

**第9期 横芝光町  
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画**

**令和6年度～令和8年度  
(案)**

**令和5年12月  
横芝光町**

(表紙裏)

(あいさつ文)

(あいさつ文裏)



## 目 次

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 制度改正や国の基本指針等.....	4
第3節 計画の位置づけと期間.....	9
第4節 計画の策定体制.....	11
第2章 高齢者を取り巻く現状.....	12
第1節 人口と世帯の状況.....	14
第2節 介護保険事業の状況.....	16
第3節 調査からみる町の現状.....	25
第4節 高齢者を取り巻く主な課題.....	50
第3章 計画の基本的な考え方.....	53
第1節 計画の基本理念.....	55
第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	56
第3節 計画の基本目標.....	57
第4節 施策体系.....	58
第5節 日常生活圏域の設定.....	60
第6節 将来推計.....	61
第4章 施策展開.....	65
基本目標1 健康でいきいきと暮らしていける.....	67
基本目標2 住み慣れた地域で暮らしていける.....	74
基本目標3 認知症になっても安心して暮らしていける <b>新規</b> .....	88
基本目標4 地域で支えあい助けあいながら暮らしていける.....	93
第5章 介護保険事業の推進.....	98
第1節 介護保険サービスの実績と見込み.....	100
第2節 第1号被保険者の保険料.....	109
第3節 介護保険制度の円滑な運営.....	116
第6章 計画の推進体制.....	121
第1節 庁内及び関係機関等との連携強化.....	123
第2節 住民参画と協働.....	123
第3節 計画の普及・啓発.....	124
第4節 計画の点検.....	124



(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、全国でも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。

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、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯、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・介護保険制度を支える人的基盤の確保が課題となります。

第8期計画では、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。

今後、高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムは、高齢者介護、障がい福祉、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「地域共生社会」の実現に向けた中核的な基盤となり得るものです。

また、令和22(2040)年を見据えて、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、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、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化を進めていく必要があります。

第9期計画では、地域包括ケアシステムの構築を目指した令和7(2025)年を迎えるとともに、現役世代が急減する令和22(2040)年を念頭に、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つつ、第8期での目標や具体的な施策を踏まえ、今後3年間の高齢者福祉や介護保険事業に係る具体的な内容について計画に位置付けていきます。

## 第2節 制度改正や国の基本指針等

### 1 制度改正や国の基本指針等

#### (1) 令和5年介護保険法の改正について

令和5(2023)年5月、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(令和5年法律第31号)が公布されました。ここには介護保険法の改正も含まれ、主な改正事項として以下の5つが挙げられています。

- I. 介護情報基盤の整備
- II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化
- III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務
- IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化
- V. 地域包括支援センターの体制整備等

#### I. 介護情報基盤の整備

地域包括ケアシステムを深化・推進するため、自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備します。自治体は地域の実情に応じた介護保険事業運営に、利用者は自立支援・重度化防止の取組の推進に、介護事業所・医療機関は介護情報等の適切な活用により介護・医療サービスの質の向上、という効果が期待できるとされています。さらに、ペーパーレス化による事務負担軽減も期待されています。

こうした情報基盤の整備を、保険者である市町村が実施主体であり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置付けます。

#### II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化(データベース化)

令和22(2040)年を見据えた人口動態等の変化、生産年齢人口の減少と介護現場における人材不足の状況、感染症等による介護事業者への経営影響を踏まえた支援、制度の持続可能性などに的確に対応するとともに、物価上昇や災害、新興感染症等に当たり経営影響を踏まえた的確な支援策の検討を行う上で、3年に1度の介護事業経営実態調査を補完する位置付けとして制度を創設し、行われるものです。

具体的には①介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表するという内容で、原則、全ての介護サービス事業者が対象となります。

### Ⅲ. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

介護現場で生産性向上の取組を進めるには、介護事業者単独での自助努力だけでは限界があります。地域単位で、モデル事業所の育成や取組の伝播等を推進する必要があります。一方で事業者からは、「地域においてどのような支援メニューがあるのか分かりにくい」との声があるなど、都道府県から介護現場に対する生産性向上に係る支援の取組の広がりが限定的となっている実態があります。

こうした現状に対して、都道府県を中心に一層取組を推進するため、都道府県の役割を法令上明確にする改正を行うとともに、都道府県介護保険事業支援計画において、介護サービス事業所等における生産性向上に資する事業に関する事項を任意記載事項に加える改正が行われます。

### Ⅳ. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

看護小規模多機能型居宅介護(看多機)とは、訪問看護<sup>※1</sup>と小規模多機能型居宅介護<sup>※2</sup>とを組み合わせ、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービスです。

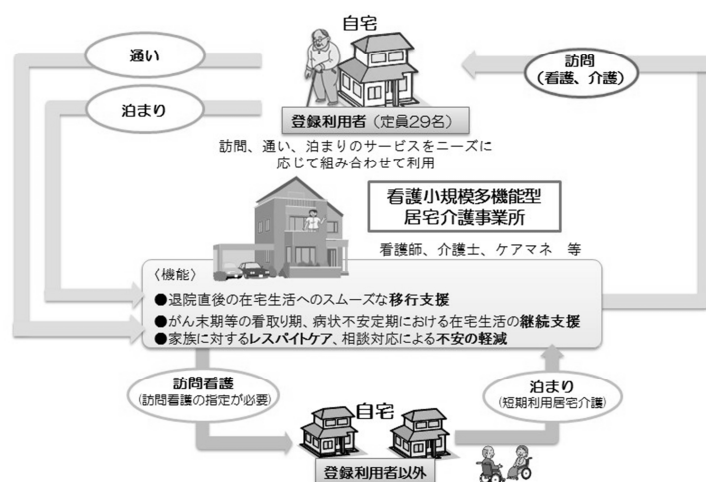
※1 自宅での看護サービス(療養上の世話又は必要な診療の補助)

※2 自宅に加え、サービス拠点での「通い」「泊まり」における、介護サービス(日常生活上の世話)

看多機は、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能で、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えています。この看多機をより普及させるため、複合型サービスの一類型として明確に位置付け、サービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス(療養上の世話又は必要な診療の補助)が含まれる旨を明確化します。

#### 看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス(「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」)を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護(訪問看護の指定が必要)や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



## V. 地域包括支援センターの体制整備等

地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増えています。

そこで、要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、市町村からの指定を受けた居宅介護支援事業所(ケアマネ事業所)も、市町村や地域包括支援センターと連携を図りながら実施できることとします。また、地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することが可能となります。委託を受けたケアマネ事業所は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施します。

### (2) 給付適正化主要5事業の再編について

介護保険は医療保険と異なり、①サービス利用には要介護認定を受ける必要があること、②要介護度に応じた区分支給限度額の範囲内で保険給付が行われること、③サービス提供はケアプランに基づき実施されること といったように、適正化の仕組みが制度として内在しています。この枠組みを活かす形で、これまで給付適正化5事業を実施してきましたが、適正化事業を行う保険者の割合は増加傾向にある一方で、個別の取組についての課題も明確になり、議論が行われてきました。

そして、保険者の事務負担軽減と効果的・効率的な事業実施のため、給付適正化主要5事業を3事業に再編して実施内容の充実化を図ることとなりました。

具体的には、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を主要事業から除外するとともに、実施の効率化を図るため「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた3事業を給付適正化主要事業とします。再編後の3事業については、全ての保険者において実施(実施率100%)を目指すとしています。

事業	見直しの内容	見直し後
要介護認定の適正化	・要介護認定の平準化を図る取組を更に進める。	要介護認定の適正化
ケアプランの点検	・一本化する。	ケアプランの点検 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査
住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査	・国保連からの給付実績帳票を活用し、費用対効果が期待される帳票に重点化する。 ・小規模保険者等にも配慮し、都道府県の関与を強める。(協議の場で検討)	
医療情報との突合・縦覧点検	・費用対効果が期待される帳票に重点化する。 ・小規模保険者等にも配慮し、国保連への委託を進める。(協議の場で検討)	医療情報との突合・縦覧点検
介護給付費通知	・費用対効果が見えにくいいため、主要事業から除外し任意事業とする。	

出典：厚生労働省



### (3) 認知症基本法について

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、地域で暮らす人たちにとっても、身近なことになりつつあります。

令和元(2019)年6月の「認知症施策推進大綱」では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をも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た施策が進められてきました。令和5(2023)年6月には、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(認知症基本法)が成立しました。

認知症基本法では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、7つの基本理念による認知症施策が行われます。国と地方公共団体は、この基本理念に基づいた認知症施策を策定・実施する責務を有し、さらに都道府県や市町村ではそれぞれにおいて計画を策定する(努力義務)とされています。

基本的施策は以下のとおりです。

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
  - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
  - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
  - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
  - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
  - ⑥【相談体制の整備等】
  - ⑦【研究等の推進等】
  - ⑧【認知症の予防等】
- ※その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携等

## 2 第9期計画の基本指針

令和5年7月10日の社会保障審議会・介護保険部会で「第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針の構成について」が示されました。その中で、市町村介護保険事業計画の作成に関する事項は以下のとおりとなります。

### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 中長期的な推計及び第9期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係

### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の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又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の適正化への取組及び目標設定

### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

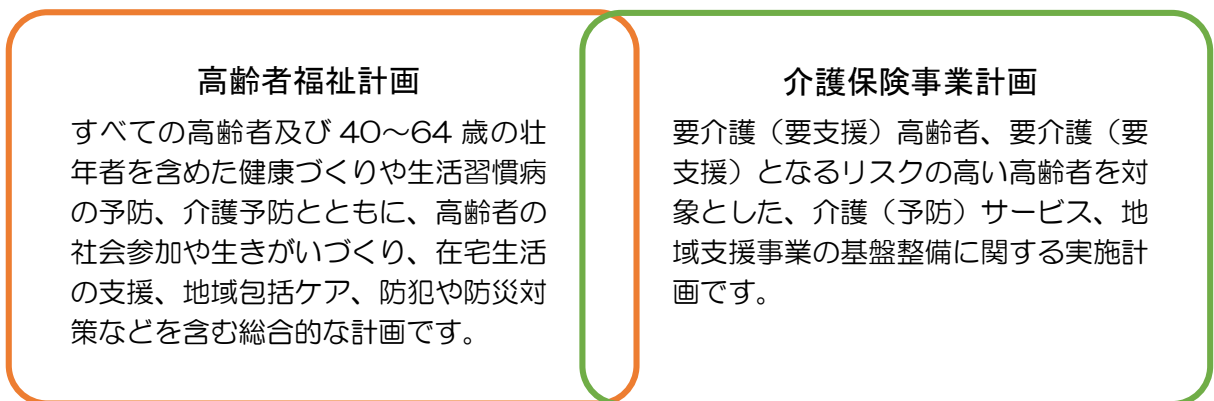
- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 災害に対する備えの検討
- 11 感染症に対する備えの検討

## 第3節 計画の位置づけと期間

### 1 法的根拠

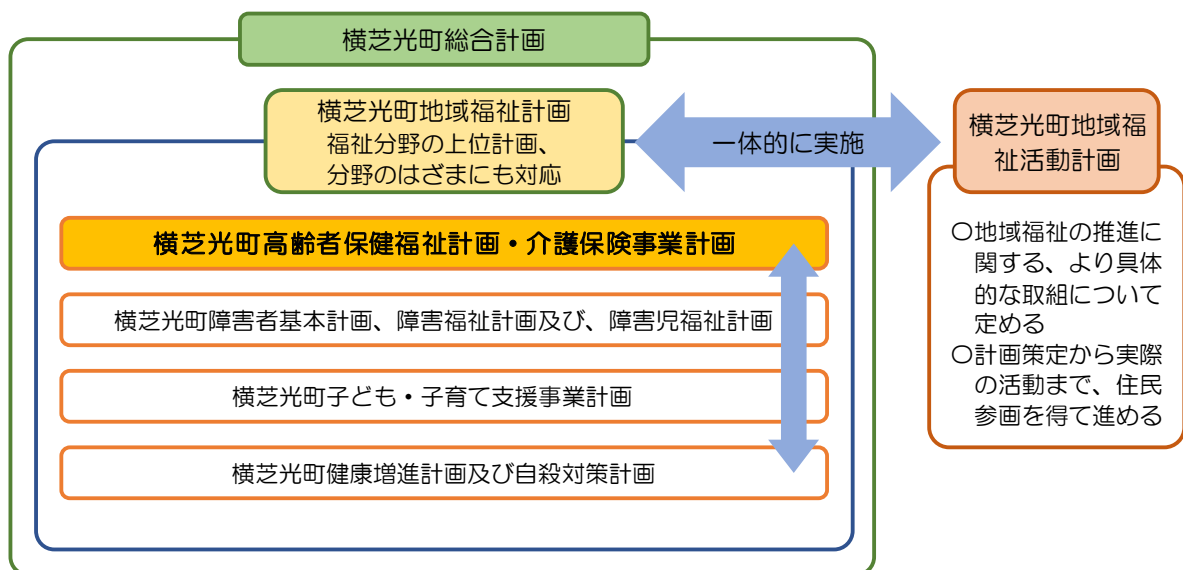
本計画は、老人福祉法第20条の8に規定する高齢者福祉計画と介護保険法第117条に基づく介護保険事業計画を総合的かつ一体的に策定したものです。

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。



### 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 認知症施策の総合的な取り組みを含めた策定

認知症に関する法律「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和5年6月14日に成立しました。この法律には、認知症の人が尊厳を持ち、希望を持って暮らせる共生社会の実現や社会参加の機会の確保、意思決定の支援や権利利益の保護等が盛り込まれています。

本計画は、認知症基本法の基本理念に基づいた認知症施策の総合的な取り組みを踏まえて策定します。

### 4 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づくり、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22(2040)年の推計も行っています。

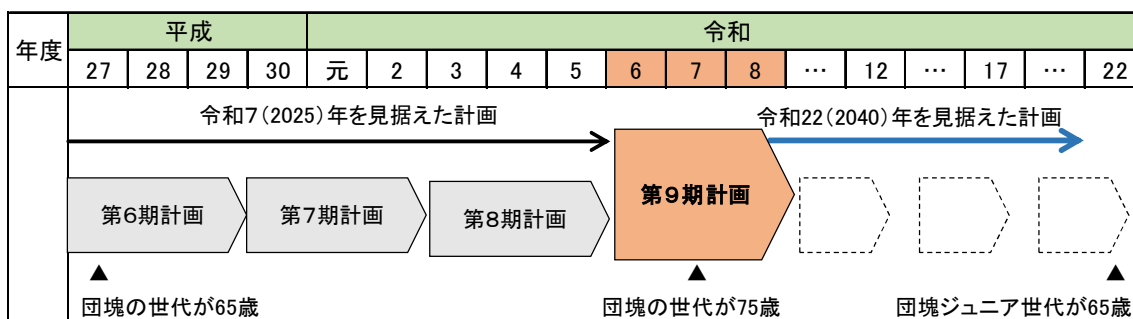
また、地域包括ケアシステムの構築を目指した令和7(2025)年を迎えるとともに、現役世代が急減する令和22(2040)年を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据え、地域包括ケアシステムの推進のための取組を充実するとともに、「地域共生社会」の実現を目指すものです。

### 5 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

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・検討を行います。

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す。

### 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す。

## **第2章 高齢者を取り巻く現状**

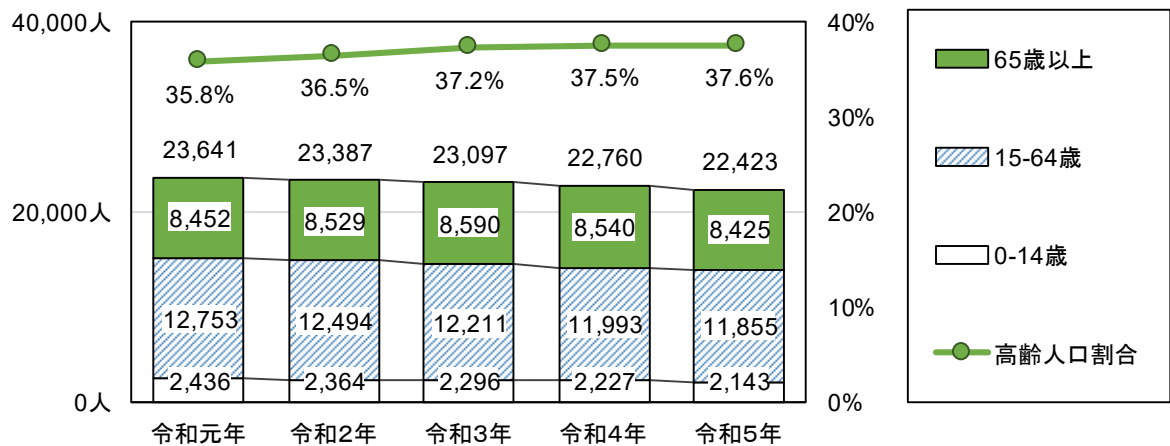


# 第1節 人口と世帯の状況

## 1 人口動態

本町では令和3年以降 65 歳以上の高齢者人口は減少し、高齢人口割合(高齢化率)は 37.6% となっています。

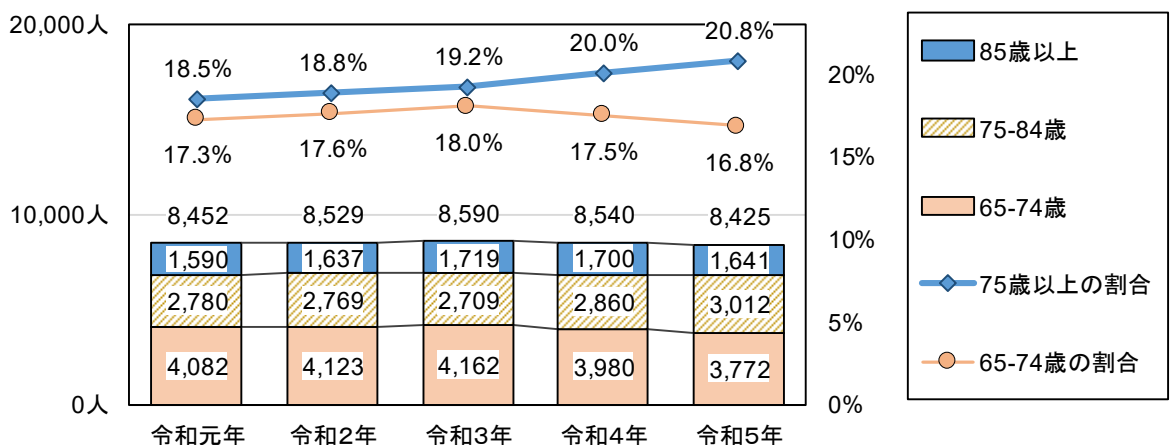
### ■横芝光町の人口推移



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



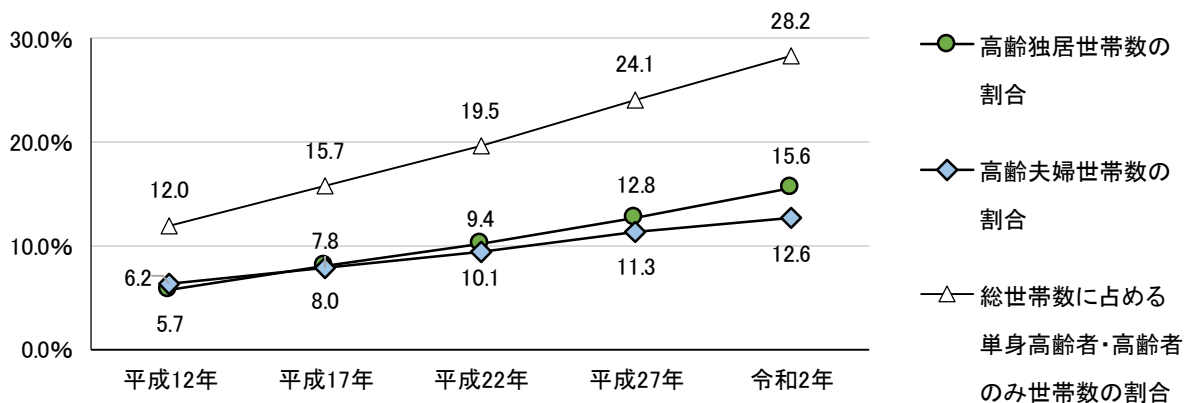
資料:住民基本台帳(各年10月1日現在)



## 2 高齢者のいる世帯の状況

本町では、高齢者独居世帯、高齢者夫婦世帯いずれも、世帯数、割合ともに増加し続けており、令和2年では高齢独居世帯は1,287世帯、高齢夫婦世帯は1,044世帯となっています。

### ■世帯数の推移



	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
高齢独居世帯数	459	651	839	1,074	1,287
高齢夫婦世帯数	503	636	777	956	1,044
一般世帯数	8,050	8,188	8,272	8,423	8,263
一般世帯数に占める高齢独居・高齢夫婦世帯数の割合	12.0%	15.7%	19.5%	24.1%	28.2%

※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

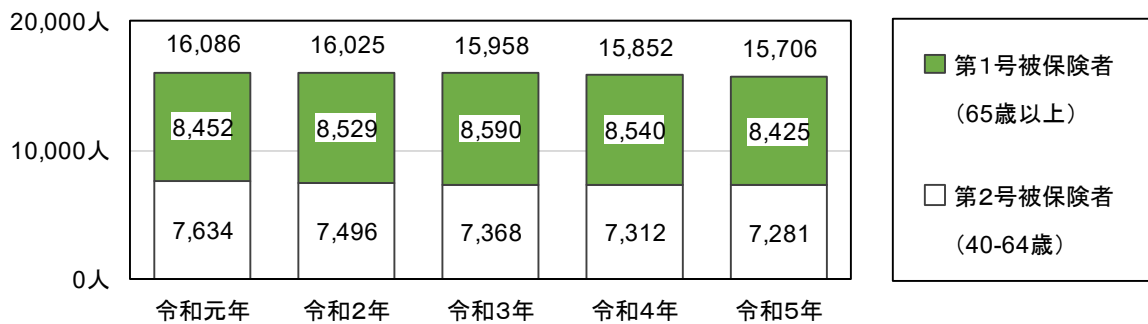
資料：国勢調査

## 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。

#### ■横芝光町の介護保険被保険者数の推移



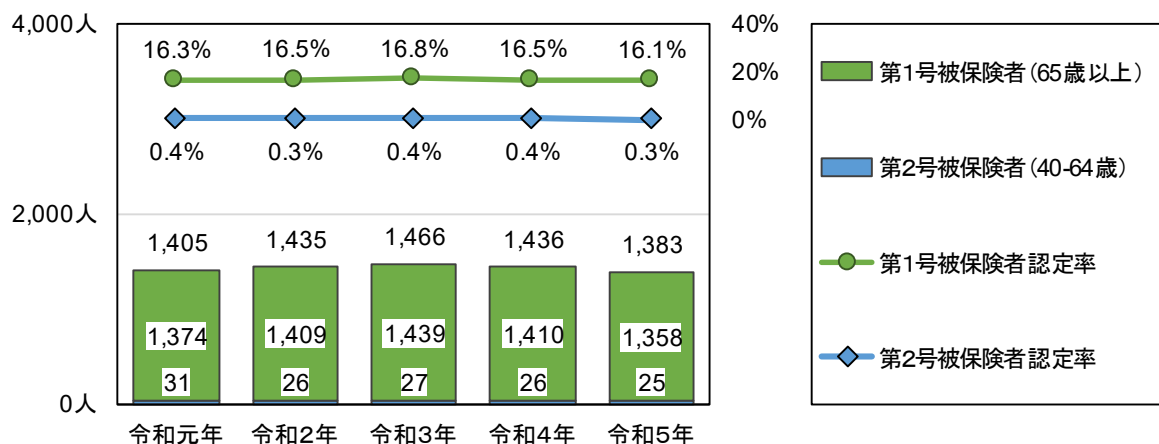
資料:住民基本台帳(各年10月1日現在)

### 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・要介護認定者数は横ばいとなっており、令和5年には1,383人、認定率は16.1%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



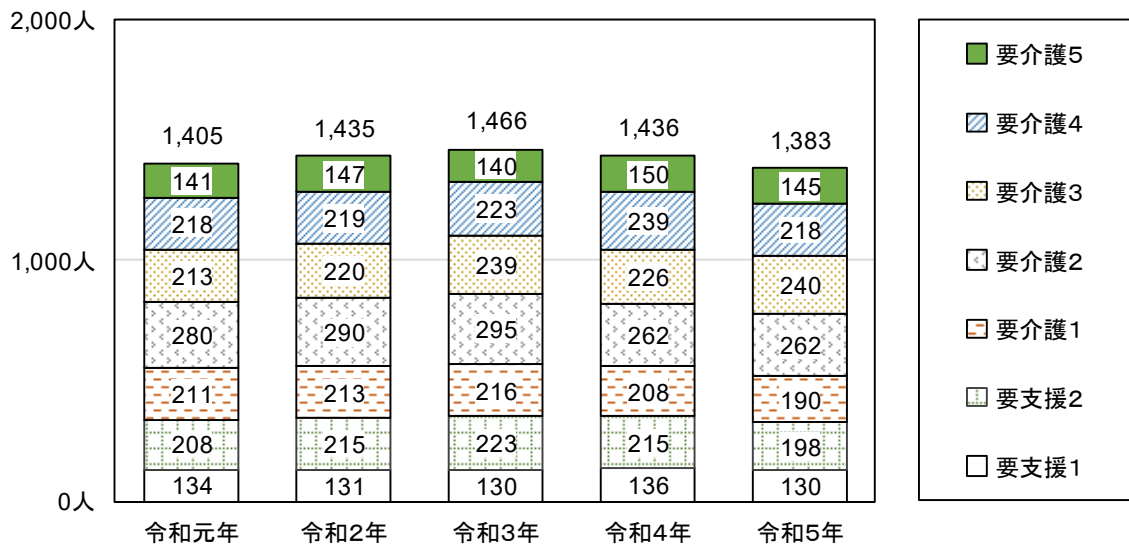
資料:介護保険事業状況報告(各年9月末日現在)

※令和5年は7月時点

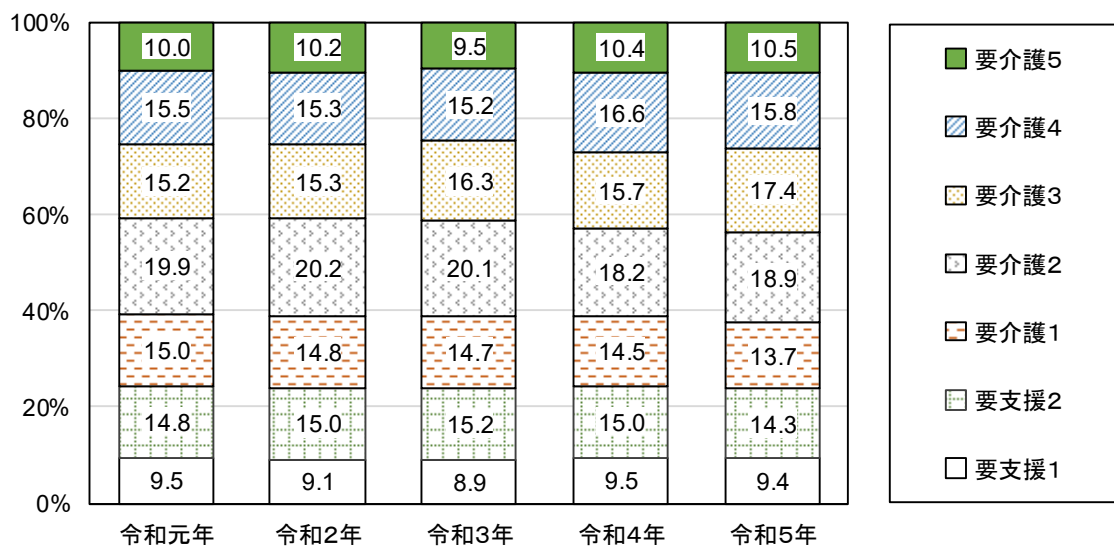
要介護度別にみると、本町では要介護2が最も多く、令和5年では267人で全体の19.3%となっています。

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5年は43.3%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。

■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)

本計画は、見直す際に要支援・要介護者数の推計を行い、翌3年間の事業見込みを立てます。  
本町の現計画の中では、要支援1、要介護4、5の実績値の伸び率は100%を超えています。

■要支援・要介護認定者数の第8期推計と実績比較

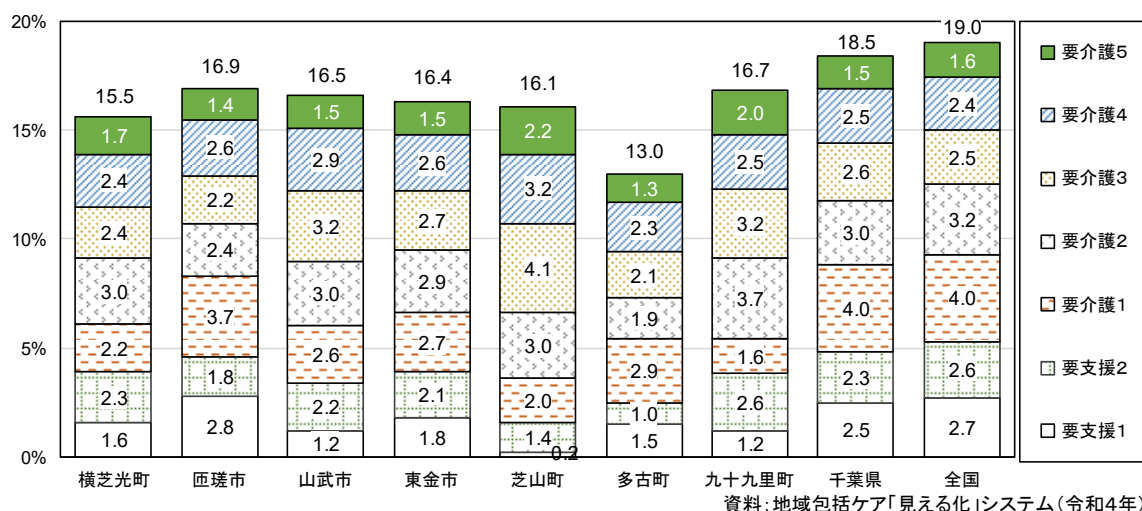
	第8期						
	令和3年度			令和4年度			実績伸び率 (R4/R3)
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比	
要支援1 (人)	132	130	98.5%	133	136	102.3%	104.6%
要支援2 (人)	217	223	102.8%	219	215	98.2%	96.4%
要介護1 (人)	217	216	99.5%	222	208	93.7%	96.3%
要介護2 (人)	297	295	99.3%	302	262	86.8%	88.8%
要介護3 (人)	226	239	105.8%	233	226	97.0%	94.6%
要介護4 (人)	225	223	99.1%	229	239	104.4%	107.2%
要介護5 (人)	151	140	92.7%	154	150	97.4%	107.1%
(人)	1,465	1,466	100.1%	1,492	1,436	96.2%	98.0%

3 調整済み認定率の比較

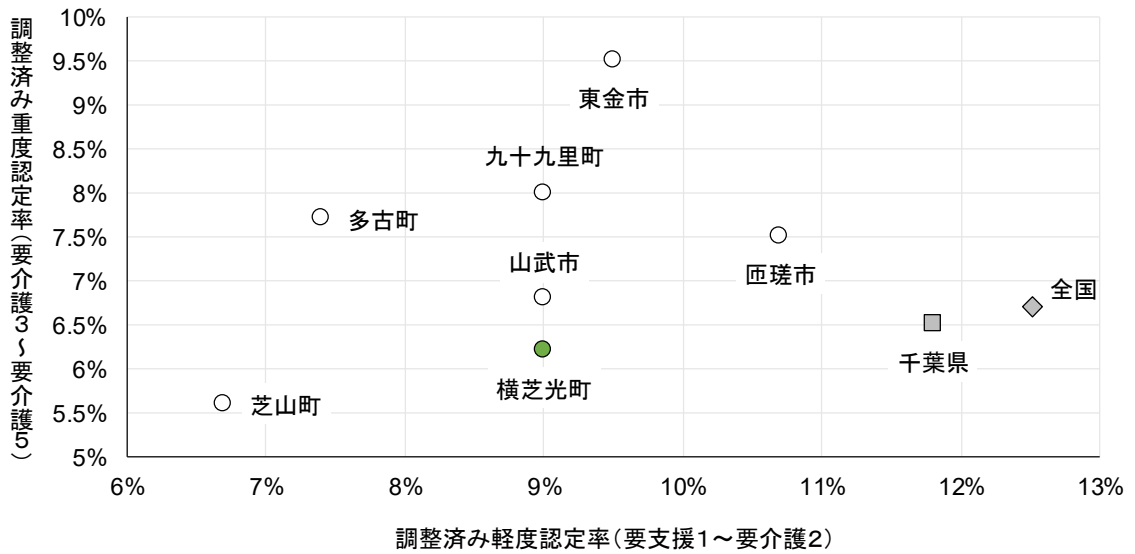
本町の調整済み認定率(性・年齢調整を行い、同じ人口構成と仮定したもの)は15.5%で、全国及び千葉県より低くなっていますが、近隣の自治体との比較では中位に位置付けられます。

重度認定率と軽度認定率の分布で見ると、軽度認定率、重度認定率では全国や県を下回るエリアに位置しています。

■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)



資料: 地域包括ケア「見える化」システム(令和4年)

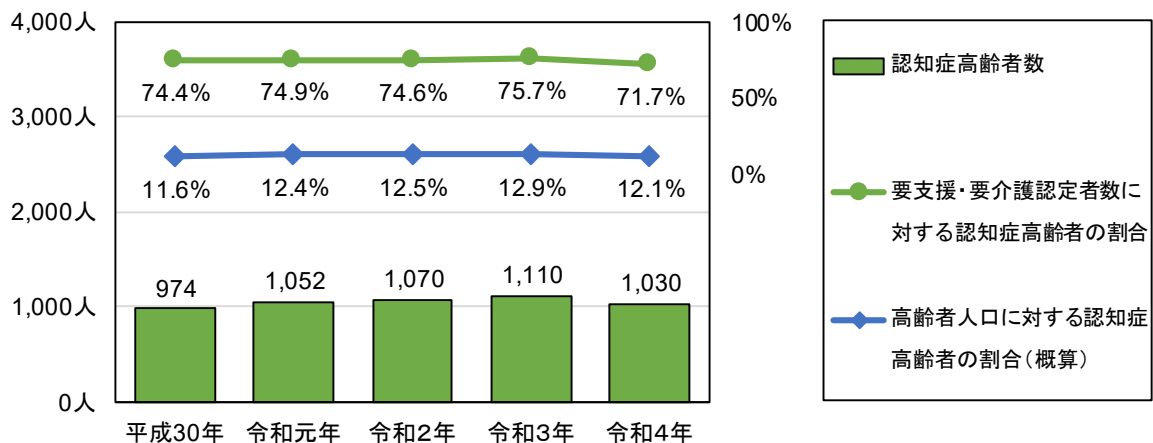
#### 4 認知症高齢者の状況

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4年では1,030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11~12%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4年では71.7%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

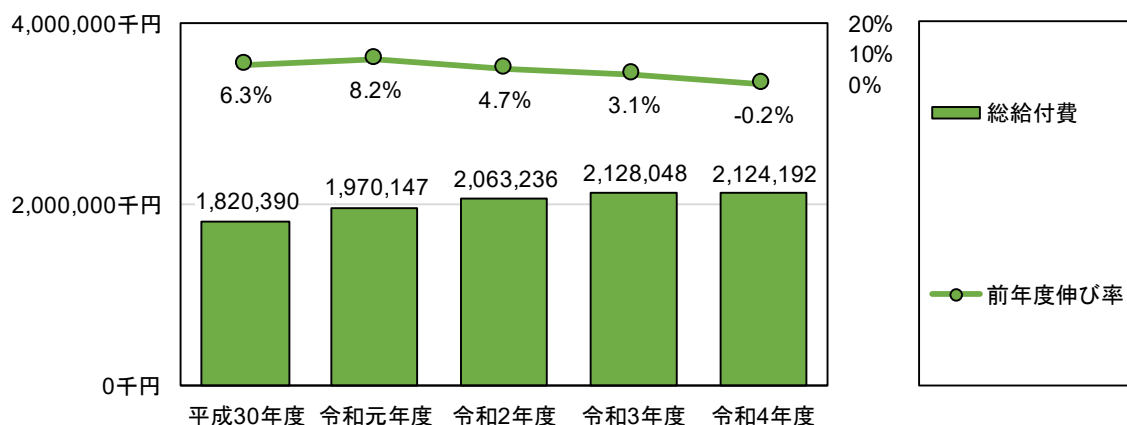


資料: 地域包括ケア「見える化」システム(各年10月末)

## 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4年度では21億2千万円となっています。給付費の伸び率は、令和元年度以降減少していますが、新型コロナウイルス感染症拡大による影響だと考えられます。

### ■横芝光町の介護給付費の推移

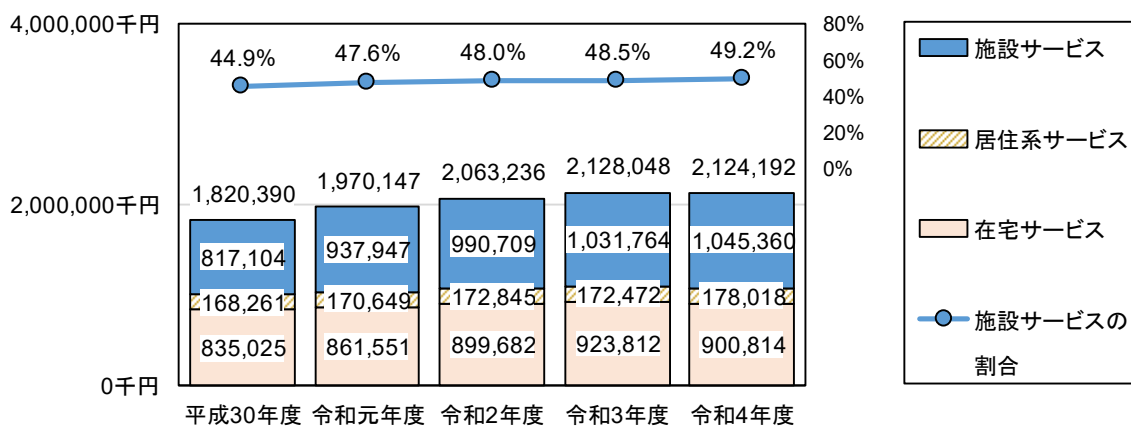


※端数処理の関係で合計があわないことがあります。以降同じ。

資料：地域包括ケア「見える化」システム

サービス区別にみると、令和4年度においては、施設サービスが10億4千万円、在宅サービスが9億円、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)



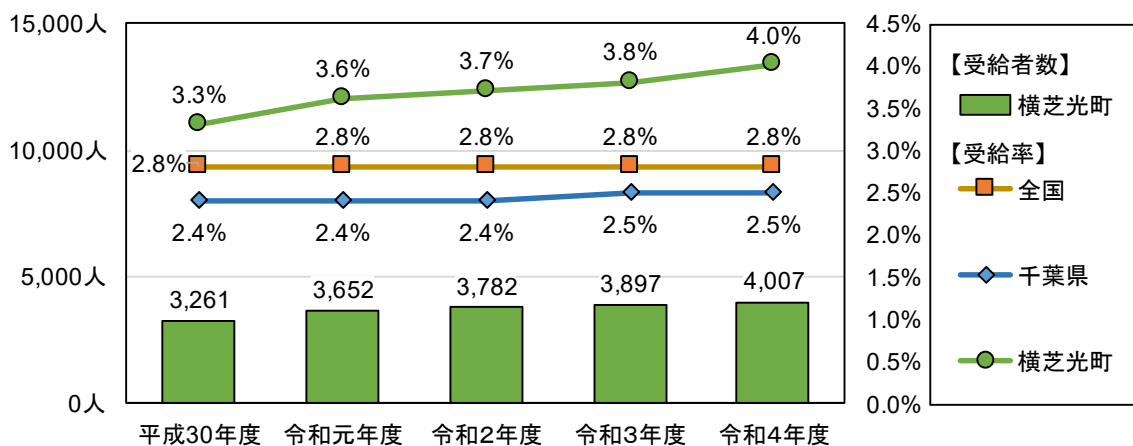
資料：地域包括ケア「見える化」システム

## 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4年度は 4,007 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)



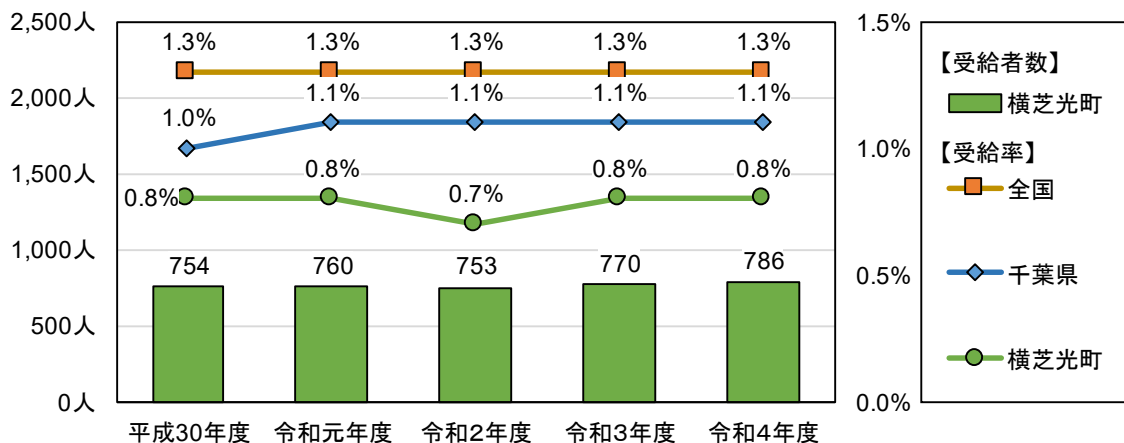
資料:地域包括ケア「見える化」システム

### (2)居住系サービス

居住系サービスの受給者数は横ばいとなっており、令和4年度は 786 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)



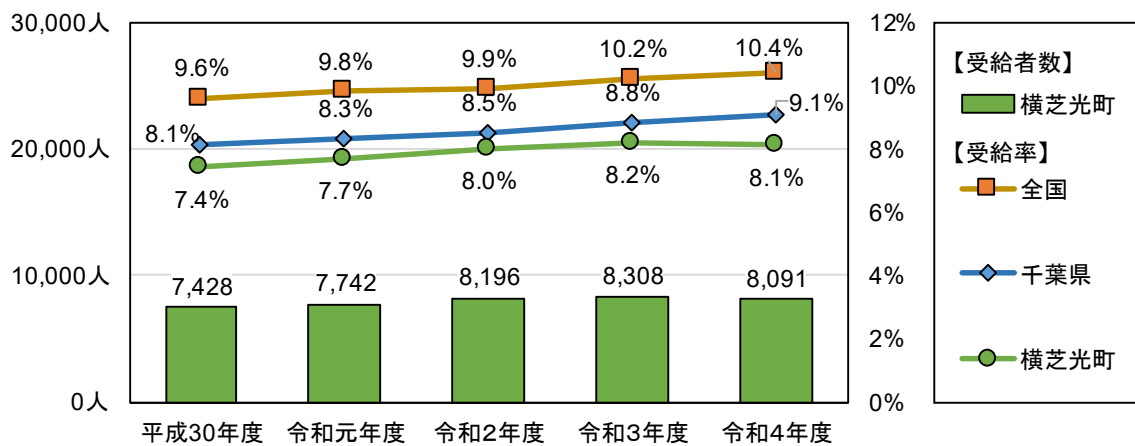
資料:地域包括ケア「見える化」システム

### (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4年度は8,091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



## 7 介護給付サービスによる利用者数及び給付費の状況

介護給付によるサービス利用者の状況をみると、実績値はおおむね計画値の範囲内にあるものが多くなっています。実績値が2年続けて計画値を上回っているサービスは、特定施設入居者生活介護、訪問入浴介護、訪問看護、福祉用具貸与です。

実績値の伸び率は全体で 100.2%と伸びています。

### ■介護サービスによる利用者数の状況(介護予防給付含む)

		第8期						
		令和3年度			令和4年度			実績伸び率 (R4/R3)
		計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比	
施設サービス	介護老人福祉施設 (人)	2,796	2,621	93.7%	2,928	2,757	94.2%	105.2%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (人)	120	119	99.2%	120	121	100.8%	101.7%
	介護老人保健施設 (人)	1,272	1,142	89.8%	1,464	1,108	75.7%	97.0%
	介護医療院 (人)	36	27	75.0%	36	39	108.3%	144.4%
	介護療養型医療施設 (人)	0	0	-	0	0	-	-
居住系サービス	特定施設入居者生活介護 (人)	264	287	108.7%	264	298	112.9%	103.8%
	地域密着型特定施設入居者生活介護 (人)	0	0	-	0	0	-	-
	認知症対応型共同生活介護 (人)	504	483	95.8%	516	488	94.6%	101.0%
在宅サービス	訪問介護 (人)	2,064	1,846	89.4%	2,076	2,036	98.1%	110.3%
	訪問入浴介護 (人)	312	334	107.1%	312	370	118.6%	110.8%
	訪問看護 (人)	756	830	109.8%	780	861	110.4%	103.7%
	訪問リハビリテーション (人)	84	54	64.3%	84	45	53.6%	83.3%
	居宅療養管理指導 (人)	1,308	1,183	90.4%	1,308	1,265	96.7%	106.9%
	通所介護 (人)	3,192	3,008	94.2%	3,204	2,966	92.6%	98.6%
	地域密着型通所介護 (人)	1,344	1,146	85.3%	1,356	1,144	84.4%	99.8%
	通所リハビリテーション (人)	660	527	79.8%	660	556	84.2%	105.5%
	短期入所生活介護 (人)	1,296	1,307	100.8%	1,320	1,156	87.6%	88.4%
	短期入所療養介護 (老健) (人)	72	58	80.6%	72	92	127.8%	158.6%
	短期入所療養介護 (病院等) (人)	0	0	-	0	0	-	-
	短期入所療養介護 (介護医療院) (人)	0	0	-	0	0	-	-
	福祉用具貸与 (人)	5,580	5,646	101.2%	5,640	5,638	100.0%	99.9%
	特定福祉用具販売 (人)	132	129	97.7%	132	134	101.5%	103.9%
	住宅改修 (人)	84	76	90.5%	84	55	65.5%	72.4%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (人)	0	0	-	0	30	-	-
	夜間対応型訪問介護 (人)	0	0	-	0	0	-	-
	認知症対応型通所介護 (人)	504	401	79.6%	516	349	67.6%	87.0%
	小規模多機能型居宅介護 (人)	252	221	87.7%	264	165	62.5%	74.7%
	看護小規模多機能型居宅介護 (人)	0	0	-	0	0	-	-
介護予防支援・居宅介護支援 (人)	8,352	8,087	96.8%	8,472	7,926	93.6%	98.0%	
合計 (人)	30,984	29,532	95.3%	31,608	29,599	93.6%	100.2%	

資料:見える化システム

介護給付による給付費の状況を見ると、実績値はおおむね計画値の範囲内にあるものが多いです。実績値が2年続けて計画値を上回っているサービスは、特定施設入居者生活介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与です。

実績値の伸び率は全体で 99.8%となっています。

■介護サービスによる給付費の状況(介護予防給付含む)

		第8期						
		令和3年度			令和4年度			実績伸び率 (R4/R3)
		計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比	
施設サービス	介護老人福祉施設 (円)	703,995,000	675,817,095	96.0%	736,939,000	700,540,515	95.1%	103.7%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (円)	31,976,000	32,370,627	101.2%	31,994,000	30,387,473	95.0%	93.9%
	介護老人保健施設 (円)	346,810,000	314,557,608	90.7%	399,283,000	301,103,296	75.4%	95.7%
	介護医療院 (円)	13,267,000	9,018,252	68.0%	13,275,000	13,328,673	100.4%	147.8%
	介護療養型医療施設 (円)	0	0	-	0	0	-	-
居住系サービス	特定施設入居者生活介護 (円)	46,346,000	47,573,852	102.6%	46,371,000	51,373,369	110.8%	108.0%
	地域密着型特定施設入居者生活介護 (円)	0	0	-	0	0	-	-
	認知症対応型共同生活介護 (円)	130,112,000	124,898,012	96.0%	133,316,000	126,644,263	95.0%	101.4%
在宅サービス	訪問介護 (円)	149,169,000	129,061,059	86.5%	149,639,000	136,434,556	91.2%	105.7%
	訪問入浴介護 (円)	20,434,000	20,437,686	100.0%	20,445,000	23,423,491	114.6%	114.6%
	訪問看護 (円)	34,479,000	30,351,295	88.0%	35,717,000	31,914,562	89.4%	105.2%
	訪問リハビリテーション (円)	2,204,000	951,103	43.2%	2,205,000	1,038,641	47.1%	109.2%
	居宅療養管理指導 (円)	12,234,000	10,117,919	82.7%	12,241,000	10,672,119	87.2%	105.5%
	通所介護 (円)	218,395,000	218,674,337	100.1%	219,182,000	205,055,335	93.6%	93.8%
	地域密着型通所介護 (円)	103,330,000	82,524,506	79.9%	105,227,000	83,733,113	79.6%	101.5%
	通所リハビリテーション (円)	43,527,000	34,619,433	79.5%	43,551,000	37,109,245	85.2%	107.2%
	短期入所生活介護 (円)	108,492,000	119,392,380	110.0%	110,776,000	104,466,122	94.3%	87.5%
	短期入所療養介護 (老健) (円)	6,814,000	3,435,966	50.4%	6,817,000	6,150,278	90.2%	179.0%
	短期入所療養介護 (病院等) (円)	0	0	-	0	0	-	-
	短期入所療養介護 (介護医療院) (円)	0	0	-	0	0	-	-
	福祉用具貸与 (円)	76,143,000	78,649,127	103.3%	76,972,000	79,162,341	102.8%	100.7%
	特定福祉用具販売 (円)	3,757,000	3,250,411	86.5%	3,757,000	3,251,192	86.5%	100.0%
	住宅改修 (円)	6,947,000	6,152,889	88.6%	6,947,000	4,974,224	71.6%	80.8%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (円)	0	0	-	0	4,176,288	-	-
	夜間対応型訪問介護 (円)	0	0	-	0	0	-	-
	認知症対応型通所介護 (円)	70,294,000	50,057,658	71.2%	71,835,000	42,656,268	59.4%	85.2%
	小規模多機能型居宅介護 (円)	42,580,000	33,725,974	79.2%	42,761,000	25,780,540	60.3%	76.4%
	看護小規模多機能型居宅介護 (円)	0	0	-	0	0	-	-
介護予防支援・居宅介護支援 (円)	104,214,000	102,410,004	98.3%	105,632,000	100,815,916	95.4%	98.4%	
合計 (円)	2,275,519,000	2,128,047,193	93.5%	2,374,882,000	2,124,191,820	89.4%	99.8%	

資料: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、令和6年度から令和8年度を計画期間とする「第9期 横芝光町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定するにあたり、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【国調査+町独自】	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5年3月
在宅介護実態調査【国調査+町独自】	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【町独自】	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【町独自】			

#### ■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	1,141件	57.1%
在宅介護実態調査	300件	203件	67.7%
事業者調査	50件	33件	66.0%
ケアマネジャー調査	50件	41件	82.0%

#### ※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

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、国が提示した調査項目(必須項目)を組み込んで実施しました。各機能の評価方法から算出した各機能の低下やリスク状況を年齢別や地区に集計をしました。

全体では「うつ傾向」のリスク該当者割合が45.3%で最も多くなっています。以下、「認知機能」が45.1%、「社会的役割の低下」が34.2%などとなっています。また、いずれも概ね年齢が上がるほど機能の低下やリスクの割合が高くなっています。

■生活機能の低下リスク該当者割合

		運動機能の低下あり	転倒リスクあり	閉じこもり傾向あり	低栄養の疑いあり	口腔機能低下あり	認知機能低下あり	IADL(手段的自立)の低下あり	うつ傾向あり	知的能動性の低下あり	社会的役割の低下あり
全体		13.8	30.8	22.7	1.1	26.1	45.1	6.1	45.3	22.3	34.2
前回(第8期)		16.2	31.9	22.5	0.9	21.9	43.2	6.1	47.0	21.0	28.4
性別	男性	10.3	27.7	19.8	0.6	26.4	41.9	7.1	39.1	25.0	39.2
	女性	16.5	33.5	24.7	1.6	25.6	47.3	5.0	50.8	19.3	28.9
年齢別	65-69歳	4.0	26.3	13.1	0.0	22.8	36.5	1.8	42.6	19.0	29.0
	70-74歳	8.3	30.9	13.0	0.3	25.1	40.4	2.4	42.6	18.4	28.6
	75-79歳	13.5	25.3	22.7	1.6	21.6	43.0	4.6	43.5	16.4	33.2
	80-84歳	18.9	34.7	29.6	1.9	32.7	50.3	7.4	46.4	25.0	39.9
	85歳以上	41.5	45.9	51.8	3.0	33.6	68.9	23.8	57.8	40.7	50.0
男性×年齢別	65-69歳	2.9	17.5	13.9	0.0	19.4	32.7	4.0	29.9	22.5	38.0
	70-74歳	7.9	29.0	12.1	0.0	29.7	38.8	3.0	34.8	21.2	35.0
	75-79歳	11.5	27.6	25.0	1.6	23.1	38.3	7.6	41.9	19.7	39.2
	80-84歳	14.3	32.9	21.1	0.0	32.9	51.3	9.2	42.9	30.8	42.1
	85歳以上	27.3	34.3	34.3	3.0	25.7	68.6	23.5	54.5	42.9	54.8
女性×年齢別	65-69歳	5.0	33.9	12.4	0.0	25.6	39.8	0.0	52.9	16.0	21.4
	70-74歳	8.6	32.5	13.7	0.7	21.1	41.7	1.9	49.4	16.0	23.1
	75-79歳	15.6	23.0	20.5	1.6	20.0	47.7	1.6	45.2	13.1	27.2
	80-84歳	23.3	37.0	37.4	3.7	33.3	48.3	5.9	50.6	20.5	36.3
	85歳以上	47.2	50.7	59.5	3.0	36.5	68.6	22.9	58.8	38.9	47.1

※IADL(手段的日常生活動作):ADL(日常生活動作)よりも複雑で高次な動作のことで、具体的には買物、洗濯等の家事、金銭管理、服薬管理、乗り物に乗ることなどが含まれる。

※知的能動性:知的活動の実施や知的好奇心を反映する能力のことで、具体的に書類を書く、新聞や本を読む、物事への興味関心があることなどが含まれる。

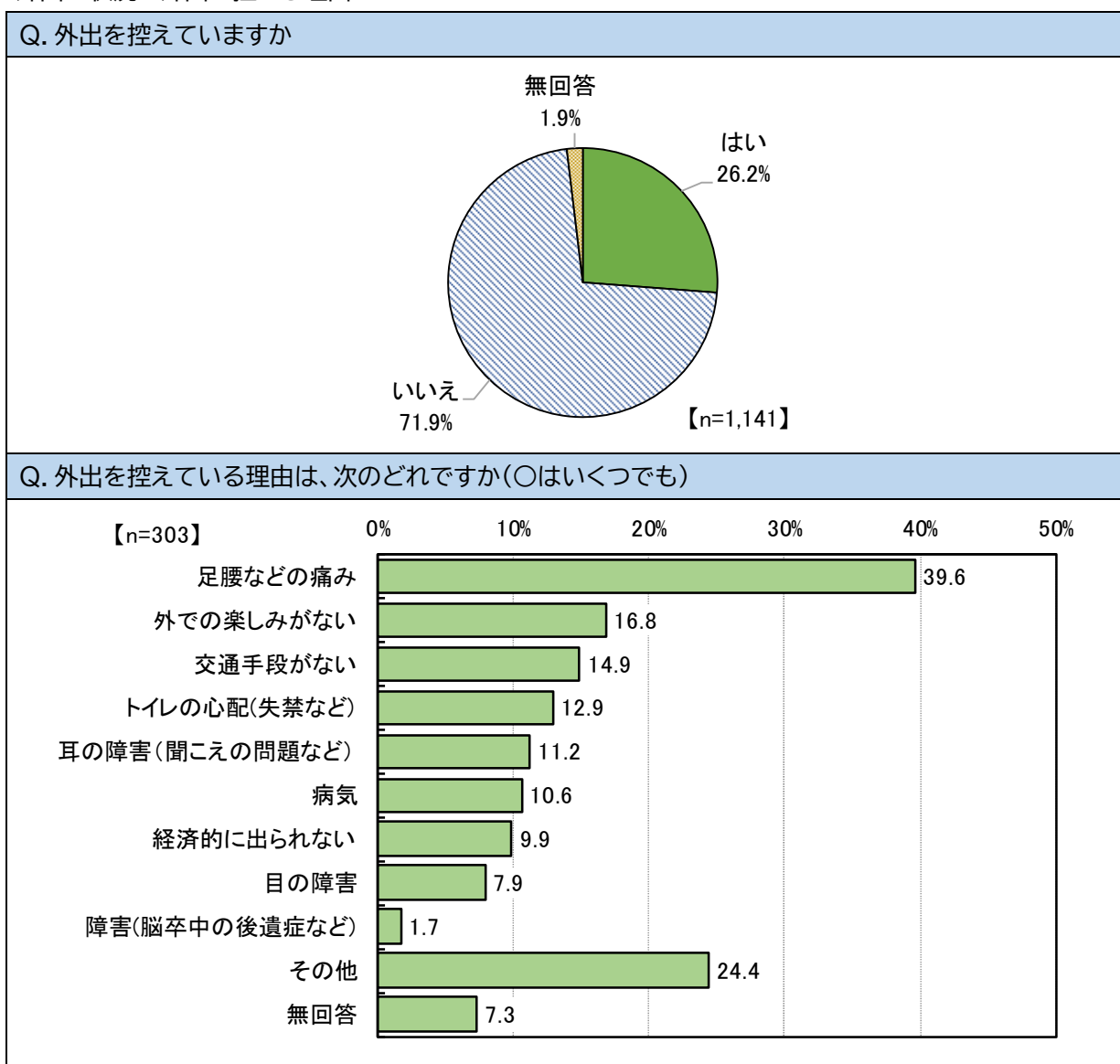
## (2)外出について

外出を控えている人は26.2%で、第8期調査時(25.8%)から微増しています。

外出を控えている人に、その理由について尋ねたところ、「足腰などの痛み」(39.6%)、「外での楽しみがない」(16.8%)、「交通手段がない」(14.9%)などが挙げられています。また、「その他」が24.4%で、その内容の大半が「コロナ感染予防のため」と記述されています。

身体的な不安以外にも、新型コロナウイルス感染症の流行による不安と新型コロナウイルス感染症対策による外出自粛などで高齢者の活動が減少していることが、少なからず影響していると思われます。外出を控えることは体力や認知機能の低下などを引き起こす可能性があります。今後は、閉じこもりによるリスクを啓発するとともに、家にいながらにしてできる運動や電話等を通じた人との交流など、心身の健康の維持と意識付けを促進する必要があります。

### ■外出の状況と外出を控える理由

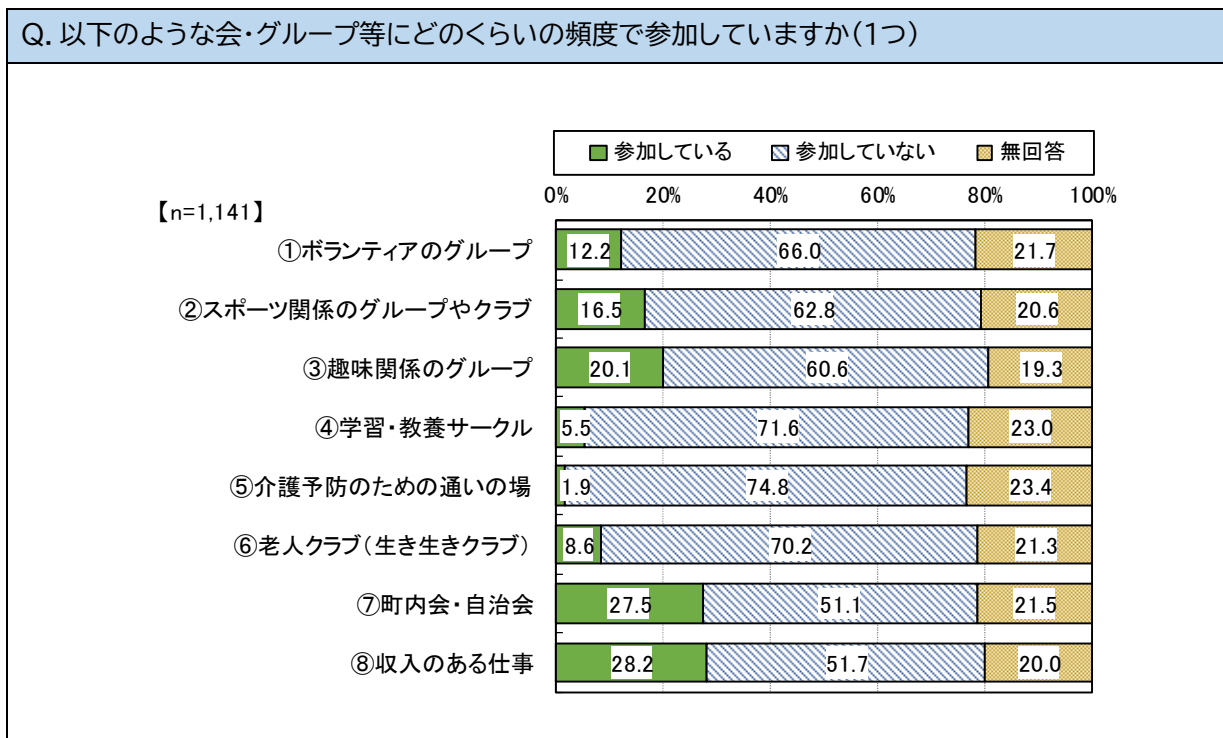


### (3)地域での活動について

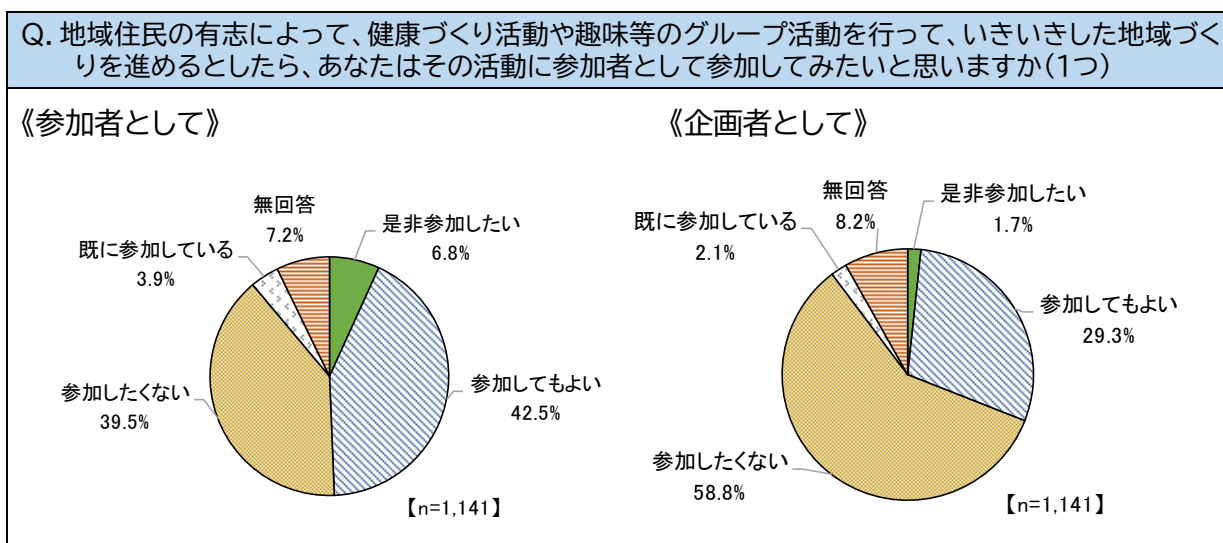
会・グループ等への参加状況(参加している)は、「⑧収入のある仕事」への参加が28.2%で最も多くなっています。以下、「⑦町内会・自治会」への参加が27.5%、「③趣味関係のグループ」への参加が20.1%などとなっています。

地域づくりの参加意向(是非参加したい+参加してもよい)は、参加者としては49.3%、企画・運営者(世話役)としては31.0%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



#### (4)助け合いについて

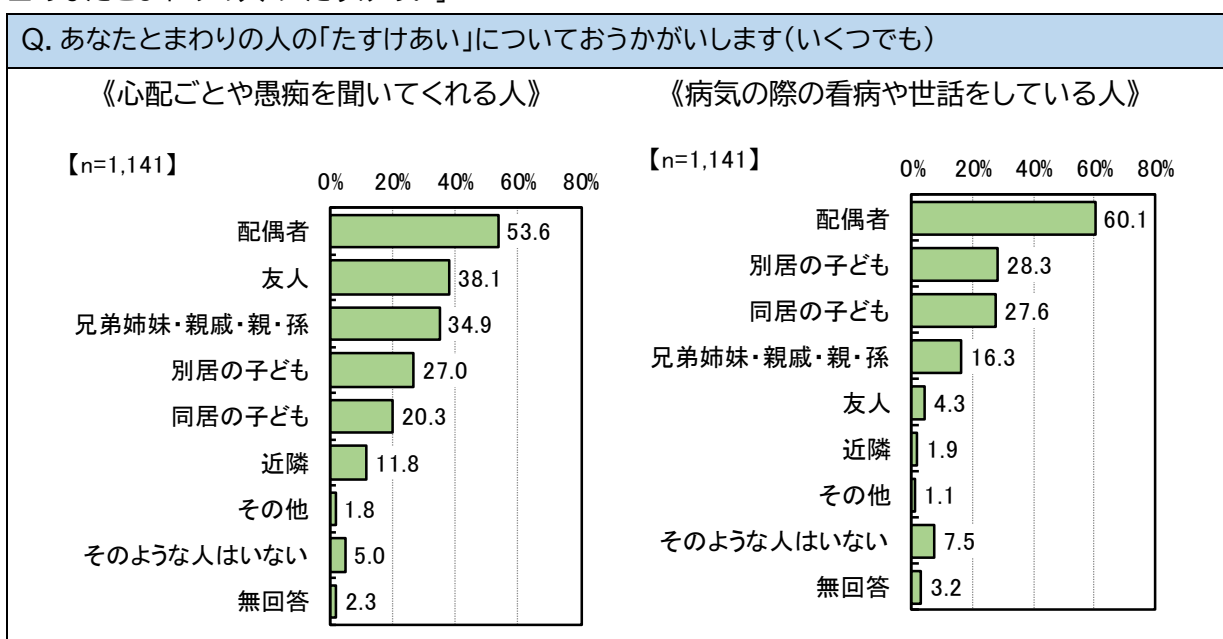
心配ごとや愚痴を聞いてくれる人は、「配偶者」が53.6%で最も多く、以下、「友人」が38.1%、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」が34.9%などとなっています。

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60.1%で最も多く、以下、「別居の子ども」が28.3%、「同居の子ども」が27.6%などとなっています。

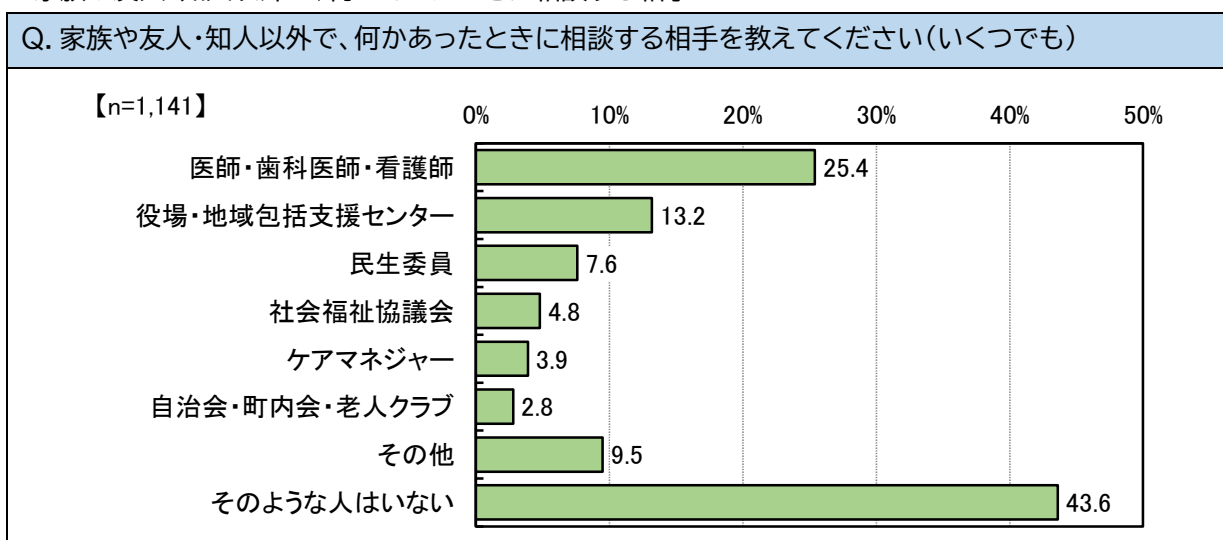
家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手は、「医師・歯科医師・看護師」が25.4%で最も多く、以下、「役場・地域包括支援センター」が13.2%、「民生委員」が7.6%などとなっています。

一方、43.6%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・知人以外で、何かあったときに相談する相手





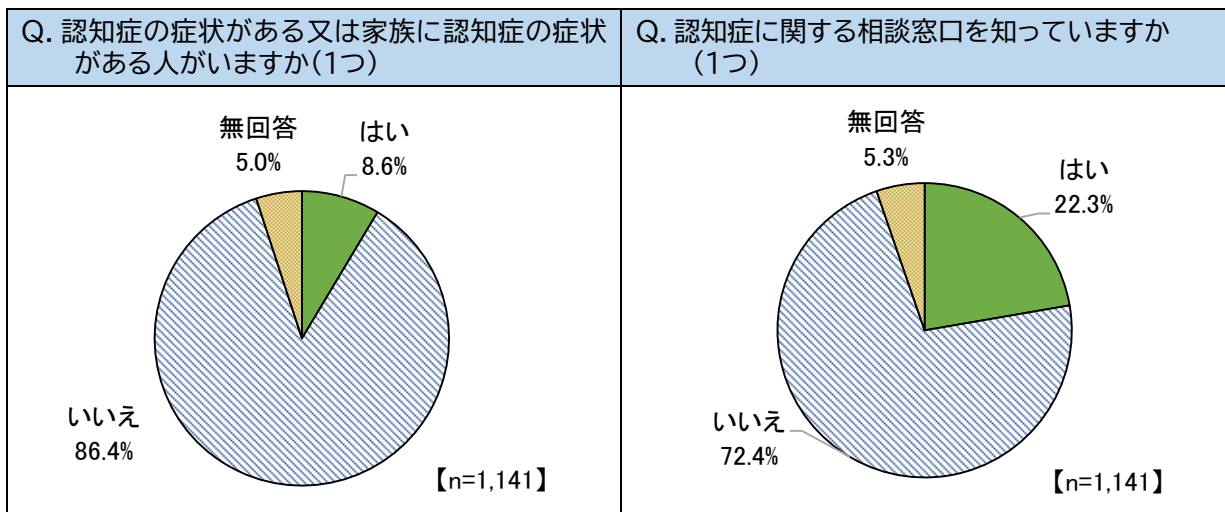
## (5) 認知症について

自分や家族に認知症の症状があるかについては、「はい」が 8.6%となっています。

認知症に関する相談窓口の認知度は、「はい」(知っている)が 22.3%、「いいえ」(知らない)が 72.4%となっています。

■ 認知症の症状

■ 相談窓口の認知度



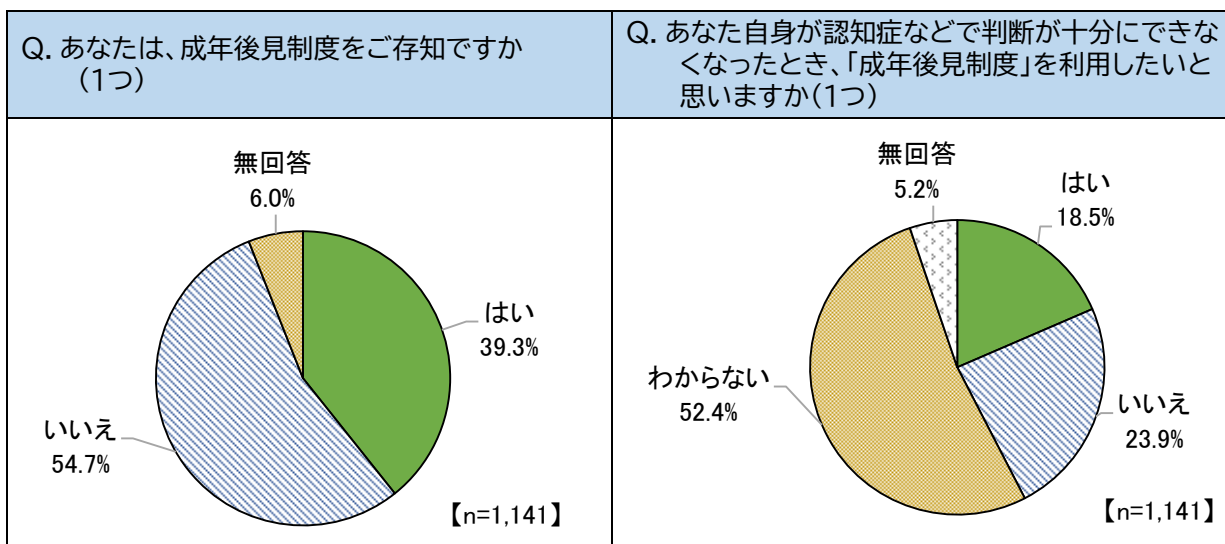
## (6) 成年後見制度について

成年後見制度の認知度は、「はい」(知っている)が 39.3%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 52.4%を占めており、「はい」(利用したい)は 18.5%となっています。

■ 成年後見制度の認知度

■ 成年後見制度の利用意向

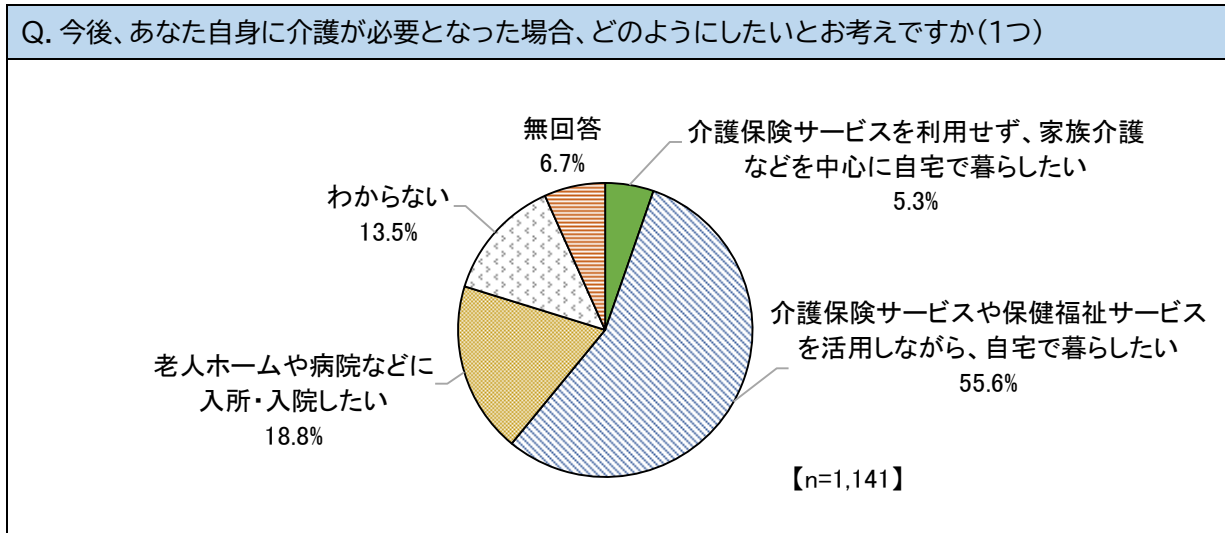




## (7)介護が必要になった場合の希望について

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55.6%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18.8%、「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5.3%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。

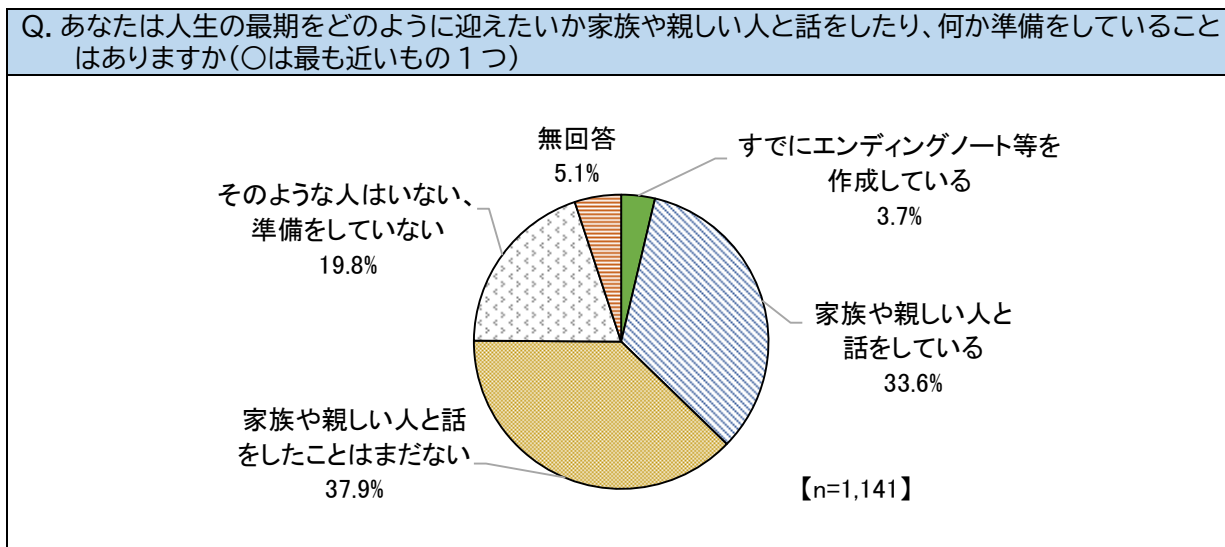
### ■介護が必要になった場合の希望



## (8)人生の最期について準備していること

人生の最期について何か準備しているかを尋ねたところ、「家族や親しい人と話をしたことはまだない」が37.9%で最も多く、以下、「家族や親しい人と話をしている」が33.6%、「そのような人はいない、準備をしていない」が19.8%、「すでにエンディングノート等を作成している」が3.7%となっています。

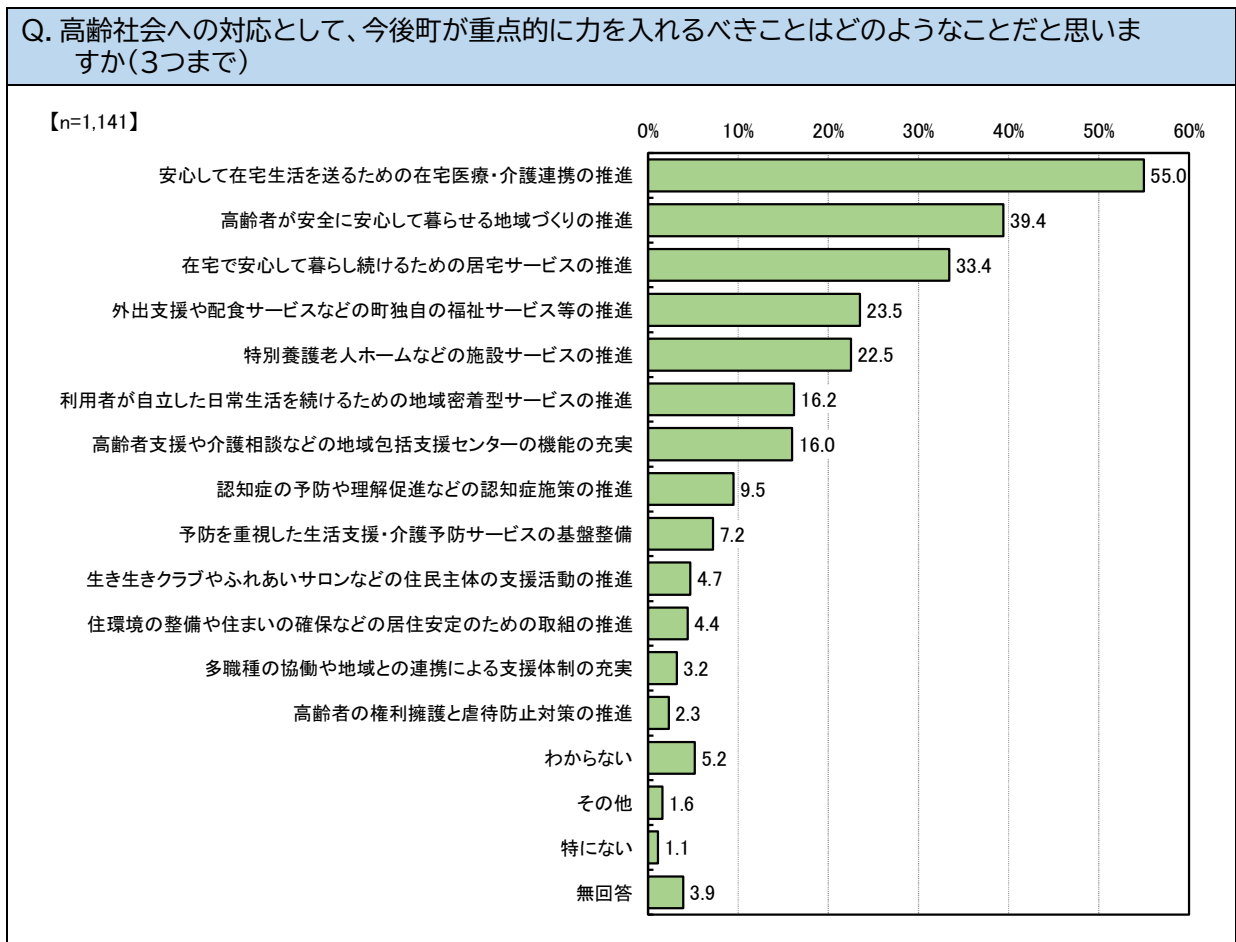
### ■人生の最期について準備していること



## (9)町が力を入れるべき高齢社会への対応について

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55.0%で最も多く、以下、「高齢者が安全に安心して暮らせる地域づくりの推進」が39.4%、「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33.4%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

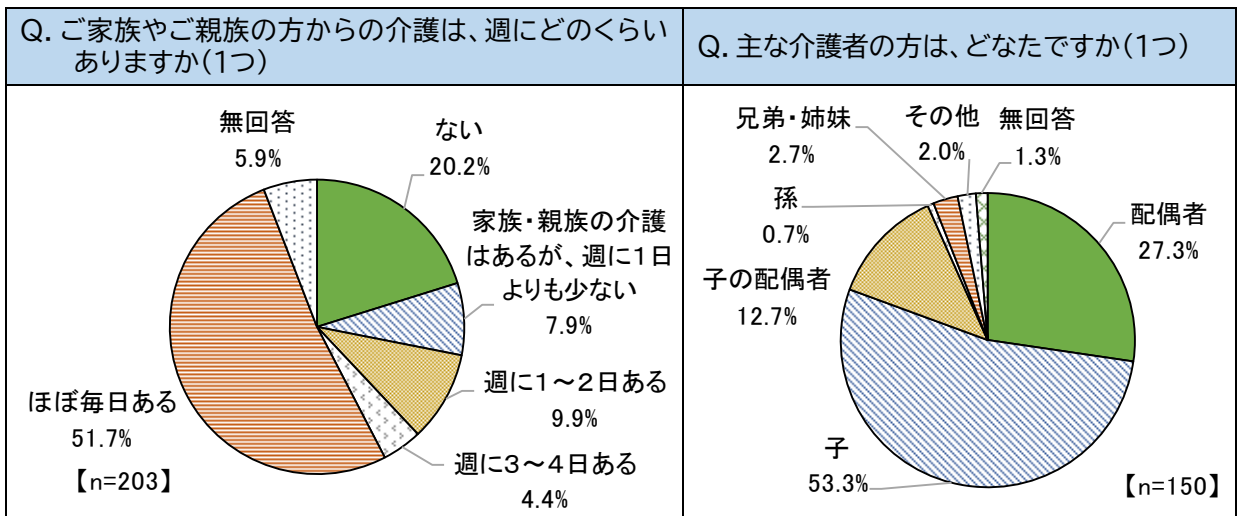
#### (1)在宅で介護を担っている家族や親族

家族や親族からの介護を受けている割合は 73.9%となっています。主な介護者は、「子」が 53.3%で最も多く、次いで、「配偶者」が 27.3%となっています。

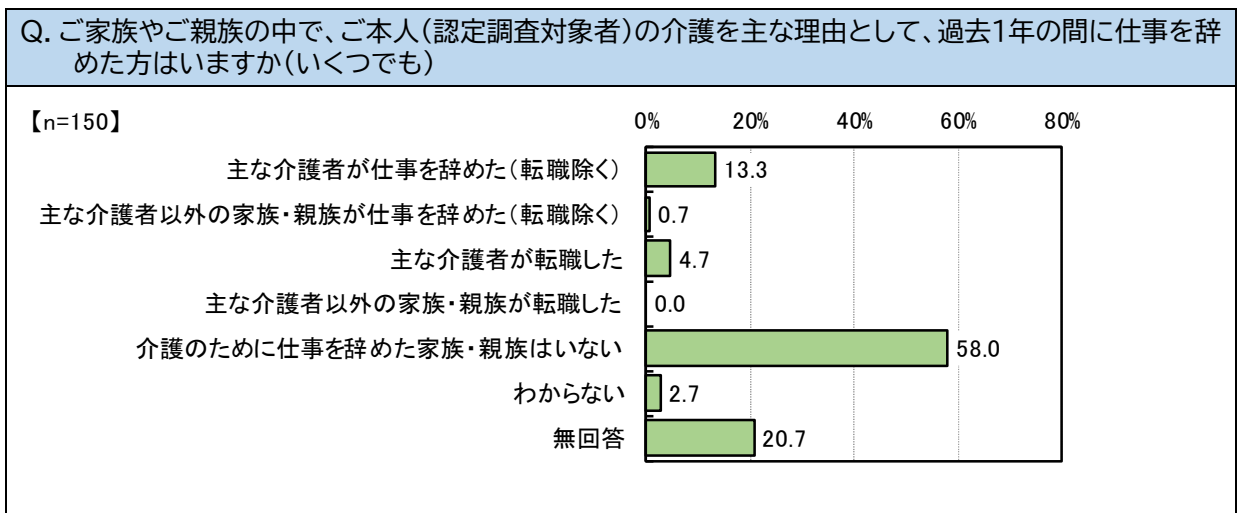
また、過去1年間で、家族や親族が介護を主な理由に離職・転職した割合は 18.7%となっています。

■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



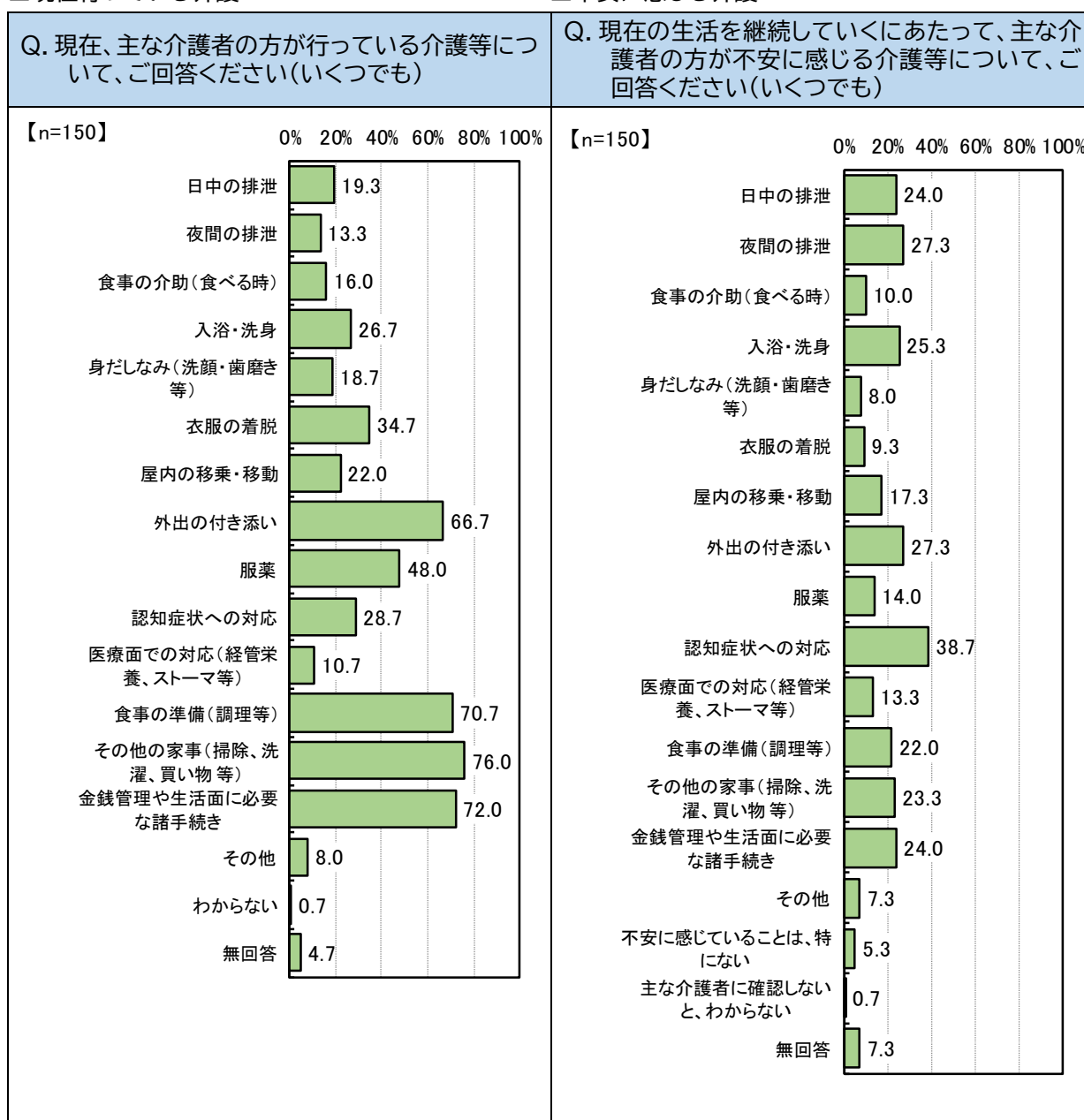
## (2) 家族や親族による介護の状況

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 76.0%で最も多く、以下、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 72.0%、「食事の準備(調理等)」が 70.7%、「外出の付き添い」が 66.7%、「服薬」が 48.0%などとなっています。

一方、主な介護者が不安に感じる介護等は、「認知症状への対応」が 38.7%で最も多く、以下、「夜間の排泄」、「外出の付き添い」がともに 27.3%、「入浴・洗身」が 25.3%などとなっており、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

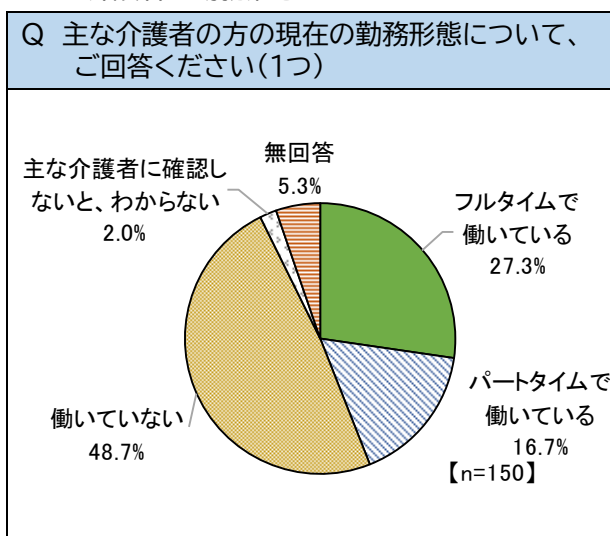


### (3)就労している家族や親族について

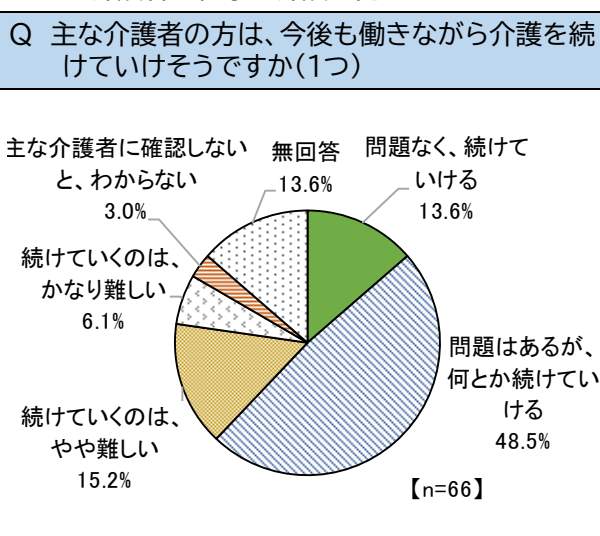
主な介護者のうち、フルタイムが27.3%、パートタイムが16.7%で、計44.0%が就労しており、仕事と介護の両立については、「続けていくのは、かなり難しい」が6.1%、「続けていくのは、やや難しい」が15.2%となっています。

仕事と介護の両立に効果のある勤め先からの支援は、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が21.2%で最も多く、以下、「介護をしている従業員への経済的な支援」が19.7%、「制度を利用しやすい職場づくり」が15.2%などとなっています。

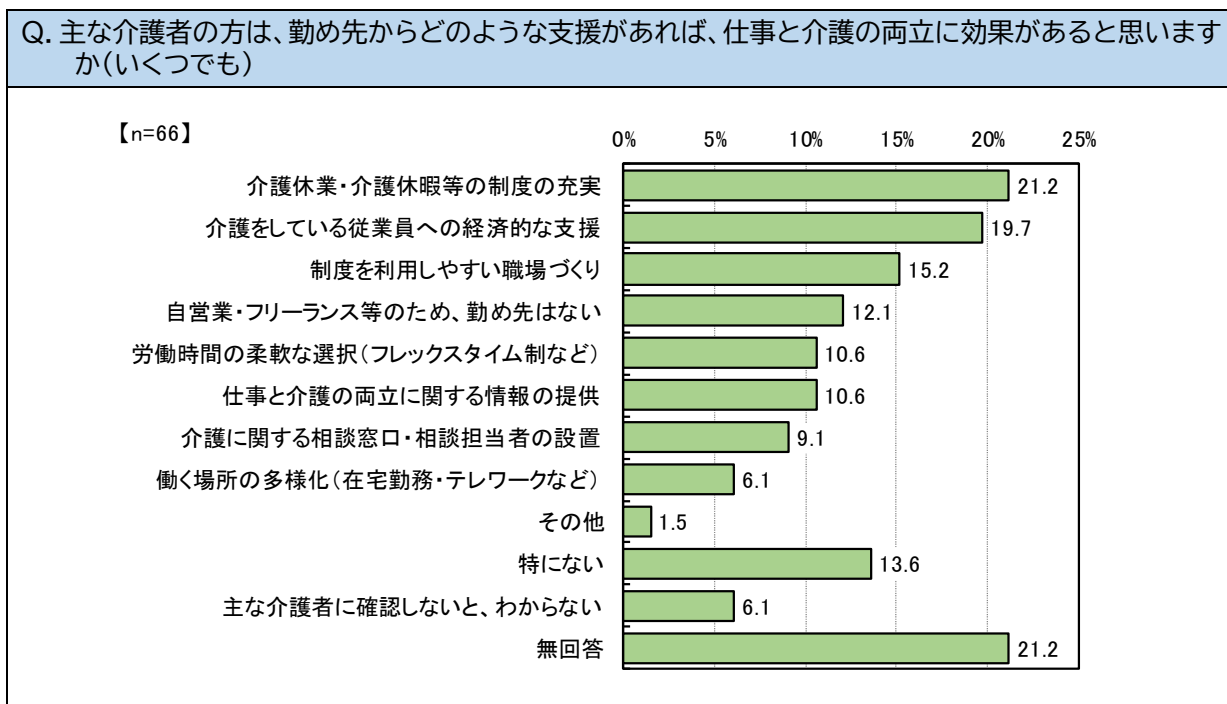
#### ■主な介護者の勤務形態



#### ■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



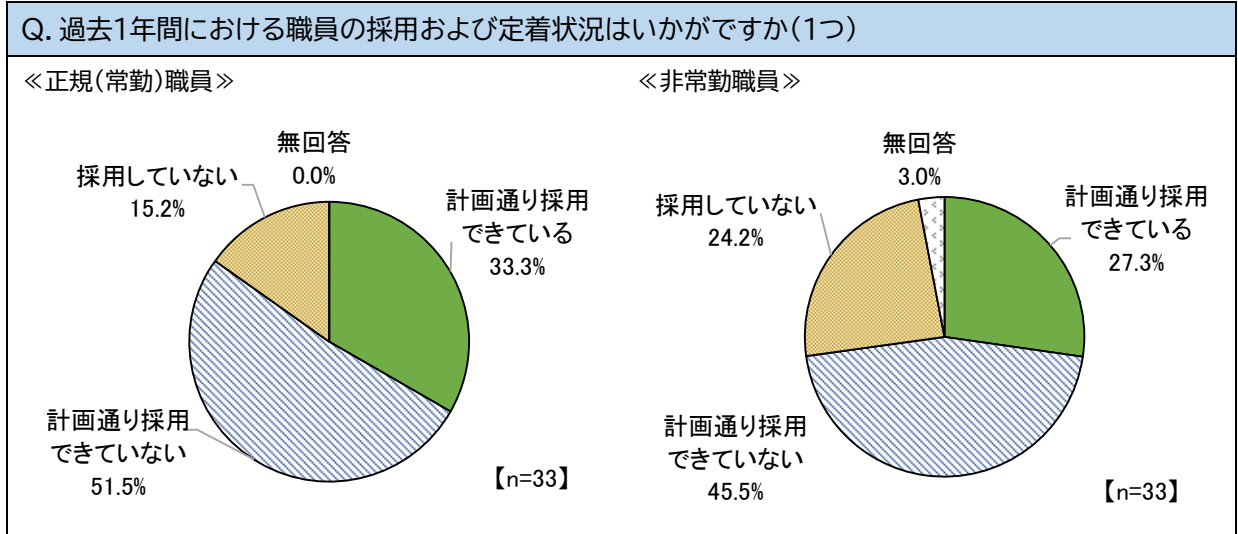
## 4 事業者調査

### (1) 職員の確保について

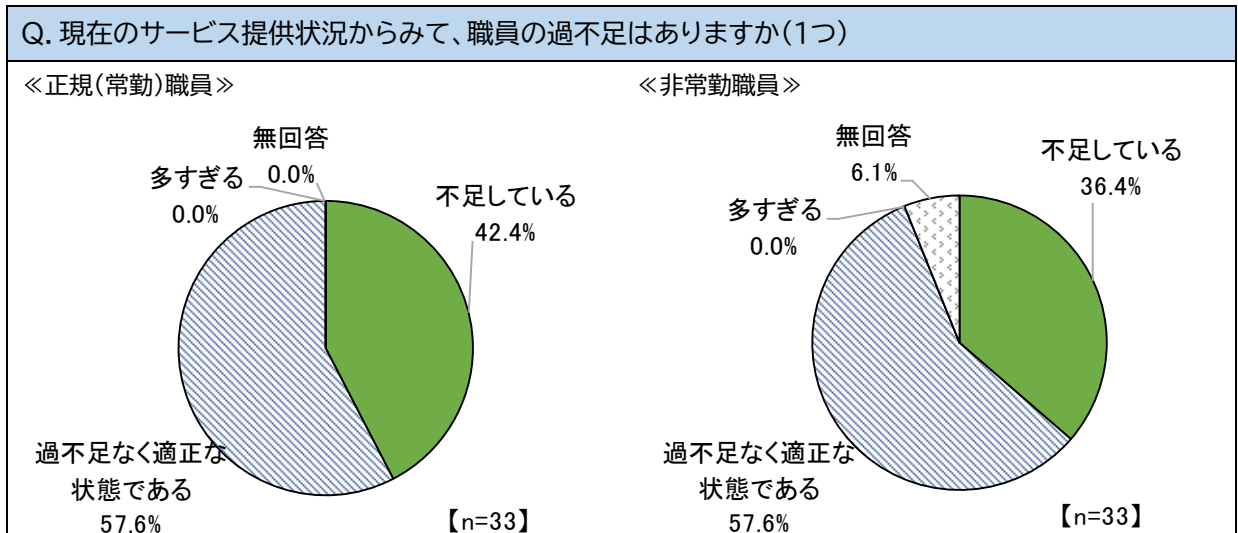
過去1年間における採用状況について、正規(常勤)職員では、「計画通り採用できていない」が51.5%を占めています。非常勤職員においても、「計画通り採用できていない」が最も多く45.5%となっています。

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42.4%、非常勤職員では、「不足している」が36.4%となっています。

#### ■ 職員の採用状況



#### ■ 職員の過不足



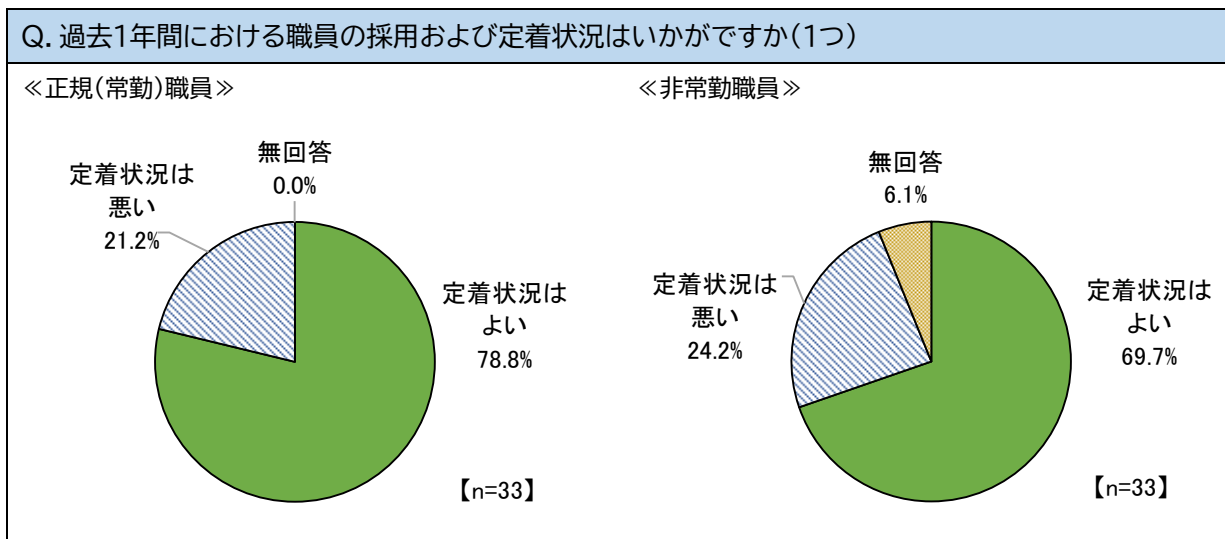


## (2)職員の定着について

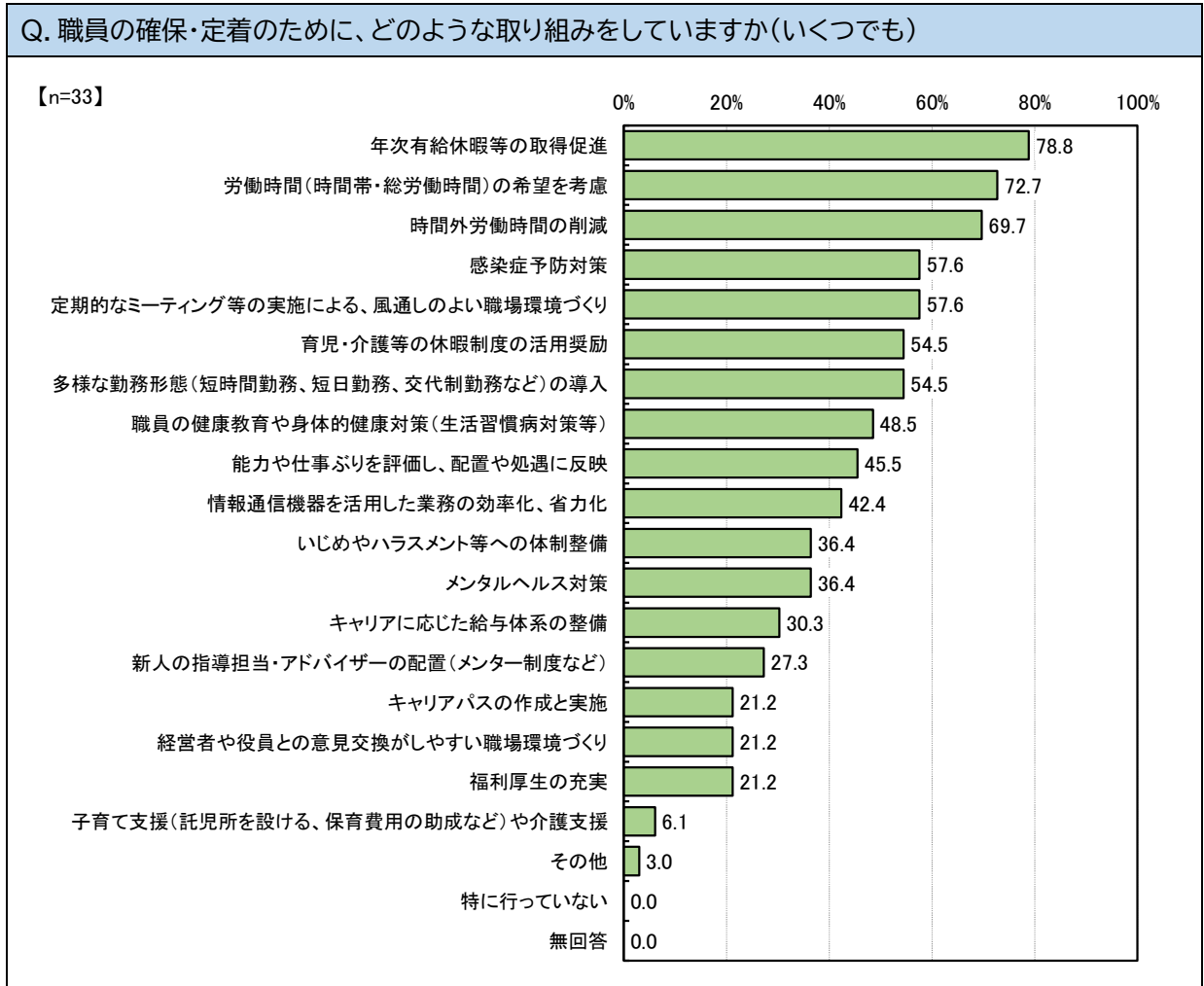
過去1年間における定着状況について、正規(常勤)職員では、「定着状況はよい」が78.8%を占めています。非常勤職員においても、「定着状況はよい」が最も多く69.7%を占めており、職員の確保が困難な状況にある中で、定着率は高い水準にあることがわかります。

職員の確保・定着のための取り組みは、「年次有給休暇等の取得促進」が78.8%で最も多く、以下、「労働時間(時間帯・総労働時間)の希望を考慮」が72.7%、「時間外労働時間の削減」が69.7%、「感染症予防対策」、「定期的なミーティング等の実施による、風通しのよい職場環境づくり」がともに57.6%などとなっています。

### ■職員の定着状況



■職員の確保・定着のための取り組み





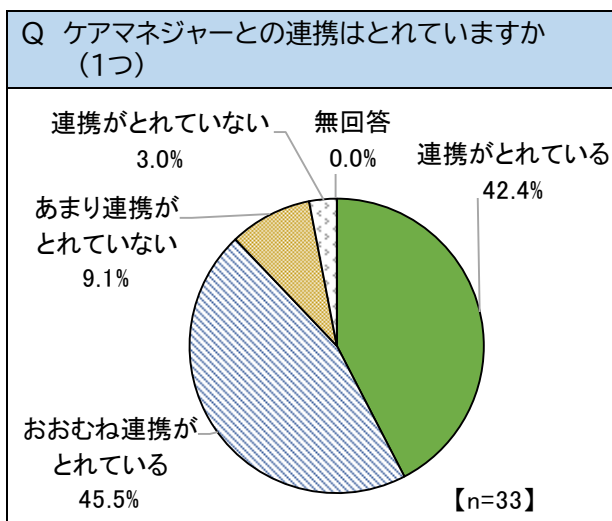
### (3)各種連携の状況について

ケアマネジャーとの連携は、「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87.9%を占めています。

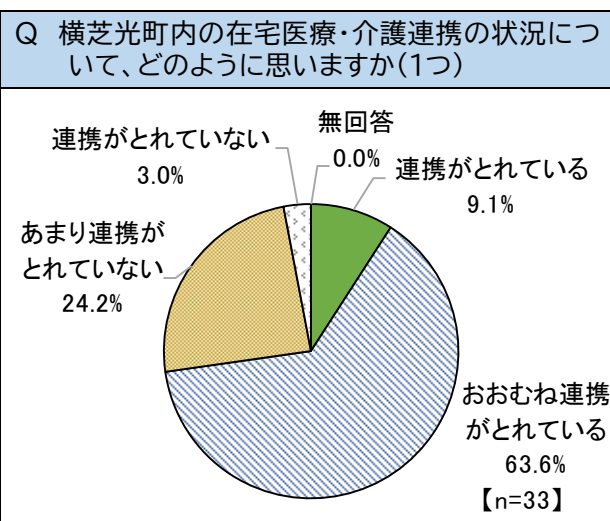
また、在宅医療・介護連携の状況は、「連携がとれている」と「おおむね連携がとれている」を合わせると72.7%を占めています。

在宅医療・介護連携の推進に必要なことは、「多職種連携のための交流会を開催すること」が45.5%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」が36.4%、「介護職が医療に関する知識や情報を得ること」が24.2%などとなっています。

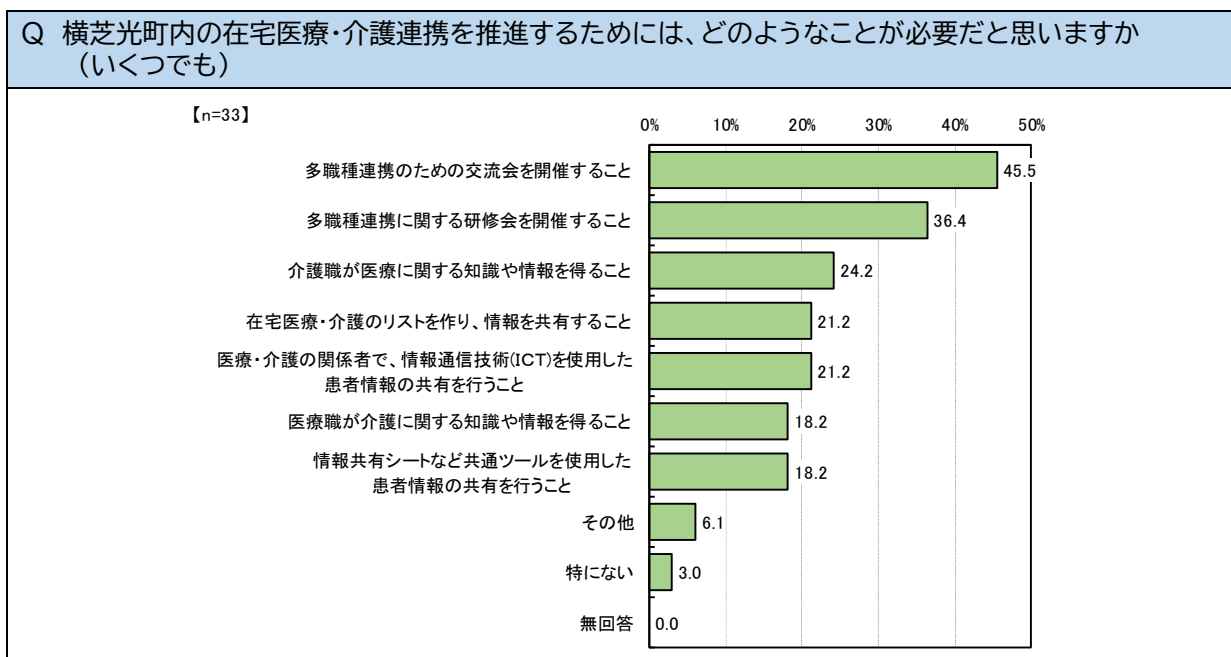
#### ■ケアマネジャーとの連携



#### ■在宅医療・介護連携の状況



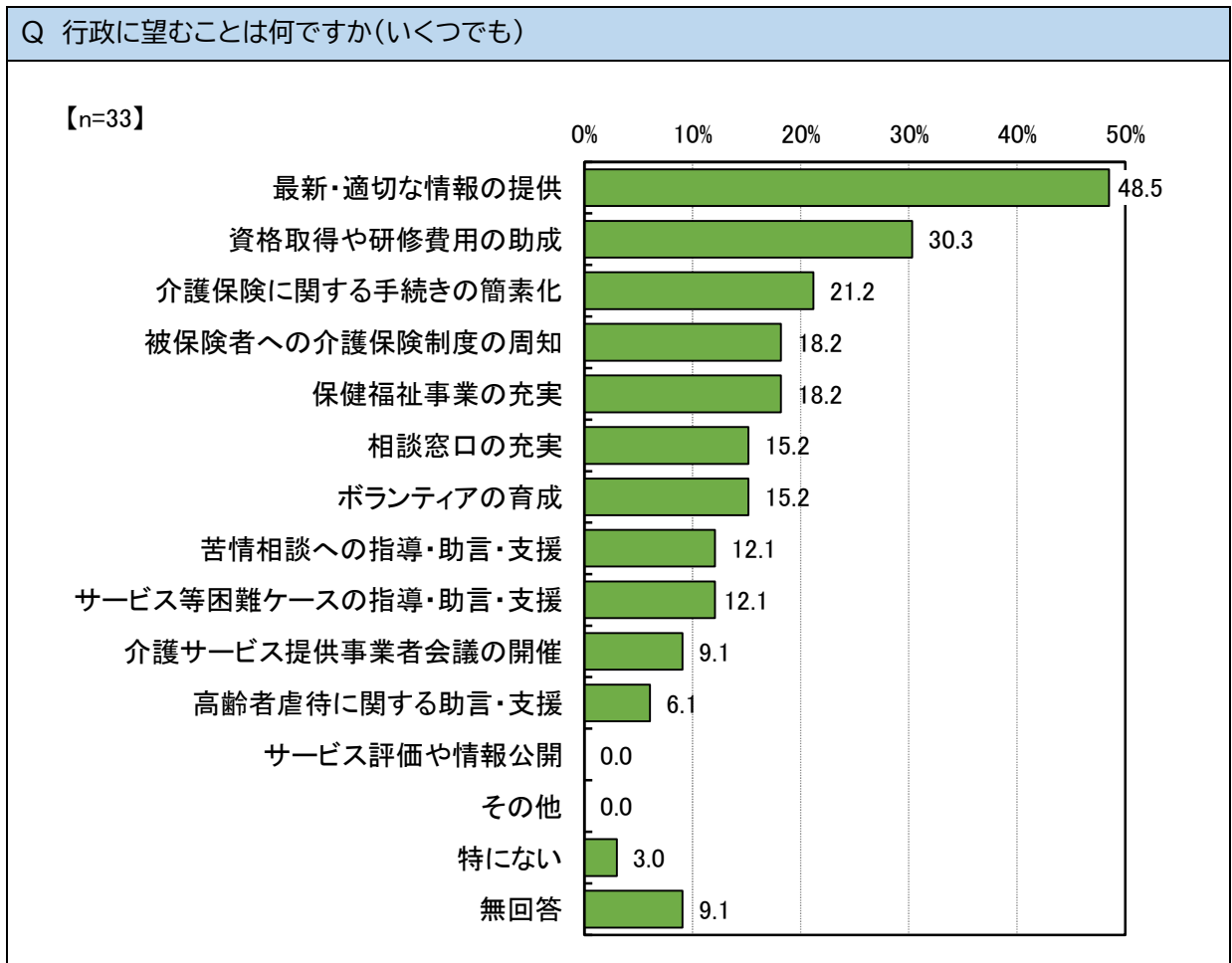
#### ■在宅医療・介護連携の推進に必要なこと



#### (4)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48.5%で最も多く、以下、「資格取得や研修費用の助成」が30.3%、「介護保険に関する手続きの簡素化」が21.2%、「被保険者への介護保険制度の周知」、「保健福祉事業の充実」がともに18.2%などとなっています。

##### ■行政に望むこと

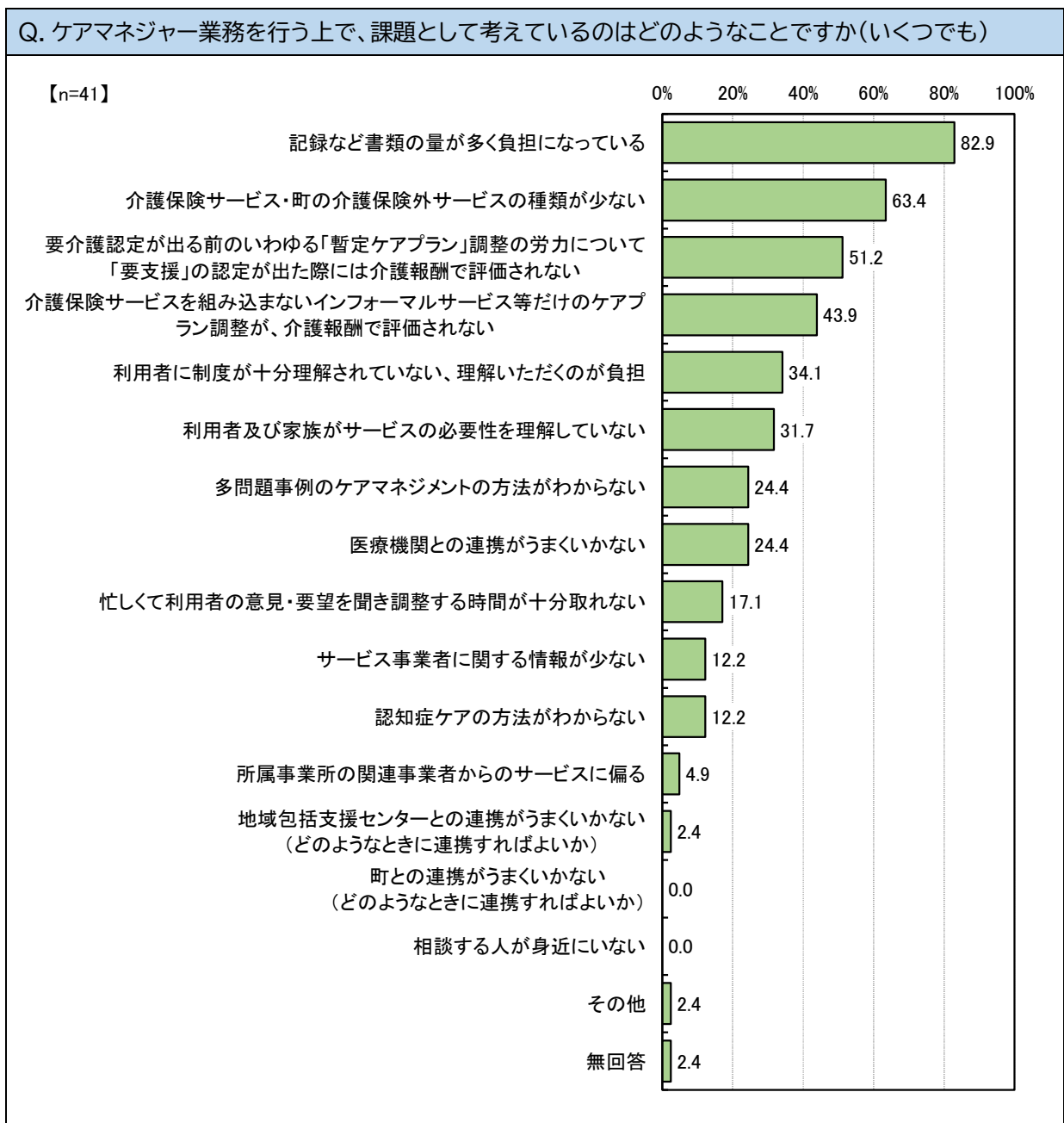


## 4 ケアマネジャー調査

### (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82.9%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63.4%、「要介護認定が出る前のいわゆる「暫定ケアプラン」調整の労力について、「要支援」の認定が出た際には介護報酬で評価されない」が51.2%などとなっています。

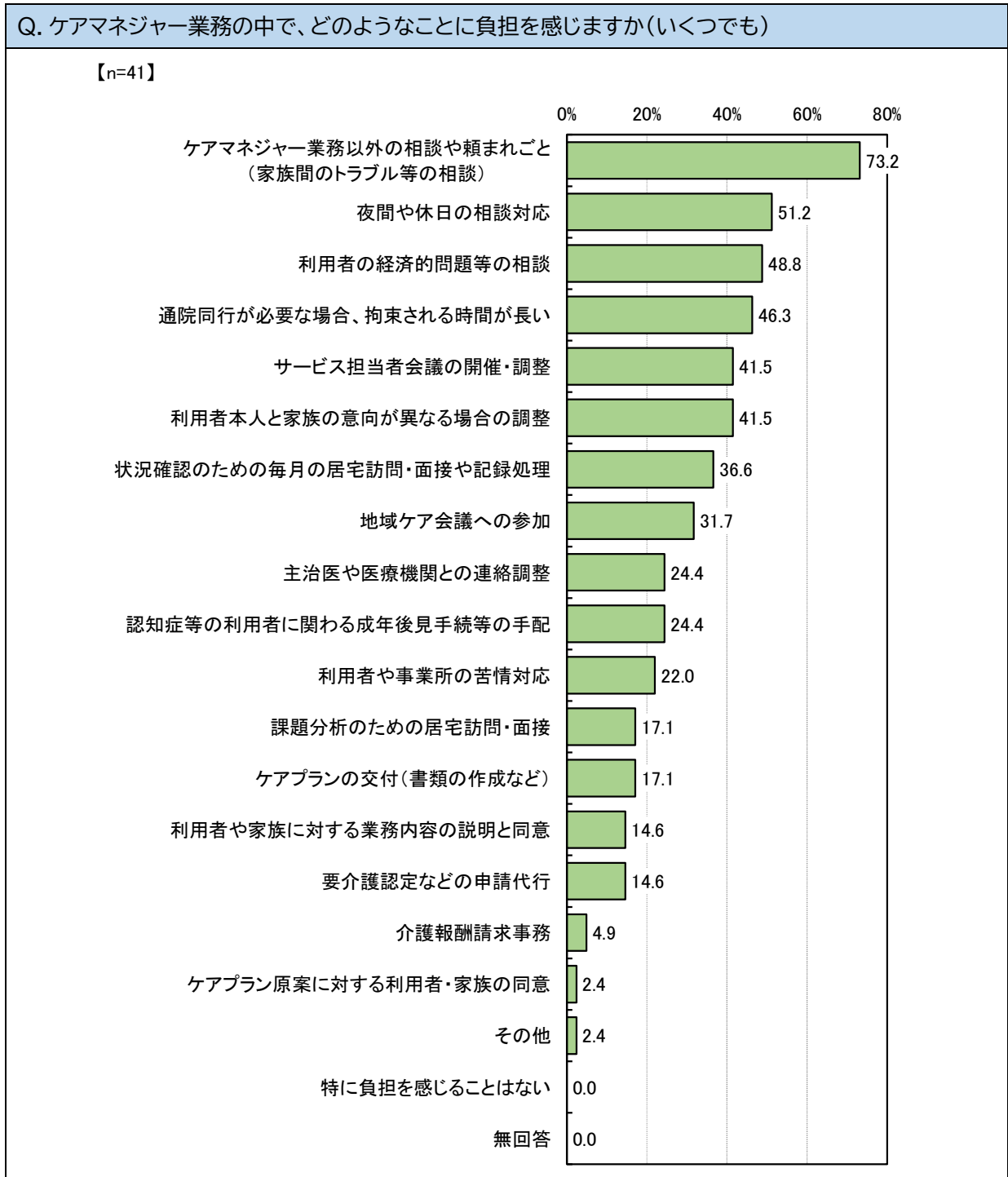
#### ■ ケアマネジャー業務における問題点



## (2) ケアマネジャー業務で負担を感じること

ケアマネジャー業務で負担を感じることは、「ケアマネジャー業務以外の相談や頼まれごと(家族間のトラブル等の相談)」が 73.2%で最も多く、以下、「夜間や休日の相談対応」が 51.2%、「利用者の経済的問題等の相談」が 48.8%などとなっています。

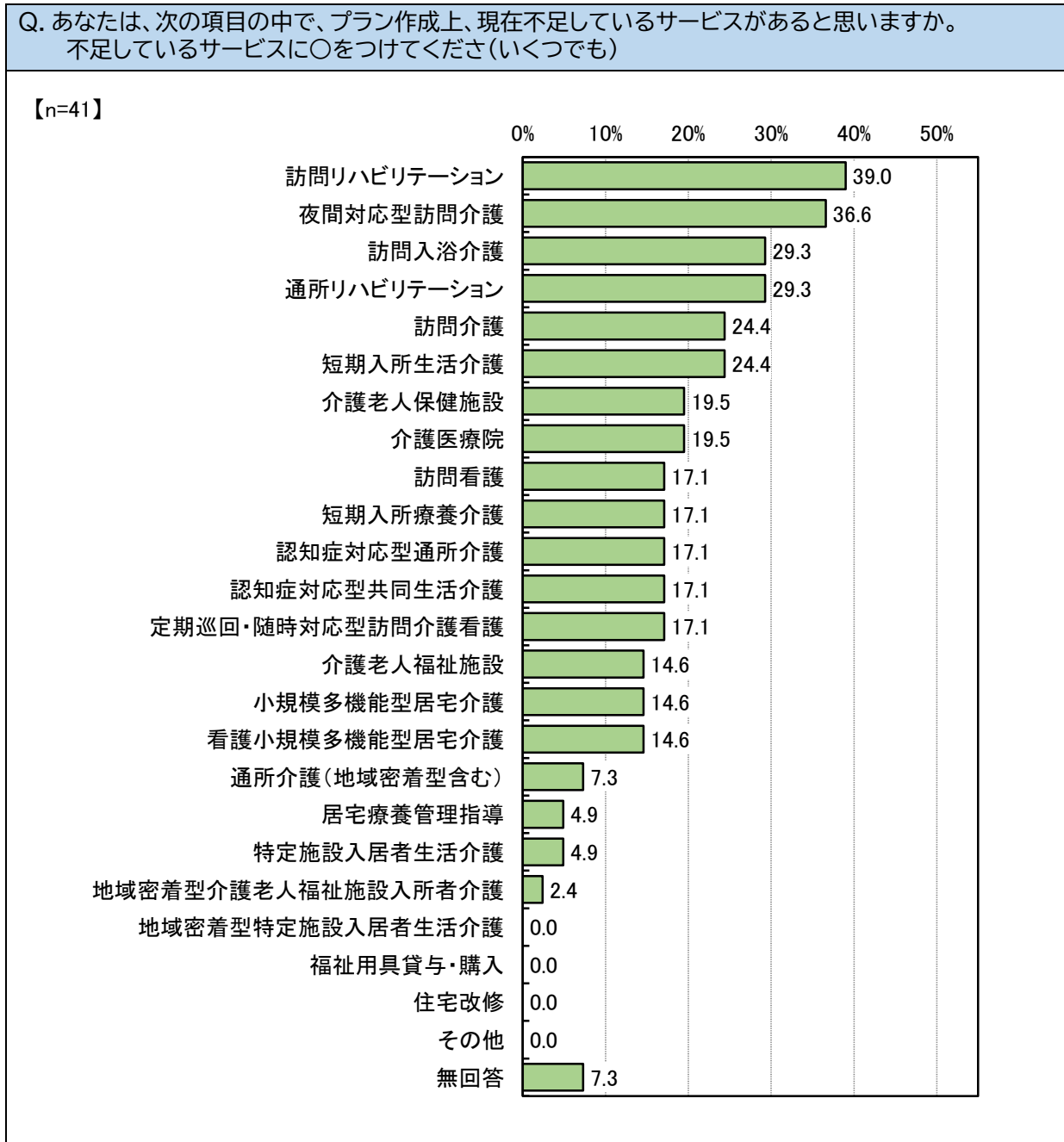
### ■ ケアマネジャー業務で負担を感じること



### (3)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、「訪問リハビリテーション」が39.0%で最も多く、以下、「夜間対応型訪問介護」が36.6%、「訪問入浴介護」、「通所リハビリテーション」がともに29.3%、「訪問介護」、「短期入所生活介護」がともに24.4%などとなっています。

#### ■現在不足しているサービス



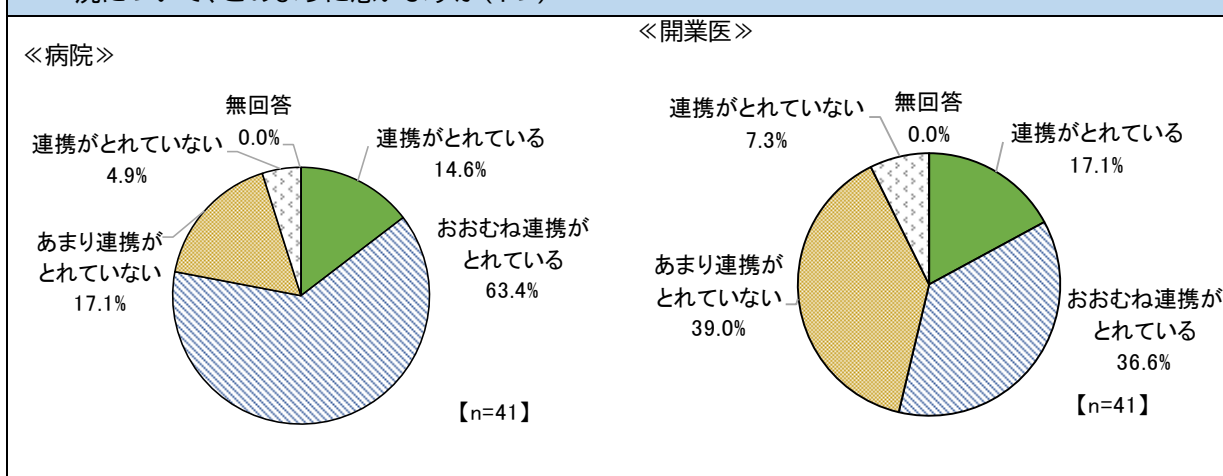
#### (4) 病院・開業医との連携状況

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 78.0%を占めています。一方、開業医とは、「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 53.7%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(上下関係)を感じること」、「医師や看護師など病院職員に利用者の自宅での生活への理解や関心が不足しており、コミュニケーションが困難な場合があること」がともに 36.6%で最も多く、以下、「医師や看護師など病院職員と話し合う機会が少ないこと」が 34.1%となっています。

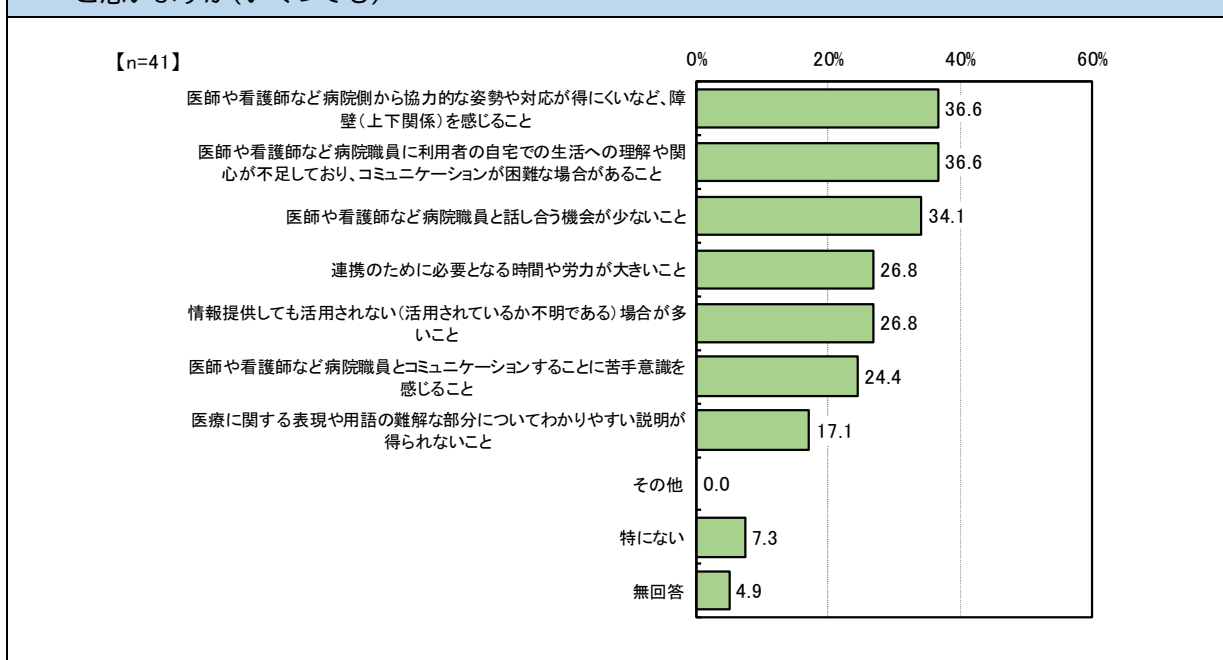
#### ■ 病院・開業医との連携

Q. あなたはケアマネジャーとして、病院・開業医(医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等)との連携状況について、どのように思いますか(1つ)



#### ■ 病院・開業医との連携における問題

Q. あなた自身の、病院・開業医(医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等)との連携における課題は何だと思いますか(いくつでも)



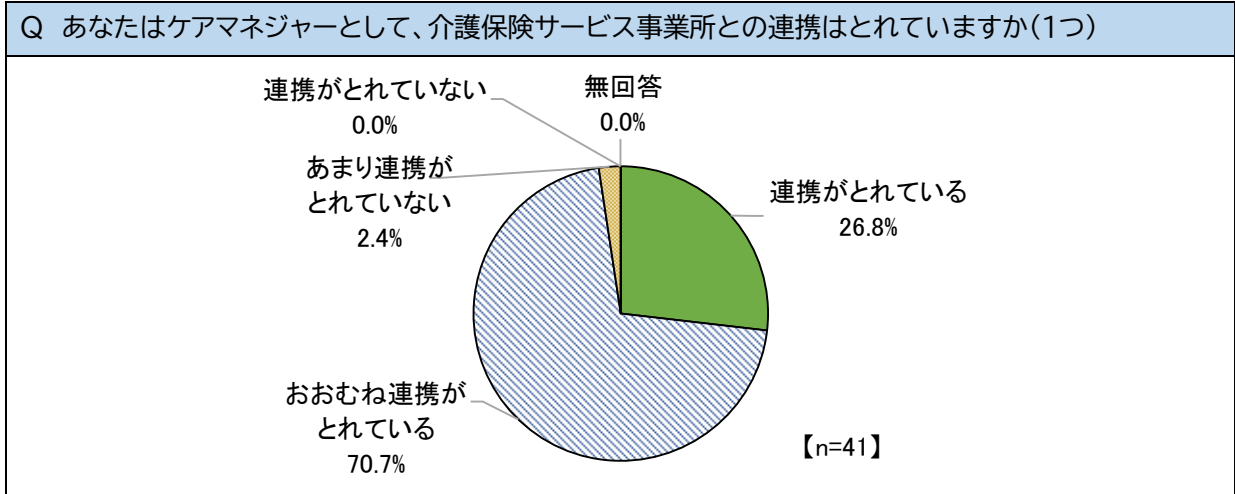
### (5)介護保険サービス事業所との連携状況

介護保険サービス事業所との連携では、「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 97.5%を占めています。

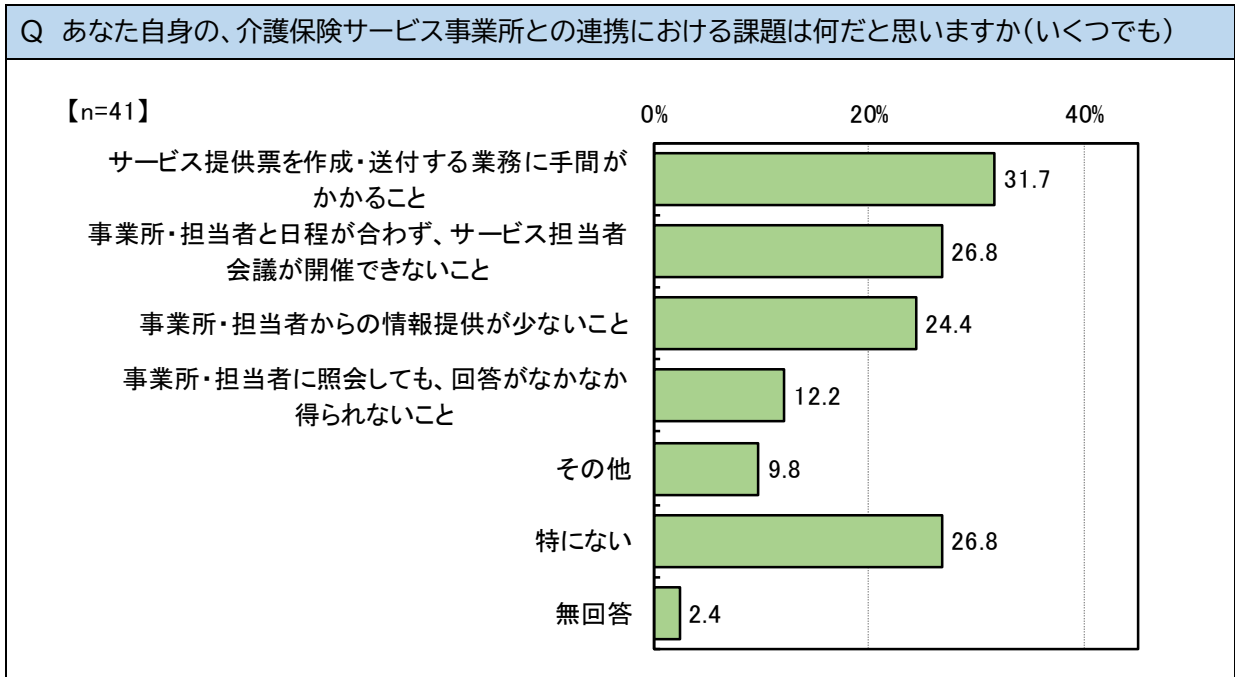
介護保険サービス事業所との連携における問題として、「サービス提供票を作成・送付する業務に手間がかかること」が 31.7%で最も多く、以下、「事業所・担当者と日程が合わず、サービス担当者会議が開催できないこと」が 26.8%、「事業所・担当者からの情報提供が少ないこと」が 24.4%などとなっています。

なお、26.8%は「特にない」と回答しています。

#### ■介護保険サービス事業所との連携



#### ■介護保険サービス事業所との連携における問題



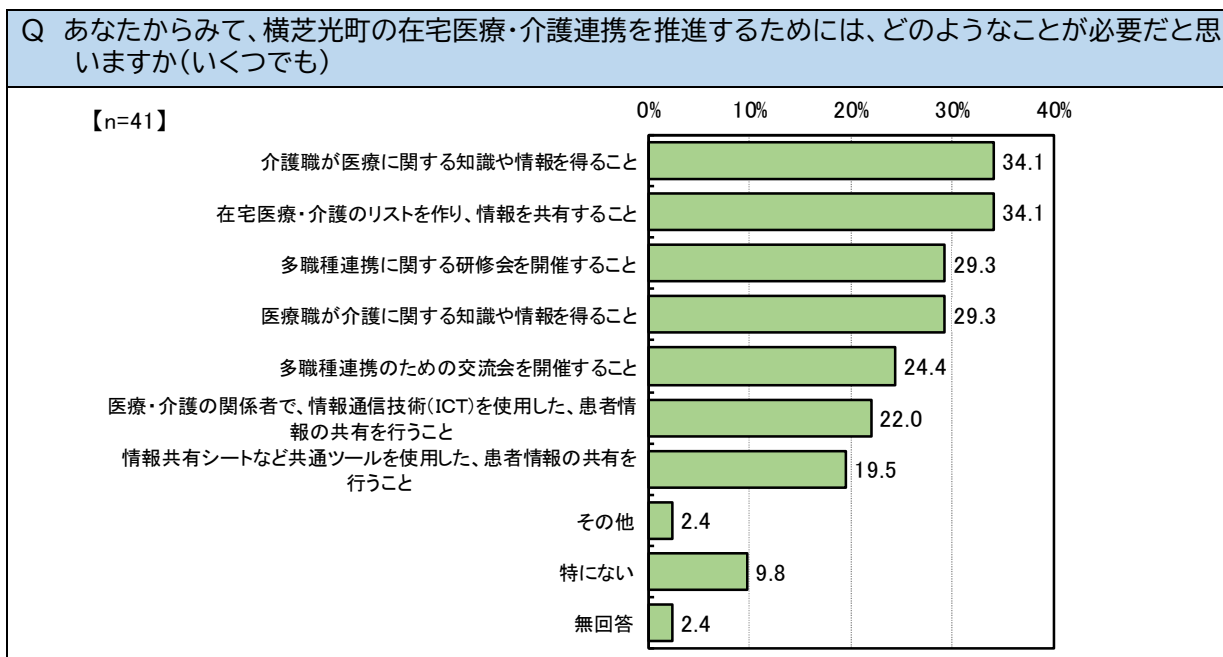


## (6)在宅医療・介護連携について

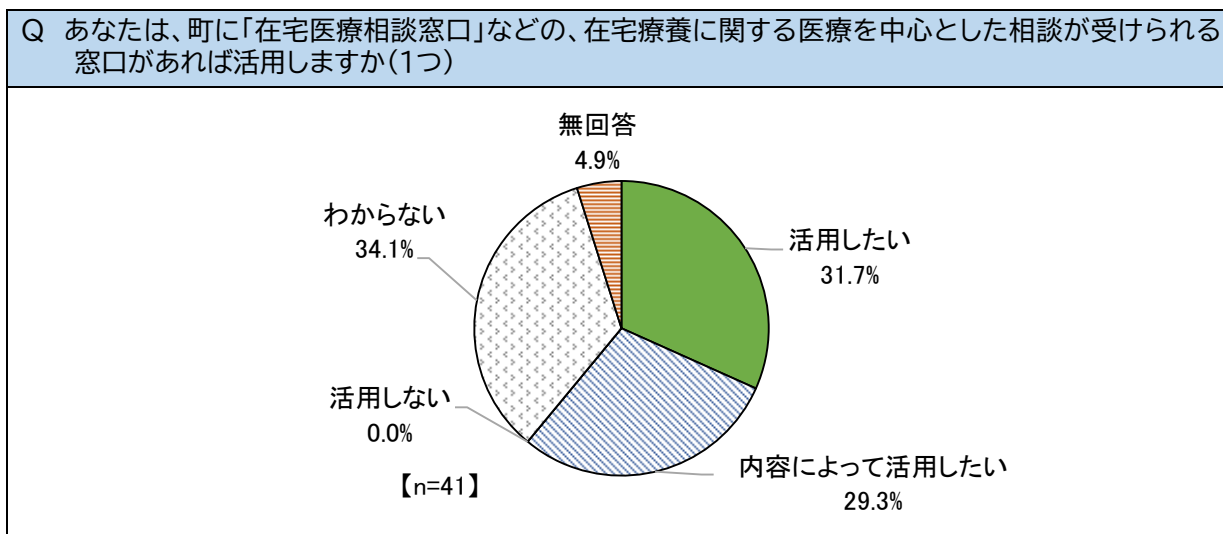
町の在宅医療・介護連携を推進するために必要なことは、「介護職が医療に関する知識や情報を得ること」、「在宅医療・介護のリストを作り、情報を共有すること」がともに34.1%で最も多く、以下、「多職種連携に関する研修会を開催すること」、「医療職が介護に関する知識や情報を得ること」がともに29.3%などとなっています。

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61.0%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



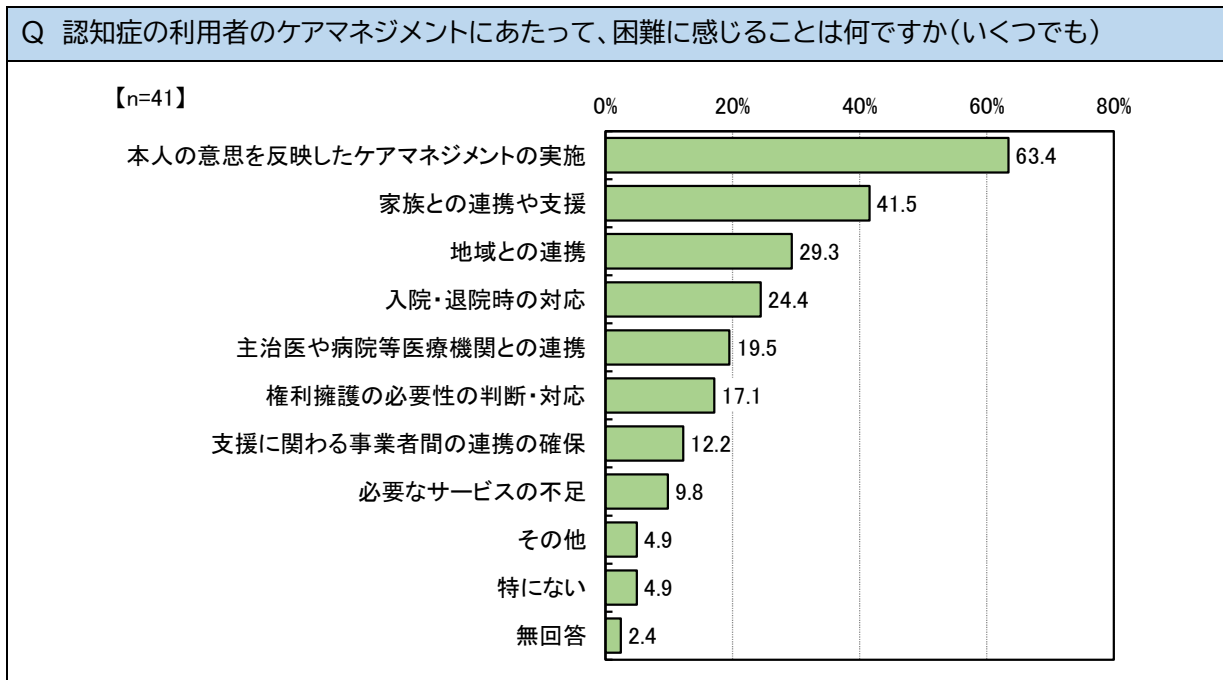


## (7) 認知症の利用者について

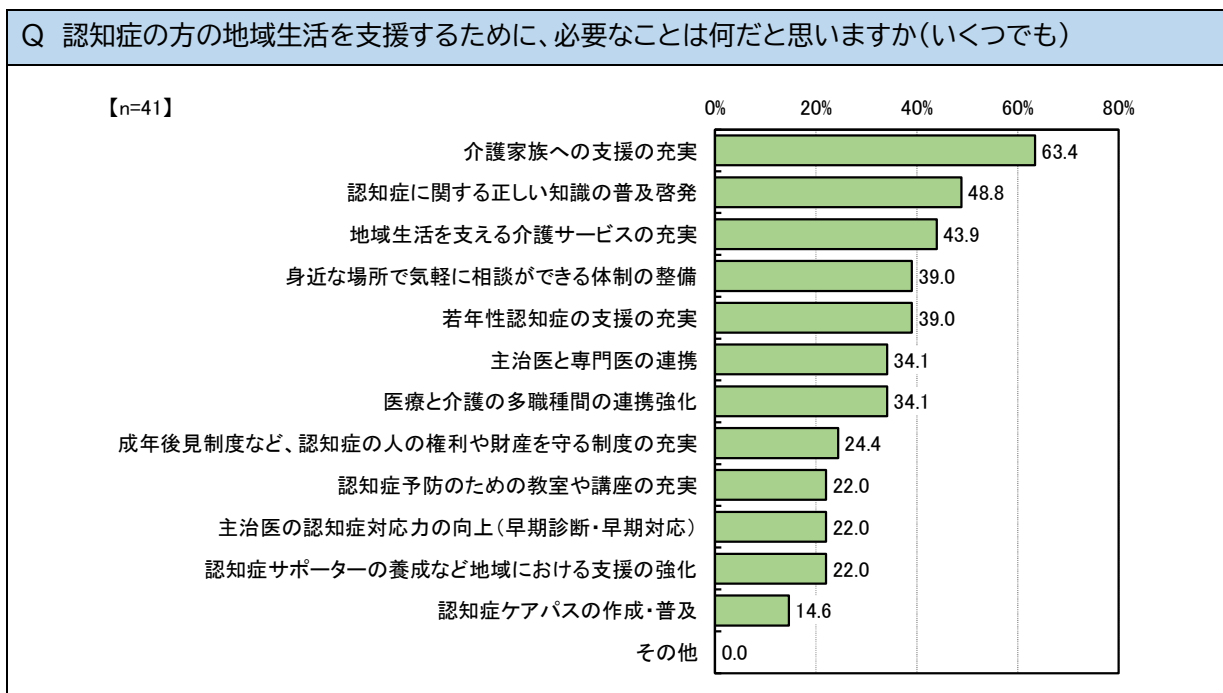
認知症の利用者のケアマネジメントにあたって困難に感じることは、「本人の意思を反映したケアマネジメントの実施」が63.4%で最も多く、以下、「家族との連携や支援」が41.5%、「地域との連携」が29.3%などとなっています。

認知症の方の地域生活を支援するために必要なことは、「介護家族への支援の充実」が63.4%で最も多く、以下、「認知症に関する正しい知識の普及啓発」が48.8%、「地域生活を支える介護サービスの充実」が43.9%などとなっています。

### ■ 認知症の利用者のケアマネジメントにあたって困難に感じること



### ■ 認知症の方の地域生活を支援するために必要なこと

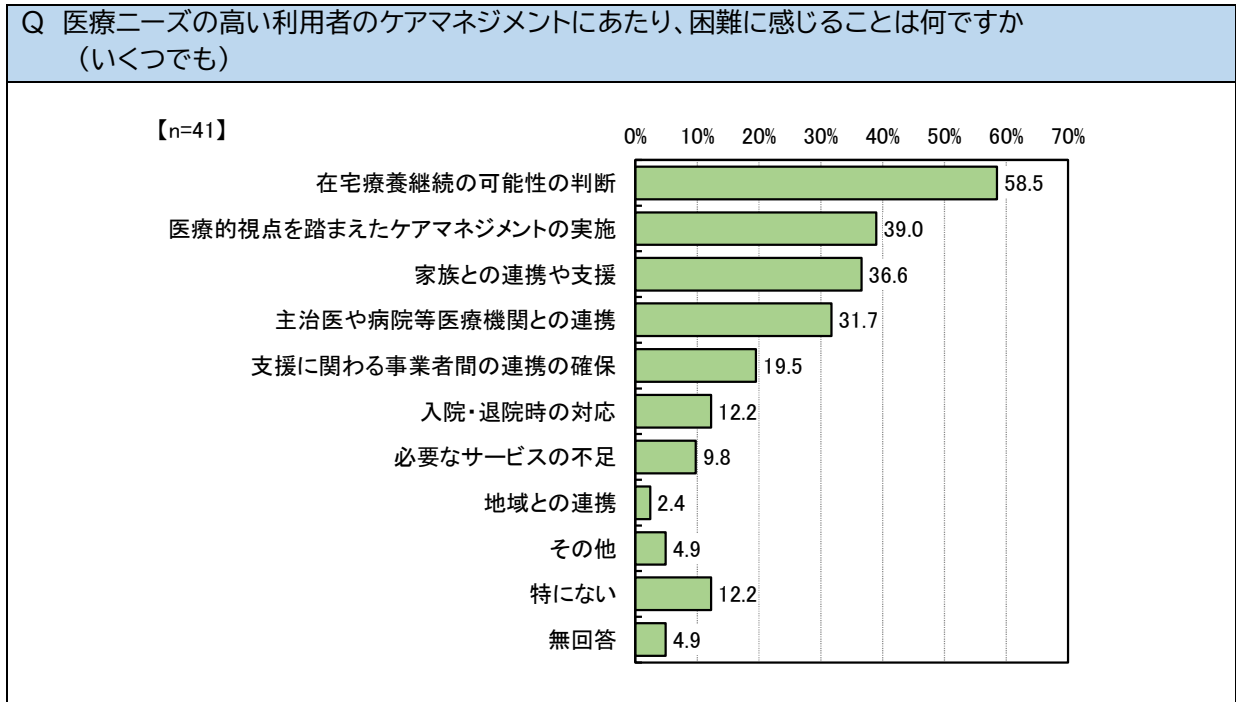


## (8)医療ニーズの高い利用者について

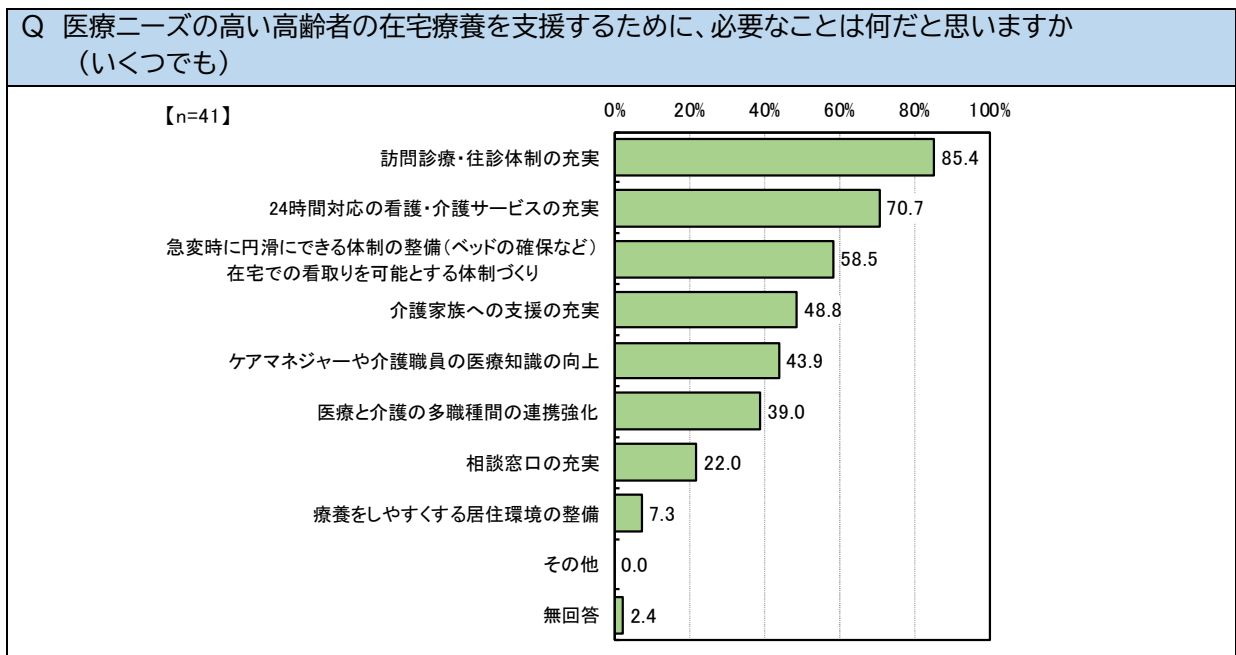
医療ニーズの高い利用者のケアにおいて困難に感じることは、「在宅療養継続の可能性の判断」が58.5%で最も多く、以下、「医療的視点を踏まえたケアマネジメントの実施」が39.0%、「家族との連携や支援」が36.6%などとなっています。

医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支援するために必要なことについては、「訪問診療・往診体制の充実」が85.4%で最も多く、以下、「24時間対応の看護・介護サービスの充実」が70.7%、「急変時に円滑にできる体制の整備、在宅での看取りを可能とする体制づくり」が58.5%などとなっています。

### ■医療ニーズの高い利用者のケアマネジメントにおいて困難に感じること



### ■医療ニーズの高い高齢者の在宅療養を支援するために必要なこと

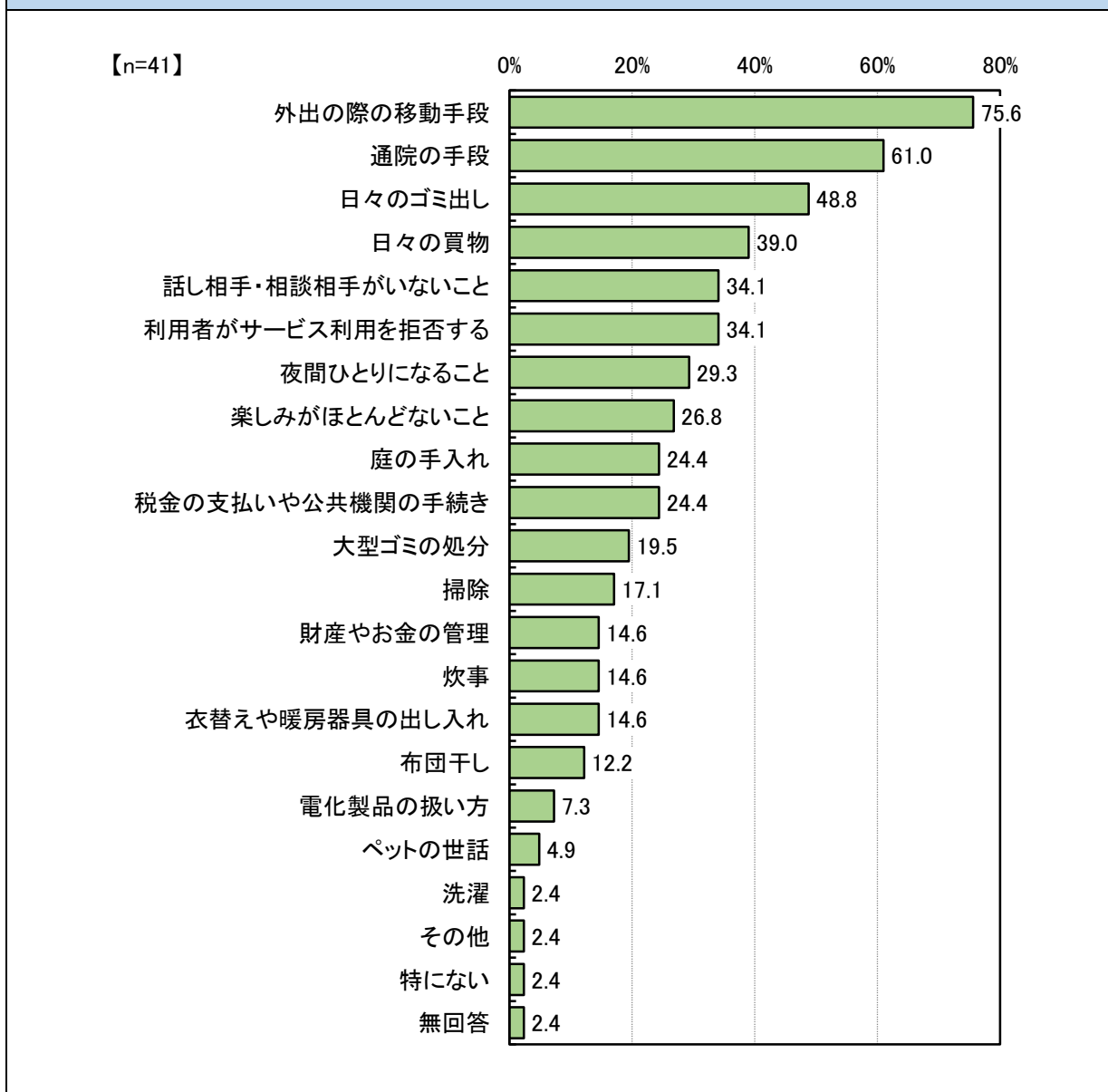


## (9)日常生活での困りごとについて

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75.6%で最も多く、以下、「通院の手段」が61.0%、「日々のゴミ出し」が48.8%、「日々の買物」が39.0%、「話し相手・相談相手がないこと」、「利用者がサービス利用を拒否する」がともに34.1%などとなっています。

### ■利用者やその家族が日常生活で困っていること

Q 利用者ご家族の方からの相談等で、介護保険等のサービス以外のことも含め、日常生活上で困っていることとして多い内容はどのようなことですか(いくつでも)



## 第4節 高齢者を取り巻く主な課題

### 1 介護予防・健康づくりの充実

新型コロナウイルス感染症対策による外出自粛などで高齢者の活動が減少していることが、少なからず影響していると考えられます。

今後は、生活機能の低下リスクが高くなる75歳以上の高齢者が多くなることを見込まれることから、高齢者自らが、健診等を受けて健康状態を把握し、健康管理に取り組めるように支援していく必要があります。

また、心身の生活機能の低下を防ぐフレイル予防や、介護予防・重度化防止の取組みを推進するとともに、事業に参加しやすく、高齢者が自主的、継続的に介護予防活動ができるよう支援することが必要となります。

### 2 地域における支え合いの充実

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、地域への参加状況は、「町内会・自治会」は2割となっており、地域づくりの参加意向は、参加者としては約5割、企画・運営者としては3割があると回答しています。

地域共生社会の実現に向けて、地域において、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よう、より一層地域住民や組織の主体的な活動を促進し、見守りや日常生活支援の体制づくりを推進していく必要があります。

### 3 相談支援体制

介護予防・日常生活圏域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、「配偶者」や「友人」など身近な人が多くなっていますが、家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手については、4割が「そのような人はいない」と回答しています。

今後、支援を必要とする高齢者のみ世帯が増加していくことや、8050問題(80代の親が50代の子供の生活を支える問題)など問題が複雑化・複合化することが見込まれるため、地域での支え合いの仕組みづくりを進めるとともに、地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の周知と分かりやすい情報提供に努めていく必要があります。

介護や子育ての疲れやストレスなどは、虐待の発生要因にもなることから、不安や悩みなどに対する助言を行うほか、他分野との連携を強化し支援していく必要があります。

また、認知症の進行などにより、財産管理や契約行為などを自分で行えなくなる方が増えることが予想され、そういった方々の支援策として、成年後見制度の利用を促進する必要があります。

## 4 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8割を占めています。

主な介護者は、「子」、「子の配偶者」、「配偶者」が多く、年代は60代以上が6割を占めていることから、老老介護の状況にある家庭が多いことが推測されます。

また、主な介護者が不安に感じることで、「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」などが多く挙げられており、そうした不安な介護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。

さらに、主な介護者の約半数が働きながら介護を担い、多くの方が仕事と介護の継続について何らかの問題を抱えている中、約2割が仕事と介護の両立を困難に感じていることから、介護をするために仕事を辞める「介護離職」を防ぐための支援の充実が求められます。

加えて、今後介護と子育てを両立するダブルケアの状況にある家庭やヤングケアラーなどの介護者も増加していくことも考えられます。相談機能を強化しながら、家族介護者への支援を充実させる必要があります。

## 5 認知症施策の充実

介護予防・日常生活圏域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4割を占めており、認知症の予防や支援等の取組みが重要となります。

本町は、国の認知症施策推進大綱に基づき、認知症本人や家族の視点とともに、「共生」と「予防」の観点から認知症サポーター養成講座や相談、各関係事業所等と連携を図る会議などの事業を推進してきました。

令和5年6月14日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、認知症施策推進に関する基本理念と、国・地方公共団体・国民の責務等が明確に示されました。今後も認知症高齢者のさらなる増加が見込まれる中、地域包括支援センターや医療機関、事業者等が連携を一層強め、認知症への理解を深めるための啓発、認知症本人と家族の視点に立った支援の検討、地域の見守り活動等(地域づくり)に取り組む必要があります。

## 6 在宅医療・介護連携の充実

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、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55.0%で最も高くなっています。

また、今後介護が必要になった場合、どのような介護サービスを望むのか尋ねたところ、自宅での生活を希望する割合が約6割を占めており、在宅で介護を受けながら生活できるよう、在宅医療、介護サービスの提供体制の整備が求められています。高齢者の増加が予測されるなか、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう在宅医療と介護の連携の必要性がより一層高まっています。

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、さまざまな局面で求められており、地域における関係機関の連携体制の強化を図るとともに、広く町民に対して在宅医療に関する理解を深めるための普及啓発や情報提供を推進していく必要があります。

## 7 介護サービス基盤の充実

本町の要支援・要介護認定者は令和5年7月時点での65歳以上の第1号被保険者認定率は16.0%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4年度では21億2千万円となっています。

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「訪問リハビリテーション」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問入浴介護」、「通所リハビリテーション」、「訪問介護」、「短期入所生活介護」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9期計画においては、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。

## 8 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保対策

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4~5割を占めており、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「資格取得や研修費用の助成」、「介護保険に関する手続きの簡素化」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業務における問題点では「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割を占めていることから、サービス提供に必要な情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**





## 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、本町では、75歳以上の後期高齢者が増加し、特に介護ニーズの高い85歳以上の高齢者は令和17(2035)年にピークを迎えることが見込まれており、中長期的な視点を踏まえた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みを進めていく必要があります。

さらに、重層的支援体制の整備など、包括的な相談支援体制の整備について、関係部署と連携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みを受け継ぎながら、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み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・助け合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。

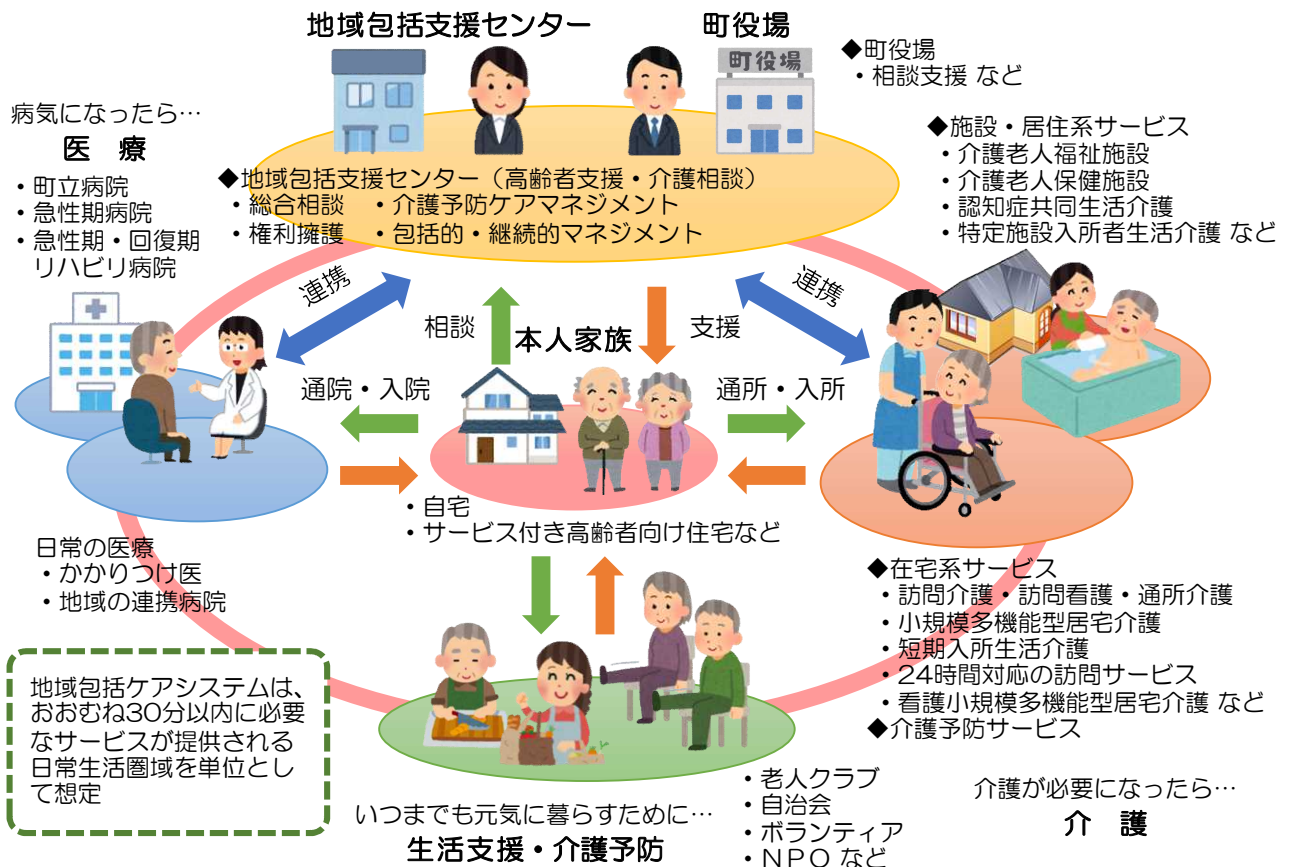
また、ネットワークがさらに強固なものになるよう地域包括支援センターを充実させ、効果があった介護予防事業を強化するとともに、地縁を活かした生活支援の体制を構築します。

さらに、重層的支援体制の整備など、包括的な相談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4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」をつくります。

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 住み慣れた地域で暮らしていける

今後、75歳以上の高齢者の急増が見込まれるなか、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいが包括的に提供される地域包括ケアシステムを一層推進していきます。

また、社会が変化し、複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯が増える中、地域包括支援センターを中心とした、支援の入口となる相談機能を充実させるとともに、高齢者だけでなく、生活困窮分野、障がい分野、児童福祉分野など他分野との連携をより強化し支援していきます。

### 3 認知症になっても安心して暮らしていける 新規

認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものとなっています。

認知症施策については、これまで、認知症施策推進大綱(令和元年～7年)に基づき、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても地域で暮らすことができるよう、「共生」と「予防」を両輪として推進してきました。今後も令和4年の中間評価の結果を踏まえ、大綱に沿って認知症施策を推進します。

また、令和5年6月に「共生社会」の実現を推進するため、基本理念や国・地方公共団体等の責務、基本的施策等について定めた「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しましたので、今後国が策定する、認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ推進します。

### 4 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」をつくります。

## 第4節 施策体系

基本目標	施策の方向	具体的な取り組み
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)健康診査・各種検診 (2)健康教育・健康相談 (3)訪問指導 (4)地域健康づくり活動の推進 (5)情報システム化の推進
	2 介護予防の総合的な推進	(1)介護予防の推進 (2)一般介護予防事業 (3)介護予防・生活支援の担い手の養成
2 住み慣れた地域で暮らしていける	1 地域包括支援センターの機能強化	(1)介護予防ケアマネジメント (2)総合相談支援業務 (3)権利擁護業務 (4)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 (5)地域包括支援センターの評価 (6)家族介護支援の推進(ケアラー支援) <b>新規</b>
	2 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 (2)成年後見申立事業
	3 地域ケア会議の推進	(1)個別地域ケア会議 (2)自立支援型地域ケア会議 (3)地域ケア推進会議
	4 福祉サービス等の推進	(1)在宅高齢者短期入所事業 (2)緊急通報装置の設置 (3)はり・きゅう・マッサージ利用助成 (4)養護老人ホーム (5)配食サービス (6)家族介護用品の支給 (7)救急医療情報キット「救急 命のボタン」の配布
	5 高齢者の居住安定に係る施策と連携	(1)高齢者向け住まいの設置状況の把握
	6 在宅医療・介護連携の推進	(1)地域の医療・介護の資源の把握 (2)在宅医療・介護連携の課題の抽出 (3)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (4)在宅医療・介護関係者に関する相談支援 (5)地域住民への普及啓発

基本目標	施策の方向	具体的な取り組み
		(6)医療・介護関係者の情報共有の支援 (7)医療・介護関係者の研修 (8)在宅医療・介護連携に関する関係町村の連携
	7 介護保険サービスの基盤整備	(1)介護保険に関する情報提供 (2)居宅サービスの推進 (3)地域密着型サービスの推進 (4)施設サービスの推進
3 認知症になっても 安心して暮らしていける <sup>新規</sup>	1 認知症施策の推進	(1)認知症に対する正しい知識・理解の普及啓発 (2)認知症の予防・社会参加 (3)医療・介護 (4)認知症の理解と地域共生社会の推進 (5)認知症の人の権利 (6)若年性認知症の人への支援
4 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	
	2 住民主体の支援活動の推進	(1)地域共生意識の啓発 (2)生涯学習・スポーツの推進 (3)生き生きクラブ(老人クラブ)活動の育成 (4)ボランティア活動への支援 (5)世代間交流の推進 (6)シルバー人材センター (7)地域雇用の場づくり
	3 安心して暮らせる地域づくりの推進	(1)高齢者の見守り体制の整備 (2)交通安全対策の充実 (3)防犯対策の充実 (4)交通・移動手段の確保 (5)ユニバーサルデザインのまちづくり (6)新興感染症等への対応 (7)安心・安全なまちづくり

## 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 22,000 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。





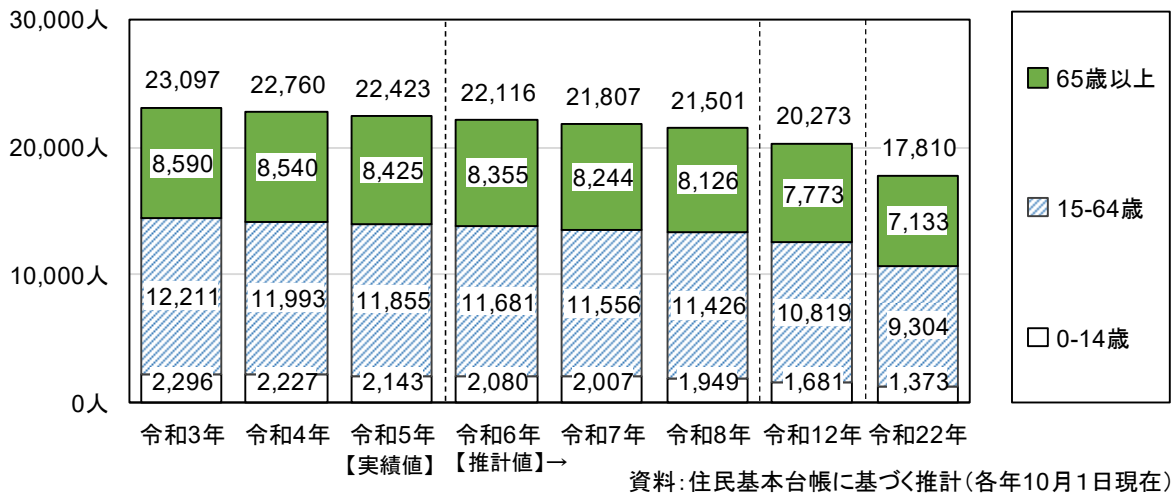
## 第6節 将来推計

### 1 推計人口

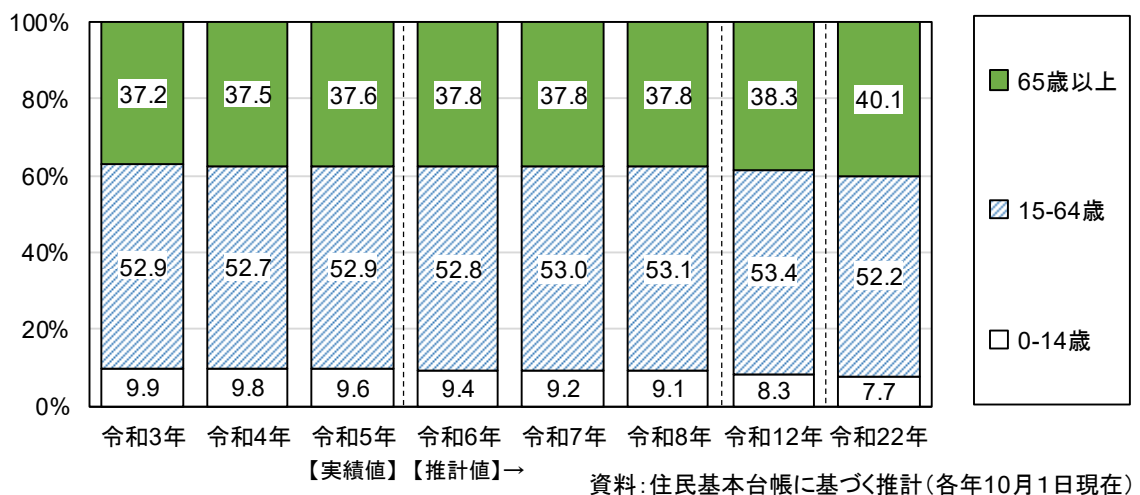
本町の住民基本台帳を基に、コーホート変化率法(同じ年に生まれた人々の動向から変化率を求め、その結果に基づき将来人口を推計する方法)により算出した推計人口をみると、本町の総人口は年々減少し、計画最終年の令和8年には21,501人となることが見込まれます。

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ていますが、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8年には37.8%となり、令和12年には38.3%、令和22(2040)年には40.1%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)



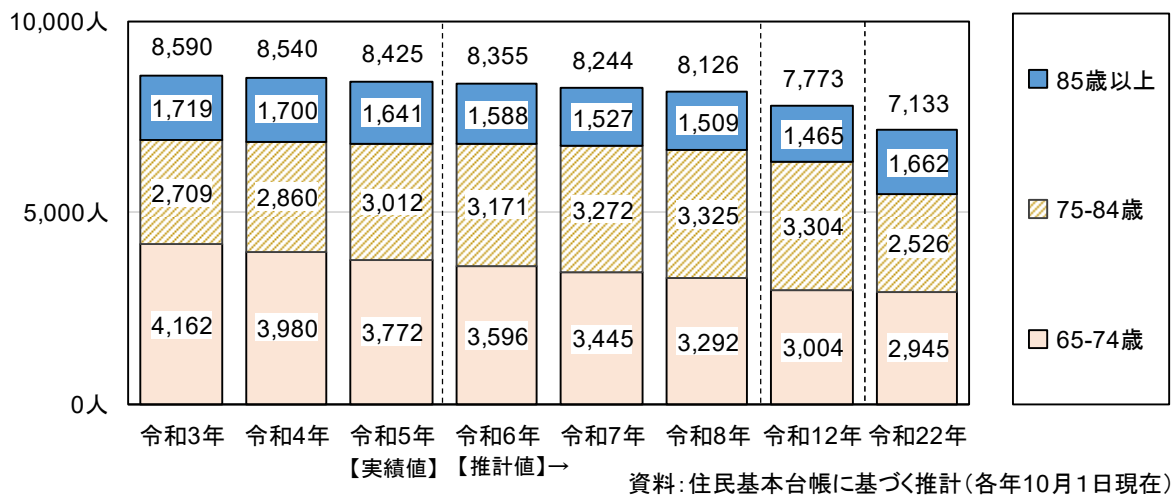
## 2 高齢者人口の推計

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22年に3,000人を下回ることが見込まれます。

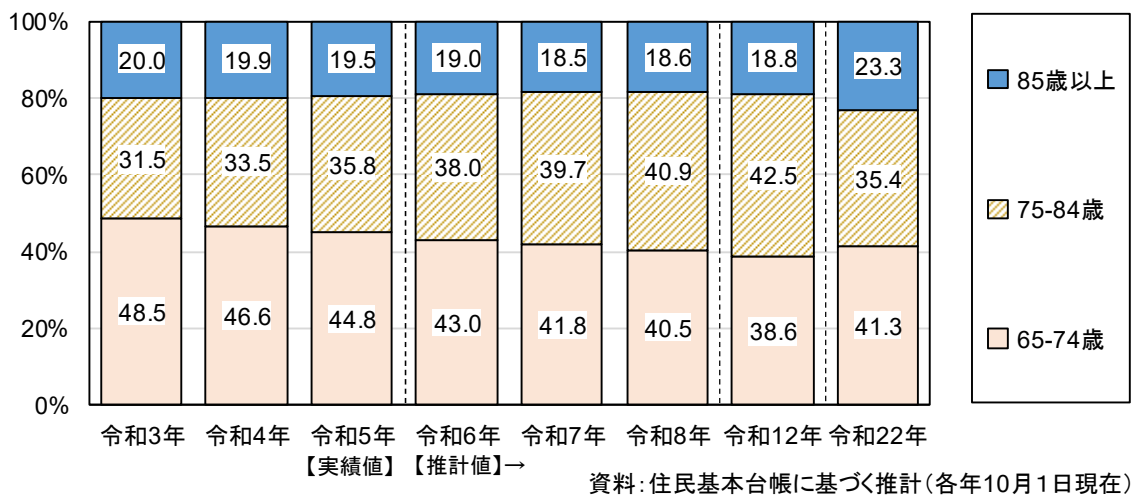
75～84歳の高齢者は令和12年にピークを迎え3,304人となり、構成比は全体の42.5%となることを見込まれます。

85歳以上の高齢者は増加傾向で推移し、令和22(2040)年に1,662人となることを見込まれます。

### ■横芝光町の高齢者人口の推計



### ■横芝光町の高齢者人口の推計(構成比)

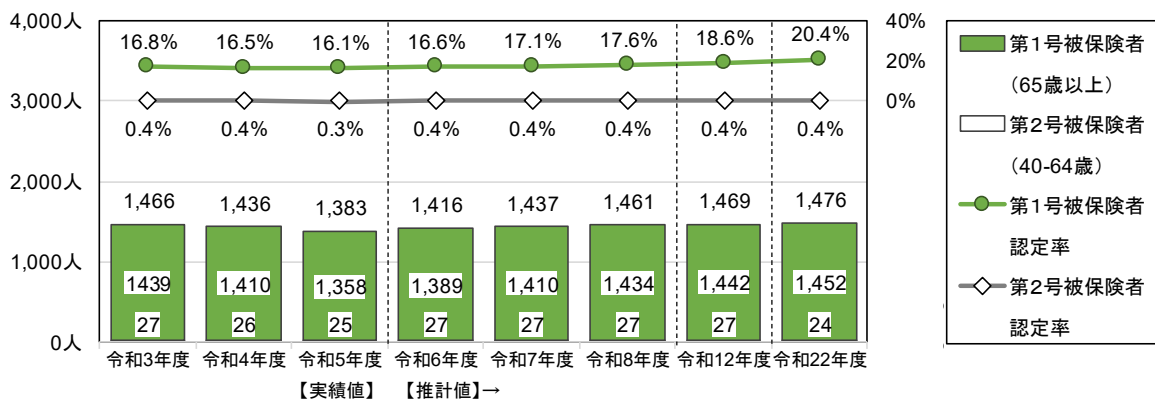




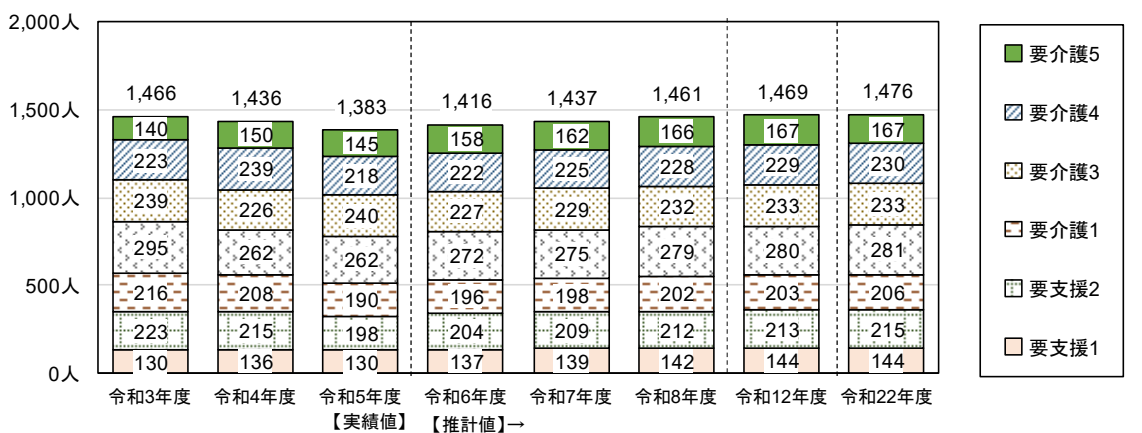
### 3 要支援・要介護認定者の推計

本町の要支援・要介護認定者数の推計をみると、微増し、計画最終年の令和8年度には1,461人となり、令和22(2040)年には1,476人となることが見込まれます。

#### ■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推計



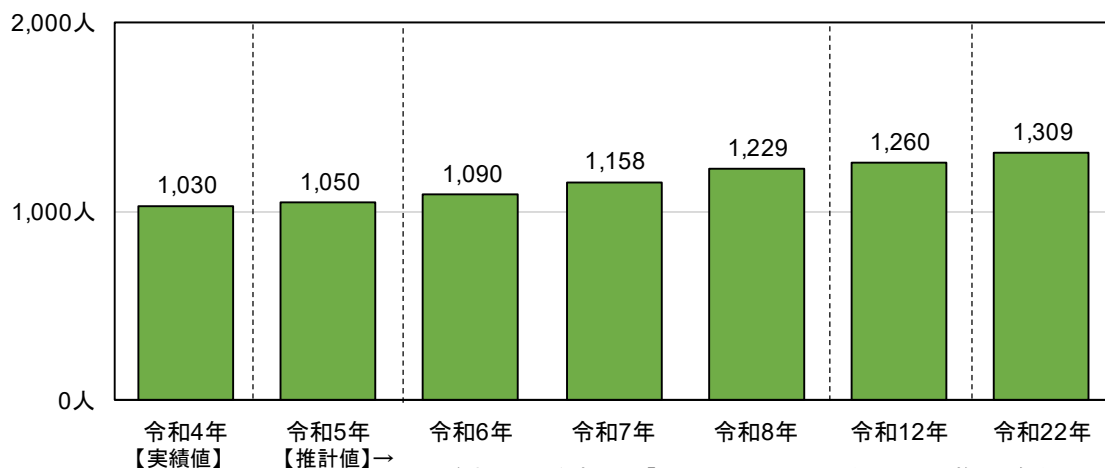
#### ■横芝光町の要支援・要介護認定者数の推計(要介護度別)



## 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8年に1,229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1,309人となることが見込まれます。

### ■横芝光町の認知症高齢者の推計



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



## 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)健康診査・各種検診

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、胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、子宮がん検診等の各種がん検診を実施するとともに、全身の健康状態に影響する歯周疾患検診、骨粗しょう症検診を推進します。

#### (2)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。

#### (3)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。

#### (4)地域健康づくり活動の推進

保健推進員や食生活改善普及員など、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。



## (5)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組を支援してきました。

これからも、保健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組として、高齢者本人の参加意欲を高める取組が必要となります。また、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5は見込値)			計画値		
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
介護予防訪問介護相当		延人	443	452	463	500	500	500
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、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した。6か月を1クール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5は見込値)			計画値		
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
介護予防通所介護相当		延人	1,348	1,355	1,345	1,400	1,400	1,400
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	-	-	62	120	240	240
通所型サービスC		延人	131	335	481	530	530	530

③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

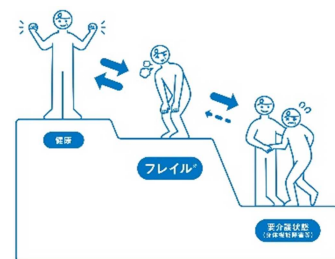
区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
給付管理数(件)		870	1,001	958	1,000	1,000	1,000

(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、全高齢者を対象として、介護予防事業を実施します。

また、高齢者が自立した生活をできる限り維持できるように一人ひとりの健康課題に着目したフレイル対策を展開していきます。

※フレイルとは、加齢とともに体力や認知機能が低下し、要介護の手前になった状態を指します。生活習慣の見直しでフレイルを防ぐことができるとともに、フレイルから健康な状態に戻ることもできます。



### 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、閉じこもりや認知症等の何らかの支援を要する方を早期に介護予防活動へつなげます。

また、フレイル状態にある高齢者やフレイルリスクの高い高齢者等の把握を行います。

### ②介護予防普及啓発事業

フレイル予防等の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、住民課・健康こども課と連携しながら、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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
参加者数(延人)		74	93	473	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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数(回)		8	12	11	12	12	12



#### 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。

評価にあたっては、PDCA サイクルに沿って、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5は見込値)			計画値		
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
きらり若返り運動 (地区貯筋運動)		延人	523	833	1,819	2,400	2,900	3,400
元気はつらつ運動教室		延人	492	764	1,720	1,800	1,900	1,900
地区サロン		延人	1,294	2,123	2,200	2,400	2,500	2,600

#### ⑤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

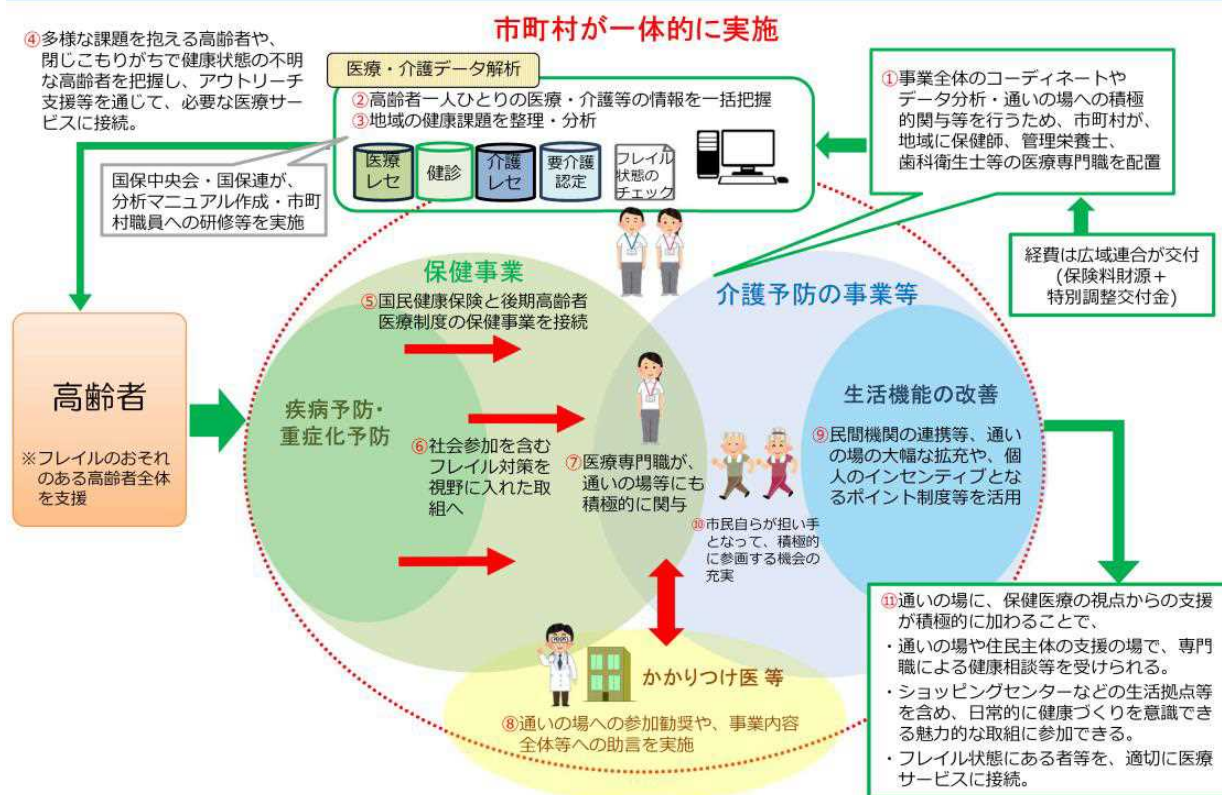
区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
通いの場へのリハビリテーション職派遣回数(回)		0	12	8	20	24	28
訪問指導実施回数(回)		0	4	7	12	12	12

## ⑥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。

「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的事業」として、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・重症化予防に効果的な健康教育(ポピュレーションアプローチ)を推進するとともに、健康状態が不明な高齢者の状態把握を行い、必要な個別的支援(ハイリスクアプローチ)を実施していきます。

### ■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)



### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
養成者数(人)		-	-	10	10	10	10

#### □きらり若返り運動(地区貯筋運動)①



#### □きらり若返り運動(地区貯筋運動)②



## 基本目標2 住み慣れた地域で暮らしていける

### 1 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、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。

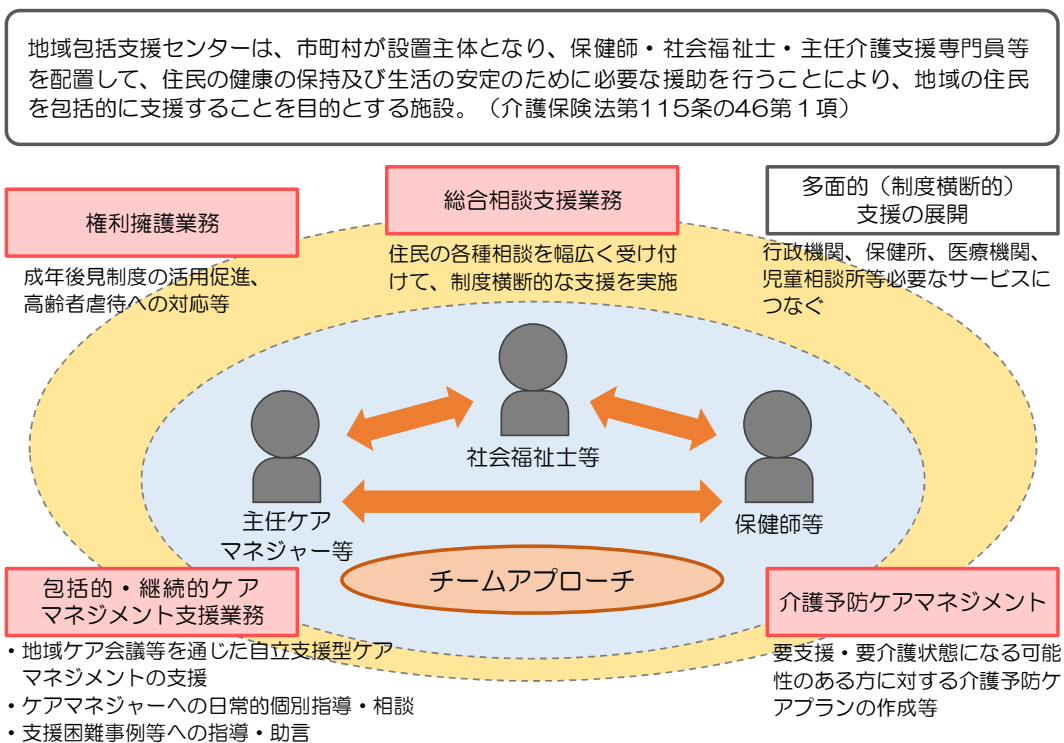
本町では、社会福祉法人への「委託型」により設置し、行政機能の一部として地域の最前線で活動してきましたが、今後の高齢化の進行、要介護・要支援者の増加、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて中核的な役割を担うことになることから、適切な人員体制を確保し、行政との役割分担・連携強化を図り、効果的な運営が安定的・継続的に行われるよう機能強化を図っていきます。

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。

また、後期高齢者の増加や8050問題、介護と育児のダブルケア等世帯の中に複数の課題・支援対応を必要とする相談が増加しており、高齢者が地域で自立した生活を支える拠点として地域包括支援センターの役割は年々増大しています。

高齢者等が、住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、複雑化・複合化した課題を抱える世帯については、各分野の相談支援機関につなぎ、包括的な支援体制を構築し、協働により課題解決のための支援を行います。

#### ■地域包括支援センターについて





## (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
給付管理数(件)		870	1,001	958	1,000	1,000	1,000

## (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。

また、増大する相談に対応するため、地域包括支援センターと一体性を確保したうえでの一部委託の検討、ブランチ業務の見直しを行います。

### 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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
相談件数(件)		379	394	410	420	430	440

### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
相談件数(件)		13	24	25	30	30	30

#### (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て事例の検討や話し合い、情報貢献を定期的に行い、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。

###### ○ 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。

###### ○ 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。さらに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めるための支援を行います。

###### ○ 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地域の課題等を町全体で共有し、取り組むべき事業や施策を検討していきます。

#### ■ 地域ケア会議の開催

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
個別地域ケア会議(回)		6	3	3	3	3	3
自立支援型地域ケア会議(回)		10	12	12	12	12	12
地域ケア推進会議(回)		0	1	1	1	1	1

##### 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、ケアマネジメントの質の向上を目的とした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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数(回)		2	3	4	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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
ケアマネジャーからの相談件数(件)		29	23	30	30	30	30
主任ケアマネジャー連絡研修会開催回数(回)		0	2	2	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。

(6)家族介護支援の推進(ケアラー支援)

家族介護者の身体的、経済的な負担軽減のための取組を実施するとともに、高齢者支援と家族介護者支援の両視点から、ニーズを踏まえ、介護に関する知識や情報提供、相談機会の拡充、介護者に関する周囲の理解促進に取り組みます。また、地域の介護支援専門員等に対しても家族支援の必要性について普及を図ります。



## 2 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。

## 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す。

また、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(再掲)

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(再掲)

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。さらに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めるための支援を行います。

### (3)地域ケア推進会議(再掲)

自立支援型地域ケア会議等で整理された地域の課題等を町全体で共有し、取り組むべき事業や施策を検討していきます。

#### ■地域ケア会議の開催(再掲)

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
個別地域ケア会議(回)		6	3	3	3	3	3
自立支援型地域ケア会議(回)		10	12	12	12	12	12
地域ケア推進会議(回)		0	1	1	1	1	1

## 4 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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
利用人数(人)		3	6	8	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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
設置件数(件)		76	90	92	92	92	92

### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
助成件数(件)		2,419	2,490	2,500	2,500	2,500	2,500

#### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
利用人数(人)		32	30	26	30	30	30

#### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
利用人数(人)		103	102	100	105	110	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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
利用人数(人)		2,313	2,106	1,850	2,000	2,000	2,000

#### (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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
利用人数(人)		698	670	685	700	710	720

## 5 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	5	56
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

## 6 在宅医療・介護連携の推進

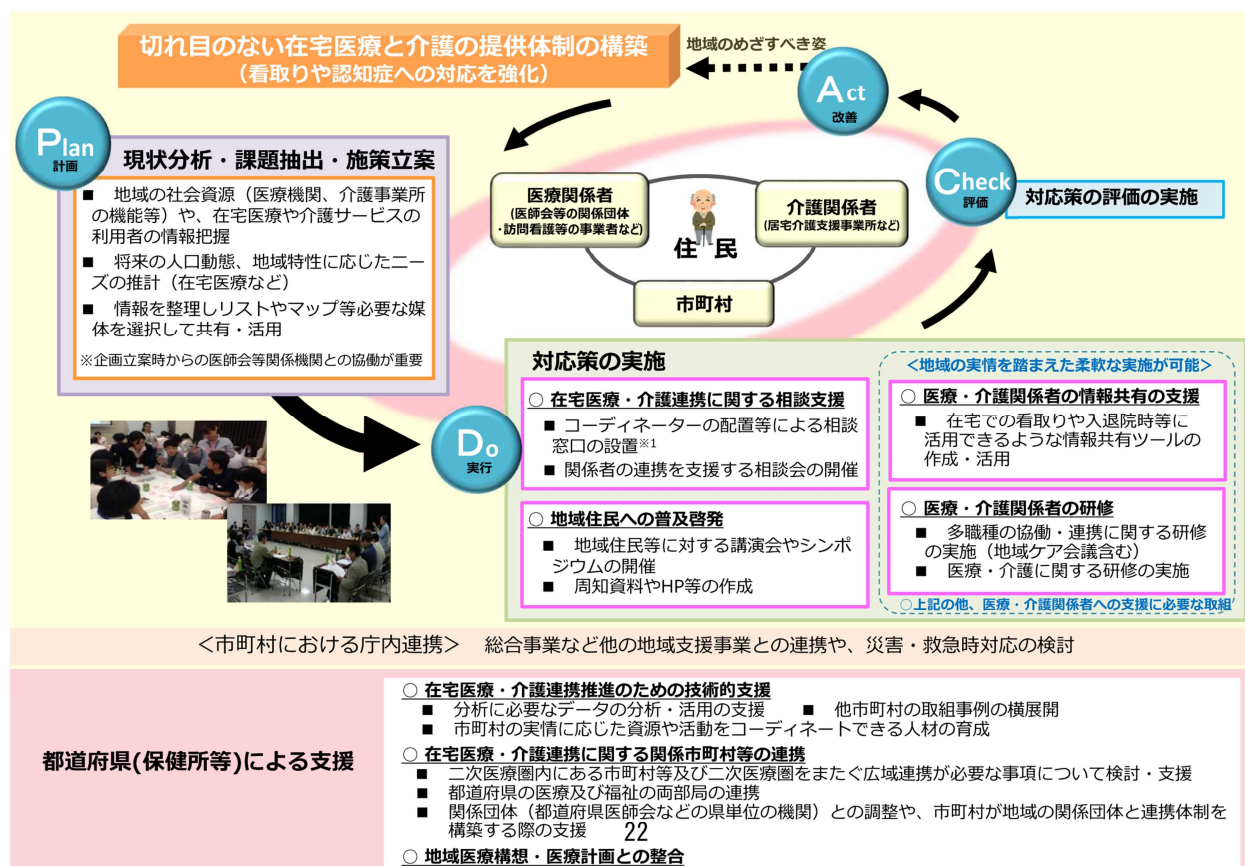
住み慣れた地域で、在宅医療や介護を受けながらできるだけ長く生活することを支援するため、地域の医療機関や介護事業所等、在宅医療と介護が切れ目なく提供される体制の構築を図ります。

第9期計画でも、引き続き在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携が求められる4つの場面(①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り)に沿った取組を進め、在宅医療と介護の一体的な提供体制の構築に向け、地域の医療や介護の多職種間において、さらに連携を深めるとともに、地域包括ケアシステムの強化を図ります。

また、多職種連携のための意見交換会や研修会を開催し、顔の見える関係性の構築、スキルアップを図るとともに、適切な医療と介護の支援を受けることで、在宅で療養生活を継続できること、自分が望む人生の最終段階における医療・ケアについて前もって家族等と共有する取り組み(ACP)について、普及啓発を行います。

さらに、地域の実情に応じて取組内容の充実を図るとともに、PDCA サイクルに沿って取組を推進していきます。

### ■地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



## 【現状分析・課題抽出・施策立案】

### (1)地域の医療・介護の資源の把握

町内医療機関や介護事業所等の情報について共有ができるよう各関係機関と継続的に連携します。情報に基づき「在宅医療・介護安心ガイド」を更新していきます。

### (2)在宅医療・介護連携の課題の抽出

町内医療機関や介護事業所等が参画する「横芝光町在宅医療と介護の連携推進研修会」において、事例検討会等を通じ在宅医療と介護連携の課題の抽出、解決策等について協議します。

### (3)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

入退院の支援、日常の療養支援、急変時の対応等、切れ目なく在宅医療と介護サービスが提供されるよう体制の構築に向け関係機関との連携づくりを推進します。

## 【対応策の実施】

### (1)在宅医療・介護関係者に関する相談支援

地域包括支援センターを窓口として、在宅医療・介護サービスの支援を行うとともに、地域の医療・介護サービス事業所等の相談対応を行います。

また、必要に応じて、退院時に地域の医療関係者と介護関係者の連携調整等を行います。

### (2)地域住民への普及啓発

在宅医療・介護連携についての講演会の開催や、人生会議(ACP)、エンディングノートの活用、パンフレット等の作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進します。

また、日頃から地域の身近なところで気軽に健康相談や病気の相談ができる、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持つことの意義の啓発や意識の定着を図ります。

### (3)医療・介護関係者の情報共有の支援

地域の在宅医療・介護関係者が情報共有を行えるよう情報共有ツールの検討や、必要なネットワークの構築を推進します。

### (4)医療・介護関係者の研修

在宅医療と介護にかかわる多職種がともに課題を抽出し、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。



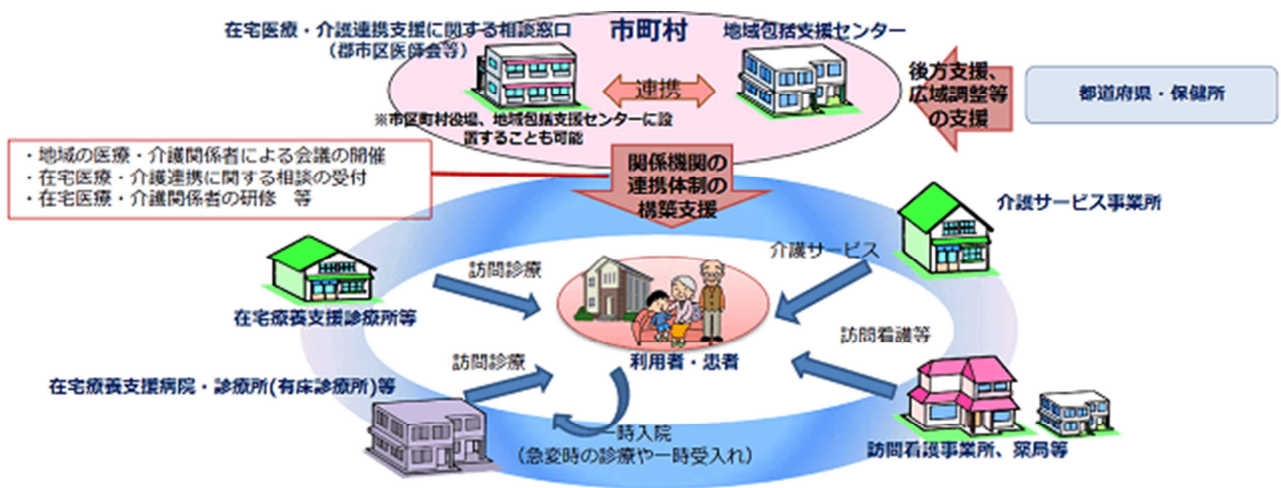
■在宅医療と介護の連携推進研修会

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数(回)		1	1	2	2	2	2
参加者数(人)		66	79	140	160	160	160

(5)在宅医療・介護連携に関する関係町村の連携

在宅医療・介護の広域的な連携を進めるうえで必要な事項について、関係市町において協議等を行います。

■在宅医療・介護連携の体制イメージ



## 7 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)介護保険に関する情報提供

介護保険制度の適切な利用を促進するため、町民に対する普及啓発やサービス利用者に対する情報提供等を行います。

### (2)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。

### (3)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9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9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	4か所	52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	—	—



#### (4)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9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9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	—	—

## 基本目標3 認知症になっても安心して暮らしていける 新規

### 1 認知症施策の推進

誰もが認知症になりうることから、認知症の人やその家族が地域のよりよい環境の中で自分らしく暮らし続けるためには、地域の住民や事業者等が認知症について十分に理解し、認知症の人を支える気持ちを持つことが重要です。認知症の人の数は年々増加傾向にあるため、一人でも多くの町民が認知症の症状や認知症の人への対応方法を理解することが必要です。

本町では、認知症についての基礎知識やサービス、相談先等を網羅した認知症ケアパスを作成しています。また、認知症サポーター養成講座を実施しており、既に多くの町民が「認知症サポーター」として、地域で日常的な見守り活動に携わっています。

令和5年6月14日に認知症に関する法律「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(P7 参照)が成立し、認知症施策推進に関する基本理念と、国・地方公共団体・国民の責務が明確に示されました。認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえるとともに、認知症施策推進に関する基本理念に基づき、今後も地域包括支援センターや医療機関、事業者等が連携を一層強め、認知症への理解を深めるための啓発、地域の見守り活動等(地域づくり)に取り組む必要があります。

認知症の人をはじめ、社会から孤立しがちで支援を要する人を早期に発見して、適切な対応につなげることを目的として、見守りネットワークを地域住民・公共機関・民間事業者等の協力によって構築しています。今後もこれらの取組を推進して、町民の認知症に対する理解促進と見守り体制の充実を図ります。

#### (1) 認知症に対する正しい知識・理解の普及啓発

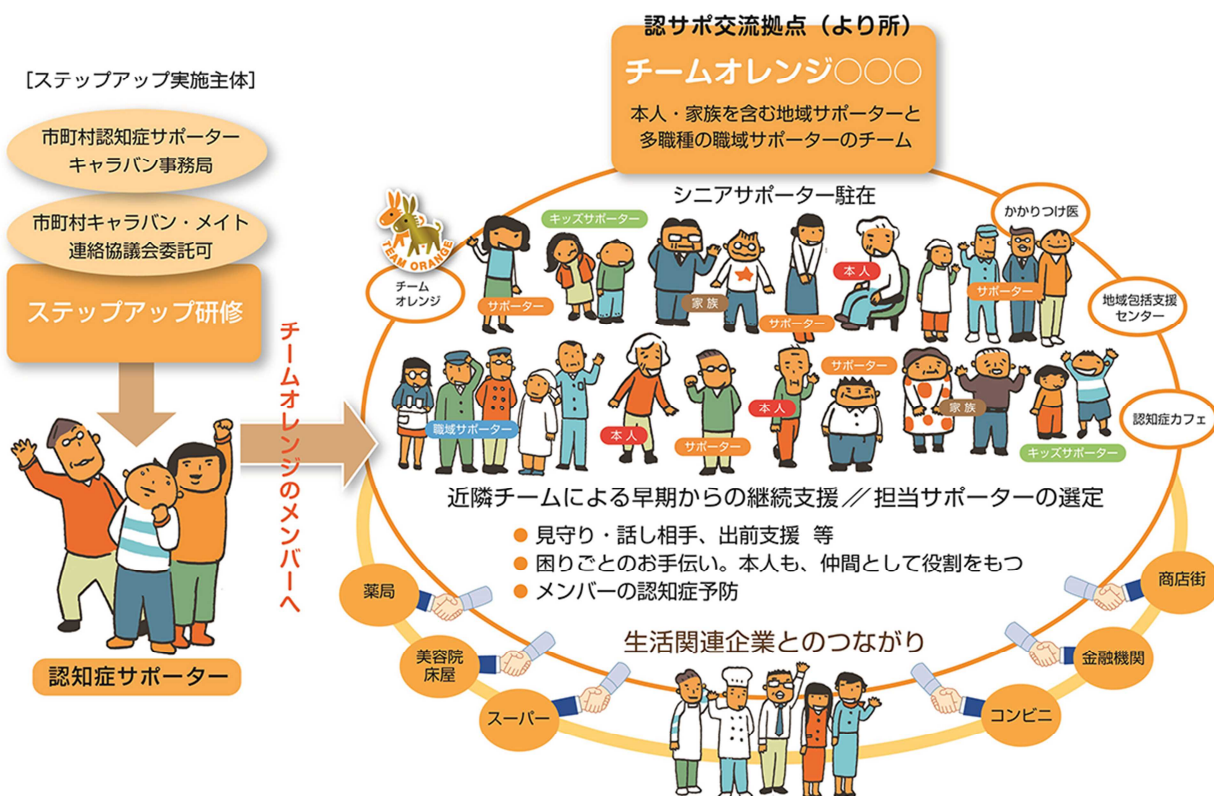
認知症は、認知症に対する不安や拒否感から、早期受診の機会を逸し、症状の悪化や対応の遅れが多くみられることから、認知症に関する正しい理解の啓発や認知症を気軽に受診ができる体制を目指します。

- 認知症ケアパスの活用と周知をするとともに、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。
- 広く一般町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。

## ■認知症サポーター養成講座

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数(回)		5	3	6	8	9	10

## ■チームオレンジの活動イメージ



※「認知症サポーター チームオレンジ運営の手引き」より

## (2)認知症の予防・社会参加

- 健康こども課・住民課と連携し、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的実施の推進】
- 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。
- 認知症の日(毎年9月21日)及び認知症月間(毎年9月)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。
- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて適切な医療・介護を利用できるように、認知症サポート医養成研修や各認知症対応力向上研修といった医療系の研修、認知症介護基礎研修や認知症介護実践者研修といった介護系の研修の受講促進を図ります。
- 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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
対応件数(件)		7	10	12	12	12	12
チーム員会議開催回数(回)		12	12	12	12	12	12

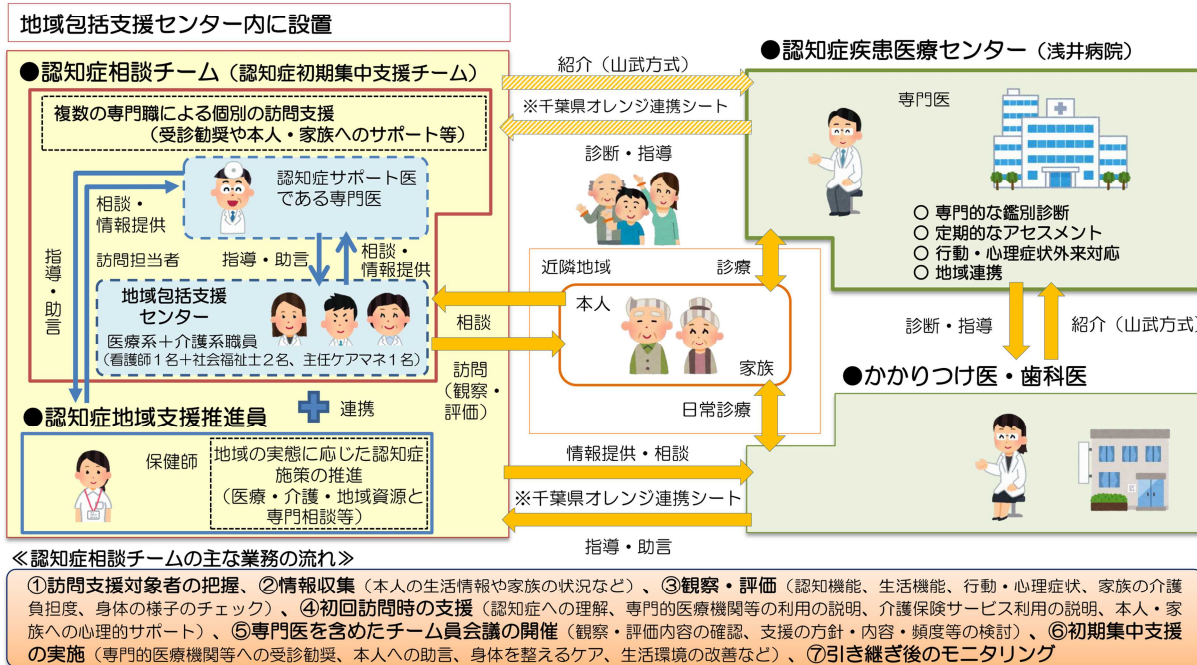
#### ■認知症カフェ

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
設置数(か所)		1	1	1	1	1	1
参加者数(人)		23	36	150	200	250	250



## ■横芝光町の認知症相談チーム(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  
 ○**認知症相談チーム** — 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ふまえて、(個別の訪問支援) 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(専任の連携支援・相談等) 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。



### ＜認知症相談チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、⑤専門医を含めたチーム委員会開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

## (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。
- 認知症の人と地域で関わる人が多い小売業・金融機関・公共交通機関等で働く人たちが、認知症の理解を深め、適切な対応をとることができる環境づくりを推進します。

### ■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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見守りネットワーク協力機関(機関)		23	24	26	30	32	34
見守りネットワーク登録者数(人)		18	16	17	20	23	26
シール配布数(件)		3	1	3	5	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々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がります。
- 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。

## (6) 若年性認知症の人への支援

### ○若年性認知症の相談窓口

認知症は高齢者に多い病気ですが、年齢が若く発症することがあり、65歳未満で発症した場合は「若年性認知症」といいます。働き盛りの世代で発症するため、本人家族への影響が大きいと考えられます。

千葉県では、若年性認知症専門窓口が設置されており、若年性認知症コーディネーターとの連携を図り、関係機関とのネットワークづくりを推進します。

## 基本目標4 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・協働の取組を推進する「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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
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
年間延べ活動回数(回)		96	72	96	96	96	96

### 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広報・周知活動に努め、生涯学習の機会の提供及び高齢者の生きがいづ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、生きがいづくりや仲間づくり、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5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
クラブ数(クラブ)		39	40	38	38	38	38
会員数(人)		1,177	1,147	1,058	1,050	1,050	1,050

## (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し、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、登録機関やボランティア、民生委員・児童委員等との連携及び警察署や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2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(一部町外施設も利用可能)

【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)新興感染症等への対応

感染症拡大にあたり、「新しい生活様式」など感染症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などに取り組みます。

また、高齢者施設等が、感染症への適切な対応を行うことができるよう、平時から感染症対策についての周知啓発、研修を関係部署・関係機関と連携し実施します。

感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供するため、介護サービス事業者が策定した業務継続に向けた計画等に基づく研修、訓練(シミュレーション)の実施について、適切な助言及び必要な援助を行います。

## (7)安心・安全なまちづくり

地震や台風等による災害が発生した場合、地域防災計画に基づき、関係機関と連携し、高齢者等の避難支援や高齢者施設等の被災状況の確認など、速やかな対応に努めます。

また、災害の発生に備え、県や保健所、医療機関等との連携・協力体制を整備し、緊急時に適切な運用ができる仕組みを確保するため、防災についての訓練及び研修、周知啓発など、関係部署・関係機関と連携し実施します。

災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供するため、介護サービス事業者が策定した業務継続に向けた計画等に基づく研修、訓練(シミュレーション)の実施について、必要な助言及び適切な援助を行います。(白

## **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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		3,469	3,816	4,125	4,049	4,139	4,225	3,843	3,971
	人数(人/月)		154	170	164	171	174	178	164	170

#### (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		136	156	145	154	159	164	139	150
	人数(人/月)		27	30	30	30	31	32	27	29
予防給付	回数(回/月)		3	1	0	0	0	0	0	0
	人数(人/月)		1	0	0	0	0	0	0	0

### (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		388	476	690	514	541	547	495	512
	人数(人/月)		59	65	70	74	78	79	72	74
予防給付	回数(回/月)		83	38	57	52	52	52	57	57
	人数(人/月)		10	7	8	11	11	11	12	12

### (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		27	32	22	41	41	41	41	41
	人数(人/月)		4	3	2	6	6	6	6	6
予防給付	回数(回/月)		5	3	0	8	8	8	8	8
	人数(人/月)		1	0	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、サービス利用者へ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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		89	95	99	105	107	110	108	105
予防給付	人数(人/月)		10	10	12	13	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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		2,270	2,139	2,306	2,202	2,244	2,287	2,168	2,263
	人数(人/月)		251	247	234	255	260	265	251	262

## (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		278	291	233	291	297	313	290	313
	人数(人/月)		37	39	30	39	40	42	39	42
予防給付	人数(人/月)		7	7	5	7	7	7	7	7

## (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		1,187	1,016	1,342	1,196	1,231	1,252	1,136	1,182
	人数(人/月)		105	92	94	108	111	113	104	108
予防給付	回数(回/月)		17	16	35	20	20	20	20	20
	人数(人/月)		4	4	5	5	5	5	5	5



(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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)		24	43	28	45	45	45	35	35
	人数(人/月)		5	8	4	8	8	8	7	7
予防給付	回数(回/月)		0	0	0	0	0	0	0	0
	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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		19	21	20	21	23	25	25	25
予防給付	人数(人/月)		5	4	4	4	4	4	4	4

(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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		365	371	359	376	384	394	361	377
予防給付	人数(人/月)		105	99	91	105	108	109	110	111

## (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		4	2	5	5	5	5	5	5
予防給付	人数(人/月)		3	2	3	3	3	3	3	3

## (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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		7	8	10	11	11	11	11	11
予防給付	人数(人/月)		4	4	1	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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		558	553	529	557	569	583	542	565
予防給付	人数(人/月)		116	108	100	111	114	116	113	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期計画中では近隣市町のサービスを利用した実績がありますが、第9期計画における本町での整備予定はありません。

#### ■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

区分		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)	0	3	1	2	2	2	0	3	

### (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8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5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	回数(回/月)	365	312	224	368	368	368	353	364	
	人数(人/月)	33	29	17	35	35	35	33	34	
予防給付	回数(回/月)	0	0	0	0	0	0	0	0	
	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		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)	15	12	13	16	16	16	16	16	
予防給付	人数(人/月)	4	2	2	3	3	3	3	3	

#### (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		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)	40	40	37	40	40	41	40	42	
予防給付	人数(人/月)	0	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9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5は見込値)			計画値			中長期	
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22		
介護給付	人数(人/月)	10	10	10	12	13	14	17	17		

### (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5は見込値)			計画値			中長期	
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22		
介護給付	回数(回/月)	843	845	836	947	971	993	912	957		
	人数(人/月)	96	95	93	106	109	111	103	108		

### 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		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		218	230	239	246	248	249	251	261

#### (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		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		95	92	92	97	99	101	100	105

#### (3) 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

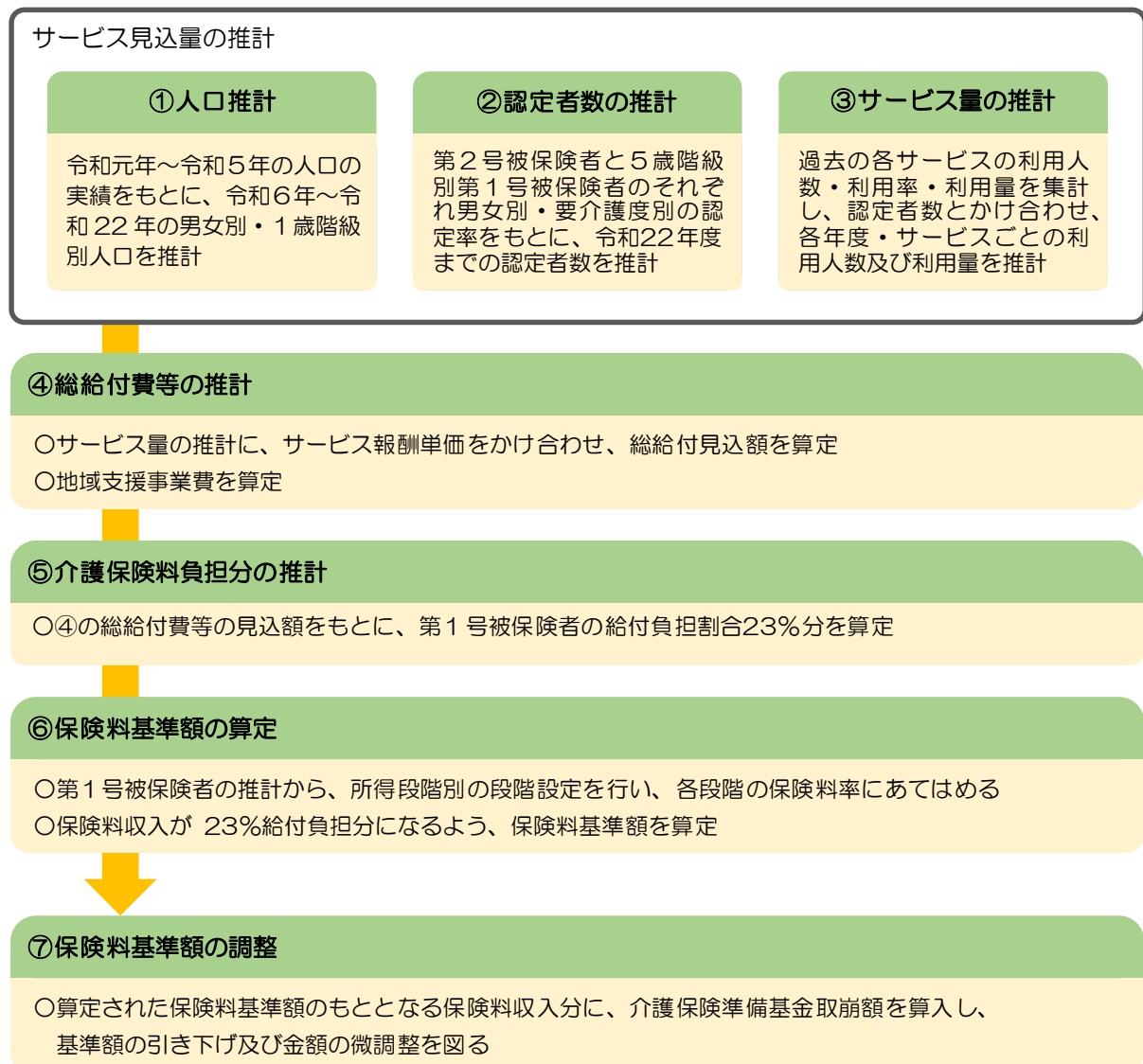
区分		年度	実績値(令和5は見込値)			計画値			中長期	
			令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	令和12	令和22
介護給付	人数(人/月)		2	3	5	5	5	5	8	9

## 第2節 第1号被保険者の保険料

### 1 介護保険料算定の流れ

第1号被保険者の保険料の算定は、介護保険事業費の見込みで示した総給付費に特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス等給付額、算定対象審査支払手数料を加えた標準給付費見込額、さらに地域支援事業費を加えた総費用額のうち第1号被保険者が負担する分(23%)について、調整交付金や保険料収納率等を加味し、所得段階に応じた被保険者数により算定します。

#### ■介護保険料算定の流れ



## 2 総給付費等の推計

### (1) 総給付費の推計

保険料算定の基礎となる令和6年度から令和8年度までの事業費の見込み(サービス量の推計にサービス報酬単価をかけ合わせた給付費見込額)は次表のとおりです。

#### ■ 予防給付(要支援1・2)

単位:千円

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
	イ			
地域	イ			
	イ			
	イ			
介護				
予備給付費計				

算定中

※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。



■介護給付(要介護1～5)

単位:千円

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス				
地				
施				
居				
介護給付費計				

算定中

■総給付費(介護給付+予防給付)

単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費	算定中			

(2)標準給付費見込額の推計

総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料による、第9期計画の標準給付費見込額は次表のとおりです。

特定入所者介護サービス費等給付額と高額介護サービス費等給付額については、介護保険制度改正による影響額を考慮したものとなっています。

■標準給付費見込額

単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費	算定中			
特定入所者介護サービス費等給付額				
高額介護サービス費等給付額				
高額医療合算介護サービス費等給付額				
算定対象審査支払手数料				
標準給付費見込額				

(3)地域支援事業費の推計

令和6年度から令和8年度までの地域支援事業の見込みは次表のとおりです。

■地域支援事業費

単位:千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
介護の包	算定中			
包				
地域支援事業費				

### 3 介護保険料負担分の推計

#### (1)第1号被保険者の負担割合

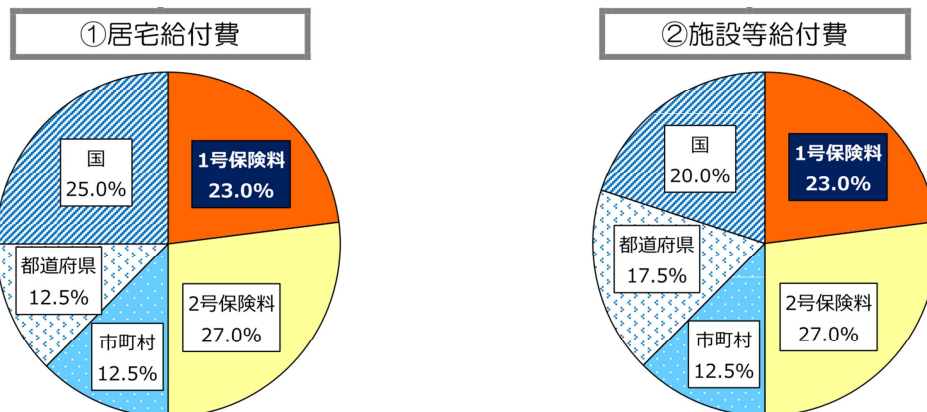
事業費用の大半を占める給付費の財源構成は、40歳以上の被保険者から徴収する保険料が半分、国・県・市町村の公費が半分となっています。

第9期計画における、第1号被保険者(65歳以上)の標準的な負担割合は23%です。

地域支援事業費のうち、包括的支援事業と任意事業については、第2号被保険者の負担はなく、第1号被保険者の保険料と公費によって財源が構成されます。

また、標準給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業の国負担部分の5%に当たる額は、各市町村間の財政力格差を調整するための調整交付金として交付される仕組みとなっており、各市町村の後期高齢者の割合や第1号被保険者の所得水準に応じ、第1号被保険者の実質的な負担割合は各市町村によって異なります。

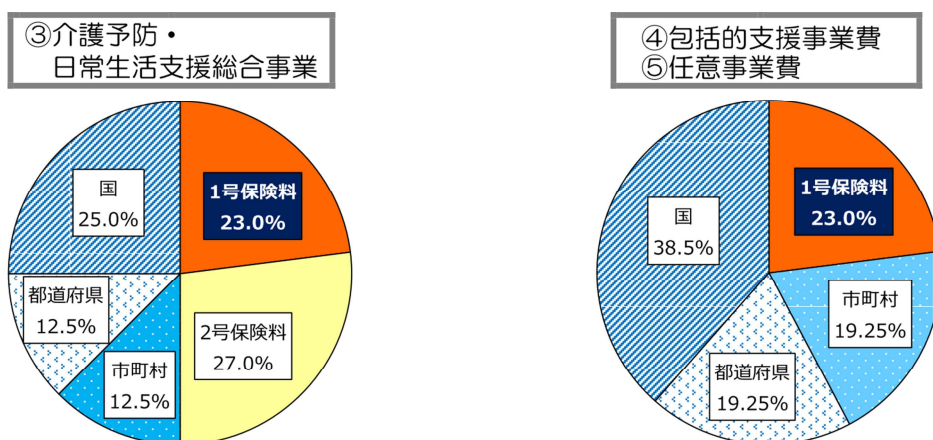
#### ■標準給付費の財源構成



※施設等給付費は、都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特定施設に係る給付費。

※居宅給付費は、施設等給付費以外の給付費。

#### ■地域支援事業費の財源構成



## (2) 保険料収納必要額

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

### ■第9期計画の保険料収納必要額

単位:千円・%

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
第1号被保険者各相分見込額				
調整	<b>算定中</b>			
調整				
保険				
保険料収納必要額				

## 4 保険料基準額の算定及び調整

第1号被保険者の令和6年度から令和8年度の保険料基準額は、第1号被保険者に対する保険料賦課総額について、滞納による収納額の低下を考慮し、収納必要額を予定保険料収納率で除して算出します。

本町の令和6年度から令和8年度までの3年間の介護保険料基準額は、月額●円と見込まれますが、介護給付費準備基金を取り崩すことによる負担軽減を図り、最終的な介護保険料基準額は、月額●円となります。

### ■保険料基準額の算定及び調整

算出区分	費用等
①	円
②	円
【基	円
③	円
④	円
【基	円
⑤	円
⑥	円
⑦	円
⑧	円

## 5 保険料段階について

第9期計画では、所得段階に応じた保険料の軽減を図るため、国の標準段階における13段階を細分化して●段階として保険料額を設定します。

### ■所得段階別負担割合と保険料額

所得段階	対象者	基準額に対する割合	介護保険料	
			【年額】	【月額】
算定中				
				円
				円
				円

## 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適切な研修・指導を行い、正確・公平な認定調査と遅滞のない審査会運営に努めるとともに、審査の簡素化・効率化の取組を一層推進していきます。

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。

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国が示している事故報告様式を活用して、報告された事故情報を適切に分析、公表するとともに介護現場に対する指導や支援等の取組を行います。

また、ハラスメント対策を推進し、働きやすい環境づくりを支援します。

## 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楽しむことができるよう、下記主要3事業について継続的に取組を行うことで、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。

#### ■要介護認定の適正化

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
点検件数(件)		全件	全件	全件	全件	全件	全件

### (2) ケアプラン等の点検

#### ① 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。

#### ■ケアプランの点検

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
点検件数(件)		33	49	50	50	50	50

#### ② 住宅改修の点検

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。

#### ■住宅改修等の点検

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
書面又は訪問による点検件数(件)		全件	全件	全件	全件	全件	全件

#### ③ 福祉用具購入・貸与調査

書面審査だけでなく、必要に応じて訪問調査を実施し、福祉用具の必要性や利用状況等を確認します。

■福祉用具購入・貸与調査

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
書面又は訪問による点検件数(件)		全件	全件	全件	全件	全件	全件

※ 福祉用具貸与については、疑義が生じた場合のみ点検対象。

(3)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。

■医療情報との突合・縦覧点検

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
実施回数(回)		12	12	12	12	12	12

(4)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。

(5)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 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となる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

県が実施する、離職した介護福祉士など潜在的有資格者の復職・再就職支援や、外国人介護人材や元気高齢者など多様な人材の活用などについて、県と連携し事業者への積極的な情報提供に努めます。

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。

#### (4)研修受講費用の助成 **新規**

介護に従事する人材の確保及び定着を図るため、町内の介護サービス事業所等に勤務している方に対し、介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修、介護支援専門員実務研修又は主任介護支援専門員研修の受講に係る費用の一部について補助金を交付します。

##### ■介護職員研修費用補助金

区分	年度	実績値(令和5は見込値)			計画値		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
交付件数(件)		-	-	5	10	10	10

#### (5)介護情報基盤の整備 **新規**

デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備を進めます。

#### (6)文書負担の軽減 **新規**

指定申請書類等の介護事業所が作成する書類について、国が示す標準様式例の使用の基本原則化に対応するとともに、「電子申請・届出システム」の利用を開始します。

また、その他届出についても添付資料の簡素化や届出方法の見直し等、介護事業所の文書負担の軽減に向けた取組を推進していきます。

## 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。

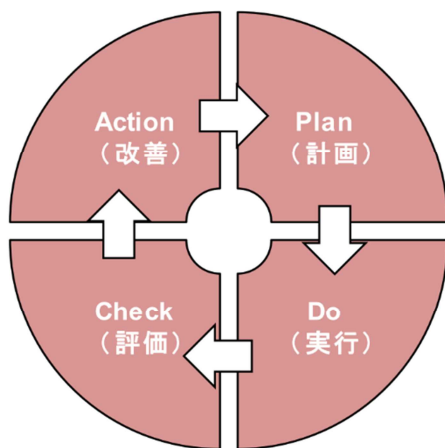
また、広報紙やインターネット等による周知のほか、地域包括支援センター、民生委員・児童委員などの協力により、制度の主旨や内容の周知を図っていきます。

### 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9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6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