

## 第 4 章

### 健康寿命の延伸

～介護予防～

## 1 地域包括ケアシステムと地域支援事業

団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらにはその先の令和22年にかけて、85歳以上の人口の割合が上がるとともに高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加し、それにより生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加することが見込まれます。介護が必要になってもできる限り住み慣れた地域で生活ができるよう、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域包括ケアシステムの深化が求められます。

高齢者が要介護状態や要支援状態（以下「要介護状態等」という）になることを予防するとともに、要介護状態等になっても、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、高齢者の社会参加の促進、認知症施策の推進、医療と介護の連携推進等の地域支援事業を実施していきます。

### （1）地域支援事業の推進

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むためには、高齢者の心身の状態を継続的に見守り、支援していくことが重要です。そのためには、介護予防・健康づくりの充実、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、高齢者等の生活支援に関する施策との連携、介護人材の確保など、地域の実態や状況に応じたさまざまな取組が求められています。これらの施策に取り組むため、地域包括支援センターが核となり、国や県、関係機関と連携し、要支援者等に対する効果的で効率的な支援等を目指し、地域支援事業を推進していきます。

また、市町村の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組支援として、保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金を活用し、地域支援事業の推進とともに、取組の強化につなげていきます。

【図】 地域支援事業の全体像

## 地域支援事業



## (2) 重層的支援体制整備事業

これまでの福祉政策は、子ども、障害者、高齢者、生活困窮者といった対象者ごとの支援体制による制度を設け対応してきました。しかし、近年は社会的孤立をはじめとして、制度の対象となりにくい生活上の困難・生きづらさのあるケースや、いわゆる「8050問題」やダブルケアなど複合的な課題を抱える世帯の増加により、地域からの相談が多様化、複雑化、重複化しています。これらの課題に対応するため、属性や世代を問わない包括的な相談支援体制の必要性について、関係機関と連携を図り検討していきます。

## (3) 地域包括支援センターの役割

### ① 高梁市地域包括支援センター

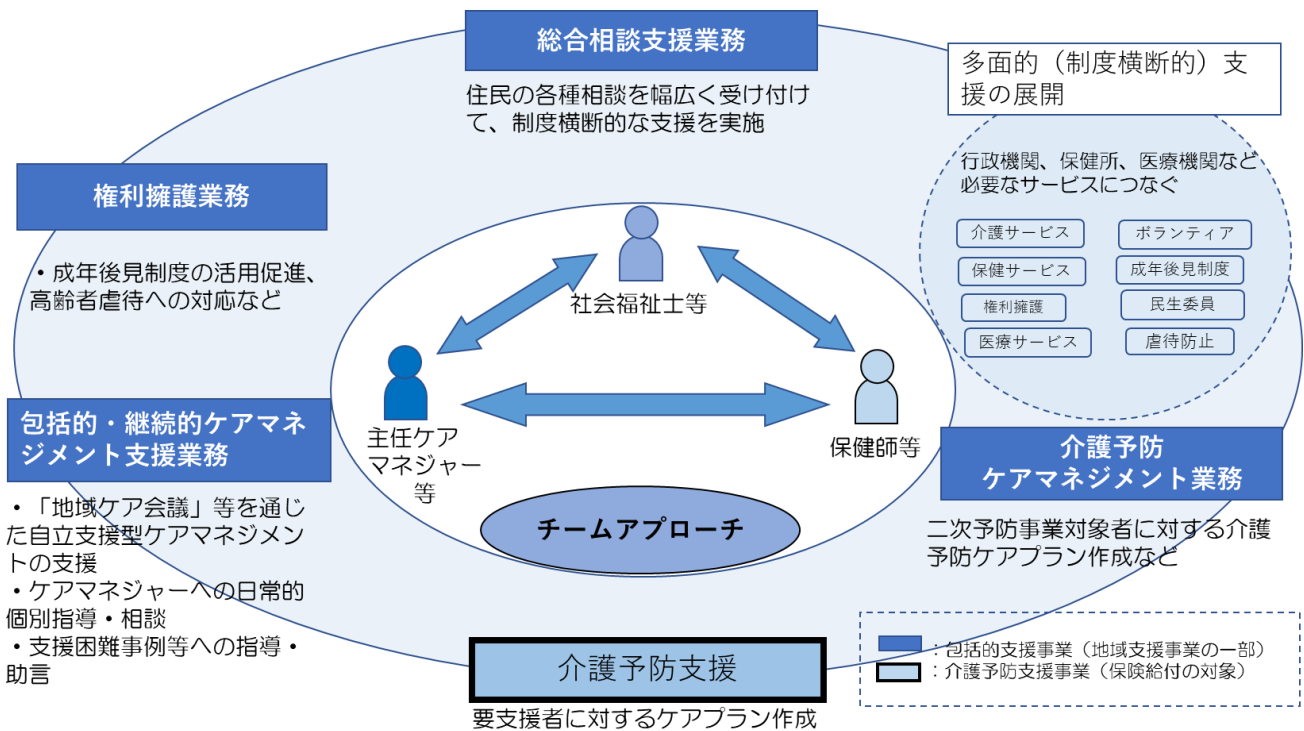
地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムにおいて中核的な組織であることから、地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行います。そのため、各事業の実施状況評価を行い、状況に応じた実施体制を整えるとともに、事業の効果的な実施に努めていきます。

また、市内全域でセンター機能が行き渡るよう3か所のサブセンター（ステーション）を位置づけ、さらに住民の利便性を考慮し、地域の住民からの相談を受け付け集約したうえでセンターにつなぐための窓口として、4か所のブランチ（在宅介護支援センター）を設置します。

加えて、人員配置基準（次頁表参照）に基づき、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等適切な人員の確保に努め、市のホームページや広報紙を活用した情報提供を行い、高齢者の総合相談窓口として利用しやすい体制づくりに努めます。

介護予防支援の指定対象が居宅介護支援事業所に拡大されることに伴い、居宅介護支援事業所とのさらなる連携強化を図ります。

【図】 地域包括支援センターの役割



厚生労働省資料より

【表】 地域包括支援センター職員の人員配置基準（3職種）

第1号被保険者の数	配置すべき人員
概ね1000人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち1人又は2人
概ね1000人以上2000人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち2人（うち 1人は常勤専任1人）
概ね2000人以上3000人未満	常勤専任の保健師等1人 常勤専任の社会福祉士等・主任介護支援専門員等のいずれか1人
概ね3000人以上6000人未満ごと	保健師1人・社会福祉士1人・主任介護支援専門員1人

※高梁市地域包括支援センターの包括的支援事業の実施に関する基準を定める条例(平成27年3月条例第20号)

## ②高梁市地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センター運営協議会は、地域包括支援センターの円滑で適正な運営をはじめ、地域支援事業の推進や高齢者が活躍できる地域づくりに向けた取組について協議します。また、「介護保険事業計画推進委員会」に対して施策等を提言するなど、課題解決に向けて取り組みます。

## ③総合相談

個別訪問や近隣住民からの情報収集等により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行い、支援につなげます。また、複雑かつ多様化する相談内容に対し、的確な状況把握等を行い、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員が連携し、速やかな初期対応を行うとともに、必要な福祉・医療等のサービスへつなぎます。さらなる問題の発生を予防するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域におけるネットワークの構築を図ります。

## ④地域ケア会議

「個別課題の解決」、「地域包括支援ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」、「政策の形成」の5つの機能を有し、高齢者が抱える課題の解決に向けて積極的に取り組みます。

### ア 地域包括ケアシステム検討委員会

それぞれの地域が抱える課題や資源を探り、地域課題を解決するための新たなサービス構築に向けた検討や多職種との連携を行います。

### イ 認知症施策検討委員会

認知症施策推進大綱に沿った認知症予防、普及啓発、医療と介護の連携による支援体制の構築、介護者の支援等の認知症施策を推進します。

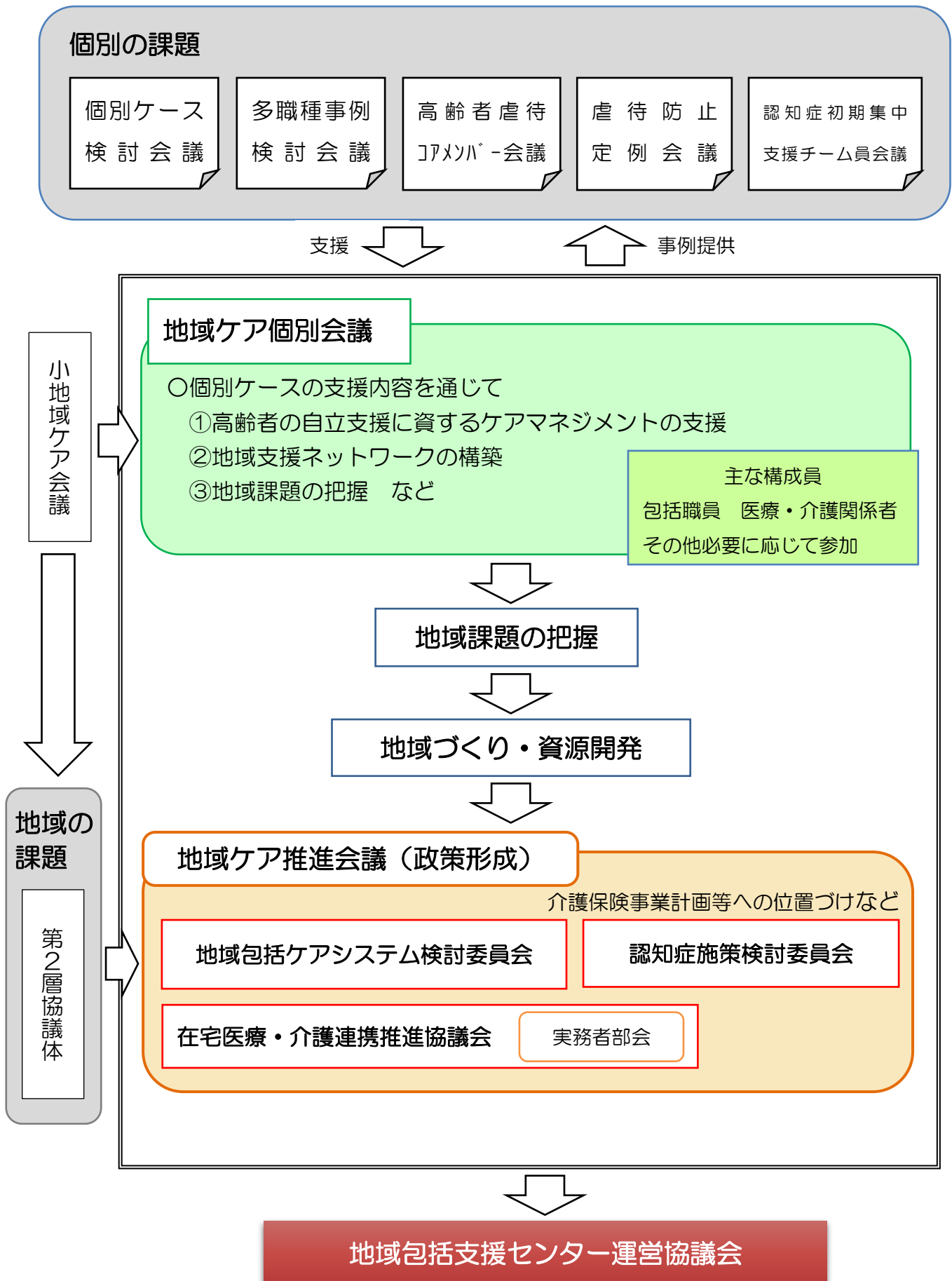
### ウ 在宅医療・介護連携推進協議会

在宅医療及び介護が一体的に提供される仕組みの構築のため、在宅医療と介護の提供に携わる専門職などへの研修会等を実施するなど連携強化を図ります。

### エ 地域ケア個別会議

医療・介護の多職種が協働して、個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力の向上に努めます。

【図】地域ケア会議体制図



## 2 介護予防と健康づくりの充実

### (1) 要支援者等を対象とした介護予防・生活支援サービス事業

要支援者（支援1・2、事業対象者）に対して、訪問型サービス・通所型サービスを提供し、高齢者の自立支援や介護予防、重度化防止を目的に、適正な介護サービス提供により高齢者の生活を支えています。

【表】介護予防・生活支援サービス年間利用量と延べ利用者数

区 分		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
訪問介護現行相当	人	1,157	1,050	950	950	950	950
	回	6,359	5,877	5,500	5,500	5,500	5,500
通所介護現行相当	人	1,681	1,424	1,400	1,450	1,500	1,500
	回	9,351	7,666	7,300	7,560	7,820	7,820
ケアマネジメント	件	953	825	700	750	803	803

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

【表】緩和サービス年間利用回数と利用者数

区 分		令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
緩和型訪問サービスA (総合事業ミニホームヘルプサービス)	人	0	0	1	1	1	1
	回	0	0	12	48	48	48
緩和型通所サービスA (事業所委託)	人	2	10	15	15	15	18
	回	135	339	500	500	500	600
緩和型通所サービスA (総合事業ミニデイサービス)	人	21	21	18	18	18	18
	回	88	116	90	90	90	90
緩和型通所サービスB (住民主体)	人	49	64	68	70	70	90
	回	21	35	86	90	90	114

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

### (2) 高齢者を対象とした一般介護予防事業

生活への不安や支援を必要とする高齢者に対する見守りと安否確認、外出支援を目的とした地域の活動の場の必要性が高まっています。新型コロナウイルス感染症蔓延の影響により高齢者の社会参加活動が一時停滞していましたが、5類感染症移行に伴い通いの場等への積極的な参加を推進します。一方、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、地域での活動に対する参加意欲が50%を超えることなどから、社会参加意欲の強い団塊の世代がボランティア活動や就労的活動など、社会参加を通じて生活支援の担い手として



活躍することが期待されます。そのためには、高齢者の「心身機能」、「活動意欲」、「参加意識」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていき、高齢者が有する能力に応じてボランティア活動や就労活動ができるよう支援していきます。

### ① 通いの場

高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく、住み慣れた地域で、誰もが継続して参加できる介護予防活動を目指して、住民主体となる通いの場等の活動を効率的かつ効果的に支援していきます。また、身体機能を可能な限り維持できるよう、「高梁いきいき口コモ予防体操」を実施する「元気なからだづくり隊」の育成など、自らの健康増進を図るための活動を推進していきます。こうした通いの場の活動を進めることによって、介護予防はもとより、地域から孤立しがちな人々の社会参加の促進を図ります。

【表】週1回以上、住民主体で体操が行われている通いの場

区 分	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
通いの場箇所数	21	21	22	23	24	25
利用者数（延べ）	421	335	337	360	380	400

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

### ② 通所付添サポート事業

自力で「通いの場」への参加が難しくなった高齢者等を対象に、通所付添サポーター養成講習を受講した地域住民がサポーターとなり、2人1組で高齢者の通所を支援する付添い活動（通所付添サポート事業）を支援し、通いの場を活用した介護予防を推進していきます。

【表】実施グループ数と利用者数

区 分	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
グループ数	4	6	9	9	9	10
利用者数（延べ）	377	689	900	900	900	1,000

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

## （3）リハビリテーションの支援体制

要支援・要介護認定者が住み慣れた地域において、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（維持期）のリハビリテーションへ切れ目なく移行できるサービス提供体制を構築することが求められています。

本市のリハビリテーションの利用状況は、県や全国と比較すると、訪問リハビリテーションを除き、高い利用率となっています。

引き続き、地域において、関係機関や団体との連携を図りながら、リハビリテーション

専門職等を生かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態等になっても生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指します。

【表】リハビリテーションの提供体制と利用状況

サービス提供事業所数		介護度ごとの利用率の合計 (%)				
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	全国	岡山県
訪問リハビリテーション	3	0.85	1.08	0.69	2.07	1.56
通所リハビリテーション	5	13.82	14.87	14.63	8.59	11.41
介護老人保健施設	2	5.85	6.13	6.79	4.95	5.15
介護医療院	2	3.12	3.05	2.92	0.62	0.64
短期入所療養介護（老健・医療院）	4	-	-	-	-	-

※全国・岡山県は令和5年度

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

#### （４）保健事業と介護予防の一体的実施

高梁市健康づくり計画「第2次すこやかプラン21」で柱に掲げた「健康寿命の延伸」、「壮年期死亡の減少」、「生活の質の向上」を目標に、医療・介護データを活用した分析を行い、本市の最重要課題として「医療費の適正化」「生活習慣病の重症化予防」に取り組みます。介護予防事業と生活習慣病等の疾病予防と重症化予防を合わせて実施することで、高齢者の心身の多様な課題に対応し、解決に向けて取り組みます。

##### ①医療・介護データを活用した分析と課題抽出

国保データベース（KDB）システムやデータヘルス計画、後期高齢者の質問票（フレイルチェック表）などの情報から地域の健康課題やフレイル状態にある高齢者、フレイルの恐れがある高齢者を抽出し、重症化予防、医療費の適正化、介護予防に取り組みます。

##### ア 事業の企画・調整等

KDB システムの分析結果から、「医療費の適正化」と「生活習慣病の重症化予防」の実施に向けて健康課題を明確にし、関係機関と共有することで、既存の介護予防事業と保健事業の調整や連携を進めていきます。

地域の健康課題の分析や、事業の企画・実施にあたっては、庁内関係部局に配置された医療専門職を中心に、各部局が連携して取り組むとともに、医療や介護の関係団体とも健康課題を共有し、連携して取り組みます。

また、KDB システムなどの情報を基にフレイル状態等にある対象者を把握しながら、介護予防事業と生活習慣病等の疾病予防や重症化予防の保健事業を一体的に行い、対象者に効果的に働きかけるよう取り組むとともに、各地域における通いの場の実施状況等を把握し、健康教育と健康相談を計画的に進めていきます。

## ②高齢者へのアプローチと支援

高齢者の多様な健康課題を把握し、高齢者一人ひとりの状態を踏まえた相談と指導、訪問などを通して必要な支援につなげていきます。

### ア 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

糖尿病・CKD 重症化予防と、健康状態が不明な高齢者の状況把握に加え、75歳以降も状態に応じて、継続的に支援する観点から次の3点について取り組みます。

- 低栄養、筋力低下、口腔機能低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防等を行うため、かかりつけ医と連携しながら訪問指導を実施します。
- レセプト情報等により抽出した重複・頻回受診者、重複投薬者等に対して、訪問指導を実施し、適正受診と適正服薬を進めていきます。
- KDB システム等により抽出した過去1年間のレセプト情報を基に、医療や介護サービス等につながっていない健康状態が不明な高齢者等に対して、訪問相談を実施します。必要に応じて、通いの場への参加勧奨や適切な医療と介護サービス等へつなげていきます。

【表】健康状態不明な高齢者訪問指導人数

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問指導	74	93	101	100	100	100

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値

#### \* KDBシステム：国保データベースシステム

国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して、①統計情報、②個人の健康に関するデータベースを作成するシステム。

#### \* CKD：慢性腎臓病

腎臓の働きが慢性的に低下していく病気。

### イ 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

地域の介護予防に取り組む通いの場であるミニデイサービスや元気なからだづくり隊等で体力測定や健康教育・健康相談を実施していますが、さらに支援を充実させるために、下記の3点について取り組みます。

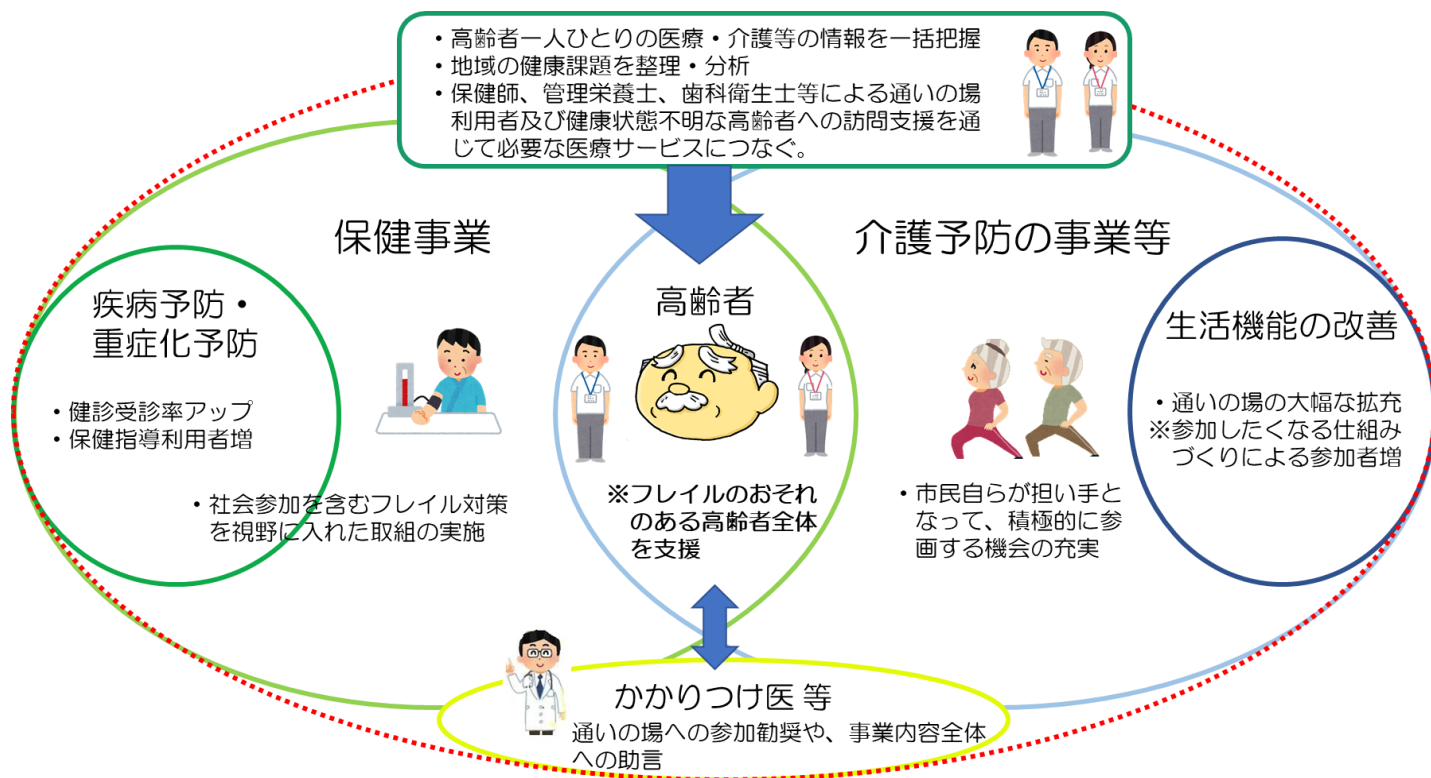
- KDB システムにより把握した地域の健康課題や、運動・栄養・口腔等のフレイル予防に関する健康教育・健康相談を実施します。
- 把握したフレイル状態にある高齢者等に、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導を行い改善に努めます。
- 通いの場等において把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行います。

【表】介護予防教室の開催回数及び参加人数

区分		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防教室	回数	155	231	240	240	240	240
	人数	2,408	3,525	3,600	3,600	3,600	3,600

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値

【図】高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施



### 3 認知症施策の充実 ～「共生」と「予防」～

#### (1) 認知症施策の推進

認知症は誰もがなり得る脳の病気に起因するもので、年齢とともに発症する割合が高くなると言われています。人生100年時代を迎え認知症の人はさらに増加していくことが見込まれます。認知症施策推進大綱に基づき、国、県、関係機関と連携しながら、認知症高齢者とその家族ができる限り住み慣れた地域の中で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。また、令和5年度に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき、国が策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて認知症施策を推進します。

**\* 認知症施策推進大綱（基本的考え方抜粋）**

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として、施策を推進します。

**\* 共生社会の実現を推進するための認知症基本法**

認知症の人が自身の尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるようにするための法律

### ①普及啓発・本人発信支援

認知症サポーターの養成等を通じた認知症に関する理解促進や相談先の周知、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の規定による認知症月間（9月1日～30日）に併せ、市のホームページや広報紙を利用した普及啓発等を行います。また、認知症の人本人の思いや望みを聴く姿勢を持ち、本人ミーティングを通じた本人支援に取り組みます。地域で認知症高齢者とその家族を温かく見守り支援していくため、チームオレンジコーディネーターを配置し、認知症サポーターステップアップ講座によるオレンジサポーターの育成を行い、認知症の人の悩みや家族の身近な生活ニーズと認知症サポーターをつなぐ仕組みであるチームオレンジの設置を推進します。

【表】サポーター養成講座の開催数と受講者数

区分	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
開催回数	24	28	22	25	25	25
受講者数（延べ）	483	535	430	500	500	500

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

### ②予防

認知症予防に関する科学的根拠の収集と普及を進め、認知症に関する正しい知識と理解に基づいて、「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」ための支援を進めます。また、地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進します。

### ③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知機能低下のある人（軽度認知障害を含む）や認知症の人に対して、早期発見・対応が行えるよう、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等のさらなる質の向上と、かかりつけ医、認知症疾患医療センターとの連携を強化するとともに、認知症ケアパスの普及と活用に努めます。また、医療従事者の認知症対応力向上のための取組を推進します。

認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図るため、認知症の人を支え、つながりを支援する認知症カフェや家族介護者交流事業を通じた家族同士の支え合い活動等を推進します。

#### ア 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人、その家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活をサポートします。

イ 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員を配置し、認知症の専門相談や地域の実態に応じた認知症ケアの向上を目的とする事業を推進します。

【表】「認知症カフェ」設置数

区 分	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
認知症カフェの設置数	9	9	10	10	10	11

※令和3年度、令和4年度は実績値。令和5年度は見込値。令和6年度から令和8年度は目標値。

④認知症バリアフリー推進・若年性認知症の人への支援、社会参加支援

認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進し、地域支援事業等の活用等により認知症の人の社会参加活動を支援します。

また、岡山県若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の人の医療・福祉・就労の総合的な支援を進めます。

⑤認知症高齢者家族支援事業

消防機関、警察を中心として、町内会、地域福祉組織等の協力機関等を確保することで地域の見守り体制を構築します。認知症高齢者の見守りネットワークなど見守り環境を整備し、行方不明になっても早期発見、早期対応ができるよう、認知症高齢者や家族が安心して暮らせるための体制整備を進めます。

ア 認知症高齢者声かけ体験

認知症高齢者の行方不明時の対応と認知症状への理解を深めることを目的に、認知症声かけ体験を実施します。地域や地元の企業等と協力して、地域ごとに声かけ体験を行うことで、地域ぐるみの見守りと捜索に関する支援体制の整備に取り組みます。