

**第8期 横芝光町
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画**

《案》

計画期間【令和3年度～令和5年度】

R3.1.5

横芝光町

(表紙裏)

あいさつ文

(あいさつ文裏)

もくじ

第1章 計画の策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	3
第2節 介護保険制度の改正等について	4
第3節 計画の位置づけと期間	8
第4節 計画の策定体制	10
第2章 高齢者を取り巻く現状	11
第1節 人口と世帯の状況	13
第2節 介護保険事業の状況	15
第3節 調査からみる町の現状	22
第4節 高齢者を取り巻く主な課題	40
第3章 計画の基本的な考え方	43
第1節 計画の基本理念	45
第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進	46
第3節 計画の基本目標	47
第4節 施策体系	48
第5節 日常生活圏域の設定	50
第6節 将来推計	51
第4章 施策展開	55
基本目標1 健康でいきいきと暮らしていける	57
基本目標2 介護が必要になっても認知症になっても安心して暮らしていける	64
基本目標3 地域で支えあい助けあいながら暮らしていける	79
第5章 介護保険事業の推進	85
第1節 介護保険サービスの実績と見込み	87
第2節 第1号被保険者の保険料	97
第3節 介護保険制度の円滑な運営	99
第6章 計画の推進体制	103
第1節 庁内及び関係機関等との連携強化	105
第2節 住民参画と協働	105
第3節 計画の普及・啓発	106
第4節 計画の点検	106

(白紙)

第 1 章 計画の策定にあたって

(扉裏)

第1節 計画策定の背景と趣旨

介護保険制度は、平成12年4月に施行されてから20年が経過し、介護サービスの利用者数はスタート時の3倍を超えるなど、高齢期の暮らしを支える社会保障制度として、必要不可欠な制度となっています。

本町では、平成12年度の介護保険制度の開始以降、7期にわたって高齢者福祉計画及び介護保険事業計画を策定してきました。

これまで、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を見据え、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制である「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んできました。

第7期計画（平成30年度～令和2年度）策定時の平成29年には、「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」により、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、医療及び介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの介護保険制度の見直しが行われました。

今後は、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年に向け、総人口及び現役世代人口が減少する中で、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれています。

また、高齢独居世帯や高齢夫婦世帯、認知症高齢者の増加も見込まれるなど、介護サービス需要が更に増加し、多様化することが想定される一方で、現役世代の減少が顕著となり、高齢者福祉・介護保険を支える人的基盤の確保が課題となります。

こうしたことから、新たな第8期計画（令和3年度～令和5年度）では、高齢者を取り巻く地域の特性や課題を踏まえ、令和7（2025）年及び令和22（2040）年を見据え、介護サービスの基盤整備や人材確保のための取組等をより推進し、「住み慣れた地域で支えあい、自立した暮らしを安心して続けられるまちづくり」の実現を目指します。

第2節 介護保険制度の改正等について

1 地域共生社会の実現

今後、高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会（以下「地域共生社会」という。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。

「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52号）においては、令和22（2040）年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、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。

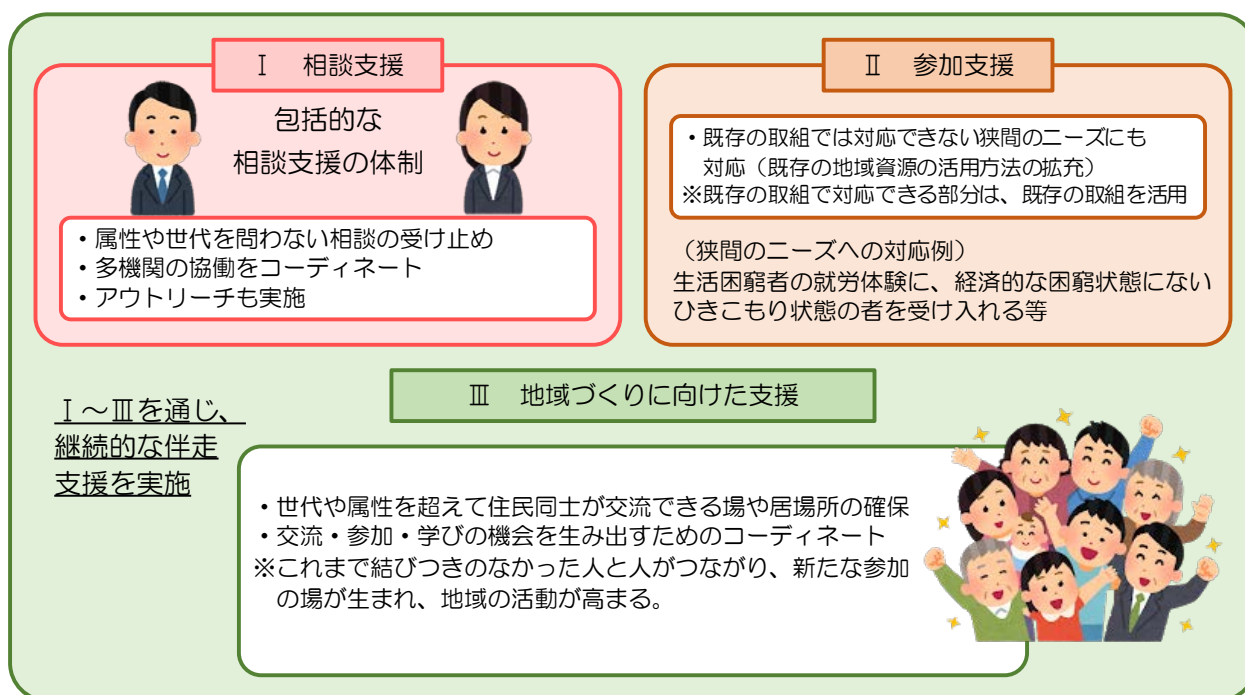
■地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）の概要

改正の趣旨
地域共生社会の実現を図るため、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福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の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推進、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制度の創設等の所要の措置を講ずる。
改正の概要
○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 【社会福祉法、介護保険法】 ○地域の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推進 【介護保険法、老人福祉法】 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】 ○介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】 ○社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

地域には、複合的・複雑化した課題を抱える個人や世帯が増加し、高齢者に限らず、多様な生活課題を抱える方が増えています。これらの課題について、包括的な相談支援の充実が必要です。

そのために、本人や世帯の属性に関わらず相談を受ける「断らない相談支援」、狭間のニーズに対応できるように、既存の地域資源を拡充し横につなげ多様な支援を行う「参加支援」、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す「地域づくりに向けた支援」の実現に向けて検討を開始します。

■ 包括的な支援体制のイメージ



資料：第 25 回社会保障審議会福祉部会資料を参考に作成

2 第8期介護保険事業計画の基本指針

介護保険法第116条において、厚生労働大臣は地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針を定めることとされています。

第8期計画においては、第7期計画での目標や具体的な施策を踏まえ、令和7（2025）年を目指した地域包括ケアシステムの整備、さらに現役世代が急減する令和22（2040）年の双方を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えることについて計画に位置付けることが求められています。

（1）2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年の高齢化の状況及び介護需要を推計し、具体的な取組内容や目標を計画に位置付ける必要があります。

また、サービスの基盤整備を検討する際には、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性を図る必要があります。

（2）地域共生社会の実現

「地域共生社会」とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの縦割りや「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会であり、この理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取組を推進する必要があります。

（3）介護予防・健康づくり施策の充実・推進

可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、自立支援・介護予防・重度化防止、健康づくりの取組などを強化して、健康寿命の延伸を図ることが求められます。

（4）高齢者の住まいに係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

高齢者が住み慣れた地域において暮らし続けるための取組として、「自宅」と「介護施設」の中間に位置するような住宅も増えており、また、生活面で困難を抱える高齢者が多いことから、住まいと生活支援を一体的に提供する取組も進められているところです。

こうした状況を踏まえ、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するとともに、適切にサービス基盤整備を進めることが必要です。

（５）認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱」を踏まえ、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、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく必要があります。

（６）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

現状の介護人材不足に加え、令和７（２０２５）年以降は現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題となります。

そのため、介護人材の確保及び業務効率化等について取組方針を記載し、計画的に進めるとともに、県と町が連携しながら進める必要があります。

（７）災害や感染症対策に係る体制整備

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修・訓練の実施、必要な物資の備蓄・調達・輸送体制や支援体制を備えるなど災害・感染症対策を進める必要があります。

第3節 計画の位置づけと期間

1 法的根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に規定する高齢者福祉計画と介護保険法第117条に基づく介護保険事業計画を総合的かつ一体的に策定したものです。

本町では、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年度、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年度を見据えた、高齢者の福祉全般にわたる計画として策定します。

高齢者福祉計画

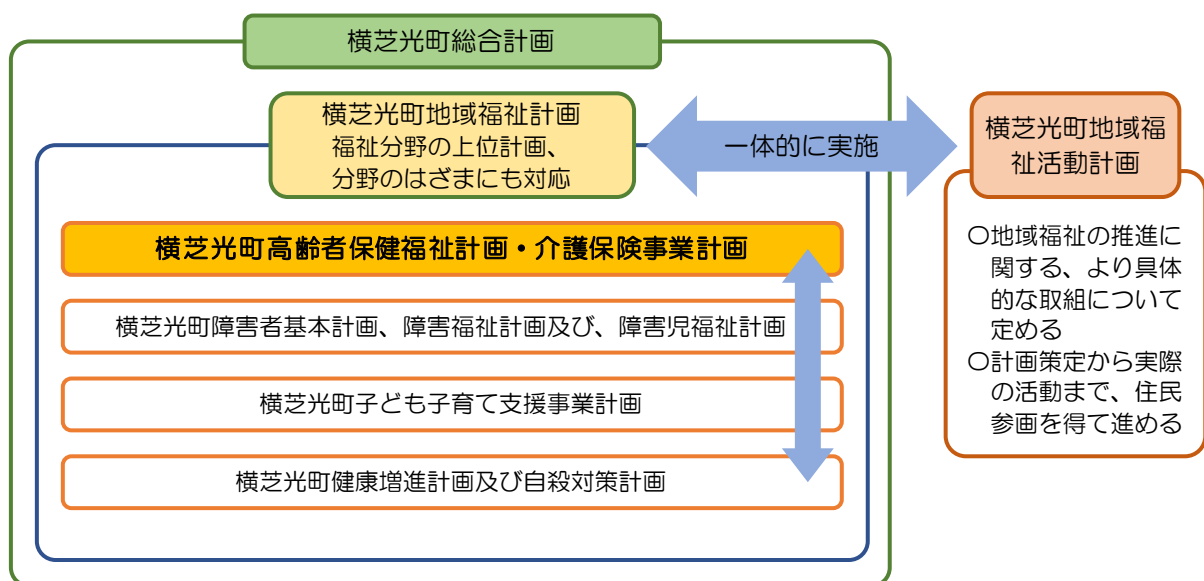
すべての高齢者及び40～64歳の壮年者を含めた健康づくりや生活習慣病の予防、介護予防とともに、高齢者の社会参加や生きがいづくり、在宅生活の支援、地域包括ケア、防犯や防災対策などを含む総合的な計画です。

介護保険事業計画

要介護（要支援）高齢者、要介護（要支援）となるリスクの高い高齢者を対象とした、介護（予防）サービス、地域支援事業の基盤整備に関する実施計画です。

2 他計画との関係

本計画は、町の総合計画において、高齢者施策の部門別計画として、関連計画との整合を図り策定し、連携しながら推進するものです。



3 計画の内容

高齢者保健福祉計画は、すべての高齢者を対象とし、健康づくりや生活習慣病の予防、介護予防をはじめ、社会参加や生きがいつくり、福祉サービス、安全・安心対策など、高齢者の暮らしを支援するための総合計画です。

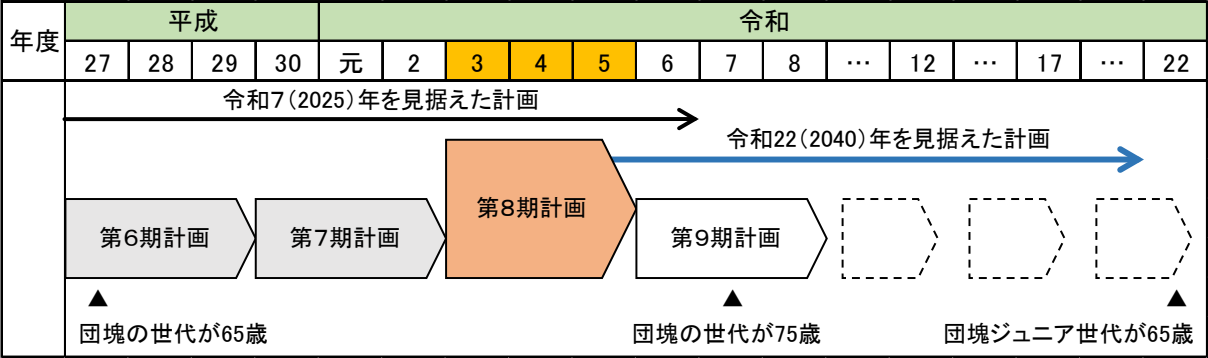
介護保険事業計画は、要支援者等の介護予防の推進とともに、介護を必要とする人に対する適切なサービス提供に向けての基本方向や事業量、第1号被保険者の保険料などについて計画するもので、令和7（2025）年度及び令和22（2040）年の推計も行っています。

また、本計画は、団塊の世代全員が、要支援・要介護認定率や認知症などの発症率が高くなる75歳以上の後期高齢者となる令和7（2025）年の高齢者介護の姿を見据え、地域包括ケアシステムの推進のための取組を充実するとともに、「地域共生社会」の実現を目指すものです。

4 計画の期間

本計画は、令和3年度を初年度とし、令和5年度までを目標年度とする3か年計画です。
介護保険料の改定、高齢者の意向や社会情勢の変化に対応するため、本計画は3か年ごとに見直し、改定します。

■ 計画の期間



第4節 計画の策定体制

1 横芝光町介護保険運営協議会による協議・検討

本計画の策定にあたって、「横芝光町介護保険運営協議会」により、協議・検討を行いました。

委員の構成については、学識経験者、保健医療関係者、福祉・介護保険事業関係者、被保険者の代表からなる幅広い参画により、策定に関する協議・検討と計画に対する意見や要望の集約を図りました。

2 アンケート調査の実施

高齢者の日常生活の状況、心身の状態、介護予防に対する意識、在宅介護の状況、福祉・介護保険事業に関する意見などをうかがい、計画づくりの参考資料とし活用するために高齢者を対象としたアンケート調査を実施しました。

また、高齢者の生活課題を把握するため、介護サービスなどの利用支援の実務に携わる介護支援専門員（ケアマネジャー）及び事業所を対象としたアンケート調査も併せて実施しました。

3 パブリックコメントの実施

町民の意見を広く聴取するために、計画案の内容を公表するパブリックコメントを実施し、寄せられた意見を考慮して最終的な計画の取りまとめを実施しました。

第2章 高齢者を取り巻く現状

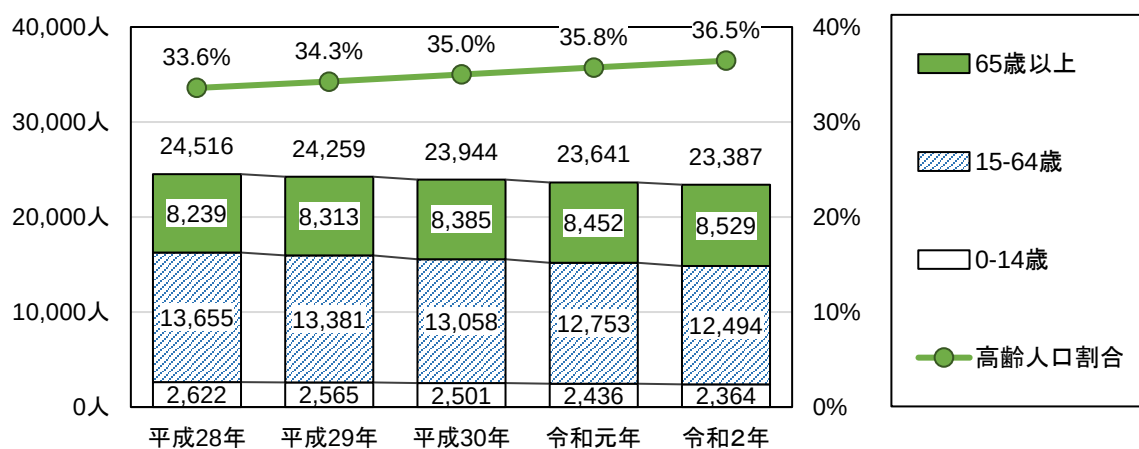
(扉裏)

第1節 人口と世帯の状況

1 人口動態

本町では0～14歳の年少人口と15～64歳の生産年齢人口が減少する一方で、65歳以上の高齢者人口は増加を続けています。令和2年の高齢人口割合（高齢化率）は36.5%となっており、少子高齢化が進んでいる状況です。

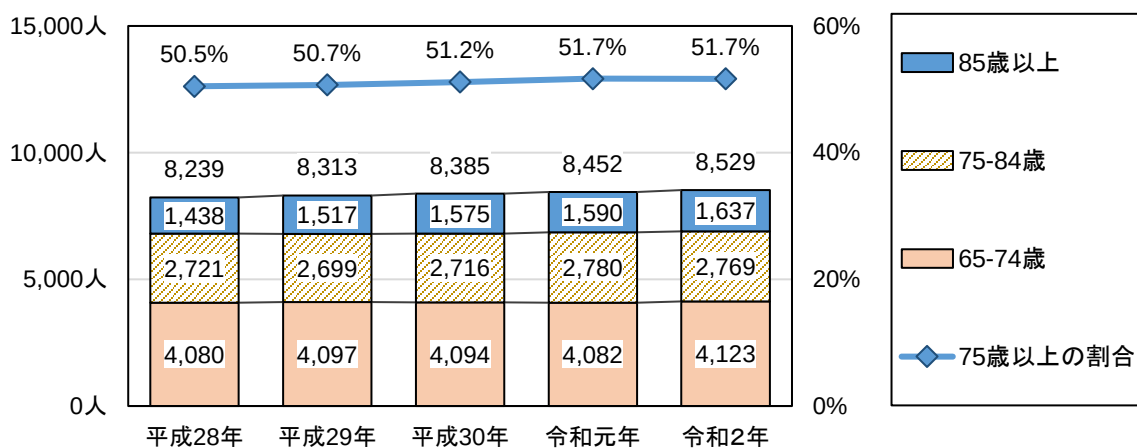
■横芝光町の人口推移



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

年齢階層別にみると、75歳以上の高齢者が高齢者全体の半数以上を占めており、85歳以上の高齢者が一貫して増加しています。

■年齢区分別の高齢者数の推移



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

2 高齢者のいる世帯の状況

本町における、高齢者を含む世帯は、世帯数、構成比ともに増加しており、平成27年には世帯総数の60.2%にあたる5,072世帯に高齢者がいる状況です。

また、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯いずれについても、世帯数、構成比ともに増加を続けており、平成27年には高齢独居世帯は1,074世帯、高齢夫婦世帯は956世帯となっています。

■横芝光町の世帯数の推移

	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
全世帯数 (一般世帯数)	8,050 世帯	8,188 世帯	8,272 世帯	8,423 世帯
高齢者を含む世帯 (全世帯数に占める割合)	3,970 世帯 (49.3%)	4,400 世帯 (53.7%)	4,671 世帯 (56.5%)	5,072 世帯 (60.2%)
高齢独居世帯 (高齢者を含む世帯に占める割合)	459 世帯 (11.6%)	651 世帯 (14.8%)	839 世帯 (18.0%)	1,074 世帯 (21.2%)
高齢夫婦世帯 (高齢者を含む世帯に占める割合)	503 世帯 (12.7%)	636 世帯 (14.5%)	777 世帯 (16.6%)	956 世帯 (18.8%)

※高齢夫婦世帯は世帯員が夫婦のみの世帯のうち、夫および妻の年齢が65歳以上の世帯

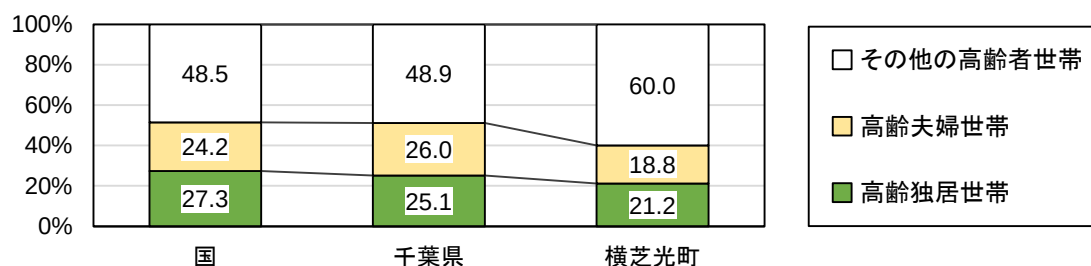
資料:国勢調査(各年10月1日現在)

国及び県と比較すると、高齢者を含む世帯の割合は国及び県の数値を上回っており、本町では高齢者を含む世帯が相対的に多い状況にあると言えます。

一方で、高齢者を含む世帯の内訳をみると、高齢独居世帯の割合は県及び国の水準よりも低くなっています。

■横芝光町と国・県の高齢者を含む世帯数・構成比(平成27年)

	国	千葉県	横芝光町
全世帯数 (一般世帯数)	53,331,797 世帯	2,604,839 世帯	8,423 世帯
高齢者を含む世帯 (全世帯数に占める割合)	21,713,308 世帯 (40.7%)	1,028,003 世帯 (39.5%)	5,072 世帯 (60.2%)



資料:国勢調査(各年10月1日現在)

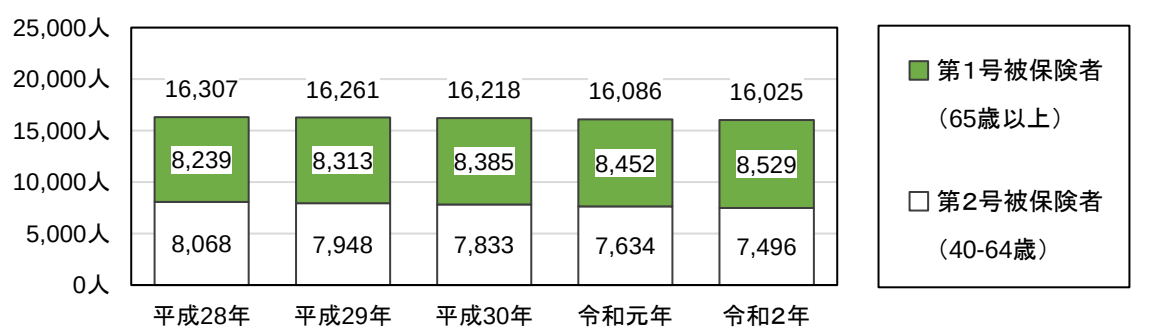
第2節 介護保険事業の状況

1 被保険者数の推移

本町の介護保険被保険者数（住民基本台帳ベースの概数）は年々減少しています。

第1号被保険者は年々増加しているものの、第2号被保険者の減少数が第1号被保険者の増加数を上回っている状況です。

■横芝光町の介護保険被保険者数の推移



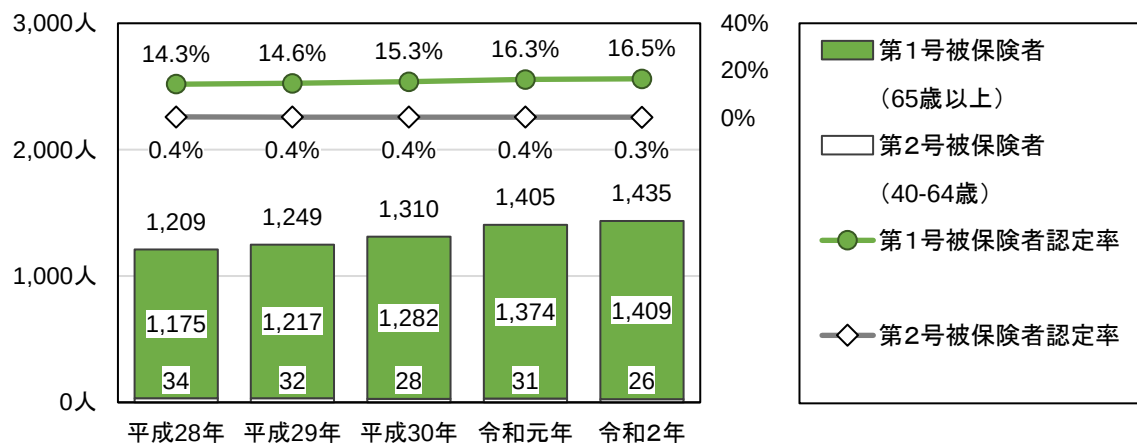
資料: 住民基本台帳(各年10月1日現在)

2 要支援・要介護認定者数の推移

本町の第1号被保険者の要支援・要介護認定者数は年々増加しており、令和2年には1,435人、認定率は16.5%となっています。

第2号被保険者の要支援・要介護認定者数は30人前後の横ばいで推移しています。

■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推移



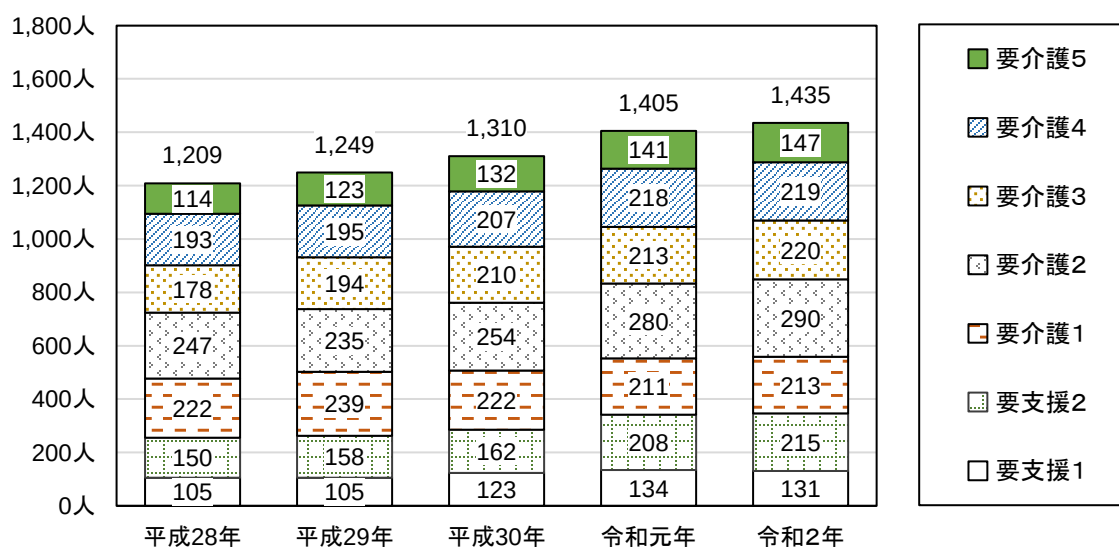
資料: 介護保険事業状況報告(各年9月末日現在)

要介護度別にみると、本町では要介護2が最も多く、令和2年では290人で全体の20.2%となっています。

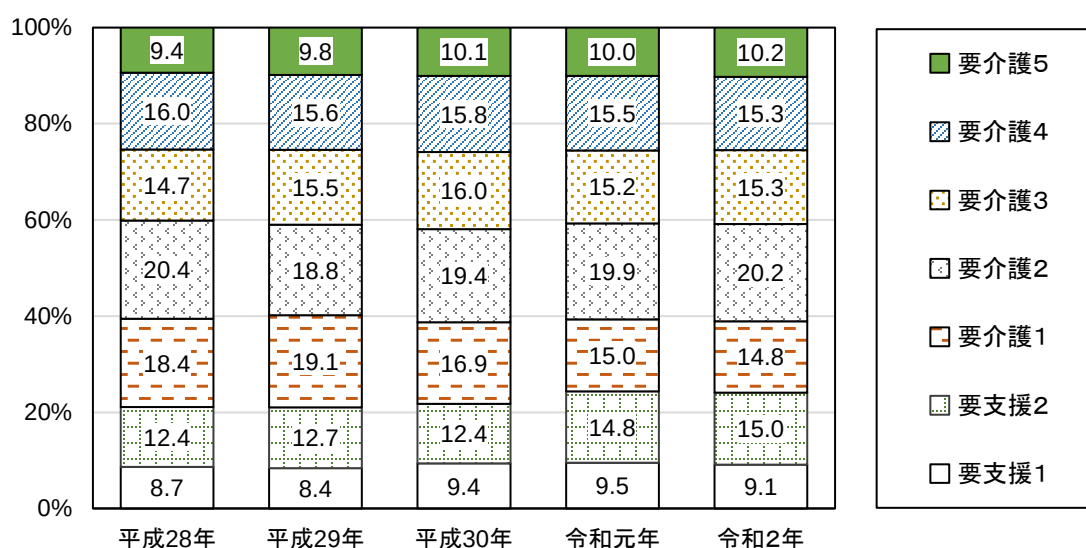
要介護3以上の割合は、合計すると40%台で推移しており、令和2年は40.8%となっています。内訳をみると要介護3・4の占める割合が高くなっています。

要支援認定者については、年々増加しており、令和元年では346人で全体の24.1%となっています。

■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推移（要介護度別・構成比）



【構成比】



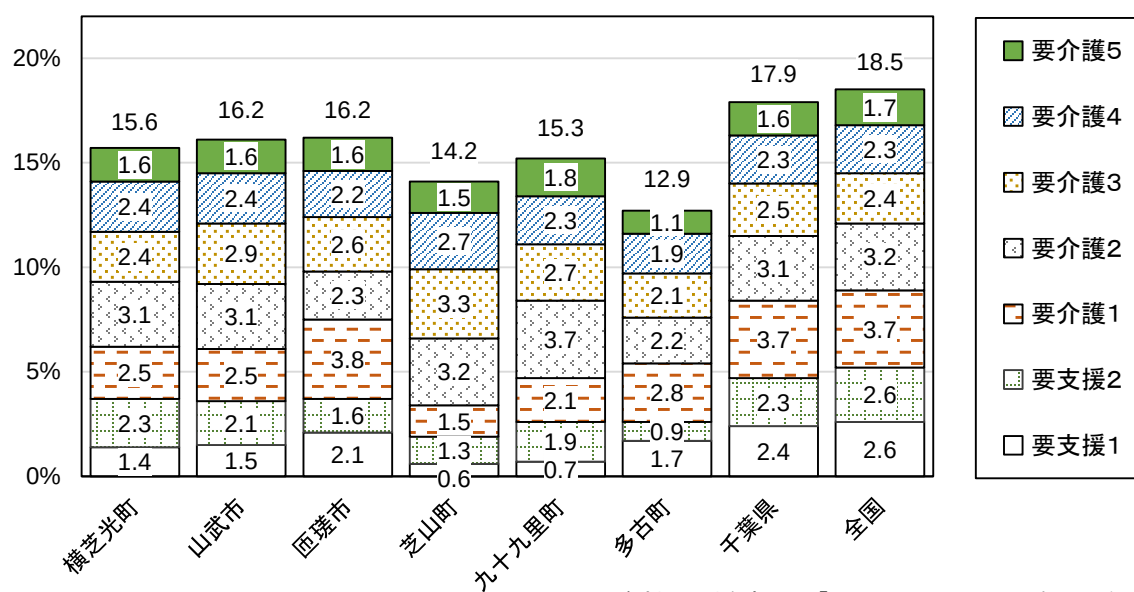
資料：介護保険事業状況報告（各年9月末日現在）

3 調整済み認定率の比較

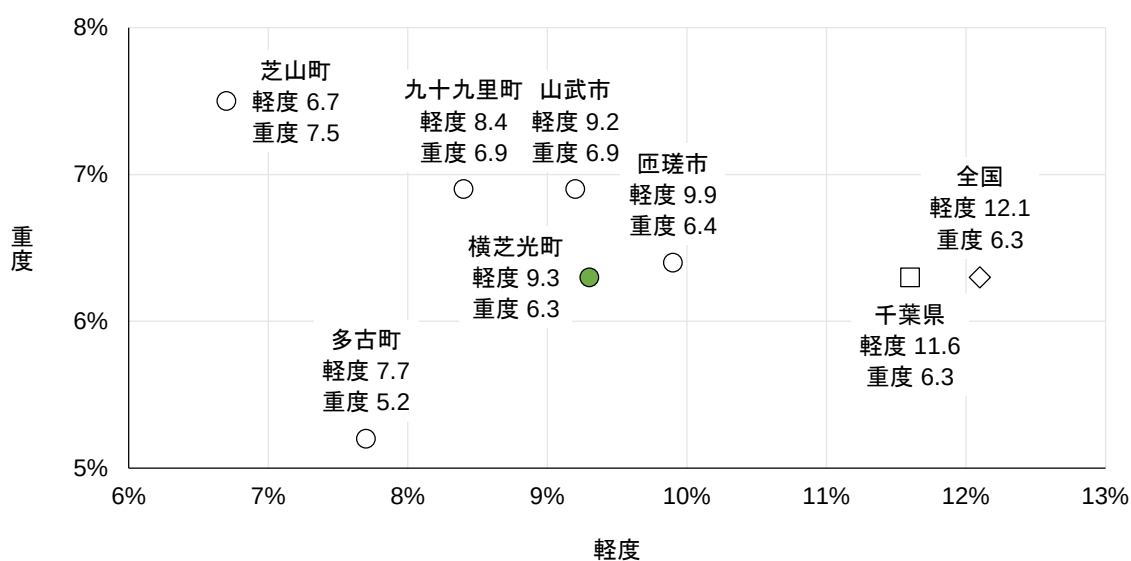
本町の調整済み認定率（性・年齢調整を行い、同じ人口構成と仮定したもの）は 15.6%で、全国及び千葉県より低くなっていますが、近隣の自治体との比較では中位に位置付けられます。

調整済み認定率の分布をみると、軽度認定率は匝瑳市に次いで高い水準にあります。重度認定率は多古町に次いで低く、全国及び千葉県と同水準となっています。

■隣接自治体及び県との比較（調整済み認定率）



■隣接自治体及び県との比較（調整済み重度認定率と軽度認定率の分布）



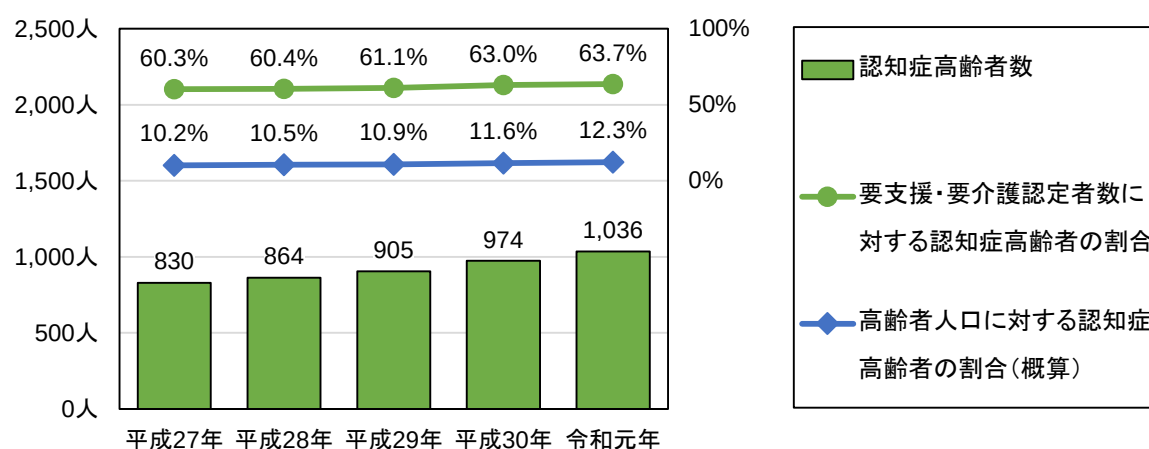
4 認知症高齢者の状況

本町の認知症高齢者数（認知症高齢者自立度Ⅱ以上の要支援・要介護認定者）は、増加傾向にあり、令和元年では 1,036 人となっています。

高齢者人口に対する認知症高齢者の割合（概算）は 10～12%の増加傾向で推移しており、要支援・要介護認定者に対する認知症高齢者の割合も年々増加し、令和元年では 63.7%となっています。

なお、認知症高齢者自立度Ⅱは、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態です。

■横芝光町の認知症高齢者数の推移

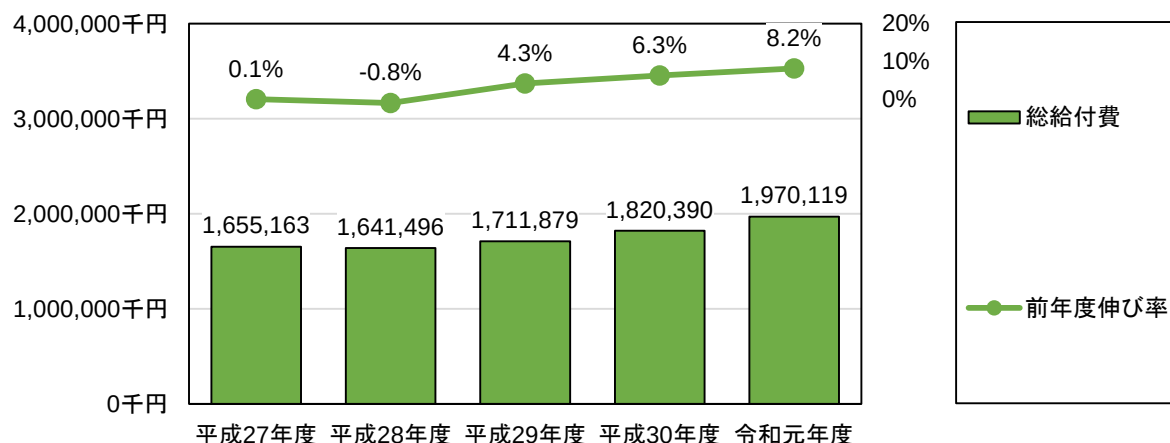


資料：地域包括ケア「見える化」システム（各年10月末）

5 介護給付費の推移

本町の介護給付費は、年々増加しており、令和元年度では19億7千万円となっています。給付費の伸び率は、平成27年度から平成28年度にかけて減少していますが、予防給付の一部が地域支援事業費に移行したことが主な要因であり、実質的な給付費は年々増加している状況です。

■横芝光町の介護給付費の推移

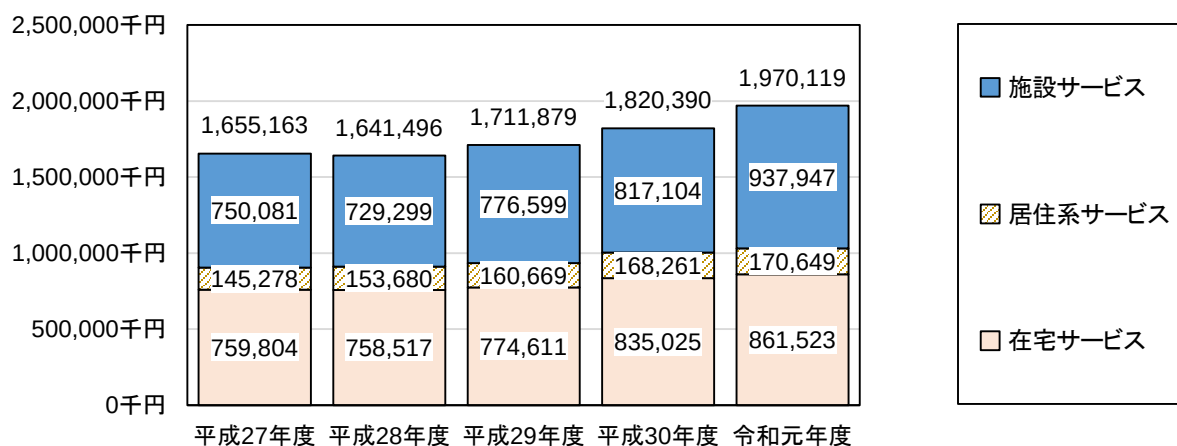


※端数処理の関係で合計があわないことがあります。以降同じ。

資料：地域包括ケア「見える化」システム

サービス区分別にみると、平成29年度以降は3区分すべての給付費が増加しており、令和元年度においては、施設サービスが9億3千万円、在宅サービスが8億6千万円、居住系サービスが1億7千万円となっています。

■横芝光町の介護給付費の推移（サービス区分別）



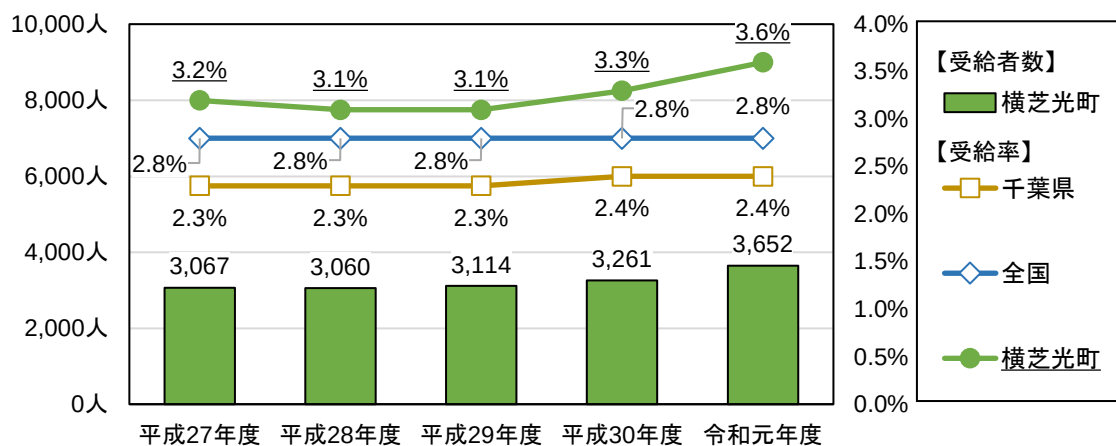
資料：地域包括ケア「見える化」システム

6 受給者数・受給率の推移

(1) 施設サービス

施設サービスの受給者数は増加傾向であり、令和元年度は 3,652 人となっています。
受給率は全国及び千葉県より高くなっています。

■受給者数・受給率の推移（施設サービス）



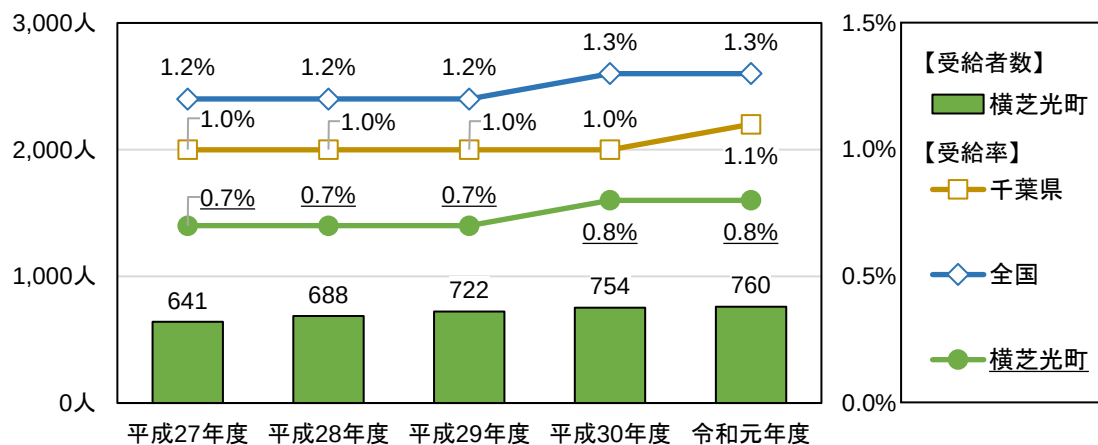
資料：地域包括ケア「見える化」システム

(2) 居住系サービス

居住系サービスの受給者数は増加傾向であり、平成30年度は 754 人となっています。
受給率は全国及び千葉県より低くなっています。

なお、居住系サービスは、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護のサービスのことです。

■受給者数・受給率の推移（居住系サービス）



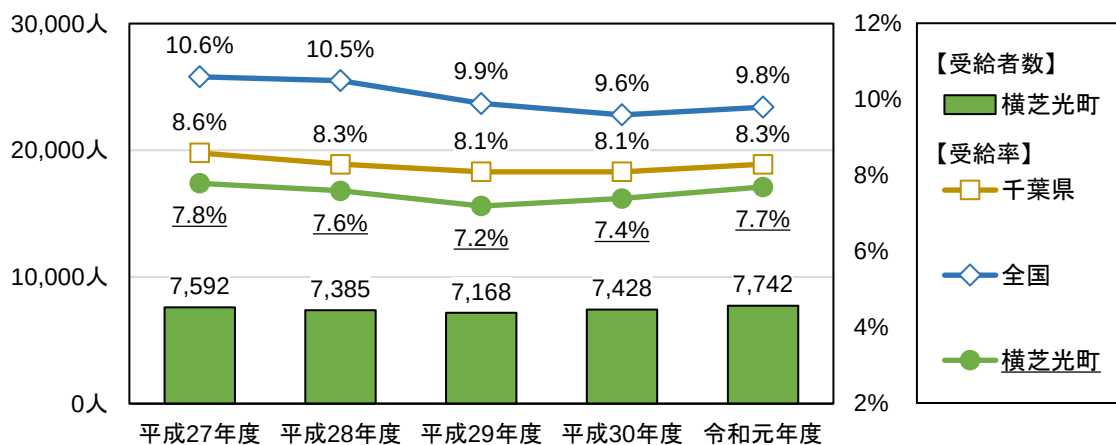
資料：地域包括ケア「見える化」システム

(3) 在宅サービス

在宅サービスの受給者数は、平成30年度以降増加傾向にあり、令和元年度は7,742人となっています。

受給率は全国及び千葉県より低くなっています。

■ 受給者数・受給率の推移（在宅サービス）



資料：地域包括ケア「見える化」システム

第3節 調査からみる町の現状

1 調査概要

本調査は、本町の高齢者の日常生活の状況、心身の状態、介護予防に対する意識、在宅介護の状況、福祉・介護保険事業に関する意見などをうかがい、計画づくりの参考資料とし活用するために実施しました。

■調査対象・実施方法・実施時期

区分	調査対象	調査方法	実施時期
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	本町の住民で、65 歳以上の方 （要支援・要介護認定を受けている方を除く）	郵 送	令和 2 年 3 月
在宅介護実態調査	本町の住民で、要支援・要介護認定を受け、 在宅で生活している方		
事業者調査	横芝光町内及び山武圏域をはじめ、近隣に事務所を置く介護保険サービス提供事業者で、横芝光町の利用者が利用している事業者とケアマネジャーで利用実績上位 50 者を選定		
ケアマネジャー調査			

■配布・回収状況

区分	配布数	有効回収数	有効回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	2,000件	1,173件	58.7%
在宅介護実態調査	300件	153件	51.0%
事業者調査	50件	32件	64.0%
ケアマネジャー調査	50件	35件	70.0%

※調査結果について

○【n=***】という表記は、その項目の有効回答者数で、比率算出の基礎となります。

○回答は、各項目の回答該当者数を基数とした回答率(%)で示しています。

○回答率は、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100.0%にならない場合があります。

○複数回答可の項目では、その項目に対して有効な回答をした者の数を基数として比率算出を行っているため、回答率の合計は100.0%を超えることがあります。

○説明文及びグラフで、選択肢の語句を一部簡略化して表しています。

2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

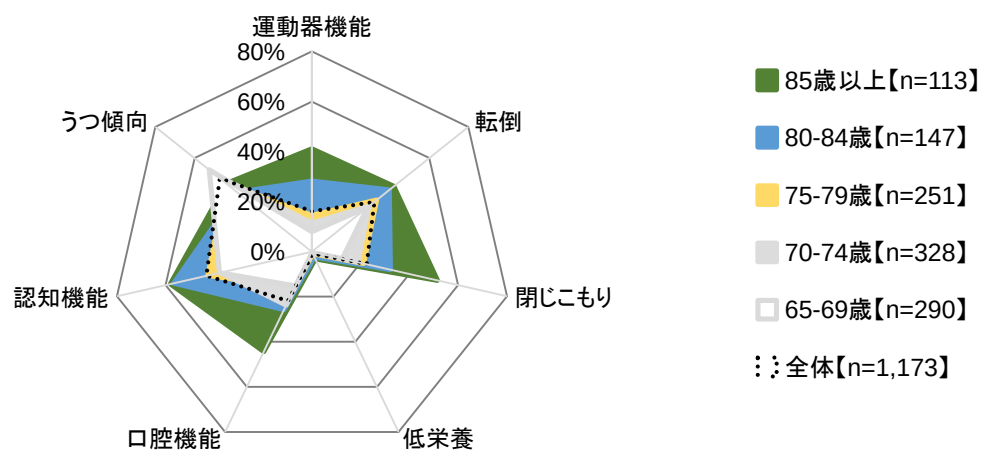
(1) 生活機能の低下リスクについて

厚生労働省の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づき、判定された生活機能の低下リスクの該当状況をみると、全体では「うつ傾向」のリスク該当者割合が47.0%で最も高く、以下「認知機能」が43.2%、「転倒」が31.9%などとなっています。

「うつ傾向」のリスク該当者については、65～69歳、70～74歳の前期高齢者のリスク該当者割合が高くなっています。

他の区分では、年齢階層が高いほどリスク該当者割合も高くなる傾向がみられ、85歳以上では「認知機能」、「閉じこもり」のリスク該当者が過半数を占めています。

■生活機能の低下リスク該当者割合



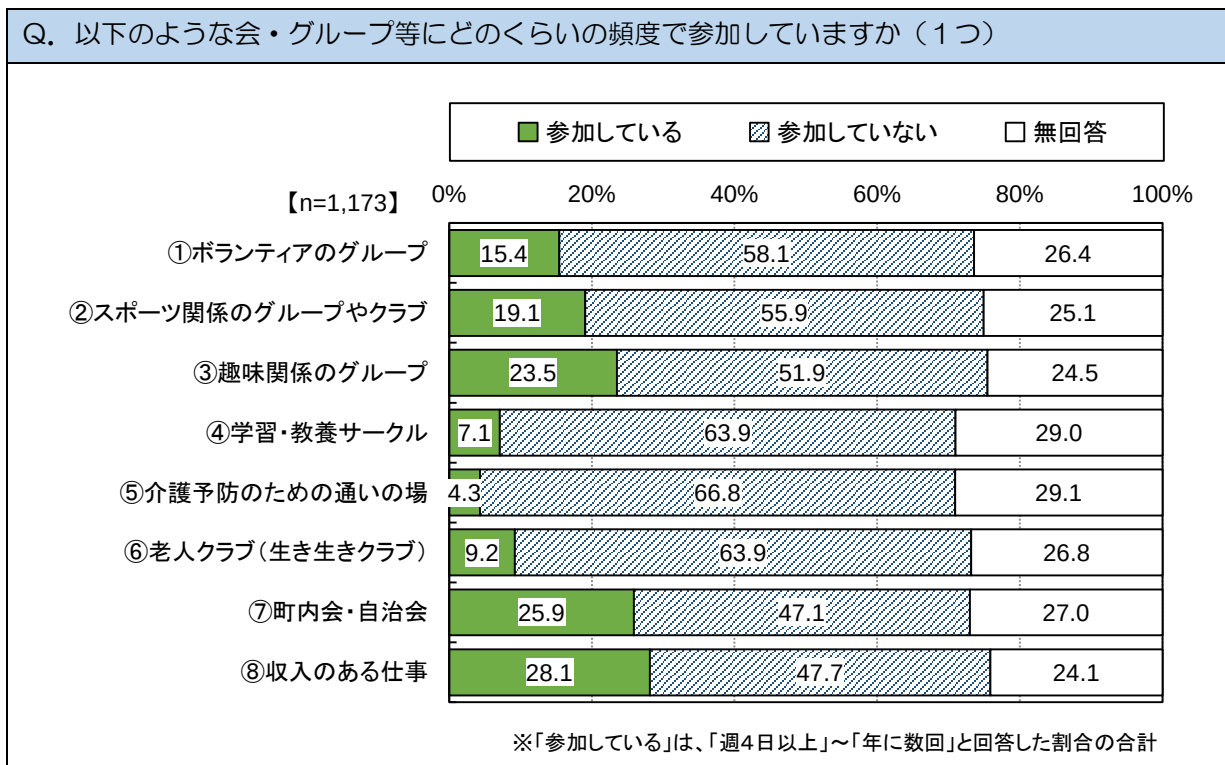
	運動器機能	転倒	閉じこもり	低栄養	口腔機能	認知機能	うつ傾向
全体【n=1,173】	16.2%	31.9%	22.5%	0.9%	21.9%	43.2%	47.0%
65-69歳【n=290】	8.0%	28.6%	12.5%	0.4%	15.2%	37.9%	52.5%
70-74歳【n=328】	11.4%	29.1%	18.9%	0.3%	23.7%	37.5%	49.2%
75-79歳【n=251】	14.5%	33.1%	21.2%	0.9%	16.1%	42.6%	43.8%
80-84歳【n=147】	28.2%	39.6%	32.2%	2.3%	25.7%	56.6%	38.1%
85歳以上【n=113】	41.1%	41.9%	51.5%	3.2%	44.3%	58.0%	43.7%

(2) 地域での活動について

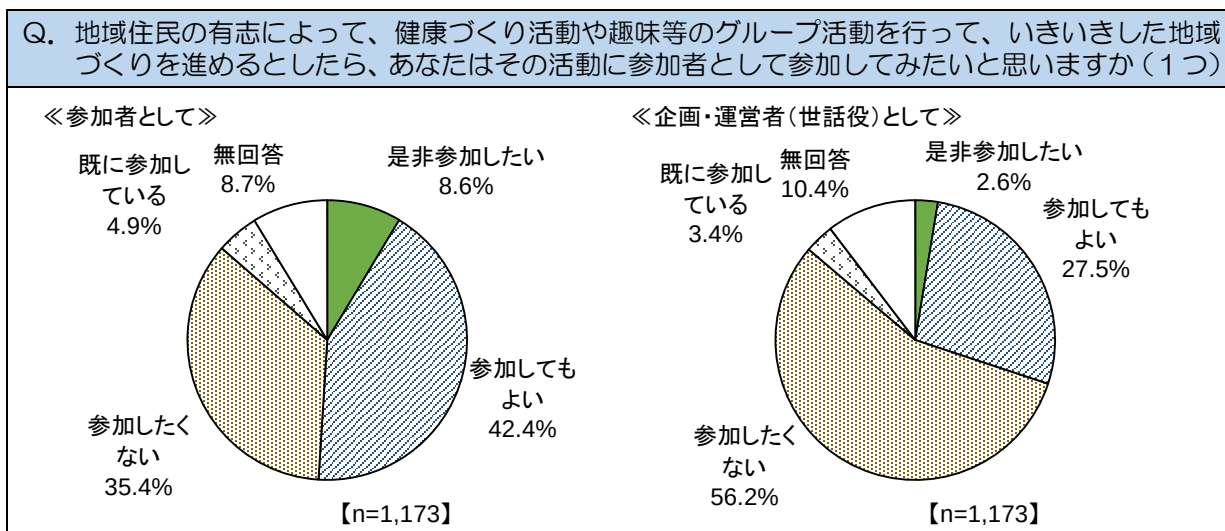
会・グループ等への参加状況（参加している）は、「⑧収入のある仕事」への参加が28.1%で最も多く、以下「⑦町内会・自治会」への参加が25.9%、「③趣味関係のグループ」への参加が23.5%などとなっています。

地域づくりの参加意向（是非参加したい＋参加してもよい＋既に参加している）は、参加者としては55.9%、企画・運営者（世話役）としては33.5%となっています。

■会・グループ等への参加状況



■地域づくりへの参加意向



(3) 助け合いについて

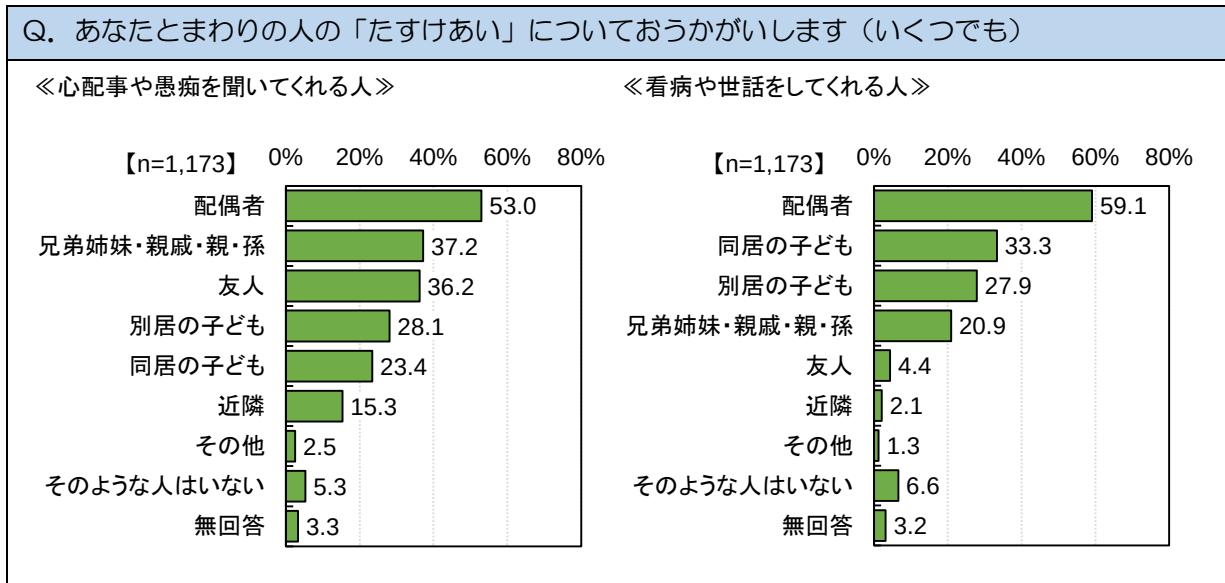
心配ごとや愚痴を聞いてくれる人は、「配偶者」が53.0%で最も多く、以下「兄弟姉妹・親戚・親・孫」が37.2%、「友人」が36.2%などとなっています。

病気の際の看病や世話をしてくれる人についても、「配偶者」が59.1%で最も多く、以下「同居の子ども」が33.3%、「別居の子ども」が27.9%などとなっています。

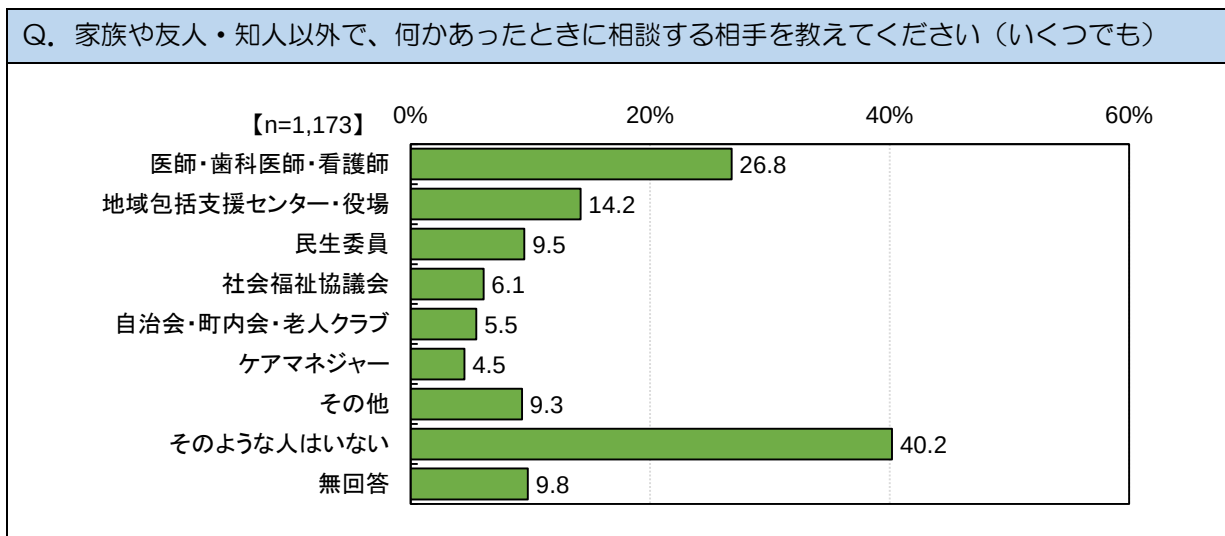
家族や友人・知人以外の相談相手は、「医師・歯科医師・看護師」が26.8%で最も多く、以下「地域包括支援センター・役場」が14.2%、「民生委員」が9.5%などとなっています。

一方で、40.2%は「そのような人はいない」と回答しています。

■あなたとまわりの人の「たすけあい」



■家族や友人・知人以外の相談相手



(4) 健康について

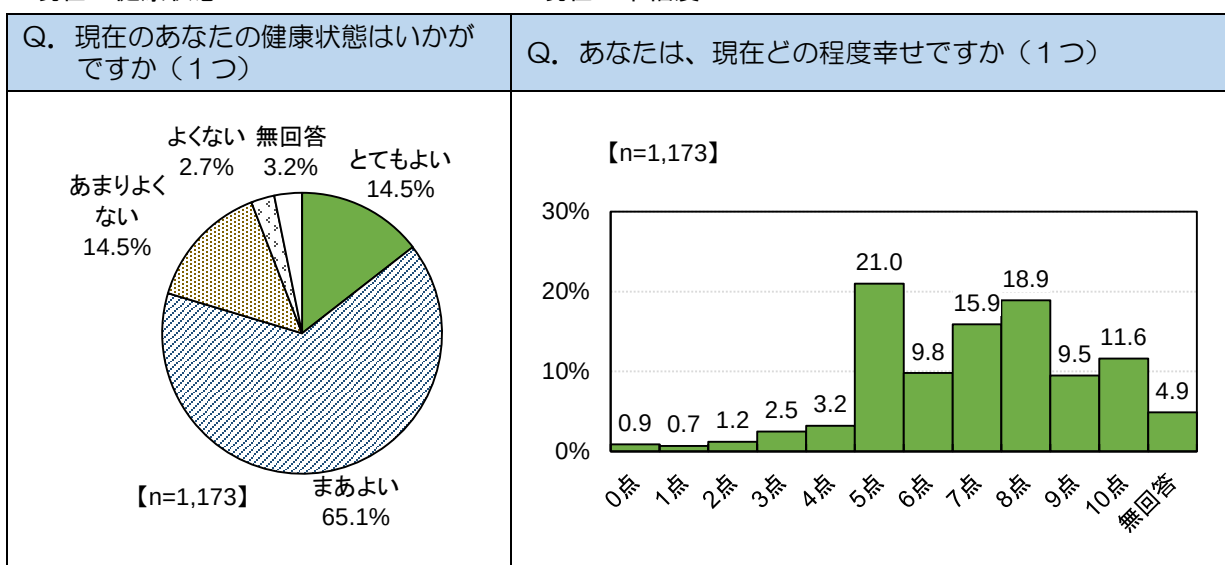
現在の健康状態は、「とてもよい」が 14.5%、「まあよい」が 65.1%で、合わせると 79.6%となっています。

現在の幸福度は、「5点」が 21.0%で最も多く、以下「8点」が 18.9%、「7点」が 15.9%などとなっています。

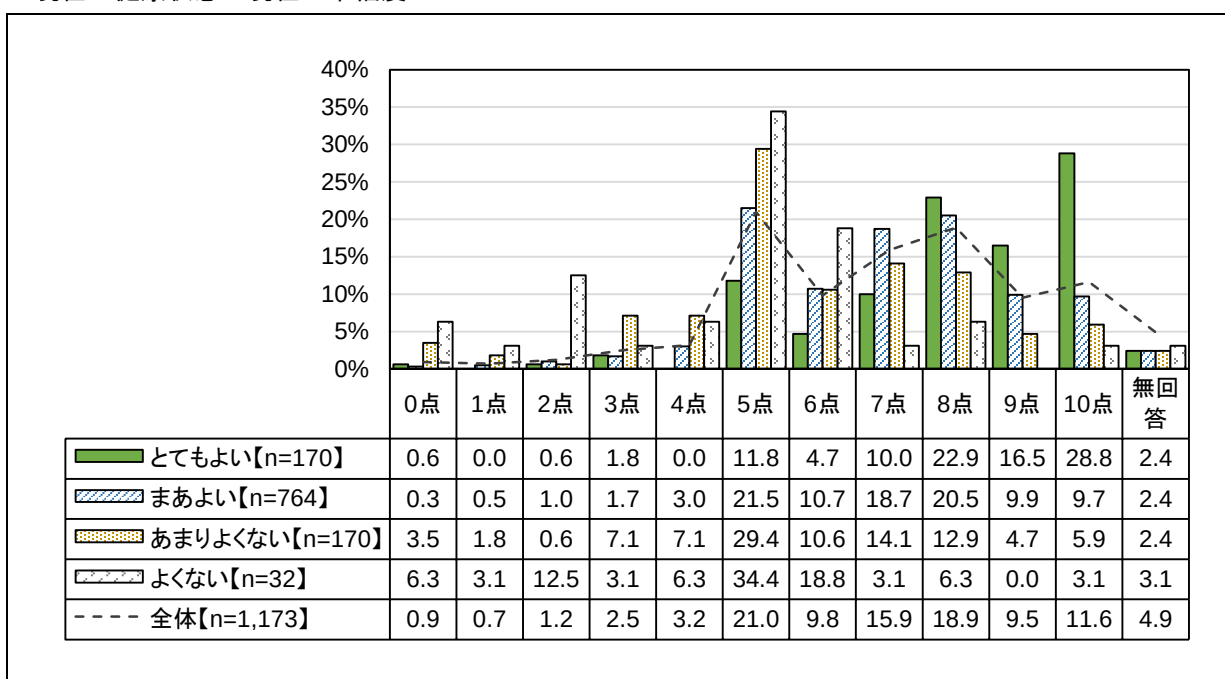
健康状態と幸福度の関連をみると、健康状態がよいほど幸福度も高くなる傾向がみられます。

■現在の健康状態

■現在の幸福度



■現在の健康状態×現在の幸福度

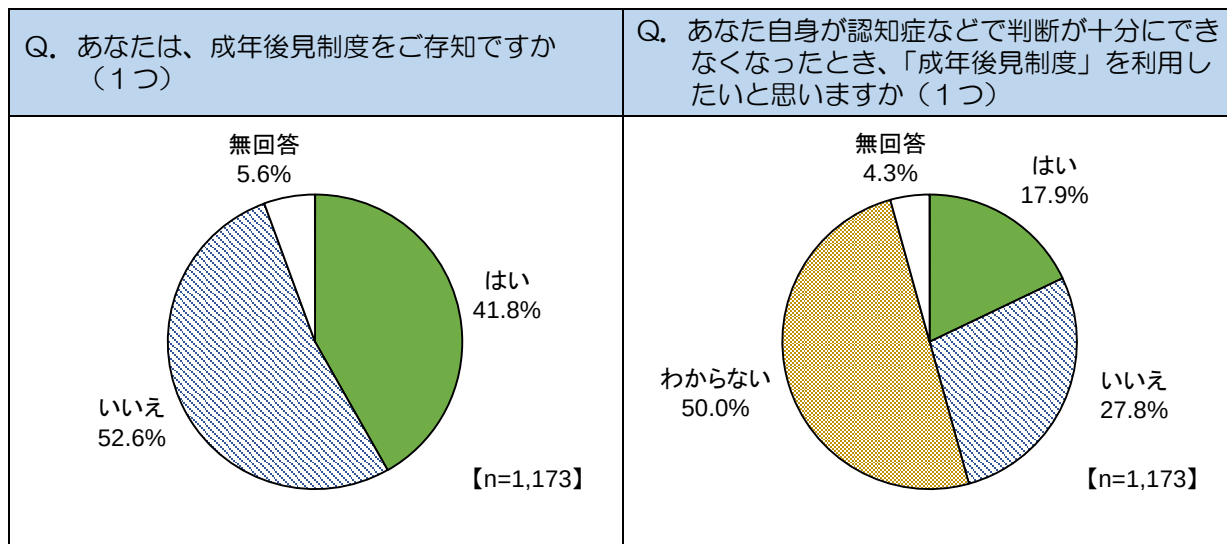


(5) 成年後見制度について【町独自】

成年後見制度の認知度は、「はい」（知っている）が41.8%となっています。

また、成年後見制度の利用意向は、「わからない」が50.0%を占めており、「はい」（利用したい）は17.9%となっています。

■成年後見制度の認知度

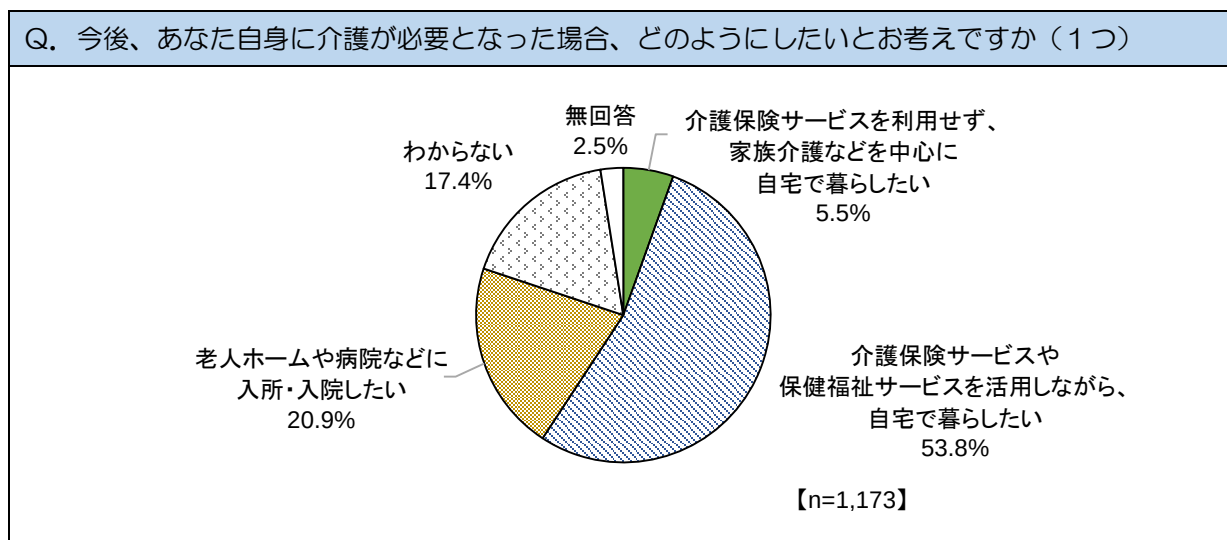


(6) 介護が必要になった場合の希望について【町独自】

介護が必要になった場合の希望は、「介護保険サービスや保健福祉サービスを活用しながら、自宅で暮らしたい」が53.8%で最も多く、以下「老人ホームや病院などに入所・入院したい」が20.9%、「わからない」が17.4%、「介護保険サービスを利用せず、家族介護などを中心に自宅で暮らしたい」が5.5%となっています。

大別すると、自宅での生活を希望する割合が約60%を占めています。

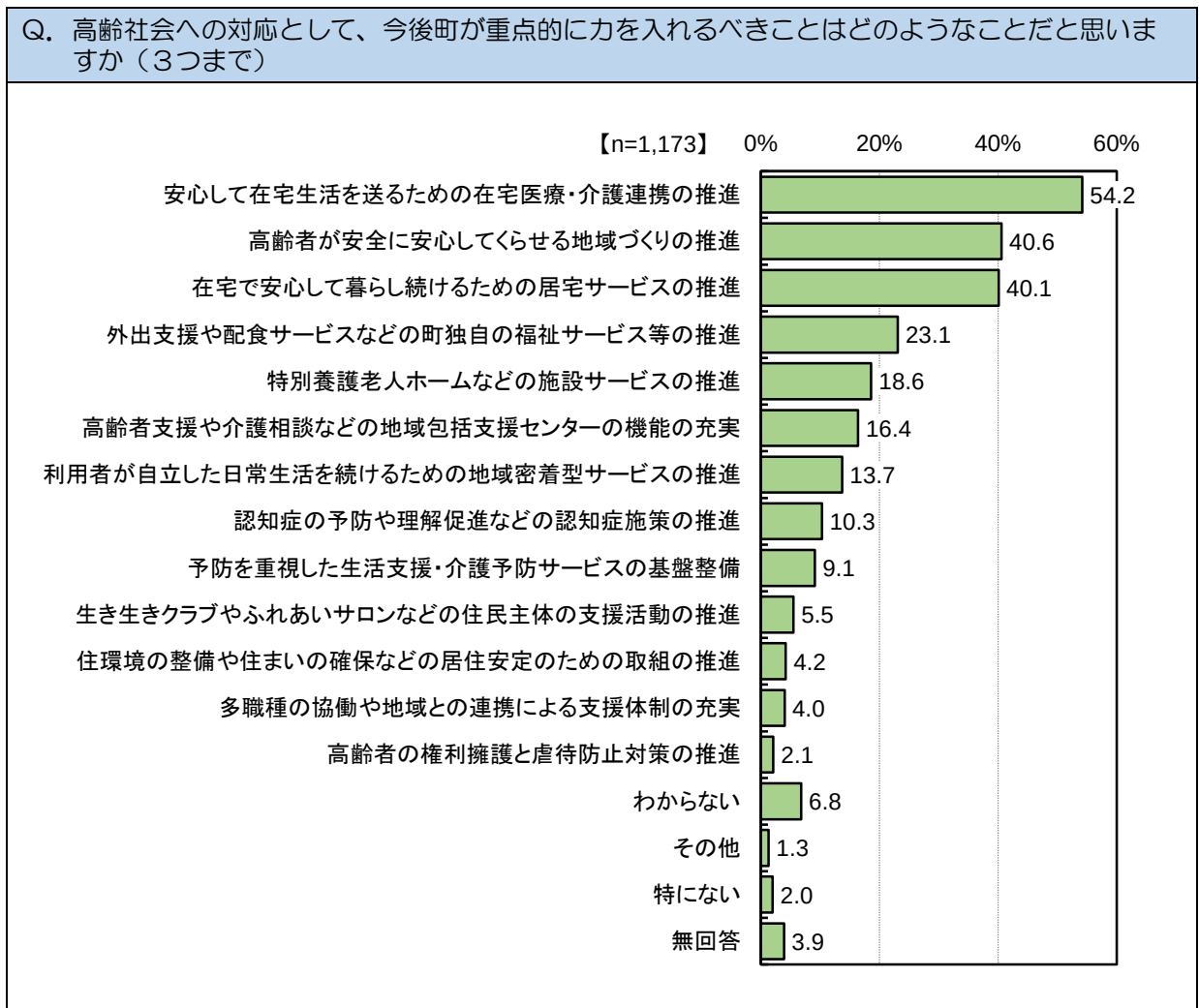
■介護が必要になった場合の希望



(7) 町が力を入れるべき高齢社会への対応について【町独自】

町が力を入れるべき高齢社会への対応は、「安心して在宅生活を送るための在宅医療・介護連携の推進」が54.2%で最も多く、以下「高齢者が安全に安心してらせる地域づくりの推進」が40.6%、「在宅で安心して暮らし続けるための居宅サービスの推進」が40.1%などとなっています。

■町が力を入れるべき高齢社会への対応



3 在宅介護実態調査

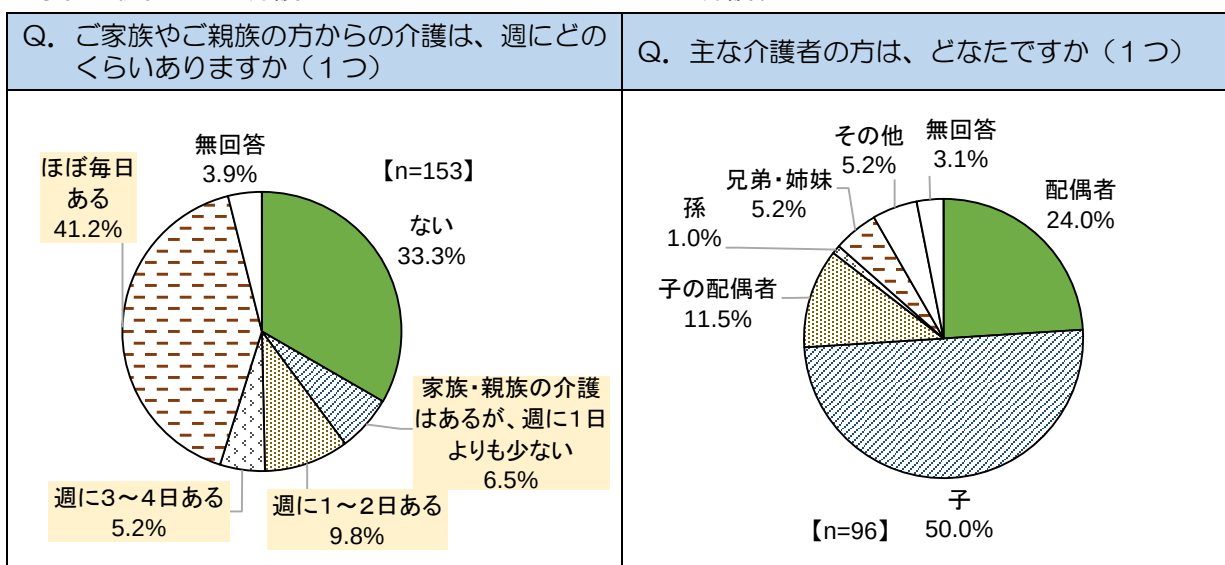
(1) 在宅で介護を担っている家族や親族

家族や親族からの介護を受けている割合は 62.7%となっています。主な介護者は、「子」が 50.0%で最も多く、次いで「配偶者」が 24.0%となっています。

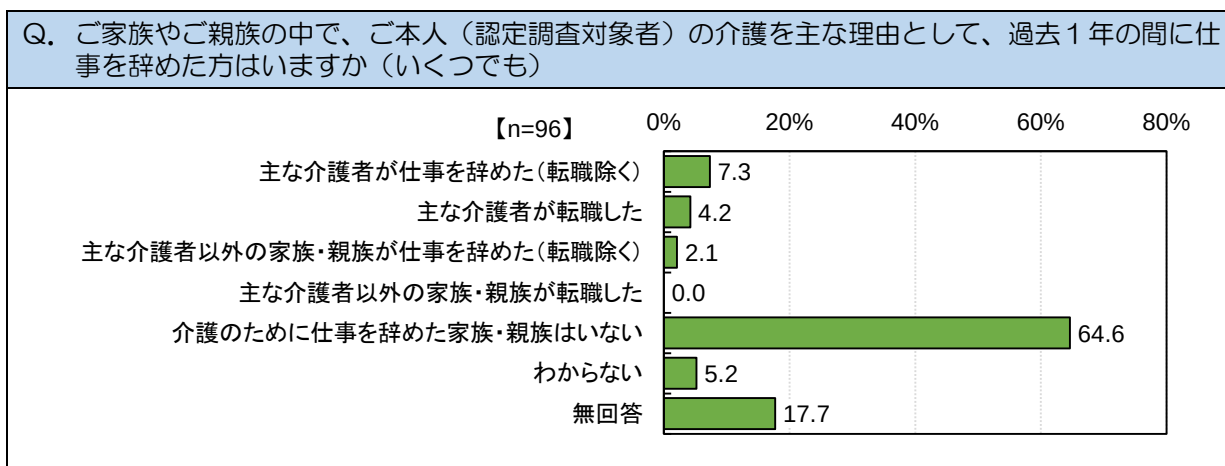
また、過去 1 年間で、家族や親族が介護を主な理由に離職・転職した割合は合計で 13.6%となっています。

■家族や親族からの介護

■主な介護者



■介護を理由に退職した家族や親族



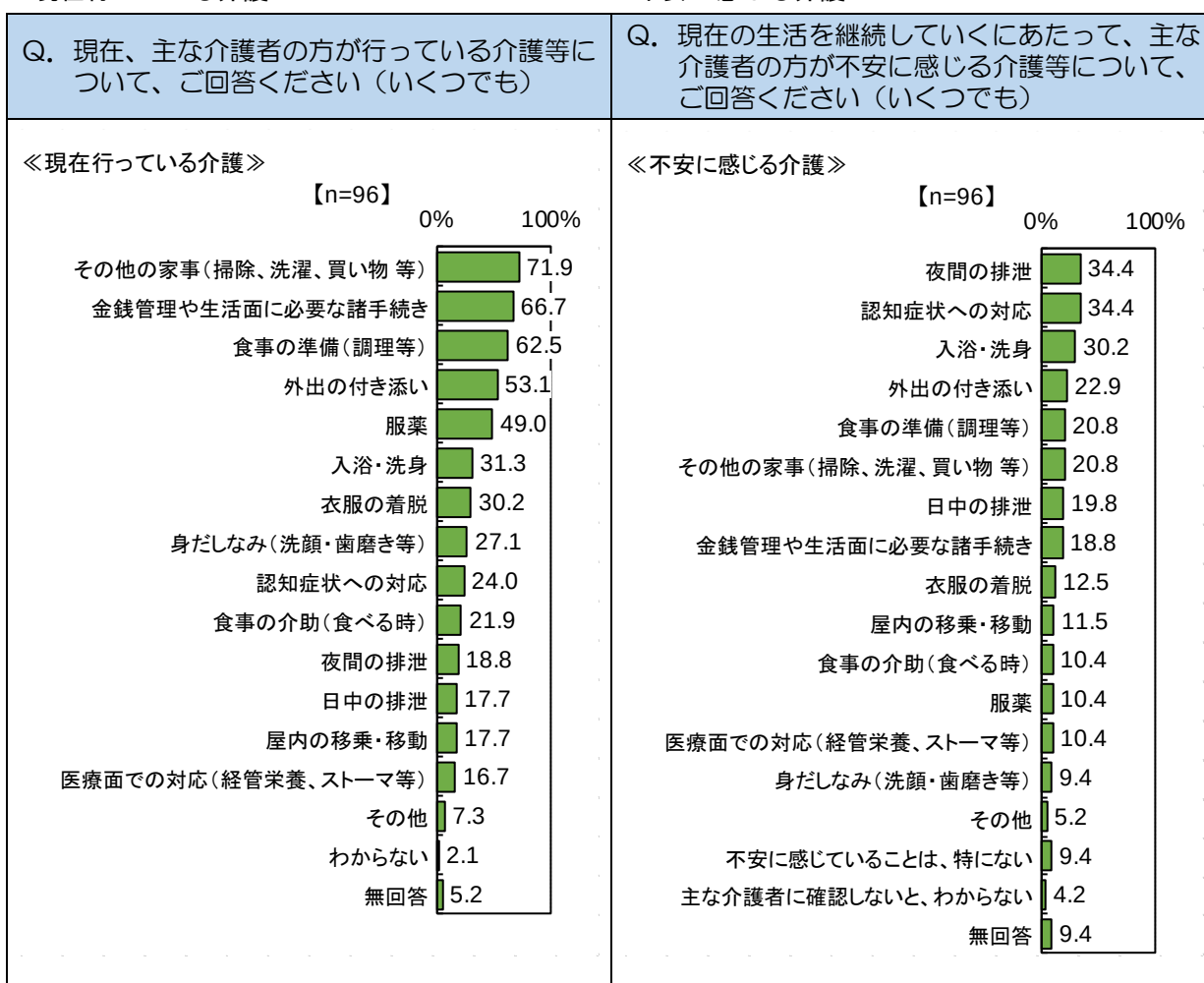
(2) 家族や親族による介護の状況

主な介護者が行っている介護等は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が71.9%で最も多く、以下「食事の準備（調理等）」が66.7%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が62.5%などとなっています。

一方で、主な介護者が不安に感じる介護等は、「夜間の排泄」、「認知症状への対応」がともに34.4%で最も多く、以下「入浴・洗身」が30.2%、「外出の付き添い」が22.9%などとなり、身体介護を伴う場合の不安が比較的多くなっています。

■現在行っている介護

■不安に感じる介護



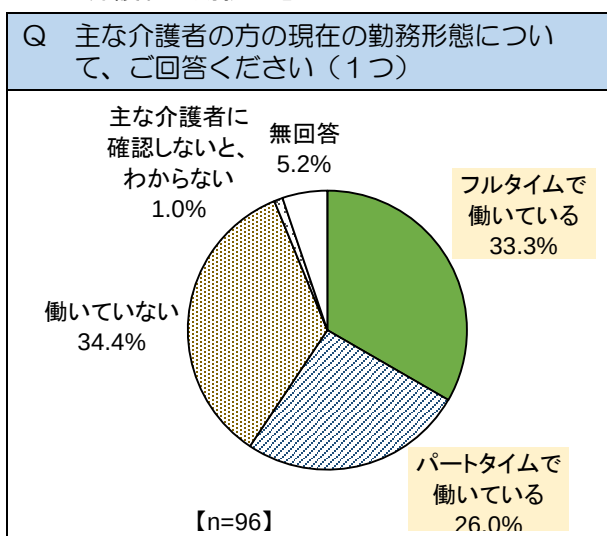
(3) 就労している家族や親族について

主な介護者のうち、「フルタイム」が33.3%、「パートタイム」が26.0%で、計59.3%が就労しており、仕事と介護の両立については、「続けていくのは、かなり難しい」が1.8%、「続けていくのは、やや難しい」が5.3%となっています。

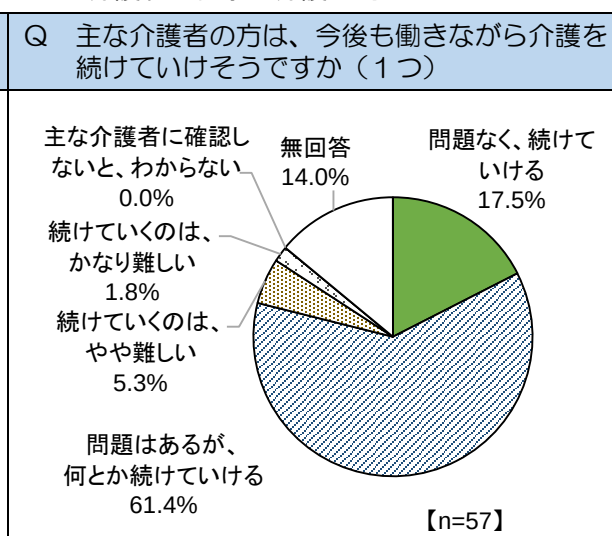
仕事と介護の両立に効果のある勤め先からの支援は、「制度を利用しやすい職場づくり」が15.8%、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が14.0%などとなっています。

一方で、「自営業・フリーランス等のため、勤め先はない」が26.3%で最も多いことが特徴的であると言えます。

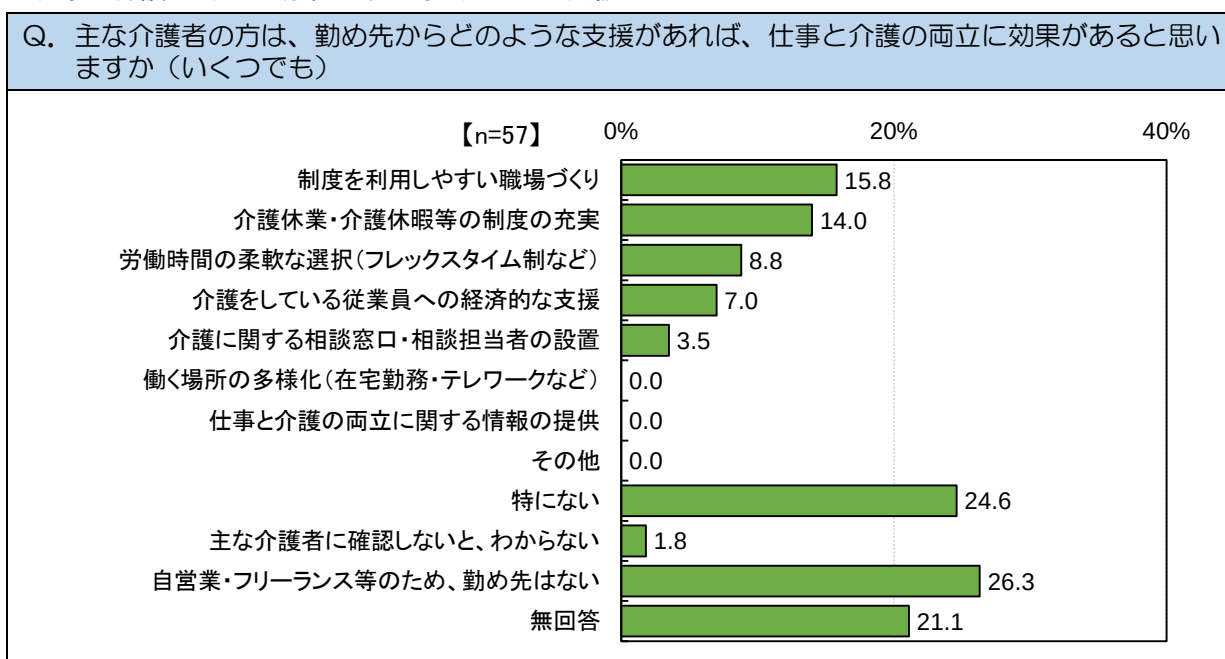
■主な介護者の勤務形態



■主な介護者の仕事と介護の両立



■仕事と介護の両立に効果のある勤め先からの支援



4 事業者調査

(1) 職員の確保について

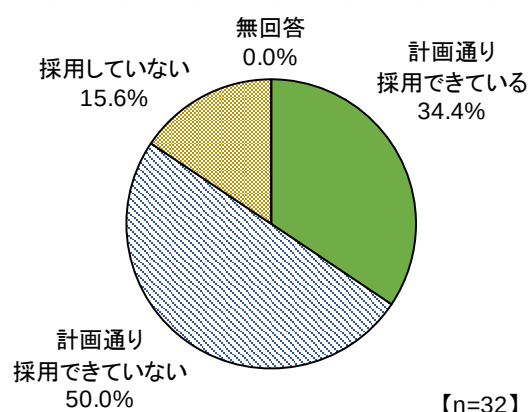
過去1年間における採用状況について、正規（常勤）職員では、「計画通り採用できていない」が50.0%を占めています。非常勤職員においても、「計画通り採用できていない」が最も多く43.8%となっています。

また、現在のサービス提供状況からみた職員の過不足について、正規（常勤）職員では、「不足している」が56.3%を占めています。非常勤職員では、「過不足なく適正な状態である」が50.0%を占めています。

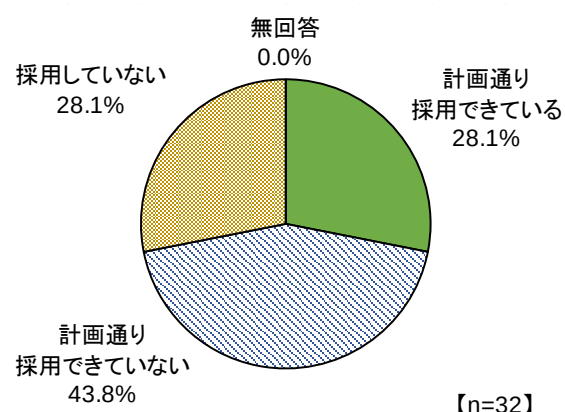
■職員の採用状況

Q. 過去1年間における職員の採用および定着状況はいかがですか（1つ）

《正規（常勤）職員》



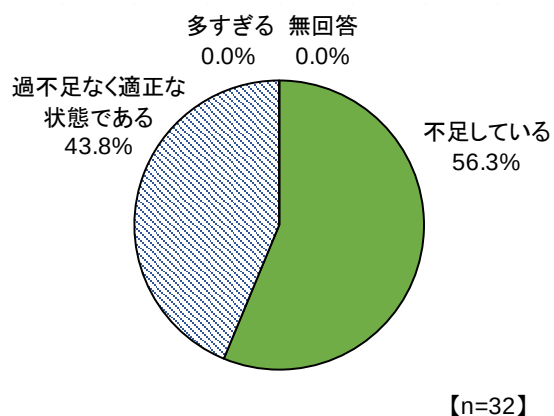
《非常勤職員》



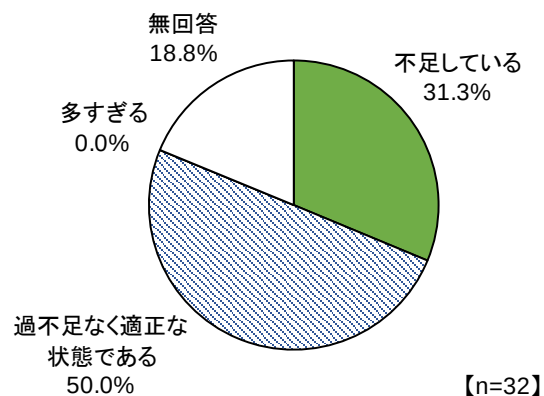
■職員の過不足

Q. 現在のサービス提供状況からみて、職員の過不足はありますか（1つ）

《正規（常勤）職員》



《非常勤職員》

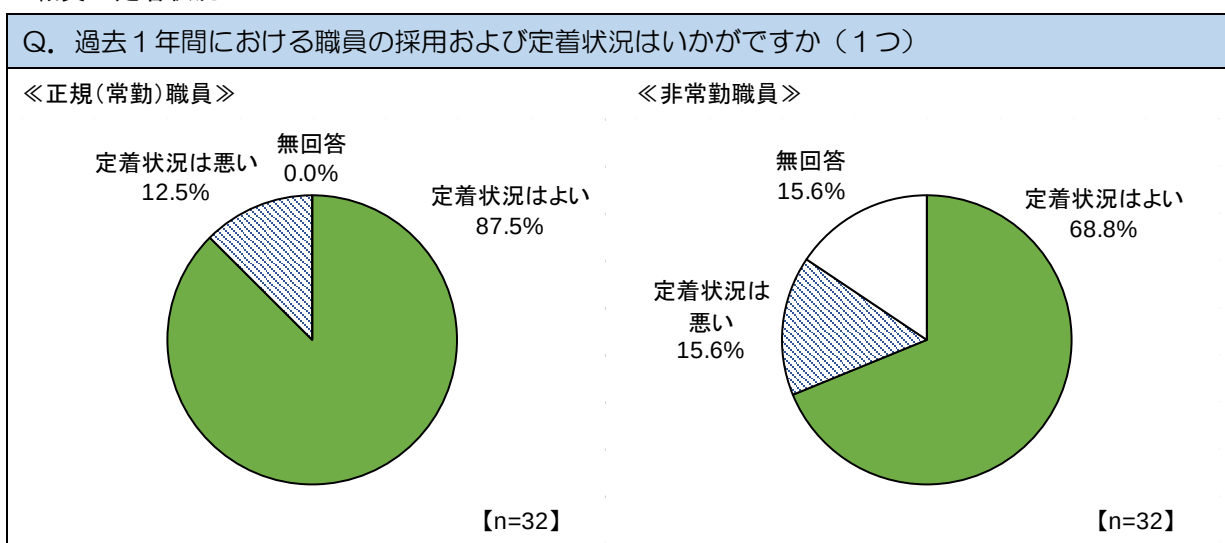


(2) 職員の定着について

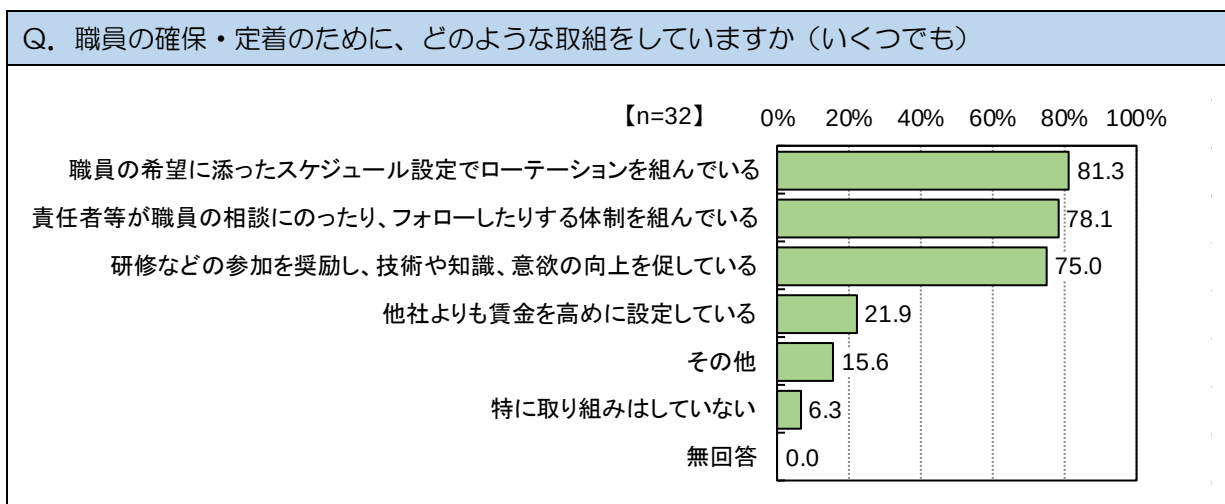
過去1年間における定着状況について、正規(常勤)職員では、「定着状況はよい」が87.5%を占めています。非常勤職員においても、「定着状況はよい」が最も多く68.8%を占めています。

職員の確保・定着のための取組は、「職員の希望に添ったスケジュール設定でローテーションを組んでいる」、「責任者等が職員の相談にのったり、フォローしたりする体制を組んでいる」、「研修などの参加を奨励し、技術や知識、意欲の向上を促している」がいずれも高い割合を占めています。

■職員の定着状況



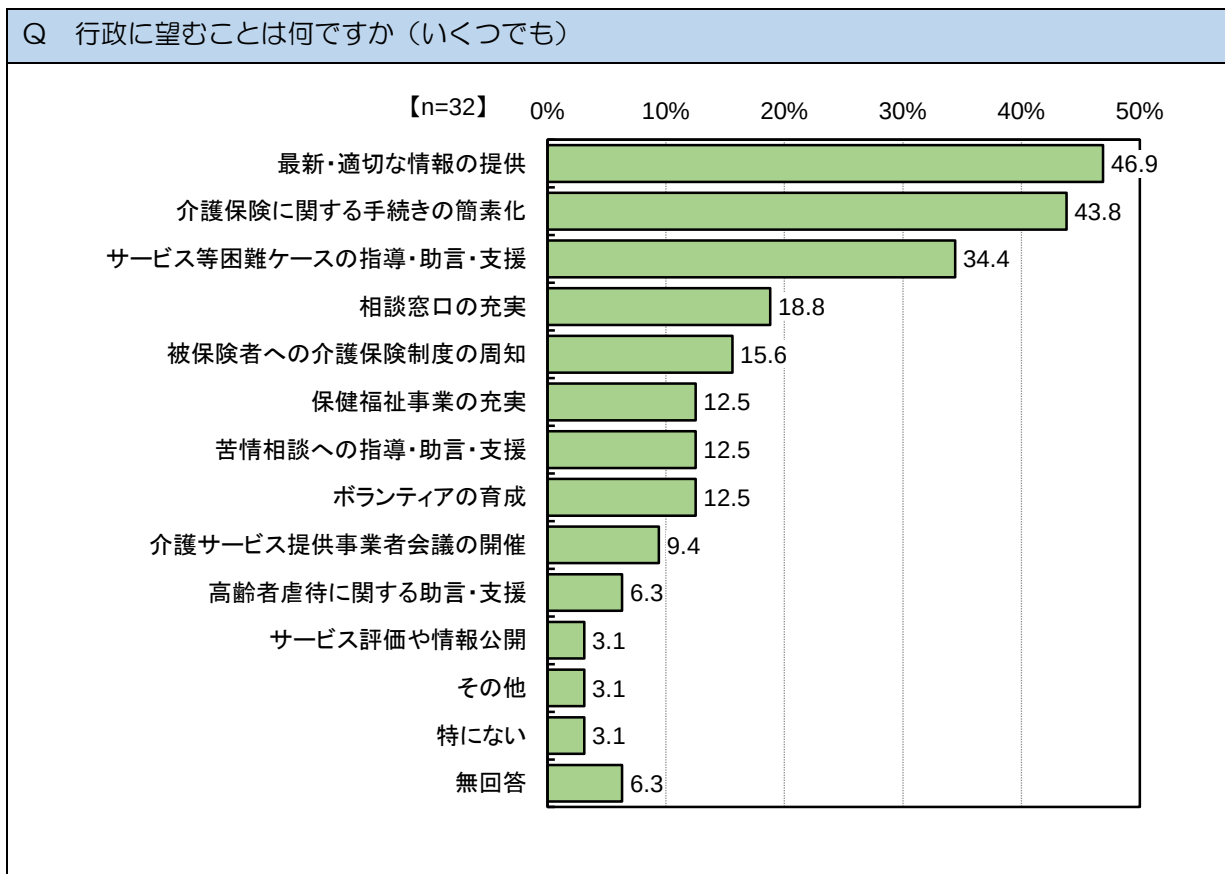
■職員の確保・定着のための取組



(3) 行政に望むことについて

行政に望むことは、「最新・適切な情報の提供」が46.9%で最も多く、以下「介護保険に関する手続きの簡素化」が43.8%、「サービス等困難ケースの指導・助言・支援」が34.4%などとなっています。

■行政に望むこと

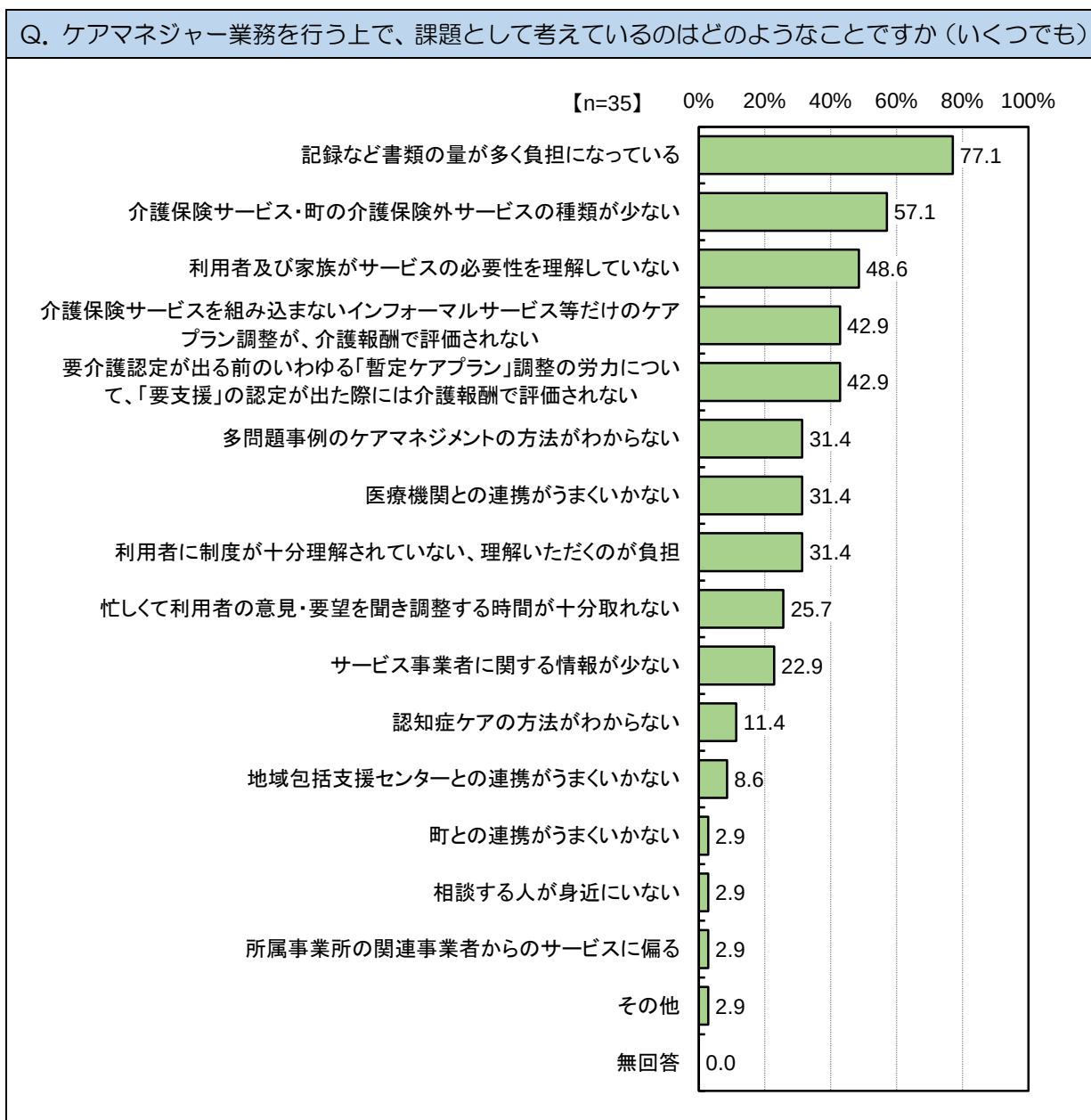


5 ケアマネジャー調査

(1) ケアマネジャー業務における問題点

ケアマネジャー業務における問題点は、「記録など書類の量が多く負担になっている」が77.1%で最も多く、以下「介護保険サービス・町の介護保険外サービスの種類が少ない」が57.1%、「利用者及び家族がサービスの必要性を理解していない」が48.6%などとなっています。

■ケアマネジャー業務における問題点

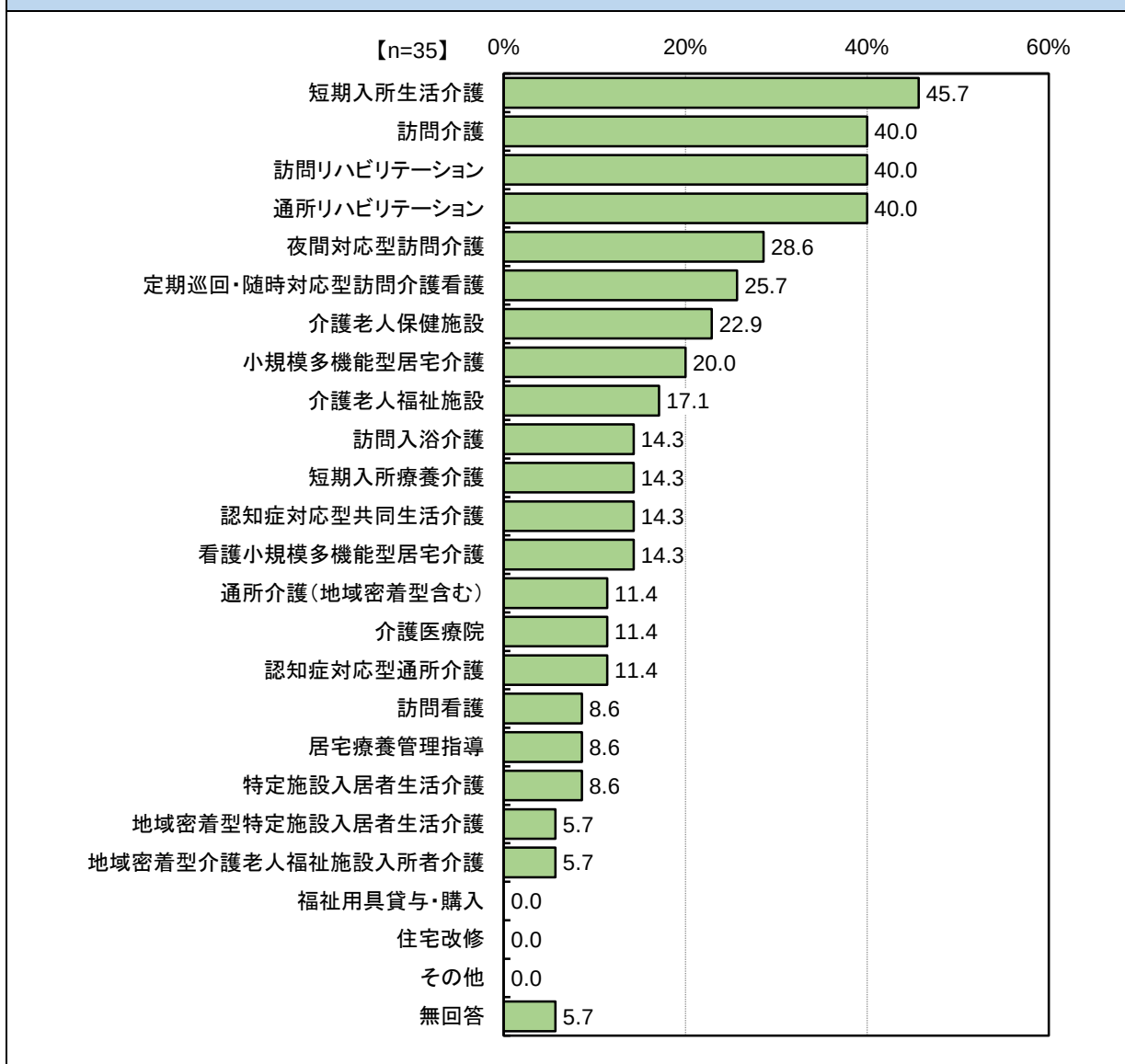


(2) 不足しているサービス

プランの作成上、現在不足しているサービスは、「短期入所生活介護」が 45.7%で最も多く、以下「訪問介護」、「訪問リハビリテーション」、「通所リハビリテーション」がいずれも 40.0%などとなっています。

■現在不足しているサービス

Q. あなたは、次の項目の中で、プラン作成上、現在不足しているサービスがあると思いますか。不足しているサービスに○をつけてください。(いくつでも)

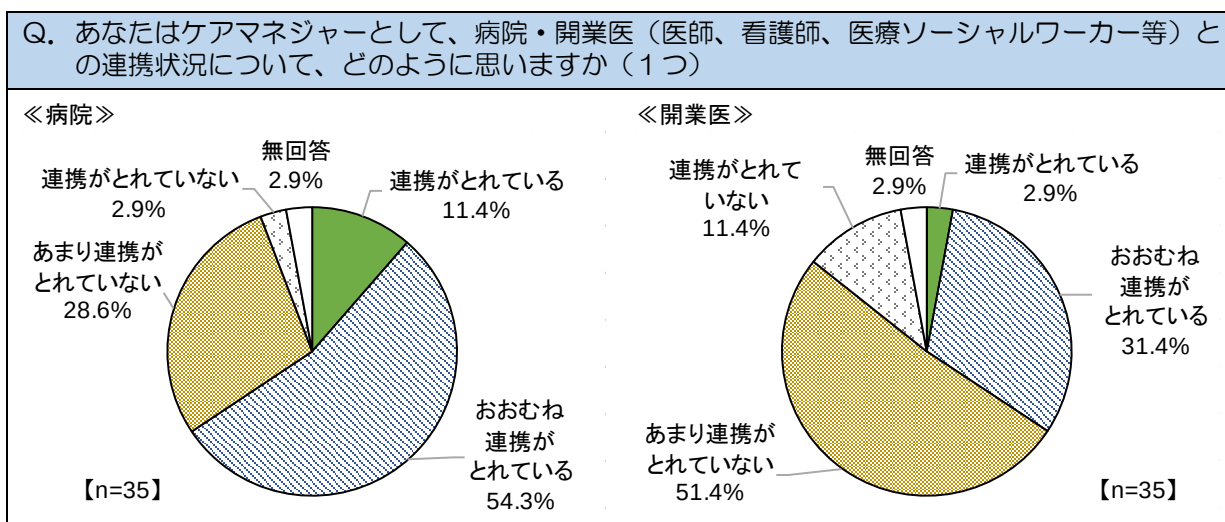


(3) 病院・開業医との連携状況

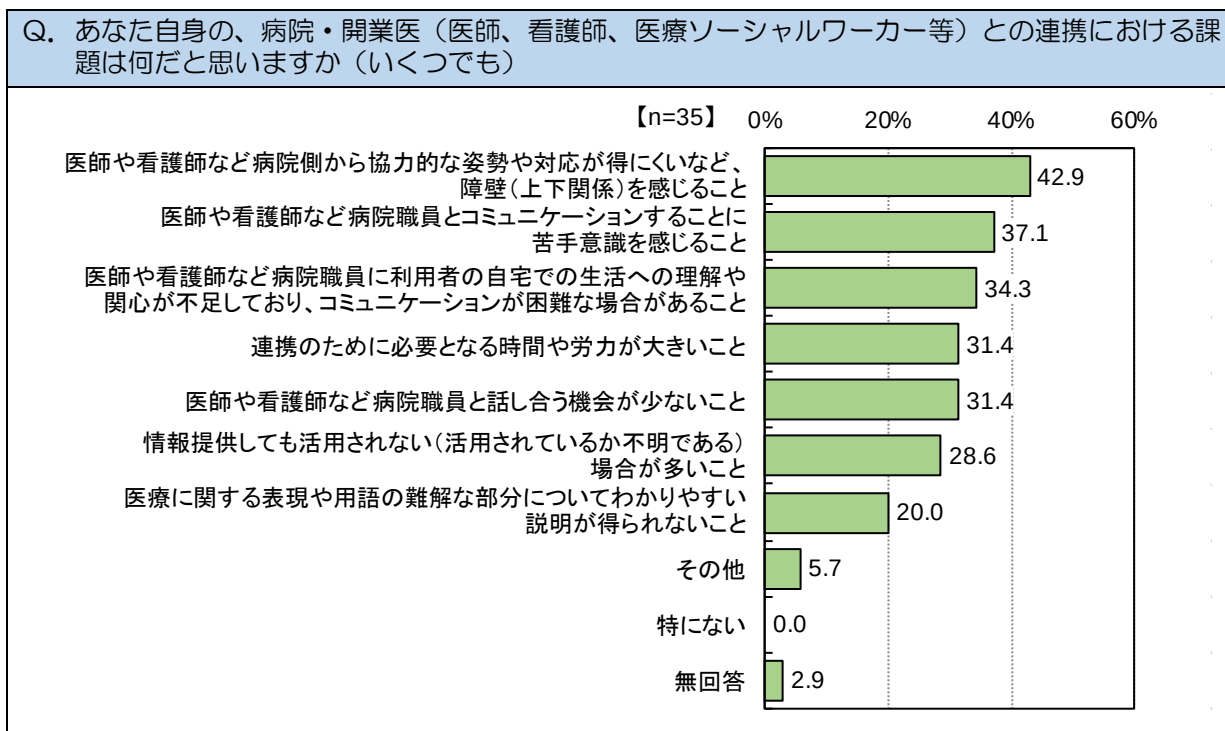
病院とは、「連携がとれている」と「おおむね連携がとれている」を合わせると 65.7%を占めています。一方、開業医とは、「連携がとれていない」と「あまり連携がとれていない」を合わせると 62.8%を占め、病院とは対照的な結果となっています。

病院・開業医との連携における問題は、「医師や看護師など病院側から協力的な姿勢や対応が得にくいなど、障壁を感じることに」が 42.9%で最も多く、次いで「医師や看護師など病院職員とコミュニケーションすることに苦手意識を感じることに」が 37.1%となっています。

■病院・開業医との連携状況



■病院・開業医との連携における問題

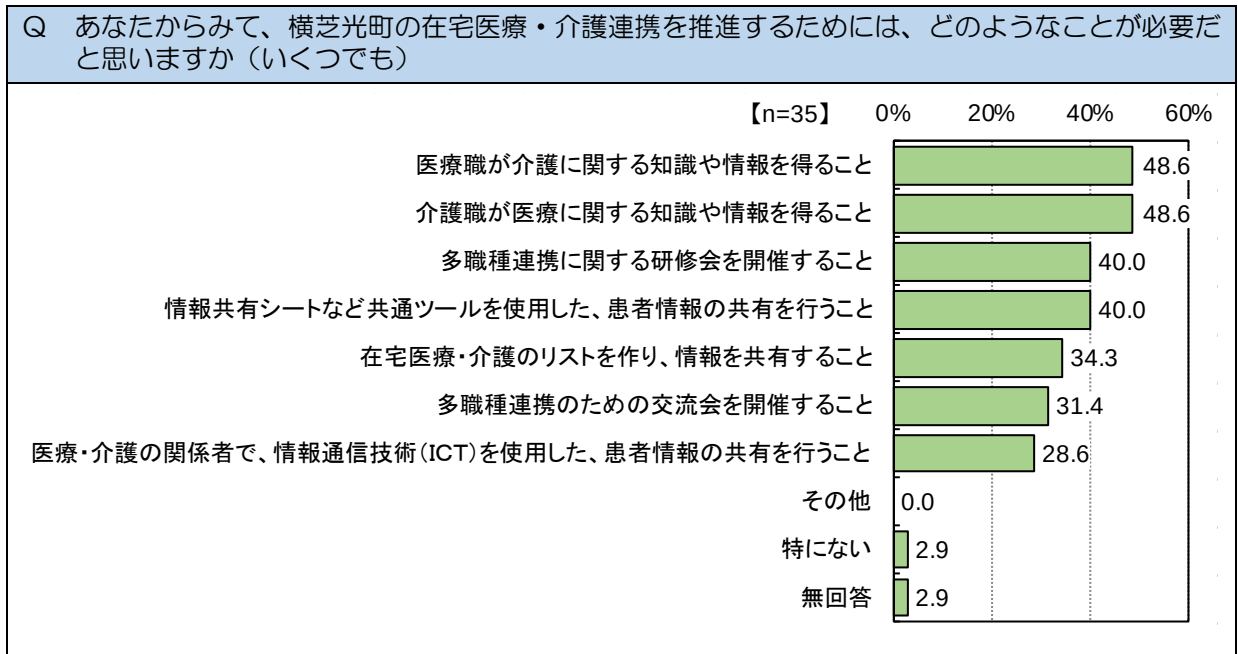


(4) 在宅医療・介護連携について

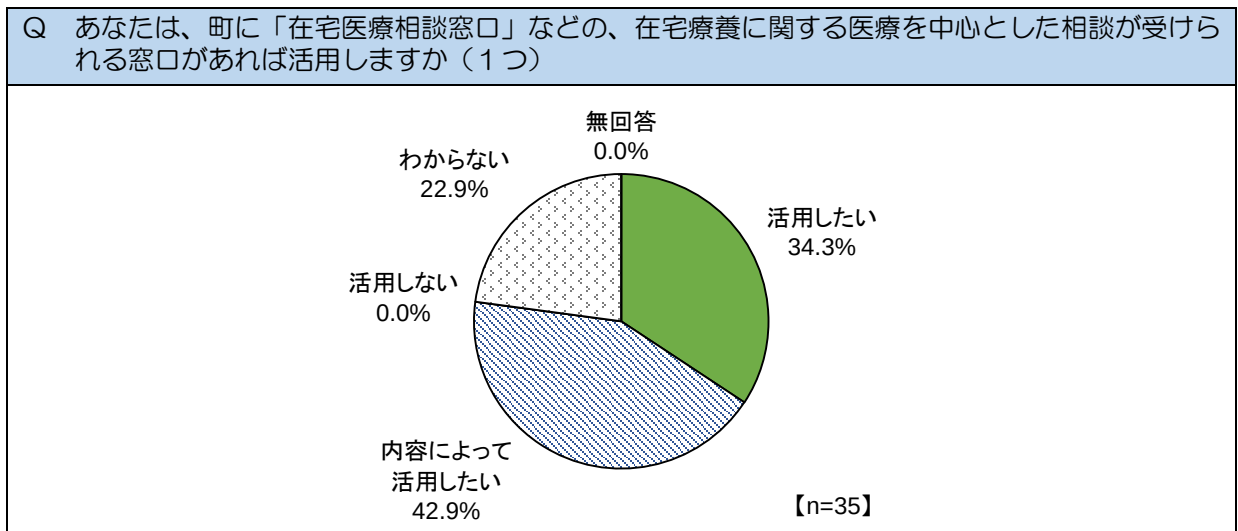
町の在宅医療・介護連携を推進するために必要なことは、「医療職が介護に関する知識や情報を得ること」、「介護職が医療に関する知識や情報を得ること」がともに 48.6%で最も多く、以下「多職種連携に関する研修会を開催すること」、「情報共有シートなど共通ツールを使用した、患者情報の共有を行うこと」がともに 40.0%、「在宅医療・介護のリストを作り、情報を共有すること」が 34.3%などとなっています。

在宅医療相談窓口の利用希望については、「活用したい」と「内容によって活用したい」を合わせると 77.2%を占めています。

■町の在宅医療・介護連携を推進するために必要なこと



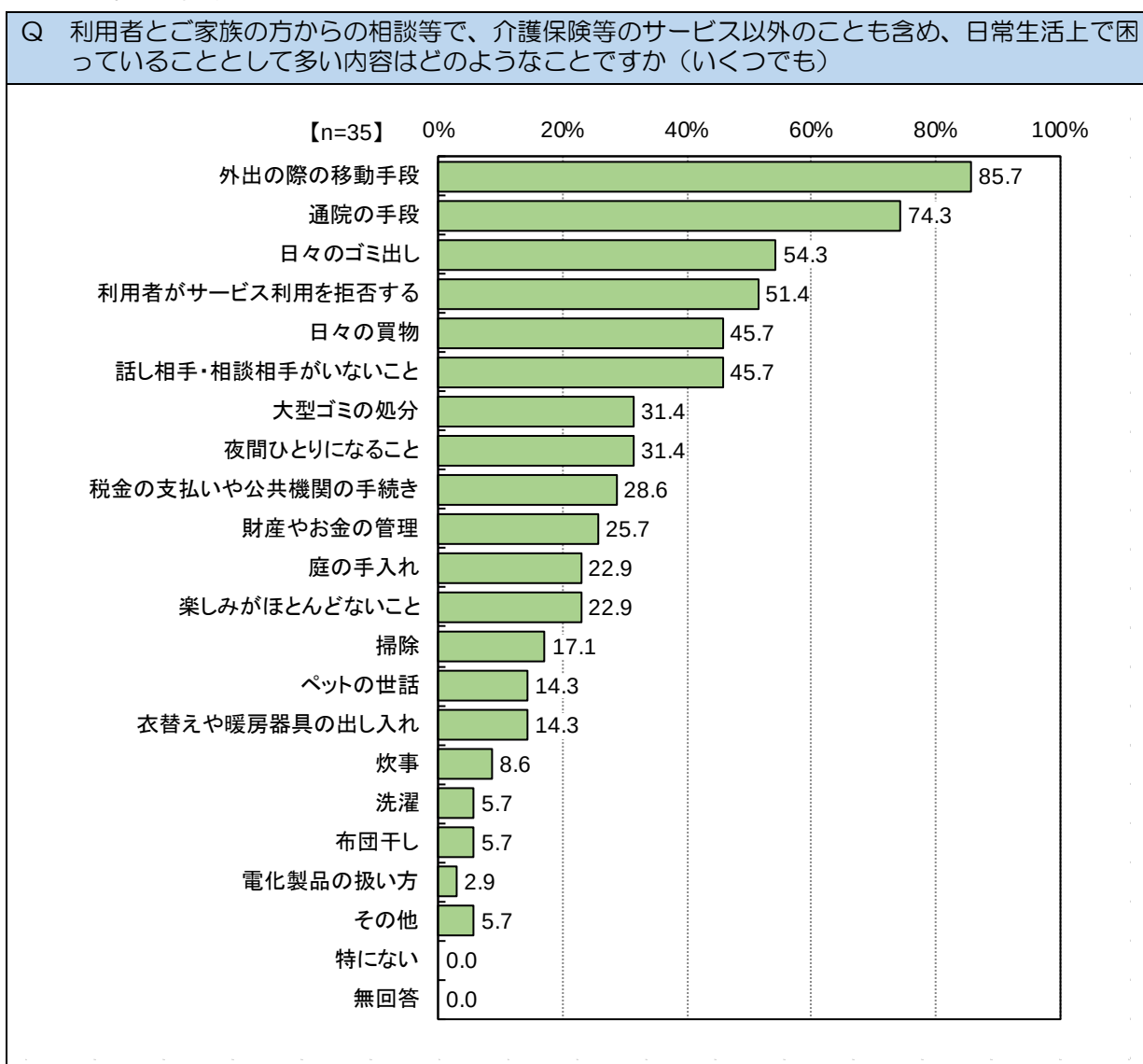
■在宅医療相談窓口の利用希望



(5) 日常生活での困りごとについて

利用者やその家族が日常生活で困っていることは、「外出の際の移動手段」が 85.7%で最も多く、以下「通院の手段」が 74.3%、「日々のゴミ出し」が 54.3%、「利用者がサービス利用を拒否する」が 51.4%、「日々の買物」、「話し相手・相談相手がないこと」がともに 45.7%などとなっています。

■日常生活での困りごと



第4節 高齢者を取り巻く主な課題

1 地域における支え合いの充実

本町の高齢者を含む世帯は、世帯数、構成比ともに増加しており、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯いずれについても増加している状況です。

ニーズ調査によると、心配ごとや愚痴を聞いてくれる人は、家族や友人といった身近な人が多くなっていますが、家族や友人・知人以外の相談相手については、4割が「そのような人はいない」と回答しています。

一方で、地域への参加状況は、「収入のある仕事」や「町内会・自治会」が3割弱などとなっているほか、地域づくりへの参加について、参加者として6割弱、企画・運営者として3割強が参加意向を示しており、地域の担い手として一定の参画が期待されます。

今後、地域共生社会の実現に向けて、地域住民の主体的な活動参加を促進し、公的な支援と民間の支援が一体となって高齢者の暮らしを支えていける地域づくりを充実していくことが求められます。

2 介護予防・健康づくりの充実

ニーズ調査によると、健康状態が良いほど幸福感が高くなる傾向が見られており、高齢になっても健康でいきいきと暮らしていくためには、健康の維持・増進が重要となります。

一方で、生活機能の低下リスクの該当状況は、認定を受けていない高齢者において「うつ傾向」が5割弱、「認知機能」が4割強、「転倒」が3割強、「閉じこもり」と「口腔機能」が2割強などとなっており、さらにこれらのリスクは年齢階層が高くなるほど高まっています。

今後、生活機能の低下リスクが高い75歳以上の高齢者が多くなることから、心身の生活機能の低下を防ぐフレイル予防や、介護予防・重度化防止の取組を充実していくことが求められます。

3 認知症施策の充実

地域包括ケア「見える化」システムによると、本町の認知症高齢者数は年々増加しており、要支援・要介護認定者に対する認知症高齢者の割合は6割強を占めている状況です。

ニーズ調査によると、本町の高齢者の「認知機能」の低下リスクの該当状況は、認定を受けていない高齢者において4割強、80歳以上では6割弱となっています。

また、在宅介護実態調査によると、主な介護者が不安に感じることとして、「認知症状への対応」が最も多く挙げられているなど、認知症の予防や支援等の取組が重要となります。

国においても、「認知症施策推進大綱」において、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人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することが示されており、認知症になっても地域において安心して生活できるよう、認知症施策を充実していくことが求められます。

4 在宅医療・介護連携の充実

ニーズ調査によると、今後の町の重点施策として「安心して在宅生活を送るための在宅医療・介護連携の推進」が5割強で最も多く、また、介護が必要になった場合でも6割弱が自宅での生活を希望しており、在宅医療・介護連携の推進は、最も重要な高齢者福祉施策であると言えます。

在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなど、様々な局面で求められており、今後その役割はより一層高まることが想定されます。

また、ケアマネジャー調査では、在宅医療・介護連携を推進するにあたって、情報提供・情報共有や多職種連携に関する研修会の必要性が高く、在宅医療相談窓口があれば活用したいという希望も8割弱を占めるなど、連携体制の充実が必要とされています。

そのため、町民に対して在宅医療に関するわかりやすい情報提供を行うとともに、関係機関の連携体制を充実していくことが求められます。

5 家族介護者支援の充実

在宅介護実態調査によると、自宅で家族が介護を担っている割合は6割強を占めています。

主な介護者は、「子」及び「子の配偶者」が6割強、「配偶者」が2割強を占めていることから、老老介護または近い将来老老介護の状況となる家庭が多いことが想定されます。

主な介護者が不安に感じることとしては、「夜間の排泄」や「認知症状への対応」、「入浴・洗身」、「外出時の付き添い」などが多く、そうした不安への実質的な支援による介護者の負担軽減が求められます。なお、ケアマネジャー調査においても、日々の困りごととして「外出の際の移動手段」や「通院の手段」が多く挙げられており、支援策の検討が求められます。

また、主な介護者の6割弱が働きながら介護を担い、その大半が何らかの問題を抱えていることから、仕事と介護の両立支援や介護離職防止のための支援の充実が求められます。

6 介護サービス基盤の充実

本町の要支援・要介護認定者は年々増加しており、令和2年10月時点での65歳以上の第1号被保険者認定率は16.6%となっています。

介護給付費についても年々増加しており、令和元年度は19億7千万円となっています。

今後も介護給付費は年々増加することが見込まれるため、適正な認定や必要とするサービスが適正に提供できるよう、介護給付適正化の取組を充実していくことが求められます。

また、ケアマネジャー調査によると、現在不足しているサービスとして「短期入所生活介護」や「訪問介護」、「訪問リハビリテーション」、「通所リハビリテーション」などが多く挙げられており、地域特性や状況等を考慮したサービス提供体制の整備が求められます。

なお、第8期計画においては、令和7（2025）年及び令和22（2040）年の中長期的な視点に立った計画策定が求められており、現状を的確に捉え、将来的なビジョンをあらためて設定する必要があります。

7 人材の確保及び資質の向上

事業者調査によると、正規（常勤）職員が計画通り採用できていないなど、職員が不足している事業者が6割弱を占めており、人材の確保が求められます。

また、行政に望むこととしては、「最新・適切な情報の提供」や「介護保険に関する手続きの簡素化」、「サービス等困難ケースの指導・助言・支援」が多く挙げられています。

ケアマネジャー調査においても「記録など書類の量が多く負担になっている」が最も多く8割弱を占めていることから、サービス提供に必要な報提供や業務の効率化が求められます。

なお、職員の定着状況については、大半が「定着状況はよい」と回答しており、人材定着のため魅力発信の取組として好事例を紹介するなど、人材確保のための支援が求められます。

第3章 計画の基本的な考え方

(扉裏)

第1節 計画の基本理念

本町では、「住み慣れた地域で支えあい、自立した暮らしを安心して続けられるまちづくり」を基本理念に掲げ、団塊の世代すべてが75歳以上に達する令和7（2025）年を見据えて、住まい・生活支援・介護予防・医療・介護が連携する「地域包括ケアシステム」の深化・推進を図るとともに、年齢を超えて互いに助けあい、支えあう、参加と協働の福祉のまちを目指し、総合的に施策を推進してきました。

今後、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上の高齢者が急増することが見込まれる令和22（2040）年に向けて、介護サービス基盤の充実が求められます。

また、高齢化が一層進む中で、制度や分野の枠にとらわれず、一人ひとりが世代や背景を超えてつながり、支え合い、助け合いながら暮らすことのできる、地域共生社会の実現に向けた取組を進めていく必要があります。

本計画では、これまでの理念や取組を受け継ぎながら、団塊の世代すべてが75歳以上となる令和7（2025）年と、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えて、地域共生社会の実現に向けた取組を推進するとともに、その中核的な基盤となる地域包括ケアシステムのさらなる充実を図ります。

■基本理念

住み慣れた地域で支えあい、自立した暮らしを 安心して続けられるまちづくり

なお、本計画の基本理念の実現に向けて、次の3つの視点に基づき計画を推進します。

■基本理念の実現に向けた基本的視点

高齢者の人権の尊重	介護や支援が必要になってもすべての高齢者の尊厳が尊重され、できる限り住み慣れた自宅や地域で、その人らしく自立した生活を送ることができる環境づくりを目指します。
高齢者の自立支援	高齢者が地域で、自らの知識と経験を生かして役割を担っていただける地域は明るく活力のある地域です。高齢者の介護予防や生きがい活動を促進するとともに、活躍できる環境づくりを目指します。
地域共生社会	年齢や性別に関わらず、住み慣れた地域で共生できるまちを目指し、身近な支えあいの仕組みづくりや見守り活動などを推進していきます。

第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進

町では、可能な限り住み慣れた地域で継続して生活できる社会の実現に向けて、地域の絆を活かして、下図のような様々なサービスがネットワークを結ぶ取組を行ってきました。

今後も、地域包括ケアシステムを深化させ、必要な時に必要なサービスを組み合わせて活用できるように、常に新たなニーズに対応する地域資源を発掘・整理し、ニーズに合わせたサービスの提供を行います。

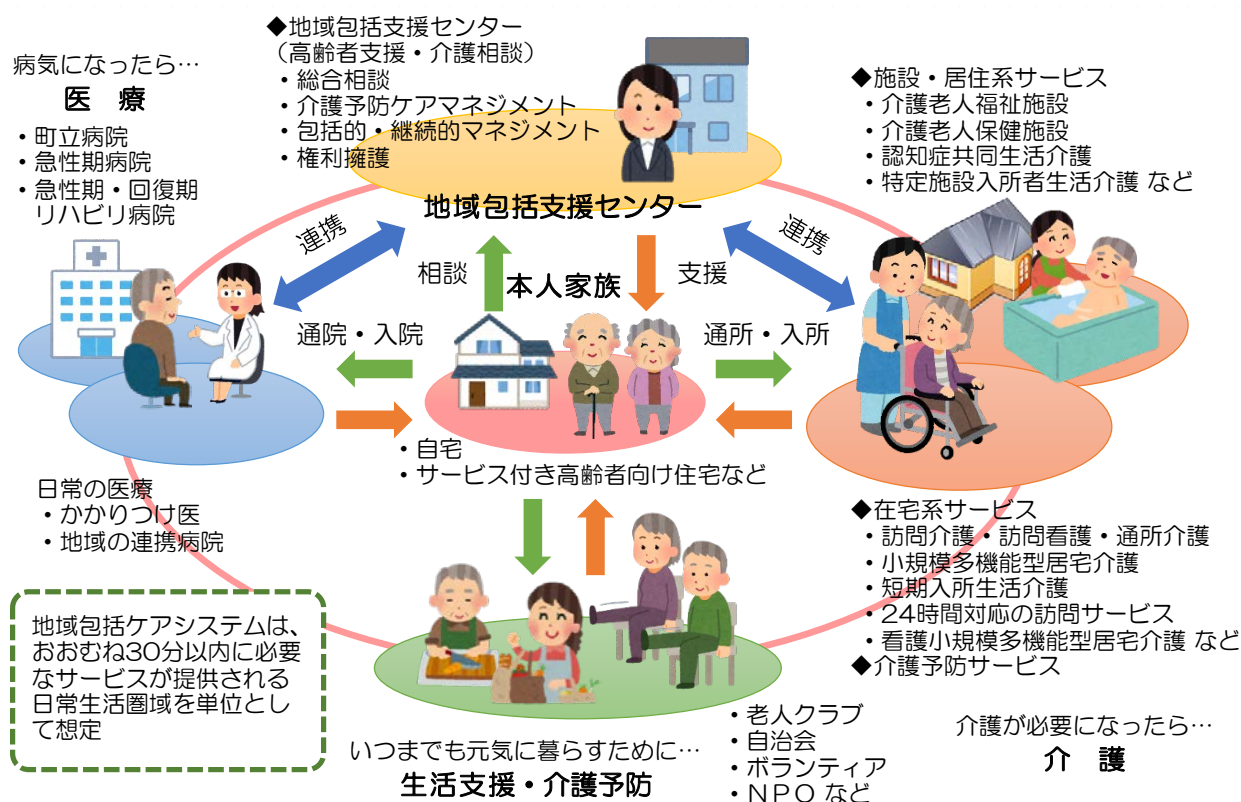
また、ネットワークがさらに強固なものになるよう地域包括支援センターを充実させ、効果があった介護予防事業を強化するとともに、地縁を活かした生活支援の体制を構築します。

さらに、重層的支援体制の整備など、包括的・継続的支援体制の整備について、関係部署と連携し調査研究を進めていきます。

【地域包括ケアシステム】

安心して暮らせる住まいで、生活上の安全や安心、健康の確保とともに、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために必要な支援体制のこと。

■地域包括ケアシステムのイメージ



第3節 計画の基本目標

本計画の基本理念の実現に向けて、以下3つの基本目標に基づき計画を推進します。

1 健康でいきいきと暮らしていける

高齢者をはじめ、すべての住民がいつまでも心身ともに健やかに暮らせる「生きがいに満ち健康に暮らせるまち」をつくれます。

高齢者が可能な限り介護を必要としない状態で心身ともに健康で、介護予防や様々な活動に参加できる地域づくりを進めます。

2 介護が必要になっても認知症になっても安心して暮らしていける

高齢者が地域で、自らの知識と経験を生かして役割を担っていただける地域は明るく活力のある地域です。高齢者の介護予防や生きがい活動を促進するとともに、活躍できる環境づくりを目指します。

3 地域で支えあい助けあいながら暮らしていける

高齢者がいきいきと自立した生活を確保でき、交流活動にも積極的に参加し、すべての住民が共に支えあう、「支えあい助けあって暮らせるまち」をつくれます。

第4節 施策体系

（作成中・見開き）

(作成中・見開き)

第5節 日常生活圏域の設定

高齢化が進む本町において、住民が地域で安心して暮らしていくためには、住み慣れた身近な地域に、医療・保健・福祉・介護のサービス基盤が整備され、必要な時に必要なサービスを受けられることが重要です。

また、住民一人ひとりの心身の状況などに応じて、医療・保健・福祉・介護の専門家や、ボランティア、地域住民が相互に連携しながら、支援が必要な人をサポートする仕組みも重要です。

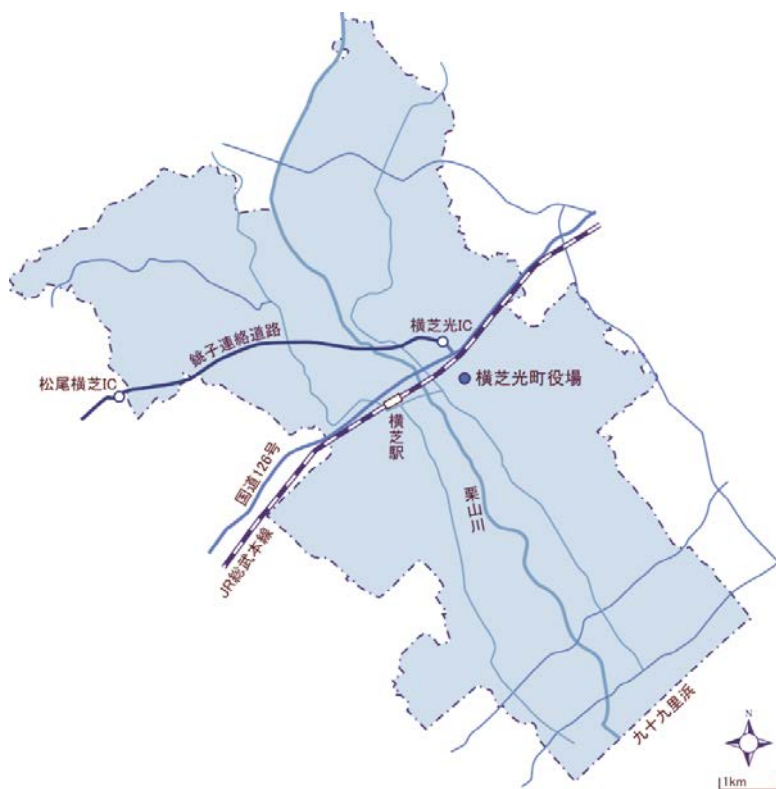
さらに、疾病予防や介護予防は日常の小さな取組が重要であることから、身近な地域で住民同士が気軽に集まり、様々な活動を行っていく人々を増やしていくことが求められます。

介護保険事業計画では、地域で暮らす介護を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で生活を継続することを可能にする観点から、地域の特性に応じた「日常生活圏域」を設定し、地域密着型サービスなど圏域ごとに必要なサービス見込量を定めることとされています。

日常生活圏域の設定にあたっては、①地理的条件、②人口、③交通事情その他の社会的条件、④介護給付等サービスを提供するための施設の整備の状況等を勘案して設定します。

本町は人口約 24,000 人、総面積 67.01 ㎡で、「地域密着型サービス」に必要な福祉・介護等の資源としての施設に地域的な偏りもなく、サービス提供に差も生じることはほとんどみられず、公平性が保持できていると考えられます。

このようなことから、日常生活圏域は全町を1圏域としました。これにより、住民は居住している地域に関係なく、町内のすべての施設の利用が可能となります。



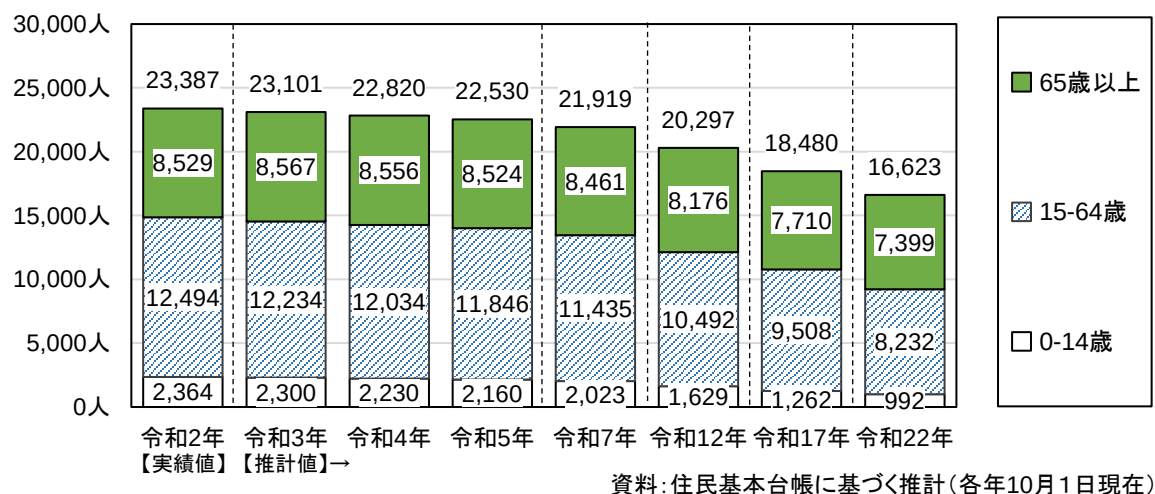
第6節 将来推計

1 推計人口

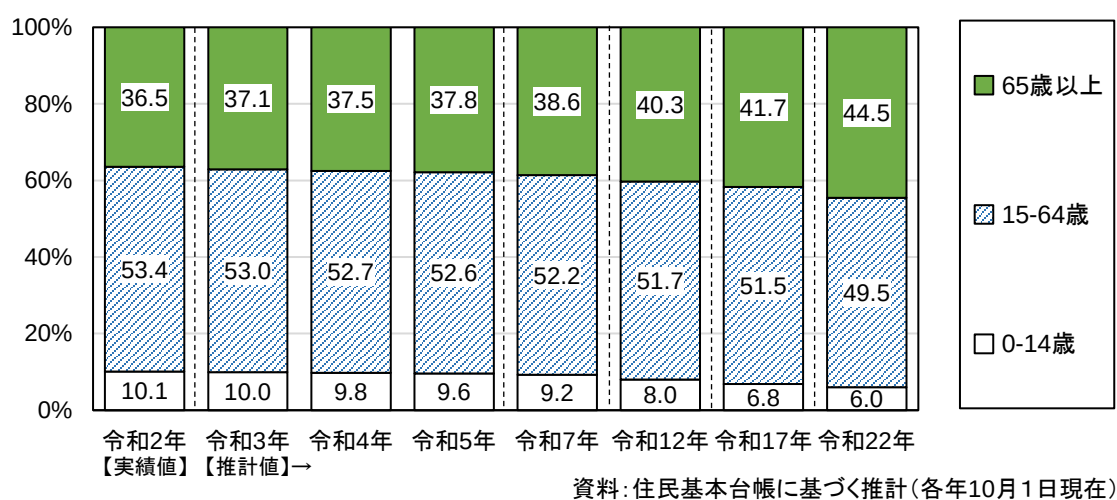
本町の住民基本台帳を基に、コーホート変化率法（同じ年に生まれた人々の動向から変化率を求め、その結果に基づき将来人口を推計する方法）により算出した推計人口をみると、本町の総人口は年々減少し、計画最終年の令和5年には22,530人となることが見込まれます。

65歳以上の高齢者人口は令和3年をピークに減少に転じますが、年少人口と生産年齢人口が一貫して減少することに伴い、高齢化率は増加を続け、令和5年には37.8%となり、令和12年には40%を超え、令和22（2040）年には44.5%に達する見通しです。

■横芝光町の推計人口



■横芝光町の推計人口（構成比）



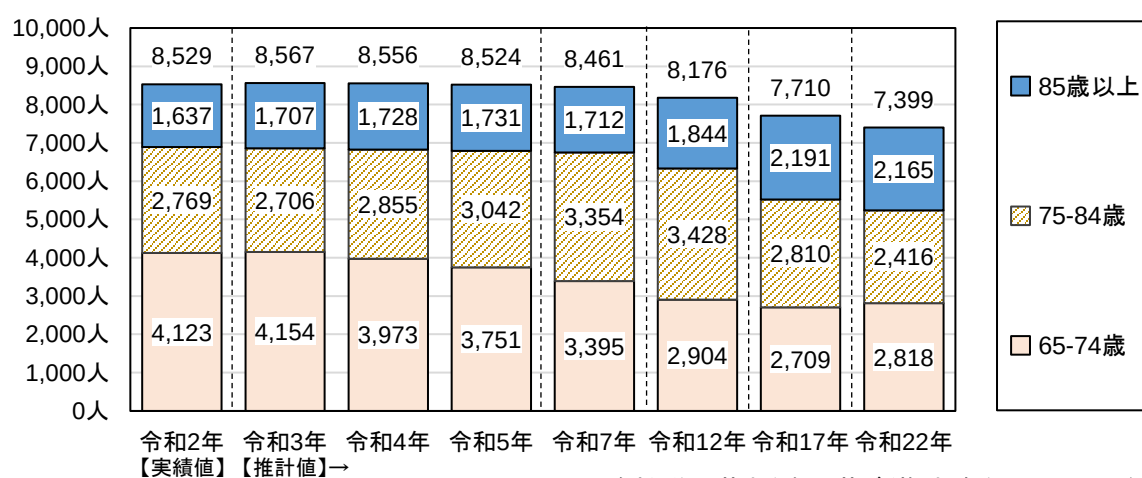
2 高齢者人口の推計

本町の高齢者人口の推計をみると、およそ半数を占める 65～74 歳の高齢者は減少を続け、令和 12 年に 3,000 人を下回りますが、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22（2040）年には再び増加することが見込まれます。

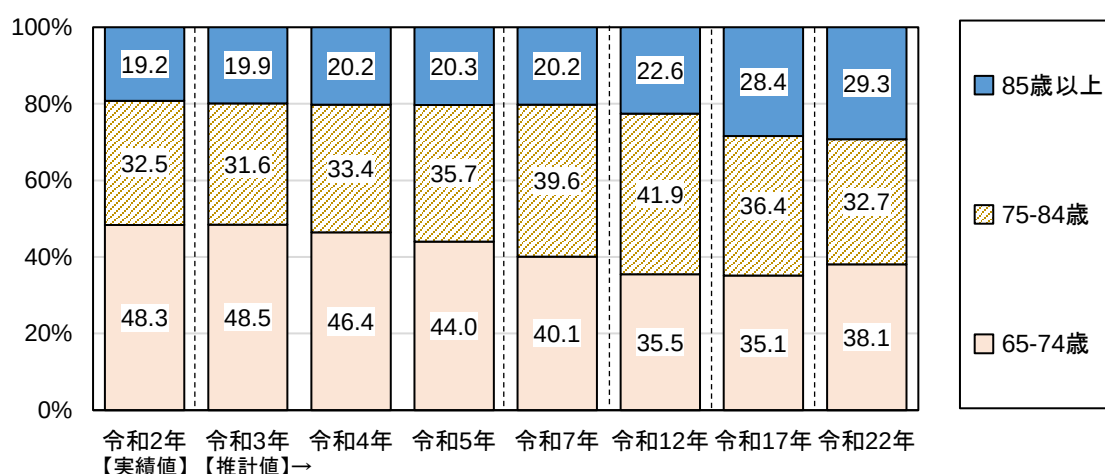
75～84 歳の高齢者は令和 12 年にピークを迎え 3,428 人となり、構成比は全体の 41.9% となる見込みです。

85 歳以上の高齢者は増加傾向で推移し、令和 17 年にピークを迎え 2,191 人となる見込みです。

■横芝光町の高齢者人口の推計（暫定値）



■横芝光町の高齢者人口の推計（構成比）（暫定値）

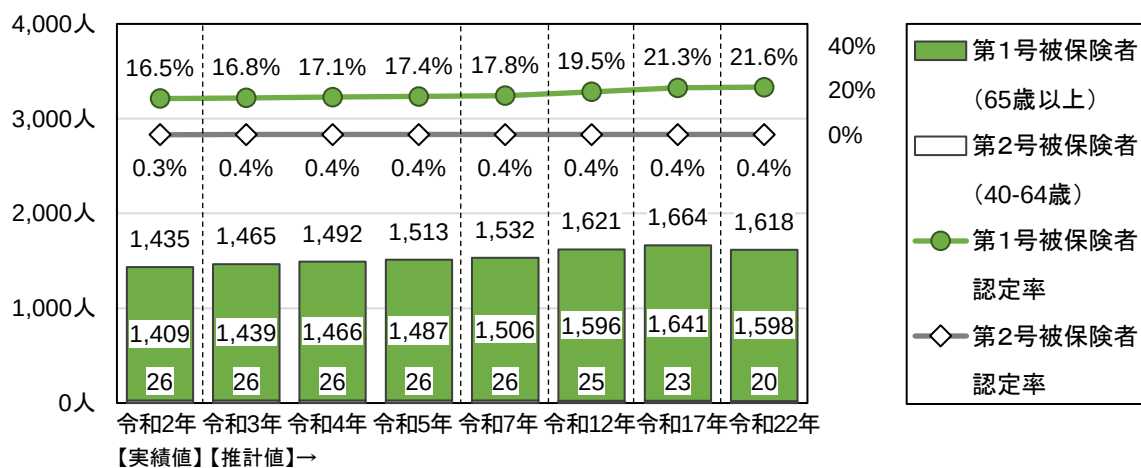


3 要支援・要介護認定者の推計

本町の要支援・要介護認定者数の推計をみると、年々増加続け、計画最終年の令和5年には1,513人となり、令和17年には1,664人となることが見込まれます。

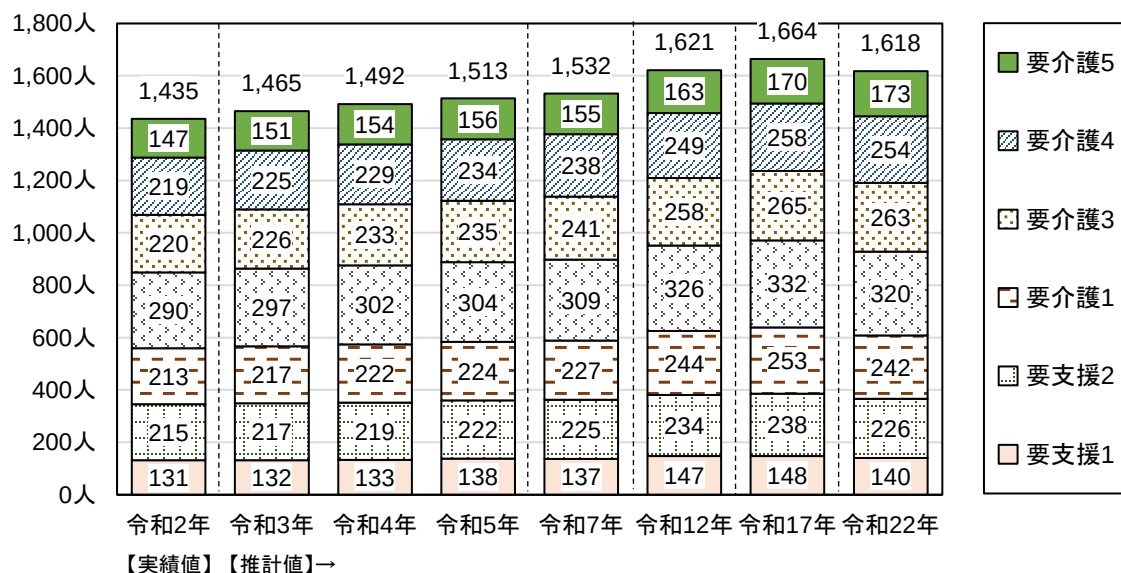
令和22(2040)年には、認定者数が減少に転じますが、団塊ジュニア世代が高齢者となり、要支援・要介護認定を持たない高齢者が増加することなどが背景として想定されます。

■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推計（暫定値）



資料：地域包括ケア「見える化」システムによる推計（各年9月末現在）

■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推計（要介護度別）（暫定値）

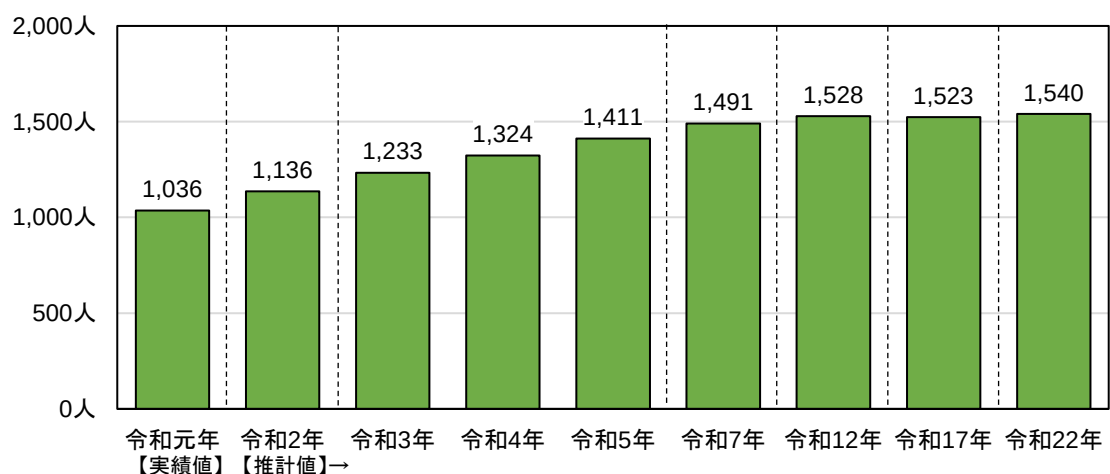


資料：地域包括ケア「見える化」システムによる推計（各年9月末現在）

4 認知症高齢者の推計

本町の認知症高齢者の推計（高齢者人口に対する認知症高齢者の割合を人口推計に乗じて算定）をみると、年々増加を続け、計画最終年の令和5年に1,411人となり、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年には1,540人となるが見込まれます。

■横芝光町の認知症高齢者の推計（暫定値）



資料：地域包括ケア「見える化」システムを活用した推計（各年10月末）

第4章 施策展開

(扉裏)

基本目標 1 健康でいきいきと暮らしていける

1 健康づくりの積極的な推進

(1) 健康手帳の交付

健康手帳は、健康増進法に基づき交付しており、経年的な健康診断記録や 40 歳以上の健康保持のために必要な事項を記載し、健康管理と適切な医療の確保を目的としています。

今後も、より効果的な活用方法の検討を行い、住民が主体的に健康づくりに参画し、自らの健康づくりに取り組めるよう推進していきます。

(2) 健康診査・各種検診

健康づくりセンタープラムにおいて、特定健康診査は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、各保険者が生活習慣病予防及びメタボリックシンドロームの該当者や予備軍を減少させることを目的に、40 歳から 74 歳の被保険者を対象として実施しています。健診結果と問診内容をもとに、「積極的支援」「動機づけ支援」「情報提供」の区分を用いて特定保健指導等を実施しています。

後期高齢者健康診査は、75 歳以上の高齢者を対象に、生活習慣病を早期に発見して、重症化の予防を図るために実施します。

また、早期発見と早期治療を目的とし各種がん検診を実施するとともに、胃がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、子宮がん検診、前立腺がん検診、全身の健康状態に影響する歯周疾患健診、骨粗しょう症健診を推進します。

(3) 健康教育・健康相談

健康教育は、健康に関する正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自ら守る」という意識と自覚を高め、生活習慣病の予防及び介護を要する状態になることを予防することを目的としています。

今後も各地域において、住民の健康づくりを推進するとともに、高齢者に対しては、生活習慣病予防を含めた介護予防に関する知識の普及と啓発を図ることで、個々の取組を促進していきます。

健康相談は、健診結果の相談や、個人の生活習慣や食習慣などについての相談を行い、心身の健康や栄養・食生活に関する指導助言を行います。

(4) 訪問指導

心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要と認められた人を対象に、保健師等が訪問し、本人及び家族に対して必要な保健指導を行っています。

今後も、疾病予防や介護予防の観点から、健康増進事業での訪問指導を推進するとともに、地域支援事業における介護予防の観点から、閉じこもり、認知症、うつ等のおそれがある高齢者を中心に事業を実施していきます。

(5) 地域健康づくり活動の推進

保健推進員や食生活改善推進員など、地域の健康づくりの実践指導に当たるリーダーやボランティアの養成と組織化を図ります。

(6) 情報システム化の推進

健康管理システムや、国保データベース（KDB）の有効活用を図り、住民の健康づくりや保健サービスにおける情報システム化の推進を図ります。

それらの情報から抽出された地域の健康課題に対し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、各地区において自立支援・重度化防止に効果的な健康教育（ポピュレーションアプローチ）を推進していきます。

2 介護予防の総合的な推進

(1) 介護予防の推進

本町ではこれまで、健康づくり、介護予防事業として様々な運動教室や介護予防教室を実施し、健康の維持・増進に関する効果的な取り組みを支援してきました。

これからは、健康増進事業と一体的な実施により、地域生活の中で活動性を高める取り組みとして、高齢者本人の参加意欲を高める取り組みが必要となります。自分に合った活動に継続的に参加することで生活が活発になり、いつまでも住み慣れた地域で過ごすことができる体制づくりが必要です。さらに、高齢者が「支援される人」ばかりではなく「支援する人」にもなるような仕組みづくりも推進します。

①訪問型サービス

自立支援に向けたホームヘルパーによる家事支援など、日常生活上の援助を行うサービスを提供します。

介護予防を広く町民に広め、参加促進を図るためには、住民主体による支え合いの仕組みづくりが欠かせないことから、訪問型サービスB（住民主体による支援）の実施について検討していきます。

■訪問型サービス

区分 \ 年度	単位	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
介護予防訪問介護相当	延人	564	648	744	744	744	744
訪問型サービスB	延人	-	-	-	検討	検討	検討

②通所型サービス

自立に向けた日常生活上の支援や機能訓練等を行うサービスを提供します。

令和3年度からは、運動・口腔・栄養指導・うつの複合プログラムの短期集中予防サービスを開始します。6か月を期間としリハビリテーション専門職等の指導を行います。

また、訪問型サービスに比べて多くの利用が見込まれることから、基準緩和型の通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）の実施について検討していきます。

■通所型サービス

区分 \ 年度	単位	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
介護予防通所介護相当	延人	1,200	1,344	1,500	1,500	1,500	1,500
通所型サービスA	延人	-	-	-	検討	検討	検討
通所型サービスB	延人	-	-	720	1,440	1,440	1,440
通所型サービスC	延人	-	-	-	1,200	1,200	1,200

③その他の生活支援サービス

日常生活に支障のあるひとり暮らしの高齢者及び高齢者のみの世帯を対象に、安否確認と栄養改善を兼ね自宅に食事を届けるサービスを実施します。

■配食サービス

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(延人)	61	85	95	100	105	110

④介護予防ケアマネジメント

要支援１・２の介護認定を受けた方、事業対象と判定された方に対する介護予防ケアプランを作成し、要介護状態に陥らないためのケアマネジメントを行います。

■介護予防ケアマネジメント

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
給付管理数(件)	973	1,081	1,200	1,320	1,320	1,320

(2) 一般介護予防事業

地域において自主的に行われる介護予防活動を育成・支援し、高齢者がいきいきと活動できるように、全高齢者を対象として、介護予防事業を実施します。

①介護予防把握事業

心身の状況を判断する基本チェックリストや特定健康診査や後期高齢者健診等、また、地域の民生委員や近隣住民等からの情報、訪問活動を実施している健康こども課、近隣医療機関の医療連携室等からの情報により、地域包括支援センターと協力のもと、対象者の把握に努めます。把握した情報により、閉じこもりや介護予防等の何らかの支援を要するものを早期に介護予防活動へつなげます。

②介護予防普及啓発事業

介護予防に関する普及啓発のためのパンフレット等を作成し、健康づくり担当課と連携しながら、地区健康教育、サロン等において配布して普及啓発を図ります。このほか、有識者による講演会等を開催します。

また、介護度重度化防止推進員による、サロン等における介護予防・認知症予防のための地区介護予防教室は今後も継続していきます。

■介護度重度化防止推進員による地区介護予防教室

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
参加者数(延人)	999	536	50	500	550	600

③地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材育成や住民主体の通いの場への支援、介護予防につながる地域活動組織を育成・支援します。

また、介護度重度化防止推進員による、サロン等における介護予防・認知症予防のための地区介護予防教室の開催支援のための自主的研修会を支援します。

■介護度重度化防止推進員研修会

区分	年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
開催回数(回)		9	9	7	9	9	9

④一般介護予防評価事業

介護予防事業の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の事業評価を実施するとともに、評価結果に基づく事業の改善・充実につなげます。

分析にあたっては、介護レセプトや要介護認定情報等を活用するとともに、個人情報の取扱いに配慮しつつ関連データの活用促進を図るための環境整備を進めていくことが求められています。

また、評価にあたっては、PDCA サイクルに沿った取組について、アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせ評価していきます。

■一般介護予防評価事業の参加者

区分	年度	単位	実績値(令和2は見込値)			計画値		
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
きらり若返り運動 (地区貯筋運動)		延人	1,758	1,632	470	1,700	1,860	2,000
元気はつらつ運動教室		延人	1,325	1,905	476	1,900	1,900	1,900
地区サロン		延人	3,610	3,138	810	3,100	3,200	3,300

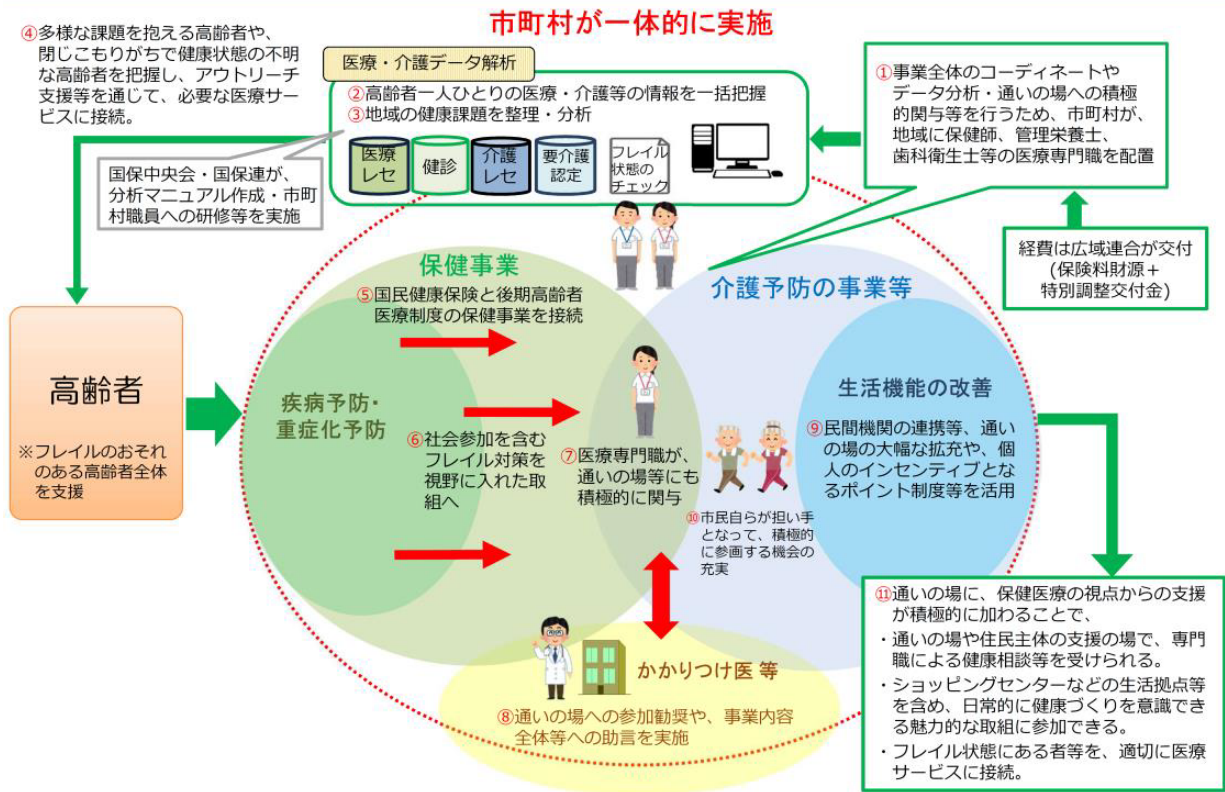
⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下する等疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しています。

これまで、後期高齢者制度の保健事業と、介護予防事業とが行われてきましたが、今後は「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的事業」として実施されることとなりました。

介護保険事業や健康づくり事業、医療保険制度から抽出された地域課題と、KDB 等から抽出された多様な健康課題に対し、自立支援・重症化防止に効果的な健康教育（ポピュレーションアプローチ）を推進していきます。

■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



⑥地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の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ます。

また、自立支援型地域ケア会議の中でケアマネジャー等からの訪問指導の依頼や、介護事業所等からの依頼により、リハビリテーション専門職の訪問指導の実施を推進します。

なお、リハビリテーションは、心身機能や生活機能の向上のみではなく、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上を目指すために重要であり、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制の充実に努めます。

■地域リハビリテーション活動支援事業

区分	年度	実績値（令和2は見込値）			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
通いの場へのリハビリテーション職派遣回数（回）		-	12	6	20	22	22
訪問指導実施回数（回）		1	2	5	12	12	12

(3) 介護予防・生活支援の担い手の養成

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、支援を必要とする軽度な高齢者の増加が見込まれる中、介護の担い手となる生産年齢人口は減少しており、介護サービス等を担う人材の育成・確保が重要な課題です。

今後は、社会参加意欲の強い団塊の世代が高齢化していくことを踏まえ、自治会、生き生きクラブ（老人クラブ）、社会福祉協議会、シルバー人材センター、NPOやボランティア、企業など、地域の多様な主体の活動環境の整備をすすめるとともに、活動のコーディネート機能を充実するなど、今後の対策について検討していきます。

さらに、一般介護予防事業を始め多様な事業・サービスの担い手養成を推進します。幅広い担い手を養成することで、高齢者自らが活躍する場を提供するばかりではなく、介護予防にもつながり、また、それを支える若い世代との交流の場の提供にもつなげていきます。

■担い手養成講座

区分	年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
養成者数(人)		-	-	-	10	10	10

□貯筋運動の様子①



□貯筋運動の様子②



基本目標 2 介護が必要になっても認知症になっても安心して暮らしていける

1 在宅医療・介護連携の推進

住み慣れた自宅で、医療や介護を受けながらできるだけ長く生活し続けたいという高齢者を支援するために、地域の医療機関や介護事業所等、在宅医療と介護を切れ目なく一体的に支援できる体制の構築を図ります。

また、地域の実情に応じて取組内容の充実を図るとともに、PDCA サイクル（①現状分析・課題抽出・施策立案、②対応策の実施、③対応策の評価・改善）に沿って取組を推進していきます。

（１）医療と介護の連携体制づくり

高齢化が進み、医療・介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が予測されます。可能な限り、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院の支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域での医療と介護の連携強化が重要となっています。

そのための体制づくりとして、在宅医療と介護サービスに関わる多職種が共に課題を抽出し、対応を協議するとともに相互の理解を深めるための「横芝光町在宅医療と介護の連携推進研修会」を開催します。

また、地域の医療と介護サービスの資源を把握し情報を共有するなど、必要とされる支援を一体的に提供するための体制づくりをすすめ、在宅医療・介護連携の現状と課題、地域課題の発見機能及び解決機能の強化に活用していきます。

■在宅医療と介護の連携推進研修会

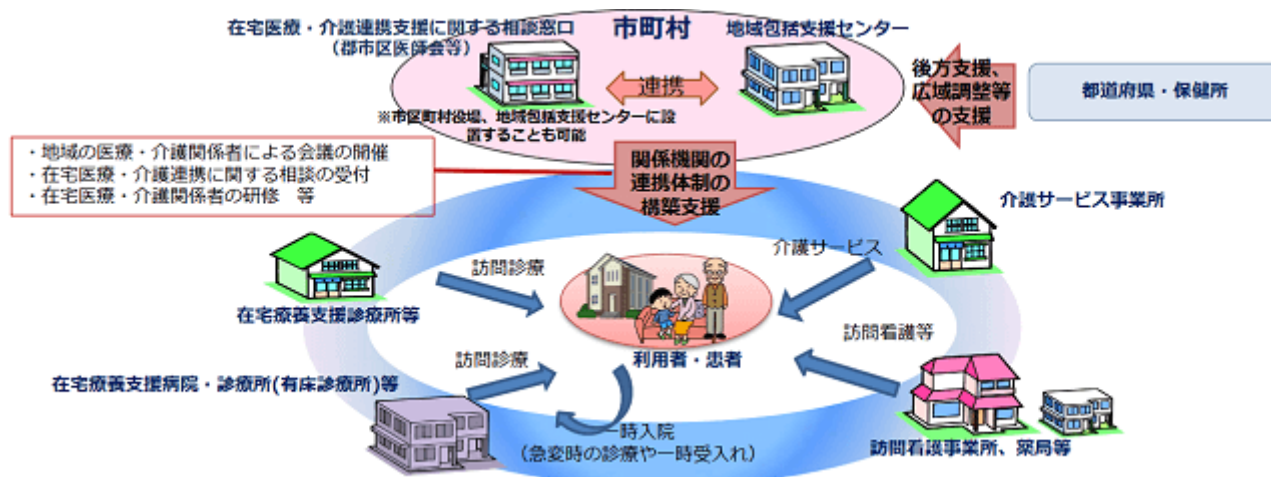
区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
開催回数(回)	2	1	1	2	2	2
参加者数(人)	161	79	73	160	160	160

（２）相談支援体制の充実・強化

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、高齢者やその家族の抱える生活上の不安を丸ごと受け止め、必要な支援につなげることが必要です。

地域包括支援センターに、医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターを配置し、身近な相談窓口に加え、ケアマネジャー、介護事業者及び民生委員・児童委員等、多機関の連携・協働により包括的な支援へとつながる相談支援体制の充実・強化を図ります。

■在宅医療・介護連携の体制イメージ



2 認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症になっても地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の予防に努めるとともに、認知症に対する周囲の方々の正しい理解の促進や認知症高齢者を支えるための体制づくりに努めます。

平成 28 年 3 月に設置した「認知症相談チーム」(認知症初期集中支援チーム)においても、認知症専門医の指導のもと取組を推進します。

(1) 認知症に対する正しい知識・理解の普及啓発

認知症は、認知症に対する不安や拒否感から、早期受診の機会を逸し、症状の悪化や対応の遅れが多くみられることから、認知症に関する正しい理解の啓発や認知症を気軽に受診ができる体制を目指します。

- 認知症ケアパスの活用と周知するとともに、認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職域での認知症の人や家族を支えることができるよう、認知症サポーターの養成を推進します。
- サポーター養成講座修了者のステップアップ研修を受講した認知症サポーターがチームを組み「チームオレンジ」により、認知症の人とその家族の社会参加や、地域のメンバーによる居場所づくり等、早期からの継続支援の活動を推進し、そのために必要な地域の多職種との連携もあわせて推進します。
- 認知症に関する理解を促進するため、小中学生・高校生向けの認知症サポーター養成講座を継続的に実施します。
- 認知症を含む高齢者に対する理解を深めるために、小中学校や地域において高齢者との交流活動を関係機関と連携し推進します。
- 広く一般市民を対象とした知識の普及を図るため、認知症予防講演会を開催します。

区分	年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
開催回数(回)		4	3	2	8	9	10

【ステップアップ実施主体】

市町村認知症サポーター
キャラバン事務局

市町村キャラバン・メイト
連絡協議会委託可

ステップアップ研修

認知症サポーター

チームオレンジのメンバーへ

認知症交流拠点（より所）
チームオレンジ〇〇〇

本人・家族を含む地域サポーターと
多職種の職域サポーターのチーム

シニアサポーター駐在

家族
本人
サポーター

キッズサポーター

地域包括支援
センター

認知症カフェ

キッズサポーター

家族
本人
サポーター

職域サポーター

サポーター

本人

近隣チームによる早期からの継続支援／担当サポーターの選定

- 見守り・話し相手、出前支援 等
- 困りごとのお手伝い。本人も、仲間として役割をもつ
- メンバーの認知症予防

生活関連企業とのつながり

薬局
美容院
床屋
スーパー
コンビニ
金融機関
商店街

- 健康づくり主管課と連携し、各種健診（検診）の受診を推進します。
- 受診結果をもとに、医療機関・保健師・栄養士・歯科衛生士等の医療関係者等と連携し、運動不足の解消、生活習慣病予防等を推進するとともに、認知症予防についての知識の普及を行います。【高齢者の保健事業と介護予防の一体化推進事業】
- 認知症の啓発イベントである「RUN 伴」を後援し、認知症についての啓発を図るとともに、関係機関・多職種との連携を推進します。
- 世界アルツハイマーデー及び月間の機会をとらえて、認知症に関する普及啓発を行います。
- 通いの場・サロン等、一般介護予防事業等への参加を促し、一般高齢者も積極的に認知症予防に取り組めるよう推進します。

(3) 医療・介護

- 認知症の早期における支援を実施するため、「認知症相談チーム」（認知症初期集中支援チーム）を平成28年3月に設置しました。このチームは、本人や家族への訪問を行い認知症の専門医（サポート医）との相談のもと、支援・助言を行い必要な医療や介護保険制度につながるまでの支援を行います。
- 認知症相談チーム（認知症初期集中支援チーム）と認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員等の連携、また、地域の介護支援専門員等との連携も推進し地域の認知症高齢者等の支援を強化していきます。
- 関係者間での情報共有や研修を通じ対応力の向上を推進します。
- 在宅医療と介護の連携推進研修会において、認知症についての事例検討会や講演等を行い、それぞれの立場での対応力の向上を推進します。
- 認知症家族等の集いにおいて、正しい知識の普及、理解の推進、介護についての情報提供等を行います。
- 町広報誌や、ホームページを利用し、認知症に関する正しい情報や相談窓口等について周知し相談しやすい体制整備を行います。
- 地域包括支援センターにおいて認知症カフェを開催し、認知症の人や家族や地域の人等が気軽に参加でき、認知症についての正しい理解と情報が得られ、また、相談できる場となるよう継続していきます。

■認知症相談チーム（認知症初期集中支援チーム）

区分 \ 年度	実績値（令和2は見込値）			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
対応件数（件）	2	2	2	3	3	4
チーム員会議開催回数（回）	12	12	12	12	12	12

■認知症カフェ

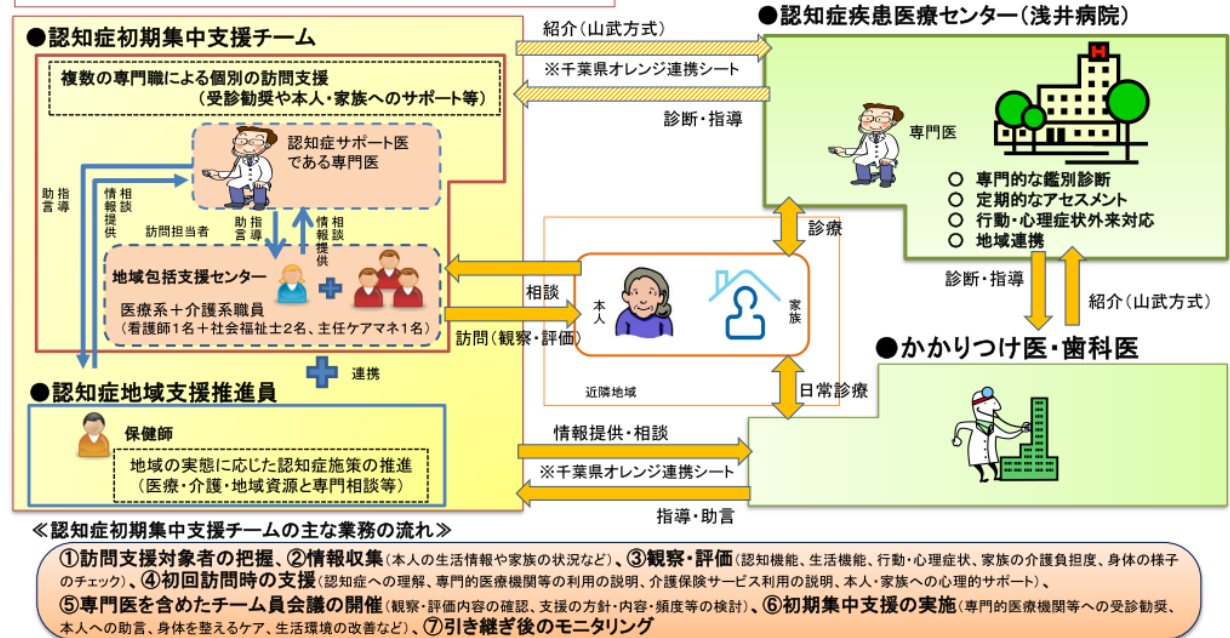
区分 \ 年度	実績値（令和2は見込値）			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
設置数（か所）	1	1	1	1	1	1
参加者数（人）	209	247	-	250	260	270

横芝光町の認知症初期集中支援チームについて

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター内に整備

- 認知症初期集中支援チーム**—複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員**—認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター内に設置



(4) 認知症の理解と地域共生社会の推進

- 高齢者見守りネットワーク事業の協力事業者を増やし、見守り体制を強化していきます。
- 行方不明になった認知症の高齢者等が早期に自宅に帰れるよう、個人情報を守りながら身元を特定できる、横芝光町認知症高齢者等見守りシールを配布・活用します。
- 「認知症高齢者見守りサポーターの家」、「高齢者の元気アップ応援企画」を実施し、高齢者に身近な立場での見守り・声かけ活動を推進します。

■高齢者見守り事業および見守りシール

区分	年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
見守りネットワーク協力機関(機関)		16	16	22	25	27	29
見守りネットワーク登録者数(人)		9	9	10	15	18	21
シール配布数(件)		—	—	—	25	5	5
見守りサポーターの家協力機関(機関)		13	13	13	15	18	20
元気アップ応援企画協力機関(機関)		7	7	7	10	13	16

(5) 認知症の人の権利

認知症の人や家族、地域や関わる全ての人が認知症の人への理解を深め、安全や権利が守られるよう認知症施策を推進します。

○認知症高齢者等の成年後見制度の利用を推進し、必要な場合は、適切な後見制度につなぎます。

○高齢者や認知症の方が消費者被害にあわないよう、地域包括支援センターを中心に、知識の普及啓発を推進するとともに、速やかな相談体制を整えます。

○高齢者等の虐待防止のため、地区民生委員や介護事業所等の協力を得て、早期発見と未然防止を目指します。

3 地域ケア会議の推進

医療・介護サービスに係る多職種の協働により、個々の高齢者への最適な支援方法やサービスの検討を行い、またそこから、地域課題の抽出、対応するための施策検討まで段階的に幅広く検討していきます。

(1) 個別地域ケア会議

地域のケアマネジャーや支援者が、対応が困難なケースを、関係機関が集まり課題解決に向けた検討を行います。

(2) 自立支援型地域ケア会議

個別ケースの課題を把握、整理し、目標（自立）に向けた支援を検討します。また、不足している地域資源等についても抽出していきます。

(3) 地域ケア推進会議

自立支援型地域ケア会議等で整理された課題等を町全体で検討し、取り組むべき課題や事業化や施策化を検討する場として、地域ケア推進会議を開催します。

■地域ケア会議の開催

区分	年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
個別地域ケア会議(回)		4	2	1	3	3	3
自立支援型地域ケア会議(回)		7	11	9	12	12	12
地域ケア推進会議(回)		0	0	1	2	2	2

4 高齢者の居住安定に係る施策と連携

高齢者が地域に住み続けることができるよう、住まいの確保に対して取り組みます。

（１）高齢者向け住まいの設置状況の把握

「介護離職ゼロ」の実現に向けて、中長期の視点によるサービス量を見込む上では、特定施設入居者生活介護も含めた効果的な介護基盤整備を行うことが重要です。

本町の有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいの設置状況は次のとおりとなっており、県や関係機関等との連携を強化するとともに、必要なサービス量の確保に努めます

■高齢者向け住まいの設置状況

	施設数	定員
有料老人ホーム	4	45
軽費老人ホーム	0	0
サービス付き高齢者向け住宅	0	0
養護老人ホーム	2	179

5 介護保険サービスの基盤整備

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる令和7（2025）年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となり、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上の高齢者が急速に増加することが見込まれる令和22（2040）年を見据え、介護保険サービスの計画的な基盤整備について検討していきます。

（１）居宅サービスの推進

高齢者が要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域において継続して日常生活ができるよう、在宅での安心した暮らしを継続するために居宅サービスの充実をすすめます。

また、要介護認定者が居宅サービス等を適切に利用することができるよう、居宅介護支援事業者が本人の心身の状況や希望を踏まえながら、地域の実情に応じた多様な主体によるサービスを提供する環境を整備します。

（２）地域密着型サービスの推進

地域密着型サービスは、ひとり暮らし高齢者及び認知症高齢者等の増加を踏まえ、要介護状態になっても可能な限り自宅や住み慣れた地域での生活を継続できるようにするためのサービスで、原則としてその市町村の被保険者のみサービス利用が可能となっています。

既存施設の整備及び利用状況等を踏まえ、第8期計画において新規の施設整備は行わないものとします。

■本町の地域密着型サービスの提供体制(第8期計画期間)

	施設数	定員
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	—	—
夜間対応型訪問介護	1か所	—
地域密着型通所介護	5か所	62 人
認知症対応型通所介護	2か所	24 人
小規模多機能型居宅介護	1か所	29 人
認知症対応型共同生活介護	2か所	36 人
地域密着型特定施設入居者生活介護	—	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1か所	10 人
看護小規模多機能型居宅介護	—	—

(3) 施設サービスの推進

施設サービスは、施設入所待機者の状況、高齢者のひとり暮らし世帯や高齢者のみの世帯が多いという地域特性から、引き続き入所希望者が増加することが見込まれますが、近隣市町の整備状況を勘案し、既存施設及び近隣市町の施設を利用することにより、第8期計画期間において新規の施設整備は行わないものとします。

■本町の施設サービスの提供体制(第8期計画期間)

	施設数	定員
介護老人福祉施設	4施設	314 人
介護老人保健施設	—	—
介護医療院	—	—
介護療養型医療施設	—	—

6 福祉サービス等の推進

(1) 在宅高齢者短期入所事業

介護保険の対象外のおおむね 65 歳以上の高齢者を在宅で介護する家族が、病気や冠婚葬祭などで介護をすることが困難となった場合、一時的に養護老人ホーム等で預かり世話をするサービスを提供しています。

介護保険制度による短期入所サービスを補完するサービスについては、要支援・要介護認定者以外の高齢者を中心に、在宅高齢者短期入所を通じて、当該要援護高齢者及びその家族の福祉の向上を図るため、サービスを継続していきます。

■在宅高齢者短期入所事業

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(人)	7	9	6	8	8	8

(2) 緊急通報装置の設置

在宅のひとり暮らし高齢者等を対象に、急病時等の不安を和らげ安心した日常生活を送れるよう、緊急通報装置を貸与します。

また、緊急通報装置を必要とする対象者の確認を徹底します。

■緊急通報装置

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
設置件数(件)	81	75	77	77	77	77

(3) はり・きゅう・マッサージ利用助成

65 歳以上の高齢者を対象に、はり・きゅう・マッサージの利用者に助成を行っています。

今後も、施術費用の一部を助成することにより、健康の保持・増進を図り、医療費の抑制と介護予防につなげるため、高齢者へ広報・周知をすすめます。

■はり・きゅう・マッサージ

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
助成件数(件)	3,469	2,376	2,300	2,300	2,300	2,300

(4) 養護老人ホーム

養護老人ホームは、低所得で身寄りがなく虚弱であるなど、在宅での生活が困難な高齢者を対象とする入所施設です。

今後も、利用希望者の心身や生活状況に応じ、入所措置を行います。

また、養護老人ホームでの介護保険サービスの提供体制の確保を図ります。

■養護老人ホーム

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(人)	31	31	31	31	31	31

(5) 配食サービス

日常生活に支障のあるひとり暮らしの高齢者及び高齢者のみの世帯を対象に、安否確認と栄養改善を兼ね自宅に食事を届けるサービスを実施します。

■配食サービス

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(人)	61	85	95	100	105	110

(6) 家族介護用品の支給

在宅にて要介護高齢者・知的障害者(児)、身体障害者(児)を介護している家族または本人を対象に紙おむつを支給し、家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を図ります。

■家族介護用品の支給

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(人)	2,419	2,353	2,417	2,400	2,400	2,400

(7) 救急医療情報キット「救急 命のバトン」の配布

家族等の連絡先やかかりつけの医療機関、持病や服用している薬など、緊急時に必要な情報を記入し、冷蔵庫に保管する救急医療情報キットを配布します。緊急時に必要な情報を的確に伝えられることで、救命の一助とします。

■救急医療情報キット「救急 命のバトン」

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
利用人数(人)	642	669	740	800	850	900

7 地域包括支援センターの機能強化

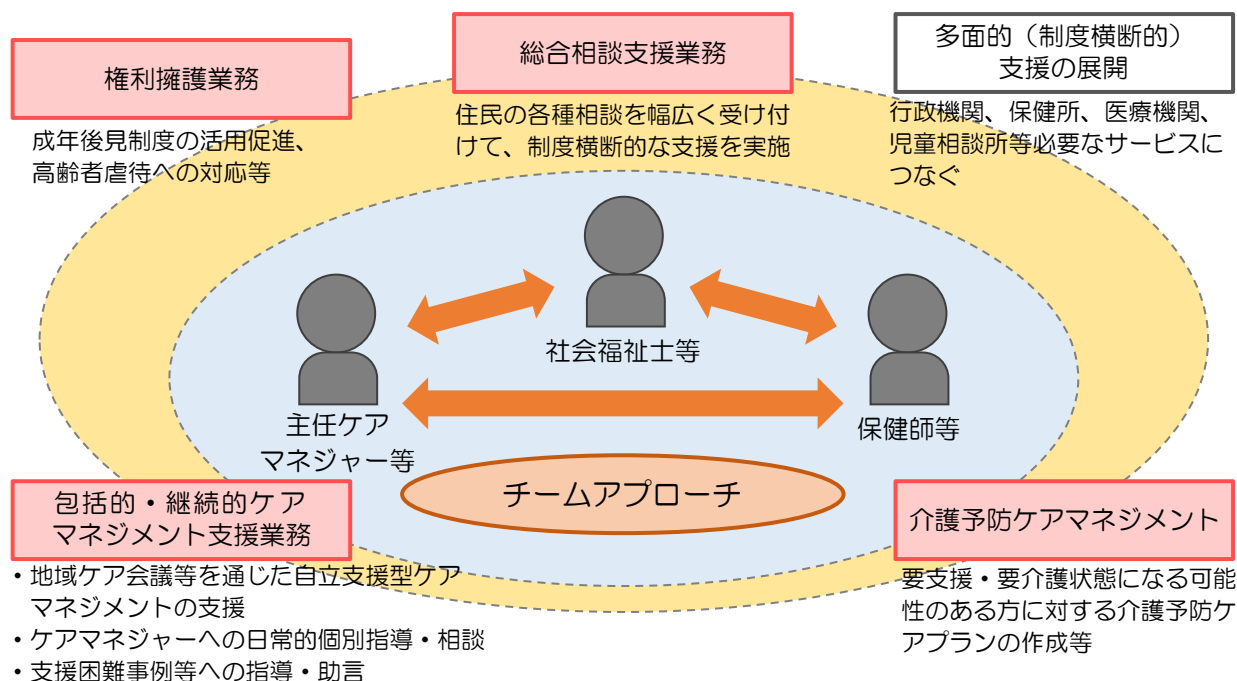
地域包括支援センターは、要支援1・2と認定された人の介護保険予防給付サービスと、要介護・要支援になるおそれのある人の介護予防事業の両方を対象とした「介護予防ケアマネジメント」、高齢者に対する虐待の防止、早期発見等の「権利擁護事業」、高齢者や家族に対する「総合的な相談・支援」、介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援や助言、関係機関との連携などを行い適切なサービスの提供を支援する「包括的・継続的ケアマネジメント」の4つの業務を行っています。

本町では、社会福祉法人への「委託型」により設置し、行政機能の一部として地域の最前線で活動してきましたが、今後の高齢化の進行、要介護・要支援者の増加、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて中核的な役割を担うことになることから、適切な人員体制を確保し、行政との役割分担・連携強化を図り、効果的な運営が安定的・継続的に行われるよう機能強化を図っていきます。

高齢者に身近な相談場所として、地域包括支援センター（高齢者支援・介護相談）が、より気軽に利用されるよう、広報・周知活動に努めます。

■地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



(1) 介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の介護認定を受けた方、事業対象と判定された方に対する介護予防ケアプランを作成し、要介護状態に陥らないためのケアマネジメントを行います。

■介護予防ケアマネジメント

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
給付管理数(件)	973	1,081	1,200	1,320	1,320	1,320

(2) 総合相談支援業務

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、関係機関または制度の利用につなげるなど、初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行います。

①地域における関係者とのネットワーク構築

地域ケア会議や、在宅医療と介護の連携推進研修会等を活用し、多職種との連携を図ります。

また、警察や消防等の関係機関等とも連携を強化します。

②高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握

民生委員・児童委員をはじめ、近隣で見守りができるよう体制の整備を行い、これまで以上に、要援護高齢者をいち早く発見できるよう、関係機関、地域の組織との関係づくりを行います。

③継続的・専門的な相談支援

初回相談時に、適確な見立てを行い、緊急性の有無、専門的・継続的な関与の必要性について判断します。専門的・継続的な相談または緊急の対応が必要と判断した場合は訪問による相談を実施します。

■総合相談支援業務

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
相談件数(件)	320	407	437	450	470	490

(3) 権利擁護業務

認知症や認知機能の低下などにより判断能力が不十分な高齢者の権利擁護と高齢者虐待を防止するために次の事業を実施します。

①成年後見制度の活用促進

判断能力等が十分でない高齢者に対して、社会福祉協議会と連携し、成年後見制度についての広報・啓発を図ります。

②被虐待高齢者の把握

被虐待高齢者の存在については、主治医や地域包括支援センターを中核としたネットワークからの把握、認定調査員による報告、介護サービス提供事業者による把握等、広く情報収集し、早期発見・早期対応の体制を整備します。

③高齢者虐待相談・対応

高齢者虐待の早期発見・早期対応を行うため、地域包括支援センターに相談窓口を設置します。

また、被虐待高齢者の生命または身体に重大な危険が生じるおそれのあると認められる場合は、町職員が立ち入り調査を実施し、状況によっては、行政措置として緊急一時保護対応等を行います。

④困難事例への対応

困難事例を把握した場合は、地域包括支援センターの専門職が中心となり、医療機関や福祉関係機関、警察等関係機関や地域団体などと地域ネットワークを構築し、必要な支援につなげていきます。

⑤消費者被害の防止

消費者被害を未然に防止するため、高齢者を対象とした啓発に努めます。

また、消費者センター等と定期的な情報交換を行うとともに、高齢者と関わりのある専門職等に必要な情報提供を行います。

■権利擁護・虐待対応

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
相談件数(件)	17	23	21	25	28	31

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

地域ケア会議や事例検討会を定期的実施するなど、ケアマネジャーや栄養士・薬剤師などの専門職との協働や、地域の関係機関との連携を通じて、被保険者が地域において自立した生活を営めるよう日常生活の支援や要介護状態の軽減、又は悪化防止を目指した包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、後方支援を行います。

①包括的・継続的なケア体制の構築業務

地域ケア会議を中心とした事例の検討や話し合い、情報交換を定例的に行い、町内の医療機関、関係機関、インフォーマルサービスとの連携体制づくりに取り組みます。

②地域におけるケアマネジャーのネットワークの形成業務

地域の関係機関との連携会議や地域ケア個別会議の中で、困難事例等の検討を行うとともに、情報交換や研修の場として、連絡会議を開催していきます。

■ケアネット会議

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
開催回数(回)	6	5	3	6	6	6

③地域のケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談業務

個々の事例の対応から制度の確認など、ケアマネジャーの相談に随時対応していきます。必要に応じて同行訪問も実施します。

また、主任ケアマネジャーとの連携を推進するために、研修会を実施します。

■地域のケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談業務

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
ケアマネジャーからの相談件数(件)	41	38	42	42	42	42
主任ケアマネジャー連絡研修会開催回数(回)	4	3	1	4	4	4

④支援困難事例等への指導・助言業務

個々のケアマネジャーが解決困難な事例については、同行訪問、サービス担当者会議への参加、または地域ケア個別会議を開催することにより、対応します。

（５）地域包括支援センターの評価

地域包括支援センターにおいて、継続的に安定した事業実施につなげるため、実施する事業の評価を行い、質の向上に努めます。

また、介護保険運営協議会と連携しながら、定期的な業務の進行管理や点検を行います。

8 高齢者の権利擁護と虐待防止対策の推進

（１）権利擁護と高齢者虐待防止対策

高齢者を個人として尊厳を重んじ、その尊厳にふさわしい生活を保障するとともに、一人ひとりが自分らしく安心して暮らし続けるためには、高齢者の権利を守る取組は重要です。

多様な関係機関が連携を図り、高齢者虐待の未然防止、早期把握、早期予防、虐待を行った養護者への支援等の取組を進めることにより、高齢者虐待の防止を推進します。

（２）成年後見申立事業

認知症や障害等により、日常生活を送る上での判断能力が十分でない状態になっても住み慣れた地域で生活できるよう、福祉サービスや金銭管理など日常の地域生活の援助を行います。

また、成年後見制度の普及・啓発を推進するとともに、国の策定した成年後見制度利用促進基本計画との整合を図りながら、取組を推進していきます。

基本目標 3 地域で支えあい助けあいながら暮らしていける

1 生活支援体制整備事業の推進

一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、また、認知症高齢者の増加に伴い、地域特性に合った日常生活上の支援を必要とする高齢者が増えています。

高齢者の多様化するニーズと地域資源をマッチングする「生活支援コーディネーター」の配置と、多様な関係主体間の情報共有及び連携・協働の取り組みを推進する「協議体」の活用により、地域におけるコーディネート機能の充実を図ります。

■生活支援体制整備事業

区分 \ 年度	実績値(令和2は見込値)			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
生活支援コーディネーターの配置人数(人)	2	2	2	2	2	2
協議体の開催回数(回)	1	1	1	2	2	2

2 住民主体の支援活動の推進

本町では、生き生きクラブ（老人クラブ）の活動のほか、各種ボランティアによる地域活動をはじめ、高齢者自身や高齢者を支援する住民による自主的な地域活動・支えあい活動が行われています。

住民による自主的な地域活動・支えあい活動は、「地域包括ケアシステム」の深化・推進はもとより、認知症施策の推進においても重要な役割を果たすものとして、町として活動に対する理解の促進やきっかけづくり、支援体制の確立に取り組んできました。

今後も、社会福祉協議会との連携も図りながら、身近な地域での「ふれあいサロン」等の支援に積極的に取り組み、地域のつながりを深化させるよう努めます。

(1) 地域共生意識の啓発

学校教育や生涯学習を通じた福祉教育の充実を図るとともに、高齢者や障害者とのふれあいの場や機会づくりを通じ、地域共生社会の実現に向けた意識啓発に努めます。

(2) 生涯学習・スポーツの推進

多様化する高齢者の学習ニーズに対応するため、関係機関と連携を図りつつ生涯学習の機会の提供及び高齢者の生きがいきつくりと社会参加の促進を支援していきます。

また、ウォーキングなどの気軽に楽しめるスポーツをすることは、生きがいきつくりや仲間づくり、ひいては健康増進や介護予防にもつながります。

今後も、高齢者が気軽にできる運動、高齢者スポーツ行事などを通じ、健康づくりを推進します。

(3) 生き生きクラブ（老人クラブ）活動の育成

生きがい交流会をはじめ、スポーツやレクリエーション、趣味活動、健康づくりなどの支援を行います。

また、生き生きクラブ（老人クラブ）での見守り活動などの福祉活動や異世代との交流を促進し、事業の充実を図るとともに、広報・啓発活動を継続的に実施することにより、高齢者の一層の参加を促進します。

■生き生きクラブ（老人クラブ）

区分 \ 年度	実績値（令和2は見込値）			計画値		
	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5
クラブ数（クラブ）	42	40	39	41	41	41
会員数（人）	1,285	1,255	1,205	1,220	1,220	1,220

(4) ボランティア活動への支援

高齢者が地域の中で役割を持って活動・生活することが生きがいや介護予防にもつながることから、誰もが気軽にボランティア活動に参加できる環境づくりが求められています。

地域で活躍する住民組織、ボランティア組織などの連携強化やネットワークづくり、地域住民の参画による身近な生活支援の取組など、地域の公益的かつ自主的な組織として地域福祉を推進する重要な拠点に位置づけられている社会福祉協議会の活動支援に努めます。

(5) 世代間交流の推進

核家族化の進行とともに高齢者とふれあう子どもが少なくなり、地域においても世代を超えた交流の機会が失われつつあるため、世代間交流を促進し、子どもたちと高齢者がふれあう機会を継続的に提供します。

高齢者から豊かな経験と生きた知識を学ぶことを通じ、子どもが高齢者を敬う気持ちや福祉のこころを育成していきます。

（６）シルバー人材センター

地域の日常生活に密着した就労機会を提供することにより、高齢者の社会参加を促進し、高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の活性化に貢献する「シルバー人材センター」を支援します。

（７）地域雇用の場づくり

高齢者がそれぞれの体力や経験に応じて、可能な限り長く社会の一員として現役生活を続けていくために、就労活動機会の提供を図るための支援に努めます。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、高齢者も参加できる担い手養成講座等を推進し、多様な主体による高齢者を支える事業・活動の充実を図ります。

３ 安心して暮らせる地域づくりの推進

高齢者ができる限り住み慣れた自宅で生活していくためには、地域での見守りや支援が重要となっています。近年、核家族化の進展や地域コミュニティの希薄化により、高齢者の孤立死・孤独死が社会問題となっているほか、高齢者を巻き込む犯罪や消費者被害、虐待などの問題も顕在化しています。

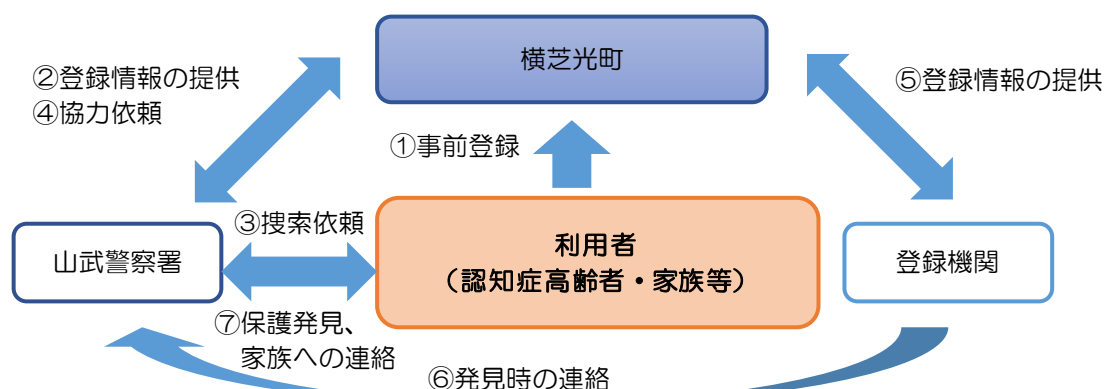
こうした問題を解決していくために、地域で活動する団体、事業者などと連携して、多くの見守りの目を増やし、地域でのつながりを大切にしながら、地域全体で見守るネットワークづくりを推進します。

（１）高齢者の見守り体制の整備

安否確認のための事業として、民生委員・児童委員の訪問や配食サービスを実施してきました。また、協定を結んだ事業者による「さりげない見守り」を行い、事前に登録した徘徊の恐れがある高齢者についての情報を活用する「高齢者見守りネットワーク事業」の実施により、安全の確保に努めてきました。

今後も、ボランティアや民生委員・児童委員等との連携及び消防署との連絡体制により、総合的なネットワークを構築し、横の連携がとれた見守り体制の充実を図ります。

■高齢者見守りネットワーク



（２）交通安全対策の充実

高齢者が交通事故にあうことなく、また、交通事故を起こすことがないように、交通安全教育の充実を図ります。

近年では、高齢者ドライバーの運転による重大な事故が多発していることから、運転に不安を感じている高齢者が運転免許を自主返納しやすい環境づくりを進めるなど、時代に即した安全対策強化を図ります。

（３）防犯対策の充実

近年、巧妙化・悪質化する特殊詐欺等の被害者は高齢者が多くを占めていることから、高齢者自身の防犯意識の向上を図るとともに、安全な地域生活の確保に努めます。

（４）交通・移動手段の確保

免許返納等の高齢者の移動方法を確保し、交通空白地域の解消を図ります。

○町内循環バス運行事業

【運行経路】 町内 3 ルート

【運 行 日】 月曜日から土曜日（祝祭日、年末年始を除く）

【運 賃】 大人：100 円

65 歳以上の免許返納者で運転経歴証明書をお持ちの方：50 円

○乗合タクシー運行事業

【運行区域】 町内

【運 行 日】 月曜日から土曜日（祝祭日、年末年始を除く）

【運行時間】 午前 7 時～午後 6 時

【運 賃】 大人：300 円

65 歳以上の免許返納者で運転経歴証明書をお持ちの方：150 円

（５）ユニバーサルデザインのまちづくり

千葉県福祉のまちづくり条例に基づき、公共的施設や道路環境などの再整備において、ユニバーサルデザインによる人にやさしいまちづくりを推進するとともに、高齢者や障害者の住宅改良のための相談・情報提供を充実させていきます。

（６）新型コロナウイルス感染症等への対応

新型コロナウイルス感染症の流行により、「新しい生活様式」を踏まえた地域の支え合いや介護事業所等における感染防止対策、感染発症時の利用者のサービス確保、事業者間の連携支援体制等について、地域の実情に応じて検討していく必要があります。

また、その他の感染症についても、日頃から介護事業所等と連携し、必要な対策を適切に実施していくことが重要です。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和２年３月に特措法が改正され、新型インフルエンザ等に関する事項は、今般の新型コロナウイルス感染症を含むものとみなすとされており、本町では「横芝光町新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、町内医療機関、健康こども課、山武健康福祉センター（保健所）等専門機関と連携し、感染症に関する研修会の開催や情報提供を継続していきます。

（７）安心・安全なまちづくり

近年、全国で災害が多く発生しており、高齢者を含めた死者・行方不明者など多くの犠牲者が出ている状況であり、防災や避難行動要支援者対策に関する取組、普段からの地域コミュニティでのつながりが重要となっています。

災害時要支援者名簿の整備により、独居高齢者、高齢者世帯、障害者や介護保険における介護認定を受けている要介護３以上の方など、災害時の避難行動に支援が必要な方について、情報を整理・共有し、避難誘導や安否確認、避難所での生活支援などを的確に行える体制を整備します。

また、高齢者が安心して暮らせるよう、地域の実情に精通する民生委員・児童委員や地域住民などと協力・連携を図りながら、地域全体で高齢者を相互に支援していく体制の構築を推進していきます。

(白紙)

第 5 章 介護保険事業の推進

(扉裏)

第1節 介護保険サービスの実績と見込み

今後の見込みについては、介護離職ゼロ（介護と仕事を両立できるサービス基盤の整備）及び在宅医療からの追加的需要（介護サービスにおける受け皿の整備）への対応サービス分を見込んでいます。

また、中長期の視点に立った推計を行ったことから、令和7（2025）年度と令和22（2040）年度の見込値についても掲載します。

1 居宅サービス

各サービスの利用量は、認定者数に比例して増加することが見込まれることから、町外の事業所も含め、利用者のニーズに応じたサービス提供及びサービスの充実・強化に努めます。

（1）訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパー等が家庭を訪問して、入浴、排泄、食事などの介護を行ったり、ひとり暮らしや高齢者世帯などで食事の用意や洗濯などの家事援助を行うサービスです。

■訪問介護（ホームヘルプサービス）

区分 \ 年度		実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）	3,583	3,803	3,990	4,186	4,197	4,217	4,336	4,289
	延べ人数（人／月）	156	165	168	172	173	174	177	179

（2）訪問入浴介護及び介護予防訪問入浴介護

寝たきりの高齢者などの家庭を、入浴設備や簡易浴槽を積んだ移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行うサービスです。看護師などが健康のチェックも行います。

■訪問入浴介護及び介護予防訪問入浴介護

区分 \ 年度		実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）	116	112	122	124	124	124	112	107
	延べ人数（人／月）	22	21	22	23	23	23	21	20
予防給付	延べ回数（回／月）	2	8	16	25	25	25	25	25
	延べ人数（人／月）	0	2	2	3	3	3	3	3

(3) 訪問看護及び介護予防訪問看護

心身機能の維持や回復のために、看護師や保健師、理学療法士等が居宅を訪問し療養や診療の介助を行うサービスです。

■訪問看護及び介護予防訪問看護

区分		年度	実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数(回/月)		174	207	388	400	416	436	444	432
	延べ人数(人/月)		32	36	45	50	52	54	55	54
予防給付	延べ回数(回/月)		11	36	83	91	91	91	91	91
	延べ人数(人/月)		2	5	11	13	13	13	13	13

(4) 訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づき、理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問し、心身機能の維持や回復、日常生活の自立援助のためのリハビリテーションを行うサービスです。

■訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーション

区分		年度	実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数(回/月)		75	57	58	58	58	58	60	58
	延べ人数(人/月)		6	6	5	6	6	6	6	6
予防給付	延べ回数(回/月)		2	5	0	8	8	8	8	8
	延べ人数(人/月)		0	1	0	1	1	1	1	1

(5) 居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導

医師や歯科医師が介護サービス利用計画に必要な情報を事業者を提供し、サービス利用者に介護に関する指導や助言を行うサービスです。医師や歯科医師の指示に基づき、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が指導を行います。

■居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導

区分		年度	実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)		83	86	90	95	95	95	100	102
予防給付	延べ人数(人/月)		9	9	11	14	14	14	14	14

(6) 通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターで入浴や食事の提供と日常生活訓練などが受けられるサービスです。

■通所介護（デイサービス）

区分 \ 年度		実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）	2,096	2,226	2,189	2,335	2,344	2,352	2,368	2,400
	延べ人数（人／月）	248	254	265	266	267	268	270	274

(7) 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

老人保健施設や病院・診療所などに通い、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを受けるサービスです。

■通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

区分 \ 年度		実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）	328	286	325	359	359	359	359	364
	延べ人数（人／月）	43	39	37	45	45	45	45	46
予防給付	延べ回数（回／月）	8	10	7	10	10	10	10	10
	延べ人数（人／月）	328	286	325	359	359	359	359	364

(8) 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

介護老人福祉施設等へ短期入所して、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の援助と機能訓練などを受けるサービスです。

■短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

区分 \ 年度		実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）	1,083	986	1,058	1,085	1,106	1,128	1,109	1,098
	延べ人数（人／月）	104	101	102	103	105	107	108	108
予防給付	延べ回数（回／月）	19	19	9	21	21	21	25	25
	延べ人数（人／月）	5	4	3	5	5	5	6	6

(9) 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）

介護老人保健施設等へ短期入所して、看護・医学的管理のもとに介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の援助などを受けられるサービスです。

■短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）

区分		年度	実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数（回／月）		42	47	19	51	51	51	51	51
	延べ人数（人／月）		6	5	4	6	6	6	6	6
予防給付	延べ回数（回／月）		0	0	0	0	0	0	0	0
	延べ人数（人／月）		0	0	0	0	0	0	0	0

(10) 特定施設入所者生活介護及び介護予防特定施設入所者生活介護

有料老人ホームなどの特定施設に入居し、施設が作成する特定施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事などの介護や洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談及び助言などの日常生活上の世話のほか、機能訓練や療養上の世話などを受けられるサービスです。

■特定施設入所者生活介護及び介護予防特定施設入所者生活介護

区分		年度	実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数（人／月）		17	18	19	19	19	19	20	22
予防給付	延べ人数（人／月）		4	4	3	3	3	3	3	3

(11) 福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与

特殊寝台や車いすなど日常生活の自立を助ける用具を貸し出すサービスです。

■福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与

区分		年度	実績値（令和2は見込値）			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数（人／月）		323	345	361	370	374	378	380	381
予防給付	延べ人数（人／月）		64	75	89	95	96	97	98	100

(12) 住宅改修及び介護予防住宅改修

住居の段差を解消したり廊下や階段に手すりを付けたりする小規模な改修に対しての費用を支給するサービスです。

■住宅改修及び介護予防住宅改修

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	4	5	4	5	5	5	5	5
予防給付	延べ人数(人/月)	2	2	2	2	2	2	2	2

(13) 特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売

入浴、排泄などに使う用具は、衛生的配慮から特定福祉用具として購入費の一部が支給されます。腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具などが対象です。

■特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	8	7	6	7	7	7	7	8
予防給付	延べ人数(人/月)	2	3	3	4	4	4	4	4

(14) 居宅介護支援及び介護予防支援

介護保険サービスの利用者が適切に介護保険サービスを利用できるようにするため、利用者の依頼に基づいて、介護支援専門員(ケアマネジャー)が居宅介護サービス利用計画(ケアプラン)を作成し、その計画にしたがい、介護保険サービスが提供されるようにサービス提供事業者との調整を行うものです。

■居宅介護支援及び介護予防支援

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	546	558	568	590	598	607	612	626
予防給付	延べ人数(人/月)	73	87	99	106	108	110	111	111

2 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、住み慣れた地域で生活が継続できるよう、利用者のニーズや地域の状況に合わせて支援するサービスです。原則としてその市町村の被保険者のみサービス利用が可能です。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護については、本計画にはサービス量を計上していませんが、今後も利用者ニーズの動向や事業者の参入意向を把握し、対応していくこととします。

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、または、それぞれが密接に連携しながら、短時間の定期巡回訪問と随時の対応をあわせて行うサービスです。

第8期計画における本町での整備予定はありません。

(2) 夜間対応型訪問介護

自宅で暮らしている人が、夜間も安心して生活を送ることができるよう、夜間の定期的な巡回訪問や通報を受けての随時訪問により、排泄の介護や日常生活上の緊急時の対応などの援助を行うサービスです。

第7期計画での利用実績はありませんが、引き続き、供給体制を確保します。

(3) 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護

認知症のある人がデイサービスセンターなどに通い、入浴、排泄、食事などの介護、生活などに関する相談及び助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。

■認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護

区分		年度	実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
			平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数(回/月)		444	456	427	518	530	543	578	605
	延べ人数(人/月)		39	36	38	42	43	44	47	49
予防給付	延べ回数(回/月)		2	0	0	0	0	0	0	0
	延べ人数(人/月)		0	0	0	0	0	0	0	0

(4) 小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護

あらかじめ登録された利用者を対象として、その自宅において、またはサービス拠点に通い、もしくは短期間宿泊して、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事などの介護や調理、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談及び助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。

在宅生活を支えるサービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護との複合的サービス提供など体制整備に努め、令和2年度から実施しています。

■小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護

区分		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	0	0	15	16	17	18	19	20
予防給付	延べ人数(人/月)	0	0	4	5	5	5	5	5

(5) 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症の人が少人数で共同生活を送るグループホームに入居し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、住み慣れた環境での生活を継続できるよう、入浴、排泄、食事などの介護やその他の日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。

■認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護

区分		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	41	42	42	42	43	44	45	49
予防給付	延べ人数(人/月)	1	0	0	0	0	0	0	0

(6) 地域密着型特定施設入居者生活介護

定員29人以下の地域密着型ケアハウス・有料老人ホームなどの特定施設に入居し、入浴・排泄・食事などの介護など日常生活上のお世話や機能訓練を受けるサービスです。

第8期計画における本町での整備予定はありません。

(7) 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に入所し、地域密着型施設サービス計画に基づいて、可能な限り、自宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事などの介護や、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与などの日常生活上の世話のほか、機能訓練、健康管理及び療養上の世話などを受けられるサービスです。

■地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	10	10	10	10	10	10	10	11

(8) 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスです。

利用者ニーズと小規模多機能型居宅介護の整備に伴う事業者の参入意向等を把握しながら、導入について検討します。

(9) 地域密着型通所介護

より地域に密着した小規模なデイサービスセンター(利用定員 18 人以下)に通い、入浴・食事の提供と、介護や生活上の相談や助言、健康状態の確認、日常生活動作訓練等を受けるサービスです。

■地域密着型通所介護

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ回数(回/月)	975	997	788	1,052	1,064	1,073	1,088	1,138
	延べ人数(人/月)	107	106	91	112	113	114	116	121

3 施設サービス

本町の介護老人福祉施設のベッド数は314床となっています。介護老人保健施設及び介護療養型医療施設、介護医療院は町内に対象施設はありません。

今後の見込については、要介護者の在宅生活の継続や介護離職防止等の観点から、必要な施設の整備や有効活用等を勘案して推計しています。

(1) 介護老人福祉施設

食事や排泄などで常に介護が必要で、自宅での介護が困難な高齢者が入所し、食事、入浴、排泄などの日常生活の支援や機能訓練などを受けるサービスです。

■介護老人福祉施設

区分		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	187	210	214	233	244	257	272	315

(2) 介護老人保健施設

病状が安定し、治療より看護や介護に重点を置いたケアが必要な高齢者が入所し、医学的な管理のもとにおける介護や機能訓練などを受けるサービスです。

■介護老人保健施設

区分		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	75	85	92	106	122	140	147	169

(3) 介護療養型医療施設

急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする高齢者が入院し、療養上の管理、看護、機能訓練などを受けるサービスです。

国の医療構造改革の一環としての療養病床再編成により、介護療養病床への介護保険の適用は令和5年度末までとなっています。

■介護療養型医療施設

区分		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	1	0	3	0	0	0		

(4) 介護医療院

介護医療院は、慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、長期療養のための医療と日常生活上の介護を一体的に提供する施設です。

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のために、平成30年4月から新たに創設された施設で、介護保険法上の介護保険施設となりますが、医療法上は医療提供施設として位置づけられます。

■介護医療院

区分 \ 年度		実績値(令和2は見込値)			計画値			中長期	
		平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5	令和7	令和22
介護給付	延べ人数(人/月)	0	0	0	3	3	3	3	3

第2節 第1号被保険者の保険料

1 第8期介護保険料の設定

65歳以上の介護保険料（第1号保険料）は、市町村（保険者）ごとに設定されており、保険料額は、その市町村（保険者）の被保険者が利用する介護保険サービスの水準を反映した金額になります。従って、町の介護保険料は、介護保険事業計画期間中の介護保険サービスの利用見込量に応じたものになります。

第8期計画期間には高齢化が進み、要介護認定者がさらに増加することが見込まれます。

また、すべての団塊の世代が75歳に達する令和7（2025）年に向け、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者の増加、さらには、75歳以上人口の急増に伴う事業対象者及び認定者数の増加が予想されます。

令和3年度から3年間の利用見込量から介護保険サービスにかかる費用を推計したところ保険料試算の基となる総給付費は、第7期計画期間の約60億円から約●億円に増えると推計されます。

2 総給付費の推計

算定中

3 保険料段階について

算定中

第3節 介護保険制度の円滑な運営

1 適切な要支援・要介護認定の実施

要支援・要介護認定は、認定調査員の家庭訪問等による調査票と主治医の意見書により山武郡市介護認定審査会で審査・認定します。

要支援・要介護認定の実施にあたっては、認定調査員一人ひとりに対して十分な研修・指導を行い、正確・公平な認定調査と審査会運営に努めるとともに、適切な助言及び指導を積極的に行います。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業」は、65 歳以上のすべての人を対象とした介護予防事業です。必ずしも要介護（要支援）認定を受けていなくても、自立に向けた一人ひとりの生活にあわせた柔軟なサービスを利用できるように体制を整備します。

2 サービス提供事業者の情報開示の促進

利用者によるサービスの選択が適切に行えるよう、すべての介護サービス事業者に、サービス内容や運営状況、職員体制、施設設備、利用料金、サービス提供時間などに関する情報の開示・公表が義務づけられています。

県では、事業者から報告されたサービス情報を年1 回程度インターネットで公表しています。また、サービス情報のうち確認が必要なものについては訪問調査を行い、結果を公表情報に反映しています。

主体である県、その他関係機関との連携強化を図り、サービス提供事業者の情報開示を徹底します。

3 サービス従事者の質的向上の促進

介護サービスを提供する事業所に所属し、介護サービスに従事する者は、介護技術の向上に向けた様々な新しい知識や技術の習得に常に努める必要があります。

また、人員、設備及び運営に関する基準について、制度の周知を徹底していきます。

さらに、実地指導や利用者等から寄せられた意見等を踏まえ、必要に応じて監査を行うことにより、サービス従事者の質的向上の促進を図ります。

4 給付適正化の取組とサービス提供事業者への指導

事業者による過度の利用者掘り起こしや不正請求などを抑制し、長期的に安定した介護保険財政の運営につなげるため、地域支援事業における「介護給付等費用適正化事業」などを活用しながら、給付内容の審査を実施していきます。

介護保険制度の信頼性を高め、介護保険サービスを利用すべき利用者が適正な介護保険サービスを享受できるよう、下記主要5事業について継続的に取り組みを行うことで、効果的な事業の実施を目指します。

また、保険者機能を強化し、県からの権限移譲事務に対応するとともにサービス提供事業者への適切な指導を行うため、専門知識を持った職員の確保に努めます。

（１）要介護認定の適正化

認定調査全件のチェックを行います。また、認定調査員の資質向上を目的とし、研修会へ参加します。

（２）ケアプランの点検

介護支援専門員の「気づき」を促がし、資質向上を図ることを目的とし、問題点や課題を共有しながら協働で点検を行います。

（３）住宅改修等の点検

事前申請時の書面審査だけでなく、必要に応じて訪問調査を実施し、利用者の実情を確認したうえで給付の決定を行います。

（４）医療情報との突合・縦覧点検

千葉県国民健康保険団体連合会からの情報をもとに、サービスの整合性や算定日数等を点検し、誤請求や重複請求があった場合には事業所へ過誤申立等の指導を行い、適正な給付を実施します。

（５）介護給付費通知

サービス利用者に利用実績の確認をしてもらうことで、事業所の架空請求や過剰請求の防止を図ります。

（６）集団指導・実地指導の実施

適切な介護保険事業運営の確保を目的とし、集団指導において居宅介護支援事業所に対し制度の最新情報の伝達や確認を行います。

また、実地指導において介護サービスの内容、人員・設備及び運営並びに介護報酬の請求に関する基準等について確認することにより、制度の適正化とよりよいケアの実現を図ります。

5 情報提供・相談・苦情処理体制の強化

住民がより円滑に、よりよいサービスを利用することができるよう、介護保険制度における認定からサービス内容に関することまで、地域包括支援センターの総合相談業務と円滑に連携することで、重層的な相談体制を構築し、相談業務の充実を図ります。

苦情の内容や対応結果については、利用者、事業者ともに活用してもらえるよう、個人情報に配慮しながら共有を図ります。

6 災害や感染症対策に係る体制整備

災害や感染症の発生時においても、サービスを継続して提供できるよう、介護事業所等との連携体制の強化を図ります。

また、平時からの事前準備や情報発信など、「横芝光町地域防災計画」や「横芝光町新型インフルエンザ等対策行動計画」等の関連計画に基づき、体制整備に努めます。

7 介護人材の確保・業務の効率化

令和7（2025）年及び令和22（2040）年を見据えて、必要なサービスの見込みを定めるとともに、サービス提供に必要な介護人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上が求められており、人材確保及び人材定着のための支援を進めていく必要があります。

そのため、介護サービスを支える人材の確保に努めるとともに、ICTの活用や文書負担の軽減など業務の効率化及び質の向上に向けた支援を検討していきます。

（1）交流・情報交換等による人材定着

介護職員の定着支援に向けて、研修や交流等によりスキルアップや情報共有を図り、介護職員がやりがいをもって働き続けられる環境づくりを支援していきます。

（2）医療介護連携シートの活用による業務効率化

医療介護連携シート等のICTの活用により、業務の効率化等を推進する中で、職員の負担軽減を図り、業務の質の向上や働き方改革を促進します。

（3）関係部署との連携による人材確保

関係部署等と連携し、介護の魅力や求人情報等の発信を行い、介護人材の安定的な確保を目指します。

(白紙)

第6章 計画の推進体制

(扉裏)

第1節 庁内及び関係機関等との連携強化

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けては、保健・福祉・医療・介護の領域を中心に多岐にわたる施策に対して、一体的に取り組むことが必須となります。

町内外の多様な関連施設・機関の協力や、民生委員・児童委員、住民、ボランティア、NPO等の協力、その他にも、社会福祉協議会、国民健康保険団体連合会、医療機関、教育機関など、それぞれがその立場にあわせて、それぞれの責任を果たしていくことで、高齢者が自らの能力を最大限に発揮し、生きがいを持ちつつ生活への意欲を高めていくことのできる地域づくりは実現されます。

このような地域包括支援センターを中心としたネットワークの深化をすすめるとともに、町内のサービス事業者及び地域の人・物・つながりなどを含めたネットワークを活用し、地域共生社会の実現を目指します。

第2節 住民参画と協働

高齢者問題、介護問題は高齢化率が高い水準で推移している本町にとって身近な課題であり、この課題を克服していくためには、住民の理解と協力を得て高齢者施策を推進することが基本となります。

高齢者を地域が支え、高齢者同士が支えあう日頃からのつながりが維持できるよう支援し、より住民の理解を深め、様々な場面で住民同士の共助や地域と行政の協働によるさまざまな高齢者支援の体制づくりが必要です。

その体制づくりの一環として取り組んでいる、認知症の方や高齢者への見守り・声かけ活動を推進するための「認知症高齢者見守りサポーターの家」や、地域での自主的なサービスで高齢者の元気アップ（介護予防・重度化防止）に繋げる「高齢者の元気アップ応援企画」の活性化を図ります。

また、介護保険事業の円滑な実施と、保健・福祉・医療サービスの提供を実現しつつ、健やかな福祉社会を実現していくため、高齢者をはじめとする住民のニーズを踏まえ、よりよいサービスを育てていきます。同時に、ボランティアをはじめとする地域の様々な個人・団体等に関する情報を提供することにより住民の参画や協働の仕組みづくりを進めていきます。

第3節 計画の普及・啓発

高齢者が住み慣れた地域において健康でいきいきした生活を続けられるよう、地域包括ケアシステムを中心に、介護保険サービス、高齢者の自立生活を支える福祉サービスや、健康や生きがいづくりなど広く住民に周知を図り、事業の普及啓発に努めます。

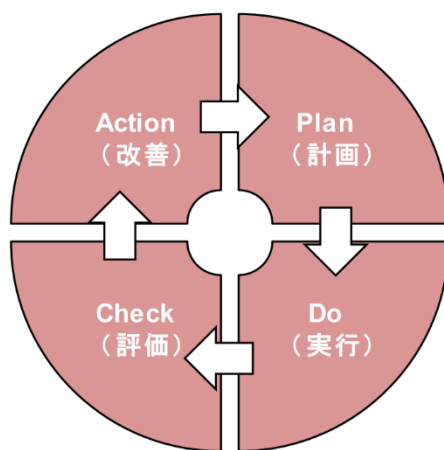
また、広報紙やインターネット等による周知のほか、地域包括支援センター、民生委員・児童委員などの協力により、制度の主旨や内容の周知を図っていきます。

第4節 計画の点検

本計画の推進及び進行管理、点検を徹底し、施策の円滑な推進を図ります。PDCAサイクルの手法を活用して進行管理を行い、計画に基づいて効果的かつ効率的に施策・事業を実行することで、高齢者福祉における課題解決を図っていきます。

なお、評価にあたっては、県の指導や助言等を踏まえ、地域包括ケア「見える化」システムや保険者機能強化推進交付金等の評価結果等を活用し、計画の見直しおよび改善につなげます。

■PDCAサイクル



Plan (計画)	高齢者福祉における課題等を踏まえて目標を設定し、目標達成のための計画を策定します。
Do (実行)	策定した計画に沿って各施策・事業を実行していきます。
Check (評価)	各施策・事業の実施結果などに基づいて、計画の進行状況を確認し、目標に対する達成度を評価していきます。
Action (改善)	評価結果を踏まえて、計画をより効果的かつ効率的に進めるための見直しおよび改善を行います。

第8期 横芝光町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

発効日：令和3年3月

発 行：横芝光町役場 福祉課 介護班

〒289-1793 千葉県山武郡横芝光町宮川 11902

TEL：0479-84-1257

FAX：0479-84-2789