

現行（第7期）		改定案（第8期）	改定趣旨															
第2編 計画の内容 <table><tr><td>各目標の見方</td></tr><tr><td>(1) (H〇) →H〇</td></tr><tr><td>基準となる年度の(数値)目標から H〇年度への(数値)目標の変動</td></tr><tr><td>(2) ～H〇</td></tr><tr><td>H〇までの達成を目的とした(数値)目標</td></tr><tr><td>(3) H〇～H〇</td></tr><tr><td>当該期間中の継続した(数値)目標</td></tr></table> I 安心して暮らせる我が事・丸ごとの地域づくりの推進 1 生涯現役で活躍する社会づくり (1) 生きがい活動の充実 → II 1 (2) P 8 へ		各目標の見方	(1) (H〇) →H〇	基準となる年度の(数値)目標から H〇年度への(数値)目標の変動	(2) ～H〇	H〇までの達成を目的とした(数値)目標	(3) H〇～H〇	当該期間中の継続した(数値)目標	第2編 計画の内容 <table><tr><td>各目標の見方</td></tr><tr><td>(1) (R〇) →R〇</td></tr><tr><td>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</td></tr><tr><td>(2) ～R〇</td></tr><tr><td>R〇までの達成を目的とした(数値)目標</td></tr><tr><td>(3) R〇～R〇</td></tr><tr><td>当該期間中の継続した(数値)目標</td></tr></table> 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が変化している。 ・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		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〇までの達成を目的とした(数値)目標	(3) R〇～R〇	当該期間中の継続した(数値)目標	○「(1) 生きがい活動の充実」は II 1 (2) へ移動 ○今日の状況を踏まえて記載内容を変更 ・8050 問題、ダブルケアなど近年の事案を追加 ・縦割り対応の限界を記載 ○複雑化・複合化するニーズに対応するための相談機能と支援機能の充実
各目標の見方																		
(1) (H〇) →H〇																		
基準となる年度の(数値)目標から H〇年度への(数値)目標の変動																		
(2) ～H〇																		
H〇までの達成を目的とした(数値)目標																		
(3) H〇～H〇																		
当該期間中の継続した(数値)目標																		
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〇までの達成を目的とした(数値)目標																		
(3) R〇～R〇																		
当該期間中の継続した(数値)目標																		

※ 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、定期的な情報の共有・連携強化を図るため、市内11の日常生活圏域を対象エリアとした「第2層」の協議体設置及び生活支援コーディネーター※の配置を行い、当該協議体が主宰する「支え合う地域づくり会議」を開催している。
- ・協議体においては、地区社協や自治会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よる活動や取組みの発見、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「生活支援コーディネーターの役割や必要なノウハウが不明確である」ことが課題として挙げられた。

(計画)

- ・(第2層) 協議体の生活支援コーディネーターの主體的な活動支援のため、各圏域で開催している「支え合う地域づくり会議」で見えてきた地域課題や取り組みや成果を、生活支援コーディネーターの意見交換・情報共有の場である生活支援検討会議で検討し、市全体の取り組みについて、市域全体を対象エリアとする「第1層」協議体で協議し、施策につなげ、地域づくりを推進する。
- ・第7期計画においては、既存の多職種・専門職で構成される地域課題解決の場である「地域ケア推進会議」(30頁、36頁参照)を第1層協議体として位置づけることで、地域課題共有の効率化を図る。
- ・これらの場をつなぎ、地域の力を活用するコーディネーター機能の充実を図るため、第1層協議体に生活支援コーディネーターを配置する。
- ・第1層の生活支援コーディネーターが中心となり、既存地域資源の活用や、必要な生活支援への展開を見据え、住民が主体となる通所型・訪問型サービスの立ち上げに繋げていく。

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※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及び第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(あつま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)※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。

○第1層生活支援コーディネーターと協議体の設置及び役割を追記

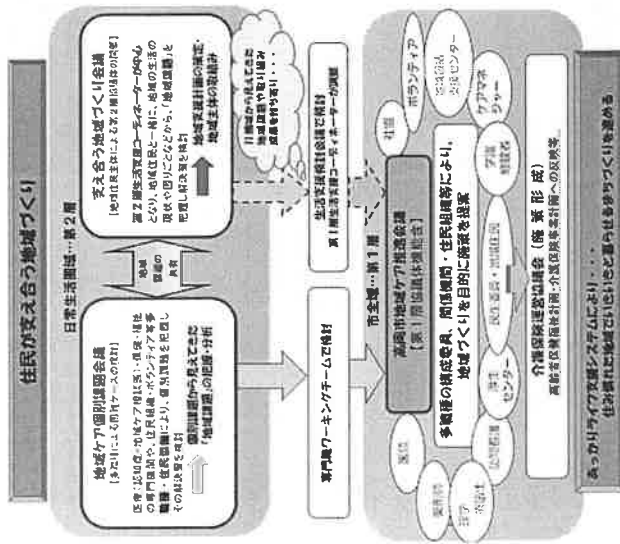
○今日の状況を踏まえて記載
内容を変更
・担い手不足
・地域活動の参加者の固定化
・通いの場を必要とする人へのアプローチ不足

○あつまり福祉ネットを「第3層」として位置づけ、第3層の考え方を追記

○第2層では、専門的な支援を必要とする地域課題について検討

目標指標	指標名	目標 ～H32
既存の地域資源の進化・拡充	生活支援コーディネーターへの支援	
住民主体の通所・訪問型サービスBの立ち上げに向けた体制整備	生活支援コーディネーター及び協議体の活動を通じた地域資源の開発	
主な取組	・関係者のネットワーク化、市全域を対象とした地域の支えあい体制の強化・充実（生活支援検討会議の開催） ・地域の実情に応じた住民主体の通所・訪問型サービスBの創設計画策定、実行	

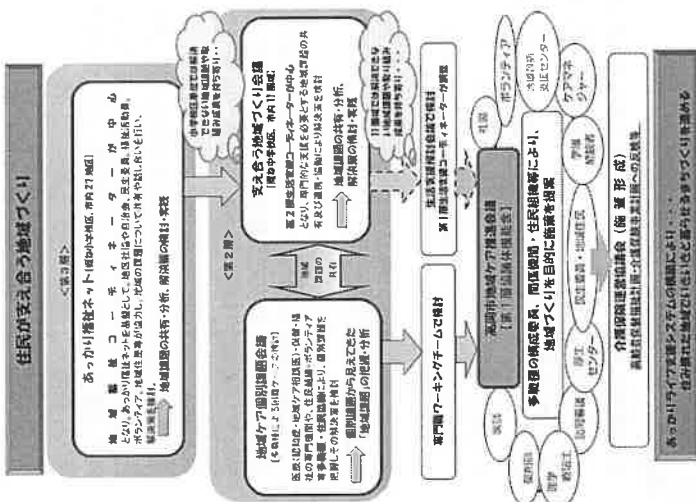
※生活支援コーディネーター
高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的に、地域において、サービスを必要とする人（利用者）に生活支援サービスが提供できるように、調整を行う役割を担う人



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	調整中	
主な取組	・あつかり福祉ネットの区域（第3層）における話し合う場の開催 ・生活支援コーディネーターの活動強化	

※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）のあつか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。



(2) 地域での見守り支援体制の整備 (現状) ・全ての地域包括支援センター圏域において、高齢者人口が増加し、ひとり暮らしや高齢者世帯、また認知症高齢者数も年々増加しており、地域とのつながりが希薄になる中、安全と安心な在宅生活を継続するための仕組みづくりが必要となっている。 ・市実施の居宅介護支援事業所調査及び地域包括支援センター調査からは「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」が地域包括ケアシステムの構築に向けて今後必要なこととして挙げられた。 ・平成24年度から、小学校区を基本単位として実施する「高岡あつまり福祉ネット推進事業」により、子どもから高齢者まで全ての人が、安全で安心して健やかな生活を送ることのできる地域社会を目指し、市民、地域団体、NPO法人、福祉サービス事業者、行政（地域包括支援センター）等が連携し、それぞれの役割と特色を生かしながら支え合う体制づくりを図っている。 ・平成28年度には、あつまり福祉ネット基本単位である市内全27地区での指定が完了し、地区ごとの社会福祉協議会を中心としてネットワークづくりを進めている。 ・行事の開催等を通じて活動の活性化が図られている一方で、その核となるリーダーの孤立化が顕著に表れていることから、今後、地域における福祉団体のリーダーを組織化し、持続可能な仕組みづくりをすることが課題となっている。 (計画) ・地域包括支援センターを中心に、民生委員・児童委員や自治会、ボランティア、地域住民など、地域ぐるみの見守りを基本とし、可能な限り高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、見守りや声掛けなど必要な支援を継続していく。 ・富山県生活協同組合と地域見守り協定※を締結するなど、継続的に支え合う体制、見守り活動強化に努める。 ・あつまり福祉ネット推進事業で構築してきた「地域力」「組織力」をさらに強化し、地域課題を継続的に解決できる仕組みの整備を行うため、地域包括支援センターとの連携により、地区ごとの「地域福祉活動計画」を作成していく。改めて地域の福祉課題等を整理し、地域福祉ネットワークを支える福祉人材を明確にしていこう過程で、地域を見守る体制の強化を図り、今後の活動の発展につなげていく。	(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、高齢者の一人暮らし、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。 ・支援が必要とひとりで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「ひとりで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「あつまり福祉ネット」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「あつま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」に基づく高齢者福祉推進員等、これまで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）	○今日の状況を踏まえて記載内容を変更 ・高齢者の単身世帯や夫婦世帯等、高齢者のみの世帯の現状を記載 ○重層的な見守り支援体制の考え方を記載 ・地域住民による見守り支援体制：概ね小学校区（第3層） ・専門職を含めた見守り支援体制：概ね中学校区（第2層） ○ケアネット事業など、地域で行われてきた、これまでの見守り活動の効果的な実施方法の検討 ・あつまり福祉ネットの推進 ○高岡市地域見守り活動に関する協定の再確認
---	--	--

目標指標		目標 (H29)→H32
地域福祉活動計画の策定数		(3か所)→ 21か所
主な取組み		
地域福祉活動計画の策定	・地域の福祉課題の整理、地域福祉ネットワークを支える福祉人材の明確化を図り、計画に位置づける	
高岡あつかり福祉ネットワーク推進事業の推進	・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	
高齢者見守り支援	・高齢福祉推進員設置事業 (ひとり暮らし高齢者等を訪問、安否の確認等を実施) ・緊急通報装置設置事業・見守りコールセンター設置運営事業 (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)	

※富山県生活協同組合との地域見守り協定
配達の際に担当者が異変に気付いた場合、指定連絡先に連絡・通報する等必要な対応を
行う

(3) 在宅を支援する生活支援サービス →Ⅲ 2 (2) P24へ

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ワークの推進	・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ことが必要であ
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」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不足や固定化に伴う
負担感が指摘されている。

(計画)

・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、積極的に参加い
ただき、自らも見守り等の担い手として支える側として主体的に機能できるよう支援
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。

○「(3)在宅生活を支援する生
活支援サービス」はⅢ 2 (2)
へ移動

○地域活動団体の担い手不足
について記載

○インセンティブ (動機づけ)
の視点を追加

○民間事業者など多様な主体
による地域づくりの推進

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

高岡市高齢者保健福祉計画・高岡市介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）【素案】 新旧比較表

現行（第7期）	改定案（第8期）	改定趣旨
Ⅱ 自立支援・重度化防止に向けた取り組み推進 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結果では、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組み展開する。「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）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。 - これらの取り組みについては、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）」の関連施策と整合を図る。	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 システム（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	目標 ～H31【参考:H28】
平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (H28 数値を基準としたH31 数値)	【参考:基準 H28 数値】 男:健康寿命 79.49 歳 (平均寿命 81.23 歳) 女:健康寿命 83.71 歳 (平均寿命 87.22 歳)
主な取組み	
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

「生きがい活動の充実」 → I 1 (1) より
(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、就業を通じて高齢者の社会参加の支援や地域奉仕活動などを行いながら高齢者の生きがいづくりと健康保持に努めるとともに地域を支える中核的な団体として事業運営をしているが、近年の経済活動の低迷に伴い受託業務の事業収入が停滞し、会員数も減少傾向にある。
- ・団塊の世代の高齢者をはじめとする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、NP0 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。

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%) が増えており、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、元氣な時には、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、NP0 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。

○ I 1 (1) から移動

- 今日的状況を踏まえて記載内容を変更
- ・就業している、生きがいを持つ高齢者の増加
 - ・元気な高齢者の活用

(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。
- ・NP0 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、シルバーク材センターの事業活動を支援する。

- ・シルバーク材センターの中から、地域での支援活動の実践者となるボランティア（仮称「高岡あつかりサポーター」51 頁参照）を圏域毎に養成し（認知症サポーターステツブアップ講座の開催）、正しい知識の普及啓発への協力や認知症高齢者等との交流等を通して、各地域レベルでの支援・見守り体制の強化を図る。介護保険制度は、その創設から 17 年が経ち、サービス利用者は制度創設時の 3 倍を超え、500 万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展させている。

目標指標	
指標名	目標(H28)→H32
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	79 → 88
高岡あつかりサポーター登録数	(0) → 150 人

主な取組み	
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 ・第 31 回全国健康福祉祭とやま大会(ねんりんピック富山 2018)
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 ・ボランティアのまちづくり事業 (アクティブシニア養成講座等)
地域福祉活動、ボランティア等に参画する人材の養成	・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
高齢者雇用の促進	・高齢者の交流・介護予防活動支援 ・認知症サポーターステツブアップ講座
シルバーク材センターの活動支援	
シルバーク材センターの中からボランティア(仮称「高岡あつかりサポーター」)を養成	

(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。
- ・NP0 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、シルバーク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 ・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)
地域福祉活動、ボランティア等に参画する人材の養成	・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
高齢者雇用の促進	・高齢者の社会参加、生きがい活動
シルバーク材センターの活動支援	

2 介護予防事業の推進

(1) 地域づくりに繋がる介護予防の普及・啓発

(現状)

- ・高齢者が要介護状態等となることを予防し健康に対する自覚を高めることを目的に、住民が主体となって予防に取り組む機会を提供し、元気なうちから始める健康づくりの普及・啓発を進めている。
- ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査※からは、本市各圏域において高齢化が進み、それに伴う形で介護の必要性が高まっていることが読み取れた。
- ・地域包括支援センター調査からは、介護予防事業を実施する上で課題と思うこととして、「住民の自主的な活動に繋がらない」、「支援が必要な方の参加が得られない、参加者の偏りがある」という事案が挙げられた。
- ・高齢者がいきいきと自分らしく生きていくために、住民が主体となった身近な通いの場を充実・拡大し、介護予防活動を通じて、見守りや助け合いなど地域の互助力を高め地域づくりにさらに推進する必要がある。

(計画)

- ・地域住民が、いつまでも健やかに自立して生活が営めるよう、自ら予防意識を啓発し元気なうちから介護予防に取り組むとともに、高齢者が主体的に集まり、人と人との繋がりを通じて予防活動を継続できる地域社会の構築を目指す。
- ・また、元気で豊かな老後を送れるよう、要介護状態になる危険性を低減するため、地域における予防活動を推進し、高齢者が容易に参加できる身近な場における参加の機会の確保・拡大に努めていく。さらには、この活動を主体的に実践する「担い手」の養成を進め、予防を視点とした地域づくりを推進する。

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

要介護状態にない高齢者の心身状況や社会参加状況を把握し、生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくりなど、介護予防の推進に活用するための調査（基本設問は国より提示。例：転倒、閉じこもり、運動器機能、認知リスクについて）。本市は平成 28 年度に実施。

主な取組は(2)地域リハビリの視点を活かした介護予防の推進の欄で記載

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」に是非参加したい又は参加してもよい、すでに参加していると回答した市民は、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、取組の必要性と参加促進を図る。
- ・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「びんびん健康講座（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

○8 期の介護予防事業の展開の方向性について記載

○現状を踏まえて記載内容を変更

○第 8 期計画の重点事業である①「通いの場」を増やすための取組、②活動を継続させるための取組、③状態改善につなげる取組について記載

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、2025年(令和7年度)の要支援1・2の認定率は3.9%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	・「びんびん健康講座(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パブルテレビや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) 地域リハビリの視点を活かした介護予防の推進

(現状)

・元気高齢者及び要介護状態になるおそれの高い高齢者の多様なニーズに対応し、特化型プログラム、普及啓発型プログラム、地域主体プログラム(地域における介護予防活動支援)等目的別に計画し、自らの目標に応じて、選択・参加できる体制を整備してきた。
・平成29年度より開始した介護予防・日常生活支援総合事業(48頁参照)においては、全ての高齢者を対象に、住民主体の通いの場の充実を図り地域づくりに取り組むとともに、専門的な観点から自立支援に資する取り組みを重視し、一般介護予防事業を実施している。

(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きめ細かな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。

○令和元年5月の「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)」の一部改正により、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について記載

(計画)

- ・地域における介護予防の取り組みを強化するため、リハビリ専門職について、定期的に住民主体の通いの場に関与するとともに、地域ケア会議（36 頁参照）への参加を推進し、自立支援・重度化防止につなげる。
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な実施・充実に向け、高齢者がその有する能力に応じ、自立した状態が継続できるよう、効果的なアプローチによる住民主体の介護予防の取り組みを強化する。
- ・このため、既にある通いの場に、住民が主体となり運動機能向上を図る体操等を取り入れた予防活動の創設、継続開催等について検討し、体操機能を重視した（仮称）「元気づくりサロン」に発展させるなど、既にある介護予防の通いの場など地域資源を活用した効果的・効果的な事業展開を図っていく。

目標指標	指標名	目標 ～H32
主な取組み	・住民主体の通いの場等への住民の参加を促進する仕組みの創設	・住民主体プログラム再構成
	・住民主体の通いの場への 65 歳以上の方の参加割合	・高齢者人口の 10% (参加者実人数/高齢者人口)
	・転倒リスク等低減による要介護認定者数の増減抑制	・要支援～要介護2認定者数の増減抑制
	・技術的指導の推進	・通いの場の立ち上げに際し、リハビリ専門職の関与

主な取組み	
健康相談	・老人福祉センター、交流プラザ等
介護予防手帳の配付	・介護予防に関する知識又は情報、介護予防事業の実施の記録等を管理できる
介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業：65 歳以上のすべての高齢者を対象）	○普及啓発型プログラム ・高齢者健康づくり教室、高齢者健康相談、高齢者交流プラザ ⇒地域の身近な場所で開催 ・元気はつらつ倶楽部（運動や栄養・食生活等の講座開催） ・生きがい湯ったり事業（銭湯を活用した閉じこもり防止） ○特化型プログラム ・高岡いきいき倶楽部（臨床美術を用いた認知症予防） ⇒地域の身近な場所で開催 ・足腰げんき倶楽部：膝痛・腰痛予防 ○地域主体プログラム ・ふれあいいきいきサロン（仲間づくりの場） ・筋力アップ教室（身近な公民館等で体操等を行う）

- ・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、個別の支援を実施する。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 (R)～R5
保健事業と介護予防の一体的な取り組みの実施圏域数		(O) → 11

主な取組	高齢者に対する個別的高齢者に対する個別的支持
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 一糖尿病腎症重症化予防 一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
	・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
「通いの場」への積極的関与	・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

○保健事業と介護予防の一体的な実施の推進により、介護予防分野で KDB システムの活用が可能になったため、事業への活用方法を記載

○保健事業と介護予防の一体的な関係機関の連携、協力体制の構築による体制の強化について記載

○リハビリ専門職の通いの場への関与については、(1) 地域づくりに繋がる介護予防の普及・啓発で記載

○リハビリ職の自立支援・重度化防止への関わりについては、(4) 自立支援に向けたケアマネジメントの推進で記載

	・地域における介護予防活動支援 ・高齢者食生活改善事業 ・元氣わくわくクラブ(体操、脳トレ、学習会等)
(仮称)元氣づくりサロン(体操機能重視型)の推進	・地域組織を中心とした、ふれあいいきいきサロンや、住民主体の介護予防活動を統合、再編し、運動機能向上の推進に向けて体制を整備

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の推進
(現状)

・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・生活支援サービスのほか多様なサービス、一般介護予防事業など、適切なサービスに繋ぎ、自立支援を推進するものであり、適切なケアマネジメント（次頁参照）により、必要なサービスを包括的かつ効率的に提供することで、高齢者の活動的な生活を支援しているところである。

(計画)

・総合事業の取り組みを地域に定着させ、地域づくりに対する住民意識の醸成を図るため、地域の課題や実情に応じて、生活支援や、住民等の多様な主体が参画する多様なサービスの創設・充実に努め、地域の支え合い体制づくりを推進し、高齢者自身が生きがいを持ち、自らが活動的に生活できるよう、介護予防の意識を啓発していく。

目標指標	指標名	目標 H30～32
市事業の円滑な事業運営	・総合事業の実施状況検証分析	

(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ある高齢者（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、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。
- ・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られるサービスとして、「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

※1 訪問型サービス B

住民主体による支援であり、ボランティアによる生活援助を主体として、日常生活に対する援助を行うサービス

○現状をふまえ、総合事業の実施状況について追加

○総合事業の趣旨を踏まえ、地域住民やボランティア団体等が行う多様なサービスの必要性を施設

※ 2 通所型サービス B

ボランティア主体（住民主体）で、通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービス

主な取組み	
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) ・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) ・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としての配食サービス)

(4) 自立支援に向けたケアマネジメンの推進 (現状)

- ・高齢者自身が、自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、住み慣れた地域における自立した生活を営めるよう、地域包括支援センター等による適切な介護予防ケアマネジメンを提供することが重要である。さらに、介護予防ケアマネジメンの視点としては、地域の中の居場所において生きがいや役割をもって、主体的に生活できるよう、その選択を支援する必要がある。
- ・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国方針として、地域ケア会議（36 頁参照）果たす役割に、自立支援に資する課題の検討が新たな要素として加えられた。

(計画)

【介護予防ケアマネジメン※1】

- ・介護予防ケアマネジメン業務を実施する、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を提供できるよう取り組みを進めていく。
- ・具体的には、利用者本人や家族へのアセスメント※2において、本人の意欲を引き出し、その状態・環境に応じて設定した生活目標を双方で共有する。

【地域ケア個別会議における自立支援会議の創設】

- ・地域ケア個別会議において、医師をはじめ多職種が協働し、介護予防や地域リハビリ等の観点を踏まえて、要支援者等個別ケースの生活行為の課題解決等に向けた支援内容を検討する。地域包括支援センター職員やケアマネジャーの、自立支援の視点の定着やアセスメント力を向上させることにより、高齢者の自立に資するケアマネジメンのレベルアップを図る。高齢者の課題解決や自立を促し、ひいてはQOL（生活の質）の向上をさらに目指していく。

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) ・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) ・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としての配食サービス)

(4) 自立支援に向けたケアマネジメンの推進 (現状)

- ・ケアマネジメンとは、対象者の自立と生活の質の向上を目指し、ニーズに応じた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は、地域包括支援センターが中心的な役割を担っている。
- ・介護予防ケアマネジメンは、要支援者等が要介護状態等となることを予防するため、心身の状況や置かれている環境、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提供されるよう必要な援助を行うことを目的としている。
- ・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（自立支援会議）を実施している。

(計画)

【介護予防ケアマネジメン】

- ・介護予防ケアマネジメン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を提供できるよう、介護予防ケアマネジメン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「できることで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

○現状をふまえ、ケアマネジメンの目的について追加

○現状をふまえ、地域ケア個別会議（自立支援会議）の目的及び実施状況について追加

○自立支援の視点でのケアマネジメンに繋げるため、具体的な計画を追加

○地域課題の発見・解決に繋げること、自立支援に資す

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) → R5

地域ケア個別会議事例検討件数(年間)

(10) → 15

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、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。

目標指標

指標名

目標 ~H32

(市方針に基づく)

要支援~要介護2認定者数の増減抑制

自立支援を重視したケアプラン作成推進

※1 介護予防ケアマネジメント
自立した生活を送ることができるよう支援すること

※2 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

主な取組み

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
(自立支援を目的としたプラン作成、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

・医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生
士、理学療法士、作業療法士などの多職種の指導
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作成を目指す

高岡市高齢者保健福祉計画・高岡市介護保険事業計画（令和3年度～令和5年）【素案】 新旧比較表

現行（第7期）	改定案（第8期）	改定趣旨
Ⅲ ニーズに応じたサービス提供体制の構築 1 認知症高齢者支援の充実と権利擁護の推進 → Ⅳ P29へ (1) 認知症に関する正しい知識の普及啓発 (2) 認知症高齢者と家族の支援体制づくり (3) 高齢者の権利擁護の推進 「地域包括支援センターの機能の充実」← Ⅰ 3より (1) 支援体制の整備・強化 (現状) - 本市の地域の実情に応じた身近な相談窓口として高齢者人口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。 - 身近な高齢者の総合相談窓口として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中、相談件数も毎年増加し、認知症や虐待を含む権利擁護に関する相談、生活困窮や精神的障がい等の複合的な問題を抱えた世帯等からの相談等、内容が多様化・複雑化している。 - 市との緊密な連携の元、生活支援コーディネーターを中心とした地域支援ネットワークづくりや、認知症地域支援推進員が中心となった認知症高齢者支援施策、医療・介護連携事業のほか、介護予防事業の推進においては、住民が主体となった地域づくりを進めているところである。 - 本市が実施した地域包括支援センター調査からは、センター業務において、今後強化が必要と思われる事案として、「支援困難事例の対応」、「認知症高齢者の支援体制づくり・相談対応」が挙げられた。 (計画) - 今後増加が見込まれる支援困難事例や認知症事例等、多様な事例対応や住民主体の地域づくり等、様々な取組を進めていく上で、職員の資質向上や支援体制におけるセンター一問の質の統一化を図るために、基幹型の地域包括支援センターの設置を見据え、	Ⅳ 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、生活困窮など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「あつまり福祉ネット」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、早期把握・早期支援に対応できる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	○基本的な方向の新設追加 ○13から移動 ○今日の状況を踏まえて記載内容を変更 ・8050問題や生活困窮など、近年増加している対応が困難な事案を追加 ・地域包括支援センターに、期待されている機能・役割を記載

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、センター間の業務調整会議の開催等による連携推進を図る。 ・第6期計画において着手したあかりライフ支援システムをさらに推進するために、地域包括支援センターが地域の課題や目標を共有しながら相互に連携し、効果的な取り組みが実践できるよう、地域全体のセンター業務の效果的、効率的、一体的な運営体制を構築する。 ・市調査等から抽出された課題である認知症高齢者及び家族の在宅生活支援体制の充実を図るため、早期の段階からの認知症高齢者の支援体制づくり・相談対応の機能を強化する。 ・昨今、高齢者のみならず、障がい者等、制度・分野を超えた複合化した課題を抱える困難ケースの相談が増えてきており、相談対応を担う地域包括支援センターが関係部局と円滑な連携が図れるよう、地域共生社会※を見据えた包括的な支援体制の整備に努めていくこととする。 ※ 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	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、あかりライフ支援システムをさらに推進する。 ・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、平成25年度より日常生活圏域ごとに開催している。 ・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の検討を交えて、適切なサービスにつなげていない高齢者の支援や、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、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。 ・平成27年度は、地域ケア会議開催マニュアルを作成し、地域における支援体制を構築するためのツールとして、有機的な連携が図られてきてきているが、より地域課題を分析し、施策に繋げていく体制を強化するため、平成29年度には、ワーキングチームを立ち上げた。	(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つた複合化したケースや、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の検討を交えて、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。	(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。

○基幹型地域包括支援センター機能の一つである、地域包括支援センターの後方支援体制の整備について明記

○今日の状況を踏まえて記載内容を変更

- ・複雑化したケースや課題が複数の分野にまたがる複合化したケースの増加

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。

- 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】

- 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、支え合う地域づくり会議（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 ～H32
地域ケア会議における多職種連携、個別事例検討		要支援～要介護2認定者数の増 減抑制(在宅の延伸)

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

(3) 地域福祉ネットワーク構築事業の充実

(現状)

- 第6期計画において、小学校区ごとに、高岡市社会福祉協議会が取り組む身近な支え合いである「あかり福祉ネットワーク事業」と、概ね中学校区の日常生活圏域ごとに設置している、地域の住民の方や、地域団体に加え、医療や介護・福祉関係者、NPOやボランティア団体等の参加を得て開催する「地域ケア会議」「支え合う地域づくり会議」との円滑な連携を中心に、あかりライフ支援システムの体制構築を図った。
- 次の段階として、各地域づくりのための支援の方針を協働で作成し、それぞれの役割

- 複強化したケースや複強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開催回数		(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

○今日の状況を踏まえて、連携の強化、支援体制の整備を記載

(3)「地域福祉ネットワーク構築事業の充実」について
は、1 2 (2)「地域での見守り支援体制の整備」及び
Ⅲ 1 (1)「支援体制の整備・強化」に記載

を明確にしながらかえ合い活動を進めていく必要がある。

(計画)

- ・小学校区で取り組むあかり福祉ネット事業を基本単位として、地区社協で策定する「地域福祉活動計画」と、地域包括支援センターが専門的な視点で地区診断（地区の情報収集と課題の分析）を行い、策定する「地域支援計画」に繋がりを持たせ、地域福祉ネットワークの連携強化を図る。
- ・日常生活圏域（第2層）に配置された生活支援コーディネーターが中心となり、小学校区毎のあかり福祉ネット推進事業と、日常生活圏域毎に進めている地域づくりの活動を連動させ、それぞれの役割を明確にしながらかえ合い活動を進め、地域や介護事業者、多職種の専門職、そして社会福祉法人等地域団体が円滑に連携を深めていくことにより、高齢者の方への重層的な支援体制をより強化し、高岡型の地域包括ケアシステムである「あかりライフ支援システム」の機能を高めていく。

目標指標	
指標名	目標 (H29)→H32
地域支援計画の策定数	(90)→ 150

主な取組み	
「あかりライフ支援システム」の推進	・概ね中学校区を単位とし、医療や専門職による介護等の福祉サービスの包括的に提供し高齢者支援を行う
地域支援計画の策定	・地域の課題解決のために、多職種専門職や地域住民協働で協議を行い、「地域支援計画」を作成し、高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、地域の基盤整備を図る

2 ニーズに応じた医療と介護サービスの提供

(1) 在宅医療と介護の連携支援体制づくり

(現状)

- ・医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居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、高岡市医師会（在宅医療支援センター）をはじめとした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。

- ・認知症・地域ケア相談医として、高岡市医師会に登録された医師が、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。

- ・富山県地域医療構想における 2025 年（平成 37 年）の介護施設、在宅医療等の追加的

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

○在宅医療・介護連携推進事業の手引き（令和 2 年 9 月版）の内容に関連付け

○「看取り」及び ACP について

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
地域ケア推進会議における医療介護関係者による施策検討	認知症・地域ケア相談センターの連携回数	(251回) → 300回
	在宅医療多職種連携研修会参加者数	(126人) → 150人

主な取組み	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)
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)
高岡市認知症疾患医療センターとの連携	・高岡医療圏において専門医療相談、鑑別診断の実施
認知症・地域ケア相談医との連携強化	・地域ケア会議での助言をはじめ、ケアマネジャーを対象として開催している認知症事例検討会等において、適切な対応や治療について具体的な助言などを行う
医療の追加的需要への対応	・富山県医療計画との整合性確保(65頁参照)

主な取組み	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)
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

○認知症の対応力強化について
 関係機関の連携について記載

○新たに「看取り」、人生いきいきノート(エンディングノート)について記載

(2) 医療・介護ネットワークの推進

(現状)

- ・多くの方は、最期を迎えたい場所として、自宅を希望している。しかし、現状では、病院・診療所で亡くなるケースが圧倒的に多い。また、療養を望む場としても、自宅を希望する方が多い。自宅で療養・看取りをするためには、在宅医をはじめとした、医療・介護の多職種による連携体制の構築が不可欠であり、医療と介護に関わる支援者間での、連携のためのネットワークやシステムの構築が必要となる。また、在宅医療・介護に関わる専門職の人員確保や、資質向上が不可欠となる。
- ・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。

(計画)

- ・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出来るよう、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体制の構築を目指し、富山県医療計画とも整合を図りながら、医療と介護の連携を図る。
- ・医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送ることができる社会の実現を目指す、高岡型の地域包括ケアシステムである『あかりライフ支援システム』の機能を高めるため、高岡市医師会（在宅医療支援センター）及び地域包括支援センターの事業連携により、高齢者の在宅支援体制を強化する。
- ・在宅医療・看取り等に関する市民への意識啓発として、在宅医療と介護の連携推進に向けたパンフレットや、リビングウایل（エンディング）ノート等を相談窓口や訪問活動において配布し、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。
- ・多職種連携の方法等を統一、マニュアル化して各職種間で共有するため、「(仮称)高岡市多職種連携マニュアル」を作成し、さらに効果的・効率的な多職種連携が行えるようにしていく。

目標指標	
指標名	目標(H28)→H32
在宅医療多職種連携研修会参加者数	(126) → 150

主な取り組み

多職種協働による在宅医療・介護連携	・在宅医療多職種連携研修会の開催
「(仮称)高岡市多職種連携マニュアル」の作成	・効率的・効果的な多職種連携に向け、連携方法等に関するマニュアルを作成し、多職種で共有を図る

「在宅を支援する生活支援サービス」 ← I 2 (3) より

(現状)

- ・ひとり暮らし高齢者等が、生きがいを持ち、健やかに、自立した在宅生活を維持・継続しているよう支援するとともに、介護が必要になった後も、住み慣れた地域でいつまでも安心して、充実した在宅での生活を送れるように支援を行っている。
- ・平成 29 年度より栄養改善と高齢者の見守りを目的とした配食サービスを介護予防・日常生活支援総合事業（48 頁参照）に位置づけ、事業を実施している。

(計画)

- ・ひとり暮らしの高齢者等が利用可能な緊急通報装置の利用やひとり暮らし高齢者登録による安否確認などの制度の普及啓発に努め、地域での見守り体制を強化し、高齢者の福祉の増進を図る。
- ・高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、安心して在宅生活を送ることができるよう在宅の生活支援や自立への生活支援の提供を推進する。

主な取組み	
自立への生活支援 (元気な方から要支援・要介護の方が対象)	・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)
在宅の生活支援 (要支援・要介護認定を受けている方が対象：介護者の負担軽減、在宅生活の継続に資するもの)	・徘徊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) ・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) ・寝たきり・認知症高齢者介添年金支給事業 ・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)

(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添年金支給事業 ・認知症高齢者介添手当支給事業

○ 本人への支援と介護者への支援に分類

「4 安心して暮らすための環境づくり」←I 4 より

(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、健康でいきいきと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。
- ・高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する良質な賃貸住宅であるサービス付き高齢者向け住宅等の供給を促進する。

(計画)

- ・契約やサービスの利用などに際して、入居者が不利益を被ることのないよう、良質なサービス付き高齢者向け住宅が供給されるよう県との連携に努める。
- ・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。
- ・高齢者が住み慣れた地域で安全に生活していけるように、高齢者にとって快適で生活しやすい住環境づくりを、庁内関係部署、関連機関と連携し推進する。

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」によると、「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。
- ・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)

- ・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等が自宅と介護施設の中間的住まいとして適切に供給されるよう、民間活力も活かしながら促進する。
- ・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相談体制の充実を図る。
- ・有料老人ホーム及びサービス付き高齢者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に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り、提供されるサービスの質の確保を図る。
- ・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 R3～R5

介護サービス相談員派遣事業の派遣先の拡大

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

生活しやすい住環境づくり

- ・利用者の持つ疑問や不安の解消
- ・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）
- ・高齢者住宅改修資金助成事業
- ・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）

目標指標

指標名

目標 R3～R5

介護サービス相談員派遣事業の派遣先の拡大

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

生活しやすい住環境づくり

- ・利用者の持つ疑問や不安の解消
- ・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）
- ・高齢者住宅改修資金助成事業
- ・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）

○I 4 から移動

○自宅と介護施設の中間的住まいの視点

○市営住宅入居要件の緩和

※ 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)

- ・超高齢社会を迎え、ひとり暮らし高齢者、高齢者世帯、寝たきり・認知症高齢者等の災害発生時に自ら避難することが困難な方（避難行動要支援者※1）が抱える様々な生活課題を地域社会全体で支える支援体制づくりを推進する必要がある。
- ・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、介護保険施設等においては、利用者の安全を確保するため、水害・土砂災害を含む各種災害に備えた十分な対策を講じる必要がある。
- ・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一化され、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※2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)

- ・高齢者の一人暮らしや高齢者のみの世帯、介護保険施設等に入所するに至らない程度の要介護状態にある方など、災害時に独自では適切な避難行動をとることが困難な方等を対象として「避難行動要支援者名簿」を作成し、平常時から対象者の現況の把握を行う。
- ・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、高齢者が安心して暮らしていける体制を構築する。
- ・災害が発生した直後に、避難行動要支援者の避難誘導や安否確認を迅速に行うため、自治会、自主防災組織及び消防団などの地域防災団体や、社会福祉協議会、民生委員など地域に密着した組織等による地域ぐるみの支援体制の構築を推進する。
- ・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
(危機管理室等と連携した)		H30～H32
事業所への実地指導時避難確保計画点検、助言・指導		25 件/年

主な取り組み	名簿の作成
避難行動要支援者の把握	・名簿の作成
介護保険施設等における利用者の安全確保	・災害対策の周知
福祉避難所の開設	・避難確保計画及び避難計画の点検
自主防災組織育成	・指定施設での訓練実施
	・要支援者対策を取り入れた訓練の実施

(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※3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、サード・セクター事業者等と連携し、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」に基づき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・把握できるようにな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
(危機管理室等と連携した)		R3～R5
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
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

○ひとり暮らし高齢者と避難行動要支援者の一体的管理・把握

※ 1 避難行動要支援者

災害が発生し、または災害が発生する恐れがある場合に自ら避難することが困難な方で、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要する方を指す。

※ 2 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＞ 平成 29 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	ワークスたかおか	立野 2412 番地
28	あしつきふれあいの郷	博労本町 4 番 1 号

※ 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	ワークスたかおか	立野 2412 番地
28	あしつきふれあいの郷	博労本町 4 番 1 号

○だいが中田館の追加

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

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	だいで中田館	高岡市下麻生89番地2

高岡市高齢者保健福祉計画・高岡市介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）【素案】 新旧比較表

現行（第7期）	改定案（第8期）	改定趣旨
Ⅲ ニーズに応じたサービス提供体制の構築 1 認知症高齢者支援の充実と権利擁護の推進 (1) 認知症に関する正しい知識の普及啓発 (現状) ・2025年までに団塊の世代が75歳以上になるとが見込まれ、高岡市においては2020年に高齢者数がピークとなり、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6,800人（H28年度末）にまで上り、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。今後、認知症高齢者は増加の一途をたどり、地域では認知症に関連した困難事例が増えてきている現状がある。 ・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、認知症の正しい理解者を増やし、地域の助け合いや見守りの気運を高めていくことが重要である。日頃から閉じこもり防止などによる認知症の予防に努めることが重要である。 ・これまで認知症サポーター養成講座を市内各地で開催し、累計1万4千人（H28年度末）を養成しながら認知症に関する正しい知識の普及啓発に取り組んできた。その一方、支援の実践者として活動できる人材は地域に育成されていない現状があり、認知症サポーターから一歩進んだボランティアの育成が望まれている。 (計画) ・認知症高齢者等を応援・支援する認知症サポーターを養成するとともに、その講師役となる認知症キヤラバン・メイトも計画的に養成していく。 ・認知症サポーターからさらにステップアップし、地域での支援活動の実践者となるボランティア（仮称「高岡あつかりサポーター」）を圏域毎に養成し（認知症サポーターステップアップ講座の開催）、正しい知識の普及啓発への協力や認知症高齢者等との交流等を通して、各地域レベルでの支援・見守り体制の強化を図る。 ・様々な機会を捉え、各地域で認知症地域説明会等を行い、市民一人ひとりに認知症についての正しい知識を普及する。 ・認知症予防対策として、高齢者が身近な場所で継続的に参加できる予防教室を開催する。この教室では、臨床美術や簡単な運動等の脳活性化プログラム等を通して脳機能を刺激し、認知症の発症及び悪化を予防する。	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%とまだ十分に周知されていないことから、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大を図り、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。	○認知症施策推進大綱の考え方を導入 ○「予防」とは、「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」「認知症になった後も進行を緩やかにする」という意味 ○新たに実施した取組や介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果を追記 ○若年性認知症の方の増加や介護者支援の視点追加 ○重点事業の認知症バリアフリーの取組について詳細を追記

・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。 ・認知症に関する取組み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。 ・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。	○民間保険の導入の検討について記載
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。	○若年性認知症の支援について記載
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。	○認知症施策の目標について指標を示している ○認知症施策推進大綱の指標を参考に設定

目標指標	指標名	目標 (H28)→H32
認知症サポーター養成数の増	認知症サポーター養成数の増	(14,538)→ 19,000
	高岡あかつかりサポーター登録数	(0) → 150 人

目標指標	指標名	目標 (R1) → R5
認知症サポーター養成数	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	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	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	認知症高齢者等 SOS 緊急ダイヤルシステム協力団体	(346 箇所) → 450 箇所
配信箇所数		

主な取組	
認知症高齢者等の応援・支援	・認知症サポーター養成講座 (認知症を正しく理解し、地域のよき理解者となる者の養成)
認知症サポーターの講師養成	・認知症キャラバン・メイト養成研修 (地域包括支援センター職員、介護従事者等主として実務経験者を対象)
(仮称)高岡あつかりサポーターの養成	・認知症サポーターステップアップ講座 (仮称「高岡あつかりサポーター」の養成)
認知症の正しい知識を普及	・認知症地域説明会の開催

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み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
サポーターチームづくり	・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	・認知症高齢者や介護者等が集い、認知症や介護に関する知識の習得、専門職による個別相談、交流の場の提供 ・認知症予防プログラムを実施し、認知症の重度化防止
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	・認知症状態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

○認知症バリアフリーなまちづくりのための主な取組について記載

(2) 認知症高齢者と家族の支援体制づくり

(現状)

- ・認知症高齢者の増加に伴い、地域において、認知症に関連した複合的な問題を抱えた困難事例が増加している。また、認知症高齢者を自宅で行き交す家族の身体的・精神的負担は大きく、虐待に繋がる場合も少なくないのが現状である。
- ・働き盛りの世代で発症する若年性認知症は、社会や家庭の中で受ける精神的、経済的な影響が大きいことから、これまで担ってきた役割の補完を視野に入れた支援が必要であり、就労支援や社会参加等への支援の充実が求められる。
- ・認知症高齢者やその家族が認知症と疑われる症状が発生した場合に、認知症の状態に応じた適切なサービスの流れを示し、早期から適切な診断や対応が行えるように支援することが必要である。
- ・認知症は早期に発見、早期に対応し、適切な薬物療法やリハビリテーション等により、進行の抑制や症状の改善がみられる場合があることから、医療・介護・福祉等による連携した認知症ケア体制の充実が求められる。
- ・平成27年度に設置した認知症初期集中支援チームは、通常業務との兼務の中、11か所の地域包括支援センターから寄せられる困難性・緊急性の高い事例の相談に、迅速に対応しており、本チームとの連携を基に、各医療機関や厚生センター、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の関係機関のネットワークが構築されてきている。困難性の高い事例への支援において、チームの介入が必須となっている。
- ・認知症をもつ人が安心して暮らせる地域づくりを関係医療機関や地域と一体となつて築き上げることを目的として、平成29年10月に、高岡市民病院認知症疾患医療センターが開設された。

(計画)

- ・認知症初期集中支援チームによる困難事例への早期介入により、多職種での効果的なアプローチによる本人・家族への迅速な支援、課題の早期解決に繋がっていることや、複合的な問題を抱えた困難事例が増加している現状を踏まえ、認知症高齢者の支援の充実を図るために、チーム数を増やし体制強化を図る。
- ・家族の負担軽減と、若年性認知症を含む認知症の方が気軽に集うことができる機会である、公民館等の身近な場で開催している「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家族が知識を学んだり、個別相談ができ場の提供に加え、さらに参加者同士でのふれあいを通して地域での支え合いを強化していく場とする。
- ・認知症疾患医療センターと、初期集中医療チーム、各医療機関等との連携を強化し、適切な支援が迅速に提供できる体制を強化していく。
- ・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、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、支援体制を強化する。また、サポートチームの形成・評価を行い、医療・介護ネットワーク構築を推進する。さらに、認知症高齢者への支援の資質向上に向け、認知症事例検討会等を各

(2) 発症や進行を遅らせる認知症予防の強化

(現状)

- ・認知症になってから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。
- ・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が示唆されている。
- ・高齢者の訪問や相談の機会に認知機能の低下等、認知症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、スクリーニング体制は整備されていない。

(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、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、問診体制の強化を図る。
- ・認知機能の低下等、認知症が疑われる高齢者等に対し、認知機能の状態に応じて、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を提供する。

【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。

○重点事業の「早期発見・早期対応」について記載

○認知機能のスクリーニング体制について記載

○重点事業の取組内容について記載

○予防活動に資する場について認知症施策推進大綱をもとに記載

地域で開催する。

- ・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」を普及・啓発し、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。

目標指標	指標名	目標 (H28)→H32
(認知症リスク低減による) 要介護認定者数の増高抑制		要支援～要介護2認定者数の増高抑制(～H32)
認知症初期集中支援チームの体制強化		(1チーム)⇒ 2チーム
オレンジ倶楽部参加者数の増		(634人) → 800人
徘徊SOSダイヤルシステム登録者の増		(177人) → 220人

主な取組み	
認知症初期集中支援チームの体制強化	・認知症や、困難事例等への早期支援体制の構築に向け、チームの運営体制を強化
高岡市認知症疾患医療センターとの連携	・迅速に適切な支援が受けられるよう、高岡市認知症疾患医療センターと関係機関との連携強化
認知症地域支援推進員の役割強化	・各地域での認知症支援体制の強化のために医療・介護連携の中心的役割や、相談・支援体制の強化に向けた取り組みを実践する
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・介護方法等に関する伝達講習や個別相談を実施
徘徊SOS緊急ダイヤルシステムネットワークの強化	・徘徊行動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
認知症ケアパスの普及・啓発	・認知症の状態に応じた適切なサービスや支援等の流れについての情報の浸透

(3) 高齢者の権利擁護の推進

(現状)

- ・認知症高齢者数が増え、判断能力が不十分な方が増加していることに伴い、本人の権利と財産を守り支援する成年後見制度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となられた方が相対的に増え、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ケースもみられる。
- ・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いることから、平成25年度より判

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問診を実施し、スクリーニング体制を整える ・スクリーニング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	・認知症状態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 ・スクリーニング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

○認知症の予防についての主な取組内容を認知症施策性進大綱を参考に記載

(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となる方が相対的に増え、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

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」を開催している。

- ・本市における高齢者虐待相談・対応件数はH27年度42件、H28年度46件と増加傾向にある。
- ・平成29年度に、市と地域包括支援センターの責務と役割、関係機関との連携、虐待早期発見のためのチェックシート等ととりまとめた「高岡市高齢者虐待防止・対応マニュアル」の改訂版を発行。

(計画)

- ・地域包括支援センターにおいて、地域の身近な総合相談窓口として、介護の相談以外にも医療、認知症、生活困窮等の経済問題などについて、各種相談に応じるとともに、自ら権利主張や権利行使ができない高齢者に対し、必要な時期に適切な支援が行われるよう、関係機関と連携を図る。
- ・高齢者虐待をはじめ、高齢者の権利擁護に関する相談窓口を設置し、周知啓発を継続的に実施しており、今後も虐待について相談しやすい環境を整え、虐待の防止や早期発見を図るとともに、警察など関係機関と連携した対応を行う。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。
- ・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、地域ケア会議（36頁参照）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。
- ・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」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。

目標指標	指標名	目標
	呉西6市での相談から後見業務まで一貫した支援	・成年後見センターの設置

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」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の。

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

○担い手（市民後見人）の育成

○呉西地区成年後見センターの取組について追加

○高齢者虐待の早期発見・早期対応のための関係機関との連携強化

○介護者への支援の充実について追加

○成年後見制度の利用促進を図るため、センターの運営体制の強化について記載

高岡市高齢者保健福祉計画・高岡市介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）【素案】 新旧比較表

現行（第7期）		改定案（第8期）		改定趣旨
IV 介護保険サービスの適正な運営		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。 ・平成30年度から居宅介護支援事業所に対する指定権限が市に移譲される。				
目標指標		指標名	目標	
居宅事業所実地指導（居宅介護支援事業所の権限移譲への対応）			H30～H32 5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備えた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	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。			

O IV新設追加による				
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				
・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	
居宅介護支援事業所実地指導			R3～R5 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備えた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	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。			

イ)	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の必要な医療と日常生活上の世話を受けるサービス。
イ)	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らない福祉用具の 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、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)

- ・今後は、認知症や医療ニーズにも対応できる機能を有した地域密着型サービスの充実を図る。
- ・認知症状への対応、排泄の負担軽減のため、訪問介護と訪問看護が連携しながら、定期巡回訪問、随時の対応を行う、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備を図る。
- ・要介護者の様態や希望に応じて、「通い」に加え随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせた包括的なサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する小規模多機能型居宅介護の整備を図る。
- ・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た看護小規模多機能型居宅介護の整備を図る。

目標指標	指標名	目標
地域密着型サービスの配置	※サービス設置計画 (67 頁)	※サービス設置計画 (67 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	・事業者の質の確保

イ)	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の必要な医療と日常生活上の世話を受けるサービス。
イ)	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らない福祉用具の 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)

検討中	
--------------	--

目標指標	指標名	目標
地域密着型サービスの配置	※サービス設置計画 (75 頁)	※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	・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、電話による応対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。
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て受けるサービス。
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。

【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、電話による応対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。
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て受けるサービス。
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

・病床再編や高齢者人口の増加に伴う医療ニーズの増大により在宅での生活が困難な重度の要介護者の増加が見込まれることから、このような医療の追加的需要※に対応するため、県とも連携し、介護療養病床から新たに創設される介護医療院への転換など必要な対応を図ることとする。

高岡市の追加的需要に対する受け皿の見込み量

サービス名等		H30 年 (2018)	H31 年 (2019)	H32 年 (2020)	H37 年 (2025)
追加的需要 (A)		59	117	176	469
受け皿 の内 訳	介護医療院(介護療養型医療施設からの転換分)※H37 は介護療養型医療施設含む	28	56	84	167
	介護医療院(医療療養病床からの転換分)	31	61	92	302

A：国が示した追加的需要の機械的試算（患者住所地ベース）

※医療の追加的需要について

平成 29 年 8 月 10 日 発出 医政地発 0810 第 1 号、老介護 0810 第 1 号、保連発 0810 第 1 号より抜粋

2025 年に向けて、地域医療構想を推進するためには、慢性期機能から介護施設・在宅医療等への転換を含めた追加的需要について、地域の実情に応じて適切に受け皿の整備がなされる必要があり、第 7 次医療計画及び第 7 期介護保険事業（支援）計画においては、この受け皿整備の必要量を踏まえた在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みを、それぞれの計画の間で整合的に、かつ受け皿整備の先送りが発生しないよう計画的に設定する必要がある。また、市町村介護保険事業計画における 2025 年の介護サービス見込み量の推計値においても、この受け皿整備の必要量を盛り込んだものとする必要がある。

『追加的需要の範囲』

このような追加的需要は、地域医療構想において定めることとされている構想区域（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）における 2025 年の介護施設・在宅医療等における医療の必要量のうち、次に掲げる数とする。

- ① 慢性期入院患者（療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者をいう。以下同じ。）のうち当該構想区域に住所を有する者であって、医療区分 1 である患者の数の 70％に相当する数。
- ② 慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有する者であって、入院受療率の地域差を解消していくことで介護施設・在宅医療等の需要として推計する患者の数（①に掲げる数を除く）。

(3) 施設サービス

検討中

③ 一般病床の入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。）のうち、医療資源投入量（※）が 225 点未満の医療を受ける入院患者であって当該構想区域に住所を有する者の数から、当該数のうち（イ）在宅復帰に向けて調整を要する者（医療資源投入量 175 点以上 225 点未満）、（ロ）リハビリテーションを受ける入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が 175 点以上となる医療を受ける者の数を控除して得た数。

※「医療資源投入量」とは、患者に提供される医療を 1 日当たりの診療報酬（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。）の出来高点数により換算した量をいう。

検中

【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。

【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7期のサービス設置の考え方】					※ 第6期計画の見込み値				
	施設区分	6期末 (H29) ※	7期 (H30～32)	7期末 (H32)					
施設サービス	介護老人福祉施設 (特別介護老人ホーム)	1,014床 (15か所)	現状維持	1,014床 (15か所)					
	介護老人保健施設	668床 (7か所)	現状維持	668床 (7か所)					
	介護療養病床	165床 (4か所)	「医療の追加的需要」 平成32年時点で176名分(うち医療からの 転換分92名)を介護給付必要見込量に計上						
	介護医療院 (H30に創設)	—							
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	424人 (17か所)	58人 (2か所)	482人 (19か所)					
	看護小規模多機能型 居宅介護	—	1か所	1か所					
	定期巡回・随時対応 型 訪問介護看護	2か所	2か所	4か所					
	地域密着型介護老人福祉 施設(特養)	97床 (4か所)	現状維持	97床 (4か所)					
	認知症対応型通所介護	204人 (17か所)	現状維持	204人 (17か所)					
	認知症対応型共同生活 介護(グループホーム)	495人 (34か所)	現状維持	495人 (34か所)					

【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 (特別介護老人ホーム)			
	介護老人保健施設			
	介護療養病床			
	介護医療院 (H30 に創設)			
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護			
	看護小規模多機能型 居宅介護			
	定期巡回・随時対応 型 訪問介護看護			
	地域密着型介護老人福祉 施設 (特養)			
	認知症対応型通所介護			
	認知症対応型共同生活 介護 (グループホーム)			

検討中

(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・調達状況の確認等を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

○国の基本指針（記載を充
実する事項）を踏まえ、
項目を新設

(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・調達状況の確認等を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

○国の基本指針(記載を充
実する事項)を踏まえ、
項目を新設

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する。

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	
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
認定審査会や研修会のオンライン化	・ZOOM等を活用した、認定審査会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、次の指針を踏まえ、第7期介護保険事業計画（以下「第7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7期事業計画に定める事項とし計画期間は、平成30年度から平成32年度までの期間とする。	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、受給者が真に必要なサービスを提供することであり、適切なサービスの確保と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3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、介護保険法の一部改正され、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。 このため、第3期介護給付適正化計画の取組状況を踏まえ、第4期は次の基本的な方向（Ⅳ介護保険サービスの適正な運営）の施策体系（2介護給付等に要する費用の適正化）の（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、を柱として、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みとして進める。 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。	【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、受給者が真に必要なサービスを提供することであり、適切なサービスの確保と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、介護保険法の一部改正され、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の取組のため、第7期計画に引き継ぎ「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切に認定し、真に必要なサービスを事業者が適切に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。 ・介護認定調査のうち、新規申請及び変更申請を主に保険者側の調査として市で実施しているが、更新申請については、大部分を居宅介護支援事業所や介護保険施設に業務委託	(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、真に必要な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

○県の介護給付費適正化計画との整合性を記載

している。

- 審査基準の改正等には、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委員会に対しての研修会等を開催している。

(計画)

- 調査員に対する定期的な研修の実施等によって、調査精度の向上を図る。
- 指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査の結果について、保険者による点検等を実施する。その際には、要介護認定調査の標準化を図るために、認定調査を保険者が直営で行っている場合も含めて、適切に認定調査が行われるよう実態を把握するために、指導等を行う。
- 研修会等の実施により、介護認定審査会の各協議体間における認定結果に偏りが生じないよう審査会の平準化を図る。

目標指標	指標名	目標
委託で実施した認定調査の事後チェック	事後チェック率	目標 H30～H32 事後チェック率 100%の維持

主な事業	内容
認定調査の精度向上	・県と連携し、精度の高い研修会の実施
適正な認定審査会の運営	

(2) ケアマネジメントの適正化

(現状)

- 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、真に必要とするサービスの利用に向け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、ケアマネジメントの技術の向上に努める必要がある。
- 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の一つの取り組みとしてケアプラン点検を継続的に実施する。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、受給者の自立支援に資する適切なプランであるか、真に必要とするサービスが適切に位置

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委員会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協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
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	目標 R3～5 事後点検率 100%の維持

主な取組	内容
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

○審査会の課題整理
○委員長会議などの充実

○医師会との連携強化

○各事業別に記載

置づけられているか等に着目し、その状態に適合していないサービス提供の見直しを促している。

(計画)

- ・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、ケアマネジャーへの研修会の開催などを実施する。
- ・加えて、近年増加が顕著なサービス付き高齢者向け住宅に焦点を当てた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が行われないようにする。
- ・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ような事業所を絞り込んで点検することも検討する。
- ・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（ケアマネージャー）が集まり、居宅介護支援事業所等の後方支援するための研修計画を策定する。
- ・居宅介護支援事業所への巡回指導を行い、円滑な支援に向けてのアドバイスや、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、自助・互助による地域支援も視野に入れたが、日頃の悩みや相談対応等、個々のケアマネジャーの後方支援を実施する。
- ・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。

目標指標		目標
指標名	ケアプラン点検に係る訪問事業所数（自立支援に資するプランであるかに着目し特定事業所の利用誘導や過剰なサービス提供の点検）	目標 H30～H32 5事業所/年
サードパーティによる高齢者向け住宅入居者プラン点検（画一的なプランは正）		3事業所/年

主な事業	
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開催 ・地域包括支援センター主任介護支援専門員における高岡版事例検討会の開催、居宅介護支援事業所等巡回相談事業の実施等によるケアマネジャーのネットワークの構築

者の自立支援に資する適切なプランであるか、真に必要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（ケアマネージャー）が集まり、居宅介護支援事業所等の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		目標
指標名	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）	目標 R3～R5 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

○各事業別に記載

○自助、互助の視点を確認

○ケアマネジメントの適正化や質の向上を進めていく必要があり、一部修正

(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、概ね1～2週間に1回程度、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18名の介護相談員を委嘱し、事業趣旨に賛同し、相談員の派遣を希望する特養等、主に入所系のサービス施設27か所に派遣している。 ・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。 ・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。 ・平成30年度から居宅介護支援事業所に対する指定及び指導監督権限が市に移譲される。 ・近年、サービス事業所の増加に伴い、事業所に対する実地指導のサイクルが長期化する傾向がある。 ・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) ・より多くの事業所を訪問するため、サービス事業所に介護相談員派遣の取組みについて、理解を求めるとともに、派遣先に新たに認知症の方が多く利用する小規模多機能型居宅介護事業所を追加し、介護相談員を派遣する事業所を現在の27か所から36か所へと拡大する。 ・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非常災害時の体制整備や、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。 ・主にサービス事業者を対象とした年2回以上の研修会の実施を目標とし、サービスの適正な実施と質の向上を図る。 ・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、果が取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。	(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、果が取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。
--	---

○介護サービス相談員の派遣先の拡大

- ・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 (H28)→ H32
介護相談員派遣事業所数	(27) → 36
実地指導事業所数の増	(14) → 25
テーマを設定した介護サービス事業所への集団指導実施回数	1回/年→2回/年 (H30～32)
リハビリ職等と連携した住宅改修・福祉用具の点検実施	(0) → 2
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 (H30～32)
介護給付費通知	2回/年 (H30～32)

主な事業	
介護相談員の派遣	・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。

- ・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 R3～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
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み推進 (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、国が実施した介護人材需給推計において、2025年には約38万人の介護人材が不足することが見込まれるなど、福祉・介護人材の確保は喫緊の課題となっている。 ・この要因として、介護職員をはじめとする福祉の職場で働く人の賃金は全産業の平均と比して著しく低い状況となっていること、業務負担が過重であること、選抜肢として選ばれにくいことが考えられる。 ・このため、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、さらには福祉・介護職の魅力について広く啓発・広報することなど、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、県と連携・協働しながら、人材確保への取り組みを進める。 ・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みについて、国や県とも連携し、推進する。	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「介護サービス事業所調査」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、県や他市など、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県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。 ・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。
--	---

○人材確保の取組を強化

目標指標	指標名	目標 H30～H32
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%

主な事業	
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)
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、指導
介護保険と障害福祉の連携推進	・共生型サービス**の設置

※共生型サービス

現行制度上、介護保険優先原則の下では、障害者が高齢になり介護保険の被保険者となった場合、これまでは別の事業所を利用しなければならぬなどの不都合が生じていた事例もあったが、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付けることとなった。

(2) 業務効率化の取組み推進

(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て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。

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%
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		目標(R1)→R5 (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加
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て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。

○文書負担軽減、ICT化の視点

(計画) ・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、介護施設等の合衆・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※の設置について検討する。 ・介護従事者の介護負担の軽減を図る取組が一層推進されるよう、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、従事者の負担軽減につなげる。	(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、介護施設等の合衆・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。																						
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">目標指標</th></tr> <tr> <th>指標名</th><th>目標 H30～H32</th></tr> <tr> <td>職員業務負担軽減に向けた取組みの推進</td><td>職員負担の軽減</td></tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">主な事業</th></tr> <tr> <td>効果的・効率的なサービス提供</td><td>・合衆・併設、サテライト型事業所の設置</td></tr> <tr> <td>職員負担の軽減</td><td>・介護ロボット導入による職員負担軽減の効果検証</td></tr> </table>	目標指標		指標名	目標 H30～H32	職員業務負担軽減に向けた取組みの推進	職員負担の軽減	主な事業		効果的・効率的なサービス提供	・合衆・併設、サテライト型事業所の設置	職員負担の軽減	・介護ロボット導入による職員負担軽減の効果検証	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">目標指標</th></tr> <tr> <th>指標名</th><th>目標 R3～R5</th></tr> <tr> <td>指定申請、実地指導に関する文書の簡素化</td><td>職員負担の軽減</td></tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">主な取組</th></tr> <tr> <td>効果的・効率的なサービス提供</td><td>・合衆・併設、サテライト型事業所の設置</td></tr> </table>	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	・合衆・併設、サテライト型事業所の設置
目標指標																							
指標名	目標 H30～H32																						
職員業務負担軽減に向けた取組みの推進	職員負担の軽減																						
主な事業																							
効果的・効率的なサービス提供	・合衆・併設、サテライト型事業所の設置																						
職員負担の軽減	・介護ロボット導入による職員負担軽減の効果検証																						
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	・合衆・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)	※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)																						

