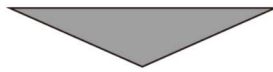


第 9 期介護保険事業計画 令和 6 (2024) 年度自己評価シート

令和 7 (2025) 年 7 月
柏崎市

<基本理念>

高齢者と周りの人々がともに支え合い、
健やかに安心して暮らし続けられる思いやりと笑顔あふれるまち柏崎
～地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を目指して～



基本目標１ いつまでも健やかな生活を送るための健康と生きがいづくり

- (１) 高齢者の健康づくりと介護予防の推進
- (２) 健康管理と重症化予防の推進
- (３) 元気な高齢者の就労支援と社会参加の促進

基本目標２ 住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくり

- (１) 地域での暮らしを支える体制の推進
- (２) 認知症施策の発展
- (３) 地域ケア会議の機能強化
- (４) 高齢者の権利を守る体制の推進
- (５) 在宅医療・介護連携体制の強化
- (６) 自立支援・重度化防止の取組強化
- (７) 相談支援体制の充実
- (８) 災害時における要援護者支援

基本目標３ 誰もが必要なサービスを受けられる介護・福祉の基盤づくり

- (１) 介護人材の確保・定着と介護サービスの質の向上
- (２) 持続可能な介護基盤の整備
- (３) 安心して暮らせる生活環境と住まいの確保

目次

1 いつまでも健やかな生活を送るための健康と生きがいづくり

- (1) 高齢者の健康づくりと介護予防の推進…………… 1、2
- (2) 健康管理と重症化予防の推進…………… 3、4
- (3) 元気な高齢者の就労支援と社会参加の促進…………… 5、6

2 住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みづくり

- (1) 地域での暮らしを支える体制の推進…………… 7、8
- (2) 認知症施策の発展…………… 9、10
- (3) 地域ケア会議の機能強化…………… 11、12
- (4) 高齢者の権利を守る体制の推進…………… 13、14
- (5) 在宅医療・介護連携体制の強化…………… 15、16
- (6) 自立支援・重度化防止の取組強化…………… 17、18
- (7) 相談支援体制の充実…………… 19、20
- (8) 災害時における要援護者支援…………… 21、22

3 誰もが必要なサービスを受けられる介護・福祉の基盤づくり

- (1) 介護人材の確保・定着と介護サービスの質の向上…………… 23、24
- (2) 持続可能な介護基盤の整備…………… 25、26
- (3) 安心して暮らせる生活環境と住まいの確保…………… 27、28

自己評価基準

施策に対する取組みの評価基準	評 価
計画どおり進んでいる（80％～100％程度）	A
おおむね計画どおり進んでいる（60％～79％程度）	B
やや計画に対して遅れている（30％～59％程度）	C
計画に対して遅れている（0％～29％程度）	D
評価対象外 事業の取りやめなど	F

注 計画期間内における当該年度の達成度により評価を行います。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1－（１）高齢者の健康づくりと介護予防の推進																
現状と課題																	
本市では、新規認定者の約８割が 75 歳以上の後期高齢者となっています。高齢期では、生活習慣病や加齢に伴う慢性疾患の有病率が高く、フレイルや認知機能障害、喪失体験などの環境因子も健康に大きく影響します。このため、疾病予防と生活機能低下防止の取組を一体的に進めるとともに、社会参加や社会的役割の創出といった生きがいくくりも推進していきます。																	
第 9 期における具体的な取組																	
1 通いの場の推進、介護予防プログラムの充実 2 保健事業と介護予防の連携した予防啓発 3 介護予防活動の継続支援 4 心の健康づくり																	
目標（事業内容、指標等）																	
1 国保データベースシステムによる平均自立期間 男性 79.1 歳、女性 84.3 歳（令和 4 年度） ⇒男女ともに新潟県や国と同等以上（令和 8 年度） 【参考】（令和 4 年度）国：男性 80.1 歳、女性 84.4 歳、 新潟県：男性 79.9 歳、女性 84.2 歳 2 コツコツ貯筋体操参加者数（累計） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">令和 3 年度</th><th style="width: 16.6%;">令和 4 年度</th><th style="width: 16.6%;">令和 5 年度 （見込み）</th><th style="width: 16.6%;">令和 6 年度</th><th style="width: 16.6%;">令和 7 年度</th><th style="width: 16.6%;">令和 8 年度</th></tr> <tr> <td>3,003 人</td><td>2,836 人</td><td>2,800 人</td><td>3,800 人</td><td>3,820 人</td><td>3,820 人</td></tr> </table>						令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度 （見込み）	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	3,003 人	2,836 人	2,800 人	3,800 人	3,820 人	3,820 人
令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度 （見込み）	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度												
3,003 人	2,836 人	2,800 人	3,800 人	3,820 人	3,820 人												
目標の評価方法																	
1 国保データベースシステムにより平均自立期間を算出し、新潟県や国との比較により評価。 2 コツコツ貯筋体操の実践団体の出席名簿を基に人数を把握し、評価。																	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 国保データベースシステムによる平均自立期間 男性 79.3 歳 女性 84.1 歳（令和6年度） 【参考】国：男性 79.7 歳、女性 84.0 歳 新潟県：男性 79.6 歳、女性 83.9 歳 2 コツコツ貯筋体操参加者数（累計）：令和6年度 2,736 人 令和5年度 2,773 人 【関連事業】 ・実施状況報告書 3-(1)
自己評価結果 【 B 】
1 コツコツ貯筋体操などの通いの場を活用し、フレイル予防や認知症予防などの啓発を実施しました。平均自立期間は、男性においては微増傾向ではあるものの、新潟県や国と比べるとやや短く、女性は同等以上でした。 2 フレイル予防のための「運動」について健康教育を実施し、運動の大切さを啓発することができました。生活習慣病のハイリスク者や健康状態不明者への保健指導を通して、生活や健康状態の把握、生活習慣の改善、健診・医療及び地域包括支援センター等必要な支援につなぐことができました。 3 コツコツ貯筋体操会場の支援や、保育園との取組により幅広い世代への周知啓発を行いました。令和6年度の目標とした3,800人の72%に留まりました。 4 高齢期のメンタルヘルスの特徴や課題から、地域による見守り体制の必要性や対応策について啓発することができました。また、こころの相談窓口チラシを配布することで、早期相談の必要性について周知・啓発することができました。
課題と対応策
1 高齢者が健康づくりや介護予防に取り組めるよう通いの場等を活用し、参加者のニーズに応じた健康教育や予防啓発を行います。 2 循環器疾患、骨折に関する医療費が高く、血糖有所見者の割合が年々上昇していることから、引き続き健康教育や保健指導によりフレイル予防、生活習慣病重症化予防を図り、高齢者の健康づくりと介護予防を推進します。 3 コツコツ貯筋体操の参加者数は、高齢化等により減少傾向となっています。訪問による継続支援に加え、体操の効果を周知することで利用促進を図っていきます。また、コツコツ貯筋体操センターにおいてパワーリハビリテーションと連携し、更なる普及を図っていきます。あわせて、前期高齢者や男性の健康づくりも推進していきます。 4 令和2年～令和6年の自殺者数は85人。うち、70代以上の自殺者数は29人であり、高齢者の自殺者数が多い傾向にあります。引き続き相談窓口の周知・啓発により早期相談を促すとともに、研修会等を通して高齢期の心の健康づくりを推進します。

取組みと目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1－（２）健康管理と重症化予防の推進
-------------	--------------------

現状と課題
本市の死亡原因は、１位がん、２位心疾患、３位老衰、４位脳血管疾患、５位肺炎となっています。健診やがん検診は、これらの疾病の早期発見や早期治療に向け実施していますが、国民健康保険加入者の４０歳から７４歳までを対象とした特定健診の受診率は、令和３年度 ４９．０％であり、７５歳以上の後期高齢者を対象とした高齢者健診の受診率も １８．５％と低く、更なる受診率の向上が必要です。 後期高齢者の医療費は、特に入院によるものが大きな割合を占めています。高血圧予防を含めた循環器疾患の発症予防・重症化予防が必要です。また、後期高齢者の９割以上は医療機関を受診しており、重症化を予防するためにも健診の継続受診、医療と連携した保健指導の実施が必要です。
第９期における具体的な取組
１ 健（検）診受診率の向上 ２ 生活習慣病の重症化予防の推進 ３ かかりつけ医や薬剤師との連携 ４ 感染症予防への普及啓発
目標（事業内容、指標等）
１ 国民健康保険特定健診受診率 50.1％（令和４年度）→60.0％（令和７年度） ２ 高齢者健診受診率 20.7％（令和４年度）→増加（令和７年度）
目標の評価方法
１ 翌年１２月に確定する特定健康診査受診率で把握。 ２ 翌年１２月に確定する後期高齢者健康診査受診率で把握。

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 特定健診受診率 令和5年度 52.5%（令和6年度の受診率は未確定） 2 特定保健指導実施率 令和5年度 43%（令和6年度の実施率は未確定） 【関連事業】 ・実施状況報告書 1-(2) ・健康増進事業（糖尿病相談会や糖尿病予防教室など）
自己評価結果 【 A 】
1 令和5年度の特定健診受診率は、目標に対し、達成率が104%でした。令和5年度の高齢者健診受診率24.6%は、令和4年度20.7%に比べ、3.9%向上しました。 2 令和5年度の特定保健指導実施率は、目標に対し、達成率が71.7%でした。また、特定保健指導とは別に、生活習慣病のリスクが高い者に実施する保健指導は、青壮年期から高齢者まで継続して重症化予防の関わりができました。 3 令和6年度も薬剤師と連携することで、対象者の選定や支援の方向性について助言をいただき、適切な受診行動や服薬管理への指導に結び付けることができました。 4 予防接種について、広報や対象者に個別に案内を郵送する方法で、感染症予防の効果と必要性について周知することができました。
課題と対応策
1 疾病の早期発見のために、受診勧奨した結果、特定健診と高齢者健診とも微増ながらも受診率を上げることができました。一体化において健診の受診勧奨を実施します。 2 特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、生活習慣病のリスクが高い者への保健指導を継続して重症化予防に努めました。引き続き、対象者に合わせた情報提供や早期の受診勧奨と保健指導を実施します。 3 対象者選定や保健指導時の対応など、薬剤師と連携し、必要な方に保健指導が実施できました。今後も連携して適正受診・適正服薬につながるよう保健指導を行います。 4 市内医療機関と連携し、高齢者の感染症による重症化や感染拡大を防ぎ、肺炎リスクの軽減を図るため、予防接種の必要性について継続して周知に努めます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	1－（3）元気な高齢者の就労支援と社会参加の促進
------	--------------------------

現状と課題						
高齢者の閉じこもりや孤立は心身機能の低下や寝たきりのリスクを高めるため、外出や社会参加の機会をつくることが重要です。敬老会の開催や老人クラブでの活動は、交流や健康づくり、生きがいに重要な役割を果たしています。 就労活動の促進は、高齢者が働くことを通して生きがいを得るとともに、自立支援にもつながる重要な取組です。柏崎市シルバー人材センターでは、高齢者の知識や経験を活用し、就業機会確保に努めています。一方で、高齢者人口の減少や定年延長の影響により、老人クラブや人材センターでは新規会員の確保が課題となっています。						
第9期における具体的な取組						
1 高齢者福祉の啓発 2 老人クラブの活動支援 3 柏崎市シルバー人材センターの活動支援						
目標（事業内容、指標等）						
敬老会の参加者数						
	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
	13,209人	13,601人	13,650人	14,000人	14,300人	14,600人
目標の評価方法						
1 町内会又は地区コミュニティ振興協議会が提出する実施計画書により、実施団体数を把握。 2 補助金申請及び実績報告により、老人クラブの活動内容を把握。 3 シルバー人材センターからの月次報告及び年間報告により、指標に定める件数等を把握。						

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容		
町内会、地区コミュニティ振興協議会等と委託契約し、地区敬老会の開催及びお祝い品配布の実績報告に基づき委託料を支払いました。令和6年度委託料 14,084 千円		
	令和5年度	令和6年度
実施団体数	158 団体	162 団体
対象者数	14,106 人	14,500 人
【関連事業】 ・実施状況報告書 3-(3)		
自己評価結果 【 B 】		
1 新型コロナウイルスの5類移行後、令和5年度から敬老会の開催及びお祝い品の配布を事業内容とし、実施団体数、対象者数が増加しました。 2 老人クラブ連合会及び単位老人クラブには活動促進に係る補助金を交付しましたが、令和5年度の51クラブ、会員数2,286人に対して、令和6年度は47クラブ、会員数2,051人に減少しました。 3 シルバー人材センターの会員数、請負・委任件数共に昨年度を下回りましたが、請負・委任の受託金額や契約金額は増加しました。全国的に会員数が減少している状況下において、柏崎市の粗入会率(60歳以上人口に対する入会率)は約3.8%と高い水準を保っています。(R5 全国平均 1.5%)		
課題と対応策		
1 毎年、新たに実施する団体はあるものの、いまだ全地区での事業実施には至っておりません。高齢者の外出機会の創出、交流活動の促進にあわせて、見守り活動の側面もあることから、未実施団体への働きかけを行います。 2 会員の高齢化に伴い、会長及び役員職を担う人材の不足により解散してしまうクラブが散見されます。引き続き、事務局と連携し、人材の発掘及び事務の負担軽減に努めます。 3 会員数、受注件数等の向上のため、新たな人材の掘り起こしや法人への仕事の切り出し提案などの新たな取組を行うシルバー人材センターを引き続き支援するとともに、効果的な支援の在り方を検討します。		

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（１）地域での暮らしを支える体制の推進					
現状と課題						
高齢化や人口減少が進み、人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まってきています。 くらしのサポートセンターは、介護予防となる居場所として住民主体で実施されています。また、付随事業として、くらしのサポーターによる支え合い活動も行われており、介護予防と支え合いの拠点として根付きつつあります。コツコツ貯筋体操は、普及活動や継続支援により、地域住民が主体となって体操に取り組む中で、住民同士のつながりや見守り意識が育まれています。生活支援コーディネーターは、自助・互助の意識づくり、担い手の仲間づくりの支援を行っています。全市レベルの第１層協議体（地域の支え合い推進会議）では、サービス提供主体間の顔の見える関係が築かれ、第２層協議体（地区単位の住民協議の場）や町内会単位での話合いが重ねられる中で、地域の暮らしに沿った取組が行われてきています。 今後も地域の担い手づくりを継続し、くらしのサポートセンターにおける付随事業と第２層協議体などの全市的な展開を進め、NPOや町内会などの多様な主体による取組を支援することにより、地域で支え合う体制を推進していく必要があります。						
第９期における具体的な取組						
1 担い手の育成と活動支援 2 住民主体の支え合い活動の推進						
目標（事業内容、指標等）						
1 第２層協議体 5地区（令和５年）⇒増加（令和８年度） 2 くらしのサポートセンター付随事業実施地区 11地区（令和５年）⇒増加（令和８年度） 3 くらしのサポーター講座受講者数（累計）						
	令和３年度	令和４年度	令和５年度 （見込み）	令和６年度	令和７年度	令和８年度
	245人	261人	284人	289人	294人	310人
目標の評価方法						
1 第２層協議体を設置した地区数を把握して評価。 2 付随事業実施地区の数を把握して評価。 3 くらしのサポーター講座ごとに修了者数を把握して評価。						

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 第2層協議体の実績8地区（比角、別俣、北条、松波、田尻、上条、荒浜、西山） 新規設置地区 1地区 2 ぐらしのサポートセンター付随事業に取り組む地区 23地区中12地区 新規実施地区 1地区 3 ぐらしのサポーター講座修了者数 365人（新規64人）、実施回数4回 初級編の講座を全市版、中通、南部及び西中通地区で開催しました。 【関連事業】 実施状況報告書 3-(4)
自己評価結果 【 A 】
1 西山地区において、ぐらしのサポートセンター運営協議会で支え合いの必要性を説明し、地域住民の理解を得て、新たに第2層協議体設置となりました。 2 付随事業地区では、地域の実情に応じた交流活動及び生活支援が創出されています。また、生活支援コーディネーターと地域へ働きかけを行うことで、付随事業未実施のぐらしのサポートセンターでは、ボランティアとして活動に参加・協力してくれる人が増加しています。 3 次年度の付随事業開始に向け、3地区でぐらしのサポーター講座を実施することができました。修了者は、各地区の支え合い活動の参加につながりました。
課題と対応策
1 第2層協議体の設置は、実施主体となる住民の理解や協力が得られるまでに時間を要します。生活支援コーディネーターと、安心して暮らせる地域づくりを啓発し、設置に向けた働きかけを継続します。また、話し合いが停滞している地区については、地域の実情に応じて話し合いが進むよう働きかけを行います。 2 付随事業に取り組むぐらしのサポートセンターでは、担い手の確保が課題となっています。生活支援コーディネーターと各地区の活動の定着支援に加え、やりがいや魅力などの発信を強化していきます。 3 ぐらしのサポーター講座修了者数は、目標を大幅に上回りました。講座終了後に、安心して地域の活動に参加できるように、今後も支援をしていきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2ー（2）認知症施策の発展					
現状と課題						
高齢化の進行に伴い、認知症高齢者は今後更に増加することが見込まれており、認知症高齢者に対する支援を充実させていくことが重要です。 認知症に対する支援では、本人やその家族に対する支援や地域づくりを中心とした事業の展開が重要であり、認知症予防、早期診断・早期対応を行うための医療体制の充実、介護従事者の質の向上など、それぞれの場面に即した事業展開が必要となります。 今後は、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方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。						
第9期における具体的な取組						
- 普及啓発・本人発信支援 - 予防 - 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援 - 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援・社会参加支援						
目標（事業内容、指標等）						
- 認知症に関する相談窓口を知っている方の割合 28.7%（令和4年度）⇒増加（令和8年度） - チームオレンジの設置数 10団体（令和4年度）⇒増加（令和8年度） - もの忘れ連絡シートの活用件数 115件（令和4年度）⇒増加（令和8年度） - 認知症サポーター養成数						
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	176人	426人	694人	300人	300人	300人
目標の評価方法						
- 第10期計画策定に向けた「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」から把握。 - 市への登録団体数の推移により把握。 - 地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所からの報告にて把握。 - 認知症サポーター養成講座実施報告書にて把握。						

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 【参考】認知症地域支援推進員の個別相談実績 令和6年度 実165件、延べ259件 令和5年度 実123件、延べ209件 2 登録団体数：17団体 登録済み17団体を対象にチームオレンジ連絡会を2回実施 3 もの忘れ連絡シートの活用件数：令和6年度 111件（15事業所、25医療機関） 令和5年度 87件（15事業所、17医療機関） 4 認知症サポーター養成人数：393人 実施回数：18回 【関連事業】 実施状況報告書 3-(5)
自己評価結果 【 A 】
1 認知症サポーター養成講座をはじめとする啓発活動において、認知症の相談窓口の周知を行うとともに、市ホームページに相談窓口を掲載しました。この結果、認知症地域支援推進員の個別相談は、前年度と比較して増加しました。 2 認知症サポーター養成講座のステップアップ講座を希望する団体がなく、新規のチームオレンジ登録はありませんでしたが、既に登録した団体を対象とした連絡会において、情報交換や他市の活動紹介を行うことができました。 3 もの忘れ連絡シートの活用件数は、前年度より増加しました。病院、開業医ともに、介護支援専門員等との連携が強化され、スムーズな受診につながっています。 4 認知症サポーター養成講座は、地域団体のほか、企業や大学などに対しても実施し、目標300人の131%となりました。受講者が、企業では親の介護が始まる世代、シルバー人材センターでは高齢者の支援を行っている人であったことから、今後の見守り体制の構築などに効果が期待されます。
課題と対応策
1 認知症の相談窓口について、引き続き認知症サポーター養成講座等の場で啓発を行うとともに、認知症ガイドをリニューアルし、広く配付して周知に取り組みます。 2 登録済みのチームオレンジにヒアリングを行い、各団体の活動が活性化されるよう支援を行います。また、関心のある団体に対し、認知症地域支援推進員と共に働きかけを行い、新規立ち上げを支援します。 3 引き続き介護支援専門員連絡会及び地域包括支援センター連絡会で、もの忘れ連絡シートの有効活用について周知し、医療・介護連携の強化を図っていきます。 4 若い年代層への周知を強化するため、柏崎市社会福祉協議会の福祉教育推進プログラムや、地域ケア推進会議における「認知症バリアフリー部会」の取組など、関係機関と連動し、学校、企業、組織等で広く講座を開催していきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（3）地域ケア会議の機能強化
現状と課題 高齢者が安心して地域で暮らしていくためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会資源が有機的に連携した環境を整備していくことが重要となります。 今後は、より一層自助・互助・共助・公助それぞれの取組を一体的に実施し、関係機関や地域の取組との連携だけでなく、市内の関係部局との横断的な連携を推進し、施策を展開していくことが必要となります。	
第9期における具体的な取組 1 地域課題の解決に向けた取組の充実（地域ケア個別会議・地域ケア圏域会議） 2 全市的課題の解決に向けた取組の推進（地域ケア推進会議）	
目標（事業内容、指標等） 1 地域ケア個別会議（介護予防）の検討件数 14 件（令和4年度）⇒維持（令和8年度） 2 地域ケア個別会議の開催回数 20 回（令和4年度）⇒27 回（令和8年度） 3 地域ケア圏域会議の開催回数 10 回（令和4年度）⇒14 回（令和8年度）	
目標の評価方法 1 地域包括支援センターが作成する会議報告書で把握。 2 // 3 //	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 地域ケア個別会議（予防会議） 14 件 2 地域ケア個別会議 15 回 3 地域ケア圏域会議 12 回 【関連事業】 実施状況報告書 3-(6)
自己評価結果 【 A 】
1 地域ケア個別会議（予防会議）は、専門職から、高齢者を取り巻く環境への視点を含めた実現可能な助言を受け、自立支援に向けた効果的なアプローチが実践できました。 2 地域ケア個別会議は、介護サービス担当者だけではなく、地域の関係者も含めた話し合いを行うことで、医療・介護関係者の具体的な連携方法や急変時に早期発見するための地域見守り体制の構築につながりました。 3 地域ケア圏域会議は、民生委員、くらしのサポートセンター援助員、高齢者運動サポーター、健康推進員、コミュニティセンター、介護関係者など 30 人以上の関係者を参集して話し合いを行うことで、地域に関わる関係者同士が、日頃からの連携の重要性を共有しました。
課題と対応策
1 地域ケア個別会議（介護予防）では、専門職から自立支援に向けた助言を受けることができている反面、実際に助言を現場で活かすことにハードルの高さを感じている支援者もみられます。このため、実践につながるような助言となるよう専門職に働きかけるとともに、支援者に対しても現場で助言を活かせるよう支援していきます。 2 地域ケア個別会議では、認知症や身寄りのない高齢者の問題の増加は、全市に共通する地域課題であるため、地域課題の発見から具体的な地域づくりや資源開発に発展するような取組について、引き続き地域包括支援センターと協働して進めていきます。 3 地域ケア圏域会議では、地域の課題や資源は様々であり、地域の特性に応じた会議の企画が必要となります。高齢者の見守りや支え合いに対する地域関係者の関心は高まりつつあるため、引き続き会議の効果的な活用を検討しながら実施していきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（４）高齢者の権利を守る体制の推進
現状と課題 柏崎市では高齢化率が 35.2%に達し、今後は要介護・認知症高齢者の増加が見込まれています。これに伴い、高齢者虐待や消費者被害などの権利侵害への対応が喫緊の課題となっています。 そのような方の権利を守るための成年後見制度は重要な支援策で、今後利用者の増加が見込まれていますが、認知度が低く、後見人を担う人材も不足しているため、市民後見人の育成が必要となっています。 こうした状況から、本市では令和４年４月に「柏崎市権利擁護センター」を設置し、制度の普及啓発に取り組んでいます。	
第９期における具体的な取組 1 高齢者虐待防止施策の推進 2 成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用促進 3 高齢者の消費者被害防止の推進	
目標（事業内容、指標等） 1 成年後見制度利用支援事業申請件数 14 件（令和４年度）⇒増加（令和８年度） 2 地域包括支援センターによる成年後見制度の活用支援 実 61 件（令和４年度）⇒増加（令和８年度）	
目標の評価方法 1 成年後見制度利用支援事業申請件数を実績管理表にて把握。 2 地域包括支援センター実績報告により、成年後見制度の活用支援件数を把握。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 成年後見制度利用支援事業申請件数 19 件 そのほか、審判請求手続きの費用助成 1 件、市長申立て 2 件 (参考) 令和 5 年度は、16 件 2 地域包括支援センターによる成年後見制度の活用支援 実 27 件 (新規 9 件) (参考) 令和 5 年度は、実 24 件 【関連事業】 実施状況報告書 3-(7)
自己評価結果 【 B 】
1 成年後見制度利用支援事業申請件数は 19 件で、昨年度から 3 件増加しました。 成年後見人へ支払う報酬に係る費用の助成を行うことで報酬の未払いや不足を防止しました。また、市長が行う審判の請求や後見開始の審判申立に係る費用を助成し、スムーズに手続きを実施しました。 2 成年後見制度活用支援件数は 27 件 (新規 9 件) で、目標に掲げた令和 4 年度より増加はしていませんが、前年度実績から 3 件増加しました。地域包括支援センターにおいて、成年後見制度 (後見・保佐・補助) が必要と思われる対象者及びその家族に対する制度の説明を行い、柏崎市権利擁護センターへつなぐことで制度活用及び周知につながっています。 自己評価は、2 で実績が下回っていますが、取組の実態において、計画に対して遅れているという状況ではないため「おおむね計画どおり進んでいる (60～79%程度)」の B 評価としました。
課題と対応策
1 身寄りのない高齢者が増加していることを背景に、今後も成年後見制度の対象者は増加することが見込まれるため継続的な制度周知を行い、対象者に対する審判費用助成や報酬助成を実施していきます。 2 柏崎市権利擁護センターとの情報交換を適宜行い、地域包括支援センターが担う役割を整理しながら、必要な高齢者に対して制度の活用を支援していきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（５）在宅医療・介護連携体制の強化
現状と課題 医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らすためには、在宅医療と介護の連携が重要です。各種調査結果から、人生の最期（看取り）を自宅で迎えたいという回答が約半数となっている一方で、多くの方が家族への負担など在宅医療への不安を抱えています。また、要支援・要介護者と介護者が共に 65 歳以上である世帯が少なくなく、主な介護者の方が認知機能や身体機能の低下を抱えつつ、介護を行うことに多くの不安を感じていることがうかがえます。 在宅医療や在宅介護での負担を軽減できるよう、在宅医療・介護関係者の連携を強化し、サービス提供体制の充実を図るとともに、制度やサービス内容の周知を行っていくことが必要です。	
第 9 期における具体的な取組 1 医療・介護関係者間のネットワークの強化 2 在宅医療・介護の理解促進に向けた普及啓発 3 医療や相談体制の整備	
目標（事業内容、指標等） 1 入退院時連携シートを活用している居宅介護支援事業所（柏崎圏域）の割合 93%（令和 4 年度）⇒100%（令和 8 年度） 2 人生の最期の迎え方について家族で話し合った経験がある方の割合 18.1%（令和 4 年度）⇒増加（令和 8 年度）	
目標の評価方法 1 居宅介護支援事業所に対する活用状況調査から把握。 2 第 10 期計画策定に向けた「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」から把握。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 入退院時連携シートを活用している居宅介護支援事業所の割合：100% (参考) 令和5年度は100% 入退院時連携シートの活用と医療・介護のネットワーク強化のため、入退院連携ガイドを作成し、活用のための説明会を開催しました。 (参加者数：129名、うち会場74名・WEB55名) 2 【参考】 支援者が意思決定支援の実践を学ぶための多職種研修会を実施(参加者数：80名) 地域包括支援センターの代表者と在宅医療・介護連携支援センター事務局とで内容を検討し、住民向け啓発媒体(紙芝居形式)を作成しました。 【関連事業】 実施状況報告書 3-(8)
自己評価結果 【 A 】
1 居宅介護支援事業所における入退院時連携シートの活用率は100%で、医療と介護の関係者が相互の役割を理解し、円滑な入退院支援のためのプロセスを可視化すること、活用に向けて支援者と入退院連携ガイドを共有することができました。 2 研修会を開催したことで、支援者が意思決定支援についての理解を深めることや、支援者が、本人や家族の意向を尊重した支援について、日々の業務で実践する意識を高めることができました。また、紙芝居を作成したことで、地域包括支援センターが地域住民に向け、意思決定について啓発していく準備を整えることができました。
課題と対応策
1 医療・介護関係者の連携体制の充実に向け、入退院連携ガイドの活用状況を確認しながら、今後の周知や効果的な活用について検討していきます。 2 紙芝居を活用し、市民による意思決定の実践につなげていく必要があります。このため、令和7年度からは、地域生活支援センターが地域住民に対し、作成した媒体を活用して啓発に取り組んでいきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（6）自立支援・重度化防止の取組強化
現状と課題	
介護や介助を要する原因には、高齢による衰弱や骨折転倒などが多く、自立支援に向けた介護サービス計画（ケアプラン）作成を目的に、多職種協働で地域ケア個別会議（介護予防）やケアプラン点検などの事業を実施しています。 今後、更に自立支援・重度化防止を推進していくためには、本市が目指す自立支援や重度化防止の必要性を、住民や介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所、専門職の団体などが理解し、住民と行政、関係機関が一体となって取り組んでいく必要があります。	
第9期における具体的な取組	
1 自立支援に資するケアプラン作成の支援 2 自立支援に向けた介護サービスの提供 3 多職種連携の推進 4 関連事業との連動	
目標（事業内容、指標等）	
要介護認定の更新時における改善率（介護認定区分が軽度変更した方の割合） 16.8%（令和4年度）⇒17%（令和8年度）	
目標の評価方法	
要介護認定の更新を行った方のうち、介護認定区分が軽度変更となった方の割合を評価。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
・要介護認定の更新時における改善率（介護認定区分が軽度変更した方の割合）17.9% 【関連事業】 実施状況報告書 3-(9)
自己評価結果 【 A 】
・ケアプラン等点検事業において、36名の介護支援専門員と面談し、852件（ケアプラン1か月を1件として計上する。）のケアプラン点検を実施しました。共通課題については、介護支援専門員連絡会で共有するとともに、課題解決のため、介護支援専門員（地域包括支援センター職員を含む。）を対象に自立支援研修会を2回実施しました。その結果、以前と比較しケアプラン作成に関し、全員が以前よりも大幅に資質が向上したとアンケートで回答しており、結果、利用者の介護度の改善につながったと思われます。 ・リハビリ訪問の件数は、昨年とほぼ同数の7件でした。利用促進のために介護支援専門員連絡会やケアプラン点検事業で勧奨するとともに、事業についての周知を実施しました。 ・多職種協働による地域ケア個別会議をはじめ、認知症多職種協働研修会や介護サービス事業所研修会など、各種研修会を通して連携が強化され、利用者の自立支援を目指し、質の高いサービスを提供することができました。
課題と対応策
・ケアプラン等点検事業については、今後も介護支援専門員連絡会や研修会などと連動させ、介護支援専門員などの資質向上を目指します。 ・リハビリ訪問の依頼件数は、一定数あるものの対象者の状態変化等もあり、実際の訪問に繋がらないケースもみられます。実際に市の事業を必要としているケース数の把握と理解度について介護支援専門員等に確認し、今後の事業継続に活かします。 ・引き続き、多職種協働を意識できる研修会を実施し、質の高いケアプランに基づき、自立を促す支援につなげていきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2ー（7）相談支援体制の充実
現状と課題 複雑化・複合化する高齢者の生活課題に対応するため、介護・福祉・保健・医療など、高齢者に関する様々な相談に対応し、地域共生社会の実現に向け、属性や世代を問わない包括的な支援が求められています。このため、各相談支援機関との連携を更に強化し、「断らない相談支援」を目指した体制を構築していく必要があります。 しかし、高齢者世帯の増加により、早期の相談につながりにくい状況も見られており、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果からは、家族や友人以外の相談相手がいない理由として「相談先が分からない」とする割合が高く、相談窓口の周知を工夫しながら行っていく必要があります。 地域包括ケアシステムの深化・推進、さらに地域共生社会の実現にあたっては、地域包括支援センターが担う中核的役割は重要であり、地域の様々な相談窓口との連携を強化し、相談支援体制の充実を図っていく必要があります。	
第9期における具体的な取組 1 地域包括支援センターの適切な運営と機能強化 2 包括的支援ネットワーク構築機能の強化 3 包括的相談支援体制の構築	
目標（事業内容、指標等） 1 新規相談件数（新規台帳登録者数） 1,125件（令和4年度）⇒1,100件（令和8年度） 2 支援困難ケースの対応（延べ回数） 1,043回（令和4年度）⇒1,100回（令和8年度）	
目標の評価方法 1 地域包括支援センターからの毎月の業務報告書で新規相談件数を確認し、高齢者本人やその家族からの相談、民生委員や地域の関係者からの相談に適切に対応されているかを把握。 2 地域包括支援センターからの毎月の業務報告書で困難事例への対応件数を確認し、包括的・継続的ケアマネジメントが実施されているかを把握。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
1 新規相談件数 1,167 件 (参考) 令和5年度は、1,281 件 2 支援困難ケース対応件数 1,110 件 (参考) 令和5年度は、739 件 【関連事業】 実施状況報告書 3-(10)
自己評価結果 【 A 】
1 新規相談件数は前年度より減少しましたが、令和8年度に掲げている目標件数を上回っています。高齢本人や家族からの相談のほか、民生委員や地域関係者から寄せられる相談も多く、相談窓口の周知啓発を継続していることで、様々な相談につながっているものと考えられます。 2 支援困難対応ケースについて、おおむね目標件数の対応を行いました。複雑化・複合化する課題を抱える事例について、関係機関や地域との関係者と連携しながら解決に向けて取り組みました。
課題と対応策
1 高齢者世帯の増加に伴い、相談することに抵抗を感じやすくなったり、身体機能や認知機能の低下から自ら相談することが難しくなったりなど、早期相談につながりにくい傾向がみられています。引き続き関係機関との連携を図りながら、高齢者本人や家族からの相談だけでなく、地域関係者などからも相談につながるよう働きかけていきます。 2 複雑化・複合化した課題を抱える高齢者からの相談は増えています。地域包括支援センターをはじめとした関係機関同士の連携を強化するとともに、早期相談について周知・啓発を行い、相談支援体制の充実を図っていきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	2－（８）災害時における要援護者支援
現状と課題	
近年の自然災害の多発を受け、高齢者が安心して暮らすためには、災害対策と支援体制の強化が急務です。特に増加傾向にある一人暮らしや高齢者世帯では、自力避難が難しいケースが多く、迅速な避難を行うためには、地域や関係機関との連携が重要です。そのため、要介護高齢者など支援が必要な人の情報を共有し、地域で支え合える体制づくりが進められています。 また、介護事業所と連携した防災訓練などを通じて、地域全体で災害時の支援体制を整えることが求められています。	
第9期における具体的な取組	
1 災害時要援護者支援体制の整備 2 災害時における要配慮者の受入体制 3 介護サービス事業所と連携した災害対策の推進	
目標（事業内容、指標等）	
避難行動要支援者名簿 未同意者率 14.1%（令和4年度）⇒半減（令和8年度）	
目標の評価方法	
制度の対象者に毎年送付している「避難行動要支援者登録申請書兼個別計画」の返送率により把握。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
実施内容	
避難行動要支援者名簿 未同意者率 16.1% 【関連事業】 実施状況報告書 3-(11)	
自己評価結果 【 B 】	
どの事業についても一定程度定着しつつあり、特に介護支援専門員による要援護者の安否確認、介護老人福祉施設などにおける要援護者の受入れの報告については早期に事業所から対応いただけるようになった。 避難行動要支援者名簿については、地域の役員が代わっても同様な支援体制を継続できるよう、「要配慮者支援に関する手引き」を有効に活用し、要配慮者への避難支援の一助としたい。	
課題と対応策	
役員、職員の交代があっても同様の支援体制を維持又は向上させるため、地域での啓発活動やマニュアル等による働きかけを加速化する必要がある。	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	３－（１）介護人材の確保・定着と介護サービスの質の向上
現状と課題	
要介護高齢者の増加と生産年齢人口の減少を見据えた、介護サービス基盤の整備と介護人材の安定確保が必要です。そのため、これまで以上に介護職や看護職、介護支援専門員などの人材確保・育成・定着に向けた取組が求められています。 介護支援専門員は、身近な専門家としての相談先と認識されており、今後、業務の増加・複雑化が見込まれ、人材確保や資質向上のための研修などの支援が重要です。また、若手職員を定着に向け、事業所間の垣根を超えた交流や若手職員の活動の場を作っていくことが重要です。	
第９期における具体的な取組	
１ 介護人材の確保支援 ２ 人材育成や業務の効率化による質の向上と定着支援 ３ 介護現場の理解促進とイメージアップ	
目標（事業内容、指標等）	
介護職員の離職率 12.9%（令和４年度）⇒改善（令和８年度） 【参考】介護職員数 1,330 人（令和５年４月１日現在推計値）	
目標の評価方法	
・ 事業利用状況を把握して評価。 ・ 事業者に対して介護職員の採用・離職の状況把握及び各施策の効果を調査して評価。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
介護職員の離職率 12.6% (令和5年度) 【関連事業】 実施状況報告書 3-(12)
自己評価結果 【 A 】
・ 令和6年度から就職支援事業補助金及び資格取得支援補助金の補助要件を見直したことにより、若手介護職員の確保及び事業所の手当制度の見直しにつなげることができました。 - また、令和6年度より介護支援専門員定着支援金を開始したことにより、資格更新の一助となり、介護支援専門員の職場定着につなげることができました。 ・ 総合高校での出前授業の対象学年を拡大するとともに、高校生向け介護講座及び一般向け介護講座を新設し、介護職の魅力を知ってもらうことができました。 ・ 市内の介護・障害福祉事業所の施設長を対象に、10年先を見据えた施設の在り方についてのセミナーを開催し、経営者としての役割について振り返るきっかけを提供することができました。 ・ 若手職員を対象に交流会を開催し、事業所の垣根を超えた交流を促すことができました。 ・ 新潟県介護実習・普及センターと連携し、県の事業である県民介護知識・技術習得講座を柏崎市の会場で開催していただくことで、魅力発信につながりました。
課題と対応策
・ 補助金事業を知らない求職者や現職の介護職員等が多少なりともいることから、事業の活用により就職や職場定着につながるよう事業者と協力して周知に取り組みます。 ・ 出前授業や介護講座を継続し、若い世代と高校教員へのイメージアップを図り、将来的な人材確保につなげます。 ・ 施設長と介護職員を兼務する方が多いため、施設長という役割について考える機会を今後も継続して提供していきます。 ・ 若手職員同士の交流や管理職級のつながりの場を提供するため、今後も継続して開催し、市内の事業所が切磋琢磨していく環境づくりを目指します。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	３－（２）持続可能な介護基盤の整備
現状と課題	
本格的な少子高齢化・人口減少時代を迎え、本市においては既に高齢者人口は減少に転じており、要介護認定者数や介護保険サービスの利用者数も、減少傾向となっています。しかしながら、75 歳以上の高齢者人口は今後も増加し、認知症や医療依存度の高い高齢者の増加が見込まれるため、地域でどのように支えていくべきか体制を検討していく必要があります。 介護サービスの基盤整備の検討にあたっては、こうした高齢者の推移やサービス利用の実態を適切に把握し、反映していく必要があります。なお、介護サービスの基盤整備においても介護人材の確保が大きな課題といえます。	
第 9 期における具体的な取組	
1 介護サービス基盤の確保 2 介護保険サービスの質の確保と保険給付の適正化 3 災害や感染症に対する備え	
目標（事業内容、指標等）	
介護サービス基盤整備計画に基づき、施設整備を計画的に進めます。	
目標の評価方法	
介護サービス基盤整備計画により、真に必要とされる施設整備が進んでいるか確認。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
以下のとおり介護サービスの転換が2件ありました。 ①特別養護老人ホームにしかりの里が短期入所生活介護10床を介護老人福祉施設へ転換 ②デイサービスセンターえみふるが通所介護を地域密着型通所介護へ転換 【関連事業】 実施状況報告書 3-(13)
自己評価結果 【 B 】
1 介護サービス基盤整備計画に基づき、施設整備を計画的に進めました。 2 地域密着型サービス事業所に対し、制度改正の内容等について集団指導を実施するとともに、介護サービスの実施状況及び最低限満たすべき運営基準等運営体制等について運営指導を実施し、介護保険サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図るとともに、事業者の育成・支援を行いました。 3 介護サービス事業所に対し、業務継続計画について助言等を行う等、必要な指導を行うことができました。 また、地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金を活用し、介護サービス事業所の防災・減災対策を推進しました。
課題と対応策
1 介護保険サービス事業所に対し、防災・減災対策のための補助金について周知していますが、利用したいという声が挙がるのが少ないため、今後の周知方法等について検討していきます。 2 集団指導及び運営指導を実施し、制度改正の内容や最低限満たすべき運営基準等運営体制等について通知してはいるものの、事業者伝わっていない部分があるため、より分かりやすい指導内容を検討していきます。 3 運営指導の際に業務継続計画の確認を行うため、市指定の介護サービス事業所での直接確認には数年かかってしまうが、集団指導等で助言等を行い、自己点検を促します。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル	3－（3）安心して暮らせる生活環境と住まいの確保
現状と課題	
日常生活や健康面に関する不安が高まりやすい単身高齢者や高齢者のみの世帯が増加しており、見守りや生活支援を必要とします。しかし、親族などとの関係や地域における交流・関係性の希薄化から孤立しやすい状況となっているため、地域や社会での見守り支援の充実が一層求められています。 また、「身寄りのない方」が増加しており、このような状況は、今後ますます増えることが予想され、介護が必要となった場合や亡くなった後など、様々な場面での対応が課題といえます。 また、見守りや生活支援を必要とする高齢者の住まいとして、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームなどが整備・運営されていますが、在宅生活が困難な低所得者の住まいが課題となっています。	
第9期における具体的な取組	
1 在宅生活支援 2 高齢者の住まいの確保 3 身寄りのない高齢者支援	
目標（事業内容、指標等）	
救急医療情報キットの配布 288 世帯（令和4年度） ⇒ 毎年 350 世帯	
目標の評価方法	
申請数により配布数を把握。	

取組と目標に対する自己評価シート

年度	令和6(2024)年度
----	-------------

実施内容
救急医療情報キットの配布 配布数 445 世帯、申請者数 577 人 【関連事業】 ・実施状況報告書 3-(14)
自己評価結果 【 B 】
1 在宅生活支援 在宅の単身高齢者には、元気なうちからの備えとして救急医療情報キットの周知を行いました。高齢者現況調査に合わせて民生委員から協力していただき、情報シートの更新及び未利用者への周知により新規配布者が増加しました。 緊急通報装置は、利用者の年数経過に伴い、設置済み利用者の緊急連絡先や協力員の変更を必要とする事例が多いことから、事業者と協力し情報更新を行いました。また、安否センサーにより対象者の体調の異変を感知し、早期に協力員や親族、医療機関につなぐ事例がありました。 2 高齢者の住まいの確保 それぞれの収入や受援状況に合わせ、最適な住宅の提案を行いました。 また、老朽化した養護老人ホームを移転することで、現在のニーズに合わせた施設整備を進めました。 3 身寄りのない高齢者支援 地域ケア推進会議により、庁内における情報の共有及び連携の必要性を確認できました。 しかし、身寄りのない高齢者に関する対応ケースは、毎年一定数あることから、元気なうちからできることについて広く周知し、自身で終末期に備える体制を整えることが必要です。
課題と対応策
1 単身高齢者世帯が増えている中、在宅生活を支える制度の継続は欠かせません。情勢の変化により、制度設計当時と実態が離れてきている事業（単身高齢者等緊急通報装置設置事業、高齢者世帯等除雪費助成事業、ふれあい給食サービス事業）は、見直しが必要です。 2 介護と福祉の狭間にある方（加齢により身体能力の低下がみられる障害者）が利用できる住まいが限られています。住まいを必要とされる方がどれだけいるのか、把握していかななくてはなりません。 3 元気なうちからできることを、様々な形で啓発を行う必要があります。広報かしわざきを有効に使うなど、地道に取り組みます。