

第6章 基本計画

I 地域共生、まるごと健康のまちづくり

～たかはま版地域包括ケアシステムの充実～

高齢の親と障がいのある子どもが同居している世帯、育児と介護に同時に直面する世帯など、近年、地域における福祉課題は複合化し、高齢者に対する施策だけでは適切な解決策を講じることが難しいケースが増えてきています。

こうした背景のもと、国は、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備を推進しています。本市では、これまで「福祉でまちづくり」を合言葉に、人々の生活は制度の枠組みの中で成り立っているのではなく、さまざまな背景や環境の下にある「家族」や「地域の中でのつながり」により成り立っているという「地域を包括的に支えていく視点」でまちづくりを進め、高齢者から障がいのある人、そして、子ども、人づくりまでを視野に、ライフステージごとに切れ目なく必要な支援を提供できるシステムの構築を目指してきました。

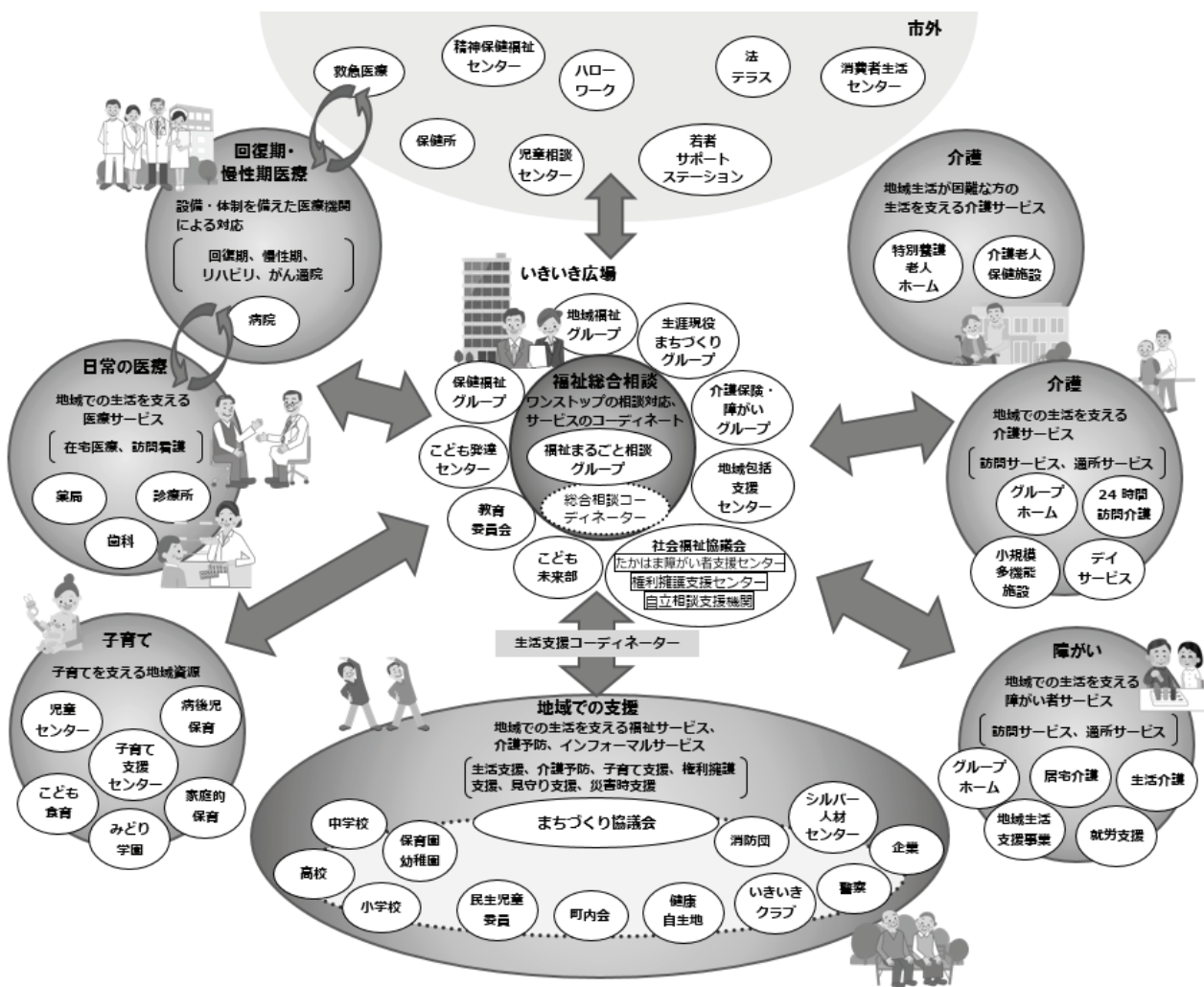
具体的には、平成8（1996）年4月に「いきいき広場」をオープンし、福祉のワンストップサービス化を図り、地域包括ケアを目指す福祉拠点として位置づけ、ライフステージごとに切れ目なく必要な支援を提供できるシステムづくりや地域住民と専門職が、横断的・機動的かつ柔軟に連携できるような体制（「たかはま版地域包括ケアシステム」）の基盤を整備しています。

また、平成26（2014）年4月には、複雑化する福祉ニーズに、高齢者、障がいのある人、子どもといった対象者別の枠組みを超えて、横断的に対応することができる市の組織として福祉部に「福祉まるごと相談グループ」を新設しました。同年10月には、権利擁護に係る「いきいき広場」全体のマネジメント機能の中核を担う「権利擁護支援センター」を設置し、「いきいき広場」と地域の関係機関や専門職などとのネットワークを充実してきました。また、平成29（2017）年1月からは教育委員会と「こども未来部」を「いきいき広場」に移転し、妊娠期から就園や就学を含め「子どものワンストップ拠点」としての機能も加えました。

そして、地域共生を実現する拠点としては、平成28（2016）年に、高浜市社会福祉協議会が、認知症高齢者グループホームを中心とした地域共生型福祉施設「あっぽ」を開設し、誰もが住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けられる社会をつくることを目的とした子どもから高齢者まで誰もが利用できる交流拠点として展開しています。

こうして築いてきた基礎を背景に、誰もがいつまでも住み慣れた地域に暮らし続けられ、まち全体が「健康」な状態になるよう、本市の地域資源を最大限活用するとともに、まちづくり協議会をはじめとした地域の多様な支える力を結集させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた「たかはま版地域包括ケアシステム」の更なる充実を目指していきます。

【たかはま版地域包括ケアシステムのイメージ】



1 地域包括ケアシステムの拠点におけるネットワークの充実・強化

(1) 「いきいき広場」を中心としたネットワークの充実

本市は、面積13平方キロメートル、人口4万7千人あまりのコンパクトなまちです。介護サービス基盤の整備や相談支援の範囲となるサービス圏域は市全域とし、地域包括支援センターについても、市が直営（1か所）で開設していますが、住民主体の取組みについては、日常生活圏域である小学校区ごとに推進してきました。

本市では、平成8（1996）年4月、福祉のワンストップサービスによる、地域包括ケアを目指す福祉の拠点として、「いきいき広場」を開設しました。市福祉部、地域包括支援センター、市社会福祉協議会などの機関を一か所に集約させた福祉の総合拠点であり、現在では、地域包括支援センターの他に、こども発達センター、たかはま障がい者支援センター、権利擁護支援センター、生活困窮者自立支援に関する窓口などを設置し、子ども、障がいのある人、高齢者、そして、支援が必要と思われる人すべての福祉の総合相談窓口として『困ったことがあれば、「いきいき広場」へ』が合言葉となり、市民や関係機関に広く周知されてきています。

<第7期の展開>

「たかはま版地域包括ケアシステム」の構築にあたっては、これまでの保健・福祉の相互連携に加え、医療との連携を深めることが重要です。

これまで進めてきた、保健・福祉・医療の連携体制を確立するとともに、弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職、まちづくり協議会、ボランティア、民生委員、民間企業など地域のさまざまな機関とのネットワークを充実・強化し、自助を基本にしながら、介護保険などの公的なサービスと、住民活動などによるインフォーマルなサービスを含めた支援体制の構築を更に進めていきます。また、これまで高齢者を中心に進められている地域包括ケアシステムを、障がいのある人なども対象として進め、各福祉制度を横断的に捉え、個人ではなく家族単位で包括的（まるごと）に問題・課題を解決していく仕組みを確立します。

ネットワークが、効果的に機能するよう、今後も「いきいき広場」（福祉まるごと相談グループ）を「たかはま版地域包括ケアシステム」の中心に位置づけ、各種支援や関係機関との横断的な連携を行っていきます。

具体的な取組として、医療と介護・福祉の情報共有のためのICT化を進めるとともに、平成29(2018)年度には、刈谷豊田総合病院に在宅医療・介護連携支援センター(仮称)を開設するなど、ネットワークづくりを推進していきます。

(2) 地域包括支援センターの機能強化

地域全体の情報を集積し連携を行う拠点として、いきいき広場内に「地域包括支援センター」を設置し、高齢者の総合相談支援、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的継続的ケアマネジメント支援など、高齢者の自立した生活の支援のために必要な業務を総合的に行っています。

平成24(2012)年度から地域包括支援センター職員を地区担当制とし、まちづくり協議会の事業への積極的な参加により、地域とのネットワークを構築してきました。

なお、地域包括支援センターは、障がいのある人の相談支援員、就労コーディネーター等が配置されている「たかはま障がい者支援センター」と同一フロアに設置しており、障がいのある人と高齢者等で構成されている世帯など、多様なニーズを有する世帯などに対しては、連携を図りながら支援しています。また、併設する権利擁護支援センターにおいて、判断が困難な方への権利擁護に関する支援も行っています。

<第7期の展開>

地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」(介護保険法第115条の46)です。言い換えれば、地域包括ケアシステムを実現するための中心的役割を果たす機関です。

そこで、「いきいき広場」の地域包括支援センターをその中心に位置づけ、虚弱高齢者の重度化予防、高齢者虐待の予防や対応、認知症対策など、専門職が専門知識を発揮し、的確に対応していくため、職員の資質向上を図るとともに、地域の福祉資源やネットワークの活用により地域の課題・ニーズの把握を行い、事業・サービスに反映できるような体制を整えます。

また、地域包括支援センターが中心となって多職種協働による地域ケア会議を推進し、高齢者世帯や複合的課題を抱えた家族等の困難事例の解決に努めるとともに、個別ケースの検討から地域課題の共有化を図り、施策等の形成につなげていきます。

(3) 多職種連携による地域ケア会議の強化

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを実現するために欠かせない手法であり、高齢者個人が望む生活を支える重要な場です。

高浜市においては、高齢者や障がいのある人等が地域で安心して生活できるよう、介護保険サービスや障がい福祉サービス等の総合調整のため、高浜市地域ケア会議を設置しています。

その中で、高齢者については、介護（予防）サービス提供機関の職員、地域包括支援センターの職員（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師）、市の職員等からなる「高齢者サービス調整会議」および「特定高齢者等ケース検討会議」が設けられており、個別事例の検討をはじめ、各種高齢者福祉施策の検討をしています。

<第7期の展開>

地域包括ケアシステムの実現に向け、地域包括支援センターが中心となり、介護サービス提供事業者をはじめ医療関係者、行政関係者など専門の多職種に加え、民生委員、まちづくり協議会、町内会など高齢者の生活を支える地域関係者等の参加により、医療・福祉・介護・生活など高齢者の地域生活を包括的に捉え、政策形成につなげるとともに、地域資源の開発や地域づくりを推進していきます。

地域ケア会議では、残存能力の活性化、維持・向上を目指す「自立支援」、「介護予防」の視点に基づくケアマネジメントの実践を前提とし、個別ケースの検討から地域課題を発見・共有化し、政策等に反映できる仕組みを構築していきます。

(4) 支援調整会議（支援チーム）の強化

福祉課題は複合化してきており、高齢者に対する施策だけでは適切な解決策を講じることが難しいケースが増えてきています。

本市では、高齢者、障がいのある人、生活困窮者など、その背景に関わらず支援を必要としている人の多様な事案のうち、複数の部署の連携が必要なケースなどについて、福祉まるごと相談グループが中心となり、必要な調整や支援の方針を決定するため「支援調整会議」を定期的開催しています。この会議には、ケース担当者、関係部署担当者、福祉まるごと相談グループ担当者および当事者などの権利擁護の観点から権利擁護支援センターの社会福祉士等も参加しています。また、法的な対応の必要が生じた場合は、弁護士、司法書士の支援を受けています。

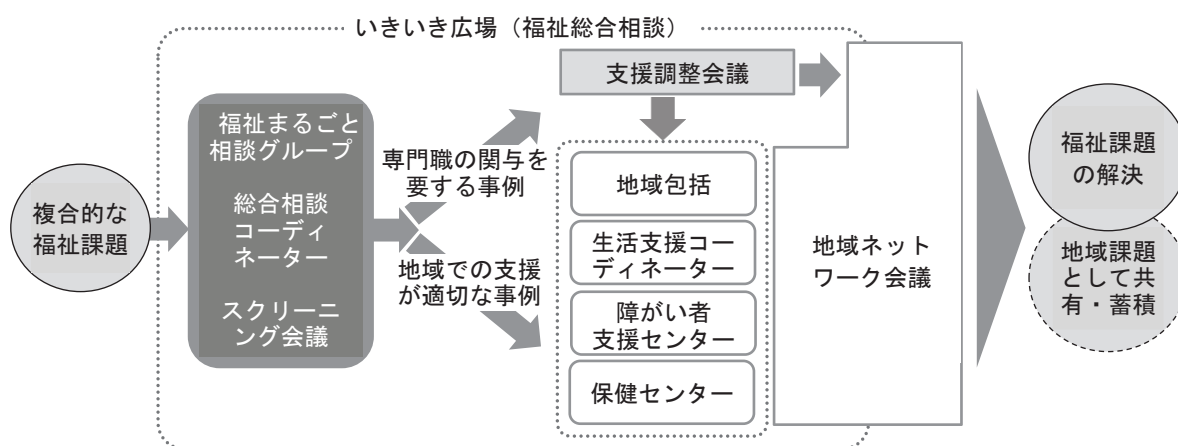
<第7期の展開>

認知症の親と障がいのある子どもの世帯のように支援が複数の分野にまたがる場合、世帯を包括的に支援できるよう、支援調整会議（支援チーム）の機能強化を図ります。

具体的には、支援調整会議を開催するとともに、当該事例が、専門職の関与を要する事例か、地域での支援が適切な事例かを判断する総合相談コーディネーター（ジェネリック・ソーシャルワーカー※）の配置を検討します。

※ジェネリック・ソーシャルワーカー：児童・高齢者・障がい者等といった区分や、福祉施設・地域・医療機関等といった所属機関の別に関わらず、幅広い福祉援助概念・知識・方法・技術等についての基本的な専門性を備えた社会福祉援助専門職

○支援チームによる福祉課題解決のイメージ



(5) 見守りネットワークの充実

高齢化の進展に伴い、今後、1人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯、老老介護世帯、要介護高齢者と障がいのある人の老障世帯など、見守りや支援を必要とする高齢者等が増加することが予想されます。また、高齢者の虐待防止や孤立死防止、自殺防止といった観点からも、地域における見守り体制を充実していくことが課題となっています。

災害時における高齢者や障がいのある人等の安全を確保するための避難行動要支援者対策とそのため避難行動要支援の把握なども必要となっています。本市では、従来から民生委員・児童委員と連携し、地域の70歳以上の1人暮らし高齢者の状況を把握するとともに、定期的な訪問により安否確認を行っています。また、シルバー人材センターやいきいきクラブが、定期的に高齢者等を訪問し、高齢者がお互いさまの活動として見守りが行われています。

各小学校区単位に設置されている「まちづくり協議会」では、地域計画をそれぞれ策

定し地域独自の見守り事業を展開しており、地域住民と行政、市社会福祉協議会が共に手を携え、漏れのない支援を目指しています。

〔本市で展開している見守りの具体例〕

- 民生委員・シルバー見守り推進員による独居高齢者見守り事業
- 新聞販売店・郵便配達員による「新聞・郵便取入状況」、「家屋状況等の変化」による見守り・安否確認
- まちづくり協議会による日中独居高齢者等の見守り事業
- 搜索協力者（サポーター）へのメール配信により搜索協力してもらう高齢者見守りSOSネットワーク事業

<第7期の展開>

さまざまな地域資源によるネットワークが効率的かつ効果的に機能するよう、見守りSOSネットワーク委員会やまちづくり協議会において検討し、地域の実情に即した取組を進めていきます。

孤立、認知症、高齢者虐待など高齢者の抱える課題についての基本的な理解が浸透し、課題を抱えた高齢者が漏れなく把握され、関連機関への連絡・支援が円滑に行われるような体制を構築し、全ての市民が安心して生活できる地域づくりを目指します。なお、今後は、高齢者に限らず障がいのある人や子育て世帯など、支援を必要とするあらゆる家族を見守る包括的なネットワークの構築を目指します。

〔ネットワークに期待する機能〕

- 見守り→問題の発見→緊急時の通報
- 孤独感の解消
- 地域課題の把握
- サービスの利用促進
- 人を介した情報提供

2 地域共生社会の実現に向けて

(1) 地域共生社会の考え方の普及

平成28（2016）年7月、厚生労働省は「地域共生社会」という新しい福祉の概念を公表し、その実現に向けた検討を開始しました。地域共生社会とは、高齢者、障がいのある人、子どもなどすべての人が、一人ひとりの暮らしと生きがいを、ともに創り、高め合う社会であるとされています。この考え方は、本市がこれまで目指してきた姿、市民の生活は制度の枠組みの中ではなく、さまざまな背景や環境の下にある「家族」や「地域の中でのつながり」により成り立っているという視点で進めてきた「福祉でまちづくり」そのものです。

<第7期の展開>

高齢化の進展を背景に、介護保険制度をはじめわが国の社会保障制度が、将来的に持続が困難になってきている中、「自助」や「互助」の重要性と、自分のこととして地域の課題に取り組む姿勢の大切さを、多くの市民に理解してもらうために、「地域共生」という考え方と本市のまちづくりの方針を、さまざまな機会を利用して周知を図っていきます。

また、地域において医療・介護・保健・福祉の専門職が市民と一緒に学習や、意見交換をする機会を創出し、地域全体の福祉力の向上を図ります。

(2) 地域共生を目指す居場所づくり

地域共生社会の実現への第一歩は、さまざまな人のふれあい・交流です。この考え方を具現化するために、地域共生型福祉施設「あっぽ」を開設し、子どもから高齢者まで誰もが気軽に交流でき、困りごとの相談ができる場を創出しました。

認知症の高齢者、身体が不自由な人、子育てに悩んでいる若い親、元気な高齢者、精神障がいのある人、ストレスを抱えた壮年期の人、地域にはいろいろな人がいます。しかし、現実には核家族化や価値観の多様化により、地域のつながりが希薄になってきており、隣近所にどんな人が住んでいるかもわからないのが現状です。

<第7期の展開>

地域共生型福祉施設「あっぽ」の相談機能の充実を図るとともに、できる限り多くの市民に利用してもらえよう周知を図ります。

また、高齢者の居場所づくりへの助成や健康自生地の認定等により、介護予防や生きがいづくりを目的とした高齢者の居場所づくりを進めるとともに、多世代交流、障がいのある人とない人の交流、認知症のある人・家族と地域の人との交流など、さまざまな枠組みを超えた交流機会の創出に努めます。

(3) まちづくり協議会と協働した活動の推進

本市では、地域の課題を、地域の責任において自主的・主体的に解決していくために、必要な権限と財源を移譲する「地域内分権」を進めています。この一環として、各小学校校区の町内会や各種団体、住民が連携して、各種団体だけでは解決できない問題や課題について取り組み、まちづくりを進める新しいコミュニティ組織「まちづくり協議会」を設立しており、小学校区ごとに5つの団体（高浜南部、吉浜、翼、高取、高浜）が活動しています。

具体的には、子どもから高齢者まで多世代交流の拠点(地域の「茶の間」運営事業等)の運営や日中独居高齢者の見守り、または地域防災活動など、各地域固有の課題を解決するための活動を行っています。

<第7期の展開>

複合化・多様化が進む地域課題の解決を図り、真の地域共生社会を実現するために、まちづくり協議会への期待は大きく、今後、たかはま版地域包括ケアシステムにおいても重要な役割を担う組織として協働して活動を推進していきます。

〔今後、まちづくり協議会と協働して推進していく主な取組〕

- 日中独居高齢者や高齢夫婦世帯など各種福祉制度の狭間にあって見過ごされがちな人の見守り
- 子どもから高齢者までの多世代はもとより、障がいのある人、さまざまな悩みや困りごとを抱えた人など、全ての住民を対象とした地域共生拠点の創出と運営
- たかはま健康チャレンジ事業と連動した健康づくりの取組
- 総合事業における住民主体の通いの場の創出と運営

3 在宅医療と福祉・介護の連携体制の構築

(1) 在宅医療と福祉・介護連携の推進

市民アンケート結果によると、多くの市民が、年齢や心身の状況などに関わらず住み慣れた自宅での生活を希望し、最期まで自宅で過ごしたいと願っていることがわかりました。また、愛知県地域医療構想により平成37（2025）年の医療提供体制が示され、入院の必要性が低い高齢の患者が在宅に移行し、比較的重度の在宅療養者の増加が予測されます。

こうした背景のもと、疾病等の予防と治療を図る〈在宅医療〉、日常生活動作を助ける〈介護〉、生活の質を維持・向上させる〈福祉〉の3者が効果的に機能する地域包括ケアシステムの必要性は益々高まり、地域の医療機関と市をはじめ介護・福祉に関わる機関の連携の強化の取組みが求められます。

本市では、平成24（2012）年度に厚生労働省のモデル事業として「在宅医療連携拠点事業」を実施し、医療と福祉・介護の「顔の見える関係づくり」を進めています。平成27（2015）年度以降、刈谷医師会、刈谷豊田総合病院および近隣市と連携して多職種連携研修を共同開催しました。また、ITを通じた情報共有として、刈谷豊田総合病院と診療所を結ぶ地域医療ネットワークを構築し運用しています。

〈第7期の展開〉

在宅医療と福祉・介護連携の推進により、医療と福祉・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、今後も、刈谷医師会、刈谷豊田総合病院および近隣市等の連携を強化し、本市における在宅医療と福祉・介護の提供体制の充実を図ります。

〔今後、推進すべき項目〕

- ① 医師会、歯科医師会、薬剤師会等を含めた多職種協働の推進
- ② 拠点となる地域包括支援センターのコーディネート機能の強化
- ③ 多職種連携チームによる地域ケア会議の充実
- ④ 医療と福祉・介護の情報共有（ICTツールの活用による個別支援の充実）
- ⑤ 市民に対する意識の啓発

(2) 在宅医療・介護の連携推進のための環境整備

医療的ケアを必要とする要介護者が安心して在宅生活を送るためには、訪問看護をはじめとする医療系の介護サービスや、施設機能を地域において展開するタイプのサービスの充実が重要となります。

本市では、在宅医療・介護の支援体制として、刈谷豊田総合病院高浜分院において訪問看護ステーションが開設されるとともに、施設機能を地域において展開するサービスとして、地域密着型サービスである定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供体制を整えました。

<第7期の展開>

比較的重度の要介護者本人の生活の質の向上と、家族等介護者の負担を軽減するため、訪問看護や機能回復を目指した訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどのサービスについてケアマネジャー等との連携のもと、利用の促進を図っていきます。

また、心身の状況や家族の状況に関わらず、在宅で介護が受けられるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、小規模多機能型居宅介護などの利用を促進するとともに、看護小規模多機能型居宅介護等の整備について需要動向を考慮しながら検討していきます。

4 介護人材の育成と確保

(1) 事業者との連携強化

厚生労働省の推計によれば、団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年には、37.7万人の介護人材の不足が生じると予測しています。

本市においても、多くのサービス提供事業所から「人材確保が困難である」という声があがっており、市民アンケートの結果でも、スタッフの不足によるサービス内容の低下を危惧する意見などもあげられていました。人材の育成や確保については、事業所はもとより、市全体で取り組まなければならない課題と考えます。

<第7期の展開>

本市では、これまで、サービス提供事業者との連携のもと、介護サービスの質の維持向上を図るため、研修の開催や情報共有を行ってきましたが、今後は、サービス提供事業者と意見交換をしながら、人材の育成・確保の取組を進めていきます。そのために、介護保険事業計画策定ワーキングチームを継続し、介護人材育成プロジェクトチーム（仮称）として再編します。

また、介護分野における外国人技能実習生の受入について、制度を活用する事業者と情報を共有しながら、必要な支援を検討していきます。

なお、A I、ロボット等先端技術の活用については、必要な情報を収集し共有化を図っていきます。

(2) 地域介護力底上げに向けた取組

本市では、市社会福祉協議会との連携のもと、小中学校における福祉教育や、ボランティア活動のきっかけづくりなどを進めてきましたが、これまで以上に、市民の福祉現場の理解や実際の活動などを広く周知していくことが必要です。

<第7期の展開>

広く市民に介護について知ってもらう機会をつくり、介護職の魅力をPRすることで、介護職への就職希望者の増加を図ります。また、地域住民が高齢者を支える担い手となるよう広報活動を行うことで、地域介護力の底上げを図ります。

特に、これからの地域社会の担い手である若い世代を対象に、A Iやロボット等先端技術を活用した、ソフト（心）とハード（技術）が相まった魅力ある介護現場の姿を知ってもらうなど、工夫を凝らしたPRを行います。

(3) 潜在的な介護人材の就業支援

市内には、介護福祉士や看護師の資格を保有しながら、結婚や出産などを契機に、介護等の現場から離れた人が多くいます。こうした人たちは、改変する制度や新しい介護技術に関する知識の不足等が不安要因となり、再就職の妨げとなっていることが推測されます。

<第7期の展開>

介護人材育成プロジェクトチーム（仮称）において、離職した介護人材等の実態把握を行い、本市の実情に即した事業所と求職者のマッチング支援、情報提供や研修による技術の維持・向上のサポートの仕組みを検討します。

また、愛知県福祉人材センター（愛知県社会福祉協議会）が実施している離職介護福祉士等届出制度の周知に努めるとともに、潜在的な介護人材（主に有資格者）が、市内の事業所において就業できるよう、愛知県福祉人材センターとの連携を図ります。

(4) 介護の現場における中核的な人材の育成

「きつい」「汚い」「危険」の3Kと表現されることが多い介護の現場ですが、近い将来、介護ロボットの導入等により、介護職員の身体的負担は大幅に軽減されると考えられます。こうした中、今後、必要とされるのは、実務経験があり、これまで習得した知識・技術等を活用し、多様な利用者ニーズに対応できる人材で、組織内において、介護技術の指導や職種間連携のキーパーソンとなる人材です。

<第7期の展開>

介護の現場において、専門性が高く、キーパーソンとなる中核的な人材を育成するため、利用者の能力を引き出す力や観察力等を含む業務遂行力、他職種との連携の力、指導力、マネジメント力などを高める介護人材キャリアアップ研修を実施します。

具体的には、市内の介護サービス提供事業者と連携し、重度の認知症の人への対応等これまで各事業者が蓄積してきた知識や介護技術を、受講者が実践的に学べるような研修内容とします。また、利用者ニーズに的確に応えられる組織（介護チーム）のリーダーの育成を目指し、介護現場におけるマネジメント等が学べる機会をつくります。

(5) 介護事業所の相互交流による取組

各事業所では、職員の専門知識の習得や技術レベルの向上のために、事業所の内外で研修を行っています。これまで、市内事業者合同研修を年 1 回開催していましたが、内容が画一的になってしまったり、事業所・法人ごとに研修内容に差があるなど、市全体のサービスの向上につながっていないのが現状です。

<第 7 期の展開>

研修内容の充実を図るとともに、市内事業所の介護技術・知識の底上げおよび事業所間交流を図ることを目指し、各事業所の行っている研修のうち、市が指定するものを「公開研修」として、市内の他の事業所の職員の受講を可能にし、研修開催の支援をします。

(6) 介護職員等の研修参加支援

サービスの質の向上と、効率的かつ効果的なサービス提供を図るためには、介護職員が、講習会や研修会に参加して、個人的な技術レベルや意識を高める必要があります。しかし、人材不足などを背景に、研修等への参加が困難な状況が多くあるのが現状です。

<第 7 期の展開>

市内サービス提供事業者が協働して質の高いサービスを提供するために、各事業所が負担を感じず、職員が研修に参加する機会を提供できるような仕組みづくりを行います。

5 住環境に関する支援

(1) シルバーハウジングとライフサポートアドバイザー・生活援助員（L S A）の派遣

1人で生活するには不安のある高齢者が地域で自立して安心して生活できる住宅として、段差の解消、手摺の設置、エレベーターの設置、緊急通報システムの設置等、高齢者の特性に配慮したシルバーハウジングが整備されています（県営赤松住宅に20戸、県営葎池住宅には36戸）。シルバーハウジングの入居者に対しては、生活相談や安否確認、緊急時の対応等必要に応じて手助けをする生活援助員（L S A）の派遣を行い、安全かつ快適な在宅生活を維持しています。

<第7期の展開>

シルバーハウジングに居住する高齢者に対し、自立して安全かつ快適な生活を営むことができるようにするため、今後も継続して生活援助員（L S A）を派遣し、生活指導・相談、安否の確認、緊急時の対応等のサービスを提供します。

(2) 養護老人ホーム

養護老人ホームは、環境上の理由や経済的理由により自宅で生活することが困難な高齢者の入所施設で、市内には、養護老人ホーム高浜安立があります。開所より30年が経過し、開所以来の各種設備は、長期間使用しており老朽化が目立つようになり、平成29（2017）年度に社会福祉法人昭徳会が施設の建替えを行い、新たな施設では2人部屋の解消およびバリアフリー化が図られています。なお、入所者については、高齢化が進み、特別養護老人ホーム対象者や要介護認定者が多くを占めており、外部の介護サービスを利用して生活しています。

<第7期の展開>

養護老人ホーム高浜安立との連携を図り、入所者の日常生活の状況の把握に努め、自立した生活のために必要な指導、支援等を行っていきます。

また、平成30（2018）年度からは、入所者の一部を介護保険の特定施設入居者生活介護の対象とし、要介護認定を受けた入所者も介護や日常生活上の支援等を受けながら安心して生活できるようにしていきます。

(3) ケアハウス(軽費老人ホーム)

ケアハウス(軽費老人ホーム)は、居宅での生活に不安があり、家族の援助の得られない虚弱な高齢者に対して、入浴や食事などのサービスを提供することにより、自立した生活を送ることができるように支援するための施設です。現在、市内には2か所あります。

<第7期の展開>

介護保険施設や居住系サービス等の整備により、本市におけるケアハウスのニーズはほぼ充足していると考えられますが、引き続き、需要の動向等を把握していきます。

(4) 高齢者に配慮した住宅等の質の確保

日常生活や介護に不安を抱く1人暮らし高齢者や高齢者世帯等が施設入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、高齢者の生活を支援する良質な高齢者向け住宅が求められています。

市内にも、高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づくサービス付き高齢者向け住宅、住宅型の有料老人ホーム等があります。

<第7期の展開>

支援を必要とする高齢者が安心してサービス付き高齢者向け住宅や住宅型の有料老人ホームに住み続けられるよう、事業者への適切な支援や助言、サービスの質の向上に向けた取組みを推進します。また、サービスの質の確保のため、介護保険サービスにおける第三者評価に準じ、高浜市介護保険審議会において、そのサービス内容等を評価する仕組みを検討します。

(5) 空き家の活用

近年、全国的に、空き家が増加しており、建物の老朽化による倒壊、雑草の繁茂や不法投棄の誘発による公衆衛生の低下、放火や不法侵入による治安の低下といった問題が起こっています。空き家問題は本市も例外ではなく何らかの対策が必要であり、平成29(2017)年度に実態把握を行いました。

<第7期の展開>

今後、高齢者向けの住宅をはじめ、共生型福祉施設、総合事業における住民主体の通いの場など関連施設の整備等に当たっては、空き家の積極的な活用を検討していきます。

(6) ユニバーサルデザインのまちづくりの推進

誰もが安全・安心して快適に生活するためには、ユニバーサルデザインの視点をもったまちづくりを推進していくことが重要です。

本市では、「高浜市居住福祉のまちづくり条例」において、市の責務、事業者の責務として「自ら設置し、又は管理する施設で市民の利用に供するものについて、高齢者及び障がい者等が円滑に利用できるよう整備に努めるものとする。」と規定しています。

<第7期の展開>

法律、条例等を遵守するとともに、今後もユニバーサルデザインの考え方に基づき公共施設等の整備を推進していきます。既存施設の老朽化による設備不良ケースがみられることもあるため、高齢者が安全に利用できるような施設の環境整備について検討します。

6 安全・安心のまちづくりの推進

(1) 避難行動要支援者支援事業の普及

災害対策基本法の一部改正により、市町村に対して、避難行動要支援者の実態把握、未登録者を含む避難行動要支援者名簿の作成義務などの規定が設けられました。本市では、平成25（2013）年度から「避難行動要支援者管理システム」を導入し、住民記録情報、要介護等認定情報、障害程度区分情報、高齢者実態調査情報等、各所属が保有する情報を取り込み、避難行動要支援者情報（避難行動要支援者基本情報、地図情報等）のデータベース化を行っています。また、避難行動要支援者に対し、情報を避難支援等関係者へ提供することについての同意促進を行うとともに、避難行動要支援者名簿（同意者）を避難支援等関係者へ提供しています。

さらに避難行動要支援者の個別計画を順次作成しています。

<第7期の展開>

地震などの災害が発生した時、1人暮らし高齢者や障がいのある人など避難行動要支援者の安否確認や避難支援が円滑にできるよう、今後も、町内会、まちづくり協議会や民生委員などの避難支援等関係者や行政関係機関との協力体制の下、同意方式による登録の働きかけを行い、支援体制を構築していきます。

また、個別計画に関しては、福祉関連事業所の協力を得ながら作成を進めていきます。

(2) 要配慮者に対応した福祉避難所の指定

本市では、福祉施設を運営する6法人と福祉避難所の開設・運営に関する協定を結び、要配慮者が安心して利用できる福祉避難所を13か所指定しています。

<第7期の展開>

要配慮者に対応した福祉避難所については、相談等の必要な生活支援が受けられるなど、安心して避難生活ができる環境を、当該施設に協力を求めながら整えていきます。

(3) 防犯体制の整備

高齢者が被害者となる犯罪が増加しています。また、1人暮らしや高齢者のみの世帯が増加し、地域における防犯機能が低下しているといえます。

<第7期の展開>

地域での声かけ運動、プライバシーに配慮した緊急連絡網の整備・活用などにより地域の安全活動を支援します。また、高齢者が悪質商法等の被害に遭わないように、高齢者本人や家族、地域住民に対して必要な情報を提供していきます。

(4) 交通安全のための啓発事業の拡充

高齢者の交通安全対策として、警察その他関係機関との連携を図りながら、高齢者を対象とした自転車の正しい乗り方、とび出し事故実験、交通講話等の交通安全教室を開催するとともに、夜間反射材や交通安全帽子など交通安全用品の配布等を行い、高齢者に係る交通安全運動を推進しています。

<第7期の展開>

高齢者の交通安全の確保および意識の向上のため、高齢者向けの交通安全教育、交通指導等について、関係機関と連携しながら推進していきます。

(5) 高齢ドライバーの運転免許証自主返納の促進

高齢者にとって自動車は重要な移動手段ですが、近年、高齢ドライバーによる交通事故が全国的に急増しています。

平成 29 (2017)年 5月から加齢に伴う機能の低下により運転に不安を感じている高齢者が運転免許証を自主返納した場合に、交通安全協会が市内商工会加盟店で使用できる金券を渡しています。

<第7期の展開>

運転免許証の自主返納に関する啓発や情報提供等も行っています。また、運転免許証返納者に対し、健康自生地の活用等によって歩くことを奨励するとともに、送迎にかかる支援策も検討していきます。

Ⅱ 自助と互助、参加と支え合いによる健康のまちづくり

～健康づくり・介護予防と生活支援の推進による地域の活性化～

市民アンケート結果によると、健康に不安を抱えている人が多数おり、生活習慣病などにより医療機関に受診している人も多くいます。一方、健康づくりや介護予防への関心は高まってきており、要介護認定者以外の高齢者の健康づくり活動への参加意向は40%を超えています。しかし、この意識が必ずしも行動や活動につながっていないのが現状です。

高齢者をはじめすべての市民が主体的に健康づくりに取り組めるよう、本市独自の資源である「健康自生地」を核にして環境を整えていきます。また、生活機能の低下してきた高齢者に対しては、積極的な関与により、機能回復を図ります。そして、再び地域で活動できるよう、通いの場などの居場所を住民主体で整備できるよう支援していきます。また、まちづくり協議会をはじめ、本市がこれまでまちづくりを通じて培ってきた地域資源との連携を強化し、介護予防や生活支援の提供にかかる担い手として活動してもらえるよう協働の体制づくりを進めていきます。

自助と共助による福祉の力で、まちに潤いを与え、まち自体が「健康」になることを目指します。

1 多様な健康づくりの推進

(1) たかはま健康チャレンジ事業の実施

高浜市では、高齢者の社会参加と健康づくりの動機付けとなるよう、市が認定した「福祉ボランティア活動」やチャレンジ目標を決めた「健康づくり活動」に、高齢者が参加することによって、その活動状況に応じてポイントが付与され、1年間の活動を通して貯めたポイントを、商品券をはじめとする希望商品に交換することができる「いきいき健康マイレージ事業」を実施してきました。

平成29（2017）年度からは、この制度を見直し、「健康づくり活動」については、愛知県の「あいち健康マイレージ事業」との協働事業「たかはま健康チャレンジ事業」として実施しています。

<第7期の展開>

運動・食事などの日頃の生活改善に向けた取組、各種健康診査の受診、健康教室等への参加、ボランティア活動をはじめとする社会参加など、健康づくりに関する取組がマイレージ（ポイント）として目に見える形で示され、協力店で使用できる優待カードが交付される「たかはま健康チャレンジ事業」を推進し、高齢者のみならず、若いうちから主体的に健康づくりに取組める環境を整えていきます。

(2) 特定健康診査・特定保健指導

40～74歳までの住民で、国民健康保険に加入している人を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者および予備群が減少することを目的に、身体計測、血圧、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、尿検査などを内容とした特定健康診査を実施しています。この結果、メタボリックシンドローム発生のリスクの高い人には生活習慣改善のための特定保健指導を行っています。

また、75歳以上の後期高齢者医療保険加入者を対象に、後期高齢者健康診査も実施しています。

<第7期の展開>

要支援・要介護状態になるリスクが高くなる、脳梗塞や心筋梗塞の危険因子となるメタボリックシンドロームの予防を目的に、特定健康診査および特定保健指導並びに後期高齢者健康診査を継続して実施します。

(3) 各種健（検）診

一般住民健康診査（40歳まで）、総合検診、成人ドック、肺検診、胃検診、大腸検診、乳房検診、子宮（頸部）検診、前立腺がん検診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診、成人歯科検診など、各種健（検）診を市内医療機関にて実施しています。

<第7期の展開>

高齢者をはじめ市民の生涯を通じた健康保持・増進を支援するため、今後も継続して実施します。なお、できるだけ多くの人に受診してもらえるよう健（検）診の周知、受診勧奨をするとともに、保健指導を充実します。

(4) 健康についての相談

いきいき広場の窓口および電話において、心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導および助言を行っています（なんでも相談）。また、管理栄養士による栄養相談を予約制で行っています。

<第7期の展開>

本市では、糖尿病、高血圧症の人の割合が高くなっています。特に、糖尿病の重症化が問題となっており、要支援・要介護状態になる原因とならないよう、高血圧症や脂質異常などの生活習慣病予防と合わせた、栄養、運動等、日常生活における生活習慣改善についての助言・指導を行うとともに、健康についての最新情報が提供できるよう努めます。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

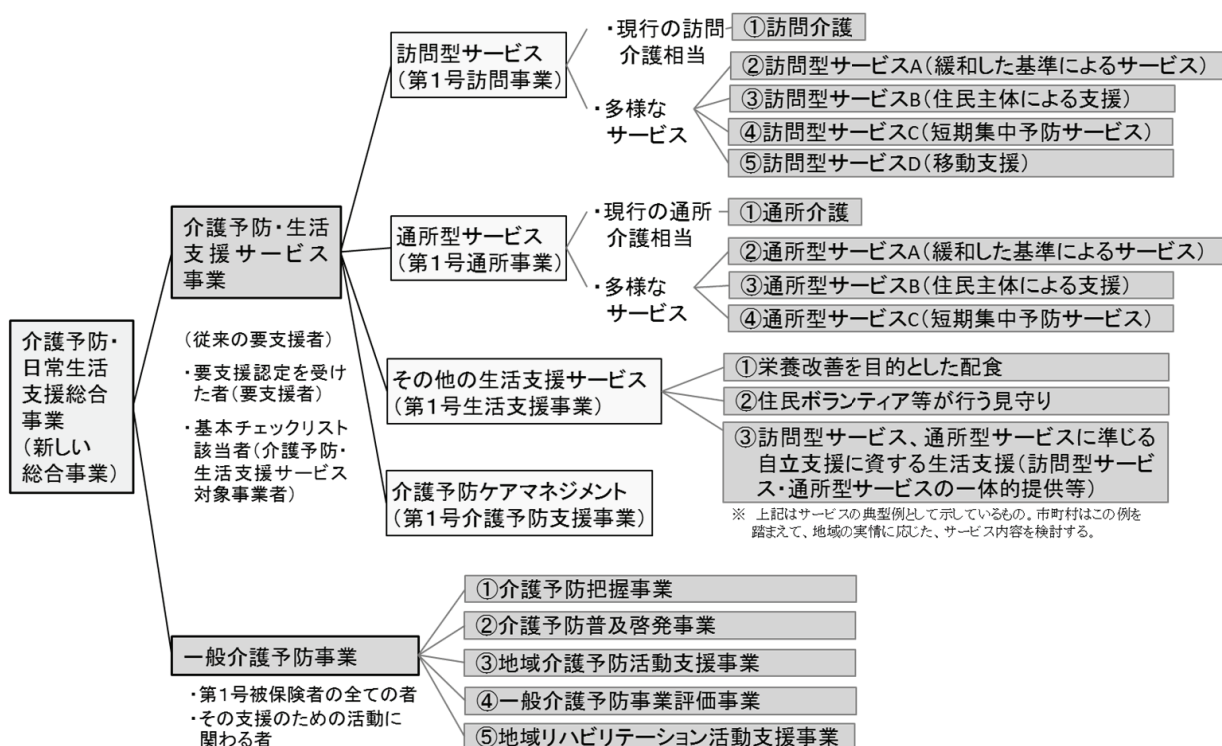
平成26（2014）年6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）により、介護保険法が改正され、地域支援事業の見直しが行われました。

これにより、本市は、平成27（2015）年4月から「介護予防・日常生活支援総合事業」を開始しました。

要支援者に対する介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、全国一律の基準に基づくサービスから、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組による総合事業に位置づけられました。また、これまでの二次予防事業などの介護予防事業も総合事業に再編されました。

総合事業は、訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、運動教室等の「一般介護予防事業」で構成されています。「一般介護予防事業」はすべての高齢者が対象となり、「介護予防・生活支援サービス事業」は、基本チェックリストにより事業対象者に該当した人で、介護予防ケアマネジメントを受けた人（介護予防・生活支援サービス事業対象者）が対象となります。

【厚生労働省が示す総合事業のサービス体系】



(2) 本市における事業の展開

本市では、地域包括ケアシステムの構築に向け、介護予防の充実に力を注ぎ、さまざまな事業を展開してきました。「生涯現役のまちづくり事業」をはじめ、これまで培ってきた事業やサービスから、総合事業をスタートするための地域資源は整っていると判断し、現にあるものを最大限に活用するといった視点で検討を進めました。総合事業の実施に向け、最初のステップとして行ったのは、庁内体制（福祉部）の構築であり、平成 26（2014）年 7 月、介護保険・障がいグループを中心に、地域包括支援センター、保健福祉グループ、高浜市社会福祉協議会等の職員により、予防プランのチェックや地域資源の整理・確認を行い、高浜市としての総合事業の方向性について検討しました。

その結果、「介護予防・生活支援サービス事業」については、現行相当サービス、緩和した基準によるサービスに加え、これまで二次予防事業として取り組んできた事業をそれぞれ位置づけることとしました。

また、「一般介護予防事業」についても同様に、これまで取り組んできた介護予防拠点施設での活動と「生涯現役のまちづくり事業」を地域介護予防活動支援事業に位置づけるとともに、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業を実施しています。

(3) 介護予防・生活支援サービス事業

新制度への円滑な移行を最優先とし、既存の介護事業所による現行サービスに加え、総合事業の実施に積極的な事業所と調整を図りながらスタート時に実施するサービス内容や費用（通所型サービスA）を検討しました。また、これまで二次予防事業で実施していた事業（通所型サービスC）については、総合事業に見合うように実施方法などを一部改めました。

① 訪問型サービス

介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供する訪問型サービスについては、平成 27（2015）年度は介護予防訪問介護相当サービスを実施し、平成 28（2016）年度からは、介護予防訪問介護の基準を緩和した緩和型の訪問型サービス A（家事援助）を実施しています。

○本市における訪問型サービスの類型

区 分	サービス内容等	実施方法	事業所数
訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）	・身体介護（入浴介助等） ・家事援助（掃除、洗濯、買い物等）	・指定	5か所
訪問型サービスA（緩和型）	・家事援助（掃除、洗濯、買い物等）	・委託（シルバー人材センター）	1か所

<第7期の展開>

対象者の自立と状態の重度化防止を前提に、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。また、従来のサービスの形態にとらわれず、利用者のニーズや効果等を勘案し、地域の実態に即したサービスを創出していきます。

提供主体については、「支え合い・お手伝いサポーター」の養成講座を開催し、人材育成・確保を図るとともに、ボランティア、NPO等、住民主体の提供体制を整え、柔軟で多様な形態のサービスで対応できるようにしていきます。

② 通所型サービス

介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、機能訓練や集いの場などの支援を提供する通所型サービスについては、平成27（2015）年度は、介護予防通所介護相当サービスおよび介護予防通所介護の基準を緩和した緩和型の通所型サービスA並びに専門職等による短期集中予防型の通所型サービスCを実施しました。

○本市における通所型サービスの類型

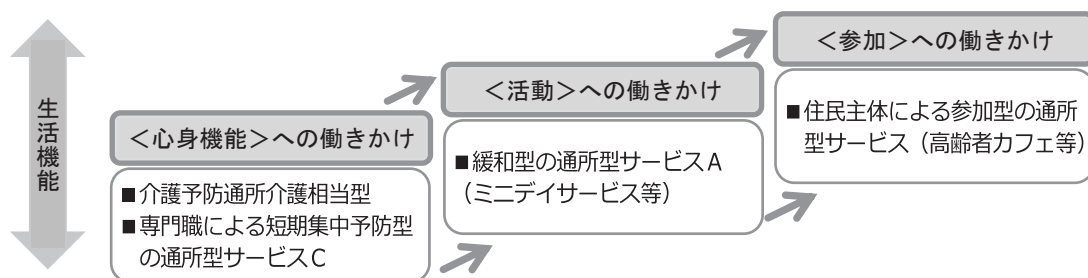
区 分	サービス内容等	実施方法	事業所数
通所型サービス（介護予防通所介護相当）	・生活機能向上のための機能訓練等	・指定	7か所
通所型サービスA（緩和型）	・運動、レクリエーション等	・指定	7か所
通所型サービスC [気軽に体操教室]	・生活機能を改善するための運動器の機能の向上を目的とした教室	・市直営	—

<第7期の展開>

対象者の自立と状態の重度化防止を前提に、機能訓練や集いの場などの支援を提供します。対象者の状況に応じ、生活機能が低下している場合は、介護予防通所介護相当や専門職による短期集中予防型の通所型サービスCにおいて、短期集中的に機能訓練を行い、機能の向上にしたいが、ミニデイサービスなど緩和型の通所型サービスA、または高齢者カフェなど住民主体による参加型の通所型サービス（通いの場）へと移行するよう生活機能の段階によってサービスを提供していきます。

住民主体の通いの場の創出にあたっては、まちづくり協議会や、生涯現役のまちづくり事業などを通じて創出してきた「健康自生地」など多くの地域資源を、担い手として位置づけ、その活動を支援していきます。

【通所型サービスによるリハビリテーションのイメージ】



③ 介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス事業の対象となるのは、要支援認定を受けた人と要支援又は要介護の状態になるおそれのある高齢者です。要支援認定を受けた人以外の対象者については、基本チェックリストによる問診を行い、「生活機能の低下の可能性あり」と判定され、介護予防への取組が必要な人を対象とします。介護予防ケアマネジメントについては、平成27（2015）年度から地域包括支援センターにおいて実施しています。

<第7期の展開>

「虚弱」高齢者の重症化を防止し、要介護状態とならないよう、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービスその他の適切な事業が包括的・効率的に提供されるよう地域包括支援センターを中心に専門的な視点から援助を行います。

(4) 生活支援コーディネーターおよび協議体の設置

生活支援・介護予防サービスの体制整備にあたっては、市が中心となって、高齢者をはじめ、地域住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO法人、社会福祉法人、市社会福祉協議会、まちづくり協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体によるサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要があります。

そこで、市全体の事業展開の方向性を検討するために、福祉部内に「たかはま版地域包括ケアシステムのあり方検討会」を設置し、多様な主体による取組みのコーディネートを担う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置や担当範囲、提供主体等の情報共有・連携強化を図るための協議体のあり方等を検討しました。

平成 29（2017）年度から、市社会福祉協議会に生活支援体制整備事業を委託し、生活支援コーディネーター（1人）を配置し、地域における生活支援等の提供体制の整備に向けた取組みを進めています。

<第7期の展開>

生活支援コーディネーターと協議体は、本市における高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たすことが求められます。

下記のように多くの機能が求められていますが、まずは、生活支援コーディネーターが、まちづくり協議会など多様な主体と連携しながら、小学校区ごとに集いの場（協議体）を設置し、地域の課題解決に向けた取組みを進めていきます。また、生活支援の担い手の養成やサービス開発に取り組むとともに、住民主体の通いの場の実施・運営にかかる調整等を行っていきます。

<コーディネーターと協議体によるコーディネート機能>

・資源開発

- 地域に不足するサービスの創出
- サービスの担い手の養成
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

・ネットワーク構築

- 関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

・ニーズと取組のマッチング

- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

(5) 一般介護予防事業

本市では、従来、一次予防事業または二次予防事業として実施していた介護予防事業を、再編し本事業として実施しています。

また、介護予防の対象の実態把握については、「いきいき広場」に寄せられた相談事例を、福祉まるごと相談グループで集約し、共有することにより、早期に対応・介入し、必要な介護予防や生活支援につないでいます。また、シルバー人材センターに独居高齢者見守り実態把握事業を委託し実施しています。

<第7期の展開>

① 介護予防把握事業

本人、家族等からの相談、民生委員等地域住民からの情報提供、要介護認定の状況などの情報等を活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する人を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげます。

② 介護予防普及啓発事業

運動機能の向上等の住民主体の介護予防活動の取組みが行えるよう、各教室等を通じて普及啓発に取り組みます。

〔介護予防普及啓発事業の類型〕

事業	内容
お達者健康教室	血圧測定、健康教育、健康相談等を実施します。
生きがい教室	健康相談、健康体操「みんなの体操」等を実施するとともに、年1回、集団健康教育を実施します。
宅老所健康相談 (お元気かい)	宅老所利用者を対象に、健康相談、血圧測定、レクリエーション等を実施します。

③ 一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業の効果等についての検証に基づき事業評価を行います。

④ 地域介護予防活動支援事業

本市では、健康な高齢者を対象としたポピュレーションアプローチ[※]である介護予防拠点施設における取組みや、市内にある施設や商店など、元気で健康になれる居場所「健康自生地」を活用した健康づくり事業である「生涯現役のまちづくり事業」を本事業に再編しました。これらの事業を通じ、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

※ポピュレーションアプローチ：リスクの高い人だけではなく、集団全体に働きかけを行い、集団全体の健康状態を向上させるという考え方

〔地域介護予防活動支援事業の類型〕

区 分	内 容
宅老所、ふれあいサロン	一時的に見守りの必要な高齢者等を地域で見守りながら、一緒に話や食事をする事で高齢者の精神的サポートを行うとともに、保健師による認知症予防講座をはじめとした各種健康教育や健康相談を実施しています。 ・市内5か所
ものづくり工房あかおにどん	高齢者や障がい者等が使用する日常的な生活用具の改良、製作をする福祉用具・暮らしの道具コーナー、自由工作コーナーがあり、高齢者が持つものづくりの技術等を活かし、木工を中心としたものづくり体験をサポートしています。
IT工房くりっく	ITに関する利用者のニーズや操作状況等に応じたアドバイスや指導、インターネットやメールをはじめとした初心者でも気軽に参加できる講座の開催等を、パソコンに興味のある高齢者等がサポートしています。
サロン赤窯	高浜市指定有形民俗文化財「塩焼瓦窯」（通称：赤窯）をはじめ高浜市の郷土について、高齢者によるガイドボランティアが紹介しています。
全世代楽習館	さまざまなアクティビティ（手打ちそば、茶道等の趣味的創作活動）を中心とした講座等を高齢者が開催しています。
生涯現役のまちづくり事業（健康自生地）	高齢者が市内各所の社会資源（健康自生地）を動き、回って、いきいきと活動することにより、介護予防、健康増進および地域の活性化につながると考え、公的な社会資源だけではなく、地元の商店、スポーツクラブ、市民団体（地域）といった民間の社会資源も活用し、独自の介護予防プログラムを実践します。

(6) 介護予防プログラム開発に向けた取組

高齢者数の増加に伴い、軽度要支援の人（総合事業対象者を含む。）が急増することが見込まれています。今後は、高齢者自らが望む地域生活を実現するために、ケアプランを自分で作成することも必要になってくることが予想されます。また、市内には「健康自生地」などの社会資源は増えてきましたが、今後は、これらの拠点を活用した介護予防の仕組みづくりが必要です。

<第7期の展開>

サービス利用者が、ケアプランの自己作成を容易にできるよう、フローチャートを作成し、自立に向けた介護予防プログラムを開発します。

また、本人の状態に合わせたサービスを多職種が連携して提供し、健康自生地を活用した住民の支え合い活動を推進します。

3 在宅生活支援の充実

(1) 配食サービス事業

在宅で食事の調理が困難な1人暮らし高齢者等に対して、定期的に居宅に訪問して栄養のバランスのとれた食事（夕食）を提供することで、安否確認と食の自立支援を行う配食サービスを実施しています。

<第7期の展開>

1人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の人の見守り、食事の確保をすることで、在宅生活を維持していくための、配食サービス事業を継続して実施します。申請時のアセスメントを的確に行い、自立支援の観点から適正にサービスを提供していきます。

また、利用者のニーズと民間の配食事業者の動向を考慮し、総合事業における生活支援サービスへの組み入れを検討します。

(2) 高齢者日常生活用具給付事業

日常生活を送るのに支障がある1人暮らし高齢者等を対象に、電磁調理器・自動消火器・火災警報機を給付または貸与しています。

<第7期の展開>

今後、増加が予測される1人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の日常生活を容易にするとともに、安全な生活を確保するために、高齢者日常生活用具給付事業を継続して実施します。

(3) 家具転倒防止器具取付事業

1人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の住居に、地震発生時の家具転倒による事故を防止するため、転倒防止器具の取り付けを行っています。

<第7期の展開>

1人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の地震発生時における安全を確保するため、家具転倒防止器具取付事業を継続して実施します。

(4) 緊急通報システム運営事業

1人暮らし高齢者などで、疾病など身体上の理由により日常生活に不安のある人の、緊急事態における安全を確保するため、緊急通報装置を貸与しています。

<第7期の展開>

1人暮らし高齢者等の急病・火災等の緊急時に迅速に対処するため、緊急通報システム運営事業を継続して実施します。1人暮らし高齢者の増加に伴いサービスの必要度は高くなっており、日常生活の安全確保と不安解消のため設置を促進します。

(5) 家族介護者支援の充実

第7期介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画のための市民アンケート結果によると、家族介護者にとって「認知症状への対応」や「夜間の排泄」が大きな介護不安となっています。このような介護者の精神的・肉体的負担を軽減することで、在宅介護を希望する本人や家族が、施設を選択することなく在宅での介護を継続することができます。こうした介護者のレスパイトケア（息抜き）には、「通い」や「宿泊」を内容とした介護保険サービスが有効です。

<第7期の展開>

家族介護者の高齢化も視野に入れ、介護者の負担軽減を図るため、通所介護など通所系のサービス、短期入所サービスおよび両者を組み合わせた小規模多機能型居宅介護等の利用を促進します。また、仕事をしている介護者が、働きながら介護を継続できるよう、介護支援専門員の協力のもと、介護者の多様な就労状況や家庭環境に対応した柔軟なサービス提供体制を検討していきます。

加えて、地域包括支援センターが中心となり、市内の事業所などの協力を得て、自主的な家族介護者の集いやグループづくりを支援します。介護の悩みを話す場を設けることにより、介護者の孤立化を防ぐとともに、介護に関する正しい情報を提供することで、間違った対応や偏見を無くし、虐待を未然に防ぎます。

Ⅲ 生涯現役、いつまでも健康で

いきいきと暮らせるまちづくり

～生涯現役のまちづくりの推進～

市民アンケートの結果では、生きがいについて、家族とのふれあい、友人との交流、趣味活動と並んで働くことが重要な位置づけとなっています。高齢者が自身の存在価値を実感できる場や機会の創出が求められており、地域において高齢者が長い時間をかけて培ってきた経験や知識を活かした活動を展開できるような支援が重要となります。こうした活動は高齢者個人の心身両面における健康の保持に有効であり、ひいては近隣の住民との結びつきを強め、地域全体の活性化につながるものと考えられます。また、住民が主体的に企画・運営する健康づくりや趣味のグループ活動への参加意向は高く、特に男性のニーズが高くなっており、男性の生きがい活動の支援に重点を置くことが必要です。

高齢者は支えられる存在ではなく、高齢者が地域を支えるもしくは高齢者同士で支え合うという視点で、高齢者を、地域を担う重要なマンパワーとして位置づけ、その活動を積極的に支援するとともに、団塊の世代の特に男性の地域における活動の場づくりを推進します。

1 「健康自生地」を活用した健康・生きがい・まちづくりの推進

(1) 生涯現役のまちづくり事業の推進・発展

高齢者が市内各所の社会資源（健康自生地）を動き、回って、いきいきと活動することにより、介護予防、健康増進が図られ、地域の活性化につながる事業として、平成23（2011）年度から「生涯現役のまちづくり事業」の調査研究を始め、平成25（2013）年度から事業展開しています。公的（フォーマル）な社会資源だけではなく、地元の商店、スポーツクラブ、市民団体（地域）といった民間（インフォーマル）の社会資源も活用し、独自の介護予防プログラムを実践します。

平成28（2016）年からは、国立長寿医療研究センターとの協働で、活動量計「ホコタッチ」を活用した効果測定を行っています。

平成28（2016）年度末現在、健康自生地は95か所あります。

<第7期の展開>

高齢者が気軽に出かけられ、地域の人と交流できる健康自生地を、今後も市内全域に創出します。また、より介護予防、認知症予防につなげていくために、健康自生地で気軽にできる脳トレ（パズル、ぬり絵、数独、漢字検定など）を広めていきます。

加えて、健康自生地へ出かけて活動する高齢者のうち、元気な高齢者に対しては、活動に参加するだけでなく、その担い手として活躍してもらうよう働きかけや仕組みづくりを行っていきます。

さらに、一般介護予防事業としての健康自生地の取組みに加え、介護予防・生活支援サービス事業の通いの場の創出についても検討していきます。

(2) 健康自生地の周知

高齢者が健康自生地で活動する「生涯現役のまちづくり事業」については、できるだけ多くの高齢者に参加してもらえるよう、情報誌「でいでーる」の発行や、ホームページによる情報提供、メールマガジンの定期的な配信を行いました。しかし、市民アンケートの結果では、高齢者の33.1%が健康自生地を活用した介護予防の取組について「知らない」と回答しており、今後、さらなる周知を図る必要があります。

<第7期の展開>

引き続き、情報誌をはじめさまざまな媒体を用いて周知を図るとともに、「健康自生地マップ」の作成や、モデルコースの紹介、健康自生地の体験・PRイベントの実施など、健康自生地へ出かけるきっかけづくりを行います。

2 生きがい活動の推進

(1) 生きがいづくりのための支援

高齢者が、これまで培ってきた知識や技術を活かした活動を通じて、地域交流ができる介護予防拠点施設（宅老所、IT工房くりっく、ものづくり工房あかおにどん、サロン赤窯、全世代楽習館）には、多くの高齢者が参加しています。また、これらの管理運営についても、高齢者自身が主体的に関わっています。

平成27（2015）年度から総合事業の一般介護予防事業として位置づけました。

<第7期の展開>

介護予防拠点施設はもとより、高齢者自身が、その企画運営に関わりながら、積極的に参加できる活動の場づくりを進めていきます。

また、定年退職前後の人をターゲットに、地域の活動・居場所や担い手として活躍できる機会・場所等に関する情報を提供していきます。

(2) 世代間交流の推進

地域には、たくさんの歴史・文化・産業・人などの資源が存在していますが、その価値を理解し、活用できる豊かな感性・生きる力をもった子どもを育てていく地域の力を、本市の「生涯学習基本構想」では「地域力」と捉えています。この「地域力」を蓄えていくため、全ての世代が「学び」を投げかけ・働きかけ・受け止めることのできる循環をつくりあげていかなければなりません。この循環の中で子どもに語りかける大人とは、子どもの親世代に限定されるのではなく祖父母世代であり、また地域の高齢者でもあります。

具体的には、「たかはま夢・未来塾」で、高齢者が講師となり、小中学生向けの講座を行っています。

<第7期の展開>

高齢者、若い世代と子どもたちの交流の機会において、それぞれの持つ知識・経験が交換され、相互に理解し合うことができ、異なる世代との「つながり」が形成されます。この「つながり」を個人から地域に、そして市全体に広げていくことが「大家族たかはま」への第一歩であり、「学びの循環」の基礎となるため、世代間交流を一層推進していきます。

(3) いきいきクラブ（老人クラブ）の活動への支援

いきいきクラブ（老人クラブ）は、高齢者の日常生活の場である地域社会を基盤とする自主的な組織です。現在、市内には17のクラブがあります。各町内会に概ね1つのいきいきクラブが設置されています。

その活動は、仲間づくりを通じた生きがいや健康づくりなど生活を豊かにするレクリエーション活動をはじめ、知識や経験を活かして、地域を豊かにする社会活動などです。

<第7期の展開>

高齢者の生きがいづくりの場として、いきいきクラブへの加入を促進します。また、高齢者の多様な価値観に対応できるように、魅力的で社会的貢献度が高い活動、特技・技能を生かした活動を展開するよう情報提供等の支援を行うとともに、市や市社会福祉協議会が地域で展開していく事業等への協力を要請していきます。

3 就労の促進

(1) 高齢者の就労・雇用支援

就労は、高齢者にとって、収入を得るだけでなく、生きがいとしても重要です。「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」では、60歳定年を定めている事業主に対し、定年の引上げ等の措置を求めています。実際には60歳定年の事業所は数多くあるのが現状です。

<第7期の展開>

高齢者の就労・雇用促進については、関係機関との連携を強化するとともに、企業に対しては、各種助成制度の情報を提供することにより、高齢者の継続雇用等を働きかけていきます。

また、労働という形で高齢者がこれまで培ってきた能力を発揮し対価を得られるよう、企業をはじめNPO法人などに対し、高齢者の雇用を促していきます。

(2) シルバー人材センターとの連携

高齢者が就業を通して自己の労働能力を活かし、生きがいをもって社会参加ができるよう、公益社団法人高浜市シルバー人材センターが設立されています。就業を希望する60歳以上の高年齢者が会員となって、発注者からの依頼により、経理事務や軽作業に従事しています。

<第7期の展開>

団塊世代による定年退職者の増加とともに、シルバー人材センターの果たす役割がますます重要となっています。今後さらに高齢者の就業機会を増加させるため、シルバー人材センター自らが事業の開拓、充実する必要があると、市としても支援をしていきます。

また、引き続き、総合事業の訪問型サービスの担い手として協力を求めています。

Ⅳ ならない・させない・諦めない、認知症予防のまちづくり

～認知症の予防と支援の推進～

認知症の高齢者は加速度的に増えています。厚生労働省は、認知症高齢者が今後も増え続けると予測し、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、平成24（2012）年に「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）を策定しました。当時想定していた平成37（2025）年における認知症高齢者数は470万人でしたが、高齢化の進展に伴い、認知症の人は更に増加し、新たな推計では700万人前後、高齢者の5人に1人になることが明らかになりました。認知症の人を単に支えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、ともにより良く生活することができるよう環境を整えていくことが必要となってきました。そこで、平成27（2015）年1月にオレンジプランを改め「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）を策定し、平成29（2017）年度末までの数値目標が示されました。そして、平成29（2017）年7月、その数値目標を平成32（2020）年度末までに更新する見直しが行われました。

本市においても、国の動向に対応しながら、認知症サポーターの養成はもとより、「たかしま版認知症ケアパス」の作成、認知症サポート医の養成、認知症地域支援推進員の配置、認知症初期集中支援チームの活動推進など積極的に進めてきました。

また、本市独自の取り組みとして、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターとの共同研究による認知症予防のためのポピュレーションアプローチの構築に向けた取組を進めてきました。

今後も、認知症支援のための対策を推進するとともに、市民が「健康」な状態を保ち、認知症にならないための予防策を積極的に推進していきます。

1 認知症予防の推進

認知症の予防法や治療法の研究が進んでいますが、認知症の主な原因疾患であるアルツハイマー病や脳血管疾患の根治療法は確立されていないのが現状です。そのため、認知症の予防または発症を遅らせるための取組みが認知症対策として重要な役割を担います。本市では、平成26（2014）年度から国立研究開発法人国立長寿医療研究センターと共同で認知症予防、そして、認知症にならないまちづくりの取組みを開始しました。具体的には、高齢者の認知症リスクを早期に発見するための「脳とからだの健康チェック」を実施し、平成27（2015）年9月から平成28（2016）年6月までに60歳以上の市民、4千人以上の参加を得ました。

<第7期の展開>

認知症予防の取組みを、引き続き国立研究開発法人国立長寿医療研究センターと共同で実施します。

タブレット端末を用いた検査などにより認知機能検査をし、運動プログラムを実施することにより、軽度認知障害（MCI）の状態から認知症になることを予防するための効果的な活動方法の探索、検証をします。さらに、閉じこもりが認知症のリスクを高めることから、軽度認知障害（MCI）や外出頻度の低い高齢者を対象に、健康自生地へ連れ出す取組みを実施していきます。

また、軽度認知症から認知症になることを予防するためのプログラムを開発することを目指します。

2 認知症支援体制の構築

(1) 認知症支援対策の推進

認知症になっても、できる限り住み慣れた地域で、地域住民の見守り・支援のもと、その残存能力を活かして生活していけることが理想的です。これまで、本市においては、グループホーム、宅老所、新型ケアハウス、地域密着型小規模多機能型居宅介護のサービス基盤を計画的に進めてきました。

認知症の早期発見に関しては、平成25（2013）年度から認知症初期集中支援チームを立ち上げるとともに、医師会の協力のもと認知症サポート医の養成を進めています。

平成27（2015）年度には「認知症サポートブック～高浜市認知症ケアパス～」を作成し医療機関や相談窓口に設置しました。また、平成28（2016）年には、関係機関をつなぐコーディネーターである認知症地域支援推進員を配置し、平成29（2017）年現在、2人を配置しています。

<第7期の展開>

① 認知症地域支援推進員

医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐコーディネーターである認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療、介護、生活支援のネットワークを強化していきます。

具体的には、新たな認知症カフェの立ち上げ支援や、認知症初期集中支援チームへ参加し、地域で収集した情報をもとに個別の支援につなげていきます。

② 認知症ケアパスの推進

国の「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」に基づき、認知症の症状に応じた適切なサービス提供の流れ（たかはま版認知症ケアパス）を作成しました。認知症ケアパスとは、認知症を発症したときから生活する上でさまざまな支障が出てくる中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいかを標準的に示すものです。

認知症カフェにパンフレットを設置するなど認知症ケアパスの普及に努めるとともに、一般の市民をはじめ民生委員・児童委員など地域の見守りに携わる人等を対象とした講演会や研修会を開催していきます。

③ 認知症初期集中支援チームの充実

認知症初期集中支援チームにより、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、地域において自立した生活が送れるよう必要な医療・介護サービスへつなげていきます。また、認知症サポート医の養成により、医療面から認知症へのアプローチを進めていきます。

(2) 認知症サポーターの養成と活動の場づくり

「認知症サポーター」とは、認知症サポーター養成講座を受け、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り応援するボランティアです。認知症を理解する視点や考え方、早期の気づきのポイントを普及させることは、認知症に対する地域の受容力を高め、認知症の人が暮らしやすい地域づくりにつながります。平成29（2017）年6月末現在、本市には認知症サポーター（講師役となるキャラバン・メイトを含む）が6,915人、総人口に占める割合は14.8%、県内では4位となっています。

また、児童・学生も応援者となれるよう、教育現場の協力のもと、小学生や高校生を対象にした養成講座を開催するとともに、サポーターの証としてオレンジリングに加え、本市独自の缶バッジを作成し配布しています。

認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトの活動を推進するため、平成23（2011）年度に「キャラバン・メイト連絡協議会」を設置しました。以後毎年2回協議会を開催し、今後の認知症サポーター養成講座の在り方を検討しています。また、キャラバン・メイトを小学校区単位および企業担当として6グループに編成し、各グループの市民キャラバン・メイトが中心となり「認知症サポーター養成講座」を開催しています。

<第7期の展開>

今後も、認知症サポーターを養成するとともに、認知症サポーターの活動の場づくりのため、小学校区単位のキャラバン・メイトグループと行政が協働し、認知症サポーターの組織化に取り組んでいきます。

(3) 認知症高齢者と家族の居場所づくり

国の新オレンジプランにおいて「認知症カフェ」の普及が目標として掲げられていま

す。「認知症カフェ」の定義は「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場」とされており、将来的には認知症ケアの中で大きな役割を担うものであると考えられます。

本市では、昭和で元気になる会が認知症カフェ「昭和で元気になるカフェ」、市社会福祉協議会が「よってこカフェ」を開催しており、地域包括支援センターの職員が、それぞれスタッフとして参加しています。

<第7期の展開>

既存の認知症カフェの運営を支援するとともに、新たな認知症カフェの立ち上げを支援し、認知症の人と家族、地域住民、専門職等が気軽に集まり、交流できる集いの場の創設を、地域において住民主体で展開できるよう、関係機関と協議していきます。

(4) 徘徊高齢者の安全確保

認知症高齢者の見守り事業として、GPSを利用した通信端末を貸与して、行方がわからなくなった場合に早期に居場所を把握することで、徘徊高齢者の安全確保と家族の介護負担軽減を図っています。また、平成23(2011)年度から、市内の新聞販売店と郵便事業者の協力のもと、新聞配達時の異変や、配達途中において道に迷っている等の高齢者の情報を地域包括支援センターに通報してもらうネットワークの構築を図っています。加えて、平成25(2013)年2月からは、市内金融機関全店舗に対して、認知症など気がかりな高齢者などの情報提供の協力を依頼しており、重層的な見守りができるよう努めています。

平成27(2015)年8月からは、捜索協力者(サポーター)へのメール配信により捜索協力してもらう高齢者見守りSOSネットワーク事業を開始し、市民に対し、サポーター登録への協力を要請しています。

<第7期の展開>

① 徘徊高齢者探知サービスの普及

今後、認知症高齢者の増加にしたいがい、本サービスの潜在的なニーズは高くなると考えられます。サービスを必要とする人が利用できるようPRに努め、認知症の人を介護する家族を支援していきます。

② 徘徊高齢者見守りネットワークの充実

認知症の人と家族が安心して地域で暮らせるよう、地域の資源を最大限に活用して

<人の目>による重層的な見守りのネットワークを、まちづくり協議会と協力し、拡充していきます。また、ネットワークを構成する人の認知症に対する認識が高まるよう、情報提供や研修等を実施していきます。

③ 高齢者見守りSOSネットワーク事業への協力要請

認知症の人が行方不明になった時の早期発見や保護に協力する検索協力者(サポーター)の登録について、さまざまな機会を活用して要請していきます。

3 高齢者の権利擁護の推進

(1) 権利擁護支援センターの充実

本市では、要援護者の状態別、ニーズ別に担当部署が異なり、権利擁護全体に対するシステムが構築されていない状況にありました。また、対応困難なケースも増えており、権利擁護全体のマネジメント機能を担い、専門的支援機関としての役割を持ち、関係機関との調整を行う権利擁護システムが必要となってきました。こうした背景のもと、支援が必要な人に支援が確実に届くように、生活から重要な財産行為までの相談・支援機能と権利擁護に関する関係者のネットワークの強化、市民後見人・生活支援員の養成と活動支援など、地域における総合的な権利擁護体制の構築を推進するため、平成 26（2014）年度に権利擁護支援センターを設置しました。

〔運 営〕市社会福祉協議会に委託

〔業務内容〕・スーパーバイズ機能を担うスタッフの配置・育成

- ・弁護士会、司法書士会、社会福祉士会などの関係機関とのネットワーク強化
- ・生活支援員養成講座の開催、生活支援員への登録促進および活動支援の実施
- ・権利擁護に関する市民向けシンポジウムの開催
- ・家族後見人への支援策の検討

<第7期の展開>

権利擁護支援センターを拠点に、権利擁護に関する各種事業を実施することによって、判断能力が不十分な人への生活支援員による地域生活支援、成年後見の市長申立、法人後見支援、市民後見人養成や活動支援など、権利擁護に関する課題を一元的に捉えて、解決します。

また、権利擁護を必要とする人に、権利擁護支援センターを活用してもらえるよう、事例の発信（見える化）を行うとともに、チラシを作成し、医療機関等に設置するなど周知に努めます。

(2) 虐待防止ネットワークの推進

高齢者虐待防止法に対応し、本市では平成 18（2006）年 4 月より要保護者対策地域協議会を設置し、児童および高齢者虐待の早期発見、適切な保護に努めてきました。

近年、認知症の高齢者への虐待も増えていることから、虐待をうけている高齢者の生

命、身体、財産を保護し安全で安心な生活を再構築するための積極的介入支援が必要と
なってきました。

現在、「高齢者虐待対応マニュアル」を作成し、地域包括支援センターが中心となり、
虐待対応協力機関と連携し、必要な援助を行っています。

<第7期の展開>

今後は、「虐待の早期発見、適切な保護」の対応はもとより、「虐待」が起こらないよ
う、民生委員および介護支援専門員・介護保険事業所等と連携を図り、虐待を防止して
いきます。

(3) 生活支援員の派遣、成年後見制度等の利用支援

加齢等により判断能力が衰えた高齢者に対しては、その残存能力を活かしつつ、でき
る限り意思を汲み取ってそれを最大限尊重するための事業を実施しています。また、制
度を知らない人も多くおり、制度の周知が重要です。

<第7期の展開>

① 生活支援員の派遣

契約能力がある高齢者については、①福祉サービスにおける情報提供および助言、
②福祉サービス（苦情の申立等を含む。）の利用の手續援助、③福祉サービス等に係
る金銭管理、④苦情解決制度の利用援助、⑤その他の援助を行う生活支援員の派遣を
行うことが効果的です。本市においては、ケアプランの作成をはじめとした介護サー
ビスとの調和を図りつつ、この制度を導入していますが、権利擁護支援センターと連
携し、要援助者に対する必要な支援を継続して実施します。

② 成年後見制度等の利用支援

判断能力が不十分な身寄りのない高齢者等を支援するため、権利擁護支援センター
と連携し、必要に応じて市長による後見開始の審判請求を行うとともに、成年後見制
度の周知を図ります。

また、高齢者の後見人等の需要に対応するため、弁護士、司法書士、社会福祉士等
の専門職後見人に加え、市民後見人の養成を進めます。

V 介護離職ゼロ、介護者が安心して仕事をできるまちづくり

～介護を要する人と家族が安心できる介護保険事業の推進～

市民アンケート結果によると、年齢や心身の状況などに関わらず、多くの人が住み慣れた自宅での生活を希望し、最期まで自宅で過ごしたいと願っていることがわかりました。

しかし、現実には、1人暮らしで介護者がいなかったり、老老介護であったり、介護を理由に仕事をやめた介護者がいたり、問題を抱えながらも仕事と介護を両立している介護者がいたり、要介護者を支える家族の事情は深刻です。

施設を選択せず、できる限り住み慣れた地域・自宅で生活を続けられるよう、要介護者はもとより、家族介護者の負担軽減を目指し、各種介護サービスの充実を図ります。

また、要介護者本人と家族が、望んだ介護を受けられるよう、居宅サービスをはじめ、施設・居住系サービスなど必要とされる介護保険サービスを十分に確保するとともに、サービスの質の確保と向上に努め、居宅、施設を問わずどこで生活していても、誰もが自らの意思でサービスを選択できるような環境を整備します。

1 人口および認定者数の推計

(1) 人口推計

本計画においては、介護保険サービスの事業量および事業費を推計します。そのため、認定者数やサービス利用者数の見込みの基礎となる、平成30（2018）年から平成32（2020）年の人口を推計する必要があります。

また、本計画は、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる平成37（2025）年を見据えた中長期的な視野に立った計画であるため、関連する推計については平成37（2025）年までの推計を行います。

推計にあたっては、平成24（2012）年および平成29（2017）年の10月1日時点の住民基本台帳人口の性・年齢階級別人口をもとに、コーホート要因法を用いました。

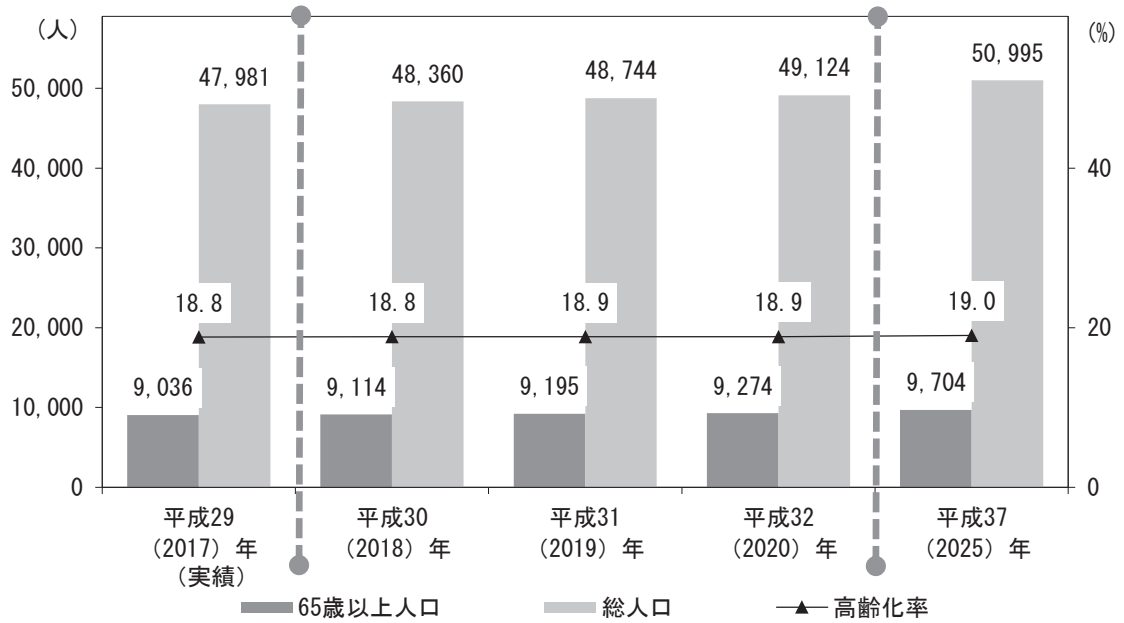
図表 6-1 推計人口

単位：人

	平成29(2017)年(実績)	平成30(2018)年	平成31(2019)年	平成32(2020)年	平成37(2025)年
総人口	47,981	48,360	48,744	49,124	50,995
40～64歳	15,728	16,012	16,297	16,582	17,720
65歳以上	9,036	9,114	9,195	9,274	9,704
65～74歳	4,505	4,529	4,555	4,580	4,549
75歳以上	4,531	4,585	4,640	4,694	5,155
高齢化率	18.8%	18.8%	18.9%	18.9%	19.0%

注：各年10月1日時点

図表 6-2 推計人口と高齢化率の推移



注：各年10月1日時点

(2) 認定者数の推計

要支援・要介護認定者数は、平成 29 (2017) 年 9 月 1 日時点の要介護度別・性別・年齢階級別認定率をもとに設定した要介護度ごとの年齢階層別出現率に、性別・年齢階層別推計人口を乗じて算出しました。

図表 6-3 推計認定者数

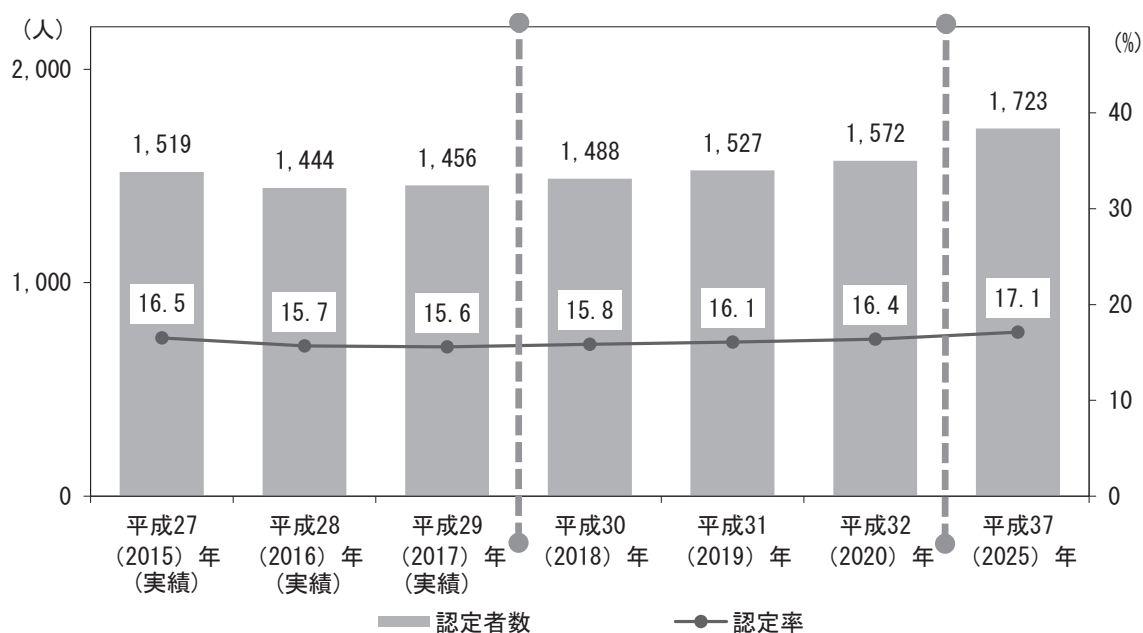
単位：人

	平成29 (2017)年(実績)	平成30 (2018)年	平成31 (2019)年	平成32 (2020)年	平成37 (2025)年
総数	1,456	1,488	1,527	1,572	1,723
要支援 1	197	202	209	214	231
要支援 2	207	210	214	220	238
要介護 1	337	353	363	378	416
要介護 2	250	255	260	265	296
要介護 3	194	198	203	210	233
要介護 4	178	179	183	189	205
要介護 5	93	91	95	96	104
うち第 1 号被保険者	1,407	1,444	1,479	1,518	1,661
要支援 1	189	193	198	201	216
要支援 2	203	207	212	217	235
要介護 1	331	342	347	357	391
要介護 2	237	244	250	256	286
要介護 3	189	194	198	204	226
要介護 4	172	177	182	189	205
要介護 5	86	87	92	94	102
認定率	15.6%	15.8%	16.1%	16.4%	17.1%

注 1：認定率＝第 1 号被保険者数に対する 65 歳以上の認定者数の割合

注 2：各年 10 月 1 日（平成 29 (2017) 年は 9 月 1 日）時点

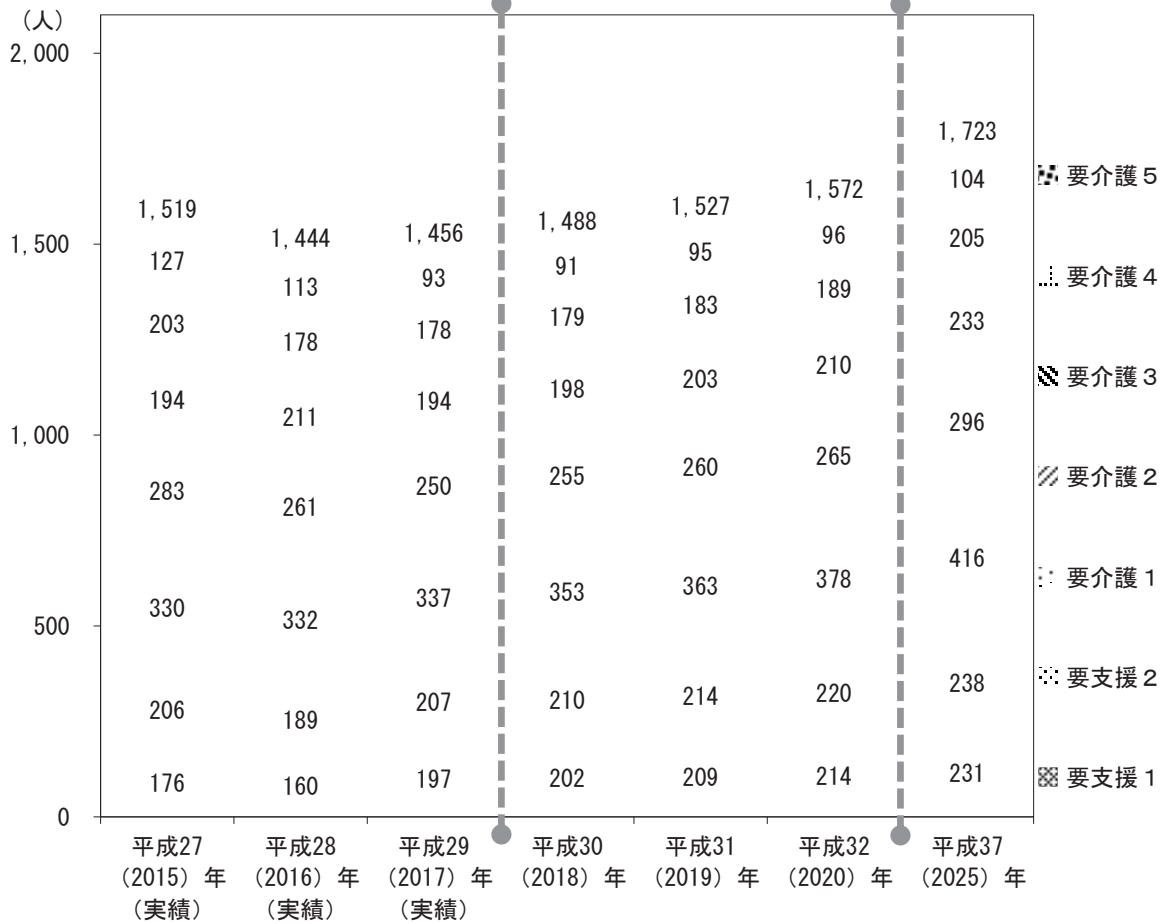
図表 6-4 推計認定者数と認定率の推移



注 1：認定率＝第 1 号被保険者数に対する 65 歳以上の認定者数の割合

注 2：各年 10 月 1 日（平成 29 (2017) 年は 9 月 1 日）時点

図表 6-5 介護度別推計認定者数の推移



注：各年 10 月 1 日（平成 29（2017）年は 9 月 1 日）時点

2 居宅サービス等の現状と見込み

<居宅サービス等利用対象者数の推計>

居住系サービスを除く居宅サービスおよび地域密着型サービスの利用対象者は、推計した認定者数から施設・居住系サービス利用者数を減じて算出しました。

図表 6-6 居宅サービス等利用対象者数

単位：人

区分	平成 28 (2016) 年度 (実績)	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
要支援	341	404	415	426	459
要介護	770	746	769	798	862
合計	1,111	1,150	1,184	1,224	1,321

(1) 訪問介護

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 3 人、介護給付 208 人です。介護給付の1人あたりの月平均利用回数は 29.7 回です。

<第7期の展開>

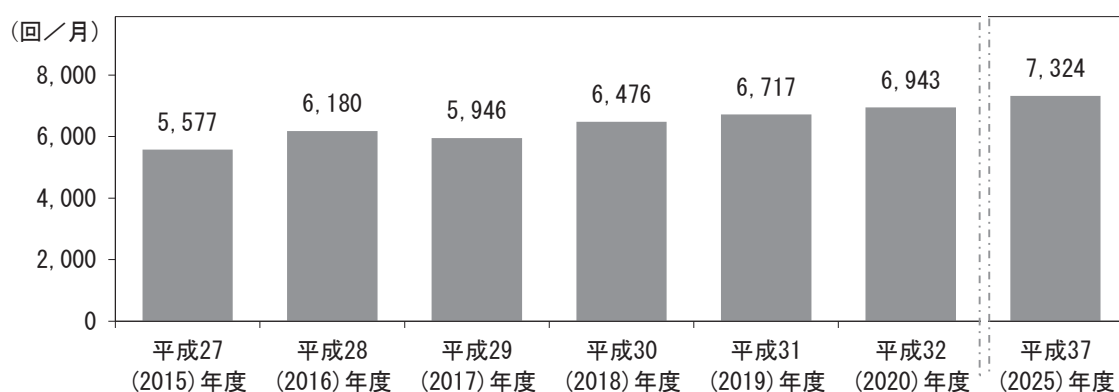
予防給付は、平成 30 (2018) 年度以降、総合事業に完全移行します。

介護給付は、認定者の増加に伴いサービス量も増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、平成 32 (2020) 年度には 1.12 倍、平成 37 (2025) 年度には 1.19 倍になる見込みです。サービス利用にあたっては、利用者が自らできることは可能な限り自ら行うことを基本として適切なケアマネジメントのもと利用する必要があります。

図表 6-7 訪問介護・介護予防訪問介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	39	3	1				
介護 給付	利用者数 (人/月)	194	208	185	218	226	234	254
	サービス量 (回/月)	5,577	6,180	5,946	6,476	6,717	6,943	7,324

図表 6-8 訪問介護のサービス量の推移 (介護給付)



(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の1月あたりの利用者数は、予防給付は1人、介護給付 25人です。介護給付の1人あたりの月平均利用回数は5.2回です。

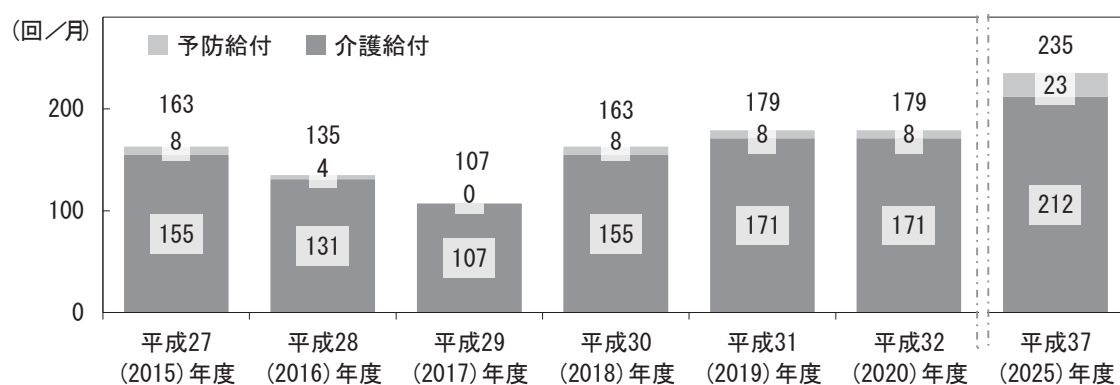
<第7期の展開>

予防給付はこれまでの実績から、少ない利用と見込まれます。介護給付は認定者の増加に伴いサービス量も増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、平成 32(2020)年度には1.31倍、平成 37 (2025) 年度には1.62倍になる見込みです。

図表 6-9 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	1	1	0	1	1	1	3
	サービス量 (回/月)	8	4	0	8	8	8	23
介護 給付	利用者数 (人/月)	29	25	24	30	33	33	41
	サービス量 (回/月)	155	131	107	155	171	171	212

図表 6-10 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護のサービス量の推移



(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 12 人、介護給付 91 人です。1人あたりの月平均利用回数は、予防給付 5.3 回、介護給付 7.1 回です。

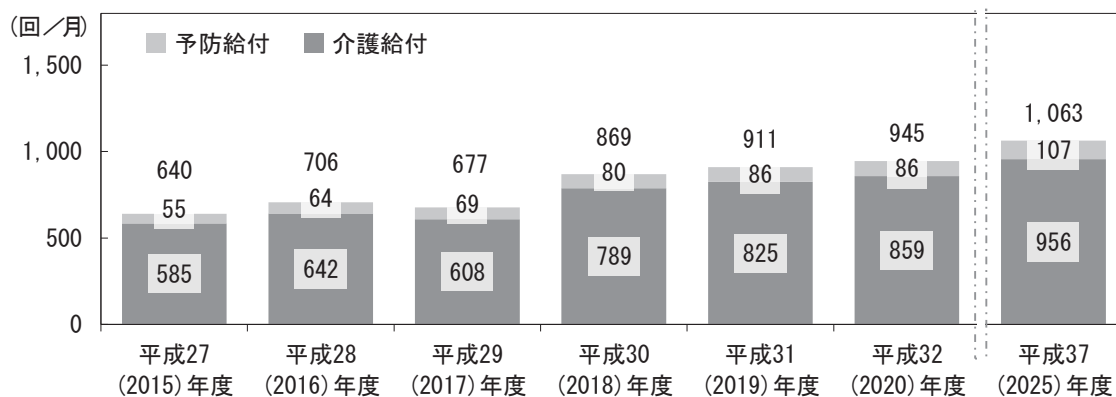
<第7期の展開>

在宅介護における医療的ケアの必要性が高まるにしたがいサービス量は増加すると考えられ、平成 28（2016）年度と比較して、平成 32(2020)年度には予防給付、介護給付ともに 1.34 倍、平成 37（2025）年度には予防給付 1.67 倍、介護給付 1.49 倍になる見込みです。在宅介護を推進する上で重要なサービスであり、サービス提供事業者との連携のもと、利用の促進を図っていきます。

図表 6-11 訪問看護・介護予防訪問看護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	9	12	12	15	16	16	20
	サービス量 (回/月)	55	64	69	80	86	86	107
介護 給付	利用者数 (人/月)	89	91	97	111	116	121	136
	サービス量 (回/月)	585	642	608	789	825	859	956

図表 6-12 訪問看護・介護予防訪問看護のサービス量の推移



(4) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 2 人、介護給付 14 人です。1 人あたりの月平均利用回数は、予防給付 9.5 回、介護給付 9.4 回です。

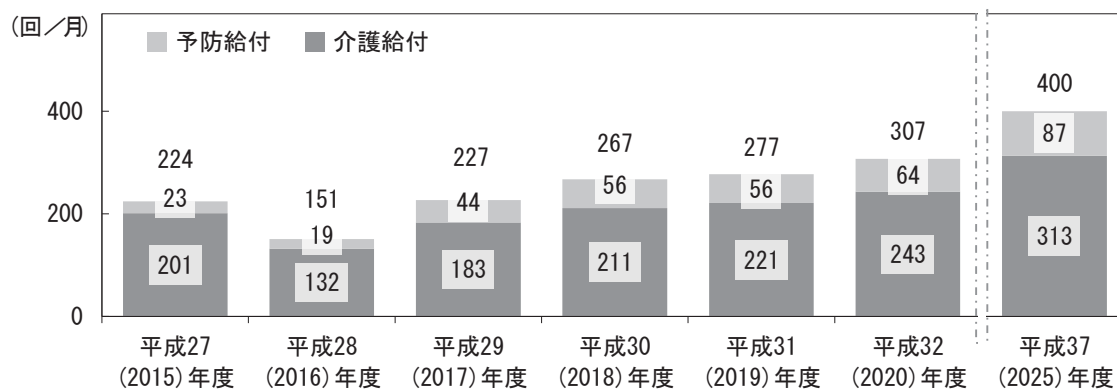
<第 7 期の展開>

認定者の増加に伴いサービス量も増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、平成 32(2020)年度には予防給付 3.37 倍、介護給付 1.84 倍、平成 37(2025)年度には予防給付 4.58 倍、介護給付 2.37 倍になる見込みです。利用者が自立生活への復帰を目指すよう利用の促進を図るとともに、必要に応じて供給体制の確保に努めます。

図表 6-13 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	3	2	5	7	7	8	11
	サービス量 (回/月)	23	19	44	56	56	64	87
介護 給付	利用者数 (人/月)	18	14	17	22	23	25	31
	サービス量 (回/月)	201	132	183	211	221	243	313

図表 6-14 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションのサービス量の推移



(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付7人、介護給付120人です。

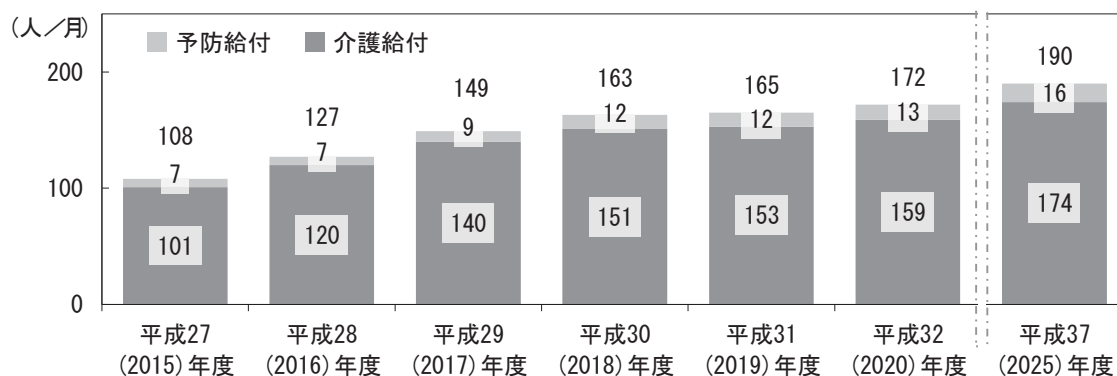
<第7期の展開>

認定者の増加に伴いサービス量は増加し、平成 28（2016）年度と比較して、平成 32(2020)年度には予防給付 1.86 倍、介護給付 1.33 倍、平成 37(2025)年度には予防給付 2.29 倍、介護給付 1.45 倍になる見込みです。在宅介護を推進するため、医療的支援を要する人でも安心して自宅で生活が継続できるよう、サービスを必要とする人に対し利用の促進を図っていきます。

図表 6-15 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導のサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人)	7	7	9	12	12	13	16
介護 給付	利用者数 (人)	101	120	140	151	153	159	174

図表 6-16 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導のサービス量の推移



(6) 通所介護

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 2 人、介護給付 247 人です。介護給付の1人あたりの月平均利用回数は 12.2 回です。

<第 7 期の展開>

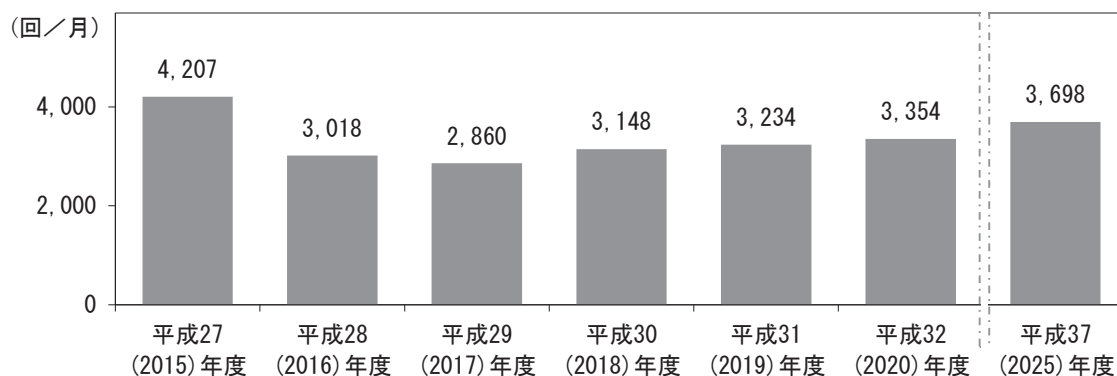
予防給付は平成 30（2018）年度以降、総合事業に完全移行します。

認定者の増加に伴いサービス量は増加し、介護給付は平成 28（2016）年度と比較して、平成 32(2020)年度には 1.11 倍、平成 37（2025）年度には 1.23 倍になる見込みです。利用者の心身の機能の維持向上と家族介護者の負担軽減に有効なサービスであるため、安定した供給体制の確保に努めます。

図表 6-17 通所介護・介護予防通所介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	56	2	1				
介護 給付	利用者数 (人/月)	354	247	228	259	266	276	304
	サービス量 (回/月)	4,207	3,018	2,860	3,148	3,234	3,354	3,698

図表 6-18 通所介護のサービス量の推移（介護給付）



(7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 70 人、介護給付 191 人です。介護給付の1人あたりの月平均利用回数は10.2回です。

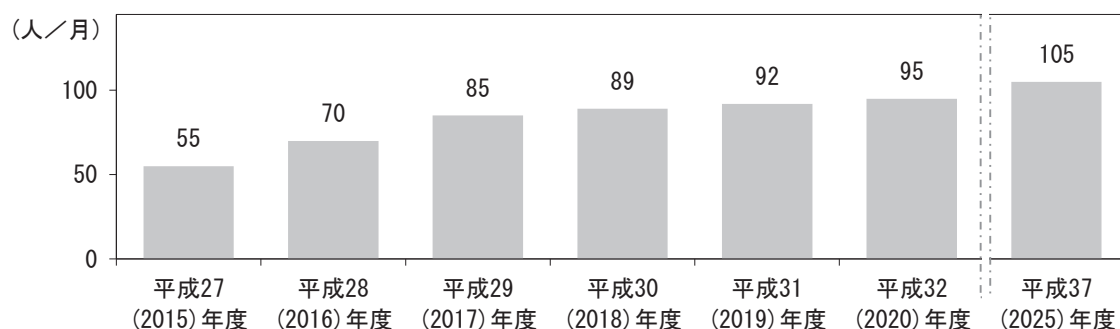
<第7期の展開>

認定者の増加に伴いサービス量は増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、平成 32(2020)年度には予防給付は利用者ベースで 1.36 倍、介護給付は回数ベースで 1.18 倍、平成 37 (2025) 年度には予防給付 1.50 倍、介護給付 1.30 倍になる見込みです。通所介護と同様に、利用者の心身の機能の維持向上と家族介護者の負担軽減に有効なサービスであるため、安定した供給体制の確保に努めます。

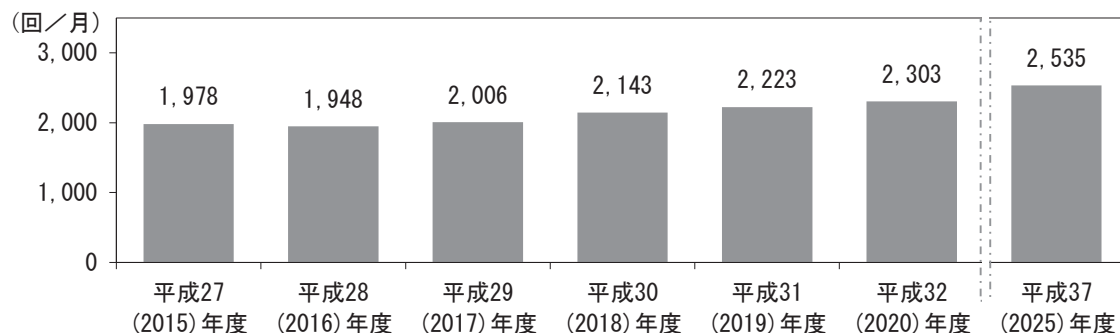
図表 6-19 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予 防 給 付	利用者数 (人/月)	55	70	85	89	92	95	105
	利用者数 (人/月)	198	191	195	209	217	225	247
介 護 給 付	サービス量 (回/月)	1,978	1,948	2,006	2,143	2,223	2,303	2,535

図表 6-20 通所リハビリテーションのサービス量の推移 (予防給付)



図表 6-21 通所リハビリテーションのサービス量の推移 (介護給付)



(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付1人、介護給付59人です。1人あたりの月平均利用日数は、予防給付3日、介護給付9.9日です。

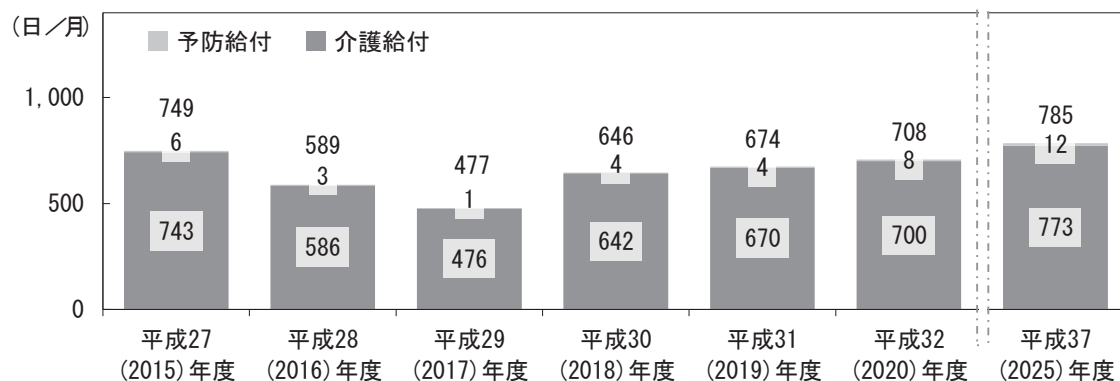
<第7期の展開>

認定者の増加に伴いサービス量も増加し、平成 28（2016）年度と比較して、平成 32（2020）年度には予防給付2.67倍、介護給付1.19倍、平成 37（2025）年度には予防給付4.00倍、介護給付1.32倍になる見込みです。家族介護者の負担軽減の観点からも有効なサービスであり、緊急なニーズに対応できる提供体制が整うようサービス提供事業者との連携を図ります。

図表 6-22 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予 防 給 付	利用者数 (人/月)	2	1	1	2	2	3	5
	サービス量 (日/月)	6	3	1	4	4	8	12
介 護 給 付	利用者数 (人/月)	72	59	49	65	68	71	79
	サービス量 (日/月)	743	586	476	642	670	700	773

図表 6-23 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のサービス量の推移



(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は、予防給付 1 人、介護給付 47 人です。1 人あたりの月平均利用日数は、予防給付 2 日、介護給付 9.6 日です。

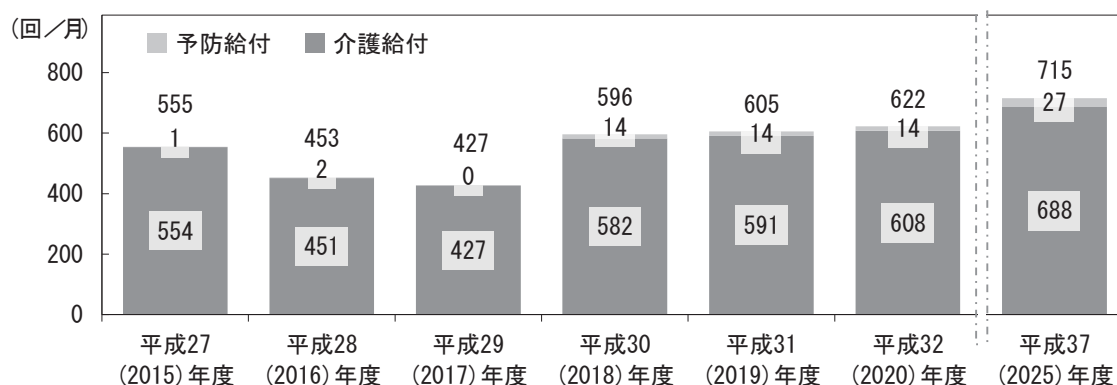
<第 7 期の展開>

予防給付はこれまでの実績から、少ない利用と見込まれます。介護給付は、認定者の増加に伴いサービス量も増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、介護給付は、平成 32 (2020) 年度には 1.35 倍、平成 37 (2025) 年度には 1.53 倍になる見込みです。短期入所生活介護と同様に、家族介護者の負担軽減の観点からも有効なサービスであり、緊急なニーズに対応できる提供体制が整うよう事業者との連携を図ります。

図表 6-24 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	1	1	0	1	1	1	2
	サービス量 (日/月)	1	2	0	14	14	14	27
介護 給付	利用者数 (人/月)	59	47	49	61	62	64	73
	サービス量 (日/月)	554	451	427	582	591	608	688

図表 6-25 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護のサービス量の推移



(10) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付 127 人、介護給付 385 人です。

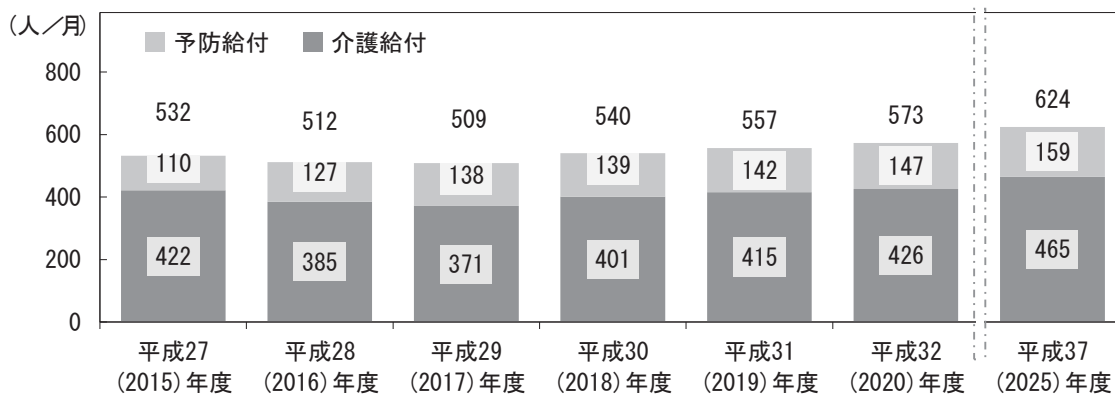
<第7期の展開>

認定者数の増加にともないサービス量も増加し、平成 28（2016）年度と比較して、平成 32(2020) 年度には予防給付倍 1.16 倍、介護給付 1.11 倍、平成 37（2025）年度には予防給付 1.25 倍、介護給付 1.21 倍になる見込みです。

図表 6-26 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与のサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	110	127	138	139	142	147	159
介護 給付	利用者数 (人/月)	422	385	371	401	415	426	465

図表 6-27 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与のサービス量の推移



(11) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は、予防給付3人、介護給付10人です。

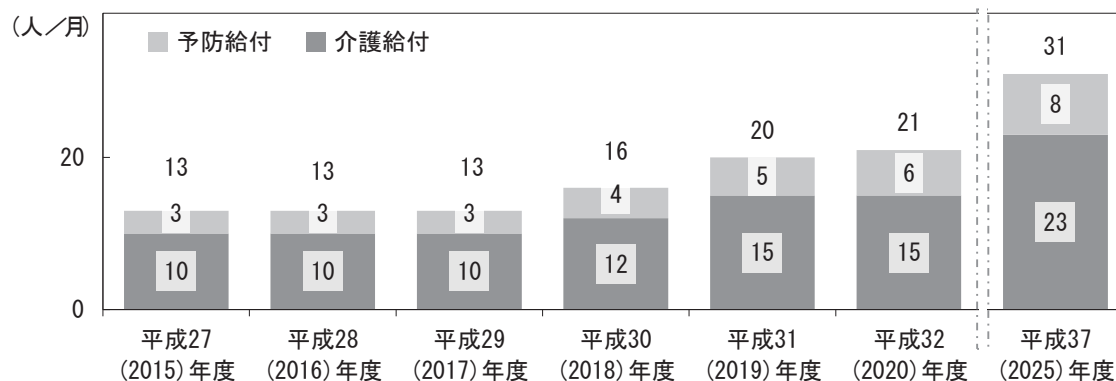
<第7期の展開>

認定者数の増加にともないサービス量も増加し、平成 28（2016）年度と比較して、平成 32（2020）年度には予防給付2.00倍、介護給付1.50倍、平成 37（2025）年度には予防給付2.67倍、介護給付2.3倍になる見込みです。

図表 6-28 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売のサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	3	3	3	4	5	6	8
介護 給付	利用者数 (人/月)	10	10	10	12	15	15	23

図表 6-29 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売のサービス量の推移



(12) 住宅改修費

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は、予防給付 2 人、介護給付 4 人です。

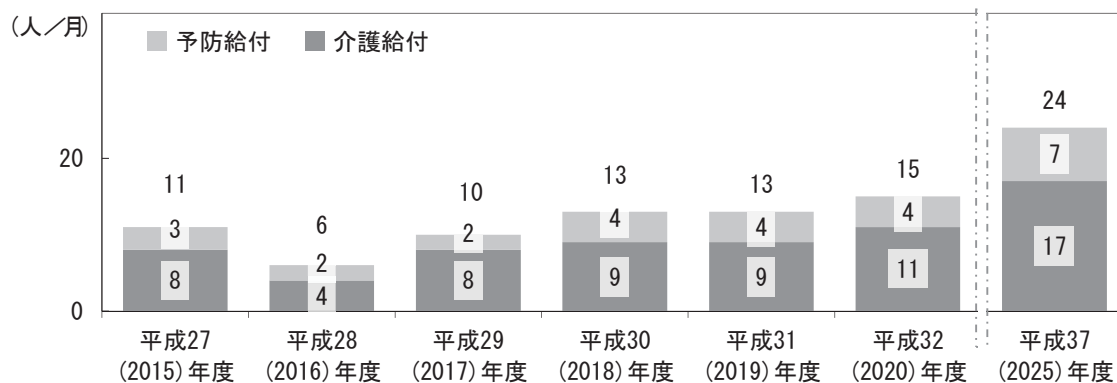
<第 7 期の展開>

認定者数の増加にともないサービス量も増加し、平成 28 (2016) 年度と比較して、平成 32(2020) 年度には予防給付 2.00 倍、介護給付 2.75 倍、平成 37 (2025) 年度には予防給付 3.50 倍、介護給付 4.25 倍になる見込みです。在宅介護を推進する上で重要なサービスであり、介護支援専門員との連携のもと利用の促進を図ります。

図表 6-30 住宅改修費のサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	3	2	2	4	4	4	7
介護 給付	利用者数 (人/月)	8	4	8	9	9	11	17

図表 6-31 住宅改修費のサービス量の推移



(13) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

<現 状>

平成 28(2016)年度の 1 月あたりの利用者数は予防給付 7 人、介護給付 60 人です。

平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内には当該施設が 2 か所 (定員 80 人) あります。

なお、本サービスは居住系サービスに分類されます。

<第 7 期の展開>

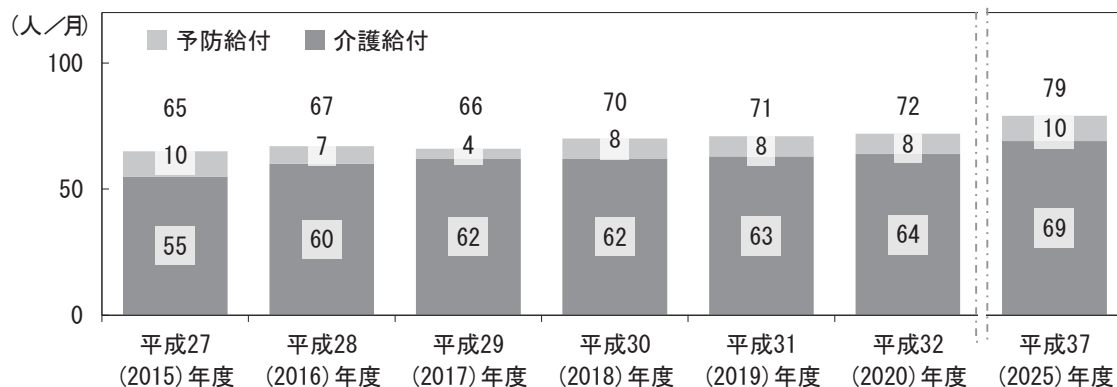
平成 30 (2018) 年度に市内の養護老人ホームの一部が当該施設の指定を受けます。

市内既存施設の定員と現在の利用状況を勘案して、平成 32(2020)年度の利用者は、予防給付 8 人、介護給付 64 人と見込みます。

図表 6-32 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の利用者数

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	10	7	4	8	8	8	10
介護 給付	利用者数 (人/月)	55	60	62	62	63	64	69

図表 6-33 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の利用者数の推移



(14) 居宅介護支援・介護予防支援

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の1月あたりの利用者数は、介護予防支援 173 人、居宅介護支援 622 人です。

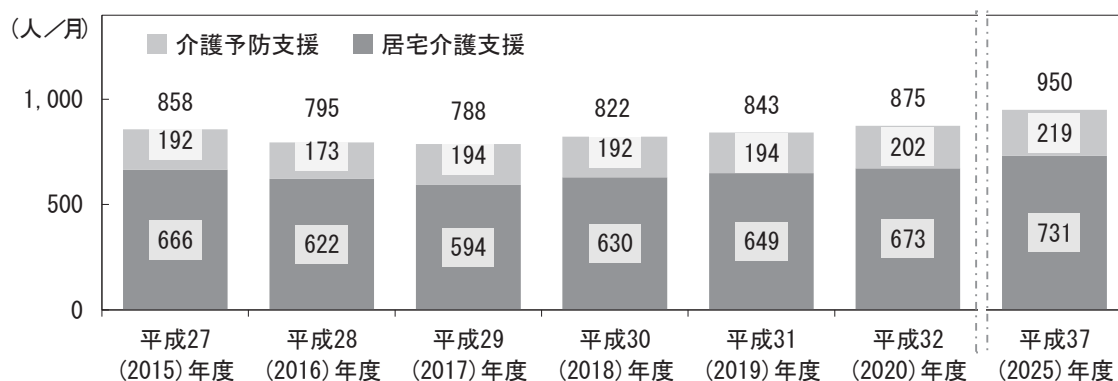
<第7期の展開>

平成 27 (2015) 年度に、予防給付の訪問介護と通所介護が総合事業に移行した影響や、介護予防事業の効果等で、平成 28 (2016) 年度・平成 29 (2017) 年度には一旦減少傾向を示しましたが、後期高齢者の増加に伴い、認定者も再び増加する見込みです。

図表 6-34 居宅介護支援・介護予防支援のサービス量

区 分	実 績			見 込 み			
	平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
介護 予防 支援	利用者数 (人/月) 192	173	194	192	194	202	219
居宅 介護 支援	利用者数 (人/月) 666	622	594	630	649	673	731

図表 6-35 居宅介護支援・介護予防支援のサービス量の推移



3 地域密着型サービスの現状と見込み

<整備方針>

地域密着型サービスは、認知症高齢者をはじめ要介護者等の地域での生活を支えるサービスであり、地域包括ケアシステムを推進する重要なサービスです。事業者の指定および指導・監督については、高浜市が直接行います。

地域密着型サービスの種類	<ul style="list-style-type: none">(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(2) 夜間対応型訪問介護(3) 認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）(4) 小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護）(5) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）(6) 地域密着型通所介護(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護(8) 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）(9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9種類のサービスのうち、平成 29 (2017)年度現在、市内に整備されていないのは、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、地域密着型特定施設入居者生活介護および看護小規模多機能型居宅介護です。この内、看護小規模多機能型居宅介護は、重度の人が、施設ではなく、在宅介護を選択するためには有効なサービスであるとともに、家族介護者の精神的・肉体的負担を軽減するサービスであると考えられるため、需要動向に注視しながら市内での整備を検討していきます。

その他のサービスについては、必要なサービスを提供する体制がすでに整っていると考えられるため、整備の予定はありませんが、第8期以降の整備に向け、需要動向に注視していきます。

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

<現 状>

平成 29(2017)年 10 月現在、市内には提供事業所が 1 か所あります。平成 27(2015)年度には 1 月あたり 3 人の利用がありましたが、平成 28 (2016) 年度は利用がありませんでした。

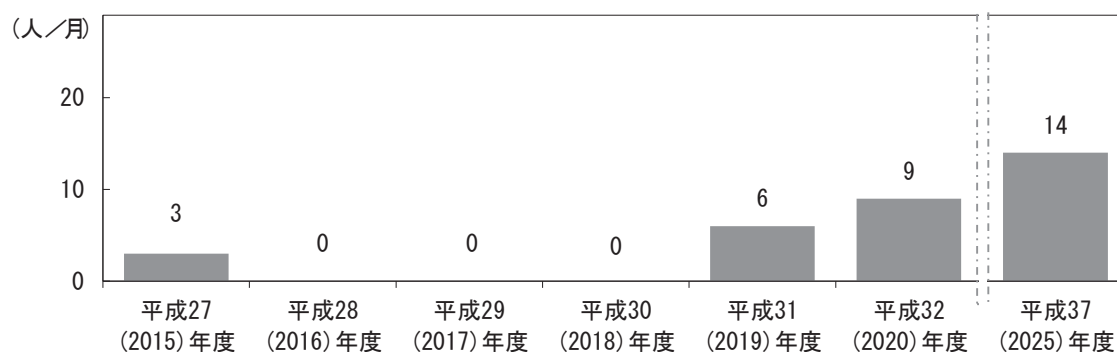
<第 7 期の展開>

これまでの実績と市内事業所の定員を考慮し、サービス量は平成 32(2020)年度に 9 人と見込みました。現在、利用が低調なサービスですが、在宅介護を推進する上で、有効なサービスであるため、介護支援専門員と連携し、利用の促進を図ります。

図表 6-36 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
介護 給付	利用者数 (人/月)	3	0	0	0	6	9	14

図表 6-37 定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス量の推移



(2) 夜間対応型訪問介護

<現 状>

平成 29 (2017) 年 10 月現在、本市に提供事業所はありません。

<第 7 期の展開>

現時点で需要は低く、既存のサービスでニーズを満たしていると考えられるため、整備の予定はありません。

(3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

<現 状>

平成 29 (2017) 年 10 月現在、本市に提供事業所はありません。

<第 7 期の展開>

現時点で需要は低く、既存のサービスでニーズを満たしていると考えられるため、整備の予定はありません。

(4) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は、予防給付 1 人、介護給付 6 人です。
平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内には提供事業所が 1 か所あります。

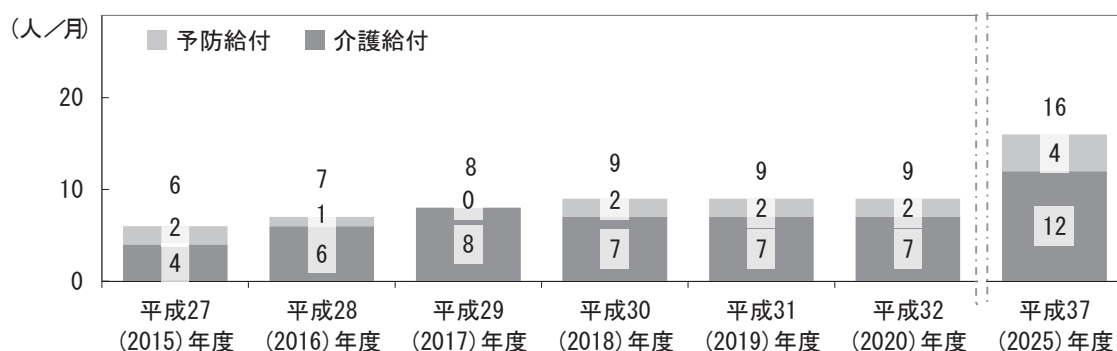
<第 7 期の展開>

第 7 期には新たな整備は行わないため、市内既存施設の定員と現在の利用状況を勘案して、平成 32(2020)年度の利用者は、予防給付 2 人、介護給付 7 人と見込みました。在宅介護の限界点を高めるという観点から、重要なサービスであるため、内容の周知を図るとともに、第 8 期以降、需要動向を注視しつつ、整備を検討します。

図表 6-38 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者数

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	2	1	0	2	2	2	4
介護 給付	利用者数 (人/月)	4	6	8	7	7	7	12

図表 6-39 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者数の推移



(5) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

<現 状>

平成 29（2017）年 10 月現在、市内に提供事業所はありません。

<第 7 期の展開>

現時点で需要は低く、既存のサービスでニーズを満たしていると考えられるため、整備の予定はありません。しかし、本サービスは、重度の人が在宅介護を選択するうえで有効であるとともに、家族介護者の精神的・肉体的負担を軽減する効果もあると考えられるため、今後の需要動向に注視しながら、第 8 期以降に市内での整備を検討していきます。

(6) 地域密着型通所介護

<現 状>

平成 28（2016）年度から定員が 18 人以下の通所介護事業所は、地域密着型サービスに移行しました。平成 28（2016）年度の 1 月あたりの利用者数は、介護給付 69 人です。1 人あたりの月平均利用回数は 12 回です。

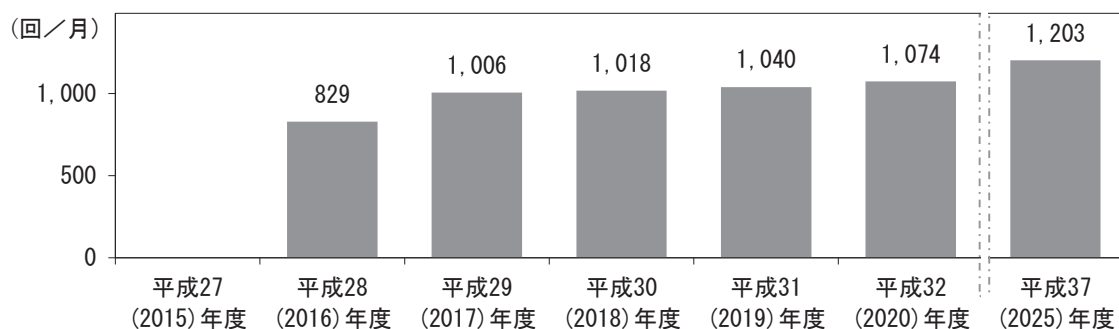
<第 7 期の展開>

市内にある通所介護事業所の定員を考慮して推計しました。サービス量は、ほぼ横這いと見込みました。

図表 6-40 地域密着型通所介護・介護予防地域密着型通所介護の利用者数とサービス量

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
介護 給付	利用者数 (人/月)		69	77	82	84	87	98
	サービス量 (回/月)		829	1,006	1,018	1,040	1,074	1,203

図表 6-41 地域密着型通所介護のサービス量の推移



(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護

<現 状>

平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内に提供事業所はありません。

なお、本サービスは居住系サービスに分類されます。

<第 7 期の展開>

整備の予定はありません。

(8) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は、予防給付 1 人、介護給付 25 人です。平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内には当該施設が 2 か所 (定員 24 人) あります。

なお、本サービスは居住系サービスに分類されます。

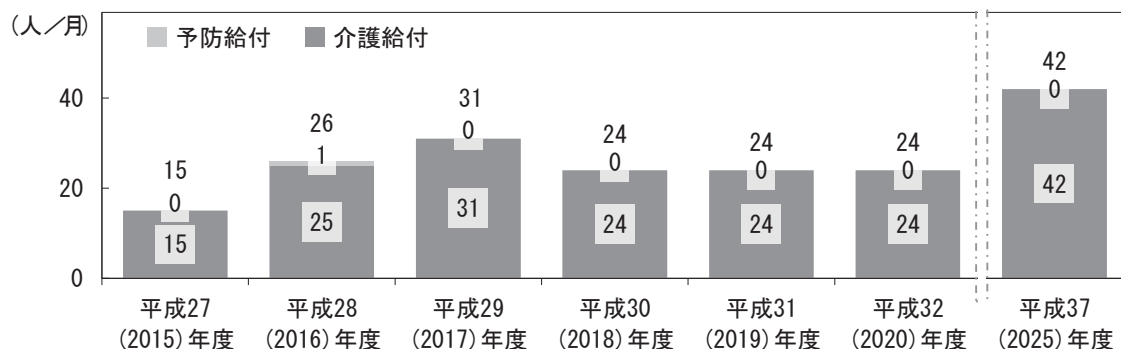
<第 7 期の展開>

新たな整備の予定はありませんが、市内既存施設の定員を勘案して、平成 32(2020) 年度の利用者は、介護給付 24 人と見込みます。第 8 期以降は、需要動向に注視しながら、必要に応じて新たな整備を検討していきます。

図表 6-42 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者数

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
予防 給付	利用者数 (人/月)	0	1	0	0	0	0	0
介護 給付	利用者数 (人/月)	15	25	31	24	24	24	42

図表 6-43 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者数の推移



(9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は 29 人です。平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内には当該施設が 1 か所 (定員 29 人) あります。

なお、本サービスは施設サービスに分類されます。

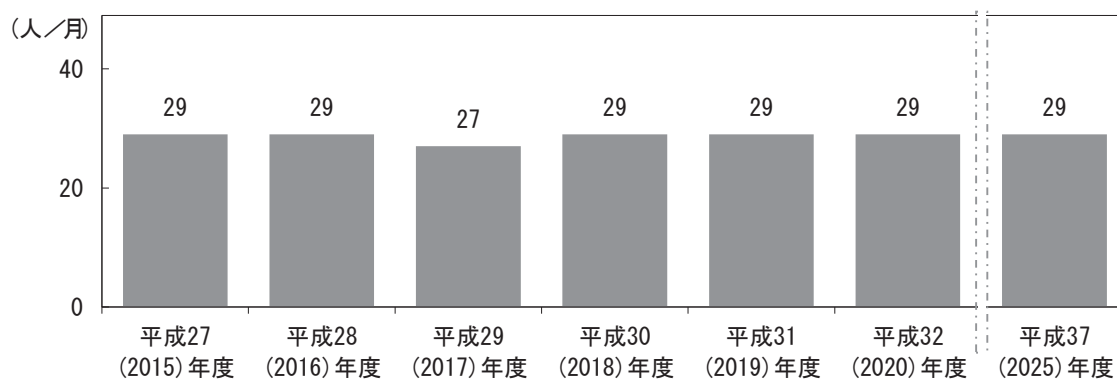
<第 7 期の展開>

新たな整備の予定がないため、市内既存施設の定員を勘案して、平成 32(2020)年度の利用者は 29 人と見込みます。

図表 6-44 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者数

区 分	実 績			見 込 み			
	平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
利用者数 (人/月)	29	29	27	29	29	29	29

図表 6-45 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者数の推移



4 施設サービスの現状と見込み

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は104人です。平成 29（2017）年10月現在、市内には当該施設が1か所（定員120人）あります。

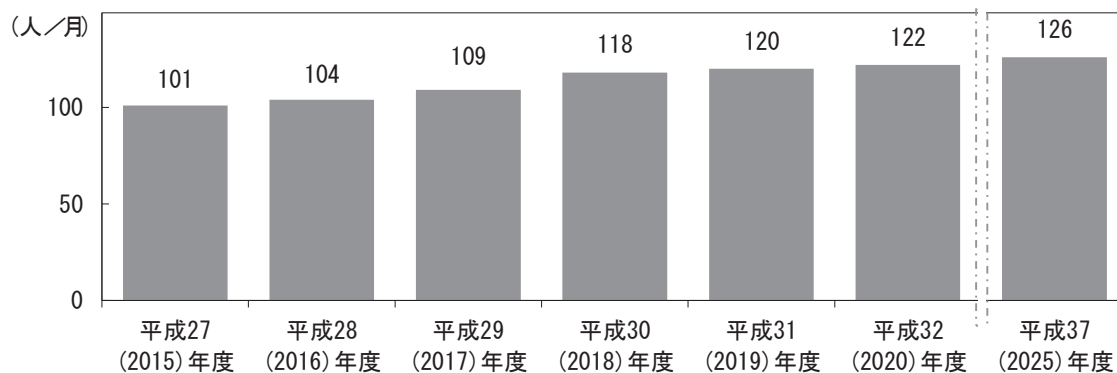
<第7期の展開>

新たな整備の予定はありませんが、市内既存施設の定員および近隣市町の整備状況等を勘案して、平成 32(2020)年度の利用者は122人と見込みます。

図表 6-46 介護老人福祉施設の利用者数

区 分	実 績			見 込 み			
	平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
利用者数 (人/月)	101	104	109	118	120	122	126

図表 6-47 介護老人福祉施設の利用者数の推移



(2) 介護老人保健施設

<現 状>

平成 28 (2016) 年度の 1 月あたりの利用者数は 105 人です。平成 29 (2017) 年 10 月現在、市内には当該施設が 1 か所 (定員 100 人) あります。

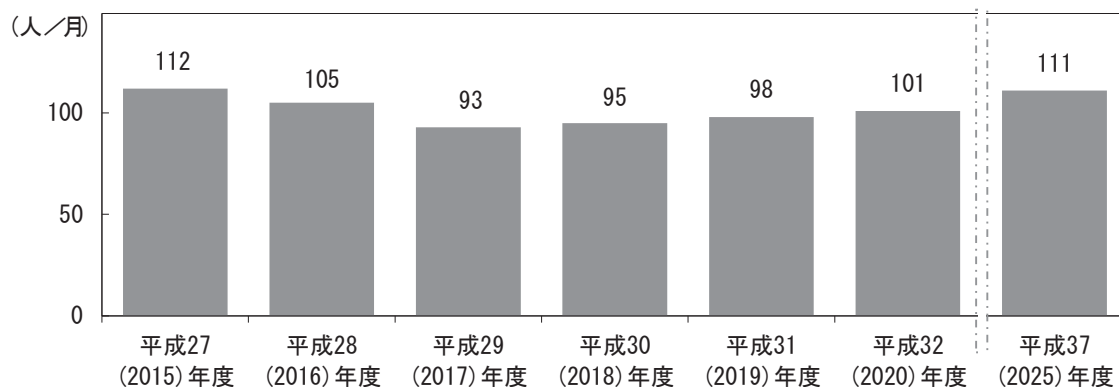
<第 7 期の展開>

新たな整備の予定はありませんが、市内既存施設の定員および近隣市町の整備状況等を勘案して、平成 32(2020)年度の利用者は 101 人と見込みます。

図表 6-48 介護老人保健施設の利用者数

区 分	実 績			見 込 み			
	平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
利用者数 (人/月)	112	105	93	95	98	101	111

図表 6-49 介護老人保健施設の利用者数の推移



(3) 介護療養型医療施設／介護医療院

<現 状>

平成 28（2016）年度の1月あたりの利用者数は3人です。平成 29（2017）年 10月現在、市内に当該施設はありません。

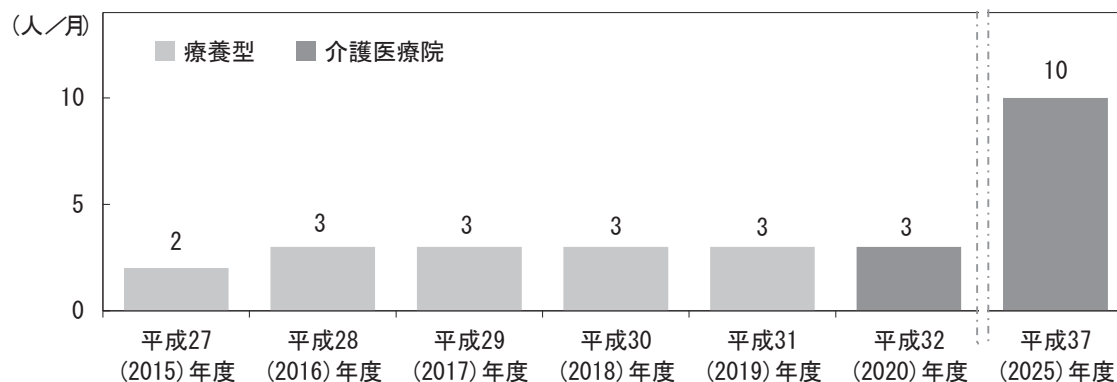
<第7期の展開>

介護療養型医療施設は平成 30（2018）年度以降廃止され、新しく生活の場としての機能を兼ね、日常的に医療ケアが必要な重介護者も受け入れる介護医療院への転換が進められます。

図表 6－50 介護療養型医療施設／介護医療院の利用者数

区 分		実 績			見 込 み			
		平成 27 (2015) 年度	平成 28 (2016) 年度	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	平成 37 (2025) 年度
療養型	利用者数 (人／月)	2	3	3	3	3	0	
介護医 療院	利用者数 (人／月)				0	0	3	10

図表 6－51 介護療養型医療施設／介護医療院の利用者数の推移



5 上乗せ・横だしサービスの方向性

本市では、国基準の支給限度額以上のサービスが利用できるように上乗せサービスを実施し、認知症や中重度の方の状態の軽減や悪化の防止を図っています。財源は、65歳以上の第1号被保険者の保険料です。

また、要介護者の生活の質の向上と介護者の負担軽減を図ることができるよう、紙おむつ、尿とりパット、理美容などに利用できる居宅介護支援券の支給と住宅改修の補助を横出しサービスとして実施しています。

<第7期の展開>

上乗せサービスおよび横出しサービスとも、引き続き、実施していきます。

なお、第8期に向け、上乗せサービスについては、利用者の状況などを分析し、これからのあり方および限度額について検討するとともに、横出しサービスについては、まちづくりや地域活性化のツールとして活用できるよう、検討していきます。

6 介護保険事業費の見込み

介護保険事業費の推計にあたっては、平成 27（2015）年度および平成 28（2016）年度並びに平成 29（2017）年度（7月まで）の各サービスの利用実績をもとに、国の「地域包括ケア「見える化」システム」の将来推計システムを活用して推計しました。

(1) 標準給付費

標準給付費は、要介護認定者に対する介護給付費と要支援認定者に対する予防給付費を合わせた総給付費、特定入所者介護サービス費等、高額介護サービス費等、高額医療合算介護サービス費等、算定対象審査支払手数料を合算したものです。本計画期間中の標準給付費は約73億4,777万円になると見込みました。

図表 6-52 第7期の標準給付費の見込み

単位：千円

区 分	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	合 計
①総給付費（一定以上所得者負担の調整後）	2,234,360	2,333,278	2,436,288	7,003,926
総給付費（介護給付費＋予防給付費）	2,236,173	2,308,439	2,382,127	6,926,739
一定以上所得者の利用者負担の見直しに伴う財政影響額	1,813	2,829	2,940	7,581
消費税率等の見直しを勘案した影響額	0	27,667	57,100	84,768
②特定入所者介護サービス費等給付額	58,178	59,509	60,814	178,502
③高額介護サービス費等給付額	46,883	48,447	50,041	145,371
④高額医療合算介護サービス費等給付額	5,165	5,332	5,503	16,000
⑤算定対象審査支払手数料	1,283	1,325	1,367	3,975
標準給付費見込額	2,345,871	2,447,891	2,554,012	7,347,774

（注）端数処理のため合計が合わない箇所があります。

図表 6-53 平成 37（2025）年度の標準給付費の見込み

単位：千円

区 分	平成 37(2025)年度
標準給付費見込額	2,876,758

(2) 地域支援事業費

介護予防・日常生活支援総合事業費および包括的支援事業・任意事業費は、平成28(2016)年度実績および今後の事業展開並びに75歳以上高齢者の伸びを考慮して推計しました。

図表6-54 第7期の地域支援事業費の見込み

単位：千円

区 分	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度	合 計
地域支援事業費	130,791	132,360	133,900	397,051
①介護予防・日常生活支援総合事業費	87,336	88,384	89,412	265,132
②包括的支援事業・任意事業費	43,455	43,976	44,488	131,919

(注) 端数処理のため合計が合わない箇所があります。

図表6-55 平成37(2025)年度の地域支援事業費の見込み 単位：千円

区 分	平成 37(2025)年度
地域支援事業費	147,051
①介護予防・日常生活支援総合事業費	98,193
②包括的支援事業・任意事業費	48,857

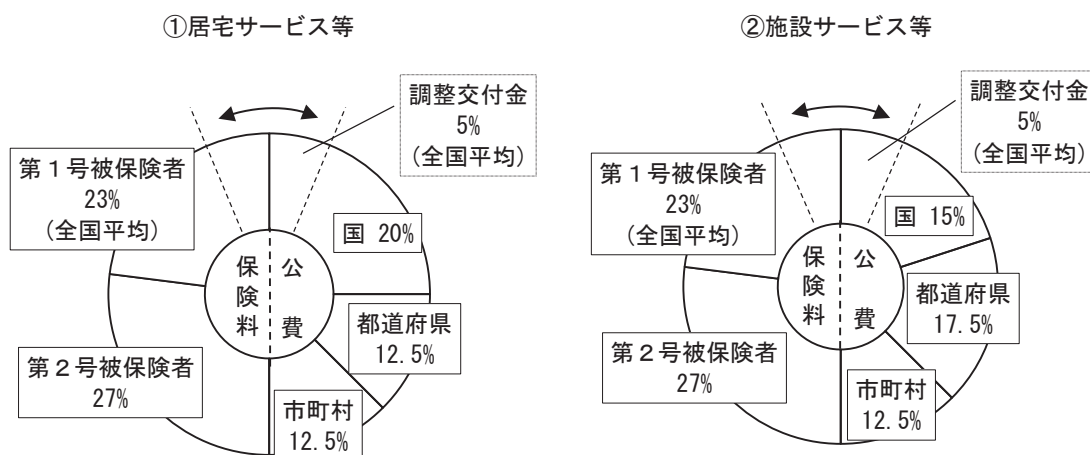
(注) 端数処理のため合計が合わない箇所があります。

7 介護保険料の見込み

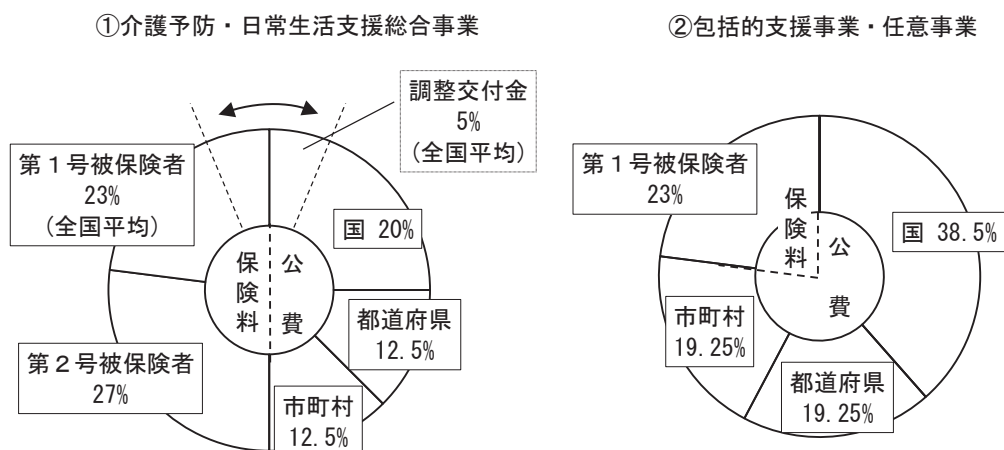
(1) 第1号被保険者の負担分

標準給付費および地域支援事業費の財源構成は次のとおりです。平成30(2018)年度から平成32(2020)年度における第1号被保険者の負担率は、22%から1%上がり、それぞれ23%となりました。

図表6-56 標準給付費の財源構成



図表6-57 地域支援事業費の財源構成



(2) 第1号被保険者の保険料

第1号被保険者の保険料は、保険料収納必要額に保険料の収納率を見込み、推計した第1号被保険者数で除して算出します。

図表6-57 第1号被保険者の保険料の算出

区 分	金 額
標準給付費 (A)	7,347,774 千円
地域支援事業費 (B)	397,051 千円
第1号被保険者負担分 [(A+B) × 23%] (C)	1,781,310 千円
調整交付金相当額との差額 (D)	171,309 千円
市町村特別給付事業費 (E)	106,070 千円
保険料収納必要額 [(C+D+E)] (F)	2,058,689 千円
介護給付費準備基金取崩額 (G)	100,000 千円
基金等取崩後の保険料収納必要額 [(F-G)] (H)	1,958,689 千円
÷	
保険料収納率 (I)	98.25%
÷	
補正後被保険者数 (J)	29,148 人
÷	
保険料(年額) (K)	68,395 円
保険料(月額) [(K ÷ 12月)]	5,700 円

図表6-58 平成37(2025)年度の保険料推計

年 額	月 額
91,908円	7,659円

(3) 所得段階別の保険料

介護保険料は低所得者への配慮により、所得に応じた保険料が設定されています。

本市では、国の基準である9段階方式を細分化し、第6期では16段階としました。

第7期ではさらに細分化し、17段階とします。

図表6-59 保険料の所得段階

所得段階	基準額に対する割合	対象者		
第1段階	(×0.45)※	市民税世帯非課税	生活保護受給者または老齢福祉年金受給者	
			合計所得と課税年金収入の合計が80万円以下	
第2段階	(×0.65)		合計所得と課税年金収入の合計が120万円以下	
第3段階	(×0.70)		合計所得と課税年金収入の合計が120万円超	
第4段階	(×0.85)		市民税世帯課税 かつ 本人非課税	合計所得と課税年金収入の合計が80万円以下
第5段階	×1.00			合計所得と課税年金収入の合計が80万円超
第6段階	(×1.15)		市民税本人課税	前年合計所得が120万円未満
第7段階	(×1.20)			前年合計所得が120万円以上125万円未満
第8段階	(×1.30)			前年合計所得が125万円以上200万円未満
第9段階	(×1.50)			前年合計所得が200万円以上290万円未満
第10段階	(×1.60)	前年合計所得が290万円以上300万円未満		
第11段階	(×1.70)	前年合計所得が300万円以上350万円未満		
第12段階	(×1.75)	前年合計所得が350万円以上500万円未満		
第13段階	(×1.80)	前年合計所得が500万円以上600万円未満		
第14段階	(×1.85)	前年合計所得が600万円以上700万円未満		
第15段階	(×1.95)	前年合計所得が700万円以上850万円未満		
第16段階	(×2.10)	前年合計所得が850万円以上1,000万円未満		
第17段階	(×2.20)	前年合計所得が1,000万円以上		

※消費税を財源とした、国の低所得者に対する保険料軽減策により、第1段階の基準額に対する割合は0.45から0.40に軽減されます。

8 介護給付の適正化の推進

介護保険財政の健全化と質の高いサービスを利用者に提供するため、介護給付適正化事業を実施しています。

本市では、現在、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事業のうち、要介護認定の適正化、住宅改修の点検、介護給付費通知の3つの事業に取り組んでいます。

今後も、現在の事業の方法を工夫・変更しながら実施するとともに、これまで実施していないケアプランの点検や縦覧点検・医療情報との突合に取り組んでいきます。

<第7期の展開>

介護保険制度の信頼を高め、給付費と保険料の増加を抑制するため、次の介護給付適正化事業を実施します。

■要介護認定の適正化

- ・すべての認定調査の内容を市職員が点検するほか、調査員の質の向上および調査基準の平準化のため、年に1回は勉強会を開催します。

■ケアプランの点検

- ・ケアマネジメントの質の向上を図るため、市内の各居宅介護支援事業所から毎月1事例を提出してもらい、国のマニュアルに基づき点検を行います。
- ・また、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームに入居し、区分支給限度額を超過して利用している人などのケアプラン点検についても、実施を検討します。

■住宅改修等の点検

- ・住宅改修の点検については、地域包括支援センターの職員と連携して、全件訪問調査し、施行前点検を行うとともに、施行後は竣工写真などにより、施行状況等を点検します。また、複数業者からの見積書の徴収など見積書における金額の妥当性についても、市職員が点検を行います。
- ・福祉用具購入・貸与の点検については、国保連合会のシステムを活用し、疑義のあるものについては、ケアマネジャーへの確認や訪問調査を行います。

■縦覧点検・医療情報との突合

- ・縦覧点検については、国保連合会から提供される帳票を活用し、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況を毎月確認し、疑義のある場合は事業所に確認します。
- ・医療情報との突合については、毎月、国保連合会から提供される帳票を活用し、疑義のある場合は事業所に確認します。また、実施にあたっては、国民健康保険および後期高齢者医療の担当部局と連携を図ります。

■介護給付費通知

- ・年に2回（6月と12月）、事業者からの介護報酬の請求および費用の給付状況などを受給者本人または家族に対して通知します。また、給付費通知の見方などを説明するチラシを同封し、内容が理解できるように努めます。

<給付適正化事業の目標>

実施事業	内容等	平成 30(2018)年度	平成 31(2019)年度	平成 32(2020)年度
ケアプランの点検	実施件数 平成 30・31(2018・2019)年度：毎月1事業所1件 平成 32(2020)年度：毎月1事業所2件	96件	96件	192件
縦覧点検・医療情報との突合	実施率 平成 30・31(2018・2019)年度：2か月に1回 平成 32(2020)年度：毎月実施	50%	50%	100%

9 自立支援・重度化防止の取組と目標

平成 30（2018）年度の介護保険制度改正により、介護保険事業計画に、高齢者の地域における自立した日常生活の支援、介護予防又は重度化防止の取組とその目標を設定することが規定されました。

そこで、本計画に掲げる事業のうち、高齢者の自立支援・重度化防止に資する事業について、その事業量を表す活動（アウトプット）指標と、その成果を表す成果（アウトカム）指標を設定して評価を行います。

本市では、高齢者が市内各所の健康自生地で活動する「生涯現役のまちづくり事業」を、介護予防と健康増進の中心的な事業として位置づけて推進しています。本事業への参加者（健康自生地を訪れ、スタンプラリーに参加した人数）を活動（アウトプット）指標とし、市民意識調査において「日常的に外出や運動を楽しんでいる」と回答した人の割合を成果（アウトカム）指標とします。

また、支援を要する高齢者の残存能力の活性化、維持・向上を前提としたケアマネジメントによる地域ケア会議を実施し、真の「自立支援」を図ることを目指しています。自立を目指した地域ケア会議の実施回数を活動（アウトプット）指標とし、対象となった人のうち介護サービスの利用量（回数・日数）の減少した人数を成果（アウトカム）指標とします。

●取組と目標値等

指 標		実 績	目 標		
		平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度
地域介護予防活動 支援事業（生涯現役 のまちづくり事業）	【活動（アウトプット）指標】 健康自生地スタンプラリー参加者 数（人）	950 人	1,000 人	1,050 人	1,100 人
	【成果（アウトカム）指標】 日常的に外出や運動をしている人 の割合※（％）	69.8%	72.0%	74.0%	76.0%
自立を目指した地 域ケア会議の実施	【活動（アウトプット）指標】 実施回数（回／年）	—	6 回	12 回	12 回
	【成果（アウトカム）指標】 サービス利用量の減少人数（人）	—	0 人	3 人	6 人

※市民意識調査で「日常的（週3回以上）に外出や運動を楽しんでいる」と答えた人の割合

第7章 計画の推進

1 計画の推進体制

(1) 市民と行政の協働による計画の推進

高齢者や障がいのある人をはじめ地域福祉の課題は、当事者や、その家族の努力や行政の支援だけで解決できるものではありません。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域住民によるさまざまな支援が必要であり、市民一人ひとりがこの計画の推進役となる必要があります。そこで、本計画の推進にあたっては、広く市民に協力を求め協働による施策の展開を目指します。

(2) 関係機関との連携

保健・医療・福祉・介護の視点から計画を総合的に推進し、高齢者を地域全体で見守り、支援する地域包括ケアシステムの充実を図るため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会等関係機関との連携を強化します。

また、広域的に取り組む必要のある事項については、県および圏域内の市と連携して推進していきます。

(3) サービス提供事業者との連携

地域包括ケアシステムの支柱である介護サービスが、利用者の自立支援を目指し、効果的かつ効率的に提供されるよう、また、それを担う介護人材の育成と確保が図れるよう、サービス提供事業者との連携を更に強化します。

(4) 庁内体制の整備

本計画は介護・福祉の分野に限らず、広範囲な分野にわたった計画であるため、計画の推進にあたっては、介護保険・障がいグループおよび福祉まると相談グループが中心となって福祉部内はもとより関係部署との横断的な連携・調整を図ります。

2 計画の点検体制

(1) 介護保険審議会

本計画の実効性を高め、目標を達成していくためには、計画の進捗状況を把握し、評価することが重要であり、外部からの進捗管理や評価により、計画のより適切な執行を担保することになります。

本市においては、介護保険の導入と同時に、条例により介護保険審議会を設置し、高齢者施策に関する評価や提言、方向性を検討しています。

今後も、引続き、介護保険審議会において「高浜市介護保険・介護予防の総合的な実施及び推進に関する条例」第 29 条に規定する事務を所掌していきます。

- ① 介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画の進捗状況等に関する調査審議
- ② 介護保険制度における苦情処理に関する事項
- ③ 介護保険制度における第三者評価に関する事項
- ④ その他高齢者保健福祉に関する事項等

(2) 地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センターの公正・中立性の確保、その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため地域包括支援センター運営協議会を設置し、その運営について評価や方向性を検討しています。

また、保険者が監理・指導を行う地域密着型サービスにおいても、その適正な運営を図るため、地域包括支援センター運営協議会において、評価等を行っています。

なお、協議会の構成については、専門的な見地から審議する必要があるため、介護保険審議会と同様の構成員となっています。

今後も、引続き「高浜市地域包括支援センター等運営協議会設置要綱」第 2 条に規定する以下の事務を所掌していきます。

- ① 地域包括支援センターの設置及び運営状況に関する事項
- ② 予防給付に係るマネジメント業務に関する事項
- ③ 地域密着型サービスの指定、更新及び報酬に関する事項等

(3) P D C Aサイクルによる計画の進捗管理

介護保険審議会による本計画の進捗管理は、計画に掲げる目標や施策が高齢者のニーズに応じた的確に実行されているかなど、その達成状況を、客観的なデータ等の分析に基づき、点検、評価し、次年度以降の施策・事業の実施に反映するP D C Aサイクルにより行います。

●計画の進捗管理（P D C Aサイクル）

