

第9次三春町高齢者福祉計画・
第9期三春町介護保険事業計画
(令和6年度～令和8年度)

令和6年3月

福島県 三春町

はじめに



令和5年版高齢社会白書によると、我が国の65歳以上人口は令和4年10月1日現在、3,624万人となっており、総人口に占める割合（高齢化率）は29.0%となっています。

目前に迫っている2025年（令和7年）には、我が国ではいわゆる「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となります。そして高齢者の5人に1人が認知症となり、その数は700万人に達すると言われています。

一人暮らしの高齢者や、認知症の方、医療と介護の両方を必要とする高齢者も大幅に増加することが見込まれる中で、今後、住み慣れた地域での暮らしを支えていく環境を整えることが重要な課題となります。

さて、本町では、令和3年度から3年間、「誰もが健やかに暮らせるまちづくり」の基本目標の下で、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が身近な地域の中で一体的に提供される「地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進を図り、「地域共生社会」の実現を目指し、様々な施策を展開してまいりました。

福祉課題の増加・多様化・複雑化が見込まれる中で、本町に住む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後まで続けていくために、介護予防や認知症対策のさらなる充実、地域における支え合い体制の強化や福祉の担い手の確保・育成、また、町民による主体的・積極的な活動の促進を図っていくことが必要です。

このような背景から、前期計画の見直しを実施し、新たに「第9次三春町高齢者福祉計画・第9期三春町介護保険事業計画」を策定しました。この計画を着実に進めていくためには、町民の皆さまをはじめ、介護サービス事業者、医療機関、その他関係団体などとの連携が欠かせません。本町における高齢者福祉の充実のため、引き続き皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

最後に、本計画の策定にあたり、貴重なご意見・ご提案をいただきました関係各位の皆様に心から感謝申し上げますとともに、計画の実現に向けてより一層のお力添えを賜りますようお願いいたします。

令和6年3月

三春町長 坂 本 浩 之

目 次

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の趣旨.....	1
2 計画の位置付け	2
(1)計画の法的根拠.....	2
(2)他計画との関係	2
3 計画の期間.....	3
4 計画の策定体制	4
(1)委員会の設置.....	4
(2)ニーズ調査等の実施	4
5 第9期計画の策定のポイント.....	5

第2章 三春町の高齢者・介護等の状況

1 人口と世帯の状況.....	7
(1)人口動態	7
(2)高齢者のいる世帯の状況	9
2 三春町の介護保険事業の状況	10
(1)被保険者の推移.....	10
(2)要支援・要介護認定者数の推移	11
(3)介護保険サービスの利用状況	14
(4)介護給付の状況	16
(5)受給者1人あたり給付月額.....	17
(6)介護保険料(第8期).....	17
(7)第8期計画の計画値と実績値	18
3 アンケート調査結果の概要.....	22
(1)調査目的・調査対象・調査方法・調査実施時期・配布と回収結果	22
(2)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果によるリスク分析	23
(3)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	28
4 三春町の高齢者数等の将来推計.....	31
(1)人口と高齢者数の推計	31
(2)被保険者数の見込み.....	32
(3)要支援・要介護者数の推計.....	33
5 高齢者福祉に関する課題の整理	34

第3章 計画の基本的考え方

1 地域共生社会の実現に向けて.....	36
2 計画の基本目標と基本方針	37
(1)基本目標	37
(2)基本方針.....	37
3 計画の体系.....	39
4 日常生活圏域の設定.....	40
(1)三春町の日常生活圏域	40
(2)日常生活圏域別人口など	41

第4章 施策の展開

基本方針 1 健康づくりと介護予防、生きがいづくりの推進	42
1 健康づくりの推進	42
(1)健康づくり・生活習慣病予防の推進	42
(2)住民主体の介護予防・健康づくりの推進	45
(3)健康相談、健診結果相談の充実	46
(4)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	47
2 自立支援・介護予防・重度化防止の推進	49
(1)自立支援・介護予防に関する普及啓発	49
(2)通いの場の充実	50
(3)リハビリテーション専門職等との連携強化	50
3 高齢者の生きがいづくりの推進	51
(1)シルバー人材センター	51
(2)老人クラブ	51
(3)生涯学習活動	52
(4)ボランティア活動の支援	52
(5)ボランティアポイント制度	52
4 介護予防サービスの充実	53
(1)総合事業の充実	53
(2)生活支援サービスの充実	55
(3)その他の生活支援サービス	55
(4)介護予防事業の評価	56
基本方針2 地域包括ケアシステムの深化・推進	57
1 地域包括支援センターの機能強化	58
(1)地域包括支援センターの個別支援業務	59
(2)機能強化に向けた取組	60
2 在宅医療と介護連携の推進	61
(1)医療・介護のネットワークづくり	62
(2)二次医療圏内・関係市町の連携	63
(3)高齢者の状態に応じた連携の推進	64
3 地域ケア会議の推進	65
(1)地域ケア会議の運営と課題検討	66
(2)多職種協働によるネットワークの構築、資源開発	66
4 生活支援体制整備事業の推進	67
(1)生活支援体制整備事業の基盤整備	67
(2)住民主体活動の支援	68
5 認知症施策の推進	69
(1)普及啓発・本人発信支援及び予防対策	69
(2)医療・ケア(早期発見・早期対応)・介護者への支援	70
(3)認知症バリアフリーの推進	73
(4)成年後見制度の利用促進	74
6 高齢者虐待防止対策の推進	75
(1)高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化	75
(2)養護者による高齢者虐待への対応強化	76
(3)養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化	76
7 高齢者が安心・安全に暮らせる環境の整備	77
(1)見守り体制の充実	77
(2)災害時や感染症に対する対策	78

(3)高齢者の住まいの安定確保	79
基本方針3 介護給付の充実と適正化.....	81
1 保険者機能の強化	81
(1)介護給付の適正化	81
(2)介護給付サービスの質の向上	82
2 介護人材の確保と生産性の向上の推進	83
(1)介護分野で働く専門職の人材確保・定着に向けた取組	83
(2)介護現場における業務改善の促進.....	84
(3)介護分野における体制の効率化	84

第5章 介護保険サービス見込みと保険料

1 介護保険事業量の見込み	86
(1)居宅サービス/介護予防サービス.....	86
(2)地域密着型サービス/地域密着型介護予防サービス	90
(3)居宅介護支援	92
(4)施設サービス	93
(5)総給付費.....	93
(6)標準給付費.....	94
(7)地域支援事業費	94
2 介護保険料算出の流れ.....	95
(1)介護保険料の算出の流れ.....	95
(2)保険料の算定	96

第6章 計画の推進に向けて

1 推進体制の整備・強化.....	98
(1)推進体制の強化.....	98
(2)保健・医療・福祉の連携体制の充実	98
(3)近隣の市町相互間の連携	98
2 計画運用に関するPDCAサイクルの推進	99
(1)計画の進捗状況の点検	99
(2)保険者機能強化推進交付金等の指標の活用	99

資料編

1 三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員会設置要綱(抜粋)	100
2 三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員名簿等.....	101

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の趣旨

わが国では、総人口が減少を続ける一方で、65歳以上の高齢者人口は、平成7年の1,826万人(高齢化率:14.5%)から令和4年の3,627万人(高齢化率:29.1%)へと、この27年間に大幅に増加しています。また、高齢化率は、団塊の世代の方すべてが後期高齢者となる令和7年には30.0%、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年には35.3%になり、3人に1人以上が高齢者になると予測されています。高齢者の増加に伴い、ひとり暮らしや高齢夫婦世帯、認知症高齢者等の支援を必要とする高齢者も大幅に増加することが予測されています。

このような中、超高齢社会を迎えた日本社会において、高齢者を家族などの個人ではなく社会全体で支えるという理念のもと、平成12年4月に誕生したのが介護保険制度です。

介護保険制度は、平成12年度に施行されて以降、3年毎に改定(介護報酬の見直しなど)が行われ、適宜、制度の変更などが行われています。それに合わせて、市町村は介護保険事業計画を3年ごとに策定しています。

3年を1期とする介護保険事業計画は第9期を迎え、第9期介護保険事業計画では、計画期間中に「地域包括ケアシステム」構築の目標年次である令和7年を迎えることとなります。そのため、「地域包括ケアシステム」構築の達成状況について点検を行い、「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けた取組をより推進していくことになります。

また、次期計画は、重層的支援体制整備をはじめ、高齢者の社会参加や健康寿命の延伸、医療・介護連携の強化など、令和22年を展望した取組を本格的に推進していくための計画として策定を進める必要があります。

本町では、これまでの取組の方向性を引き継ぎつつ、国における制度改正や本町における高齢者の実情を踏まえた見直しを行い、高齢者福祉のさらなる充実と、持続可能で安定した介護保険事業の推進に向け、基本的な方向性と具体的な施策を明らかにすることを目的として、高齢者人口がピークを迎える令和22年に向け、高齢者施策を総合的に推進していくための第9次高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画を策定するものです。

2 計画の位置付け

(1) 計画の法的根拠

本計画は、老人福祉法(昭和38年法律133号)第20条の8に規定する「市町村老人福祉計画」および介護保険法(平成9年法律第123号)第117条に規定する「市町村介護保険事業計画」として策定します。

本計画は、高齢者に関する施策を総合的かつ計画的に推進するとともに、介護保険事業の円滑な実施を図り、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指して、令和6年度から3年間の施策展開の考え方や方策、施策の目標及び介護サービス量の見込み等を定めます。

●計画の法令根拠

老人福祉法第20条の8

市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業(以下「老人福祉事業」という。)の供給体制の確保に関する計画(以下「市町村老人福祉計画」という。)を定めるものとする。

介護保険法第117条

市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)を定めるものとする。

高齢者福祉計画と介護保険事業計画とは、介護保険給付の対象となるサービスに関する事項が共通しており、計画に位置付けられた事業について連携して実施する必要があるため、一体的な計画「高齢者いきいきプラン9」として策定しました。

(2) 他計画との関係

本計画は、本町における町政運営の基本方針である「第7次三春町長期計画」の分野別計画として、高齢者福祉の視点から施策を推進する計画として位置づけています。

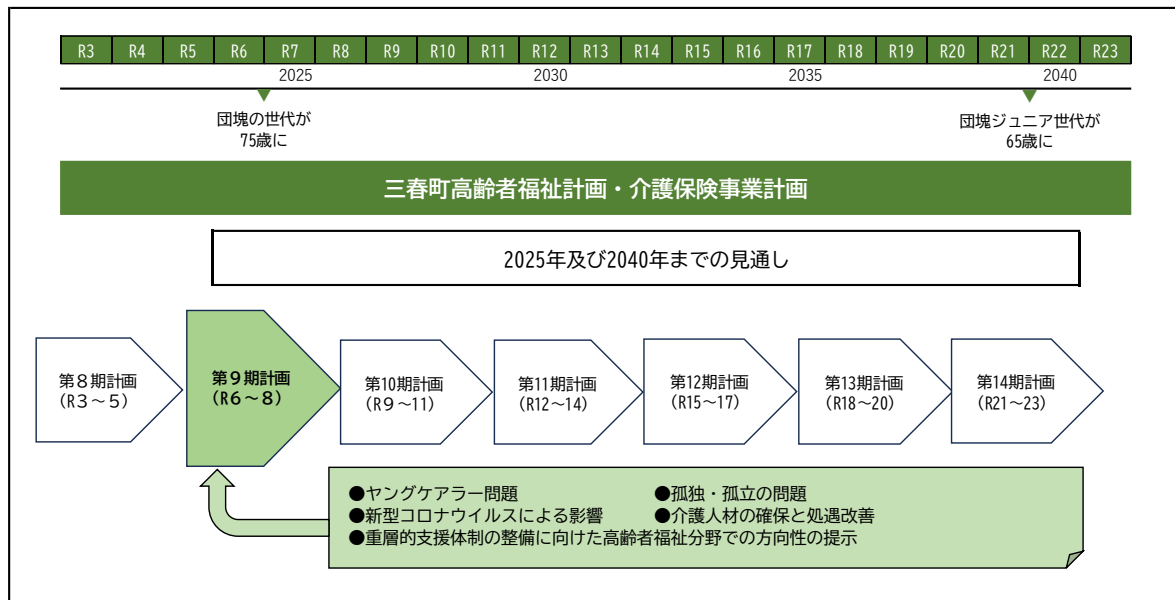
また、本計画は上位計画である「地域福祉計画」、関連する保健福祉分野の計画等及び国や県の基本指針、介護保険事業支援計画、医療計画と整合性と調和を図り策定します。

3 計画の期間

本計画は、計画期間の中間年に「地域包括ケアシステム」構築の目標年次である令和7年を迎えることになります。そのため、「地域包括ケアシステム」構築の達成状況について点検を行い、「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けた取組をより推進していく必要があります。

また、次期計画は、重層的支援体制整備をはじめ、高齢者の社会参加や健康寿命の延伸、医療・介護連携の強化など、令和22年を展望した取組を本格的に推進していくための計画として策定を進める必要があります。

●計画の期間



4 計画の策定体制

高齢者に対する福祉施策や介護サービスのあり方については、高齢者はもとより広く住民のニーズを把握し、それを反映させるよう配慮する必要があります。そこで、本計画の見直しに際し、以下のような取組を行いました。

(1) 委員会の設置

本計画の策定にあたり、「三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員会」を設置し、保健・医療・福祉の関係者のほか、学識経験者、地域団体の代表、一般住民など多様な立場の方々に委員として参画を求め、計画内容を総合的にご審議いただきました。

(2) ニーズ調査等の実施

「第9期介護保険事業計画(令和6年度～令和8年度)」を策定するにあたり、日常生活の状況、健康状態、福祉・介護保険事業に関する意見などを伺い、策定の基礎資料さらには今後の保健福祉行政に活かすために、アンケート調査を実施しました。

5 第9期計画の策定のポイント

介護保険制度が創設されてから約20年が経過しましたが、介護保険制度を取り巻く状況は制度創設当初に比べると大きく変化しています。

本計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7年を迎えます。また、高齢者人口がピークを迎える令和22年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

そのため、保険者においては中長期的な視点に立ち、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備を進めることが重要となります。また、介護サービス需要が更に増加・多様化することが想定される一方、現役世代の急激な減少が顕著となることから、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保も重要となります。

こうした背景のもとで、国は第9期介護保険事業計画策定にあたって以下の3つのポイントを示しています。

ポイント1. 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・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地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

ポイント2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

① 地域共生社会の実現

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、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も期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

② デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

③ 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化、内容の充実・見える化

ポイント3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

- ・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

第2章 三春町の高齢者・介護等の状況

1 人口と世帯の状況

(1)人口動態

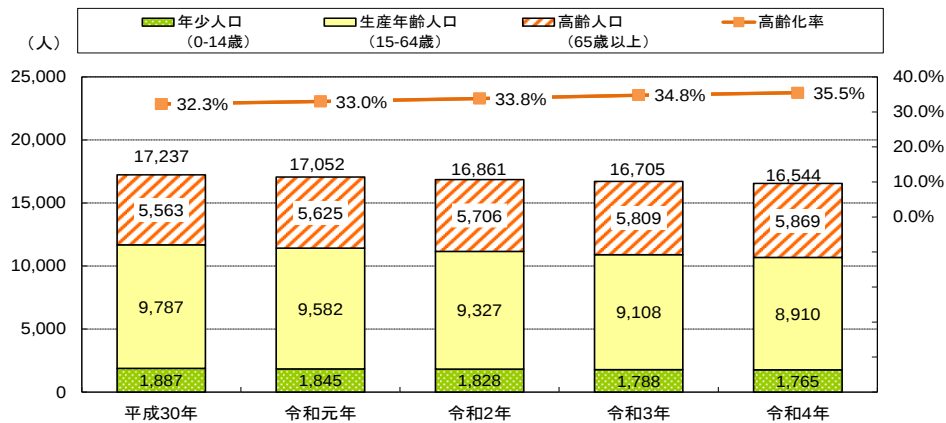
①人口推移と年齢3区分人口構成比

住民基本台帳から平成30年以降の本町の人口推移をみると、人口は減少傾向で推移しています。

年齢を3区分で見ると、生産年齢人口は減少傾向で推移し、高齢人口割合は増加傾向にあり、令和4年の総人口は16,544人、高齢化率は35.5%となっています。

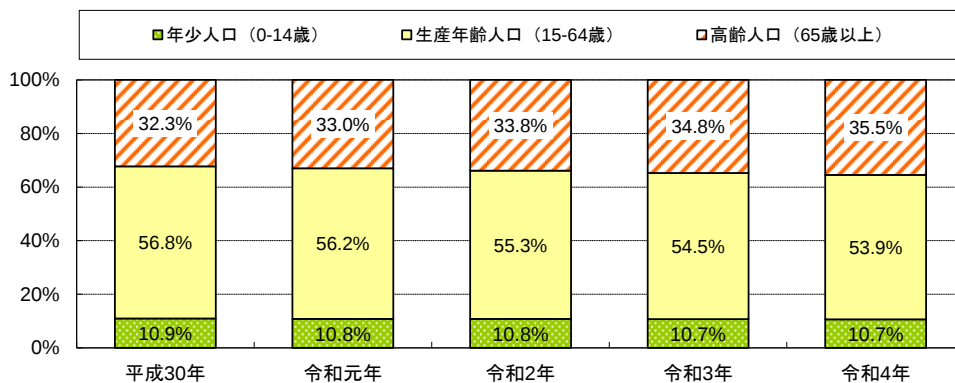
令和4年の人口ピラミットを見ると、男女ともに、70-74歳の人口が最も多く、次いで65-69歳となっており、今後後期高齢者の増加が見込まれます。

■三春町の人口推移



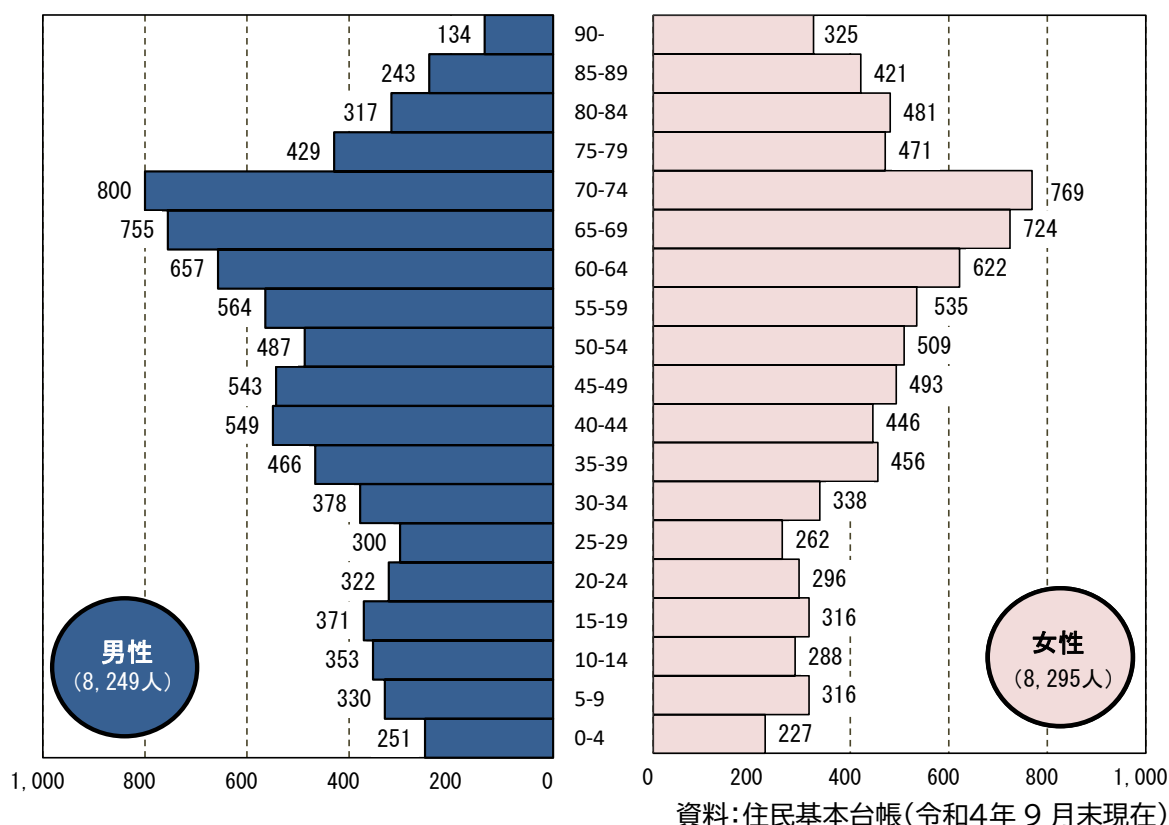
資料：住民基本台帳(各年9月末現在)

■三春町の年齢3区分人口構成比



資料：住民基本台帳(各年9月末現在)

■人口構成(人口ピラミッド)

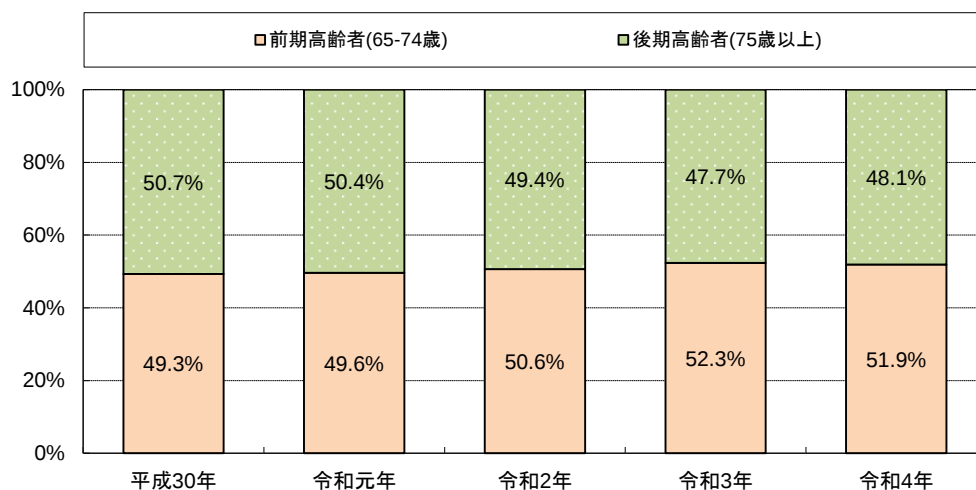


②前期・後期高齢者比率

本町の高齢者について、65歳以上75歳未満の前期高齢者、75歳以上の後期高齢者の区分での推移をみると、令和元年までは前期高齢者割合が多くなっていましたが、令和2年以降は後期高齢者の割合が多くなり、5割以上となっています。

令和4年の前期高齢者比率は 48.1%、後期高齢者比率は 51.9%となっています。

■三春町の前期・後期高齢者比率の推移



資料:住民基本台帳(各年9月末現在)

(2) 高齢者のいる世帯の状況

国勢調査から本町の世帯数の推移をみると、全世帯数については、平成27年から令和2年では減少していますが、高齢者単身世帯、高齢夫婦世帯については、世帯数、割合いずれも増加しています。

令和2年では、高齢者単身世帯は11.8%、高齢夫婦世帯は13.7%となっています。

■三春町の世帯数の推移

■世帯数の推移

	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
全世帯数 (一般世帯総数)	5,572 世帯	5,502 世帯	6,230 世帯	5,977 世帯
高齢者単身世帯	341 世帯	380 世帯	606 世帯	705 世帯
(対全世帯数比)	6.2 %	6.9 %	9.7 %	11.8 %
高齢夫婦世帯	504 世帯	550 世帯	767 世帯	821 世帯
(対全世帯数比)	9.1 %	10.0 %	12.3 %	13.7 %

資料:国勢調査

2 三春町の介護保険事業の状況

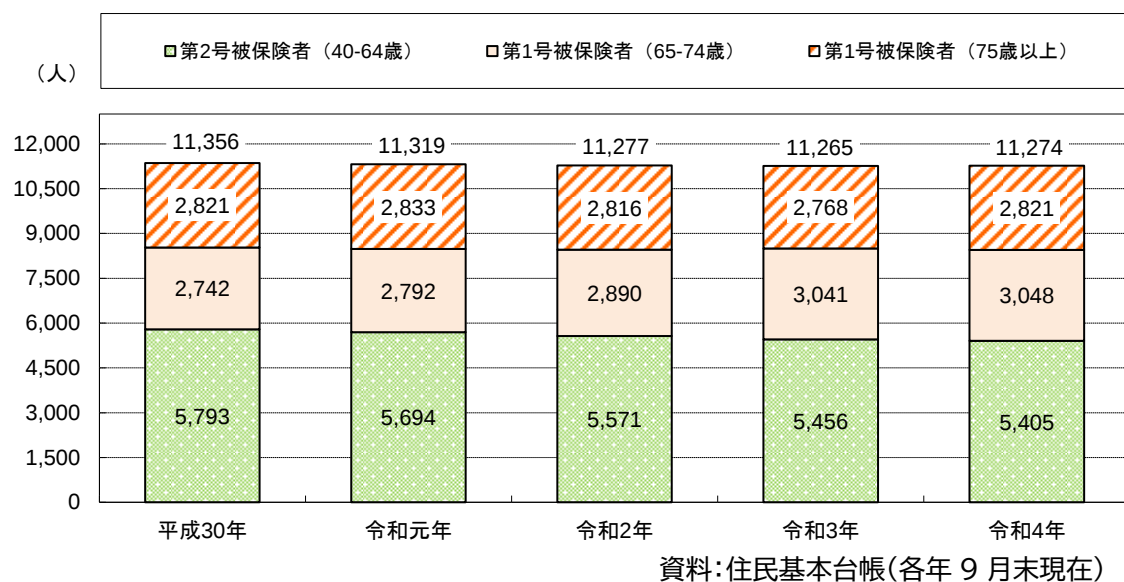
(1) 被保険者の推移

本町の介護保険被保険者数は令和4年では、第1号被保険者が5,869人、第2号被保険者が5,405人の合計11,274人となっています。

被保険者種別と年齢区分から被保険者数の増減をみると、第1号被保険者の75歳以上の階層は平成30年以降おおむね横ばい傾向で推移しています。また、65～74歳については、平成30年以降増加傾向で推移しています。

第2号被保険者の40～64歳は、年々減少傾向で推移しています。

■被保険者数の推移



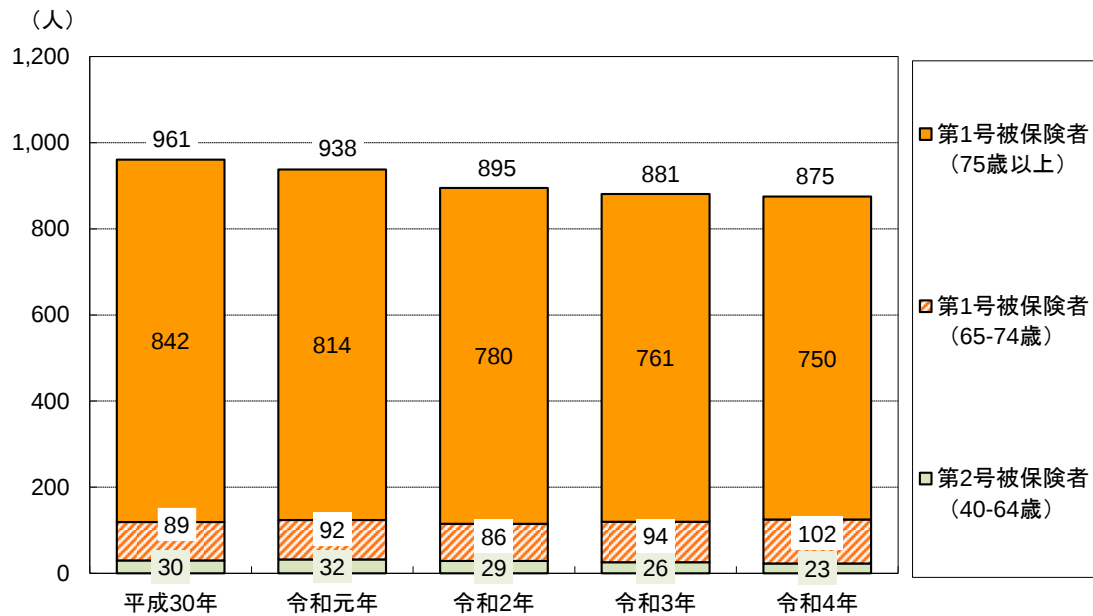
(2)要支援・要介護認定者数の推移

①被保険者種類別の認定者数の推移

本町の平成30年度から令和4年までの要支援・要介護認定者数の推移をみると、減少傾向で推移しており、令和4年では、875人となっています。

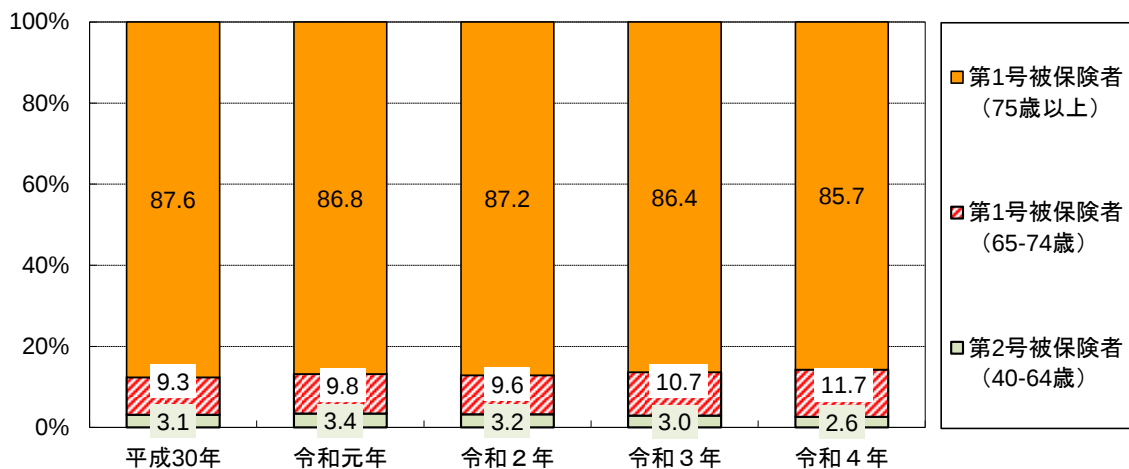
また、被保険者種別及び年齢区分から認定者数をみると、第1号被保険者のうち75歳以上の方が大部分を占めており、常に8割以上の割合となっています。

■要支援・要介護認定者数の推移(被保険者種類別)



資料:介護保険事業状況報告書(各年9月末現在)

■要支援・要介護認定者数比率の推移

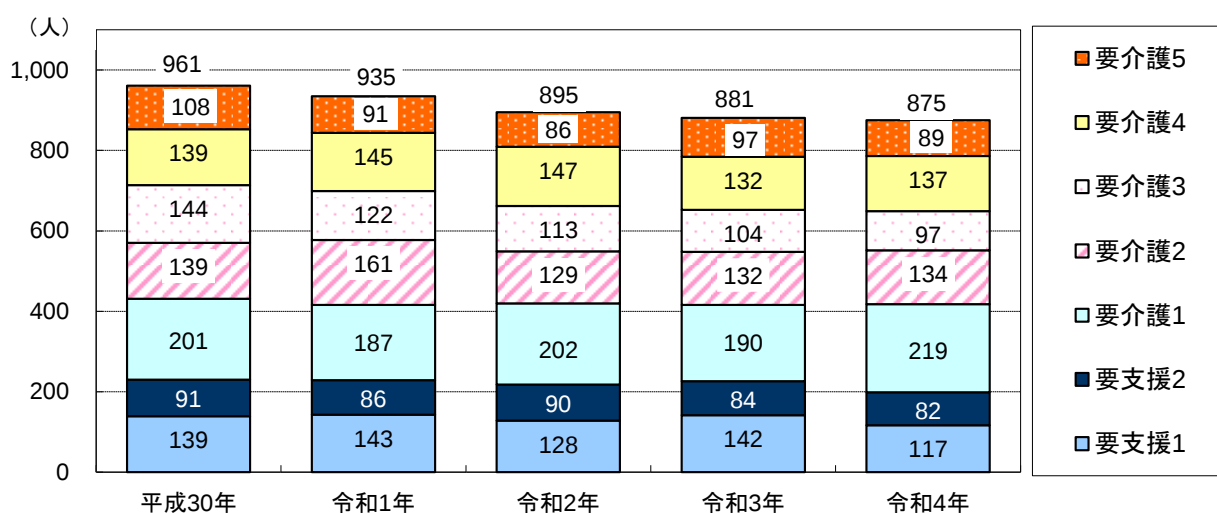


②要介護度別の認定者数の推移

要介護等認定者数の推移をみると、減少傾向で推移しており、令和4年では875人となっています。

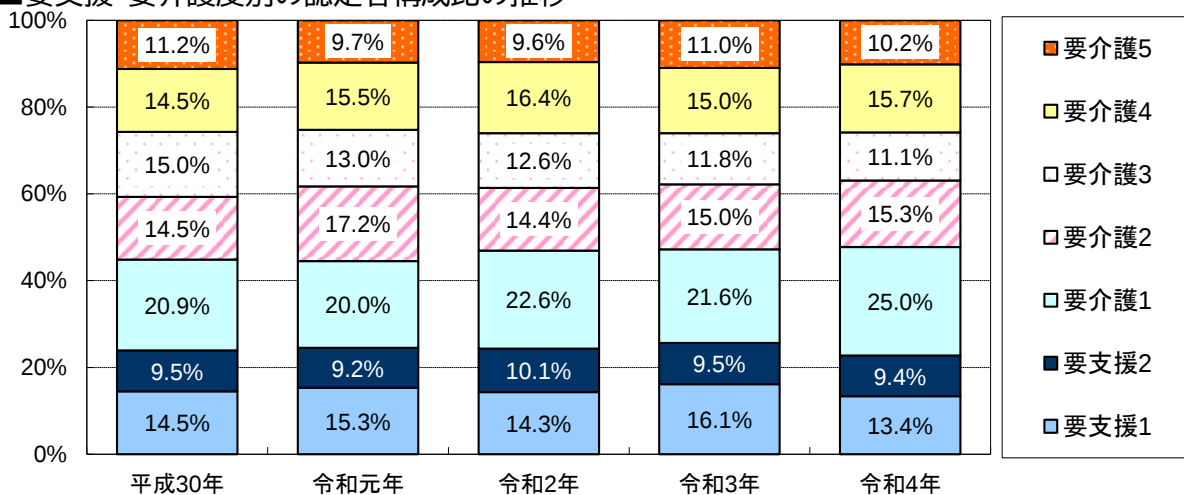
要支援・要介護認定者数の推移を要介護度別にみると、要介護1の認定者が増加傾向となっており、要支援1、要介護3が減少傾向で推移しています。

■要支援・要介護度別の認定者数の推移



資料：介護保険事業状況報告書（各年 9 月末現在）

■要支援・要介護度別の認定者構成比の推移



資料：介護保険事業状況報告書（各年 9 月末現在）

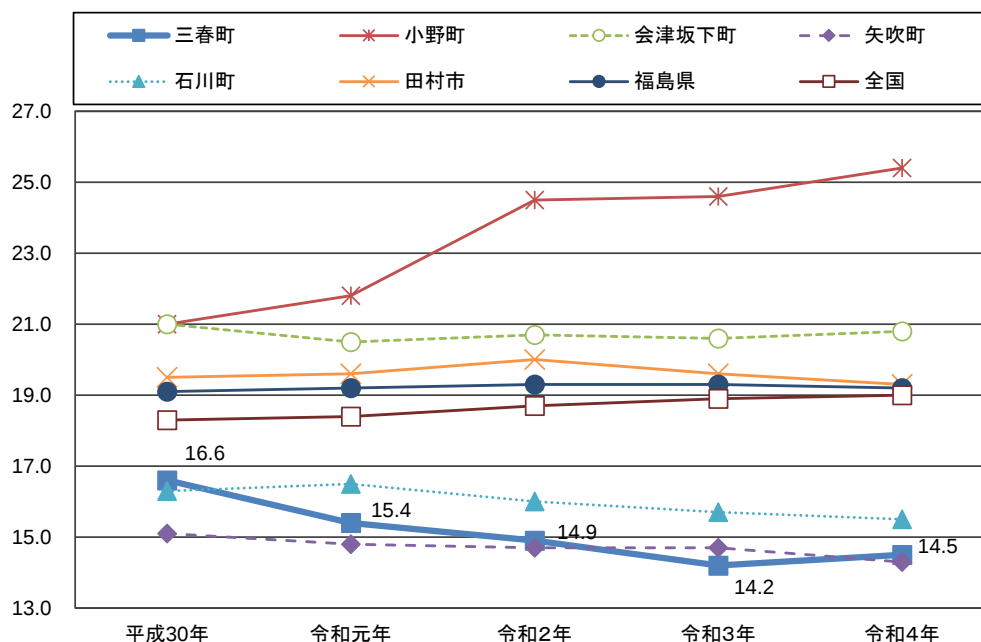
■参考：近隣、同規模市町村の認定者数

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
三春町	961	935	895	881	875
小野町	700	740	799	861	888
会津坂下町	1,206	1,198	1,194	1,199	1,186
矢吹町	748	763	796	785	822
石川町	925	909	931	935	857
田村市	2,417	2,514	2,606	2,570	2,527

資料：介護保険事業状況報告 年報（令和4年のみ介護保険事業報告 月報）

■参考：近隣、同規模市町村の認定率

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
三春町	16.6	15.4	14.9	14.2	14.5
小野町	21.0	21.8	24.5	24.6	25.4
会津坂下町	21.0	20.5	20.7	20.6	20.8
矢吹町	15.1	14.8	14.7	14.7	14.3
石川町	16.3	16.5	16.0	15.7	15.5
田村市	19.5	19.6	20.0	19.6	19.3
福島県	19.1	19.2	19.3	19.3	19.2
全国	18.3	18.4	18.7	18.9	19.0



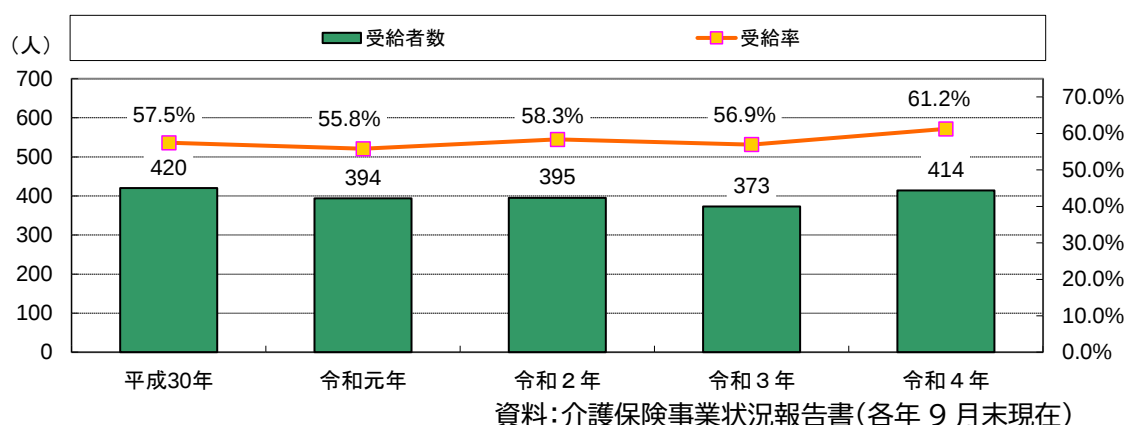
資料：介護保険事業状況報告書 年報（令和4年のみ介護保険事業報告 月報）

(3)介護保険サービスの利用状況

■居宅サービス(介護給付)

平成30年からの居宅サービスの利用状況として、受給者(利用者)数と受給率(認定者に占めるサービス受給者の割合)の推移をみると、受給者、受給率ともに令和3年まで減少傾向でしたが、令和4年には増加に転じています。受給率は増加傾向にあります。

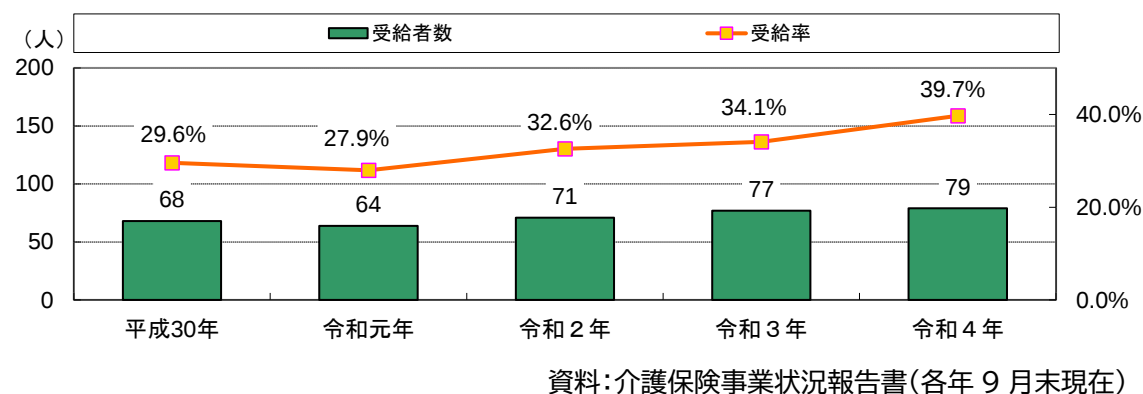
■居宅サービス受給者数とサービス受給率の推移



■居宅サービス(予防給付)

平成30年からの介護予防サービスの利用状況は、受給者、受給率ともに増加傾向で推移しています。

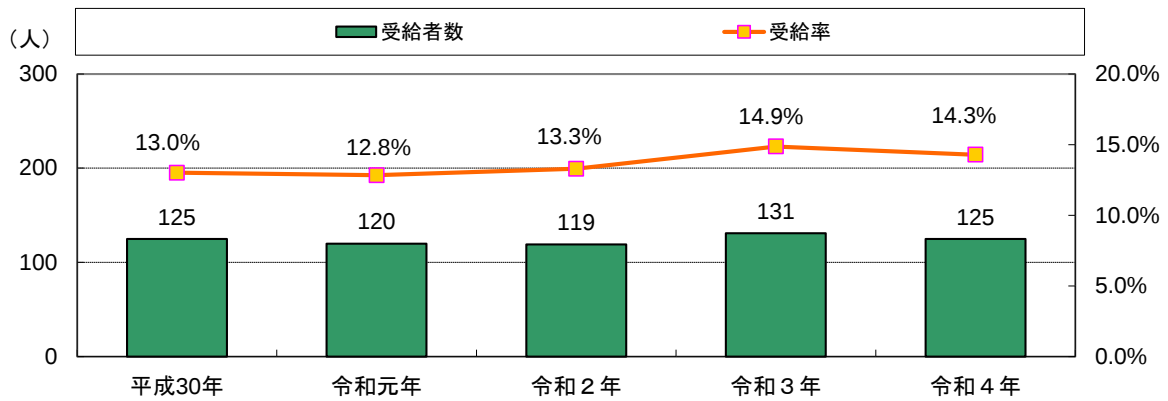
■介護予防サービス受給者数とサービス受給率の推移



■地域密着型サービス

地域密着型サービスの利用状況は、令和3年にかけて増加傾向で推移していましたが、令和4年に受給者、受給率ともに減少しています。

■地域密着型サービス受給者数とサービス受給率の推移

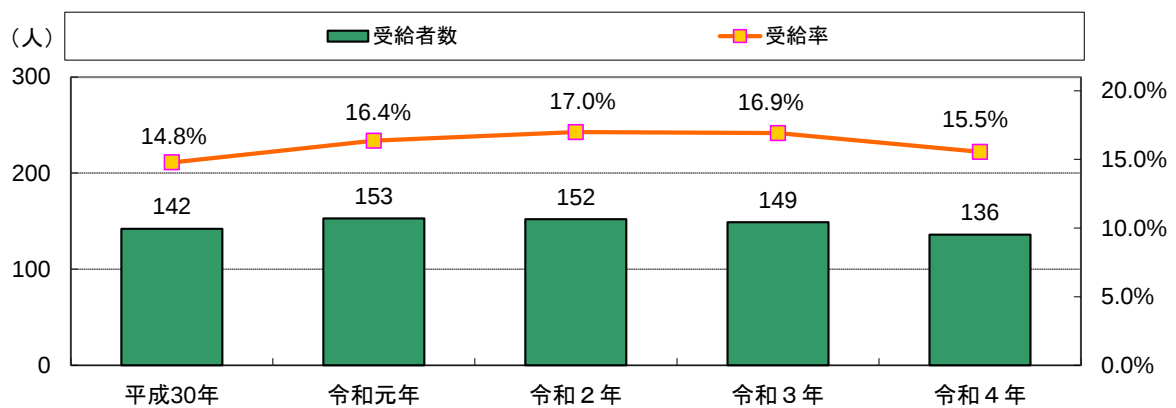


資料:介護保険事業状況報告書(各年9月末現在)

■施設サービス

施設サービスの利用状況は、令和2年にかけて受給者数、受給率ともに増加傾向で推移していましたが、令和3年から減少傾向となっています。

■施設サービス受給者数とサービス受給率の推移



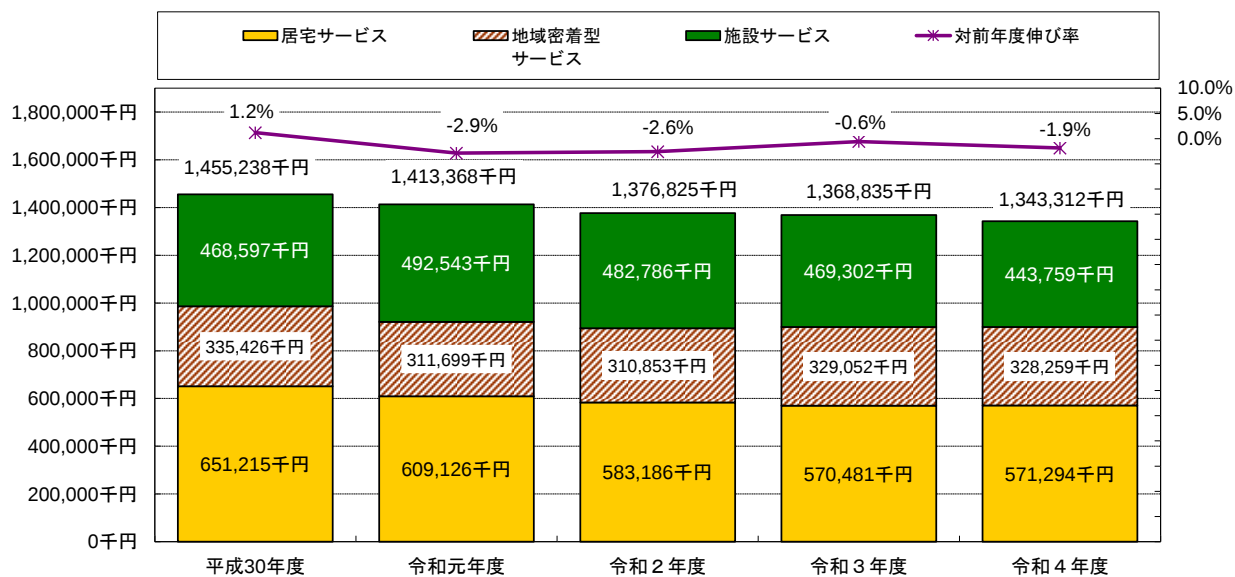
資料:介護保険事業状況報告書(各年9月末現在)

(4)介護給付の状況

本町の介護保険給付費について、前年からの伸び率をみると、平成30年度以降減少傾向で推移しています。

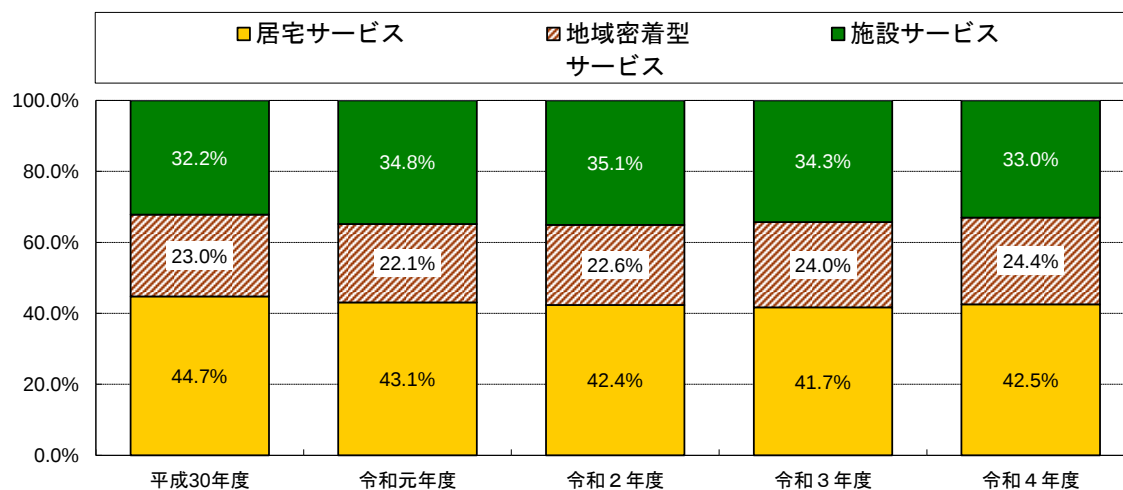
また、給付費の構成比については、居宅サービスが常に4割以上となっています。

■介護保険給付費の推移(サービス体系別)



資料: 資料: 介護保険事業状況報告 年報 (令和4年度のみ介護保険事業報告 月報)

■介護保険給付費(サービス体系別)の構成比の推移



資料: 資料: 介護保険事業状況報告 年報 (令和4年度のみ介護保険事業報告 月報)

(5) 受給者1人あたり給付月額

受給者1人あたり給付月額は、令和4年には130,717円となっています。また、全国(130,071円)より646円、福島県(122,822円)より7,895円高い状況です。

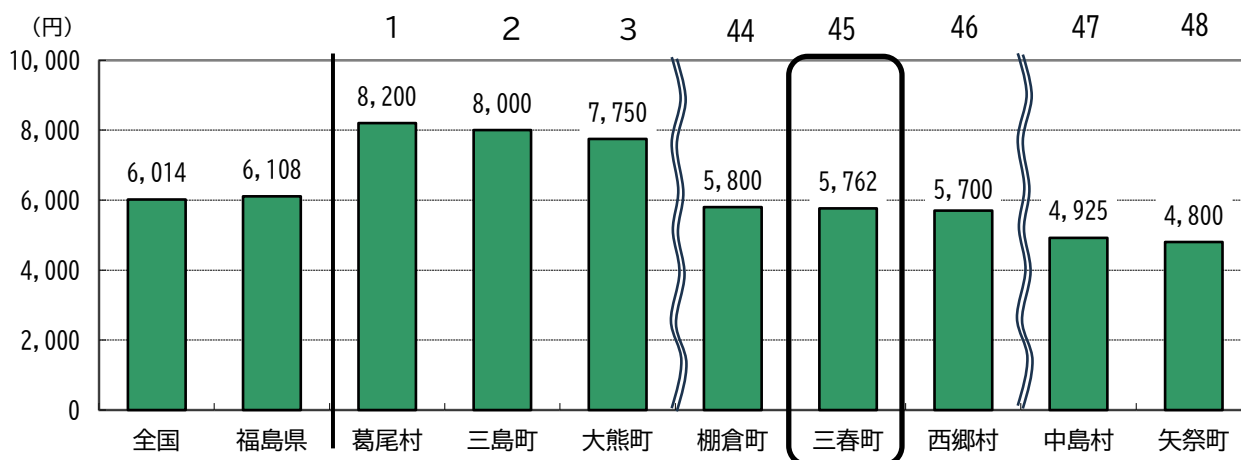
■ 受給者1人あたり給付月額(近隣、同規模自治体)

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
三春町	138,138	113,430	132,659	134,177	130,717
小野町	128,744	130,226	131,675	133,851	125,781
会津坂下町	124,550	126,065	126,497	129,179	125,374
矢吹町	121,153	123,514	124,213	125,723	130,521
石川町	119,193	121,121	123,245	128,137	126,973
田村市	120,374	119,167	122,678	120,852	121,648
福島県	123,747	123,747	123,696	123,153	122,822
全国	128,215	129,186	129,423	130,298	130,071

(6) 介護保険料(第8期)

第8期計画における第1号保険料基準額は5,762円となり、全国(6,014円)、福島県(6,108円)よりも低く、福島県内59自治体のうち上から45番目に位置しています。

■ 第8期計画期間保険料



(7)第8期計画の計画値と実績値

■介護サービス・介護予防サービス全体の計画値と実績値

第8期計画期間の令和3年度及び令和4年度における介護サービスの計画値と実績値をみると、給付費合計の対計画比が令和3年度は88.8%、令和4年度は87.0%と計画値を10%以上下回っています。また、介護サービス給付費別にみると、すべてのサービスで計画値を下回っています。地域密着型サービス給付費が令和3、4年度とも計画値に近い実績値となっています。

介護予防サービスの計画値と実績値をみると、給付費合計の対計画比は令和3年度で81.2%、令和4年度で71.1%となっています。介護予防支援給付費で両年度とも計画値を上回りました。

■給付費の計画値と実績

(単位：千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
総給付費	1,541,820	1,368,839	88.8	1,543,606	1,343,314	87.0

■介護サービスの計画値と実績

(単位：千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
居宅サービス給付費	541,823	480,840	88.7	542,102	478,495	88.3
地域密着型サービス給付費	326,031	323,665	99.3	326,211	325,576	99.8
施設サービス給付費	566,051	469,302	82.9	566,365	443,759	78.4
居宅介護支援給付費	71,095	65,124	91.6	71,134	68,611	96.5
合 計	1,505,000	1,338,931	89.0	1,505,812	1,316,440	87.4

■介護予防サービスの計画値と実績

(単位：千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
介護予防サービス給付費	27,176	20,559	75.7	27,186	20,246	74.5
地域密着型介護予防サービス給付費	5,907	5,387	91.2	6,869	2,682	39.1
介護予防支援給付費	3,737	3,962	106.0	3,739	3,945	105.5
合 計	36,820	29,908	81.2	37,794	26,874	71.1

■ 居宅サービス給付費(介護給付)

居宅サービス給付費(介護給付)の第8期計画期間の令和3年度及び令和4年度の計画値と実績値は以下の通りとなります。

■ 居宅サービス給付費の計画値と実績値

(単位:千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
居宅サービス	541,823	480,840	88.7	542,102	478,495	88.3
①訪問介護	44,428	36,549	82.3	44,453	30,702	69.1
②訪問入浴介護	14,952	9,647	64.5	14,961	7,506	50.2
③訪問看護	45,736	48,658	106.4	45,761	55,666	121.6
④訪問リハビリテーション	7,093	9,822	138.5	7,097	9,698	136.7
⑤居宅療養管理指導	5,434	4,843	89.1	5,437	4,248	78.1
⑥通所介護	238,948	226,975	95.0	239,081	233,450	97.6
⑦通所リハビリテーション	43,059	30,876	71.7	43,083	30,806	71.5
⑧短期入所生活介護	56,707	42,054	74.2	56,738	27,833	49.1
⑨短期入所療養介護(老健)	10,486	4,722	45.0	10,492	4,525	43.1
⑩短期入所療養介護(病院等)	0	0		0	0	
⑪短期入所療養介護(介護医療院)	0	0		0	0	
⑫福祉用具貸与	38,415	35,069	91.3	38,415	35,475	92.3
⑬特定福祉用具購入費	1,339	1,621	121.1	1,339	1,361	101.6
⑭住宅改修	1,901	2,453	129.0	1,901	2,309	121.5
⑮特定施設入居者生活介護	33,325	27,551	82.7	33,344	34,916	104.7
居宅介護支援	71,095	65,124	91.6	71,134	68,611	96.5

■地域密着型サービス給付費(介護給付)

地域密着型サービス給付費(介護給付)の第8期計画期間の令和3年度及び令和4年度の計画値と実績値は以下の通りとなります。

■ 地域密着型サービス給付費の計画値と実績値

(単位:千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
地域密着型サービス	326,031	323,665	99.3	326,211	325,576	99.8
①定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護	1,895	0		1,896	1,192	62.9
②夜間対応型訪問介護	0	0		0	0	
③地域密着型通所介護	18,547	20,963	113.0	18,557	18,499	99.7
④認知症対応型通所介護	3,764	1,761	46.8	3,766	1,780	47.3
⑤小規模多機能型居宅介護	45,285	52,810	116.6	45,310	58,358	128.8
⑥認知症対応型共同生活介護	166,430	163,990	98.5	166,522	172,063	103.3
⑦地域密着型特定施設入居者 生活介護	0	0		0	0	
⑧地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	90,110	84,141	93.4	90,160	73,685	81.7
⑨看護小規模多機能型居宅介護	0	0		0	0	

■施設サービス給付費(介護給付)

施設サービス給付費(介護給付)の第8期計画期間の令和3年度及び令和4年度の計画値と実績値は以下の通りとなります。

■ 施設サービス給付費の計画値と実績値

(単位:千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比(%)	計画値	実績値	対計画比(%)
①介護老人福祉施設	335,338	278,336	83.0	335,524	262,897	78.4
②介護老人保健施設	212,278	166,301	78.3	212,396	161,307	75.9
③介護医療院	18,435	24,665	133.8	18,445	19,555	106.0
④介護療養型医療施設	0	0		0	0	
施設サービス給付費 合計	566,051	469,302	82.9	566,365	443,759	78.4

■介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス給付費(予防給付)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス給付費(予防給付)の第8期計画期間の令和3年度及び令和4年度の計画値と実績値は以下の通りとなります。

■ 介護予防サービス給付費の計画値と実績値

(単位:千円)

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比 (%)	計画値	実績値	対計画比 (%)
介護予防サービス	27,176	20,559	75.7	27,186	20,246	74.5
①介護予防訪問入浴介護	0	0		0	0	
②介護予防訪問看護	2,576	3,328	129.2	2,577	3,242	125.8
③介護予防訪問リハビリテーション	2,948	2,711	92.0	2,949	3,915	132.8
④介護予防居宅療養管理指導	338	239	70.8	338	279	82.6
⑤介護予防通所リハビリテーション	10,535	6,857	65.1	10,541	5,723	54.3
⑥介護予防短期入所生活介護	369	58	15.6	369	162	43.9
⑦介護予防短期入所療養介護 (老健)	0	82		0	218	
⑧介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0		0	0	
⑨介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0		0	0	
⑩介護予防福祉用具貸与	2,066	3,208	155.3	2,066	3,763	182.2
⑪特定介護予防福祉用具購入費	947	451	47.6	947	262	27.7
⑫介護予防住宅改修費	2,501	1,918	76.7	2,501	965	38.6
⑬介護予防特定施設入居者生活介護	4,896	1,707	34.9	4,898	1,716	35.0
地域密着型介護予防サービス	5,907	5,387	91.2	6,869	2,682	39.1
①介護予防認知症対応型通所介護	0	0		0	0	
②介護予防小規模多機能型居宅介護	5,907	5,387	91.2	6,869	2,682	39.1
③介護予防認知症対応型 共同生活介護	0	0		0	0	
介護予防支援	3,737	3,962	106.0	3,739	3,945	105.5

3 アンケート調査結果の概要

令和4年度に、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施した調査結果を抜粋して掲載します。

(1) 調査目的・調査対象・調査方法・調査実施時期・配布と回収結果

① 調査目的

本町に暮らす高齢者の心身の状況や健康状態、日常生活の状況などを把握するため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

② 調査対象

調査対象
令和4年12月1日現在で要介護1～要介護5の認定を受けていない65歳以上の方を対象とした。

③ 調査方法

郵送による配布・回収

④ 調査実施時期

令和4年12月1日～令和5年1月

⑤ 配布・回収の結果

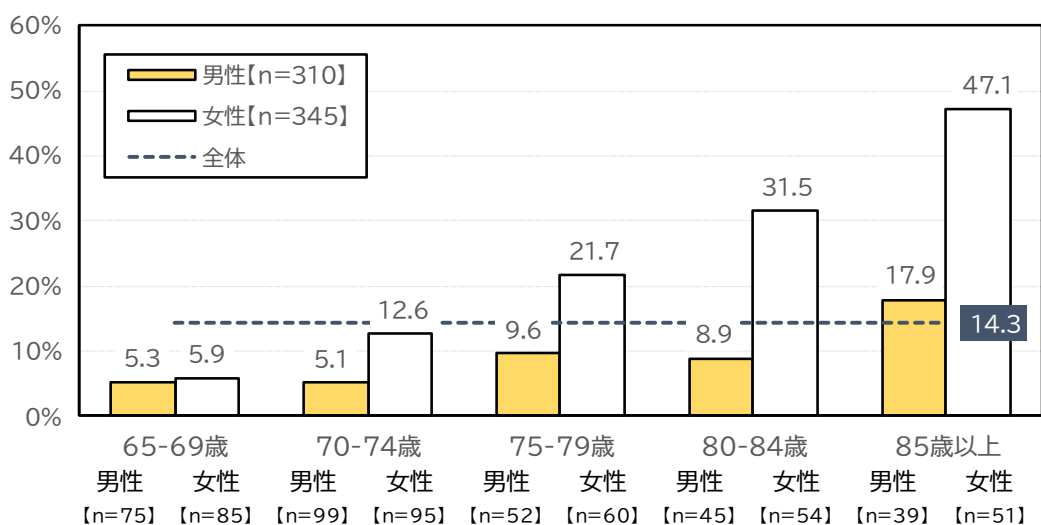
配布数	回収数	回収率
1,000 件	670 件	67.0%

(2)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果によるリスク分析

①運動器の機能低下について

運動器機能の低下リスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、男女ともに年齢が上がるにつれてリスク該当者が多くなる傾向がみられ、特に女性の該当者が多くなっています。「85歳以上」においては男性では17.9%、女性では47.1%がリスク該当者となっています。

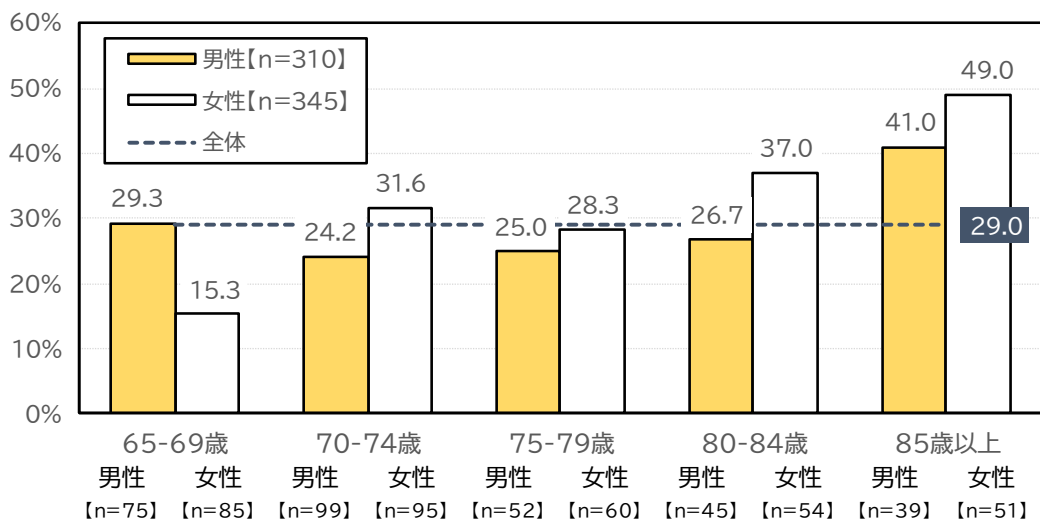
■性別・年齢別運動器の機能低下状況



②転倒リスクについて

転倒リスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、男女ともに年齢が上がるにつれてリスク該当者が多くなる傾向がみられ、「85歳以上」においては、男性では41.0%、女性では49.0%がリスク該当者となっています。「65-69歳」男性、「70-74歳」女性も該当者が多くなっています。

■性別・年齢別転倒リスク状況

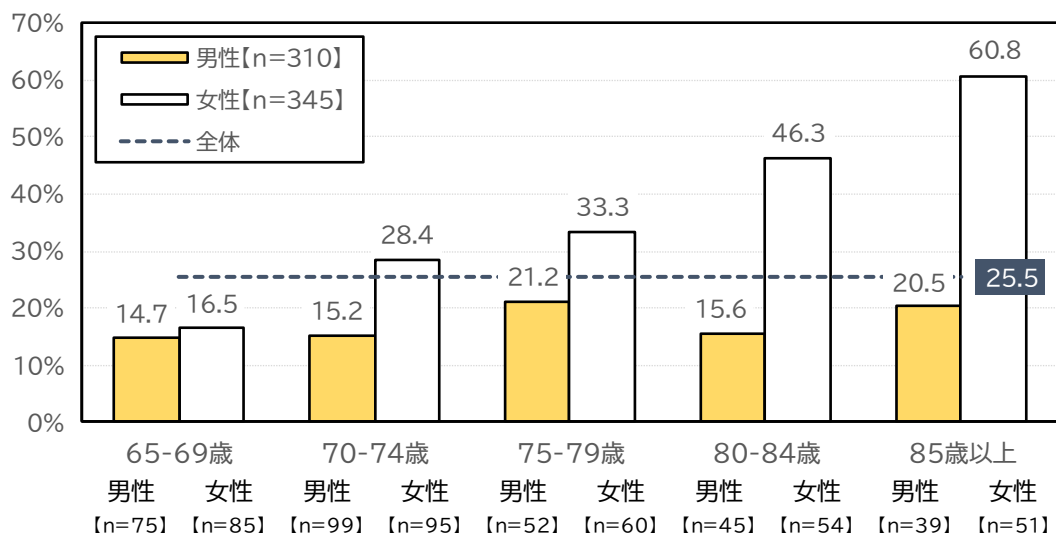


③閉じこもり傾向について

閉じこもり傾向のリスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、女性におけるリスク該当者の割合が大きくなっています。

最もリスク該当者の多い「85歳以上」女性では60.8%となっています。

■性別・年齢別閉じこもり傾向

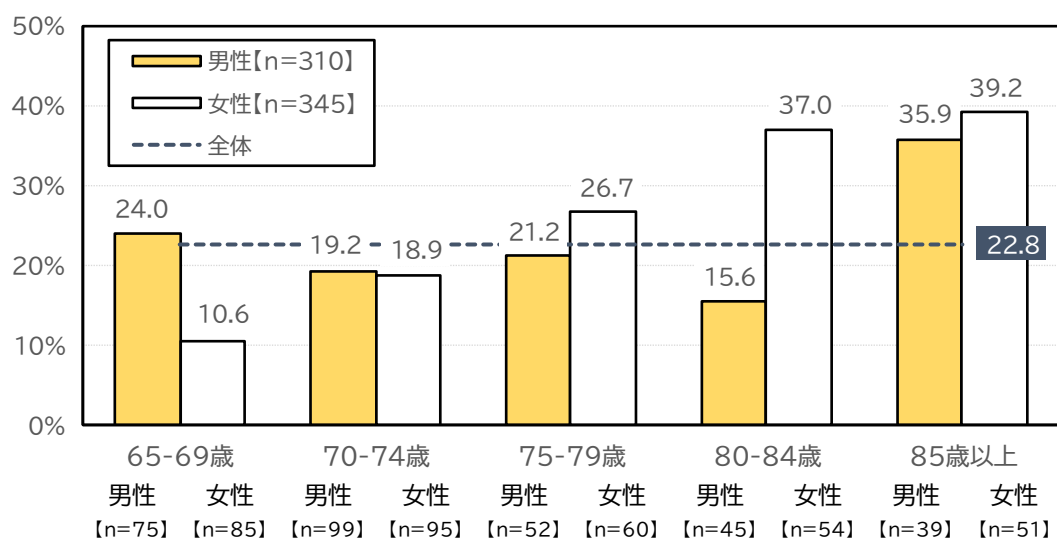


④口腔機能の低下について

口腔機能の低下リスクについて、「85歳以上」の該当者が多く、男性では35.9%、女性では39.2%がリスク該当者となっています。

そのなかで、女性は後期高齢者に多く該当傾向があるが、男性は「85歳以上」が特に多くなっています。

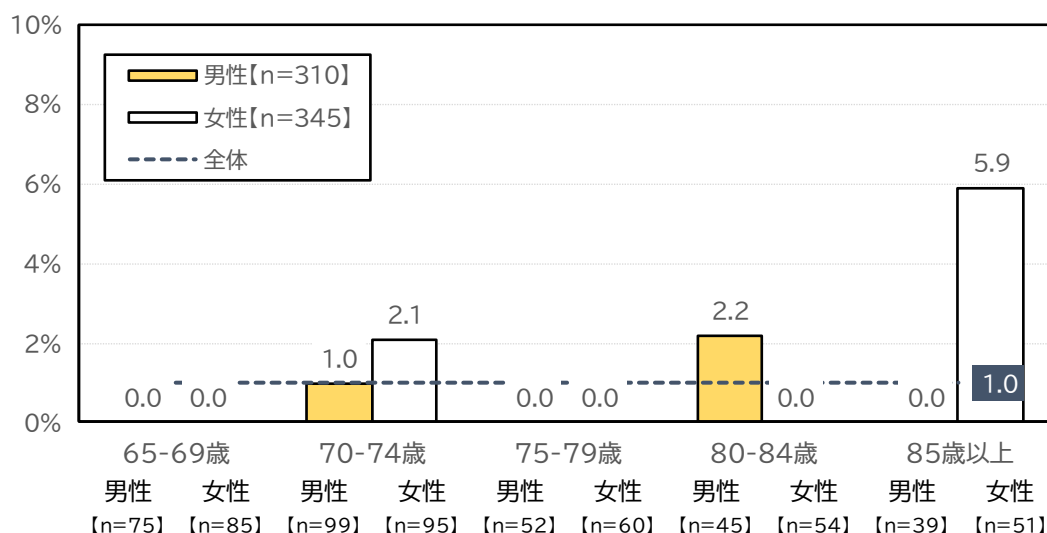
■性別・年齢別口腔機能の低下状況



⑤低栄養傾向について

低栄養傾向のリスクについて、全体の該当割合が1.0%と他のリスクに比べて高い数値ではありません。「85歳以上」女性のリスク該当者が5.9%で最も多くなっています。

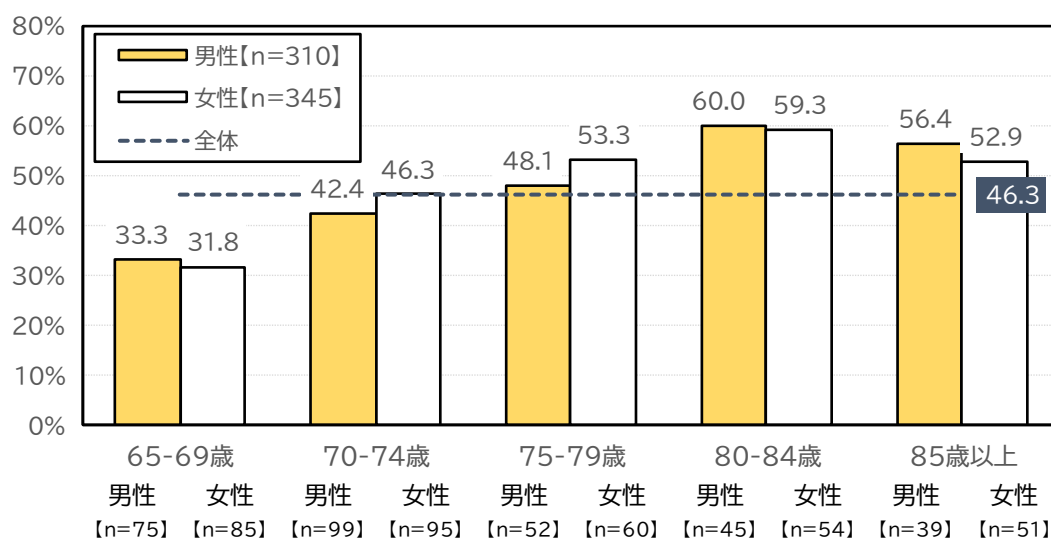
■性別・年齢別低栄養傾向の状況



⑥認知機能の低下について

認知機能の低下リスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、年齢階級が上がるにつれて、リスク該当者が増える傾向があります。男女ともに「80-84歳」の該当者が最も多く、男性が60.0%、女性が59.3%となっています。

■性別・年齢別認知機能の低下状況

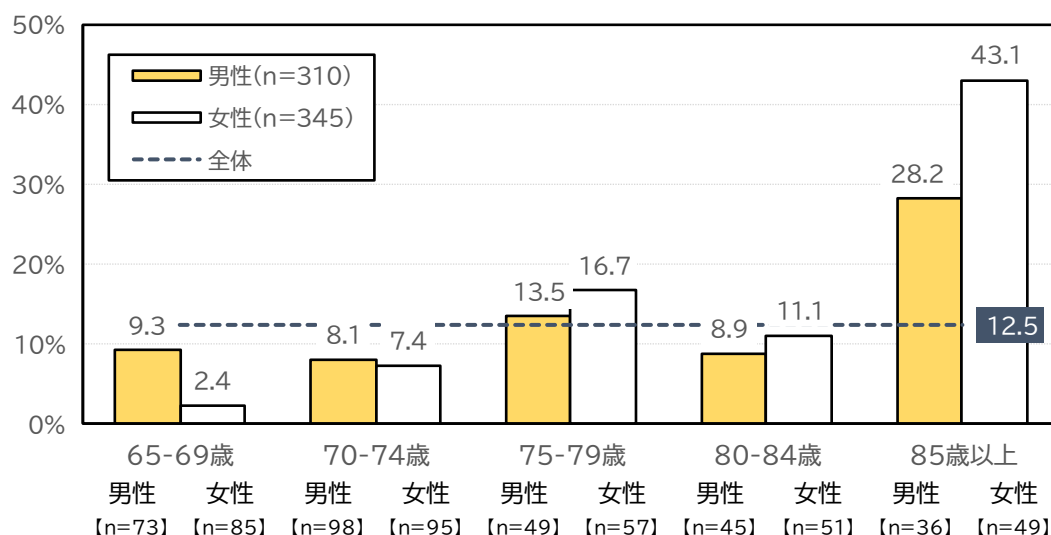


⑦IADL(手段的日常生活動作)の低下について

IADL(日常生活動作)の低下リスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、男女ともに「85歳以上」の該当者が最も多く、男性が28.2%、女性が43.1%となっています。

※IADL:ADL(日常生活動作)に関連した、買い物・料理・掃除等の幅広い動作が可能な能力のこと

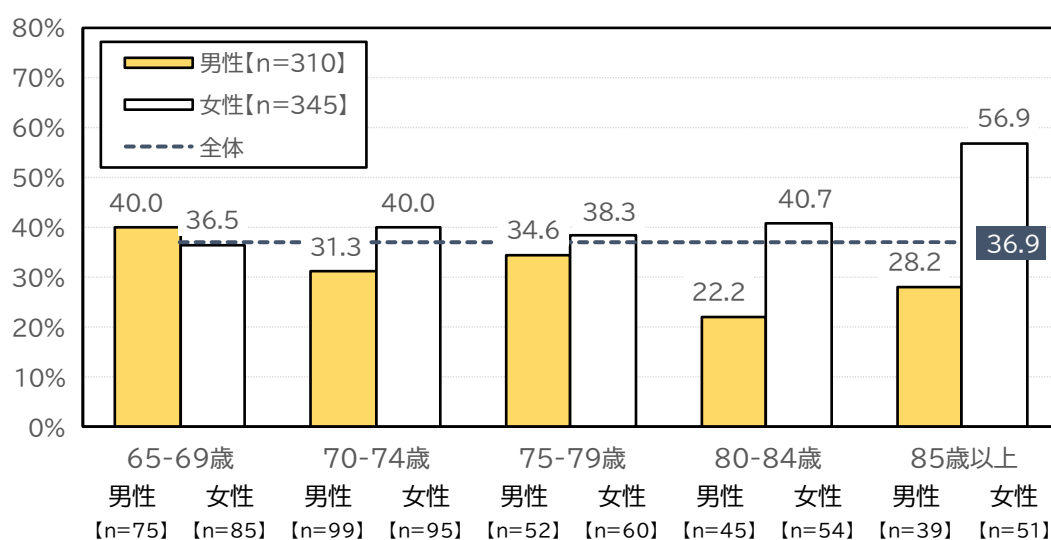
■性別・年齢別IADLの低下状況



⑧うつ傾向について

うつ傾向のリスクについて、性別・年齢別に該当割合をみると、男性では「65-69歳」が40.0%で該当者が最も多く、女性では「85歳以上」が56.9%で最も多くなっています。女性についてはすべての年代で4割近くが該当者となっています。

■性別・年齢別うつ傾向

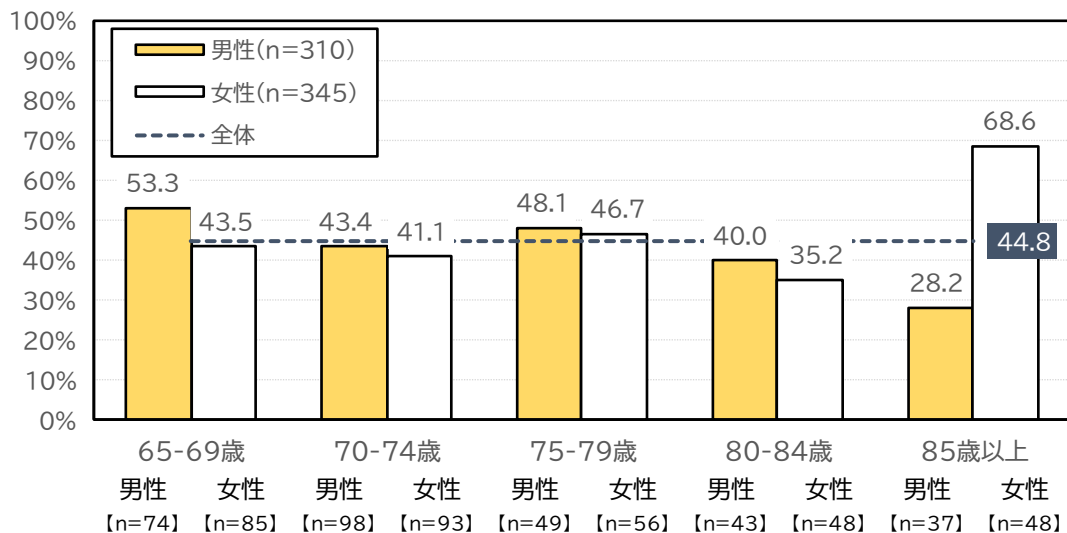


⑨知的能動性の低下について

性別・年齢別に該当割合をみると、男性では「65-69歳」が53.3%で該当者が最も多く、女性では「85歳以上」が68.6%で最も多くなっています。

※知的能動性：探索、創作、余暇活動などの知的な活動をすることです。

■性別・年齢別知的流動性の低下状況

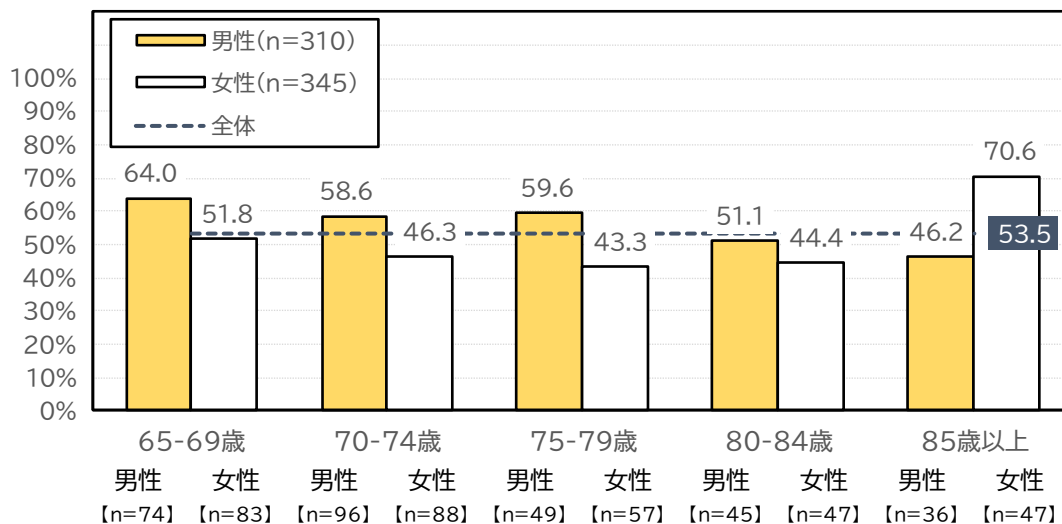


⑩社会的役割の低下について

社会的役割の低下について、性別・年齢別に該当割合をみると、男性では「65-69歳」が64.0%で該当者が最も多く、女性では「85歳以上」が70.6%で最も多くなっています。

※社会的役割：仲間と会食の機会を持ったり、地域の活動に参加したりするなど、地域で社会的な役割を果たすことです。

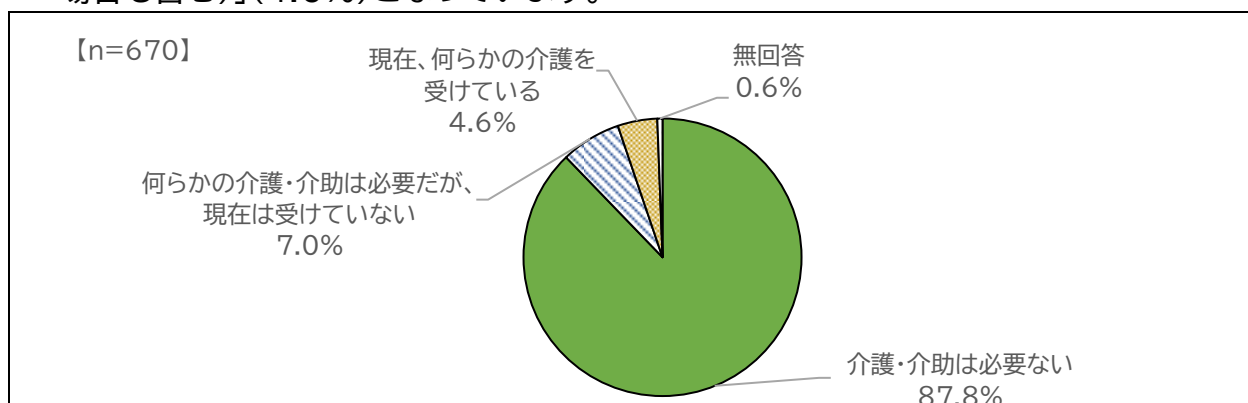
■性別・年齢別社会的役割の低下



(3)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

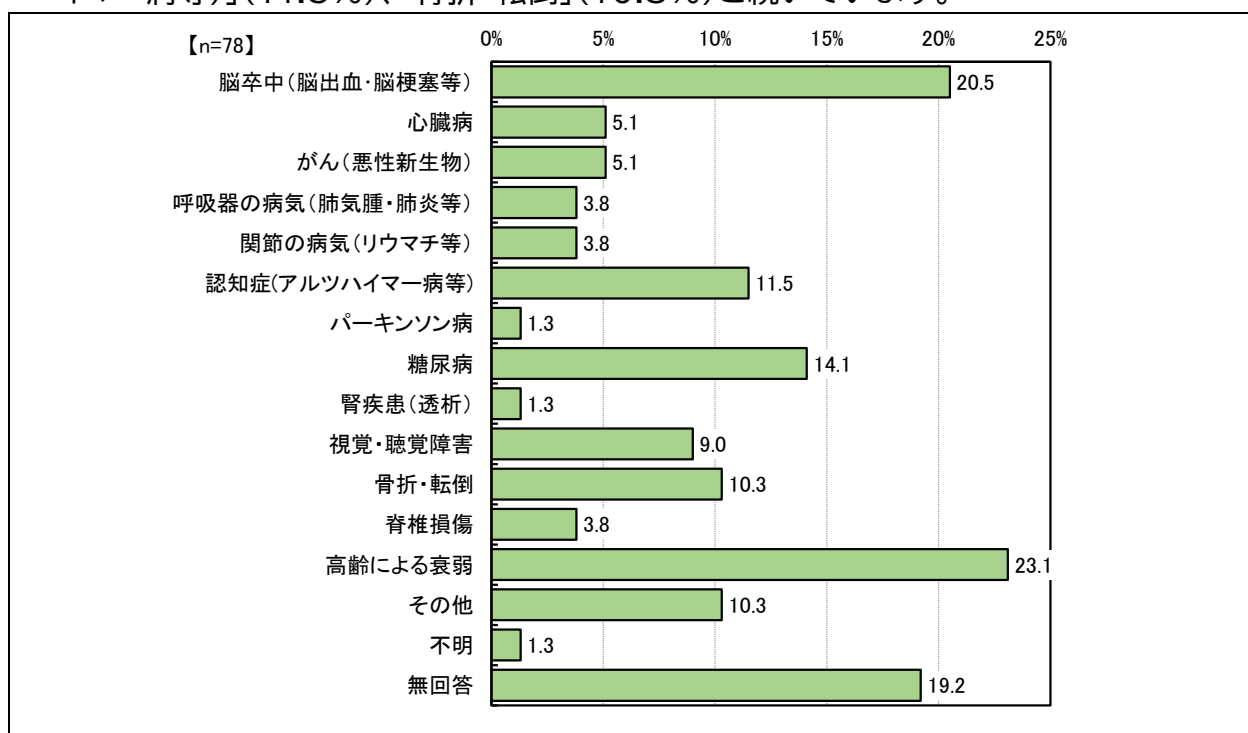
①介護・介助の必要性

普段の生活で介護・介助が必要かでは、87.8%が「介護・介助は必要ない」と回答しています。その他「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」(7.0%)、「現在、何らかの介護を受けている(※介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)」(4.6%)となっています。



②介護・介助が必要になった主な原因

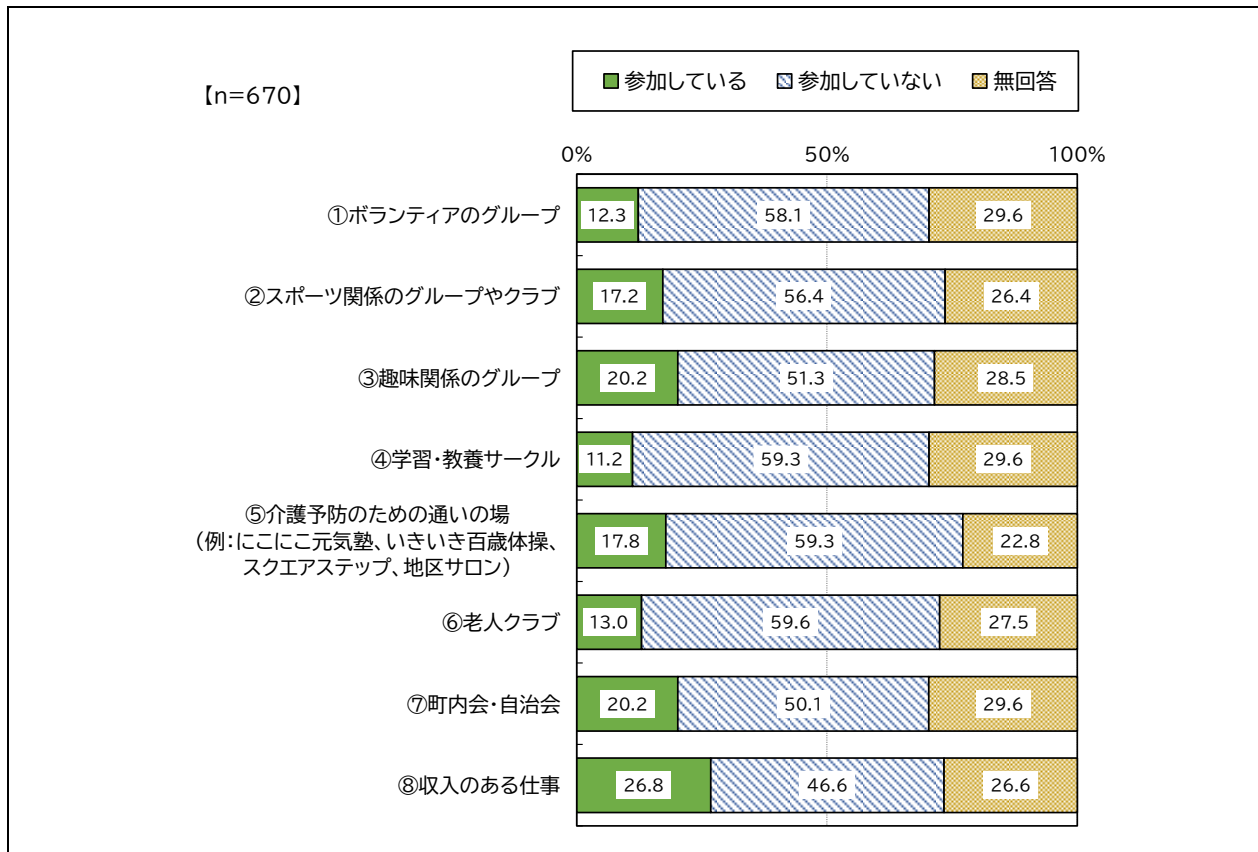
介護・介助が必要になった原因を尋ねると、「高齢による衰弱」が 23.1%で最も多く、次いで「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」(20.5%)、「糖尿病」(14.1%)、「認知症(アルツハイマー病等)」(11.5%)、「骨折・転倒」(10.3%)と続いています。



③会・グループ等への参加頻度

下記の会やグループについての参加状況について、「参加している」割合を見ると、「⑧収入のある仕事」が26.8%で最も多く、次いで、「③趣味関係のグループ」、「⑦町内会・自治会」(ともに20.2%)と続いています。

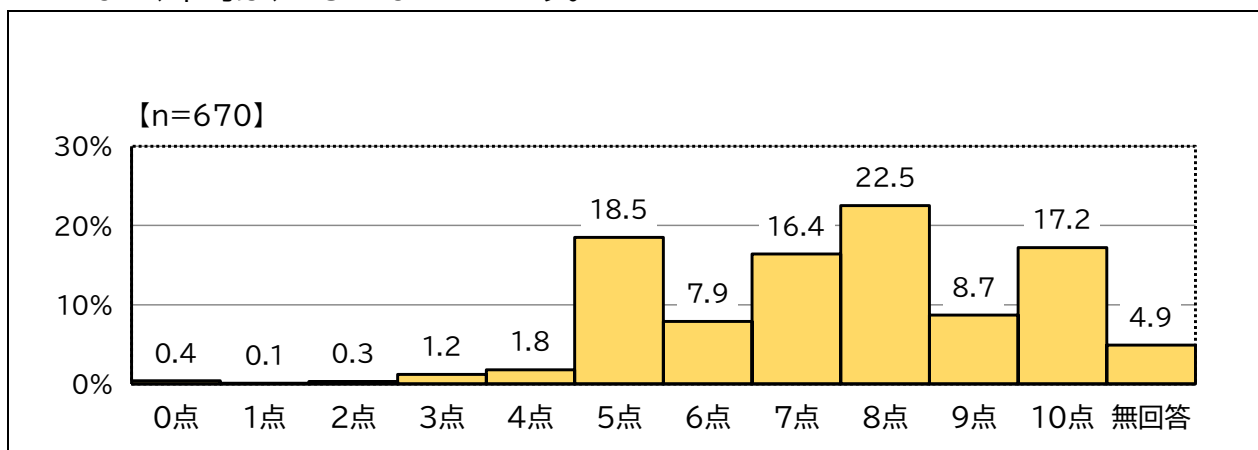
一方、「参加している」が最も少ないのは、「④学習・教養サークル」の11.2%となっています。



④幸福度

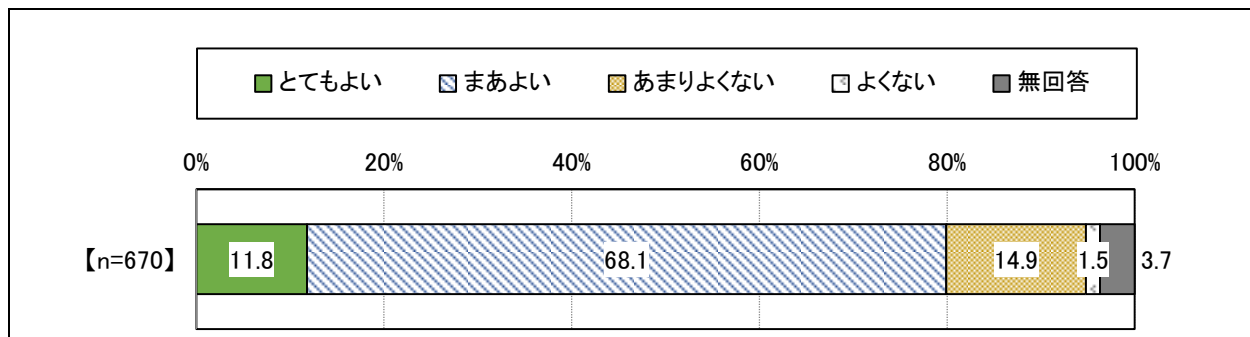
現在どの程度幸せかは、「8点」が22.5%で最も多く、次いで「5点」(18.5%)、「10点」(17.2%)、「7点」(16.4%)、「9点」(8.7%)の順となっています。

なお、平均は、7.3 となっています。



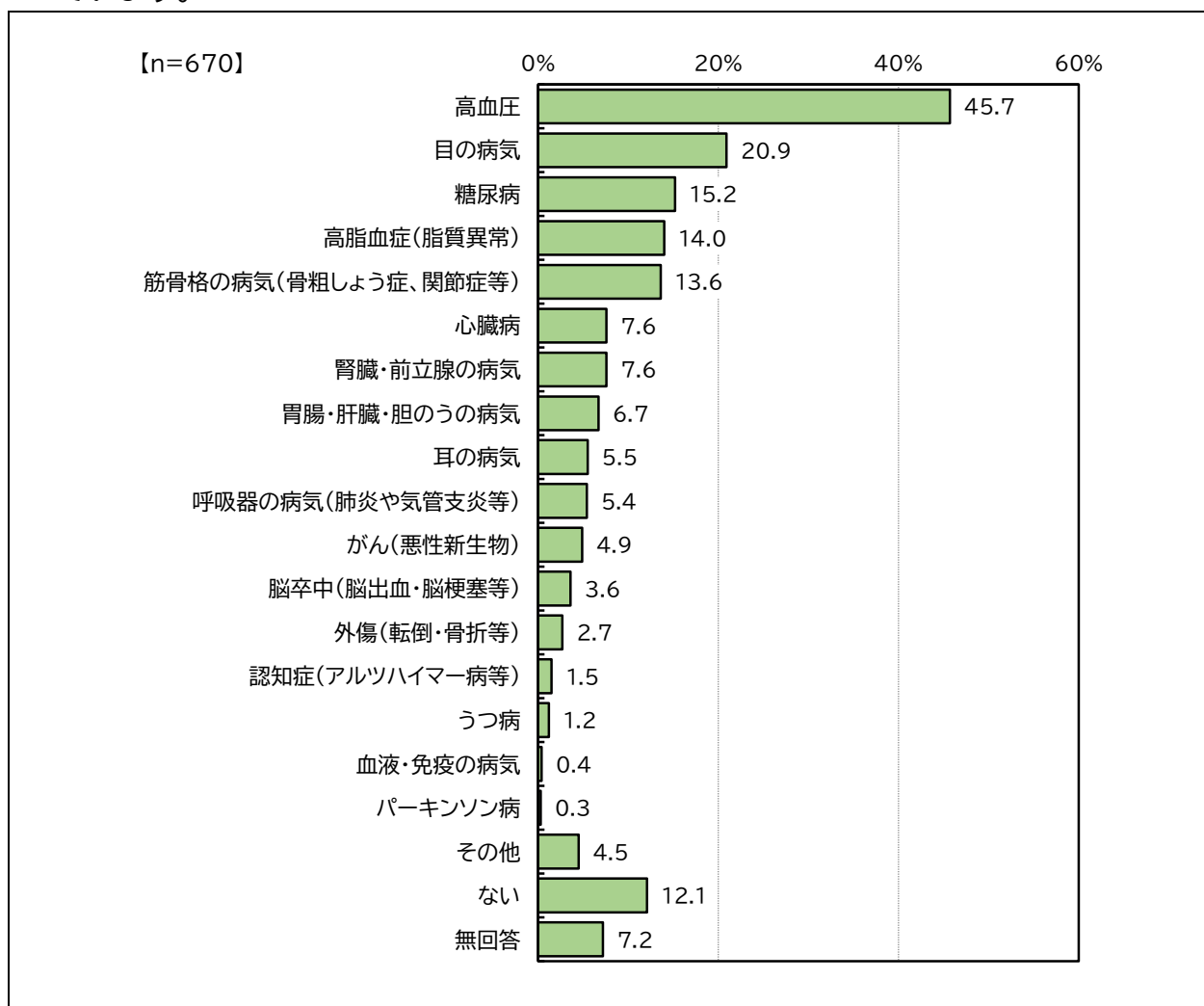
⑤健康状態

現在の健康状態は、「とてもよい」(11.8%)、「まあよい」(68.1%)を合わせると、79.9%が健康状態はよいと回答しています。また、「よくない」(1.5%)、「あまりよくない」(14.9%)を合わせると、16.4%が健康状態はよくないと回答しています。



⑥治療中の病気

現在治療中もしくは後遺症のある病気は、「高血圧」が 45.7%で最も多く、次いで「目の病気」(20.9%)、「糖尿病」(15.2%)、「高脂血症(脂質異常)」(14.0%)と続いています。



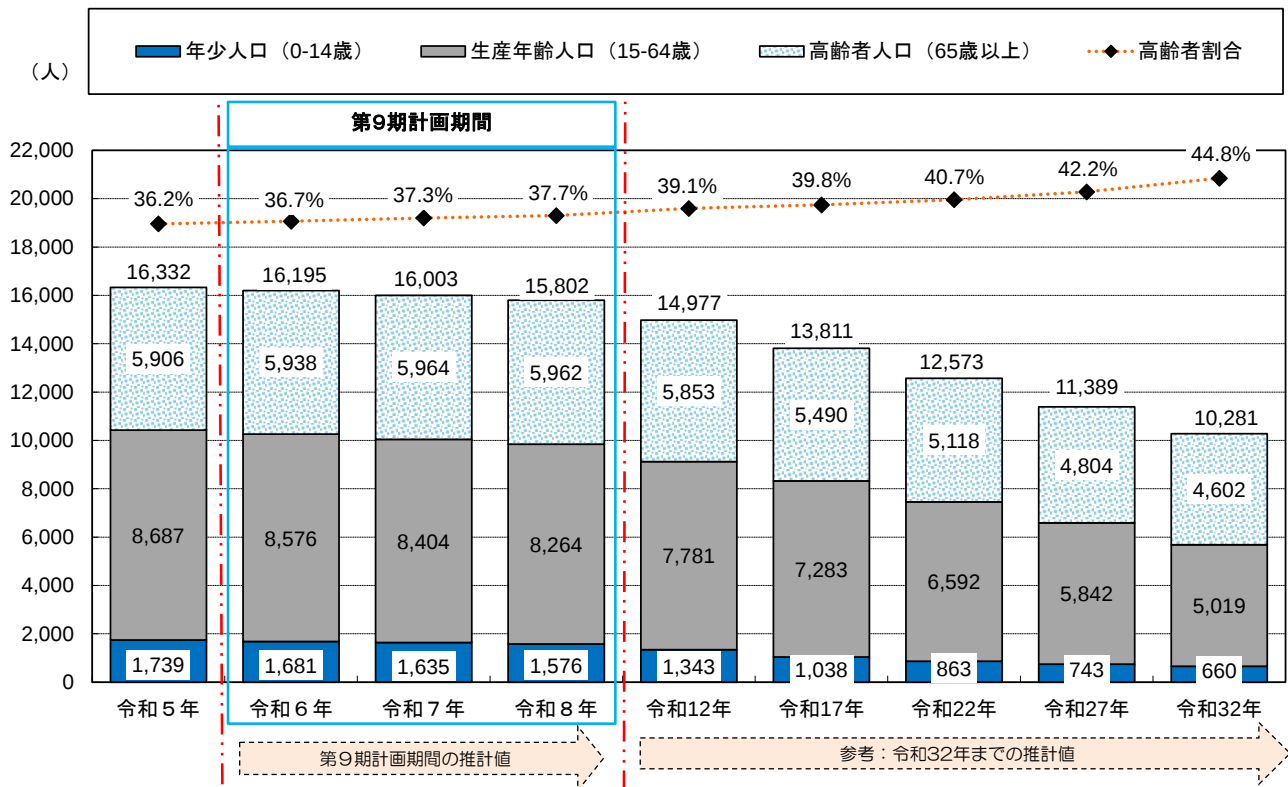
4 三春町の高齢者数等の将来推計

(1)人口と高齢者数の推計

本町の人口推計を行った結果、本町の人口は減少傾向にあり、令和8年の人口は15,802人と推計されます。

高齢者人口については、令和8年では5,962人、高齢化率は37.7%となる見込みです。また、第9期計画開始から7年後の令和12年においては、人口は14,977人、高齢者人口は5,853人、高齢化率は39.1%になる見通しです。

■三春町の推計人口



資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

■人口の実績値と推計値

(単位:人)

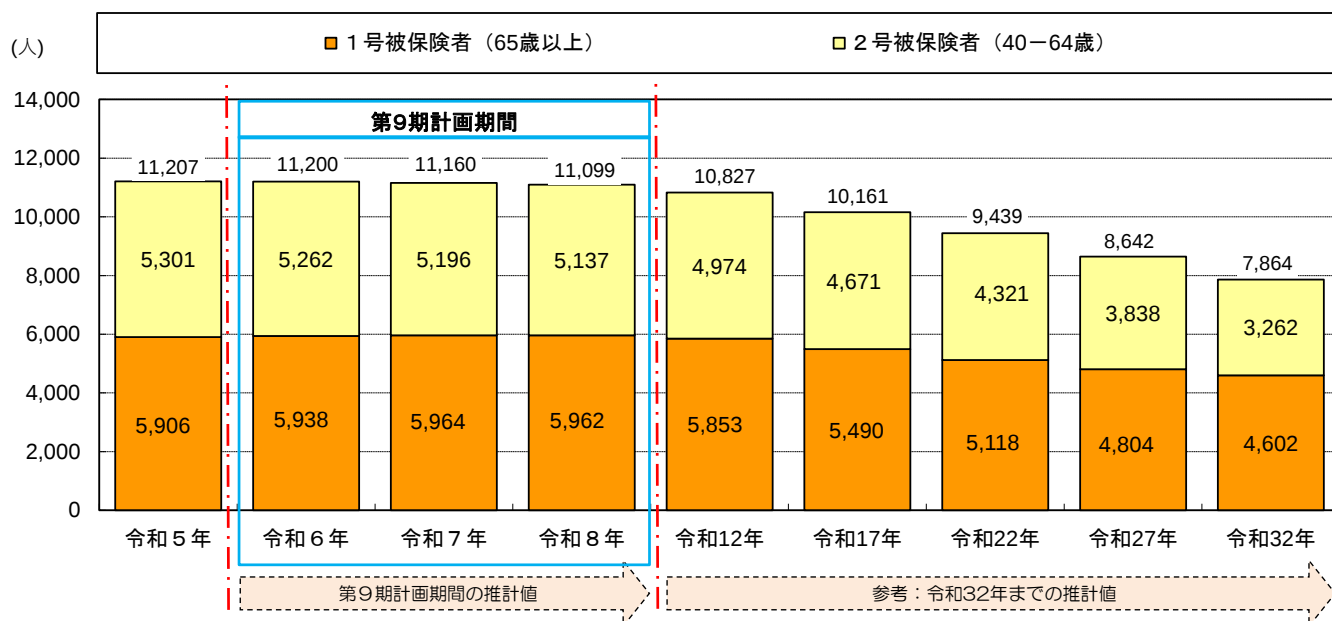
	実績値	第9期 推計値				中長期の推計値				
区 分	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年	
年少人口 (0-14歳)	1,739	1,681	1,635	1,576	1,343	1,038	863	743	660	
	10.6%	10.4%	10.2%	10.0%	9.0%	7.5%	6.9%	6.5%	6.4%	
生産年齢人口 (15-64歳)	8,687	8,576	8,404	8,264	7,781	7,283	6,592	5,842	5,019	
	53.2%	53.0%	52.5%	52.3%	52.0%	52.7%	52.4%	51.3%	48.8%	
40-64歳	5,301	5,262	5,196	5,137	4,974	4,671	4,321	3,838	3,262	
	32.5%	32.5%	32.5%	32.5%	33.2%	33.8%	34.4%	33.7%	31.7%	
高齢者人口 (65歳以上)	5,906	5,938	5,964	5,962	5,853	5,490	5,118	4,804	4,602	
	36.2%	36.7%	37.3%	37.7%	39.1%	39.8%	40.7%	42.2%	44.8%	
前期高齢者 (65-74歳)	2,984	2,891	2,807	2,759	2,441	2,040	1,900	1,944	1,997	
	18.3%	17.9%	17.5%	17.5%	16.3%	14.8%	15.1%	17.1%	19.4%	
後期高齢者 (75歳以上)	2,922	3,047	3,157	3,203	3,412	3,450	3,218	2,860	2,605	
	17.9%	18.8%	19.7%	20.3%	22.8%	25.0%	25.6%	25.1%	25.3%	
合 計	16,332	16,195	16,003	15,802	14,977	13,811	12,573	11,389	10,281	

(2)被保険者数の見込み

推計人口から、計画期間中の介護保険の第1号被保険者、第2号被保険者数の今後の増減をみると、65歳以上の第1号被保険者、40歳～64歳の第2号被保険者数はともに減少傾向で推移すると見込まれます。

計画期間の最終年度の令和8年には第1号被保険者が5,962人、第2号被保険者が5,137人、合計で11,099人となることを見込まれます。

■被保険者数の実績値と推計値



資料：地域包括ケア「見える化」システム将来推計

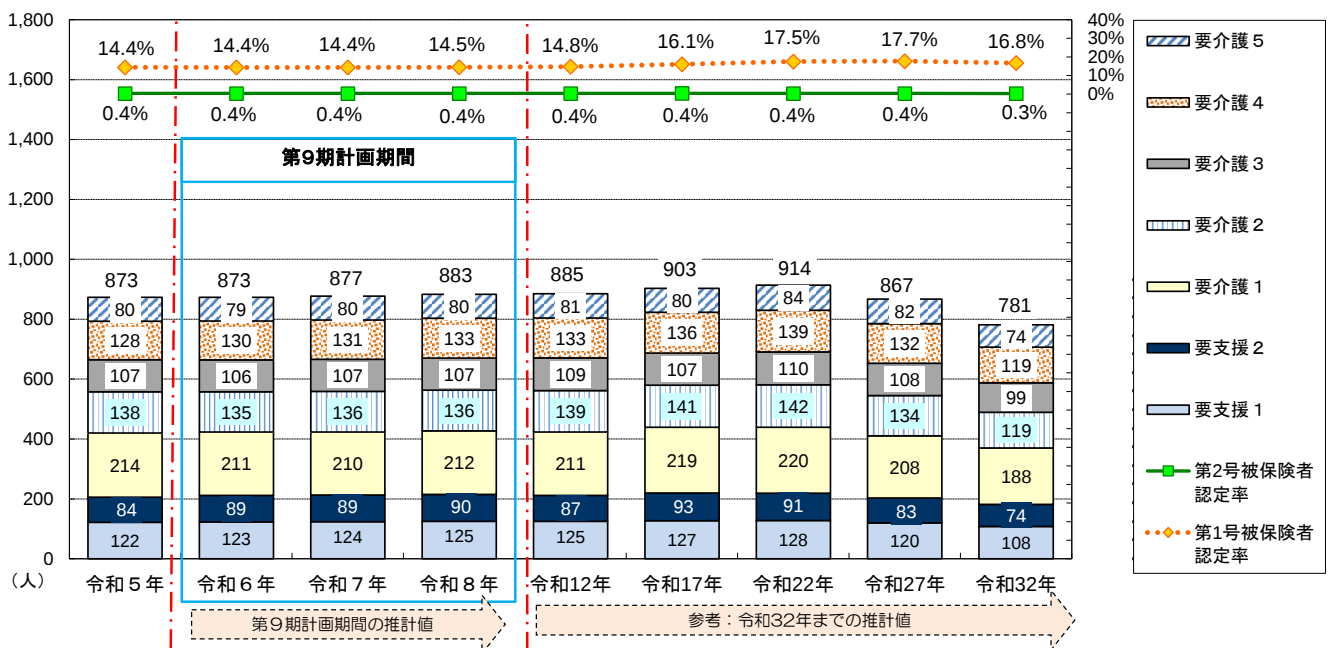
(3)要支援・要介護者数の推計

本町の人口推計結果及び要支援・要介護認定者の認定率(出現率)の実績などから要支援・要介護認定者数を推計しました。

推計の結果、要支援・要介護認定者数は増加傾向となり、令和8年には 883 人となる見込みです。

この認定者数が、介護保険サービスの利用量を見込む算定基礎となります。

■要介護度別認定者数の推計



区 分	第9期 推計値				中長期の推計値				
	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
要支援1	122	123	124	125	125	127	128	120	108
要支援2	84	89	89	90	87	93	91	83	74
要介護1	214	211	210	212	211	219	220	208	188
要介護2	138	135	136	136	139	141	142	134	119
要介護3	107	106	107	107	109	107	110	108	99
要介護4	128	130	131	133	133	136	139	132	119
要介護5	80	79	80	80	81	80	84	82	74
計	873	873	877	883	885	903	914	867	781

5 高齢者福祉に関する課題の整理

高齢者を取り巻く現状や将来推計、ニーズ調査結果からみた、第9期計画における課題は、以下のとおりとしました。

1 介護予防・生きがいづくり・社会参加

アンケート調査において、認知機能、うつ傾向、閉じこもり傾向、転倒のリスク該当者が多い傾向となっています。

介護・介助が必要になった主な原因として、「高齢による衰弱」が23.1%と最も高く、次いで「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」(20.5%)、「糖尿病」(14.1%)、となっていることから、高齢による衰弱等で介護・介助が必要な状態になってしまうことのないよう、健康状態や身体機能を維持・向上させるための取組の推進、フレイル予防・介護予防・認知症予防などの広報活動に取り組むとともに重度化防止の取組をそれぞれのニーズに応じて進めていく必要があります。

また、地域の様々な活動について、「参加していない」と回答した方が多くなっています。何歳になっても参加することができるサロン等の活動への支援や外出支援、地域の中で閉じこもり傾向にある人をいち早く把握できるような支え合い体制を構築していくことが重要です。

2 安心して暮らせる環境

本町の人口は、年少人口(0～14歳)、生産年齢人口(15～64歳)が減少傾向となっており、人口の将来推計においても、年少人口、生産年齢人口は減少傾向で推移すると見込まれ、今後も人口に占める高齢者人口の比率は高まると予測されます。

また、高齢者単身世帯、高齢者夫婦の世帯数も増加しており、今後も増加傾向で推移すると見込まれます。認知症高齢者や、老々介護など複合的な課題を抱える人が増えていくことも考えられ、そのような課題を抱えた人や家族が気軽に相談することができるような体制の整備、在宅介護サービス、介護施設などニーズに合わせた多様な支援が求められています。

また、サービスや事業のみならず、地域での見守りや互助での支援が今後より一層重要度を増していくため、民生委員や地域包括支援センターとの連携強化も重要です。

3 介護保険サービスの充実

今後、75歳以上の後期高齢者の増加が見込まれる中で、介護保険サービスを必要とする高齢者が今後も増加すると見込まれます。高齢化の進展や高齢夫婦世帯の増加など、介護者自身の高齢化もみられることから、必要な人に必要なサービスが適切に提供される基盤の整備と、介護サービスに関する情報の発信やきめ細かな相談体制づくりなど、介護サービスを受ける本人と介護者の心身の負担軽減に向けた取組が求められます。

また、介護保険事業の適正な運用と持続可能な運営を実現するために介護サービス事業者へ公正かつ適切な指導監督を行うとともに、利用者が望むサービスを選択できるよう関係機関と連携し、ニーズに即したサービスの提供に努める必要があります。

第3章 計画の基本的考え方

1 地域共生社会の実現に向けて

今後、高齢化が一層進む社会の中で、地域で高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」は、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となるものです。

地域共生社会とは、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「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことです。

地域共生社会の実現のため、町民と行政が協働し、地域や個人が抱える地域生活課題を解決していけるよう、さまざまな相談を受け止める包括的な支援体制を整備することが求められています。

地域共生社会の実現のため、介護保険事業によるサービスと高齢者福祉の数々の施策を一体的、総合的に推進し、本町における地域共生社会の実現を目指すとともに、地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備や、保健福祉行政横断的な包括的支援に取り組めます。

■地域共生社会の姿



資料：厚生労働省

2 計画の基本目標と基本方針

(1)基本目標

第7次本町長期計画に掲げる「誰もが健やかに暮らせるまちづくり」を目標として、人としての尊厳が保たれる質の高い高齢者福祉を実現するため、高齢者が住み慣れた顔見知りのいる地域で、一日でも長く「安心して」、「健やかに」、「いきいき」と「自立した生活」を送ることができる地域づくりを推進します。

誰もが健やかに暮らせるまちづくり

(2)基本方針

本計画の基本目標の実現に向けて、以下の3つを基本方針として計画を総合的に推進します。

基本方針1 健康づくりと介護予防、生きがいづくりの推進

心身ともに健康で、住み慣れた地域で生活をするためには、高齢になっても生きがいや役割などを持ち、地域や仲間とつながりながら生活していくことが大切です。このため、高齢者が活動しやすい環境や、社会参加しやすい環境づくりに取り組み、高齢者の活躍を促進します。

介護予防や要介護状態の前段階であるフレイルの予防については、生活機能全体を向上させ、健康づくりや生きがいづくりにつながる様々な活動支援を行います。また、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体となって実施することで、認知症やフレイルなどの予防を強化し、町民の健康寿命の延伸を図ります。

基本方針2 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにしていくためには、地域での生活を支えていくことを目的とした、幅広い視点からの体制づくりが必要となります。

複雑化・複合化する高齢者の相談に的確に対応する体制を強化し、地域で支え合うネットワークを深化させるため、地域包括支援センターの機能強化を図り、関係機関などが連携して、高齢者の地域での生活を総合的かつ重層的に支援する取組を推進します。

在宅での医療と介護の連携を強化、増加する認知症高齢者や介護家族への支援など、地域住民と福祉事業者、医療機関、行政が連携した取組を推進します。

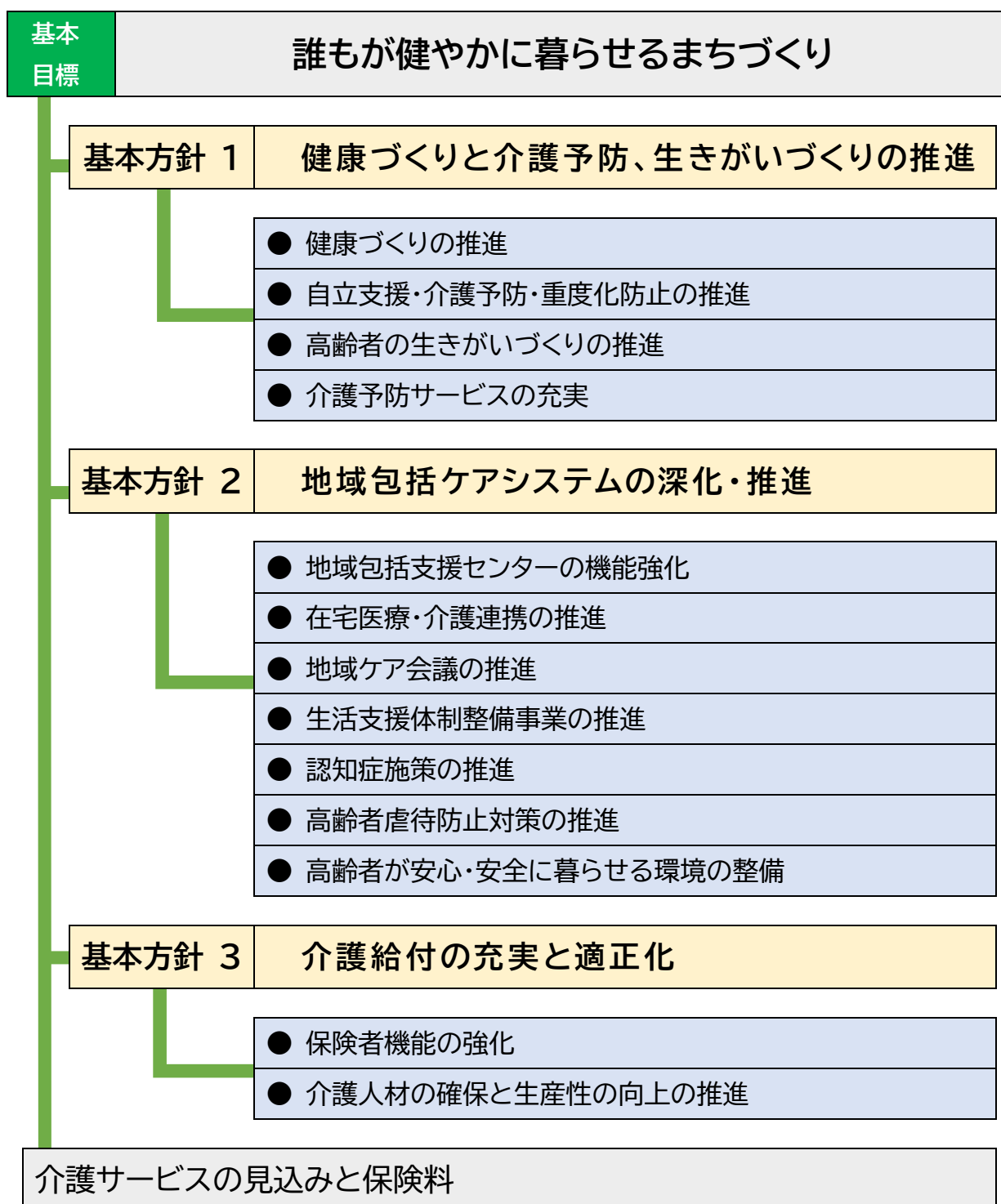
基本方針3 介護給付の充実と適正化

今後も一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加が見込まれることから、高齢者の状況に合わせ、居宅での生活又は施設での生活などを選択できるように、サービス量の確保、質の向上を図るとともに、地域の実情に応じ、柔軟かつ効率的にサービス提供できる環境づくりを段階的に進めていきます。

介護サービス基盤については、地域や高齢者のニーズ及び既存施設の実態等を踏まえ、医療との連携、介護予防サービスも踏まえた提供体制の整備を図り、地域におけるサービス基盤の充実を図ります。

3 計画の体系

基本目標及び基本方針に基づく、本計画の体系は次のとおりです。



4 日常生活圏域の設定

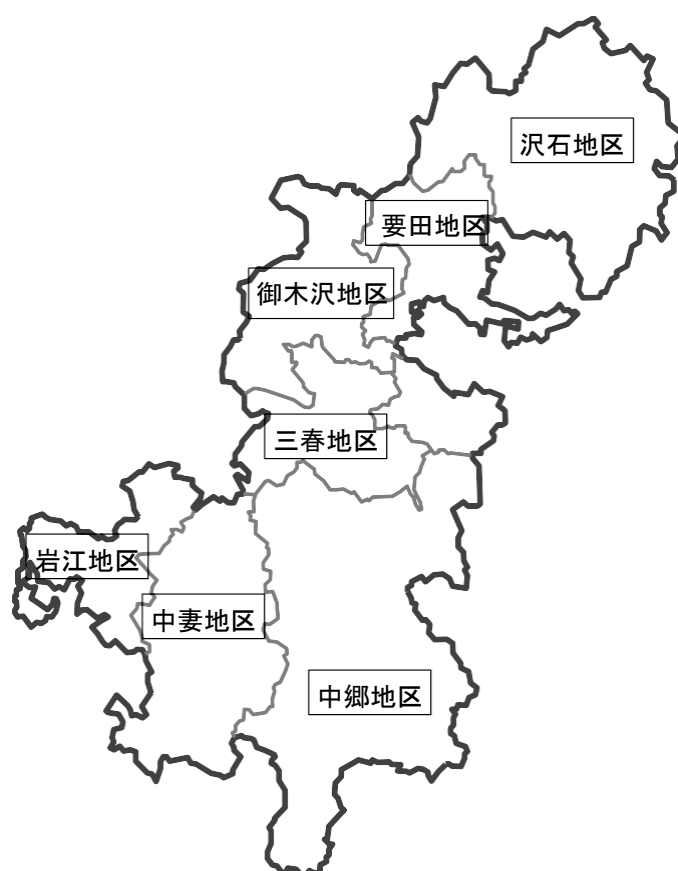
(1) 三春町の日常生活圏域

現在の本町は、昭和の大合併により7つの町村が合併して誕生しました。

現在においても住民のコミュニティや生活形態が「まちづくり協会(旧町村)」に深く根ざしていることから、まちづくり協会の単位区域である三春地区、沢石地区、要田地区、御木沢地区、岩江地区、中妻地区、中郷地区の7地区を日常生活圏域として、多様な生活支援サービスの担い手育成や介護予防活動、高齢者の社会参加を図っていきます。

介護保険計画における介護予防施策は、本町の人口規模や地理的条件、交通事情を勘案し、北部(沢石・要田・御木沢)・中部(三春)・南部(岩江・中妻・中郷)の3方部を単位として今後の施策の推進を図ります。

■三春町の日常生活圏域と面積



三春地区	6.2km ²
沢石地区	14.1km ²
要田地区	8.6km ²
御木沢地区	7.7km ²
岩江地区	5.1km ²
中妻地区	10.7km ²
中郷地区	20.6km ²
合計	73.0km ²

(2)日常生活圏域別人口など

7つの日常生活圏域(地区)における人口や高齢化率及び要支援・要介護認定者の割合は、以下のとおりです。

令和5年10月時点での本町全体の高齢化率は36.2%となっており、中でも高齢化率が最も高いのは42.5%の「沢石地区」、最も低いのは30.8%の「岩江地区」となっています。

次に65歳以上の高齢者に占める要介護認定率については、本町全体で15.3%となっており、認定率が最も高いのは15.4%の「中郷地区」、最も低いのは12.1%の「岩江地区」という結果となっています。

■日常生活圏域の状況

地区名	世帯数※1	総人口※2	高齢者人口	高齢化率 (%)	認定者数		計	認定率 (%)
					要支援	要介護		
合計	6,514	16,332	5,906	36.2%	196	705	901	15.3%
三春地区	2,469	5,664	2,085	36.8%	88	216	304	14.6%
沢石地区	355	1,036	440	42.5%	11	49	60	13.6%
要田地区	361	929	361	38.9%	12	38	50	13.9%
御木沢地区	557	1,465	498	34.0%	13	63	76	15.3%
岩江地区	1,753	4,622	1,425	30.8%	43	129	172	12.1%
中妻地区	378	1,065	403	37.8%	11	40	51	12.7%
中郷地区	506	1,415	560	39.6%	11	75	86	15.4%

※各地区には町内の施設入所者は含まれないため、合計とは合いません。

第4章 施策の展開

基本方針 1 健康づくりと介護予防、生きがいづくりの推進

1 健康づくりの推進

(1)健康づくり・生活習慣病予防の推進

要介護状態等の原因となる生活習慣病等の予防や、早期発見、早期治療により、健康の保持増進を図るために、健康診査、がん検診等を行います。

また、要介護状態の原因となる疾患等を防ぐため、健康づくりに関する知識の普及啓発に努めます。

受診率の向上のため、健(検)診の意義についての周知や健(検)診が受診しやすくなるように工夫をしていく必要があります。

■三春町で実施している各種健(検)診

健(検)診名	対象者
特定健康診査	40～74歳の本町国民健康保険加入者
一般健診	75歳以上又は65～74歳の後期高齢者医療保険加入者若しくは生活保護受給者
既存健診対象外の健康診査	19～39歳の方で他に受診機会のない方(国民健康保険加入者又は社会保険被扶養者)
肺がん検診	40歳以上:胸部X線撮影 50歳以上で喀痰指数600以上の方:喀痰検査
胃がん検診	50歳以上の偶数年齢の方:内視鏡検査(カメラ)
大腸がん検診	40歳以上
前立腺がん検診	50歳以上の男性
乳がん検診	40歳以上の女性で、職場等で検診を受診する機会のない人(※偶数年齢)
子宮頸部がん検診	20歳以上の女性で、職場等で検診を受診する機会のない人(※偶数年齢)
胃がんリスク検診	20～79歳までの方
肝炎ウィルス検診	40歳になる方、41歳以上で今まで検査を受けたことがない方
骨粗しょう症検診	40、45、50、55、60、65、70歳になる女性
成人歯科健康診査	20、25、30、35、40、45、50、55、60、65、70歳になる方

①住民健診の充実

町民の利便性を考慮し実施します。

また、受診率向上のため、各がん検診と同日実施したり、施設においても健診できる体制をつくります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
特定健康診査	49.3	50.0	52.0	54.0	56.0	60.0	60.0
一般健診 (後期高齢者)	25.6	26.0	26.4	26.8	27.2	28.8	28.8
肺がん検診	42.6	45.0	47.0	49.0	51.0	60.0	60.0
胃がん検診	27.8	31.0	35.0	39.0	43.0	60.0	60.0
大腸がん検診	34.0	37.0	40.0	43.0	46.0	60.0	60.0
乳がん検診	35.7	38.0	41.0	44.0	47.0	60.0	60.0
子宮頸がん検診	37.4	40.0	42.0	44.0	46.0	60.0	60.0
骨粗しょう症検診	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	15.0	15.0

受診率(%)

②フレイル予防等個別ケア

フレイルは健康な状態と要介護の中間的な状態で可逆性があるため、要介護状態にならないように、フレイルについての知識を広く周知し、健診や通いの場、かかりつけ医等において「質問票」等を用いた健康評価を実施し対象者の把握に努めます。また、医療、健診、介護情報を組み合わせ、高齢者一人ひとりの健康状態を多面的にとらえた支援を行います。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
受診率(%) (後期高齢者健診)	25.6	26.0	26.4	26.8	27.2	28.8	28.8

③歯と口腔の健康づくり

口腔機能は食事やコミュニケーションに関わる重要な役割を果たしています。

アンケート調査では、2割以上の高齢者が口腔機能低下のリスク該当者となっています。

高齢期における歯の健康、食べる楽しみの維持、むし歯などの歯周疾患の予防と早期発見・治療を目的に歯科検診を実施します。

■成人歯科健診受診率(実施主体:市町村)

対象者:年度末年齢が20歳、25歳、30歳、35歳、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳に達する者

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
町健診受診率(%)	5.3	3.4	5.0	6.0	7.0	8.0	10.0

■歯科口腔健康診査受診率(実施主体:後期高齢者医療広域連合)

①被保険者で、前年度に75歳に達した者

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
受診率(%)	8.4	8.5	8.7	8.9	9.1	9.9	12.5

②被保険者で、前年度に80歳に達した者

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
受診率(%)	—	—	7.0	7.2	7.4	8.2	9.2

(2)住民主体の介護予防・健康づくりの推進

本町においては、町のボランティア養成講座を受講した健康づくりボランティアの方々が地区の活動の支援に関わっています。

今後、介護予防、健康づくりを推進していくためには、地域の住民にとって身近で参加しやすい場を整備することが必要です。各地区における住民主体の介護予防、健康づくり活動の支援を行います。

①健康づくりボランティア養成

健康な地域づくりを推進するために、各地区まちづくり協会から推薦され委嘱している健康づくり推進員のほか、百歳体操サポーター、スクエアステップ指導員、食生活改善推進員、ヘルスマイトなどのボランティアに対し、地区の健康づくり活動を主体的、継続的に推進するための支援を行います。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
スクエアステップ指導員数(人)	29	28	28	30	30	33	35
百歳体操サポーター数(人)	24	37	40	50	60	60	60
食育推進ボランティア数(人)	27	25	26	28	28	30	32

②ボランティアによる地区活動支援

学んだ知識や技術を活かして、地域の中で住民同士連携して、主体的な健康づくりに取り組む活動を増やします。

町では、支援を受けやすい体制の構築に努めます。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
活動延人数(人)	471	564	590	610	630	640	640
利用延人数(人)	469	635	700	800	900	1,000	1,000

(3)健康相談、健診結果相談の充実

心身の健康の維持は、高齢者が生きいきと生活していくためには必要不可欠なものです。

アンケート調査では、4割近くの方にうつ傾向のリスクがありました。

病気や加齢による身体機能の低下、就業や他者との交流、つながりの減少などにより、うつ状態になりやすくなります。また、心臓病、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病等の重症化や認知症などへの対策もより重要となっています。

高齢者が生きがい・役割をもって健康に生活できる地域の実現に向けて、家族やかかりつけ医等と連携して支援を行います。

①こころの健康相談

本町や県で開催している医師や公認心理師による「こころの健康相談」を広く周知して早期支援につなげ、地域でのこころの健康活動を支援する体制づくり、自殺対策を図ります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
相談件数(件)	11	4	12	12	12	14	17

②健診結果相談

健診結果や質問票を用い、加齢現象を受け入れつつ高齢者が前向きに自身の健康のためにできそうなことを見つけられるように支援します。また、適切な保健事業や医療機関につながるよう体制整備に努めます。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
相談件数(件)	26	25	25	25	25	25	25

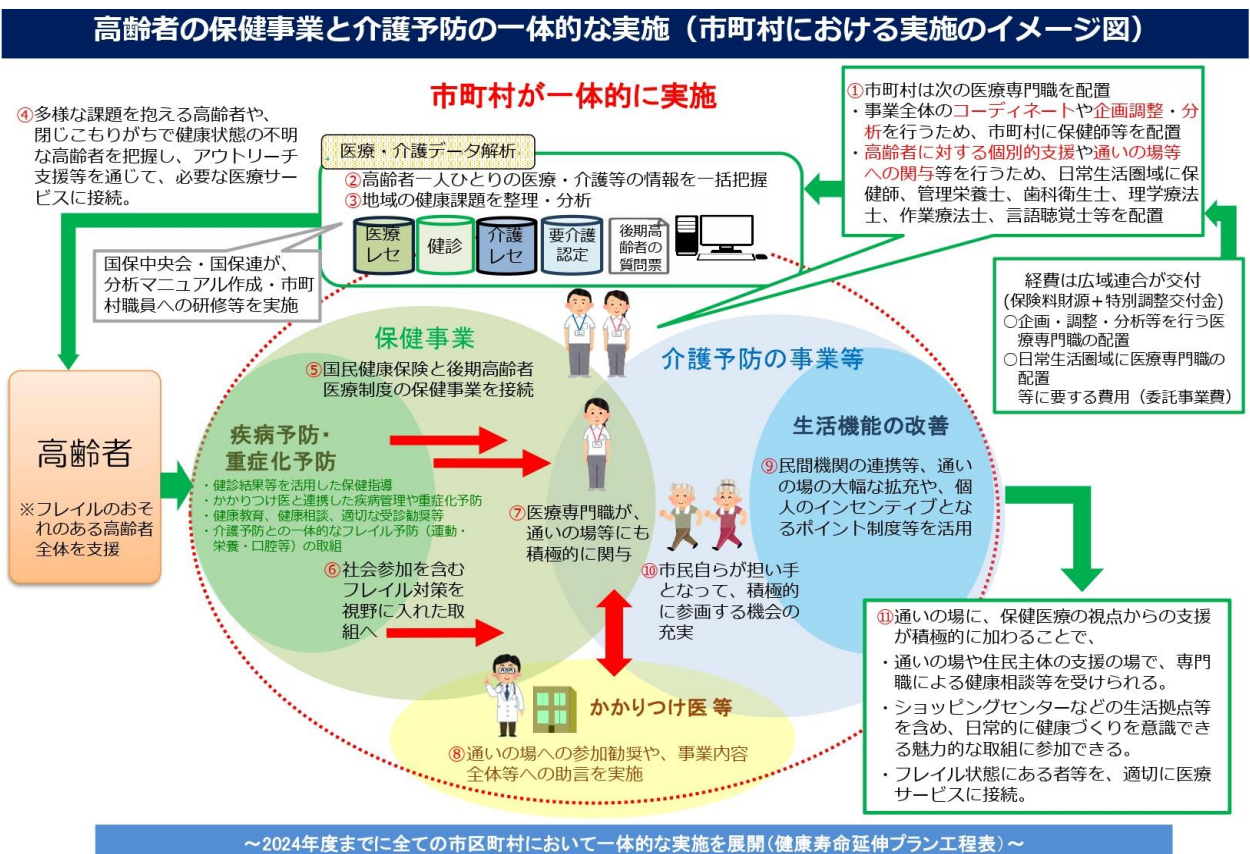
(4)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢になるにつれ、複数の慢性疾患への罹患やフレイルなど高齢者が抱える問題は多くなります。健康状態や生活状態が、悪化してから発見され対応することになる方も多く見られますが、高齢者になる前のより若い年代から、健康づくりの知識を持ち、実践に取り組む人を増やすことで、将来の要介護者を減らすことができます。

健診や医療、介護等のデータ分析をもとに、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進し、適切な医療サービス等につなげるなど、疾病予防・重症化予防の促進を目指します。

いつまでも自立した生活を送ることができるよう、介護保険、国民健康保険、保健事業などとの連携を一層強化し、協働することを目指します。

■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施



厚生労働省資料より

①健康課題の分析

町の医療レセプトや健診結果、介護認定情報から健康課題の分析を行い、関係機関と協働して個別的支援(ハイリスクアプローチ)と通いの場等への積極的関与(ポピュレーションアプローチ)を実施していきます。

②ハイリスクアプローチ

保健師や歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師等の医療専門職が生活習慣病の重症化リスクの高い人等へ訪問等により個別支援を行います。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
被支援者数(件)	65	70	75	80	85	100	100

③ポピュレーションアプローチ

通いの場等において、保健師や歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士等の医療専門職による健康教育・健康相談を実施し、フレイル予防等の普及啓発を行います。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
実施回数(回)	221	135	140	145	150	150	150
参加延人数(人)	3,587	2,900	3,000	3,100	3,200	3,200	3,200

2 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加していくことが想定される中、高齢者等が要介護状態になることの予防と、要支援・要介護状態になっても状態を悪化させず、日常生活の自立に向けた取組が必要となります。

高齢者の能力に応じた自立した日常生活を営むための支援	・生きがいつくり・社会参加の促進支援 ・高齢者自身のボランティア活動等を通じた社会貢献の支援 ・高齢者が他の高齢者支援の担い手となることで支援体制の強化とともに社会参加につながるよう一体的に取り組むための検討
要介護状態等になることの予防	・介護予防や重度化防止に関する住民への啓発普及 ・各種介護予防事業の拡充 ・既存の事業に参加できない方への支援策の検討 ・通いの場や各種介護予防教室等での健診受診勧奨や医療機関受診への声掛け
要介護状態等の軽減、悪化の防止	・要介護者等に対する能力に応じた自立支援の必要性について、地域包括支援センターや介護サービス事業者への啓発やケアプラン点検時の確認・指導を実施

(1) 自立支援・介護予防に関する普及啓発

65歳となり新たに介護保険被保険者となる方等を対象に、介護予防に関する啓発パンフレットを配布するなど、介護予防意識の向上と介護予防の重要性についての理解の促進に努め、自主的な介護予防活動を促します。普及啓発活動を継続的に行っていくことにより、自主的な介護予防活動につなげていきます。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
普及啓発件数(件)	—	—	12	14	15	15	15

(2) 通いの場の充実

生活支援体制整備事業を活用しながら、地域住民のニーズに応じた話し合いを継続し、住民主体の通いの場の創出や活動の支援を行います。健康づくり、仲間づくり、地域づくりを目的とした、身近な地域で定期的に集える通いの場の推進に力を入れます。

また、通いの場に参加したくてもできない高齢者への対策についても検討していきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
通いの場(団体)	56	62	62	62	62	62	62
参加者数(人)	1,060	1,233	1,240	1,260	1,300	1,300	1,200
高齢者数(人)	5,869	5,906	5,938	5,964	5,962	5,853	5,118
参加率(%)	18.1	20.9	20.9	21.1	21.8	22.2	23.4

(3) リハビリテーション専門職等との連携強化

リハビリテーションは、単に心身機能等向上の機能回復訓練のみでなく、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加・自立を促すことが重要なため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、多職種連携による、切れ目のないリハビリテーションを提供することを目指し、地域リハビリテーション活動支援事業の充実を図ります。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
専門職連携回数(回)	2	2	4	6	8	10	10

3 高齢者の生きがいづくりの推進

「地域社会の中で自分の役割があること」や「生きがいを持つこと」は、いつまでも“いきいきと暮らしていく”ための重要な要素であり、高齢者がその豊富な知識や経験、能力を活かしながら、地域社会の中で役割を担って生活することができるよう支援していくことが必要です。

(1) シルバー人材センター

高齢者の就労は、生きがいづくりや社会参加の促進に加え、自立支援、生活支援、介護予防等にもつながる重要な役割を持っています。これまでの経験や知識、能力を活用した高齢者の就労の確保を促進するため、シルバー人材センターへの支援を行っています。

今後も、魅力ある就業開拓のための事業展開など自主的な運営基盤の強化を促すとともに、高齢者の就労機会の確保推進の観点から、引き続き適切な支援に努めていきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
新規加入者(人)	28	18	20	25	30	25	20

(2) 老人クラブ

老人クラブは、高齢者の日常生活の場である地域社会を基盤とする自主的な組織です。仲間づくりを通じた生きがい活動や健康づくりなど、生活を豊かにするレクリエーション活動を始め、知識や経験を活かして、地域を豊かにする社会活動を行っています。

会員数の減少や活動を休止している地区もありますが、元気な高齢者が老人クラブ活動に参加し、地域活動の拠点として発展できるよう、今後も事務局である社会福祉協議会と連携しながら、適切な支援に努めていきます。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
クラブ数(数)	22	22	22	22	22	22	22
会員数(人)	968	970	970	970	970	980	970

(3)生涯学習活動

生涯学習は、介護予防や健康づくりにつながることはもとより、活動を通じた仲間づくりや、学ぶことによる高齢者の生きがいづくりにもつながる重要な健康づくり施策の一翼を担っています。

生涯学習機会の充実や情報発信を推進し、高齢者がつどい、学べる環境の充実を図り、参加機会の促進を図ります。

また、生涯学習として介護予防や人生終末期の学習も行う等、内容についても連携していきます。

(4)ボランティア活動の支援

ボランティア活動は、地域の支え合いや助け合いに資するだけでなく、高齢者にとって、活動に参加することは生きがいを作り、介護予防につながると考えられます。

ボランティア活動を一層推進するために、町社会福祉協議会や生活支援コーディネーターと連携しながら、ボランティアセンターへの登録者数の増加を図ります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
ボランティア登録者数(人)	35	16	20	20	20	30	40
ボランティア団体数(団体)	16	18	20	20	20	22	24

(5)ボランティアポイント制度

介護予防に取り組む活動や介護施設等でのボランティア活動に対し、ポイントを付与することで、社会参加活動への関心を高め、生きがいづくりや介護予防への意欲の向上を目的として実施しています。今後も登録者が増加していくよう事業を推進します。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
登録者数(人)	1,459	1,633	1,700	1,740	1,780	1,800	1,900
交付決定者数(人)	715	850	1,020	1,044	1,068	1,080	1,140
引き換え率(%)	49.0	52.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0

4 介護予防サービスの充実

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

(1) 総合事業の充実

総合事業の介護予防・生活支援サービス事業は、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントからなる事業で、事業の対象者は、要支援認定を受けた方、基本チェックリスト該当者（事業対象者）、並びに、本人が希望し、町が必要と認めた場合には、要介護認定を受けた方も対象となります。

介護予防・生活支援サービス事業は、以下の4つのサービスから構成されます。

サービス名	概要
訪問型サービス	掃除や洗濯などの日常生活上の支援を提供するもので、従来の予防給付の介護予防訪問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、多様なサービスとは、訪問介護事業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、移動支援を行うサービスです。
訪問介護【従来型】	従来の介護予防訪問介護に相当するサービス
訪問型サービスA	人員等を緩和した基準による生活援助等のサービス
訪問型サービスB	住民主体の自主活動として行う生活援助等のサービス
訪問型サービスC	保健師やリハビリテーション専門職等が行う、体力改善や ADL・IADL の改善に向けた短期集中予防サービス
訪問型サービスD	移送前後の生活支援サービス
通所型サービス	機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供するもので、従来の予防給付の介護予防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、多様なサービスとは通所介護事業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です。
通所介護【従来型】	従来の介護予防通所介護に相当するサービス
通所型サービスA	人員等を緩和した基準による運動・レクリエーション等のサービス
通所型サービスB	住民主体の体操や運動等の活動をする自主的な通いの場によるサービス
通所型サービスC	保健師やリハビリテーション専門職等が行う、運動器の機能向上や栄養改善等の短期集中予防サービス

サービス名	概要
その他の生活支援サービス	①栄養改善を目的とした配食、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供)からなるものです。
介護予防ケアマネジメント	介護予防・生活支援サービス利用が適切であると認定会議で判断された要支援認定者や事業対象者に対し、心身の状況や環境に応じて自立支援・重度化防止に必要な適切なケアプラン作成の支援をします。

①訪問型サービス・通所型サービス(従来型・C)

訪問介護(従来型)・通所介護(従来型)及び訪問型C・通所型Cを継続して実施し、要介護状態等の軽減や悪化の防止に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
訪問介護(従来型) 延利用者数(人)	316	272	312	312	312	300	264
通所介護(従来型) 延利用者数(人)	1,483	1,472	1,488	1,488	1,488	1,416	1,236
訪問型C 延利用者数(人)	0	7	9	10	12	15	15
通所型C 延利用者数(人)	153	94	115	115	115	115	115

②訪問型サービス・通所型サービス(A・B・D)

高齢者のニーズを的確に捉えながら、効果的かつ効率的なサービスが提供できるよう検討を進めていきます。

(2)生活支援サービスの充実

三春町社会福祉協議会が実施するおたがいさまボランティア(有償)等、生活支援に関する社会資源の把握に努め、民間サービス等と介護サービスとの連携を図ります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
おたがいさま 延利用者数(人)	234	155	180	200	200	220	230

(3)その他の生活支援サービス

安心・快適な日常生活を実現するため、必要な支援を検討し、多様な生活支援サービスの実施、充実を図ります。

①介護用品給付券

在宅で生活する要介護3以上で低所得の方を介護する家族に対し、介護用品給付券を交付し、紙おむつ等の介護用品を確保できるよう支援しています。

要介護3の新規申請者については、認定調査票の認定項目等を確認し、必要性を判断することで、適正な事業運営を目指します。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
給付券交付者数 (人)	132	155	160	160	160	160	160

②高齢者等宅配給食サービス

食事に困っている一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯に対して、栄養バランスのとれた食事を宅配し、併せて利用者の安否の確認などを行っています。また、配達員は元気高齢者が担っており、今後もサービスが維持できるよう努めていきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
利用者数(人) ※年度末時点	89	88	90	95	100	100	100

(4)介護予防事業の評価

各々の介護予防事業が適切かつ効率的に実施されているかどうか、その実態を把握し、介護予防事業全体の改善を図ります。

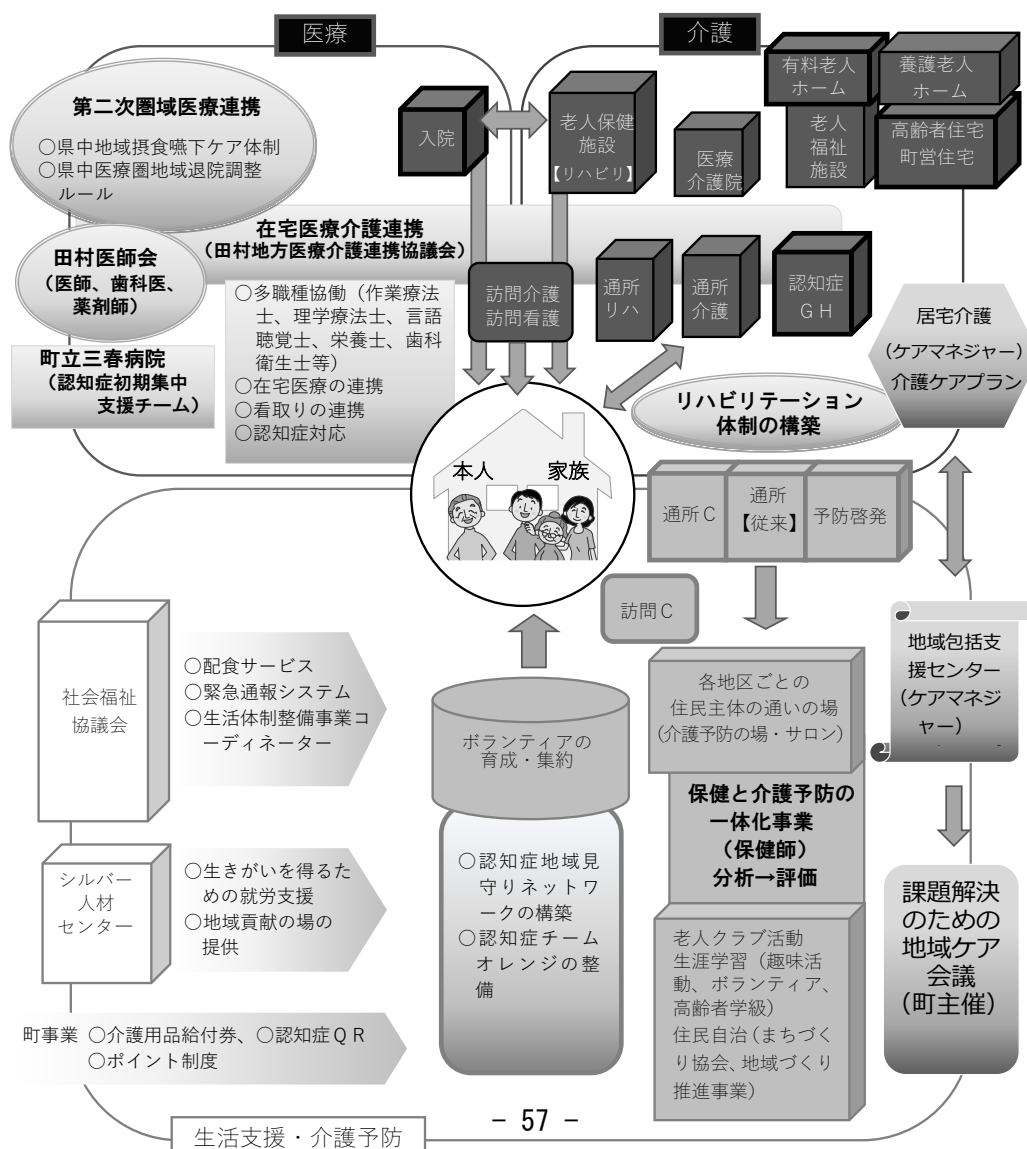
介護予防事業を効果的に実施するため、各種事業の効果をデータとして管理し、計画(過程)や事業の実施、評価など一連の流れについて、それぞれの指標に基づいて関係者で話し合い、より一層の工夫・改善を図ります。

基本方針2 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。健康な高齢者が、いつまでも元気で暮らすための生活支援や介護予防、介護が必要になった場合には介護保険により提供される施設・居住系あるいは在宅で受けられるサービス、もし重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるための医療と介護の連携など、住まい・医療・介護・予防・生活支援が各地域で一体的に提供される高齢者支援の社会的な仕組み、それが地域包括ケアシステムです。本計画においては、引き続き本町の地域資源や人材を活かしつつ、これまで取り組んできた高齢者福祉施策や介護保険事業等を進める中で、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組み、地域共生社会の実現を目指します。

三春町の地域包括ケアシステムについて（概要図）

～重度な介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために～



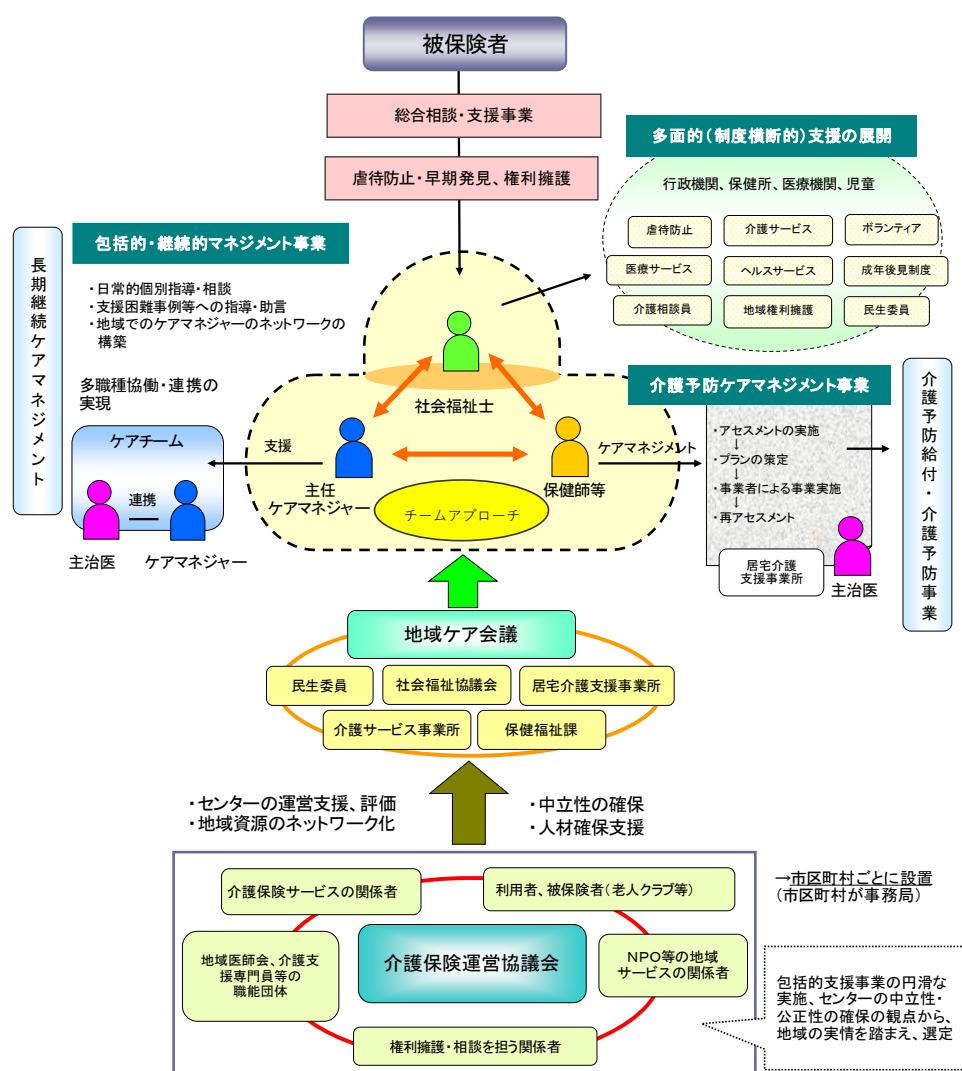
1 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する役割を担う地域の中核的機関です。

今後も介護・福祉サービスの総合相談窓口として、地域包括支援センターが円滑にその役割を果たしていけるように、地域包括支援センター運営協議会を設置し、中立性の確保や公平な運営の継続を図るとともに、高齢者が安心して相談できる体制の充実を図ります。

現在、三春町地域包括支援センターの運営については、三春町社会福祉協議会に委託していますが、運営方式も含めその機能強化のための対策や総合事業の着実な実施に向け、連携して取り組んでいきます。

■地域包括支援センターの体制と機能



(1)地域包括支援センターの個別支援業務

①介護予防ケアマネジメント事業

要介護状態等になることの予防や、要介護状態の軽減のためのケアマネジメントを行います。

具体的には、対象者を把握しアセスメントを行い、介護予防ケアプランの作成、事業の実施、評価という流れにより、要支援、要介護認定の非該当者から要支援に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントを行い、介護予防への効果を検証していきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
要支援	2,305	2,360	2,430	2,430	2,430	2,430	2,440
ケアプランA(件)	2,163	2,250	2,300	2,300	2,300	2,300	2,300
ケアプランB(件)	142	110	130	130	130	130	130

ケアプランA	地域包括支援センターがアセスメント(課題分析)を行い、ケアプラン原案を作成しサービス担当者会議を開催して内容が決定します。利用者との面接によるモニタリングは少なくとも3ヵ月に1回行います。
ケアプランB	アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同じように実施します。サービス担当者会議は省略してケアプランを作成し、間隔をあげ必要に応じてモニタリング時期を設定します。
ケアプランC	利用者本人が自身の状況や目標の達成などを確認し住民主体のサービスを利用する場合に、初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施します。ケアプランは作成せず「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」などを記載したケアマネジメント結果を利用者に説明し理解を得たうえで、住民主体の支援の利用等を継続します。

②総合相談・権利擁護・認知症支援業務

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、介護保険以外のサービスも含めて、高齢者やその家族に対する多様な相談にきめ細かく総合的な支援を行います。

権利擁護のための必要な支援や認知症の方やその家族に対する必要な支援ができるように努めます。また、権利擁護支援においては、専門的・継続的な視点から高齢者の権利擁護のために必要な支援を行い、成年後見制度の利用や高齢者虐待への対応を行います。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
相談件数(件)	974	1,200	1,200	1,200	1,200	1,300	1,400
うち権利擁護(件)	84	120	130	130	130	140	150
うち認知症(件)	187	250	250	250	250	300	350

③包括的・継続的マネジメント支援

各事業所の介護支援専門員が円滑に業務を進めることができるようにするために、地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心に、高齢者一人ひとりの状態の変化に対応した長期的ケアマネジメントを実施します。

主な事業

- ケアマネジャーの日常的個別相談・指導
- 支援困難事例への指導助言
- 地域のケアマネジャーのネットワーク構築
- 長期継続ケア(医療を含めた多職種連携) など

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
連絡会(回)	4	3	4	4	4	4	4
研修会(回)	3	5	5	5	5	5	5
多職種連携(回)	1	1	1	1	1	1	1

(2)機能強化に向けた取組

地域包括支援センターが実施する事業の質の評価を自ら行い、事業の質の向上に努めます。また、本町及び地域包括支援センターは運営協議会と連携を行いながら、定期的な点検を行い、地域包括支援センターの運営に対して適切な評価を行います。

2 在宅医療と介護連携の推進

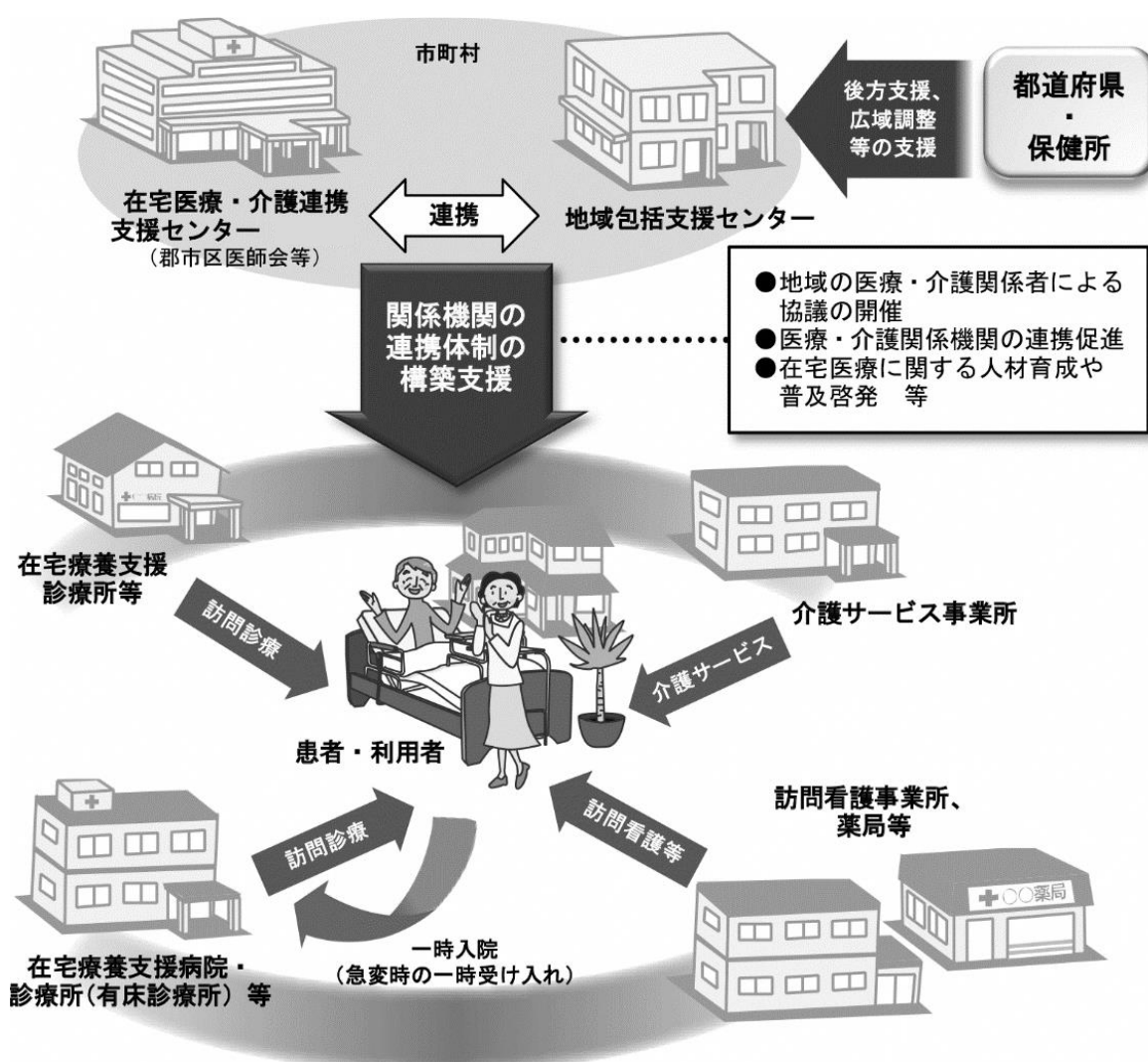
医療と介護を必要とする高齢者を地域で支えていくには、在宅医療の提供が必要不可欠です。在宅医療は医師に加え歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ専門職、介護職など多職種によって提供されます。

そのため、住民に対して、在宅医療の提供体制等について周知を図るとともに、介護サービス事業者と医療機関等との相互の連携を深めていく必要があることから、必要な情報の共有などにより効果的な医療・介護の連携を進めていく必要があります。

ICTの活用や地域ケア会議の推進等を行い、多職種間の情報共有を進め、引き続き医療と介護の密接な連携を推進します。

今後も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、関係者間の連携を強化し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進していきます。

■在宅医療と介護連携の推進



(1)医療・介護のネットワークづくり

医療と介護関係者が相互に理解を深め、顔の見える関係づくりを進めるために、多職種での協働・連携に関する研修の充実、各専門職の代表者からなる協議体の設置など、医療・介護の連携の現状や課題、相互の役割の理解を進め、切れ目のない支援の提供につなげます。

①在宅医療・介護連携の取組

一般社団法人田村医師会が設置する田村地方在宅医療・介護連携支援センターへ、田村市・小野町・三春町の3市町が在宅医療・介護連携事業を委託することにより、広域的な連携を可能とする体制を整備しています。

②在宅医療・介護連携の推進

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えるためには、医療と介護の連携の充実を図ることが重要であり、地域の医療・介護の関係機関からの相談窓口としての機能や多職種による連携づくりが必要となります。

地域の医療と介護に関する情報の収集や情報提供等を通じて、地域の多職種連携の促進に努めます。また、在宅医療と介護サービスの連携において、必要な情報の共有について、ICTの活用なども検討していきます。

(2)二次医療圏内・関係市町の連携

田村地方では、3 市町合同で田村医師会へ委託し、田村地方在宅医療・介護連携支援センターを運営しています。

今後も、田村地方在宅医療・介護連携支援センターを中心として、各市町の連携を図っていきます。

①県中医療圏退院調整ルールの適正な運用

県中医療圏では、介護を必要とする患者が、退院の際に必要な介護サービスの調整を行い在宅生活へ円滑に移行するため、病院とケアマネジャー等が連携を図るための仕組みを作り平成28年度から運用しています。

本町では患者が退院する際に必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、関係機関が連携を図りながら、住民への広報周知と適正な運用に努めていきます。

②在宅医療・介護の資源把握

地域の実態や課題整理のため医療・介護資源を把握するとともに、各種団体との情報共有や在宅医療・介護連携の課題解決に活用するため地域マップの作成に取り組めます。

③住民への普及啓発

医療や介護が必要になっても、在宅で療養することができるように、パンフレットや広報誌を活用し、町民や関係機関に周知します。また、最期まで本人の生き方(=人生)を尊重するため、ACP(アドバンス・ケア・プランニング:人生最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチーム等と事前に話し合うプロセス)＝「人生会議」について健康教室を行います。

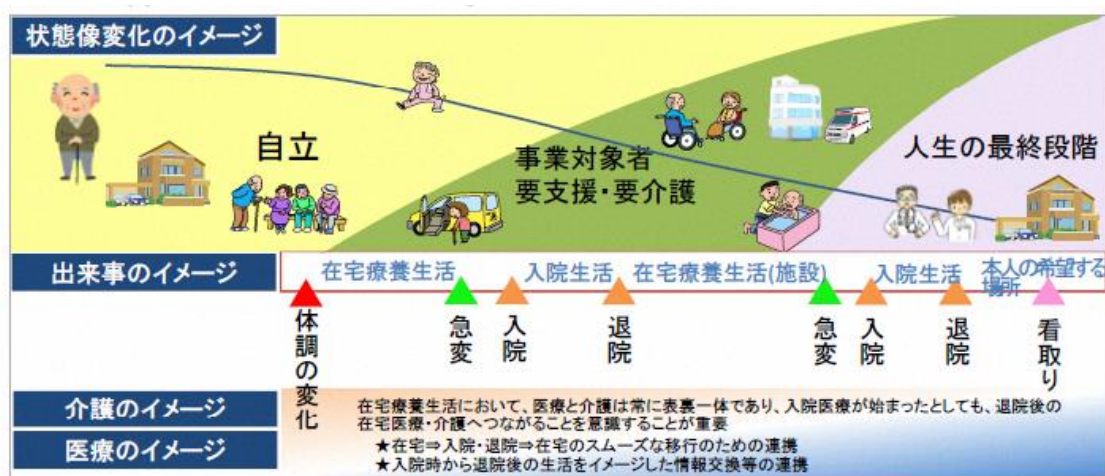
	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
健康教室(回)	6	3	6	6	6	6	6

(3) 高齢者の状態に応じた連携の推進

人生において常に健康状態は変化しますが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要になることや、容体が急変して入院することもあります。

このため、切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、ライフサイクルの中で起こりうる節目を意識した取組が必要であり、医療と介護が主に共通する4つの場面を意識して取り組んでいきます。

■ 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



資料：厚生労働省

4つの場面	地域の目指すべき姿
① 日常の療養支援	医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。
② 入退院支援	医療と介護の両方を必要とする高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。
③ 急変時の対応	在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。
④ 看取り	医療・介護関係者が、対象者本人（意思表示できない場合は家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

3 地域ケア会議の推進

地域包括ケアシステムの構築を進めるには、「個別課題の解決」、「地域包括支援ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり・資源開発」、「政策の形成」の5つの機能を有する地域ケア会議により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に図っていくことが重要です。

本町の実情に合ったより良いケア体制を強化していくため、介護や医療の関係機関と連携し、情報を共有しながら包括ケアの推進を図ります。

■地域ケア会議の機能

機能	内容
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

(1) 地域ケア会議の運営と課題検討

地域ケア会議の運営では、町と地域包括支援センターが役割を分担して行います。地域包括支援センターは、地域ケア個別会議で扱う個別事例の検討を通じて、適切なサービスにつながっていない高齢者個人の生活課題に対して単に既存サービスを提供するだけでなく、その課題の背景にある要因を探り、地域課題を掘り下げていきます。

自立支援につながる個人と環境の改善に働きかけられるケアマネジメントを地域で活動する介護支援専門員が推進できるよう支援するとともに、町が開催する自立支援型地域ケア会議により、自立支援に係るケアマネジメントのスキルアップを図ります。

本町では、地域包括支援センターが抽出した地域課題に対して解決のための検討につなげていく地域ケア推進会議の体制を整えるとともに、医療・介護の関係者と連携しながら、地域ケア会議を円滑に開催できる環境を整えます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
個別会議(回)	6	6	12	12	12	12	12
自立支援型 ケア会議(回)	2	2	2	3	4	4	4
推進会議(回)	1	1	1	1	1	1	1

(2) 多職種協働によるネットワークの構築、資源開発

地域包括支援センターが実施する地域ケア会議では、個別事例の検討において行う課題分析やケアマネジメント支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにするとともに、地域に不足する資源の開発や有効な支援策などを検討します。

また、課題の発生や重度化予防に取り組むとともに地域包括支援センターを核として多職種協働によるネットワークの構築や資源開発等に取り組み、さらなる個別支援の充実につなげていきます。

4 生活支援体制整備事業の推進

高齢者の増加により、日常生活を送るうえで、「あると助かること」や「ちょっとしたこと」のような細かな生活支援へのニーズが高まっています。増加しているひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯といった高齢者のみの世帯の生活を支える視点からも、医療、介護サービスの充実を図るとともに、日常生活を支援する生活支援のサービス体制を充実させる必要があります。

行政及び生活支援コーディネーターが中心となり、できるだけ多様な主体(NPO、民間企業、協同組合、社会福祉法人、ボランティア、地域住民等)による高齢者と地域社会とを密接に結びつける地域のつながりづくりを進めていくことが重要になります。

(1)生活支援体制整備事業の基盤整備

①事業の普及啓発

地域住民の方に生活支援体制整備事業の必要性や重要性を理解していただくため、住民の方を対象とする講演会を開催し、啓発に努めます。また、継続的に勉強会や報告会を実施し、各地区の新規取組や継続事業についての支援、周知活動支援を行います。

②協議体による活動の推進

定期的な情報共有や連携強化のためのネットワークとして、7つの地区ごとに地域住民が主体となって活動する「まちづくり協会」を中心に「協議体」を設置し、情報共有や連携・協働による資源開発等の推進を図ります。

③他部署との連携

庁内各課で実施している様々な地域活動の支援等に係る取組は、生活支援体制整備事業に位置付けられる内容であり、町全体としての事業であることを各課等と共有しながら事業を進めます。

④生活支援コーディネーターの活動支援

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向け、地域においてサービス提供体制の構築に向けたコーディネート機能(資源開発やネットワーク構築の機能など)を担う「生活支援コーディネーター」の役割が重要となります。

現在は社会福祉協議会へ委託しているため、地域への適切な支援が進められるよう、積極的に国や先進地域の取組を研修するなど、一定の専門性を備えた者を育成し配置できるよう取り組みます。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
配置人数(人)	3	3	3	3	3	3	3

(2)住民主体活動の支援

①住民主体活動への助成

本町では、地域住民の方が主体で活動する生活支援体制整備事業(通いの場)に対し、助成金を交付することで、継続して活動できるよう支援しています。各地区ごとにまちづくり協会を通じ助成することで、地域のコミュニティの確立に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
交付件数(件)	39	54	60	60	60	60	60
助成額(千円)	7,994	7,863	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500

※令和4・5年度は、整備補助を含む。

5 認知症施策の推進

認知症の方やその家族が、地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるためには、認知症への社会の理解を深め、認知症があってもなくても、同じ社会の一員として地域をともに創っていく必要があります。そのためには、認知症に関する正しい知識と理解の普及啓発を進めていく必要があります。

行政による普及啓発の取組だけではなく、地域で暮らす認知症の方とともに普及啓発を進め、認知症本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿などを積極的に発信していくことが大切です。

認知症施策においては、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方やその家族の意見も踏まえながら、「共生」と「予防」の施策を推進することが重要です。

本町では、国の「認知症基本法」、「認知症施策推進大綱」に沿って、認知症施策の推進を図ります。

■認知症施策推進大綱の柱

- ・ 普及啓発・本人発信支援
- ・ 予防
- ・ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ・ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ・ 研究開発

(1) 普及啓発・本人発信支援及び予防対策

高齢者の尊厳を守る一環として、認知症に関する町民の理解を深めることが重要です。

認知症サポーターの養成等を通じた、認知症に関する理解促進や相談機関の周知、認知症本人からの発信支援に取り組みます。また、認知症に関する正しい知識と理解に基づき、「通いの場」における活動の推進など、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を推進します。

①認知症サポーターの養成

認知症になっても安心して暮らせるまちを目指し、地域における認知症高齢者の見守り体制を構築するため、認知症キャラバン・メイトの協力により「認知症サポーター養成講座」を開催しています。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
認知症サポーター 養成人数(人)	26	177	120	120	120	150	150

②認知症本人からの発信支援

これまで認知症の方は支援やサービスを受ける対象として考えられてきましたが、認知症の方とともに同じ社会の一員として地域を創っていくために、認知症カフェなどの本人やその家族の思いの発信や地域の方との交流の場、認知症予防につながる通いの場の充実も図ります。

	実績		第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
認知症カフェ等 設置数(箇所)	2	2	2	3	3	5	6

(2)医療・ケア(早期発見・早期対応)・介護者への支援

認知機能低下のある人や認知症の方に対しては、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等のさらなる質の向上や連携の強化を推進します。

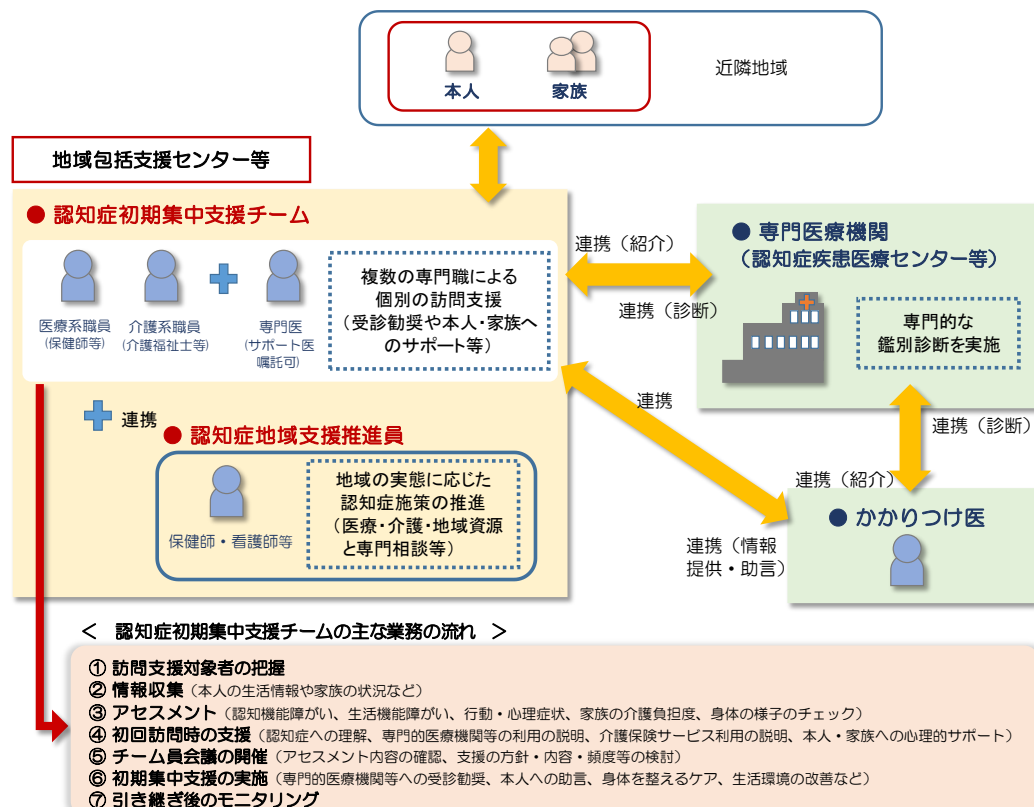
また、認知症の方の介護者への支援を行うことは、認知症の方の生活の質的改善にもつながるため、家族など介護者(高齢介護者やヤングケアラー)の精神的、身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取組を推進します。

①認知症初期集中支援チームの設置

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らしていける良好な環境づくりのため、認知症の方やその家族に早期に関わることができるように、「認知症初期集中支援チーム」を設置しています。現在は、三春病院に委託しており、認知症サポート医、社会福祉士、保健師、看護師、作業療法士等の専門職で構成されています。今後も、地域での初期支援の中核を担えるよう、地域包括支援センターや介護事業所等との連携を図り相談機関として地域に浸透できるよう周知に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
相談件数(件)	4	3	10	10	10	12	12

■認知症施策の推進体制図(認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員)



②認知症地域支援推進員の配置

認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護の専門的知識を持つ者であり、地域での支援体制の構築や認知症ケアの向上を図る中心的役割を担います。

また、認知症ケアパスの更新やネットワークの構築等の認知症施策について、町担当課と協働し、認知症の方や家族の声を反映させた企画・立案等に取り組みます。

認知症地域支援推進員の資質向上を図るため、研修会への参加や地域の支援機関との顔の見える関係づくりを行っていく必要があります。

③認知症ケアパスの推進

認知症ケアパスは認知症が発症したときから生活するうえで、様々な支障が出てくる中で、その進行状況にあわせて、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標準的に定めたものです。認知症の家族介護者などが必要な相談先やサービスに「つながる」ことができるよう内容の見直しや検討をしていきます。

④認知症介護者への支援

認知症介護者の負担軽減を目的に、認知症の方及びその介護者が集う「認知症カフェ」の活用や、個人賠償保険の充実やQRコードによる見守りシステムの利用など、地域での見守り体制、地域でのネットワーク体制の強化を図り介護者の不安軽減に努めます。

また、ヤングケアラー(大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている18歳未満の子ども)についての実態把握と普及啓発を進め、福祉・介護・医療・教育等の関係機関が連携することで早期発見、子どもらしい生活を送れることに着目した家族全体への適切な支援へつなげられる体制の構築を図ります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
ネットワーク協力団体数(団体)	31	31	35	40	45	50	50
賠償保険加入(人)	9	14	15	20	25	30	30
QRコードの利用(人)	11	14	15	20	25	30	30

(3)認知症バリアフリーの推進

生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けていくために「認知症バリアフリー」の取組を進めます。

認知症の方が安心して外出できる地域の見守り体制、認知症サポーター等を認知症の方やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み(以下「チームオレンジ等」という。)の構築、成年後見制度の利用促進などの地域における支援体制の整備を推進します。また、若年性認知症支援の活用による若年性認知症の方への支援を行うことで認知症の方の社会参加活動を促進します。

①チームオレンジの活動推進

チームオレンジは、近隣の認知症サポーターがチームを組み、地域住民サポーター、多職種の職域サポーター及びキャラバン・メイト等に加え、認知症の方やその家族で構成されます。認知症の方を早期から継続的に支援することで、地域や医療介護とのつながりをつくり、住み慣れた地域で暮らし続けることのできる地域づくりを推進します。

②認知症の方、家族の社会参加、居場所づくり

認知症カフェや通いの場に参加している、又はグループホームに入居している認知症の方やその家族がチームオレンジ構築における企画や立案等に参画できるような体制を整えます。

また、ピアサポーターとして活動を希望される方を募り、チームの一員として、社会参加及び居場所づくりにつなげます。

③キャラバン・メイトの活動推進

キャラバン・メイトは認知症サポーター養成講座の講師という立場に留まらず認知症を理解する貴重な地域人材であります。

そのため、認知症施策やチームオレンジへの参画において、情報を共有し、共通理解を図る機会を設けます。

④認知症サポーターに対する研修の実施

活動意欲の高い認知症サポーターに向けて、「チームオレンジの理解」をテーマにしたステップアップ研修を起点に、キャラバン・メイト連絡協議会のテキスト等を使用した様々なテーマにおける研修を計画的に実施し、地域人材の育成に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
キャラバン・メイト(人)	25	25	27	27	29	30	30
情報連絡会(回)	1	2	2	2	2	3	3
ステップアップ研修(回)	0	1	1	1	2	3	3

(4)成年後見制度の利用促進

成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成 28 年法律第 29 号)に基づく、第二期成年後見制度利用促進基本計画では、地域共生社会の実現に向けて本人を中心とした支援・活動の共通基盤となる考え方として権利擁護支援が位置づけられました。権利擁護支援の具体的手段として、成年後見制度の利用促進が求められています。

今後、認知症高齢者等の増加に伴い、成年後見制度の利用を含む権利擁護支援のニーズがさらに多様化及び増大する見込みであり、必要な人が適切なタイミングで制度を利用できるよう広報啓発や利用促進等に努めます。

①広報啓発の充実と相談体制の整備

中核機関を中心として、本人や家族、地域住民や地域の医療・福祉関係者に対し制度内容の理解促進や相談窓口周知のための研修会、講演会等を開催するとともに、相談窓口を明確化することで、相談しやすい環境を整備します。

②成年後見制度利用促進のための地域連携ネットワークの強化

中核機関を中心として、福祉・行政・法律専門職の連携による支援(地域連携ネットワーク)をさらに強化し、権利擁護支援を行う3つの機能(権利擁護の相談支援、権利擁護支援チームの形成支援、権利擁護支援チームの自立支援)が適切に実施されるための体制づくりに取り組みます。

③担い手の確保・育成等

今後の制度利用ニーズの増加に対応するため、後見人等の担い手の確保・育成等が重要であり、ニーズに合わせて多様な担い手の確保が必要となります。

そのため、市民後見人・法人後見実施団体の育成について、県や近隣市町村と連携しながら、社会福祉協議会等との具体的協議を進めていきます。

6 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者の虐待は、様々な要因が重なり合い、発生します。高齢者や虐待者（養護者）、家族の人間関係が要因となるほか、社会環境が要因（介護の孤立化）となる場合があります。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援等に関する法律（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）では、高齢者の保護及び養護者支援（養護者による介護の負担軽減）を規定しています。

高齢者や養護者、家族が地域で孤立しないよう介護保険サービス事業者のほか、地域住民、民生児童委員、警察、医療機関等と連携し、見守り体制の充実を図ります。

（1）高齢者虐待防止に向けた体制整備の強化

「高齢者虐待防止法」では、虐待を受けていると思われる高齢者を発見した場合、市町村や地域包括支援センターに通報する義務を規定しています。

①普及啓発と理解促進

高齢者虐待の未然防止や早期発見のため、広報等を通じて相談窓口の周知を行い、高齢者虐待に関する理解促進に努めます。

②支援者の資質向上

定期的な研修機会の確保、対応マニュアルに基づいた支援を通して、町や地域包括支援センター職員、介護従事者の迅速かつ適切な対応力向上を目指します。

③多職種連携の推進

虐待等防止対策協議会の開催を通して、関係機関によるネットワークの構築・連携による支援に取り組みます。

(2) 養護者による高齢者虐待への対応強化

虐待を受けている高齢者の保護及び養護者に対する相談、指導又は助言などを行い、迅速かつ適切な対応を行います。また、高齢者虐待が発生する傾向や特徴、取組状況等を検証・分析し、虐待の未然防止、再発防止に努めます。

また、養護者に該当しないものによる虐待やセルフ・ネグレクトの把握に努め、高齢者虐待防止法に準じた適切な対応及び高齢者の権利侵害の防止に取り組みます。

(3) 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化

養介護施設は、外部からの目が届きにくい面があり、高齢者に対する虐待や身体拘束は、高齢者にとって大きな身体的・精神的苦痛を与え、さらに身体的な機能を奪ってしまう危険性もあります。そのため、集団指導、運営推進会議等を通して、虐待を未然に防ぐための実態把握に努めるとともに、必要に応じて施設等への指導助言を行います。

7 高齢者が安心・安全に暮らせる環境の整備

住民主体の支え合いと地域資源の活用により「我が事・丸ごと」の地域づくりを目指す「地域共生社会」の理念が掲げられ、地域における支え合いの体制整備の重要性が叫ばれています。

少子高齢化や核家族化、親族や地縁関係の希薄化など、地域のつながりや地域力の低下に対応するため、地域における日常的な見守りや支え合い体制の充実が求められます。

地域包括支援センター、社会福祉協議会、民間事業所などとの連携による見守り体制の整備や、身近な地域における高齢者等のつどいの場の確保により、協働・互助による支え合いネットワークの構築を目指します。

また、介護事業所や関係課と連携を図り、災害時や感染症発生時の情報を共有し、介護サービスや生活支援等の提供など支援体制を整備します。

(1) 見守り体制の充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、各種事業の実施、充実を図り、見守り・安否確認体制の構築を進めます。

また、民間事業者などとの連携により、日々の見守り体制の強化を図ります。

① 緊急通報システム事業

一人暮らし高齢者等の日常生活における不安を解消するため専用装置を貸与し、緊急時の連絡体制を確立する目的で実施しています。

高齢者や介護者が安心して地域で暮らすことができるよう、事業を周知し、利用促進を図ります。

今後は、緊急時に通報を受けるだけでなく、センサータイプの機器を活用しての見守りや相互通話機能をもった機器での見守り体制を検討し整備します。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
緊急通報システム利用者数(人)	27	33	40	50	60	70	80

②民間事業者との連携

高齢者が住み慣れた地域で安心した生活を続けられるよう、個人宅を訪問する事業・活動などを実施している民間事業者と見守りに関する協定を締結し、民間事業者が提供するサービスを受けている高齢者を対象に、見守り活動を行います。

協力事業者の拡大を図り、地域の見守り体制の強化を図ります。

(2)災害時や感染症に対する対策

近年、自然災害が全国的に多発しており、台風や地震等による被害も大きくなっています。高齢者や障がい者などの避難行動要支援者の安全を守るためには、避難訓練の実施や防災啓発活動、物資の備蓄・調達状況の確認といった災害への備えと、災害発生時に迅速に避難・救助ができる体制を整備する必要があります。

また、新型コロナウイルスによる影響は、これからの感染症対策の在り方を再考するきっかけとなりました。「新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づく感染症拡大防止の取組や、介護事業所、保健所、医療機関と連携した感染症発生時の支援体制の構築を推進し、高齢者の健康の確保に努めます。

①災害時の対策

災害に対する備えとしては、日頃から介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他のほかの物資の備蓄・調達状況を確認、把握しておくことが極めて重要となります。

介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認し、関係機関等と共有し、特に、連絡系統や個別具体的な避難経路等の確認、地震等の大規模災害発生時には、一人暮らしの高齢者や障がい者などの避難に支援が必要な方(災害時要配慮者、要支援者)を地域全体で支えることが求められることから、避難行動要支援者名簿の整備を図ります。

②感染症対策

感染症に対する備えとしては、日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染症拡大防止策の周知徹底、感染症予防等に係る物資の事前備蓄、感染症発生時の代替サービス確保に向けた連携体制の構築等を行うことが極めて重要となります。

介護事業所等の感染症発生時におけるサービス提供体制や対応計画を定期的に確認するとともに、感染症に係る研修会等を実施し、職員や関係者の感染症に対する理解や知見を深めていきます。

(3)高齢者の住まいの安定確保

「住まい」は生活の基盤ですが、高齢者の家族構成、経済状況、健康状態等、様々な状況が存在し、「在宅」か「施設」かといった考え方だけでなく、個々の状況やニーズに沿った選択が可能となるよう、多様な「住まい」を確保することが重要です。

このため、持家や賃貸住宅の住宅改修支援に加え、加齢対応構造等を備えた公営住宅への入居案内、養護老人ホームへの入所措置、その他の高齢者に対する賃貸住宅の整備など、必要に応じて県と連携を図りながら住まいの安定確保に努めます。

①公営住宅の入居

本町では、加齢対応構造等を備えた公営住宅「南町高齢者住宅」を設置しており、当該住宅への入居の案内や住宅の維持管理に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
高齢者対応公営住宅数(戸)	24	24	24	24	24	24	24
入居者数(人)	23	22	24	24	24	24	24

②養護老人ホームへの適切な入所措置

近年、家庭環境や経済的な理由により一人暮らしや在宅での生活が困難な高齢者が増加しています。本町では養護老人ホーム「敬老園」を設置していますが、高齢者のそれぞれの実情に応じて、生活の基盤となる居住の確保のため適正な措置を実施していきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
町内養護老人ホーム入所者数(人)	23	21	23	25	27	28	30
町外養護老人ホーム入所者数(人)	5	5	5	5	5	5	5

③生活困窮者への低廉な家賃の住まいの提供

単身世帯の高齢者をはじめ低所得者、障がい者など住宅確保要配慮者の住まいの確保が大きな課題となっています。住宅確保要配慮者は様々な要因により賃貸住宅の入居を拒否されたり、劣悪な住宅環境に身をおいて生活している人もいます。

本町では、空き家などを含めた既存資源の有効活用や民間や県とも連携して困窮する高齢者等に対し供給体制の充実を図っていきます。

基本方針3 介護給付の充実と適正化

1 保険者機能の強化

中長期的な視点に立ち、介護保険制度を持続可能な制度とするために、また、町の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、個々の利用者が真に必要なとするサービスを確保し、公平かつ効率的な介護保険制度の運営を目指す観点から、より実効性の高い介護給付適正化の事業を進めていく必要があります。介護保険の円滑かつ安定的な運営を図るためには、限られた財源を効果的に使用し、適正なサービスを真に必要な人に提供していくことが重要です。

サービス利用者のニーズ把握等に努め、事業者指導等の保険者機能の強化や介護給付の適正化を図り、サービスの適正利用を促進します。

(1) 介護給付の適正化

介護給付費が適正に支給されているか、効果のある介護サービスが行われているか等の状況を正確に把握することで、透明性が高く、公正かつ効率のよい介護保険制度の運用を図っています。

第9期計画より主要5事業であった、介護給付費通知が任意事業として位置づけられ、住宅改修等の点検がケアプラン点検に統合され、①要介護認定の適正化、②ケアプランの点検、③縦覧点検・医療情報との突合の3事業となりました。

第9期計画期間においては、主要3事業について実施していきます。

① 要介護認定の適正化

新規申請については、町職員による認定調査を実施し、更新及び区分変更申請については、居宅介護支援事業所へ委託します。提出された認定調査の内容を点検し、適正かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
新規件数(件)	219	216	220	220	225	225	230
更新等件数(件)	396	613	620	620	625	630	640

②ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者には資料提出を求め、又は訪問調査を行い、町職員が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なとする過不足のないサービス提供を確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供等の改善を図ります。

また、住宅改修費の給付や福祉用具の貸与に関し、利用者の状態や利用者自宅の環境から見た必要性や金額の妥当性及び適正な施工が行われたかの確認を書類審査又は現地確認により調査します。なお、リハビリテーション専門職等による確認等、専門職との連携を図りながら実施できる体制づくりに努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
ケアプラン点検件数(件)	9	7	14	14	14	14	14
住宅改修件数(件)	30	29	30	30	30	30	30
訪問点検件数(件)	1	0	5	5	5	5	5

③縦覧点検・医療情報との突合

給付適正化システムにより介護保険における給付内容と医療保険における給付内容との突合、及び縦覧点検帳票による請求内容をチェックします。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
点検回数(回)	4	4	4	4	4	4	4
突合回数(回)	12	12	12	12	12	12	12

(2)介護給付サービスの質の向上

利用者に質の高い適切なサービスが提供されるよう、ケアマネジャー等に対する支援や、介護事業者に対する適切な助言を行うとともに、指導や監査の強化等に取り組んでいきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
実地指導(回)	3	3	3	3	4	3	3
集団指導(回)	1	1	1	1	1	1	1

2 介護人材の確保と生産性の向上の推進

高齢者人口の増加に伴い、介護や支援を必要とする方が増える一方、現役世代人口の減少に伴い、介護人材不足が見込まれています。

介護保険サービスを安定的に提供するうえで介護人材の確保は重要な課題となっています。

介護人材の確保・育成・定着に向けた支援として、介護現場で働くきっかけとなる仕組み作りや、継続して働くための職場の環境づくり、業務の効率化、職員や介護保険サービス等の質の向上に努めます。

■介護人材の確保に向けた取組

確保	介護の仕事の魅力の発信、元気高齢者や外国人など人材の新規参入の促進、有資格者の掘り起し等の人材の確保
定着	介護職に就いた人材が長く働けるよう、キャリアアップ確立の支援やハラスメント対策など働きやすい環境づくり等事業者を支援
育成	質の高い介護サービスを安定的に提供できるようにするため、各種研修等のスキルアップを支援

(1) 介護分野で働く専門職の人材確保・定着に向けた取組

介護の仕事の魅力発信や求人情報等の発信により、新たな人材の確保、有資格者の掘り起し等、即戦力となる人材の確保に向けた取組を強化するとともに、国や県と連携し、新規参入や元気高齢者や外国人など多様な人材の活用、また介護職に就いた方が長く働けるよう、働きやすい環境づくりへの支援や、介護現場の業務改善や事務手続き等の文書削減、ロボット・ICTの活用による業務の効率化など、人材の定着に向けた取組を検討します。

(2)介護現場における業務改善の促進

①介護職員初任者研修及び実務者研修費用助成事業

新たに介護分野に就業される方の研修費用や、介護分野に就業されていてスキルアップを行う研修費用について、費用の一部を助成することとし、介護分野で働く人材確保や資質の向上に努めます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
助成対象(件)	3	4	6	7	8	8	8

②元気高齢者によるボランティア

必要な介護サービスの提供を確保するため、ボランティア活動の普及啓発に努め、介護人材不足が見込まれる訪問介護の生活支援の一部を担うことができるよう、ボランティア育成の体制づくりに努めます。

(3)介護分野における体制の効率化

①認定審査会の効率化

今後も高齢者の増加に伴う要介護認定申請件数の増加が見込まれることから、要介護認定制度における業務の簡素化等も踏まえながら、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために必要な体制を計画的に整備していきます。

	実績	見込	第9期目標値			中長期の推計値	
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
審査会実施(回)	24	24	24	24	24	24	24
審査件数(件)	615	829	840	840	850	855	870

②文書負担軽減

業務の効率化の観点からは、介護現場におけるICTの活用を進めるとともに、介護分野の文書に係る負担軽減を図るため、個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化やICT等の活用を進める必要があります。

そのため、国や県、本町・関係団体等がそれぞれの役割を果たしながら、連携して介護事業者や保険者の業務効率化の取組を進めます。

第5章 介護保険サービス見込みと保険料

介護が必要な状態となった高齢者への支援の充実を図るため、必要とする人が必要とするサービスを実実に受けられるよう、近隣市町村との連携を図りながらサービスを円滑に提供する体制を整え、サービス供給量の確保に努めます。

より地域に根ざしたサービスの提供やサービスの質の向上を促進するとともに、制度やサービスの周知、低所得者への配慮などの介護サービスの充実に努めます。

1 介護保険事業量の見込み

(1) 居宅サービス/介護予防サービス

在宅における自立した生活ができるよう支援するのが居宅介護サービスです。要介護1から5の認定者の方を対象とした居宅サービス、要支援1・2の方を対象とした介護予防サービスという区分になっています。

<居宅サービスの体系>

サービス名	概要
○訪問介護	ホームヘルパーを要介護認定者の家庭に派遣し、入浴、排泄、食事などの日常生活上の世話をします。
○訪問入浴介護 ○介護予防訪問入浴介護	家庭において入浴することが困難な要介護・要支援認定者に対し、移動入浴車を派遣し、入浴の援助を行うサービスです。
○訪問看護 ○介護予防訪問看護	病状が安定期にある在宅の要介護・要支援認定者に対して、看護師等が訪問し、療養上の世話や心身機能の維持回復、又は必要な診療の補助などを行うサービスです。
○訪問リハビリテーション ○介護予防訪問 リハビリテーション	病院・診療所及び介護老人保健施設の理学療法士又は作業療法士が要介護・要支援認定者の自宅を訪問して、訪問リハビリテーション計画のもとでリハビリテーションを行うサービスです。
○居宅療養管理指導 ○介護予防居宅療養管理指導	病院、診療所や薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が、通院困難な要介護・要支援認定者の自宅を訪問し、療養生活の質の向上を図るため、療養の管理指導を行うサービスです。

サービス名	概要
○通所介護	要介護認定者が日帰りで介護施設に通い、入浴、食事の提供、その他の日常生活上の世話、日常生活動作訓練を行うサービスです。
○通所リハビリテーション ○介護予防通所 リハビリテーション	要介護・要支援認定者が、介護老人保健施設、病院、診療所に通い、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うサービスです。
○短期入所生活介護 ○介護予防短期入所生活介護	要介護・要支援認定者が、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を受けるサービスです。
○短期入所療養介護 ○介護予防短期入所療養介護	要介護・要支援認定者が、老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所し、看護、医学的管理の下で、介護及び機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話を受けるサービスです。
○福祉用具貸与 ○介護予防福祉用具貸与	要支援者・要介護に対して、日常生活上の便宜を図るための福祉用具や、機能訓練のための福祉用具を貸し出すサービスです。
○特定福祉用具購入費 ○特定介護予防福祉用具購入費	要介護・要支援認定者が、福祉用具貸与になじまない特定の福祉用具(入浴用品や排泄用品)を購入する費用について、一定額の補助を受けることのできるサービスです。
○住宅改修 ○介護予防住宅改修	要介護・要支援認定者が、自宅で生活し続けることができるように、手すりの取付けや床段差の解消など、小規模な住宅改修の費用を支給(費用は原則として20万円を上限(同一住宅・同一要介護者 1 回が限度))するものです。
○特定施設入居者生活介護 ○介護予防 特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、軽費老人ホームに入居している要介護・要支援認定者に対して、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。

■居宅サービスの提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
訪問介護	給付費（千円）	38,883	39,215	39,679	40,576	40,576	43,637
	回数（回）	1,066.3	1,058.5	1,073.7	1,096.9	1,096.9	1,169.3
	人数（人）	76	75	76	77	77	81
訪問入浴介護	給付費（千円）	8,714	13,731	14,479	14,479	14,479	15,968
	回数（回）	60.0	99.9	104.8	104.8	104.8	114.8
	人数（人）	12	16	17	17	17	19
訪問看護	給付費（千円）	67,303	64,457	66,238	66,903	67,415	72,874
	回数（回）	812.6	750.4	769.3	776.9	782.9	845.1
	人数（人）	117	103	105	106	107	115
訪問リハビリテーション	給付費（千円）	13,632	18,300	18,323	18,323	18,758	20,341
	回数（回）	393.5	521.5	521.5	521.5	533.5	578.7
	人数（人）	38	36	36	36	37	40
居宅療養管理指導	給付費（千円）	5,390	5,757	5,765	5,852	5,856	6,154
	人数（人）	54	60	60	61	61	64
通所介護	給付費（千円）	248,368	256,673	258,978	261,368	266,846	281,271
	回数（回）	2,529	2,605.9	2,619.5	2,642.3	2,690.1	2,827.5
	人数（人）	245	235	236	238	242	254
通所リハビリテーション	給付費（千円）	31,237	41,566	43,158	43,158	44,927	46,632
	回数（回）	311.1	383.0	393.7	393.7	407.7	424.5
	人数（人）	37	41	42	42	43	45
短期入所生活介護	給付費（千円）	27,616	42,853	42,907	42,907	42,907	46,907
	日数（日）	265.9	424.1	424.1	424.1	424.1	461.9
	人数（人）	31	45	45	45	45	49
短期入所療養介護 （老健）	給付費（千円）	4,434	8,522	7,731	8,533	8,533	8,533
	日数（日）	32.4	61.6	55.6	61.6	61.6	61.6
	人数（人）	7	10	9	10	10	10
短期入所療養介護 （病院等）	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護 （介護医療院）	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費（千円）	41,640	35,483	35,900	36,482	37,125	39,843
	人数（人）	233	216	218	221	224	238
特定福祉用具購入費	給付費（千円）	2,128	2,084	2,084	2,084	2,084	2,084
	人数（人）	4	5	5	5	5	5
住宅改修費	給付費（千円）	3,242	5,758	5,758	5,758	5,758	5,758
	人数（人）	3	4	4	4	4	4
特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	37,625	37,591	37,638	37,638	37,638	37,638
	人数（人）	17	17	17	17	17	17

■居宅サービス(介護予防)の提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費(千円)	4,475	4,722	4,728	4,728	4,728	4,728
	回数(回)	50.6	53.5	53.5	53.5	53.5	53.5
	人数(人)	16	17	17	17	17	17
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	3,305	4,874	4,880	4,880	4,492	4,880
	回数(回)	101.4	145.6	145.6	145.6	133.9	145.6
	人数(人)	9	13	13	13	12	13
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	147	388	388	388	388	388
	人数(人)	3	5	5	5	5	5
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	5,059	7,676	7,686	7,686	7,686	7,980
	人数(人)	12	19	19	19	19	20
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	494	520	520	520	520	520
	日数(日)	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3
	人数(人)	1	1	1	1	1	1
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	3,893	4,571	4,571	4,713	4,568	4,713
	人数(人)	60	64	64	66	64	66
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	494	272	272	272	272	272
	人数(人)	1	1	1	1	1	1
介護予防住宅改修	給付費(千円)	0	2,695	2,695	2,695	2,695	2,695
	人数(人)	0	2	2	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	692	694	695	695	695	695
	人数(人)	1	1	1	1	1	1

(2)地域密着型サービス/地域密着型介護予防サービス

地域密着型サービスは、要支援者・要介護者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、身近な地域におけるサービスの利用と提供を考えたサービスです。

<地域密着型サービスの体系>

サービス名	概要
○定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護	利用者の医療・看護ニーズに迅速かつ的確に対応するため、1日複数回の定期訪問と24時間の随時対応を組み合わせ、訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供するサービスです。
○夜間対応型訪問介護	夜間を含め24時間安心して生活できるように、夜間の定期巡回訪問、通報による訪問介護サービスを提供します。
○地域密着型通所介護	要介護認定者が、デイサービスセンター(利用定員:18人以下)に通い、入浴、食事の提供、その他の日常生活上の世話、日常生活動作訓練を受けるサービスです。
○認知症対応型通所介護 ○介護予防 認知症対応型通所介護	認知症であっても日常生活動作において自立している要支援・要介護者認定者がデイサービスセンター等に通い、入浴や食事の提供とこれに伴う介護・生活等に関する相談・助言、健康状態の確認と機能訓練を受けるサービスです。
○小規模多機能型居宅介護 ○介護予防 小規模多機能型居宅介護	要支援者・要介護者が「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援するサービスです。
○認知症対応型共同生活介護 ○介護予防 認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護とは、グループホームのことであり、入居している認知症要支援者・要介護者に対して提供される、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練等を行います。
○地域密着型 特定施設入居者生活介護	定員29人以下の有料老人ホーム等の施設に入居している要介護者に、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練などを行うサービスです。
○地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護	定員29人以下の特別養護老人ホームで、入所者に、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話及び健康管理などのサービスを提供する施設です。
○看護小規模多機能型居宅介護	要介護度が高く、医療ニーズの高い利用者に柔軟に対応するため、小規模多機能型居宅介護と訪問看護等の複数のサービスを組み合わせ一体的に提供するサービスです。

■地域密着型サービスの提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	給付費（千円）	2,307	5,348	6,119	6,884	6,884	6,884
	人数（人）	3	7	8	9	9	9
夜間対応型訪問介護	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費（千円）	25,338	33,024	38,520	38,520	38,520	38,520
	回数（回）	257.3	318.6	364.0	364.0	364.0	364.0
	人数（人）	13	14	16	16	16	16
認知症対応型通所介護	給付費（千円）	3,514	3,052	3,056	3,056	3,056	3,056
	回数（回）	25.1	25.2	25.2	25.2	25.2	25.2
	人数（人）	1	2	2	2	2	2
小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	46,882	62,151	62,229	62,229	62,229	62,229
	人数（人）	21	27	27	27	27	27
認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）	184,705	187,799	188,037	188,037	188,037	188,037
	人数（人）	60	60	60	60	60	60
地域密着型 特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活 介護	給付費（千円）	61,578	91,479	91,595	91,595	91,595	91,595
	人数（人）	19	29	29	29	29	29
看護小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
複合型サービス（新設）	給付費（千円）		0	0	0	0	0
	人数（人）		0	0	0	0	0

■介護予防地域密着型サービスの提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防認知症対応型 通所介護	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	回数（回）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型 居宅介護	給付費（千円）	594	1,521	1,523	1,523	1,523	1,523
	人数（人）	1	2	2	2	2	2
介護予防 認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

(3)居宅介護支援

居宅介護支援は、要介護者等が居宅において日常生活を営むことができるよう、介護支援専門員が、利用する居宅サービス等の種類、内容等を定めたケアプランを作成するサービスです。

サービス名	概要
○居宅介護支援 ○介護予防支援	要介護・要支援認定者が、介護(予防)サービスを利用できるよう、利用するサービスの種類及び内容を定めた計画を作成するものです。 また、サービス利用にあたって、サービス提供事業者との連絡調整や要介護者が介護保険施設へ入所を要する場合、施設の紹介も行います。

■居宅介護支援・介護予防支援の提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅介護支援	給付費(千円)	72,669	67,544	68,327	68,927	69,759	73,508
	人数(人)	368	343	346	349	353	371
サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防支援	給付費(千円)	4,364	4,887	4,894	4,949	4,837	5,060
	人数(人)	79	88	88	89	87	91

(4)施設サービス

施設介護サービスは、在宅での生活が困難な要介護認定者の方に、施設において生活支援を行うものです。

<施設サービスの体系>

サービス名	概要
○介護老人福祉施設	常時介護を必要とし、自宅における生活が困難な要介護者が入所する施設です。 入所する要介護認定者に対し、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。
○介護老人保健施設	病院の入院治療を終え、病状の回復期、安定期にあり、医療ケアが必要で、自宅での療養が困難な要介護者を対象とした施設です。 家庭に復帰することを目的として、機能訓練や介護、看護を行います。

■施設サービスの提供

サービス	単位	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費（千円）	248,093	288,550	288,915	288,915	288,915	288,915
	人数（人）	78	91	91	91	91	91
介護老人保健施設	給付費（千円）	157,284	173,199	173,419	173,419	173,419	173,419
	人数（人）	46	49	49	49	49	49
介護医療院	給付費（千円）	21,060	25,108	25,140	25,140	25,140	25,140
	人数（人）	5	6	6	6	6	6
介護療養型医療施設	給付費（千円）	0					
	人数（人）	0					

(5)総給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス（介護予防）給付費	598,402	605,073	610,638
地域密着型サービス（介護予防）給付費	384,374	391,079	391,844
居宅介護支援・介護予防支援給付費	72,431	73,221	73,876
施設サービス給付費	486,857	487,474	487,474
総給付費	1,542,064	1,556,847	1,563,832

※千円未満四捨五入のため合計が一致しない場合があります。

(6)標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①総給付費	1,542,064	1,556,847	1,563,832
②特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	55,045	55,366	55,746
③高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	31,826	32,018	32,236
④高額医療合算介護サービス費等給付額	3,810	3,828	3,854
⑤審査支払手数料	1,255	1,260	1,269
標準給付費見込額 (①+②+③+④+⑤)	1,634,000	1,649,319	1,656,937

※千円未満四捨五入のため合計が一致しない場合があります。

(7)地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①介護予防・日常生活支援総合事業費	57,873	57,873	57,873
②包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営) 及び任意事業費	36,410	36,410	36,410
③包括的支援事業 (社会保障充実分)	27,832	27,832	27,832
地域支援事業費見込額 (①+②+③)	122,115	122,115	122,115

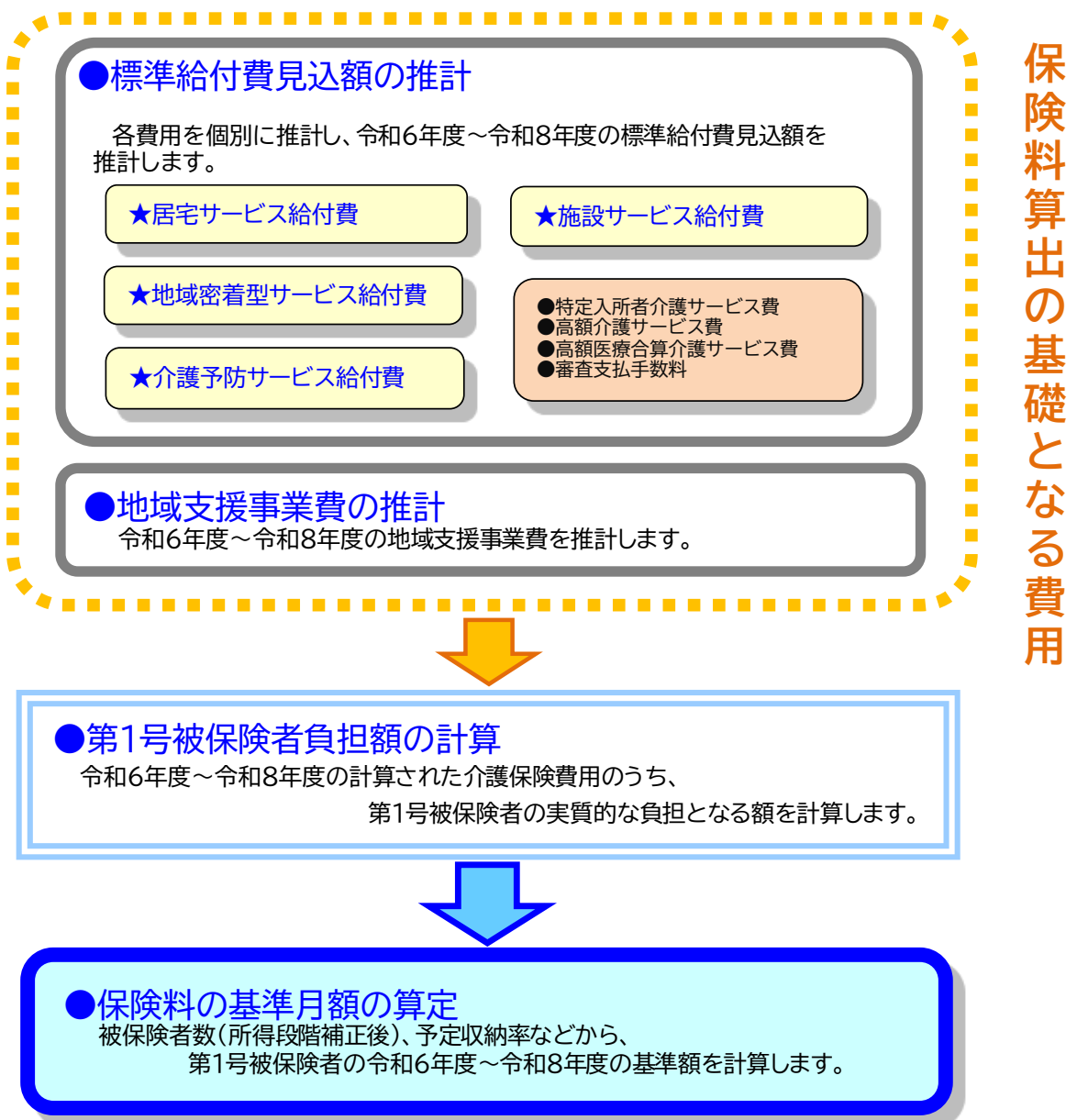
※千円未満四捨五入のため合計が一致しない場合があります。

2 介護保険料算出の流れ

(1) 介護保険料の算出の流れ

第1号被保険者の介護保険料算出までの流れは、おおむね以下ようになります。

■介護保険料の算出フロー



(2) 保険料の算定

第9期計画期間である令和6年度から令和8年度までの3年間の、標準給付費見込額、地域支援事業費、調整交付金見込額等から、第1号被保険者負担分である保険料収納必要額を算出しました。

■保険料の算定①

(単位:円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合 計
標準給付費見込額 (A)	1,634,000,138	1,649,319,653	1,656,937,328	4,940,257,119
地域支援事業費 (B)	122,115,143	122,115,143	122,115,143	366,345,429
第1号被保険者負担分相当額 (C) 【(A+B) × 第1号被保険者負担割合23%】	403,906,515	407,430,003	409,182,068	1,220,518,586
調整交付金相当額 (D) 【(A+介護予防・日常生活総合支援事業費) × 5%】	84,593,672	85,359,647	85,740,531	255,693,850
調整交付金見込額 (E) (交付率見込み)	69,486,000	64,308,000	59,106,000	192,900,000
保険者機能強化推進交付金等の 交付見込み額 (F)				8,662,000
保険料収納必要額 (G) 【C+D-E-F】				1,274,650,436
予定保険料収納率 (H)	99.50%			
所得段階別加入割合補正後被保険者数 (I) (第1号被保険者数)	5,950	5,976	5,974	17,900
保険料基準額 (年額) (J) 【G÷H÷I】				71,567
保険料基準額 (月額) (K) 【J÷12】				5,964

保険料基準月額は5,964円と算定されましたが、本町の第1号被保険者保険料剰余分の積立金である介護給付費準備基金を4,315万円取り崩して保険料の減額を図った結果、最終的な基準月額は前期計画期間と同様の5,762円となりました。

■保険料の算定②

(単位:円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合 計
介護給付費準備基金取崩額 (L)				43,150,000
保険料収納必要額② (M) 【G-L】				1,231,500,436
保険料基準額 (年額) ② 【最終】 (N) 【M÷H÷I】				69,144
保険料基準額 (月額) ② 【最終】 (O) 【N÷12】				5,762

令和6年度から令和8年度における、本町の各保険料段階の保険料額等については次のとおりです。

■第1号被保険者の介護保険料(所得段階別保険料額)

所得段階	所得等の条件	保険料率	保険料年額 (月額)
第1段階	生活保護被保護者や世帯全員が町民税非課税の老齢福祉年金受給者や世帯全員が非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.285	19,700 (1,642)
第2段階	世帯全員が町民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超え120万円以下の方	基準額 ×0.485	33,500 (2,794)
第3段階	世帯全員が町民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円を超える方	基準額 ×0.685	47,400 (3,946)
第4段階	世帯の誰かが町民税課税、本人は非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.9	62,200 (5,185)
第5段階	世帯の誰かが町民税課税、本人は非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える方	基準額	69,100 (5,762)
第6段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が120万円未満の方	基準額 ×1.2	83,000 (6,914)
第7段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が120万円以上 210万円未満の方	基準額 ×1.3	89,900 (7,490)
第8段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が210万円以上 320万円未満の方	基準額 ×1.5	103,700 (8,643)
第9段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が320万円以上 420万円未満の方	基準額 ×1.7	117,500 (9,795)
第10段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が420万円以上 520万円未満の方	基準額 ×1.9	131,400 (10,947)
第11段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が520万円以上 620万円未満の方	基準額 ×2.1	145,200 (12,100)
第12段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が620万円以上 720万円未満の方	基準額 ×2.3	159,000 (13,252)
第13段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が720万円以上の方	基準額 ×2.4	165,900 (13,828)

第6章 計画の推進に向けて

1 推進体制の整備・強化

(1) 推進体制の強化

第9期計画を確実に推進していくために、担当課(保健福祉課)を中心に「地域福祉計画」をはじめ各種関連計画との整合性を保ちながら施策の展開を図ります。

また、地域包括支援センターとの連携を深め、かつ介護サービス等を提供する町社会福祉協議会や介護保険事業者又は医療機関などとの協力を深めながら、緊密な連携のもとで必要なサービスが提供できるよう、計画推進のための体制強化を図ります。

(2) 保健・医療・福祉の連携体制の充実

今後も高齢化の進行が見込まれる中で、高齢者一人ひとりが健康で自分らしく暮らせる社会の実現を目指すとともに、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるように保健・医療・福祉の連携体制の充実を図ります。

(3) 近隣の市町相互間の連携

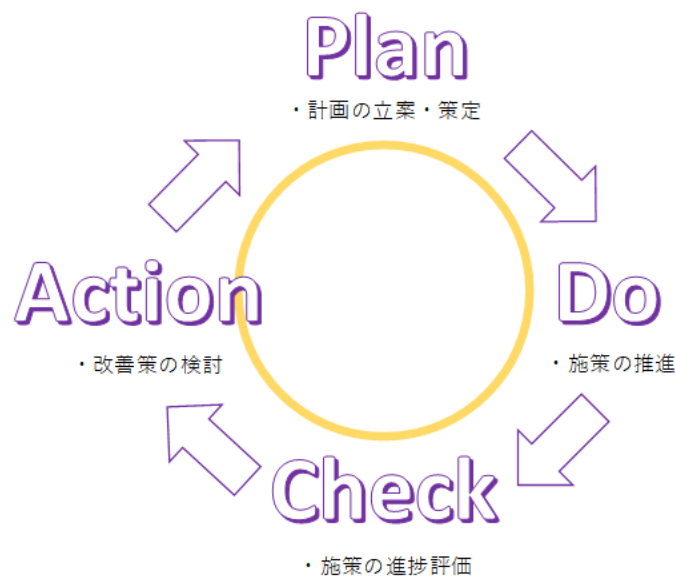
本町は介護保険事業の運営主体であり、住民に最も身近な自治体として、保健医療サービスや福祉サービスの水準の向上を図る責務があります。

地域資源を有効に活用するためには、地域の実情に応じて近隣の市町と連携して在宅医療・介護連携や介護予防の推進、認知症施策や生活支援・介護予防サービスの充実など、地域包括ケアシステムの推進に取り組みます。

2 計画運用に関するPDCAサイクルの推進

(1) 計画の進捗状況の点検

計画で掲げた方向性や施策については進捗を客観的に評価し、適切な見直しを行っていく必要があります。今後は、各種審議会での進捗状況の評価を実施し、また、アンケート等による町民の意見聴取を随時実施し、PDCAサイクルの考え方に則った取組を行います。



(2) 保険者機能強化推進交付金等の指標の活用

国では、平成29年の地域包括ケア強化法において、保険者が地域の課題を分析して高齢者の自立支援・重度化防止に取り組むことが制度化されました。

これを受けて平成30年度に、様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、自立支援・重度化防止等に関する取組を強化するための保険者機能強化推進交付金が、また、令和2年度には保険者による介護予防及び重度化防止に関する取組について更なる推進を図るため、新たな予防・健康づくりに資する取組に重点化した介護保険保険者努力支援交付金が創設されました。

これらの交付金はそれぞれの評価指標の達成状況に応じて交付金が交付されるもので、保険者は自らの取組の評価や、新たな取組の指標として活用します。

本町においても、交付金評価指標を活用し、施策・事業の評価、新たな取組について検討していきます。

資料編

1 三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員会設置要綱(抜粋)

(目的)

第1条 三春町高齢者保健福祉計画及び三春町介護保険事業計画(以下「計画」という。)達成状況を点検し、進捗上の問題点を把握するとともに、計画を推進するための対策を検討することを目的として、三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(事業内容)

第2条 委員会は、次の事業を行う。

- (1) 計画の進行管理を行うこと。
- (2) 本町に対し、計画の推進に必要な助言等を行うこと。
- (3) 保健福祉課その他関係団体が行っている事業等について情報交換を行うこと。
- (4) その他計画の推進に必要と認められる事項に関すること。

(委員)

第3条 委員会は、別表1に掲げる者をもって構成する。

2 委員の任期は、3年とする。ただし、再任を妨げない。

3 委員に欠員を生じた場合、後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員の互選により選出する。

2 委員長は、委員会の業務を統括し、必要に応じて委員会を招集する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理するものとする。

(意見の聴取)

第5条 委員会は、必要に応じて学問的かつ専門的な助言及び意見を得るため、関係者の出席を求めることができる。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、保健福祉課において処理する。

(補則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

2 三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員名簿等

■三春町高齢者保健福祉計画等進行管理委員名簿

役職	氏 名	構成区分	備考
委員長	橋本 和子	福祉関係者	三春町民生児童委員協議会長
副委員長	石川 和広	保健医療関係者	田村医師会推薦
委員	市川 より子	学識経験者	公益社団法人福島県看護協会
委員	大関 祐子	福祉関係者	特別養護老人ホーム施設長
委員	橋本 洋子	費用負担関係者	事業主代表(JA福島さくら推薦)
委員	橋本 光永	被保険者代表	三春町老人クラブ連合会長
委員	国分 初子	被保険者代表	
委員	松木 俊之	被保険者代表	

■庁内関係課等による協議

所属	協議メンバー	
財務課	財務課長	菊田 誠子
	財務グループ長	儀同 佐江子
税務会計課	税務会計課長	荒井 公秀
	課税グループ長	根本 義己
企画政策課	企画政策課長	渡辺 淳
	企画政策グループ長	佐久間 貴
保健福祉課	保健福祉課長	佐久間 美代子
	福祉グループ長	佐藤 禎一
	地域ケア推進グループ長	大須賀 美和
	介護保険グループ長	木次谷 真実
	介護保険グループ	緑川 可那子
三春町社会福祉協議会	事務局長	影山 敏夫
三春町地域包括支援センター	管理者	野内 三香子

第 9 次三春町高齢者福祉計画・第 9 期三春町介護保険事業計画
～ 高齢者いきいきプラン 9 ～

令和6年3月

三春町 保健福祉課

〒963－7796

福島県田村郡三春町字大町 1 番地の 2

TEL: 0247-62-3166 FAX: 0247-62-0202

URL: <https://www.town.miharu.fukushima.jp/>
