



概要版

三条市高齢者福祉計画  
第9期介護保険事業計画

計画期間

令和6年度 ▶ 令和8年度



三条市

令和6年3月

# \* 01

## 計画策定の基本的な考え方

### 計画策定の趣旨

三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画は、「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」を目指す姿とし、その実現に向けて、これまで構築してきた「地域包括ケアシステム」を深化・推進しつつ、その提供基盤を将来にわたり堅持すべく、各種施策を着実に実施していくため策定したものです。

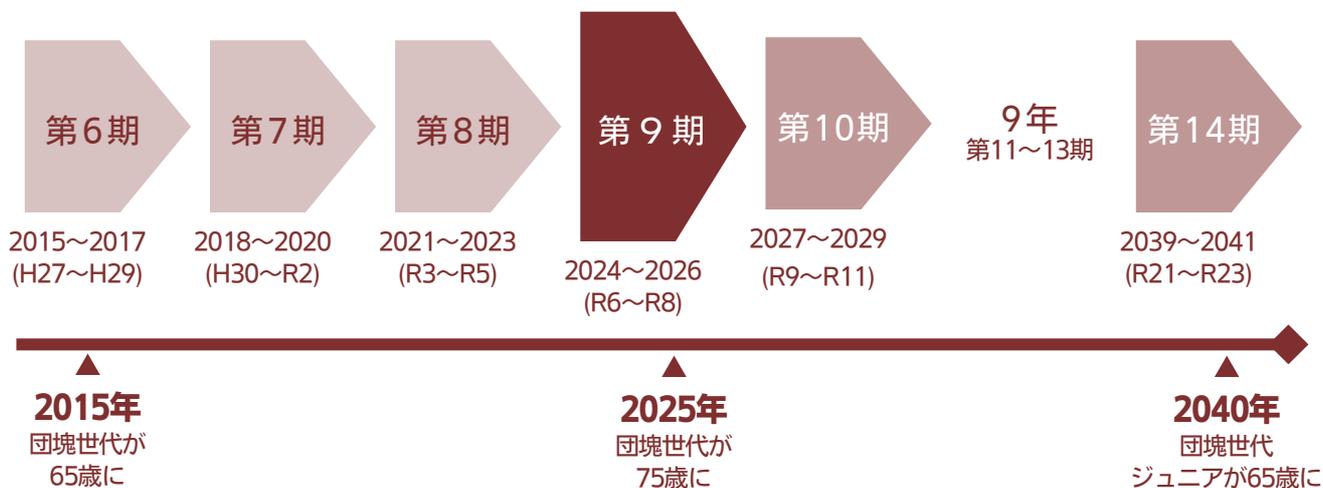


目指す姿

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

### 計画期間

令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間としています。



＊  
02

# 高齢者を取り巻く状況と課題

## 介護保険サービス需要の更なる増加

本市においても、総人口が減少する中、高齢化率は令和5年10月1日現在で33.6%となっており、2040年(令和22年)には、県平均を超え、40.2%まで上昇する見込みです。

令和5年  
**33.6%**

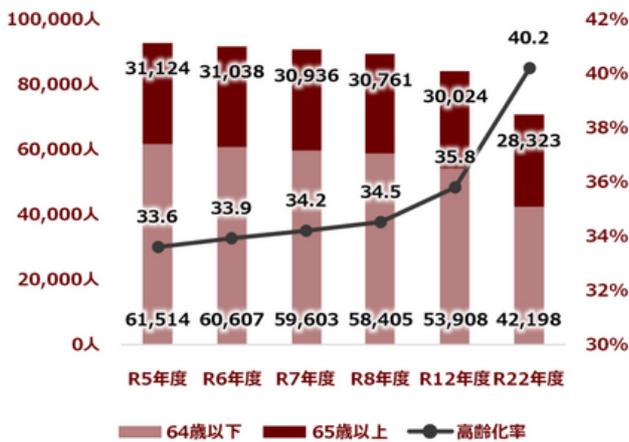
令和22年  
**40.2%**



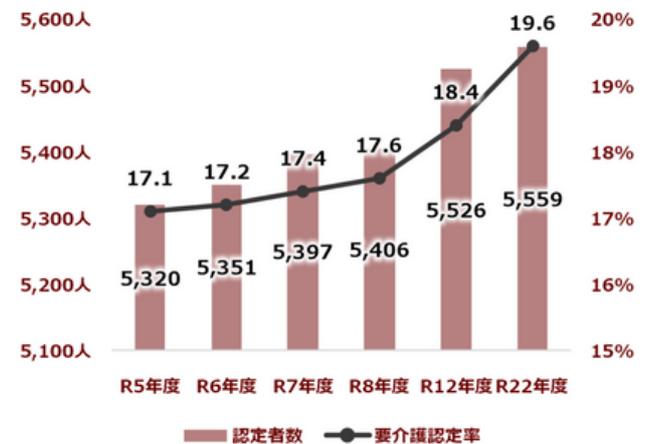
三条市の高齢化率

限られた社会資源の中でも持続可能な介護保険サービスの提供基盤の整備が必要

【高齢者人口の将来推計】



【要介護認定者数の将来推計】



## 複数の課題を抱える世帯の顕在化

核家族化や地域のつながりの変容などにより、複数の生活上の課題を抱える世帯のニーズが顕在化しています。

高齢分野のみならず、分野横断的に対象世帯を支援する仕組みづくりが必要



＊  
03

## 日常生活圏域の設定

日常生活圏域<sup>(\*1)</sup>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い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、大崎学園区
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。

(\*1)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

＊  
04

## 施策の体系

基本目標	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 地域包括ケア総合推進センターの体制見直しと機能強化</li> <li>(2) 障がい者福祉や児童福祉など他分野との連携促進</li> <li>(3) 地域包括支援センターの業務負担軽減と機能強化</li> </ul>
2 在宅医療・介護連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 個別支援における多職種連携の強化</li> <li>(2) 意思決定支援の推進</li> <li>(3) 医療再編後の医療・介護連携の着実な推進</li> <li>(4) 在宅医療提供体制の確保</li> </ul>
3 生活支援体制の整備及び地域支え合いの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 生活支援サービスの充実</li> <li>(2) 地域の支え合い体制づくりの促進</li> </ul>
4 介護予防・自立支援及び重度化防止の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 外出・交流・社会参画機会の拡大とヘルスリテラシーの醸成及び向上</li> <li>(2) フレイルの早期発見・介入と重度化防止の取組の強化</li> <li>(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</li> </ul>
5 認知症施策の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症の方が安心して生活できる地域づくり</li> <li>(2) 認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保</li> <li>(3) 認知症の方の介護者に対する支援の充実</li> <li>(4) 適切な医療・介護サービスの提供</li> </ul>
6 権利擁護の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 必要な時期に適切な権利擁護支援につなぐ体制の強化</li> <li>(2) 成年後見制度等を安定的に利用継続できる体制の確保</li> <li>(3) 高齢者虐待防止対策の推進</li> </ul>
7 持続可能な介護保険制度を維持するための基盤の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 介護保険サービスの充実</li> <li>(2) 介護者支援のためのサービスの充実</li> <li>(3) 介護サービス提供基盤の強化</li> <li>(4) 介護給付等適正化の推進</li> <li>(5) 自立支援を理念とする介護保険制度の理解促進</li> <li>(6) 災害及び感染症への対策強化</li> </ul>

＊  
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

地域共生社会の実現に向けて、これまで構築してきた地域包括ケアシステムを深化・推進させ、障がい福祉・児童福祉など他分野との連携を一層強化し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための包括的な支援体制づくりを進めます。



### 地域包括ケア総合推進センターの 体制見直しと機能強化

地域包括ケアシステム構築の要である地域包括ケア総合推進センターへの必要な情報の集約と体制見直し、関係機関との更なる連携体制づくりを推進します。

- ◆必要な情報集約、各支援者等との連携強化のための、地域包括ケア総合推進センターの業務内容及び体制を見直します。
- ◆中核機関の体制整備と併せた、権利擁護に関する支援者（地域包括支援センター、相談支援事業所等）への支援強化のための中核機関とセンターとの役割分担の見直し・機能強化を図ります。

#### ！ 中核機関

全国どの地域に住んでいても、成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域における相談窓口を整備するとともに、権利擁護支援の必要な人を発見し、適切に必要な支援につなげる地域連携の仕組みである「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行う中核的な機関のことをいいます。



## 2

## 障がい者福祉や児童福祉など 他分野との連携促進

高齢分野のみならず、いわゆるヤングケアラー<sup>(\*)2)</sup>やひきこもりなど、課題が複雑化・複合化するケースに対し、属性や世代を問わず包括的に支援するため、重層的支援体制整備事業の本格実施に向けた体制づくりを進めるとともに、ICTを活用した各圏域ごとの関係機関同士の情報共有と連携を引き続き推進します。

- ◆重層的支援体制整備事業の令和7年度本格実施に向けた市の実施体制づくり、支援方法等を検討します。
- ◆既存の各支援者間で組織する各会議体の役割分担の整理・見直しを行うとともに、確実に市の取組に反映させるための分野横断的な検討体制を構築します。

## 3

## 地域包括支援センターの 業務負担軽減と機能強化

地域包括支援センターが持続可能な体制を確保できるよう、ICT活用やケアマネジメント業務の見直しなどにより、各センターの業務改善・効率化に必要な取組を実施します。

- ◆市と連携した施策等を円滑に行えるようにするため、ビジネスチャットツール<sup>(\*)3)</sup>等のICT活用による地域包括支援センター業務の効率化を進めます。
- ◆地域包括支援センターが総合相談事業やケアマネジャー支援等に十分に対応できる業務体制を維持できるよう、業務負担が大きい指定介護予防支援業務の委託業務を軽減するなど、センターの業務改善を実施します。

### ！ 介護保険法改正 (施行期日：令和6年4月1日)

(改正の概要)

要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けた居宅介護支援事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。

令和6年度からの介護保険法改正を受け、要支援者に行う介護予防支援業務については、将来的に市内全ての居宅介護支援事業所から指定を受けてもらい、地域包括支援センターから居宅介護支援事業への委託をやめる方向で検討します。



(\*)2)一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものこと

(\*)3)ICTを活用したビジネス向けの業務連絡や組織内のコミュニケーションを効率的に行えるコミュニケーションツール



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、圏域の医療再編により変化する病院機能の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、限られた資源を有効に活用しながら、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、多職種が互いの専門分野を理解し合い、個別支援の実務における連携を推進します。

連携においては、支援者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。

- ◆個別支援における必要な多職種との着実な連携を推進するため、多職種が集まる研修会等について多くの支援者が参加しやすいような開催方法の工夫や、具体的な連携に結びつくような内容を検討します。
- ◆ケアマネジャー等介護職が、より適切なタイミングで医療につなぐことができるよう、介護職向けの研修や相談機会の更なる充実を図ります。
- ◆医師会と連携し、情報共有ツール（三条ひめさゆりネット）の更なる活用促進と導入事業所の拡大に向けた働きかけを行います。





## 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、市民啓発を通じた理解促進による意思決定支援の推進を図ります。

- ◆市民に対し、将来に向けた備えとして、人生最後の過ごし方に関する意向を身近な人に伝えておくことの重要性について理解を深めるための啓発活動を実施します。
- ◆介護や医療職等支援者のスキル向上のため、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）<sup>(\*4)</sup> や意思決定支援に関する研修会等を実施します。



## 3

### 医療再編後の医療・介護連携の 着実な推進

済生会新潟県中央基幹病院の開院に伴う、県央地域の医療再編後の各医療機関の役割分担を踏まえ、県と連携し、適切な医療・介護連携の着実な推進を図ります。

あわせて、限られた資源を有効に活用し、安定的に医療・介護サービスが提供できるよう、ICTによる医療・介護現場の業務効率化を図ります。

- ◆医療再編後においても円滑な医療・介護連携が図られるよう、県と連携し、圏域全体を視野に入れた適切な医療・介護連携体制の見直しを検討します。
- ◆多職種間での情報共有ツール（三条ひめさゆりネット）について、県及び三条市医師会と連携し、圏域全体を視野に入れた活用の在り方について検討します。



## 4

### 在宅医療提供体制の確保

在宅医療を提供する医師が少ない現状において、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、三条市医師会が設置す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。

- ◆三条市医師会の在宅医療検討部会に市が参画し、在宅医療提供体制の維持確保策について検討し、必要な取組を実施します。

<sup>(\*4)</sup>もしものときのために、自身が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組

＊  
基本目標  
3

## 生活支援体制の整備及び 地域支え合いの推進

介護人材が不足する中においても、必要な生活支援サービスが十分に受けられるよう、新たな担い手確保などによる生活支援体制の整備を更に進めます。

また、地域共生社会の実現に向け、高齢者のみならず障がい者、生活困窮者、子育て世代等を含めた地域参加や居場所づくりなど一体的な地域づくりを進めます。



### 1 生活支援サービスの充実

特にニーズが増加している訪問型サービスを含む介護予防・生活支援サービス全体の検証を行い、安定的なサービス提供の体制を検討します。

また、移動支援に対するニーズが高いものの、移動手段の確保が困難な方は、楽しみのための外出は控える傾向にあることから、新たな外出・同行支援の取組について検討します。

- ◆介護予防・生活支援サービスについて、要支援者の推移や状態像、活用できる地域資源などの把握を行い、事業全体を検証し、サービスA事業の体制等や、ボランティア等による生活支援サービス（サービスB等）の新たな創設を検討します。
- ◆外出頻度が減少し、移動支援のニーズが高まる要支援者・事業対象者の外出を促すため、新たな移動支援の取組について検討します。



---

---



## 2

## 地域の支え合い体制づくりの促進

---

地域で互いに支え合うという市民一人一人の意識を醸成するため、地域への啓発を行います。

- ◆圏域ごとに配置されている生活支援コーディネーターが地域に出向き、地域住民の理解促進や地域支え合い活動の意識の醸成のための啓発を行います。また、支援が必要な人と地域の支え合い活動をつなげるため、専門職と地域の支援者との連携促進を図ります。

集いの場での見守り合い、支え合いがより必要になることから、集いの場への支援を行うほか、地域活動やボランティア等に意欲がある高齢者等を地域の支え合い活動につなげるよう取り組みます。

- ◆生活支援コーディネーターが集いの場に関する相談に応じ、集いの場を継続するための支援や、新たな集いの場の立上げの支援を行います。
- ◆意欲ある高齢者等を地域活動につなげるため、生活支援コーディネーターとセカンドライフ応援ステーションとの連携を更に進めます。また、生活支援コーディネーターの活動を支援するコーディネーター協力員の設置を検討します。

高齢、障がい、子ども、生活困窮などの多分野において実施している地域づくりに向けた支援の取組を一体的に実施し、対象を問わない多様な地域活動が生まれやすい環境整備を行います。福祉分野に限らず、広く地域共生社会の意識啓発を図るとともに、既存の活動を活用し、参加対象者の拡大や「受け手」と「支え手」の関係を越えてつなげるための活動を促進します。

- ◆圏域ごとに取組を進めている「対象を問わない一体的な地域づくり」を更に発展させるため、既存の市民活動等と協力するなど、分野を超えた連携を促進します。
- ◆制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超え、多様な主体による活動に波及するよう、「対象を問わない一体的な地域づくり」の取組をモデルケースとして、地域共生社会に関する意識啓発を行います。

＊  
基本目標  
4

## 介護予防・自立支援及び 重度化防止の推進

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<sup>(\*5)</sup>状態を早期に発見し支援機関が介入することで、加齢による生活機能の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。



### 1 外出・交流・社会参画機会の拡大と ヘルスリテラシー<sup>(\*6)</sup>の醸成及び向上

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。

- ◆社会参画機会の拡大を図るため、集いの場の立ち上げ支援や、共食機会の提供、介護予防に係る各種取組の実施により、外出・交流の場を創出します。
- ◆社会参画活動に対する総合的な支援を進めるため、セカンドライフ応援ステーションの取組の周知を図るとともに、新規登録者の獲得に向け、活動場所の掘り起こしやボランティアが継続的に参加しやすい活動環境の整備を行います。
- ◆ヘルスリテラシーの醸成及び向上のため、個人の関心事に合わせた幅広いイベント・講座の企画やSNS活用等による効果的な情報発信を行います。



(\*5)健康と身体機能障害の間であり、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



## 2

## フレイルの早期発見・介入と 重度化防止の取組の強化

フレイル状態を早期に発見し、専門職によるアセスメントにより必要とされる支援等に確実につなげる体制を整備します。また、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、生活習慣病のリスクや生活機能の低下のリスクに応じた保健事業と介護予防事業の一体的実施により、切れ目のない包括的な支援を幅広い専門職と連携し実施します。

- ◆地域包括支援センター等関係機関と連携し、積極的に対象者にアプローチした実態把握を行うことにより、フレイル状態を早期発見し、必要とされる支援に確実につなげるための体制を整備します。また、適切な事業利用で改善を図ることと併せ、事業終了後も改善した状態を維持するため、介護予防の取組を継続して行うことができる場の利用勧奨とともに、セルフマネジメントの意識の向上を図ります。
- ◆リハビリテーション専門職等の関与により、高齢者の身体状況等を適切にアセスメントし、支援することで効果的な状態改善及び重度化防止を推進します。
- ◆通所型短期集中予防サービスの提供基盤確保のため、新たな実施手法の検討や実施事業所の増加に向けて調整を進めます。



## 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

生活機能が低下した高齢者が、自身に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、リハビリテーションの専門的知見を活用し、適切なアセスメントと本人の目標設定による自立を基本としたケアマネジメントを実施します。

- ◆自立支援の考え方の理解促進のため、市民への啓発及びケアマネジャー、介護事業所等への研修を実施します。
- ◆自立支援に資するケアマネジメントを行うための支援者の資質向上のため、ケアマネジメント指導員による介護給付適正化システムからのデータ等の分析や課題抽出に基づくケアプランチェック、リハビリテーション専門職によるアセスメント支援を実施します。
- ◆給付適正化の推進とケアマネジメントの質の向上を図るため、市独自のケアマネジメント報酬への加算を引き続き実施します。



基本目標

5

## 認知症施策の推進

「認知症になっても暮らしやすい三条市」を目指し、認知症の方が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を踏まえ、共生、社会参加を重視し、認知症の方が暮らしやすい環境の整備を図ります。

また、介護者に対する支援の充実、医療、介護専門職の認知症ケアの質の向上を図ります。



### 1 認知症の方が 安心して生活できる地域づくり

認知症の方が安心して日常生活を送ることができるよう、また、できる限り地域で自立した生活を送ることができるよう、幅広い年代の市民や、企業に対し、認知症に関する理解を深めるための取組を推進します。また、企業等による、認知症の方が利用しやすい環境整備やサービス提供等の自主的な取組に向け、必要な支援を行います。

- ◆小・中学校における認知症サポーター養成講座について、授業に取り入れやすい方法や内容を学校と相談しながら、継続実施及び実施校の拡充を図ります。
- ◆地域や企業に対し、認知症や認知症の方への接し方の理解を深めるための啓発を引き続き推進します。
- ◆企業が自主的に認知症の方が利用しやすい環境整備やサービス提供について考え、取り組んでもらえるよう、企業にとってのメリットも踏まえた取組を検討し、実施します。



## 認知症本人の意思を尊重した 活動機会等の確保

認知症になっても、地域で生きがいや希望を持って暮らし、重度化防止及び生活の質（QOL）の向上を図るため、本人の意思を尊重した参加、活動の場の整備や、本人のニーズに合った活動機会の確保を図ります。

- ◆「認知症の本人の集い」の実施を拡充します。あわせて、本人と共に集いに参加するパートナーを養成し、パートナーが中心となりチームオレンジ<sup>(\*7)</sup>として集いを運営できるような体制を検討し、整備を目指します。
- ◆生活支援コーディネーターによる、認知症の本人のニーズに合う活動機会へのマッチングを行います。



## 認知症の方の介護者に対する 支援の充実

認知症の方の介護者のニーズに合った支援につなぐため、介護者への相談体制の充実を図ります。また、介護者が、認知症や認知症本人の言動について理解を深めるための取組を行います。

- ◆認知症に関する専門職による認知症介護の専門相談を実施します。
- ◆認知症カフェは、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に加え、介護者支援にも注力し、介護者が認知症介護について学べる介護者向け講座等を実施します。
- ◆本人と家族の関係性を踏まえた支援を実施するための「本人と家族の一体的支援プログラム」実施について検討します。



## 適切な医療・介護サービスの提供

認知症の方やその疑いのある人が早期に相談につながり、一人一人のニーズに合った適切な医療や介護が切れ目なく受けられるよう、多機関の連携推進と、介護専門職の認知症ケアの資質向上を図ります。

- ◆引き続き市民や医療機関、企業等に対し地域包括支援センターを周知し、早期相談につながるよう関係機関との連携を図ります。
- ◆要支援認定者のうちサービス未利用者の状態変化に気づき、適切なタイミングで早期対応できるよう、計画的に実態把握を行います。
- ◆引き続き認知症初期集中支援事業について、ケアマネジャーに周知していきます。
- ◆認知症ケアに対する介護職への研修について、より多くの介護事業所職員が参加しやすいよう、時間や内容等について介護事業所の意向を汲み取りながら、研修の実施を推進します。

(\*7)地域の認知症の方やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み



基本目標

6

## 権利擁護の推進

疾患、障がい又は加齢等により、意思決定や財産管理ができなくなった時、本人の尊厳と生命・財産を守りながら、安心して暮らすことができる環境を整備します。



### 1 必要な時期に適切な 権利擁護支援につなぐ体制の強化

支援が必要な方を早期に把握し、適切な時期に支援につなげるため、研修を継続的に実施して地域包括支援センター等の支援者の知識の向上を図るなど、地域の関係者同士のネットワーク（地域連携ネットワーク）を強化します。

また、地域連携ネットワークが効果的に機能するよう、中核機関の機能の充実を図るため、必要な体制整備を進めます。

- ◆中核機関の機能を充実させるため、必要な体制整備を進めます。
- ◆意思決定が難しい状態となっても本人が望む支援を受けられるよう、高齢者に対し、将来の備えの必要性について啓発を行います。
- ◆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、民生委員・児童委員等の地域の関係者同士のネットワークを強化します。
- ◆権利擁護に関する相談があった際、適切に対応できるよう、支援者の知識及びスキルの向上を図ります。





## 2

## 成年後見制度等を安定的に 利用継続できる体制の確保

権利擁護支援につながった方が適切な支援を受けられるよう、弁護士等専門職の知見による助言を受ける体制の見直しを行うとともに、相談機能の充実を図ることで中核機関の機能強化を図ります。

あわせて、成年後見制度等の利用者が安定的に制度利用を継続できるよう、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。

また、身寄りのない方や親族の支援を受けられない方などへの対応方法等の整理を行います。

- ◆成年後見制度を必要とする方が制度を利用できるよう、後見人等を確保するため法人後見の拡充や支援員の養成を行います。
- ◆身寄りのない方や親族の支援を受けられない方などへの対応方法等の整理を行います。
- ◆ケアマネジャー等の支援者が、成年後見制度を理解し、後見人等と一緒に本人を中心としたチーム支援が行えるようバックアップ体制の充実を図ります。



## 3

## 高齢者虐待防止対策の推進

虐待が疑われる状況を早期に発見し、相談・通報につなげるために、市民及び介護事業所等へ虐待に関する理解と気づきを促す周知啓発を行います。

また、養護者が精神疾患やひきこもりなどで問題が複雑化し、虐待の解消に要する期間が長期化していることから、虐待事案に対応する支援者の知識や技術の向上、連携体制等の更なる強化を図ります。

- ◆世帯内の問題が複雑化し、世帯全体を支援する必要があるケースに適切に対応するため、庁内関係部署及び各関係機関等との連携体制の更なる強化を図ります。
- ◆市民及び介護事業所等で虐待が疑われる状況を把握した際に、ためらうことなく相談できるよう高齢者虐待に関する周知啓発を行います。
- ◆複雑化する虐待事案に対応するため、定期的な虐待対応に関する研修を実施し、地域包括支援センター及び市のスキル向上を図ります。



基本目標

7

## 持続可能な介護保険制度を維持するための基盤の強化

今後の生産年齢人口の減少、高齢化率の上昇、後期高齢者人口の増加等を見据え、持続可能な介護保険制度を維持するための介護人材確保や保険者機能強化など、介護保険制度を支える基盤を強化するための施策を推進します。



### 1 介護保険サービスの拡充

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅生活が困難な方や施設入所の待機者に対するサービスを確保するため、長期的な視点に立った施設整備を進めていきます。また、生活困窮等の課題を抱える高齢者に対し、福祉・住宅分野と連携し、居住安定に向けた支援を行います。

- ◆第8期から引き続き、入居を必要とする方が急増する第10期までを施設整備期間の目処とし、重点的に施設整備を行います。
- ◆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、介護事業所と連携しながら、計画的な介護保険サービスの基盤整備に努めます。
- ◆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入所者生活介護（特別養護老人ホーム）を1施設、整備します。併せて第10期における特別養護老人ホームの整備を検討しています。
- ◆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、特定施設入居者生活介護（サービス付き高齢者向け住宅）を1施設、整備します。
- ◆施設整備においては、県の第8次保健医療計画（令和6年度～令和11年度）策定に伴い、慢性期の療養者を病院から介護施設・在宅医療等へ転換する「追加的需要」<sup>(\*8)</sup>についても勘案し、介護施設での対応分として、県が管轄する介護医療院の整備を県と連携して進めていきます。
- ◆介護事業所への整備に係る情報提供や介護事業所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かけを行っていきます。

(\*8) 地域医療構想の推進により医療機能の分化・連携が進み、一般病床や療養病床に入院する慢性期患者が減ること  
で生まれる、介護施設・在宅医療等の新たな需要の増加分

- ◆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。
- ◆福祉・住宅分野と連携し、生活に困窮する高齢者や一人暮らし高齢者などの居住安定に向けた支援について適切に対応します。

## 2

### 介護者支援のためのサービスの充実

介護が必要となっても安心して在宅で生活し続けることができるよう、介護を必要とする方はもとより、支援する家族に対し、在宅介護を支援するための充実したサービスを実施します。

- ◆高齢者生活支援事業、見守り装置レンタル費用助成事業、認知症高齢者等個人賠償責任保険事業では、利用者数の伸び悩みがあることから、その原因やニーズの把握を行うとともに、これらを踏まえたサービスの提供内容の充実を図ります。
- ◆認知症の家族等介護者向けの医療、介護専門職による認知症介護専門相談会の開催や、介護者が介護のコツや心身リフレッシュを学ぶための講座等を検討、実施します。

## 3

### 介護サービス提供基盤の強化

介護保険サービスを提供するための重要な基盤である介護事業所に対し、介護人材の確保・定着と介護現場の業務効率化・生産性向上に向けた市独自の支援策を国・県の施策の動向も踏まえながら検討、実施します。

- ◆市（事業所支援担当）と介護事業所との円滑な情報共有と事業所支援のために必要な取組を検討するための介護事業所との意見交換の場を設置するとともに、効率的な情報連携の仕組みを構築します。
- ◆介護人材の確保・定着と介護現場の業務効率化・生産性向上に向けた、県と連携した市独自の支援策を検討、実施します。
- ◆介護事業所の職員負担軽減と高齢者の介護予防・社会参画のための、介護現場における高齢者の活躍の場の更なる創出に向けた取組を検討、実施します。

## 4

### 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、受給者が真に必要な過不足のないサービスが事業者から適切に提供されるための取組を進めるとともに、ICTを活用し、認定審査の業務効率化や関係者間の情報共有を図ります。

- ◆更なる給付適正化を推進するため、住宅改修、福祉用具購入・貸与について、専門職による窓口での点検を行い、必要に応じてケアプラン点検や現地調査を行います。
- ◆書面だけでなく面談形式によるケアプラン点検実施件数を増やし、自立支援に資するケアマネジャーの更なる資質向上を図るとともに、給付適正化システムを活用して抽出した対象についても点検します。
- ◆給付適正化の推進とケアマネジメントの質の向上を図るため、市独自のケアマネジメント報酬への加算を引き続き実施します。
- ◆介護事業所への運営指導を着実に実施するとともに、これまでオンラインであった集団指導を対面・オンライン併用で実施することで、より介護事業所が参加しやすい工夫を行います。
- ◆認定調査員及び認定審査会委員への認知症などに関する研修の機会を充実させ、適正な介護認定業務の推進を図ります。また、よりスムーズに認定審査を実施するためのICTを活用した業務効率化についても研究します。
- ◆介護給付適正化システムを活用した給付状況の分析や傾向を把握し更なる給付適正化につなげていきます。

## 5

### 自立支援を理念とする 介護保険制度の理解促進

介護を要する高齢者の単なる身の周りの世話を目的に介護保険サービスを提供・利用するのではなく、本人の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるための介護予防・重度化防止に資する適切なサービスを提供・利用するという介護保険制度の理念の理解促進に向けた、支援者や市民に対する研修・指導や講座等による普及啓発を継続して実施します。

- ◆自立支援の考え方の理解促進のため、市民への啓発及びケアマネジャー、介護事業所等への研修を実施します。
- ◆自立支援に資するケアマネジメントを行うための、ケアマネジメント指導員による介護給付適正化システムからのデータ等の分析や課題抽出に基づくケアプランチェック、リハビリテーション専門職によるアセスメント支援を行い、支援者の資質向上を図ります。

## 6

# 災害及び感染症への対策強化

近年頻発する大規模な自然災害や感染症の流行に備え、介護事業所において策定が義務付けされている業務継続計画（BCP）の策定や更新に向けた支援を行うとともに、災害発生時に関係者と連携して避難支援や情報伝達支援が速やかに実施できるよう、避難訓練参加事業所の拡大、市の災害マニュアルの見直し、災害時要援護者名簿の定期更新など、必要な取組を実施します。

- ◆災害発生時におけるヘルパー派遣、緊急受入協定法人及び福祉避難所開設の協定施設の拡充に向けた検討・協議を行います。
- ◆市の防災訓練に参加できる介護事業所を増やすため、庁内関係者で連携を図り、介護事業所が参加しやすい工夫を検討します。
- ◆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。
- ◆令和6年度からの介護事業所における業務継続計画（BCP）の策定義務化により、未策定の介護事業所に対し早期策定に向けた情報提供などの必要な支援を行うとともに、運営指導の場を活用し、策定後も継続的に検討・見直しを行うよう介護事業所に対し指導・助言を行います。

### ！ 業務継続計画（BCP）（内閣府定義）

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のことを事業継続計画（Business Continuity Plan、BCP）と呼びます。

BCPにおいて重要な取組は、例えば、「各担当者を決めておくこと（誰が、何をするか）」、「連絡先を整理しておくこと」、「必要な物資を整理しておくこと」、「上述の点を組織で共有すること」、「定期的に見直し、必要に応じて研修・訓練を行うこと」等があげられます。



## 介護保険料(65歳以上)

**第9期** (令和6～8年度)

5,819 円

令和6年度から令和8年度までの65歳以上の方(第1号被保険者)の基準月額保険料額は、5,819円となります。

### 所得段階別の保険料額 (第1号被保険者)

所得段階	所得区分	保険料算出方法	年額保険料※	
第1段階	世帯全員が 市民税非課税	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者 ・本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年間80万円以下の方	基準額×0.285 (基準額×0.455)	19,900円 (31,800円)
第2段階		本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年間80万円を超え120万円以下の方	基準額×0.485 (基準額×0.685)	33,900円 (47,800円)
第3段階		本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年間120万円を超える方	基準額×0.685 (基準×0.69)	47,800円 (48,200円)
第4段階	本人が市民税非課税 世帯員が市民税課税	本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年間80万円以下の方	基準額×0.9	62,800円
第5段階		本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年間80万円を超える方	基準額×1.0	69,800円
第6段階	本人が市民税課税	本人の合計所得金額が120万円未満の方	基準額×1.3	90,800円
第7段階		本人の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	基準額×1.4	97,800円
第8段階		本人の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	基準額×1.6	111,700円
第9段階		本人の合計所得金額が320万円以上420万円未満の方	基準額×1.7	118,700円
第10段階		本人の合計所得金額が420万円以上520万円未満の方	基準額×1.9	132,700円
第11段階		本人の合計所得金額が520万円以上620万円未満の方	基準額×2.1	146,600円
第12段階		本人の合計所得金額が620万円以上720万円未満の方	基準額×2.3	160,600円
第13段階		本人の合計所得金額が720万円以上の方	基準額×2.4	167,600円

※年額保険料＝基準月額保険料額×12月×負担割合(100円未満四捨五入)

※合計所得金額＝地方税法上の合計所得金額－土地建物の譲渡所得特別控除額

－公的年金等に係る雑所得(第1段階から第5段階の非課税者のみ)

※第1～5段階の合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、給与所得から10万円を控除した金額を用いる。

---

## 低所得者の保険料の軽減措置

---

平成27年4月から、消費税等を財源とする公費による低所得者への介護保険料の軽減が行われています。国の保険料算定の見直しに伴い、低所得者の標準乗率及び最終乗率はさらに引き下げられました。

これにより、第1段階の年額保険料は31,800円から19,900円、第2段階は47,800円から33,900円、第3段階は48,200円から47,800円に軽減されています。

三条市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画  
令和6年3月

発行者 三条市  
住 所 〒955-8686 新潟県三条市旭町二丁目3番1号  
TEL (0256) 34-5472  
FAX (0256) 32-0028 (高齢介護課)  
ホームページ <https://www.city.sanjo.niigata.jp>  
E-mail [koureikaigo@city.sanjo.niigata.jp](mailto:koureikaigo@city.sanjo.niigata.jp)  
編 集 三条市福祉保健部高齢介護課