

# 南アルプス市 高齢者いきいきプラン

第8期高齢者保健福祉計画

第9期介護保険事業計画

(令和6年度～令和8年度)

(素案)

令和5年10月  
南アルプス市



# 目次

<b>第1章 プランの策定にあたって</b> .....	<b>1</b>
1 プラン策定の背景と趣旨.....	1
2 プランの位置づけ.....	2
3 プランの策定体制.....	5
4 プランの期間.....	5
<b>第2章 高齢者を取り巻く現状と課題</b> .....	<b>6</b>
1 人口・世帯構造.....	6
2 高齢者等の状況.....	9
3 アンケート調査からみた高齢者の状況.....	14
4 評価項目の達成状況.....	36
<b>第3章 基本的な考え方</b> .....	<b>38</b>
1 計画最終年度（令和8年度）までに目指す南アルプス市のあるべき姿.....	38
2 基本理念.....	40
3 本プランにおける重点目標.....	41
4 施策の体系.....	42
<b>第4章 プランの具体的な取組</b> .....	<b>44</b>
重点目標1 生きがいと健康を支える介護予防の総合的な推進.....	44
重点目標2 住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制の充実.....	57
重点目標3 認知症施策の推進.....	822
重点目標4 高齢者の権利擁護の推進.....	911





# 第1章 プランの策定にあたって

## 1 プラン策定の背景と趣旨

わが国においては、現在、人口減少が進む一方で、高齢者人口（65歳以上の人口）は増加し続けています。「令和5年版高齢社会白書」によると、令和4年10月1日現在の総人口は1億2,495万人です。そのうち65歳以上の高齢者は3,624万人となり、総人口に占める割合（高齢化率<sup>1</sup>）は29.0%で、国民の4人に1人以上が高齢者であるとされています。また、いわゆる「団塊の世代（昭和22～24年生まれの人）」が75歳以上の後期高齢者となる令和7年には、その数は3,653万人に達すると見込まれています。

このような状況において、国では介護保険制度を始め、高齢者にかかる制度や法律の改正を行ってきました。令和2年に成立した「地域共生社会<sup>2</sup>の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」においては、地域共生社会の実現を目指し、「複雑化・複合化した支援ニーズに対応する支援体制の構築」「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」「医療・介護のデータ基盤の整備の推進」等が挙げられています。

令和5年9月現在、市の人口は71,563人、そのうち65歳以上の高齢者人口は20,194人で、総人口に占める割合（高齢化率）は28.2%となっています。前期計画の「南アルプス市高齢者いきいきプラン（第7期高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画）」においては「その人らしく活躍」「支えあい」「安心して暮らす」の3つを実現することを目的に『年齢を重ねてもその人らしく活躍ができ 支えあいのなかで安心して暮らすことができるまち～地域包括ケアシステム<sup>3</sup>の深化・推進～』を基本理念として、高齢者支援施策に取り組んできました。

また、複雑化・複合化した課題を抱え、生きづらさを感じている住民や、縦割りの制度や体制の中で、支援のしづらさを感じている支援者を支援していくために、相談支援・参加支援・地域づくりを一体化して行う重層的支援体制の構築や、単身高齢者世帯の増加が見込まれる中で、孤独・孤立の問題が深刻化することが懸念されるため、相互に支え合い、人と人とのつながりが生まれる社会の実現を目指していくことが必要となっています。

こうした社会の状況や市の現状とあわせ、市の高齢者支援施策における課題及び国・県の指針を踏まえ、中長期的な視点を持って、地域包括ケアシステムの深化・推進を図ることを目指し、「南アルプス市高齢者いきいきプラン（第8期高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画）」を策定します。

<sup>1</sup> 高齢化率：総人口に占める高齢者（65歳以上）人口の割合。高齢化率が7%以上で高齢化社会、14%以上で高齢社会、21%以上で超高齢社会とされる

<sup>2</sup> 地域共生社会：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「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと

<sup>3</sup> 地域包括ケアシステム：高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・自立した日常生活支援が包括的に確保される体制のこと

## 2 プランの位置づけ

### (1) 法令等の根拠

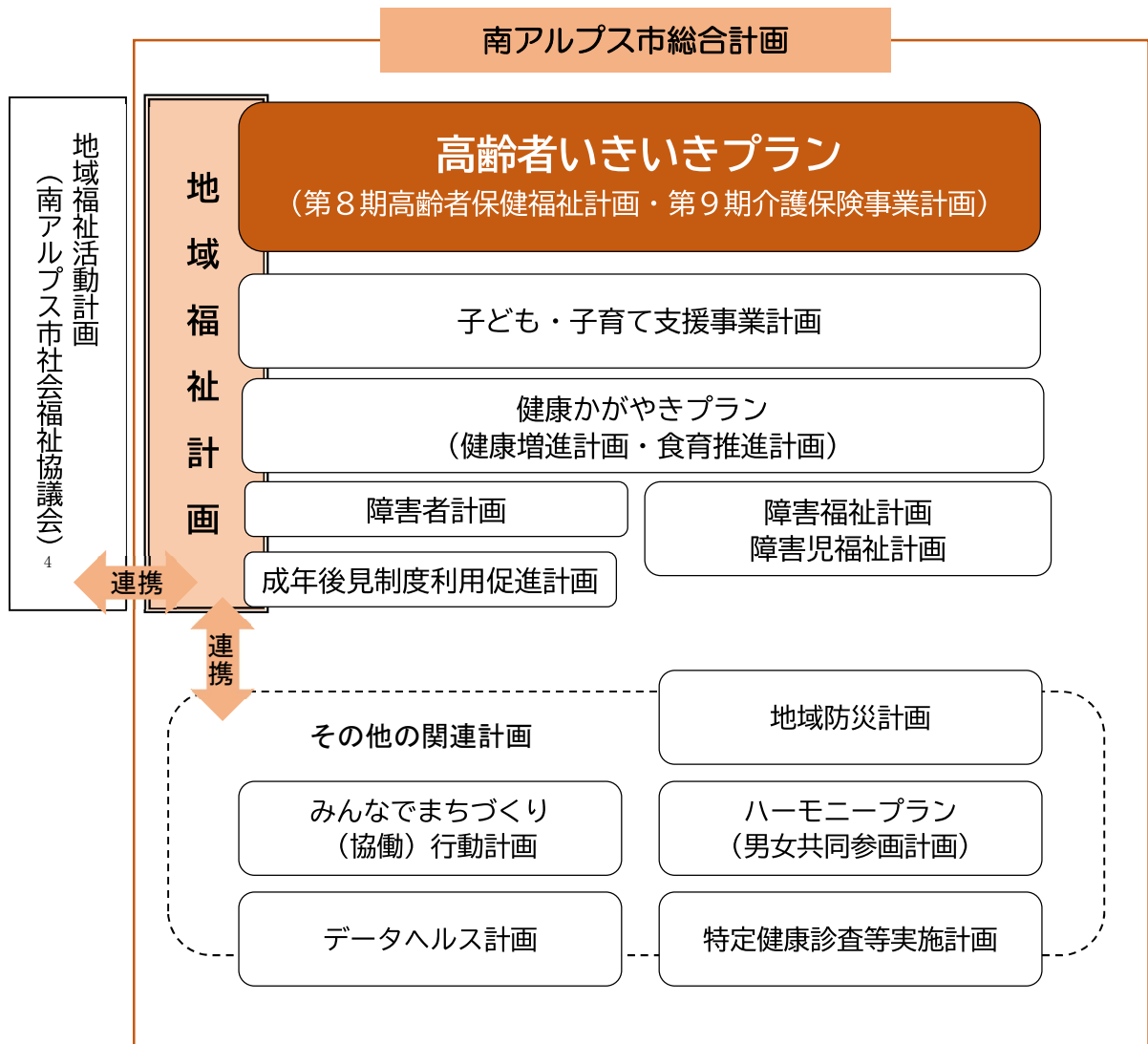
本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく市町村老人福祉計画（高齢者保健福祉計画）と介護保険法第117条に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定することで、介護保険及び福祉サービスを総合的に展開することを目指すものです。

「高齢者保健福祉計画」は、市における高齢者に関する施策全般にわたる計画であり、すべての高齢者に対する福祉事業全般及び介護に関する総合的な計画です。「介護保険事業計画」は、高齢者保健福祉計画のうち、介護・支援を必要とする高齢者及び要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者に対する施策に関する計画です。

### (2) 他計画との関係

本計画は、市の基本方針である南アルプス市総合計画に則り、高齢者福祉、介護保険に関する総合的な計画とします。また、上位計画として位置づけされる地域福祉計画をはじめ、高齢者福祉に関連する他の計画との整合を図りながら策定します。

また、国の定める「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」、山梨県が策定する「健康長寿やまなしプラン（山梨県高齢者福祉計画・山梨県介護保険事業支援計画）」、「山梨県地域保健医療計画」、「山梨県地域医療構想」等の上位計画・関連計画の内容を踏まえたものとしてします。



### (3) プランの対象地域

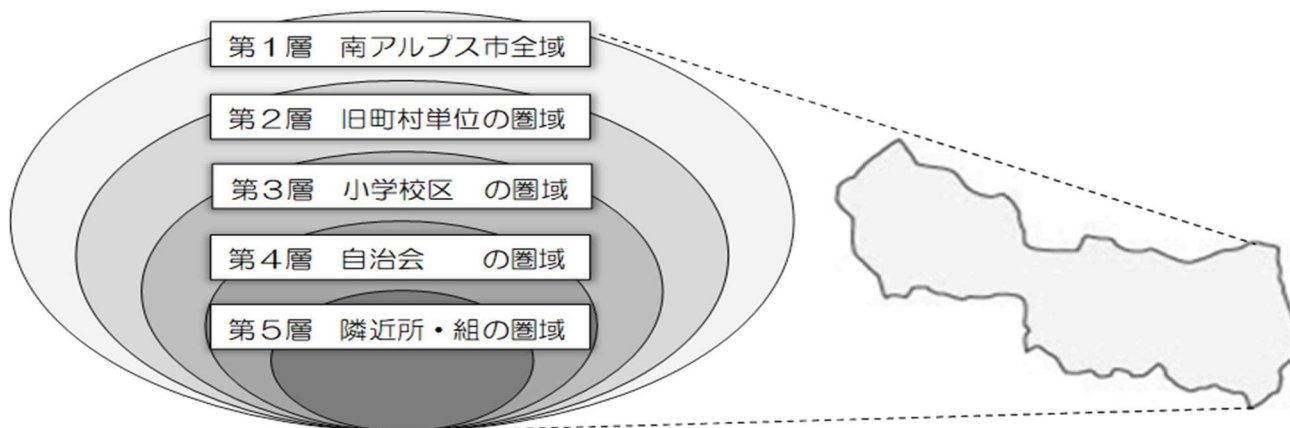
介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域を基準に、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に検討し、日常生活圏域<sup>5</sup>を定めることとしています。

市では、市民が市内のどこに住んでいても身近な地域で介護サービスの利用が容易であることや、介護保険料への影響等を考慮し、市内全域を1圏域として設定しています。

なお、計画をより効果的に実施していくためには、市の地域特性を踏まえることが重要になります。上位計画である地域福祉計画においては、地域を5つの階層として考えていることから、本計画においても同様の考え方で取り組んでいきます。

<sup>4</sup> 南アルプス市社会福祉協議会：社会福祉法に基づき、各市区町村に設置された民間の福祉団体。地域における福祉の課題を解決し、その改善・向上を図るため、社会福祉関係者や住民の参加・協力を得て、誰もが安心して生活できる福祉のまちづくりの実現を目指したさまざまな活動を行っている

<sup>5</sup> 日常生活圏域：地域のさまざまな介護サービスを切れ目なく適時適切に提供するために、利用者の生活圏域を想定して設定したエリア



### <第1層> 1地域（南アルプス市全域）

- ・市の責務として各種制度や福祉サービスを提供し、セーフティネット<sup>6</sup>を構築します。
- ・基幹的な相談支援機関を置き、各階層の後方支援や課題に基づく施策展開を行います。

### <第2層> 6地域（旧町村（概ね中学校区）単位の圏域）

- ・住民に身近な総合相談の機能として、コミュニティソーシャルワーカー<sup>7</sup>や地域包括支援センター<sup>8</sup>の効果的な配置を図ります。
- ・地域力を活かして早期発見の仕組みをつくり、相談につながりやすい環境をつくります。

### <第3層> 15地域（小学校区の圏域）

- ・地域住民やボランティアが主体となり、関係機関や行政との協働による地域福祉活動を展開します。
- ・「地域支えあい協議体」の“第2層”もこの単位で活動しています。
- ・各地区の民生委員児童委員<sup>9</sup>協議会がこの単位で組織されています。
- ・主任児童委員<sup>10</sup>はこの単位で活動しています。

### <第4層>（自治会・町内会の圏域）

- ・自治会活動等を通じて顔の見える関係のある範囲であり、住民が自分たちの暮らしや地域の活動を自分ごととして考えやすい階層です。
- ・民生委員児童委員はこの単位のなかで担当区域をもって活動しています。
- ・「地域支えあい協議体」の“第3層”もこの単位で活動しています。

### <第5層> 隣近所・組の圏域

- ・一人ひとりの暮らしに最も近い“向こう三軒両隣”の範囲で、身近な見守りや声かけ等の“お節介”が力を発揮する階層です。

<sup>6</sup> セーフティネット：万一の事態に備える、社会的な措置や仕組み。年金や公的保険などの社会保障制度や金融機関の保護機構などを指す

<sup>7</sup> コミュニティソーシャルワーカー：生きづらさを抱える個人や家族への個別支援と、その人たちが暮らす地域の生活環境の整備や、住民の組織化等の地域支援を総合的にすすめる実践（コミュニティソーシャルワーク）を主な業務とする専門職

<sup>8</sup> 地域包括支援センター：保健師や主任ケアマネジャー及び社会福祉士を置き、高齢者の総合相談窓口として保健・医療・福祉の連携、虐待防止、介護予防マネジメントなどを行う介護保険法に規定された機関。生活圏域を踏まえて設定され、市町村または市町村に委託された法人が運営する

<sup>9</sup> 民生委員児童委員：厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める人々

<sup>10</sup> 主任児童委員：担当区域を持たず、区域の担当の委員と連携して児童に係わる相談・支援を専門に行う

### 3 プランの策定体制

#### (1) 実態調査の実施

計画の策定にあたり、高齢者の生活や健康状態、保健福祉サービスや介護保険サービスの満足度を把握するために、令和4年に65歳以上の一般高齢者及び在宅の要支援・要介護認定者を対象に「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」・「在宅介護実態調査」を実施しました。

#### (2) 策定委員会等での計画の検討

計画の策定に際しては、被保険者である市民の意見が反映されるよう、市民代表、学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者、法律関係者で構成する「南アルプス市高齢者いきいきプラン策定委員会」において、計画の検討、審議を行いました。

#### (3) パブリックコメントの実施

本計画は、令和●年●月●日から●月●日の期間中、パブリックコメントを実施し、市民から広く意見を募り、その結果を反映させ、市民が一体となり策定する計画を目指しました。

### 4 プランの期間

介護保険事業計画は、3年ごとに計画を見直す必要があり、令和6年度を初年度として令和8年度までの3年間の計画とします。

また、高齢者保健福祉計画は、介護保険事業計画と一体的に見直しを行う必要があることから、同様の計画期間とします。

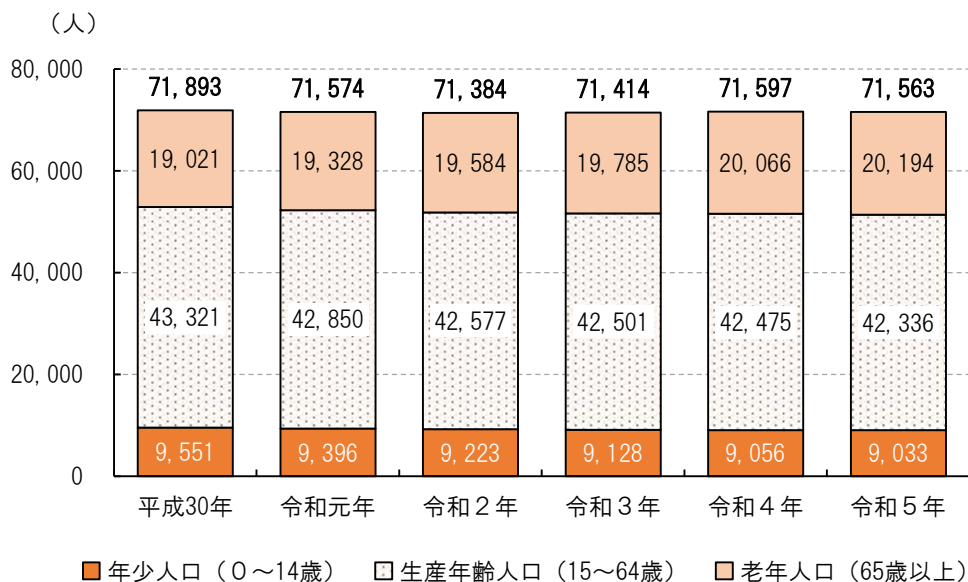
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
総合計画		第2次			第3次					
地域福祉計画		第4次			第5次					
高齢者 いきいきプラン	高齢	第7期			第8期		第9期			
	介護	第8期			第9期		第10期			
成年後見制度 利用促進計画		第1期			第2期					
障害者計画		第4次			第5次					
障害福祉計画		第6期			第7期		第8期			
障害児福祉計画		第2期			第3期		第4期			
子ども・子育て 支援事業計画		第2期			第3期					
健康 かがやきプラン	健康				第3次					
	食育				第2次					
地域福祉活動計画 (社会福祉協議会)		第4次			第5次					



## 第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

### 1 人口・世帯構造

#### (1) 総人口と年齢3区分別人口の推移

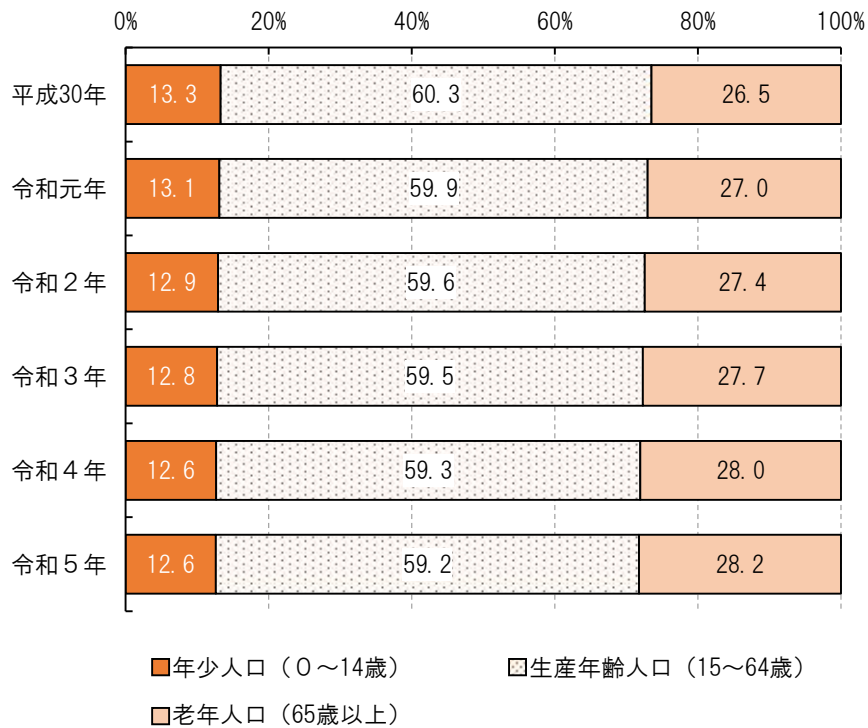


資料：住民基本台帳（各年9月末日）

総人口の推移をみると、平成30年から令和3年にかけては減少傾向、令和3年から令和5年にかけては増減を繰り返しており、合計71,563人となっています。年齢3区分別でみると、平成30年以降、年少人口・生産年齢人口は減少傾向にあるのに対し、老年人口は増加傾向にあります。令和5年においては、年少人口が9,033人、生産年齢人口が42,336人、老年人口が20,194人となっています。

老年人口の増加の要因のひとつである転出入者数について、令和4年10月から令和5年9月までの集計では、転入者は前期高齢者が72人、後期高齢者が100人となっております。転出者は前期高齢者が47人、後期高齢者が72人となっております。53人転入超過となっております。転入高齢者の内訳につきまして前期高齢者は男性が34人、女性が38人、後期高齢者は男性が30人、女性が70人となっております。後期高齢転入者の男性30人の内8人、女性70人の内21人は入所系施設に転入をしております。これらのことから高齢者の孤独・孤立問題について引き続き支援を行っていく必要があります。

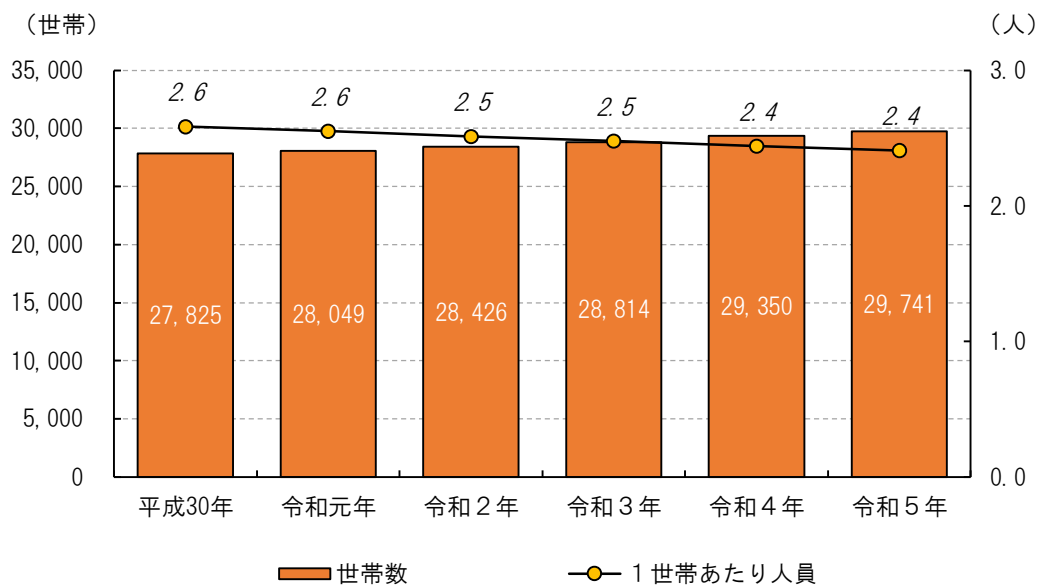
## (2) 年齢3区分別人口比率の推移



資料：住民基本台帳（各年9月末日）

年齢3区分別人口比率の推移をみると、平成30年以降、年少人口・生産年齢人口は減少傾向にあるのに対し、老年人口は増加傾向にあります。令和5年においては、年少人口が12.6%、生産年齢人口が59.2%、老年人口が28.2%となっています。

### (3) 世帯数・1世帯あたり人員の推移



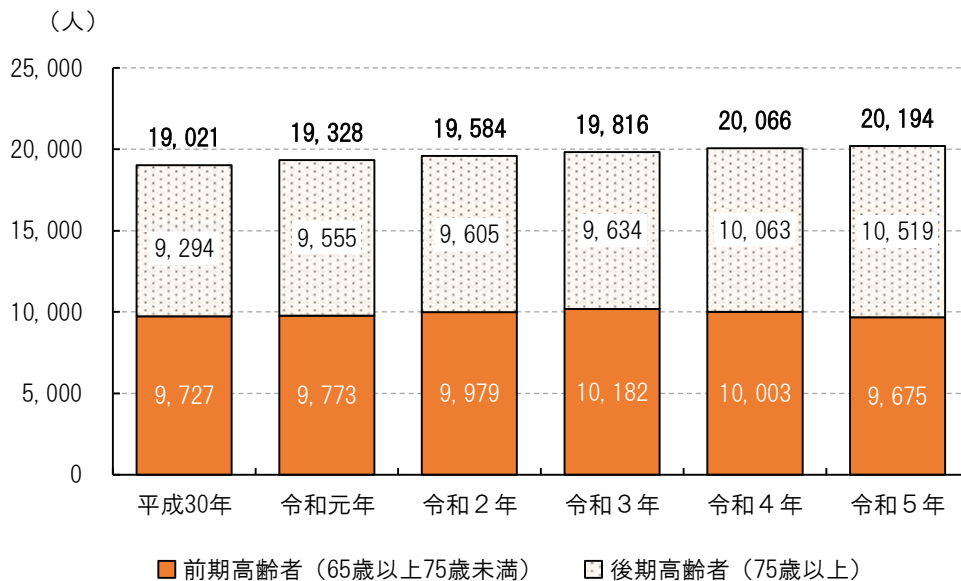
資料：住民基本台帳（各年9月末日）

世帯数と1世帯あたり人員の推移をみると、平成30年以降、世帯数は増加傾向にあるのに対し、1世帯あたり人員は減少傾向にあります。令和5年においては、世帯数は29,741世帯、1世帯あたり人員は2.4人となっています。



## 2 高齢者等の状況

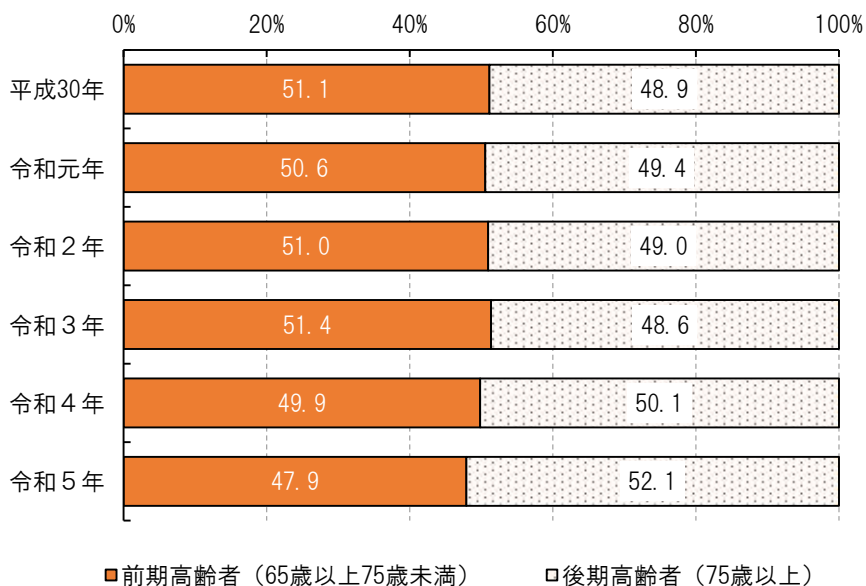
### (1) 高齢者人口の推移



資料：住民基本台帳（各年9月末日）

高齢者人口の推移をみると、平成30年から増加傾向にあり、令和5年において合計20,194人となっています。そのうち、前期高齢者は9,675人、後期高齢者は10,519人となっています。

### (2) 高齢者人口比率の推移



資料：住民基本台帳（各年9月末日）

高齢者人口比率の推移をみると、令和3年までは前期高齢者が後期高齢者を上回っていますが、令和4年以降は逆転して推移しています。令和5年においては、前期高齢者が47.9%、後期高齢者が52.1%となっています。

### (3) 高齢者世帯数の推移

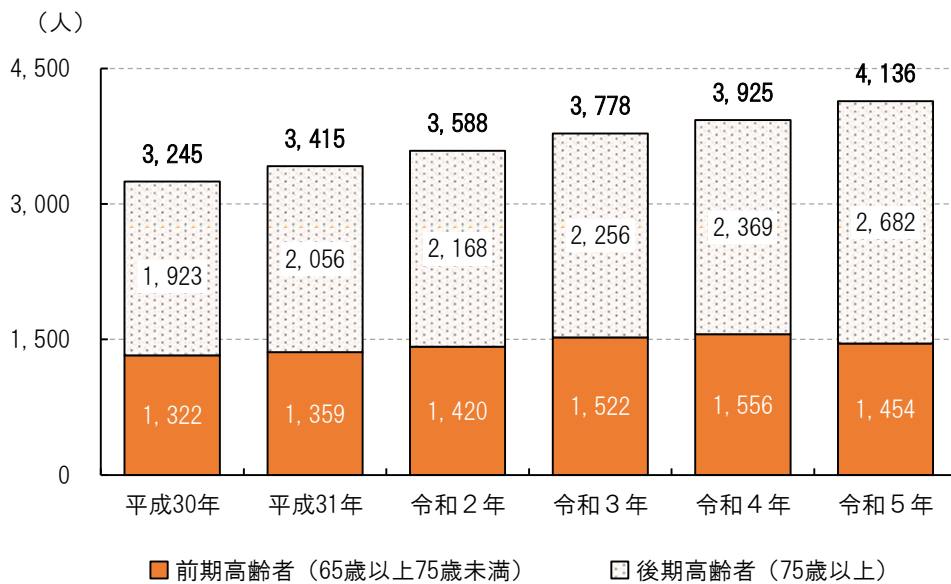
単位：世帯

	総世帯数	高齢者世帯数	ひとり暮らし 高齢者世帯		高齢者夫婦 世帯	その他 高齢者世帯	
			男性	女性			
平成30年	27,608	6,525	3,245	1,109	2,136	3,077	203
平成31年	27,885	6,824	3,415	1,150	2,265	3,201	208
令和2年	28,242	7,118	3,588	1,235	2,353	3,318	212
令和3年	28,617	7,418	3,778	1,324	2,454	3,417	223
令和4年	29,033	7,632	3,925	1,390	2,535	3,490	217
令和5年	29,548	7,915	4,136	1,454	2,682	3,558	221

資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

高齢者世帯数の推移をみると、平成30年以降増加傾向にあり、令和5年においては7,915世帯となっています。そのうち、ひとり暮らし高齢者世帯は4,136世帯、高齢者夫婦世帯は3,558世帯、その他高齢者世帯は221世帯となっています。

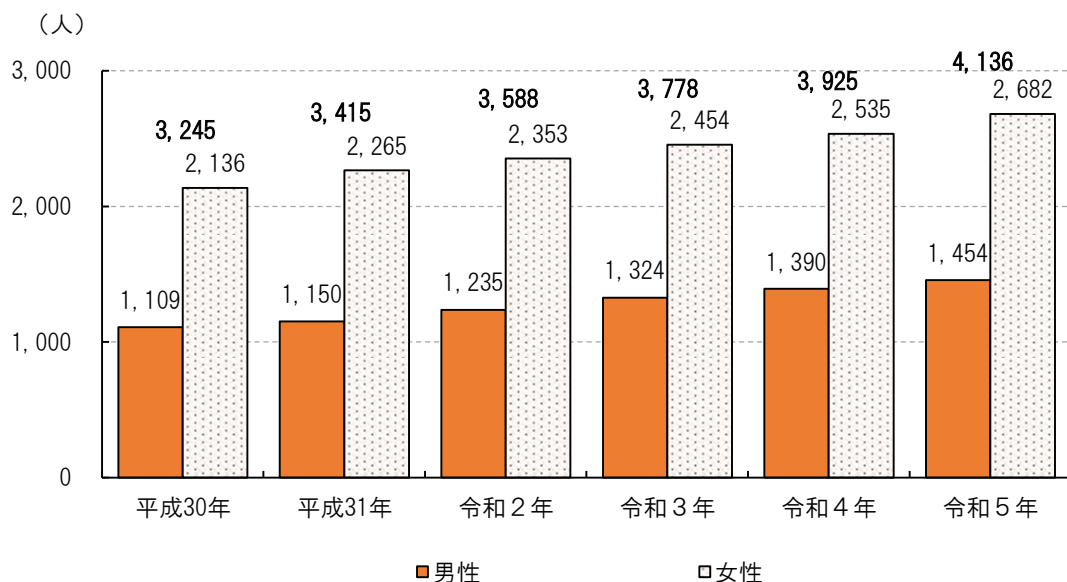
## (4) ひとり暮らし高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

ひとり暮らし高齢者数の推移をみると、平成30年以降増加傾向にあり、令和5年においては4,136人となっています。そのうち、前期高齢者（65歳以上75歳未満）は1,454人、後期高齢者（75歳以上）は2,682人で、全体に占める割合は前期高齢者が約3割強、後期高齢者が約6割強となっています。

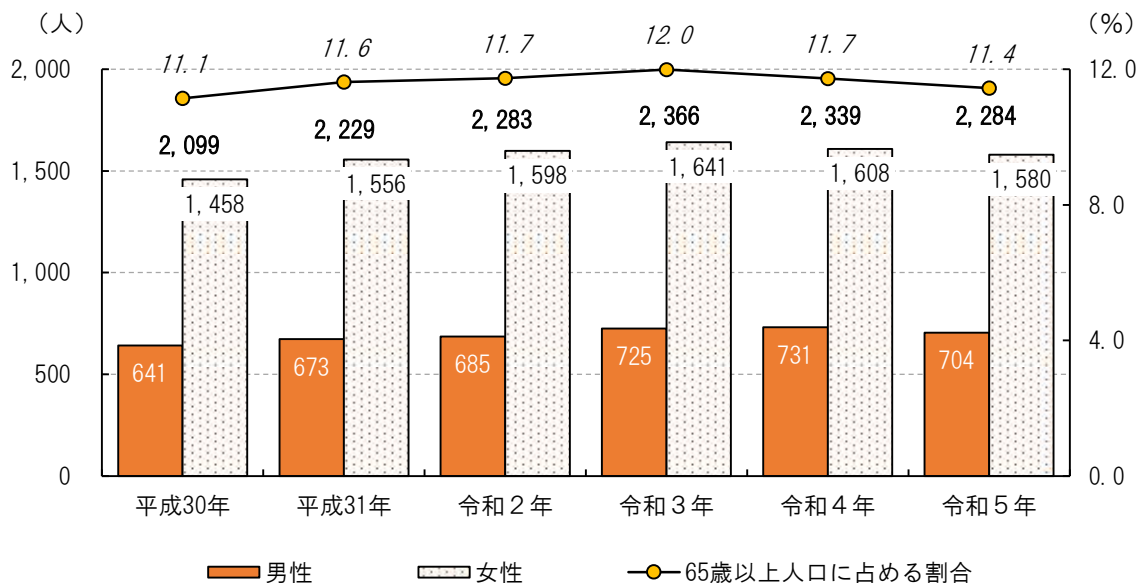
## (5) 男女別ひとり暮らし高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

男女別ひとり暮らし高齢者数の推移をみると、平成30年以降、男女ともに増加傾向にあります。平成30年から令和5年にかけて、男性は345人増加し1,454人であるのに対し、女性は546人増加し2,682人となっており、増加幅が大きくなっています。

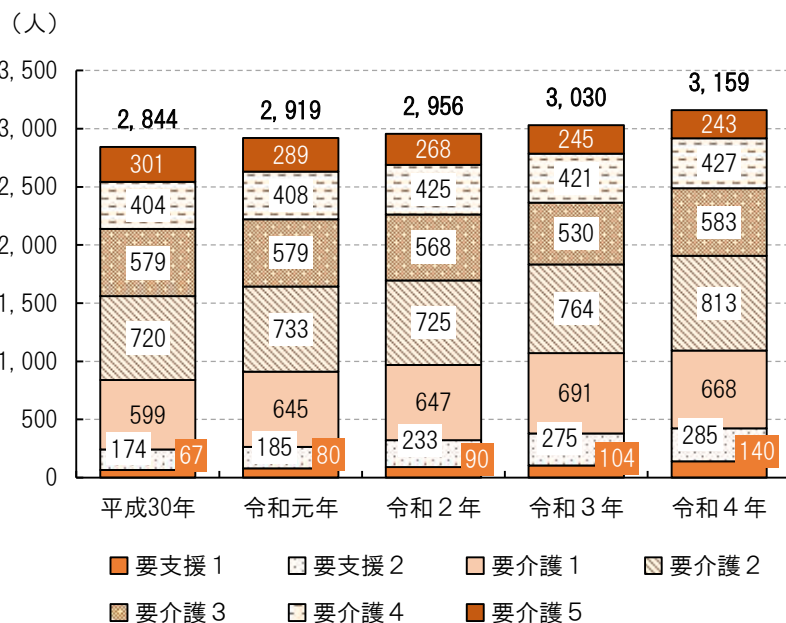
### (6) 認知症高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

認知症高齢者数の推移をみると、平成30年から令和3年にかけて増加傾向にあり、令和4年には減少に転じています。令和5年においては、合計2,284人のうち、男性が704人、女性が1,580人となっており、65歳以上人口に占める割合は11.4%となっています。

### (7) 要介護認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末日）

要介護認定者数の推移をみると、平成30年以降、増加傾向にあります。令和4年においては合計3,159人で、要支援1が140人、要支援2が285人、要介護1が668人、要介護2が813人、要介護3が583人、要介護4が427人、要介護5が243人となっています。要介護者の介護度別の増加率については、要介護2が高いことから在宅の認知症高齢者への施策の充実が必要となります。

## (8) 高齢者の就労の状況

単位：上段＝人、下段＝%

	65歳以上人口	労働力人口		完全失業者	非労働力人口	労働力不詳
			就業者			
南アルプス市	19,302	6,422	6,261	161	12,218	662
	100.0	33.3	32.4	0.8	63.3	3.4
男性	8,646	3,811	3,670	141	4,515	320
	100.0	44.1	42.4	1.6	52.2	3.7
女性	10,656	2,611	2,591	20	7,703	342
	100.0	24.5	24.3	0.2	72.3	3.2
山梨県	245,884	75,544	73,266	2,278	159,994	10,346
	100.0	30.7	29.8	0.9	65.1	4.2

資料：令和2年国勢調査

高齢者の就労の状況をみると、65歳以上人口に対する労働力人口<sup>11</sup>の割合は、33.3%となっており、山梨県の30.7%よりやや高くなっています。また、非労働力人口<sup>12</sup>の割合は63.3%で、山梨県の65.1%よりも低くなっています。

<sup>11</sup> 労働力人口：65歳以上人口のうち就業者と完全失業者を合わせた「労働する能力と意思を持つ人口」

<sup>12</sup> 非労働力人口：65歳以上の就業できない者及び働く意思がない者を合計した人口

### 3 アンケート調査からみた高齢者の状況

#### (1) 調査の概要

##### 1 調査の設計

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (65歳以上の高齢者)	在宅介護実態調査
調査対象	要介護認定を受けていない 65歳以上の方	要介護認定を受け、 自宅で介護を受けている方
標本数	2,000人	800人
調査方法	郵送配布一郵送回収	郵送配布一郵送回収
調査期間	令和4年12月2日～12月19日	令和4年12月2日～12月19日

##### 2 回収状況

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (65歳以上の高齢者)	在宅介護実態調査
発送数	2,000件	800件
有効回収数	1,481件	539件
有効回収率	74.1%	67.4%

※有効回収数は、回収率のうち無効票・白票等を除いた数。

##### 3 調査結果をみる際の注意事項

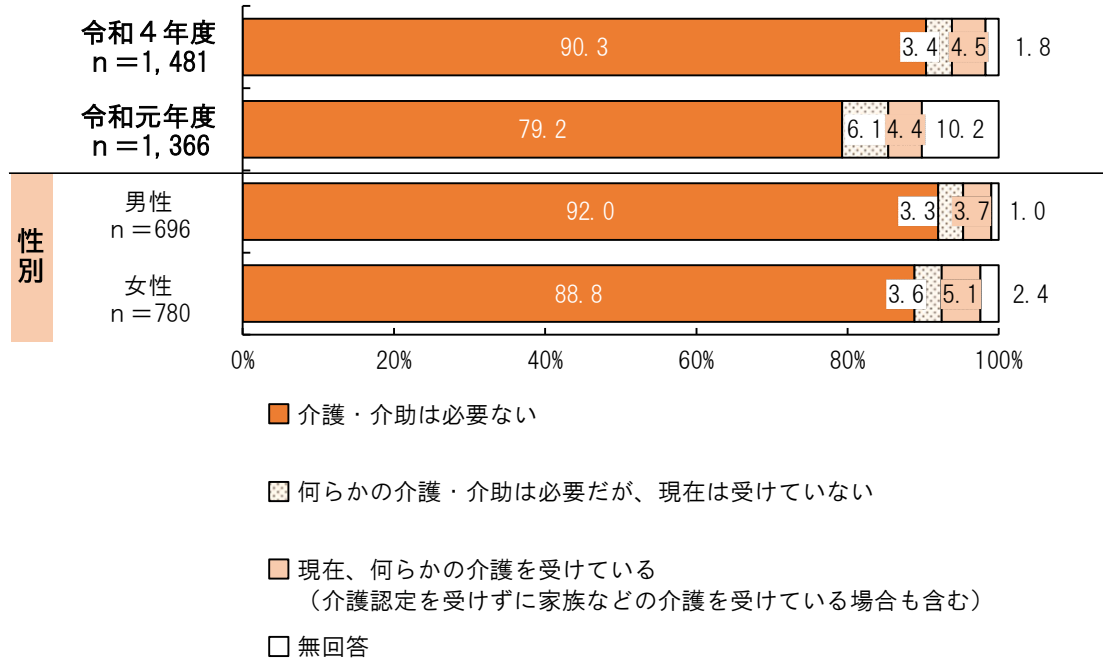
- ※回答率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出し、小数第2位を四捨五入しており、比率の数値の合計が100.0%にならない場合があります。また、グラフにおける比率の合計は、コメントにおける比率の合計と一致しない場合があります。
- ※複数回答可の設問は、すべての比率を合計すると100.0%を超える場合があります。
- ※グラフ中の「n (Number of caseの略)」は基数で、その質問に回答すべき人数を表しています。
- ※経年比較および性別のグラフに対するコメントは、それぞれ5.0ポイント以上の差がある回答についてのみ掲載しています。

(2) 調査の結果 (抜粋)

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

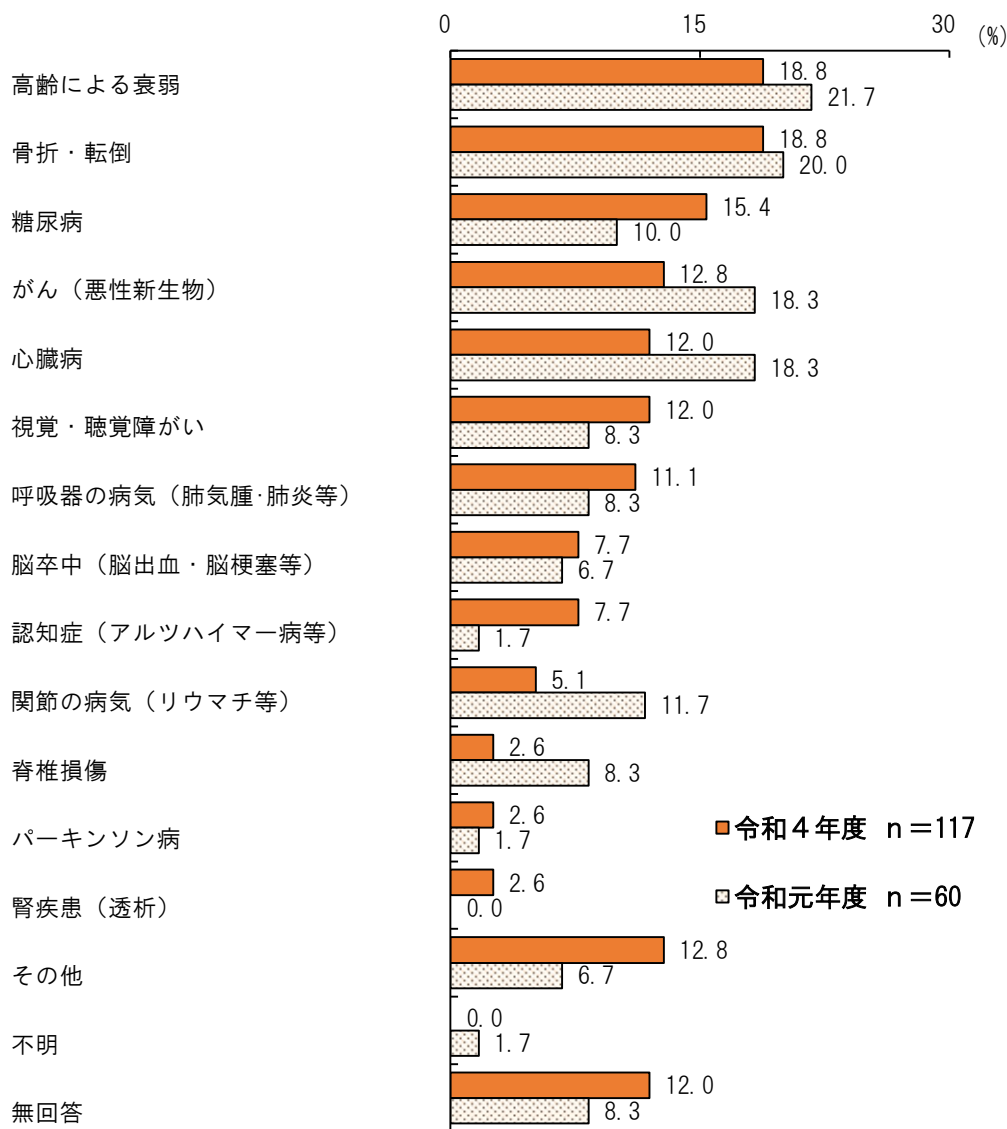
【生活状況について】

● 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要か



普段の生活における介護・介助の状況は、「介護・介助は必要ない」が90.3%、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が3.4%、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」が4.5%となっています。令和元年度と比較すると、「介護・介助は必要ない」が11.1ポイント増加しています。

●介護・介助が必要になった原因（※普段の生活の介護・介助状況において「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」「現在、何らかの介護を受けている」と回答した方のみ）



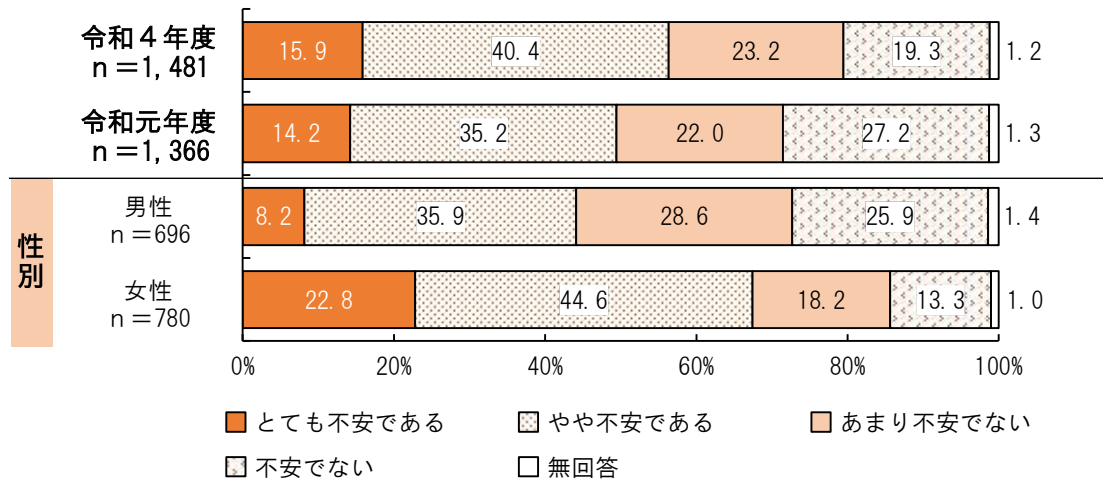
※複数回答可

介護・介助が必要になった原因は、「高齢による衰弱」「骨折・転倒」がともに18.8%と最も多く、次いで「糖尿病」が15.4%、「がん（悪性新生物）」が12.8%などとなっています。令和元年度と比較すると、「糖尿病」「認知症（アルツハイマー病等）」が5.0ポイント以上増加、「がん（悪性新生物）」「心臓病」「関節の病気（リウマチ等）」「脊椎損傷」が5.0ポイント以上減少しています。



## 【からだを動かすことについて】

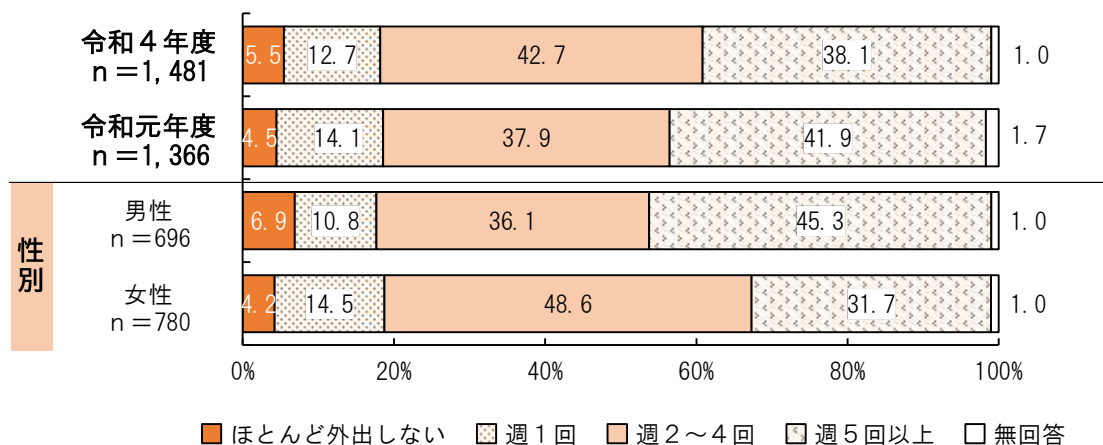
## ●転倒に対する不安は大きいのか



転倒に対する不安は、「やや不安である」が40.4%と最も多く、次いで「あまり不安でない」が23.2%、「不安でない」が19.3%などとなっています。また、『不安である』（「とても不安である」＋「やや不安である」）が56.3%、『不安でない』（「不安である」＋「あまり不安でない」）が42.5%となります。令和元年度と比較すると、『不安である』が6.9ポイント増加しています。

性別で見ると、女性において『不安である』が67.4%と多くなっています。

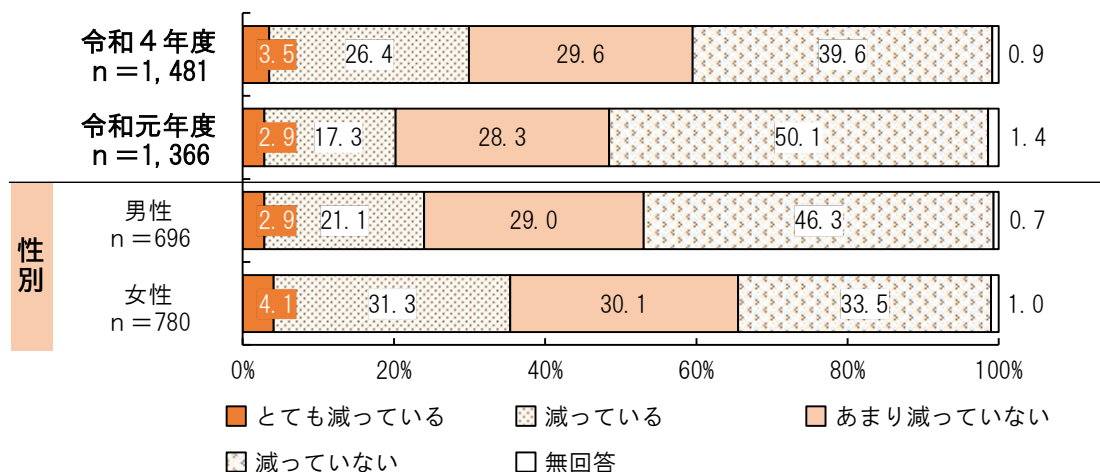
## ●週に1回以上は外出しているか



週に1回以上外出するかについては、「週2～4回」が42.7%と最も多く、次いで「週5回以上」が38.1%、「週1回」が12.7%などとなっています。

性別で見ると、男性において「週5回以上」が45.3%と多くなっています。女性においては「週2～4回」が48.6%と多くなっています。

●昨年と比べて外出の回数が減っているか

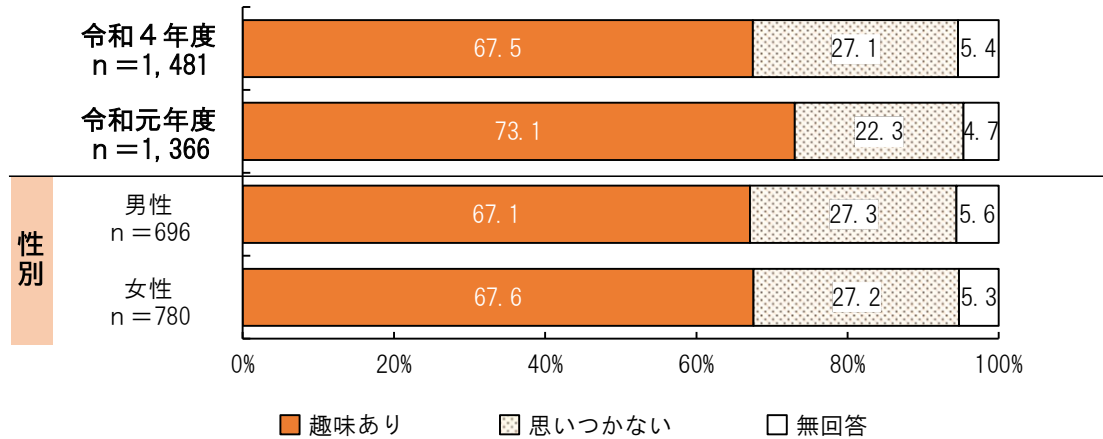


昨年と比べて外出の回数が減っているかについては、「減っていない」が39.6%と最も多く、次いで「あまり減っていない」が29.6%、「減っている」が26.4%などとなっています。また、『減っている』（「とても減っている」+「減っている」）が29.9%、『減っていない』（「減っていない」+「あまり減っていない」）が69.2%となります。令和元年度と比較すると『減っている』が9.7ポイント増加しています。

性別で見ると、男性において『減っていない』が75.3%と多くなっています。

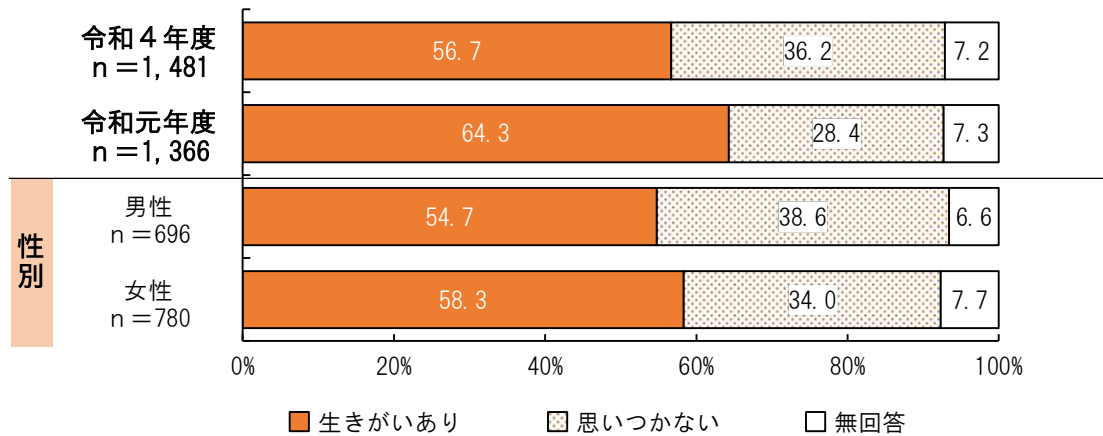
## 【毎日の生活について】

## ●趣味はあるか



趣味があるかについては、「趣味あり」が67.5%、「思いつかない」が27.1%となっています。令和元年度と比較すると「趣味あり」が5.6ポイント減少しています。

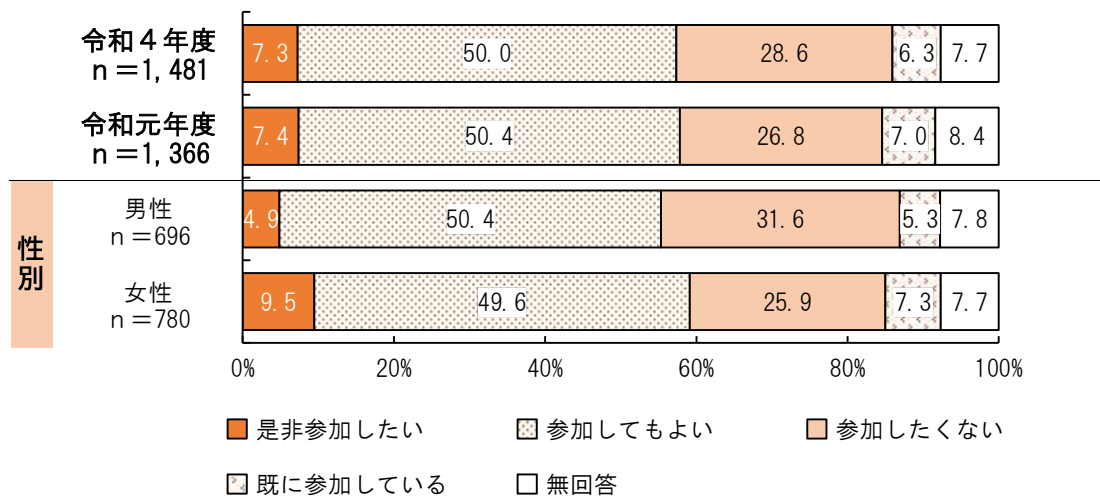
## ●生きがいはあるか



生きがいがあるかについては、「生きがいあり」が56.7%、「思いつかない」が36.2%となっています。令和元年度と比較すると、「思いつかない」が7.8ポイント増加しています。

【地域での活動について】

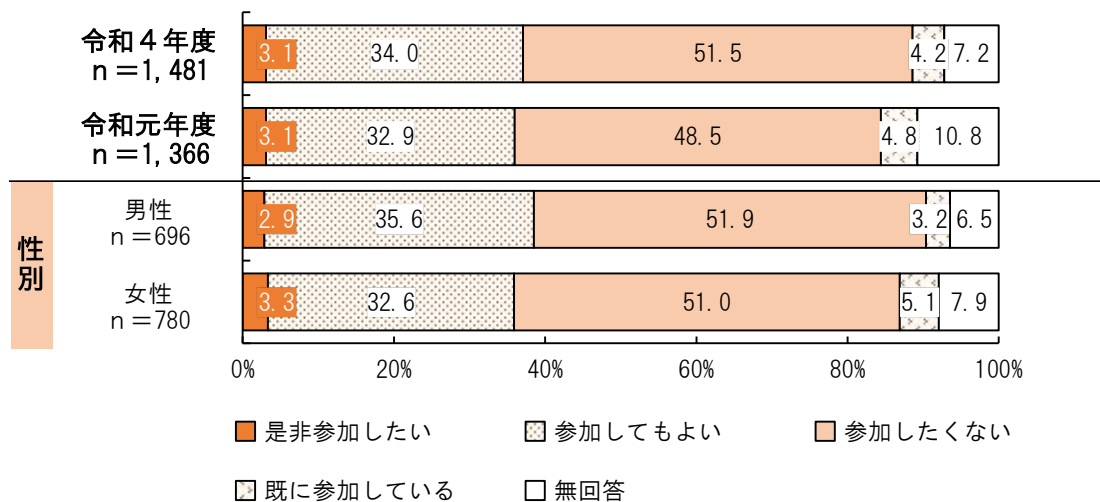
●健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたいか



健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたいかについては、「参加してもよい」が50.0%と最も多く、次いで「参加したくない」が28.6%、「是非参加したい」が7.3%などとなっています。

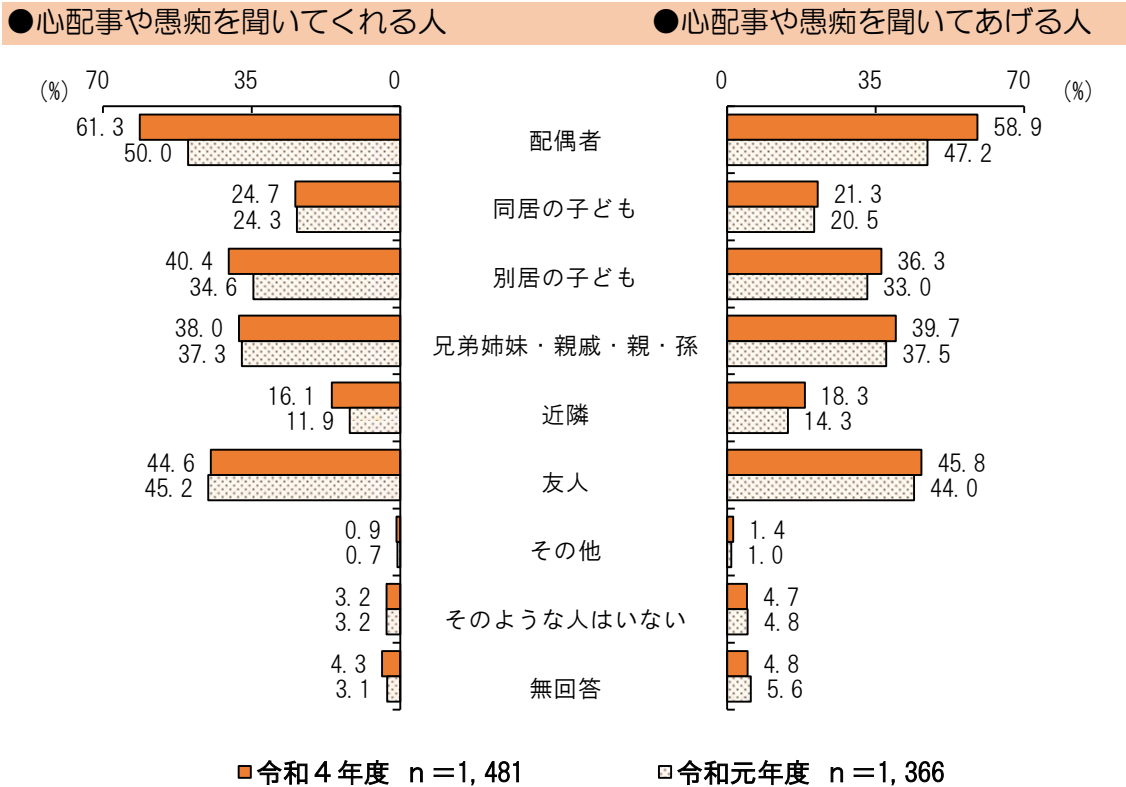
性別でみると、男性において「参加したくない」が31.6%と多くなっています。

●健康づくり活動や趣味等のグループ活動に企画・運営として参加してみたいか



健康づくり活動や趣味等のグループ活動に企画・運営として参加してみたいかについては、「参加したくない」が51.5%と最も多く、次いで「参加してもよい」が34.0%、「既に参加している」が4.2%などとなっています。

【たすけあいについて】

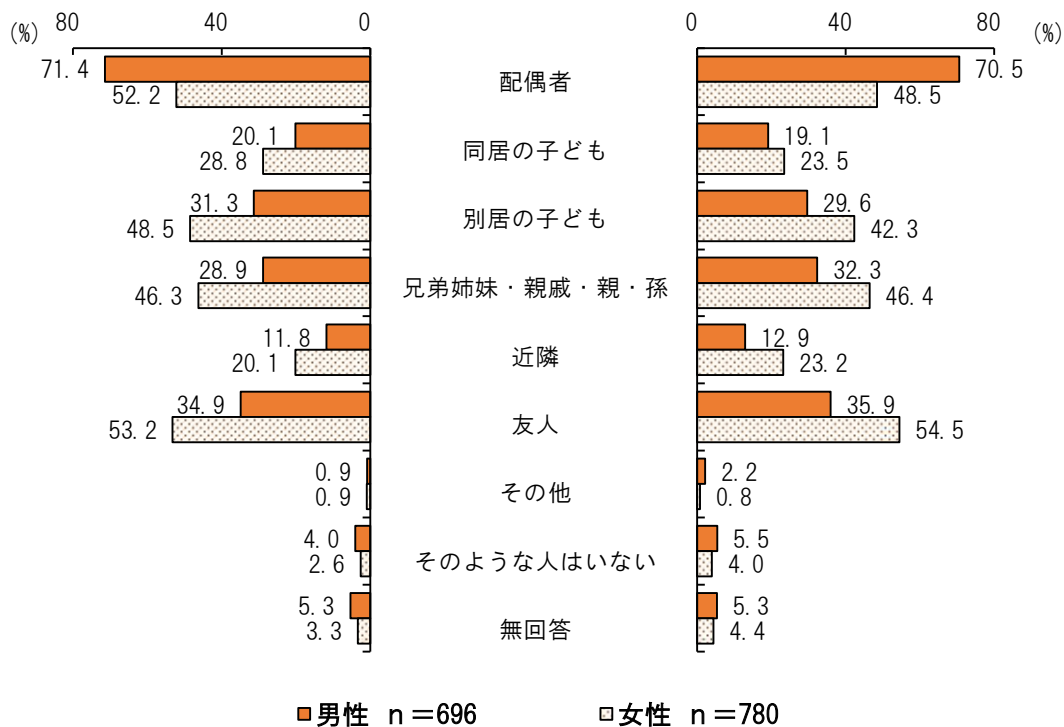


※複数回答可

心配事や愚痴を聞いてくれる人は、「配偶者」が61.3%と最も多く、次いで「友人」が44.6%、「別居の子ども」が40.4%などとなっています。令和元年度と比較すると、「配偶者」「別居の子ども」が5.0ポイント以上増加しています。

心配事や愚痴を聞いてあげる人は、「配偶者」が58.9%と最も多く、次いで「友人」が45.8%、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」が39.7%などとなっています。令和元年度と比較すると、「配偶者」が11.7ポイント増加しています。

【性別】

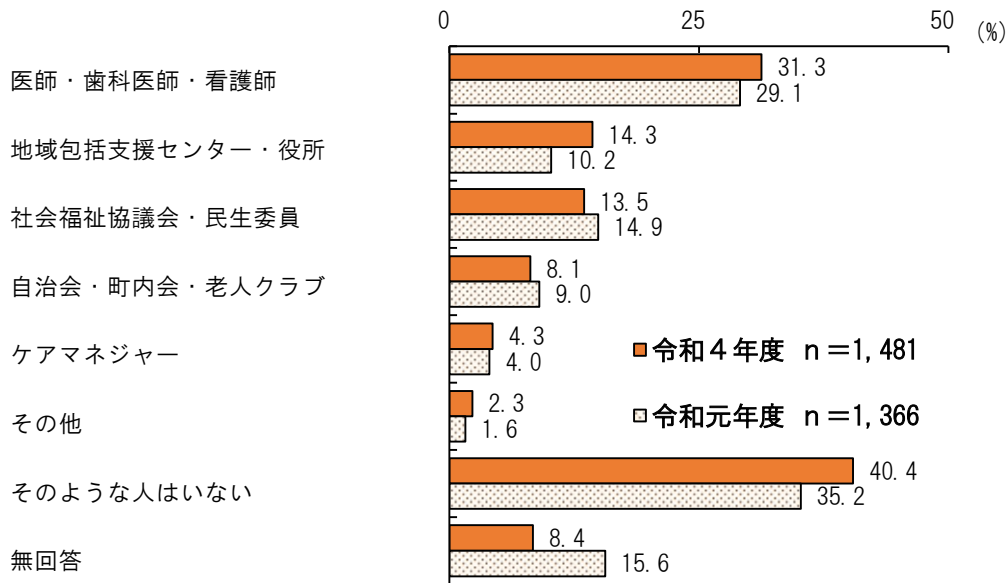


※複数回答可

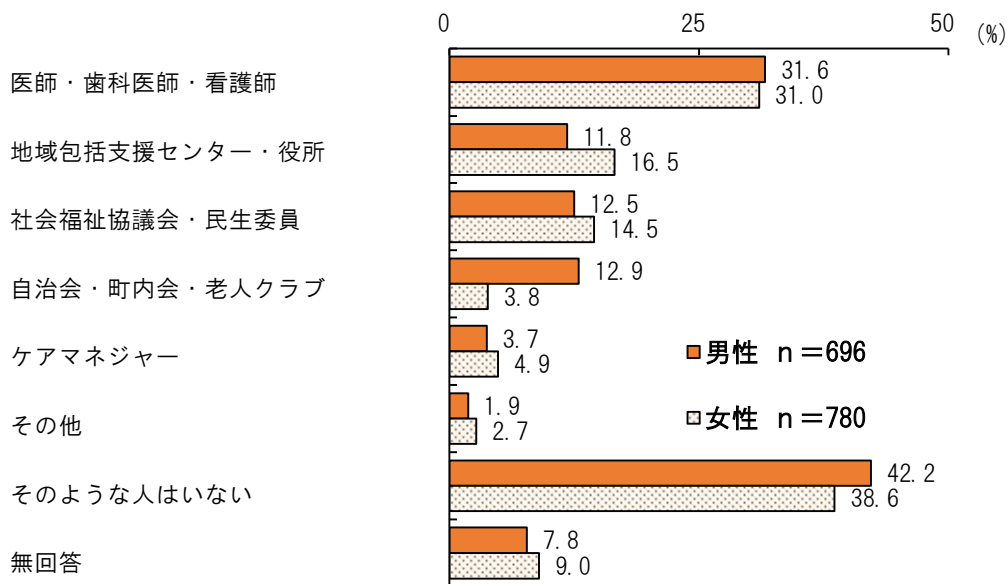
心配事や愚痴を聞いてくれる人を性別で見ると、男性において「配偶者」が71.4%と多くなっています。女性においては「同居の子ども」「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」などが多くなっています。

心配事や愚痴を聞いてあげる人を性別で見ると、男性において「配偶者」が70.5%と多くなっています。女性においては「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「近隣」などが多くなっています。

## ●家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手



## 【性別】



※複数回答可

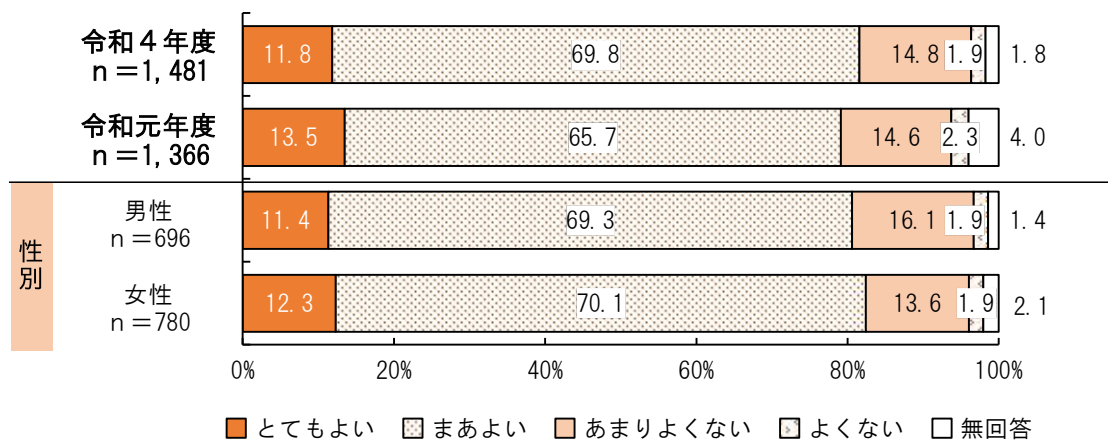
家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手は、「医師・歯科医師・看護師」が31.3%と最も多く、次いで「地域包括支援センター・役所」が14.3%、「社会福祉協議会・民生委員」が13.5%などとなっています。一方、「そのような人はいない」が40.4%となっています。令和元年度と比較すると、「そのような人はいない」が5.2ポイント増加しています。

性別でみると、男性において「自治会・町内会・老人クラブ」が12.9%と多くなっています。



【健康について】

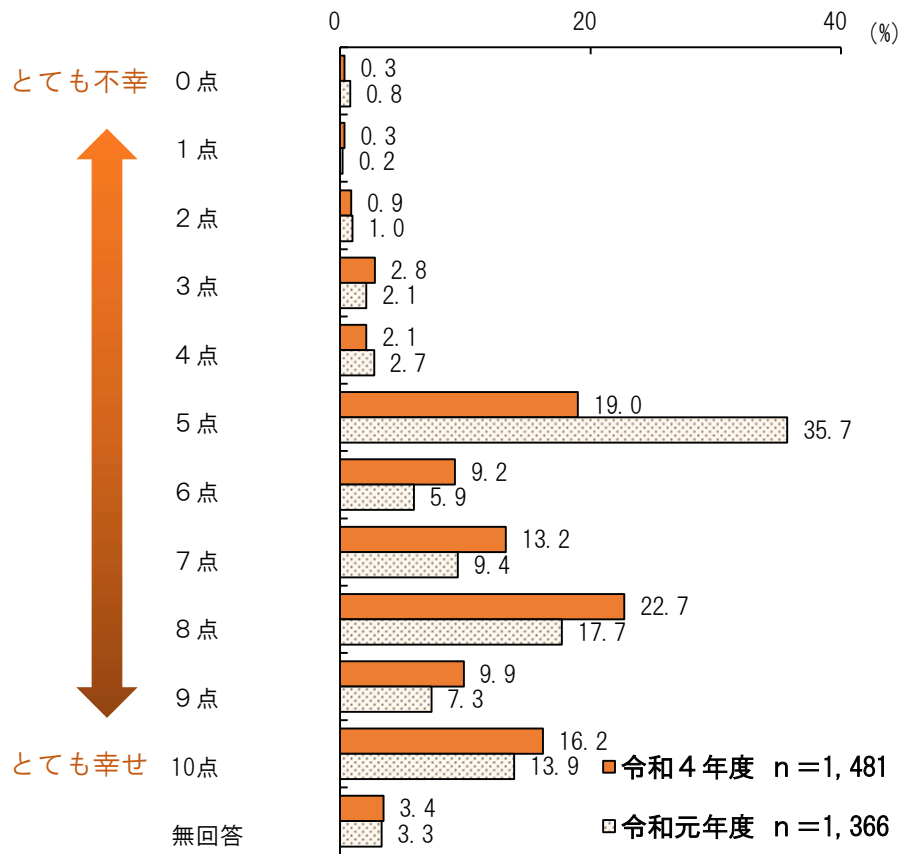
●現在の健康状態



現在の健康状態は、「まあよい」が69.8%と最も多く、次いで「あまりよくない」が14.8%、「とてもよい」が11.8%などとなっています。また、『よい』（「とてもよい」＋「まあよい」）が81.6%、『よくない』（「よくない」＋「あまりよくない」）が16.7%となります。

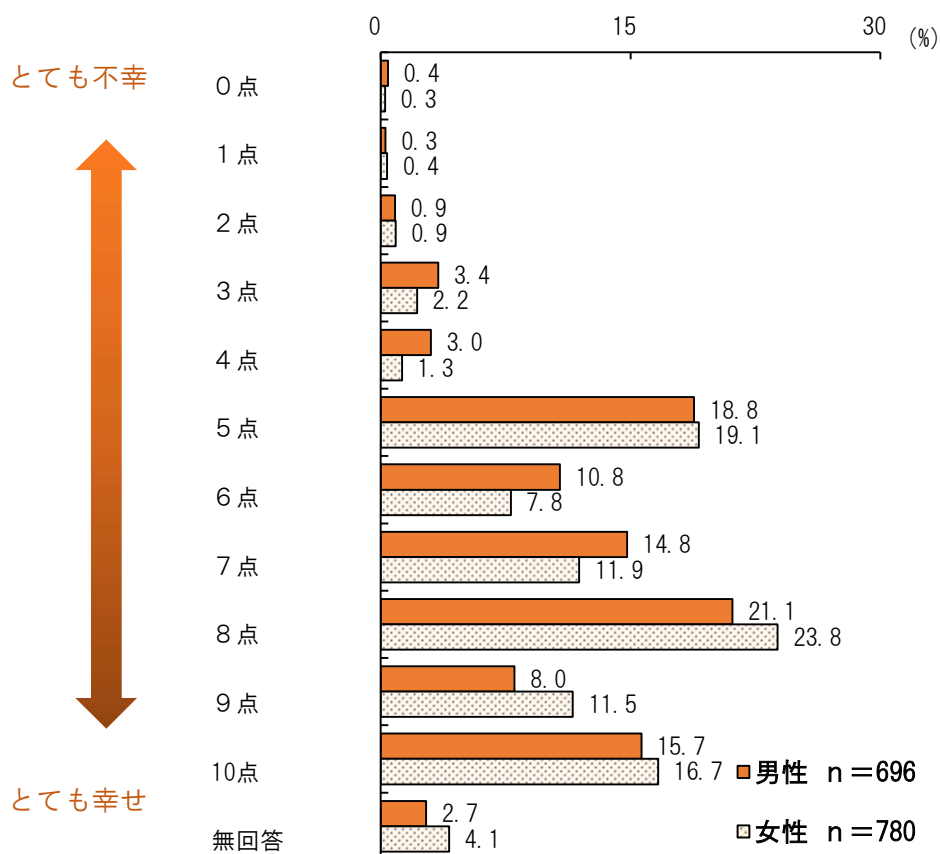


●現在の幸福度



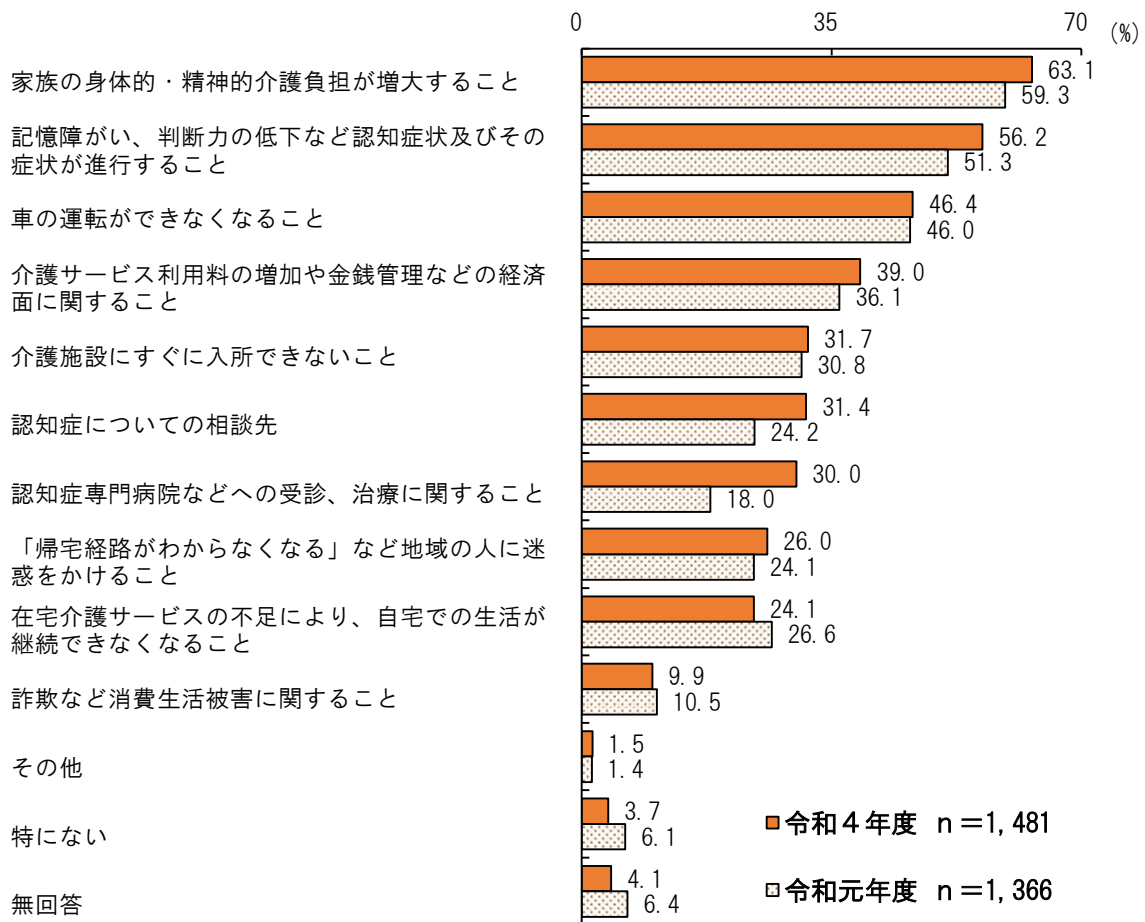
現在の幸福度は、「8点」が22.7%と最も多く、次いで「5点」が19.0%、「10点」が16.2%などとなっています。令和元年度と比較すると、「8点」が5.0ポイント増加、「5点」が16.7ポイント減少しています。

【性別】



## 【認知症について】

## ●自身や家族が認知症になった際に不安を感じると思うこと

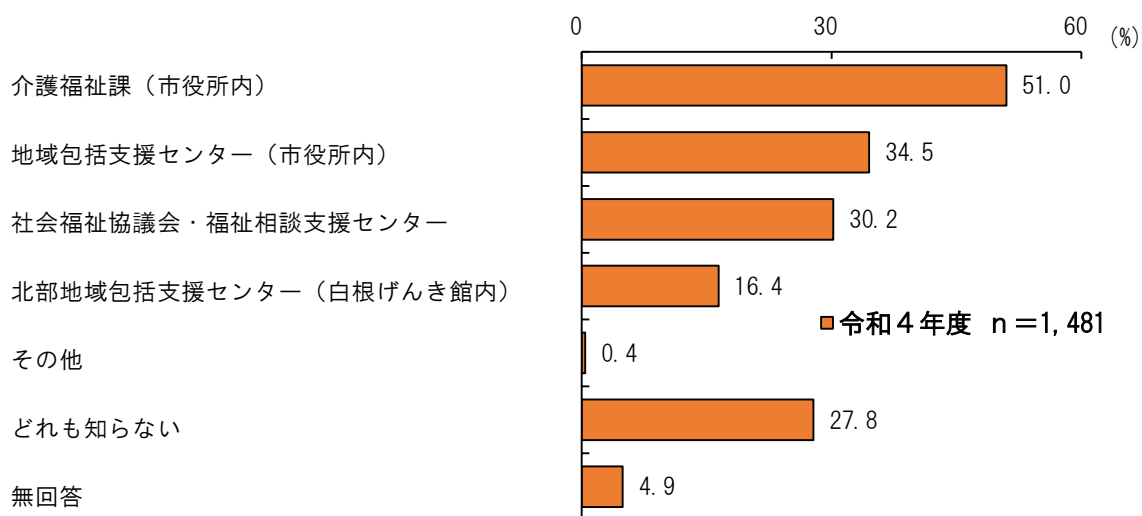


※複数回答可

自身や家族が認知症になった際に不安を感じると思うことは、「家族の身体的・精神的介護負担が増大すること」が63.1%と最も多く、次いで「記憶障がい、判断力の低下など認知症状及びその症状が進行すること」が56.2%、「車の運転ができなくなること」が46.4%などとなっています。令和元年度と比較すると、「認知症についての相談先」「認知症専門病院などへの受診、治療に関すること」が5.0ポイント以上増加しています。

## 【高齢者全般について】

### ●高齢者の相談窓口として知っているところ

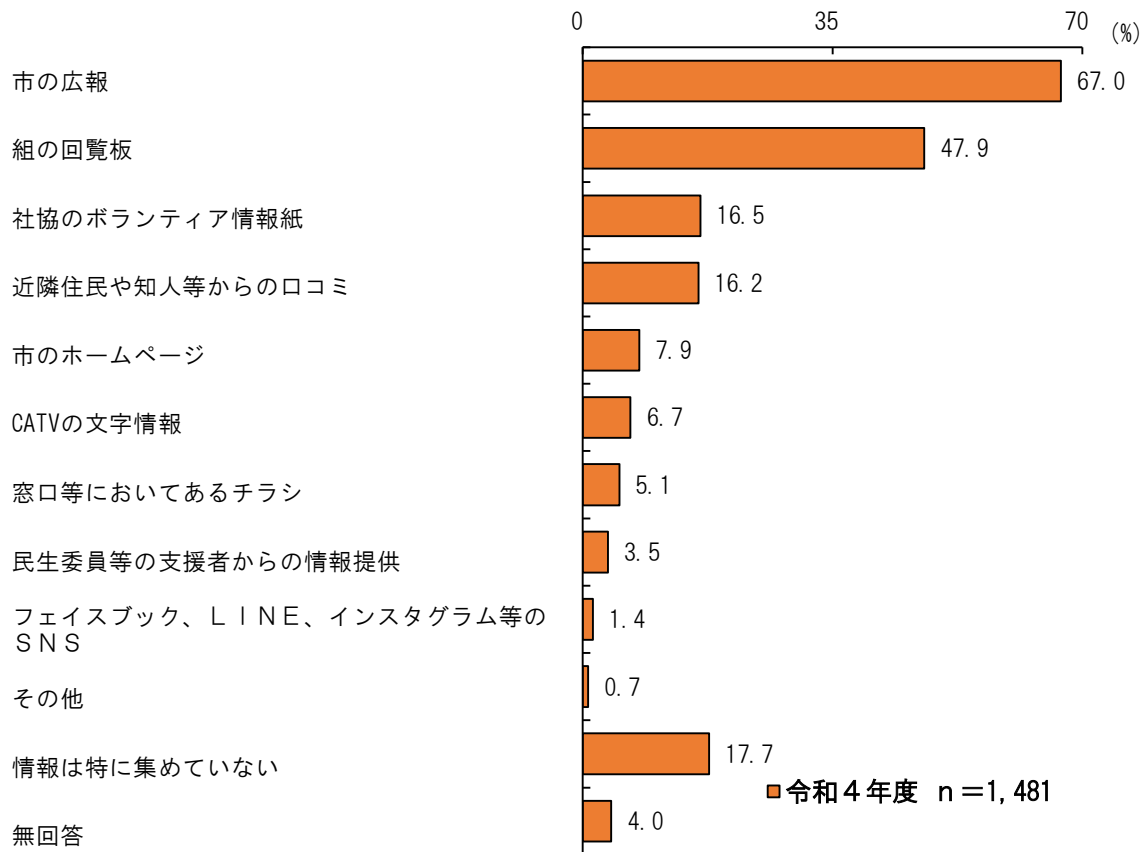


※複数回答可

高齢者の相談窓口として知っているところは、「介護福祉課 (市役所内)」が51.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター (市役所内)」が34.5%、「社会福祉協議会・福祉相談支援センター<sup>13</sup>」が30.2%などとなっています。一方、「どれも知らない」は27.8%となっています。

<sup>13</sup> 福祉相談支援センター：南アルプス市社会福祉協議会が運営している、生活に関するさまざまな悩みや困りごと等を来所・電話・メール・手紙等で受け付け、相談支援を行う専門機関。南地区と北地区にそれぞれ1か所所在

## ●市の高齢者に関する情報やイベント情報の入手先



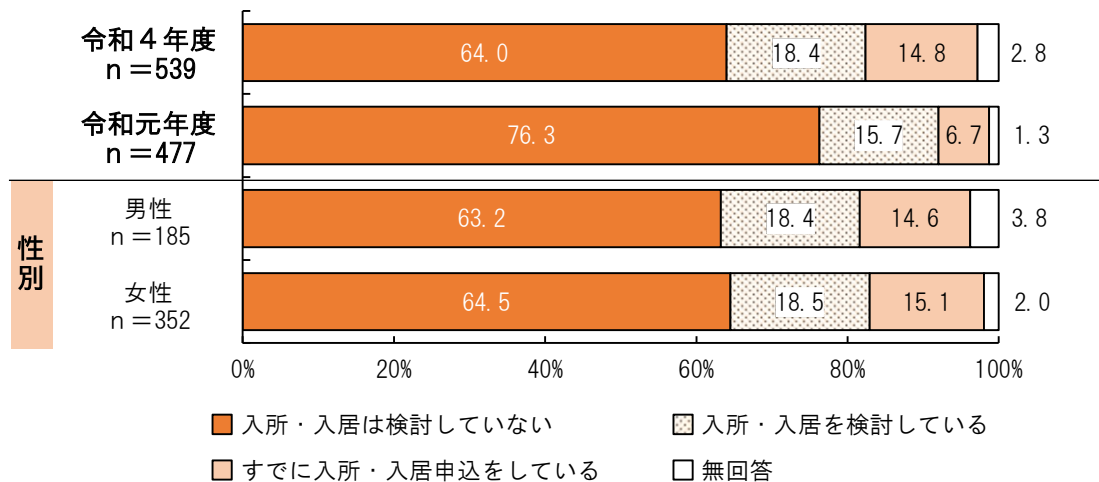
※複数回答可

高齢者に関する情報やイベント情報の入手先は、「市の広報」が67.0%と最も多く、次いで「組の回覧板」が47.9%、「社協のボランティア情報紙」が16.5%などとなっています。一方、「情報は特に集めていない」が17.7%となっています。

## 2 在宅介護実態調査

### 【本人について】

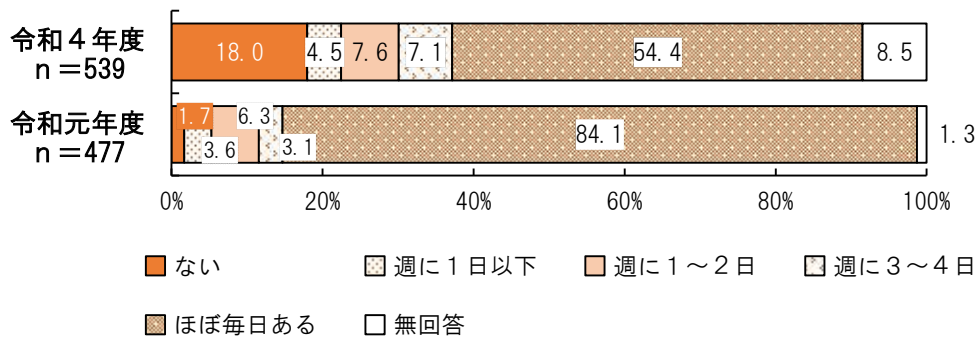
#### ●施設への入所・入居希望の検討有無



施設への入所・入居希望の検討有無は、「入所・入居は検討していない」が64.0%、「入所・入居を検討中」が18.4%、「すでに入所・入居申込をしている」が14.8%となっています。令和元年度と比較すると、「すでに入所・入居申込をしている」が8.1ポイント増加、「入所・入居は検討していない」が12.3ポイント減少しています。

## 【介護について】

## ●家族や親族からの介護の頻度

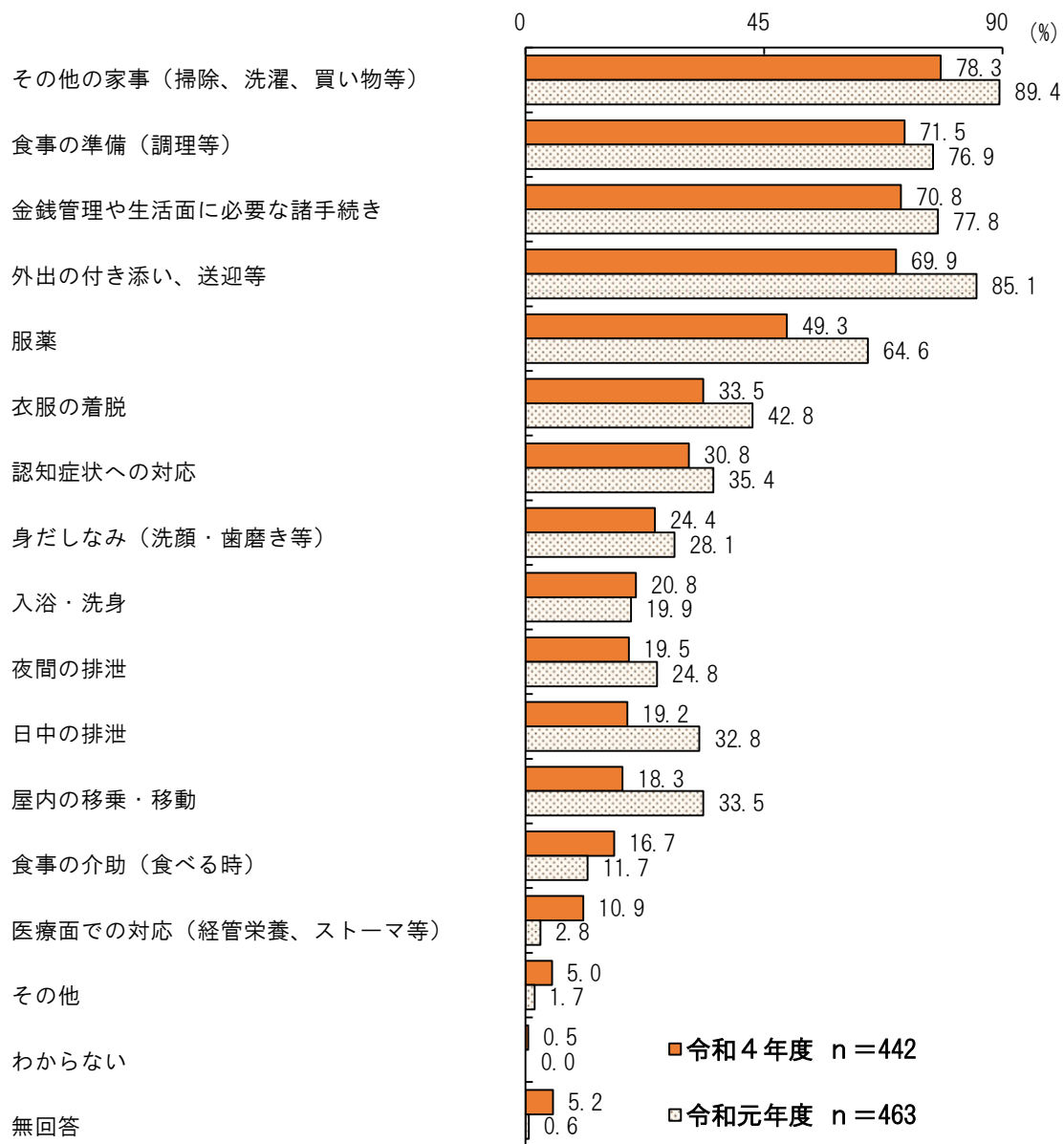


家族や親族からの介護の頻度は、「ほぼ毎日ある」が54.4%と最も多く、次いで「ない」が18.0%、「週に1~2日」が7.6%などとなっています。令和元年度と比較すると、「ない」が16.3ポイント増加、「ほぼ毎日ある」が29.7ポイント減少しています。

「ほぼ毎日ある」と答えた方の中、主な介護者が「子」と回答した方は293名のうち159名、「配偶者」と回答した方は72名となっております。主な介護者が「子」と回答した159名の年齢構成は40歳台が7名、50歳台が60名、60歳台が76名、70歳台が16名となっております。また、主な介護者が「配偶者」と回答した72名の年齢構成は50歳台が3名、60歳台が9名、70歳台が28名、80歳台が32名となっております。そのうち男性介護者は60歳台が1名、70歳台28名中7人、80歳台32人中11人となっております。

これらの結果から8050問題や老々介護問題についても取り組みを進める必要があります。なお、主な介護者の年齢が20歳以下のヤングケアラーが疑われる回答はありませんでしたが、相談を行う中で支援が必要なケースを見逃さないよう注意していく必要があります。

●現在、主な介護者が行っている介護（※家族や親族からの介護の頻度において「週に1日以下」～「ほぼ毎日ある」と回答した方のみ）

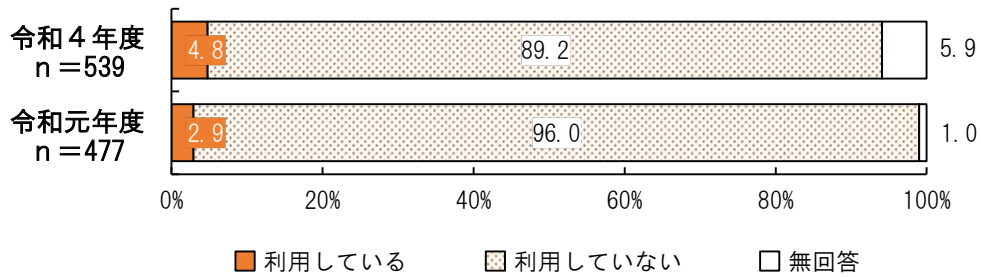


※複数回答可

現在、主な介護者が行っている介護は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が78.3%と最も多く、次いで「食事の準備（調理等）」が71.5%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が70.8%などとなっています。令和元年度と比較すると、「食事の介助（食べる時）」「医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）」が5.0ポイント以上増加しています。一方、「衣服の着脱」「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」「食事の準備（調理等）」などが5.0ポイント以上減少、「服薬」「外出の付き添い、送迎等」「屋内の移乗・移動」などが10.0ポイント以上減少しています。

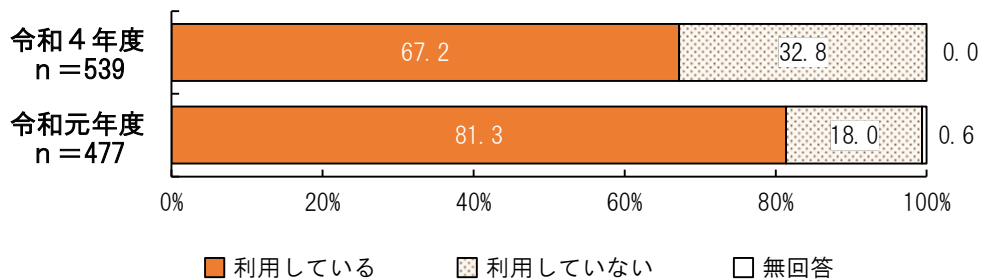


## ●訪問診療の利用有無



訪問診療の利用有無は、「利用している」が4.8%、「利用していない」が89.2%となっています。令和元年度と比較すると、「利用していない」が6.8ポイント減少しています。

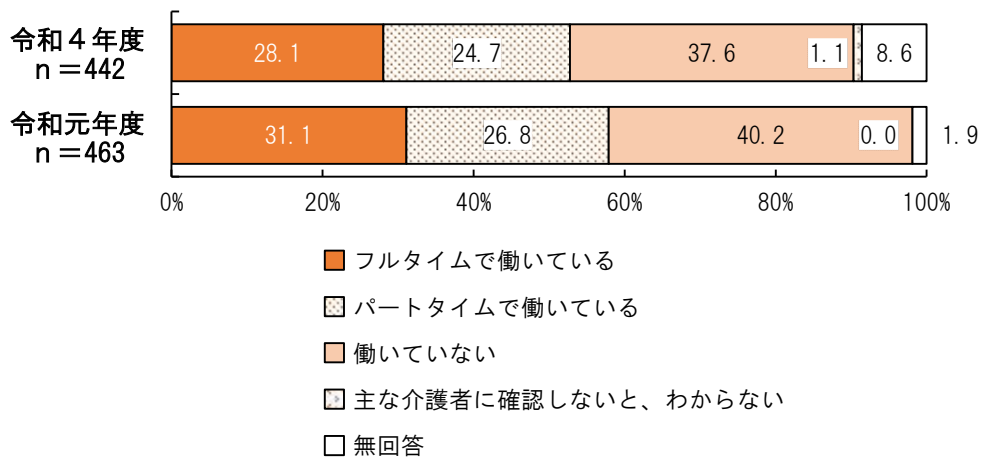
## ●介護保険サービスの利用有無



介護保険サービスの利用有無は、「利用している」が67.2%、「利用していない」が32.8%となっています。令和元年度と比較すると、「利用していない」が14.8ポイント増加しています。

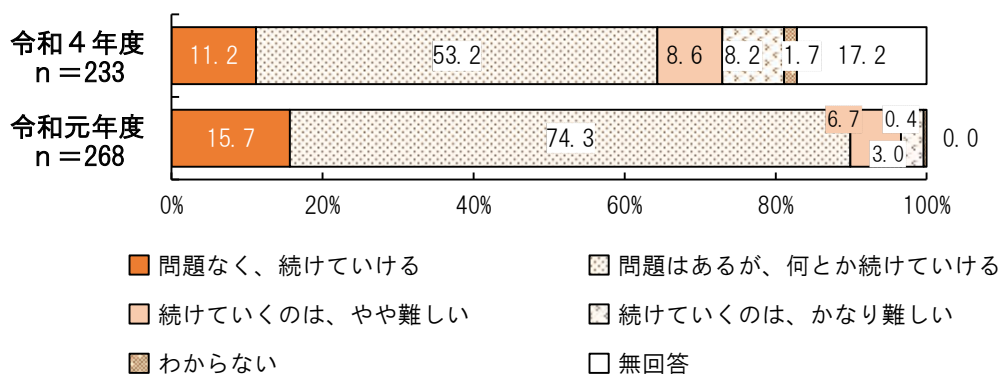
### 【主な介護者について】

●主な介護者の現在の勤務形態（※家族や親族からの介護の頻度において「週に1日以下」～「ほぼ毎日ある」と回答した方のみ）



主な介護者の現在の勤務形態は、「働いていない」が37.6%と最も多く、次いで「フルタイムで働いている」が28.1%、「パートタイムで働いている」が24.7%などとなっています。

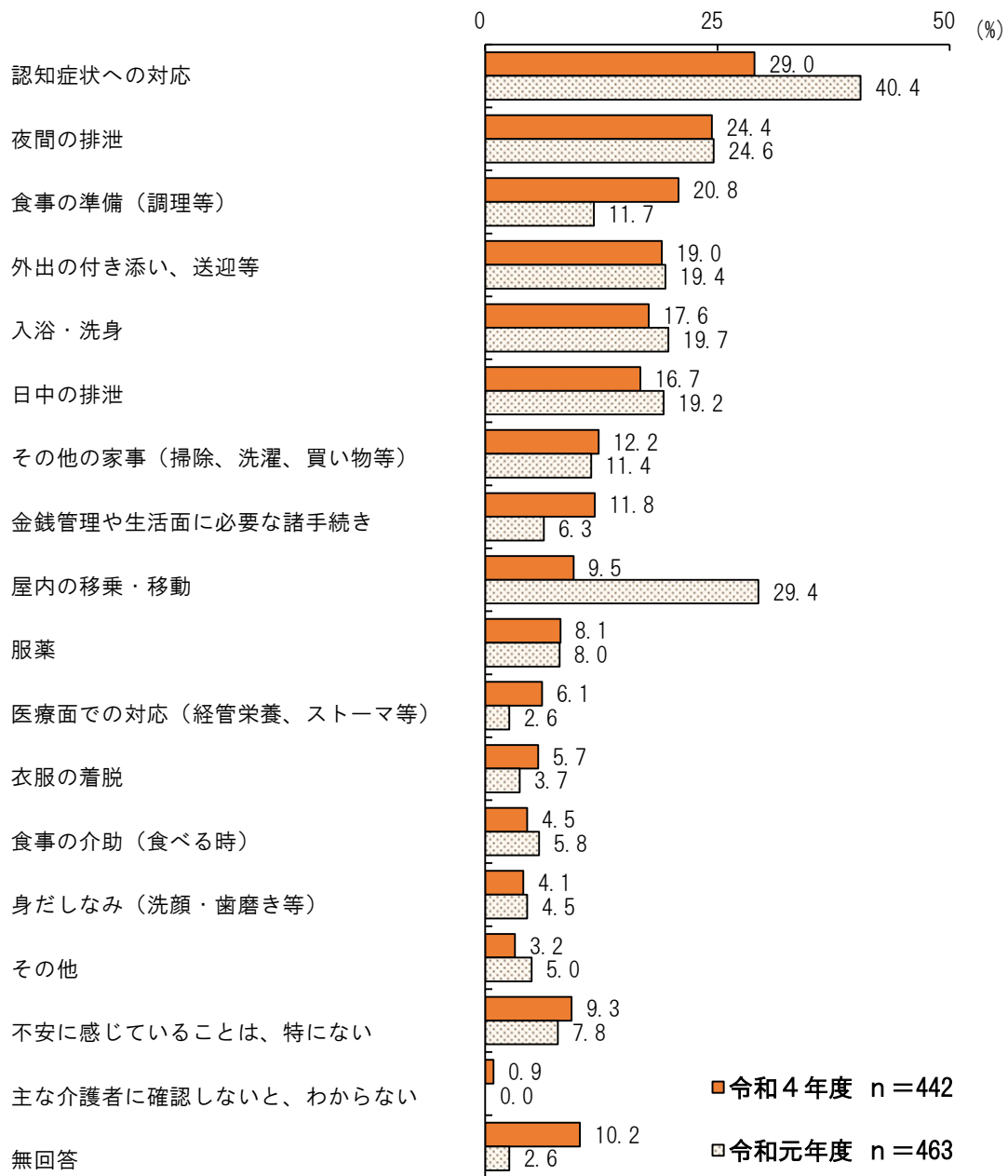
●今後も働きながら介護を続けていけるか（※主な介護者の現在の勤務形態において「フルタイム勤務」「パートタイム勤務」と回答した方のみ）



今後も働きながら介護を続けていけるかについては、「問題はあるが、何とか続けていける」が53.2%と最も多く、次いで「問題なく、続けていける」が11.2%、「続けていくのは、やや難しい」が8.6%などとなっています。また、『続けていける』（「問題なく、続けていける」＋「問題はあるが、何とか続けていける」）が64.4%、『続けていくのは難しい』が16.7%となります。令和元年度と比較すると、『続けていける』が25.5ポイント減少しています。

## 【主な介護者の不安について】

## ●現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安に感じる介護



※複数回答可

現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安に感じる介護は、「認知症状への対応」が29.0%と最も多く、次いで「夜間の排泄」が24.4%、「食事の準備（調理等）」が20.8%などとなっています。令和元年度と比較すると、「食事の準備（調理等）」「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が5.0ポイント以上増加、「認知症状への対応」「屋内の移乗・移動」が10.0ポイント以上減少しています。

## 4 評価項目の達成状況

### ○各重点目標に係る評価指標の達成状況

評価指標	計画期間の目標値・実績値			前期計画の 目標値	
	令和3年	令和4年	令和5年 (目標)	令和7年	
<b>重点目標1 生きがいと健康を支える介護予防の推進</b>					
介護支援ボランティア・ポイント制度登録者数(累計)	目標値	175人	200人	225人	270人
	実績値	169人	193人	-	
いきいき百歳体操参加者数(累計)	目標値	1,200人	1,350人	1,500人	2,000人
	実績値	923人	1,010人	-	
<b>重点目標2 住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制の充実</b>					
ケアマネジャー研修会参加延人数	目標値	年200人	年250人	年280人	年300人
	実績値	年156人	年282人	-	
通所型サービスB(コミュニティカフェ)設置数	目標値	6箇所	7箇所	8箇所	10箇所
	実績値	4箇所	4箇所	-	
リハビリテーション専門職等との連携事業件数	目標値	20件	20件	20件	20件
	実績値	11件	11件	-	
地域個別ケア会議開催回数	目標値	年12回	年15回	年18回	年24回
	実績値	年10回	年9回	-	
在宅医療介護連携研修会参加延人数	目標値	150人	160人	170人	190人
	実績値	0人	0人	-	
<b>重点目標3 認知症施策の推進</b>					
認知症サポーター養成人数(累計)	目標値	12,100人	12,750人	13,400人	14,000人
	実績値	11,665人	11,716人	-	
認知症サポーターステップアップ講座受講者数(累計)	目標値	30人	45人	60人	80人
	実績値	30人	50人	-	
認知症初期集中支援チームの年間対応数(実人数)	目標値	20人	20人	20人	20人
	実績値	2人	7人	-	
認知症カフェ設置数	目標値	2箇所	3箇所	3箇所	3箇所
	実績値	2箇所	2箇所	-	
<b>重点目標4 高齢者の権利擁護の推進</b>					
権利擁護・虐待対応研修会受講者数	目標値	80人	90人	100人	120人
	実績値	98人	117人	-	
市民後見人養成研修受講者数	目標値	25人	25人	25人	25人
	実績値	25人	10人	-	

## ○自立支援・重度化防止、介護給付費の適正化に係る評価指標の達成状況

評価指標		計画期間の目標値・実績値			前期計画の 目標値
		令和3年	令和4年	令和5年 (目標)	令和7年
サービス事業所の資質向上 (事例検討会・研修会) 実施回数	目標値	年8回	年8回	年10回	年10回
	実績値	年3回	年4回	-	
ケアプラン点検件数	目標値	120件	120件	120件	120件
	実績値	486件	552件	-	
住宅改修(事前・事後調査) ・福祉用具貸与調査件数	目標値	全件	全件	全件	全件
	実績値	130件	153件	-	
介護給付費通知の送付回数	目標値	年1回	年1回	年1回	年1回
	実績値	年1回	年1回	-	
医療情報との突合・縦覧 点検回数	目標値	年12回	年12回	年12回	年12回
	実績値	年13回	年14回	-	

それぞれの評価指標は、令和2年度の計画策定時において、中長期的な視点のもと令和7年を目標とする年として定め、そのプロセスとして令和3～5年の各年の目標を設定したものであり、その達成状況は表のとおりとなっています。

今期計画においても、この評価指標設定に関する考え方を引き継ぎ、発展させる形で目標設定を行っていきます。

### 第3章 基本的な考え方

#### 1 計画最終年度（令和8年度）までに目指す南アルプス市のあるべき姿

本計画期間中に、団塊の世代が後期高齢者になり、超高齢社会に突入するとみられます。本計画期間の最終年度である令和8年度に「南アルプス市が高齢者にとってどんなまちであったら良いか」を集めました。

#### その人らしく活躍ができる



農業が高齢者の働く場所や生きがいになっているよ

高齢者が市の課題である耕作放棄地の解消を担っているよ



若いうちから健康づくりに取り組んでいるから、高齢者になっても元気だよ

元気な高齢者が、不足する介護人材の受け皿になっているよ



健康寿命を延ばす取組が充実しているよ

働くことで介護予防につながっているよ



高齢者の働く場所がたくさんあるよ



#### 安心して暮らすことができる



空き家を活用した居場所がたくさんあるよ



ひとり暮らしの男性も、社会から孤立することなく生活しているよ

医療・介護の連携により最期を住み慣れた家で迎えられるよ





※イラストは今後差し替え予定

## 支えあいのなかで



地域の福祉の核  
となる市民が  
たくさん育っているよ

福祉教育によって、  
高齢者を支える  
若者が増えているよ

ボランティアの心が  
育って、市民参加が  
広がっているよ



市民と行政が情報を  
共有し、同じ目線で介護に  
取り組んでいるよ



## 安心して暮らすことができる

介護が必要になっても、  
重くならないようなサービス  
が受けられているよ



高齢者のだれもが  
自分らしく生きる権利  
が守られているよ



限りある財源を、  
必要な人が必要な分  
だけ利用しているよ

移動手段が充実していて  
いろいろなところへ  
出かけられるよ



## 2 基本理念

### 年齢を重ねても その人らしく活躍ができ 支えあいのなかで安心して暮らすことができるまち

～地域包括ケアシステムの深化・推進～

『南アルプス市が、計画最終年度（令和8年度）にあるべき姿』の実現のために、「その人らしく活躍」「支えあい」「安心して暮らす」の3つが叶うまちを目指して、「**年齢を重ねても その人らしく活躍ができ 支えあいのなかで安心して暮らすことができるまち**～地域包括ケアシステムの深化・推進～」を基本理念とします。

<p>その人らしく 活躍</p> <p>健康寿命 介護予防 自立支援 重度化防止 働く 市の課題解決</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★若いうちから健康づくりに取り組んでおり、健康寿命が延びています。また、いきいき百歳体操やサロン<sup>14</sup>が市内で充実しており、介護予防に積極的に取り組んでいます。</li> <li>★元気な高齢者が、市の農業を支え、課題である耕作放棄地の解消に貢献しています。不足が想定されていた介護人材についても、元気な高齢者が地域や事業所で活躍することで、解消されています。</li> <li>★高齢者の状態に応じた、仕事や役割の場が整備されており、社会貢献だけでなく、高齢者の介護予防や生きがいつくりにもつながっています。</li> <li>★介護が必要になった高齢者も、重度化防止の考え方に基づき適切なサービスを受けることができ、その人らしく暮らし、活躍しています。</li> </ul>
<p>支えあい</p> <p>福祉教育 市民 人 力材</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ボランティア活動をする市民が、福祉教育の浸透によって発掘・育成され、地域福祉において中心的役割を担っています。</li> <li>★高齢者や認知症について地域の人たちの理解が進んでおり、支援が必要な人たちをみんなで支えています。</li> <li>★市民の約3割が高齢者になり、財政負担の増加が心配されていますが、元気な高齢者が増えることで自助が機能し、また、いきいき百歳体操や協議体活動などの地域の支えあいが広がっています。</li> </ul>
<p>安心して 暮らす</p> <p>居場所 医療介護連携 安定した制度 権利擁護</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★市民と行政が情報と意識を共有することで、自助・互助・共助・公助が連携し、住み慣れた地域で安心した生活が送れています。</li> <li>★高齢者の居場所が各地区にあり、交流が図られています。市内の公共施設では生涯学習活動が充実しており、スポーツ施設等でも高齢者向けの事業が展開されています。</li> <li>★孤立しがちな高齢者の男性も気軽に集える場所が確保されています。サロンやコミュニティカフェ<sup>15</sup>、いきいき百歳体操など市民主体の場、介護サービス事業所が気軽に住民が集える場所となっています。</li> <li>★医療と介護の連携により、住み慣れた自分の家で在宅医療を受けられる体制が整っています。希望する人は最期まで自宅で過ごすことができる看取りの仕組みが確立しています。</li> <li>★認知症や介護を必要とする状態になっても、その人の意思が尊重され、自分らしく暮らすことができる仕組みが整っています。</li> </ul>

<sup>14</sup> サロン：高齢者の閉じこもり予防や介護予防のために、地域の公民館などに集まり、おしゃべりや体操、ゲーム、歌、レクリエーション、会食等を行う交流の場

<sup>15</sup> コミュニティカフェ：人と人とを結ぶ地域社会の場や居場所の総称。公益社団法人長寿社会文化協会（WAC）により定義された。2000年以降急速に増え、運営は主にNPO法人や任意団体、個人などが主体となっており、空き家や空き店舗、自宅などを利用して開設され、毎日開催から週1回の開催までさまざまなカフェがある



### 3 本プランにおける重点目標

計画の基本理念は、計画全体における基本的な考え方であり、計画期間を展望した、まちづくりの道標となるものです。この基本理念を実現するための方向性を、4つの重点目標として設定します。

#### 重点目標 1 生きがいと健康を支える介護予防の総合的な推進

高齢者やその家族、事業者等をはじめとする地域全体に自立支援・重度化防止の理念や介護予防の重要性について普及啓発を図り、高齢者がいきいきと元気に活動できる機会の提供に努めます。

また、高齢者自身にも、さまざまな生活支援の担い手として活躍する場を整えることで、社会的役割を持つことによる生きがいづくりや介護予防につなげていきます。

#### 重点目標 2 住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制の充実

住み慣れた地域でその人らしい自立した暮らしができるよう、高齢者やその家族への総合相談支援を推進するとともに、医療や介護、福祉、地域の見守りなどに係る環境を整備します。

また、災害や感染症等への対策を充実させ、安心して暮らすことのできるまちを目指します。

#### 重点目標 3 認知症施策の推進

認知症の本人及びその家族を支える意識を地域全体で醸成していくため、認知症に関連する正しい知識の普及啓発を実施するとともに、見守り体制の強化を図っていきます。また、認知症の初期段階から多職種が連携して支援する体制を強化していきます。

#### 重点目標 4 高齢者の権利擁護の推進

虐待や消費者被害などの犯罪から高齢者を守り、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしができるよう、支援ネットワークの構築や成年後見制度<sup>16</sup>の活用を進め、高齢者の安心につなげます。

<sup>16</sup> 成年後見制度：認知症や知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が十分でない人が、不利益な契約や悪徳商法の被害など権利侵害に遭うのを防ぐため、家庭裁判所によって選ばれた後見人などが、本人に代わって財産管理や介護サービスの利用契約などの法律行為や日常生活の支援を行う制度

## 4 施策の体系

年齢を重ねても その人らしく活躍ができ  
支えあいのなかで安心して暮らすことができるまち

### 地域包括ケアシステムの深化・推進

#### 重点目標 1

生きがいと健康を支える  
介護予防の総合的な推進

- (1) 生きがいづくりと社会参加の推進
- (2) 介護予防の総合的な推進
- (3) 健康づくりの推進

#### 重点目標 2

住み慣れた地域で安心して  
生活できる支援体制の充実

- (1) 地域包括支援センターの機能強化
- (2) 地域における支えあい活動の推進
- (3) 地域での生活の自立支援（高齢者福祉事業）
- (4) 医療と介護の連携の推進
- (5) 災害時における支援体制の充実
- (6) 感染症対策の充実

#### 重点目標 3

認知症施策の推進

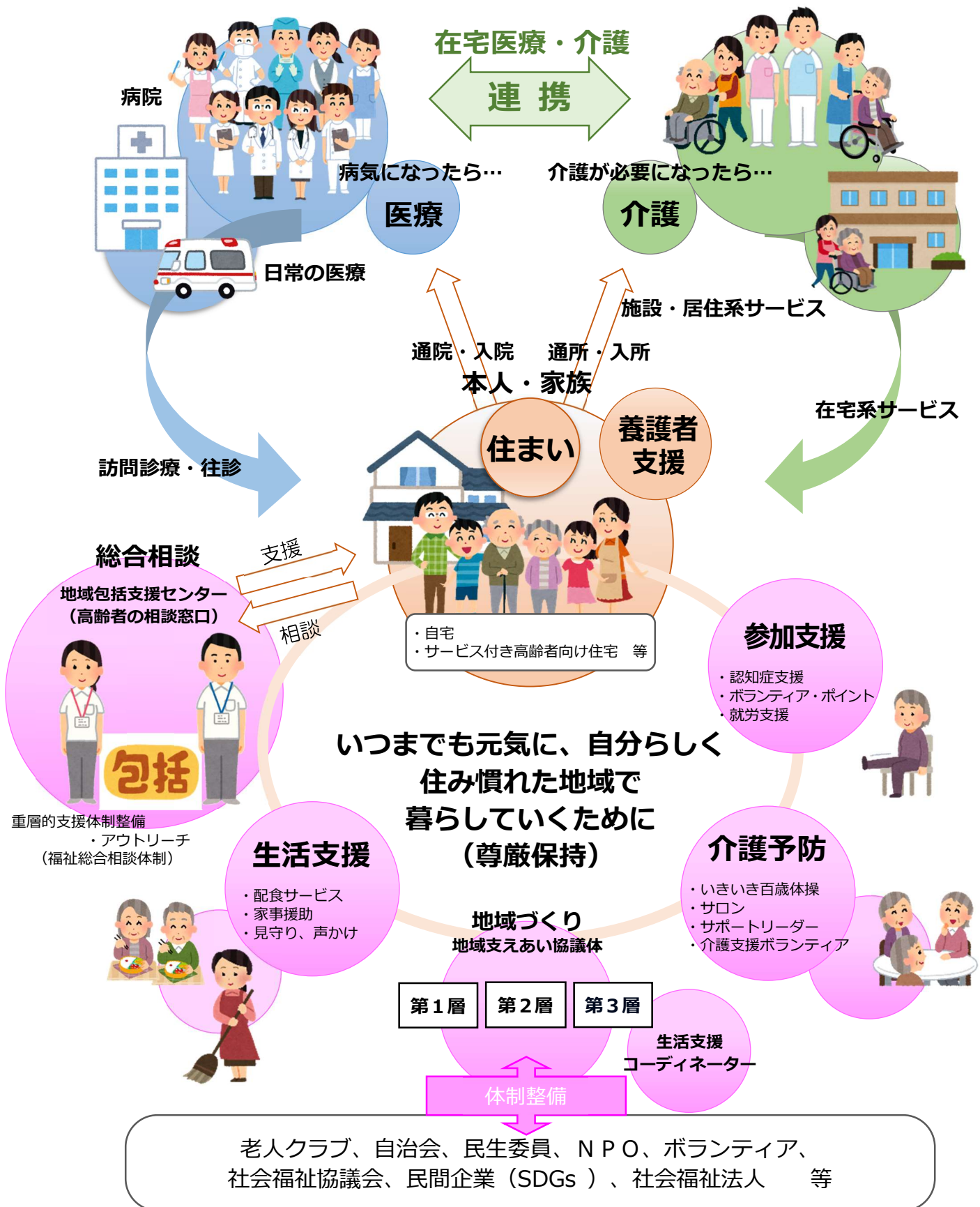
- (1) 認知症に対する地域の正しい理解と見守りの推進
- (2) 初期からの相談、医療・介護等の支援体制の構築
- (3) 本人支援や家族支援の充実

#### 重点目標 4

高齢者の権利擁護の推進

- (1) 高齢者の尊厳保持と虐待の防止
- (2) 高齢者の消費者被害の防止

# 南アルプス市の地域包括ケアシステムのイメージ



## 第4章 プランの具体的な取組

### 重点目標1 生きがいと健康を支える介護予防の総合的な推進

#### 前期計画のあゆみ

#### <高齢者の健康づくりをいっそう推進するいきいき百歳体操>

##### ◆いきいき百歳体操はどんな体操？

重りを使った筋肉運動の体操で、地域住民主体のグループで行っています。椅子に座って体操し、一人ひとりの体力・筋力に合わせて行うことができるので、体力や健康状態に自信がない方でも参加可能です。概ね1週間に1回の簡単な運動で大きな効果が期待できます。

市では、いつまでも自分らしく自立した生活を送ることを目的に、平成27年から地域住民が主体的に行ういきいき百歳体操の推進に取り組んでおり、地域のボランティアが中心となって身近な集会施設等を会場として行っています。週1回、定期的に開催することで身体機能の維持改善だけでなく、地域のつどいの場としての高齢者同士が交流する機会の確保、見守り活動の推進、助け合いのネットワークづくりにもつながっています。

##### ◆いきいき百歳体操はなぜ重要？

高齢者が要介護状態となる主な要因として、認知症や筋骨格系の疾患、転倒による骨折などが多くを占めています。

新規で介護保険を申請する人も、日頃から運動や交流をすることで要介護状態となることを防ぐことができる可能性があります。社会参加と心身の機能向上を兼ねた健康づくりができる場合は、こうした介護予防において大きな役割を果たします。このいきいき百歳体操がそんな集いの場づくりにおけるひとつのきっかけになるよう、市では体操で使う重りの支給や講師の派遣、担い手となる市民介護予防サポートリーダーの養成、新たにいきいき百歳体操を実践する自主グループの立ち上げ支援等を通して普及を図っています。

いきいき百歳体操の実施状況

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
参加者数	33人	365人	503人	632人
実施箇所数	1箇所	26箇所	36箇所	43箇所
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
参加者数	761人	822人	923人	1,010人
実施箇所数	52箇所	55箇所	60箇所	64箇所



参加者の体力測定の結果から、初回計測から1年後の計測において片足立ちの時間や歩く速さ、立ち上がりの素早さといったすべての項目において、身体機能の改善がみられ、介護予防の効果が認められました。筋力がつくことで身体が軽くなり、動くことが楽に感じるようになります。そして、転倒しにくい身体をつくることで、骨折などによる寝たきり状態などを防ぐことができます。

いきいき百歳体操を開始した平成27年度から令和元年度の計測データは全て数値に改善が見られていますが、令和2年度から令和4年度計測したグループについては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による緊急事態宣言や活動自粛で定期的な活動がなかったことが影響し、どの項目においても改善の傾向がみられませんでした。コロナ禍における活動自粛や閉じこもりによって、外出の自粛や運動不足、食生活の変化など、高齢者の生活に大きな変化が生じたことから、身体機能の低下や健康状態の悪化、それに伴う介護認定率の上昇が懸念されます。こうした健康課題がある今、身体機能の改善に寄与するいきいき百歳体操の普及・実践は、ますます重要性が高まっているといえます。

#### ◆いきいき百歳体操参加者からの感想・自覚的効果

参加者からは、「階段の上り下りが楽になった」「農作業時にコンテナを一人で持ち上げられるようになった」など、日頃の動作が楽になったといった身体的効果に関することや、「みんなに会って話すことが楽しい」「人付き合いが増えたり、人間関係が広がった」という声も聞かれています。

一緒に体操する仲間がいることや、参加者同士で日常生活の楽しみを見つけることができることなどが、継続的な参加につながっています。こうした地域のつどいの場があることは、住民同士が互いに知り合い、積極的な情報交換等にもつながります。地域全体で取り組むことで、閉じこもり予防や認知症予防の効果が期待できます。

#### ◆いきいき百歳体操の推進に関する目標

計画期間中に、市内の高齢者の約1割にあたる2,000人がいきいき百歳体操に参加することを目標として、体操に取り組む新規グループの立ち上げを支援していきます。



## (1) 生きがいくくりと社会参加の促進

### 〇● 現状と課題 ●〇

- 高齢者の社会参加及び地域貢献を推進し、高齢者が自ら介護予防を図るとともに、元気な高齢者が支援を必要とする高齢者を支える地域づくりを推進するため、平成28年度から「介護支援ボランティア・ポイント制度」を実施しています。
- ボランティア養成講座の実施によりボランティア登録者数は増加傾向にありますが、活動件数は減少傾向にあります。新型コロナウイルスの影響もあり、施設でボランティアの受け入れが制限されたことが原因の一つと考えられます。
- 就労している高齢者が増加傾向にある一方で、働く意欲のある高齢者に対し就労先が不足しており、希望通りの就労ができていない状況もみられており、働くことを求める高齢者に対して、市内企業や農業などの幅広い分野への就労を支援していくことが課題となっています。
- 高齢者が生きがいのある暮らしを送るうえで、就労等を通して社会において役割を担うことに加え、ニーズに合った多種多様な趣味サークルや自主運動教室などの活動の場に参加することも必要と考えられます。

ボランティアに関する状況

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
登録施設数	48 箇所	48 箇所	48 箇所	49 箇所
登録居宅数（個人依頼）	16 箇所	11 箇所	6 箇所	6 箇所
ボランティア登録者数	147 人	161 人	169 人	193 人
ボランティア活動件数	1,200 件	690 件	625 件	617 件
ボランティア活動者数 （活動している登録者の割合）	39 人 (26.5%)	27 人 (16.8%)	27 人 (16.0%)	27 人 (14.0%)

収入のある仕事への参加に関する状況

収入のある仕事への参加	平成28年度	令和元年度	令和4年度
週4回以上	10.7%	13.8%	14.2%
週2～3回	5.5%	4.7%	6.4%

資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

### 〇● 今後の方針 ●〇

- 介護支援ボランティア・ポイント制度の登録施設や登録居宅を増やしていくとともに、多くのボランティア登録者が活動できるよう活動場所とボランティアをつなぐコーディネート機能を強化していきます。
- 介護支援ボランティア・ポイント制度への参画を促進するため、制度の周知に努め、積極的な活用を促進していきます。

- 働くことを求める高齢者に対し、市役所内に設置された福祉しごとサポート南アルプス（ハローワーク）や山梨労働局との連携・県が実施しているシニア向け就労推進事業を活用し、就労に関する希望を叶えるための支援を推進していきます。
- 高齢者のニーズや能力に応じて、就労的活動の場と人をマッチングさせる就労的活動支援コーディネーターの配置を検討します。
- スマートフォンを所持している高齢者も今後増加していくことが見込まれることから、高齢者を対象としたスマホ教室を開催していきます。

### <介護支援ボランティア・ポイント制度とは>

介護支援ボランティア・ポイント制度とは、高齢者の方にボランティア活動を行っていただき、その活動に応じてポイントを付与し、ポイントに応じた交付金を支給する制度です。

ボランティア活動への支援を通じて、ボランティア活動に携わる本人の介護予防を図るとともに、市民同士の支えあいによる地域づくりを推進することを目的としています。

#### ◆介護支援ボランティア・ポイント制度への参加方法

市が実施する養成講座を受講し、介護支援ボランティアとして登録してもらいます。

#### ◆活動場所や活動内容

登録施設や登録居宅において、以下のようなボランティア活動を行ってまいります。

##### （１）登録施設

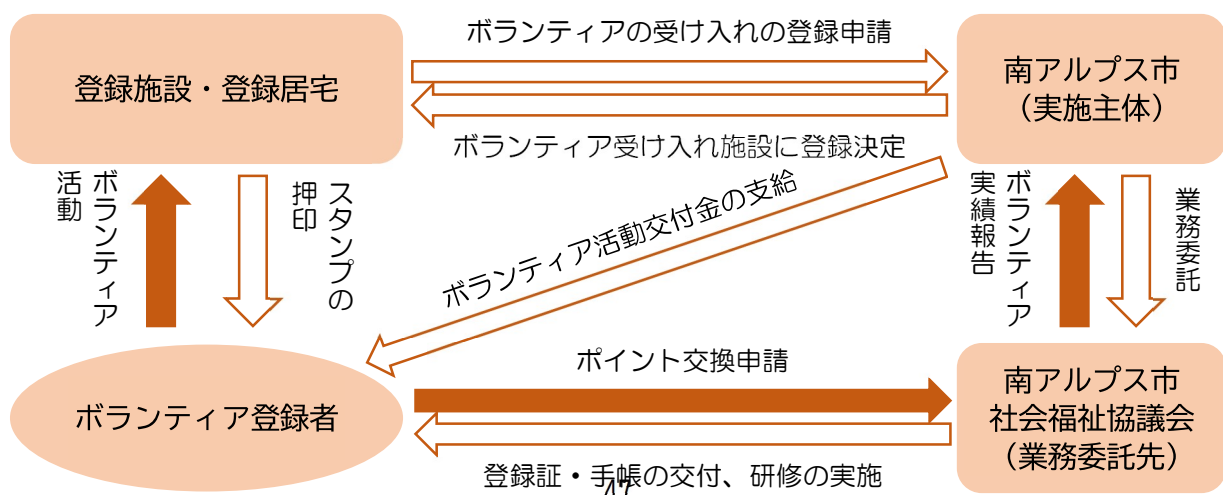
- ①レクリエーション等の指導、参加支援
- ②施設の催事に関する手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、特技披露等）
- ③散歩、外出、屋内の移動補助
- ④話し相手、傾聴
- ⑤お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助
- ⑥施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業  
（アクティビティの手伝い、清掃・草刈りの補助、洗濯物の整理等）

##### ⑦その他

##### （２）登録居宅

- ①話し相手・傾聴 ②趣味の相手 ③外出の援助 ④その他

#### 介護支援ボランティア・ポイント制度の流れ



## (2) 介護予防の総合的な推進

### ①介護予防ケアマネジメント

#### ●● 現状と課題 ●●

- 市内の要支援認定者は令和元年度から増加傾向にあり、令和4年度時点で高齢者全体の2.3%が要支援認定者となっています。要介護状態に移行しないよう、介護予防に向けた取組の充実がますます重要になっています。
- 要支援認定者や基本チェックリスト該当者に対し、要支援状態の維持・改善や要介護状態への予防を図るためのケアプラン<sup>17</sup>を作成し、介護予防給付や介護予防・生活支援サービス(総合事業)を活用することで、高齢者が自立した生活を送ることができるよう支援しています。
- 令和4年度の介護予防サービス利用者は令和元年度と比較して横ばいとなっています。一方で、介護予防サービス利用者のうち、「要支援維持者」と「機能改善によりサービス提供の必要がなくなった者」を合計した「維持・改善」がみられた人の割合は令和4年度時点で74.1%となっており、令和元年度から8.0ポイントの下降となっています。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、多くの健康づくり活動・趣味活動等が中止となったことが心身状態の低下につながっていると予測されます。
- 地域包括支援センターが指定介護予防事業所としてケアプラン作成業務を行っています。また、一部を民間の居宅介護支援事業所に委託して実施しています。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャー<sup>18</sup>に対し、市の自立支援型地域ケア会議<sup>19</sup>やケアプランチェック等により、ケアプラン内容の確認や課題整理等のケアマネジメント<sup>20</sup>支援を行っています。
- ケアプランを作成する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対し、介護予防ケアマネジメントガイドライン<sup>21</sup>を作成・配布することで自立支援についての考え方を示しております。また、アセスメント<sup>22</sup>の向上や、早期の多職種連携を図る手法について研修会を実施しましたが、具体的な目標設定の不十分さが課題となっています。

---

<sup>17</sup> ケアプラン：利用者の意向やニーズに対して、どのような支援やサービスを受け、自立した生活を営んでいくかを表した計画

<sup>18</sup> ケアマネジャー：介護支援専門員のこと。要介護（要支援）認定者等からの相談に応じ、その心身の状況に合わせて適切なサービスを利用できるように、介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、介護サービス事業者や関係機関との連絡・調整を行う専門職

<sup>19</sup> 自立支援型地域ケア会議：介護保険を利用している人がいつまでも元気に自立した生活を営むことができるよう、地域の多様な専門職が集まりケアマネジャーが作成するケアプランを検討する会議

<sup>20</sup> ケアマネジメント：利用者自身の心身の状況やニーズを捉え、尊厳を持って自立した生活ができるよう支援していく一連の過程

<sup>21</sup> 介護予防ケアマネジメントガイドライン：要介護状態となることを防ぐために、要支援者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として利用者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるように行う必要な援助の考え方や手順をわかりやすく市が示したもの

<sup>22</sup> アセスメント：介護サービス利用者の「自立支援」をチームで進めていくうえで基本となる、生活全般の解決すべきニーズや意向を明確にするための情報収集と分析のこと



- ケアプランの作成には、自立後も生きがいをもって生活できるよう公的サービスの他に、個々のニーズに合った多種多様な趣味サークルや自主運動教室などの社会資源であるインフォーマルサービス<sup>23</sup>を組み込むことが重要ですが、サービスを組み込むために必要となる社会資源に関する情報が、周知されていないことが課題となっています。
- 令和3年度から、運動機能低下により日常生活動作に支障がみられる方に対し、リハビリテーション専門職や管理栄養士が訪問によって適切な助言指導を行うことで自立した生活を送れるよう支援する、南アルプス市訪問型サービスC事業を実施しています。

介護予防サービス利用者の推移（通所型サービスBを除く）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
利用実人数	391人	314人	387人	394人	維持・改善
要支援維持者数	311人 (79.5%)	219人 (69.7%)	284人 (73.4%)	286人 (72.6%)	
機能改善によりサービス提供の必要がなくなった者数	10人 (2.6%)	13人 (4.2%)	8人 (2.1%)	6人 (1.5%)	
死亡者数	6人 (1.5%)	6人 (1.9%)	11人 (2.8%)	8人 (2.0%)	悪化
要介護認定への移行者数	63人 (16.1%)	73人 (23.2%)	82人 (21.2%)	89人 (22.6%)	
その他（施設入所等）	1人 (0.3%)	3人 (1.0%)	2人 (0.5%)	5人 (1.3%)	

（注）カッコ内は利用人数に対する割合

### ●● 今後の方針 ●●

- ケアマネジャーが介護予防ケアマネジメントガイドラインを活用し、心身機能の改善と日常生活の活動性の向上、家庭や地域への参加を促すケアマネジメントとなるよう、具体的な目標設定が立案できるようにします。
- 課題となっているアセスメントの向上や早期の多職種連携、具体的な目標設定に重点を置いた研修会を、ケアプランを作成する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に実施します。
- 地域ケア会議等において、ケアマネジャーが個別支援を通して地域課題の抽出に意識を向けられるよう、ケアマネジャーの連絡会や研修会等で啓発していきます。
- 個々のニーズに合った多種多様な趣味サークルや運動教室など、身近な地域で行われる介護予防に資する取組について周知します。
- 専門職と連携しながら実施するリハビリテーション事業（訪問型サービスC）を推進していきます。

<sup>23</sup> インフォーマルサービス：公的な制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の家族、地域、友人、民生委員、ボランティアなどによる制度に基づかない支援などのこと

## ②介護予防実態把握

### ●● 現状と課題 ●●

- 高齢化の進行により、支援を必要とする高齢者が増加しており、孤立や閉じこもり等への対策が課題となっています。こうした高齢者を支援につなげ、在宅での自立した生活を継続できるよう、地域住民による高齢者の見守り活動を展開することが重要となっています。
- 高齢者及び高齢者にかかわる人が介護予防の視点を持ち、早期に相談窓口へつなぐことができるよう、市では広報紙や民生委員等関係者の会議、地域支えあい協議体、地域住民がつどうサロン等を活用して、高齢者の暮らしに関する相談窓口について周知しています。
- 地域包括支援センターや民生委員に加え、社会福祉協議会が設置しているコミュニティソーシャルワーカー等の身近で相談できる窓口を充実させています。今後は、要支援高齢者の早期把握を図るため、それぞれの相談窓口が情報共有と連携を図る体制を強化していくことが重要です。
- 支援を必要とする高齢者を把握するための視点について、広く市民に周知するとともに、相談窓口として地域包括支援センターを一層周知していく必要があります。
- 独居かつサービスを利用していない高齢者のうち、介護申請が急増する年齢を対象を絞って高齢者実態把握訪問を行い、支援が必要な高齢者をサービスにつなげるとともに、生活状況の把握を図っています。市と見守り協定<sup>24</sup>を締結している事業者等から高齢者の見守り情報が寄せられており、安否確認訪問・連絡等で対応しています。

### ●● 今後の方針 ●●

- 身近な地域で高齢者を見守り、支援を必要とする人を相談窓口へつなぐ等の対応ができるよう、民生委員児童委員協議会や地域支えあい協議体等に対して、地域包括支援センターなどの相談窓口の周知、早期発見・早期支援につなげる対応策についての普及啓発を継続して実施します。
- 民生委員等の地域で活動する関係者や事業者、相談支援機能を持つ関係機関が、介護予防において支援につなげる対応や情報共有等ができるよう連携強化を図ります。
- 支援を必要とする高齢者の発見と早期支援を図るため、高齢者実態把握訪問を継続して実施するとともに、収集した情報の分析を通して対象となる高齢者の生活状況の把握を継続します。

<sup>24</sup> 見守り協定：市と事業者が協定を結び、事業者が市内での日常業務において市民の生命・身体にかかわる異変を発見した場合、市にその旨を連絡・通報し、事業者から連絡・通報を受けた担当部署が適切な対応を行うことで、高齢者等の孤立死や徘徊による事故等を未然に防止することを目的とした協定

## ③一般介護予防

## ●● 現状と課題 ●●

- 高齢者の現在の健康状態の維持・改善を目的として、介護予防講師派遣事業を実施しています。運動指導士や管理栄養士、歯科衛生士、保健師、音楽療法士等の講師をサロンや百歳体操実施団体へ派遣し、介護予防、フレイル<sup>25</sup>予防の周知・啓発を行っています。
- また、介護予防教室や講演会の開催、重度化防止に向けた意識啓発等の介護予防に資する取組を展開しています。
- 地域住民が主体的に行ういきいき百歳体操の推進に重点的に取り組んでいます。地域のサロン等に対して新規実施を働きかけたこともあり実施団体数は年々増加しており、令和4年度時点では64団体がいきいき百歳体操を実践しています。
- 百歳体操実施団体へ支援するリハビリ専門職については、指導内容についてマニュアルを作成し、専門職同士で共有する場を設け、振り返りと内容の充実を図っています。
- 介護予防教室やいきいき百歳体操等については、年々受講者数・参加者数が増加しており介護予防に向けた取組の広がりがうかがえます。しかし、継続参加者が多く新規参加者が少ない点が課題となっており、健康づくりに対する無関心層へのアプローチ方法については検討が必要です。
- 地域で中心となって介護予防を推進していく「市民介護予防サポートリーダー」を養成する講習会及びフォローアップ研修会を開催し、認知症予防やフレイル予防等についての正しい知識の普及を図っています。
- 地域リハビリ活動支援事業においては、地域の通いの場や通所サービスB等を中心に、理学療法士や管理栄養士等の専門職種への派遣を行っています。

一般介護予防に係る取組の状況

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
市民介護予防 サポートリーダー	新規 登録者数	17人	8人	12人	6人
	実登録者数	265人	266人	276人	278人
介護予防講師派遣事業	講師 派遣回数	150回	64回	70回	112回
いきいき百歳体操 【再掲】	参加者数	761人	822人	923人	1,010人
	実施箇所数	52箇所	55箇所	60箇所	64箇所
地域リハビリテーション活動支援 事業		14人	20人	67人	62人

<sup>25</sup> フレイル：身体機能や認知機能が低下した虚弱となった状態で、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間のこと

## <市民介護予防サポートリーダーとは>

高齢者が住み慣れた地域で元気かつ自立した生活を送るためには、要介護状態とならないことが重要であり、そのためには地域で中心となって介護予防を推進していくリーダーの存在が必要です。市民介護予防サポートリーダーは、地域で介護予防を実践するボランティアです。

### ◆サポートリーダーになるためには

市が行う「サポートリーダー養成講座」を受講する必要があります。口腔・栄養・運動・認知症予防などフレイル予防に関する講座を受講した方に、サポートリーダー登録証を交付します。

登録証を交付された市民介護予防サポートリーダーが活動しているサロン等へ、年3回を上限として市から専門講師を派遣し、介護予防活動の支援を行っています。



介護予防サポートリーダー養成講座の様子

### ◆サポートリーダーの活動内容

地域でサロンやコミュニティカフェを開催し、集いの場で活躍しています。「いきいき百歳体操」などの介護予防の取組や、介護予防に関する研修会・イベントを企画し、実施します。

### ◆サポートリーダー活動の一例

市民介護予防サポートリーダーとして活動している方々を対象としたフォローアップ研修会の様子です。研修会の定期的な受講を通して、より効果的な介護予防の推進を図っています。



## ●● 今後の方針 ●●

- 地域住民の介護予防・重度化防止に関する意識啓発として、認知症予防講演会や地域のサロンでの出前講座、運動教室、いきいき百歳体操、認知症予防教室などを開催していきます。座学だけではなく、楽しく参加できるような軽スポーツ等と組み合わせ、新規参加者増加に向け、内容を改善していきます。
- 地域の介護予防活動を推進する市民介護予防サポートリーダーを養成していくとともに、市民介護予防サポートリーダーの活動を支援するためのフォローアップ研修を実施します。また、養成したサポートリーダーが、講習会終了後地域で活動できる体制づくりを行います。
- 高齢者による自主的な健康づくり・介護予防活動を推進するため、いきいき百歳体操を自主的に実施するグループの拡大を図るとともに、体力測定の結果を分析し、身体機能の維持・改善に向けた支援策を検討・展開していきます。リハビリ専門職と意見交換する場を定期的に設け、作成したマニュアルの見直しや改善策を検討していきます。市全体でいきいき百歳体操を推進していくため、地域のサロン等を対象に新規で実施するグループの立ち上げを支援していきます。
- 途切れのない支援を図るため、対象となる高齢者については、病院や介護予防事業所等と連携し、介護予防教室やサロン、いきいき百歳体操等、介護予防サービスへつなぐことのできる体制づくりをしていきます。
- リハビリテーション専門職を通所型サービス B など住民主体の通いの場への派遣を進め、高齢者の身体機能・生活機能の向上と社会参加の促進を図っていきます。



### (3) 健康づくり

#### ●● 現状と課題 ●●

- 高齢者の健康を維持することは、高齢者本人が生きがいを持って豊かな生活を送れるようになるだけでなく、医療費や介護保険給付の抑制につながることから社会にとっても大きなメリットがあります。
- 市では、スマートウエルネスシティ<sup>26</sup>に加盟し、行政だけでなく、企業・団体・農協・商工会・地域などが一つになって、健康づくりからまちづくりを推進することを目指して「幸せ実感！南アルプス市健康リーグ」を展開しています。
- 市民の健康づくりを支援するため、市では「健康わくわくウォーク」を実施しています。「健康わくわくウォーク」には令和3年度以降毎年1,000人以上の参加者が運動習慣の定着を狙いとして参加しており、参加者の半数近くを高齢者が占めています。一方で、新規参加者が年々減っていることから、今後は健康づくりが必要な人の参加を促進する取組が必要と考えられます。また、参加者を健康教室や介護予防教室の参加へとつなげていくことにより、高齢者が継続して健康づくりに取り組むことができるよう、事業展開を工夫していくことも必要です。
- 健診・検診を通して生活習慣病<sup>27</sup>等の早期発見・早期治療等による健康保持を図ることは高齢者の健康づくりにおいても重要な取組です。そのため特定健診<sup>28</sup>や後期高齢者健診については継続して実施していきます。また、高齢者の脳疾患の早期発見のため、令和5年度から後期高齢者に対し、脳ドックを導入しています。
- 令和4年度から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る取組を開始し、いきいき百歳体操に参加している高齢者を対象に、フレイルのリスクについての分析を行いました。その結果、通いの場への参加者における主な健康課題として、運動機能の低下が挙げられています。
- 要介護状態へと移行する主な要因として認知症や筋骨格系機能の低下、加齢によるADL<sup>29</sup>（日常生活動作）の低下が多くなっており、現状の維持・改善を図るため、認知症予防やフレイル予防、閉じこもり予防などの対策を強化していくことが必要です。

<sup>26</sup> スマートウエルネスシティ：高齢化・人口減少が進んでも、地域住民がそこに暮らすことで健幸（身体面の健康だけでなく、人々が生きがいを感じて安心安全で豊かな生活を送れること）になれるまちの実現を目指し、健康施策に取り組む自治体グループ。南アルプス市は平成29年に山梨県内の自治体ではじめて加盟。令和5年9月現在43市町村124都道府県が加盟している

<sup>27</sup> 生活習慣病：食生活や飲酒、喫煙、運動不足等などの生活習慣との関係が大きい病気のこと。日本人の3大死因であるがん（悪性新生物）、心臓病（心疾患）、脳卒中（脳血管疾患）をはじめ、糖尿病、高血圧、高脂血症（脂質異常症）、腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、痛風、肥満、歯周病、さらには骨粗鬆症、認知症などが含まれる

<sup>28</sup> 特定健診：日本人の死亡原因の6割を占める生活習慣病予防のために、40歳から74歳までの人を対象にメタボリックシンドロームに着目して行う健診

<sup>29</sup> ADL：Activities of Daily Living（日常生活動作）の略称。日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で、「起居動作、移乗、移動、食事、更衣、排せつ、入浴、整容」の動作のこと

## 健康わくわくウォークの実施状況

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
参加者数	593人	915人	1,164人	1,026人
参加者数（65歳以上男性）	117人	184人	248人	234人
うち継続参加者数	-	94人	158人	189人
参加者数（65歳以上女性）	158人	241人	298人	272人
うち継続参加者数	-	115人	191人	196人

## 各種健診・検診の状況

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診率	57.6%	55.1%	57.2%	58.3%
後期高齢者健診受診率	33.9%	32.3%	33.3%	34.6%

## ○● 今後の方針 ●○

- 「幸せ実感！南アルプス市健康リーグ」を推進し、健康づくりからまちづくりを推進していきます。ウォーキングから健康づくりに取り組む「健康わくわくウォーク」を継続して実施していくとともに、健診の指導対象者等に事業への参加を促していきます。また、これらの健康づくり活動から健康教室・介護予防教室等の参加につなぐなど、高齢者による継続的な健康づくりが図られるよう取り組みます。
- 生活習慣病等の早期発見・早期治療・重症化防止による健康維持を目的として、健康診査及び各種がん検診等の体制の充実及び受診率の向上に向けた普及啓発を図ります。
- 特定健診などの保健事業と介護予防事業等の一体的な取組により、健康課題を抱える高齢者や閉じこもりがちな高齢者、健康状態不明な高齢者などに必要な支援を行っていきます。
- 食生活改善推進員が開催する教室や栄養指導、歯科衛生士等による口腔ケアやオーラルフレイル<sup>30</sup>に関する健康教育、リハビリ専門職や運動指導士等による運動機能の保持・増進に向けた活動、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持つことの推奨など、フレイル予防・閉じこもり予防に向けた多岐に渡る取組を推進していきます。また、市民全体に向けてフレイルの定義と予防の重要性について広く周知啓発していきます。
- 市が開催する健康教室へ男性の参加者が少ないため、男性を対象とした運動教室を開催していきます。

<sup>30</sup> オーラルフレイル：口腔の虚弱を表す言葉で、歯の減少や滑舌・咀嚼機能・嚥下機能の低下が高齢者の身体機能の低下につながるという考え方。

### <「幸せ実感！南アルプス市健康リーグとは」>

健康であることは大きな社会貢献であるという理念のもとで“健康からまちづくり”を目指して、子どもから高齢者まで市民一人ひとりが健康意識の向上に向けて、行政・企業（農協・商工会を含む）・医療関係機関（医師会・歯科医師会・薬剤師会）・地域が一体となって市民の健康づくりを推進する事業の総称です。

健康であることは一人ひとりが幸せを実感できるだけでなく、自治体の財政負担の軽減にもつながり、まちづくりへの大きな貢献になります。

健康リーグを通じて健康に関心を持ち、生活習慣に気をつけることで、“健康からまちづくり”を実現することが可能です。

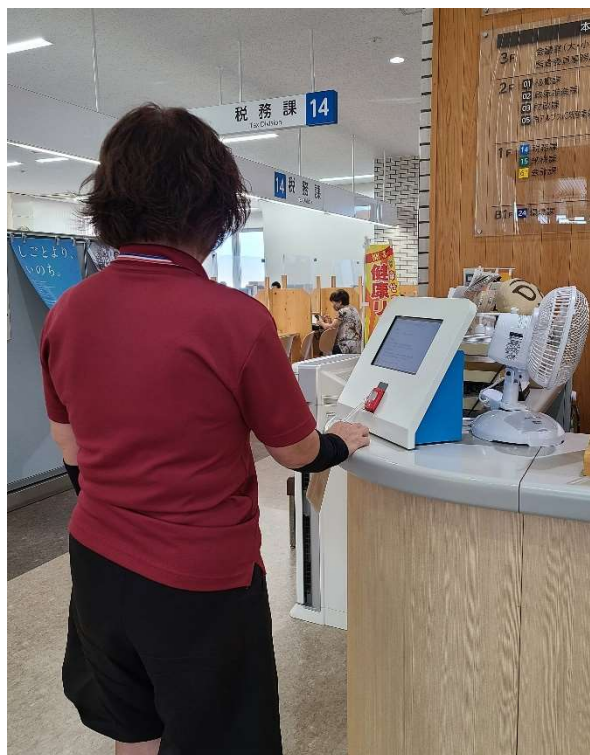


### <健康わくわくウォークとは>

市の「健康リーグ」事業の一環で実施しています。

18歳以上の市民が対象で、参加者に歩数計を付与します。歩数に応じてポイントがたまり、たまったポイントに応じて市内の対象店舗で使える買物券をプレゼントしています。令和4年度からスマートフォンのアプリでの計測もできるようになり、参加者も増加傾向となっております。

自分のペースで気軽に取り組めるウォーキングを続けることで運動不足やストレス解消が期待でき、生活習慣病やフレイル予防につながります。





重点目標2 住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制の充実

前期計画のあゆみ

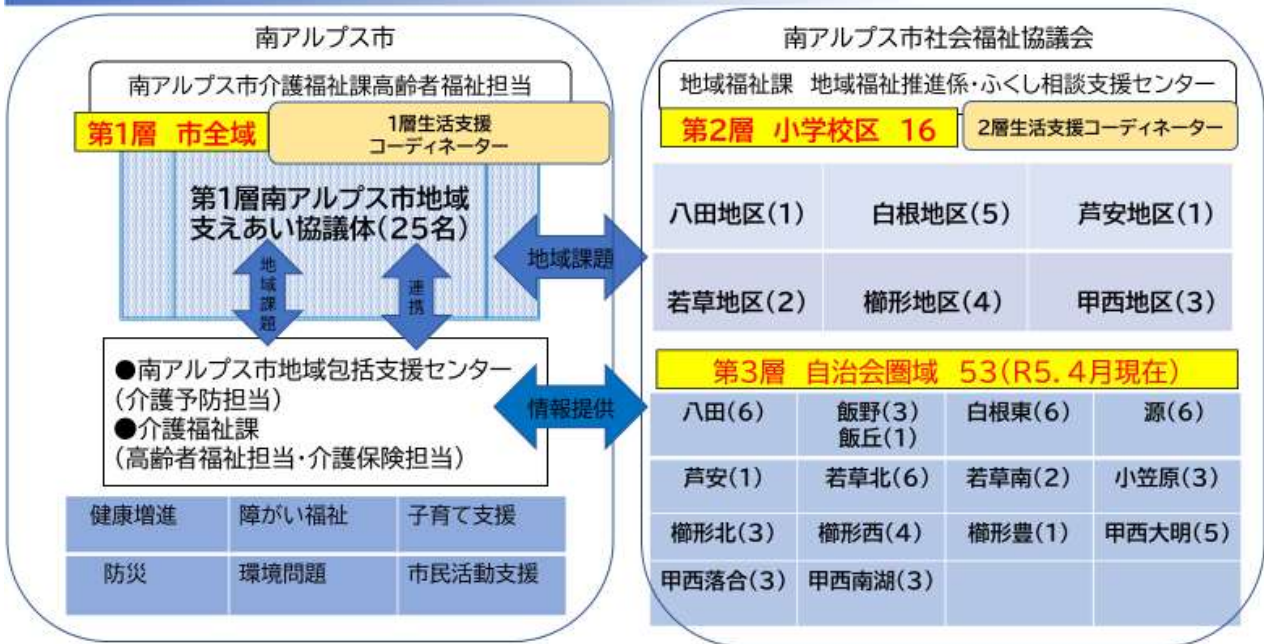
<広がる地域支えあい協議体>

◆協議体って何？

ひとり暮らしになっても、車の運転ができなくなっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らしていきたい—— そんな誰もが暮らしやすい地域をつかっていくため、地域の課題や必要な支援、支えあいの仕組みづくりについて話し合い、解決に向けて協議していくのが南アルプス市地域支えあい「協議体」です。

市では、高齢化等によるさまざまな地域課題を住民自身が自分のこととしてとらえ、5年後、10年後、さらにその先を見据えた「元気で安心して暮らせる地域づくり」をみんなで考えるとともに、行政・関係団体等と連携して実践に移していくための体制づくりを行ってきました。

南アルプス市 協議体体制図



上の図のように、協議体は南アルプス市全体を圏域とする「第1層協議体」、小学校区を圏域とする「第2層協議体」、自治会単位を圏域とする「第3層協議体」から構成され、各協議体が把握した地域課題や情報の共有を行い、市全体で課題解決に取り組む体制を有しています。

各協議体の主な役割は以下の通りです。

第1層協議体	第2層協議体	第3層協議体
<ul style="list-style-type: none"> <li>○市全域の課題について協議・施策提言</li> <li>○市内各団体の連携の推進</li> <li>○第2・第3協議体への支援</li> <li>○市民への周知活動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○小学校圏域の共通課題の協議・活動創出</li> <li>○第3層協議体への支援・情報交換</li> <li>○第1層協議体への情報発信・提案</li> <li>○地域への周知活動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○身近な地域による具体的な活動の創出及び実施</li> <li>○地域への周知活動</li> </ul>

### ◆広がる協議体活動

第2層協議体・第3層協議体では、地域の声を聞き、課題やニーズなどのさまざまな内容について話し合うことで、「元気で安心して暮らせる地域づくり」を目指して実践的な活動に取り組んでいます。活動内容は高齢者への支援にとどまらず世代を超えた活動も増えてきており、どの活動も高齢者の活躍の場になっています。

市では、協議体活動を支援するため、令和3年度から第3層協議体に対し交付金を交付しています。

## 第2層（小学校区）・第3層（自治会圏域）で広がる協議体活動

### ～生活支援～

外出・買い物支援



見守り・声かけ



ゴミの片付け



登下校の見守り



庭木の伐採



制服リサイクル



### ～介護予防～

いきいき百歳体操



軽スポーツ



～広報・周知活動～

広報活動



～居場所づくり～

高齢者の食事会



子ども食堂



ラジオ体操



移動販売



休耕田の活用



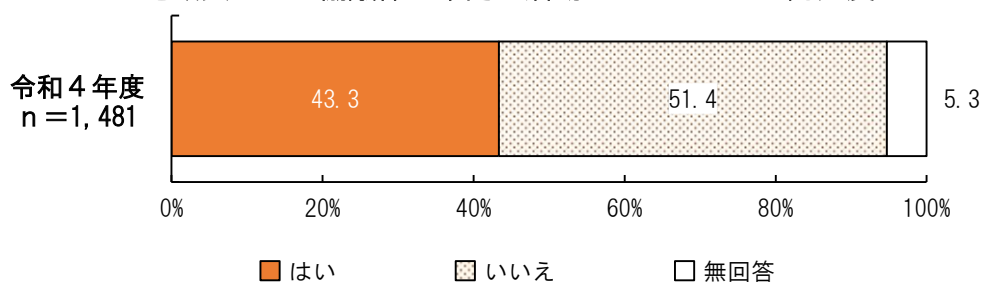
話し相手



協議体活動は、自分ができることをできる範囲で、仲間とともに支援を必要としている人の手助けを行うことで、住民による支えあいを行う活動です。これからも中長期的な視点のもと、「元気で安心して暮らせる地域づくり」を目指して、住民全体の支えあい活動を推進していきます。

一方で、アンケート調査結果をみると、地域支えあい協議体について知っている高齢者は半数に満たない状態であることから、協議体の活動についてさらなる周知を図っていきます。

地域支えあい協議体が市内で活動していることの認知度



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査



## (1) 地域包括支援センターの機能強化

### ①地域包括支援センターの機能強化

#### ●● 現状と課題 ●●

- 地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことによって、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とした、地域包括ケアシステムの中核を担う機関です。
- 市直営の地域包括支援センター（直営センター）は、基幹型として市全域及び、市の南部地域（若草・櫛形・甲西地区）の一次相談を含む個別相談支援を行っています。複合的な課題を抱えるケースの増加により、ケースあたりの支援に要する時間が長くなったことで、現状の人員体制では予防的視点を含めた効率的・効果的な施策の展開と、個別相談支援との両立は厳しい状況にあります。
- 総合的な相談支援体制の整備と身近な地域での早期発見を可能にするために、令和元年度から市北部地域（八田・白根・芦安地区）を担当する委託型の北部地域包括支援センター（北部センター）を設置し、運営しています。しかし、人員体制等に課題があり安定的な業務にはまだ時間を要する状況です。虐待や複合的な課題を抱える事例等、支援が困難な事例への対応についても課題となっています。
- 北部センターの業務の安定化を図るために、直営センターが虐待や複合的な課題を有する支援が困難な事例について随時支援を行っています。事業の実施については、北部センターの参画・協力を得て両センターの業務担当が検討するとともに、直営センターにおいて総合的な調整を図りながら、今後も実情に応じた支援を継続して行っていく必要があります。
- 南部地域包括支援センター（南部センター）の設置については、北部センターの安定的な業務遂行とそれに対する評価が必要となります。まずは、北部センターにおいて相談対応から支援に至るまでの一連の対応を行うことができる体制を確立することが必要であることから、現時点での設置については困難な状況です。十分な個別支援を行うためにも、委託型の地域包括支援センターの増設が望まれますが、北部センターの支援と適切な評価のもとで、増設については慎重な検討を重ねる必要があります。
- 地域包括支援センター運営協議会等において、事業等の点検・評価を行っており市のホームページで実績を公表しています。一方で、国・県との比較の実施や事業評価等が不十分といえます。地域包括支援センターの効率的・効果的な運営のため、実施事業について分析・評価を適切に行い、改善を図っていくことが必要です。

地域包括支援センターの職員体制（各年4月1日現在）

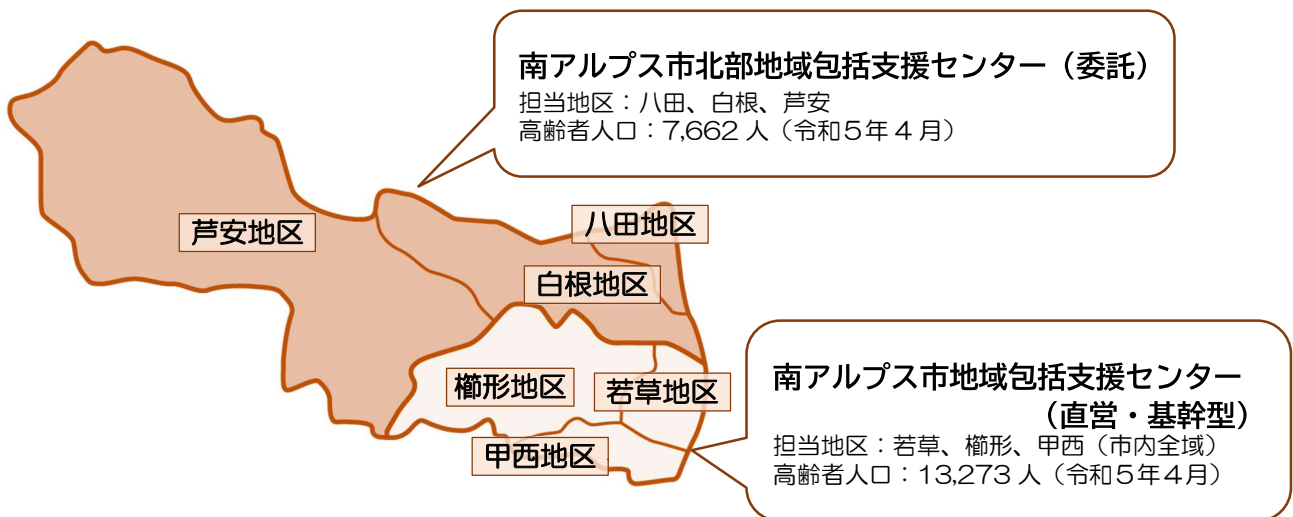
・直営地域包括支援センター

	センター長	保健師	社会福祉士	主任 介護支援 専門員	介護支援 専門員	看護師	認知症地域 支援推進員 (専任)	事務職	合計
令和5年	1人	3人	2人	2人	3人	1人	1人	0人	13人
令和4年	1人	3人	2人	2人	3人	1人	1人	0人	13人
令和3年	1人	4人	1人	2人	3人	1人	1人	0人	13人
令和2年	1人	3人	1人	2人	2人	1人	1人	1人	12人
令和元年	1人	3人	1人	1人	4人	2人	1人	1人	14人

・北部地域包括支援センター

	センター長	保健師	社会福祉士	主任 介護支援 専門員	介護支援 専門員	看護師	認知症地域 支援推進員 (専任)	事務職	合計
令和5年	1人※	1人	3人	1人	2人	0人	0人	0人	7人
令和4年	1人※	1人	3人	1人	2人	0人	0人	0人	7人
令和3年	1人※	1人	1人	2人	2人	1人	0人	0人	7人
令和2年	1人※	1人	2人	2人	2人	1人	0人	0人	8人
令和元年	1人※	1人	2人	2人	1人	0人	0人	0人	6人

※…兼任



○● 今後の方針 ●○

- 北部センターの安定的な運営に向けた支援を継続するとともに、一貫した支援を行うために相談支援スキル等の向上のための研修を実施していきます。
- 北部センターの、運営状況の評価を踏まえ、南部センターの設置について検討を進めます。
- 地域共生社会の実現に向け、庁内関係課や関係機関の連携のもとで、包括的な相談支援体制を推進します。

## ②総合相談支援

### ●● 現状と課題 ●●

- 総合相談は、地域に住む高齢者等に関するさまざまな相談を受け止め、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的な支援を行うとともに、必要に応じて地域包括支援センターの各業務につなげていくことを目的とし、継続支援の入口であるワンストップサービス<sup>31</sup>の拠点としての機能があります。
- 市全体としては、相談実件数・延べ件数ともに増加傾向にあります。北部センターの市民の認知度も広がりつつありますが、さらなる周知を図ることが必要です。
- 多くの市民に高齢者の暮らしの相談窓口である地域包括支援センターについて知り、関心を持ってもらうため、広報紙「サポート」を作成し、全戸配布を行っています。
- 地域包括支援センター職員の継続的な資質向上を図るため、新規職員を対象とした国が主催する新任者研修・現任研修への参加、介護予防ケアマネジメント・総合相談に関する研修の実施等を行っています。今後は、これらに加えて、市の高齢者の現状から、高齢者の生活実態把握やフレイル予防等に関する内容についても取り組むことができるよう、研修内容を充実させていくことが必要です。
- ケアマネジャーの育成等を図るため、介護支援専門員連絡会を定期的で開催し、研修会や事例検討会を開催しています。また、年度末には活動評価と次年度の活動内容について協議を行っています。令和4年度からは、市内の介護支援専門員の横のつながりや顔の見える関係づくりを増やす機会の創出を目的に、市内に80人程度いる介護支援専門員を小グループ（10人程度）に分けて日頃の悩みや情報共有を行う場としても活用しています。
- 福祉の分野ごとの連携による総合相談体制を推進するため、情報共有等を目的に福祉総合相談課、こども家庭相談課、障がい福祉課、健康増進課、介護福祉課、直営センター・北部センター、市社会福祉協議会の各担当者が参加し、毎週定例会を開催しています。今後は、さらなる内容の充実を図るとともに、悩みや相談を受け止め継続的な支援を提供することのできる「重層的支援体制」の整備に向けた協議・検討にも取り組むことが求められます。
- 複合的な課題を抱える支援困難ケースへの対応や、地域資源に関する情報入手と支援策の立案を図るため、地域包括支援センターの相談窓口に加え、ケアマネジャーや協議体とも連携が必要です。
- 悩みを抱える家族介護者の中には、家族等の介護や世話、家事等を日常的に行っている18歳以下の子どもを指す「ヤングケアラー」に該当する事例があることも考えられます。対象者が介護等によって満足な学校生活を送ることができないことのないよう、児童福祉分野や障がい分野の所管課と連携しながら、適切な支援につなげていくことが必要です。
- 相談支援体制に関連して、令和7年度からの重層的支援体制整備事業実施に向け、令和4年度から移行準備に着手しています。令和4年度からは生活困窮者自立相談支援機関（福祉総合相談課）において、複合的な課題を抱えた方の支援を行うための多機関協働事業に取り組んでいます。また、長期にわたる引きこもり状態にあるなど必要な支援が届いていない人に支援を届けるため、令和5年度には福祉総合相談課にアウトリーチ支援員を配置し、令和7年度からの本格運用に向けて取組を進めています。

<sup>31</sup> ワンストップサービス：「一度で用が足りるサービス」の意味で、ひとつの場所でさまざまなサービスを受けることのできる環境・場所のこと

## 総合相談支援件数（北部）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実件数	575 件	602 件	614 件	718 件
延べ件数	4,557 件	5,248 件	6,033 件	7,307 件

## 総合相談支援件数（南部）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実件数	1,097 件	1,316 件	1,343 件	1,348 件
延べ件数	6,482 件	6,868 件	7,844 件	7,552 件

### ○● 今後の方針 ●○

- 8050問題、老々介護又はヤングケアラー等の複合的な課題を抱える支援困難ケースについて協議検討を行うことができる包括的な相談支援体制整備を行うとともに、地域包括支援センター職員の資質向上に向けた研修会を開催します。
- 介護支援専門員連絡会における研修会や事例検討会の開催を通じて、ケアマネジャーの資質向上を図ります。
- 地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制の構築を図るため、各種相談支援機関との横断的連携に努めます。
- 広報紙「サポート」の発行等を通じて、地域包括支援センターの総合相談窓口としての機能を周知していきます。
- 地域や個人が抱える生活課題の解消を図るため、介護サービス事業所や医療機関、民生委員、警察、自治会や協議体活動との連携を強化します。
- 令和7年度からの重層的支援体制整備事業の実施を見据え、定例会等を通じて、相談支援のスキルアップを図るなど、高齢者の支援へのつながりを行っていきます。
- 地域包括支援センターにおいて各種相談を受ける中で、ヤングケアラーの疑いについても把握し、所管課との情報共有を行い、相談支援や実態調査、指導、普及啓発等の支援につなげていきます。

### ③包括的・継続的ケアマネジメント支援

#### ●● 現状と課題 ●●

- 多様な生活課題を抱えている高齢者が、地域で安心して自分らしい生活を送るためには、高齢者や家族が課題に応じたあらゆる社会資源を活用できるよう、包括的かつ継続的な支援を行うことが必要です。このため、ケアマネジャーが中心となって包括的・継続的ケアマネジメント<sup>32</sup>を実践できるよう、地域包括支援センターではケアマネジャーに対し、研修会等の開催や相談対応に係るスキル向上に向けた支援を行っています。
- 終末期の高齢者や虐待の被害に遭っている高齢者、認知症高齢者を支援する事例においては、認知症初期集中支援チームや医療機関等の関係機関とケアマネジャーとの連携による取組が不可欠です。そのため、在宅医療連携会議などの多職種連携会議にケアマネジャーが参加するなどの取組を通じて、関係性の構築に努めることが必要です。
- ケアマネジャーを対象とした研修や事例検討会の実施にあたっては、より主体的に取り組める内容となるよう、ニーズの把握を行ったうえで内容を検討しています。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大以降は、ケアマネジャーの業務負担等も考慮し、オンラインでの研修開催も行っています。
- 高齢者一人ひとりの希望する暮らしを実現するためには、権利擁護の理解を深めたケアマネジメントの実践が必要であることから、ケアマネジャーの参加する、権利擁護に関する研修会を開催しています。
- 令和2年度から協議体とケアマネジャーを対象とした合同研修を開催しており、協議体とケアマネジャーが連携して取り組んだ事例も生まれるなど、両者の連携が深まりつつあります。今後は、社会資源の質・量を充実させるために、両者の連携のもとで行う取組について検討していくことも必要になります。

ケアマネジャーの相談・支援件数（北部）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
相談件数	305件	502件	536件	397件

ケアマネジャーの相談・支援件数（南部）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
相談件数	898件	991件	1,233件	1,241件

<sup>32</sup> 包括的・継続的ケアマネジメント：高齢者等が地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を維持するために、必要な支援を途切れなく受けることができるよう援助していくこと



ケアマネジャーと包括支援センターが協力して支援した件数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
相談・助言	147件	296件	344件	378件
サービス調整	16件	27件	19件	18件
関係機関調整	47件	24件	30件	31件
同行訪問	21件	26件	11件	14件
医療機関への同行	3件	17件	10件	19件
担当者会議参加	21件	22件	15件	33件
会議支援	0件	5件	16件	8件
その他	60件	30件	10件	65件
合計	315件	477件	455件	566件

### ○● 今後の方針 ●○

- 地域包括支援センターとケアマネジャーの関係強化を図るとともに、寄せられた相談内容の分析やニーズの確認を通して、困難事例への対応策や、より効果的な研修内容等の検討を図ります。
- ケアマネジャーと多職種の関係構築を図るため、ケアマネジャーも参加する多職種連携会議を開催します。
- ケアマネジャーを対象とした権利擁護に関する研修会を開催し、理解の促進を図ります。
- 合同研修会等の開催を通してケアマネジャーと協議体の連携を強化し、地域の社会資源のさらなる掘り起こしを図ります。

## (2) 地域における支えあい活動の推進

### ①総合事業（通所・訪問・生活支援サービス）

#### ●● 現状と課題 ●●

- 平成27年度から開始した介護予防・日常生活支援事業（総合事業）では、市町村の状況に応じたきめ細やかなサービス提供ができるようになりました。市においては、令和3年度から運動機能低下により日常生活動作に支障が見られる方に対し、リハビリテーション専門職や管理栄養士が訪問によって適切な指導助言を行うことで自立した生活を送れるよう支援する訪問型サービスCを実施しています。また、住民主体のボランティア団体によるサービスとして、令和3年度から、通院や買い物等への送迎前後の付き添い支援や通いの場への送迎を行うなど移動を支援する訪問型サービスDを実施しています。
- 高齢化の進展に伴い、介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービスはそれぞれ利用者が増加傾向にあります。一方、訪問型サービスA・通所型サービスAはそれぞれ利用者が令和元年度以降減少傾向にあります。その背景には、コロナ禍でさまざまな活動制限を受けていた利用者が、閉じこもりにより心身機能の低下等が顕著に表れたため、介助が必要なケースが増えたことが理由として考えられます。
- 通所型サービスBについては、通いの場として利用している高齢者は増加傾向にありますが、依然として担い手の育成が進んでおらず、実施団体数が増えていない現状がみられます。
- 訪問型サービスCについては、リハビリ専門職が関わることでの効果が現れてきているため、対象者への周知に取り組む必要があります。
- 協議体活動が活発化し、第2層・第3層協議体において、地域ニーズに応じた住民主体で運営する多様なサービスが創出されていますが、その取組に対しての行政からの支援はまだ十分でない現状があります。各協議体が創出し、提供しているサービスについて行政が把握するとともに、高齢者が増加している現状や高齢者によるニーズを踏まえたサービス内容を検討していくことが必要です。

## 市で実施している総合事業の概要

対象者：要支援1・2の認定を受けた方

基本チェックリストで事業対象者となった方

介護予防・生活支援サービス事業を受けており、要介護者となった方

種別		利用者	サービス内容
訪問型サービス	介護予防訪問介護相当	身体機能や認知機能の低下がみられ専門的な支援が必要な方	訪問介護員による身体介護、生活援助等サービス
	訪問型サービスA	生活援助が必要な方	訪問介護員による生活援助等サービス
	訪問型サービスC	身体機能の低下がみられ日常動作に支障がみられる方	リハビリテーション専門職や管理栄養士による助言指導を行うサービス
	訪問型サービスD	通いの場への送迎、通院等への送迎に付き添い支援が必要な方	地域住民の無償ボランティア団体による移動支援サービス
通所型サービス	介護予防通所介護相当	身体機能や認知機能の低下がみられ専門的な支援が必要な方	日常生活上の支援や機能訓練等を行うサービス
	通所型サービスA	高齢者の閉じこもり予防や自立支援が必要な方	日常生活上の支援や機能訓練等を行うミニデイサービス
	通所型サービスB (コミュニティカフェ)	高齢者の閉じこもり予防や自立支援が必要な方等	住民主体の有償・無償ボランティア団体による要支援者等を中心とする自主的な通いの場の開催

## 【実施状況】訪問型サービスの延べ利用者数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
介護予防訪問介護相当	141人	236人	369人	430人
訪問型サービスA	502人	437人	352人	314人
訪問型サービスC	—	—	2人	4人
訪問型サービスD	—	—	45人	359人

【実施状況】通所型サービスの延べ利用者数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
介護予防通所介護相当	516人	706人	924人	1,186人
通所型サービスA	942人	659人	532人	534人
通所型サービスB	595人	403人	542人	504人

●● 今後の方針 ●●

- 訪問型サービス・通所型サービスについては、現在提供しているサービス内容を再度把握・検討し、高齢者の増加やニーズに則したサービス内容の検討を図っていきます。
- 通所型サービスBについては、介護予防サポートリーダー養成事業を通じて、担い手の育成及び確保を行うとともに、居場所づくりを実践している協議体等に対し、補助金の内容等を周知し、新規開設への支援を図っていきます。
- 協議体活動との連携を深めるとともに、協議体活動によって創出される住民主体の多様なサービスについて把握し、適切な支援を図っていきます。

## ②生活支援体制整備事業

## ●● 現状と課題 ●●

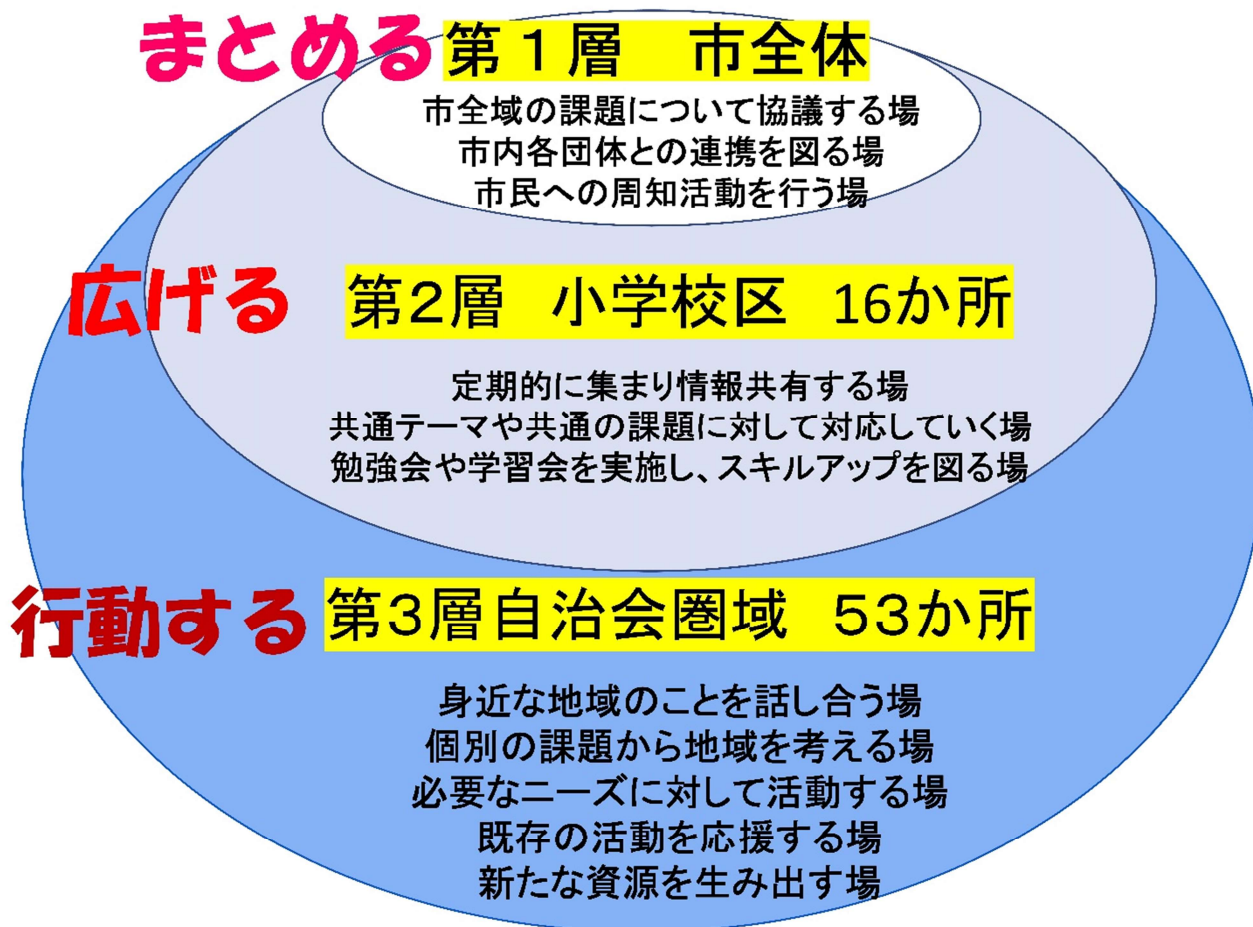
- 平成30年度までに、市内すべての小学校区に第2層協議体が創設され、地域のニーズや課題の把握を実施しています。加えて、自治会を単位とする第3層協議体の創設が進められており、令和5年度現在、市内の6割以上の57の自治会に53の第3層協議体が創設され、よりきめ細かくニーズや課題を吸い上げる仕組みを構築しています。
- 市内の各地区で第2層協議体・第3層協議体による活動が具体化・活発化するなかで、第3層協議体の活動資金の確保が課題となっていたことから、令和3年度から「第3層協議体活動支援交付金」の交付を開始しています。
- 第3層協議体の活動の中で明確になった地域課題に対して、行政として取組や支援を講じる必要が生じています。
- ケアマネジャーや地域包括支援センター職員による各協議体の個別のニーズや課題の橋渡しを行う体制は構築されていますが、個別対応に終始し課題を他の協議体につなげられていない現状があります。第3層・第2層協議体で把握している地域課題を第1層協議体につなげ、市全体で対応策を検討する機会を確保できていない点が課題となっています。

第2層・第3層協議体の数（令和5年9月現在）

地区名	第2層協議体	第3層協議体	地区名	第2層協議体	第3層協議体
八田地区	1 協議体	6 協議体	白根地区	5 協議体	16 協議体
芦安地区	1 協議体	1 協議体	若草地区	2 協議体	8 協議体
櫛形地区	4 協議体	11 協議体	甲西地区	3 協議体	11 協議体

（注）第3層協議体は「自治会圏域」としている。

南アルプス市地域支えあい協議体 体制図



※令和5年4月1日現在

○● 今後の方針 ●○

- 住民に協議体活動を周知し、より細かく地域のニーズや課題を吸い上げることができる第3層協議体の創設を支援していきます。
- 第2層協議体・第3層協議体の活動に即した活動支援交付金を交付することで、協議体の活動を支援していきます。
- 協議体の活動によって把握した生活課題について、第1層協議体が吸い上げる仕組みを構築するとともに、第1層協議体が課題を整理・分類して地域ケア会議につなげていきます。

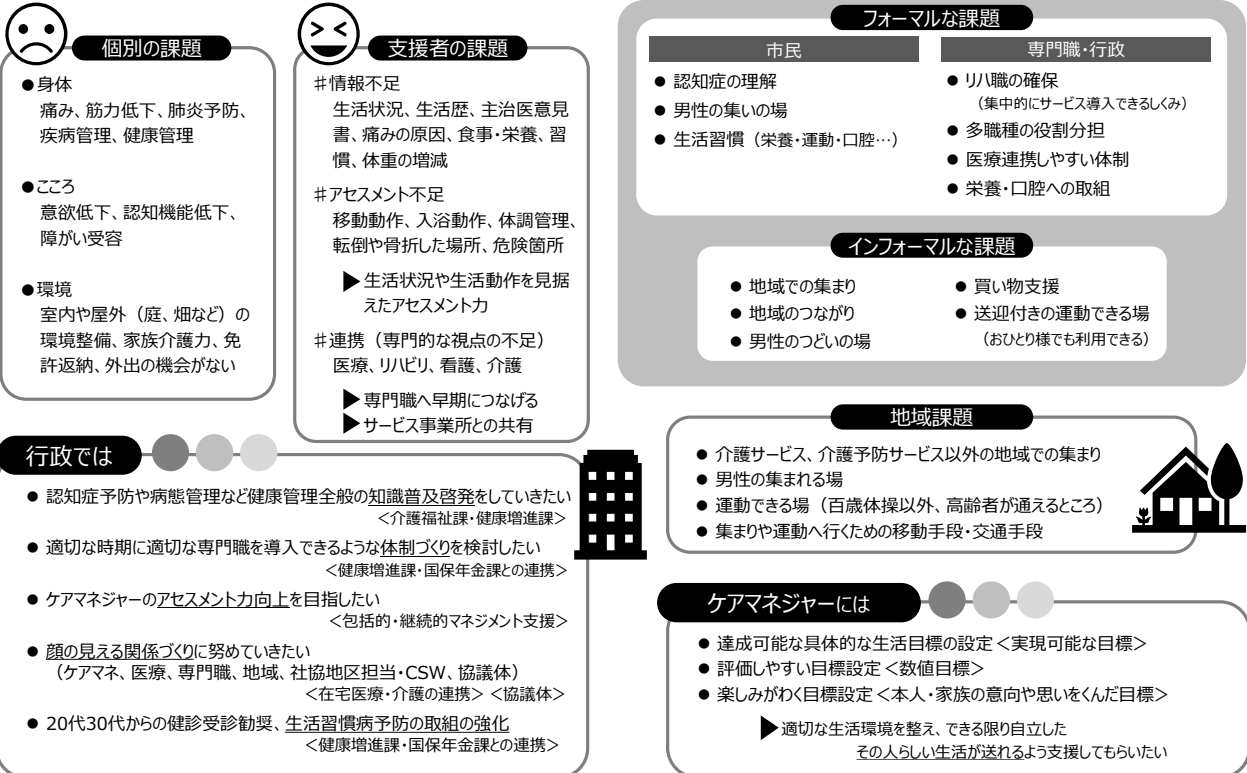


### ③地域ケア会議

#### ●● 現状と課題 ●●

- 地域ケア会議は、支援が必要な高齢者等に適切な支援を行うための検討を多様な関係者の参画によって行うとともに、共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけることで、地域包括ケアシステムの推進に寄与しています。
- 令和3年度から実施している訪問型サービスC事業の利用者を対象に、「自立支援型地域ケア会議」を開催しています。ケアマネジャーをはじめ、リハビリ職や栄養士の参画により、情報の共有、効果的な支援策のあり方など、自立支援に向けた取組が検討されていますが、地域課題の抽出までには至っていません。
- 高齢者等の生活課題の解決のための支援に向けて多職種が個別事例の支援内容を検討する「地域ケア個別会議」や、生活圏域レベルの地域課題の解決に向けたネットワーク構築・資源開発・地域づくり・政策形成を目的とした「圏域レベル地域ケア会議」及び「地域ケア推進会議」などを設立して、地域ケア会議を行う枠組みを構築してきました。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため令和3～4年度にかけて「地域ケア推進会議」が中止となったことにより、「地域ケア個別会議」で集約した生活課題の整理、地域課題の検討へとつなげていくプロセスに遅れが生じています。
- 各地区の協議体で把握した課題についても、地域ケア会議で共有し、地域課題の検討につなげていくことが求められます。しかし、個々の課題への対応に終始しており、協議体と地域ケア会議との協働する機会が作れていない点が課題となっています。

「自立支援型地域ケア会議」から見てきた課題

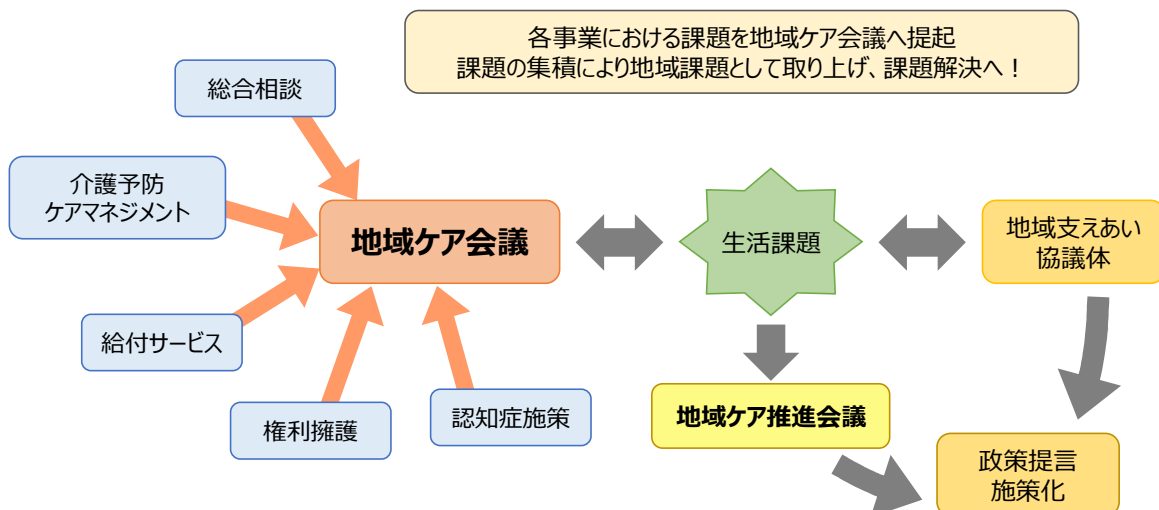
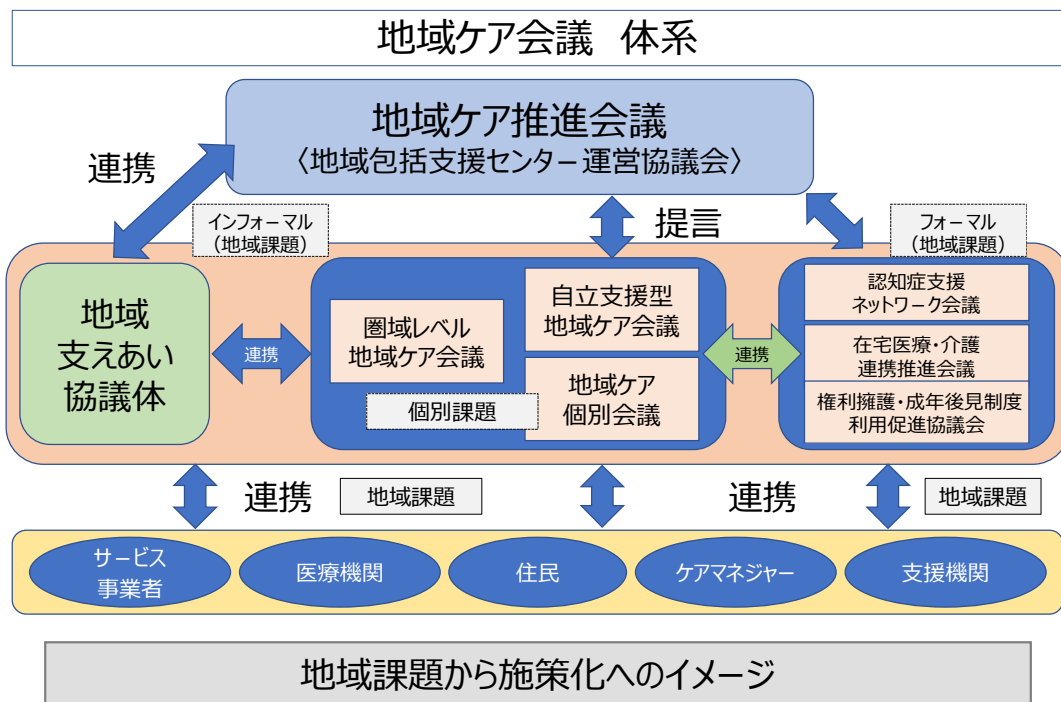




● 今後の方針 ●○

- ケアマネジャーや多職種が協働して個別事例の課題解決を図り、個別事例の集積・整理により地域課題の明確化を図る「地域ケア個別会議」について、個別事例の積み上げが可能となるよう開催回数の拡大を図ります。
- 地域ケア個別会議において明確化した地域課題の解決を図る地域ケア推進会議を開催し、関係機関のネットワーク構築や資源開発、地域づくりを推進します。
- 訪問型サービスC事業利用希望者を対象に、医療、リハビリ、栄養等の視点から生活機能向上を目指し、短期集中的に取り組むことで予防期における専門的な関わりの効果を実証していきます。
- 地域ケア会議において地域課題の抽出ができるよう支援を行っていきます。
- 協議体の活動によって把握した生活課題について、第1層協議体が吸い上げる仕組みを構築するとともに、第1層協議体が課題を整理・分類して地域ケア会議につなげていきます。

【再掲】



## ④家族介護支援事業

## ●● 現状と課題 ●●

- 支援を必要とする高齢者が住み慣れた自宅での生活を継続するためには、介護サービス等の利用とともに家族からの介護も必要となりますが、家族による介護には限界があり、介護を担う家族への支援も重要となります。市では、介護者同士の交流機会の提供や学びの機会の提供、経済的な負担軽減などのさまざまな支援を継続して実施しています。
- 平成30年度から開始した認知症高齢者見守りシール交付事業については、いまだ登録者が認知症高齢者に比べて少ない状況が続いています。また、認知症高齢者等GPS機能付機器取得費助成事業についても令和3年度以降助成に至った実績がありません。各事業の利点を伝えることに課題があり、相談窓口のみにとどまらない幅広い周知を行うことが必要です。
- 家族介護者相互交流事業、家族介護教室（介護者のつどい）は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、開催時期や開催回数に影響が生じたものの毎年継続して実施しており、その参加人数は増加傾向にあります。
- 近年、介護に関する相談ができず孤立している男性介護者が増加している現状がみられることから、男性介護者同士の交流の場を設けるなど、情勢やニーズを踏まえた事業内容の検討が必要です。

家族介護支援事業の利用状況

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
介護用品購入費助成事業	助成件数	700件	619件	450件	435件
介護慰労金支給事業	支給件数	50件	26件	21件	33件
認知症高齢者等GPS機能付機器取得費助成事業	助成件数	2件	1件	0件	0件
認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業	利用者数	13人	10人	15人	14人
認知症高齢者見守りシール交付事業	利用者数	11人	8人	14人	12人
家族介護者相互交流事業、 家族介護教室 (介護者のつどい)	参加人数	73人	100人	82人	114人
	実施回数	4回	4回	4回	5回

### ●● 今後の方針 ●●

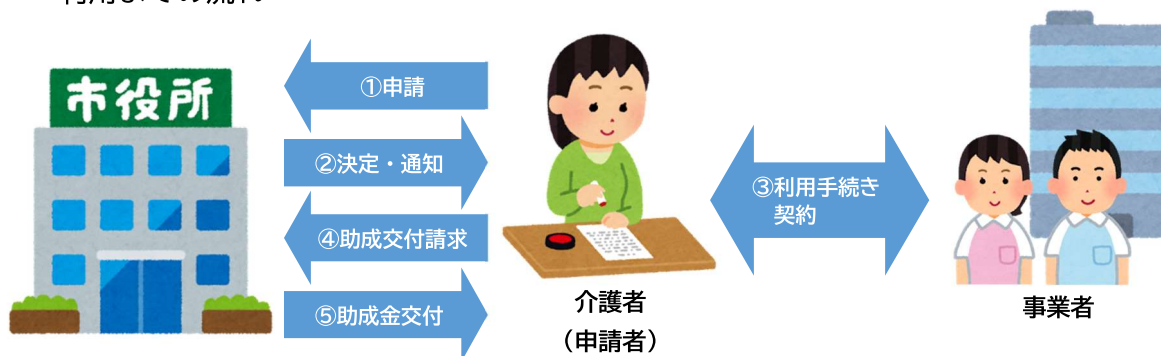
- 家族介護者の負担軽減を図るため、介護予防関連事業等の機会も活用しながら、家族介護支援事業の周知を図っていきます。
- 認知症高齢者及び家族介護者を支援するための事業は、在宅介護の継続に大きく寄与することから、協議体やサロン等との協力による周知や助成制度の見直しを通じて、支援を必要としている家族介護者が広く利用できるようにしていきます。
- 家族介護者相互交流事業、家族介護教室（介護者のつどい）は、介護に関する知識や技術の習得を図る場であるとともに、家族介護者のストレス軽減やモチベーションの維持につながるものとなるよう、実情とニーズを踏まえて実施内容を検討していきます。
- 孤立しがちな男性介護者が気軽に相談できるよう、男性介護者の交流の場を設けていきます。
- 一人暮らしの高齢者やその家族が安心して生活を送れるよう ICT を活用した見守り支援について研究していきます。

### <認知症高齢者等GPS機能付機器取得費助成事業>

徘徊がみられる認知症高齢者がひとりで出かけてしまった場合、ケガや事故・行方不明等のさまざまな事態が危惧されます。そのため、家族は警察・消防や地域住民等の協力を得ながら早期に認知症高齢者を発見し、保護する必要があります。そこで、早期の発見につながる有効手段としてGPS<sup>33</sup>機器が利用されています。認知症高齢者本人の早期発見は、介護している家族の負担軽減につながるため、GPS機器の取得に対して助成を行っています。

対象者：市内に住所を有する認知症高齢者等を現に介護している市内に住所を有する家族  
対象額：機器の購入に要した経費のうち加入料金及び付属品（充電器）の代金

～利用までの流れ～



<sup>33</sup> GPS：「Global Positioning System」の略称で、人工衛星を使った高精度の位置情報システム。全地球測位システムともいう

### (3) 地域での生活の自立支援（高齢者福祉事業）

#### ●● 現状と課題 ●●

- 自立した生活を送る高齢者を地域で支える仕組みとして、平成28年度に第1層協議体を設置し、平成30年度までに15小学校区に16の第2層協議体が創設されました。さらに、より身近な自治会圏域として、令和5年4月現在53の第3層協議体が創設され、外出支援や通いの場の創出、ごみ出しや見守り支援などを行っています。第3層協議体は、市が行う事業では対応の難しい問題への対応を行う重要な役割を担っています。
- 市内に多くの協議体が設置・創設されたことによって、それぞれの地域が抱える課題について話し合い、共有し、市と協議体が相互に連携しながら日常生活を支援する体制が構築されています。
- 高齢者の増加に伴い、買い物や医療機関、集いの場などへの移動のしづらさが課題となって出てきています。市では、コミュニティバスの運行や高齢者タクシー券の助成など、交通支援を実施していますが、カバーできない部分について、移動支援に取り組んでいる協議体もあるものの、その取組は一部地域のみとなっています。
- ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の自立支援事業として、食の自立支援事業（配食サービス）<sup>34</sup>・緊急通報システム整備事業<sup>35</sup>等を実施しています。配食サービス・緊急通報システムの利用者数は横ばいで推移していますが、定期的に新規申請があることから、利用者が流動的であることがうかがえます。今後の高齢者数の増加に伴い、サービスの利用を希望する高齢者も増加することが予想されることから、ニーズを的確に把握しながら、効果的な事業実施を図ることが求められます。

高齢者福祉事業の利用状況

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
食の自立支援事業 (配食サービス)	利用人数	94人	92人	81人	91人
	実施回数	14,467食	14,409食	14,109食	13,134食
寝たきり高齢者訪問理美容サービス費助成事業 <sup>36</sup>	利用人数	30人	27人	22人	20人
	助成券 利用枚数	53枚	24枚	32枚	23枚
緊急通報システム整備事業	利用人数	248人	256人	244人	238人
	救急・相談 通報件数	58件	43件	76件	83件

<sup>34</sup> 食の自立支援事業（配食サービス）：調理が困難なひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯に対し、弁当の宅配を行い在宅生活の支援をする事業

<sup>35</sup> 緊急通報システム整備事業：ひとり暮らし高齢者の自宅に緊急通報装置を貸し出し、緊急時にボタン1つで山梨県安心安全見守りセンターへ通報できる体制により在宅生活を支援する事業

<sup>36</sup> 寝たきり高齢者訪問理美容サービス費助成事業：在宅で介護を受けている寝たきり高齢者が訪問理美容を利用した場合に、費用の一部を助成する事業

### ●● 今後の方針 ●●

- 地域に根差した協議体による支え合い活動を促進するとともに、協議体を支える生活支援コーディネーターや地域包括支援センター、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー等と連携を図りながら、高齢者の地域での自立した日常生活を支援していきます。
- 高齢者の移動については、公共交通担当部署とも連携を図りながら、協議体をはじめとする地域でできる支援を推進します。
- 高齢者の生活がデジタル化していること、固定電話の減少といった背景に基づき、モバイル端末を用いた緊急通報システムの実用化を図っていきます。また、その他の高齢者福祉事業においても利用実態や社会情勢を反映し、効果的な事業実施を目指します。

#### (4) 医療と介護の連携の推進

##### ●● 現状と課題 ●●

- 誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができ、理想的な終末（QOD<sup>37</sup>）が迎えられるよう、医療と介護を包括的に提供できる体制づくりを目指し、包括的支援事業に位置付けられる8項目の取組を推進しています。
- 医療と介護の連携推進のため、医療・介護サービス事業所の情報の市ホームページへの掲載、「病院・有床診療所連絡会」の開催、医療・介護関係者の合同研修、「在宅医療・介護広域連携会議」への参画、中北保健福祉事務所管内で作成された「入退院連携ルール」の活用、介護支援専門員連絡会における情報共有、地域住民に対する在宅医療・介護情報の提供及び講演会等による普及啓発などを通じて、市内外における連携意識の促進を図っています。
- また、令和4年度には、やまなし県央連携中枢都市圏において、圏域内の統一的な情報把握システムの導入等についての検討を進めてきました。
- 市内において、在宅看取りや訪問診療・往診を行っている医療機関はありますが、今後、在宅療養者は更に増えていくと見込まれることから、医療と介護のさらなる連携強化、専門職同士の顔の見える関係づくりに引き続き取り組んでいくことが必要です。
- その人らしい最期が迎えられる準備に向けて、エンディングノートを活用した講座を、高齢者のつどいの場等で開催しています。

---

<sup>37</sup> QOD：Quality of Death の略。理想的な死、死の質のこと。



○● 今後の方針 ●○

○包括的支援事業に位置付けられる在宅医療・介護連携推進事業（ア）～（ク）の8項目への取組を継続して推進します。

	事業名	事業内容
（ア）	地域の医療・介護の資源の把握	市内の医療・介護に関する最新の情報を把握するとともに、市民及び専門職に広く情報を提供します。
（イ）	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	「病院・有床診療所連絡会」等の推進会議において、在宅医療・介護連携に関する現状把握及び課題の検討を行います。
（ウ）	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	在宅医療・介護連携推進会議等の開催を通して、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりに努めるとともに、看取りを含めた在宅医療・介護連携の提供体制の充実を図ります。
（エ）	医療・介護関係者の情報共有の支援	中北圏域の各市町、医師会との広域的な取組に参画します。
（オ）	在宅医療・介護連携に関する相談支援	中北圏域の各市町、介護支援専門員協会などの専門職団体との広域的な取組に参画します。
（カ）	医療・介護関係者の研修	多くの専門職に研修への参加を呼びかけ、情報共有や事例検討を行います。
（キ）	地域住民への普及啓発	講演会や出前講座等の普及啓発事業を継続的に実施し、認知症の方を含めた誰もが住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制の充実を図ります。
（ク）	在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携	関係市町とともに、県主催の会議に参画する他、「中北保健福祉事務所管内在宅医療・介護広域連携会議」や「連携中枢都市構想・在宅医療・介護連携分科会」等の会議に参画します。



## <有床診療所連絡会>

在宅医療・介護連携推進にあたり、現場レベルでの関係性の質の向上は不可欠です。職種の垣根を超えた相互理解、協働の意識を高めることにより、有機的な連携が図られることを目的にいわゆる「顔の見える関係」を深める機会として、令和2年より取り組んでいます。

令和4年度には、市内に所在する入院施設を持つ5つの医療機関が集まり、【入退院連携ルールの活用状況】【医療・介護連携における取組状況】【医療・介護連携に係る困りごとや課題】について、事前アンケートに基づき、各医療機関の実情、取組、提案など、有意義な情報交換、共有の機会となりました。それぞれが多忙につき「お互いに顔と名前は知っているが…」という状況のなか、個別支援を通じての関わりでもなければ関係性もなかなか深められないこともあり、この連絡会を通じて実務者間の連携促進につながる貴重な場となっています。



## (5) 災害時における支援体制の充実

### ●● 現状と課題 ●●

- 近年、台風や大雨をはじめとする自然災害が頻発しており、高齢者が利用している施設が被災したケースも発生しています。高齢者や障がい者などの要配慮者は、警報等による避難の呼びかけを行ったとしても、自力での避難が難しく周囲の人による支援を必要とすること、避難に時間を要することが想定されます。避難所における避難生活は高齢者や要配慮者には大きな負担となります。避難生活を送る高齢者・要配慮者が、可能な限りストレスのない環境で避難生活を送れる体制を整備することも必要です。
- 市では、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿の作成のほか、「南アルプス市地域防災計画」や、「南アルプス市災害時受援計画」に基づいて、高齢者の安否確認や避難誘導の円滑な実施に向けた支援や緊急時の要配慮者の受入れ先の確保、緊急時の事業所等との連携体制の構築等に努めています。

### ●● 今後の方針 ●●

- 各地域の自治会・民生委員・近隣住民の協力により、避難行動要支援者名簿への高齢者等の登録と要支援者ごとの個別避難計画の作成をさらに進めるとともに、各種団体や福祉関係機関、市関係部署と連携しながら、「南アルプス市地域防災計画」に基づく防災・減災に向けた取組について普及啓発していきます。
- 「南アルプス市災害時受援計画」及び「災害時における要援護高齢者の緊急受入れに関する協定書」等に基づいて、市内の各社会福祉施設と、緊急避難が必要な要配慮者の受入れについて協議・調整します。
- 介護サービス事業所等に対し、避難訓練の実施状況や業務継続計画（BCP）の策定状況、非常用物資の備蓄状況などについての確認・指導を行います。
- 災害発生時においても必要なサービスを可能な限り継続して提供できるよう、情報収集・情報共有を通じて介護サービス事業所等と連携が図れる体制づくりに努めます。

## (6) 感染症対策の充実

### ●● 現状と課題 ●●

- 高齢者は感染症に感染すると重症化しやすいことから、感染症対策において特に力を入れる必要があります。
- 高齢者の生活を支えている介護サービス事業所等は、感染症の感染拡大のリスクが大きくなったとしても、可能な限り事業を継続していく必要があります。国・県・市と連携しながら感染症対策を計画的に実施することが重要です。

### ●● 今後の方針 ●●

- 新型コロナウイルス感染症や同様の危険性がある感染症が発生した場合は、国・県の行動計画や「南アルプス市新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づく対応を行います。
- 感染症の感染拡大時のサービス継続を図るため、介護サービス事業所等に対し、業務継続計画（BCP）の作成や感染症対策に関する指導を実施していきます。

## 重点目標3 認知症施策の推進

### 前期計画のあゆみ

- ・国によると、高齢化の進行に伴い、団塊の世代が75歳以上となる令和7年には、65歳以上高齢者の約5人に1人、約700万人が認知症になると推計されており、認知症施策の総合的な推進が重要となっています。
- ・こうした現状を受け、国は令和7年を最終年度とする「認知症施策推進大綱」を令和元年度に策定し、「普及啓発・本人発信支援」「予防」「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」「認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」「研究開発・産業促進・国際展開」の5つの柱に沿った施策を推進してきました。
- ・市においても、「認知症施策推進大綱」に基づいて、「認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けるための体制づくり」を推進してきました。

### <認知症高齢者の見守り体制の推進 3年間の主な取組と成果>

認知症の診断を受けても、畑に行き農作業ができたり、お店に行き買い物ができたり、日常生活能力が残っている方も多くいます。認知症の人にとって今できることを継続することは、認知症の進行予防にもつながるため、認知症の人が力を発揮し、住み慣れた地域で安心して生活できる見守り体制を整備していくことが重要です。

見守り体制の一つとして、平成30年度から山梨県警察が「認知症高齢者等情報提供制度」を開始し、道迷い等を理由に警察署で把握した認知症及びその疑いのある人に関する情報が市に提供される仕組みができました。情報提供件数は徐々に増加しており、その情報を基に市が認知症高齢者等に必要なサービスを導入したり、家族や関係者と連携したりすることで見守りを強化し、行方不明の未然防止や認知症高齢者の安全確保に努めています。

市では、認知症高齢者を見守る体制づくりの一環として、平成30年度より、「認知症高齢者等SOSネットワーク<sup>38</sup>・見守りシール交付事業」の運用を開始しました。「徘徊(見守り)」のおそれのある方の情報を事前登録し、市と警察が共有することで、万が一のときにスムーズに対応できる見守り体制を構築しています。SOSネットワーク登録数、見守りシール交付数は着実に増加しており、見守りシールを付けた高齢者に対応できる市民を増やしていくことが重要です。今後も不測の事態に備えて、高齢者等に対して事業のいっそうの周知に取り組むとともに、市民全体や関係機関等に対しても、認知症高齢者への対応や見守りシールの活用について普及啓発を図ることが必要です。

また、認知症への正しい理解を広める取組も行っています。認知症サポーター<sup>39</sup>養成講座の実施等により、認知症の知識や対応方法等について普及啓発を行うことで、認知症高齢者を地域全体で見守る体制の構築を推進しています。

<sup>38</sup> 認知症高齢者等SOSネットワーク：徘徊及び所在不明になるおそれのある認知症高齢者等の情報を市と警察で事前に共有し、所在不明となった場合に地域の支援を得て早期に発見できるような関係機関による支援の仕組みのこと

<sup>39</sup> 認知症サポーター：認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を応援し、誰もが暮らしやすい地域をつかっていくボランティア。所定の講座を受講した人には、受講証明として、「認知症サポーターカード」等が授与される

- なお、国は令和5年に、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（共生社会）の実現を推進することを目的とする「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を成立させ、令和7年度以降に「認知症施策推進基本計画」の策定を予定しています。市の認知症施策についてもこれらの法律・上位計画に基づいて、必要に応じて取組内容を見直し、推進していくこととします。

### <見守りシールについて>

市では、認知症等により見守りが必要な人に対し、介護福祉課への事前申請により、見守りシール（QRコード付き）を無料で30枚（耐洗ラベル20枚＋蓄光ラベル10枚）交付しています。

見守りシールは衣服や杖、カバンなど本人の身の回りの持ち物に貼り付けて活用します。

万が一、本人の行方がわからなくなった時は、家族等がスマートフォンを用いて、行方不明情報を専用の掲示板に投稿することができます。発見者が本人の身に着けている見守りシールのQRコードを読み取ると、事前登録された家族等に瞬時にメールが送信されます。また、掲示板上で家族等と発見者とが直接やり取りすることが可能なため、スムーズに迎えに行くことができます。掲示板への投稿は、24時間365日いつでも可能です。



見守りシール（実寸大見本）



背面 襟元



杖

地域で見守りシールが貼られたものを身に着けている人を見かけたら、以下のことを参考に声をかけていただき、困っているようであれば家族等に連絡がとれるよう、ご協力をお願いします。

- ①本人の正面からやさしく声をかけます。後方からの声かけは禁物です。見かけてすぐにQRコードの読み取りをするのではなく、しばらく話をして本人を落ち着かせます。
- ②スマートフォンでQRコードを読み取ります。
- ③表示された画面で本人情報を確認し、対応の参考とします。
- ④可能であれば、表示された画面下部にある「メッセージ欄」に現在地などを入力し、家族等に迎えに来てもらうように連絡事項を入力します。

※QRコードの読み取り方がわからなかったり、読み取りができなかったりしても、本人がつけているシールの登録番号を警察か市役所に電話等で伝えていただければ、ご家族等に連絡を取ることができるようになっています。



## (1) 認知症に対する地域の正しい理解と見守りの推進

### ●● 現状と課題 ●●

- 認知症の人やその家族が、住み慣れた地域で安心して過ごすためには、地域の誰もが認知症への誤解や偏見をなくすとともに、身近な疾患として正しい理解を深め、見守りや助け合いを行うことができる「認知症にやさしい地域」をつくる必要があります。
- 市では、希望のある地域や学校、放課後児童クラブ、企業等を対象に「認知症サポーター養成講座」をキャラバン・メイト<sup>40</sup>が中心となって実施しています。また、市民向けの公開講座も実施しており、実際に支援する機会が多い世代のサポーターを重点的に育成することを目指しています。また、認知症サポーター養成講座受講者を対象とした「認知症サポーターステップアップ講座」を開催し、実際に支援活動を行うことができる認知症サポーターを育成するとともに、認知症の人やその家族の暮らしを支援する「チームオレンジ<sup>41</sup>」の一員として活動できる人材の発掘を図っています。
- 認知症サポーター養成講座に関しては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響から市民向けの公開講座が中止となるなど、予定どおりの実施とならなかったことから受講者数が伸びていない現状があります。
- 認知症サポーターの養成を実施するキャラバン・メイトに対しては、キャラバン・メイト連絡会の実施やフォローアップ研修会の開催等を通じて活動支援を行っていますが、感染症の影響で十分な実施ができていない現状があります。
- 認知症高齢者等見守りSOSネットワークの運用により、見守り活動の推進に努めています。SOSネットワーク登録数、見守りシール交付数は着実に増加しており、見守りシールを付けた高齢者に対応できる市民を増やしていくことが重要です。また、民生委員や地域からの相談をもとに認知症高齢者の状況確認を行ったり、地域の協力を得られるよう、個別事例に応じて地域に働きかけを行ったりしています。
- 認知症に関する正しい知識の普及啓発を図るため、認知症ケアパス<sup>42</sup>を活用するとともに、定期的な内容の更新を行っています。

---

<sup>40</sup> キャラバン・メイト：認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」の企画・立案を担い、講師をする人。キャラバン・メイト養成研修を受講したのち活動する

<sup>41</sup> チームオレンジ：地域で生活する認知症の人や家族を支援するために、認知症サポーターを中心として編成された支援チーム

<sup>42</sup> 認知症ケアパス：認知症の進み具合や状態に応じて受けることのできる医療・介護・福祉サービスなどを標準的に示すもの



認知症サポーター養成講座実施回数・受講者数

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	実施回数	受講者数	実施回数	受講者数	実施回数	受講者数	実施回数	受講者数
小・中学校	0回	0人	0回	0人	1回	6人	0回	0人
放課後児童クラブ	11回	623人	0回	0人	0回	0人	0回	0人
企業・職域	5回	86人	3回	44人	7回	108人	2回	20人
自治会・地区組織等	6回	97人	2回	28人	5回	54人	2回	21人
公開講座	5回	47人	0回	0人	1回	10人	1回	10人
合計	27回	853人	5回	72人	14回	178人	5回	51人

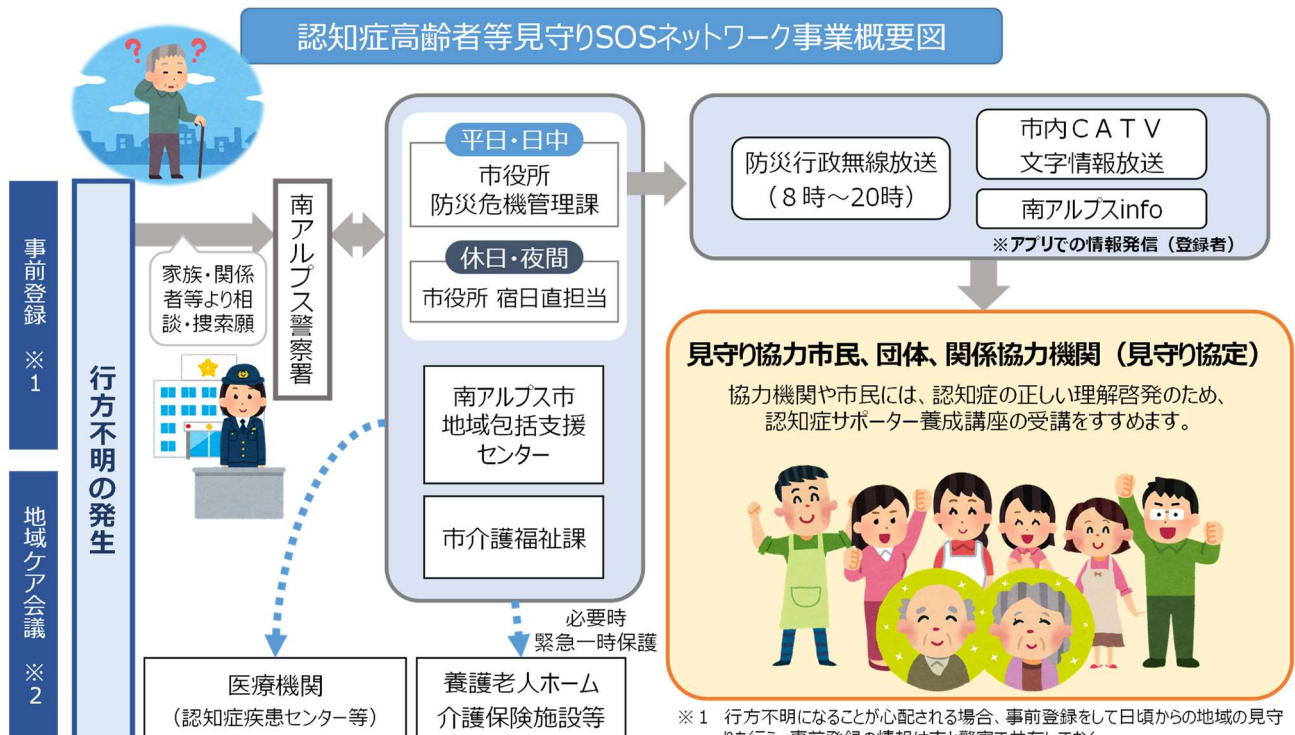
認知症サポーター養成人数・認知症サポーターステップアップ講座受講者数（累計）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（見込）
認知症サポーター養成人数（累計）	11,415人	11,487人	11,665人	11,716人	12,500人
認知症サポーターステップアップ講座受講者数（累計）	-	43人	82人	132人	160人

認知症高齢者の見守りに係る事業の新規登録者数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
SOSネットワーク新規登録者数	13人	10人	15人	14人
見守りシール新規交付件数	12人	8人	14人	12人

認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業概要図



※1 行方不明になることが心配される場合、事前登録をして日頃からの地域の見守りを行う。事前登録の情報は市と警察で共有しておく。  
 ※2 地域ケア会議等で、事前登録者の個別の見守り体制を検討し、ネットワークの協力者を得ておく。

### ○● 今後の方針 ●○

- 認知症についての正しい理解を広める「認知症サポーター養成講座」を、地域や学校、放課後児童クラブ、企業・事業所等を対象に広く実施します。また、市民向けの公開講座についても継続して実施していきます。
- 認知症サポーターステップアップ講座の開催を通して、実際に支援活動ができる認知症サポーターを育成していくとともに、チームオレンジの一員として地域で活動できるよう支援していきます。
- 連絡会や研修会の開催等を通して、認知症サポーターを養成するキャラバン・メイトのスキルアップに向けた支援を行うとともに、キャラバン・メイトが認知症サポーター養成講座を開催できるように支援します。
- 認知症高齢者等SOSネットワーク・見守りシールについて、必要な人が事業利用できるよう市民や関係機関に向けて周知を行うとともに、見守りシールを付けた認知症高齢者への対応方法等についても普及啓発を行います。
- 認知症に関する正しい知識の普及啓発と、本人や家族が状況に応じて必要な介護サービスを受けられるようになることを目的に、認知症ケアパスを地域包括支援センターでの相談対応において活用していくとともに、認知症疾患医療センター等関係機関に広く普及します。また、認知症ケアパスの内容について、随時更新していきます。
- 認知症についての正しい理解を深め、市民に広く知ってもらうため、認知症予防講演会を開催していきます。

## (2) 初期からの相談、医療・介護等の支援体制の構築

### 〇〇 現状と課題 〇〇

- 認知症は早期に受診し、適切な医療・介護等を受けることでより良い生活の維持につながり、病気自体の進行を遅らせることができるといわれているため、初期段階から適切な支援を提供することのできる地域の体制を整備することが必要です。
- 認知症の初期症状に気づかず早期対応が遅れたり、異変に気付いても受診や相談をためらったりと適切な医療や介護等を受けることができないケースがあります。このため、家族や担当のケアマネジャー、民生委員等の地域住民からの総合相談を受けて、支援が必要と思われるケースについては認知症初期集中支援事業の利用から適切な医療や介護へのつなぎを行い、本人の精神面のケアや家族・介護者支援を実施しています。認知症初期集中支援事業の利用者数は増加傾向ですがいまだ少なく、利用促進を図るため、いっそうの事業の周知が必要となっています。
- 医療・保健・福祉・介護・警察・消防・地域等の関係者から構成される認知症支援ネットワーク会議<sup>43</sup>を開催し、市内の認知症高齢者の現状と課題の共有や意見交換等を行うことで、地域における認知症支援の仕組みづくりを行っています。また、近隣2か所の認知症疾患医療センターとも、定例会議や個別ケースの受診調整等の機会を通じて連携強化を図っています。
- 医療・介護等の支援体制を構築するため、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員<sup>44</sup>を専任で配置し、支援に携わる機関の連携強化と地域のネットワーク構築を図り、受診へのつなぎや生活支援を行っているほか、認知症高齢者の家族への支援、協議体における認知症に関する勉強会の実施にも携わっています。
- 市内の介護関係者の認知症への対応力向上を目的とした研修会を開催してきました。しかし、コロナ禍において従来の集合型の研修の開催が困難だったこともあり、年1回の開催ができていません。より多くの介護関係者に参加してもらえるよう実施方法や内容を検討し研修会を開催していく必要があります。

### 〇〇 今後の方針 〇〇

- 認知症初期集中支援事業について、支援を行った事例についての評価・検証を行うことでより効果的な支援を行うための改善につなげるとともに、初期支援の有効性と事業利用について市民や介護関係者に広く周知していくことで利用促進を図ります。
- 地域包括支援センターに配置された認知症地域支援推進員が、医療と介護を始めとする支援機関の連携促進や地域の支援ネットワーク構築など、支援体制のコーディネート役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開します。

<sup>43</sup> 認知症支援ネットワーク会議：認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる地域社会の実現を目的に、保健・医療・福祉・介護関係者や高齢者団体、市民の代表等で構成される委員で組織する会議のこと

<sup>44</sup> 認知症地域支援推進員：医療機関・介護サービス事業所及び地域の関係機関をつなぐコーディネーターとして認知症施策の企画調整を担い、認知症の人やその家族を支援する役割で地域包括支援センターに配置されている専門職

○認知症支援ネットワーク会議を継続して開催し、各分野における情報共有・意見交換等を行うことで、認知症の人を地域で支える体制づくりを行っていきます。

○認知症高齢者に関わる支援者の対応力向上を目的とした研修会について、市内の介護サービス事業所や認知症初期集中支援チームなどの多くの支援者が研修に参加できるように、対応における課題の明確化を図るとともに、研修内容や実施方法の見直しを図ります。

### <認知症初期集中支援事業の概要>

#### 【相談支援の流れ】



#### 【対象者】

南アルプス市在住の40歳以上の方のうち 以下のいずれかに該当する方

ア) 認知症らしき症状はあるが、医療や介護サービスを受けていない方

- ・ 認知症の診断を受けていないが、気になる症状がある
- ・ 以前は医療や介護サービスを利用していたがやめてしまった

イ) 医療や介護サービスを受けているが、認知症の症状が強く、家族対応が困難な方



### (3) 本人支援や家族支援の充実

#### ●● 現状と課題 ●●

- 認知症の人やその家族が、閉じこもりや孤立状態となることなく、社会参加を継続していただけるよう、認知症の本人とその家族、地域住民、専門職など誰もがとどえる場である「認知症カフェ<sup>45</sup>」は現在、市内2か所で実施しています。しかし、前期計画で目標としていたもう1か所の新規開設ははまだ実現できていません。
- 認知症サポーターステップアップ講座を受講した認知症サポーターを対象に、認知症の人やその家族への寄り添い支援ボランティアである「オレンジパートナー」の養成を行ってきました。オレンジパートナーについては、育成したものの活動に結びついていない現状があるため、オレンジパートナーによる支援可能な内容と、認知症の人とその家族をマッチングしてオレンジパートナーの活動につなげていくことが必要です。
- 認知症の人が自らの体験や希望、必要としていることについて発信できる機会として、認知症支援推進員が相談を受けた認知症の人から思いを聞き取ったり、本人の思いを記録・保存する「本人の声貯金箱」を実施してきました。今後は、認知症の人同士が集って本人発信を行う「本人ミーティング<sup>46</sup>」の実施や、軽度者を含む認知症の人の活動の場や役割の創出等に向けた体制整備が課題となります。
- 家族介護教室・交流会を実施し、介護者同士の交流や学習、情報交換等を行いました。より多くの人に参加してもらえるように周知を行っていく必要があります。
- 認知症状があっても適切な環境が整備されていれば残された機能を十分に発揮して自分らしい生活を送ることが可能です。認知症でも能力を活かして生活できる住居が選択できるよう、所得の低い方に対し、グループホームの利用者負担額を助成する制度を創設しています。
- 高齢者のみならず、若年性認知症についても支援が求められていることから、県の関係機関等と連携した支援体制の構築が必要です。

家族介護者相互交流事業、家族介護教室（介護者のつどい）の状況

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
家族介護者相互交流事業、 家族介護教室 (介護者のつどい)	参加人数	73人	122人	94人	114人
	実施回数	4回	5回	4回	5回

#### ●● 今後の方針 ●●

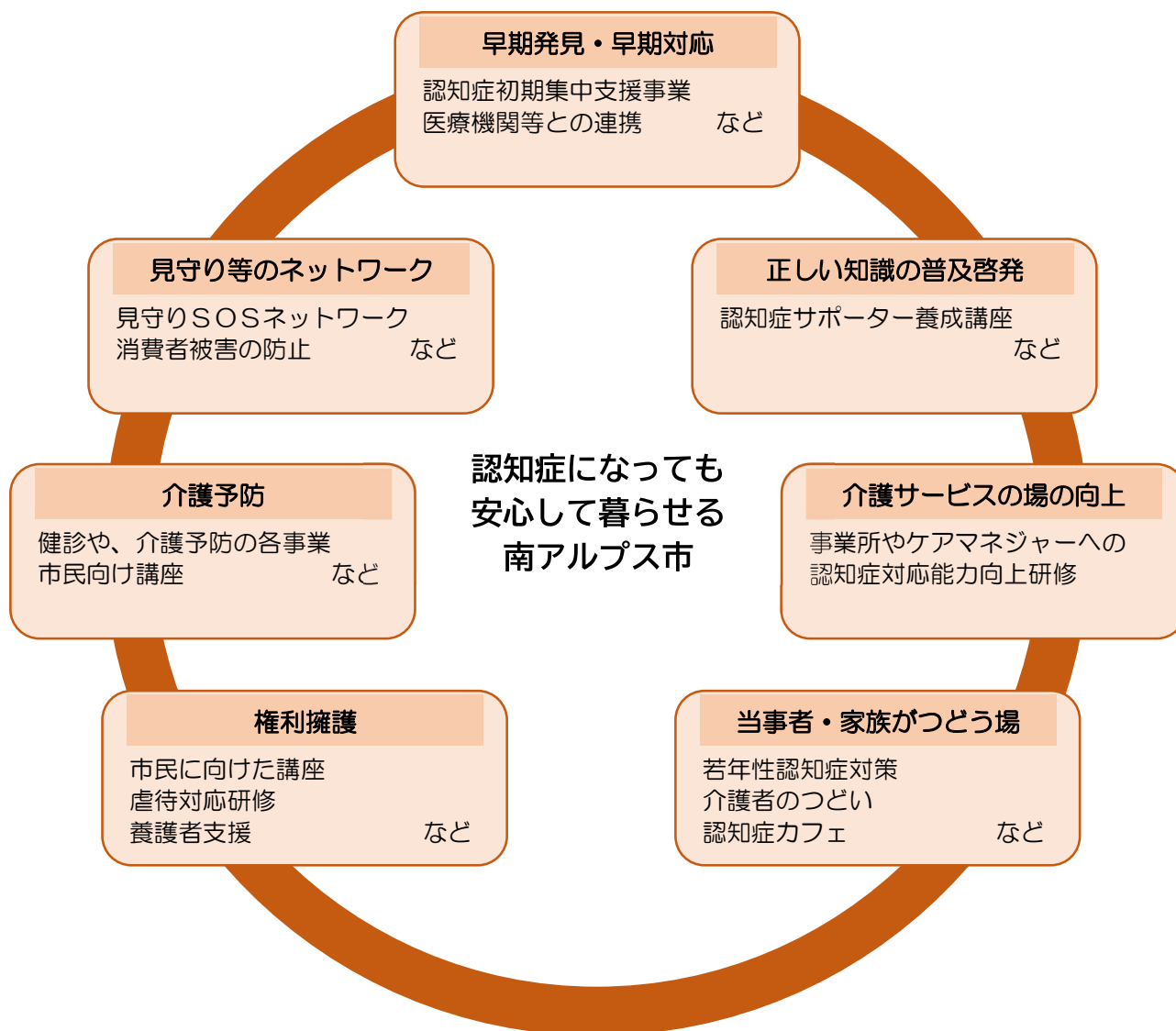
- 認知症カフェの運営と、新規開設に向けた取組を推進します。また、身近な地域で認知症の人やその家族による社会参加の場が提供されるよう、認知症カフェに類似した機能を既存のつどいの場に付加するための支援を行います。

<sup>45</sup> 認知症カフェ：認知症の人やその家族、地域住民など誰もが気軽に参加でき、お互いの悩みや体験を話し合う交流の場のこと

<sup>46</sup> 本人ミーティング：認知症の本人がつどい、本人同士が主となって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのより良い暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場

- オレンジパートナーの育成と活動支援を図るため、認知症サポーターステップアップ講座を継続して実施するとともに、実際にオレンジパートナーが活動できるような体制づくりについて検討します。
- 認知症の人が思いを発信する場を確保するため、「本人の声貯金箱」を継続して実施するとともに、本人ミーティングの開催に向けた体制整備や、軽度者を含む認知症の人の活躍の場の創出に努めます。
- 認知症の人を介護している家族を対象とした家族介護教室・交流会がより充実した内容となるよう、関係団体や実施機関との連携を図るとともに、参加者が増えるよう教室・交流会の周知を図ります。
- 若年性認知症の人とその家族に対する支援を図るため、個別ケースを通じて県の若年性認知症相談支援センターと連携しながら支援を図ります。また、認知症ケアパスを活用して相談先の情報を提供します。

### 南アルプス市の認知症支援の取組





## 重点目標4 高齢者の権利擁護の推進

### 前期計画のあゆみ

#### <成年後見制度の利用促進に向けて>

認知症高齢者やひとり暮らし高齢者の増加が見込まれるなか、住み慣れた地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるようにするために、成年後見制度の利用の必要性は高まっていくとみられます。

しかし、成年後見制度の課題として、社会生活に支障をきたさない限り制度の利用へと至らないこと、選任される後見人等のなかには意思決定支援<sup>47</sup>・身上保護<sup>48</sup>などの福祉的視点に乏しい後見人もいること、後見人への支援体制が不十分であることなどが挙げられます。

こうした現状を受け、市では前期計画において「南アルプス市成年後見制度利用促進計画」を策定し、

- 専門職団体、関係機関等が連携・協力する「権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」の設置
- 中核機関の設置及び運営
- 本人中心を徹底する「チーム」の形成
- 成年後見制度の普及啓発の推進
- 市民後見人<sup>49</sup>の養成・支援
- 成年後見制度の利用に関する助成制度

等についての取組を定め、成年後見制度の利用促進に必要な機能の段階的な整備に努めてきました。

#### ◆主な取組

##### ①「南アルプス市権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」の設立

令和3年度より「南アルプス市権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」を設立しました。法律職、福祉職、ケアマネジャー、民生委員、市民後見人等、権利擁護に携わる多様な人材を委員に招聘し、制度活用に留まらず市民の権利擁護推進に向け、それぞれの専門性や立場から市の取組に対する提言をいただき、施策反映に努めています。

<sup>47</sup> 意思決定支援：被保佐人等に必要な情報を提供し、本人の意思や考えを引き出すなどして、本人が自ら意思決定をするために必要な支援をする活動のこと

<sup>48</sup> 身上保護：被後見人等の健康や生活に配慮し、安心した生活が送れるよう法律に基づいた契約等を行うこと

<sup>49</sup> 市民後見人：「市民後見人養成研修」を受けた親族以外の市民による後見人のことで、家庭裁判所への申立てにより選任される制度のこと

## ②南アルプス市権利擁護センターの開設

協議会設立と同時に、市の権利擁護を推進する中核機関である「南アルプス市権利擁護センター」を開設しました。介護福祉課、福祉総合相談課、障がい福祉課の3課による協働により、4つの重点施策である【地域連携ネットワークと中核機関】【権利擁護支援体制の構築】【成年後見制度の利用促進】【成年後見制度や中核機関の啓発】について年間事業計画に基づき取り組んでいます。

## ③支援調整会議による権利擁護の視点の担保

外部のアドバイザーを招聘し、個別事例の支援における客観性を担保することを目的とした「支援調整会議」を概ね月1回開催しました。成年後見制度活用に伴う市長申立<sup>50</sup>の必要性、後見人等候補者の選定、個別支援における課題、将来の見通し等について、弁護士、司法書士、社会福祉士等の複数の専門職による多角的な協議を通じ、単なる制度活用の検討に留まらず、将来の生活の可能性などにも触れることにより、生活全般における権利擁護が図られているか否か、検証する機会にもなっています。

---

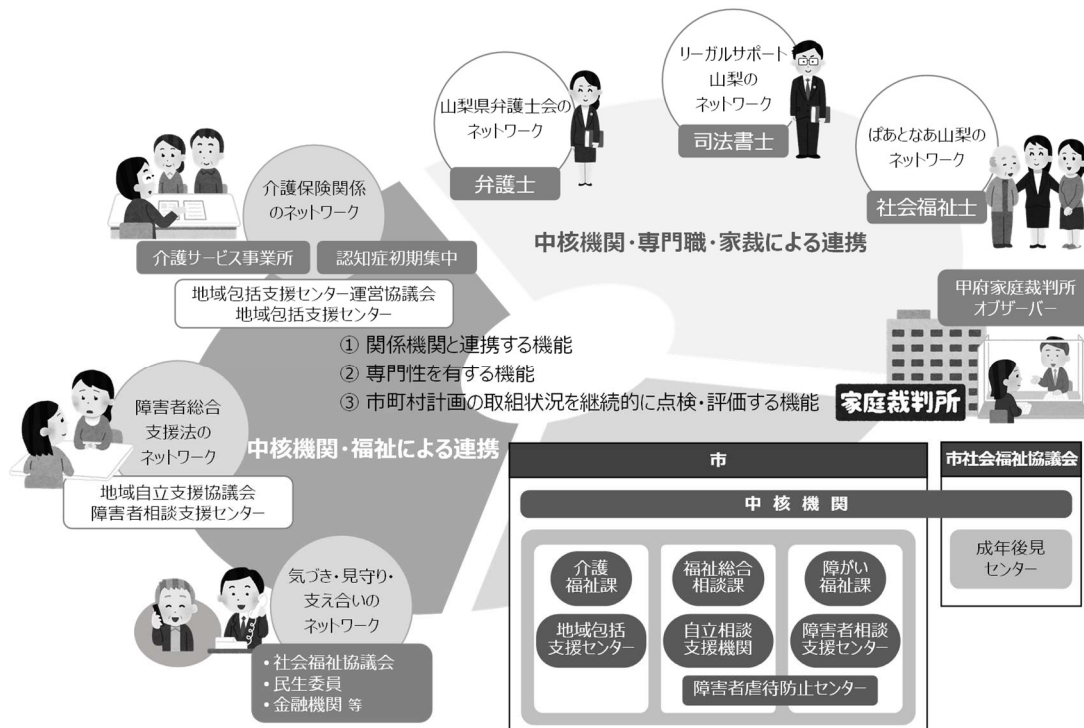
<sup>50</sup> 市長申立：身寄りがなく法定後見制度の申立てをする親族がない場合に、親族に代わり市長が申立てを行う制度のこと

## (1) 高齢者の尊厳保持と虐待の防止

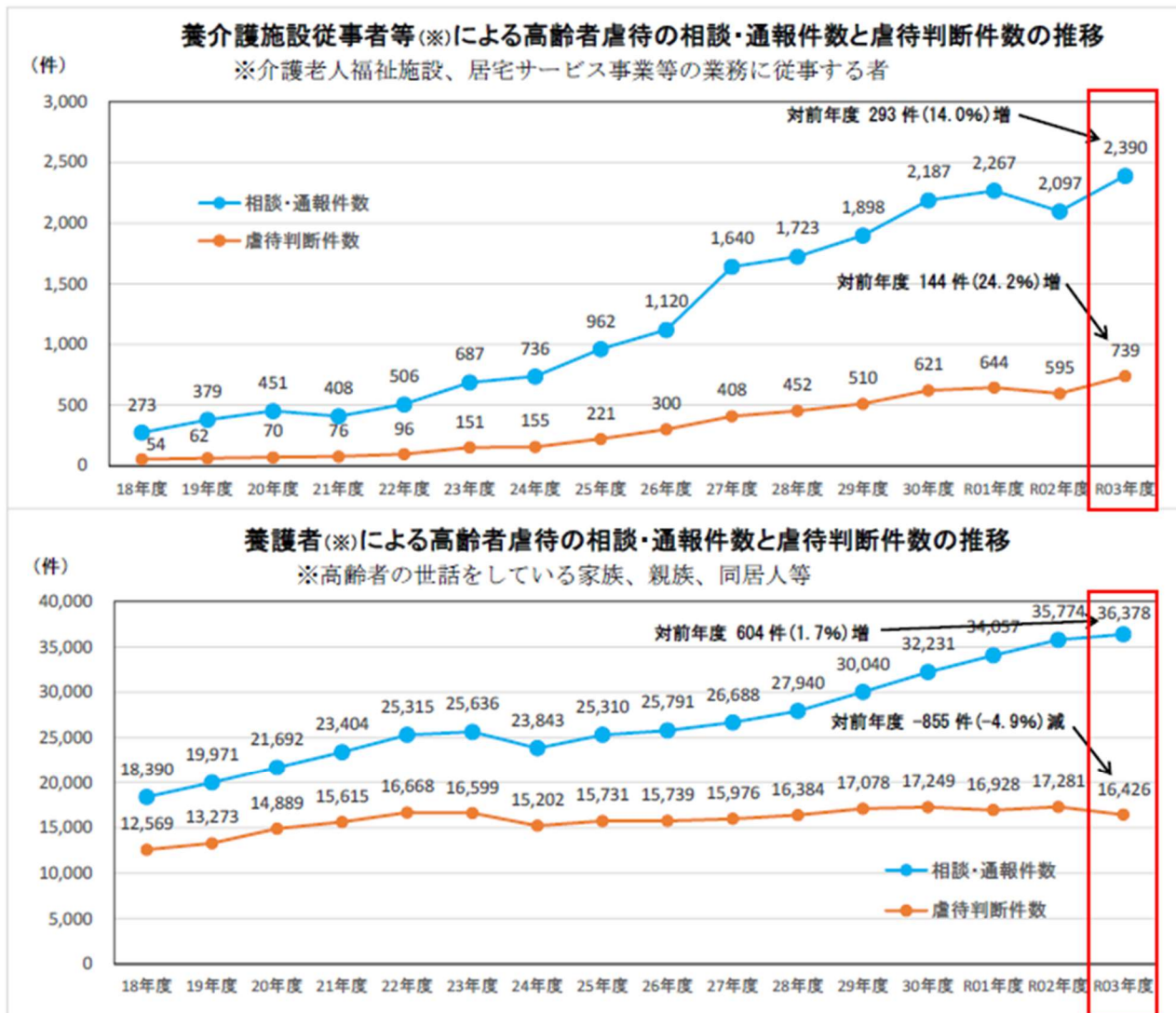
### ●● 現状と課題 ●●

- 平成 18 年の介護保険法の改正により、「高齢者の尊厳保持」が明確に規定されるとともに、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行され、高齢者虐待への対応と高齢者虐待の防止が市の責務となりました。
- 高齢者人口の増加に伴い、加齢や認知症による判断能力の低下で自己決定が困難となり、虐待などの権利侵害に遭いやすい高齢者がさらに増えていくことが見込まれます。
- 国が毎年実施している調査によると、令和3年度に、高齢者虐待の相談・通報件数は要介護施設従事者等による虐待・養護者による虐待ともに調査開始以降で最大の件数となっています。一方、虐待相談・通報件数は、令和2年度以降30件を下回っています。これは、潜在化している事例が一定数存在していると考えられます。それらの背景から、虐待に関する意識の啓発、虐待に関する通報先・相談窓口について周知していくことが必要です。
- 市では、高齢者虐待を未然に防ぐために、介護サービス事業所やケアマネジャー、市役所職員を対象に、権利擁護や虐待防止に関する研修を毎年度開催して普及啓発に努めています。継続して研修を実施してきたことから、今後は研修内容を基本的なものからより応用的なものへと発展させていくことも必要です。
- 市及び地域包括支援センターにおいては、虐待の通報受理から事実確認、対応までの業務を的確に行うことのできるよう、研修会による職員の資質向上に努めるほか、警察や弁護士会、社会福祉士会などの専門機関とのネットワーク構築を図っています。
- 令和3年度に、多様な権利擁護ニーズを支援するための中核機関である「権利擁護センター」及び「権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」を立ち上げ、専門的対応や支援体制の強化にあたっています。また、市虐待対応マニュアルに基づき対応を行っています。

### 南アルプス市権利擁護・成年後見制度利用促進協議会のイメージ



(国) 高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



資料：厚生労働省

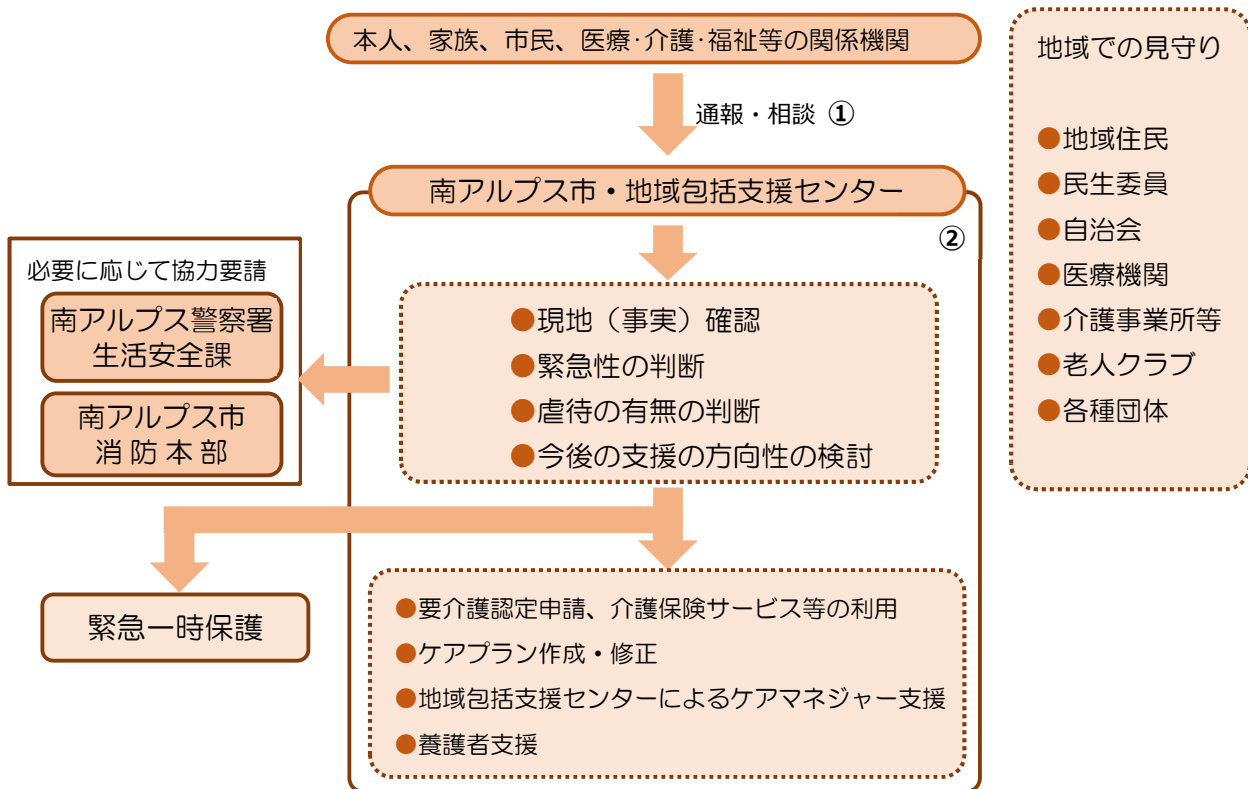
虐待相談・通報の件数とその内訳

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
虐待相談・通報件数	34件	23件	16件	24件
虐待判断件数	14件	7件	19件	5件
施設従事者による虐待	1件 (身体的)	0件	10件	0件
養護者による虐待	13件	7件	9件	5件
身体的虐待	12件	5件	14件	7件
介護放棄	1件	1件	1件	2件
心理的虐待	9件	4件	7件	2件
性的虐待	0件	0件	0件	0件
経済的虐待	1件	1件	1件	0件
一時保護件数	4件	5件	3件	5件

◆虐待対応の流れ

- ①市民や高齢者福祉業務従事者等は、虐待の早期発見のため、虐待が疑われる場合は市への相談・通報を行うことが求められています。
- ②高齢者虐待の相談・通報を受けた場合、市では速やかに関係職員による受理会議を開き、緊急性及び虐待の有無の判断と今後の方向性について協議・検討します。警察署や介護サービス事業所、高齢者施設などの関係機関と協力しながら高齢者及び養護者支援を行います。

◆虐待対応フローチャート



●● 今後の方針 ●●

- 高齢者に対する虐待を未然に防ぐとともに、早期発見及び早期支援を図るため、介護サービス事業所やケアマネジャーを対象に虐待防止・権利擁護に関する研修を毎年度実施します。
- 地域ケア会議において、高齢者虐待に関する事例共有と対応策の検討を図ります。また、個別ケースに寄らない市民全体に向けた情報発信や虐待に関する意識の啓発、相談窓口等の周知を図ります。
- 市及び地域包括支援センターにおいては、引き続き虐待事案への適切な対応や関係機関との連携に取り組むとともに、通報件数や事例の分析、事業所との合同研修などを実施し、支援の質の向上に努めます。また、研修の実施にあたって、事業所からのニーズの把握に努めます。
- 権利擁護支援に係る中核機関である「権利擁護センター」及び「権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」において、専門的対応を行うとともに、支援調整会議の実施を通して支援ニーズの把握を行い、対応力の強化を図ります。



## (2) 高齢者の消費者被害の防止

### ●● 現状と課題 ●●

- 高齢者が消費生活を送る上で、商品・サービスに起因する事故や悪質事業者による不当な契約など、さまざまな消費者トラブルが発生しています。また、高齢者による消費生活相談は増加傾向にあります。
- 高齢者を狙った詐欺等の手口に関する相談の内容をみると、架空請求に関する相談が特に多くなっています。
- 近年は、振り込め詐欺などの特殊詐欺が社会問題となっています。被害者は高齢者が多数を占めており、このことから、高齢者の消費者被害防止のための取組が求められているといえます。また、情報通信技術の発展や情報通信機器（ICT機器）の普及に伴い、デジタル分野に関するトラブルも増えてきています。加えて、偽のサイトに誘導してパスワード等の情報を盗み出すフィッシング詐欺等も近年急増していることから、対策が必要です。
- 市では、質の高い相談支援や救済により消費者の安心・安全が確保された地域を目指して、平成29年度に市消費者生活センターを設置し、より身近な相談支援体制の構築に努めています。

### ●● 今後の方針 ●●

- 警察や市消費者生活センター等との連携を図り、地域の見守り体制を構築していきます。
- チラシや地域包括支援センター広報紙「サポート」の配布、出前講座の開催等を通じて、高齢者に直接消費者被害防止について啓発していきます。

※第8期計画では、成年後見制度の利用促進に係る取組を「成年後見制度の利用の促進に関する法律」第14条第1項に基づく「成年後見制度利用促進計画」として位置づけていました。しかし、成年後見制度は高齢者福祉に特化した制度ではないことから、今期計画においては「成年後見制度利用促進計画」としての位置づけはせず、令和6年度に策定予定の「第5次南アルプス市地域福祉計画」において新たに「成年後見制度利用促進計画」を盛り込むこととします。



