

第 2 部 各論

- 第 1 章 【施策 1】 介護予防・健康づくりの推進
- 第 2 章 【施策 2】 市民のつながりの強化/社会参加の促進
- 第 3 章 【施策 3】 在宅医療・介護連携の推進
- 第 4 章 【施策 4】 認知症施策の推進
- 第 5 章 【施策 5】 介護者支援策の推進
- 第 6 章 【施策 6】 多様なサービスの充実
- 第 7 章 【施策 7】 介護サービスの質の向上
- 第 8 章 【施策 8】 介護人材の確保と直接ケアへの重点

● 第 1 章 【施策 1】介護予防・健康づくりの推進

第 1 節 本施策で目指すこと

- 介護予防は、要支援・要介護状態となることを予防すること、又は要支援・要介護状態を軽減させ、若しくは悪化を防止することを目的とするものです。
- 本施策では、介護予防および健康づくりを通じて、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します。

第 2 節 現状と課題

- 当市が昨年実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（対象：65 歳以上の認定を受けていない高齢者、以下「ニーズ調査」とする）によると、介護が必要になった原因として、「高齢による衰弱」「転倒・骨折」が上位を占めています（図表 2-1）。また、女性の約 6 割が「転倒に不安がある」、約 2 割が「生活を送る中で生きがいを思いつかない」と回答しています（図表 2-2、2-3）。これらの高齢者が、要支援・要介護状態にならないようにするためには、運動機能の向上や転倒・骨折予防対策とともに、活動性の向上や活動意欲の向上につながる取組を図っていく必要があります。
- 要支援・要介護認定を受けている高齢者の 2019 年と 3 年後の 2022 年の要介護度を比較すると、約 4 割が重度化していることが、また、重度化の状況をみると、「徐々に重度化するケース」と「急激に重度化するケース」があることがわかりました（図表 2-4）。前者に関しては「フレイル※の進行」や「日常生活活動※（ADL※・IADL※）の自立度低下」が、後者に関しては「病気の再発」などが原因として考えられます。
- 日常生活活動※の自立度が低下しやすい項目は、要介護度によって異なります（図表 2-5）。そのため、低下しやすい項目を意識しながら、その低下を防ぐためのサービス提供が必要となります。これを実現するためには、リハビリテーションサービスの整備に加えて、リハビリテーション職とケア職※の連携によるサービスの質の向上（個別援助計画※の質の向上）が重要となります。
- 骨折予防や再発予防を図るためには、生活習慣の見直しや必要に応じて早期の受診を促すための対策も強化する必要があります。

第3節 介護予防・健康づくりの推進に向けた取組

1 これまでの取組

- 介護予防に関しては、一般介護予防事業※として、①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、②フレイル※予防栄養教室の開催、③介護予防サポーターの養成、④通いの場の立ち上げ支援、④1万歩運動などを実施してきました。また、地域で介護予防活動等を行っている団体に対し、リハビリテーション専門職の派遣と介護予防に関する助言等を実施してきました。
- 健康づくりに関しては、特定健康診査・後期高齢者健康診査等の健診の充実を図るとともに、健康相談や健康教室を実施することにより、健康管理意識の向上に努めてきました。

2 これからの取組

(1) フレイル※対策の推進

- 活動性を高めるためには、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」が重要です。そこで、様々な関係者と連携しながら、住民主体の通いの場の整備促進（既存の様々な通いの場の活動実態の把握と公表を含む）を図るとともに、本市が推奨している「イキイキとまちゃん体操※」の普及や、通いの場の参加者同士のつながり促進に努めます。
- 生活支援コーディネーター※等が住民に対し、地域の様々な活動やボランティア活動への参加を促すことで、活動性の向上ならびにフレイル※の進行防止を図ります。
- これらの取組は、認知機能低下の予防につながる可能性も高いことから、認知症対策の観点も踏まえながら推進していきます。

(2) ADL※・IADL※の自立度低下防止の推進

- 要支援・要介護者の重度化防止を推進するためには、リハビリテーション体制の整備が重要となります。そのため、訪問・通所リハビリテーション及び訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職による訪問等の提供体制の整備促進を図ります。また、地域ケア会議※等を活用し、リハビリテーション専門職とケア職※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ります。

(3) 健康づくりの推進

- 転倒リスクや病気の発症・再発リスクが高い75歳以上高齢者の場合、運動機能や栄養状態の向上等による生活機能全般の改善と、生活習慣の見直しによる健康管理の強化を一体的に進めていく必要があります。そこで、通いの場などを活用しながら、ポピュレーションアプローチ※の取組を推進します。その中で見つかっ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きます。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

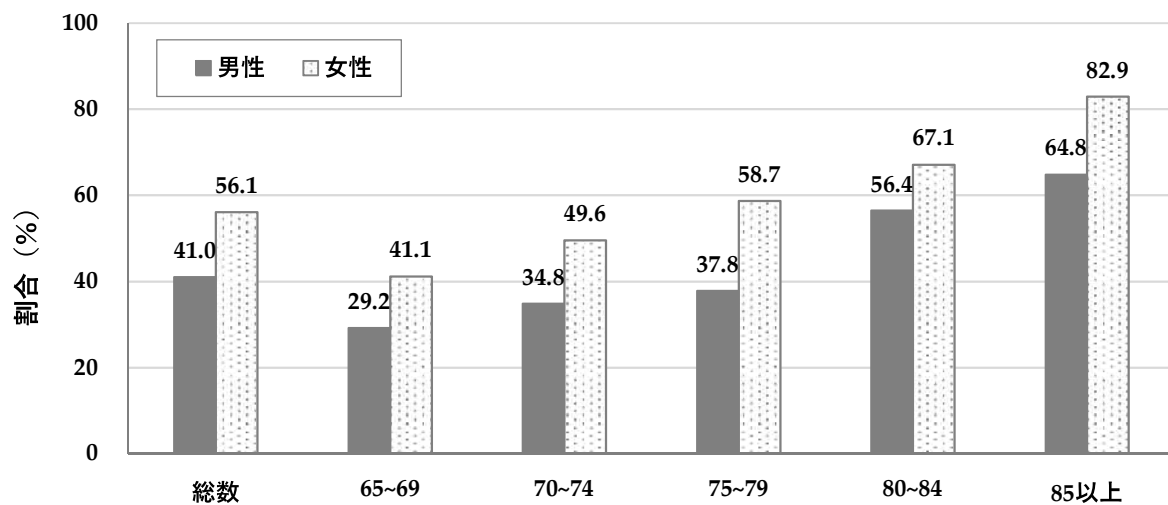
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	転倒に対する不安がある高齢者の割合	【65 歳以上】 ・男性：41.0% ・女性：56.1%	【65 歳以上】 ・男性：38.8% ・女性：55.4%	ニーズ調査の「転倒に対する不安が大きいですか」の質問に対し、「ある」と回答した人の割合を確認します。この数値が減少することで、転倒に対する不安が軽減できているかを確認できます。
2	生きがいがある高齢者の割合	【65 歳以上】 ・男性：74.0% ・女性：75.1%	【65 歳以上】 ・男性：63.1% ・女性：71.4%	ニーズ調査の「生きがいがありますか」の質問に対し、「はい」と回答した人の割合を確認します。この数値が上昇することで、生きがいづくり対策の効果を確認できます。
3	通いの場へ的高齢者の参加率	【65 歳以上】 ・参加率：0.2% (2020 年実績) ※参考 2019 年：2.1%	【65 歳以上】 ・参加率：0.7%	65 歳以上人口に対する、通いの場に週 1 回以上参加した高齢者の割合のことです。この数値が上昇することにより、介護予防に取り組む高齢者が増加したことを確認できます。
4	訪問・通所リハビリテーションサービスの受給率	【認定者】 ・訪問リハ：0.4% ・通所リハ：1.6%	【認定者】 ・訪問リハ：0.3% ・通所リハ：1.6%	要支援・要介護認定者のうち、訪問・通所リハビリテーションを利用している人の割合のことです。この数値が上昇することにより、リハビリテーションサービスの提供体制が構築されたことを確認できます。
5	要介護度の重度化率	【認定者】 ・要支援 1：50.6% ・要支援 2：43.9% ・要介護 1：53.1%	【認定者】 ・要支援 1：53.4% ・要支援 2：43.9% ・要介護 1：51.8%	要支援 1・2、要介護 1 の認定者のうち、3 年後の要介護度が重度化した人の割合のことです。この数値が減少することにより、介護予防の効果を確認することができます。

図表 2-1. 介護が必要となった原因（対象：認定を受けていない高齢者）

	第 1 位	第 2 位	第 3 位
総数 (n=146)	高齢による衰弱 27.8%	転倒・骨折 21.9%	その他の疾患 15.8%
男性 (n=70)	高齢による衰弱 28.6%	糖尿病 15.7%	転倒・骨折／心臓病 14.3%
女性 (n=76)	転倒・骨折 28.9%	高齢による衰弱 26.3%	その他の疾患 22.4%

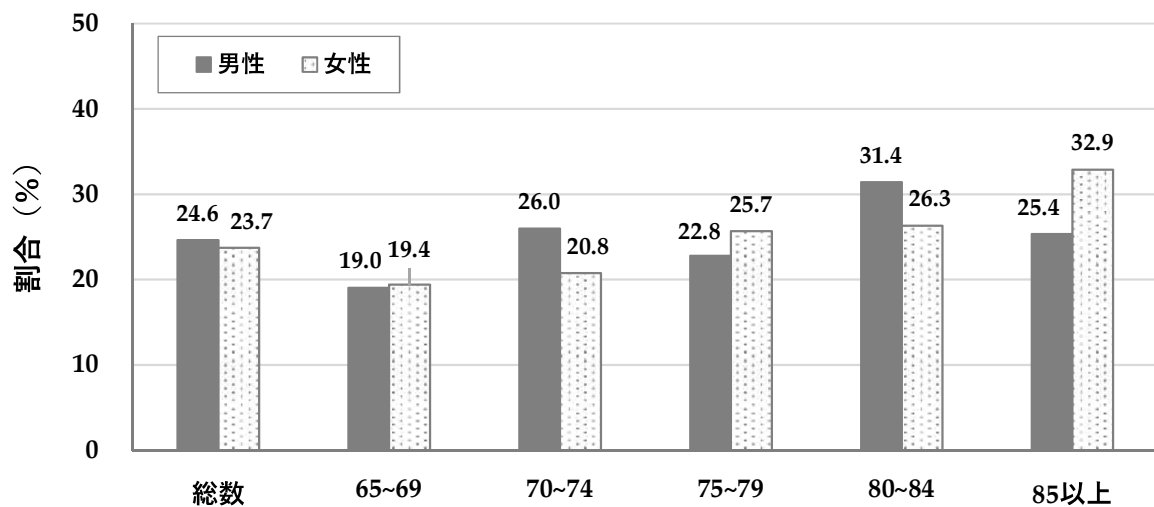
出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023 年 3 月)より作成

図表 2-2. 「転倒に対して不安がある」と回答した人の割合



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023 年 3 月)より作成

図表 2-3. 「生きがいがない」と回答した人の割合



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023 年 3 月)より作成

図表 2-4. 要支援・要介護認定者の要介護度の変化の状況

2019 年 1 月 1 日 時点の 要介護度	2022 年 1 月 1 日時点の要介護度							要介護度の変化の状況			
	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	軽度 化	維持	重度 化	合計
要支援 1	153	44	54	23	12	19	5	－	153	157	310
要支援 2	33	141	49	45	17	17	8	33	141	136	310
要介護 1	15	28	179	116	65	47	23	43	179	251	473
要介護 2	8	11	55	181	91	63	32	74	181	186	441
要介護 3	2	2	9	37	94	89	35	50	94	124	268
要介護 4	4	0	8	16	27	94	67	55	94	67	216
要介護 5	1	0	3	4	7	27	102	42	102	－	144
合計	216	226	357	422	313	356	272	297	944	921	2,162
要支援 1	49.4	14.2	17.4	7.4	3.9	6.1	1.6	－	49.4	50.6	100.0
要支援 2	10.6	45.5	15.8	14.5	5.5	5.5	2.6	10.6	45.5	43.9	100.0
要介護 1	3.2	5.9	37.8	24.5	13.7	9.9	4.9	9.1	37.8	53.1	100.0
要介護 2	1.8	2.5	12.5	41.0	20.6	14.3	7.3	16.8	41.0	42.2	100.0
要介護 3	0.7	0.7	3.4	13.8	35.1	33.2	13.1	18.7	35.1	46.3	100.0
要介護 4	1.9	0.0	3.7	7.4	12.5	43.5	31.0	25.5	43.5	31.0	100.0
要介護 5	0.7	0.0	2.1	2.8	4.9	18.8	70.8	29.2	70.8	－	100.0
合計	10.0	10.5	16.5	19.5	14.5	16.5	12.6	13.7	43.7	42.6	100.0

出所）北本市：要介護認定データ（2019 年 1 月）および（2022 年 1 月）より作成

図表 2-5. 要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	－	－

出所）北本市：要介護認定データ（2019 年 1 月）および（2022 年 1 月）より作成

● 第2章 【施策2】市民のつながりの強化／社会参加の促進

第1節 本施策で目指すこと

- 高齢者自身が、精神的・社会的に健康な状態でいられるためには、①やりたいことがある／できていること、②人や地域とつながっていること、③家庭ないし地域のなかで、何等かの役割を持っていることが重要です。
- 本施策では、たとえ認知症や介護が必要な状態になったとしても、自らの能力に応じた役割と生きがいを持ちながら、日常生活を送ることができるよう、市民同士のつながりの強化と高齢者の社会参加の促進を図っていきます。

第2節 現状と課題

- ニーズ調査によると、約5割の高齢者が、「スポーツ関係のグループ・クラブ」や「趣味関係のグループ」に参加していないなど、地域における様々な活動への参加率が低い状況にあります（図表2-6、2-7）。また、約4割の高齢者が「家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手がいらない」と回答するなど、地域でのつながりが弱い状況にあります（図表2-8）。
- 地域住民の有志による地域づくりを進める活動への参加率をみると、その割合はまだ低いのですが（図表2-9）、約4割の高齢者は「参加したい」と回答しています。こうした地域の活動への参加を希望する人が、社会参加できる体制や状況の整備が必要となります。

第3節 市民のつながりづくりや社会参加の促進に向けた取組

1 これまでの取組

- 生活支援コーディネーター※の活動を通じて、住民同士の地域交流を促進し、様々な活動（ボランティア活動、老人クラブ活動、スポーツ・レクリエーション活動、公民館等を拠点とした生涯学習等）を通じた社会参加の促進を図ってきました。
- 高齢者学級や出前講座等により、介護等に関する制度の理解促進に努めてきました。その他、小・中学校と連携し、総合的な学習の時間等において福祉教育の充実を図るとともに、学校応援団等の活動を通じ、高齢者との交流を推進してきました。
- 総合事業※のなかでは、生活上のちょっとした困りごとや支援ニーズを把握し、解決するための体制として、住民主体による生活援助等（訪問型サービスなど）を整備してきました。さらに、2021年7月には、北本市社会福祉協議会が中心となって、「きたもとごちやまぜの会※」を立ち上げ、市内の様々な支援団体が相互に関係性を持つとともに、地域とのつながりを図ってきました。

2 これからの取組

(1) 地域資源の把握とデータベース化

- 自治会や地域コミュニティ委員会、老人クラブやスポーツ・レクリエーション活動団体、ボランティア団体や「きたもとごちゃまぜの会※」、市民大学きたもと学苑を活用した高齢者の生涯学習等、地域団体や地域事業者等が参画する第1層・第2層の協議体※及び生活支援コーディネーター※の活動を通じて、地域活動を行っている様々な団体の活動実態の把握とデータベース化を図っていきます。
- 「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」などを推進する通いの場の拡充を図っていきます。

(2) マッチングによる社会参加の促進

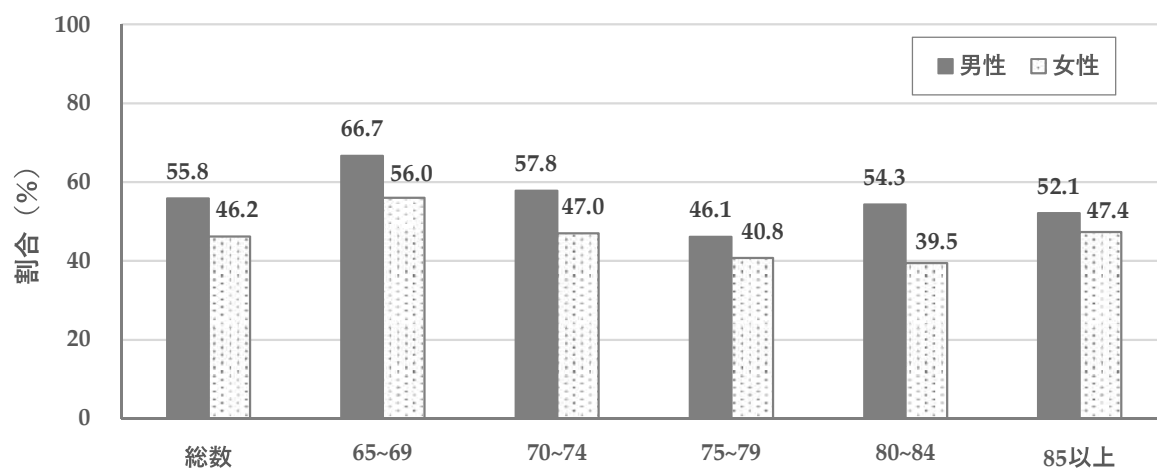
- 第1層・第2層の協議体※及び生活支援コーディネーター※の活動を通じて、地域の困りごとや支援ニーズを把握していきます。その上で、「地域の困りごと」や「支援ニーズ」と、「地域で活動したい人」や「活動している人」のマッチングを図りながら、高齢者の社会参加の促進を図っていきます。さらに、シルバー人材センターを支援することにより、高齢者の就業を通じた社会参加を促進します。
- 次世代を担う子どもへの支援に高齢者が関わること（多世代交流による地域課題の解決）は、高齢者自身にとっても、地域にとっても重要なことから、関連する他部門の事業との連携も踏まえ推進していきます。

第4節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

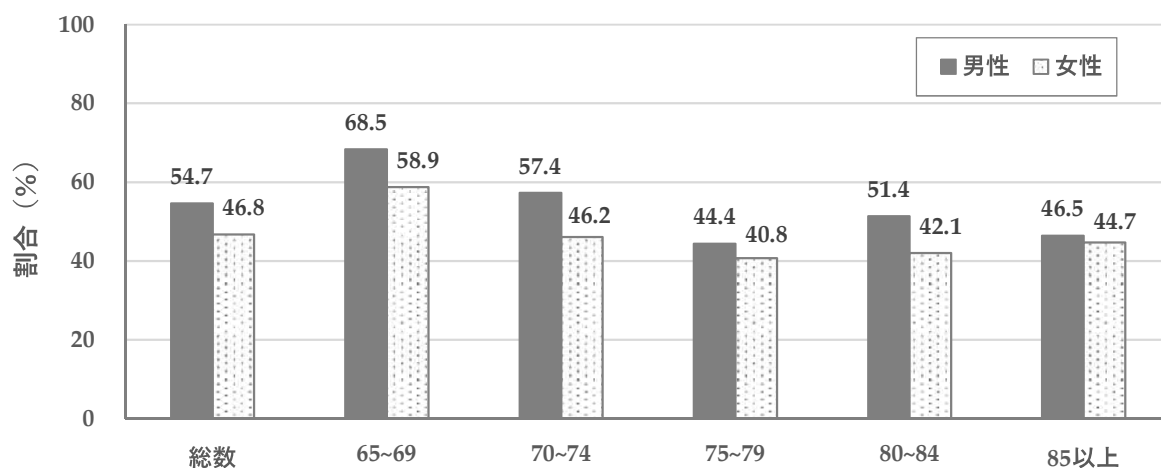
番号	指標名	第9期	第8期	説明
1	スポーツ関係のグループやクラブに参加していない高齢者の割合	【65歳以上】 ・男性：55.8% ・女性：46.2%	【65歳以上】 ・男性：46.5% ・女性：34.5%	ニーズ調査において、「スポーツ関係のグループやクラブにどの位の頻度で参加していますか」の質問に対し、「参加していない」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、高齢者の社会参加が促進されたことを確認できます。
2	趣味関係のグループに参加していない高齢者の割合	【65歳以上】 ・男性：54.7% ・女性：46.8%	【65歳以上】 ・男性：47.0% ・女性：34.5%	ニーズ調査において、「趣味関係のグループにどの位の頻度で参加していますか」の質問に対し、「参加していない」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、高齢者の社会参加が促進されたことを確認できます。
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	【65歳以上】 ・男性：43.4% ・女性：38.9%	【65歳以上】 ・男性：43.2% ・女性：34.4%	ニーズ調査において、「家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手は誰ですか」の質問に対し、「いない」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、地域における支え合い体制が構築されたことが確認できます。
4	地域づくりを進める活動に、企画・運営者として参加している高齢者の割合	【65歳以上】 ・男性：6.3% ・女性：2.9%	【65歳以上】 ・男性：3.5% ・女性：2.6%	ニーズ調査において、「地域づくりを進める活動に参加してみたいと思いますか」の質問に対し、「企画・運営者として既に参加している」と回答した人の割合を確認します。 この数値が上昇したことにより、地域における支援者が増加したことを確認できます。
5	幸福感が高い高齢者の割合	【65歳以上】 ・男性：15.6% ・女性：19.6%	【65歳以上】 ・男性：20.0% ・女性：29.2%	ニーズ調査において、「あなたは、現在どの程度幸せですか（0～10点）」の質問に対し、「9～10点」と回答した人の割合を確認します。 この数値が上昇することにより、生きがいを持つ高齢者が増加したことを確認することができます。

図表 2-6. 「スポーツ関係のグループやクラブに参加していない」人の割合



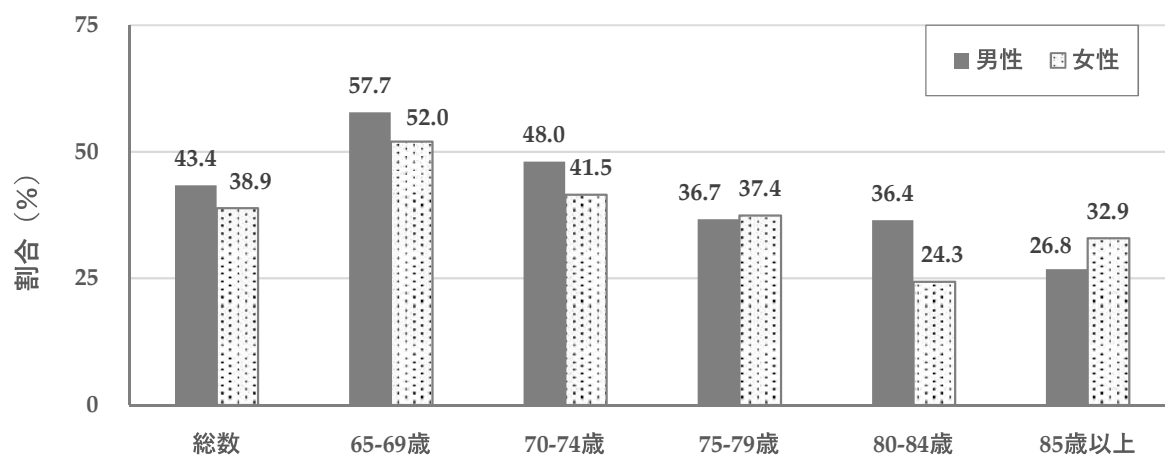
出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

図表 2-7. 「趣味関係のグループに参加していない」と回答した人の割合



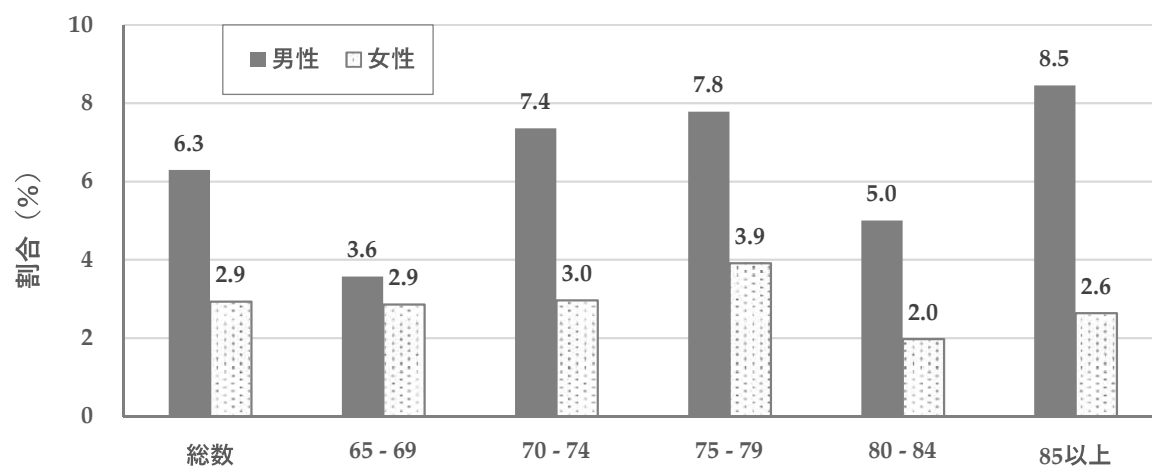
出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

図表 2-8. 「家族や友人以外で、何かあったときに相談する相手がいない」人の割合



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

図表 2-9. 「地域づくり活動に企画・運営者として参加している」人の割合



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

● 第 3 章 【施策 3】在宅医療・介護連携の推進

第 1 節 本施策で目指すこと

- 今後、さらなる高齢化が進展していく中、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加することが予想されます。
- 医療と介護を必要とする高齢者が、住み慣れた地域でいきいきと最期まで暮らし続けられるよう、医療、介護及び福祉の関係機関が連携し、多職種協働により、在宅生活を支える体制が整備されたまちを目指します。

第 2 節 現状と課題

- ニーズ調査によると、約 5 割の高齢者が「医療・介護が必要になった際に自宅で過ごしたい」と考えています（図表 2-10）。しかし、要支援・要介護認定者の約 4 割が 3 年間で重度化し、自宅で生活を送ることが難しくなっています。自宅での生活を継続するためには、重度化の要因である「病気の再発」や「日常生活活動※の自立度低下」を防いでいく必要があります。
- 同調査によると、約 6 割の高齢者が人生の最期を自宅で過ごすことを希望しています。ここで、国が公表している在宅医療にかかる地域別データ集をみると、本市の自宅での死亡率は年々増加傾向にあります。2021 年現在で 17.0%にとどまっています（図表 2-11）。そのため、医療と介護が必要になった際にも自宅での生活が継続できるよう、また、望まれる最期を実現するためにも、多職種協働の体制を整備する必要があります。
- 医療や介護が必要になった人が、適切なサービスを選択できるよう、地域における医療や介護に関する資源とその機能を把握するとともに、その情報を発信していくことが必要となります。

第 3 節 在宅医療・介護連携の推進に向けた取組

1 これまでの取組

- 地域の医療・介護サービス資源の現状把握のために、医療機関や介護事業所に関する情報を収集・整理しました。また、地域の医療機関、ケアマネジャー※、介護関係者等が参画する会議を開催し、医療・介護の連携の現状と課題の抽出及び対応策の検討を実施してきました。
- 地域の医療・介護関係者の連携を図るため、医療・介護関係者を対象とした研修会を開催するとともに、医師や専門職等を講師とした講演会等を開催し、在宅医療や介護が必要になった際に、必要なサービスを適切に選択できるよう普及啓発に努めてきました。あわせて、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）※の取組の 1 つとして、エンディングノートを庁内窓口にて配布しました。

- 入退院時において医療介護情報を共有するため、3市1町で入退院支援ルールを作成しました。入退院支援ルールの運用により、入退院時の情報共有の均質化が図られるようになりました。

2 これからの取組

(1) 再発予防の推進

- 地域の医療機関、ケアマネジャー※、介護関係者等が参画する「在宅医療介護連携推進協議会」などを活用して、病院とケアマネジャー※間の連携強化、かかりつけ医／ケアマネジャー※／ケア職※間の連携強化を図っていきます。
- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターを配置する「在宅医療連携センター」と、医療・介護に携わる様々な職種が協働し、会議や合同研修会等を活用しつつ、再発予防策の共有を図ります。

(2) 重度化防止の推進

- 地域ケア会議※や地域リハビリテーション活動支援事業を通じて、日常生活活動※（ADL※・IADL※）の自立度向上につながる手法を、リハビリテーション専門職からケア職※に助言する機会を充実させていきます。

(3) 本人の意向に沿った支援の展開

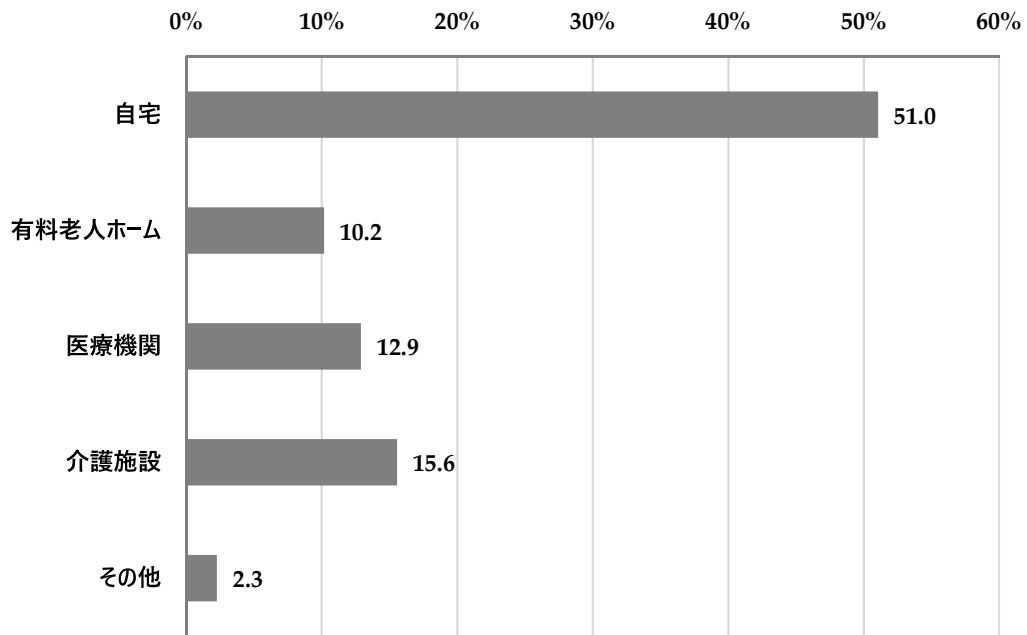
- 地域で誰もがその人らしく暮らすために、在宅医療と介護サービスの拡充を進める必要があります。また、ケアマネジャー※が主体となり本人やその家族等と行う担当者会議やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※等を活用した医療部門と介護部門の情報連携が必要となります。
- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）※の普及に向け、地域住民および医療・介護関係者を対象とした研修会を開催していきます。また、本人の意向をよく知るキーパーソンとケアマネジャー※の連携強化を通じて、本人の意向の把握に努めるとともに、把握した本人の意向などを関係者と共有し、本人の意向に沿ったサービス提供や看取りの推進を図っていきます。
- 入退院支援ルールの運用により、入退院時の医療・介護関係者の情報共有を図り、途切れることなくサービスが受けられるようにしていきます。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

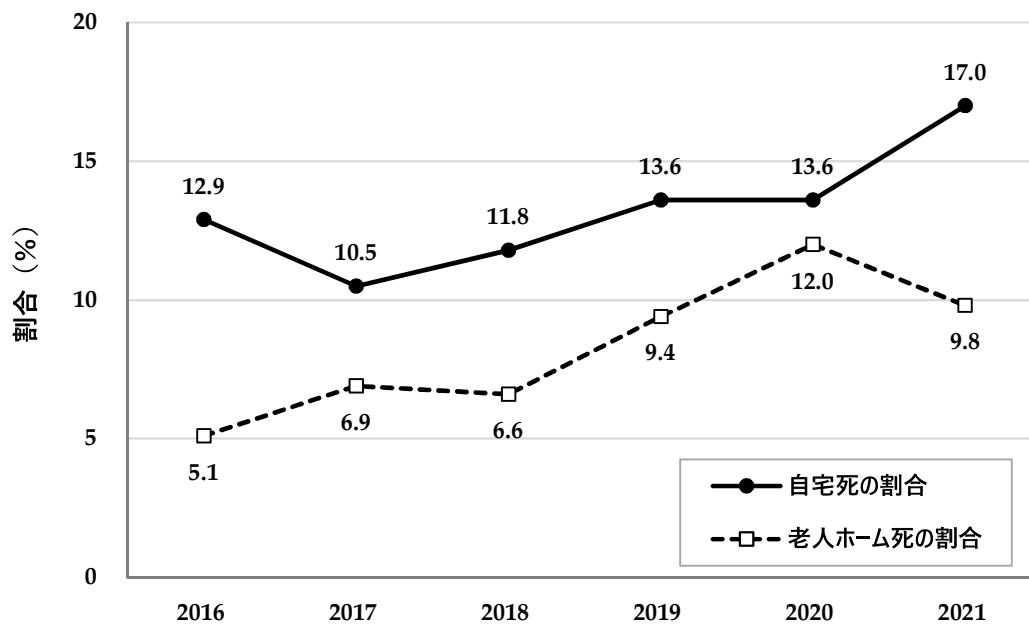
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	医療・介護が必要になった時、自宅等で過ごしたいと思う高齢者の割合	【65 歳以上】 ・ 自宅：51.0%	【65 歳以上】 ・ 自宅：51.3%	ニーズ調査において、「医療・介護が必要になった時、どこで過ごしたいですか」の質問に対し、「自宅」と回答した人の割合を確認します。 この数値が上昇することにより、医療と介護が必要になった際にも、自宅等で過ごせる体制が整備されたことを確認できます。
2	自宅での死亡率	【市民】 ・ 自宅：17.0% (2021 年実績)	【市民】 ・ 自宅：11.8% (2018 年実績)	国が公表している在宅医療にかかる地域別データ集において、1 年間に亡くなった人のうち、自宅で亡くなった人の割合を確認します。 この数値が上昇することにより、医療と介護の両方が必要な人でも、在宅生活を継続できたことを確認できます。
3	要介護度の重度化率	【認定者】 ・ 要支援 1：50.6% ・ 要支援 2：43.9% ・ 要介護 1：53.1%	【認定者】 ・ 要支援 1：53.4% ・ 要支援 2：43.9% ・ 要介護 1：51.8%	要支援 1・2、要介護 1 の認定者のうち、3 年後の要介護度が重度化した人の割合のことです。 この数値が減少することにより、介護予防の効果を確認することができます。
4	主観的健康観が低い高齢者の割合	【65 歳以上】 ・ 男性：3.9% ・ 女性：2.2%	【65 歳以上】 ・ 男性：3.8% ・ 女性：2.9%	ニーズ調査において、「現在のあなたの健康状態はいかがですか」の質問に対し、「よくない」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、必要な医療・介護サービスが受けられていること、また、その関わり方が健康状態の悪化防止に寄与していることを確認することができます。

図表 2-10. 医療・介護が必要になった時に過ごしたいと思う場所



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

図表 2-11. 自宅及び老人ホームでの死亡者割合の推移



出所) 厚生労働省:在宅医療にかかる地域別データ集より作成

● 第 4 章 【施策 4】 認知症施策の推進

第 1 節 本施策で目指すこと

- 国は、認知症施策推進大綱や認知症基本法をとりまとめ、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進していくこととしています。
- 本施策では、たとえ認知症になったとしても、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力のもと、本人の意思が尊重され、自分らしく暮らし続けられるまちを目指します。

第 2 節 現状と課題

- 北本市では、65 歳以上人口の 7.9%、すなわち 12 人に 1 人が認知症（認知症高齢者の日常生活自立度※がランクⅡ以上の人）と推計されています。認知症の出現率は年齢が高くなるにつれて上昇し、75 歳以上では 13.5%、85 歳以上では 27.3%になっています（図表 2-12）。85 歳以上人口が増加するなか、認知症高齢者の人数は今後増加していくことになります。
- ニーズ調査によると、認定を受けていない高齢者の約 4 割が「物忘れが多い」と回答しています（図表 2-13）。認知機能低下が進むと、様々な生活障害が生じ、徐々に在宅で生活が続けることが困難になっていきます（図表 2-14）。したがって、認知機能／生活障害の早期発見と早期対応を強化する必要があります。
- 要介護認定者に占める認知症の人の割合は約 8 割に及んでいます（図表 2-15）。したがって、要介護の認知症の人に対応できるサービスを整備するとともに、ケア及びケアマネジメントの質の向上を図っていく必要があります。
- 認知症本人の在宅生活を支えるためには、家族介護者も支える必要があります。在宅介護実態調査によると、介護者の約 2 割が、「現在の生活を継続する上で、認知症への対応に不安を感じている」と回答しています。また、約 7 割の高齢者が「認知症の相談窓口を知らない」と回答しています（図表 2-16）。そのため、相談体制を含む介護者支援体制の強化や地域住民の認知症への理解促進も必要となります。

第3節 認知症施策の推進に向けた取組

1 これまでの取組

- 複数の専門職で構成される認知症初期集中支援チーム※を設置し、家族や本人支援にかかわっているケアマネジャー※の訴え等により、認知症専門医の意見を踏まえた観察や評価、家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活をサポートしてきました。
- 認知症地域支援推進員※を地域包括支援センターに配置し、認知症に関する相談体制を整えるとともに、各種啓発イベントを行ってきました。
- 認知症の人とその家族に対して、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを説明するための「認知症ケアパス※」を作成するとともに、認知症の人を地域で支える仕組みを構築しました。

2 これからの取組

(1) 本人の意向に沿ったサービス／支援の提供

- 本人やその家族の思いや困りごとに寄り添うため、引き続き、オレンジカフェ※を開催します。また、そこで得られた情報を、認知症地域支援推進員※やチームオレンジ※などの関係者間で共有しながら、本人の意向に沿ったサービスや支援を検討・実行していきます。
- 認知症の人と家族の居場所（オレンジカフェ※など）に、リハビリテーション専門職や栄養士等の専門職を派遣することで、運動機能・栄養状態・口腔機能・生活習慣等を一体的に評価し、健康管理と重症化予防に向けた適切な助言を行っていきます。
- 若年性認知症や脳血管疾患等の後遺症により高次脳機能障害※を有する第2号被保険者の支援について、関係部局との連携強化に努めます。

(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の傾聴、本人や介護者同士のつながり作りを図っていきます。また、必要に応じて、認知症地域支援推進員※やチームオレンジ※が、介護者への指導・助言を行っていきます。
- 家族が相談しやすくなるよう、認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症ケア相談室等）の周知に努めます。

(3) 認知機能低下等の早期発見・早期対応体制の構築

- 認知機能低下の早期発見ができるよう、検診方法や検診体制を検討します。
- 認知機能低下に伴う日常生活上の変化を早期に発見するためには、家族はもちろんのこと、本人に関わる様々な関係者（認知症サポーター※、民生委員、郵便局員、宅配業者等）による気づきが重要です。こうした気づきを専門的な支援につなげるような体制づくりを図ります。

(4) 生活支援体制の整備

- オレンジカフェ※などの場を通じて、支援ニーズの把握を行うとともに、得られた情報を関係者間で共有していきます。
- 生活支援に関わる様々な主体（NPO 法人、ボランティアなど）の活動の把握、認知症サポーター※の養成、生活支援体制整備事業※の担当者との連携などを通じて、生活支援体制の整備を図っていきます。
- 生活支援コーディネーター※とチームオレンジ※などが連携し、支援ニーズとニーズに対応できるサポーターをマッチングしながら、必要なサービスや支援につなげていきます。

(5) 社会参加／役割確保の推進

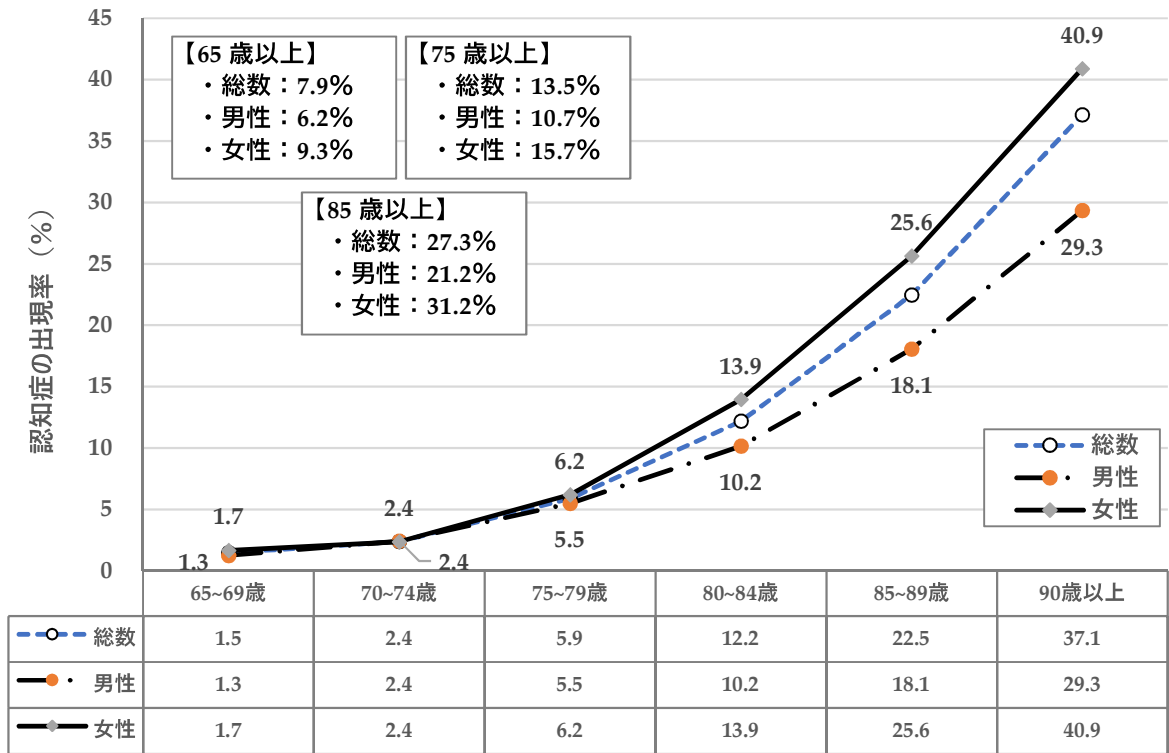
- 認知症地域支援推進員※や生活支援コーディネーター※が連携しながら、地域の困りごとや支援ニーズに関する情報を収集していきます。
- 本人支援に関わっているケアマネジャー※（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）は、認知症の人の生活歴、関心領域、趣味活動などの情報を収集するとともに、それらの情報を認知症地域支援推進員※や生活支援コーディネーター※、チームオレンジ※などと共有します。その上で、地域の困りごと／支援ニーズと、本人でできそうなことのマッチングを図りながら、社会参加や役割獲得を目指していきます。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

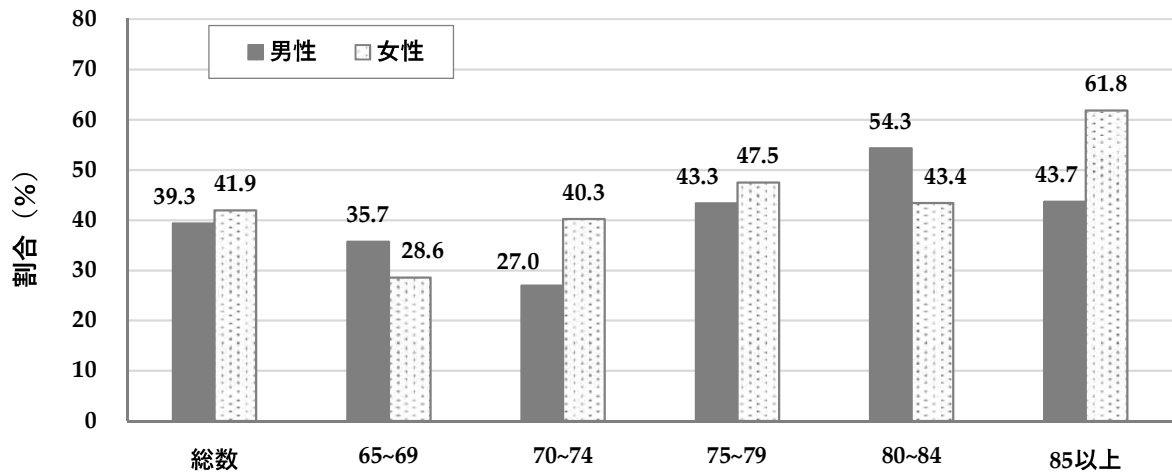
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	物忘れが多いと感じている高齢者の割合	【65 歳以上】 ・ 男性：39.3% ・ 女性：41.9%	【65 歳以上】 ・ 男性：39.9% ・ 女性：41.6%	ニーズ調査において、「物忘れが多いと感じていますか」の質問に対し、「感じている」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、認知症予防が推進されたことを確認できます。
2	認知症の相談窓口を知らない高齢者の割合	【65 歳以上】 ・ 男性：78.1% ・ 女性：68.3%	【65 歳以上】 ・ 男性：72.2% ・ 女性：66.6%	ニーズ調査において、「認知症の相談窓口を知っていますか」の質問に対し、「知らない」と回答した人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、認知症に関する相談体制が整備されたことを確認できます。
3	認知症状を有する高齢者の割合	【高齢者】 ・ 65-69 歳：1.5% ・ 70-74 歳：2.4% ・ 75-79 歳：5.9% ・ 80-84 歳：12.2% ・ 85-89 歳：22.5% ・ 90 歳以上：37.1%	【高齢者】 ・ 65-69 歳：0.5% ・ 70-74 歳：1.7% ・ 75-79 歳：4.9% ・ 80-84 歳：11.6% ・ 85-89 歳：23.6% ・ 90 歳以上：40.8%	高齢者のうち、要支援・要介護認定を受けて、認知症高齢者の日常生活自立度※がランクⅡ以上であった人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、認知症予防が推進されたことを確認できます。
4	認知症の要介護高齢者の在宅療養率	【認知症の認定者】 ・ 要介護 1：75.9% ・ 要介護 2：67.9% ・ 要介護 3：42.3% ・ 要介護 4：24.4% ・ 要介護 5：23.8%	【認知症の認定者】 ・ 要介護 1：73.6% ・ 要介護 2：59.9% ・ 要介護 3：42.6% ・ 要介護 4：15.1% ・ 要介護 5：8.3%	認知症の要介護認定者のうち、在宅で療養されている人の割合のことです。 この数値が上昇することにより、認知症の人に対するサービス提供体制の充実度、サービス及びケアマネジメントの質の向上、地域住民の理解度向上を確認することができます。

図表 2-12. 性別年齢階級別にみた認知症の出現率



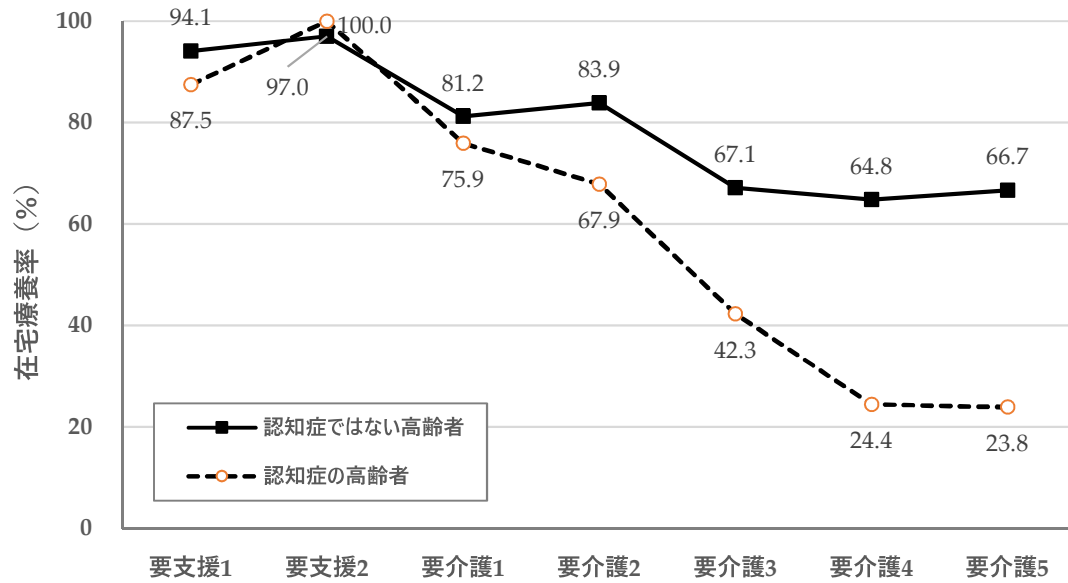
出所) 北本市:人口データ(2022年1月)および要介護認定データ(2022年1月)より作成

図表 2-13. 「物忘れが多いと感じている」人の割合



出所) 北本市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2023年3月)より作成

図表 2-14. 認知症の有無別にみた要介護度別在宅療養率



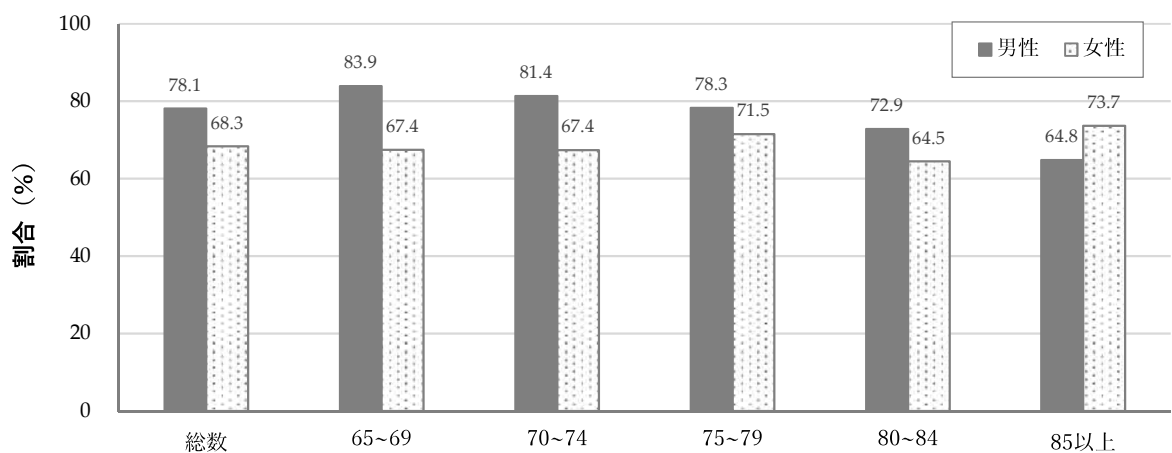
出所) 北本市: 要介護認定データ (2022 年 1 月) 及び給付データ (2021 年 12 月) をもとに作成

図表 2-15. 要介護度別にみた認知症の人が占める割合

	要支援		要介護				
	1	2	1	2	3	4	5
認定者数 (人)	501	417	650	546	367	388	213
ランクⅡ以上の認定者数 (人)	57	28	480	371	288	316	192
ランクⅡ以上の認定者割合 (%)	11.4	6.7	73.8	67.9	78.5	81.4	90.1

出所) 北本市: 要介護認定データ (2022 年 1 月) をもとに作成

図表 2-16. 「認知症の相談窓口を知らない」人の割合



出所) 北本市: 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (2023 年 3 月) より作成

● 第 5 章 【施策 5】介護者支援策の推進

第 1 節 本施策で目指すこと

- 要介護高齢者の在宅生活を支えるためには、本人支援だけでなく、介護者への支援も非常に重要となります。
- 本施策では、要介護高齢者とその家族が、住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、家族への支援を強化していきます。

第 2 節 現状と課題

- 在宅介護実態調査によると、介護者の約 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」、約 2 割が「今後の在宅生活の継続を難しい」（図表 2-17）と回答していました。
- サービス受給者の在宅療養率をみると、要介護度が重度化するにしたがって減少し、要介護 3 では 5 割を下回っていました（図表 2-18）。
- 介護者に「現在の生活を継続する上で不安に感じている介護は何か」を聞いたところ、要介護 1・2 では、第 1 位「認知症状への対応」、第 2 位「夜間の排泄」、第 3 位「日中の排泄」の順、要介護 3～5 では、第 1 位「夜間の排泄」、第 2 位「認知症状への対応」、第 3 位「外出への付き添い、送迎等」の順となっていました（図表 2-19）。
- 要介護者と家族が、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、家族介護者の身体的・精神的負担を軽減することが重要です。また、介護に対する不安を軽減するためには、介護力を高めることも重要です。

第 3 節 介護者支援に向けた取組

1 これまでの取組

- 高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域の協力機関や事業所等が見守り協力者となり、日常の業務の中で高齢者等の異変を市や地域包括支援センターに報告する「北本市高齢者等見守りネットワーク事業」にて、高齢者等支援のネットワークの拡充を図ってきました。
- 多様化・複雑化する生活上の困難ニーズに合わせて、重層的な支援体制の整備の他、地域包括支援センター等での相談体制も整備し、困りごと相談支援ガイドブックやおくやみハンドブックの発行を行いました。
- 介護者の精神的・経済的負担軽減を図り、在宅生活の継続を支援するため、緊急時通報システム事業、寝具洗濯乾燥消毒事業、日常生活用具の給付事業、配食サービス事業、訪問介護サービス等利用者負担額助成事業、在宅重度要介護高齢者等紙おむつ助成事業等に取り組んできました。

2 これからの取組

(1) 介護者の負担軽減策の推進

- 高齢者の総合的な相談窓口である地域包括支援センターの機能を強化するため、定期的に「地域包括支援センター運営協議会」を開催します。
- 地域包括支援センター等に来てもらう体制の構築だけでなく、サロンなどの、介護者同士が交流し、悩みや困りごとを共有するための場を設けていきます。なお、こうした場には、地域包括支援センター等の職員も出向いて、介護者が抱える課題、悩み、困りごとを把握していきます。
- 介護者への支援として、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、家事支援等の生活支援サービスの充実を図るとともに、介護者手当及び家族介護慰労金を支給することにより、介護意欲の向上に努めます。
- 介護者の支援に関しては、埼玉県ケアラー支援条例により、埼玉県と連携しながら、支援体制の構築を推進します。

(2) 課題解決に向けた支援の実施

- サロンなどに参加した地域包括支援センター職員等が中心となって、高齢者に関わる関係者と情報共有を図るとともに、食事支援・通院支援・離職防止支援など、介護者が抱える課題への解決策を検討していきます。

(3) 介護力の向上支援

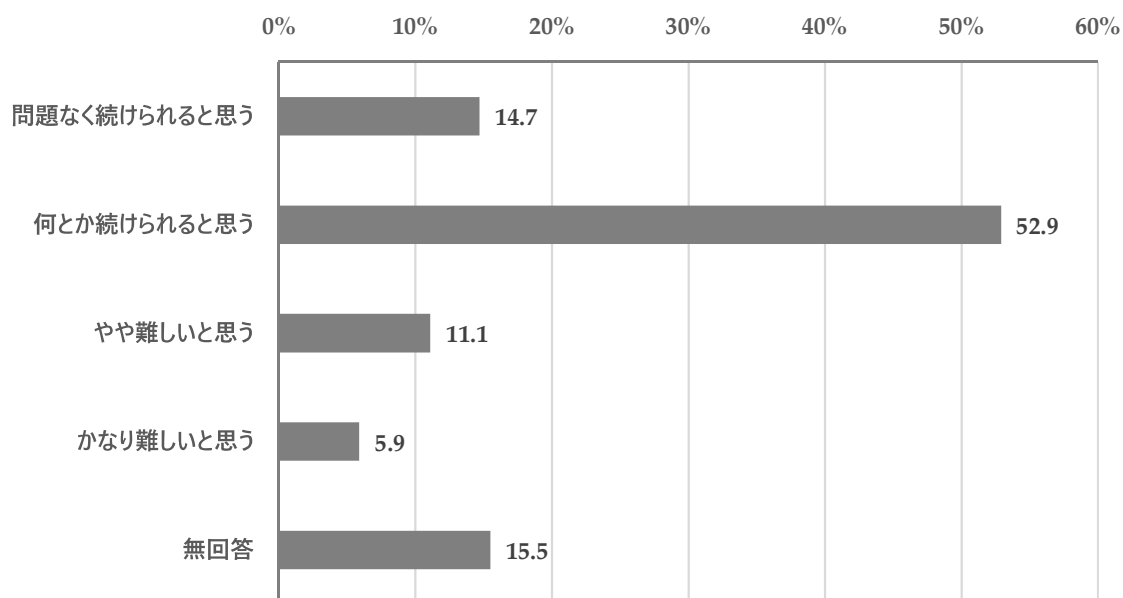
- 介護者の介護力を高めるため、排泄介助、認知症への対応方法などのケア職※の介助スキルを介護者に伝授していくための研修会を開催していきます。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

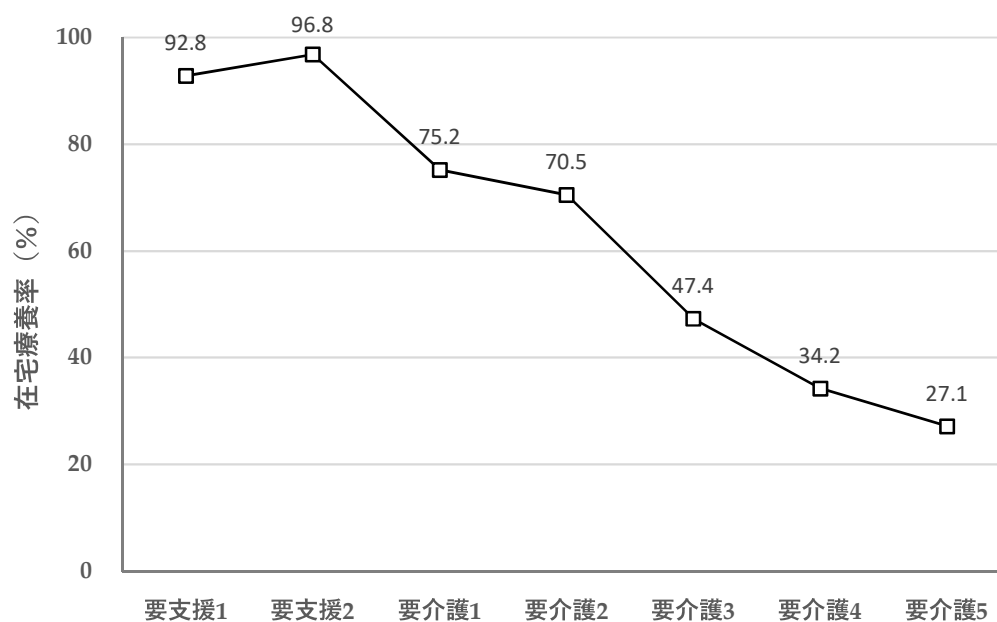
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	介護者からみた「在宅継続困難者」の割合	【認定者】 ・ 17.0%	【認定者】 ・ 14.7%	在宅介護実態調査の「今後も在宅生活を継続できそうですか」の質問に対して、「やや難しい」または「難しい」と回答した介護者の割合を確認します。 この数値が減少することにより、介護者の負担が軽減できているかを確認できます。
2	介護に対する不安の軽減 (要介護 1・2)	【おもな介護】 ・ 夜間排泄：25.7% ・ 認知症対応：27.4%	【おもな介護】 ・ 夜間排泄：19.9% ・ 認知症対応：36.8%	主な介護内容に対して、介護者が不安を感じる人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、介護者の負担が軽減できているかを確認できます。
3	介護に対する不安の軽減 (要介護 3-5)	【おもな介護】 ・ 夜間排泄：35.1% ・ 認知症対応：26.3%	【おもな介護】 ・ 夜間排泄：30.5% ・ 認知症対応：39.0%	主な介護内容に対して、介護者が不安を感じる人の割合を確認します。 この数値が減少することにより、介護者の負担が軽減できているかを確認できます。
4	サービス受給者の在宅療養率	【サービス受給者】 ・ 要介護 1：75.2% ・ 要介護 2：70.5% ・ 要介護 3：47.4% ・ 要介護 4：34.2% ・ 要介護 5：27.1%	【サービス受給者】 ・ 要介護 1：79.0% ・ 要介護 2：73.6% ・ 要介護 3：47.3% ・ 要介護 4：28.5% ・ 要介護 5：27.0%	サービス受給者のうち、在宅で療養されている人の割合のことです。 この数値が上昇することにより、本人および家族への支援の充実度を確認することができます。

図表 2-17. 介護者からみた在宅生活の継続の可能性に対する回答状況



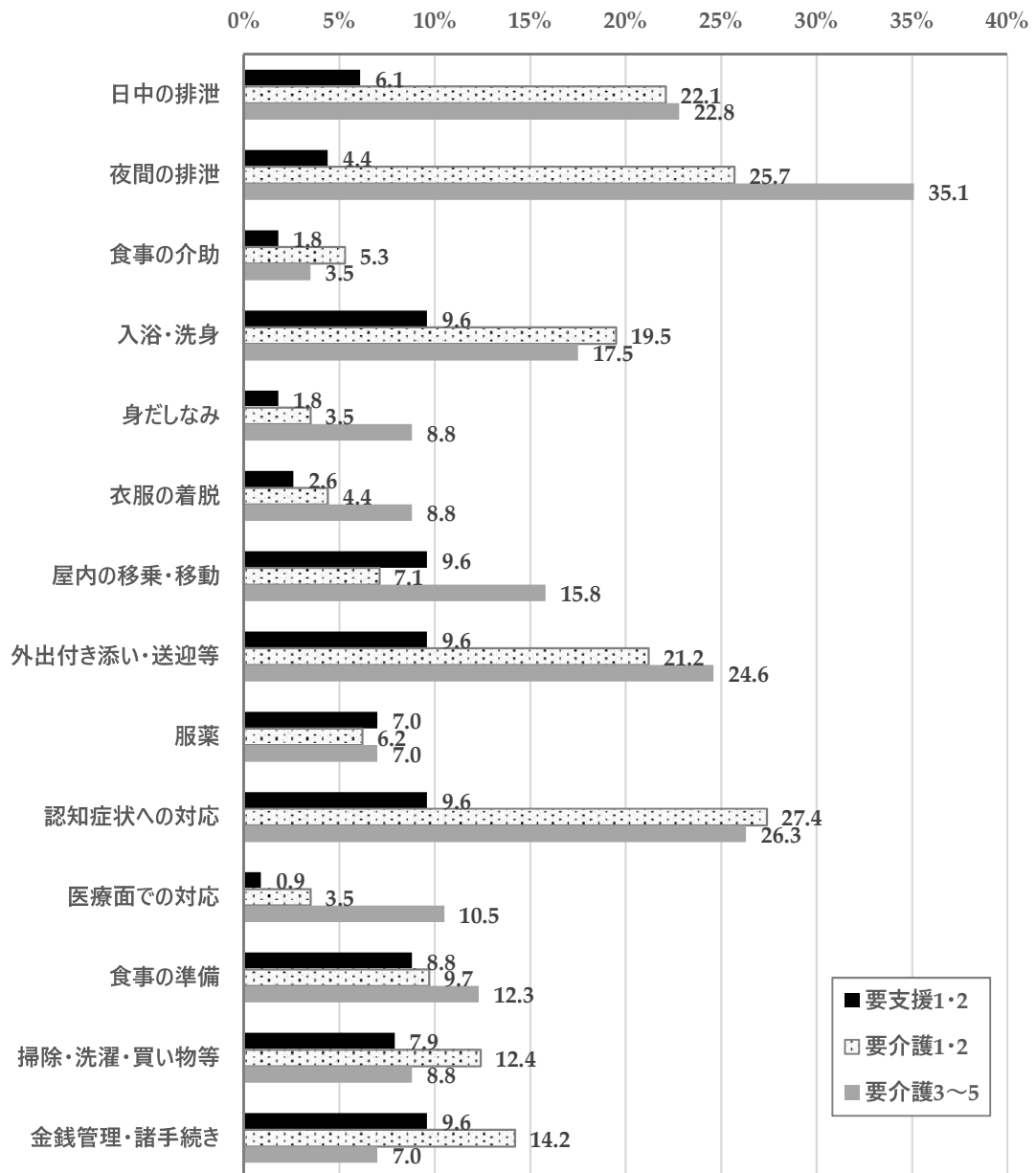
出所) 北本市:在宅介護実態調査(2023年3月)より作成

図表 2-18. サービス受給者の要介護度別にみた在宅療養率



出所) 厚生労働省:介護保険事業状況報告(月報)(2023年2月分)をもとに作成

図表 2-19.介護者が「不安を感じる」と回答した人の割合



出所) 北本市：在宅介護実態調査 (2023 年 3 月) より作成

● 第 6 章 【施策 6】 多様なサービスの充実

第 1 節 本施策で目指すこと

- 高齢化の進展に伴い、高齢者の日常生活支援へのニーズは、ますます増加することが予想されます。このようなニーズに対応するためには、介護保険サービスの充実を図るだけでなく、地域での支え合いや多種多様な担い手の協力が必要となります。
- 感染症流行時や自然災害等が発生した際、継続的なサービス提供を維持するとともに、災害弱者への支援が行えるような体制を整備します。
- 本施策では、高齢者の日常生活を支援するため、介護保険サービスを含め、地域資源を有効に活用した多様なサービスが充実したまちを目指します。

第 2 節 現状と課題

- ニーズ調査によると、高齢者に「今後在宅生活を継続する上で必要と感じるサービスはありますか」と聞いたところ、第 1 位「特になし」41.6%、第 2 位「外出同行」22.3%、第 3 位「移送サービス」19.3%の順となっていました（図表 2-20）。
- 在宅介護実態調査において「介護保険以外で利用しているサービスは何ですか」を聞いたところ、第 1 位「移送サービス」11.1%、第 2 位「配食」9.2%、第 3 位「ゴミ出し」8.2%と、介護保険以外のサービス利用率は低い状況でした（図表 2-21）。当市では、今後、85 歳以上人口が増加することから、介護保険以外の支援策の拡充が課題となります。
- これらのニーズに対応するためには、介護保険サービスにおいても、①総合事業※における訪問型・通所型サービスの充実、②地域密着型サービス※の整備を推進していく必要があります。

第 3 節 多様なサービスの充実に向けた取組

1 これまでの取組

- 地域密着型サービス※など、身近できめ細かいサービス提供体制を整備してきました。
- 市で行う地域ケア推進会議※を通じて、地域の課題を抽出し、検討することで、地域での支援体制を検討してきました。
- 生活支援サービスに関しては、生活支援体制整備事業※を活用して、生活支援コーディネーター※や第 1 層・第 2 層の協議体※等を中心に、NPO、ボランティア、地域組織等と協働しながら、生活支援サービスの開発・ネットワーク化を進めてきました。また、地域のニーズに合わせた取組として、高齢者のごみ出し支援制度や、社会福祉協議会による「ちょこっと困りごとサービス」、買い物弱者を支える移動スーパー、デマンドバスの近隣市内医療機関への運行等を行いました。

- 災害時を想定し、要介護・要支援認定者、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、障がいのある方等、災害時に支援の必要な高齢者等を把握するため、避難行動要支援者名簿への登録・更新を促進・整備しました。

2 これからの取組

(1) 地域の実情に応じた介護保険サービスの充実

- 在宅生活を継続するためのニーズを踏まえ、地域密着型サービス※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きます。

(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

- 介護事業所の運営が継続できるよう、介護事業所と医療機関等、関係部署と連携して、感染症対策の強化を図ります。
- 災害等発生時の援護体制の整備に努めるとともに、関係部署とも協議し、災害等発生時に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備を図ります。

(3) 多様な主体による生活支援サービスの拡充

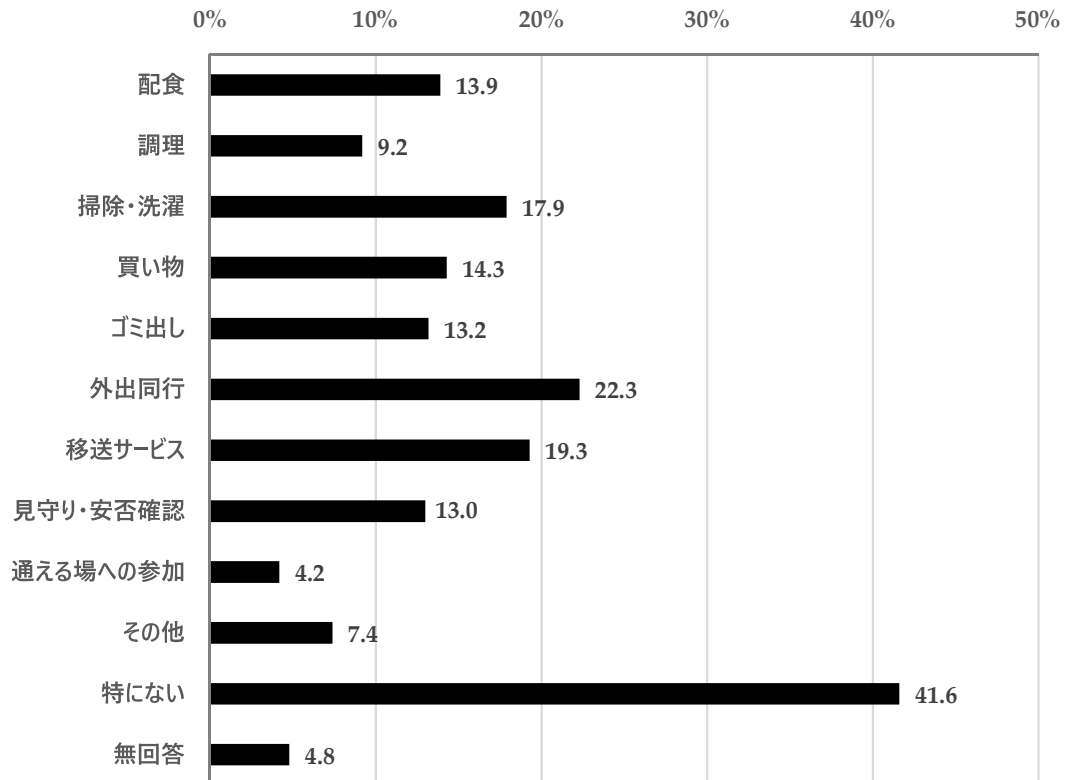
- 地域ケア会議※における個別事例検討や生活支援コーディネーター※の活動等を通じ、地域の支援者を含む地域資源の把握に努めます。
- 必要に応じ、就労的活動支援コーディネーターを配置し、地域資源をデータ化し、広報やホームページ等で発信します。
- 把握した地域資源については、生活支援コーディネーター※を中心に、対象者の拡大を含めた活用方法を検討し、高齢者の日常生活を支えるサービスの充実を図ります。

第 4 節 評価指標について

コロナ後の生活様式の変化を踏まえながら、介護者支援を含めた以下の指標の動向を確認することで、本施策の効果を検証します。

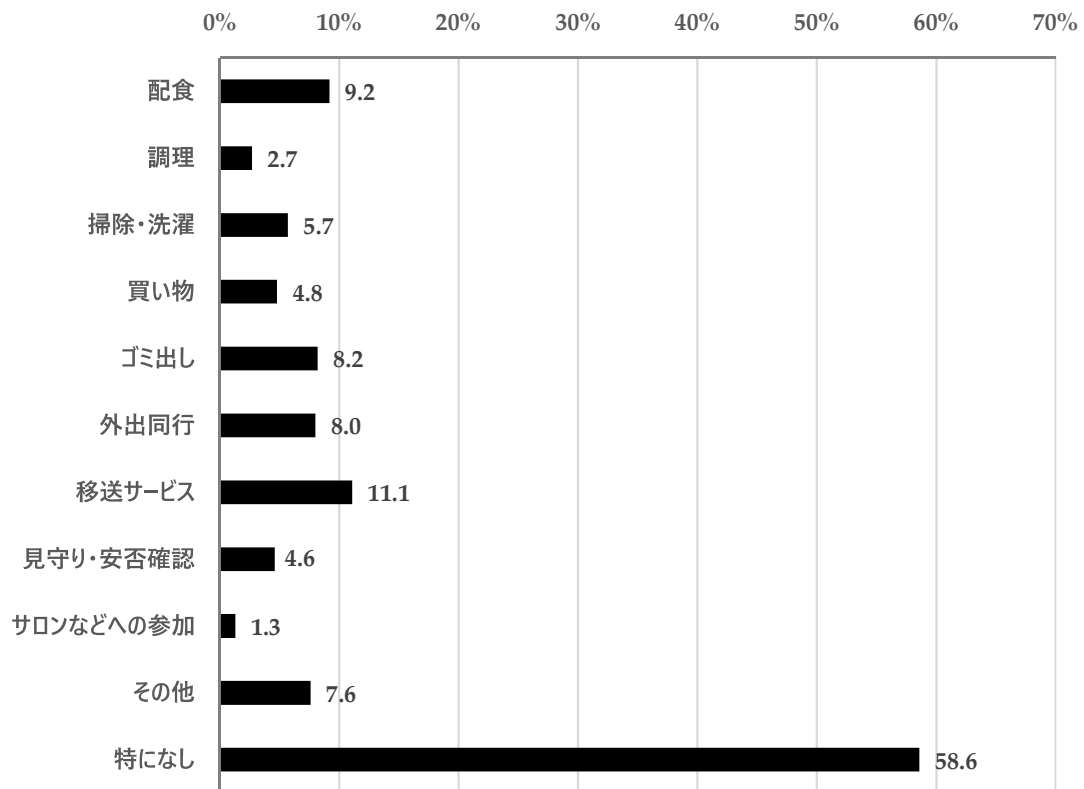
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	今後在宅生活を継続する上で必要と感ずるサービスがない割合	【認定者】 ・特になし：41.6%	【認定者】 ・特になし：26.5%	在宅介護実態調査において、「今後在宅を継続する上で必要と感ずるサービスがありますか」の質問に対して「特になし」と回答した割合を確認します。 この数値が上昇することにより、地域の多様なサービスが充実したことを確認できます。
2	要支援・要介護認定者が利用している介護保険以外のサービスの種類別利用率	【認定者】 ・配食：9.2% ・調理：2.7% ・掃除洗濯：5.7% ・買い物：4.8% ・ゴミ出し：8.2% ・外出同行：8.0% ・移送：11.1% ・見守り：4.6% ・サロン参加：1.3%	【認定者】 ・通院への同行：5.7% ・買物への同行：3.3% ・電球の交換：3.6% ・ゴミ出し：2.9% ・見守り：3.1% ・サロン参加：5.4%	在宅介護実態調査において、「介護保険以外で、利用しているサービスはありますか」の質問に対する項目別回答割合を確認します。 各項目における数値が上昇することにより、要支援・要介護認定者への介護保険以外の支援が充実したことを確認できます。
3	サービス受給者の在宅療養率	【サービス受給者】 ・要介護 1：75.2% ・要介護 2：70.5% ・要介護 3：47.4% ・要介護 4：34.2% ・要介護 5：27.1%	【サービス受給者】 ・要介護 1：79.0% ・要介護 2：73.6% ・要介護 3：47.3% ・要介護 4：28.5% ・要介護 5：27.0%	サービス受給者のうち、在宅で療養されている人の割合のことです。 この数値が上昇することにより、介護保険サービスの充実度を確認することができます。

図表 2-20.在宅継続に必要と感じるサービス



出所) 北本市：在宅介護実態調査 (2023 年 3 月) より作成

図表 2-21.認定者の介護保険以外のサービス利用率



出所) 北本市：在宅介護実態調査 (2023 年 3 月) より作成

● 第 7 章 【施策 7】介護サービスの質の向上

第 1 節 本施策で目指すこと

- 要支援・要介護認定を受けている高齢者にとって、介護サービスは、日常生活を送る上で必要不可欠なものとなっています。そのため、介護サービスの質の向上を目指すことは、要支援・要介護認定を受けている高齢者の生活の質を高めることにつながります。
- 本施策では、専門職同士の連携強化やサービス／ケアマネジメントの質の向上、ならびに専門職と地域の多様な主体の連携を図ることで、要支援・要介護認定を受けている高齢者が希望する生活を送ることができるまちを目指します。

第 2 節 現状と課題

- 要介護認定を受けている人の 3 年後の変化をみると、「軽度化」13.7%、「維持」43.7%、「重度化」42.6%と、約 4 割が重度化していました（図表 2-22）。また、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分かりました。前者に関しては、フレイル※の進行や日常生活活動※（ADL※・IADL※）の自立度の低下が、後者に関しては、病気の再発などが原因と考えられました。
- 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りました（図表 2-23）。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ります。

第 3 節 介護サービスの質の向上に向けた取組

1 これまでの取組

- 介護サービスの質の向上に関しては、これまで、介護事業者への指導、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、福祉用具購入・貸与の実態調査等の介護給付適正化事業を行ってきました。
- 介護支援専門員連絡部会での研修・事例検討や、各介護事業所での福祉サービス第三者評価や介護保険地域密着型サービス外部評価の実施、事故防止マニュアルの作成、ヒヤリハット事例の収集、ケアプラン※相談の実施、苦情処理体制の確立、高齢者虐待防止への取組、継続的な事業の運営計画等を通じて、介護サービスの質の向上を図ってきました。

2 これからの取組

(1) 多職種連携の機能強化

- 再発予防のための方法論を具体的に伝達するなど、医療機関とケアマネジャー※間の連携強化や、再発予防のための留意点を共有するなど、かかりつけ医／ケアマネジャー※／ケア職※間の連携強化を図ることで、再発予防の推進を図っていきます。
- 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きます。

(2) ケアプラン※／個別援助計画の質の向上

- 各専門職のアセスメント情報を統合し（科学的介護情報システム（LIFE）※を含む）、それらの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きます。
- 地域ケア会議※において、リハビリテーション専門職をはじめ、多職種が連携することで、ケアマネジャー※やケア職※の支援内容の質の向上を目指します。

(3) 虐待防止策の推進

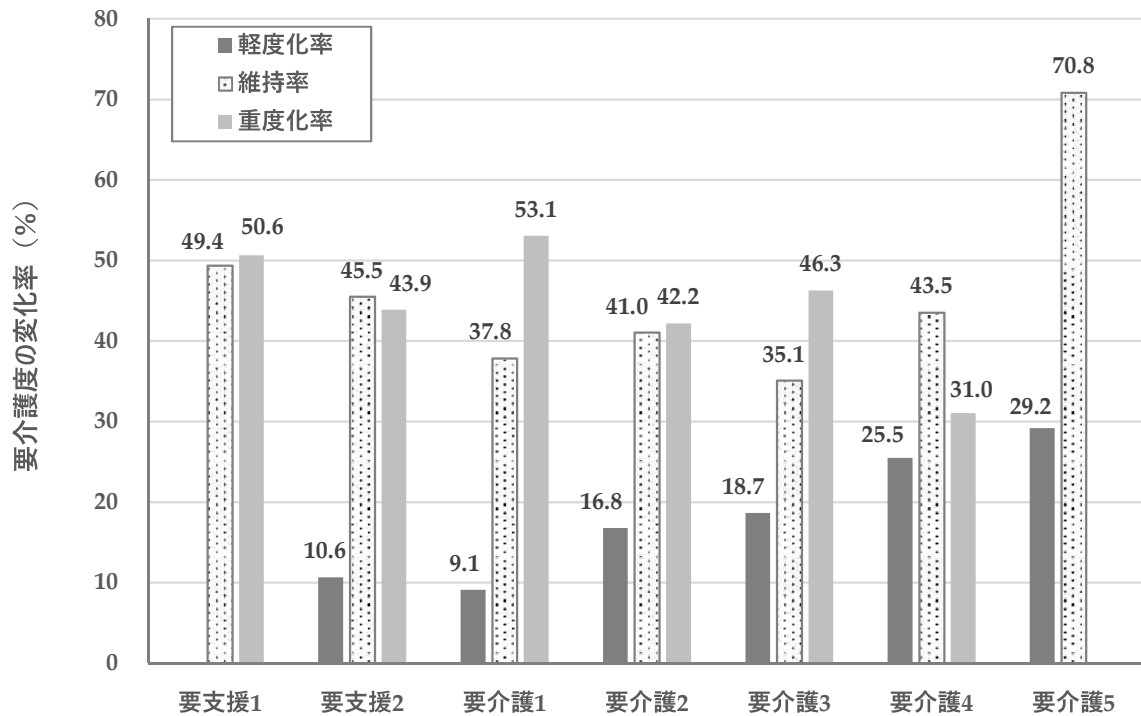
- 深刻化する高齢者への虐待等を防止するため、高齢者を見守る支援体制の拡充を図ります。
- 高齢者の権利について周知し、高齢者への適切なサービスを提供します。また、市長申立て等による成年後見制度の利用促進に努めるとともに、地域包括支援センター等と連携することにより、高齢者虐待の防止と早期発見に努め、高齢者の権利擁護を推進します。
- 健康問題や生活問題を抱えている人は自殺リスクが高いことから、早期発見・早期支援の体制を検討します。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	要介護度の重 度化率	【認定者】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援 1：50.6% ・ 要支援 2：43.9% ・ 要介護 1：53.1% ・ 要介護 2：42.2% ・ 要介護 3：46.3% ・ 要介護 4：31.0% 	【認定者】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援 1：53.4% ・ 要支援 2：43.9% ・ 要介護 1：51.8% ・ 要介護 2：40.0% ・ 要介護 3：39.4% ・ 要介護 4：36.6% 	要支援・要介護認定者のうち、 3 年後の要介護度が重度化した 人の割合を確認します。 この数値が減少することによ り、介護サービスやケアマネジ メントの質が向上したことを 確認することができます。
2	サービス受給 者の在宅療養 率	【サービス受給者】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護 1：75.2% ・ 要介護 2：70.5% ・ 要介護 3：47.4% ・ 要介護 4：34.2% ・ 要介護 5：27.1% 	【サービス受給者】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護 1：79.0% ・ 要介護 2：73.6% ・ 要介護 3：47.3% ・ 要介護 4：28.5% ・ 要介護 5：27.0% 	サービス受給者のうち、在宅で 療養されている人の割合のこ とです。 この数値が上昇することによ り、本人および家族への支援の 充実度、サービス／ケアマネジ メントの質の向上を確認する ことができます。

図表 2-22. 要支援・要介護認定者の要介護度の変化の状況



出所) 北本市:要介護認定データより(2019年1月)および(2022年1月)作成

図表 2-23. 要介護度別にみた重症化しやすい主な認定調査項目(再掲)

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	—	—

出所) 北本市:要介護認定データ(2019年1月)および(2022年1月)より作成

● 第 8 章 【施策 8】介護人材の確保と直接ケアへの重点化

第 1 節 本施策で目指すこと

- 介護現場においては、人材不足が慢性的な問題となっています。このことについては、本市においても例外ではなく、介護人材の確保及び離職防止を図るとともに、資質向上、介護に携わる様々な職種間の連携強化が必要です。また、ケア職※以外でも可能な業務を代替したり、事務作業を減らすことで、高齢者へのケアに専従してもらうことができるような取組が必要となります。
- 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、役割分担しながら、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します。

第 2 節 現状と課題

- 介護人材実態調査から、市内 43 介護事業所のケア職※585 人の性別・年齢構成をみると、訪問系サービスでは「女性が約 9 割（うち半数は非常勤）であること」「60 歳以上が約半数であること」が、また、施設・居住系では「女性が約 7 割であること」「60 歳以上が約 2 割であること」がわかりました（図表 2-24）。
- ケア職※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 人の増減なしという状況でした。
- 訪問介護のサービス提供時間の内訳については、予防給付や総合事業※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%でした。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%、「調理・配膳」6.9%、「買い物」3.4%の順でした（図表 2-25）。
- 在宅要介護者のサービス受給状況をみると、重度になるにしたがって、訪問系サービスの利用率が高くなっています。したがって、中重度の要介護者の在宅生活をささえるためには、訪問系サービス従事者の確保が必須となります。

第3節 介護人材の確保と業務の重点化、業務負担軽減に向けた取組

1 これまでの取組

- 介護事業所における ICT※の活用状況に合わせながら、業務負担軽減を図るため、申請書類や介護事業所への調査等の電子申請化などを図ってきました。
- 埼玉県等が主催する研修等の周知や、「介護サービス事業所連絡部会」を活用した介護事業者や関係団体等とのネットワークづくりを進め、介護人材の資質向上を支援しました。
- 総合事業※を通じて、家事援助を担う住民の確保を図ってきました。

2 これからの取組

(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ます。
- 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ります。
- 「介護サービス提供事業所連絡部会」や「介護支援専門員連絡部会」等と連携しながら、介護職の育成や定着、事業所を超えたつながりづくりを図ります。

(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きます。
- 市民の身近な存在である民生委員・児童委員による介護ニーズの把握と、相談・情報の総合的な提供により、複雑かつ高度化する福祉の仕組みに応じて、早期・適切な活動ができるように連携していきます。

(3) 直接ケアへの重点化

- ケア職が行う業務には、①ケアの提供（歩行介助、排泄介助など）、②専門職以外でも提供可能な業務（食事の配膳、ベッドメイキングなど）、③事務作業があります。
- 専門職以外でも提供可能な業務に関しては、認定ヘルパーの養成と配置などを通じて、ケア職※の負担軽減を図ります。
- 事務作業に関しては、事務手続きの電子化、介護関係書類の簡素化、認定事務の効率化などを通じて、負担軽減を図ります。

第 4 節 評価指標について

以下の指標を設定し、動向を確認することで、本施策の効果を検証していきます。

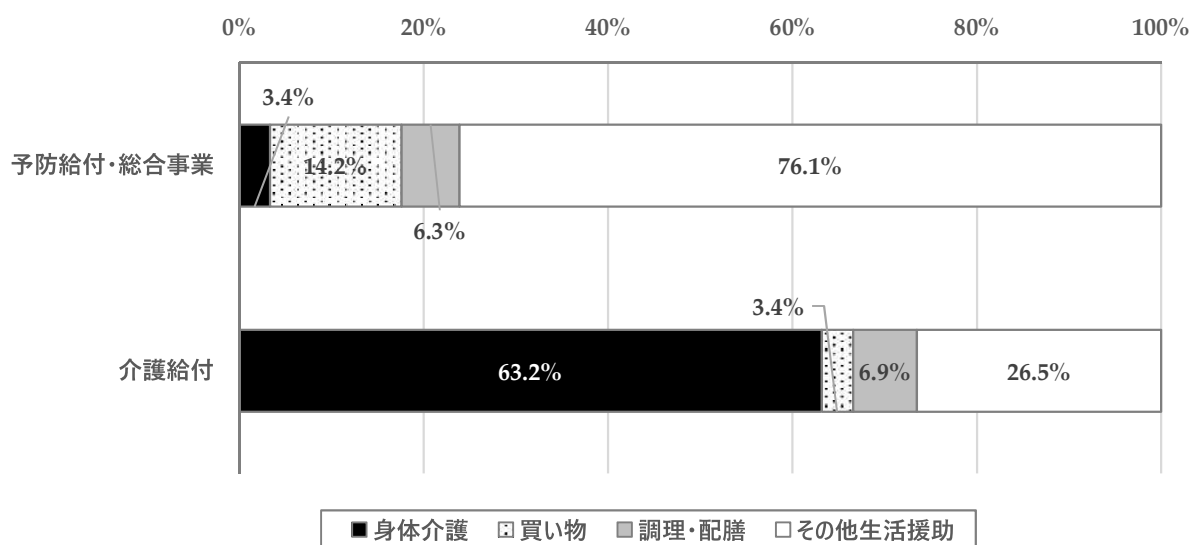
番号	指標名	第 9 期	第 8 期	説明
1	介護職員数の増加率	【介護職員数の増加率】 ・訪問系：0% ・通所系：0.7% ・施設・居住系：0.4%	-	1 年間の採用者と離職者の差を職員総数で割った割合を確認します。 この数値が上昇することにより、介護職員の雇用数の変化を確認することができます。
2	離職者割合	【離職者割合】 ・訪問系：12.9% ・通所系：11.0% ・施設・居住系：18.6%	-	1 年間の離職者を職員総数で割った割合を確認します。 この数値が減少することにより、介護職員の定着を図った施策の効果を確認することができます。

図表 2-24. サービス区分別にみた介護従事者の年齢分布

	20 歳未満	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 歳以上
1.訪問系サービス (n=37)	0 人 (0.0%)	0 人 (0.0%)	2 人 (5.4%)	6 人 (16.2%)	12 人 (32.4%)	7 人 (18.9%)	10 人 (27.0%)
再掲)女性 (n=33)	0 人 (0.0%)	0 人 (0.0%)	1 人 (2.7%)	4 人 (10.8%)	12 人 (32.4%)	6 人 (16.2%)	10 人 (27.0%)
2.通所系サービス (n=126)	2 人 (1.6%)	5 人 (4.0%)	16 人 (12.6%)	31 人 (24.6%)	38 人 (30.2%)	28 人 (22.2%)	6 人 (4.8%)
再掲)女性 (n=101)	1 人 (0.8%)	2 人 (1.6%)	8 人 (6.3%)	24 人 (19.0%)	36 人 (28.5%)	25 人 (19.8%)	5 人 (4.0%)
3.施設・居住系 (n=255)	2 人 (0.8%)	37 人 (14.5%)	43 人 (16.9%)	57 人 (22.4%)	61 人 (23.9%)	45 人 (17.7%)	9 人 (3.5%)
再掲)女性 (n=178)	1 人 (0.4%)	16 人 (6.3%)	26 人 (10.2%)	38 人 (14.9%)	48 人 (18.8%)	40 人 (15.7%)	9 人 (3.5%)

出所) 北本市:介護人材実態調査データ(2023 年 3 月)より作成

図表 2-25. 事業区分別にみた訪問介護サービス提供時間の内容別内訳



出所) 北本市:介護人材実態調査データ(2023 年 3 月)より作成