

第5章 施策目標に向けた具体的な取組

1 目標 I 地域の連携強化と生活支援体制の構築

1) 地域における相談・見守り体制の充実、連携強化

高齢者やその家族を地域全体で支えるため、地域における関係機関や多職種との連携を強化し、相談・見守り体制を充実していきます。

(1) 地域包括支援センターの機能強化

■概要

身近な生活圏域における地域包括ケアの中核を担う拠点として地域包括支援センターを12か所（直営1か所、委託11か所）設置しているほか、地域包括支援センターでの支援につなげる相談窓口として地域包括支援ブランチを10か所設置しています。直営の地域包括支援センター中央は、各地域包括支援センターの質の向上・均質化のための支援を行う基幹型地域包括支援センターの機能も兼ねています。

地域包括支援センターには、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種を配置し、「総合相談・支援業務」「権利擁護業務」「包括的・継続的ケアマネジメント」「介護予防ケアマネジメント」等の包括的支援事業を担っています。

これまでも、地域包括支援センターの業務の実践に活かすことのできる研修会等を企画・運営し、職員のスキルアップを図ってきました。

また、基幹型地域包括支援センター職員（保健師、社会福祉士）をブロック担当として配置し、各地域包括支援センターとの連携や、地域ケア会議、高齢者虐待対応等の後方支援の強化を図ってきました。

■課題

多様化・複雑化する相談内容や福祉ニーズに対応するため、基幹型地域包括支援センター職員の一層のスキルアップを図り、各地域包括支援センターへの支援体制を強化する必要があります。また、各地域包括支援センターにおいても、相談支援窓口としての機能を高めていくことが求められます。

さらに、地域包括支援センターに寄せられる相談は増加傾向にあるものの、相談窓口としての認知度は令和4年度調査において約3割にとどまっており、十分に周知できていません。

■今後の方針

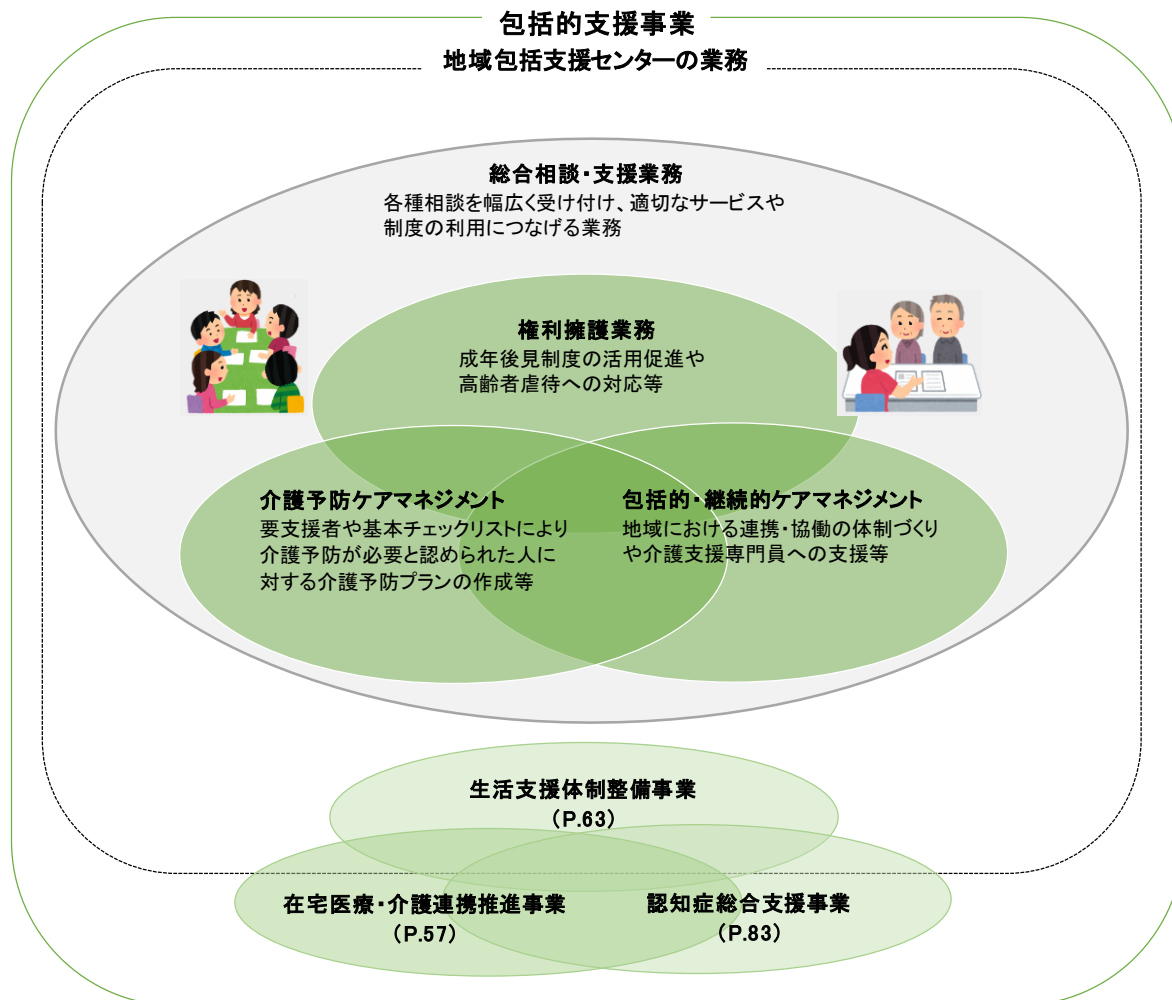
引き続き、基幹型地域包括支援センターの担当者間で定期的に研修や事例検討を重ね、各地域包括支援センターの支援体制を強化します。委託地域包括支援センターにおいても、研修等により職員の対応力向上及び平準化を図るとともに、地域の介護支援専門員への支援も強化していきます。

また、パンフレット配布の他、各地域での活動等への参加により、多くの市民に地域包括支援センターを知ってもらえるよう周知を強化していきます。

図表5-1: 地域包括支援センターの機能強化に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談対応実件数 (件/年)	8,000	8,100	8,200	8,300
ネットワーク構築関係業務に関する会議・ 研修会等実施数 (件/年)	30	30	30	30

図表5-2: 地域包括支援センターの各業務と各事業の関係性



(2) 地域ケア会議による多職種や地域との連携推進

■概要

地域ケア会議は、多職種や地域との連携により、「個別事例の課題の解決」「ネットワーク構築」「地域課題発見」「政策形成・地域づくり・地域資源開発」という重層的な機能を有しています。個別事例の検討を始点として、個別課題を積み重ねることで、地域課題を発見し、その課題の分析と検討を通じて、政策形成へつなげていくことを目指しています。また、各会議の開催は、関係者の理解と協力を得ながら進めており、地域包括ケアシステムの構築に向けた連携の強化の一端を担っています。

なお、自立支援型地域ケア個別会議は、平成30年度から市の主催・運営により実施していましたが、令和4年度から各地域包括支援センターが主催・運営を行うことで開催回数が増加しました。

■課題

各会議の参加者の連携が深まり、課題の解決に向け取り組んでいます。高年齢者の生活が多様化していることを踏まえると、課題の掘り起こしは未だ十分ではありません。

また、第8期計画では地域包括支援センターごとに個別事例の問題を収集して地域課題の把握を行ったため、今後は課題解決に向けた検討を進める必要があります。

さらに、自立支援型地域ケア個別会議を通して、地域の専門職が介護予防に資する視点を共有していますが、会議後に各専門職団体への情報共有が十分にできていないことも課題です。

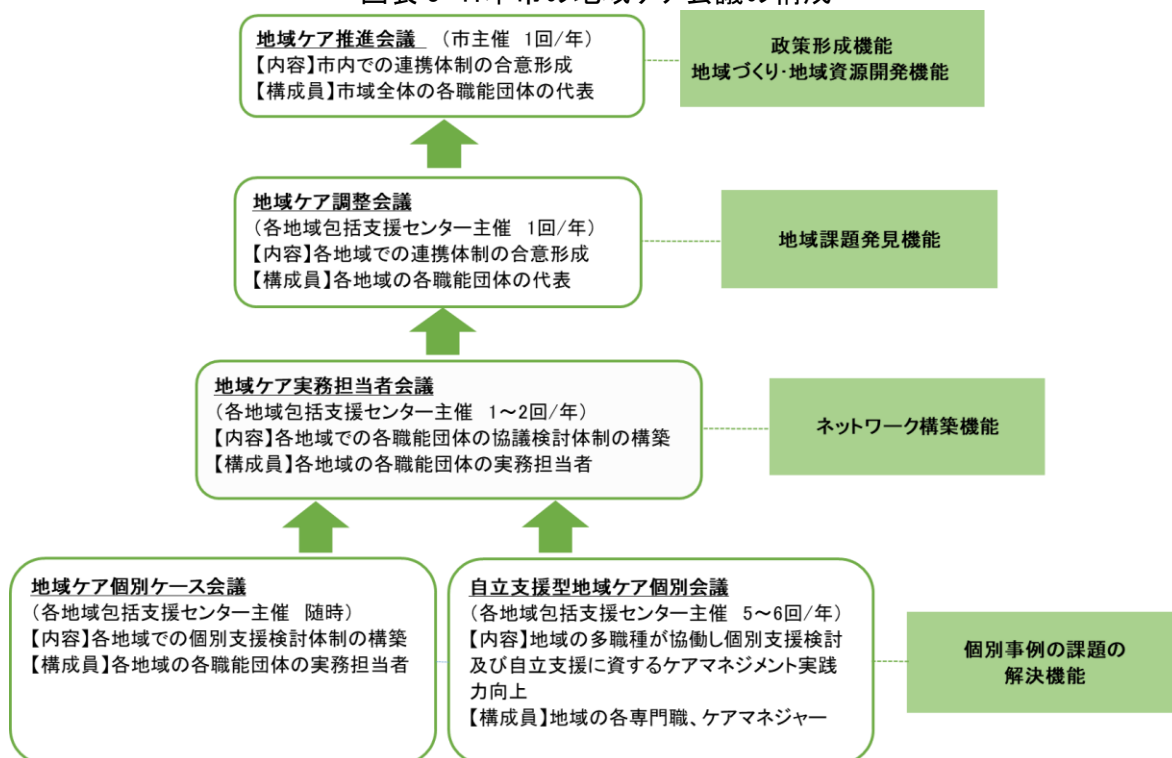
■今後の方針

各会議で抽出された課題について、地域包括支援センターや市社会福祉協議会等の関係機関と情報共有を行い、生活支援体制整備事業や在宅医療・介護連携推進事業と連動しながら、地域課題の把握と解決に向けた取組を強化していきます。また、専門職団体へ自立支援型地域ケア個別会議の周知及び情報共有を行い、地域の専門職の自立支援に関する理解や実践力向上につなげます。

図表5-3: 地域ケア会議による多職種や地域との連携推進に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
自立支援型地域ケア個別会議開催回数 (回/年)	12	12	12	12

図表 5-4: 本市の地域ケア会議の構成



(3) 民生委員・児童委員による相談・見守り体制の充実

■ 概要

民生委員・児童委員は関係行政機関の業務に協力するとともに、援助を必要とする人からの相談や福祉サービスについての情報提供を行うなど、地域のつなぎ役として地域福祉の推進に努めています。

■ 課題

人口減少と少子高齢化の進展に加え、地域コミュニティの衰退などから、地域社会における課題が多様化・複雑化する中で、民生委員・児童委員の高齢化や成り手不足などから地域における民生委員・児童委員活動を適切に行うことが困難な状況が生じていることが課題となっています。

■ 今後の方針

民生委員・児童委員活動を広く周知するとともに、個々人の資質向上に向け取り組んでいきます。

また、高齢者の増加や地域社会が抱える課題が複雑化する中で、求められる活動は増加傾向にあります。地域包括支援センターや福祉事業者、自治会、地域福祉を推進する関係者等との有機的な連携を図ることで、民生委員・児童委員活動の負担を軽減し、活動しやすい環境の整備に努めています。

2) 医療と介護の連携強化

高齢化が進展し、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が見込まれる中、在宅医療・介護連携における本市の目指すべき姿(図表5-8)の実現のため、医療・介護関係者等との連携・協働を引き続き推進していきます。

(1) 在宅医療・介護連携支援体制の充実

■ 概要

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護関係者と本市の目指すべき姿を共有しつつ、多職種協働により在宅医療と介護を一体的かつ継続的に提供する体制づくりに取り組んでいます。

本市は前橋市医師会「おうちで療養相談センターまえばし」へ事業を委託しており、医療介護関係者が参加する会議や研修等を通して多職種の顔の見える関係づくりを推進しています。また、市内を5つのブロックに分けて、地域ごとの医療と介護の連携に関する課題や対応策の検討のため、「医療と介護の連携会議(5ブロック会議)」を開催しています。

■ 課題

医療・介護関係者が参加する会議等において、各々の現状や役割等を共有することにより、連携を円滑に進める関係づくりが進んでいる一方で、その効果は会議参加者個人や参加職能団体等の一部に限定されています。

■ 今後の方針

5ブロック会議において、会議の開催目的と本市の目指すべき姿を共有し、参加者個人からその職能団体へのフィードバックを促すとともに、各職能団体が地域での役割を意識できるように働きかけを行った上で、多職種連携の推進に取り組めます。また、5ブロック会議参加者だけでなく各地域の医療機関と介護サービス事業所等を対象に研修会や情報交換会等を開催し、5ブロック会議で出た各地域の課題を共有しながら、様々な専門職と協議していきます。

図表5-5: 在宅医療・介護連携支援体制の充実に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療と介護の連携会議(5ブロック会議) 開催数 (件/年)	10	10	10	10

(2) 認知症に関する取組の強化

■ 概要

地域の医療・介護関係者との連携や多職種のネットワークの活用により、認知症の人を適切な医療・介護サービスに速やかにつなぐことができるよう取り組んでいます。また、前橋市医師会とも連携し、かかりつけ医からの情報連携体制を構築しています。

■ 課題

認知症初期集中支援チーム等の認知症に関する既存の取組・制度について、地域の医療・介護関係者への周知と支援が必要な人を早期に適切な医療・介護サービスへつなぐための連携が十分とは言えません。

■ 今後の方針

地域の医療・介護関係者に対する既存の取組・制度についての周知活動の見直しや地域における多職種のネットワークの強化により、情報共有による連携を図り、認知症の人を適切な医療・介護サービスに速やかにつないでいきます。

図表5-6: 認知症に関する取組の強化に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症初期集中チームへの 医療・介護関係者からの依頼割合 (%)	35	36	37	38

(3) 看取りに関する取組の強化

■ 概要

看取りに関する本市の目指すべき姿を実現するため、現状把握と課題抽出を行い、医療と介護の関係者が参加する会議等において課題に対する対応策の検討を行っています。

■ 課題

人生の最終段階において、本人の望む場所での看取りを実現するためには、医療と介護の専門職や地域住民が在宅での療養や終末期ケア、看取りなどについて、より多くの理解や関心を高めていくことが欠かせません。

一方で、ニーズ調査において、半数以上の人々が「人生の最期を自宅で迎いたい」、8割近くの人々が「延命治療を望まない」と回答したものの、実際、令和3年度に在宅で最期を迎えた人は2割弱にとどまっています。さらに、保健医療に関する県民意識調査(令和5年4月)の本市の状況では、「死期が近くなった場合についての話し合いをしたことはない」と回答した方は7割程度に上っています。

■ 今後の方針

医療・介護が必要な状態になっても最期まで住み慣れた地域で本人が望む看取りが行える体制を構築するため、市民に向けた看取りに対する認識や理解を深めるための講習会を実施するとともに、医療・介護関係者に対してもACP(アドバンス・ケア・プランニング)や「私の人生ノート」等に関する講習会を行うことで、看取りに対する理解を醸成していきます。

図表5-7: 看取りに関する取組の強化に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ACPと私の人生ノートに関する講習会の 受講者数 (人/年)	150	170	200	200

図表5-8: 在宅医療・介護連携推進事業にかかる前橋市の目指すべき姿

【前橋市の目指すべき姿(在宅医療・介護連携推進事業)】

「医療と介護を必要とする状態の高齢者が、医療と介護サービスを一体的に利用でき、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを可能なかぎり、最期まで続ける事ができる地域」

【医療と介護の連携が求められる4つの場面】

日常の療養支援

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で安心して生活ができるようにする。



入退院支援

入退院の際に医療・介護の関係者が情報共有を行うことで、本人や家族の意向に沿い、望む場所で支援を受けながら生活できるようにする。



急変時の対応

医療・介護・救急が連携することにより、急変時に対象者本人(意思が示せない場合は、家族等)の意思が尊重された対応を踏まえた適切で迅速な対応が行われるようにする。



看取り

地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護・介護関係者が対象者本人(意思が示せない場合は、家族等)と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

3) 利用者のサービス選択の自由と権利擁護の仕組みづくり

サービスに関する情報提供や相談機能の強化と、権利擁護に関する仕組みづくりにより、高齢者が尊厳のある自立した日常生活を営むことができるようになります。

(1) 情報提供・相談機能の強化

■ 概要

高齢者施策に関する多様な情報を利用者が的確に選択できるように、本市の高齢者福祉サービス等をまとめた「まえばし高齢者福祉のしおり」や介護保険制度の概要を説明した「みんなの介護保険利用ガイドブック」、地域包括支援センターの役割・連絡先等を掲載したパンフレット等を発行しています。また、介護サービス事業所の名称や所在地、連絡先等の情報をサービス別にホームページで公表するとともに、令和4年度より民間企業との協働による、介護サービス事業者ガイドブックを発行するなど、情報を整理して提供しています。

さらに、図表5-9のとおり、サービス利用に関する相談への対応を迅速かつ円滑に行います。また、苦情に対しては、関係者間で改善のための検討・調整を行っています。その他、利用者が適切なサービスを受けられるよう、その調整を担う介護支援専門員に対して、地域包括支援センターが中心となり、情報提供と技術向上の支援を行っています。

■ 課題

複雑化する医療・介護サービスについて市民理解を深めていくには、これらの情報提供のさらなる充実が求められます。

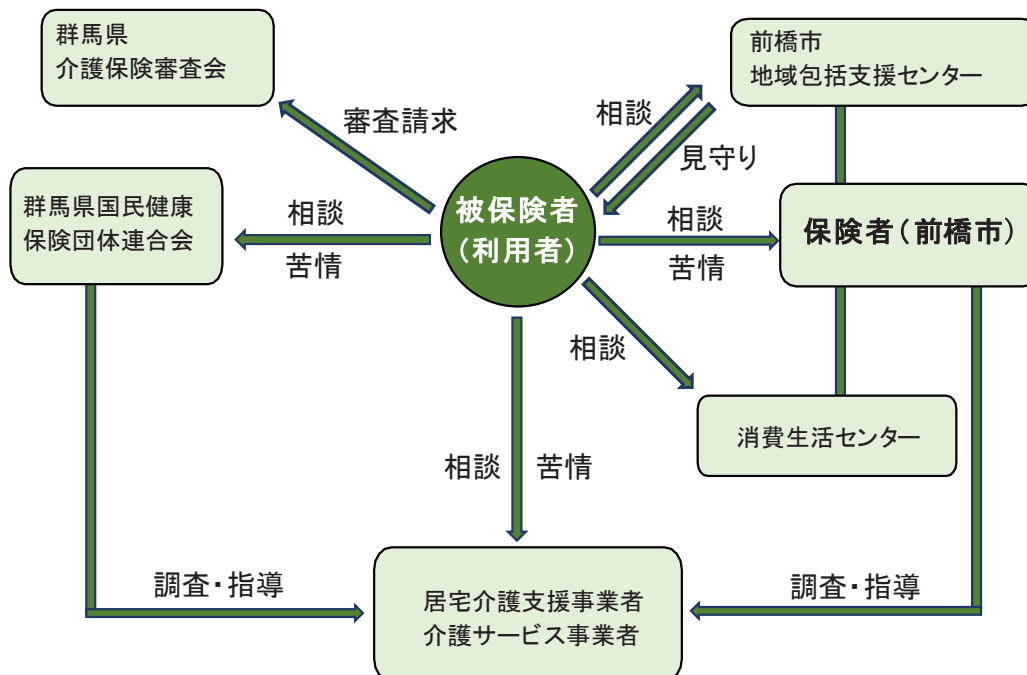
また、居宅介護支援事業所の規模や介護支援専門員の経験年数等により、ケアマネジメントに差が生じることのないように、業務を円滑に実践するための情報提供や研修、相談対応等の支援を継続する必要があります。

■ 今後の方針

高齢者福祉サービスに関する情報提供の手段とその効果について、サービスの認知度をアンケートにより確認しながら、実効性のある情報提供を検討し続けます。

また、介護支援専門員によるケアマネジメントのさらなる質の向上に向け、基幹型地域包括支援センターがリーダーシップを発揮しながら各地域包括支援センターと連携し、介護支援専門員に対して情報提供や研修を行うとともに、介護支援専門員だけでは解決困難な事案については、個別相談・指導等のほか、地域ケア個別ケース会議を開催するなどの支援を行います。

図表5-9: 介護保険に関する相談・苦情対応体制



(2) 成年後見制度の利用促進

■ 概要

認知症、知的障害、精神障害等によって物事を判断する能力が十分でない人の権利を守る成年後見制度について、市民や福祉関係者へ周知し、その利用促進に取り組んでいます。また、本人や親族の代わりに市長が家庭裁判所に申し立てる「市長申立て」や、成年後見人等の報酬費を助成する「成年後見制度利用助成」では、経済的な理由等により利用が困難な人への支援を行っています。

また、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりの中核機関である「あんしんサポートまえばし」により、市や権利擁護関係機関・団体（家庭裁判所、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、地域包括支援センター等）と連携して、制度に関する相談や広報などの利用促進に取り組んでいます。

■ 課題

高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加している中、成年後見制度の利用が必要な人を早期に把握し、相談につなげるために、福祉関係者のみならず市民に対しても、権利擁護支援の必要性や成年後見制度について広く周知・啓発する必要があります。

また、権利擁護に関する相談は、複合的な課題を抱えている人が多く、成年後見制度の利用だけでは生活の安定が図れない場合もあります。

■ 今後の方針

成年後見制度を必要とする人の早期把握と早期相談につなげるため、権利擁護についての市民向け講座や福祉関係者向け研修会等を開催し、周知・啓発を強化します。

また、複合的な課題を抱える事案については、中核機関が中心となり、後見人等を支援する体制を整えていきます。さらに、権利擁護関係機関・団体との情報共有や連携協力体制を構築し、地域包括支援センター（1次相談窓口）と「あんしんサポートまえばし」（2次相談窓口）が、各々の役割を担い、連携することで相談機能の強化を図ります。

図表5-10: 成年後見制度の利用促進に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括支援センターにおける 成年後見制度に関する延べ相談件数 (件/年)	240	245	250	255
市長申立て件数 (件/年)	20	20	20	20
認知症高齢者等成年後見制度利用支援事業 における後見人等の報酬費用の補助件数 (件/年)	19	20	21	22
成年後見制度利用促進事業 「(市民向け)権利擁護講座」参加者数 (人/年)	35	36	37	38
成年後見制度利用促進事業 「支援者向け研修会」延べ参加者数 (人/年)	150	155	160	165

(3) 高齢者虐待への対応

■ 概要

高齢者の尊厳の保持や権利擁護のため、高齢者虐待の未然防止とともに早期発見・早期対応を目的とした体制整備の充実に取り組んでいます。民生委員、自治会等の地域組織、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所、医療機関等の関係者との連携を図り、虐待を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、「高齢者虐待防止法」という。)や本市の「高齢者虐待アクションマニュアル」に基づき、速やかに訪問等で事実確認を行い、虐待の有無、緊急性の判断、対応方針の決定等を経て、事案に即した適切な対応を行っています。

また、基幹型地域包括支援センターとして、各地域包括支援センターとの連携及び後方支援等を行っています。

■ 課題

虐待を未然に防止することが最も重要ですが、地域包括支援センターへの相談・通報件数及び虐待判断件数は、依然として高止まりしています。養護者本人が虐待の認識のない事例や高齢者自身が虐待の事実を訴えず、深刻な状況になるまで発見につながらない事例も少なくありません。また、問題が多様化・複雑化しており、高齢者虐待防止法に規定する虐待かどうか判断し難い事例も増えてきています。さらに、多様な事案に迅速かつ適切に対応するため、地域包括支援センター職員の虐待対応に対するスキルアップや、多職種や関係機関と調整・協働できる人材の育成が求められています。

他方、介護サービス事業所やその他高齢者施設(以下、「事業所等」という。)に関しては、令和6年度から各事業所等における虐待の防止のための措置(虐待防止検討委員会の開催や指針の整備、研修の定期的な実施等)が義務付けられるため、適切に実施されるよう求めていく必要があります。

■ 今後の方針

市民に対して権利擁護意識の啓発、認知症への正しい理解や介護に関する知識を深める情報提供、虐待相談窓口の周知等を行い、虐待の未然防止を図ります。また、居宅介護支援事業所などの関係者と連携し、虐待に関する早期相談の啓発、迅速かつ適切な対応ができる体制づくりを進めていきます。高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判断し難い事案であっても、高齢者の権利侵害や生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測される場合は、各地域包括支援センターと連携し、同法の取扱いに準じた必要な対応を行っていきます。その他、高齢者虐待の対応の標準化を図るために、「高齢者虐待アクションマニュアル」を活用して、地域包括支援センターや地域の関係者等、相談業務に関わる人の知識・技術の向上を図ります。

さらに、事業所等に対しては、虐待の未然防止のための適切な運営体制の確保を求めるとともに、高齢者の権利が侵害されていると確認した場合には、高齢者の安全を最優先に考え、必要な対応を行っていきます。

図表5-11: 高齢者虐待防止等への対応に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括支援センターにおける 高齢者虐待に関する延べ相談件数(※1) (件/年)	1,000	1,000	1,000	1,000
高齢者虐待に関する通報件数 (件/年)	90	90	95	95
虐待の事実があると判断された事例における 虐待の深刻度の平均値(※2) (ポイント)	2.0	2.0	1.9	1.9

※1)第8期において、虐待通報を受けて相談対応したものはすべて相談件数に含んでいたが、第9期の目標値より、事実確認の結果、虐待が疑われる事実や権利侵害の事実が確認されず虐待ではないと判断したものは、以降の対応を相談件数に含まない。

※2)深刻度は、厚生労働省「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」に基づき、1(軽度)、2(中度)、3(重度)、4(最重度)の4段階。

4) 地域の多様な主体による支え合いづくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを維持・継続するために、地域の多様な主体で支え合える体制の構築を進めています。

(1) 生活支援体制整備の推進

■ 概要

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく元気に暮らし続けられるよう、社会参加を通じた介護予防の促進(自助)及び互いに支え合う地域の構築(互助)を目指し、地域住民が主体となって多様な主体と協働し、地域の課題や支え合いの仕組みづくりについて話し合い、高齢者を支える地域の体制づくりを進めています。

地域で対応困難な市全域に共通する課題について検討する場を「第1層協議体」、地区社会福祉協議会を中心に地区ごとに町での取組や課題を共有し、活動を推進する場を「第2層協議体」、町の困りごとを抽出し、課題解決に取り組む実際の活動の場を「第3層協議体」と位置づけ、各層で組織・機能の充実に向けた協議を進めています。

令和4年度より、「第3層協議体(町・自治会)」の活動を推進するための具体的な取組の一つとして、市社会福祉協議会が、各自治会単位で交流・見守り・支え合い活動を継続的にを行うことを目的に、町社協の活動促進に取り組んでいます。

■ 課題

第3層協議体の推進を重点に事業を展開しましたが、多様な活動につながった町と、担い手不足などの理由から事業の理解が進まない町があり、進捗に差が出ています。引き続き、地域住民の事業への理解を進めるとともに、担い手の支援・発掘を行っていく必要があります。

また、事業を進めるに当たっては、各町へのアプローチとともに、より大きな単位(第1層・第2層協議体)の活動を促進し、各町の課題や活動を共有し、補完する仕組みを作ることも重要です。

■ 今後の方針

市、市社会福祉協議会、地域包括支援センターの三者で協働し、元気な高齢者を中心とした人が担い手として活躍できる社会参加を進め、生きがいや介護予防につながるよう支援していきます。

市では、事業周知や支え合い活動の共有、協働する三者間の方針決定・共有・意識の統一を行います。また、地域で活動する自治会関係者や民生委員などと連携して事業を推進します。

市社会福祉協議会では、各地区に配置した生活支援コーディネーターを中心に、地域資源や担い手の把握・開発、地域との情報共有及び連携強化を進めながら、住民主体の支え合い活動の創出を支援します。その他、第2層協議体の活動を活性化し、担当圏域に関わるニーズや課題を第1層協議体(市)へ共有する仕組みづくりを進めていきます。

地域包括支援センターでは、地域資源に関する情報の把握と整理、並びに地域ケア会議などで把握したニーズ・課題に関する各町や協議体との共有・連携を図ることで、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けられるよう支援します。

図表5-12: 生活支援体制整備の推進に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
住民主体による支えあい活動の累計件数 (件)	50	60	70	80
地域資源情報の累計把握数 (件)	725	740	755	770

5) 災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害の発生状況や感染症の流行を踏まえ、関係部局や関係機関、介護サービス事業所等と連携し、次の取組を進めます。

(1) 地震・台風等への対応

「前橋市国土強靱化地域計画」及び「前橋市地域防災計画」に基づき、地域防災力の向上を図るとともに、要配慮者対策や社会福祉施設等の耐震化に取り組むなど、防災担当部局をはじめとする関係部局と連携をとりながら、災害に強いまちづくりを進めます。

■ 自助・共助の意識醸成(防災啓発及び防災訓練の実施)

高齢者やその家族が、「自らの命は自らが守る」という自助の防災意識を高め、逃げ遅れの防止や家庭内備蓄の充実につながるよう、各種広報や出前講座を通じた防災啓発に取り組めます。

また、地域全体で高齢者への支援が行われるよう、地域における自主防災活動などを促進し、共助による防災力を高めます。

■ 公助の体制づくり(関係機関等と連携した支援・応援体制の構築)

■ 事業所への支援

介護サービス事業所等において非常災害対策計画の策定・確認や防災訓練が定期的に行われるよう促すとともに、研修や講演会等を開催し、防災対策の充実を支援します。また、介護サービス事業所等施設の安全対策として、防災拠点となる施設の耐震化や非常時用の設備の整備に関する補助制度の周知等を行います。

そして、災害発生時に介護サービス事業所等の被災状況確認や安否確認を速やかに行えるよう、市と事業所との間の連絡・報告体制の整備を進めます。また、市全体における防災備蓄を充実させるとともに、指定避難所を拠点とした物資配送・配布体制を構築し、発災時に必要な支援が行える仕組みを整えます。

さらに、浸水想定区域内及び土砂災害警戒区域内にある介護サービス事業所等に対しては、法令に基づく避難確保計画の作成と防災訓練の定期的な実施を促進し、災害警戒時の安全確保対策の徹底に努めます。

■ 在宅高齢者への支援

高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムを推進する中で、地域の自治会や民生委員、地域包括支援センター等と連携しながら、日頃の見守り活動を行うとともに災害時においてきめ細かな声掛けや支援活動が展開される仕組みづくりに努めます。

また、特別な配慮が必要となる高齢者に災害警戒時や災害発生時に必要な支援を行うため、避難行動要支援者制度や高齢者避難情報コールサービス等の制度を活用し、地域全体で高齢者を支える体制を構築します。

(2) 感染症対策に係る体制整備

本市では、新型インフルエンザ等(令和2年以降に流行した新型コロナウイルス感染症等の類似感染症を含む。)の発生時において、市民の生命・健康保持と市民生活への影響を最小限に留めるという観点から、発生段階別の対策、通常業務の中止・縮小を含めた見直し、重要業務の継続等とともに、それらの実施のための体制確保を適切に行います。

事業所への支援

感染症の予防と発生に備えた研修・訓練を定期的を実施します。また、サービス継続のため、必要物品の備蓄及び事業者間の協力体制の整備や県及び保健所等の関係部局との連携、介護サービス事業所等との連絡・報告体制の整備を進めていきます。

在宅高齢者への支援

感染予防の啓発や迅速かつ適切な情報提供により、高齢者の感染予防を行いながら、他者や地域との関わりを保ち、孤立を防ぐ取組を検討します。

また、介護に関わる職種や介護サービス事業所等への情報提供をするとともに、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所間の連携を支援し、必要に応じて代替サービスを提案していきます。

さらに、在宅医療・介護連携の強化により、介護に関わる専門職に対して、感染拡大防止や感染した場合でも適切な対応ができるよう支援を行っていきます。

なお、介護予防活動等の各取組で高齢者と接する場合には、感染状況に応じた感染症対策(消毒や飛沫防止、オンラインによる活動等)を行います。

6) とともに生きるまちづくり

高齢者が自立した日常生活や社会生活を送るために、高齢者だけでなく誰もが安全に安心して生活できるようなまちづくりを推進していきます。

(1) ひとにやさしいまちづくりの推進

路線バスの利便向上

■ 概要

持続可能な公共交通ネットワークの再構築を図るため、前橋市地域公共交通計画を策定し、交通再編の有効化及び他サービスと連携したMaaS(マース)環境の構築を進めています。

■ 課題

バスの運転手不足による路線の減便・廃線が生じているほか、バス路線を維持するための行政補助額も増加しています。また、公共交通不便地域における移動手段の確保や利用者目線の分かりやすい情報案内を行うこと等も課題となっています。

■ 今後の方針

公共交通網の抜本的な再編を実施し、都心幹線の横展開、広域幹線の充実化、幹線道路までの移動手段の整備、異なる公共交通の利用に係る利便性の向上を進めます。また、GunMaaSの高度化により、利用しやすい公共交通を推進します。

マイタク(でまんど相乗りタクシー)の運行

■ 概要

移動困難者対策として、75歳以上の高齢者、65歳以上で運転免許証を所有していない人、障害者や要介護等認定者、運転免許証返納者等に対してタクシー運賃の一部を支援することで、外出の機会を創出しています。

■ 課題

新型コロナウイルス感染症の拡大以降、高齢者の外出自粛等の影響により利用回数が減少傾向にあります。また、郊外部に居住する長距離移動者が利用しにくいという課題もあります。

■ 今後の方針

市内全体の公共交通網との整合性を加味しつつ、長距離移動や相乗りに対する支援の拡充について検討し、さらなる利用者の利便性向上を図ります。

交通安全出前講座の実施と交通安全推進の取組

■ 概要

高齢者向け交通安全教育や出前講座を実施するとともに、警察及び交通安全協会と連携した交通安全啓発活動や高齢者ミーティング(サポートカー乗車体験や交通安全講話)、前橋市老人クラブ連合会と連携した高齢者交通安全推進大会等を行い、高齢者の交通安全を推進しています。

■ 課題

交通安全教育や啓発活動を実施しているものの、市内における高齢運転者の加害事故割合は増加傾向にあります。また、本市は過度な車依存社会であり、自家用車を手放すと生活できないという現状も高齢者の事故件数が減らない要因の一つと考えられます。

■ 今後の方針

交通安全推進の取組を継続するとともに、交通安全教育について、受動的に出前講座の依頼を待つだけでなく、能動的に老人福祉センター等に働きかけて講座を実施します。さらに、市独自の高齢者向け運転チェックシートを作成する等、新たな取組で高齢者の交通安全意識の向上を図っていきます。

■ 概要

市民と行政の協働によるまちづくりを推進するため、地域の課題解決に向けた自主的な取組を行う団体及び市民を支援しています。

■ 課題

各登録団体の活動状況及び成果を把握する必要があるほか、専門性のある相談にも対応できるよう、市民活動支援センター職員のスキルアップが求められます。

■ 今後の方針

各登録団体及び市民活動団体に対し、活動状況調査を実施し現状把握を行うとともに、できることから支援を行っていきます。また、市民活動支援センター職員の質の向上を図るため、スキルアップ研修に参加できる体制を整備していきます。

図表5-13:ひとにやさしいまちづくりの推進に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
路線バスの利便向上				
市民一人あたりの委託路線バス使用回数 (回/年)	3.1	3.2	3.3	3.4
交通安全出前講座の実施と交通安全推進の取組				
高齢者向け教室・行事の開催数 (回/年)	12	13	14	15

(2) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

■ 概要

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、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会の実現に向けた取組を推進します。

■ 課題

福祉の支援を必要とする人に対し、新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後も、ニューノーマルとなった新しい日常に順応しつつ、地域での支え合いやつながりのための支援、各種福祉サービスの提供等の対応ができるようにする必要があります。

■ 今後の方針

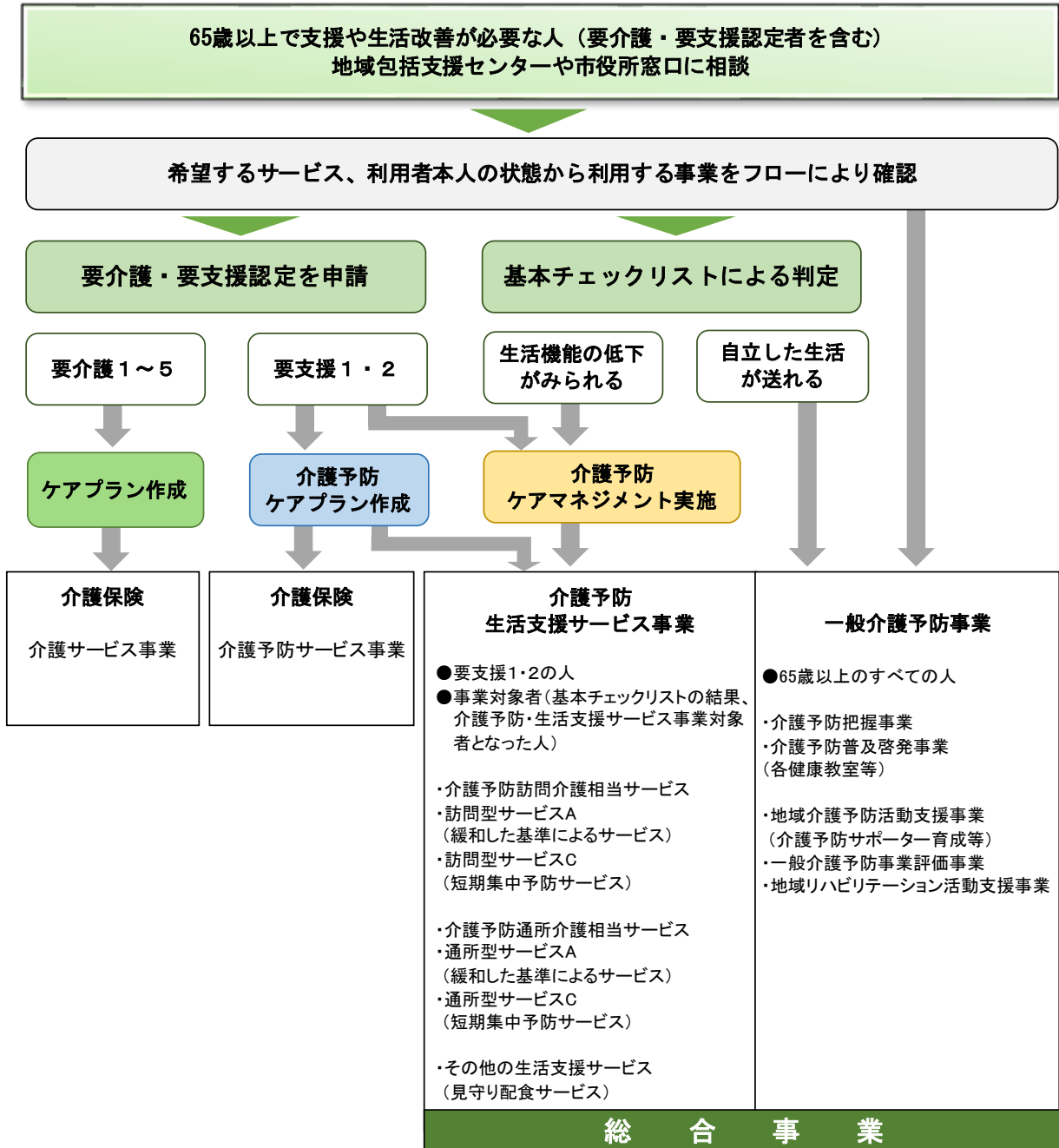
上位計画の「前橋市地域福祉計画・地域福祉活動計画」における基本理念「つながって支え合う地域共生のまち まえばし」の下、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進めることより、地域住民がそれぞれ役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できるコミュニティを形成し、地域共生社会の実現を目指します。

2 目標Ⅱ 介護予防・健康づくりの推進

1) 介護予防の推進

総合事業では、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」を行い、要支援状態からの自立や、重度化の予防を目指したサービスを提供しています。また、本市では、支援を受けるだけでなく、「参加」や「活動」の視点を取り入れ、元気な高齢者が役割を持ちながらいきいきとした生活を続けていけるよう支援しています。

図表5-14:本市における総合事業(介護予防・日常生活支援総合事業)



(1) 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

■概要

訪問型サービスは、要支援者や事業対象者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するサービスです。本市では、介護予防訪問介護相当サービス、訪問型サービスA(生活援助のみのサービス)、訪問型サービスC(短期集中予防サービス)を提供しています。

■課題

訪問型サービスAは、サービス提供内容が生活援助等に限定されることから、身体状況が悪化すると介護予防訪問介護相当サービスに移行してしまうために利用者が減少しています。

訪問型サービスCは、利用者数が伸びていないことと、今後、介護リスクの高い人の利用が見込まれることから、利用者ニーズの把握や実施プログラムにおける適切な量の設定方法も課題です。

■今後の方針

在宅生活を維持するために必要なサービスを提供できるよう、介護予防訪問介護相当サービス事業を継続しながら、訪問型サービスAについて利用者のニーズ等を考慮した見直しを検討します。

また、訪問型サービスCについては、訪問の際に助言を行いながら、他の既存事業の利用を勧めるなど、サービス終了後の支援の継続につなげます。同時に、地域包括支援センター等と連携し、対象者の把握や事業周知に努めます。

通所型サービス

■概要

通所型サービスは、要支援者や事業対象者に対し、通所介護施設等において、食事や入浴等の日常生活上の支援や生活機能の維持向上のための機能訓練を提供するサービスです。本市では、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスA(ミニデイサービス)、通所型サービスC(短期集中予防サービス)を提供しています。

■課題

介護予防通所介護相当サービスから、通所型サービスA・Cや一般介護予防事業、地域の通いの場への移行が進んでいません。

また、通所型サービスCは、介護保険サービスと一般高齢者向けサービスの境界に位置づけられるサービスであることから、そのサービスに適した対象者を把握していく必要があります。さらに、サービス利用者の中長期的な状態の把握も欠かせません。

■今後の方針

在宅生活を維持するために必要なサービスを提供できるよう、介護予防通所介護相当サービスは事業を継続しながら、通所型サービスAについて、利用者のニーズや指定事業所の意向を考慮した事業の見直しを検討します。

また、通所型サービスCについては、これまでの事業実施で一定の効果が認められている整形外科疾患及びフレイルの傾向にある高齢者へのアプローチを重点的に行うとともに、サービス終了後の運動継続・社会参加を促していきます。さらに、利用者の介護度や健康状態に対する経年的な評価を行います。

その他の生活支援サービス(見守り配食サービス)

■概要

事業対象者又は要支援者で、在宅での調理や買い物が困難と判断された単身世帯等の高齢者や、低栄養の予防・改善が必要な高齢者に対し、身体の状態を考慮した食事を提供することにより、食の自立を支援するとともに配達時に見守りを行います。

■課題

今後も高齢者のみ世帯等の増加により一定の需要が見込まれる中、物価高騰により利用者の負担の増加が懸念されます。

■今後の方針

配食を必要とする人のサービス利用につながるように、制度の周知を徹底するとともに、サービスの内容も定期的に検討していきます。低栄養の予防・改善についても、利用者の健康状況を踏まえ、サービス利用の効果判定を行いながら、利用者の食の改善や見守りを通じて在宅生活を支援します。

図表5-15: 介護予防・生活支援サービス事業に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問型サービスC 利用者数 (人/年)	8	8	8	8
通所型サービスA 利用者数 (人/月)	135	140	145	150
通所型サービスC 利用者数 (人/年)	45	50	50	50
見守り配食サービス 低栄養の利用者の延べ訪問件数 (件/年)	40	40	40	40

(2) 一般介護予防事業(介護予防把握事業)

■概要

各種教室や商業施設・市有施設等で歩行測定会(高齢者の歩行測定・フレイルチェック)を定期的に行い、介護予防の必要性が高い人や健康不安を抱えている高齢者を把握して、必要に応じて通所型・訪問型サービスや介護予防事業、地域の通いの場等の利用につなげています。

■課題

令和4年度に介護予防把握事業として位置付けていた「ひとり暮らし高齢者調査」が終了となったことから、歩行測定会によるハイリスク者の把握を進める必要があります。

■今後の方針

介護予防に関心の無い層でも参加しやすいように、商業施設や地域の公民館等に出向いての歩行測定会を実施し、国保データベース(以下、「KDB」という。)も参考にしながら測定結果を集計・分析し、必要性のある高齢者には、個別の訪問や通知により、総合事業や地域の通いの場へつなぐためのアプローチを行います。

図表5-16: 一般介護予防事業(介護予防把握事業)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
歩行測定会参加者(フレイルチェック実施)数 (人/年)	500	500	500	500
上記のうち介護予防サービスに繋がった人数 (人/年)	10	10	10	10

(3) 一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)

ピンシャン！元気体操教室

■概要

誰もが気軽に介護予防の取組を続けられるよう、65歳以上の市民が無料で利用できる市有施設において、市オリジナルの介護予防体操「ピンシャン！元気体操」を実施しています。

■課題

市有施設の定員数に上限があることや感染症対策の継続の必要性から、参加できる人数に制限があります。また、教室に参加した後に介護予防の効果を測定していくことも必要です。

■今後の方針

会場ごとの実施規模を維持しながら、「ピンシャン体操クラブ」への参加を促していきます。

また、複数の会場をオンラインで結び同時に実施するサテライト型体操教室の周知や開催回数の見直し等により、参加者数の増加へつなげていきます。さらに、リピーターにフレイルチェック及び歩行測定等を行うことで、介護予防の効果を測定し、評価していきます。

一般介護予防教室

■概要

介護予防の普及啓発のため、専門職により、65歳以上の人なら誰でも参加できる運動・口腔・栄養・社会参加等の介護予防教室を実施しています。

■課題

参加者が自身の生活や健康状態を振り返るとともに、教室終了後も生活の中で介護予防活動を継続できるよう支援する必要があります。また、参加者の地域に偏りが見られます。

■今後の方針

参加者に対して、6か月後の身体の変化を確認するフォローアップ講座への参加を働きかけます。また、教室終了後に通いの場での活動を促す等、既存事業と連携した継続的な介護予防活動を支援していきます。また、KDBの分析から開催場所を検討し、新規参加者を増やしていきます。

高齢者健康教育

■概要

ふれあい・いきいきサロン、老人クラブ等団体からの要請に応じ、保健師等の専門職が地区公民館等で講話を実施しています。また、各老人福祉センターとみやぎふれあいの郷では定期的に健康教育を実施しています。

■課題

効果的な啓発ができるように、講話のテーマについて各団体に提案していくことが必要です。

■今後の方針

認知症や低栄養、オーラルフレイルなどといった高齢者の健康課題を重点テーマとする内容に見直し、高齢者の通いの場となっているサロン等の担い手や関係機関に対して、重点テーマの教室開催を周知していきます。

■概要

高齢者の健康の保持・増進、疾病予防、介護予防を目的に、各老人福祉センターとみやぎふれあいの郷で、専門職が健康・疾病等に関する相談に応じ、心身の状況に合わせた助言や支援を行います。また、必要に応じ、訪問や電話相談も対応しています。

■課題

相談者の多くが老人福祉センター等の利用者であり、リピーターが多いため、会場に来ることができない相談・助言希望者のニーズを把握し、新規利用者を増やしていく必要があります。

■今後の方針

健康相談の開催場所や実施頻度などの相談体制の見直しを図るとともに、一般介護予防教室や健康教育の参加者へ必要に応じて健康相談を案内するなど、新規利用者の増加につなげていきます。

また、引き続き老人福祉センターの看護師等との連携を強化しながら、専門職による相談の質を維持していきます。

図表5-17:一般介護予防事業(介護予防普及啓発事業)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ピンシャン！元気体操教室				
延べ参加者数 (人/年)	68,700	70,000	70,000	75,000
参加者のフレイルチェック実施数 (人/年)	50	50	50	50
一般介護予防教室				
実施回数 (回/年)	45	50	50	55
延べ参加者数 (人/年)	500	700	800	900
高齢者健康教育(教室)				
市主催:延べ参加者数 (人/年)	2,142	2,500	2,500	2,500
老人福祉センター:延べ参加者数 (人/年)	4,602	5,000	5,000	5,000
高齢者健康相談				
市主催:延べ利用者数 (人/年)	400	400	400	400
老人福祉センター:延べ利用者数 (人/年)	3,074	4,500	4,500	4,500

(4) 一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)

ピンシヤン体操クラブ

■概要

高齢者が介護予防活動に積極的に参加する自発的な地域社会を構築することを目的として、介護予防サポーターが中心となり、「ピンシヤン！元気体操」を地域の公民館等で継続的に実施するピンシヤン体操クラブの新規立ち上げや活動を支援しています。

■課題

活動が少ない地区では新規グループの立ち上げ支援が必要です。また、新規グループに対しては、活動状況を定期的に確認し、効果のフィードバックを行う等、活動を継続するための支援が必要です。

■今後の方針

時間や内容を緩和した「ピンシヤン元気ひろば」への登録も推進し、新規立ち上げ数の増加を目指します。また、ふれあいいきいきサロンやその他の自主グループ等と一体となって、地域の居場所づくりを進めます。さらに、活動中の体操クラブへの実績評価と参加者の効果判定を定期的に行い、活動の継続を支援します。

はつらつカフェ

■概要

高齢者支援・介護に関して活動実績のある法人が、閉じこもりや認知症予防を目的として、高齢者やその家族等、誰もが気軽に歓談・相談等が行える身近な通いの場を設置した場合に、運営費の一部を補助しています。

■課題

通いの場の利用促進を図るための市民への周知方法や、参加者の固定化により新規参加者が入りにくいことが課題です。

■今後の方針

介護予防に資する通いの場の設置箇所数を日常生活圏域内ごとに把握し、歩いて通える範囲(徒歩15分以内)に1か所以上の設置を目指します。また、委託先のNPO法人等を集めた情報交換会で施設ごとの取組を共有するとともに、医療機関等へのポスター掲示、市役所窓口でのチラシ配布、広報、SNSの活用等により、幅広く周知を行います。

介護予防サポーター育成

■概要

おおむね60歳以上の市民を対象に、介護予防推進の担い手となる介護予防サポーターを養成し、高齢者の新たな役割づくり、生きがいくりにつなげています。介護予防サポーターとして登録した後は、各圏域で定例会を年3回以上開催し、地域の文化祭、運動会、自主活動等により、住民が徒歩で通える地区単位での介護予防の普及啓発を行っています。

■課題

日常生活圏域での活動を中心としている一方で、活動者数の減少や活動内容の縮小が見られる圏域もあることから、地域活動の活性化が必要です。

■今後の方針

サポーター数を増やし、活動を継続しやすくするため、各地区の公民館など居住地域内でオンラインにより養成研修を受講できる方法(サテライト開催)を継続するとともに、日常生活圏域ごとの育成活動を強化していきます。また、スキルアップ研修や情報交換会の定期的な開催、永年活動者の表彰など、モチベーションを高めるための支援を行っていきます。

■概要

認知症を正しく理解し、認知症の人とその家族等の見守り及び支援を行う認知症サポーターを養成しています。認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを市民が主体的に展開していくための知識や対応、認知症サポーターとしての心構え等を学ぶ講座を開催し、受講者には認知症サポーターの証であるサポーターカードを配付しています。対象は①市民、②出前講座等で希望した団体、③介護予防サポーター養成中級研修の参加者、④企業・商店、⑤小・中学校などです。また、認知症サポーターの中で、ステップアップ講座を受講した人は、認知症の人とその家族等の支援を実践的に行う「オレンジパートナー」として登録し、市主催事業への協力や活動報告会などの活動をしています。

■課題

認知症にやさしいまちづくりを進めるためには、養成講座をあらゆる年齢層、職域に拡充する必要がありますが、新規の生活関連企業への周知が広がっていません。また、市以外の養成講座の開催が固定の認知症キャラバン・メイトによるものに偏っています。

■今後の方針

すべての世代(特に若年層・壮年層)並びに小売業や金融機関、公共交通機関等の職域に対して養成講座の周知を進めていきます。また、認知症キャラバン・メイトの活動状況を把握し、支援します。さらに、認知症本人のニーズに合った活動の展開ができるよう、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター、認知症キャラバン・メイトと連携して、オレンジパートナーとともに地域で活躍できる場づくりを進めていきます。

■概要

高齢者自身の介護予防及び生きがいづくりのため、制度に登録した高齢者が地域の介護予防活動や地域貢献活動に参加した場合、その実績に応じてポイントを付与し、ポイント数に応じた買い物券等を交付することで、高齢者の地域での活動参加を促進しています。活動先となる施設に対しては定期的な情報提供とアンケート調査や聴き取り等を行っています。

■課題

新型コロナウイルス5類移行後も、高齢者施設等でのボランティアの受入制限が続いており、活動率が大幅に減少しています。また、毎月実施している介護予防活動ポイント登録研修の受講者数が伸び悩んでいることから、新規登録者数も増えていません。その他、手作業による活動時のポイント付与及び活動後の物品交換に時間を要しています。

■今後の方針

令和5年度より、従来のポイント活動以外のボランティアについても幅広く紹介するように登録研修の内容を見直したほか、受講者の年齢制限を撤廃したことで、登録研修への参加者が大幅に増えたため、現状の研修内容を継続します。また、事務の効率化と登録者の利便性を高めるため、交換物品に「めぶくPay(電子地域通貨)」の導入を進めていきます。

図表5-18: 一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ピンシャン体操クラブ 活動数 (件/年)	65	68	71	74
はつらつカフェ設置数 (か所)	32	34	36	38

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サポーター育成				
新規登録数 (人/年)	50	50	50	50
累計登録数 (人)	1,420	1,470	1,520	1,570
活動者数 (人/年)	685	745	795	845
認知症サポーター養成				
養成数 (人/年)	1,200	1,200	1,400	1,600
うち養成講座(企業・職域区分)の養成数 (人/年)	350	400	450	500
オレンジパートナー新規養成数 (人/年)	20	20	20	20
介護予防活動ポイント制度				
活動ポイント数(活動数) (ポイント)	15,000	17,000	18,000	19,000
ポイント交換者(活動者数) (人/年)	500	530	560	590
登録者数 (人)	1,238	1,320	1,400	1,480

(5) 一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)

■ 概要

一般介護予防事業を含めた総合事業全般が計画どおりに実施できているか、また、事業ごとに期待していた効果が出ているかを評価し、その結果に基づき事業全体の改善を行います。

■ 課題

各事業で評価項目の統一が進んでおらず、事業ごとの効果の比較が困難なため、採取したデータから予防事業の効果を十分に分析・評価できていません。

■ 今後の方針

令和5年度より、歩行速度・握力等の体力測定結果及び後期高齢者質問票と基本チェックリストを合わせた前橋版フレイルチェックを各事業で共通して使用することになったため、継続してデータの集積を行います。また、入力・集計の効率化とデータ分析による事業の集中化を目的に、「高齢者フレイル予防モデル事業」を進めています。今後、事業の効果分析・評価方法を確立し、一般介護予防事業の改善につなげます。

図表5-19: 一般介護予防事業(一般介護予防事業評価事業)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
前橋版フレイルチェック実施数 (件/年)	500	500	500	500

(6) 一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)

■概要

地域における介護予防の取組を強化するため、通所サービス、訪問サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体で運営される通いの場等へリハビリ専門職を派遣し、本人とその家族への直接的な指導を行うとともに、それぞれの場の運営に携わる関係職種に対しても助言等を行います。

■課題

事業の一環として地域の公民館等で体力測定を行うプログラムを実施しているものの、一部のリハビリ専門職の派遣に偏りがあるなど、派遣元となる施設との協力体制の構築が不十分です。

■今後の方針

医療機関・施設への周知を継続して行うことで、事業への理解を深めてもらい、より多様な専門職が携わることのできる体制を整えていきます。また、1回の派遣が少人数でも対応できる講話や相談等にプログラム内容を見直すとともに、体力測定等の評価は別の機会を設けるなど、事業の効率化により、リハビリ専門職一人当たりが関わる対象者数の増加を図ります。

図表5-20: 一般介護予防事業(地域リハビリテーション活動支援事業)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場でリハビリ専門職が関わった 対象者数 (人/年)	812	830	860	890

※「通いの場」は、ピンシヤン体操クラブと認知症カフェのことを指します。

2) いきがい活動・社会参加の促進

高齢者が自らの社会における役割を見つけ、いきがいを持ちながら社会参加活動等を行うことができるよう支援していきます。

(1) 有償ポイント ※P.74の再掲

■概要

高齢者自身の介護予防及び生きがいづくりのため、制度に登録した高齢者が地域の介護予防活動や地域貢献活動に参加した場合、その実績に応じてポイントを付与し、ポイント数に応じた買い物券等を交付することで、高齢者の地域での活動参加を促進しています。活動先となる施設に対しては定期的な情報提供とアンケート調査や聴き取り等を行っています。

■課題

新型コロナウイルス5類移行後も、高齢者施設等でのボランティアの受入制限が続いており、活動率が大幅に減少しています。また、毎月実施している介護予防活動ポイント登録研修の受講者数が伸び悩んでいることから、新規登録者数も増えていません。その他、手作業による活動時のポイント付与及び活動後の物品交換に時間を要しています。

■今後の方針

令和5年度より、従来のポイント活動以外のボランティアについても幅広く紹介するように登録研修の内容を見直したほか、受講者の年齢制限を撤廃したことで、登録研修への参加者が大幅に増えたため、現状の研修内容を継続します。また、事務の効率化と登録者の利便性を高めるため、交換物品に「めぶくPay(電子地域通貨)」の導入を進めていきます。

図表5-21:有償ポイントに関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
活動ポイント数(活動数) (ポイント/年)	15,000	17,000	18,000	19,000
ポイント交換者(活動者数) (人/年)	500	530	560	590
登録者数 (人)	1,238	1,320	1,400	1,480

(2) 人が集う居場所づくり

■概要

ピンシャン体操クラブ・はつらつカフェ・認知症を語るカフェ・地区公民館での活動等、高齢者が集う居場所づくりを推進していきます。また、通いの場として、ふれあい・いきいきサロンや老人クラブをはじめとする地域活動、老人福祉センターの自主活動の把握も行っています。

■課題

多世代交流も見据えながら、高齢者の多様なニーズに合う通いの場の設置を促進する必要があります。

■今後の方針

誰もが気軽に歩いて通える通いの場が設置されるように、市社会福祉協議会等の関係団体と連携しながら居場所づくりを進め、把握した情報を市民及び関係者へ発信します。また、引き続き、通いの場の設置圏域や活動内容等の実態を把握・評価し、多世代交流を目的とした市内のこども食堂や子育てサロン等との統合も検討しながら、交流の場の拡充を目指します。

図表5-22:人が集う居場所づくり(はつらつカフェ等)に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場の設置数 (か所)	839	850	870	890
通いの場に参加する累計高齢者数 (人)	12,979	15,000	17,000	19,000

(3) 老人クラブ活動の推進

■概要

老人クラブは、地域を基盤とする高齢者の自主的な組織であり、高齢者自らのいきがいを高め、健康づくりを進める活動やボランティア活動をはじめとする地域を豊かにする活動を行っています。本市では、各単位老人クラブと前橋市老人クラブ連合会に対し、高齢者の社会参加活動を支援するための補助金を交付しています。

■課題

高齢化の進展により老人クラブの加入対象者は増加している一方で、会員数の減少傾向や役員のなり手不足等から解散する単位老人クラブが増加しています。

■今後の方針

単位老人クラブや前橋市老人クラブ連合会と連携しながら、老人福祉の増進を目的とする事業の振興を図るとともに、補助金関係書類の作成支援や補助対象要件の見直しなどで、クラブの継続的な活動につなげていきます。

(4) 老人福祉センターの充実

■ 概要

老人福祉センターは、「しきしま」「ひろせ」「おおとも」「かすかわ」「ふじみ」の5か所設置されており、指定管理者により管理運営されています。高齢者の健康増進、教養の向上、各種相談、レクリエーション等を総合的に提供する高齢者のいきがい活動の拠点であるとともに、介護予防活動を継続的に行える拠点としての役割も担っています。

■ 課題

高齢者の生活スタイルや価値観が多様化しており、老人福祉センター以外を拠点とする活動も普及していることから、活動内容を充実する必要があります。また、施設の老朽化に伴う維持管理費の増加や利用者ニーズに応じた送迎バスの運行も課題となっています。

■ 今後の方針

利用者アンケート等を活用し、高齢者のライフスタイルに応じた活動内容の充実や介護予防事業の活動拠点としての機能強化を図り、利用者の増加と満足度の向上につなげていきます。また、地域とのつながりを強めながら、災害時の福祉避難所としての機能を強化していきます。さらに、施設の適切な維持管理や送迎バスの運行方法を見直すことで、利用者の利便性と安全性の向上を図っていきます。

図表5-23: 老人福祉センターの充実に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数 (人/年)	180,000	185,000	190,000	195,000

(5) シルバー人材センターの充実

■ 概要

シルバー人材センターは、高齢者の安定した雇用の確保・促進のため、働く意欲を持つ高齢者を対象に、豊かな経験と能力を活かして、自らのいきがいや社会参加等を実現する職業機会を提供しています。その役割は今後さらに重要になると考えられるため、本市では実情に応じた支援をしています。

■ 課題

全国的には会員数が減少傾向にある中で、前橋市シルバー人材センターではほぼ横ばいで推移していますが、就業機会が得られず退会する人も見受けられます。

■ 今後の方針

前橋市シルバー人材センターが行うチラシ・パンフレットを用いたPR活動等による入会促進活動や派遣事業の拡充による就業機会及び自主財源の確保等、自主的な努力を尊重しつつ、引き続き実情に応じて必要な支援を行います。

(6) 学習活動・地域活動支援の充実

■ 概要

明寿大学や各公民館の講座による高齢者の学習の場を提供します。また、自主学習グループの活動支援や出前講座の実施等による生涯学習の推進を行います。学びの成果を地域へ還元できる機会を提供することにより「地域で活躍する人材づくり」の支援を行います。

■ 課題

過去3年に及ぶ新型コロナウイルス感染症の影響による自主学習グループ活動の自粛や休止、会員の高齢化に伴う会員数の減少、また、地域の生涯学習拠点である公民館での新たな学習機会の確保や交流の場をどのように提供していくかが課題となっています。

加えて、地域人材育成のための各種公民館講座開設には、公民館職員の資質向上を図るための研修をさらに充実させることが求められています。

■ 今後の方針

自主学習グループ数や会員数の増加、高齢者の地域参画や地域での活躍につながる各種公民館事業を実施し、地域活動を支援していきます。その中で、地域の課題(ニーズ)に合わせた講座学習を充実させていきます。

(7) 軽スポーツの推進と生涯スポーツの普及・振興

■ 概要

多世代がともに楽しむことができる軽スポーツにより、市民一人一人の健全な余暇活動の推進と健康の維持増進を図っています。また、軽スポーツの楽しさやスポーツへの関心を高めるため、市民軽スポーツフェスティバルや生涯スポーツ大会等を開催するとともに、軽スポーツ教室等も実施し、スポーツの機会を提供しています。

■ 課題

競技主管団体の役員の高齢化及び競技志向の高まりによる参加者の固定化が見受けられます。また、市民の余暇活動の多様化もあって参加者の減少が続いているため、周知方法も含め、どのように軽スポーツへ興味・関心を持ってもらえるか検討が必要です。

■ 今後の方針

市民軽スポーツフェスティバル等の開催を継続するとともに、地域での軽スポーツ教室を充実させ、スポーツの機会を提供していきます。その中で、子どもが参加できる種目の新設や参加しやすい環境づくり等により、新規参加者の確保を進めます。さらに、他部署や他団体と連携して、大会・教室等の開催をより広く周知していきます。

図表5-24: 軽スポーツの推進と生涯スポーツの普及・振興に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
軽スポーツフェスティバル参加者 (人/年)	800	900	1,000	1,100

3) 高齢者の健康づくり

(1) 「健康まえばし21」の推進

■ 概要

前橋市健康増進計画「健康まえばし21」は、生涯を4つのライフステージに分け、健康づくりの7分野(栄養・食生活、運動、休養・こころの健康、たばこ、アルコール、歯と口の健康、健康診査)ごとに目標を定め、各種健(検)診の受診勧奨や保健指導により、市民一人一人の主体的な健康づくりを推進しています。

■ 課題

糖尿病・高血圧・歯周病などの生活習慣病対策やこころの健康づくりに向けて、より効果的に取り組む必要があります。誰もが健康になれる社会の実現のためには、各個人が主体的に取り組むだけでなく、企業との連携による環境づくりも必要です。

■ 今後の方針

本計画の基本理念に基づき、地域に根差した身近な健康情報や健康データに基づく地区ごとの対策強化を進め、各種団体や関係機関とも連携し、健康づくりに取り組みやすい環境の整備を図ります。

図表5-25: 各種健(検)診・保健指導の概要

名称	概要	対象者
健康診査・保健指導		
特定健康診査	生活習慣病や疾病による生活機能低下の予防に向けて、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の早期発見のために行う健康診査	40歳以上の市民のうち、国民健康保険の被保険者
特定保健指導	特定健診において、メタボリックシンドローム該当者・予備群となった人に対し、生活習慣改善に向けて助言・指導を行う保健指導	40歳以上の市民のうち、国民健康保険の被保険者
後期高齢者医療健康診査	75歳以上の後期高齢者医療加入者を対象に行う健康診査	後期高齢者医療保険の被保険者
健康増進健康診査	生活保護受給者等のためのを対象に行う健康診査	生活保護受給者等
健康増進健診事後指導	健康増進健診の受診者を対象に行う保健指導	生活保護受給者等
がん検診		
胸部(結核・肺がん)検診	がん検診は自覚症状のないうちに早期発見・治療を行うことで、がんによる死亡率を減少させることを目的としている。	40歳以上の男女
胃がん検診		40歳以上の男女 ※2年に1度
大腸がん検診		40歳以上の男女
子宮頸がん検診		20歳以上の女性 ※2年に1度
乳がん(甲状腺)検診		40歳以上の女性 ※2年に1度
前立腺がん検診		50歳以上の男性
その他の検診		
骨粗しょう症検診	職場などで検査を受けることができない市民等へ受診機会を提供する。	40・45・50・55・60・65・70歳の節目年齢の女性
肝炎(C型・B型)ウイルス検診		40歳または41歳以上で過去に検診を受けていない男女
歯科健康診査		
成人歯科健康診査	口腔内の健康維持を目的に実施する歯科の健康診査	20・25・30・35・40・45・50・55・60・65・70歳の節目年齢の男女
健康増進歯科健康診査		前年度に75歳に達した生活保護受給者等

(2) 健康づくり組織活動の支援

保健推進員

■概要

保健推進員は「健康なまちづくり」を目指して、あらゆる世代に必要な健康情報の提供・周知や検診の受診勧奨を行う等、市民と行政をつなぐパイプ役として、地域社会における保健活動の重要な役割を担っています。地区担当保健師と一緒に各地区で健康教室等を開催し、「健康まえばし21」の周知を図っています。また、地域の方々へ成人健康診査の受診勧奨を行うとともに健康情報等を伝えています。

■課題

自治会や地域の各種団体が抱えている課題と同様、人材確保の難しさや保健推進員全体の高齢化等により、委嘱を受けた本人の負担感が増えています。

■今後の方針

市の保健師などで構成する地区担当体制を整備し、各地区における協働体制を確保することにより、地域での健康づくり活動の充実を図っていきます。

食生活改善推進員

■概要

食生活改善推進員は、自らより良い健康生活の実践者となり、健康的な食生活の実践につなげるための「食生活改善活動」を担っており、地域保健の向上を図るとともに、生活習慣病予防や食育の周知を目的とした各種栄養教室を開催し、正しい情報の提供を行っています。

■課題

各種栄養教室の開催や対話・訪問活動を実施していますが、世代による食への意識の差や生活習慣・食習慣の違い等から、幅広い年齢層への食に関する働きかけが困難となっています。また、会員の高齢化による退会等によって、会員数の少ない地区が生じており、人材の確保が困難となっています。

■今後の方針

幅広い年齢層への食に関する意識の向上や働きかけを強化していきます。また、養成講座である健康大学の周知を図り、人材の確保に努めます。

(3) 予防接種・結核健診の推進

定期予防接種

高齢者のインフルエンザの発症・重症化及び肺炎球菌による肺炎の予防とまん延防止のため、予防接種法に基づく予防接種を実施し、費用の一部を補助しています。今後も、対象者へ予診票を個別郵送して予防接種の勧奨を行い、接種率を維持していきます。

新型コロナウイルスワクチンについては、国の方針を踏まえて、安定的な接種体制を確保し、円滑な接種を実施していきます。

任意予防接種への一部助成

帯状疱疹の発症予防のため、帯状疱疹ワクチン接種費用の一部助成を実施しています。帯状疱疹は、80歳までに約3人に1人が発症するといわれており、強い痛みを伴うことが多く、痛みが長期にわたって続く人がいることから、ワクチン接種による発症予防に取り組んでいます。

結核健康診断

結核の早期発見・早期治療とまん延防止のため、感染症法(※)に基づく結核健康診断を肺がん検診も兼ねた胸部検診として実施しています。結核についての啓発とともに、健診の受診勧奨を行い、受診率の向上を図ります。

※感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

(4) 介護予防と保健事業の連携

■概要

KDBに集約されている健診・医療・介護情報から健康課題を持つ後期高齢者を把握し、国民健康保険課、健康増進課、後期高齢者医療広域連合と連携しながら、介護予防事業を促進しています。ハイリスクアプローチでは、低栄養のリスクのある人を対象として、管理栄養士・保健師を中心とする専門職が訪問指導を行っています。また、ポピュレーションアプローチでは、地区公民館に通う高齢者を対象に、専門職による助言やフレイル予防教室等、既存の介護予防事業を実施しています。

■課題

高齢者本人が健康維持に対する関心を持つことが重要なことから、自身の健康に関する気づきを得られるように積極的に働きかけていくことが必要です。

■今後の方針

ハイリスクアプローチでは、引き続き、健康課題を持つ圏域に対する訪問指導を行います。

また、ポピュレーションアプローチでは、関係部門と協議を行い、対象となる通いの場を選定し、健康課題を共有しながら、介護予防事業の利用を勧奨していきます。さらに、フレイルチェック、歩行測定やフレイル予防教室の実施を通して、健康維持に対する関心を高めていきます。

図表5-26:介護予防と保健事業の連携に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ポピュレーションアプローチ:1圏域20人 (人/年)	100	140	180	220

3 目標Ⅲ 認知症高齢者支援の充実

認知症の発症を遅らせるとともに、認知症になっても尊厳を保持されながら希望を持って暮らすことができる社会(共生社会)を目指し、「共生」と「予防」を軸に施策を進めます。

1) 認知症との共生

「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会で生きるという意味です。生活上の困難が生じた場合でも、周囲や地域の理解と協力のもと、認知症の本人が希望をもって前を向き、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指します。

(1) 認知症ケアパスの活用

■概要

認知症の人の生活機能障害の進行に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスが受けられるかが記載されている「認知症ケアパス」を作成し、地域包括支援センター等で配布することにより、市民の認知症に対する理解促進を図り、認知症の人とその家族等を支援しています。

令和4年度より新たに郵便局にも設置したほか、認知症地域支援推進員とケアパスの内容、活用方法などについて意見交換を行っています。

■課題

認知症の施策やサービス、対応に関するニーズは年々変化しており、それに合わせた内容への改定が求められています。さらに、認知症の人とその介護者がより暮らしやすい地域をつくるためには、配布先拡大とともに、ケアパスを活用した取組を検討する必要があります。

■今後の方針

毎年度改定を行っていますが、より適した内容に改定するため、庁内関係各課や関係機関との連携を強化するとともに、今後も認知症の人の意見やニーズを把握する機会を設けていきます。

また、認知症ケアパス作成の効果を測るため、市民への配布数について、市有施設や医療機関、地域包括支援センター等の設置場所と連携して把握していきます。

さらに、認知症ケアパスの活用により、介護予防サポーターや認知症サポーター等、認知症の人とその介護者を支援する人の知識を深めていきます。

図表5-27: 認知症ケアパスの活用に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市民への配布数 (冊/年)	7,000	7,500	8,000	8,500



※認知症ケアパスより抜粋

(2) 認知症高齢者等見守りネットワークの整備

SOS ネットワーク体制の構築

■ 概要

SOSネットワークとは、高齢者等が行方不明となった場合、警察や地域の関係団体等が連携し、速やかに行方不明者を発見・保護する仕組みのことで、本市では行方不明時の「メール配信」「ラジオ放送」のほか、行方不明のおそれのある人のために、登録番号を付した「見守りキーホルダー」を配付する「事前登録」を行っています。

■ 課題

警察への手配により保護につながったものの、認知症の本人から氏名、住所、連絡先等の確認が取れないため、家族等の介護者への引き渡しまでに時間を要する事例があります。そのため、事前登録により支援が必要な人の情報をより多く把握するとともに、地域で生活する認知症高齢者が外出を続けられるよう、地域ぐるみで見守る体制の一層の強化が求められています。

■ 今後の方針

認知症高齢者等の行方不明者のより迅速な発見・保護につながるよう、警察や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等との連携を深めることで、メール受信登録者や事前登録者を増やし、SOSネットワーク体制を強化していきます。また、事前登録により認知症の人を把握した際には、地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携し、住み慣れた地域で生活し続けられるよう認知症の人とその家族等を支援していきます。

GPS 端末貸出事業

■ 概要

介護している家族等が位置情報を検索できるように、行方不明となるおそれのある高齢者等にGPS端末を貸与することで、行方不明時の早期発見と家族等の負担軽減を図っています。

■ 課題

対象者によってはGPS端末の携行が難しい場合があります。また、利用者の利用実態の把握が不十分です。

■ 今後の方針

利用している高齢者等が行方不明時に早期発見されるよう、介護者から利用実態について情報収集する機会を設け、介護者から得た情報を参考にしながら個別の状態・状況に応じた携行方法を提案していきます。また、介護者の負担軽減に向け、警察、地域包括支援センター、介護支援専門員等と連携し、より多くの人に有効活用されるような事業の周知・啓発はもちろん、地域の見守り体制の構築も進めていきます。さらに、貸出申請の受付が認知症の人を把握する機会となるため、地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携し、住み慣れた地域で生活し続けられるよう認知症の人とその家族等を支援していきます。

認知症地域支援推進員等設置事業

■ 概要

認知症の状態に応じた医療・介護・生活支援のサービスが有機的に連携して提供される地域体制の構築に向けた支援や、認知症の人とその家族等を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員(以下、「推進員」という。)を令和5年度より全ての地域包括支援センターに配置しています。

■ 課題

推進員の役割や活動が確立していないため、引き続き調整や検討が必要です。

■ 今後の方針

より有効的に認知症施策を機能させるため、現行の認知症事業に参加しながら、推進員の役割や活動について検討を重ねていきます。また、推進員を中心とした認知症に関する相談体制の充実、認知症の人とその家族等を地域で支える体制づくりを進めていきます。

■概要

認知症を正しく理解し、認知症の人とその家族等の見守り及び支援を行う認知症サポーターを養成しています。認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを市民が主体的に展開していくための知識や対応、認知症サポーターとしての心構え等を学ぶ講座を開催し、受講者には認知症サポーターの証であるサポーターカードを配付しています。対象は①市民、②出前講座等で希望した団体、③介護予防サポーター養成中級研修の参加者、④企業・商店、⑤小・中学校などです。また、認知症サポーターの中で、ステップアップ講座を受講した人は、認知症の人とその家族等の支援を実践的に行う「オレンジパートナー」として登録し、市主催事業への協力や活動報告会などの活動をしています。

■課題

認知症にやさしいまちづくりを進めるためには、養成講座をあらゆる年齢層、職域に拡充する必要がありますが、新規の生活関連企業への周知が広がっていません。また、市以外の養成講座の開催が固定の認知症キャラバン・メイトによるものに偏っています。

■今後の方針

すべての世代(特に若年層・壮年層)並びに小売業や金融機関、公共交通機関等の職域に対して養成講座の周知を進めていきます。また、認知症キャラバン・メイトの活動状況を把握し、支援します。さらに、認知症本人のニーズに合った活動の展開ができるよう、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター、認知症キャラバン・メイトと連携して、オレンジパートナーとともに地域で活躍できる場づくりを進めていきます。

図表5-28: 認知症高齢者等見守りネットワークの整備に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
SOSネットワーク体制の構築				
事前登録制度利用者数 (人)	340	345	350	355
GPS端末貸出事業				
利用者数 (人)	70	70	70	70
介護負担が軽減した介護者の割合 (アンケートによる) (%)	75	75	75	75
認知症地域支援推進員等設置事業				
認知症に関する相談人数 (人/年)	650	700	750	800
認知症サポーター養成(再掲)				
養成数 (人/年)	1,200	1,200	1,400	1,600
うち養成講座(企業・職域区分)の養成数 (人/年)	550	600	700	800
オレンジパートナー新規養成数 (人/年)	20	20	20	20

(3) 認知症カフェの推進

■ 概要

認知症の人やその家族・知人、医療やケアの専門職、認知症について関心や不安を持っている人等、誰もが気軽に集まり、相談・交流することができる「認知症を語るカフェ」を月1回開催しています。業務の一部を前橋地域リハビリテーション広域支援センターに委託し、地域包括支援センターやオレンジパートナーと協働して運営しています。また、補助事業として実施している「はつらつカフェ」は、社会福祉法人や介護サービス事業者、ボランティアが連携し、身近な通いの場として誰もが気軽に相談・相談等できる場となっており、認知症の人等が集える機能を持たせて設置を推進しています。

■ 課題

地域で生活する認知症高齢者等の増加に伴い、認知症の人とその家族等の介護者の外出・交流や、相談・支援の場づくりが急務となっており、参加者数を増やすとともに、相談・支援体制を強化する必要があります。また、新規参加者が少なく、参加者が固定化しているカフェもあります。

■ 今後の方針

「認知症を語るカフェ」の会場や開催回数、周知方法等を見直していきます。また、「はつらつカフェ」を日常生活圏域ごとに1か所以上の設置を目標に整備を進めるとともに、委託先のNPO法人等を集めた情報交換会で各々の取組を共有しながら、医療機関等へのポスター掲示や市窓口の各カフェ紹介コーナー、SNS等を活用した幅広い周知を行います。

さらに、早期の相談と支援につながる体制づくりのため、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム等の関係機関・関係者との連携強化を進めていきます。

図表5-29: 認知症カフェの推進に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規設置数(はつらつカフェ含む) (か所/年)	2	2	2	2
延べ参加者数(はつらつカフェ含む) (人/年)	4,000	4,000	4,500	5,000

(4) 認知症本人ミーティングの開催

■ 概要

認知症と向き合っている本人が、同じ状況にある仲間と出会い、自らの体験や希望を主体的に本音で語り合い、本人視点の施策を実現できる場を提供しています。

■ 課題

目的に合致した本人参画のため、周知方法や開催場所、内容の見直しが求められています。

■ 今後の方針

地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症の人と家族の会、地域密着型サービス連絡協議会、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等と連携し、認知症本人による主体的活動をサポートしながら、ミーティングで汲み取った本人の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映します。また、日常生活圏域の商業施設や通いの場との連携を進めていきます。

図表5-30: 認知症本人ミーティングの開催に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延べ参加者数 (人/年)	50	60	70	80
本人視点を取り入れた施策の企画・立案数 (件/年)	1	2	3	3

2) 認知症の予防

「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。認知症の人の早期発見・早期対応、高齢者の運動不足の改善や生活習慣病の予防、社会的な孤立の解消等に取り組めます。

(1) 認知症初期集中支援チーム体制の充実

■ 概要

認知症の人の早期発見・早期対応により本人やその家族等の自立した生活を支援するため、医療・介護の専門職の支援チームが自宅を訪問し、集中的・包括的に関わることで適切な医療や介護を受けられる体制の構築を図っています。より早期に支援チームが介入できるよう、前橋市医師会と連携し、かかりつけ医からの依頼により対象事例を把握できる体制となっています。

■ 課題

認知症高齢者等の増加が見込まれる中、支援チームが把握した対象事例数は未だ少なく、支援が必要な人を十分に把握しているとは言えません。また、支援チームによる支援終了後に、本人と家族の自立した生活に向けた支援を継続できる連携体制を構築することも重要です。

■ 今後の方針

認知症の人を早期に把握するため、情報共有が深められる連携体制の構築を一層進めるとともに、市民や介護支援専門員等の高齢者に関わる専門職、関係機関等への事業周知を強化し、支援チームの認知度を高めていきます。

また、支援チームや地域包括支援センター、介護支援専門員等の間で、支援チーム介入時から協働することの重要性を認識し、本人と家族の自立生活に向けたサポートが継続されるよう連携していきます。さらに、人材の確保・育成とともに、チーム員会議や支援チームの活動等に必要な事項を協議する検討委員会の意見を取り入れ、対応力の向上を図ります。

図表5-31：認知症初期集中支援チーム体制の充実に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支援チームが把握した対象事例数 (件/年)	40	41	42	43
支援チームの介入により新たな医療・ 介護サービスにつながった人の割合 (%)	50	65	65	65

(2) 発症遅延と重症化予防に効果的なサービスの提供

■ 概要

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても重症化を防ぐため、専門職による介護予防教室や健康相談等を開催しています。また、外出や人との交流の機会を増やすことで認知症予防につなげるため、身近な「通いの場」づくりを進めています。その他、高齢者の難聴が認知症の発症リスクと関係していることから、「聴こえのチェックリスト」等を活用し、難聴の早期発見と補聴器の適正使用に関する支援を行っています。

■ 課題

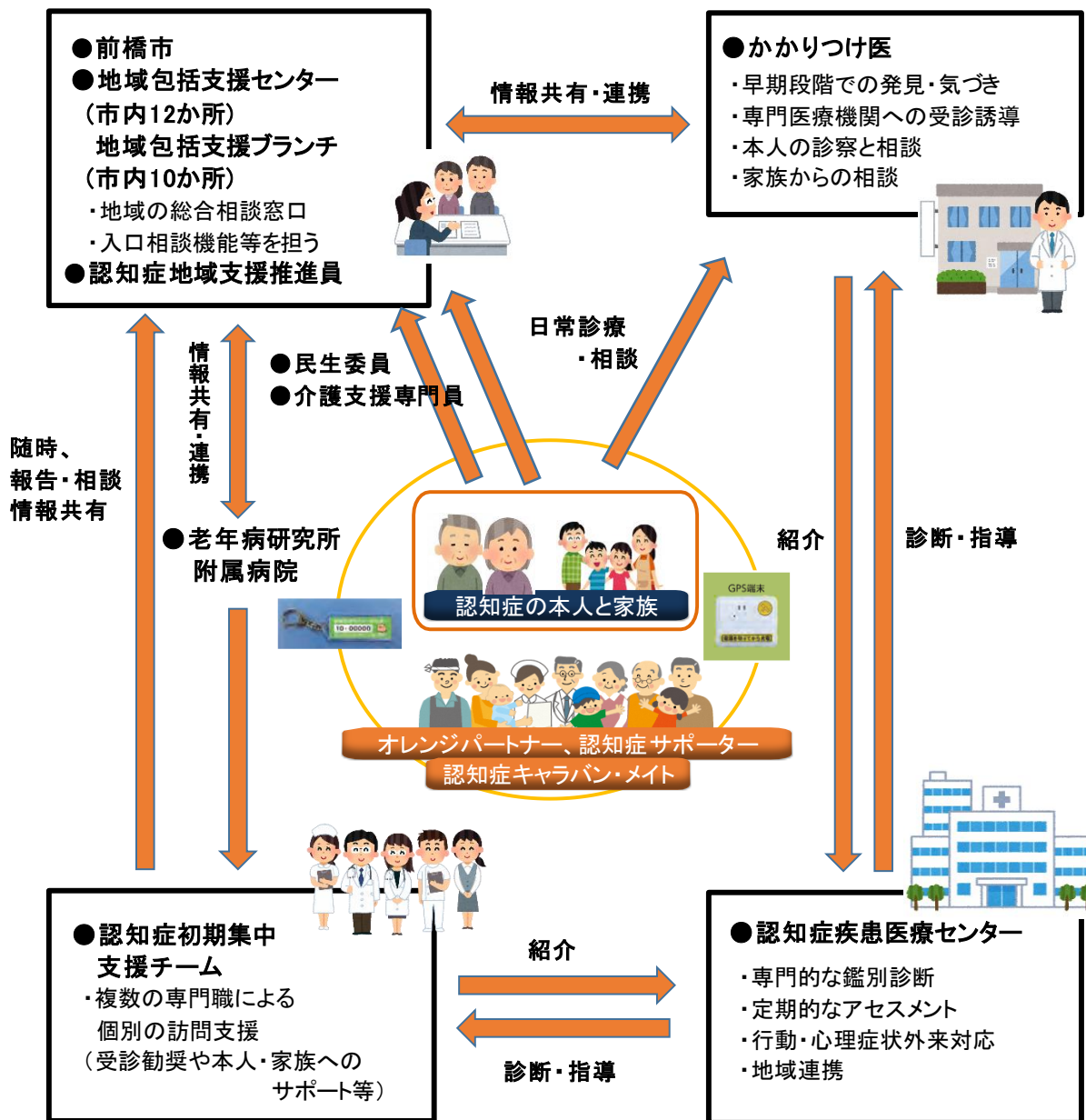
高齢化の進展に伴い、認知症発症のリスクが高い人の把握をより一層進める必要があります。また、難聴放置が人との会話や社会的な孤立・抑うつ傾向を招くなど、日常生活に様々な影響を及ぼすことについて市民への周知が不十分です。

■ 今後の方針

認知症予防の必要性の高い人をより多く、より早期に把握し、発症遅延や発症リスク低減、重症化防止に向けた取組につなげるため、専門職による健康相談や健康教室等の他、認知症予防のみならず介護予防にも資する居場所づくりを推進し、把握した情報を市民や関係者へ発信していきます。ま

た、聴力と認知症の因果関係やチェックリストを活用した難聴の早期発見、補聴器の適正利用について周知・啓発を進めます。

図表5-32: 認知症の本人と家族等の支援体制イメージ



4 目標Ⅳ サービスの充実と暮らしの基盤の整備

1) 介護保険給付対象外の高齢者福祉サービスの確保

介護保険認定非該当(自立)者やひとり暮らしの高齢者等で、日常生活に何らかの支援を必要とする人のために、介護保険給付対象外の高齢者福祉サービスを提供しています。ニーズ調査の結果、事業の認知度が低いことが課題となっていることから、必要な人がサービスを受けることができるように、引き続き、広報、ホームページ又はSNS等の多様な媒体を活用し、関係機関に対しても定期的に情報提供を行っていきます。また、今後のひとり暮らし高齢者の増加を見据え、他市の事例研究を行いながら、より効果的な施策を模索していきます。

(1) 日常生活での支援サービス

高齢者が日常生活を円滑に送れるように支援するため、各種サービスを提供します。

はり・きゅう・マッサージ施術料助成

70歳以上の高齢者で希望する人に対し、市と契約をしているはり・きゅう・マッサージの施術所で1回2,500円のサービスを1,500円で利用できる1,000円の助成券を交付することにより、高齢者の心身ともに健康でいきいきとした在宅生活を支援しています。

ひとり暮らし高齢者公衆浴場利用券給付

ひとり暮らし高齢者で希望する人に対し、公衆浴場環境衛生同業組合に加盟する一般公衆浴場で利用できる無料入浴券を交付することにより、快適な生活の維持といきがいの増進を図るとともに、一般公衆浴場の利用を促進しています。

補聴器購入費助成

聴覚障害による身体障害者手帳の該当にならない中等度難聴の高齢者に対し、管理医療機器認定を受けた補聴器の購入費用を一部助成することで、閉じこもりを防ぎ、積極的な社会参加を促すとともに、認知症の予防が期待できるため支援しています。

布団乾燥サービス

高齢者のみの市民税非課税世帯に属し、在宅で布団を干すことが困難な高齢者に対し、市と委託契約している民間事業者が月1回自宅を訪問し、布団や毛布等の寝具の乾燥を行い、衛生的で快適な生活の維持を図っています。

布団丸洗いサービス

高齢者のみの市民税非課税世帯に属し、在宅で寝具の衛生管理が困難な寝たきり等の高齢者に対し、市と委託契約している民間事業者が年3回自宅を訪問し、布団や毛布等の寝具の丸洗いを行い、衛生的で快適な生活の維持を図っています。

見守り配食サービス(地域支援事業)

配食を希望する事業対象者・要支援者で、在宅での調理や買い物が困難と判断された単身世帯等の高齢者や、低栄養の予防・改善が必要な高齢者に対し、身体状況を考慮した食事を提供することにより、食の自立を支援するとともに配達時に見守りを行っています。

おむつサービス(地域支援事業)

在宅で過ごす要介護3以上でおむつを用いて常時排泄する高齢者で、宿泊サービスの利用日数等が基準を超えない市民税非課税の人に対し、1か月あたり上限3,000円分の紙おむつ等を年4回に分け、安否確認を兼ねて自宅に配送することで、日常生活を支援するとともに、介護者の身体的・経済的負担の軽減を図っています。

出張理・美容サービス

在宅で過ごす要介護3以上の高齢者で、宿泊サービスの利用日数等が基準を超えない人に対し、理容・美容業生活衛生同業組合と協力し、自宅で理容・美容サービスを受けられる利用券を交付することで、衛生的で快適な生活の維持を図っています。

生活援助員派遣(シルバーハウジング運営事業)(地域支援事業)

市営住宅広瀬団地内の高齢者世話付住宅(シルバーハウジング)に居住する高齢者に対し、生活援助員を派遣して生活指導・相談等のサービスを提供することにより、自立して安全で快適な生活を営むことができるように支援しています。

生活管理指導短期宿泊

要介護認定は非該当(自立)であるが、基本的な生活習慣の維持が困難で、一時的な養護管理が必要な高齢者に対し、養護老人ホーム等での短期宿泊を通じて、日常生活に対する指導・支援等を行っています。

(2) 見守り・安否確認サービス

ひとり暮らしの高齢者が在宅生活を続けられるように、見守りサービスを提供します。

緊急通報システム

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等で身体状況に不安がある高齢者に対し、自宅に緊急通報装置を設置することで、健康相談や安否確認、孤立死防止のための見守りを行っています。

ひとり暮らし高齢者訪問

前橋市老人クラブ連合会の会員や地域ボランティア等が、自治会、民生委員等の協力を得ながら、地域のひとり暮らし高齢者を訪問して、安否確認を行い、住み慣れた地域で自立した生活が送れるよう支援します。

(3) 高齢者向けの住まい

介護保険対象外の住まいとして、以下の居住施設があります。

養護老人ホーム

市内に2施設(定員130人)が整備されており、2施設ともに自施設内に職員を配置し、「特定施設入居者生活介護」の指定を受け、支援や介護保険サービスとしての介護を要する入所者に対応しています。

軽費老人ホーム

市内にA型が1か所(定員80人)、ケアハウスが9か所(定員計330人)が整備されています。いずれも「特定施設入居者生活介護」の指定を受けていませんが、ケアハウスは必要に応じて介護保険サービスを利用できます。

(4) 介護者への支援サービス

家族等の介護者への支援のため、地域包括支援センターでの相談・支援体制の充実(P.54)や成年後見制度の利用促進(P.61)、認知症高齢者等見守りネットワークの構築(P.84)を図っています。

その他、経済的に支援することにより、精神的な負担軽減と在宅生活の継続を図っています。

介護者慰労金支給

宿泊サービスの利用日数や入院入所等の日数が基準を超えない要介護4以上の高齢者を在宅で介護している人に対し、年額80,000円の慰労金を支給します。

図表5-33:介護保険給付対象外の高齢者福祉サービスの確保に関する目標

目標		令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
見守り配食サービス						
低栄養の利用者の延べ訪問件数	(人/年)	40	40	40	40	
生活管理指導短期宿泊						
受入施設数	(か所)	4	4	4	4	
利用者数	(人/年)	3	5	5	5	
緊急通報システム						
設置件数	(件/年)	450	550	650	750	
受信件数	(件/年)	1,260	1,450	1,650	1,850	
養護老人ホーム	定員数	(人)	130	130	130	130
	施設数	(か所)	2	2	2	2
軽費老人ホーム	定員数	(人)	410	410	410	410
	施設数	(か所)	10	10	10	10
A型(給食型)	定員数	(人)	80	80	80	80
	施設数	(か所)	1	1	1	1
ケアハウス	定員数	(人)	330	330	330	330
	施設数	(か所)	9	9	9	9
高齢者福祉のしおり ホームページ閲覧数		2,200	2,250	2,300	2,350	

2) 介護保険サービスの充実 ※P.136 用語集「2)介護保険のサービス一覧」を参照

介護保険サービスを利用するためには、要支援・要介護認定を受ける必要があります。快適な日常生活を送れるよう、引き続き、介護保険サービスの質の確保に努めていきます。

(1) 介護予防サービス

要支援1又は要支援2と判定された人は、以下の介護予防サービスを受けることができます。

介護予防サービス

介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具購入

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、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

要支援者へのその他のサービス

介護予防支援、介護予防住宅改修

(2) 介護サービス

要介護1から要介護5と判定された人は、以下の介護サービスを受けることができます。

居宅サービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具購入

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(原則、要介護3以上の人が利用可)

要介護者へのその他のサービス

居宅介護支援、住宅改修

施設サービス

介護老人福祉施設(原則、要介護3以上の人が利用可)、介護老人保健施設、介護医療院

(3) リハビリテーション提供体制の確保

■ 概要

要支援・要介護者がそれぞれの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。

■ 課題

介護保険サービスの対象となる「生活機能」が低下した高齢者に対しては、単に運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけて、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることが重要です。

■ 今後の方針

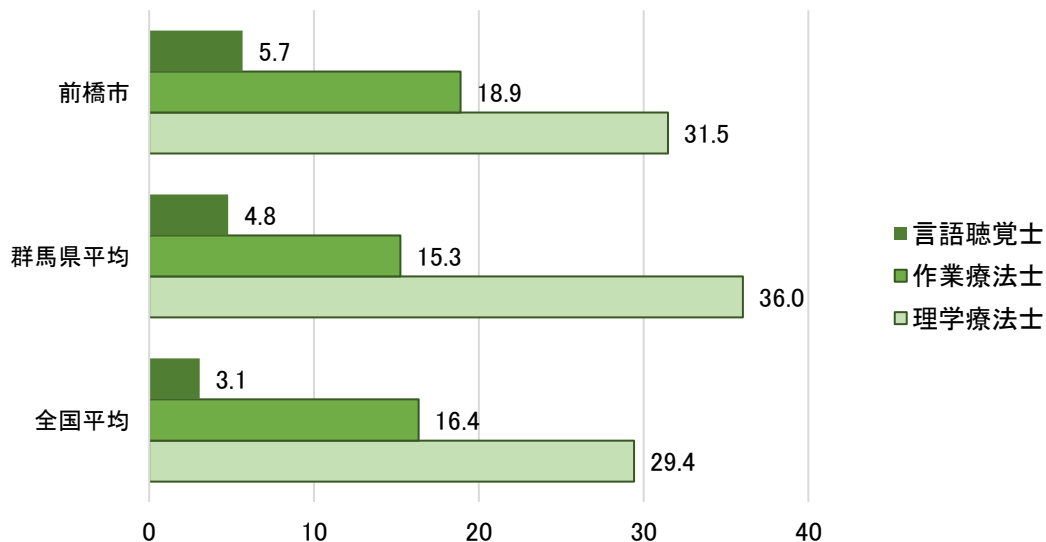
本市における認定者1万人あたりのリハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の従業員数は、いずれも全国平均を上回っていることから、体制の維持に努めます。また、要支援・要介護状態になる前の支援として、地域リハビリテーション活動支援事業（P.76に掲載）を推進していきます。

図表5-34:リハビリテーション提供体制の確保に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通いの場でリハビリ専門職が関わった 対象者数 (人/年)	812	830	860	890

※「通いの場」は、ピンシャン体操クラブと認知症カフェのことを指します。

図表5-35:認定者1万人あたりの従業員数



【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成29年）

(4) 介護保険施設等の整備

中長期的な介護需要や有料老人ホーム等の利用状況等を踏まえて、介護保険施設等の整備を進めます。

■ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

緊急性の高い入所待機者が早期に入所できることを基本に、今後開設予定の施設を含めた定員数及び既存施設の入所率の向上を鑑み、また、今後の医療からの追加的需要、さらに国及び県の方針等を踏まえ、地域密着型の特別養護老人ホーム1施設を新設します。

■ 介護老人保健施設

市内施設にて空床がある一方で、5年以上の長期入所者も一定数おり、医療的ケアが必要な長期療養者のための施設が不足していることから、介護医療院への一部転換を行います。

■ 介護医療院

介護老人保健施設の長期入所者や、医療処置等が必要で特別養護老人ホームでの受入れが困難な人の増加が見込まれることから、介護老人保健施設から介護医療院への転換を行います。

■ 特定施設入居者生活介護(介護付き有料老人ホーム)

本市の居住系サービスの給付額が全国平均より少ない状況にあることや、利用者負担及び利用者に対するケアの観点から、既存の有料老人ホーム等から特定施設入居者生活介護への転換を行います。

図表 5-36: 介護保険施設等の整備の目標量(年度別)

施設(サービス)区分		単位	第8期計画	第9期計画			令和8年度末 (予定)	
			令和5年度末	計	令和6年度	令和7年度		令和8年度
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	広域型	施設数	27(30)	0	0	0	0	27(30)
		定員数	1,834	0	0	0	0	1,834
	地域密着型	施設数	1(8)	1	0	1	0	2(8)
		定員数	155	29	0	29	0	184
	合計	施設数	28(38)	1	0	1	0	29(38)
		定員数	1,989	29	0	29	0	2,018
介護老人保健施設		施設数	11(13)	-	0	-	0	11(13)
		定員数	1,005	-12	0	-12	0	993
介護医療院		施設数	1	1	0	1	0	2
		定員数	65	12	0	12	0	77
特定施設入居者生活介護 (介護付き有料老人ホーム)		施設数	13	3	0	3	0	16
		定員数	890	120	0	120	0	1,010

※施設数、定員数は選定見込み数値

※括弧内は別指定となっているユニット型施設分を含んだ数値

※特定施設入居者生活介護は、養護老人ホーム(2施設、130人分)を含まない

(5) 地域密着型サービスの整備

可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするため、圏域別高齢者人口と定員数等の地域バランスやニーズ調査の結果等を考慮し、地域密着型サービスの整備を推進します。なお、整備の際は公募により事業者を募集し、国・県の補助金を活用することで、参入を促進します。

■ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

認知症高齢者数は今後も増加が見込まれる中、ニーズ調査の結果から、東ブロック(桂萱・大胡・宮城・粕川圏域)全体で認知症リスクが高い傾向が見られました。また、東ブロックと富士見圏域における整備率が低くなっています。このことから、認知症対応型共同生活介護の需要に応えるため、整備率の低い4圏域(大胡・宮城・粕川・富士見圏域)を優先圏域として1事業所を新設(定員:18人)し、市内全域で既存の2事業所を増床(定員:各9人)します。

■ 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護がない大胡・宮城・粕川圏域と1事業所のみで富士見圏域を優先圏域として、小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護1事業所(登録定員:29人)を新設します。なお、市域の整備状況も勘案し、新設の認知症対応型共同生活介護との併設を条件とします。

■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

ニーズ調査の結果をもとに、在宅生活の支援に係るサービス需要の増加を見据え、地域密着型サービスを普及促進し、住宅生活の限界点を高めるため、1事業所を新設します。

図表5-37: 地域密着型サービスの整備の目標量(年度別)

施設(サービス)区分	単位	第8期計画	第9期計画				令和8年度末 (予定)
		令和5年度末	計	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	事業所数	40	1	1※1	-	0	41
	定員	513	36	18	18	0	549
小規模多機能型居宅介護	事業所数	19	1	1※2	0	0	20
	登録定員	528	29	29	0	0	557
看護小規模多機能型居宅介護	事業所数	1	(1)	(1)※2	0	0	1(2)
	登録定員	29	(29)	(29)	0	0	29(58)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	事業所数	4	1	1	0	0	5

※1) 大胡・宮城・粕川・富士見圏域を優先

※2) 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)と小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の併設、大胡・宮城・粕川・富士見圏域を優先

※事業所数、(登録)定員は選定見込み数値

3) 介護人材の確保・育成及び介護現場における業務の効率化

令和7年には団塊の世代がすべて75歳以上となり、今後さらに介護サービス需要が高まることが見込まれます。本市では、関係機関や介護サービス事業所と連携し、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保や業務効率化に向けた取組を進めるとともに、人材の定着や育成等も視野に入れた取組を検討していきます。

(1) 多様な担い手の育成

介護に関する入門的研修

■概要

介護に関する基本的な知識や介護の業務に携わる上で知っておくべき基本的な技術を学ぶ機会を提供し、介護分野への参入のきっかけを作るとともに、介護の業務に携わる上での不安を払拭することにより、多様な人材の参入を促進します。

■課題

受講者の約6割が60歳以上で占められており、介護分野への興味・関心が比較的薄い50代以下の若年層の参加が少ないことが課題となっています。

■今後の方針

受講者を増やすだけでなく、幅広い年代の人に受講してもらうため、広報やホームページ、SNSを活用して広く周知を行います。研修終了後には、「介護に関するスキルアップ研修」や「介護職員初任者研修」の案内を行い、研修修了者のスキルアップに繋げていきます。

介護に関するスキルアップ研修

■概要

介護に関する入門的研修に比べ、より実践的な知識や技術を学べる「介護に関するスキルアップ研修」を実施します。従来「訪問型サービスA従事者養成研修」として実施していた研修を組み替えて、「介護に関する入門的研修」に「訪問型サービスA従事者養成研修」のカリキュラムを組み込んで実施します。研修修了者は訪問型サービスAの従事者の資格も取得することができます。

従来実施していた研修修了者の中には「介護職員初任者研修」の受講やボランティア活動への希望をする等、幅広い介護の担い手の養成にも一定の効果をあげています。

■課題

介護に関する入門的研修と同様に、介護分野への興味・関心が比較的薄い50代以下の若年層の参加が少ないことが課題となっています。

■今後の方針

受講者を増やすだけでなく、幅広い年代の人に受講してもらうため、広報やホームページ、SNSを活用して広く周知を行います。また、研修修了者の活躍の場を広げるため、介護職員初任者研修の受講案内のほか、マンパワーセンターと連携した求職登録の案内、介護福祉士等届出制度の周知を続けていきます。

介護職魅力発信事業

■ 概要

若年層に向け、高齢者や介護の理解に加え、介護職が学生の進路や就職選択の一つになるように、その魅力を伝えるための冊子を作成しています。作成した冊子は、市関係機関や各地域包括支援センター、ハローワークなどに設置しています。また、市社会福祉協議会ボランティアセンターの実施する福祉教育の中で、介護の魅力を説明しながら配付しています。

なお、令和5年度より、介護の日「11月11日」に合わせて、冊子のデータを市内全中学生向けに送付しています。

■ 課題

より多くの人に配布できるように、市内介護サービス事業所等と連携しながら新たな周知先を広げていく必要があります。

■ 今後の方針

今後も継続して冊子を作成・周知し、介護職の魅力を発信します。また、一定の評価ができるように、アンケートを実施していきます。

図表5-38: 多様な担い手の育成に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護に関する入門的研修				
研修修了者数 (人/年)	54	55	55	60
介護に関するスキルアップ研修修了者数				
研修修了者数 (人/年)	—	25	25	25

(2) 介護現場における業務の効率化

文書負担の軽減

介護職員の負担軽減のためには、介護現場での業務以外の業務を簡素化していくことも重要ですが、指定申請関係等で必要となる書類の多さや指定権者によって提出内容が異なることも業務負担の一因となっています。主な文書負担の軽減策として、国の「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」において負担軽減策の方向性が示されました。

本市においても、この対応方針を踏まえて、指定申請や報酬請求等の際に、国が定める標準様式の利用や「電子申請・届出システム」を導入することで、文書負担の軽減を図るとともに、関連する諸手続きについても介護サービス事業者の負担の軽減につながるよう見直しを進めていきます。

介護現場におけるロボット・ICT活用の促進

介護人材を確保するためには、介護職員の負担軽減を目的とした見守りをはじめとする介護ロボットやICT活用によるコミュニケーションの円滑化等、環境を整備することも重要です。本市では、群馬県介護基盤等整備事業費補助金を財源として、介護施設等の大規模修繕の際にあわせて行う介護ロボット・ICT導入支援事業を実施しています。また、県が実施する群馬県地域医療介護総合確保基金事業費補助金による介護従事者の確保に関する事業(介護ロボット等導入支援事業)についても、事業周知に協力するとともに、導入を促していきます。

5 目標Ⅴ 安定した介護保険制度の運営

1) 介護給付の適正化(介護給付適正化計画)

情報分析に基づく介護給付の適正化を、目標と計画性をもって取り組むことにより、持続可能な介護保険制度の運営を目指します。

第9期計画においては、国の主要事業の見直しの方向性を受けて、費用対効果が見えにくく任意事業となった「介護給付費通知」を廃止するなど、事業を統合・再編し、「要介護認定の適正化」、「ケアプラン等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」の3事業を実施するほか、そのフィードバックについても実施していきます。

(1) 要介護認定の適正化

■概要

要支援・要介護認定の申請があったときは、認定調査員による認定調査を実施するとともに、主治医意見書の作成を依頼します。その後、認定調査の結果と主治医意見書による一次判定、保健・医療・福祉の専門家で構成された介護認定審査会による二次判定が行われ、最終的な要介護状態と認定有効期間等が決定されます。そのため、認定調査員、審査会委員への研修・情報提供の実施や職員による調査結果の全数点検を通じて、適切かつ公平な要介護認定の確保を図っています。

■課題

認定調査は全国一律の方法により行われていますが、本市では職員・会計年度任用職員のほか、一部調査を事業所等に委託しており、調査に携わる者が多いことから、調査における視点の統一化を図っていくことが必要です。

また、二次判定を行っている介護認定審査会は、24合議体(120人)により構成されているため、審査基準を平準化し、公平な審査による適切な介護度の判定をしなければなりません。

■今後の方針

引き続き職員が調査結果を全数点検し、状況把握と分析を行います。把握した課題と分析結果は、認定調査員を対象とした研修を通じて伝達し、統一した視点による適切かつ公平な調査を実施します。

介護認定審査会については、合議体間の判定の差を分析し、研修等を通じて情報提供していきます。また、デジタル化による効率的な審査を実施し、質の高い議論を行います。さらに、審査基準の平準化と議論の活発化を図るため、1年を経過した段階で合議体委員の入替を行います。

図表5-39: 要介護認定の適正化に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
調査票の全数点検	全数	全数	全数	全数
認定調査員研修会の実施 (回/年)	2	2	2	2
介護認定審査員研修・連絡調整会議 における各委員の最低参加回数 (回/年)	1	1	1	1
介護認定審査会合議体委員の入替 (回/年)	改選	1	改選	1

(2) ケアプラン等の点検

■ 概要

ケアプランの点検については、介護支援専門員が「自立支援に資するケアマネジメント」を適切な過程を経て実践できているか、また、利用者の状態に適合したサービスが提供されているかを点検し、ヒアリングシートの提出や面談等を通じて「気づき」を促す指導・支援を実施しています。

住宅改修等の点検については、在宅の要支援・要介護者が住宅改修費の支給又は福祉用具の貸与・購入費の支給を受ける場合に、「自立支援」の観点から見て適切な内容となっているかを点検しています。申請書類の点検を基本としていますが、必要に応じて事業者等への聞き取り調査やリハビリ専門職等による現地調査を実施しています。

■ 課題

ケアプランの点検については、導入しているパッケージシステムにより様々な視点から点検対象を抽出し、効率的な点検につなげることができていますが、高齢者向け住まい等入居者の対象者選定についてはさらなる工夫が必要です。また、点検をより効果的なものにするために、ヒアリングシートを活用しながら指導・支援の機会として面談の実施につなげていく必要があります。

住宅改修等の点検については、利用者が多い福祉用具貸与について、認定状況に応じて利用内容を適切に見直して給付されているかなど、導入しているパッケージシステムを活用し、定期的に利用状況調査を行う必要があります。

■ 今後の方針

ケアプランの点検については、ケアプランに位置付けられたサービスが利用者の自立支援に資する内容になっているかを常に視点として持ちながら、引き続き点検を実施します。また、本市が指定したケアプラン、居宅介護支援事業所単位でのケアプラン、高齢者向け住まい等入居者に焦点をあてたケアプラン等対象を変えて実施し、必要に応じて面談を行います。

住宅改修等の点検においては、福祉用具貸与の利用状況調査を毎年度継続して実施します。また、住宅改修・福祉用具購入費の支給についても、申請書類の全件点検を継続しつつ、利用者の身体状況や生活環境に合った内容になっているかを確認する必要があるときは、リハビリ専門職等による現地調査を行います。

図表5-40: ケアプラン等の点検に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検数 (うち、高齢者住まい等入居者の点検数) (件/年)	81 (56)	70 (20)	70 (20)	70 (20)
住宅改修における現地調査数 (件/年)	2	4	4	4
福祉用具貸与における実態調査数 (回/年)	1	1	1	1

(3) 縦覧点検・医療情報との突合

■ 概要

縦覧点検：国保連合会の適正化システムを活用して、受給者ごとに複数月にまたがる介護保険サービスの利用状況（介護サービス事業所からの請求明細書内容）や提供されたサービスの整合性、算定期間・日数等の点検を行い、重複請求等の請求誤りを早期に発見して過誤申立を促しています。

医療情報との突合：適正化システムで突合した医療と介護の給付実績から、給付日数や提供されたサービスの整合性を点検し、重複請求等疑義のあるものについて介護サービス事業所に確認を行い、請求誤りの過誤申立を促しています。

■ 課題

縦覧点検については、国保連合会が処理する以下の4帳票を基本に点検していますが、適正化システムから出力される帳票は10帳票あり、他の帳票の活用も検討する必要があります。

- ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表
- ・重複請求縦覧チェック一覧表
- ・算定期間回数制限チェック一覧表
- ・単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表

■ 今後の方針

縦覧点検については、国保連合会処理分以外の帳票の活用方法を検討し、費用対効果が期待される帳票に重点を置いた点検を推進します。

医療情報との突合については、引き継ぎ点検を実施します。

図表5-41：縦覧点検・医療情報との突合に関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
縦覧点検 点検帳票数	5	5	5	5
医療情報との突合 点検件数の実施率(点検件数/出力件数) (%)	100	100	100	100

(4) 適正化事業のフィードバック

■ 概要

介護支援専門員や介護サービス事業者に、適正化事業の目的、ケアプラン点検等の結果、適正化による過誤申立の実施結果などを周知・伝達することで、ケアマネジメントに関する認識の共有とサービス提供の適正化を図っています。

■ 課題

コロナ禍を経て、介護サービス事業者への周知・伝達をどのような方法で行うのか、また、適正化事業の目的や取組及び周知内容等について、事業者の理解度を把握していく必要があります。

■ 今後の方針

ケアプラン点検及びその他の適正化事業の結果や過誤の多い内容等を、介護サービス事業者等にフィードバックします。周知・伝達方法としては、対面での説明会開催の他、ホームページ上への資料掲載やSNS等の活用、オンラインによる説明案内など、インターネットを活用した方法も検討して実施します。また、アンケート等により理解度を確認するなどの方策も検討していきます。

図表5-42：適正化事業のフィードバックに関する目標

目標	令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
適正化事業の周知回数 (回/年)	1	1	1	1

2) 介護保険制度の円滑な運営

介護保険制度について、各方面に情報発信していくことで理解を深めてもらい、サービスの質の向上や適切な利用など、制度の円滑な運営を目指します。

(1) 制度の広報・啓発

介護保険の保険者として、市民に制度の理解と介護予防に向けた広報啓発を継続的に行っていくことが重要です。

そのため、広報やホームページへの掲載、市民向けの「みんなの介護保険利用ガイドブック」パンフレットの発行に加え、令和4年度から民間企業との協働発行による介護サービス事業者ガイドブックを新たに作成、窓口での介護サービス事業所パンフレット棚の設置、出前講座の実施など、各種情報提供を適切に行い、あらゆる機会を捉えて制度の仕組みやその内容の周知・啓発に努めます。

(2) サービスの質の向上に向けた取組

介護サービス事業者に対し、法令等の各種情報の提供や運営に関する指導・助言を行い、サービスの質の確保・向上に努めます。また、地域密着型サービス事業所が開催する運営推進会議に市職員や地域包括支援センターの職員が参加し、事業所が実施した自己評価の評価・点検を行い、サービスの改善及び質の向上を図ります。また、介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進のため、介護保険のサービス提供時に発生した事故等の報告を受けて、事故情報を適切に分析し、介護サービス事業者へフィードバックを行います。

(3) 低所得者等への対応

介護保険サービスの利用について過大な負担にならないよう、法令等に基づく軽減策を実施します。

施設サービス及び短期入所サービスの負担額軽減

施設サービスや短期入所サービスを利用する際の居住費(滞在費)・食費について、世帯・本人の所得等に応じた利用者負担限度額を設け、低所得者の負担軽減を図ります。

社会福祉法人等による利用者負担軽減

収入等が低く、特に生計が困難な方について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割の一環として、介護保険サービスの利用促進を図るため、利用者負担額を軽減します。

高額介護(予防)サービス費

1か月に支払った介護保険サービス費の利用者負担の合計額が、所得区分ごとに定められた世帯単位又は個人単位の負担限度額を超えた場合、申請手続きを行うことにより、超えた分を高額介護(予防)サービス費として支給します。

高額医療合算介護(予防)サービス費

医療保険及び介護保険の利用者負担の1年間の世帯合計額が、所得区分ごとに定められた負担限度額を超えた場合、申請手続きを行うことにより、超えた分を高額医療合算介護(予防)サービス費として支給します。