

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12月
南アルプス市

目次

第1章 プランの策定にあたって	1
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
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	6
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.....	13
4 評価項目の達成状況.....	36
第3章 基本的な考え方	38
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
第4章 プランの具体的な取組	44
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.....	58
重点目標3 認知症施策の推進.....	82
重点目標4 高齢者の権利擁護の推進.....	91
第5章 介護保険事業・地域支援事業の推進	97
1 介護サービス量等の見込みの手順.....	97
2 介護保険事業対象者等の推計.....	98
3 介護サービス・介護予防サービスの見込み.....	100
4 地域支援事業の見込量.....	113
5 第1号被保険者の介護保険料.....	115
6 事業者への指導・助言、介護人材の確保及び質の向上.....	120
7 介護保険制度の適正・円滑な運営.....	121
第6章 プランの推進にあたって	124
1 プランの周知・啓発.....	124
2 関係機関・地域との協働・連携.....	124
3 プランの進行管理と点検評価.....	124
4 主な評価指標.....	125

資料編.....	127
1 南アルプス市高齢者いきいきプラン策定委員名簿.....	127
2 策定経過.....	128

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¹）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はじめ、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²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、「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築への支援」「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月末現在、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³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、相互に支えあい、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。

¹ 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

² 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

³ 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。

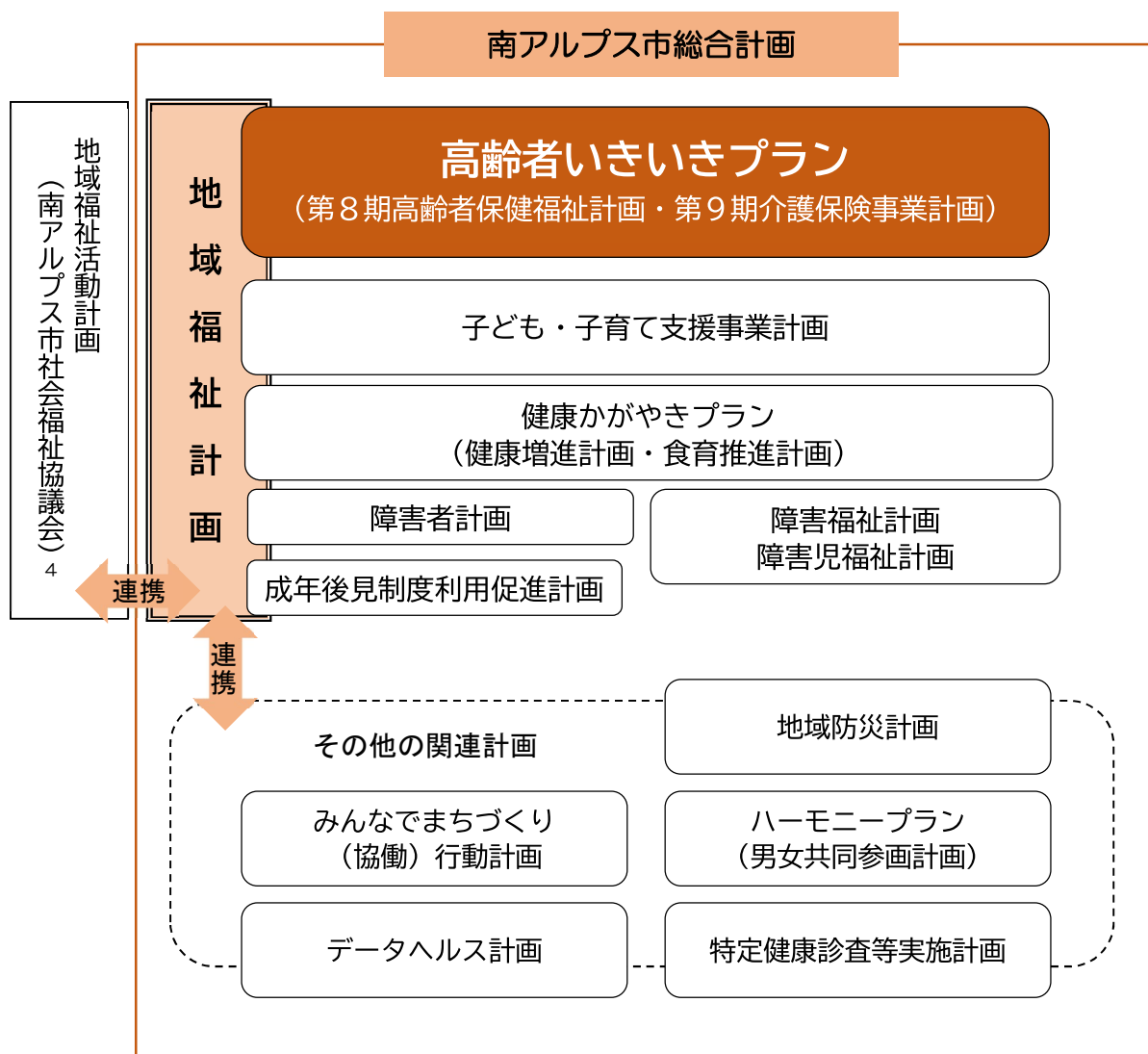
「高齢者保健福祉計画」は、市における高齢者に関する施策全般にわたる計画であり、すべての高齢者に対する福祉事業全般及び介護に関する総合的な計画です。「介護保険事業計画」は、高齢者保健福祉計画のうち、介護・支援を必要とする高齢者及び要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者に対する施策に関する計画です。

(2) 他計画との関係

本計画は、市の基本方針である「第2次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、国が定める「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します。

なお、前期「南アルプス市 高齢者いきいきプラン」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「第2期成年後見制度利用促進計画」を盛り込むこととします。



(3) プランの対象地域

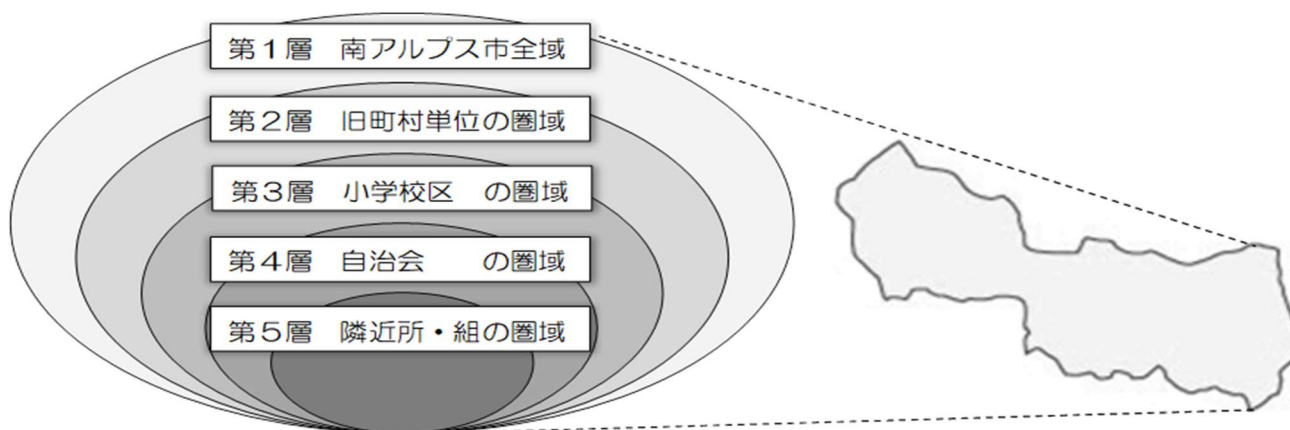
「介護保険事業計画」においては、住民が日常生活を営んでいる地域を基準に、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況等を総合的に検討し、日常生活圏域⁵を定めることとしています。

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。

⁴ 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

⁵ 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⁶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⁷や地域包括支援センター⁸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> 16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⁹協議会がこの単位で組織されています。
- ・主任児童委員¹⁰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中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。

⁶ 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

⁷ 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実践すること（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

⁸ 地域包括支援センター：保健師、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

⁹ 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非常勤の地方公務員

¹⁰ 主任児童委員：民生委員児童委員の中から指名され、区域の民生委員と連携して児童に関わる相談・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6年1月5日から2月5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、介護保険法において3年間を一期とすると定められていることから、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。

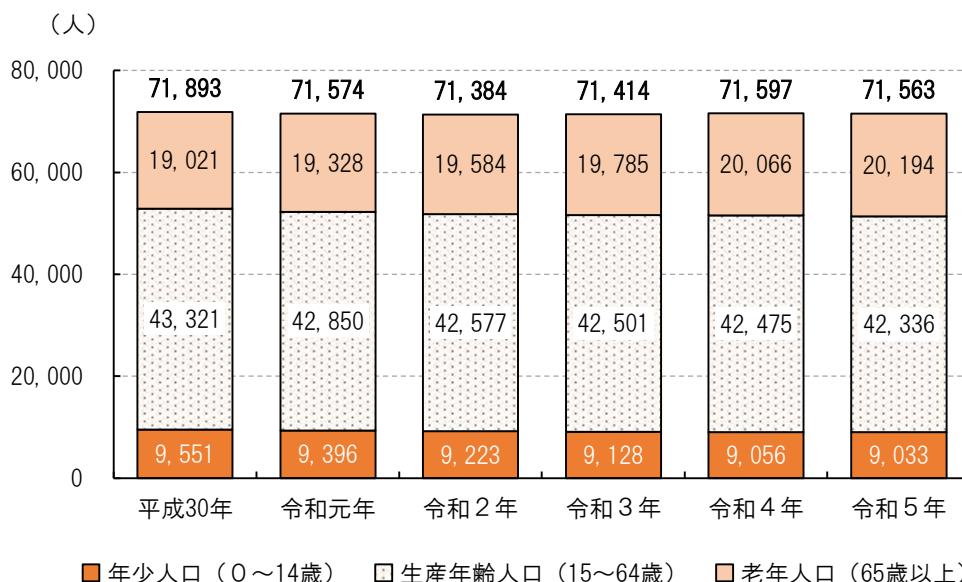
また、「高齢者保健福祉計画」は、老人福祉法により「介護保険事業計画」と一体的に作成する必要があることから、同様の計画期間とします。

		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

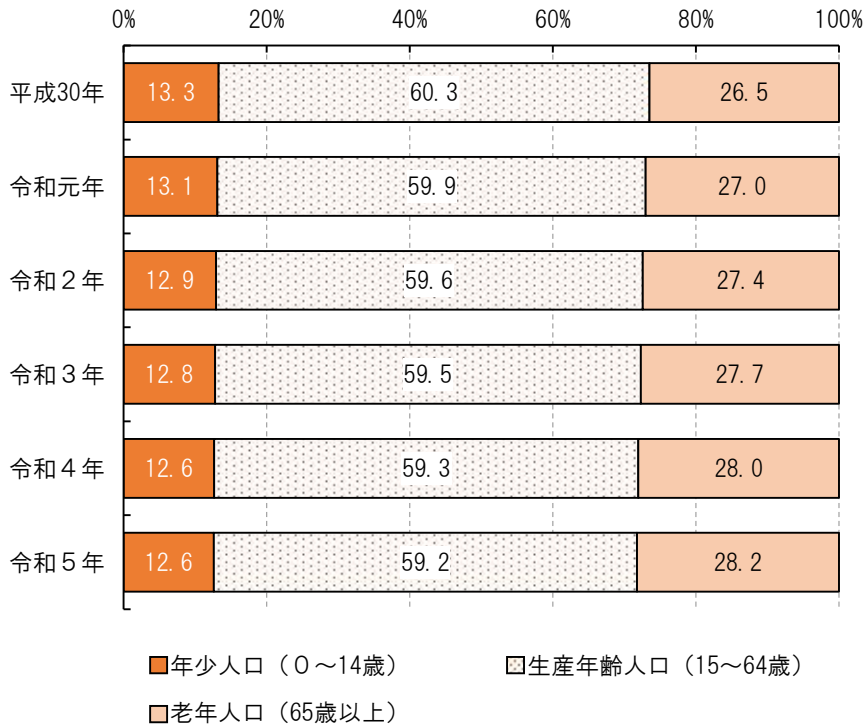


資料：住民基本台帳（各年9月末日）

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、令和5年には合計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一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人となっています。一方、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53人の転入超過となっています。転入高齢者の内訳については、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。

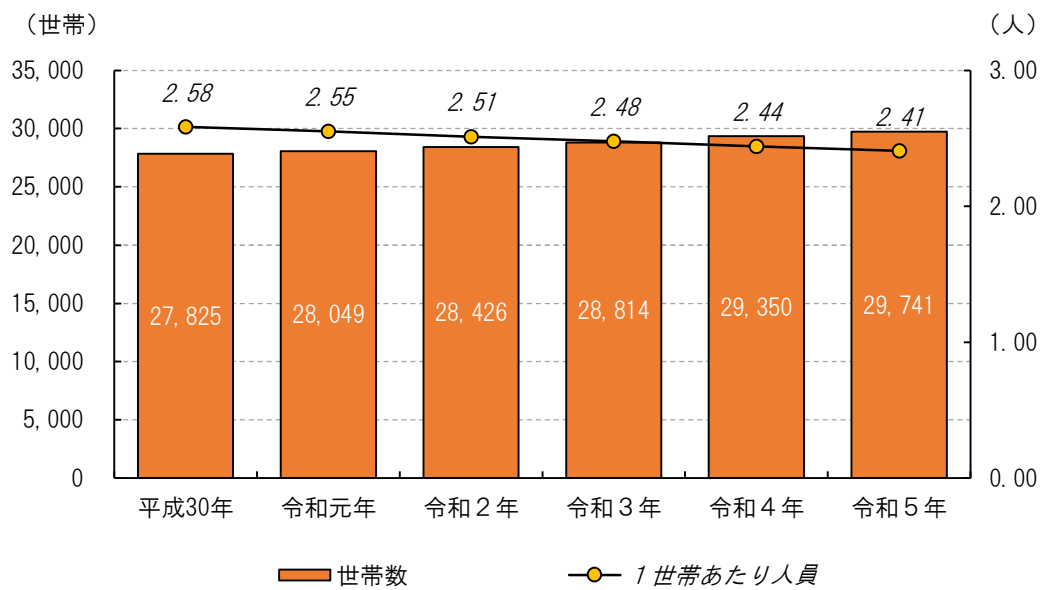
(2) 年齢3区分別人口比率の推移



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

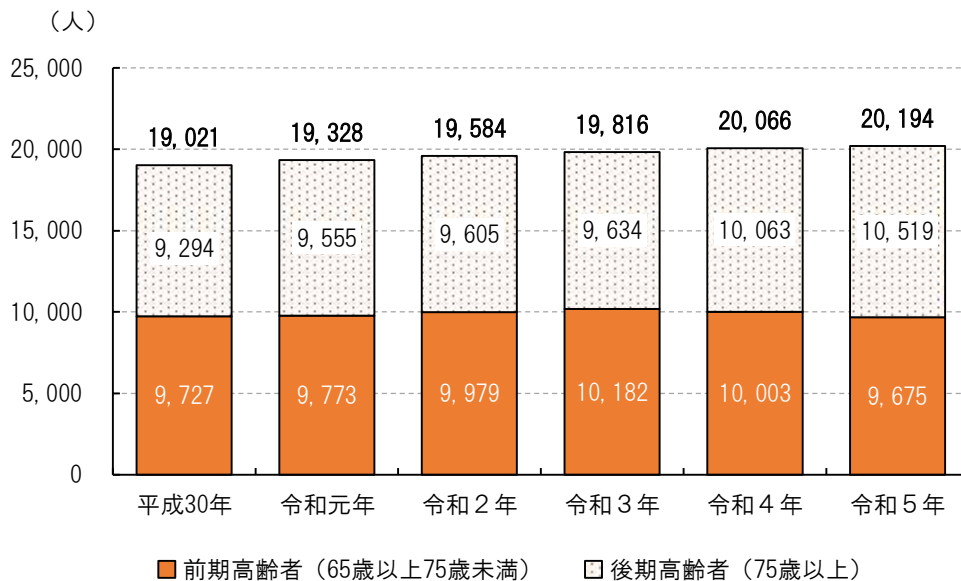


資料：住民基本台帳（各年9月末日）

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2.41人となっています。

2 高齢者等の状況

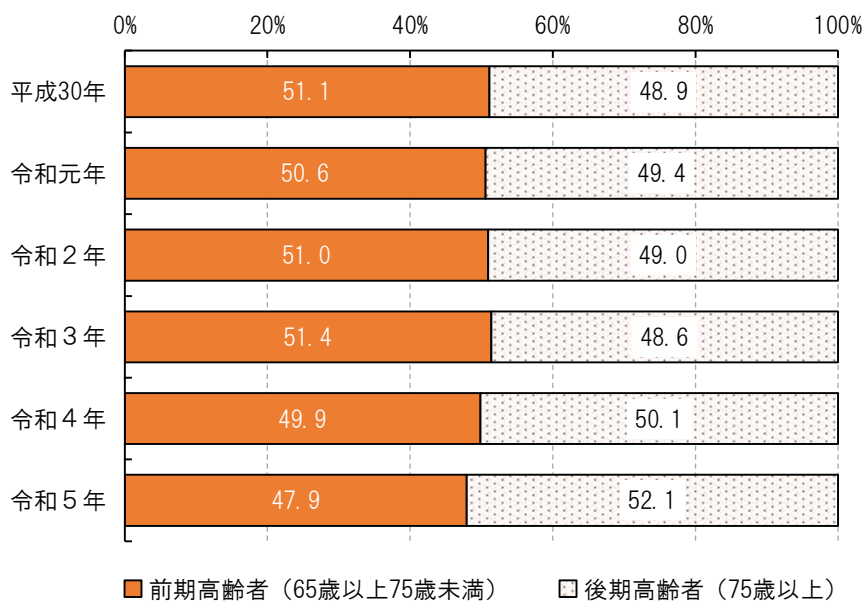
(1) 高齢者人口の推移



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）

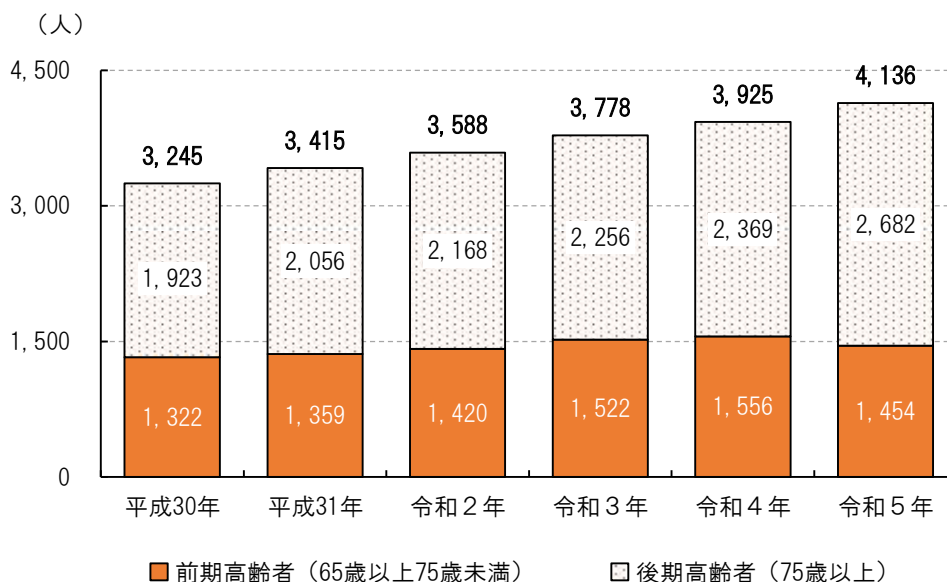
※ひとり暮らし高齢者世帯…在宅でひとり暮らしの高齢者世帯

※高齢者夫婦世帯…夫婦とも65歳以上の夫婦のみの世帯

※その他高齢者世帯…すべての世帯構成員が65歳以上の高齢者からなる世帯
（高齢者夫婦世帯、ひとり暮らし高齢者世帯を除く）

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。

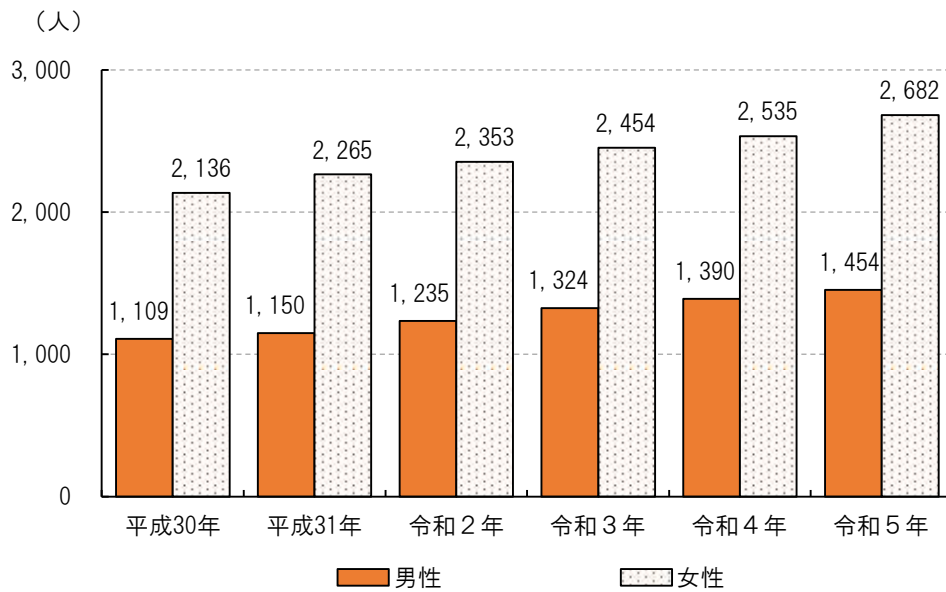
(4) ひとり暮らし高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日）

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、前期高齢者は1,454人、後期高齢者は2,682人で、全体に占める割合は前期高齢者が35.2%、後期高齢者が64.8%となっています。

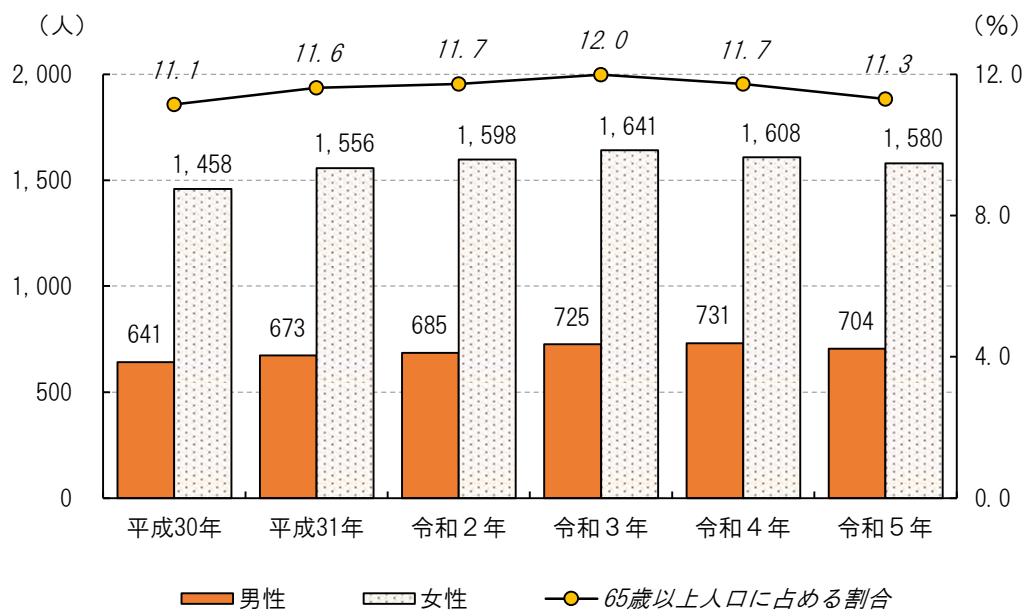
(5) 男女別ひとり暮らし高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日）

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。

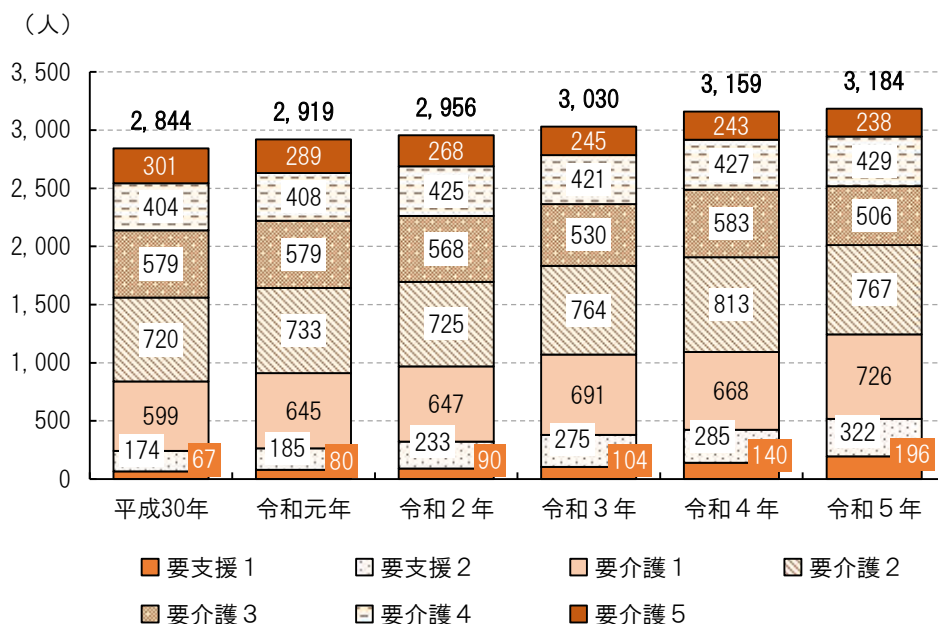
(6) 認知症高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日）

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11.3%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5年においては合計3,184人で、要支援1が196人、要支援2が322人、要介護1が726人、要介護2が767人、要介護3が506人、要介護4が429人、要介護5が238人となっており、平成30年からの要介護度別の増加率については、要支援1が高くなっています。

(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		非労働力人口	労働力不詳	
		就業者	完全失業者			
南アルプス市	19,302	6,422	6,261	12,218	662	
	100.0	33.3	32.4	63.3	3.4	
	男性	8,646	3,811	3,670	4,515	320
		100.0	44.1	42.4	52.2	3.7
女性	10,656	2,611	2,591	7,703	342	
	100.0	24.5	24.3	72.3	3.2	
山梨県	245,884	75,544	73,266	159,994	10,346	
	100.0	30.7	29.8	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¹¹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¹²の割合は63.3%となっています。

¹¹ 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」

¹² 非労働力人口：65歳以上の就業できない人及び働く意思がない人を合計した人口

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－郵送回収	郵送配布－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、回収した調査票から無効票・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位を四捨五入しているため、比率の数値の合計が100.0%になら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。

※経年比較及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。

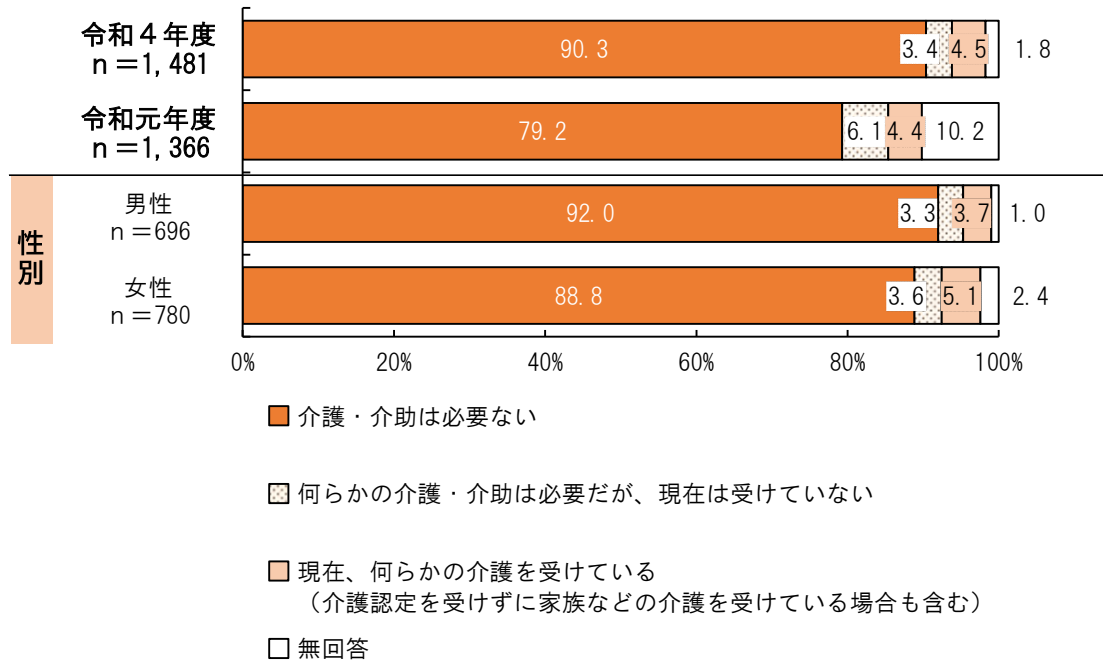
※「令和4年度」は今回の調査結果、「令和元年度」は前期計画策定時の調査結果を表しています。

(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】

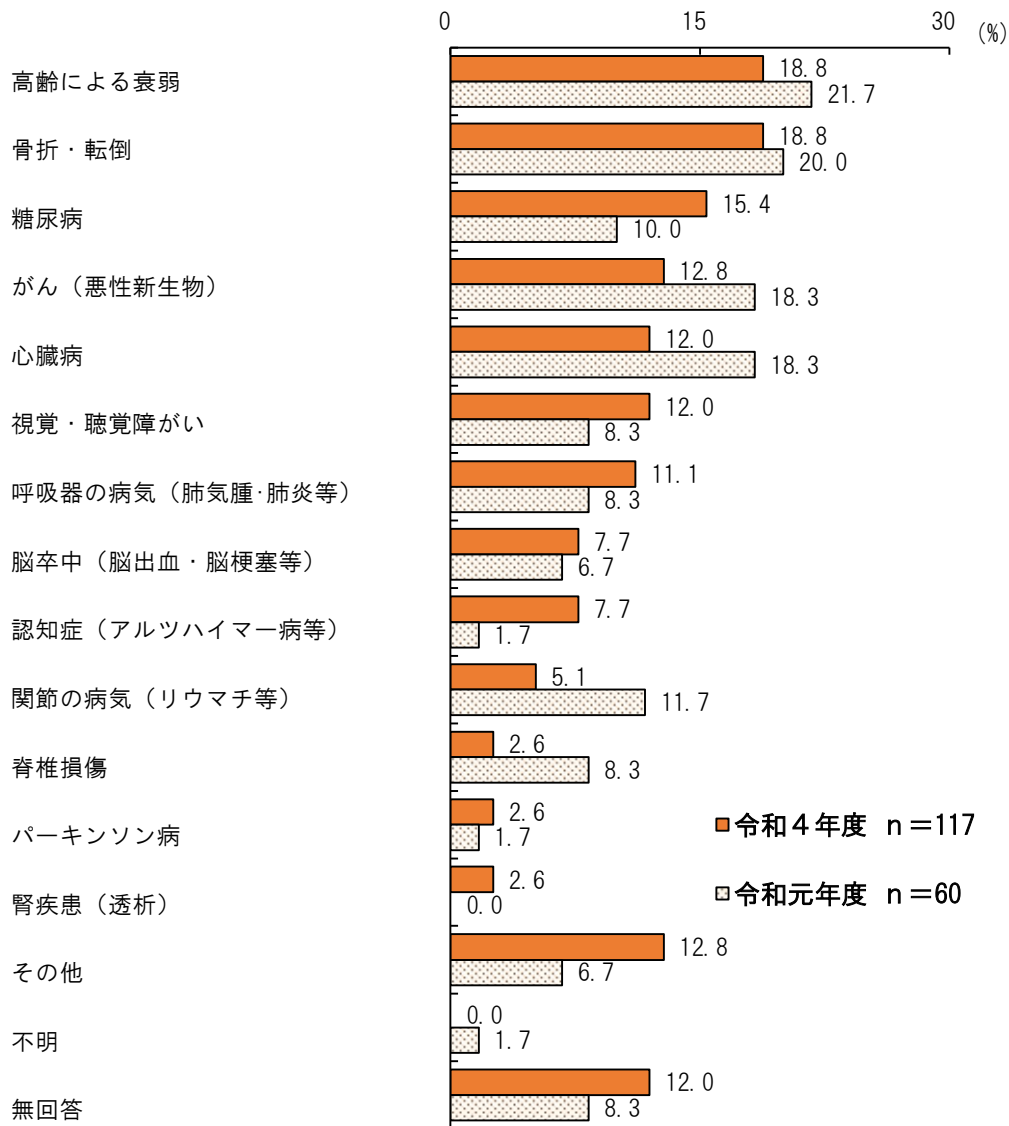
● 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要か



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)

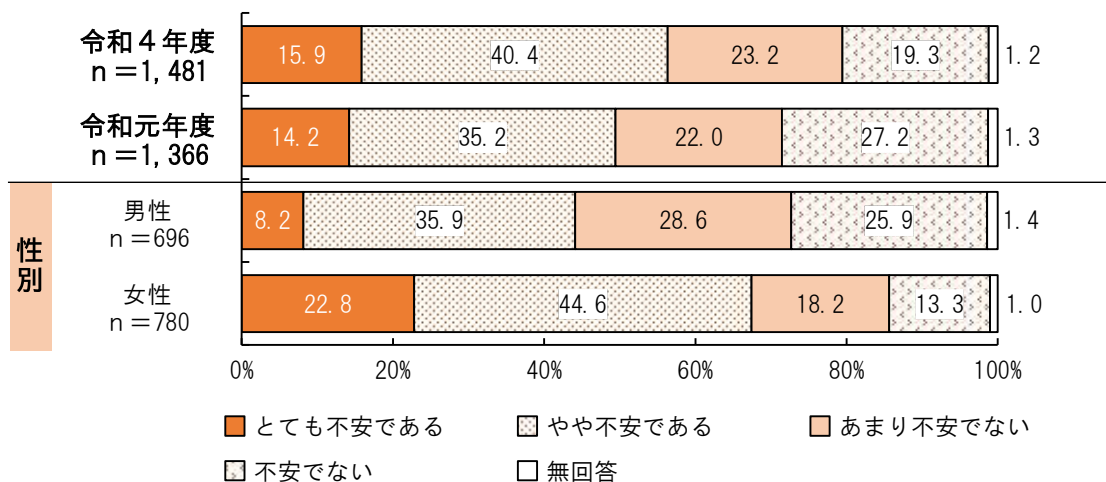


※複数回答可

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】

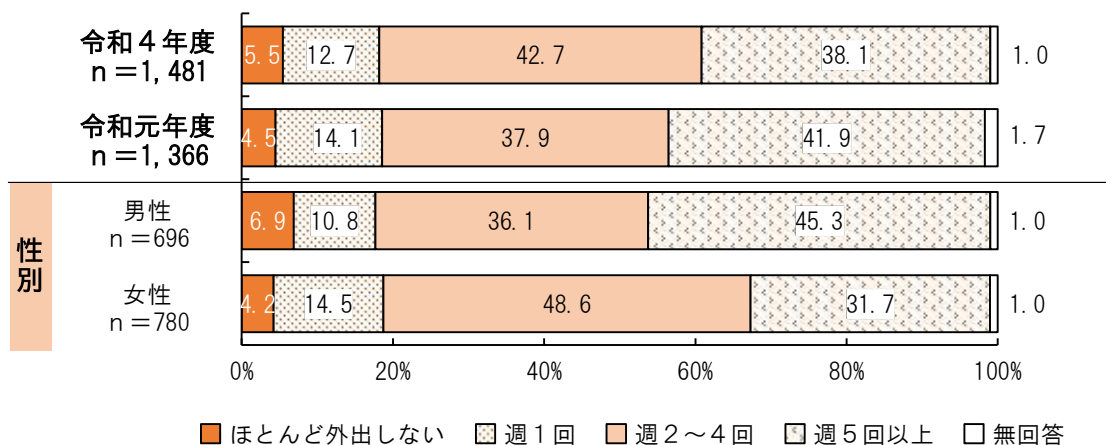
●転倒に対する不安は大きいのか



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。

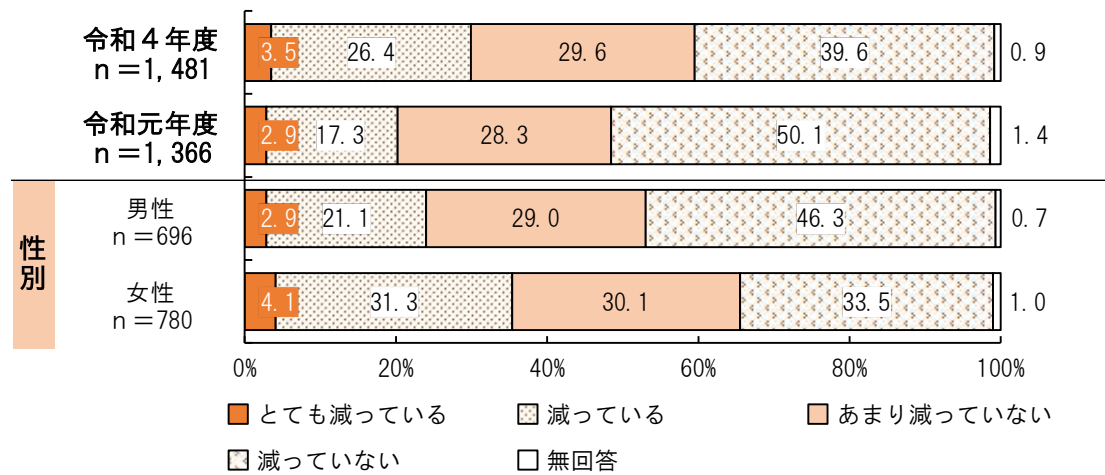
●週に1回以上は外出しているか



週に1回以上外出しているかについては、「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

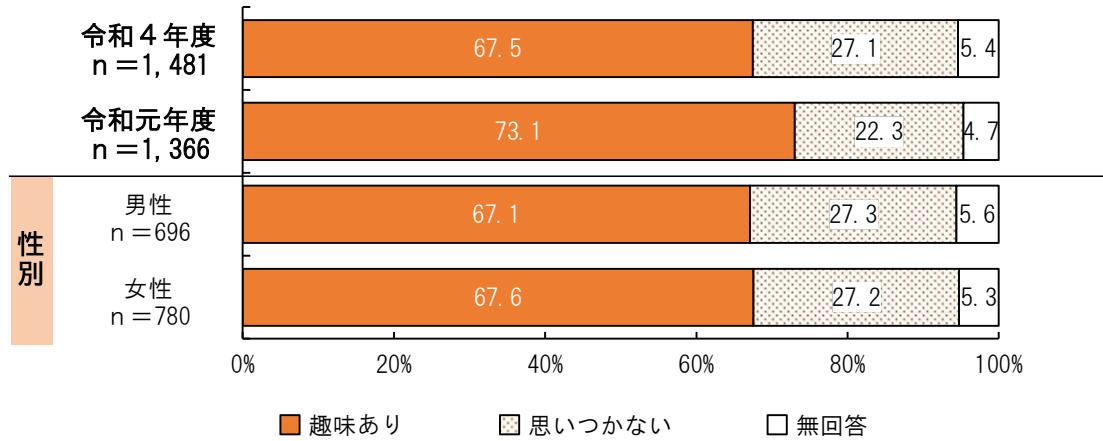


昨年と比べて外出の回数が減っているかについては、「減っていない」が39.6%と最も多く、次いで「あまり減っていない」が29.6%、「減っている」が26.4%などとなっています。また、『減っている』（「とても減っている」＋「減っている」）が29.9%、『減っていない』（「減っていない」＋「あまり減っていない」）が69.2%となります。令和元年度と比較すると『減っている』が9.7ポイント増加しています。

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。

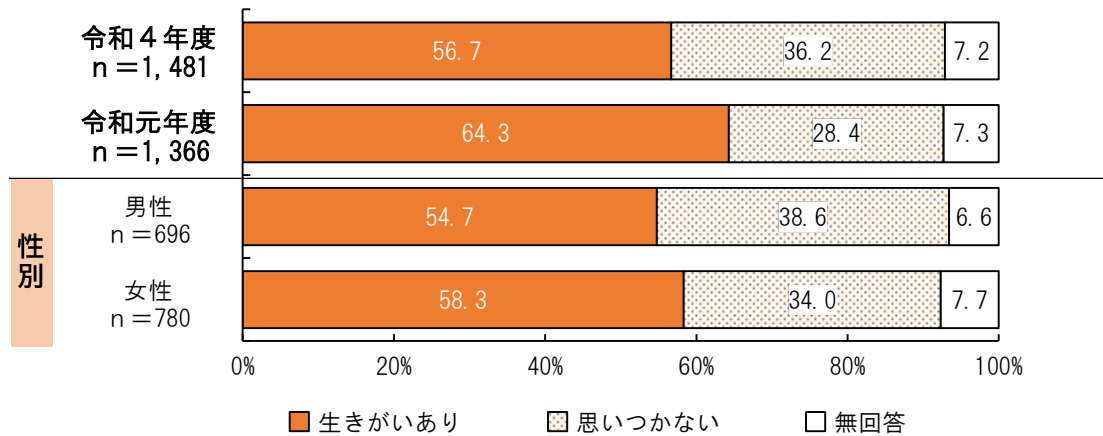
【毎日の生活について】

●趣味はあるか



趣味はあるかについては、「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。

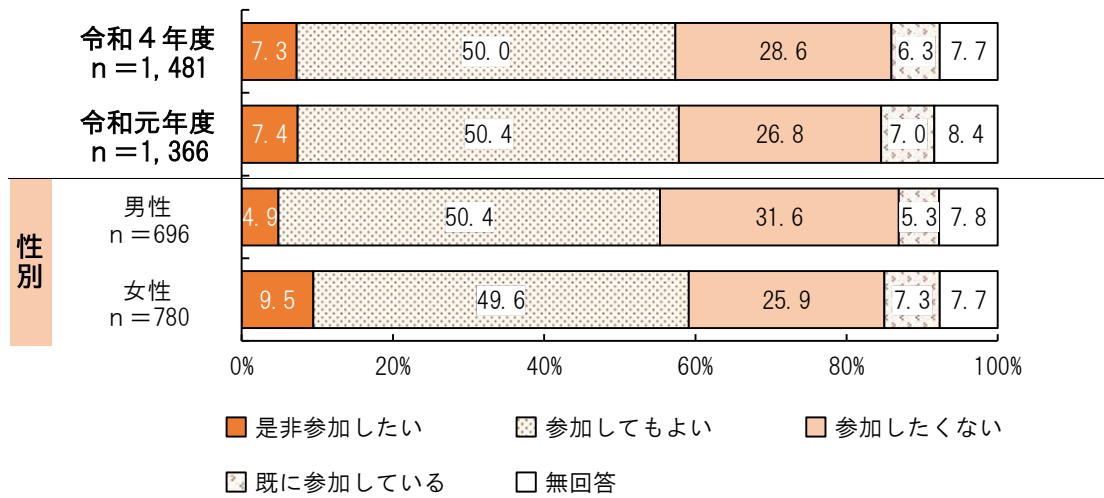
●生きがいはあるか



生きがいはあるかについては、「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】

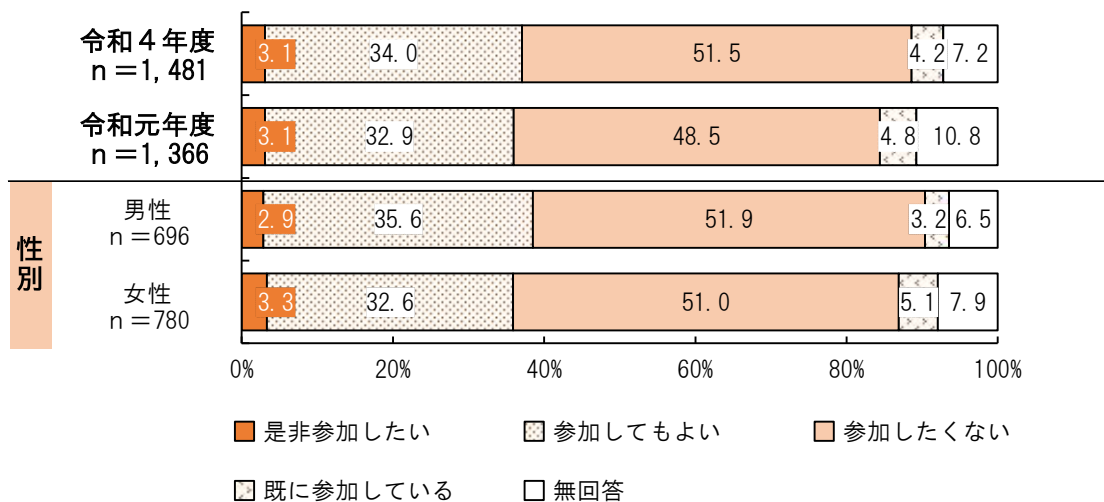
●健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたいか



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。

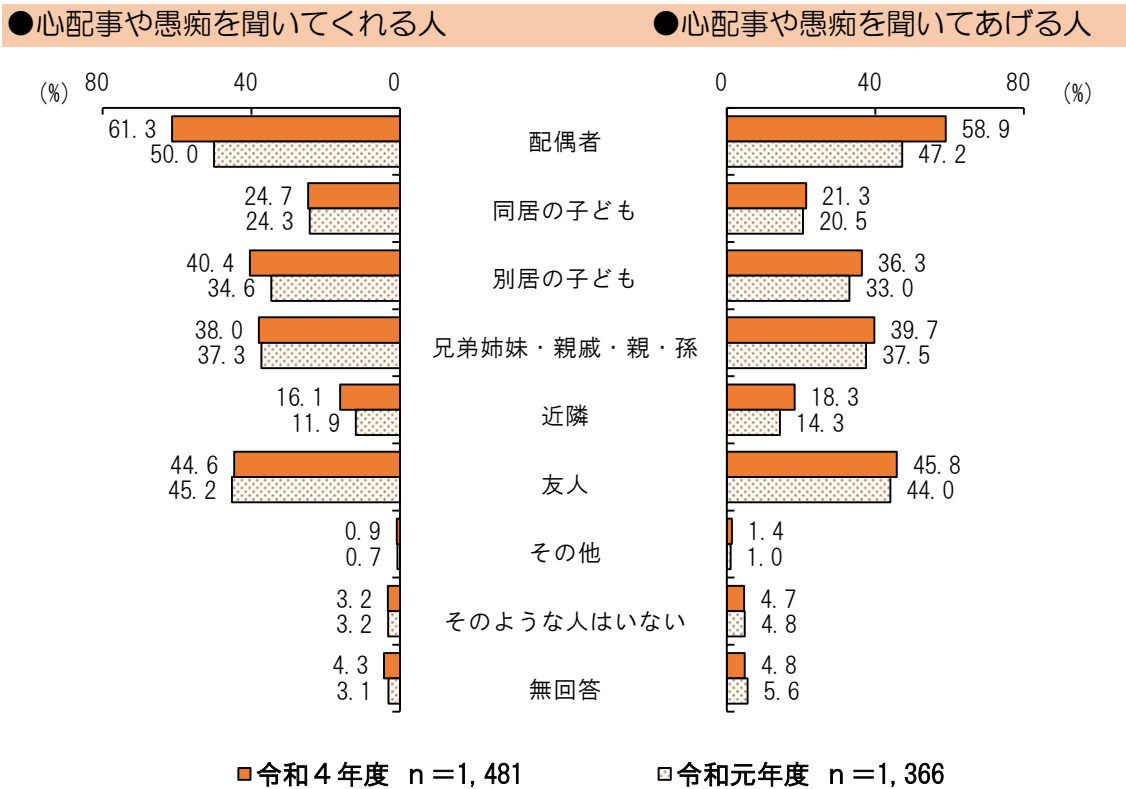
性別でみると、男性において「参加したくない」が31.6%と多くなっています。

●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】

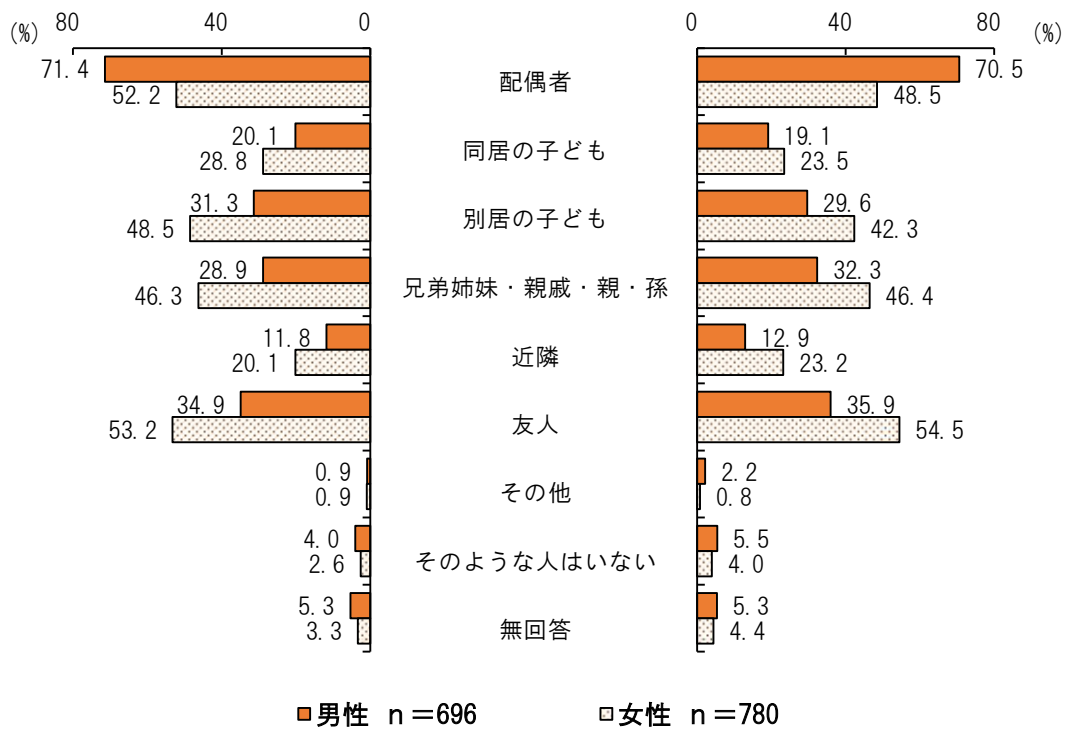


※複数回答可

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】

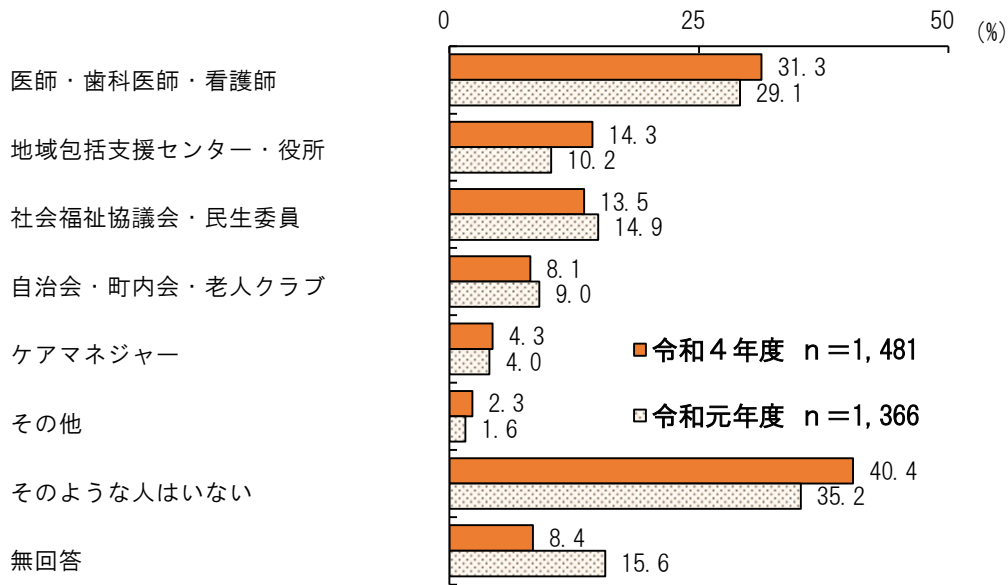


※複数回答可

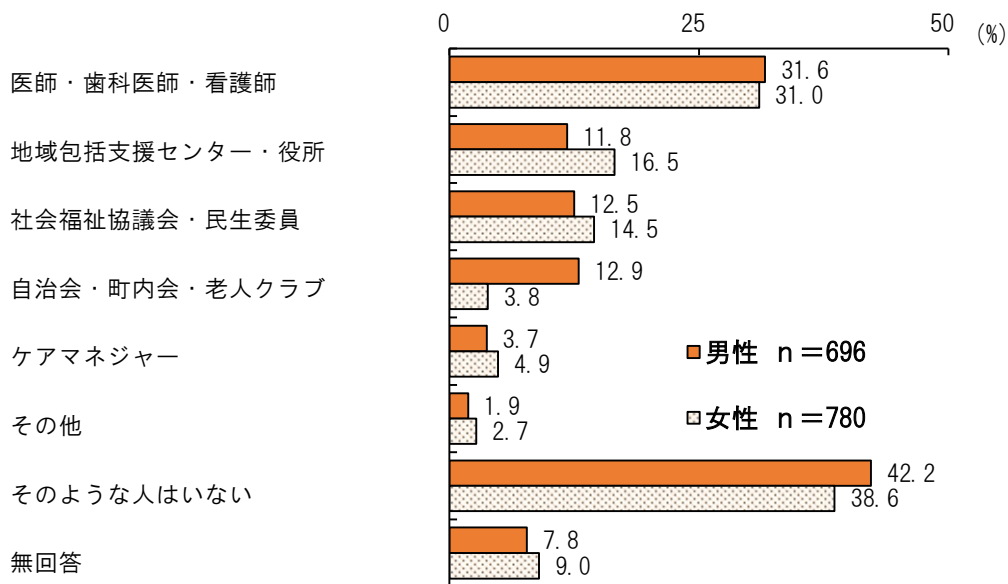
心配事や愚痴を聞いてくれる人を性別で見ると、男性において「配偶者」が71.4%と多くなっています。女性においては、「友人」「配偶者」「別居の子ども」などが多くなっています。

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、「友人」「配偶者」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」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】



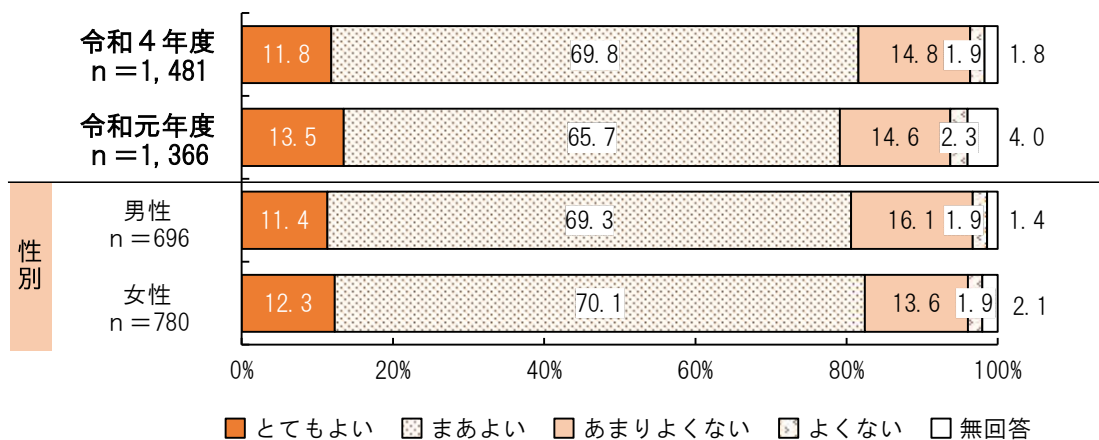
※複数回答可

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。

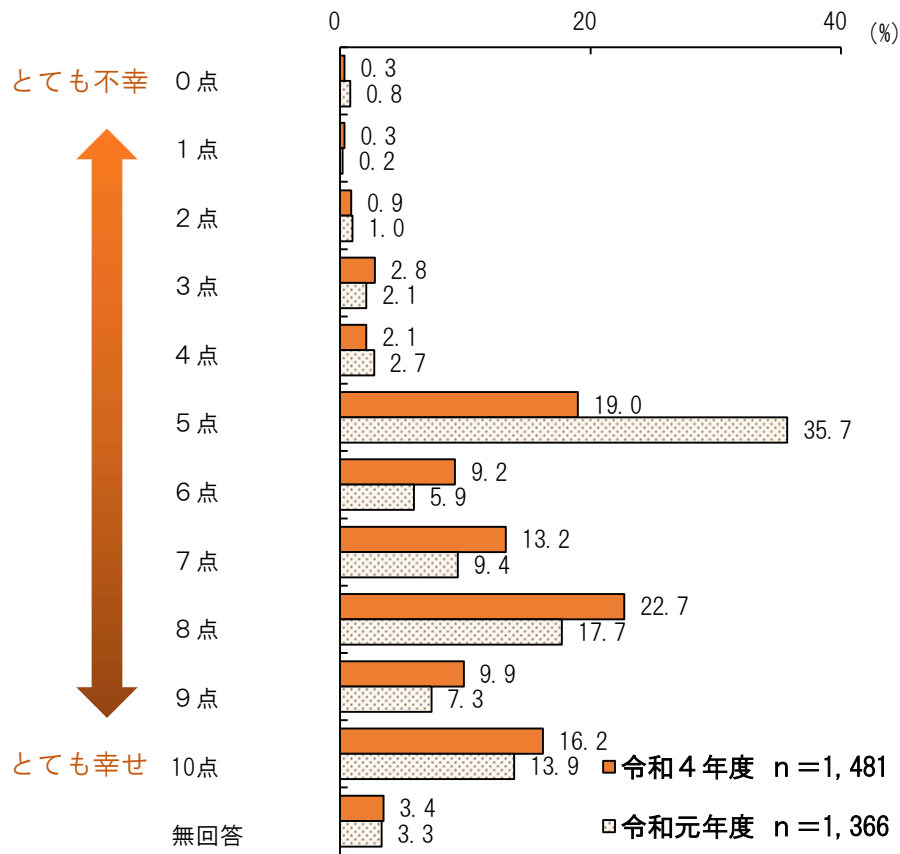
【健康について】

●現在の健康状態



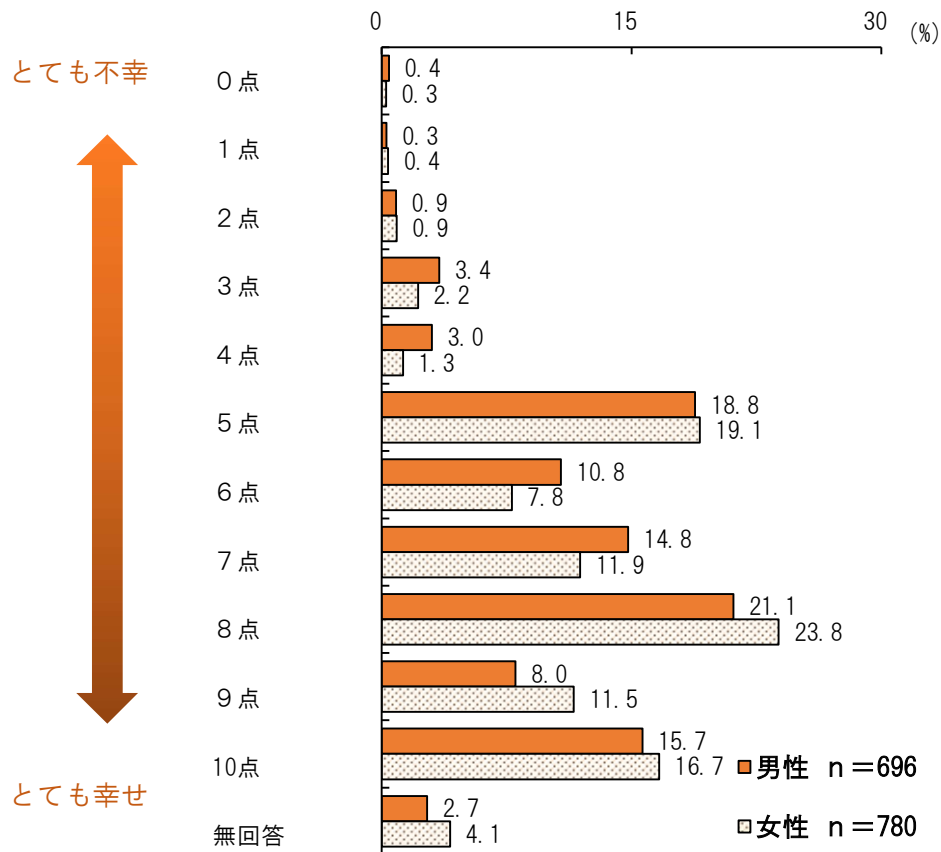
現在の健康状態は、「まあよい」が69.8%と最も多く、次いで「あまりよくない」が14.8%、「とてもよい」が11.8%などとなっています。また、『よい』（「とてもよい」 + 「まあよい」）が81.6%、『よくない』（「よくない」 + 「あまりよくない」）が16.7%となります。

●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。

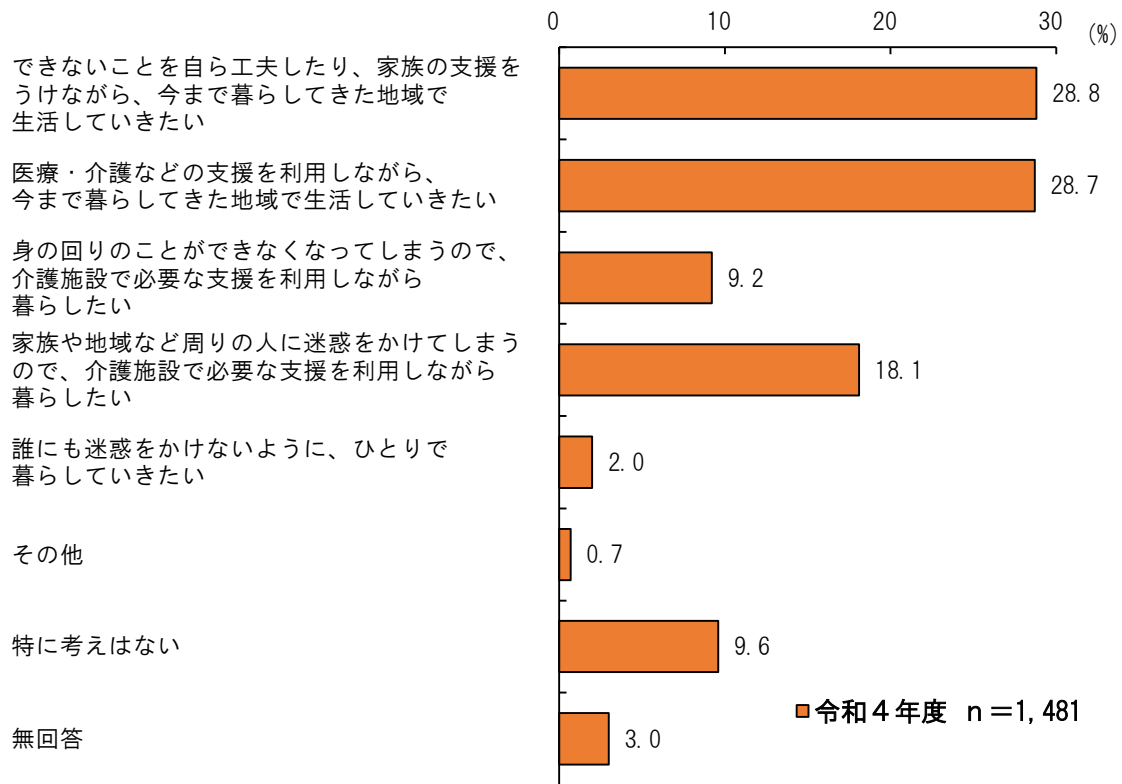
【性別】



現在の幸福度を性別で見ると、男性において「8点」が21.1%と最も多く、次いで「5点」が18.8%、「10点」が15.7%となっています。女性においては「8点」が23.8%と最も多く、次いで「5点」が19.1%、「10点」が16.7%となっています。

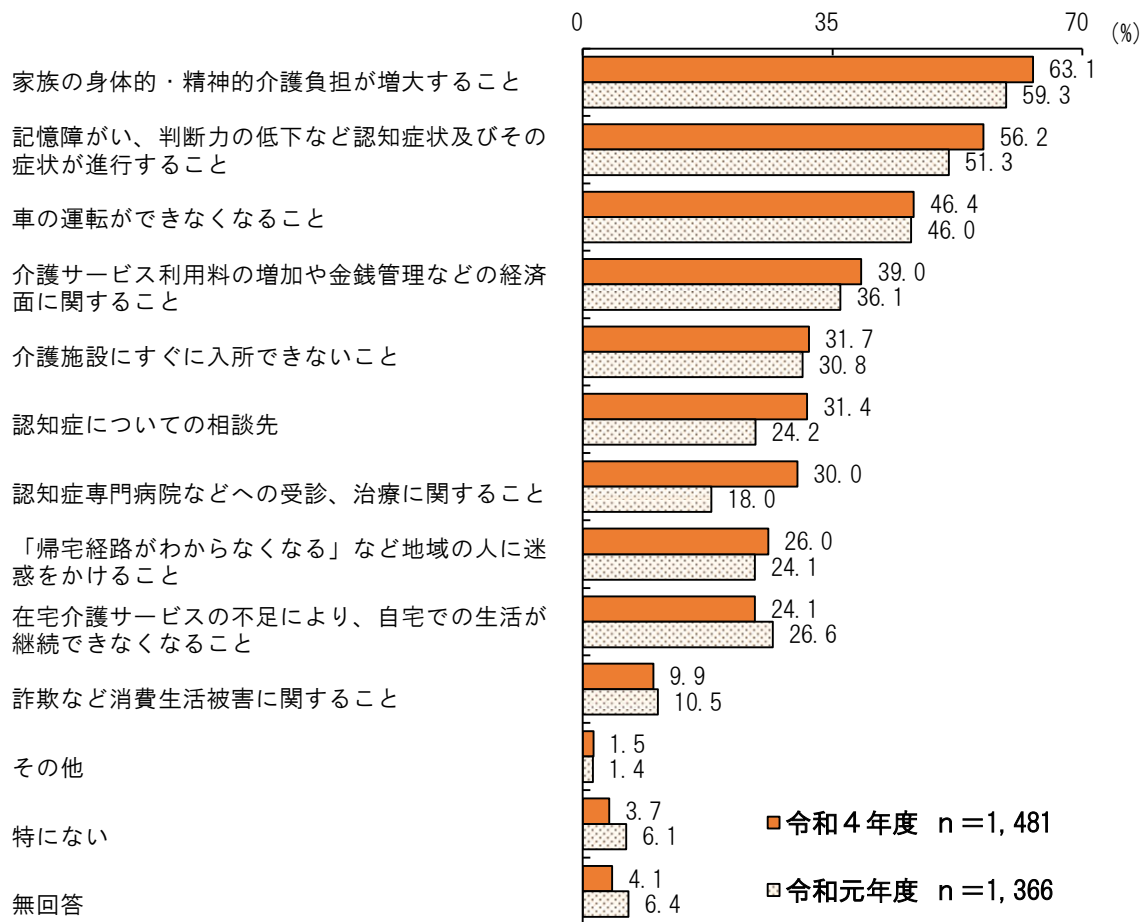
【認知症について】

●自身や家族が認知症になった際に希望する暮らし方



自身や家族が認知症になった際に希望する暮らし方は、「できないことを自ら工夫したり、家族の支援をうけながら、今まで暮らしてきた地域で生活していきたい」が28.8%と最も多く、次いで「医療・介護などの支援を利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していきたい」が27.7%、「家族や地域など周りの人に迷惑をかけてしまうので、介護施設で必要な支援を利用しながら暮らしたい」が18.1%などとなっています。

●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

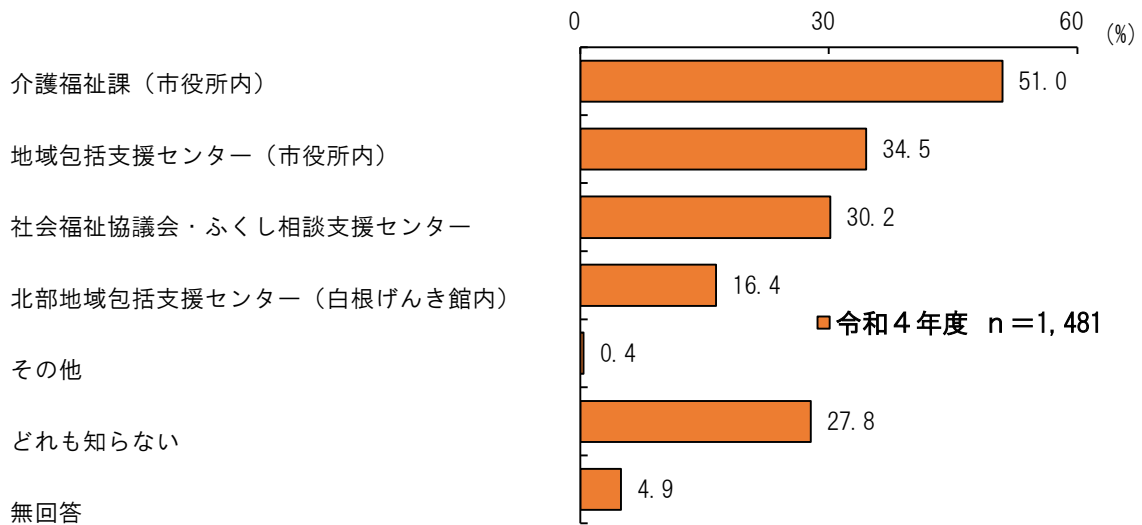


※複数回答可

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7.0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

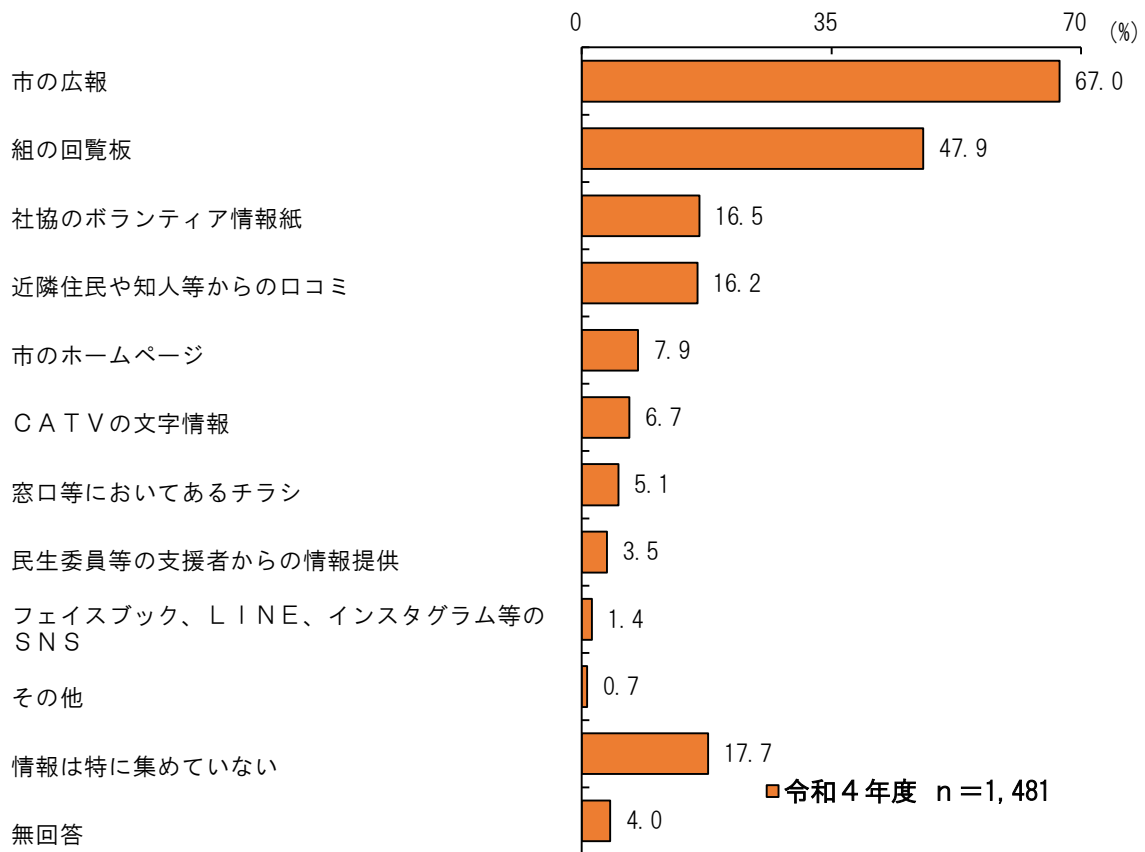


※複数回答可

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・ふくし相談支援センター¹³」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。

¹³ふくし相談支援センター：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か所に設置

●市の高齢者に関する情報やイベント情報の入手先



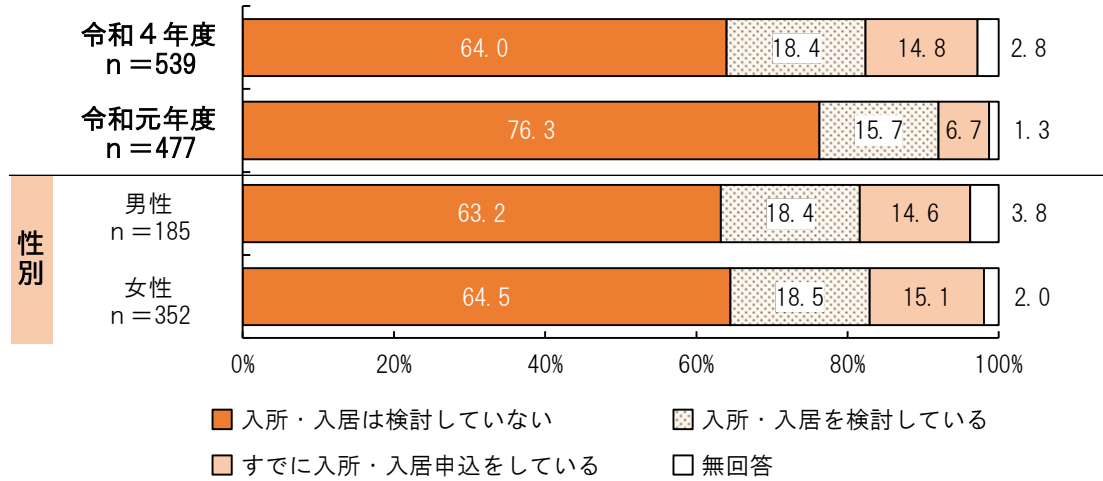
※複数回答可

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】

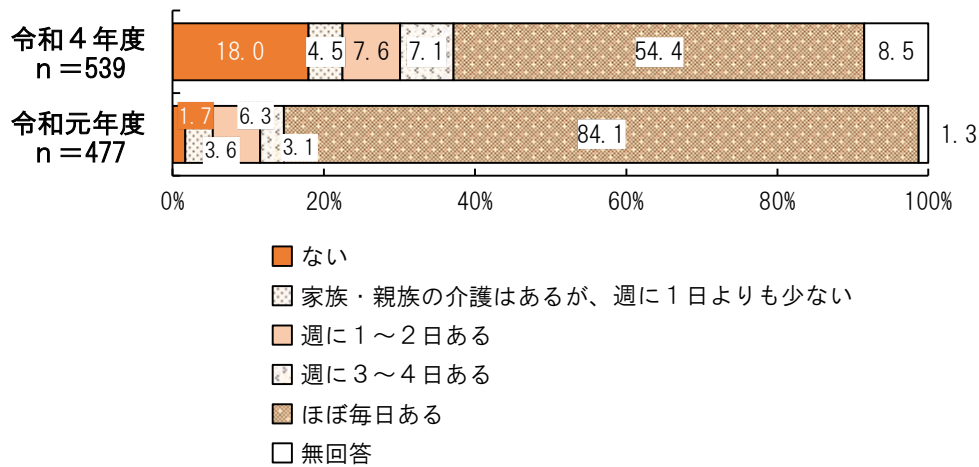
●施設への入所・入居希望の検討有無



施設への入所・入居希望の検討有無は、「入所・入居を検討していない」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・入居を検討していない」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。

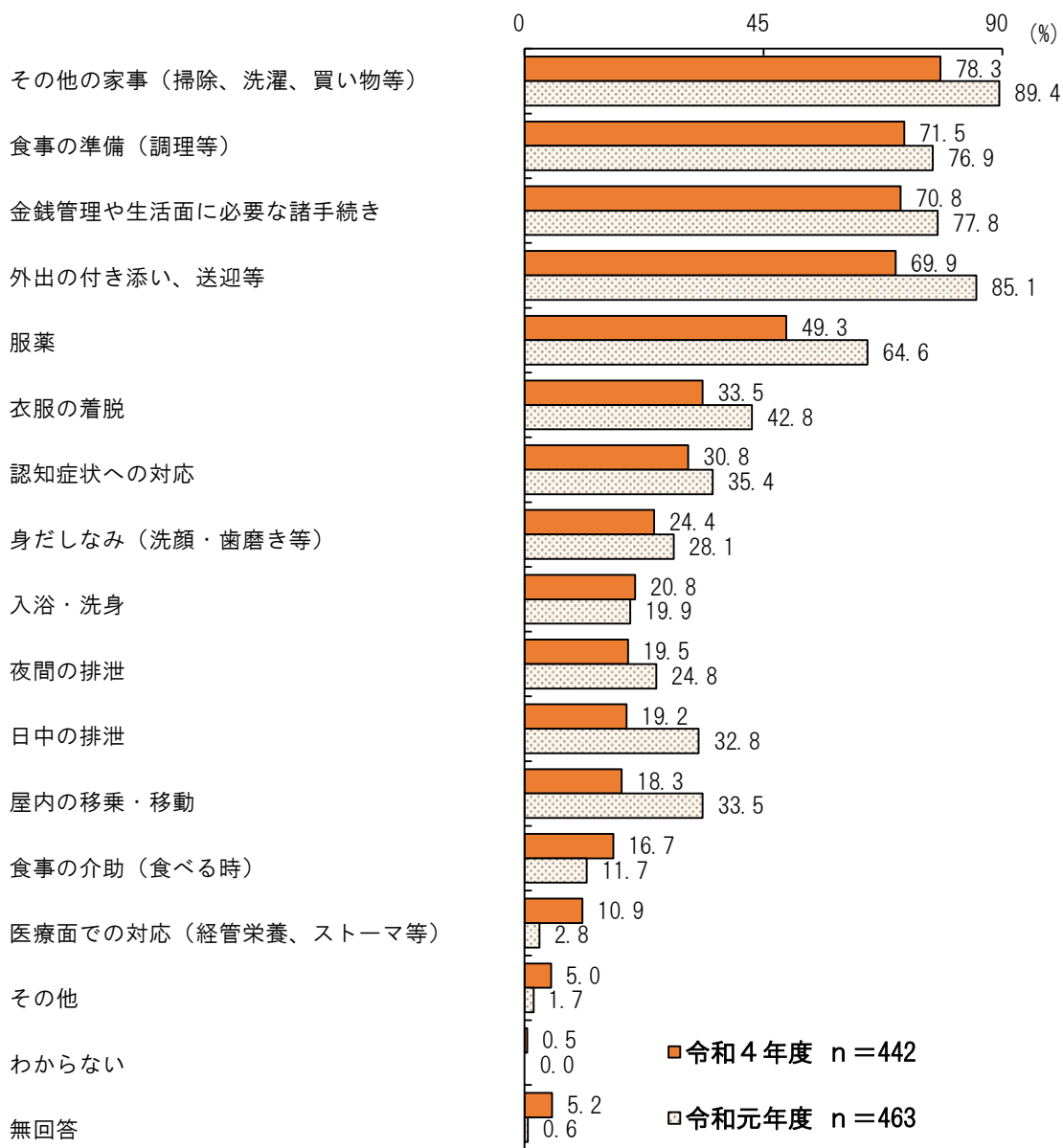
「ほぼ毎日ある」と答えた方（293人）のうち、主な介護者が「子」と回答した方は159人、「配偶者」と回答した方は72人となっています。主な介護者が「子」と回答した159人の年齢構成は40歳代が7人、50歳代が60人、60歳代が76人、70歳代が16人となっています。また、主な介護者が「配偶者」と回答した72人の年齢構成は50歳代が3人、60歳代が9人、70歳代が28人、80歳以上が32人となっています。そのうち男性介護者は60歳代が1人、70歳代が7人、80歳以上が11人となっています。

これらの結果から8050問題¹⁴や老々介護問題についても取組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¹⁵であること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。

¹⁴ 8050問題：80代の親が50代の子の生活を支え、経済的にも精神的にも行き詰まってしまう状態を指す社会問題

¹⁵ ヤングケアラー：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。責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことが問題となっている

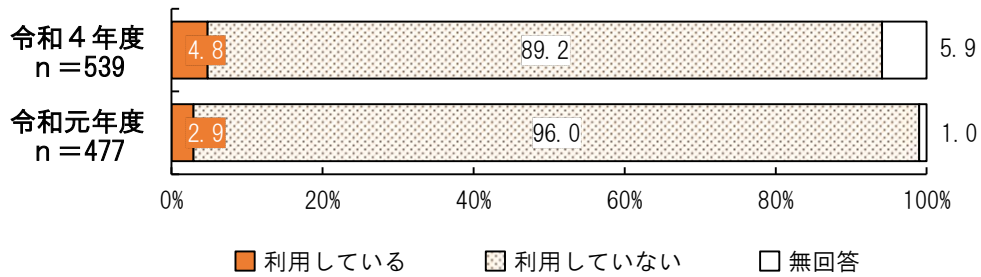
●現在、主な介護者が行っている介護
 (※家族や親族からの介護の頻度において「家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」～「ほぼ毎日ある」と回答した方のみ)



※複数回答可

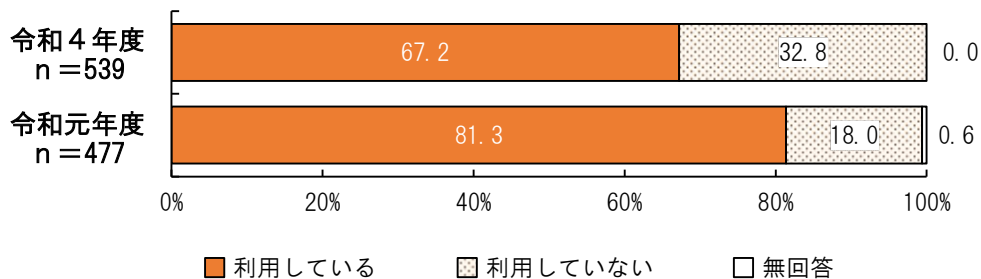
現在、主な介護者が行っている介護は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が78.3%と最も多く、次いで「食事の準備（調理等）」が71.5%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が70.8%などとなっています。令和元年度と比較すると、「食事の介助（食べる時）」「医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）」が5.0ポイント以上増加しています。一方、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」「食事の準備（調理等）」「衣服の着脱」などが5.0ポイント以上減少、「外出の付き添い、送迎等」「服薬」「屋内の移乗・移動」などが10.0ポイント以上減少しています。

●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

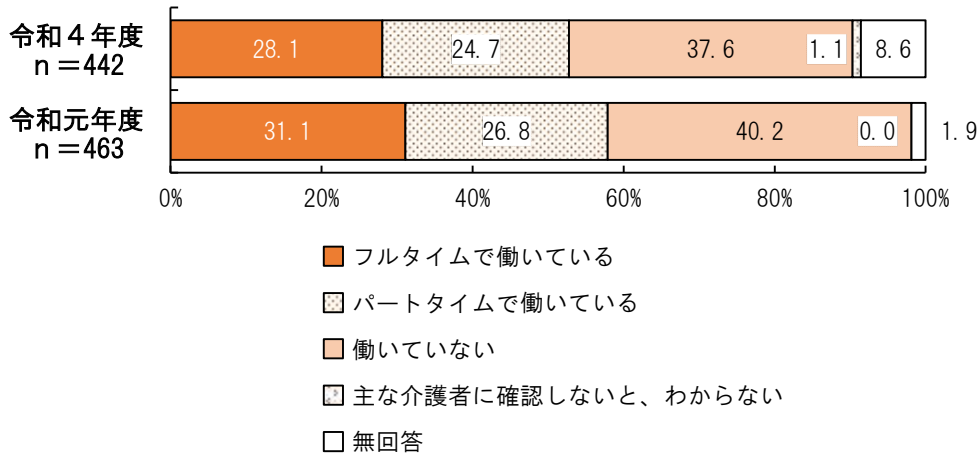


介護保険サービスの利用有無は、「利用している」が67.2%、「利用していない」が32.8%となっています。令和元年度と比較すると、「利用していない」が14.8ポイント増加しています。

【主な介護者について】

●主な介護者の現在の勤務形態

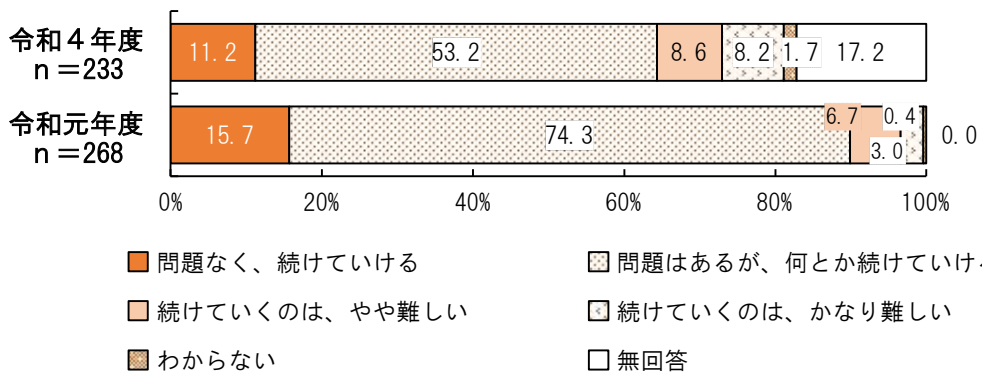
(※家族や親族からの介護の頻度において「家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」～「ほぼ毎日ある」と回答した方のみ)



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

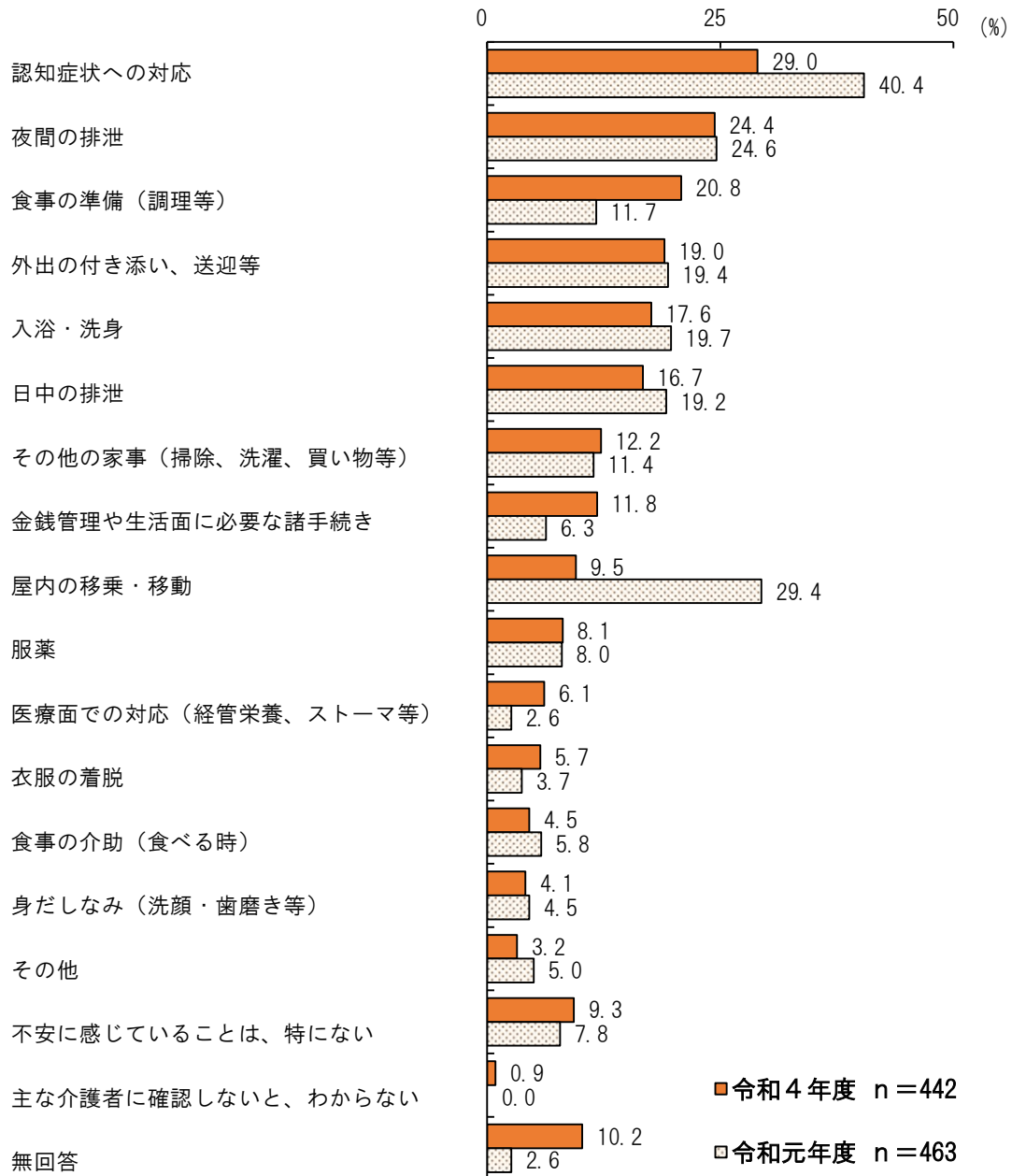
(※主な介護者の現在の勤務形態において「フルタイム勤務」「パートタイム勤務」と回答した方のみ)



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』（「続けていくのは、かなり難しい」＋「続けていくのは、やや難しい」）が16.8%となります。令和元年度と比較すると、『続けていける』が25.6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、主な介護者が不安を感じる介護
 (※家族や親族からの介護の頻度において「家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「ほぼ毎日ある」と回答した方のみ)



※複数回答可

現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安を感じる介護は、「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	
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					
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	-	
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					
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	-	
重点目標3 認知症施策の推進					
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	-	
重点目標4 高齢者の権利擁護の推進					
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年の各年の目標値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。

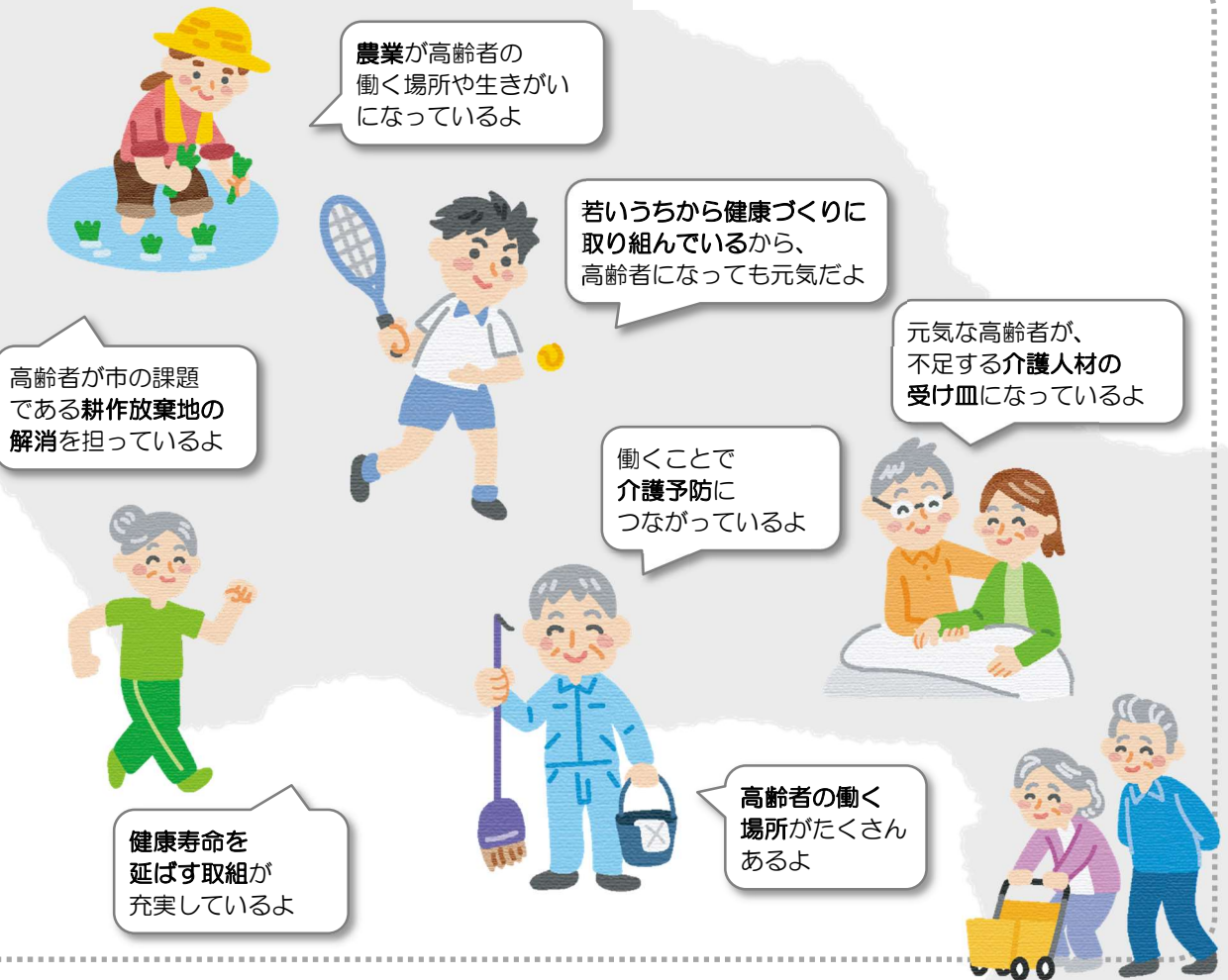
今期計画においても、この評価指標設定に関する考え方を引き継ぎ、発展させる形で目標設定を行っていきます。

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



安心して暮らすことができる



支えあいのなかで



福祉教育によって、
高齢者を支える
若者が増えているよ

地域の福祉の核
となる市民が
たくさん育っているよ



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"> ★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¹⁶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。 ★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。 ★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。 ★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。
<p>支えあい</p> <p>福祉教育 市民 人 力材</p>	<ul style="list-style-type: none"> ★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。 ★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。 ★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。
<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"> ★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。 ★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。 ★孤立しがちな高齢者の男性も気軽につど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¹⁷、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つどえる場所となっています。 ★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。 ★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。

¹⁶ サロン：高齢者の閉じこもり予防や介護予防のために、地域の集会所などに集まり、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

¹⁷ 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。平成12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が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¹⁸の活用を進め、高齢者の安心につなげます。

¹⁸ 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促進
- (2) 介護予防の総合的な推進
- (3) 健康づくり

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

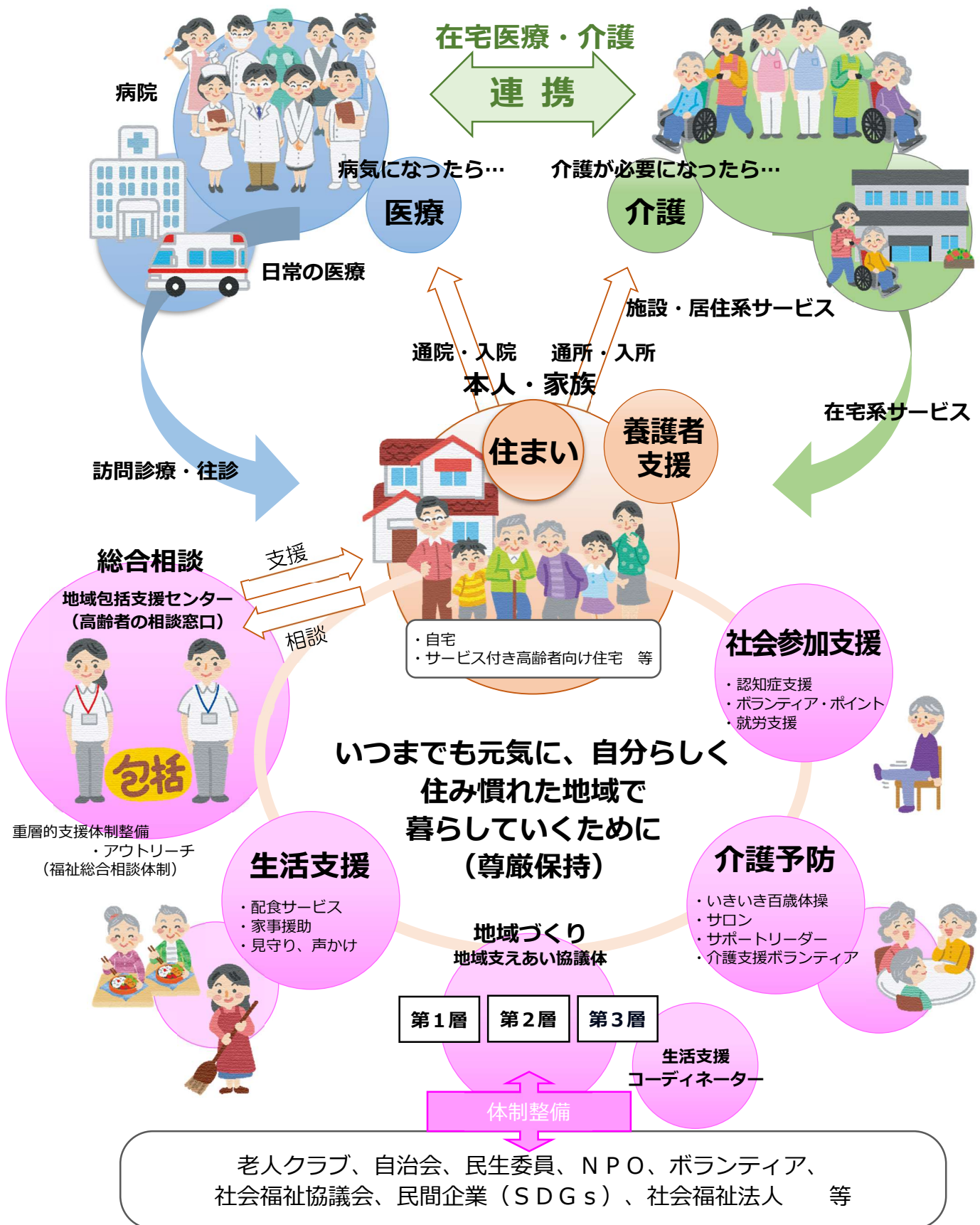
- (1) 認知症に対する地域の正しい理解と見守りの推進
- (2) 初期からの相談、医療・介護等の支援体制の構築
- (3) 本人支援や家族支援の充実

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一層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つどいの場づくりにおける一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すべての数値に改善がみられていますが、令和2年度から令和4年度に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

市では、県が掲げた2025年までに市内高齢者の1割にあたる2,000人が百歳体操に参加する目標に向かい取り組んでおり、現状約1,100人の参加があります。今後も、市内高齢者の1割を目指し、百歳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

〇〇 現状と課題 〇〇

- 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に取り組むとともに、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、「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感染症の影響もあり、施設でボランティアの受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、働く意欲や経験、知識や技術がある高齢者が就労できていない状況は依然として見られ、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必要があります。
- 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

〇〇 今後の方針 〇〇

- 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及び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¹⁹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の増加や、さまざまな公共サービスのデジタル化が見込まれることから、高齢者を対象としたスマートフォンなどのデジタル機器の使い方などの講習会を開催していきます。

¹⁹ 就労的活動支援コーディネーター…就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組をしたい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする専門職

<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もらい、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が介護予防に取り組みとともに、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もらいます。

(1) 登録施設

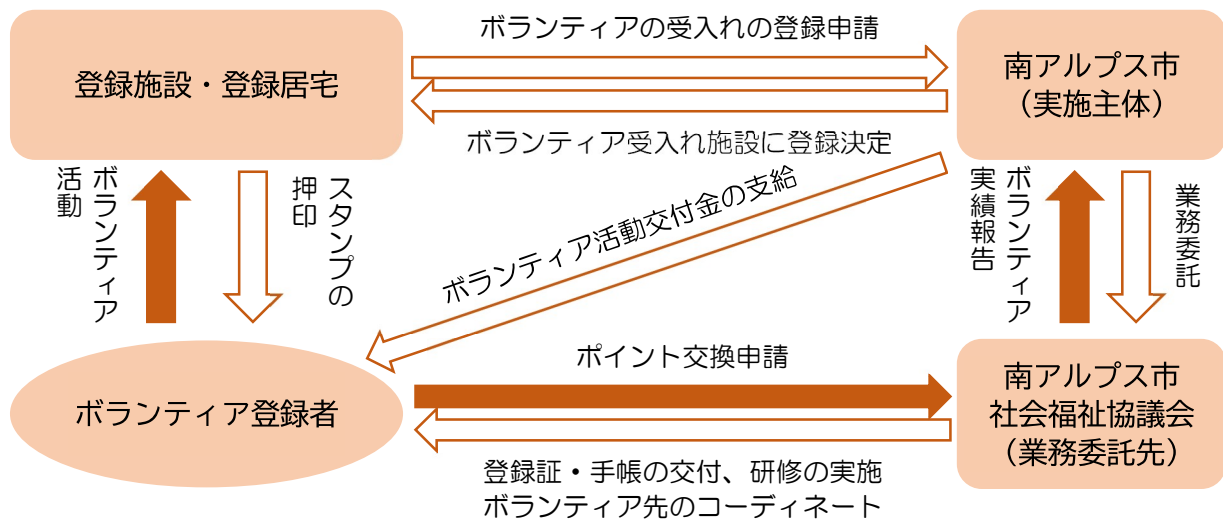
- ①レクリエーション等の指導、参加支援
- ②施設の催事に関する手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、特技披露等）
- ③散歩、外出、屋内の移動補助
- ④話し相手、傾聴
- ⑤お茶出し、食堂内での配膳・下膳等の補助
- ⑥施設職員とともに行う軽微かつ補助的な作業
（アクティビティの手伝い、清掃・草刈りの補助、洗濯物の整理等）

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一層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²⁰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。「維持・改善」がみられた人が減少したことの原因として、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り、健康づくりを図る機会が制限され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²¹に対し、市の自立支援型地域ケア会議²²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²³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²⁴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います。また、アセスメント²⁵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。

²⁰ 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

²¹ 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

²² 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

²³ 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

²⁴ 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合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

²⁵ 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²⁶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、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状況（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	
要支援維持者数	311人 (79.5%)	219人 (69.7%)	284人 (73.4%)	286人 (72.6%)	維持・改善
機能改善によりサービス提供の必要がなくなった人数	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）の人数	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委託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。

²⁶ 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関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、社会福祉協議会に配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。
- 要支援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、生活状況の把握をしています。市と見守り協定²⁷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・連絡等の対応をしています。

●● 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、高齢者等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に努めます。

²⁷ 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・身体に関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いきいき百歳体操実施団体へ派遣し、介護予防、フレイル²⁸予防の周知・啓発を行っています。
- 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。
- いきいき百歳体操実施団体へ派遣するリハビリテーション専門職については、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。
- 地域リハビリテーション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	参加者数	14人	20人	67人	62人

²⁸ 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、つど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ような働きかけや支援を行っていきます。
- 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。リハビリテーション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ができる情報を提供していきます。
- 地域リハビリテーション活動支援事業により、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²⁹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³⁰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³¹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、脳ドックへの助成を実施しています。
- 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ました。
- 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ADL³²（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。

²⁹ 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初めて加盟。令和5年9月現在43都道府県124市区町村が加盟している

³⁰ 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

³¹ 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

³² 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 (うち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 (うち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参加を促すなど、新規参加者の獲得に努めるなど事業の拡充を図っていきます。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、健康診査や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³³に関する健康教育、リハビリテーション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わた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。
- 市が開催する運動教室は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。

³³ 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、スマートフォンを利用した参加者も増えてきています。

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。



歩数データを送信している様子

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

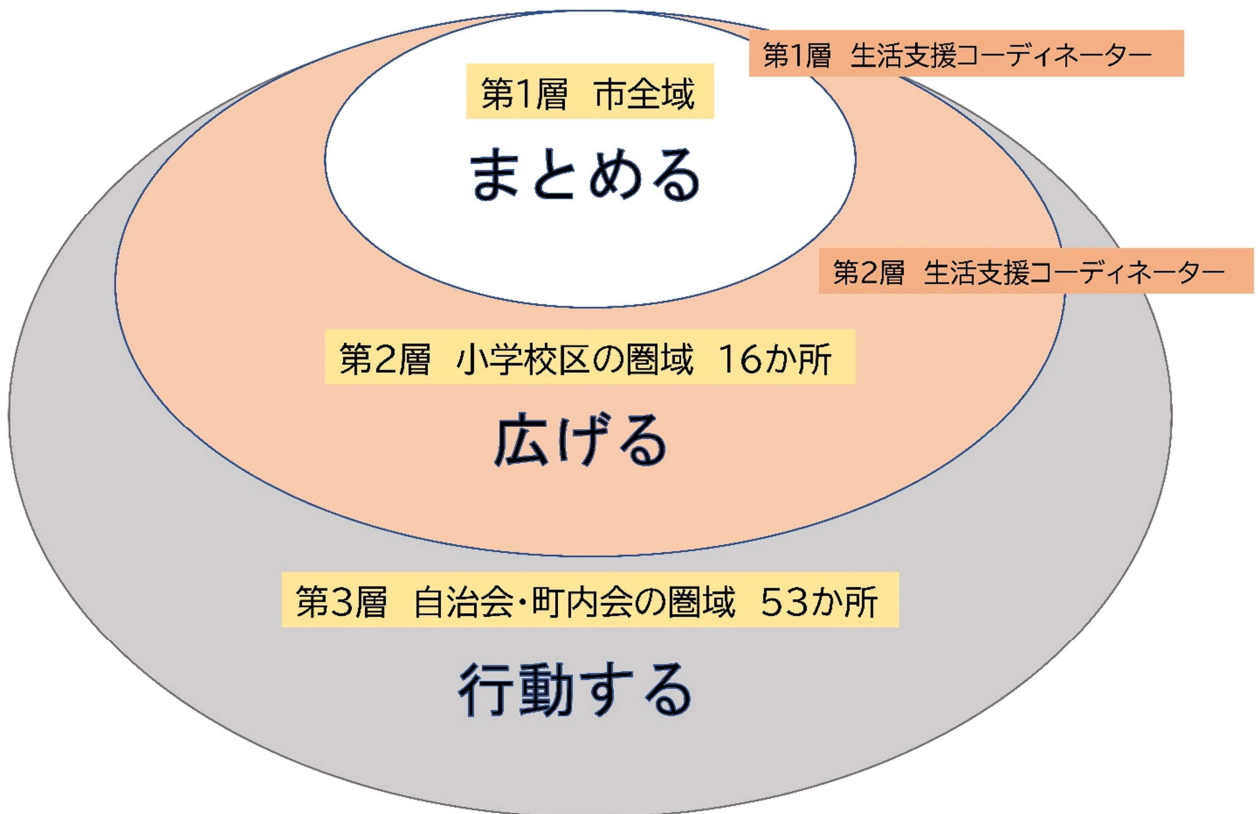
＜広がる地域支えあい協議体＞

◆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捉え、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。

南アルプス市地域支えあい協議体 体制図



第1層協議体
<ul style="list-style-type: none"> ○市全域の課題について協議・施策提言 ○市内各団体の連携の推進 ○第2・第3層協議体への支援 ○市民への周知活動

第2層協議体
<ul style="list-style-type: none"> ○小学校区圏域の共通課題の協議・活動創出 ○第3層協議体への支援・情報交換 ○第1層協議体への情報発信・提案 ○地域への周知活動

第3層協議体
<ul style="list-style-type: none"> ○身近な地域による具体的な活動の創出及び実施 ○地域への周知活動

※令和5年4月1日現在

◆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（小学校区の圏域）・第3層（自治会・町内会の圏域）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



ごみの片付け



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

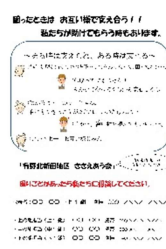
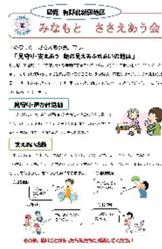


軽スポーツ



～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



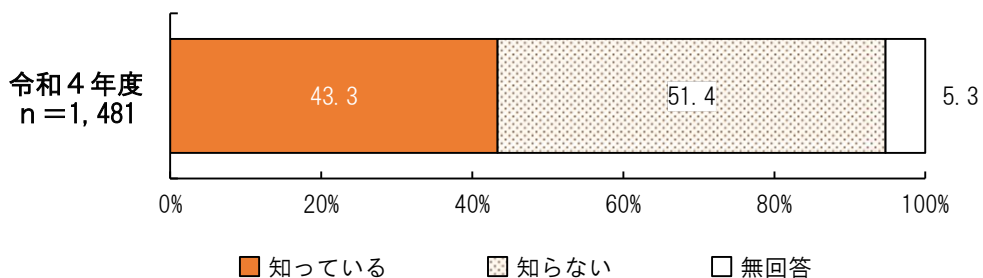
話し相手



協議体活動は、自分ができるところをできる範囲で、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。以前に比べると、複合的な課題を抱えるケースが増加しており、一つのケースの支援に要する時間も長くなっている現状があります。人口規模に応じた専門職の配置もされていますが、個別相談支援と予防的施策の展開の両立は厳しい現状があります。これらの現状を解決するための現状分析を進めていく必要があります。
- 委託型の北部地域包括支援センター（北部センター）を設置しており、北部地域（八田・白根・芦安地区）の総合的な相談支援を行っています。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は、直営センターが助言やサポートを行っており、北部センターの自立安定的な業務を行うためには相談や支援スキルの向上が求められています。
- 北部センターには、前期計画期間中に指導・研修等を実施してきましたが、継続して実施し北部センターのスキル向上を図ります。
- 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。地域包括支援センターの効率的・効果的な運営のため、地域包括支援センター運営協議会等においていただいた意見や、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) ※2	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
平成31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) ※2	事務職	合計
令和5年	1人※1	1人	3人	1人	2人	0人	0人	0人	7人
令和4年	1人※1	1人	3人	1人	2人	0人	0人	0人	7人
令和3年	1人※1	1人	1人	2人	2人	1人	0人	0人	7人
令和2年	1人※1	1人	2人	2人	2人	1人	0人	0人	8人
平成31年	1人※1	1人	2人	2人	1人	0人	0人	0人	6人

※1…兼任

※2…市内全域での活動となるため直営地域包括支援センターのみの配置となっている。



○● 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³⁴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等を実施しています。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、市内のケアマネジャー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人程度いるケアマネジャーを小グループ（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関係部署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ができる「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、「ヤングケアラー」と呼ばれる家族等の介護や世話、家事等を日常的に行っている子どもがい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等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、重層的支援体制整備事業実施に向け、令和4年度からは生活困窮者自立相談支援機関において、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、本格運用に向けて取組を進めています。

³⁴ 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、一つの場所でさまざまなサービスを受けることができる環境・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	4,235 件

総合相談支援件数（直営）

	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、老々介護また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。
- 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、高齢者の支援に取り組んでいきます。
- 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、所管課と情報共有を行い、実態調査や普及啓発等を通して、相談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³⁵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会を開催しており、協議体とケアマネジャーが連携して取り組んだ事例も増えてきています。今後も、合同研修会を開催し、両者の連携をさらに深めていけるような支援をしていく必要があります。

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（直営）

	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

³⁵ 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

ケアマネジャーと地域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かなサービス提供ができるようになりました。市では、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、通院や買い物、通いの場等への送迎や付き添い支援を行う訪問型サービスDを実施しています。
- コロナ禍でさまざまな活動制限を受け、閉じこもりにより心身機能の低下等が顕著となったことが、要支援1・2の新規認定者増加の要因と推測されます。その結果、訪問型・通所型サービスともに、生活支援を主としたサービスから身体介護を中心としたサービス利用者が増加しています。
- 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、リハビリテーション専門職が関わることで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。地域の課題やさまざまなニーズに対し、協議体活動への理解と継続した支援が必要です。

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

※訪問型サービスC、訪問型サービスDは令和3年度より実施

【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 ●○

- 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。
- 協議体との連携を深めるとともに、協議体をはじめとする住民主体の多様なサービスを通所型サービスB、訪問型サービスD事業へつなげていけるよう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 ●●

- 地域の課題を住民が考え、話し合い、住民でできることは住民で行動し課題を解決できるような地域づくりを目指し、協議体の創設を進めてきました。
- その推進にあたっては、地域の実情に応じた活動を広めていくリーダー的役割として、「生活支援コーディネーター」を第1層、第2層に配置しました。
- 平成30年度までに、市内すべての小学校圏域に第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・活発化する中で、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」を交付しています。
- 多くの協議体において、メンバーの高齢化や次なる担い手の確保、地域での困りごとの把握が課題となっています。
- 自治会やケアマネジャー、住民生活に身近な業務を行う市職員の協議体に対する理解促進が課題となっています。
- 第3層の協議体の活動が充実する中で、地域から出された課題を受けて市全体の対応を協議する第1層協議体の役割がさらに重要になっています。

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。

●● 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3層協議体の活動に即した活動支援交付金を継続して交付することで、協議体の活動を支援していきます。
- 次の担い手育成のため、研修会や勉強会を開催するとともに、多世代交流活動を促進していきます。
- 協議体活動について理解促進を図るため、市職員向けの研修会を行います。
- 地域における生活課題を第1層協議体で整理・分類して地域ケア会議につなげるとともに、第2層、第3層協議体による生活支援活動に生かせるよう、第1層協議体と第2層、第3層協議体の情報共有の場を設けるなど、支援を行っていきます。

③地域ケア会議

●● 現状と課題 ●●

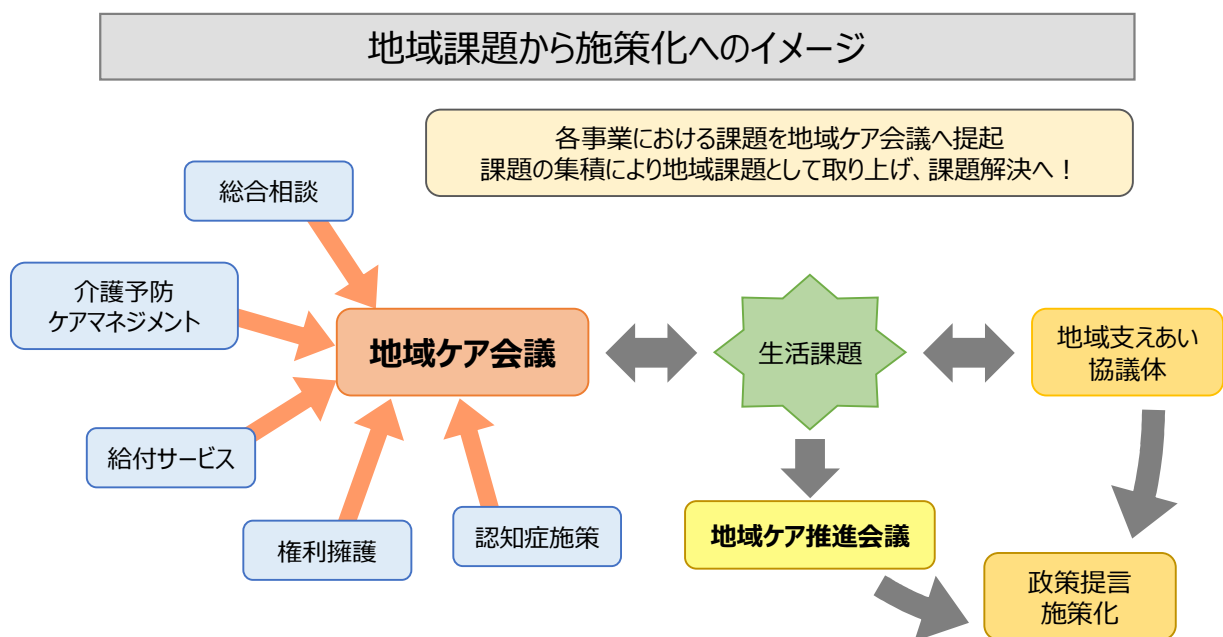
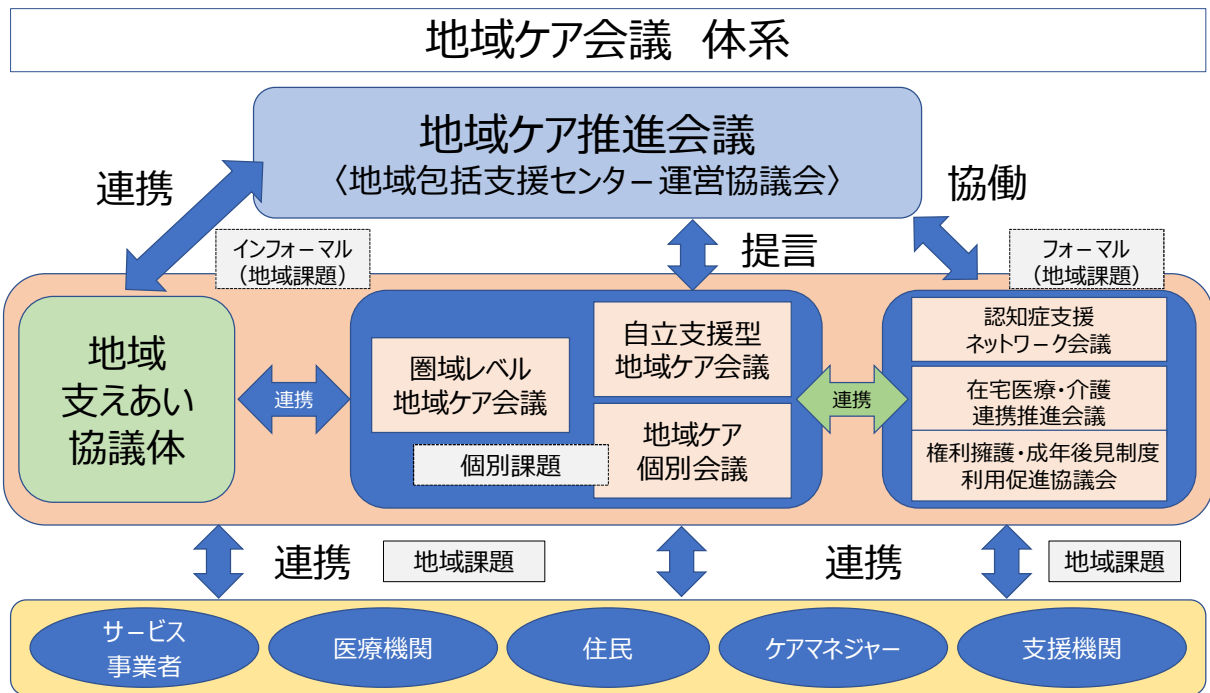
- 地域ケア会議は、支援が必要な高齢者等に適切な支援を行うための検討を多様な関係者の参画によって行うとともに、共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけることで、地域包括ケアシステムの推進に寄与しています。
- 令和3年度から実施している訪問型サービスC事業の利用者を対象に、「自立支援型地域ケア会議」を開催しています。ケアマネジャーをはじめ、リハビリテーション専門職や栄養士の参画により、情報の共有、効果的な支援策のあり方など、自立支援に向けた取組が検討されており今後は、抽出した個別課題を地域課題として整理していく必要があります。
- 高齢者等の生活課題の解決のための支援に向けて多職種が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。



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であり、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	94人	114人
	実施回数	4回	4回	4回	5回

●● 今後の方針 ●●

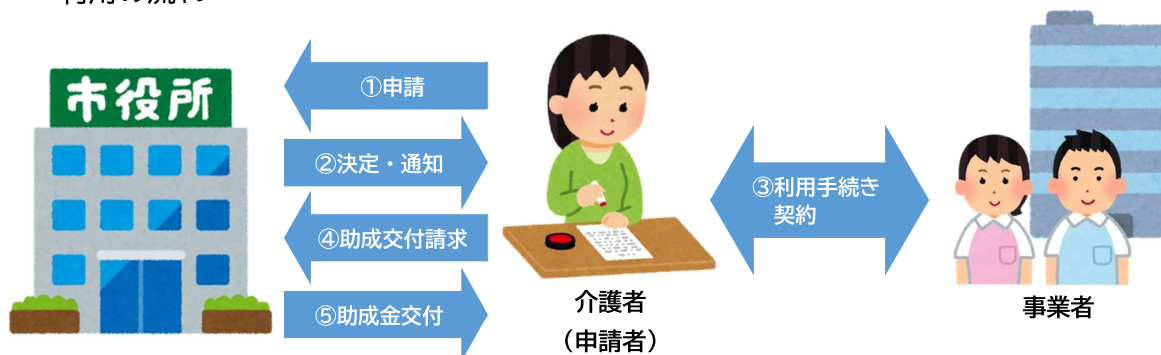
- 家族介護者の負担軽減を図るため、介護予防関連事業等の機会も活用しながら、協議体やサロン等とも協力して家族支援事業の周知を図るとともに、支援を必要としている家族介護者が広く利用できるよう取り組んでいきます。
- 家族介護者相互交流事業、家族介護教室（介護者のつどい）は、介護に関する知識や技術の習得を図る場であるとともに、家族介護者のストレス軽減やモチベーションの維持につながるものとなるよう、実情とニーズを踏まえて実施内容を検討していきます。
- 孤立しがちな男性介護者が気軽に相談できるよう、男性介護者の交流の場を設けていきます。
- ひとり暮らしの高齢者やその家族が安心して生活を送れるようICT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一人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GPS³⁶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
助成額：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

～利用の流れ～



³⁶ 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、身近な地域に多くの第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、行政サービスでまかなうことができない課題への対応など重要な役割を担っています。
- 市内に多くの協議体が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。
- 高齢者の移動は高齢者の増加に伴い、大きな課題となっています。市では、コミュニティバスの運行とともに75歳以上の方のタクシー料金の一部を助成しています。また、協議体が買い物や通いの場への送迎、移動販売の誘致等も始めています。しかしながら、公共交通の不便さから、自動車なしには移動できない現状もあります。
- 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）³⁷・緊急通報システム整備事業³⁸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すが、継続して新規申請があることから、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考えられます。地域包括支援センター等とも連携し、ニーズを確認しながら、必要な人に必要な支援が届けられるよう事業を実施していく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
	配食数	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 ³⁹	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

³⁷ 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、弁当の宅配により安否確認を行うことで在宅生活の支援をする事業

³⁸ 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、緊急時にボタン一つでNPO法人山梨県見守りセンターへ通報・相談できる体制により在宅生活を支援する事業

³⁹ 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あ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、社会福祉協議会に委託配置している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の取組に対し支援していきます。
- 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、高齢者のニーズに応じたサービスが提供できるよう取り組んでいきます。

(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（QOD⁴⁰）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づけられる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研修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。
- 令和4年度には、やまなし県央連携中枢都市圏⁴¹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、在宅療養者はさら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。

⁴⁰ QOD：「Quality of Death」の略。理想的な死、死の質のこと。

⁴¹ やまなし県央連携中枢都市圏：県央中心都市（甲府市）が近隣自治体（南アルプス市・韮崎市・甲斐市・笛吹市・北杜市・山梨市・甲州市・中央市・昭和町）と連携し、①経済成長のけん引、②高次都市機能の集積・強化、③生活関連機能サービスの向上を図り、人口減少・少子高齢化においても一定の圏域人口を有し、活力ある社会経済を維持するための拠点

●● 今後の方針 ●●

○包括的支援事業に位置づけられる在宅医療・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ほか、「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。

<病院・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年から取り組んでいます。

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。それぞれが多忙のため「お互いに顔と名前は知っているが…」という状況の中、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や、避難に時間を要することが想定されます。また、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が必要です。
- 市では、各地域の民生委員、自治会、近隣住民の協力で災害時に自力避難が難しい高齢者や障がい者などの要配慮者の見守り、支援する体制づくり、避難行動要支援者名簿「あったかカード」への登録、「個別避難計画」の作成に取り組んできました。このほか、「南アルプス市地域防災計画」、「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、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的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、可能な限り業務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等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）の策定状況の確認や感染症対策に関するサポートを引き続き行っていきます。

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、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「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られる社会」を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進するため、令和元年度に「認知症施策推進大綱」を策定しました。
- 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>

- 「認知症高齢者等見守りSOSネットワーク・見守りシール交付事業」では、「徘徊（道迷い）」の恐れのある高齢者等の情報を事前登録し、市と警察が共有することでスムーズに対応できる見守り体制を構築してきました。総合相談の中で必要と思われる人には事前登録を勧めるとともに、市広報紙やホームページ、各種講演会や協議体等で周知を行ったことで、3年間で確実に登録者が増加しています。
- 「認知症高齢者等情報提供制度」は、道迷い等を理由に警察で把握した認知症及びその疑いがある高齢者等に関する情報が警察から市に提供される制度です。情報提供件数は増加しており、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や、家族・関係者と連携し見守りの強化等を通じて、行方不明の未然防止や認知症高齢者の安全確保に取り組んできました。
- 認知症の正しい理解を地域に普及していくために「認知症サポーター」の養成講座を開催してきました。新型コロナウイルス感染症の影響を受け、実施回数・受講者数が伸び悩みましたが、できる範囲で講座を開催し、認知症サポーターを増やしてきました。令和2年度から、認知症サポーターを対象にステップアップ講座を開催し、認知症の人や家族に支援ができるサポーターを増やすことを目標に取り組んできました。
- 「チームオレンジ⁴²」への取組では、令和2年度に県内で初めてチームを立ち上げています。現在、市内には3チームが設置されており、認知症サポーターを中心に、地域の中で認知症の人や家族に対して見守りや支援を行ってきました。今後も、チームオレンジへの支援とともに、認知症になっても、誰もが安心して暮らせる地域を目指し、取組を進めていきます。

⁴² 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

認知症高齢者等情報提供件数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
情報提供件数	23件	14件	24件	27件

- ・国は令和5年に、認知症の人を含めた国民一人ひとり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あ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、「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、見守りシール（QRコード付き）を無料で交付しています。

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ときは、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・カバン

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、本人が付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⁴³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」の一員として活動できる人材の発掘に取り組んでいます。
- 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、計画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⁴⁴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。



←認知症ケアパス「認知症あんしんガイド」

⁴³ 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

⁴⁴ 認知症ケアパス：認知症の進み具合や状態に応じて受けられることができる医療・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

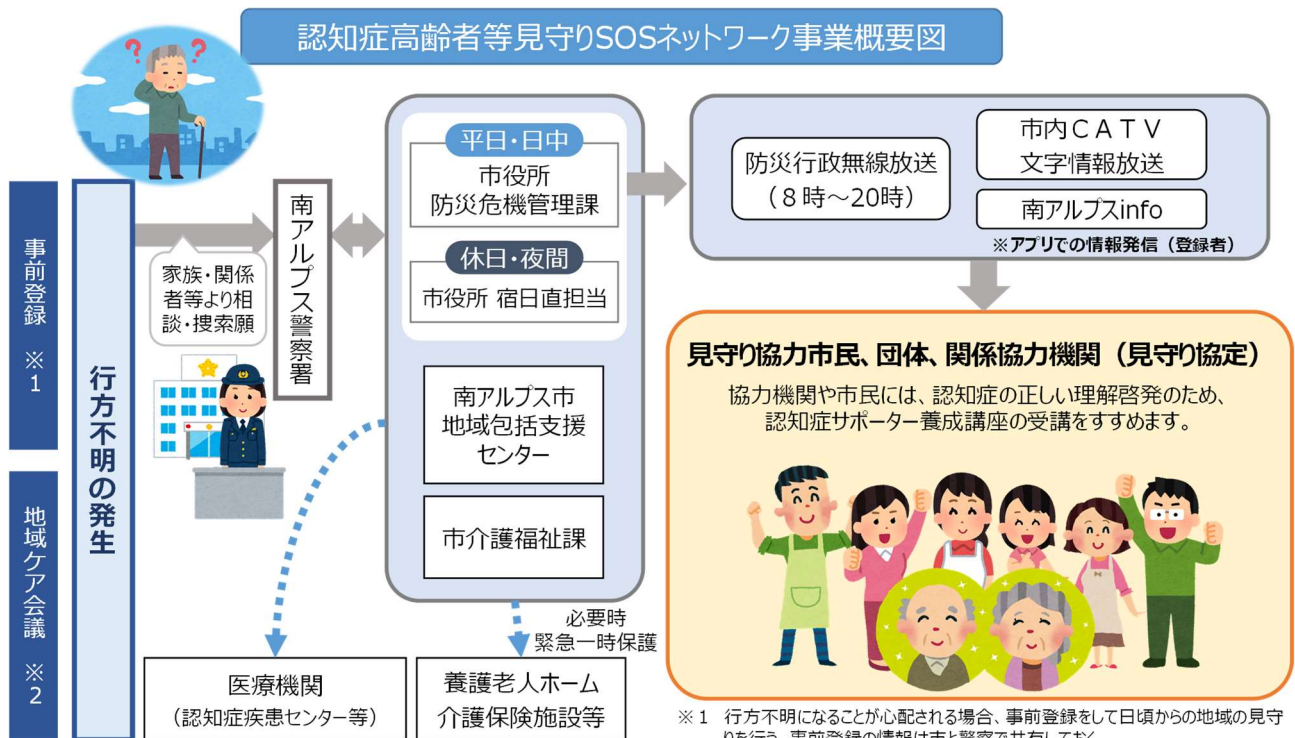
認知症サポーター養成人数・認知症サポーターステップアップ講座受講者数（累計）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
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
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

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	11件	8件	14件	12件

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。
- 認知症高齢者等見守りSOSネットワーク・見守りシールについては、必要な人が事業を利用できるよう警察等公共機関と連携し市民や関係機関に向けて普及啓発に取り組むとともに、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広く周知を図っていきます。
- 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。
- 広く市民に認知症についての正しい理解を深めてもらうため、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

●● 現状と課題 ●●

- 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付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、一層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⁴⁵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。
- 認知症の人に対する医療・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⁴⁶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。

●● 今後の方針 ●●

- 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、医療と介護をはじ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。

⁴⁵ 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

⁴⁶ 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に引き続き取り組んでいきます。
- 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⁴⁷」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か所の新規開設はい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、認知症地域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、認知症の人同士がつどって本人発信を行う「本人ミーティング⁴⁸」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対応支援が課題となります。
- 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。経済的理由で生活の場が制限されることがないように、所得の低い方に対し、グループホームの利用者負担の助成を行っています。
- 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)【再掲】	参加人数	73人	100人	94人	114人
	実施回数	4回	4回	4回	5回

●● 今後の方針 ●●

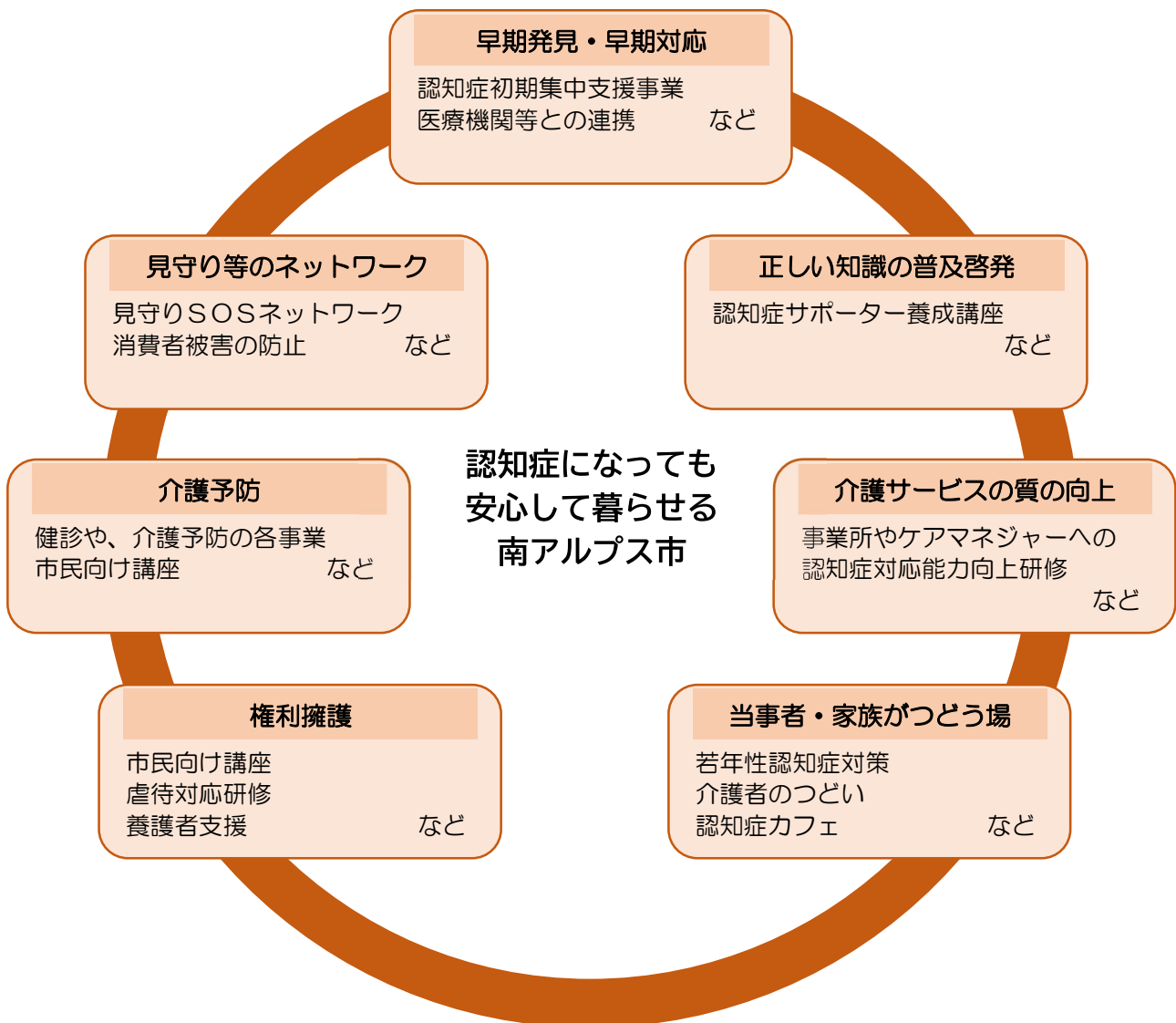
- 認知症カフェの運営と、新規開設に向けた取組を推進します。また、サロンやつどいの場等、身近な地域で認知症の人やその家族の社会参加に向けた支援を行います。
- オレンジパートナーの育成と活動支援を図るため、認知症サポーターステップアップ講座を継続して実施するとともに、実際にオレンジパートナーが活動できるような体制づくりについて検討します。

⁴⁷ 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

⁴⁸ 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

- 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支援や、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中、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中には意思決定支援⁴⁹・身上保護⁵⁰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⁵¹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」の設置

令和3年度に「南アルプス市権利擁護・成年後見制度利用促進協議会」を設置しました。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委嘱し、制度活用にとど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。

⁴⁹ 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

⁵⁰ 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

⁵¹ 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

②南アルプス市権利擁護センターの開設

協議会設置と同時に、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に依頼し、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⁵²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とどまらず、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。

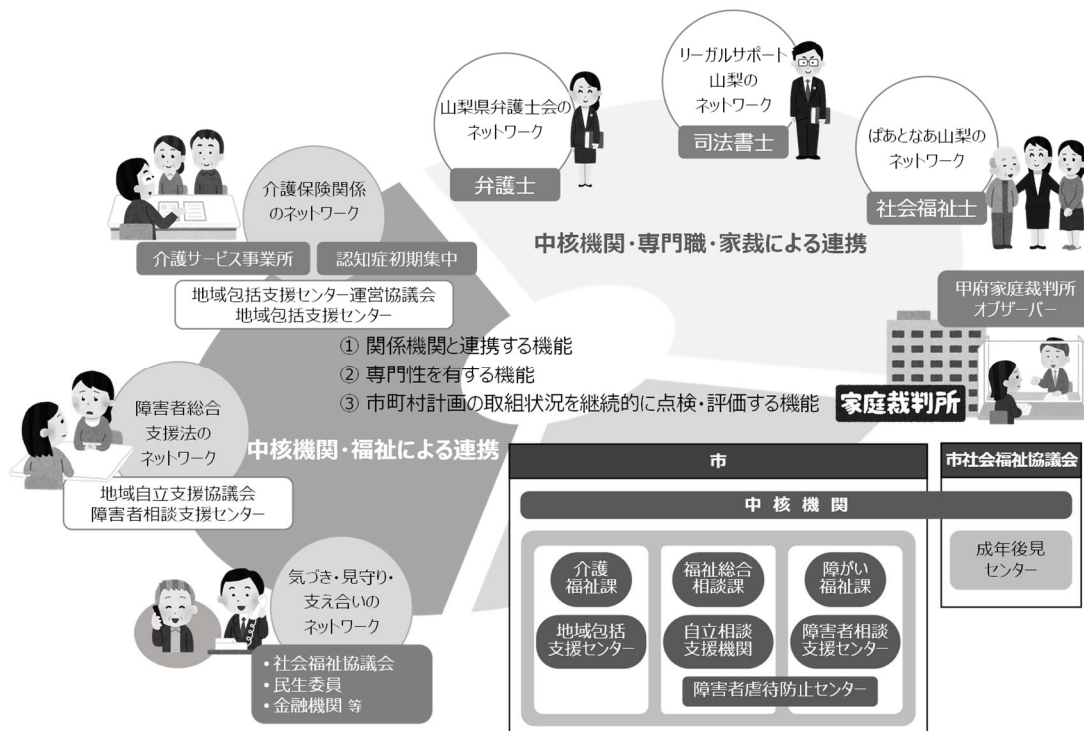
⁵² 市長申立：身寄りがなく法定後見制度の申立てをする親族がない場合に、親族に代わり市長が申立てを行う制度のこと

(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。
- 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が、令和3年度は要介護施設従事者による虐待が 10 件と最多でした。それらの背景から、施設従事者に対し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ができるよう、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



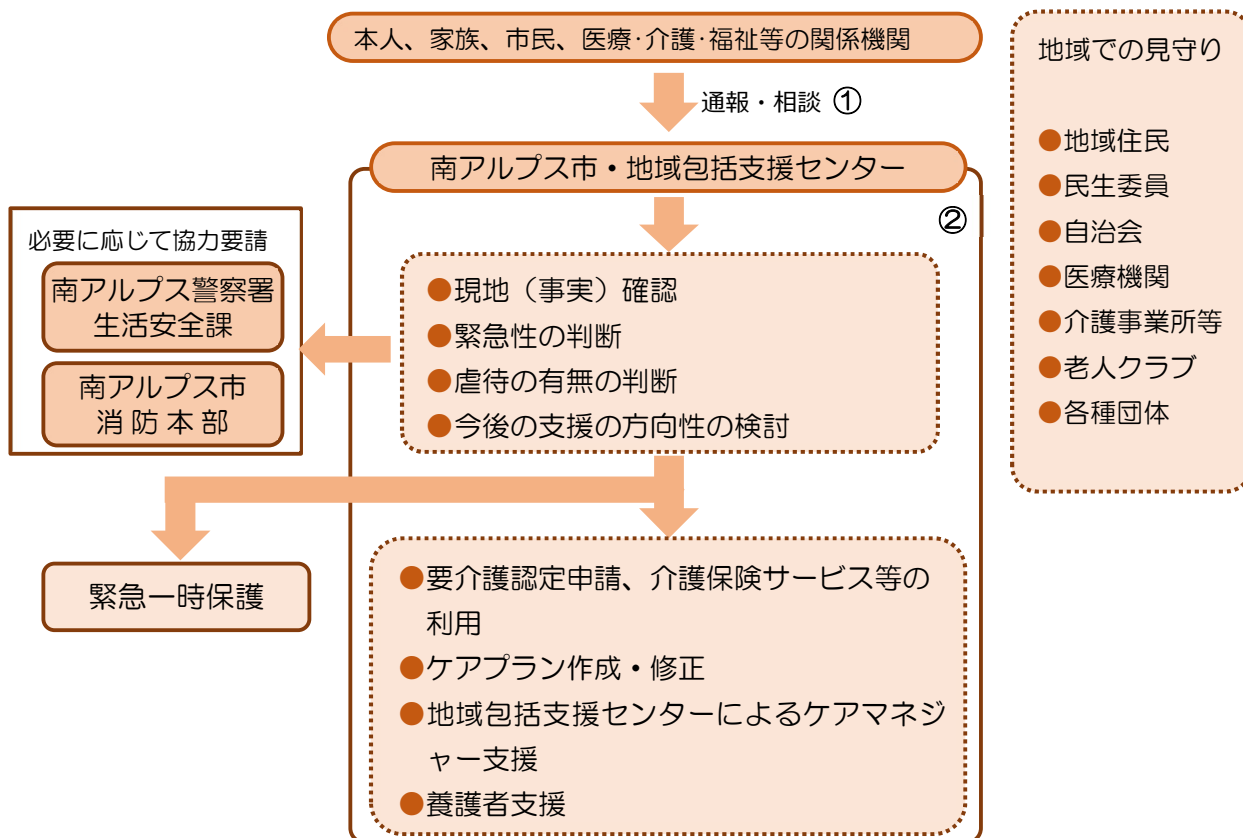
虐待相談・通報の件数とその内訳

	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	24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、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うえで、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。
- 高齢者等による消費者被害の深刻化を防ぐため、既存の「認知症支援ネットワーク会議」を、消費者安全法にて規定されている「消費者安全確保地域協議会」に位置づけ、高齢者を身近な地域で見守る体制の構築を進めています。

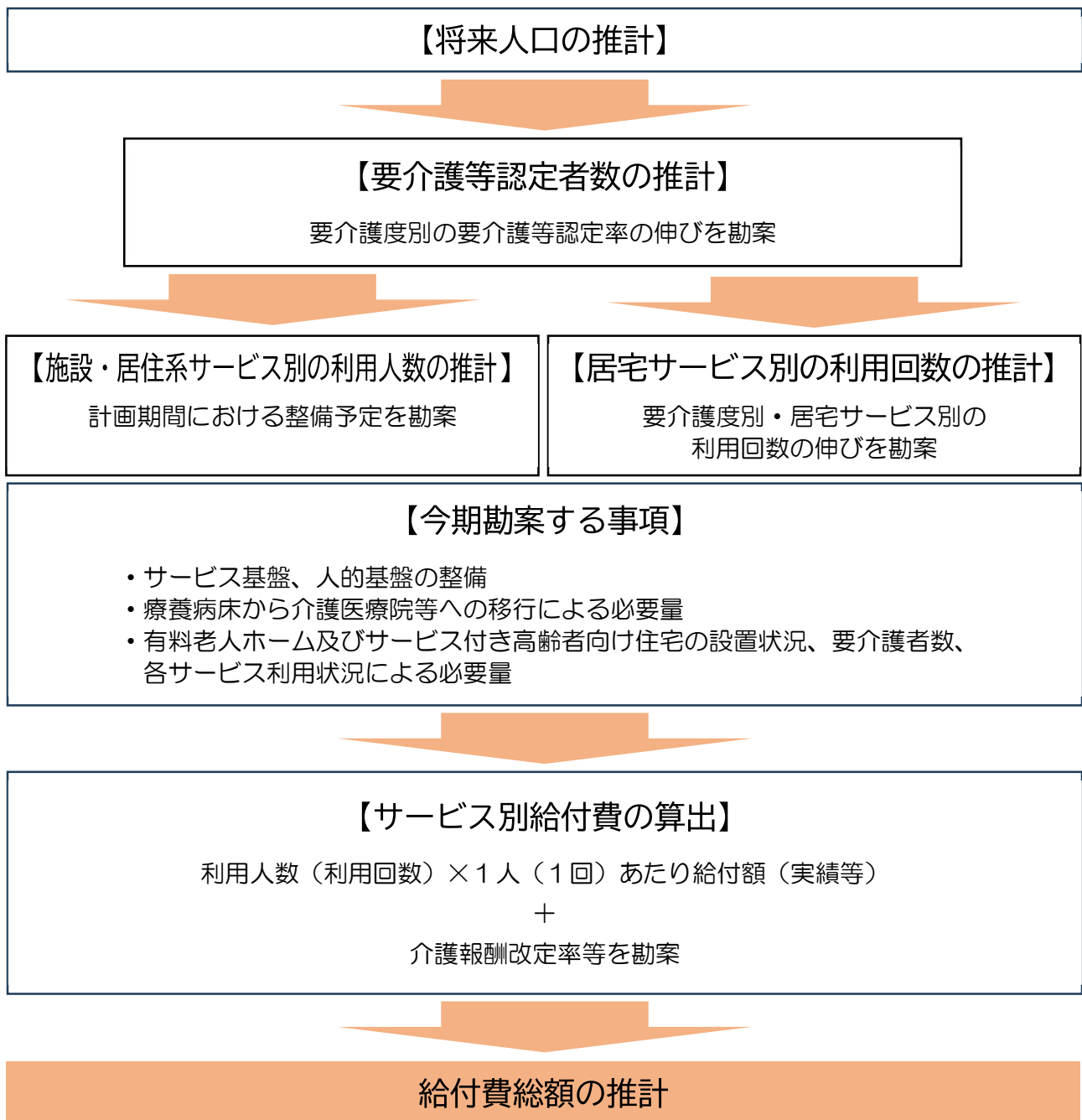
●● 今後の方針 ●●

- 警察や市消費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。
- 予防対策として、農協・商工会・金融機関等の市内企業と連携を図り、消費者被害の防止に努めます。

第5章 介護保険事業・地域支援事業の推進

1 介護サービス量等の見込みの手順

介護給付費は、下の図の流れで推計します。まず、「将来人口の推計値」に、実績値の伸びを勘案して見込んだ「要介護等認定率」を乗じて「認定者数」を見込みます。認定者のうち「施設・居住系サービス利用人数」を見込むとともに、「居宅サービス別の利用回数（利用人数）」を見込み、『今期勘案する事項』を踏まえて、施設・居住系サービス、居宅サービス別の利用回数（利用人数）に「1人（1回）あたり給付額（実績等）」を乗じ、給付費総額を推計します。



2 介護保険事業対象者等の推計

(1) 人口推計

総人口をみると、計画最終年度である令和8年には71,328人になると見込まれます。

計画期間内において、65歳以上の高齢者は年々増加傾向にあり、令和8年には20,583人（高齢化率28.9%）になると見込まれます。

推計にあたっては、各年10月1日時点の総人口及び被保険者数の実績をもとに、令和6年から令和32年（2050年）までの人口及び高齢化率を見込んでいます。

（単位：人）

	実績値【前期】			推計値【今期】			将来		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和32年 (2050年)
総人口	71,442	71,597	71,563	71,502	71,425	71,328	70,619	67,517	60,479
高齢化率	27.7%	28.0%	28.2%	28.4%	28.6%	28.9%	30.0%	34.0%	37.6%
高齢者人口	19,816	20,066	20,194	20,323	20,425	20,583	21,207	22,937	22,759
前期高齢者 (65～74歳)	10,182	10,003	9,675	9,356	9,005	8,829	8,690	10,259	9,143
後期高齢者 (75歳以上)	9,634	10,063	10,519	10,967	11,420	11,754	12,517	12,678	13,616
40～64歳人口	24,533	24,591	24,600	24,655	24,720	24,597	24,306	22,343	20,748
40歳未満人口	27,093	26,940	26,769	26,524	26,280	26,148	25,106	22,237	16,972

※令和3年～令和5年は実績値（10月1日現在の住民基本台帳）、令和6年以降はコーホート変化率法による推計値

(2) 要介護（要支援）認定者数推計

第1号被保険者において要介護（要支援）認定者数をみると、年々増加傾向にあり、計画最終年度である令和8年には3,311人（認定率16.2%）になると見込まれます。

要介護度別にみると、要介護1～2が多く、令和8年には要介護1が755人、要介護2が798人になると見込まれます。

推計にあたっては、各年度の被保険者数の推計をもとに、認定率の推移などを勘案し、令和6年から令和32年（2050年）までの要介護（要支援）認定者数を見込んでいます。

（単位：人）

	実績値【前期】			推計値【今期】			将来		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和32年 (2050年)
要支援1	104	140	196	197	199	203	229	248	249
要支援2	275	285	322	325	333	338	364	408	409
要介護1	691	668	726	730	747	755	838	960	952
要介護2	764	813	767	773	786	798	868	1,026	1,003
要介護3	530	583	506	509	518	524	567	684	665
要介護4	421	427	429	433	440	445	483	578	566
要介護5	245	243	238	241	246	248	264	318	310
合計	3,030	3,159	3,184	3,208	3,269	3,311	3,613	4,222	4,154
認定率	15.3%	15.7%	15.8%	15.9%	16.1%	16.2%	17.1%	18.5%	18.3%

3 介護サービス・介護予防サービスの見込み

【今期勘案する事項】

- ・令和22年（2040年）及び令和32年（2050年）を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
令和6年度中に看護小規模多機能型居宅介護を整備する。
- ・療養病床から介護医療院等への移行による必要量の勘案
令和5年度をもって廃止される療養病床のサービス見込みを介護医療院及び介護医療院以外の施設、在宅サービスに上乗せする。
- ・有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況等からサービスの必要量の勘案
高齢者の生活の場として既に一定の役割を担っている状況を踏まえ、新規整備情報、介護認定者数、利用状況等から必要量を上乗せする。また、既存施設の特定施設入居者生活介護への移行を踏まえ各サービスの利用推計を実施する。

（1）居宅サービス

●居宅サービスの概要

居宅サービスは、高齢者が自身の居宅にて介護を受けるサービスです。

介護サービスは、要介護者（要介護1～要介護5）を対象としたサービスです。

・訪問介護	・短期入所生活介護
・訪問入浴介護	・短期入所療養介護
・訪問看護	・特定施設入居者生活介護
・訪問リハビリテーション	・福祉用具貸与
・居宅療養管理指導	・特定福祉用具購入
・通所介護	・住宅改修
・通所リハビリテーション	・居宅介護支援

介護予防サービスは、自立支援をより一層徹底していくために、要支援者（要支援1・要支援2）を対象としたサービスです。

・介護予防訪問入浴介護	・介護予防特定施設入居者生活介護
・介護予防訪問看護	・介護予防福祉用具貸与
・介護予防訪問リハビリテーション	・介護予防特定福祉用具購入
・介護予防居宅療養管理指導	・介護予防住宅改修
・介護予防通所リハビリテーション	・介護予防支援
・介護予防短期入所生活介護	
・介護予防短期入所療養介護	

それぞれのサービスの見込量は、厚生労働省が運営する「地域包括ケア『見える化』システム」を用いて推計作業を行い、算出しています。令和5年度の数値は見込値、令和6年度以降の数値は推計値です。

①訪問介護

訪問介護（ホームヘルプサービス）は、訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の身体介護や、清掃・洗濯・調理等の家事援助を行うサービスです。

利用者は増加傾向で推移しており、認定者数の増加に比例して利用者はこのまま増加するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	413	434	429	435	441	444

②訪問入浴介護（介護予防訪問入浴介護）

訪問入浴介護は、居宅を訪問して、浴槽を提供し入浴の介護を行うサービスです。

利用者はこのまま横ばいで推移するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	0	0	0	0	0	0
介護給付	18	19	18	18	18	18
合計	18	19	18	18	18	18

③訪問看護（介護予防訪問看護）

訪問看護は、看護師等が居宅を訪問して病状の観察、必要な診療の補助、療養上の世話等を行うサービスです。

医療依存度の高い方が主に利用しているサービスであり、利用者は増加傾向で推移しており、引き続き高い利用ニーズがみられることからこの傾向が続くと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	11	16	23	26	27	28
介護給付	168	196	241	243	246	248
合計	179	212	264	269	273	276

④訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）

訪問リハビリテーションは、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）等が居宅を訪問して、日常生活動作（ADL）等に関する機能訓練を行うサービスです。

心身機能の維持を図るため、訪問リハビリテーションのさらなる普及が求められていることから、実績を上回る利用者を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	5	1	4	3	3	3
介護給付	60	56	58	67	67	68
合計	65	57	62	70	70	71

⑤居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。

医療依存度の高い方が主に利用しているサービスであり、認定者数の増加に比例して利用者はこのまま増加するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	4	7	8	9	9	9
介護給付	126	127	128	145	155	166
合計	130	134	136	154	164	175

⑥通所介護

通所介護（デイサービス）は、デイサービスセンター等に通い、入浴、食事の提供等の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービスです。

在宅介護を支える重要なサービスとして需要が高いものの、利用者が減少しています。しかし、認定者数の増加を勘案し今後は増加に転じると見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護給付	657	651	620	633	643	653

⑦通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）

通所リハビリテーション（デイケア）は、介護老人保健施設や病院等に通り、当該施設において理学療法や作業療法、その他の必要なリハビリテーションを行うサービスです。

利用者は、認定者数の増加に比例して増加するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	40	40	41	45	46	47
介護給付	222	229	216	220	225	228
合計	262	269	257	265	271	275

⑧短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）

短期入所生活介護は、介護老人福祉施設に短期間入所し、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練などを行うものです。

利用実績は横ばいで推移していますが、中・重度認定者による利用が多く、要介護3以上の方の増加により利用者も増加を見込んでいますが、令和8年度からは県の整備方針に基づき減少を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	1	1	0	1	1	1
介護給付	268	263	263	267	270	269
合計	269	264	263	268	271	270

⑨短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）

短期入所療養介護は、介護老人保健施設や介護医療院等に短期間入所し、当該施設において看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話をを行うものです。

医療管理下での介護を必要とする方を対象とするサービスのため、一定数の需要があると考えられることから、実績と同程度の利用者数を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	0	0	0	0	0	0
介護給付	9	8	7	8	8	8
合計	9	8	7	8	8	8

⑩特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホーム等に入所している要介護者等について、計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うものです。

これまでの実績や既存施設の定員数を勘案し、概ね横ばいで見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	0	1	1	1	1	1
介護給付	16	23	39	39	39	39
合計	16	24	40	40	40	40

⑪福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）

福祉用具貸与は、要介護者等ができるだけ自宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営めるよう、心身の状況や希望・環境を踏まえて福祉用具の貸与を行うサービスです。

主な貸与品目は、車いす、歩行器、特殊寝台等で利用者の多いサービスであり、今後も認定者の増加に伴い利用者は増加するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	106	120	153	150	152	156
介護給付	1,083	1,129	1,105	1,123	1,147	1,168
合計	1,189	1,249	1,258	1,273	1,299	1,324

⑫特定福祉用具購入（介護予防特定福祉用具購入）

特定福祉用具購入は、貸与になじまない入浴または排せつに関する福祉用具等（浴室用のいすやポータブルトイレ等）の購入費を支給します。

福祉用具貸与と並んで在宅生活を支えるサービスとして、新たに介護認定を受ける方を中心に利用されており、今後も同水準の利用が見込まれます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	2	2	2	2	2	3
介護給付	16	17	17	17	17	18
合計	18	19	19	19	19	21

⑬住宅改修（介護予防住宅改修）

住宅改修は、手すりの取り付けや段差解消についての費用の支給を行うものです。

在宅での生活を維持するために必要なサービスとして利用されており、今後も同水準の利用を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	3	2	2	2	2	3
介護給付	11	10	10	11	11	12
合計	14	12	12	13	13	15

⑭居宅介護支援（介護予防支援）

居宅介護支援は、居宅で介護を受ける人の心身の状況、希望等を踏まえ、保健医療サービス、福祉サービスの利用等に関し、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関等との連絡調整などを行うものです。

要介護認定者数や居宅サービス利用者の推計値などを勘案し、利用者はこのまま増加するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実 績		見込み	推 計		
	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
介護予防給付	145	157	185	189	193	196
介護給付	1,765	1,792	1,777	1,802	1,804	1,818
合計	1,910	1,949	1,962	1,991	1,997	2,014

(2) 地域密着型サービス

●地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの概要

地域密着型サービスは、高齢者の要介護度が重くなっても、遠方の施設に入所するのではなく、できる限り住み慣れた地域や自宅で生活を継続できるようにするためのサービスです。

介護サービスは、要介護者（要介護1～要介護5）を対象としたサービスです。

- ・認知症対応型通所介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・地域密着型通所介護
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・看護小規模多機能型居宅介護

介護予防サービスは、要支援者（要支援1・要支援2）を対象としたサービスです。

- ・介護予防認知症対応型通所介護
- ・介護予防認知症対応型共同生活介護（要支援2のみ利用可能）

①認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）

認知症対応型通所介護は、認知症の要介護者等ができるだけ居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営めるように、入浴、排せつ、食事等、日常生活の支援や生活行為向上のための支援及び機能訓練を日帰りで行うサービスです。

令和5年度末現在、市内2事業所（定員24人）が整備されています。利用者は横ばいとなっており、今後は微増で推移するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	0	1	3	2	2	2
介護給付	29	31	28	29	30	31
合計	29	32	31	31	32	33

②認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）

認知症対応型共同生活介護は、認知症の要介護者等（認知症の原因となる疾患が急性の状態にある人を除く）が、共同で生活する住居（1ユニット8～9人）で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

令和5年度末現在、市内4事業所（定員43人）が整備されています。利用者は微増で推移するものと見込んでいます。認知症の要介護者数及び市内4事業所の待機者数の状況を踏まえ、次期計画に向けて検討していきます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護予防給付	0	0	1	1	1	1
介護給付	49	49	41	41	42	42
合計	49	49	42	42	43	43

③地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護は、定員29人以下の有料老人ホーム等に入所している要介護者に対して日常生活上の支援や機能訓練、療養上の世話を行うものです。

令和5年度末現在、市内では整備されていませんが、県の整備方針に基づき令和7年度からのサービス提供開始を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	0	0	0	0	42	42

④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、定員が29名以下の特別養護老人ホームに入所している要介護者に対して日常生活上の支援や機能訓練、療養上の世話を行うものです。

令和5年度末現在、市内3事業所（定員87人）が整備されています。利用者は増加傾向にあり、施設需要は続くとみていますが、市内3事業所の待機者数の状況を踏まえ、次期計画に向けて検討していきます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	75	84	86	87	87	87

⑤地域密着型通所介護

少人数で生活圏域に密着したサービスとして、利用定員18人以下の小規模な通所介護事業所が実施する通所介護です。

利用者の多いサービスであり、今後も増加を見込んでいます。事業所は令和5年度末現在、市内33事業所（定員419人）が整備されており、既に充足されている状況です。既存事業所におけるサービスの質の確保と向上を図るよう指導・支援していきます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	548	557	565	577	582	584

⑥定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を実施するサービスです。

令和2年度に事業所が開設して以降、利用者は増加傾向にあることから、利用実績を上回る水準を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	17	24	29	30	30	32

⑦看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は、医療ニーズの高い要介護者に対し、多機能なサービスを提供するサービスです。

令和6年度から新規の事業所が開設し、利用者は徐々に増加すると見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	0	0	0	6	18	18

(3) 施設サービス

●施設サービスの概要

施設サービスは原則として要介護者のみが利用でき、介護保険施設に入所して介護を受けるサービスです。

- ・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（老人保健施設）
- ・介護医療院

①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設（定員30人以上）では入所者に、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援を行います。

現在、市内に4施設が整備されています。新たな施設整備の予定はなく、利用者については、令和7年度までは利用実績から微増で推移し、令和8年度からは県の整備方針に基づき増加を見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	241	237	242	243	244	249

②介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設では、在宅復帰に向けて支援を要する入所者に、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療並びに日常生活上の支援を行います。

現在、市内に2施設が整備されています。新たな施設整備の予定はありませんが、在宅への復帰を目的としている施設であるため、入所サイクルを考慮し、利用実績から微増で推移するものと見込んでいます。

月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	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
介護給付	239	243	244	246	247	247

③介護医療院

介護医療院は入所者に、施設サービス計画に基づいて「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に行う新たなサービスです。

令和6年度において、令和5年度末をもって廃止される介護療養型医療施設（介護療養病床）から本サービスへの利用移行があることを踏まえて増加を見込み、令和7年度以降は横ばいで推移するものと見込んでいます。

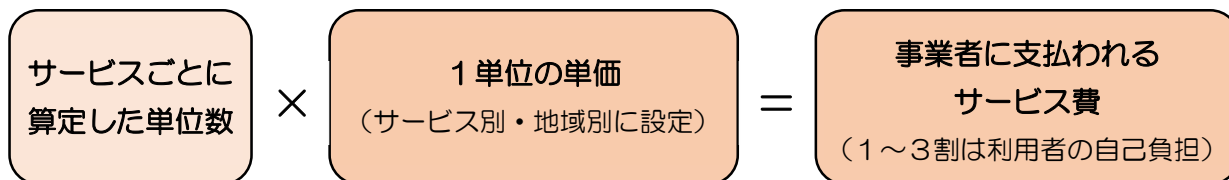
月平均 利用人数 (人)	実績		見込み	推計		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	5	3	4	5	5	5

(4) 介護報酬の改定

介護報酬は、介護保険法第41条第4項等において、事業所が所在する地域等についても考慮した、サービス提供に要する平均的な費用の額を勘案して設定することとされています。この額については、人件費等についての地域差を考慮していないため、地域差を調整するために各市町村に地域区分（級地）を設定し、地域区分（8区分）及びサービスごとの人件費割合（3区分）に、1単位あたりの「上乗せ割合」を定めています。

前期計画期間においては経過措置を適用しその他（0%）としていましたが、今期計画においては、この経過措置を適用せず、地域区分を7級地（上乗せ割合3%）とします。

◆介護報酬の基本的な算定方法



◆1単位の単価（サービス別・地域別に設定）

		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合		20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	①70%	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	②55%	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	③45%	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円

南アルプス市

【人件費割合の区分】

- ①…訪問介護／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
- ②…訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／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／短期入所生活介護
- ③…通所介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護医療院／地域密着型特定施設入居者生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／地域密着型通所介護

(5) 介護給付費の推計

①介護予防サービス見込量

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防 サービス	介護予防訪問入浴介護			
	介護予防訪問看護			
	介護予防訪問リハビリテーション			
	介護予防居宅療養管理指導			
	介護予防通所リハビリテーション			
	介護予防短期入所生活介護			
	介護予防短期入所療養介護(老健)			
	介護予防短期入所療養介護(病院等)			
	介護予防福祉用具貸与			
	介護予防特定福祉用具購入			
	介護予防住宅改修			
	介護予防特定施設入居者生活介護			
(2) 地域密着型 介護予防 サービス	介護予防認知症対応型通所介護			
	介護予防小規模多機能型居宅介護			
	介護予防認知症対応型共同生活介護			
(3) 介護予防支援				
合 計				

②介護サービス見込量

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 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（老健）			
	短期入所療養介護（病院等）			
	福祉用具貸与			
	特定福祉用具購入			
	住宅改修			
	特定施設入居者生活介護			
(2) 地域密着型 サービス	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			
	認知症対応型共同生活介護			
	地域密着型特定施設入居者生活介護			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
	看護小規模多機能型居宅介護			
	地域密着型通所介護			
(3) 施設 サービス	介護老人福祉施設			
	介護老人保健施設			
	介護医療院			
(4) 居宅介護支援				
合 計				

③総給付費

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
合 計				
	在宅サービス			
	居住系サービス			
	施設サービス			

4 地域支援事業の見込量

(1) 地域支援事業の体系

第4章で述べた具体的なプランを以下のとおり、地域支援事業として体系付けします。事業については、国の動向や本市の実情に合うよう随時見直しを行いながら実施していきます。

①介護予防・日常生活支援総合事業

総合事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ○審査支払手数料 ○高額介護予防サービス費相当事業等
介護予防ケアマネジメント事業	○介護予防ケアマネジメント事業
一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防把握事業 ○介護予防普及啓発事業 <ul style="list-style-type: none"> ・らくらく運動教室 ・健康わくわくウォーク ・栄養・口腔・運動教室 ○地域介護予防活動支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防活動（いきいき百歳体操）支援事業 ・市民介護予防サポートリーダー養成支援事業 ・介護支援ボランティア・ポイント事業 ○地域リハビリテーション活動支援事業

②包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業

包括的支援事業 （地域包括支援センターの運営）	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センター運営事業 ○地域包括支援センター機能強化事業 ○権利擁護事業 ○地域包括支援センター広報活動事業 ○総合相談支援事業 ○ケアマネジャーへの後方支援事業
任意事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護給付費適正化事業 ○家族介護継続支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ・家族介護教室実施事業 ・家族介護者相互交流事業 ・介護慰労金支給事業 ・介護用品購入費助成事業 ・認知症高齢者等GPS機能付機器取得費助成事業 ・認知症高齢者徘徊保護対策事業 ○成年後見制度利用支援事業 ○認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業 ○認知症サポーター等養成事業 <ul style="list-style-type: none"> ・みまもりネットワーク構築事業 ○地域自立生活支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ・緊急通報システム整備事業 ○住宅改修理由書作成事業 <ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修支給申請理由書作成手数料支払事務

③包括的支援事業（社会保障充実分）

在宅医療・介護連携推進事業
生活支援体制整備事業
認知症初期集中支援推進事業
認知症地域支援・ケア向上事業
地域ケア会議活動推進事業

(2) 地域支援事業の見込量

①介護予防・日常生活支援総合事業

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・生活支援サービス事業				
介護予防ケアマネジメント事業				
審査支払手数料				
高額介護予防サービス費相当事業等				
一般介護予防事業	介護予防把握事業			
	介護予防普及啓発事業			
	地域介護予防活動支援事業			
	地域リハビリテーション活動支援事業			

②包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）				
一般介護予防事業	介護給付費適正化事業			
	家族介護継続支援事業			
	その他の事業			

③包括的支援事業（社会保障充実分）

(単位：千円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携推進事業				
生活支援体制整備事業				
認知症初期集中支援推進事業				
認知症地域支援・ケア向上事業				
地域ケア会議活動推進事業				

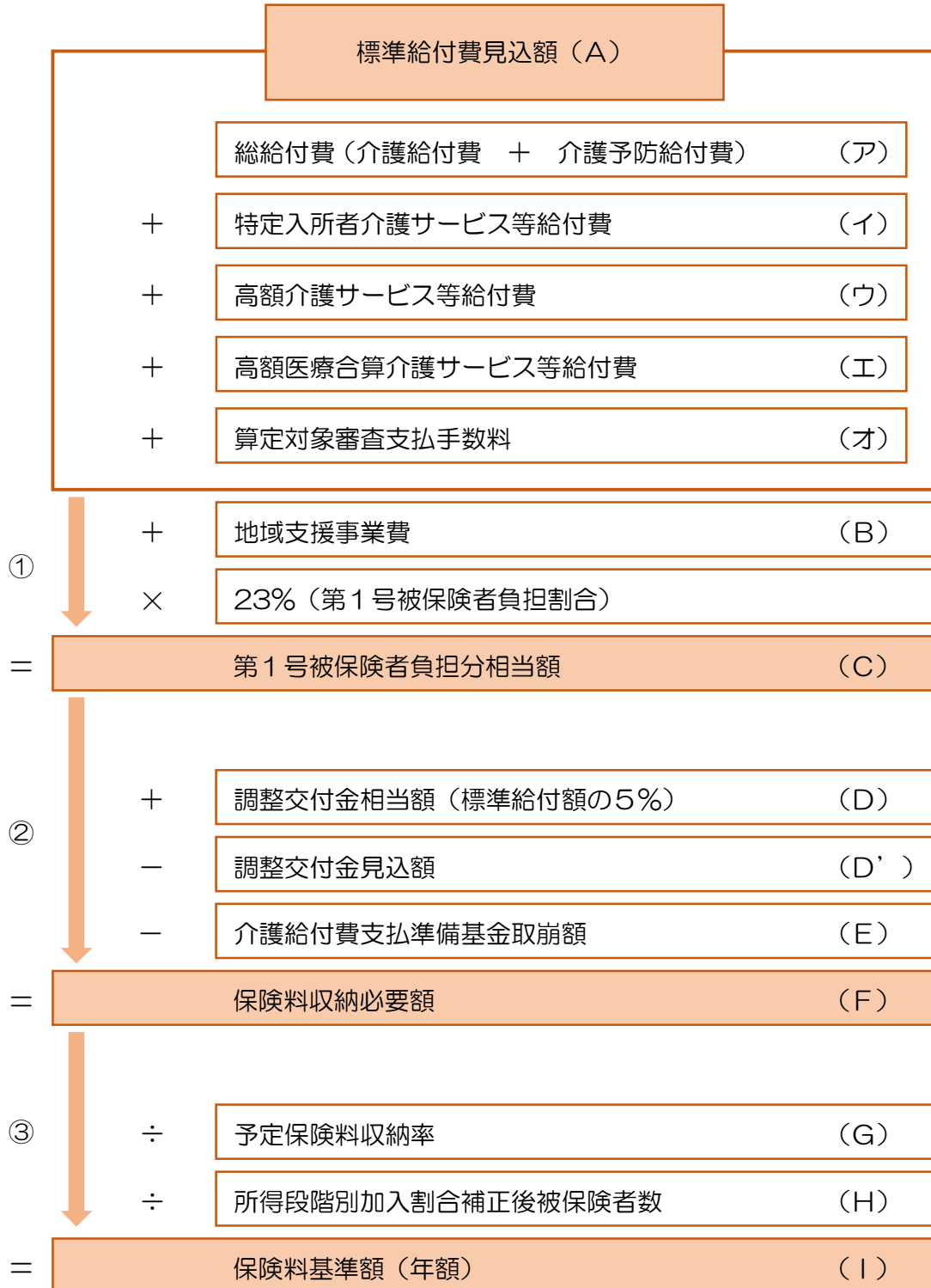
5 第1号被保険者の介護保険料

(1) 介護保険料の算出

1 介護保険料の算出方法

令和6年度から令和8年度の3年間の標準給付費見込額をもとに、第1号被保険者の保険料月額を推計します。

保険料の算定は、以下の計算方法により行われます。



① ((A) + (B)) × 23% = (C)

② (C) + (D) - (D') - (E) = (F)

③ (F) ÷ (G) ÷ (H) = (I)

※ (A) ~ (I) は次ページの表に対応

2 第9期介護保険料基準額の算出

単位：円

	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額 (A)				
総給付費 (ア)				
特定入所者介護サービス費等給付額(イ)				
高額介護サービス費等給付額(ウ)				
高額医療合算介護サービス費等給付額 (エ)				
算定対象審査支払手数料 (オ)				
地域支援事業費 (B)				
介護予防・日常生活支援総合事業費				
包括的支援事業・任意事業費				
第1号被保険者負担分相当額 (C)				
調整交付金相当額 (D)				
調整交付金見込額 (D')				
介護給付費支払準備基金取崩額(E)				
保険料収納必要額 (F)				
予定保険料収納率 (G)				
所得段階別加入割合補正後被保険者数 (H)				
保険料基準額 (年額) (I)				
保険料基準額 (月額)				

3 第1号被保険者保険料基準額の推移

単位：円

	H18～20年度 (第3期)	H21～23年度 (第4期)	H24～26年度 (第5期)	H27～29年度 (第6期)	H30～R2年度 (第7期)	R3～5年度 (第8期)	R6～8年度 (第9期)
第1号被保険者保険料	3,800	4,375	5,096	5,600	6,100	5,900	
増減額	900	575	721	504	500	-200	
増減率	31.0%	15.1%	16.5%	9.9%	8.9%	-3.3%	

4 各所得区分及び保険料率

第1号被保険者の保険料は所得段階によって異なります。本市では、国が標準として示した13段階に基づいて設定しています。

所得段階	所得区分		保険料率	保険料年額 (月額)
第1段階	生活保護受給者の方		基準額 × ●●	●円 (●円)
	世帯全員が 市民税非課税	前年の課税年金収入額と合計所得金額 ⁵³ （公的年金所得を除く）の合計が80万円以下の方		
		前年の課税年金収入額と合計所得金額（公的年金所得を除く）の合計が80万円超120万円以下の方		
第2段階	前年の課税年金収入額と合計所得金額（公的年金所得を除く）の合計が120万円超の方		基準額 × ●●	●円 (●円)
第3段階	本人が 市民税非課税	前年の課税年金収入額と合計所得金額（公的年金所得を除く）の合計額が80万円以下の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第4段階		前年の課税年金収入額と合計所得金額（公的年金所得を除く）の合計額が80万円超の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第5段階	本人が 市民税課税	前年の合計所得金額が120万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第6段階		前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第7段階		前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第8段階		前年の合計所得金額が320万円以上410万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第9段階		前年の合計所得金額が410万円以上500万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第10段階		前年の合計所得金額が500万円以上590万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第11段階		前年の合計所得金額が590万円以上680万円未満の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第12段階		前年の合計所得金額が680万円以上の方	基準額 × ●●	●円 (●円)
第13段階				

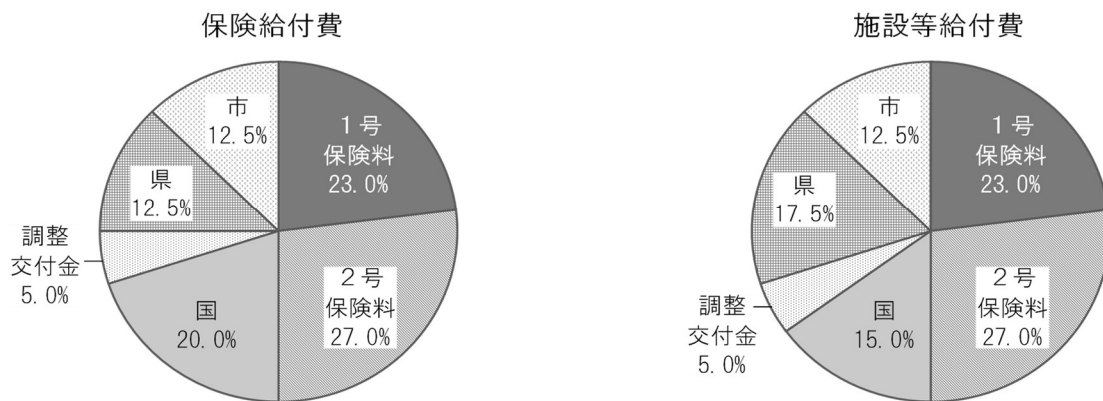
第8期に引き続き、50%の公費負担分の他に別枠で公費を投入し、第1段階の保険料率の引き下げ（●●→●●）、第2段階の保険料率の引き下げ（●●→●●）、第3段階の保険料の引き下げ（●●→●●）を行い、低所得者の保険料の軽減を行います。

※53 合計所得金額：収入金額から必要経費に相当する金額を控除した金額（土地等の譲渡所得については特別控除後の金額）のことで、扶養控除や医療費控除などの所得控除前の金額です。

(2) 介護保険制度の財源構成

1 保険給付

介護保険の保険給付に要する経費は、公費と保険料でそれぞれ2分の1ずつ負担する仕組みとなっています。公費の負担割合は、施設等給付費とそれ以外の居宅サービス等に係る給付費とで異なり、第9期におけるそれぞれの財源構成は次のとおりです。



①公費

		保険給付費 (施設等給付費を除く)	施設等給付費
国	負担金	20.0%	15.0%
	調整交付金	約5.0%	約5.0%
県		12.5%	17.5%
市		12.5%	12.5%
合計		約50.0%	約50.0%

②保険料

●第1号被保険者保険料 23.0%

65歳以上の方が負担する保険料です。計画期間における保険給付費の23.0%を負担します。

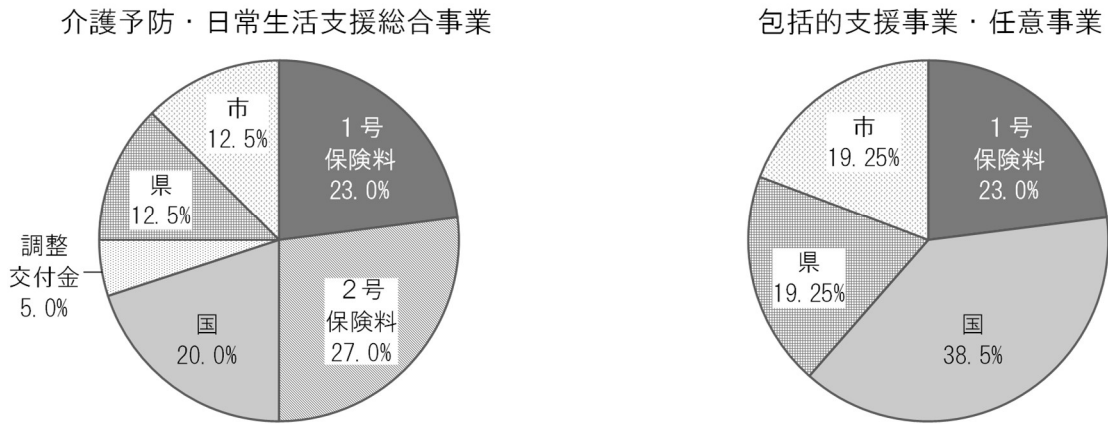
●第2号被保険者保険料 27.0%

40歳から64歳までの健康保険、国民健康保険等の公的医療保険に加入している方が負担する保険料です。社会保険診療報酬支払基金が、全国の第2号被保険者の保険料を集約し、計画期間の各年度における保険給付実績の27.0%が介護給付費交付金として交付されます。

	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期
第1号被保険者	19%	20%	21%	22%	23%	23%	23%
第2号被保険者	31%	30%	29%	28%	27%	27%	27%

2 地域支援事業費

地域支援事業に係る財源は、介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業・任意事業で異なり、第9期におけるそれぞれの財源構成は次のとおりです。



		介護予防・日常生活支援総合事業	包括的支援事業・任意事業
国	負担金	20.0%	38.5%
	調整交付金	約5.0%	
県		12.5%	19.25%
市		12.5%	19.25%
第1号被保険者保険料		23.0%	23.0%
第2号被保険者保険料		27.0%	
合計		100.0%	100.0%

6 事業者への指導・助言、介護人材の確保及び質の向上

(1) 事業者への指導・助言

サービス事業者等の行う介護給付、予防給付等に係る費用の請求等に関し、法令及び通達等に対する適合状況等について、必要な助言及び指導または是正の措置を講ずることにより、サービスの質の確保と利用者の保護並びに介護給付の適正化を図るため、定期的に運営指導を実施していきます。

また、市ではサービス事業者との連携を密にし、抱えている課題等について把握するよう努めるとともに、必要な支援に取り組んでまいります。

運営指導の実施状況

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域密着型、介護予防・生活支援サービス事業者への運営指導回数	13回	16回	16回
居宅介護支援事業者への運営指導回数	8回	11回	8回

高齢者の住まいとして一定の役割を担う有料老人ホーム等について、情報収集に努め県と連携しながら質の確保及び向上を目指すことにより高齢者を支援していきます。また、利用者が介護サービス事業者を適切に選択することができるよう、「介護サービス情報公表システム」の利用を促進します。

(2) 介護人材の確保及び質の向上

介護人材の確保については、国においても喫緊の課題として処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入れ環境整備などの取組を総合的に実施していく方針が示されています。本市においても、就職説明会等の情報を福祉・介護事業者に積極的に周知し人材確保の支援を進めていきます。

質の向上については、権利擁護・虐待対応職種別研修会やサービス事業所の資質向上研修会等により必要な知識を習得できる機会の提供を行っていきます。また、予防事業においては、市民介護予防サポートリーダーの養成など総合事業の担い手となる人材育成や、地域の支えあい活動を通じて専門の介護職以外での介護に携わる人材確保に努めます。さらに、事業者が行う多様な介護人材の育成や介護ロボット・ICT等の活用に対し、県と協力しながら支援していきます。

7 介護保険制度の適正・円滑な運営

(1) 低所得者に対する支援

介護保険制度は、介護保険事業が適正かつ安定して運営され、すべての市民が安心して介護サービスを利用できるよう、保険料については負担能力に応じた仕組み、利用料については負担能力及びサービス利用量に応じた仕組みをそれぞれ組み合わせています。

所得の低い方への支援策として、低所得者負担割合の軽減の継続、高額介護（介護予防）サービス費・高額医療合算介護（介護予防）サービス費・特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を行うとともに、社会福祉法人の提供する介護保険サービスの利用者負担軽減や、市独自の軽減事業として認知症対応型共同生活介護事業所を利用している低所得者の利用者負担額の軽減を継続して行います。

(2) 市民への情報提供

介護保険サービスは、利用者自らが選択してサービス提供を受ける制度です。サービスの必要な人が必要なサービスを受けることができるよう、介護サービス内容や事業所、各種福祉制度の情報を公表することにより、円滑なサービス利用を可能とするとともに、サービスの質の向上を促します。

地域住民による福祉活動を効果的・継続的に行っていくため、行政からの情報を市民に周知する必要があることから、市の広報紙やホームページ、わかりやすいパンフレットを作成するなど、さまざまな媒体や機会を通じてきめ細かな情報提供を行っています。

(3) 介護給付費等の適正化

介護保険制度が被保険者の保険料と公費で成り立っていることから、介護給付が適切に行われることは、健全で公平な介護保険の運営に不可欠です。介護給付が適切に行われるには、まず介護給付を必要とする介護認定者を適切に認定したうえで、認定者が住み慣れた場所で自立した生活を送るために真に必要とするサービスを、事業者が適切に提供することが必要です。不適切な給付を削減し、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することで、介護給付の適正化を図り、信頼性の高い、将来的に安定した介護保険制度構築を目指します。

また、国において介護給付適正化に係る事業の見直しがされたことから、国の基準に沿った事業展開をしていきます。

1 現状と課題

市では、前期計画の中で以下の事業を行ってきました。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
短期入所の長期利用に係る 適正利用判定会の実施回数	12回（68件）	12回（73件）	7回（38件） （10月末実績）
軽度者の福祉用具貸与に係る 適正利用判定会の実施回数	3回（3件）	1回（1件）	5回（5件） （10月末実績）
ケアプラン点検（住宅改修含む） の実施件数	486件	552件	289件 （10月末実績）
事業者連絡会での質の向上に 向けた啓発・研修事業の実施回数	2回	2回	2回 （10月末実績）

- ・短期入所の長期利用及び軽度者の福祉用具貸与に係る判定会については、介護保険制度への理解を深め、不適切給付の適正化のために継続して実施しています。
- ・ケアプラン点検は介護保険法令に基づいて介護給付の適正化を図るために実施しています。対象となるケアプランの選定にあたっては国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムを用いて対象者を抽出し、ケアマネジメントの質の向上を支援するための助言を行っています。大多数のケアプランについては適切なサービスが提供されていることが確認できました。

2 今後の方針

国において介護給付適正化に係る事業の見直しを行い、「介護給付費の通知」を主要事業から除外し、任意事業として位置づけました。また、適正化実施の効率化を図るため、「住宅改修の点検」を「ケアプラン点検」に統合し、「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」と合わせた3事業を給付適正化主要事業として位置づけています。

市では、このような国の方針を踏まえ、介護給付の適正化に向けて次の取組を行います。

①要介護認定の適正化

介護保険の給付を受けるためには、要介護または要支援の認定が第一歩になります。適切な認定のため介護認定審査会を設置し介護の必要の有無や程度について審査・判定を行っています。

要介護認定の基準については、公平性と客観性の観点から全国一律の基準が用いられており、どの調査員においても同じ結果となることが望ましいため、平準化に向けた研修等を実施してきました。今後取組を進めるために、市で任用している認定調査員が専門的な知識を身につけ平準化に取り組んでいけるように、引き続き研修等を実施していきます。

②ケアプラン点検

利用者の自立支援に資する適切なケアプランの作成に向けて、利用者の介護サービス計画書の点検を実施します。さらに国から示された「適切なマネジメント手法」を用いた利用者の状態に適したケアプランが作成されているか、サービス提供が行われているかについて、ケアプランの点検・助言・指導を行い、適切なサービス提供の推進に取り組みます。

ケアプラン点検に統合される住宅改修の適正化については、申請時に提出される理由書及びアセスメント、見積書、図面、写真などから、利用者の自立に資する住宅改修が行われているか、費用面においても適切な改修であるか確認に努めます。

③縦覧点検、医療情報との突合

国民健康保険団体連合会（国保連合会）の給付実績等をもとに、介護保険と医療保険の重複請求等について確認作業を行い、疑義が生じた請求に対して確認依頼を行ってきました。今後費用対効果が期待される帳票に重点化した点検を行うことで、効率化を図りながら事業実施を継続していきます。

第6章 プランの推進にあたって

1 プランの周知・啓発

計画を着実に実行するために、市はもとより、市民・事業者・各団体などが計画の内容を十分理解し、一体となって基本理念の「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」の実現を目指して施策・事業の実行を担っていただけるよう、計画の内容の周知、啓発を図ります。具体的には、広報紙やパンフレット、ホームページなどの多様な媒体や各種事業を通し、わかりやすい情報発信・広報活動を行っていきます。

また、行政機関・サービス提供事業者・福祉団体・自治会組織・NPO団体・ボランティア団体など関係する団体との連携を強化し、計画推進のための情報提供に努めます。

さらに、社会福祉協議会や民生委員児童委員などの福祉関係者を通じて、高齢者に対し、サービスの周知、利用の啓発を推進します。

2 関係機関・地域との協働・連携

本計画は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会を着実に実現するため、行政だけでなく、市民や事業者、各団体などとの協働により推進することが重要となります。このため、行政においては関係行政機関、社会福祉協議会、民生委員児童委員、医療機関、民間事業者、NPO団体などとの連携を強化します。

また、市民が必要な支援を受けられるよう、生活支援・介護予防サービス、医療・介護サービス等の内容について最新情報を積極的に提供するとともに、生活支援コーディネーターの配置などにより「地域支えあい協議体」の活動を推進して地域包括ケアシステムの実現を目指します。

3 プランの進行管理と点検評価

本計画はPDCAサイクル（計画・実行・評価・改善）に沿って、定期的に計画の達成状況等を評価・検証し、計画期間中の進捗状況を把握し、常に計画が有効に機能するよう、地域包括支援センター運営協議会において、地域包括ケアシステムの構築に必要な事業の進捗管理と評価を行うほか、サービスの質の確保、分析データの利活用、運営評価等を行っていきます。また、評価方法の一つとして、保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用していきます。

4 主な評価指標

○● 各重点目標に係る評価指標 ●○

評価指標		見込値	目標値		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
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					
介護支援ボランティア・ポイント制度 延べ活動件数		700件	700件	760件	800件
訪問型サービスC利用者数（栄養・口腔・運動）		3人	3人	4人	5人
当該年度にサポートリーダー養成講座を受講した者の内、地域で介護予防を実践している者の割合		70%	80%	80%	80%
いきいき百歳体操	参加者数	1,086人	1,165人	1,240人	1,315人
	実施箇所数	70箇所	75箇所	80箇所	85箇所
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					
地域包括支援センター職員を対象とした研修会の開催回数		1回	1回	1回	1回
ケアマネジャー研修会への参加割合 （参加者数／市内ケアマネジャー数）		65%	65%	70%	75%
通所型サービスB（コミュニティカフェ）設置数		4箇所	5箇所	6箇所	6箇所
支えあいの地域づくり実感フォーラム	参加者数	161人	200人	200人	200人
	うち新規参加者数	51人	64人	68人	70人
地域支えあい協議体の認知度 ※次期計画において評価		43.3%	—	—	70.0%
地域ケア推進会議開催回数		1回	1回	1回	1回
家族介護者相互交流事業・ 家族介護教室（介護者のつどい）	参加者数	90人	100人	110人	120人
	うち男性参加者数	15人	15人	18人	20人

評価指標	見込み値	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
重点目標3 認知症施策の推進				
認知症サポーター養成講座受講者数	750人	750人	750人	800人
認知症初期集中支援チームの年間対応数 (実人数)	11人	14人	17人	20人
認知症カフェ設置数	2箇所	3箇所	3箇所	3箇所
重点目標4 高齢者の権利擁護の推進				
権利擁護・虐待対応職種別研修会への参加率 (参加事業所数/総事業所数)	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%
高齢者の消費者被害防止研修参加者数	0人	100人	120人	150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 ●○

評価指標	見込み値	目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
サービス事業所の運営指導件数	24件	21件	27件	24件
要介護認定の適正化件数	全件	全件	全件	全件
ケアプラン点検件数	120件	120件	130件	140件
医療情報との突合・縦覧点検回数	年12回	年12回	年12回	年12回