

第10次北上市高齢者福祉計画
第9期北上市介護保険事業計画

きたかみ いきいきプラン

2024 年度（令和 6 年度）～2026 年度（令和 8 年度）

令和6(2024)年3月
北上市

ごあいさつ



社会全体で高齢者の暮らしを支える介護保険制度は、介護を必要とする方やその御家族にとって欠かせないものとなりました。本市におきましては、5つの地域包括支援センターを中心に介護予防や生活支援の取組を行うとともに、在宅医療介護連携支援センターを拠点に、医療と介護の多職種連携による在宅療養を推進するなど、すべての高齢者が住み慣れた地域で安心して日常生活が送れるよう施策を展開しております。

現在、本市の人口に占める65歳以上の高齢者の割合(高齢化率)は28.3%で、およそ4人に1人が65歳以上となっており、今後も平均寿命の延伸や団塊世代の75歳到達、さらに少子化が加わり、高齢化率が上昇すると予測されています。このかつてない超高齢化が進展する中で、支えられる側と支える側という関係性を超えて、高齢者が持つ豊かな経験を地域で発揮できる環境づくりや、健康寿命の延伸に向け、趣味や健康、スポーツ活動による生きがいづくりを通じ、自身の人生を楽しみ、高齢期の生活の質を高め、主体的に社会参加していく意識や行動の必要性が高まっています。

このため、介護や医療が必要になっても、世代を超えた地域のつながりの中で安心して暮らすことができ、いくつになっても自らの意思で自分らしく生きることができる、長寿を喜びあえるまちを目指し、住まいを中心に、介護・医療・予防・生活支援が一体的に提供される「きたかみ型地域包括ケアシステム」の深化・推進が求められています。

これらのこと踏まえ、本市では、計画策定委員会を立ち上げ、市民や介護事業者等へのアンケート調査でいただいた御意見などを参考に、介護保険制度改正に沿った新しい施策の展開に向け、令和6年度からスタートする「きたかみいきいきプラン」を策定しました。「地域包括ケアシステムの深化・推進」、「健康で自分らしい暮らしの実現」、「安心して暮らすための支援の充実」の実現のため、介護・医療の専門機関や地域住民主体による地域活動、民間事業者、NPO等の多様な職種・機関と行政が連携し、それぞれが主体となって、互いに助け合い、支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティの中で、高齢者が安心して暮らすことを目指すものです。

このプランの推進に当たっては、市と保健・医療・福祉の関係機関、そして地域住民の皆様とで連携を図りながら協働して取り組んでいくことが重要と考えております。皆様の御理解と御協力をお願ひいたします。

結びに、本プランの策定にあたって御協力いただきました計画策定委員会の委員をはじめ、関係機関、市民の皆様に対しまして心から御礼申し上げます。

令和6年3月

北上市長 八重樫 浩文

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の性格と計画の位置づけ	2
3. 計画の期間	3
4. 計画の策定体制	3
(1) 計画策定委員会等の開催	3
(2) 高齢者に関する住民アンケートの実施	4
(3) 介護保険サービス提供事業者へのアンケートの実施	4
5. 介護保険制度改正の概要	5
第2章 北上市の現状と今後の推移	7
1. 人口構成	7
2. 総人口と高齢者人口の推移	8
3. 人口の将来推計(高齢者人口の推計)	9
4. 要支援・要介護認定者の推移及び要介護認定者数の将来推計	10
(1) 要支援・要介護認定者の推移	10
(2) 要支援・要介護認定者数の推計	11
5. 高齢者世帯の状況	12
6. 平均余命・平均自立期間の推移	13
7. 高齢者の状況	14
(1) 要介護者の有病状況	14
(2) 通いの場の利用状況	15
8. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要	15
(1) 医療や介護が必要になっても「自宅で暮らしたい」	15
(2) 医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らすために必要なこと	15
(3) 主観的幸福感・主観的健康観	16
9. 認知症高齢者数の推計	16
10. リハビリテーション提供体制の現状	17
11. 在宅介護実態調査の結果概要	17
第3章 前計画の実績と評価	18
1. 事業実績	18
(1) 高齢社会を支える「しくみ」づくり	18
① 地域包括支援センターの機能の強化	18
■ 地域包括支援センターの機能の充実	18
■ 地域ケア会議の充実	18
② 高齢者の権利擁護の推進	18
■ 成年後見制度の利用促進と心づもり支援	18
■ 高齢者の虐待防止	18
③ 多職種による医療介護連携	19
■ 医療・介護連携の強化	19
■ 在宅医療に関する人材の育成	19
④ 在宅高齢者への支援	19
⑤ 医療・介護・保健福祉の連携	19
(2) 高齢者を支えあう「ちいき」づくり	19
① 高齢者が主役となる地域活動の推進	19
■ 地域での支えあい活動の推進	19
■ 高齢者の生きがいづくりの推進	20
② 高齢者の地域生活への支援	20

■高齢者の生活支援の充実.....	20
■安心・安全な地域づくりの推進.....	20
③お互いを支えあう地域づくりの推進.....	21
■地域における新たな支えあいの活動の推進.....	21
(3)健康に暮らすための「とりくみ」の推進.....	21
①自分らしい生き方を支える健康寿命の延伸.....	21
■介護予防・日常生活支援総合事業の推進(多様なサービス・支援の確保目標).....	21
■自分らしい高齢者の健康づくりの推進.....	21
②認知症の人や家族への専門的支援.....	22
■認知症理解の促進.....	22
■認知症初期集中支援事業と認知症対応力向上の推進.....	22
③認知症バリアフリー社会の推進.....	22
■認知症地域支援事業.....	22
(4)要介護者を支える「サービス」の充実.....	22
①適正な制度運用.....	22
■介護保険事業の適正な情報提供.....	22
■ケアプランの点検による適正給付.....	22
②サービス基盤の充実.....	23
■サービスの提供体制の充実.....	23
■介護人材の確保策の充実・介護現場の革新.....	23
③災害・感染症対策の推進.....	23
■介護事業所に対する防災・感染症対策に係る周知啓発と連携体制の構築.....	23
2.評価.....	23
(1)高齢社会を支える「しくみ」づくり.....	24
(2)高齢者を支えあう「ちいき」づくり.....	24
(3)健康に暮らすための「とりくみ」の推進.....	25
(4)要介護者を支える「サービス」の充実.....	26
 第4章 基本目標と施策体系	28
1. きたかみ型地域包括ケアビジョン	28
2. 第9期計画の基本方針	29
3. 第9期計画の基本目標	30
4. 重点項目	31
5. 施策の体系図	32
6. 事業の成果目標の設定	33
7. 日常生活圏域について	34
(1)市全体の状況	34
(2)圏域別の状況	35
①黒沢尻東・黒沢尻西圏域の状況	35
②黒沢尻北圏域の状況	36
③飯豊圏域の状況	37
④二子・更木・黒岩圏域の状況	38
⑤立花・口内・稻瀬圏域の状況	39
⑥相去・鬼柳圏域の状況	40
⑦江釣子圏域の状況	41
⑧和賀圏域の状況	42
 第5章 施策の展開(各論)	43
1. 施策の展開	43
(1)地域包括ケアシステムの深化・推進	43
①地域包括支援センターの機能強化	43
②高齢者の権利擁護の推進【拡充】	45
③多職種による切れ目のないケアの推進	47
④自立支援・重度化防止に効果の高いケアの推進	48

⑤地域ケア会議を中心とした地域包括ケアシステムの推進	50
⑥地域資源の創出・活用推進	51
(2)健康で自分らしい暮らしの実現	52
①高齢者の特性に応じた健康づくりと介護予防の推進(健康寿命の延伸)	53
②高齢者が生きがいを持ち、支え合える地域づくりの推進	55
(3)安心して暮らすための支援の充実	56
①高齢者が安心して暮らすための支援	56
②認知症になんでも住み続けられる地域づくり【拡充】	58
③持続可能で過不足のない介護保険サービスの構築	62
2. 事業の目標値の設定	63
 第6章 介護保険事業の見込み	67
1. 居宅サービス	67
(1)訪問介護	67
(2)訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護	67
(3)訪問看護・介護予防訪問看護	68
(4)訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション	68
(5)居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導	68
(6)通所介護(デイサービス)	69
(7)通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	69
(8)短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	69
(9)短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護	70
(10)福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与	70
(11)特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費	70
(12)住宅改修	71
(13)特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	71
(14)居宅介護支援・介護予防支援	71
2. 地域密着型サービス	72
(1)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	72
(2)認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護	72
(3)小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護	72
(4)認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護	73
(5)地域密着型特定施設入居者生活介護	73
(6)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	73
(7)看護小規模多機能型居宅介護	73
(8)地域密着型通所介護	74
3. 施設サービス	74
(1)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	74
(2)介護老人保健施設	74
(3)介護医療院	75
(4)介護療養型医療施設	75
4. 介護保険サービスの提供量の見込み	76
5. 介護保険給付費の推計	77
(1)介護保険料の算定方法	77
(2)介護給付等に係る事業費と地域支援事業費の財源構成	78
(3)第8期介護予防給付費の実績	79
(4)第8期介護給付費の実績	80
(5)第9期介護予防給付費の見込み	81
(6)第9期介護給付費の見込み	82
(7)第9期標準給付費の推計と地域支援事業費の推計	83
(8)第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の保険料	84
(9)介護給付適正化事業(任意事業)	85

第7章 推進体制について	87
1. 関係機関との連携と調整	87
2. 関係機関の役割	87
3. 計画策定後の進行管理	89
資料編	90
1. 北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会要綱	90
2. 北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会委員名簿	91
3. 策定経過	92

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

高齢化が進む中、高齢者のライフスタイルや生活意識、ニーズ等が更に多様化し変化していくことが予測されます。

本格的な人口減少社会の到来を迎えたわが国において、総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合(高齢化率)は、令和4(2022)年9月末現在で29.0%と更新を続けています。令和7(2025)年には、団塊の世代すべてが75歳以上となり、その先、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年以降は、75歳以上人口は2055(令和37)年まで増加傾向が予測されています。介護ニーズの高い85歳以上人口は2035(令和17)年頃まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2060(令和42)年頃まで増加傾向が予測されています。わが国の高齢化は進み、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者も増加傾向にあり、医療・介護の連携の必要性が高まっている状況です。

介護保険制度を将来にわたり維持しつつも、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」をできるようにするため、地域特性に応じた「地域包括ケアシステム」構築を継続する必要があります。一方で、多様化・複雑化する福祉ニーズに対応するため、高齢者福祉だけでなく、地域共生社会として障がい者福祉や子ども・子育て支援等、福祉分野全体で共有するべきものとして捉え、支援のしくみづくりを推進することも重要となっています。

北上市では、令和5(2023)年9月末現在で高齢化率が28.3%となっており、岩手県の令和5(2023)年10月1日現在の高齢化率35.2%と比べれば低水準ですが、国の平均的な高齢化率と同程度となっています。

「第9次北上市高齢者福祉計画・第8期北上市介護保険事業計画」(以下、「前計画」という。)は、「介護や医療が必要になっても、世代を超えた地域のつながりの中で安心して暮らすことができ、いくつになっても自らの意志で自分らしく生きることができる、長寿を喜びあえるまち」をきたかみ型地域包括ケアの目指す将来像として掲げ、施策を進めてきました。また、地域共生社会の実現を見据え、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に取り組んでいます。

北上市では、第6期、第7期、第8期計画から取り組んできた施策を、第9期でも中長期的な視野で維持させながら引き続き推進し、これまでの実績を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進を継続させていくため、「第10次北上市高齢者福祉計画・第9期北上市介護保険事業計画」(以下、「本計画」と言う。)を策定します。

2. 計画の性格と計画の位置づけ

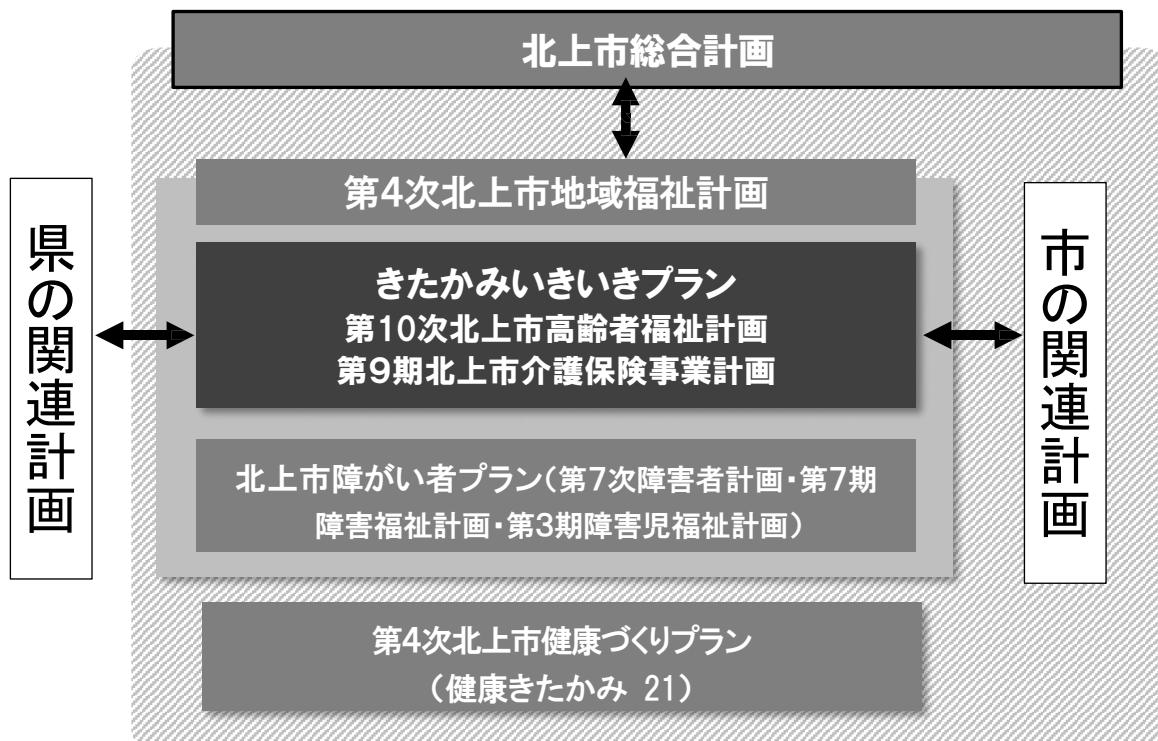
本計画は、老人福祉法第20条の8第1項に基づく「高齢者福祉計画」と介護保険法第117条に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定することで、高齢者福祉サービスと介護保険サービスの総合的かつ円滑な実施を図ることを目指しています。

更に、本計画は、本市の総合的な全体方針を示した「北上市総合計画」を上位計画として位置づけながら、「北上市地域福祉計画」「北上市障がい者プラン」「北上市健康づくりプラン」等、市の福祉部門における個別計画との整合性や調和も図りながら策定します。

本計画では、第6期計画から掲げている「きたかみ型地域包括ケアシステム」の実現に向けた方向性を継承し、中長期で地域包括ケアシステムの更なる深化と推進を目指すものとして、高齢者の健康づくり、生きがいづくり、医療体制の充実、介護保険サービスの充実、住みやすいまちづくり等、高齢者施策全般に係る計画として策定します。

また、令和6年(2024)岩手県の「いわていきいきプラン(2024～2026)」や「岩手県保健医療計画(2024～2029)」とも整合を図り策定します。

▼ 関連計画との整合



3. 計画の期間

本計画は、国の基本指針に沿って、令和6(2024)年度を初年度とし、令和8(2026)年度を目標年度とする3か年の計画です。本計画では、令和3(2021)年3月に策定した計画を見直し、令和6(2024)年度からの高齢者に関する各種の福祉事業や介護保険制度の円滑な実施に関する総合的な計画として、達成すべき目標・施策等を定めます。

また、団塊の世代が75歳以上になり、介護が必要な高齢者が急速に増加する令和7(2025)年、団塊ジュニア世代が65歳以上になる令和22(2040)年を見据え、きたかみ型地域包括ケアシステムを段階的に進めていくために「きたかみ型地域包括ケアビジョン」の評価・見直しを行い、中長期的な施策の展開を図ります。

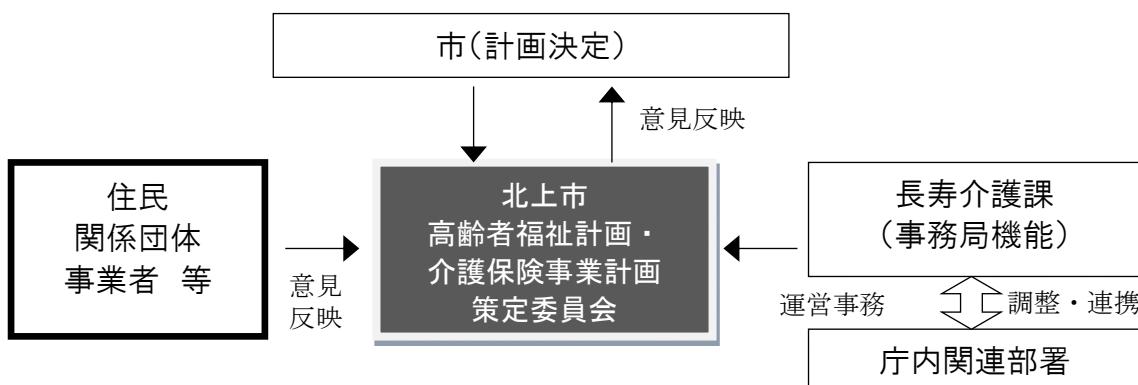
▼ 計画期間

平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
第7期計画			第8期計画			第9期計画			第10期計画		
		改訂年度			改訂年度			改訂年度			
令和22(2040)年度その先を見据えた中長期的な取り組み											

4. 計画の策定体制

(1) 計画策定委員会等の開催

本計画の策定にあたり、有識者、保健・医療・福祉関係者、介護保険事業者、市民代表等を委員に委嘱し、計画内容について協議いただきました。また、住民の意見や要望を本計画に十分に反映させるため、パブリックコメント(意見公募)や市民説明会を実施しました。



(2)高齢者に関する住民アンケートの実施

本計画の策定にあたり、高齢者に対する生活支援の充実、高齢者の社会参加・支えあい体制づくり、介護予防の推進の観点から、市民の意見を反映するために、一般高齢者、居宅サービス利用者、第2号被保険者に対しアンケート調査を実施し、高齢者福祉や介護保険事業に関する意識や利用実態、今後の利用意向等の実態把握に努めました。

○調査対象者：

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
・市内にお住まいの令和4年12月1日現在65歳以上で、「要介護認定を受けていない方」、「要支援1・2認定を受けて在宅で生活している方」の中から無作為抽出した方
・市内にお住まいの令和4年12月1日現在40歳から64歳までのうち無作為抽出した方
在宅介護実態調査
・市内にお住まいで、令和4年7月1日現在「要介護1～要介護5認定を受けて在宅で生活をしている方」の中から無作為抽出した方

○調査方法：郵送(ニーズ調査)・聞き取り(在宅介護)

○調査期間：令和5年2月3日～2月24日(ニーズ調査)

令和4年6月27日～令和5年2月28日(在宅介護)

○配布・回収状況：

	配布数	回収数	回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・一般	3,000票	1,973票	65.8%
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・2号	1,000票	409票	40.9%
在宅介護実態調査	263票	263票	100.0%

*社会調査においては統計学的に要求誤差5～10%以内、信頼度90～95%であればよいとされています。北上市の場合、統計学的に有効回答数が総379票(在宅のみであれば247票)以上あれば、住民意向が把握できる票数となります。よって、今回の調査については、統計学的に十分意味のある有意性がある回答数となっています。

(3)介護保険サービス提供事業者へのアンケートの実施

本計画の基礎資料とするため次のとおりアンケートを実施しました。

○調査対象者：

介護従事者向けアンケート
対象：北上市内の介護事業所に勤務する介護従事者 目的：介護事業所における生産性向上の支援を検討するため。
経営者向けアンケート
対象：北上市内で介護サービス事業を実施している法人等の経営の担当者(事業運営全体について把握されている方) 42法人 目的：経営者の立場からの課題や意見、方針等を把握するため。
施設長又は管理者向けアンケート

対象:北上市内介護事業所の施設長又は管理者 125事業所 目的:施設長又は管理者の立場からの課題や意見、方針等を把握するため。
サービス量・施設整備等意向調査
対象:北上市内で介護サービス事業を実施している法人、北上市内で新規に介護サービス事業実施を希望している法人等 43法人 目的:令和6年度から令和8年度までの介護サービス量・施設整備等を検討するため。

- 調査方法:パソコン・スマートフォンによるオンライン回答
- 調査期間:令和5年3月23日～4月24日(介護従事者向けアンケート)
令和5年6月22日～7月6日(経営者向けアンケート)
令和5年6月22日～7月6日(施設長又は管理者向けアンケート)
令和5年6月22日～7月6日(サービス量・施設整備等意向調査)

- 回答状況:

	回答数	回答率
介護従事者向けアンケート	114人	-
経営者向けアンケート	30法人	71.4%
施設長又は管理者向けアンケート	106事業所	84.8%
サービス量・施設整備等意向調査	36法人	83.7%

5. 介護保険制度改革の概要

【改革の目指す方向】
<ul style="list-style-type: none"> ○地域共生社会の実現と2040年への備え <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム、介護保険制度を基盤とした地域共生社会づくり ・介護サービス需要のさらなる増加・多様化、現役世代(担い手)減少への対応
<p>【改革の3つの柱】 ※3つの柱は相互に重なり合い、関わり合う</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～ 「共生」「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進 ・通いの場の拡充等による介護予防の推進 ・地域支援事業等を活用した地域づくりの推進 ・認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の総合的推進 等 2. 地域包括ケアシステムの推進 ～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～ ・地域特性等に応じた介護サービス基盤整備 ・質の高いケアマネジメントに向けた環境整備 ・医療介護連携の推進 等 3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～ ・新規人材の確保、離職防止等の総合的人材確保対策 ・高齢者の地域や介護現場での活躍促進 ・介護現場の業務改善、文書量削減、ロボット・ICTの活用の推進 等

【3つの柱を下支えする改革】

○保険者機能の強化

- ・保険者機能強化推進交付金の抜本的な強化
- ・PDCAプロセスのさらなる推進

○データ利活用のためのICT基盤整備

- ・介護関連データ(介護DB、VISIT、CHASE)の利活用に向けたシステム面・制度面での環境整備

○制度の持続可能性の確保のための見直し

- ・介護保険料の伸びの抑制に向けて、給付と負担について不断の見直し

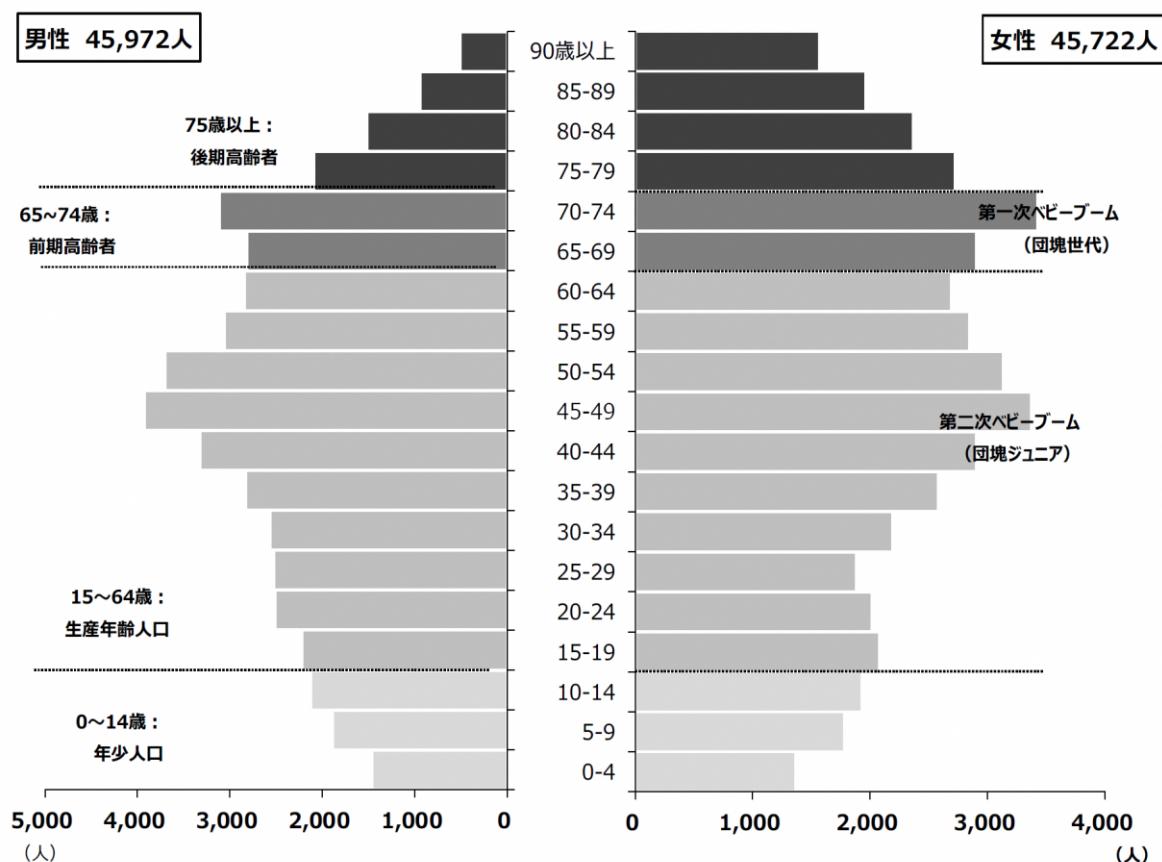
第2章 北上市の現状と今後の推移

1. 人口構成

本市の人口は、令和5(2023)年9月末現在、男性が45,972人、女性が45,722人、計91,694人となっています。年齢別にみると、いわゆる団塊の世代が大きなピークを示し、生産年齢人口の中では団塊ジュニア世代も一つのピークを形成していることがわかります。

現在国が注視している課題である後期高齢者が増加する令和7(2025)年、更に団塊ジュニア世代が高齢者になる令和22(2040)年への対応については、本市もほぼ同じ状況で求められることになると考えられます。

▼ 人口ピラミッド



出典:住民基本台帳人口(令和5(2023)年9月末現在)

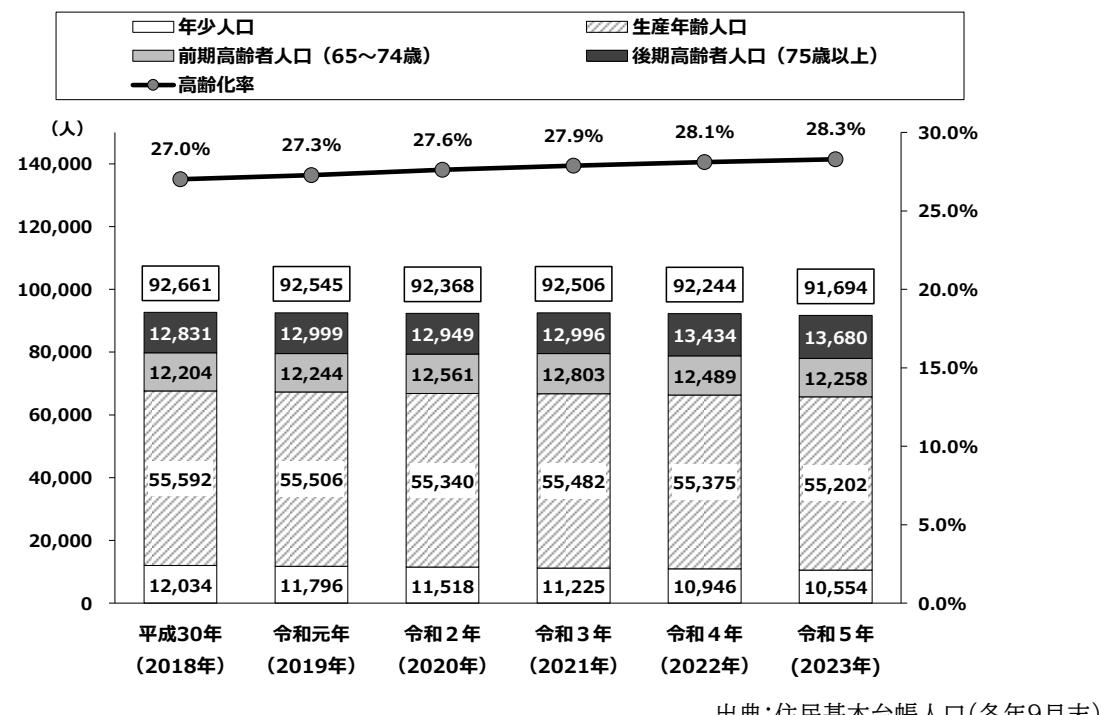
2. 総人口と高齢者人口の推移

総人口は平成30(2018)年の92,661人から令和5(2023)年91,694人へと967人減少しています。一方で、高齢者人口は同期間に903人増加しており、結果として高齢化率が上昇しています。また、高齢者人口の内訳をみると、平成30(2018)～令和5(2023)年にかけて後期高齢者(75歳以上)が大きく増加していることがわかります。

▼ 人口の推移

	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
総人口	92,661	92,545	92,368	92,506	92,244	91,694
高齢者人口	25,035	25,243	25,510	25,799	25,923	25,938
前期高齢者 (65～74歳)	12,204	12,244	12,561	12,803	12,489	12,258
後期高齢者 (75歳以上)	12,831	12,999	12,949	12,996	13,434	13,680
高齢化率	27.0%	27.3%	27.6%	27.9%	28.1%	28.3%

▼ 年齢4区分別人口の推移



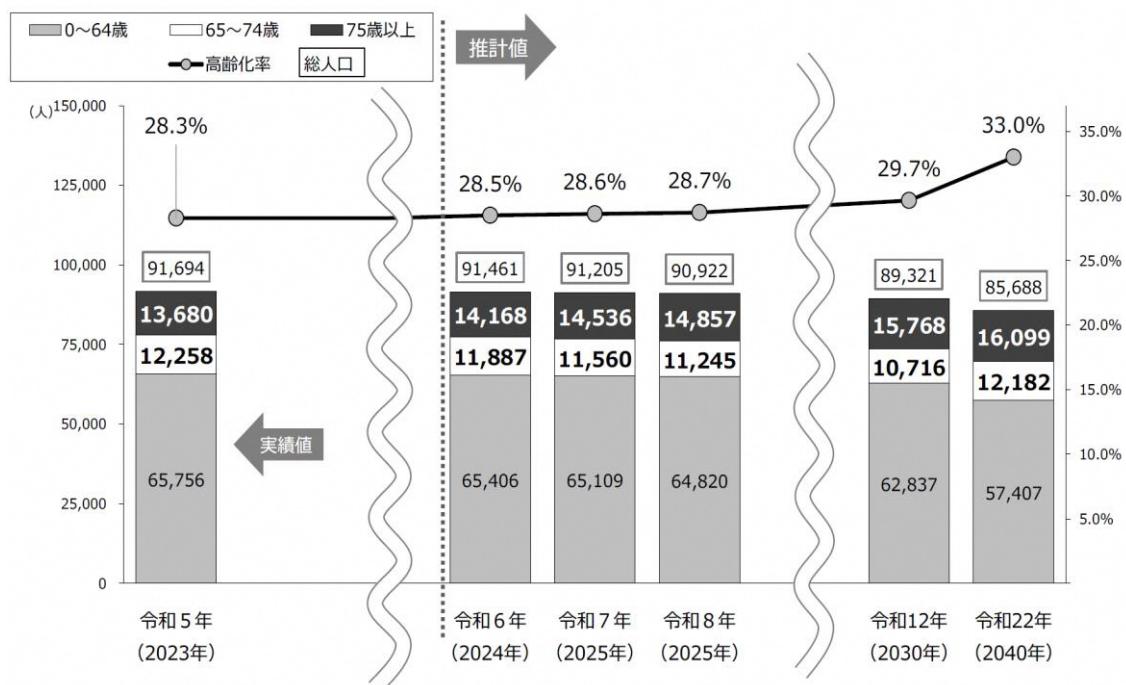
3. 人口の将来推計(高齢者人口の推計)

総人口は今後減少傾向が続き、令和22年度には85,688人になると予測されます。また、65歳以上の高齢者人口は令和8年度には26,102人となり、令和12年度には26,484人、令和22年度には28,281人になると見込まれます^{※1}。総人口の減少と、高齢者人口の増加により、高齢化率は上昇を続けると予測されます。前期高齢者は緩やかに減少し、後期高齢者は増加する見込みです。

▼ 高齢者人口の推計

	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
総人口(人)	91,694	91,461	91,205	90,922	89,321	85,688
高齢者人口(人)	25,938	26,055	26,096	26,102	26,484	28,281
前期高齢者 (65~74歳)	12,258	11,887	11,560	11,245	10,716	12,182
後期高齢者 (75歳以上)	13,680	14,168	14,536	14,857	15,768	16,099
高齢化率	28.3%	28.5%	28.6%	28.7%	29.7%	33.0%

▼ 人口・高齢者人口・高齢化率の推計



出典:住民基本台帳人口(令和元年度～令和5(2023)年度各9月末)

^{※1}人口推計は、平成30年度～令和5年度の住民基本台帳人口を用いて、令和5年度を起点に試算した第9期将来推計用の推計人口を採用。当該推計ではコーホート変化率法^{※2}を使用し、令和12年度以降はコーホート要因法^{※3}を使用。

^{※2}コーホート変化率法:各コーホートについて、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計するもの。

^{※3}コーホート要因法:各コーホートについて、死亡、出生、および人口移動などを計算して将来の人口を求めるもの。

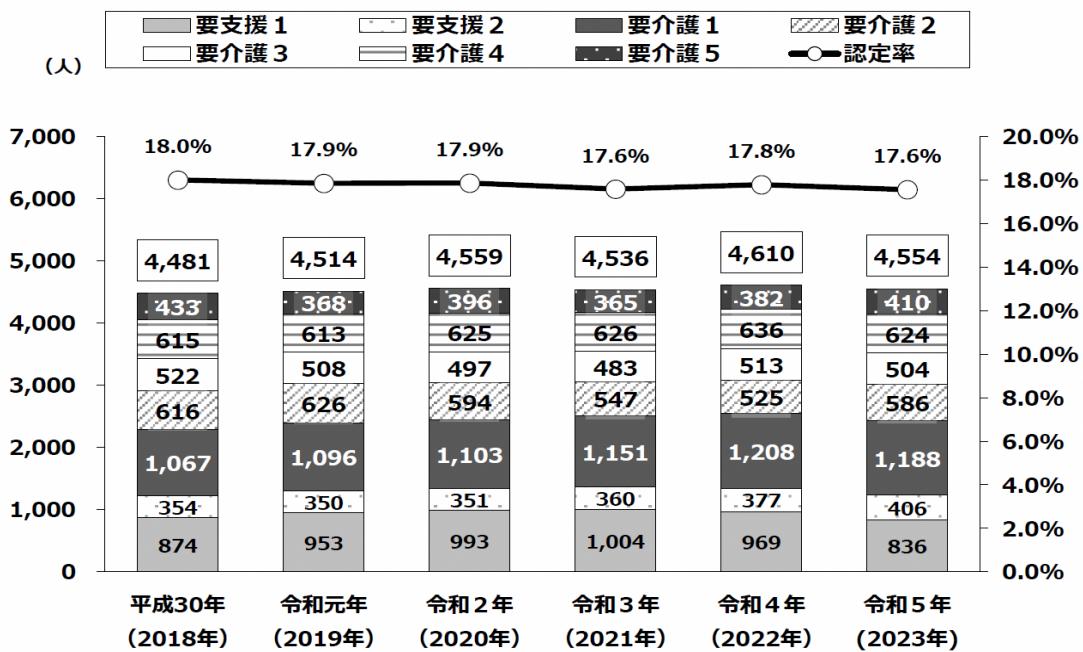
4. 要支援・要介護認定者の推移及び要介護認定者数の将来推計

(1) 要支援・要介護認定者の推移

第1号被保険者の要介護(支援)認定者数は、平成30年から経年で見ると、微増傾向にあります。なお、要支援・要介護認定率は後期高齢者人口の増加に伴い上昇する見込みでしたが、横ばいに推移しています。

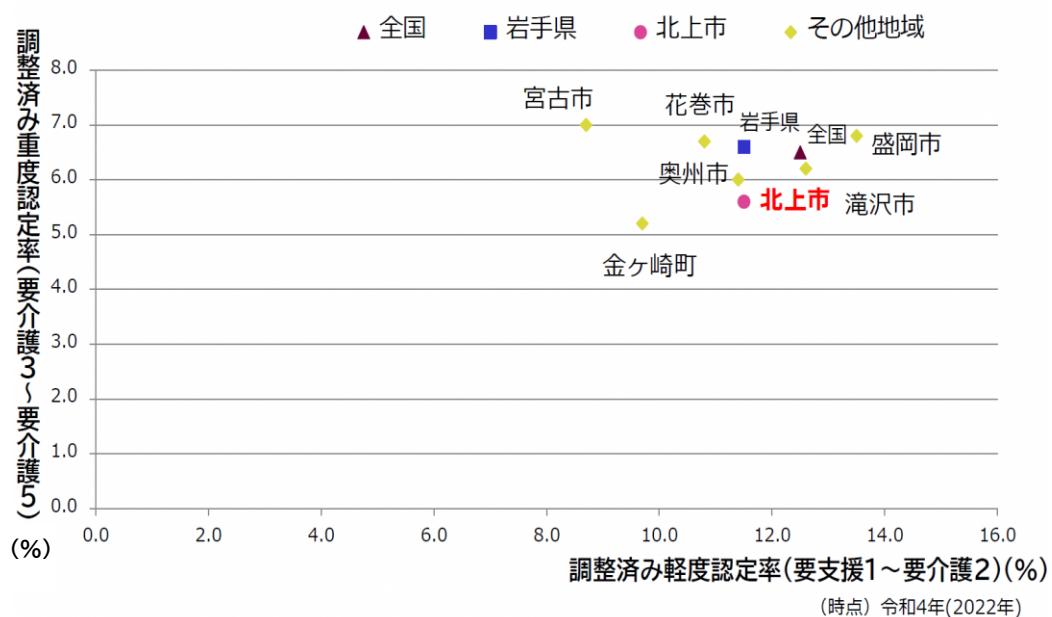
また、他自治体に比べ重度認定率が低いことが特徴です。

▼ 認定者の推移(第1号被保険者)



出典:地域包括ケア「見える化」システム(令和5年度は見込み)

▼ 調整認定率における他自治体との比較(第1号被保険者)



出典:地域包括ケア「見える化」システム

(2)要支援・要介護認定者数の推計

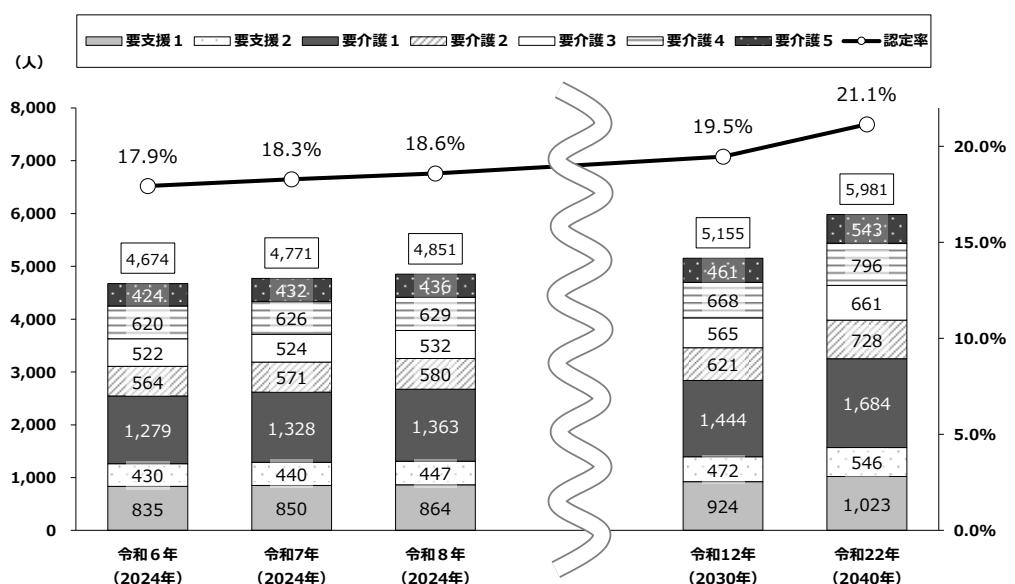
将来の要支援・要介護認定者数の推計にあたっては、要介護度別、性別、年齢別出現率の実績及び伸びを勘案し、人口推計を基にしながら推計しました。後期高齢者人口の増加に伴い、要支援・要介護認定率は上昇することが見込まれています。

▼ 要支援・要介護認定者数の推計

区分	実績 (見込み)	推計				
		本計画期間			令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)		
第1号被保険者数	25,938	26,055	26,096	26,102	26,484	28,281
認定者数 (第1号被保険者)	4,554	4,674	4,771	4,851	5,155	5,981
要支援1	836	835	850	864	924	1,023
要支援2	406	430	440	447	472	546
要介護1	1,188	1,279	1,328	1,363	1,444	1,684
要介護2	586	564	571	580	621	728
要介護3	504	522	524	532	565	661
要介護4	624	620	626	629	668	796
要介護5	410	424	432	436	461	543
第1号被保険者認定率	17.6%	17.9%	18.3%	18.6%	19.5%	21.1%
認定者数全体	4,646	4,765	4,862	4,942	5,244	6,055

出典:地域包括ケア「見える化」システムにより推計

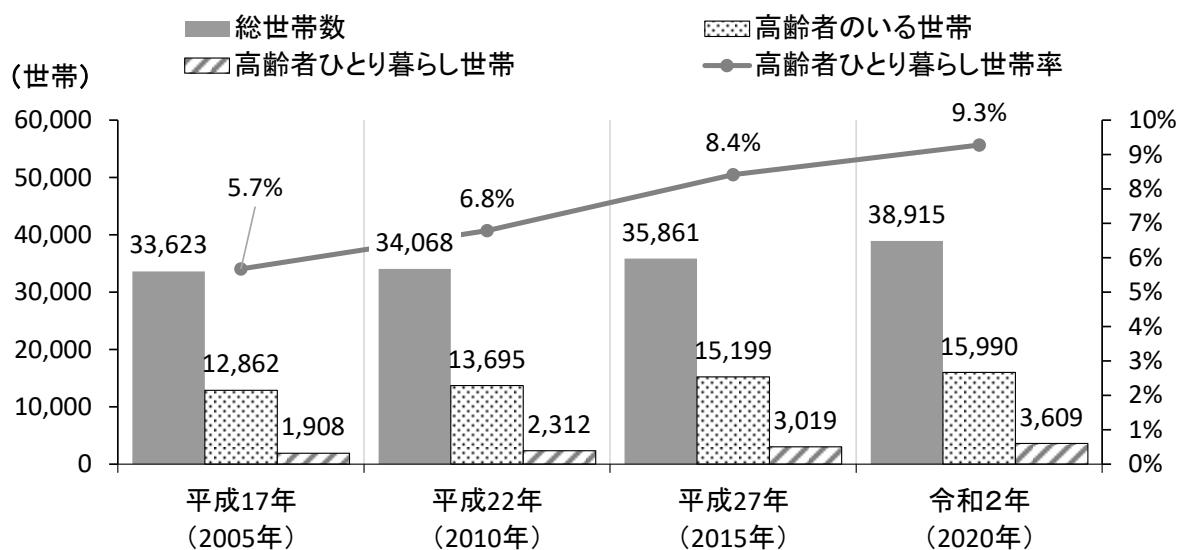
▼ 本計画期間中の要支援・要介護認定者数の推計



5. 高齢者世帯の状況

国勢調査の結果によると、高齢者の増加に伴い、高齢者のいる世帯が増加しています。平成17年(2005年)では12,862世帯であったのに対し、令和2年(2020年)では15,990世帯と24.3%の増加となっています。また、高齢者のひとり暮らし世帯が増加しており、平成17年(2005年)では1,908世帯が、令和2年(2020年)では3,609世帯と大幅に増加しています。総世帯に対する高齢者ひとり暮らし世帯率も上昇しており、令和2年(2020年)では9.3%と全世帯の約1割が高齢者のひとり暮らしという状況となっています。

▼ 高齢者のいる世帯数の推移と高齢者ひとり暮らし世帯率の推移

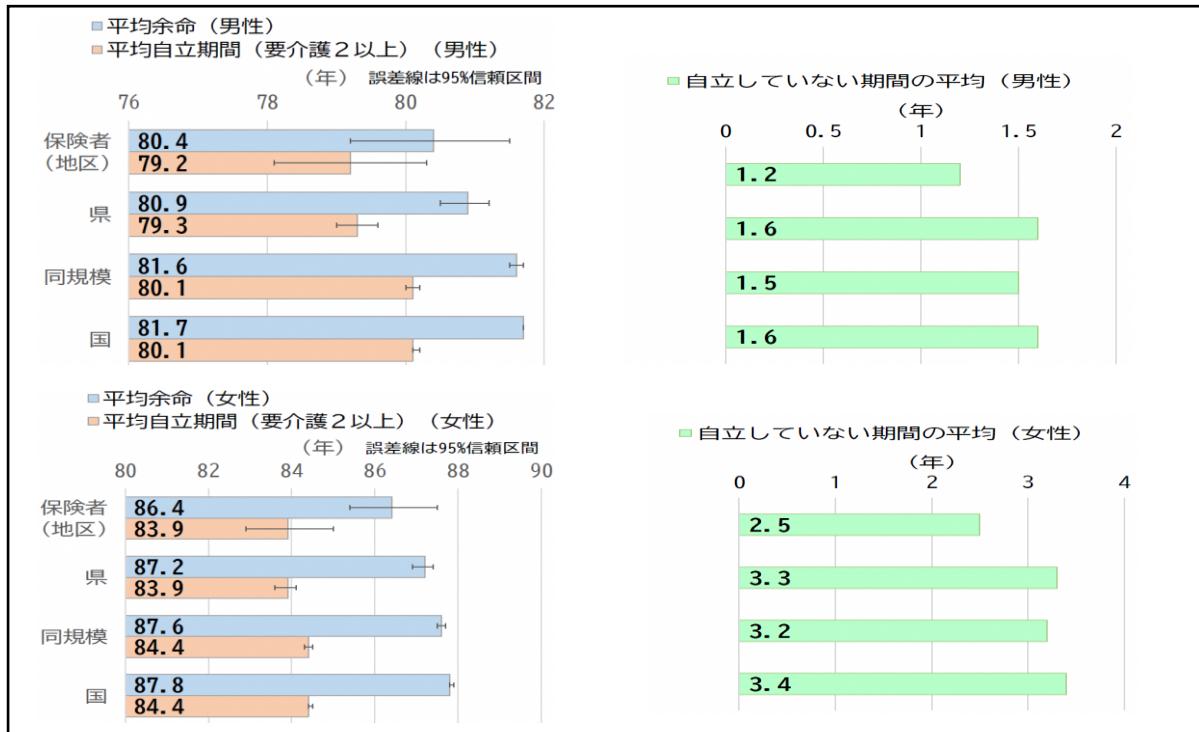


出典:国勢調査(各年 10月1日)

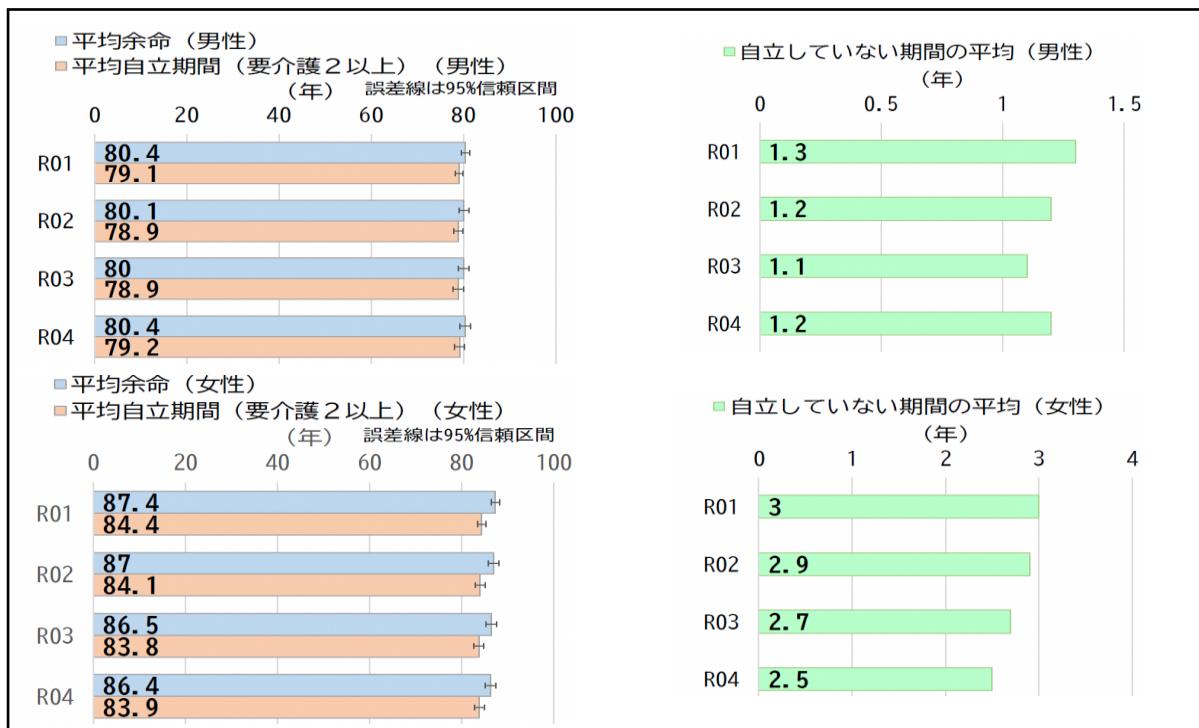
6. 平均余命・平均自立期間の推移

北上市の平均余命および平均自立期間は、男女共に全国平均を下回っています。平均余命と平均自立期間の差(自立していない期間の平均)は、全国平均と比べ短くなっています。また、北上市の自立していない期間の平均を経年で見ると、緩やかに短縮傾向となっています。

▼平均余命と平均自立期間の地域比較



▼平均余命と平均自立期間の経年変化



出典：データはKDB帳票「地域の全体像の把握」、グラフは国立保健医療科学院の健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールver.2.0で作成

7. 高齢者の状況

(1) 要介護者の有病状況

要介護者の多くが、基礎疾患を有することから、自立支援・重度化防止のためには、医療と介護の連携は不可欠です。特に心臓病、筋骨格疾患の有病率が高いため、効果的な支援を行う上ではリハビリ専門職等の視点を取り入れたケアの提供が必要です。また、国・県に比べると、脳血管疾患と認知症、アルツハイマー病の有病率が高い傾向にありました。疾病を予防し健康な高齢期を迎えるためには、働き盛り世代からの切れ目のない健康づくりが重要です。

1号被保険者の有病率(2022)

単位:%

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
糖尿病	22.5	22.4	22.2	22.5	19.8	15.5	15.1	20.5
心臓病	64.8	64.1	59.0	58.3	59.1	58.4	57.6	60.4
脳疾患	27.5	25.0	26.6	25.1	29.5	29.7	35.3	28.0
がん	9.2	8.0	7.8	11.7	7.2	8.0	8.5	8.6
精神	33.3	23.7	47.5	43.2	45.2	50.1	60.6	43.3
筋骨格	57.1	60.2	48.2	49.9	49.3	49.3	42.2	51.0
難病	2.4	2.6	1.9	2.6	1.9	2.5	3.1	2.3
その他	69.3	67.9	62.1	59.8	59.3	58.7	56.6	62.5

2号被保険者の有病率(2022)

単位:%

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
糖尿病	14.4	0	17.4	7.8	8.5	9.7	0.8	9.5
心臓病	15.9	21.1	25.1	19.4	36.5	26.3	40.6	26.5
脳疾患	16.7	17.6	15.4	12.2	44.5	11.4	22.6	20.1
がん	6.8	0	5.4	11.7	1.0	8.0	4.5	5.4
精神	11.4	4.2	4.3	3.3	27.5	16.6	32.3	13.2
筋骨格	20.5	22.5	19.4	17.2	21.0	26.3	47.4	23.7
難病	6.8	3.5	0.7	11.1	0	1.1	25.6	5.7
その他	25.8	27.5	26.1	20.6	39.0	26.9	45.1	29.6

国県比較(2022)

単位:%

	北上市	岩手県	全国
糖尿病	20.3	19.9	24.3
心臓病	59.6	55.7	60.3
脳疾患	27.8	24.7	22.6
筋骨格	50.4	47.8	53.4
精神	42.6	34.7	36.8
(精神再掲)認知症	30.0	22.5	24.0
アルツハイマー病	27.2	18.9	18.1

出典:KDB帳票「要介護(支援)者有病状況」、「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 通いの場の利用状況

週1回以上の通いの場に参加する者の割合は、新型コロナ感染症感染拡大による外出自粛の影響で低下傾向にありました。全国・県に比べ高い傾向を維持しています。

▼週1回以上通いの場に参加する高齢者の割合(2020)



出典:地域包括ケア「見える化」システムによる現状分析

8. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果概要

(1) 医療や介護が必要になっても「自宅で暮らしたい」

医療や介護が必要になった時の過ごし方は、「介護サービスや訪問診療による専門的なケアを受けながら、自宅で過ごしたい」(40.3%)の割合が最も高く、前回調査時よりも増加しています。

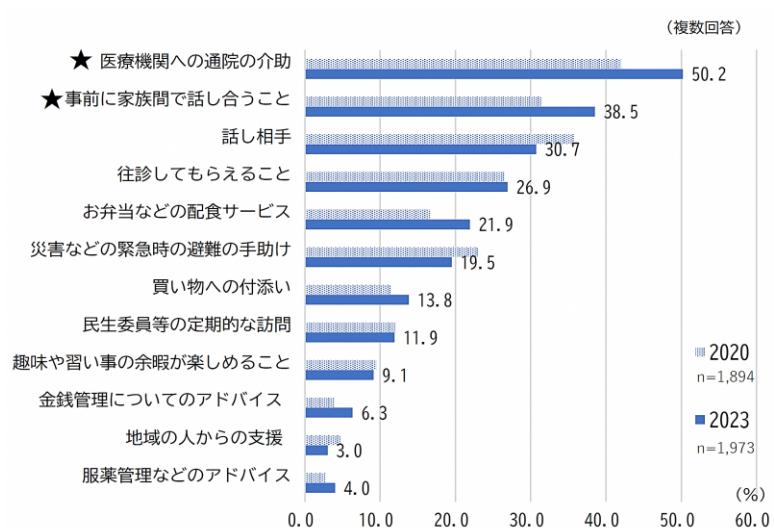
医療や介護が必要になった時の過ごし方

設問	R2(%) n=1,894	R5(%) n=1,973
家族などによるケアを中心に、自宅で過ごしたい	22.3	15.7
介護サービスや訪問診療による専門的なケアを受けながら、自宅で過ごしたい	31.6	40.3
介護の必要な人と共同生活ができる施設(グループホーム等)で過ごしたい	9.0	10.5
常時、専門的なケアを受けられる施設に入所(入院)したい	13.6	14.3
わからない	10.8	15.5

出典:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 第1号被保険者

(2) 医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らすために必要なこと

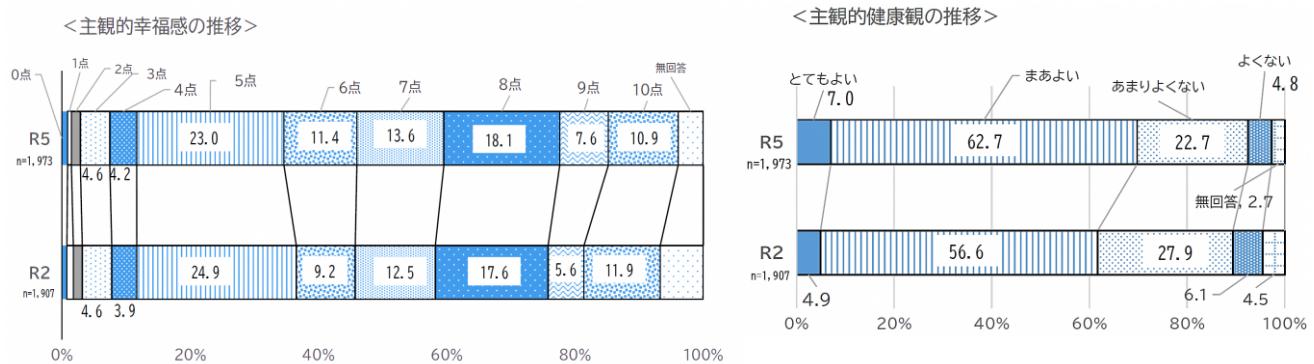
高齢者が、今後もし医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために必要と考えていることとして、「通院介助」「家族での話し合い」「話し相手」が上位の3つでした。「通院介助」、「家族での話し合い」の回答割合が、前回調査結果より大きく増加しました。



出典:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 第1号被保険者

(3) 主観的幸福感・主観的健康観

主観的幸福感と主観的健康観はそれぞれ高いほど高齢者的心身の状態が良好であることを示しています。主観的幸福感においては、高い人(8点以上)の割合は、令和5年は36.6%と令和2年の調査(35.1%)に比べ、微増しています。また、主観的健康観で、「良い」「まあよい」と回答した割合は、令和5年は69.7%と令和2年度(61.5%)に比べ増加しています。

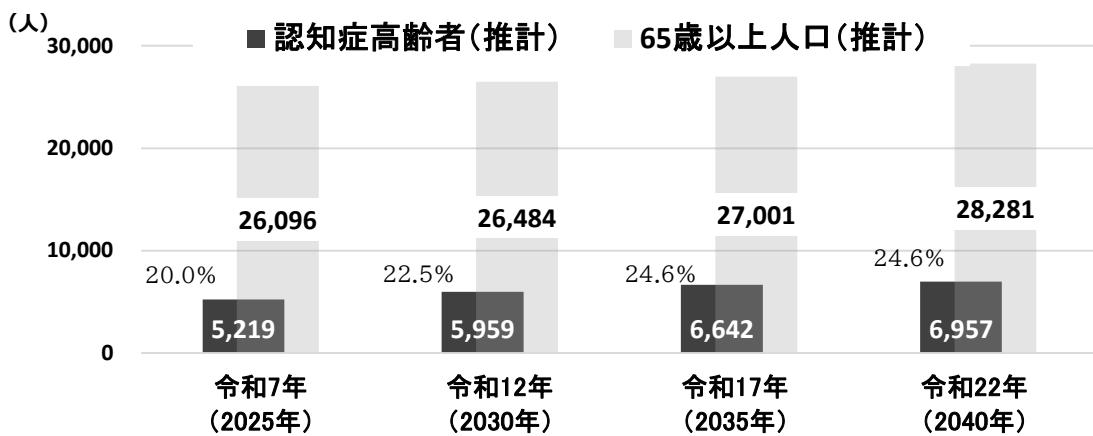


出典:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 第1号被保険者(2023)

9. 認知症高齢者数の推計

全国の推計による認知症推定有病率の割合を、本市の高齢者推計人口に当てはめて推計すると、本市の認知症高齢者数(65歳以上)は令和12(2030)年に5,959人、令和22(2040)年には6,957人になると予測されます。

▼ 認知症高齢者数の推計



出典:「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究(2014年度)」の推定有病率により推計

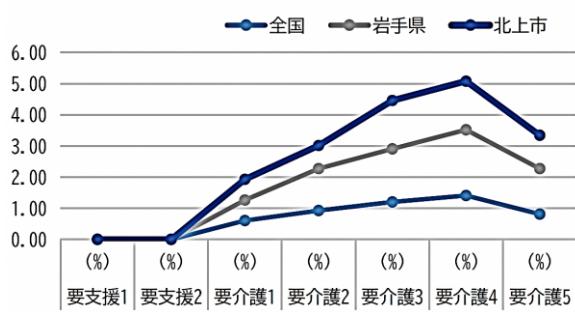
※長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、推計した認知症の有病率と仮定した場合の推定有病率(2060年までに認知症有病率が20%増加すると仮定した。令和7年20.0%、令和12年22.5%、令和17年24.6%、令和22年24.6%)を採用

10. リハビリテーション提供体制の現状

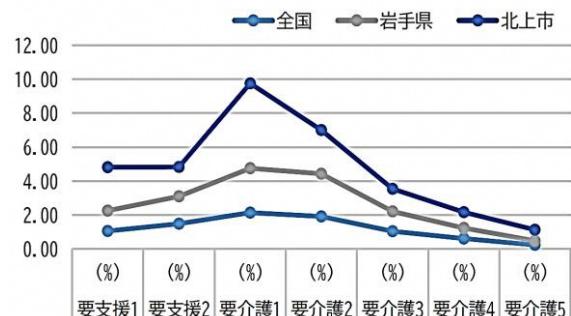
リハビリテーションサービスの利用率は、国や県に比べ高い傾向です。また、全国、県と比べリハビリテーションサービスの提供事業所数は少ないですが、自立支援に取り組むサービスの提供体制は充実していると言えます。

▼リハビリテーションサービスの介護度別利用率(2023)

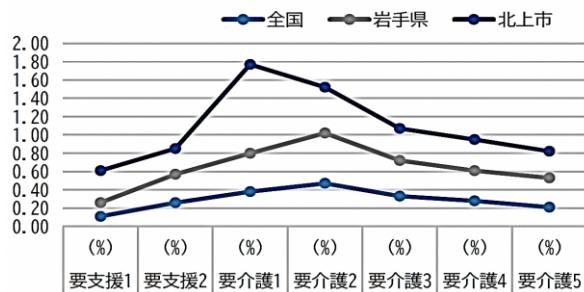
介護老人保健施設利用率



通所リハビリテーション利用率



訪問リハビリテーション利用率



出典:地域包括ケア「見える化」システム

▼加算算定事業所(2019)

【認定者数1万対: R1】

サービス事業所	加算種別	全国	岩手県	北上市
訪問リハビリテーション	短期集中(個別)リハビリテーション実施加算	5.86	5.77	2.25
	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上	1.38	0.90	2.25
通所リハビリテーション	短期集中(個別)リハビリテーション実施加算	8.94	8.34	8.99
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	0.81	0.51	0.00
介護老人保健施設	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上	5.05	3.59	8.99
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	3.21	1.54	6.74
	短期集中(個別)リハビリテーション実施加算	6.03	7.83	8.99

▼加算算定数の状況(2019)

【認定者数1万対: R1】

サービス事業所	加算種別	全国	岩手県	北上市
	生活機能向上連携加算算定者数[認定者1万対]	198.65	65.72	24.15
介護老人保健施設	加算種別	48.82	37.21	66.46
	経口維持加算算定者数	51.33	37.21	66.46

出典:地域包括ケア「見える化」システム

11. 在宅介護実態調査の結果概要

要介護者が在宅生活に必要と感じる支援については、「見守り、声かけ」、「外出同行(通院、買物等)」、「サロン等の定期的な通いの場」、「配食」、「掃除・洗濯」、「寝たきり高齢者等への訪問理美容」が続くという傾向になっています。

第3章 前計画の実績と評価

1. 事業実績

前期で計画した個別事業の活動目標に対する実績値は以下の通りです。

(令和5(2023)年度の実績値は、令和6年3月末の推計値)

(1)高齢社会を支える「しくみ」づくり

①地域包括支援センターの機能の強化

■地域包括支援センターの機能の充実

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
総合相談事業	拡充	件	6,000	11,652	6,000	12,936	6,000	14,933
権利擁護事業	拡充	件	250	766	275	991	300	1,318
介護予防ケアマネジメント事業	拡充	件	5,952	5,677	5,964	5,542	6,024	3,500
地域包括支援センター連絡会議	維持	回	12	12	12	12	12	12

■地域ケア会議の充実

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
地域ケア個別会議	維持	回	30	25	30	83	30	50
ケアマネジメント支援会議	維持	回	2	1	2	1	2	1
地域ケア推進会議	新規	回	2	0	2	1	2	1

②高齢者の権利擁護の推進

■成年後見制度の利用促進と心づもり支援

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
権利擁護支援センター事業								
相談件数	新規	件	500	1,280	550	1,518	600	1,750
利用者数	新規	人	90	97	110	103	135	103
成年後見制度利用支援事業	拡充	件	8	3	10	3	12	11
心づもり勉強会の開催	維持	回	5	4	5	8	5	5

■高齢者の虐待防止

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
高齢者緊急措置事業	維持	件	6	5	6	5	6	6

③多職種による医療介護連携

■医療・介護連携の強化

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
医療介護連携拠点の設置	維持	拠点	1	1	1	1	1	1
在宅医療介護連携推進協議会	維持	回	3	2	3	2	3	3
在宅チームケア体制の構築	拡充	回	5	7	5	6	5	6

■在宅医療に関わる人材の育成

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
医療・介護人材対象研修会	拡充	回	10	3	10	3	10	4

④在宅高齢者への支援

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護者支援事業	維持	回	2	5	3	8	4	9
家族介護用品支給事業	維持	人	100	80	100	84	100	80
養護老人ホーム措置事業	維持	人	53	57	53	58	53	64

⑤医療・介護・保健福祉の連携

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
自立支援型地域ケア会議	新規	回	12	5	12	9	12	12
多職種による事例検討会	維持	回	4	5	4	2	4	3
ケアマネジメント研修会	拡充	回	4	2	4	4	4	3

(2)高齢者を支えあう「ちいき」づくり

①高齢者が主役となる地域活動の推進

■地域での支えあい活動の推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
地域住民グループ支援事業	維持	か所	138	365	138	364	138	357

■高齢者の生きがいづくりの推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
ふれあいデイサービス事業								
開催場所	維持	か所	145	142	145	142	145	145
開催回数	維持	回	1,800	618	1,800	958	1,800	1,692
参加者延べ人数	維持	人	32,000	6,915	32,000	8,385	32,000	25,369
ご近所おたすけサポートー養成講座	拡充	回	3	2	3	2	3	3
介護ボランティアポイント制度	新規	制度	1	0	1	1	1	1
老人クラブ活動費支援事業								
クラブ数	維持	クラブ	71	60	71	56	71	54
会員数	維持	人	3,200	2,662	3,200	2,431	3,200	2,244
単位クラブへの交付額	維持	千円	2,189	1,806	2,189	1,647	2,189	1,611
市老連への交付額	維持	千円	1,224	1,096	1,224	1,113	1,224	836
シルバー人材センター支援事業	維持	人	370	341	370	331	370	344
敬老事業								
対象者数	維持	人	13,500	13,846	13,600	14,255	13,700	14,457
参加者数	維持	人	4,000	-	4,000	-	4,000	-

※ ふれあいデイサービス:コロナ感染症の拡大により、事業を中止した期間あり。

※ 敬老事業:コロナ禍により、令和3年度は会の開催を中止とし、記念品配布のみ。令和4年度、5年度は会を開催した地区、記念品配布のみの地区があり、通常開催できていない。

②高齢者の地域生活への支援

■高齢者の生活支援の充実

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
高齢者バス等運賃助成事業								
交付人数	維持	人	2,900	2,436	2,900	-	2,900	-
利用金額	維持	千円	6,960	7,857	6,960	1,506	6,960	-
高齢者配食サービス事業	維持	人	120	79	120	80	120	91

※ 高齢者バス等運賃助成事業:令和4年度から事業を都市再生推進課に移管

■安心・安全な地域づくりの推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
あんしんホットライン事業	拡充	台	550	432	560	470	570	488
救急医療情報キット配布事業	拡充	世帯	3,400	3,836	3,600	3,902	3,800	3,922
高齢者見守り安心ネットワーク事業	維持	事業所	35	40	37	40	39	43

※ 福祉ふれあいホットライン事業:令和4年度から「あんしんホットライン事業」に改称

③お互いを支えあう地域づくりの推進

■地域における新たな支えあいの活動の推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
生活支援コーディネーターの配置	拡充	人	7	7	7	8	7	8
生活支援コーディネーター連絡会議	維持	回	6	10	6	12	6	12
地域の各種協議体との連携	拡充	一			必要に応じて隨時連携			
生活支援サービス(サービスB)	維持	か所	21	22	21	8	21	8
生活支援サービス	新規	サービス	1	0	1	0	1	0

(3)健康に暮らすための「とりくみ」の推進

①自分らしい生き方を支える健康寿命の延伸

■介護予防・日常生活支援総合事業の推進(多様なサービス・支援の確保目標)

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
通所型サービスA	拡充	か所	5	4	6	4	7	3
通所型サービスB	維持	か所	21	22	21	8	21	8
訪問型サービスB	維持	か所	4	5	5	3	6	3
訪問型サービスC	新規	か所	-	-	-	3	-	3
通所型サービスC	新規	か所	-	-	-	2	-	2
元気アップ教室(短期集中リハビリ)	維持	か所	1	1	1	サービスCへ移行	1	サービスCへ移行
きたかみいきいき体操	拡充	団体	60	68	70	72	80	74
地域フレイル予防事業	拡充	か所	145	142	145	142	145	148
ご近所おたすけサポーター	拡充	人	229	261	269	286	309	336
hoKko(ほっこ)運動教室	新規	か所	1	1	1	hoKkoまちの保健室へ移行	1	hoKkoまちの保健室へ移行
hoKko(ほっこ)まちの保健室	新規	か所	-	-	-	1	-	1
ロコモトレーニング教室	新規	か所	-	-	-	1	-	0
高齢者生活支援サービス	新規	サービス	1	0	1	0	1	0

■自分らしい高齢者の健康づくりの推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
地域フレイル予防事業 (ふれあいデイサービスと一体的実施)	拡充	回	3,000	281	3,000	527	3,000	1,030
きたかみいきいき体操の活動支援	拡充	か所	60	68	70	72	80	74
地域リハビリテーション支援	拡充	一			必要に応じて隨時実施			
地域リハビリテーション報告会	拡充	回	1	0	1	1	1	0
保健と予防の一体的実施事業	新規	事業	2	2	2	2	2	2

②認知症の人や家族への専門的支援

■認知症理解の促進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
認知症ケアパスの活用	維持	－	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時
認知症地域支援推進員の配置	維持	人	5	5	5	5	5	5
認知症に関する広報活動	拡充	回	6	1	6	2	6	3
認知症カフェの運営	維持	か所	1	1	1	1	1	1
認知症センター養成講座	維持	回	20	16	25	37	30	40

■認知症初期集中支援事業と認知症対応力向上の推進

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
認知症初期集中支援チームの設置	維持	チーム数	1	1	1	1	1	1
スタッフのスキルアップ研修	維持	回	1	0	1	0	1	0

③認知症バリアフリー社会の推進

■認知症地域支援事業

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
ひとり歩きサポート訓練	拡充	回	3	0	3	0	3	0
行方不明時の早期発見のためのしくみづくり	新規	事業	1	0	1	1	1	1
福祉分野以外との連携	新規	－	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時

(4)要介護者を支える「サービス」の充実

①適正な制度運用

■介護保険事業の適正な情報提供

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護保険制度に関する周知活動	拡充	回	4	0	5	0	6	8
情報公開制度の周知事業	新規	－	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時	隨時

■ケアプランの点検による適正給付

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護給付費適正化事業	拡充	件	隨時	385	隨時	353	隨時	362

②サービス基盤の充実

■サービスの提供体制の充実

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護保険施設の整備	拡充	-	0	0	0	0	2	2
地域密着型施設の整備	拡充	-	1	0	0	0	0	0
社会福祉法人利用者負担軽減事業	維持	人	30	19	30	16	30	20

■介護人材の確保策の充実・介護現場の革新

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護人材養成事業	拡充	人	40	41	40	36	40	41
介護人材確保推進事業	拡充	人	8	6	9	5	10	3
介護の職場体験事業	新規	人	30	0	30	0	30	0

③災害・感染症対策の推進

■介護事業所に対する防災・感染症対策に係る周知啓発と連携体制の構築

事業名	方針	単位	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
介護事業所に対する防災・感染症対策に係る周知啓発	新規	-	随時	20	随時	20	随時	30
介護事業所の備蓄体制の確認	新規	回	2	0	2	0	2	0
関係機関による連絡会議	新規	回	随時	0	随時	0	随時	0

2. 評価

きたかみ型地域包括ケアビジョンを達成するための基本方針として、前計画で4つの施策の方向性を定めて取り組んできました。4つの施策を評価するため設定した指標に沿い、本計画の達成状況評価については、以下の通りです。

●施策の達成状況について

- ★★★ 目標値以上の達成(100%以上)
- ★★ 目標値に対して達成度が 75%以上
- ★ 目標値に対して達成度が 50%以下
- ↓ 計画時の実績よりも低い

(1)高齢社会を支える「しくみ」づくり

【ビジョンの目指す姿】高齢者が自らの意思で自分らしく生きる

指標名	2020年度 (令和2年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	達成状況
	計画時実績	目標	現状	
ビジョンの指標				
暮らしやすさ ^{※1}	67.4%	69.4%	50.3%	↓
第8期計画の指標				
地域包括支援センターの認知度 ^{※1}	58.2%	63.4%	58.8%	★
地域ケア会議の開催回数 ^{※2}	(R1)32回	40回	83回	★★★

※1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

※2 市独自調査

■主な成果・今後の方向性

- 地域包括支援センターは、8圏域・5センターの体制で運営を行い、市民の認知度が向上しています。令和4年度からは地域包括支援センターわっこにサテライト「わっこのわ」を新設しています。高齢者の総合窓口として多くの市民に利用されるよう、地域の支援者との連携を強めながら、センター機能を更に充実させていきます。
- 自己決定支援として、「わたしのきぼうノート」を活用した勉強会を開催するなど、自分らしい生き方の選択に関する啓発活動を行いました。
- 在宅医療介護連携支援センター事業を多職種連携の基盤として実施し、連携課題の解決のため、多職種による事例検討会、介護施設の看取り実態調査・入退院支援ハンドブックの改訂などに取り組みました。今後は、ロードマップの次の段階である、「地域包括ケア推進期」に向けて、多職種や関係機関との連携を更に推進していく必要があります。
- 一人暮らし高齢者、認知症高齢者の増加を見据え、高齢者の権利を守っていくために、成年後見制度の利用促進や高齢者虐待防止法に基づき、虐待等の権利侵害防止に努めることが必要です。
- 地域ケア会議のマニュアルを作成し、年間計画に基づいて実施することで、地域ケア会議の実施回数が増加しました。また地域ケア会議の結果から抽出された地域課題を分類し、地域包括支援センター運営協議会で報告しました。今後は地域課題の解決に向けた政策形成に取り組む必要があります。

(2)高齢者を支えあう「ちいき」づくり

【ビジョンの目指す姿】世代を超えたつながりの中で、安心して暮らせる

指標名	2020年度 (令和2年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	達成状況
	計画時実績	目標	現状	
ビジョンの指標				
生きがいの有無 ^{※1}	48.0%	51.0%	51.6%	★★★
第8期計画の指標				
ご近所おたすけサポーター活動率 ^{※2}	32.7%	38.7%	18.5%	↓

※1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

※2 市独自調査

■主な成果・今後の方向性

- 地域の見守りの目として、高齢者見守り安心ネットワークの協力事業者により、住み慣れた地域で安心して生活ができるような体制づくりが進んでいます。
- 小地域ネットワークによる見守り、ふれあいデイサービスの実施、老人クラブ活動への支援等、地域単位の活動を継続し、支え合える地域づくりに努めています。
- 生活支援コーディネーターを各地域包括支援センターに配置し、社会資源の掘り起こしや人材育成に取り組んでいます。今後も地域住民と連携し、地域の高齢者の生活課題に応じた地域資源づくりを継続する必要があります。
- 高齢者世帯、一人暮らし高齢者の増加により、見守りが必要な高齢者が今後更に増加することから、これから見守り体制のしくみの検討が必要です。
- 高齢者の社会参加や健康づくりを推進するためにきたかみ健康福祉ポイント制度を活用し、介護予防・健康づくりのサポートに努めます。
- 高齢者が主役となる地域活動の推進に取り組んできましたが、地域の既存の人と人のつながりを活かした支え合いのしくみにおいて、担い手不足の問題が表面化してきました。今後、既存のつながりだけでなく、高齢者の興味関心に基づく新たなつながりを創出し、支え合える関係性を地域の中で育て、民生委員や福祉協力員の負担を分散していく必要があります。

(3) 健康に暮らすための「とりくみ」の推進

【ビジョンの目指す姿】互いに長寿を喜びあう

指標名	2020年度 (令和2年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	達成状況
	計画時実績	目標	現状	
ビジョンの指標				
平均自立期間(要介護2以上) 男性 ^{※1}	78.9	79.2	79.2	★★★
平均自立期間(要介護2以上) 女性 ^{※1}	84.1	84.4	83.9	↓
第8期計画の指標				
健康づくりの実施率 ^{※2}	18.7%	22.7%	13.5%	↓
地域の通いの場の充足率 ^{※3}	28.0%	32.0%	34.1%	★★★
要支援1の重度化率 ^{※3}	24.7%	22.7%	32.9%	↓
認知症サポーター数 ^{※4}	9.0%	11.0%	11.5%	★★★

^{※1} KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」平成 29 年度と同条件での比較が困難であったため、算出方法を変更して計上しています。なお、0.3 歳延伸することを目標としておりましたので、修正した計画時実績に加算し目標値を修正しました。

^{※2} 介護予防・日常生活圈域ニーズ調査

^{※3} 市独自調査

^{※4} 認知症サポーター数 認知症サポーターキャラバン市町村別キャラバン・メイト数、認知症サポーター数 2023 年 3 月末

■主な成果・今後の方向性

- 新型コロナウィルス感染症の感染拡大等の影響により、外出を控える傾向があつたため、地域の通いの場の普及に加え、感染症が蔓延しても続けやすいウォーキングの普及啓発を行ってきました。また、hoKko まちの保健室を新規で立ち上げ、筋力や体力が低下した

- 人がいつでも気軽に相談できる場を設置しました。今後も引き続き感染症対策を行いつつも、高齢者がフレイルに陥らない取り組みを継続する必要があります。
- 足腰の痛みが原因で外出を控える高齢者が多いことから、ロコモティブシンドロームに関する情報発信と相談の場を新設しました。地域の通いの場づくり等フレイル予防の取り組みとともに、ロコモティブシンドローム予防・改善の視点での取り組みを継続する必要があります。
 - 短期集中介護予防プログラム「元気アップ教室」を実施し、フレイル状態にある高齢者の状態が改善したことから、総合事業の短期集中予防サービスに移行し、訪問型サービスと通所型サービスを新設しました。短期集中予防サービスは高い改善効果が認められることから、活用の推進が必要です。
 - 要支援等認定者において、多様なサービスや地域資源の活用が十分進んでいないことから、ケアマネジメント研修を更に充実させるほか、高齢者の健康状態・要介護認定状況等を分析し、ニーズに合った介護予防・日常生活支援総合事業の改善を継続して行う必要があります。
 - 高齢期には多くの人がすでに生活習慣病に罹患していることから、高齢者の保健事業と介護予防に一体的に取り組む必要性が高いため、庁内の関係部課が連携して、高齢者向けの健康教室やハイリスク者への訪問支援を実施してきました。引き続き高齢者の特性に応じた取り組みを推進していく必要があります。
 - 北上医師会の認知症専門医と連携し、きたかみ認知症支援チーム会議を定期開催し、認知症早期発見のしくみづくりを継続していきます。
 - 毎年人口の1%(約1,000人)の認知症サポーター増加を目標に、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の普及啓発を行いました。民間事業所等、多様な主体の講座開催が見られるようになり、着実に認知症サポーターを増やしています。認知症の人と家族を支える環境づくりと認知症に対する理解を深めることが重要かつ急務なことから、今後もサポーターの養成に取り組みます。
 - 認知症バリアフリーの地域社会を目指し、高齢者分野に限らない分野横断的な取り組みを継続していきます。

(4) 要介護者を支える「サービス」の充実

【ビジョンの目指す姿】介護や医療が、必要な時に支えてくれる

指標名	2020年度 (令和2年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	達成状況
	計画時実績	目標	現状	
ビジョンの指標				
介護保険制度の認知度※1	59.8%	62.8%	73.5%	★★★
第8期計画の指標				
補助金制度活用による、 市内介護施設への就職率※2	100.0%	100.0%	100.0%	★★★

※1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

※2 市独自調査

■主な成果・今後の方向性

- 介護保険制度の認知度の向上のために、パンフレットを作成し、窓口で配布しました。加えて、出前講座(年平均6回程度)を実施しており、認知度は向上しています。
- 市役所窓口や地域包括支援センターへの相談件数は増加傾向にあります。このことから、引き続き介護サービスを必要とする人に、適切な情報を提供するために認知度の向上に注力することが求められています。
- 高齢化人口の増加に伴い、介護サービスの利用者も増加することが予想されます。また、介護サービスを継続するためにも介護人材の確保は継続した課題であり、今後も重点的に取り組む必要があります。
- 介護人材確保のための補助金制度が広く認知されてきたことから、利用者も増加傾向にあります。また、市内施設への就職者にも好影響を与えることが想定され、継続して取り組むことが求められています。

第4章 基本目標と施策体系

1. きたかみ型地域包括ケアビジョン

【きたかみ型地域包括ケアの目指す将来像】

介護や医療が必要になっても、
世代を超えた地域のつながりの中で安心して暮らすことができ、
いくつになっても自らの意志で自分らしく生きることができる、
長寿を喜びあえるまち

人々のライフスタイルやニーズ等が多様化し、団塊の世代が高齢期を迎えるにあたり、その先には、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年も見据え、高齢化の進行が加速しサービスの量と質の確保が必要となってきます。

高齢者やその家族を中心として、介護・医療等の専門機関や、地域住民の多様な主体による地域活動、民間事業者、行政が個々の得意分野を活かしながら役割を分担し、相互が連携し、互いに助け合い、支え合うことで、高齢者の安心した暮らしを支えていきます。

また、「人生100年時代」に備え、長寿の喜びを感じられる社会へ転換するためのしくみづくりを進めます。市民一人ひとりが心身ともに健康で、年を重ねても、人生の最期まで自分らしく暮らしていくことができる、人も地域も持続可能な社会を築いていきます。

このため、第8期計画で築いた「きたかみ型地域包括ケアシステム」を踏襲しつつ、中長期で超高齢社会に向けて計画の方針の継続性・連続性を保つために、本計画の北上市の将来像を掲げ、北上市における高齢者福祉計画・介護保険事業計画の理念とします。

▼「地域包括ケアシステム」

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを可能な限り人生の最期まで続けることができるよう、住まいを中心に、介護・医療・予防・生活支援を一体的に確保した、日常生活圏域ごとの包括的な支援・サービス体制のこと。

団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)となる2025(令和7)年を迎えることになり、さらに、高齢者人口がピークを迎える2040(令和22)年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

ひとり暮らしの高齢者や老々介護の世帯、認知症高齢者の増加が予想されることから、市町村が地域特性に応じて、地域の自主性や主体性を基盤としながら持続可能な体制(システム)を作り上げることが必要とされています。

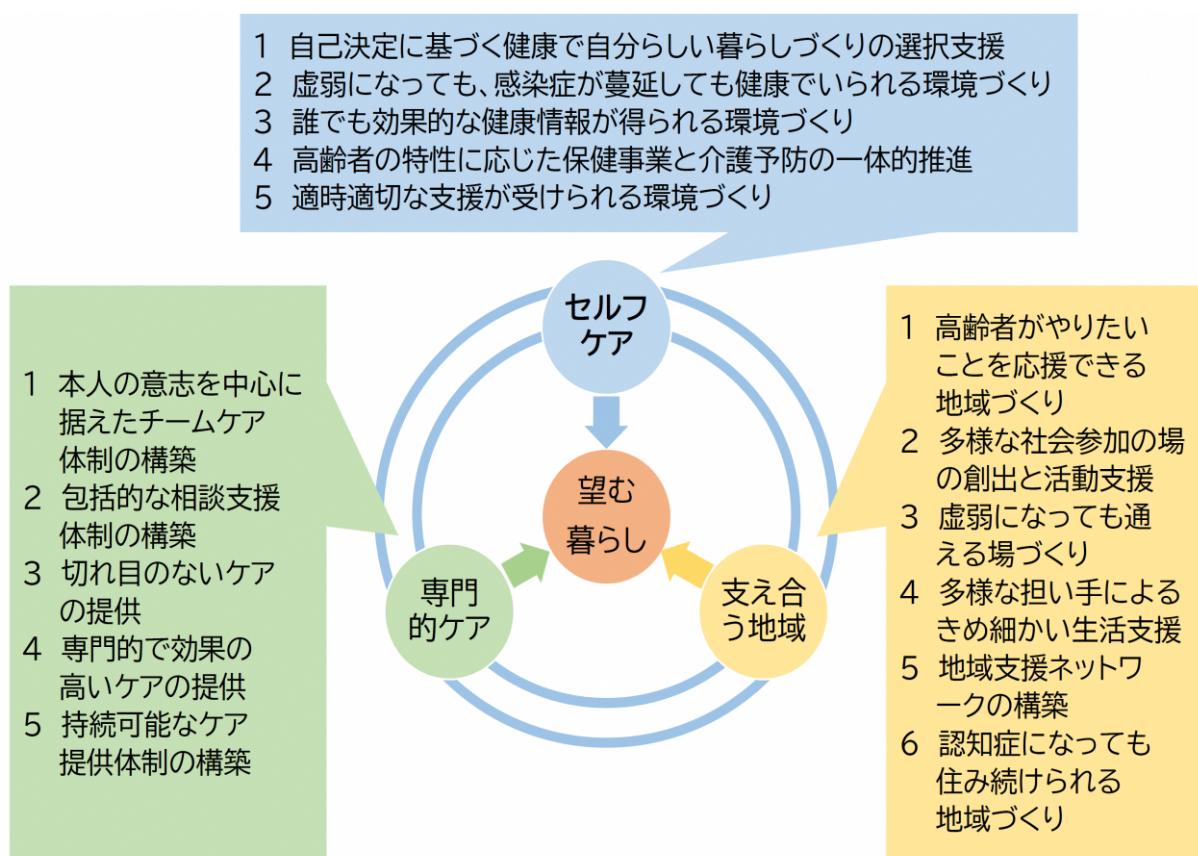
ビジョン指標	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
	現状	目標	目標	目標
主観的幸福感が高い人の割合(8点以上) ^{※1}	36.6%	36.7%	36.8%	36.9%
健康と感じている人の割合 ^{※1}	69.7%	69.8%	69.9%	70.0%
暮らしやすいと感じている人の割合 ^{※1}	50.3%	50.4%	50.5%	50.6%
生きがいがある人の割合 ^{※1}	51.6%	52.0%	52.5%	53.0%

^{※1}介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(第1号被保険者)

2. 第9期計画の基本方針

本市では第6期計画で地域包括ケアビジョンを掲げ、「人生100年時代」を見据え、中長期的な北上市における高齢者と高齢者を取り巻く社会が目指す将来像を定めています。ケアビジョンが目指す将来像を実現させるためには、高齢者自身だけでなく、社会全体が、高齢者がいきいきと暮らす未来を尊重し、必要に応じて支援を行うことが大切です。

高齢者が自分らしい暮らしを実現するために、高齢者自身ができること(セルフケア)、高齢者の活動や暮らしを支える地域づくり(支え合う地域)、専門的支援(専門的ケア)の3つの視点において、次のような基本方針を定め、高齢者が安心して暮らすことができ、持てる能力を発揮し、長寿の喜びを感じられるよう地域包括ケアビジョンおよび地域共生社会の推進を目指します。



3. 第9期計画の基本目標

基本方針の実現に向け、計画期間の3年間で実現すべきこととして3つの基本目標を設定し、高齢者施策の体系的推進と円滑な実施を目指します。

基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進

基本目標2 健康で自分らしい暮らしの実現

基本目標3 安心して暮らすための支援の充実

本市の高齢化率は28.3%を超え、市民の4人に1人が高齢者となる社会において、これまでのように介護保険サービスのみで高齢者全員を支えることが段々と難しくなっていきます。

また、後期高齢者人口の増加により、医療や介護を必要とする人は増えるとともに、独居・高齢者世帯の増加により、見守りや生活支援を必要とする高齢者が急増しています。一方、働き盛り世代は減少し、各分野で担い手が不足しつつあります。高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して生活していくためには、様々な分野の専門職が連携して、地域の高齢者を包括的にケアしていく体制の推進が急務となっています。

「きたかみ型地域包括ケアシステム」を深化・推進していくために、地域包括支援センターの機能を強化するとともに、限られた医療・介護人材で多くの高齢者を支援できるよう、業務の効率化・負担軽減を図ります。

また地域住民、民間企業や社会福祉法人、医療機関、NPO等の多様な職種・機関のほか、まちづくりの分野とも課題を共有し、それぞれが主体となって対策を検討できるよう取り組みます。

効果的に自立支援・重度化防止を推進できるよう、地域リハビリテーション体制を構築するとともに、高齢者の特性に応じた保健事業と介護予防を一体的に実施し、高齢者が健康で自分らしい暮らしを実現できるよう取り組みを推進します。

高齢者がいくつになっても持てる力を発揮し、生きがいを持って暮らすことができるよう、高齢者の活躍の場を創出し活動を支援します。

要支援・要介護の状態になった場合でも、自分らしく生活するために、元の暮らしに戻れるような専門的なサービスの提供のほか、高齢者やその家族の状況に合わせたきめ細かい支援を充実させます。また、支援を必要とする高齢者が、適時適切な支援が受けられるよう、環境整備を継続するとともに、高齢者一人ひとりが安心してサービスを利用できるように、量と質の向上のバランスを図ります。

また、災害や感染症への対策等を含めて地域や状況に考慮した高齢者福祉を継続していきます。

4. 重点項目

重点項目 1 地域包括ケアシステムの深化・推進

北上市権利擁護支援センターを中心としたネットワークを活用し、虐待防止や意思決定支援に取り組みます。

自立支援・重度化予防に資する支援を推進するため、地域リハビリテーション体制構築に向けて、現状や課題を共有する場を設け、対策を検討します。

介護予防活動推進の取り組みを広め、他の保険制度及び市の健康施策との連携を図りながら、保健と予防の一体的取り組みを継続します。

重点項目 2 介護予防・地域づくりの推進

地域共生社会の実現に向けて、虚弱になっても、認知症になっても、地域のつながりを続けられるよう、高齢者の通いの場にリハビリ専門職の派遣を行います。また、従来からの住民自治による地域の支え合いに加え、興味関心に基づく新たなつながりを創出し、支え合える関係づくりを推進します。

重点項目 3 保険者機能の強化

介護サービス需要の増加・多様化を予測し、予防・健康づくり等の対策をしながら、持続可能なサービス基盤整備を進めていくために、介護関連データを活用したPDCAプロセスの確立を目指し、介護サービスが持続できるよう努めています。

また、自立支援・重度化防止に効果の高い短期集中予防サービスの活用を推進し、生活機能が低下した高齢者が、効果的に元の暮らしに戻るための支援を充実させます。

重点項目 4 認知症になっても暮らし続けられる地域づくり

人生100年時代を迎え、誰もが認知症になる可能性がある社会となりました。認知症になつても安心して暮らせる社会は、誰にとっても住みよい社会です。

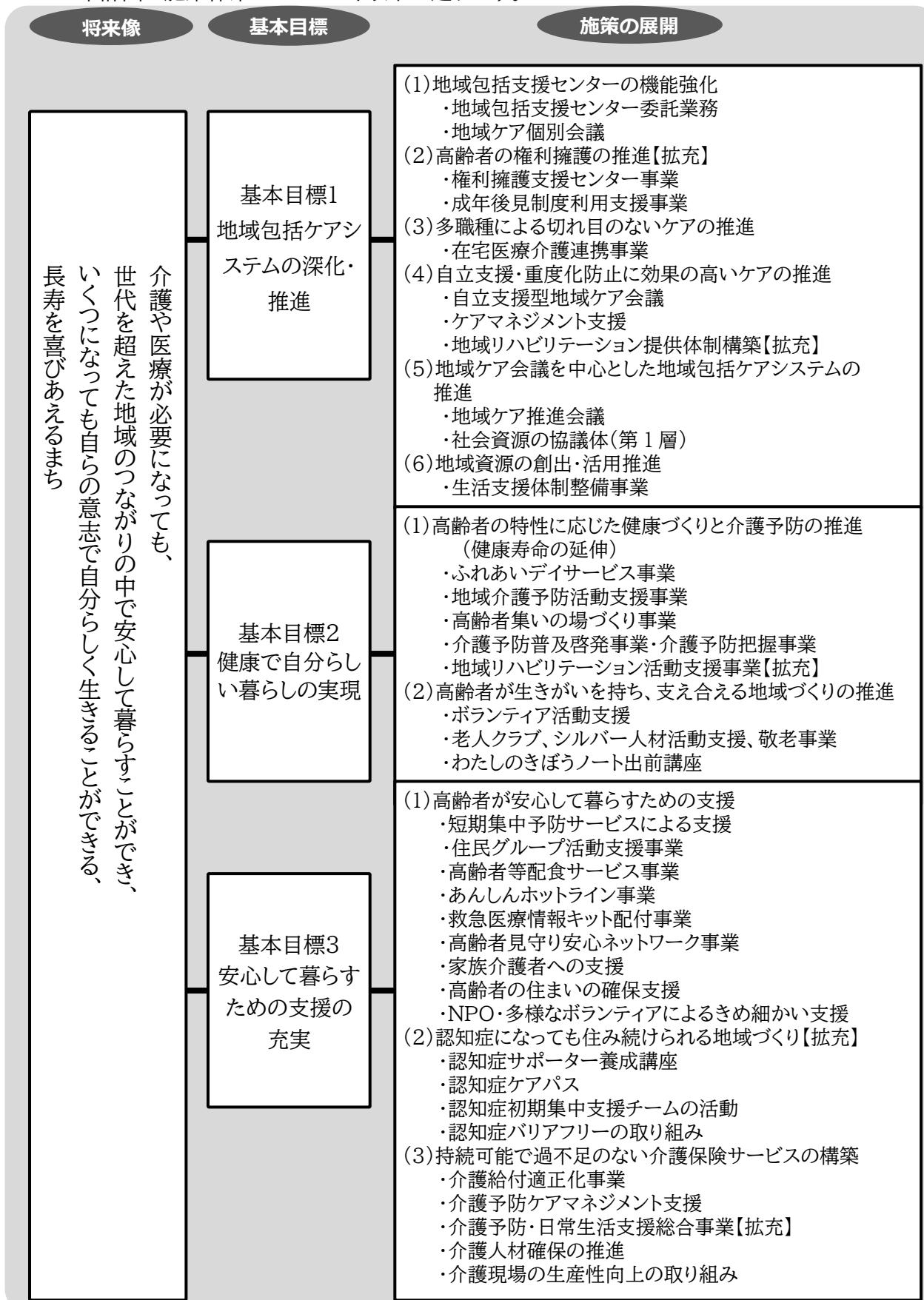
認知症高齢者の本人の声を聞きながら、認知症になつても地域で安心していきいきと暮らし続けられるよう、認知症バリアフリーの取り組みを地域ぐるみで推進します。

重点項目 5 持続可能な制度の再構築

今後増加する医療や介護のニーズに、限られた介護人材、介護資源で支えるために、ICTの活用による業務負担軽減や給付の適正化、総合事業の適正運用等を行い、持続可能な制度の再構築を目指します。

5. 施策の体系図

本計画の施策体系については、以下の通りです。



6. 事業の成果目標の設定

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

指標名	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
	現状	目標	目標	目標
地域包括支援センターの認知度 ^{※1}	58.8%	59.2%	59.5%	59.8%
サービス提供事業所における成年後見制度の認知度 ^{※2}	58%	60%	70%	80%

^{※1}介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(第1号被保険者調査)

^{※2}市独自調査

(2) 健康で自分らしい暮らしの実現

指標名	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
	現状	目標	目標	目標
調整済み要介護認定率 ^{※1}	17.1%	17.1%	17.2%	17.2%
心身ともに健康だと感じる高齢者の割合 (70歳以上) ^{※2}	59.7%	59.8%	60%	60.1%
生きがいがある高齢者の割合(70歳以上) ^{※2}	55.7%	55.8%	55.9%	56.0%

^{※1}地域包括ケア「見える化」システム

^{※2}市民意識調査より

(3) 安心して暮らすための支援の充実

指標名	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
	現状	目標	目標	目標
補助金制度活用による、市内介護施設への就職率 ^{※1}	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
認知症に関する相談窓口を知っている割合 ^{※2}	24.4%	26.0%	28.0%	30.0%
調整済み重度認定率 ^{※3}	5.6%	5.6%	5.7%	5.7%
介護保険制度の認知度 ^{※2}	73.5%	74.5%	75.5%	76.5%

^{※1}市独自調査

^{※2}介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(第1号被保険者調査)

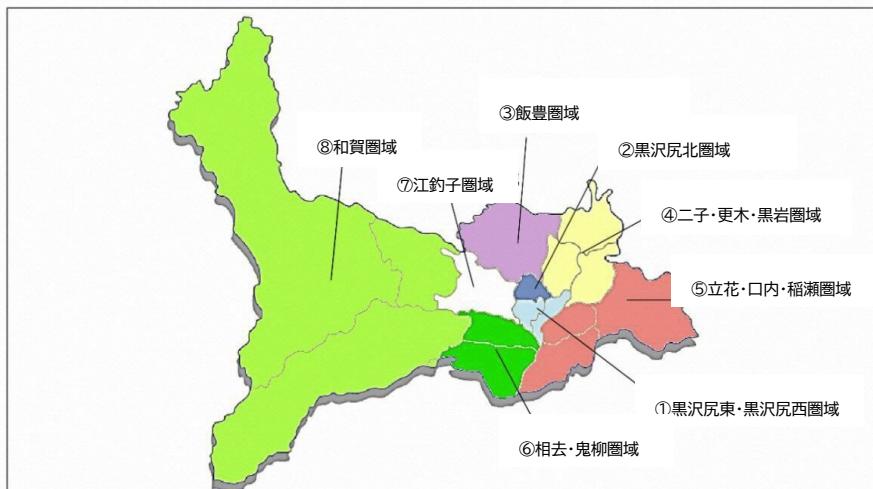
^{※3}地域包括ケア「見える化」システム

7. 日常生活圏域について

「日常生活圏域」とは、地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者が住み慣れた地域でこれまでどおりの生活を続けることができるよう、基盤整備を進めるまでの単位です。

北上市においては、おおむね中学校区の圏域を日常生活圏域として位置づけており、市内全体で8つの日常生活圏域を5つの地域包括支援センターで担当しています。

(1) 市全体の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	437.6km ²
総人口	91,694人
人口密度	209.5人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	25,938人 (28.3%)
一人暮らし 高齢者数	6,047人
要支援認定者数 認定率	1,170人 (4.5%)
要介護認定者数 (認定率)	3,225人 (12.4%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	192人 (0.7%)

2 圏域と地域包括支援センター(令和5年9月末)

圏域	圏域名	担当包括
①	黒沢尻東・黒沢尻西	本通り
②	黒沢尻北	いいとよ
③	飯豊	
④	二子・更木・黒岩	展勝地
⑤	立花・口内・稻瀬	
⑥	相去・鬼柳	北上中央
⑦	江釣子	わっこ
⑧	和賀	

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1) 介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	23か所
居宅系サービス	79か所
施設系サービス	33か所
地域密着型	19か所

(2) 医療サービス

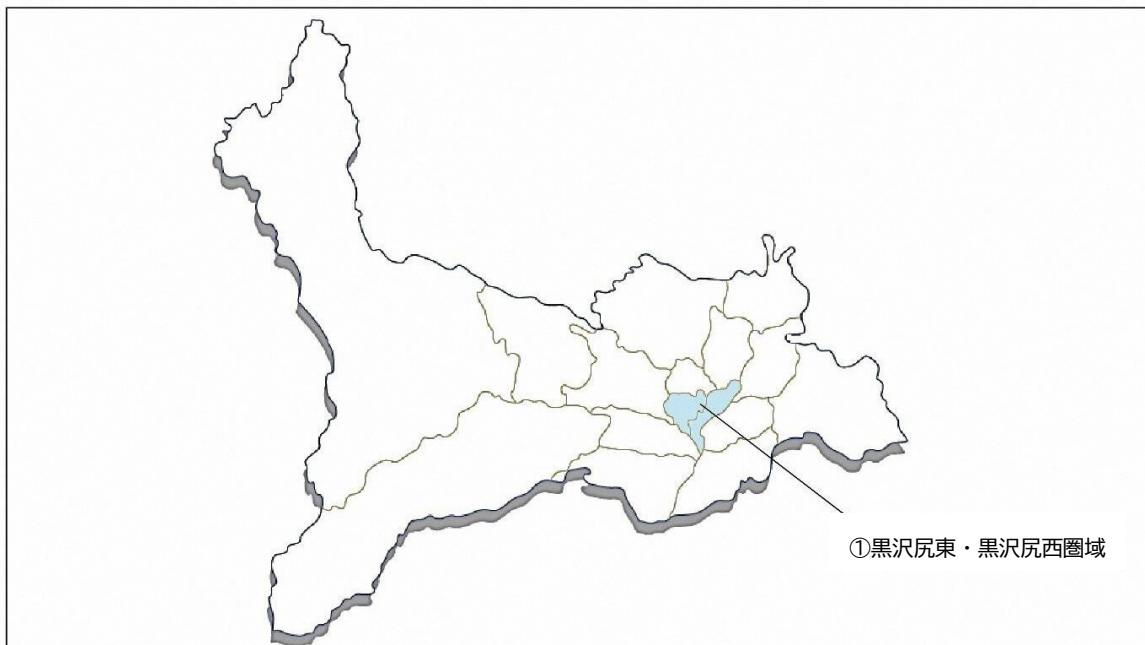
資源	数量
病院・診療所	56か所
歯科医院	37か所
薬局	47か所

(3) 住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	251館
ふえあいデイサービス	148か所
老人クラブ会員	2,244人
小地域ネットワーク	324ネット
福祉協力員	334人
きたかみいきいき体操 実施団体	72団体

(2) 圏域別の状況

①黒沢尻東・黒沢尻西圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	6.7km ²
総人口	21,368人
人口密度	3,189.3人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	5,236人 (24.5%)
一人暮らし 高齢者数	1,538人
要支援認定者数 認定率	249人 (4.8%)
要介護認定者数 (認定率)	640人 (12.2%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	30人 (0.6%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
黒沢尻東	黒沢尻11区
	黒沢尻12区
	黒沢尻13区
	黒沢尻14区
	黒沢尻15区
黒沢尻西	黒沢尻19区
	黒沢尻20区
	黒沢尻26区
	黒沢尻27区
	黒沢尻8区
	黒沢尻9区
	黒沢尻24区
	黒沢尻25区
	黒沢尻7区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	3か所
居宅系サービス	15か所
施設系サービス	5か所
地域密着型	5か所

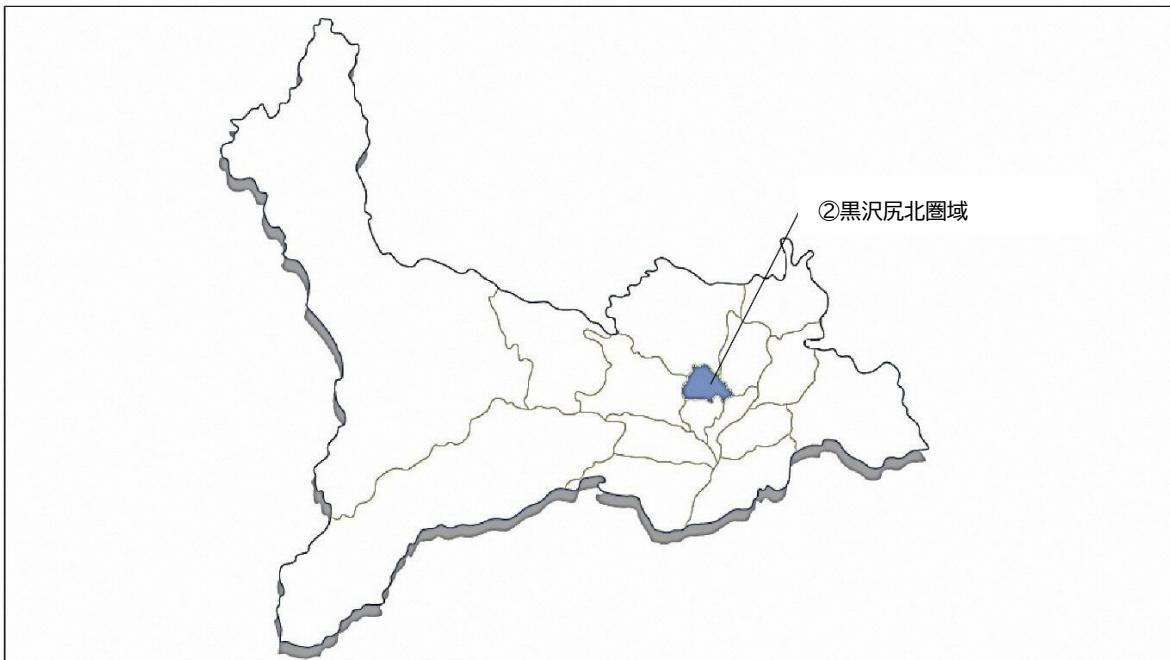
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	29か所
歯科医院	17か所
薬局	20か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	23館
ふえあいデイサービス	18か所
老人クラブ会員	363人
小地域ネットワーク	75ネット
福祉協力員	69人
きたかみいきいき体操 実施団体	23団体

②黒沢尻北圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	3.8km ²
総人口	12,945人
人口密度	3,406.6人／km ²
高齢者人口 (高齢化率)	3,047人 (23.5%)
一人暮らし 高齢者数	811人
要支援認定者数 認定率	147人 (4.8%)
要介護認定者数 (認定率)	366人 (12%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	25人 (0.8%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
黒沢尻北	黒沢尻1区
	黒沢尻2区
	黒沢尻10区
	黒沢尻21区
	黒沢尻22区
	黒沢尻23区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	6か所
居宅系サービス	11か所
施設系サービス	4か所
地域密着型	2か所

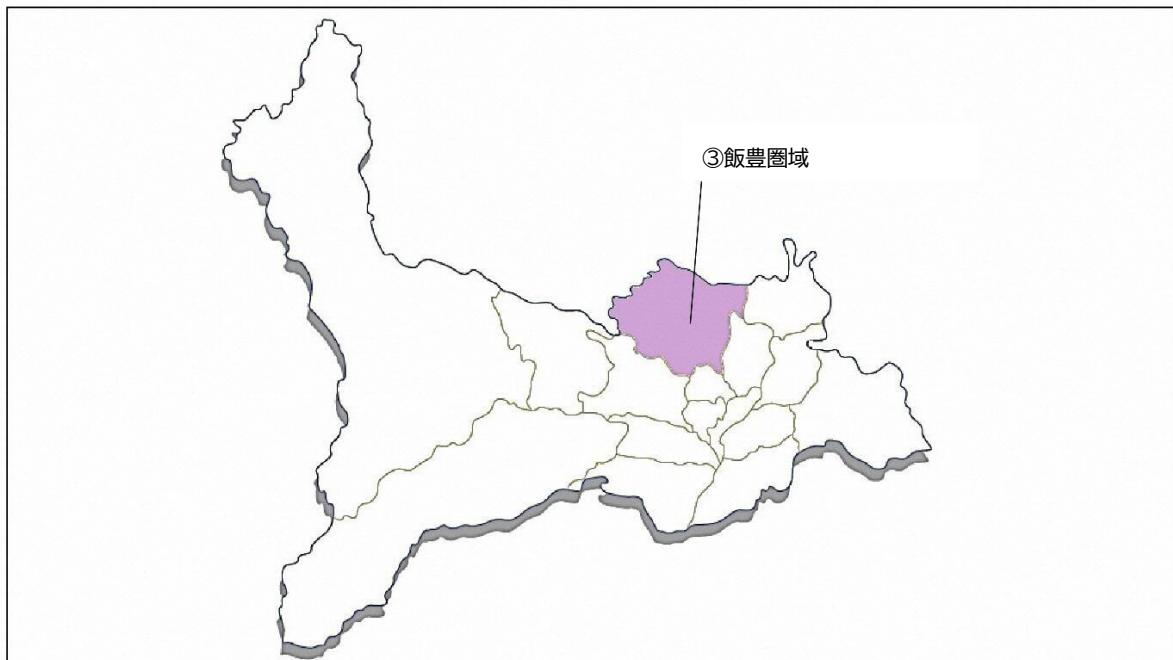
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	7か所
歯科医院	5か所
薬局	7か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	6館
ふえあいデイサービス	6か所
老人クラブ会員	121人
小地域ネットワーク	32ネット
福祉協力員	31人
きたかみいきいき体操 実施団体	4団体

③飯豊圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	23.0km ²
総人口	11,208人
人口密度	487.3人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	2,924人 (26.1%)
一人暮らし 高齢者数	681人
要支援認定者数 認定率	121人 (4.1%)
要介護認定者数 (認定率)	342人 (11.7%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	24人 (0.8%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
飯豊	飯豊1区
	飯豊2区
	飯豊3区
	飯豊4区
	飯豊5区
	飯豊6区
	飯豊7区
	飯豊8区
	飯豊9区
	飯豊10区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	1か所
居宅系サービス	8か所
施設系サービス	3か所
地域密着型	2か所

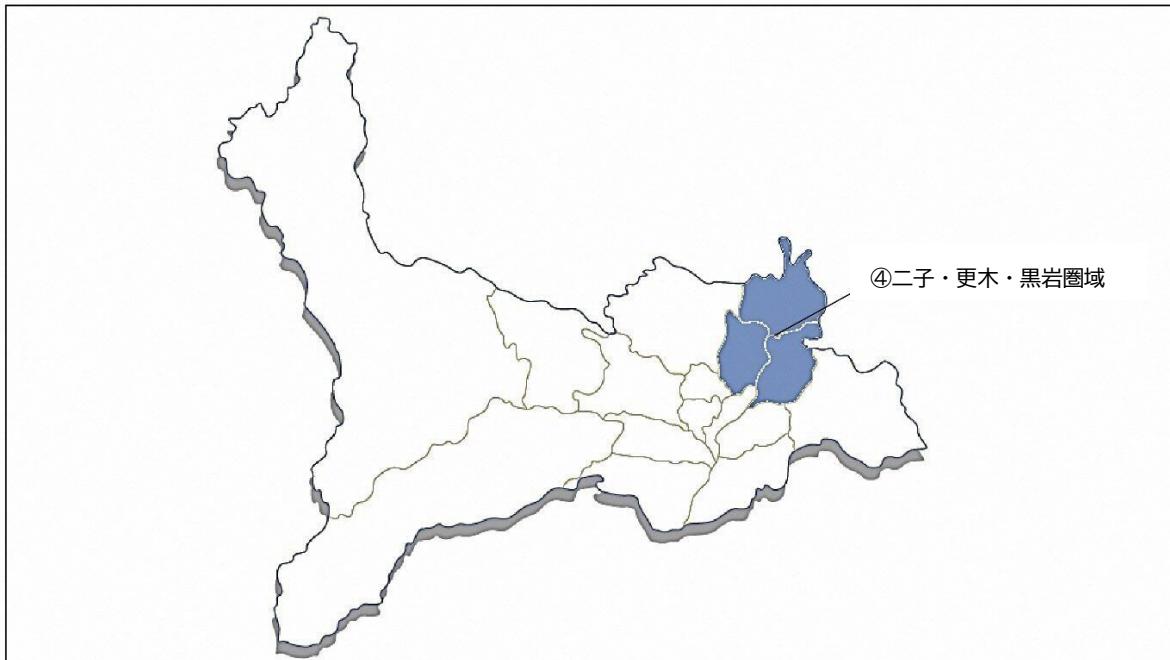
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	6か所
歯科医院	4か所
薬局	7か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	45館
ふえあいデイサービス	15か所
老人クラブ会員	172人
小地域ネットワーク	30ネット
福祉協力員	31人
きたかみいきいき体操 実施団体	3団体

④二子・更木・黒岩圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	32.0km ²
総人口	5,282人
人口密度	165.1人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	1,886人 (35.7%)
一人暮らし 高齢者数	374人
要支援認定者数 認定率	100人 (5.3%)
要介護認定者数 (認定率)	265人 (14.1%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	26人 (1.4%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
二子	二子1区
	二子2区
	二子3区
	二子4区
	二子5区
更木	二子6区
	二子7区
	二子8区
	更木1区
黒岩	更木2区
	更木3区
	更木4区
	黒岩1区
黒岩	黒岩2区
	黒岩3区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	2か所
居宅系サービス	3か所
施設系サービス	2か所
地域密着型	0か所

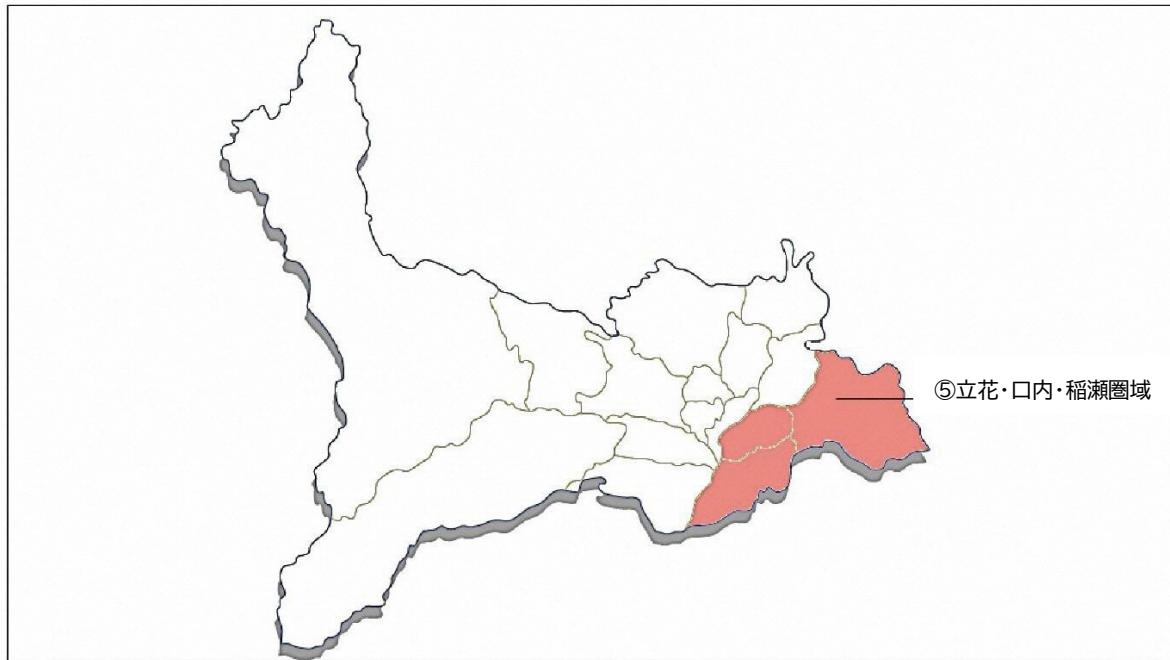
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	0か所
歯科医院	1か所
薬局	0か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	32館
ふえあいデイサービス	24か所
老人クラブ会員	35人
小地域ネットワーク	26ネット
福祉協力員	34人
きたかみいきいき体操 実施団体	3団体

⑤立花・口内・稻瀬圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	50.0km ²
総人口	3,966人
人口密度	79.3人／km ²
高齢者人口 (高齢化率)	1,684人 (42.5%)
一人暮らし 高齢者数	378人
要支援認定者数 認定率	82人 (4.9%)
要介護認定者数 (認定率)	221人 (13.1%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	13人 (0.8%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
立花	黒沢尻16区
	黒沢尻17区
	黒沢尻18区
口内	口内1区
	口内2区
	口内3区
	口内4区
	口内5区
稻瀬	稻瀬1区
	稻瀬2区
	稻瀬3区
	稻瀬4区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	3か所
居宅系サービス	6か所
施設系サービス	3か所
地域密着型	2か所

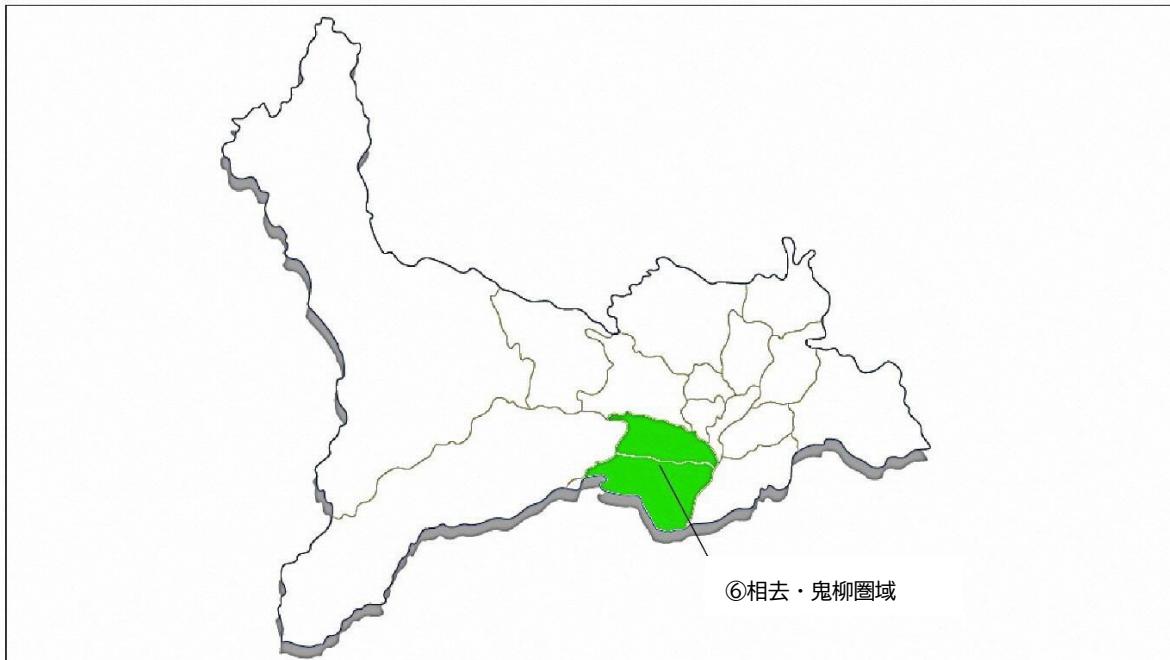
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	1か所
歯科医院	0か所
薬局	1か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	24館
ふえあいデイサービス	24か所
老人クラブ会員	127人
小地域ネットワーク	34ネット
福祉協力員	32人
きたかみいきいき体操 実施団体	5団体

⑥相去・鬼柳圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	29.0km ²
総人口	13,578人
人口密度	468.2人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	3,619人 (26.7%)
一人暮らし 高齢者数	904人
要支援認定者数 認定率	169人 (4.7%)
要介護認定者数 (認定率)	428人 (11.8%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	15人 (0.4%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
相去	相去1区
	相去2区
	相去3区
	相去4区
	相去5区
	相去6区
鬼柳	鬼柳1区
	鬼柳2区
	鬼柳3区
	鬼柳4区
	鬼柳5区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	2か所
居宅系サービス	13か所
施設系サービス	6か所
地域密着型	2か所

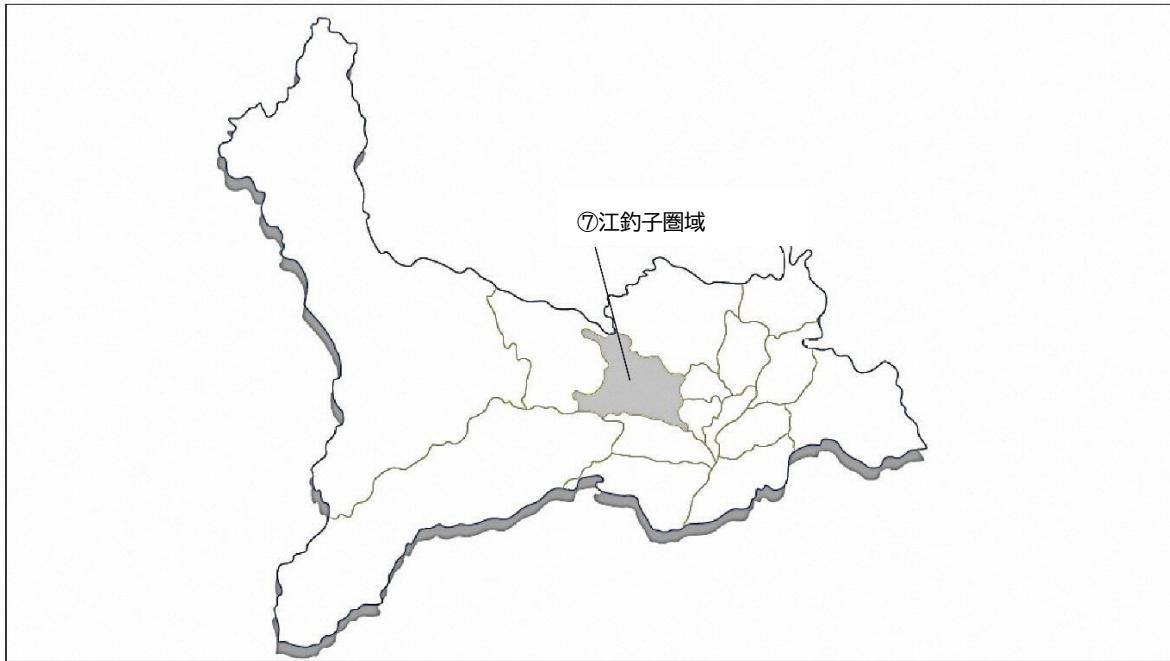
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	5か所
歯科医院	3か所
薬局	4か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	41館
ふえあいデイサービス	20か所
老人クラブ会員	359人
小地域ネットワーク	36ネット
福祉協力員	38人
きたかみいきいき体操 実施団体	6団体

⑦江釣子圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	18.0km ²
総人口	11,838人
人口密度	657.7人/km ²
高齢者人口 (高齢化率)	3,099人 (26.2%)
一人暮らし 高齢者数	601人
要支援認定者数 認定率	128人 (4.1%)
要介護認定者数 (認定率)	408人 (13.2%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	29人 (0.9%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
江釣子	江釣子1区
	江釣子2区
	江釣子3区
	江釣子4区
	江釣子5区
	江釣子6区
	江釣子7区
	江釣子8区
	江釣子9区
	江釣子10区
	江釣子11区
	江釣子12区
	江釣子13区
	江釣子14区
	江釣子15区
	江釣子16区
	江釣子17区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	3か所
居宅系サービス	14か所
施設系サービス	6か所
地域密着型	3か所

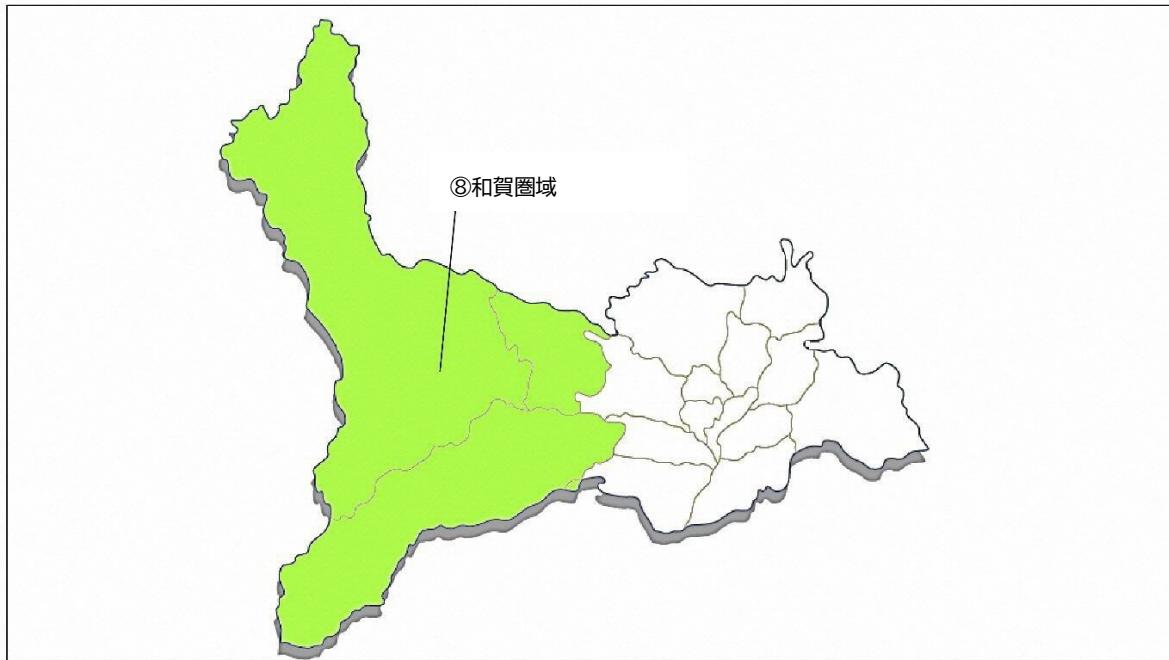
(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	8か所
歯科医院	5か所
薬局	8か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	17館
ふえあいデイサービス	17か所
老人クラブ会員	270人
小地域ネットワーク	31ネット
福祉協力員	32人
きたかみいきいき体操 実施団体	10団体

⑧和賀圏域の状況



1 基本情報(令和5年9月末)

区分	数値
面積	274.0km ²
総人口	11,509人
人口密度	42.0人／km ²
高齢者人口 (高齢化率)	4,443人 (38.6%)
一人暮らし 高齢者数	760人
要支援認定者数 認定率	174人 (3.9%)
要介護認定者数 (認定率)	555人 (12.5%)
総合事業対象 認定者数(認定率)	30人 (0.7%)

2 圏域内の行政区(令和5年9月末)

圏域	圏域名
和賀	横川目1区
	横川目2区
	横川目3区
	横川目4区
	横川目5区
	豎川目区
	仙人区
	岩沢区
	山口区
	岩崎1区
	岩崎2区
	岩崎3区
	長沼1区
	長沼2区
	後藤1区
	後藤2区

3 圏域内の資源(令和5年9月末)

(1)介護サービス

資源	数量
居宅介護支援	3か所
居宅系サービス	9か所
施設系サービス	4か所
地域密着型	3か所

(2)医療サービス

資源	数量
病院・診療所	0か所
歯科医院	2か所
薬局	0か所

(3)住民の支えあい

資源	数量
自治公民館	63館
ふえあいデイサービス	24か所
老人クラブ会員	797人
小地域ネットワーク	60ネット
福祉協力員	67人
きたかみいきいき体操 実施団体	18団体

第5章 施策の展開(各論)

1. 施策の展開

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

【方針】

地域の高齢者支援の拠点である地域包括支援センターの機能強化を継続するとともに、高齢者世帯及び認知症高齢者の増加を見越して、高齢者の権利擁護(高齢者虐待防止法に沿った虐待等権利防止含む)の推進と強化、見守りあう体制づくりに取り組みます。医療・介護を必要な場面に切れ目なく提供し、本人や家族を支えていくために、医療・介護の多職種による情報共有と、関係者の連携継続を進めていきます。

① 地域包括支援センターの機能強化

● 地域包括支援センターの機能の充実

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○ 地域包括支援センターを中心とした高齢者支援の拠点機能の充実が必要であることを踏まえ、地域包括支援センターの役割や機能について周知を図り、継続して利用の促進に取り組むとともに、高齢者や家族にわかりやすい相談支援を行います。○ 地域包括支援センターの運営体制の見直しを不断に行い、業務効率化や職場環境の改善に取り組み、業務の負担軽減につなげます。○ 保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターが相互に連携し、個別課題から地域の課題を捉え、日常生活圏域ごとの地域特性に応じた支援を行います。○ 地域の介護・医療・福祉関係者、地域の住民組織等とのネットワークを構築し、チームケア体制の実現を継続していきます。○ 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族支援について検討し、分野横断的な連携体制整備に努めます。
-------	--

● 地域ケア会議の強化

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○ 地域包括支援センターが主催となって個別課題の解決を目的とした地域ケア個別会議と日常生活圏域における地域課題の把握・共有を行う圏域ネットワーク会議を開催します。
-------	---

▶地域包括支援センター

8つの日常生活圏域を5つの地域包括支援センターが担当しています。

圏域	圏域名	高齢者人口	担当包括
①	黒沢尻東・黒沢尻西	5,236人	本通り
②	黒沢尻北	5,971人	いいとよ
③	飯豊		
④	二子・更木・黒岩	3,570人	展勝地
⑤	立花・口内・稻瀬		
⑥	相去・鬼柳	3,619人	北上中央
⑦	江釣子	7,542人	わっこ
⑧	和賀		

【配置職員】

保健師
社会福祉士
主任介護支援専門員
認知症地域支援推進員
生活支援コーディネーター

【主な機能】

- ・高齢者に関する相談、支援
- ・介護予防の取り組み
- ・高齢者の権利擁護
- ・圏域のケアマネジャー支援、地域のネットワークづくり
- ・介護予防ケアマネジメント

●地域包括支援センターが行う包括的支援事業の概要

(ア)総合相談支援業務

地域の高齢者にどのような支援が必要なのかを把握し、保健・医療・福祉等の適切なサービス、関係機関や制度の利用につなげる等の支援を行います。

主な業務	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における様々な関係機関等とのネットワーク構築 ・高齢者の心身の状況や家庭環境等の実態把握 ・サービスに関する情報提供等の相談対応や、継続的・専門的な相談支援 ・地域共生社会の観点に立った包括的な支援
------	---

(イ)権利擁護業務

高齢者等が地域生活における困難を抱えた場合、成年後見制度の活用支援や養護老人ホームへの入所措置の相談、虐待の予防・早期発見等、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活ができるよう支援を行います。

主な業務	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度の活用促進 ・老人福祉施設等への措置支援 ・虐待や困難事例への対応 ・消費者被害の防止
------	---

(ウ)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、介護支援専門員や地域の関係機関等との連携により、包括的かつ継続的に支援を行います。

主な業務	<ul style="list-style-type: none"> ・包括的・継続的なケア体制の構築 ・介護支援専門員の個別相談・助言 ・介護支援専門員同士のネットワーク構築 ・支援困難事例等への指導・助言
------	--

(エ)介護予防ケアマネジメント業務

要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者や要支援認定を受けた高齢者等に対し、心身の状況等を把握し、その利用者に応じた支援計画を作成、サービスの調整を行い、必要に応じて支援計画の見直しを行います。

主な業務	・総合事業の介護予防ケアマネジメント業務 ・予防給付に関するケアマネジメント業務 (予防給付のケアマネジメントは指定介護予防支援事業所として実施)
------	---

②高齢者の権利擁護の推進【拡充】

●成年後見制度の利用促進

■事業内容	○「北上市成年後見制度利用促進基本計画」に基づき、一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加を見据え、権利擁護支援センターを核とした制度の広報、普及啓発と相談支援体制強化を継続します。また、担い手の養成及び育成に取り組みます。 ○成年後見制度を利用する必要があるのに利用できない高齢者等に対して市長による申し立てを行います。また、助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難と認められる人に対して、申立費用や後見人等報酬などの助成を継続します。
-------	---

●高齢者虐待防止

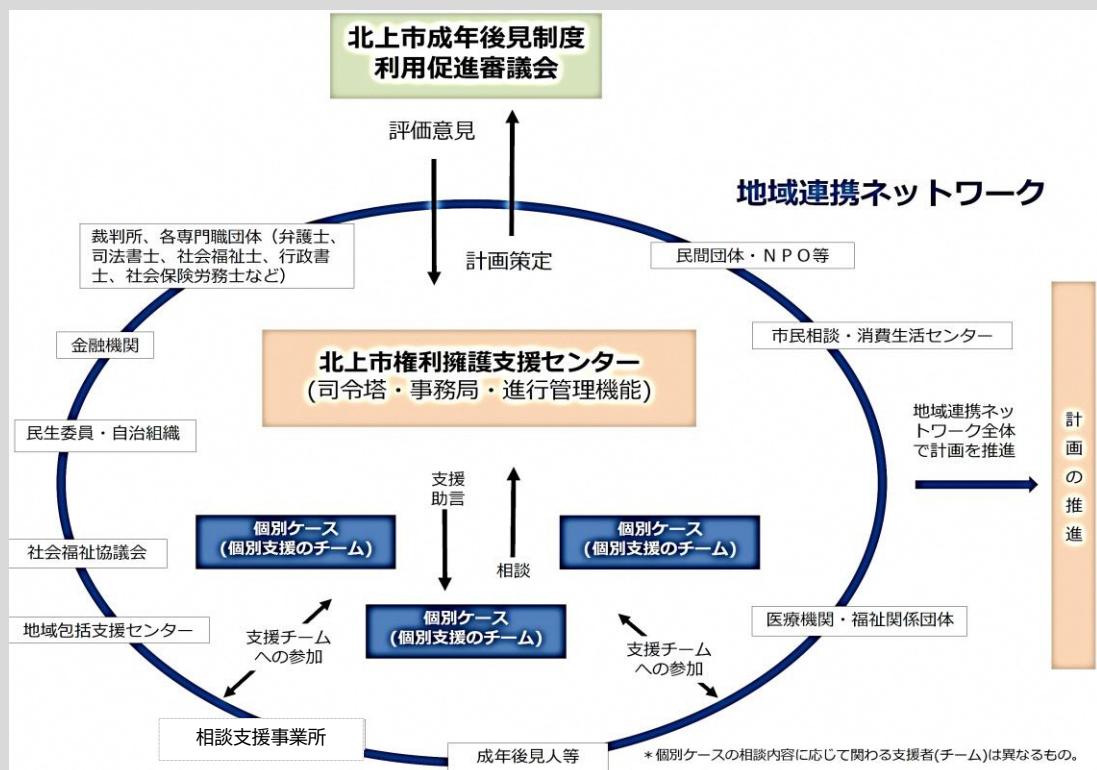
■事業内容	○地域の支援者や市民を対象とした出前講座等を開催して普及啓発を行い、高齢者虐待についての理解を深めるとともに、地域の見守り活動や介護保険事業所等の協力により、虐待の早期発見と未然防止を図ります。 ○高齢者虐待の防止、虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び養護者に対する適切な支援を行うため関係機関と連携を図ります。 ○高齢者虐待が発生した場合、養護者による虐待を受けている高齢者を、老人福祉施設等に一時保護するなど身の安全を守るよう支援します。 ○サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームを含む介護事業所での高齢者虐待を未然に防げるよう、介護現場の安全性確保とリスクマネジメントを推進するため、介護事業所職員に対して県開催の研修への出席を促すなど、虐待防止対策の推進を進めていきます。
-------	--

●意思決定支援

■事業内容	○地域の支援者が高齢者に対する本人の意思を中心とした支援を実施できるよう、勉強会等を開催し意思決定支援の考え方について、普及を図ります。
-------	--

▶「北上市成年後見制度利用促進基本計画」と権利擁護支援センター

成年後見制度の利用の促進に関する法律に基づいた「北上市成年後見制度利用促進基本計画」を策定し、権利擁護支援センターを中心機関と位置づけ、高齢者の権利擁護の体制強化を継続します。



●成年後見制度の種類

名 称	任意後見制度 (判断能力のある人)	法定後見制度 (判断能力が不十分な人)		
類 型	任意後見契約	後見	保佐	補助
対象者	判断能力のある人	日常生活で判断能力が欠けているのが通常の状態の人	日常生活で判断能力が著しく不十分な人	日常生活で判断能力が不十分な人
支援する人	判断能力があるうちに自分で任意後見受任者を決めておく。 判断能力が衰えたときには、申立てにより任意後見受任者が任意後見人となる。	本人または親族や市長の申立てにより裁判所が選任した成年後見人	本人または親族や市長の申立てにより、裁判所が選任した保佐人	本人または親族や市長の申立てにより、裁判所が選任した補助人

配偶者や親族、市民後見人、弁護士・司法書士・社会福祉士等の専門職、社会福祉協議会等の法人から、家庭裁判所が本人にとって適切と思われる人や法人を選任する。

③多職種による切れ目のないケアの推進

●在宅医療介護連携拠点の設置

■事業内容	○北上済生会病院内に設置(2015年)した、北上市在宅医療介護連携支援センター「在宅きたかみ」を連携拠点として、医療と介護の連携強化を進めています。
-------	--

●在宅医療介護連携推進協議会

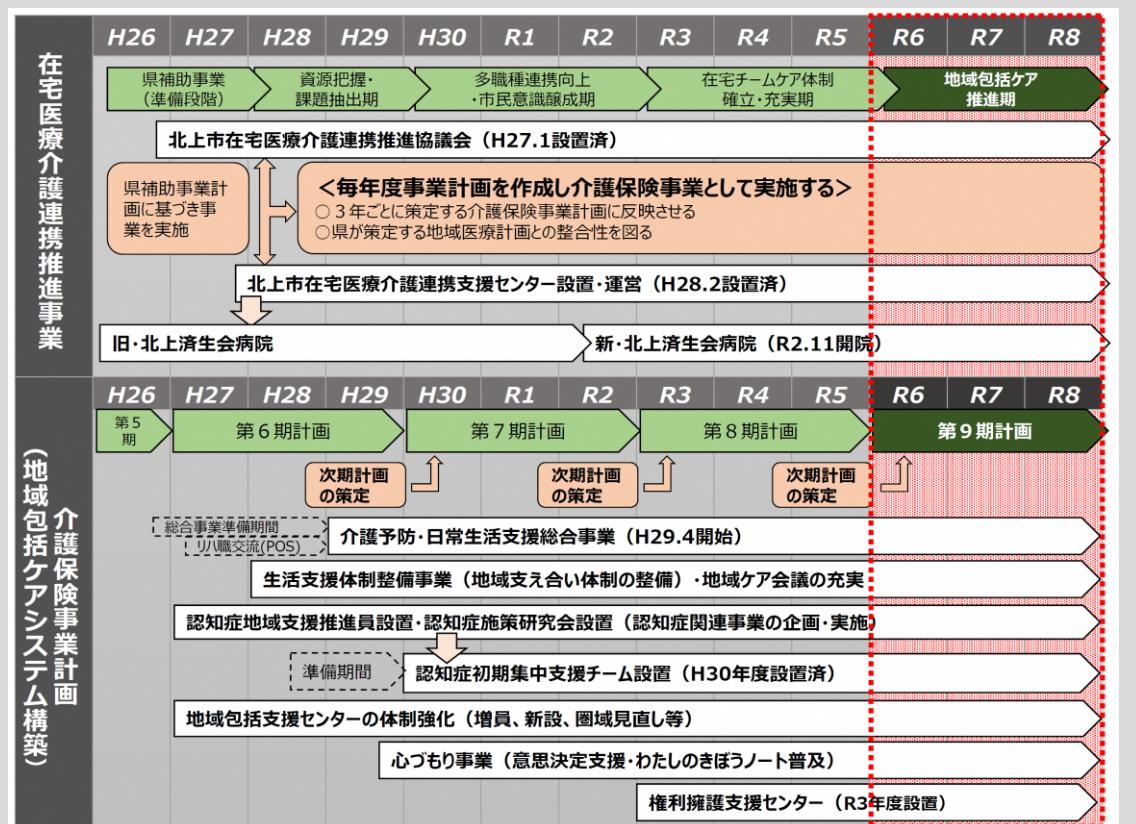
■事業内容	○北上市の地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅高齢者に対する医療や介護サービスが効果的に提供されるよう協議会を設置し、令和6年度からは障がい分野も加え、在宅医療介護連携の推進体制を充実していきます。
-------	---

●在宅チームケア体制の構築

■事業内容	○医療と介護の連携の4つの場面(入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り)における課題を整理し、優先順位づけと役割分担を行いながら、課題解決に向けた対策に取り組んでいきます。 ○在宅療養と救急医療の連携に取り組みます。心づもり支援とも連携しながら、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うための支援を継続していきます。
-------	--

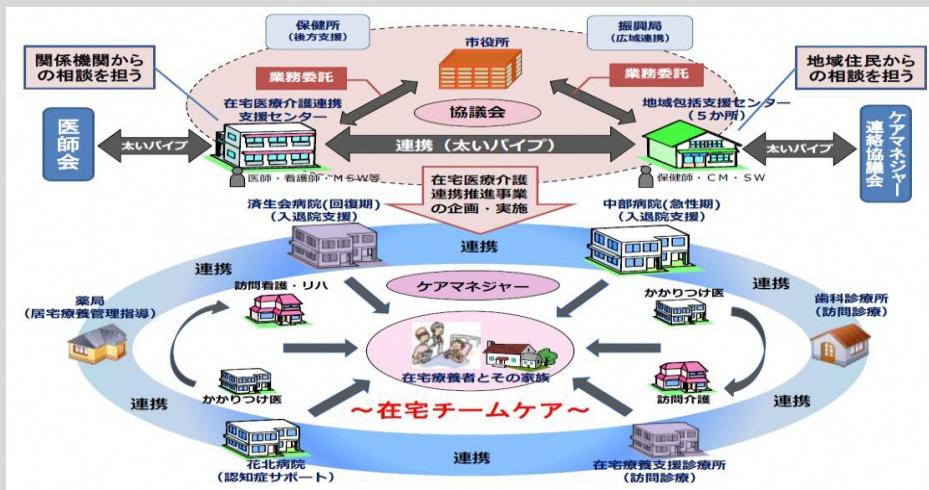
▶在宅医療介護連携推進事業ロードマップ

令和6～8年度を「地域包括ケア推進期」と位置づけ、平成26年度の事業開始からこれまでに構築した他事業との連携体制を活かして、切れ目のない在宅チームケア体制の構築を推進します。



▶在宅チームケア支援体制の構築イメージ

地域住民の相談窓口である地域包括支援センターと、主に専門職の相談窓口である在宅医療介護連携支援センターが連携して現場のケアにあたると共に、医療と介護の間に発生する課題の共有と対策を協議会で行い、在宅ケアを支えるチームを作ります。



●在宅療養に関わる人材の育成

■事業 内容	<ul style="list-style-type: none">○医療・介護関係者のニーズを把握し、制度改正や社会の変化に応じた研修機会を提供します。○職種による専門性の違いを互いに知り、チームケアの可能性を学びあい実践につなげるため、多職種による事例検討会を行います。○各職能団体の活動及び事業の情報を一元化し、多職種の効果的な連携を支援します。○オンラインによる研修や、研修動画のアーカイブ配信等、多様な研修機会の開催を検討します。
-----------	---

●多職種の情報連携支援

■事業内容	○いわて中部ネットなどのICTを活用した情報連携ツールを使い、地域の医療・介護資源の把握や情報共有の取り組みを推進します。
-------	---

④自立支援・重度化防止に効果の高いケアの推進

●自立支援型地域ケア会議

■事業内容	○保険者主催の地域ケア会議として、多職種合同ケア会議「くらしいきいきミーティング」を開催し、生活環境の改善や社会参加等を含めて具体的な支援策について検討することで、地域全体のケアの質の向上を目指します。
-------	---

●ケアマネジメント支援

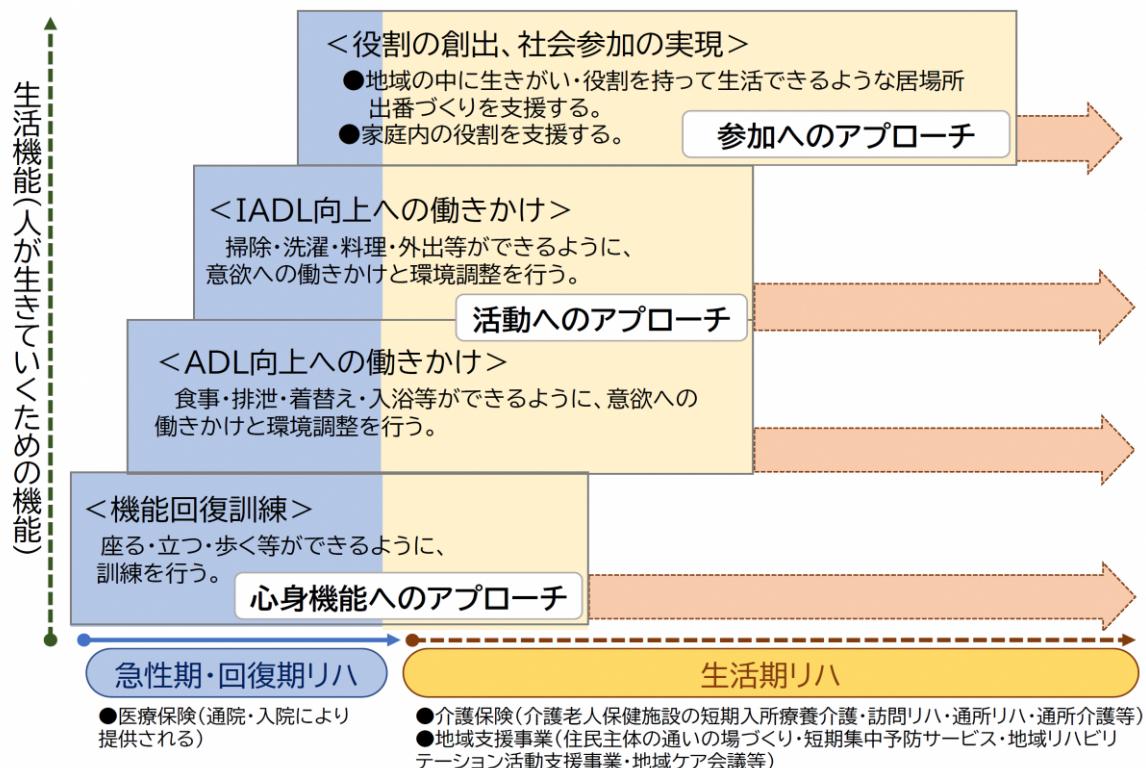
■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○本人の意欲を引き出し、自立支援に資するケアマネジメントを実践できるよう、市、地域包括支援センター、ケアマネジャーが連携して、ケアマネジメントスキル向上のための取り組みを検討します。○介護支援専門員地域同行型研修の機会を設け、主任ケアマネジャーがスーパービジョンを活用した人材育成を実践する場と介護支援専門員がスーパー
-------	--

	<p>ビジョンを受け成長できる場を提供し、地域の中で人材育成の循環が生まれることを目指します。</p> <p>○ケアマネジャーが、自立支援および包括的・継続的なケアマネジメントを実践できるよう、ケアマネジメント支援会議、介護支援専門員の研修、ネットワーク形成、助言指導を行います。</p> <p>○各職種が他職種の職能を知り、ケアマネジャーと多職種の連携の促進を図るために、対話の場を定期的に作ります。</p>
--	---

●地域リハビリテーション提供体制構築【拡充】

■事業内容	<p>○在宅医療介護連携推進事業と地域リハビリテーション活動支援事業が連動し、医療保険で提供される急性期・回復期のリハビリテーションから介護保険で提供される生活期リハビリテーションへの切れ目のないサービス提供体制の構築を推進します。</p> <p>○生活機能の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、日常生活の活動を向上させ、家庭や社会へ参加できるよう地域リハビリテーションの提供体制を構築します。</p> <p>○自立支援・重度化予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、地域の多様な通いの場等へのリハビリ専門職等の派遣を行い助言等を実施します。</p> <p>○リハビリテーションの提供状況や、介護予防事業の効果検証を行い、地域リハビリテーション活動推進における支援体制や連携等の課題を明らかにし、取り組みを推進できるよう協議の場を設置します。</p>
-------	---

▼地域リハビリテーション提供体制イメージ



⑤地域ケア会議を中心とした地域包括ケアシステムの推進

●地域ケア推進会議

■事業内容	○地域ケア個別会議で明らかになった地域課題を地域ケア推進会議で共有し、原因分析や対応方法の検討を行います。 ○支援対象者を支える関係者が集まり対話することにより、高齢者の暮らしを支える地域力強化を目指します。
--------------	---

●地域の協議体との連携(第2層協議体)

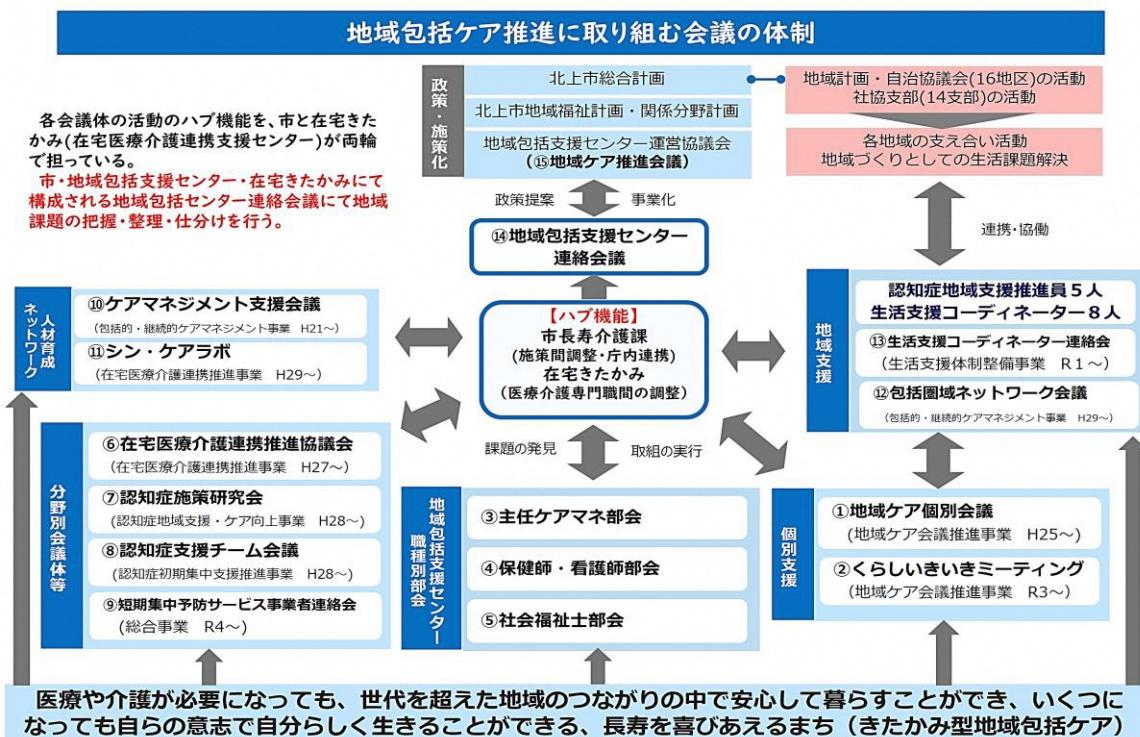
■事業内容	○市内の16地区、行政区、自治公民館、小地域等の単位で活動している地域住民や会議体と連携し、圏域単位の地域課題の解決に向けた具体的な話し合いや資源開発を行います。
--------------	---

●多様な主体の連携体制の構築(第1層協議体)

■事業内容	○住民グループ、NPO法人、社会福祉法人、民間企業等の多様な主体が連携・協働する場を通じて、地域課題を共有し、地域のニーズに合わせて必要な生活支援の活動・サービスを創出する取り組みを支援します。
--------------	---

▶地域包括ケア推進のイメージ

多様化・複雑化する福祉ニーズに対応するために、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっています。市では、地域の医療・介護・保健・福祉に関わる多様な担い手の声を各分野の支援チーム(協議体)が把握し、地域課題の抽出を行う体制を推進します。また、抽出された地域課題に対し、地域包括支援センター運営協議会、在宅医療介護連携推進協議会、第1層協議体が連携し、各分野の機関・協議体間の連携・調整を行い、地域包括ケアシステム構築のための政策形成を推進します。



⑥地域資源の創出・活用推進

●生活支援コーディネーターの設置

■事業内容	○市全域を担当する第1層生活支援コーディネーターを市と社会福祉協議会に各1名、日常生活圏域を担当する第2層生活支援コーディネーターを地域包括支援センター5か所に各1名配置します。 ○地域の多様な社会資源の把握・発掘、生活支援ニーズの把握、担い手の発掘と養成、支援が必要な方と資源とのマッチング、地域の支え合いのしくみ作りやネットワーク作りを進めていきます。
-------	---

●地域資源の情報収集・発信

■事業内容	○民間企業やNPO団体によって提供されるサービスの情報収集を行い、「暮らしのおたすけ便利帳」として一覧表にまとめホームページ上で公開します。 ○地域の通いの場などの地域資源についてICTを活用し発信する仕組みの整備を進めます。
-------	--

▶生活支援コーディネーターの役割

生活支援コーディネーターは、平成27年4月の介護保険法改正により地域支援事業に位置づけられた生活支援体制整備事業の中で配置することになりました。生活支援コーディネーターは、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において生活支援・介護予防の提供体制づくりに向けたコーディネート機能を持ちます。

【役割】

- 社会資源の把握・発掘
- 生活支援ニーズの把握
- 担い手の発掘と養成
- 関係者間の情報共有等、連携のためのネットワーク構築
- 地域の支援ニーズと取り組みのマッチング

【重層的な配置】

第1層コーディネーター…市全域を担当 市長寿介護課、社会福祉協議会に各1名

第2層コーディネーター…各圏域を担当 地域包括支援センターに各1名

生活支援コーディネーターの配置のイメージ

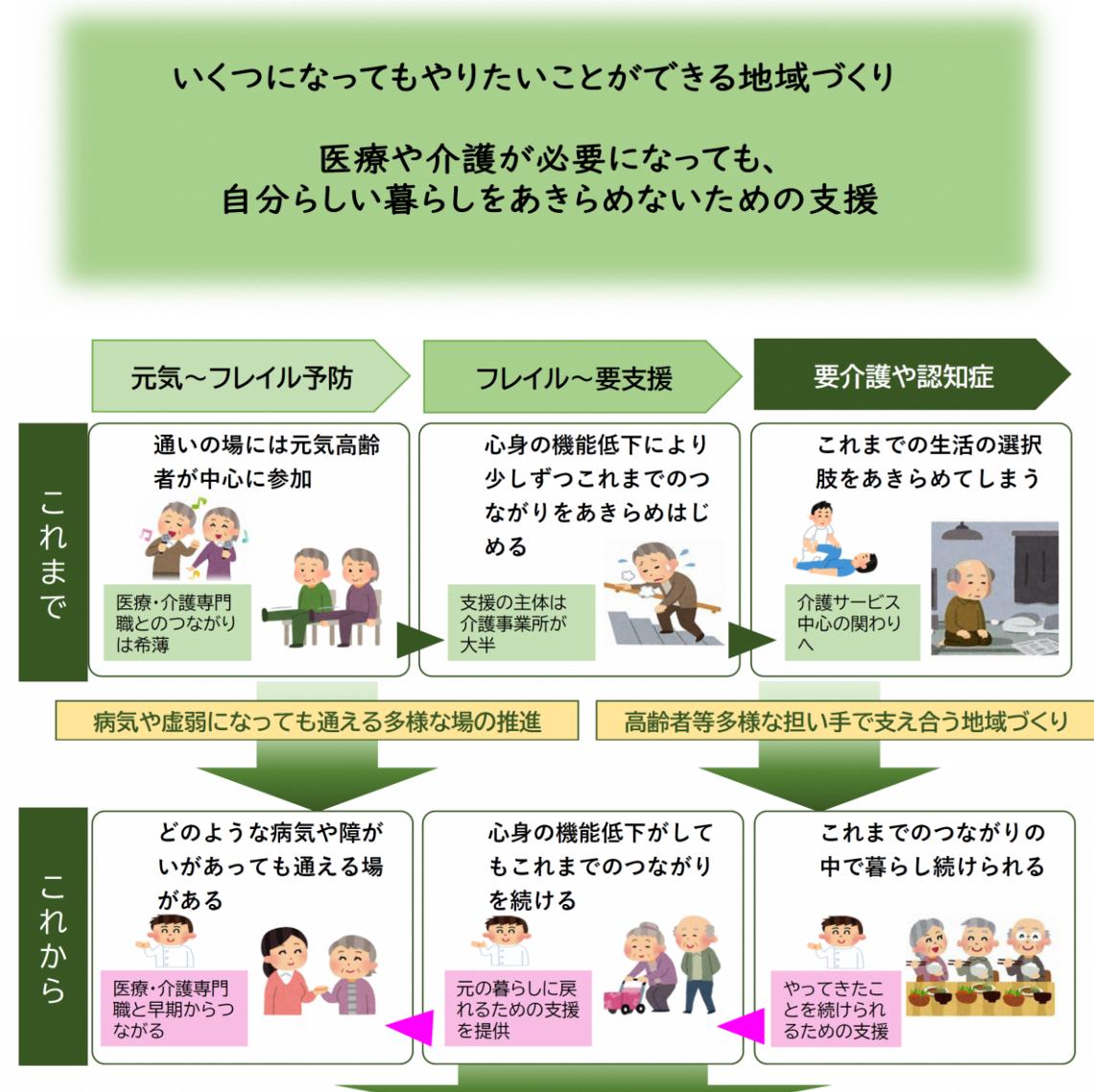


(2)健康で自分らしい暮らしの実現

【方針】

高齢者の多くが慢性疾患に罹患しているほか、加齢に伴い身体的、精神的、社会的にフレイル状態に陥りやすくなることを踏まえ、高齢者の特性にあわせた健康づくりと介護予防を一体的に推進します。また高齢者の興味関心に沿った多様な通いの場を創出・支援するとともに、虚弱になっても通い続けられる場づくりを支援します。さらに、高齢者一人ひとりが持つ力を発揮し、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けるために、高齢者自身が担い手となって活躍できるよう支援するとともに、多様な主体が連携・協力し必要な支援が得られる地域づくりを推進し、地域共生社会の実現と地域の活性化を行います。

健康で自分らしい暮らしを応援するための取り組み



①高齢者の特性に応じた健康づくりと介護予防の推進(健康寿命の延伸)

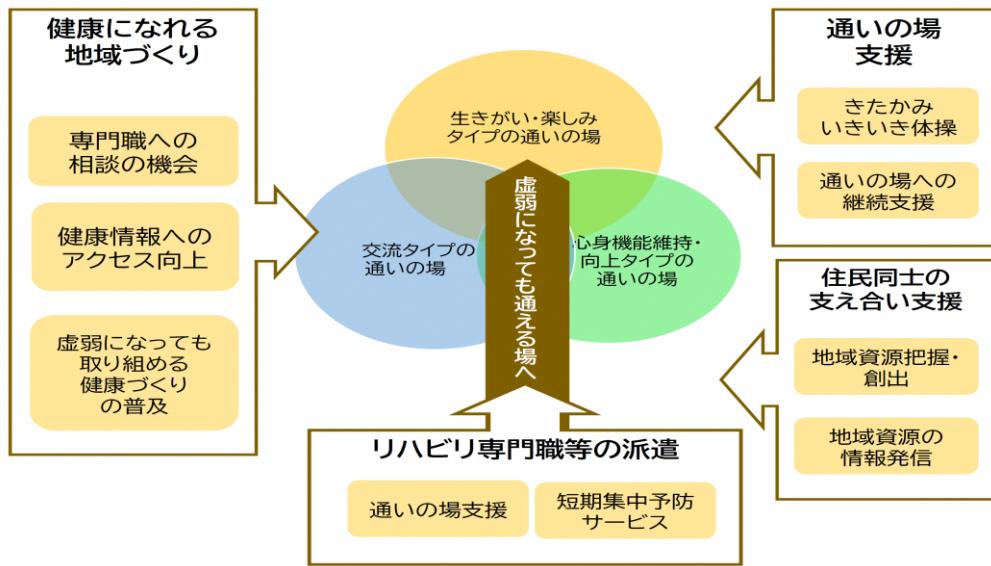
●多様な通いの場の創出と活動支援

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○ふれあいデイサービス事業 一人暮らし高齢者や、家に閉じこもりがちな高齢者を対象に、地域の自治公民館等を活用して実施している趣味活動やレクリエーション、介護予防教室等を行うふれあいデイサービス事業について、元気な高齢者は運営スタッフとして参加し、支援を必要とする高齢者を支えていくしくみを作ると同時に、持続可能な運営のあり方を検討します。○きたかみいきいき体操を活用した支援 身近な地域において、住民主体で介護予防に効果の高い取り組みが広がるよう、「きたかみいきいき体操」を活用した地域の通いの場づくりの支援を行います。○高齢者集いの場づくり事業 高齢者の経験や能力を活かし、役割や生きがいを持って参加することのできる居場所作りを行う団体に対し運営費を補助することで、地域の支え合いやつながりづくりに努めます。○通いの場の継続支援 地域の通いの場において、住民がやりたいことが継続してできるよう、希望する講師の派遣や、体力測定、定期的な発行物による情報提供を行います。
-------	---

●誰もが健康になれる地域づくり

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○hoKkoまちの保健室 フレイル予防に注目し、運動・栄養・社会参加の総合的な視点での健康づくり・介護予防の普及を推進します。北上市保健・子育て支援複合施設「hoKko(ほっこ)」を拠点とした、通年型の健康づくり事業を実施し、専門職への相談の機会づくり、効果的な健康情報へのアクセス向上を目指します。○セルフケアに活用できるツールの整備と活用推進 いきいき応援カレンダー、お食事チェックシート、わたしのいきいき日記等を作成し、配付します。○介護予防が必要な人の実態把握の推進 一人暮らし高齢者等を訪問し、介護予防やサポートが必要な人を早期に発見し、支援します。○保健事業と介護予防の一体的実施とライフステージを通じた健康づくりの推進 医療保険制度、保健事業と連携し、高齢者の介護予防・健康づくりを一体的に推進するとともに、働き盛り世代の健康づくりと連動し、生涯を通した健康づくりの支援をしていきます。○地域リハビリテーション活動支援事業【拡充】 リハビリ専門職の派遣を行い、虚弱になつても通い続けられる場づくりを推進します。○ウォーキングを通じた健康づくり ロコモティブシンドロームの予防、改善に効果の高いポールを活用したウォーキングを活用し、虚弱になつても、感染症が蔓延しても取り組める健康づくりを推進します。○きたかみ健康福祉ポイント「きたポ」を通じて、高齢者の健康づくり・介護予防を動機づけるしくみを継続し、住民の健康づくりへの意識醸成を進めていきます。
-------	--

『多様な通いの場を選べる』
+
『虚弱になっても通える』
= 病気や障がいがあっても
なじみのつながりが
持ち続けられる地域へ



▶フレイル予防と健康長寿の3つの柱
介護が必要になる前段階として、「フレイル（虚弱）」が注目されています、フレイルとは加齢による虚弱状態のことです、高齢者は、動かないこと＝「生活不活発」により、身体や脳の動きが低下しがちです。フレイルは、早期に対策に取り組むことで改善が見込まれるとともに、日々の生活習慣で予防できます。
健康長寿のための3つの柱として、「身体活動」「栄養」「社会参加」の3つの要素をバランスよく取り入れた生活が大切です。



▶hoKko まちの保健室

いつでも誰でも、気軽に保健師や看護師、地域包括支援センター職員、リハビリ専門職等に相談できる場として、おおむね週1回開催しています。きたかみいきいき体操やポールウォーキング等運動体験もできるほか、毎回テーマを変えて専門職による勉強会も開催しています。



▶ポールウォーキング

感染症が蔓延しても、いつでもどこでも、転倒が不安な人でも安心してウォーキングに取り組んでもらえるよう、ポールを使ったウォーキングの体験会やポールの貸し出しを行っています。



▶きたかみいきいき体操

地域の通いの場を増やすことを目的に、「きたかみいきいき体操」を活用した支援を行っています。令和5年12月末現在、市内で74グループ、約1,000人が参加しています。



▶お食事チェックシート

毎食どんなものをどのくらい食べたらいいか一目でわかるチェックシートをランチョンマットとしても使えるよう作成し、配付しています。



②高齢者が生きがいを持ち、支え合える地域づくりの推進

●ボランティア活動支援

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○ご近所おたすけサポーター養成講座を開催し、高齢者がこれまで培った知識・経験を活かし、地域を支える担い手として活躍できるよう、啓発とともに地域ボランティア養成に努め、自助・共助の助けになるよう継続していきます。○高齢者が社会参加することにより、健康づくり・介護予防につながるしくみとして、ボランティアポイント制度も活用しながら、社会参加を促していきます。○活動を希望する人と、支援を必要とする高齢者のマッチングがスムーズに行われるよう、社会福祉協議会が設置しているボランティア活動センターと連携します。
-------	---

●老人クラブの活動支援

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○活動費の助成や各種行事に協力することにより、老人クラブが行う活動を支援します。
-------	--

●シルバー人材センターの活動支援

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○シルバー人材センターに運営費の補助を継続し、高齢者の豊かな知識と経験を活かした就業機会を確保するとともに、社会参加による生きがいづくりを支援していきます。
-------	--

●敬老事業

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○敬老会開催費用の一部を助成し、米寿を迎える高齢者には祝状を贈呈します。○対象者の増加、担い手不足などの課題があるため、持続可能な事業の在り方を検討します。
-------	---

●自分らしく歳を重ねるための心づもり支援

■事業内容	<ul style="list-style-type: none">○わたしのきぼうノートの配付や出前講座等を通じて、自分らしい人生について考えるきっかけづくりを行います。
-------	--

▶わたしのきぼうノート

自分らしい暮らしや人生について考えたり、医療や介護を受ける時期について事前に考えておいたり、学んだり、大切な人と話し合ったりすることに役立つノートです。市民や医療・介護等の専門職と市が話し合い、平成30年に発行しました。地域での勉強会も行われ、これまでに約6,000冊を配付しました。令和6年1月には改訂版を発行しました。



(3) 安心して暮らすための支援の充実

【方針】

市民が加齢に伴い心身や生活に変化があっても安心して暮らすことができるよう、高齢期に起こりうるライフイベントについて前もって知り、考え、話し合い、備えることができるよう支援を行います。また、市民の多様なニーズに対応できるよう、介護保険外の生活支援も充実させ、きめ細かい支援を行います。

生活機能が低下しても、すぐに介護保険のサービスの継続利用を検討するのではなく、元に戻れるための支援があることを普及させ、地域のつながりの中で暮らし続けられるよう支援を行います。

今後増加する認知症の人とその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、専門職による支援を充実させるとともに、認知症になっても一人ひとりが尊重され本人に合った社会参加ができるよう、認知症バリアフリーの地域づくりを推進していきます。

介護サービスを必要とする人に、公平で質の高いサービスを過不足なく提供できるよう、保険者として介護保険制度の適切な運用を図ります。介護保険事業計画に基づき介護サービスの基盤整備を進めるとともに、介護人材を安定的に確保するための取り組みや介護現場の環境整備を進めます。

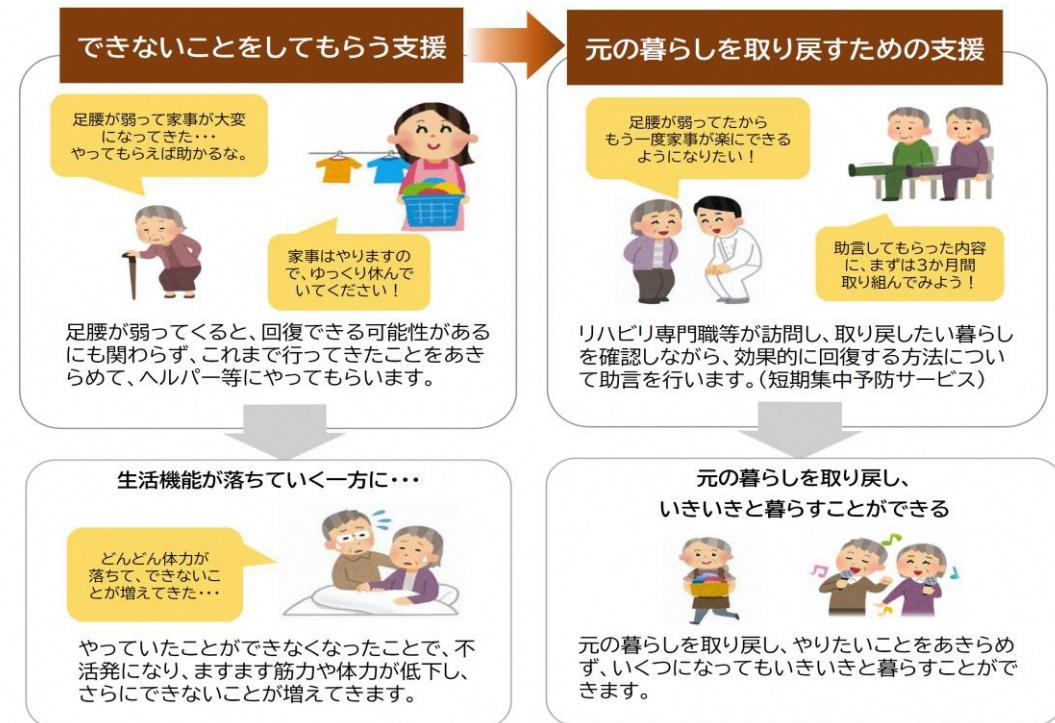
① 高齢者が安心して暮らすための支援

● 高齢者が自分らしい暮らしを守るための心づもり支援

■事業内容	○わたしのきぼうノートの勉強会等を開催し、医療や介護が必要になったときの暮らし方について事前に考えたり、制度を学ぶことで、元気なうちに家族と話し合ったり、自分らしい暮らしを守るために備えができるよう支援します。
-------	---

● 介護が必要になっても元の暮らしに戻れるための支援

■事業内容	○介護が必要になっても、機能回復、活動向上させ、元の暮らしに戻れるよう、リハビリ専門職による短期集中予防サービスを実施します。
-------	---



●地域の近隣住民による見守り・サポート

■事業内容	○小地域を単位として、一人暮らしの方や高齢者のみの世帯の方に対し、見守り活動や訪問活動、安否確認等の支援を行い(小地域ネットワーク事業)、安心して地域で暮らせるよう支援します。
-------	--

●高齢者等配食サービス事業

■事業内容	○心身の障がい及び傷病等の理由により、食事の調理が困難な在宅の高齢者等に配食サービスを提供することで、高齢者等の自立した生活の支援を行います。
-------	---

●あんしんホットライン事業

■事業内容	○在宅のひとり暮らし高齢者宅等に、警備会社に直通する火災警報器と緊急通報装置を設置します。これにより、ひとり暮らし高齢者等の急病、災害等の緊急事態及び日常生活における相談に対応します。
-------	--

●救急医療情報キット配布事業

■事業内容	○65歳以上のひとり暮らし高齢者等に対し、かかりつけ医療機関や病名等、緊急時に必要な情報を保管する救急医療情報キットを無料で配布します。 ○岩手中部地域医療情報ネットワーク(いわて中部ネット)との連携を進めます。
-------	---

●高齢者見守り安心ネットワーク事業

■事業内容	○水道、電気、ガス等のライフラインの供給サービス事業者や、コンビニエンスストア、ショッピングセンター等の民間事業者と見守り支援体制に係る協定を締結し、高齢者の異変を察知した時に情報提供を受け、安否確認を行います。
-------	--

●家族介護者への支援

■事業内容	○要介護者を在宅で介護している家族に対して介護用品支給券を支給し、介護者の経済的負担の軽減を図るとともに、要介護者の在宅生活の継続を支援します。 ○介護者家族の会やサロン等の活動情報を収集し、情報提供を行います。
-------	---

●安心して暮らすことのできる住まいの確保

■事業内容	○低所得者で特に生計が困難な人について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人が、保険給付の対象となる介護サービス費と、保険給付の対象とならない食費及び居住費の負担軽減を実施した場合に、その経費の一部を助成します。 ○環境的・経済的な理由により、在宅で生活することが困難な高齢者を養護老人ホームに措置し、安心して生活できるように支援します。 ○高齢者が安心して暮らせるように、生活支援の必要な高齢者向けの施設(ケアハウス・有料老人ホーム等)、高齢者向けのサービス(見守り・食事・健康相談)付き住宅、低廉な価格の住宅(市営住宅等)等、住まいについての情報提供に努めます。
-------	---

	○一人暮らし高齢者の増加や人口減少地域の増加により、今後、高齢者の暮らしを支える地域の環境が変化していくことから、高齢期の新しい住まい方とその支援のあり方について、北上市の総合計画、地域計画に沿って進めていきます。
--	---

●NPO・ボランティアによるきめ細かい支援

■事業内容	○介護保険や公的サービスでは解決できない日常生活の困りごとを地域のNPOやボランティアが支援する仕組みを検討します。
-------	--

②認知症になっても住み続けられる地域づくり【拡充】

認知症施策は、これまで「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を推進してきました。今後の更なる高齢化の進展と認知症高齢者の増加が見込まれる中で、政府は令和元年6月に「認知症施策推進大綱」(以下「大綱」と言う。)を取りまとめました。

大綱では、対象期間の令和7(2025)年まで、「共生」と「予防(発症を遅らせるという意味での予防)」を基本的な考え方として、5つの柱に沿って(都道府県、市町村は4つの柱)施策を推進するとされています。令和5(2023)年6月に成立した、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第3条の基本理念を踏まえ、国や県とも連携しながら、認知症施策を進めます。

認知症施策をより充実させるため、認知症の人や家族の意見を踏まえた支援体制の整備を進めながら、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」とともに、大綱で示された「共生」と「予防(発症を遅らせるという意味での予防)」を基本的な考え方として、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」、障壁を減らす「認知症バリアフリー」、通いの場の拡大等「予防」の取り組みを進めていきます。

■認知症施策推進大綱 4つの柱と北上市で取り組む事項

認知症施策推進大綱 4つの柱	北上市の取り組み
1 普及啓発・本人発信支援	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症サポーター養成講座の開催 ●北上市認知症ケアパスの普及 ●ホームページ等による相談窓口の周知 ●世界アルツハイマー月間(9月)における啓発
2 予防	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症ケアパス「北上市認知症安心ガイド」の普及 ●介護予防の通いの場への参加を促進(きたかみいきいき体操等)
3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症地域支援推進員による周知活動 ●認知症初期集中支援チームによる支援活動 ●認知症カフェの開催支援 ●認知症ケアパス「北上市認知症安心ガイド」の普及

4 認知症バリアフリーの推進・ 若年性認知症の人への支援・ 社会参加支援

- 地域の見守り体制の構築(SOSネットワーク等)
- 認知症カフェの開催支援
- 若年性認知症の人と家族への支援
- 成年後見制度の活用促進
- 高齢者虐待防止の取り組み
- 消費者被害防止の取り組み
- 認知症センター等による支援チームが、支援ニーズに沿った活動を行う「チームオレンジ」の取り組み

●普及啓発・本人発信支援

■事業内容	<p>○認知症センター養成講座の開催 認知症について正しく理解し、見守る住民や関係者を更に増やすために、住民グループ、小・中・高等学校、金融機関・事業所等を対象とした啓発活動を継続し、認知症に対する社会の理解醸成に努めていきます。 認知症センターがチームを組み、今後認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等が期待されるチームオレンジの取り組みについて、啓発に努めていきます。</p> <p>○認知症ケアパスの普及 認知症の人とその家族が、いつ・どこで・どのような医療・介護・支援が受けられるかを示した認知症ケアパス「北上市認知症安心ガイド」を配布し啓発に努めます。</p> <p>○ホームページによる相談窓口の周知</p> <p>○世界アルツハイマー月間(9月)における啓発</p>
-------	---

●予防

■事業内容	<p>○認知症ケアパス「北上市認知症安心ガイド」の普及</p> <p>○介護予防の通いの場への参加を促進(きたかみいきいき体操等)</p>
-------	---

●医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

■事業内容	<p>○認知症対応力向上推進 介護事業所の介護職員向けに、認知症ケアの基本的な知識や技術取得のための研修会を開催し、介護人材の質の向上を図ります。 認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、多様な地域資源を活用したケアマネジメントについて学びあう対話の場をつくります。</p> <p>○認知症地域支援推進事業 認知症地域支援推進員を地域包括支援センター5か所に各1名配置し、認知症の人及び家族からの相談を受けるほか、関係機関のネットワーク構築や、認知症に関する啓発を実施します。 関係機関及び地域住民と連携し、認知症カフェの運営を行います。 研修会等、市内の認知症専門医と連携した取り組みを推進します。</p> <p>○認知症初期集中支援事業 医師や看護師等の専門職によるアセスメント、家族支援等の初期の支援を集中的に行うしくみ「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症</p>
-------	--

	<p>の人やその家族に早期に関わる体制を通して、認知症ケアに努めています。</p> <p>北上医師会の認知症専門医と連携し、きたかみ認知症支援チーム会議を定期開催し、認知症早期発見の仕組みづくりを継続して行います。</p>
--	---

●認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

■事業内容	<p>○ひとり歩きサポート訓練</p> <p>日常生活圏域よりも小さい地域単位で、地域や介護サービス事業者と連携し、実際の地域をフィールドにして、心配な高齢者への声掛け訓練を実施します。</p> <p>○行方不明時の早期発見のためのしくみづくり</p> <p>認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりや、行方不明時に早期発見・保護ができるよう、スマートフォンのアプリケーションを活用したネットワークを活用します。</p> <p>○認知症バリアフリーの推進</p> <p>暮らしの様々な場面で、認知症になっても利用しやすい生活環境の工夫や改善を推進します。</p> <p>金融機関や商店等の事業所に対し、認知症への対応についての支援を行います。</p> <p>認知症の人のそれぞれの特性や意欲に合わせた支援ができるよう、介護保険サービス以外の地域資源づくりを進めます。</p> <p>本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みづくり(チームオレンジ)に取り組みます。</p>

▶ 認知症カフェ

平成28年度開始した認知症カフェは、認知症地域支援推進員が中心となって、リラックスしたカフェの雰囲気を楽しんでいただくために、日本現代詩歌文学館のカフェスペースで開催しています。市内の医療・介護関係者の方にも協力をいただきながら、毎月テーマを決めてミニ講話を実施し、4月から12月まで毎月第3月曜日に開催中です。どなたでも参加できるため、認知症のある方、認知症に関心のある市民、介護者家族、専門職が語らう場となっています。



▼共生社会の実現を推進するための認知症基本法

(基本理念)

認知症施策は、認知症の人が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、次に掲げる事項を基本理念として行わなければならない。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意志によって日常生活及び社会生活を営むことができるようすること。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができるようにすること。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるようになるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができるようにすること。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること。
- ⑤ 認知症の人に対する支援のみならず、その家族その他認知症の人と日常生活において密接な関係を有する者(以下「家族等」という。)に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすること。
- ⑥ 認知症に関する専門的、学際的又は総合的な研究その他の共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事業に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備すること。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取り組みとして行われること。

③持続可能で過不足のない介護保険サービスの構築

●介護保険事業の適切な情報提供

■事業内容	○適正な介護保険制度の活用を目的として、地域づくり組織等との協力により「出前講座」を活用した情報提供を行い、発信力を強化します。 ○介護サービスの利用者やその家族等が介護に関する適切な情報を得られるよう、情報公表制度の周知に努め、サービスの質の向上につながるよう支援します。
-------	--

●介護給付適正化事業

■事業内容	○詳細については、85ページの介護給付適正化事業に記載
-------	-----------------------------

●介護予防・日常生活支援総合事業の推進【拡充】

■事業内容	○生活機能が低下しても、適切な取り組みを行うことで機能回復し、元の暮らしに戻れる可能性があることを市民に広く普及・啓発します。 ○生活機能が低下した高齢者が効果的に回復できるよう、短期集中予防サービスの活用を推進します。 ○自立支援・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントの実践力向上のため、介護保険だけでなく、多様な担い手によるサービス・支援を活用したケアマネジメントができるよう研修等を行います。 ○要支援認定者、事業対象者の通所サービス、訪問サービスについて、現在のサービス内容に加えて、高齢者の生活課題に応じた新たなサービスの検討を行います。
-------	--

●介護保険施設・地域密着型施設の整備

■事業内容	○詳細については、76ページの介護保険サービスの提供量の見込みに記載
-------	------------------------------------

●介護人材の確保策の充実・介護現場の革新

■事業内容	○北上市の介護福祉事業所への就労意向のある、市内の養成施設入学者に対して、2年間の学費補助を行います。(介護人材養成事業) ○介護現場におけるICTの活用や介護ロボット等を現場の声を生かしながら、必要とされている生産性の向上*と職場環境の改善に取り組みます。 ○ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進に努めます。 ○介護事業所の届け出に要する文書量の軽減と電子文書による提出を促進し、介護事業所と行政双方の業務効率化と生産性の向上に努めます。
-------	--

*良質な介護サービスの効率的な提供を推進すること

2. 事業の目標値の設定

個別事業の活動目標設定を以下のように定めています。

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

① 地域包括支援センターの機能強化

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
総合相談事業	拡充	件	前年より増加	前年より増加	前年より増加
権利擁護事業	拡充	件	前年より増加	前年より増加	前年より増加
地域包括支援センター連絡会議	維持	回	12	12	12
地域ケア個別会議	維持	回	30	30	30
ケアマネジメント研修	維持	回	6	6	6

② 高齢者の権利擁護の推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
権利擁護支援センター事業					
相談件数	拡充	件	前年より増加	前年より増加	前年より増加
利用者数	拡充	人	前年より増加	前年より増加	前年より増加
成年後見制度利用支援事業					
市長申立件数	維持	件	20	20	20
後見人報酬助成件数	拡充	件	20	25	30

③ 多職種による切れ目のないケアの推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
医療介護連携拠点の設置	維持	拠点	1	1	1
在宅医療介護連携推進協議会	維持	回	3	3	3
医療・介護人材対象研修会	維持	回	10	10	10
多職種による事例検討会	維持	回	3	3	3

④ 自立支援・重度化防止に効果の高いケアの推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
自立支援型地域ケア会議	維持	回	12	12	12
地域リハビリテーション推進に係る会議	新規	回	3	3	3

⑤地域ケア会議を中心とした地域包括ケアシステムの推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
地域ケア推進会議	維持	回	1	1	1
社会資源の協議体(第1層)	拡充	-	必要に応じて	必要に応じて	必要に応じて

⑥地域資源の創出・活用推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
生活支援コーディネーターの配置	維持	人	7	7	7
生活支援コーディネーター連絡会議	維持	回	12	12	12
地域の各種協議体との連携	拡充	-	必要に応じて 隨時連携	必要時応じて 隨時連携	必要に応じて 隨時連携

(2)健康で自分らしい暮らしの実現

①高齢者の特性に応じた健康づくりと介護予防の推進(健康寿命の延伸)

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
ふれあいデイサービス事業					
開催場所	維持	か所	148	148	148
開催回数	維持	回	1,800	1,800	1,800
参加者延べ人数	維持	人	30,000	30,000	30,000
きたかみいきいき体操の活動支援	拡充	か所	75	77	79
介護予防把握事業	維持	人	2	2	2
hoKko(ほっこ)まちの保健室	拡充	人	780	790	800
地域フレイル予防事業 (ふれあいデイサービスと一体的に実施)	維持	回	1,030	1,030	1,030
高齢者集いの場づくり事業	拡充	か所	15	18	21
リハビリテーション専門職等の派遣人数(延べ)	拡充	人	50	55	60

②高齢者が生きがいを持ち、支え合える地域づくりの推進

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
ご近所おたすけサポーター養成講座	維持	回	3	3	3
ご近所おたすけサポーター	維持	人	366	396	426
きたかみ健康福祉ポイント (介護ボランティアポイント制度)	維持	制度	1	1	1
老人クラブ活動費支援事業					
クラブ数	維持	クラブ	54	54	54
会員数	維持	人	2,250	2,250	2,250
単位クラブへの交付額	維持	千円	1,611	1,611	1,611

市老連への交付額	維持	千円	937	937	937
シルバー人材センター支援事業	維持	人	345	345	345
敬老事業					
対象者数	維持	人	14,467	14,580	14,930
参加者数	維持	人	4,166	4,200	4,300
心づもり勉強会の開催 (わたしのきぼうノート)	維持	回	5	5	5

(3) 安心して暮らすための支援の充実

① 高齢者が安心して暮らすための支援

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
地域住民グループ支援事業	維持	か所	357	357	357
短期集中予防サービス					
訪問型(新規利用者)	拡充	人	65	70	75
通所型(新規利用者)	維持	人	55	55	55
高齢者配食サービス事業	維持	人	90	90	90
あんしんホットライン事業	拡充	台 (月平均)	520	556	592
救急医療情報キット配布事業	維持	世帯	250	250	250
高齢者見守り安心ネットワーク事業	拡充	事業所	43	44	45
家族介護用品支給事業	継続	人	80	80	80
養護老人ホーム措置事業	維持	人	62	62	62
生活支援サービス	新規	サービス	1	1	1

② 認知症になっても住み続けられる地域づくり

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
認知症ケアパスの活用	維持	－	隨時	隨時	隨時
認知症初期集中支援チーム	維持	チーム数	1	1	1
スタッフのスキルアップ事業	維持	回	1	1	1
認知症地域支援推進員の配置	拡充	人	5	6	7
認知症に関する広報活動	維持	回	5	5	5
認知症カフェの運営	維持	か所	1	1	1
認知症サポーター養成講座	維持	回	40	40	40
認知症サポーターの割合(人口対)	拡充	%	13	14	15
ひとり歩きサポート訓練	維持	回	1	1	1
行方不明時の早期発見のための しくみづくり	維持	事業	1	1	1
福祉分野以外との連携	維持	－	隨時	隨時	隨時
チームオレンジの活動	維持	チーム数	1	1	1

③持続可能で過不足のない介護保険サービスの構築

事業名	方針	単位	2024年度 (令和6年度) 計画値	2025年度 (令和7年度) 計画値	2026年度 (令和8年度) 計画値
介護保険制度に関する周知活動	維持	回	5	5	5
情報公開制度の周知事業	維持	-	隨時	隨時	隨時
介護給付費適正化事業	維持	-	介護給付適正化事業に記載		
介護保険施設の整備	維持	-	現状維持		
地域密着型施設の整備	維持	-	現状維持		
社会福祉法人利用者事業 負担軽減事業	維持	人	30	30	30
介護人材養成事業	維持	人	48	48	48
介護予防・日常生活支援総合事業の推進(多様なサービス・支援の確保目標)					
通所型サービスA	維持	か所	3	3	3
通所型サービスB	拡充	か所	6	7	8
訪問型サービスB	維持	か所	3	3	3
訪問型サービスC	拡充	か所	3	4	5
通所型サービスC	維持	か所	2	2	2
介護予防ケアマネジメント	維持	件	5,300	5,300	5,300
介護予防ケアマネジメント支援	維持	回	1	1	1

第6章 介護保険事業の見込み

介護保険サービスについては、令和22(2040)年も見据えた中長期的な視点を持ちつつ、持続的な事業運営ができるように効率的に事業を進めるとともに、公平で質の高いサービスを提供できるよう取り組みます。

その前提となる本計画期間中のサービス利用見込み量は以下の通りです。推計は、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを用い、市の実績・実情を勘案して行っています。

1. 居宅サービス

(1) 訪問介護

訪問介護員等が要介護認定者のいる家庭を訪問して、入浴・排せつ・食事等の介護(身体介護)、調理・買い物・掃除・その他の日常生活の世話(生活援助)を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	回／月	13,600	13,801	14,647	15,420	15,792	16,068	19,378
	人／月	484	486	496	516	529	540	658

(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

家庭において入浴が困難な高齢者を対象に、巡回入浴車等で要介護(要支援)認定者のいる家庭を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
予防給付	回／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護給付	回／月	124	122	129	135	138	142	166
	人／月	33	32	39	42	44	45	52

(3)訪問看護・介護予防訪問看護

看護師や保健師等が要介護(要支援)認定者のいる家庭を訪問し、かかりつけ医の指示に基づいて、療養生活上の世話又は必要な診療補助となる看護を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	回／月	272	318	293	294	294	306	367
	人／月	53	57	60	59	59	61	73
介護給付	回／月	1,987	2,147	2,305	2,402	2,460	2,499	3,036
	人／月	324	337	356	371	380	386	470

(4)訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

日常生活の自立支援を目的に理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、看護師等の機能回復訓練(リハビリ)の専門家が要介護(要支援)認定者の家庭を訪問し、心身機能の維持・回復に必要なリハビリテーションを行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	回／月	293	267	240	242	251	251	305
	人／月	32	30	27	27	28	28	34
介護給付	回／月	957	1,010	1,180	1,210	1,230	1,261	1,529
	人／月	86	99	118	121	123	126	153

(5)居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

病院や診療所、薬局等の医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が要介護(要支援)認定者の家庭を訪問し、定期的に療養上の管理及び指導を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	14	15	19	19	19	19	22
介護給付	人／月	596	629	659	674	690	706	860

(6)通所介護(デイサービス)

自家用車や送迎バスでデイサービスセンター等に通所し、食事、入浴等の介護サービスや機能訓練を日帰りで行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
介護給付	回／月	8,163	7,621	8,033	8,220	8,412	8,608	10,028
	人／月	828	814	858	878	898	919	1,065

(7)通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション(デイケア)

日常生活の自立支援等を目的に、介護老人保健施設や病院・診療所等において、心身機能の維持・回復に必要なリハビリテーションを行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	186	200	193	193	194	194	242
介護給付	回／月	3,950	3,899	4,213	4,311	4,412	4,514	5,431
	人／月	449	460	497	509	520	533	636

(8)短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)

介護老人福祉施設等において、短期の入所を受け入れ、入浴、排せつ、食事等の介護サービスやその他の日常生活の世話、機能訓練等を行うサービスです。

寝たきりの高齢者や認知症高齢者を介護している家族の疾病、冠婚葬祭、出張、介護疲れ等のため、又は家族の身体的・精神的な負担の軽減等のために、一時的に介護を受けられない人がサービスの対象者となります。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	回／月	77	56	60	60	60	60	72
	人／月	16	13	14	14	14	14	17
介護給付	回／月	4,057	4,175	4,530	4,530	4,530	4,530	5,258
	人／月	284	281	305	305	305	305	380

(9)短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設や病院等において、短期の入所を受け入れ、看護や医学的管理下における介護、機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話等を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	回／月	5	11	7	6	6	6	6
	人／月	2	2	2	2	2	2	2
介護給付	回／月	571	533	386	386	386	386	510
	人／月	93	87	79	79	79	79	87

(10)福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

車いす、車いす付属品(クッション、電動補助装置等)、特殊寝台、特殊寝台付属品(マットレス、サイドレール等)、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト(つり具の部分を除く)、自動排泄処理装置の13品目を貸し出すサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	358	404	420	421	421	422	522
介護給付	人／月	1,140	1,183	1,304	1,334	1,365	1,397	1,660

(11)特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、排泄予測支援機器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、固定用スロープ、歩行器、単点杖、多点杖の10種類について、購入費の一部を支給します。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	9	8	6	6	6	6	7
介護給付	人／月	17	18	18	18	19	19	25

(12)住宅改修

手すりの取り付けや段差の解消、和式から洋式への便器の取り換え等にかかった費用の一部を支給します。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
予防給付	人／月	5	5	3	3	3	3	4
介護給付	人／月	8	8	9	9	9	10	12

(13)特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホームやケアハウス(軽費老人ホーム)等に入所している要介護(要支援)認定者が利用の対象となり、特定施設サービス計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の介護を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
予防給付	人／月	2	2	0	0	0	0	0
介護給付	人／月	42	44	47	47	47	47	60

(14)居宅介護支援・介護予防支援

介護支援専門員(ケアマネジャー)が要介護(要支援)認定者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて認定者の選択に基づき、適切な居宅介護サービスを受けられるよう、居宅サービスの種類や回数等に関する介護サービス計画(ケアプラン)を作成するとともに、提供するサービスを確保するために事業者等との連絡・調整を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
予防給付	人／月	536	591	597	597	598	599	746
介護給付	人／月	1,756	1,790	1,904	1,948	1,994	2,040	2,476

2. 地域密着型サービス

(1) 定期巡回・隨時対応型訪問介護看護

重度者をはじめとした要介護認定者等の生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と隨時の対応を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
介護給付	人／月	3	5	11	16	20	20	25

(2) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

比較的安定した状態にある認知症の要介護(要支援)認定者を共同で生活できる場(住居施設)において受け入れ、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練等のサービスを行います。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	0	1	1	1	1	1	2
介護給付	人／月	20	21	21	21	21	21	24

(3) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心としますが、利用者の希望により「泊まり」や「訪問」も行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和22 (2040) 年度
予防給付	人／月	11	11	8	8	8	8	10
介護給付	人／月	126	127	127	130	133	133	164

(4)認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

比較的安定した状態にある認知症の要介護(要支援)認定者を共同で生活できる場(住居施設)において受け入れ、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練等のサービスを行います。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
予防給付	人／月	2	2	2	2	2	2	3
介護給付	人／月	227	229	231	205	205	205	267

(5)地域密着型特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホームやケアハウス(軽費老人ホーム)等に入所している要介護(要支援)認定者が利用の対象となり、特定施設サービス計画に基づいて入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の介護を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	28	28	29	29	29	29	40

(6)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設とは、定員が29人以下の特別養護老人ホームのことであり、自宅で介護サービスを受けながら生活を続けることが困難な要介護認定者等を対象として、介護サービス(施設サービスの基準により行われる入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話)を提供します。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	102	109	108	107	107	107	141

(7)看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせ、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護認定者等への支援を行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	72	75	72	74	76	78	103

(8) 地域密着型通所介護

2016(平成28)年度以降において、定員18名以下の通所介護は地域密着型通所介護に移行されました。自家用車や送迎バスでデイサービスセンター等において、食事、入浴等の介護サービスや機能訓練を日帰りで行うサービスです。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	回／月	892	809	954	989	1,018	1,036	1,261
	人／月	91	86	95	97	99	102	124

3. 施設サービス

(1) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

介護老人福祉施設とは、特別養護老人ホームのことであり、自宅で介護サービスを受けながら生活を続けることが困難な要介護認定者等を対象として、介護サービス(施設サービスの基準により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話)を提供します。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	414	403	404	404	404	404	508

(2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設とは、症状が安定した要介護認定者等に対して、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う施設です。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	241	241	251	251	251	251	331

(3) 介護医療院

介護医療院は、介護療養型医療施設の転換先等として平成30(2018)年度から新たに創設された施設です。要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設です。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	1	1	1	2	2	12	12

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設とは、入院医療を必要とする要介護者等に対して、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う施設です。

新設された介護医療院等の介護施設等に転換し制度は廃止されることとなっていましたが、廃止の期限は令和6年3月末までとなっています。介護医療院へは令和3年度から移行しています。

		前計画実績			本計画見込み			長期
		令和3 (2021) 年度	令和4 (2022) 年度	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	
介護給付	人／月	1	1	1	0	斜線	斜線	斜線

4. 介護保険サービスの提供量の見込み

第9期計画においては、介護保険サービスの新規整備は見込んでいません。

第9期計画期間における圏域別の地域密着型サービス・介護保険施設サービスの提供量の見込みは以下の表の通りです。

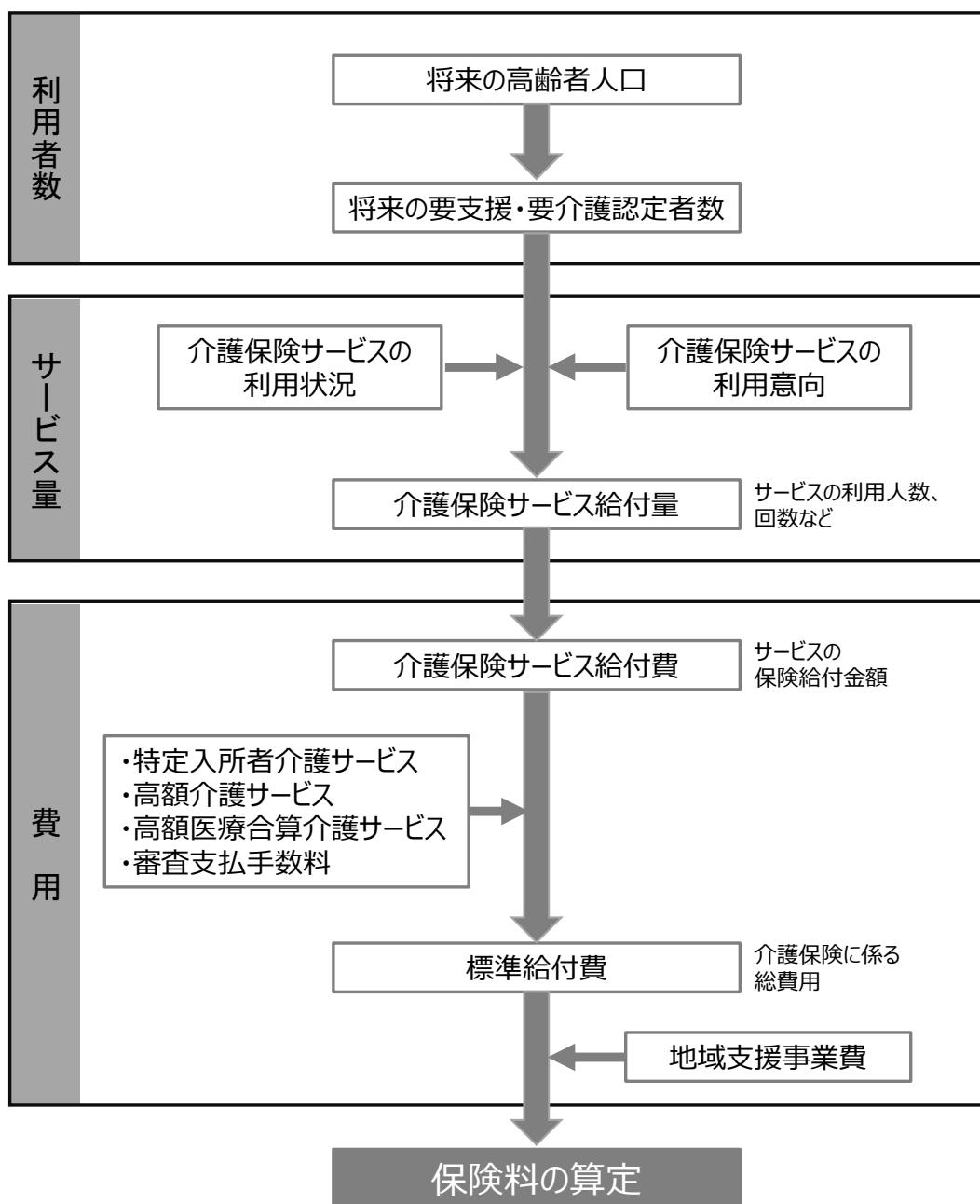
施設数:か所(定員:人)

介護保険サービス	整備年度	圏域別								計
		黒沢尻東・ 黒沢尻西	黒沢尻北	飯豊	二子・更 木・黒岩	立花・口 内・稻瀬	相去・鬼柳	江釣子	和賀	
地域密着型サービス										
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2024	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	2025	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	2026	-	-	-	-	-	-	1	-	1
(介護予防)認知症対応型通所介護	2024	1(9)	-	1(3)	-	1(3)	-	-	-	3(15)
	2025	1(9)	-	1(3)	-	1(3)	-	-	-	3(15)
	2026	1(9)	-	1(3)	-	1(3)	-	-	-	3(15)
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	2024	-	1(29)	1(25)	-	-	1(29)	-	2(58)	5(141)
	2025	-	1(29)	1(25)	-	-	1(29)	-	2(58)	5(141)
	2026	-	1(29)	1(25)	-	-	1(29)	-	2(58)	5(141)
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	2024	3(36)	2(36)	2(36)	1(9)	2(27)	3(36)	2(18)	1(9)	16(207)
	2025	3(36)	2(36)	2(36)	1(9)	2(27)	3(36)	2(18)	1(9)	16(207)
	2026	3(36)	2(36)	2(36)	1(9)	2(27)	3(36)	2(18)	1(9)	16(207)
地域密着型特定施設入居者介護	2024	-	1(20)	-	-	-	-	-	1(9)	2(29)
	2025	-	1(20)	-	-	-	-	-	1(9)	2(29)
	2026	-	1(20)	-	-	-	-	-	1(9)	2(29)
地域密着型介護老人福祉施設	2024	1(29)	-	-	-	1(29)	1(20)	1(29)	-	4(107)
	2025	1(29)	-	-	-	1(29)	1(20)	1(29)	-	4(107)
	2026	1(29)	-	-	-	1(29)	1(20)	1(29)	-	4(107)
看護小規模多機能型居宅介護	2024	1(29)	-	-	-	1(25)	-	1(29)	-	3(83)
	2025	1(29)	-	-	-	1(25)	-	1(29)	-	3(83)
	2026	1(29)	-	-	-	1(25)	-	1(29)	-	3(83)
地域密着型通所介護	2024	2(33)	1(10)	-	-	-	1(10)	1(10)	-	5(63)
	2025	2(33)	1(10)	-	-	-	1(10)	1(10)	-	5(63)
	2026	2(33)	1(10)	-	-	-	1(10)	1(10)	-	5(63)
介護保険施設サービス										
介護老人福祉施設	2024	-	1(170)	1(50)	1(56)	-	1(60)	1(50)	-	5(386)
	2025	-	1(170)	1(50)	1(56)	-	1(60)	1(50)	-	5(386)
	2026	-	1(170)	1(50)	1(56)	-	1(60)	1(50)	-	5(386)
介護老人保健施設	2024	1(150)	-	-	-	-	-	1(80)	2(109)	4(339)
	2025	1(150)	-	-	-	-	-	1(80)	2(109)	4(339)
	2026	1(150)	-	-	-	-	-	1(80)	2(109)	4(339)
短期入所療養介護施設	2024	1	-	-	-	-	-	1	2	4
	2025	1	-	-	-	-	-	1	2	4
	2026	1	-	-	-	-	-	1	2	4

5. 介護保険給付費の推計

(1) 介護保険料の算定方法

介護保険料は、要介護認定者数等の推計を基に、これまでのサービス利用実績、利用者数を勘案して各サービスの提供目標量(利用見込み量)を推計し、それにより算定した給付費と、制度運営等に係る費用総額を算定した後、将来の被保険者数で除して算定します。



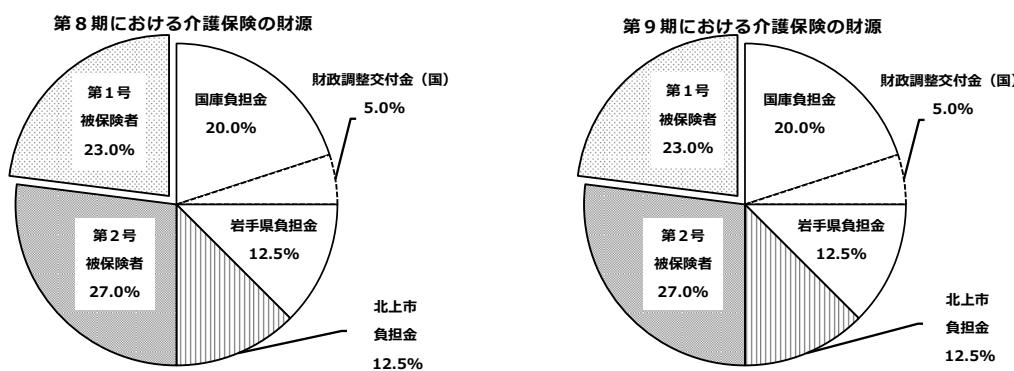
(2) 介護給付等に係る事業費と地域支援事業費の財源構成

① 介護給付等に係る事業費の財源構成

介護給付等に係る事業費の財源は、第1号保険料及び第2号保険料、国(25%、調整交付金5%含む)・県(12.5%)・市(12.5%)の負担金で賄われます。

第1号保険料の負担割合は、全国的な高齢化の進行を反映して、第1期では17%でしたが、第2期18%、第3期19%、第4期20%、第5期21%、第6期22%、第7期23%、第8期も23%と推移し、第9期は23%の予定です。

▼ 介護給付等に係る事業費



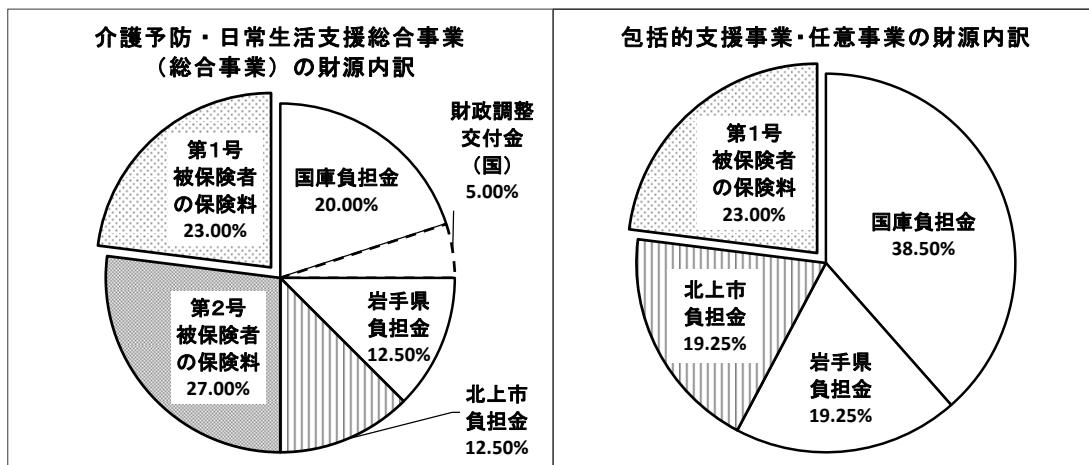
※なお、施設系サービス費については国庫15%、岩手県17.5%の負担となっています。

② 地域支援事業の財源構成

地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業)、介護予防・日常生活支援総合事業の財源は、介護給付費と同じく50%が国・県・市による公費負担、50%が第1号と第2号の保険料負担です。

包括的支援事業と任意事業の財源は、第2号被保険者の負担がなくなり、77%が国・県・市による公費負担、23%が第1号保険料で構成されます。

▼ 地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業) ▼ 地域支援事業(総合事業以外)



(3)第8期介護予防給付費の実績

第8期計画の介護予防給付費の実績は以下の通りです。

単位:千円

サービス種類	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	令和5(2023) 年度
(1)介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護	0	27
	介護予防訪問看護	15,700	17,641
	介護予防訪問リハビリテーション	9,731	8,842
	介護予防居宅療養管理指導	1,259	1,332
	介護予防通所リハビリテーション	67,088	72,736
	介護予防短期入所生活介護	5,917	4,186
	介護予防短期入所療養介護	552	1,025
	介護予防福祉用具貸与	27,136	32,482
	介護予防特定福祉用具購入費	2,894	2,417
	介護予防住宅改修費	5,708	5,175
	介護予防特定施設入居者生活介護	1,803	1,793
小計		137,788	147,656
(2)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	30	289
	介護予防小規模多機能型居宅介護	7,736	7,691
	介護予防認知症対応型共同生活介護	4,222	4,190
	小計	11,988	12,170
(3)介護予防支援		29,399	32,409
合計		179,175	192,235
			188,450

※令和5年度は見込み

(4) 第8期介護給付費の実績

第8期計画の介護給付費の実績は以下の通りです。

単位:千円

サービス種類	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	令和5(2023) 年度
(1)居宅サービス	訪問介護	466,808	475,112
	訪問入浴介護	18,042	17,765
	訪問看護	132,596	137,119
	訪問リハビリテーション	35,614	39,067
	居宅療養管理指導	41,680	45,234
	通所介護	762,941	705,331
	通所リハビリテーション	409,715	414,086
	短期入所生活介護	393,809	408,746
	短期入所療養介護	85,917	78,413
	福祉用具貸与	194,248	200,666
	特定福祉用具購入費	6,328	6,712
	住宅改修費	8,580	8,885
	特定施設入居者生活介護	89,827	93,393
(2)地域密着型サービス	小計	2,646,105	2,630,529
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4,053	6,444
	認知症対応型通所介護	21,783	27,339
	小規模多機能型居宅介護	325,967	321,582
	認知症対応型共同生活介護	692,774	701,790
	特定施設入居者生活介護	67,127	69,872
	介護老人福祉施設入所者生活介護	339,765	383,592
	看護小規模多機能型居宅介護	216,464	247,002
	地域密着型通所介護	81,637	76,232
(3)施設サービス	小計	1,749,570	1,833,853
	介護老人福祉施設	1,376,674	1,375,740
	介護老人保健施設	860,900	864,107
	介護療養型医療施設	3,732	4,070
	介護医療院	4,878	4,847
(4)居宅介護支援	小計	2,246,184	2,248,764
	(4)居宅介護支援	317,833	331,311
合計	6,959,692	7,044,457	7,324,901

※令和5年度は見込み

(5) 第9期介護予防給付費の見込み

第9期計画の介護予防給付費の見込みは以下の通りです。

単位:千円

サービス種類	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
(1)介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護	28	28
	介護予防訪問看護	17,738	17,761
	介護予防訪問リハビリテーション	8,051	8,061
	介護予防居宅療養管理指導	1,593	1,595
	介護予防通所リハビリテーション	74,336	74,433
	介護予防短期入所生活介護	4,513	4,519
	介護予防短期入所療養介護	564	565
	介護予防福祉用具貸与	34,178	34,222
	介護予防特定福祉用具購入費	2,657	2,660
	介護予防住宅改修費	5,162	5,169
	介護予防特定施設入居者生活介護	0	0
小計		148,820	149,013
(2)介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護	77	77
	介護予防小規模多機能型居宅介護	5,529	5,536
	介護予防認知症対応型共同生活介護	4,261	4,267
	小計	9,867	9,880
(3)介護予防支援		33,009	33,052
合計		191,696	191,945
			192,194

(6) 第9期介護給付費の見込み

第9期計画の介護給付費の見込みは以下の通りです。

単位:千円

サービス種類	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
(1)居宅サービス	訪問介護	505,149	516,919
	訪問入浴介護	23,541	24,090
	訪問看護	158,267	161,955
	訪問リハビリテーション	45,381	46,438
	居宅療養管理指導	47,933	49,050
	通所介護	778,004	796,131
	通所リハビリテーション	469,411	480,348
	短期入所生活介護	394,770	395,678
	短期入所療養介護	70,564	70,726
	福祉用具貸与	224,637	229,871
	特定福祉用具購入費	6,904	7,065
	住宅改修費	9,478	9,699
	特定施設入居者生活介護	106,680	106,925
(2)地域密着型サービス	小計	2,840,719	2,894,895
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	22,217	22,735
	夜間対応型訪問介護	0	0
	地域密着型通所介護	96,799	99,054
	認知症対応型通所介護	27,374	28,012
	小規模多機能型居宅介護	349,508	357,652
	認知症対応型共同生活介護	641,742	643,218
	特定施設入居者生活介護	72,858	73,026
	介護老人福祉施設入所者生活介護	392,073	392,975
	看護小規模多機能型居宅介護	269,173	275,445
(3)施設サービス	小計	1,871,744	1,892,117
	介護老人福祉施設	1,422,275	1,423,840
	介護老人保健施設	936,522	938,676
	介護医療院	9,241	9,262
	介護療養型医療施設	0	
(4)居宅介護支援	小計	2,368,038	2,371,778
	(4)居宅介護支援	359,069	367,435
	合計	7,439,570	7,526,225
合計		7,667,293	

(7) 第9期標準給付費の推計と地域支援事業費の推計

①標準給付費の推計

介護給付費及び予防給付費に、利用者負担の軽減を行うための費用(特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費等)、国民健康保険団体連合会への手数料の費用を加えた標準給付費見込額は約246億円になります。

単位:千円

	第9期		
	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
標準給付費見込額	8,109,313	8,206,054	8,352,807
総給付費	7,631,266	7,718,170	7,859,487
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	252,474	257,110	257,110
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	197,497	202,095	206,901
高額医療合算介護サービス費等給付額	20,643	21,122	21,623
算定対象審査支払手数料	7,433	7,557	7,686

②地域支援事業費推計

地域支援事業費見込額は約15億円になります。

単位:千円

	第9期		
	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
地域支援事業費見込額	505,459	505,076	511,095
介護予防・日常生活支援総合事業費	275,670	279,651	283,662
包括的支援事業・任意事業費	229,789	225,425	227,433

③総事業費見込額

総事業費見込額は約261億円になります。

単位:千円

	第9期		
	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
標準給付費見込額	8,109,313	8,206,054	8,352,807
地域支援事業費見込額	505,459	505,076	511,095
合計	8,614,772	8,711,130	8,863,902

(8) 第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の保険料

高齢化率の上昇等による標準給付費の増加は見込まれますが、第9期においては介護給付費準備基金を活用することで第1号被保険者の負担軽減を図り、保険料基準額を第8期と同水準の年額72,600円(月額6,050円)とします。併せて、今後も保険者機能強化等を通じ持続可能な介護保険事業への取り組みを、これからも推進していきます。

所得段階	所得等の条件	保険料率	保険料年額 (月額)
第1段階	生活保護を受給している方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方及び世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.45	32,600円 (2,717円)
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	基準額 ×0.60	43,500円 (3,625円)
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超の方	基準額 ×0.69	50,000円 (4,167円)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.90	65,300円 (5,442円)
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税の方で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超の方	基準額 ×1.00	72,600円 (6,050円)
第6段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円未満の方	基準額 ×1.20	87,100円 (7,258円)
第7段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が120万円以上200万円未満の方	基準額 ×1.30	94,300円 (7,858円)
第8段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が200万円以上300万円未満の方	基準額 ×1.50	108,900円 (9,075円)
第9段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が300万円以上400万円未満の方	基準額 ×1.70	123,400円 (10,283円)
第10段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が400万円以上500万円未満の方	基準額 ×1.90	137,900円 (11,492円)
第11段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が500万円以上600万円未満の方	基準額 ×2.10	152,400円 (12,700円)
第12段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が600万円以上700万円未満の方	基準額 ×2.30	166,900円 (13,908円)
第13段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が700万円以上1000万円未満の方	基準額 ×2.40	174,200円 (14,517円)
第14段階	本人が住民税課税で本人の合計所得金額が1000万円以上の方	基準額 ×2.70	196,000円 (16,333円)

※ 「合計所得金額」とは収入から公的年金控除や給与所得控除や必要経費を控除した額で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額。

※ 第1段階から第3段階の方は負担軽減が図られます。

(9) 介護給付適正化事業(任意事業)

介護給付の適正化は、令和22(2040)年を見据え、中長期的な視点を持ちつつ、持続的な介護保険事業運営を図るために、介護サービスを必要とする受給者を適切に認定し、介護サービスの受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、介護事業者が適切に提供するよう促すものです。適正化の取り組みによって、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を目指しています。北上市では、厚生労働省の「介護給付適正化計画に関する指針」に基づく主要5事業を柱とし、給付実績データ等を活用することにより、具体性・実効性のある取り組みを推進します。

本計画では、国の第9期指針では3事業に集約されました、介護給付適正化の主要4事業として、①要介護認定の適正化、②ケアプランの点検、③住宅改修等の点検、④縦覧点検・医療情報との突合を設定し継続していきます。

①要介護認定の適正化

認定調査は直営を基本とし、民間事業者に委託している認定調査(遠隔地を除く)について、書面による点検を実施します。また、厚生労働省による認定調査員向けeラーニングシステム及び県による認定調査員研修等を活用し、要介護認定の平準化を図ります。介護認定審査会の簡素化を実施するなど、認定に要する期間の適正化に努めています。

目標・計画値	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
点検の実施率	全件の確認(100%)		

②ケアプランの点検

ケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、点検及び支援を行います。

介護給付費適正化システムにより、認定情報からは想定されない給付実績のある利用者を機械的に抽出し、介護事業者に対してケアプランの提出及び給付請求の根拠を書面にて照会します。必要に応じて、ケアプラン作成者との面談によるヒアリングを行います。

目標・計画値	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
ケアプランの点検件数	300	300	300

③住宅改修等の点検

住宅改修、福祉用具購入又は貸与について、訪問調査又は書面による確認を実施し、利用者に適した内容となっているか、点検を行います。

目標・計画値	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
住宅改修等の点検件数	5	5	5

④医療情報との突合・縦覧点検

国保連合会に業務委託し、介護報酬支払情報の縦覧点検や医療保険情報との突合による点検を実施します。請求誤り、医療と介護の重複請求の訂正を行います。

目標・計画値	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度	令和8(2026) 年度
縦覧点検・医療情報との突合実施率	国保連合会に業務委託し実施(100%)		

第7章 推進体制について

本計画の推進にあたっては、市民、地域、医療福祉関係機関及び行政がそれぞれの立場で情報を共有しながら連携し、協力しあうことが必要です。介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会等、計画策定、実施に携わる各委員の意見を取り入れながら、目標の着実な達成と、円滑な運営を図ります。

また、本計画の評価・見直しについては、市民のニーズ、利用意向等を把握しながら、目標の達成、適切な計画の修正を行います。

1. 関係機関との連携と調整

●介護保険運営協議会の運営

本市では、介護保険事業の運営に関する課題に適切に対応するため、有識者や、保健・医療・福祉関係者、被保険者等で構成される「北上市介護保険運営協議会」を設置しています。

同協議会では、介護保険サービスの利用に関する実態調査の結果等を基に、事業運用の課題やサービス提供状況を把握・評価し、その解決方法等を関係機関と協議する等、事業の円滑な運営に向けた取り組みを行います。

●地域包括支援センター運営協議会の運営

本計画の様々な施策の推進にあたっては、地域包括支援センターが中核的な役割を果たし、市民・企業・サービス事業者・関係団体・行政との協働のもと、官民一体となって、地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが重要となります。

そのため、幅広い保健・医療・介護・福祉関係者によって構成される「北上市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が実施する包括的支援事業の進捗状況の点検、評価を行うほか、地域ケア会議で掘り起こされた地域課題の解決策や資源の活用を検討し、新たな事業を介護保険事業計画に反映させる機能を加えて取り組みます。

●関係機関相互の連携強化

保健・医療・福祉分野における関係者等で構成される「地域ケア会議」を活用し、実務レベルでの事業の調整や情報交換、意見交換の活発化を図ります。

また、「北上市地域包括支援センター運営協議会」等、関連する多様な組織間の連携を強化し、高齢者や家族のニーズに即した総合的かつ効果的な高齢者施策が展開できるよう体制の強化に努めます。

2. 関係機関の役割

超高齢社会において、保健福祉サービスのニーズが増大、多様化が想定される中で、高齢者保健福祉施策及び介護保険施策を推進していくためには、分野横断的な施策立案が重要

となります。保健福祉分野に限らず、社会教育、生涯スポーツ、健康づくり、地域づくり、都市計画等、健康寿命延伸や高齢者の生活の質向上につながる関係施策や関係機関の役割を明確にして相互のスムーズな連携を図り、分野横断的な施策立案・推進を継続していきます。

本計画における本市をはじめとする各主体が担う主な役割を以下の通りとします。

●北上市

本市は、高齢者福祉施策及び介護保険施策を総合的に推進するため、まちづくり部、健康こども部、都市整備部等の関係部局と連携し、高齢者の生きがいづくりや健康づくり、介護予防の支援を行います。また、保険者として、介護保険事業の適正な運営、介護保険制度や介護サービスに関する情報提供や開示に努めます。

更に、高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムの実現を目指した地域社会のしくみづくりや環境づくりに努めます。

●地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者に関する問題の総合相談窓口としての機能を果たすとともに、高齢者の状態に応じて、包括的・継続的なケアマネジメントを適切に実施することで、地域における介護予防の拠点としての役割を担います。

また、高齢者が適切なサービスを受けることができるよう関係機関との調整を図ることを求められており、地域包括ケアシステムの中核を担う機関です。

●北上市在宅医療介護連携支援センター

医療と介護の連携拠点として、医療と介護関係者の相談・情報共有の窓口の機能を果たします。個別の高齢者に対する支援から地域全体の課題解決まで、医療と介護が一体的に提供される環境整備を中長期で継続していきます。

●北上市社会福祉協議会

北上市社会福祉協議会は、地域福祉推進の中核的な組織として、地域住民や社会福祉関係者が参画し協力しあいながら、住民主体により支えあう地域社会の実現、また、地域の福祉力の向上を図る役割を担います。

●サービス提供事業者

介護サービスの指定事業者は、高齢者支援の専門機関として、質の高いサービスを提供するとともに、利用者が適切なサービスを受けることにより、自立した生活を送ることができるよう支援する役割を担います。

●医師会及び医療機関

医師会、歯科医師会及び医療機関は、医療と介護が連携できるように積極的に関与し、高齢者が在宅生活を継続できるように医療的側面の支援や、行政や介護サービス提供事業者等との連携を推進する役割を担います。

●地域組織・NPO等

地域社会の担い手として、地域組織やNPO等多様な主体がそれぞれの特徴を活かし、役割を果たすことが求められます。地域包括ケアシステムの実現に向けては、それぞれの活動を推進することが非常に重要であることから、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会等との連携を深めながら、身近な地域での高齢者に対する生活支援の役割を担います。

●市民

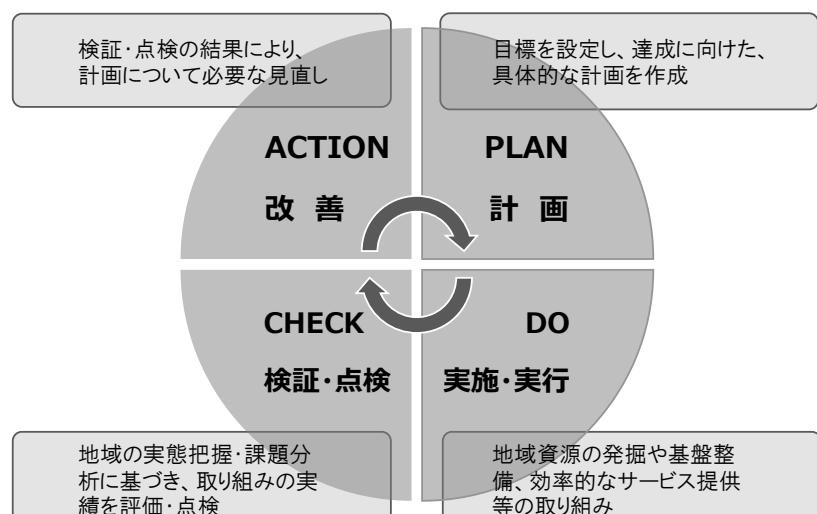
令和22(2040)年、その先も見据えて、市民一人ひとりの理解と主体的な参画がより必要不可欠となっています。市民は、それぞれが主体的に健康づくりや介護予防に取り組み、介護保険制度のしくみを理解するとともに、支援が必要な人のためにともに支え合えるよう、地域の力を高める主体的な役割を担います。

3. 計画策定後の進行管理

計画策定後の進行管理については、「北上市介護保険運営協議会」において、本計画の進捗状況の報告を行い、意見を聴取し、次年度の計画推進に反映していきます。

また、同協議会は、計画期間内の各年度における進捗状況を把握して達成状況を評価するとともに、市民の意見に耳を傾けながら、北上市における介護保険事業運営上の諸問題を解決するための協議を行い、高齢者福祉計画・介護保険事業計画の実効性の確保と健全運営の維持に努めます。

▼ PDCAサイクルのプロセスのイメージ



■ 資料編

1. 北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会要綱

(設置)

第1 北上市高齢者福祉計画及び北上市介護保険事業計画(以下「計画等」という。)の策定に関する意見を聞くため、北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事項)

第2 委員会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 計画等の策定に関し市長に意見を述べること。
- (2) その他計画等の策定に関し必要と認めること。

(組織)

第3 委員会は、委員 22 人以内をもって組織し、次の各号に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 被保険者
- (2) 保健、医療及び福祉関係者
- (3) 指定居宅サービス事業、指定居宅介護支援事業及び介護保険施設関係者

(任期)

第4 委員の任期は、計画等の策定が終了したときまでとする。

(会長)

第5 委員会に会長を置き、委員の互選とする。

- 2 会長は会務を総理し、会議の議長となる。
- 3 会長に事故あるとき又は会長が欠けたときは、あらかじめ会長の指定する委員がその職務を代理する。

(会議)

第6 委員会は、市長が招集する。

(庶務)

第7 委員会の庶務は、福祉部長寿介護課において処理する。

2. 北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会委員名簿

任期:令和5年11月9日～令和6年3月31日

委嘱区分	氏名	所属団体等
被保険者	高橋 郁子	公益社団法人認知症の人と家族の会岩手県支部
	齋藤 重行	北上市社会福祉協議会福祉協力員協議会
	千田 秀美	北上市社会福祉協議会福祉協力員協議会
	菊池 智子	北上市社会福祉協議会福祉協力員協議会
	高橋 郁子	北上市地域女性団体協議会
保健、医療及び 福祉関係者	高橋 孝治	北上市老人クラブ連合会
	岩淵 崇 (会長)	一般社団法人北上医師会
	小原 善則	北上市社会福祉協議会
	佐藤 愼子	北上市民生委員児童委員協議会
	松生 達	北上歯科医師会
	小野寺 育子	北上市保健推進員協議会
	伊藤 貴文	北上薬剤師会
	白澤 宏明	専修大学北上福祉教育専門学校
	阿部 三津恵	北上市食生活改善推進員協議会
	高橋 俊肥考	北上市ボランティア団体連絡協議会
	及川 誠 (会長職務代理者)	一般社団法人岩手県社会福祉士会
	高橋 香純	北上療法士会
指定居宅サービス 事業、指定居宅介 護支援事業及び介 護保険施設関係者	及川 健憲	北上市老人福祉施設連絡会
	塙本 恵	北上市老人福祉施設連絡会
	北條 雅弥	北上地区ケアマネジャー連絡協議会
	水上 賢一	いわて地域密着型サービス協会奥州北上ブロック
	清水 智子	北上地区ケアマネジャー連絡協議会

3. 策定経過

期 日	内 容
2022年(令和4年) 6月27日～2023年 (令和5年)2月28日	在宅介護実態調査の実施
2023年(令和5年) 2月3日～24日	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施 (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・一般 (2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・2号
2023年(令和5年) 3月23日～7月6日	アンケート調査の実施 (1) 介護従事者向けアンケート (2) 経営者向けアンケート (3) 施設長又は管理者向けアンケート (4) サービス量・施設整備等意向調査
2023年(令和5年) 11月9日	第1回北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会 (1) 会長選出及び職務代理者の指定について (2) 第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険計画の策定方針について (3) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の集計結果について
2023年(令和5年) 12月21日	第2回北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会 第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の素案について
2024年(令和6年) 1月30日～2月9日	パブリックコメントの実施
2024年(令和6年) 2月1日	第3回北上市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会 (1) 素案修正点について (2) 第10次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画の素案について
2024年(令和6年) 2月7日～9日	市民説明会の開催 (1) 和賀町総合福祉センター (2) 市役所本庁舎 (3) 江釣子地区交流センター (4) 市役所本庁舎

**きたかみいきいきプラン
第10次北上市高齢者福祉計画
第9期北上市介護保険事業計画**

令和6年3月

発行・編集:北上市福祉部長寿介護課

〒024-8501 北上市芳町1番1号

TEL 0197(72)8218 FAX 0197(64)0287