

第4章

施策の展開

第4章 施策の展開

第1節 柱1 自立支援・重度化防止の推進（介護予防・健康づくり・介護予防ケアマネジメント・社会参加）

高齢者が社会参加の機会を得て健康増進や介護予防に取り組むとともに、セルフケアの意識が定着することにより、一人ひとりが自立した日常生活の維持に取り組めるよう、介護予防・健康づくりに積極的に取り組むことのできる環境の整備を進めます。また、地域における担い手の育成、活動の場や機会の確保、活動を継続するための支援など地域づくりを含めた取り組みを行います。

《成果を測る評価指標》

項目		現状値（時点）	目指す方向性
調整済み重度認定率 ⁴		7.7%（令和5年3月末）	低下
調整済み軽度認定率 ⁵		11.2%（令和5年3月末）	低下
要支援認定者の1年後の重度化率	要支援1	30.0%（令和4年度）	低下
	要支援2	24.0%（令和4年度）	
新規要支援・要介護認定者の平均年齢		82.7歳（令和4年度）	上昇

取組施策 1 高齢者の実態把握

介護予防把握事業の実施により、必要な支援を受けられていない方へ早期に介入し、適切な支援に繋がります。

○ 介護予防把握事業

要支援1・2の方で、必要な介護保険サービスを利用していない方の状況を訪問活動等を通して調査します。

⁴ 調整済み重度認定率：調整済み認定率については脚注1のとおり。「重度認定率」は、要介護3以上の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値。

⁵ 調整済み軽度認定率：調整済み認定率については脚注1のとおり。「軽度認定率」は、要支援1～要介護2の認定者の人数を第1号被保険者の人数で除した値。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
要支援・要介護認定を受けた方で、介護サービス(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外)を利用していない方の割合	36.5%（令和4年度）	低下

取組施策 2 リエイブルメント(再自立)の推進

訪問型・通所型サービスCや介護予防ケアマネジメント事業等の実施により、介護・介助が必要となった方が、自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻せるよう支援します。

- 訪問型・通所型サービスC
対象者選定の基準を定め、利用者本人が目標を持ちプログラムに取り組める体制づくりを図ります。
- 介護予防ケアマネジメント事業
専門職からケアマネジャーへの助言や提案をすることで、住み慣れた地域での自分らしい日常生活を取り戻してもらう効果的な予防ケアマネジメントを実施します。
- 地域リハビリテーション活動支援事業
地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、住民主体の通いの場等の事業にリハビリテーション専門職の関与を促進します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
1年間で転んだ高齢者の割合(75歳以上)	16.4%（令和5年度）	低下
週1回は外出している高齢者の割合	92.4%（令和5年度）	上昇

取組施策 3 介護予防・健康づくりの習慣化に向けたセルフケアの推進

介護予防普及啓発事業や中小規模健康の駅事業等の実施により、高齢者が自らの健康を自らの力で守ることができるよう支援します。

- 介護予防普及啓発事業
 - 地域の集いの場（健康の駅、いきいきサロン、各種イベント等）で出前講座等を開催し、介護予防に関する知識の普及啓発を図ります。
- ICTの活用
 - 介護予防の取り組みが継続できるように、スマホアプリを活用したセルフケアの定着を支援します。
- 口腔ケアの推進
 - 口腔機能の低下に伴い身体虚弱が進むリスク低減のため、歯科医師や歯科衛生士と連携し、口腔ケアによる予防活動を推進します。
- 中小規模健康の駅事業
 - 身近な集いの場として、参加者が気軽に参加し、地域の顔なじみの仲間との交流や楽しみながら健康づくりを継続できるよう支援します。
- 70歳からのらくらく運動教室
 - 体力の維持向上と健康管理及び介護予防のための運動や学習をし、楽しく運動習慣を身につけるための「健康運動教室」を実施します。
- 【新規】民間企業との連携による介護予防事業
 - 民間企業と連携し、生活支援と介護予防プログラムを一体的に提供します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
ウォーキング等の運動を週一回以上している高齢者の割合(75歳以上)	52.5%（令和5年度）	上昇

コラム 健康の駅とは

運動を切り口として、市民の継続的な健康づくりを支援する健康拠点・健康情報の交流の場です。

健康の維持増進を目的に、大・中・小の3つの健康の駅を開設しています。



○ 大規模健康の駅

市内3か所のトレーニングセンターに運動指導スタッフが常駐し、有酸素運動マシンや筋トレマシンを使って利用される方の健康状態や目的に合わせた健康づくり・体力づくりを支援します。

○ 中・小規模健康の駅

運動指導スタッフや保健師・栄養士が地域に出向き、地区交流センターや町内会館などを会場に健康講話や運動指導、栄養指導等を行います。介護予防・認知症対策に加えて、近くに住む顔なじみの仲間が集う通いの場としての役割も担っています。

取組施策 4 社会参加の促進

地域介護予防活動支援事業や生活支援体制整備事業等の実施により、高齢者一人ひとりが自分らしく社会と関わることができるよう支援します。

○ 地域介護予防活動支援事業

介護予防サポーターを育成し、地域における活動を支援します。

○ 生活支援体制整備事業

地域住民、社会福祉協議会、事業所など多様な主体と連携を図り、高齢者等の生活支援や介護予防活動等を充実し、互いに助け合い、支え合うことのできる生活支援体制の整備を進めます。

○ 通所型サービスB

要支援者等の高齢者を中心とした通いの場づくりに係る経費を支援することにより、地域住民の通いの場を創出・支援します。

○ 老人クラブ活動支援事業

身近な自主活動団体である単位老人クラブに補助金を交付し、活動の活性化を図り、生きがいつくりに結び付けます。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
月1回以上地域での活動に参加している高齢者の割合	11.2%（令和4年度）	上昇



自立支援・重度化防止の推進

～リエイブルメントで元気な自分を取り戻す～

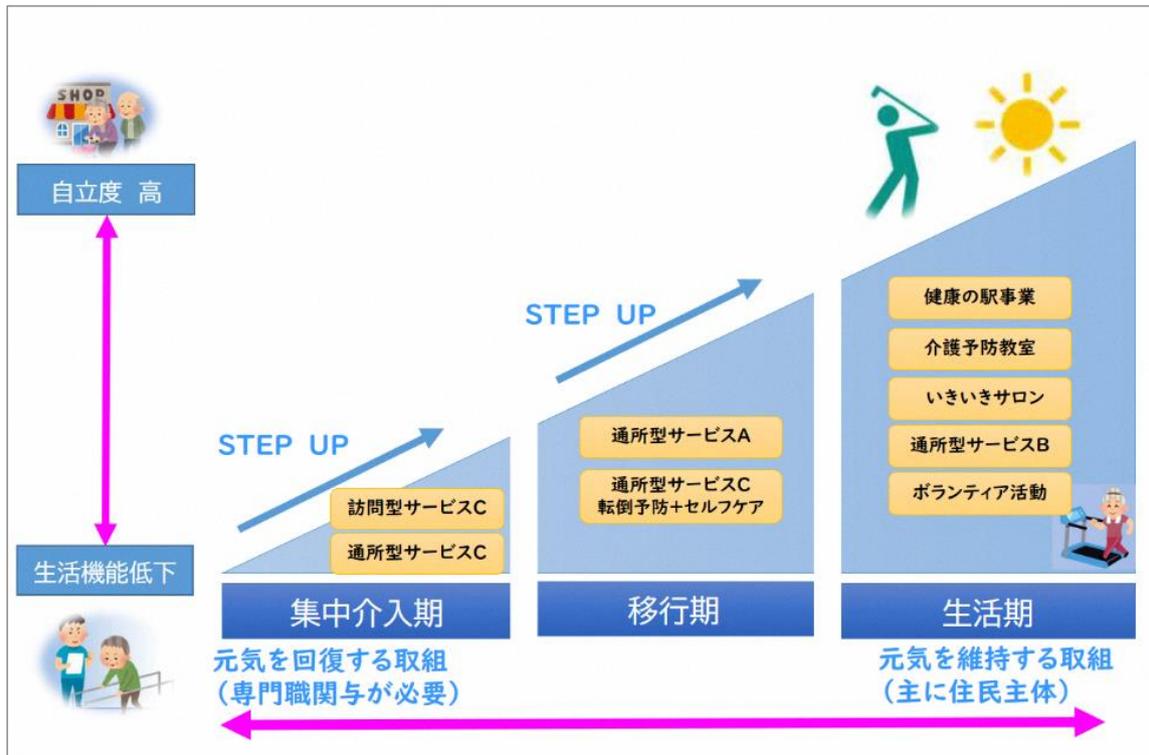
柱1 自立支援・重度化防止の推進

高齢化の進展に伴い、今後ますます高齢者の閉じこもり傾向が懸念されますが、放置することで虚弱高齢者や認知症高齢者のさらなる増加が想定されます。

また、生活機能が低下した虚弱高齢者を早期に把握し、例えば短期集中予防サービス（訪問型サービスC・通所型サービスC）により集中的に介入することで地域での自立した生活に戻るといった介護予防の取り組み（リエイブルメント）が重要となります。

自立支援・重度化防止を目的に、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、『介護予防デザイン』のもと、集中介入期・移行期・生活期と事業を分類し、本人の状態に合わせた支援ができるよう、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

図表 28 介護予防のデザイン



(資料) 横手市作成

コラム リエイブルメントとは

リエイブルメント (Re-ablement) とは、文字通り「再び自分でできるようになる」という意味であり、リエイブルメント・サービスは、高齢者が自立した在宅生活を継続するために能力の回復・改善・維持をはかる支援のことです。

イギリスやデンマークなどで盛んなこのサービスは、「してあげるのではなく本人の力を引き出すケア」と「徹底したリハビリテーション」を基本としており、日本においても介護予防・日常生活支援総合事業への導入が進んでいます。

1. 「リエイブルメント」の推進

(1) 短期集中予防サービスを中心とした総合事業の充実

短期集中予防サービス（訪問型サービスC・通所型サービスC）を実施し、リハビリテーション専門職を中心とした短期間（3～6か月）の専門的支援を提供します。元の生活を取り戻すことを目的に、セルフケアの定着をはかり、地域での自立した日常生活の継続を支援します。

(2) リハビリテーションサービス提供体制の構築

リハビリテーション専門職が、介護専門職や地域活動団体に対して、身体機能の維持・向上を目的とした技術的助言を行い、適切な支援につなげる地域リハビリテーション活動支援事業を実施します。

2. 「リエイブルメント」を支える地域ケア会議

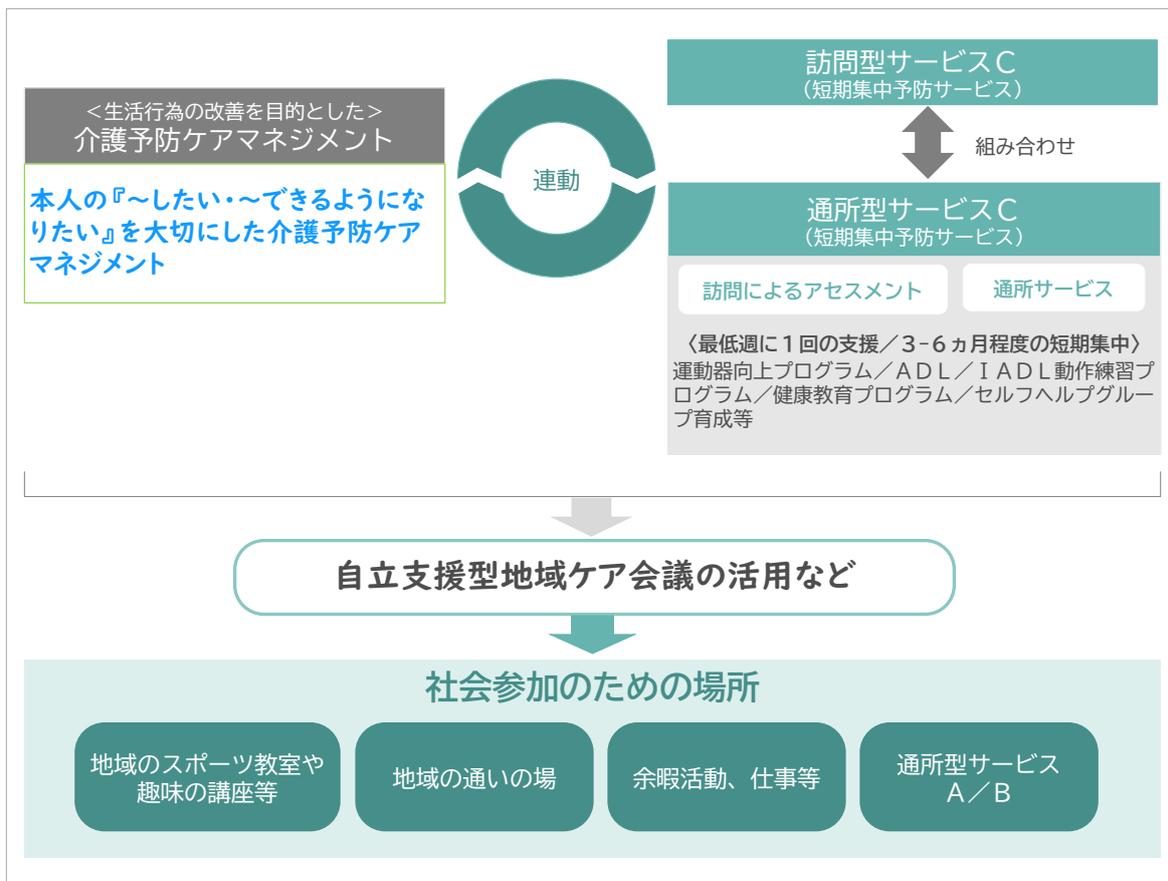
リエイブルメントに向けた取り組みを効果的に機能させるため、多職種で高齢者の元気な日常生活を支えるための「自立支援型地域ケア会議」を充実させます。会議を通じて介護予防ケアマネジメントの質の向上をはかるとともに、多職種

間での技術移転をすすめ、リエイブルメントの実現に向けた意識の共有とそれぞれの支援技術の向上をはかることができる環境を整えていきます。

〈自立支援型地域ケア会議～自立した暮らしの継続支援～〉

- ◆ 利用者本人の『～ように過ごしたい』・『～ができるようになりたい』の実現のための支援を多職種の視点で考え、実際の支援に繋がります。
- ◆ 高齢者の自立支援に資するマネジメントを専門職の多角的な視点から検討し、高齢者のQOL(クオリティ・オブ・ライフ=生活の質)の向上を目指します。
- ◆ 地域に密着した情報を集約・整理し、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも元気に生きがいや役割をもち続けるための支援につなげます。

図表 29 短期集中予防サービスを利用した「リエイブルメント」のイメージ



(資料) 厚生労働省「介護予防マニュアル第4版」を参考に、横手市作成

第2節 柱2 在宅医療の充実と医療介護の連携推進

高齢者や家族が必要な医療・介護を利用しながら望む場所で生活できるよう、住民や地域の医療・介護関係者と地域の目指すべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進し、在宅医療と介護を切れ目なく一体的に提供する体制の構築に努めます。

《成果を測る評価指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性
人生の最終段階の医療・療養について話し合った方の割合	43.2%（令和4年度）	上昇
要支援・要介護認定者のうち訪問診療を利用している方の割合（要介護3以上）	24.5%（令和4年度）	上昇

取組施策 5 在宅医療・介護の普及促進

医療や介護が必要になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、必要なケアを一体的に提供することができる体制を構築します。

- 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の実施
在宅医療に関する相談体制を充実させ、スムーズな連携につながるよう支援します。
- 地域住民への普及・啓発
在宅医療や介護に関する講演会等を開催し、地域住民の在宅医療、介護の理解を促進します。
- 人生会議（ACP）や看取りに関する情報提供
在宅療養生活を送るうえで重要となる人生の最期に関する人生会議（ACP）や看取りについて情報提供を行います。

○ 多職種連携に向けた研修の実施

医療関係者や介護支援専門員（ケアマネジャー）等、多職種が参加する研修会等を実施し、専門職同士の連携強化をはかり、円滑な在宅医療と介護サービスの提供をめざします。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
退院退所加算の算定回数(人口10万対)	1,300.2回（令和4年度）	増加

コラム 人生会議（ACP）とは

もしものときのために、自分が望む医療やケアについて、前もって考え繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」といいます。

人生会議を繰り返し重ねることで、自分の気持ちを話せなくなった「もしものとき」に、自分の心の声を伝えるかけがえのないものになります。無理せず、あせらず、自分のペースで考えていきましょう。もしものときにあなたの希望が尊重された決定につながります。



●治療する際に大切にしたいことを考えてみましょう。

例) 家族や友人のそばにいたい。
好きなことを続けたい。

●もしものとき、自分の思いを伝えてくれる人を選びましょう。

例) ご家族、親しい友人

●かかりつけ医に相談してみましょう

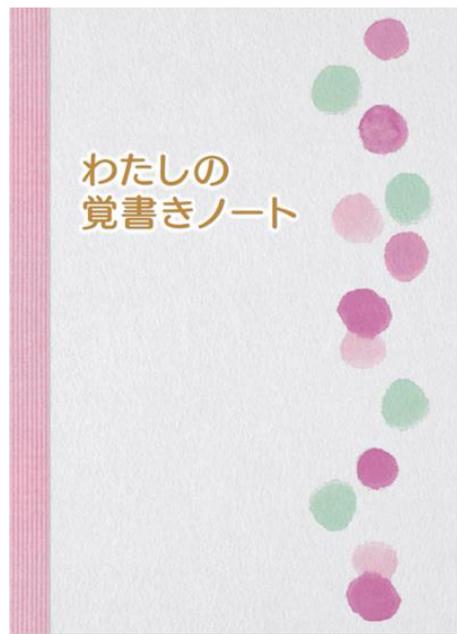
例) これから予想される経過
受けるであろう治療やケア等

●希望する医療やケアについて話し合います。

例) どんな治療・ケアを受けたいか
どんな所で療養したいか
口から栄養が摂れなくなったら・・・
自分で呼吸が難しくなったとき・・・

●書き留めておきましょう。

横手市では、「わたしの覚書きノート」を作成しております。横手市ホームページからご覧いただけます。



横手市「わたしの覚書きノート」

特集

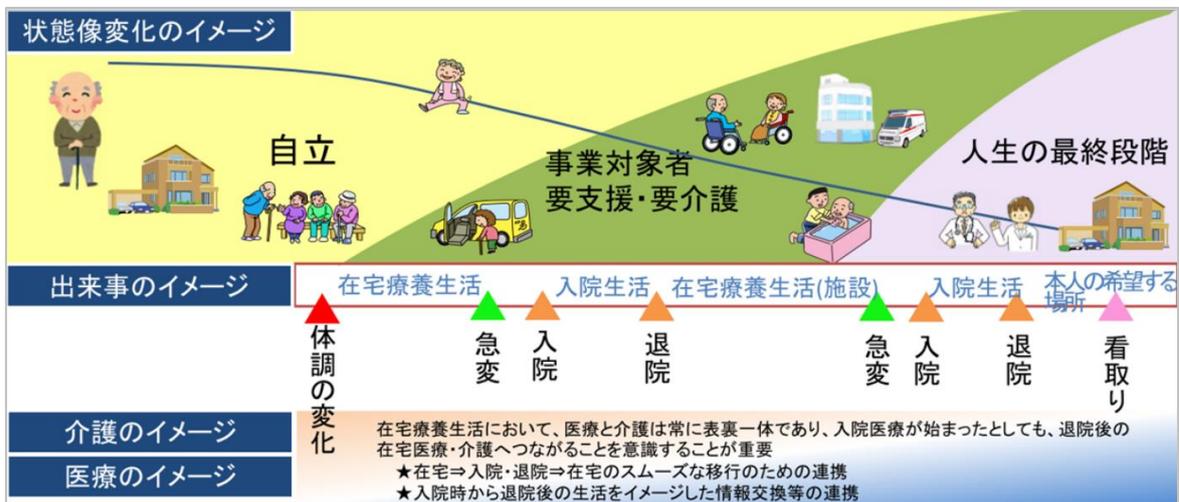
切れ目のない在宅医療と介護の連携

第2節

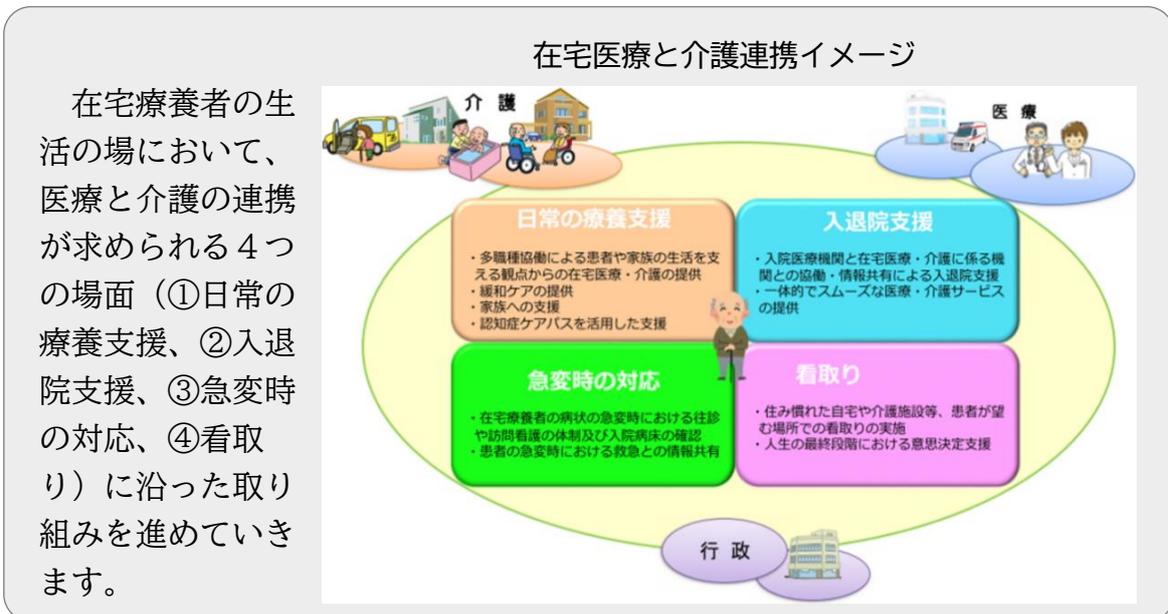
柱2 在宅医療の充実と医療介護の連携推進

高齢者になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもあります。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、在宅療養中に容態が急変し看取りに至ることも想定されます。このため、切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するため、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を意識した取り組みが必要となります。

図表 30 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



図表 31 在宅医療と介護連携イメージ(在宅医療の「4つの場面」別に見た連携の推進)



(出典) 図表 30, 31 とともに厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」

第3節 柱3 認知症との共生と予防

認知症は、誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。高齢者人口の増加に伴い、認知症の人は今後ますます増加することが予想されています。

本市では国の「認知症施策推進大綱」および「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき、認知症の人が尊厳を保持しつつ、住み慣れた地域で希望を持って暮らすことができるように、施策を推進していきます。

《成果を測る評価指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性
在宅生活を継続するにあたり認知症状への対応を不安と感じている介護者の割合	27.8%（令和4年度）	低下
認知症相談窓口を知っている方の割合	29.2%（令和4年度）	上昇

取組施策 6 認知症との共生

① 普及啓発・本人発信 ② 医療・ケア・介護者への支援

認知症総合支援事業の実施により、認知症本人や家族ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、総合的な支援を行います。

① 普及啓発・本人発信

認知症への地域理解を深めるための普及啓発を推進し、地域共生社会を目指すとともに、認知症の本人・家族への早期支援体制を整備します。

○ 認知症サポーター養成

「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症に対する正しい知識と理解の促進をはかります。

○ 認知症ケアパス

認知症の人や家族を包括的に支援するため、横手市認知症あんしんガイド（認知症ケアパス）を活用し、認知症に関する普及啓発をすすめます。

- オレンジサポーターの養成

認知症本人や家族の身近な困りごとを把握し、支援の担い手となるオレンジサポーターを養成するため、認知症サポーターに向けたステップアップ講座を開催します。
- ② 医療・ケア・介護者への支援

認知症本人・家族の負担軽減に向け、認知症カフェを軸とした支援体制を整備します。
- 認知症カフェ

認知症の人と家族、地域住民、誰もが交流や相談のできる場所として認知症カフェを運営し、周知を行います。
- 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員を配置し、相談業務のほか、医療機関や介護サービスとの連携強化を進め、地域における認知症本人家族の支援体制を構築します。
- 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症本人及び家族を訪問し、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援」を実施し、適切な医療・介護サービスに速やかにつなぐ取り組みを強化します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
自分や家族が認知症になった場合に近所の方に知ってもらおうと思う高齢者の割合	68.0%（令和4年度）	上昇

取組施策 7 認知症の予防

認知症予防事業の実施により、認知症についての正しい知識を普及し、早期発見・早期治療につなげます。

○ 認知症予防事業

市民一人ひとりが認知症予防に効果的な活動を習慣化できるように、認知症予防教室を開催します。

○ オレンジレジストリ

平成30年度より国立大学法人秋田大学高齢者医療先端研究センターと協働し、認知症の治療方法やケア方法について5年間の追跡研究を行っています。MC Iの早期発見にもつながります。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性 ・目標値
認知症予防教育参加人数	1,874人（令和4年度）	2,100人

コラム

軽度認知障害(MCI)について

軽度認知障害(MCI)とは、認知症と診断される一歩手前の状態です。放っておくと認知症に進行しますが、適切な予防をすることで健常な状態に回復する可能性があります。

早期から適切な認知症予防策を講じることで、健常な状態への回復や認知症への移行を遅らせることができます。

こんな症状はありませんか？

- ・ 些細なことで怒りっぽくなってきた
- ・ 物の置忘れやしまい忘れが増えてきた

「物忘れ」が多くなってきた気がしたら

MCIでは記憶力に軽度の低下が見られる場合が多く認められます。物忘れや気になることがあれば、早めにかかりつけ医や医療機関へ相談しましょう。

早めの対策で認知症を予防しよう！

- ・ 食生活に気を付けましょう
- ・ 適度な運動習慣を身に付けましょう
- ・ 外出の機会を増やしましょう
- ・ 人との交流を持ちましょう
- ・ 趣味活動など生活を楽しみましょう

取組施策 8 認知症見守り体制の充実

認知症高齢者見守り事業の実施により、認知症に関する広報・啓発活動を行い、地域における認知症高齢者の見守り体制の強化を推進します。

- 認知症サポーター活動支援

認知症に対する正しい知識と理解をもつ認知症サポーターを養成し、地域における見守りを強化します。
- 見守りネットワーク協力事業所

見守る人、見守られる人を特定せず、日常の事業活動の中で見守りにご

協力いただける企業や団体を募り、見守りネットワーク事業所として登録し、地域の見守り体制を強化します。

○ あんしん見守りシール交付

徘徊行動により行方不明になる不安がある高齢者を対象に「あんしん見守りシール」を交付し、認知症高齢者等の早期発見・保護に繋がります。

○ 徘徊見守り講座

認知症の人への対応や声のかけ方、関係機関への通報の仕方などについて、集落・町内単位の地域住民を対象に講座を開催し、地域における認知症への理解浸透を図ります。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
見守りネットワーク協力事業所の登録数	120（令和4年度）	増加

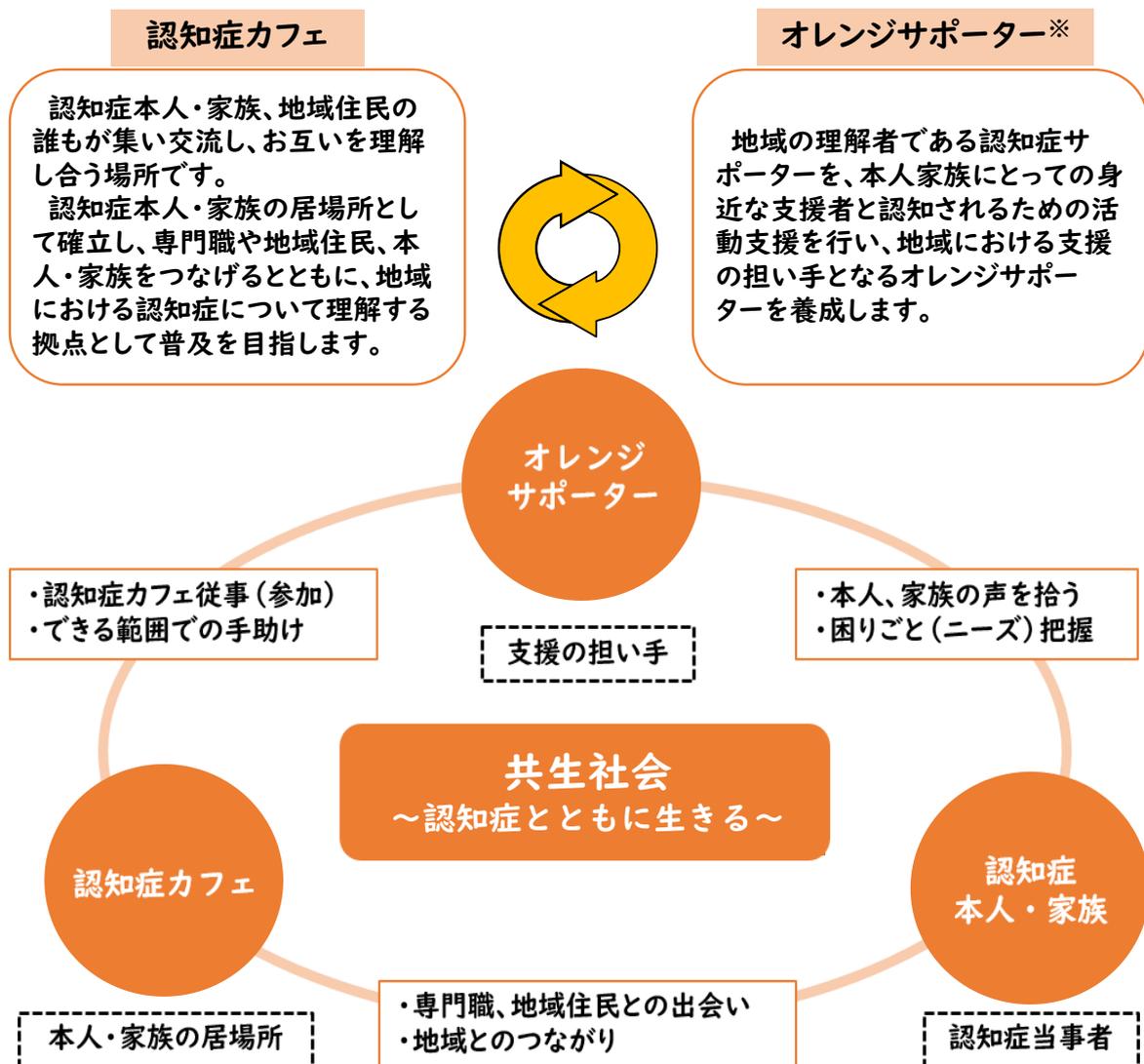


認知症との共生社会の実現に向けて

本市が目指す「認知症との共生社会」とは

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を目指します。地域住民の誰もが認知症を他人事ではなく自分事として捉え、認知症の人と家族介護者が孤立しないよう、地域で支えていくという視点が大切です。

地域において最も身近な理解者である認知症サポーターとともに、認知症本人や家族の居場所である認知症カフェを軸とした地域の支援体制整備を推進します。



※ オレンジサポーター：「支援者」へステップアップした認知症サポーターの仮称。

コラム 認知症関連の用語解説 ①

認知症サポーター

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族をできる範囲で手助けする方です。サポーター養成講座を受講すれば、誰でもサポーターになることができます。オレンジリングが目印です。

当市では、これまで12,280人のサポーターを養成しています。



オレンジリング

認知症ケアパス

認知症の発症予防から人生の最終段階まで、状態に応じたケアの流れを示したもので、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のか、これからの流れをまとめたものです。

地域にどのような支援サービスがあるかをあらかじめ確認し、「備え」をすることが可能となります。



認知症ケアパス

認知症地域支援推進員

市町村と協働し、医療機関や介護サービスなどの関係機関との連携をはかるほか、認知症ケアパス・認知症カフェ・社会参加活動などの地域支援体制づくり、認知症本人・家族を支援する相談業務を行います。

地域にどのような支援サービスがあるかをあらかじめ確認し、「備え」をすることが可能となります。

認知症カフェ

認知症の人と家族が、地域住民や専門職と出会い、相互に情報共有や相談できる場として市内3か所で開催しています。



認知症カフェのようす（くつろぎカフェ）

コラム

認知症関連の用語解説 ②

見守りネットワーク協力事業所

認知症高齢者を含めたすべての地域住民が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域を目指すため、地域で見守る人・見守られる人を特定せず、日常の事業活動の中で高齢者の見守りにご協力いただける事業所や団体を広く募り、地域における見守り体制を推進しています。

現在、120事業所に登録いただいています。



登録事業所登録証

あんしん見守りシール

認知症状の1つである徘徊行動により行方不明となるおそれがある方を対象に、「あんしん見守りシール」を交付しています。

交付したシールは対象者の衣服や持ち物に貼り付け、シールについている二次元コードをスマートフォンで読み取る事で、行方不明者の早期発見・保護につながります。



あんしん見守りシール (見本)

チームオレンジ

認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みです。

認知症との共生社会の実現に向け、全国の自治体で設置が進められています。



よこて版チームオレンジイメージ図

第4節 柱4 地域ネットワークの充実及び共に支え合う地域づくりの推進

多様な主体が地域包括ケアシステムの支え手として参画し、支援を必要とする人にとって相談しやすい体制を整備するため、地域での見守りや災害時などの支援を有効に機能させるためのネットワークづくりを推進するとともに、地域包括支援センターを中心に地域における福祉、医療、保健等の情報共有・連携がスムーズに行えるよう関係機関の連携や調整を行います。また、多職種が連携し、課題解決をはかる体制を強化していきます。

また、地域ケア会議の開催や総合相談支援事業等の実施により、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けられるよう、包括的支援体制の構築に努めます。

《成果を測る評価指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性
介護保険サービス以外の支援を活用している方の割合	34.4%（令和4年度）	上昇
家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手がいない方の割合	31.3%（令和4年度）	低下

取組施策 9 地域包括支援センターの機能強化

本市では、日常生活圏域ごとに地域包括支援センターを設置しており、高齢者やその家族への支援、介護予防ケアマネジメント、高齢者虐待防止を含む権利擁護事業等の総合的な支援を行っています。

地域包括支援センター	管轄圏域
東部地域包括支援センター	横手地域・山内地域
西部地域包括支援センター	雄物川地域・大森地域・大雄地域
南部地域包括支援センター	増田地域・平鹿地域・十文字地域

○ 総合相談支援の充実

市民の複雑化・複合化したニーズに対応し、高齢者が地域でいつまでも安心して生活をするために、地域包括支援センターが高齢者に関する相談窓口であることがより周知されることが必要です。また、実際に身近な相談先として機能しながら、地域支援ネットワークの構築が図られるよう、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

● 圏域内の高齢者人口に応じた適切な職員配置

3職種（その他これに準ずる者を含む）の配置を原則としながら、各センターの支援の質を維持・向上できるように柔軟で適切な職員配置と、外部委託の方策も検討しながら体制整備を図っていきます。

● 介護予防支援業務の指定を受けた居宅介護支援事業所との適正な連携

居宅介護支援事業所による介護予防支援により、センターの業務負担軽減を図りながら、居宅介護支援事業所が担当する介護予防支援にセンターが一定の関与、適正な連携を取ります。

● 在宅介護支援センター等によるランチ⁶機能の活用

総合相談支援の充実及び効果的な実施のため、在宅介護支援センター等とのランチ機能を活用し、業務の一部委託についても検討しながら高齢者及びその家族、地域住民の幅広い相談に対応していきます。

○ 包括的・継続的ケアマネジメント体制の充実

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域の多職種が協働・連携し、包括的かつ継続的に支援していきます。

● 民生児童委員及び医療・福祉職等の専門職とのネットワーク構築

支援困難型地域ケア会議、困難ケースに対するケース会議及び研修会の開催により、顔が見える関係づくりを進めます。また、インフォーマルを含む連携体制及び専門職同士のネットワーク連携体制の構築をしていきます。

⁶ ランチ：高齢者又はその家族及び親族の総合的な相談を受け、必要なサービスを提示しながら、地域包括支援センターと連携を図り、高齢者の介護予防、福祉の向上を図ることを目的とした相談窓口。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
家族や友人・知人以外の相談先として地域包括支援センターをあげた人の割合	13.3%（令和4年度）	上昇

取組施策 10 地域における包括的な支援の充実

地域の多様な専門職や住民等が、個々の高齢者の課題を検討することで、高齢者個人に対する支援を充実させます。さらに、個別の事例から複数の高齢者に影響を与える地域全体の課題を把握し、その解決に向けて取り組むことで、年齢を重ねても住み慣れた地域で生活が続けられる包括的支援体制の構築に努めます。地域ケア会議はこれらを実現するための手段の1つであり、以下4つの会議体で構成されます。

○ 地域ケア会議の開催

- 支援困難型地域ケア会議
多職種の見点により、支援が困難なケースの解決を目指します。
- 自立支援型地域ケア会議
要支援2までのケースについて、望むくらしの実現のため他職種の視点で支援を考えます。
- 圏域型地域ケア会議
日常生活圏域ごとに課題の整理を行います。また多職種が協働して課題に対する打ち手を考えます。
- 地域ケア推進会議
圏域型地域ケア会議を踏まえ、市の政策やその方向性を検討します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性 ・目標値
「介護保険サービス以外の支援の選択肢が増えた」と回答する参加者の割合	（令和6年度調査実施）	上昇

取組施策 11 生活支援体制整備の推進

生活支援コーディネーターを中心に、地域に暮らす高齢者やその家族の暮らしを支え、日々の困りごとを解決する仕組み作りを行います。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性 ・目標値
社会資源の活用例を交えた冊子の作成（インフォーマルサービスや民間サービスの地域資源の把握・更新）	（令和6年度実施）	1回 ／年度

コラム

生活支援コーディネーターとは

生活支援コーディネーター（以下「SC」）の一番の役割は、地域の高齢者の皆様の思いと地域の多様な活動を“つなげる”ことです。そのために、地域を知り、地域とつながり、地域をつなげることが求められます。

◆ SCはこんな活動をしています ◆

1. 地域を知る

地域の高齢者、住民の思い・ニーズを知ること、そして地域にある活動、社会資源などを分野問わず知ることが重要です。

2. 地域とつながる

地域を知るなかで、地域の多様な関係者や社会資源とつながり、お互いの情報や知恵を共有していける関係性を築いていきます。

自治会・町内会・生涯学習活動等がどんな活動をしているか傾聴し尊重する姿勢で臨み、ゆっくりと関係づくりを進めます。

3. 地域をつなげる

地域の関係者の思い・ニーズや多様な活動・社会資源をつなげることで、地域に必要なサービスや担い手、活動の場など地域が求めているものを地域ケア会議を通じて関係者と形にしていきます。

取組施策 12 権利擁護に係る横断的な課題解決に向けた取り組みの推進

権利擁護事業や成年後見制度利用支援事業等の実施により、高齢者の権利が守られ、安心して暮らせる地域づくりを推進します。

○ 権利擁護事業

高齢者の権利を守る取り組みとして、権利擁護に関する説明会や研修の開催回数を増やします。また、市内居宅介護支援事業所等に対し、消費者被害情報の発信や共有により周知・啓発を図ります。

○ 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して、本制度

の説明や、申立てに当たっての関係機関の紹介等を行います。また、福祉施設等に対し出前講座を実施します。

○ 市民後見推進事業

市民後見人の養成研修やフォローアップ研修を充実させます。また市民後見制度利用者の支援には高い専門性が求められるため、外部委託についても検討していきます。

○ 介護相談員派遣事業

介護相談員が介護サービス施設等を訪問し、利用者の疑問や不満、不安を聞き取り、介護サービス事業者との橋渡しを行うことで、問題の改善や介護サービスの資質向上につなげます。また、不適切な支援を見極めるため介護事業所への、専門職との同行訪問を実施します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
成年後見制度を知っている高齢者の割合	43.5%（令和4年度）	上昇

取組施策 13 敬老意識の醸成

敬老事業補助金や長寿祝金の支給をとおして、地域における敬老意識の醸成を図ります。

○ 敬老事業補助金

75歳以上の高齢者を対象とした敬老事業を実施する団体（自治会、婦人会、共助組織等）へ補助金を交付します。市が実施する介護予防の出前講座等と同時に活用できます。

○ 長寿祝金支給事業

100歳に達した方に祝金10万円（商品券）と賀詞、88歳に達した方に賀詞をそれぞれ贈呈します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性 ・目標値
地域における敬老事業活動数	40団体（令和5年10月）	150団体



敬老事業補助金を活用した 取り組みを紹介します

敬老事業補助金は、令和5年度から創設された補助金であり、各地で様々な事業に活用されています。

【活用事業の例】

- ・ 町内敬老会
- ・ 自宅訪問による記念品贈呈
- ・ いものこ会
- ・ 運動会、スポーツ大会、グランドゴルフ大会
- ・ バーベキュー交流会
- ・ 室内ゲーム交流会
- ・ 駐在さんの講演会
- ・ 温泉への日帰り入浴

【補助対象事業】

会館での会食、運動会などの世代間交流イベント、防災・介護予防などの講習会、敬老会での弁当や記念品の贈呈など。

【対象となる団体】

- ・ 当該年度の4月1日時点で75歳以上市民の方を対象とした敬老事業を実施する団体
- ・ 地域の自治組織（自治会・婦人会・共助組織など）またはこれに準ずる組織

第5節 柱5 在宅生活支援の充実

地域の見守りの中で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、家事や外出時の移動、食事、買い物など、暮らしの様々な場面で生活を支えるサービスを展開します。

《成果を測る評価指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性
施設等への入所・入居を検討していない高齢者の割合	58.6%（令和4年度）	上昇
施設等への入所待機者数	340人（令和4年度）	減少
在宅生活の継続のために外出同行支援（通院、買物など）が必要と考える高齢者の割合	20.4%（令和4年度）	低下

取組施策 14 見守り体制の強化

緊急時あんしんボタン配付事業や見守り安心事業などの実施により、地域において安心・安全に暮らすことができる体制づくりを進めます。

- 緊急時あんしんボタン配付事業
 - 一人暮らし高齢者等を対象に、緊急時の連絡先やかかりつけ医などを記載する情報用紙と保管容器（あんしんボタン）を配付し、緊急時の情報伝達の迅速化を図ります。
- 見守り安心事業
 - 一人暮らし高齢者等を対象に、自宅のトイレに通信機能付きの電球を設置し、一定時間操作が無い場合、緊急連絡先へ通報するシステムを利用して、日常的な見守りを行います。
- 避難行動要支援者名簿整備事業
 - 地域防災計画で定められている「避難行動要支援者」から名簿登載の同意を得て名簿を作成するとともに個別避難計画を作成し、普段からの見守りや災害時の速やかな避難支援に役立てます。

○ 緊急時一時保護事業

やむを得ない事由により、介護保険サービスを利用することが困難な高齢者を対象に、必要と認めたときは一時的に養護老人ホーム等への入所措置を行います。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
施設等への入所・入居の検討をしていない高齢者の割合	58.6%（令和4年度）	上昇

第5節

取組施策 15 生活支援サービスの充実

交通助成券交付事業や移送サービス事業等の実施により、生活支援の必要な高齢者が地域での生活を続けていけるよう支援します。

○ 交通助成券交付事業

自家用車を持たない75歳以上の高齢者を対象に、市内交通機関で使用できる交通助成券を交付します。

○ 移送サービス事業

おおむね65歳以上の寝たきり高齢者等で、座位が取れず一般の介護タクシー等の利用が困難な方を対象に、通院時等に移送用車両により送迎します。

○ 運転免許自主返納サポート制度

運転免許証を自主的に返納された方へ、公共交通で利用できる回数券を支給します。

○ 配食サービス事業

要支援者等に対し栄養バランスのとれた食事を提供し、配達時に当該要支援者等の安否を確認します。

○ 介護用品支給券支給事業 保健福祉事業

要介護3～5と認定された高齢者を在宅介護している世帯に、課税状況に応じて、紙おむつ等の介護用品を購入できる支給券を交付します。

- はり・きゅう・マッサージ施術費助成事業
高齢者の健康保持と増進を図るため、75歳以上の方を対象に、市登録施術所で利用できる、はり・きゅう・マッサージ施術券を交付します。
- 一人暮らし高齢者等雪下ろし雪寄せ支援事業
65歳以上の高齢者世帯等で、除排雪作業が困難な方等を対象に、屋根の雪下ろしに要した費用の一部を助成します。また、自宅玄関前の除雪を行う事業者等をおっせんし費用の一部を助成します。
- 移動手段支援事業
市内を面的にカバーする公共交通としてタクシー車両を用いたデマンド交通を、また横手駅を中心とした循環バスの運行を行います。
- 訪問介護相当サービス
市の指定事業者が、訪問介護員による短時間の生活援助等を提供します。
- 訪問型サービスA
介護予防訪問介護相当サービスの指定基準を緩和し、市指定事業者が「身体介護を行わないこと」及び「訪問介護員以外の従事者（市指定研修の修了者）によるサービス提供」を主眼に置いて提供するサービスです。
- 訪問型サービスB
高齢者の日常生活を支援するために、地域で活動する住民主体の自主活動として行う生活援助等のサービスを提供する団体等に補助（助成）を行います。
- 訪問型サービスD
サロンや通所型のサービスへの送迎を、サービス等を運営する主体とは別の主体が行う場合に、運営のための事業経費の一部を補助するなど必要な体制の整備を実施することで、高齢者等の移動を支援する団体等を確保し、高齢者の外出を促します
- 通所介護相当サービス
市の指定事業者が、生活機能向上のための機能訓練等のサービスを提供します。
サービスの需要や圏域のサービス整備状況を踏まえ、事業所の指定を調整していきます。
- 通所型サービスA
介護予防通所介護相当サービスの指定基準を緩和し、市指定事業者が

「入浴、排泄、食事等の介助を行わないこと」及び「運動機能や生活機能を向上させる内容のサービス提供」を主眼に置いて提供するサービスです。

サービスの需要や圏域のサービス整備状況を踏まえ、事業所の指定を調整していきます。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスが特にないと回答する高齢者の割合	34.6%（令和4年度）	上昇



通所介護相当サービス及び通所型サービスAの実施方法等の変更について

第9期計画期間中に、通所介護相当サービス及び通所型サービスAの実施方法を変更します。

1. 背景

本市では、平成30(2018)年以降、地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業の事業費が、国の示す交付金の上限額を上回る状況が続いています。事業費実績と上限額との差は、第8期計画期間において著しく拡大しており、令和5(2023)年度には約2億円に達する見込みとなっています。上限額超過分については、第9期計画期間より国・県からの交付金対象から除外されるため、財源の見直しを行う必要があります。

上限額超過の要因として、ここ数年の事業所の増加や利用者数・利用回数の増加により、通所介護相当サービス及び通所型サービスAの事業費が増加している状況が挙げられます。そして、現在の事業費は約2億6,300万円(令和5(2023)年度見込み)と高く、介護予防・日常生活支援総合事業の事業費全体の5割以上を占めていることから、実施方法の見直しを行う必要がありました。

この2つのサービスは介護予防の観点から必要な事業ですが、本市には「健康の駅」や「いきいきサロン」など他市には無い資源が豊富であり、これらの地域資源により介護予防の取り組みも十分に可能となっております。

2. 今後の方向性

- ◆ 通所介護相当サービス及び通所型サービスAの利用者負担割合を変更し、当該事業の事業費を抑制します。
- ◆ 介護予防ケアマネジメントの方針として、通所型サービスC及び健康の駅の利用促進を図ります。
- ◆ サービス利用申請時の審査方法を見直し、適正化を図ります。
- ◆ 地域のサービス需給量のバランスを考慮し、事業所の指定を調整します。

第6節 柱6 介護給付等の対象サービスの充実とサービス提供体制の整備

介護サービスを必要とする高齢者等が適切にサービスを受けられるよう、居宅サービスや施設サービスの充実を図ります。また、介護保険事業の持続可能性を確保するため、介護保険事業の適正な運営に努めます。

《成果を測る評価指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性
介護給付費の計画値に対するの支出割合	93.5%（令和4年度）	95.5%以上

取組施策 16 介護保険制度の適切な運営

人口減少の進行に伴い、今後、介護サービスの利用者数及び介護給付費が減少する一方、介護保険料は増加が見込まれています。介護保険を持続可能な制度として運営するため、不適切なサービスの利用や提供を見直し、適正な給付に努めます。

○ 制度周知と利用者理解

制度に関するパンフレットの作成やホームページへの情報公開、民生委員研修会・市民後見人養成講座・ケアマネジャー研修会の活用により、制度の周知と適切なサービス利用に関する啓発を行います。

○ 要介護認定の適正化

申請区分や直営・委託に関わらず、認定調査の結果について、実際の調査員以外の職員が確認し、適切・公平な要介護認定の確保に努めます。

一律の基準に基づいて要介護認定が行われるよう、認定調査員向け研修会を開催するなどし、認定技能の向上を図ります。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
民生委員研修会 市民後見人養成研修会 ケアマネジャー研修会への参加	市民後見人養成研修会 1回 ケアマネジャー研修会 1回 /(令和5年度)	各1回/年度
認定調査員研修会の開催	2回（令和5年度）	2回/年度
各種研修会での制度説明の実施回数	0回（令和5年度）	増加

取組施策 17 給付の適正化

給付の適正化とは、介護サービスを必要とする利用者に対し、適切なケアマネジメントにより利用者が真に必要とするサービスを見極め、事業者が規則にのっとって適切にサービスを提供するよう促すことをいいます。

本市では、ケアプランの点検など3事業を中心に据え、引き続き、要介護認定の適正化や縦覧点検・医療情報との突合も行いながら、適切なサービスの確保と費用の効率化を図り、持続可能な介護保険制度の構築を目指します。

○ ケアプランの点検

ケアプラン作成過程が適正かどうかについての点検を行います。

また、利用者の身体状況等と整合性が取れないケアプランになっていないか、介護予防・自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目してケアプランの点検を実施します。

ケアプランの在り方については、地域ケア会議等を利用して関係者間での検討を深め、認識の共有を図ります。

○ 住宅改修・特定福祉用具購入の点検

住宅改修等が利用者にとって必要な内容であるかどうかについての点検を行います。

住宅改修では事前申請時・支給申請時に、特定福祉用具購入では支給申請時に、それぞれ適正な内容であることを確認し、疑義のあるケースについて、訪問による現況確認を実施します。

住宅改修・特定福祉用具購入の適正な在り方については、地域ケア会議等を利用して関係者間での検討を深め、認識の共有を図ります。

○ 福祉用具貸与に関する調査

国保連合会の介護給付適正化システムから提供される情報の活用や、運営指導やケアプラン点検等を通じて、適切な貸与であるかを確認します。

福祉用具貸与の適正な在り方については、地域ケア会議等を利用して関係者間での検討を深め、認識の共有を図ります。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
ケアプランの点検（調査件数）	15 件（令和 4 年度）	15 件
住宅改修・特定福祉用具購入の点検（申請受付時の点検）	全件数（令和 4 年度）	全件数

第 6 節

取組施策 18 介護職員の確保・定着と人材の育成

介護サービスの需要が更に高まることが見込まれている一方で生産年齢人口は急速に減少することが見込まれ、介護人材の確保は一段と厳しくなることが想定されます。

こうした現状に対応するため、事業所等への人材育成にかかる支援や、若い世代の中学生・高校生に対し介護についての周知を行います。

また、職場環境の改善として ICT 導入の情報収集・発信をはじめ、あらゆる面から介護現場の生産性と質の向上を図ります。

○ 介護現場の生産性の向上の推進

● ケアマネジャー研修会への参加

引き続き、ケアマネジャー研修会へ参加し、市事業の周知及び介護保険制度への質疑応答を通して、ケアマネジャーのスキルアップを支援します。

● 若い世代に介護の仕事への理解を深めてもらえるよう、小・中学生や高校生を対象に介護保険制度や介護の仕事の魅力について、周知を図ります。

● 生産性向上にかかる情報収集・情報発信

介護人材不足に対する、国・県の提供情報を事業所に発信します。

外国時人材の受入れにかかる、国・県・他団体の提供情報を事業所に

発信します。

介護現場への ICT 導入の情報収集を行い、先進的事例の紹介を行います。

○ 介護事業所の質の向上

介護保険制度の理解を広めるため、事業所等からの相談に対応します。質問・回答情報は事業所が自由に閲覧できるよう、ホームページ上で公開します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
小・中学生、高校生への事業周知	（令和 6 年度実施）	3校／年度
生産性向上にかかる情報収集・情報発信	随時（令和 5 年度）	継続
ホームページに公開した質問に対する回答へのアクセス数	（令和 6 年度末に取得）	増加

取組施策 19 介護事業所に向けた支援の充実

また、第 8 期計画期間における新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、国・県からの情報収集に努め事態の収束を図ったものの、介護事業所では利用者への対応やサービスの維持・提供、関係機関との情報共有などの面において大きな混乱が生じたことから、現場で生じた事象について検証を行い、今後の自然災害の発生や感染症の流行等に備え、連絡体制の整備や介護サービス等の安定的・継続的な提供体制の構築を図ります。

○ 介護事業所への災害対策・感染症対策の情報提供

介護保険施設等への業務継続ガイドラインの周知に努めるとともに、各事業所における業務継続計画の早期策定を促します。

また、福祉避難所の災害時対応訓練を実施します。

《成果指標》

項目	現状値（時点）	目指す方向性・目標値
質問票のデータ整理、ホームページ上の公開	データ整理のみ実施（令和5年度）	全質問掲載
福祉避難所設置・運営連絡会議	1回（令和5年度）	1回／年度
事業所の事業継続計画の策定状況確認	40ヶ所（令和5年度）	全事業所で確認

取組施策 20 低所得者の負担軽減

介護サービスの利用を希望する方のうち、所得が低く、費用負担が困難な方が、必要なサービスを利用できるよう、負担の軽減を図ります。

○ 高額介護サービス費・高額医療・高額介護合算制度

利用者の所得状況に応じ、1か月ごとの利用者負担の合計額が一定の上限を超えた場合に、高額介護サービス費としてその超えた額を支給します。

同じ世帯で医療保険と介護保険にかかる自己負担額が高額になった場合は、双方の自己負担額を合算し、申請により限度額を超えた額を支給します。

○ 特定入所者介護サービス費

市民税非課税世帯で預貯金等が一定額以内（いずれも同一世帯に属していない配偶者も含む）の方について、施設系サービスにかかる居住費・食費の利用者負担額の負担限度額を設け、市民税課税世帯の方が負担する平均的な費用（基準費用額）と負担限度額の差額を保険給付で補います。

○ 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度

収入が世帯で年間150万円（世帯員加算あり）以下等の生計困難な方などに対し、社会福祉法人等が提供するサービスの利用者負担額から25.0%が軽減されます。

生活保護受給者についても、個室の利用に係る居住費（滞在費）に限り、全額が軽減されます。