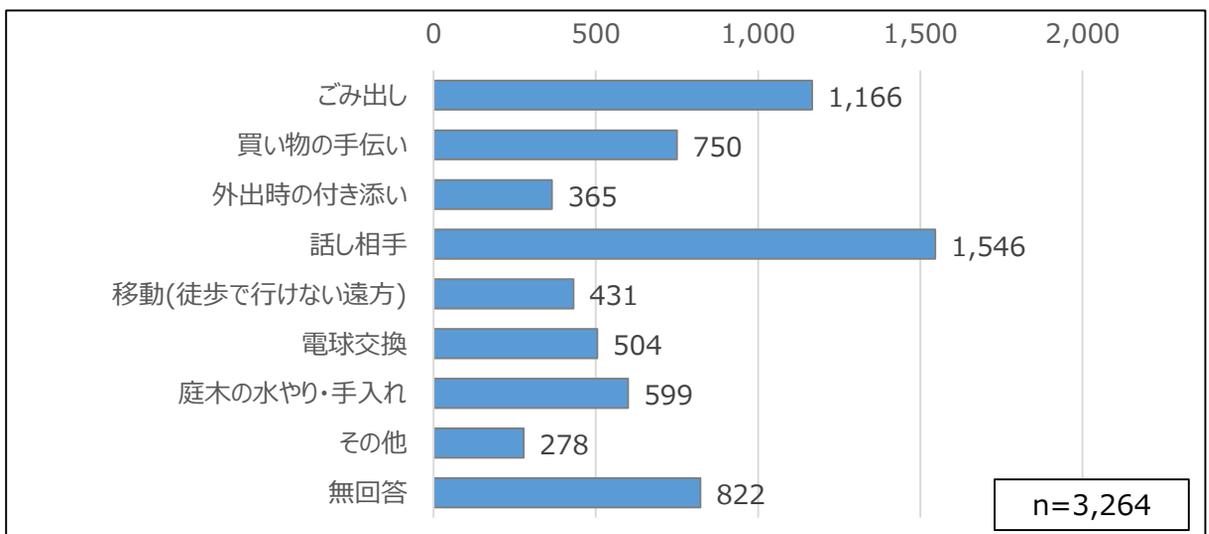
日常生活を送る上で困っていることはありますか。

徒歩で行けない遠方への移動が最も多く、次いで調理や掃除が多い回答でした。



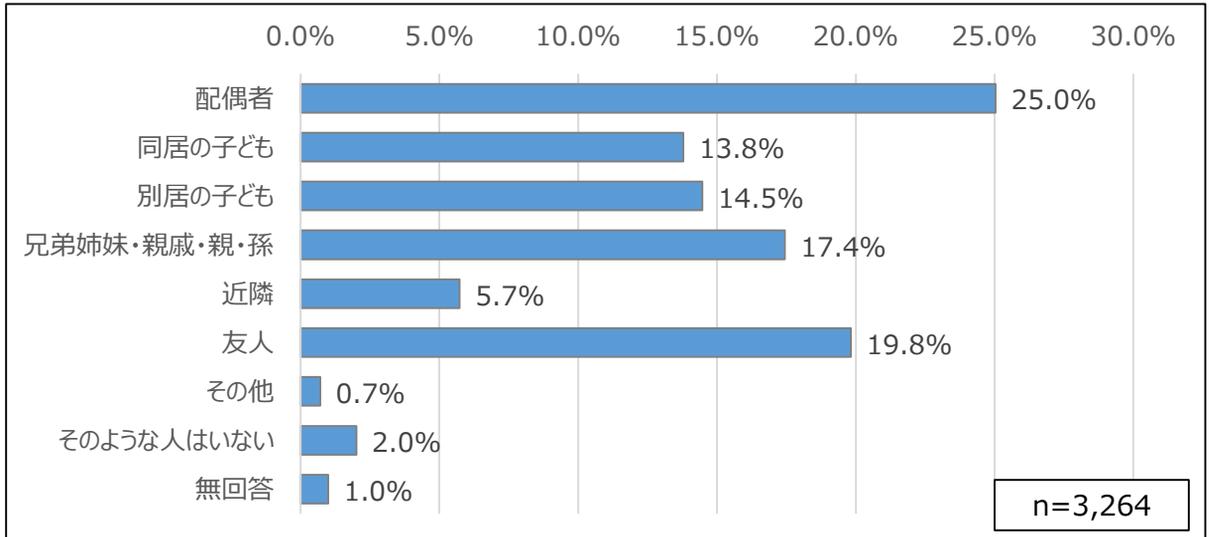
日常生活で困っている人に対して自分ができることはありますか。

話し相手が最も多く、次いでごみ出し、買い物の手伝いという順でした。



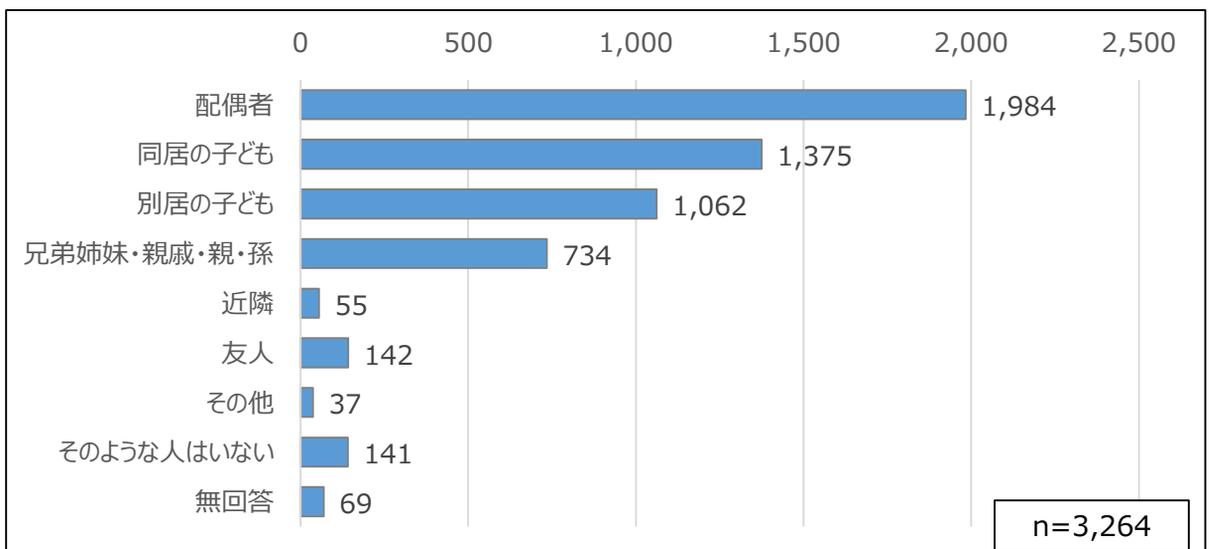
愚痴や心配事を聞いてくれる人は誰ですか。

配偶者が最も多く、次いで友人、兄弟姉妹という順でした。



病気等で寝込んだ時に看病してくれる人は誰ですか。

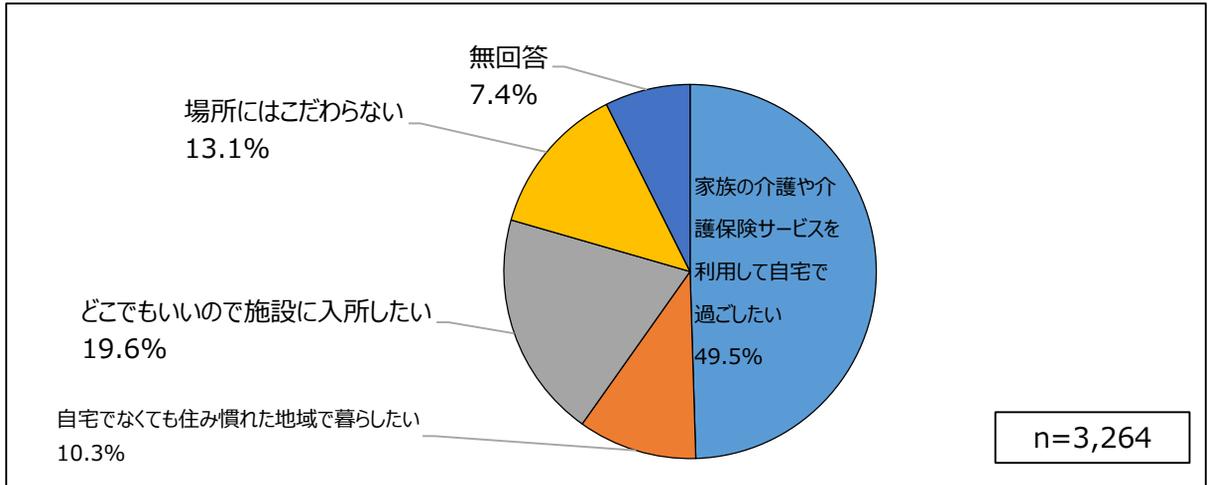
配偶者が最も多く、次いで同居の子ども、別居の子どもという順でした。



## Ⅰ 介護について

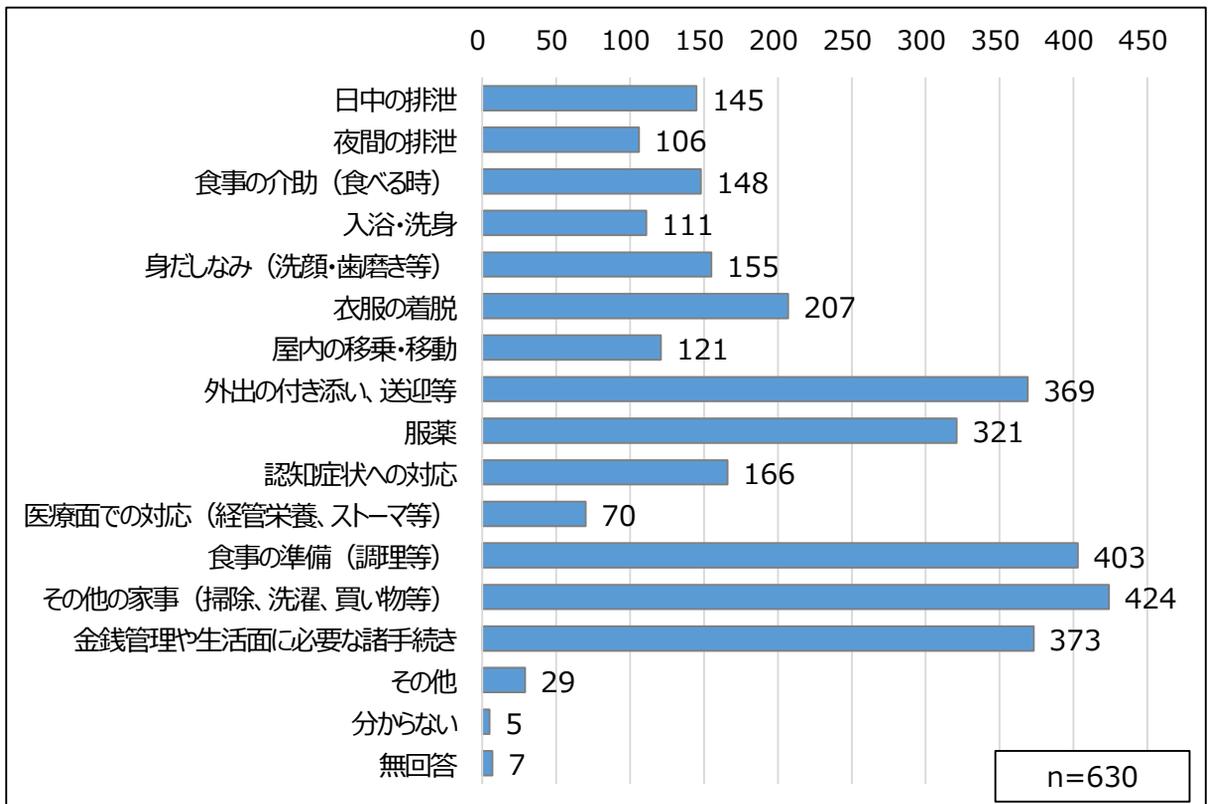
将来、介護（支援）が必要になったとき、どこで過ごしたいですか。

約6割の方が自宅や住み慣れた地域での生活を希望しています。



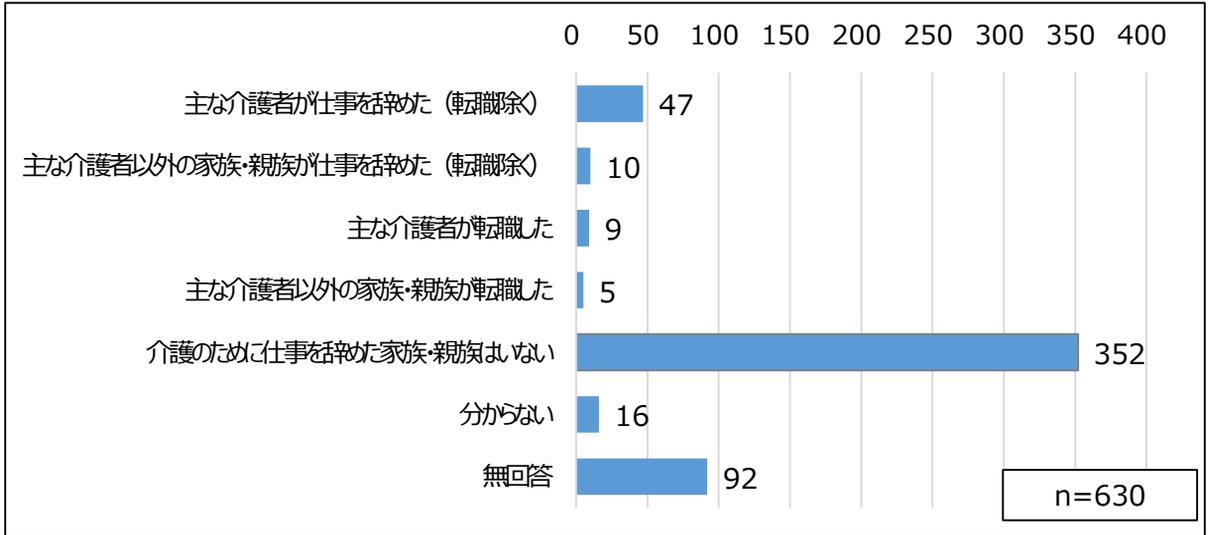
主な介護者が行っている介護はどのようなものですか。

家事や食事の準備、金銭管理、生活面に必要な諸手続きが多い回答です。



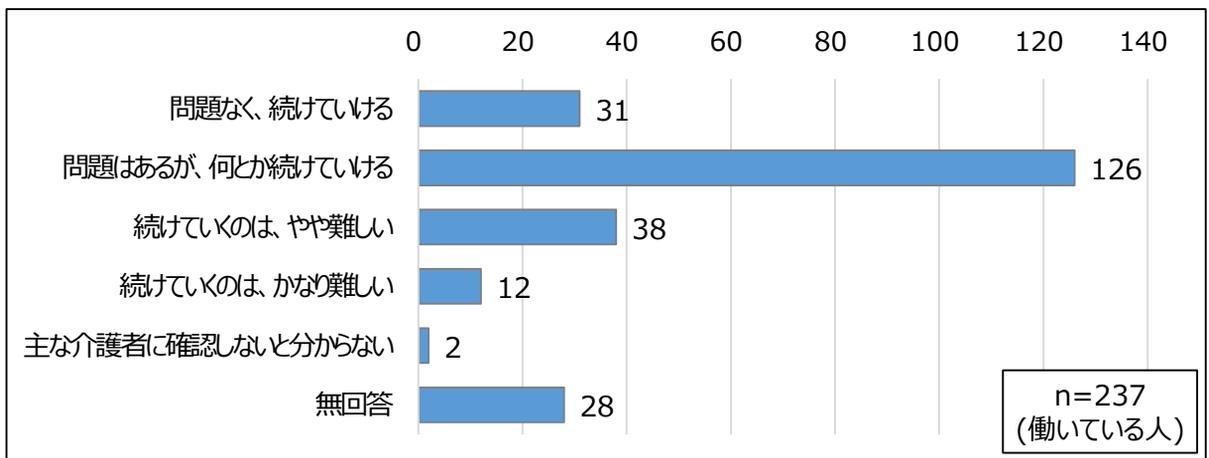
家族等の中で介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか。

約9%の介護者が仕事を辞めたと回答しています。



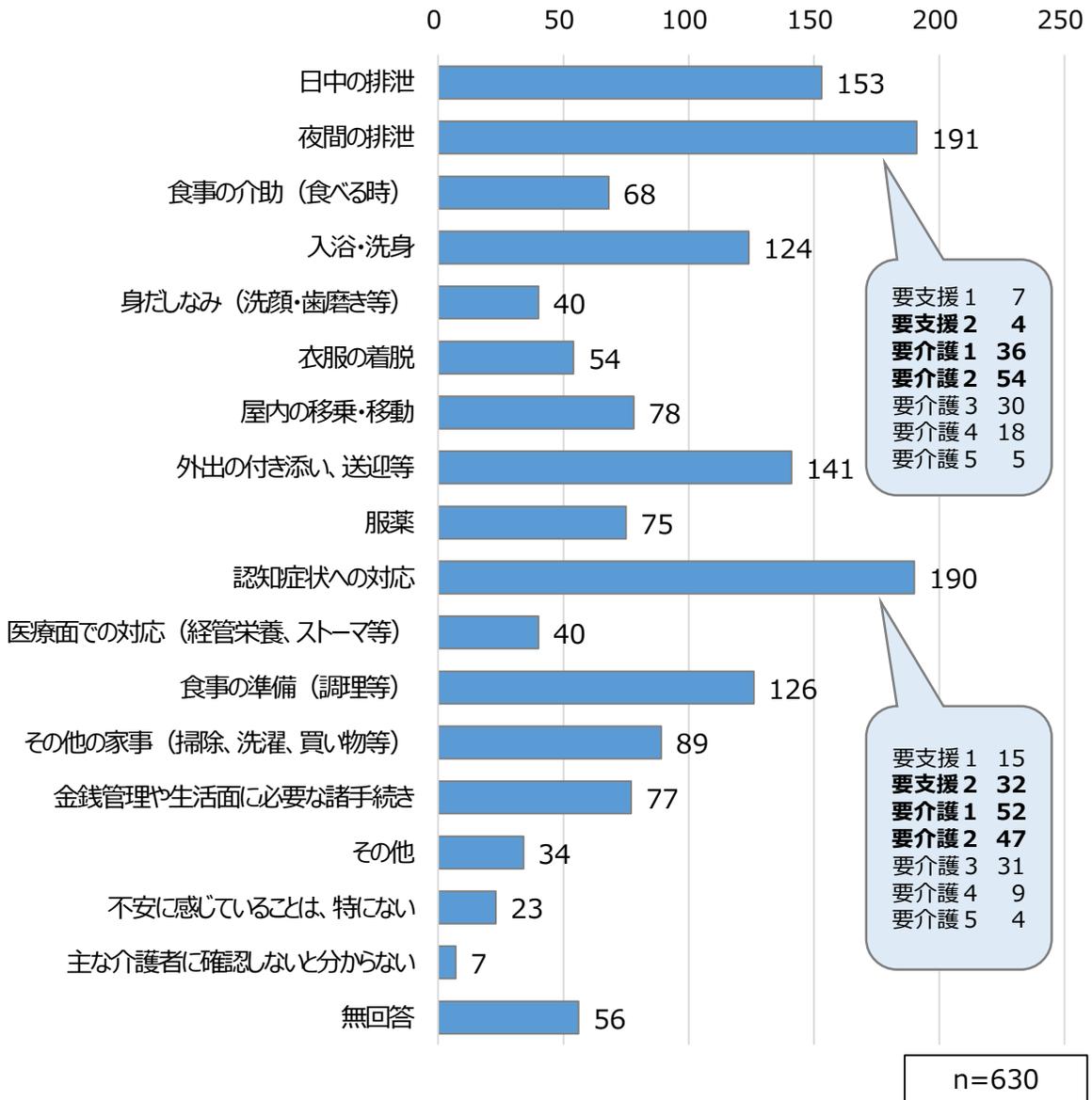
主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。

約21%の介護者が働きながら介護を続けていくことが難しいと考えています。



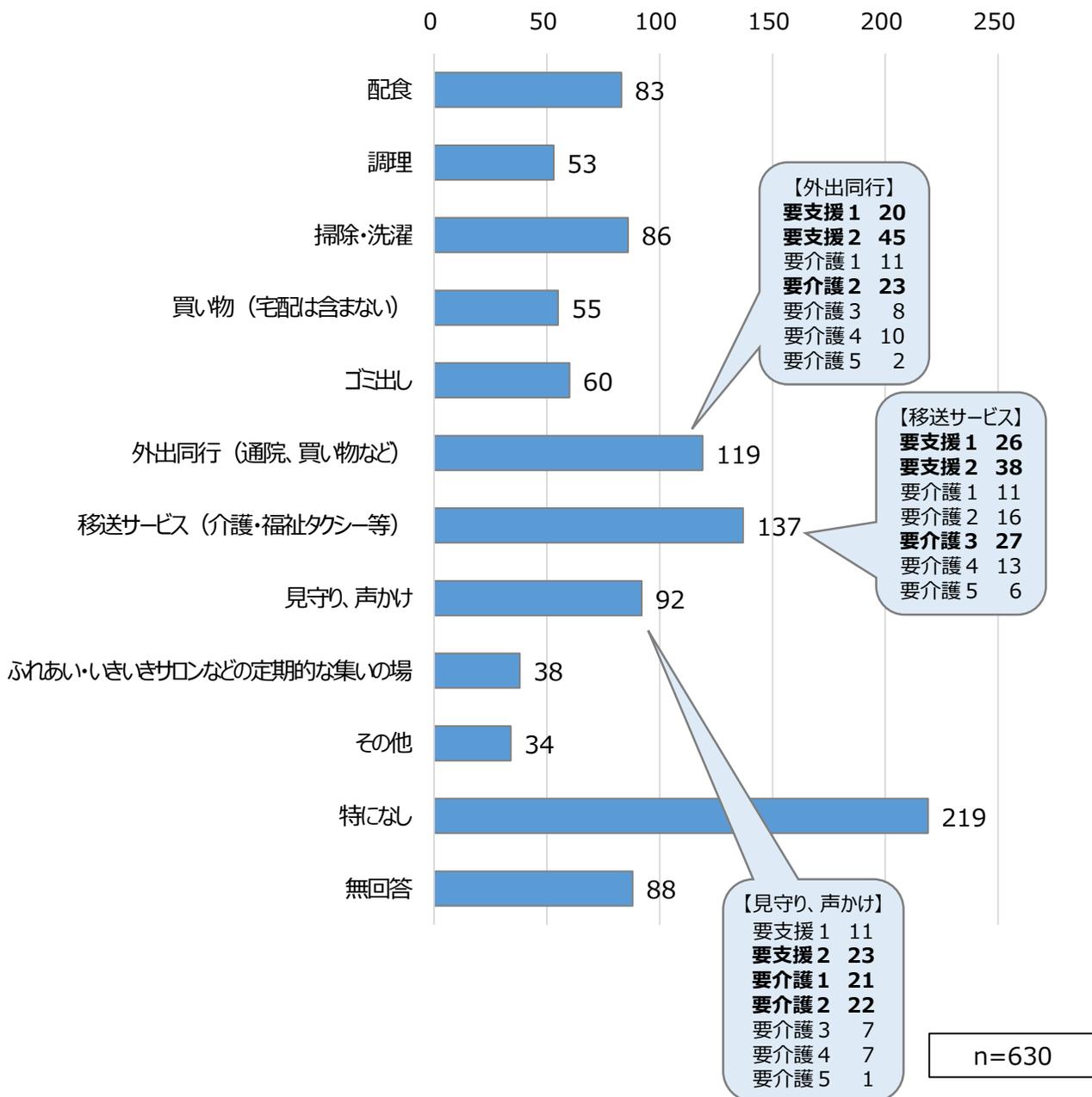
現在の生活を継続するに当たり主な介護者が不安に感じる介護は何ですか。

特に不安を感じている方が多いのは、夜間の排泄や認知症状への対応です。



現在の生活を継続するために必要なサービス又は利用しているが充実が必要と思うサービスは何ですか。

移送サービスや外出同行といった外出時の支援の必要性を感じている方が多くなっています。



## (7) 介護支援専門員(ケアマネジャー)アンケート調査の概要

## ■ 調査の趣旨

要介護者等の在宅生活継続のために必要な支援を検討するに当たり、在宅の要介護者等の生活実態やニーズを把握するため、日頃から要介護者等の相談に対応し、実態を把握している介護支援専門員に対し、アンケート調査を実施しました。

## ■ 調査概要と調査票の回収状況等

調査票作成	三条市独自に作成したアンケート調査票
調査対象者	三条市内の居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターでケアマネジメント業務に従事している介護支援専門員、地域包括支援センター職員を対象としました。
配布・回収方法	各事業所にアンケート調査票を送付し、郵送等で回収しました。
調査の期間	令和2年2月4日(火)から2月21日(金)まで
対象者数	117人
回答数・回答率	102人(87.2%)

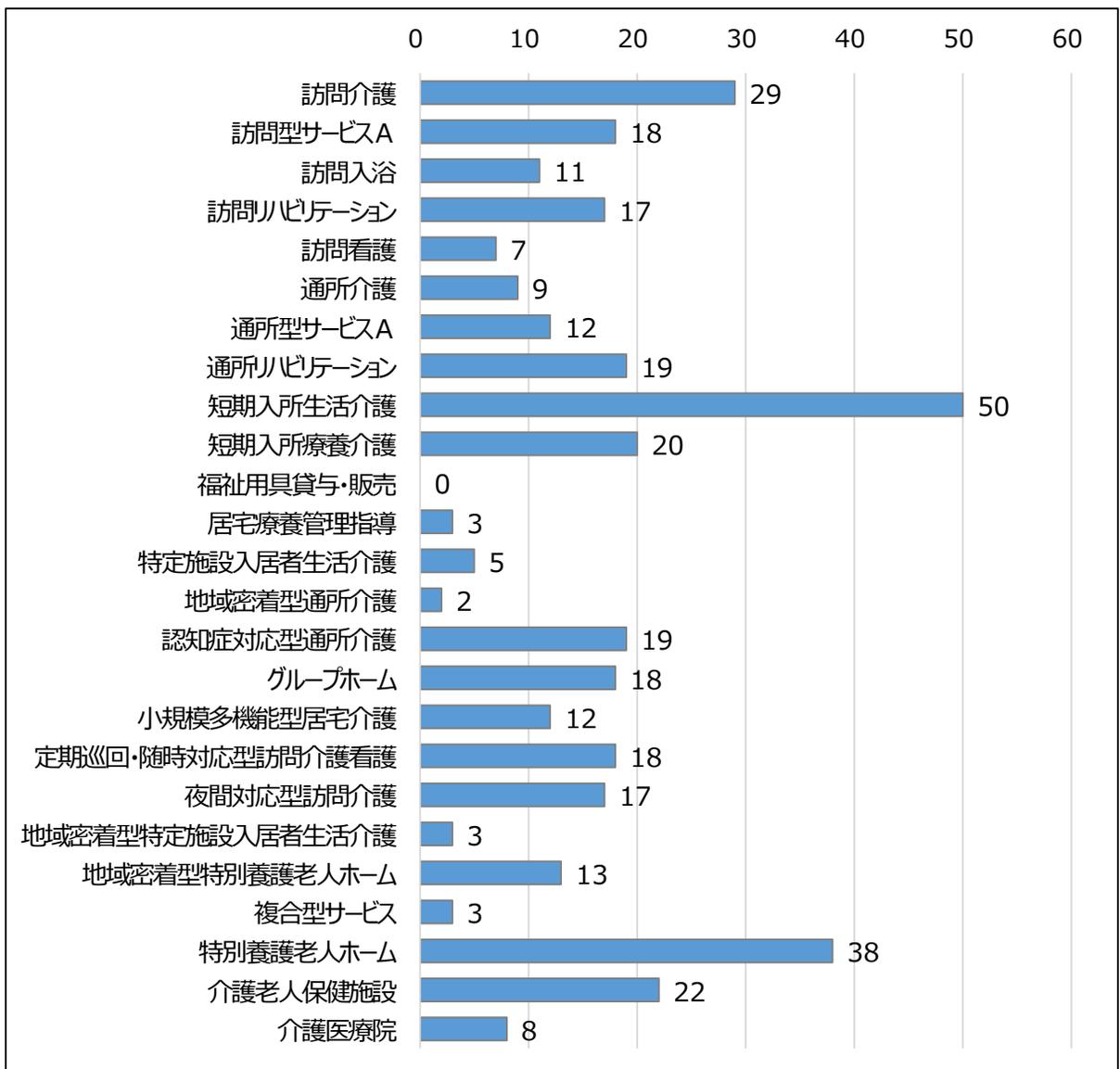
## ■ 調査結果の概要

### 【調査結果の見方】

- 1 回答の比率は、全ての小数点以下第2位を四捨五入して算出しました。
- 2 回答の人数は、特別な説明がない限り、回答した介護支援専門員の数です。

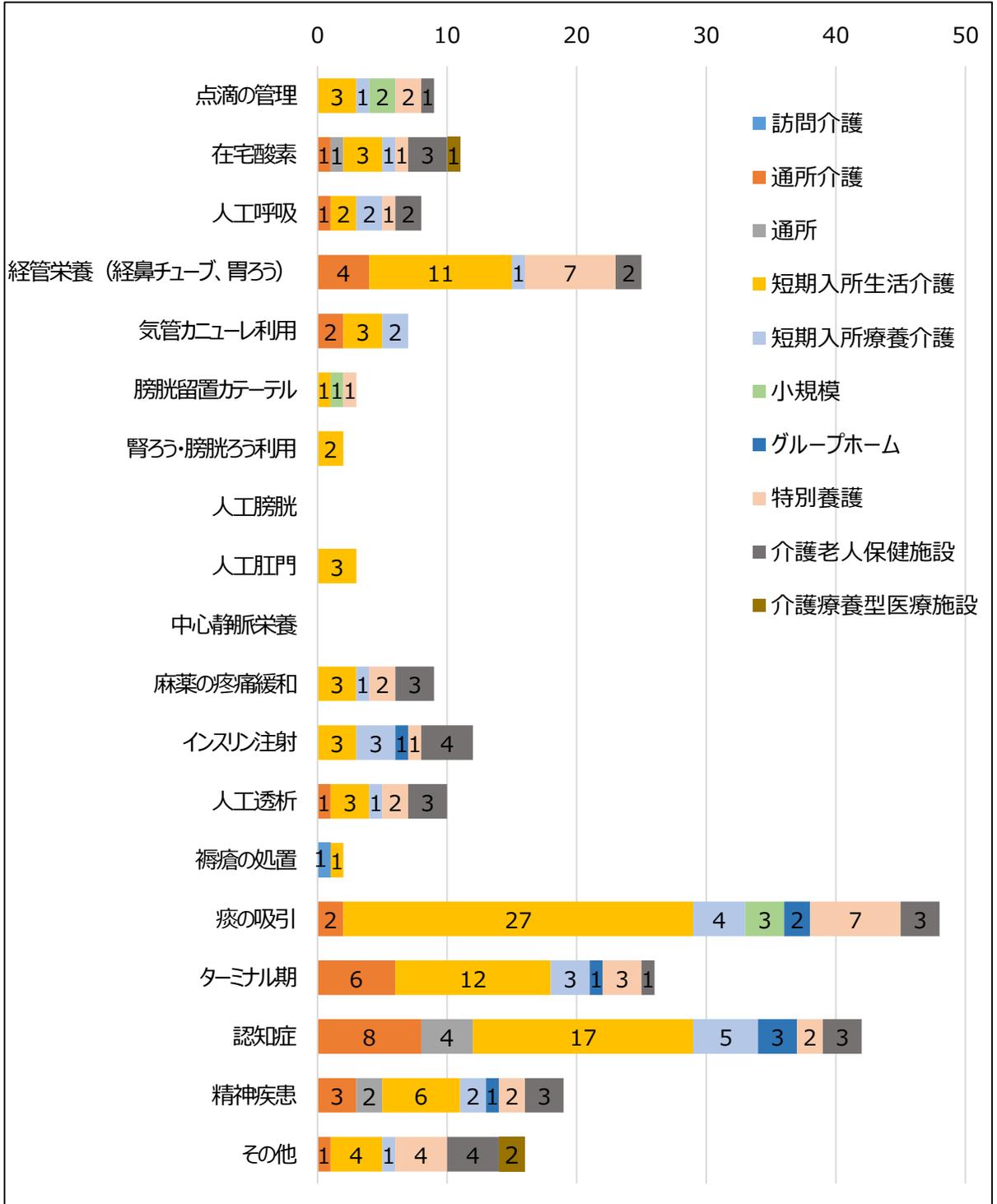
## ア サービス供給量が不足していると感じるサービス

ケアマネジャーは、短期入所生活介護の不足を一番に感じています。



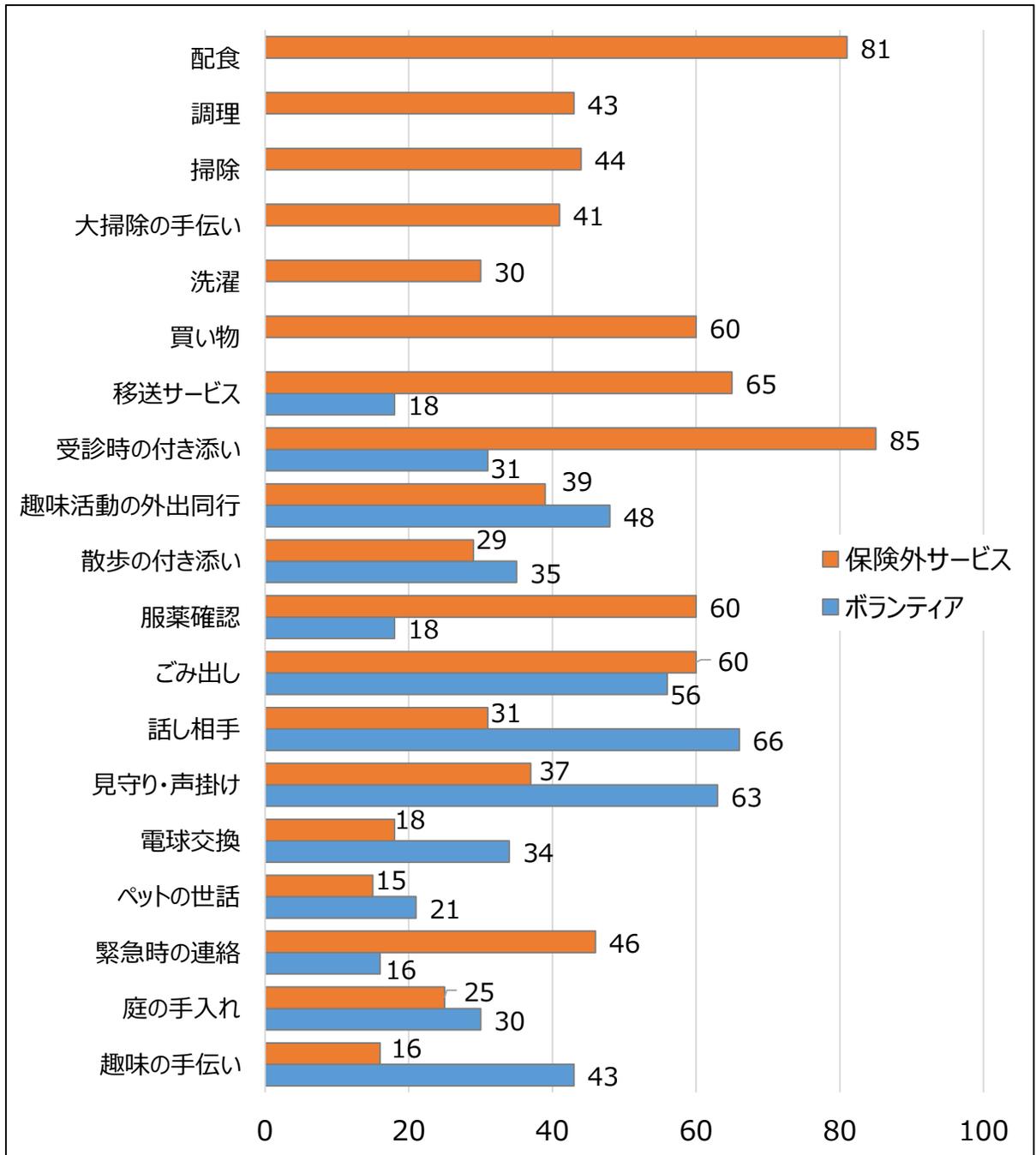
イ 医療処置・管理があることが原因で利用を断られた利用者の状態及びサービス種別

一番不足していると感じている短期入所生活介護において、「痰の吸引」や「経管栄養」、「認知症」を理由として利用を断られています。



## ウ 要介護・要支援認定者等生活を維持するために役立つ保険外の生活支援サービス、ボランティア

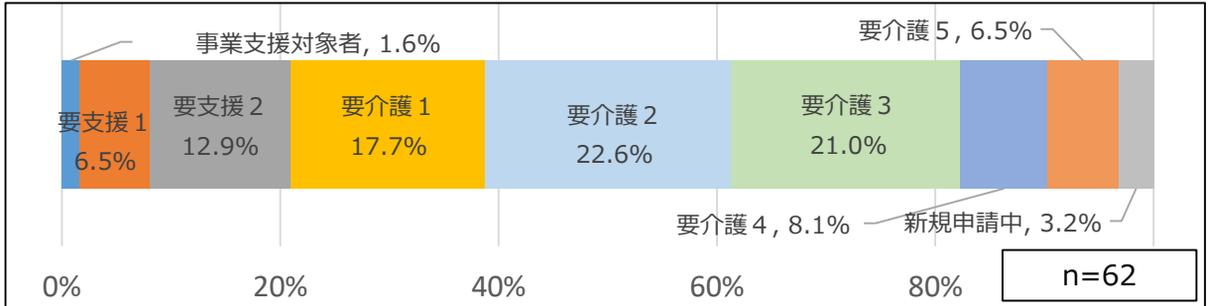
保険外のサービスでは、「受診時の付き添い」や「配食」、「移送サービス」が、ボランティアでは、「話し相手」、「見守り、声掛け」が求められています。



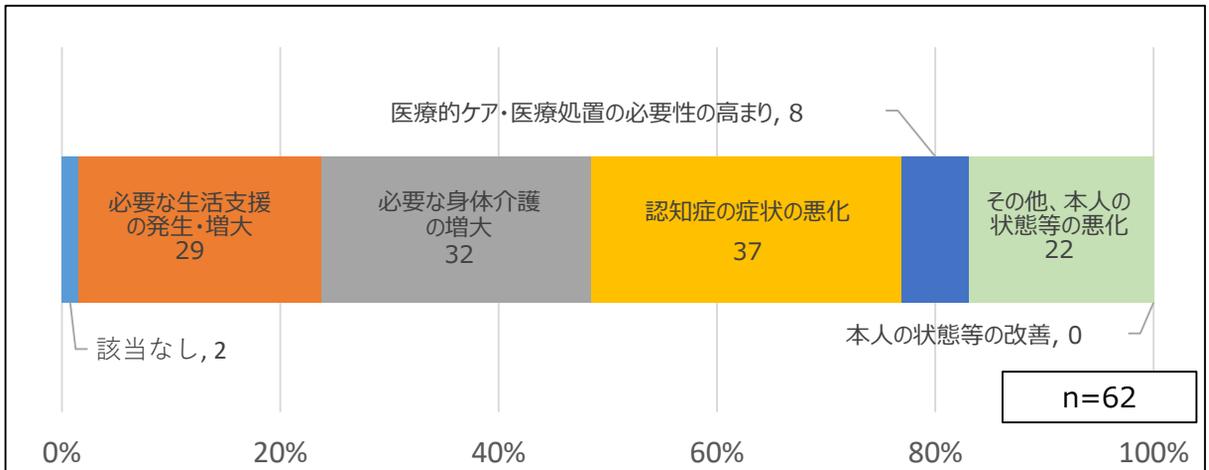
## Ⅱ 生活の維持が難しくなっている利用者の要介護・支援認定状況及び理由

要介護2以上、認知症に悪化が見られると生活の維持が困難になってきます。

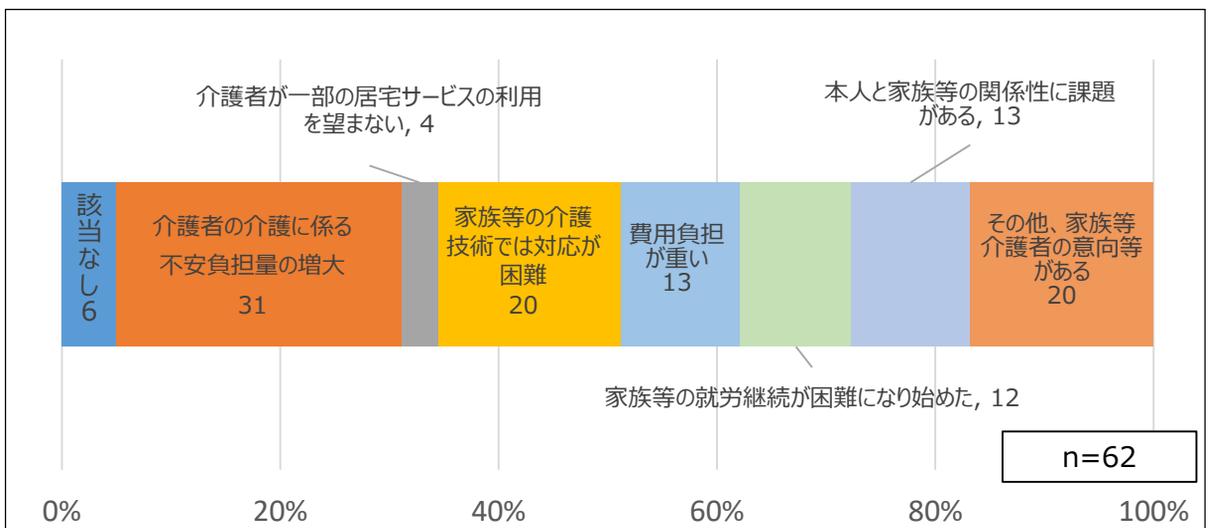
### 【生活の維持が難しくなっている利用者の要介護・支援認定状況】



### 【本人の状態等に属する理由】



### 【主に家族等介護者の移行・負担等に属する理由】



## オ 状況を改善するために必要なサービス内容

要介護2以上になると状況を改善するため、施設等への入所を検討する傾向にあります。

## 【どのようなサービスに変更することが出来ると思うか】

	事業 対象者	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	新規 申請中	合計
より適切な在宅サービスに変更	1	1	0	0	0	1	1	0	0	4
より適切な住まい・施設等に変更	0	1	4	6	12	7	3	2	2	37
より適切な在宅サービス又は住まい・施設等に変更	0	1	4	4	1	4	1	1	0	16
上記では改善は難しい	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3

## 【上記で回答したサービスについて、本来であればより適切と思われる具体的なサービス】

		事業 対象者	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	新規 申請中	合計
在宅 サー ビス	ショートステイ	0	2	3	5	3	3	0	0	0	16
	訪問介護・訪問入浴	1	1	0	3	0	3	0	0	0	8
	夜間対応型訪問介護	0	1	1	0	0	2	1	0	0	5
	訪問看護	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3
	訪問リハ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	通所介護・通所リハ・ 認知症対応型通所介護	0	2	1	3	2	2	0	0	0	10
	定期巡回サービス	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
	小規模多機能型	0	1	0	2	1	1	0	0	0	5
	看護小規模多機能型	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
住 ま い ・ 施 設 等	住宅型有料老人ホーム	0	1	1	3	1	2	0	0	0	8
	サービス付き高齢者向け住宅	0	1	2	4	0	2	0	0	0	9
	軽費老人ホーム	0	0	2	1	1	0	1	0	1	6
	グループホーム	0	0	2	6	7	1	0	0	0	16
	特定施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	介護老人保健施設	0	0	2	2	1	3	0	2	1	11
	療養型・介護医療院	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
特別養護老人ホーム	0	1	2	0	5	10	2	3	0	23	

## (8) 介護事業所・施設アンケート調査の概要

## ■ 調査の趣旨

今後の施設整備に係る事業者への必要な支援等を検討するため、介護保険施設等のサービス提供体制の実態及び介護保険施設等の入退居者等のアンケート調査を実施しました。

## ■ 調査概要と調査票の回収状況等

調査票作成	三条市独自に作成したアンケート調査票
調査対象者	《介護保険施設等アンケート調査》 市内介護保険施設・事業所の設置法人代表者  《介護保険施設等居所変更調査》 ・市内介護保険施設等（特定入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を含む）の設置法人代表者 ・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の設置法人代表者
配布・回収方法	各事業所にアンケート調査票を送付し、郵送等で回収しました。
調査の期間	令和2年 3月5日（木）から3月 23日（月）まで

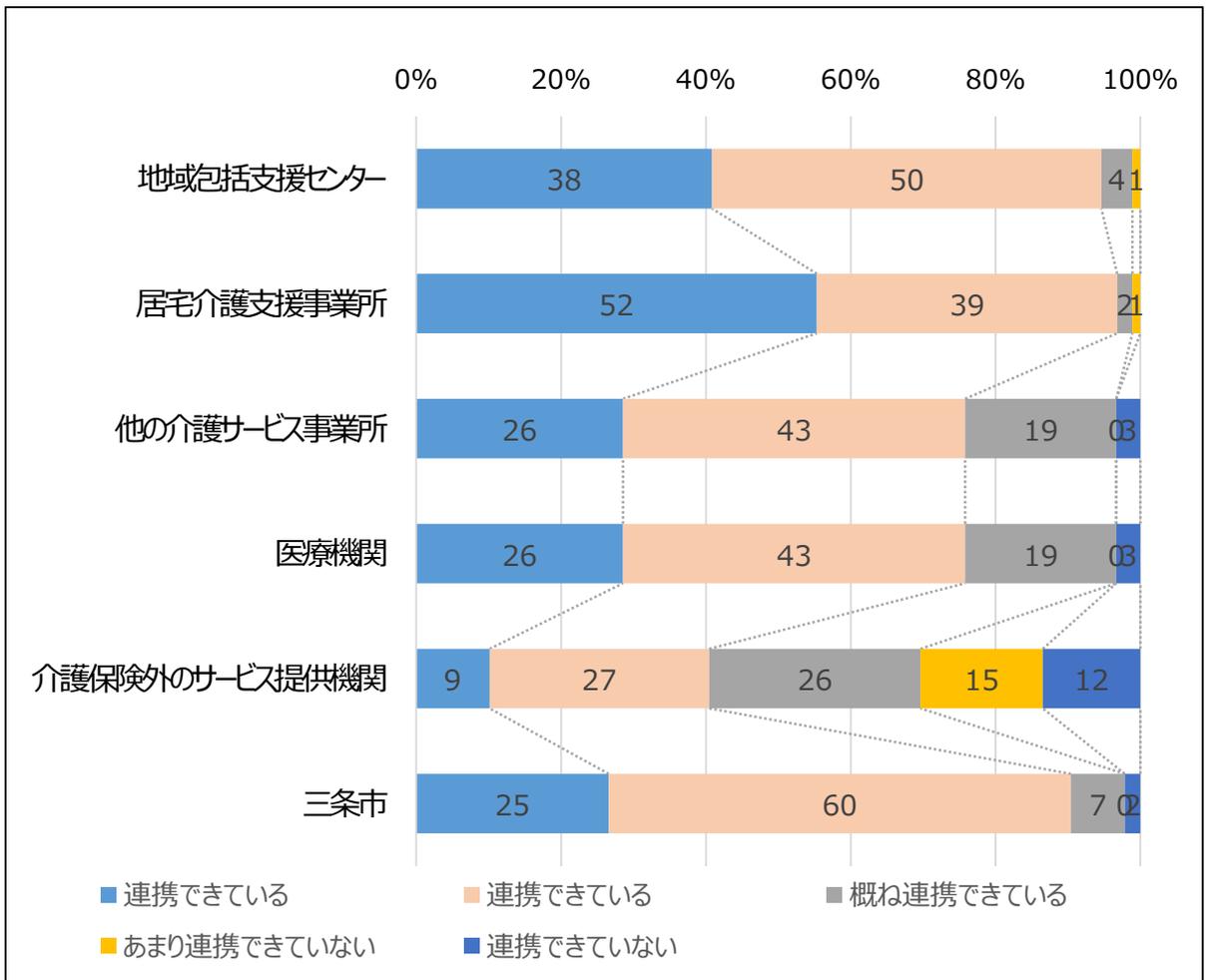
## ■ 調査結果の概要

### 【調査結果の見方】

- 1 回答の比率は、全ての小数点以下第2位を四捨五入して算出しました。
- 2 回答の数は、特別な説明がない限り、回答した施設等の数です。

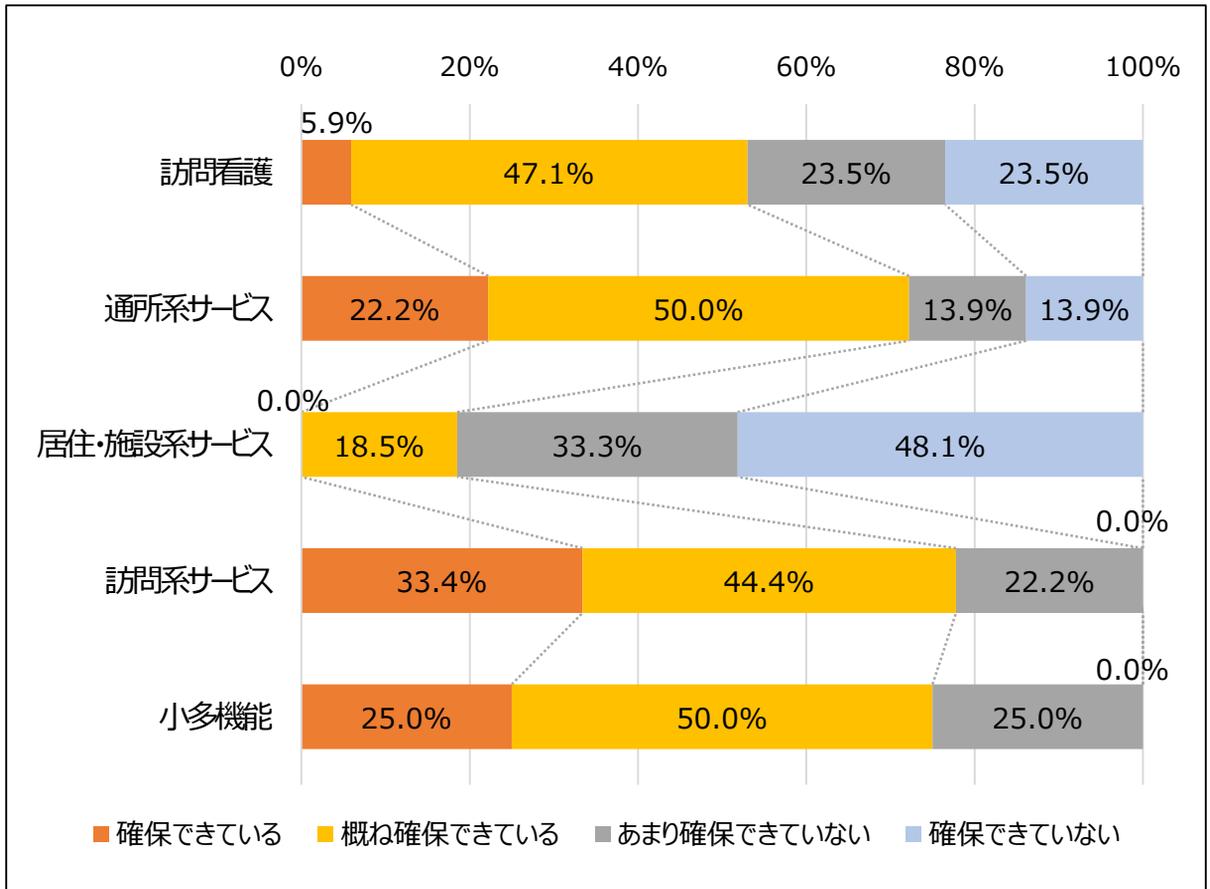
## ア 他の機関との連携状況

市内の介護保険施設・事業所は、地域包括支援センターと概ね連携できている状況です。



## イ 人材確保の状況

居住・施設系サービスにおいての人材確保策の検討が必要です。



## ウ 入所について

重複した申込みもありますが、特別養護老人ホームの待機者（延べ人数）が1,000人を超えています。

施設ごとの入所・ 対処の状況	回答数	定員(居 室数)	入所者数	待機者数	特養 申込者数	短期入所 者数	新規 入所 者数	退所 者数	最も多い 退所先 (理由)
特別養護老人ホーム	8	448	437	1,005		140	140	134	死亡
介護老人保健施設	5	550	508	63	119	343	343	334	死亡
介護医療院	2	228	217	3	9	154	154	146	死亡
グループホーム	4	72	71	35	5	21	21	22	特養
有料老人ホーム	2	68	68	8	1	16	16	15	死亡
サービス付高齢者 向け住宅	5	194	159	7	3	53	53	44	死亡
ケアハウス	2	80	79	42	0	20	20	19	介護 医療院

要介護度別の施設等入所状況は次のとおりです。

入所者の要介護度	自立	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
特別養護老人ホーム				1	9	87	181	157
介護老人保健施設				58	92	126	142	90
介護医療院				5	5	27	94	101
グループホーム			1	32	16	14	6	2
有料老人ホーム	3	8	11	10	14	8	10	3
サービス付高齢者向け 住宅	1	25	16	34	37	27	10	9
ケアハウス	27	15	16	15	5	1		

※施設によって、回答項目に一部未回答有

## 2 第8期計画策定における課題の整理

地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制強化に向けて、第8期計画を策定する上での課題は、次のとおりとしました。

### 課題1 地域共生社会に向けた地域包括ケアシステムの推進体制の強化

生活課題の複合化・複雑化による、分野横断的に支援が必要なケースの増加に伴い、多分野とのより緊密な連携が必要です。また、地域包括ケアシステムの両輪となる権利擁護を推進するため、中核機関との連携の強化が必要です。

地域包括支援センターに求められる役割の増大から、人員体制の見直しを検討することが必要です。

### 課題2 在宅医療・介護の連携を図るための体制強化

ICTの新規導入機関を増やすため、システム利用のメリットの拡大、手間を低減する方策を検討することが必要です。

個別支援の場面において、多職種が連携してケース支援を行うことができる体制をつくる必要があります。

また、制度の理解と合わせ、自身が受けたい支援を選択し周囲の人と共有できるよう、意思決定支援に関する市民啓発と専門職の研修が必要です。

### 課題3 生活支援体制の整備

ニーズに対応するため、ボランティアが対応可能な範囲、サービスとしての実施が必要な部分を整理した上で、新たな取組の検討が必要です。

介護現場の人材不足を解消するため、専門職以外が従事できる生活支援の担い手を発掘・育成することが必要です。

町内レベルでの支え合いを推進するためには、時間を掛けて丁寧に地域に関わることができる人材が必要です。

### 課題4 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進

就業機会の拡大に向け、コーディネーターのスキル向上、関係機関との連携強化とともに、業務量に見合う人員体制への見直しが必要です。

要支援認定者の状態の改善を目指すため、総合事業の見直しを検討するとともに、自立支援の理解促進のため、支援者への研修、市民への啓発が必要です。

## 課題5 認知症施策の推進

早期発見・介入については、支援が必要な方に気付き、相談・支援機関につなぐため、本人・家族、地域、企業の認知症に対する理解、気付きを促進する必要があります。あわせて、かかりつけ医と専門医（認知症疾患医療センター）との連携も必要です。

重度化防止、生活の質（QOL）向上に向け、認知症の方の社会参加・交流の場が必要です。

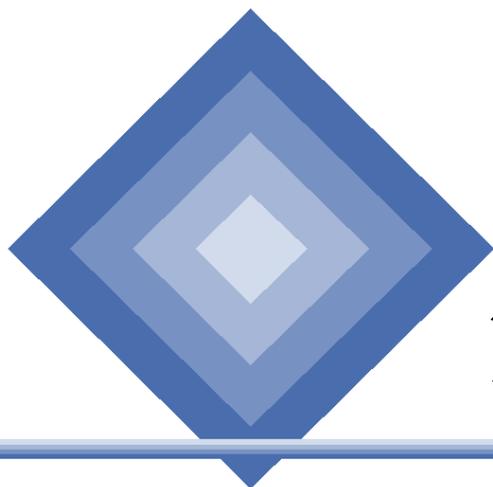
本人の尊厳を守り、生活の質（QOL）向上のためには、これまでの事故防止、危険回避のための見守りだけでなく、認知症の人が安心して活動できるための見守りの視点による取組の検討が必要です。

## 課題6 安定した介護保険サービスの充実

利用者の状態に合った、適正な要介護認定を行うため、認定調査員のスキルの向上、審査会での審議の在り方などの見直しが必要です。

今後も、介護給付費・地域支援事業費の増加が見込まれることから、総給付費を抑制するため、適切なサービス利用となるよう、ケアプラン点検の継続と合わせ、市民、ケアマネジャー等の支援者への自立支援の啓発を行う必要があります。

また、今後は、後期高齢者人口が増加することに伴い、要介護（要支援）認定者も増加が見込まれるため、介護給付費の増加を抑制し、健全な介護保険財政運営を進めていくためには、介護給付等の適正化を図ることも必要です。



## 第3章

# 計画の基本目標 と施策体系

## 第3章 計画の基本目標と施策体系

### 1 基本目標

#### 基本目標1 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化

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よう、地域包括ケアシステムを構築するための推進体制の更なる強化を図ります。住民が地域づくりに主体的に取り組む体制づくりや、多様で複合的な課題を集約し、適切な支援につなぐ体制づくりを進めます。

また、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制を構築していきます。

#### 基本目標2 在宅医療・介護連携の推進

将来の医療需要増大を見据え、県による医療体制の整備状況との調整を図りつつ、在宅生活を希望する療養者が安心して地域で暮らし続けられるよう、医療・介護資源を効率的に活用しながら、多職種連携による包括的なケアを提供する体制を整備します。

#### 基本目標3 生活支援体制の整備

超高齢化社会が進展する中、家族形態の変化や地域関係の希薄化、生産年齢人口の減少など社会環境の変化に対応し、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、地域の支え合いを基本としつつ、必要な生活支援サービスが受けられるよう重層的な生活支援体制の整備を進めます。

また今後、予想される更なる生産年齢人口減少に伴う、介護人材不足への対応として、介護職以外が行うことができる生活支援を担う人材の発掘・養成を行います。

#### 基本目標4 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進

要介護状態の予防や悪化を防止するため、生きがいを持ち、活動的に生活を営むことができる環境整備を進めることで、高齢者等の生活機能全体の向上を図ります。

また、フレイル状態を早期に発見し介入することで、加齢による生活機能低下を改善するとともに、慢性疾患の適切な管理を行うことにより、自立支援・重度化防止を推進し、生活の質の向上及び健康寿命の延伸を目指します。

## 基本目標5 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、「認知症になっても暮らしやすい三条市」を目指し、認知症の方が容態に応じて適時、適切な医療や介護につながるための支援体制を整備するとともに、認知症の方の介護者への支援の充実、認知症の方が安心して活動できるための地域づくりを推進します。

## 基本目標6 権利擁護の推進

認知症、知的障がいその他の精神上的の障がいがあることにより、自らにとって必要なことを主張したり、一人で選択・決定することが難しい状態の方が、地域社会に参画しながら、その人らしい生活を継続できるよう、権利擁護支援と意思決定支援を進めます。また、権利擁護支援の必要な方を発見し、適切な支援につなげる地域連携ネットワークの構築や中核的な役割を果たす機関（＝中核機関）を充実させることにより、成年後見制度等を適切に利用できる体制を整備していきます。

## 基本目標7 安定した介護保険サービスの充実

持続可能な介護保険事業を運営するため、介護保険制度の理念を踏まえた介護給付等適正化を推進し、事業を適正かつ円滑に実施するとともに、在宅生活の継続に必要なサービスの充実を図ります。

また、利用者のニーズを把握し、長期的視点に立った施設整備を進めていきます。

## 2 施策の体系

## 目指す姿

生涯にわたり住み慣れた地域で安心して  
暮らし続けることができるまち

第8期 基本目標	施策の展開
<b>1</b> 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化	(1) 地域包括ケア総合推進センターの機能強化 (2) 地域包括支援センターの機能強化 (3) 地域ケア会議の推進
<b>2</b> 在宅医療・介護連携の推進	(1) 個別支援における多職種連携の強化 (2) 意思決定支援の推進 (3) ICT活用による効率的な医療・介護の提供 (4) 在宅医療提供体制の確保
<b>3</b> 生活支援体制の整備	(1) 生活支援サービスの充実 (2) 生活支援の担い手の確保 (3) 地域の支え合い体制づくりの促進
<b>4</b> 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進	(1) 外出・交流・社会参画機会の拡大及びヘルスリテラシーの向上 (2) フレイルの早期発見・介入及び改善策の強化 (3) 自立を基本としたケアマネジメントの実施体制の充実 (4) 保健事業と介護予防事業の一体的な実施
<b>5</b> 認知症施策の推進	(1) 認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護の提供 (2) 認知症の方の社会参加の促進 (3) 認知症の方の介護者への支援の充実 (4) 認知症の方が安心して活動できる地域づくり
<b>6</b> 権利擁護の推進	(1) 必要な時期に適切な権利擁護の支援につなぐ体制の整備 (2) 成年後見制度等を安定的に利用継続できる体制の整備 (3) 市民啓発 (4) 高齢者虐待への対応
<b>7</b> 安定した介護保険サービスの充実	(1) 介護保険サービスの拡充 (2) 介護給付等適正化の推進 (3) 在宅介護を支援するサービスの充実 (4) 市民及び支援関係者への介護保険制度の理念の理解促進 (5) 医療・介護人材確保策の研究 (6) 災害及び感染症に対する備えの検討

### (3) 地域ケア会議の推進

介護・医療等の専門職や民生委員など地域の関係者が、支援困難事例等の支援内容を検討する地域ケア会議を定期的を開催することで、地域の多職種による支援ネットワークを構築し、地域課題を把握します。

#### 【現状】

多様で複合的な課題を抱えるケースの増加により、分野横断的な連携が必須となっています。

#### 【今後の方針】

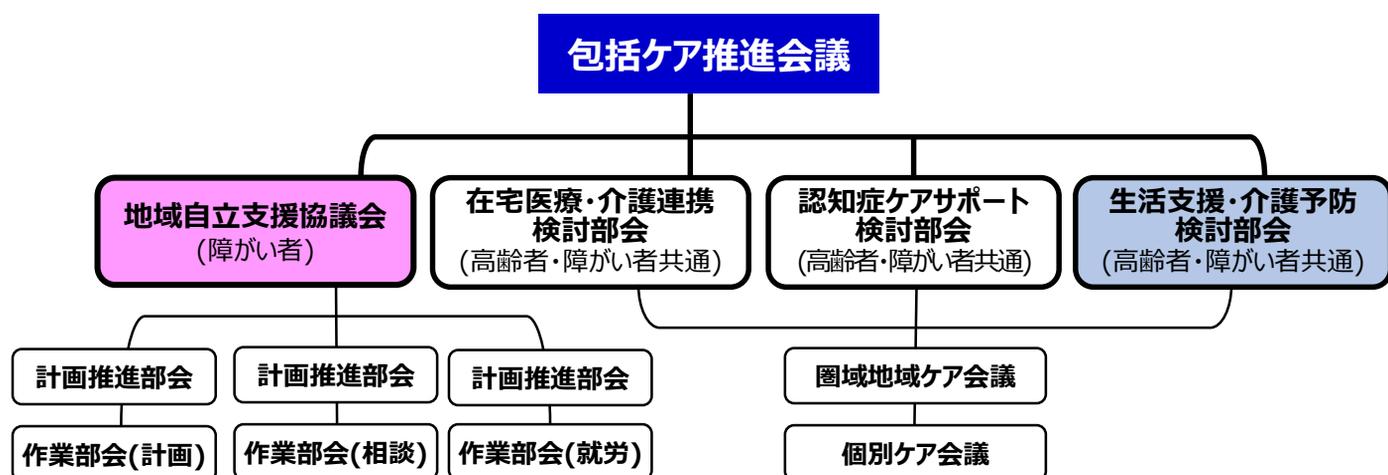
- 障がい福祉分野を含めた地域包括ケアシステムの取組を検討する協議体を一体化するため、三条市包括ケア推進会議の部会として、地域自立支援協議会を追加します。

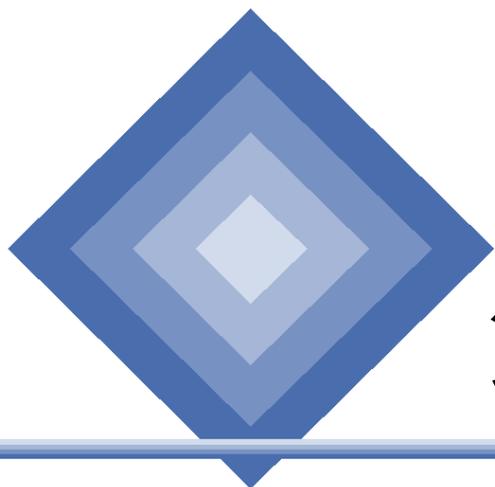
#### 【実施事業】

#### ◆ 三条市包括ケア推進会議の構成変更

医療、介護、生活支援に係る課題の集約、施策化等を図る協議体である包括ケア推進会議において、分野横断的な連携を図るため、その部会として、既存の在宅医療・介護連携検討部会、認知症ケアサポート検討部会に加え、障がい福祉分野の地域自立支援協議会を追加します。

また、今までシルバー元気プロジェクトで協議をしてきた生活支援体制整備について、介護予防の取組と合わせ、生活支援・介護予防検討部会を追加します。





## 第4章

# 施策の展開

## 第4章 施策の展開

### 1 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化

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よう、地域包括ケアシステムを構築するための推進体制の更なる強化を図ります。住民が地域づくりに主体的に取り組む体制づくりや、多様で複合的な課題を集約し、適切な支援につなぐ体制づくりを進めます。

また、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制を構築していきます。

【地域共生社会実現に向けた包括的支援体制の考え方】

#### これまでの福祉施策の在り方

- 対象ごとの相談支援・サービス提供
- 各分野で別々に地域づくりを実施  
(地域の協力者はどの分野も同じ)

##### 高齢者

相談支援	サービス提供
地域づくり・居場所づくり	

##### 障がい者

相談支援	サービス提供
地域づくり・居場所づくり	

##### 生活困窮者

相談支援	サービス提供
地域づくり・居場所づくり	

#### 介護・福祉現場の現状

- ニーズの多様化・複雑化
- 複合化した支援困難ケースの増加
- 制度に合致しないグレーゾーンの増加
- 介護・福祉専門職の人材不足
- 支援拒否などにより問題が深刻化してから顕在化するケースの増加

#### 2040年に予想される社会環境の変化

- 少子高齢化・人口減少・現役世代の急減  
⇒高齢者1人を1.3人で支える構造  
医療・介護・福祉の専門職の著しい不足
- 就職氷河期と重なる団塊ジュニア世代が65歳に到達  
⇒生活に困窮する高齢者の増加
- 家族形態の変化・地域関係の希薄化  
⇒孤立する世帯の増加

- 複合的・複雑化したケースに各分野が一体となり相談支援を行う必要
- 限られた人材の中で効率的な相談支援や地域づくり・居場所づくりを進める必要

- 既存の各分野の相談機関が一体となり、日常生活圏域ごとの包括的支援体制を構築
- 地域包括ケア総合推進センターを中心に障がい者・生活困窮者を含めた地域包括ケアシステムを推進

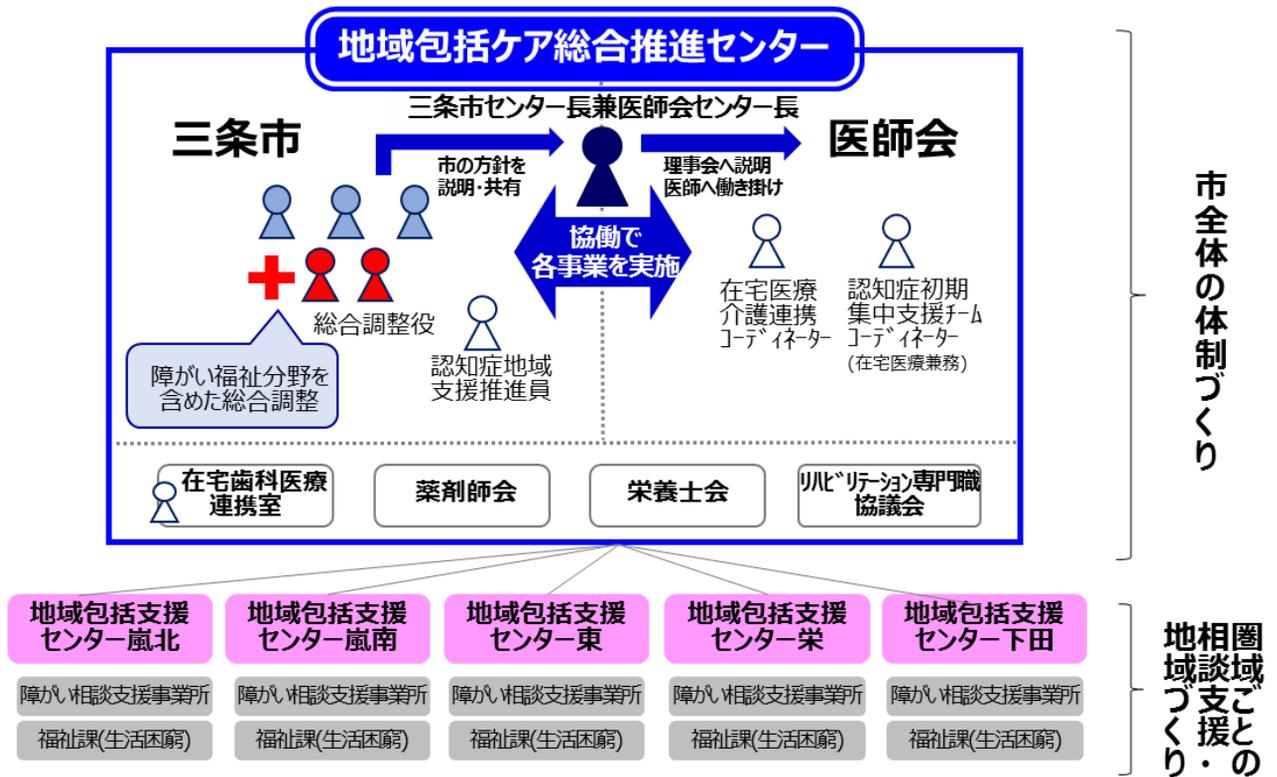


【実施事業】

◆ 地域包括ケア総合推進センターに基幹相談支援センター機能を追加

8050問題や、制度に合致しないグレーゾーンの方に関わる複合的なケースの増加を受け、障がい福祉分野とより一層密接な連携体制が必要であるため、地域包括ケア総合推進センターに基幹相談支援センターの機能を追加し、現場の司令塔機能を強化します。

【地域包括ケア総合推進センターが核となる支援体制のイメージ（実施体制）】



◆ 地域包括ケア総合推進センターと権利擁護の中核機関との連携強化

アドバイザー（弁護士・司法書士・社会福祉士）の協力の下、個々の相談ケースに適した専門職を支援チームに加えることができるよう、地域包括ケア総合推進センターと中核機関が連携して、コーディネートを実施します。

※ 権利擁護の中核機関については、82ページ参照

## (2) 地域包括支援センターの機能強化

圏域別支援体制を推進するため、地域包括支援センターが核となり、医療・介護・生活支援・障がい福祉・生活困窮などの各分野の圏域担当と紐付け、圏域ごとに相談支援・地域づくりを推進できる体制を構築します。

### 【現状】

地域包括支援センターへの相談は、支援困難ケースが増加傾向にあります。

また、自立支援・介護予防の取組、在宅医療・介護連携の取組、生活支援体制整備、認知症施策の推進において、地域づくりを担う地域包括支援センターに求められる役割が増加しています。

### 【今後の方針】

- ・生活支援体制整備や自立支援の強化など、地域包括支援センターの機能を十分に発揮させるため、センターの体制を見直していきます。
- ・高齢者・障がい者・生活困窮者の多岐にわたる相談支援を限られた人材で対応するため、地域の相談窓口の一体化を進めていきます。

### 【実施事業】

#### ◆ 各圏域に生活支援コーディネーターを配置

---

各圏域に生活支援コーディネーターを配置し、地域の支え合いの啓発や見守りなどの支援体制づくり、居場所づくりを行うことで、支援が必要な人が住み慣れた地域で暮らし続けることができるまちづくりを推進します。

#### ◆ 地域の相談窓口の一体化

---

圏域ごとの相談支援・地域づくりを推進できる体制を構築します。

支援が必要な方に対し、限られた人材を効果的かつ効率的に活用し、サービスを提供していく体制を整備します。

## 2 在宅医療・介護連携の推進

将来の医療需要増大を見据え、県による医療体制の整備状況との調整を図りつつ、在宅生活を希望する療養者が安心して地域で暮らし続けられるよう、医療・介護資源を効率的に活用しながら、多職種連携による包括的なケアを提供する体制を整備します。

### (1) 個別支援における多職種連携の強化

在宅療養者への包括的なケアの提供を確保するため、多職種がお互いの専門分野を理解し合い、個別支援の実務において連携できる体制を構築します。

連携においては、支援関係機関が迅速に情報共有し、状況に応じた的確なケアが提供できるよう、情報共有ネットワーク（三条ひめさゆりネット）の利用促進を図ります。

#### 【現状】

多職種連携研修会の継続実施による顔の見える関係づくりや、入退院時連携ガイドの作成等により入退院時の連携は進んできていますが、個別支援での実務における連携はまだ十分でない現状です。

ケアマネジャーが個別支援における多職種のチームを編成していますが、チームに必要な医療職の参画が少ない状況があります。

また、救急隊の導入により、三条ひめさゆりネットの利用者は急増しています。そのため、既導入機関がシステムを有効に活用できるようにすることや、利用者に関わる機関の導入を拡大し、情報共有を進めることが必要です。

#### 【今後の方針】

- 多職種による包括的なケアの提供体制を拡充するため、多職種連携研修会や圏域別地域ケア会議等の実施により、職種間の相互理解と実務における連携体制の構築を進めます。
- ケアマネジャーが連携に必要な職種によるチームを編成できるよう、引き続き退院時の医療職との連携を推進するとともに、基礎的な医療の知識の習得、医学的視点を意識したケアプラン作成のためのスキル向上を図ります。
- 個別支援における多職種でのチーム支援を推進するため、情報共有ツールである「三条ひめさゆりネット」の利用を促進します。

**【実施事業】****◆ 多職種連携研修会及び圏域別地域ケア会議等の実施**

---

要介護者に多い疾病をテーマとして設定し、実務での多職種連携を目的に、ケアの視点や基本的な医療の知識を学ぶ多職種連携研修会及び職種間の相互理解を進めるための圏域別地域ケア会議を実施します。

また、個別ケア会議の実施に当たっては、地域包括ケア総合推進センターが必要な職種の参画について助言を行います。多職種での支援方針の検討を積み重ねることで、実務での連携の視点や手法を学び、個別支援における連携を進めます。

**◆ 地域包括支援センターと医療機関の連携強化**

---

外来診療で関係者が患者の変化に気付いた時に連絡をするなど、医療機関と地域包括支援センターが日常的に連携できるよう、診療所の看護師・受付職員や保険薬局の薬剤師等、医療機関従事者と地域包括支援センターとの顔の見える関係づくりを進めます。

**◆ ケアマネジャー等を対象とした医療の知識を学ぶ機会の提供**

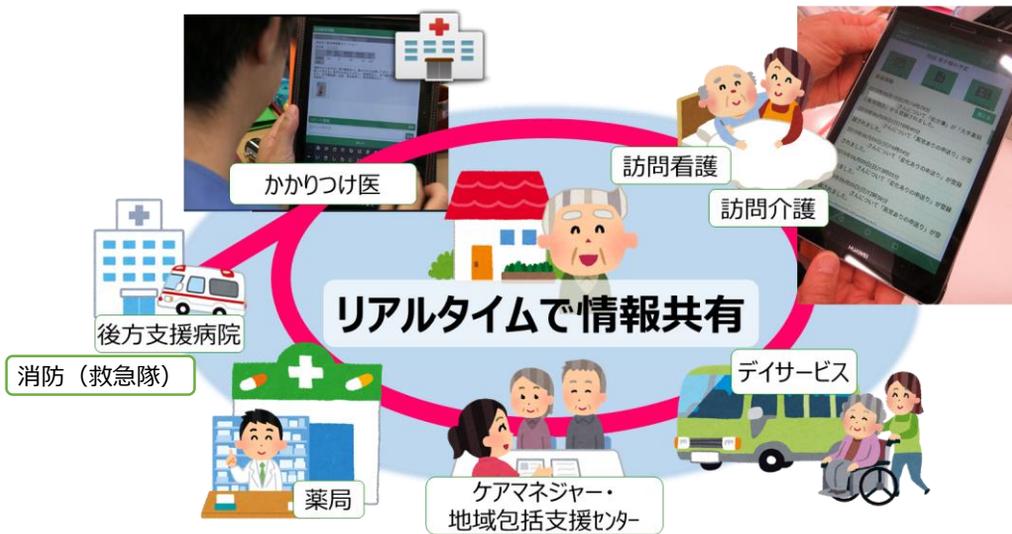
---

ケアマネジャー等が基礎的な医療の知識を学び、医療的視点を踏まえた支援チームの編成や、日常の支援における変化に気付き、医療職との連携を更に推進するため、学習機会を提供します。

また、地域包括ケア総合推進センターの参画団体である歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、リハビリテーション専門職協議会と協働で勉強会等を実施します。

## ◆ 三条ひめさゆりネットの日常的活用の促進・導入機関拡大

情報共有の内容、活用・入力方法のルール化や個別の助言・提案により既導入機関の有効な活用を促進します。あわせて、関係機関に三条ひめさゆりネット活用の好事例や利用のメリットを情報提供し、新規導入を促します。



## (2) 意思決定支援の推進

認知症の方を含む全ての在宅療養者の意向を尊重したケアを実現させるため、専門職のスキルの向上や、多職種連携、市民啓発による理解促進による意思決定支援の推進を図ります。

### 【現状】

家族の在り方の多様化や未婚者の増加など、社会環境の変化とともに、身寄りがない又は関係性が希薄な近親者しかいないケースが増加しています。

意思決定が難しい状態になっても個人の尊厳を維持していくためには、まずは、将来、介護や支援が必要になった時に自身が受けたい支援を周囲に伝えておくことが重要です。

高齢者実態調査では、介護が必要となったときのことを家族や周囲と話し合っている高齢者の割合は29.6%とまだ少ない状況です。

そのため、市民に将来の備えとして自身の意思を伝えておく（伝える準備をする）必要があることを理解していただく必要があります。あわせて、在宅療養者に関わるケアマネジャーを始めとする多職種の専門職が意思決定を支援することも必要です。

### 【今後の方針】

- ・ 市民が自身の意向や望む支援について考え、家族・支援関係者との共有化ができるよう、意思決定支援に関する啓発を行います。
- ・ 支援関係者が在宅療養者の意向を引き出すスキルを習得し、多職種で共有しながら意思決定を支援し、意向に沿ったケアが提供できるよう研修会を継続的に実施します。

### 【実施事業】

#### ◆ 圏域別市民啓発講座、出張講座の開催

要介護認定を受ける前の早めの段階から、将来に向けた備えや話し合いの必要性を啓発する講座を開催します。（権利擁護の取組と合わせて実施）

#### ◆ 意思決定支援の研修会の開催

医療・介護・権利擁護等の専門職を対象とした、多職種による意思決定支援の理解や事例検討を行う基礎研修や実践結果を共有し、より良い支援を検討するフォローアップ研修を実施します。

### (3) ICT活用による効率的な医療・介護の提供

限られた資源を効率的に活用し、安定的に医療・介護サービスが提供できるよう、ICT（情報通信技術）による医療・介護現場の業務効率化を図ります。

また、高齢者や障がい者の安心・安全を確保するため、ICT活用により、緊急時に救急隊が情報共有できる体制を整備することで迅速な救急搬送に役立てます。

#### 【現状】

介護施設・事業所アンケートの結果では、種別により状況は異なるものの、人材の確保が難しくなっている状況です。

介護現場において、専門職以外が従事できる業務の切り分けを進めるとともに、多職種連携や事務の簡素化などにより業務の効率化が必要です。

また、令和5年度に基幹病院が設立されることを見据え、広域的な情報連携（病病連携、病診連携、救急隊と病院の連携）の研究が必要です。

#### 【今後の方針】

- 業務の効率化のため、三条ひめさゆりネットと在宅療養手帳及び事業所記録との一元化について、現場の専門職と協議をしながら段階的に進めます。
- 基幹病院の設立を念頭に、救急医療における情報連携や、遠隔診療など医療の効率化に向けたICT活用の方策について、関係する医師会や県と共に検討します。
- 救急隊が三条ひめさゆりネットを円滑に利用できる体制整備を進めるとともに、市民の利用登録の促進を図ります。

#### 【実施事業】

##### ◆ 三条ひめさゆりネットと在宅療養手帳、通所介護事業所等の業務記録の一元化

三条ひめさゆりネットと在宅療養手帳の一元化について、医療・介護現場の専門職と共に協議を行う場を設け、支援関係者間で共有する部分、本人と支援関係者との連絡・共有のために必要な部分、本人が記録として利用する部分などに整理し、より円滑に多職種が連携できる運用方法や、業務の効率化を進める方法を検討します。

##### ◆ 医師会 在宅医療検討部会での検討

救急医療における情報連携や、遠隔診療など医療の効率化に向けたICT活用の方策を含む在宅医療提供体制について、医師会に設置される在宅医療検討部会で地元の医師と検討を進めます。

##### ◆ 救急隊との情報共有の円滑化と市民の利用登録促進

救急車への三条ひめさゆりネットの設置拡大により情報共有の円滑化を図るとともに、市民への周知強化による利用促進を進めます。

### (4) 在宅医療提供体制の確保

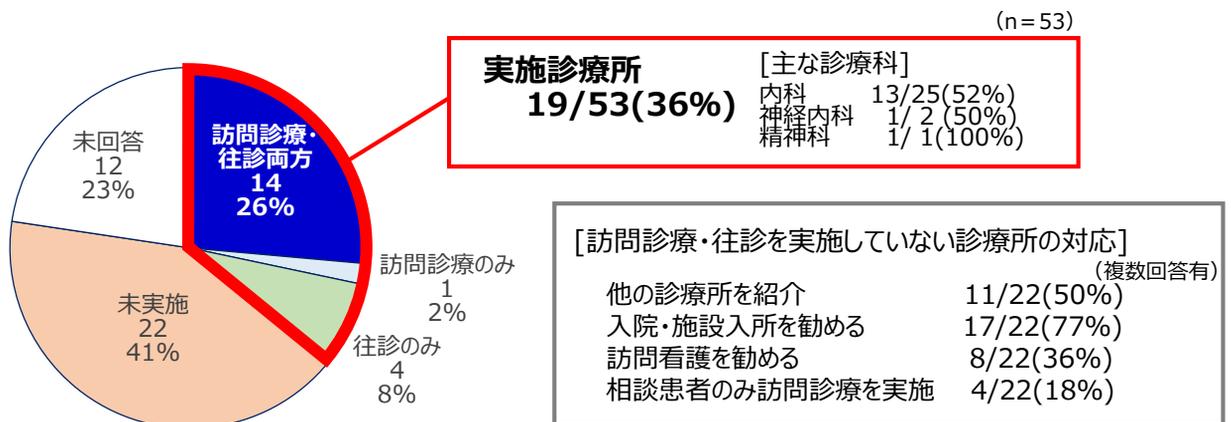
医師不足の現状の中、訪問診療が必要な在宅療養者が安心して医療を受け続けることができるよう、医師会に設置される在宅医療検討部会に市が参画し、持続可能な在宅医療提供体制について検討します。

#### 【現状】

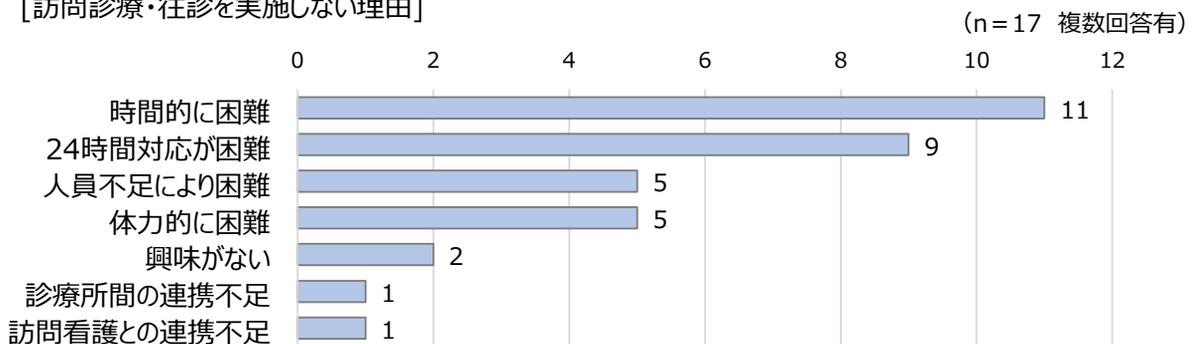
訪問診療等を実施している診療所は36%、そのうち内科標榜の診療所では52%です。

訪問診療等を実施していない診療所の対応として、他の診療所を紹介するとの回答は50%でしたが、訪問診療を行う医師は不足している状況です。

#### 【訪問診療・往診の状況調査の結果】



#### 【訪問診療・往診を実施しない理由】



#### 【今後の方針】

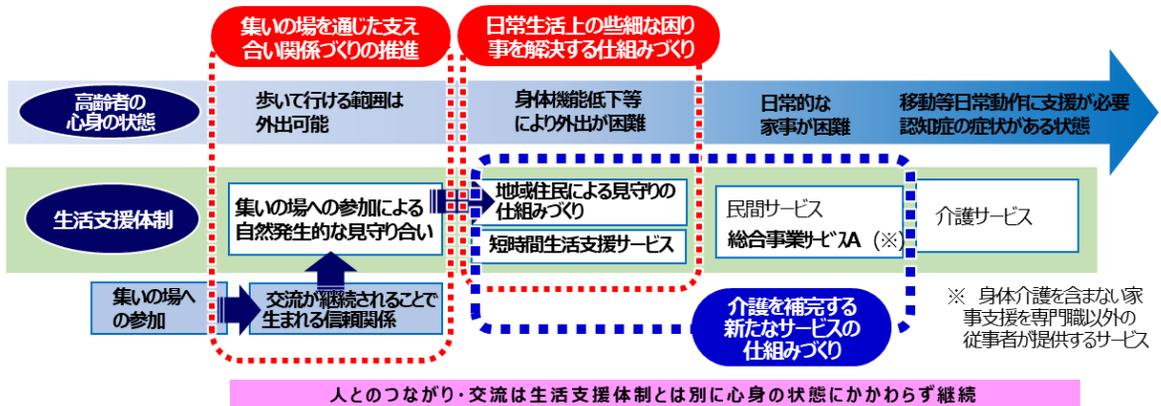
- ・ 医師会の在宅医療検討部会で地元医師と今後の在宅医療提供体制について検討します。

### 3 生活支援体制の整備

超高齢化社会が進展する中、家族形態の変化や地域関係の希薄化、生産年齢人口の減少など社会環境の変化に対応し、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、地域の支え合いを基本としつつ、必要な生活支援サービスが受けられるよう、重層的な生活支援体制の整備を進めます。

また、今後、予想される更なる生産年齢人口減少に伴う、介護人材不足への対応として、介護職以外が行うことができる生活支援を担う人材の発掘・養成を行います。

【重層的な生活支援体制の整備のイメージ】



#### 取組概要

##### 【介護を補完する新たなサービスの仕組みづくり】

介護資源の補完又は介護サービスの不足部分を補完するために必要な仕組みの整備

##### 【日常生活上の些細な困りごとを解決する仕組みづくり】

地域住民による見守り体制の整備を進め、合わせて介護保険サービスの隙間を埋める短時間生活支援サービスの充実を図る。これらの生活支援の担い手として高齢者が活躍できる仕組みを整

##### 【集いの場を通じた支え合い関係づくりの推進】

歩いて行ける範囲に「集いの場」を展開し、日常的に顔を合わせる機会を増やし、かつ継続させることで、自然と見守り合う、支え合う関係へと発展

生活支援サービスの充実

生活支援の担い手の確保

地域の支え合い体制づくりの促進

## (1) 生活支援サービスの充実

生産年齢人口の減少に伴い、介護人材不足が加速することが懸念されるため、介護資源の補完しつつ、介護サービスだけでは対応が難しい部分に対応する短時間生活支援サービスを充実します。

また、人から人へ提供されるサービスだけでなく、ICT等を活用した手法を検討します。

### 【現状】

介護現場では、ゴミ出しや見守り・声掛けなど専門職でなくても対応できる短時間の生活支援ニーズは高く、介護職が可能な範囲で通常のサービス提供の中で行っています。民間でも有償ボランティアが対応する仕組みがありますが、支援が必要な方に十分行き届いている状況ではありません。

また、見守り・声掛けについては、民生委員のほか、高齢者等見守り事業による訪問員（有償ボランティア）が行っており、見守りを望む方は年々増加しています。人的資源による見守りは、コミュニケーションの維持や日々の変化に気付くためには有効ですが、常時の見守りはできないため、異変を迅速に察知するには不十分な面もあり、ICT活用について検討が必要です。

### 【今後の方針】

- 生活支援分野の有償ボランティア活動を拡大し、高齢者等見守り事業の訪問員がゴミ出しなど見守りと合わせて行うことができる短時間の生活支援を実施する体制を整備します。
- 支援ニーズに対応する新たな生活支援サービスや、人的資源以外のICTを活用したサービス提供などの新たな取組について、現場の専門職や民間サービス事業所と検討するため、包括ケア推進会議に生活支援体制整備について検討する部会を新設します。

### 【実施事業】

#### ◆ 高齢者等見守り事業

---

訪問員による週1回程度の声かけ訪問に合わせ、ごみ出しなどの短時間の生活支援を行います。これらの活動を新たに有償ボランティア活動事業の対象とし、活動の拡大を図ります。

#### ◆ 新たな生活支援サービスの検討

---

高齢者等の社会参加を含む介護予防と合わせて、生活支援体制整備について現場の専門職等と検討を行う介護予防・生活支援検討部会を包括ケア推進会議に新設します。

高齢者実態調査や現場からの聞き取りの中でニーズが高い、軽度者の受診支援や移動支援、居場所づくりに加え、ICTを活用した見守り等について検討します。

## (2) 生活支援の担い手の確保

介護人材不足に対応するため、専門職は身体介護などの専門職でしか行うことができない業務に注力し、専門職以外が従事できる業務は、元気な高齢者を始めとする専門職以外の従事者が担う体制を整備します。介護予防・生活支援サービスのうち、緩和した基準によるサービスA事業の従事者の確保、有償ボランティアによる介護支援の拡大を進めます。

### 【現状】

介護事業所へのアンケートの結果から、人材確保が困難になりつつある現状が明らかになり、特に訪問介護、介護施設の職員不足が問題になってきています。

今後の更なる高齢化や介護人材不足を見据え、介護職以外が行うことができる生活支援分野の担い手確保が急務です。

サービスA事業においては、事業所の運営上、専門職が従事していることも多く、実態を把握した上で、専門職以外の従事者を雇用できるようにしていくことが必要です。

有償ボランティア活動事業において、介護施設等での簡易的作業を行っていますが、施設ごとに業務切り出しへの支援が必要であるため、受入施設は緩やかに増加している状況です。

### 【今後の方針】

- 専門職以外の従事者を増やすため、介護事業所が行うサービスA従事者講習会への支援・実施の働き掛けを行います。
- セカンドライフ応援ステーションが中心となり、介護支援を含む生活支援分野の有償ボランティア活動を拡大します。あわせて、無料職業紹介の認可を受けたことから、介護施設等を含む高齢者の就労相談・マッチングを行います。

## 【実施事業】

### ◆ 介護予防・生活支援サービス事業におけるサービスA事業に係る従事者の増加

介護事業所が行うサービスA従事者講習会への支援・実施の働き掛けを行います。

### ◆ 介護・生活支援分野における高齢者の就労推進（シルバー人材センター補助事業）

人手不足分野の一つである介護事業所・施設での高齢者の就業拡大を図ります。

### ◆ セカンドライフ応援ステーションの運営

生活支援体制整備事業における就労的活動支援コーディネーターを配置し、有償ボランティア・就労等の相談やマッチングを行います。

また、生活支援分野の人材を発掘・養成するセミナーの開催や、情報発信を行います。

### ◆ 生活支援分野の有償ボランティア活動の拡大

有償ボランティア活動事業において、生活支援分野の活動を拡大します。高齢者等見守り事業における見守りと合わせて行うゴミ出し等の生活支援を新たに加えるとともに、介護施設等における介護支援の拡大を図ります。

また、地域住民同士の支え合いの核となり、かつ、介護予防に資する集いの場について、一定の基準を設けた中で、運営ボランティアを有償ボランティアの対象活動とします。

### ◆ 圏域ごとの生活支援コーディネーターによる地域の担い手発掘

地域包括支援センターに配置する生活支援コーディネーターが地域に入り込み、地域活動を進める中で、生活支援の担い手を発掘し、セカンドライフ応援ステーションの登録へ誘導します。

### (3) 地域の支え合い体制づくりの促進

後期高齢者世代の近所付き合い、助け合いは続いているものの、地域関係の希薄化が緩やかに進行し、近い将来行われる世代交代の後、急速に助け合いが衰退することが懸念されます。

地域の支え合いの重要性の理解を進めるとともに、見守り合い、多世代交流、何らかの支援が必要な人のバリアフリー化を行い、10年、20年後を見据えた地域づくりに取り組みます。

#### 【現状】

セカンドライフ応援ステーションに配置した生活支援コーディネーターを中心に、地域の実態把握や支え合いの啓発などを進めてきており、啓発を行った地区では集いの場が発足しています。

しかし、地域の支え合いには、一地区に丁寧に時間を掛けて関わる必要があるため、現在のセカンドライフ応援ステーションの人員体制で全地区に広げることが困難であり、地域づくりを担う地域包括支援センターも人員不足から地域の支え合い体制づくりまでを行うことが厳しい状況です。

地域づくりは、これまで高齢者を中心に進めてきましたが、地域共生社会の実現のために視野を広げ、何らかの支援を要する障がい者や生活困窮者も含めた地域参加や居場所づくりに取り組む必要があります。

#### 【今後の方針】

- 生活支援コーディネーターの配置を見直し、地域包括支援センターに各圏域を担当する生活支援コーディネーター(第2層コーディネーター)を配置します。市全体の生活支援体制整備の進捗管理や課題整理等については、地域包括ケア総合推進センターが行います(第1層コーディネーター)。
- セカンドライフ応援ステーションは生活支援体制整備事業における就労的支援コーディネーターに変更し、生活支援の担い手確保の取組に注力します。

## 【実施事業】

## ◆ 圏域ごとの生活支援コーディネーターによる地域づくり

地域包括支援センターが行う地域ケア会議等の地域づくりと密接に連携しながら、同センターに配置する生活支援コーディネーターが地域に入り込み、支え合いの体制づくり、生活支援の担い手の発掘に取り組みます。

生活支援コーディネーターの具体的な活動としては、まずは、民生委員や自治会などの地域の関係者との信頼関係の構築に取り組み、その上で、地域住民及び地元企業等への聞き取りによる地域資源・課題の把握を行います。

あわせて、地域住民の集まる場での啓発活動を進め、地域のキーマンやボランティア（生活支援の担い手）の発掘に取り組みます。これらを進める中で、必要に応じて、地域住民との話し合いの場として、地域ケア会議を活用します。

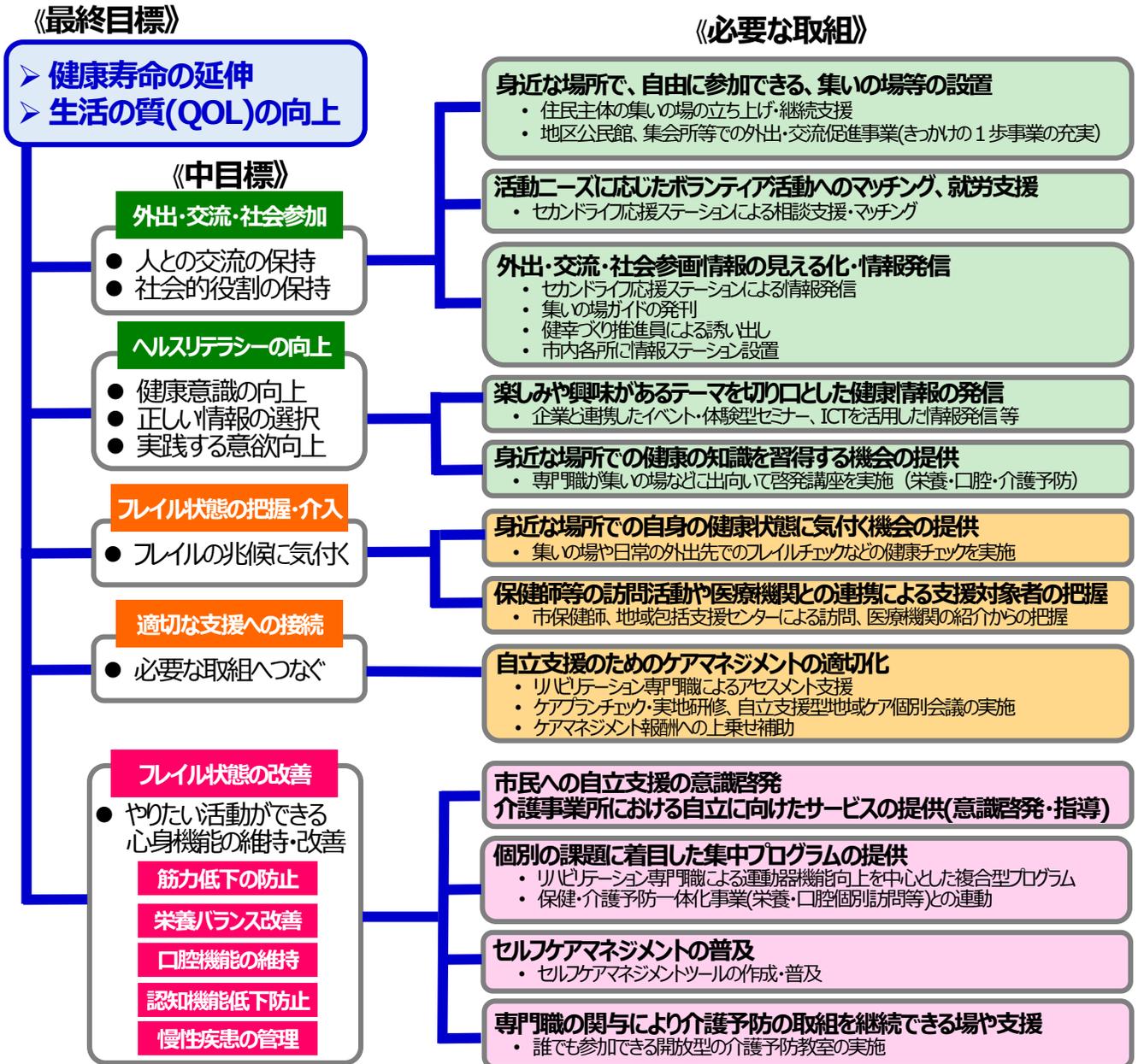
本計画期間には、市内の全ての地域での啓発を行い、集いの場や訪問活動等による見守り合いを始めとする支え合い体制づくりを拡大します。

## 4 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進

要介護状態の予防や悪化を防止するため、生きがいを持ち、活動的に生活を営むことができる環境整備を進めることで、高齢者等の生活機能全体の向上を図ります。

また、フレイル※状態を早期に発見し介入することで、加齢による生活機能低下を改善するとともに、慢性疾患の適切な管理を行うことにより、自立支援・重度化防止を推進し、生活の質の向上及び健康寿命の延伸を目指します。

【健幸づくり計画（健康増進計画）と連動した自立支援・重度化防止・介護予防の取組の全体像】



※ 健康と身体機能障害の中間であり、適切な介入により改善可能である多面的な加齢による虚弱の状態

## (1) 外出・交流・社会参画機会の拡大及びヘルスリテラシー(※)の向上

集いの場・イベント等への外出や、趣味活動・ボランティア・就労等の社会参画、共食の取組を通じて、日常生活における活動量を増加させるとともに、活動を通じた仲間づくりを促すことで、健康寿命の延伸を目指します。

## 【現状】

高齢者の社会参画の総合相談窓口であるセカンドライフ応援ステーションを始め、庁内関係課では外出促進、共食の推進を図るための様々な取組を行っています。

高齢者実態調査では、外出・社会参加活動・共食の頻度は上昇しています。

また、外出促進事業等参加者の主観的健康感は良く、運動器の機能及び認知機能の維持と関連性があると考えられます。

一方、口腔機能や栄養状態とは余り関連性が見られず、日常の中での機能維持を行うためには、これらに意識を向けることが必要です。

## 【外出頻度と健康状態の関係】

(単位：%)

区分	週5回以上	週2～4回	週1回	ほとんど 外出しない	全体
運動器の機能低下リスク有	5.6	15.7	33.3	67.0	18.5
低栄養リスク有	0.8	0.7	1.1	4.3	1.1
口腔機能低下リスク有	17.1	23.8	30.5	44.5	23.8
認知機能低下リスク有	4.5	7.1	13.6	23.2	8.4
主観的健康観が悪い	12.3	19.5	30.5	53.5	21.1

## 【各事業の認知度、利用者の割合】

(単位：%)

区分	認知度 (%)	参加したことがある人の割合						
		全体	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
さんちゃん健康体操	58.3	13.1	6.7	11.0	16.9	21.6	16.9	6.4
ちょこっと筋トレ	23.4	5.0	7.0	5.8	3.6	4.7	1.8	1.8
セカンドライフ応援ステーション	13.2	2.5	3.0	3.6	2.3	1.7	0.7	0.0
きっかけの1歩事業	19.9	6.5	7.1	8.3	6.8	5.0	2.5	1.8
ステージえんがわ事業	39.7	3.9	5.3	3.5	5.1	3.3	0.4	0.0

## 【各事業に参加したことがある人の健康状態】

(単位：%)

区分	主観的健康観 (悪いと回答)		運動器の機能低下 (低下あり)		低栄養 (低栄養状態)		口腔機能低下 (低下あり)		認知機能低下 (低下あり)	
	参加	非参加	参加	非参加	参加	非参加	参加	非参加	参加	非参加
さんちゃん健康体操	20.1	20.2	22.6	15.6	1.7	0.9	25.0	22.6	6.4	8.2
ちょこっと筋トレ	12.9	20.2	11.0	16.4	0.0	1.0	21.5	23.3	1.2	8.5
セカンドライフ応援ステーション	8.5	20.2	6.1	16.4	1.2	1.0	12.2	23.3	2.4	8.4
きっかけの1歩事業	12.9	20.4	10.5	16.7	0.5	1.0	22.9	23.0	4.3	8.5
ステージえんがわ事業	12.7	19.8	10.3	16.3	0.8	1.0	23.0	22.7	4.8	8.2

※ 健康情報入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、及び実践能力

## 【今後の方針】

- 引き続き、スマートウエルネス三条の取組として、外出・社会参画・共食の取組を推進します。特に、外出促進については、身近な場所で参加できる集いの場の立ち上げ支援を行うとともに、地区公民館等での中小規模講座等の事業を実施します。
- 健康への意識が向いていなくても、楽しみや興味があるテーマによる、イベント・セミナーの実施やICT（SNS等）を活用した情報発信により、自身の健康を決める力であるヘルスリテラシーを向上させる取組を行います。

## 【実施事業】

### ◆ 集いの場の立ち上げ・継続支援

セカンドライフ応援ステーションや地域包括支援センターが、地域住民が集まり交流を深める場である集いの場の立ち上げや継続の支援を行います。

### ◆ きっかけの1歩事業の実施

気軽に参加でき、継続した外出につながるよう趣味活動を中心とした事業を実施し外出を促進します。また、ボランティアの楽しさややりがいを実感するため、当事業への参加者に対し、運営を体験する機会を設けることで、活動意欲を高め、セカンドライフ応援ステーションへの登録につなげることにより、様々な社会参画の場へ誘導します。

### ◆ セカンドライフ応援ステーションの運営

セカンドライフ応援ステーションは、高齢者の社会参画の拡大に向け、様々な活躍の場に関する情報提供やニーズに応じた活動へのマッチングなどを行う総合相談窓口です。

高齢者をより多くの分野の活躍の場へ誘導するため、シルバー人材センター、ハローワーク、社会福祉協議会などの関係機関と連携しながら機能の拡充を進めます。

### ◆ 有償ボランティア活動（ハッピーボランティア）の拡大

社会参画を通じた介護予防や健康づくりを推進するため、セカンドライフ応援ステーションがマッチングした地域におけるボランティア活動を行った場合に謝礼金を支払い、高齢者が地域の担い手として活躍できる環境を整備します。

### ◆ 介護予防レクリエーションの普及

---

リハビリテーション専門職の知見を取り入れた介護予防のためのレクリエーションを普及するため、ボランティアの養成を行います。ボランティアが集いの場などで出前講座を実施します。

### ◆ 地域に出向いた介護予防・健康づくり講座の実施（介護予防・栄養・口腔）

---

集いの場等に専門職が出向き、介護予防の知識の普及や実践につながる情報を提供する啓発講座を実施します。

### ◆ 公民館や集いの場での共食の取組の実施

---

気軽に共食の取組を体験できる機会として、公民館等でのお弁当販売と飲食スペース設置などの取組を行います。

また、集いの場で食生活改善推進委員が共食の取組を推進します。

### ◆ 外出・交流情報が届く仕組みづくり（情報ステーション、健幸づくり推進員）

---

日常生活の中で外出・交流情報を受け取ることができるよう、情報ステーションを設置します。

あわせて、健幸づくり推進員が誘い出しのための声掛けを行い、外出・交流の機会へ誘引します。

### ◆ ICTを活用した情報発信（SANJO健幸sta.(さんじょうけんこうステーション)など）

---

コミュニケーションツール（SNS）を活用し、定期的に健康情報を発信します。楽しみや興味のあるテーマを設定し、日常の中で実践できる気軽な取組や知識を普及します。

### ◆ 楽しみや興味があるテーマを切り口としたイベント・セミナーの実施

---

楽しみや興味のある内容など魅力を感じるテーマを設定し、「イベント・体験型セミナー」を実施します。これらのイベントやセミナーでは、健康情報の提供と合わせて、気軽に取り入れることができる健康づくりの取組を紹介し、生活習慣の改善を促します。

#### ◆ さんちゃん健康体操の普及

---

市オリジナルの「さんちゃん健康体操」の普及のため、定期会場の運営や、さんちゃん健康体操サポーターの養成、地域の自主サークル活動の支援を行うことで、外出や交流を促進します。

#### ◆ ワークサロンの実施（シルバー人材センター補助事業）

---

高齢者が集まり、仕事や学び、茶話会等を行う場であるワークサロンを運営する事業を支援します。

#### ◆ 老人クラブ補助事業

---

健康づくりや地域貢献等の多様な社会参画を行う老人クラブの活動を支援します。

#### ◆ 老人福祉センターの運営

---

高齢者の生きがいつくり、健康増進、教養の向上及びレクリエーションに関する事業を実施します。

#### ◆ 健康教室

---

生活習慣病を予防するため、医師、保健師、栄養士等が生活習慣の改善等に関する講話を行います。

#### ◆ 健康相談

---

生活習慣病を予防するため、保健師や栄養士が個別の健康相談に応じ、必要な指導を行います。

## (2) フレイルの早期発見・介入及び改善策の強化

フレイル状態を早期に発見し、リハビリテーション専門職等の関与により状態改善を図るとともに、サービス利用が必要な場合には、適切なアセスメントと利用者自身の意向を重視した目標設定によるケアマネジメントにより自立支援を推進します。

### 【現状】

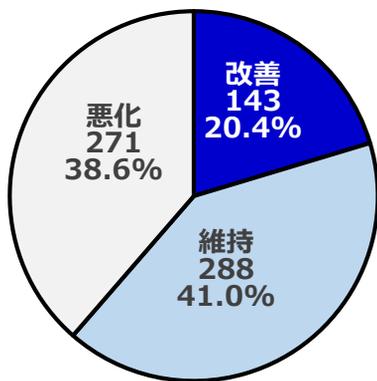
新規要介護・要支援認定者が初回に更新する際の要介護度について、更新前後で比較すると、改善が20.4%、悪化が38.6%となっています。特に、要支援認定者の悪化割合が高い状況です。

集いの場でのフレイルチェックの実施や地域包括支援センターによる訪問などにより、フレイル状態の方の早期把握を進めてきました。

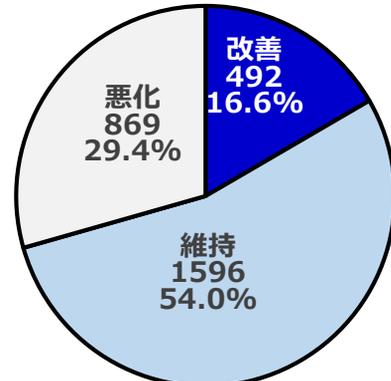
しかしながら、短期間でフレイル改善を目指す短期集中型通所事業につながる方は少なく、改善の見込みがある方への介入が十分ではありません。事業につながっても、終了後に改善した状態を維持することが難しく、デイサービスなどの継続的な利用を選択する方も多い状況です。

これらの現状は、介護保険の理念である自立支援の考え方の普及啓発が不十分であったことから、市民やケアマネジャーなどの支援者、サービス提供事業所に、介護保険が自立支援・予防のためのサービスであるという考え方が浸透していないことが根幹的な課題であると捉えています。

【新規認定者の更新時の維持・改善割合】



【更新時の認定者全体の維持・改善割合】



[内訳]

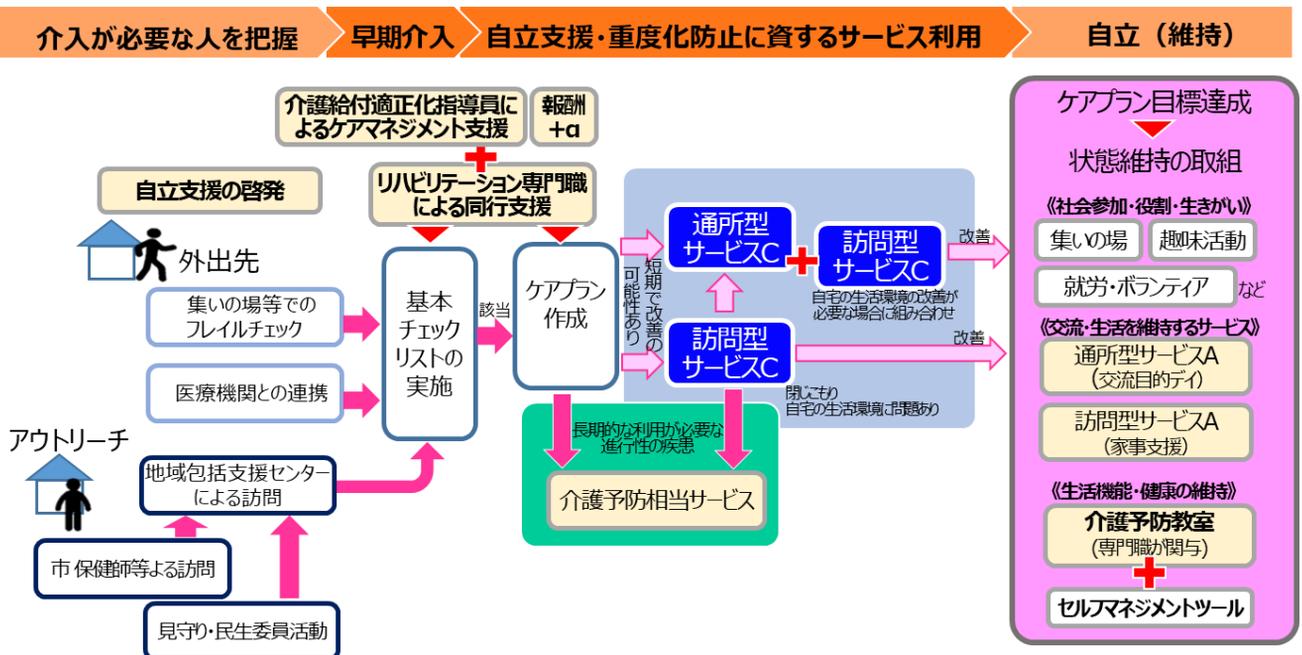


	前回要介護度							
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
非該当	2	3			1	1		7
要支援1	<b>103</b>	33	6	6	6			154
要支援2	51	<b>75</b>	5	13	8	2		154
要介護1	56	21	<b>61</b>	13	4	4	1	160
要介護2	17	13	18	<b>11</b>	10	8	1	78
要介護3	8	8	12	8	<b>17</b>	7	1	61
要介護4	9	13	5	10	8	<b>12</b>	8	65
要介護5	1	3		3	1	6	<b>9</b>	23
合計	247	169	107	64	55	40	20	702

【今後の方針】

- 自立支援の考え方を浸透させるため、市民啓発、支援関係者への研修を実施します。
- フレイル状態の方を早期に把握するために、引き続き、地域に出向いたフレイルチェックを実施するとともに、地域包括支援センターや市の保健師・看護師の訪問による把握に努めます。あわせて、医療機関との連携により早期把握・介入を進めます。
- 改善の可能性がある方を適切な事業につなぎ改善を図るとともに、事業終了後は改善した状態を維持するため、介護予防の取組を継続的に行うことができる場を新たに設置することと合わせ、自己管理を促すためのセルフマネジメントツールの普及を図ります。
- 介護予防・生活支援サービスのうち、短期集中型事業について、リハビリテーション専門職の指導による運動器の機能向上を中心とした複合型プログラムに変更し、より効果的にフレイル改善を目指す事業に見直します。

【フレイルの早期発見・介入から自立までの流れのイメージ】



## 【実施事業】

### ◆ 自立支援の啓発及びケアマネジメント支援

市や地域包括支援センターに市民から介護に関する相談があった際に、介護保険の理念である自立支援の考え方及びケアマネジャーの役割について丁寧に説明します。

また、ケアマネジャーが自立支援に資するケアプランを作成し、利用者及び家族との合意形成ができるよう支援を行います。（ケアマネジメント支援は、68ページに記載）

### ◆ 集いの場等におけるフレイルチェックの実施

集いの場において専門職（保健師、栄養士等）がフレイル予防のための啓発講座を行い、その中でフレイル状態の把握をするためフレイルチェックを実施します。

### ◆ 介護予防把握事業（地域包括支援センター）

地域包括支援センターが閉じこもりなどにより、何らかの支援が必要な高齢者を把握し、介護予防の取組へつなげます。

### ◆ 未把握者等の実態把握訪問（保健・介護予防一体化事業）

健康状態が把握できない方（健診未受診者かつ医療レセプトなし）に対し、保健師等が電話又は訪問し、生活状況や健康状態を把握した上で、必要に応じて医療受診、介護サービス等につなぎます。

### ◆ 介護予防・生活支援サービス事業の実施

支援が必要な方の心身の状態や生活環境に応じて、単に希望するサービスだけでなく、自立を促すためのサービスが提供できる体制を整えます。

また、短期集中型事業（サービスC）について、リハビリテーション専門職の指導による運動器の機能向上を中心とした複合型プログラムに変更し、より効果的にフレイル改善を目指す事業に見直します。同事業は、通所と訪問を組み合わせ、訪問により自宅での生活習慣・環境のアセスメントを前提とし、通所において生活課題を解決するための機能改善のプログラムを実施します。利用者の選定については、地域包括支援センター及びケアマネジャーのほか、医療機関と連携し、疾病やけがにより一時的に体力の低下が見られる方を事業につなぎ改善を図ります。

従来相当サービス、サービスAについては、介護給付適正化指導員を中心に実態把握を行い、自立支援に資するサービス提供となるよう、必要に応じて指導を行います。

### ◆ 栄養改善個別訪問指導（保健・介護予防一体化事業）

---

高血圧、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防を図るため、主治医から保健指導を要すると判定された対象者に管理栄養士が4か月間(3回)訪問による食事指導を行います。

また、低栄養状態の改善を図るため、基本チェックリスト、健診質問票等の「低栄養」に該当した対象者に管理栄養士が4か月間(3回)訪問による食事指導を行います。

### ◆ 口腔機能向上個別訪問指導（保健・介護予防一体化事業）

---

口腔機能低下を予防し、維持・改善するとともに、適切な栄養摂取を促すことで、フレイル状態や全身機能の低下を防止するため、基本チェックリスト、健(検)診質問票等の「口腔機能低下」に該当した対象者に歯科衛生士が3か月間(3回)訪問による口腔機能に関する指導を行います。

### ◆ 地域における介護予防教室の実施

---

地域包括支援センター担当圏域ごとに、定期的に介護予防の取組を行う場を設置し、運動器の機能向上及び認知機能低下予防のための体操やゲーム等の実施や、リハビリテーション専門職等が講話や相談を行います。

### ◆ セルフマネジメントツール（介護予防手帳）の普及

---

介護予防又はサービス利用により改善した状態を維持するため、自己管理を行うセルフマネジメントツール（介護予防手帳）を作成し、上記の介護予防教室で活用するなど普及を図ります。ツールの作成に当たっては、介護予防・在宅療養手帳や、生活習慣病等の管理のための健康手帳との統合も視野に入れて検討します。

### (3) 自立を基本としたケアマネジメントの実施体制の充実

リハビリテーションの専門的知見を活用し自立を基本としたケアマネジメントの実施体制を確保し、生活機能の低下が見られた方が必要なサービスや資源を活用しながら、介護予防や健康づくりに取り組み、自立した生活が継続できるように支援します。

#### 【現状】

ケアプランの作成に当たっては、利用者の心身状態や生活環境などから生活課題を明確にした上で、本人の習慣や趣味嗜好に合わせた実現可能な目標を設定し、公的なサービスのほか、地域の集いの場や民間サービスなどを組み合わせながら利用計画を作成することが重要です。

そのため、リハビリテーション専門職を始めとする多職種が自立に向けた支援を検討する、自立支援型地域ケア個別会議の実施や、介護給付適正化指導員によるプランチェックを行っています。現状では、自立を促すサービスよりも本人や家族が希望するサービスによって作成されたケアプランが散見され、ケアマネジャーの意識やスキルにバラつきが見られる状況です。

#### 【今後の方針】

- 支援が必要な状態になっても住み慣れた地域でできる限り自立した生活を継続できるように、自立を基本としたケアマネジメントの実施体制を確保するため、介護給付適正化指導員を増員し、ケアマネジャーへの支援を強化します。
- 自立に向けたプラン作成には、適切なアセスメントにより、生活課題を明確にし、改善の可能性を判断することが重要であるため、リハビリテーション専門職が利用者の自宅に同行訪問し、ケアマネジャーが行うアセスメントの支援を行います。あわせて、本人の意向を引き出すことが重要であるため、意思決定支援に関する研修を実施します。（在宅医療・介護連携の取組と連動）
- ケアプランの記載事項の一つであるセルフケアの管理を行うため、66ページのセルフマネジメントツール（介護予防手帳）の活用を進めます。
- 初回訪問時のアセスメントが重要であることから、市が指定する基準に基づくアセスメントを行った場合に、介護報酬への上乗せを行います。

## 【実施事業】

### ◆ 介護給付適正化指導員によるケアマネジャー支援（ケアプランチェック及び実地研修）

介護給付適正化指導員を増員し、ケアプランチェック実施件数の拡大、ケアプランチェックに基づく事業所に出向いた実地指導(研修)を行い、自立支援に資するプラン作成の支援を行います。

また、ケアプランチェックや介護認定・給付データ等の分析から課題抽出及び分析を行い、課題となるケースを自立支援型地域ケア個別会議の事例に設定するなど、効率的・効果的な取組につなげます。

なお、この取組は、地域包括支援センターが行うケアマネジャー支援と連携して進めます。

### ◆ 自立支援型地域ケア個別会議の実施

リハビリテーション専門職を始めとする多職種が参加し、自立に向けた支援について事例検討を行い、事例提供者となるケアマネジャーに対し、それぞれの専門的知見から、自立のための生活につながる実践可能な助言を行います。ケアマネジメントの質の向上に向け、会議の定期的な実施と合わせて、助言を行う専門職のスキルの向上に努めます。

### ◆ リハビリテーション専門職によるケアマネジャーが行うアセスメント支援

リハビリテーション専門職が利用者の自宅に同行訪問し、ケアマネジャーと共に、生活課題を明確にし、改善の可能性の判断や、利用者及び家族との合意形成などを支援することで、ケアマネジメントの質の向上に取り組みます。

### ◆ ケアマネジメント報酬への上乗せ補助

市が指定するアセスメントシートにより初回のアセスメントを行った場合に、介護報酬の上乗せを行います。

なお、アセスメントシートはケアプランと合わせて市に提出して、介護給付適正化指導員が内容を確認し、必要に応じて、助言や実地指導を行います。

### (4) 保健事業と介護予防事業の一体的な実施

高齢者は、生活習慣病のリスクに合わせ、生活機能の低下を併発するため、フレイル状態に着目した疾病予防が必要であるため、保健事業と介護予防事業の一体化により、切れ目のない包括的な支援を実施します。

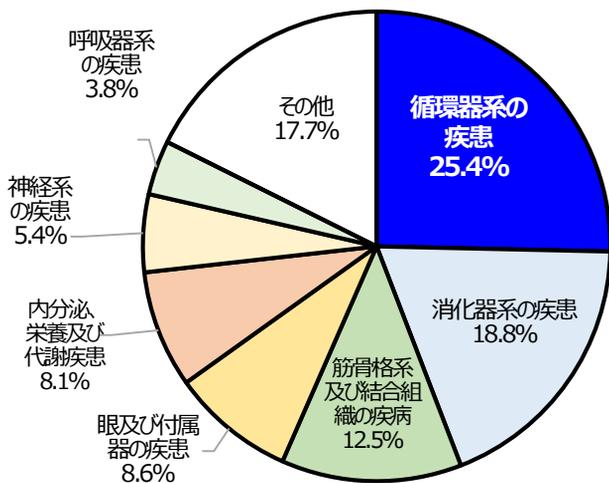
#### 【現状】

後期高齢者の医療レセプトの状況を見ると、件数、費用額共に脳卒中や心疾患等の循環器系の疾患が最も多い状況であり、要介護認定の原因疾患においても循環器系疾患が上位となっています。

生活習慣病治療者の中では、脳卒中や心疾患の基礎疾患である、高血圧症及び糖尿病の患者が多い状況であるため、重症化を予防することが重要です。そのためには、定期的な受診を継続するとともに、生活習慣の改善が必要です。

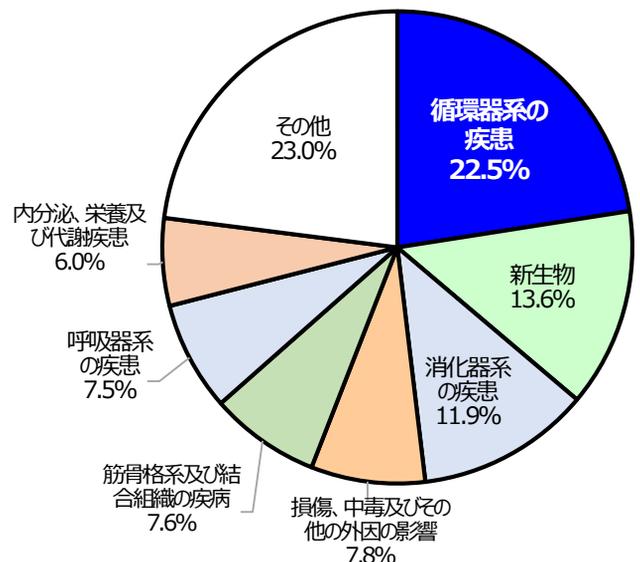
令和2年度から、医師会及び歯科医師会等の医療関係団体の協力の下、介護保険担当課と健康づくり担当課が協働で保健・介護予防一体化学業を開始しました。

【疾病分類別レセプト件数】

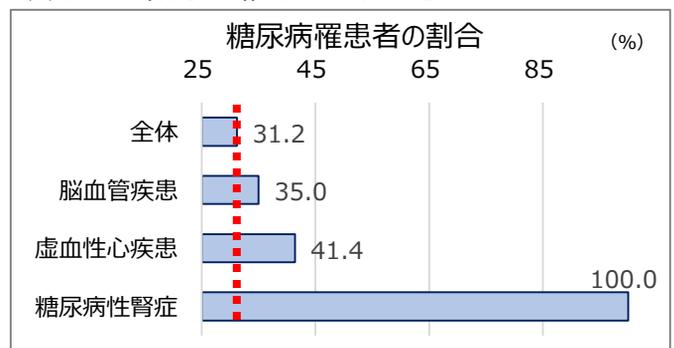
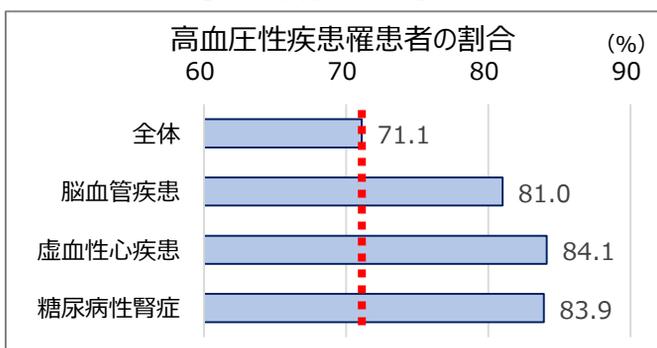


※ 消化器系疾患には、歯科を含む。

【疾病分類別費用額】



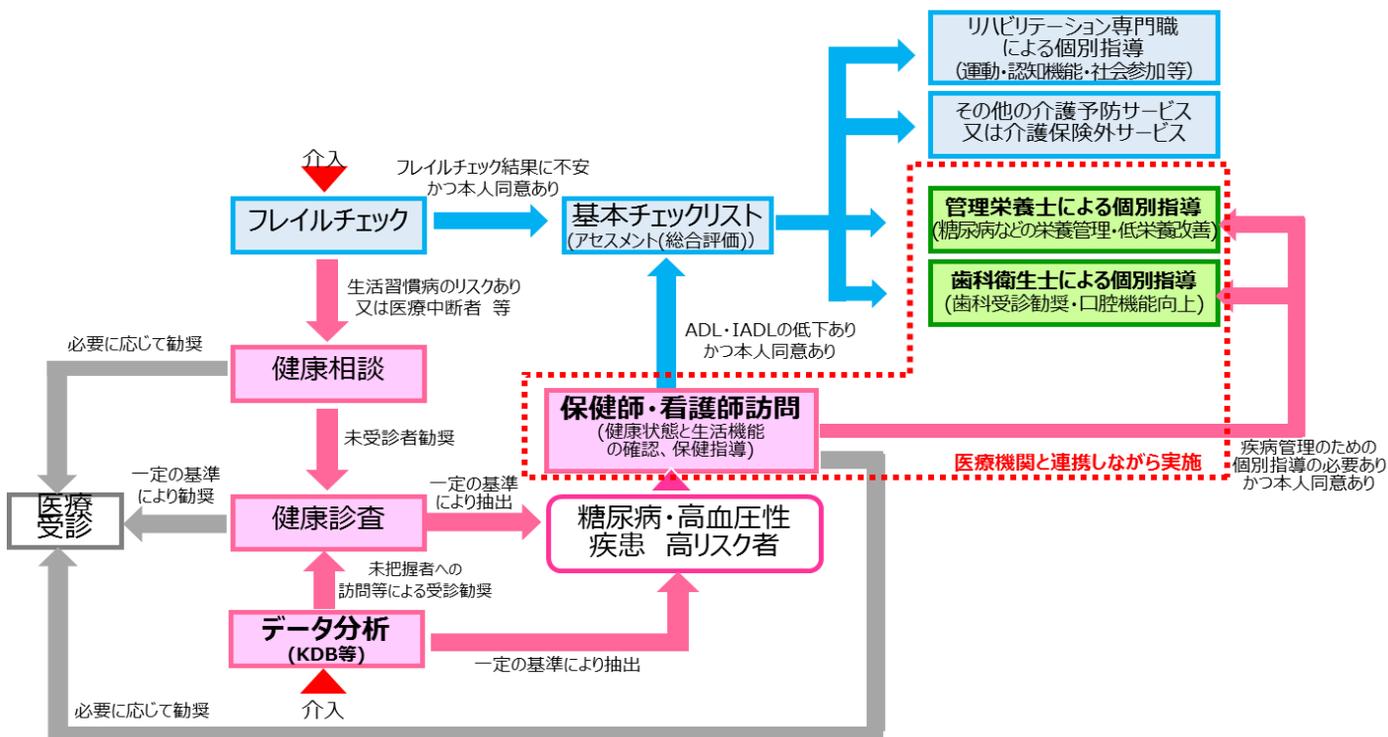
【生活習慣病治療者に対する高血圧性疾患又は糖尿病罹患者の割合】



【今後の方針】

- 生活機能低下や生活習慣病リスクの高まりなどにより、保健事業・介護予防事業のいずれかの事業において個別支援を開始した場合は、支援に当たる専門職が双方の視点を持ち、必要な事業につなげることで、切れ目のない包括的な支援を実施します。
- 保健事業・介護予防事業の共通の目的である、高齢者の生活習慣の改善について、個人のリスクに応じたアプローチ（ハイリスクアプローチ）と集団に向けたアプローチ（ポピュレーションアプローチ）に係る各事業を一体的に実施します。

【保健・介護予防一体化事業による包括的な支援のイメージ】



《ハイリスクアプローチ》

個々の生活習慣病リスクや生活機能低下のリスクに応じた切れ目のない包括的な支援

- 高血圧性疾患や糖尿病の重症化予防のための専門職による個別指導（保健指導と医療受診の働き掛け）
- 未把握者の実態把握による適切な医療・介護サービスの介入
- 専門職による個別課題に応じた機能改善のための個別指導（低栄養、口腔機能）

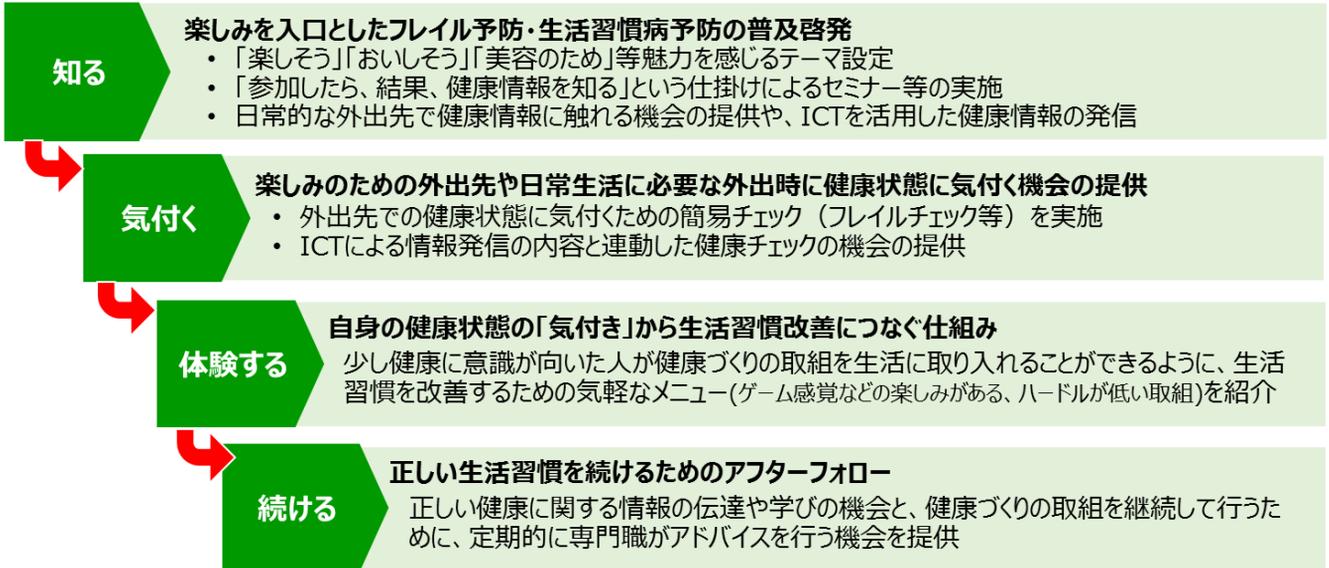
《ポピュレーションアプローチ》

生活習慣改善に向けた、ヘルスリテラシー向上と、フレイル状態の早期発見

- スマートウェルネス三条の視点を取り入れた 楽しみなどの入口からの必要な知識の普及
- 楽しみのための外出、日常生活上必要な外出等を活用した自身の健康状態に気付く機会の提供
- 健康状態への気付きから、生活習慣の改善につなぐ仕組みづくり

【スマートウエルネス三条の取組の視点を取り入れたポピュレーションアプローチのイメージ】

楽しみや興味のあるテーマを入口とした健康に関する知識の啓発と自らの健康状態に気付く機会を提供



## 【実施事業】

### ◆ 栄養改善個別訪問指導(再掲)

高血圧、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防を図るため、主治医から保健指導を要すると判定された対象者に管理栄養士が4か月間(3回)訪問による食事指導を行います。

また、低栄養状態の改善を図るため、基本チェックリスト、健診質問票等の「低栄養」に該当した対象者に管理栄養士が4か月間(3回)訪問による食事指導を行います。

### ◆ 口腔機能向上個別訪問指導(再掲)

口腔機能低下を予防し、維持・改善するとともに、適切な栄養摂取を促すことで、フレイル状態や全身機能の低下を防止するため、基本チェックリスト、健(検)診質問票等の「口腔機能低下」に該当した対象者に歯科衛生士が3か月間(3回)訪問による口腔機能に関する指導を行います。

### ◆ 未把握者等の実態把握訪問(再掲)

健康状態が把握できない方(健診未受診者かつ医療レセプトなし)に対し、保健師等が電話又は訪問し生活状況や健康状態を把握した上で、必要に応じて医療受診、介護サービス等につなぎ、生活習慣病等の重症化を予防します。

### ◆ 医療受診勧奨訪問

糖尿病、高血圧等が疑われる方で未受療の方に対し、保健師等が電話又は訪問し受診勧奨を行います。

## 【実施事業】

### ◆ 医療中断者への保健指導

---

糖尿病及び高血圧症の治療が必要な方で医療を中断している可能性がある方（4か月以上医療レセプトなし）に対し、受診勧奨を行います。

### ◆ 糖尿病性腎症重症化予防事業

---

糖尿病性腎症受療者の人工透析導入の予防又は導入時期を遅らせるため、主治医から紹介された対象者に保健師及び管理栄養士が訪問を行い、必要な保健指導、食事指導を行います。

### ◆ 日常的な外出先での啓発活動

---

日常生活の中で健康情報に触れる機会や自身の健康状態に気付く機会として、買い物・受診等の日常生活に必要な外出の際に、外出・健康情報の提供や健康チェックを行うことにより、生活習慣の改善を促すとともに、健診の必要性を啓発します。

### ◆ 楽しみや興味があるテーマを切り口としたイベント・セミナーの実施(再掲)

---

楽しみや興味のある内容など魅力を感じるテーマ設定のイベント・体験型セミナーを実施します。これらのイベントやセミナーでは、健康情報の提供と合わせて、気軽に取り入れることができる健康づくりの取組を紹介し、生活習慣の改善を促します。

### ◆ 集いの場等におけるフレイルチェック及び介護予防・健康づくり講座の実施

---

集いの場において専門職(保健師、栄養士等)がフレイル予防のための啓発講座を行い、その中でフレイル状態の把握をするためフレイルチェックを実施します。(再掲)

講座実施後、保健師等が集いの場に出向き、生活改善状況を確認するとともに、健(検)診の受診勧奨や、気軽にできる健康づくりの取組などの情報を提供します。あわせて、フレイルチェックの結果に基づき、管理栄養士又は歯科衛生士によるフレイル予防に関する講座を紹介します。

### ◆ 地域における介護予防教室の実施(再掲)

---

地域包括支援センター担当圏域ごとに、定期的に介護予防の取組を行う場を設置し、運動器の機能向上及び認知機能低下予防のための体操やゲーム等の実施や、リハビリテーション専門職等が講話や相談を行います。

## 5 認知症施策の推進

認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、「認知症になっても暮らしやすい三条市」を目指し、認知症の方が容態に応じて適時、適切な医療や介護につながるための支援体制を整備するとともに、認知症の方の介護者への支援の充実、認知症の方が安心して活動できるための地域づくりを推進します。

### (1) 認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護の提供

認知症の方やその疑いのある方が、容態に応じて適切な医療や介護に早期につながり、一人一人のニーズに合った適切なケアが切れ目なく受けられる体制を整備します。

#### 【現状】

認知症の方やその疑いがある方に、医療、介護の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が支援を行っていますが、認知症の理解不足などにより本人、家族が支援者の介入を拒否し、チームの支援につながらないケースも少なくありません。

また、認知症が疑われても相談や支援機関につながらず、問題が深刻化して初めてケースが顕在化する場合があります。日頃から高齢者を見守っている人が変化に気付き、相談機関につなぐなどの連携強化が必要です。

介護現場では、多くの事業所が認知症ケアに関する職員研修を実施していましたが、ケアに追われ、サービスがルーティン化したり、多忙がゆえに個別のニーズに気付いていないという声もあるため、介護職員個人のスキルアップだけでなく、事業所全体で取組を統一し、ケアの向上を図る必要があります。

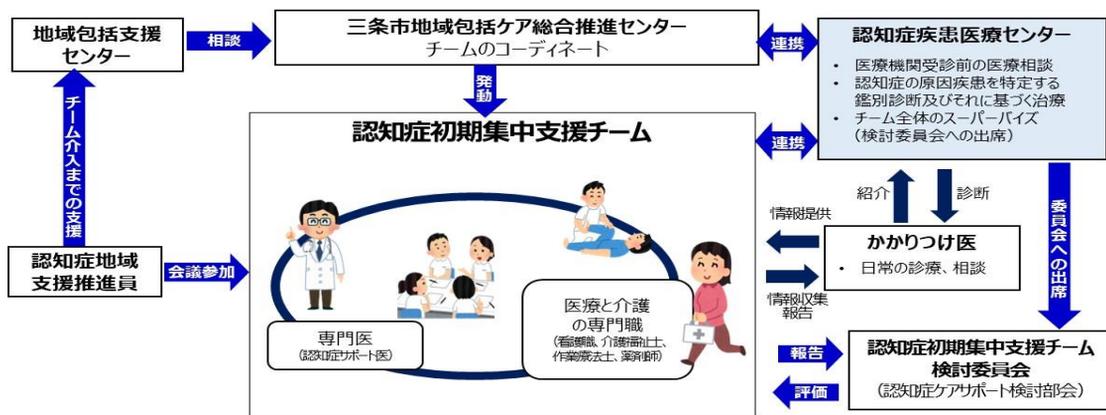
#### 【今後の方針】

- ・ 認知症地域支援推進員による地域包括支援センターへの支援により、介入を拒否しているケースなどへ認知症初期集中支援チームが早期介入を図ります。
- ・ 認知症の疑いがある方を早期に適切な医療、介護につなげるため、かかりつけ医と専門医療機関の連携や、医療機関と地域包括支援センターとの連携促進を図ります。
- ・ 認知症の疑いなど、変化に早期に気付くため、生活支援体制整備事業における高齢者等見守り事業の訪問員や集いの場参加者等に、気付きの視点を周知します。
- ・ 本人、家族に認知症の病気のことや早期相談の必要性、相談窓口等を周知します。
- ・ 引き続き介護事業所単位のケア向上の研修の実施と、認知症地域支援推進員が事業所主催研修の企画等を支援します。

## 【実施事業】

## ◆ 認知症初期集中支援チームの早期介入・支援

医療、介護の専門職チームが家庭を訪問してアセスメントを実施し、医師等を交えた会議で決定した方針に基づき包括的・集中的に支援します。また、重度化する前に認知症初期集中支援チーム等につながるよう、認知症地域支援推進員が地域包括支援センターと連携し支援します。



## ◆ かかりつけ医と認知症専門医療機関との連携強化

認知症専門医療機関以外の医療機関職員（医師だけでなく、看護師、受付事務、薬剤師等）が、通院患者の変化や認知症の疑いに気づき、必要時に専門医療機関につないでもらうため、認知症疾患医療センターと共催し講演会等を実施します。

## ◆ 地域包括支援センターと医療機関との連携強化(再掲)

外来診療で気付いた高齢者の変化や、認知症と診断された方の必要な介護や生活支援について連絡をするなど、医療機関と地域包括支援センターが日常的に連携できるよう、診療所の看護師・受付職員や保険薬局の薬剤師等医療機関従事者と地域包括支援センターとの顔の見える関係づくりを進めます。（在宅医療・介護連携推進の取組と連動）

## ◆ 生活支援体制整備事業（高齢者等見守り事業等）による早期把握

高齢者等見守り事業の声掛け訪問員や、民生委員・児童委員、地域のサロン参加者等が高齢者の変化に気づき、早期相談につなげるため、支援が必要となる状態像や相談機関についてチェックシート等を活用して周知します。

### ◆ 認知症暮らしのガイドブック（認知症ケアパス）の普及

---

本人、家族に認知症の病気や相談窓口、容態に応じて利用できるサービス等を周知するため、「認知症暮らしのガイドブック（認知症ケアパス）」の活用を推進します。

### ◆ 認知症ケア向上研修等の実施

---

認知症介護指導者の知見を活用し、介護事業所内全体のケアの振り返りと実践に結び付けるため、事業所単位のケア向上研修を開催します。

また、事業所が主催する研修の企画を支援します。

### ◆ 認知症地域支援推進員の配置

---

認知症地域支援推進員を配置し、医療・介護等の支援ネットワークの構築、相談支援体制の構築及び認知症対応力向上のための支援を実施します。

## (2) 認知症の方の社会参加の促進

認知症になっても地域で役割や生きがいを持って暮らすための環境を整備し、重度化防止及び生活の質（QOL）の向上を図ります。

### 【現状】

認知症と診断されても、すぐに介護は必要なかったり、介護保険のサービスに馴染めなかったりする場合があります。ケアマネジャーへのアンケート調査では、介護サービス以外でも地域で本人が安心して活動できるための居場所づくりや、交流等の社会参加支援の充実を望む意見が多く、その環境整備が必要です。

### 【今後の方針】

- ・ 認知症カフェが地域における本人支援の拠点として、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携し、本人の思いやニーズを集約し、本人が持っている能力の発揮、交流の場となるよう支援します。
- ・ 地域包括支援センター、認知症地域支援推進員とともに、地域における活動の場作りを検討していきます。
- ・ 認知症地域支援推進員と地域包括支援センターに新たに配置される第2層生活支援コーディネーターが中心となり、本人のニーズに合った活動とマッチングするなど、活動の場を開拓していきます。

## 【実施事業】

## ◆ 認知症カフェ運営推進事業

認知症支援についての専門職がいる地域密着型サービス事業所等の介護サービス事業所に認知症カフェを委託し、認知症の方のニーズに合わせた活動、参加、交流のための居場所となるよう実施します。

## 【認知症カフェの目的】



## ◆ 生活支援コーディネーターと協働した参加・活動の場の整備

地域包括支援センターに新たに配置される第2層生活支援コーディネーターと認知症地域支援推進員が協働し、本人のニーズや持っている力に合わせた既存の活動とのマッチングや、介護サービス事業所や自治会等に相談しながら、活動機会の開拓を行います。

### (3) 認知症の方の介護者への支援の充実

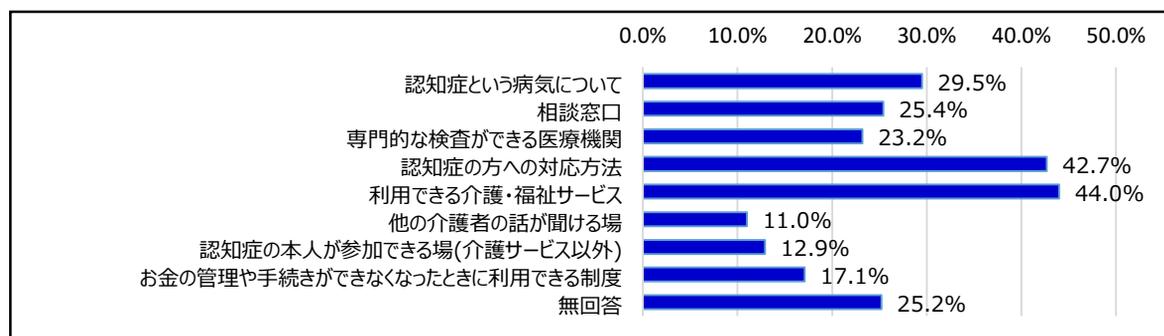
認知症の方の介護者の負担軽減を図るため、介護相談や介護者同士の交流、介護者が認知症ケアについて学ぶ機会の提供など、介護者のニーズに合わせた支援の充実を図ります。

#### 【現状】

介護の相談をしたり、介護の悩みを話し合えたりする場として、認知症カフェや家族介護支援事業を実施しています。特に認知症ケアの専門性が高い地域密着型事業所で実施する認知症カフェには、カフェ開催日以外にも相談窓口を開設していますが、まだ知らない方も多い現状があります。

在宅介護実態調査では、認知症状への対応に不安を感じている介護者が多く、認知症の病気の理解や、サービス等についての情報提供も求められています。

#### 【認知症の方を介護するときに必要な情報（在宅介護実態調査）】



#### 【今後の方針】

- ・ 介護者の精神的負担を軽減するため、引き続き認知症カフェの周知、利用促進を図ります。
- ・ 地域密着型サービス事業所に委託する認知症カフェが地域の介護者支援の拠点となるよう、相談の際に介護者を必要な資源につなぐための情報集約・コーディネート機能の強化と、地域包括支援センターと協働して地域の実情やニーズに合った取組を実施します。
- ・ 市民向けの認知症に関する講演会等のイベントなど、介護者が認知症の正しい理解や、対応方法、介護に関する情報を得る機会を増やします。

#### 【実施事業】

##### ◆ 認知症カフェ運営推進事業（再掲）

地域包括支援センターとの情報交換により地域の介護者のニーズを把握し、カフェの内容に反映するとともに、他の認知症カフェも含む情報を集約し、介護者のニーズに合った資源の紹介ができるようになります。

また、定期的に認知症について学べる介護者向けの認知症講座を実施します。

## (4) 認知症の方が安心して活動できる地域づくり

認知症の方の事故防止、危険回避の視点だけでなく、認知症の方が安心して活動できるための視点を持ちあたたかく見守る地域づくりを推進するため、小学校、中学校や地域住民のほか、高齢者と身近に接する機会が多い企業等、幅広い年代の市民や様々な機関に対し、認知症の正しい理解と各自ができる見守り・対応方法を普及していきます。

### 【現状】

認知症を正しく理解する人を増やすため、認知症サポーター養成講座を実施し、受講者数は増えていますが、講座の受講動機は認知症について学びたいという方が多く、実際に地域での見守り等具体的な活動に結び付いているかは把握できていない状況です。

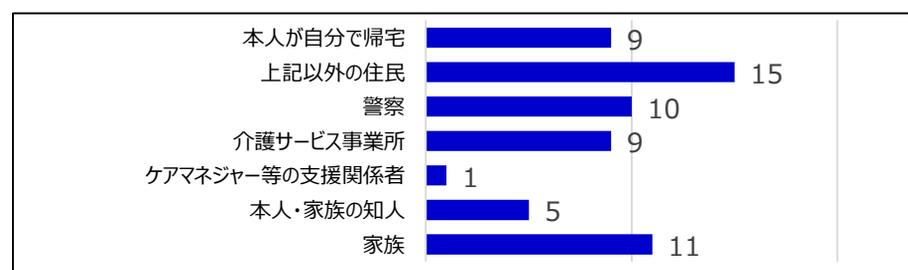
ケアマネジャーのアンケート調査では、一人で外出し、行方不明になる恐れがある認知症の方は124人で、地域における見守りを期待する意見も多くありました。

認知症を発症しても、見守りや手助けがあれば馴染みの場所への外出や、親しい方との交流を続けることもできるため、地域・企業への認知症の理解を深めるとともに、各個人が必要時に認知症の方への支援ができるノウハウを身に付けるような取組が必要です。

### 【認知症サポーター養成講座実績】

	団体区分	H29		H30		R1	
		回数	受講者数	回数	受講者数	回数	受講者数
認知症サポーター養成講座	住民	17	446	10	111	8	144
	企業・職域	5	141	15	474	8	221
	学校	5	170	5	152	4	175
	行政	1	57	1	48	1	53
	計	28	814	31	785	21	593
フォローアップ講座	対象:サポーター養成	3	35	3	37	4	42
ステップアップ講座	講座受講者					2	38
合計		31	849	34	822	27	673

### 【過去1年間に行方不明になった方を発見した方別の件数（ケアマネジャーアンケート）】



## 【今後の方針】

- ・ 認知症地域支援推進員を中心に、地域包括支援センターと認知症カフェが連携し、地域住民が集まるサロンや、企業等に対し、認知症の正しい知識を普及するための講座や、認知症の方の声掛け訓練等の対応方法を学ぶ講座を開催します。
- ・ 認知症に対する偏見を持たず、見守り手となるよう、小学生、中学生に対する認知症サポーター養成講座の実施を推進します。
- ・ 高齢者に接する機会が多い企業等に対し、日常業務の中で高齢者をやさしく見守り、異変に気付いたときに速やかに市につなげてもらうための見守り協定の締結を働き掛けていきます。
- ・ 軽度認知症の人の見守りと、支援が必要になったときに早期介入ができるよう、高齢者等見守り事業で既に見守りボランティア活動をしている訪問員に、認知症について学ぶ講座を実施します。
- ・ 認知症の方が地域で暮らす中で必要と感ずる手助けや見守り支援等の当事者の声を、啓発の場で地域住民や企業等に発信していきます。

## 【実施事業】

## ◆ 認知症カフェ運営推進事業（再掲）

地域住民が認知症についての理解を深める場として、誰もが気軽に立ち寄れる公民館等での認知症カフェの実施や、認知症サポーター養成講座を実施します。

## ◆ 小学校、中学校における認知症サポーター養成講座の拡充

子どもたちが、認知症の方や障がいのある方への偏見を持たず、やさしい見守り手として育つことを目的とし、各小学校、中学校の総合学習のねらいに合わせて認知症サポーター養成講座を実施します。

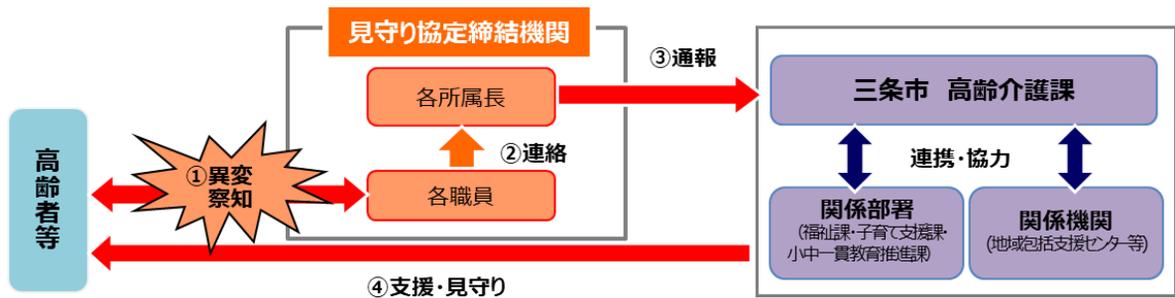
小学生：「認知症」という病気があること、身近な地域にも認知症の方はいることを知り、あたたかく見守ることの大切さを学ぶ。  
 中学生：「認知症」の病気を正しく理解し、認知症の方の気持ちや、困っていることを知る。また、困っている方に気付く目を養うとともに、対応方法について学ぶ。（自分たちもできることがあることを知り、地域の担い手となる。）

## 【実施事業】

## ◆ 高齢者等見守り協定締結機関の拡充

金融機関、コンビニエンスストア、スーパーマーケット等の高齢者に接する機会が多い企業等に対し、日常業務の中で高齢者をやさしく見守り、異変に気付いたときに速やかに市につなげてもらうための見守り協定の締結を働き掛けていきます。

## 【協定締結機関と三条市の連絡体制の例】



※ 日常の見守りのほか、行方不明時のSOSネットワーク発動時に、協定締結機関に情報提供し、通常業務の中で捜索への協力をしてもらう。

## 【協定締結機関】

三條信用組合、下田商工会、新潟県信用組合三条支店・三条東支店、JAにいがた南蒲、(株)マルイ、新潟県労働金庫三条支店

※上記以外に県と見守り協定を締結している機関もある。

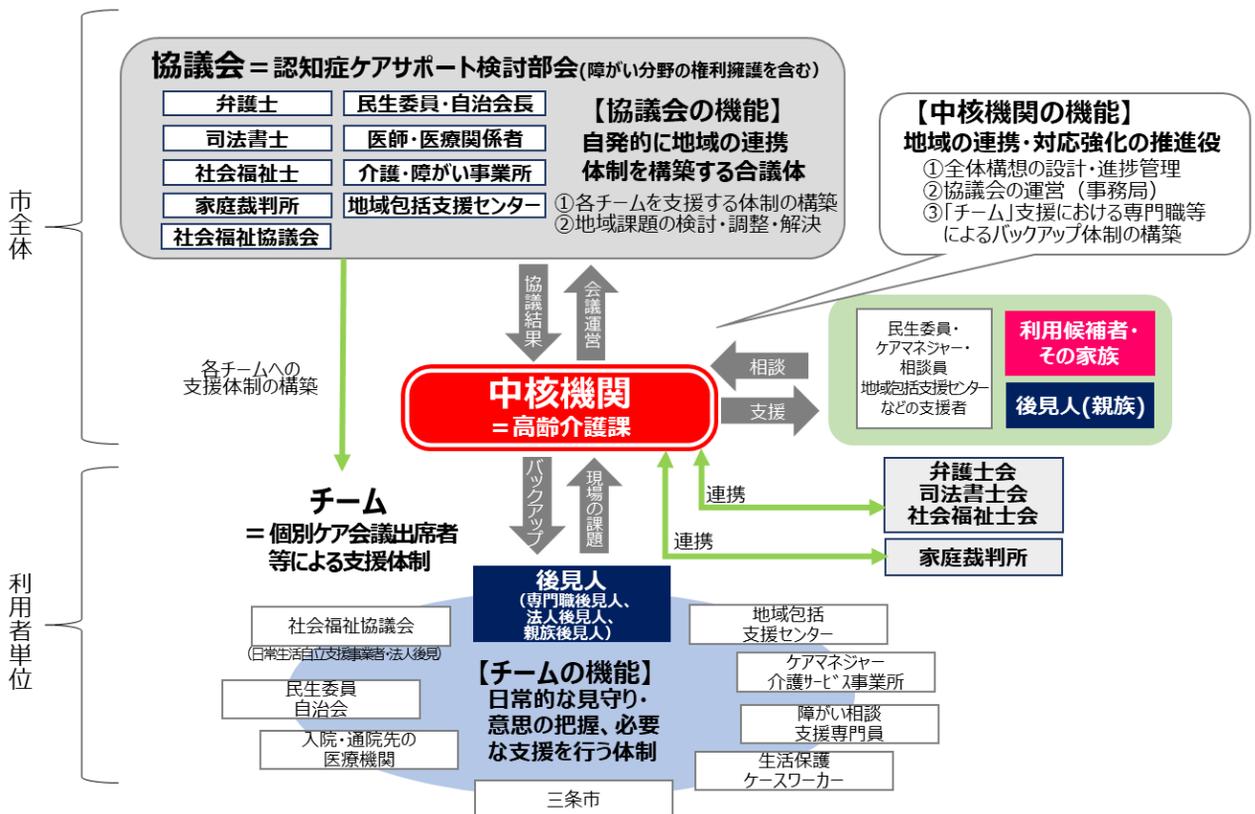
## 6 権利擁護の推進

認知症、知的障害その他の精神上の障害があることにより、自らにとって必要なことを主張したり、一人で選択・決定することが難しい状態の方が、地域社会に参画しながらその人らしい生活を継続できるよう、権利擁護支援と意思決定を支援することが必要です。そのため、権利擁護支援の必要な方を発見し、適切な支援につなげる権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築やそのネットワークの調整を担う中核的な機関（＝中核機関）の機能を充実させることにより、支援の必要な方が適切な支援を受け、安心して暮らすことができる環境を整備します。

【中核機関の役割と基本的な仕組みのイメージ】

### 地域連携ネットワークの基本的な仕組み

- (1) 後見人と親族、福祉・医療・地域の関係者等が協力して「チーム」で日常的な支援を行う仕組みづくり
- (2) 地域の専門職団体・関係機関からなる「協議会」を設置し、地域課題を解決する体制づくり
- (3) 地域における連携・対応強化の推進役(全体のコーディネート役)である「中核機関」の設置



## (1) 必要な時期に適切な権利擁護の支援につなぐ体制の整備

支援が必要な方を早期に把握し、適切な支援につなぐため、地域の関係者同士のネットワークを整備します。

また、介護サービス等の利用者のうち、権利擁護支援が必要な方を適切な時期に制度につなげるため、個々のスキルに応じた実践に生かせる研修を継続的に実施し、支援関係者の知識の向上を図ります。

### 【現状】

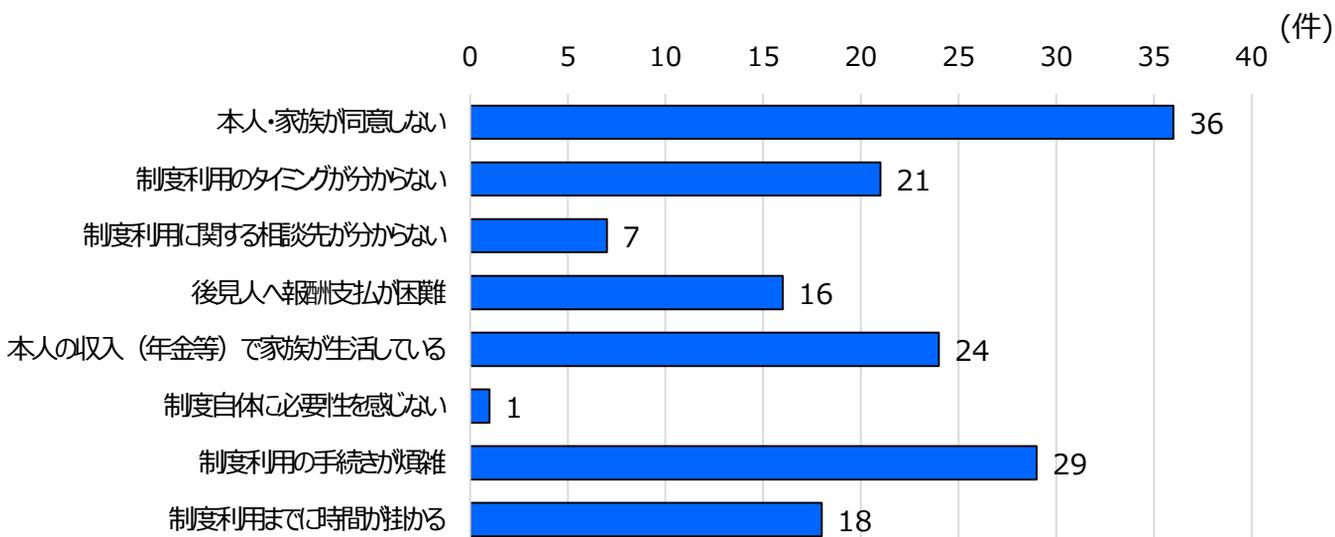
地域包括支援センターへの権利擁護に係る相談件数は年々増加しており、潜在的に支援を必要とする方は多く存在すると推測されます。

また、ケアマネジャー・相談支援専門員からは、近い将来、成年後見制度が必要になるケースであることは承知しているものの、どのタイミングで制度につなぐのがよいか分からないとの声があります。

### 【今後の方針】

- ・ 地域の関係者から支援が必要な方の情報が地域包括支援センターに届くよう、地域の関係者同士のネットワークを整備します。
- ・ 地域包括支援センター職員、ケアマネジャー及び相談支援専門員が必要なタイミングで成年後見制度等につなげられるよう、支援関係者の知識・スキルの向上を図ります。

### 【成年後見制度の利用を阻害する要因（介護支援専門員等アンケート調査）】



## 【実施事業】

### ◆ 地域の関係者同士のネットワークの整備

地域の関係者が支援の必要な方に気付き、必要な支援につなぐため、地域ケア会議など関係者が集まる機会に権利擁護に関する啓発を行うとともに、相談窓口を周知します。

支援が必要な方の早期把握を進める取組である、認知症の早期発見の取組、高齢者等見守り事業、自殺対策など他の事業との連動によるネットワーク整備を図ります。

### ◆ 支援関係者の知識及びスキルの向上

支援関係者各個人のスキルに応じて、段階的かつ継続的に学ぶとともに、弁護士や司法書士等を含めた多職種連携の機会を兼ねた研修を実施します。

## (2) 成年後見制度等を安定的に利用継続できる体制の整備

弁護士等専門職が個別ケア会議や相談・支援に関与することで、専門的知見に基づく適時適切な支援を行うとともに、多職種連携によるチーム支援を促進します。

あわせて、成年後見制度等の利用者が安定的に利用継続ができるよう、将来不足することが懸念される後見人の確保策等を検討します。

## 【現状】

個別ケア会議では、健康状態、認知症の諸問題など最も優先する課題の解決策を検討するため、将来的に成年後見制度等が必要なケースであっても、制度利用について十分な検討がなされない場合があります。

また、核家族化や未婚者の増加などから、今後、身寄りのない方や親族からの支援が受けられない方が増えることが想定されるため、支援関係者が抱える課題を共有し対応を検討する必要があります。

今後、認知症高齢者等の増加に伴い、成年後見制度等が必要な方の増加も予測され、専門職以外の後見人の確保が必要です。

## 【今後の方針】

- 弁護士等の専門職の関与により適切な支援を行うことができるよう、支援関係者が専門的助言を受けられる仕組みを整備します。
- 身寄りがない方、親族からの支援が受けられない方への対応方法を整理し関係者間で共有します。
- 将来的な後見人の必要数を把握した上で、法人後見の拡充や支援員の養成について、関係機関と共に取組を実施します。

## 【実施事業】

### ◆ 弁護士・司法書士・社会福祉士による多職種チーム支援のバックアップ

---

中核機関が支援関係者の相談窓口となり、随時、弁護士等のアドバイザーからの助言を受けられる体制を整備します。

アドバイザー協力の下、個々のケースに適した専門職を支援チームに加えられるように、中核機関・地域包括ケア総合推進センターが個別ケア会議の参集者の調整などのコーディネートを実施します。

### ◆ 身寄りがない、又は、親族の支援を受けられない方への対応方法等の整理

---

医療・介護・福祉・司法の多職種による協議の場を設け、身寄りがない方、親族からの支援が受けられない方の課題を関係者間で共有し、各職種の役割を明確化し対応方法の整理を行います。

### ◆ 助成制度の見直し及び後見人確保策等の検討

---

制度の利用者や生活困窮者の実態を把握し、生活困窮を理由に制度が利用できないことがないよう、助成制度を見直しを検討します。

あわせて、成年後見制度のニーズの増加に対応するため、法人後見の拡充や支援員の養成について、関係機関と共に取組を実施します。

### (3) 市民啓発

成年後見制度や相談窓口の周知に加え、将来の備えとして自身の意向を整理し周囲に伝えておくことの重要性を啓発します。

また、障がい者が自身の親などの亡き後も生活を維持し続けられるように、障がい者の家族に対する啓発を実施します。

#### 【現状】

従来行ってきた制度周知のための講演会では、関心のある人の参加が多い傾向であり、制度自体に関心はなくとも将来の不安を抱える方に情報を届ける手法に見直すことが必要です。

また、障がい者の親が亡くなった後、従来どおりの生活を維持するには事前の備えが必要ですが、実際は、親が高齢になるまで将来の備えに対する検討がなされない事例が多く存在します。

#### 【今後の方針】

- 市民が将来の備えとして、自身の意向を考え、それを整理し支援者や家族に伝えることができるよう、在宅医療・介護連携推進事業と連動した啓発活動を実施します。
- 障がい者が、自身の親の亡き後も本人の意向に沿った生活を維持できるよう、相談支援事業所との協働により、家族への啓発を実施します。
- 消費者被害にあっているが気付いていないなど、正に今支援が必要になっている人を周囲がその変化に気づき、相談・支援につなげることができるよう、地域や支援関係者への啓発を実施します。

**【実施事業】****◆ 圏域別市民啓発講座、出張講座の開催(再掲)**

要介護認定を受ける前の早めの段階から、将来に向けた備えと話し合いの必要性を啓発する講座を開催します。(在宅医療・介護連携の取組と合わせて実施)

**◆ 「わたしの安心ノート」の普及**

支援や介護が必要になる前に自身の意向を書き留める「わたしの安心ノート」を啓発講座等で周知するとともに、設置箇所の拡大を図ります。

**◆ 障がい者の親や家族への啓発講座の開催**

相談支援事業所と協働で障がい者の家族への啓発講座を実施します。

**◆ 地域の関係者同士のネットワークの整備(再掲)**

地域の関係者が支援が必要な方に気付き、必要な支援につなぐため、地域ケア会議など関係者が集まる機会に権利擁護に関する啓発を行うとともに、相談窓口を周知します。

支援が必要な人の早期把握を進める取組である、認知症の早期発見の取組、高齢者等見守り事業、自殺対策など他の事業との連動によるネットワーク整備を図ります。

#### (4) 高齢者虐待への対応

虐待の早期発見、高齢者と養護者への適切な支援や介入を実施するため、介護関係職員の知識や観察力の向上、支援関係者間で協働するネットワークの連携を推進します。

また、民生委員・児童委員や地域住民など高齢者の身近な関係者等に対し、虐待への理解と気付きを促し、速やかな通報につなげるため、広く啓発します。

#### 【現状】

虐待の背景には、認知症状の進行に伴い、介護者の負担が増加することや、認知症に対する知識が十分でないことにより適切なケアが行われない場合などがあります。

虐待（疑いを含む。）の通報はこれまで同様に警察を通じたものが多いですが、ケアマネジャーや医療機関からの通報も増えてきています。地域住民や民生委員・児童委員など的高齢者の身近な関係者等からの通報は依然として少ない状況です。

虐待を未然に防ぎ、早期対応により問題が深刻化する前に対応するためには、高齢者にとって身近な存在である、ケアマネジャーや介護サービス事業所職員、民生委員・児童委員が虐待のリスクの高いケースに早期に気付くことが必要です。

#### 【今後の方針】

- ・ ケアマネジャーや介護サービス従事者、民生委員・児童委員に対し、高齢者虐待の現状を理解してもらうとともに、虐待につながるリスクや早期に発見するための観察の視点、虐待ケースへの対応方法などについての研修を実施し、高齢者等からの相談に適切に対応できる体制を強化します。
- ・ 民生委員・児童委員へ支援が必要な人の気付きの視点をまとめたチェックシートを配布するとともに、虐待は高齢者の権利侵害であることを市民に広く周知し、虐待の疑いがある場合は、速やかに通報するよう引き続き啓発します。
- ・ 高齢者やその家族に対しては、地域包括支援センターを中心にケアマネジャー等関係機関が連携し、虐待の原因となっている問題の解決に向け、介護サービスの調整や医療機関への受診支援などを行います。

## 7 安定した介護保険サービスの充実

安定した介護保険事業を運営するため、利用者のニーズを把握し、長期的視点に立った施設整備を進めるとともに、在宅生活の継続に必要なサービスを拡充するなど事業を適正かつ円滑に実施します。

### (1) 介護保険サービスの拡充

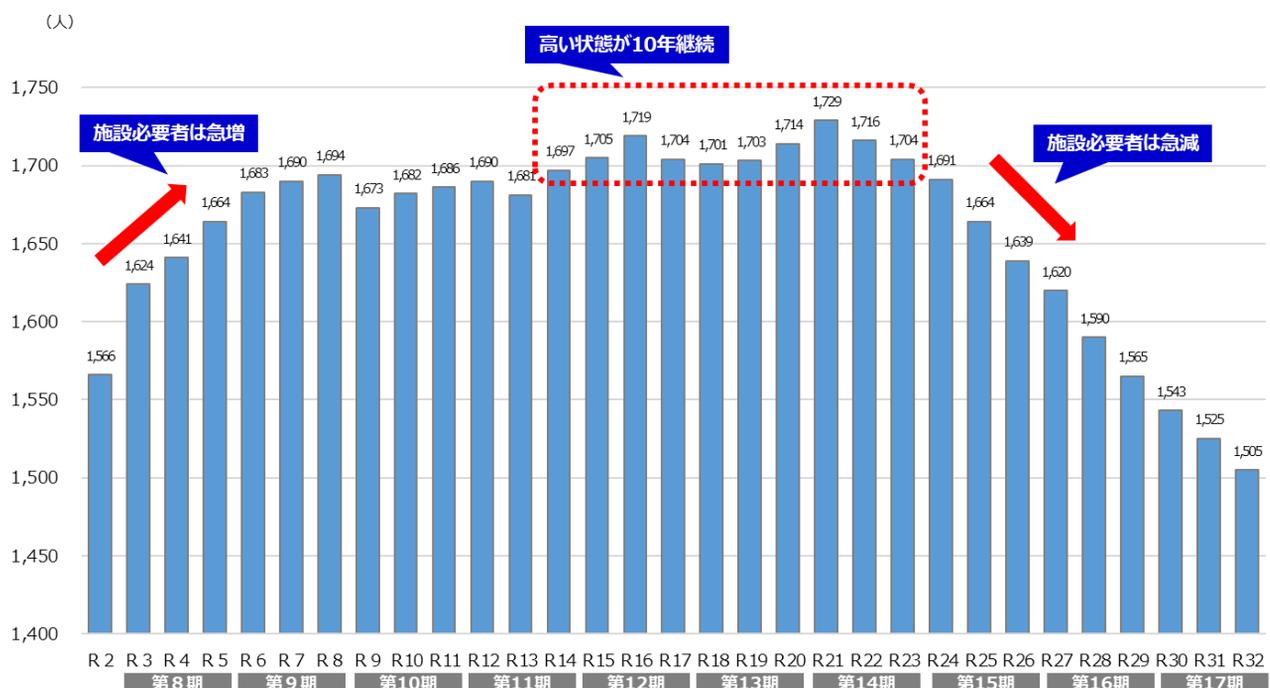
高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指す地域包括ケアの考え方を踏まえ、在宅生活が困難な高齢者や施設入所の待機者に対するサービスを確保するため、居宅サービスや地域密着型サービスの拡充を図り、長期的な視点に立った施設整備を進めていきます。

#### 【現状】

高齢者人口の中で85歳以上の方が増加していることや、高齢者のみ世帯が増加していることに伴い、施設入所が必要な人の増加が見込まれます。

一方で、介護サービスの提供を担う人材の不足が顕在化しています。中でも在宅生活の維持に必要な訪問介護は、従事者の高齢化等により今後提供量の不足が懸念されます。

#### 【介護保険施設入所必要者の推計】



推計方法・・・要介護3以上の寝たきり・認知症重度の認定者+要介護1・2入所者の推計に高齢者のみ世帯の伸び率を乗じて算定  
(介護予防・重度化防止の取組による効果を反映)

## 【介護保険サービス種類別事業所数の推移】

	H30年度		R元年度		R2年度		R2年度末 (見込み)	
	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)
居宅介護支援	33	—	32	—	31	—	31	—
介護予防支援	5	—	5	—	5	—	5	—
居宅サービス	99	1,149	99	1,123	98	1,143	98	1,153
訪問介護	19	—	19	—	20	—	19	—
訪問入浴	3	—	3	—	3	—	3	—
訪問看護	9	—	8	—	7	—	7	—
通所介護	19	558	18	532	19	562	19	562
通所リハビリ	8	220	8	220	7	205	7	205
短期入所生活介護	10	229	9	219	9	219	10	229
短期入所療養介護	8	—	8	—	8	—	8	—
特定施設入居者 生活介護	3	151	3	151	3	151	3	151
福祉用具販売	10	—	11	—	11	—	11	—
福祉用具貸与	10	—	11	—	11	—	11	—
地域密着型サービス	30	455	30	460	31	467	34	546
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1	—	1	—	1	—	1	—
夜間対応型訪問介護	0	—	0	—	0	—	0	—
認知症対応型 通所介護	4	20	4	20	4	23	5	26
小規模多機能型 居宅介護	5	133	5	133	5	133	5	133
看護小規模多機能型 居宅介護	0	—	0	—	0	—	1	29
地域密着型通所介護	11	136	11	141	11	145	11	145
認知症対応型 共同生活介護	7	108	7	108	7	108	8	126
地域密着型介護老人 福祉施設	2	58	2	58	2	58	3	87
施設サービス	15	1,268	15	1,268	14	1,268	14	1,316
介護老人福祉施設	6	490	6	490	6	490	6	490
介護老人保健施設	6	550	6	550	5	490	5	490
介護療養型医療施設	3	228	3	228	0	—		
介護医療院					3	288	3	336
合計	182	2,872	181	2,851	179	2,878	183	3,015

※令和2年度末（見込み）以外は、各年度4月1日現在

## 【今後の方針】

- 施設入所必要者数は、令和21年度をピークに急速に減少するため、第10期までを整備期間の目途とし、まずは、ニーズが急増する期間である第8期及び第9期に施設整備を行い、あわせて在宅サービスを担う介護人材の確保に重点的に取り組みます。
- 日常生活圏域によって施設サービスや居宅サービスが偏らないよう、事業者と連携しながら、計画的な介護保険サービスの基盤整備に努めます。
- 認知症高齢者の増加に対応するため、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）を2施設、整備します。
- 特別養護老人ホームの入所申込者の実態を見ると、在宅生活が困難な低所得高齢者など特に入所の必要性の高い方が多数見受けられます。この実態を踏まえ、地域密着型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を1施設、整備します。
- 身体状況や経済状況など様々な高齢者の多様なニーズに応じるため、特定施設（介護付きサービス付き高齢者向け住宅）を1施設、整備します。
- 事業者への整備に係る情報提供や事業者との意見交換の場を設けるなどにより、計画的な施設整備の促進に向けた働き掛けを行っていきます。
- 地域共生社会の実現に向けて、共生型サービスの実施について適切に対応します。

## 【実施事業】

### ◆ 介護サービス事業者の指定

---

介護サービス事業者の指定に当たっては、公募により公平・公正で透明性のある事業者選定を行い、良質なサービスの確保を図ります。

## 【地域密着型サービスの基盤整備計画】

	R3年度		R4年度		R5年度		計	
	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)
地域密着型サービス	—	—	1	18	2	47	3	65
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	—	—	—	—	—	—	—	—
夜間対応型訪問介護	—	—	—	—	—	—	—	—
認知症対応型通所介護	—	—	—	—	—	—	—	—
小規模多機能型居宅 介護	—	—	—	—	—	—	—	—
看護小規模多機能型 居宅介護	—	—	—	—	—	—	—	—
地域密着型通所介護	—	—	—	—	—	—	—	—
認知症対応型共同生活 介護	—	—	1	18	1	18	2	36
嵐北圏域	—	—	1	18	—	—	1	18
嵐南圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
井栗大崎圏域	—	—	—	—	1	18	1	18
大島圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
栄圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
下田圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	—	—	—	—	1	29	1	29
嵐北圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
嵐南圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
井栗大崎圏域	—	—	—	—	1	29	1	29
大島圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
栄圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
下田圏域	—	—	—	—	—	—	—	—

## 【特定施設（介護付有料老人ホーム）の基盤整備計画】

	R3年度		R4年度		R5年度		計	
	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)
特定施設入居者 生活介護	1	50	—	—	—	—	1	50
混合型特定施設	1	50	—	—	—	—	1	50
介護専用型特定施設	—	—	—	—	—	—	—	—

## 【広域型施設等の基盤整備計画】

	R3年度		R4年度		R5年度		計	
	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)	事業 所数 (か所)	定員 (人)
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1	57 (7人追加)	—	—	—	—	1	57
介護老人保健施設	—	—	—	—	—	—	—	—
介護医療院	—	—	—	—	—	—	—	—

## 【基盤整備後※の介護保険サービス種類別事業所数等の見込み】

	R3年度		R4年度		R5年度	
	事業所数(か所)	定員(人)	事業所数(か所)	定員(人)	事業所数(か所)	定員(人)
居宅介護支援	31	—	32	—	33	—
介護予防支援	5	—	5	—	5	—
居宅サービス	100	1206	101	1206	101	1206
訪問介護	20	—	21	—	21	—
訪問入浴	3	—	3	—	3	—
訪問看護	7	—	7	—	7	—
通所介護	19	562	19	562	19	562
通所リハビリ	7	214	7	214	7	214
短期入所生活介護	10	229	10	229	10	229
短期入所療養介護	8	—	8	—	8	—
特定施設入居者生活介護	4	201	4	201	4	201
福祉用具販売	11	—	11	—	11	—
福祉用具貸与	11	—	11	—	11	—
地域密着型サービス	23	401	24	419	26	466
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	—	1	—	1	—
夜間対応型訪問介護	0	—	0	—	0	—
認知症対応型通所介護	5	26	5	26	5	26
小規模多機能型居宅介護	5	133	5	133	5	133
看護小規模多機能型居宅介護	1	29	1	29	1	29
認知症対応型共同生活介護	8	126	9	144	10	162
地域密着型介護老人福祉施設	3	87	3	87	4	116
施設サービス	15	1323	15	1323	15	1323
介護老人福祉施設	7	497	7	497	7	497
介護老人保健施設	5	490	5	490	5	490
介護医療院	3	336	3	336	3	336
合計	174	2930	177	2948	180	2995

※ 基盤整備後：施設については、整備に着手した年度

## (2) 介護給付等適正化の推進

介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスが事業者から適切に提供されるよう取組を進めます。

### ア 公平・公正かつ適正な要介護（要支援）認定の実施

#### 【現状】

介護認定率は、全国、県と比較すると2ポイント程度低く、比較的軽度者の割合が高い傾向があります。

また、全国、県と比較して、認定結果が非該当となる割合がやや高く、新規認定者の原因疾患別で見ると、認知症による申請者が非該当者又は軽度者となることが多い状況です。

認定調査票については、全件チェックを行っていますが、特に、認知症の方やその疑いのある方については、丁寧に確認を行い、必要に応じて再確認を行っています。

さらに、介護認定調査員に対しては、県が実施する各種調査員研修に加え、調査項目の判断や調査票への記載方法のバラつきをなくし、統一的な調査を行うための勉強会を定期的の実施しています。

介護認定審査会においては、公平・公正かつ適正な審査判定を実施するため、定期的な研修により審査会委員が必要な知識・技能を向上させ、審査判定の適正化及び平準化を図っています。

#### 【今後の方針】

- ・ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることや、認知症に様々な病態があるため、より適正な認定調査を行うため、認知症に関する勉強会を実施し理解を深めます。
- ・ 公平・公正な要介護（要支援）認定が適正な介護保険サービスの利用につながることから、引き続き、介護認定審査会委員や認定調査員を対象とした定期的な研修を実施し、適正な要介護（要支援）認定の推進を図ります。

## イ 適正な介護保険サービスの実施

### 【現状】

適正に介護保険サービスを利用するためには、ケアマネジメントの適切な実施が必要です。

しかし、実際には自立を促すという視点でなく本人や家族の希望に沿って作成されたケアプランが見受けられるため、利用者の状態に応じた自立支援に資するケアプランになっているかなどの点検を行い、その質の向上に努めています。

介護サービス事業所への実地指導や介護保険サービスの種類別の集団指導等を通じ、適正なサービスの提供と質の向上を図っています。

### 【今後の方針】

- 自立支援の考え方を浸透させるため、市民啓発、支援関係者への研修を実施します。
- ケアプランの記載内容の点検を通じケアマネジャーに対する指導や助言を行うとともに、実地指導を行うなど介護保険サービスの適正な提供と利用を推進します。
- 介護サービス事業所への実地指導は、6年の指定更新期間ごとに1回以上として計画的に実施することに加え、集団指導の実施や自己点検の促進などにより、総合的な指導を行います。

### 【実施事業】

#### ◆ 介護給付適正化事業

---

介護給付の適正化を図るため、適切な介護保険サービス（利用のタイミングやサービス内容等）が提供されているかどうかの観点から、ケアマネジャーが作成したケアプランの点検を行うとともに、実地指導としてヒアリングを行い課題を洗い出します。

また、住宅改修・福祉用具購入等に関する点検・現地調査、介護給付費の縦覧点検、介護給付費と医療情報との突合点検を実施します。

#### ◆ リハビリテーション専門職によるケアマネジャーが行うアセスメント支援（再掲）

---

リハビリテーション専門職が利用者の自宅に同行訪問し、ケアマネジャーと共に、生活課題を明確にし、改善の可能性の判断や、利用者及び家族との合意形成などを支援することで、ケアマネジメントの質の向上に取り組みます。

#### ◆ 介護サービス事業者への指導・監督

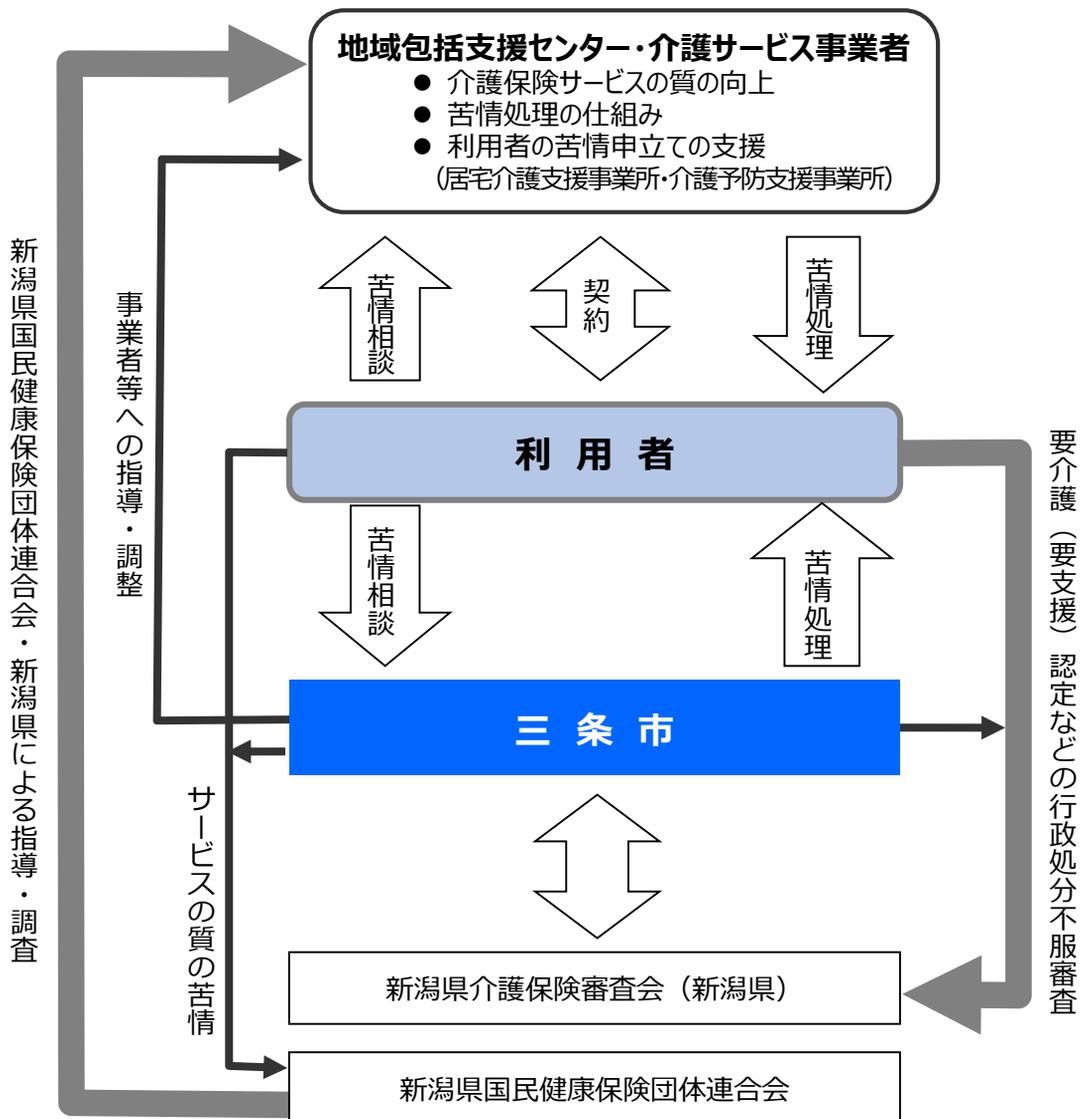
---

介護サービス事業者に対し、指定基準の遵守の徹底及び不正請求の防止などを重点とした立入検査を行うとともに、集団指導や事業者による自己点検の促進などの総合的な指導を行います。

◆ 苦情処理体制の的確な運用

被保険者や利用者を保護するための措置として、介護保険サービスに対する不満や苦情については新潟県国民健康保険団体連合会に相談でき、要介護（要支援）認定や保険料についての不服は、新潟県介護保険審査会に申し立てることができます。こうした体制を広く周知するとともに、身近なところで気軽に相談できるよう、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者と協働し相談体制の充実を図ります。

【介護保険における苦情処理体制】



### (3) 在宅介護を支援するサービスの充実

介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活が続けられるように、本人やその介護者に対して福祉サービスなどを提供するとともに、ニーズを踏まえたサービスの提供内容の充実に努めます。

#### 【現状】

高齢者の多くは、介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で生活することを望んでいるため、介護を必要とする方とその家族が在宅生活を安心して過ごすことができるように支援していく必要があります。

介護保険の介護給付や予防給付のほかに、市独自で在宅介護を支える福祉サービスを実施しています。

#### 【今後の方針】

- 要介護者に対しては、紙おむつ購入費の助成などにより経済的な負担軽減を図るとともに、快適な生活が営めるように布団の乾燥や丸洗い、訪問理美容サービスの援助などを行います。
- 介護者に対しては、介護手当の支給などにより慰労を図るとともに、介護の知識・技術を学ぶ機会や交流の場を提供し、介護者の身体的、精神的な負担軽減に努めます。
- 一人暮らし高齢者等が安心して自立した生活を送ることができるよう、安否確認につながる緊急通報装置や福祉電話の貸出しを継続して実施します。
- 住宅改修に必要な費用の補助や手続の支援などを行います。

**【実施事業】****◆ おむつ購入費助成事業**

在宅で要介護1以上の認定者のうち、紙おむつが必要な方に紙おむつ購入費の一部を助成します。

**◆ 寝具乾燥等事業**

在宅で要介護3以上の認定者に寝具の乾燥等及び丸洗いのサービスを実施します。

**◆ 訪問理美容サービス助成事業**

在宅で要介護3以上の認定者が市内の理容店や美容店に出張理美容サービスを依頼した場合、出張料相当額を助成します。

**◆ 介護手当支給事業**

在宅で要介護3以上の認定者を介護している方に介護手当を支給します。

**◆ 老人短期入所事業**

やむを得ない事情により、介護者が一時的に自宅等で介護ができない場合など、指定した施設へ短期入所していただくことで、介護等が必要な方を支援します。

**◆ 家族介護支援事業**

介護者を対象に介護のコツを学ぶ機会や交流の場を提供します。

**◆ 高齢者生活支援事業**

電話を設置していない75歳以上の市民税が非課税の一人暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯を対象に福祉電話の貸出しを行います。また、75歳以上の一人暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯を対象に緊急通報装置（火災警報器付）を貸し出します。

**◆ 高齢者住宅整備補助事業**

要介護（要支援）認定者の居住する住宅をその身体状況に適した居住環境に改修する場合、その費用の一部を補助します。（介護保険の住宅改修費と併用可）

**【実施事業】****◆ 住宅改修支援事業**

---

ケアマネジャー等が行った住宅改修費支給申請に対し、その費用の一部を補助します。（居宅介護支援等の提供を受けた場合を除く。）

#### (4) 市民及び支援関係者への介護保険制度の理念の理解促進

介護保険制度は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となっても、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため国民の共同連帯の理念に基づき創設されたものです。

この理念に基づく介護保険の運営ができるよう、市民及び支援関係者に対する自立支援の考え方の理解促進に努めます。

##### 【現状】

介護保険制度の理念では、介護事業所においては自立支援に資するサービス提供、市民にとっては自立のために予防や重度化防止に取り組むことが基本となっていますが、現実的には、自立と言うよりも生活上の困りごとを単にサービスで補完するために介護保険を利用するという考え方が根強い状況です。改めて、市民を始め、支援関係者への介護保険制度の理念の理解を促進することが必要です。

##### 【今後の方針】

- ・ 自立支援の考え方を浸透させるため、市民啓発、支援関係者への研修を実施します。  
(自立支援・重度化防止及び介護予防の取組と連動)
- ・ 介護事業所への実地指導に当たり、自立支援・重度化防止の観点から適切なサービス提供が行われているかヒアリングを実施します。
- ・ ケアプラン作成時にケアマネジャーがリハビリテーションの必要性を見極められるよう、リハビリテーション専門職とケアマネジャーの連携を進めるとともに、その必要性を市民に伝え利用促進を図ります。

##### 【実施事業】

#### ◆ 自立支援の啓発及びケアマネジメント支援

市や地域包括支援センターに市民から介護に関する相談があった際に、介護保険の理念である自立支援の考え方及びケアマネジャーの役割について丁寧に説明します。

また、ケアマネジャーが自立支援に資するケアプランを作成し、利用者及び家族との合意形成ができるよう支援を行います。(ケアマネジメント支援は [ページに記載](#))

(5) 医療・介護人材確保策の研究

2025年（令和7年）には団塊の世代が75歳以上になり、医療・介護ニーズが飛躍的に増加していくことが予想されます。ニーズの増加に合わせて、医療・介護を担う従事者も増加させていく必要があります。国や県による人材確保の取組がなされているものの、医療・介護現場では人材不足が顕在化しており、深刻な問題になる前に対処するため、人材確保策の研究を行います。

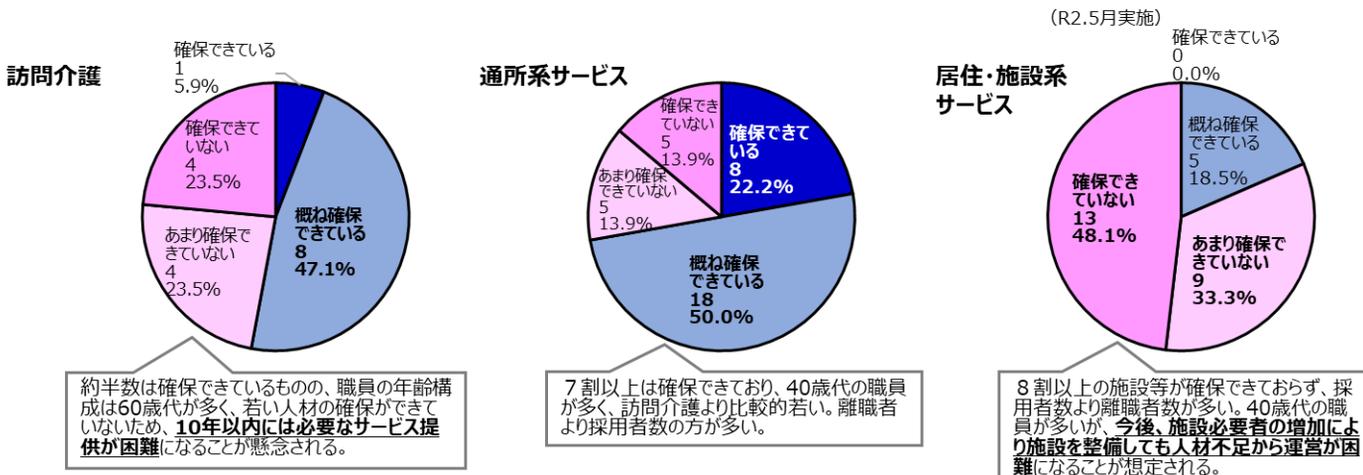
【現状】

介護事業所へのアンケートの結果から、人材確保が困難になりつつある現状が明らかになり、特に訪問介護、介護施設の職員不足が問題になってきています。

今後の更なる高齢化や介護人材不足を見据え、介護職以外が行うことができる生活支援分野の担い手確保により介護を補完する取組を進めていますが、介護従事者の確保には至りません。

また、医療の現場では、新潟県、特に県央医療圏は医師を始めとする医療従事者が少なく、また、医師の高齢化も進んでおり、今後の医療ニーズの増大に対処する方策の研究が必要です。

【介護保険事業所等における人材確保状況】



(単位：人)

年齢 (採用・離職年齢時)	訪問介護						通所系サービス (通所介護・通所リハ等)						居住・施設系サービス (グループホーム・介護保険施設等)						
	職員数		採用者数		離職者数		職員数		採用者数		離職者数		職員数		採用者数		離職者数		
	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	正規	非正規	
20歳未満	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	3	2	0	0
20～29歳	4	2	1	2	1	1	36	0	5	2	3	2	142	18	18	6	12	1	
30～39歳	19	9	5	0	1	1	97	26	7	8	4	4	215	42	18	9	18	4	
40～49歳	31	22	5	4	0	3	117	32	15	7	10	5	270	48	18	10	23	6	
50～59歳	30	23	5	2	4	1	66	20	5	10	6	6	177	37	8	6	14	4	
60～69歳	14	82	2	3	0	3	23	43	0	8	1	8	39	50	2	7	7	6	
70～79歳	0	25	1	2	0	4	0	7	0	1	0	2	3	6	0	0	0	0	
年齢不明	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	98	163	19	13	6	13	339	130	32	36	24	27	849	203	67	40	74	21	

## 【今後の方針】

- 介護従事者については、県の施策の動向や他市の事例を参考に人材確保策を研究します。
- ケアマネジャーの人材確保のため、総合事業に係る計画作成費の増額を行います。
- 医療従事者については、中学生の職場体験などを通じ将来の人材確保につながる長期的な視点に立った取組を進めていきます。

## (6) 災害及び感染症に対する備えの検討

近年、全国で災害が多く発生しており、災害時要援護者支援者に関する取り組みが重要となっています。

また、介護保険施設は、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、感染症発生に備えた対応も必要となってきています。

### 【現状】

災害については、平成16年、23年と2度の大きな水害に見舞われ、これらを教訓として、災害に対応できる体制を構築してきました。そして、災害時要援護者名簿を作成し、定期的に更新を行っています。災害時には、介護保険事業所や自治会、自主防災組織、民生委員に対して、情報発信を行い、連携して避難支援や情報伝達支援を行います。

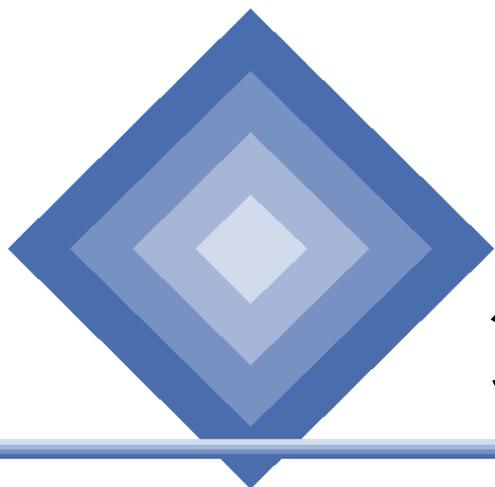
感染症については、県と連携、協力して、介護サービス事業者に情報伝達を行っています。また、介護保険サービス事業所の実地指導において、感染症対策を確認し、必要な指導を行っています。

### 【今後の方針】

- 災害発生時に避難支援や情報伝達支援が速やかに行えるように、災害時要援護者名簿の定期的な更新を行います。
- 介護サービス事業者に対して、感染症防止に関する取組の徹底を求めるとともに、感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制の構築に向け、県と連携して進めていきます。

## ◆ 災害時要援護者対策

一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯等のうち、重度の障がい者や要介護3以上の認定者などで、災害が起きたときに手助け（支援）を必要とする方の名簿（災害時要援護者名簿）を作成し、自治会、民生委員・児童委員、消防団、介護サービス事業者、自主防災組織で日頃から情報を共有することにより、地域全体で要援護者を見守る体制づくりを推進し、それぞれの役割に応じた情報伝達や避難支援を行います。



## 第6章

### 本計画の目標値

## 第6章 本計画の目標値

### 1 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
個別ケア会議実施回数(回)	18	16	10	15	15	15
圏域地域ケア会議実施回数 (回)	34	33	28	23	23	23
自立支援型地域ケア 個別会議実施回数(回)	7	10	5	7	7	7

### 2 在宅医療・介護連携の推進

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
三条ひめさゆりネット登録者 数(人)	420	473	1,700	2,900	4,100	5,300
三条ひめさゆりネット導入機 関数(件)	96	77	90	100	110	130
医師、訪問看護師等の医療 職と連絡を取り合うケアマネ ジャーの割合(%)	—	86	—	—	—	100
ケアマネジャー又は地域包括支援 センターと連絡を取り合う診療所数	—	18	—	—	—	31
意思決定支援研修会を受講 したケアマネジャーの割合(%)	—	—	20	50	80	100
介護が必要となったときのこを 家族や周囲と話し合っている 高齢者の割合(%)	—	—	29.6	—	—	増加

### 3 生活支援体制の整備

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
集いの場の数(か所)	410	411	408	490	520	520
地域の見守り体制が整備され ている自治会数(か所)	—	66	151	174	197	221
見守り活動をする人の数が旧 小学校区単位で2人以上確 保されている地区数(地区)	—	7	11	15	19	23

## 4 自立支援・重度化防止及び介護予防の推進

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
社会参画活動を行っている人の割合(%)	54.9 (H29調査)	—	60.7	62.0	63.0	64.0
セカンドライフ応援ステーション登録者数(人)	884	1,038	1,270	1,400	1,500	1,600
セカンドライフ応援ステーションマッチング件数(件)	9,551	13,011	15,670	15,800	16,000	16,200
要介護・要支援認定者の状態の改善率(%)	14.82	13.62	13.60	14.08	14.54	14.99
要介護・要支援認定者の状態の悪化率(%)	44.93	39.52	39.50	45.73	44.60	43.47

## 5 認知症施策の推進

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
認知症に関する市の取組として地域包括支援センターを知っている市民の割合(%)	—	—	32	—	—	増加
ケアマネジャー又は地域包括支援センターと連絡を取り合う診療所数(か所)	—	18	—	—	—	31
認知症に関する研修を実施している事業所の割合(%)	—	—	62	—	—	86
認知症の人や家族に対し支援できる人の割合(%) ①地域での見守りや声掛け ②徘徊高齢者等を見付けた場合の保護	—	—	①52.9 ②48.0	—	—	増加
小中学校のサポーター養成講座実施校数(校)	5	4	5	12	19	23
介護者で認知症カフェを知っている人の割合(%)	—	—	24.6	—	—	増加

## 6 権利擁護の推進

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
権利擁護研修会を受講したケアマネジャーの割合(%)	30	—	50	70	90	100
介護が必要となったときのことを家族や周囲と話し合っている高齢者の割合(%)	—	—	29.6	—	—	増加
認知症に関する市の取組として地域包括支援センターを知っている市民の割合(%)	—	—	32	—	—	増加

## 7 安定した介護保険サービスの充実

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
紙おむつ購入費助成事業 (人)	2,059	2,034	2,037	2,068	2,099	2,134
寝具乾燥等事業(人)	60	54	71	67	65	64
訪問理美容サービス助成事 業(人)	32	37	35	35	36	37
介護手当支給事業(人)	846	842	837	838	839	840
高齢者生活支援事業(人) (福祉電話)	19	16	14	15	16	16
高齢者生活支援事業(人) (緊急通報装置)	343	335	329	340	345	348
高齢者住宅整備補助事業 (人)	13	11	12	12	13	14
住宅改修支援事業(人)	10	5	7	8	8	8

## 8 関連施設の定員数等

	H30年度	R元年度	R2年度 (見込み)	R3年度	R4年度	R5年度
有料老人ホーム(人)	127	127	127	177	177	177
サービス付き高齢者向け住宅 (人)	227	227	227	227	227	227
ケアハウス(人)	100	100	100	100	100	100
養護老人ホーム(人)	100	100	100	100	100	100