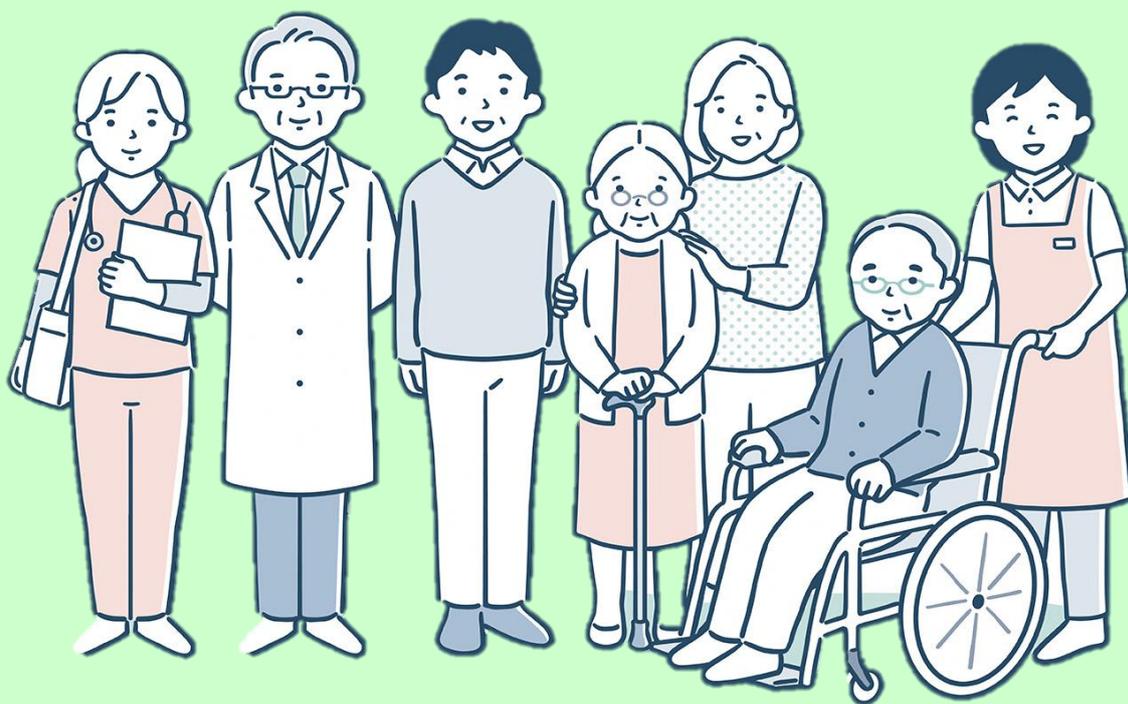


# 川棚町高齢者保健福祉計画及び

## 第9期介護保険事業計画

【令和6年度(2024)～令和8年度(2026)】

共に支え合い いきいきとすこやかに暮らせるまち



令和6年3月

川棚町



## ごあいさつ

超高齢社会における介護問題の解決を図るため、介護を必要とする高齢者を社会全体で支える仕組みとして平成12年に介護保険制度が創設され、高齢者の生活を支える制度の一つとして定着してきました。

我が国では、総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、高齢化は進展しています。本町においても令和5年12月において、高齢化率35.1パーセントに達し、高齢者独居世帯、高齢世帯が増加し、認知症の高齢者も増加しており、今後介護保険認定者の増加や介護給付費の上昇が予測されます。

このような状況の中、本町では平成29年度から介護予防・日常生活支援総合事業に取り組み、介護予防サービス給付の適正化及び町独自の訪問型、通所型サービス等を実施してまいりました。また、一般高齢者を対象として健康寿命の延伸、介護予防に関する普及・啓発、一般介護予防事業の充実、ボランティア支援事業や地域の通いの場での「いきいき百歳体操」の普及に力を入れてまいりました。

「第9期川棚町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」ではこれまでの取組を踏まえて「地域共生社会の実現」を目指し、「介護予防と健康づくり」、「地域における支え合い、見守り活動の促進」を含む4つに重点的に取組みます。また、防災対策等を踏まえ本町の将来像である「共に支え合い いきいきとすこやかに暮らせる町川棚町」の実現を目指すため令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間を計画期間として策定しました。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重なご意見、ご提言をいただきました川棚町介護保険事業計画策定委員会の皆さまをはじめ、アンケート等にご協力いただきました町民の皆さまに対し心からお礼申し上げます。

令和6年3月

川棚町長 波戸 勇 則

## 目次

第1部 総論.....	1
第1章 計画策定にあたって.....	1
第1節 計画策定の趣旨.....	1
第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定.....	5
第3節 前期計画の評価.....	10
第2章 まちの現状.....	19
第1節 人口と高齢者の現状.....	19
第2節 日常生活圏域の設定.....	27
第3節 各種調査結果について.....	31
第4節 本町の現状から見えてきた課題.....	47
第3章 計画の基本的な考え方.....	49
第1節 計画の目指す姿.....	49
第2節 基本構想と基本計画の枠組み.....	56
第2部 各論.....	58
第1章 元気な高齢者の施策の推進.....	60
第1節 介護予防と健康づくりの推進.....	60
第2節 生きがいつくりの支援と社会参加の促進.....	73
第2章 見守りや介護予防等を必要とする高齢者.....	79
第1節 地域における支えあい見守り活動.....	79
第2節 在宅生活を支える福祉サービスの提供.....	81
第3節 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり.....	84
第4節 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築.....	92
第5節 介護人材とサービスの質の向上.....	101
第3章 介護保険事業量の推計.....	103
第1節 認定者等の推移と予測.....	103
第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策.....	107
第4章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出.....	110
第1節 介護保険事業費の算出.....	110
第2節 介護保険料の算出.....	114
第3節 2040年のサービス水準等の推計.....	116
第5章 計画の推進体制.....	118
第1節 計画推進に向けた役割と連携.....	118
第2節 進捗状況管理.....	119
第3部 資料編.....	122

# 総論



## 第1部 総論

### 第1章 計画策定にあたって

#### 第1節 計画策定の趣旨

##### 1 計画策定の背景

わが国では、少子高齢化が進行し、総人口が減少を続ける一方で、平成27年には団塊の世代が65歳以上となり、高齢者人口は大幅に増加しています。本町におきましても、令和4年時点で高齢化率が34.3%（3人に1人は高齢者）となっており、今後も高齢化は更に進行していく見込みです。

本町では、団塊の世代が75歳以上となる令和7年を見据え、以下7つの基本目標を掲げ、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を推進してきました。

- 1 生涯現役社会の実現と生きがいに満ちたまちづくり
- 2 地域包括ケア推進体制の構築
- 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 多様な住まい・サービスの整備促進
- 6 介護人材の確保とサービスの質の向上
- 7 防災と感染症対策

今後、団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらに現在は働き盛りの年齢である団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据えると、さらなる後期高齢者の増加と、それに伴って支援を必要とする人が増え続けることが想定されます。

そのため、要介護高齢者や支援を必要とする高齢者を地域で支え、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域住民、事業者等が連携した、新たな担い手による持続可能な介護・福祉サービスの創出を目指していくことが必要となっています。

このようなことから本町では、高齢者に関する保健、福祉施策と介護保険施策の密接な連携の下、「地域共生社会の実現」を目指し、総合的、体系的に実施していくため、「川棚町高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」を策定しました。

## 2 介護保険制度の経過と全国平均及び川棚町介護保険料基準額

<p><b>第1期 制度開始</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービスを原則1割の負担をしながら利用する制度の開始</li> <li>● ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加</li> </ul>	<p>平成12年度～平成14年度 全国平均 2,911円 川棚町 2,669円</p>
<p><b>第2期 制度定着</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質向上サービスの質の向上、在宅強化</li> <li>● 要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む</li> </ul>	<p>平成15年度～平成17年度 全国平均 3,293円 川棚町 3,045円</p>
<p><b>第3期 制度改正</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視</li> <li>● 地域包括支援センターの設置と地域密着型サービスの提供開始</li> </ul>	<p>平成18年度～平成20年度 全国平均 4,090円 川棚町 4,540円</p>
<p><b>第4期 予防の強化と地域福祉との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進</li> <li>● 介護給付の適正化と事業所に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督の適切な実施</li> </ul>	<p>平成21年度～平成23年度 全国平均 4,160円 川棚町 4,500円</p>
<p><b>第5期 地域包括ケアシステムの構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化</li> <li>● 施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準（37%枠）の撤廃</li> </ul>	<p>平成24年度～平成26年度 全国平均 4,972円 川棚町 5,100円</p>
<p><b>第6期 在宅医療・介護の連携と包括的支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 2025年までのサービス・保険料水準など中長期的な視野に立った施策の展開</li> <li>● 市町村の独自事業に位置付けられた介護予防・日常生活支援総合事業の導入</li> </ul>	<p>平成27年度～平成29年度 全国平均 5,514円 川棚町 5,300円</p>
<p><b>第7期 介護予防・総合事業の開始と権限強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の本格開始</li> <li>● 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア担当者会議の設置</li> <li>● 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ）の創設による評価の仕組みと責任の明確化</li> </ul>	<p>平成30年度～令和2年度 全国平均 5,869円 川棚町 5,500円</p>
<p><b>第8期 人材確保と業務効率化、感染症対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域共生社会の実現</li> <li>● 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化</li> <li>● 災害や感染症対策に係る体制整備</li> </ul>	<p>令和3年度～令和5年度 全国平均 6,014円 川棚町 5,500円</p>

### 3 保険者に求められる機能の変化

#### 第1～2期 介護保険制度の適切な運用

- 多くの保険者が法令に則った適切な運用を行うための体制づくりに注力。
- 普遍性の高い制度の基本設計もあり、比較的、標準化された地域の仕組みが構築された。

地域包括支援センターの創設

地域密着型サービスの導入

#### 第3期以降 地域マネジメントに向けた体制・制度整備 (保険者の裁量の拡大)

- 地域密着型サービスの導入により、サービス基盤整備における市町村裁量が拡大され、地域マネジメントのツールを獲得。
- また地域包括支援センターの設立によって、それぞれの地域独自のマネジメント体制が構築された。

地域ケア会議・協議体の導入

見える化システムの本格稼働

保険者機能強化推進交付金の導入

#### 第7期以降 地域マネジメントのための具体的なツールの導入 (評価の仕組みとマネジメント責任の明確化)

- 各地域におけるアウトカムの「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れに。
- 地域ケア会議や協議体、見える化システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む。
- 各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が、保険者インセンティブ交付金に反映される。

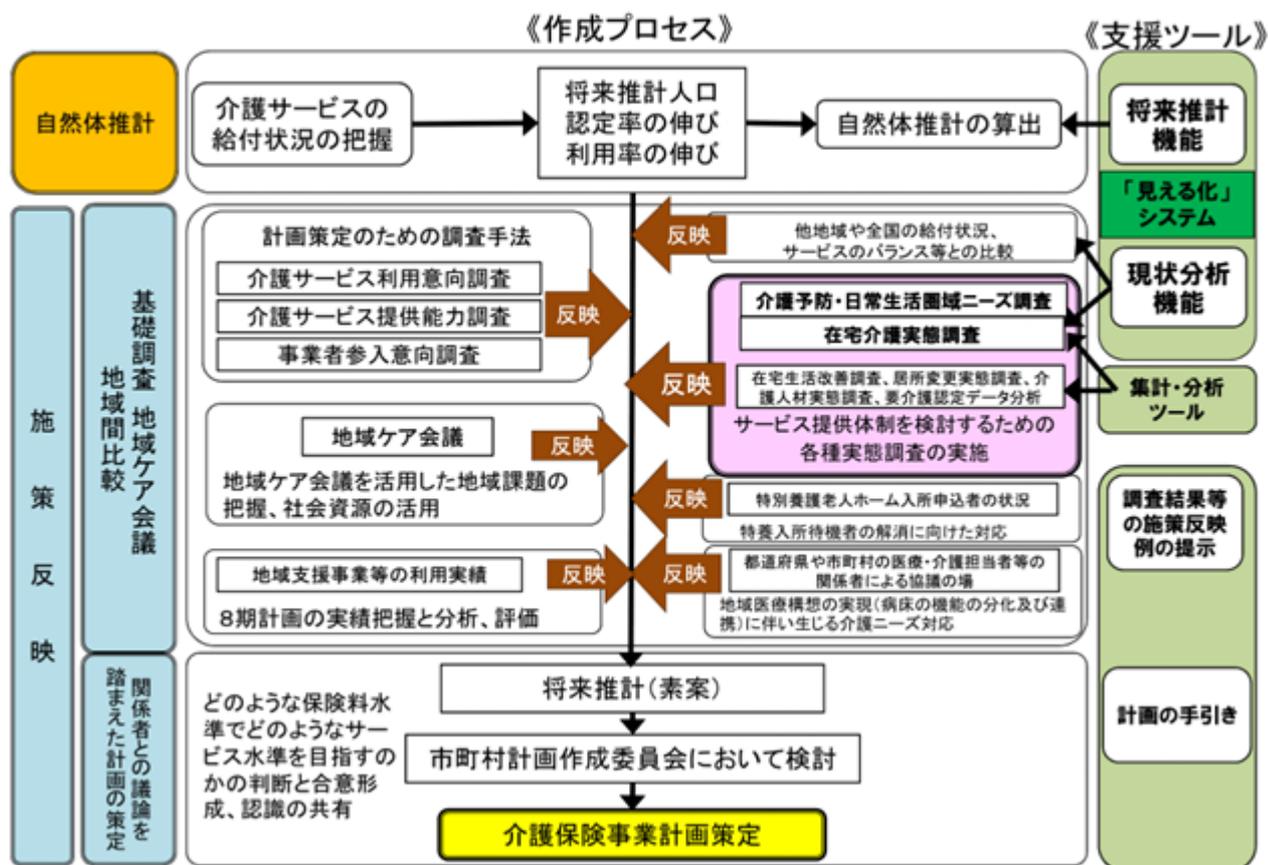
## 4 計画策定に向けた地域特性の把握

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者として地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要となります。

そのため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査等における高齢者の生活実態及びニーズの把握や、「見える化」システムにおける地域間比較による地域特性の把握、地域ケア会議、協議体など、**地域から課題や特徴を抽出し**、さまざまな角度からの視点による地域特性の把握を行います。

同時に、2025年までに達成すべき地域包括ケア構築の姿と目指す目標、さらに2040年に向けたまちの状況を見据えた地域包括ケアのあり方について検討を行います。

第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ R4.7.29



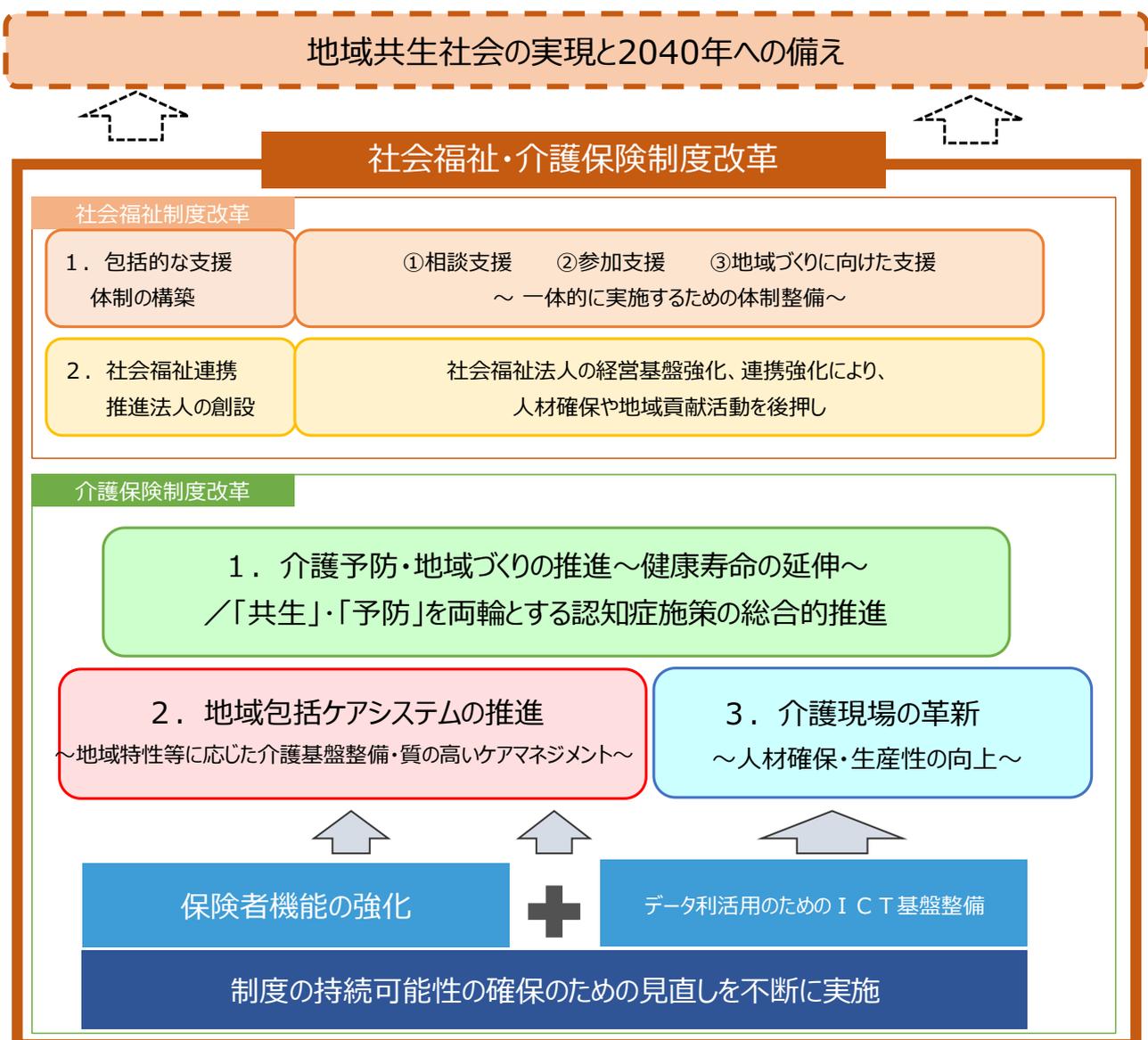
## 第2節 国の動向や制度改革を踏まえた計画策定

### 1 介護保険制度改革の概要

国は、第9期計画策定に向けた基本方針として、社会福祉制度改革と介護保険制度改革の2つの大きな改革を軸とした「地域共生社会の実現と2040年への備え」を掲げています。

そのうち、介護保険制度改革の中では、3つの柱とその基盤となる保険者機能の強化、データ利活用のためのICT基盤整備を目指しています。

なお、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価が求められています。

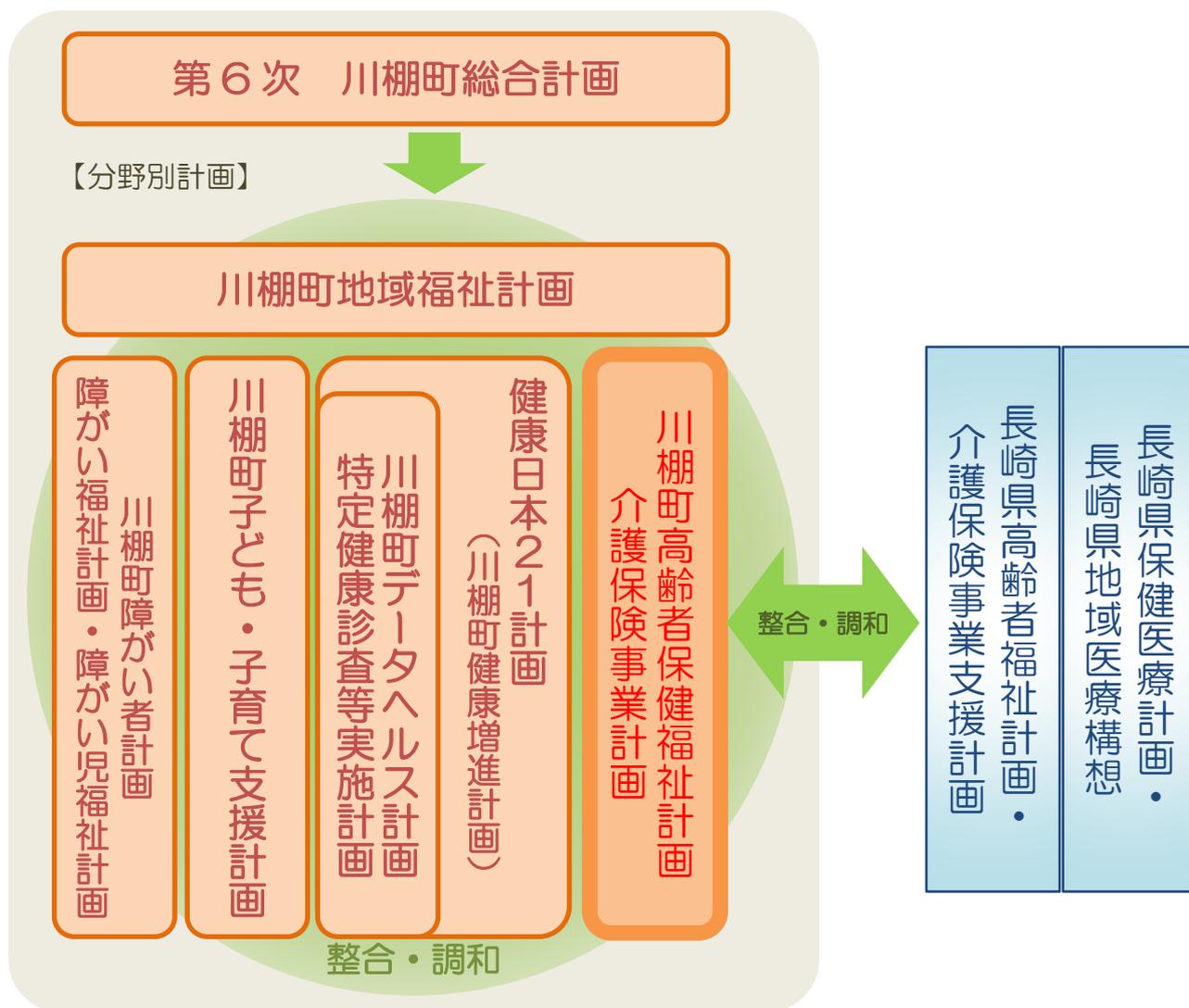


## 2 計画の位置づけについて

総合計画とは、まちづくりの行政運営指針の最上位計画で、まちの将来像や達成する目標などをとりまとめたものです。

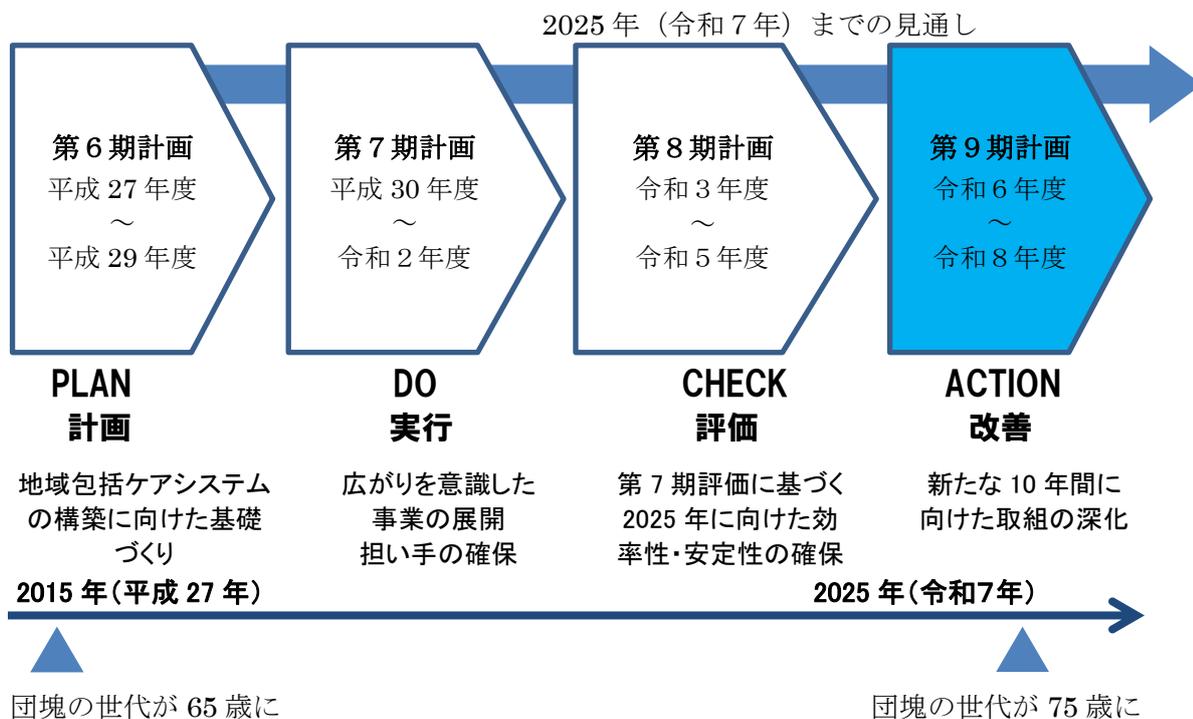
地域福祉計画は、総合計画の部門計画として、各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。

本計画は、地域福祉計画の実施計画として、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。



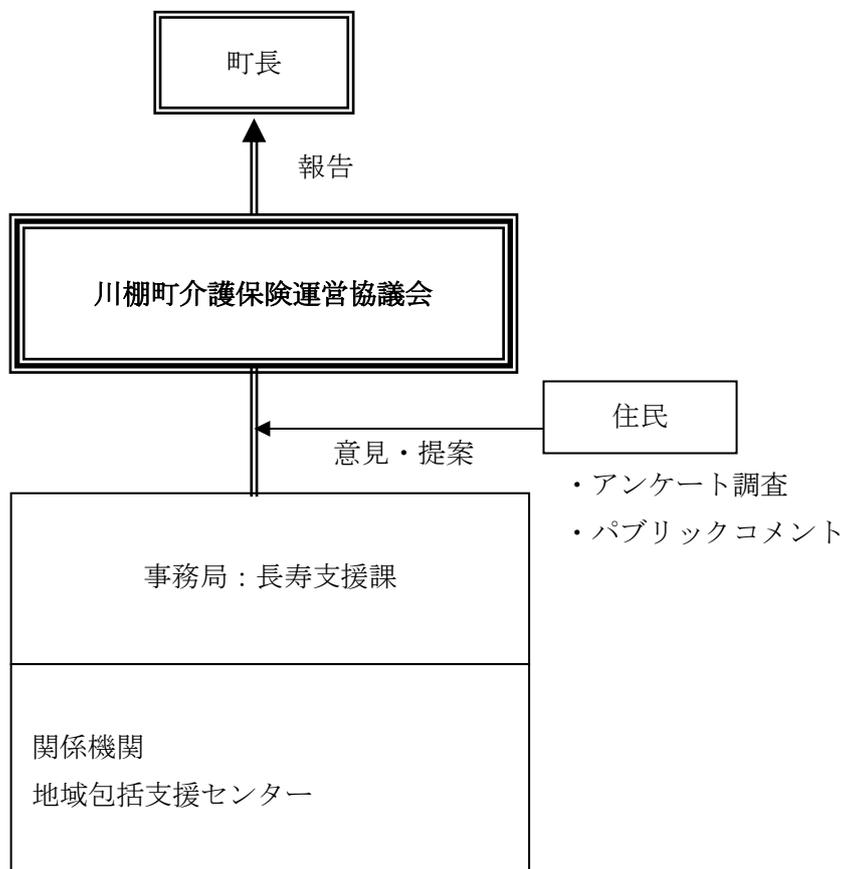
### 3 計画の期間

団塊の世代が75歳に到達する令和7年度を見据え、2040年への備えを着実にするために、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指し、令和6年度から令和8年度までの3年間に計画期間とします。



## 4 計画策定の体制

本業務の実施体制は、以下のとおりです。



### ○各組織について

審議会	構成	学識経験者・保健医療・福祉関係・各種団体・公募の住民
	役割	計画を策定するに当たり、基本的な方針及び事項を審議し町長に報告する。
事務局	構成	長寿支援課
	役割	委員会により付議された計画に盛り込むべき事項を検討し、その経過及び結果を委員会に報告する。 計画策定に係る事務及び各課との連携・調整を行う。

## 5 計画の推進

本計画の実施にあたっては、庁内関係部局が連携し、各種施策を推進していきます。これまで推進してきた地域包括ケアシステムをさらに深化させるためには、住民をはじめ各種団体との協働が必要となります。

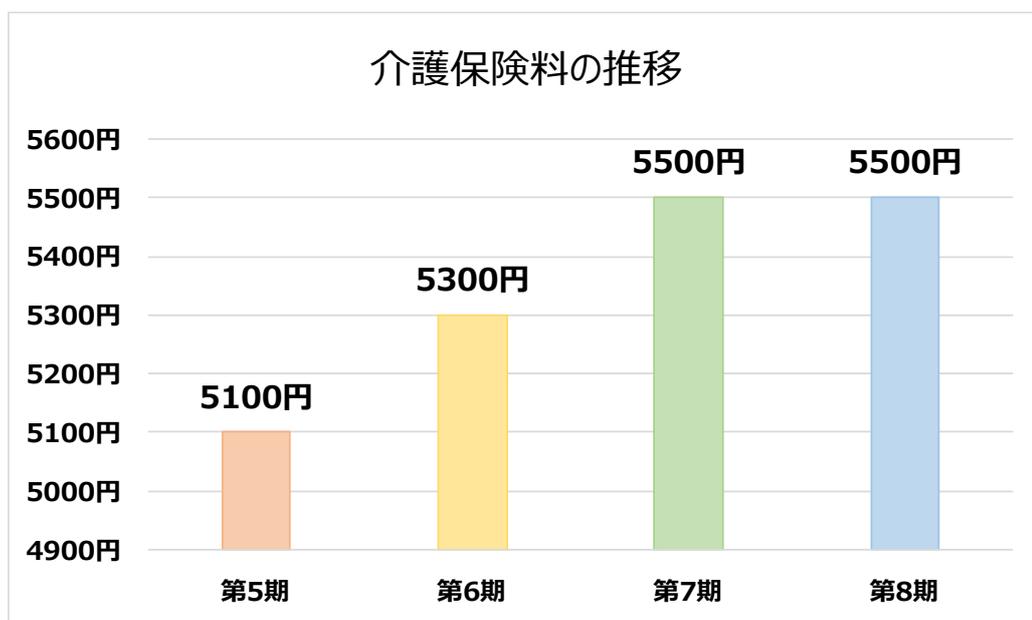
また、介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援介護予防又は重度化防止」及び「介護給付の適正化」について本計画中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

そのため、本計画期間中の重点取組と目標値を設定しています。

## 6 計画の達成状況の点検

本計画の効果的な推進を図るため、計画期間中は毎年度点検評価を行います。

### ●【参考】介護保険料の推移



第5期から7期にかけて200円ずつ保険料は増加していますが、第7期以降は5,500円の基準額で横ばいに推移しています。

## 第3節 前期計画の評価

### 1 前期計画における重点目標

介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して、本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

そのため、自ら健康づくりと介護予防に取り組み、それを地域ぐるみで支援することの重要性が高まり、同時に、自立支援・重度化防止の取組も重要となる現状を踏まえ、前期計画期間中における重点的取組と目標を次のとおり設定しました。

#### <重点的取組>

- 地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と健康づくり
- 予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進
- 自立支援・重度化防止
- 介護給付の適正化

指標	令和2年実績	令和5年目標
要介護認定率	16.9%	18.0%
要支援認定者数	127人	100人
通いの場の実施個所数	21か所	30か所
通いの場の参加者数	500人	600人
通いの場への参加率(通いの場の参加者実人数/高齢者人口)	11.0%	13.0%
認知症カフェの開催	—	月1回
地域ケア会議の開催数	月1回	月1回
地域ケア担当者会議の開催数	月1回	月1回
主要5事業の実施事業数	3事業	5事業
ケアプランチェック実施数/ケアプラン数	—	30件
医療情報との突合・縦覧点検の実施の有無	無	有
給付実績を活用した適正化事業の実施の有無	無	有

## 2 前期計画における重点目標の達成状況

前期計画で設定した重点目標の達成状況の確認・評価を行いました。

なお、本町では、この評価とは別に毎年度、サービスの種類ごとの受給者数や給付実績等を定期的にモニタリングするとともに、保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用し運営協議会等で公表し、未達成の場合は具体的な改善策を講じるなど、PDCAサイクルによる取組を推進してきました。

	指標	令和2年 実績	令和5年 目標	令和5年 実績見込 (11月時点)	評価
1	要介護認定率	16.9%	18.0%	15.4%	○
2	要支援認定者数	127人	100人	128人	□
3	通いの場の実施個所数	21か所	30か所	29か所	□
4	通いの場の参加者数	500人	600人	575人	□
5	通いの場への参加率(通いの場の参加者実人数/ 高齢者人口)	11.0%	13.0%	12.6%	□
6	認知症カフェの開催	—	月1回	月1回	○
7	地域ケア会議の開催数	月1回	月1回	月1回	○
8	地域ケア担当者会議の開催数	月1回	月1回	月1回	○
9	主要5事業の実施事業数	3事業	5事業	5事業	○
10	ケアプランチェック実施数/ケアプラン数	—	30件	15件	▲
11	医療情報との突合・縦覧点検の実施の有無	無	有	有	○
12	給付実績を活用した適正化事業の実施の有無	無	有	有	○

○：目標達成（100%以上） ▲：目標未達（95%以上） ×：目標達成できず（95%以下） □：望ましい状況を維持

その結果、目標達成できたものが7個（58.3%）、目標達成できなかったものが、「ケアプラン点検数」となっています。大きな変化はないが、望ましい状況が継続できている目標は、4個（33.3%）でした。

目標達成できなかった要因としては、ケアマネジャーの業務圧迫を配慮し無理のない範囲で対応いただいたためです。未達ではありましたが、実施が難しかった8期以前と比較すると、継続して実施ができているのが現状です。

### 3 前期計画期間中の主な取組状況と課題

本町では、第8期計画の目指す姿「共に支え合い いきいきとすこやかに暮らせる町川棚町」の実現に向けて、以下8つの重点目標を設定し、事業を展開してきました。

#### ＜8つの重点目標＞

- 重点目標1 介護予防・健康づくりの推進
- 重点目標2 生きがいの支援と社会参加の促進
- 重点目標3 地域における支えあい見守り活動の推進
- 重点目標4 在宅生活を支える福祉サービスの提供
- 重点目標5 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり
- 重点目標6 認知症施策の推進と高齢者の権利擁護
- 重点目標7 介護保険サービスの適正な利用と円滑な運営
- 重点目標8 介護保険サービスの量の見込みと確保策

第8期期間中の主な取組と主要な成果は、以下のようになります。

#### 〈重点目標1〉

##### 介護予防・健康づくりの推進

#### これまでの取組

- 令和3年度から総合事業の一般介護予防事業等、住民が介護保険サービス以外で利用できる事業を拡充してきました。
- それらの事業の担い手として介護予防・助け合いサポーターに活動していただいています。
- また、通いの場等の関係者にも呼びかけ養成講座に参加いただいています。
- 高齢者の社会参加を促進するために、老人クラブの活動を助成し、地域の清掃活動、健康づくり事業、地域の子供たちの見守り活動などを推進しました。
- 要支援認定者や新規申請窓口に来られた方々を総合事業で対応する仕組みを継続して実施しています。

#### 今後の主な課題

- 介護予防事業は充足しつつありますが、生活支援のニーズ（ごみ捨てや、身の回りの専門性の低い支援、移動支援）などに対する対応が必要です。
- 困った方が円滑に介護予防・介護保険サービスを利用できるように現事業を継続するとともに、生きがいや、楽しみや触れ合いを行うことができるよう、多くの方がお元気でいていただけるよう予防に力を入れていきます。

〈重点目標2〉

生きがいづくりの支援と社会参加の促進

これまでの取組

- 町内での予防拠点の空白地点を解消しました。
- 総合事業と通いの場の利用を促進させ、生きがいづくりや社会参加に繋がりやすい体系を整備して運営しています。
- 通いの場での評価や専門職の介入により、継続して参加するための仕組みを実施しています。
- 就労は健康づくりや介護予防に寄与すると認識されています。そのため、高齢者の就労支援として、シルバー人材センターの活動を支援しました。
- 一体的事業と連携を行い、ハイリスクアプローチを行い、社会参加等への促しの専門的な介入を行っています。

今後の主な課題

- 評価結果などを周知し、生きがいや社会参加、介護予防の重要性を住民へ広く伝えていく必要があります。
- 新たに通いの場の立ち上げが見込める地区の住民が、立ち上げを行いやすい支援を継続していきます。
- 生活支援体制整備事業、一体的事業等と引き続き連携をはかり相乗効果を発揮していきます。

〈重点目標3〉

地域における支えあい見守り活動の推進

これまでの取組

- 民生委員をはじめ愛育班などの地域資源を活用した見守りネットワークを稼働させています。
- 介護予防・助け合いサポーター養成講座などでは、支えあい見守りの重要性について共通の認識を図るようにしています。

今後の主な課題

- 令和5年度以降で助け合い・支え合い（生活支援の担い手）としてさらにサポーターの役割の拡充と、サポーターの運営管理を体系的に実施できるような仕組みの創出の検討を始めていきます。
- 生活支援体制整備事業や生活支援コーディネーターとの連携を継続し、地域の課題に対応していく仕組みを推進していきます。

〈重点目標4〉

在宅生活を支える福祉サービスの提供

これまでの取組

- 緊急対応で住まいの支援が必要な場合に対応できるように、町内事業所と連携して住まいの確保を行っています。
- 独居高齢者等を対象に、緊急通報装置を利用することで、急病・災害等の緊急時に適切な対応ができるよう取り組んでいます。
- 要支援者や要介護の方であっても住宅改修や福祉用具の貸与等が自立支援に繋がるように保険者機能強化推進交付金で示されている主要5事業に取り組んでいます。

今後の主な課題

- 緊急通報装置が必要な方への普及啓発を行っていきます。
- 住宅改修や福祉用具の貸与等を実施後に自立支援に繋がるよう適正に活用されているかをモニタリング、評価するなどのPDCAを行っていくことが必要です。
- 住宅改修では、専門性を問われるため、町内の専門職に協力を依頼し、適正に実施していくとともに、事例を集約し町としての基準を明確化していくことが必要です。

〈重点目標5〉

持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり

これまでの取組

- 東彼3町合同で、医療機関と介護事業所等間の多職種連携体制の構築を進めています。また、この連携を深めるために会議や研修会を定期的を開催しています。
- 在宅医療連携室「たんぽぽ」を基幹として3町で連携して使用できる様式やマニュアル等を整備してホームページ上に掲載し、関係者が活用しやすいように体制を整備しました。

今後の主な課題

- 東彼3町で連携して実施しているため、好事例等の共有が行いやすい点や課題を協議しやすいため、引き続き現体制の継続が必要です。
- 様式等実際に活用し、医療・介護での連携に課題が出る場合はその見直しが必要となります。
- 在宅での看取りやACPの普及啓発のために、関係機関との連携体制の構築を進めていきます。

〈重点目標6〉

認知症施策の推進と高齢者の権利擁護

これまでの取組

- 認知症の方やその家族をサポートする支援体制を検討してきていますが、特に認知症カフェ等は、医療機関に併設していたため、新型コロナウイルス感染症の影響で思うように実施ができていませんでした。
- 認知症ケアパスの更新・普及等により、認知症への理解を図りました。
- 認知症の方が、同じ病気に向き合う仲間と語り合える「本人ミーティング」に取り組みました。
- 川棚町地域包括支援センターでは、認知症の方やその介護者に対して相談窓口を設置し、多くの相談を受け付けています。

### 今後の主な課題

- 感染症対策が緩和されてきたため、認知症カフェの継続的な実施が必要とされています。
- 認知症の方が安心して住み慣れた地域で暮らせるように、チームオレンジの実施を検討していく必要があります。
- 継続して、認知症の状態に応じたサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」を住民に周知する必要があります。
- 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するように、地域包括支援センターや関連医療機関等との連携を強化する必要があります。
- 運転免許証の自主返納者への対策や、認知機能テストに通らなかった人への代替交通手段の提供などの支援も今後は不可欠です。

### 〈重点目標 7〉

#### 介護保険サービスの適正な利用と円滑な運営

### これまでの取組

- 必要な方が必要な時に円滑に介護サービスを利用できるように介護保険制度を運営しています。
- 介護保険サービスに従事する介護人材の確保については、国の制度や県の制度を活用して情報提供等を行っています。
- 介護サービス事業所の業務の健全化を目指し、運営に対する指導を行っています。
- 関係部署と連携し、介護医療の専門資格取得を推進し、介護人材の確保に努めています。

### 今後の主な課題

- 介護人材の確保の為、国や県の制度を活用しつつ、町独自の支援ができないか検討を行っていく必要があります。
- 介護サービスの質を向上させるためには、ケアマネジャーのケアマネジメントに関する研修、介護事業所向けの効果的なサービス提供に関する研修、高齢者虐待防止や感染症対策、災害時の業務継続計画作成等の研修を進め、情報を提供することが必要です。
- 介護サービス事業者への運営指導は、指定期間内において計画的に実施し適切な事業運営を行い、併せてケア向上につなげることが大切です。

- ケアマネジャーの支援力を上げるために、自立支援・重度化防止の観点から検討が必要なケースについては、ケアプランの検討会やケア会議などで具体的な事例検討を通じ、多職種協働でケアマネジメント力の向上を図る必要があります。
- 有料老人ホームなどに入居している方のケアプランが、自立支援・重度化防止に寄与しているかどうかを重点的に確認することが必要です。
- 事業所からの各種届出について「電子申請届出システム」での電子申請を原則化することで、文書負担軽減や介護現場の生産性向上を推進する必要があります。

〈重点目標 8〉

介護保険サービスの量の見込みと確保策

これまでの取組

- 9期計画策定に先立ち、事業所に対して調査を行い現状の把握を行っています。

今後の主な課題

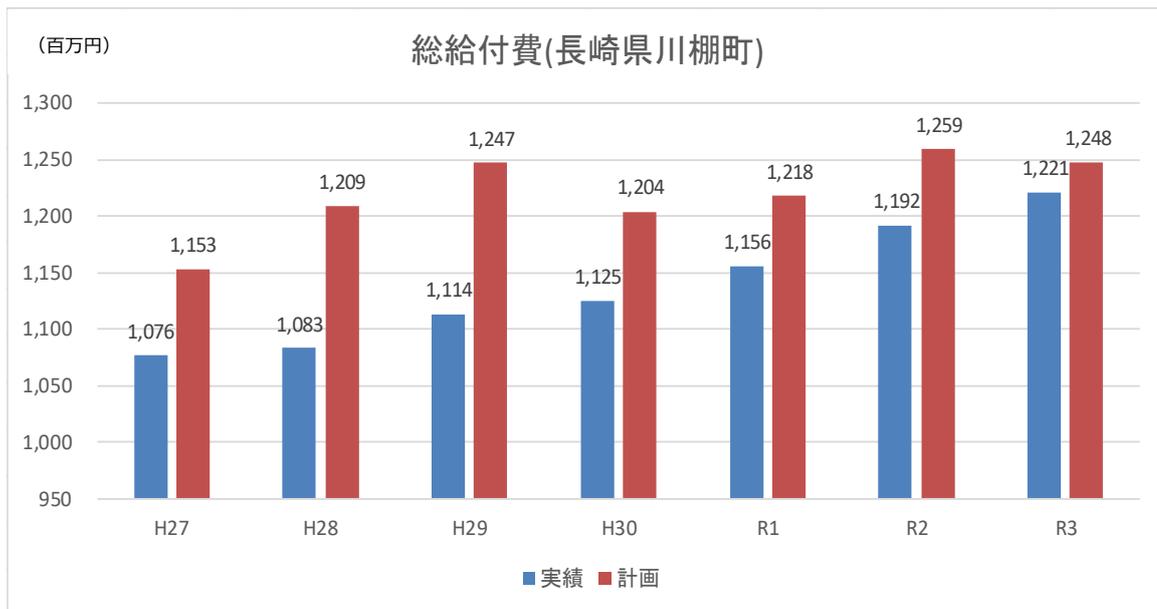
- 一部、町内で提供事業所がないサービスがあるため、東彼3町での連携関係を継続していきます。
- 将来的な介護保険サービスの増加などの動向を継続的に把握し、適切な量のサービスが提供できる体制を保ちます。

## 4 介護保険事業計画の前期計画総括

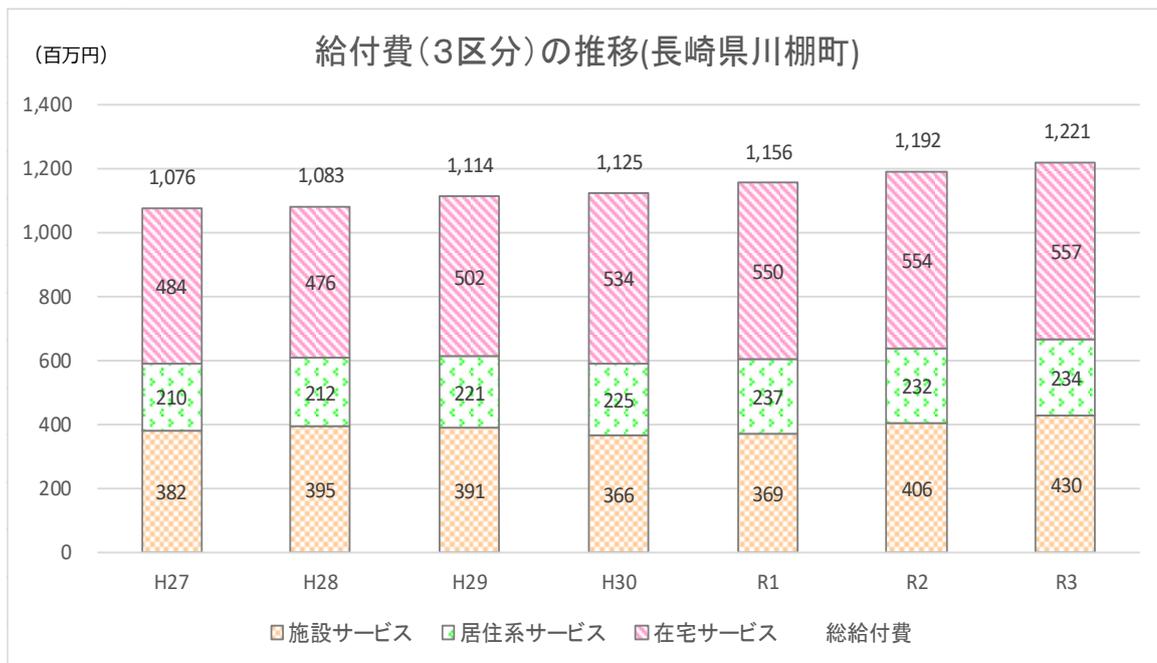
### (1) 介護給付の予測値と実績値の評価

介護保険の総給付費の推移と前期計画予測値との比較は、令和3年に計画値12億4800万円に対し、実績値12億2100万円となっていました。計画の予測値には達していませんが、増加傾向にあり、差は小さくなっています。

なお、介護サービスの3区分別の推移を見ると、在宅サービスと施設サービスが緩やかに増加傾向にあり、居宅系サービスは横ばいとなっています。



※ 見える化システムより



※ 見える化システムより

## 第2章 まちの現状

### 第1節 人口と高齢者の現状

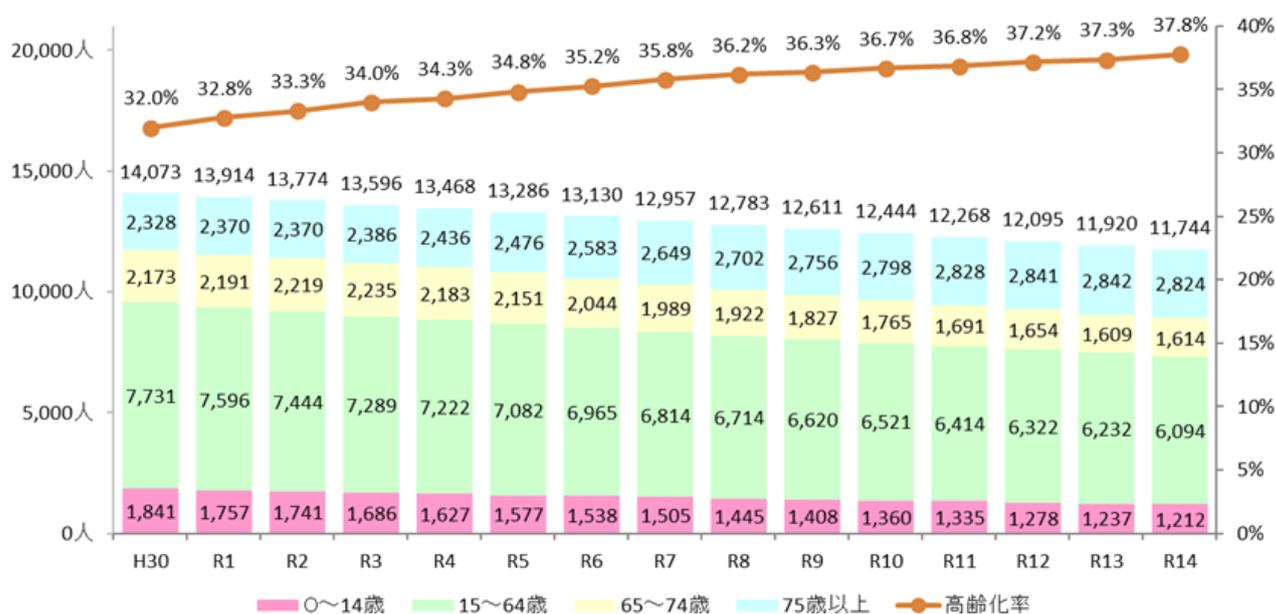
#### 1 人口と高齢者の推計

本町の人口は、平成30年（14,073人）から令和4年（13,468人）の5年間で、605人の減少となっていますが、高齢者人口だけをみると118人増加しています。

今後の予測では、高齢者人口は令和7年をピークに減少に転じることが予測されていますが、85歳以上人口は、緩やかに増加となる傾向です。

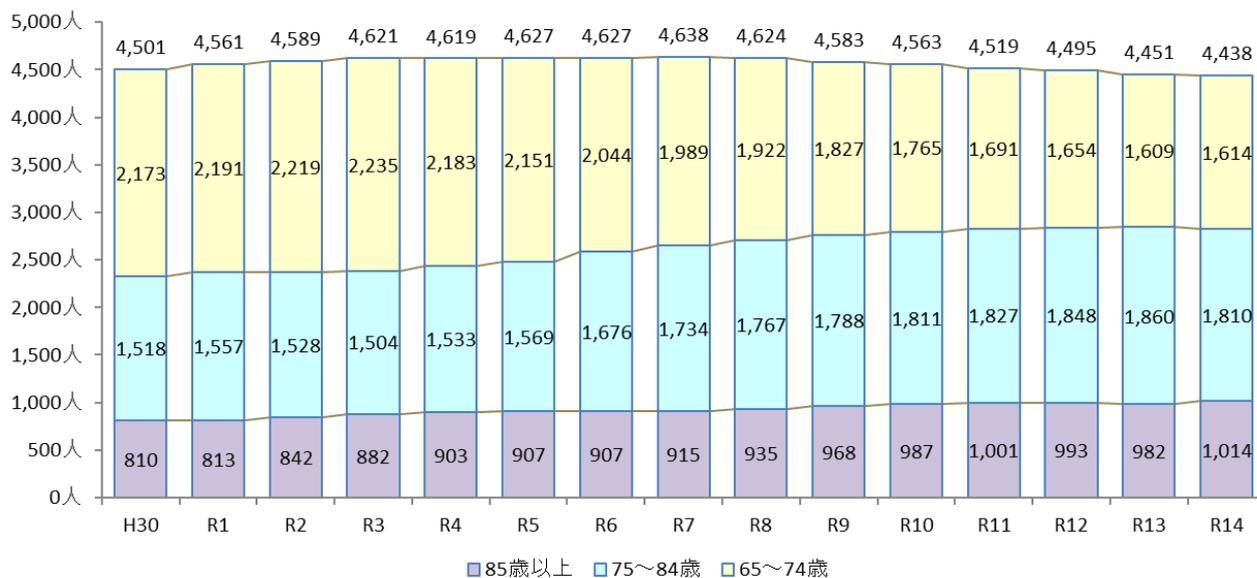
一方、生産年齢人口は減少を続けることが予測されることから、介護人材の確保、地域活動の担い手の確保など、2040年までの長期的な視点を持ちつつ、高齢者人口の増減に備えた持続的なサービス提供体制の確保が重要となります。

#### （1）総人口の推移と予測



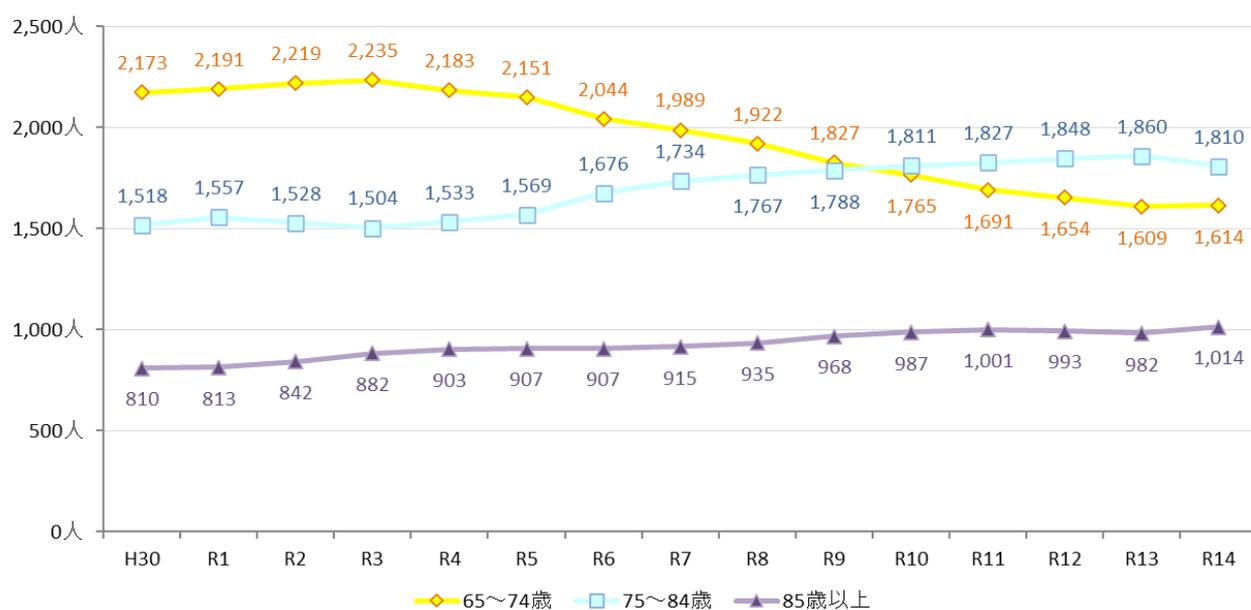
※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

## (2) 高齢者人口の推移と予測



※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

## (3) 高齢者人口の3年齢分別の増減推移と予測



※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

## 2 高齢者の世帯の状況

### (1) 高齢者のいる世帯の状況

総世帯数は、平成27年5,103世帯から令和2年に5,177世帯となり、5年間で74世帯増加しています。高齢者のいる世帯数は、平成27年2,633世帯から令和2年に2,791世帯となり、5年間で158世帯増加であり、高齢者世帯の増加が顕著となっています。

世帯数に占める割合で見ると、高齢者のいる世帯のうち一人暮らし世帯が増加、高齢夫婦世帯（夫が65歳以上で妻が60歳以上の夫婦のみ世帯）はほぼ横ばいとなっています。

しかし、国・県と比較すると、一人暮らし世帯の割合は低くなっています。

		平成27年		令和2年	
		世帯数	割合	世帯数	割合
本町	総世帯数	5,103	100.0%	5,177	100.0%
	高齢者のいる世帯数	2,633	51.6%	2,791	53.9%
	一人暮らし世帯	586	22.3%	724	25.9%
	高齢夫婦世帯	670	25.4%	743	26.6%
	その他世帯	1,377	52.3%	1,324	47.4%
国	総世帯数	53,448,685	100.0%	55,704,949	100.0%
	高齢者のいる世帯数	21,713,308	40.6%	22,655,031	40.7%
	一人暮らし世帯	5,927,686	27.3%	6,716,806	29.6%
	高齢夫婦世帯	6,079,126	28.0%	6,533,895	28.8%
	その他世帯	9,706,496	44.7%	9,404,330	41.5%
県	総世帯数	560,720	100.0%	556,130	100.0%
	高齢者のいる世帯数	258,745	46.1%	271,984	48.9%
	一人暮らし世帯	73,610	28.4%	83,871	30.8%
	高齢夫婦世帯	72,147	27.9%	79,510	29.2%
	その他世帯	112,988	43.7%	108,603	39.9%

※ 国勢調査

## (2) 高齢者の1人暮らし世帯の内訳

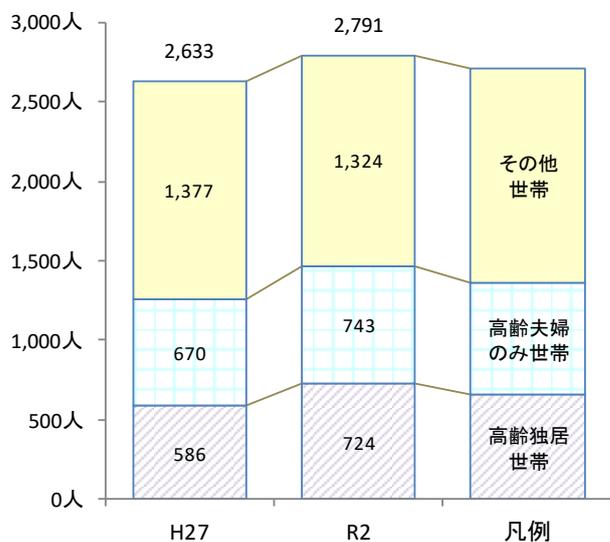
高齢者のいる世帯は、令和2年に2,791世帯で、そのうち、一人暮らし世帯は724世帯(25.9%)となっています。

年齢群別にみると、全ての年齢群で一人暮らし世帯の世帯数、割合ともに増加していますが、特に85歳以上の世帯数の増加が多くなっています。

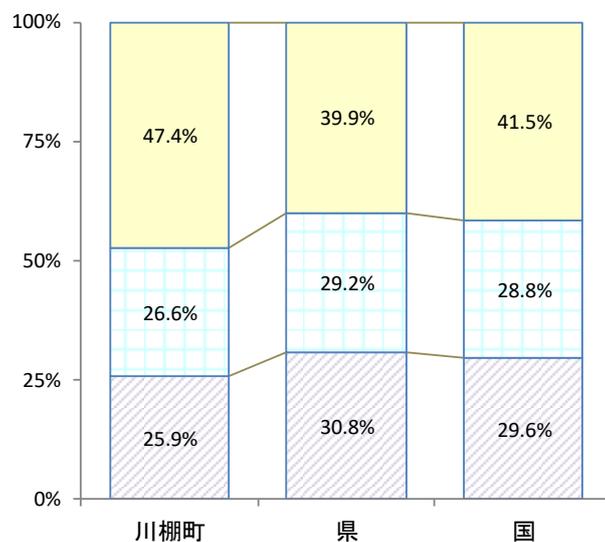
	平成27年		令和2年	
	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数	2,633		2,791	
一人暮らし	586	22.3%	724	25.9%
75歳以上	1,475		1,552	
一人暮らし	332	22.5%	387	24.9%
85歳以上	476		530	
一人暮らし	101	21.2%	132	24.9%

※ 国勢調査

高齢者世帯の推移(川棚町)



高齢者世帯割合の比較(R2)



※ 国勢調査

### 3 高齢者の就業や社会参加の状況

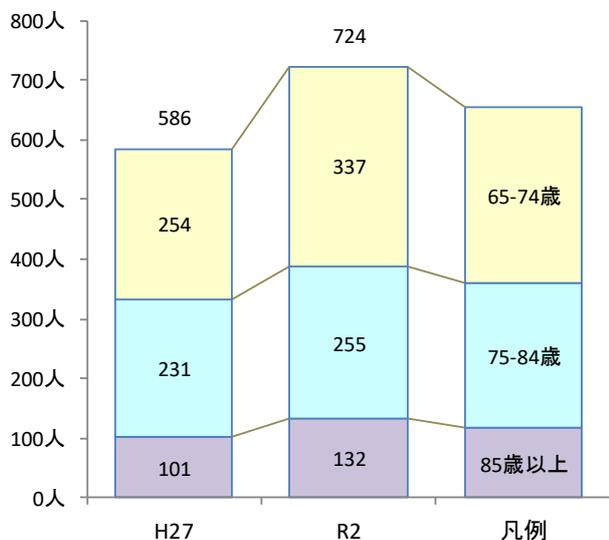
#### (1) 国勢調査に見る就業の状況

高齢者の就業者数は、令和2年に前期高齢者 896 人（41.1%）、後期高齢者 235 人（10.5%）で、前期高齢者・後期高齢者ともに就業人口・就業率が増加しています。平成 27 年と令和 2 年を比較すると、前期高齢者の就業者数は、196 人増加、後期高齢者の就業者数は 59 人増加となっています。

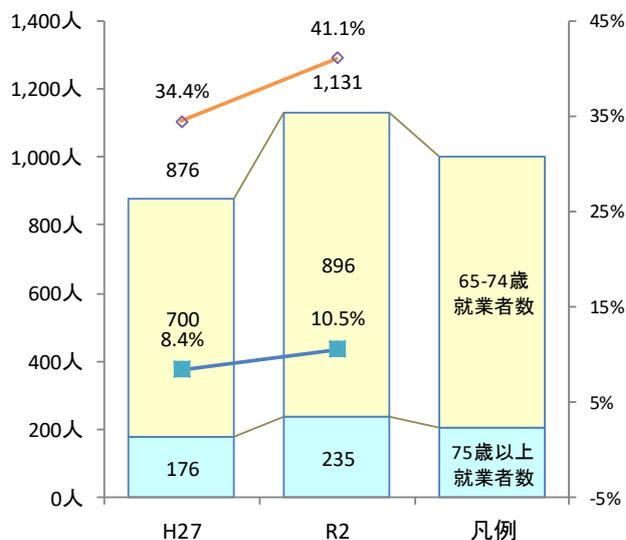
また就業率もそれぞれ 6.7 ポイント、2.1 ポイント増加しています。

	平成 27 年		令和 2 年	
	人数	割合	人数	割合
高齢者人口	4,125		4,411	
65-74 歳	2,032		2,180	
就業者	700	34.4%	896	41.1%
75 歳以上	2,093		2,231	
就業者	176	8.4%	235	10.5%

高齢独居世帯の推移(川棚町)



高齢者の就業状況(川棚町)



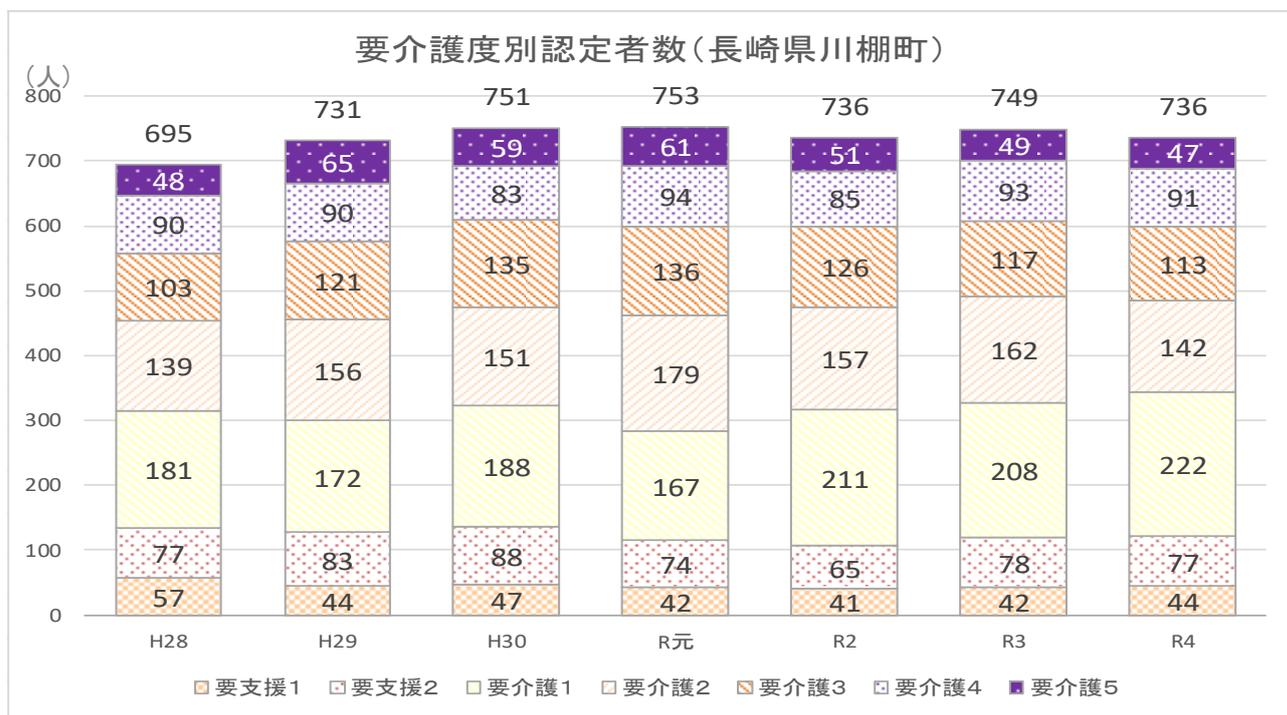
※ 国勢調査

## 4 要介護認定者の状況

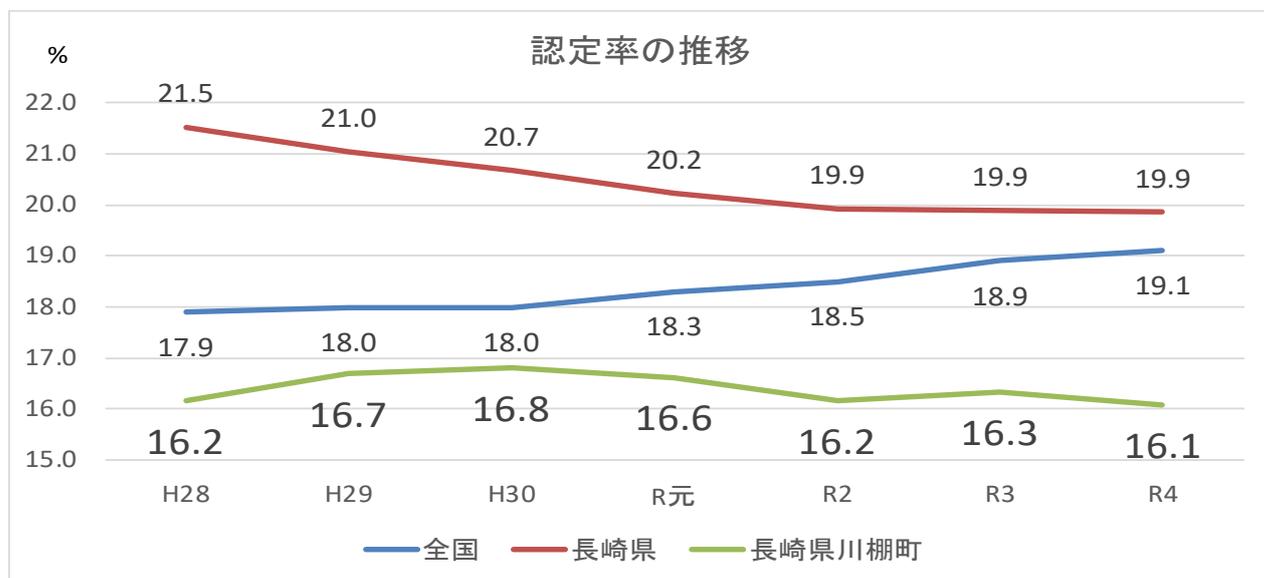
### (1) 要介護認定者数と要介護認定率

認定者数の推移は、平成29年までは増加傾向が続き731人となりましたが、その後横ばいで推移しています。その要因は、本町が総合事業に取り組んできたことで認定を受けずとも利用できるサービスが増え、その結果、要支援1・2に該当する方が減少していると考えられます。

認定率は、平成29年（16.7%）から令和4年（16.1%）の6年間で0.6ポイント減少となっています。



※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報

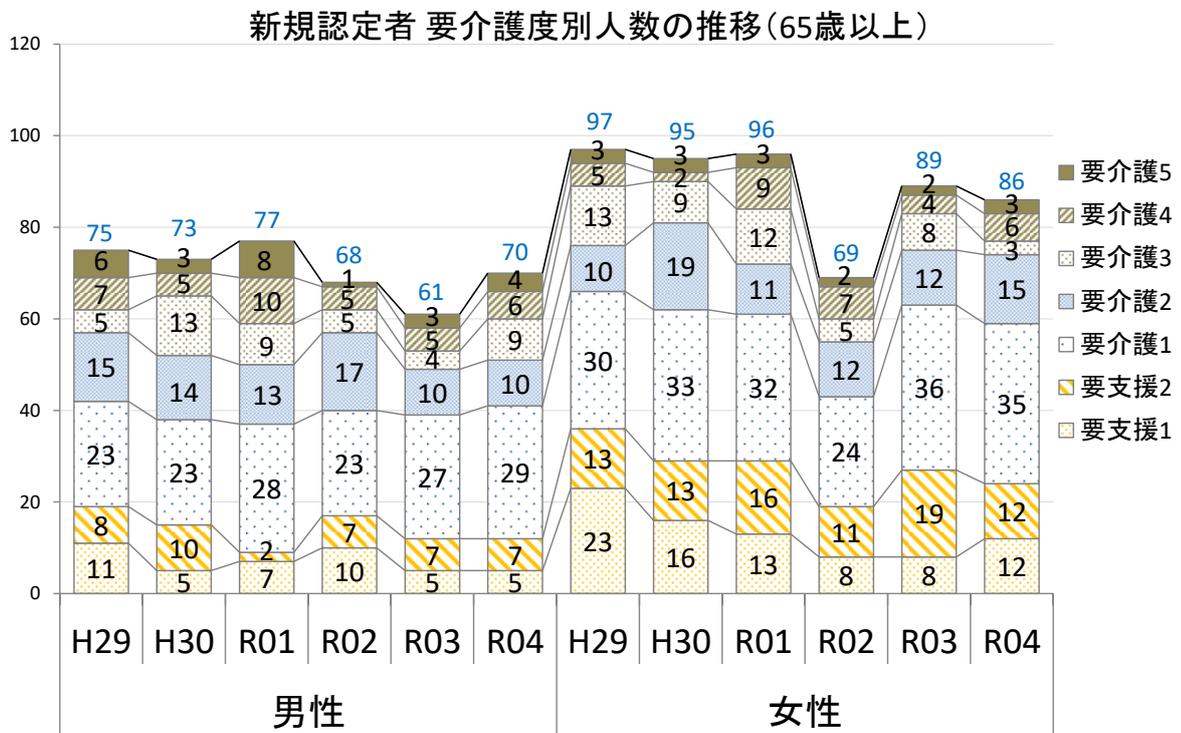
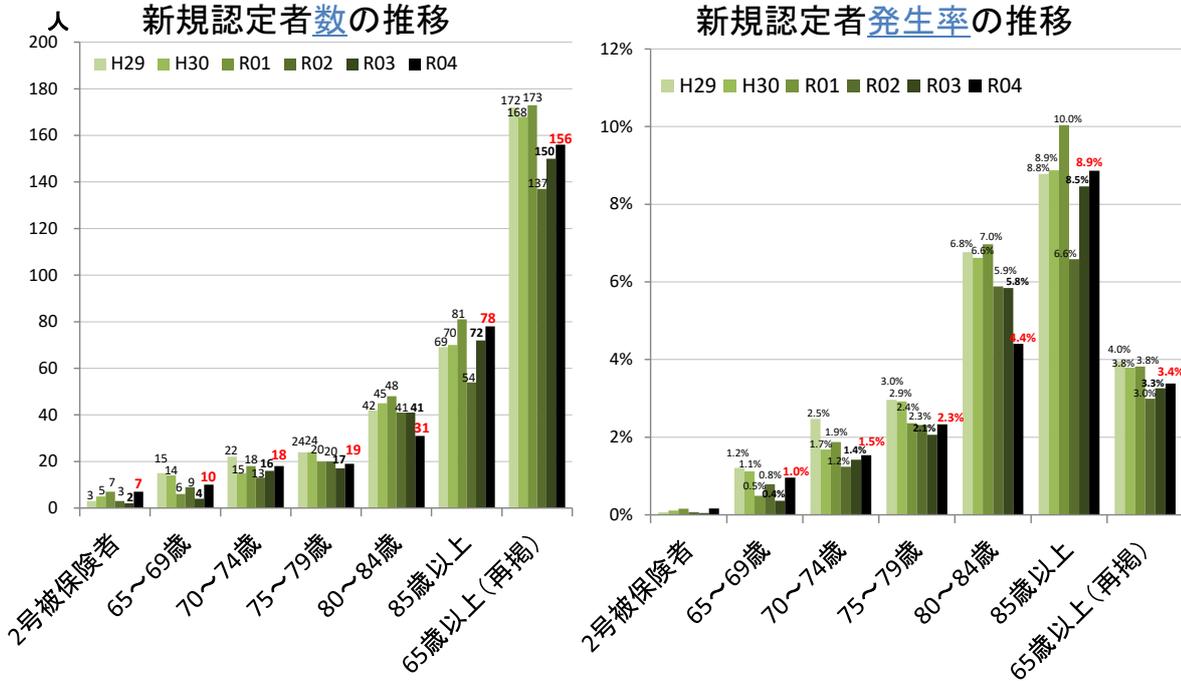


※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報

(2) 新規要介護認定者数の推移

本町の新規認定者は、令和4年度で年間156人（新規認定者発生率3.4%）となっており、男女別に見ると男女共に要介護1の認定者が多くなっています。

年齢群別にみると75～79歳を境に新規認定者の発生率の増加が加速する傾向にあり、75歳より前の時点で、要介護認定に至らないよう早期介入が必要と言えます。



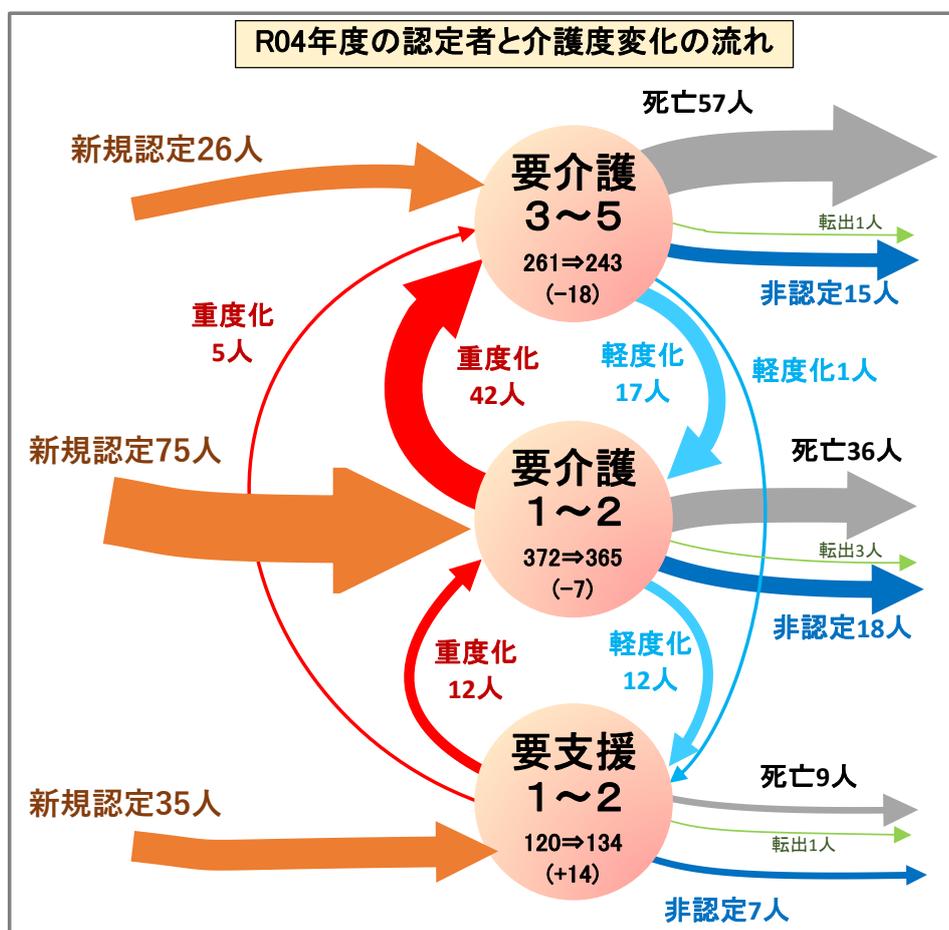
※ 認定情報システムより

(3) 認定者の介護度の変化（重度化防止）

本町の令和4年度に介護認定を受けた方が、1年後どのように介護度に変化があったかを分析しています。その結果から、本町の傾向として、要介護1又は2の認定を受けた方の372人のうち42人が重度化していることが分かりました。

前項で示したように、令和4年度認定者総数でも要介護1、2の方は364人（認定者の49.4%）と、比較的多くの方がいらっしゃるため、重度化防止に取り組んでいくことが今後も必要になってきます。

分析結果等を町の関係各所と共有し、要介護1、2の方向けのサービスとして、リハビリや運動等を積極的に行っていくように進めていきます。



※ 認定情報システムより

## 第2節 日常生活圏域の設定

### 1 日常生活圏域の設定

#### (1) 日常生活圏域について

市町村介護保険事業計画において、当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して定める区域を日常生活圏域といいます。

#### (2) 日常生活圏域の意義

市町村は、日常生活圏域を設定することにより、介護サービス提供施設の適正かつ計画的な整備を図るため、圏域ごとの介護サービス必要量を見込み、サービスが不足している圏域の施設整備を促し、必要量を満たしている圏域には新たな施設の指定を行わないことができます。

#### (3) 地域包括支援センターとの関連

地域包括支援センターの対象圏域の設定（設置数）は、日常生活圏域との整合性を図る必要があります。

#### (4) 地域介護・福祉空間市町村整備交付金との関連

日常生活圏域を単位とし、策定を行う市町村整備計画に記載する施設整備事業に対し、国、県の交付金等が交付されます。

#### (5) 第9期介護保険事業計画に係る圏域設定

日常生活圏域の設定が始まった第3期介護保険事業計画から第8期介護保険事業計画期間にわたり、川棚町は町内全域を1つの日常生活圏域として設定しており、地域密着型介護サービスの提供を受ける要介護（支援）者も町内全域で往来があります。

このため、川棚町の日常生活圏域の設定については、第3期計画から第8期計画に基づきながら引き続き町内全域で1つとします。

## 2 町内地区別の状況比較

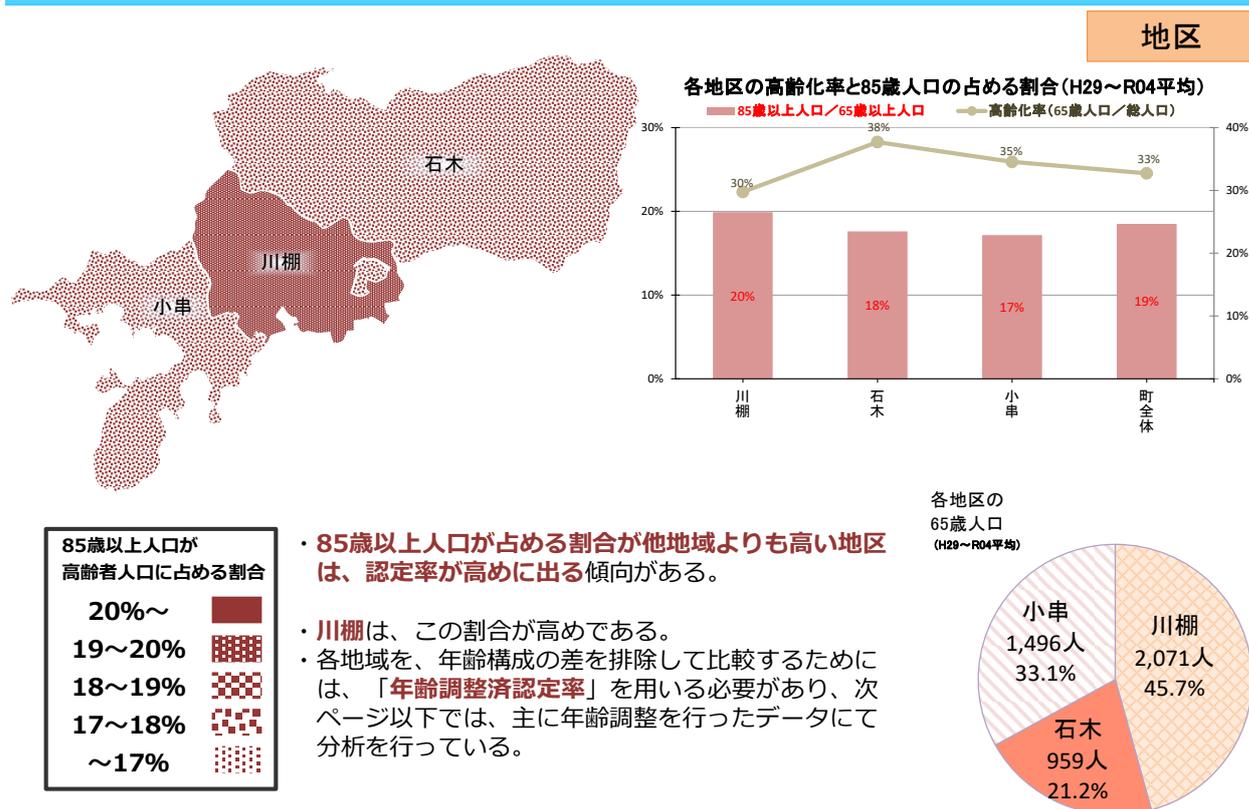
本町には日常生活圏域は1地域ですが、町内を3地区（石木、川棚、小串）に分け次の内容を比較しました。

- 高齢者人口
- 新規認定者の発生状況
- 高齢者の自立度（身体的、認知機能的）

### （1）高齢者人口

高齢者人口では、川棚地区が2,071人と最も多く、次に小串地区1,496人、石木地区959人でした。そのうち85歳以上の高齢者の割合が多い地区は、川棚地区が最も多く、次に石木地区、小串地区でした。

### 地域の高齢者人口概要

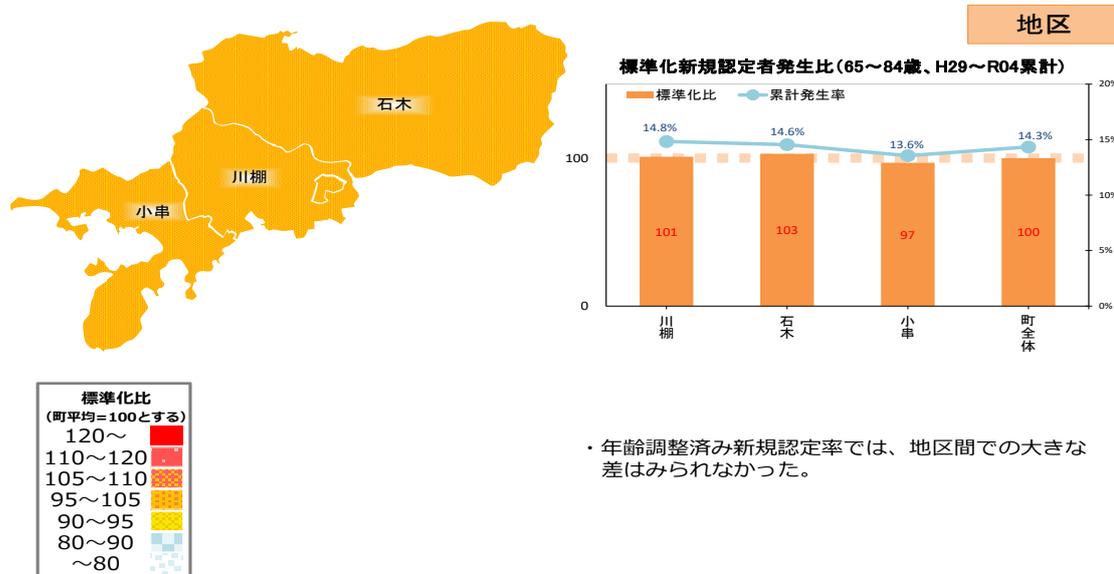


※ 認定情報システム

## (2) 新規認定者の発生状況

新規認定者の発生状況における地区の差は見られませんでした。介護度別にみると要支援1～要介護2までの軽度の発生率は、石木地区が比較的多く、小串地区が低い傾向でした。

### 地域別 新規認定発生状況分析 (65～84歳)

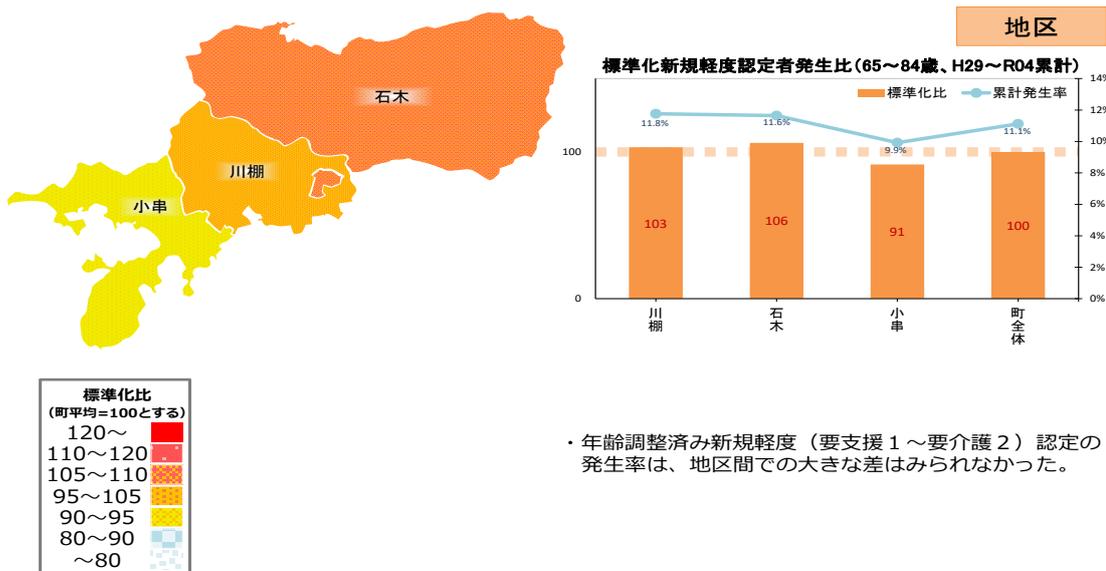


※標準化比：町全体を100とした場合の各地域の比率

・年齢調整済み新規認定率では、地区間での大きな差はみられなかった。

※ 認定情報システム

### 地域別 新規軽度 (要支援1～要介護2) 認定発生状況分析 (65～84歳)



※標準化比：町全体を100とした場合の各地域の比率

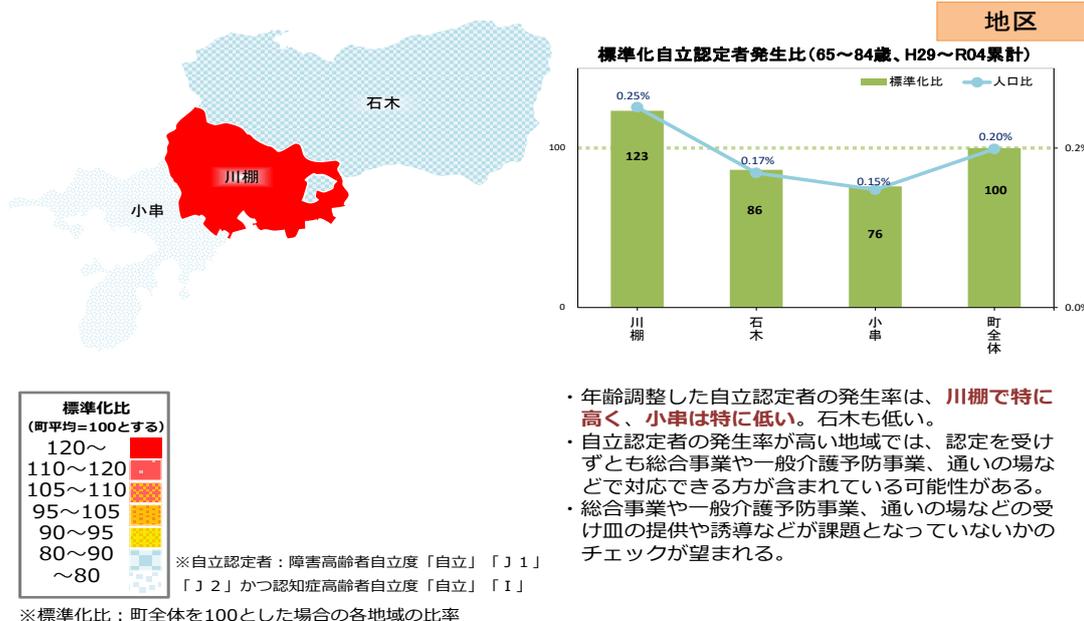
・年齢調整済み新規軽度 (要支援1～要介護2) 認定の発生率は、地区間での大きな差はみられなかった。

※ 認定情報システム

### (3) 高齢者の自立度（身体的、認知機能的）

新規認定者に占める自立度が高い認定者の割合は、川棚地区で最も高く、小串地区で低い傾向でした。また、新規認定者に占める認知症高齢者の割合（認知症高齢者自立度Ⅱ以上）には大きな差は見られませんでした。

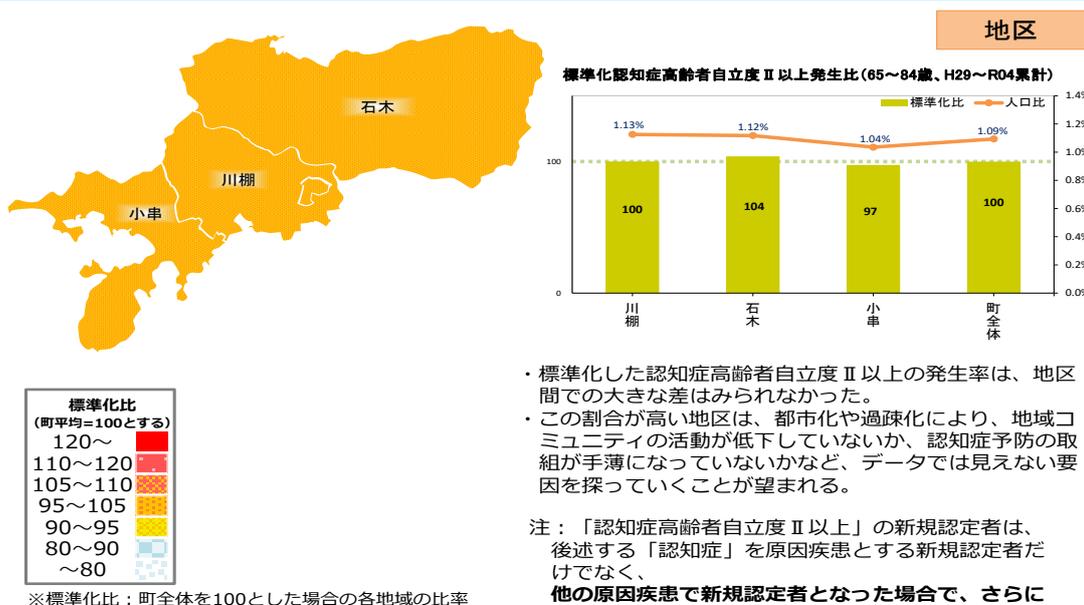
#### 地域別 新規認定者における自立認定者の割合 (人口比、標準化比)



- ・年齢調整した自立認定者の発生率は、川棚で特に高く、小串は特に低い。石木も低い。
- ・自立認定者の発生率が高い地域では、認定を受けずとも総合事業や一般介護予防事業、通いの場などで対応できる方が含まれている可能性がある。
- ・総合事業や一般介護予防事業、通いの場などの受け皿の提供や誘導などが課題となっていないかのチェックが望まれる。

※ 認定情報システム

#### 地域別 新規認定者における認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合 (人口比、標準化比)



- ・標準化した認知症高齢者自立度Ⅱ以上の発生率は、地区間での大きな差はみられなかった。
- ・この割合が高い地区は、都市化や過疎化により、地域コミュニティの活動が低下していないか、認知症予防の取組が手薄になっていないかなど、データでは見えない要因を探っていくことが望まれる。

注：「認知症高齢者自立度Ⅱ以上」の新規認定者は、後述する「認知症」を原因疾患とする新規認定者だけでなく、他の原因疾患で新規認定者となった場合で、さらに認知症高齢者自立度Ⅱ以上の者を含む。

※ 認定情報システム

## 第3節 各種調査結果について

### 1 日常生活圏域ニーズ調査の概要

#### (1) 目的

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を見直すにあたり、既存データでは把握困難な生活の状況や社会参加、今後の生活についての意見や潜在的なニーズ（サービスの利用意向・高齢者福祉に関する意識等）、高齢者のおかれた環境やその他の状況等を調査・分析し、計画の基礎資料とすることを目的として実施しました。

#### (2) 配布回収状況

	介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査
配布方法 回収方法	郵送による配布回収
抽出方法	介護認定を受けていない者 総合事業対象者 要支援1・2認定者 以上の方全員を調査
配布数	4,022 件
有効回答数	2,447 件
有効回答率	60.8%

### (3) 総合事業候補者の該当状況

国は、基本チェックリスト（全 25 項目の質問）を用いることで、高齢者の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかどうか判定しています。また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、判定の結果、生活機能の低下のおそれがある高齢者に対しては、介護予防・日常生活支援総合事業へ繋げることで状態悪化を防止しています。

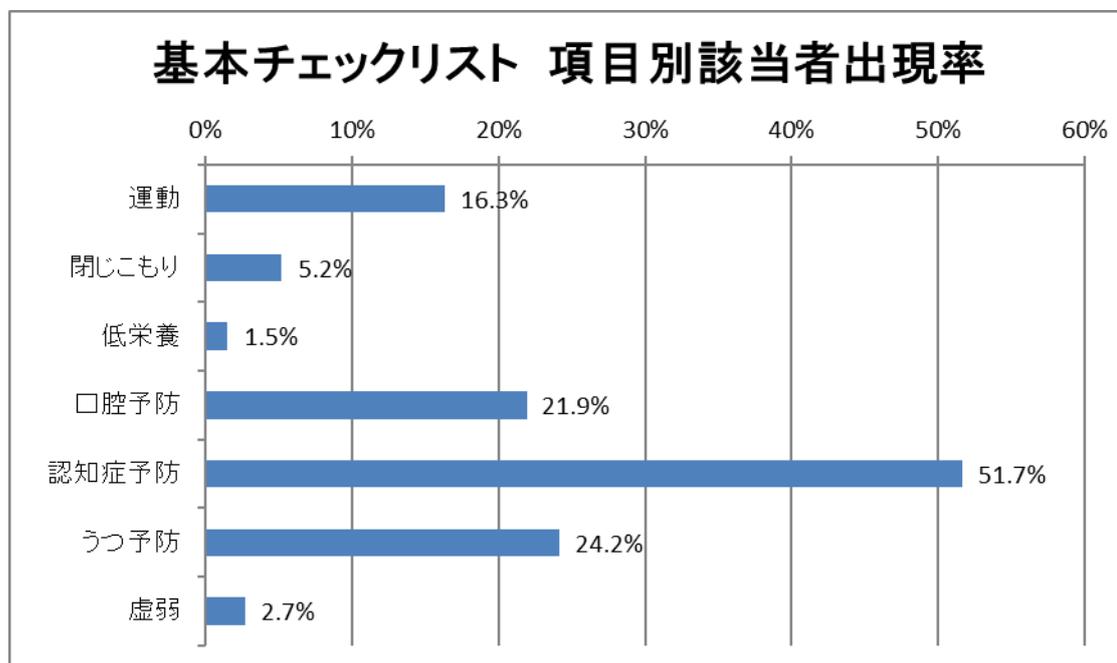
これにより要支援 1・2 の要介護認定を受けていた方は、従来の要介護認定更新を行わなくても、基本チェックリストによる認定手続きにより、総合事業の多様な「介護予防・生活支援サービス」を利用することが可能となっています。

また、地域包括支援センターなどの窓口で本人が相談に来た場合は、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞いた上で、基本チェックリストを用いた判定を行う場合があります。

そのため、本調査では、基本チェックリストに該当する方がどの程度存在しているのかについて、分析を行いました。

その結果、介護予防の項目別には、認知症予防が 51.7%と最も多く、次いでうつ予防が 24.2%、口腔予防 21.9%、運動 16.3%などとなっています。

総合事業候補者の項目別該当者出現率



※ 日常生活圏域ニーズ調査

(4) 生活支援に対するニーズの比較集計結果

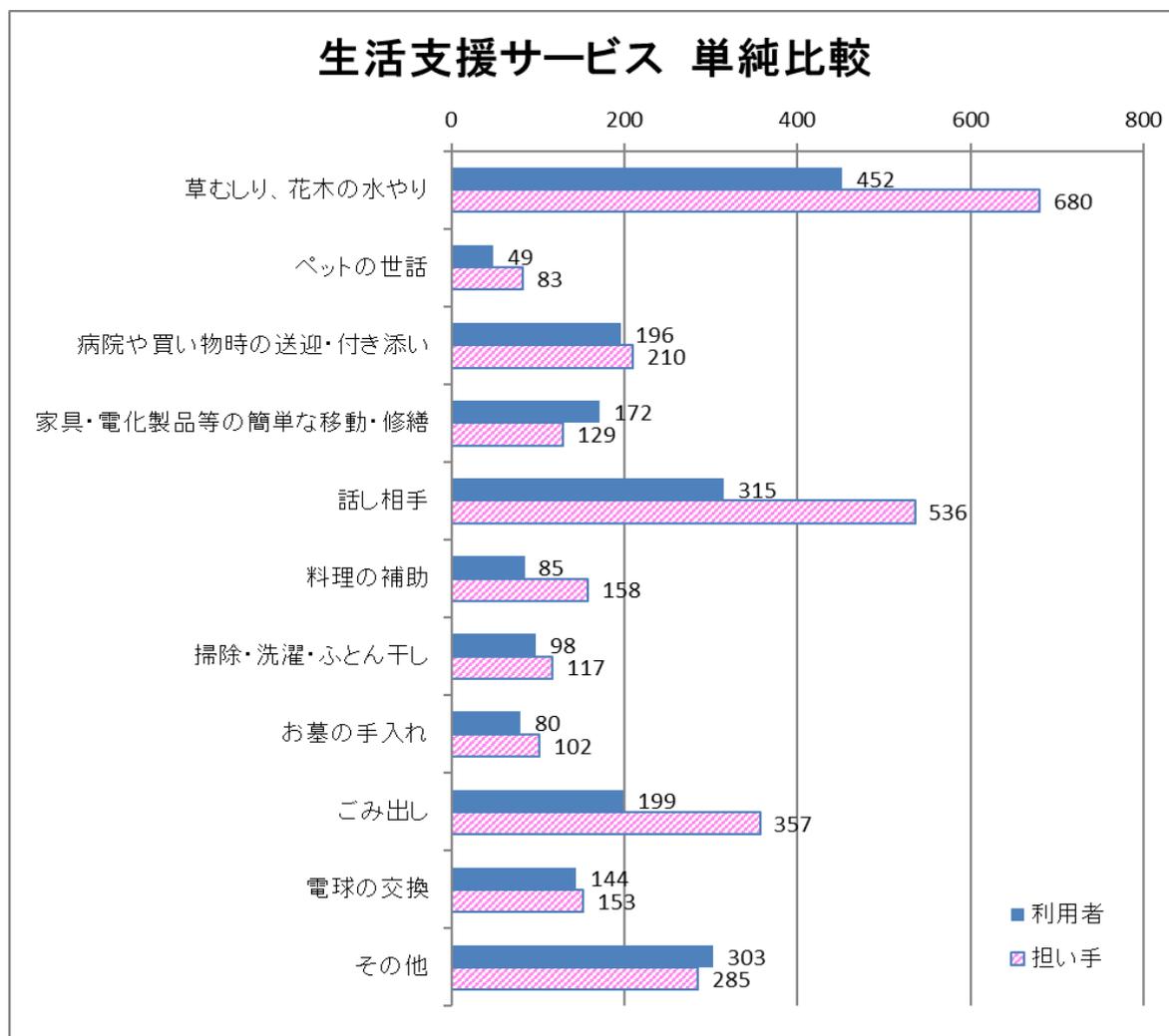
問：生活支援サービスのうち、受けてみたいと思うもの

問：生活支援サービスのうち、地域のためになるなら手伝ってもいいと思うもの  
上記2問を同じ選択肢で作成し、その結果を比較しました。

利用者が多かったのは、「草むしり、花木の水やり(452名)」、「話し相手(315名)」、「その他(303名)」、「ごみ出し(199名)」、「病院や買い物等の送迎・付き添い(196名)」などとなっています。

今回の調査から、ほとんどの項目で利用者と担い手がマッチングできる可能性を示唆する結果となったことから、今後は、これらの実働に向けた①利用者の把握、②担い手の確保～育成、③マッチングを担う生活支援体制整備が重要となります。

なお、実働の検討に向けた行政区ごとの状況を次項に示します。



※ 日常生活圏域ニーズ調査

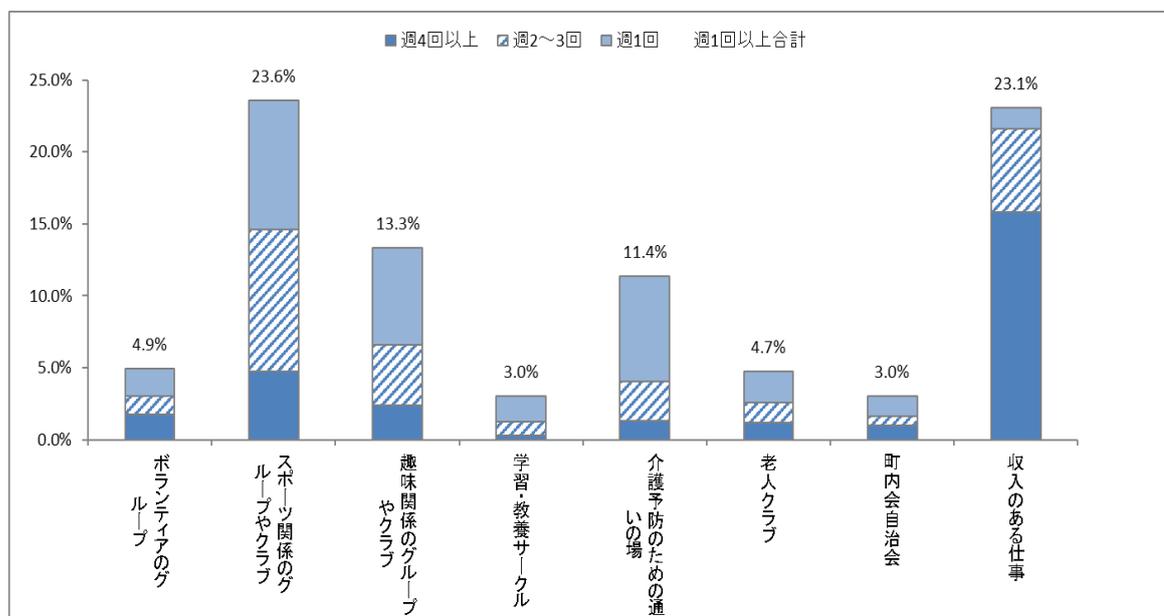
(5) 地域での活動の様子（会やグループ等への参加頻度）

問：以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加しているかという問いに対して、週1回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか、分析を行いました。

その結果、「スポーツ関係のグループやクラブ（23.6%）」、「収入のある仕事（23.1%）」、「趣味関係のグループやクラブ（13.3%）」、などの参加率が高くなっています。

また、「介護予防のための通いの場（11.4%）」は、計画の指標となるが、国では、この通いの場の参加率8%を目指すとする指針を打ち出しています。

一方、そもそも、週1回以上の活動（会合）等がないであろう、老人クラブや町内会・自治会を除くと、ボランティアのグループや学習・教養サークルは出現率が低くなっています。



※ 日常生活圏域ニーズ調査

今後は、地域支援事業だけでなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施との連携などにより、参加割合の高い「スポーツ関係のグループやクラブ活動」、「趣味関係のグループやクラブ」の機会を通じ、こういった活動を行っており、こういった方が参加しているのかを把握すること、さらに個別の支援が必要な方へのアプローチを行っていくことが重要と考えられます。

同時に、高齢者とは言え、収入のある仕事をしている方が多い地域性であることから、退職後の社会参加の機会として、「スポーツ関係のグループやクラブ活動」、「趣味関係のグループやクラブ」、さらには、地域活動などがあることを周知していくことが重要と考えられます。

(6) 助け合いの状況について

調査対象者本人とまわりの人の「助け合い」について、以下4問(すべて複数回答)の状況を分析しました。

問①：あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人

問②：反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人

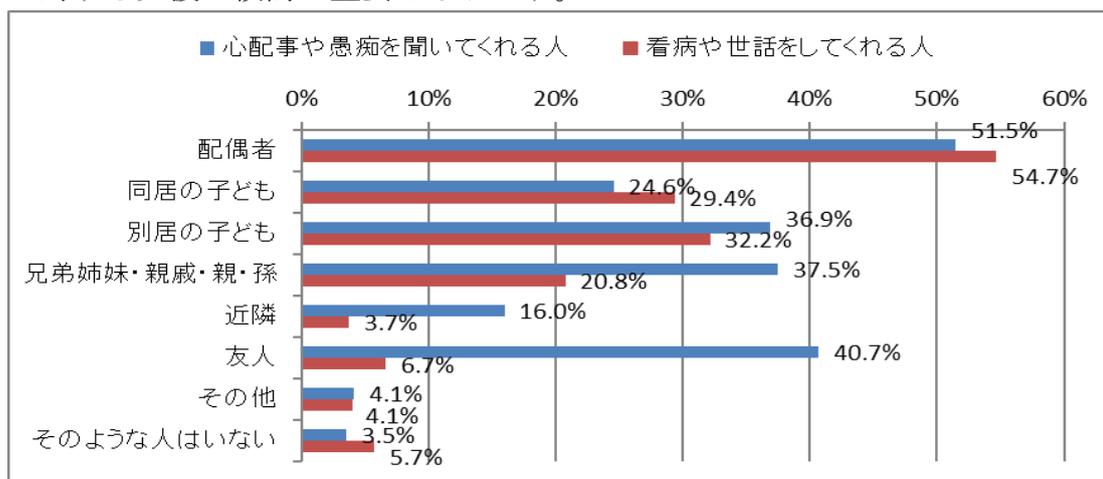
問③：あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人

問④：反対に、看病や世話をしてあげる人

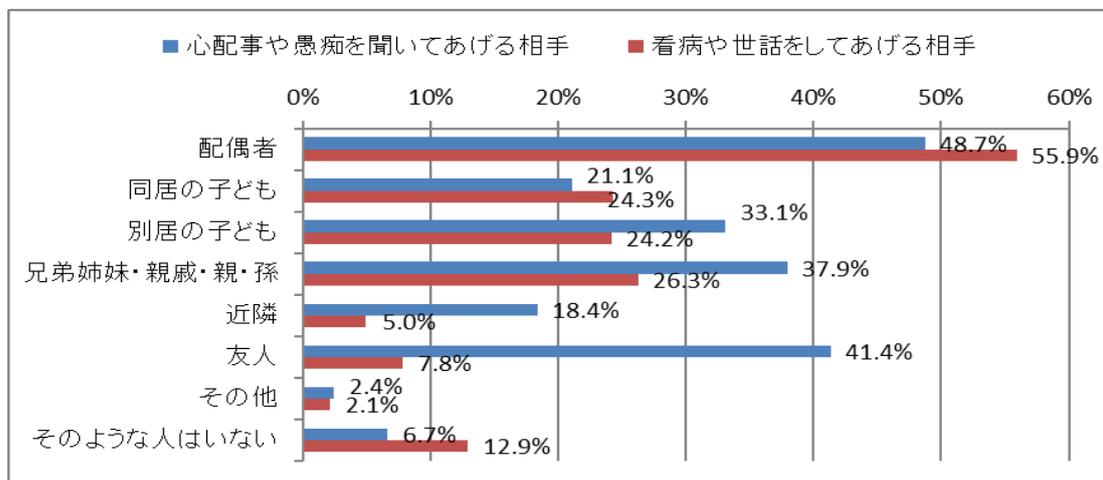
本人と最も近い相手は、配偶者となっており、同居の子どもや別居の子どもが、お互いに相談しやすい相手となっている様子がうかがえます。一方、近隣や友人は、心配事や愚痴を話し合う相手ではあるが、看病や世話までするほどの関係ではないことが分かります。

なお、すべての(4つ)の項目で「そのような人はいない」と回答した方が、38名存在し、性別では男性(27名)、世帯構成では、一人暮らし(30名)が該当しています。つまり、男性の一人暮らしに、該当者が多くなっています。

今後は、①この対象者に対し、必要な介入を行うとともに、②男性の一人暮らしの方に対する支援の検討が重要となります。



※ 日常生活圏域ニーズ調査



※ 日常生活圏域ニーズ調査

### (7) 幸福感と他設問の関係について

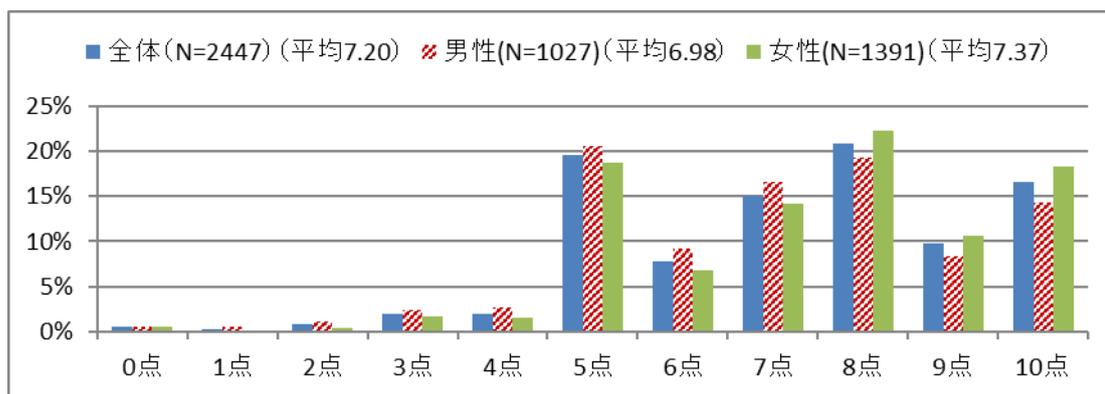
内閣府経済社会総合研究所による「幸福度に関する研究会報告-幸福度指標試案-概要 (H23. 12)」によると、

「幸福度指標」作成の意味があるとすれば、「幸せ」に光を当てることによって、これまで政策などにおいて焦点化されてこなかった「個々人がどういう気持ちで暮らしているのか」に着目することにある。

より具体的には、①日本における幸福度の原因・要因を探り、国、社会、地域が人々の幸福度を支えるにあたり良い点、悪い点、改善した点、悪化した点は何かを明らかにすること、②自分の幸せだけでなく、社会全体の幸せを深めていくためには、国、社会、地域が何処を目指そうとしているか、実際に目指していくのかを議論し、考えを深めることが不可欠であり、その際の手がかりを提供すること、の2つの点にあると考えられる。

とされていることから、本調査で収集した幸福度を様々な設問とクロス集計を行いました。

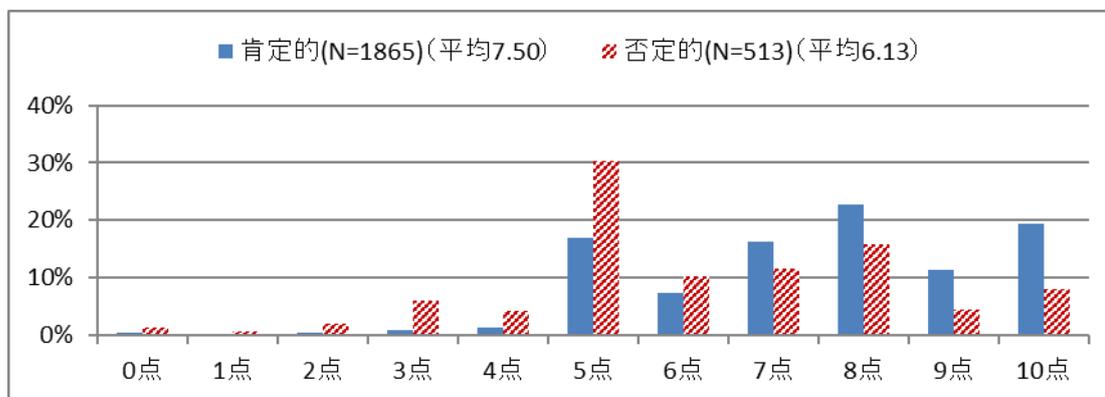
#### 【幸福度の分布と性別比較】



男性より女性で幸福度平均点が高い。

※ 日常生活圏域ニーズ調査

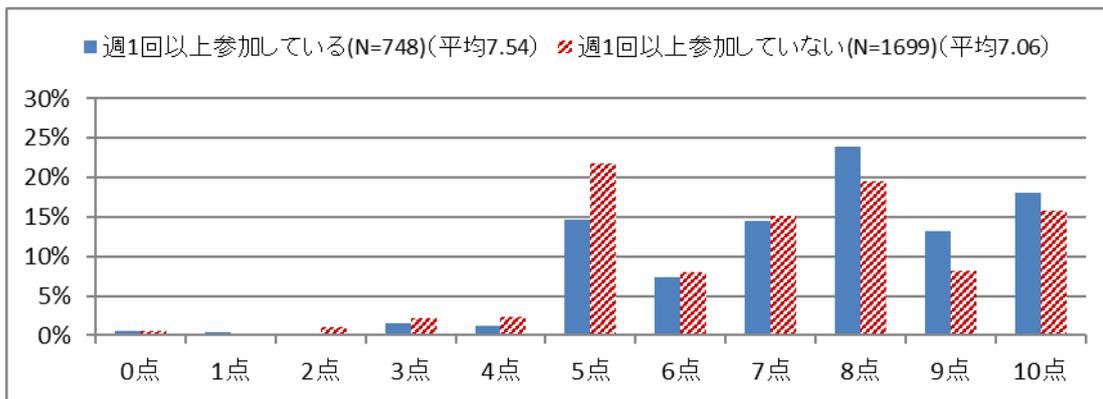
#### 【幸福度の分布と主観的健康観比較】



主観的健康観が肯定的な方の幸福度平均点が高い。

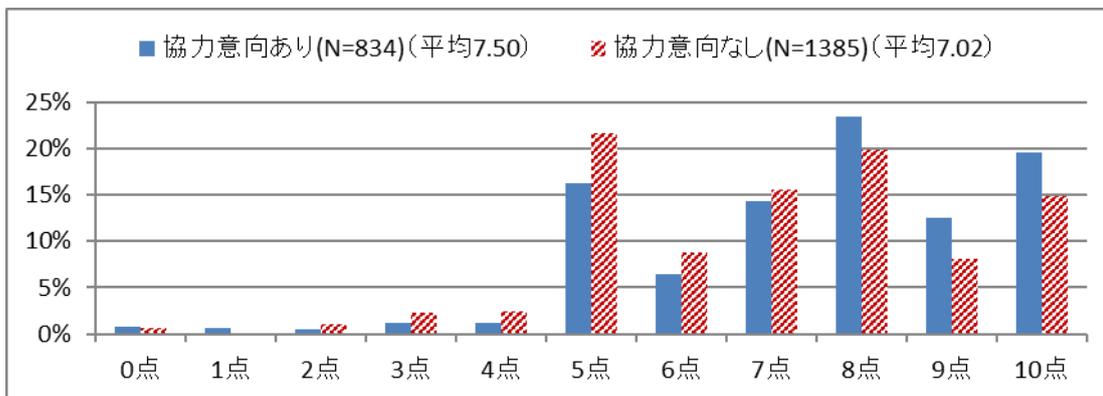
※ 日常生活圏域ニーズ調査

【幸福度の分布と社会参加の状況】



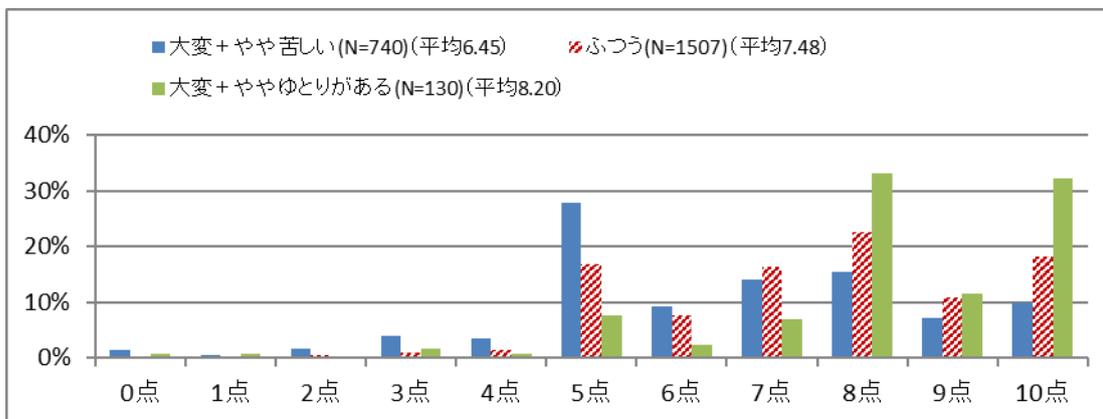
社会参加を週1回以上している方の幸福度平均点が高い。 ※ 日常生活圏ニーズ調査

【幸福度の分布と有志の活動へのお世話係としての参加意向】



お世話係として協力意向のある方の幸福度平均点が高い。 ※ 日常生活圏ニーズ調査

【幸福度の分布と経済的な暮らしぶり】



※ 日常生活圏ニーズ調査

経済的な暮らしぶりにゆとりのある方の幸福度平均点が高い。

(8) 看取りの場所や介護の希望

問：あなたが最期を迎えたいと思う場所はどこですか

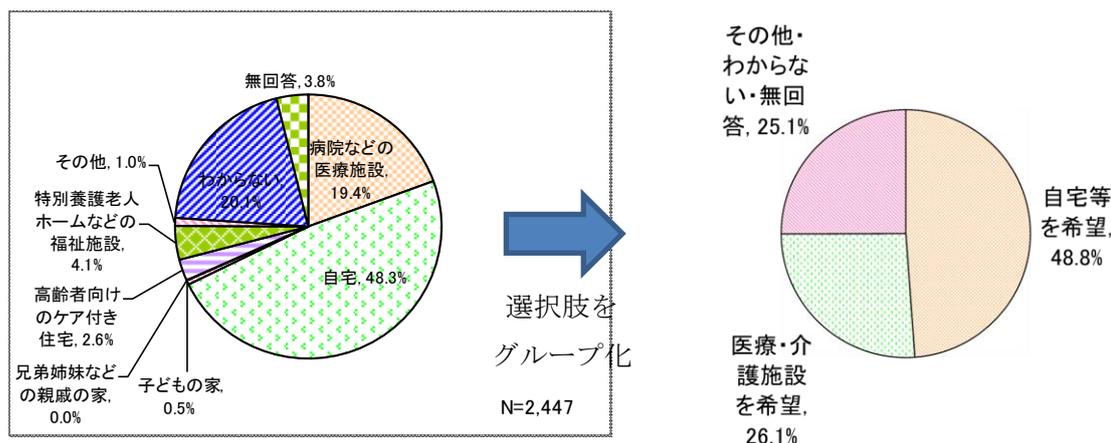
問：普段の生活で食事や入浴などに介護が必要になった時、どのように暮らしたいかの2問から看取りの場所や介護の希望について分析を行いました。

その結果、最期を迎えたい場所は、①自宅等を希望する方が48.8%、②医療・介護施設を希望する方が26.1%、③その他・わからない・無回答が25.1%となっています。

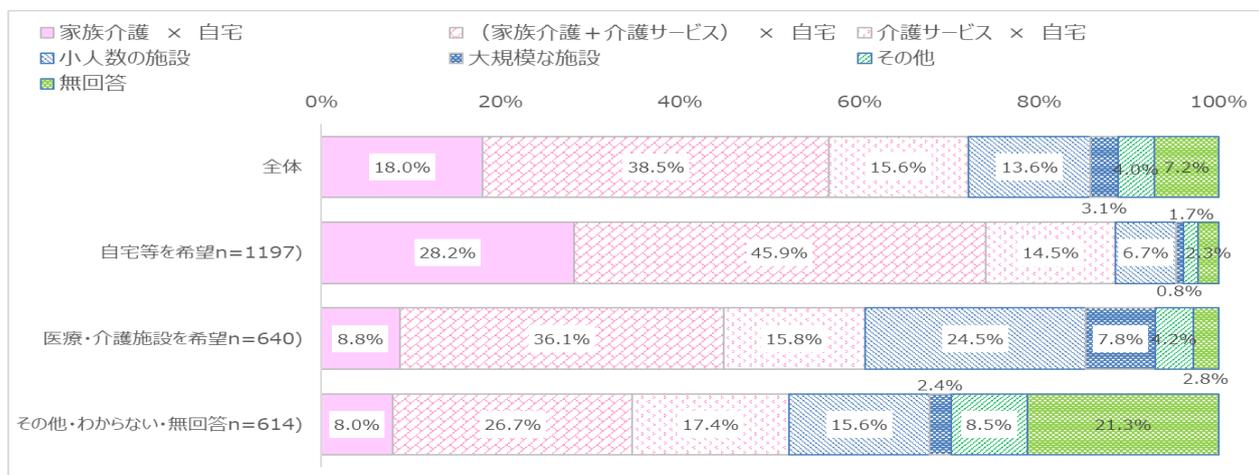
次に、普段の生活に介護が必要になった場合の意向を上記3群に分けて分析したところ、自宅で過ごしつつ、①自宅で家族介護、②自宅で家族介護+介護サービス、③自宅で介護サービスの合計が7割を占めており、特に自宅で最期を迎えたいとした方では約9割の方が自宅での介護を希望しています。

今後は、これらの意向を踏まえた在宅介護の体制整備、医療介護連携、在宅医療の体制整備などが求められています。

問：あなたが最期を迎えたいと思う場所はどこですか



問：普段の生活で食事や入浴などに介護が必要になった時、どのように暮らしたいか



※ 日常生活圏域ニーズ調査

(9) かかりつけ医、在宅医療の周知や家族との話し合いの状況

問：かかりつけ医の有無

問：在宅医療の周知

問：ご自身の将来の医療及びケアなどについて、ご家族や親族などと話し合った経験の3問からかかりつけ医の有無、在宅医療の周知状況、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の状況について分析を行いました。

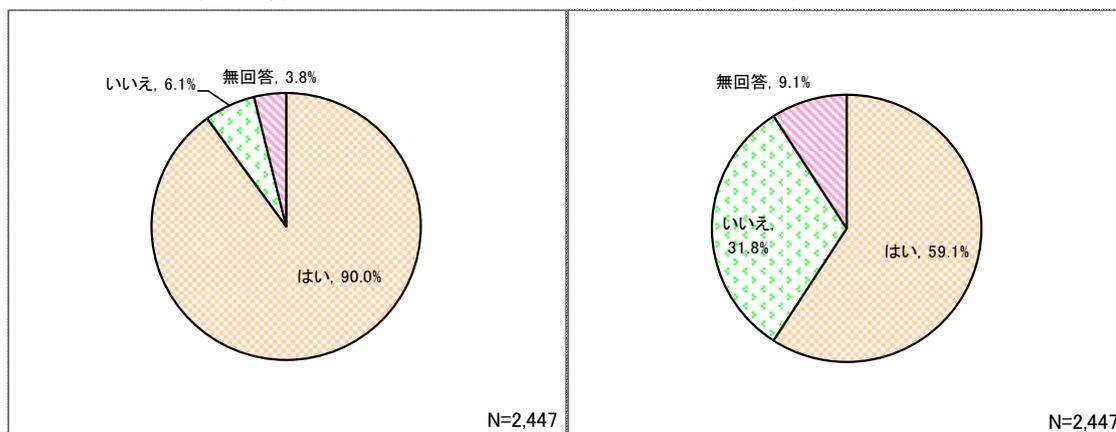
まず、かかりつけ医の有無では、かかりつけ医がいると回答した方が9割となっているが、在宅医療について知っているかどうかでは、知っている方は6割となっています。

さらに、ご自身の将来の医療及びケアなどについて、ご家族や親族などと話し合った経験では、話し合った経験がある方は5割となり、詳しく話し合っている方は4.3%しか存在しないことが分かります。

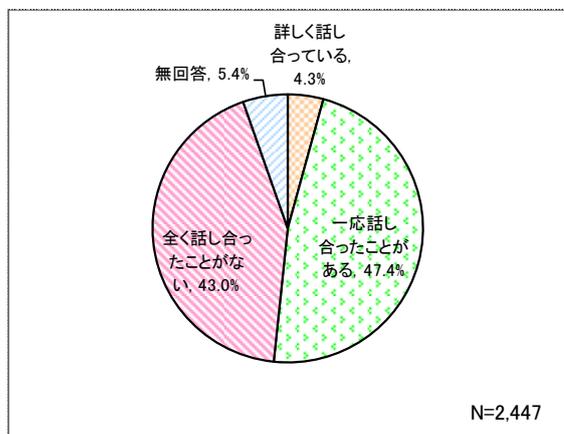
本調査は、一般高齢者または軽度の認定を受けた方の調査とはいえ、家族等と話し合っている状況とは言い難く、まずは、その周知啓発が必要と考えられます。

問：かかりつけ医の有無

問：在宅医療の周知



問：ご自身の将来の医療及びケアなどについて、ご家族や親族などと話し合った経験



※ 日常生活圏域ニーズ調査

## 2 在宅介護実態調査の概要

### (1) 目的

第9期介護保険事業計画の策定において、これまでの「地域包括ケアシステムの構築」という観点に加え、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施しました。

### (2) 配布回収状況

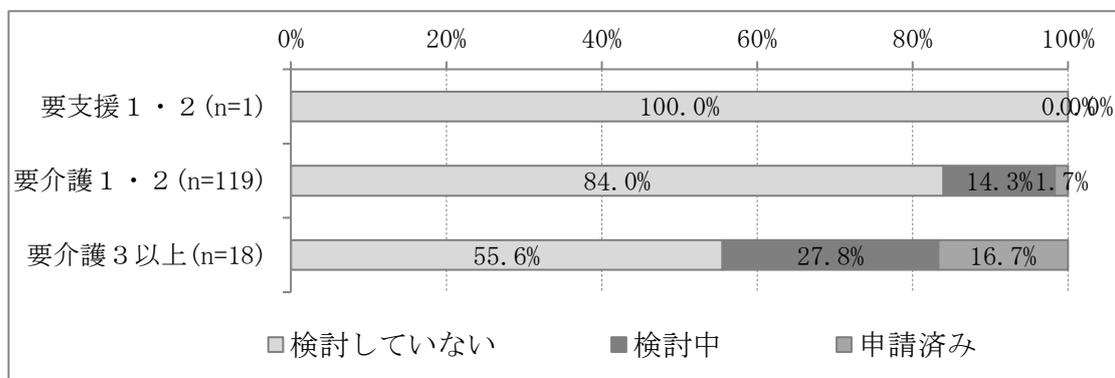
在宅介護実態調査	
配布回収方法	認定調査員による訪問調査時に対面調査 介護支援専門員による記入または訪問調査時に対面調査
対象者選定方法	認定更新のタイミングに実施 居宅介護支援事業所に依頼して実施
回収数	149 件

### (3) 施設等への入所・入居検討状況

施設等への入所・入居の検討状況については、全体では、81.2%の方が検討していないとしているが、検討中と申請済の合計が18.8%となっています。

介護度別に見ると、要介護3以上になると約4割の方が施設入所等を検討中・申請済となります。一方世帯類型別には、大きな違いはありません。

要介護3以上の方のうち4割の方が施設等を希望している実態に対し、提供できるサービス体制の基盤整備の状況を確認するとともに、介護者への支援を検討する必要があります。

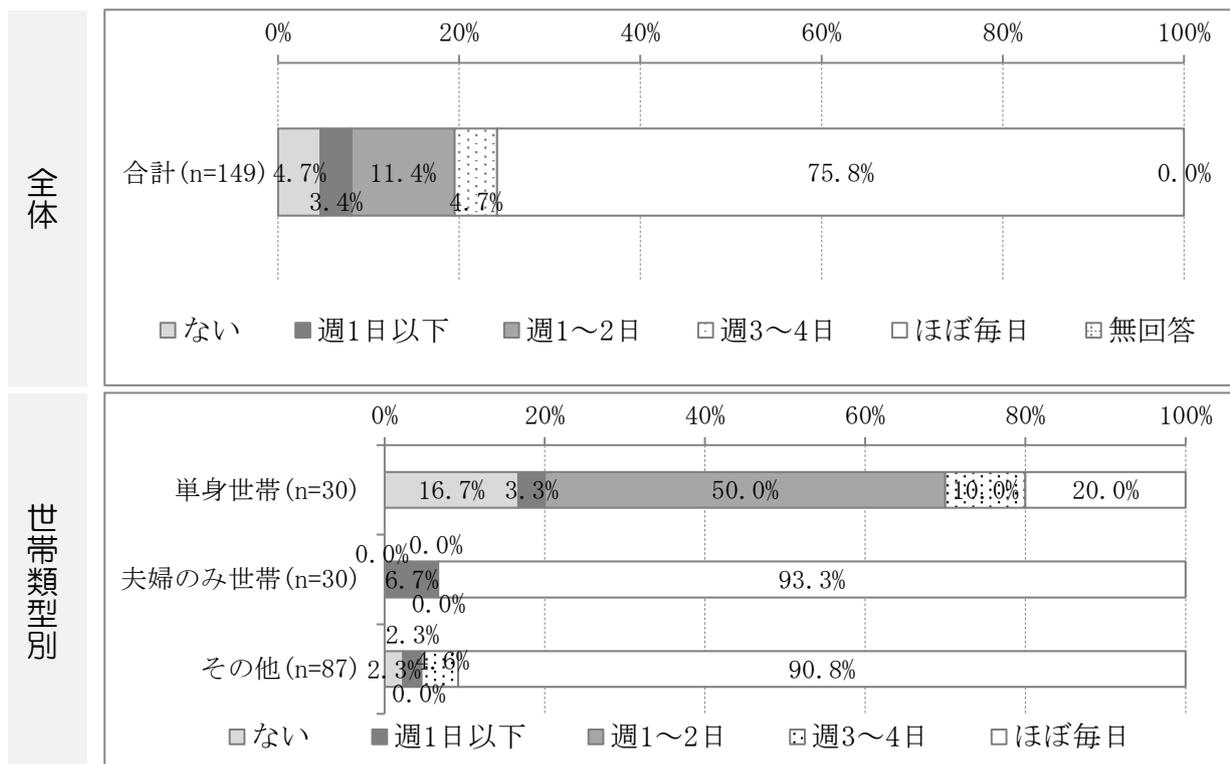


※ 在宅介護実態調査

#### (4) 家族介護の頻度

家族介護の頻度では、家族介護がないという方が4.7%、一方、介護を受けている方では、ほぼ毎日が最も多く75.8%となっていました。

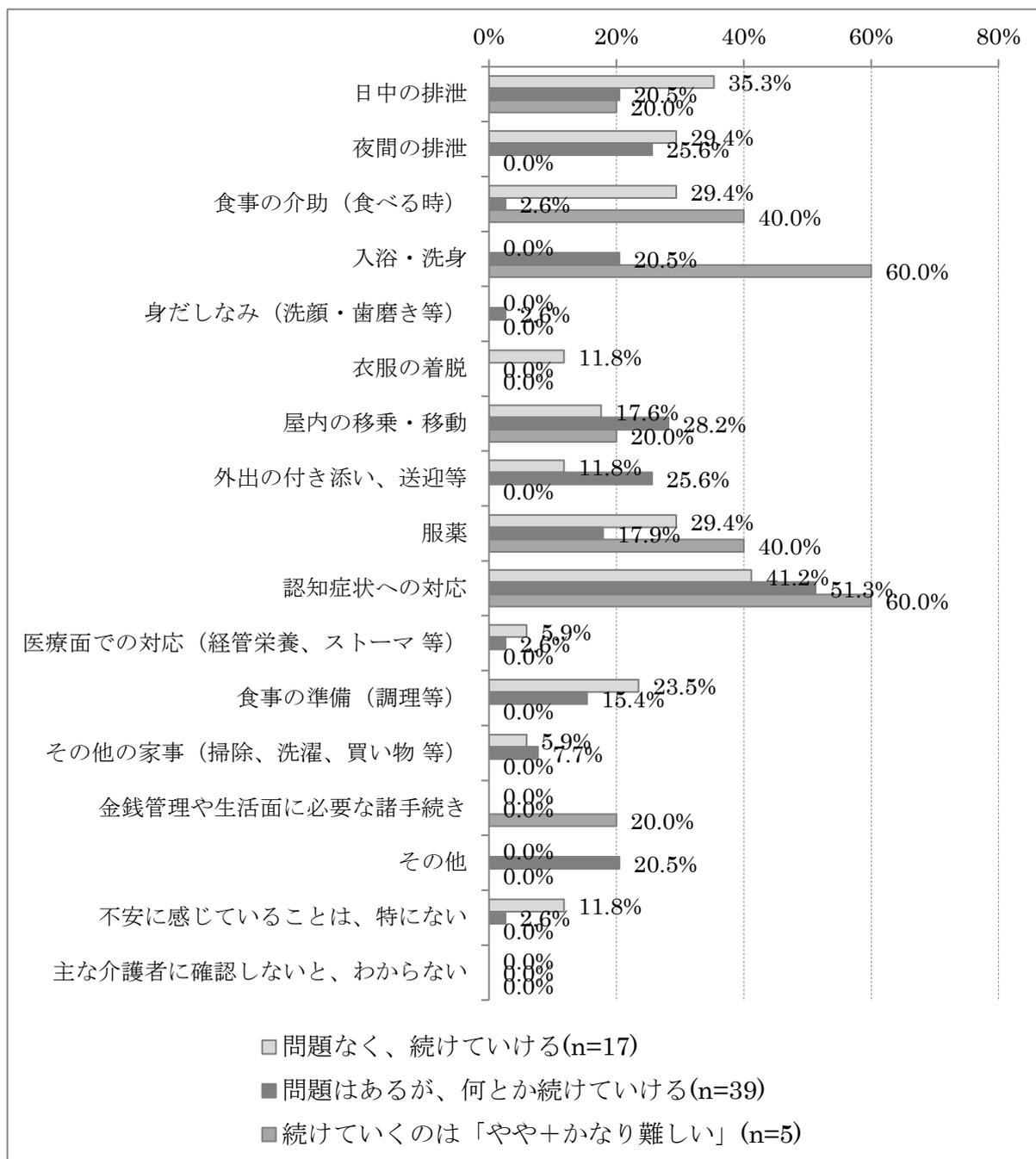
世帯類型でみると、単身世帯では、ない・週1回以下・週1～2日とする方が多くになっているが、夫婦のみ世帯、その他世帯では、ほぼ毎日とする方が多くなっていました。



※ 在宅介護実態調査

(5) 主な介護者が不安を感じる介護等×働きながら介護を続けられるか

主な介護者が不安を感じる介護のうち、他の方と比較して、続けていくことはやや難しいとかなり難しいとした方が不安を感じるものは、「入浴・洗身」、「認知症状への対応」、「食事の介助（食べる時）」などとなっています。不安を解消できる介護サービスがあること、相談できる窓口があることなどを周知していくことが重要となります。



※ 在宅介護実態調査

### 3 介護事業所調査の概要

#### (1) 目的

居所変更実態調査は、過去1年間の新規入居・退去の流れや、退去の理由などを把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討するための基礎調査として実施しました。

介護人材実態調査は、介護人材の実態を個票で把握することにより、性別・年齢別・資格の有無別などの詳細な実態を把握し、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討するための基礎調査として実施しました。

#### (2) 配布回収状況

	居所変更 実態調査	介護人材 実態調査
配布回収方法	郵送による 配布回収	郵送による 配布回収
調査対象	施設・居住系サービス 有料・サ高住・特定施設等	施設・居住系サービス 通所系サービス 訪問系サービス
配布数	11 件	21 件
回答数	7 件	16 件
回答率	63.6%	76.2%

## 4 居所変更実態調査の概要

### (1) 過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

各施設等における退居・退所者に占める居所変更と死亡の状況調査から、各施設等の看取りの状況を分析しました。

その結果、本町全体では、18.3%が居所変更を行うことなく、施設で死亡している（看取りが行われた）ことが分かりました。

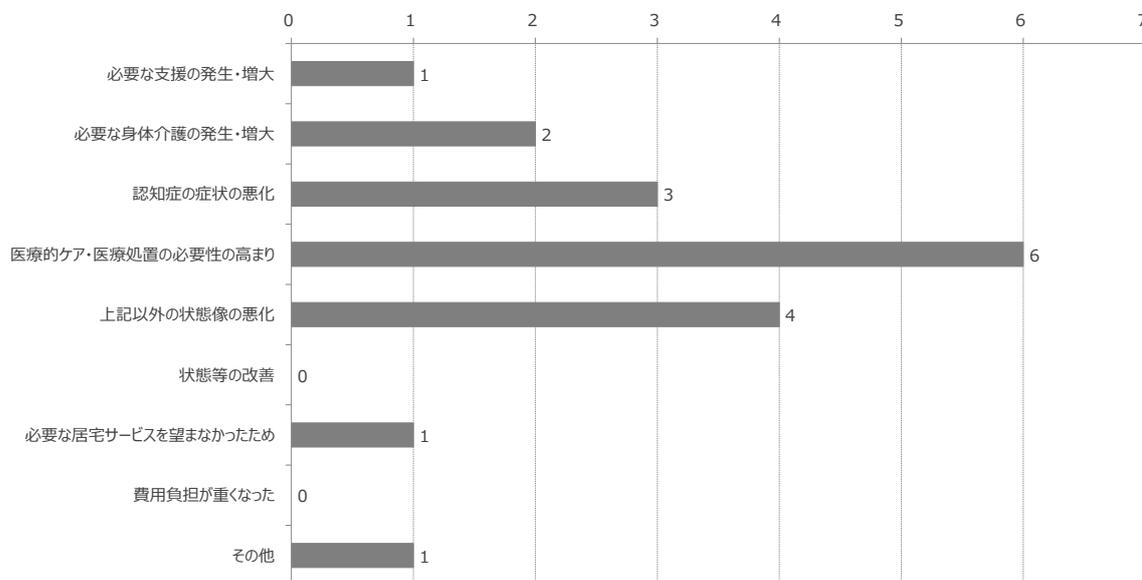
その割合が高いのは、特別養護老人ホーム 40.0%、グループホーム 30.8%、特定施設 11.1%、などとなっています。

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=2)	29人 100.0%	0人 0.0%	29人 100.0%
軽費 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
サ高住 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH (n=3)	9人 69.2%	4人 30.8%	13人 100.0%
特定 (n=1)	8人 88.9%	1人 11.1%	9人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
療養型・介護医療院 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養 (n=1)	12人 60.0%	8人 40.0%	20人 100.0%
地密特養 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
合計 (n=7)	58人 81.7%	13人 18.3%	71人 100.0%

### (2) 居所変更した理由

居所変更を行った理由が判明している7人の各施設等を退居・退所した理由は、医療的ケア・医療処置の必要性の高まりが6人、上記以外の状態の悪化が4人、認知症の症状の悪化が3人となっていました。

施設等における居所変更の理由の把握を行うとともに、より詳細な状態の把握を行い、必要に応じて医療と介護の連携による体制強化や方針を検討していきます。



## 5 介護人材実態調査の概要

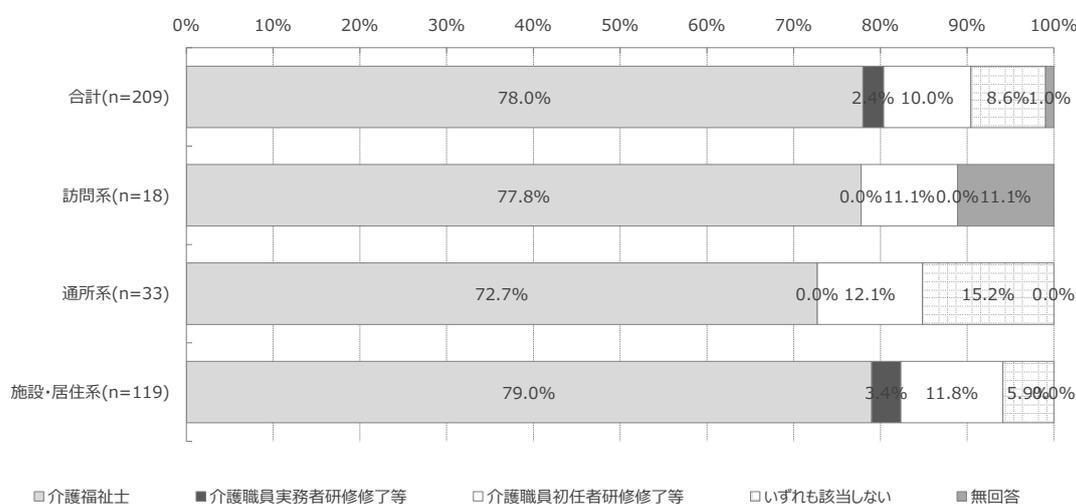
### (1) 資格保有の状況

資格保有の状況は、全体では、介護福祉士が 78.0%、介護職員初任者研修終了等が 10.0%、いずれも該当しない方が 8.6%などとなっています。

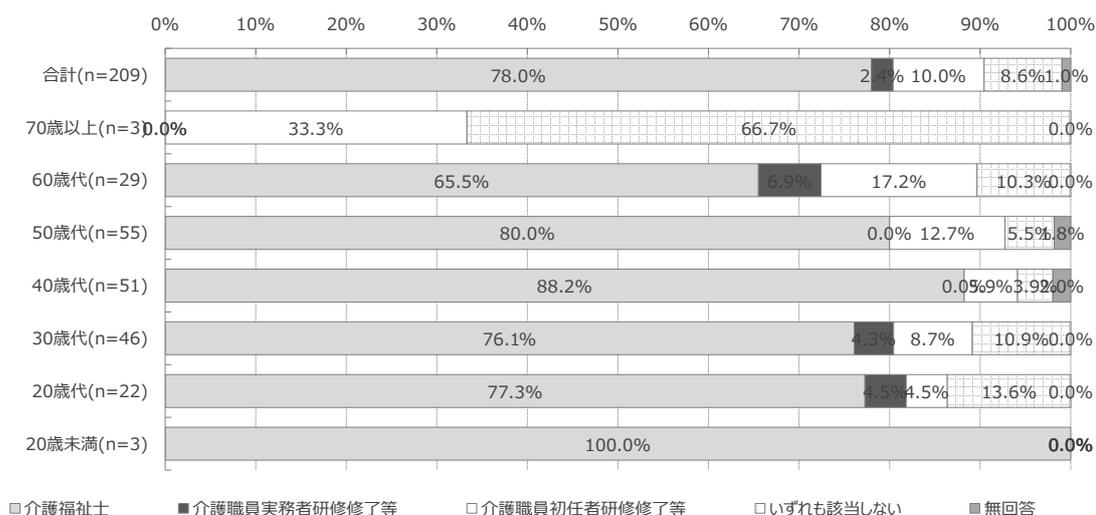
サービス系統別にみると、通所系と施設・居住系では、いずれも介護福祉士の方の割合が高くなっています。

年齢階級別にみると、70 代以外は介護福祉士保有割合が高くなっていますが、20 代、30 代、60 代では、いずれも該当しない方の割合も高くなっています。

サービス系統別資格保有状況



年齢階級別資格保有状況



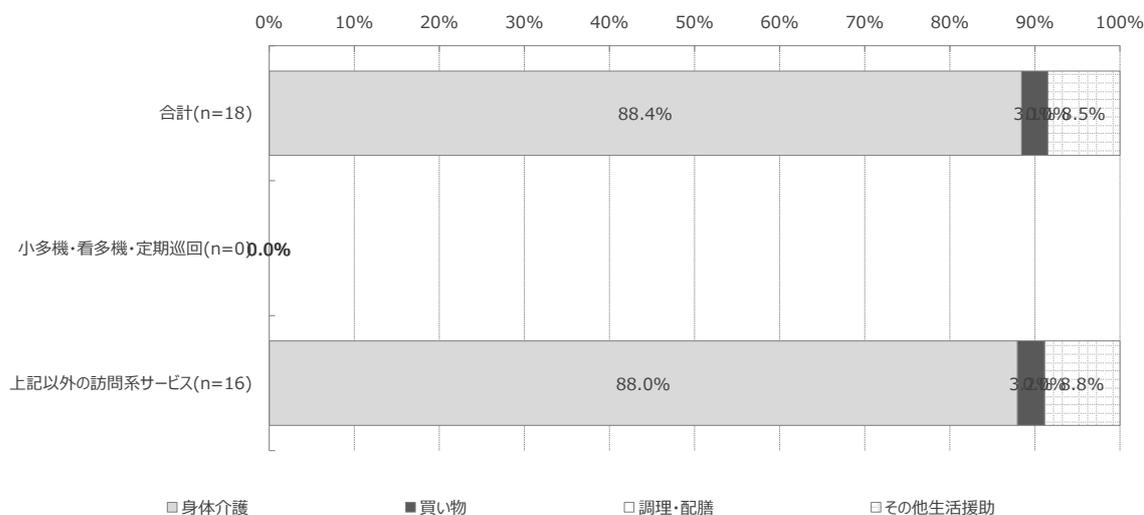
## (2) 訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳

訪問介護のサービス提供時間の内訳は、介護給付の場合は、身体介護が 88.4%、その他生活援助が 8.5%となっています。

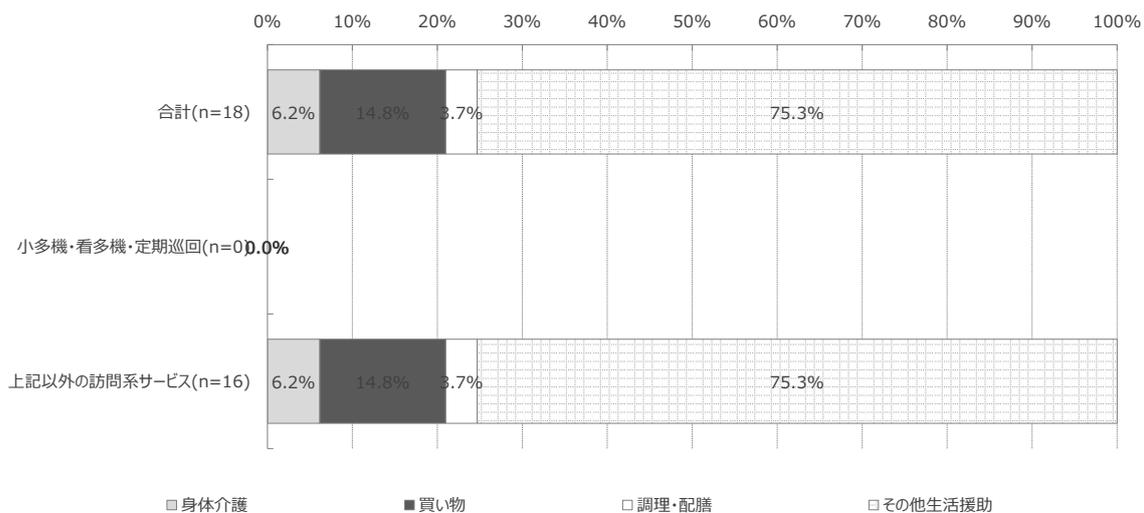
一方、予防給付・総合事業の場合は、身体介護は 6.2%となっており、残りの約9割は、その他生活援助 75.3%、買い物 14.8%、調理・配膳 3.7%、となっています。

今後、訪問介護におけるサービス提供時間を考慮し、専門職でなくともできる介護を分業できる体制構築を検討する必要があります。

訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（介護給付）



訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（予防給付・総合事業）



## 第4節 本町の現状から見えてきた課題

### 1 高齢者人口はピークを迎え、年齢階級別の様相が変化し始める

- 高齢者の年齢階級別人口は、前期高齢者のピークは令和3年で、それ以降は減少となります。一方、後期高齢者は、令和3年以降も増加を続ける予測となります。
- 高齢独居世帯が724世帯で5年前より3.6ポイント増加しており、年齢階層別にみてもすべての年齢層で増加しており、85歳以上が最も多くなっています。
- そのため、これまでは、比較的元気な高齢者が多い印象の地域が、見守りや介護を必要とする高齢者が多い地域に変わりつつあると考えられ、その対策が急務であるとともに、その対策に必要な量がこれまでよりも急激に増加すると考えられます。

### 2 新型コロナウイルス感染症の影響により、社会参加の機会が減少している

- ニーズ調査では、「収入のある仕事(23.1%)」、「スポーツ関係のグループやクラブ(23.6%)」、「趣味関係のグループ(13.3%)」、「介護予防のための通いの場(百歳・脳いき)(11.4%)」などの参加率が高くなっていますが、前回調査と比してすべての項目で割合が減少しているため、新型コロナウイルス感染症対策の変化に対応した高齢者の多様な社会参加の再開・拡充に向けた支援、働きかけが重要となります。
- 介護予防のための通いの場の参加率(11.4%)は計画の指標となっており、国では、この通いの場の参加率8%を目指すとする指針を打ち出していますが、本町ではすでに国の目標を達成しています。

### 3 運動・口腔機能・社会参加の予防の取り組みが重要

- 口腔機能は栄養状態や身体機能、認知機能へ影響を及ぼします。口腔機能低下は、見過ごされることが多いことから、口腔機能の維持の重要性を周知する必要があります。
- ニーズ調査では、口腔機能予防対象者が21.9%存在し、うつ予防の対象者24.2%、運動機能16.8%と同様の該当率となっており、関係性が危惧されます。
- 口腔機能予防対象者に対し、通いの場を活用し歯科受診勧奨を行うことで、効果的な口腔機能の維持につながる可能性があります。同時に、日常生活習慣の中で、歯磨き、義歯の手入れを行うとともに、パタカラ体操などの口腔機能維持に効果的なセルフケアの取組を周知啓発していくことが重要となります。
- 口腔機能の維持をはじめ、運動、社会参加の起点として、地域にある「通いの場」の役割が今後さらに重要になってきます。

#### 4 助け合い・支え合い活動（生活支援サービス）の拡充が必要

- ニーズ調査によるとボランティアによる助け合い・支え合い活動に該当する生活支援の困りごととして、「庭の手入れ」、「話し相手」、「ごみ出し」、「送迎・付き添い」を希望されている方が多いことが分かりました。
- また、上記の各項目の『担い手』になり得る方も、同一の項目で多くなる傾向にあります。
- 予防給付・総合事業における訪問介護のサービス提供時間の内訳は、身体介護は1割未満で、残りの約9割は、その他生活援助、調理・配膳、買い物となっています。
- 今後、訪問介護におけるサービス提供時間を考慮し、専門職でなくともできる介護を分業できる体制構築を検討する必要があります。
- このことから、助け合い・支え合いの担い手を活動可能ボランティアとして養成していくことが急務となっています。

#### 5 介護現場では、医療との連携が求められている

- 事業所調査では、各施設等における退居・退所者に占める居所変更と死亡の状況調査から、各施設等の看取りの状況を分析しました。その結果、本町全体では、18.3%が居所変更を行うことなく、施設で死亡している（看取りが行われた）ことが分かりました。
- 居所変更を行った理由は、医療的ケア・医療処置の必要性の高まりが多くなっており、施設等における医療的ケア・医療処置への対応力向上や、医療と介護の連携による体制強化が重要となっています。
- 一方で、居所変更の理由の把握が実数と開きがあるため、継続的な状況の把握と関係部会等での共有が必要です。

## 第3章 計画の基本的な考え方

### 第1節 計画の目指す姿

#### 1 基本理念

本町では、令和3年度に「第6次川棚町総合計画（R4～R13）」を策定しており、この計画の基本構想では、基本理念を「自然を愛し 暮らし輝くまち」としてまちづくりに取り組んでいます。

そのため、本計画は、総合計画の主要施策の基本方針「健やかで安心して暮らせるまちづくり」の実現に向けた高齢者保健福祉の分野別計画・個別計画としての位置づけを担うこととなります。

また、国の指針により、団塊の世代が75歳に到達する令和7年度を見据え、平成27年度を初期とした地域包括ケアを構築していくための10年間という位置づけを持たせた第4期目の計画期間となることから、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図ります。



#### 第6次川棚町総合計画

##### 基本理念

### 自然を愛し 暮らし輝くまち

- 1 教育・文化・環境の充実で暮らしをいどころ
- 2 保健・医療・福祉で暮らしをすこやかに
- 3 危機管理で暮らしをあんしんに
- 4 産業の振興で暮らしをゆたかに
- 5 基盤の充実で暮らしをささえる
- 6 人権尊重・協働・スマート自治体でともに歩む

#### 第9期川棚町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

##### 基本理念

共に支え合い  
いきいきとすこやかに暮らせるまち 川棚

## 2 目指す姿の実現に向けた基本的な視点

本計画の目指す姿の実現に向け、本町では、高齢者の状態を

- ① 元気な高齢者
- ② 見守りや介護予防等を必要とする高齢者
- ③ 介護を必要とする高齢者〔要介護（要支援）認定者〕

の3つの視点に分けてそれぞれの状態に応じたサービスを、地域の関係機関の連携（地域包括ケア）により実現します。

## 3 元気な高齢者

### 健やかで生きがいのある生活を支えます

本町に暮らす高齢者の特徴としては、県内の自治体の中でも低い認定率であり、東彼杵郡3町においても同程度の傾向がみられています。

これは、愛育班等の地域の繋がりを起点とした介護予防の取組が充実し、生活に根付いており、健康づくりの一環として、体操を老人クラブや通いの場等で実施しているなど、介護予防の取組が地域に根付いたまちと考えられます。

また、介護予防に関する普及・啓発として、町の広報誌等を通じて、体操や知識などの情報を提供しており、さらに各種団体等への普及・啓発としては、老人クラブや婦人会の会合に地域包括支援センター担当者が出席し、健康相談や運動・栄養・認知症予防などの介護予防に関する講話を行っています。

本町では、この町民と一体となった介護予防の取組を本町の特性と捉え、第9期中核的となる重点施策に繋げていきます。そこで引き続き、健康づくり、介護予防、生涯学習、就労支援などを継続していくことで、「健やかで生きがいのある生活」を支えていきます。

## 4 見守りや介護予防等を必要とする高齢者

### 安心できる在宅生活を支えます

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できることは、超高齢化社会を迎えた本町の最重要課題となっています。そのためには、地域に根差した団体である愛育班を中心とした見守り活動や、支え合いの組織づくりを推進することが重要となります。

同時に、高齢者を支える社会資源として医療・介護・福祉等の関係機関・関係者が連携しチームを組んで、高齢者を含む社会全体を支えるような仕組みと安心感が求められています。

さらに、台風や地震などの災害発生時の緊急時の対応方法や、個々人の避難行動を明確にして、いざという時も安心して行動することができる体制整備が必要となっています。

そのため、地域の活動団体や事業者、関係機関など、様々な社会資源と協働し、個人情報の問題を解決しつつ福祉のまちづくりとネットワークの構築を進めるとともに、その中核を担う、地域包括支援センターは、高齢者の在宅生活を支えるための地域包括ケアシステムの構築に向けた中心的な役割を担うことができる体制づくり（機能強化）を行います。

認知症施策については、認知症ケアパスの普及・推進により、町民が、いつ、どのような状態になった時に、どんなサービスを受けることができるのか、わかりやすく情報を発信するとともに、仮に認知症になっても安心して地域で生活し続けることができる見守りネットワークの構築を図ります。

医療・介護の連携に向けては、広域連携による取組の中で東彼杵郡医師会と協力し事業展開を図っていきます。

なお、特別養護老人ホームの入所基準が、原則要介護3以上となり、中重度認定者を介護する家族の負担が大きくなっていることから、在宅介護を支えるサービスの充実に加えて、家族介護者への支援も拡充を図ります。

## 5 介護を必要とする高齢者

### 介護が必要な方にサービスを提供します

介護保険制度開始からすでに20年が経過し、本町の介護保険サービスも充実してきました。しかし、自営業者や農業・窯業従事者が多く、高齢期になっても家庭内労働の役割を担いながら生活している方も多い本町では、多様なニーズに柔軟に対応できる介護保険サービスの提供が求められています。

同時に、独居高齢者が点在するような地域性から、在宅介護では対応できず、施設への入居が必要となる高齢者が多いことも本町のもう一方の側面となっています。

また、事業所が少ない本町では、各事業所の自助努力の取組によって本町の福祉が支えられている側面もあります。

そのため、各サービス事業所と緊密な連携を図りながら、支援を必要とする高齢者に必要なサービスが提供される体制づくりを行います。

さらに、医療的なケアと介護の両方を必要とする高齢者が増えていますが、本町の医療体制にも限界があることから、医療と介護を一体的に提供できるサービスの確保が必要となっています。

同時に、介護保険サービスの質の向上と給付の適正化に向けた取組を拡充することで、介護保険の安定運営に努めます。特に、介護給付の適正化に向けた事業については、具体的な数値目標を設定し、県の適正化計画と整合性を図りつつ、県・国保連合会等と連携した取り組みを行っていきます。

## 6 重点取組と目標の設定について

### (1) 重点取組の設定

介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して、本計画期間中に取り組みべき事項及びその目標値を定めることとされています。

本町の新規介護認定者の原因疾患をみると、軽度（要支援1～要介護2）では認知症が最も多く、中重度（要介護3～5）において男性は脳血管疾患が最も多く、女性では認知症が多くなっています。

また、日常生活圏域ニーズ調査の結果から、要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者のうち、51.7%の方が認知症予防の必要性があることが分かりました。

このため、今後町の施策として、認知症の予防と共生を両輪とした総合的な施策を継続して重点的に取り組む必要があります。

その他、要介護認定者の抱えている疾患として、筋骨格系の運動器疾患や心疾患・脳血管疾患・糖尿病などの血管系疾患が多いことや、介護認定を受けていない方のうち、うつ予防対象者が24.2%、口腔機能予防対象者が21.9%存在しているという結果が見えてきました。

このことから、高齢者自らが自分の体の状態に気付いて積極的に介護予防と健康づくりを行う通いの場等を拡充し、元気な高齢者を増やす施策についても引き続き重点的に取り組む必要があります。

さらに、介護人材実態調査から見えてきた、生活に関わる困りごとや、専門性の高い支援はすみわけを行うことが可能で、前者においては、住民のボランティアによる助け合い・支え合いで対応を行っていくことが必要とされています。

今後は人口が減少し、介護の担い手を安定的に確保することが難しくなるため、自ら健康づくりと介護予防に取り組み、それを地域ぐるみで支援することの重要性が高まり、同時に、自立支援・重度化防止の取組も重要となる現状を踏まえ、本計画期間中における重点的取組と目標を次のとおり設定しました。

<6つの基本目標>

- 1 生涯現役社会の実現といきがいにあふれたまちづくり
- 2 地域包括ケア推進体制の構築
- 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進
- 6 介護人材の確保とサービスの質の向上

<重点的取組>

- 地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と生活支援体制の構築
- 予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進
- 自立支援・重度化防止
- 介護給付の適正化

(2) 重点目標

本町は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の維持に向けて、以下の指標について目標値を設定することで、保険者機能を発揮し自立支援・重度化防止に取り組むとともにその達成状況を評価します。

高齢者の自立支援・重度化防止等に係る保険者機能に関する評価指標について

指標	令和2年 実績	令和5年 実績見込 (11月時点)	令和8年 目標
要介護認定率	16.9%	15.4%	18.0%
要支援認定者数	127人	100人	100人
通いの場の実施個所数	21か所	29か所	30か所
通いの場の参加者数	500人	576人	600人
通いの場への参加率(通いの場の参加者実人数/高齢者人口)	11.0%	12.6%	13.0%
認知症カフェの開催	—	月1回	月1回
地域ケア会議の開催数	年1回	年1回	年1回
地域ケア担当者会議の開催数	月1回	月1回	月1回
地域ケア個別会議の開催(自立支援型・困難事例)	月1回	月1回	月1回
主要5事業の実施事業数 ※第9期計画時点から国の指針が主要3事業に変更	3事業	5事業	3事業
ケアプランチェック実施数/ケアプラン数	—	15件	30件
医療情報との突合・縦覧点検の実施の有無	無	有	有
給付実績を活用した適正化事業の実施の有無	無	有	有

## 第2節 基本構想と基本計画の枠組み

### 1 基本構想の枠組

目指す姿  
基本理念

共に支え合い  
いきいきとすこやかに暮らせるまち  
川棚

基本目標と施策の方向性

#### 基本目標 1 生涯現役社会の実現といきがいにあふれたまちづくり

- 1 自立支援に向けた介護予防事業の推進
- 2 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進
- 3 高齢者の就労支援の促進
- 4 生活支援体制整備事業
- 5 健康づくりの推進
- 6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

#### 基本目標 2 地域包括ケア推進体制の構築

- 1 地域包括支援センターの機能強化
- 2 地域ケア会議の推進
- 3 成年後見制度の利用促進
- 4 高齢者の虐待防止の推進

#### 基本目標 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

- 1 認知症の理解促進と普及啓発
- 2 認知症の方及び家族に対する支援の充実と社会参加支援

#### 基本目標 4 在宅医療・介護連携の推進

- 1 在宅医療と介護等との多職種連携体制の構築

#### 基本目標 5 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進

- 1 地域の実情に応じたサービス基盤の整備と活用
- 2 良質な高齢者向け住まいの確保
- 3 防災と災害時の支援体制の拡充
- 4 感染症対策の推進
- 5 交通安全・防犯対策等の推進

#### 基本目標 6 介護人材の確保とサービスの質の向上

- 1 介護給付の適正化に向けた取組の推進
- 2 指導・監査の充実
- 3 介護人材の確保

重点取組

地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と生活支援体制の構築

予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進

自立支援・重度化防止

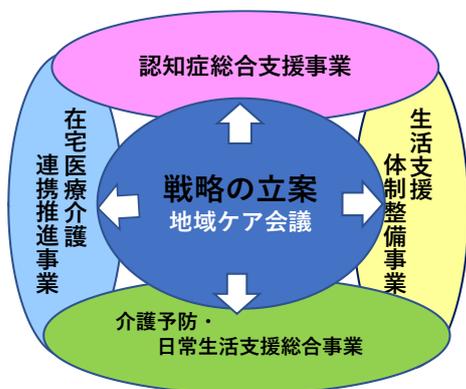
介護給付の適正化

# 各論

## 第2部 各論

本町では、これまで地域包括ケアシステムの展開と拡充に取り組んできました。これらを構成する要素は、①在宅医療介護連携事業、②介護予防・日常生活支援総合事業、③地域ケア会議（戦略の立案）、④生活支援体制整備事業、⑤認知症総合支援事業の5つです。前期の8期介護保険事業計画の期間は、②介護予防・日常生活支援総合事業に拡充に注力してきました。

今後は、現状の事業を継続して実施するとともに、9期介護保険事業計画の中で国が示す、「共生社会」の実現にむけて、⑤認知症総合支援事業の今後の方針について検討を進めていきます。各事業については、各論の中でとりあげていきます。



在宅医療介護連携推進事業	
内容	
①	地域の医療・介護の資源の把握
②	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
③	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
④	医療・介護関係者の情報共有の支援
⑤	在宅医療・介護連携に関する相談支援
⑥	医療・介護関係者の研修
⑦	地域住民への普及啓発(元気なうちから手帳、ACP啓発)
⑧	在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携

介護予防・日常生活支援総合事業		
川棚町の実施状況	サービス分類	取組み
①介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス	①従前型の訪問介護 ②訪問型サービスC
	通所サービス	①従前型の通所介護 ②通所型サービスA ③通所型サービスC
	その他	配食サービス
②一般介護予防事業	介護予防把握事業	①75歳以上高齢者・独居訪問 ②要支援者サービス未利用者訪問 ③窓口相談記録票
	介護予防普及啓発事業	①出前講座 ②水中はじめて教室、水中つづけてクラブ ③みんなでいごこで ④みんなでかわろーで
	地域介護予防活動支援事業	①介護予防助け合いサポーター養成講座 ②介護予防サポーター実践講座、全体会 ③共生型常設型通いの場 (E-bsyoみんなでワリ、昭和館) ④住民主体型通いの場 (いきいき百歳体操)
③一般介護予防事業評価事業		①一般介護予防事業の評価
④地域リハビリテーション活動支援事業		①県央地域リハビリテーション広域支援センターとの連携 ②通いの場への理学療法士の派遣(一体的事業) ③自立支援型地域ケア会議への理学療法士の参画 ④訪問リハビリ事業への理学療法士の派遣

## 地域ケア会議

川棚町の実施状況	機能
①困難事例型地域ケア個別会議	・個別ケースの課題解決 ・関係機関との連携
②自立支援型地域ケア個別会議	・個別課題の解決 ・ネットワーク構築 ・地域課題の発見
③地域ケア担当者会議	・町内、庁舎内の保健福祉の担当者が情報交換する場 ・地域課題の共有
④地域ケア推進会議	・ネットワーク構築 ・地域課題のまとめと解決 ・地域づくり、資源開発 ・政策形成
⑤ケアマネ連絡会	・情報交換 ・ネットワーク構築 ・地域課題の共有

## 生活支援体制整備事業

内容	取組
①生活支援コーディネーターの配置	第1層の生活支援コーディネーター配置 ・資源開発 ・地域活動参加 ・地域の実情把握
②協議体の設置	第1層協議体の設置 ・生活支援体制の方向性検討 ・生活支援コーディネーターと協力し、多様な関係者間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組の推進

## 認知症総合支援事業

内容	取組
①認知症初期集中支援チームの設置	・早期から家庭訪問を通じた認知症のアセスメントや家族への支援をサポート医、認知症地域支援推進員、社会福祉士、保健師等が中心となって実施。
②認知症地域支援推進員の配置	・認知症初期集中支援チームの一員として、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関との連携支援や認知症の方及びその家族を支援。
③認知症ケアパスの作成	・認知症発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療介護サービスを受ければよいかを示し、活用。
④認知症の正しい理解	・地域に認知症について出前講座を実施。 ・認知症の人を地域で支える「認知症サポーター」の養成講座を実施
⑤認知症の人の権利擁護	・「成年後見人制度」「日常生活自立支援事業」の利用について支援 ・消費生活支援センターとの連携
⑥認知症カフェ（よらんね）カフェ	・認知症とその家族・地域の方々、認知症サポーター等誰もが集い、語り合う場
⑦チームオレンジの立ち上げ	・よらんねカフェを中心に、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターと協働し、認知症の人やその家族、地域の方、専門家等がチームを作り、認知症の人がその人らしい生活を継続していけるように支援をしていく

# 第1章 元気な高齢者の施策の推進

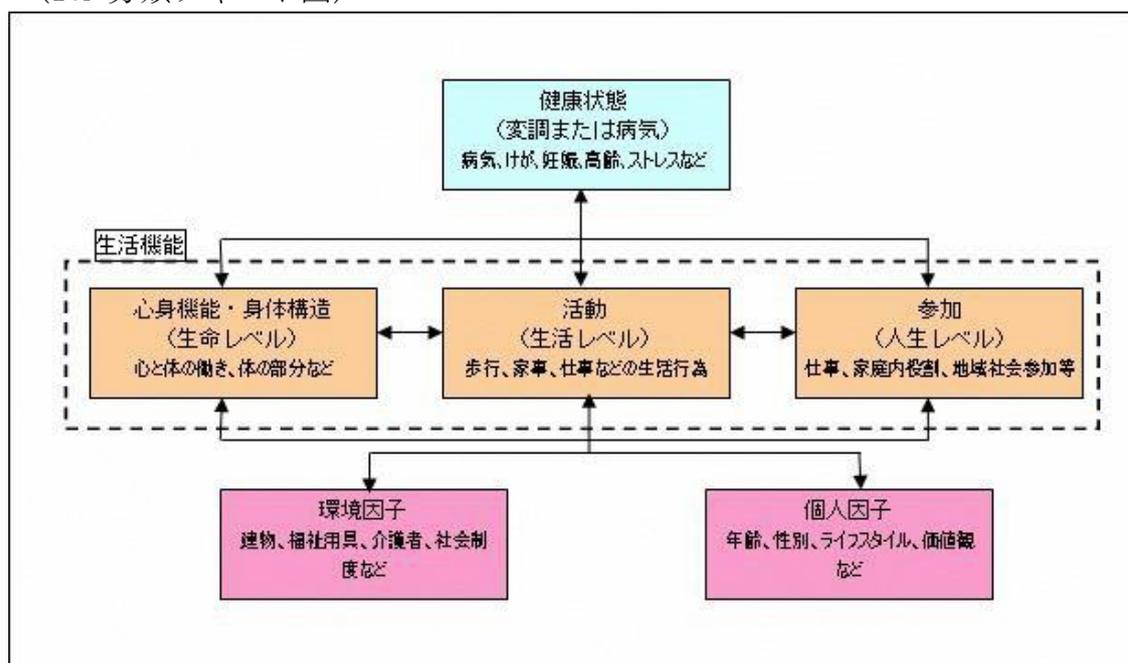
## 第1節 介護予防と健康づくりの推進

### 1 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の展開

#### (1) 介護予防事業の実施（地域支援事業）

介護予防は、高齢者が要介護状態となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的としたものであり、要介護状態とならないようにするだけでなく、手段的日常生活動作（IADL）の向上により、生活場面での自立や社会参加といった、元気で生きがいを持って生活できるように、生活環境の調整や、地域の中に居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチに取り組んでいます。

(ICF 分類チャート図)



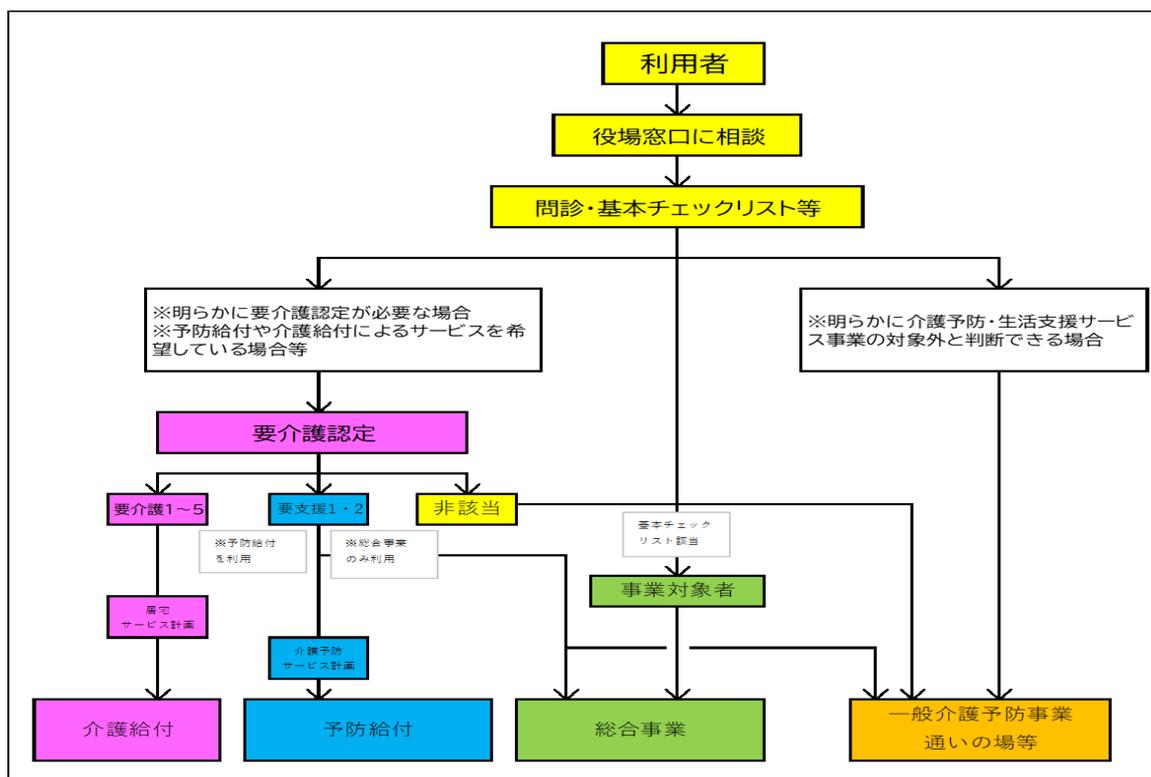
## (2) 介護予防・生活支援サービス事業対象者の流れ

窓口相談に来られた方のうち、明らかに介護認定が必要な場合を除き、総合事業の紹介を行っています。介護認定を持っていなくても、町内で介護予防等のサービスを受けることができるよう仕組みを拡充しています。

総合事業や一般介護予防事業等の利用については、

- ◆基本チェックリストを用い、事業対象者に該当した方
- ◆介護認定の要支援1又は2をお持ちの方
- ◆認定の結果非該当になった方
- ◆基本チェックリストには該当しないが、予防事業を希望される方

以下の、フロー図に従って、必要な方が、必要なサービスを受けられる仕組みを今後も継続して運営していきます。



### (3) 通所型サービスの展開

通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスがあります。

本町では、以下のサービス類型について事業を展開しています。

(参考) 国の示すサービスの類型

	提供中	提供中	提供中	
基準	現行の通所介護相当		多様なサービス	
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA <small>緩和した基準によるサービス</small>	③ 通所型サービスB <small>(住民主体による支援)</small>	④ 通所型サービスC <small>(短期集中予防サービス)</small>
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

### ① 通所型サービスA「きなっせー」

要支援高齢者および、事業対象者に対して実施しています。体力の低下や物忘れ、出かける機会が減ってきたなどの悩みを、運動・脳トレ・レクリエーションや外出して他者との交流を行うことで元気で楽しみを持てる生活を送ることができるよう支援を行っています。

また、自宅近くまでの送迎の実施や昼食の提供（持参可能）もあり、栄養・口腔面の機能維持・向上も支援しています。

本町ではこれまで、石木公民館といきがいセンターの2か所で実施をしていますが、令和5年度から石木教室をいきがいセンターに統合し、1か所での実施となりました。

本町で養成した介護予防・助け合いサポーターの活動の場としても位置づけられており、住民の自主的な活動における介護予防拠点としての役割を持っています。

現在は総合事業として実施していますが、将来的に事業の役割をフレイル予防・骨折予防を主とした、居場所支援として、介護予防・助け合いサポーターと協力して実施していけないか等内容の検討を行っていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	91	96	48	48	48	48
実参加者数(人)	49	39	28	15	18	20
延参加者数(人)	1,184	1,077	720	720	864	960
介護予防・助け合いサポーター延数(人)	225	240	96	135	135	135

※令和5年度よりこれまで2か所実施から1か所実施へ変更しています。

## ② 通所型サービスC短期リハビリ「しゅ〜で」

要支援高齢者及び事業対象者の方を対象として、運動・リハビリ・口腔・栄養等の専門職による身体機能や生活機能の向上と、それに伴う活動と参加の増加を目的とした短期集中型の介護予防プログラム短期リハビリ「しゅ〜で」を実施しています。

週1回、機能向上を目指すためのプログラム・個別の課題に応じたりハビリ・買い物などを実施しており、4～6か月の短期間で、身体機能の向上を目指し、次のステップである通所型サービスAや一般介護予防事業、住民主体の通いの場等に繋げています。

理学療法士等の専門職が身体的評価を行い、個別に具体的な目標設定を行い、プログラム提供を実施する体制をとっています。必要時に、教室参加者の家庭訪問を実施し、住環境や自宅での生活状況の把握、助言指導も行っています。また、自宅におけるセルフケアについても指導し、継続的に実施できるようプログラム化しています。

今後も、介護予防に資するサービス体制を継続するとともに、利用対象の方で、要介護認定を持つ方の居宅介護支援事業所と連携の強化や退院後すぐの方の受け入れを行うなど退院支援の機能拡充を図っていきます。

今後は、利用対象者の状況変化については、常日頃から情報共有を行い、介護・医療への介入が必要な場合は、早急に対応するなどの仕組みを強化していきます。また、総合事業の対象となる現行相当の方に対しても以下のフローをもとに積極的な予防事業への接続を行っていき、高齢者が地域で元気に暮らせる仕組みを加速させていきます。

### 通所型サービスC短期リハビリ「しゅ〜で」

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	44	47	45	41	48	48
実参加者数(人)	35	38	38	40	40	40
延参加者数(人)	306	358	360	380	380	380

(4) 訪問型サービスの展開

① 訪問型サービスの実施状況

訪問型サービスについては、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスがあり、さらに多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援があります。

訪問型の介護予防事業については、訪問型サービスを提供している既存事業所と連携し、専門職でなくてもよい部分は、シルバー人材センターや、有償ボランティアにおける生活支援の構築等、新たな社会資源の利活用を検討していきます。

今後は、多様化するニーズに対応していくために、有償ボランティアにおける新たな訪問サービス等の実施に向けて検討を行っていきます。

(参考) 国の示すサービスの類型

	提供中	検討中	提供中	検討中
基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス	
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	⑤訪問型サービスD (移動支援) 移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)

## ② 訪問型サービスC短期リハビリ「自宅でしゅ〜で」

訪問型サービスCでは、対象となる方の自宅を専門職が訪問し、短期集中の身体機能や生活機能の向上を目的とした運動、栄養、口腔、リハビリ等を実施する短期集中型の介護予防プログラムを行っています。

訪問型サービスCの対象条件として、①外出（社会参加）が主目標となる方、②通所型サービスCのフォロー及び目標未達成の方の事後介入の手段の2つがあり、通所型サービスの利用が困難な場合に、理学療法士等の専門職が自宅に訪問し、身体機能や生活機能、住環境の評価を行い、個別に具体的な目標設定を行い、介護予防プログラム提供を実施しています。訪問型サービスから通所型サービスへ接続することもあります。

今後も、介護予防に資するサービス体制を継続するとともに、利用対象の方で、要介護認定を持つ方の居宅介護支援事業所と連携の強化や、退院支援の機能拡充を図っていきます。また、利用対象者の状況変化については、常日頃から情報共有を行い、介護・医療への介入が必要な場合は、早急に対応するなどの仕組みを強化していきます。

## ③ 日常生活圏域ニーズ調査結果等を活用した訪問事業の展開

本町では、令和4年度に介護認定を受けていない高齢者を無作為抽出し、日常生活圏域ニーズ調査を実施しており、本町の独自設問を追加することで、介護予防のリスク者（基本チェックリストに該当する総合事業候補者）の抽出を行うことができています。

このリスク者のうち、(例)「独居である」、「医療・介護サービスを利用していない」、「健診を受けていない」、「サロンに参加していない」など複合的な要素を持った方をさらに抽出していくことで、訪問事業の対象者とします。

また、介護認定を受けている方のうち、住宅改修や福祉用具の貸与等のみの利用の方、全くサービスを利用していない方、あるいは、高齢者の中には、通いの場への参加を苦手としている方などもいることから、地域包括支援センターによるケアマネジメントを行ったうえで、必要に応じて保健・医療の専門職が短期集中で訪問を行い、自宅でできるトレーニング等を紹介し、さらにその方の日常生活に定着を図ることが必要と考えられます。

なお、これらの対象者に対して訪問事業を展開するにあたっては、アウトソースを含めた事業体制の確保を図ります。

## (5) 一般介護予防事業

### ① 水中はじめて教室～ゆったりコース～

おおむね 65 歳以上の方を対象に健康増進のために水中運動を取り入れ、加齢に伴う運動器の機能低下を予防し、筋力向上の大切さの自覚を促します。

水中運動の初心者やゆったりコースが適当と認める方については、1クール8～10回で年3クール健康運動指導士による健康講話と陸上運動を行い、水の特性や健康づくりについての知識を習得し、水中運動やアクアビクス等を実施しています。また、本町で養成した介護予防・助け合いサポーターの活動の場としても位置づけ、介護予防・助け合いサポーターによる見守り等の支援も行っています。

既存の施設を活用し、参加者の裾野を広げ、幅広く水中運動を始めるきっかけになることを目的に、介護予防の教室として定着させていきます。併せて、介護予防・助け合いサポーターを拡充し、支援が必要な方も受け入れられるよう体制を検討していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	20	28	28	28	28	28
実参加者数(人)	13	21	20	20	20	20
延参加者数(人)	137	240	200	200	200	200

### ② 水中つづけてクラブ

水中はじめて教室を終了した方々を対象に、水中運動を継続して実施することにより、高齢者が自ら健康づくりに取り組めるよう支援します。また、1クール10回を3クール(月・火・金)開催し、介護予防・助け合いサポーターの協力により安心して参加できるよう進めます。

リピーターの多い教室のため、今後は、より多くの方に介護予防に資するサービスを提供していく手法を検討していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	76	89	90	90	90	90
実参加者数(人)	65	65	60	65	65	65
延参加者数(人)	1,047	871	1,000	1,100	1,100	1,100

### ③ 川棚ちょこっと応援隊主体によるいきいきパラダイス

住み慣れた地域で住民と共に、運動機能の低下や閉じこもりを防止し、日常生活の自立を支援することを目的に、福祉の拠点であるいきがいセンターで実施しており、運動やレクリエーション、脳トレ、趣味活動等、専門職やボランティアによる講座を取り入れ、楽しみを持った活動をしています。また、本町で養成した介護予防・助け合いサポーターの活動の場としても位置づけており、住民の自主的な活動における介護拠点となっています。

今後も、要支援相当の方の居場所づくりとして、通所型サービスCなど他のサービス終了後の接続や、併用した利用を行うことで、利用者の増加や高齢者の活動機会の拡充を進めていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	—	—	88	88	88	88
実参加者数(人)	—	—	75	75	77	80
延参加者数(人)	—	—	1,150	1,150	1,200	1,300

### ④ みんないごこーで

令和3年度より、西部地区（西小串・惣津・新谷）に居住する65歳以上の高齢者向けに新谷公民館で実施している事業です。介護予防に資する運動をはじめ、西部地区の課題である買い物支援対策までを含め実施しています。

運営において、町で養成している介護予防・助け合いサポーター養成講座を修了されたサポーターの活動の場として、送迎の補助、運動や移動、買い物のサポートを行っています。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	42	46	48	48	48	48
実参加者数(人)	12	15	16	16	16	16
延参加者数(人)	322	518	600	600	600	600

### ⑤ みんなでかわろ〜で

令和4年度より④みんなでいごこーでと同様に東部地区の住民向けに実施しています。本事業は社会福祉協議会が、いきがいセンターで実施しており、同センターの巡回バスで送迎を行っています。

介護予防運動に加えて、「生きがい」や「楽しみ」をテーマに事業を展開しています。本事業においても、介護予防・助け合いサポーターと協力して実施しています。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
		R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)		39	47	48	48	48
実参加者数(人)		17	20	20	20	20
延参加者数(人)		371	745	750	750	750

### ⑥ 元気塾

各地区の公民館において、出前講座として毎年生活習慣病重症化予防や認知症予防、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）等、テーマを決めた講話と、看護師による健康相談を実施しています。

地域の課題について情報提供し、住民が考える場を提供し、高齢者自身が積極的に健康づくりに取り組めるよう支援し、介護予防の啓発に努めます。

また、特に気になる方に対しては、個別に訪問を行い、必要に応じて他のサービスに接続する等、個別の対応も行っています。

今後は、地域ケア会議等で出た地域の課題をテーマとした講話内容や、保健事業と介護予防の一体的事業も含めた事業展開を行い、経年での評価の導入を行うなどの実施効果を見える化できるような体制を検討していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催地区数(箇所)	16	22	25	26	27	28
延参加者数(人)	271	336	400	410	420	430

**⑦ E-basyo ワハハ**

地域の居場所づくり、仲間づくり、健康づくりを目指す場です。午前の部では昼食の提供もあります。活動内容は新聞ちぎり絵、iPad、手芸、健康麻雀、百歳体操などを行い介護予防と交流の場として活動しています。

今後も地域の予防拠点として役割を拡充していきます。

**⑧ みんなの寄り場昭和館**

誰でも寄ることのできる地域の場として、平島地区の住民が主体となり立ち上げています。体操やレクリエーションのほかに、外部講師を招いての講話等豊富な活動を行っています。今後も地域コミュニティの要として健康づくりや生きがい創出の活動を継続していきます。

## (6) 地域介護予防活動支援事業

### ① 介護予防・助け合いサポーター養成の推進

活発な介護予防支援のボランティア養成・育成の場として、若年層まで含めた「介護予防・助け合いサポーター養成」を実施しています。

この講座では、全4回の講義の中で介護予防・助け合いサポーターとして活動するにあたり、必要となる知識の習得と、町の介護予防事業等に参加し、レクリエーションやストレッチ体操等の実技について学ぶ場となっています。

養成講座終了後は、町の介護予防事業や通いの場等で活動を行っています。さらに、養成講座修了後の振り返りや活動の中での課題検討の場として年に1回介護予防・助け合いサポーター実践講座全体会も実施しています。

継続して養成講座を実施していることで、介護予防・助け合いサポーターの数は増えてきているため、サポーターの活動の場を広げていくことが今後の課題です。また、生活支援サービスのニーズもあることからその担い手としての役割も期待されています。

今後は、サポーターの活動の場の拡充を図るとともに、生活支援サービスの担い手として生活支援体制整備事業との連携を進めていきます。また、町内の介護予防の担い手として、地区の中に住民主体の通いの場や移動支援を行えるボランティアを創設する構想も検討していきます。

#### 【介護予防・助け合いサポーター養成講座】

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	3	4	4	4	4	4
介護予防・助け合いサポーター養成講座参加者数(人)	4	21	13	10	10	10

#### 【介護予防・助け合いサポーター実践講座・全体会】

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	6	5	3	4	4	4
介護予防・助け合いサポーター登録者数(人)	47	57	61	70	75	80

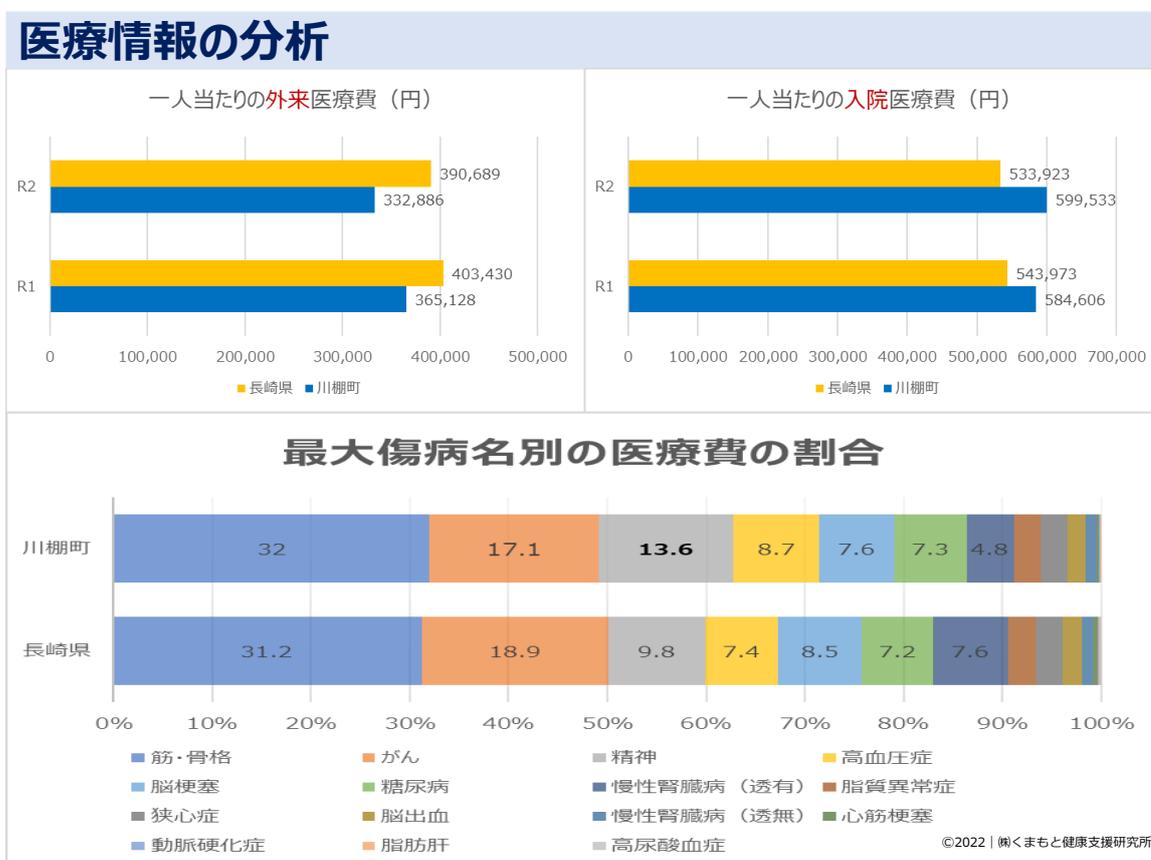
## 2 高齢期の健康づくり

### (1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を令和3年度より取り組んでおり、75歳以上の高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施しています。

令和3年度の分析から、一人当たりの外来医療費は県より低い一方、入院の医療費は高くなっています。傷病別では骨折を含む「筋・骨格」の割合が多く県の値よりも高く、生活習慣病と関連が高い「高血圧」、「糖尿病」においても高い傾向にありました。

これらの分析や議論のもと本町では、国保年金係が中心となり、①生活習慣病重症化、②フレイル予防、③骨折予防の3つを重点課題として取り組んでおり、外部委託による分析結果をもとに課題を抽出し、実施、評価をしています。ハイリスクアプローチは健康増進係、ポピュレーションアプローチは地域包括支援係が主となり活動しています。ポピュレーションアプローチについては、通いの場に理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職を派遣し、元気塾において看護師による健康相談を実施しています。



## 第2節 生きがいつくりの支援と社会参加の促進

### 1 高齢者の就労や社会貢献活動の促進

#### (1) シルバー人材センターの活用

シルバー人材センターは、60歳以上の健康で就労意欲のある高齢者に対して地域社会の日常生活に密着した仕事の機会を提供しており、地域における高齢者の就業の場を確保するために大きな役割を果たしています。

民間企業、公共団体などから臨時的、短期的な仕事を有償で引き受けて、経験や能力に応じて会員に提供し、補助的収入が得られるよう運営されており、主な仕事内容は家事援助、清掃、植木の手入れ、草刈りなどです。

職種は多様にあります。実施している内容に限られている点と、会員数が減少していることが課題です。

今後、シルバー人材センターに登録せずに自分で働く高齢者が多くなってきている中で、これまで培ってきた技術を活かし、地域のなかで活躍できるように就労のメニューを拡充するよう協議していきます。

また、現役で働きながらシルバー人材の仕事とダブルワークが行えるよう、高齢者のライフスタイルに合った柔軟な実施体制を周知することで、会員獲得を行っていきます。

#### (2) シルバーボランティア事業

川棚町老人クラブ連合会会員が、地区における一人暮らし高齢者や高齢夫婦のみ世帯等へ友愛訪問を行い、日常生活における軽易な援助や安否確認を中心に活動を行います。

また、ボランティアを通じた触れ合いを推進し、住み慣れた地区において高齢者同士の生きがいつくりを進めます。

#### (3) 各種ボランティア団体等の育成

＜川棚町母子愛育班連合会＞

各種健診の勧奨、母子保健事業への協力、妊産婦や乳幼児・高齢者等への声かけ訪問ならびに世代間交流によるふれあいの場づくり等を通じて、地域の方々のコミュニケーションを図り、健康づくりを推進する活動を支援します。

また、一人暮らし高齢者などの要援護者の訪問の状況によっては、保健師を相談窓口にして各関係者に繋ぎ、地域の生活を継続できるような連携を行っていきます。

#### <川棚町食生活改善推進協議会>

高齢者を対象に食生活改善を目的とした講習会の開催や各地区の行事に合わせた手作り弁当の配布等を通じて、地域の方々とのコミュニケーションを図り、健康づくりを推進する活動を支援します。

今後も、地域を見守るスタッフの一員の役目も担いながら、地域を支えるスタッフとして「食」を通じた、健康に関する活動を実施していきます。

#### <川棚町ボランティア連絡協議会>

地域福祉を推進するためには、地域住民の個々の力や目的意識を持って活動しているボランティアの存在は、無くてはならない大きな役割を持っており、若者から高齢者まで「無理なく・楽しんで自分でできる活動」として取り組んでいます。地域においては「ふれあい いきいきサロン」の支援や、病院ボランティア、一人暮らし高齢世帯の草刈り、本の読み聞かせ、手話通訳、友愛訪問（安否確認）、朗読（広報誌）等多くの団体・個人が活動を行っており、連絡協議会では、登録しているボランティア団体の連絡調整を行っています。

また、町内小・中学校、高等学校の児童生徒に対する福祉教育も実施し、若い世代のボランティア活動への参加や育成を行っています。

#### <川棚町住民福祉推進協議会>

自治会長が中心になって組織されています。この協議会が地域住民やボランティアと協力して取り組んでいる「ふれあい いきいきサロン」は、介護予防に大きな成果を上げており、引き続きその活動を支援していきます。また、サロンをサポートするボランティアの育成を行い、サロン実施地区への協力体制の強化を行います。

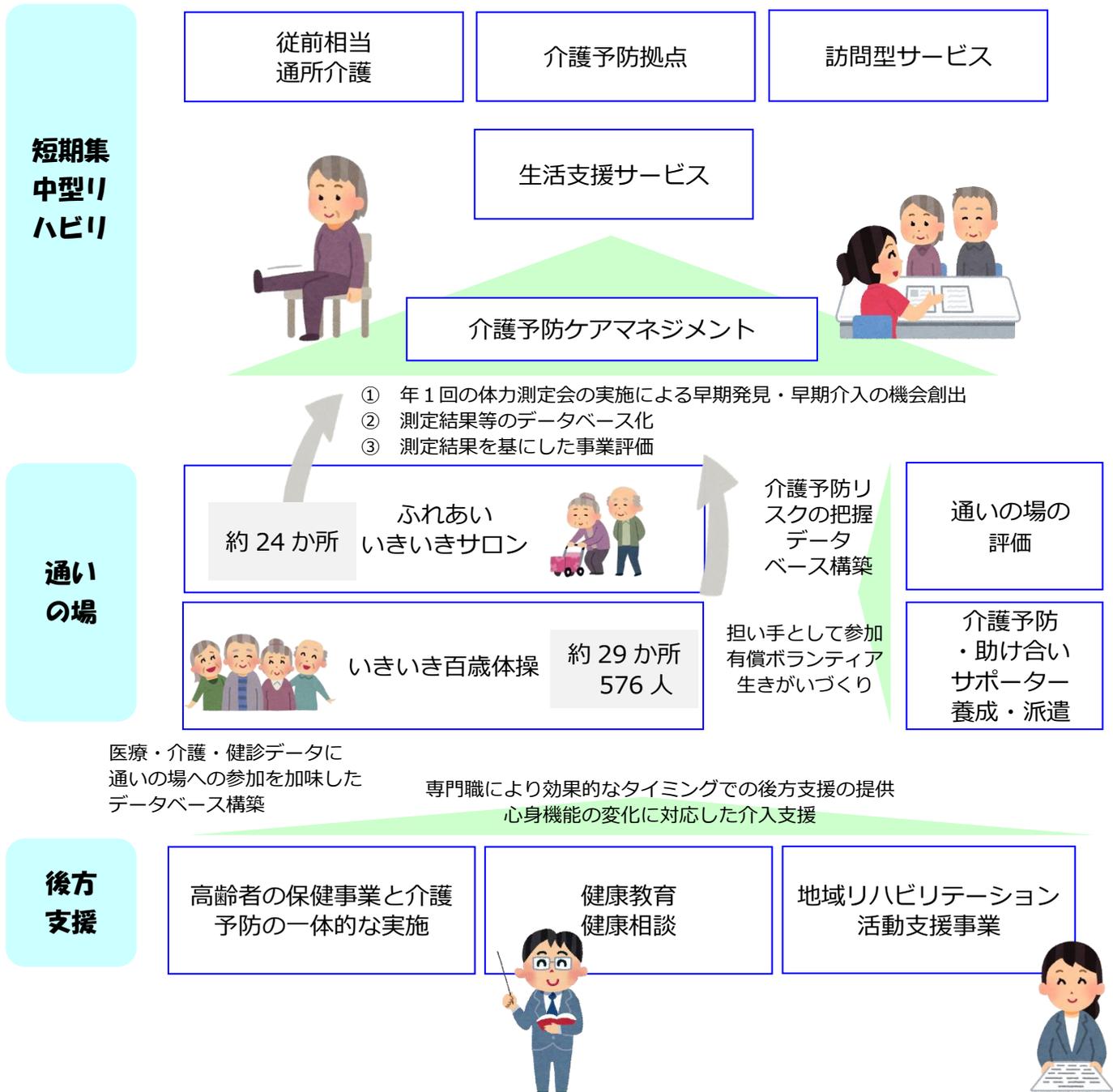
#### <東彼3町ケアセミナー>

ケア担当者の資質の向上を図るため組織された東彼3町ケアセミナーにおいて、ケアを必要とする人が、いつでも良質のサービスが受けられるように、保健・福祉・医療・行政の連携の強化を図ります。

## 2 地域の互助による通いの場を核とした予防事業の展開

本町では、地域住民が主体となって実施している通いの場が 29 か所あり、高齢者の介護予防・生きがいがづくりの場となっていることから、通いの場を核とした事業の推進を総合的に支援します。

【本町における通いの場を中心とした予防事業の展開（イメージ）】



## (1) 集いの場づくりと敬老事業等の展開

### ① 老人クラブ社会参加活動事業

老人クラブでは、高齢者の知識及び経験を活かし、生きがいと健康づくりのための多様な社会活動が行われています。今後さらに増加していく高齢者が健康で生きがいを持って生活していくためにも、仲間づくり・スポーツ・趣味活動等を老人クラブに加入することにより行えるように支援していきます。

引き続き、各地区老人クラブ、川棚町老人クラブ連合会及び東彼杵郡老人クラブ連合会の活動に対し支援・助成を行います。

### ② ふれあいいきいきサロン事業

1人暮らしや身体機能が低下した高齢者、家に閉じこもりがちな高齢者を対象に、身体の維持向上、認知症予防、仲間づくり等を目的として、「ふれあいいきいきサロン」（以下、「いきいきサロン」）を町内24か所で実施しています。

各地区の自治会長が中心となり、地域住民やボランティアの協力を得ながら実施している事業で、外出の機会の創出や世代を超えた交流の推進など高齢者の社会参加に大きく寄与しています。

新型コロナウイルス感染症の影響により、活動を中止していた地区もありましたが、令和5年度より通常通り再開しています。健康づくりや介護予防の面でも成果がみられており、今後ともその活動を支援します。

### ③ 生涯学習活動の促進

本町では、教育委員会が主体となり健康でいきがいのある生活のために、「ふれあい教室」を実施しています。毎月様々なテーマでの講座を実施しており、参加者にとって学習だけでなく、人との触れ合いの場としても良い機会となっています。

今後も、高齢者が何歳になっても学ぶ楽しさを得られるように、受講者にとって魅力ある内容、講師陣の充実を図るとともに、感染症対策に留意し実施します。

### ④ スポーツ活動の促進

高齢者のスポーツ活動として、ゲートボールやペタンク、グラウンドゴルフ、自主的なウォーキング等が活発に行われています。

高齢者が、心身ともに健康を保ち、生き生きとした生活を送るとともに、コミュニケーションツールとして社会参加を促進するため、スポーツに親しむことができる機会の充実を図ります。

また、スポーツで目指す豊かな社会づくりへ繋がるよう、関係機関と連携を図り、地域スポーツ育成や自主サークル育成にも努めます。

### ⑤ いきがいセンターふれあいまつり

地域の高齢者が健康相談や生活相談を受けたり、健康づくりや趣味活動、憩いの場として気軽に利用できる施設であるいきがいセンターにて「いきがいセンターふれあいまつり」を2年に1回実施しており、高齢者の参加はもとより、身体障害者や多様な世代が参加できる住民相互の交流の場となっています。

今後もボランティア活動、福祉教育、各種団体活動の活性化を図り、多くの方が参加し協働して作り上げ継続・実施していきます。そのために、多くの関係者・関係機関との協力体制をとり地域福祉の推進に努めます。

### ⑥ 世代間交流の推進

高齢化・少子化・核家族化が進行する中で、世代間交流や伝承活動等を実施し、子どもたちのやさしい心を育むとともに、高齢者の生きがい対策を推進します。

社会福祉協議会や教育委員会など、複数の部署と連携して実施しており、総合事業においては、川棚町ちよこつと応援隊のいきいきパラダイスの中で、小学生との多世代交流を行っています。また、中学生等の職場体験を通じて、交流機会の創出に町全体で取り組んでいます。

今後、要望や要請も多様化してくると考えられることから、できるだけ多くの人に参加できるように各種団体との調整を行いながら、スポーツ・伝統文化の継承・技術や知識の伝承など、幅広い交流を進めます。

## (2) 地域コミュニティづくりの推進

### ① 地域コミュニティづくり

社会環境の変化により、地域の繋がり希薄化が進んでいると言われる昨今、地域の繋がりを強化していくため、高齢者同士の触れ合いだけでなく、多様な世代が交流し、住民が互いに支え合う「地域コミュニティづくり」を推進します。

今後は、企画課や教育委員会、観光協会、商工会等の関係機関と連携し、共同企画などを実施していきます。

## ② 川棚町社会福祉協議会との連携強化

川棚町社会福祉協議会との連携を強化し、地域コミュニティにおける社会資源の活用など、福祉の向上を推進する活動を支援します。また、人材の育成や子どもから高齢者までを対象とした交流事業、各種団体の育成、講座の開設を支援します。

みんなで支え合う福祉の推進と健康なまちづくりを目指して各種事業を展開します。

重点事業として下記の取組を行っており、各種事業を推進するためにも、関係機関・福祉団体・医療・保健・行政・教育との連携を強化します。

- ・地域コミュニティワークの充実・推進
- ・生活支援のための相談・支援活動・情報提供・連絡調整
- ・在宅福祉サービスの充実（介護保険事業・いきがい対策事業）

## ③ 川棚町民生児童委員協議会の運営

川棚町民生児童委員協議会は、住民の生活状態の把握、住民の相談に応じた助言・援助、福祉サービスの情報提供、福祉団体の事業・活動の支援などを行っています。

民生委員の見守り活動の中から、地域包括支援センターと連携して専門的な支援に繋がった事例も増えてきており、早期発見・早期介入の観点からも重要な役割を担っている。

今後も、各地域内での見守り活動や要援護支援ネットワークの形成など、積極的に活動を行っていきます。

## 第2章 見守りや介護予防等を必要とする高齢者

### 第1節 地域における支えあい見守り活動

#### 1 見守りネットワークの構築

国は、「我が事・丸ごと」をキーワードとして、「地域共生社会」の実現を目指しています。

地域共生社会とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超え繋がることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。

本町では、地縁を中心とした地域のネットワークが形成されており、「地域の困りごとを地域で解決していく」昔ながらの風土が残る地域の一つとなります。

そのため、本町は、この地域のネットワーク（互助の繋がる）によるインフォーマルサービスとフォーマルなサービスの橋渡しをしていくことを目指していきます。



### (1) 緊急時の体制整備

町は、一人暮らし高齢者や高齢夫婦のみ世帯など、災害時に避難支援を必要とする方々への支援が円滑に行われるよう、関係機関等の協力を得ながら、地域での見守り体制の整備を図り、それぞれの役割と相互の連携体制を確保することにより、日常の地域生活や災害への備えにおける安全・安心な体制づくりを進めています。

消防団・婦人防火クラブ等の地区自主防災組織の活性化を図るとともに、災害時におけるボランティア活動の体制づくりと消防団や地域住民が相互に連携し、高齢者、障がいのある人、乳幼児などの避難行動要支援者を支援する体制づくりを進めており、主に、ハザードマップの配布を実施する等、啓発に努めています。「災害時要援護者避難支援計画」に基づき、個別支援計画の策定など日頃から高齢者の把握と災害時に迅速な避難支援ができる体制の整備に努めます。

また、国は、介護施設の災害時情報共有システムの見直しを行っており、令和6年度以降、全国の特別養護老人ホームなど計26万4,000施設と、国や都道府県、1,741市区町村を繋ぎ、災害時の情報を共有することができる仕組みを構築することとしていることから、介護施設等がシステムを活用できるよう後方支援を行います。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
個別支援計画	-	-	-	10	20	30

### (2) 高齢者の心身機能に配慮した行政対応

行政サービスの各窓口において、分かりやすい案内や説明、掲示物の工夫、老眼鏡の設置等、高齢者が利用しやすい体制を整えます。

また、広報紙をはじめ、各種申請書類や通知文書、各種計画書等、住民への文書や行政刊行物については、文字の大きさや表現、デザイン等、見やすさ、分かりやすさに一層の配慮をしていきます。

ホームページについても、誰もが見やすく利用しやすいよう配慮するとともに、高齢者や障がい者に関連する情報をはじめ、様々な町政情報をタイムリーに提供します。

## 第2節 在宅生活を支える福祉サービスの提供

### 1 在宅生活を支える支援の推進

#### (1) 外出支援サービス事業

寝たきり等の理由で、一般の交通機関を利用することが困難な65歳以上などで外出が困難な高齢者に対し、自宅と福祉施設、病院、行政機関等との間の送迎を社会福祉協議会に委託して運営してします。

今後は、多様な移動支援のニーズに対応するように、引き続き連携を図って実施していきます。

#### (2) 低栄養改善・見守り事業（配食サービス）

心身の障害や疾病等で食事づくりが困難な65歳以上の高齢者世帯や一人暮らしの高齢者に対して栄養バランスのとれた温かい食事を届け、同時に安否確認を行っています。社会福祉協議会に委託して運営していますが、高齢者の増加や一人暮らし世帯の増加に伴い、利用者が増加し、社会福祉協議会だけでは対応が難しい現状にあるため、配食に関しては、これまでの社会福祉協議会によるサービスに加え、多様な民間業者などに参入してもらうことで、実施体制の強化を検討していきます。

見守りサービスを含めた団体と連携することで、多様なニーズに応えるための提供体制の最適化も図っていきます。

#### (3) 家族介護用品支給事業

寝たきりや認知症などでおむつを必要とする在宅の高齢者で、要介護3～5と認定され、かつ町民税非課税または均等割のみ課税の世帯の方と同居して介護されている家族に対して、おむつ代の一部を助成します。1ヶ月につき一定の助成限度額があります。

本事業は利用対象者が限定的なため、現行の事業は存続しつつ新たな仕組みの構築を含め事業の見直しを行っています。

#### (4) 介護用品の貸与

下肢などに障がいがあり一時的に車いすなどを必要とする方を対象に、一時的に車いすや歩行器等を社会福祉協議会から一定期間無料で貸し出しを行っています。

今後も継続して実施していきます。

#### (5) 生活管理指導短期宿泊事業

介護者が疾病や冠婚葬祭、事故、災害等の理由により介護ができない場合の一時的な支援や、介護を受ける必要はないが、生活習慣や健康状態の回復のため、適切な指導及び支援が必要な場合など、高齢者を養護老人ホームの短期保護事業専用室(6床)を利用して短期間入所させ、一時保護や生活指導や栄養改善を行い在宅生活の継続に結びつけます。

#### (6) 緊急通報システム貸与事業

緊急時に対応すると同時に、一人暮らし高齢者の孤独感を和らげ、安否を確認するための緊急通報システム電話機の貸与を行います。緊急時の通報の他、相談にも対応しており、悩みや心身的な不安等の軽減にも繋がっています。現在、町で54回線設置しています。需要が増える可能性があることから必要に応じて段階的に増設していきます。

また、貸与年数が経過した機器に関しては、今後入れ替えが発生することから、機種の見直しや将来的にはアプリ等への切り替えを検討していきます。

## 2 高齢者向け住まいの確保

### (1) 養護老人ホーム

心身の状態または住宅状況、家族関係などの環境上の理由及び経済的理由などによって、家庭での生活が困難なおおむね 65 歳以上の高齢者が入所する施設で、介護保険制度など他の高齢者福祉施策だけでは対応できないような処遇困難なケースに対応することができる施設です。

高齢化の進展などによる対象者の増加や核家族化の進展など社会情勢の変化により、今後とも社会的必要性は高い水準にあると予測されます。

また、安全安心の確保、個室対応によるプライバシーの保護等、施設生活を充実させていきます。

東彼杵郡 3 町においては、「ひさご荘」を共同設置しています。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5 (見込)	R 6	R 7	R 8
設置床数	24	24	25	25	25	25

### (2) 軽費老人ホーム・生活支援ハウス

一人暮らし高齢者や高齢夫婦のみ世帯等で、自立して生活することが困難な高齢者に対して、介護支援機能、居住機能及び交流機能を総合的に提供し、高齢者が安心して健康で明るい生活を送ることができるよう支援する施設です。

現在、本町内には事業所がないため、要望があった場合には町外の事業所の利用案内を行っています。

今後、家庭環境や住宅事情、心身の状況等により在宅での生活が困難な高齢者が、安心して日常生活を送ることのできる施設として、情報提供や広域的な施設利用を図っていきます。

### 第3節 持続可能な在宅生活を支える仕組みづくり

#### 1 生活支援体制の構築に向けた事業の展開と互助活動の促進

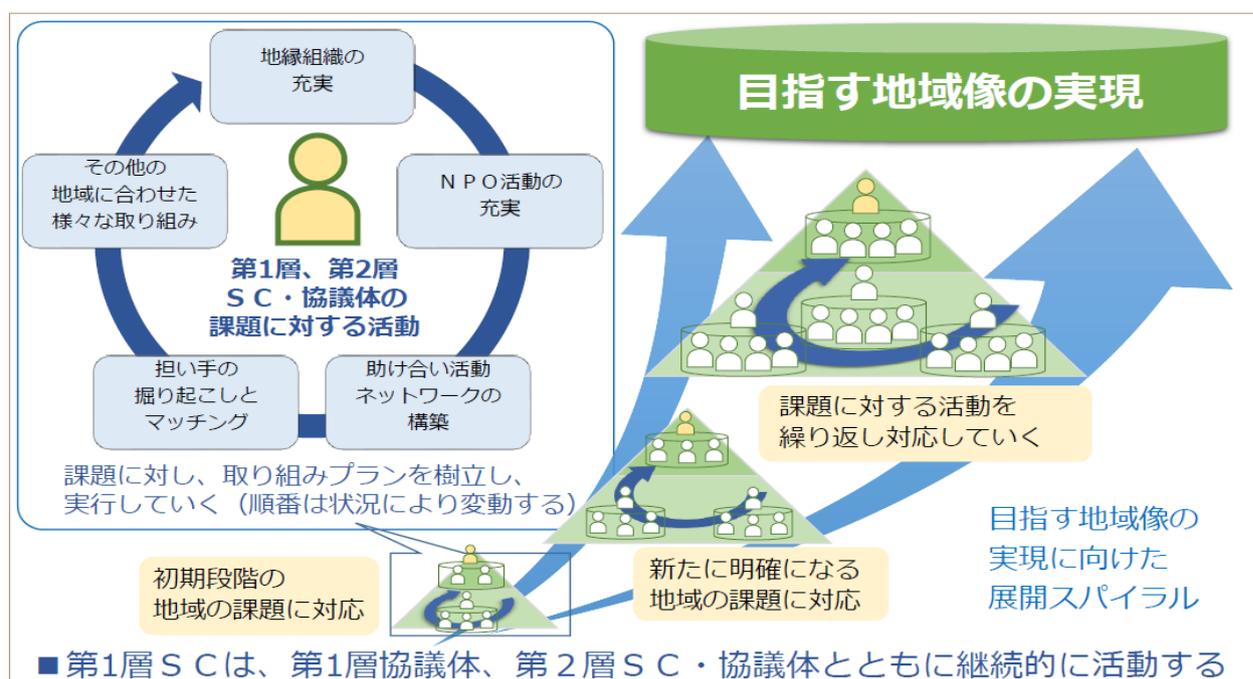
##### (1) 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業における協議体については、生活支援コーディネーターの活動を組織的に補完するとともに、資源開発等地域における生活支援の充実のために非常に重要な役割を果たすことが期待されています。本町では、平成29年度から生活支援コーディネーターを1名配置、協議体の設置を行い、地域の課題である「通いの場」、「移動支援」、「買い物支援」等の生活支援について協議を重ねています。

平成30年度より、住民主体の通いの場（百歳体操）を展開し、29団体が取り組んでいます。また、通いの場のない地区や買い物に困っている地区を対象に、総合型地域スポーツクラブに委託し、令和3年度には運動・買い物支援「みんなでいごこーで」、令和4年度は社会福祉協議会の巡回バスを活用し、運動・居場所・買い物支援「みんなでかわろーで」、令和5年度は、一般高齢者・要支援者の通いの場「いきいきパラダイス」を実施しています。

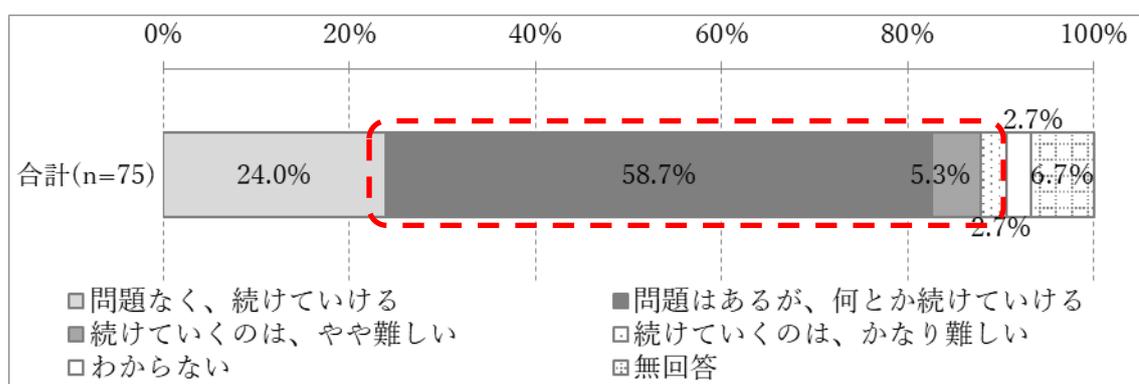
今後は、移動支援を含めた生活支援サービスについて、住民の主体的な活動の場の創設が必要と捉えており、そのためにも、有償ボランティアについて検討していくことが重要になります。「通いの場」を拠点としていくことを踏まえて、引き続き住民と一緒に協議体の運営を行っていくとともに、民間企業、関係団体等と協力して高齢者の生活に必要な生活支援サービスの展開を継続して行っていきます。展開していく上で、第2層生活支援コーディネーターの設置についても、検討していく必要があります。

#### 【生活支援コーディネーター(SC)・協議体による地域の課題解決の活動イメージ】



## (2) 家族介護者への支援

在宅介護実態調査において、働きながら介護を続けることができるかという設問に対し、問題なく続けていけると回答した方は 24.0%となっており、問題はあるが何とか続けていける、続けていくことはやや難しい、かなり難しいと回答した方が合計で 66.7%となっています。



国の指針によると、①必要な介護サービスの確保を図るとともに、②家族の柔軟な働き方の確保、働く家族等に対する相談・支援を図ることで、働く人が家族の介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する者が働き続けられる社会の実現を目指すこととされています。

さらに、全世代型社会保障の構築を進める観点から、ヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組を進めることが重要となります。

## 2 地域ケア会議の充実

### (1) 地域ケア会議

医師・薬剤師・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士・認知症介護指導者・弁護士等の専門家やサービス事業所の担当者、地域の民生児童委員などの多職種が参加することにより自立支援に向けたケース検討を通して、介護支援専門員をはじめ介護関係者のケアマネジメントの質の向上を図るとともに、地域の課題を発見し地域に必要な資源開発や地域づくりを進め地域包括ケアシステムの実現を推進します。

令和2年2月から、地域ケア個別会議に居宅介護支援事業所のケースも検討をはじめており、町全体としてのケアマネジメントの質の向上のための実施体制を強化しています。

今後は、地域ケア個別会議であがった地域課題や、個別ケースの課題についての整理や施策化に向け、行政・社会福祉協議会・企業・地域住民・地域ボランティア団体等関係部署が集まり、地域ケア会議や地域ケア担当者会議において、協議を行っていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
地域ケア会議(回)	1	1	1	1	1	1
地域ケア個別会議(回)	9	9	12	12	12	12
地域ケア担当者会議(回)	9	9	12	12	12	12

### 地域ケア会議の5つの機能

機能	概要
1 個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
2 地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
3 地域課題の発見	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
4 地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
5 政策の形成	地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

地域ケア会議の開催による施策検討・地域づくりのイメージ

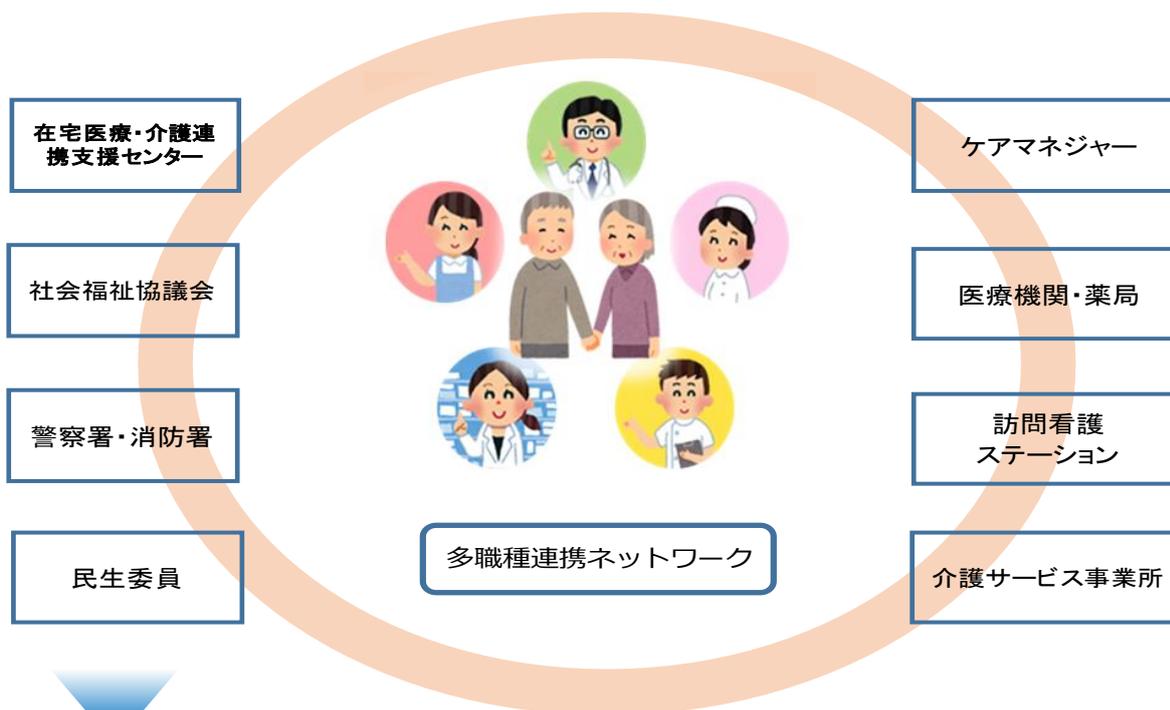
個別ケースの発見・相談

地域包括支援センター

- ① 支援者が困難を感じているケース
- ② 支援が必要だと判断されるがサービスにつながないケース
- ③ 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ④ 権利擁護が必要なケース
- ⑤ 地域課題に関するケース



地域ケア会議の開催



社会資源の整理・地域課題の把握

施策検討・地域づくり

### 3 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

#### (1) 多職種協働による福祉と医療の連携の推進

国の指針によると、令和5年の法改正によって創設された医療法における、かかりつけ医機能報告等を踏まえた協議を行っており、その中では、2040年頃まで増加し続ける高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築することを目指しています。

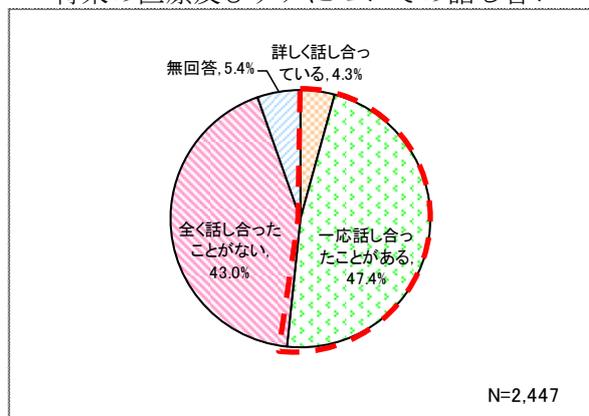
本町では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進する必要があります。具体的には在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(キ)の取組を進めます。

本町では、東彼杵郡3町からなる東彼杵郡医師会が平成31年4月より、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター「たんぽぽ」を設置し、これまで、看取りに関するセミナー、近隣市町や隣県など広域の医療機関との連携体制構築に向けて各種連携シートや入退院ガイドラインを作成しました。

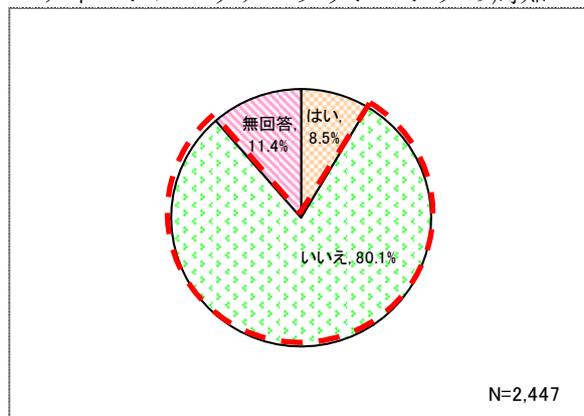
また、住民が必要時医療介護サービスを検索できるよう「医療・介護サービス検索」「在宅医療に関するパンフレット」を作成しました。

ニーズ調査においては、将来の医療及びケアについて家族と話し合った経験がある方は約5割となっており、詳しく話し合うことができている方は4.3%しかおらず、また、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の周知についても、約8割の方が知らないと回答しており、周知啓発が必要と考えられます。3年後の住民の認知度を増加させることが目標として挙げられます。

将来の医療及びケアについての話し合い



アドバンス・ケア・プランニングの周知



今後は、高齢化や人口減少、医師の高齢化に伴う病床の不足、介護人材の不足に伴う介護資源の不足が懸念される中、在宅や高齢者施設での看取りケースの増加が予想されます。

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けていくために、持続できる提供体制の構築や、連携体制の強化が必要です。

引き続き、在宅医療・介護連携支援センター「たんぽぽ」を中心に、東彼3町と医療・介護関係者と協議し課題抽出を行いながら、医療・介護の連携体制の構築を図ります。

#### 【事業項目】

- (ア) 地域の医療・介護資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
介護関係者の研修(回)	3	3	1	2	2	2

## 4 直営による地域包括支援センターの運営体制確保と事業展開

### (1) 地域包括支援センターの機能向上

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要となっています。

地域包括支援センターの役割・機能は、①介護予防ケアマネジメント、②権利擁護、③総合相談・支援、④包括的・継続的ケアマネジメントであり、主任介護支援専門員（ケアマネジャー）・保健師・社会福祉士などの専門職が連携して高齢者を支援しています。

また、国の指針によると、今後増加が見込まれる認知症高齢者の家族や近年社会問題となっているヤングケアラーなど、家族介護者支援に取り組むことが重要となっています。さらに、地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されており、障害分野や児童福祉分野など他分野と連携促進を図っていくことが必要となります。

引き続き、高齢者数の増加や複合的な課題に対応するために、さらなる地域包括支援センターの体制整備・機能強化を検討していきます。

### (2) 包括的支援事業の実施（地域支援事業）

従来の介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援に加え、地域ケア会議の充実を図ります。また、在宅医療・介護連携の推進や、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備を進めていきます。

#### ① 介護予防ケアマネジメント業務

本町が把握・選定した事業対象者及び要支援認定者について、地域包括支援センターが1)対象者の把握、2)一次アセスメント、3)介護予防ケアプランの作成、4)事業の実施、5)評価のプロセスにより、自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上等自立支援を目標とする介護予防事業に関するケアマネジメントを実施する事業です。

今後は、介護保険サービスに限らず利用者に応じた多様なサービスや地域の資源を活用していくとともに、その創出についても検討を行っていきます。

#### ② 総合相談支援業務「日常生活相談支援事業」

高齢者の生活全般に関する相談、高齢者の家族や地域住民の方などからの相談に社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員などの専門職が対応する事業です。

どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービスの検討や関係機関及び制度の利用に繋げる等の支援を行います。

今後は、福祉や介護の相談に加えて、消費者トラブル等を含む複合的な相談内容も

増加していくことから関係機関等との連携を強化していきます。

【地域包括支援センターの役割と位置づけ】

**総合相談・支援業務**

住民の各種相談を幅広く受け付け、横断的な支援を実施します。

**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**

ケアマネージャーへの相談・支援・指導や困難事例等への対応を実施します。

**権利擁護業務**

成年後見制度等の活用促進や高齢者の虐待防止の対応を実施します。

**在宅医療・介護連携の推進**

地域の医療機関等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を図ります。

**地域ケア会議**

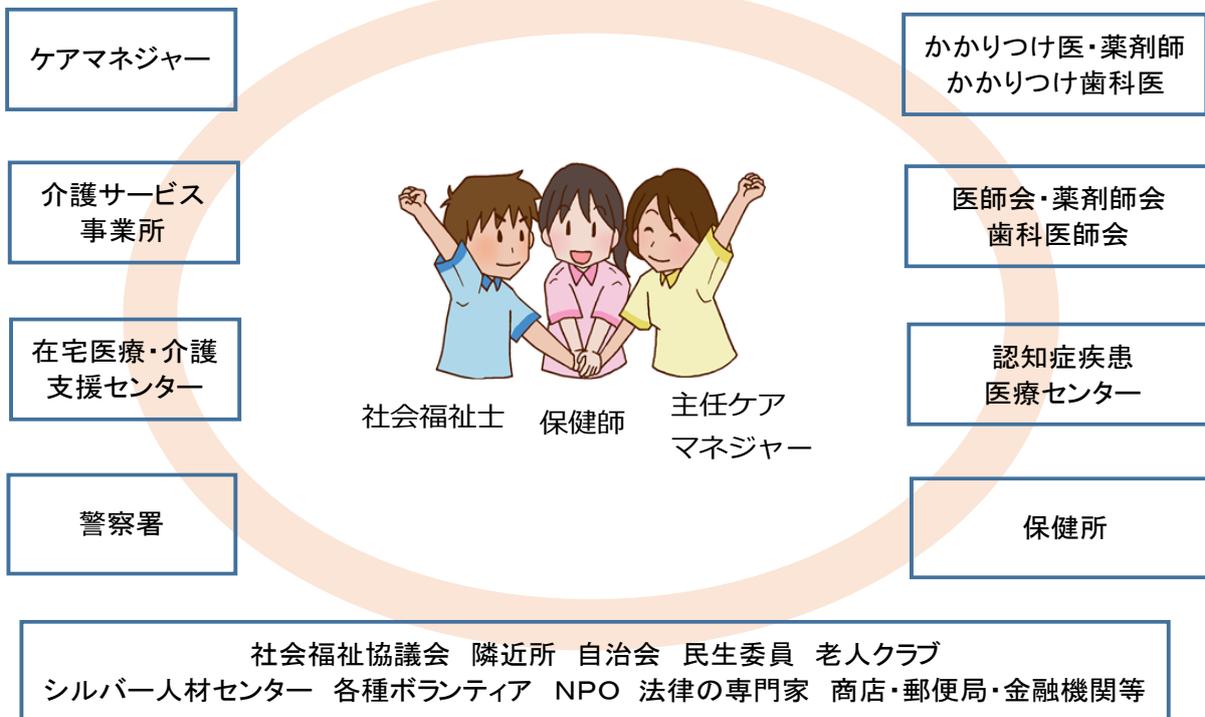
多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関等との連携を深めます。

**認知症施策の推進**

認知症になったとしても、地域で安心して暮らし続けることができる体制構築を支援します。

**介護予防・生活支援サービスの提供**

高齢者ニーズと社会資源のマッチングを行い、介護予防・生活支援サービスの提供を実施します。



## 第4節 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築

### 1 認知症に関する広報・啓発活動の推進

高齢者の増加に伴い、認知症高齢者も増加することが予測されています。そのため認知症の人やその家族、地域住民の偏見・無理解の解消を図るために広報や啓発活動に取り組みます。

#### (1) 認知症サポーターの養成

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して、できる範囲で手助けできる方が増えるよう、養成講座の実施を進めていきます。令和4年度より、介護予防・助け合いサポーター養成講座の1講座として、認知症サポーター養成講座を実施しています。

令和5年度は、チームオレンジについて学び、よらんねカフェを拠点にチームオレンジの推進に向けて取り組んでいます。また、養成講座終了時に、認知症サポーターステップアップ講座を実施し、よらんねカフェ等の運営に携わっていただけるようなプログラム設計を検討していきます。

今後も、認知症サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座を継続して実施し、認知症サポーターの活躍の場を増やしていきます。また、住民への認知症に対する理解を広める周知啓発活動にも取り組んでいきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
養成講座開催数(回)	-	1	1	1	1	1
延べ受講者数(人)	-	21	13	10	10	10
よらんねカフェの開催	12	12	12	12	12	12

#### 5つの柱

- 1 普及啓発・本人発信支援
- 2 予防
- 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- 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
- 5 研究開発・産業促進・国際展開

## 2 早期発見・早期ケア体制の構築と相談体制の拡充

地域における認知症高齢者の早期発見、早期治療、サービス利用が可能となるよう、地域包括支援センターと認知症地域支援推進員を中心に保健、医療（認知症疾患医療センター、かかりつけ医等）、福祉の関係機関、専門職や、地域の民生委員・児童委員、老人クラブ、ボランティア団体等の連携強化を図っています。

健康増進事業における健康相談や社会福祉協議会が行っている心配ごと相談事業等で認知症が疑われる方を把握し、必要時には初期集中支援チーム等を活用して、早期に介入できるようにしていき、医療機関に繋ぐなど、早期発見、早期対応に努めます。

## 3 地域支援体制の構築

### （1）認知症にやさしい地域づくり

本町では、認知症にやさしい地域づくりに取り組んでおり、町内の地域住民、専門機関などの各種団体、行政が参画し、認知症の高齢者とその家族に対するきめ細かな見守りと継続的なケアを行う地域づくりを目指しています。

具体的な内容としては、認知症ケアパスの作成、捜索者声かけ模擬訓練の実施、行方不明者が出た場合のお知らせメールの配信等、地域支援体制の構築、見守りが必要な高齢者を登録し警察への情報提供等を実施しています。また、元気塾等での出前講座を活用し、認知症に関する周知啓発に取り組んでいます。

今後も、引き続き事業の実施を行うとともに、取組の周知を実施していきます。

### （2）家族介護者交流事業

認知症高齢者を介護している家族等の負担軽減を目的に、毎月1回「認知症の人とその家族の会」を開催し、介護知識の習得や適切な介護の学習の場と介護者同士の交流を図っています。

また、よらんねカフェにおいて、認知症や介護に関する情報提供や学習の場、介護者同士の交流を行っています。当事者も一般住民もいつでも気軽に参加できるようにしています。

今後は、認知症サポーターに運営の協力をしてもらい、柔軟な実施体制をとることで、参加者の増加を目指します。

### （3）家族訪問指導

家族の身体的、精神的負担の軽減や一人暮らし高齢者や高齢夫婦のみ世帯の安否確認などを目的に家庭訪問を行い、在宅で介護している家族の健康チェックと高齢者の保健栄養指導等により、在宅介護を継続できるよう支援します。

今後は、口腔指導が実施できるように体制の拡充を行っていきます。

## 4 認知症ケアパスの普及と推進

認知症ケアパスとは、認知症の在宅支援に係る医療や介護サービスの情報を体系的に整理し資料化したものです。本町では、令和2年度に町内の社会資源を盛り込んだ認知症ケアパスを作成し、窓口相談で提示や居宅介護支援事業所や東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター「たんぽぽ」等へ設置して普及を進めています。

今後は、内容の拡充を行っていくとともに、住民への周知を行っていきます。

## 5 認知症地域支援推進員の活動と認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

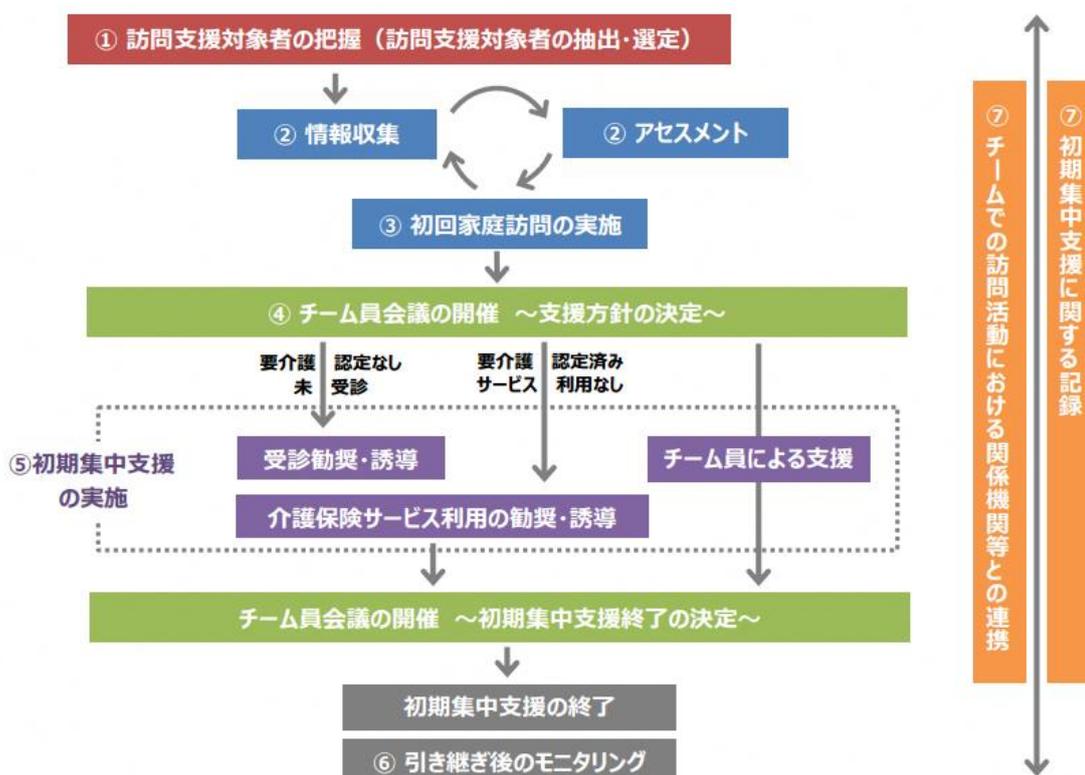
### (1) 認知症初期集中支援体制の構築と認知症地域支援推進員の配置

認知症初期集中支援チームとは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月間）に行い、自立生活のサポートを行うものです。

認知症の相談に対して迅速に対応するため、認知症初期集中支援チームの設置を行っております。

今後は、初期集中支援チームの専門職を拡充していくことで、より広範視点から認知症の方やその家族を支援していくよう体制整備を進めていきます。また、認知症地域推進員の配置のための検討を進めていくことで、家族の支援を行う体制づくりを推進していきます。

#### 【認知症初期集中支援チームの活動スキーム】



## 6 高齢者の権利擁護

高齢者の増加・認知症高齢者等の増加に伴い、後見人等による支援が必要な方が増えることが予想されます。

誰もが住み慣れた地域で、地域の人々と支え合いながら、すべての住民が地域社会に参加できる地域共生社会を目指すため、成年後見制度の推進を図るとともに町広報誌及びホームページなどを活用し制度の周知に努め、相談窓口の設置など誰もが尊厳のある本人らしい生活を継続できる体制整備に努めます。

### (1) 成年後見制度利用支援事業

認知症や知的障がい、精神障がいにより判断能力が十分でない高齢者で、本人や四親等内親族が申し立てを行うことが困難な場合に、必要に応じて町長が審判の申し立てを行い、福祉サービス等への利用につなげます。併せて、申し立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成を行います。

また、弁護士による成年後見制度等についての無料相談を社会福祉協議会にて実施しています。

### (2) 成年後見制度の利用促進に向けた取組

#### ① 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

成年後見制度の利用を促進するため、地域や保健・医療・福祉の連携に司法も含めた新たな仕組みとして、地域連携ネットワークの構築に努めます。

この地域連携ネットワークにおいては、ア)権利擁護支援の必要な人の発見・支援、イ)早期の段階から相談・対応体制の整備、ウ)意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築という3つの役割を担うことを念頭に、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能の4つの機能を段階的・計画的に整備し、不正防止の効果を高める体制の構築に努めます。

#### ア) 利用者と後見人を支えるチームの形成

権利擁護支援が必要な人を中心に、身近な親族、福祉・医療、地域等の関係者と後見人がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し適切に本人の権利擁護が図られるよう努めます。

#### イ) 協議会の開催

成年後見等開始前後を問わず、個々のケースに対応する「チーム」に対し、法律・福祉の専門職団体や関係機関が必要な支援を行えるよう、既存の組織を活かしながら、各種専門団体や関係機関の協力・連携強化を協議する協議会を設置する体制の構築を検討します。

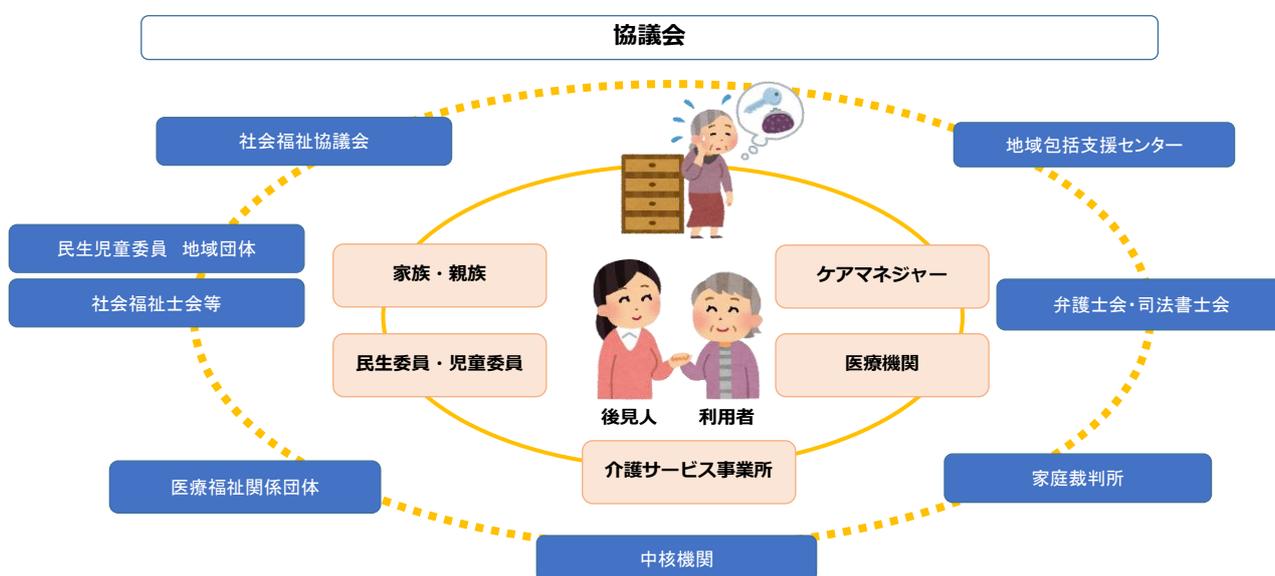
なお、設置については、「地域ケア会議」などの既存の会議体を活用し、協議事項に応じて参加者を柔軟に追加するなど効率的な運営に努めます。

### ウ) 成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

権利擁護支援の地域連携ネットワークを整備し、協議会等を適切に運営していくための中核機関の設置について、長崎県等の関係機関・町内関係部署及び社会福祉協議会等の関係機関と連携を図り、令和8年度までの設置を目指します。

中核機関は、協議体の運営や関係機関との連携の中心となり、連携強化の役割を担います。

#### 【成年後見制度の協議会イメージ】



### ① 成年後見制度の広報・啓発活動の強化

成年後見制度について、広報紙やホームページでの啓発、既存の各団体・機関を活かしてパンフレットの配布や講演会の開催など、成年後見制度に関する理解を深められるよう広報活動を強化します。

成年後見制度の啓発により、支援が必要な方の早期発見・早期介入や親族等からの支援が得られない方に対して実施する町長申立など適切な制度利用に繋がります。

### ② 後見人等の担い手の確保

親族後見人等への情報提供や相談対応による後見人等の支援、地域住民の自主活動を通じた住民後見人の育成について検討していきます。

### (3) 成年後見制度利用促進基本計画について

平成 28 年 5 月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」が施行され、各市町村が成年後見制度の利用促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めることが規定されています。これを踏まえ、本町においては、本項目を成年後見制度の利用促進に係る基本計画として位置づけることとします。

(参考) 成年後見制度と日常生活支援事業の比較

制度等	厚労省	法務省			
	日常生活支援事業	任意後見	法定後見		
			補助	保佐	後見
対象者	元気高齢者	判断能力が不十分 軽度認定者	判断能力が著しく不十分 中等度認知症	ほとんど判断できない 高度認知症	
相 申 談 立 先	地域包括支援センター				
	社会福祉協議会	公証人役場	家庭裁判所	申立できる人 ○本人・配偶者・4親等以内の親族等 ○身寄りのない人・親族が拒否した場合は市町村長	

## 7 高齢者虐待防止の体制整備

### (1) 虐待防止に向けた啓発活動の実施と住民理解の促進

虐待を受ける高齢者は、認知症を有していることが多いことから、虐待が起きる背景への理解や認知症に関する正しい理解を家族等の養護者に促し、高齢者虐待の防止と早期発見及び養護者支援に努めます。

また、介護者が地域から孤立することを防ぐためにも地域で高齢者を支え、見守る体制整備を進めていきます。

### (2) 高齢者虐待への対応とネットワークの構築

高齢者虐待は、暴力的な行為（身体的虐待）だけではなく、暴言や無視、いやがらせ（心理的虐待）、必要な介護サービスの利用をさせない、世話をしないなどの行為（介護・世話の放棄、放任）や、勝手に高齢者の資産を使ってしまうなどの行為（経済的虐待）が含まれます。

虐待を受けた高齢者の保護や養護者に対する支援を行うにあたって、関係機関、団体等との情報交換及び連携協力体制の整備を目的とした会議体の立ち上げを検討し、高齢者虐待対策のあり方の検討、虐待防止や通報に対する対応について協議します。

### (3) 養護者による高齢者虐待への対応強化

国の指針によると、養護者による高齢者虐待の主な発生要因については、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者障害・疾病」となっており、主たる養護者である家族の不安や悩みを聞き、助言等を行う相談機能の強化・支援体制の充実が求められており、地域の実情を踏まえて取り組む事が重要となっています。

そのため、養護者による高齢者虐待事例を把握した際は、適切な行政権限行使により、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等を行います。その後、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止策を検討します。さらに、養護者に該当しないものによる虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止に向けた取組を実施します。

### (4) 介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

国の指針によると、介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などとなっています。

そのため、介護施設等に対して、介護施設従業者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保を求めるとともに、高齢者虐待事例が発生した場合は、老人福祉法や法による権限を適切に行使し、早急に必要な措置を講ずることとします。

なお、令和3年度介護報酬改定によって、介護サービス事業者においては、①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が令和6年4月1日から義務化されることとなっています。

そのため、本町ではこれらの事業者だけでなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等も含め、虐待防止対策を推進していくこととします。

## 第5節 介護人材とサービスの質の向上

### 1 介護人材の確保に向けた取組の強化・推進

#### 【現状と課題】

高齢者人口の増加及び生産年齢人口の急減により、介護人材不足の現状について事業所等からの意見が多く挙がっています。本町においても訪問介護事業所が事業を終了したことをはじめとして、人員を確保できないことによる事業所の廃止が見られます。

また、高齢者をとりまく多様化・複雑化する課題に対し、サービスの量的な確保だけでなく、質的な確保も求められています。

介護従事者の確保策を講じるとともに、元気な高齢者が介護予防における担い手として活用できる仕組みづくりを行う必要があります。

主な取組	取組の内容
地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化・質の向上に資する事業	介護の現場で働く職員が長く働き続けることができるよう、介護現場の革新及び生産性の向上を図り、本来業務に注力できる環境づくりを支援します。介護の質を維持しながら、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、国や県と連携しながら介護ロボットやICT機器の活用を促進します。また、業務効率化を進めるためには、介護分野の文書に係る負担を軽減することが必要であることから、国が示す方針に基づき手続の簡素化や様式例の活用による標準化を進めていきます。
介護人材確保における啓発活動	国や県と連携し、介護職に対する興味を持つ求職者が増えるよう、チラシ等の作成・配布など新たな取組を検討します。また、介護現場の人材確保について着目されている外国人介護人材について、介護技術の習得だけでなく、後進の指導者としての人材確保策の調査研究を行います。
介護予防の担い手となるボランティア等の養成	住民主体の介護予防の取組や高齢者の生活支援における支え合い・助け合いの担い手の育成として、「介護予防・支え合い・助け合いサポーター」を継続して養成していきます。サポーターの活躍の場が広がることで、多様な社会経験を町の様々なシーンで活かしていただくことができるよう活動の仕組みを検討していきます。

## 2 介護給付等費用適正化主要3事業の推進

介護保険事業の円滑で安定的な運営を確保するために、利用者に適切なサービスを提供できる環境を整備するとともに、介護給付費の適正化を図ります。

本町では、主要3事業に位置付けられた以下の事業について、積極的に展開していくため、委託も視野にいたした実施体制を構築します。

- (ア) 要介護認定の適正化
- (イ) ケアプラン点検、住宅改修・福祉用具貸与等の点検
- (ウ) 医療情報との突合・縦覧点検

「(ア) 要介護認定の適正化」は介護保険の新規認定者の詳細な分析や介護認定を受けている方のその後の変化を追跡することで、自立支援の状況を視覚的に評価しています。

「(イ) ケアプラン点検」は自立支援の視点に立った内容でケアプランが作成されているか点検を行っており、点検後の内容は個別にケアマネジャーと面談し、助言を行います。「住宅改修・福祉用具貸与等の点検」は、福祉用具や住宅改修が自立支援にむけて適切に実施できているか理学療法士等の専門職が点検を実施します。

「(ウ) 医療情報との突合・縦覧点検」を行うことで介護保険の給付に過誤がないか点検を行い適正な保険料の給付を行います。

これらの事業は、重点的に実施していくことが介護保険の適切な運用に繋がるため9期計画の中で実施体制を構築し、推進させていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
ケアプラン点検数(件)	-	15	15	20	25	30
住宅改修・福祉用具等の点検割合(%)	10	20	30	10	20	30
医療情報突合・縦覧点検実施率(%)	100	100	100	100	100	100

## 第3章 介護保険事業量の推計

### 第1節 認定者等の推移と予測

#### 1 高齢者人口と認定者数・認定率の推移と予測

高齢者人口は、令和3年度に4,621人となっていました。令和5年度は4,627人（6人の増加）となっています。

今後の予測は、令和7年度に4,638人となり、令和5年度と比較して11人の増加となります。さらに、令和12年度には4,495人、令和22年度には、4,379人となると予測されます。

認定率は、令和3年度に16.3%となっていました。令和5年度は15.7%（0.6ポイントの減少）となっています。

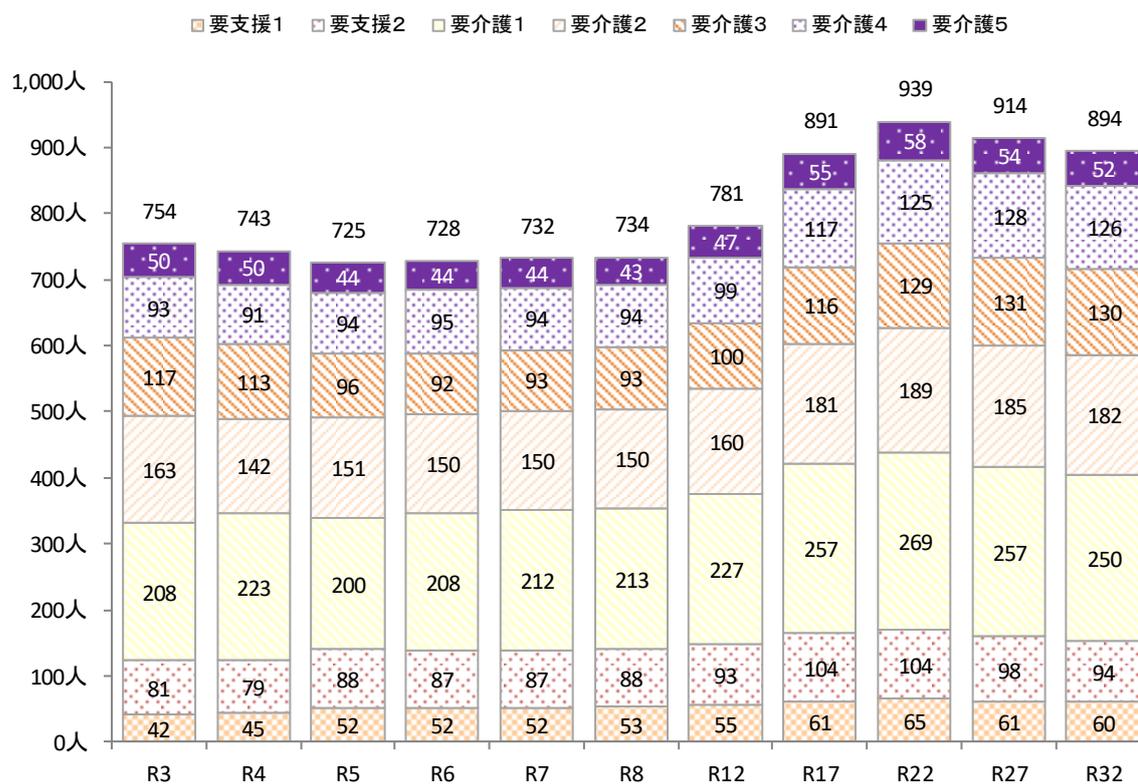
今後の予測は、令和7年度に15.8%となり、令和5年度と比較して0.1ポイントの増加となります。さらに、令和12年度には17.4%、令和22年度には、21.4%となると予測されます。



## 2 介護度別認定者数の推移と予測

認定者は、令和3年度に754人となっていました。令和5年度は725人（29人の減少）となっています。

今後の予測は、令和7年度に732人となり、令和5年度と比較して7人の増加となります。さらに、令和12年度には781人、令和22年度には、939人となると予測されます。



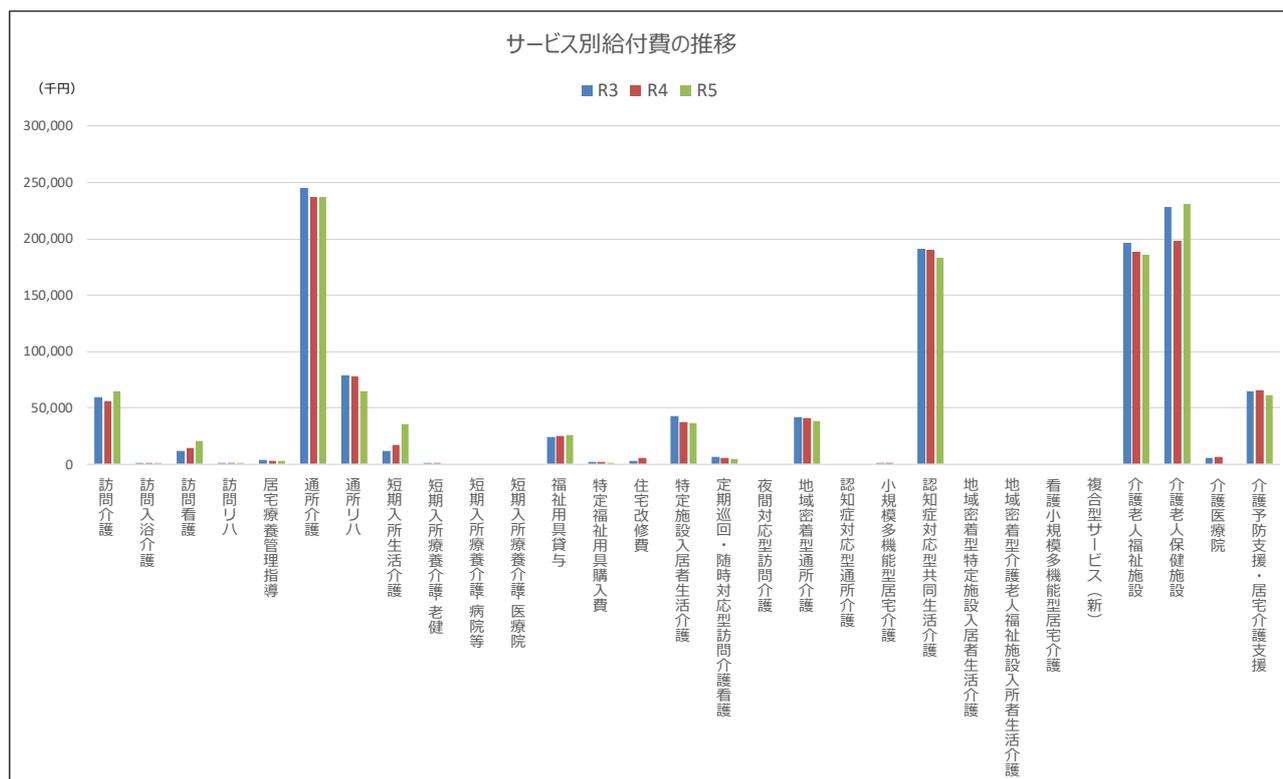
### 3 前期計画の評価

#### (1) 前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、令和3年度の1,221百万円から、令和5年度は1,195百万円となり、26百万円減少（令和3年度比98%）となります。

給付費のサービス種類別内訳では、令和3年度比で、居宅サービスは100%、居住系サービスは94%、施設サービスは97%となります。

	R3	R4	前年比	R5	前年比	前々年比
居宅サービス(千円)	556,520	552,719	99.3%	558,528	101.1%	100.4%
居住系サービス(千円)	234,139	228,314	97.5%	220,220	96.5%	94.1%
施設サービス(千円)	430,100	394,372	91.7%	416,375	105.6%	96.8%
総計(千円)	1,220,759	1,175,405	96.3%	1,195,122	101.7%	97.9%

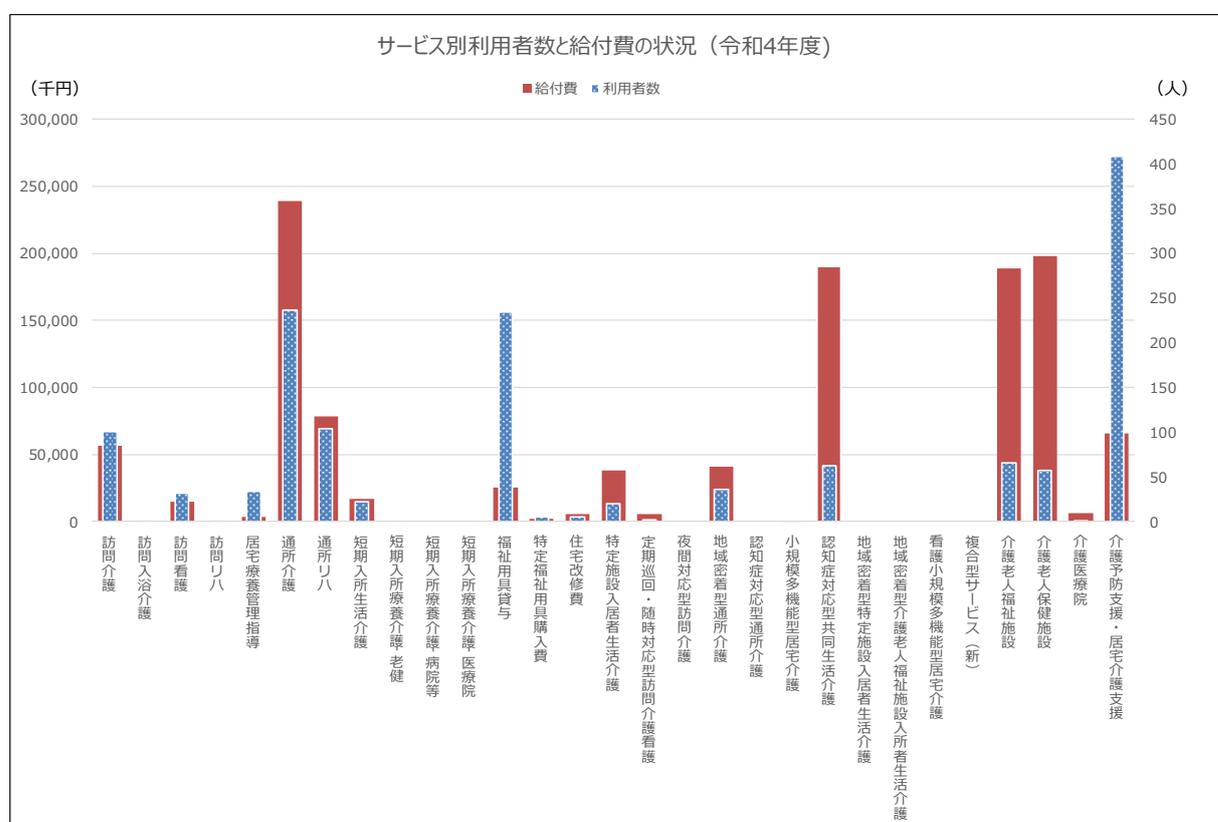


#### 4 サービス別利用者数と給付費の状況（令和4年度）

サービス別の利用者数と給付費を比較してみると、訪問介護、介護予防支援・居宅介護支援、福祉用具貸与は、給付費よりも利用者が多く、かつ他のサービスと比較して利用者数が多いサービスとなります。

一方、施設入所系サービスや定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などは、利用者数は少ないものの給付費が多いサービスとなります。

なお、訪問介護と通所介護の利用者数・給付費には、総合事業対象者分を含めて記載しています。



## 第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策

介護保険サービスについては、2025年を見据えた介護保険事業計画の策定(地域包括ケア計画、中長期的な推計)に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取組が求められています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

なお、ここで使用している介護保険に関する各種データは、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出したデータとなります。

四捨五入の関係で、合計が一致しない場合があります。

## 1 サービス別利用者数推計

### (1) 予防給付利用者数推計

予防給付利用者数推計は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	6	6	6
介護予防訪問リハビリテーション	1	1	1
介護予防居宅療養管理指導	2	2	2
介護予防通所リハビリテーション	22	23	24
介護予防短期入所生活介護	2	2	2
介護予防短期入所療養介護(老健)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	63	63	63
特定介護予防福祉用具購入費	3	3	3
介護予防住宅改修	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	4	4	4
(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	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3)介護予防支援	77	77	78

## (2) 介護給付利用者数推計

介護給付利用者数推計は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス			
訪問介護	72	74	76
訪問入浴介護	1	1	1
訪問看護	24	24	24
訪問リハビリテーション	1	1	1
居宅療養管理指導	31	32	32
通所介護	204	208	212
通所リハビリテーション	76	78	80
短期入所生活介護	31	31	32
短期入所療養介護(老健)	1	1	1
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	174	175	175
特定福祉用具購入費	5	5	5
住宅改修費	3	3	3
特定施設入居者生活介護	16	16	16
(2) 地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3	3	3
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	36	36	36
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	63	63	63
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
(3) 施設サービス			
介護老人福祉施設	66	66	66
介護老人保健施設	62	62	62
介護医療院	1	1	1
(4) 居宅介護支援	324	328	329

## 第4章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

### 第1節 介護保険事業費の算出

#### 1 事業費算出の流れ

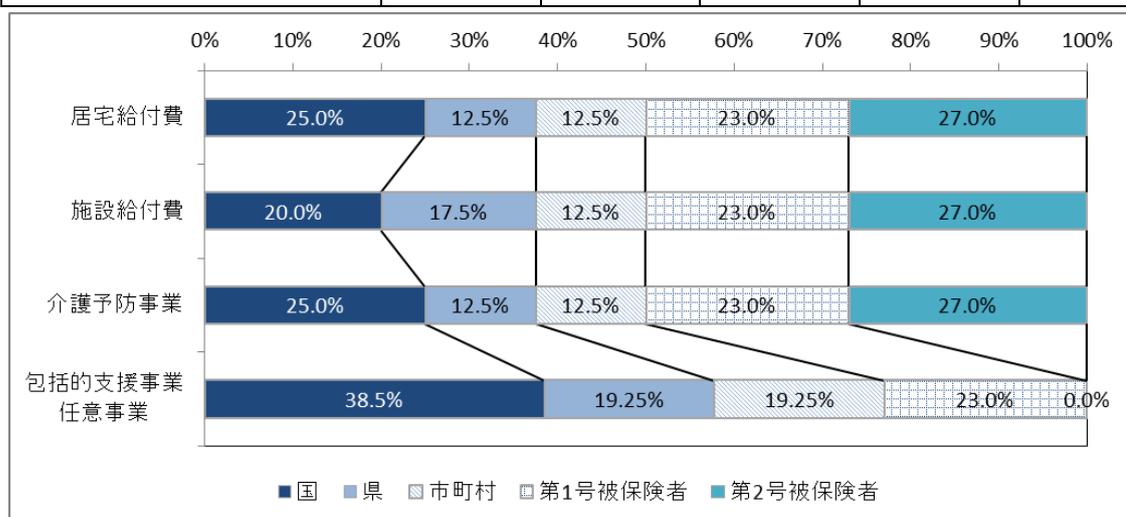
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-



## 2 事業費の見込み

### (1) 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス	24,480	25,016	25,529
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	1,628	1,630	1,630
介護予防訪問リハビリテーション	137	137	137
介護予防居宅療養管理指導	230	231	231
介護予防通所リハビリテーション	9,816	10,341	10,854
介護予防短期入所生活介護	1,216	1,217	1,217
介護予防短期入所療養介護(老健)	318	319	319
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,948	3,948	3,948
特定介護予防福祉用具購入費	903	903	903
介護予防住宅改修	1,807	1,807	1,807
介護予防特定施設入居者生活介護	4,477	4,483	4,483
(2)地域密着型介護予防サービス	0	0	0
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3)介護予防支援	4,225	4,230	4,285
合計	28,705	29,246	29,814

## (2) 介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	487,065	495,412	503,645
訪問介護	60,068	61,351	62,559
訪問入浴介護	285	286	286
訪問看護	13,994	14,012	14,012
訪問リハビリテーション	629	630	630
居宅療養管理指導	2,938	3,051	3,051
通所介護	260,130	265,324	270,188
通所リハビリテーション	62,127	63,810	65,415
短期入所生活介護	26,313	26,346	26,902
短期入所療養介護(老健)	426	427	427
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	20,205	20,180	20,180
特定福祉用具購入費	1,734	1,734	1,734
住宅改修費	2,631	2,631	2,631
特定施設入居者生活介護	35,585	35,630	35,630
(2) 地域密着型サービス	251,127	251,445	251,445
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6,608	6,617	6,617
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	45,592	45,650	45,650
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	198,927	199,178	199,178
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
(3) 施設サービス	408,601	409,118	409,118
介護老人福祉施設	192,960	193,204	193,204
介護老人保健施設	211,893	212,161	212,161
介護医療院	3,748	3,753	3,753
(4) 居宅介護支援	58,658	59,475	59,651
合計	1,205,451	1,215,450	1,223,859

### 3 その他の給付等の見込み

#### (1) 標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費(円)	1,234,156,000	1,244,696,000	1,253,673,000	3,732,525,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	30,014,481	30,217,587	30,300,149	90,532,217
高額介護サービス費等給付額(円)	21,107,015	21,254,052	21,312,056	63,673,123
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	3,244,760	3,267,707	3,272,296	9,784,763
算定対象審査支払手数料(円)	1,166,625	1,174,875	1,176,525	3,518,025
標準給付費見込額(円)	1,289,688,881	1,300,610,221	1,309,734,026	3,900,033,128

#### (2) 地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	51,479,000	51,602,000	51,444,000	154,525,000
包括的支援事業及び任意事業費	30,992,000	31,066,000	30,972,000	93,030,000
包括的支援事業(社会保障充実分)	4,115,000	4,124,000	4,113,000	12,352,000
地域支援事業費(円)	86,586,000	86,792,000	86,529,000	259,907,000

#### (3) 財政安定化基金

	令和6～8年度
財政安定化基金拠出金(円)	0
財政安定化基金拠出率(%)	0
財政安定化基金償還金(円)	0

#### (4) 準備基金の残高と取崩額

	令和6～8年度
準備基金の残高(令和5年度末)(円)	174,318,648
準備基金取崩額(第9期)(円)	38,500,000

#### (5) 市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
市町村特別給付費等(円)	0	0	0	0

#### (6) 予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率(%)	99.00%

## 第2節 介護保険料の算出

### 1 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

標準給付費見込額	3,900,033,128
+	
地域支援事業費	259,907,000
=	
介護保険事業費見込額	4,159,940,128
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額	956,786,229
+	
調整交付金相当額	202,727,906
-	
調整交付金見込額	230,812,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
準備基金取崩額	38,500,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	890,202,136
÷	
予定保険料収納率	99.0%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	13,624
=	
年額保険料	65,999
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	5,500
(参考)前期の月額保険料(基準額)	5,500

## 2 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料基準額に対して、準備基金を取り崩し、保険料に充当することにより、介護保険料基準月額を設定し、さらに所得段階に応じた保険料設定を以下のとおり行います。

なお、第1～3段階の方については、低所得者の保険料上昇抑制を図るため、公費（国・県・保険者）負担による軽減が実施されていることから、各段階の上段に軽減前の金額を括弧書きとし、下段に本人が実際に負担する保険料月額を記載しています。

各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりです。

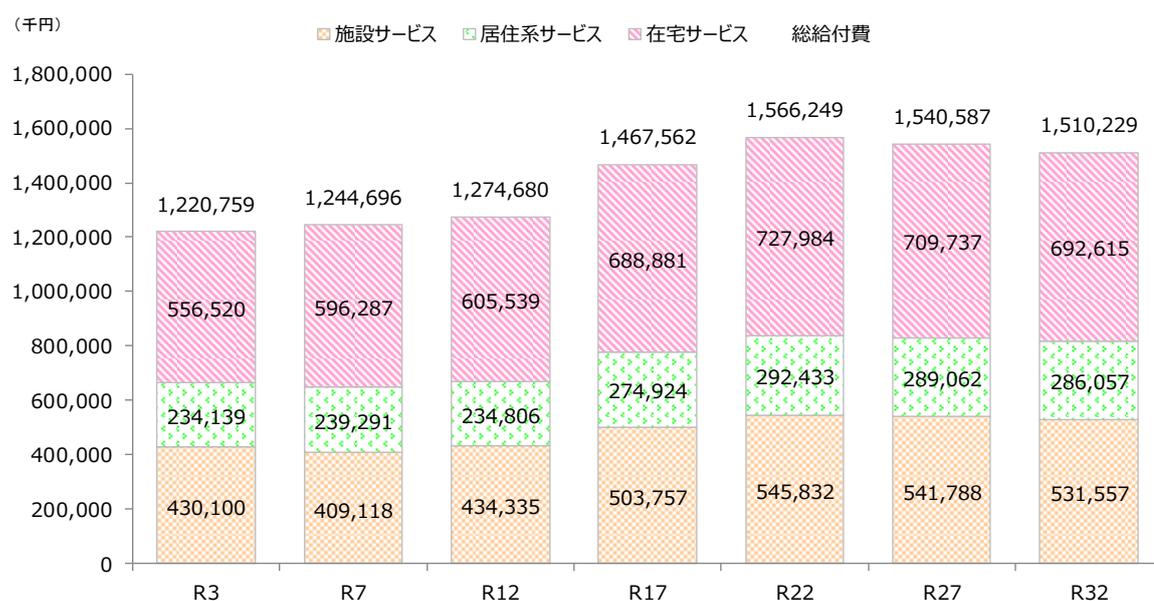
区分		対象者	負担割合	基準月額	
第1段階	住民税世帯非課税	・生活保護受給者      ・老齢福祉年金受給者	(0.455)	(2,502円)	
		・公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.285	1,567円	
第2段階		第1段階以外の人で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の人	(0.685)	(3,767円)	
			0.485	2,667円	
第3段階		住民税世帯非課税で第1段階、第2段階以外の人	(0.690)	(3,795円)	
			0.685	3,767円	
第4段階		住民税世帯課税	住民税本人非課税で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.900	4,950円
第5段階			住民税本人非課税で第4段階以外の人	1.000 (基準額)	5,500円
第6段階			住民税本人課税で、合計所得金額が120万円未満の人	1.200	6,600円
第7段階			住民税本人課税で、合計所得金額が210万円未満の人	1.300	7,150円
第8段階	住民税本人課税で、合計所得金額が320万円未満の人		1.500	8,250円	
第9段階	住民税本人課税で、合計所得金額が420万円未満の人		1.700	9,350円	
第10段階	住民税本人課税で、合計所得金額が520万円未満の人		1.900	10,450円	
第11段階	住民税本人課税で、合計所得金額が620万円未満の人		2.100	11,550円	
第12段階	住民税本人課税で、合計所得金額が720万円未満の人		2.300	12,650円	
第13段階	住民税本人課税で、合計所得金額が720万円以上の人		2.400	13,200円	

## 第3節 2040年のサービス水準等の推計

### 1 2040年のサービス水準等の推計

2040年を見据え「地域包括ケア計画」を計画的・段階的に進めていくために、サービス水準等について推計しました。

なお、ここで示す給付費等については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。

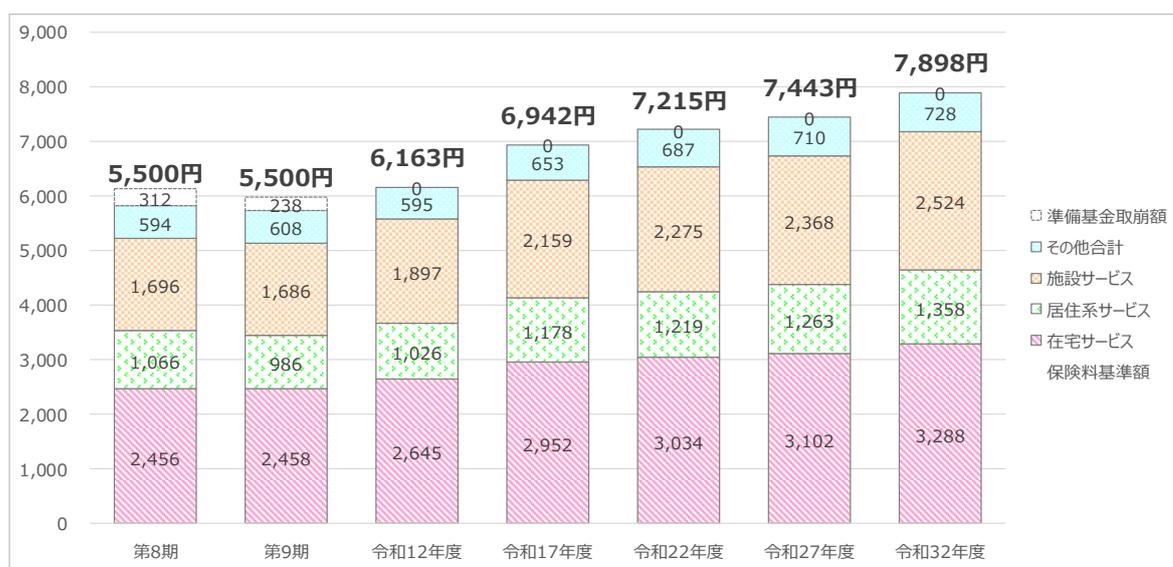


	令和3年度	令和7年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費	1,220,759	1,244,696	1,274,680	1,467,562	1,566,249	1,540,587	1,510,229
在宅サービス 給付費	556,520	596,287	605,539	688,881	727,984	709,737	692,615
在宅サービス 割合	45.6%	47.9%	47.5%	46.9%	46.5%	46.1%	45.9%
居住系サービス 給付費	234,139	239,291	234,806	274,924	292,433	289,062	286,057
居住系サービス 割合	19.2%	19.2%	18.4%	18.7%	18.7%	18.8%	18.9%
施設サービス 給付費	430,100	409,118	434,335	503,757	545,832	541,788	531,557
施設サービス 割合	35.2%	32.9%	34.1%	34.3%	34.8%	35.2%	35.2%

## 2 介護保険料基準額の経年変化

2040年を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりです。

なお、ここで示す月額保険料については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。



	第8期	第9期	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費	5,218	5,130	5,568	6,289	6,527	6,733	7,170
在宅サービス	2,456	2,458	2,645	2,952	3,034	3,102	3,288
居住系サービス	1,066	986	1,026	1,178	1,219	1,263	1,358
施設サービス	1,696	1,686	1,897	2,159	2,275	2,368	2,524
その他合計	594	608	595	653	687	710	728
保険料収納必要額	5,812	5,738	6,163	6,942	7,215	7,443	7,898
準備基金取崩額	312	238	-	-	-	-	-
保険料基準額	5,500	5,500	6,163	6,942	7,215	7,443	7,898

## 第5章 計画の推進体制

### 第1節 計画推進に向けた役割と連携

#### 1 住民、サービス提供機関、行政の役割

本計画の実現に向けて、地域を支える住民、サービス提供機関、行政が相互に連携し、それぞれの役割を果たすことを目指しており、次に掲げる役割が求められます。

##### (1) 住民の役割

尊厳ある生活や幸福の追求は、個々人の自助努力が前提となります。住民は、常に健康の維持や増進を図るとともに、医療や介護が必要な状態になった場合も、できる限り自立した生活が送られるよう努力することが大切です。

また、支え合う地域社会の形成のため、社会を構成する一員として、様々なかたちでの地域の支え合いに積極的に参加していくことが求められます。

##### (2) サービス提供機関の役割

公的サービスの担い手として社会的役割の重要性を十分理解し、地域との繋がりを保ち、地域福祉活動に貢献することが求められます。また、サービスの質を高めると同時に、異なる介護サービスの提供機関とも連携し、利用者の生活の支援や健康の維持において、その役割を担うことで、十分な効果を発揮するよう努める必要があります。

##### (3) 行政の役割

本計画を推進するため、主な取組として掲げた事業を効率的に運営していくとともに、住民やサービス提供機関の活動体制を支援していきます。事業の運営にあたっては、厳しい財政状況を踏まえ、計画の進捗状況を検証し、より効果的な運営を推進します。

#### 2 関係機関等の連携

本計画は、保健・福祉・医療分野をはじめ、教育、就労、まちづくり等多様な分野の施策が関連するため、全庁的な連携のもと、計画を推進していきます。

併せて社会福祉協議会や地域包括支援センター、専門医療機関や事業所等の民間関係機関や、県の関係機関等とも連携を図り、計画を推進します。

## 第2節 進捗状況管理

### 1 4つの委員会・協議会等を活用したPDCAサイクルの構築

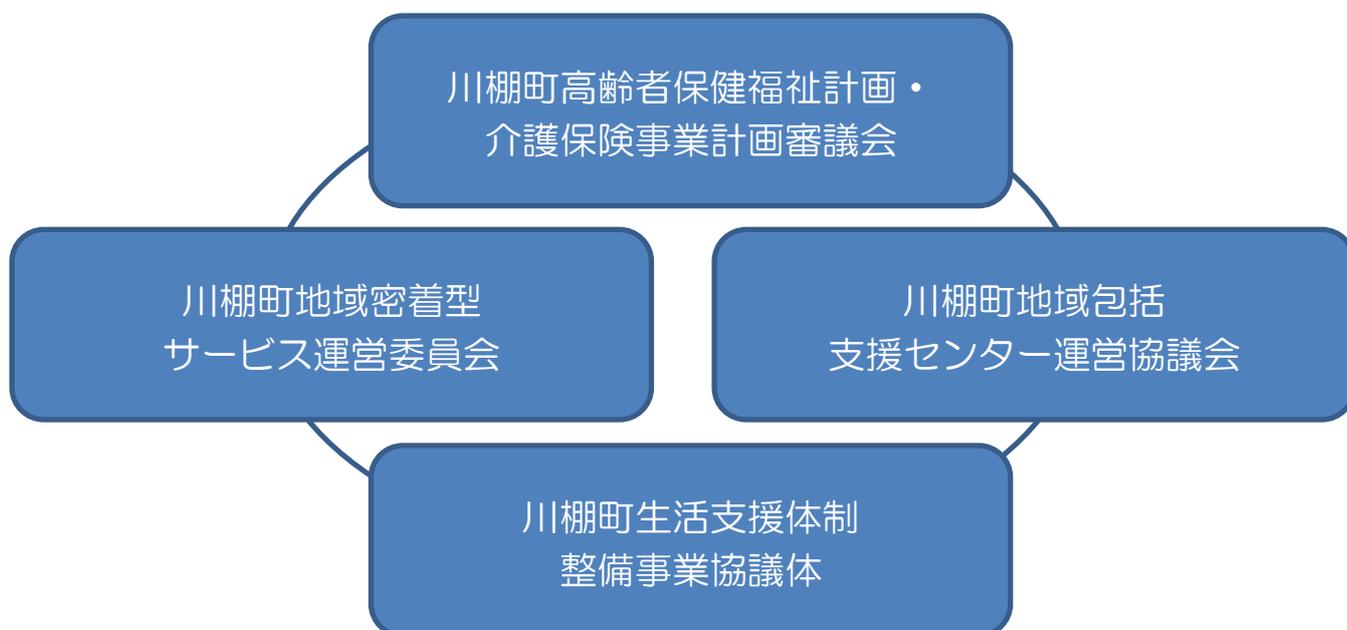
本町では、高齢者施策の推進を図るため、「川棚町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」、「川棚町地域密着型サービス運営委員会」、「川棚町地域包括支援センター運営協議会」、「川棚町生活支援体制整備事業第1層協議体」の4つの委員会・協議会等を設け、毎年の実行状況を整理し、計画の進捗状況の点検や評価を行います。

「川棚町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」では、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の見直しに関することや、その他高齢者の福祉に関することについて、協議・検討・進捗管理を行うことで、施策の推進を図っています。

「川棚町地域密着型サービス運営委員会」では、地域密着型サービスの指定、介護報酬の設定、指定基準の設定など、本町の地域密着型サービスの提供体制の確保などについて審議することで、介護保険制度の安定的な運営を図っています。

「川棚町地域包括支援センター運営協議会」では、センターの設置、運営、職員の確保などの体制と、地域包括ケアの構築全般に関することの進捗管理を中心に審議し、施策の推進を図っています。

「川棚町生活支援体制整備事業第1層協議体」では、生活支援等サービスの体制整備に向けた情報共有、連携、事業の進捗管理を行うことで、施策の推進を図っています。今後も、これらの委員会において、本計画の円滑な推進並びに進捗管理を図ります。





# 資料編

## 第3部 資料編

### 1 川棚町介護保険運営協議会規程

(平成12年8月1日規程第2号)

改正 平成18年3月8日規程第1号 平成20年3月17日規程第4号

平成31年2月4日規程第1号 令和4年4月21日規程第5号

令和5年6月29日規程第1号

(目的)

第1条 この規程は、川棚町介護保険条例(平成12年条例第21号。以下「条例」という。)第2条の規定に基づき、川棚町介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)に関して必要な事項を定めることを目的とする。

(協議会の職務)

第2条 協議会は、町長の諮問に応じて次の事項を審議し、又は必要があるときは町長に建議することができる。

(1) 介護保険法(平成9年法律第123号)第117条第1項の規定による本町の介護保険事業計画の策定又は変更に関すること。

(2) 条例及び規則の制定又は改廃に関すること。

(3) 介護保険事業特別会計の予算編成方針に関すること。

(4) 保険料の賦課徴収に関すること。

(5) 介護給付に関すること。

(6) 介護老人福祉施設に関すること。

(7) その他介護保険事業の運営に関し必要と認められる事項。

2 町長は、諮問事項について、あらかじめ会長に通知しなければならない。ただし、緊急の場合は、この限りではない。

(協議会の構成)

第3条 協議会は、委員11名で構成する。

2 委員の構成は次によるものとし、町長が委嘱又は任命する。

(1) 医師代表 2名

(2) 介護保険施設の代表 1名

(3) 関係団体の代表 2名

(4) 保険者代表 1名

(5) 被保険者代表 5名

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、3年とし、再任することを妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員の辞職)

第5条 委員は、辞職しようとするときは、事由を具して町長に届け出なければならない。

(協議会の会長及び副会長)

第6条 協議会に会長及び副会長1名を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選による。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、会長の職務を行う。  
(協議会の招集、進行)

第7条 会長は、町長から諮問事項の通知を受けたときは、速やかに協議会を招集しなければならない。

- 2 会長は、委員の3分の1以上から書面を以つて会議に付すべき事項を示して請求があったときは、遅滞なく協議会を招集しなければならない。
- 3 協議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。ただし、第6条第2項の規定により会長が互選により定められるまでの間は、町長が招集する。
- 4 会議に出席することができない委員は、あらかじめその旨を届け出なければならない。  
(会議の定足数)

第8条 会議は、委員定数の2分の1以上が出席しなければ開催することができない。  
(議決の方法)

第9条 議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。  
(関係職員の出席、資料の提出)

第10条 会長は、議事に関して必要と認めるときは、町長又は関係職員に対して説明を求め、又は関係資料を提出させることができる。  
(委員の旅費)

第11条 会務のため旅行する者に対しては、特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例(昭和31年条例第16号)の定めるところにより旅費を支給する。  
(会議録の調製、保存)

第12条 会長は、書記をして会議録を調製し、これを保存させなければならない。  
(庶務)

第13条 協議会の庶務は、長寿支援課において処理する。

附 則 この規程は、平成12年8月1日から施行する。

附 則(平成18年3月8日規程第1号)この規程は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成20年3月17日規程第4号)この規程は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成31年2月4日規程第1号)この規程は、公布の日から施行する。

附 則(令和4年4月21日規程第5号)この規程は、公布の日から施行する。

附 則(令和5年6月29日規程第1号)  
この規程は、公布の日から施行する。

## 2 委員会名簿

任期：令和5年4月1日～令和6年3月31日（敬称略）

番号	区 分	団 体 等	氏 名
①	医師代表	郡医師会川棚地区代表	山 本 尚 幸
		大村東彼地区歯科医師会川棚地区代表	中 尾 謙二郎
②	介護保険施設の代表	特別養護老人ホームくじゃくの家代表	松 本 賢 俊
③	関係団体の代表	町社会福祉協議会代表	岬 常 春
		町民生児童委員協議会代表	中 里 秀 司
④	保険者代表	町副町長	川 内 和 哉
⑤	被保険者代表	町総代会代表	岩 本 和 光
		町老人クラブ連合会代表	森 孝 子
		町婦人会代表	山 口 輝 子
		町母子愛育班連合会代表	指 方 清 美
		町食生活改善推進協議会代表	初 手 二美代

【川棚町 認知症ケアパス】

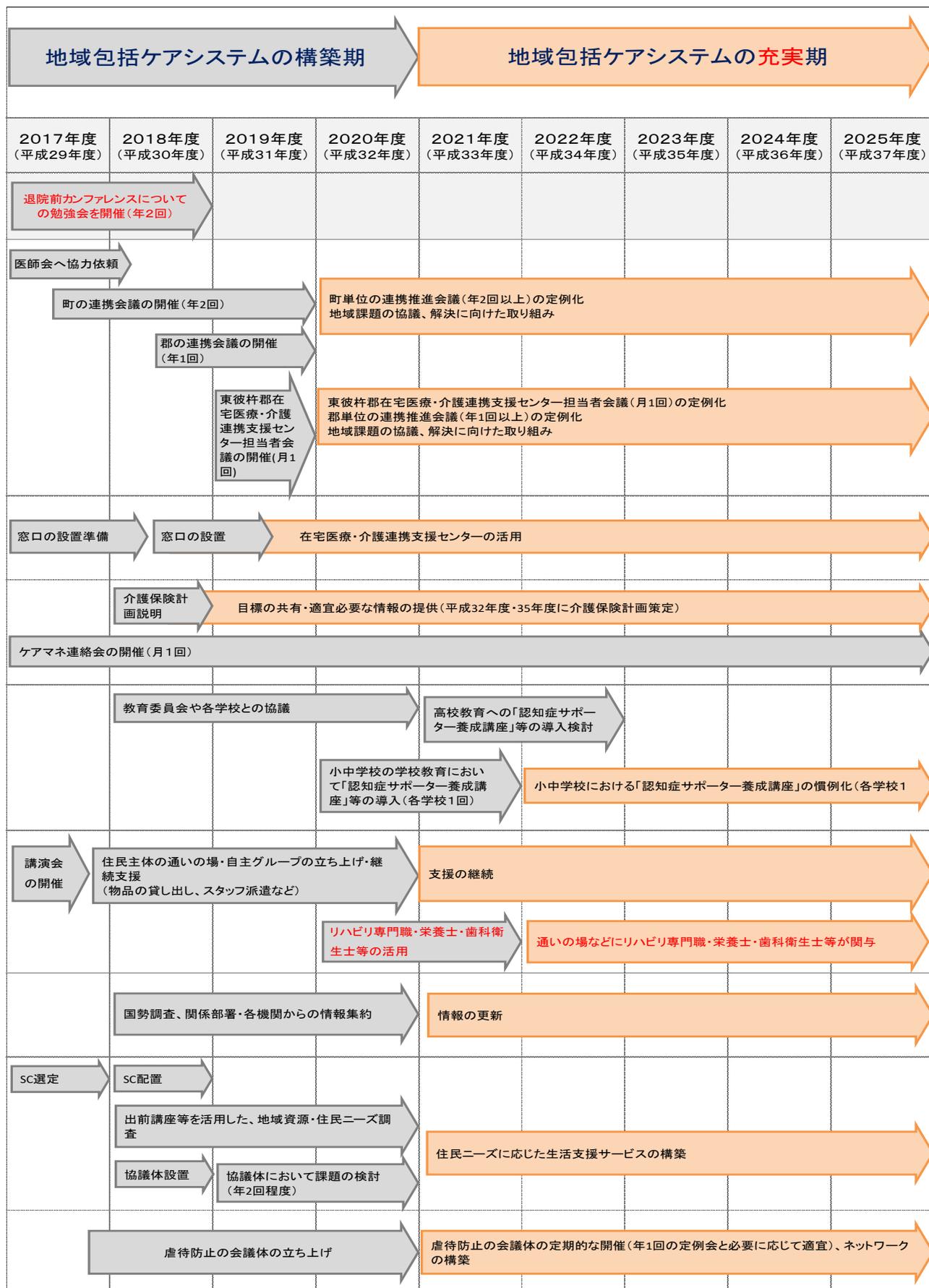
※認知症ケアパスとは、自分自身やご家族が認知症に気づいてから、その進行具合に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを利用することができるのか、また地域にはどのような支援があるのかをまとめたものです。

		相談から診断		サービス利用(介護保険のサービスと地域のいろいろなサービスを利用しよう)	
		地域で	区役所	介護で	福祉
認知症の経過		<ul style="list-style-type: none"> <li>物忘れの自覚がある。</li> <li>言葉が出てくると「あれ」「それ」と言うことが多い。</li> <li>何かヒントがあれば思い出す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同じことを何度も聞く。</li> <li>物の正しい場所を忘れ、探し回る。</li> <li>約束を忘れる。</li> <li>物を盗られたと書づ。</li> <li>道を取り違ふ。</li> <li>不安、いらいら、あせり、うつ状態。</li> <li>大きなお金で買い物をし、小銭が溜まる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>料理がうまくできない。</li> <li>同じ加減ばかりを漬い込む。</li> <li>季節に合わせた服が買えない。</li> <li>今まで使っていた薬が効かない。</li> <li>一人で電話や訪問の対応が難しくなる。</li> <li>薬の飲み忘れが目立つ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人で替えがうまくできない。</li> <li>原簿や便意を感じにくい。</li> <li>言葉が理解しにくい。</li> <li>飲食物をうまく飲み込めない。</li> <li>うまく歩けない。</li> <li>出掛けた先から家に戻れなくなる。</li> </ul>
本人の様子		<ul style="list-style-type: none"> <li>〇一般介護予防事業 (いきいき元気アップ教室・水中筋力アップ教室・水中いきいき元気クラブ・笑って笑って笑って笑って)</li> <li>〇介護予防・生活支援サービス事業 (元気アップ教室・きなせせ〜)</li> </ul>	地域での住民活動 (いきいきサロン・通いの場・老人クラブ・サークル・ボランティアなど)	E-basyo みんなでワハハ・昭和館 かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師 認知症サポートE 認知症専門医	一人ですらうららしていることが多い。 ・言葉が滞り、声掛けへの反応が少なくなる。 ・口からの食事が摂りにくくなる。
介護予防・周囲の方と交流したい		川棚町 地域包括支援センター (主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士) 認知症初期集中支援チーム員 認知症地域支援推進員 長崎県認知症サポートセンター・認知症の人と家族の会	認知症疾患医療センター 認知症専門嘱託医	早期発見 早期診断 がカギです！	あれ、認知症か と思ったら、早めに 地域包括支援センター (0956-59-5883) へ相談しましょう。
医療を受けた				介護支援専門員・介護職員(介護サービス事業者) 訪問介護・訪問看護・福祉用具貸与 通所介護 (デイサービス) 通所リハビリ (デイケア)	元気なうちから金銭管理・ 財産管理について話して おきましょう！
誰かに相談をしたい				成年後見制度 成年後見申し立て援助事業	
日常生活・財産管理の支援がほしい				隣人 民生委員、老人クラブ、愛育班の声掛け訪問 認知症サポーター (認知症サポーター養成講座) 緊急通報システム 見守りネットワーク事業・パートナーシップ事業 看護師による独居訪問 よらんね広場 認知症カフェくら 峠の茶屋	日頃から地域、周囲との 付き合いを大切に！
見守り・安否確認をしてほしい					
話したい・交流したい					
住まい					ショートステイ (短期入所) 有料老人ホーム サービス付き高齢者住宅等 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)

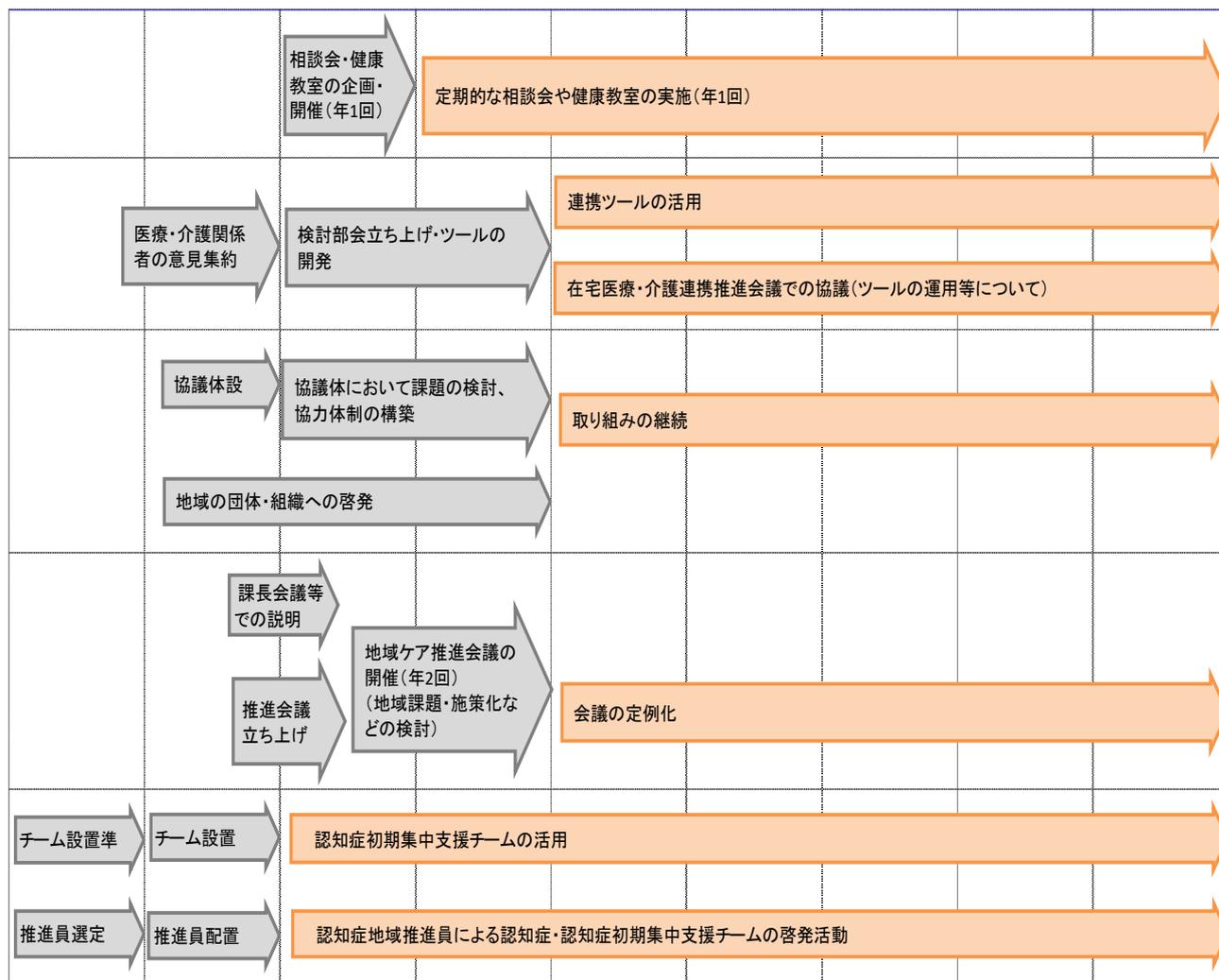
## 3 川棚町地域包括ケアシステムロードマップ

## 川棚町地域包括ケアシステムロードマップ

項目		目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)
(例)A医療	退院前カンファレンス	退院前カンファレンスに医師や看護師のみならず訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の地域の職種が参加することにより、退院後スムーズに患者が望む生活に移行できる。	2018年度(平成30年度)	多職種研修会を定期的に開催し、退院前カンファレンスの目的や参加者、重要性等について多職種に理解し、行動に移してもらう。
A 医療	医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討	医師をはじめ、地域の医療・介護関係者、多職種が参加する会議を定期的に開催し地域課題を抽出、対応策を講じることで、在宅医療と介護サービスが一体的に提供できる。	2019年度(平成31年度)	在宅医療・介護連携推進会議を定期的に開催(年2回以上)、地域課題を抽出し、対応策を検討する。 会議には、医師をはじめ多職種に出席してもらえるよう働きかける。 また、郡単位での会議を開催し(年1回程度)、東彼杵町の地域課題等について協議し、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター事業へ活かす。センターでは担当者会議を定期的に開催し、東彼杵郡の医療介護連携に関する課題について協議する。
	在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置	郡医師会を中心に窓口を設置することで、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に対し支援できる。	2018年度(平成30年度)	東彼杵町共同で、郡医師会協力のもと、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センターを設置し、運営する。
B 介護	ケアマネジャー等の専門職との目標の共有	地域の医療・介護関係者に対し、町の基本方針等を伝え、目標の共有や情報提供を行い、専門職の資質向上を図る。	2018年度(平成30年度)	ケアマネジャー連絡会等で介護保険計画を説明し、目標の共有を行い、必要な情報提供は適宜行う。
	小中高校等の学校教育への互助活動等理解促進	若年層に対して健康づくり、介護・福祉、地域の互助活動などへの理解を深め、次世代の人材を育成できる。	2021年度(平成33年度)	教育委員会や小中学校と連携し、学校教育に「認知症サポーター養成講座」等を導入する(町内3小学校、1中学校)。また、高校については導入を検討する(町内1校)。
C 保健・予防	介護予防の地域づくり	町内の16区域において、住民主体の通いの場や自主グループができ、介護予防の「地域づくり」ができる。	2020年度(平成32年度)	介護予防の「地域づくり」について広く周知し、住民主体の通いの場や自主グループを立ち上げ、支援する(物品の貸し出しやスタッフ派遣等)。 自主活動が少ない地域には、意識的に働きかける。
D 住まい・住まい方	高齢者の居住環境の把握	高齢者の住環境を把握できる。	2019年度(平成31年度)	国勢調査のデータを集約する。 関係部署・関係機関の情報を集約する。 その後は、その都度、最新情報を確認し更新していく。
E 生活支援・見守り等	生活支援体制整備	地域資源や住民ニーズを把握し、不足する資源等について検討し、施策につなげることができる。	2020年度(平成32年度)	生活支援コーディネーターを配置し、各地域を巡回しながら、地域資源や住民ニーズを把握する。 協議体で抽出した課題について検討する。
	虐待防止ネットワークの設置	関係部署や関係団体と連携し、虐待通報に対して迅速・適切な対応が図られるようネットワークを構築できる。	2019年度(平成31年度)	関係部署や関係団体が参集する会議体をつくり、虐待防止や通報に対する対応について協議する。



F 専門職・関係機関のネットワーク	専門職の相談会・健康教育への参加	保険者と医療・介護関係者共同で住民向けの相談会や健康教室等を企画・開催できる。	2020年度(平成32年度)	東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センターを整備し、支援センターと共同で住民向けの相談会や健康教室を企画・開催する。
	情報連携ツールの活用	医療・介護関係者間で情報連携のための共通シートを活用し、多職種が目標を共有し、効率的に質の高いケアが提供できる。	2020年度(平成32年度)	在宅医療・介護連携推進会議で医療・介護関係者の意見を集約し、それをもとに検討部会等を立ち上げ、ツールの開発・活用、連絡調整のルールづくりを行う。 連携ツール開発後は、在宅医療・介護連携推進会議等での運用等について協議しながら、多職種の目標共有を図り、効率的な質の高いケアの提供について検討する。
G 住民参画(自助・互助)	地域組織・団体等との連携	地域の団体・組織に地域包括ケアシステムについて理解してもらい、地域づくりに協力してもらう体制づくりができる。	2020年度(平成32年度)	協議体のメンバーとして、地域の団体・組織の代表者等を参集する。 地域包括ケアシステムについての理解を深め、地域課題の抽出や対応策の検討を行うことで、「地域づくり」への協力体制をつくる。
H 行政の関与・連携	地域包括ケアシステム構築・地域づくりに向けての町関係課との組織横断的な連携	関係各課が地域包括ケアシステムについて理解し、システム構築に向けて協議し、それぞれの役割を担うことができる。	2020年度(平成32年度)	様々な地域課題に柔軟に対応できるよう、課長会議等を活用して、全課に地域包括ケアシステムの説明を行う。 地域包括ケア推進会議を立ち上げ、地域ケア会議等であった地域課題について検討し、施策化へ向けた協議を行う。
	認知症地域支援推進員や初期集中支援チームの設置	認知症の相談に早期に対応し、早い段階で適切な医療や介護サービスへつなげることができる。	2018年度(平成30年度)	認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の相談に対し迅速に対応する。 認知症地域支援推進員を配置し、認知症の啓発を行う。



## 4 用語の解説

用語	解説
アセスメント	ケアプランの作成にあたって、利用者について、その有する能力、既に提供を受けているサービスなど、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で、解決すべき課題を把握すること。
eラーニングシステム	eラーニングシステムは、認定調査員の標準化のためにインターネット上で提供される認定調査員のための学習支援システムのこと。
NPO (Non Profit Organization)	非営利組織。政府や私企業とは独立した存在として、住民・民間の支援のもとで社会的な公益活動を行う組織や団体のこと。ボランティアグループや住民団体など、非営利活動を目的とする団体に法人格を与え、住民の社会貢献活動を促進するために、平成10年に「NPO法(特定非営利活動促進法)」が制定された。
MCI (Mild Cognitive Impairment)	MCIは軽度認知障害と略され、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1～3割を利用者が自己負担し、残りの7～9割は保険給付される。財源としては、半分を40歳以上である被保険者が保険料として負担し、残りの半分を公費で賄っている。
介護サービス／介護予防サービス	介護サービスとは、広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスをさす。また、介護予防サービスとは、要支援1～2の認定者向けのサービスをさす。
介護認定審査会	要支援・要介護認定の審査判定を行うために設置される市町村の附属機関。保健・医療・福祉の専門家により構成され、認定調査の結果や主治医意見書などを資料に、介護の要否やその程度及びその有効期間について審査及び判定を行う。また判定に際して、サービス提供上の留意事項等の意見を付すことができる。
介護福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上または精神上の障害があることにより、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、またその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。英語名はケアワーカー。

用語	解説
介護予防・日常生活支援総合事業	地域の実情に応じ、多様なマンパワーや社会資源の活用などを図りながら、要支援者や介護予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの切れ目のない総合サービスを提供することができる事業。
基本チェックリスト	総合事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全 25 項目について、「はい/いいえ」で回答する。
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護のサービスを指す。「介護を受けながら住み続けられる住まい」として位置づけられており、その施設整備については、施設サービスと同様に介護保険事業計画に基づいて行われる。
居宅	介護保険法上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されていない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関をさす。
居宅サービス	デイサービスやデイケア、ショートステイなど、居宅を起点として利用する介護サービスの総称。在宅サービスと表現した場合は、広義で地域密着型サービスを含む。
ケアプラン(介護サービス計画)	利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、また、その利用が利用者本人の自立した日常生活に資するよう、利用するサービスの種類や回数などを定めた計画のこと。ケアマネジャーによるケアマネジメントのもと作成される。在宅の場合は「居宅サービス計画」または「介護予防サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」という。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野で、サービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には、①インテーク(受理面接)⇒②アセスメント(生活課題の分析)⇒③プランニング(計画の立案)⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング(進行中における中途評価)⇒⑥エヴァリュエーション(最終的な評価)⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。

用語	解説
ケアマネジャー (介護支援専門員)	都道府県知事から与えられる公的資格。要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、ケアプランを作成し、保険者や他の介護サービス事業者との連絡・調整などを取りまとめる。一般的にケアマネと略称される。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム(ホームの介護職員等によるサービス)を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
高額介護サービス費	所得が一定以下の介護サービス利用者に対して、サービス利用料の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給する制度。
高額医療合算介護サービス費等給付額	高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費の負担と介護費の両方の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給するもので平成 20 年 4 月から設けられた制度。
高齢者虐待	家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為のこと。老人虐待とも称される。高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪し、心や身体に深い傷を負わせるもので、身体的(身体的拘束を含む)、性的、心理的、経済的、介護や世話の放棄(自虐を含む)といった種類がある。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成 26 年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。

用語	解説
社会福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上もしくは精神上の障害があるなどの理由により、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言や指導、福祉サービス提供者や医師などの関係者と連絡調整等の援助を行う。英語名はソーシャルワーカー。
重層的支援体制整備事業	既存の介護、障害、子ども子育て支援、生活困窮の相談支援等の取り組みを活かしつつ、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施するもの。
主任ケアマネジャー(主任介護支援専門員)	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスのひとつで、要介護者の様態や希望に応じ「通所介護(デイサービス)を中心に、「訪問介護」、「泊まり(ショートステイ)」の3種類の介護サービスを提供することができる。
ショートステイ(短期入所生活介護)	ショートステイ(短期入所生活介護)は、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供する。
生活支援協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのこと。
生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制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・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす者のこと。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。

用語	解説
成年後見制度	病気や障害のため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的におおむね 65 歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち 65 歳以上 74 歳以下を「前期高齢者」、75 歳以上を「後期高齢者」という。
第 1 号被保険者／第 2 号被保険者	介護保険制度において、原則として保険者(市区町村または広域連合)の区域内に住所を有する満 40 歳以上の者を当該保険者の被保険者とする。そのうち 65 歳以上を第 1 号被保険者といい、40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者を第 2 号被保険者という。介護保険サービスを利用するには、要支援・要介護認定を受ける必要があるが、第 2 号被保険者の場合は、加齢に伴う特定の疾病(政令で定める 16 種類)によって介護が必要になった場合に限られる。
地域共生事業	高齢者と障がい者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに位置づけられた事業で、共生型サービスと呼ばれる。
地域ケア会議	保険者と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者など、医療・保健・福祉の現場職員を中心に、具体的ケースに基づいて協議を行うことで、効果的なサービスの総合調整や参加者の能力向上を図り、かつ地域包括ケアの向上につなげる仕組み。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域包括ケア／地域包括ケアシステム	地域包括ケアとは、高齢者の人口の急増に伴い、要介護高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者の増加、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の増加といった社会構造の変化に対応できるよう、次世代のヘルスケアとして提唱されている構想のこと。地域包括ケアシステムとは、可能な限り住み慣れた地域において継続して住み続けることができるよう、ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、医療、介護、予防、見守りなどの多様な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されていく体制のこと。体制の整備には、地域ごとに異なる課題や実情に応じた対策が必要となるため、現在も様々な取り組みや研究が行われている。

用語	解説
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。
地域包括支援センター三職種	社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師のこと。
地域密着型サービス	平成 18 年度の介護保険制度改正により新たに類型化されたサービス体系で、高齢者が介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域の中で、馴染みの人間関係等を維持しながら生活できるよう、地域の特性に応じた柔軟なサービスを提供するための仕組み。原則として保険者の区域内の住民のみが利用できる。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じた 24 時間体制で、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービス。
デイケア(通所リハビリテーション)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設(老人保健施設、病院、診療所など)に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどが日帰りで提供される。
デイサービス(通所介護)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。利用者が通所介護の施設(利用定員 19 人以上のデイサービスセンターなど)に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供される。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、自宅から施設までの送迎が行われる。
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、様々な条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。また、地域包括ケアシステムにおいても、対象エリアの単位として用いられる。

用語	解説
日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、市町村の社会福祉協議会等が窓口となり、福祉サービスの利用援助等を行うもの。
認知症	脳細胞の死滅や活動の低下によって認知機能に障害が起き、日常生活・社会生活が困難になる状態の総称。主な症状としては、直前の行動を忘れてしまう、覚えていた人や物の名前が思い出せなくなるといった「記憶障害」、自分のいる場所や状況、年月日、周囲の人間との関係性などがわからなくなる「見当識障害」、料理の手順がわからない、善悪の区別ができなくなるといった「判断能力の低下」がある。またこれらの症状に、個々の性格や環境の変化などが加わることで、徘徊や暴力・暴言、幻覚、物盗られ妄想、せん忘、異食、失禁・排尿障害、不眠・睡眠障害、うつ症状といった行動・心理症状(BPSD)が現れるケースもある。また、原因疾患によっては手術や薬物治療により症状が改善され、光療法や回想法などその他の手段が有効な場合もある。近年は、物忘れ外来の設置や専門医の配置など医療環境の整備も進められており、様々な研究も行われている。
認知症ケアパス	認知症ケアパスとは、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスを作成することは、多職種連携の基礎となる。
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある。令和2年9月末時点で全国に1260万人以上のサポーターがいる。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅等(あるいは入院・入所先)を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査(認定調査)を行う者。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。
バリアフリー	障害者が社会生活をしていくうえで、障壁(バリア)となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障害のある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。

用語	解説
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。
PDCA サイクル	PDCA サイクルは、Plan(計画)→ Do(実行)→ Check(評価)→ Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する仕組みのこと。
フレイル	フレイルとは、「加齢により心身が古い衰えた状態」のこと。厚生労働省研究班の報告書では、「加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされる。
包括ブランチ	ブランチは部門、支店などの意味を持つ言葉で、包括ブランチとは、住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」として地域に設置する出張所のようなもの。
ホームヘルパー	都道府県知事の指定する「訪問介護員養成研修」の課程を修了した者に与えられる認定。現在1級と2級があり、2級取得で訪問介護における身体介護・家事援助などの介護業務に従事できる。
民生委員・児童委員	<p>民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。</p> <p>※行政実例では地方公務員法第3条第3項第2号に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」(都道府県)に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。</p>

用語	解説
有料老人ホーム	老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では(終身)利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム(一般型/外部サービス利用型)」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。
要介護状態/要介護認定者	要介護認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要介護状態にあると認定された者をいい、要介護状態とは、身体上または精神上的の障害があるために、日常生活における基本的な動作について、常時介護を要すると見込まれる状態をいう。要介護状態には、要介護1から要介護5まで5つ区分が設けられており、その区分を要介護状態区分(要介護度もしくは介護度と通称される)という。
要支援状態/要支援認定者	要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、身体上もしくは精神上的の障害があるために、日常生活における基本的な動作について常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。介護保険法上、要介護状態の類型ではなく、別に区分して定義されているが、「要介護認定」や「要介護認定等」などの表現で総称されることも多い。
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。
レクリエーション	レクリエーションはラテン語が語源とされ、英語では元気回復や滋養等が古い用例としてあり、日本の初期の訳語では復造力や厚生などがある。現在では生活の中でゆとりと楽しみを創造していく多様な活動の総称となっている。介護福祉領域などでは、人間性の回復などの理解もみられる。介護保険制度下では、通所介護や施設などで行われている。



---

川棚町高齢者保健福祉計画及び  
第9期介護保険事業計画

---

令和6年3月

発行 長崎県 川棚町

長寿支援課

〒859-3692

長崎県東彼杵郡川棚町中組郷1518-1

TEL : 0956-82-3131 (代表)

---