

## 第3章 計画の基本目標と基本施策

---

- 1 基本理念実現に向けた基本目標
- 2 計画の体系
- 3 基本施策

## 1 基本理念実現に向けた基本目標

### (1) 基本理念

本計画では、第4期計画からの理念を引き継ぎ、「地域包括ケア体制」の推進を前提に、現状および令和7年(2025年)、さらには令和22年(2040年)を見据えた課題に対応するために、つぎの基本目標を設定しました。

心豊かに、互いに支え合い、  
安心して暮らせるまちづくり

### (2) 基本目標

#### 1 地域で生きがいを持ち、いきいきと暮らす

高齢者が住み慣れた地域で、地域資源を活用し、役割と楽しみを持ちながら、いきいきと安心して暮らせるよう、互いに支え合う地域づくりをします。

また、見守り活動などの地域のネットワークや、もしもの時のための相談体制が充実していることで、安心して自立した生活を送ることができます。

#### 2 住み慣れた地域で安心して暮らし続ける

高齢者の心身の状況に応じて介護や医療の専門的なサービスが一体的に提供されることで、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続することができます。

また、高齢化に伴い、認知症高齢者の数も増加すると推測される中、認知症の方や、介護する方の視点に立ち、地域の理解や相談体制の充実、「共生」と「予防」の観点から活動を推進するなど、いざという時のための体制が整っていることで、高齢者自身のみならずその家族等も安心して地域で生活し続けることができます。

#### 3 利用者の自立を支える介護保険サービスの安定した提供

高齢者自身が介護保険についての正しい情報を得ることで、高齢者一人ひとりに合ったきめ細かい介護保険サービスを利用することができます。

また、高齢者が自身の状況に応じた住まいを選択できることで、介護が必要になっても、住み慣れた地域での生活を継続することができます。

介護保険サービスの安定した供給やサービスが適正に提供されるよう確認を行

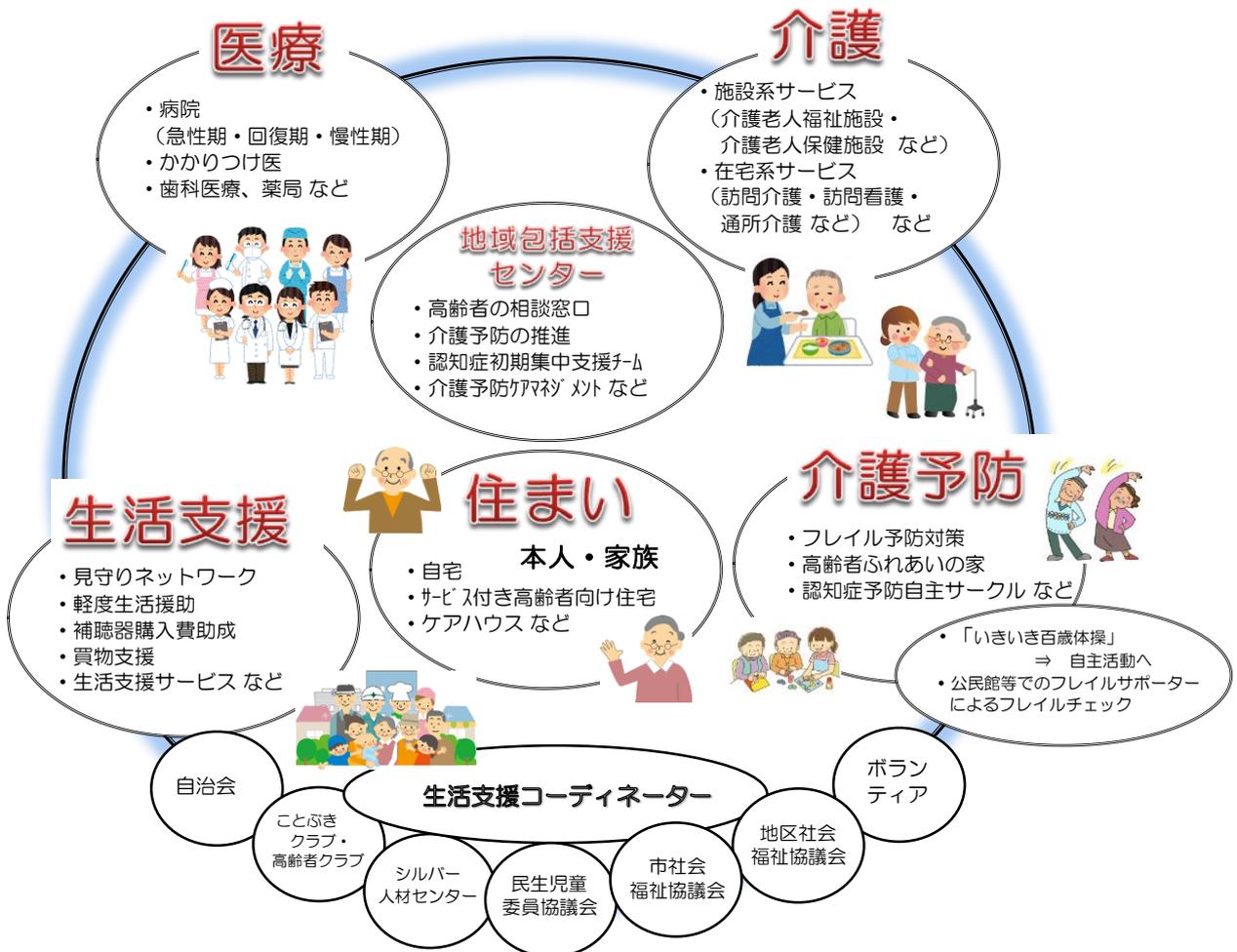
う適正化事業の取組みなど、在宅介護を支える基盤を整備することで、利用者が安心して介護保険サービスを利用することができます。

### (3) 日常生活圏域の設定

包括ケアシステムは、概ね 30 分以内に必要なサービスが提供される「日常生活圏域」を単位として想定しており、本市では、第6期計画から本市の地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護施設の整備状況を総合的に勘案して、市内全域を1つの日常生活圏域に設定しました。また、地域包括ケアの推進に向け、地域包括支援センターを直営型1カ所の設置とし、機能強化しました。

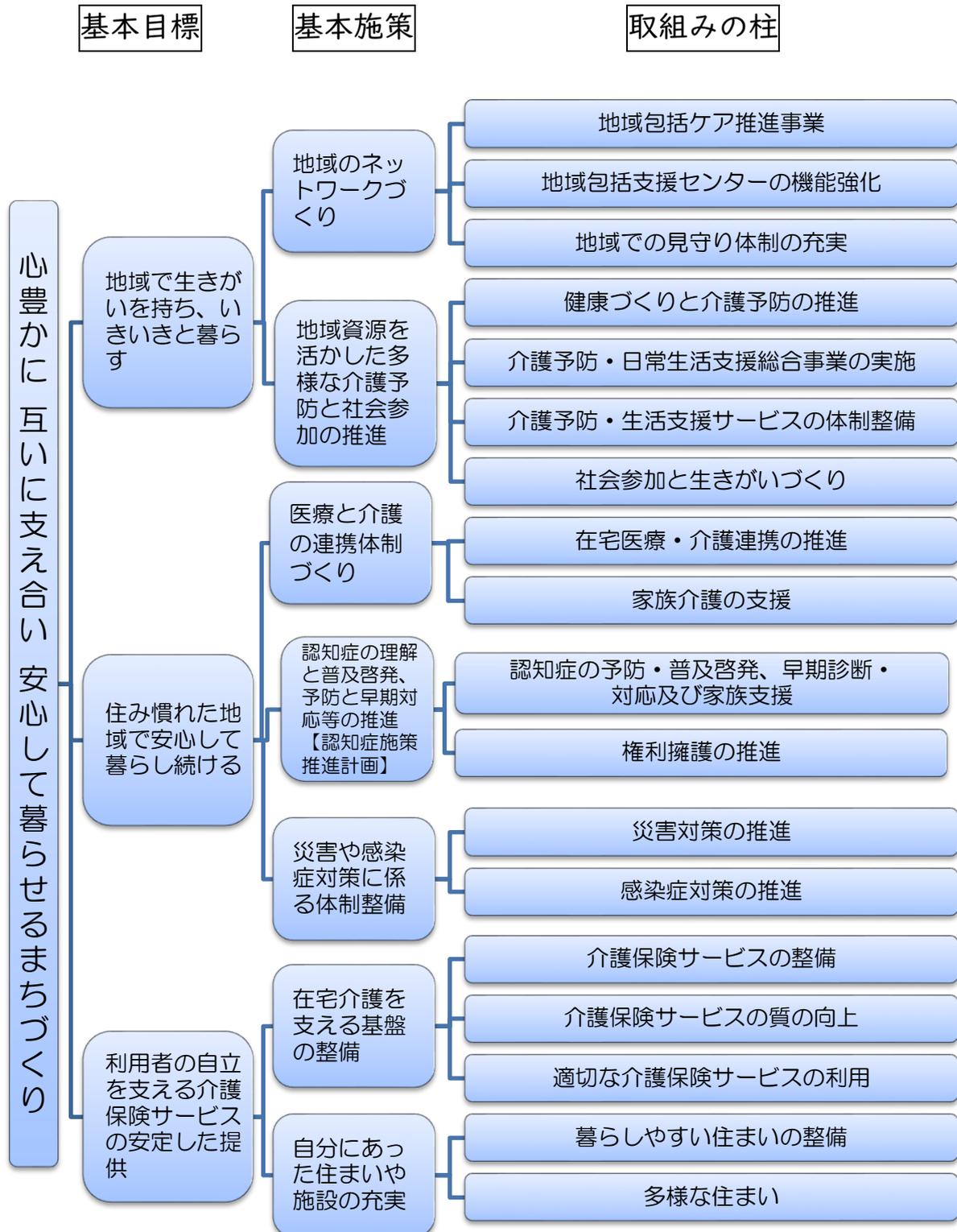
第9期計画においても、この1つの圏域設定を引き続き継承していきます。

## 境港市地域包括ケアのイメージ



## 2 計画の体系

本計画では、基本理念および基本目標を達成し、高齢者にとって暮らしやすい環境を実現するため、7つの基本施策を設定し、その下に具体的に取組む方向性として、「取組みの柱」を設定しました。



### 3 基本施策

#### (1) 基本目標1 地域で生きがいを持ちいきいきと暮らす

##### 基本施策1 地域のネットワークづくり

##### 1-①地域包括ケア推進事業 継続→

地域包括ケアシステムを推進・深化していくためには、関係機関との連携・協力的体制づくり等様々な施策・取組みを展開していくことが不可欠となります。

境港市包括ケア推進協議会を再編成し、細分化して会議を行うことで、保健医療、福祉サービス及び地域における社会資源の総合調整、並びにこれらのサービスを総合的に提供する市内のケア体制の推進を引き続き図ります。

また、地域ケア個別会議やフレイル予防コア会議、生活支援コーディネーターによる地域の支え合い活動の啓発・支援、多職種連携研修会等の開催を通じて、生活をする上での課題や問題の解決、顔の見える関係づくりを行い、地域生活を支える受け皿となる地域のネットワークづくりを進めていきます。

合わせて、講演会の開催や広報誌等を活用し、住民への地域包括ケア体制の周知を図ります。

##### 指標

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア個別会議開催4回	3回	3回	3回
フレイル予防コア会議開催1回	1回	1回	1回
地域ケア推進会議開催1回	1回	1回	1回
多職種連携研修会開催1回	1回	1回	1回

##### 1-②地域包括支援センターの機能強化 拡充↑

これまで地域包括支援センターは高齢者の総合相談、介護予防のケアマネジメントや関係機関との連携、介護予防事業などに取組み、高齢者を支援してきました。

今後、ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれ、身寄りが無いなど複雑な問題を抱える高齢者も増加することが予測されます。

地域包括ケア体制の構築において、地域のネットワークづくりの核となる機関として、地域包括支援センターの機能強化を図る必要があることから、平成28年

(2016年)10月より、直営型とし長寿社会課に設置、各種専門職の複数配置を行いました。場所の利便性、連携のしやすさなどから、総合相談、ケアプラン件数共に増加しており、人員を増やすなど体制強化を行いました。今後も地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な相談支援体制機能のひとつとしての役割を担うこととなり、令和6年度(2024年度)からは新たにリハビリテーション専門職を配置し、機能や体制のさらなる強化を図ります。

介護保険運営協議会(地域包括支援センター運営協議会)において、地域包括支援センターの公正・中立を確保しつつ、円滑かつ適正な運営体制に向け、定期的な評価を受けるとともに、今後も円滑な運営について検討していきます。

また、介護予防や権利擁護、認知症施策等、国、県などの研修を積極的に受講し、専門職員の資質向上に努めます。

**境港市地域包括支援センターの構成員(令和5年(2023年)12月現在)**

(市職員4名、社会福祉法人からの出向職員14名)

センター長<保健師>(1) 事務職(1) 認知症地域支援推進員(1)

社会福祉士(2) 保健師(3) 主任介護支援専門員(2)

介護支援専門員(8)

**1—③地域での見守り体制の充実**

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、地域で暮らす人々が支え合いながら生活していくことが大切です。

一人暮らし高齢者など見守りを必要とする高齢者が増加する中、自治会などの地域住民や地区社会福祉協議会、高齢者クラブなど高齢者に関わる団体が連携し、高齢者を見守る体制づくりを推進します。

**ア 高齢者見守りネットワーク構築事業**

**拡充↑**

自治会や地区社会福祉協議会、高齢者クラブ等の地域団体が高齢者等を見守る仕組みづくりを支援するとともに、関係機関団体同士の連携や他事業と連動により、重層的で効果的な見守り体制の構築を目指します。

**指標** 高齢者見守りネットワークの取組み

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
4地区実施 (計4地区)	1地区実施 (計5地区)	1地区実施 (計6地区)	1地区実施 (計7地区)

**イ 高齢者実態調査事業** **継続→**

65歳以上の一人暮らし高齢者や80歳以上の高齢者のみ世帯を訪問し、生活状況や緊急連絡先等を把握し、必要とする支援の提供や緊急時の対応に繋げることで、高齢者が地域で安心して暮らし続けられるよう支援します。

**ウ 緊急通報システム事業** **継続→**

身体の状態に不安のある一人暮らし高齢者宅に緊急通報装置を設置し、緊急時の救急要請・かけつけ、電話による定期的な安否確認や相談等に応じるなど連絡体制の充実を図ります。

**エ 高齢者見守り事業** **継続→**

75歳以上の在宅で一人暮らしの高齢者宅を地域包括支援センターの職員が訪問し、安否確認や各種相談に応じ、在宅生活を支援します。

**オ 避難行動要支援者名簿の整備** **継続→**

一人暮らし等の高齢者に対して、災害発生時における避難体制づくりのため、民生児童委員等の協力を得て要支援者の名簿を整備します。地域の防災組織等に名簿を提供し、緊急時の避難体制を整えるとともに、防災組織等が要支援者に平常時から見守りなどで関わることで、効果的な避難体制を構築します。

**カ 認知症高齢者等事前登録事業** **継続→**

行方不明となるおそれのある認知症高齢者等を事前に登録し、その情報を警察と共有することで、行方不明時に早期発見・保護できるよう支援します。

**基本施策2 地域資源を活かした多様な介護予防と社会参加の推進****2-①健康づくりと介護予防の推進**

要介護になる要因は、生活習慣病によるものとフレイル（虚弱）によるものに大別されますが、フレイルの方が多いとされています。このことからフレイル予防が超高齢社会である日本の最重要の国家戦略の一つとして位置づけられています。

フレイルとは要介護（又は要支援）になるまでの虚弱な状態を言い、その予防には健康なうちからの取組みが重要となります。

- 「運動」、「栄養」、「社会参加」の健康長寿のための3つの柱と地域づくりの視点を取り入れ、各事業を包括的に展開していきます。
- 実践した介護予防の効果が、数値として目に見えるように、評価をするシステムづくりをし、住民の自分事化と継続意欲の向上につなげていきます。



監修：飯島勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 フレイル予防ハンドブックより抜粋

#### ア 元気シニア増やそうフレイル予防大作戦 拡充↑

平成30年度(2018年度)から本事業に取組み、フレイル(虚弱)予防の取組みの先駆けである、東京大学高齢社会総合研究機構(IOG)の先生等を講師に、フレイル予防講演会を開催し、広く市民にフレイル予防の重要性や具体的な取組みを啓発していきます。

また、「フレイルサポーター養成講座」を実施し、養成されたサポーターが市民に対してフレイルチェックを行います。市民は自主的に地域で健康づくり、介護予防に取り組みながら、このチェックを受けることで、フレイル予防を学び、気づき、自分事化となります。さらに、これをデータ化することで自分の予防効果を経年的に確認することができフレイル予防につながっていきます。

令和5年度(2023年度)からは健康づくり推進課が主管課となり「高齢者に対する保健事業と介護予防の一体的実施」を開始しました。事業の中からフレイルチェックへの促しや、長寿健診からフレイルのリスクが高い人に対して個別訪問を行い、フォローをしています。今後も関係機関と連携を取りながら、フレイルチェック受講者の裾野を広げ、リピーターを増やしていくなど、元気高齢者を増やしていくよう推進していきます。

また、フレイル予防コア会議(地域包括ケア推進事業に位置付けあり)を継続し、フレイルチェックの実績をもとに、ハイリスク者へのアプローチの仕組みづくりを行い、効果的な実践方法を確立していきます。

本事業を中心に全ての事業を連動させて実施し、市民に健康寿命延伸に向けた意識付けを行うとともに、健康長寿のための3つの柱「栄養・運動・社会参加」

を生活の中でバランスよく自ら取組むことを促すという、境港市フレイル予防支援体制を構築していきます。

フレイル予防支援体制



○フレイル予防の啓発

- ・講演会、ミニ講話、市報、フレイル通信などで積極的に啓発
- ・令和3年度(2021年度)に作成した境港市版フレイル予防実践動画やフレイル予防に関するポスターやのぼり、看板を作成し、市役所や各公民館などに設置

○人材育成

- ・フレイルサポーター養成講座、サポーター連絡会で協議や交流

○フレイル予防推進

- ・フレイルチェック推進→気づき、行動変容へ。リピーターを増やす。

○ハイリスク者のフォロー(専門職のアプローチ：講座を実施)

- ・専門職によるフレイル予防コア会議  
(※IOGの基準でフレイルチェック赤シールが8枚以上をハイリスクとする)

○通いの場の充実や、既存のフレイル予防事業をより継続的、効果的な内容になるよう、リハビリテーション専門職等多職種との連携強化

○ヒアリングフレイル対策 **新規★**

- ・補聴器購入費助成制度、講演会、聴こえの相談会

**指標** 主なフレイル予防事業の実施

第8期計画実績	第9期計画目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度
フレイルサポーター養成人数 7人(計75人/60人) ※養成人数(合計人数/活動人数)	10人 (計85人/70人)	10人 (計95人/80人)	10人 (計105人/90人)
フレイルチェック実施延べ人数 220人(計950人)	350人 (計1,300人)	350人 (計1,650人)	350人 (計2,000人)
いきいき百歳体操 実施箇所/人数 60箇所/890人	61箇所 900人	62箇所 910人	63箇所 920人

イ 運動器機能向上事業（転倒予防教室） **拡充↑**

フレイル予防や転倒予防のプログラムの提供や地域での自主活動につながる環境を整えていきます。

今後は、フレイル予防の「運動」について、リハビリテーション専門職と連携し、通いの場や地域での自主活動をより効果的に継続できるようにしていき、また今以上に具体的な情報提供をすることで「介護・介助が必要となる要因が高齢による虚弱」である割合を減らしていけるよう取組みを進めていきます。

## ○いきいき百歳体操

平成29年度(2017年度)、平成30年度(2018年度)、各公民館で4回シリーズの教室を実施後、「ゆっくり・簡単・効果が実証」できることより、地域で自主活動へつながり、広がりを見せ、実施場所、参加者数ともに増えています。リハビリテーション専門職と連携し、引き続きフォロー教室の開催や会場へ出かけての助言などを続けながら、高齢者の健康保持と心身の安定、フレイル予防の推進を図ります。

○足腰筋力アップ教室 **新規★**

リハビリテーション専門職により、運動習慣をつけるきっかけづくりとして3か月間、週1回の頻度で教室を開催します。終了後は自宅や地域での運動を自主的にできるようなプログラムとしていきます。

ウ 介護予防筋力向上トレーニング事業 **継続→**

事業所のリハビリテーション専門職や健康運動指導士により、ストレッチや機器を使用した筋力トレーニングなどの運動指導を中心に、運動習慣の定着を図り、

より多くの高齢者が運動習慣をつけるきっかけの場となるように継続していきます。

#### エ 健康相談事業 継続→

高齢者の心身の健康に関し、個人に応じたきめ細やかな指導及び助言等の支援を行います。

#### オ 健康教育事業 継続→

介護が必要な状態になることを予防し、健康寿命の延伸を図ることを目的に、健康づくりやフレイル予防についての知識の普及、高齢者の健康の保持増進に係る教室を地域で開催します。

- ・ふれあいの家
- ・認知症予防自主サークル
- ・各公民館（公民館講座と共に）
- ・各団体からの要望時 等

#### カ 口腔機能向上・栄養改善推進事業 継続→

フレイル予防の「栄養(口腔機能)」について、年を重ねると口腔機能の低下や低栄養のリスクが高くなってきます。フレイル予防対策の中で、栄養士・言語聴覚士・歯科衛生士・歯科医師など専門職と連携を強化し、高齢者が自立した生活機能を維持し、要介護状態になることの予防を目的として、口腔機能についての講話や口腔清掃・体操等の実技を取り入れた講座を定期的で開催していきます。

#### キ 高齢者鍼・灸・マッサージ施術費助成事業 継続→

鍼・灸・マッサージ施術に要する費用の一部を助成し、高齢者の健康増進を図ります。

#### ク 生活管理指導短期宿泊事業 継続→

介護予防が特に必要な高齢者等が養護老人ホーム等に一時的に宿泊し、基本的な日常生活を送る訓練をし、自立した生活を送れるよう支援します。

#### ケ 高齢者補聴器購入費助成事業 新規★

聴覚障がいによる身体障害者手帳交付の対象とならない中等度難聴の高齢者に対し、認定補聴器技能者によるアフターフォローを行っている販売店から購入する補聴器の費用の一部を助成します。

### コ 買物環境確保推進事業 新規★

市内で移動販売を行う事業者に対し、移動販売車の更新費用の一部を助成するなど、市内の買物環境が改善するよう、生活支援コーディネーターと連携しながら実施します。

## 2—②介護予防・日常生活支援総合事業の実施

地域資源を活用しながら、高齢者が在宅生活を続けられるよう介護予防・日常生活支援総合事業を実施します。

従来の訪問介護、通所介護に相当するサービスに加え、緩和した基準によるサービスとして実施している体操やレクリエーション(通所型サービスA)及び生活支援(訪問型サービスB)を引き続き実施します。

また、多様なサービスは、NPO、ボランティアなど、地域の様々な主体が支援の担い手になることができるため、住民同士の支え合い活動の好事例を紹介する研修会の開催などにより、互助の意識を高め、新たなサービスの創出を目指します。

指標 ※指定事業所によるサービスを除く

種別	第8期計画実績	第9期計画目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通所型サービスA	3事業	3事業	4事業	4事業
訪問型サービスB	1事業	1事業	1事業	1事業

※新たなサービスの実施については、その都度協議が必要なため、計画目標値は設定せず。

## 2—③介護予防・生活支援サービスの体制整備

高齢者の一人暮らし世帯や高齢者のみの世帯が増加し、住み慣れた地域で暮らし続けるには軽度の生活支援の必要性が増加することが見込まれます。そのため、ボランティア団体、NPO、民間企業、地域住民等による多様なサービスを提供できる体制づくりが必要となります。

### ア 生活支援体制整備事業 拡充↑

多様なサービス提供体制を整備していくために、生活支援コーディネーターと連携し、住民や関係団体に支援体制の必要性と取組みについて啓発、地域での組織づくりを推進していきます。地域での組織づくりにおいては、地域のニーズや資源、課題を確認し、不足する資源や問題解決に向けて検討し、関係団体等と情報共有や連携を図りながら必要なサービスや支援体制の整備へ繋げていきます。

また、地域ケア推進会議を本事業の協議体として位置付け、地域ケア個別会議、フレイル予防コア会議等の各事業から抽出された地域課題について解決策を検討します。

#### イ 生活支援サービス事業 拡充↑

自治会や地区社会福祉協議会、ことぶきクラブ等の地域団体が、日常生活において軽度な支援を必要とする一人暮らし高齢者等に行う取組みを支援することにより、高齢者の在宅生活を支える仕組みづくりを推進していきます。

#### 指標 生活支援サービスの取組み

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
5団体実施 (計5団体)	2団体実施 (計7団体)	2団体実施 (計9団体)	2団体実施 (計11団体)

#### ウ 軽度生活援助事業 継続→

一人暮らし高齢者等がシルバー人材センターを利用した場合、年間16時間を限度に利用料の5割を助成し、高齢者の在宅生活を支援します。

## 2—④社会参加と生きがいつくり

高齢者がいつまでも住み慣れた地域でいきいきと暮らしていくためには、心身ともに健康で趣味や生きがいを持ちながら充実した生活を送ることが重要です。

誰もが参加しやすいスポーツ・文化活動を支援するとともに、生涯学習や就労の機会創出を推進します。

また、高齢者が社会的役割を持つことは、高齢者自身の生きがいや介護予防にもつながることから、様々な組織や団体の活動を通して介護予防や生活支援のサービスの担い手となり活動していくことを促進します。

#### ア 高齢者クラブ活動の促進 継続→

高齢者自身もまちづくりや地域の福祉活動の担い手となることが大切であるため、市は、高齢者クラブ連合会を通じた補助事業を行うほか、活動の自主運営を側面から支援します。

## 【高齢者クラブの活動】

地域における高齢者の自主的な活動団体として、スポーツ活動、文化活動等の生きがいづくり、健康講座等の健康づくり、さらに友愛訪問や交通安全活動、地域奉仕活動といった幅広い活動を行っています。

イ 多様な学習機会の創出 **継続→**

各公民館では、子どもから高齢者まで参加できる多種多様なテーマを設定し、社会教育講座を実施し、知識の向上を図るとともに人との交流の機会を増やし、高齢者の積極的な社会参加へとつなげていきます。

また、大学公開講座、スポーツ・文化活動等の情報提供を行い、世代を超えた生涯学習活動参加の機会増大を図っていきます。

公民館講座の受講生による自主活動グループの育成支援を行い、高齢者の積極的な社会参加活動へとつなげていきます。

ウ 地域活動の促進 **継続→**

地域福祉の一翼を担う社会福祉協議会等の地域組織と一層連携を深め、地域住民が主体となったまちづくり活動への支援を通して、高齢者の生きがい活動、生涯学習活動を促進していきます。

エ 就労促進（シルバー人材センター） **継続→**

高齢者がその有する能力（知識・技術・経験等）を活かし、地域の中で働くことは、地域貢献や生きがいづくりにつながるほか、自立した生活の維持、日常生活への意欲や健康の増進にもつながります。市では、シルバー人材センターのさらなる活発な活動において、運営を支援し、高齢者の地域雇用、就業機会の創出につなげていきます。

## 【シルバー人材センターの活動】

シルバー人材センターでは、登録会員を募集し、その有する技術や能力に応じた様々な就労の場を提供しています。

オ 高齢者サークル活動支援 **継続→**

高齢者が活動するサークルやコミュニティ活動の立ち上げを支援することにより、高齢者の社会参加を促進し、介護予防の推進、高齢者の生きがい・やりの増進を図っていきます。

**カ 高齢者ふれあいの家事業** **継続→**

在宅で生活している高齢者を対象に、身近な集会所等において地域の援助員などを中心にレクリエーションや軽体操を行い、参加者同士の交流を図り、高齢者の社会的孤立の解消、自立生活の助長及び介護予防を図ります。各実施会場に向き、健康づくり、フレイル予防など、具体的な取組みについての実践を交え、情報提供をしていきます。

本事業は、高齢者の皆様が楽しみながら社会参加をする場であり、フレイル予防の視点から重要な事業となっています。

**キ 敬老事業の実施（記念品贈呈・敬老会開催支援）** **継続→**

長年、地域社会に貢献してきた百歳高齢者に対して敬意を表し、国からの祝い状、銀杯と併せ、伯州綿で作成したひざ掛けを贈呈します。

また、ダイヤモンド婚、金婚を迎えた夫婦を祝う式典を開催するほか、境港市社会福祉協議会が行う敬老会の開催及び対象者への記念品贈呈を支援します。

**ク ボランティア活動の推進** **拡充↑**

高齢者自らの介護予防、生きがいづくり及び社会参加活動を促進することを目的に、ボランティアの活動について境港市社会福祉協議会と連携し支援します。

**指標** 介護支援ボランティア制度の実施

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
登録者 計10人	5人 (計15人)	5人 (計20人)	5人 (計25人)

**【介護支援ボランティア制度】**

高齢者が介護施設等で行うボランティア活動に対しポイントを付与し、ポイントに応じて交付金を交付することで、高齢者の介護予防や社会参加を促進します。

**ケ 高齢者の交流・活動の促進** **継続→**

様々な機会を通じて、地域や社会とつながっていない高齢者に高齢者ふれあいの家事業や介護支援ボランティア制度等、社会参加につながる事業を紹介し、高齢者同士や高齢者と地域住民との交流を促進します。

## (2) 基本目標2 住み慣れた地域で安心して暮らし続ける

### 基本施策3 医療と介護の連携体制づくり

#### 1—①在宅医療・介護連携推進事業 継続→

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的としています。

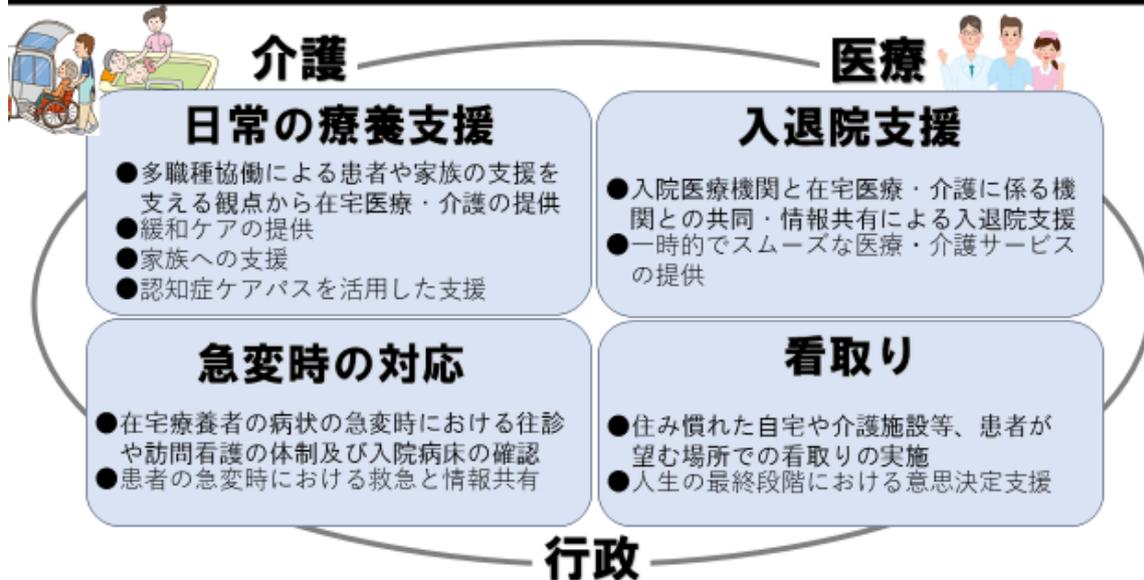
高齢期には加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活で、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもあります。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることもあります。

地域で在宅療養者が医療や介護を必要とする場合には、医療と介護が主に共通する以下の4つの場面を考えながら、双方が連携し、目的に向かい推進していきます。

地域ケア個別会議やフレイル予防コア会議、多職種連携研修会等で在宅医療と介護の連携について地域資源の把握や課題抽出を行い、解決策を検討し、きめ細やかな医療と介護のサービス提供が可能となるような取組みと共に、地域住民に対する普及啓発を行います。

また、本市の在宅医療の在り方について、検討を進めていきます。

### 在宅医療と介護連携のイメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



在宅医療と介護連携イメージ（※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3をもとに作成）

## ○日常の療養支援

西部圏域全体での取組みとして、境港市を含めた西部圏域の医療機関や介護施設、薬局等の情報をまとめた「医療・介護連携ガイド」が作成されており、情報の更新や発信を行います。

## ○入退院支援

入退院調整ルールにより、「医師とケアマネジャーの連絡シート」の活用など、医療・介護の情報共有を行い、連携を図ります。

## ○急変時の対応

- ・本市が医師など関係機関と作成した「連携ノート」を活用し、日常から本人の状況共有を行うことで、救急時のスムーズな対応につなげます。
- ・西部医師会が作成した「もしもの時のあんしん手帳」を地域の集う場などで説明後配布し、元気な時から本人の意思を尊重した対応につながるよう普及啓発を行います。

## ○看取り

人生の最終段階における意思決定などについて、元気な時から自分自身で、また家族などと話し合い考えることの必要性について、地域の集う場などで「もしもの時のあんしん手帳」を説明後配布し、そのきっかけづくりとして進めていきます。

## 1—②家族介護の支援

家族の介護が適切に行われ、また家族の負担が大きくなるよう介護者の介護方法や心身の負担軽減に対する支援を行います。

ア 家庭介護用品購入費助成事業 継続→

在宅でおむつを使用している高齢者を介護している家族に、おむつ代の一部を助成し、家族の介護負担を軽減します。(要介護4・5は地域支援事業で実施)

イ 家族介護教室 継続→

家族介護教室を開催し、介護をしている家族や市民を対象に、介護方法や介護予防、健康づくり等についての知識・技術の情報提供を行います。

参加者同士の交流を図ったり情報交換をすることで、介護者の負担軽減を図っていきます。

## 基本施策4 認知症の理解と普及啓発、予防と早期対応等の推進

### ～ 境港市認知症施策推進計画 ～

#### 2—①認知症の予防、普及啓発、早期診断・対応及び家族支援

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になること等を含め、多くの人にとって身近なものとなっています。高齢者人口の増加に伴い、認知症の人は今後ますます増加することが予想されており、令和7年(2025年)には高齢者の5人に1人が認知症になるとも言われています。その中で、国では「認知症基本法」が成立し、認知症の人を含めた全ての人が相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進しているところです。

本市では、国の「認知症基本法」や「認知症施策推進大綱」に基づき、「認知症を知り、備え、人とつながること」の考えのもと、「認知症になっても安心して暮らせるまち」を目指し、普及啓発や取組みを進め、「認知症施策推進計画」で定めるべく施策に沿って、適宜必要な見直しを行います。

そのためには、認知症に対する社会の理解を深め、本人や家族に適切な情報が行き届くような仕組みが必要です。認知症の方や、介護する方の視点に立ち、地域の理解や相談体制の充実、「共生」と「予防」の観点から活動を推進するなど、いざという時のための体制が整っていることで、高齢者自身のみならず、その家族等も安心して地域で生活し続けることができます。

また、本施策は「基本目標1」を達成するための「取組みの柱」の一つである「健康づくりと介護予防の推進」(P34～39)とも連動させながら、包括的に展開していきます。

#### << 早期発見・早期対応 >>

##### ア 認知症初期集中支援チーム設置事業

**継続→**

高齢者の増加により認知症高齢者も増加することが見込まれるため、認知症の早期診断、早期対応に向け、平成29年度(2017年度)、地域包括支援センターに設置した認知症初期集中支援チームにより、早期に包括的な支援を行い、必要なサービス等の提供につなげます。

##### 【認知症初期集中支援チーム構成員】

- ・ 専門医として済生会境港総合病院医師
- ・ 地域包括支援センター専門職員

##### 【認知症初期集中支援チームの活動内容】

- ・ 対象者を複数のチーム員が訪問、状況をアセスメントしチーム員会議で検討
- ・ 毎月1回チーム員会議を開催
- ・ 毎回4例までの事例を検討

**指標** 認知症初期集中支援チーム員会議状況

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数 12回	12回	12回	12回
事例数 15例(見込み)	15例	15例	15例

イ 認知症地域支援推進員の配置（平成29年(2017年)8月から) **継続→**

認知症の本人・家族・関係者からの相談を、来所または訪問により個別に受け、関係機関と連携して、必要な支援につなげる等、更なる支援体制の強化を図ります。また、研修による推進員の質の向上にも努めていきます。

ウ 認知症ケアパスの作成及び活用 **継続→**

令和元年(2019年)から令和2年(2020年)にかけ、地域ケア会議にて関係機関と協議を重ねて作成し、令和2年(2020年)には全戸配布を行いました。令和5年度(2023年度)改訂(最新版)し、今後も活用できる地域資源や相談窓口等、広く普及啓発をし、不安な時、相談できる場所、人がいる事を適切に伝えていきます。また、必要に応じて改正を加えながら、引き続き活用します。

## &lt;&lt; 理解の促進と情報提供 &gt;&gt;

エ 「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり市民大会」の開催 **継続→**

毎年1回、認知症の人が自分らしく暮らし続けられる地域をつくるための講演会や本人発信のシンポジウム等を開催します。その他、各地区での講演会も随時開催します。

オ 認知症サポーターの養成 **継続→**

認知症高齢者の早期発見と認知症高齢者が地域で安心して暮らせるよう、地域住民に認知症の正しい知識の普及を図り、認知症に対する理解を深めることで、見守りや支援など地域で支える体制づくりに取り組みます。

毎年市内全小学校でのサポーター養成講座を開催し、若い世代への啓発も実施しています。また、商店や企業などと連携し出前養成講座を実施し、より幅広い年代への普及啓発を進めていきます。

**指標** 認知症サポーター養成講座 **継続→**

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数 13回	10回	10回	10回
受講人数 514人(見込み)	300人	300人	300人

※令和5年(2023年)は市役所全職員対象とし、220人が受講し、以後は新人研修として継続していく。

※サポーター累計 5,312人 (令和5年(2023年)11月現在)

**カ** 認知症ケアパスの作成及び活用 (再掲) **継続→****キ** 認知症カフェの開催 **継続→**

○家族のつどい (認知症の人を介護する家族が集い話をする場。精神的な負担の軽減などを図る) 月1回開催

○おれんじカフェさかいみなど (誰でも参加でき、認知症や介護、健康づくり等の情報交換をし、参加者同士で交流を行いながら集う場) 月1回開催

## &lt;&lt; 地域における支援体制構築・家族支援 &gt;&gt;

**ク** 認知症予防自主サークル活動とその支援 **継続→**

認知症に対する理解を深め「認知症になっても安心して暮らせるまち」を目指し、全地区で15の自主サークルが活動しています。活動の場へ出かけ認知症に関する正しい知識を伝えるなど、住民同士の支え合い活動の活発化を進めていきます。

また、年1回のサークル学習交流会を開催し、活動報告や意見交換を行うことで、活動意欲の継続、向上を推進します。

**ケ** 認知症カフェの開催 (再掲) **継続→****コ** 認知症高齢者等事前登録事業 (再掲) **継続→**

## &lt;&lt; 県や西部圏域関係機関との連携 &gt;&gt;

○講演会、研修会への参加

○本人ミーティング、オレンジカフェ等への参加 (本人や家族への促し)

## 2-②権利擁護の推進

認知症などにより判断能力が不十分で、生活を送る上で問題を抱え、生活が困難な高齢者に対し、尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう支援するとともに、成年後見制度に関する施策や中核機関の整備・運営方針等を盛り込んだ基本計画を『境港市地域福祉計画』の中に位置付け、地域において関係機関の連携強化に向けた仕組みづくりを推進します。

### ア 中核機関の整備 継続→

福祉や司法など、専門機関と連携して広報機能、相談機能、成年後見制度利用促進機能、後見人支援機能を備えた中核機関の整備を進めます。

### イ 成年後見制度利用支援事業 継続→

成年後見制度の活用を促進するための啓発を行うとともに、一定要件のもと申立にかかる費用、成年後見人等の報酬に対して助成します。

成年後見制度のニーズが増大していることから、相談・申立て手続きなどの制度利用にあたっての支援、後見人の確保等、境港市社会福祉協議会や関係機関と連携を図ります。

また、判断能力が十分でない高齢者等が福祉サービスの利用が適切にできるよう援助する「福祉サービス利用援助事業」の活用についても境港市社会福祉協議会と連携を図ります。

### ウ 高齢者虐待への対応 継続→

高齢者虐待を未然に防止するための啓発を行うとともに、高齢者虐待の未然防止・早期発見・対応に向け、保健・医療・福祉・警察など関係機関との連携体制の構築を図ります。

### エ 消費者被害の防止 拡充↑

消費者問題に関する情報共有のため、市、県消費生活センター、境港警察署、境港市社会福祉協議会、境港市民生児童委員協議会を構成員とする協議体を設置し、被害防止に取り組めます。

## 基本施策5 災害や感染症対策に係る体制整備

### 3-①災害対策の推進 継続→

災害時に自力避難が困難な高齢者の安全を確保するために、「境港市地域防災計画」に基づいて避難行動要支援者名簿及び個別支援計画を作成し、民生児童委員や自治会、警察、消防など、地域の関係団体・機関と情報共有をするとともに、「支え愛マップ」の作成等を通して、支援体制の構築を進めます。

介護事業所等における災害対策に係る計画策定や訓練等の実施状況、必要な物資の備蓄や調達方法などについて、定期的に確認し、平時から防災対策の推進を図ります。

### 3-②感染症対策の推進 継続→

感染症の発生時においても、必要なサービスの提供が継続するように、国や鳥取県の方針及び対策、「境港市新型インフルエンザ等対策行動計画」などを踏まえ、介護事業所等と連携して予防対策等の周知啓発、研修や訓練の実施を推進するとともに、介護事業所等における感染対策の状況把握や感染防護具や消毒液など、必要な物資の備蓄、調達体制の構築を図ります。

また、地区社会福祉協議会や高齢者クラブなど関係団体と連携して、通いの場をはじめとした地域活動において、感染対策と認知症やうつ状況等の予防を含めた介護予防対策とを連動させながら推進していきます。

## (3) 基本目標3 利用者の自立を支える介護保険サービスの安定した提供

### 基本施策6 在宅介護を支える基盤の整備

#### 1-①介護保険サービスの整備

身近できめ細かいサービスを受けることができる体制等を構築し、在宅での介護・医療の推進、認知症の方への支援を図ります。

また、9期計画では、新たに広域型と地域密着型で一箇所ずつ特定施設入居者生活介護を提供する事業所を開設します。

#### ア 地域密着型サービスの整備

拡充↑

地域密着型サービス事業所を中心に、身近できめ細かいサービス提供や、在宅での介護・医療の推進、認知症の方への支援を図ります。

## 【小規模多機能型居宅介護】

既存の4箇所によるサービス提供で対応できているため、新規整備は見込みません。

## 【認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）】

既存の6箇所でバランスの取れた整備状況となっています。

## 【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支える施設です。既存の事業所によるサービス提供で対応できているため、今後利用者の増加等、状況を確認していきます。

## 【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

特別養護老人ホーム待機者は一定数おられますが、他の施設整備を行うことから新たな施設整備は見込みません。今後の利用者の増加等、状況を確認していきます。

## 【認知症対応型通所介護】

既存の事業所によるサービス提供で対応できているため、新たな施設整備は見込みませんが、今後の利用者の増加等の状況を確認していきます。

## 【地域密着型通所介護】

整備目標は設定しませんが、今後の利用者の増加等などの状況を踏まえながら、整備に関する相談は個別に対応します。

## 【地域密着型特定施設入居者生活介護】

特別養護老人ホームの待機者が一定数おられること、国、県より有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の特定施設入居者生活介護への転換が進められていること等から新規事業所の開設を行います。

〔参 考〕 第8期計画までの地域密着型サービス整備数

サービス種別	整備数
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1箇所
小規模多機能型居宅介護	4箇所
認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	6箇所
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1箇所
認知症対応型通所介護	1箇所
地域密着型通所介護	2箇所

イ 介護人材の確保 拡充↑

【介護や介護の仕事の理解促進事業】

将来の介護従事者の確保を図るため、中学生に出前講座を開催し、介護の魅力や仕事のやりがいについての理解促進を図ります。

また、保護者向けの講座も引き続き実施し、親子で介護や介護の仕事のことを一緒に考えるきっかけ作りを図ります。

【介護現場の生産性向上の推進】

国や県と連携し、介護従事者の処遇改善、外国人材の活用の促進、介護ロボット・ICT機器の導入や介護情報基盤の整備、電子申請等による職場環境の負担軽減等に係る情報提供を行います。

1-②介護保険サービスの質の向上

事業所のサービス向上などを目的として、介護相談員を派遣し、相談体制の充実を図ります。ケアマネジャーについては、研修やケアプランの点検を行い、ケアマネジメントの質と専門性の向上を図ります。

ア 介護相談員派遣事業 継続→

介護相談員が介護サービス事業所を訪問し、利用者や家族、介護スタッフ等とコミュニケーションを行うことで、利用者の疑問や不満、不安の解消及びサービスの質的向上を図ります。

指標 介護相談員派遣事業

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
32事業所、32回実施	市内全事業所 (通所・入所)	市内全事業所 (通所・入所)	市内全事業所 (通所・入所)

イ 事業者による情報公開

拡充↑

介護サービスの利用者等がサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者選択を可能にすることを目的として、介護サービス情報をインターネットに公開しています。第9期計画からは介護サービス提供の実態への理解促進や介護従事者等の処遇の適正化、政策の検討等を目的に、事業所の財務状況や、一人当たり賃金等についても公表の対象となります。対象事業者には、「介護サービス情報」の報告などが義務付けられており、事業者のサービスの質の向上への効果が期待されます。

ウ 適切な要介護認定の推進

継続→

介護保険制度が公平に運営されるためには、サービス利用の入口である要介護認定が適切に実施されることが重要です。引き続き、認定調査員が各種研修を受講し、適切な要介護認定の推進に努めます。

エ ケアマネジメントの適正化

継続→

市の担当職員が主任ケアマネジャー等とともに居宅介護支援事業所を訪問し、ヒアリングを通して、ケアマネジャーに対する助言指導をします。

また、ケアマネジャーが高齢者に対し、適切な対応ができるよう各種情報提供を行い、事例検討会等を開催し、ケアプランの質の確保に努めます。

**1—③適切な介護保険サービスの利用**

適切な介護保険サービスの利用のために、指定基準に従って、サービス提供を行っているかについて確認・助言等を実施します。

市民に対しては、介護保険パンフレットや市報・ホームページなどにより制度の周知と正しい理解を図ります。

ア 事業所への指導監査の実施

継続→

鳥取県指定の事業所には県との合同で、地域密着型サービスにおいては、市が単独で定期的な実地指導を実施し、給付費の適正化を図ります。

**指標** 市の指定事業所への指導監査の実施

第8期計画実績	第9期計画目標値		
令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
4事業所	7事業所	7事業所	6事業所

※ 市内の地域密着型サービス事業所のすべてで原則3年に1回実施

イ 給付の適正化 **継続→**

従来の給付適正化主要5事業が給付適正化3事業に再編され、より効率的・効果的な点検を実施し、適切なサービス提供の確保と介護報酬請求等の適正化に努めます。また、この情報を活用することにより指導等の効率化を図ります。

**【適正化3事業】**

- ①要介護認定の適正化
- ②ケアプラン等の点検…ケアプラン点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査
- ③医療情報との突合・縦覧点検

ウ 介護保険制度の周知 **継続→**

利用者が適正なサービスを受けられるよう、介護保険制度の周知等を行い、制度の理解、生活の支援となるよう広報活動を展開して適切な制度利用を図ります。

**基本施策7 自分にあった住まいや施設の充実****2—①暮らしやすい住まいの整備**

高齢者の住まいを心身の変化に応じて住みやすい環境に整え、住み慣れたまちで生活が維持できるよう支援します。

ア 高齢者住宅改良費助成事業 **継続→**

風呂やトイレなどの改造費用（新築・増築を除く）の一部を助成し、在宅生活が継続できるよう支援します。

イ 介護保険住宅改修支援事業 **継続→**

ケアマネジャーの報酬算定外となる介護サービス利用のない高齢者に対する介護保険の住宅改修理由書の作成手数料を負担することで、住宅改修が円滑に行われるよう支援します。

## 2-② 多様な住まい

高齢者が心身の状態や生活状況に応じて住まいが選択できるよう高齢者向けの住宅に関する情報提供等を行います。

### ア 高齢者世話付住宅 **拡充↑**

市営住宅に高齢者の安全や利便に配慮した居室を整備し、生活援助員による安否確認、生活上の指導や相談、緊急時の対応などのサービスを提供し、自立した生活を支援します。

### イ 養護老人ホーム **継続→**

身体上、精神上又は環境上の理由及び経済的理由により、家庭で生活することが困難な高齢者が、市の措置により入所する施設で、ひとり暮らし高齢者の増加や家族関係の希薄化により需要が見込まれることから適切な措置を行う。

### ウ 生活支援ハウス **継続→**

施設に常駐する生活援助員から各種相談や緊急時の対応などのサービスを受けられる施設に入居させ、自立して生活することに不安のある低所得高齢者を支援します。

### エ 有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅 **継続→**

食事の提供その他日常生活に必要な便宜を提供する高齢者向けの居住施設です。市内には有料老人ホームが4箇所、サービス付高齢者向け住宅が4箇所整備されています。鳥取県と情報を共有し入居状況を把握します。

**指標** 高齢者向け住宅の整備

施設	第8期計画実績	第9期計画目標値		
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
高齢者世話付住宅	25戸	30戸	35戸	35戸
養護老人ホーム	6人	6人	6人	6人
生活支援ハウス	20戸	20戸	20戸	20戸
有料老人ホーム	4箇所	4箇所	4箇所	4箇所
サービス付住宅	4箇所	4箇所	4箇所	4箇所