

第3章

計画の基本的な考え方

第3章 計画の基本的な考え方

第1節 地域共生社会の実現に向けた考え方

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。

その実現に向けては、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）」により「社会福祉法（昭和26年法律第45号）」が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備が市町村の努力義務とされました。

これまで、介護保険制度においても地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきましたが、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）」においては、令和22年（2040年）を見据えた地域共生社会の実現をめざし、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われました。

今後は、包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備と併せて、介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現をめざします。

第2節 計画の基本目標と基本方針

1 計画の基本目標

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。

2 計画の基本方針

基本方針Ⅰ 健康づくりと介護予防の推進

団塊の世代が75歳を迎える令和7年（2025年）には、高齢化率が37%に達すると予想されています。それに伴い、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加も見込まれることから、今後、ますます高齢者の自立した生活への支援対策が必要となっていきます。

そのためには、まず自らが生活の質の低下につながる疾病を予防することが大変重要であり、若いうちから健康づくりを推進していくとともに、高齢期においては、要介護状態になることを予防する取組を継続して、健康寿命を伸ばしていくことを推進する必要があります。

基本方針Ⅱ 三春町らしい地域包括ケアシステムの推進

高齢者の自立と尊厳を支えるケアを実現するため、団塊の世代が75歳以上となり介護が必要な高齢者が急速に増加することが見込まれる令和7年（2025年）までの間に、各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを目標としています。

その取組内容は、介護給付等対象サービスの充実を図るとともに在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実など、本町の地域資源を有効活用しながら地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて取り組み、令和7年（2025年）の目標をめざして段階的に構築します。

また、地域住民による支え合い活動などを、その意識づくりも含め、より一層進めていきます。また、包括的支援事業をさらに推進するとともに、行政、地域住民、民生児童委員、医療機関、介護サービス事業者などが連携し、高齢者を地域で支援する体制づくりも引き続き進めていきます。

基本方針Ⅲ 介護給付の充実と適正化

今後も少子高齢化の進展や核家族化により、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、今以上に在宅介護力の低下が懸念されることから、介護者への支援や在宅生活を支える介護サービスの維持・充実を図るとともに、在宅生活が困難になった場合の支援対策として必要な施設の拡充について検討します。

また、介護保険という限られた資源を効率的に活用していくため、必要な方に必要なサービスが行き渡るよう、介護給付の適正化に努めるとともに、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、介護給付以外の社会資源の検討も続けてまいります。

第3節 第8期計画の目標指標

第8期計画における3つの方針に基づき、第4章においては各施策に関する事項を設定しています。今後は、これらの施策の実施状況及び目標の達成状況を確認し、実績に関する評価を行い、これらを公表していきます。

また、地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付適正化について、目標と取組は次の通りです。

■ 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組と目標設定

1 被保険者の地域における自立した日常生活の支援		
【目標】住民主体活動を推進し、通いの場や生活支援活動の創出を促進する		
取組	①高齢者の社会参加の推進	方針Ⅰ－第2節－4
	②総合事業の充実	方針Ⅰ－第3節－1
	③生活支援サービスの拡充	方針Ⅰ－第3節－2
	④その他の生活支援サービス	方針Ⅰ－第3節－3
	⑤生活支援体制整備事業の基盤整備	方針Ⅱ－第4節－1
	⑥住民主体活動の支援	方針Ⅱ－第4節－2
	⑦認知症のバリアフリーの推進	方針Ⅱ－第5節－3
2 要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止		
【目標】フレイル予防とリハビリテーション専門職種等との連携を推進する		
取組	①健康づくり・生活習慣病予防の推進	方針Ⅰ－第1節－1
	②介護予防を重視した健康づくり環境整備の推進	方針Ⅰ－第1節－2
	③健康相談、検診結果相談の充実	方針Ⅰ－第1節－3
	④高齢者の保険事業と介護予防の一体的な実施	方針Ⅰ－第1節－4
	⑤自立支援・介護予防に関する普及啓発	方針Ⅰ－第2節－1
	⑥介護予防の通いの場の充実	方針Ⅰ－第2節－2
	⑦リハビリテーション専門職種等との連携強化	方針Ⅰ－第2節－3
	⑧認知症の医療ケア（早期診断・早期対応）と介護支援	方針Ⅱ－第5節－2
3 介護給付等に要する費用の適正化		
【目標】ケアプラン点検や住宅改修点検を実施する		
取組	①ケアプランの点検	方針Ⅲ－第1節－1
	②要介護認定の適正化	方針Ⅲ－第1節－1
	③住宅改修の点検	方針Ⅲ－第1節－1
	④医療情報との突合・縦覧点検	方針Ⅲ－第1節－1
	⑤介護給付費通知	方針Ⅲ－第1節－1

第4章

2025年・2040年を 見据えた施策展開

第4章 2025年・2040年を見据えた施策展開

介護保険制度は、地域包括ケアシステムを推進する観点から共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関わる取組を進めてきました。

令和2年（2020年）6月に交付された「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（法律52号）」により、令和22年（2040年）を見据えながら、地域共生社会の実現をめざすこととなりました。具体的には、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制構築の支援、地域特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制整備の促進、医療・介護データ基盤整備の推進、介護人材確保や業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しとなりました。

第8期計画の施策展開にあたっては、計画の基本目標『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』の実現をめざすため、包括的な支援体制構築などの社会福祉基盤の整備と併せて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムをはじめ、4つの基本方針に関連する多様な施策を一体的に展開していきます。

基本方針Ⅰ 健康づくりと介護予防の推進

第1節 健康づくりの推進

1 健康づくり・生活習慣病予防の推進

生活習慣病予防やがんの早期発見、早期治療により町民の健康づくりを図ることを目的に各種健康診査を実施しています。健康診査は健康づくり（介護予防）のベースとなる施策であることから、土曜日や日曜日の健診実施や健診時間帯の調整などによる受診率の向上を図るとともに、受診者及び未受診者の現状の分析を行い、引き続き問題点などの把握に努めます。また、生活習慣病に罹患した後の進行を抑える重症化予防にも重点的に取り組みます。加えて、病気や障害を抱えても、その人を取り巻く環境を調整することにより、自分が健康であると自覚できる期間を確保することができることから、その人にとって安楽が失われることのない健康感を支える仕組みづくりが重要であるため、健康な地域づくりを推進していきます。

参 考

■ 本町が実施する主な各種健診（検診）と対象者

健診(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歳以上または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
県民健康調査健診	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また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
肝炎ウイルス検診	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	40、45、50、55、60、65、70歳になる方

(1) 住民健診の充実

市民の利便性を考慮し、地区巡回で実施します。

また、受診しやすい環境づくりのため、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。

■ 健診（検診）受診率

単位：受診率／％

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
特定健康診査	51.9	45.0	52.0	55.0	57.0	60.0	65.0
一般健診 (後期高齢者)	23.0	15.0	25.0	27.0	30.0	35.0	40.0
肺がん検診	42.1	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0
胃がん検診	24.6	20.0	25.0	30.0	35.0	45.0	50.0
大腸がん検診	31.6	30.0	34.0	38.0	42.0	46.0	50.0
前立腺がん検診	28.6	25.0	25.5	30.5	35.5	45.5	50.0
乳がん検診	32.4	30.0	34.0	38.0	42.0	46.0	50.0
子宮頸がん検診	23.5	23.0	27.5	32.0	36.5	45.5	50.0
骨粗しょう症検診	5.7	5.6	6.0	7.0	8.0	9.0	20.0

(2) 出前講座による健康講座

高齢者の生活の質の低下につながる疾病等を予防し、健康寿命を延ばすためには一人ひとりの健康づくりに対する意識の向上が必要です。正しい知識を持ち、適切な行動をとることができるよう、情報を提供することができる場をつくる必要があります。そのため、より地域と密着した各地区集会所等に町保健師や栄養士が出向いて行われる「出前講座」を実施し、意識向上に努めていきます。

■ 出前講座

単位：開催回数／回、延参加人数／人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
開催回数	11	6	13	15	17	20	24
延参加人数	269	145	320	375	420	500	600

(3) フレイル予防等個別ケア

高齢者の「健康な状態」と「介護が必要な状態」の間にある「虚弱な状態＝フレイル」が起こる仕組みを広く周知し、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。

■ フレイル予防等個別ケア受診者数

単位:人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
受診者数 (後期高齢者 健診)	0	250	600	650	675	700	800

(4) 歯と口腔の健康づくり推進

健康な生活を送り健康寿命を延伸するためには、歯と口腔の健康は重要な役割を担っています。特に高齢者は誤嚥性肺炎や低栄養予防のためにも早い時期から口腔機能の維持管理が必要です。

本町の令和元年度（2019年度）40～70歳（5年毎）を対象とした歯科検診の結果より、異常なしと判定された者は12.5%ととても低い値であることから、早期の受診、治療等が重要です。

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。

■ 40歳～70歳（5年毎）の歯科検診受診率

単位:%

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
受診率	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	11.0	26.0

■ 後期76歳の歯科検診受診率

単位:%

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
受診率	12.0	16.0	17.0	18.0	19.0	21.0	36.0

2 介護予防を重視した健康づくり環境整備の推進

本町においては、各地区から選任された健康づくり推進員が中心となり、地域での健康知識の普及や健康意識の啓発が行われていますが、生涯にわたる健康づくりをさらに推進するためには、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あり、7つの地区ごとに地域住民が主体となって健康づくりに取り組めるような組織の整備を推進する必要があります。

(1) 健康づくりボランティア

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やヘルスマイト、スクエアステップリーダー及び指導者、食生活改善推進員、健康づくり自主グループなどに対し、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。

■ 健康づくりボランティア登録者数

単位:人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
登録者数	270	277	282	287	292	300	500

健康づくり推進員、ヘルスマイトの会、スクエアステップリーダー及び指導者、食生活改善推進員、小梅の会、元氣か〜い、健康サークル、フラワーキューピッド、介護予防サポーター修了生

(2) いきいき百歳体操

いきいき百歳体操は、高齢になっても気軽に取り組める筋力体操で、身体的フレイルの予防が期待できます。また、参加者間で同じ体操を行うことから、一体感や達成感が感じられ、社会的フレイルの予防にもつながります。

今後も引き続き、まちづくり協会や通いの場などでの主体的な取組を推進し、地域における継続した効果的な運営を支援していきます。

■ いきいき百歳体操

単位:取組団体数/団体、登録者数/人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
取組団体数	6	9	10	11	12	15	30
登録者数	110	170	200	220	250	300	600

3 健康相談、健診結果相談の充実

高齢者では、身近な人の死や退職などによる役割の喪失、つながりの喪失、種々の身体不調とそれに伴う日常生活の機能低下などによりうつ状態やうつ病を招きやすくなります。また、加齢とともに、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の健康問題が生活上の大きな課題となります。これらの環境要因や背景を踏まえ、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」を広く周知するとともに、相談体制を強化し、併せて自殺対策を図ります。

■ こころの健康相談（本町開催）

単位：相談件数/件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
相談件数	6	10	12	12	12	12	20

(2) 健診結果相談会

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。

■ 健診結果相談件数

単位：件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
相談件数	33	40	50	50	50	60	60

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

「健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）」による改正後の介護保険法等に基づき、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、高齢者が身近な場所で健康づくり活動に参加でき、また高齢者のフレイル状態を把握した上で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めざします。

令和元年（2019年）の健保法改正による改正後の介護保険法等では、高齢者の心身の多様な課題に対応してきめ細かな支援を行うため、介護予防を進めるにあたっては高齢者保健事業と一体的に実施するよう努めること、また他の市町村や後期高齢者医療広域連合が保有する被保険者の介護・医療・健診情報等を授受するための規定の整備が行われました。

一体的な実施にあたっては、介護・医療・健診情報等の活用を含め国民健康保険担当部局等と連携して取組を進めるとともに、「高齢者の医療の確保に関する法律（第125条の2第1項）」に基づき、本町が定める基本的な方針と整合を図りながら具体的に事業を推進します。

（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、福島県の平均値と比べて改善が必要と考えられる疾患等に関して事業を実施していきます。

また、現時点の指標で改善が必要な疾患として、高血圧、筋骨格系疾患が挙げられるため、当該疾患にかかる事業の実施に努めます。

（2）事業対象者の把握

介護保険認定非該当者、要支援1・2認定者のうちサービス未利用者等において基本チェックリストにより、何らかの支援を必要とする方を早期に把握し、適切なサービス利用へつなぐことにより、介護予防、生活機能低下の防止を図ります。

■ 事業対象者数

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
対象者数	61	120	135	155	180	240	510

第2節 自立支援、介護予防、重度化防止の推進

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、地域の実情に応じて、具体的な取組を進めていきます。

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、生きがいを持って日常生活を過ごすことが重要です。具体的には、高齢者が趣味や特技、サークル活動等を通じて地域社会と交流できる場、高齢者がこれまでに得た技能や経験を活かしたボランティア活動、就労的活動を通じて、地域や社会を構成する一員として社会貢献できる場の提供に努めます。

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や75歳で後期高齢者医療被保険者となる方等を対象に介護予防の普及啓発に資するための介護予防教室の開催や、介護予防に関するパンフレット等を作成し、地域の活動の場等において配布しながら啓発を行います。

■ 自立支援・介護予防に関する普及啓発参加人数

単位：介護予防教室対象者・参加者数/人、参加率/%

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
65歳対象者数	-	-	307	281	253	254	198
65歳参加者数	-	-	168	168	165	165	128
参加率	-	-	55.0	60.0	65.0	65.0	65.0

2 介護予防の通いの場の充実

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。国の方針では通いの場の範囲が、予防に資する場以外の生涯学習サークルや民間事業者の実施する活動も含まれるようになるため、情報を収集し、介護予防活動の場の確保を図ります。

また、通いの場に参加する高齢者の割合を8%以上にすることをめざします。

■ 介護予防の通いの場の充実

単位：通いの場/団体、参加者数・高齢者数/人、参加率/%

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
通いの場	11	25	30	32	34	38	50
参加者数	240	486	500	510	520	570	750
高齢者数	5,621	5,695	5,763	5,806	5,828	5,880	5,144
参加率	4.2	8.5	8.6	8.7	8.9	9.7	14.6

※高齢者数は住民基本台帳(基準日:各年10月1日)

2019年度団体:岩江まちづくり協会(百歳体操、スクエアステップ)、下舞木4区スクエアステップ、岩江元気か〜い(認知症予防)、平沢さくらの会(百歳体操)、七草木健康クラブ(百歳体操)、込木60歳以上の女子会(スクエアステップ)、中郷まちづくり協会(スクエアステップ)、深田和ひまわり会(百歳体操)、八幡町健康会(百歳体操)、フラワーキューピッド(百歳体操)

3 リハビリテーション専門職種等との連携強化

地域においても必要なリハビリテーションの支援や助言等が受けられるよう、リハビリテーション関係機関と連携し、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。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、ケアマネジメントの支援や地域ケア会議での支援、介護サービス事業者の介護職員への助言等、広い範囲での連携に努めます。

■ リハビリテーション専門職種等との連携強化

単位：専門職連携回数/回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
専門職連携回数	4	4	5	8	10	10	10

4 高齢者の社会参加の推進

(1) シルバー人材センターとの連携

年齢に関係なく、高齢者の「こころ」と「からだ」の状態に合わせ、働き続けることが何よりの介護予防であることから、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。

■ シルバー人材センター新規加入就労者

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
新規加入 就労者数	28	30	30	30	30	25	20

(2) 老人クラブとの連携

地域の高齢者の自主的団体の中核を担っており、会員同士の親睦や自らの健康・教養のための活動や地域の福祉・奉仕活動に取り組んでいます。

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。

■ 老人クラブ

単位：クラブ数/クラブ、会員数/人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
クラブ数	23	23	23	23	23	23	18
会員数	1,109	1,060	1,030	1,000	970	900	710

(3) 生涯学習活動との連携

高齢者が自らの意思で生涯学習活動へ参加したり、楽しみながら身体を動かすスポーツ活動に参加することは、介護予防や認知症予防に極めて有効であり、介護予防の通いの場としての位置付けにもなります。

生涯学習を通じて、教養を高め、仲間と趣味活動やスポーツを楽しむなど、高齢者が生きがいのある充実した生活を送ることができるよう関係部局と連携し、生涯学習の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位置付けする等、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（就労的活動）

生活支援等の支え手となるボランティアの人材を育成するため、介護予防サポーター養成講座や認知症サポーター養成講座を積極的に周知し、講座の参加を推進します。

また、生活支援コーディネーターや就労支援コーディネーターの体制を強化し、「支える側」と「支えられる側」という関係性に陥ることがないように、共に支え合う地域づくりの理念を啓発しながら、ボランティア活動の推進に努め、三春町社会福祉協議会が実施するボランティアセンターへの登録者数の増加を図ります。

■ 有償ボランティア登録者数

単位：登録者数/人、団体数/団体

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
有償ボランティア登録者数	26	25	25	30	30	35	50
ボランティア団体数	19	18	20	20	20	22	25

(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。

また、介護施設等でのボランティア活動や通いの場への参加に対してのポイント付与へ事業の内容を見直し、適正化を図ります。

■ ボランティアポイント制度

単位：登録者数・交付決定者数/人、引き換え率/%

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
登録者数	1,176	1,200	1,220	1,240	1,260	1,300	1,400
交付決定者数	620	660	732	744	756	780	910
引き換え率	52.7	55.0	60.0	60.0	60.0	60.0	65.0

第3節 介護予防サービスの充実

1 総合事業の充実

これまでの総合事業は、対象者が要支援者及び事業対象者に限定されていたため、総合事業の利用者が要介護の認定を受けた場合は、総合事業の利用が継続できなくなる状況でしたが、今後は要介護の認定を受けても、これまで受けていた総合事業の継続ができるようになりました。

対象者が広がる中、個別のケアマネジメントを行う地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が多様な総合事業のサービスを適切に提案できるよう、事業提供者との連携がますます必要となります。相互の情報交換が円滑に進むよう連携体制の整備に努めます。

(1) 通所型サービス・訪問型サービス（従来型・A・B）

従来型のサービスは、法に基づく事業所指定が必要なサービスであり、介護予防及び自立支援を目的に、通所では入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援や機能訓練を、訪問型では入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活援助を行います。

今後は、さらに効果的かつ効率的なサービスが提供できるよう、緩和された基準によるサービスである通所型A・訪問型Aの活用も含め検討を進めます。

また、有償・無償のボランティア等である住民主体による支援も必要性が高まることから、通所型B・訪問型Bの検討も進めていきます。

■ 通所型・訪問型サービス（従来型）延利用者数

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
通所型	1,327	1,452	1,524	1,524	1,524	1,272	1,164
訪問型	433	408	456	456	456	360	324

(2) 通所型サービスC・訪問型サービスC

保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービスで、生活機能の低下がみられる高齢者に対し、生活機能を改善するための効果的な介護予防プログラム（運動機能、栄養改善、口腔機能向上など）を実施するものです。

介護予防の短期集中的な支援であり、本人の生活の目標を明確にし、目標達成できるようケアマネジメントすることが重要となるため、地域包括支援センターやリハビリテーション専門職等が連携できる体制づくりに努めます。

■ 通所型サービスC・訪問型サービスC（短期集中型サービス）延利用者数

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
通所型C	-	90	60	60	60	60	60
訪問型C	2	3	6	8	10	15	15

(3) にこにこ元気塾事業

一般介護予防事業については、平成23年度（2011年度）より一次予防・二次予防合同通所型介護予防事業として「にこにこ元気塾」を7つの地区のコミュニティセンターなどに出向いて実施しています。平成29年（2017年）1月からは、新・総合事業への移行により介護予防普及啓発事業として実施していますが、地域包括ケアシステムの構築にあたり、広く一般の方にも介護予防を進めるためには、活動内容の見直しが必要とされています。

今後は、自主的に活動ができる方は「通いの場」として元気塾の活動ができるよう、通所型サービスBへの移行も含めた見直しを行います。

2 生活支援サービスの拡充

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）や買い物代行サービス等、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。

また、地域生活支援事業の総合事業として位置付けされる、住民主体による訪問サービス（訪問型サービスB）は、住民の自主活動として行う生活援助等のサービスであり、有償・無償ボランティア等や本町の支援で運営されます。

これらの民間や地域住民の事業を推進することで、元気な高齢者の方が生活支援の担い手として活躍できるよう、地域のニーズに沿いながら創設や活動支援を推進します。

■ 民間サービス延利用者数

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
おたがいさま	18	25	30	35	35	40	50
買い物代行	-	10	15	20	20	30	50

3 その他の生活支援サービス

(1) 介護用品給付券

在宅で生活する要介護3以上の方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。

なお、令和3年（2021年）4月からは要介護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とし、適正な事業運営をめざします。

■ 介護用品給付券

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
交付者数	153	110	120	120	120	130	150

(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。

■ 高齢者等宅配給食サービス

単位：延配食数/食、年度末利用者数/人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
延配食数	10,957	11,897	12,800	13,800	14,800	15,800	17,800
利用者数	63	70	75	80	85	90	100

4 PDCAサイクルに沿った推進

高齢者の自立支援に資する取組を推進することで、要介護状態等になっても、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現をめざしています。そのため、多様なサービスである短期集中予防サービスや地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し進めていきます。

また、効果的・効率的な取組となるよう令和2年（2020年）の法改正も踏まえた地域支援事業等に関するデータやアウトカム指標・プロセス指標といった評価指標を活用するとともに、好事例について横展開を図りながらPDCAサイクルに沿って取組を進めます。

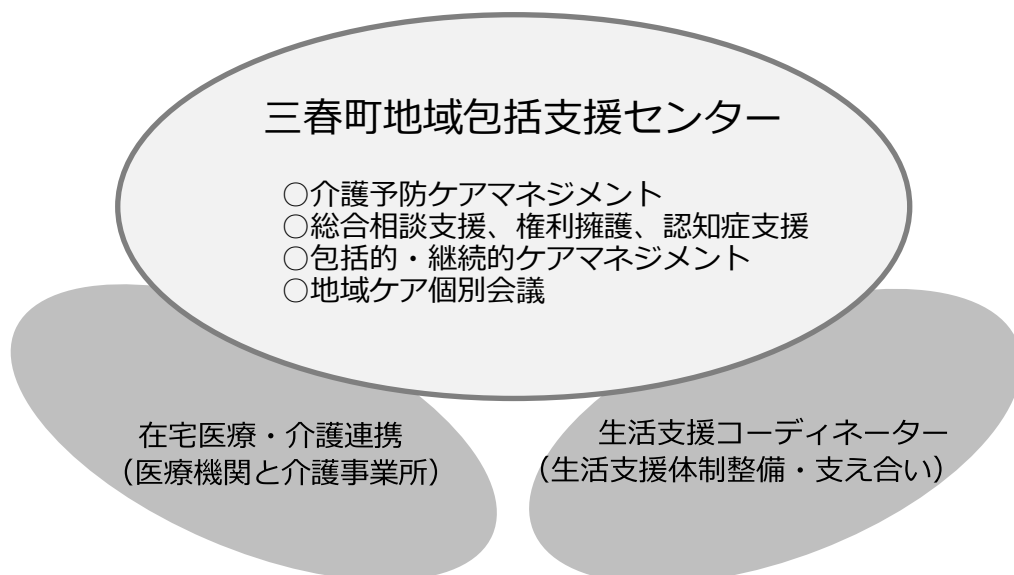
また、介護予防を進めるにあたっては、高齢者の心身の状態が自立、フレイル、要支援、要介護、またその状態が可変であることから、連続的に捉え支援するという考えに立って推進します。

第4節 地域包括支援センターの在り方の検討と機能強化

本町において地域包括ケアシステムを構築していくためには、地域の特性を踏まえたうえで、「まちづくり」全般に係わる施策を住民コミュニティ組織と連携して進めることが必要であり、地域包括支援センターも地域の課題を共有し、具体的な方針を定め、行政との連携強化がさらに必要となります。

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。

■ 三春町地域包括支援センターの実施体制のイメージ



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

予防支援を必要とする要支援認定者及び事業対象者に対し、地域包括支援センターがケアプランの作成やアセスメントを実施して、事業実施後の効果の評価を行っています。

■ 介護予防ケアマネジメント事業

単位：実施延件数/件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
要支援	776	830	830 (360)	830 (480)	830 (480)	972	996
ケアプランA	1,387	1,470	1,470 (360)	1,470 (480)	1,470 (480)	1,140	1,032
ケアプランB	-	370	300	300	300	540	540
ケアプランC	-	-	12	24	36	40	40

※()内は、うち委託件数

地域包括支援センターは、連続的で一貫性を持った介護予防ケアマネジメント体制を実現するため、「要支援者の予防給付のケアマネジメント業務」と「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）のケアマネジメント業務（ケアプランA～C）」を総合的に取り組むことをその基本的業務としています。

しかし、年々増加する要支援者等のケアマネジメント業務への対応が課題となっており、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）を円滑に実施するためにも、介護予防プランの作成などを居宅介護支援事業所に委託するなど、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント業務の在り方などについて検討を進めることとします。

(2) 総合相談・権利擁護・認知症支援業務

今後ますます増加すると見込まれる認知症高齢者や一人暮らし高齢者に対し、早期からの相談対応にあたり、権利擁護のための必要な支援や認知症者と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。

■ 総合相談支援実績

単位：相談件数/件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
相談件数	982	1,060	1,200	1,200	1,200	1,300	1,400
うち権利擁護	183	220	240	240	240	260	280
うち認知症	164	270	300	300	300	325	350

※複数の職員で対応する場合は、それぞれに1件として算定している。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が中心となって、介護支援専門員の相談支援や関係機関との調整を実施しています。

平成25年度(2013年度)からは、地域包括支援センターが町内の居宅介護支援専門員との定期的な意見交換会を主催し、居宅介護支援専門員が抱える問題点の把握に努めるとともに、本町と連携して、サービス担当者会議の質の向上やケアプランの適正化などを図るため、関係機関との調整を行っています。

■ 介護支援専門員との連携支援

単位：実施回数/件

単 位	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
連絡会	2	2	2	2	2	2	2
研修会	4	4	6	6	6	6	6
多職種連携	2	1	2	2	2	2	2

2 機能強化に向けた自己評価と町評価の実施

継続的に安定して事業を実施できるよう、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。

基本方針Ⅱ 三春町らしい 地域包括ケアシステムの深化・推進

第1節 地域包括ケアシステムの深化・推進

本町は法の基本的理念を踏まえ、介護給付または予防給付に係る居宅サービス等（以下「介護給付等対象サービス」という。）を提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を図り、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に努めています。

これまで地域包括ケアシステムの実現に向けた取組の中では、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体が中心となり、サービス提供者と利用者が「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう配慮しながら高齢者の社会参加等を進め生活支援事業の推進、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めてきました。

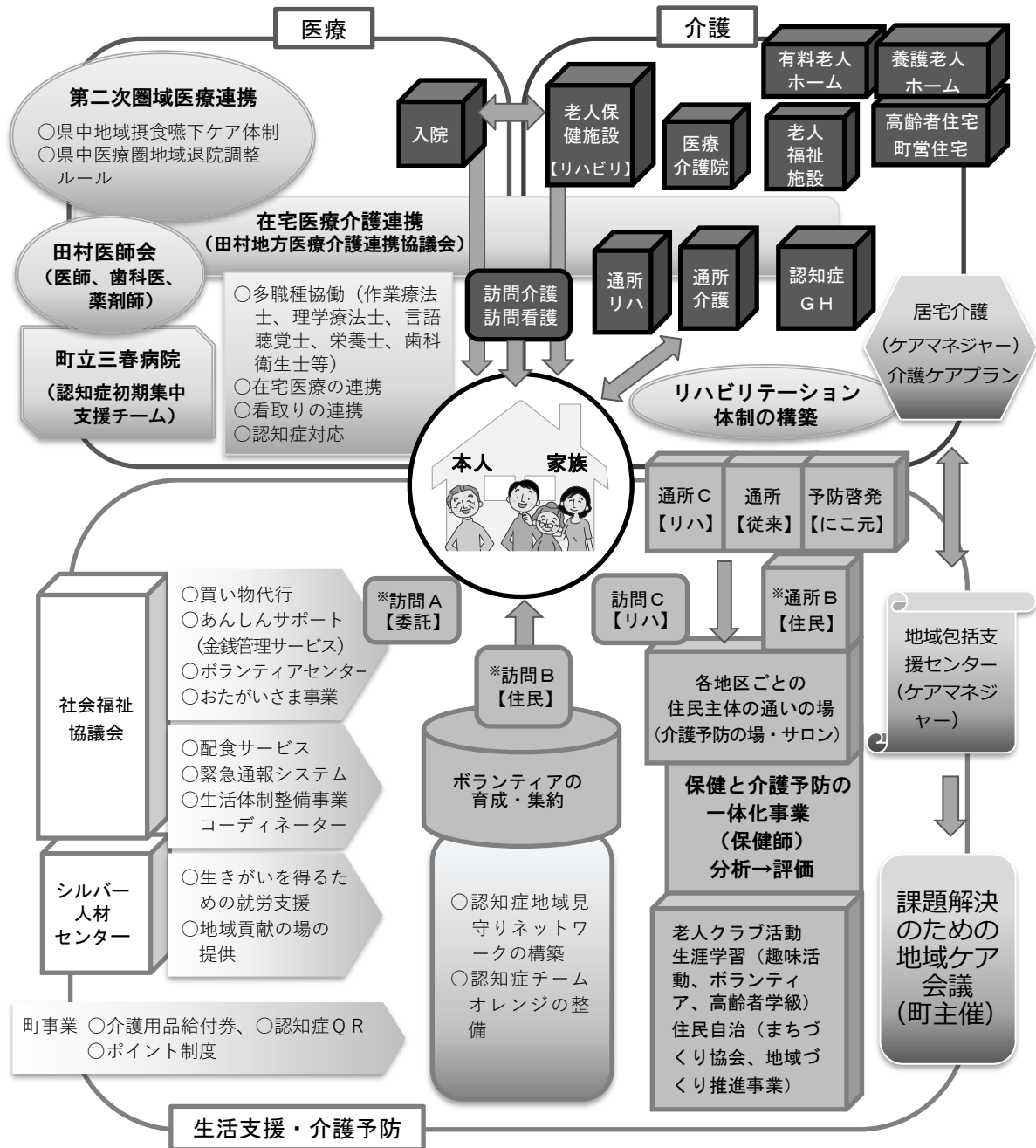
平成29年（2017年）の法改正では、このような地域共生社会の実現をめざし、社会福祉法（昭和26年法律第45号）が改正されたところです。本町においても公的な体制による支援を背景に地域住民と行政などが協働し地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備に努めます。この整備は地域包括ケアシステムの「高齢者に必要な支援を包括的に提供する」という考え方を拡大しており、障がい者や子ども等への支援も行われるものです。

本町では以上のような考え方を発展させた地域共生社会の実現をめざし、障がい者、児童、生活困窮者等を含む地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して、助け合いながら暮らすことのできる地域づくりを推進します。

■ 三春町における地域包括ケアシステムの姿

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～



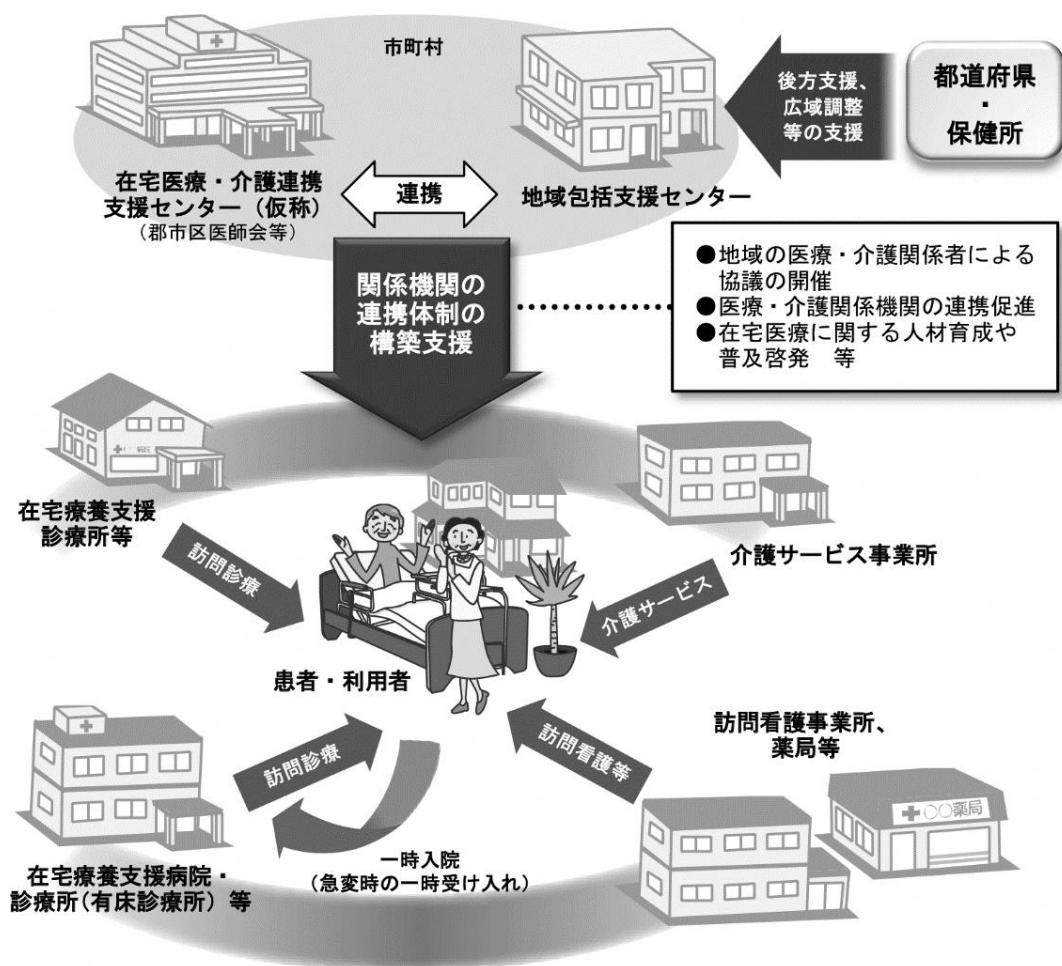
※訪問A・訪問B・通所B: 今後実施を検討しているサービス(サービスの内容はp.50参照)。

第2節 在宅医療・介護連携の推進

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅において提供される訪問診療などの在宅医療の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素となります。令和7年（2025年）には団塊の世代が75歳を迎えるなど、今後ますます少子高齢化が進展していく中、本町においても疾病を抱えつつ介護を必要とする高齢者が増えていくことが予想されることから、地元医師会と連携を図り、医療と介護の連携に関する課題対応を協議しつつ、在宅医療への移行を促進します。

また、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師及び介護支援専門員などの介護関係職種が、各々の専門知識を活かしつつ、一つのチームとして高齢者の在宅生活や家族の質の高い生活を支えていく必要があります。そのためにも相互の意見交換の場を定期的に設けるとともに、高齢者に関する医療・介護に関する情報の共有化を促進し、包括的なケアのための協働・連携の体制の整備を図ります。

■ 在宅医療・介護連携の推進のイメージ



1 在宅医療・介護連携体制整備の推進

在宅医療・介護連携体制の構築には、医師会をはじめとする専門職団体を通して多職種間の連携を深めることが重要です。

本町では、現状の課題分析を行うとともに、各専門職団体との協議の場を設け連携に係る課題やニーズを把握し共有していきます。在宅医療・介護連携の必要性と意識付けを行い、地域の課題解決への取組などを協議する各専門職の代表者から構成される協議体の設置をめざします。

(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ました。

(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。

連携推進にあたっては、看取りに関する取組や認知症の方への対応力を強化していくための取組も検討しながら進めていくことが必要となります。

■ 多職種連携の取組

単位：回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
会議研修の開催	-	-	1	2	2	4	4

2 二次医療圏内・関係市町の連携

田村地方では、平成26年度（2014年度）に医療・福祉・介護・行政等の各種団体が構成員となり「田村地方医療介護連携協議会」が設置されています。この協議会では多職種間の交流や情報交換をはじめ各種研修会を実施し人材の育成を行っています。

今後は、広域での連携に係る課題や各市町の実情に応じた在宅医療・介護の在り方について協議を進めていきます。

（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つくり平成28年（2016年）4月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）地域の医療・介護資源の把握と住民への普及啓発

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を行います。また、パンフレットや広報誌を活用し広く地域住民への普及啓発を行っていきます。

第3節 地域ケア会議の推進

本町では地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、民生委員や自治会等の地域の支援者・団体や専門的視点を持つ多職種を交え、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり、資源開発、⑤政策の形成という5つの機能を持つ地域ケア会議を活用し、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推進します。

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、担当課と地域包括支援センターが役割分担して行います。

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。

■ 地域ケア会議の開催実績

単位：回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
個別会議	4	8	12	12	12	12	12
ケース件数	3	6	8	8	8	8	8
推進会議	-	1	1	1	1	1	1

2 多職種協働によるネットワークの構築や資源開発

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。

これらの課題分析や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し、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。

第4節 生活支援体制整備事業の推進

単身または夫婦のみの高齢者世帯等で支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域の通いの場（地域サロン）の開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援等、生活支援の必要性が増加していることから、地域の実情に応じて多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供していくことが求められています。

また、社会参加意欲の強い団塊の世代が高齢化していくことから高齢者の社会参加を通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することが期待できます。そのため、生活支援・介護予防サービスの充実のためには、地域のニーズや資源の把握を行った上で、以下の取組を進めるコーディネート機能の充実や協議体の設置が必要となります。

生活支援・介護予防サービスの充実においては、高齢者の社会参加や社会的役割を持つことが高齢者の生きがいや介護予防につながるという観点から、高齢者等の地域住民の力を活かしながら事業を推進することが必要となります。

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、単発的な講演会で終わらないよう、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を続けます。

■ 住民講演会・勉強会等の実施

単位：回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
講演会	-	1	1	0	1	1	1
勉強会	-	2	3	5	7	10	10
報告会	-	-	1	1	1	1	1

（２）協議体による活動の推進

住民のニーズに合った、身近で参加しやすい場を整備することが必要であり、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、生活支援体制整備事業に取り組めるような協議体としての組織の整備を推進します。

（３）他部署との連携

企画政策課で実施している「地域コミュニティ推進事業」や生涯学習課で実施している「生涯学習サークル活動」など、各課等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強化

生活支援コーディネーターは、地域住民の方が必要とする生活支援について一緒に考え、地域団体との調整や協力要請を働きかけたり、地域でのネットワークを構築しながら地域を支援する者であり、町とともに生活支援体制の整備を進めるうえで重要な役割となります。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等、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。

■ 生活支援コーディネーター

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
配置人数	兼務1	兼務3	専任2	専任2	専任2	専任3	専任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（通いの場やごみ収集事業）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。

■ まちづくり推進事業助成金

単位：交付件数/件、助成額/千円

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
交付件数	-	2	4	5	6	7	7
助成額	-	1,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000

(2) 専門職等による支援

地域住民が主体的に活動する通いの場に対しては、介護予防に資するための大切な場となります。本町では、保健事業と介護予防の一体化事業として、保健師や歯科衛生士、理学療法士等の専門職を派遣することで、通いの場での介護予防や活動の充実を図ります。

■ 通いの場に対する専門職支援

単位：支援件数/件

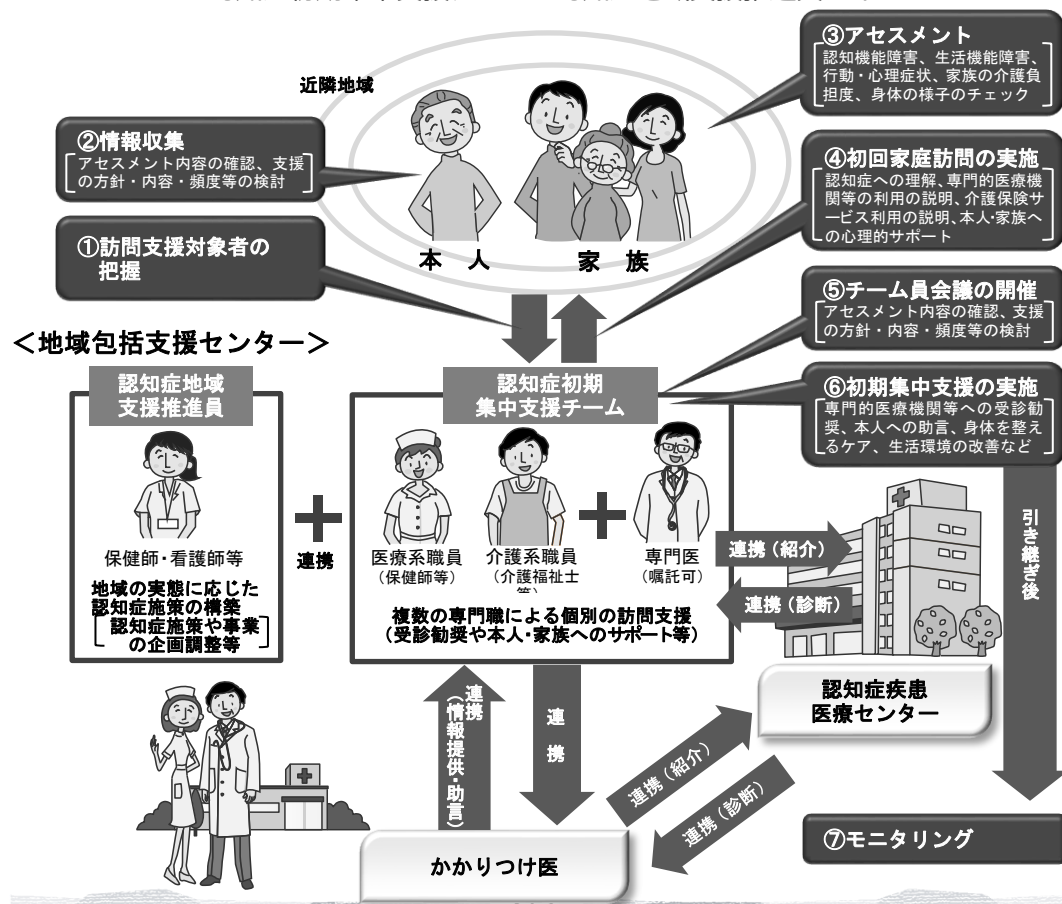
	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
件数	6	10	136	144	153	171	225

第5節 認知症施策の推進

本町の高齢者人口の約1割が日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者で、要支援・要介護認定者においては、認知症高齢者の割合が約6割を占めており、今後も高齢化が進展していく中で認知症高齢者は増加していくものと予想されます。

これらの課題に対応するため、本町においても、認知症の本人やその家族の視点を重視した施策に取り組み、認知症になってからも住み慣れた地域で生活が継続できるよう支援していくための体制や地域づくりを推進していきます。

■ 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員のイメージ



1 普及啓発・本人発信支援及び予防対策

認知症サポーターの養成等を通じて認知症に関する理解促進や相談先の周知、認知症の本人が自分の思いを発信しやすい環境づくりに取り組みます。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

認知症の人が住み慣れた地域で日常生活を送るためには、家族や地域住民の認知症に対する正しい理解が不可欠です。町民や企業、町内の学校に通う児童・生徒を対象に認知症サポーター養成講座を開催し理解を深める場を提供しながら、地域住民の方への周知啓発を進めます。

■ 認知症サポーターの養成

単位：人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
認知症サポーター	13	80	100	100	100	120	120

(2) 思いの発信と予防のための通いの場の確保

認知症カフェは、認知症の本人やその家族が、思いの発信や地域の方との交流の場として期待されています。現在は、三春病院や介護施設で開催されていますが、今後はグループホームなどの地域密着型サービス事業者や地域の通いの場においても開催されることが望ましいため、住み慣れた身近な環境での広がりを推進します。

また、地域の通いの場で行われている体操なども認知機能低下の予防につながるため、通いの場の確保も併せて推進します。

■ 認知症カフェ・通いの場

単位：参加人数/人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
認知症カフェ	2	2	3	4	5	7	10
通いの場	-	0	0	0	1	2	3

2 医療・ケア（早期診断・早期対応）と介護支援

認知機能低下のある方（軽度認知障害を含む）や認知症の方に対して、早期診断・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等のさらなる質の向上や連携の強化を推進します。また、医療従事者の認知症対応力向上のための取組に対しては医療機関等へ協力要請を行います。

（1）認知症初期集中支援チーム

家族等の相談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専門職が訪問し、本人、家族を含む、認知症の初期の支援を包括的集中的に行うサポートチームです。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。

■ 認知症初期集中支援チーム

単位：件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
相談件数	10	10	15	15	15	20	30

（2）認知症地域支援推進員の運営・活用の推進

認知症ケアの向上を図るためには、認知症の方やその家族を支援する相談業務のほか、地域において「生きがい」を持った生活を送れるような社会参加活動も必要となります。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。

（3）認知症介護者への支援

認知症の相談先や認知症施策等を記載した「認知症ケアパス」を活用し、認知症の方やその家族、医療・介護関係者等の間で共有することで、サービスが切れ目なく提供されるような体制づくりを行い、介護者の不安軽減に努めます。

また、徘徊等の恐れのある認知症高齢者等の見守りを強化し、地域のネットワーク体制を整備するとともに、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を促進します。

■ 見守りネットワークの構築

単位：ネットワーク協力団体数/団体、賠償保険加入/人、QRコード利用/人

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
ネットワーク 協力団体数	-	-	30	40	50	50	50
賠償保険加入	-	-	20	30	40	50	100
QRコード利用	-	5	10	15	20	25	50

3 認知症のバリアフリーの推進

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られるよう、生活のあらゆる場面での障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進します。

また、認知症の人が安心して外出できる地域の見守り体制や認知症サポーター等を認知症の人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」という。）の構築、成年後見制度の利用促進など、地域における支援体制の整備を推進します。加えて、若年性認知症支援コーディネーター（県委託）による若年性認知症の人への支援や、地域支援事業等を活用した認知症の人の社会参加活動の推進、促進を図ります。

（１）チームオレンジ構築の推進

チームオレンジは、通いの場や認知症カフェ等を拠点とし、地域住民サポーター、他職種の職域サポーター及びキャラバンメイト等に加え、認知症の本人や家族で組織されます。認知症の本人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）認知症の本人や家族との意見交換やピアサポーター等の把握

認知症カフェや通いの場に参加している、若しくはグループホームに入居している認知症の本人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加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、チーム員の一人として、社会参加及び居場所づくりにつなげます。

（３）キャラバンメイト情報連絡会の開催

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ステップアップ研修の開催

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。

■ 認知症バリアフリーの推進

単位:ピアサポーター・キャラバンメイト/人、情報連絡会・ステップアップ研修/回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
ピアサポーター	-	-	1	1	1	3	5
キャラバン メイト	26	32	32	32	32	35	38
情報連絡会	-	-	1	1	1	2	2
ステップアップ 研修	-	-	1	1	1	2	2

4 成年後見制度の利用促進

成年後見制度は、認知症や知的障がい、精神障がい等を理由に判断能力が不十分な人の財産や権利を保護し支援していく制度です。現在も高齢者の単独世帯や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加する一方で、制度を知らない、制度が十分に利用されていないことが課題として挙げられます。

平成28年(2016年)5月には「成年後見制度の利用の促進に関する法律」が施行され、市町村においては、国が定める成年後見制度利用促進計画に基づき、市町村計画の策定と権利擁護支援の地域連携ネットワークの整備が求められています。

権利擁護支援が必要な人を発見し適切に必要な支援に地域連携の仕組みとなる「地域連携ネットワーク」を構築するため、関係機関による整備準備会(仮称)を設置し、整備に向けた具体的な協議を進めていきます。

(1) 広報啓発の充実と相談体制の整備

本人や家族、地域住民や地域医療・福祉の関係者に制度を周知するため、研修会や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体制整備

地域の各相談支援機関が、権利擁護支援に対する必要な助言や支援を受けられる体制づくりや、適切な後見人候補者が選任されるための体制づくりに取り組みます。また、後見人の担い手を確保するため、市民後見人の養成や法人後見システムの構築に向けた協議を進めていきます。

（３）後見人支援機能の体制整備

選任された後見人を後方支援できる体制、または本人の状況に応じて後見人や関係機関が適切に対応できる体制について検討します。

■ 町長申し立てによる成年後見制度の利用

単位：申立件数／件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
申立件数	—	1	1	1	1	2	3

第６節 介護人材確保と業務効率化の取組強化

生産年齢人口が減少する中において、介護現場が地域における介護ニーズに応え、介護人材が利用者や家族からも感謝され、やりがいを持って働き続けられる環境づくりを進めるために、職場の良好な人間関係づくりや結婚や出産、子育てを続けながら働ける環境整備を介護サービス事業者に対して協力要請していきます。

また、介護現場における業務仕分けや介護ロボットやＩＣＴの活用、元気高齢者を含めた介護人材の確保・定着、介護という仕事の魅力発信等の介護現場革新の取組は、地域実情に応じてきめ細かく対応できる体制整備を図った上で、県と連携しながら関係者の協働のもと取組の周知等を進めるなど、介護職場のイメージを刷新していきます。

１ 介護分野で働く専門職の人材確保の必要性

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護給付等対象サービス及び地域支援事業に携わる質の高い人材を、安定的に確保するための取組を検討していくことが重要です。また、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、ケアの質を確保しながら必要なサービス提供が行えるようにするため、業務の効率化や質の向上に取り組んでいくことも必要です。

２ 介護現場における業務改善の促進

（１）介護資格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。

■ 資格取得・研修費助成

単位：助成対象件数/件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
助成対象	-	-	4	6	8	8	8

(2) 介護事業所のイメージアップ

必要となる介護人材の確保に向け、介護の仕事の魅力向上のための方策を定めることが重要となります。県の施策と連携したＩＣＴ導入支援や各介護事業所と意見交換しながら、事業所の紹介やパンフレット等の作成等、介護事業所のイメージアップについて支援していきます。

(3) 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の取組

(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。

■ 認定審査会の開催

単位：審査会実施/回、審査件数/件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
審査会実施	36	24	24	24	24	24	24
審査件数	787	530	770	780	780	800	810

(2) 文書負担軽減

業務の効率化の取組として、介護現場におけるＩＣＴの活用等や介護分野の文書に係る負担軽減のため、個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化やＩＣＴ等の活用を推進し、県による支援や県及び近隣市町村との連携を図ります。

基本方針Ⅲ 介護給付の充実と適正化

第1節 保険者機能の強化

団塊世代が75歳以上となる令和7年（2025年）や、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者数がピークを迎える令和22年（2040年）も見据えつつ、制度の持続可能性を確保するために引き続き高齢者が自身の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような支援が必要とされています。また、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化防止といった制度の理念を堅持して質が高く必要なサービスを提供するとともに、財源と人材とをより重点的・効率的に活用する仕組みづくりを行うなど、保険者機能の強化に努めます。

効果的・効率的な介護給付を推進するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促します。これにより適切なサービス提供の確保と、その結果として費用の効率化を通じた介護給付の適正化を図りながら介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度の構築につなげます。また、地域の実情やこれまでの介護給付の適正化の取組を踏まえ、実施する具体的な取組内容や実施方法とその目標等を定めるとともに、県国民健康保険団体連合会の適正化システム等を活用するなど、県と協力しながら一層の推進に努めます。

1 介護給付の適正化

介護保険制度は平成12年（2000年）4月のスタートから20年が経過し、高齢者の生活を支える制度として定着してきました。

制度の普及と相まって、過剰・不適切なサービスによる介護給付費の増大や介護保険料の上昇が懸念されるため、介護保険法（平成9年（1997年）法律第123号）第115条の45第3項第1号に掲げる介護給付等に要する費用の適正化のための事業を福島県国民健康保険団体連合会と連携し推進します。

（1）ケアプランの点検

居宅介護サービス計画及び介護予防サービス計画（以下、「ケアプラン」という。）については1表から8表までの書類の作成が必要です。このうち、一定の基準を設けたうえで、書類を提出してもらい、内容の確認や事業者への訪問などによる聞き取りを実施し、適切なケアプランの作成を推進します。

■ ケアプランの点検

単位：件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
点検件数	8	15	20	20	20	20	20

（2）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。

■ 要介護認定の調査件数

単位：件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
新規件数	201	195	190	200	200	210	230
更新等件数	586	580	580	580	580	590	590

(3) 住宅改修等の点検

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また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。

■ 住宅改修等の点検

単位:件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
住宅改修件数	26	28	30	30	30	30	30
訪問点検件数	-	-	15	15	15	15	15

(4) 医療情報との突合・縦覧点検

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。

■ 医療情報との突合・縦覧点検

単位:回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
突合回数	-	4	4	4	4	4	4
点検回数	-	12	12	12	12	12	12

(5) 介護給付費通知

サービス事業者からの請求に基づき利用者ごとの1年分のサービス利用実績を通知し、利用者自身により給付費の状況を確認していただきます。

■ 介護給付費通知

単位:件

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
通知件数	965	960	970	970	970	980	980

2 介護給付サービスの質の向上

介護サービスの質の確保・向上に向けて、地域密着型サービス事業者の運営推進会議への参加や平成30年度（2018年度）から権限移譲が行われる居宅介護支援事業者への指導・監査を適正に実施していきます。

また、地域包括支援センターと連携し包括的・継続的ケアマネジメントの充実を図るとともに、介護給費の適正化と併せてケアプランの点検事業に取り組んでいきます。

■ 実地指導・集団指導件数

単位：回

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
実地指導	1	3	1	2	2	1	2
集団指導	1	1	1	1	1	1	1

3 災害時や感染症に対する対策

（1）災害時における対策

近年の災害の発生状況を踏まえ、日頃から介護施設や事業所と連携し、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、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認が必要となります。

そのため、介護施設や事業所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するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認、また、本町、関係団体、県が連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制の構築を図ります。

（2）感染症対策

令和2年（2020年）2月以降の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、日頃から介護施設や事業所と連携し、感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが必要となります。

そのため、介護施設や事業所が感染症発生時でもサービスを継続できる対応準備を定期的に確認するとともに、介護職員や関係者が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に対応ができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要となります。また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制を整備します。

さらに介護施設や事業所に対しては、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備に関して要請していきます。

■ 災害・感染症対策物資の備蓄

単位：マスク/枚、消毒液/リットル

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
マスク	-	-	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
消毒液	-	-	50	50	50	50	50

第2節 高齢者の居住安定に係る施策との連携

住まいは地域包括ケアシステムの基礎となるものであるため、地域においてそれぞれの生活ニーズに合った住まいが提供された上で、生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されることが、保健・医療・介護等のサービス提供の前提となります。そのため、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、その他の高齢者に対する賃貸住宅及び老人ホームに関する供給目標等を必要に応じて県と連携を図りながら定めます。

1 養護老人ホームや軽費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。

■ 養護老人ホーム「敬老園」入所措置

単位：％

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
町民入所者の割合	31	33	37	37	37	40	50

2 生活困難者への低廉な家賃の住まいの活用

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。

平成29年（2017年）10月に施行された住宅セーフティネット制度の活用も検討し、賃貸住宅等の住まいの確保に取り組んでいきます。また、空き家の有効活用や高齢者住宅の見直しも含め住宅に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。

■ 低廉な家賃の住まいの活用

単位：施設

	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
施設数	0	0	1	1	1	2	10

3 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る県との情報連携

隣接する市町村には「有料老人ホーム」及び「サービス付き高齢者向け住宅」が増加し、多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるため、県と連携してこれらの設置状況等の必要な情報を把握する必要があります。

■ 町内の有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅の設置状況

単位：設置数/箇所

単 位	実績	見込	計画			将来	
	2019年度 (R1年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2040年度 (R22年度)
有料老人 ホーム	1	1	1	1	1	1	1
サービス付き 高齢者住宅	0	0	0	0	0	0	0

第3節 介護保険サービス基盤の整備計画（目標量）

1 第7期計画期間中の介護保険サービス基盤整備状況

第7期計画で整備を計画した施設については、令和2年度（2019年度）までに全て整備が完了しました。居宅サービスについては、訪問看護事業所が2事業所、居宅介護支援事業所が1事業所開設され、医療が必要な方にとっての在宅サービスの充実が図られました。

2 第8期計画期間における介護保険サービス基盤整備計画

第8期計画期間におけるサービス提供基盤の整備については、第7期計画での整備状況を踏まえたうえで、各調査の結果や事業者からの意向調査、特養待機者数及び今後の施策などを勘案し、長期的・計画的な整備を図ります。居宅サービスでは、地域包括ケアシステム構築の要となる地域密着型サービスの看護小規模多機能型居宅介護について検討を行います。施設・居住系サービスについての新たな整備予定はありませんが、今後増加が見込まれる認知症高齢者に対応するため、自宅での介護が困難な一人暮らし若しくは高齢者のみの世帯における要介護者へのサービス提供体制を強化します。