

施策体系(案)と各施策を展開する上での基本的考え方

1. 施策体系(案)

【基本理念】 地域で支え合い、誰もがその人らしく安心して暮らし続けることができるまち	【基本目標 1】 いきいきとその人らしく健やかに暮らせるまち	【施策 1】 介護予防・健康づくりの推進 ① フレイル対策の推進 ② 重度化防止の推進 ③ 健康づくりの推進（生活習慣対策） 【施策 2】 つながりの強化／社会参加の促進 ① 通いの場の拡充 ② 地域の支援ニーズ／地域資源の把握と整理 ③ 地域の支援ニーズと地域資源のマッチング
	【基本目標 2】 住み慣れた地域で暮らし続けられるまち	【施策 3】 在宅医療・介護連携の推進 ① 再発予防の推進 ② 重度化防止の推進 ③ 本人の意向に沿ったサービス提供 【施策 4】 認知症施策の推進 ① 本人の意向に沿ったサービス／支援の提供 ② 家族支援（本人と家族の一体的支援を含む） ③ 生活障害の早期発見・早期対応体制の構築 ④ 生活支援体制の整備 ⑤ 社会参加／役割確保の推進 【施策 5】 介護者支援策の推進 ① 介護者の負担軽減策の推進 ② 課題解決に向けた支援の実施 ③ 介護力の向上支援
	【基本目標 3】 安心してサービスを受けられるまち	【施策 6】 多様なサービスの充実 ① 地域の実情に応じた介護保険サービスの整備 ② 介護事業者と医療機関の連携による感染症対策の強化 ③ 多様な主体による生活支援サービスの拡充 【施策 7】 介護サービスの質の向上 ① 多職種連携の機能強化 ② ケアプラン／個別援助計画の質の向上 ③ 虐待防止策の推進 【施策 8】 介護人材の確保と直接ケアへの重点化 ① 介護人材の確保・定着の推進 ② 専門職以外の担い手の確保 ③ 直接ケアへの重点化と間接ケアに対する負担軽減

2. 各施策を展開する上での基本的考え方

【施策1】介護予防・健康づくりの推進

1) 本施策で目指すこと

- 要介護度を重度化させる要因としては、①フレイルの進行、②ADL/IADLの自立度低下、③病気の再発などが挙げられる。
- 本施策では、これら要因への対策により、高齢者の生活機能（身体・精神機能、活動、参加）の維持・向上を図りながら、高齢者一人ひとりがいきいきと健やかに暮らせることを目指す。

2) 現状と課題

- 継続認定者の要介護度の変化をみると、徐々に重度化するケースと、急激に重度化するケースがあることがわかった。
例）要支援2の3年後の要介護度
 - ・ 要支援1：10.6%（1ランク軽度化）
 - ・ 要支援2：45.5%（現状維持）
 - ・ 要介護1：15.8%（1ランク重度化）
 - ・ 要介護2：14.5%（2ランク重度化）
 - ・ 要介護3：5.5%（3ランク重度化）
 - ・ 要介護4：5.5%（4ランク重度化）
 - ・ 要介護5：2.6%（5ランク重度化）
- また、継続認定者について、認定調査項目別の重度化率をみると、要支援1・2では歩行やIADL関係などが、要介護1・2では排泄関連が、要介護3・4では基本動作や移乗、食事摂取などの自立度が低下しやすいことがわかった。

継続認定者における介護度別にみた重症化しやすい主な認定調査項目

介護度		軽度化率	維持率	重度化率	重度化しやすい主な項目
要支援	1	—	49.4	50.6	歩行/洗身/爪切り
	2	10.6	45.5	43.9	金銭の管理/薬の内服/洗身
要介護	1	9.1	37.8	53.1	ズボン等の着脱/上衣の着脱/排便
	2	16.8	41.0	42.2	排便/排尿/ズボン等の着脱
	3	18.7	35.1	46.3	移乗/移動/両足での立位
	4	25.5	43.5	31.0	食事摂取/上衣の着脱/移乗/寝返り
	5	29.2	70.8	—	—

- 認定を受けていない高齢者に対する日常生活圏域ニーズ調査（R4実施）の結果をみると、心身機能や活動性が低下している高齢者がいることがわかった。
 - ・ 過去1年間に転倒した：男性26.5%、女性29.3%
 - ・ 転倒に対する不安がある：男性41.0%、女性56.1%
 - ・ ほとんど外出しない：男性3.9%、女性4.4%
 - ・ 生きがいを思いつかない：男性24.6%、女性23.7%
- 以上の分析から、認定を受けていない高齢者、要支援者、要介護者で、生活機能を低下させる要因が異なることがわかった。具体的には、認定を受けていない高齢者にはフレイルの要因（身体的／精神的／社会的フレイル）に応じた対策を、要支援にはフレイル及びIADL対策を、要介護者にはADL対策及び再発予防対策を主に講じる必要があると考えた。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- 住民が主体となって行う「イキイキとまちゃん体操」の普及啓発
- 介護予防サポーターの養成
- 通いの場の立ち上げ支援
- 介護予防活動の実施団体へのリハ職の派遣と介護予防に関する助言の実施
- 健診の充実／健康相談や健康教室の実施 など

(2) 今後の重点取組

① フレイル対策の推進

- 通いの場を活用した「運動機能向上」「体力向上」ならびに「市民同士のつながりづくり（精神的・社会的フレイル対策として）」を推進する。

② 重度化防止の推進

- IADL 及び ADL の維持・向上を図るため、訪問・通所リハ及び訪問看護ステーションに所属するリハ職による訪問等の提供体制の整備促進を図る。また、地域ケア会議等を活用し、リハ職とケア職の連携強化を図ることで、個別援助計画およびサービスの質の向上を図る。

③ 健康づくりの推進(生活習慣対策)

- 通いの場などを活用しながら、参加者への保健師などによる生活習慣の指導・助言を実施し、再発予防に向けたポピュレーションアプローチに取り組む。また、活動中に発見したハイリスク者に対しては、関係部署と連携を図りながら、個別支援につなげていく。

4) モニタリング指標(案)について

- 第8期の指標は、①転倒する危険性が高い高齢者の割合、②外出を控えている高齢者の割合、③通いの場へ的高齢者の参加率、④訪問・通所リハサービスの受給率、⑤要介護度の重度化率の5指標を設定していたが、精神的フレイルに関する指標は設定されていなかった。
- そこで、第9期では、精神的フレイルの指標として「生きがいを持つ高齢者の割合」を追加してはどうかと考えている。また、転倒に対する不安は、活動性に大きく影響を及ぼす。そこで、身体的フレイルの指標として、現行の実際に転倒した高齢者の割合よりも、転倒に対する不安を抱えている高齢者の割合の方が評価しやすいと考えている。

【施策 2】つながりの強化／社会参加の促進

1) 本施策で目指すこと

- 身体的／精神的／社会的フレイルの予防・改善、活動性の維持・向上を図る上で、「他者とつながりがあること」「家庭や地域で何らかの役割を担っていること」が重要である。
- 本施策では、住民同士のつながりの強化と社会参加の促進を通じて、高齢者一人ひとりがいきいきと健やかに暮らせることを目指す。

2) 現状と課題

- 認定を受けていない高齢者に対する日常生活圏域ニーズ調査（R4 実施）の結果をみると、住民同士のつながりが弱いこと、地域活動に参加していない高齢者が多いこと、地域活動に参加したいと思っているが参加できていない高齢者がいることがわかった。
 - ・ 誰かと食事をする機会がほとんどない : 男性 13.9%、女性 7.1%
 - ・ 心配事や愚痴を聞いてくれる人がいない : 男性 8.4%、女性 3.8%
 - ・ 友人・知人に会うことがほとんどない : 男性 21.8%、女性 15.0%
 - ・ 町内会・自治会に参加していない : 男性 49.0%、女性 45.8%
 - ・ 地域活動に参加したい／参加してもよい : 男性 43.0%、女性 44.9%
 - ・ 生きがいを感じない : 男性 24.6%、女性 23.7%
- 地域活動としてやりたいことや興味があることを聞いたところ、男性では、第1位「観光・まち歩き」23.9%、第2位「趣味・特技を生かした活動」24.0%、第3位「スポーツ」21.8%、第4位「環境・自然活動」18.3%の順、女性では、第1位「観光・まち歩き」25.1%、第2位「趣味・特技を生かした活動」「健康・介護予防」19.9%、第4位「生涯学習・学び」17.1%の順であった。
- こども・子育て世帯を応援したいと回答した割合は、「男性」5.6%、「女性」8.7%であった。その内容をみると、男性では、第1位「運転・運搬（子ども食堂などへ）」「趣味や特技を生かして子どもとの交流、支援を行う」37.2%、第3位「子ども食堂・地域食堂のお手伝い」「居場所・サロンでのお手伝い」32.6%の順、女性では、第1位「子ども食堂・地域食堂のお手伝い」53.5%、第2位「居場所・サロンでのお手伝い」50.7%、第3位「趣味や特技を生かして子どもとの交流、支援を行う」25.4%、第4位「学習支援のお手伝い」19.7%の順であった。
- 以上の分析から、住民同士の交流の促進を図る必要があること、地域活動に参加したいと思っている高齢者が、その思いや能力を生かしながら、地域活動できる状況を整える必要があると考えた。
- こうした交流を促すための個々の施策（例：市民大学を活用した社会参加促進）はこれまで展開出来てきたが、高齢者や地域の支援ニーズと支援者／支援してもよいと思っている高齢者をマッチングする機能は十分とは言えず、マッチング機能を強化することが今後の課題であると考えた。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- 自治会や地域コミュニティ委員をはじめとした地域団体や地域事業者等が参画する第1層・第2層協議体及び生活支援コーディネーターと連携した、高齢者の社会参加促進
- ボランティア活動の推進
- 老人クラブへの支援
- 体力測定会を通じたスポーツ・レクレーション活動の推進
- 市民大学きたもと学苑を価値用した生涯学習の推進 など

(2) 今後の重点取組

① 通いの場の拡充

- 「運動機能向上」「体力向上」「生活習慣の改善」「市民同士のつながりづくり」などを推進する場として、通いの場を拡充していく。

② 地域の支援ニーズ／地域資源の把握と整理

- 地域活動を促進するためには、①地域の困りごと／支援ニーズを把握すること、②支援者及び支援してもよいと思っている高齢者を把握すること、③両者のマッチングを図ることが必要となる。
- 地域の困りごと／支援ニーズおよび支援者等の把握に関しては、①第1層・第2層協議体での把握、②社協が中心となって展開している「きたもとごちゃまぜの会」での把握を強化するとともに、把握した情報をデータベース化していく。
- さらに、把握された地域資源の情報に関しては、様々な分野（子ども・子育て、障害者、生活困窮者、高齢者など）の相談に対応する関係者に周知するとともに、これら支援者との顔の見える関係づくりを図っていく。

③ 地域の支援ニーズと地域資源のマッチング

- 第1層・第2層協議体なども活用しながら、上記で把握された地域の支援ニーズと地域資源のマッチングを図っていく。また、SNS（LINE など）を活用し、支援者同士、支援者と支援してもよいと思っている人同士のつながりの強化を図っていく。

4) モニタリング指標(案)について

- つながりや社会参加に関連する第8期の指標としては、①スポーツ関係のグループやクラブに参加していない高齢者の割合、②趣味関係のグループに参加していない高齢者の割合、③家族や友人以外で、何かあった時に相談する相手がいない高齢者の割合、④いきいきとした地域づくりを進める活動に是非参加したいと思う高齢者の割合、⑤幸福感が高い高齢者の割合の5指標が設定されていた。
- 第9期では、④の指標に関しては、「参加したいと思う高齢者の割合」ではなく、「実際に地域活動に参加している高齢者の割合」にしてはどうかと考えている。

【施策 3】在宅医療・介護連携の推進

1) 本施策で目指すこと

- 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者、入院しやすい／再発リスクが高い高齢者が今後増加するため、医療と介護の連携がより一層重要となる。
- 本施策では、医療と介護の連携強化や体制構築を通じて、生活機能の維持・向上を図りながら、本人が望む生活や看取りの実現を目指す。

2) 現状と課題

- 日常生活圏域ニーズ調査（R4 実施）の結果をみると、健康状態がよくない高齢者が約 2 割いることがわかった。また、約 8 割は、健康状態や病気のことを相談できる医師がいることがわかった。
 - ・ 健康状態があまりよくない／よくない : 男性 21.1%、女性 15.8%
 - ・ 定期的に通院している : 男性 85.6%、女性 85.7%
 - ・ 病気／健康について相談できる医師がいる : 男性 77.7%、女性 80.1%
- 継続認定者の要介護度の変化をみると、徐々に重度化するケース（廃用症候群、ADL／IADL の自立度低下など）と、急激に重度化するケース（病気の発症／再発など）があることがわかった。また、継続認定者について、認定調査項目別の重度率をみると、要支援 1・2 では歩行や IADL 関係などが、要介護 1・2 では排泄関連が、要介護 3・4 では基本動作や移乗、食事摂取などの自立度が低下しやすいことがわかった
- 産業医科大学が公表している、疾患別にみた入院患者数の伸び率（2015 年の入院患者数を 100 とした場合）をみると、2040 年には「肺炎」が 43.7%、「骨折」が 33.3%、「心疾患（高血圧を除く）」「脳血管疾患」が 32.4%増加すると見込まれていた。
- 日常生活圏域ニーズ調査（R4 実施）の結果をみると、男性の約 7 割、女性の約 5 割は人生の最期を自宅ですごしたいと希望していることがわかった。また、厚生労働省の「令和 3 年人口動態統計」から死亡の場所別にみた死亡者割合をみると、全国に比べ、病院で亡くなる割合が 5.9 ポイント低い一方で、有床診療所で亡くなる割合が 4.4 ポイント、老健施設／介護医療院で亡くなる割合が 2.0 ポイント高かった。

（死亡場所別にみた死亡者の割合）

 - ・ 病院 : 北本市 60.0%、全国 65.9%
 - ・ 有床診療所 : 北本市 5.9%、全国 1.5%
 - ・ 老健／介護医療院 : 北本市 5.5%、全国 3.5%
 - ・ 老人ホーム : 北本市 9.8%、全国 10.0%
 - ・ 自宅 : 北本市 17.0%、全国 17.2%
- 介護サービス受給者の療養場所を要介護度別にみた。ここで、在宅療養率をみると、すべての要介護度で、全国に比べ、在宅療養率が低かった。要支援では全国並みであるが、要介護 1 から全国に比べ在宅の割合が大きく下回る一方で、特定施設や老健、特養の入所・入居者の割合が上回っていた。

（要介護度別にみた在宅療養者の割合）

 - ・ 要支援 1 : 北本市 92.8%、全国 94.8%
 - ・ 要支援 2 : 北本市 96.8%、全国 97.0%
 - ・ 要介護 1 : 北本市 75.2%、全国 87.0%
 - ・ 要介護 2 : 北本市 70.5%、全国 82.1%
 - ・ 要介護 3 : 北本市 47.4%、全国 59.2%
 - ・ 要介護 4 : 北本市 34.2%、全国 43.8%
 - ・ 要介護 5 : 北本市 27.1%、全国 39.5%

- 以上の分析から、北本市では、①かかりつけ医を持っている高齢者が多いこと、②廃用性機能低下や ADL/IADL の自立度の低下により徐々に重度化していく要支援・要介護者が多いこと、③再発や病気の発症により、要介護度が急激に重度化するケースがあること（要支援 2 の場合、約 1 割が 3 年後に要介護 4・5 になっている）、④今後、肺炎や骨折の入院患者が増加していくこと、⑤病院での死亡割合は全国より低く、逆に、有床診療所や老健での死亡割合が高いこと、⑥要介護 1 から、在宅療養者の割合が低下し、特定施設や老健などに入所・入居していることなどがわかった。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握及び情報提供の促進
- ・ 在宅医療介護連携推進協議会による、医療と介護の連携が求められる日常の療養支援、入退院支援、急変時対応及び看取りの 4 場面ごとの、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討の実施
- ・ 介護職等の相談支援窓口である在宅医療連携センターの設置
- ・ 医療・介護関係者の連携推進を目的とした研修会の開催
- ・ 医療・介護連携リスト、多職種連携シート及び入退院支援ルールの整備 など

(2) 今後の重点取組

① 再発予防の推進

- 病院とケアマネジャー間の連携強化（再発予防のための方法論を具体的に伝達するなど）、かかりつけ医／ケアマネジャー／ケア職間の連携強化（再発予防のための留意点を共有するなど）を図ることで、再発予防の推進を図っていく。

② 重度化防止の推進

- リハビリテーション専門職とケア職の連携強化（機能訓練プログラムへのアドバイスなど）を通じて、ADL/IADL の自立度の重度化防止を図っていく。

③ 本人の意向に沿ったサービス提供

- 本人の意向をよく知るキーパーソンとケアマネジャーが連携しながら、本人の意向を把握する。その上で、把握した意向などを関係者と共有し、本人の意向に沿ったサービス提供や看取りの推進を図っていく。

4) モニタリング指標(案)について

- 在宅医療・介護連携に関する第 8 期の指標としては、①主観的健康観、②場所別にみた死亡者の割合の 2 指標が設定されていた。
- 第 9 期では、再発予防および重度化防止の取組を評価する指標として、「要介護度の重度化率」を追加してはどうかと考えている。

【施策 4】 認知症施策の推進

1) 本施策で目指すこと

- 認知症の有病率が高い 85 歳以上人口の急増に伴い、認知症高齢者が今後増加すると見込まれている。
- 本施策では、たとえ認知症になったとしても、生活機能低下防止を図りながら、周囲や地域の理解と協力のもと、本人の意思が尊重された上で、出来る限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けられることを目指す。

2) 現状と課題

- 日常生活圏域ニーズ調査（R4 実施）の結果をみると、物忘れが多いと感じる高齢者が約 4 割いること、本人もしくは家族に認知症の症状がある人が約 1 割いること、認知症に関する相談窓口の認知度が 2～3 割であることなどがわかった。
 - ・ 物忘れが多いと感じている : 男性 39.3%、女性 41.9%
 - ・ 本人／家族に認知症の症状がある人がいる : 男性 7.9%、女性 6.5%
 - ・ 認知症に関する相談窓口を知っている : 男性 18.1%、女性 28.6%
- 在宅介護実態調査（R4 実施）の結果をみると、現在の生活を継続する上で不安に感じている介護の第 1 位が「認知症状への対応」であることがわかった
- 2022 年 1 月時点の要支援・要介護認定者の「認知症高齢者の日常生活自立度」をみると、ランクⅡ以上の割合は 56.2%であった（認定者の約 6 割が認知症に相当）。
- 継続認定者の認定・給付データを分析した結果、認知症の人は、認知症以外の人に比べ、ほぼ全ての要介護度で重度化しやすかった。要介護度が重度化した人について、認定調査項目の自立度低下率をみると、要支援 1・2 では IADL や歩行・洗身などが、要介護 1・2 では排泄関連が、要介護 3・4 では基本動作や移乗、食事摂取などが高かった。
 （要介護度別にみた要介護度が重度化した割合）
 - ・ 要支援 1：認知症 67.7%、認知症以外 48.7%
 - ・ 要支援 2：認知症 41.4%、認知症以外 44.1%
 - ・ 要介護 1：認知症 56.3%、認知症以外 44.0%
 - ・ 要介護 2：認知症 49.1%、認知症以外 29.2%
 - ・ 要介護 3：認知症 53.1%、認知症以外 20.0%
 - ・ 要介護 4：認知症 32.9%、認知症以外 23.9%

認知症の継続認定者における介護度別にみた重度化しやすい主な認定調査項目

介護度		軽度化率	維持率	重度化率	重度化しやすい主な項目
要支援	1	-	32.3	67.7	洗身/寝返り/歩行
	2	20.7	37.9	41.4	金銭の管理/つめ切り/座位保持
要介護	1	2.9	40.8	56.3	上衣の着脱/ズボン等の着脱/洗身
	2	15.0	35.9	49.1	排便/排尿/ズボン等の着脱
	3	12.7	34.3	53.1	移乗/移動/両足での立位
	4	19.4	47.6	32.9	食事摂取/上衣の着脱/寝返り
	5	28.5	71.5	-	—

- 同データを分析した結果、認知症の人は、認知症以外に比べ、在宅療養率が低かった。
 （要介護度別にみた在宅療養者の割合）
 - ・ 要支援 1：認知症 87.5%、認知症以外 94.1%
 - ・ 要支援 2：認知症 100.0%、認知症以外 97.0%
 - ・ 要介護 1：認知症 75.9%、認知症以外 81.2%

- ・ 要介護 2：認知症 67.9%、認知症以外 83.9%
 - ・ 要介護 3：認知症 42.3%、認知症以外 67.1%
 - ・ 要介護 4：認知症 24.4%、認知症以外 64.8%
 - ・ 要介護 5：認知症 23.8%、認知症以外 66.7%
- 以上の分析から、①認定を受けていない高齢者でも約 4 割は物忘れが多いと感じていること、②認知症高齢者は認知症ではない高齢者に比べ、要介護度が重度化しやすいこと、③要介護 2 から在宅療養が難しくなっていること、④要支援者では IADL の、要介護 1・2 では排泄関連の自立度の低下がみられることなどがわかった。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ 地域包括支援センターへの認知症地域支援推進員の配置
- ・ 一般介護予防事業等を活用した予防の推進
- ・ 本人の思いに沿った支援の展開（オレンジカフェの開催など）
- ・ 認知症初期集中支援チームの整備
- ・ 認知症サポーターの養成と本人の社会参加の推進
- ・ 医療・介護連携リスト、多職種連携シート及び入退院支援ルールの整備 など

(2) 今後の重点取組

① 本人の意向に沿ったサービス／支援の提供

- オレンジカフェの開催などを通じて、本人の意向や困りごとの把握と関係者間での共有を図りながら、本人の意向に沿ったサービスや支援を提供していく。

② 家族支援(本人と家族の一体的支援を含む)

- オレンジカフェなどの場を通じて、家族の悩みや困りごとを傾聴した上で、関係者と情報共有しながら、支援策を展開していく。

③ 生活障害の早期発見・早期対応体制の構築

- 地域の様々な関係者と連携しながら、生活障害の早期発見と専門職への連絡体制の構築を図る。

④ 生活支援体制の整備

- 本人の意向をよく知るキーパーソンとケアマネジャーが連携しながら、本人の意向を把握する。その上で、把握した意向などを関係者と共有し、本人の意向に沿ったサービス提供や看取りの推進を図っていく。

⑤ 社会参加／役割確保の推進

- 地域の困りごと／支援ニーズと、本人の意向や関心領域、できることのマッチングを図りながら、認知症の人の社会参加を図っていく。

4) モニタリング指標(案)について

- 第 8 期の指標としては、①物忘れが多いと感じている高齢者の割合、②認知症の相談窓口を知らない高齢者の割合、③認知症高齢者の出現率の 3 指標が設定されていた。
- 第 9 期では、活動性を評価するために「外出頻度」を、また、在宅生活が継続できるようになったかどうかを評価するために「在宅療養率」を追加してはどうかと考えている。

【施策 5】 介護者支援策の推進

1) 本施策で目指すこと

- 高齢者の在宅生活の継続を図っていくためには、本人の自立支援に加えて、介護者支援が必要となる。
- 本施策では、介護者の負担軽減や介護力の向上などの対策を通じて、本人と家族が、出来る限り住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指す。

2) 現状と課題

- 在宅介護実態調査（R4 実施）の結果をみると、約 2 割が施設等への入所・入居を考えている／すでに申し込んでいること、約 2 割が今後の在宅生活の継続を難しいと回答していることがわかった。
- 行っている介護は「家事（掃除、洗濯、買い物）」が 65.5%と最も多く、次いで「外出の付き添い、送迎」57.4%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」56.1%、「食事の準備」53.2%、「服薬」35.3%の順であった。また、現在の生活を継続する上で不安に感じている介護の第 1 位が「認知症状への対応」であった
- 介護者が不安に感じる介護を要介護度別にみると、以下のようになっていた。

介護者が不安に感じる介護内容

介護度	第 1 位	第 2 位	第 3 位
要支援 1・2	特にない 29.8%	屋内の移乗・移動／外出の付き添い・送迎／ 認知症状への対応 9.6%	
要介護 1・2	認知症状への対応 27.4%	日中の排泄 22.1%	外出付き添い・送迎 21.2%
要介護 3～5	夜間の排泄 35.1%	認知症状への対応 26.3%	外出付き添い・送迎 24.6%

- 以上の分析から、①要支援レベルでは、介護に不安を感じていない介護者が多いこと、②要介護 1・2 では約 3 割が認知症状への対応に、要介護 3 以上では、夜間の排泄に不安を感じていることなどがわかった。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ 相談対応を行う地域包括支援センターの機能強化を図るための地域包括支援センター運営協議会の定期開催
- ・ オレンジカフェの開催
- ・ 生活支援コーディネーターや社会福祉協議会等と連携した、家事支援等の生活支援サービスの充実
- ・ 介護者手当及び家族介護慰労金の支給 など

(2) 今後の重点取組

① 介護者の負担軽減策の推進

- 相談体制の整備と機能強化、オレンジカフェ等の整備促進などを通じて、介護者が悩みや不安を打ち明けやすい環境づくりや場の拡充を図っていく。
- 地域資源も活用しながら、生活支援サービス（外出支援など）の整備を図っていく。

② 課題解決に向けた支援の実施

- 家族の不安や困りごとに寄り添いながら、チームオレンジなどの専門家チームにより、具体的な解決策を検討・助言する体制を構築していく。

③ 介護力の向上支援

- ケア職のスキル（排泄介助、認知症への対応方法など）を介護者に伝授していくための研修会を開催していく。

4) モニタリング指標(案)について

- 第8期では、介護者に焦点を当てた指標は設定していなかった。
- 第9期では、「介護者が不安に感じる割合（主な介護内容について）」を、また、在宅生活が継続できるようになったかどうかを評価するために「在宅療養率」を追加してはどうかと考えている。

【施策 6】多様なサービスの充実

1) 本施策で目指すこと

- 高齢者の在宅生活の継続を図っていくためには、医療・介護サービスに加えて、インフォーマルなサービスも必要となる。
- 本施策では、多様なサービスの整備を通じて、高齢者が出来る限り住み慣れた地域で、安心してサービスを受けながら暮らし続けられることを目指す。

2) 現状と課題

- 日常生活圏域ニーズ調査（R4 実施）にて「現在の生活において必要と思うサービス」を聞いたところ、男性では、「外出の移動手段（買い物・通院等）」が 6.3%と最も多く、次いで「屋外作業（草刈り・庭の手入れ等）」5.8%、「重い物の運搬（布団・粗大ごみ等）」5.7%の順、女性では、「高いところの作業（照明の交換等）」が 10.4%と最も多く、次いで「屋外作業（草刈り・庭の手入れ等）」8.8%、「重い物の運搬（布団・粗大ごみ等）」7.6%の順であった。
- 在宅介護実態調査（R4 実施）にて「今後在宅生活を送る上で必要と感じるサービス」を聞いたところ、「特にない」を除くと、「外出同行（通院・買い物）」が 22.3%と最も多く、次いで「移送サービス」19.3%、「掃除・洗濯」17.9%、「買い物」14.3%の順であった。
- ケアマネジャーを対象に実施した在宅生活改善調査（R4 実施）にて「生活の維持が難しくなっている人の生活改善に必要な在宅サービス」を聞いたところ、「ショートステイ」「小規模多機能型居宅介護」へのニーズが高かった。
- 以上の分析から、①認定を受けていない人では、「買い物や通院などの移動」「屋外作業」「重い物の運搬」「高いところの作業」などに困っていること、②認定者は、「通院や買い物への外出同行」「移送」「家事援助」に対するニーズが高いこと、③在宅生活困難者の場合、ケアマネジャーは、「ショートステイ」や「小規模多機能型居宅介護」が必要と感じていることがわかった。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ 地域密着型サービスの整備促進
- ・ 地域資源の把握・活用
- ・ 介護予防・生活支援サービスの推進 など

(2) 今後の重点取組

① 地域の実情に応じた介護保険サービスの整備

- 在宅での医療・介護や認知症の方への支援に対するニーズを踏まえ、地域密着型サービス等を整備し、身近できめ細かいサービス提供体制を構築していく。

② 介護事業所と医療機関の連携による感染症対策の強化

- 介護事業所と医療機関の連携強化による感染症対策の強化を通じて、介護人材の安全性を確保するとともに、介護事業所の継続的な運営に支障が生じないように努める。

③ 多様な主体による生活支援サービスの拡充

- 多様な主体（ボランティア、NPO 法人など）による生活支援を拡充することで、高齢者のちょっとした困りごとに対応できるようにしていく。

4) モニタリング指標(案)について

- 第8期では、「日常生活で困っている人の項目別割合」「介護保険以外のサービス種類別利用率」の2指標を設定していた。
- 第9期では、これら指標に加えて、在宅生活が継続できるようになったかどうかを評価するために「在宅療養率」を追加してはどうかと考えている。

【施策 7】介護サービスの質の向上

1) 本施策で目指すこと

- 要支援・要介護高齢者が望む生活を実現していくためには、サービスやケアマネジメントの質が重要となる。
- 本施策では、専門職同士の連携強化やケアマネジメントの質向上を通じて、高齢者が出来る限り住み慣れた地域で、安心してサービスを受けながら暮らし続けられることを目指す。

2) 現状と課題

- 継続認定者の要介護度の変化をみると、徐々に重度化するケースと、急激に重度化するケースがあることがわかった。認定調査項目別の重度化率をみると、要支援 1・2 では歩行や IADL 関係などが、要介護 1・2 では排泄関連が、要介護 3・4 では基本動作や移乗、食事摂取などの自立度が低下しやすいことがわかった。こうした要介護度の重度化を防ぐためには、全体計画であるケアプランと、各事業者が策定する個別援助計画が、「高齢者の望む暮らしを実現する／近づける」といった目標の達成に向けて協働する必要がある。

例) 要支援 2 の 3 年後の要介護度

- ・ 要支援 1 : 10.6% (1 ランク軽度化)
- ・ 要支援 2 : 45.5% (現状維持)
- ・ 要介護 1 : 15.8% (1 ランク重度化)
- ・ 要介護 2 : 14.5% (2 ランク重度化)
- ・ 要介護 3 : 5.5% (3 ランク重度化)
- ・ 要介護 4 : 5.5% (4 ランク重度化)
- ・ 要介護 5 : 2.6% (5 ランク重度化)

継続認定者における介護度別にみた重症化しやすい主な認定調査項目

介護度		軽度化率	維持率	重度化率	重度化しやすい主な項目
要支援	1	—	49.4	50.6	歩行/洗身/爪切り
	2	10.6	45.5	43.9	金銭の管理/薬の内服/洗身
要介護	1	9.1	37.8	53.1	ズボン等の着脱/上衣の着脱/排便
	2	16.8	41.0	42.2	排便/排尿/ズボン等の着脱
	3	18.7	35.1	46.3	移乗/移動/両足での立位
	4	25.5	43.5	31.0	食事摂取/上衣の着脱/移乗/寝返り
	5	29.2	70.8	—	—

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ ケアプラン／住宅改修等の点検の実施
- ・ 地域ケア会議の実施
- ・ 多職種連携に向けた研修会の開催 など

(2) 今後の重点取組

① 多職種連携の機能強化

- 病院とケアマネジャー間の連携強化（再発予防のための方法論を具体的に伝達するなど）、かかりつけ医／ケアマネジャー／ケア職間の連携強化（再発予防のための留意点を共有するなど）を図ることで、再発予防の推進を図っていく。

- リハビリテーション専門職とケア職の連携強化（機能訓練プログラムへのアドバイスなど）を通じて、ADL/IADL の自立度の重度化防止を図っていく。

② ケアプラン／個別援助計画の質の向上

- リハビリテーション専門職等の見立て、評価、介入方法を、ケアマネジャーやケア職等がより学ぶことができるよう、地域ケア個別会議の方法論を見直していく。
- 各専門職のアセスメント情報を統合し（LIFE を含む）、それら情報を総合的に判断しながら、各専門職がより効果的な介入方法を考えるような方法の検討を行っている。

③ 虐待防止策の推進

- 各種相談を受ける地域包括支援センターやケアマネジャーと連携し、虐待が疑われる事例を早期に発見し、対応できる連携体制づくりを図っていく。また、行政を含めた第三者のチェックが入るような体制づくりを強化していく。

4) モニタリング指標(案)について

- 第8期では、「要介護度の重度化率」の1指標を設定していた。
- 第9期では、これら指標に加えて、在宅生活が継続できるようになったかどうかを評価するために「在宅療養率」を追加してはどうかと考えている。

【施策 8】介護人材の確保と直接ケアへの重点化

1) 本施策で目指すこと

- 当市では、2020～2040 年の 20 年間で、医療・介護・生活支援に対する包括的ニーズを有する 85 歳以上人口が 2.2 倍に増加する一方で、医療・介護サービス提供を担う 15～64 歳人口は 34%減少していく。そのため、「専門職による支援」と「地域住民による支援」を組み合わせながら、地域全体のマンパワー確保を図っていく必要がある。
- 本施策では、「専門職による支援」と「地域住民による支援」を組み合わせながら（役割分担をしながら）、地域全体のマンパワーの確保を図ることを通じて、高齢者が出来る限り住み慣れた地域で、安心してサービスや支援を受けながら暮らし続けられることを目指す。

2) 現状と課題

- 介護人材実態調査（R4 実施）から、市内 43 介護事業所の介護職員 585 人の年齢構成をみると、「50 代」が 24.8%と最も多く、次いで「40 代」24.4%、「60 代」17.6%の順で、約半数が 50 歳以上であった。このうち、訪問系サービス従事者 37 名の性別をみると、女性が 89.1%を占めていた。また、年齢分布をみると、「50 代」が 32.4%と最も多く、次いで「70 代」27.0%、「60 代」18.9%の順であった。
- また、介護職員数のこの 1 年間の採用数と離職数をみると、施設・居住系（14 事業所）では、「採用」53 人、「離職」52 人の純増 1 人、通所系（10 事業所）では、「採用」17 人、「離職」16 人の純増 1 人、訪問系（9 事業所）では「採用」11 人、「離職」11 人の増減なしであった。さらに、以前は介護以外の職場で働いていた／働いていなかった 24 人の現在の職場をみると、「施設・居住系」66.7%、「通所系」29.2%、「訪問系」4.2%であった。
- 訪問介護のサービス提供時間の内訳をみると、予防給付・総合事業では、「生活援助（買い物・調理・配膳以外）」が 76.1%と最も多く、次いで「買い物」14.2%、「調理・配膳」6.3%の順で、身体介護は 3.4%であった。一方、介護給付では、「身体介護」が 63.2%と最も多く、次いで「生活援助（買い物・調理・配膳以外）」26.5%、「買い物」6.9%、「調理・配膳」3.4%の順であった。

3) これまで／今後の取組

(1) これまでの取組

- ・ 北本市認定ヘルパー養成講座の実施
- ・ 介護の仕事に関する広報周知等による介護現場のイメージアップ など

(2) 今後の重点取組

① 介護人材の確保・定着の推進

- 介護人材の確保のため、認定ヘルパー養成講座を実施するとともに、研修修了者に対する介護事業所等とのマッチングに向けた取組を推進し、訪問系サービス従事者の確保を図る。
- 介護の仕事に関する広報周知等により、介護現場のイメージアップを図る。

② 専門職以外の担い手の確保

- 総合事業を通じて、家事援助やゴミ出しなどを担う住民主体の訪問サービスの拡充を図っていく。

③ 直接ケアへの重点化と間接ケアに対する負担軽減

- 事務手続きの電子化、介護関係書類の簡素化、認定事務の効率化を図ることで、介護分野の間接ケアの負担軽減を目指す。

4) モニタリング指標(案)について

- 第8期では、介護人材の確保に関する指標は設定されていなかった。
- 第9期では、「介護職員数の増加率」「離職者割合」を設定してはどうかと考えている。