

第3節 施策の課題及び目標

1 地域包括ケアシステムの推進

(1) 地域包括ケアシステムの推進

【現状と課題】

高齢者が住み慣れた地域で安心して元気に暮らすことができるよう、地域の実態や地域課題の把握、また介護が必要な高齢者に対しては、介護保険サービスをはじめ、様々な保健福祉サービスを適切に組み合わせるなど、効果的なサービスの提供を行う必要があります。また、介護の必要はなくても、一人暮らしや健康に不安のある高齢者など何らかの支援を必要とする高齢者には、自らが地域の団体やボランティア、地域に密着した介護事業所等地域資源と広くつながり、その人らしく暮らし続けられるよう、地域で包括的・継続的に支え合うことが重要です。

さらに、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、重層的支援体制整備事業により、地域包括支援センターを含む福祉相談窓口では、介護分野に限らず、障がい分野、児童分野、困窮分野も含めた、属性や世代を問わない包括的な相談を受け付ける体制としました。

【施策の目標及び展開】

地域包括ケアシステムの「介護・予防・医療・生活支援・住まい」の5つのサービスが一体化して提供していく地域づくりが、地域包括ケアの持続性を可能にします。

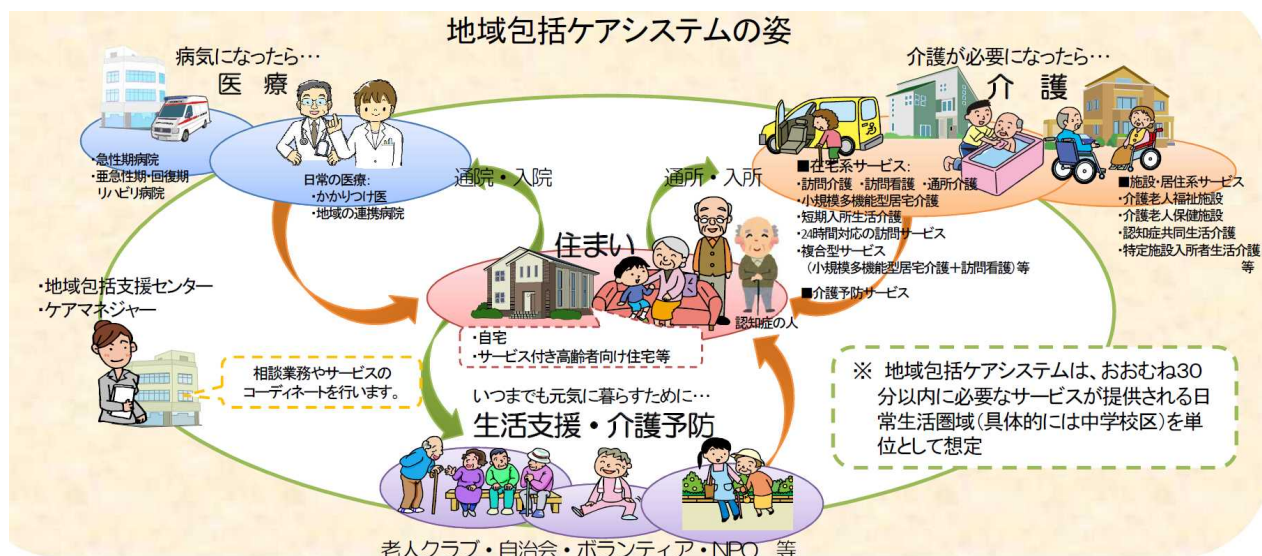
市は、地域の実情に応じて、地域ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターの体制の強化（人材確保支援含む）を進めるとともに、毎年、国が策定する評価指標を用いて、地域包括支援センター業務の評価点検を実施し機能の強化を図ります。必要な人が必要な支援につながるができるよう、保健・医療・福祉の関係者等で構成される「地域ケア会議」を充実させて地域の関係団体等とのネットワーク構築及び地域資源を活用した地域づくりを進めます。

また、地域包括ケアシステムの深化には、財政的インセンティブである保険者機能強化推進交付金等の実効性を高める必要があります。高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組内容について、交付金の評価指数に即したものとなるよう改善や更なる充実を進めます。

《主な事業・取組み》

- ・市と地域包括支援センターの連携強化及び地域資源を活用した地域づくり
- ・地域包括支援センターの機能強化（負担軽減及び人材確保含む）
- ・保険者機能強化推進交付金等の評価指数を踏まえた取組内容の充実

<越前市が推進する地域包括ケアシステム>



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

(2) 在宅医療と介護の連携強化

【現状と課題】

高齢者が医療や介護を必要とする状態になっても、自宅等の住み慣れた生活の場で最期まで自分らしく生きるためには、地域における医療と在宅介護関係者が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。

本市では、国の示す在宅医療・介護連携推進事業の8項目に沿って、医療と介護の連携に関する課題を整理し、情報共有や相談支援等の事業を実施しています。

武生医師会の協力を得ながら、地域での主治医等の確保のため、在宅医療コーディネート事業を実施しています。また、福井県が平成28年に開始した「福井県入退院支援ルール」を活用し、医療と介護の関係者が連携して、患者のスムーズな在宅移行がすすんできました。

さらに、地域の医療・介護関係者が互いの業務の現状等を知り、意見交換を通して関係を構築し、それぞれの職種が互いの分野についての知識等を身につける「顔の見える多職種連携会議」を実施しています。

また、地域の医療と介護の連携には、多くの専門職の理解や協力、ケアマネジャーのマネジメント力の向上等が重要です。地域ケア会議をとおして、地域課題を共有し、社会資源の充実を図る必要があります。

なお、24時間365日、在宅医療と在宅ケアを行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが開始され、さらなる充実が求められています。

【施策の目標及び展開】

在宅コーディネート医を中心に、専門多職種間で顔の見える関係を築き、医

療と介護の連携の実践スキルや介護職の医療知識の向上を図るため、多職種連携会議を継続して開催します。

地域課題の明確化と社会資源の発掘のため、地域ケア会議を継続して開催していきます。

「いきいきふれあいのつどい」や協議体の場を活用し、講演会や出前講座等で、本人や家族が人生の最期を含め、最期まで自分らしくどのように生きるか考え、イメージでできる機会を設けると共に、かかりつけ医を持ち、在宅での看取りについて、市民に周知、啓発します。

また、障がい者が65歳以上になっても継続してサービスを利用できるよう、高齢者や障がい者等の多様な利用者に対して、一体的にサービスを提供する共生型サービスの充実に向け、介護及び障害福祉サービス事業者に対し、共生型サービスに関する情報提供および申請支援を行います。

《主な事業・取組み》

<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護や医療に関する地域資源の把握と周知 ・地域医療と在宅介護関係者の多職種間の連携強化 ・顔の見える多職種連携会議の充実 ・地域ケア会議を充実し、地域課題を解決（地域ケア推進会議・地域ケア個別会議・地域における地域ケア会議） ・自分らしい最期を迎えるための人生会議の推進・エンディングノートの活用 ・共生型サービスの推進
--

《第9期計画基本政策の指標》

・在宅サービスの利用率（要介護3～要介護5）

令和3・4年は実績値、令和5年以降は目標値（年度末）

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
在宅サービス利用率（要介護3）%	56.5	56.6	56.8	57.0	57.2	57.4	57.5
在宅サービス利用率（要介護4）%	31.7	34.0	34.0	34.0	34.0	34.0	34.0
在宅サービス利用率（要介護5）%	27.4	26.6	26.6	26.7	26.8	26.9	27.0

2 介護予防・健康づくり施策の推進

(1) 自立に向けた介護予防事業の拡充

【現状と課題】

本市では、介護予防と日常生活の自立を支援するため、「総合事業」として「一般介護予防事業」「介護予防・生活支援サービス事業」を実施しています。

「一般介護予防事業」では、65歳以上のすべての高齢者を対象に介護予防の必要性和継続することの重要性を周知し、事業参加者の拡充に取り組んできました。しかしながら、近年、新規参加者が参加しづらい傾向にあります。介護予防に関心を持ち、より広く多くの高齢者に無理なく自主的に取り組んでもらえるよう、民間のジムや公民館等で開催されている健康教室の参加を促したり、本人にとって魅力ある居場所を充実していくことが必要です。

また、身近な場所での介護予防として、住民主体の「いきいきふれあいのつどい」を、各地区の地域支え合い推進員等と協力し実施しています。自分らしく生きがいを持って活躍できる居場所を広げ、趣味や運動等自主的に取り組む様々な活動が介護予防につながると考えます。あわせて、活動の内容が単一化しているという現状もあり、参加者の高齢化や不参加者の実態及びニーズを把握し、その形態も含めて充実していく必要があります。

「介護予防・生活支援サービス事業」では、介護事業所が行う訪問型サービスや通所型サービス、地域の助け合いやボランティア、NPO等による生活支援サービス等の幅広い選択肢を設け、高齢者の自立支援を推進しています。介護事業所と連携を取りながら、実施状況を調査し、分析・評価を行い、本事業の有効性への理解を深める必要があります。

市内日常生活圏域6か所に配置した地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、その人らしくいきいきとした生活を続けていけるように、地域の様々な社会資源とを繋げて、高齢者の自立した生活に関する保健・医療・福祉の支援を行っています。具体例として、元気な65歳以上の高齢者（5歳刻み）に対し実施している「高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査」について、その結果をもとに地域包括支援センターが実態を把握し、「もの忘れ検診」や受診勧奨及び介護予防教室への参加を促しています。

第9期では、高齢者が元気で健康を維持するために、介護予防の内容を充実し、フレイル状態の高齢者には掘り起こしによりその人に適したサービスにつなげ、すべての高齢者全体の介護予防の充実を図る必要があります。

【施策の目標及び展開】

自身の身体状況に関心を持ち、日常生活の中で介護予防に取り組めるよう、多様な総合事業を展開していきます。介護予防・生活支援サービス事業では、専門職の評価・判断を踏まえ、本人の望む生活を反映したケアマネジメントを促進し、自立に向けた適切な支援を推進します。一般介護予防事業では、住民

や民間企業など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発を行い、多様な居場所を整備し、自分らしく生きがいを持って健康で暮らせるように働きかけます。

適切な時期に本人に必要な医療機関の受診や介護予防事業への参加につなげるため、「高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査」と「もの忘れ検診」の実施を継続し、地域包括支援センターによる訪問と調査結果の分析に取り組みます。

また、地域において、住民主体のフレイルサポーターによるフレイルチェックやIT機器等を活用したフレイル状態の人の早期発見や、生活習慣（栄養、運動、社会参加）の見直しや改善に向けた支援に取り組みます。いきいきふれあいのつどいについては、日常生活のニーズ（移動スーパー等）と組み合わせる等新たなつどいの活動の形態を検討していきます。

さらに「越前市モデル「みなぎる元気いきいきパ輪－サイクル」を構築し、筋力維持や認知症予防などの介護予防教室を展開する「元気カフェ」などを拠点にフレイル状態の人の早期掘り起こしを行い、身体の現状維持や機能向上のため、リハビリ専門職が個別にサポートする通所型予防サービス等、本人の状態に合わせた段階的な各々の事業メニューにつなぎ、きめ細やかな支援を行うことで、段階的に総合事業・一般介護予防事業につなげます。

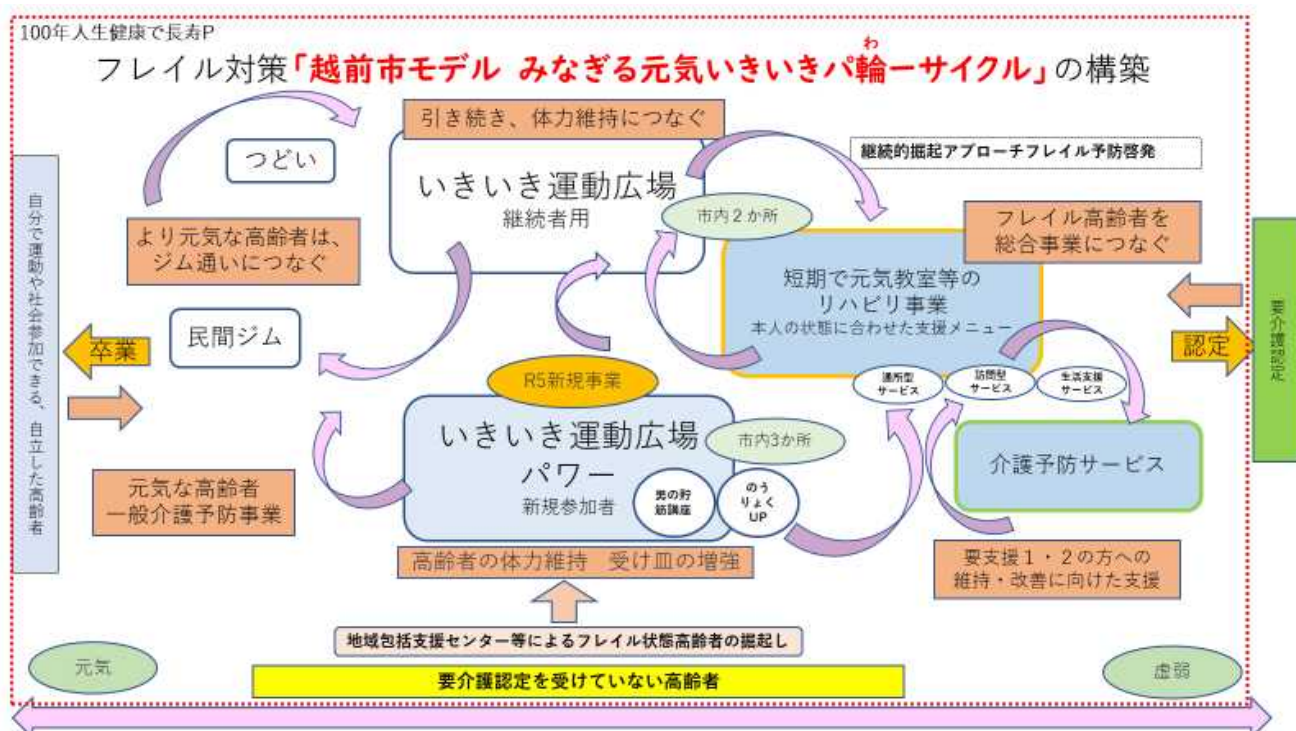
これらの推進には、本人やその家族、ケアマネジャー、地域、専門機関、介護サービス事業所等、それぞれの関係者が共通理解のもと取り組むことが重要であるため、全ての関係者と協働して進めていくとともに、これまでの調査等のデータ分析を行い、より効果的な介護予防事業を展開していきます。

《主な事業・取組み》

- ・ 高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査の継続
- ・ 生活実態の把握分析や、適宜に医療機関受診勧奨
- ・ 介護予防対象者の掘り起こしの推進
- ・ 越前市モデル「みなぎる元気いきいきパ輪－サイクル」の構築
～機能低下や認知症予防などの介護予防教室を展開する高齢者の居場所
「元気カフェ」を拠点として～
- ・ 介護予防の体制整備（総合事業サービスの効果検証・充実）
（一般介護予防教室の効果検証・充実）（居場所づくり）
- ・ 本人の望む生活を反映した自立支援型のケアプランの確立

(図1)

フレイル対策<越前市モデル みなぎる元気いきいきパ輪—サイクル>の構築



(2) 健康づくりの推進

【現状と課題】

越前市の平均寿命は令和2年男性81.8歳、女性88.0歳、また健康寿命は男性79.52歳、女性84.19歳となっており、この平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「健康ではない期間」を意味し、男性2.28歳、女性3.81歳となっています。(令和4年12月：わがまち健康カルテ福井県健康政策課作成)

越前市の医療費分析から、糖尿病、高血圧等の生活習慣病が多くを占めている事や、生活習慣病を起因とする脳血管疾患や認知症等で介護保険申請に至る方が多く、生活習慣病がフレイル状態(虚弱)を引き起こしている一因と考えられます。

高齢者がいつまでも心身ともに健康であり続けるためには、自分の健康は自分で守ることを基本に、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、喫煙、歯・口腔等の生活習慣について、若い世代から見直しや改善を行い、疾病予防に取り組むことや、また疾病がある方はかかりつけ医を持ち定期的に受診し、服薬管理等を行うことで重症化予防をしていくことが重要です。

そのためにも、特定健康診査、後期高齢者健康診査、特定保健指導を実施し、また、健診事後指導等を行うことで生活習慣病の予防、重症化予防に取り組んでいます。健診受診率は国の目標値を下回り、健康無関心層が一定数いることや定期的に健診を受ける習慣が定着していない状況にあります。このような

状況により自覚症状がない生活習慣病の早期発見に至らず重症化し、そのまま介護保険サービスにつながってしまうケースも見受けられます。

介護保険の申請状況からは比較的軽度の要支援の認定者は関節疾患が多く占めていることがわかります。外出を控える原因にもなりやすく、ADLの低下やフレイルの状態になると考えられることから、若い世代からの適正な体重の維持、運動器機能向上や骨粗しょう症予防、高齢になってからの筋力低下を予防するために、よりよい生活習慣を継続していくことが重要になっています。

令和4年度からは、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組んでいます。医療・介護・健診等のデータを分析し、健康課題を抽出し、健康課題に沿った保健事業・介護予防事業を展開しています。この事業の実施により対象者が75歳になり後期高齢者医療保険に移行された後も、切れ目なく健康に係るアプローチが可能となる体制を整えられています。健康状態不明者対策事業として、健診受診なし、医療機関の受診なし、介護保険サービスの利用のない方への訪問指導を行い、本人の健康状態を確認し、必要なサービス等につなげています。

【施策の目標及び展開】

高齢者の健康状態は糖尿病、高血圧等の生活習慣病と加齢に伴う虚弱な状態を意味する「フレイル」が相互に影響することから、現役世代からの健康管理に取り組み、生活習慣病予防に重点的に取り組みます。

特定健康診査・後期高齢者健康診査・各種がん検診等において、受診率向上を図り、疾病の早期発見に努めます。また、特定保健指導対象者への保健指導に加え、健診受診後の結果等にて健診事後指導を行い、発症予防や重症化予防のための保健指導を行います。

生活習慣の改善では、野菜の摂取量や減塩等の食生活の改善、運動習慣の定着、休養・睡眠も含めたこころの健康づくり、禁煙対策、歯科保健等を推進していきます。

国民健康保険制度から後期高齢者医療制度へ移行する際には、切れ目なく継続した保健事業を展開し、生活習慣病の発症予防から重症化予防、介護予防・フレイル対策等の健康づくりの取り組みが効果的に実施できるよう一体的な対策を講じていきます。

《主な事業・取組み》

- ・現役世代からの生活習慣病予防
- ・「越前市健康づくり計画」の推進
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の継続
- ・無関心層への健康意識の向上促進
- ・特定健康診査、特定保健指導、がん検診の実施、未受診者対策の強化

(3) 高齢者の生きがいつくりの推進

【現状と課題】

人生100年時代を迎え、高齢者が、生きがいをもって暮らしていくためには、家庭や地域、社会で役割を持ち、自分らしく居られる居場所や活躍できる舞台が大切です。

また、少子高齢化や健康寿命の延伸に伴い、定年の延長や廃止等高齢者が長く働き続けられる社会へと変化する中、健康で意欲のある高齢者が、地域社会の一員として、長年培った経験や知識を活かし、役割をもって支え合える、生涯現役社会の仕組みづくりが必要となっています。

また、高齢者の生きがいつくりとして、社会奉仕やスポーツ交流等に取り組むシニアクラブ（老人クラブ）の活動があります。近年、シニアクラブの加入率が低下している現状です。その他、当シニアクラブの老人家庭相談員は、各町内に配置し、独り暮らし高齢者宅を訪問し、生活向上の意欲が持てるよう相談に乗る等、精神的な援助を行っています。

さらに、就労意欲のある高齢者の就労の場として、県社会福祉協議会による「ちょこっと就労」やシルバー人材センターによる知識や経験、技能を活用した就労を周知しています。ハローワークにおいても、高齢者の就労相談等関係機関と連携しながら実施しています。

【施策の目標及び展開】

楽しみながら体力づくりや健康づくりに取り組めるよう、高齢者の身体状況や希望に合わせた健康講座やスポーツを推進していきます。市内にあるスポーツジム等の紹介や運動施設等と一緒にイベントをすることによって楽しく運動ができる場の提供を行うほか、ICT(情報通信技術)を活用して自分の健康管理ができるよう推進していきます。

シニアクラブでは、若い世代が興味を持つような活動である各種スポーツ大会や文化活動の発表の場を企画し、楽しみながら体力づくりや仲間づくりができるよう推進していきます。

また、各地区の自治振興会をはじめ、シニアクラブやシルバー人材センターで、健康で意欲のある高齢者が、地域社会の一員として今まで培われてきた知識や経験を活かしながら、生きがいを持って活躍できる場が作られるよう、地域と協働しながら取り組んでいきます。

また、社会参加の支援として、就労意欲のある高齢者に対し、経験や希望に合った仕事を紹介するため、関係機関と引き続き連携を図ります。

《主な事業・取組み》

・ 元気な高齢者が生きがいを持って活躍できる場づくり

- ・企業等事業所と連携を図りながら現役世代からの健康づくりの推進
- ・地域ボランティア（生活支援サポーター、介護予防サポーター、認知症サポーター）、シニアクラブの後継者の育成を地域と協働して推進
- ・高齢者の就労支援に向けた関係機関との連携

〈第9期計画基本政策の指標〉

- ・調整済軽度認定率（要支援1～要介護2）

令和3年・令和4年は実績値、令和5年以降は目標値（年度末）

	令和 3年	令和 4年	令和 5年	令和 6年	令和 7年	令和 8年	令和 22年
調整済軽度認定率（%） （要支援1～要介護2）	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9

*調整済認定率（説明）第1号被保険者の性別・年齢構成の影響を除外した認定率

- ・総合事業新規参加者数

令和3年・令和4年は実績値、令和5年以降は目標値（年度末）

	令和 3年	令和 4年	令和 5年	令和 6年	令和 7年	令和 8年	令和 22年
総合事業新規参加者数 （人）	—	—	100	100	100	100	100

3 生活支援体制の強化

（1）地域共生社会の実現

【現状と課題】

現在、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯のほか、認知症高齢者の増加、8050問題や介護と育児のダブルケアなど、一つの世帯に複数の課題が存在している家庭や、世帯全体が地域から孤立しているなど住民が抱える課題が複雑化・複合化しています。さらに、障がい者が65歳に到達した際の居場所や、外国人への多言語による福祉支援も必要となっています。

地域においては、従来の分野ごとの課題解決に取り組んでいた『縦割り』や、「支える側」「支えられる側」という一方的の関係ではなく、「地域に生きて暮らしている以上、誰もが支え・支えられるものである」という考え方のもと、地域の資源を活かしながら、人と人、人と社会とのつながりが生まれやすい環境を整えることを目指し、個人や世帯が抱える課題を包括的に支援する地域社会をつくっていく必要があります。

町内福祉連絡会や地区福祉ネットワークなど、地域における情報を共有できる場において、気がかりな人を把握し、地域全体で見守る体制づくりや居場所

づくりを推進します。

市では、平成27年度に第1層協議体を設置し、多様な主体間の情報共有、連携及び協働による資源開発等を推進してきました。さらに平成28年度に市内17地区の自治振興会等に第2層協議体を設置及び第2層地域支え合い推進員を配置することで、地域の課題を共有し課題解決に向けた話し合いを行ってきました。また、第2層協議体の呼びかけにより、地域住民やボランティア団体等が主体となって生活支援を行う住民主体サービスB型は、支える方々にとっても社会参加の場となっています。

引き続き、地域全体で課題の共有や解決する場をつくり、地域生活課題の早期発見につなげる体制を支援します。

また、地域福祉への関心を高め、活動に参加するきっかけとなるような働きかけを進め、自主的に活動するボランティアの育成や仕組みづくりが必要です。

【施策の目標及び展開】

日本人や外国人を問わず、高齢者を含む複合世帯で生活上の困難を抱える方が必要な支援を受けられるよう関係機関が連携し、地域を基盤とした包括的、総合的な相談支援体制を構築します。

地域での具体的な相談支援体制の仕組みは、町内福祉連絡会や地区福祉ネットワーク等が出されたそれぞれの現状や課題について、アセスメント → 重要度の把握 → 解決に向けた方針決定 といったプロセスの繰り返しとなります。その過程において、案件の重要度や解決に向けた困難度により、第2層協議体と地域包括支援センターが連携・共有し、市全域での検討に至る協力体制（図2）の構築を強化します。

また、地域における支え合いや助け合いの輪を広げるため、ボランティア活動への参加を促します。特に、住民主体サービスB型については、地域ボランティアの育成を進めることとあわせて、高齢者が日頃から町内で助けを求めやすい関係を作っていくことから進めていく必要があります。ボランティアの推進にあたっては、決して自主性を抑制するものであってはいけないことを念頭において取り組んでいきます。

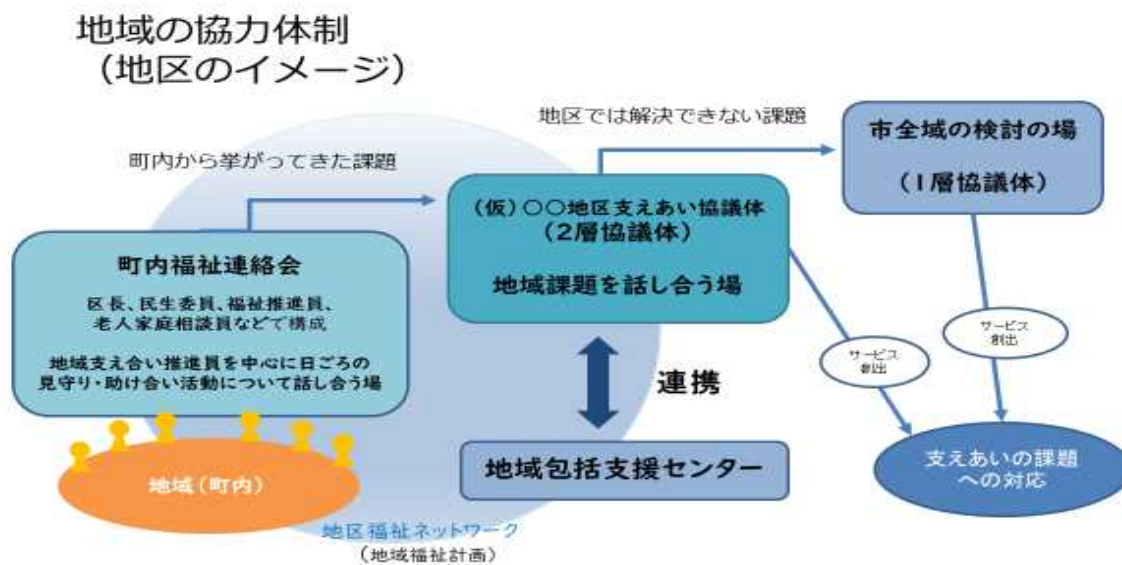
そうしたボランティア活動に参加することが、活力や生きがいに繋がる効果をもたらします。誰かを支えたいという気持ちとその人の知識と経験を活かすため、地域社会で活躍できる環境づくりに取り組みます。

各種サポーター養成講座の開催や、元気な高齢者が今まで培われた知識や経験を活かしながら地域社会で活躍している姿を広報やホームページ、ケーブルテレビ等を活用し発信します。

《主な事業・取組み》

- ・ 高齢者世帯を中心に複合的な課題に対し包括的支援の実施
- ・ 気がかりな人の見守り等重層的な3層構造によるネットワークの構築
- ・ 町内福祉連絡会・地区福祉ネットワークと第2層協議体の連携の強化
- ・ ボランティアの仕組みづくり
- ・ 元気な高齢者に向けた地域活動への参加促進と活躍の場づくり

(図2)



(2) 生活支援サービスの推進

【現状と課題】

地域社会の希薄化が課題となっている昨今、本市では、昔からのご近所同士のつながりによって、町内での見守りや声掛け、支え合いが現在も機能しています。高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査によると、重い荷物を運ぶ、庭の草むしり、ごみ出しや掃除等の家事支援、買い物、通院等の外出支援等を必要とする高齢者が増えています。

本市では、介護事業所だけでなく、NPO、シルバー人材センター等により、高齢者のそれぞれの状況やニーズに合わせた生活支援サービスを行っております。

今後も多様なサービス提供主体と連携・協力して、生活支援サービスの提供体制を拡充していく必要があります。

その他の高齢者福祉サービス（食の自立支援事業、寝具洗濯サービス事業、在宅介護用品支援事業、理容・美容出張業務事業等）については、多様化する利用者のニーズに合わせ、公正・公平なサービスとなるよう、随時見直しが必要

要な状況となっています。

【施策の目標及び展開】

多様化していく高齢者の生活支援ニーズを把握し、地域の中で、互助による生活支援サービスを促進するため、第2層協議体と地域の事業所や企業等が連携して必要なサービス創出を目指します。また、市民に対し、高齢者の日常生活を支援する様々な生活支援サービスの周知に努めます。

《主な事業・取組み》

- ・町内福祉連絡会・地区福祉ネットワークと第2層協議体の連携の強化（再掲）
- ・高齢者福祉サービスの充実や見直し（外出支援サービス事業、食の自立支援事業、軽度生活援助事業、寝具洗濯サービス事業、在宅介護用品支援事業、理容・美容出張業務事業）

《第9期計画基本政策の指標》

・ボランティア精神のある方が受講される各種サポーター養成講座や研修会等の参加者数（認知症サポーター養成講座、介護予防サポーター養成講座、生活支援サポーター養成講座、フレイルサポーター養成講座※）

令和3年・令和4年は実績値、令和5年以降は目標値（年度末）

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
各種サポーター養成講座や研修会等の参加者数（人）	544	581	605	630	630	630	660

※各種サポーター

- ・「認知症サポーター」とは、認知症を理解し、認知症の方や家族を地域で見守る「応援者」で、養成講座を受講することで、サポーターとなります。
- ・「フレイルサポーター」とは、フレイルサポーター養成講座を受講し、「フレイルチェック」を地域で行うなど、フレイル予防について市民に広める活動を行うボランティアです。
- ・「介護予防サポーター」とは、地域で介護予防を実践するボランティアです。市での介護予防支援事業の支援や、高齢者の介護予防の普及・啓発を行う役割を担います。
- ・「生活支援サポーター」とは、高齢者が生活する上でのちょっとした困りごと（買い物やゴミ出し等）を支援するボランティアです。

4 認知症施策の推進

(1) 認知症施策の推進

【現状と課題】

令和5年6月に制定された共生社会の実現を推進するための認知症基本法では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができ、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を目的にしています。

高齢者の増加に伴い、一人暮らしの認知症の人への支援や高齢者のみの世帯の認知症に関する相談が増えています。相談は、本人ではなく家族、行政機関、近隣や地域住民・民生委員、ケアマネジャー、介護サービス事業所等本人以外からのものが多く、本人の意向が反映されにくいという現状があります。また、認知症について否定的なイメージが強く、早期の受診や相談をためらうことにより症状が悪化し、在宅生活が困難になってしまう事例が多くあります。

平成24年度から実施している「もの忘れ検診」の結果による受診勧奨の訪問時に「認知症初期集中支援チーム」の利用について促す等、早期に受診へつなぐ体制を進めています。

さらに、日常生活圏域毎に1名以上の「認知症地域支援推進員」を配置し、気軽に相談できる体制や医療と介護の連携、地域での理解や支援等地域の状況に応じた対応やネットワーク機能を検討していく必要があります。

また、認知症の人が地域で生活していくためには、本人や家族、周囲の人々が認知症に対する正しい知識を持つことが必要です。そのため、認知症サポーター養成講座や認知症カフェの開催、地域での見守りを実施しています。

今後、若年性認知症の人への支援として、就労や社会参加、居場所づくりも重要と考えます。

【施策の目標及び展開】

認知症バリアフリーの推進として、認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めるため、認知症サポーター養成講座を継続して実施します。また、小売店や金融機関等の生活関連事業者、学生へも講座受講を促し、社会全体で認知症の人を支えることができるよう推進していきます。

日常生活圏域に1名以上の認知症地域支援推進員を配置し、医療機関や介護事業所、その他の相談窓口等、地域に応じた相談体制、ネットワークの構築を継続します。

また、認知症サポーターステップアップ講座の受講者を中心とした「チームオレンジ」を設置し、認知症の人やその家族の支援ニーズと、認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みの構築をめざします。

若年性認知症の人への支援として、県が設置する若年性認知症支援コーディネ

ネーターと連携し、社会参加型デイサービス等、就労、社会参加、居場所づくりなど様々な支援を行っていきます。

自動車運転免許証を自主返納者した高齢者に対し、引き続き市民バス無料乗車の支援、交付手続きの簡素化を行うほか、デマンド交通の実証実験の開始に伴い割引支援の検討を行い、移動手段の確保に努めます。

地域包括支援センターを中心に認知症に関する相談体制の充実を図り、より集中的な支援が必要な方には、認知症初期集中支援チームと連携して早期に支援できる体制を強化します。

なお、令和6年1月1日施行の認知症基本法に規定される「市認知症施策推進計画」については、福井県が策定する「第9期福井県高齢者福祉・介護保険事業支援計画」に準じ、本計画に位置付けて、認知症施策を推進していきます。

《主な事業・取組み》

- ・ 認知症施策推進計画の推進
 (認知症の理解) (もの忘れ検診等を活用した受診勧奨や認知症初期集中支援チームとの連携) (早期の受診、治療を可能とする支援体制)
 (認知症地域支援推進員の活動の推進) (認知症ケアパスの普及)
 (家族介護交流事業や認知症カフェの充実) (家族やすらぎ支援員派遣事業の充実(再掲))
- ・ 送迎付き一般介護予防事業の見直し
- ・ 成年後見制度の利用促進(再掲)
- ・ 高齢者等SOSネットワーク事業の充実
- ・ 二次元コードを利用した保護情報共有事業の推進
- ・ 運転免許自主返納者の支援

《第9期計画基本政策の指標》

- ・ 認知症に関する講演会や認知症サポーター養成講座を行う地区数

令和3年・4年は実績値、令和5年以降は目標値 (年度末)

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
認知症に関する事業を行う地区数(地区)	17	17	17	17	17	17	17

- ・ 認知症に関する相談件数

令和3年・4年は実績値、令和5年以降は目標値 (年度末)

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
認知症に関する相談件数(件)	788	745	780	800	820	840	900

・成年後見に関する相談件数

令和3年・4年は実績値、令和5年以降は目標値 (年度末)

	令和 3年	令和 4年	令和 5年	令和 6年	令和 7年	令和 8年	令和 22年
成年後見に関する相談 件数 (件)	222	313	340	360	380	400	500

(2) 家族介護者の支援

【現状と課題】

在宅介護実態調査では、主な介護者のうち49.2%の方が働いており、フルタイム勤務者のうち77.9%の方は何らかの形で介護のために仕事を調整し、パートタイムも含めて働いている方の24.5%の方が介護と仕事の両立に不安を持っている状況です。

本市では、家族介護者支援の充実のため、相談体制の整備、地域に出向き家族介護者交流等相談会を実施し、個別の相談対応や介護知識の普及、リフレッシュの機会を設けるなど、介護者の支援を行っています。

令和4年度からは、介護保険認定者の新規や更新の方を対象にケアマネジャーによる聞き取り（介護負担アセスメントシート）等で介護負担度を把握し、相談対応、支援を行っています。

介護による離職を防ぐために企業や雇用主、従業員等に対し、在宅介護の知識や仕事と介護の両立等について広く周知し、理解を求めていく必要があります。

【施策の目標及び展開】

介護負担アセスメントシート等を用いて、ケアマネジャーと地域包括支援センターが連携して相談対応、支援を引き続き行います。また、地域包括支援センターは、民生委員や市民に向け、地域の見守りのチェックポイントを周知し、相談を促します。

在宅介護に関する知識や理解を深め、介護者同士が交流する場となる認知症カフェや家族介護者のニーズに合わせた交流会等を身近な地域で充実させ、その内容を広く市民に周知します。

また、認知症の人への対応や見守りについて研修を受けた傾聴ボランティア「認知症高齢者家族やすらぎ支援員」が、在宅で生活する認知症の人を訪問し、見守りや話し相手となる事で認知症の人の気持ちを受け止め、介護している家族の負担軽減を図ります。

さらに、企業も含めた関係機関と連携を図り、介護をしながら働き続けることができる社会を目指します。

《主な事業・取組み》

- ・介護保険サービスについての普及啓発
- ・介護負担アセスメントシートの活用
- ・家族介護者のニーズに合わせた交流会の開催
- ・家族介護者が孤立しないような介護に関する相談会の開催
- ・家族やすらぎ支援員派遣事業の充実
- ・在宅介護を担う家族の負担を軽減するためのレスパイト事業の充実
- ・高齢者福祉サービスの充実や見直し（外出支援サービス、食の自立支援事業、軽度生活援助事業、寝具洗濯サービス事業、在宅介護用品支援事業、理容・美容出張業務事業）（再掲）

（3）高齢者の権利擁護の推進

【現状と課題】

家族関係の希薄化や介護に関する知識や情報の不足等家族介護力の低下により、暴力等の身体的虐待、不適切な介護やネグレクト、高齢者の財産を勝手に使用する経済的虐待等の高齢者虐待に関する相談件数が年々増加傾向にあります。特に、認知症高齢者は記憶障害や見当識障害等の中核症状に加え、介護抵抗や暴力等の周辺症状が表面化することで、様々な虐待等を受けやすくなります。

また、養護者側に子ども、障がい、ひきこもり、生活困窮等の課題を抱えるケースもあり、高齢者虐待に対して正しい知識を持ち虐待の早期発見に努めるとともに、養護者（虐待をする側の人）を含めた支援体制の充実が必要です。

一方、成年後見制度については、認知度は以前よりは高まっているものの、まだ十分ではあるとは言えません。認知症等により判断能力が低下し、財産管理を本人が行うことが困難なケース、高齢者のみ世帯の増加により、身寄りがなく代わって財産管理等を行う親族等がないケースの相談も増加しています。

制度に対する理解の不足や費用負担、手続きの煩雑さ等により、なかなか利用につながらないという課題があります。さらに、将来的に成年後見人の受任者が不足することが見込まれる課題もあり、増加するニーズに対応していく必要があります。

【施策の目標及び展開】

高齢者虐待や消費者被害に関しては、「越前市高齢者等安全安心ネットワーク会議」（以下「安全安心ネットワーク会議」という。）を定期的で開催し、各関係機関間の情報共有を図り、連携して虐待の防止や早期発見に努め、虐待を受けた高齢者の対応や、養護者に対する指導等適切な支援を行います。また、消費者被害についても、警察や消費者センター等関係機関との連携を図り、最新の詐欺手口等について情報発信や共有を行い、被害の未然防止、拡大防止に

努めます。

さらに、施設に対して委員会の開催、指針の整備、研修の実施等様々な体制整備が求められているため、県と協働して介護施設従事者等による虐待防止取り組み、施設従事者等に対して適切な体制の整備を求めています。

成年後見制度に関しては、令和4年度に策定した「越前市成年後見制度利用促進計画」に基づき、広報・啓発活動及び制度の周知を進めています。

今後、成年後見人による支援が必要な人が増加し、成年後見人の担い手不足となることが予測されます。潜在化している専門職後見人の活用のほか、法人後見や市民後見等の活用を視野に入れ、現状の把握を行います。

あわせて、高齢者に加え、子ども、障がい、ひきこもり、生活困窮等の複合化・複雑化した課題からなる相談に関しては、「つなぐ・つながる支援会議」において課題整理や支援機関の連携強化、継続的な進捗管理を行い、支援機関の質の向上を図ります。

《主な事業・取組み》

- ・高齢者虐待の早期発見、対応のための関係機関のネットワークの強化
- ・「越前市成年後見制度利用促進計画」の推進
- ・複合的な課題への対応について専門窓口間の連携の強化
- ・消費者被害に関する知識や相談先等の普及啓発

《第9期計画基本政策の指標》

- ・成年後見制度利用者数

令和3年・4年は実績値、令和5年以降は目標値 (12月末)

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
成年後見制度利用者数(人)	107	111	116	122	130	138	200

5 高齢社会に対応したまちづくり

(1) 外出しやすいまちづくり

【現状と課題】

全国的に高齢ドライバーによる交通事故のニュースが後を絶たない中、運転免許証の自主返納をした高齢者に対し様々な支援を行っていますが、本市では、公共交通機関が少なく、移動手段が限られている等から、免許返納をためらう高齢者が多い状況にあります。

ニーズ調査によると、外出を控えている原因に「足腰の痛み」や「交通手段がない」が多く、買い物や医療機関の受診等の日常生活や介護予防事業の参加においても、移動支援は必要です。

高齢者の移動支援の一つとして、市民バス「のろっさ」があります。利用す

る高齢者や地域の人意見に耳を傾け、利便性の向上を目指します。また、運転免許証を自主返納した高齢者への市民バスの無料乗車サービスや、福祉バス制度により高齢者等の外出を支援しています。

あわせて、北日野・北新庄地区全域および東・西・国高地区の一部を含むエリアAと、味真野・粟田部・岡本地区全域および国高地区の一部を含むエリアBの2エリアにおいて、電話やインターネットでの予約に応じて、ルートや時間に縛られることなく停留所間を移動するデマンド交通の実証実験や、坂口地区での住民が主体的に取り組む自家用有償旅客運送の実証実験を令和5年度から始めています。

また、車椅子を常時利用される要介護者が医療機関への受診等外出の際に、車椅子対応の介護タクシーが必要であるため、外出支援サービスを実施していますが、需要と供給のバランスを見極め、適正なサービスとなるよう制度を見直す必要があります。

今後、住み慣れた地域で安心して暮らす上でも、また介護予防の充実を図っていく上からも、外出しやすい環境づくりが求められています。

【施策の目標及び展開】

高齢者の通院等の移動を支える住民の主体的な移動支援サービスの取組みについては、国の動向や他自治体での取組みを参考に、第2層協議体において、地域の実情に合わせた移動支援の在り方の整理や実現可能な取組みを関係団体と連携して研究していきます。

また、市民バス「のろっさ」については、利便性向上のため、デマンド交通との比較を検証しながらルート・ダイヤの見直しを行い、高齢者や地域の人が利用しやすい環境づくりを推進していきます。

あわせて、地域の特性とニーズに合わせたデマンド交通や自家用有償旅客運送については、広く周知を行い、日常の買い物や通院だけでなく、一般介護予防教室等への移動など外出手段の一つとして幅広く活用していただくことで、高齢者の健康増進を目指します。

高齢者の居場所であり住民主体の介護予防拠点となる町内集会所等を利用しやすい環境とするため、施設整備に対する助成を継続します。

外出支援サービスについては、需要と供給のバランスを見極めながら、適正なサービス提供体制の見直しを図っていきます。

《主な事業・取組み》

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 外出支援サービス事業の継続・ 市民バス「のろっさ」・福祉バス・デマンド交通・自家用有償旅客運送の利用しやすい環境づくり |
|--|

(2) 高齢者にやさしい居住環境等の整備促進

【現状と課題】

今後、高齢化が進み、一人暮らしの高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加が見込まれる中、高齢者がその人らしく健やかに、生きがいを持って住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、住宅の改造が必要な要介護者に対し、事業の周知に努め、住宅改修費用の支援を行っています。要介護者にとって、住宅環境を整えるだけでなく、身体的リハビリとの双方で支援していくことが必要です。

また、身寄りのない高齢者や生活に困難を抱えた高齢者が増加しており、住まいを確保することが困難になってきています。生活保護及び住宅施策を所管する部局や県等と連携を図り、支援を行っていくことが重要です。

あわせて、高齢者のみで暮らしている住宅について、居住者の死亡や施設に入所した場合、持ち家の管理が課題となります。

【施策の目標及び展開】

高齢者が地域における生活ニーズと身体状況にあった住まいで、その人らしく健やかに暮らし続けられるよう、住環境整備事業等を継続して実施していきます。

ケアプラン点検を実施し、ケアマネジャーや利用者及び家族らに住宅環境に関する助言を行い、自立支援に向けた適切な住宅改修等を促すことで、要介護状態の予防や重度化防止を図ります。また、リハビリ専門職による適切な住環境整備のためのアドバイスをを行います。

有料老人ホーム等に入所している利用者を対象としたケアプラン点検を実施し、適切なサービスの提供を図ります。また、介護サービスを提供しない有料老人ホーム等に対しては、県及び関係部局と連携し、質の確保を図ります。

持ち家の管理については、関係部署と連携し、管理不全空家とならないよう、意識向上の啓発に努めます。

《主な事業・取組み》

- ・住環境整備事業等の推進
- ・自立支援型ケアプラン作成に専門職の視点の推進（地域リハビリテーション活動支援事業）
- ・有料老人ホーム等に係る情報連携強化（適切な介護基盤整備のために県と関係部局との連携強化）
- ・空き家対策の強化

(3) 高齢者の安全・安心の確保

【現状と課題】

世帯状況については、令和5年4月1日現在で、一人暮らし高齢者が4,303世帯、高齢者のみの複数名の世帯が3,713世帯であり、合計8,016世帯が高齢者のみ世帯となっています。これは、全世帯の25.6%を占めており、高齢者の安否確認、孤独感の解消、孤独死の防止等といった対応が増大しています。

高齢者が安心して暮らすためには、急病やけが等の日常生活上の不安を少しでも和らげることが必要です。郵便・ガス・電気・新聞・食料品配達等の民間事業者との間で見守り活動協力に関する協定を締結し、高齢者等の見守り等を行い、異変に気付いた場合は、市に連絡する体制を整えています。

また、高齢者の交通事故、火災及び消費者被害等について、「安全安心ネットワーク会議」を構成する、警察、消防、消費者センター等と協力し、高齢者被害の防止に向けて取り組んでいます。

令和4年度から、災害時における避難行動要支援者（要介護3以上の高齢者等）の避難支援計画を推進し、個別避難計画作成について、本人の状況等をよく把握し、より専門的な知識を持つケアマネジャーにも参画を依頼し、より具体的で実効性のある支援計画の作成を始めました。

【施策の目標及び展開】

一人暮らしに不安のある高齢者等に対し、緊急時に容易に通報を行うための緊急通報装置を貸与し、病気やケガ等の緊急時の感知や日常生活上の相談にも24時間応える体制を整備しています。

また、介護保険サービス等を利用していない一人暮らし高齢者等の見守りを兼ねた食の自立支援事業を継続して実施していきます。

出前講座等での消防が行う高齢者に対する防火講習、防火広報を引き続き行い、防火意識の向上に努めます。

認知症高齢者の行方不明等の対策として、高齢者等SOSネットワーク事業の周知と登録事業者の拡大に加え、新たに、二次元コードを利用した保護情報共有の取組みを推進し、関係者との情報共有と連携、緊急事態に対応した体制づくりを強化していきます。

高齢者が関係する交通事故が多発していることから、高齢者の交通安全に関する取組みを進めるとともに、早期の運転免許証自主返納を促します。

災害時の個別避難計画作成については、今後も、ケアマネジャーに参画を依頼し、より具体的で実効性のある支援計画の作成に努めます。また、区長や民生委員を通じて、引き続き制度の周知を図ります。

《主な事業・取組み》

- ・ 緊急通報装置貸与事業等の拡充
- ・ 二次元コードを利用した保護情報共有事業の推進（再掲）
- ・ 高齢者世帯等火災予防事業の継続
- ・ 個別避難計画作成への介護支援専門員の参加
- ・ 自主防災組織主体の避難支援体制の確立
- ・ 高齢者対象の交通安全啓発活動（※反射材の配布や免許返納制度の周知等）

≪ 第 9 期計画基本政策の指標 ≫

- ・ 二次元コードを利用した保護情報共有登録新規登録者数

R 5 年度以降の目標値

(年度末)

	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 22 年
新規登録者数（人）	2 2	1 2	2 0	2 5	2 5	2 5	3 0

- ・ 一人暮らし避難行動要支援者 1 人あたりの支援者数

令和 3 年・令和 4 年は実績値、令和 5 年以降は目標値

(年度末)

	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 22 年
一人暮らし避難行動要支援者 1 人あたりの支援者数（人）	0.86	0.87	0.90	1.00	1.10	1.20	1.40

6 介護サービス提供体制の強化

(1) 重度化防止の推進

【現状と課題】

令和 5 年 3 月末時点の要介護（要支援）認定率は、本市 15.9%、福井県 17.4%、全国 19.0% となっており、県・全国より低い状況にあります。

本市では、要支援・要介護状態の軽減・悪化の防止を目的として、日常生活の活動を高め地域や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや生活の質の向上を目指し取り組んだ結果、要介護率は近年、減少傾向にあります。

また、高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査による実態把握、課題分析等、地域の課題を抽出し、課題解決に向けた検討を行う地域ケア会議も進めています。

今後、75 歳以上の後期高齢者人口が増加していくことから、本人や家族が抱える課題に配慮しながら、高齢者の自立支援や要介護状態の重度化防止を図ることが重要です。自立支援に向け、ケアマネジメント力の向上と、サービスを利用する側である高齢者やその家族の理解を図っていくことがより重要となります。

【施策の目標及び展開】

心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけはもとより、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上を目指すため、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制を構築することが重要です。要介護高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくために本人、家族及びケアマネジャーがリハビリテーション専門職の助言を受けることができる体制の強化を図ります。

地域ケア個別会議を開催し、適切なケアプランの作成に向け、マネジメント力の向上及び給付適正化事業を推進します。

また、保健及び医療専門職等との協議の場を設け、生活機能の向上及び社会参加を高めるために必要な相談・指導を強化し、高齢者の自立支援、重度化防止を推進します。

これらを推進していくには、高齢者本人やその家族、ケアマネジャー、地域、専門機関、介護サービス事業所等、全ての関係者が共通理解のもと取り組むことが重要であるため、全ての関係者の意識向上に向けた啓発を行っていきます。

《主な事業・取組み》

- ・ 自立支援型ケアプラン作成に伴う介護支援専門員研修及び地域ケア個別会議の継続
- ・ 介護保険サービス給付適正化事業の推進
- ・ 医療情報との突合・縦覧点検の実施
- ・ 自立支援型ケアプラン作成に専門職の視点の推進（地域リハビリテーション活動支援事業）（再掲）
- ・ 要介護認定の適正化（認定調査員研修の継続）

《第9期計画基本政策の指標》

- ・ 重度認定率（要介護3～要介護5）

令和3年・令和4年は実績値、令和5年以降は目標値（年度末）

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
調整済重度認定率（％） （要介護3～要介護5）	6.3	6.1	6.0	6.0	6.0	6.0	6.1

*調整済認定率（説明）第1号被保険者の性別・年齢構成の影響を除外した認定率

（2）介護サービス提供体制の強化

【現状と課題】

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる社会の実現には、介護サービス提供体制の強化が重要となってくることから、第8期介護保険事業計画に基づき小規模多機能型居宅介護事業所等の地域密着型サービス事業所の整備を行ってきました。今後は、高齢者人口の増減を見据え、既存資源等を活用したサービス提供体制の確保や介護サービスの提供を支える介護人材

の確保が重要となっていきます。

また、介護サービス事業所だけでなく、地域のボランティアやNPO、シルバー人材センター等により、高齢者一人ひとりの状況やニーズに合わせた生活支援サービスを行っています。

【施策の目標及び展開】

「介護離職ゼロ」の実現に向けて介護サービス事業所を含めた様々なサービスの連携や既存資源等の活用により必要な介護サービスの確保を図ります。

介護人材及び介護支援専門員の人材の確保・育成として、就職等の支援やキャリアアップへの支援を行います。

また、介護サービスの生産性向上等を図るため、ICT等を活用した居宅サービス事業所等の業務効率化の支援や、介護分野の文書負担軽減の観点から「電子申請・届出システム」を利用した指定申請等の負担軽減を図ります。

また、親の在宅介護や将来に備えて、壮年期から介護保険制度の正しい知識の普及を図るため、情報の提供を行っています。

《主な事業・取組み》

- ・ 介護人材への資格取得支援及び就労支援の実施
- ・ 電子申請システムの稼働
- ・ 介護保険制度への正しい理解の推進

《第9期計画基本政策の指標》

- ・ 新規主任介護支援専門員資格取得補助実績（累計）

令和6年度からの実施事業のため、全て目標値（年度末）

	令和 3年	令和 4年	令和 5年	令和 6年	令和 7年	令和 8年	令和 22年
補助件数（件）	-	-	-	2	4	6	34

（3）災害や感染症対策に係る体制整備

【現状と課題】

近年、大雨や台風による土砂災害等、多くの自然災害が発生し、各地に甚大な被害をもたらしています。介護サービス事業所等は、自力避難が困難な方も多く利用されていることから、利用者の安全を確保するため令和3年7月に水防法及び土砂災害防止法の改正が行われ、要配慮者利用施設の避難の実効性確保のため、避難訓練の報告が義務づけられるとともに、避難確保計画や避難訓練に対して市町村長が助言・勧告できる制度が創設されました。

また、災害や感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続

的に提供できる体制を構築することは重要です。令和3年の介護保険法改正では、全ての介護サービス事業者を対象に業務継続に向けた計画等の策定や研修等の実施が令和6年度より義務づけられたため、毎年度、業務継続計画に関する研修を実施してきました。

【施策の目標及び展開】

災害に対する備えとして、日頃から介護サービス事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、事業所におけるリスクや物資の備蓄・調達状況を定期的に確認します。

感染症対策については、日頃から介護サービス事業所と連携し、感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替えサービスの確保に向けた連携体制の構築等を行います。

災害や感染症が発生した場合の業務継続にむけた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等の状況を定期的に確認するとともに、必要な助言及び研修を行います。

《主な事業・取組み》

- ・ 避難確保計画に基づく訓練実施の確認
- ・ 避難確保計画見直しへの支援
- ・ 個別避難計画作成への介護支援専門員の参加（再掲）
- ・ 自主防災組織主体の避難支援体制の確立（再掲）
- ・ 業務継続に向けた取組みの強化