

第 10 期計画に向けた基本目標・施策案

1 整理の基本的な考え方

第 10 期計画では、第 9 期計画の基本理念である、

「地域でつながり、支え合い、誰もが健やかに暮らし続けられるまち」

を基本的に継承しつつ、国の方向性を踏まえ、次の視点を強化することが重要と考えます。

国の基本指針を踏まえた重視点

国の方向性	央栗市計画での反映方向
2040 年を見据えた地域包括ケアシステム(※ 1)の深化	圏域ごとの人口減少・高齢化、サービス資源差を踏まえた施策展開
介護サービス基盤の計画的整備	訪問系・複合型サービス、在宅療養支援、生活支援サービスの充実
地域共生社会(※ 2)の実現	高齢者だけでなく、障がい、生活困窮、ヤングケアラー(※ 3)等との重層的支援(※ 4)
認知症施策の推進	認知症基本法(※ 5)を踏まえた「共生」と「予防」、家族支援の強化
家族介護者支援	介護離職防止、就労継続、レスパイト(※ 6)、相談支援の充実
介護人材確保・生産性向上	ICT(※ 7)活用、業務効率化、介護助手（介護アシスタント）、外国人材、事業所連携
介護予防・健康づくり	フレイル予防(※ 8)、通いの場、社会参加、移動支援との一体的推進
災害・感染症・安全対策	BCP(※ 9)、福祉避難所(※ 10)、見守り、住まい・移動支援の強化

2 基本理念案

第 10 期計画の基本理念は、今後の推進委員会での意見等を踏まえて検討する。

3 施策体系案

第9期計画を継承しながら、本市の現状と課題、国の基本指針等を踏まえた施策体系案は次のとおりです。

基本目標	施策の柱
(1) 地域包括ケアシステムの深化と包括的支援体制(※11)の充実	① 総合相談支援体制の強化 ② 地域包括支援センターの機能強化 ③ 医療・介護連携(※12)の推進 ④ 地域ケア会議の推進 ⑤ 権利擁護(※14)・高齢者虐待防止
(2) 健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進	① フレイル予防・介護予防 ② 生活習慣病予防 ③ 通いの場(※15)・地域活動の充実 ④ 生きがいづくり・就労的活動
(3) 在宅生活の継続を支える生活支援と介護サービス基盤の整備	① 生活支援サービスの充実 ② 移動・外出支援 ③ 介護サービス基盤の計画的整備 ④ 在宅医療・療養支援 ⑤ 住まい・防災・安全対策
(4) 認知症施策と家族介護者支援の充実	① 認知症への理解促進 ② 早期発見・早期対応 ③ 認知症の人と家族への支援 ④ 介護者負担軽減 ⑤ 仕事と介護の両立支援
(5) 介護人材の確保と介護現場の生産性向上	① 介護人材の確保・育成 ② ケアマネジメント人材支援 ③ 働きやすい職場づくり ④ 外国人介護人材の活用支援 ⑤ ICT活用・業務効率化 ⑥ 事業所間連携・協働化

4 基本目標案

第9期計画では4つの基本目標でしたが、第10期では国の方向性や調査結果を踏まえ、「在宅生活継続支援」と「認知症・家族介護者支援」をより明確化するため、次の5本柱に再編したものを案として示します。

基本目標1 (案)
地域包括ケアシステムの深化と包括的支援体制の充実

(1) 調査・現状からみえる課題

- ・ ニーズ調査では、家族や友人・知人以外の相談相手について、「そのような人はいない」割合が高い。
- ・ 第9期計画では、地域包括支援センターの認知度向上が課題。
- ・ 医療機関、民生委員・児童委員、ケアマネジャー等が身近な相談先となっている。
- ・ 高齢者世帯、単身世帯、身寄りのない高齢者、多問題世帯への対応が今後さらに重要。

(2) 方向性

地域包括支援センターを中心に、医療・介護・福祉・地域団体・民生委員・児童委員・社会福祉協議会等との連携を強化し、高齢者本人や家族が抱える複雑化・複合化した課題に対応できる相談支援体制を充実させます。

(3) 施策案

① 総合相談支援体制の強化

- ・ 地域包括支援センター及びサブセンターの相談機能の強化
- ・ 民生委員・児童委員、自治会、医療機関、介護サービス事業所との連携強化
- ・ 高齢者だけでなく、障がい、生活困窮、ひきこもり、ヤングケアラー等を含む重層的な支援体制の構築・連携
- ・ アウトリーチ型相談支援の推進

② 地域包括支援センターの周知と機能強化

- ・ 広報紙、市ホームページ、リーフレット等による周知
- ・ かかりつけ医、薬局、歯科医、民生委員等から地域包括支援センターにつながる仕組みづくり
- ・ 地域包括支援センター職員の専門性向上
- ・ サブセンターとの役割分担・情報共有の強化

③ 医療・介護連携の推進

- ・ 医療と介護連携会議の継続・充実
- ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の普及啓発
- ・ おくすり手帳の活用促進
- ・ 入退院時連携、在宅療養支援、看取り支援の充実
- ・ 人生会議、ACP(※16)の普及啓発

④ 地域ケア会議の機能強化

- ・ 個別課題から地域課題を抽出する地域ケア個別会議の充実
- ・ 自立支援サポート会議の継続
- ・ 地域ケア推進会議を施策形成につなげる仕組みの強化

- ・圏域別課題の把握と施策反映

⑤ 権利擁護・高齢者虐待防止の推進

- ・成年後見制度利用促進基本計画(※17)との連動
- ・宍粟市成年後見制度中核機関(※18)の周知・活用
- ・高齢者虐待防止に関する関係機関連携
- ・消費者被害、特殊詐欺、セルフネグレクト(※19)への対応強化

(4) 指標例

指標	方向性
地域包括支援センターの認知度	向上
地域ケア個別会議の開催件数	増加
医療・介護連携研修会の開催回数	継続・充実
成年後見制度・権利擁護相談件数	把握・支援強化
高齢者虐待対応に関する関係機関連携件数	適切対応

基本目標 2 (案)

健康づくり・介護予防・社会参加の一体的推進

(1) 調査・現状からみえる課題

- ・ニーズ調査では、運動器機能低下や転倒リスクが一定程度みられる。
- ・転倒リスクは約4割、運動器機能低下は女性や80歳以上で高い傾向。
- ・治療中の病気では高血圧が多く、生活習慣病予防が重要。
- ・通いの場、ボランティア、スポーツ、趣味、学習活動等は、いずれも「参加していない」割合が高い。
- ・一方で、地域活動に「参加してもよい」とする人は一定数おり、参加のきっかけづくりが課題。
- ・企画・運営、お世話役としての参加意向は低く、担い手負担の軽減が必要。

(2) 方向性

高齢者ができる限り要介護状態にならず、住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、健康づくり、疾病予防、フレイル予防、介護予防、社会参加を一体的に推進します。

(3) 施策案

① フレイル予防・介護予防の推進

- ・いきいき百歳体操教室等の通いの場の継続支援
- ・未実施自治会（地域）への立ち上げ支援
- ・運動、栄養、口腔、社会参加を組み合わせたフレイル予防
- ・地域リハビリテーション活動支援事業の活用
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

② 生活習慣病予防と健康づくり

- ・特定健診、後期高齢者健診、保健指導の受診促進
- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症等の重症化予防
- ・かかりつけ医・歯科医・薬局との連携
- ・オーラルフレイル予防の啓発
- ・服薬管理、ポリファーマシー（※20）対策の啓発

③ 通いの場・地域活動への参加促進

- ・通いの場、趣味活動、スポーツ活動、老人クラブ、自治会活動等の参加促進
- ・男性の居場所づくりの推進
- ・地域活動に参加しやすい情報発信
- ・参加者から担い手へ移行しやすい仕組みづくり
- ・世話役の負担軽減、複数人で担う運営支援

④ 生きがいづくりと就労的活動の推進

- ・高齢者の知識・経験を活かした地域活動の推進
- ・シルバー人材センター、宍粟わくわくステーション（※21）等との連携
- ・介護助手、地域支え合い活動、ボランティア活動への参加促進
- ・有償・無償を問わない多様な社会参加の機会づくり

（４）指標例

指標	方向性
いきいき百歳体操等の通いの場数	維持・増加
通いの場参加者数	増加
フレイル予防教室の開催回数	増加
地域活動への参加意向者の実参加率	向上
特定健診・後期高齢者健診受診率	向上

基本目標 3（案）

在宅生活の継続を支える生活支援と介護サービス基盤の整備

（１）調査・現状からみえる課題

- ・在宅介護実態調査では、世帯類型は「その他」が 48.8%、単身世帯 26.2%、夫婦のみ世帯 25.0%。
- ・家族等による介護頻度は「ほぼ毎日」が 42.0%。
- ・主な介護者が行っている介護は、家事、金銭管理、外出付き添い・送迎が高い。
- ・保険外サービスは「利用していない」が 72.5%。
- ・在宅生活継続に必要な支援は、移送サービス 33.3%、外出同行 23.0%、配食 21.0%、見守り・声かけ 21.0%。
- ・介護保険サービスでは、通所系中心の利用が多く、訪問系サービスの利用回数は０回が 72.3%。
- ・圏域別に介護サービス資源の偏在があり、特に千種圏域では訪問介護、訪問看護、通所介護等の事業所が少ない。

（２）方向性

本人が望む場所で暮らし続けられるよう、在宅生活を支える介護サービス、保険外サービス、地域の支え合い、移動支援、住まいの支援を組み合わせた支援体制を整備します。

（３）施策案

① 在宅生活を支える生活支援サービスの充実

- ・配食、見守り、買い物支援、ゴミ出し、外出同行等の支援充実
- ・生活支援コーディネーター（※22）による地域資源の把握・マッチング
- ・移動販売、地域の集いの場、買い物支援の組み合わせ
- ・民間事業者、社会福祉協議会、自治会、老人クラブ等との連携
- ・しそく“地域の宝物”リスト（※23）等による地域資源の見える化

② 移動支援・外出支援の強化

- ・移送サービス、福祉タクシー、公共交通、地域支え合い移動の検討
- ・通院、買い物、通いの場参加に必要な移動支援の整理
- ・公共交通部局との連携
- ・圏域別・地域別の移動課題の把握
- ・高齢者が免許返納後も社会参加を継続できる仕組みづくり

③ 介護サービス基盤の計画的整備

- ・圏域ごとのサービス資源の偏在を踏まえた基盤整備
- ・訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション等の在宅系サービスの確保
- ・通所系サービスと訪問系サービスの組み合わせによる在宅支援
- ・小規模多機能型居宅介護(※24)、看護小規模多機能型居宅介護(※25)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(※26)等の必要性検討
- ・新設だけでなく、既存事業所の機能転換・連携によるサービス確保

④ 在宅医療・療養支援の充実

- ・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、薬剤管理指導等との連携
- ・中重度要介護者、医療ニーズの高い高齢者への支援
- ・退院後の在宅生活支援
- ・看取り支援と ACP の普及
- ・医療・介護・福祉の情報共有の仕組みづくり

⑤ 住まいと暮らしの安全確保

- ・住宅改修、福祉用具、住まいの相談支援
- ・高齢者向け住まいに関する情報提供
- ・災害時要援護者支援、個別避難計画(※27)の作成促進
- ・福祉避難所、BCP、感染症対策の推進

- ・地域見守りと防災の一体的推進

(4) 指標例

指標	方向性
生活支援サービス資源数	増加
移動・買い物支援の取組件数	増加
訪問系サービス利用者割合	適正化・必要量確保
地域ケア会議から生活支援につながった件数	増加
個別避難計画作成件数	増加

基本目標 4（案）

認知症施策と家族介護者支援の充実

（１）調査・現状からみえる課題

- ・在宅介護実態調査では、本人が抱える傷病は「認知症」が 30.9%で最多。
- ・主な介護者が不安に感じる介護は、認知症状への対応 28.3%、入浴・洗身 27.5%、夜間の排泄 26.6%。
- ・主な介護者は女性 64.7%、年齢は 60 代 36.7%が最多。
- ・主な介護者の勤務形態は、フルタイム 22.9%、パートタイム 22.9%で、就労中の介護者が一定数存在。
- ・就労継続について「問題はあるが何とか続けていける」が 60.0%。
- ・介護のために主な介護者が仕事を辞めた割合は 13.2%。
- ・認知症の人の在宅生活継続には、本人支援だけでなく、家族支援と地域理解が不可欠。

（２）方向性

認知症になっても本人の尊厳が守られ、希望をもって暮らし続けられる地域づくりを進めるとともに、介護する家族の不安や負担を軽減し、介護離職防止や在宅生活の継続を支援します。

（３）施策案

① 認知症への理解促進と共生社会の推進

- ・認知症サポーター養成講座（※28）の継続・拡大
- ・小中高校、企業、地域団体への啓発
- ・認知症本人の声を施策に反映する仕組みの検討
- ・世界アルツハイマーデー等に合わせた啓発
- ・認知症基本法を踏まえた共生社会の理念の普及

② 認知症の早期発見・早期対応

- ・認知症予防健診、相談支援、初期集中支援チーム（※29）の活用
- ・かかりつけ医、専門医療機関、認知症疾患医療センター（※30）との連携
- ・認知症地域支援推進員（※31）の機能強化
- ・軽度認知障害（MCI）（※32）段階からの支援
- ・若年性認知症の相談支援体制の整備

③ 認知症の人と家族への支援

- ・オレンジカフェ（認知症カフェ）（※33）の継続・充実
- ・認知症家族のつどいの定期開催

- ・ 家族介護者向け講座、相談会、交流会の実施
- ・ 徘徊高齢者等見守り SOS ネットワーク（※34）の充実
- ・ 認知症高齢者等への地域見守り体制の構築

④ 介護者の負担軽減とレスパイト支援

- ・ 介護者のつどい、個別相談、電話相談の充実
- ・ ショートステイ、通所系サービス、訪問系サービスの組み合わせによる負担軽減
- ・ 夜間排泄、入浴、認知症状への対応など、不安の高い介護への重点支援
- ・ 家族介護教室の実施
- ・ 介護マーク（※35）の周知

⑤ 仕事と介護の両立支援

- ・ 介護離職防止に向けた情報提供
- ・ 企業・事業所への介護休業、介護休暇制度の周知
- ・ 介護者が利用しやすい相談窓口の周知
- ・ ケアマネジャーによる就労状況を踏まえたケアプラン作成支援
- ・ 商工部門、労働関係機関との連携

（４）指標例

指標	方向性
認知症サポーター養成講座受講者数	増加
オレンジカフェ開催箇所数	維持・増加
認知症家族のつどい開催回数	増加
SOS ネットワーク登録者数	増加
介護離職に関する相談・支援件数	把握・支援強化

基本目標５（案）

介護人材の確保と介護現場の生産性向上

（１）調査・現状からみえる課題

- ・ 第９期計画の介護人材実態調査では、介護福祉士、看護師等の募集が多い。
- ・ ケアマネジャーは 50 代、60 代が多く、次代の担い手確保が課題。
- ・ 離職防止には賃金、人員体制、人間関係、勤務体制改善が重要。

- ・外国人介護人材は一部で受入れが進んでいるが、手続き、費用、日本語コミュニケーションが課題。
- ・サービス提供票作成・送付、担当者会議の日程調整、ICT活用不足が業務負担となっている。
- ・中山間地域では、送迎、人材確保、サービス提供効率が大きな課題。

(2) 方向性

介護サービスを将来にわたり安定的に提供するため、介護人材の確保、定着、育成を進めるとともに、ICT活用、業務効率化、事業所間連携、多様な人材の参入促進により、介護現場の生産性向上を図ります。

(3) 施策案

① 介護人材の確保・育成

- ・介護職の魅力発信
- ・若年層、子育て世代、シニア層への介護職・介護助手（介護アシスタント）の周知
- ・介護助手、生活支援員、短時間就労など多様な働き方の促進
- ・介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得支援の検討
- ・実栗わくわくステーション等との連携

② ケアマネジメント人材の確保と質の向上

- ・ケアマネジャーの人材確保策の検討
- ・主任介護支援専門員、若手ケアマネジャーの育成支援
- ・自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント研修
- ・医療・介護連携、認知症、権利擁護、家族支援に関する研修
- ・ケアマネジャー同士の情報交換・事例検討の場の充実

③ 働きやすい職場づくり

- ・ハラスメント対策の周知
- ・事業所の職場環境改善に関する情報提供
- ・介護職員処遇改善加算等の活用促進
- ・離職防止に向けた研修・相談支援
- ・介護現場の安全対策、リスクマネジメントの推進

④ 外国人介護人材の受入れ環境整備

- ・外国人介護人材受入れ制度の情報提供
- ・日本語学習、生活支援、相談支援に関する情報提供
- ・受入れ事業所間の情報交換の場づくり
- ・地域住民・利用者への理解促進

- ・ 県・関係団体との連携

⑤ ICT 活用・業務効率化の推進

- ・ ケアプランデータ連携システムの普及啓発
- ・ 電子申請・届出システムの利用促進
- ・ 介護記録ソフト、見守り機器、介護ロボット等の導入支援情報の提供
- ・ 文書負担軽減、様式標準化の推進
- ・ オンライン会議、情報共有ツールの活用促進

⑥ 事業所間連携・協働化の検討

- ・ 送迎業務の共同化・効率化の研究
- ・ 研修、採用、広報、ICT 導入等の共同実施
- ・ 圏域を越えたサービス提供体制の検討
- ・ 小規模事業所の経営継続支援に関する情報提供
- ・ 災害・感染症発生時の事業所間連携

(4) 指標例

指標	方向性
介護人材確保に関する研修・説明会回数	増加
ケアマネジャー研修・事例検討会回数	維持・増加
ICT・ケアプランデータ連携に関する周知回数	増加
外国人介護人材受入れ事業所数	把握・支援
介護助手等の多様な人材活用事業所数	増加

5 中長期的な視点に基づくプロジェクト案

第 10 期計画における国の基本指針では、2040 年を見据えた人口動態や介護ニーズを分析し、中長期的なサービス提供体制を検討するよう示されています。一方で、介護保険事業計画の計画期間は 3 年間であることから、2040 年を見据えて着実に取り組みを進めるためには、計画期間をまたいで取り組む施策が必要となります。

プロジェクト 1 (案)
移動・買い物・通いの場をつなぐ外出支援プロジェクト

(1) 背景

- ・移動手段の確保は本市における最も大きな課題の一つである。
- ・在宅生活継続に必要な支援で「移送サービス」が高い。
- ・外出を控える理由に、足腰の痛み、交通手段がない、外での楽しみがない等がある。
- ・通いの場や地域活動への参加促進にも移動支援が不可欠。

(2) 取組案

- ・移動販売と通いの場のマッチング
- ・買い物支援と見守りの一体化
- ・福祉タクシー、公共交通、地域支え合い輸送の整理
- ・圏域別の移動課題マップ作成
- ・免許返納後の生活支援メニューの整備

プロジェクト2（案）

フレイル予防・通いの場拡充プロジェクト

(1) 背景

計画策定のための調査の結果、男性の通いの場等への参加割合が低くなっており、介護予防施策を推進するために、性別・年齢を問わず、参加しやすい環境の整備が必要です。

- ・運動器機能低下、転倒リスクが高い。
- ・いきいき百歳体操等の通いの場は介護予防と見守りの拠点。
- ・参加意向はあるが、実際の参加につなげていない層がある。

(2) 取組案

- ・通いの場未実施地域への立ち上げ支援
- ・男性が参加しやすい活動メニューの開発
- ・口腔・栄養・運動を組み合わせた教室
- ・リハビリ専門職による支援
- ・世話役負担を軽減する運営支援

プロジェクト3（案）

認知症共生・家族介護者支援プロジェクト

(1) 背景

在宅介護実態調査では、本人の傷病で認知症が最多となっており、介護者が不安・負担に感じている内容でも認知症状の対応が高くなっている。また、認知症に関するアンケート調査では認知症に関する相談窓口の認知度が低くなっており、地域で認知症の方とその家族を支える仕組みづくりが求められています。

- ・在宅介護実態調査では、本人の傷病で認知症が最多。
- ・介護者の不安は、認知症状への対応、入浴、夜間排泄が高い。
- ・認知症支援は本人支援と家族支援を一体的に進める必要がある。

(2) 取組案

- ・認知症サポーターの活動機会づくり
- ・認知症家族のつどいの定期化
- ・オレンジカフェの機能強化
- ・SOS ネットワークの ICT 活用検討
- ・若年性認知症支援の体制整備

プロジェクト4（案）

在宅生活継続・介護離職防止プロジェクト

(1) 背景

本市は全国と比較して、2世代以上の同居率は高くなっていることから、家族介護の依存率が高いものと推測されます。一方で、生活拠点が県内外の核家族化が進んでおり、家族介護の割合が低下し、介護保険サービスの増加が予測されます。また、家族介護の割合が大きいことで、下記の課題が認められます。

- ・家族介護が「ほぼ毎日」は 42.0%。
- ・介護者の就労継続には問題を抱えながら続けている人が多い。
- ・主な介護者の離職も一定数みられる。

(2) 取組案

- ・介護者相談支援の強化
- ・就労状況を踏まえたケアマネジメント
- ・ショートステイ、通所、訪問の組み合わせ支援
- ・企業向け介護休業制度等の周知
- ・家族介護教室、介護者交流会の充実

プロジェクト5（案）

介護人材確保・事業所連携プロジェクト

（１）背景

本市の要介護認定者数は、おおむねピークに達しており、緩やかに減少すると推測されています。一方で、家族形態の変容等により家族介護の割合が低下すると推測されることから、ひとりあたりの介護保険サービスの利用量が増加すると見込まれます。そのため、現状のサービス提供量を維持するための人材確保が重要な課題となります。

- ・介護福祉士、看護師、ケアマネジャー等の確保が課題。
- ・ケアマネジャーの高齢化が進んでいる。
- ・中山間地域では送迎やサービス提供効率の課題が大きい。

（２）取組案

- ・介護助手、シニア人材、短時間就労の活用
- ・介護職の魅力発信
- ・ケアマネジャー確保・育成支援
- ・送迎、研修、採用等の事業所間共同化の研究
- ・ICT、ケアプランデータ連携、電子申請の普及

6 圏域別に留意すべき施策展開

調査結果では、山崎、一宮、波賀、千種の各圏域に下記の特徴が認められました。

圏域	特徴・課題	施策展開の方向
山崎圏域	人口・サービス資源が多い。一方で介護を受けている割合も高め。	多機関連携、相談支援、認知症・介護者支援の拠点性強化
一宮圏域	近隣見守り、公民館・集会所を拠点とした交流が比較的活発。就労している高齢者も多い。	地域交流拠点を活かした通いの場、就労的活動、見守り支援
波賀圏域	近隣付き合い、支え合い、気軽に集まる機会が比較的高い。	地域の支え合いを生活支援・見守りへ展開
千種圏域	高齢化率が高く、高齢者世帯割合も高い。介護サービス資源が少ない。	移動支援、訪問系サービス確保、地域支え合い、見守りの重点化