

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	4
2 計画の性格・位置付け	5
3 計画期間	5
4 計画の推進体制等	6
(1) 策定体制	6
(2) 市民の意見反映	6
(3) 計画の検証及び見直し	6
5 日常生活圏域の設定	7

第2章 高齢者を取り巻く状況と課題

1 高齢化の動向	10
(1) 人口・高齢者数の推移と見通し	10
(2) 要介護（要支援）認定者数の推移と見通し	12
(3) 認知症高齢者数の推移と見通し	16
(4) 一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の推移と見通し	17
(5) 標準給付費、地域支援事業費の推移	18
(6) 三条市高齢者実態調査の概要	19
(7) 介護支援専門員（ケアマネジャー）等アンケート調査の概要	29
(8) 介護事業所・施設アンケート調査の概要	34
2 第9期計画策定における課題の整理	38

第3章 計画の基本目標と施策体系

1 基本目標	42
2 施策の体系	44

第4章 施策の展開

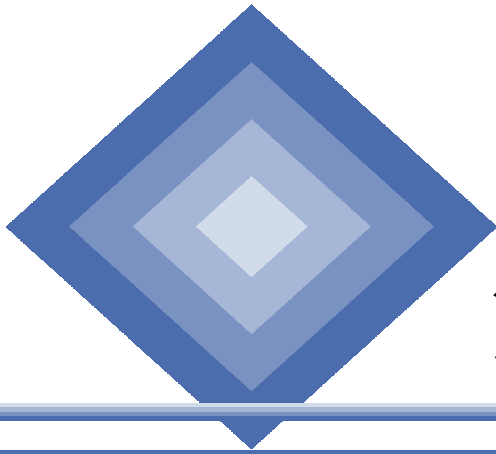
1 地域共生社会実現のための地域包括ケアシステム推進体制の強化	46
(1) 地域包括ケア総合推進センターの体制見直しと機能強化	46
(2) 障がい者福祉や児童福祉など他分野との連携促進	47
(3) 地域包括支援センターの業務負担軽減と機能強化	48
2 在宅医療・介護連携の推進	50
(1) 個別支援における多職種連携の強化	50
(2) 意思決定支援の推進	53
(3) 医療再編後の医療・介護連携の着実な推進	55
(4) 在宅医療提供体制の確保	56
3 生活支援体制の整備及び地域支え合いの推進	57
(1) 生活支援サービスの充実	57
(2) 地域の支え合い体制づくりの促進	59

4 介護予防・自立支援及び重度化防止の推進	6 3
（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	6 3
（2）フレイルの早期発見・介入と重度化防止の取組の強化	6 8
（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	7 1
5 認知症施策の推進	7 3
（1）認知症の方が安心して生活できる地域づくり	7 3
（2）認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保	7 6
（3）認知症の方の介護者に対する支援の充実	7 8
（4）適切な医療・介護サービスの提供	8 0
6 権利擁護の推進	8 2
（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	8 2
（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	8 5
（3）高齢者虐待防止対策の推進	8 7
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	8 9
（1）介護保険サービスの拡充	8 9
（2）介護者支援のためのサービスの充実	9 5
（3）介護サービス提供基盤の強化	9 8
（4）介護給付等適正化の推進	1 0 0
（5）自立支援を理念とする介護保険制度の理解促進	1 0 2
（6）災害及び感染症への対策強化	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 8
-------------	-------

資料編	
-----	--



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

人口減少・少子高齢化の進行が深刻な我が国において、団塊世代が75歳以上となる2025年（令和7年）には、75歳以上の人口が全人口の約18%となり、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）には、65歳以上の人口が全人口の約35%となると推計されています。今後、後期高齢者人口の割合が上昇し、介護保険サービスの需要や給付費はますます増加が見込まれる一方で、生産年齢人口は急速に減少し、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、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。（10ページ参照）医療・介護ニーズの更なる増加を見据え、限られた社会資源の中でも質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できるよう、持続可能な介護保険サービスの提供基盤の整備が早急に必要です。

また、核家族化や地域のつながりの変容などにより、社会的孤立を始めとして、ひきこもりの方のように既存の制度の対象となりにくいケースや、障がいの子を抱えた高齢者など、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。高齢や障がい、子どもなど、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく地域共生社会の実現に向けて、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です。

この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。

2 計画の性格・位置付け

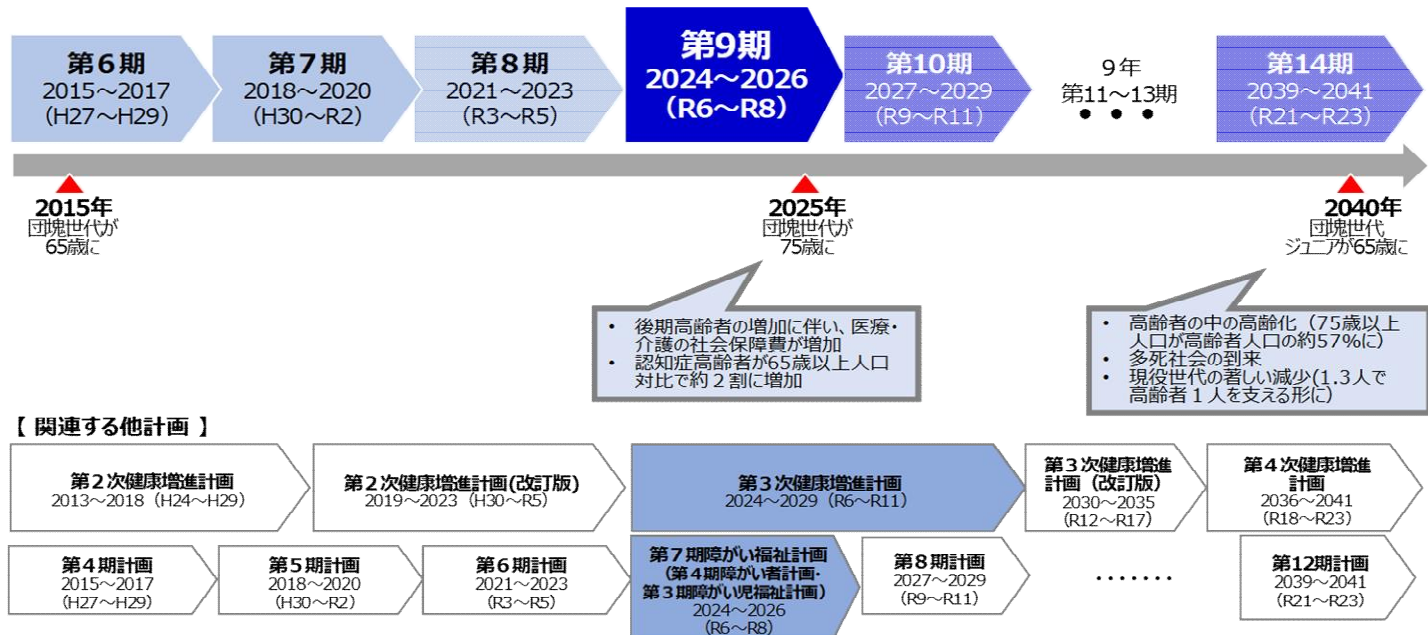
本計画は、急速に進む人口減少や新たな感染症の流行など、変化の激しい時代においてもしなやかで持続可能なまちを実現するために策定した「三条市総合計画」（計画期間：令和5年度～令和10年度）を上位計画とし、その基本理念等を踏まえ、高齢者福祉・介護保険事業の個別計画として策定しました。

また、本計画は老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく市町村老人福祉計画と、介護保険法第117条第1項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、関連する三条市第3次健康増進計画及び第7期三条市障がい福祉計画と整合性を図っています。

あわせて、成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第1項に規定する、成年後見制度の利用促進に関する市町村計画を包含します。

3 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。



4 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・医療又は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」並びに学識経験者、医療介護事業の関係者、社会福祉事業の関係者及び地域の代表者等を委員とする「三条市包括ケア推進会議」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5年5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6年2月に本計画案についてのパブリックコメント(*1)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】

介護保険運営協議会（16人）

《所掌事務》

- ・介護保険事業計画の作成に関する事
- ・介護保険事業計画の達成状況の点検に関する事

地域包括支援センター運営部会（8人）

《所掌事務》

- ・地域包括支援センターの設置等に係る事項の審議に関する事
- ・地域包括支援センターの運営等に関する事

地域密着型サービス運営部会（8人）

《所掌事務》

- ・地域密着型サービスの指定等に係る事項の審議に関する事
- ・地域密着型サービスの運営等に関する事

※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。

*1 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

5 日常生活圏域の設定

日常生活圏域(*2)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】

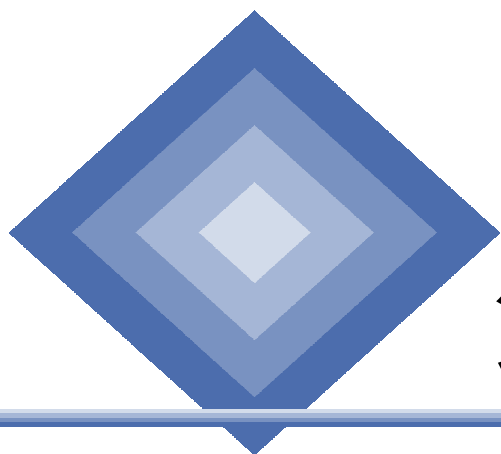


※日常生活圏域は、中学校区域を基本としています。

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	21,684人	3,082人	4,038人	7,120人	32.8%
嵐南	27,328人	4,041人	4,957人	8,998人	32.9%
井栗大崎	21,643人	3,528人	3,750人	7,278人	33.6%
大島	4,157人	492人	558人	1,050人	25.3%
栄	10,124人	1,758人	1,733人	3,491人	34.5%
下田	8,081人	1,589人	1,634人	3,223人	39.9%

※住民基本台帳 令和5年3月31日現在

*2 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5年度は92,638人で、令和2年度との比較では3.6ポイント減少しています。

高齢者数（65歳以上）については、令和3年度と令和4年度はほぼ横ばいでしたが、令和5年度は減少、その後も減少傾向になるものと見込まれます。高齢化率（*3）は上昇傾向にあり、令和5年度は県平均34.0%を下回っているものの、本市では33.6%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8年度には89,166人となり、3年間で3.7ポイント減少するものと見込まれます。

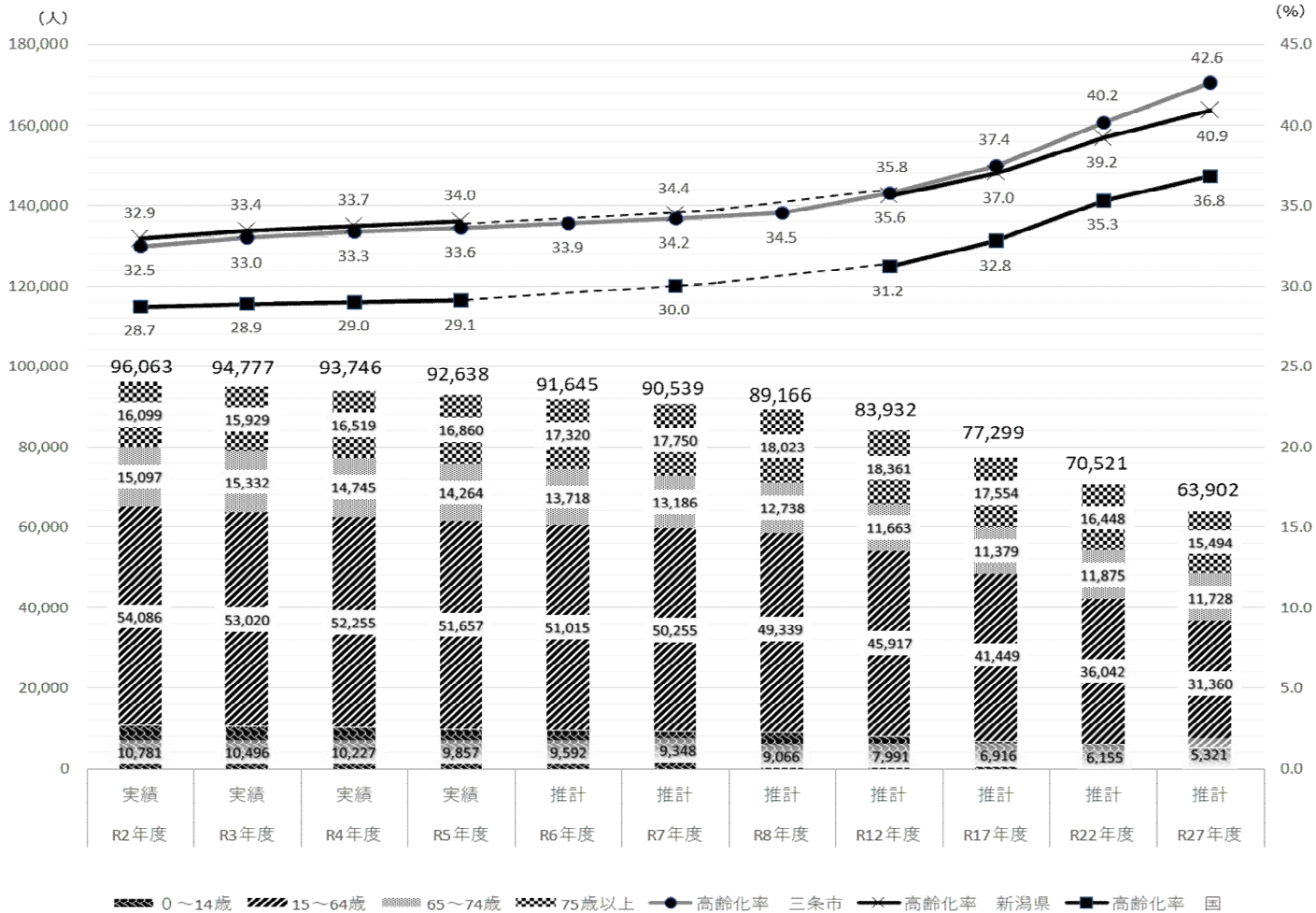
また、総人口の減少とともに高齢者人口も令和2年度以降減少傾向となり、令和8年度には30,761人となるものと見込まれます。

一方で、75歳以上の後期高齢者人口については、本計画の最終年度である令和8年度には18,023人となり、3年間で6.9ポイント増加するものと見込まれます。

市の高齢化率は、令和8年度には34.5%、令和12年度では35.8%となり、その後も上昇するものと見込まれます。

*3 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

※ 高齢化率の点線部分は推計値

(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、高齢化率の上昇とともに認定者数も増加傾向にあり、令和5年度は5,320人で、令和2年度との比較では4.7ポイント増加しています。

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5.5ポイント、要介護3以上の中・重度層では、合計で3.4ポイント増加しています。軽度層及び中・重度層のいずれも増加傾向にあります。

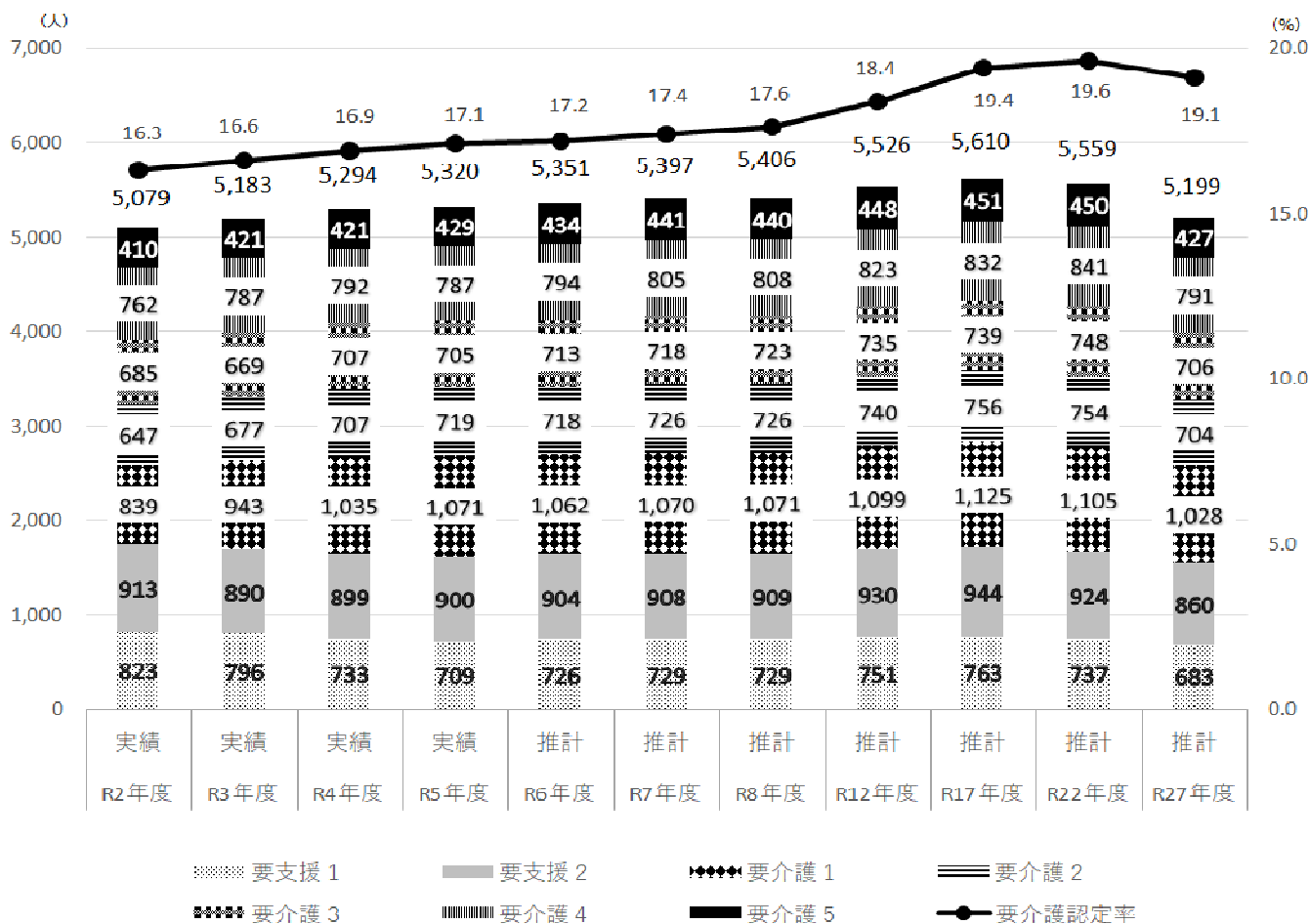
また、要介護認定率（*4）についても、令和2年度は16.3%、令和5年度では17.1%と、増加傾向にあります。

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9期計画の最終年度である令和8年度には5,406人（要介護認定率17.6%）となり、その後、令和12年度には5,526人（同18.4%）、令和17年度では5,610人（同19.4%）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。

*4 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み】



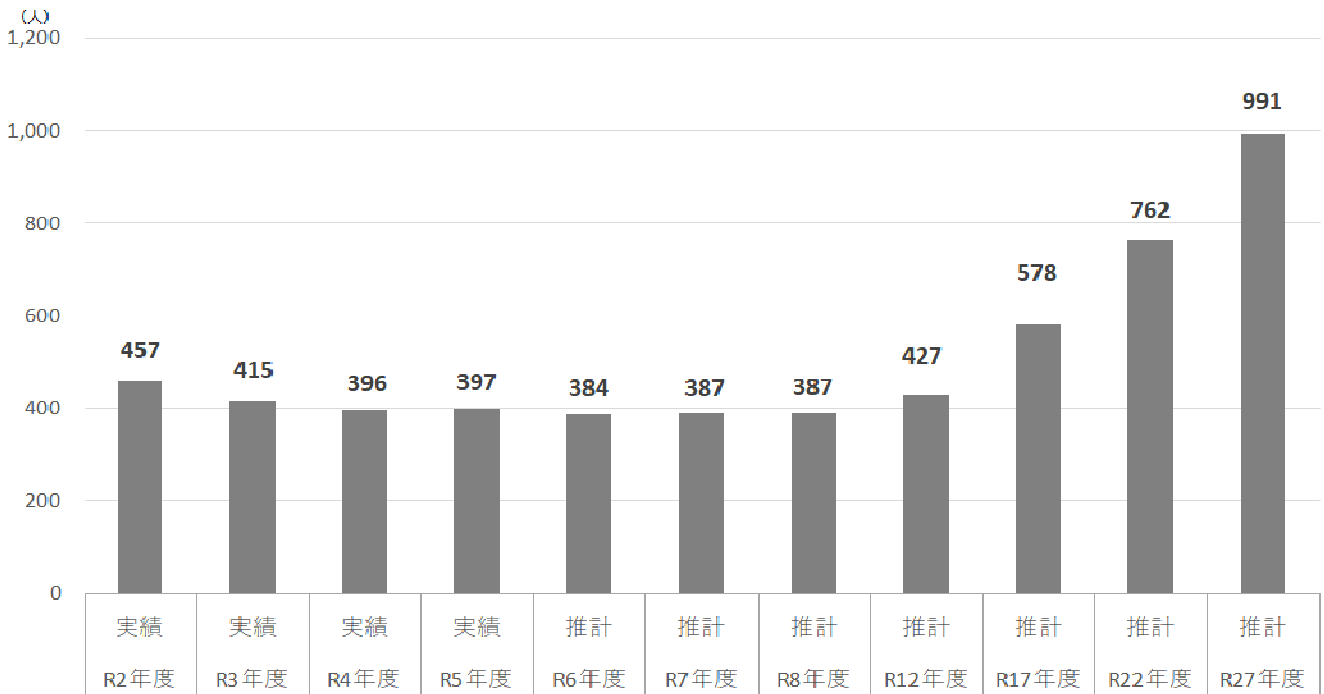
※ 実績値は、各年度10月1日現在

※ 推計値は、各年度の人口推計値及び令和3年度から令和5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（*5）数の推移をみると、令和5年度は397人で、令和2年度と比較し13.1ポイント減少しています。次期計画期間（令和6年度～令和8年度）はほぼ横ばいの傾向が続くと推計されますが、令和12年度には427人、令和17年度では578人と、高齢化率の上昇に伴い、事業対象者も増加する見込みです。

【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令和3年度から令和5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

*5 要介護状態等になるおそれの高い高齢者

エ 要介護（要支援）認定新規申請者の原因疾病の分析

令和3年度と令和4年度の2年間の要介護（要支援）認定の新規申請者2,345人のうち「身体上又は精神上の障害」の原因となっている疾病は、アルツハイマー病で312人と最も多く、次いで、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232人、骨折209人、脳梗塞166人、高血圧性疾患151人の順に多くなっています。

これを男女別にみると、男性は血管性及び詳細不明の認知症が118人と最も多く、次に、アルツハイマー病が89人、脳梗塞が84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194人で最も多く、次に、骨折156人、血管性及び詳細不明の認知症143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（令和3年度～令和4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	血管性及び詳細不明の認知症	骨折	脳梗塞	高血圧性疾患
	312人	232人	209人	166人	151人
男 性	血管性及び詳細不明の認知症	アルツハイマー病	脳梗塞	高血圧性疾患	骨折／ その他の心疾患 (同数)
	118人	89人	84人	56人	53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
	194人	156人	143人	114人	71人

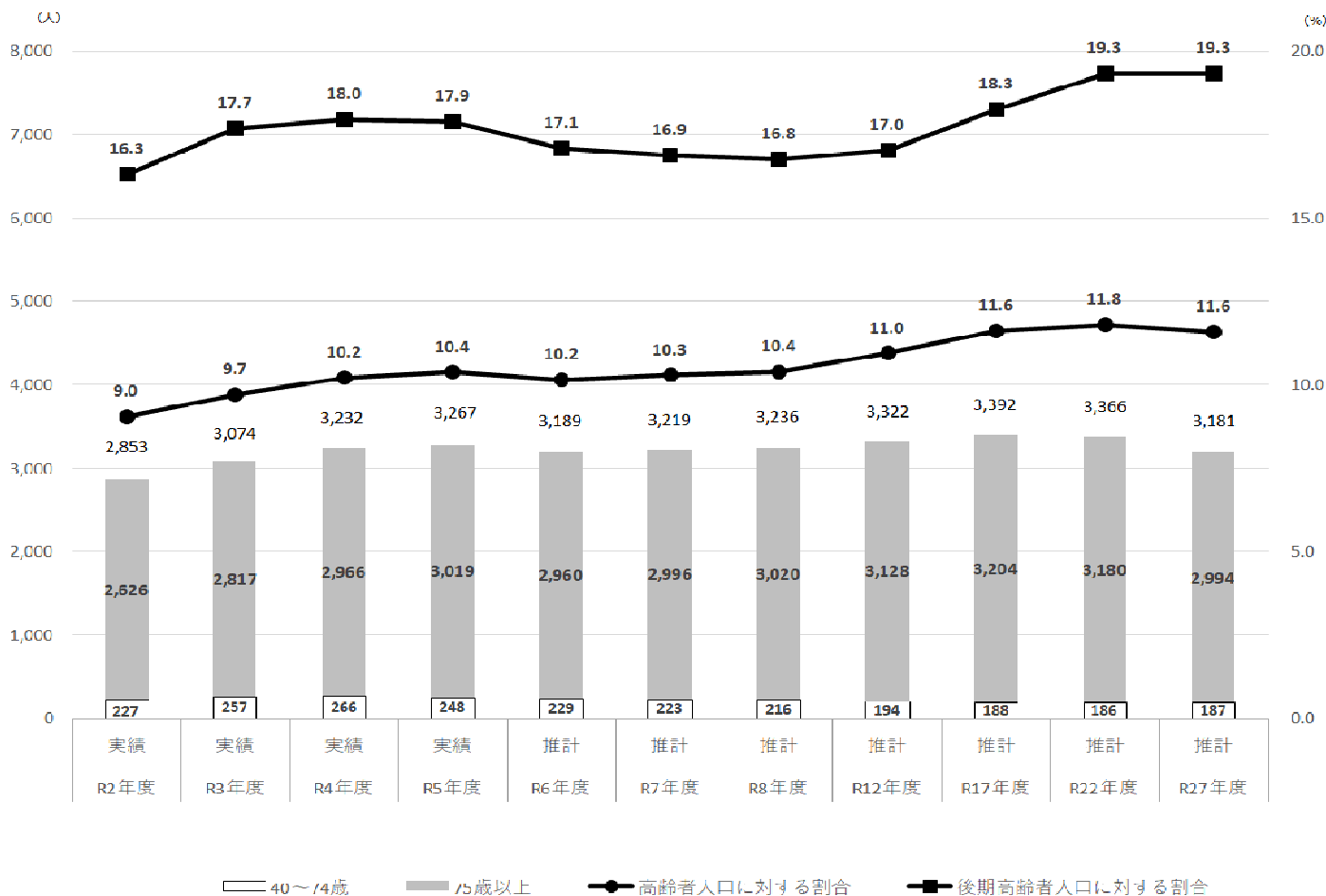
※ 令和3年4月1日から令和5年3月31日までの要介護（要支援）認定新規申請による調査

(3) 認知症高齢者数の推移と見通し

令和5年度の認知症高齢者数は3,267人ですが、令和17年度には3,392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5年度には17.9%ですが、令和27年度には19.3%まで上昇す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(*6)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30年度から令和5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

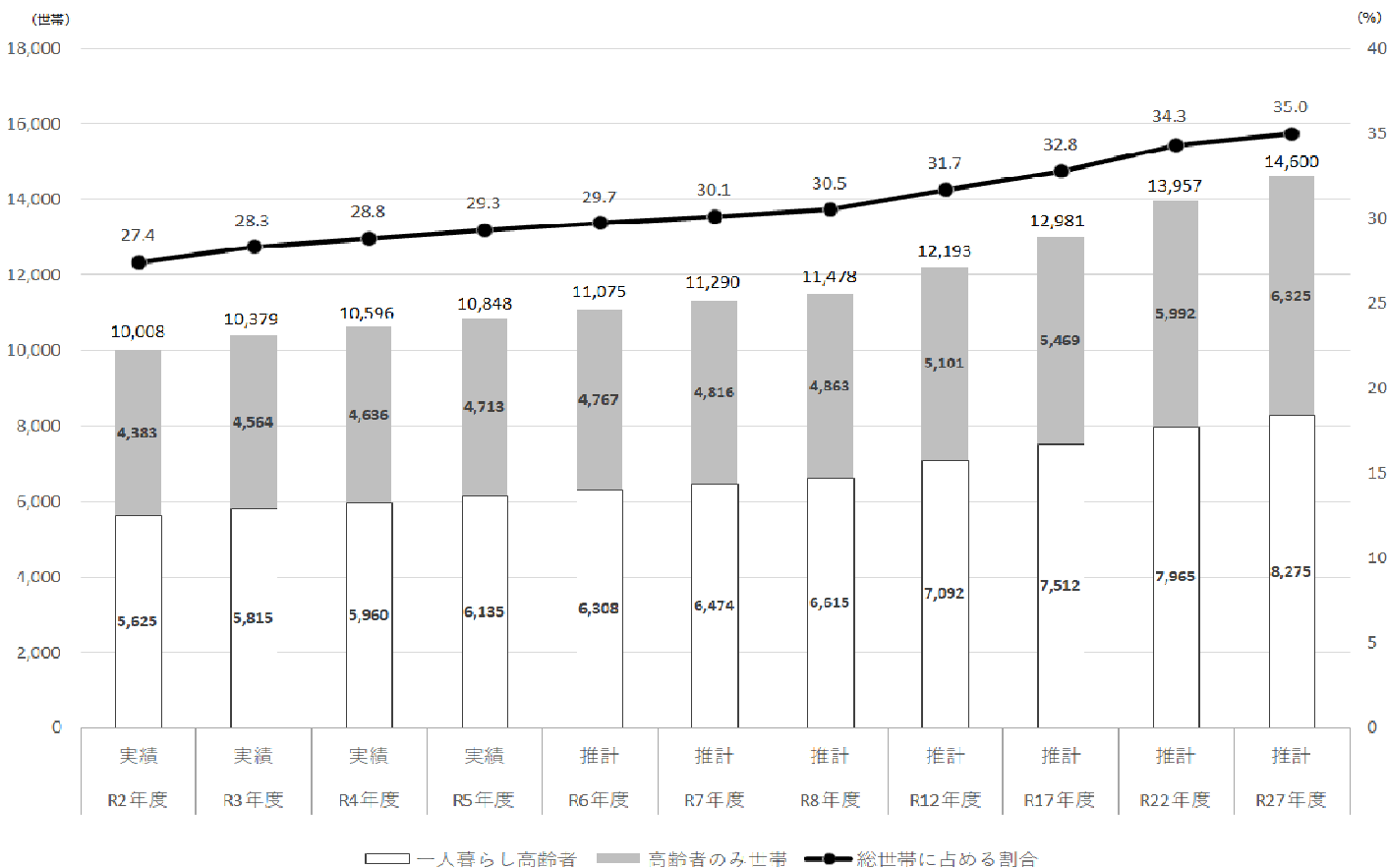
※ 認知症高齢者数には、第2号被保険者を含む。

*6 日常生活自立度「Ⅱ」とは、日常生活に支障を来すような症状・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、令和5年度は29.3%ですが、令和8年度には30.5%、令和27年度には35.0%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】

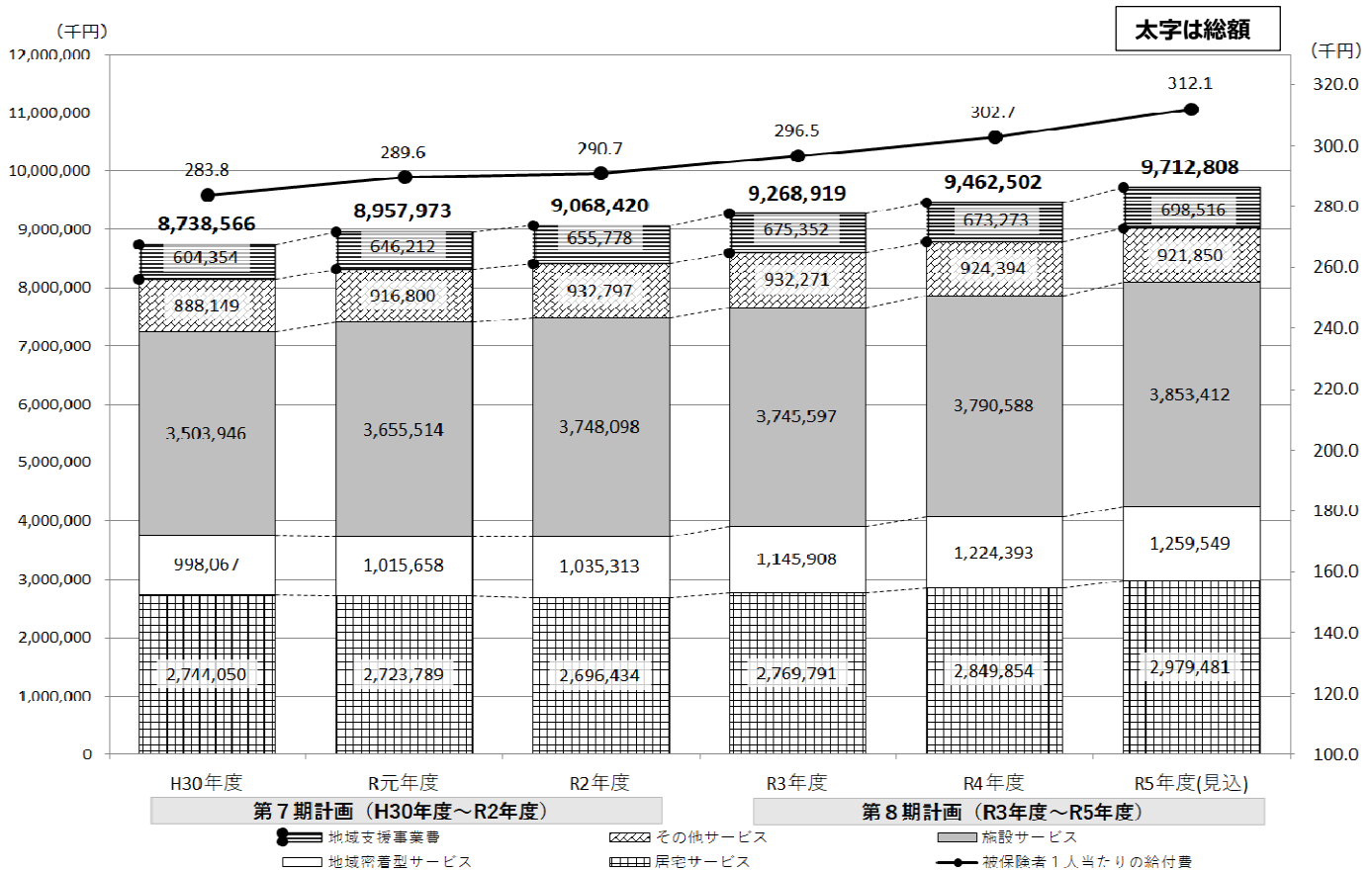


※ 各年度4月1日現在

(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、後期高齢者数の増加やこれに伴い要介護認定者数が伸びていくことで令和5年度も増加傾向が続くものと見込んでいます。

また、サービス種別においても、第8期計画期間（令和3年度～令和5年度）も、第7期計画期間（平成30年度～令和2年度）同様に、ほぼ全てのサービスで増加傾向が継続していくものと推察されます。



※ 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、地域密着型通所介護、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、看護小規模多機能型居宅介護

※ 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、介護医療院

※ 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6年度を始期とする3年間の第9期計画の策定に当たり、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、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ものとして着実に実行できるよう、「高齢者実態調査」を実施しました。

■ 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（75設問）を合わせた計111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5年5月9日（火）から5月31日（水）まで

(イ) 在宅介護実態調査

調査票作成	国が示した調査票（12設問）と市独自項目（24設問）を合わせた計36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5年5月9日（火）から5月31日（水）まで

イ 調査の有効回答数・回答率

(ア) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

圏域名	対象者数（人）	有効回答数（人）	回答率（%）
全 体	5,000	3,358	67.2
嵐北圏域	834	555	66.5
嵐南圏域	834	531	63.7
井栗大崎圏域	833	564	67.7
大島圏域	833	534	64.1
栄圏域	833	567	68.1
下田圏域	833	566	67.9

(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	619	61.9
嵐北圏域	185	108	58.4
嵐南圏域	185	114	61.6
井栗大崎圏域	185	118	63.8
大島圏域	77	50	64.9
栄圏域	184	110	59.8
下田圏域	184	117	63.6

■ 調査結果の概要

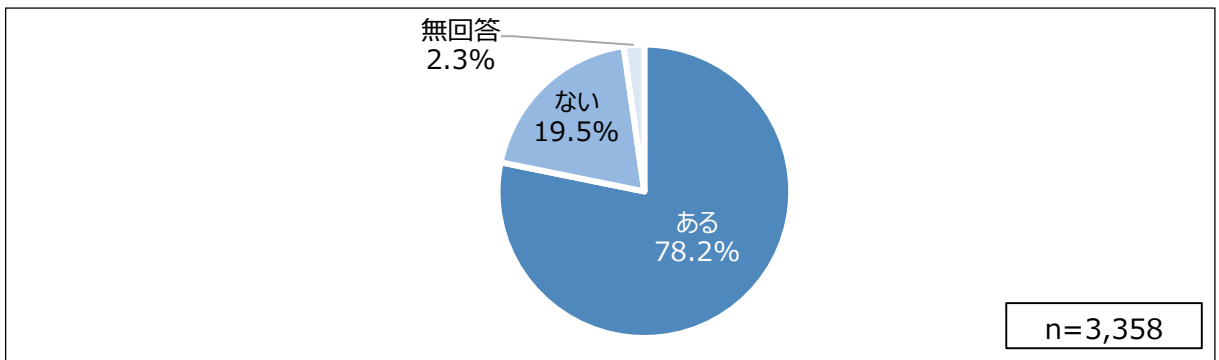
【調査結果の見方】

- 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

生きがいがありますか。

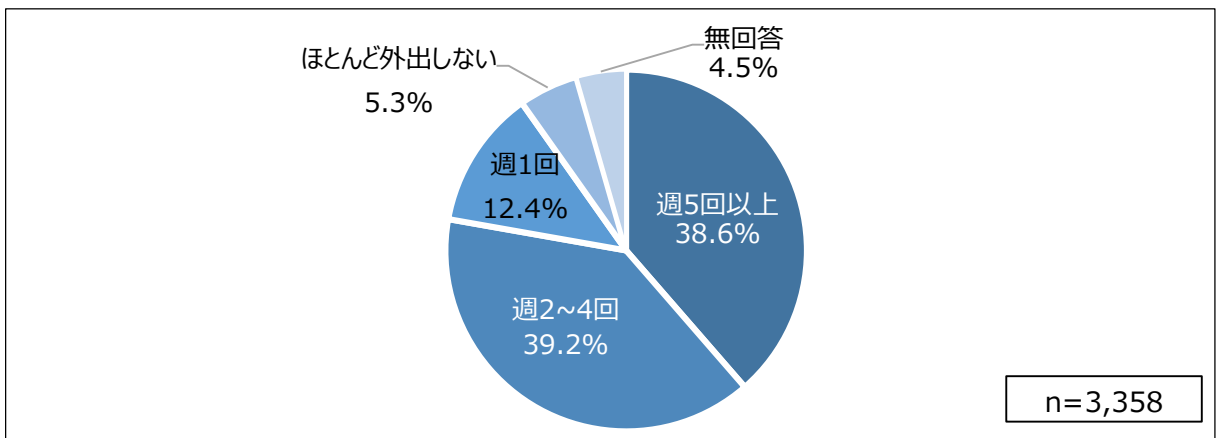
約8割の方が生きがいを持っていると回答しています。



イ 外出・交流について

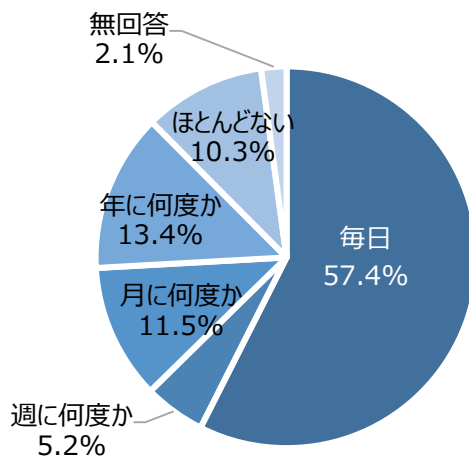
週に1回以上は外出していますか。

90.2%の方が週1回以上外出しています。一方で5.3%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にもする機会がありますか。

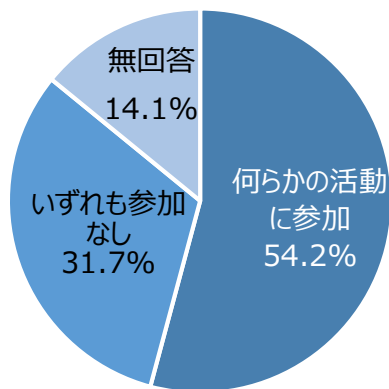
7割以上の方が月1回以上どなたかと一緒に食事をしています。



n=3,358

地域での活動に参加していますか。

5割以上の方が何らかの社会活動に参加していますが、前回調査（令和2年4月）と比べて活動に参加している方の割合が減少しました。



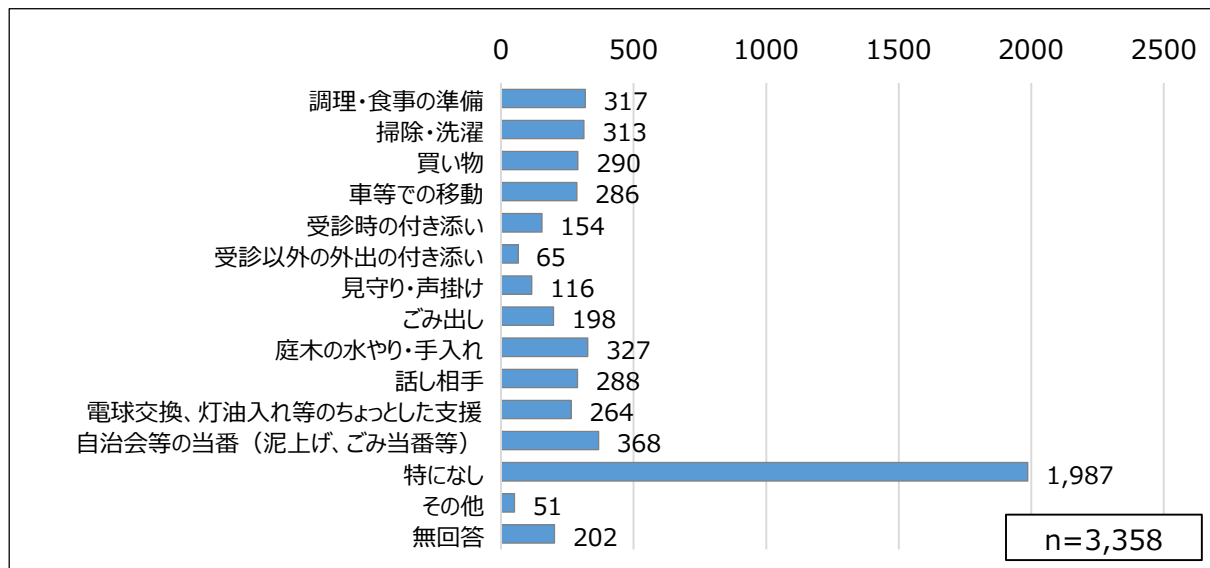
※活動種類
ボランティア
スポーツクラブ
趣味グループ
学習・教養サークル
老人クラブ
自治会活動
仕事
サロン
特技等の指導

n=3,358

ウ 毎日の生活について

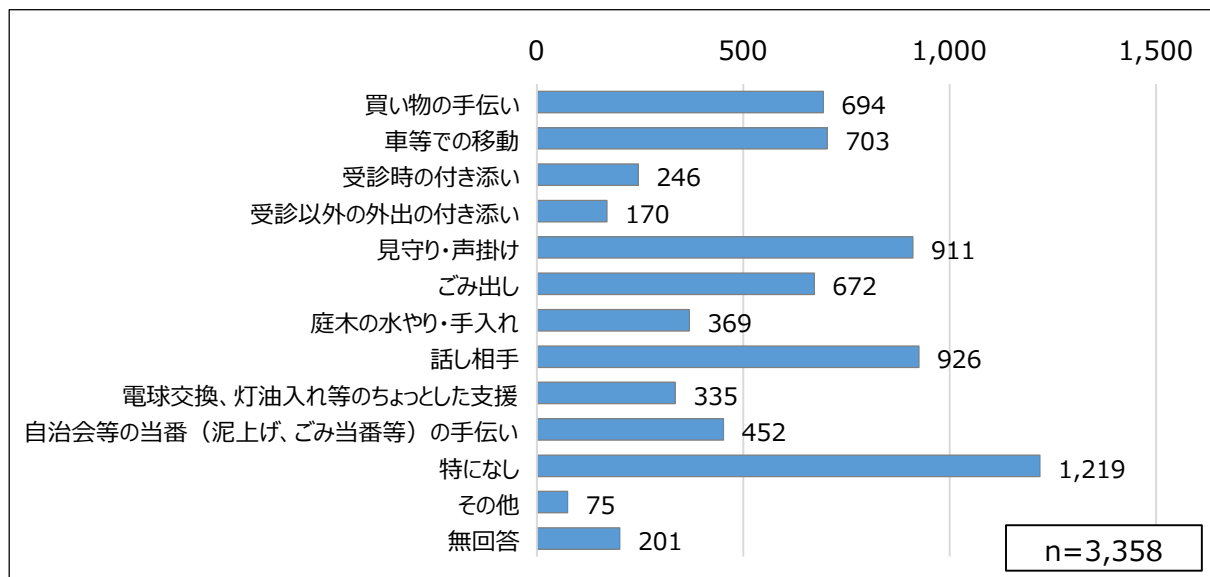
日常生活を送る中で、家族以外の人の手助けがあると良いことはありますか。（複数回答）

特になしが最も多く、次いで自治会等の当番や庭木の水やり・手入れが多い回答でした。



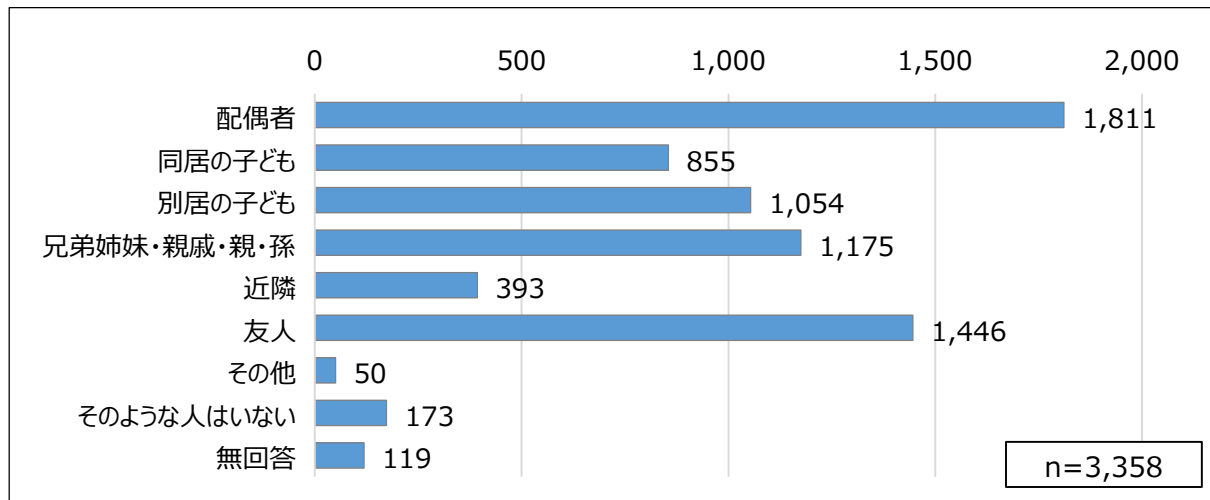
日常生活を送る中で近所の方が困っているときに、あなたが助けることができることはありますか。（複数回答）

特になしが最も多く、次いで話し相手、見守り・声掛けという順でした。



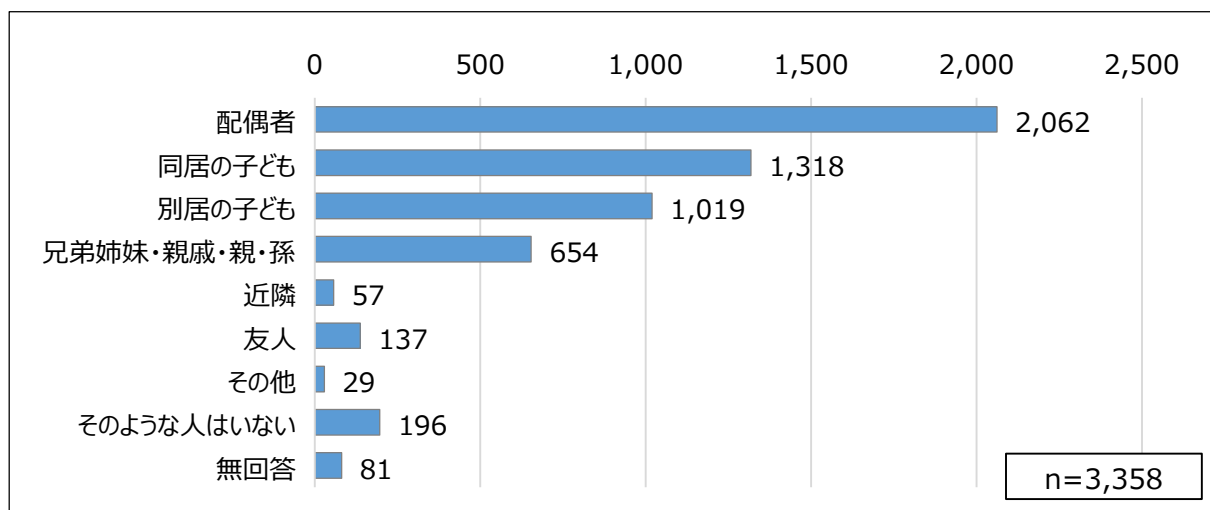
愚痴や心配事を聞いてくれる人は誰ですか。（複数回答）

配偶者が最も多く、次いで友人、兄弟姉妹・親戚・親・孫という順でした。



病気等で寝込んだ時に看病してくれる人は誰ですか。（複数回答）

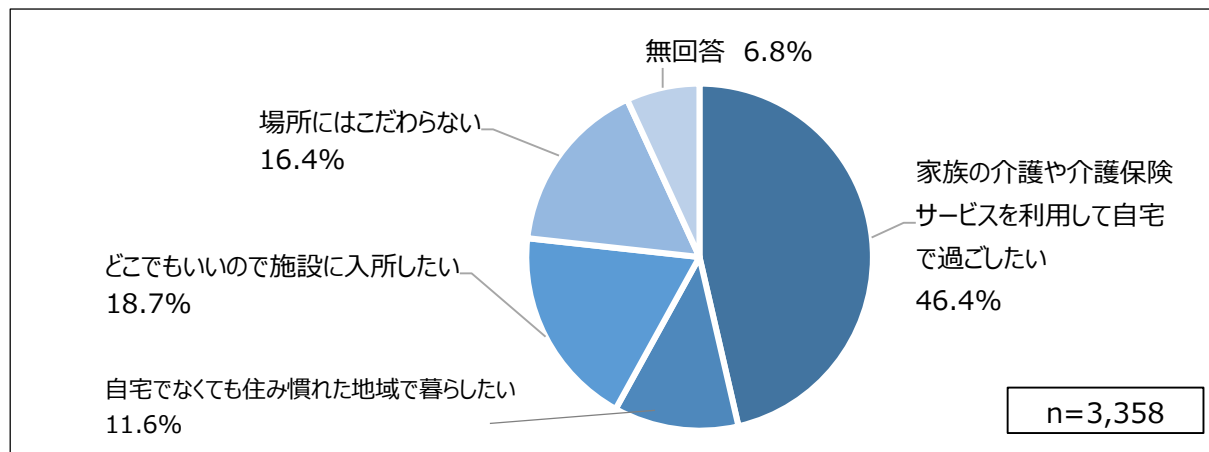
配偶者が最も多く、次いで同居の子ども、別居の子どもという順でした。



Ⅱ 介護について

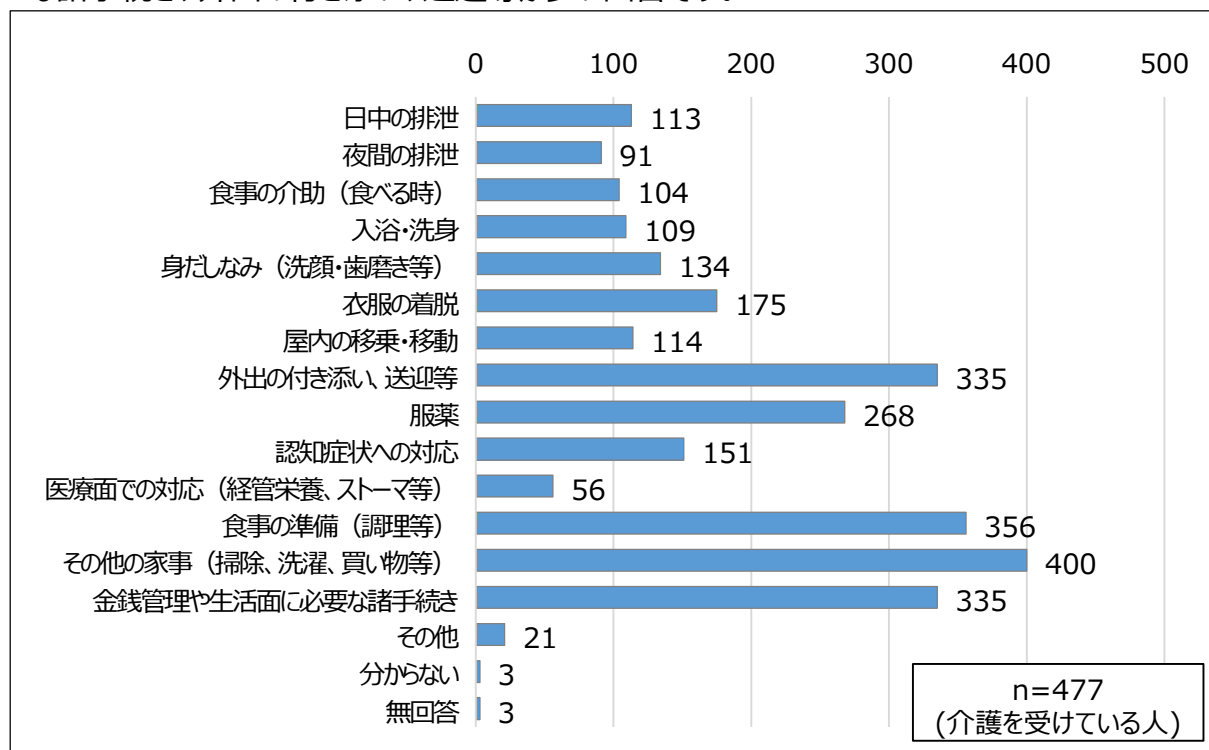
将来、介護（支援）が必要になったとき、どこで過ごしたいですか。

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。



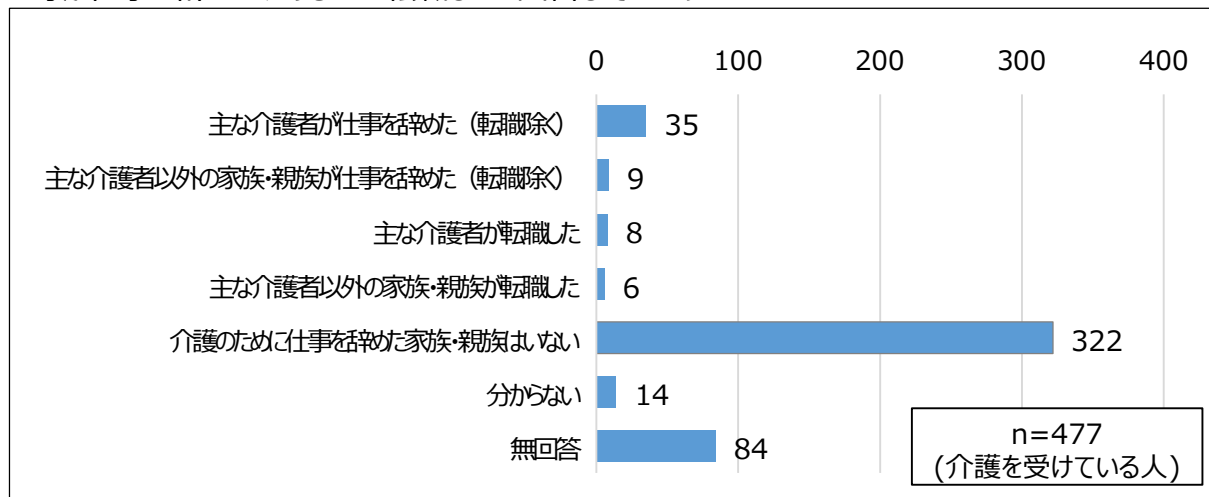
主な介護者が行っている介護はどのようなものですか。（複数回答）

家族や親族から介護を受けている477人のうち、家事や食事の準備、金銭管理、生活面に必要な諸手続き、外出の付き添い、送迎等が多い回答です。



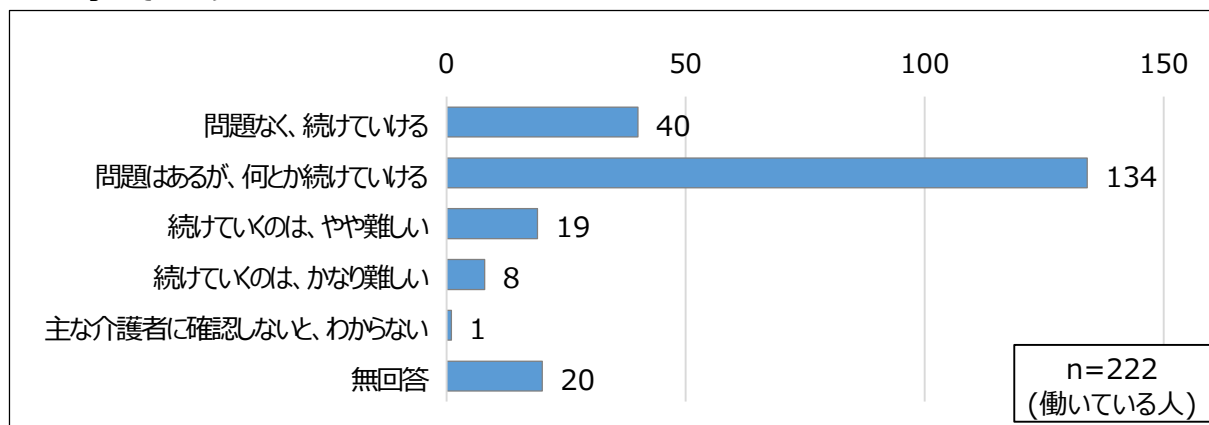
家族等の中で介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか。
(複数回答)

家族や親族から介護を受けている477人について、約1割の方が主な介護者を含む家族等が仕事を辞めた、あるいは転職したと回答しています。



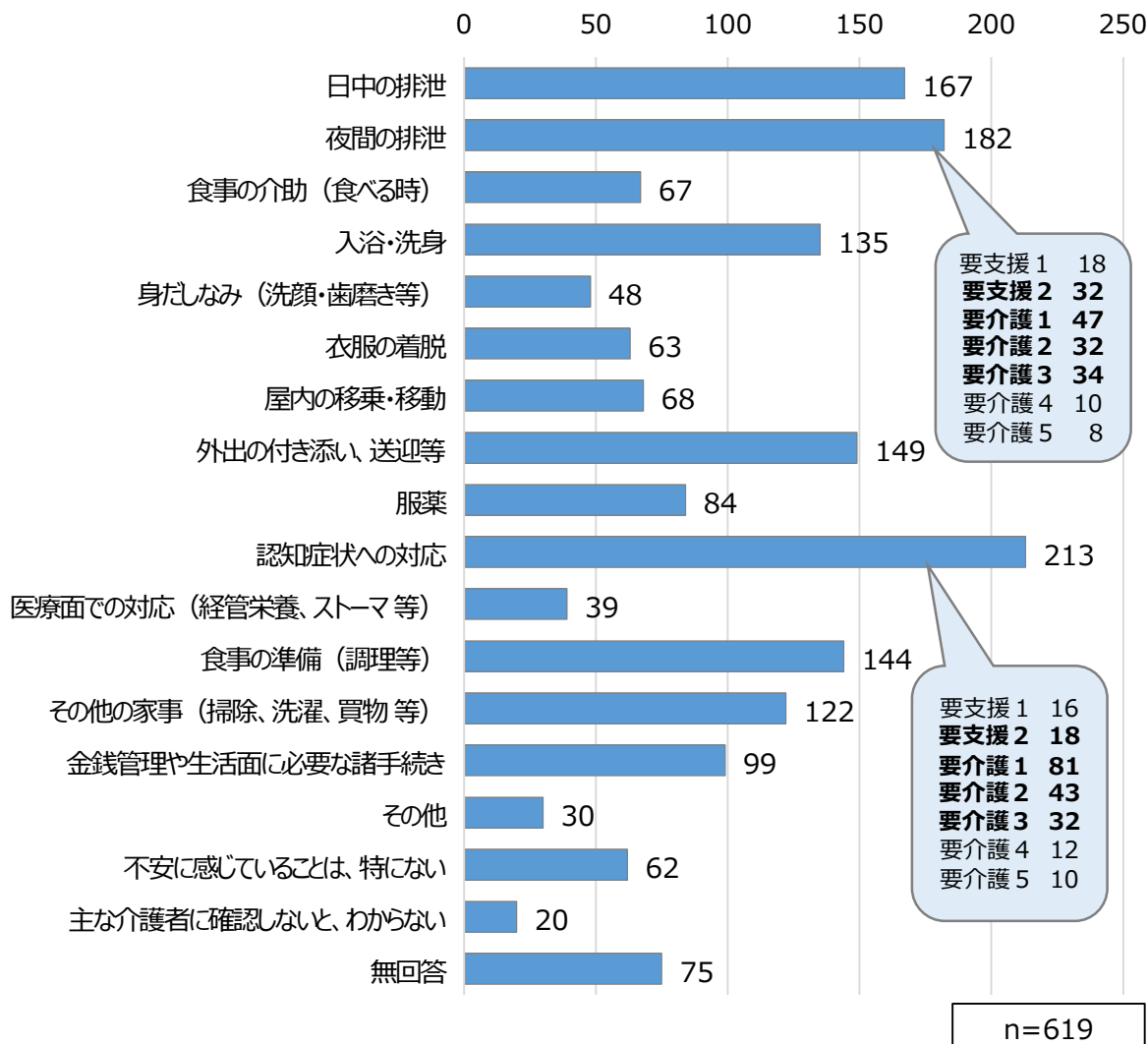
主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか。

主な介護者で働いている222人のうち、約1割の方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。



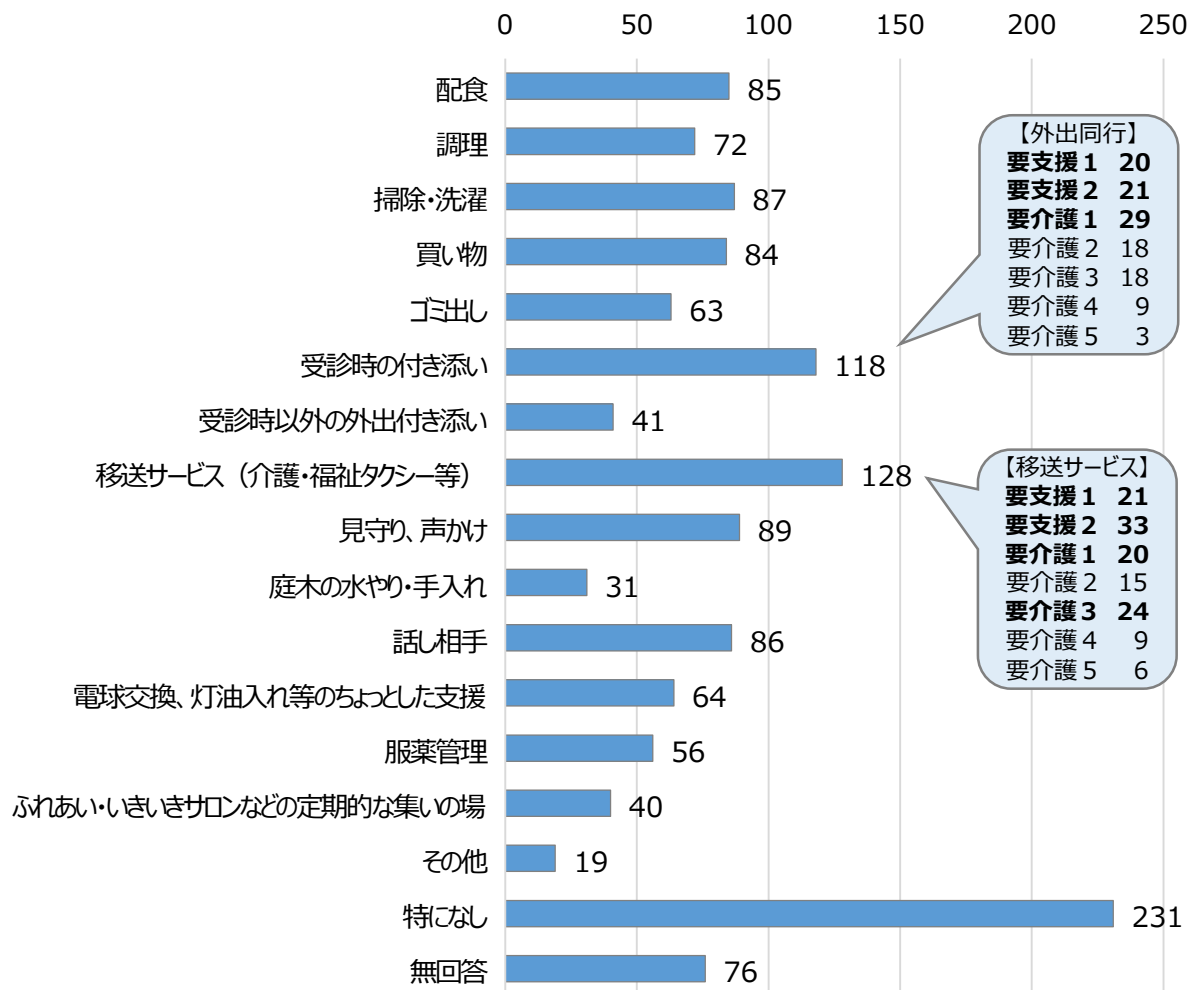
現在の生活を継続するに当たり主な介護者が不安に感じる介護は何ですか。
(3つまで選択)

特に不安を感じている方が多いのは、認知症状への対応や夜間の排泄です。



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か。
(複数回答)

移送サービスや受診時の付き添い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。



n=619

(7) 介護支援専門員(ケアマネジャー)等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等に対し、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及び国が示した調査票 (在宅生活改善調査)
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	各介護事業所にアンケート調査票を送付し、メール等で回収しました。
調査の期間	令和5年2月28日(火)から3月20日(月)まで
対象者数	116人
回答数・回答率	99人(85.3%)

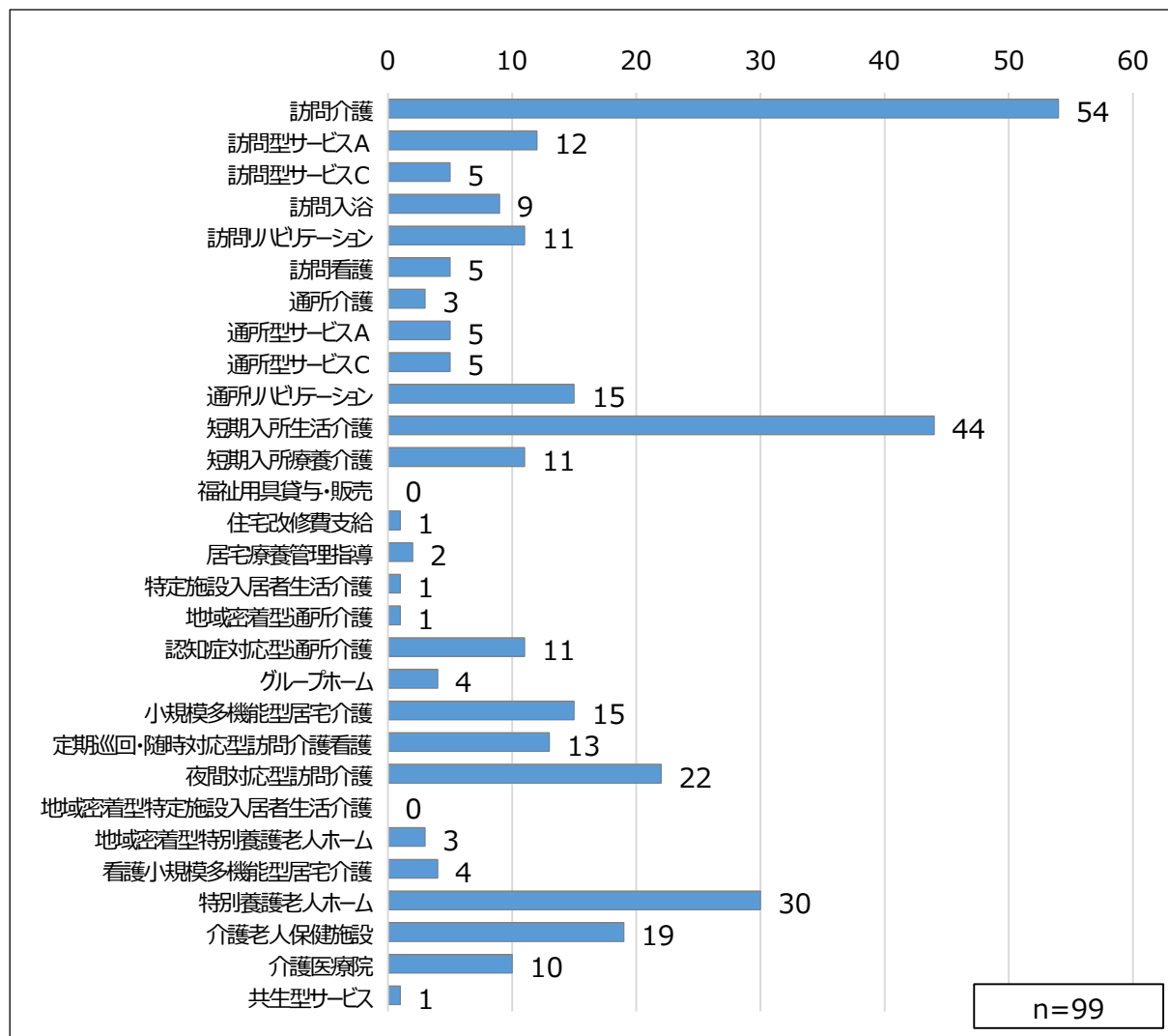
■ 調査結果の概要

【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、回答した介護支援専門員等の数です。

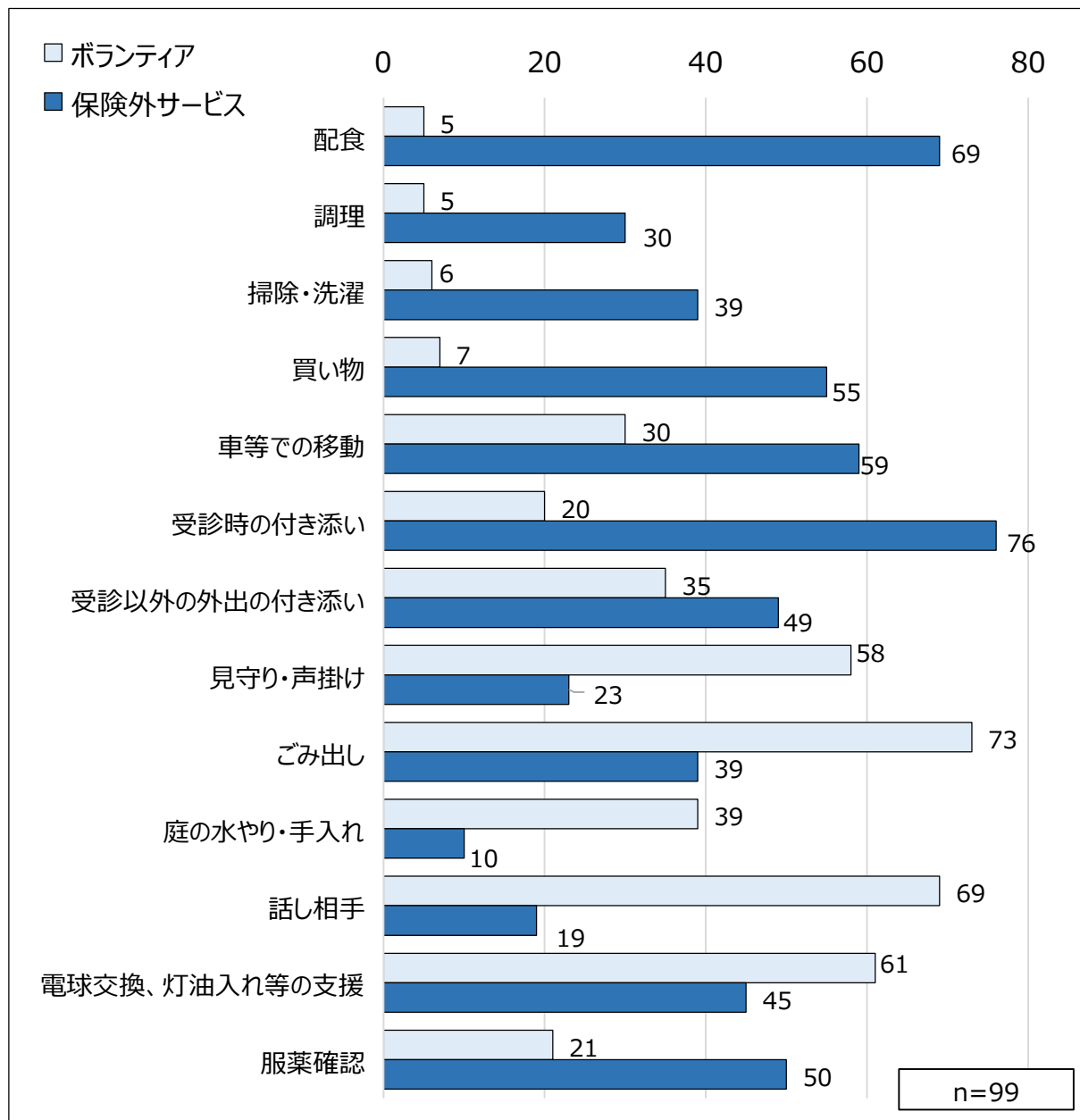
ア サービス供給量が不足していると感じるサービス（複数回答）

ケアマネジャーは、訪問介護の不足を一番に感じています。



イ 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（複数回答）

保険外のサービスでは、「受診時の付き添い」や「配食」、「車等での移動」が、ボランティアでは、「ごみ出し」、「話し相手」、「電球交換、灯油入れ等の支援」が求められています。

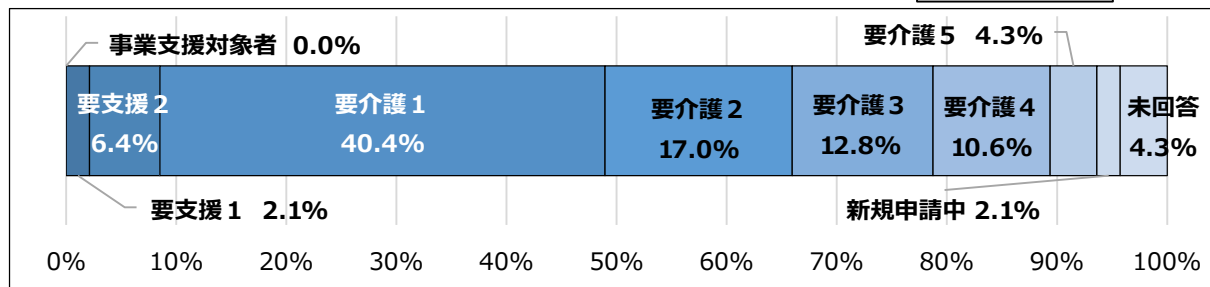


ウ 生活の維持が難しくなっている利用者の要介護・支援認定状況及び理由

要介護1の方、本人の状態として認知症の症状の悪化が見られる方、家族等介護者の意向・負担等として家族等の介護技術では対応が困難となった場合に、生活の維持が困難になっています。

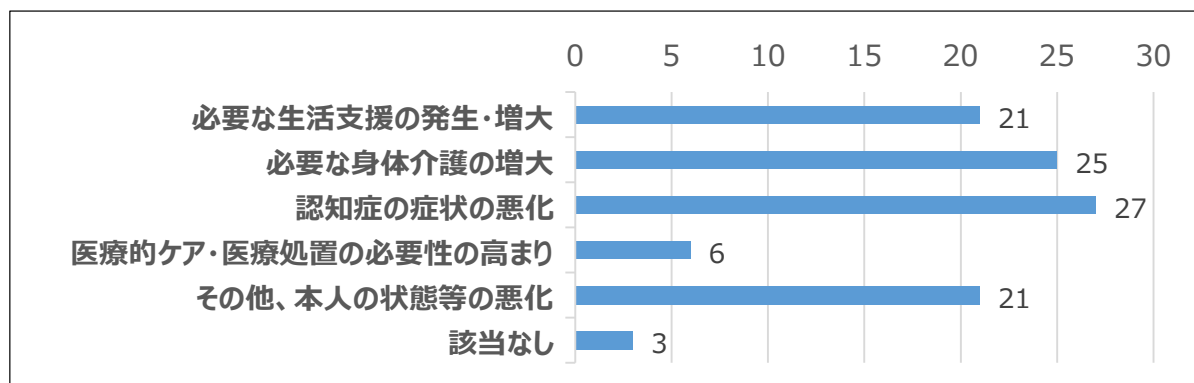
【生活の維持が難しくなっている利用者の要介護・支援認定状況】

n=47



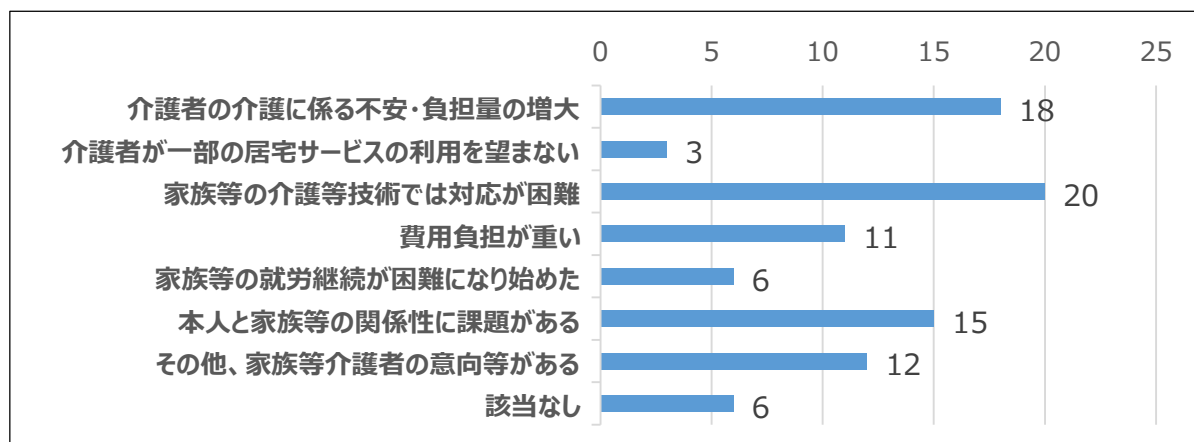
【本人の状態等に属する理由】（複数回答）

n=47



【主に家族等介護者の意向・負担等に属する理由】（複数回答）

n=47



エ 状況を改善するために必要なサービス内容

要介護1以上になると状況を改善するため、施設等への入所やより適切な在宅サービスへの変更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で改善できると思うか】

	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	介護度 未回答	合計
より適切な在宅サービスに変更	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
より適切な住まい・施設等に変更	0	0	1	7	5	5	4	2	1	2	27
より適切な在宅サービスまたは 住まい・施設等に変更	0	0	1	6	1	1	1	0	0	0	10
上記では改善は難しい	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	6

【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	介護度 未回答	合計
在宅 サービス	ショートステイ	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2	6
	訪問介護・訪問入浴	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	訪問看護	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	訪問リハ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	通所介護・通所リハ・ 認知症対応 型通所介護	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	定期巡回サービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	小規模多機能型	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	4
	看護小規模多機能型	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
住ま い・ 施設 等	住宅型有料老人ホーム	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	6
	サービス付き高齢者向け住宅	0	0	0	2	1	0	1	1	0	2	7
	軽費老人ホーム	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	グループホーム	0	0	1	8	3	2	0	0	1	0	15
	特定施設	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	介護老人保健施設	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	7
	療養型・介護医療院	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	特別養護老人ホーム	0	0	1	3	5	5	4	2	1	2	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及び国が示した調査票 (介護保険施設等居所変更実態調査)
調査対象者	《介護事業所アンケート調査》 市内介護保険施設・介護事業所の代表者 《介護保険施設等居所変更実態調査》 ・市内介護保険施設等（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を含む）の代表者 ・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の代表者
配布・ 回収方法	各介護事業所にアンケート調査票を送付し、メール等で回収しました。
調査の期間	《介護事業所アンケート調査》 令和5年3月9日（木）から3月28日（火）まで 《介護保険施設等居所変更実態調査》 令和5年2月28日（火）から3月20日（月）まで

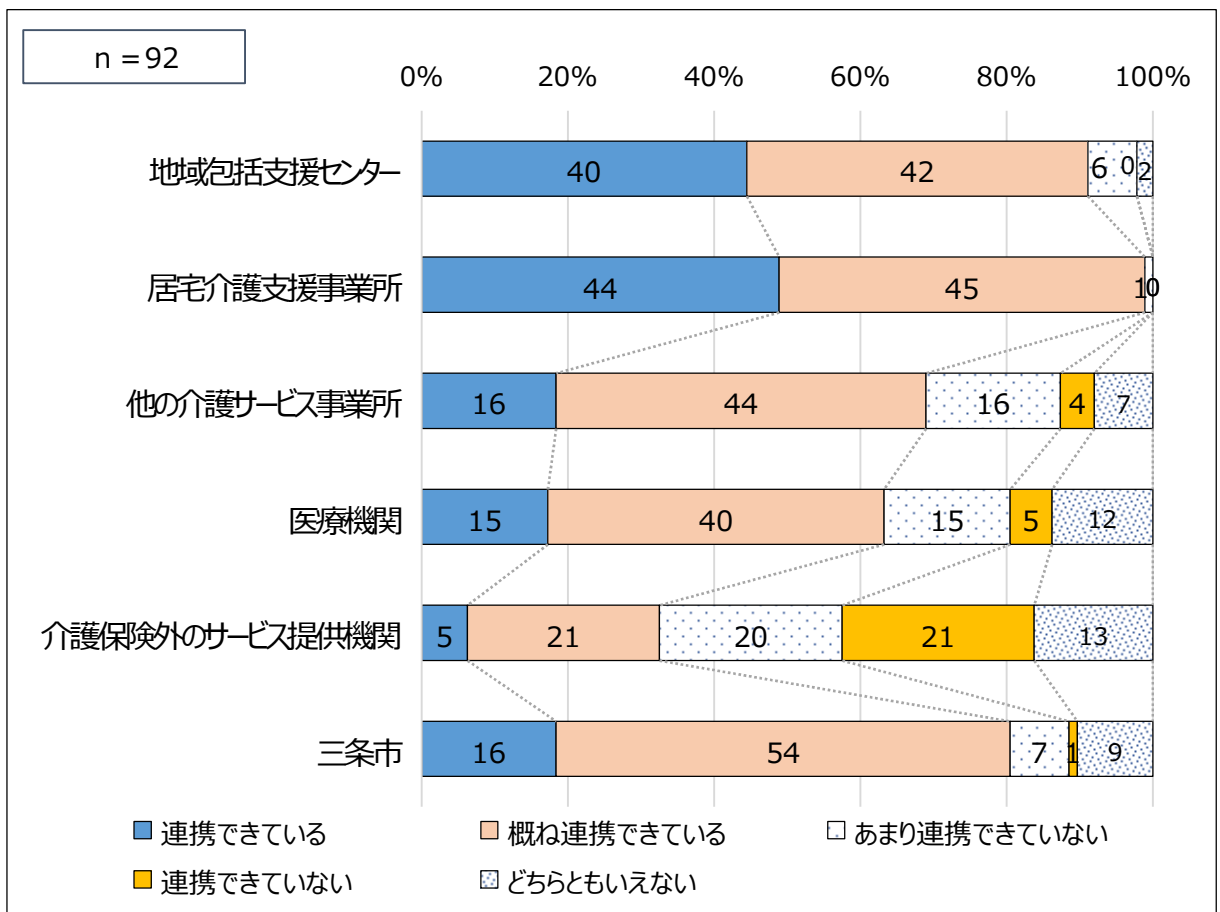
■ 調査結果の概要

【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、回答した施設等の数です。

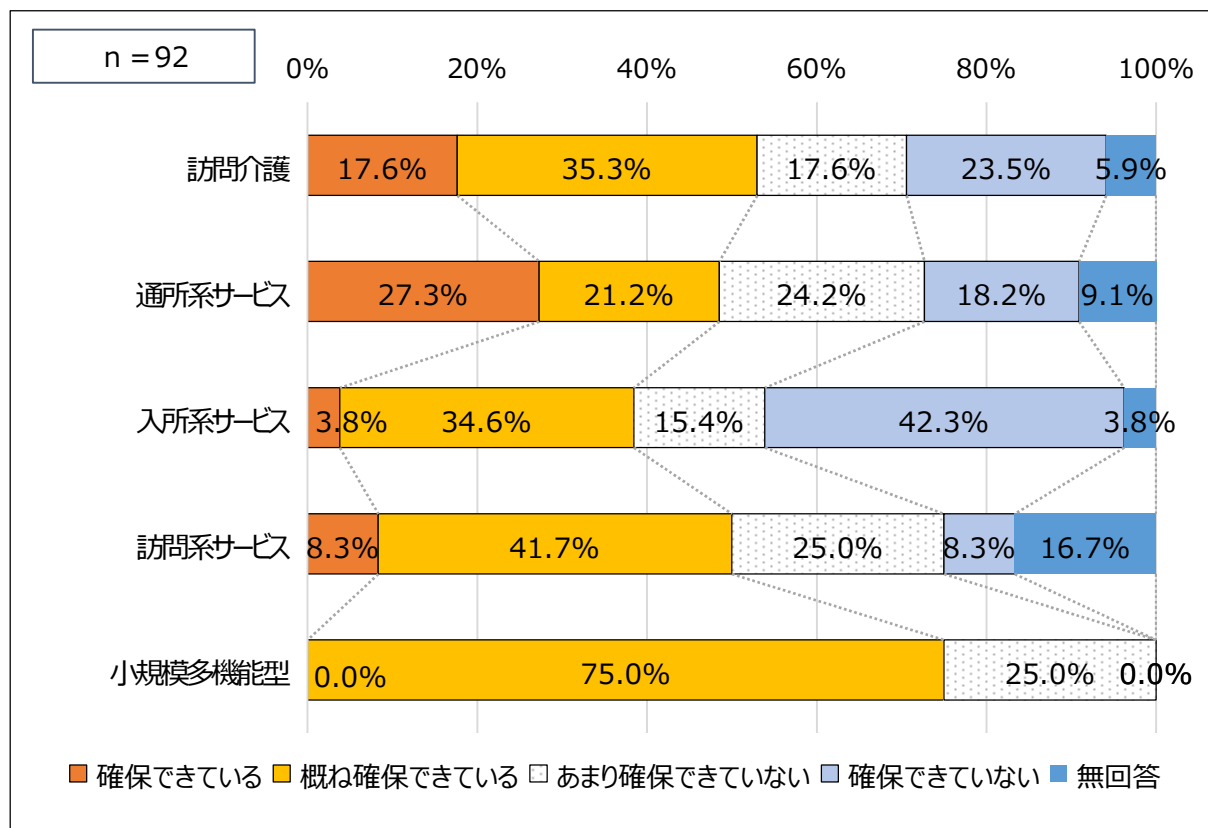
ア 他の機関との連携状況

市内の介護保険施設・介護事業所は、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800人を超えています。

施設ごとの入所・ 対応の状況	回答数	回答率	定員 (居室数)	入所者数	待機者数	特養 申込者数	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	6	66.7%	355	331	817		88	104	施設で 死亡
介護老人保健施設	3	75.0%	296	273	32	57	178	189	自宅
介護医療院	2	66.7%	240	218	0	0	113	132	施設で 死亡
グループホーム	6	75.0%	90	90	32	10	23	24	病院 診療所
有料老人ホーム	1	20.0%	18	18	1	0	7	7	施設で 死亡
サービス付高齢者 向け住宅(*7)	2	33.3%	77	68	2	0	16	18	施設で 死亡
ケアハウス(*8)	2	100.0%	78	77	16	0	17	17	老健

要介護度別の施設等入所状況は次のとおりです。

	自立	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	申請中・ 不明
特別養護老人ホーム						3	76	147	105	
介護老人保健施設					34	56	71	67	39	6
介護医療院 (療養型)					2	16	33	79	88	
グループホーム					22	31	18	12	6	1
有料老人ホーム		1	2	1	2	2	5	2	3	
サービス付き高齢者 向け住宅		1	3	6	20	16	8	11	3	
ケアハウス	19	9	19	13	14	3				

*7 バリアフリー構造や見守りサービスなど一定の基準を満たす、高齢者単身・夫婦世帯が居住できる賃貸等の住まい

*8 家庭での生活が困難な60歳以上の高齢者が、低料金で食事や洗濯などの介護サービスを受けられる施設

2 第9期計画策定における課題の整理

各種調査等で明らかとなった現在の高齢者を取り巻く状況や国・県の方向性、第8期計画期間における各施策の実施状況などを踏まえ、第9期に向けた課題は次のとおりとしました。

課題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

- 複雑化、複合化した問題を抱えるケースが顕在化していることから、今後更に高齢者と障がい、子どもなど分野横断的に支援が提供できるよう、地域包括ケア総合推進センターの調整役としての更なる機能強化と体制見直しが必要です。
- 地域包括支援センターの相談実績から、虐待ケースあるいは複雑化・複合化したケースへの対応が増加しているため、地域包括支援センターの持続可能な体制構築のための業務見直し等が必要です。

課題2 在宅医療・介護連携の推進

- 医師、看護師、ケアマネジャー、介護職など多職種による連携の一層の推進のため、引き続き各専門職への医療知識習得の研修等や各職種の役割・機能に関する理解促進のための取組が必要です。
- 支援者同士が迅速に情報共有し、状況に応じた適切なケアが提供できるよう、これまで活用を進めてきた情報共有ネットワーク（三条ひめさゆりネット）の支援機関への更なる導入や活用を推進することが必要です。
- 本人の意思を尊重したケアを行うため、意思決定支援の推進が必要であり、更に今後の一人暮らし高齢者・高齢者のみ世帯及び認知症高齢者の増加を見据えた取組の推進も必要です。
- 医療再編により変化する圏域内の医療状況を踏まえた、医療・介護連携の着実な推進が必要です。
- 今後の後期高齢者人口増加を見据え、在宅医療の提供体制の維持確保策の検討が必要です。

課題3 生活支援体制の整備

- 介護人材不足により専門職が増えない状況にあり、サービスA事業以外のサービス提供体制について新たな手法等の検討が必要です。
- 移動支援など、既存の制度や有償ボランティアでは対応できない生活支援ニーズへの対応について検討が必要です。
- 地域住民同士の支え合いで生活支援ニーズを解決する取組を促進できるよう、地域の意識の醸成を図るとともに、支援が必要な対象者と地域の取組のマッチングを行うことが必要です。
- 高齢者のみならず障がい者やひきこもりの方なども含めた対象を問わない地域づくりの推進に向けて、現在、地域包括支援センターを核に実施している取組を全市的な取組へと波及させていくための仕組みづくりが必要です。

課題4 介護予防・自立支援及び重度化防止の推進

- 高齢者の社会参画のための有償ボランティア事業について、更なる登録者獲得のため、認知度拡大のための取組が必要です。
- ICTを活用した健康情報の発信について、登録者の伸び悩みが見られるため、効果的な周知や発信方法の検討が必要です。
- 生活機能改善のための通所型サービスC事業について、更なる利用者の拡大につながるよう事業の見直しが必要です。
- 介護保険制度の理念である自立支援の考え方について、広く市民に周知するとともに、介護事業所等の支援者の理解促進を図ることが必要です。
- 生活機能低下のリスクに応じた保健事業や介護予防事業について、支援に確実につなげるための仕組みづくりやフォロー体制の検討が必要です。

課題5 認知症施策の推進

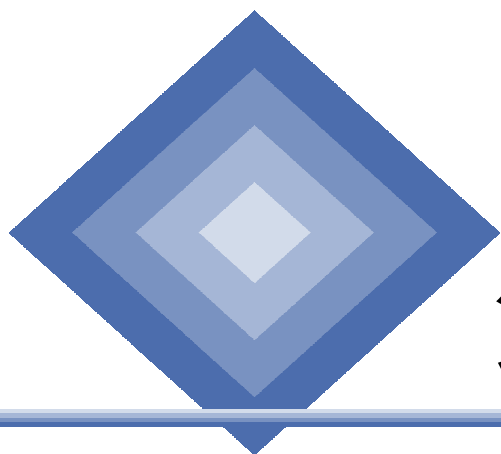
- 認知症の方が安心して地域で暮らし続けるために、住民や企業への理解促進に向けた働きかけの強化が必要です。
- 認知症の本人が、気兼ねなく参加し活動できる場や、本人の社会参加を支援する体制の整備が必要です。
- 介護者からの認知症の介護方法や利用できるサービスの方法の情報に対するニーズが高く、情報提供の方法等の検討が必要です。
- 認知症の方やその疑いがある方が早期に適切な支援につながるよう、地域住民や企業等への地域包括支援センターの更なる周知や、地域包括支援センターと医療機関やケアマネジャーとの連携促進が必要です。

課題6 権利擁護の推進

- 「制度利用の手続の煩雑さ」、「後見人への報酬支払いの困難さ」、「制度利用のタイミングが分からない」が成年後見制度の利用を阻害している要因となることが多い状況から、ケアマネジャー等支援者への制度利用のタイミングに関する研修の実施や成年後見制度利用支援事業の周知が必要です。
- 身寄りがいない方等への対応は、医療機関や介護施設など支援機関によって異なり、課題の捉え方も様々であることから、支援者間で連携した課題の整理が必要です。
- 介護事業所からの虐待通報件数が少ないため、従事者等が発見した際に、早期に相談や通報につなげるための研修等取組の強化が必要です。
- 高齢者虐待については、虐待通報件数の増加やケース対応の長期化により支援者の業務量が増加しており、支援者の知識や技術の向上や連携体制等の更なる強化が必要です。

課題7 安定した介護保険サービスの充実

- 今後の後期高齢者人口増加等を見据えて、長期的な視野に立った計画的な施設整備を進めていくことが必要です。
- 適正な要介護（要支援）認定のため、介護認定審査会委員や認定調査員に対する研修の機会を設けるなど、より現場の実態に即した認定が行われるよう取組を行うことが必要です。
- 介護給付費適正化の推進のため、介護事業所への集団指導や運営指導を着実に実施していくことが必要です。
- 在宅介護を支援するため、国や県、他自治体の動向も踏まえながら、本人やその家族に対して必要な福祉サービスを引き続き見直し、実施していくことが必要です。
- 介護保険事業の目的である自立支援を促すため、広く市民に対し、様々な機会を捉えて周知活動を行い、理解促進を図ることが必要です。
- 介護人材確保のため、必要な担い手確保策や介護事業所の業務負担軽減に向けた取組が必要です。
- 災害及び感染症への備えについて、介護事業所における業務継続計画（BCP）の策定に向けた情報提供などの支援や、市の防災訓練参加事業所拡大に向けた取組を行っていくことが必要です。



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

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

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

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。

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。

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

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、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。

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(*9)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。

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、認知症の人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、認知症の人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。

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。

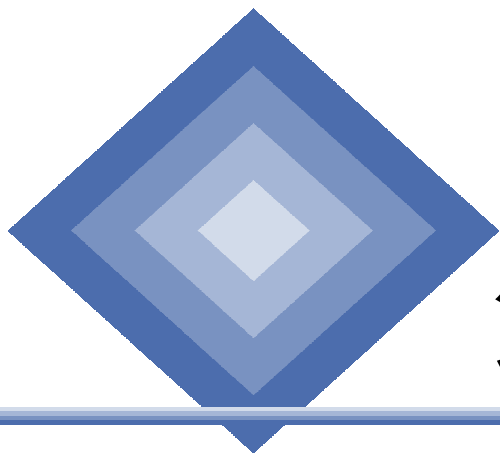
基本目標7 持続可能な介護保険制度を維持するための基盤の強化

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。

*9 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的状態

2 施策の体系

第9期 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	(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 (2) 障がい者福祉や児童福祉など他分野との連携促進 (3) 地域包括支援センターの業務負担軽減と機能強化
2 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) 医療再編後の医療・介護連携の着実な推進 (4) 在宅医療提供体制の確保
3 生活支援体制の整備 及び地域支え合いの 推進	(1) 生活支援サービスの充実 (2) 地域の支え合い体制づくりの促進
4 介護予防・自立支援及び 重度化防止の推進	(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 (2) フレイルの早期発見・介入と重度化防止の取組の強化 (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
5 認知症施策の推進	(1) 認知症の方が安心して生活できる地域づくり (2) 認知症本人の意思を尊重した活動機会等の確保 (3) 認知症の方の介護者に対する支援の充実 (4) 適切な医療・介護サービスの提供
6 権利擁護の推進	(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 (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 (3) 高齢者虐待防止対策の推進
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	(1) 介護保険サービスの充実 (2) 介護者支援のためのサービスの充実 (3) 介護サービス提供基盤の強化 (4) 介護給付等適正化の推進 (5) 自立支援を理念とする介護保険制度の理解促進 (6) 災害及び感染症への対策強化



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

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。

(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

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。

【現状】

高齢の親がひきこもりの子どもを支えるケースや、障がいを持つ子が高齢の親の介護を行うなど、複雑化、複合化した問題を抱え支援を必要とする世帯が年々顕在化してきていることから、各支援者間の調整役としての地域包括ケア総合推進センターの機能強化が必要です。

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については、中核機関の体制整備・機能強化と併せて中核機関とセンターとの必要な役割分担の見直しと機能強化が必要です。

- ・ 中核機関・・・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
- ・ 地域連携ネットワーク・・・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

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 中核機関の体制整備

市民に対する成年後見制度の周知啓発や支援者への研修、制度の担い手の育成など、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。

(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（*10）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。

【現状】

複雑化・複合化した問題を抱える世帯を丸ごと支援していくため、障がい福祉や児童福祉、精神保健など各分野と連携し、令和7年度に本格実施予定の重層的支援体制整備事業を着実に推進していくための体制づくり、具体の支援方法等について検討が必要です。

重層的支援体制整備事業の本格実施に向けて、支援者（地域包括支援センター、相談支援事業所、社会福祉協議会等）で組織する既存の各会議体の役割分担を整理するとともに、各会議などで出された事例から地域課題を把握し、市の取組へ反映させるための分野横断的な検討体制の構築が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 重層的支援体制整備事業

ひきこもりなどこれまで制度の狭間にあり支援が十分に行き届かなかった人や、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、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施するための支援方法の検討と分野横断的な体制整備を行います。

◆ 日常生活圏域ごとの相談支援・地域づくりの推進体制の構築

重層的支援体制整備事業の一環として、日常生活圏域ごとに相談支援・地域づくりを推進できる体制整備を進めるため、高齢者や障がい者等各分野の支援機関担当間で、ICTを活用したタイムリーな情報共有や定期的な圏域ごとの会議を引き続き実施し、支援困難ケースの事例検討等を通じて連携を強化します。

* 10 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) 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。

【現状】

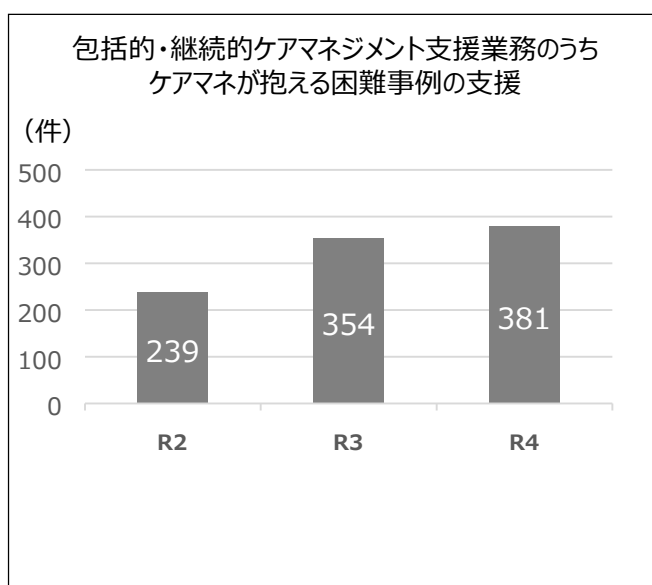
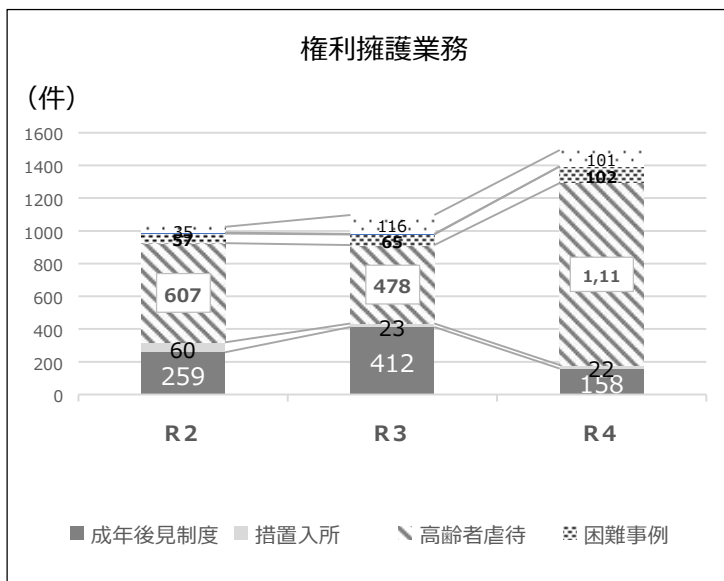
地域包括ケアシステムの各施策において、地域への働きかけや地域づくり、高齢者と取組のマッチングなど、地域包括支援センターの役割はより一層重要となっています。

また、複雑化・複合化したケースが顕在化するとともに、高齢者等の虐待通報が年々増加し、困難事例ケースや虐待ケースへの対応件数が増加しています。現場対応が多いケアマネジャーからも、こうした処遇困難者への対応について、地域包括支援センターへの対応に期待が寄せられています。

【今後の方針】

- ・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（*11）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。

【地域包括支援センター実績】



* 11 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

【実施事業】

◆ ICT活用による業務の効率化

介護事業所やケアマネジャーとの日常的な連絡の効率化や市職員との各施策に関する情報共有等が円滑に行えるよう、地域包括支援センター全職員がビジネスチャットツールを利用できる通信環境を整備します。加えて、外出時などの地図検索や連絡手段等の効率化を図るため、各地域包括支援センターにスマートフォン又はタブレットを配置します。

◆ 指定介護予防支援業務の委託業務軽減等による業務改善

令和6年度からの介護保険法改正により、要支援者に行う介護予防支援業務については、地域包括支援センターに加えて、これまで地域包括支援センターから委託を受けて実施してきた居宅介護支援事業所も、市町村からの指定を受けて直接当該業務が実施可能となることから、地域包括支援センターの業務負担軽減のため、指定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。

また、居宅介護支援事業所が積極的に指定を受けられるよう、指定介護予防支援業務そのものの業務負担軽減についても検討します。

【介護保険法改正の概要（施行期日：令和6年4月1日）】

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。

【指定介護予防支援業務 延件数（令和4年度）】

地域包括支援センター名		嵐北	嵐南	東	栄	下田	合計
指定介護予防支援 年間延件数		2,577	3,037	2,108	1,156	1,152	10,030
内訳	直営	550	503	267	563	618	2,501
	委託	2,027	2,534	1,841	593	534	7,529
委託割合		78.7%	83.4%	87.3%	51.3%	46.4%	75.1%

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。

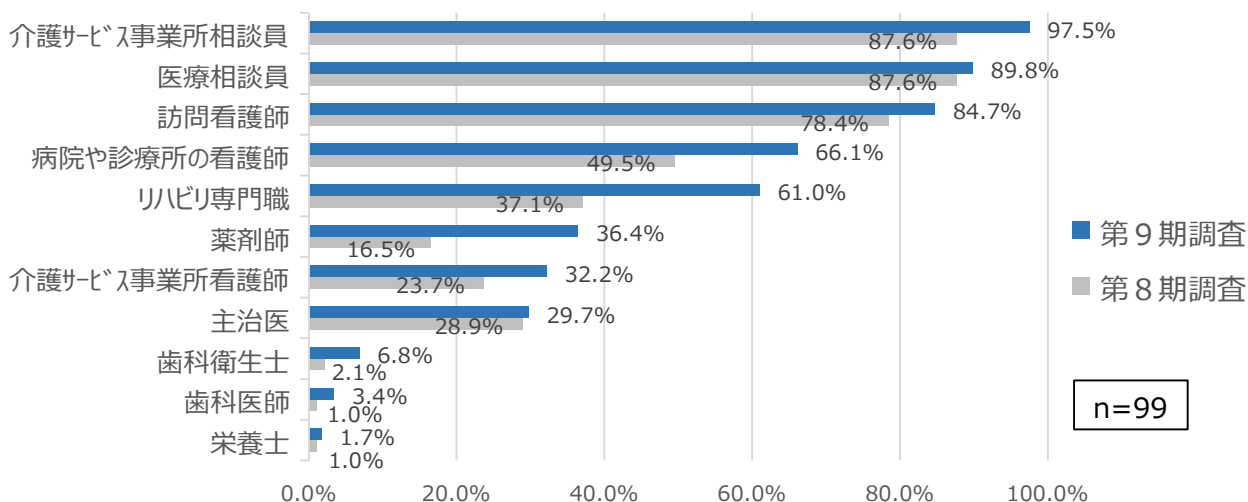
【現状】

これまで進めてきた多職種連携の取組により、第8期と比較し、他の職種、特に医療職との連絡を取り合うケアマネジャーは増えてきています。半面、知識を得るとともに連携構築の機会でもある多職種連携研修会等に参加するケアマネジャーや介護職の人数は未だ十分とは言えません。今後は参加者を増やすための工夫や具体的な連携に結びつくような内容の研修を行っていく必要があります。

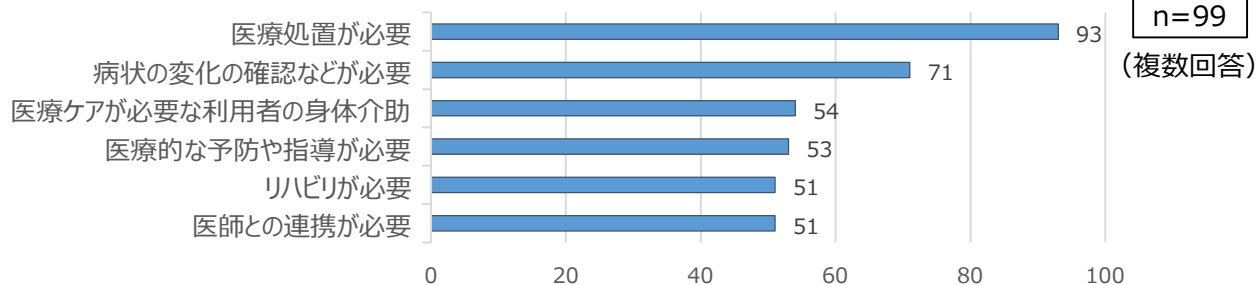
介護と医療の連携については、ケアマネジャー等介護職が、介護予防や重症化防止の観点から、より適切なタイミングで訪問看護や医療機関受診につなげられるよう、医療職と連携し、介護職が医療的視点を持つことができるための研修や相談機会の更なる充実を図る必要があります。

また、介護支援専門員等アンケート調査の結果から、多職種間での情報共有ツール（ひめさゆりネット）の機能が十分に知られていない状況があることから、事業所等に対してこれらの有用な機能の説明を行うとともに、未導入の事業所へ導入の働きかけを行っていく必要があります。

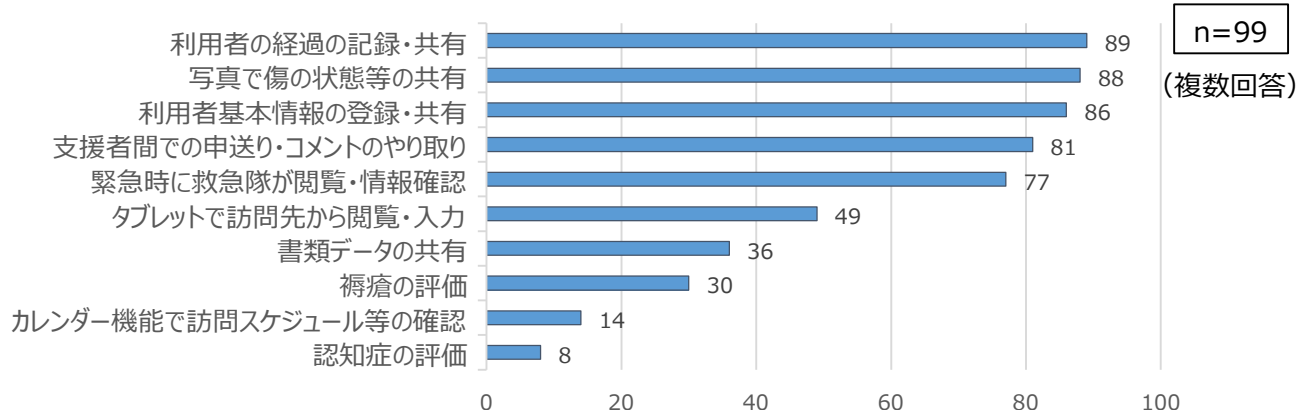
【医療職等と連絡を取り合うケアマネジャーの割合（介護支援専門員等アンケート調査）】



【ケアマネジャーが訪問看護の利用を検討する場面（介護支援専門員等アンケート調査）】



【三条ひめさゆりネットの機能の認知度（介護支援専門員等アンケート調査）】



【今後の方針】

- 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がることができるよう、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。

【実施事業】**◆ 多職種連携研修会及び個別ケア会議の実施**

多職種間での顔の見える関係づくりを構築するため、要介護者に多い疾病をテーマとして、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を実施します。実施にあたっては、より多くの支援者が参加しやすいよう、開催方法を工夫するとともに、具体的な連携に結びつくような内容を検討します。

多職種間の連携が深まる機会となる個別ケア会議の積極的な実施を働きかけます。

◆ ケアマネジャー等介護職を対象とした研修及び相談機会の充実

ケアマネジャー等介護職を対象に、医師会等と連携し、基礎的な医療の知識を学ぶための研修会の開催や、医療支援に関する相談機会の更なる充実を図ります。

◆ 情報共有ツール（三条ひめさゆりネット）の活用促進・導入事業所の拡大

多職種連携の推進のため、医師会と連携し、支援者間において情報共有ツール（三条ひめさゆりネット）の機能についての周知を行います。

また、新規に開設された診療所や介護事業所、未加入の事業所にも引き続き本ツール活用によるメリットを丁寧に説明し、導入を働きかけます。

(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。

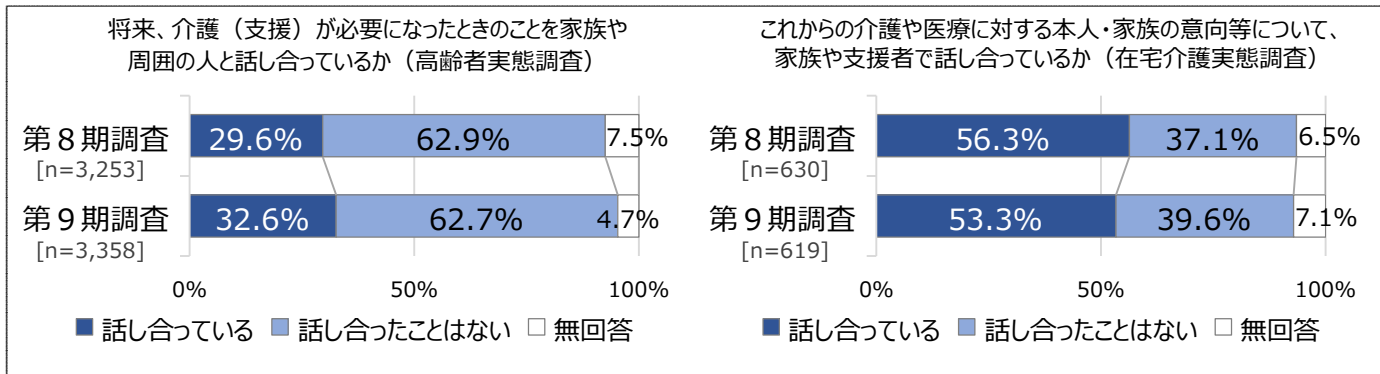
【現状】

認知症高齢者や一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯が増加する中で、意思決定が難しい状態となっても、本人の意思を尊重した医療・介護等のケアを実現するには、まずは市民一人一人が、将来、自身が介護等が必要になった時に望む支援を受けられるように、事前に身近な人に意向を伝えておくことが重要です。

高齢者実態調査では、半数以上が「話し合ったことはない」と回答している状況であり、引き続き、意思決定に関し、市民への啓発が必要です。

また、在宅療養者に対する意思決定を支援するため、介護や医療職等支援者のスキル向上と多職種間連携を図るための取組が必要です。

【将来等について家族や支援者等と話し合っている割合】



【今後の方針】

- ・ 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）（*12）や意思決定支援に関する研修会等を実施します。

* 12 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

【実施事業】

◆ 市民啓発のための出張講座等の開催

元気なうちから自らの意思を周囲に伝えておくなどの将来に向けた備えをする重要性を啓発するため、地域の集いの場等における出張講座等を開催します。

◆ 「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ことのできる「わたしの安心ノート」について、各公民館等に設置するとともに、啓発講座等の場において配布し、活用に向けた周知を図ります。

◆ 「救急医療情報カード」の普及

急病等の緊急時に迅速な救急対応につなげるため、かかりつけ医療機関や持病等の情報をあらかじめ記入して保管しておく「救急医療情報カード」について、意思表示が困難になったときの要望も記載できることから、引き続き後期高齢者に郵送配布するとともに、出張講座等や地域での活動を通じて、記載内容の更新について呼びかけを行います。

◆ 支援者のスキル向上に向けた各種研修会の開催

医療・介護・権利擁護等に関する専門職を対象とした、人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）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。

【現状】

市ではこれまで、市内における医療機関や介護事業所間での連携体制の構築を進めてきましたが、県央圏域の医療再編においては、済生会新潟県央基幹病院を柱として、「地域がひとつの病院」のように機能する医療提供体制の構築を進めることから、県と連携し、圏域全体を視野に入れた医療・介護連携体制の見直しを検討する必要があります。あわせて、多職種間での情報共有ツール（三条ひめさゆりネット）についても、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する必要があります。

【今後の方針】

- ・ 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。

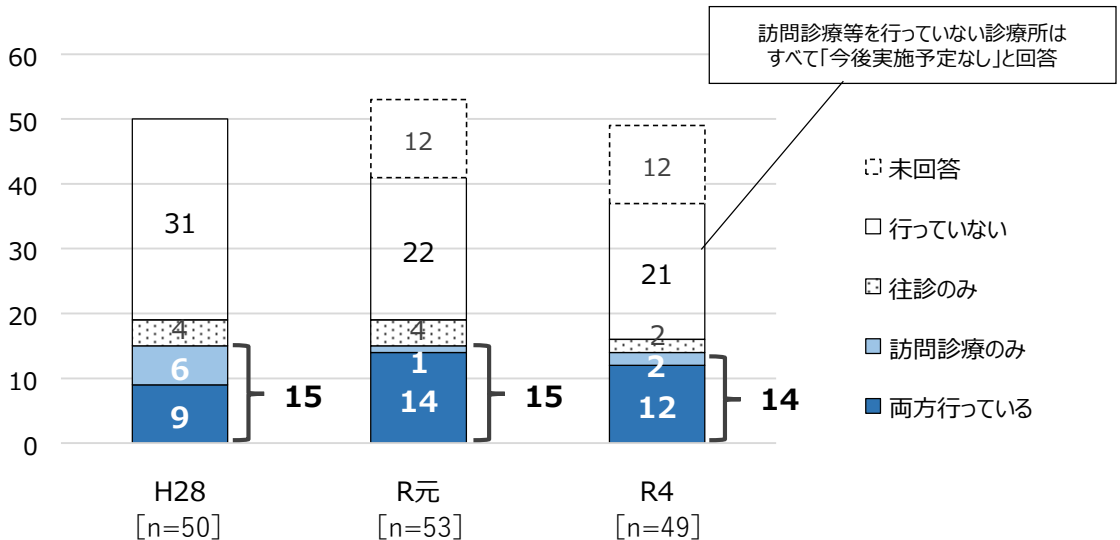
(4) 在宅医療提供体制の確保

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。

【現状】

在宅療養で通院が困難な高齢者など、訪問診療を必要とする後期高齢者は増加していく見込みですが、在宅医療を提供する医師が少ない現状であることから、市内の訪問診療必要者に対する在宅医療提供体制の維持確保策について三条市医師会と早急に議論を進めていく必要があります。

【訪問診療・往診の状況調査の結果】



【今後の方針】

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。

【実施事業】

◆ 医師会 在宅医療検討部会での検討

在宅医療提供体制の維持確保に向けて、三条市医師会が設置する在宅医療検討部会において、地元の医師と必要な取組についての検討を進めます。

3 生活支援体制の整備及び地域支え合いの推進

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、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。

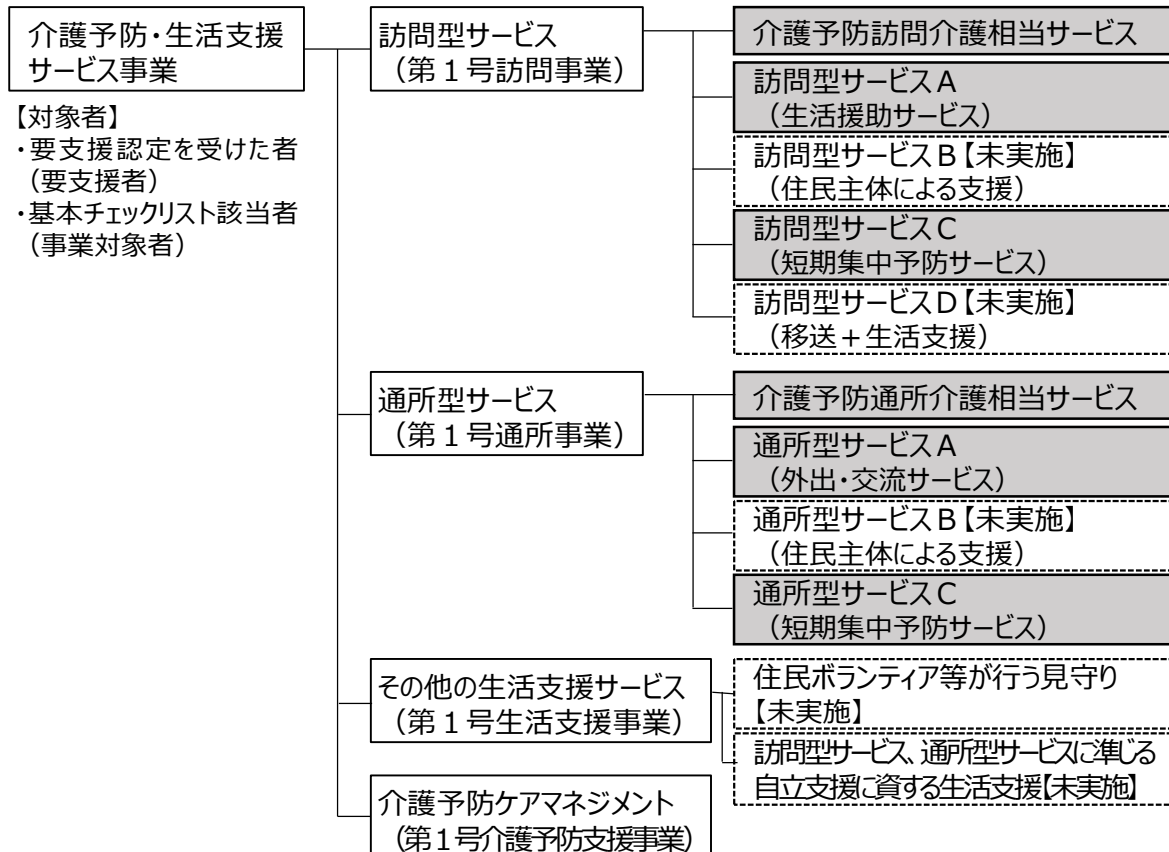
また、地域共生社会の実現に向け、高齢者のみならず障がい者、生活困窮者、子育て世代等を含めた地域参加や居場所づくりなど一体的な地域づくりを進めます。

(1) 生活支援サービスの充実

介護人材不足が大きな課題であり、特に訪問介護サービスに対するニーズが増加していることから、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依然として高いものの、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・生活支援サービスの概要】



【現状】

訪問介護の専門職がより専門性の高い介護等に専念するため、サービスA事業^(※13)の専門職以外の従事者を増やす必要がありますが、従前の介護事業所において新たに専門職以外の従事者の雇用を進めることは難しい状況にあります。また、高齢者等見守り事業の有償ボランティアが、ごみ出しや話し相手等の簡易的な生活支援に対応していますが、当事業の有償ボランティアでは対応困難な細かな生活支援ニーズがあることが明確になっています。これらのことから、介護予防・生活支援サービスにおいて、必要な生活支援サービスが提供できる体制を検討する必要があります。

さらに、高齢者やケアマネジャーを対象とした各種調査において、移動支援のニーズが高いことが明らかになっています。既存の公共交通は要支援者等には利用しづらく、その他の民間サービスとして、医療機関等が患者を送迎するサービスを行っている場合がありますが、そのような民間サービスの資源も少ない状況です。一方で、ケアマネジャーを対象とした調査において、「移動支援があれば集いの場に行ける可能性のある要支援者等」は40.2%との回答結果となりました。そのため、受診や買い物の送迎・同行支援や、移動手段がなく諦める傾向がある楽しみのための外出支援への取組が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 介護予防・生活支援サービス事業の検証

厚生労働省が示す「地域づくり支援ハンドブック」に基づき、総合事業の見直しプロセスを実施します。要支援者・事業対象者の状態像や、高齢者が活用している地域資源等の把握を行い、給付費等の推移を踏まえ、事業の見直しの方向性を検討します。既存の介護事業所や福祉分野だけではなく、他業種・他分野の事業所や人材の活用も含めて検討を行います。

◆ 移動支援の取組の検討

公共交通施策と調整を図りながら、デマンド交通のバス停等まで歩行困難な要支援者・事業対象者を主な対象とした移動支援の取組を検討します。

*13 自宅を訪問し、調理、掃除、買い物支援などの生活援助を行う「訪問型サービスA」、主に外出や交流などを目的に日帰りでレクリエーションや食事、入浴の見守りなどを提供する「通所型サービスA」があり、どちらも身体介助は行わない。

(2) 地域の支え合い体制づくりの促進

介護等が必要となっても住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域で互いに支え合うという市民一人一人の意識の醸成が重要であることから、引き続き地域への啓発を行います。また、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います。なお、地域の担い手も不足していることから、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支え合い活動につなげるよう取り組みます。

さらに、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がるための活動を促進します。

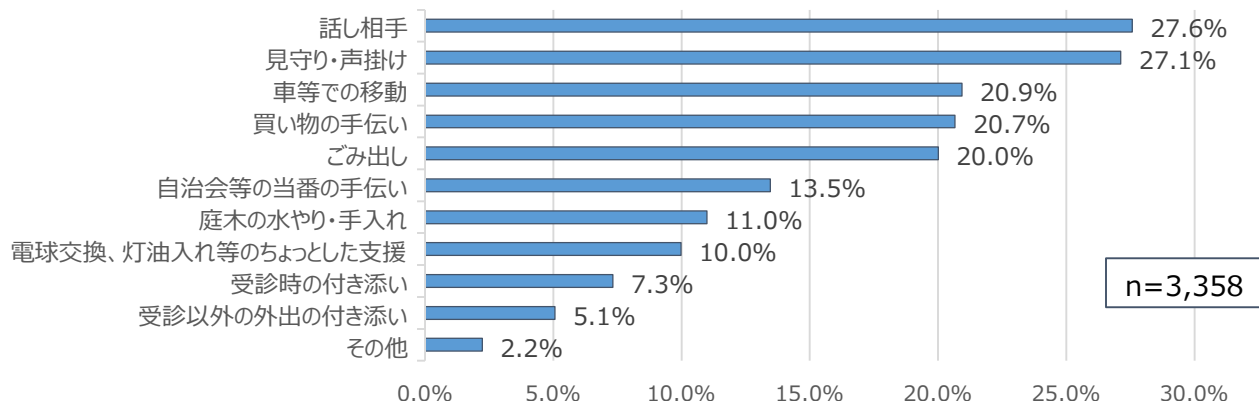
【現状】

高齢者実態調査から、「日常生活で近所の方が困っているときにいずれかの支援で助けることができる」と回答した割合は57.7%と高く、その支援として、話し相手、見守り・声掛けのほか、車等での移動、買い物の手伝い、ごみ出しなどの支援をできると回答した割合は20%以上でした。地域の中での緩やかな見守りを行っているなど、多くの地区で地域の支え合い活動が行われています。一方で、ケアマネジャー等の専門職と地域の支援者等との連携が不十分であり、地域での活動が十分に知られていません。

また、新型コロナウイルス感染症により集いの場を廃止した地区があり、既存の集いの場においても高齢化により継続が難しくなるなど、集いの場への支援を強化することが必要です。これらの地域活動においても担い手不足が課題となっています。

さらに、高齢者、障がい者、生活困窮者、子育て世代等の多分野の方を対象とした一体的な地域づくりの取組については、今後、各分野を超えた連携をより一層進める必要があります。新たな取組の実施には時間やマンパワーが必要となることから、多くの取組を実施するためには福祉分野に限らず、広く既存の市民活動や企業等との連携を図っていくことが必要です。

【日常生活で近所の方が困っているときに、助けることができること（高齢者実態調査）】（複数回答）



【今後の方針】

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 圏域ごとに取り組みを進めている「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。

【実施事業】

◆ 地域支え合いに関する啓発、地域住民の理解促進の取組

地域支え合いをテーマに、三条市社会福祉協議会と共催で市民を対象とした地域福祉推進フォーラムを開催します。また、フォーラムの内容を広く周知するため、生活支援コーディネーターが民生委員・児童委員協議会や集いの場等に対して、地域支え合いに関する啓発講座を実施し、地域支え合い活動に対する意識の醸成を図ります。

また、認知症や精神障がい等に対する偏見等をなくすため、地域住民の理解促進の取組を実施します。

◆ 地域の支援者と専門職との連携促進のための圏域地域ケア会議の実施

民生委員・児童委員等の地域の支援者とケアマネジャー、相談支援専門員等の専門職との連携を促進するため、各圏域ごとの地域ケア会議等を開催します。見守りや地域支え合いに関する市の取組（高齢者等見守り事業等）の情報提供や、それぞれの支援者や専門職が互いの活動や役割等を情報共有できる場を定期的に設けます。

◆ 生活支援コーディネーターによる個別ケースと地域活動とのマッチング

生活支援コーディネーターがこれまでに把握した自治会独自の見守り活動等の地域支え合い活動をまとめた一覧を作成し、ケアマネジャー、相談支援専門員等と共有することで、見守り等の支援を必要とする人と地域活動をつなげます。また、地域包括支援センターの総合相談や各専門職からの相談による個別ケースに対して、生活支援コーディネーターが個別に地域資源や地域活動とつなげます。

◆ 集いの場の継続支援、立上げ支援

既存の集いの場が継続するために、出前講座の紹介や各種申請の補助、共食の推進等、生活支援コーディネーターが集いの場に寄り添った支援を行います。集いの場の運営者が気軽に相談できるよう、集いの場に対して相談先を周知するとともに、定期的に各地区の集いの場に顔を出し、関係づくりに努めます。

また、集いの場の実態把握を進めるため、いきいきサロンやさんちゃん健康サークル等に登録していない任意の地域の集まりを積極的に把握します。

さらに、集いの場が休止した地区、以前から集いの場がない地区などを中心に、地域住民に対して立上げの働きかけを行い、相談に応じながら立上げの支援を行います。

◆ 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。

生活支援コーディネーターが地域活動や集いの場の支援等を行う際に、担い手不足が課題となった場合は、適宜、セカンドライフ応援ステーションと連携し、その地区で活動的な高齢者等の情報を共有し、地域活動の担い手として活躍してもらえよう働きかけを行います。

◆ 生活支援コーディネーター協力員（第2層協議体）の設置

生活支援コーディネーターがこれまでの活動に関わった地域の有志をコーディネーター協力員（圏域単位の第2層協議体）とし、コーディネーターが行う活動の支援、協力をいただくための仕組みづくりを行います。コーディネーターが行う各圏域の取組やイベントに協力いただくとともに、既存の地域活動を活性化させるための検討等をコーディネーターとともにを行います。

◆ 圏域ごとの対象を問わない一体的な地域づくりの促進

第8期計画期間中に取り組み始めた圏域ごとの「対象を問わない地域づくり」を促進するため、高齢分野以外にも障がいや生活困窮等の支援者からの個別ケースの相談に応じ、必要な地域活動とつなげていきます。

また、障がい分野の地域活動支援センター等や、子育て分野の子育て支援センター、児童クラブ等の既存の活動との連携を検討し、対象を問わない地域づくりの取組を更に発展させていきます。

◆ 福祉分野以外への地域共生社会の活動波及

市内での意識共有と連携を更に進め、地域住民や地域の団体、企業等の既存の活動が共生社会を意識した活動となるように支援し、全市的な地域づくりに波及させていきます。また、圏域ごとに進めてきた対象を問わない一体的な地域づくりの取組をモデル的な活動として周知します。

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^(※14)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^(※15)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。

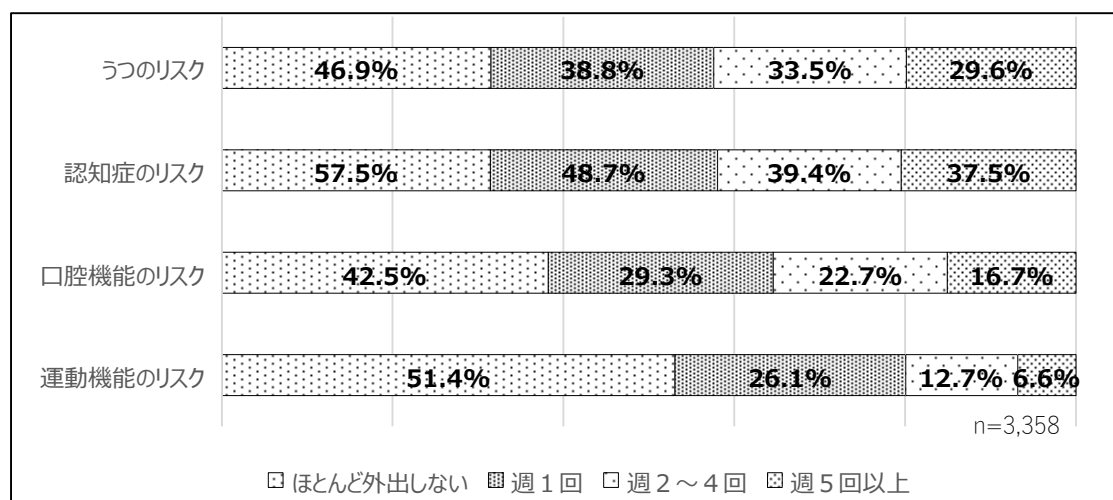
【現状】

外出頻度が低い人ほど、各種健康リスクが高い傾向にあり、社会とのつながりと健康状態には関連性があると考えられます。

しかし、ボランティア、サークル、自治会活動等の社会参画活動に週1回以上参加している人の割合は、3割程度にとどまっています。また、セカンドライフ応援ステーションにおいて高齢者の社会参画活動に対する総合的な支援を行うなど、外出、社会参画機会の拡大につながる取組を行っていますが、同ステーションの認知度や各事業へ参加割合が低く、登録・参加者数の拡大に向けた取組が必要です。

一方、健康に興味がある人の割合は高いことから、日常生活や興味があるイベント等と関連付けた健康情報の発信を行うとともに、発信した健康情報を実際に自分で活用できるよう取組内容を検討する必要があります。

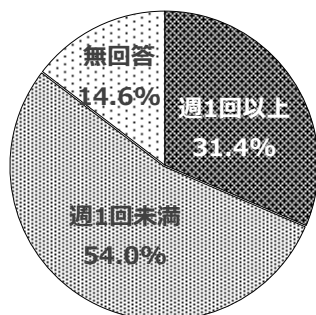
【外出頻度と健康状態の関係（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）】



*14 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

*15 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

【社会参画活動の参加割合（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）】



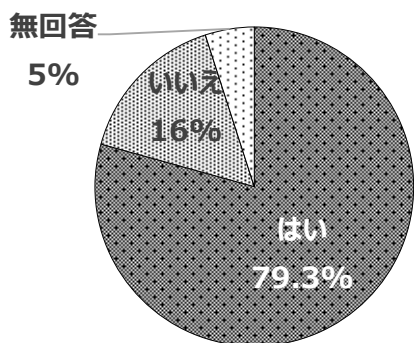
n=3,358

※活動種類
ボランティア
スポーツクラブ
趣味グループ
学習・教養サークル
老人クラブ
自治会活動
仕事
サロン
特技等の指導

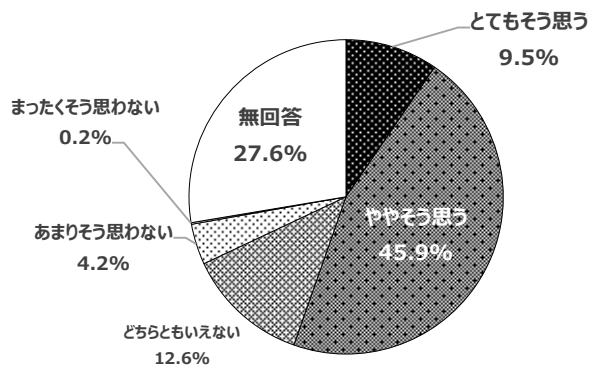
【各事業の認知度、参加者の割合（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）】

(%)

区 分	認知度	参加したことがある人の割合						
		全体	年齢内訳					
			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	57.0	9.9	11.7	23.2	25.3	22.0	11.1	4.2
ちょこっと筋トレ	22.8	3.8	30.5	32.8	16.4	14.8	3.1	0.8
サボドライブ応援ステーション	13.7	3.1	23.1	44.2	22.1	6.7	2.9	0.0
公民館講座イベント	50.8	15.3	24.0	31.0	22.0	13.1	7.0	1.0

【健康に興味・関心がある人の割合
（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）】

n=3,358

【健康情報を自分の健康づくりに活かしている
と思う人の割合（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）】

n=1,857

【今後の方針】

- ・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。

【実施事業】

◆ 集いの場の継続支援、立上げ支援（再掲）

既存の集いの場が継続するために、出前講座の紹介や各種申請の補助、共食の推進等、生活支援コーディネーターが集いの場に寄り添った支援を行います。集いの場の運営者が気軽に相談できるよう、集いの場に対して相談先を周知するとともに、定期的に各地区の集いの場に顔を出し、関係づくりに努めます。

また、集いの場の実態把握を進めるため、いきいきサロンやさんちゃん健康サークル等に登録していない任意の地域の集まりを積極的に把握します。

さらに、集いの場が休止した地区、以前から集いの場がない地区などを中心に、地域住民に対して立上げの働きかけを行い、相談に応じながら立上げの支援を行います。

◆ 公民館事業

高齢者の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、公民館とセカンドライフ応援ステーション双方の利用者が各実施事業とつながり、更に幅広い活動ができるよう、セカンドライフ応援ステーションにおいて、各公民館等で開催するイベント・講座に係る情報発信や、公民館事業の運営補助のボランティアのマッチングなどを行います。

◆ 集いの場等での共食の取組の実施

三条市食生活改善推進委員と連携し、集いの場のニーズに合わせた手法で、定期的な共食の取組を推進します。

また、気軽に共食を体験できる機会として、飲食店のケータリングや関係団体等が実施するイベントと連携した取組を行います。

◆ セカンドライフ応援ステーションの運営（再掲）

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。

生活支援コーディネーターが地域活動や集いの場の支援等を行う際に、担い手不足が課題となった場合は、適宜、セカンドライフ応援ステーションと連携し、その地区で活動的な高齢者等の情報を共有し、地域活動の担い手として活躍してもらえるよう働きかけを行います。

◆ 有償ボランティア活動（ハッピーボランティア）の推進

高齢者の社会参画を通じた介護予防や健康づくりを目的に、セカンドライフ応援ステーションがマッチングしたボランティア活動を行った場合に謝礼金を支払う有償ボランティア（ハッピーボランティア）活動を推進します。同ステーションの認知度向上と新規登録者獲得に向けて、高齢者の外出先等での重点的な周知活動や、介護事業所など新たなボランティア先の開拓等を進めます。

◆ 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習得したボランティアの養成を行い、介護予防教室、公民館等での普及を図ります。また、集いの場において併せて普及を図るため、運営者等を対象とした講習会を実施します。

◆ 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・健康づくり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。

◆ 外出・交流及び健康情報が届く仕組みづくり

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、薬局や美容室など市民に身近な場所での健康情報のチラシ配布などを行います。

また、健幸づくり推進員、食生活改善推進委員、スポーツ推進委員が誘い出しのための声掛けを行い、外出・交流の機会へ誘引することとあわせて、健康づくりの取組などを紹介します。

◆ SNS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。

◆ スポーツ施設利用促進事業

体力の維持、向上により、介護予防に資することを目的に、市内スポーツ施設の定期券利用料金を減額することで、高齢者のスポーツ施設利用を促進します。

◆ 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

高齢者の生きがいづくり、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

生活習慣病予防及び介護予防について普及啓発するため、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

生活習慣病予防及び介護予防のため、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。

◆ eスポーツ（*16）を活用した外出機会の創出及び多世代交流の促進

高齢者の新たな外出機会の創出と多世代交流を促進するため、介護予防教室等においてeスポーツを活用したイベント等を実施します。

◆ 移動支援の取組の検討（再掲）

公共交通施策と調整を図りながら、デマンド交通のバス停等まで歩行困難な要支援者・事業対象者を主な対象とした移動支援の取組を検討します。

*16 「エレクトロニック・スポーツ」の略で、広義には、電子機器を用いて行う娯楽、競技、スポーツ全般を指す言葉であり、コンピューターゲーム、ビデオゲームを使った対戦をスポーツ競技として捉える際の名称

（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。

【現状】

集いの場でのフレイルチェックの実施やKDB（国保データベース）システムの分析により、フレイル状態や健康状態の不明な高齢者を早期に把握し、状態改善を図るための保健事業や介護予防事業を実施してるものの、未だ利用者が少なく、対象者把握から事業の活用が効果的に行われていない状況にあります。

また、短期間でフレイルの改善を目指す通所型短期集中予防サービスでは、より効果的に状態改善を図るため、これまで運動器の機能向上を中心とした複合型プログラムを提供してきましたが、実施事業所が少なく、改善の見込みがある方へのサービス提供基盤が十分ではありません。

様々な健康課題を抱える高齢者の早期発見・介入のための仕組みづくりの検討と、介護予防事業と保健事業を連動させ効果的に支援を実施していくための方策の検討が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 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)がフレイル予防及び自立支援についての啓発講座を行い、その中でフレイル状態の早期発見のためフレイルチェックを実施します。また、市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識向上を図るため、セルフマネジメントツール(介護予防手帳)の普及に努めます。

講座実施後、必要に応じて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。

◆ 介護予防教室

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による講話や相談を行います。

◆ 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、健診受診等による健康管理の必要性について啓発します。

◆ 通所型サービスC（短期集中予防サービス）事業

生活習慣・環境のアセスメントを前提とし、保健・医療の専門職の指導の下、通所において生活課題を解決するための運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能の向上に資するプログラムを実施します。また、地域包括支援センター及びケアマネジャーのほか、医療機関と連携を図り、サービス利用が必要な方を事業につなぎます。

フレイル状態の早期発見を強化することにより、今後本事業の利用者増加が見込まれることから、サービス提供基盤を確保するため、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。

◆ 介護予防等の支援が必要な人の把握

地域包括支援センターがひきこもりなど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

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。

◆ 栄養改善個別訪問指導

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回程度)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(検)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回程度)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

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回程度)訪問による口腔機能向上に関する指導を行います。

◆ 健診異常値放置者への受診勧奨・保健指導

糖尿病、高血圧等が疑われる方で未受療の方に対し、看護師等が訪問又は電話により、受診勧奨及び生活習慣改善に関する保健指導を行います。

◆ 医療中断者への受診勧奨・保健指導

過去に糖尿病の治療を受けていた方で、医療を中断している可能性がある方に対し、看護師等が訪問又は電話により、受診勧奨及び生活習慣改善に関する保健指導を行います。

◆ 糖尿病性腎症重症化予防の保健指導

糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入の予防又は導入時期を遅らせるため、糖尿病治療中の方に対し、保健師及び管理栄養士が主治医と連携し、必要な保健指導、栄養指導を行います。

◆ 口腔ケア向上事業

要介護状態の重度化防止及び感染症などの疾病予防を目的として、要支援・要介護者の支援者が全身状態と関連性の深い口腔ケアの知識や技術を習得し、日常的に正しい口腔ケアが実施できるよう介護事業所での実地指導を行います。

また、要支援認定者を対象に歯科医療機関において無料で口腔機能の評価及び指導等を実施します。加えて、当事業について、ケアマネジャーから対象者に対し、利用勧奨をしてもらうことで利用者の増加を図ることを目的に、ケアマネジャー向けのインセンティブについて検討します。

(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

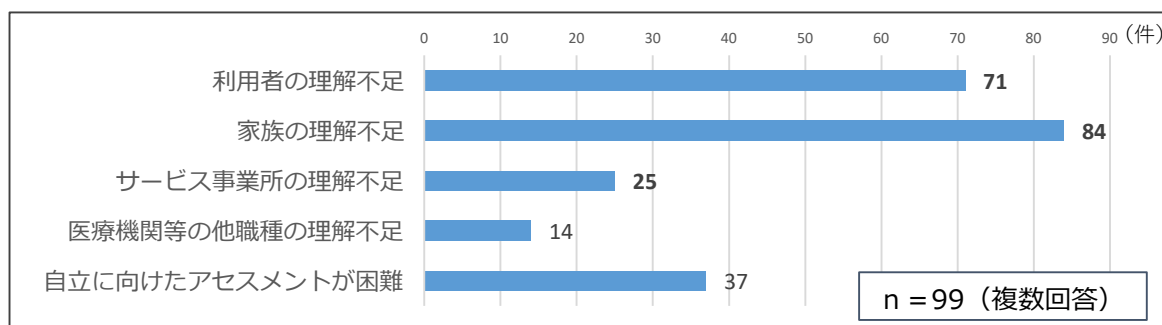
生活機能が低下した高齢者が、自身に必要なサービスや資源を活用しながら介護予防や健康づくりに取り組み、自立した生活が継続できるよう、リハビリテーションの専門的知見を活用し、適切なアセスメントと本人の目標設定による自立を基本としたケアマネジメントを実施します。

【現状】

介護保険制度では、要介護（支援）状態になった方が「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」必要なサービスを提供することとされ、単に身の回りの世話をすることを超えて、「高齢者の自立支援」を理念としていますが、介護支援専門員等アンケート調査から、利用者や家族の理解不足により、身体状況の改善後も継続的にサービスの利用を希望する場合や、過剰なサービスの利用を求める場合があると指摘されています。また、ケアマネジャーを中心に自立支援のための地域ケア会議等研修機会を充実させてきた結果、ケアマネジャーから利用者に自立支援の説明を行う割合は増えていますが、一方で、介護事業所の理解不足が自立を阻害する要因となっています。

医療的視点を重視したケアマネジメント実施のため、各事業実施により、ケアマネジャー支援や専門職の資質向上を図ってきたものの、介護予防ケアマネジメントに当たり、個別性が高く専門的知見が必要な分野については、ケアマネジャーがアセスメントや目標設定に苦労している状況です。

【ケアプラン作成に当たり、自立を阻害する背景として考えられる主な要因（介護支援専門員等アンケート調査）】



【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 市民・支援関係者への自立支援に関する理解の促進

自立支援の考え方について集いの場等での市民啓発を強化するとともに、市民から介護に関する相談があった際に、介護保険制度における自立支援の考え方について丁寧に説明します。併せて市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識向上を図るため、セルフマネジメントツール（介護予防手帳）の普及に努めます。

介護事業所等に対しても、集団指導や説明会等の機会を捉えて自立支援の考えについての理解促進を図り、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よう取り組みます。

◆ ケアマネジメント指導員によるケアマネジャー支援（ケアプラン点検及び研修）

国保連による給付適正化システムにより出力される帳票を活用して対象を抽出し、給付の適正化を促すとともに、自立支援に資するケアプラン点検を行います。

また、地域包括支援センターが行うケアマネジャー支援の研修の企画・運営等にケアマネジメント指導員が参画します。

◆ 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

ケアマネジメントの質の向上を図るため、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、ケアマネジャーと共に対象者の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介護保険サービス利用に向けた合意形成などを支援します。

◆ 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及び適切なケアマネジメントを行うための研修等に参加した場合に介護報酬の上乗せを行います。アセスメントシートはケアプランと合わせてケアマネジメント指導員が確認し、必要に応じて、ケアマネジャーに助言や実地指導を行います。

◆ 自立支援型地域ケア個別会議の実施

自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する意識、知識の向上及び支援者間のネットワークの構築を推進するため、地域包括支援センターが実施する自立支援型地域ケア個別会議において、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ます。会議では、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、介護予防サービス・支援計画書や、サービス事業所等における支援内容が介護予防に資するものとなるよう支援します。

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」（以下、「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。

【現状】

これまで市では、若年層の方も認知症の方への偏見を持たず見守り手となっていただくよう、小・中学生に対する認知症サポーター養成講座の実施に力を入れてきました。年々実施校は増えていますが、まだ全校実施には至っていません。

また、新型コロナウイルス感染症の流行により、ここ数年は地域住民が集う場での声かけ訓練や企業への啓発等が十分行えない状況でした。認知症の方が在宅で暮らし続けるためには、地域の方からの見守り・声かけが求められており、引き続き講座等の継続実施が必要です。

認知症基本法では、認知症の方が安心して生活できるためには、福祉分野の公的な支援に加え、民間企業等における自主的な取組の促進も重要とされており、そのための取組が必要です。

【認知症サポーター養成講座実績】

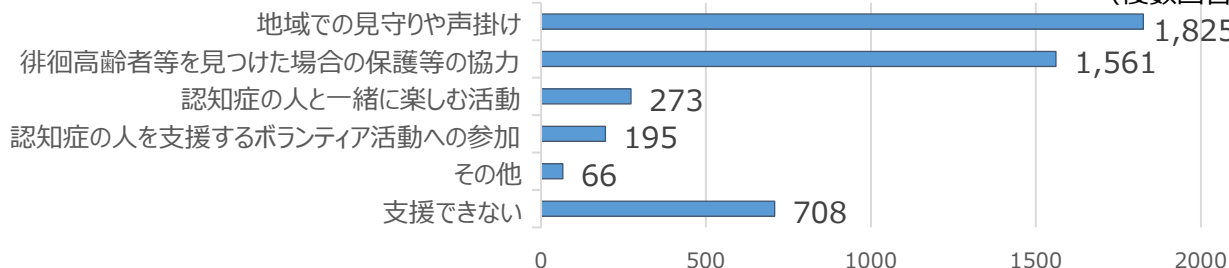
団体区分	R 2		R 3		R 4		R5.12月末	
	回数	受講者数	回数	受講者数	回数	受講者数	回数	受講者数
住民	12	137	8	61	9	78	9	92
企業・職域	7	84	13	141	2	14	1	19
学校	4	189	9	508	16	1,132	14	795
行政	5	134	4	62	4	106	4	110
合計	28	544	34	772	31	1,330	28	1,016

延べ受講者数（R5.12.31現在）
13,220人

【認知症の方やその家族に対してできると思う支援（高齢者実態調査）】

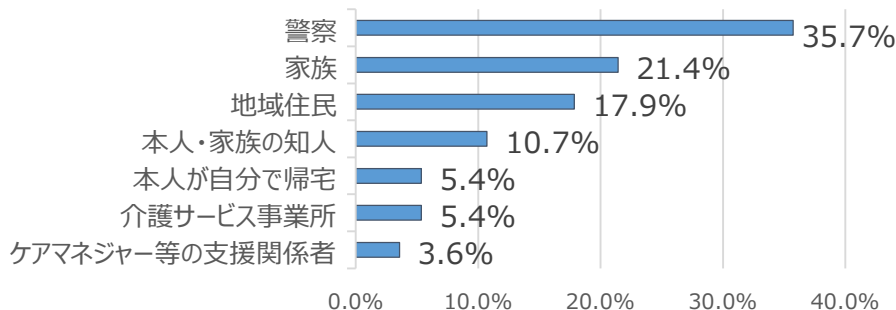
n=3,358

(複数回答)



【過去1年間に行方不明になった高齢者等の発見者（介護支援専門員等アンケート調査）】

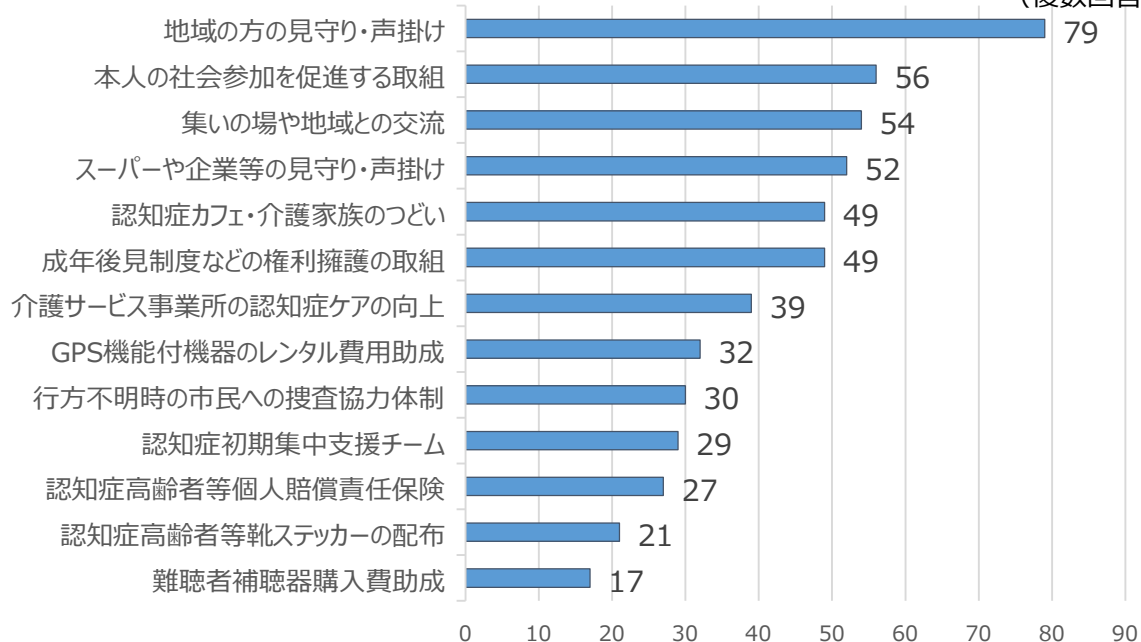
n=56



【認知症の方が在宅で暮らし続けるために充実してほしい本人・家族への支援（介護支援専門員等アンケート調査）】

n=99

(複数回答)



【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 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

子ども達が、認知症の方や障がいのある方への偏見を持たず、地域の見守り手として育つことを目的とし、各小学校、中学校で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の理解、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け目を養うとともに、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。）

◆ 地域、企業への認知症啓発講座及び声かけ訓練の実施

地域の集いの場や民間企業等が認知症の方への理解を深め、地域で見守っていただけるよう、認知症サポーター養成講座等の啓発講座や、認知症の方への声かけ訓練を実施します。

◆ 企業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につながるための仕組みづくり

認知症の方が利用しやすい工夫や取組を行っている企業の情報を把握し、「ツナガルカンパニー（共生社会推進企業）認証制度」（*17）を用いて、認知症の方への合理的配慮を提供している企業の登録と情報発信を進めます。

また、企業への認知症サポーター養成講座等の実施機会を捉え、企業からの求めがある場合には、市の認知症地域支援推進員が認知症による障がい特性を踏まえた対応方法などを助言します。

* 17 共に自分らしく暮らすためのまちを推進するため、合理的配慮の提供や、共生社会の実現に向けた取組を実施している事業者を三条市が認証する仕組み

(2) 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。

【現状】

市内各所で開催している認知症カフェは、認知症の方の居場所、外出先になっていますが、認知症家族のための講座や地域住民の交流も併せて実施しているため、認知症の方の個別ニーズに合わせた活動を更に充実させるためには、既存の認知症カフェだけでは限界があります。

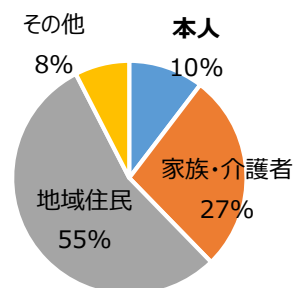
第8期計画期間中に取組を始めた「認知症の本人の集い」は、認知症の方が気兼ねなく過ごし、やりたいことを楽しむ場として定着してきており、今後も継続、充実が必要です。また、本取組は現在認知症地域支援推進員と地域包括支援センターが主体となり運営していますが、継続、拡充していくための運営体制の構築が必要です。

また、どこかに集まり活動するだけでなく、認知症の方の個別ニーズに合った様々な活動機会の確保が必要です。

【認知症カフェ実施状況】（令和4年度）

	か所数	実施回数
支援型認知症カフェ (地域密着型介護事業所に委託し、各圏域1か所で毎月開催、認知症介護専門職による常設相談窓口あり)	5	39
登録型認知症カフェ (不定期開催、介護事業所等に委託)	9	59

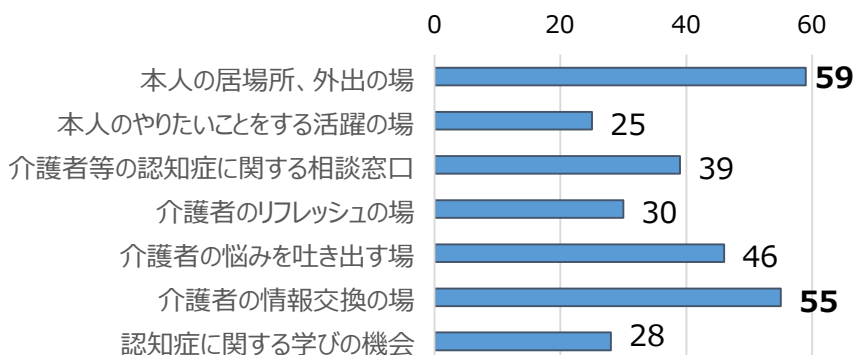
【認知症カフェ参加者別割合】（令和4年度 延べ数 n=676人）



【認知症カフェに期待すること（介護支援専門員等アンケート調査）】

n=99

(複数回答)



【今後の方針】

- ・「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（*18）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。

【実施事業】

◆ 認知症の本人の集い

認知症になっても希望をもって暮らせるよう、気兼ねなく発言でき、居心地がよい場、やりたいことが実現できる場、社会参加できる場を目指し、集いを開催します。

◆ チームオレンジの体制整備

認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を実施し、認知症の方と共に活動するパートナーを養成します。

また、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターがパートナーを支えながら、パートナーが中心となり認知症の本人の集い等を運営するチームオレンジの体制について検討し、整備を目指します。

◆ 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。また、介護者支援として、介護者同士の情報交換、介護専門職への相談、介護者が認知症について理解を深めるための講座等を実施します。

◆ 生活支援コーディネーターによる認知症本人のニーズに合う活動機会へのマッチング

各地域包括支援センターの生活支援コーディネーターがケアマネジャー等からの相談に応じ、本人のニーズや持っている力に合う地域資源とのマッチングや、活動機会の創出を図ります。

様々なニーズに応じた活動機会を確保するため、生活支援コーディネーターによる地域資源の把握に努めます。

* 18 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

（3）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。

【現状】

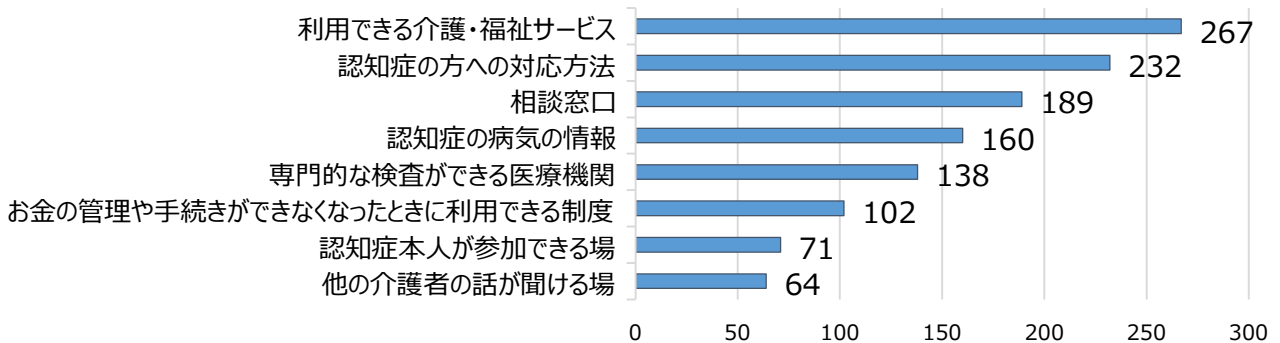
在宅介護実態調査の結果から、介護者は、認知症の方への対応方法、利用できるサービスの情報等を求めています。認知症の疑いがある人の家族も含め、気軽に認知症の医療、介護専門職に相談でき、適切な助言がもらえる相談機会や、認知症について理解を深めるための講座等が必要です。

また、介護者が認知症の本人が感じていることや思いが分からず悩み、お互いに葛藤を抱えることから、介護者が客観的に認知症の方の言動やその背景を捉え、より良い関係を保てるような支援も必要です。

【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）】

n=619

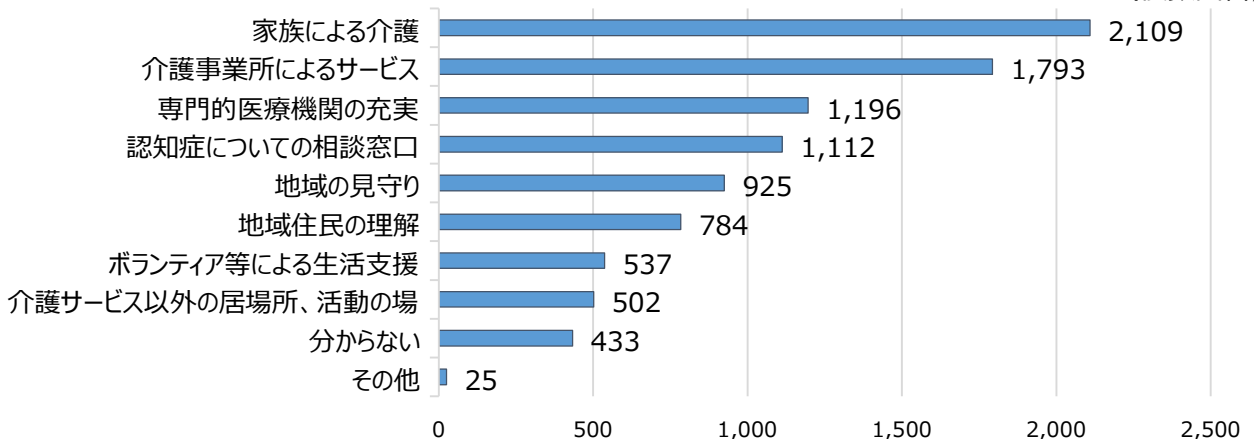
（複数回答）



【将来、認知症になっても自宅で住み続けられるために必要なこと（高齢者実態調査）】

n=3,358

（複数回答）



【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 認知症介護専門相談の実施

認知症に関し、家族等が、認知症地域支援推進員や医療・介護の専門職に気軽に相談できる相談会を実施します。

◆ 認知症カフェ運営推進事業（再掲）

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。また、介護者支援として、介護者同士の情報交換、介護専門職への相談、介護者が認知症について理解を深めるための講座等を実施します。

◆ 本人と家族の一体的支援プログラム実施の検討

厚生労働省が進める「本人と家族の一体的支援プログラム」について、先進的に実施している自治体の取組を参考に、三条市で実施可能な方法を検討します。（認知症カフェの中での実施の可能性を検討）

【本人と家族の一体的支援プログラム】（地域支援事業実施要綱抜粋）

認知症の方とその家族が、よりよい関係性を保ちつつ、希望する在宅生活を継続できるよう、公共スペースや既存施設等を活用して本人と家族が共に活動する時間と場所を設け、本人支援、家族支援及び一体的支援からなる一連のプログラムを実施することにより、本人の意欲向上及び家族の介護負担感の軽減と、家族関係の再構築等を図る。

(4) 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。

【現状】

相談窓口である地域包括支援センターの認知度は徐々に高まっており、医療機関や民生委員、企業などからも支援が必要と思われるケースについて地域包括支援センターに相談が入るようになり、支援対象者の把握につながっています。

要支援認定者の中には、サービス未利用で支援者の関わりがないまま、状態悪化や虐待に発展して介入に至るケースがあるため、未利用者の定期的な把握が必要です。

適切な医療、介護につながらずケアマネジャーが対応に苦慮しているケースに認知症初期集中支援チームが介入し、事態が改善する効果が見られていますが、チーム利用件数は横ばいであり、引き続きケアマネジャーへの周知が必要です。

介護現場の適切な認知症ケアの提供のため認知症ケア向上研修を実施していますが、介護現場の人材不足から、研修参加が困難な状況があります。一方で、認知症ケアに関する職員の人材育成に悩む管理者もいることから、介護事業所の実情に合わせた職員が参加しやすい研修の実施が必要です。

【今後の方針】

- ・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。

【実施事業】

◆ 地域包括支援センターと医療機関、企業等との連携強化

医療機関や民間企業等が、日常における対応で気付いた高齢者の変化や、認知症が疑われる高齢者について、地域包括支援センターに随時相談するよう、引き続き医療機関や民間企業等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。（50ページ在宅医療・介護連携推進の取組と連動）

◆ サービス未利用の要支援認定者の把握

要支援認定者のうちサービス未利用の人について、地域包括支援センターが計画的に本人、家族等の状況を把握し、適時必要なサービスにつなぐ支援を行います。

◆ 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概ね6か月間包括的・集中的に支援します。

ケアマネジャーが抱える支援困難ケースが認知症初期集中支援チームにつながるよう、ケアマネジャーにチームの活動や介入の効果を周知します。

◆ 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。

認知症ケアについて個人のスキルアップとして学びたい人が学べる機会を確保するため、認知症疾患医療センターと連携し、研修を実施します。

また、介護事業所が主催する研修について、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、職員が参加しやすい研修の企画を支援します。

◆ 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、公共施設や医療機関等に「認知症暮らしのガイドブック（認知症ケアパス）」を設置すると共に、認知症啓発講座等あらゆる啓発の場面を捉え、認知症ケアパスを周知し、活用を推進します。

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・・・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
- ・ 地域連携ネットワーク・・・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

【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、潜在的な支援ニーズはまだ多くあると考えられます。今後の一人暮らし高齢者等の増加も見据え、中核機関の機能の充実を図り、高齢者の権利擁護を支援する体制整備を進める必要があります。

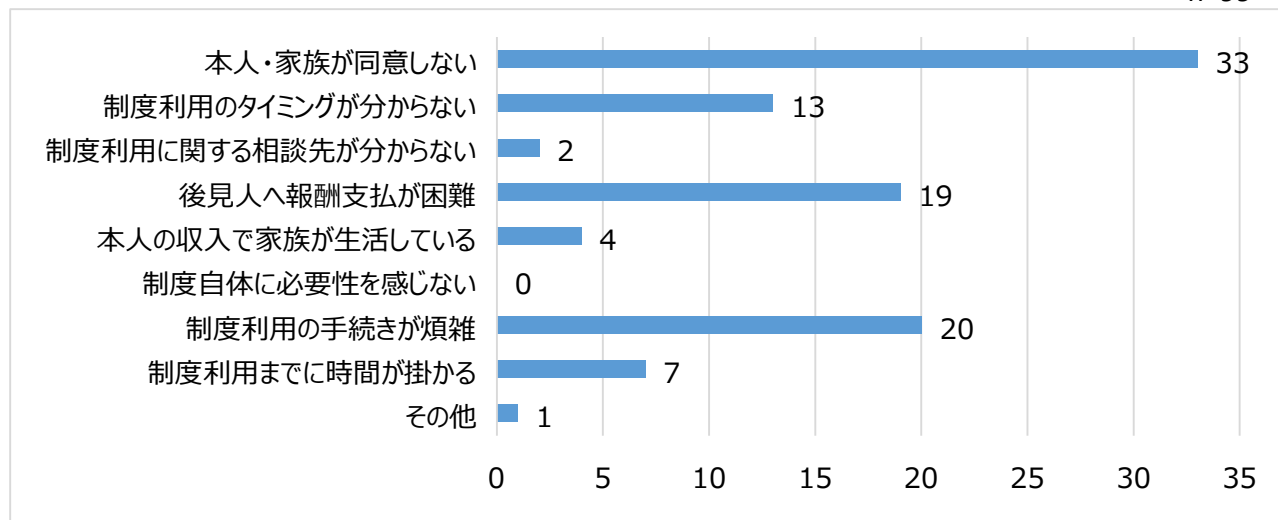
また、身寄りのない方が疾病等により判断能力が低下したり、意思を伝えることが難しくなった時に、医療行為や住まいの手続き等において、本人の意思決定を尊重することが困難になることから、元氣なうちから人生最後の過ごし方に関する意向を身近な人に伝えておくことの重要性について引き続き啓発を行う必要があります。

【今後の方針】

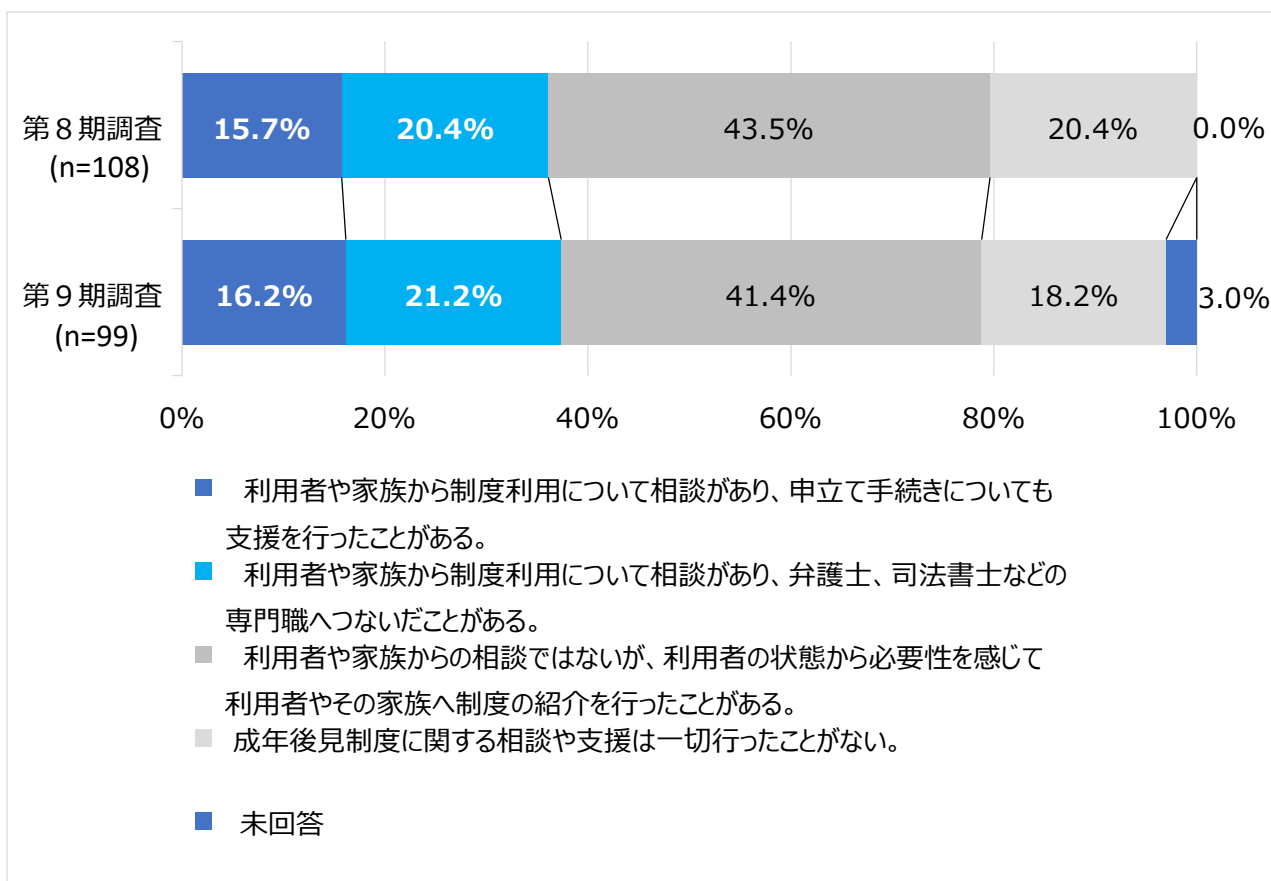
- ・ 中核機関の機能を充実させるため、必要な体制整備を進めます。
- ・ 意思決定が難しい状態となっても本人が望む支援を受けられるよう、高齢者に対し、将来の備えの必要性について啓発を行います。（53ページ意思決定支援の取組と連動）
- ・ 支援が必要な方を早期に把握し、適切な支援につなぐため、民生委員・児童委員等の地域の関係者同士のネットワークを強化します。
- ・ 権利擁護に関する相談があった際、適切に対応できるよう、支援者の知識及びスキルの向上を図ります。

【成年後見制度の利用を阻害している一番の要因（介護支援専門員等アンケート調査）】

n=99



【担当する利用者の成年後見制度利用に関する支援状況（介護支援専門員等アンケート調査）】



【実施事業】

◆ 中核機関の体制整備（再掲）

市民に対する成年後見制度の周知啓発や支援者への研修、制度の担い手の育成など、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。

◆ 地域の関係者同士のネットワークの強化

地区民生委員・児童委員協議会の定例会及び水道、税など庁内の相談窓口の担当者が集まる連絡会において、支援が必要な人の気づきの視点をまとめた「高齢者等見守りチェックシート」を配布し、支援が必要と思われる高齢者に関する相談窓口の周知を行います。

◆ 支援者の知識及びスキルの向上

地域包括支援センターや障がい者相談支援事業所職員などの支援者を対象とした、成年後見制度を含む権利擁護支援に関する研修を実施します。

◆ 市民啓発のための出張講座等の開催（再掲）

元気なうちから自らの意思を周囲に伝えておくなどの将来に向けた備えをする重要性を啓発するため、地域の集いの場等における出張講座等を開催します。

◆ 「わたしの安心ノート」の普及（再掲）

支援や介護が必要になる前に、自身の意向を書き留めることのできる「わたしの安心ノート」について、各公民館等に設置するとともに、啓発講座等の場において配布し、活用に向けた周知を図ります。

（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。

【現状】

身寄りのない方や親族からの支援を受けられない方が増加しており、それに伴い成年後見制度の利用ニーズも増大することが推測されますが、後見人等が不足しており、確保のための取組が急務となっています。

また、身寄りのない方や親族の支援を受けられない方に対する支援者間での対応方法等の整理も急務となっています。

成年後見制度を利用しても、支援者が後見人等の役割の理解が十分ではない、又は後見人等が支援者と連携が取れないなどの状況から、本人を中心とした支援体制の構築が上手くいかないケースがあり、本人を中心とした支援体制の強化が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 成年後見制度の安定的な利用に向けた後見人の確保策の検討

成年後見制度の利用ニーズに対応するため、三条市社会福祉協議会の実施する法人後見事業の拡充（受任者数増加）に向けた検討等を行い、確保策に取り組みます。

また、地域における権利擁護の担い手（日常生活自立支援事業の支援員や法人後見支援員など）の確保を目的として権利擁護支援者養成研修を実施します。

◆ 弁護士・司法書士・社会福祉士によるチーム支援へのバックアップ体制の構築

中核機関が支援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継続します。

また、中核機関として、後見人等を含めた支援者によるチーム支援へのバックアップができるよう、権利擁護アドバイザー契約の内容を見直します。

◆ 身寄りがない方などへの対応方法等の検討

身寄りがない方等に関する課題を市及び関係者間で整理・共有し、ガイドラインとしてまとめるなど、各機関等の役割の明確化や対応方法の整理を実施します。

◆ 中核機関の体制整備（再掲）

市民に対する成年後見制度の周知啓発や支援者への研修、制度の担い手の育成など、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。

（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。

【現状】

虐待（疑いを含む）通報の件数は年々増加しており、警察を通じたものが最も多く、次いでケアマネジャー等の支援者からの通報が多い状況です。

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介護が行われない場合などがあります。

また、50代を過ぎた子どもが自立した生活を送れないため80代の親と同居し、周囲と孤立した状況から親の虐待に至るといった事案や養護者が精神疾患を患っている事案など、世帯全体を支援する必要があるケースが増加しています。

実際に虐待と判断した半数以上のケースにおいて、養護者が精神疾患やひきこもり状態にあるなど、世帯内の問題が複雑化し、虐待の解消に要する期間が長期化している状況です。

こうした状況から、高齢者にとって身近な民生委員・児童委員や介護事業所等へ、早期発見のための視点や通報義務等を改めて周知するなど、問題が深刻化する前に発見し、適切な支援につなげる取組が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】

◆ 虐待解消に向けた支援者間の連携体制の強化

実際に起こったケースの事例検討など、支援者間で支援の振り返りを行う場を設け、支援者間の連携の重要性に対する理解を促し、虐待解消に向けた視点で各支援者の役割の整理を行うなど、振り返りを通じた技術の向上を図ります。

「高齢者支援」「障がい者支援」「生活困窮者支援」「権利擁護」等各分野の支援機関の圏域担当を紐づけて情報共有と連携を行う情報共有ツールについて、虐待解消に向けた支援者間の連携をより効果的に行うため、課題を整理し、運用の見直しを行います。

◆ 虐待の早期発見のための周知啓発

虐待が疑われる状況を発見した市民が、ためらうことなく地域包括支援センターや市へ相談できるよう、高齢者虐待の早期発見に向けたチラシを作成し、周知を図ります。

また、介護事業所等に対し、虐待の早期発見のための視点や通報義務などについて理解を深めてもらうための研修を定期的に実施します。

◆ 虐待対応における知識及びスキルの向上

虐待ケースの複雑化、長期化に対応するため、地域包括支援センター及び市のスキルアップを目的とした研修を定期的に実施します。

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。

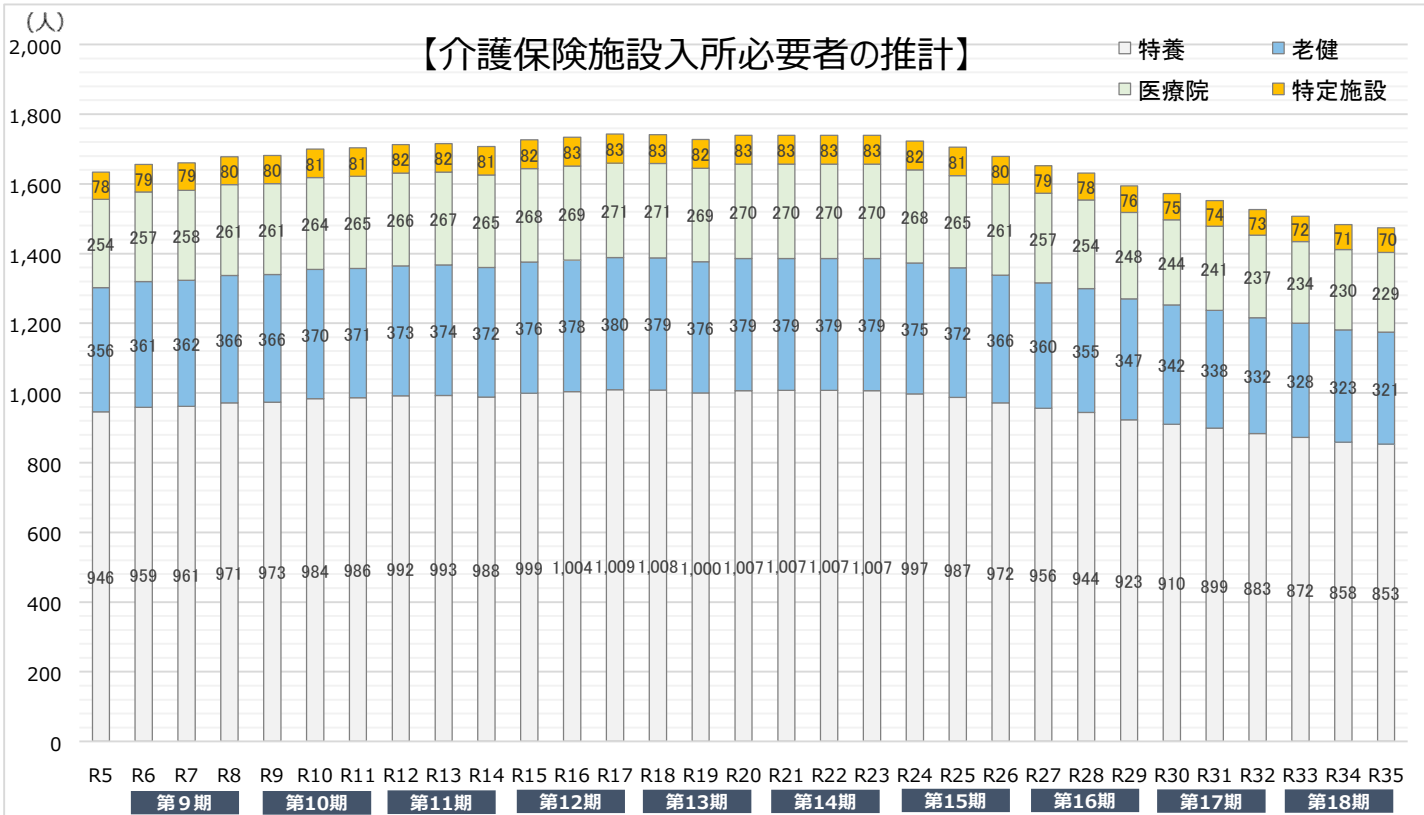
(1) 介護保険サービスの拡充

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。

【現状】

後期高齢者人口の増加に伴い、今後要介護認定者数も増加傾向が見込まれており、それに伴い施設入所を必要とする方も更に増えることが予測されます。

一方で、一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯についても引き続き増加が見込まれており、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための、生活ニーズに合った住まいの提供が必要です。



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】

	令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和5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	31	—	29	—	28	—	28	—
介護予防支援	5	—	5	—	5	—	5	—
居宅サービス	99	1,196	100	1,191	103	1,242	105	1,242
訪問介護	19	—	20	—	20	—	20	—
訪問入浴	3	—	3	—	3	—	3	—
訪問看護	8	—	9	—	10	—	11	—
通所介護	19	562	19	562	19	562	20	562
通所リハビリ	7	205	7	200	7	200	7	200
短期入所生活介護	10	229	10	229	11	230	11	230
短期入所療養介護	8	—	7	—	7	—	7	—
特定施設入居者 生活介護	3	200	3	200	4	250	4	250
福祉用具販売	11	—	11	—	11	—	11	—
福祉用具貸与	11	—	11	—	11	—	11	—
地域密着型サービス	33	626	33	600	32	584	33	602
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	23	4	23	4	23	4	23
小規模多機能型 居宅介護	5	133	5	133	4	108	4	108
看護小規模多機能型 居宅介護	1	29	1	29	1	29	1	29
地域密着型通所介護	11	202	11	202	11	202	11	202
認知症対応型 共同生活介護	8	126	8	126	8	135	9	153
地域密着型介護老人福祉 施設入居者生活介護	3	87	3	87	3	87	3	87
施設サービス	14	1,275	13	1,181	13	1,181	13	1,181
介護老人福祉施設	6	497	6	497	6	497	6	497
介護老人保健施設	5	490	4	396	4	396	4	396
介護療養型医療施設	0	—	0	—	0	—	0	—
介護医療院	3	288	3	288	3	288	3	288
合 計	182	3,097	180	2,972	181	3,007	184	3,025

※令和5年度末（見込み）以外は、各年度4月1日現在

【今後の方針】

- ・ 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（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。
- ・ 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」(*19)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。
- ・ 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。

【実施事業】

◆ 介護事業所の指定

介護事業所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介護事業所選定を行い、良質なサービスの確保を図ります。

* 19 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によって生まれる、介護施設・在宅医療等の新たな需要の増加分

【地域密着型サービスの基盤整備計画】

	令和6年度		令和7年度		令和8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	29	1	29
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	—	—	—	—	—	—	—	—
嵐北圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
嵐南圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
井栗大崎圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
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	—	—	—	—	1	29	1	29
井栗大崎圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
大島圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
栄圏域	—	—	—	—	—	—	—	—
下田圏域	—	—	—	—	—	—	—	—

【特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）の基盤整備計画】

	令和6年度		令和7年度		令和8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	60	1	60
混合型特定施設	—	—	—	—	1	60	1	60
介護専用型特定施設	—	—	—	—	—	—	—	—

【広域型施設等の基盤整備計画】

	令和6年度		令和7年度		令和8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)	—	—	—	—	—	—	—	—
介護老人保健施設	—	—	—	—	—	—	—	—
介護医療院	—	—	1	40	—	—	1	40

【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】

	令和6年度		令和7年度		令和8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	28	—	28	—	28	—
介護予防支援	5	—	5	—	5	—
居宅サービス	106	1,242	106	1,242	106	1,242
訪問介護	21	—	21	—	21	—
訪問入浴	3	—	3	—	3	—
訪問看護	11	—	11	—	11	—
通所介護	20	562	20	562	20	562
通所リハビリ	7	200	7	200	7	200
短期入所生活介護	11	230	11	230	11	230
短期入所療養介護	7	—	7	—	7	—
特定施設入居者生活介護	4	250	4	250	4	250
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	35	649	35	649	36	678
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	4	23	4	23	4	23
小規模多機能型 居宅介護	4	108	4	108	4	108
看護小規模多機能型 居宅介護	1	29	1	29	1	29
地域密着型通所介護	11	202	11	202	11	202
認知症対応型 共同生活介護	10	171	10	171	10	171
地域密着型介護老人福祉 施設入居者生活介護	4	116	4	116	5	145
施設サービス	13	1,229	14	1,269	14	1,269
介護老人福祉施設	6	497	6	497	6	497
介護老人保健施設	4	396	4	396	4	396
介護医療院	3	336	4	376	4	376
合 計	187	3,120	188	3,160	189	3,189

※ 基盤整備後：施設については、整備年度

(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。

【現状】

後期高齢者数や一人暮らし高齢者数が増加傾向にあるものの、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において、利用者数の伸び悩みが見られます。

家族介護者の支援については、令和5年度に実施した在宅介護実態調査の結果、介護者は特に認知症の方への対応方法、利用できるサービスの情報等を求めていることが分かりました。認知症の疑いがある人の家族も含め、気軽に認知症の医療、介護専門職に相談でき、適切な助言がもらえる相談機会の充実や、認知症について理解を深めるための講座等の理解促進に向けた取組が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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。

【実施事業】**◆ 紙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。

◆ 在宅介護支援金支給事業

在宅で要介護3以上の認定者又はその方を介護している方に支援金を支給します。

◆ 高齢者生活支援事業

電話を設置していない65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、65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。

◆ 見守り装置レンタル費用助成事業

認知症の方などが行方不明になった場合に、早期対応ができるよう、GPS装置のレンタル費用を助成します。

◆ 難聴者補聴器購入費助成事業

地域とのコミュニケーションを確保し、将来予想される認知症等の発症リスクを低減するため、50歳以上の中等度難聴の方に対し、補聴器購入費の助成を行います。

◆ 認知症高齢者等靴ステッカー見守り事業

外出後に自力で自宅に戻ることが難しい認知症の方が行方不明となった際に、重大な事故を未然に防ぐために、個人を特定する番号をつけた靴ステッカーを無料で配布します。

◆ 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。

◆ 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）

◆ 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。）

【実施事業】

◆ 認知症高齢者等個人賠償責任保険事業

認知症等の方が起こした偶然の事故によって法律上の損害賠償が発生した際、その損害賠償額を補償する保険への加入を支援します。(市が保険加入料を負担)

◆ 認知症介護専門相談の実施（再掲）

認知症に関し、家族等が、認知症地域支援推進員や医療・介護の専門職に気軽に相談できる相談会を実施します。

◆ 認知症カフェ運営推進事業（再掲）

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。また、介護者支援として、介護者同士の情報交換、介護専門職への相談、介護者が認知症について理解を深めるための講座等を実施します。

◆ 本人と家族の一体的支援プログラム実施の検討（再掲）

厚生労働省が進める「本人と家族の一体的支援プログラム」について、先進的に実施している自治体の取組を参考に、三条市で実施可能な方法を検討します。（認知症カフェの中での実施の可能性を検討）

【本人と家族の一体的支援プログラム】（地域支援事業実施要綱抜粋）

認知症の人とその家族が、よりよい関係性を保ちつつ、希望する在宅生活を継続できるよう、公共スペースや既存施設等を活用して本人と家族が共に活動する時間と場所を設け、本人支援、家族支援及び一体的支援からなる一連のプログラムを実施することにより、本人の意欲向上及び家族の介護負担感の軽減と、家族関係の再構築等を図る。

◆ 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。

(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。

【現状】

介護事業所アンケート及び介護職員人材実態調査の結果から、介護事業所における人材不足が明らかとなっています。中でも、訪問介護事業所における訪問介護員の不足が顕著となっています。

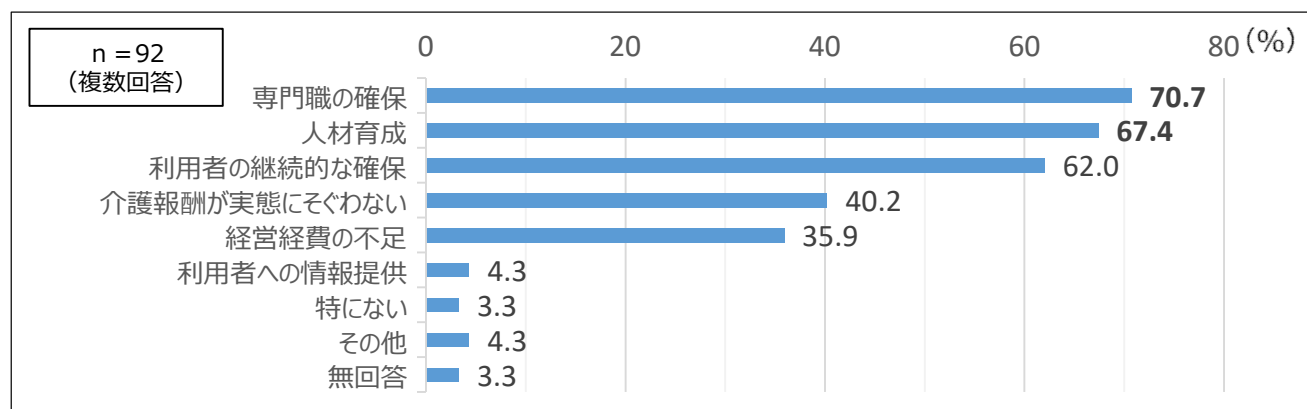
市では、これまでも人材不足への取組として、市の独自加算によるケアマネジャーへの報酬反映や、セカンドライフ応援ステーションと連携した介護事業所へのボランティア受入による職員の負担軽減などを実施してきましたが、介護事業所の人材不足を解消するには未だ不十分です。

新型コロナウイルス感染症により、市と介護事業所が情報共有を行う機会が中断されていたこともあり、現状において市と介護事業所との意思疎通、連携が十分ではないため、新たな情報共有・意見交換の場が必要です。

【今後の方針】

- 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。

【事業の運営に関する課題（介護事業所アンケート）】



【実施事業】

◆ 介護事業所との意見交換の場の設置

市内介護事業所における人材確保と現場の業務効率化・生産性向上に向けた市独自の支援策を検討、実施するための、市内介護事業所（マネジメント職を想定）と市、及び関係機関による新たな意見交換の場を設置します。

◆ 介護事業所との情報連携の仕組みの構築

令和5年度から市内介護事業所を対象に導入したビジネスチャットツールによる市との情報連携の仕組みについて、災害時だけでなく、市（特に事業所支援担当）と介護事業所がタイムリーな情報共有と業務効率化を図るため、導入未実施の介護事業所への導入働きかけと更なる活用促進のための対応策を検討、実施します。

◆ 介護現場における高齢者の活躍の場の更なる創出

セカンドライフ応援ステーションやシルバー人材センターと連携し、介護事業所におけるボランティア（有償・無償）の導入に向けた介護事業所への活用促進のためのPR訪問、説明会等を引き続き実施するとともに、元気な高齢者層の介護予防と社会参画のための、介護現場への就労促進に向けた新たな取組について、新たに設置する介護事業所との意見交換の場において検討、実施します。

【介護現場におけるボランティアについて（介護事業所アンケート）】

介護事業所のサポートとして
ボランティアを受け入れているか

(n=59事業所)

	回答数
受け入れている	28事業所
受け入れていない	31事業所

職員が行っている仕事のうち、ボランティアなど
専門職以外の人へ切り出すことができそうなものはあるか

(n=59事業所) (未回答 2事業所)

	回答数
ある	31事業所
ない	5事業所
どちらともいえない	21事業所

(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。

【現状】

介護給付における住宅改修、福祉用具購入・貸与について、現在は申請書のみの確認となっておりますが、給付等適正化の観点から、現地調査等も含めた、より実態が把握できる方法による給付確認を行っていくことが必要です。

保険者によるケアマネジャーへのケアプラン点検の実施については、書面のみによる点検数は増えていますが、ケアマネジャーへのケアマネジメントに対するより一層の意識付けや気付きを促すため、書面のみでの点検よりもより有効と考えられる面談形式によるケアプラン点検数を増やしていくことが必要です。

介護給付の適正化やサービスの質の確保を図るための保険者による介護事業所への運営指導については、新型コロナウイルス感染症の影響により実施件数が減少しているため、実施件数を着実に増やしていくことが必要です。

介護認定審査については、居宅介護支援事業所のアンケートにおいて、年々その割合は減少しているものの、未だ全体の4分の1の事業所が市の介護認定結果に対し「やや妥当でない」と感じていると回答しており、引き続き適切な認定業務の推進に向けた取組を行う必要があります。

【今後の方針】

- ・ 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。

【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、面談形式を重視したケアプランの点検を行い、気付きを促すとともに課題の整理を行います。

また、住宅改修・福祉用具購入等においては、専門職による窓口における点検や現地調査を行い、その中でも福祉用具貸与については、介護給付適正化システムを活用して給付の傾向などの現状を把握し、必要に応じてケアプラン点検（書面）等を行います。

◆ 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）

ケアマネジメントの質の向上を図るため、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、ケアマネジャーと共に対象者の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介護保険サービス利用に向けた合意形成などを支援します。

◆ ケアマネジメント報酬への上乗せ補助（再掲）

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及び適切なケアマネジメントを行うための研修等に参加した場合に介護報酬の上乗せを行います。アセスメントシートはケアプランと合わせてケアマネジメント指導員が確認し、必要に応じて、ケアマネジャーに助言や実地指導を行います。

◆ 介護事業所への指導・監督

介護事業所に対し、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、オンラインも併用した集団指導や介護事業所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、介護事業所と協働し相談体制の充実を図ります。

(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。

(63ページ介護予防・自立支援及び重度化防止の取組と連動)

【現状】

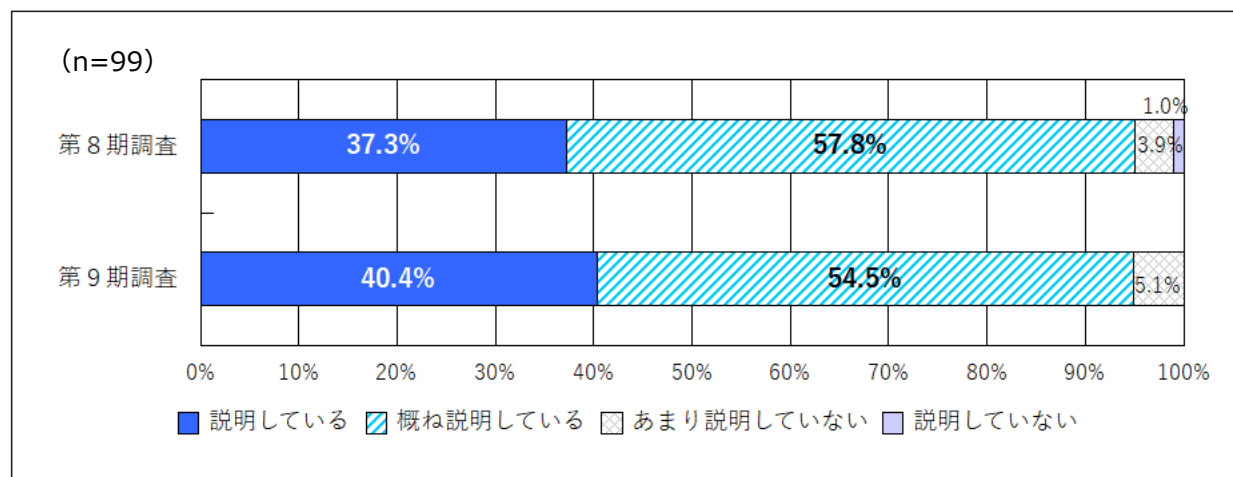
介護保険制度の理念では、介護事業所においては自立支援に資するサービス提供、市民にとっては自立のために予防や重度化防止に取り組むことが基本となっています。

介護支援専門員等アンケート調査の結果では、これまで取り組んできた研修機会の充実により、ケアマネジャーから利用者に自立支援の説明を行う割合は増えてきましたが、一方で、自立を阻害する要因として利用者本人や家族、サービス提供を行う介護事業所の理解不足がある（71ページ参照）ことが明らかになっており、引き続き、自立支援の考え方を浸透させるための取組が必要です。

【今後の方針】

- ・ 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による支援者の資質向上を図ります。（ケアマネジメント支援は71ページに記載）

【ケアマネジャーから（介護保険サービスは）自立支援のサービスであることの説明（介護支援専門員等アンケート調査）】



【実施事業】**◆ 市民・支援者への自立支援に関する理解の促進（再掲）**

自立支援の考え方について集いの場等での市民啓発を強化するとともに、市民から介護に関する相談があった際に、介護保険制度における自立支援の考え方について丁寧に説明します。併せて市民への介護予防・健康づくりの取組の習慣化やセルフマネジメントの意識向上を図るため、セルフマネジメントツール（介護予防手帳）の普及に努めます。

介護事業所等に対しても、集団指導や説明会等の機会を捉えて自立支援の考えについての理解促進を図り、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よう取り組みます。

（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ら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。

【現状】

今後の後期高齢者人口及び認知症高齢者人口の増加を見据え、災害時に一般の避難所での避難生活が困難な要配慮者の方への対応として、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が必要です。また、市が実施する防災訓練に参加する介護事業所数は全体の４分の１程度であり、今後、参加可能な事業所を更に増やしていくための工夫が必要です。

また、非常災害や感染症の発生時における介護事業所の業務継続計画（BCP）については、未策定の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、策定後も継続的に検討・見直しを行うよう指導・助言する必要があります。

※業務継続計画（BCP）とは【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）と呼ぶ。

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」等があげられる。

【今後の方針】

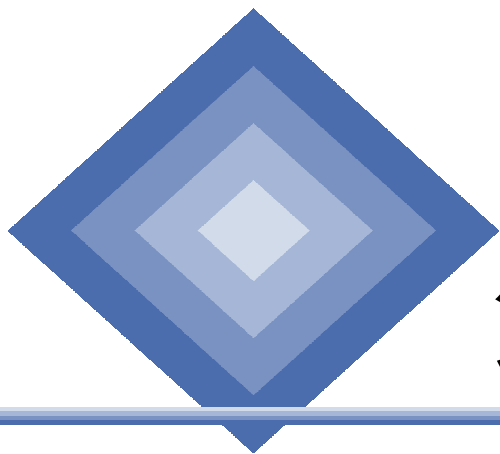
- ・ 災害発生時におけるヘルパー派遣、緊急受入協定法人及び福祉避難所開設の協定施設の拡充に向けた検討・協議を行います。
- ・ 市の防災訓練に参加できる介護事業所を増やすため、庁内関係者で連携を図り、介護事業所が参加しやすい工夫を検討します。
- ・ 災害発生時に避難支援や情報伝達支援が速やかに行えるように、災害時要援護者名簿の定期的な更新を行います。
- ・ 令和６年度からの介護事業所における業務継続計画（BCP）の策定義務化により、未策定の介護事業所に対し早期策定に向けた情報提供などの必要な支援を行うとともに、運営指導の場を活用し、策定後も継続的に検討・見直しを行うよう介護事業所に対し指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

【実施事業】**◆ 災害時要援護者への支援**

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、介護事業所、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。

◆ 市内介護事業所への業務継続計画（BCP）策定・見直しのための指導・助言

業務継続計画（BCP）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、介護事業所に対する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。



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

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
指定介護予防支援業務のうち、居宅介護支援事業所が市から指定を受けて直接業務を実施した件数の割合(%)	—	—	—	20	45	75

2 在宅医療・介護連携の推進

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
意思決定支援研修会を受講したケアマネジャーの割合(%)	25.6	40.5	62.8	70.0	80.0	90.0
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(%)	—	—	32.6	—	38.0	—
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等に関する啓発講座の実施回数（回）	8	9	8	20	25	30
三条ひめさゆりネット登録者数（人）	2,833	3,460	3,900	4,400	4,900	5,400

3 生活支援体制の整備及び地域支え合いの推進

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
集いの場の数（か所）	390	380	433	460	490	520
集いの場や地域の支え合い体制がある自治会数(地区)	170	175	212	215	218	221
生活支援コーディネーター協力員の数（人）	—	—	—	10	20	25
近所の方が困っているときに、いずれかの支援で助けることができることはあると回答した人の割合（%）	—	—	57.7	—	増加	—

4 介護予防・自立支援及び重度化防止の推進

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
週1回以上社会参画活動を行っている人の割合(%)	—	—	31.4	—	32.5	—
セカンドライフ応援ステーション登録者実人数(人)	995	1,086	1,164	1,230	1,310	1,390
セカンドライフ応援ステーションマッチング件数(件)	18,313	20,917	20,198	20,600	21,000	21,400
要支援認定者の状態の改善率(%)	11.57	12.39	12.53	12.67	12.81	12.95
新規要支援・要介護認定者の平均年齢(歳)	82.1	82.5	82.1	—	上昇	—

5 認知症施策の推進

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
小中学校でのサポーター養成講座等実施校数(校)	9	13	15	20	25	30
認知症の人に配慮した取組を実施している企業・事業所数(事業所)	—	—	—	13	34	50
「認知症の本人の集い」で活動するパートナー数(人)	—	—	12	12	20	25
介護者で認知症カフェを知っている人の割合(%) (在宅介護実態調査で認知症がある人の「主な介護者」の認知度)	—	—	29.9	—	40.0	—
認知症に関する研修を実施している事業所の割合(%)	—	—	81.5	—	95.0	—

6 権利擁護の推進

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
成年後見に関する研修会の参加者数(人)	43	—	50	55	60	65
権利擁護支援員養成研修の参加者数(人)	—	—	20	20	20	20
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(%)	—	—	35.7	—	増加	—
虐待防止に関する研修会の実施回数(回) 参加者数(人)	—	—	1 50	1 55	1 60	1 65

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

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急通報装置貸与者数(人) (高齢者生活支援事業)	274	273	256	280	287	291
認知症高齢者等個人賠償 責任保険事業加入者数(人)	—	2,221	2,330	2,560	2,720	2,880
人材確保について、「確保でき ている」「概ね確保できている」 と回答する介護事業所の 割合(%)	—	—	47.8	—	上昇	—
介護事業所のビジネスチャット ツール(LINEWORKS) 導入割合(%)	—	—	70	90	95	100
セカンドライフ応援ステーション がマッチングしたボランティア導 入介護事業所数(か所)	18	14	13	20	25	30
住宅改修の現地調査数(件) (R8～福祉用具貸与現地調査含む)	13	13	15	30	30	40
面談によるケアプラン点検数 (件)	3	3	11	38	48	48
介護サービス事業所への 指導・監督数(事業所数)	15	9	11	20	20	20
ケアプラン作成に当たり、自立 支援のサービスであることを「説 明している」「概ね説明してい る」と回答するケアマネジャーの 割合(%)	—	—	95	—	100	—
市内介護事業所における 業務改善計画(BCP) 策定割合(%)	—	—	25	100	100	100

8 関連施設の定員数等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
有料老人ホーム(人)	127	127	227	227	227	227
サービス付き高齢者向け住宅 (人)	227	227	228	228	228	288
ケアハウス(人)	80	80	80	80	80	80
養護老人ホーム(人)	100	100	100	100	100	100



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

T E L (0256) 34-5472

F A X (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

編 集 三条市福祉保健部高齢介護課

