

報告書

越前市介護保険運営協議会は、令和5年6月以降4回のワーキンググループ会議と5回の協議会を開催して、議論を積み重ね、その成果として「あいプラン21 第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画（令和6年度～令和8年度）（案）」を、別添のとおり、とりまとめましたので報告します。

越前市長 山田 賢一様

令和6年3月25日

越前市介護保険運営協議会

会長 伊藤 達彦

(案)

あい

安心 生きがい プラン 21



第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画
(令和6年度～令和8年度)

～ 地域共生社会を目指して ～

幸せな100年人生を支える健康長寿社会の実現

令和6年3月策定

越 前 市

目 次

第1章 計画策定にあたって

第1節	計画策定の背景	1
第2節	計画の基本理念	2
第3節	法令等の根拠	2
第4節	計画策定に向けた取組み及び体制	3
第5節	日常生活圏域の設定について	4
第6節	計画の期間	5
第7節	他制度による計画等の整合調和	6
第8節	計画とSDGsの位置づけ	6

第2章 高齢者・要介護（要支援）認定者の現状

第1節	高齢者の現状	8
第2節	要介護（要支援）認定者の現状	9
第3節	第8期までの取組み	12

第3章 計画の基本理念及び基本政策

第1節	基本理念及び基本政策	14
1	地域包括ケアシステムの推進	
2	介護予防・健康づくり施策の推進	
3	生活支援体制の強化	
4	認知症施策の推進	
5	高齢社会に対応したまちづくり	
6	介護サービス提供体制の強化	
第2節	計画の体系	15
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	17
(1)	地域包括ケアシステムの推進	
(2)	在宅医療と介護の連携強化	
2	介護予防・健康づくり施策の推進	20
(1)	自立に向けた介護予防事業の拡充	
(2)	健康づくりの推進	
(3)	高齢者の生きがいづくりの推進	
3	生活支援体制の強化	25
(1)	地域共生社会の実現	
(2)	生活支援サービスの推進	
4	認知症施策の推進	29

(1) 認知症施策の推進	
(2) 家族介護者の支援	
(3) 高齢者の権利擁護の推進	
5 高齢社会に対応したまちづくり	33
(1) 外出しやすいまちづくり	
(2) 高齢者にやさしい居住環境などの整備促進	
(3) 高齢者の安全・安心の確保	
6 介護サービス提供体制の強化	37
(1) 重度化防止の推進	
(2) 介護サービス提供体制の強化	
(3) 災害や感染症対策に係る体制整備	

第4章 介護保険事業の施策の展開

第1節 介護保険事業の現状	41
第2節 介護保険事業計画の概要	42
第3節 介護給付費等対象サービスの計画	45
第4節 地域支援事業	56
第5節 介護保険料の算定	62
第6節 介護保険を円滑に推進するための施策	67

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景

1 計画の趣旨

高齢者に関する各種の福祉保健事業及び介護保険制度の円滑な実施に関する総合的な計画である「高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画（以下「計画」という。）」は、3年ごとに見直しを行います。

本市の65歳以上の人口は、本計画期間中の2025年（令和7年）から横ばい又は遞減の推移をとると予測され、また、団塊の世代が全員75歳となり、5人に1人が75歳以上の後期高齢者となります。

今後は、85歳以上の人口割合が増加し、医療・介護双方からのアプローチが必要な高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

そうした将来推計を見据え、制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、高齢者に関する福祉保健施策と介護保険施策を一体的に実施していくため、第9期計画を策定します。

2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

地域包括ケアシステムとは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制です。

介護保険制度が、高齢者を社会全体で支える仕組みとして平成12年4月に創設され、20年以上が経過しました。介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超えており、介護保険サービスの提供事業所数も直実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきています。

しかしながら、今後高齢化が一層進展する中、生産年齢人口の減少による介護の担い手不足も懸念されており、高齢者の生活を支えて行くためには介護保険制度によるサービスの確保だけでは十分とはいえません。

地域包括ケアシステムは、地域共生社会（地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて丸ごとつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、すべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現が地域包括ケアシステムの目指すべき方向です。

第2節 計画の基本理念

要介護状態になることを予防するとともに、介護を受けている高齢者も元気な高齢者も、認知症の高齢者もそうでない高齢者も、高齢者一人ひとりが尊重され、生きがいを持って住み慣れた地域で安心してその人らしく暮らせる社会を目指すとした前期計画を継承し、「～地域共生社会を目指して～幸せな100年人生を支える健康長寿社会の実現」を計画の基本理念とします。

第3節 法令等の根拠

この計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく市町村老人福祉計画と介護保険法第117条第1項の規定に基づく介護保険事業計画を一体的に策定します。また、策定にあたっては上位計画である「越前市総合計画」、「越前市地域福祉計画」との整合及び「越前市健康づくり計画」ほか他部門の計画との調和に配慮して策定します。

1 高齢者福祉保健計画

高齢者福祉保健計画は、高齢者の健康と福祉の増進を図るために策定する計画で、高齢者施策の基本的方向性や目標を設定し、その実現に向けて取り組むべき施策等を定めたものです。

2 介護保険事業計画

介護保険事業計画は、介護保険事業に係る保険給付等を円滑に行うことを目的とし、国の基本指針に則りながら、人口の推移、要支援・要介護者数、介護保険事業サービスの利用に関する意向等を勘案し、今後の介護給付費等サービス見込量、取り組むべき施策等を定めたもので、地域の実情に応じた介護保険事業運営の基礎となります。

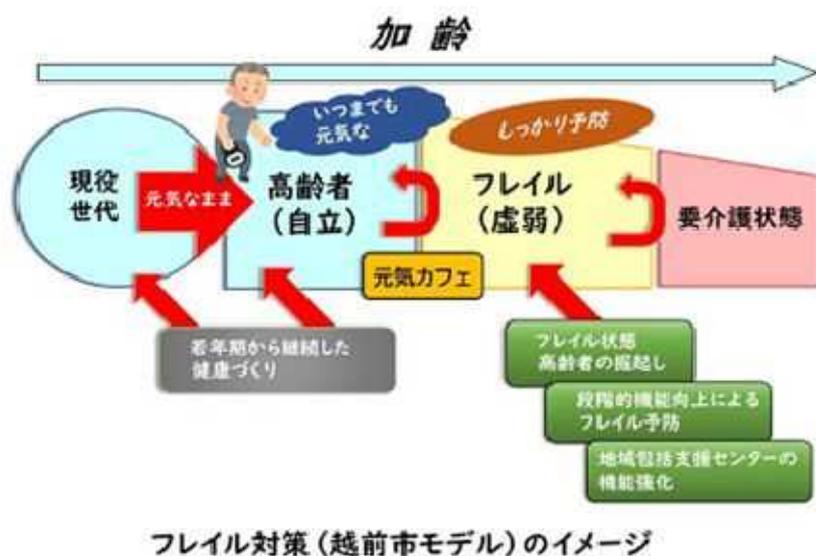
3 市総合計画2023

本市では、0歳児から100歳を超える高齢者までが、生涯心身ともに健康な状態であるために、子育てや教育の充実、若い頃からの健康づくりや、高齢者のフレイル予防、市民が楽しめる居場所づくりなどにより、100年人生の幸福実感（ウェルビーイング）の実現に向け、取り組んでいます。

本計画では、2023年度（令和5年度）から2027年度（令和9年度）までの5年間において、2040年の本市の将来像を実現するために、特に優先的、重点的に取り組むチャレンジプロジェクトの1つに、「100年人生健康で長寿プロジェクト」を設定し、フレイル対策（越前市モデル）を構築し、現役世代からの健康管理と高齢期でのフレイル予防に重点的に取り組ん

でいます。

(図1) 事業概要 (イメージ)



第4節 計画策定に向けた取組み及び体制

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査等の実施

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下「ニーズ調査」という。）」は、地域に居住している高齢者の健康状態や日常生活の状況を調査し、どの圏域に、どのようなニーズをもった高齢者が、どの程度生活しているのかを把握し、高齢者の生活状態に合った介護（予防）サービスや各種福祉サービスを適切に提供するために実施しました。

さらに、要介護者の在宅生活の継続や介護者の就労の継続に有効な介護サービスのあり方を検討するための調査として、市内在住の要介護認定を受けている方を対象に、「在宅介護実態調査」を実施しました。

また、介護サービス事業者や介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）にもアンケート調査を実施し、高齢者や介護を取り巻く状況について、様々な角度から実態把握を行いました。

2 越前市介護保険運営協議会

第9期計画の策定にあたっては、公募の市民、保健・医療・福祉関係者、学識経験者により構成された越前市介護保険運営協議会（以下「運営協議会」という。）において検討を進めてきました。

また、本計画は、高齢者の生活全般にかかわる計画であり、計画推進や地域包括支援体制整備に関係の深い市の各部局、福井県丹南健康福祉センター及び地域包括支援センター並びに地域福祉推進の役割を担う越前市社会福祉協

議会（以下「社会福祉協議会」という。）との連携が非常に重要であることから、高齢者福祉の考え、課題及び方向性を行政全体で共有するために計画策定ワーキンググループを設置し、意見交換や協議を行い、運営協議会へ提出する素案を検討しました。

3 パブリック・コメント

市民の皆様から、運営協議会において検討された本計画（案）に対し幅広くご意見をいただくため、市役所や地区公民館などの窓口、市ホームページなどにおいて計画（案）を公表し、市民の意見把握と反映に努めました。

第5節 日常生活圏域の設定について

地域包括ケアシステムの構築のために、必要なサービスを身近な地域で受けられる体制整備を進める単位を「日常生活圏域」といいます。国においては、概ね30分以内で活動できる範囲としています。

本市では、人口のバランス、生活環境の類似性、高齢化率により、市内を6つのエリアに区分しています。

さらに、地域包括ケアシステム構築のための中核機関でもある地域包括支援センターの運営をより一層充実したものとするため、第8期計画からは、日常生活圏域毎に地域包括支援センターを6か所に設置しました。これにより、地域実情を把握し、より一層地域に根差したきめ細やかでかつ専門的な支援を推進していきます。

なお、地域の課題の内容などにより、「小学校区」の圏域や、市全体で事業に取り組んでいきます。

また、介護サービスの基盤については、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、既存施設での充実を図ることを優先し、日常生活圏域内でバランスの取れたサービス提供が確保されることを念頭に整備することとします。

〔日常生活圏域内の高齢者人口数〕

(令和5年4月1日現在)

圏域	人口 (人)	高齢者人口 (人)	高齢化率 (%)	地区名(「小学校区」)
1	16,468	4,697	28.52	東、国高
2	12,122	3,814	31.46	西、神山、白山
3	15,490	4,484	28.95	南、坂口、王子保
4	13,987	3,505	25.06	吉野、大虫
5	11,389	3,394	29.80	北新庄、北日野、味真野
6	10,881	3,912	35.95	粟田部、岡本、南中山、服間
計	80,337	23,806	29.63	

第6節 計画の期間

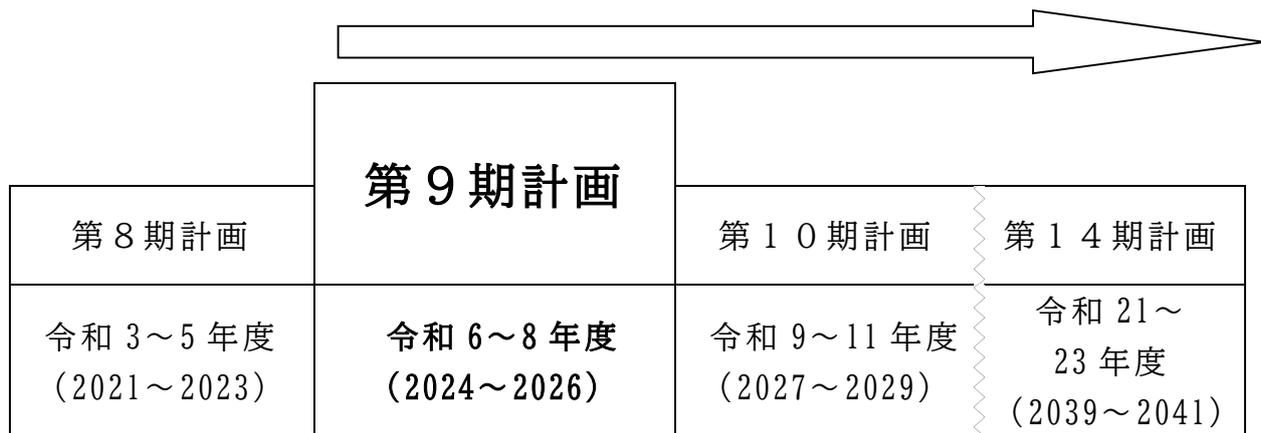
第9期計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間です。

今後65歳以上の人口は横ばい又は逡減の推移をとると予測されます。

また、令和12年(2030年)には75歳以上、令和22年(2040年)には85歳以上人口がピークを迎える見込まれるため、中長期的な本市の人口動態を見据えた目標設定としました。

【計画の期間】

2040年を見据えた中長期的な見通し



第7節 他制度による計画等の整合調和

医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制である地域包括ケアシステムの推進が重要であるため、本計画は、「高齢者福祉保健計画」と「介護保険事業計画」を一体のものとして作成され、「越前市総合計画」、「越前市地域福祉計画」、「越前市障がい者計画・障がい福祉計画」、「越前市健康づくり計画」、「越前市地域防災計画」、「越前市新型インフルエンザ等対策行動計画」や県が策定する「福井県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画」、「福井県医療計画」との整合性を図りつつ策定しています。

第8節 計画とSDGsの位置づけ

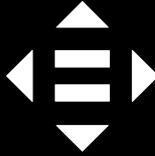
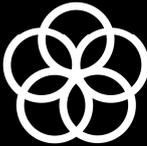
1 SDGsとは



SDGsとは、「持続可能な開発目標」のことであり、2015年9月の国連サミットで採択され、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された2030年までの国際目標です。持続可能な世界を実現するための17のゴール及び169のターゲットから構成され、地球上の「誰一人として取り残さない」ことを誓っています。

2 越前市におけるSDGsの取組み

本市では、「越前市総合計画2023」において、基本構想と基本計画を定め、「ふるさとづくりの理念」を実現するための多くの取組みが、SDGsの理念と合致するため、市総合計画の推進を図ることが、SDGsの推進につながるものと考えています。

SDGsの目標	目指す取り組み	
<p>1 貧困をなくそう</p> 	<p>本計画は、介護を受けている高齢者も元気な高齢者も、認知症の高齢者もそうでない高齢者も、高齢者一人ひとりが尊重され、生きがいを持って住み慣れた地域で安心してその人らしく暮らせる社会を目指し、「～地域共生社会を目指して～幸せな100年人生を支える健康長寿社会の実現」を基本理念としています。</p> <p>本市の現状や課題を踏まえ、計画の施策を実施する中で、貧困や差別をなくし、あらゆる災害への対策を図り、公平、公正で持続可能な共生社会の実現に向け、SDGsの左記の目標を取り入れ推進していきます。</p>	
<p>3 すべての人に健康と福祉を</p> 		
<p>4 質の高い教育をみんなに</p> 		<p>10 人や国の不平等をなくそう</p> 
<p>11 住み続けられるまちづくりを</p> 		<p>13 気候変動に具体的な対策を</p> 
<p>16 平和と公正をすべての人に</p> 		<p>17 パートナーシップで目標を達成しよう</p> 

第2章

高齢者・要介護（要支援）認定者の現状

第1節 高齢者の現状

1 高齢化の進展

令和5年4月1日現在の本市の人口は80,337人で、65歳以上の高齢者人口は23,807人、高齢化率は29.63%となっており、全国の平均値より高く、福井県の平均値より低くなっています。

一方、75歳以上の後期高齢者人口は12,732人で、高齢者の半数以上（53.4%）となっています。すべての団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を迎え、本市では、令和22年（2040年）には85歳以上の人口がピークを迎えるものと考えられます。

また、今後の高齢化の進行状況を推計すると、第8期計画最終年の令和5年度に高齢化率29.63%に達し、第9期計画中間年の令和7年度に30%を超えると予測されます。（引用：地域包括ケア「見える化」システム）

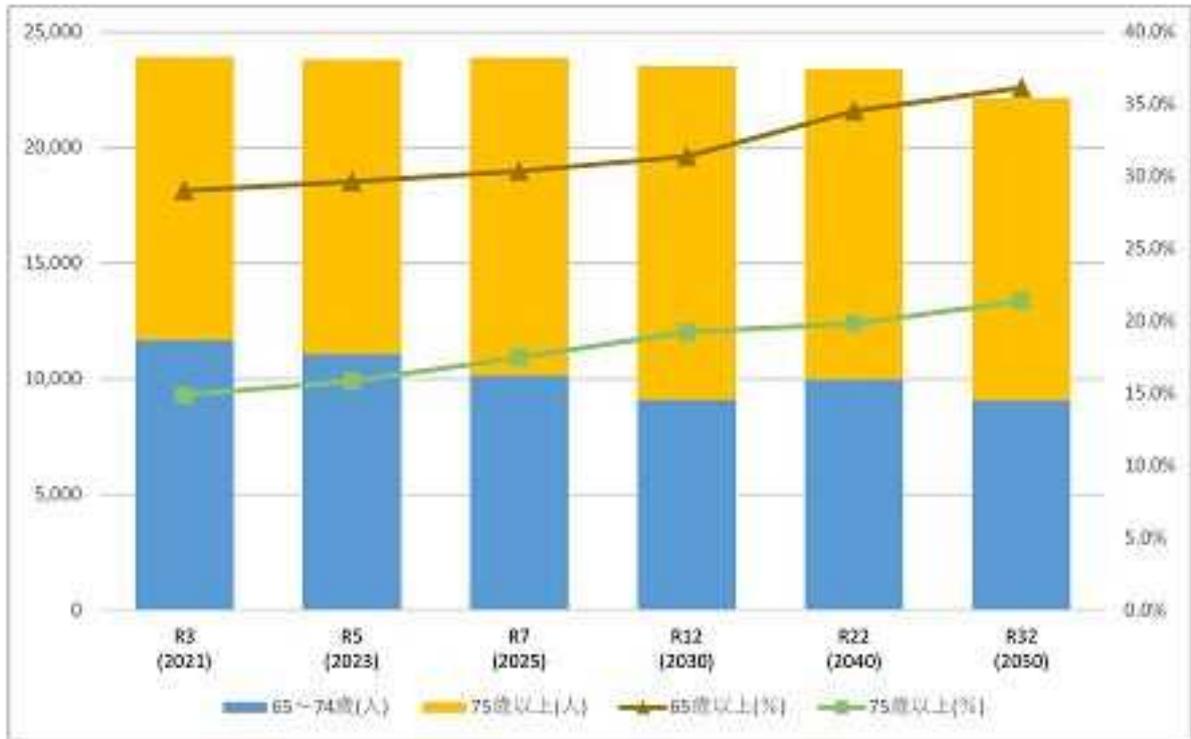
[越前市の高齢者人口の推移]

(人)

	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
総人口	83,366	82,982	83,122	82,754	82,363	82,395	81,799	80,337
高齢者人口	22,955	23,324	23,523	23,718	23,725	23,910	23,889	23,807
高齢化率	27.54%	28.11%	28.30%	28.66%	28.81%	29.01%	29.20%	29.63%

※資料：住民基本台帳 各年4月1日現在

〔越前市の人口推移〕 R7以降は推計値



〔高齢化率の比較〕

(令和4年10月1日現在)

	総人口	高齢者人口	高齢化率
越前市	81,315人	23,936人	29.4%
福井県	742,325人	232,706人	31.3%
全国	124,947千人	36,236千人	29.0%

※資料：越前市、福井県は福井県の推計人口（高齢化率：高齢者人口/総人口－年齢不詳人口）
全国は総務省統計局人口推計

2 高齢者世帯の現状

令和5年4月1日現在、本市の全世帯のうち、65歳以上の高齢者のみの世帯の割合は25.6%です。また、高齢者の一人暮らし世帯割合は13.7%となっており、年々増加傾向にあります。

第2節 要介護（要支援）認定者の現状

平成31年と令和5年を比較した、要介護（要支援）度別の認定者（第2号被保険者を含む）の構成比をみると、要支援1～要介護2の軽度認定者は、横ばいであるものの、特に軽度となる要支援1・2の認定者については、平成29年度からスタートした新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の充実により、13.8%から16.5%と大きく伸びています。

また、要介護認定率（第1号被保険者数に占める認定者数の割合）は、令和2

年3月末の16.3%をピークに毎年減少しています。本市の要介護認定率は、福井県や全国の平均と比較しても低い状況です。

[要介護（要支援）認定者数・要介護認定率の推移]

（認定者数（人）、構成比（%）、要介護認定率（%））

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	要介護認定率
平成31年 3月末	認定者数	120	418	782	967	661	579	368	3,895	16.2
	構成比	3.1	10.7	20.1	24.8	17.0	14.9	9.4	100.0	
令和2年 3月末	認定者数	119	424	816	948	656	558	387	3,908	16.3
	構成比	3.1	10.8	20.9	24.2	16.8	14.3	9.9	100.0	
令和3年 3月末	認定者数	130	455	830	944	680	539	350	3,928	16.2
	構成比	3.3	11.6	21.1	24.1	17.3	13.7	8.9	100.0	
令和4年 3月末	認定者数	140	468	757	905	692	582	355	3,899	16.1
	構成比	3.6	12.0	19.4	23.2	17.8	14.9	9.1	100.0	
令和5年 3月末	認定者数	150	481	689	924	684	563	343	3,834	15.9
	構成比	3.9	12.6	18.0	24.1	17.8	14.7	8.9	100	

[認定率・調整済認定率の推移]

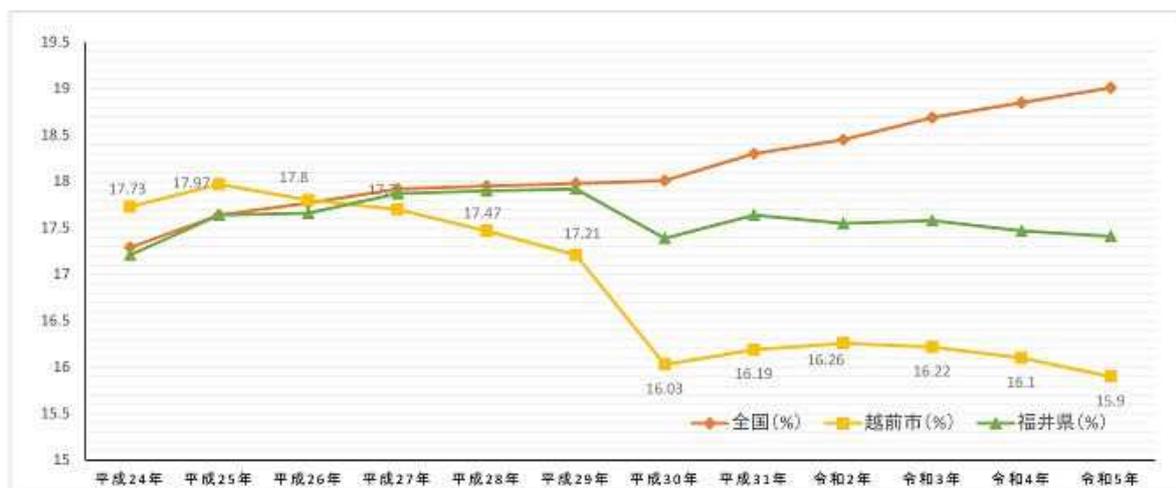
毎年3月末現在（%）

	越前市			福井県平均			全国平均		
	平成28年	平成31年	令和4年	平成28年	平成31年	令和4年	平成28年	平成31年	令和4年
認定率	17.5	16.2	16.1	17.9	17.6	17.5	17.9	18.3	18.9
調整済認定率	15.6	14.8	15.2	16.2	16.2	16.6	17.9	18.3	18.9
調整済重度認定率	5.9	6.0	6.3	6.2	6.4	6.4	6.2	6.3	6.5
調整済軽度認定率	9.6	8.8	8.9	10.0	9.8	10.2	11.7	12.0	12.5
認定者のうち 重度者の構成比	38.9	41.3	41.8	39.0	39.9	39.5	34.7	34.4	34.4

調整済認定率：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

重度認定：要介護3～5 軽度認定：要支援1～要介護2

[越前市及び福井県等要介護認定率の推移]

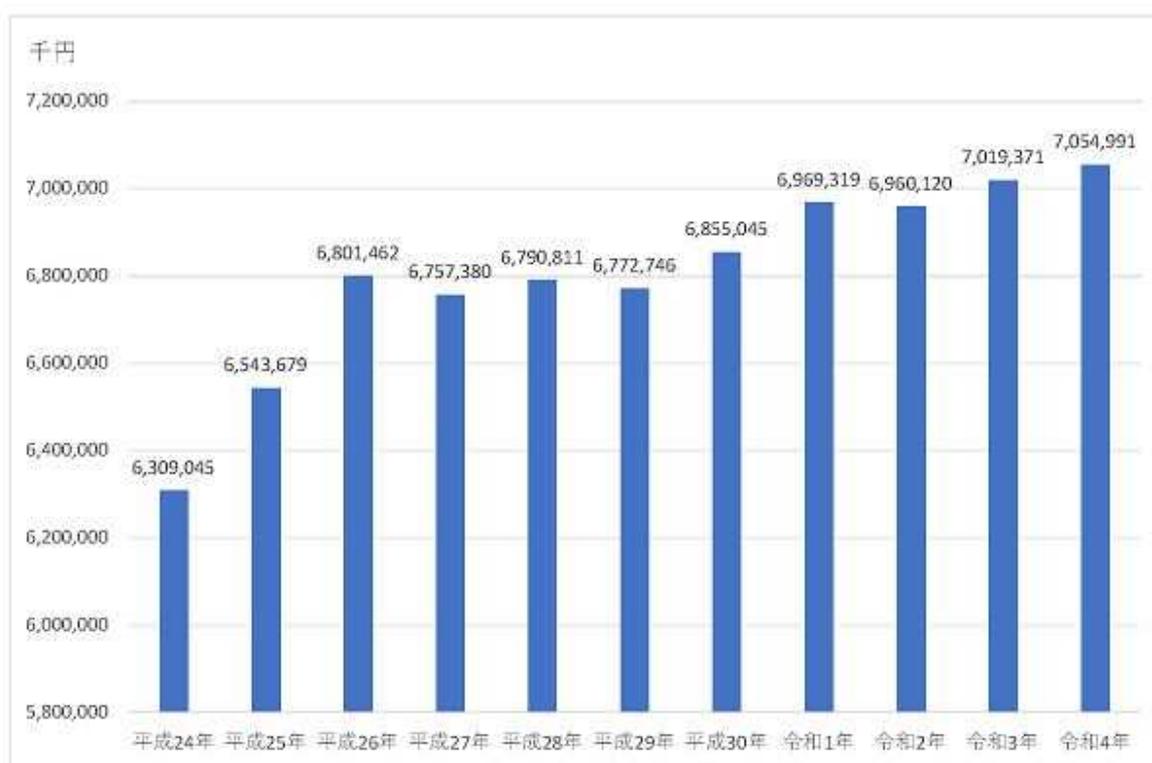


(資料 越前市、福井県・全国は厚生労働省介護保険事業状況報告)

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
全国 (%)	17.29	17.64	17.77	17.92	17.95	17.98	18.01	18.3	18.45	18.69	18.85	19.01
越前市 (%)	17.73	17.97	17.8	17.7	17.47	17.21	16.03	16.19	16.26	16.22	16.1	15.9
福井県 (%)	17.21	17.64	17.66	17.87	17.9	17.92	17.39	17.64	17.55	17.58	17.47	17.41

越前市の要介護認定率は、「総合事業」の効果により、平成30年度に大きく減少し、その後微増しましたが、近年は減少傾向にあり、国県の認定率と比較すると、1～3%低くなっています。

[介護給付費の推移]



平成26年以降、横ばい状態が続きましたが、介護報酬改定により、介護給付費も上昇しています。

第3節 第8期までの取組み

第8期計画では、団塊の世代が75歳となる2025年(令和7年)、さらには団塊ジュニア世代が65歳となる2040年(令和22年)を見据え、「～地域共生社会を目指して～安心して暮らせる健康長寿社会の実現」を基本理念に掲げ、これまでの施策の実施状況や制度改革を踏まえて、「介護予防・健康づくり施策の推進」「生活支援体制の強化」「認知症施策の推進」「地域包括ケアシステムの推進」「高齢社会に対応したまちづくり」「介護サービス提供体制の強化」を基本施策として、各施策に取り組んできました。

1 介護予防・健康づくり施策の推進

自立に向けた介護予防事業の推進としては、高齢者が、自身の身体状況に関心を持ち、適切な時期に必要な医療機関への受診や介護予防事業への参加を促進するために、「高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査」や「もの忘れ検診」、フレイル(虚弱)チェックによる動機づけに取り組んできました。

65歳以上の全ての高齢者を対象とした一般介護予防教室では、新たに新規参加者対象に受け皿を拡充しました。

住民主体の「つどい」では、身近な場所での介護予防として、継続した開催ができるよう、つどい代表者や地域包括支援センターとの意見交換を積極的に行いました。

これらの取り組みを進めてきた成果として、令和5年3月時点の要介護認定率は、15.9%となり、福井県や全国より低い状況です。

健康づくりの推進としては、健診も医療機関も受診していない未受診者に対する働きかけや受診勧奨を重点的に実施しました。また、ICT機器を活用した健康づくり事業として、「糖尿病予防プログラム」を実施し、発症予防に取り組んできました。

また、高齢者の生きがいづくりの推進においては、シニア世代の社会(地域)参加を促すため、いきいきシニアクラブの活動支援を行いました。

2 生活支援体制の強化

地域共生社会に向けた支え合いの推進については、分野・制度ごとの「縦割り」をなくし、住民一人ひとりのくらしと生きがい、地域を共に作る「共生社会」の実現に向け、重層的支援体制の整備を行いました。

「つなぐ・つながる支援会議」では、生活困窮、居住支援など年齢区分ではない地域課題を、関係機関間で共有し、支援体制について協議しています。

自治振興会へ委託している第2層協議体については、地域の課題を共有し、解決に向けた検討を定期的実施しています。

また、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を実施する事業所は、令和5年10月現在3箇所となっています。

生活支援サービスの推進については、地区の高齢者の日常的な困りごとを、地区の住民が主体となって助け合う住民主体型生活支援サービスが、令和5年10月現在、7団体活動していますが、利用者数が伸びず固定化していることから、高齢者の実態把握に努め、利用促進に向けた周知方法を模索しています。

3 認知症施策の推進

認知症施策の推進については、「共生」と「予防」を両輪とした施策を進めています。

具体的には、「もの忘れ検診」の結果から受診勧奨の訪問時に「認知症初期集中支援チーム」の利用を促してきました。また、地域住民の認知症への理解を図るため、認知症カフェの開催や地域での見守り体制の強化を図っています。

家族介護の支援については、介護者の負担感を解消するため、ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携し、聞き取りや相談対応を行っています。

あわせて、家族介護交流事業や認知症カフェの参加者の中から出された在宅介護用品(紙おむつ)についての意見を基に、在宅介護用品費支援事業の見直しを検討しました。

高齢者の権利擁護の推進については、相談件数が年々増加する中、虐待や消費者被害を防ぐための「高齢者等安心・安全ネットワーク推進会議」を開催し、情報共有、関係機関間の体制強化に努めました。

また、成年後見制度利用促進地域ネットワーク・中核機関を活用し、成年後見制度の普及啓発に取り組みしました。

4 地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアシステムの推進については、日常生活圏域毎に6箇所の地域包括支援センターを設置しました。

市は、地域包括ケアシステムの深化を目指し、地域包括支援センター間の総合支援や後方支援を行っています。

在宅医療と介護の連携強化については、最期まで自分らしくどのように生きるかを考えるセミナーを実施し、ACP(人生会議)の普及啓発を図りました。

また、在宅コーディネーター医を中心に、専門多職種間で顔の見える関係を築く、多職種連携会議を継続して開催しました。

5 高齢社会に対応したまちづくり

外出しやすいまちづくりについては、令和5年8月に坂口地区でデマンド交通実証実験を開始しました。これにより買い物や通院などの外出がより便利になるよう、実証実験を通して検証します。

高齢者にやさしい居住環境等の整備促進については、住宅の改造が必要な要介護者に対し、住宅改修費用の支援を行いました。

高齢者の安全・安心の確保については、新たに取り入れた、二次元コードを利用した保護情報共有の取り組みを行い、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ました。

第3章 計画の基本理念及び基本政策

第1節 基本理念及び基本政策

【基本理念】

～ 地域共生社会を目指して ～
幸せな100年人生を支える健康長寿社会の実現

【基本政策】

1 地域包括ケアシステムの推進

地域共生社会の実現に向け、高齢者一人ひとりが尊重され、生きがいを持って、住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供していく地域づくりに関係機関との連携強化を図りながら、地域の実情に応じて包括的に取り組みます。

2 介護予防・健康づくり施策の推進

高齢者が心身ともに健康で暮らし続けられるよう、自立に向けた介護予防施策と健康づくり施策を一体的に実施し、効果的な施策の推進に努めます。

また、高齢になっても、自分らしく居られる居場所や活躍できる舞台があり、社会の一員として生きがいを持って暮らせるよう、地域参加や貢献、就労等へ地域と協働して推進します。

3 生活支援体制の強化

住民同士がお互いに助け合い支え合いながら、住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、支え合いの推進、生活支援サービスの推進に努めます。

4 認知症施策の推進

認知症になってからもできる限り社会の一員として、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、認知症への理解や家族介護者の支援、権利擁護の推進に努めます。

5 高齢社会に対応したまちづくり

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、外出しやすいまちづくり、居住環境等の整備促進、高齢者の安全・安心の確保に努めます。

6 介護サービス提供体制の強化

介護保険制度の持続性を確保し、安定した介護サービスを提供するため、重度化防止の推進、介護サービス提供体制の強化、介護人材の確保・育成、災害や感染症対策に係る体制整備を図ります。

第2節 計画の体系

別紙のとおり

第3章 第9期計画の基本理念及び基本政策(案)

第1節 計画の体系



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。

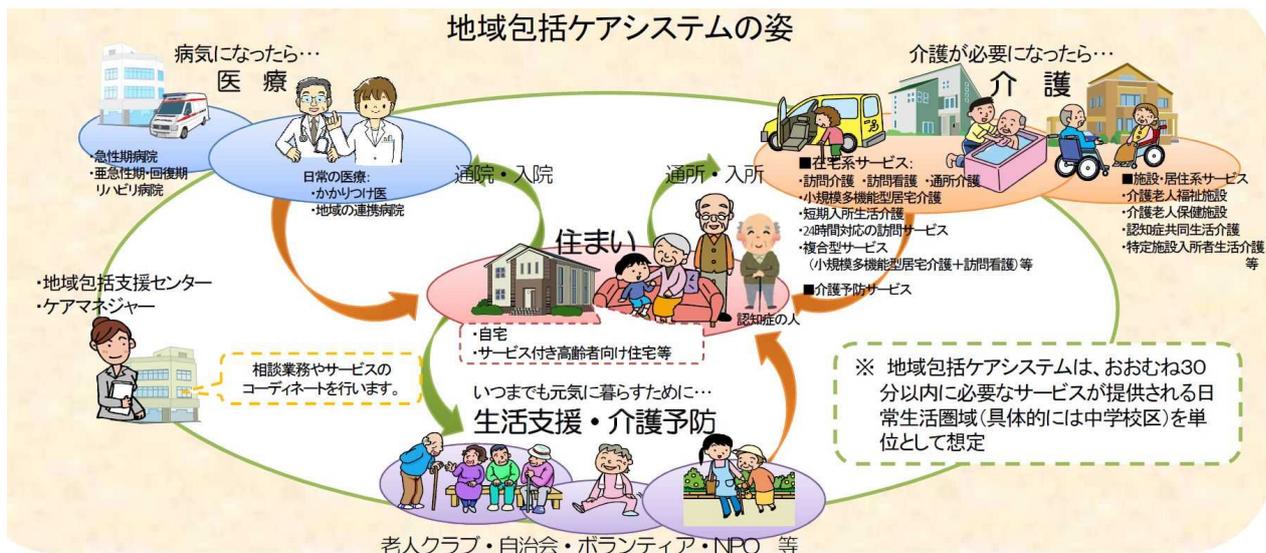
市は、地域の実情に応じて、地域ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターの体制の強化（人材確保支援含む）を進めるとともに、毎年、国が策定する評価指標を用いて、地域包括支援センター業務の評価点検を実施し機能の強化を図ります。必要な人が必要な支援につながるができるよう、保健・医療・福祉の関係者等で構成される「地域ケア会議」を充実させて地域の関係団体等とのネットワーク構築及び地域資源を活用した地域づくりを進めます。

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と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ーサイクル」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ーサイクル」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

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・取り組み》

- ・ 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。

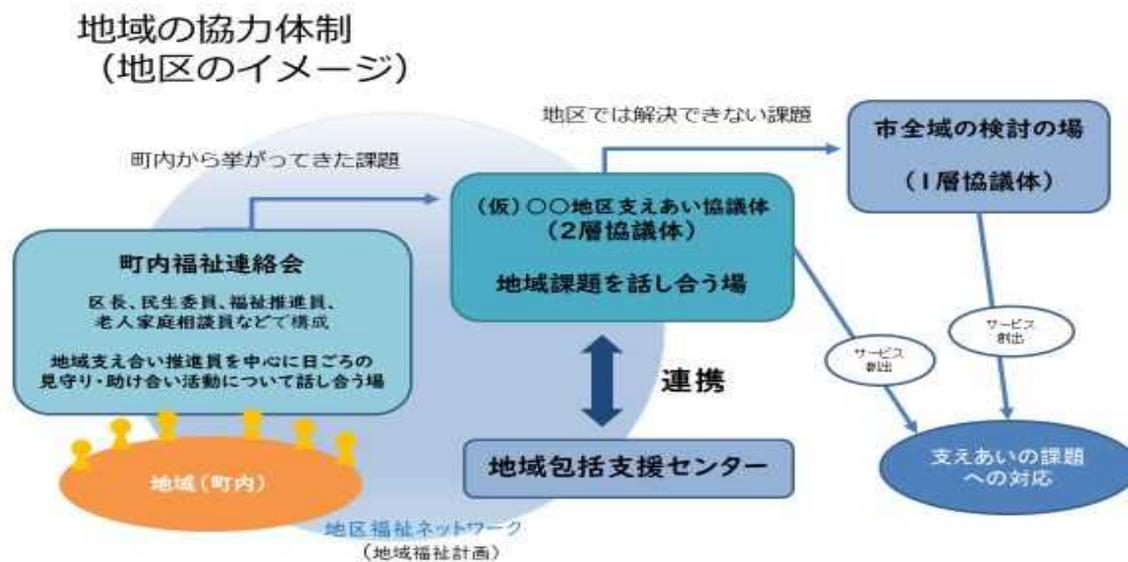
そうしたボランティア活動に参加することが、活力や生きがいに繋がる効果をもたらします。誰かを支えたいという気持ちとその人の知識と経験を活かすため、地域社会で活躍できる環境づくりに取り組みます。

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

第4章 介護保険事業の施策の展開

第1節 介護保険事業の現状

1 給付実績の現状

(1) 在宅サービスにおける現状と課題

本市における在宅サービスの利用者（受給者）数は、約3,000人～約3,100人で推移しています。

ア 在宅サービス事業所について

在宅サービス事業所は、住み慣れた地域で自分らしく人生の最期まで過ごすために重要な役割を担っています。今後は、医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護の連携強化が重要になります。

リハビリテーションサービスは、単に心身機能等向上のための機能回復訓練のみでなく、日常生活の活動能力を高め、家庭や社会への参加を可能とし、自立を促す働きを担っています。さらに生活の質の向上を目指すため、リハビリテーションを計画的に提供できる体制の構築が重要です。

イ 地域密着型サービス事業所について

本市における地域密着型サービス事業所では、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスが提供されています。8期計画期間中の施設増減については、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を加えた複合型サービスである看護小規模多機能型居宅介護の需要が高まり、新たに2事業所（新規整備1事業所、小規模多機能型居宅介護からの転換1事業所）が増え、4事業所となりました。しかし、認知症対応型通所介護については、利用者の減少から4事業所（廃止3事業所、地域密着型通所介護への転換1事業所）が減少し、現在は4事業所となっています。その他、認知症対応型共同生活介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所それぞれ1事業所ずつ整備されています。

今後は、区域外へのサービス提供に係る事業所の負担の軽減を図る観点から、県と連携を図りつつ、広域利用に関する事前同意等の調整等にも対応していきます。

(2) 施設サービスにおける現状と課題

市内の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、4施設（350床）となっています。令和5年9月末現在での介護老人福祉施設の入所者は372人で、この内、市外の施設の入所者（住所地特例対象者）は42人い

ます。また、介護老人保健施設については、2施設（230床）で定員の増減はありませんでした。

介護保険制度の改正により、介護療養型医療施設の介護医療院への移行が求められていましたが、令和4年度に1施設（32床）が介護療養型医療施設から介護医療院へ移行し、市内の全ての施設での移行が終了しました。

2 サービス資源（基盤）の現状

（1）地域密着型サービス事業所の整備状況

第8期計画においては、全市にバランスの取れたサービス提供が確保されることを念頭に、小規模多機能型居宅介護1施設、看護小規模多機能型居宅介護1施設、認知症対応型共同生活介護1施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護1施設が整備されました。

（2）介護サービス事業所の開設状況

本市の在宅サービス事業所は、地域密着型サービス事業所を中心に充足しています。しかし、日常生活圏域ごとの事業所数を分析すると、人口の少ない中山間地域には少ないという傾向があります。

第2節 介護保険事業計画の概要

1 人口及び被保険者数の推計

75歳以上の後期高齢者がピークを迎えるとなる令和12年（2030年）、さらには85歳以上の人口がピークを迎える令和22年（2040年）を視野に入れ、中長期的な地域ごとの推計人口や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、具体的な取り組み内容やその目標を検討することが必要です。第9期計画では、令和22年における高齢者介護の姿を見据えて目標値などを設定します。

（1）将来人口の推計と高齢者人口の将来推計

第9期の計画策定では、住民基本台帳の過去の推移から、地域包括ケア「見える化」システムを使って算出した将来人口の推計を基に見込を立てました。これによると、本市の総人口は減少傾向が続き、令和6年には79,534人、令和8年には77,951人に、高齢者（第1号被保険者）は、令和6年には23,856人、令和8年には23,871人となり高齢化率は30%を超えると推計されます。

[人口の将来推計]

(人)

	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 22 年 (2040 年)
第 2 号被保険者 40～64 歳	25,848	25,710	25,667	22,617
65～69 歳	4,833	4,874	4,750	5,494
70～74 歳	5,754	5,278	5,023	4,466
75～79 歳	4,818	5,234	5,774	3,863
80～84 歳	3,771	3,828	3,682	3,563
85～89 歳	2,592	2,592	2,535	3,162
90 歳以上	2,088	2,094	2,107	2,828
第 1 号被保険者 (A)	23,856	23,900	23,871	23,376
総人口推計値(B)	79,534	78,738	77,951	67,720
総人口に占める 割合 (A/B)	29.99%	30.35%	30.62%	34.51%

(各年 4 月 1 日推計)

2 要介護等認定者数の見込み

(1) 要介護等認定の申請状況

本市の要介護等認定の新規申請者数については、ほぼ、横ばい傾向にあります。また、令和 4 年度から認定審査会が判定した被保険者の要介護状態区分が、当該被保険者が現に受けている要介護認定に係る介護状態区分と同一である場合等は、要介護更新認定における認定有効期間を 48 か月としています。

(2) 要介護（要支援）認定者数の推計

要介護（要支援）認定者数については、令和 3 年度と令和 4 年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受けたことを考慮し、新型コロナウイルス感染症が 5 類となった令和 5 年度を基本として推計を行う事としました。令和 5 年度の認定率を各年の被保険者数（性別、年齢 5 歳階級別）に乗じて推計しています。

【設定の流れ】

要介護（支援）認定者数（令和 6 年～令和 8 年、令和 22 年）

= 各年の被保険者数（性別、年齢 5 歳階級別）×要介護（支援）認定率（令和 5 年度）

[要介護等認定者の見込み(総数)]

(人)

	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年 (2040年)
要支援1	170	172	171	183
要支援2	483	487	483	513
要介護1	672	678	676	742
要介護2	890	897	892	1,010
要介護3	710	715	712	809
要介護4	552	559	556	631
要介護5	358	361	361	398
合計	3,835	3,869	3,851	4,286

(各年4月1日推計)

(3) 総合事業対象者の見込み

総合事業対象数については、令和5年度の高齢者人口に対する対象者の割合から推計しています。

[総合事業対象者の見込み(総数)]

(人)

	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
事業対象者	453	454	453	444

(各年4月1日推計)

3 サービス利用者数及び利用量の見込みの推計

介護給付について、令和3年度から令和5年度の利用者数等をみると、新型コロナウイルス感染症の影響により利用者数が減少しているサービスがあるため、影響による減少分を調整し推計を行いました。

地域密着型サービスでは、介護サービス事業所の整備も進み、利用者数及び利用料が増加傾向にありますが、認知症対応型通所介護事業所については、廃止した事業所も多く、利用者数及び利用料は減少しています。

施設サービスについては、介護医療院の整備が進み、介護医療院及び介護療養型医療施設に大きな変動が起きました。それ以外の施設サービスについて微増の傾向にあります。

予防給付についても、高齢者人口が増加することから、サービス利用者数や利用量は増加すると推計されます。

4 有料老人ホーム等の設置状況

市内の有料老人ホーム等の設置状況は、有料老人ホーム5施設(176人)、サービス付き高齢者向け住宅8施設(284戸)、軽費老人ホーム(ケアハウス)1施設(50人)となっています。有料老人ホーム等は、多様な介護ニーズの受け皿となっており、今後も増加する傾向にあります。

施設の設置状況によりサービス利用者数や利用料が介護給付費に与える影響について考慮していきます。

第3節 介護給付費等対象サービスの計画

(注) 人数、利用者1人当たりの回数及び日数は、令和3年度、令和4年度は月間の実績、令和5年度は月間の実績見込、令和6~8年度及び令和22年度(2040年)は月間の計画推計量を示す。

(凡例)

(単位は月間)

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和22年度 (2040年)
人数	実績	実績	見込	推計量	推計量	推計量	推計量
回数							
	← 第8期 →			← 第9期 →			

1 居宅サービス

(1) 訪問介護

在宅サービスの中心である訪問介護については、ほぼ横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】

人数(人)、回数(回)

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	402	397	375	375	379	383	441
回数	14.3	13.6	14.0	14.0	14.0	14.0	14.1

(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護については、重度要介護者を中心に利用されています。令和5年度に1事業所が廃止し、市内事業所は1事業所のみとなりました。

【介護給付】

人数(人)、回数(回)

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	7	7	4	4	4	4	5
回数	4.3	3.9	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5

【予防給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	0	0	0	0	0	0	0
回数	0	0	0	0	0	0	0

(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

医療ニーズの高い利用者が増える中、訪問看護は増加傾向にあり、第8期中に事業所も整備されました。今後も増加を見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	364	360	367	365	374	379	441
回数	8.8	8.9	8.7	8.8	8.8	8.8	8.8

【予防給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	65	73	80	84	86	88	94
回数	8.4	8.0	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7

(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

医療機関からの退院後、早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施することで回復への効果が期待されています。今後も、同様に推移するものと見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	76	80	75	79	79	79	93
回数	12.2	11.9	12.7	12.1	12.1	12.1	12.1

【予防給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	12	7	10	10	10	10	9
回数	10.4	8.2	10.2	10.1	10.1	10.1	9.4

(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

在宅介護を支えるサービスとして対象が見直されることから、今後も増加を見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	182	214	235	248	248	248	290

【予防給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	5	10	15	16	16	16	17

(6) 通所介護

新型コロナウイルス感染症の影響から減少傾向にありました。今後は需要が回復すると考え、若干の増加を見込んでいます。利用定員が18人以下の小規模通所介護については、地域密着型通所介護として、別に見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	929	905	854	860	870	878	1,015
回数	11.0	10.5	11.2	11.0	11.0	11.0	11.0

(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

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進めることが求められています。今後、需要が増えるものと考えため、増加を見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	316	291	263	268	270	272	287
回数	10.4	9.7	9.8	9.9	9.9	9.9	9.9

【予防給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	83	86	85	85	86	87	98

(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

新型コロナウイルス感染症により利用控えがりましたが、以前の水準に回復しています。今後についても横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）、日数（日）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	195	198	240	246	249	252	295
日数	13.9	13.5	11.7	11.5	11.5	11.5	11.6

【予防給付】

人数（人）、日数（日）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	1	1	0	0	0	0	0

日数	5.4	4.0	0	0	0	0	0
----	-----	-----	---	---	---	---	---

(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）については、横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】 人数（人）、日数（日）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	24	24	22	23	23	23	28
日数	6.0	6.5	5.9	6.2	6.2	6.2	6.3

【予防給付】 人数（人）、日数（日）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	0	0	0	0	0	0	0
日数	0	0	0	0	0	0	0

(10) 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

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の施設整備が進み、第9期では定員増が見込まれています。利用者数も増加を見込んでいます。

【介護給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	143	156	166	191	215	215	221

【予防給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	18	19	16	16	18	20	22

(11) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るために令和6年度から一部の用具について貸与と販売の選択制が導入されることから、ほぼ横ばいの推移としました。

【介護給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	1,331	1,294	1,264	1,269	1,274	1,285	1,478

【予防給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	309	318	338	339	342	342	361

(12) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

ほぼ横ばいで推移しています。制度改正による影響が不明であることから今後についても、横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	22	22	21	23	23	23

22年度
25

【予防給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	7	8	8	8	8	8

22年度
9

(13) 住宅改修・介護予防住宅改修

ほぼ横ばいで推移しています。今後についても、横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	14	13	13	13	13	13

22年度
15

【予防給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	5	5	5	5	5	5

22年度
5

(14) 居宅介護支援・介護予防支援

施設入所や特定施設、多機能系サービスの増加により居宅介護支援の利用人数は、減少しています。今後については、高齢者人口増加分の利用者の増加を見込んでいます。

【介護給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	1,752	1,673	1,610	1,616	1,637	1,652

22年度
1,867

【予防給付】

人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度
人数	375	383	404	405	407	409

22年度
426

2 地域密着型サービス

(1) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護については、第8期計画期間中に4事業所減少しました。今後については、横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】 人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	71	69	50	51	51	51	59
回数	11.9	10.7	10.9	10.3	10.3	10.3	10.6

【予防給付】 人数（人）、回数（回）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	0	0	0	0	0	0	0
回数	0	0	0	0	0	0	0

(2) 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

第9期に定員数が減少する見込みです。そのため、令和6年度に一時的に利用者数が減少しますが、その後、微増すると見込んでいます。

【介護給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	215	214	196	185	191	197	223

【予防給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	3	4	9	9	9	9	9

(3) 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護については、2事業所が開設し、4事業所となりました。今後については、横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	58	70	65	69	70	72	83

(4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、1事業所が開設し、2事業所となりました。今後は、横ばいで推移するものと考えています。

【介護給付】 人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	4	5	2	24	24	24	28

(5) 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

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）については、1事業所が開設し、9事業所となりました。今後は横ばいで推移するものと考えています。

【介護給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	87	88	99	99	99	99	99

【予防給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	0	0	0	0	0	0	0

（6）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

小規模介護老人福祉施設については、地域密着型介護老人福祉施設として市内に1箇所（20床）あります。横ばいで推移すると考えています。

【介護給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	20	20	20	20	20	20	20

（7）地域密着型通所介護

地域密着型通所介護については、市内に9箇所あり、コロナ禍で利用人数は一時的に減少しましたが、今後は、徐々に増加するものと見込んでいます。

【介護給付】							人数（人）、回数（回）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	119	127	149	156	157	158	184
回数	10.8	10.4	10.9	10.9	10.9	10.9	11.0

（8）夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護については、市内には介護事業所がなく、他の地域密着型サービスでカバーすることとします。

（9）地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護については、令和6年度に1事業所、既存施設を利用して開設する計画があります。

【介護給付】							人数（人）、回数（回）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	0	0	0	28	28	28	28

3 施設サービス

（1）介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、市内に4箇所あります。利用者は横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	414	428	436	442	445	449	474

(2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設は市内に2箇所あります。利用者は横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	291	296	304	307	307	307	326

(3) 介護医療院

介護医療院は、市内に2箇所あります。利用者は横ばいで推移するものと見込んでいます。

【介護給付】							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	59	65	62	67	67	67	70

4 その他のサービス利用見込み

(1) 特定入所者介護（介護予防）サービス費

住民税非課税世帯の利用者が施設サービス、短期入所サービスを受けた際の居住費（滞在費）と食費について、負担限度額を超えた分は特定入所者介護（介護予防）サービス費として保険給付（補足給付）し、負担を軽減しています。

							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	316	303	300	300	300	300	300

(2) 高額介護（介護予防）サービス費

同じ世帯内の介護サービス利用者自己負担額の合計が、自己負担上限額を超えた場合、高額介護（介護予防）サービス費が支給されます。高齢化に伴う給付費増から増加すると見込んでいます。

							人数（人）
	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	824	845	861	870	879	888	978

(3) 高額医療合算介護（介護予防）サービス費

1年間を単位とし、同じ医療保険の世帯内で、介護保険と医療保険の自己負担額の合計が、自己負担限度額を超えた場合、高額医療合算介護（介護予防）サービス費が支給されます。高齢化に伴う医療費及び介護給付費増から増加すると見込んでいます。

年間のべ人数（人）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
人数	501	539	540	545	550	555	625

(4) 審査支払手数料

介護サービス利用者が利用した介護給付費は、県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に委託してサービスを提供した事業者を支払っています。国保連は、サービス事業者からの請求内容について審査支払業務を行っており、その業務に対して委託手数料を支払っています。審査支払手数料については、サービス利用者の増加に伴い、増加すると見込んでいます。

件数（件）

	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
件数	8,188	8,104	8,120	8,165	8,205	8,240	8,738

5 介護保険サービスの見込み量の確保のための方策

中長期的な人口動向や介護ニーズの見込み、第8期における介護給付の実態等を検討した結果、第9期においては、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を図ることとします。

また、介護サービスを提供する人員の確保のため、就労支援補助や資格取得補助等を実施します。

6 各サービス別給付費の推移

【介護サービス】

(単位：千円)

	6年度	7年度	8年度	22年度
居宅サービス				
訪問介護	196,162	196,890	200,953	237,280
訪問入浴介護	2,084	2,087	2,087	2,608
訪問看護	178,227	182,556	184,865	215,721
訪問リハビリテーション	32,420	32,461	32,461	38,230
居宅療養管理指導	16,583	16,604	16,604	19,451
通所介護	877,271	888,126	895,906	1,040,493
通所リハビリテーション	280,606	282,608	284,254	302,366
短期入所生活介護	288,899	293,601	296,628	352,040
短期入所療養介護	19,890	19,915	19,915	24,378
福祉用具貸与	197,690	198,061	199,388	231,311
特定福祉用具購入費	7,743	7,743	7,743	8,446
住宅改修	13,104	13,104	13,104	15,066
特定施設入居者生活介護	462,164	518,735	518,735	535,810
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	38,018	38,066	38,066	45,122
地域密着型通所介護	166,534	167,921	170,045	200,610
認知症対応型通所介護	69,875	69,963	69,963	84,987
小規模多機能型居宅介護	455,436	469,949	481,287	545,874
認知症対応型共同生活介護	318,021	318,424	318,424	318,424
地域密着型特定施設生活入所者介護	67,808	67,894	67,894	67,894
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	69,068	69,155	69,155	69,155
看護小規模多機能型居宅介護	216,236	220,606	227,245	265,562
居宅介護支援	299,277	303,261	305,839	346,038
施設サービス				
介護老人福祉施設	1,398,358	1,409,667	1,422,748	1,503,293
介護老人保健施設	1,111,237	1,112,644	1,112,644	1,179,726
介護医療院	292,899	293,270	293,270	306,870
介護給付費計	7,075,610	7,193,311	7,249,223	7,956,755

【介護予防サービス】

(単位：千円)

	6年度	7年度	8年度	22年度
介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	29,097	30,000	30,711	32,771
介護予防訪問リハビリテーション	3,343	3,347	3,347	2,792
介護予防居宅療養管理指導	1,251	1,253	1,253	1,334
介護予防通所リハビリテーション	39,838	40,393	40,897	40,627
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	27,964	28,219	28,219	29,789
特定介護予防福祉用具購入費	2,065	2,065	2,065	2,318
介護予防住宅改修	5,300	5,300	5,300	5,300
介護予防特定施設入居者生活介護	16,729	18,667	21,056	22,972
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	6,664	6,673	6,673	6,673
介護予防支援	24,150	24,300	24,420	25,435
予防給付費計	156,401	160,217	163,941	170,011

第4節 地域支援事業

1 地域支援事業の推進

地域支援事業は、高齢者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しながら、自立した日常生活を営むことができるよう支援すること、また、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、住み慣れた地域において自分らしい生活を継続することができるよう支援することを目的としています。

高齢化が進む中、高齢者が地域で安心して生活を続けていくためには、高齢者を包括的に支援し、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される体制、「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。

地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、地域支援事業による、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止や、医療と介護の連携、地域における支援体制の向上、生活支援の充実・強化に取り組めます。

今後も、高齢者の自立支援・重度化防止を目指す中で、市民サービスが低下しないよう、事業内容については多方面から検討し推進します。

2 地域支援事業の内容

(1) 今後の取り組み

総合事業の中で、利用者の自立に向け、適切なサービスを提供できるよう、対象者の分析、介護予防効果の検証を実施します。また、町内福祉連絡会や地区福祉ネットワーク会議等で出されたそれぞれの現状や課題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の構築を強化します。さらに、地域における支え合いや助け合いの輪を広げるため、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、ボランティア活動への参加を促します。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。

(2) 事業の内容

ア 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

介護予防・生活支援サービス事業

事業区分	事業内容	概要（事業名）
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供	・訪問型予防給付相当サービス ・訪問型基準緩和サービスA型 ・お手軽サポート ・訪問型住民主体サービスB型

		・訪問型短期集中予防サービスC型
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供	・通所型予防給付相当サービス ・通所型基準緩和サービスA型 ・通所型短期集中予防サービスC型
介護予防支援事業(ケアマネジメント)	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント	・対象に応じたケアマネジメント ケアマネジメントA ケアマネジメントB ケアマネジメントC

一般介護予防事業

事業区分	事業内容	概要(事業名)
介護予防把握事業	収集した情報等を活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する人を把握し、介護予防活動へつなげる	・高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査により介護予防活動につなげる高齢者の把握 ・総合事業対象者の実態把握 ・口腔機能向上事業
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う	・いきいきふれあいのつどい ・フレイル予防事業 ・いきいき運動広場 ・いきいき運動広場パワー ・のうりょくアップ教室 ・男の貯筋講座
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う	・つどい活動組織の育成及び運営支援 ・高齢者スポーツ振興事業 ・創作活動支援事業
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施	・つどい等へのリハ職等派遣事業 ・地域ケア会議のリハ職等派遣事業 ・ケア方針決定のためのリハ職派遣事業
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事	

	業の評価を行う 「サービス提供事業者」 「地域包括支援センター」及び「保険者」がそれぞれ3段階の評価を行う	
--	---	--

イ 包括的支援事業

事業区分	事業内容	概要（事業名）
包括的支援事業	地域包括支援センターの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター（6箇所） ・地域包括支援センター運営協議会
	在宅医療・介護連携推進事業	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療コーディネート医 ・在宅ケア普及啓発事業 ・地域医療協議会連絡会 ・顔の見える多職種連携会議
	生活支援体制整備事業	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス協議体（第1層・第2層） ・地域支え合い推進員 ・介護予防サポーター ・高齢者生活支援サポーター
	認知症総合支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対策地域ケアネットワーク会議 ・認知症初期集中支援チーム ・認知症地域支援推進員 ・認知症カフェ ・徘徊高齢者等SOSネットワーク事業 ・チームオレンジの設置
	地域ケア会議推進事業	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議 ・地域における地域ケア会議 ・地域ケア推進会議

ウ 任意事業・その他の事業

事業区分	事業内容	概要（事業名）
任意事業	介護給付等費用適正化事業	・ケアプラン点検 ・介護給付費通知 ・ケアマネジメント研修会等
	家族介護支援事業	・家族介護者交流事業 ・家族やすらぎ支援事業 ・徘徊探知機購入費助成
その他の事業	成年後見制度利用支援事業	・成年後見制度利用支援事業
	地域自立生活支援事業	・介護サービス相談員派遣 ・食の自立支援事業
	その他	・福祉用具・住宅改修支援事業等 ・認知症サポーター等養成事業

（3）事業量見込

ア 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

① 介護予防・生活支援サービス事業

（注）令和5年度は月間実績見込、令和6～8年度及び令和22年度は月間の計画推計量を示す。※B型及びC型は年間実人数。

・訪問サービス

（人）

サービスの種類	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	8年度	22年度
訪問型予防給付相当サービス	113	113	113	114	114	114	111
訪問型基準緩和サービス（A1型）	10	8	10	10	10	10	9
訪問型基準緩和サービス（A2型）	8	8	6	10	11	12	14
訪問型住民主体サービス（B型）（年間）	51	49	46	48	50	50	60

訪問型短期集中 予防サービス (C型)(年間)	8	14	15	18	21	24	32
-------------------------------	---	----	----	----	----	----	----

・通所サービス (人)

サービスの種類	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	22 年度
通所型予防給付 相当サービス	331	365	358	359	359	359	351
通所型基準緩和 サービス(A型)	76	84	83	83	83	83	81
通所型短期集中 予防サービス (C型)(年間)	33	75	100	120	135	142	160

・介護予防マネジメント (人)

	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	22 年度
介護予防支援事業 ケアマネジメント	312	417	372	385	392	395	400

②一般介護予防事業

(注) 令和5年度は年間の実績見込、令和6~8年度及び令和22年度は年間の計画推計量を示す。

サービスの種類	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	22 年度
高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査回答者数(実人数)	2,452	2,364	2,237	2,245	2,250	2,252	2,036
いきいきふれあいのつどい登録者数(実人数)	7,545	6,787	6,721	6,655	6,530	6,510	6,020

いきいき運動 広場（実人数）	119	105	121	123	124	125	134
いきいき運動 広場パワー（実 人数）			217	222	228	230	245
いきいき運動 広場 P L U S （実人数）	135	171	—	—	—	—	—
のうりょくア ップ教室（実人 数）	56	75	76	77	78	79	88
男の貯筋講座 （実人数）	45	57	58	59	59	60	67

イ 包括的支援事業

	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	22 年度
顔の見える多職 種連携会議（延人 数）	58	59	89	180	200	220	300
認知症初期集中 支援チーム（対応 件数）	3	2	5	6	7	8	10
認知症地域支援 推進員（実人数）	16	18	25	26	27	28	47
認知症に関する 事業（地区数）	7	10	10	13	16	17	17
徘徊高齢者等 S O S ネットワー ク事業の普及（新 規登録者数）	22	12	15	15	15	15	17

ウ 任意事業・その他の事業

(人)

	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	22 年度
家族介護支援事業 (延人数)	70	76	100	135	140	145	180
家族やすらぎ支援 事業(実人数)	12	7	9	10	11	12	15
食の自立支援事業 (登録者数)	156	121	115	112	111	111	100
認知症サポーター 養成講座(総数)	11,486	12,045	12,621	13,220	13,820	14,420	22,820

第5節 介護保険料の算定

1 保険料設定の考え方

(1) 標準給付費

【設定の流れ】

オ 標準給付費見込額 = ア+イ+ウ+エ

ア 総給付費

イ 特定入所者介護サービス費

ウ 高額介護サービス費等

エ 審査支払手数料

ア 総給付費

総給付費は、3年間で約220億300万円を見込んでいます。

イ 特定入所者介護サービス費

特定入所者介護サービス費は、多床室の室料負担の見直し等により令和6年度から給付費が増額するため、3年間で3億200万円を見込んでいます。

ウ 高額介護サービス費等

高額介護サービス費等は、介護報酬改定による利用者負担増により増額するため、3年間で4億1,500万円を見込んでいます。なお、この中には高額医療合算介護(介護予防)サービス費も含まれています。

エ 審査支払手数料

審査支払手数料は、要支援・要介護認定者の伸びに合わせて、3年間で約2,850万円を見込んでいます。

オ 標準給付費見込額

以上のア～エを合わせた額を標準給付費見込額として算出しています。

標準給付費

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
ア 総給付費 (介護給付費＋予防給付費)	7,232,011	7,353,528	7,413,164	21,998,703
イ 特定入所者介護サービス費	100,457	101,347	100,876	302,680
ウ 高額介護サービス費等	138,262	138,986	138,430	415,678
エ 審査支払手数料	9,500	9,500	9,500	28,500
オ 標準給付費見込額 (オ＝ア＋イ＋ウ＋エ)	7,480,230	7,603,361	7,661,970	22,745,561

※千円未満を四捨五入しているため、合計が合わないことがあります。

(2) 地域支援事業費

地域支援事業費については、上限額が設定されていることから、限られた費用の中でより効果の高い介護予防事業を推進していきます。

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
ア 介護予防・日常生活支援総合事業	357,784	359,488	359,937	1,077,209
イ 包括的支援事業及び任意事業	144,609	144,609	144,609	433,827
ウ 包括的支援事業(社会保障充実分)	25,087	25,087	25,087	75,261
エ 地域支援事業費 (エ＝ア＋イ＋ウ)	527,480	527,829	527,599	1,586,297

(3) 保険料収納必要額の算出

【設定の流れ】

$$\begin{aligned} \text{キ 保険料収納必要額} &= \text{ア} + \text{イ} + \text{ウ} + \text{エ} + \text{オ} + \text{カ} \\ &\quad \text{ア 第1号被保険者負担分相当額} \\ &\quad \text{イ 調整交付金相当額} \\ &\quad \text{ウ 調整交付金見込額} \\ &\quad \text{エ 財政安定化基金拠出金} \\ &\quad \text{オ 財政安定化基金償還金} \\ &\quad \text{カ 市町村特別給付等} \end{aligned}$$

ア 第1号被保険者負担分相当額

第1号被保険者負担分相当額は、標準給付費見込額と地域支援事業費の3年間の合計を合わせた金額の23%となります。

イ 調整交付金相当額

調整交付金相当額は、標準給付費見込額に全国平均の調整交付金交付割合(5%)を掛けて算出します。

ウ 調整交付金見込額

調整交付金見込額は、以下に示した後期高齢者加入割合補正係数と所得段階別加入割合補正係数から算出した調整交付金見込割合をもとに算出される見込みです。

(ア) 後期高齢者加入割合補正係数 0.98~1.00

(イ) 所得段階別加入割合補正係数 1.0705

エ 財政安定化基金の拠出金

財政安定化基金は保険料収納率の低下や介護給付費の増加によって、介護保険会計に不足が生じた場合に、貸付や交付金の交付を行うため、県に設置されています。財源は市、県、国が3分の1ずつ拠出となりますが、第9期では拠出金はないものとして算出します。

オ 財政安定化基金償還金

財政安定化基金からの借入はありませんので償還金はありません。

カ 市町村特別給付等

本市の現状に合わせた支援を目的とした市独自のサービスです。財源は1号保険料です。

2 介護給付費準備基金について

介護給付費準備基金については、第9期計画の保険料算定上、保険料を低く抑えるため、基金残高の一部を第9期事業期間中に取り崩すこととして計算します。

3 第9期介護保険事業計画における介護保険料（基準額）

前述の諸条件等をもとに、第9期（令和6年度～令和8年度）の保険給付費等をまかなうための第1号被保険者の介護保険料を算定しました。

[第9期（令和6年度～令和8年度）の介護保険料基準額]

5, 890（月額）

4 第1号被保険者の介護保険料所得段階の設定

本市では、国の基準に合わせた所得段階を定め、被保険者の負担能力に応じた保険料設定としています。

【所得段階】 <検討中>

区 分		負担割合	保険料（年額）
第1段階	① 生活保護を受けている人 ② 世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金を受けている人または前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	基準年額 ×0.455 ↓ 【軽減後】 0.25	17,670円
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の人で、かつ、第1段階に該当しない人	基準年額 ×0.685 ↓ 【軽減後】 0.485	34,280円
第3段階	世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超の人で、かつ、第1段階に該当しない人	基準年額 ×0.69 ↓ 【軽減後】 0.685	48,410円
第4段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが、本人は市民税非課税で、かつ、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	基準年額 ×0.85	60,070円
第5段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが、本人は市民税非課税で、かつ、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超の人	基準年額	70,680円

	人		
第6段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	基準年額 ×1.2	84,810円
第7段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	基準年額 ×1.3	91,880円
第8段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	基準年額 ×1.5	106,020円
第9段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	基準年額 ×1.7	120,150円
第10段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	基準年額 ×1.9	134,290円
第11段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	基準年額 ×2.1	148,420円
第12段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	基準年額 ×2.3	162,560円
第13段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の人	基準年額 ×2.4	169,630円

【公費による保険料軽減後の負担割合】

区分	軽減前の負担割合	軽減後の負担割合
第1段階	基準年額×0.455	基準年額×0.25
第2段階	基準年額×0.685	基準年額×0.485
第3段階	基準年額×0.69	基準年額×0.685

5 保険料の徴収・給付制限

介護給付費の23%は、第1号被保険者の保険料によって負担されます。特別徴収(年金天引き)の収納率は100%ですが、普通徴収(個別納付)の収納率は、93%前後となっています。保険料の納付は、介護保険制度の運営・継続にとって大変重要であり、滞納者に対し、年間催告、個別納付相談・指導・徴収を実施しています。

また、保険料を納付する資力があるにもかかわらず滞納を続け、納付指導に従わない悪質な滞納者には、要介護認定を受け保険給付を受ける段階において、給付の償還払いや給付制限等を実施します。

第6節 介護保険事業を円滑にするための施策

1 介護給付適正化

介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促し、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を目的とします。

【これまでの取り組み】

本市では、第5期福井県介護給付適正化計画を踏まえ、主要5事業の「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」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」について取り組み、保険給付費の適正化を図り、制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度の構築に努めてきました。

【現状と課題】

介護保険制度の施行以来、介護保険給付費は増加を続け、介護保険料や介護保険財政に大きく影響を与えています。一方で、介護保険給付が要介護状態の軽減または悪化の防止に資するように行われているか、介護サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮されているか、事業者による不適正・不正な介護サービスはないか、などの観点から介護給付の適正化の更なる推進が必要です。

【取組方針と目標】

本市では、介護給付適正化主要5事業の再編を受け、主要3事業の「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「医療情報との突合・縦覧点検」について取り組みます。

(1) 要介護認定の適正化

認定調査員に対し、調査の留意点や調査票の記述方法に関する統一した研修を行うとともに、調査票の記入漏れや認定調査の内容と主治医意見書の内容に不整合がないか点検を行い、疑義がある場合は調査員に確認し、必要に応じて指導を行います。

要介護認定審査については、全国や県内市町との比較検討をし平準化に努

めます。

(2) ケアプランの点検

国保連帳票「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」や「支給限度額一定割合超一覧表」等を活用した点検や高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検を実施していきます。

また、点検結果を踏まえ、ケアマネジャーを対象とした基礎研修やスキルアップ研修、地域包括支援センター職員を対象とした介護予防ケアマネジメントなどに関する研修、地域ケア個別会議の実施などによりケアマネジメントの質の更なる向上に努めます。

(3) 医療情報との突合・縦覧点検

国保連と連携し、医療情報との突合や複数の請求明細書の確認（縦覧点検）など、介護保険の請求内容を点検や分析を行い、適宜事業所へ確認します。

《介護給付適正化事業の目標実施率》

項 目		目 標		
		R6 年度	R7 年度	R8 年度
(1) 要介護認定の適正化	点検数/調査数	100%	100%	100%
(2) ケアプランの点検	点検事業所数/事業所数	100%	100%	100%
(3) 医療情報との突合・縦覧点検				
	医療情報との突合	100%	100%	100%
	縦覧点検	100%	100%	100%

《特に重点的に取り組む適正化事業の目標》

項 目	ケアプランの点検	給付実績データの活用
令和 6 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与のみを位置づけたケアプラン点検 ・サービス付き高齢者向け住宅に併設等している居宅介護支援事業所におけるケアプラン点検 ・地域密着型サービス事業所、特に看護・小規模多機能型居宅介護支援事業所についてケアプラン点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表の点検 ・福祉用具貸与一覧表の点検

令和7年度	<ul style="list-style-type: none"> ・令和6年度と同じ ・2区分以上の悪化や改善が見られたケースのケアプラン点検 ・区分支給限度基準額の一定割合以上を利用しているケアプランの割合が一定以上を占める居宅介護支援事業所のケアプラン点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和6年度と同じ ・支給限度額一定割合超一覧表の点検
令和8年度	<ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度と同じ 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度と同じ

(4) その他の適正化事業・取組み

地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所に対し、法令等を遵守したサービスが提供されているか確認するため、運営指導や集団指導を行います。また、苦情等の適切な把握及び分析を行い、事業者に対する指導監査を実施します。

介護サービス相談員が活動した際に記録した利用者の声等を介護サービス事業者に提供し、サービスの質の向上に努めます。

2 計画の推進体制

本計画は、高齢者を取り巻く医療・福祉・介護・保健に関連するさまざまな事業の推進のほか、社会参加や生きがいづくり、まちづくりの各分野における取組みまでを含むものです。

これらの事業の推進にあたっては、行政のみならず、市民、社会福祉協議会、自治振興会、シニアクラブ、民生委員・児童委員、事業者等関係機関がそれぞれの役割を担い、連携のもとに協働して取り組む必要があります。

(1) 推進体制

本計画の実施にあたっては、計画の進捗状況や評価、サービスの利用の状況などを検討し、併せて、市民の意見を反映するために運営協議会において本計画の進行管理を行います。

(2) 計画の点検

この計画の的確な進行管理を行うため、毎年度、要介護・要支援認定者、総合事業対象者の状況やサービスの利用状況、サービスの供給状況および評価指標について、本計画の点検を行います。

(3) 計画の周知

本計画を市民や事業者・関係機関などに広く周知するために、出前講座

等による説明会の開催や各種サービスに関するパンフレットを作成すると共に、市のホームページや広報などを、積極的に活用します。

また、介護保険制度について理解が深まるように、制度の目的や理念、意義などについて、広く啓発していきます。

あ い

安心 生きがい プラン 2 1

資 料 編

目 次

1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果及び 在宅介護実態調査結果	1
2	越前市の地区別高齢化率	27
3	越前市介護保険運営協議会委員名簿	28
4	計画の策定経過	29
5	用語解説	31

1	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果及び在宅介護実態調査結果
---	--------------------------------

1 調査の概要

(1) 目的

この調査は、本計画策定の基礎資料とするため、高齢者の健康状態や介護予防・日常生活の状況及び在宅介護の実態などを調査したものです。

(2) 対象

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査：越前市在住の65歳以上（要介護認定者（要介護1～5）を除く）を無作為抽出

在宅介護実態調査：越前市在住の要介護認定を受けている方を無作為抽出

(3) 調査の方法

郵送にて配布し、同封の封筒にて回収。

(4) 調査の期間 令和4年11月7日～令和4年12月9日

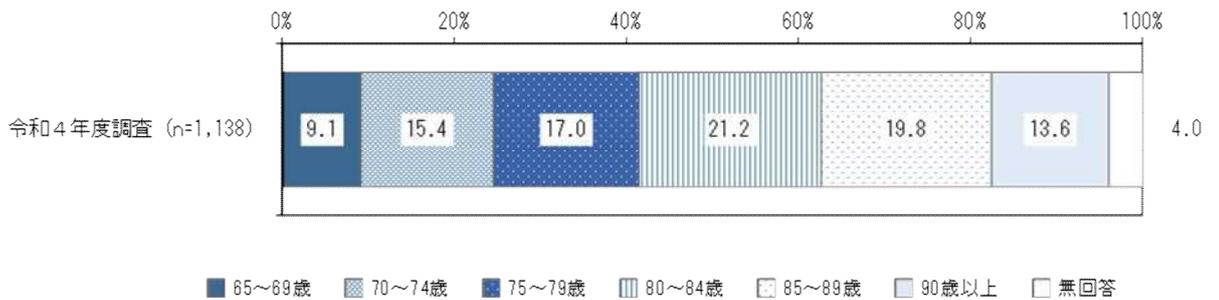
(5) 回収率等

	配布数	有効回答数	有効回答率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,440通	1,138通	79.0%
在宅介護実態調査	1,200通	813通	67.8%

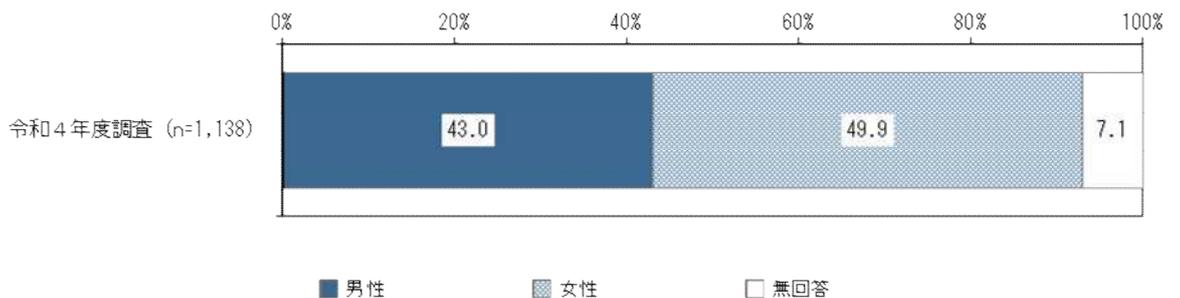
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

(1) 結果の概要

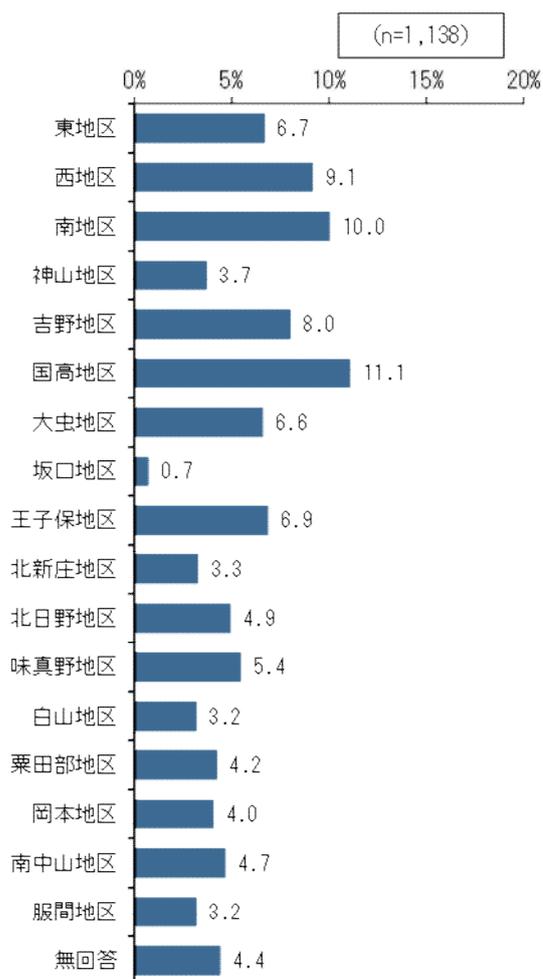
年齢



性別



居住地区

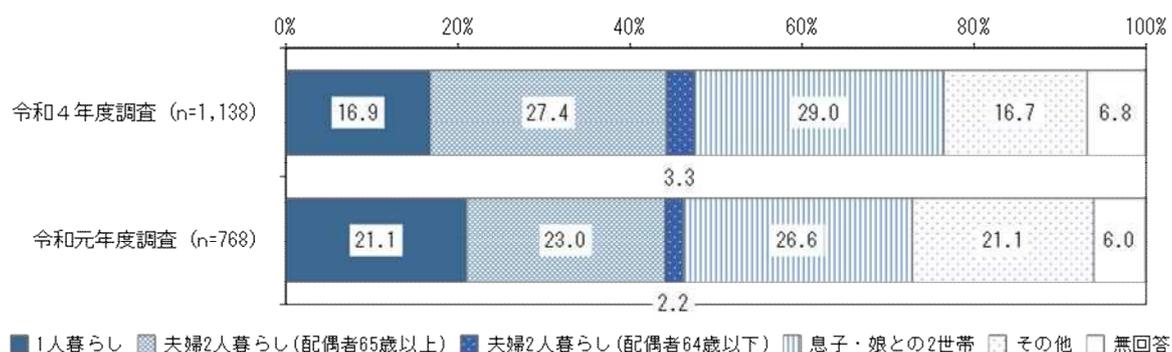


◇あなたのご家族や生活状況について

家族の構成（令和元年度比較）

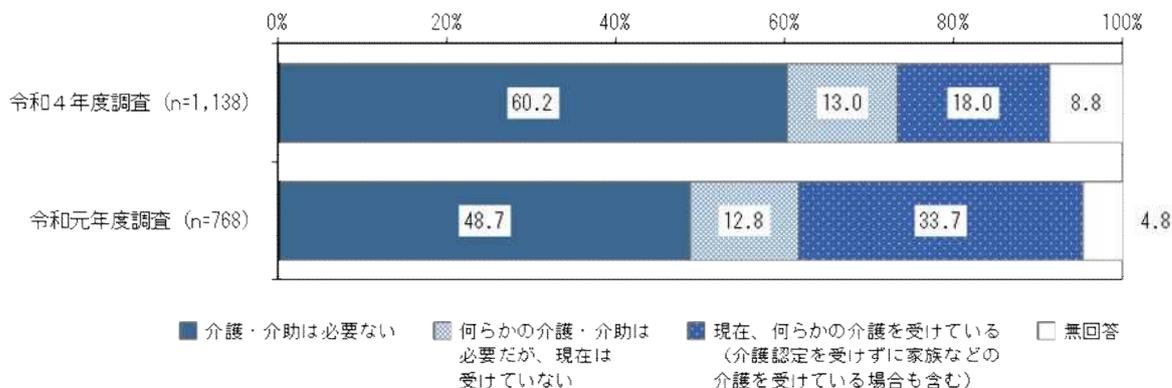
「息子・娘との2世帯」の割合が29.0%と最も高く、次いで「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」の割合が27.4%、「1人暮らし」の割合が16.9%と続いています。

令和元年度調査と比較すると、「息子・娘との2世帯」が2.4ポイント増加しています。



介護・介助の必要性（令和元年度比較）

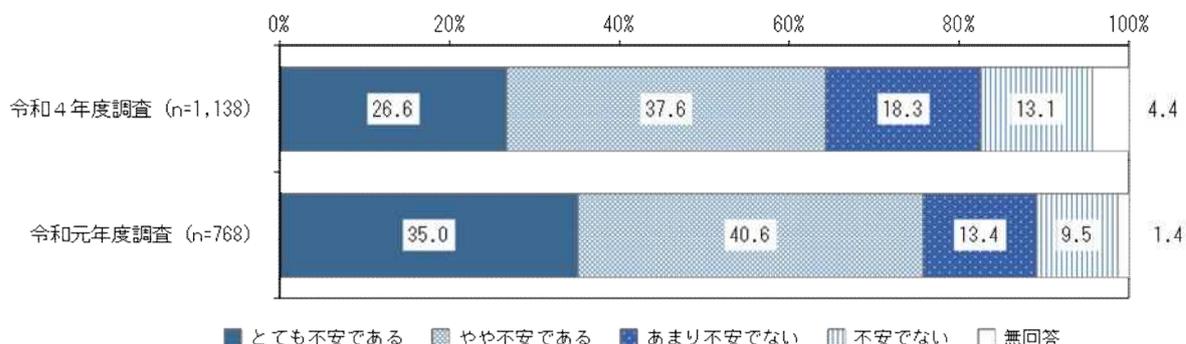
「介護・介助は必要ない」の割合が60.2%と最も高く、次いで「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」の割合が18.0%、何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」の割合が13.0%となっています。



◇からだを動かすことについて

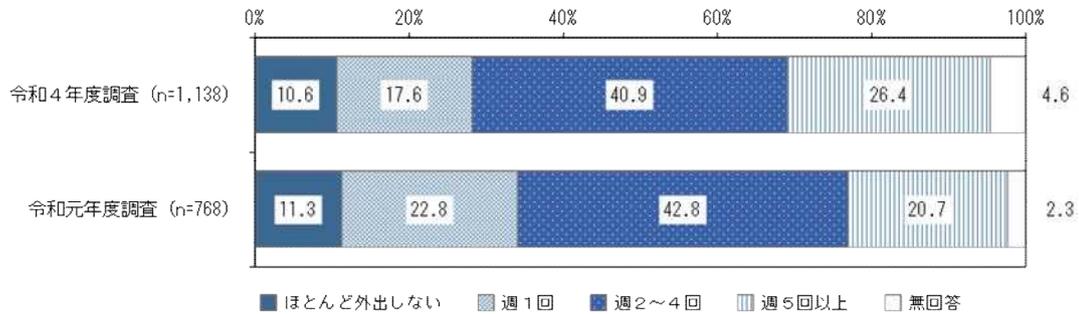
転倒に対する不安は大きいか（令和元年度比較）

転倒の不安について「やや不安である」の割合が37.6%と最も高く、次いで「とても不安である」の割合が26.6%となっています。



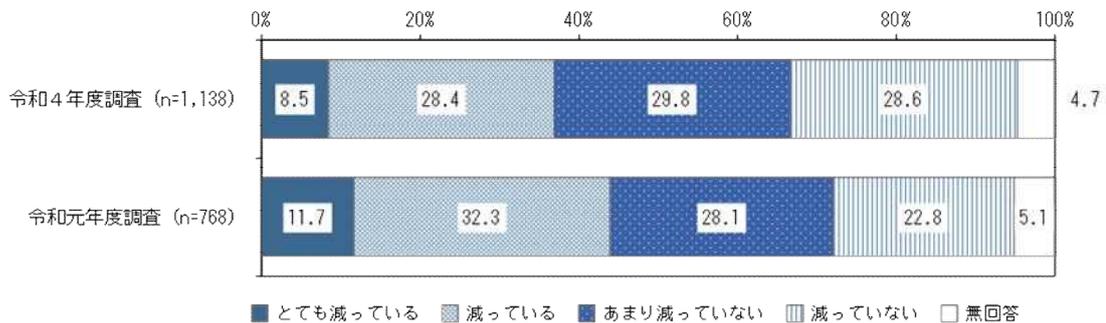
週に1回以上外出しているか（令和元年度比較）

週1回以上外出している割合をみると、「週2～4回」の割合が40.9%と最も高く、次いで「週5回以上」が26.4%、「週1回」が17.6%となっています。また、「ほとんど外出しない」の割合が10.6%となっています。



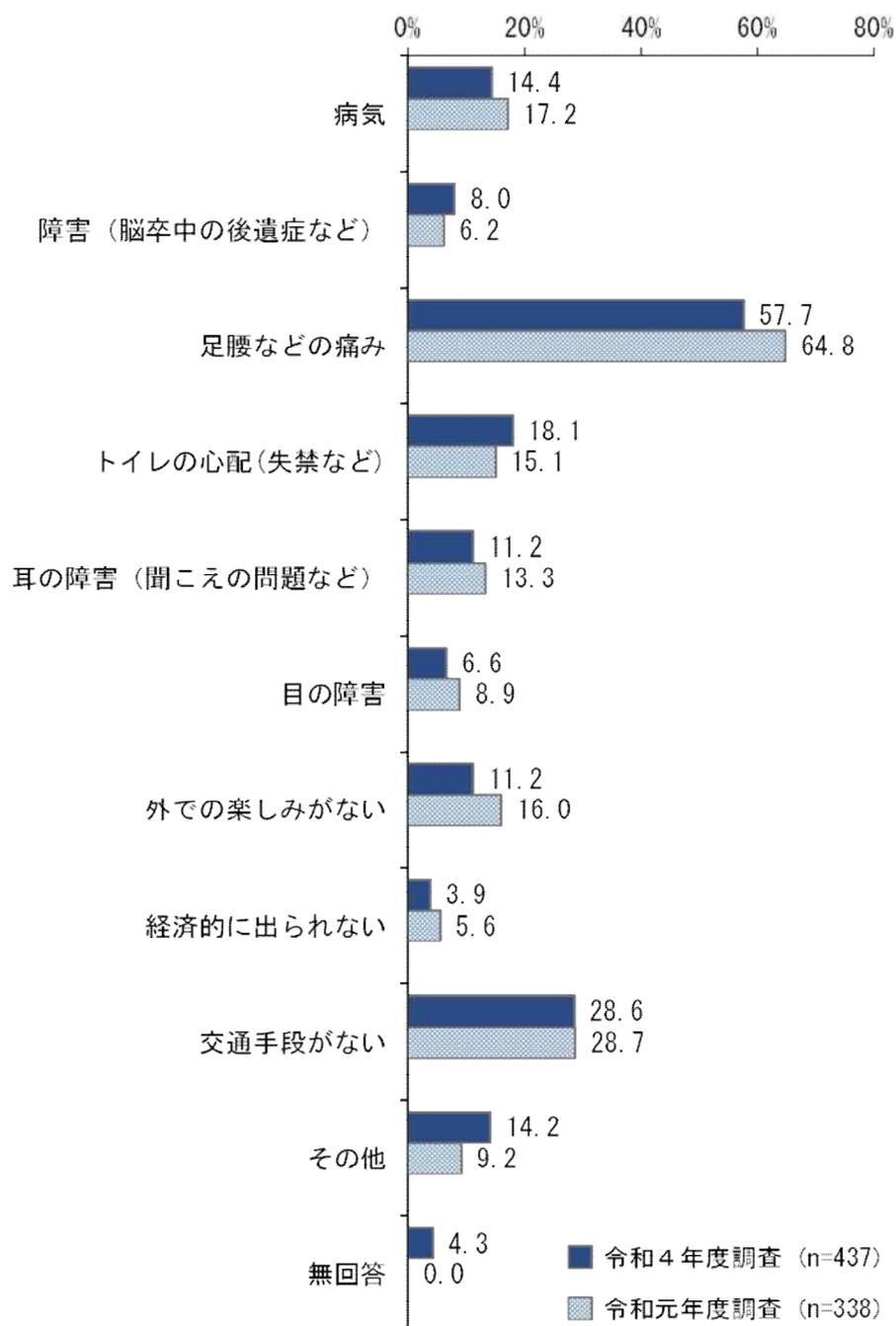
去年と比べて外出の回数が減っているか（令和元年度比較）

昨年と比べて外出の回数が「あまり減っていない」が29.8%と最も高く、次いで「減っていない」が28.6%、「減っている」が28.4%となっています。



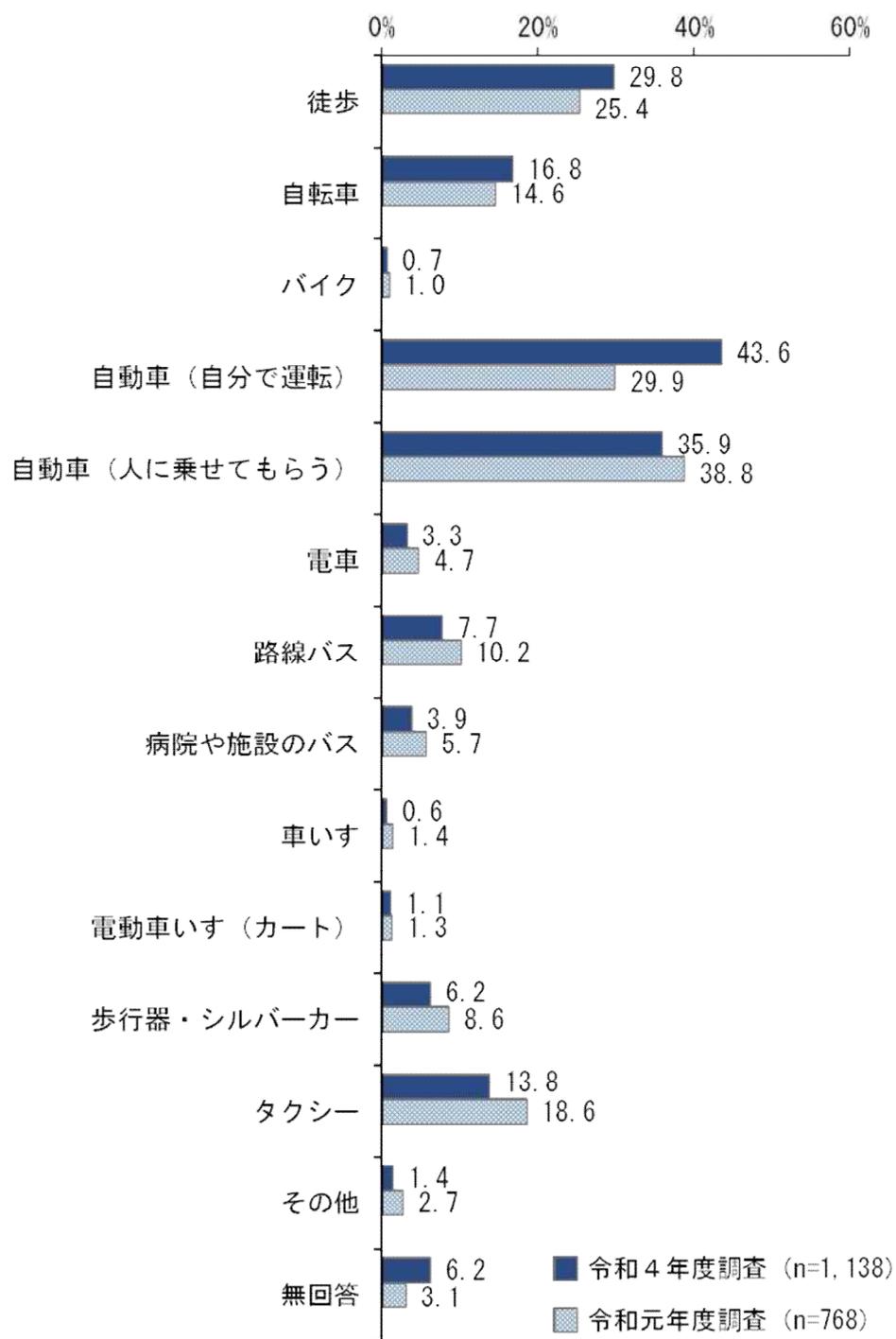
外出を控えている理由

「とても減っている」「減っている」と回答した人の外出を控えている理由については、「足腰などの痛み」が57.7%と最も多く、次いで「交通手段がない」の割合が28.6%、「トイレの心配（失禁など）」が18.1%となっています。



外出する際の移動手段

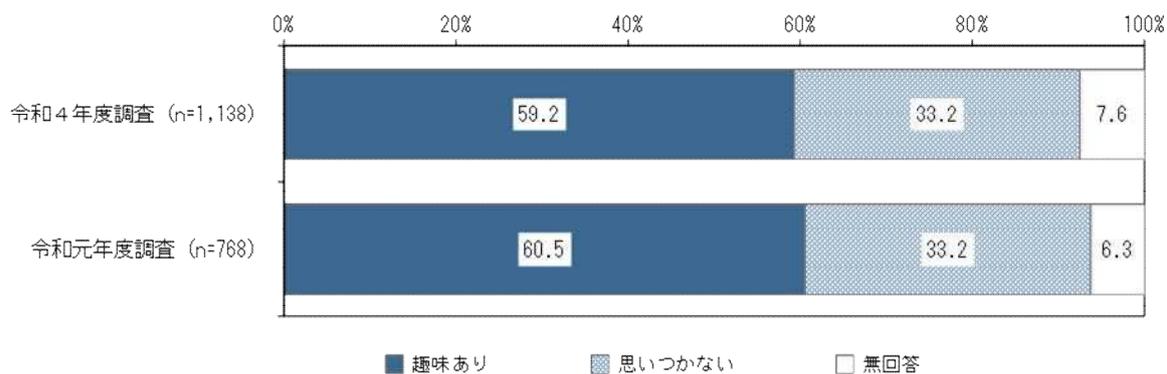
「自動車（自分で運転）」が43.6%で最も高く、次いで「自動車（人に乗せてもらう）」が35.9%、「徒歩」が29.8%となっています。



◇毎日の生活について

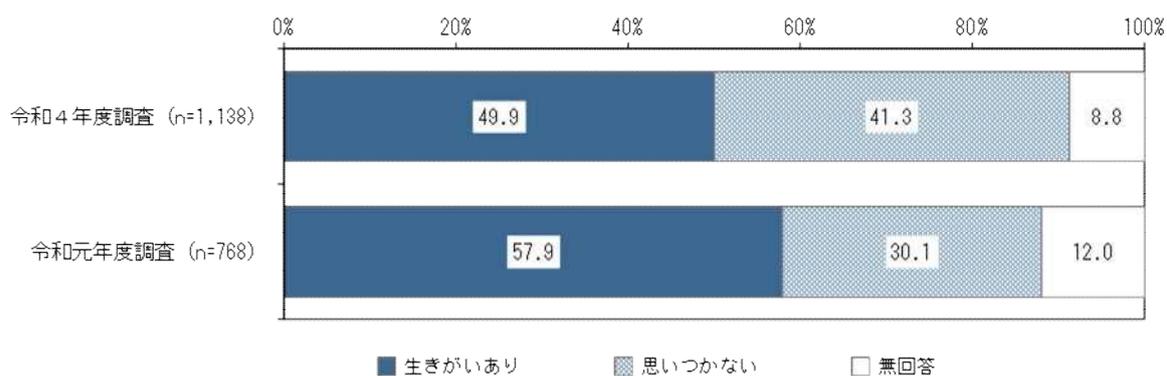
趣味があるか（令和元年度比較）

「趣味あり」が59.2%、「思いつかない」が33.2%となっています。



生きがいがあるか（令和元年度比較）

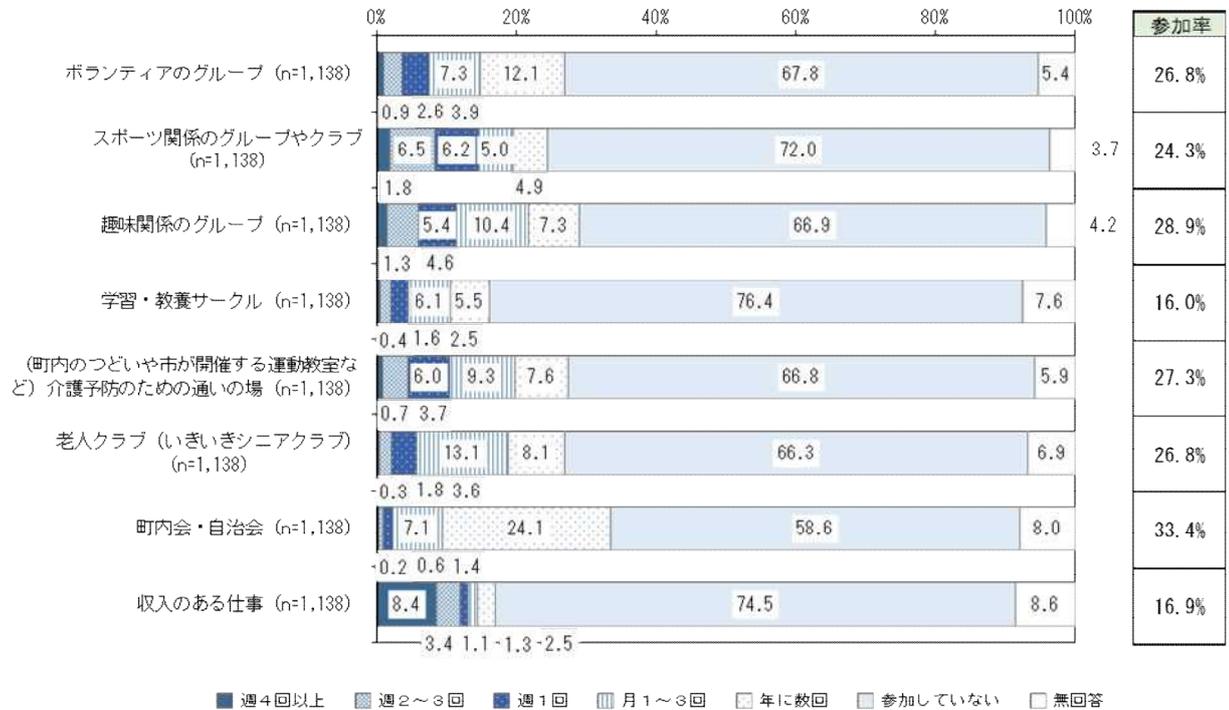
「生きがいあり」が49.9%、「思いつかない」が41.3%となっています。



◇地域での活動について

社会参加の状況

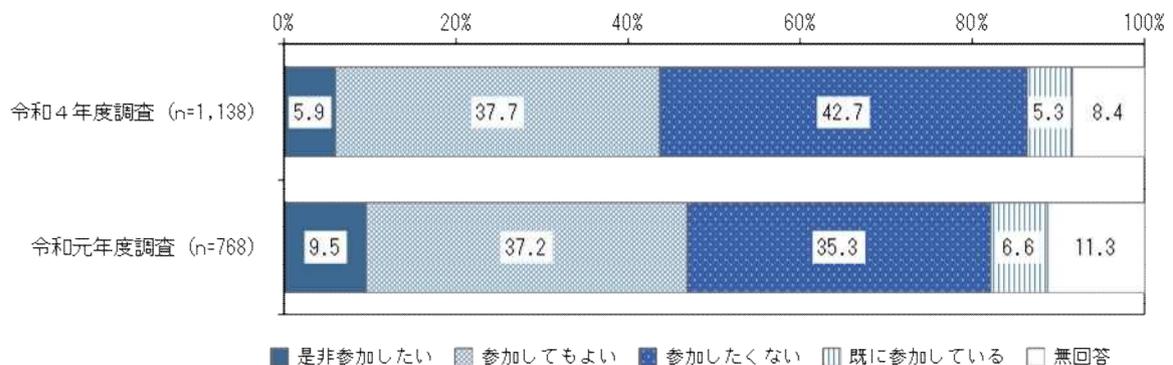
参加している割合をみると、「町内会・自治会」が33.4%で最も高く、次いで、「趣味関係のグループ」が28.9%、「(町内のつどいや市が開催する運動教室など)介護予防のための通いの場」が27.3%となっています。



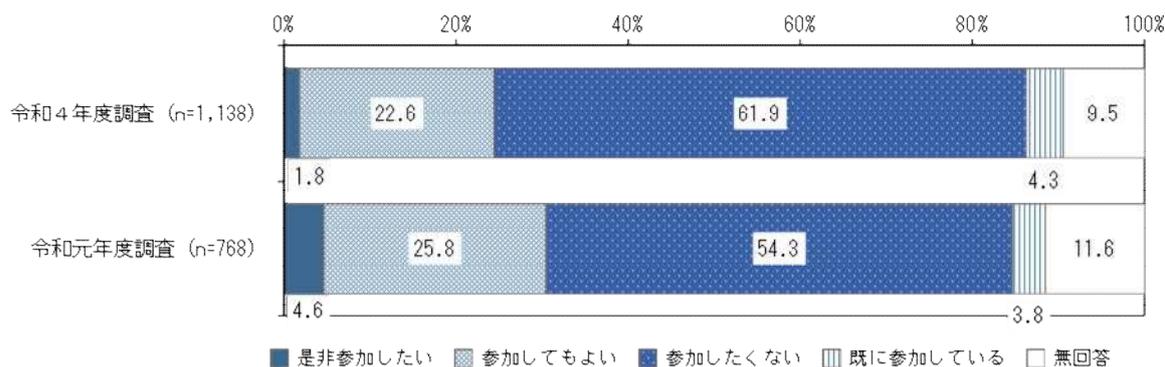
地域づくりに参加したいか (令和元年度比較)

地域での健康づくり活動や趣味等のグループ活動に「参加したくない」が42.7%と最も高く、次いで「参加してもよい」が37.7%、「是非参加したい」が5.9%と続いています。

地域での活動参加



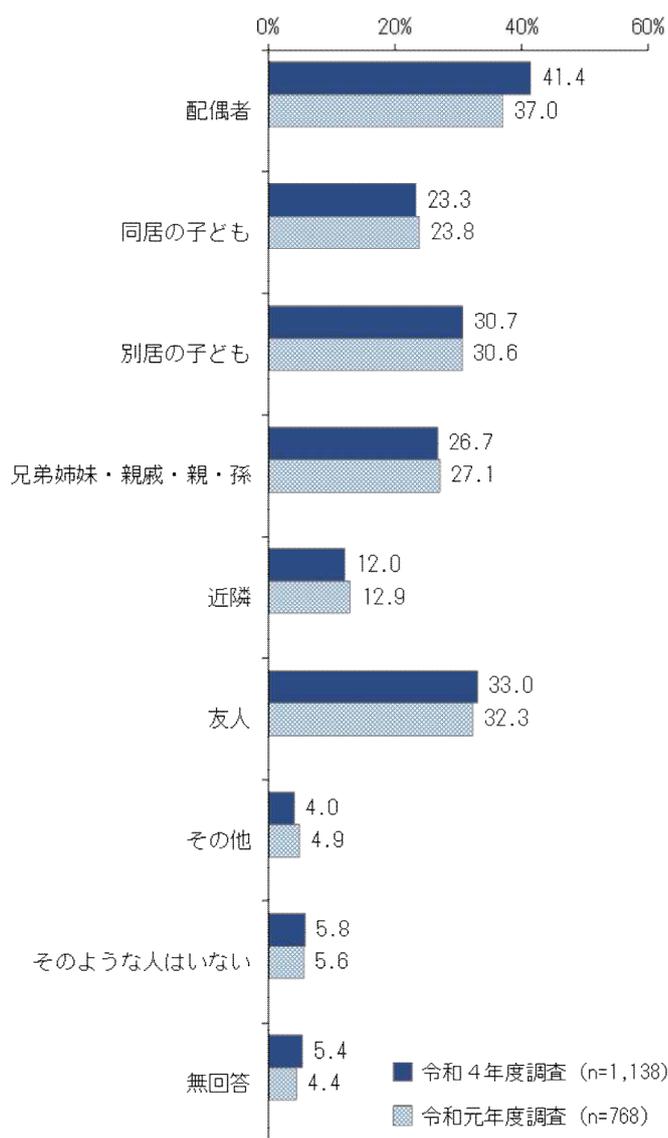
企画・運営での参加



◇たすけあいについて

心配事や愚痴を聞いてくれる人（令和元年度比較）

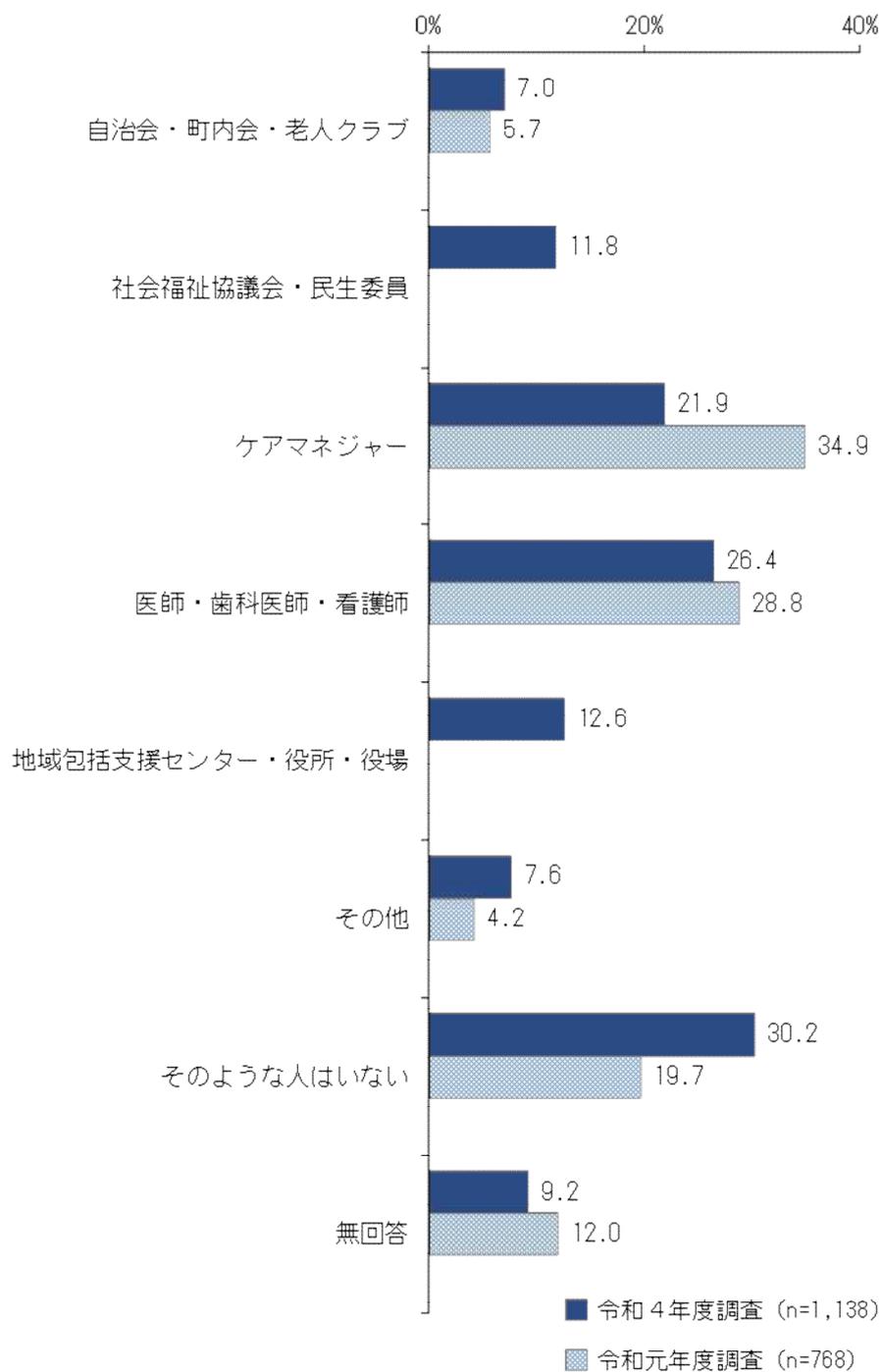
「配偶者」が41.4%で最も高く、次いで「友人」が33.0%、「別居の子ども」が30.7%、「同居の子ども」が23.3%、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」が26.7%、「近隣」が12.0%、「友人」が12.0%、「その他」が4.0%、「そのような人はいない」が5.8%、「無回答」が5.4%となっています。



家族や友人・知人以外で何かあったときに相談する相手

(令和元年度比較)

「そのような人はいない」が30.2%で最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師・介護士」が26.4%、「ケアマネジャー」が21.9%となっています。

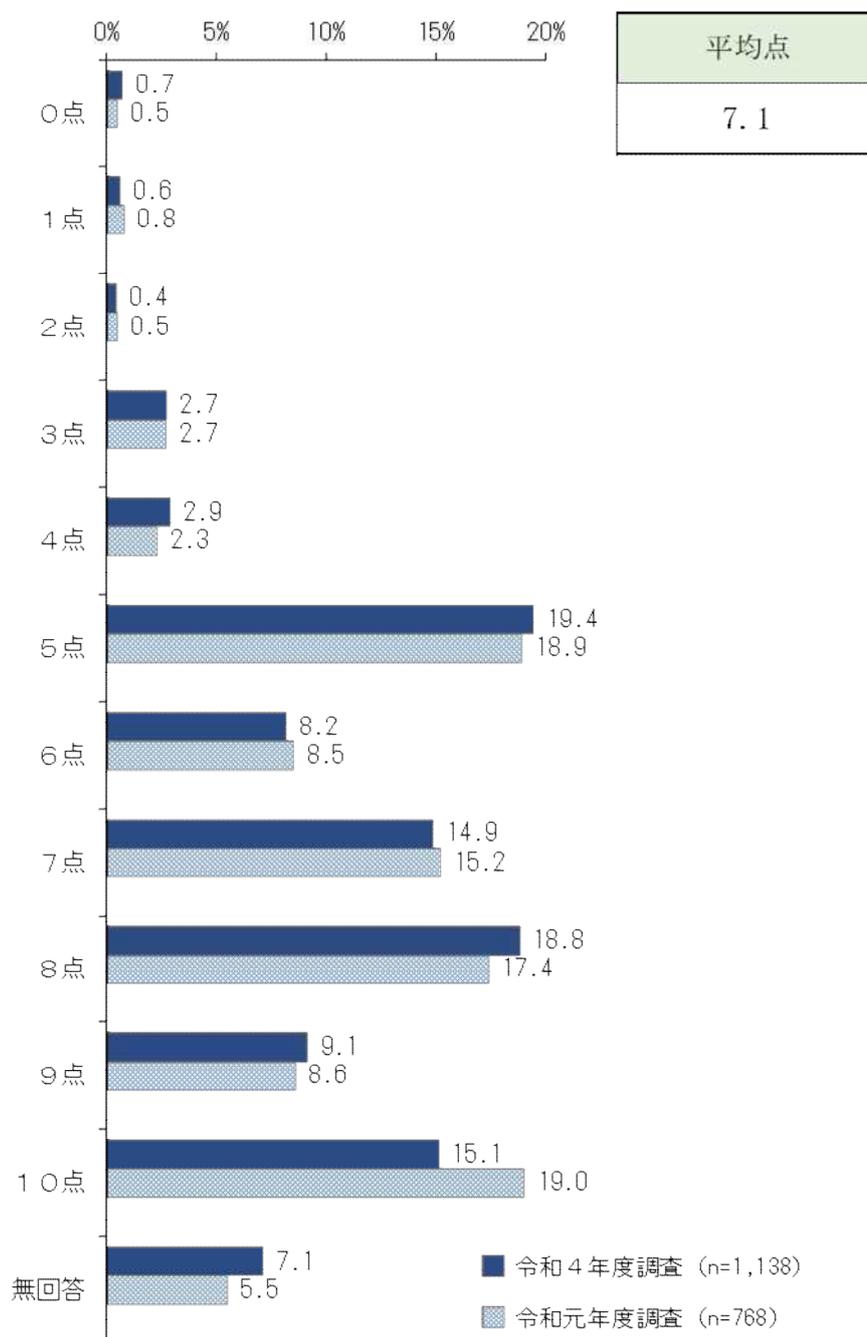


◇健康について

現在のどの程度幸せか（令和元年度比較）

（「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として記入）

「5点」が19.4%で最も高く、次いで「8点」が18.8%、「10点」が15.1%となっています。平均点は「7.1点」となっています。



◇在宅医療と看取りについて

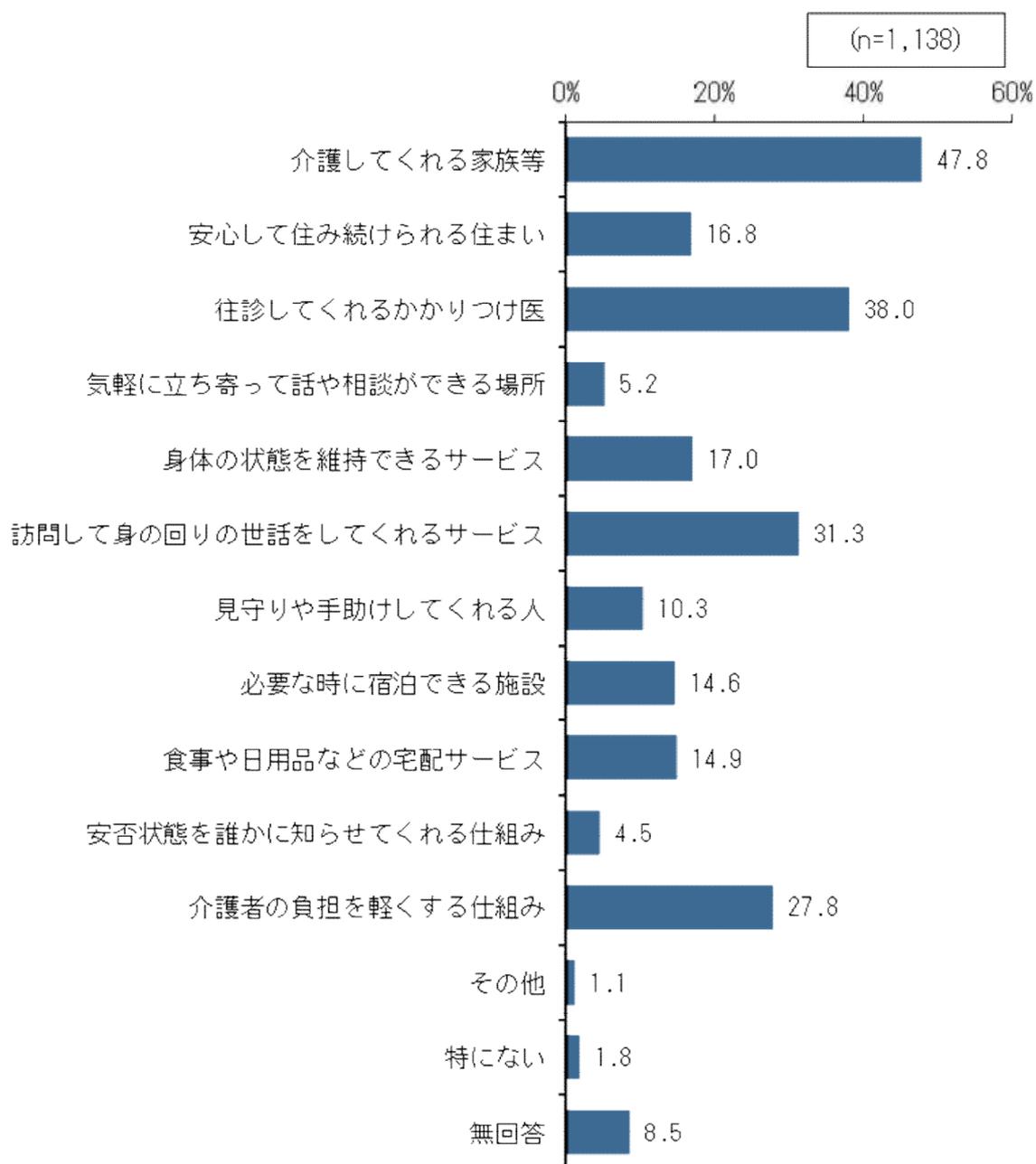
介護・医療が必要になった際に希望する生活

「必要な医療、介護サービスや福祉サービスを利用しながら自宅で暮らしたい」が36.3%で最も高く、次いで「家族や親族の介護を受けながら、必要な医療を受けて、自宅で暮らしたい」が22.1%、「老人ホームやサービス付高齢者向け住宅などの施設で、医療や介護サービスを受けたい」が15.7%となっています。



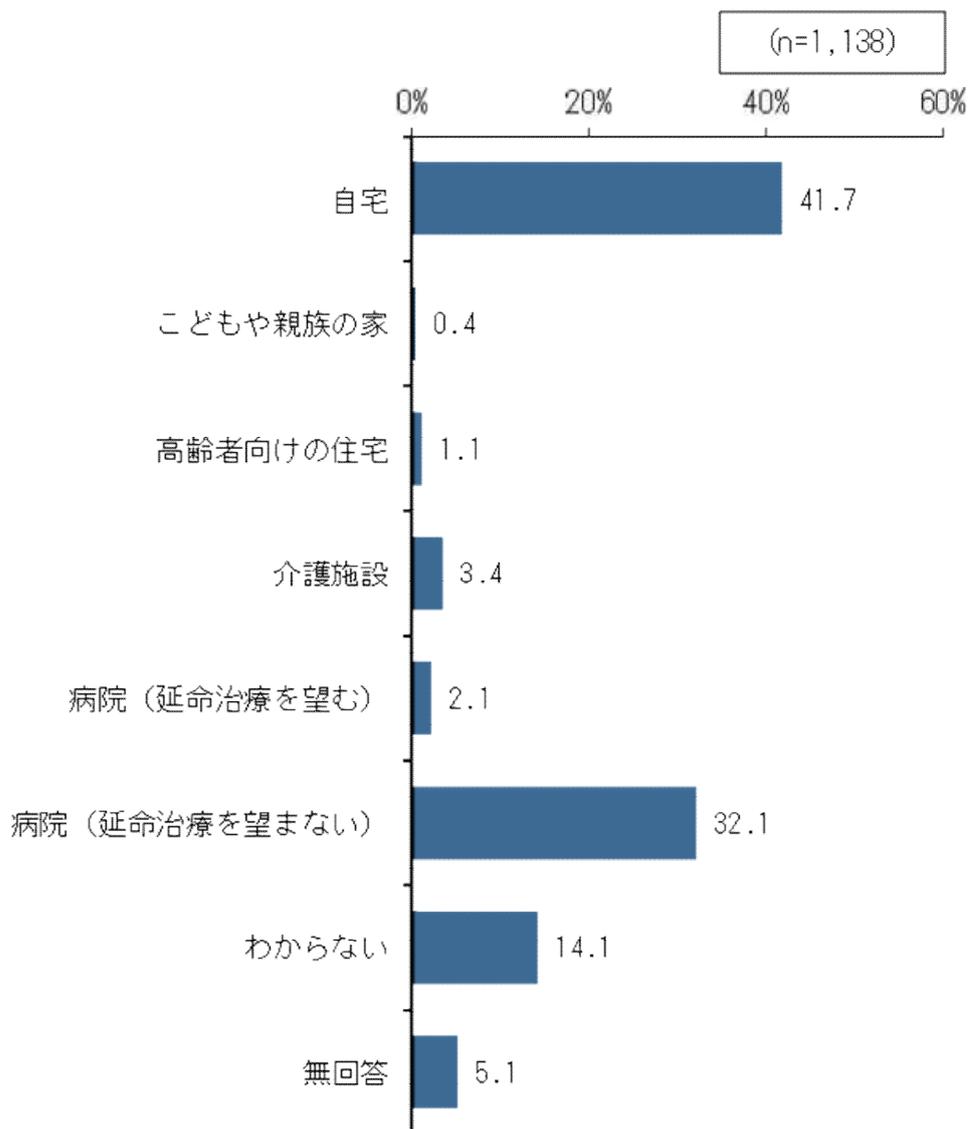
介護・医療が必要になった際に在宅生活を送るために重要だと思うこと

「介護してくれる家族等」が47.8%で最も高く、次いで「往診してくれるかかりつけ医」が38.0%、「訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス」が31.3%となっています。



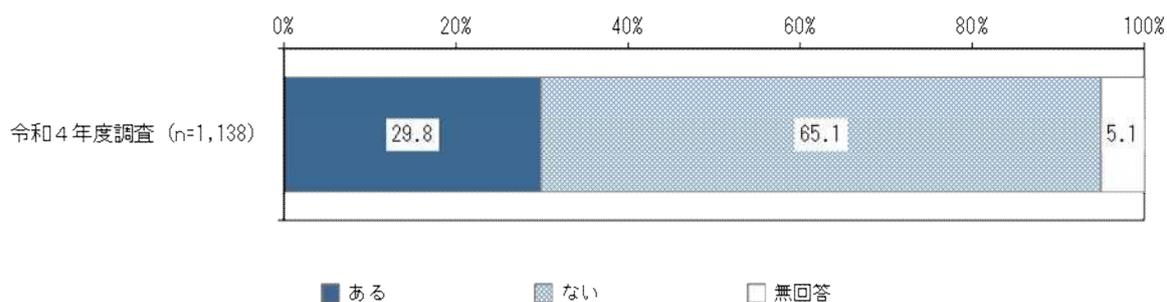
最期を迎えたい場所

「自宅」が41.7%で最も高く、次いで「病院（延命治療を望まない）」が32.1%、「わからない」が14.1%となっています。



最期を迎えたい場所について、話し合ったことがあるか

親族と話し合ったことがあるかについては、「ある」が29.8%、「ない」が65.1%となっています。



(2) リスクの発生状況に関する分析

運動器機能の低下

運動器機能が低下していると判定された割合は、全体で37.3%となっています。

性別・年齢別にみると、男女とも85歳以上が最も高く、男性は47.5%、女性は62.2%となっています。

転倒リスク

転倒リスクがあると判定された割合は、全体で42.6%となっています。

男性は80～84歳、85歳以上で大きく上昇しており、85歳以上が47.5%で最も高くなっています。女性は、年齢が上がるにつれて上昇しており、85歳以上が52.1%で最も高くなっています。

閉じこもり傾向

閉じこもり傾向があると判定された割合は、全体で28.2%となっています。年齢が高くなるほど閉じこもり傾向にあり、全体的に、男性に比べ女性の割合が高くなっていますが、男性は80～84歳、85歳以上で大きく上昇し、85歳以上では、女性と同程度となっています。

低栄養状態

低栄養状態と判定された割合は、全体で3.2%となっています。

年齢別でみると、75～79歳が4.1%で最も高くなっています。

口腔機能の低下

口腔機能が低下していると判定された割合は、全体で34.3%となっています。

男性は80～84歳、85歳以上で大きく上昇しており、85歳以上が46%で最も高くなっています。女性は70～74歳、75～79歳で大きく上昇しており、85歳以上が44.7%で最も高くなっています。

認知機能の低下

認知機能が低下していると判定された割合は、全体で61.1%となっています。

男性は、75～79歳、80～84歳で大きく上昇しており、85歳以上が68.3%で最も高くなっています。女性は、70～74歳、75～79歳で大きく上昇しており、80～84歳が69.1%と最も高くなっています。

うつ傾向

うつ傾向と判定された割合は、全体で44.3%となっています。

男性は、80～84歳までは低下していますが、80～84歳、85歳以上で大きく上昇し、85歳以上が54.7%で最も高くなっています。女性は、70～74歳、75～79歳で大きく上昇し、80～84歳が53.7%で最も高くなっています。

日常機能全般

生活機能全般が低下していると判定された割合は、全体で24.2%となっています。

性別・年齢別で見ると、男女とも年齢が上がるにつれて割合が高くなっており、男女とも85歳以上が最も高く、男性は38.8%、女性は40.6%となっています。

IADL（手段的自立度）の低下

買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗ること、趣味のための活動などの自立度が低下していると判定された割合は、全体で27.9%となっています。

男女とも年齢が上がるにつれて割合が高くなっており、85歳以上が最も高く、男性は47.5%、女性は42.9%となっています。

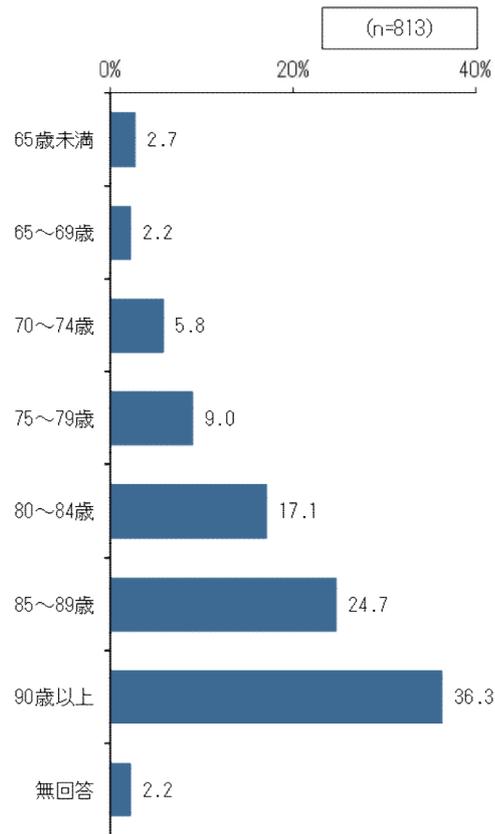
3 在宅介護実態調査結果

(1) 回答者の概要

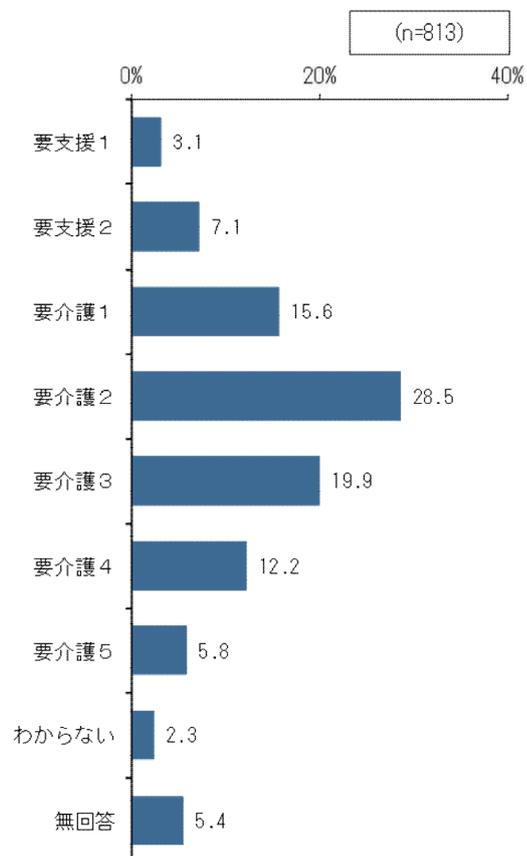
回答者世帯の状況

「単身世帯」が14.8%、「夫婦のみ世帯」が19.4%となっています。年齢は、「90歳以上」が36.3%と最も高く、次いで「85～89歳」が24.7%、「80～84歳」が17.1%となっています。要介護度別にみると、「要介護2」が28.5%と最も高く、次いで「要介護3」が23.5%、「要介護1」の割合が15.6%となっています。

年齢

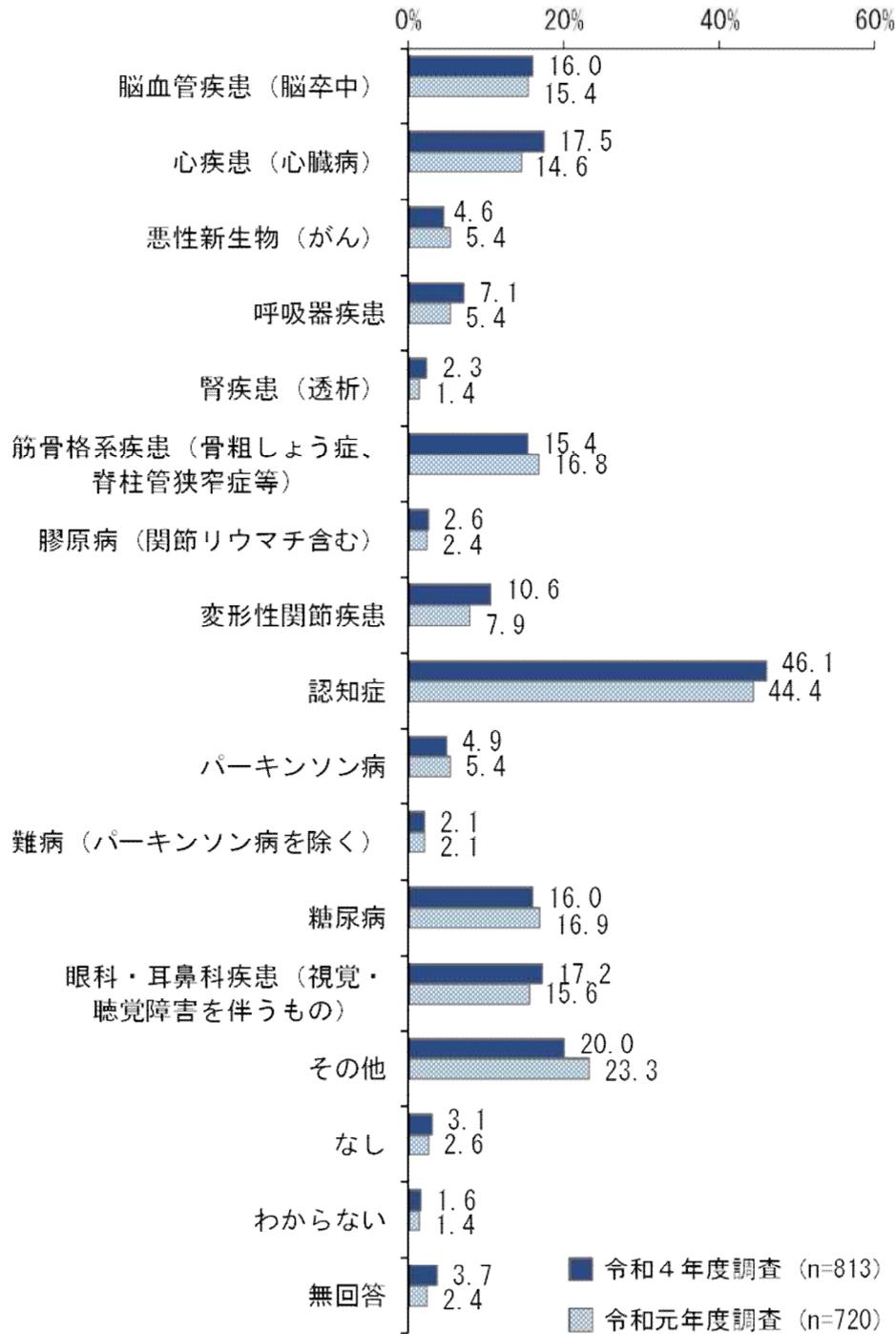


要介護度



身体状況について（令和元年度比較）

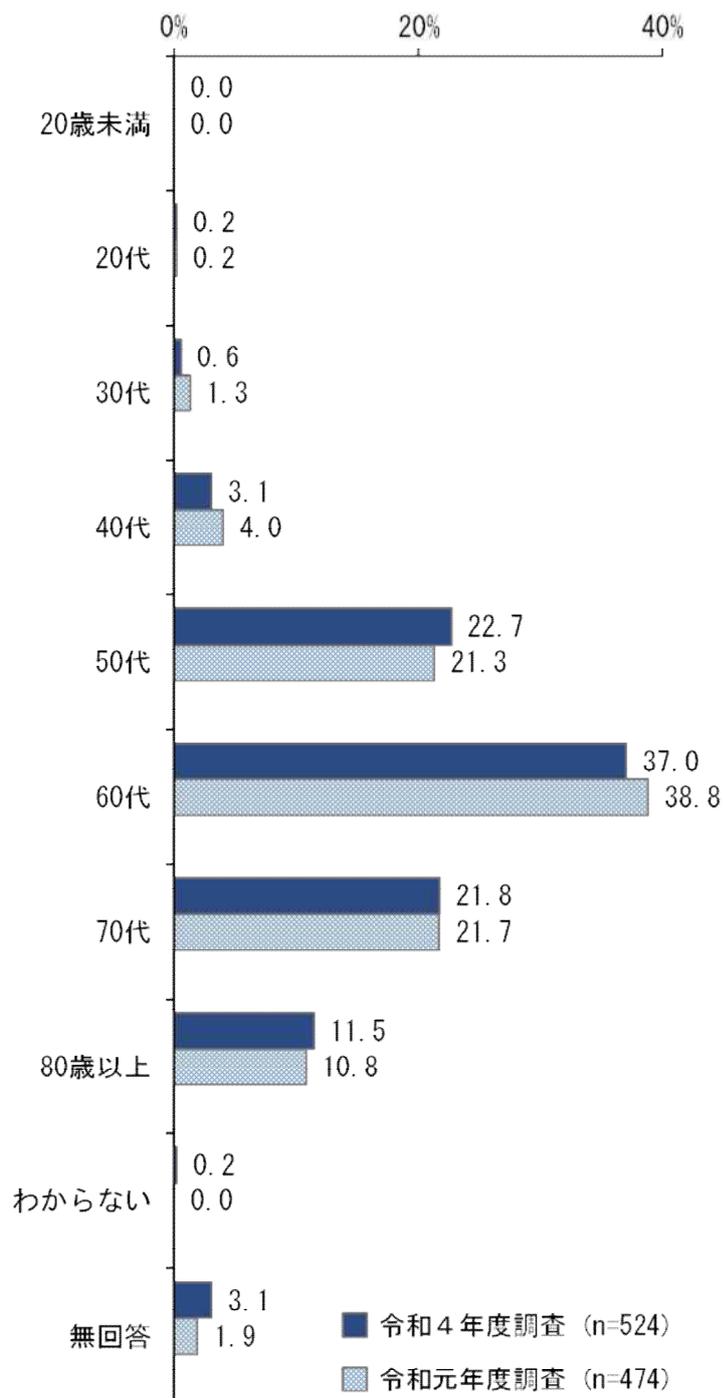
「認知症」が46.1%と最も高く、次いで「その他」が20.0%、「心疾患（心臓病）」が17.5%となっています。



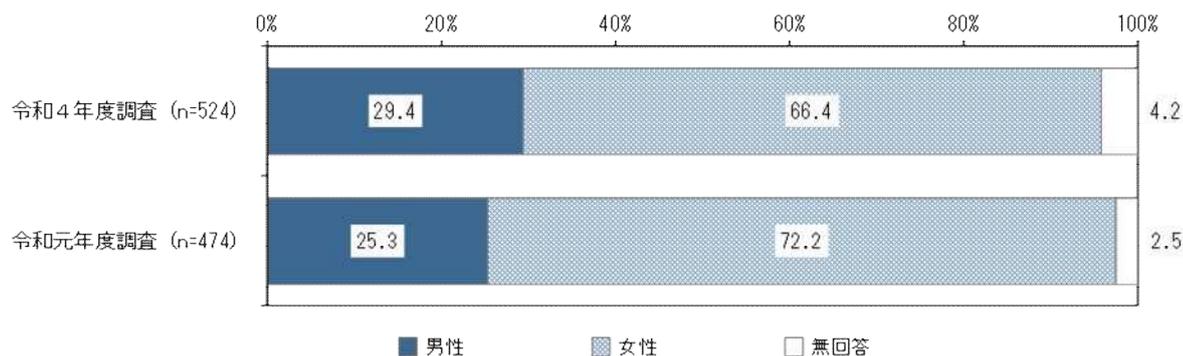
主な介護者について (令和元年度比較)

主な介護者の方の年齢は、「60歳代」が37.0%と最も高く、次いで「50歳代」が22.7%、「70歳代」が21.8%、となっています。また、「男性」の割合が29.4%、「女性」の割合が66.4%となっています。

年齢

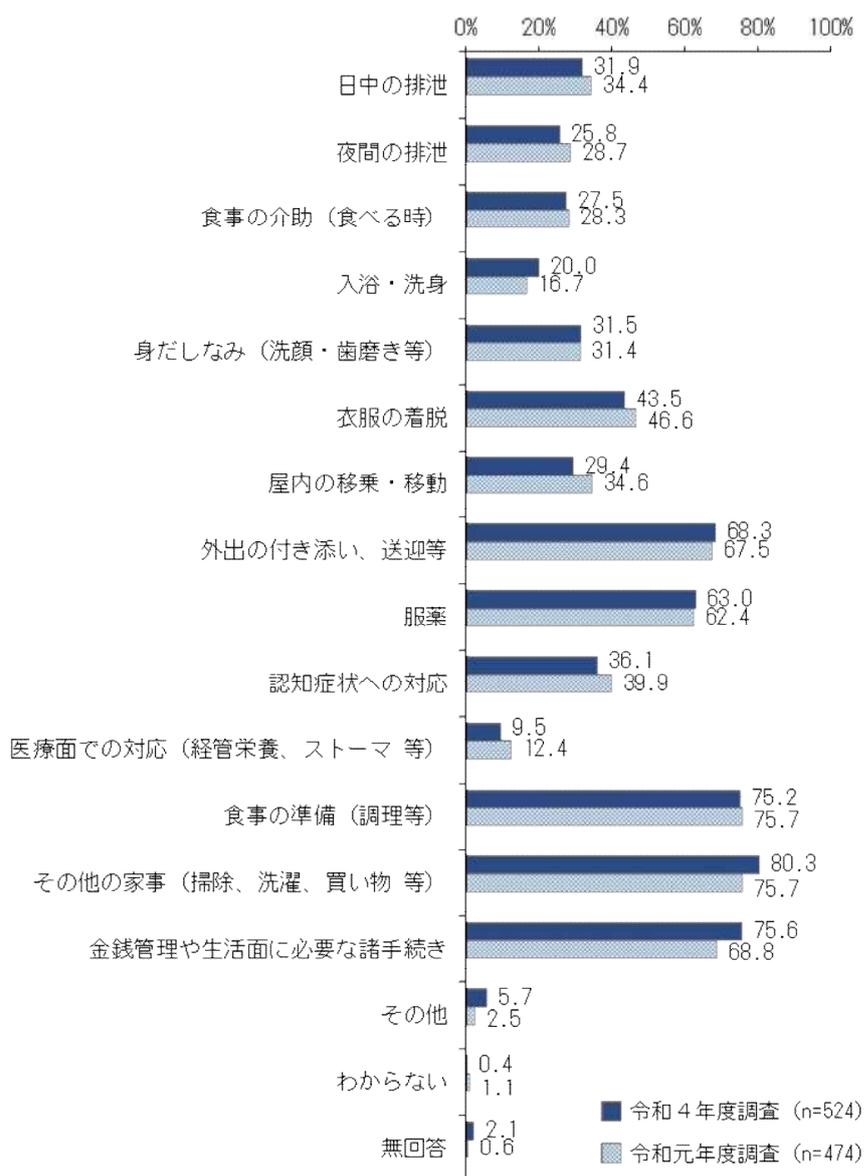


性別



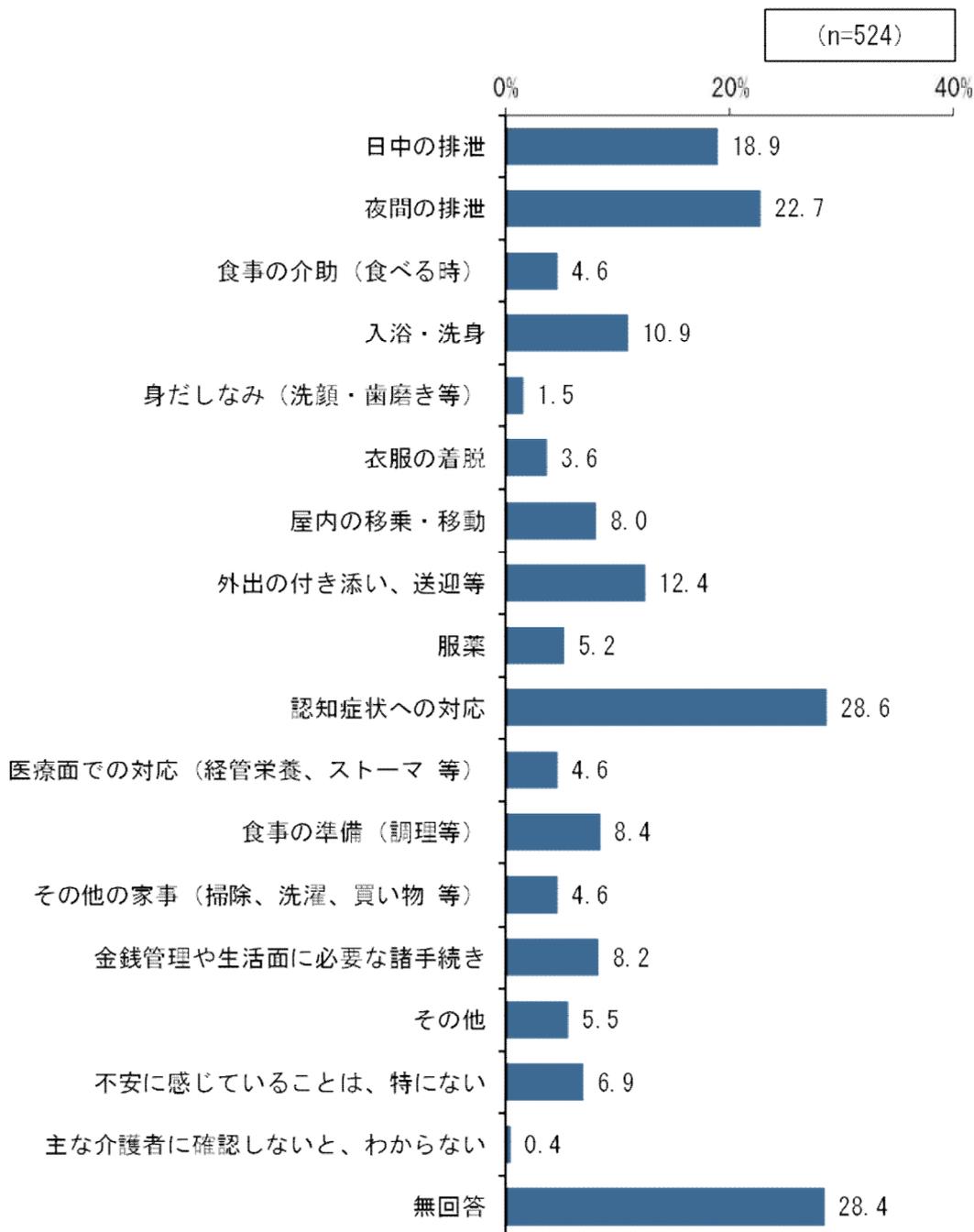
主な介護者が行なっている介護等について (令和元年度比較)

「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が80.3%と最も高く、次いで「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が75.6%、「食事の準備（調理等）」が75.2%となっています。



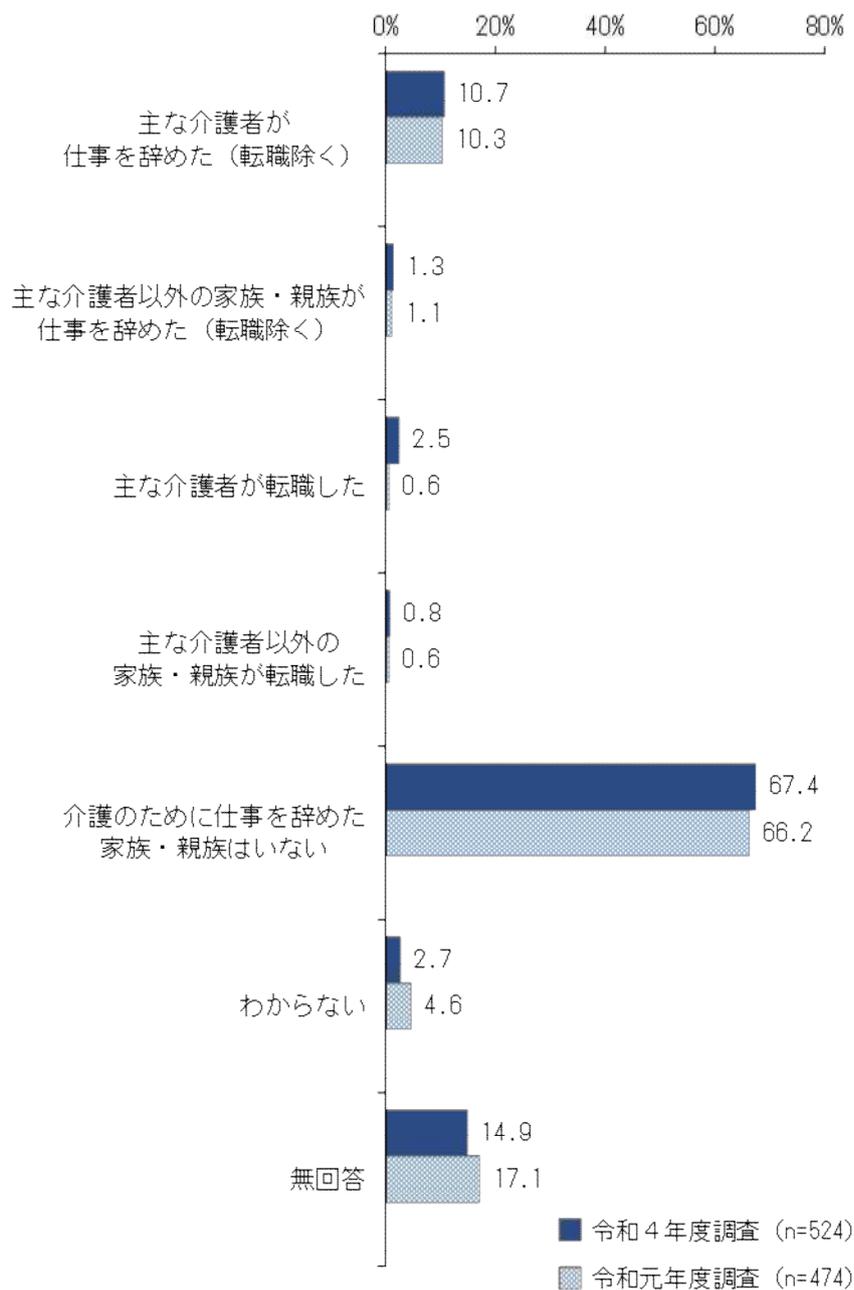
介護の方が最も負担・不安に感じている介護等

「認知症状への対応」が28.6%と最も高く、次いで「夜間の排泄」が22.7%、「日中の排泄」が18.9%となっています。



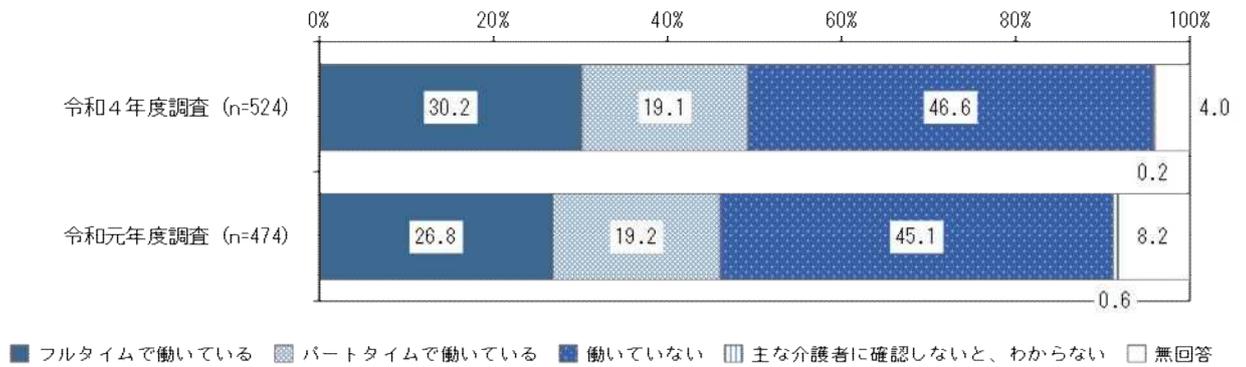
介護のための離職について（令和元年度比較）

ここ1年に「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が67.4%と最も高く、次いで「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が10.7%となっています。



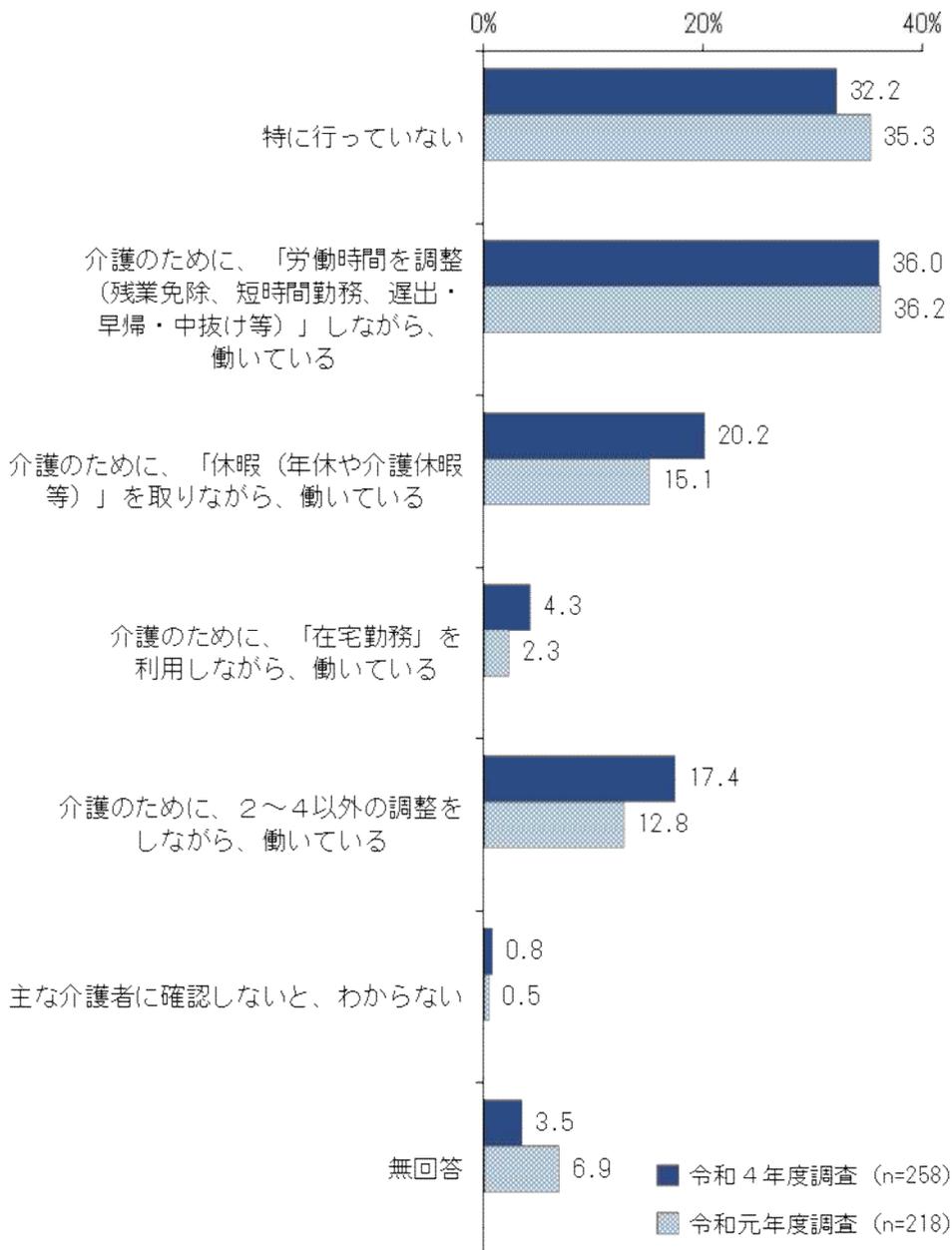
主な介護者の勤務形態について（令和元年度比較）

「働いていない」が46.6%と最も高く、次いで「フルタイムで働いている」が30.2%、「パートタイムで働いている」が19.1%となっています。



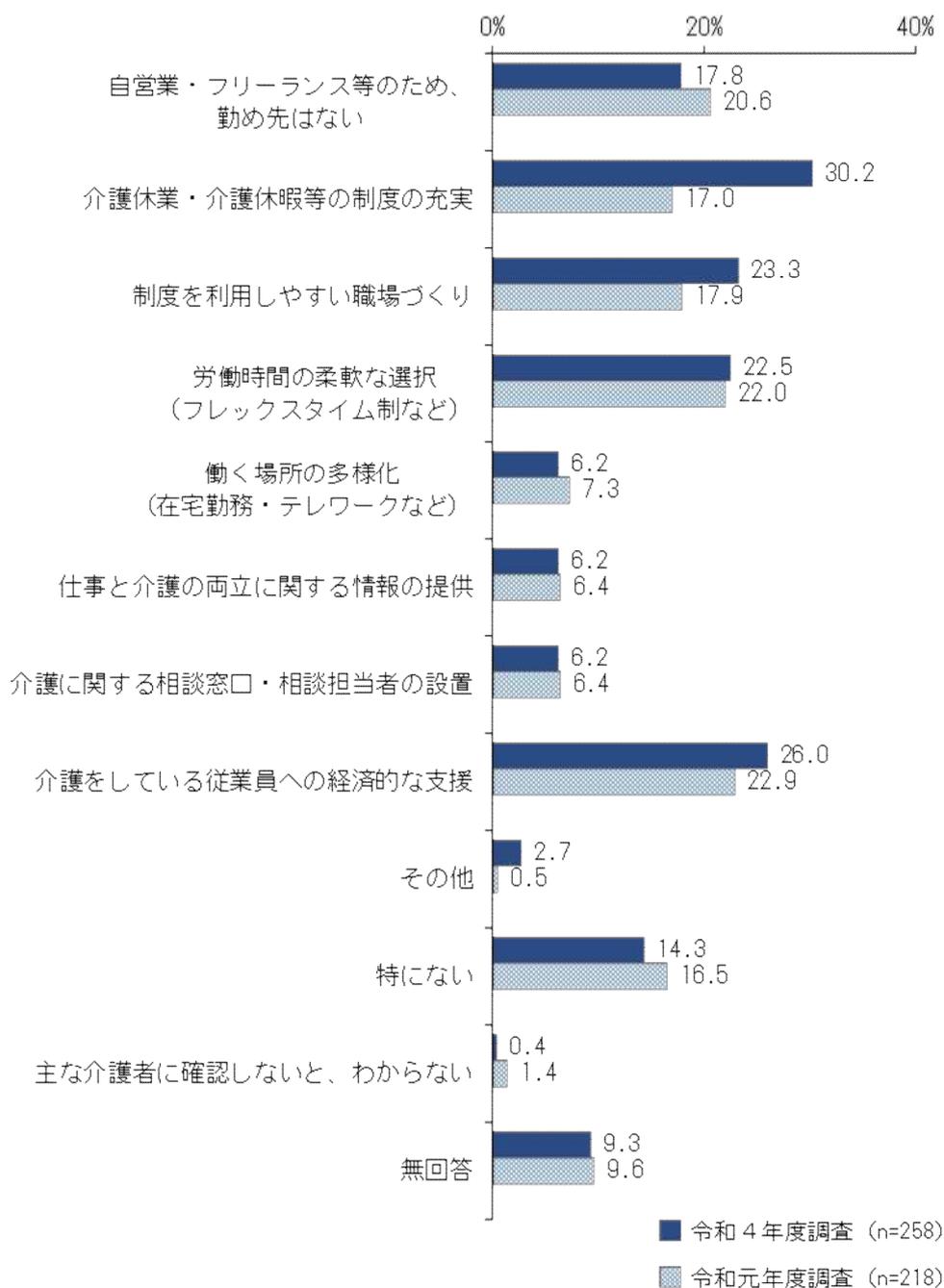
働き方の調整について（令和元年度比較）

フルタイム・パートタイムで働いている介護者のうち働き方で調整等をしているかの問いに「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」が36.0%と最も高く、次いで「特に行っていない」の割合が32.2%、「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」が20.2%となっています。



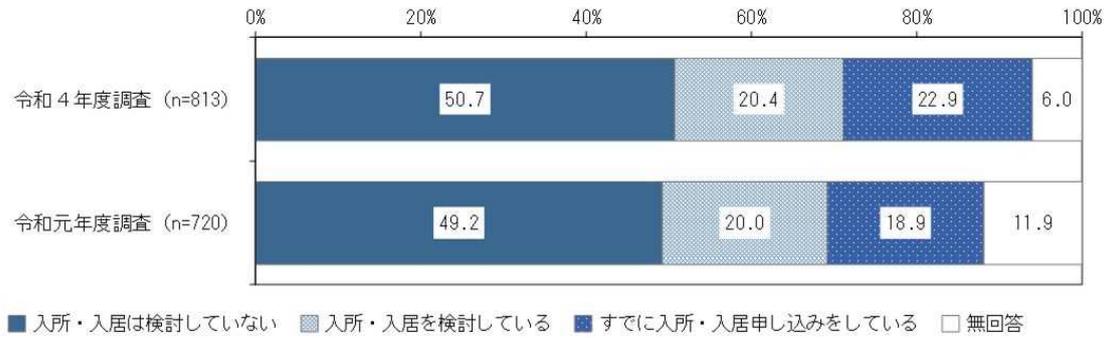
介護者の仕事の両立について（令和元年度比較）

勤務先からどのような支援があれば仕事と介護の両立に効果があるかでは、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が30.2%と最も高く、次いで、「介護をしている従業員への経済的な支援」が26.0%、「制度を利用しやすい職場づくり」が23.3%となっています。



施設入所等の検討（令和元年度比較）

「入所・入居は検討していない」が50.7%と最も高く、「すでに入所・入居申し込みをしている」が22.9%、次いで「入所・入居を検討している」が20.4%、「無回答」が6.0%となっています。



2	越前市の地区別高齢化率
---	-------------

令和5年4月1日現在

地区	高齢化率 ※1	全人口	65歳以上	75歳以上 ※2	60歳以上	一人暮らし	全世帯数
東	38.12%	4,811	1,834	1,130	2,119	495	2,204
西	29.69%	7,401	2,197	1,243	2,658	512	3,360
南	27.88%	9,477	2,642	1,433	3,149	536	3,896
神山	29.94%	3,270	979	466	1,171	176	1,239
吉野	25.13%	8,202	2,061	1,090	2,509	380	3,131
国高	24.56%	11,657	2,863	1,492	3,458	530	4,601
大虫	24.96%	5,785	1,444	696	1,825	203	2,247
坂口	42.29%	376	159	92	188	27	131
王子保	29.86%	5,637	1,683	825	2,058	308	2,152
北新庄	29.73%	2,654	789	397	967	92	875
北日野	27.64%	4,222	1,167	581	1,446	184	1,576
味真野	31.86%	4,513	1,438	778	1,724	238	1,589
白山	43.97%	1,451	638	346	768	83	523
粟田部	31.82%	3,403	1,083	623	1,293	158	1,261
岡本	36.37%	2,884	1,049	556	1,241	148	980

南中山	36.38%	2,936	1,068	565	1,275	115	945
服間	42.94%	1,658	712	418	837	118	585
計	29.63%	80,337	23,806	12,731	28,686	4,303	31,295
男	26.34%	39,623	10,437	5,141	12,889	1,634	
女	32.84%	40,714	13,369	7,590	15,797	2,669	

※1 65歳以上の人口が全人口に占める割合。

※2 後期高齢者

3 越前市介護保険運営協議会委員名簿

区分	氏名	所属及び職名
被保険者	野村 幸子	越前市自治連合会 会計
	山本 正男	越前市いきいきシニアクラブ連合会 会長
	真柄 みどり	いきいきふれあいのつどい 不老町ふれあいサロン 代表
	笹川 雅生	公益社団法人越前市シルバー人材センター 参事
	笠嶋 啓子	一般公募
学識経験者	◎ 伊藤 達彦	福井赤十字病院 医師
	○ 福田 修治	越前市社会福祉協議会 会長
	野尻 健一郎	武生医師会 理事
	木村 恵美子	県丹南健康福祉センター武生福祉保健部 部長
	小泉 義廣	越前市民生委員児童委員協議会連合会 会長

令和5年8月29日	令和5年度第2回介護保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期計画の体系（案）および施策(案)について ・介護支援専門員アンケート結果について
令和5年10月16日	第3回計画策定ワーキンググループ会議（書面）	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期計画の体系について（基本理念、基本政策、施策等）
令和5年11月6日	令和5年度第3回介護保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画（素案）について
令和5年12月15日～令和6年1月11日	パブリック・コメント	市広報及びホームページ等に掲載し、パブリック・コメントを実施 意見件数 1件
令和6年1月15日	第4回計画策定ワーキンググループ会議（書面）	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画（案）について
令和6年1月26日	令和5年度第4回介護保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・パブリック・コメント結果について ・第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画（案）について
令和6年3月15日	令和5年度第5回介護保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期越前市高齢者福祉保健計画・介護保険事業計画について
令和6年3月25日	計画案市長報告	<ul style="list-style-type: none"> ・市長への報告
令和6年3月		<ul style="list-style-type: none"> ・第9期計画の決定

【あ行】

いきいき運動広場^{うんどうひろば}

身体機能の維持・向上や生活習慣病の予防・改善のために、自主的に運動をしたい市民の方に、健康運動指導士による体操指導や、保健師による健康相談を実施しています。

(一般介護予防事業の1事業、週1回の通いの場)

いきいきシニアクラブ連合会(シニアクラブ)^{れんごうかい}

60歳以上の方が入会でき、元気な高齢者が健康寿命を延ばし、生きがいのある生活の実現を目指して、仲間や地域の高齢者とともに継続的な健康活動に取り組む団体です。

いきいきふれあいのつどい(いきいきサロン)

高齢者の方が、町内単位で自主的に集まり、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、創作活動や介護予防体操、ゲーム、講話等の活動を行っています。

(一般介護予防事業の1事業、通いの場)

いっしょに介護予防事業^{いっしょにかいごよぼうじぎょう}

65歳以上の方全員を対象に、元気でいきいきと生活し、要介護状態にならないようにするための教室等を実施します。

エスディーゼーズ
SDGs

「持続可能な開発目標」と訳され、2015年9月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された2016年から2030年までの国際目標です。

【か行】

介護医療院^{かいごりょういん}

介護が必要な人に、長期療養のための医療と日常生活の介護を一体的に提供する施設です。

介護給付^{かいごきゅうふ}

介護が必要と認められた人に給付される介護保険

の保険給付です。対象となる人は、要介護1～要介護5の方です。

介護サービス相談員^{かいご そうだんいん}

介護サービス利用者の不満、不安の解消と介護サービス提供事業者のサービスの質的向上を目指して、介護保険施設等を訪問して利用者の話を聞き、相談に応じるなど利用者と事業者の間の橋渡し役を果たしています。

介護保険運営協議会^{かいごほけんうんえいきょうぎかい}

介護保険に関する施策の企画立案及びその実施について、市民の意見を十分に反映させるため越前市介護保険条例に基づいて設置されている組織です。市民及び介護に関する学識経験者並びに介護サービスに関する事業に従事する人など15人で構成されます。

介護予防^{かいごよぼう}

「要介護状態になることを、できる限り防ぐ(遅らせる)こと」と「現在すでに要介護状態の場合は、状態がそれ以上悪化しないようにする(改善を図ること)」をさします。

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)^{かいごよぼう にちじょうせいけつしんそうごうじぎょう そうごうじぎょう}

「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の2つからなり、高齢者が安心して日常生活を送れるよう地域の実情に応じたサービスを提供する事業です。

介護療養型医療施設(療養病床)^{かいごりょうようがたいりょうしせつ りょうようびょうしじょう}

急性期の治療が終わり、長期にわたり療養が必要な人が対象の施設です。介護体制の整った医療施設で、医療や看護を受けられます。令和6年3月末までに介護医療院へ移行します。

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)^{かいごろうじんふくししせつ とくべつようごろうじん}

身体上または精神上著しい障がいがあるために常時の介護を必要とする方であって、居宅において適切な介護を受けることが困難な方が入所する施設です。設置主体は地方公共団体や社会福祉法人です。

介護老人保健施設（老人保健施設）

介護を必要とする高齢者に、リハビリを中心とした医療サービスと日常生活の介護サービスを提供することによって、在宅生活への復帰を支援する施設です。

家族介護者交流事業

在宅における家族介護者の介護負担の軽減、介護者の交流を図ることを目的としてリフレッシュする機会を設定し家族介護者を支える事業です。

家族やすらぎ支援事業・家族やすらぎ支援員

認知症高齢者を介護している家族の介護負担軽減と、日常生活に必要な外出や休息の時間を確保するために、一定の研修を修了した者（支援員）が訪問し、家族に代わって見守りや話し相手となる事業です。

看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせる柔軟に対応するサービスです。

共生型サービス

高齢者、障がい児（者）などの多様な利用者に対して、同一の事業所で一体的に提供するサービスです。

緊急通報装置貸与事業

虚弱な一人暮らし高齢者を対象に緊急時に通報することと、病気の発作や転倒などで身動きできなくなった際に人感センサーにより自動的に緊急連絡する装置を貸与する事業です。

ケアハウス（軽費老人ホーム）

自炊ができない程度の身体機能の低下や高齢等のため独立して生活するには不安がある60歳以上の人が、低額な料金で入所でき、日常生活に必要な支援を受けられることができる施設です。

ケアプラン

要介護等認定者が自立して生活できるよう介護保険サービスやその他のサービスをどのように利用するか、いろいろな視点から総合的に判断して決める

介護サービス計画書のことです。

ケアマネジメント

高齢者が自らの意志に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本とした上で、保険・医療・福祉の専門家が連携し身近な地域で支援していくという考え方（高齢者の自立支援）に立って進められる介護サービスの利用の仕組みの事です。この仕組みは、高齢者の依頼に基づき、介護支援専門員を中心とした専門家チームが、高齢者やその家族の相談に応じ、そのニーズを把握した上で、介護サービス計画書「ケアプラン」を作成し、サービス提供事業者との連絡調整を行って、利用者本位の適正なサービス利用につなげていくことが中心となります。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

ケアプランの作成や給付管理などを行い、利用者のケアマネジメントを行う人です。

権利擁護

自己の権利を表明することが困難な寝たきりの高齢者や認知症の高齢者、障がい者の権利やニーズ表明を支援し代弁することです。

後期高齢者

75歳以上の高齢者のことをいいます。

口腔機能向上事業

65歳以上の口腔機能が低下しているおそれがある高齢者に口腔清掃の自立支援、摂食及び嚥下機能等の向上支援等を実施する事業です。

高齢化率

総人口に占める65歳以上の人口の割合のことをいいます。

高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査

65歳以上の高齢者全員（5歳刻み）の方を対象に、地域の高齢者の実態を把握するとともに、もの忘れに関する検診を含め予防事業対象者の把握のための調査を行っています。

【さ行】

ざいせいあんていかききん 財政安定化基金

市町の介護保険財政の安定化を図り、一般会計から繰入を回避することを目的として、国・県・市町村が各々3分の1ずつ拠出して、県に設置される基金です。市町の拠出金は第1号被保険者の保険料が財源となっています。

具体的には、3年間の事業運営期間を通じて保険料収納が不足し、財源不足が生じた場合、保険料収納不足額等の2分の1が交付金として交付されます。また、給付費が見込みを上回るなどにより、財政収支の不均衡が生じた場合、その不足額について資金の貸付けを受けられます。貸付を受けた場合は、次の事業運営期間において、保険料財源により基金に対して分割償還することになります。

ざいたくいりょう じぎょう 在宅医療コーディネーター事業

武生医師会と連携し、地域包括支援センターを介しての在宅医療における主治医等の確保にかかる支援事業です。

ざいたくかいごじつたいちょうさ 在宅介護実態調査

要介護者の在宅生活の継続や介護者の就労の継続に有効な介護サービスのあり方を検討するための調査です。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

日常生活や介護に不安を抱く「一人暮らし高齢者・高齢者夫婦世帯」が、住み慣れた地域で、安心して暮らすことが可能になるよう、安否確認や生活相談のサービスが受けられる高齢者専用住宅です。

しみん ぷくし せいど 市民バス「のろっさ」・「福祉バス制度」・「デマンド交通」

市民バス「のろっさ」は市が運営するコミュニティバスのことです。

「福祉バス」は、路線ごとに決められた曜日に福井鉄道が運行する路線バスを1回100円で利用できる制度です。

「デマンド交通」は、予約する利用者に応じて運行する時刻や経路が変わる交通方式のことで、予約がある場合のみ運行がなされます。

じゅうみんしゅたいさーびすB型 住民主体サービスB型

地域住民やボランティア団体等が主体となり、生

活援助として、掃除やゴミ出し等日常生活に対する支え合いのサービスです。

しょうきぼたきのうがたきょたくかいご 小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ提供するサービスです。

じりつしえん 自立支援

介護保険制度の基本理念です。高齢者が自らの意思に基づき、自らの有する能力を最大限活かして、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することです。

せいかつきのう 生活機能

人が生きていくための機能全体のことで、心身機能だけでなく、日常生活動作や家事、職業能力や家庭や社会での役割のことです。

せいかつしえん 生活支援サービス

配食や家事援助、外出支援や安否確認など、高齢者等が住み慣れた地域で自立した生活を送るためのサービスのことで。

せいかつしえん じぎょう 生活支援ハウス事業

独立して生活することに不安がある高齢者が一時的に福祉施設へ入居し、在宅で自立した生活ができるように支援する事業です。

せいかつしゅうかんびょう 生活習慣病

疾病の発症にはさまざまな要因が関係していますが、そのうち生活習慣は、がん・脳卒中・心臓病などの発症・進行に深く関わっている事が明らかになってきています。このため「一次予防」を重視する観点から「生活習慣病」という新たな概念を導入し、生活習慣の改善を進めることとしています。

せいねんこうけんせいど 成年後見制度

認知症高齢者や知的障がい、精神障がいのあるなど判断能力の十分でない方が自立して生活できるように、財産管理や身上監護(介護、施設への入退所などの生活について配慮すること)についての契約や遺産分割などの法律行為について、支援していく制

度です。

せいねんこうけんにん 成年後見人

認知症や知的・精神障がいなどで判断能力の十分でない方を保護する「成年後見制度」のもと、本人に代わって契約や財産管理などを行う人です。家族からの申し立てを受け、家庭裁判所が成年後見人を決定します。

ぜんきこうれいしゃ 前期高齢者

65～74歳の高齢者のことをいいます。

【た行】

だい とうひほけんしゃ 第1号被保険者

65歳以上の人のことをいいます。介護保険法第9条第1号に規定されていることから、このように呼ばれています。

だい とうひほけんしゃ 第2号被保険者

40～64歳までの健康保険などの公的な医療保険に加入している人のことをいいます。介護保険法第9条第2号に規定されていることから、このように呼ばれています。

だい とうきようぎたい 第1層協議体（市）

市全体を対象区域とし、市が主体となって地域支え合い推進員と住民自治組織や、民生委員、NPO法人、介護事業所、ボランティア、商工会などの生活支援等サービスの多様な提供主体が参加し定期的な情報共有・連携の強化の場です。多様な主体間の情報共有・連携強化を図ることができ、連携・共同による体制整備を推進しています。

だい とうきようぎたい 第2層協議体（地区）

地区自治振興会が主体となって地区の支え合い推進員を中心に、地域の実情に応じた生活支援サービス等の提供団体が参加する協議の場です。地区内の生活支援サービスなどの現状把握、課題の解決に向けた連携・協働による体制整備を推進しています。

たしよくしゅれんけいかいぎ かの み たしよくしゅれんけいかいぎ 多職種連携会議（顔の見える多職種連携会議）

住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、

在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療関係者、介護事業者関係者が顔の見える関係づくりを構築しながら、医療と介護の連携や支援について検討する会議です。

ちいききょうせいしやかい 地域共生社会

制度・分野ごとの縦割りや支え手受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて丸ごとつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。

ちいき かいぎ 地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。越前市では、地域ケア個別会議、地域ケア推進会議、地域における地域ケア会議などを、行政や医療関係者、介護事業者や児童民生委員などと開催しています。

ちいききさきえあひすいしんいん 地域支え合い推進員

要支援高齢者等の生活支援の担い手となるボランティアの育成やサービス提供団体のネットワーク、地域資源の開拓など、多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進しています。（全国的には、「生活支援コーディネーター」、略称「SC」と呼ばれています。）

ちいきしんじぎょう 地域支援事業

介護保険制度において、被保険者が要介護状態及び要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市町村が行う事業のことです。

ちいきほうかつ 地域包括ケアシステム

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことです。

ちいきほうかつしんえん 地域包括支援センター

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、保健・福祉・医療が連携し様々な資源を使って、高齢者の自立した生活を支援する中核の相談機関です。

ちいきみつちやくがたかいごろうじんふくししせつ 地域密着型介護老人福祉施設

地域密着型サービスの一つで、定員が29名以下という小規模な特別養護老人ホームです。

原則として施設が所在する市町村に居住する要介護者を対象として、入浴、排泄、食事などの介護、機能訓練、健康管理などを提供します。

ちいきみつちやくがた 地域密着型サービス

住み慣れた地域での生活が継続できるよう創設されたサービスです。

市町村が事業者の指定や監督を行います。施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができます。事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となっています。

ていきじゆんかい ずいじないおうがたほうもんかいごかんご 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中や夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携して定期的な巡回や緊急時など随時訪問するサービスです。

とくていけんこうしんさ 特定健康診査

40～74歳の保険加入者を対象として、糖尿病や高脂血症、高尿酸血症などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として行われる健診です。

とくていしせつにゆうきよしやせいかつかいご 特定施設入居者生活介護

介護保険の指定を受けた有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが、入居している利用者に対して入浴・排泄・食事などの介護、その他必要な日常生活上の支援を行うことをいいます。

とくていしせつにゆうきよしやかいご じよぼう ひ 特定入所者介護（予防）サービス費

介護保険施設などの入所者の居住費や食費の自己負担に対して、低所得者の負担軽減のため、所得段階に応じて介護保険から支給されます。

とくていふくしじようぐ 特定福祉用具

介護保険制度における福祉用具のうち、入浴や排泄などに使用するもののことです。購入した際に、

利用者の負担割合に応じて費用が支給されます。

とくていほけんしどう 特定保健指導

特定保健指導対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的にサポートすることです。

【な行】

にちじようせいかつげんいき 日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるように、地理的条件・人口・交通事情その他の社会的条件、介護給付対象サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて市を区分したものです。当市では6圏域に区分されます。

にちじようせいかつげんいき ちようさ 日常生活圏域二一調査

日常生活圏域ごとに高齢者の生活実態調査を実施・分析することにより、介護保険事業計画の作成に必要な客観的基礎データの整備と個人ごとに対しては日常生活上のアドバイス票を作成してフィードバックすることにより介護予防への普及啓発を目標とした調査です。

にちじようせいかつじりつしきんじぎょう 日常生活自立支援事業

認知症や知的・精神障がいなどで判断能力が十分でない方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき福祉サービスの利用援助などを行うものです。

にんちしやう 認知症カフェ

認知症の方とその家族、地域住民の方など誰でも参加できる集いの場のことです。

にんちしやう 認知症ケアパス

認知症の方とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の方と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みのことです。

にんちしやう 認知症サポーター

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。

にんちしょうしよきしゅうちゅうしえん 認知症初期集中支援チーム

認知症やその家族に対して、認知症かどうか診断したり、適切な医療サービスや介護サービスを紹介したりするために、チーム員が自宅に訪問して一定期間集中的に支援します。

にんちしょうたいおうがたきょうどうせいかつかいご 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

共同生活を営むことができる認知症のある要介護（要支援）認定者に、9人程度で共同生活をしながら、食事、入浴などの日常生活支援や機能訓練などを提供するサービスです。

にんちしょうたいおうがたつうしよかいご 認知症対応型通所介護

認知症のある要介護（要支援）認定者を対象に、専門的なケアを提供するサービスです。

にんちしょうちいきしえんすいしんいん 認知症地域支援推進員

認知症になっても住み慣れた環境で暮らし続けることができるように認知症の方やその家族等をサポートする人です。

にんちしょう しゅうへんしやうじやう 認知症の周辺症状（BPSD）

認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状のことで、「問題行動」や「周辺症状」とも呼ばれ、記憶の障害・見当識障害・判断力の障害・実行機能の障害などの「中核症状」とは区別されます。特徴としては、軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり、急速に生活の質の低下を招き、介護負担が増大します。

はいかいこうれいしやとう 徘徊高齢者等SOSネットワーク

認知症で徘徊し行方不明となった方をいち早く発見するためのネットワークです。警察・市役所・消防署・公共交通機関などで構成されています。

【は行】

パブリック・コメント

市などの公的な機関が規則あるいは命令などの類のものを制定しようとするときに、広く公に、意見・情報・改善案などを求める手続きをいいます。

ひなんこうどうようしえんしや 避難行動要支援者

高齢者や障がいのある人など、災害時に安全な場

所へ避難するために人的な支援が必要な人です。

フレイル

加齢により心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながり等）が低下した、健康と要介護の間の状態をいいます。「虚弱」を意味する英語「frailty」を語源として作られた言葉です。

ほうかつてきしえんじぎやう 包括的支援事業

地域の高齢者のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメントなどを実施しています。これらの業務は地域包括支援センターが実施します。

ほけんしやきのうきやうかすいしんこうふきん 保険者機能強化推進交付金

PDCA サイクルによる取組みの一環で、自治体への財政的インセンティブとして、保険者機能の強化に向け、市町村のさまざまな取組みの達成状況を評価できるように客観的な指標を設定し、市町村の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組みを支援する交付金のこと。

【ま行】

わすれけんしん もの忘れ検診

認知症の早期発見・早期治療のため、65歳以上の高齢者全員（5歳刻み）を対象に実施しています。調査票は「高齢者生活支援サービス地域ニーズ調査」として郵送し、回答いただいた方に結果表をお送りしています。

【や行】

ユニット

特別養護老人ホームや介護保険施設などの入所施設で、居室をいくつかのグループに分け、それぞれにリビングルームなどを設け、一つの生活単位（ユニット）として整備することで、少人数の家庭的な雰囲気で行うことを目的としています。この介護方法をユニットケアといいます。

よぼうきゆうふ 予防給付

支援が必要と認められた人に給付される介護保険の保険給付です。対象となる人は、要支援1及び要支援2の方です。

【ら行】

ろうじんかていぞうだんいん 老人家庭相談員

市の全てのシニアクラブに置かれている役職の一つ。寝たきりや一人暮らし高齢者の家庭を常時訪問し、生活意欲向上を促し、各種相談、指導、助言を行うほか、施設入所や在宅福祉サービスを要する高齢者については関連機関に連絡、相談を行っています。