

ほっと福祉プラン 21

(令和3年度～令和5年度)

**高岡市高齢者保健福祉計画
高岡市介護保険事業計画**

(素案)

高 岡 市

第1編 序論

第1章 計画策定の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨	2
2 計画の性格、法令等の根拠	3
3 基本理念・基本方針	3
4 令和3年度介護保険制度改正の主な内容	4
5 計画期間	5

第2章 高齢者を取り巻く現状

1 高岡市の人口構造、高齢者の状況など	
(1) 高岡市の人口構造	6
(2) 高齢者人口の推移	7
(3) 高齢者のいる世帯の状況	7
(4) 認知症高齢者の状況	7
(5) 日常生活圏域	8
2 介護保険対象サービスの実施状況	
(1) 要介護認定の状況	9
(2) 居宅・地域密着型・施設別の介護サービス利用量	10
(3) サービス受給者の状況	11
(4) サービス種類別給付額の状況	14
3 被保険者数及び要介護認定者数の今後の見通し（将来推計）	
(1) 被保険者数の推計	17
(2) 要介護認定者数の推計	18

第3章 計画の目指す姿、基本的方向

1 2025・2040年を見据えた計画の策定、目指す姿	19
2 第8期計画の目指す姿を実現するための重点事業について	22
3 基本的方向	26

■施策の体系	32
--------	----

第2編 計画の内容

I 地域共生社会の実現

- 1 複雑化・複合化した支援ニーズに対応する仕組みづくり
 - (1) 相談・支援体制の強化 34
- 2 住民が支え合う地域づくり
 - (1) 支え合う地域づくり会議の推進 35
 - (2) 地域での見守り支援体制の整備 38
 - (3) 地域を支える人づくりの促進 40

II 健康づくり・介護予防施策の充実・推進

- 1 健康づくりの推進
 - (1) 元気なうちからの健康づくり 41
 - (2) 生きがい活動の充実 43
- 2 状態像に応じた、介護予防事業の展開
 - (1) 地域づくりに繋がる介護予防の強化 45
 - (2) 保健事業と介護予防の一体的な実施によるフレイル対策の推進 47
 - (3) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 48
 - (4) 自立支援に向けたケアマネジメントの推進 50

III 安心して在宅生活を継続するためのサポート体制の強化

- 1 地域包括支援センターの機能の充実
 - (1) 支援体制の整備・強化 52
 - (2) 地域ケア会議の推進 54
- 2 在宅生活を支援する体制の強化
 - (1) 在宅医療と介護の連携強化 56
 - (2) 在宅生活を支える生活支援サービス 59
- 3 安心して暮らすための環境づくり
 - (1) 高齢者の住まい 60
 - (2) 非常災害時の体制整備・支援体制 62

IV 認知症施策の推進

1 「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進

- (1) 認知症の人が暮らしやすい地域づくり 64
- (2) 発症や進行を遅らせる認知症予防の強化 67
- (3) 権利擁護の推進 69

IV 介護保険サービスの適正な運営

1 介護サービスの充実

- (1) 居宅サービス 71
- (2) 地域密着型サービス 73
- (3) 施設サービス 75
- ※【第8期のサービス設置の考え方】 76
- (4) 災害や感染症対策に係る体制整備 77

2 介護給付等に要する費用の適正化（介護給付費適正化計画）

- (1) 要介護認定の適正化 80
- (2) ケアマネジメントの適正化 81
- (3) 事業者のサービス提供体制、介護報酬請求の適正化 83

3 魅力ある福祉職場づくり・業務効率化の実践

- (1) 福祉・介護人材確保に向けた横断的取組推進 85
- (2) 業務効率化の取組推進 87

第1編 序論

第1章 計画策定の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

我が国は世界のどの国も経験したことのない速度で高齢化が進行し、2020年（令和2年）には高齢化率が28.7%（概算値）と世界で最も高い割合となっている。また、本市における高齢化率は2020年（令和2年）10月現在、33.4%となっており、全国を上回るペースで高齢化が進んでいる。

団塊の世代全てが75歳以上となる2025年（令和7年）が近づく中、更にその先を展望すると、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）には、高齢化が一層進展し、医療や介護を必要とする高齢者の増加が見込まれるなど、介護等のサービス需要が更に増加・多様化することが想定される。

一方、現役世代の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が課題となるなど、高齢者を取り巻く状況は一層厳しくなると考えられており、社会情勢に対応した総合的な高齢者施策の推進が求められている。

また、平均寿命が延び、元気な高齢者は、健康づくりに努め、趣味などを通して生きがいのある豊かな生活を営むとともに、それまでの経験や能力を生かし、社会貢献に取り組む方も増加している。今後は、豊富な知識と経験を持つ高齢者もまちづくりの貴重な担い手として、社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めていくことが重要である。

前計画では、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、健康づくりや社会参加を支援するとともに、医療・介護・予防・住まい・生活支援が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進を目指してきた。

本計画では、総人口・現役世代人口が減少し、高齢化が一層進展する2040年を見据え、前計画に引き続き、地域包括ケアシステムの推進や地域を支える人づくりに取り組むとともに、制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、助け合いながら暮らし続けることができる地域共生社会の実現に向けた取組を進めていく。

2 計画の性格、法令等の根拠

本市の高齢者保健福祉計画は、老人福祉法に基づくすべての高齢者を対象とした老人福祉計画であり、老人福祉サービスや高齢者の介護予防、健康の増進に資するための基本的な政策目標を設定し、その実現のために取り組むべき施策を定めるもので、その内容において介護保険事業計画を包含するものである。

また、介護保険事業計画は、介護保険法に基づく介護の必要な高齢者等を対象とした計画であり、介護保険の適正な給付を目指し、要介護認定者数の推計等を踏まえ介護保険サービスの必要量の見込等を定めるものである。

3 基本理念・基本方針

高齢期は、元気で自立した状態から介護を要する状態まで変動する。このため、元気な時には介護予防活動や生活支援のためのサポート体制などに協力し、社会参加を通じて健康寿命の延伸と生活の質の向上を目指し、また、医療や介護が必要になっても、望むケアやサービスを享受できるよう安心して生活を継続できるまちづくりを進める。

高齢者へのサポート体制を一層強化するため、地域住民など地域で支える人材と介護を支える専門職など多様なひとが連携し、介護予防活動や生活支援など地域の自主性や主体性に基づく取組を進める。

【基本理念】

地域を共に創り、
自分らしく安心して暮らせるまちづくり

—基本方針—

ひとをつくり、ひとの力をつなぎ、
地域包括ケアシステムを推進する地域力を高める

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される仕組み

4 令和3年度介護保険制度改正の主な内容

(地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律の概要一部抜粋)

地域共生社会※の実現を図るため、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福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特徴に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化等を推進することが求められている。

※地域共生社会：高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会

(1) 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の構築

(2) 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進

- ① 認知症施策の総合的な推進
- ② 地域支援事業におけるデータ活用
- ③ 介護サービス提供体制の整備

(3) 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

- ① 介護分野のデータ活用の環境整備
- ② 医療・介護分野のデータの名称・連結精度の向上等

(4) 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

- ① 介護保険事業計画に基づく取組・事業者の負担軽減
- ② 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る経過措置延長

5 計画期間

計画期間は、令和 3 年度から令和 5 年度までの 3 年間とする。

この計画の初年度から 3 年が経過する令和 5 年度中に、それまでの給付実績等をもとに見直し、新たに令和 6 年度を初年度とする 3 年間の計画を策定する。

第2章 高齢者を取り巻く現状

1 高岡市の人口構造、高齢者の状況など

(1) 高岡市の人口構造

本市の総人口は、平成28年の174,477人から令和2年には169,198人、5年間で5,279人減少している。

これを年齢別でみると、年少人口や生産年齢人口は減少しているが、高齢者人口については、平成28年から令和2年までの5年間で約1.8%増加している。

また、本市の高齢化の状況は、全国と比較しても高い割合となっており、足早に高齢化が進んでいることがうかがえる。

〔高岡市の人口構造〕

(単位：人、%)

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口 (割合)	174,477 (100.0)	173,427 (100.0)	172,164 (100.0)	170,682 (100.0)	169,198 (100.0)
年少人口 0～14歳 (割合)	19,627 (11.3)	19,287 (11.1)	18,969 (11.0)	18,538 (10.9)	18,083 (10.7)
生産年齢人口 15～64歳 (割合)	99,343 (56.9)	98,276 (56.7)	97,124 (56.4)	95,948 (56.2)	94,588 (55.9)
高齢者人口 65歳～ (割合【高齢化率】)	55,507 (31.8)	55,864 (32.2)	56,071 (32.6)	56,196 (32.9)	56,527 (33.4)
うち75歳以上人口	27,037	27,913	28,563	29,311	29,532

資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

(参考) 高齢化率の推移

(単位：%)

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
高岡市	31.8	32.2	32.6	32.9	33.4
富山県	31.1	31.6	31.9	32.3	32.7
全国	27.3	27.7	28.1	28.5	28.7

全国数値：総務省統計局「推計人口」年報及び月報 富山県：富山県人口移動調査

(2) 高齢者人口の推移

(単位：人、%)

	平成30年	令和元年	令和2年
65歳以上人口（第1号被保険者数）	56,082	56,227	56,543
前期高齢者数	27,486	26,873	26,972
後期高齢者数	28,596	29,354	29,571
高齢者に占める後期高齢者割合	51.0	52.2	52.3

資料：介護保険事業状況報告（月報）（各年10月1日現在）

※ 第1号被保険者には、他市町村の施設に入所、入居している住所地特例者を含むため、6頁の高齢者人口と異なる。

(3) 高齢者のいる世帯の状況

第1号被保険者（65歳以上の高齢者）のいる世帯が占める割合は、令和元年度末において、総世帯の55.3%となっている。

総人口が漸減傾向にある中で総世帯数は漸増傾向にあり、核家族化が進んでいることがうかがえる。このような状況において、65歳以上の高齢者のいる世帯や夫婦とも高齢者の世帯、高齢単身世帯はますます増加していくことが予測される。

〔高齢者のいる世帯の状況〕

(単位：世帯、%)

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総世帯数	67,277	67,857	68,342	68,575	68,925
第1号被保険者のいる世帯 (割合)	37,258 (55.4)	37,695 (55.6)	37,824 (55.3)	37,985 (55.4)	38,116 (55.3)

資料：総世帯数 住民基本台帳

第1号被保険者世帯数 介護保険事業状況報告（年報）（各年3月31日現在）

(4) 認知症高齢者の状況

(単位：人、%)

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
要介護認定高齢者数	10,045	10,326	10,298	10,541	10,725
認知症高齢者数※	6,253	6,828	6,935	6,996	7,198
割合	62.2	66.1	67.3	66.4	67.1

(各年3月31日数値、※日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者)

(5) 日常生活圏域

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で介護サービスを利用できるようにするため、人口（特に高齢者人口）・面積・地理的条件等を踏まえ、概ね中学校区の単位で市域を 11 区分した「日常生活圏域」を主眼に置いてサービス配置・提供を行っていくこととする。

《日常生活圏域・地域包括支援センター》

◎は地域包括支援センターの場所



- ①伏木・太田地域包括支援センター
- ②守山・二上・能町地域包括支援センター
- ③牧野地域包括支援センター
- ④横田・西条・成美地域包括支援センター
- ⑤野村地域包括支援センター
- ⑥高陵・下関地域包括支援センター
- ⑦博労・川原地域包括支援センター
- ⑧木津・福田・佐野・二塚地域包括支援センター
- ⑨国吉・五位地域包括支援センター
- ⑩戸出・中田地域包括支援センター
- ⑪福岡地域包括支援センター

2 介護保険対象サービスの実施状況

(1) 要介護認定の状況

第1号被保険者の要支援・要介護認定の状況をみると、認定者数は、平成30年10月の10,519人から令和2年10月には10,906人と増加している。また、第1号被保険者に占める割合である認定率は18.8%から19.3%と増加している。

また、介護度別では、令和元年から令和2年にかけて要支援1、要介護4で認定者が減少しているものの、全体的に増加傾向にある。

〔要介護認定の状況〕

(単位：人、%)

	平成30年10月	令和元年10月		令和2年10月	
	人数	人数	伸び率 (対30年)	人数	伸び率 (対元年)
第1号被保険者数	56,082	56,227	1.00	56,543	1.00
要支援1	936	1,006	1.07	978	0.97
要支援2	963	979	1.02	996	1.02
要介護1	2,497	2,499	1.00	2,568	1.03
要介護2	2,130	2,172	1.02	2,230	1.03
要介護3	1,651	1,658	1.00	1,701	1.03
要介護4	1,460	1,503	1.03	1,478	0.98
要介護5	882	920	1.04	955	1.04
第1号認定者数合計	10,519	10,737	1.02	10,906	1.02
認定比率	18.8	19.1	1.02	19.3	1.01
第2号認定者数	187	189	1.01	192	1.02
認定者総数	10,706	10,926	1.02	11,098	1.02

資料：介護保険事業状況報告（月報）

要支援 …介護保険の対象者で要介護状態が軽く、生活機能が改善する可能性の高い人等

介護保険の介護予防サービスと市が行う介護予防・日常生活支援総合事業（48頁参照）を利用可能

要介護 …介護保険のサービスによって生活機能の維持・改善を図ることが適切な人等

介護保険の介護サービスを利用可能

(2) 居宅・地域密着型・施設別の介護サービス利用量

平成30年から令和2年における利用者の伸び率は、居宅サービスは %、地域密着型サービスは %とそれぞれ増加している。一方で、施設サービス利用者はほぼ横ばいで推移していることから、全体として在宅中心の介護サービスへの移行が進んでいることがうかがえる。

〔居宅・地域密着型・施設別介護サービス利用量〕

(単位：人、%、千円)

		平成30年10月	令和元年10月		令和2年10月	
		人数・給付額等 A	人数・給付額等 B	伸び率 B/A	人数・給付額等 C	伸び率 C/A
認定者数 (a)		10,706	10,926	1.02	11,098	1.04
サービス 居宅	利用者数	5,976	6,130	1.03		
	構成比	62.7	62.6	—		—
	給付総額	544,430	569,972	1.05		
	構成比	42.3	42.4	—	数値未確定	
サービス 地域密着型	利用者数	1,750	1,830	1.05		
	構成比	18.3	18.7	—		
	給付総額	255,300	273,444	1.07		
	構成比	19.8	20.4	—		
サービス 施設	利用者数	1,811	1,825	1.01		
	構成比	19.0	18.7	—		—
	給付総額	488,161	500,043	1.02		
	構成比	37.9	37.2	—		—
合計人数 (b)		9,537	9,785	1.03		
受給率 (b)/(a)		89.1	89.6	—	—	—
介護サービス 給付総額		1,287,891	1,342,759	1.04		

資料：介護保険事業状況報告（月報）

※介護予防サービスを含む。また、居宅サービスには居宅介護(予防)支援費を含む。

サービスごとの詳細 居宅 71 頁、地域密着型 73 頁、施設 75 頁参照

(3) サービス受給者の状況

○ 居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービス利用実績（人数・給付費）

居宅サービスの平成30年度から令和2年度にかけての利用人数をみると、特に訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の利用者が多いことがわかる。利用人数が減少している一部のサービスについては、新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言中に利用者が減少したことによる影響が考えられる。また、地域密着型サービスにおいても、多くのサービスにおいて利用人数が増加傾向にある。施設サービスでは、介護療養型医療施設から介護医療院への転換が進んでおり、介護医療院の利用人数が増加している。

〔居宅サービス利用実績（人数・給付費）〕

（単位：人、円）

サービスの種類	利用人数(月平均)			1人1月当たりの給付費		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
訪問介護	1,217	1,258	1,269	61,667	68,221	74,595
訪問入浴介護	122	113	127	55,709	56,009	55,618
訪問看護	593	614	648	38,322	35,987	37,089
訪問リハビリテーション	182	187	184	27,637	27,200	26,270
居宅療養管理指導	350	368	465	5,657	5,601	5,693
通所介護	2,633	2,661	2,578	69,930	70,923	72,349
通所リハビリテーション	766	753	716	60,305	60,813	61,600
短期入所生活介護	874	896	786	80,639	82,952	92,686
短期入所療養介護	121	116	93	91,942	98,222	105,689
福祉用具貸与	3,818	4,053	4,203	11,260	10,920	11,141
福祉用具購入	73	64	64	20,878	21,834	21,015
住宅改修	65	60	51	88,584	90,062	87,433
特定施設入居者生活介護	31	28	30	174,236	175,514	182,937
居宅介護支援・介護予防支援	5,599	5,757	5,820	13,114	13,193	13,296

資料：介護保険事業状況報告（月報）、見える化システム

※平成30年・令和元年度は、年間の平均。令和2年度は、3月～7月月報の平均。

〔地域密着型サービス利用実績（人数・給付費）〕

（単位：人、円）

サービスの種類	利用人数(月平均)			1人1月当たりの給付費		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	50	54	54	110,447	117,057	124,436
認知症対応型通所介護	231	233	236	107,422	104,707	110,409
小規模多機能型居宅介護	339	352	351	186,046	185,685	189,948
認知症対応型共同生活介護	460	461	453	242,220	246,604	252,881
地域密着型介護老人福祉施設	69	97	96	277,302	269,833	281,083
地域密着型通所介護	592	657	623	62,730	59,984	64,543
複合型サービス（看護小規模多機能居宅介護）	0	1	18	463,541	339,183	207,530

資料：介護保険事業状況報告（月報）、見える化システム

※平成30年・令和元年度は、年間の平均。令和2年度は、3月～7月月報の平均。

〔施設サービス利用実績（人数・給付費）〕

（単位：人、円）

サービスの種類	利用人数(月平均)			1人1月当たりの給付費		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
介護老人福祉施設	976	988	994	249,735	254,579	261,565
介護老人保健施設	649	624	617	276,201	279,532	282,863
介護療養型医療施設	158	70	45	358,057	360,765	368,912
介護医療院	37	147	176	357,564	374,574	374,882

資料：介護保険事業状況報告（月報）、見える化システム

※平成30年・令和元年度は、年間の平均。令和2年度は、3月～7月月報の平均。

○ 居宅・地域密着型・施設別サービス利用実績（人数）

居宅サービスや地域密着型サービスは、要介護認定者の増加に伴って毎年利用者が増加している。一方、施設サービスについては、ほぼ横ばいで推移しており、ここでも在宅中心の介護サービスへの移行が進んでいることがわかる。

介護度別にみると、居宅サービスでは、特に要介護１・２の利用者が多くなっている。また、地域密着型サービスでは、要介護１～４の利用者が多くなっており、施設サービスでは、要介護３以上の利用者が多くなっている。

〔居宅・地域密着型・施設別サービス利用実績（人数）〕

（単位：人）

区 分		平成30年10月	令和元年10月	令和２年10月
サ ー ビ ス 居 宅	要支援１	253	298	
	要支援２	408	435	
	要介護１	1,913	1,926	
	要介護２	1,688	1,746	
	要介護３	952	973	
	要介護４	515	527	
	要介護５	247	225	
	合 計	5,976	6,130	
サ ー ビ ス 地 域 密 着 型	要支援１	7	8	数値未確定
	要支援２	15	15	
	要介護１	473	502	
	要介護２	518	555	
	要介護３	442	457	
	要介護４	199	201	
	要介護５	96	92	
	合 計	1,750	1,830	
サ ー ビ ス 施 設	要支援１	0	0	
	要支援２	0	0	
	要介護１	57	47	
	要介護２	129	124	
	要介護３	441	406	
	要介護４	721	735	
	要介護５	463	513	
	合 計	1,811	1,825	

資料：介護保険事業状況報告（月報）

(4) サービス種類別給付額の状況

○ 居宅サービス給付実績

居宅サービスの中で最も給付額が多いのは通所介護であり、平成30・令和元年度共に居宅サービスの約3割を占めている。

平成30年度から令和元年度における居宅サービスの給付額全体の伸び率は103.5%となっており、特に訪問介護が114.4%、短期入所生活介護が105.5%と伸びている。

〔居宅サービス給付実績（支給額）〕

(単位:円、%)

サービス種類	平成30年度		令和元年度		
	給付額 A	構成比	給付額 B	構成比	伸び率 B/A
訪問介護	900,398,066	13.6	1,029,859,355	15.0	114.4
訪問入浴介護	81,780,276	1.2	75,667,790	1.1	92.5
訪問看護	272,585,988	4.1	265,329,432	3.9	97.3
訪問リハビリテーション	60,441,908	0.9	61,037,901	0.9	101.0
居宅療養管理指導	23,781,849	0.4	24,738,505	0.4	104.0
通所介護	2,209,576,665	33.3	2,244,873,219	32.7	101.6
通所リハビリテーション	554,383,077	8.4	549,563,044	8.0	99.1
短期入所生活介護	845,262,792	12.7	891,904,673	13.0	105.5
短期入所療養介護(老健)	103,383,503	1.6	107,882,474	1.6	104.4
短期入所療養介護(療養)	29,712,228	0.4	28,940,397	0.4	97.4
福祉用具貸与	515,915,659	7.8	531,112,357	7.7	102.9
福祉用具購入	18,226,429	0.3	16,768,709	0.2	92.0
住宅改修	69,361,000	1.0	65,025,052	0.9	93.7
特定施設入居者生活介護	64,118,787	1.0	59,323,839	0.9	92.5
居宅介護支援・介護予防支援	881,166,355	13.3	911,377,863	13.3	103.4
合 計	6,630,094,582	100.0	6,863,404,610	100.0	103.5

資料：介護保険事業状況報告（年報）

○ 地域密着型サービス給付実績

地域密着型サービスの中で最も給付額が多いのは認知症対応型共同生活介護（グループホーム）であり、平成30・令和元年度共に地域密着型サービスの4割以上を占めている。

平成30年度から令和元年度における地域密着型サービスの給付額全体の伸び率は105.5%となっており、特に看護小規模多機能型居宅介護がサービス提供事業者の増加によって402.4%と大きく伸びている。

〔地域密着型サービス給付実績（支給額）〕

（単位：円、％）

サービス種類	平成30年度		令和元年度		
	給付額 A	構成比	給付額 B	構成比	伸び率 B/A
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	66,599,525	2.1	75,736,112	2.3	113.7
認知症対応型通所介護	297,236,279	9.5	293,285,363	8.9	98.7
小規模多機能型居宅介護	756,276,367	24.2	783,908,195	23.7	103.7
認知症対応型共同生活介護	1,335,845,718	42.7	1,363,221,800	41.2	102.0
地域密着型介護老人福祉施設	229,883,618	7.3	313,815,927	9.5	136.5
地域密着型通所介護	445,950,905	14.2	472,613,756	14.3	106.0
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	927,081	0.0	3,731,013	0.1	402.4
合 計	3,132,719,493	100.0	3,306,312,166	100.0	105.5

資料：介護保険事業状況報告（年報）

○ 施設サービス給付実績

給付額の構成割合では、介護老人福祉施設が一番高い割合となっている。

平成30年度から令和元年度にかけての給付額の伸び率は、施設サービス全体で102.8%となっており、そのうち、介護療養型医療施設が介護医療院に転換したことにより介護医療院が417.8%と高い伸びを示している。

[施設サービス給付実績（支給額）]

(単位：円、%)

サービス種類	平成30年度		令和元年度		
	給付額 A	構成比	給付額 B	構成比	伸び率 B/A
介護老人福祉施設	2,924,151,728	49.5	3,017,781,418	49.7	103.2
介護老人保健施設	2,149,395,186	36.4	2,093,418,088	34.5	97.4
介護療養型医療施設	676,727,794	11.5	301,959,918	5.0	44.6
介護医療院	158,400,728	2.7	661,873,074	10.9	417.8
合 計	5,908,675,436	100.0	6,075,032,498	100.0	102.8

資料：介護保険事業状況報告（年報）

3 被保険者数及び要介護認定者数の今後の見通し（将来推計）

(1) 被保険者数の推計

介護保険被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40～64歳）に区分される。人口及び被保険者の推計にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所の推計人口を令和元年10月人口と第1号被保険者数の実績が一致するように補正係数を算出し、これを国立社会保障・人口問題研究所の推計人口に乗じることで推計した。

今後、総人口、高齢者人口はともに減少していくと予測されるが、高齢者人口に占める後期高齢者の割合は令和12年度(2030年)頃までは段階的に増加していくことが見込まれる。65歳未満人口、前期高齢者数の減少に伴い、いわゆる団塊の世代全てが75歳に到達する令和7年度(2025年)には高齢化率は35%となり、その後も増加を続け令和22年度(2040年)には、40%に達するものと予測される。

第2号被保険者数については、65歳以上の年齢階級に移行する人数に比べ、40歳以上の年齢階級に移行する人数が少なくなるため、年々減少することが見込まれる。

〔介護保険被保険者数の推計〕

(各年10月1日現在) (単位:人、%)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
総数	112,020	111,519	111,194	110,873	110,222	106,606	102,284	97,935
第1号被保険者数	56,543	56,589	56,544	56,502	56,411	55,399	54,707	55,658
第2号被保険者数	55,477	54,930	54,650	54,371	53,811	51,207	47,577	42,277
高齢化率	33.8	34.1	34.3	34.5	35.0	35.8	37.2	40.0
高齢者に占める前期高齢者割合	47.7	44.8	42.7	40.7	36.5	34.2	36.6	41.2
高齢者に占める後期高齢者割合	52.3	55.2	57.3	59.3	63.5	65.8	63.4	58.8

(見える化システム将来推計値より)

(2) 要介護認定者数の推計

要介護認定者数の推計については、各年度における性別・年齢区分別人口に、平成30年度から令和2年度までの認定者数の実績に基づいた認定率を、各年度における性別・年齢区分別人口の推計値に乗じることで算出した。

[要介護認定者数の推計]

(各年10月1日現在) (単位：人)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
総数	11,098	11,196	11,380	11,599	12,103	13,251	13,988	13,912
要支援1	990	1,009	1,041	1,066	1,108	1,208	1,200	1,124
要支援2	1,013	1,025	1,042	1,058	1,103	1,195	1,231	1,155
要介護1	2,613	2,609	2,646	2,697	2,815	3,081	3,239	3,158
要介護2	2,260	2,258	2,295	2,344	2,443	2,694	2,843	2,817
要介護3	1,738	1,768	1,788	1,817	1,896	2,061	2,215	2,305
要介護4	1,502	1,492	1,511	1,541	1,617	1,790	1,955	2,046
要介護5	982	1,035	1,057	1,076	1,121	1,222	1,305	1,307
うち1号 認定者数	10,906	11,010	11,196	11,416	11,920	13,079	13,825	13,768
うち2号 認定者数	192	186	184	183	183	172	163	144

※令和2年度は実績値、令和3年度以降は推計値

第3章 計画の目指す姿、基本的方向

1 2025 年、2040 年を見据えた計画の策定、目指す姿

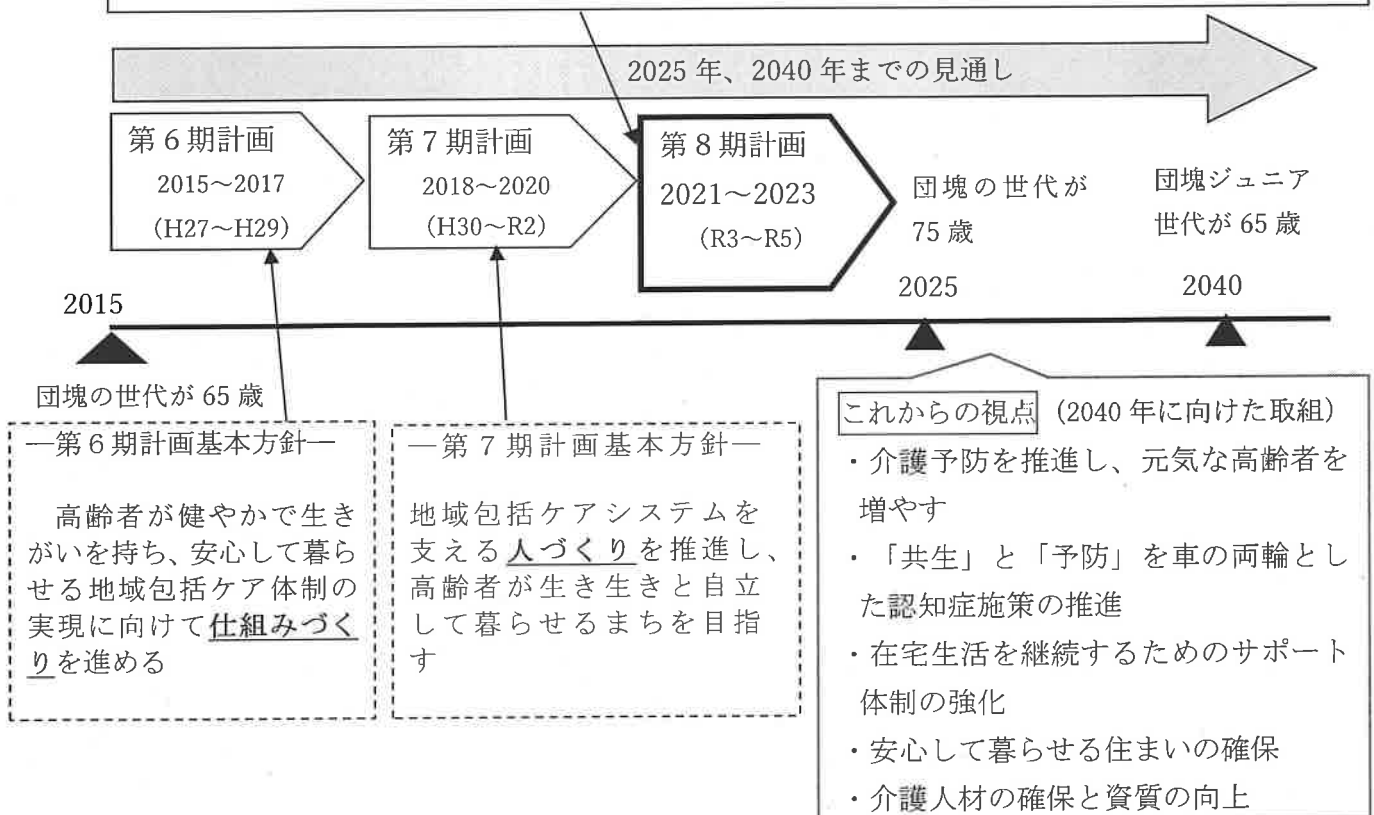
(1) 2025 年、2040 年を見据えた現況・課題

- ・後期高齢者の増加に伴う、要介護認定者、認知症高齢者の増加
- ・一人暮らし高齢者世帯等の増加に伴う、高齢者の状態やニーズに応じた住まいの在り方と支援体制の確保
- ・生産年齢人口の減少、働き手の減少による介護保険サービス提供体制の確保
- ・介護サービス利用者の増加による介護給付費の増加と第1号被保険者数（65 歳以上）の減少による介護保険料の増嵩

(2) 目指す姿

— 第8期計画基本方針 —

ひとをつくり、ひとの力をつなぎ 地域包括ケアシステムを推進する地域力を高める



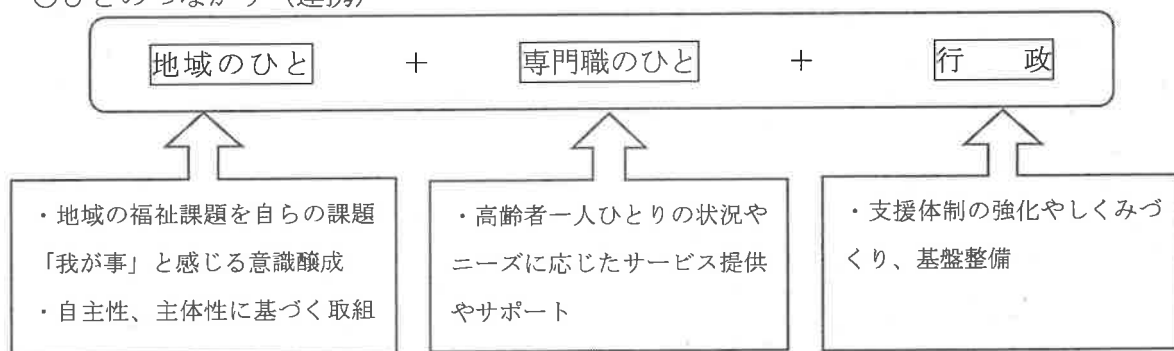
(3)「これからの視点（2040 年に向けた取組）」に基づく第 8 期計画の目指す姿

① 基本方針

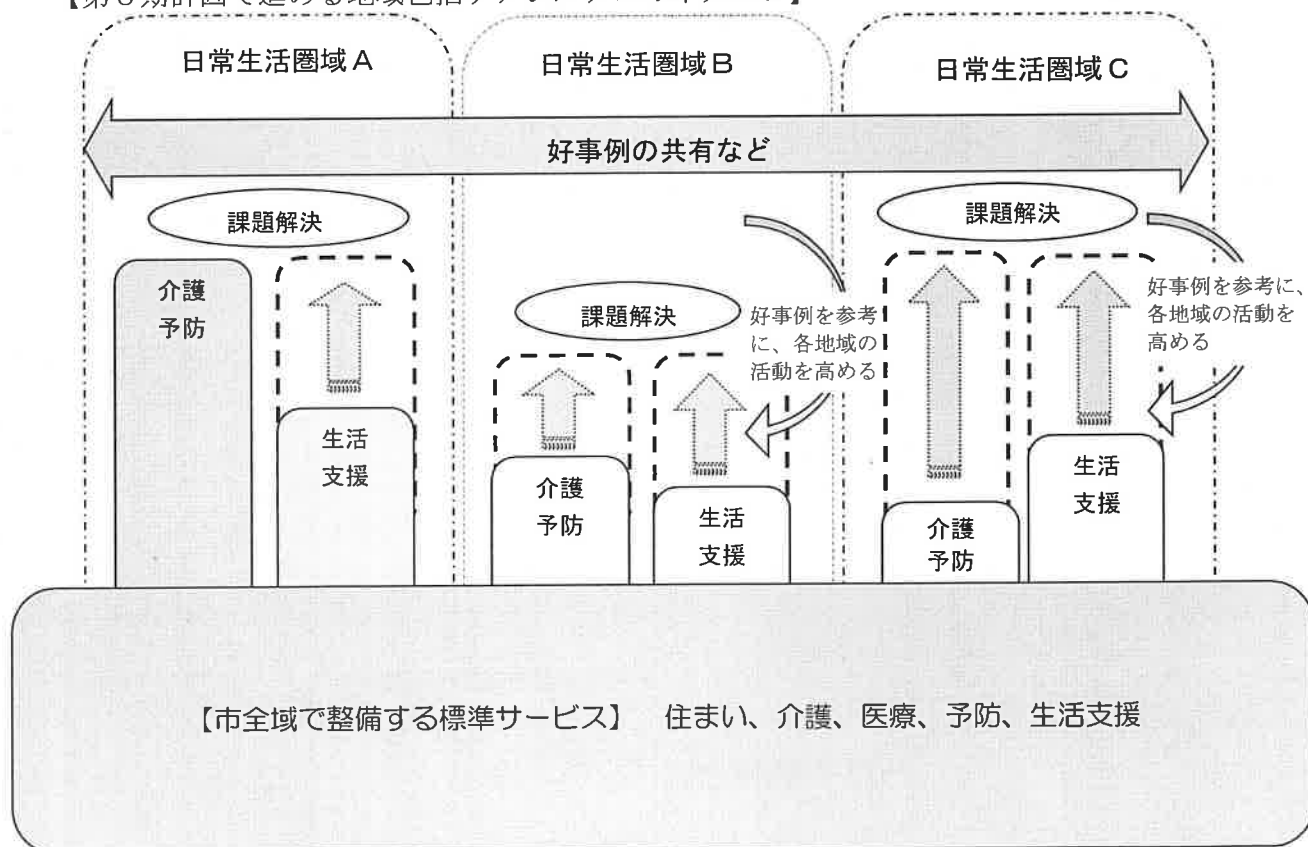
「ひとをつくり、ひとの力をつなぎ 地域包括ケアシステムを推進する地域力を高める」

- ・ サポート体制を一層強化するため、第 7 期計画から進める「地域で支える人づくり」を継続する。
- ・ 地域住民、NPO、民間事業者など地域で支える人材と介護を支える専門職など多様なひとが連携し、介護予防の活動や生活支援のためのサポート体制など地域の実情に応じた課題や特性をとらえ、地域の自主性や主体性に基づく取組みを進めていく。

○ひとのつながり（連携）



【第 8 期計画で進める地域包括ケアシステムのイメージ】

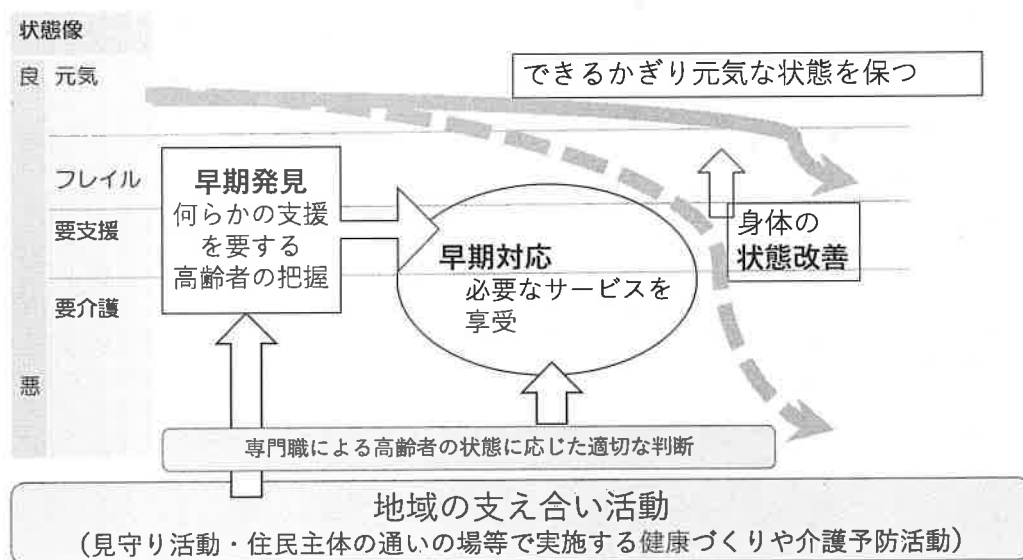


② 重点事業について

目指す姿

- ・地域を支える元気な高齢者を増やす。
 - ・要支援・要介護状態になっても、重度化を防止するよう早期発見・早期対応に努める。
- ⇒結果として介護給付費の増加、被保険者の保険料を抑制する

【第8期計画での目指す姿のイメージ】



2 第8期計画の目指す姿を実現するための重点事業について

(1)「通いの場」を活用した介護予防事業の推進

(現状)

- ・高齢者の運動機能向上を目指し、住民主体の介護予防推進のための「通いの場（はつらつ広場）」の立ち上げに取り組んでいる。自治公民館などを活用した通いの場の立ち上げ会場数は増加し、地域の身近な介護予防の拠点が順次整備されてきている。

【令和2年3月末現在 71 か所】

(課題)

- ・活動の担い手や協力者不足等の理由から、取組につながっていない地区もある。
- ・これまでは、主に体操等の運動メニュー中心の取組を進めてきたが、地域住民にとって参加しやすく効果的な場となるよう、内容を工夫する必要がある。

(対策)

① 「通いの場」を増やすための取組

- ・大学と協働で、通いの場の取組の分析・評価を行い「効果」の見える化を行う。その結果を住民へ情報発信し、取組の必要性和参加促進を図る。
- ・令和元年度に新たに取組んだ、ショッピングセンターでの通いの場の立ち上げ事例を参考に、民間企業等の地域資源も活用した通いの場づくりに取り組む。

② 活動を継続させるための取組

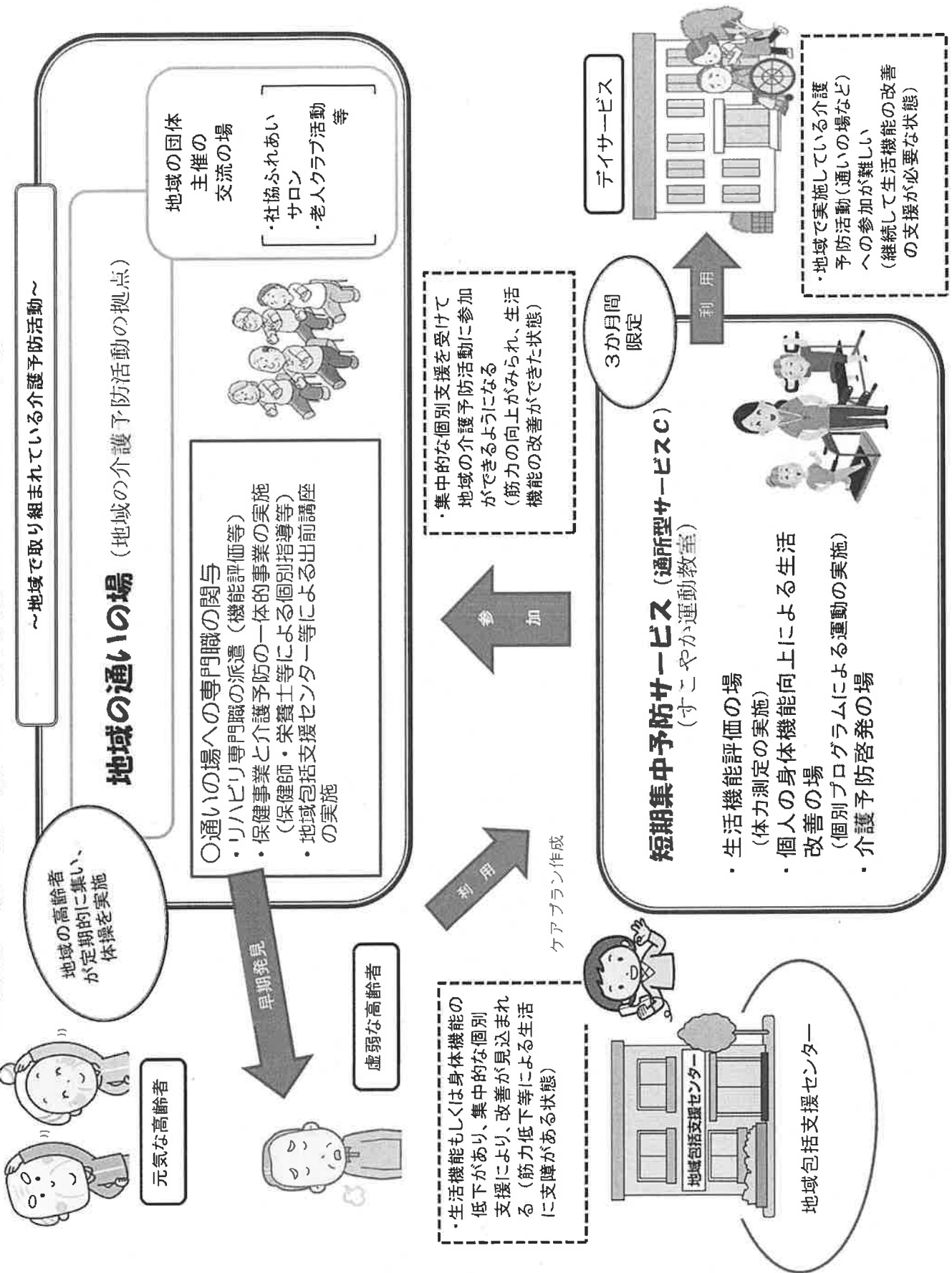
- ・健康づくりや介護予防に対する参加者への知識の普及として、フレイル※予防等、多様なメニューを設定し、新たに「ぴんぴん健幸講座（出前講座）」（仮称）を通いの場で実施し、多様なプログラムを提供する。
- ・住民等が主体性を持って、地域ぐるみで積極的に介護予防に取り組んでいけるよう、活動に対するインセンティブ（動機づけ）となる仕組みを創設する。
- ・感染症対策等のため「集うこと」が困難な場合には、自宅でも取り組めるようケーブルテレビやSNS等を活用した、新たな介護予防策の検討や実践事例集の作成を行う。

③ 状態改善につなげる取組

- ・通いの場におけるリハビリ専門職の派遣やフレイルに着目した保健事業と介護予防の一体的事業の実施を通じて、筋力低下や低栄養等の状態に応じた個別指導を行い、効果的な予防活動を促す。また、必要に応じて、医療・介護サービスや他の福祉事業につなげる。
- ・高齢者が心身の状態に応じて、切れ目なく健康づくり・介護予防活動に取り組むことができる仕組みをつくる。

※ フレイル 筋力や心身の活力が低下し、健康障害を起こしやすい状態

～高齢者の状態像に応じた介護予防活動が連動する仕組み～



(2) 認知症バリアフリーの推進と早期発見・早期対応の強化

(現状)

- ・ 認知症になっても安心して暮らせる地域を目指し、専門家による体制整備として、平成 30 年度に認知症初期集中支援チームを 1 チームから 2 チームに増やし、専門職が連携して、認知症高齢者やその家族に対し初期の支援を包括的・集中的に行う体制の強化を図った。
- ・ 地域の助け合いや見守りの気運を高めていくために、住民だけではなく民間企業等にも働きかけ、認知症を正しく理解し、認知症高齢者等のよき理解者となる人を養成する認知症サポーター養成講座を開催している。(延べ 548 回)
- ・ 令和元年度から、認知症サポーター養成講座修了者を対象に、認知症の人への接し方や声かけなどの実践的な対応を学ぶ、認知症サポーターステップアップ講座を開催し、高齢者の日常生活での支援等の担い手となる人材育成に取り組んでいる。

(課題)

- ・ 家族と別居する一人暮らし高齢者等の増加に伴い、認知症が重度化してから地域包括支援センターが介入して支援するケースが増加傾向にある。今後、専門職間の連携に加えて、地域の支援体制づくりを進め、早期発見・早期対応につなげることが重要である。

(対策)

① 早期発見・早期対応の強化に向けた取組

- ・ 認知機能の低下等、認知症が疑われる症状の早期発見のために、通いの場や高齢者への訪問等の機会を捉えた問診体制の強化を図る。

② 認知症バリアフリーの推進に向けた取組

- ・ 認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座を修了した、地域住民や地域に関わる N P O ・ 民間事業者などが支援チームを作り、認知症高齢者や家族のニーズに応じて、具体的な支援につなげるため、地域の支援体制強化を図る。
- ・ 認知症に関する取組を実施している民間事業所等を「認知症パートナー宣言」(仮称)事業所として、市のホームページ等で公表し、民間事業所等と連携した、認知症バリアフリーのまちづくりを推進する。市役所においても、職員が認知症サポーター養成講座を受講し、認知症の方が利用しやすい窓口を心掛ける。
- ・ 高齢者の日常生活での支援(声かけ、ゴミ出し等)等の担い手となる人材を育成するため認知症サポーターステップアップ講座を継続する。また、講座修了者が、活動を選択できるような支援内容のメニュー化や、支援者と支援される人のニーズを速やかにマッチングできる仕組みづくりを進めていく。

3 基本的方向

I 地域共生社会の実現

地域や個人が抱える生活課題を、気軽に相談することができ、相談先が異なっても支援機関の連携により必要な支援につながるいわばマルチアクセス型の相談体制を充実する。また、複雑・複合化した課題に分野横断型で対応することができる包括的な支援体制の強化に努める。

医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する仕組みである、高岡型の地域包括ケアシステム「あっかりライフ支援システム※」をより機能させるため、住民相互の支え合い機能を強化・充実していく。

施策体系	
1 複雑化・複合化した支援ニーズに対応する仕組みづくり	(1)相談・支援体制の強化
2 住民が支え合う地域づくり	(1)支え合う地域づくり会議の推進 (2)地域での見守り支援体制の整備 (3)地域を支える人づくりの促進

※ あっかりライフ支援システム

小学校区を単位としているあっかり福祉ネット推進事業と連携し、住民主体の地域づくりをさらに推進させるために、日常生活圏域(概ね中学校区)を単位とし、小学校区ごとに把握した地域課題に対し、医療や専門職による介護等の福祉サービスを包括的に提供し高齢者支援を行う一連の仕組み

地域で支えあう体制づくりの推進イメージ

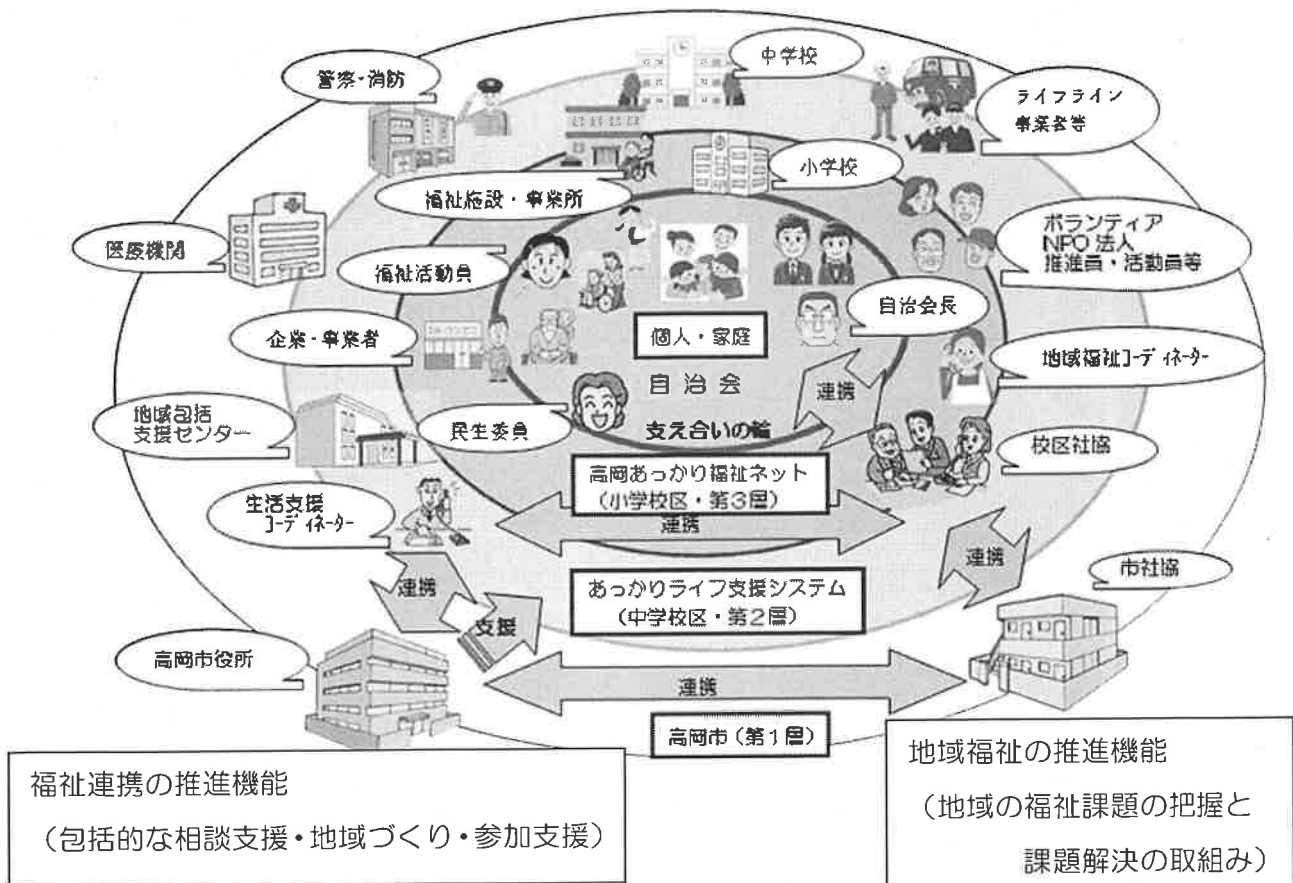
地域で安心して暮らし続けるためには、住民自らが主体的に地域づくりに携わることが重要ですが、複雑化した福祉課題に対応するためには、地域の関係者がそれぞれの持つ力を持ち寄り、ネットワークで解決するしくみが必要です。

日頃は、民生委員、福祉活動員、自治会などによる支え合いの輪により、要支援者や生活困窮者などが抱えている福祉課題を把握し、生活上の見守り活動などを行います。それだけでは解決できない課題は、概ね小学校区単位の「あっさり福祉ネット」につなぎ、より多くの地域の福祉人材等による支援へとつなげます。

さらに専門的な支援を必要とする場合は、「あっさり福祉ネット」の地域福祉コーディネーター（福祉職人）を中心に地域包括支援センターの生活支援コーディネーターなどと連携し、概ね中学校区単位の「あっさりライフ支援システム」につなぎ、専門的な視点で必要な人に必要な支援を迅速かつ適切に提供して課題解決を目指します。

ここでも解決が困難な課題は、生活支援コーディネーターなどを通して行政につなぎます。行政は、「あっさり福祉ネット」や「あっさりライフ支援システム」の関係者と協力しながら、必要に応じてハローワークや厚生センター、児童相談所などの国・県の専門機関とも連携して、解決の道を探ります。

高岡市では、このような重層的な高岡型の地域福祉ネットワークを推進することにより、地域で支え合い、誰もが「あっさり」して生活できる地域共生社会を目指します。



資料：高岡市地域福祉計画抜粋

Ⅱ 健康づくり・介護予防施策の充実・推進

豊かで充実した人生を送るには、心身ともに健康な期間である「健康寿命」を延ばすことが大切であり、そのためには、市民一人ひとりが日頃から「自分の健康は自分で守り、つくる」という自覚を持ち主体的に健康づくりに取り組めるよう、住民、地域、行政が連携して、健康づくりや介護予防を推進していくことが重要である。

切れ目のない介護予防事業を推進するため、元気で自立した状態やフレイルなど高齢期の心身の状態の変化に対応した効果的な取り組みを行う。

また支援が必要な場合には、個人の状態に応じた適切な介護予防ケアマネジメント※を行い、介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを実施し、自立支援・重度化防止を図る。

※ 介護予防ケアマネジメント

高齢者の自立支援を目的として、心身の状況、その置かれている環境、その他の状況に応じて、対象者自らの選択内容などに基づき、介護予防に向けたケアを検討し、必要なサービスにつなぐ援助方法

施策体系	
1 健康づくりの推進	(1)元気なうちからの健康づくり (2)生きがい活動の充実
2 状態像に応じた、介護予防事業の展開	(1)地域づくりに繋がる介護予防の強化 (2)保健事業と介護予防の一体的な実施によるフレイル対策の推進 (3)介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (4)自立支援に向けたケアマネジメントの推進

Ⅲ 安心して在宅生活を継続するためのサポート体制の強化

今後、一層高齢化が進展し、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれる中、在宅医療と介護サービスの連携を強化していく必要がある。県が示す「地域医療構想」を踏まえ、高度急性期から在宅医療・介護に至るまでの一連の支援が切れ目なく適切に提供できるよう、県・市・関係団体が連携し、体制の確保に努める。

また、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、高齢者の身近な相談窓口である地域包括支援センター機能の充実に努めるほか、在宅生活を継続する上で必要な生活支援の実施や高齢者を介護する家族を支援することで、介護者の精神的・経済的負担の軽減を図る。

施策体系	
1 地域包括支援センターの機能の充実	(1)支援体制の整備・強化 (2)地域ケア会議の推進
2 在宅生活を支援する体制の強化	(1)在宅医療と介護の連携強化 (2)在宅生活を支える生活支援サービス
3 安心して暮らすための環境づくり	(1)高齢者の住まい (2)非常災害時の体制整備・支援体制

IV 認知症施策の推進

令和元年に国において、認知症施策推進大綱がとりまとめられた。

認知症施策においては、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の意見も踏まえて、「共生」※¹と「予防」※²の施策を推進することが重要である。

こうした観点から、本市においても認知症施策に関する取組においては、認知症施策推進大綱の基本的な考え方を踏まえ、大綱に掲げる柱に沿って推進していく。

※1 「共生」

認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きること。

※2 「予防」

「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ということ。

施策体系	
1 「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進	(1)認知症の人が暮らしやすい地域づくり (2)発症や進行を遅らせる認知症予防の強化 (3)権利擁護の推進

V 介護保険サービスの適正な運営

介護保険制度においては、高齢者がその有する能力に応じて、できる限り自立した生活を営むことが出来るよう、多様なニーズに対応できる適切な支援や介護サービスを提供するため、サービス量だけではなく、ケアマネジメントを含め、「質」を確保する視点も踏まえてサービス提供体制の構築に努めることが重要である。

特に、高齢化が進展する中、地域包括ケアシステムを推進し多くの高齢者が望む在宅生活を支援するためには、それぞれの身近な日常生活圏域内で必要な介護サービスを受けられる地域密着型サービスについて必要な設置計画を定めることとする。

さらに、介護保険制度を持続可能なものとしていくため、真に必要とする適切なサービスの確保とその費用の効率化を図るため、介護認定の精度をより向上させるとともに、ケアプランの点検など介護適正化事業の充実に努める。併せて、魅力ある職場づくりや、介護人材の確保も含め、介護サービスのより適切な実施と質の向上にむけての取り組みを推進していくことが重要である。

また、近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、介護事業所等と連携し、日頃からこれらに備えた取組を行う。

施策体系	
1 介護サービスの充実	(1)居宅サービス (2)地域密着型サービス (3)施設サービス (4)災害や感染症対策に係る体制整備
2 介護給付等に要する費用の適正化 (介護給付費適正化計画)	(1)要介護認定の適正化 (2)ケアマネジメントの適正化 (3)事業者のサービス提供体制、介護報酬請求の適正化
3 魅力ある福祉職場づくり・業務効率化の実践	(1)福祉・介護人材確保に向けた横断的取組み推進 (2)業務効率化の取組み推進

■ 施策の体系



第2編 計画の内容

各目標の見方
(1) (R〇) →R〇
基準となる年度の(数値)目標からR〇年度への(数値)目標の変動
(2) ~R〇
R〇までの達成を目途とした(数値)目標
(3) R〇~R〇
当該期間中の継続した(数値)目標

I 地域共生社会の実現

1 複雑化・複合化した支援ニーズに対応する仕組みづくり

(1) 相談・支援体制の強化

(現状)

- ・少人数世帯の増加や少子高齢化の進展に伴い、家族や地域のあり様に変化している。家族や地域による高齢者への介護等の支援力が低下する一方で、社会への福祉ニーズが増加・多様化している。
- ・これらのニーズに対応するため、身近な高齢者の相談窓口として、概ね中学校区単位で「日常生活圏域」を定め、市内 11 か所に地域包括支援センターを設置している。
- ・近年、生活困窮、引きこもり、身寄りがいない等、解決すべき課題がいくつもある複雑化したケースや、障がいや 8050 問題※¹、ダブルケア※²など課題が複数の分野にまたがる複合化したケースなど、地域包括支援センターへの相談は、従来の縦割りの制度では対応しきれない内容となっており、件数も増加している。高齢者のみならず、こうした世帯の課題に対し、包括的に対応できる相談・支援体制の整備が求められている。

(計画)

- ・各相談窓口や支援機関において、相談内容を「丸ごと」受け止め、必要な支援機関に「つなぐ」しくみを構築し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など、必要な支援につながる相談体制（いわゆるマルチアクセス型）を充実する。
- ・複雑化・複合化した課題に対するケースについては、行政や多機関が連携し、解決すべき課題と支援方針を定め、必要な制度や地域資源を活用した支援を行う等、庁内関係課が横断的に対応することができるよう包括的な支援体制の整備に努めていく。

※1 8050 問題

80 歳代の親と 50 歳代の子どもの組み合わせによる生活問題

※2 ダブルケア

「介護」と「子育て」などのように、家族や親族など複数のケアに携わること。現在、晩婚化や高齢出産などにより、増加傾向にある。

2 住民が支え合う地域づくり

(1) 支え合う地域づくり会議の推進

(現状)

- ・生活支援・介護予防の基盤整備に向けて、市全域を「第1層」、概ね中学校区を「第2層」とし、それぞれ生活支援コーディネーター^{※1}の配置を行っている。また、第1層の協議は「地域ケア推進会議」で、第2層の協議は「支え合う地域づくり会議」で行っている。
- ・第1層と第2層を連携させるため、第1及び2層生活支援コーディネーターが参加する生活支援検討会議を活用し、支え合う地域づくり会議の活動で対応できない地域課題を検討している。
- ・支え合う地域づくり会議では、自治会や地区社協等多様な主体が参画し、生活支援コーディネーターを中心に、地域における活動や取組の創出、支援を継続していくための工夫などを検討しているが、その中で「担い手不足」や「地域活動の参加者の固定化」「通いの場を必要とする人へのアプローチ不足」などが課題として挙げられている。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、「住民有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動の企画・運営者として参加したい又は参加してもよい」と回答した市民は、30.4%（前回 26.8%）に増加しており、これらの人をいかに活動に巻き込んでいくかが課題である。

(計画)

- ・概ね小学校区（あっかり福祉ネットの区域）を「第3層」に位置づけ、地域福祉コーディネーター（福祉織人）^{※2}が中心となって、市民にとって身近な地域の生活課題（以下、地域課題）についての共有や話し合いの場を充実する。
- ・専門的な支援を必要とする地域課題は、第2層生活支援コーディネーターが中心となり、地域福祉コーディネーター（福祉織人）等の第3層の代表者や専門職、NPO 法人、民間事業者など多様な主体が参加する「支え合う地域づくり会議」での情報共有及び連携・協働により課題の解決を目指す。
- ・「支え合う地域づくり会議」の活動だけでは対応できない地域課題は、第1層生活支援コーディネーターが中心となり、第1層の協議の場である「地域ケア推進会議」で協議し、施策につなげ、地域づくりを推進する。

目標指標		
指標名		目標(R1)→R5
地域共生社会の実現に向け、情報共有・連携強化の場となる会議の開催回数		(62 回) → 82 回
主な取組		
地域の課題を「我が事」とする意識の醸成		・地域福祉活動計画策定のための会議や支え合う地域づくり会議などの、地域住民と地域の福祉事業者、関係機関等が参加し、地域福祉課題について話し合い地域支援体制づくりを行う
生活支援コーディネーターの活動強化		・各地域の工夫や成功事例、課題を定期的に共有・連携強化するため、生活支援検討会議の開催 ・学識経験者や専門家を講師とした研修会の開催

※1 生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的に、地域において、サービスを必要とする人（利用者）に生活支援サービスが提供できるように、調整を行う役割を担う人

※2 地域福祉コーディネーター（福祉職人）

概ね小学校区のエリア（第3層）のあつまり福祉ネットの推進役。身近な地域において、複合的な課題にも対応しながら支え合いの地域づくりを推進するため住民と地域の福祉関係者や団体、行政等の連絡調整役を担う。地域の課題を包括的に把握し、地区社会福祉協議会を単位とする27地区で策定が進められている「地域福祉活動計画」の推進役を果たすもの。

住民が支え合う地域づくり

<第3層>

あっかり福祉ネット【概ね小学校区、市内27地区】

地域福祉コーディネーターが中心となり、あっかり福祉ネットを基盤として、自治会、地区社協、民生委員、福祉活動員、地域住民等が協力し、地域の課題について共有や話し合いを行い、解決策を検討。



地域課題の共有・分析、解決策の検討・実践

小学校区単位では解決できない地域課題や取り組み成果を持ち寄り・・・

<第2層>

地域ケア個別課題会議

【多職種による困難ケースの検討】

医療（認知症・地域ケア相談医）・保健・福祉の専門機関や、住民組織・ボランティア等**多職種・住民協働**により、個別課題を把握しその解決策を検討



個別課題から見えてきた「地域課題」の把握・分析

地域
課題の
共有

支え合う地域づくり会議

【概ね中学校区、市内11圏域】

第2層生活支援コーディネーターが中心となり、専門的な支援を必要とする地域課題の共有及び連携・協働により解決策を検討



地域課題の共有・分析、
解決策の検討・実践

11圏域では解決できない地域課題や取り組み成果を持ち寄り・・・

専門職ワーキングチームで検討

生活支援検討会議で検討
第1層生活支援コーディネーターが調整

高岡市地域ケア推進会議

【第1層協議体機能含】

多職種の構成委員、関係機関・住民組織等により、
地域づくりを目的に施策を提案

薬剤師

理学療法士

訪問看護

厚生センター

民生委員・地域住民

学識経験者

ケアマネジャー

社協

ボランティア

地域包括支援センター

介護保険運営協議会（施策形成）

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画への反映等

あっかりライフ支援システムの構築により・・・

住み慣れた地域でいきいきと暮らせるまちづくりを進める

(2) 地域での見守り支援体制の整備

(現状)

- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、高齢者の1人暮らし、夫婦2人暮らしの世帯が47.1%となっており、高齢者のみの世帯が約半数となっている。
- ・また、計画策定にあたり実施した「居宅介護支援事業所等調査」及び「地域包括支援センター調査」によると、地域包括ケアシステムの推進に向けて今後必要なこととして「地域住民による日頃の見守りや緊急時の支え合い体制の充実」を希望する声が多くなっている。
- ・支援が必要なひとり暮らし高齢者や寝たきり高齢者等について、市に提出された「ひとり暮らし高齢者報告書」に基づき、民生委員や近隣住民が中心となり、日常的な見守りや声かけ等を行っている。
- ・また、高齢者の支援については、概ね小学校区（第3層）を単位に、市内27地区で構築されている「あっさり福祉ネット」の体制を基盤として、民生委員や自治会、ボランティア、地域住民等が協力し、地域での見守りなど行うケアネット活動^{※1}や避難行動要支援者^{※2}の把握等に取り組んでいる。
- ・専門的な支援による対応が必要な場合には、概ね中学校区（第2層）を単位に「あっさりライフ支援システム」の体制において、市内11の日常生活圏域ごとに設置する地域包括支援センターを中心に、医療・介護・保健・介護予防等、専門的な支援を迅速かつ適切に提供し、課題の解決を図っている。

(計画)

- ・引き続き、民生委員・児童委員、自治会、ボランティア、地域住民が協力し、地域力を活かした見守りや声かけ等の活動を推進する。
- ・ケアネット活動によるチーム員や「ひとり暮らし高齢者報告書」に基づく高齢福祉推進員等、これまで各々の役割のもとで行われていた見守り活動について、自治会や地区社協、民生委員、福祉活動員等が連携し、一体的に行われるようなしくみづくりを検討する。さらには、地域の中で社会的に孤立している人や生活困窮者の早期発見・早期対応に努め、孤立死などを防止するための取組につなげる。
- ・市とライフライン関係事業者等による地域見守り協定^{※3}をはじめ、見守り・声かけを必要とする人に関わる者同士の情報共有を行い、継続的に支え合う体制、見守り活動強化に努める。

※1 ケアネット活動

健康や生活に不安のある人、介護・子育てに悩んでいる人、孤独を感じている人、孤立している人などを、地域の住民が2～3人のチームをつくり行う支援

※2 避難行動要支援者

災害時において、自ら避難することが困難で、避難に支援を要する人々

※3 地域見守り協定

市と事業所等が連携し、地域における見守り活動に関する連携体制を構築することを目的として
地域の見守り活動に関する協定（令和元年度現在 29 か所）

目標指標	
	目標(R1)→R5
社会福祉協議会と調整中	

主な取組	
あつかり福祉ネットの推進	・小学校区を基本単位として地域住民同士が支え合う事業で、各地域の実情に応じた生活・福祉ニーズの把握とその解決方法の検討、声掛け・見守りなどの支援活動に取り組む ・ケアネット活動の推進(日常的な見守りにとどまらず、より支援が必要なひとり暮らし高齢者等について、チーム員により必要な支援を行う)
高齢者見守り支援のための体制整備	・緊急通報装置設置事業 (ひとり暮らし高齢者等に緊急通報装置を貸与しサービス提供) ・見守りコールセンター設置運営事業 (見守りコールセンターを設置し、利用者の緊急通報、生活・健康相談等に 365 日・24 時間体制で対応)

(3) 地域を支える人づくりの促進

(現状)

- ・高齢化が一層進展する中で、健康で生きがいをもって暮らすことができるよう、健康づくりや介護予防の推進を図るとともに、社会参加の促進等に努める必要がある。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、「住民有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動の企画・運営者として参加したい又は参加してもよい」と回答した市民は、30.4%（前回 26.8%）に増加した一方で、「地域包括支援センター調査」では「地域に企画・運営する人材（お世話役）がいない」が46%となっており、自治会をはじめとした地域活動団体の担い手の不足や固定化が地域活動に影響を与えている。

(計画)

- ・地域活動の現状を把握し、活動しやすい体制づくりに努める。
- ・健康づくりや介護予防活動等に取り組んだ場合にインセンティブ（動機づけ）を付与する仕組みを検討し、より多くの地域住民が地域活動に関心を持ち、積極的に参加できるよう支援する。
- ・住民が主体となる取組に加え、民間事業者の活力による介護予防・生活支援の取組を新たに進めていく等、多様な主体による地域づくりを進める。

目標指標	
指標名	目標(R2)→R5
インセンティブ(動機づけ)付与のしくみの登録者数	(0人) → 1,500人

主な取組	
インセンティブ(動機づけ)付与による地域ボランティア活動、介護予防活動等の促進支援	インセンティブ(動機づけ)を付与する仕組みづくり
多様な主体との連携強化	民間の営利活動を活用した介護予防・生活支援の取組

Ⅱ 健康づくり・介護予防施策の充実・推進

1 健康づくりの推進

(1) 元気なうちからの健康づくり

(現状)

- ・本市では高齢になっても住みなれた地域で健康でいきいきと自立した生活を送れるよう、若いうちからの生活習慣病の発症予防及び重症化予防の取組を展開している。
- ・健康寿命は男女とも延伸傾向にあるが、がんや糖尿病等の生活習慣病を持つ人が増加していることに加え、市民の生活習慣に関する調査によると、高齢期を迎える前の青壮年層において、食事や運動等の生活習慣に改善がみられない状況にある。
- ・そのため、壮年期から定期的に健康診査やがん検診を受診し、自分の身体の状態を知ることや、自分に合った健康づくりの取組を継続して実践できるよう、各種保健事業をはじめ、健康づくりボランティアと協働した取組等を行っている。
- ・また、感染症予防対策として、インフルエンザや高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種による重症化の予防や胸部X線検査等を結核対策として実施するとともに、その他の感染症を含め正しい知識の普及・啓発を積極的に行っている。

(計画)

- ・本市の健康課題を踏まえ、より若いうちから望ましい生活習慣を確立するための取組を展開する。
「栄養・食生活」「身体活動・運動」「歯の健康」「タバコ」「心の健康・休養」等の分野毎に、関係機関・団体との連携のもと普及・啓発に取り組む。
- ・市民が日常生活において実践することが望ましい項目を「健康づくり市民行動目標『健康たかおか10か条』」とし、あらゆる機会に普及・啓発する。
- ・各地域において、健康づくり活動を通じ、人と人とのつながりや地域の組織・団体間のつながりを築いていくボランティア活動を積極的に推進する。28 地域健康づくり推進懇話会、食生活改善推進協議会、ヘルスボランティア協議会などと協働し、市民の健康づくりを推進する。
- ・各医療保険者との連携を図り、がん検診や健康診査の受診率向上を図るほか、KDB（国保データベース）システムを活用し、受診や保健指導が必要な人に対し医療機関等との連携により、効果的な働きかけを行う。
- ・これらの取組については、市の健康増進計画である「健康たかおか輝きプラン（第2次）」や「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」の関連施策と整合を図る。

目標指標	
指標名	調整中
平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	

主な取組	
望ましい生活習慣の確立と 生活習慣病の発症予防	・健康教育、健康相談 ・地域ぐるみで取り組む健康づくり (健康づくりボランティア活動の推進)
生活習慣病の重症化予防	・特定健康診査、後期高齢者の健康診査 ・特定保健指導 ・がん検診 ・重点健康相談、訪問指導 ・予防接種

(2) 生きがい活動の充実

(現状)

- ・現在、公民館や老人福祉センターをはじめとする社会教育施設や社会福祉施設等において、各種講座・教室等を開設している。また、体力や年齢に応じて、日常生活の一部としてスポーツに親しみ、健康で生きがいのある充実した暮らしを求める人が増えている。
- ・シルバー人材センターでは、高齢者の就業の機会を確保するとともに、能力と経験を活かした社会参加の促進を図り、生きがいづくりや健康増進につながる事業運営を行っている。また、近年は、入会促進の取組により、会員の確保に努めているところである。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、収入のある仕事をしている人 15.6%（前回 13.7%）や生きがいを持つ人 60.5%（前回 52.4%）が増えおり、今後も、生きがい活動や地域活動への参加を促すとともに、元気な時には、地域での介護予防活動や生活支援のためのサポート体制などに協力し、活躍する高齢者の増加を目指す必要がある。
- ・団塊の世代の高齢者をはじめとして、豊富な経験と知識を有する元気な高齢者が増加しており、地域ぐるみの福祉活動の一翼を担う人材として、各種の住民組織やボランティア、福祉機関・団体の活動に参加し、福祉社会の形成の担い手となることが期待されている。
- ・高齢者が住み慣れた自宅や地域での生活を継続するためには、ヘルパー等の専門職による専門的サービスに加えて、NPO や地域住民同士が相互に助け合うボランティア活動等の多様なサービスが、今後ますます重要な役割を担うことが予想される。

(計画)

- ・高齢者が家庭、地域、企業等社会の各分野において、長年培った豊かな経験や知識を活かしながら、健康で生きがいをもって生活ができるよう、スポーツ・文化活動、まちづくり・ボランティア活動や世代間交流等への社会参加を促進する。
- ・NPO やボランティア団体などの福祉サービスの担い手の活動を支援するとともに、元気な高齢者を含む福祉人材の育成や普及啓発などボランティア活動の活性化に努める。
- ・また、高齢者雇用促進の観点から、離職した高齢者を雇い入れる事業主に対する国の助成金の周知や、専門的な知識や技術をもつ高齢者と、専門人材の採用を希望する企業とのマッチングを支援する県の窓口、65 歳以上の求職者を重点的に支援するため、ハローワークに設置された「生涯現役支援窓口」を紹介するなど、再就職の支援や雇用の促進を図る。
- ・高齢者の希望に応じた就業の機会を確保し、長年にわたり蓄積された能力と経験を生かした社会参加の促進を図ることは、高齢者の生きがいづくりや健康増進に高い効果が期待できることから、シルバー人材センターの事業活動を支援する。

目標指標	
指標名	目標(R1)→R5
保健・医療・福祉に関する活動を行うボランティア登録団体数増	(76) → 85

主な取組	
生涯学習・生涯スポーツ活動の推進	・寿大学や健康教室、各種講座・教室等開設
ボランティア活動、リーダー育成研修支援	・老人クラブ活動助成事業
地域福祉活動、ボランティア等に参画する人材の養成	・ボランティアのまちづくり事業 (ボランティア養成講座等)
高齢者雇用の促進	・各種制度の周知、情報提供による高齢者雇用機会の創出 ・関係機関(県、富山労働局)との連携
シルバー人材センターの活動支援	・高齢者の社会参加、生きがい活動

2 状態像に応じた、介護予防事業の展開

高齢期の心身の状態の変化に対応し、切れ目のない介護予防事業を推進することが重要である。

また、支援が必要となった方には、個人の状態に応じた適切な介護予防ケアマネジメントを行い、介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを実施し、自立支援・重度化防止を図る。

(1) 地域づくりに繋がる介護予防の強化

(現状)

- ・元気で自立した状態にある高齢者が自治公民館等の身近な会場に集まり、生活機能の維持・向上を目的とした健康づくりを行う通いの場の立ち上げを進めている。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、地域での活動のうち、「健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加してみたいと思いますか」という問いに「是非参加したい」「参加してもよい」「すでに参加している」と回答した方が56%と半数以上であり、参加のニーズがあることがうかがえる。
- ・一方で、計画策定にあたり実施した「地域包括支援センター調査」によると、「地域に企画・運営する人材（お世話役）がいない」が46%となっており、自治会をはじめとした地域活動団体の担い手不足や固定化に伴う負担感が指摘されていることから、介護予防事業を実施する上での課題となっている。

(計画) (重点事業 22 頁参照)

① 「通いの場」を増やすための取組

- ・大学と協働で、通いの場の取組の分析・評価を行い「効果」の見える化を行う。その結果を住民へ情報発信し、取組の必要性和参加促進を図る。
- ・令和元年度に新たに取組んだ、ショッピングセンターでの通いの場の立ち上げ事例を参考に、民間企業等の地域資源も活用した通いの場づくりに取り組む。

② 活動を継続させるための取組

- ・健康づくりや介護予防に対する参加者への知識の普及として、フレイル予防等、多様なメニューを設定し、新たに「ぴんぴん健幸講座（出前講座）」（仮称）を通いの場で実施し、多様なプログラムを提供する。
- ・住民等が主体性を持って、地域ぐるみで積極的に介護予防に取り組んでいけるよう、活動に対するインセンティブ（動機づけ）となる仕組みを創設する。
- ・感染症対策等のため「集うこと」が困難な場合には、自宅でも取り組めるようケーブルテレビやSNS等を活用した、新たな介護予防策の検討や実践事例集の作成を行う。

③ 状態改善につなげる取組

- ・通いの場におけるリハビリ専門職の派遣やフレイルに着目した保健事業と介護予防の一体的事業の実施を通じて、筋力低下や低栄養等の状態に応じた個別指導を行い、効果的な予防活動を促す。また、必要に応じて、医療・介護サービスや他の福祉事業につなげる。
- ・高齢者が心身の状態に応じて、切れ目なく健康づくり・介護予防活動に取り組むことができる仕組みをつくる。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
要支援1・2の認定率 3.5%の維持	3.5%

※将来推計では、2023 年（令和 5 年度）の要支援 1・2 の認定率は 3.8%となっているが、介護予防の強化により、現状の 3.5%を維持することを目標とする。

主な取組	
「通いの場」を増やすための取組	・大学と協働で、通いの場の取組の分析・評価及び「効果」の見える化 ・通いの場の効果や通いの場の魅力を高める情報発信 ・民間企業等の地域資源も活用した通いの場づくり ・住民主体の通いの場の立ち上げ・継続支援
活動を継続させるための取組	・「ぴんぴん健幸講座（出前講座）」（仮称） ・住民の活動に対するインセンティブ（動機づけ）となる仕組みの創設 ・自宅でも取り組めるようケーブルテレビや SNS 等を活用した、新たな介護予防策の検討や実践事例集の作成 ・外出が困難な高齢者の社会参加を促すための ICT を活用した介護予防活動 ・地域のボランティアによる介護予防活動の推進
状態改善につなげる取組	・通いの場における体力チェック、健康相談の実施 ・通いの場へのリハビリ専門職の派遣 ・保健事業と介護予防の一体的事業の実施による通いの場でのフレイルチェックと個別指導 ・介護予防把握訪問 ・足腰げんき倶楽部の開催

(2) 保健事業と介護予防の一体的な実施によるフレイル対策の推進

(現状)

- ・令和元年5月に「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」が一部改正され、高齢者の保健事業を「疾病予防」と「介護予防による生活機能維持」の両面にわたって一体的に実施することとなった。本市においては、令和2年度から、医療・介護・健診データが蓄積されたKDBシステム（国保データベースシステム）を活用してフレイル等の恐れがある高齢者を把握し、個別に訪問する等の保健事業と介護予防の一体的な取組を展開している。
- ・後期高齢者の健康診査では、BMI18.5未満のやせに該当する者やHbA1c6.5%以上の糖尿病の疑いがある者の割合が同規模市・県・国より高い状況にある。
- ・要介護認定者の有病状況をみると、同規模市・県・国に比し心臓病や認知症の割合が高い。

(計画)

- ・市内11の日常生活圏域において、KDBシステム（国保データベースシステム）等を活用し抽出した、低栄養予防や生活習慣病等の重症化予防が必要な高齢者に対し、個別的支援を実施する。あわせて通いの場等に医療専門職が関与し、フレイル予防の普及・啓発を行い、必要に応じ福祉や介護サービス等につないでいく。
- ・高齢者の心身の課題に対し、きめ細かな支援を実施するため、関係課等が連携し、一体的に事業に取り組む。さらに、後期高齢者医療広域連合と協同して、医師会や関係機関等との、協力体制を構築し、体制の強化に努める。

目標指標	
指標名	目標(R1)→R5
保健事業と介護予防の一体的な取組の実施圏域数	(0) → 11

主な取組	
高齢者に対する個別的支援	・低栄養予防に関わる相談・指導 ・生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導 －糖尿病性腎症重症化予防 －循環器系疾患重症化予防 ・健康状態が不明な高齢者の状態把握・支援
通いの場への積極的関与	・フレイル予防の普及啓発、運動、栄養、口腔等の健康教育・健康相談 ・フレイル状態にある高齢者等の把握と保健指導 ・高齢者の状況に応じた受診勧奨や介護サービスの利用勧奨

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(現状)

【総合事業実施状況】

- ・平成 29 年度に開始した総合事業は、要支援 1、2 及び基本チェックリスト等で把握された要介護状態等となるおそれの高い状態にある高齢者等（総合事業対象者）に対し、専門的な介護予防・生活支援サービスを提供するほか、住民等多様な主体による多様なサービス、一般介護予防事業など、総合的に支援を行うことで、地域での自立した生活の継続に繋げている。
- ・利用者のニーズや状態を踏まえ、介護予防ケアマネジメントに基づき、適切なサービスを実施し、心身及び生活機能の向上に繋げるとともに、高齢者が活動的な生活を送れるよう支援しているところである。
- ・計画策定にあたり実施した「居宅介護支援事業所等調査」によると、介護保険で利用できなかったサービスのうち、利用者から要望があった又はニーズがあると考えるサービスとして、「ゴミ出し・買い物支援・掃除などのサービス」、「移送・送迎サービス」、「家の中の簡単な修理・電球交換など」が挙げられた。

(計画)

【多様な主体による生活支援活動の推進】

- ・地域住民やボランティア団体等の多様な主体による支え合い活動の必要性について、住民意識の醸成を図る。
- ・ひとり暮らし高齢者等が増加しており、これまで家族などが担っていた支援について、地域の課題や実情に応じて、住民等の多様な主体が行う訪問型サービス B^{*1}、通所型サービス B^{*2}等の多様なサービスの創設・充実に努める。

目標指標	
指標名	目標 (R1)→R5
介護予防・生活支援サービス(総合事業サービスB)の実施箇所数(訪問型サービスB、通所型サービスB 実施箇所数)	(0) → 2

主な取組	
介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防・日常生活支援サービス: 要介護認定で要支援と認定された方及び基本チェックリストにより事業対象者と判定された方を対象)	・訪問型サービス (調理や掃除、洗濯等の支援) ・通所型サービス (デイサービス・短期集中予防サービス) ・その他生活支援サービス (栄養改善と高齢者の見守りを目的とした配食サービス)

※1 訪問型サービスB

住民等のボランティアを主体として、要支援者等への日常生活に対する援助を行うサービス

※2 通所型サービスB

住民等のボランティアを主体として、要支援者等を中心とした通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービス

(4) 自立支援に向けたケアマネジメントの推進

(現状)

【介護予防ケアマネジメントの現状】

- ・ケアマネジメントとは、対象者の自立と生活の質の向上を目指し、ニーズに応じ適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが中心的な役割を担う。
- ・介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、サービスが包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。

【地域ケア個別会議の現状】

- ・平成 27 年度施行の改正介護保険法において、「市町村で包括的・継続的ケアマネジメント支援の効果的な実施のために地域ケア会議の設置に努めなければならない」と規定されている。
- ・平成 30 年度より、高齢者の生活行為の課題解決や状態の改善・自立支援の促進、ひいては高齢者の生活の質の向上を目指すため、多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）の助言を踏まえ、自立支援に資する地域ケア個別会議を実施している。

(計画)

【介護予防ケアマネジメント】

- ・介護予防ケアマネジメント業務を実施する地域包括支援センター等が、自立支援に繋がる適切なケアマネジメントを提供できるよう、介護予防ケアマネジメント業務実施マニュアルを作成する。
- ・要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら、課題を明らかにしたうえで目標を設定し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ自分で行う」という行動変容に繋がるよう、働きかけていく。

【地域ケア個別会議（自立支援会議）の開催】

- ・地域ケア個別会議において、介護予防や地域リハビリ等の視点から多職種が協働し、要支援者等のケースに応じた課題解決のための支援内容を検討するとともに、地域課題の発見・解決、地域資源の開発等へと繋げる。
- ・多職種による、専門的な視点を活かした助言を踏まえ、会議の参加者の自立支援に資するケアマネジメントやサービスの提供等に関する知識・技術の習得に繋げていく。

目標指標	
指標名	目標 (R1)→5
地域ケア個別会議事例検討件数(年間)	(10) → 15

※1 アセスメント

介護される方の状態や介護者の状況、その利用者が求めているサービス等を総合的に判断して、適切なサービスやケアプランを提示するために必要な調査

主な取組	
介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防・日常生活支援サービス:要介護認定で要支援と認定された方及び基本チェックリストにより事業対象者と判定された方を対象)	・介護予防ケアマネジメント 自立支援の視点でのケアプラン作成に繋げる。(下記地域ケア個別会議とも連携)
地域ケア個別会議(自立支援会議)の開催	・薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種の助言により自立支援(本人の有する能力の維持・向上)を重視したケアプランの作成を目指す。

Ⅲ 安心して在宅生活を継続するためのサポート体制の強化

1 地域包括支援センターの機能の充実

(1) 支援体制の整備・強化

(現状)

- ・地域包括支援センターは、高齢者人口 3,000～6,000 人程度の人口規模、概ね中学校区単位で 11 区分した「日常生活圏域」を定め、1 圏域に 1 か所地域包括支援センターを設置している。
- ・地域包括支援センターは、高齢者の身近な相談窓口として、①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント業務、④介護予防ケアマネジメント業務を行っているが、相談件数は、年々増加しており、複雑、複合的な問題を抱えた世帯等からの相談が増えている。
- ・地域包括支援センターには、保健師（看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員の 3 専門職種に加えて、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターを配置しており、市との連携のもと、地域支援ネットワークづくりや、認知症高齢者支援施策、医療・介護連携事業、住民が主体となった地域づくりを進めている。
- ・計画策定にあたり実施した「地域包括支援センター調査」では、「地域包括支援センター業務において、今後強化が必要と思われる業務」として、「高齢者及び家族等の相談対応及び継続的・専門的な相談支援」との回答が最も高くなっている。

また、障がいや8050問題など地域包括支援センターだけでは対応が困難な複雑化・複合化したケースの支援を行う上で、センター間の総合調整や介護予防に係るケアマネジメント、地域ケア会議等の後方支援を実施する基幹型の地域包括支援センターの設置が関係機関等から求められている。

- ・計画策定にあたり実施した「居宅介護支援事業所等調査」では、地域包括支援センターの機能・役割について、「高齢者の成年後見制度等の活用支援」、「高齢者の消費者被害の防止の取組み」、「多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築」を期待する意見が多くなっている。

(計画)

- ・概ね小学校区（第3層）を単位に構築している「あっさり福祉ネット」を基盤に、見守り等の支援活動から地域包括支援センターへの相談につなげ、地域に潜在する支援を必要とする方を早期把握・早期支援に対応できるよう、重層的な支援体制を強化する。また、高齢者が状態に応じて、適切な医療、介護等のサービスが受けられるよう、医療や介護等の多職種や関係機

関との連携体制の強化に努め、さらに推進する。

- ・基幹型の地域包括支援センターの機能の一つである地域包括支援センターの後方支援のため、複雑化・複合化した課題に対し、「丸ごと」受け止めることのできるマルチアクセス型の相談体制を充実し、行政や他機関が横断的に連携し、包括的な支援の体制整備に努めていく。
- ・また、地域包括支援センター職員の資質向上と、センター間の総合調整を図るために、各地域包括支援センターに対する研修・指導の実施や技術的な後方支援、業務調整会議の開催等による連携推進を図る。特に、「権利擁護業務」や「多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築」について、研修等を通して機能強化を図る。

(2) 地域ケア会議の推進

(現状)

- ・地域ケア会議は、地域課題の検討と、個別課題の検討を通じ、高齢者個人に対する支援の充実（在宅生活の限界点の引き上げ）とそれを支える社会基盤の整備（地域づくり）を同時に進めていく手法であり、日常生活圏域ごとに開催している。
- ・生活困窮、引きこもり、身寄りがいない等、解決すべき課題がいくつもある複雑化したケースや、障がいや 8050 問題、ダブルケアなど、課題が複数の分野にまたがる複合化したケースが増えている。
- ・個別課題を検討する「地域ケア個別課題会議」においては、地域の支援者のほか、認知症・地域ケア相談医を含めた多職種による専門的視点を交えて、認知症や困難ケース等の個別事例を地域で支えていくための支援についての検討や、地域で活動するケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントを支援している。
- ・また、「地域ケア推進会議」は、圏域ごとの地域ケア会議から把握された課題を共有し、全市的に保健・医療・福祉・介護の専門機関、地域組織等様々な関係機関が有機的に連携し、その解決に向けた方策の検討を行い、地域に必要な資源開発や地域づくり、政策形成につなげることを目指すものとして位置づけ開催している。

(計画)

【地域ケア個別課題会議の推進】

- ・担当圏域ごとに設置されている認知症・地域ケア相談医や多職種、地域住民等との協働により、認知症や困難ケース等の個別事例の検討を行い、介護支援専門員が自立支援に向けた適切なケアマネジメントが行えるよう支援し、高齢者の自立支援を目指す。
- ・複雑化したケースや複合化したケースについてより専門的な視点を加えて検討できるよう、関係部署や関係機関との連携をさらに強化し、包括的な支援体制の整備に努める。
- ・また、個別ケースの背後に潜在している、同様のニーズを抱えた住民やその予備群を見出し、地域の現状等を勘案しながら、解決すべき地域課題を明確化し、地域のネットワークを機能させるための支援体制を強化する。

【地域ケア推進会議の充実】

- ・保健・医療・福祉・介護の専門機関、地域組織、民間企業関係者等様々な関係機関が有機的に連携し、在宅医療・介護連携や生活支援及び介護予防等、高齢者の保健・医療・福祉・介護等に関わる地域課題の共有およびその解決に向けた方策の検討を行い、問題を解決するた

めの方策の施策化を推進することで、地域包括ケアシステム構築のための社会基盤の整備を目指す。

また、この会議を第1層の協議体として位置づけ、日常生活圏域（第2層協議体）で把握された地域課題の共有の効率化を図るとともに、地域の支え合い体制の強化・充実に向けた施策の検討を行う。

- ・地域ケア推進会議に「ワーキンググループ」を設置し、圏域毎の課題や成果、各種統計等からの課題整理や分析を行い、施策案を検討する。

目標指標	
指標名	目標(R1)→R5
地域ケア個別課題会議の回数の増加	(100回)→130回

主な取組	
地域ケア個別課題会議の推進	・多職種協働による個別事例の支援内容の検討を通じ、ケアマネジャーへの自立支援に資するケアマネジメント支援、高齢者の課題解決のための地域支援ネットワークの構築、個別課題からの地域課題の把握等を行う
地域ケア推進会議の充実	・地域包括支援センターが開催する「地域ケア個別課題会議」で把握した地域課題の共有、課題解決のための方策の検討により、施策化につなげ、地域包括ケアシステムの構築のための基盤整備を行う

2 在宅生活を支援する体制の強化

(1) 在宅医療と介護の連携強化

(現状)

- ・医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、在宅等において医師の他、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、ケアマネジャー、介護福祉職など、医療・介護の多職種による連携体制の構築・強化が不可欠であり、個々のニーズに応じた在宅医療と介護を提供していく体制の強化が求められている。そのためには、多職種が相互理解を深め、連携体制を強化し、関係機関とのさらなる協働のもと、事業を推進していくことが重要となる。これまで、高岡市医師会に設置されている在宅医療支援センターと市の連携により、地域の様々な社会資源が有機的に連携して在宅支援が行えるよう、多職種情報システムの運用等取り組みを進めてきた。また、高岡市医師会に登録された認知症・地域ケア相談医(令和2年11月時点61名)が、地域包括支援センターの対応する困難事例等に助言し、地域ケア会議等にも出席しながら、医療と介護の連携のもと個々のニーズに応じた支援の提供に向け取り組んでいる。
- ・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るよう支援するには、在宅医療と介護の連携強化を図ることはもちろんのこと、地域住民に対して人生の最期をどのように迎えるかを話し合うACP(人生会議)や看取りに関する知識の普及や理解の促進を図る必要がある。計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、「自分で意思決定ができなくなったときに備えて、あなたが望む医療やケアについて周囲の人と話し合ったことがありますか」について「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」人は34.7%であった。一方、「書面に記載している」人は5.3%であり、話し合いは行っているが書面に記載している人は少ない状況であった。このことから、地域住民に対して看取り及びACP(人生会議)について、意識啓発を図るほか、「もしもの時」に在宅医をはじめとして、医療・介護・救急の多職種が情報共有し、本人の意思に寄り添うことができるよう人生いきいきノート(エンディングノート)等の媒体の普及啓発が必要である。

(計画)

【在宅医療・介護連携の課題の抽出】

- ・地域ケア推進会議において、保健・医療・福祉・介護の専門機関や地域住民組織及びボランティア団体等、地域の様々な社会資源が有機的に連携することで、高齢者に係る地域課題を共有し、その解決に向けた方策の検討を中長期的な視点で行うことで、地域における在宅医療・介護の提供体制の強化を目指す。

【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】

- ・関係機関が連携し、多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できるよう、県や厚生センターの支援の下、高岡市医師会（在宅医療支援センター）と地域包括支援センターとの緊密な連携を推進し、富山県医療計画とも整合性を図りながら、医療と介護の連携を図る。
- ・今後、認知症高齢者が一層増加することが予想されている。認知症高齢者やその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、高岡市認知症疾患医療センター、高岡市初期集中支援チーム、市及び各関係機関との連携を図り、適切な医療・介護サービスが提供される支援体制を強化する。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・認知症・地域ケア相談医と地域包括支援センターのさらなる連携強化を図り、在宅生活が継続できるよう、個々に応じた適切な医療・介護サービスが提供される体制を強化していく。また、増え続ける地域の困難事例への支援強化を図っていく。

【地域住民への普及啓発】

- ・在宅医療・看取り・終活・ACP（人生会議）等に関する意識や知識の啓発として、在宅医療と介護の連携推進に向けたパンフレットや、人生いきいきノート（エンディングノート）等を相談窓口や訪問活動、講座等において配布し、医療と介護の支援による在宅生活の継続や、終末期、看取り等に関する知識の普及啓発を行う。

【医療・介護関係者の情報共有の支援】

- ・在宅での療養生活を支えるために、高齢者の状態に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われることが必要である。そのため、在宅での看取り、急変時、入退院時の情報共有にも活用できるよう人生いきいきノート（エンディングノート）や介護連絡帳等の情報共有ツールの内容の充実を図る。また、情報共有ツールの内容が急変時の救急隊とのやり取りにも活用できるよう、高岡市医師会及び高岡市消防本部との連携を図る。

【医療・介護関係者の研修】

- ・医療と介護関係者がより相互理解を深め、円滑な連携が行えるよう、連携に関する課題を把握しながら、在宅医療多職種連携研修会を介護支援事業者部会と共催で開催していく。

目標指標	
指標名	目標(R1)→R5
認知症・地域ケア相談医と地域包括支援センターの連携回数	(251回) → 300回
医療・介護関係者の研修会参加者数	(363人) → 400人

主な取組	
在宅医療多職種連携体制の促進	・地域ケア推進会議の開催 (医療と介護の連携課題や方向性の共有)
高岡市民病院認知症疾患医療センター、高岡市認知症初期集中支援チーム、認知症・地域ケア相談医等との連携	・増加する認知症高齢者等を取り巻く関係機関の連携強化
認知症・地域ケア相談医との連携強化	・適切な対応や治療等、ケースに応じた医療的な視点での助言 —地域ケア個別課題会議への出席 —認知症事例検討会への出席 —地域包括支援センターやケアマネジャーの担当 ケースに関する相談窓口
看取り、終活、ACP（人生会議）等、在宅医療・介護に関する知識の普及	・高岡市医師会及び救急、介護の分野が連携による、看取り、終活、ACP（人生会議）について、市民および支援機関への普及啓発 ・人生いきいきノート（エンディングノート）の配布
多職種協働による在宅医療・介護連携の強化	・在宅医療多職種連携研修会の開催 ・介護連絡帳等の情報共有ツールによる連携

(2) 在宅生活を支える生活支援サービス

(現状)

- ・高齢者人口の増加に伴い、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯等が増加しており、在宅での日常生活上の支援ニーズが高まっている。
- ・ひとり暮らし高齢者等が安心して在宅生活を継続していけるよう各種在宅福祉サービスの提供に努めている。また、介護が必要になっても住み慣れた地域でいつまでも安心して在宅生活を送れるよう必要な支援を提供するとともに、介護者への精神的・経済的負担の軽減を図っている。

(計画)

- ・高齢者が安心して在宅生活を送ることができるよう在宅での生活支援を引き続き提供するとともに、高齢者を介護する家族への各種サービスについても引き続き提供する。

主な取組	
在宅生活支援	・軽度生活援助サービス(軽作業サービス) ・「食」の自立支援サービス事業(食事の提供と安否確認) ・老人福祉電話(電話機の貸与) ・除雪支援事業(屋根の雪下ろし作業、1冬期間、2回まで) ・ミドルステイ事業(やむを得ない事由のある場合、冬期間の生活の安全が憂慮されるなどの場合に、特別養護老人ホーム・養護老人ホームへの一時的入所を図る) ・高齢者おむつ等支給事業 (常時おむつを必要とする方に引換券を支給) ・高齢者等福祉車両タクシー助成事業 (歩行ができず、在宅で日常的に車椅子利用の方を対象)
介護者への負担軽減	・認知症高齢者等家族支援サービス (発信機能を持つ位置情報端末機器の貸与) ・認知症高齢者等SOS緊急ダイヤルシステム事業 ・重度心身障害者等介護年金支給事業 ・認知症高齢者介護手当支給事業

3 安心して暮らすための環境づくり

(1) 高齢者の住まい

(現状)

- ・ひとり暮らし高齢者や要援護高齢者等が、いつまでも住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、自立した生活を維持するための高齢者の住まいの環境づくりが必要である。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では、「今後、身体が弱ってきたときに希望する住まい」として、「現在の住居」が58.1%と最も多かった。
- ・住まいとして、持家としての住宅や賃貸住宅の他、近年有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が増加し、高齢者の多様な住まいの受け皿となっている。

(計画)

- ・自宅と介護施設の中間的住まいである有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等、民間活力を活かし、高齢者の生活のニーズに応じた住まいの供給を促進する。
- ・介護サービス相談員を新たに有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅にも派遣し、入居者が安心して暮らすことができるよう取り組む。
- ・有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が介護ニーズの受け皿としての役割を果たせるよう、未届けの有料老人ホームを確認した場合は積極的に県に情報提供し、適確な指導監督を行うことによって、提供されるサービス内容の質の確保を図る。
- ・身寄りのない高齢者については、家賃債務保証制度※を活用した市営住宅への入居を検討する。
- ・手すりの設置や段差解消等の住居改修により、高齢者の自立度を向上させ、介護予防の促進を図る。

目標指標	
指標名	目標(R1)→R5
介護サービス相談員派遣等事業の派遣先の拡大	(36) → 45 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅への派遣含む

主な取組	
介護サービス相談員の派遣	・利用者の持つ疑問や不安の解消
生活しやすい住環境づくり	・住宅改修費支給:介護保険制度 (要介護認定者が、手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際に一部費用を支給) ・高齢者住宅改善資金助成事業 ・高齢者住宅安心確保事業 (シルバーハウジングに居住する高齢者に生活指導・相談、安否確認を実施)

※ 家賃債務保証制度

賃貸住宅に入居する際の家賃債務等を保証し、連帯保証人の役割を担うことで、賃貸住宅への入居を支援する制度

(2) 非常災害時の体制整備・支援体制

(現状)

- ・ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯等、災害発生時に自分だけでは避難することが難しく周りの人の支援が必要な方を対象に「避難行動要支援者名簿」への登録を促進している。また、民生委員や自治会長、地区社協を中心に対象者の把握や支援体制づくりに努めている。
- ・災害が発生した際、一般的な生活に支障をきたす高齢者について、施設がバリアフリー化され、生活相談員等の確保が比較的容易な老人福祉施設等に福祉避難所※を指定し、開設・運営に関する協定を締結し、協力の依頼をしている。

(計画)

- ・市社協、民生委員、自治会・自主防災組織、サービス事業者等と連携し、災害発生直後のひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等、要配慮者の安否確認や避難誘導等を円滑に進められるよう、災害情報の伝達手段・伝達体制及び避難時の誘導方法等の支援体制を整える。また、災害が発生した際、地域住民や関係団体等の協力を得ることが必要であり、市に提出された「ひとり暮らし高齢者報告書」に基づくひとり暮らし高齢者や避難行動要支援者を一体的に管理・把握できるようしくみづくりを検討することで、日頃から住民がお互いに助け合い、支え合える地域づくりに努め、ひいては、避難時の円滑な支援体制づくりにつなげる。
- ・福祉避難所指定の福祉施設において、平時から避難訓練等の中で、避難者受け入れを想定した訓練を行い、有事の際に備えられるよう体制の構築に努める。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
(危機管理室等と連携した) 事業所への実地指導時避難確保計画点検、助言・指導	30 件/年

主な取組	
避難行動要支援者の管理・把握	・日常的な見守りが必要なひとり暮らし高齢者と避難時に支援が必要なひとり暮らし高齢者を一体的に管理・把握することで、災害時の支援体制を円滑に進める。
福祉避難所の開設	・指定施設での訓練実施
自主防災組織育成	・要支援者対策を取り入れた訓練の実施

※ 福祉避難所

避難行動要支援者の障がいの程度や心身の健康状態等を考慮して、一般の避難所生活が困難と判断した場合に、必要性の高い方から優先的に移送する二次的な避難所。

＜福祉避難所一覧表＞

令和2年10月1日現在

	施設名	所在地
1	特別養護老人ホームあさひ苑	角 561 番地
2	特別養護老人ホーム雨晴苑	太田 58 番地
3	特別養護老人ホームアルデン赤丸	福岡町赤丸 1103 番地 1
4	特別養護老人ホーム香野苑	上渡 161 番地
5	特別養護老人ホーム志貴野長生寮	滝新 21 番地 1
6	特別養護老人ホームだいご苑	醍醐 1257 番地
7	特別養護老人ホームのむら藤園苑	野村 921 番地 1
8	特別養護老人ホームはるかぜ	オフィスパーク 13 番地
9	特別養護老人ホームふしき苑	伏木国分 1 丁目 10 番 10 号
10	特別養護老人ホーム藤園苑	早川 390 番地 1
11	特別養護老人ホーム二上万葉苑	二上町 1004 番地
12	特別養護老人ホーム鳳鳴苑	蔵野町 3 番地
13	老人保健施設アルカディア雨晴	太田桜谷 23 番地 1
14	介護老人保健施設おおぞら	京田 490 番地
15	介護老人保健施設きぼう	和田 1055 番地
16	老人保健施設さくら苑	福岡町大野 145 番地
17	老人保健施設しきのケアセンター	鷺北新 480 番地
18	高岡老人保健施設長寿苑	京田 72 番地
19	介護老人保健施設やすらぎ	美幸町 1 丁目 1 番 53 号
20	こまどり支援学校	江尻字村前 1289 番地
21	県立高志支援学校高等部こまどり分教室	江尻字村前 1289 番地
22	県立高岡聴覚総合支援学校	西藤平蔵 700 番地
23	県立高岡支援学校	東海老坂 831 番地
24	志貴野苑	葦附 1239 番地 27
25	志貴野ホーム	下麻生 5340 番地
26	かたかご苑	滝新 15 番地
27	ワークスタかおか	立野 2412 番地
28	あしつきふれあいの郷	博労本町 4 番 1 号
29	高岡市社会福祉協議会	清水町 1 丁目 7 番 30 号
30	つくしの家といで	高岡市戸出吉住 503 番地
31	デイサービス・ショートステイ 雅	高岡市京田 281 番地 1
32	だいご中田館	高岡市下麻生 89 番地 2

IV 認知症施策の推進

1 「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進

(1) 認知症の人が暮らしやすい地域づくり

(現状)

- ・2025年までに団塊の世代が75歳以上となる中、高岡市においては2021年に高齢者数がピークとなるものの、その後も後期高齢者は増加し続けていくと推計される。認知症高齢者数は、本市において約7,200人（R元度末）になっており、要介護認定者の約3人に2人を占めている。また、要介護認定を受けていない認知症患者はこの数に含んでおらず、潜在的な認知症患者も含めると、実際はさらに多いものと推測される。
- ・このような状況の中、認知症の方が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症を正しく理解し、認知症の方のよき理解者を増やすために、認知症サポーター養成講座を開催している。平成30年度からは、地域の助け合いや見守り等、地域全体で支援していく機運をさらに高めるために、スーパー等、民間企業等にも働きかけ開催している。
- ・また、令和元年度から、認知症サポーター養成講座修了者を対象に、認知症の人への接し方や声かけなどの実践的な対応を学ぶ、認知症サポーターステップアップ講座を開催し、高齢者の日常生活での支援等の担い手となる人材育成に取り組んでいる。
- ・計画策定にあたり実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」によると、認知症に関する相談窓口を知っている人が25.3%であることから、認知症に関する相談窓口の普及啓発を強化することが重要である。
- ・認知症や若年性認知症により介護が必要な方が相対的に増え、問題も複雑化・多様化・深刻化し、緊急性が高いものも多くなっている。介護者の負担も増えているため、当事者の支援と共に介護者家族の支援を行うことも重要となっている。

(計画)

【認知症バリアフリーの推進に向けた取組】

① 認知症の理解者の増加（重点事業24頁参照）

- ・小・中・高校等の教育機関や民間事業所等、認知症サポーター養成講座の対象者拡充を図り、地域での理解者の増加を図る。

② 認知症高齢者等を地域で支援する体制の強化（重点事業24頁参照）

- ・認知症高齢者等の日常生活での支援（声かけ、ゴミ出し等）等の担い手となる人材を育成

するため認知症サポーター養成講座を修了した人を対象に認知症サポーターステップアップ講座を継続する。また、講座修了者が、活動を選択できるよう支援内容のメニュー化や、支援者と支援される人のニーズを速やかにマッチングできる仕組みづくりを進めていく。（重点事業 24 頁参照）

- ・認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座を修了した、地域住民や地域に関わるNPO・民間事業者などが支援チームを作り、認知症高齢者や家族のニーズに応じて、具体的な支援につなげるため、地域の支援体制強化を図る。（重点事業 24 頁参照）
- ・認知症に関する取組を実施している民間事業所等を「認知症パートナー宣言」（仮称）事業所として、市のホームページ等で公表し、民間事業所等と連携した、認知症バリアフリーのまちづくりを推進する。（重点事業 24 頁参照）
- ・認知症の方が、安心して外出できるよう、他市の状況を参考に、事故を補償する民間保険への加入支援を検討する。

③ 介護者支援の充実

- ・家族の負担軽減と、認知症高齢者等が気軽に集うことができる場として開催している「オレンジ倶楽部」（認知症カフェ）を充実させていくことにより、認知症の方及び介護者が認知症に関する知識を学び、専門職による個別相談ができる場を提供する。
- ・認知症高齢者等が、行方不明になった際、早期発見・保護につながるよう、認知症高齢者等 SOS 緊急ダイヤルシステムの協力団体及び登録者の増加を図る。

④ 相談・支援体制の充実

- ・第 7 期から設置された認知症機能強化型地域包括支援センター及び、地域包括支援センターに 1 名ずつ配置された認知症地域支援推進員が中心となり、認知症高齢者や家族への相談支援の充実や、認知症・地域ケア相談医、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等、医療との連携強化を図り、相談・支援体制を強化する。
- ・認知症に関する知識や相談先等の情報発信を市ホームページ等により実施する。
- ・認知症の人の生活機能障がい段階にあわせ、いつ、どこで、どのような介護・医療サービスを受けることができるかを示した「認知症ケアパス」を活用し、認知症高齢者やその家族等の相談対応の際に、ケアの流れを説明し、適切な支援に繋ぐ。

⑤ 若年性認知症の普及啓発

・認知症サポーター養成講座に、若年性認知症に関する相談機関、必要な支援等の内容を盛り込み、普及啓発を図る。また、若年性認知症を発症するリスクの高い年代の方が勤務する企業等を対象に、職場での支援の必要性を含め、若年性認知症に関する理解が深まるよう普及啓発を行う。

目標指標	
指標名	目標(R1) → R5
認知症サポーター養成数	(19,015 人) → 25,000 人
うち、企業・職域を対象とした認知症サポーター養成数	(1,934 人) → 2,600 人
認知症サポーターステップアップ講座修了後の活動登録者数	(38 人) → 130 人
認知症高齢者等 SOS 緊急ダイヤルシステム登録者数	(159 人) → 200 人
認知症高齢者等 SOS 緊急ダイヤルシステム協力団体 配信箇所数	(346 箇所) → 450 箇所

主な取組	
認知症サポーター養成講座の開催	・認知症を正しく理解し、地域のよき理解者となる者を養成する ・若年性認知症に関する内容も盛り込み、知識の普及啓発を図る
認知症サポーターステップアップ講座の開催	・認知症サポーター養成講座修了者を対象に高齢者の日常生活での支援(声かけ、ゴミ出し等)等の担い手の育成を目的の1つとして実施
「認知症パートナー宣言」(仮称)事業所との連携	・認知症に関する取組をしている民間事業所を市ホームページに掲載するほか、認知症に関する情報の普及啓発を連携して行う等、認知症バリアフリーのまちづくりを推進
サポートチームづくり	・地域で支援が必要な認知症高齢者等に対して、地域包括支援センターを中心に地域の関係者、介護職等の専門分野の関係者がチームを形成し、3～6 か月間支援を実施する。
オレンジ倶楽部(認知症カフェ)の充実	・認知症高齢者や家族が集い、認知症に関する知識を得たり、専門職による個別相談、交流、認知症予防プログラムを実施
介護者の集いの場の実施	・介護者のみが集い、互いの悩みを共有したり、相談・交流を図る場を設ける
認知症高齢者等SOS緊急ダイヤルシステムネットワークの強化	・認知症状のため行方不明になるおそれのある認知症高齢者等が行方不明になった場合の発見・保護のネットワーク強化
高岡市認知症初期集中支援チームの活動強化	認知症の早期支援体制の構築に向け、チームの運営体制・関係機関との連携強化
認知症に対する相談体制の強化	・認知症ケアパスの普及啓発と内容の充実 ・市ホームページにおける認知症に関する相談窓口の周知
認知症地域説明会の開催	・市民に正しい知識を普及

(2) 発症や進行を遅らせる認知症予防の強化

(現状)

- ・認知症になっても安心して暮らせる地域を目指し、専門家による体制整備として、平成30年度に認知症初期集中支援チームを1チームから2チームに増やし、専門職が連携して、認知症高齢者やその家族に対し初期の支援を包括的・集中的に行う体制の強化を図った。
- ・家族と別居する一人暮らし高齢者等の増加に伴い、認知症が重度化してから地域包括支援センターが介入して支援するケースが増加傾向にある。今後、専門職間の連携に加えて、地域の支援体制を構築し、早期発見・早期対応につなげることが重要である。
- ・認知症施策推進大綱において、運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性として示唆されている。
- ・高齢者の訪問や相談の機会に、認知機能の低下等が疑われる人に対して、認知症に関する知識の提供及び医療の受診勧奨、予防方法等について専門職が助言しているが、早期対応につながらないケースがある。

(計画)

【早期発見・早期対応の強化に向けた取組】(重点事業24頁参照)

- ・認知機能の低下等が疑われる人に対して、通いの場や高齢者への訪問等の機会を捉え、生活の中での困りごと等、問診を丁寧に行い、早期発見に努める。
- ・認知機能の状態に応じ、高岡市民病院認知症疾患医療センターや高岡市認知症初期集中支援チーム、各医療機関、地域包括支援センター等へつなぎ、適切な医療や介護サービス等を提供するなど早期対応に努める。

【認知症予防に資する可能性のある活動の推進】

- ・地域の通いの場等、介護予防活動の場を活用し、認知症予防に資する可能性があるとされている運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消を図る。
- ・オレンジ倶楽部(認知症カフェ)の参加者に、認知症予防に効果があるとされている臨床美術プログラムを提供し、認知症の重症化を防止する。

目標指標	
指標名	目標 ～ R5
認知症予防(介護予防)に資する通いの場への参加率	高齢者人口の8%

主な取組	
認知症の早期発見・予防の強化	・後期高齢者の健康診査、通いの場や高齢者への訪問等の機会に、生活の中での困りごと等、問診を丁寧に行い、早期発見に努める。 ・問診により把握した認知機能の状態に応じて、オレンジ倶楽部や介護予防教室等の予防活動の場につなぐ
高岡市民病院認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携強化	・認知症状のある人などが迅速に適切な医療・介護サービスを受けられるよう関係機関との連携強化を図る
「通いの場」等への参加者の増加	・後期高齢者の健康診査、通いの場や高齢者への訪問等の機会に問診を実施し、スクリーニング体制を整える ・問診により把握した認知機能の状態に応じて、オレンジ倶楽部や介護予防教室等の予防活動の場につなぐ

(3) 権利擁護の推進

(現状)

- ・高齢者の単身世帯や、認知症高齢者の増加に伴い、本人の権利と財産を守り支援する成年後見制度の利用についての相談が増えている。
- ・認知症により介護が必要な方が相対的に増え、問題も複雑化・多様化・深刻化し、緊急性が高いものも多くなっている。また、早期段階の介入が難しく、問題が深刻化するまで相談に至らないなどの困難事例も増えている。
- ・今後も高齢化が進む中、成年後見制度の利用が必要な人が増えるのは確実で、親族以外の専門職の第三者後見人の確保が不可欠となっており、平成 25 年度から判断能力が十分でない方の生活を身近な立場で支援する「市民後見人」の育成・活用のため、「市民後見人養成講座」を開催してきた。
- ・平成 31 年 4 月に呉西地区成年後見センターを呉西 6 市で共同設置し、成年後見制度の利用に関する相談、市民後見人養成講座の開催や法人後見業務を行っている。養成講座修了者は、市民後見人バンクに登録し、成年後見センターの法人後見支援員として業務を行うこととなる。
- ・高齢者虐待をはじめ、高齢者の権利擁護に関する相談の実施、相談者に対する助言・指導等を行う窓口として、地域包括支援センターの周知啓発を継続的に実施しており、本市における高齢者虐待相談・対応件数は H29 年度 81 件、H30 年度 83 件、R 元年度 84 件と増加傾向にある。

(計画)

【高齢者虐待の早期発見・早期対応の推進】

- ・今後も虐待について相談しやすい環境を整え、虐待の重度化を防ぎ、早期発見・早期対応できるよう警察や関係機関との連携を図る。特に精神疾患を抱えるケースなどの障害分野や医療機関との連携を強化していく。
- ・また、虐待の発生要因として関連性が考えられる認知症高齢者等のケースについて、地域ケア個別課題会議を開催し、認知症・地域ケア相談医等多職種と連携体制をとり専門性の高い対応の強化に努めていく。

【介護者への支援】

- ・認知症高齢者の虐待ケースが増加してきているため、介護者への負担軽減として「オレンジ倶楽部」を開催し気軽に参加し相談できる場を提供するほか、「認知症ケアパス」※¹を活用した認知症の相談対応の充実や認知症地域説明会等の開催において、認知症に関する正しい知

識の理解・啓発を行う。

【成年後見制度の利用促進】

- ・ 呉西圏域の地域連携ネットワークの中核機関として、各市の社会福祉協議会や弁護士などの関係団体と連携を図り、呉西地区成年後見センターの運営体制を強化する。成年後見制度に関する広報啓発や相談、市民後見人として活動できる人材の育成など成年後見制度の利用促進に努める。

※1 認知症ケアパス

認知症の状態に応じた適切なサービスや支援等の流れを示したもの

目標指標	
指標名	目標(R1) → R5
市民後見人バンク登録者数	(14人) → 25人

主な取組	
地域包括支援センターによる権利擁護の推進	・高齢者相談事業
認知症高齢者への支援	・成年後見制度利用支援事業 (認知症高齢者等に対し市長が特に認める場合、家庭裁判所に対して後見等の開始の申し立てを行う)
呉西6市での相談から後見業務まで一貫した支援	・呉西地区成年後見センターの運営 ・成年後見制度に係る各種業務等の共同利用(とやま呉西圏域連携事業)
虐待防止体制の充実	・多職種の連携推進、体制の普及・啓発 ・高齢者虐待、高齢者の権利擁護に関する相談窓口の周知啓発 ・高岡市高齢者虐待防止・対応マニュアルの活用

V 介護保険サービスの適正な運営

1 介護サービスの充実

(1) 居宅サービス

- ・介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができ、可能な限り在宅で生活を送るためには、利用者の多様なニーズに対応した、居宅介護サービスの充実が必要である。
- ・特に、在宅の中重度者に対する支援強化が求められていることから、医療との連携を含めた「サービスの質の向上」により、要介護者の在宅生活の支援と介護者の負担軽減を図っていく必要がある。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
居宅介護支援事業所実地指導	9事業所/年

【居宅サービス】

サービス名	内容
訪問介護(ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーなどが家庭を訪問して、食事・入浴・排泄の介護や炊事・掃除・洗濯など日常生活の手助けを行うとともに、比較的軽度の人(要支援)については、できるだけ本人が行えるよう支援するサービス。
訪問入浴介護	入浴設備や簡易浴槽を積んだ移動入浴車で家庭を訪問し、入浴の介護を行うサービス。
訪問看護	看護師・保健師などが家庭を訪問し主治医と連絡をとりながら、病状の観察や床ずれの手当を行う等のサービス。
訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問して、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行うサービス。
居宅療養管理指導	医師や歯科医師・薬剤師などが家庭を訪問し、医学的な管理や指導を行うサービス。
通所介護(デイサービス)	定員 19 人以上のデイサービスセンターなどに通い、食事・入浴の提供や日常的な動作訓練・レクリエーションなどを受けるとともに、要支援者については運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等を選択して受けられるサービス。
通所リハビリテーション(デイケア)	医療施設や介護老人保健施設などに通い、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションを受けるとともに、要支援者については運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等を選択して受けられるサービス。
短期入所生活介護(ショートステイ)	短期間において特別養護老人ホームなどの福祉施設に宿泊しながら介護その他日常生活上の世話と機能訓練を受けるサービス。
短期入所療養介護(ショートステイ)	短期間において介護老人保健施設や医療施設に宿泊しながら介護や機能訓練その他必要な医療と日常生活上の世話を受けるサービス。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウス等の特定施設(定員 30 人以上)において、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を受けるサービス。
福祉用具貸与	日常生活上の便宜を図る目的で特殊寝台や車いす・歩行器などの特殊品目 13 品目を貸与するサービス。

特定福祉用具 販売	日常生活の自立を助けるために必要な場合に限り、排泄や入浴に使われるような貸与になじまない福祉用具の5品目の購入費から本人負担を除いた額を申請により支給する。
住宅改修費	生活環境の整備改善と自立意欲の助長や介護者の負担軽減等を図るため、日常生活において支障があり、住宅の改修が必要な要支援・要介護者に改修費用から本人負担を除いた額を申請により支給する。
居宅介護支援	介護(介護予防)サービス計画の作成、居宅サービス事業者との連絡調整や介護保険施設への紹介等のケアマネジメントを行うサービス。

(2) 地域密着型サービス

(現状)

- ・本市が指導・監督権限を有しており、認知症高齢者やひとり暮らし高齢者が増加する中で、高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、医療や介護が必要となったときに、それぞれの日常生活圏域内で必要なサービスを受けられる、地域密着型サービスの充実を重点的に進めている。

(計画)

調整中

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
地域密着型サービスの配置	※サービス設置計画(75 頁)
(上記に伴う)地域密着型サービス事業者の公募	・事業者の質の確保

【地域密着型サービス】

サービス名	内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携しながら短時間の定期巡回訪問を行うとともに、利用者からの通報により、電話による対応や訪問など随時の対応を行うサービス。
夜間対応型訪問介護	夜間における定期的な巡回訪問又は通報による訪問により、家庭で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話を受けるサービス。
認知症対応型通所介護	認知症高齢者が、デイサービスセンターなどに通い、入浴・排泄・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受けるサービス。
小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心として、利用者の態様や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ入浴・排泄・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受けるサービス。
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症高齢者が、共同生活を営む住居において、入浴・排泄・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受けるサービス。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別養護老人ホーム(定員 29 人以下)に入所して、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を受けるサービス。
看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ受けるサービス。

地域密着型通所介護	定員 18 人以下の小規模なデイサービスセンターなどに通い、食事・入浴の提供や日常的な動作訓練・レクリエーションなどを受けるとともに、要支援者については運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等を選択して受けられるサービス。
-----------	---

(3) 施設サービス

調整中

【施設サービス】

サービス名	内容
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常時介護が必要で、自宅では介護が困難な高齢者が入所する施設(定員 30 人以上)であり、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を受ける。
介護老人保健施設 (老人保健施設)	病状が安定し、自宅に戻れるようリハビリに重点をおいたケアが必要な高齢者が入所する施設であり、医学管理下での介護・機能訓練・日常生活上の世話を受ける。
介護療養型医療施設 (療養病床を有する 病院等)	急性期の治療が終わり、長期の治療を必要とする高齢者のための医療機関の病床であり、医療・療養上の管理・看護などを受ける。
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として、H30 年度より創設されるサービス。

【第8期のサービス設置の考え方】

※ 第7期計画の見込み値

	施設区分	7期末 (R2) ※	8期 (R3～5)	8期末 (R5)
施設サービス	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1,014 床 (15 か所)	必要数整備	
	介護老人保健施設	668 床 (7 か所)		
	介護療養病床	30 床 (1 か所)		
	介護医療院 (H30 に創設)	138 床 (3 か所)		
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	422 人 (16 か所)		
	看護小規模多機能型 居宅介護	1 か所		
	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	3 か所 (サテライト事業所 1 か所含む)		
	地域密着型介護老人福祉 施設 (特養)	97 床 (4 か所)		
	認知症対応型通所介護	192 人 (16 か所)		
	認知症対応型共同生活介 護 (グループホーム)	486 人 (33 か所)		

(4) 災害や感染症対策に係る体制整備

(現状)

- ・近年、自然災害の発生により、甚大な被害が生じる事例が相次いでいることから、介護事業所等においては、利用者の安全を確保するため、各種災害に備え、日頃から避難訓練の実施、物資の備蓄・調達状況の確認等行うことが重要である。
- ・介護事業所等における避難確保計画の策定状況は令和2年9月時点で約33.6%である。
- ・福祉避難所指定の福祉施設において、防災部局と連携し防災訓練を実施している。
- ・また、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生時に速やかに情報共有し対応できるよう、日頃から訓練を実施するとともに、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要である。
- ・感染症の発生に備え、感染防護服、消毒液等必要な物資を備蓄し、感染症に対する理解を深めるための研修を実施している。
- ・災害や感染症発生時に、オンラインで会議等が実施できるよう体制を整備する必要がある。

(計画)

【災害に対する対策】

- ・避難確保計画の作成及び避難訓練の実施を全事業所において展開できるよう、防災・福祉部局が連携し指導していく。
- ・介護事業所等の実地指導の際に、災害に関する計画内容や避難経路を確認し、適切に助言・指導を行う。

【感染症に対する対策】

- ・介護事業所等のニーズを踏まえ、感染症対策についての研修等を実施する。
- ・介護事業所等における、感染症対策に必要な物資（感染防護服、消毒液等）の備蓄・調達・輸送体制を整備する。

【災害・感染症に対する対策】

- ・県、関係団体等と連携し、災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築する。
- ・災害時や感染症が拡大した際に、会議や研修会等オンラインで実施できるよう体制を整備し、推進していく。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
(危機管理室等と連携した) 事業所への実地指導時避難確保計画点検、助言・指導	30 件/年

主な取組	
介護事業所への周知啓発等	・実地指導時における助言・指導、備蓄の確認 ・避難確保計画及び避難計画の点検
備蓄の確保	・感染防護具、消毒液、その他感染症対策に必要な物資を備蓄
会議や研修会のオンライン化	・ZOOM 等を活用した、会議や研修会のオンライン化
感染症への対応力の強化	・感染症対策の研修等の実施 ・県等と連携した感染症対策に係る事業者への助言

2 介護給付等に要する費用の適正化（介護給付適正化計画）

【高岡市介護給付適正化計画の策定】

介護保険法第117条第2項第3号及び第4号の規定により、本市介護保険事業計画において、介護給付等に要する費用の適正化に関し、本市が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされている。

このため、本市介護給付適正化計画は、第8期介護保険事業計画（以下「第8期事業計画」という。）において定めるものとする。

なお、本市介護給付適正化計画は第8期事業計画に定める事項とし計画期間は、令和3年度から令和5年度までの期間とする。

【介護給付適正化計画に関する指針】

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とするサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

これまで、富山県において介護給付適正化計画（現在第4期）を策定し、県と保険者が一体となって適正化に向けた戦略的な取組を推進してきたが、平成29年に、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、介護保険法が一部改正され、市町村介護保険事業計画には介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされた。

第8期計画では、公平かつ効率的な制度運営な制度運営のため、第7期計画に引き続き「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」、「介護給付費通知」の主要5事業を具体的な取組として進める。

なお、上記の主要5事業は、次期富山県介護給付費適正化計画の中でも各保険者で実施することが目標とされている。

適正化事業の推進に当たっては、広域的視点から保険者を支援する富山県及び適正化事業の取組を支える富山県国民健康保険団体連合会と密接かつ一体的な関係にあることから、相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、それぞれの特長を活かしながら、必要な協力を行い、一体的に取り組むことができるよう十分に連携を図っていく。

(1) 要介護認定の適正化

(現状)

- ・介護給付の適正化事業については、介護給付を必要とする受給者を適正に認定し、真に必要とするサービスを事業者が提供するよう促すことで、適切なサービスの確保及び費用の効率化により、持続可能な介護保険制度を構築するものとして位置づけられている。
- ・新規申請及び区分変更申請における認定調査は、保険者が原則として直営で実施している。更新申請に係るものは、指定居宅介護支援事業所等に委託している。
- ・委託で実施された更新申請・区分変更申請に係る認定調査の結果については、調査の精度を確保するため、保険者による事後の点検を全件数について行っている。
- ・審査基準の改正時等には、制度改正後も適正な認定審査を維持するため、必要に応じて認定審査会委員に対しての研修会等を開催している。

(計画)

- ・認定調査員に対する定期的な研修等の実施によって、認定調査の精度の向上を図る。
- ・要介護認定調査の平準化を図るため、保険者が直営で実施した場合も含めて、適正に認定調査が行われるよう実態を把握し、助言・指導を行う。
- ・介護認定審査会の各合議体間における認定結果に偏りが生じないよう審査判定の傾向・特徴を把握し、合議体委員長会議等で課題を共有し、平準化を図る。

目標指標	
指標名	目標 R3～5
委託で実施した認定調査の事後の点検実施率	事後点検率 100%の維持

主な取組	
認定調査の精度の確保	・委託調査点検の継続実施 ・県が実施する認定調査員研修の受講
適正な認定審査会の運営	・県及び高岡市医師会と連携し、研修や情報提供を行う ・合議体委員長会議において審査判定手順・判断基準の確認を行う

(2) ケアマネジメントの適正化

(現状)

【介護保険制度におけるケアマネジメント】

- ・介護保険制度においては、高齢者の自立支援、利用者主体のサービスを提供するため、ケアマネジャーが中心的な役割を担うものとして位置づけられており、利用者が真に必要なとするサービスに繋げるため、適切なケアマネジメントが望まれる。
- ・医療や介護が必要になっても、最後まで尊厳を保持しながらその人らしく在宅生活を継続するためには適切なサービスを総合的に提供できるよう、適正なケアプランの作成、多職種との連携等、ケアマネジメントの質を高めていくことが必要である。
- ・地域包括支援センターを中心とした、関係機関との連携による地域ネットワークを機能させ、高齢者の状態により、医療や保健、介護サービスのみならず、緊急時の対応や見守り等の生活支援サービス、高齢者住宅をはじめ多様な住まい等の地域サービス等が適切に受けられるよう継続的に支援することが望まれる。

【介護給付適正化事業】

- ・介護給付適正化事業の一つの取組としてケアプラン点検を引き続き実施する。ケアマネジャーが作成したケアプランの提出を求め、訪問指導を実施する。ケアプランが、利用者の自立支援に資する適切なプランであるか、真に必要なとするサービスが適切に位置づけられているか等に着目し、必要に応じ、サービス提供の見直しを促している。

(計画)

【包括的継続的ケアマネジメント業務】

- ・地域包括支援センターにおいては、包括的継続的ケアマネジメント業務の一環として、定期的に主任介護支援専門員（ケアマネジャー）が集まり、居宅介護支援事業所等を後方支援するための方策を検討していく。
- ・居宅介護支援事業所への巡回指導を行い、ケアマネジメントプロセスにおいて、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、自助・互助の視点も踏まえたアドバイスを行っていく。併せて、日頃の業務における悩みや相談対応等、個々のケアマネジャーに対し、後方支援を実施する。

【介護支援事業者部会活動】

- ・ケアマネジャーを支える仕組みとして、介護事業者や地域包括支援センター職員で構成する介護支援事業者部会において、研修、情報交換の場を設け相互の連携を深めるとともに、ケアマネジメントに役立つ地域資源や多様なサービスなどの情報を一覧にまとめた「お役立ちガイド」を更新・配布する。

【介護給付適正化事業】

- ・ケアプラン点検支援マニュアルや国保連から提供される分析システムのデータ等を活用し、ケアプランの内容と請求結果との整合性を確認した上で指導等を実施する。また、ケアマネジャーを対象に研修会を実施する。
- ・加えて、近年増加が顕著なサービス付き高齢者向け住宅入居者のケアプラン点検を実施し、特定の介護サービス事業者の利用誘導や過剰なサービス提供の抑制に繋げていく。
- ・ケアプラン点検にあたっては、ケアプラン分析システム等を活用し、特定の介護事業所からのサービスの割合が高い、過剰なサービス提供が行われている事業所を抽出し、点検対象とすることも検討する。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
ケアプラン点検に係る訪問事業所数(サービス付き高齢者向け住宅入居者プラン点検も含む)	9事業所/年

主な取組	
ケアプラン点検の充実	・分析ソフトによるケアプラン点検チェック事業(居宅介護支援事業所実地指導と併せて実施する。)
適切なケアマネジメントの実施	・介護支援事業者部会による研修会 ・高岡版事例検討会の開催 ・地域包括支援センター主任介護支援専門員による居宅介護支援事業所等巡回相談事業の実施

(3) 事業者のサービス提供体制、介護報酬請求の適正化

(現状)

- ・介護サービスの質の向上、認知症対策を始めとした利用者の権利擁護の促進を目的とし、月2回、利用者からの相談や事務従事者との意見交換等を行う介護サービス相談員を市内サービス事業所に派遣し、利用者の持つ疑問や不安の解消に努めている。
- ・現在17名（令和2年10月時点）の介護サービス相談員を委嘱し、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護に派遣している。
- ・介護保険制度では、利用者は、必要なサービスを自ら主体的に選択・決定し、事業者と直接契約することによりサービスを受ける仕組みとなっており、利用者に対し、サービス事業者の選択に役立つ情報を提供することが重要である。事業者に対しては現場の実践に即した研修会を開催することにより、サービスの適正な実施と質の向上を図っている。
- ・居宅介護支援事業所及び地域密着型サービス事業所について、実地指導を行い、各事業所における人員基準や運営体制、介護報酬請求が適切であるかを確認することで、介護サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図っている。
- ・また、介護保険制度や基準条例等に対する認識の統一や、実地指導でよくある指摘事項の周知を図るため、各事業所の管理者や職員を対象とした集団指導の実施や研修会を開催し、すべての事業所において適正な介護サービスが提供されるよう努めている。
- ・介護報酬の請求内容を年間にわたり調査し、サービス事業者に点検を促し、利用者に対して介護保険制度への信頼を高め持続可能な介護保険制度の構築に努めている。

(計画)

- ・介護サービス相談員派遣等事業についてのリーフレットを市内事業所へ配布し、周知を図ることで、介護サービス相談員派遣等事業の取組の理解を深める。
- ・現在の派遣先として、介護保険サービスを提供する施設・事業所を対象としているが、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅については通所介護や訪問介護などの外部サービスを利用しているケースも多く、責任の所在が不明確になりがちであることから、介護保険外のサービスを提供する施設等まで派遣を拡大する。
- ・これにより、幅広く利用者の持つ疑問や不安の解消に努め、介護サービス相談員が得た情報を訪問先の事業所と共有することで、事業所のサービスの質の向上を図る。
- ・実施指導について、重点指導事項を策定し指導事項を絞った実地指導を実施する等、指導の効率化に努めるほか、介護保険施設等における利用者の安全確保及び災害や感染症が拡大した際の体制整備や、問い合わせが多い事項への対応等、具体的なテーマを設定した集団指導と組み合わせ、効果

的な指導とする。

- ・住宅改修・福祉用具の点検において、特に住宅改修において改修費が高額と考えられるもの、改修規模が大きく複雑であるものなど、工事見積書の点検だけでは現状が分かりにくいケースに留意し、必要に応じ、県が取り組むリハビリ職等の派遣計画の進行状況に応じ、県と連携し、専門職の協力を得て、点検を推進する。
- ・縦覧点検・医療情報との突合・適正化システムでの給付実績活用においては、特に縦覧点検において有効性の高い帳票の調査を優先的に行い、効率化を図り、必要な給付を適切に提供する。
- ・介護給付費通知においては、通知対象者または受給者の理解を求めやすい適切な送付時期の工夫を行うなど、単に通知するだけではなく効果が上がる実施方法を検討していく。

目標指標	
指標名	目標(R1)→ R5
介護サービス相談員派遣等事業の派遣先の拡大	(36) → 45 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅への派遣含む
指標名	目標 R3～R5
介護サービス事業所に対する実地指導	30 事業所/年
リハビリ職等と連携した住宅改修・福祉用具の点検実施	2回/年
縦覧点検・医療情報との突合・適正化システムでの給付実績活用	4回/年
介護給付費通知	2回/年

主な取組	
介護サービス相談員の派遣	・利用者の持つ疑問や不安の解消
介護サービス事業所の指導・監査	・事業所実地指導及び集団指導の実施
住宅改修・福祉用具の点検	・住宅改修の申請で、現状が分かりにくいケースに留意し、専門職等の協力を得て保険給付対象としての妥当性を点検する。
縦覧点検・医療情報との突合・適正化システムでの給付実績活用	・1年分を年4回で調査し、サービス事業者に点検を促し、適正な請求を指導する。
介護給付費通知	・1年間分のサービス内容を年2回通知。

3 魅力ある福祉職場づくり・業務効率化の実践

(1) 福祉・介護人材確保に向けた横断的取組推進

(現状)

- ・少子・高齢社会の進展に伴い、介護サービスをはじめとする福祉サービスに対する需要の増大・多様化が見込まれる中、第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護人材の需要を国が取りまとめた結果、2025年度末までに約55万人の介護人材を確保する必要があるとされ、福祉・介護人材の確保は喫緊の課題となっている。
- ・計画策定にあたり実施した「介護サービス事業者調査」においても68.5%の事業所が人材不足と回答している。
- ・介護職員をはじめとする福祉の職場で働く人の賃金は、改善が図られてはいるものの、依然として全産業の平均と比して著しく低い状況となっている。
- ・一方、「令和元年度介護労働実態調査（（公財）介護労働安全センター）」によると、「仕事の内容・やりがい」の満足度は52.7%と高い割合となっている。
- ・このため、福祉・介護職の魅力について広く啓発・広報するなど、福祉の職場が魅力的な働く場として選ばれるような対策を講じるとともに、福祉の職場で働く人の全産業平均との賃金格差を是正することや、業務の効率化の推進、職場の環境整備、労働環境の改善を可能とする報酬単価に見直すことが必要である。

(計画)

- ・福祉・介護人材の確保は、介護職員に対する研修体制の整備や経営者・関係団体等のネットワークの構築など、広域的な視点に立つ必要がある。そのため、福祉・介護職場のイメージアップによる若年層へのアピールなど、県や他市等と連携・協働しながら、人材確保への取組を進める。
- ・若年層への取組として、福祉・介護に関する興味を高めるため、中学・高校生を対象とした出前講座や福祉に関するセミナーの実施を検討する。
- ・県と連携し、市内の介護事業所での受け入れが進むよう、外国人介護人材の確保策を検討する。
- ・介護事業所にとやま呉西圏域就業マッチング支援事業への参加を促し、学生や転職希望者が介護事業所に接する機会を増やす。
- ・国や県等と連携しながら、介護職を目指す学生や転職者に対し、資格取得や転職に要する費用の貸し付け事業の活用・促進を図る。
- ・介護人材の育成・確保のため、事業所の職員への賃金反映に向けた介護職員処遇改善加算取得や職員の資格取得に向けたキャリアパス体制の構築などといった、労働環境・処遇の改善に向けた取組について、国や県とも連携し、推進する。
- ・介護職員等特定処遇改善加算の取得を促進するため、実地指導や集団指導において仕組みや取得方

法について助言する。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
市内地域密着型サービス事業所の介護職員処遇改善加算取得割合 100%の維持	100%
指標銘	目標(R1)→ R5
市内地域密着型サービス事業所の介護職員等特定処遇改善加算取得割合	(57%) → 65%

主な取組	
外国人介護人材の活用	・外国人介護人材マッチング等支援ワーキンググループによる安定的な人材確保策の検討
福祉職場の魅力PR	・富山県との連携(介護職員移住応援事業) ・「とやま呉西圏域就業マッチング支援事業」(とやま呉西圏域(高岡市・射水市・氷見市・砺波市・小矢部市・南砺市)主催の合同企業説明会)への介護事業所の参加促進 ・関係機関と連携した若年層を対象としたセミナーへの参画
特定処遇改善加算の取得推進	・加算取得のための事業所への助言

(2) 業務効率化の取組推進

(現状)

- ・今後必要となる介護人材の確保に向け、介護の仕事の魅力の向上、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱とする総合的な取組を推進することが重要である。
- ・また、介護ニーズが増加する一方、労働力人口が減少する状況下で、介護サービスの効果的・効率的な提供を推進していく必要がある。
- ・「社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」中間取りまとめ」に基づき、事業者が市に提出する指定申請関連文書の申請様式・添付書類について、押印及び原本証明の見直し等による簡素化や、様式例の改訂を踏まえた対応による標準化を行っている。
- ・国の「介護保険施設等に対する実地指導の標準化・効率化等の運用指針」に基づき、市が実施する実地指導に際し、事業者が提出する文書を簡素化するとともに、ICT を活用し負担軽減を図っている。

(計画)

- ・引き続き、事業所の業務効率化・事務負担の軽減のため、指定申請関連文書や実地指導時に事業所が提出する文書の負担軽減について検討する。
- ・介護ロボットを導入し、介護従事者の負担軽減に資する取組を推進している事業者等と連携し、その効果を広く周知する。また県と連携しながら、地域医療介護総合確保基金を活用した介護ロボットの導入、事業所内の ICT 化（タブレット導入等）の促進を図る。
- ・効率的に介護施設の整備を行い、効果的な介護サービスを提供するため、介護施設等の合築・併設、本体事業所と一体的なサービス提供が可能なサテライト型事業所[※]の設置を推進する。

目標指標	
指標名	目標 R3～R5
指定申請、実地指導に関する文書の簡素化	職員負担の軽減

主な取組	
効果的・効率的なサービス提供	・合築・併設、サテライト型事業所の設置

※サテライト型事業所

地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、訪問介護、訪問看護等で定義されており、一部の人員・設備基準が緩和され、小規模な施設・事業所の効率的運用を可能としている。（サテライト事業所は通常の交通手段を利用して、本体施設から概ね 20 分以内に移動できる距離にあること等が要件としてある）