

知名町

高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画

(案)

知 名 町

目次

1 計画策定にあたって

| | |
|-------------------------------|---|
| (1) 策定の背景 | 1 |
| (2) 介護保険制度等の改正の動向 | 2 |
| (3) 第9期介護保険事業計画の基本指針(案) | 4 |
| (4) 計画の位置づけ | 5 |
| (5) 計画の期間 | 6 |
| (6) 計画の策定体制 | 6 |
| (7) 日常生活圏域について | 7 |

2 知名町の高齢者を取り巻く状況

| | |
|-----------------------|----|
| (1) 人口の動向 | 8 |
| (2) 高齢者の状況 | 9 |
| (3) 介護保険サービスの状況 | 10 |
| (4) 高齢者実態調査 | 16 |

3 現行計画評価

| | |
|------------------------|----|
| (1) 介護保険事業計画評価 | 37 |
| (2) 高齢者福祉計画の実施状況 | 39 |
| (3) 知名町の現状と課題 | 54 |

4 基本理念・基本目標・施策体系

| | |
|----------------|----|
| (1) 基本理念 | 56 |
| (2) 基本目標 | 56 |

5 施策の展開

| | |
|-----------------------------|----|
| (1) 地域支援事業 | 58 |
| (2) 保健事業 | 73 |
| (3) 高齢者福祉事業 | 74 |
| (4) 高齢者の安心・安全な暮らしを支える | 75 |

6 介護保険事業の運営

| | |
|------------------------|----|
| (1) 高齢者数・認定者数の推計 | 79 |
| (2) サービス見込み量の設定 | 80 |
| (3) 介護保険給付費推計 | 81 |

1 計画策定にあたって

1 策定の背景

2000(平成 12)年の介護保険制度創設以降、高齢化の進行により要介護認定者数の増加、介護給付費の増大に伴い、第 1 号保険料は上昇を続けています。

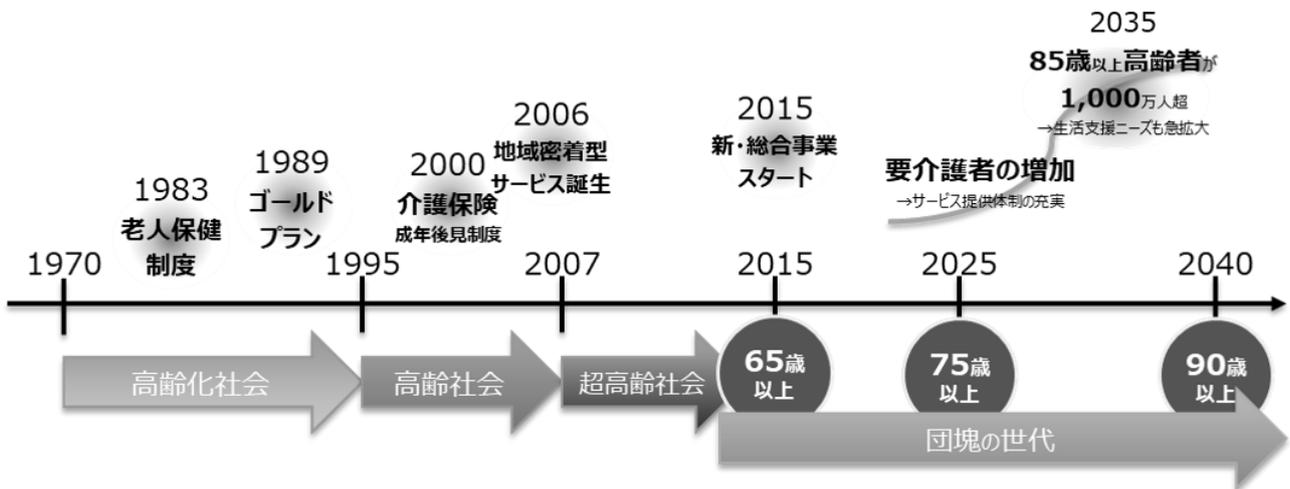
今後、2025(令和 7)年にいわゆる「団塊の世代」が 75 歳以上に達した後も高齢者人口は増加を続け、2040(令和 40)年には総人口の 5 人に 1 人が 85 歳以上になると予想されています。

また、地域によっては急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や介護ニーズ等の動向は地域ごとに異なり、地域の中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、医療・介護双方のニーズを有する高齢者に対する医療・介護の連携など具体的な取組内容や目標を定める必要があります。

本町の高齢者人口は、中期的にみると高齢者人口は減少することが予想されるものの、要介護認定率が急増する後期高齢者人口が増加することが予想され、地域包括ケアシステムの一層の推進と介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）、認知症施策の推進、介護人材確保等の取り組みが求められます。

今後、これまで実施している施策の実施状況や効果を検証したうえで、国における制度改正や県の動向を踏まえ、高齢者福祉のさらなる充実と持続可能で安定した介護保険事業の推進に向け、「**知名町高齢者保健福祉計画・第 9 期介護保険事業計画**」を策定します。

図表 1970 年代から 2040 年までの動き



出典：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」（地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究）、平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2019 年

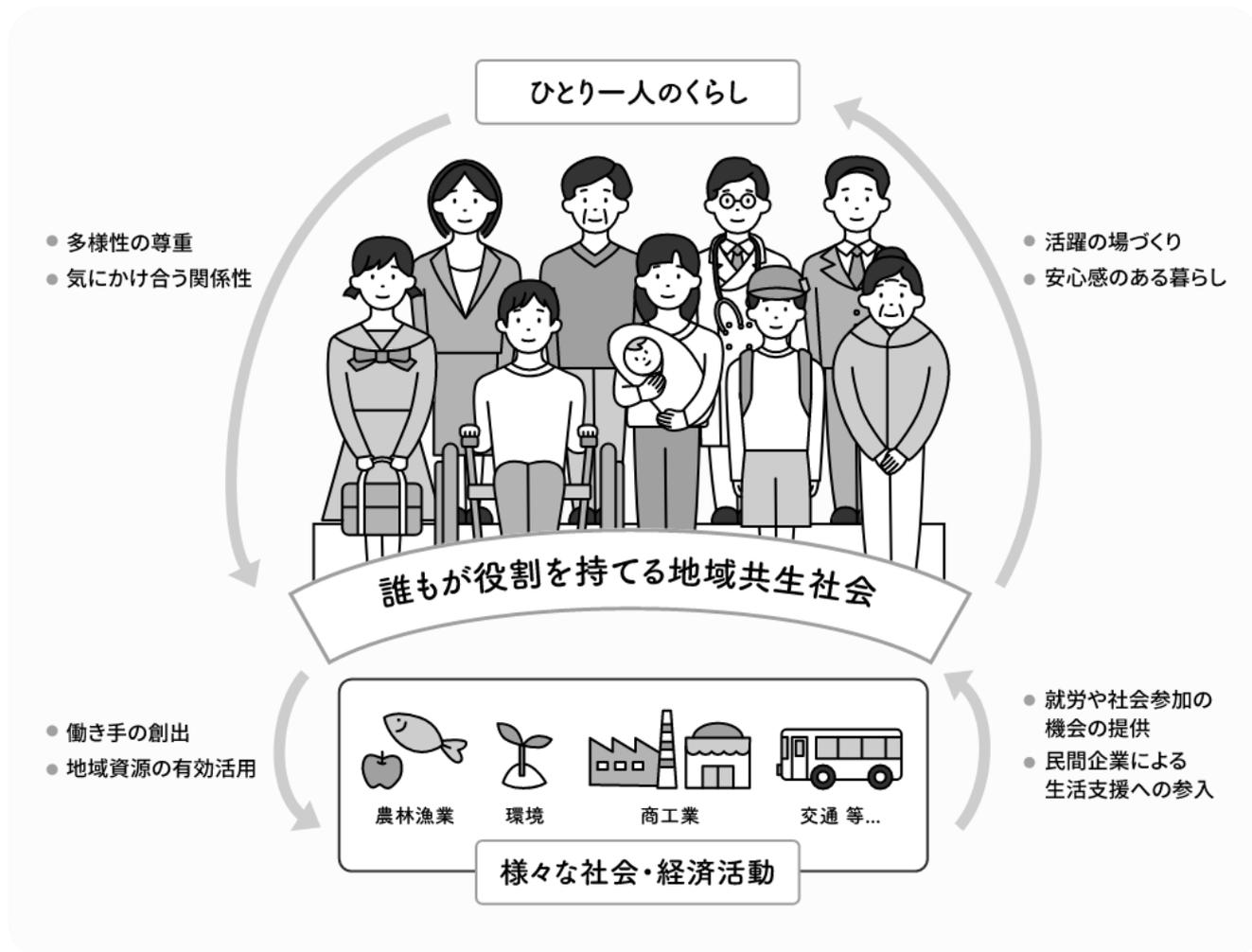
2 介護保険制度等の改正の動向

2020(令和2)年6月、「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」が公布され、これにより、介護保険法の一部改正が行われました。

本計画の策定に当たっては、これらの制度改正の動向を踏まえた内容の見直しを行います。

【地域共生社会とは】

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、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を指しています。



出典：地域共生社会のポータルサイト(厚生労働省)

【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(改正の概要)】

(1) 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】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

(2) 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】

①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。

②市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する。

③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

(3) 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】

①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。

②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。

③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

(4) 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】

①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。

②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。

③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

(5) 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

3 第9期介護保険事業計画の基本指針

国は「第9期介護保険事業（支援）計画」の基本指針(案)として、以下3点を見直しのポイントとして挙げています。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の实情に応じたサービス基盤の整備

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

②在宅サービスの充実

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

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

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

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

③保険者機能の強化

- ・ 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

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

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

4 計画の位置づけ

(1) 法令の根拠

本計画は、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定することで、高齢者福祉サービス及び介護保険を総合的に展開することを目指すものです。

①高齢者福祉計画：老人福祉法第 20 条の 8

市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めるものとする。

②介護保険事業計画：介護保険法第 117 条

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

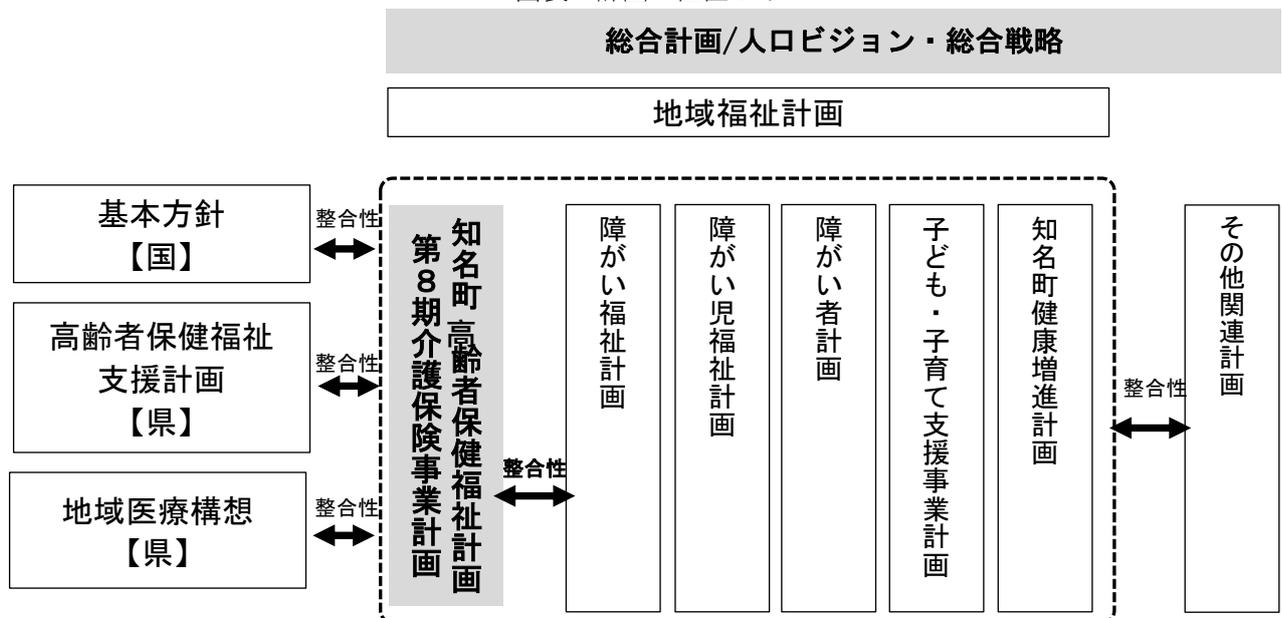
(2) 他計画との関係

本計画は、第 6 次知名町総合振興計画の実現を目指し、主に高齢者に関する保健・福祉・介護分野の施策を総合的に推進するための指針となるものです。

また、「地域福祉計画」「健康増進計画」「障がい者計画」「障がい福祉計画」「障がい児福祉計画」のほか、生涯学習、生活安全などの各施策との調和を図り、連携のとれた施策の推進を目指す計画です。

さらに、県の高齢者保健福祉支援計画及びその他の計画との連携に留意しつつ策定するものです。

図表 計画の位置づけ



5 計画の期間

本計画は、2024(令和 6)年度から 2026(令和 8)年度までの 3 年間に計画期間とします。

計画期間

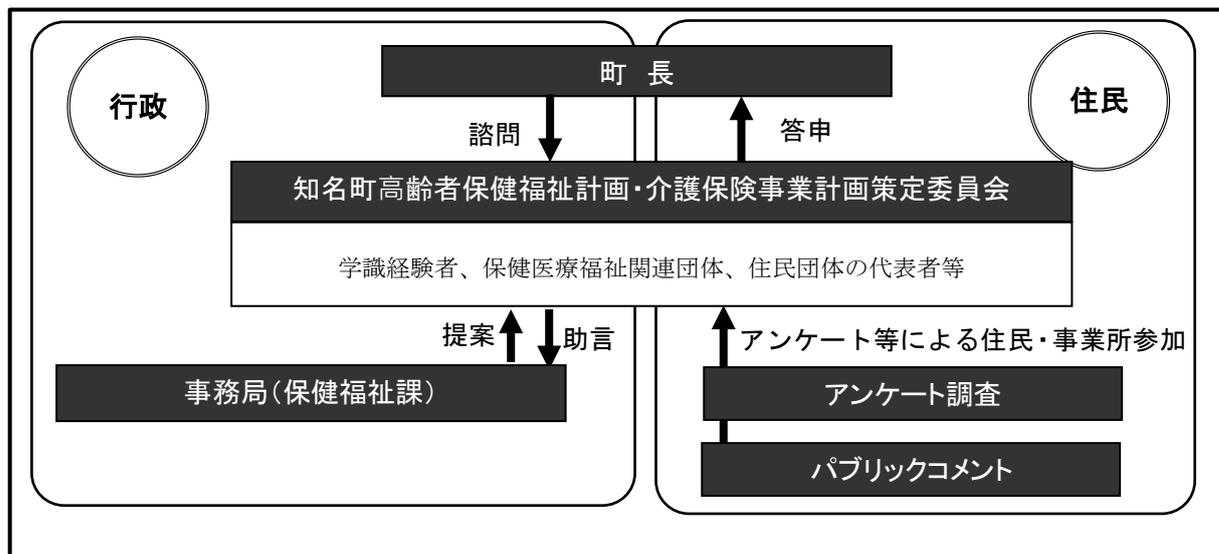
| R3 年度 (2021) | R4 年度 (2022) | R5 年度 (2023) | R6 年度 (2024) | R7 年度 (2025) | R8 年度 (2026) | R9 年度 (2027) | R10 年度 (2028) | R11 年度 (2029) | ... | R22 年度 (2040) |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| 2025 年を目指した 地域包括ケアシステムの深化・推進 | | | | | | | | | | |
| 第 8 期 | | | 第 9 期 | | | 第 10 期 | | | | |
| 2040 年を見据えた中長期的な目標設定 | | | | | | | | | | |
| | | | 「団塊の世代」 が 75 歳に | | | | | | 「団塊ジュニア世代」 が 65 歳に | |

6 計画の策定体制

(1) 策定体制

計画の策定に当たっては、学識経験者、保健医療福祉関連団体、住民団体の代表者など幅広い関係者で構成される「知名町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を設置し、多角的視点から多くの意見を頂きました。

図表 策定体制



(2) 町民意見の反映

①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施

本計画の策定にあたり、在宅要介護(要支援)者調査(235名)、一般高齢者調査(400名)、若年者調査(400名)を実施し、地域課題の把握、各種福祉サービスの検討の基礎資料とすることを目的として実施しました。

②パブリックコメントの実施

第9期計画の策定にあたり、町民の方から広くご意見・ご提案を伺うことを目的として実施しました。

図表 パブリックコメントの概要

| 区 分 | 内 容 |
|------|-------------------|
| 実施方法 | ホームページにて公表予定 |
| 実施時期 | 令和●年●月●日～令和●年●月●日 |
| 意見数 | ●件 |

7 日常生活圏域について

高齢者が地域において安心して日常生活を送ることができるようにするため、地理的条件や人口、交通、その他の社会的条件、施設の整備状況等を総合的に勘案して定める圏域です。

本町においては、町の活形態、地域づくり単位(字)等の地域性を踏まえ、知名町全域を一つの日常生活圏域として設定し、高齢者支援の充実を図ります。

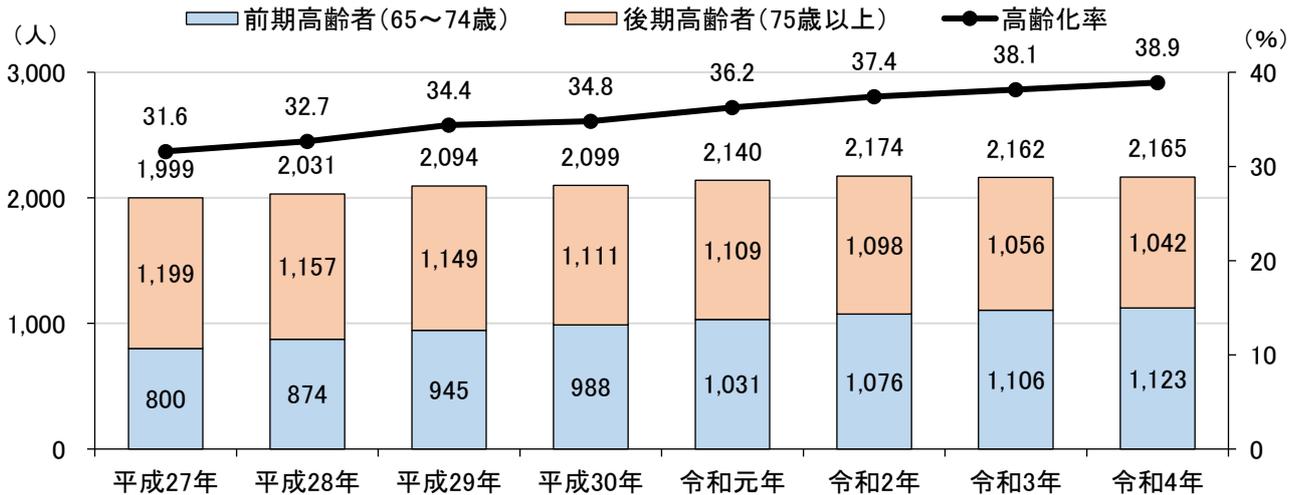
2 知名町の高齢者を取り巻く状況

1 人口の動向

(1) 高齢者人口及び高齢化率の推移

本町の平成27年以降の高齢者人口は増加傾向で推移していたものの、令和3年には減少に転じ、令和4年には2,165人となっています。前期高齢者は増加傾向、後期高齢者は減少傾向で推移しています。高齢化率については年々上昇しており、令和4年には38.9%となっています。

図表 高齢者人口と高齢化率の推移

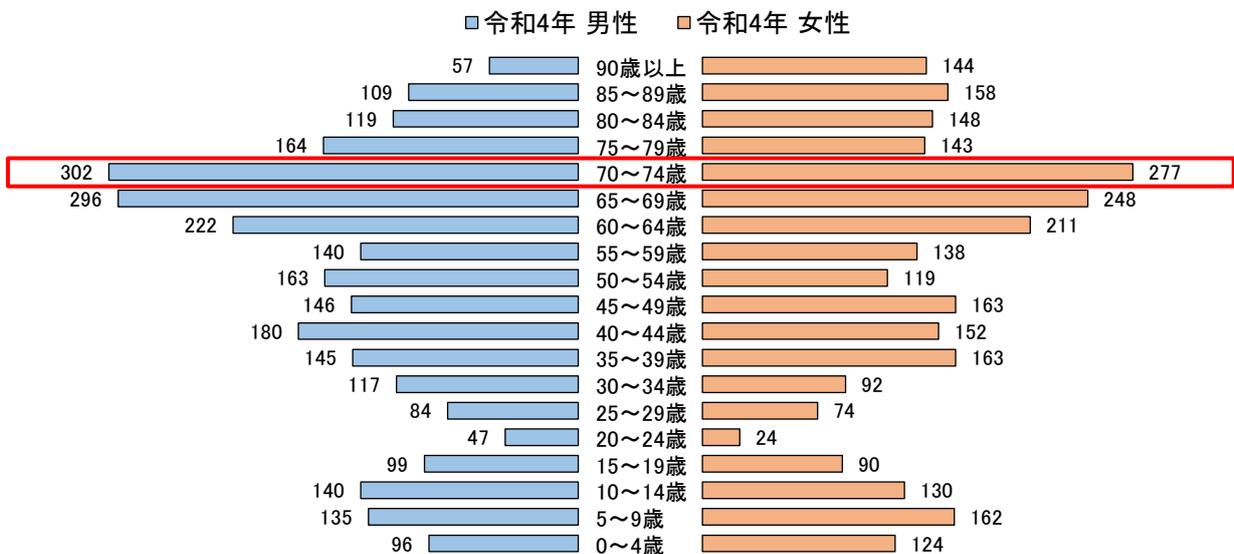


出所：平成27年～令和2年は知名町住民基本台帳 10月1日現在
令和3年、令和4年のみ 鹿児島県 県人口移動調査（推計人口）年報（各年10月1日現在）

(2) 男女別5歳階級別人口構成

本町の男女別5歳階級別人口構成をみると、最多年齢帯は「70～74歳」となっています。今後10年でみると「60～64歳」人口が少ないことから、高齢者人口は減少するものの、後期高齢者人口は増加すると考えられます。

図表 男女別5歳階級別人口



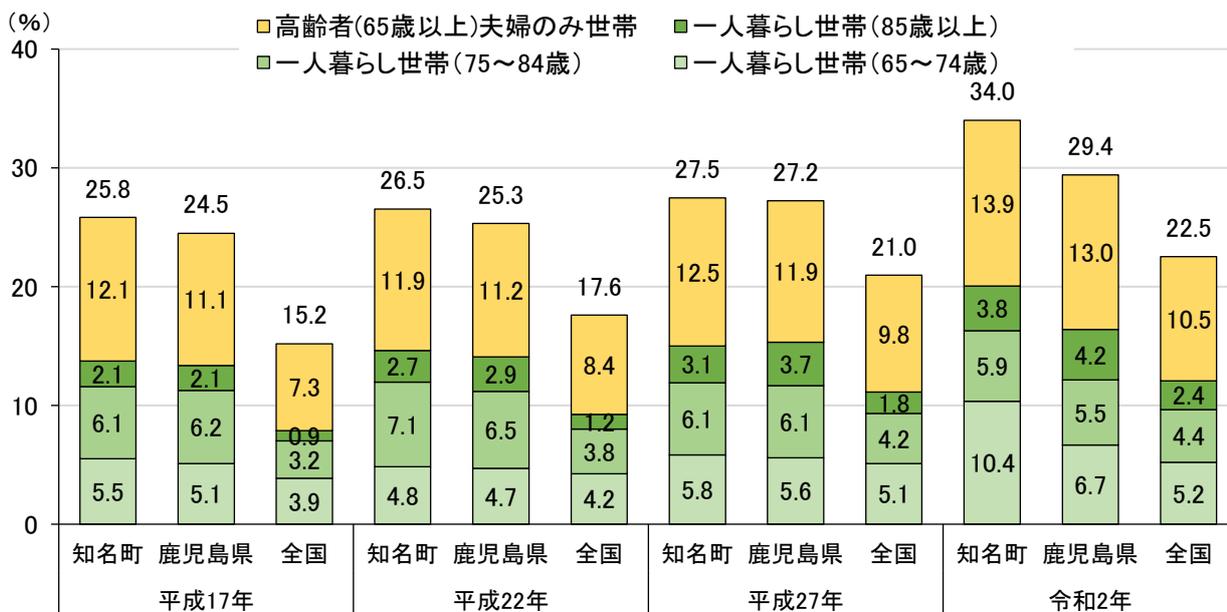
出所：鹿児島県「鹿児島県の人口推計」10月1日現在

2 高齢者の状況

(1) 高齢者の世帯の状況

本町の一般世帯数に占める高齢者ひとり暮らし世帯と高齢者夫婦のみ世帯の割合は、上昇傾向にあり、令和2年の高齢者夫婦のみの世帯は13.9%、高齢者ひとり暮らし世帯の割合は20.1%、合計34.0%となっています。全国・県と比較し高い状況にあります。

図表 一般世帯数に占める高齢者ひとり暮らし世帯と高齢者夫婦のみ世帯の割合

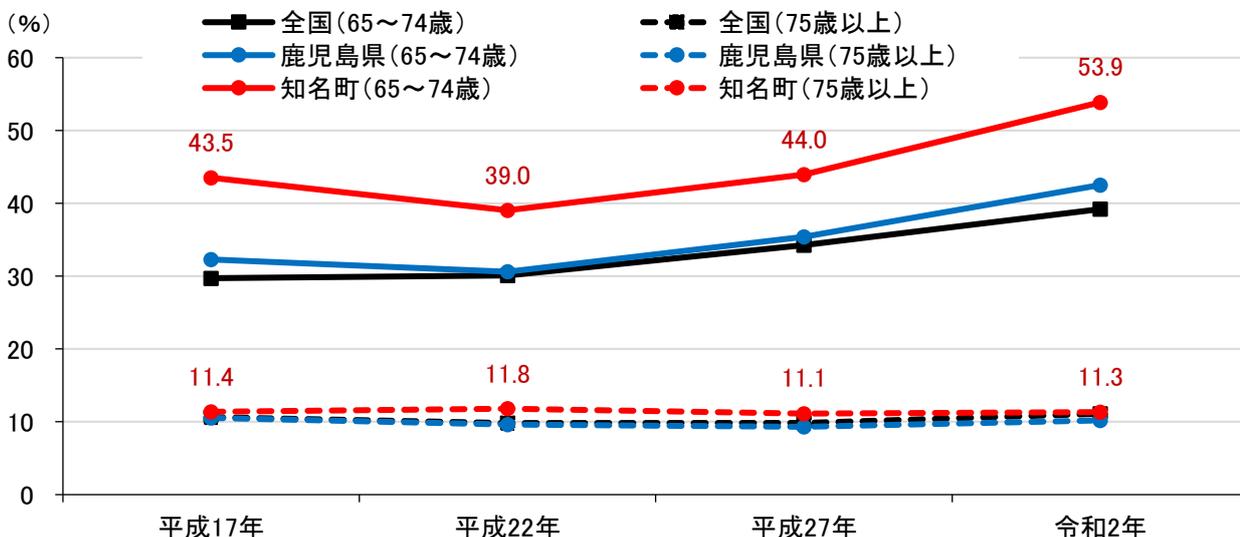


出所：各年国勢調査

(2) 高齢者の就業状況

本町の高齢者の就業状況の推移をみると、後期高齢者の就業割合に大きな変化はみられないものの、前期高齢者の就業割合は平成22年以降上昇しており、令和2年の前期高齢者の就業割合は53.9%と全国・県の割合を上回っています。

図表 高齢者の就業割合



出所：各年国勢調査

3 介護保険サービスの状況

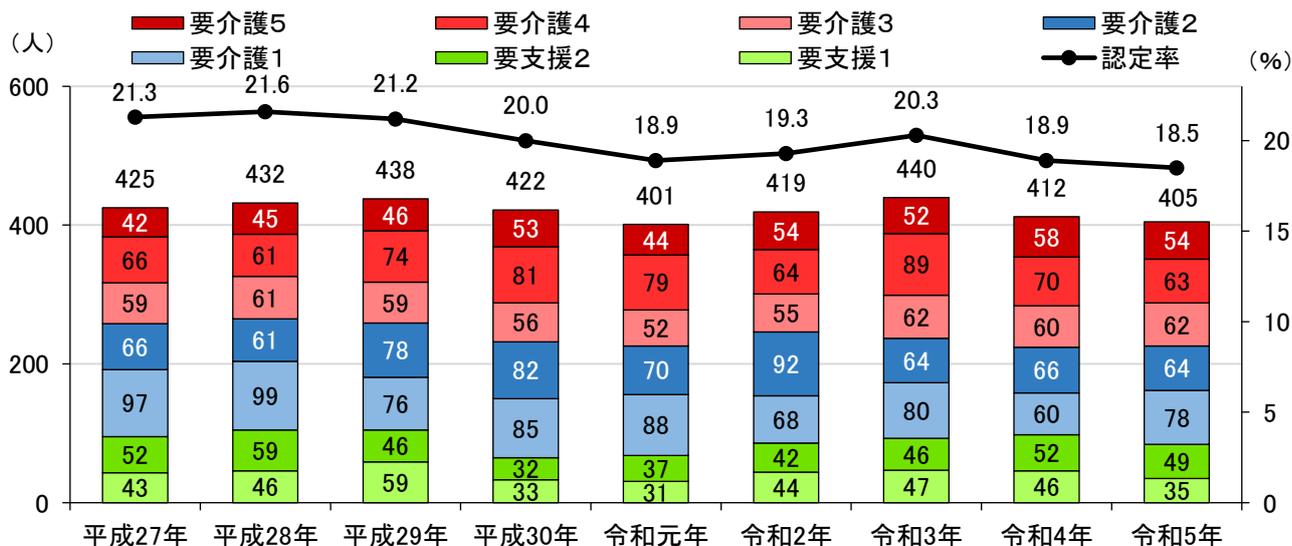
(1) 要介護（要支援）認定者数及び認定率

①要介護（要支援）認定者数及び認定率の推移

本町の要介護（要支援）認定者数は、増減を繰り返して推移しており、令和5年の要介護（要支援）認定者数は405人となっています。要介護（要支援）認定者数を介護度別にみると、「要介護1」が最も多くなっています。

本町の令和5年の認定率は18.1%であり、全国・県よりやや低くなっています。

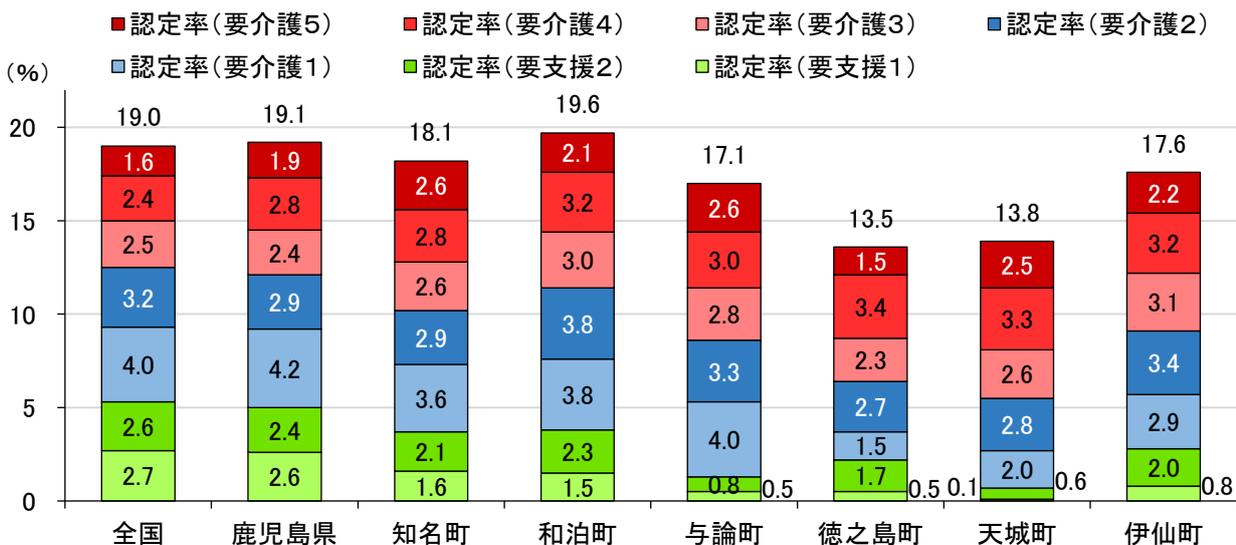
図表 本町の介護度別認定者数と認定率の推移



出所：見える化システム

(厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和3,4,5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報))

図表 国・県・近隣自治体との認定率の比較(令和5年)



出所：見える化システム(厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報)

②年齢別認定者出現率の推移

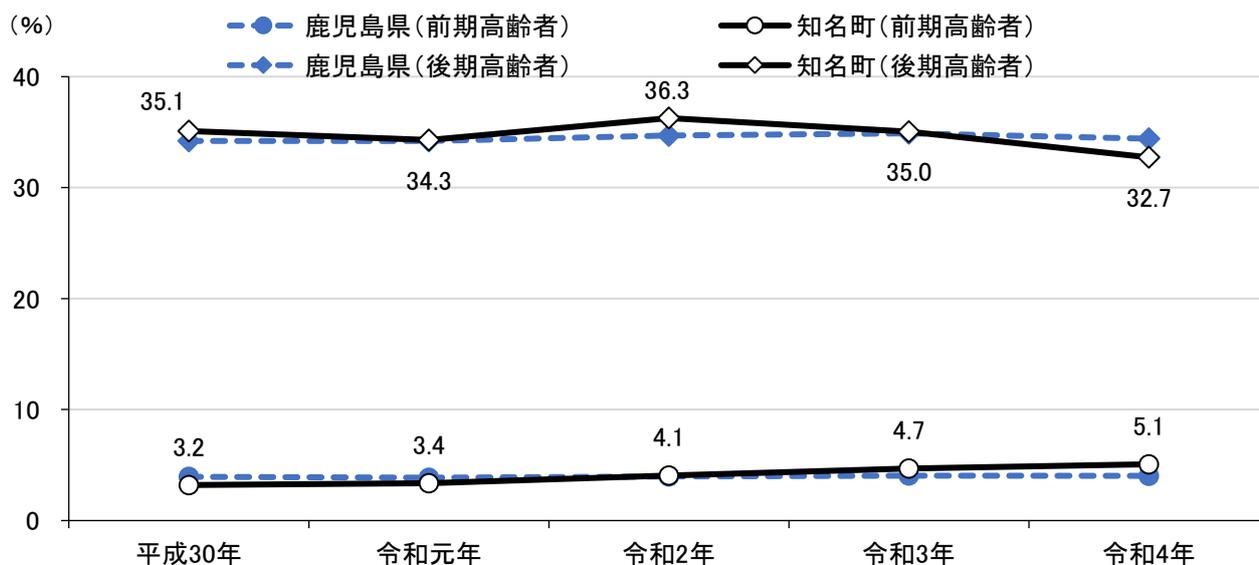
平成30年から令和4年までの本町の要介護（要支援）認定者出現率についてみると、前期高齢者は3～5%程度、後期高齢者は32～37%程度で推移しており、どちらも県平均とほぼ同じ水準となっています。

図表 要介護（要支援）認定者出現率の推移

| | | 第2号被保険者 | | 第1号被保険者 | | | | | | |
|-------|------|---------|--------|---------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|
| | | 前期高齢者 | | | | 後期高齢者 | | | 計 | |
| | | 40～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 | 計 | 75～79歳 | 80～84歳 | 85～89歳 | | 90歳以上 |
| 平成30年 | 認定者数 | 17 | 19 | 12 | 31 | 43 | 74 | 124 | 142 | 383 |
| | 構成割合 | 3.9% | 4.4% | 2.8% | 7.2% | 10.0% | 17.2% | 28.8% | 32.9% | 88.9% |
| | 出現率 | 0.9% | 3.3% | 3.1% | 3.2% | 14.3% | 22.0% | 44.8% | 79.8% | 35.1% |
| | 県出現率 | 0.3% | 2.8% | 5.5% | 3.9% | 12.0% | 26.4% | 49.1% | 75.2% | 34.2% |
| 令和元年 | 認定者数 | 12 | 16 | 18 | 34 | 37 | 68 | 120 | 148 | 373 |
| | 構成割合 | 2.9% | 3.8% | 4.3% | 8.1% | 8.8% | 16.2% | 28.6% | 35.3% | 89.0% |
| | 出現率 | 0.7% | 2.7% | 4.3% | 3.4% | 12.5% | 20.9% | 42.9% | 79.6% | 34.3% |
| | 県出現率 | 0.3% | 2.8% | 5.2% | 3.9% | 11.7% | 26.2% | 48.6% | 75.2% | 34.2% |
| 令和2年 | 認定者数 | 11 | 24 | 19 | 43 | 42 | 77 | 121 | 160 | 400 |
| | 構成割合 | 2.4% | 5.3% | 4.2% | 9.5% | 9.3% | 17.0% | 26.7% | 35.2% | 88.1% |
| | 出現率 | 0.6% | 4.0% | 4.2% | 4.1% | 13.9% | 25.2% | 41.7% | 78.0% | 36.3% |
| | 県出現率 | 0.3% | 2.7% | 5.3% | 4.0% | 11.8% | 25.3% | 48.1% | 76.6% | 34.7% |
| 令和3年 | 認定者数 | 13 | 19 | 33 | 52 | 36 | 75 | 112 | 147 | 370 |
| | 構成割合 | 3.0% | 4.4% | 7.6% | 12.0% | 8.3% | 17.2% | 25.7% | 33.8% | 85.1% |
| | 出現率 | 0.8% | 3.3% | 6.3% | 4.7% | 12.1% | 26.2% | 41.0% | 73.9% | 35.0% |
| | 県出現率 | 0.3% | 2.7% | 5.3% | 4.0% | 11.6% | 24.6% | 47.3% | 76.8% | 34.9% |
| 令和4年 | 認定者数 | 10 | 15 | 42 | 57 | 36 | 64 | 101 | 140 | 341 |
| | 構成割合 | 2.5% | 3.7% | 10.3% | 14.0% | 8.8% | 15.7% | 24.8% | 34.3% | 83.6% |
| | 出現率 | 0.6% | 2.8% | 7.3% | 5.1% | 11.7% | 24.0% | 37.8% | 69.7% | 32.7% |
| | 県出現率 | 0.3% | 2.6% | 5.3% | 4.0% | 11.0% | 24.0% | 47.0% | 77.0% | 34.4% |

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」 各年9月末
 鹿児島県 県人口移動調査（推計人口）年報（各年10月1日現在）

図表 第1号被保険者 要介護（要支援）認定者出現率の推移



出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」 各年9月末
 鹿児島県 県人口移動調査（推計人口）年報（各年10月1日現在）

(2) 近隣自治体との比較

①本町と近隣自治体の状況

本町の高齢者の状況について和泊町、与論町、徳之島町、天城町、伊仙町と比較します。

図表 本町と近隣自治体の人口・高齢化率・認定率の状況（令和4年）

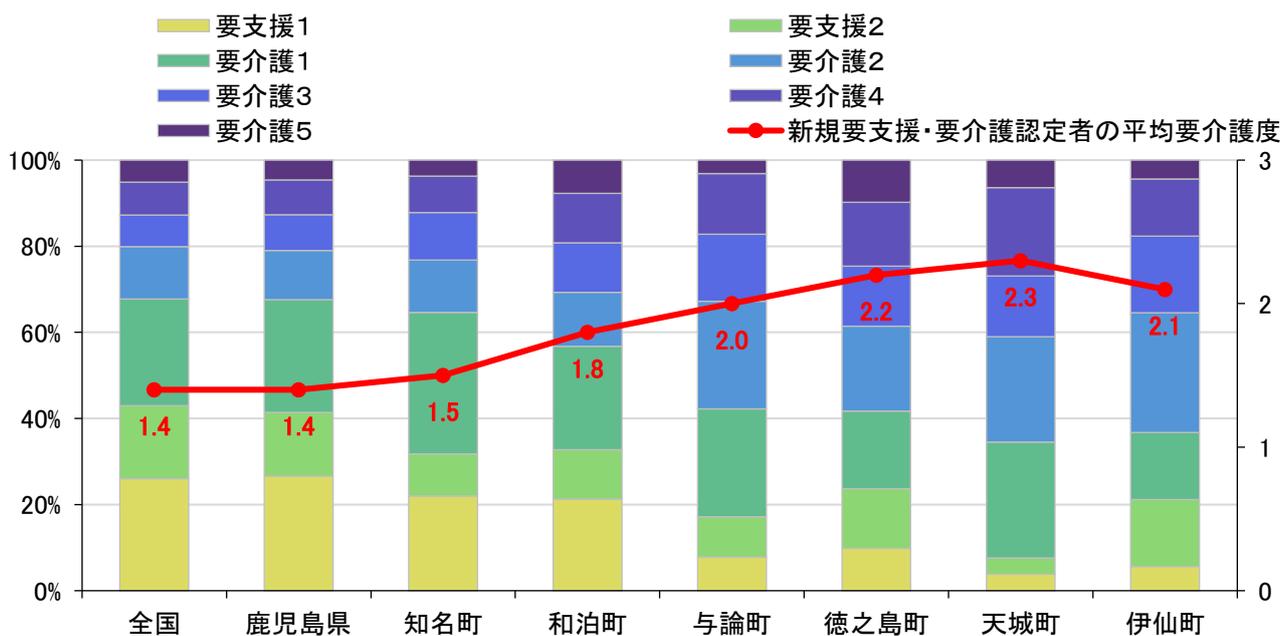
| 区分 | 知名町 | 和泊町 | 与論町 | 徳之島町 | 天城町 | 伊仙町 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 総人口(人) | 5,540 | 6,127 | 4,923 | 9,832 | 5,423 | 5,849 |
| 高齢化率(%) | 38.8 | 37.4 | 37.3 | 35.0 | 38.4 | 39.5 |
| 認定率(%) | 18.5 | 19.4 | 16.9 | 13.6 | 13.4 | 17.6 |

出所：見える化システム

②新規要支援・要介護認定者の介護度別分布及び平均要介護度

本町と近隣自治体の新規要支援・要介護認定者の状況をみると、本町の新規要支援・要介護認定者の平均要介護度は、近隣自治体より低くなっています。

図表 本町と近隣自治体の新規認定者の状況（令和3年）

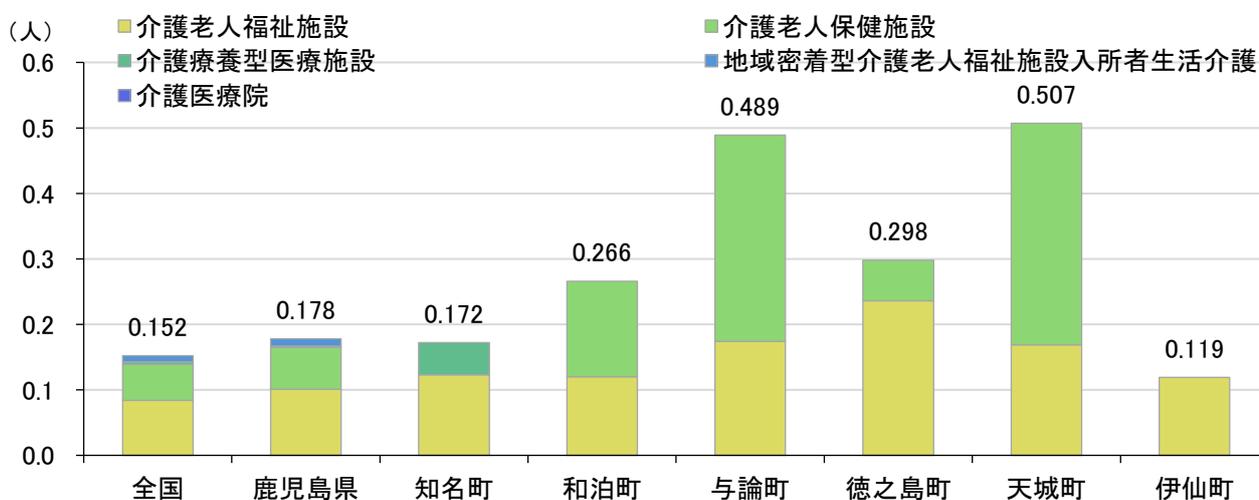


出所：見える化システム

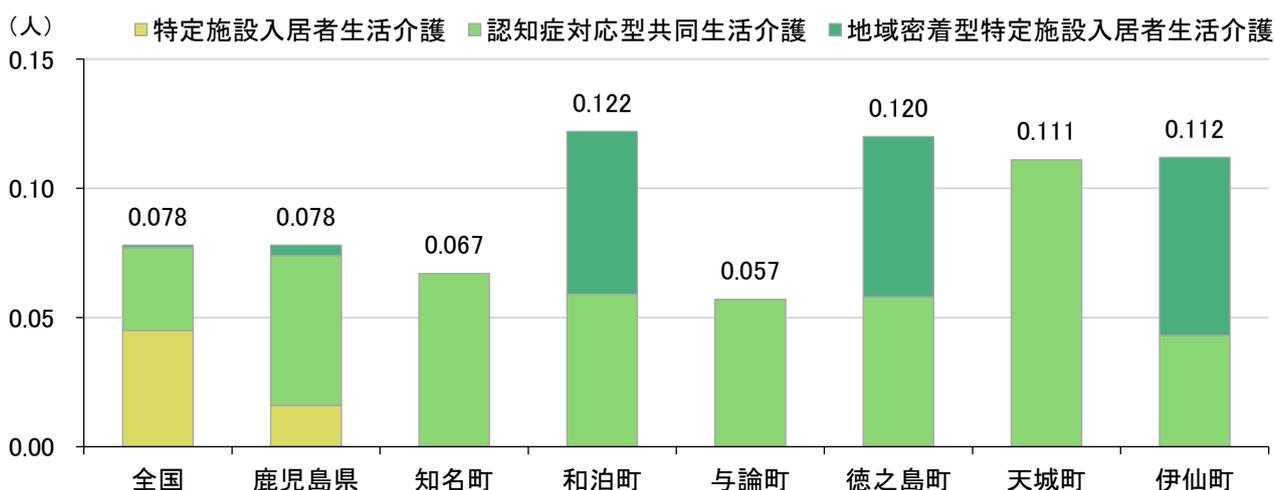
③要支援・要介護者一人あたり定員数

本町の要支援・要介護者一人あたり定員数について、近隣自治体を比較すると、通所系サービスが高い状況にあります。

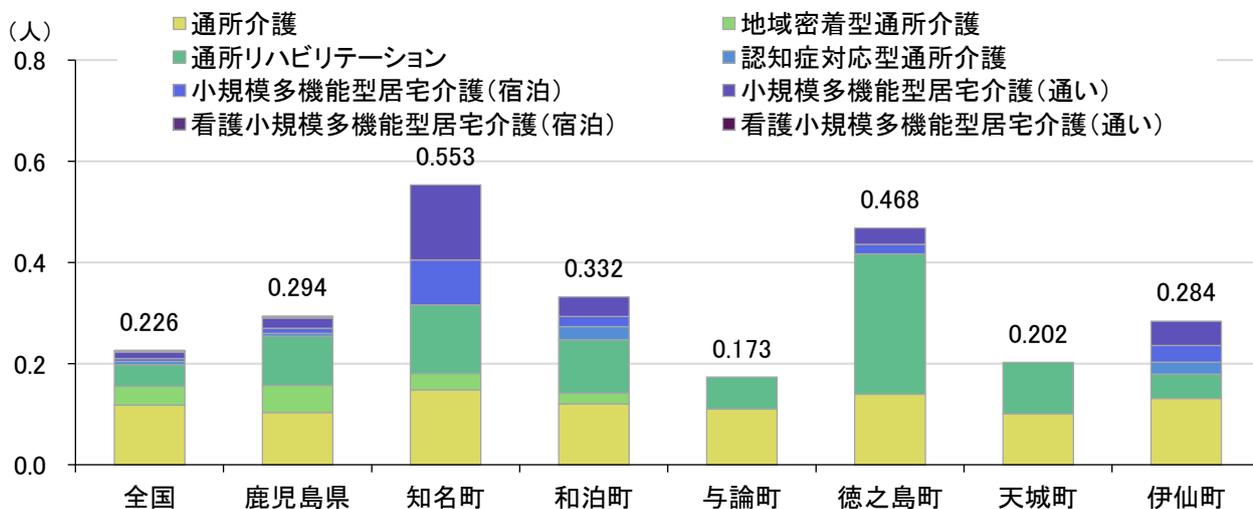
図表 要支援・要介護者一人あたり定員数【施設サービス】(令和4年)



図表 要支援・要介護者一人あたり定員数【居住系サービス】(令和4年)



図表 要支援・要介護者一人あたり定員数【通所系サービス】(令和4年)

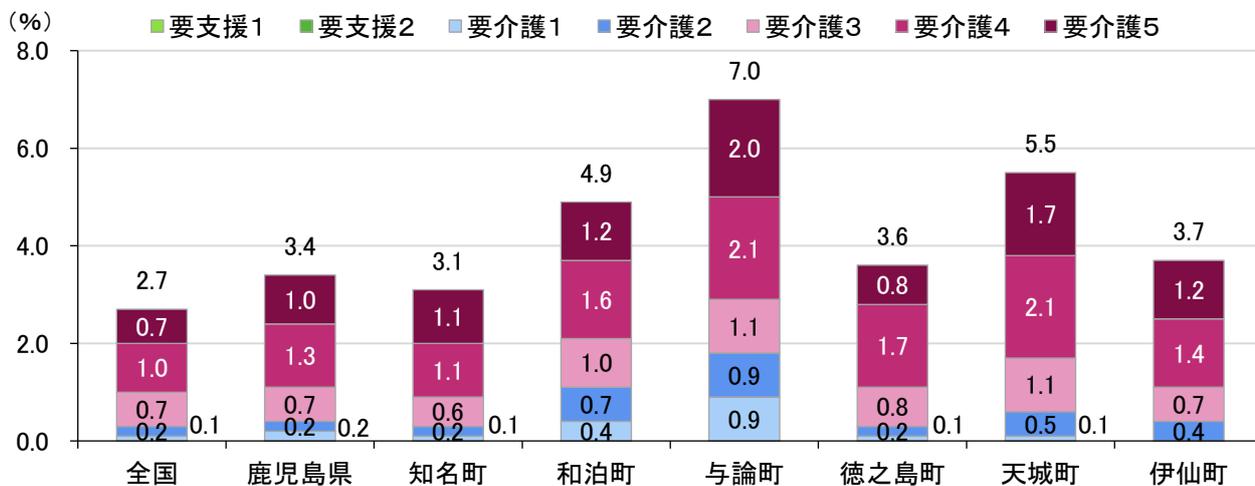


出所：見える化システム

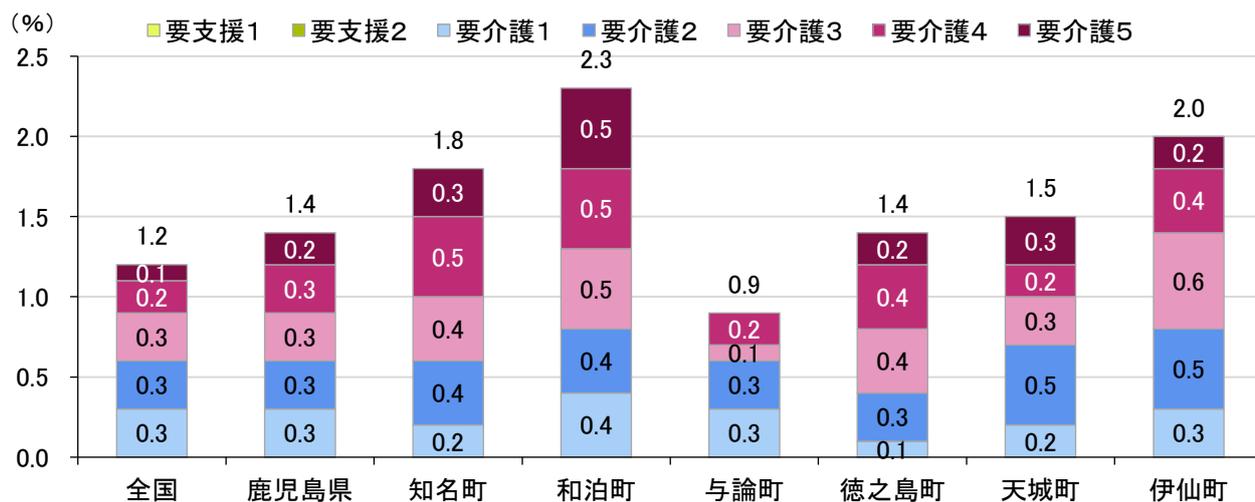
④受給率

本町の受給率を近隣自治体と比較すると、本町は施設サービスの受給率が低く、在宅サービスが高い状況にあります。

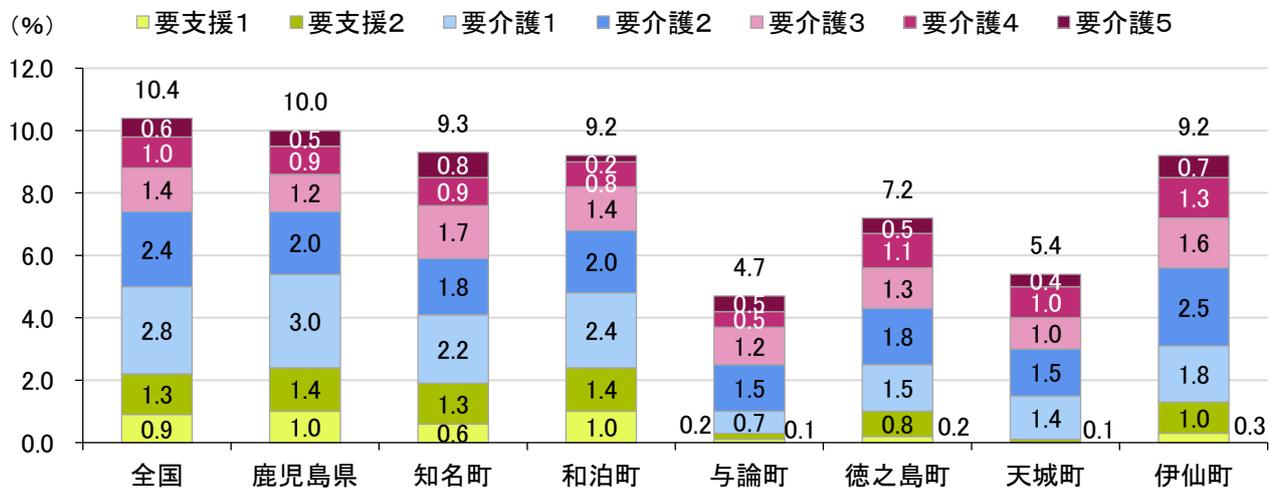
図表 受給率【施設サービス】(令和4年)



図表 受給率【居住系サービス】(令和4年)



図表 受給率【在宅サービス】(令和4年)



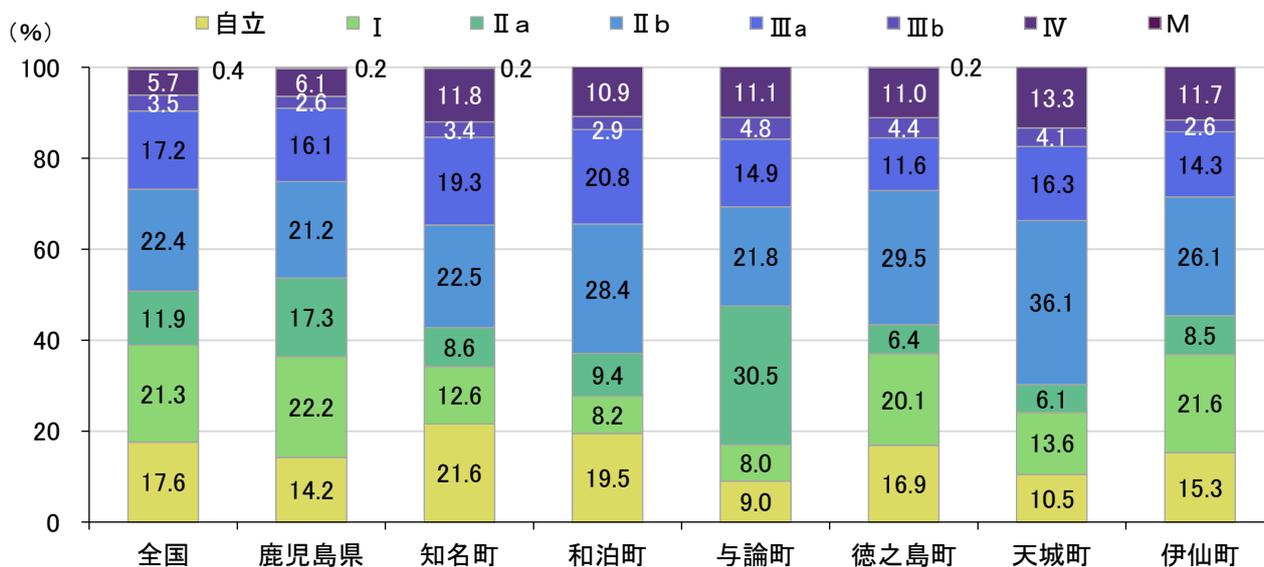
出所：見える化システム

⑤認知症高齢者の日常生活自立度

本町の認知症高齢者の日常生活自立度をみると、自立度のうち「ランクⅡb」の占める割合が最も高く22.5%となっています。

今後、後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者も増加することが予想されるため、認知症高齢者に対する介護サービス基盤の整備が重要となってきます。

図表 認知症高齢者の日常生活自立度（令和4年）



出所：見える化システム

図表 認知症高齢者の日常生活自立度の各ランクの定義

| ランク | 判断基準 | 見られる症状・行動の例 |
|-------|--|--|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 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。 | |
| | II a 家庭外で上記IIの状態がみられる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| II b | 家庭内でも上記IIの状態が見られる。 | 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等 |
| III | 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、介護を必要とする。 | |
| | III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| III b | 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。 | ランクIII aに同じ |
| IV | 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頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクIIIに同じ |
| M | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

4 高齢者実態調査

(1) 在宅要介護（要支援）者調査

①ご家族や生活状況

家族構成について、「息子・娘との2世帯」が30.2%と最も高くなっています。高齢者のみの世帯（「1人暮らし」と「夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）」の合計）が全体の50.9%となっています。

介護・介助の必要性について、介護・介助が必要な方（「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」）は95.0%となっています。

図 家族構成

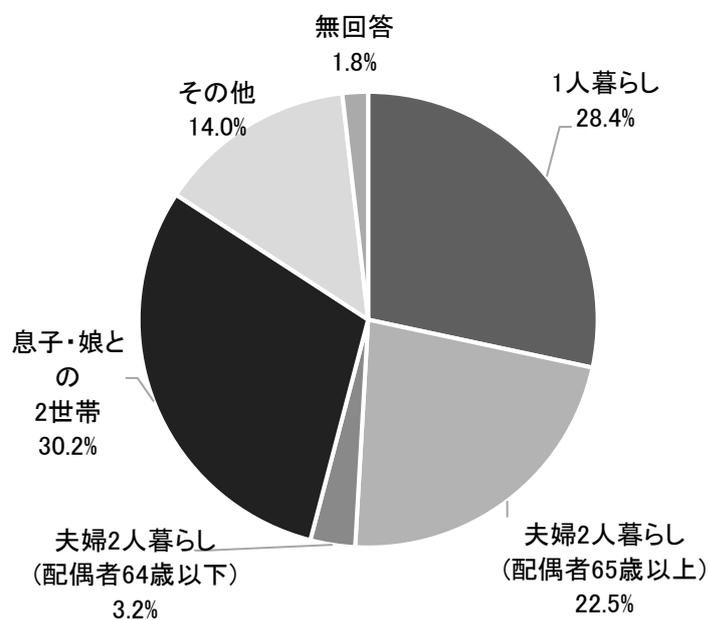
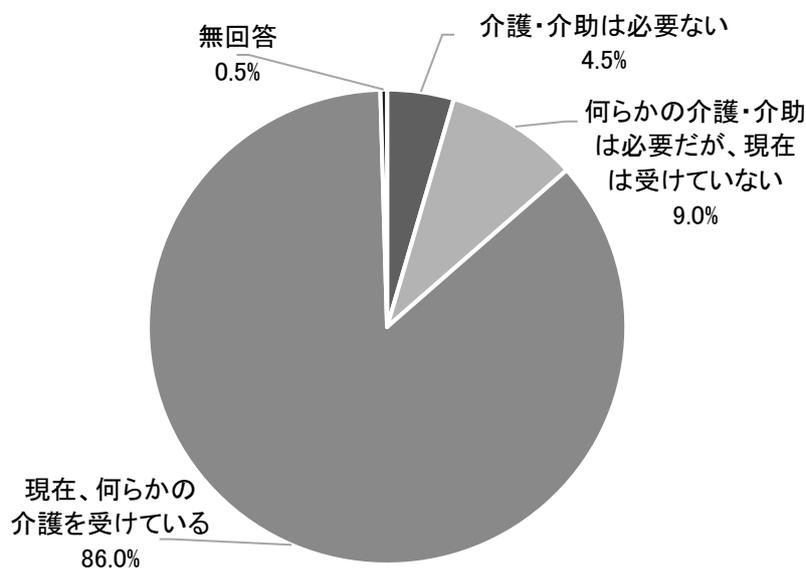


図 介護・介助の必要性



②介護・介助が必要になった原因等

介護・介助が必要になった主な原因は「認知症」の割合が最も高く、次いで「骨折・転倒」となっています。

現在、治療中または後遺症のある病気は、「高血圧」の割合が最も高く、次いで「認知症」となっています。

図 介護・介助が必要になった主な原因

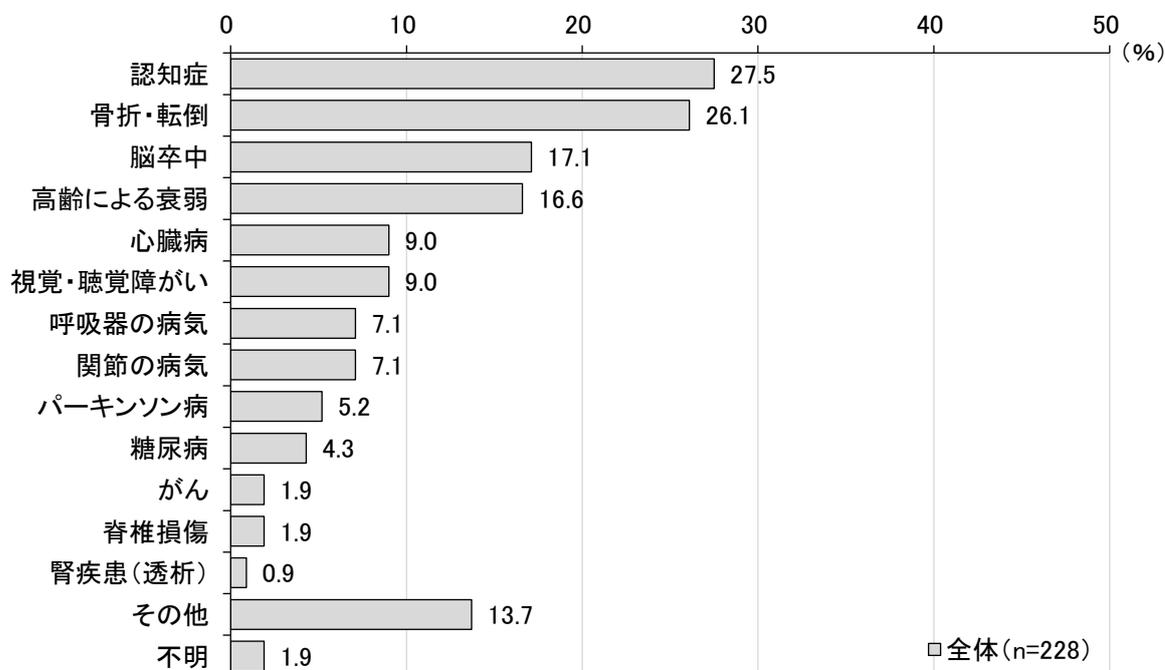
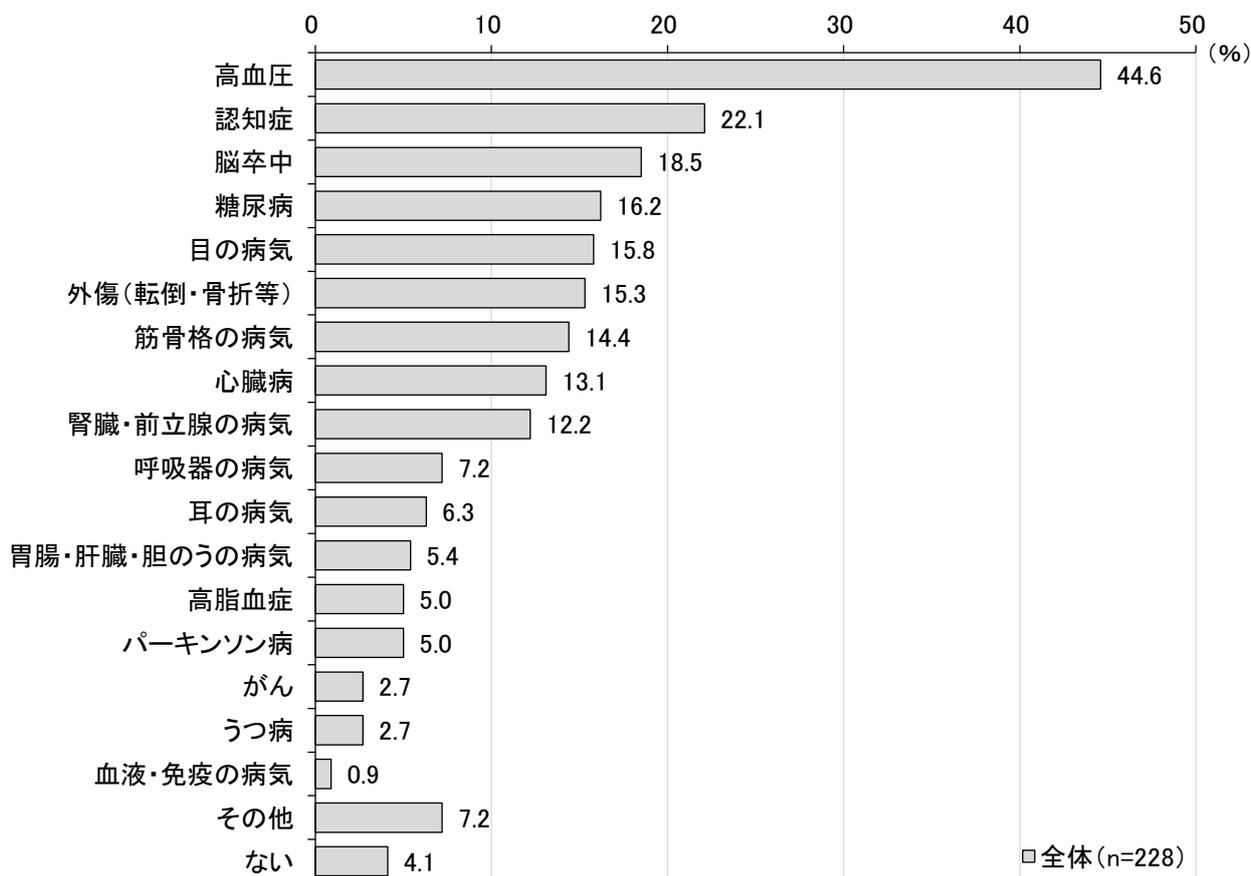


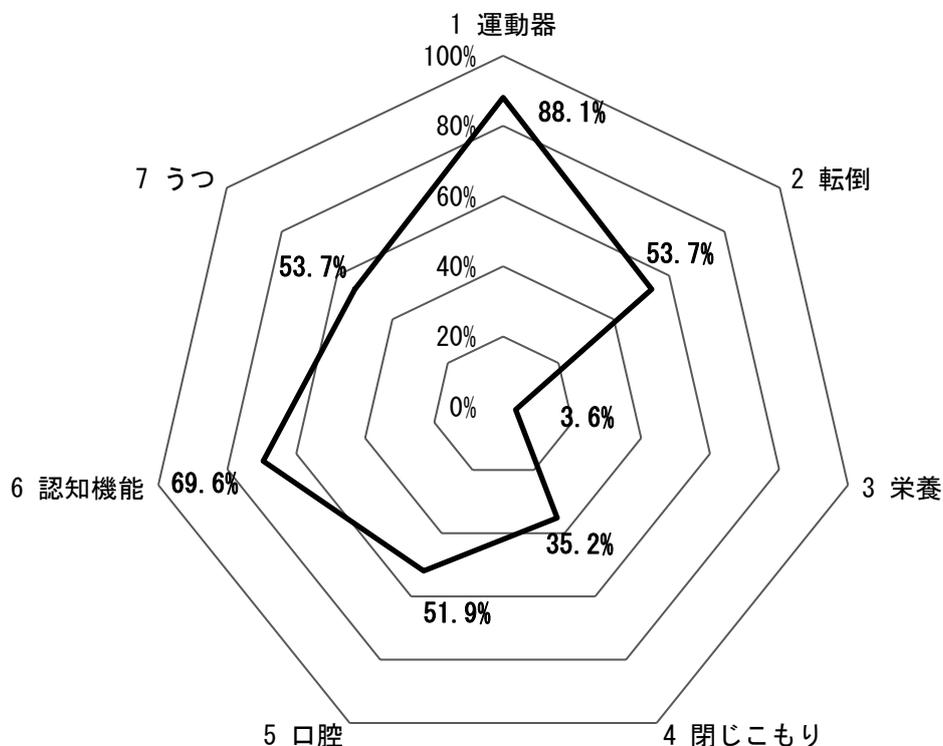
図 現在治療中または後遺症のある病気



③機能別評価

生活機能の評価項目ごとの該当者（リスク有）の割合をみると、「運動器」、「認知機能」のリスク者割合が高くなっています。

図 リスク者割合



在宅介護実態調査機能別評価

| 区分 | 運動器 | 転倒 | 栄養 | 閉じこもり | 口腔 | 認知機能 | うつ |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 全体 | 210 | 216 | 194 | 216 | 210 | 217 | 205 |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| リスク無 | 25 | 100 | 187 | 140 | 101 | 66 | 95 |
| | 11.9% | 46.3% | 96.4% | 64.8% | 48.1% | 30.4% | 46.3% |
| リスク有 | 185 | 116 | 7 | 76 | 109 | 151 | 110 |
| | 88.1% | 53.7% | 3.6% | 35.2% | 51.9% | 69.6% | 53.7% |

機能別評価の算出にあたっては、基本属性(年齢・性別)及び対象設問に回答している方を母数としている。

【参考】

機能別評価の算出にあたっては、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」を参考に算出しています。

表 運動器評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|-----|------------------------------|-------------------------------|
| 運動器 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 「3. いいえ」 |
| | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 「3. いいえ」 |
| | 15分位続けて歩いていますか | 「3. いいえ」 |
| | 過去1年間に転んだ経験ありますか | 「1. 何度もある」 「2. 1度ある」 |
| | 転倒に対する不安は大きいですか | 「1. とても不安である」 「2. やや不安である」 |

※3/5以上で該当

表 転倒評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|----|-------------------|-------------------------|
| 転倒 | 過去1年間に転んだ経験がありますか | 「1. 何度もある」 「2. 1度ある」 |

※1/1で該当者

表 栄養評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|----|--------------------------|-------------|
| 栄養 | 身長・体重（BMI） | BMI 18.5 未満 |
| | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 「1. はい」 |

※2/2以上で該当

表 閉じこもり評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|-------|-----------------|----------------------------|
| 閉じこもり | 週に1回以上は外出していますか | 「1. ほとんど外出しない」 「2. 週1回」 |

※1/1で該当

表 口腔評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|----|-------------------------|---------|
| 口腔 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 「1. はい」 |
| | お茶や汁物等でむせることがありますか | 「1. はい」 |
| | 口の渴きが気になりますか | 「1. はい」 |

※2/3以上で該当

表 認知機能評価対象設問

| 機能 | 項目 | 評価 |
|------|--------------|---------|
| 認知機能 | 物忘れが多いと感じますか | 「1. はい」 |

※1/1で該当

表 うつ評価対象設問

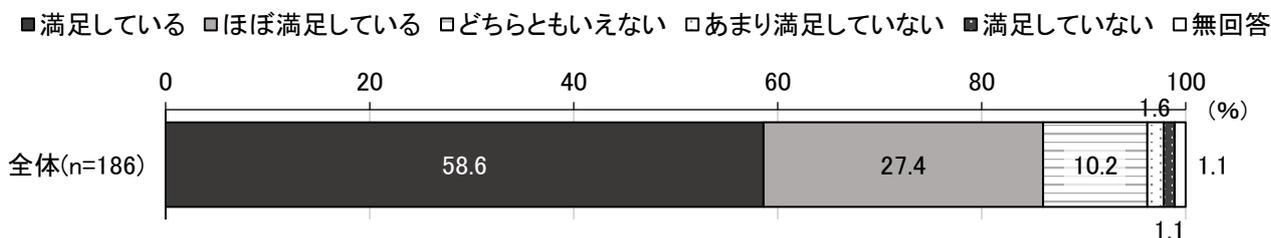
| 機能 | 項目 | 評価 |
|------|---|---------|
| うつ予防 | この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか | 「1. はい」 |
| | この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか | 「1. はい」 |

※1/2以上で該当

④サービス利用者の満足度

サービス利用者の86.0%が満足している（満足している+ほぼ満足している）と回答しています。

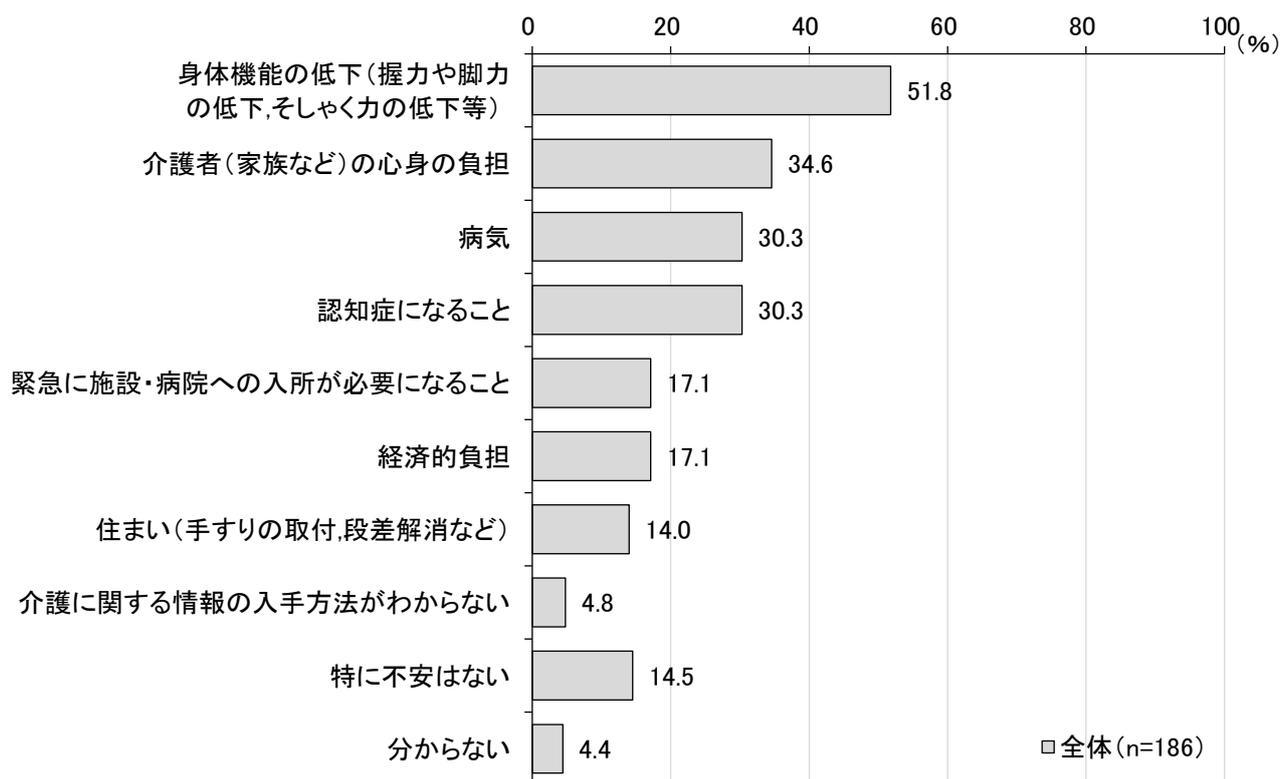
図 サービス利用者の満足度



⑤介護・医療・住まいに関して困っていること

介護・医療・住まいに関して困っていることについて、「身体機能の低下」の割合が最も高く、次いで「介護者の心身の負担」となっています。

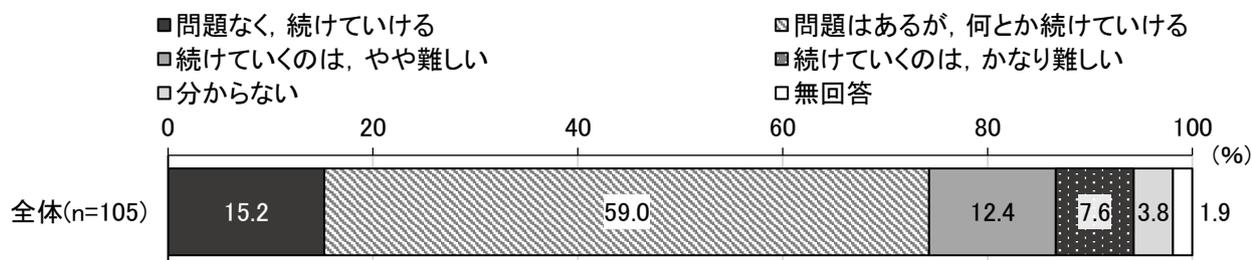
図 介護・医療・住まいに関して困っていること



⑥【介護者への質問】 今後も働きながら介護を続けていけそうですか。

今後も働きながら介護を続けていけるかについて、「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が最も高いものの、「続けていくのは、やや難しい」と、「続けていくのは、かなり難しい」を合わせた割合も 20.0%となっています。

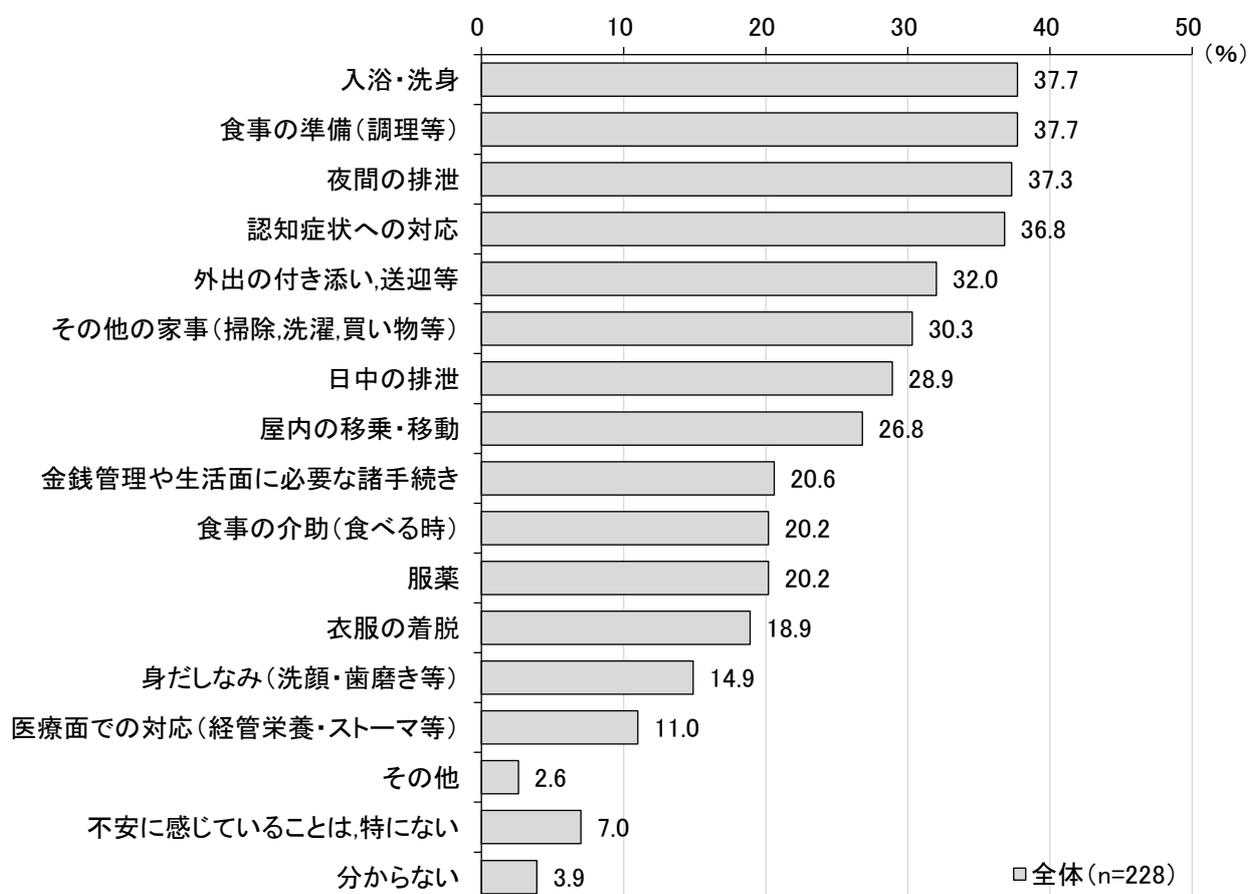
図 今後も働きながら介護を続けていけそうか



⑦【介護者への質問】 現在の生活を継続していくにあたって、介護者の方が不安に感じる介護等(在宅介護限界点)について

介護者が不安に感じる介護等について、「入浴・洗身」、「食事の準備」、「夜間の排泄」、「認知症状への対応」が上位となっています。

図 介護者が不安に感じる介護内容

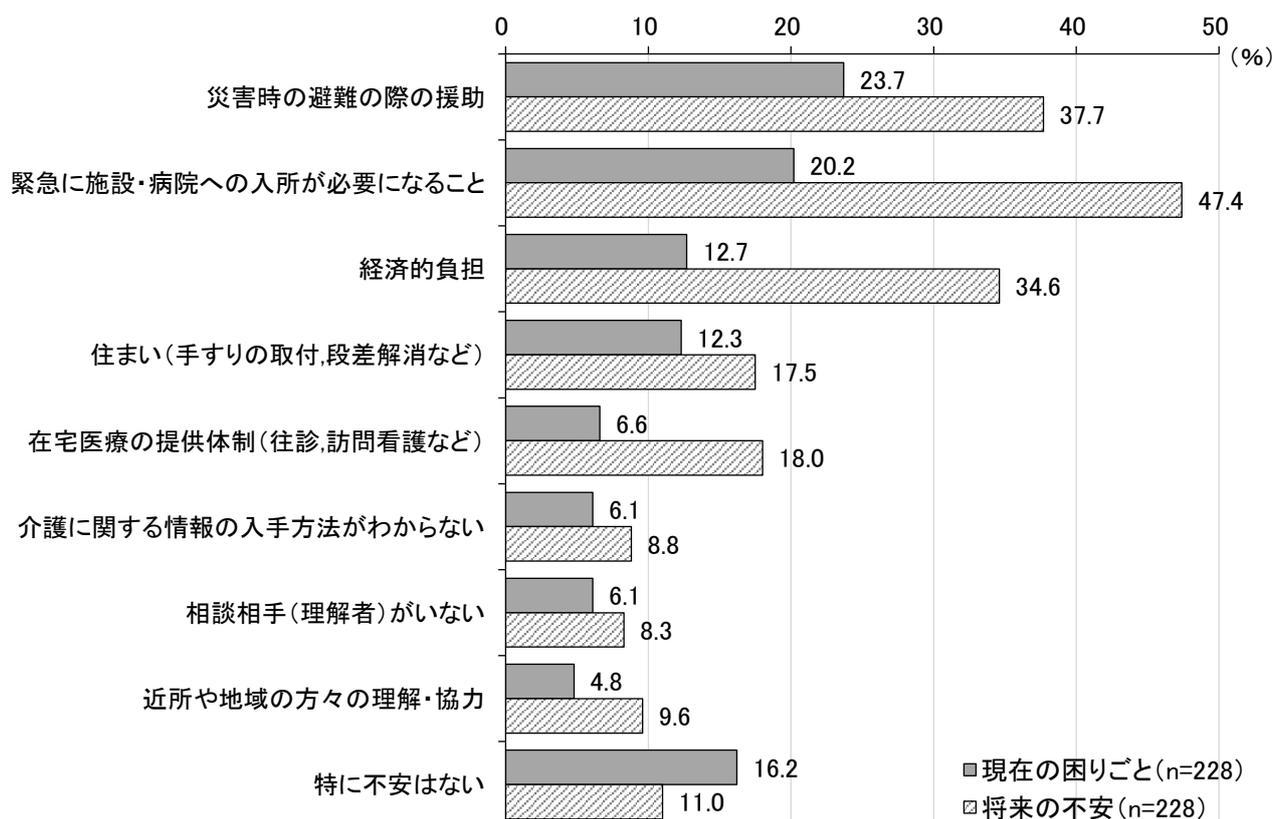


⑧【介護者への質問】在宅での介護を行う上で、現在困っていることや将来の不安はありますか。

介護者の方が在宅での介護を行う上で現在困っていることは、「災害時の避難の際の援助」が最も高く、将来の不安では「緊急に施設・病院への入所が必要になること」が最も高くなっています。

また、現在困っていることと将来の不安の差異については、「緊急に施設・病院への入所が必要になること」が最も大きく、次いで「経済的負担」となっています。

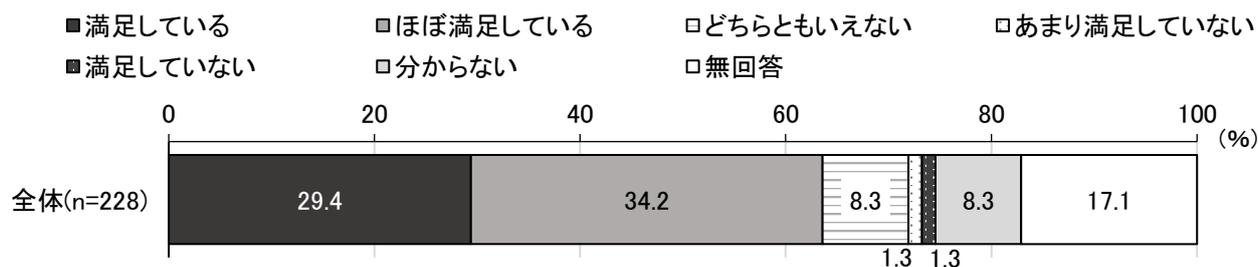
図 在宅介護を行う上で現在困っていること、将来の不安



⑨【介護者への質問】介護をする立場として、要介護（要支援）者ご本人が現在利用しているサービスの満足度について

介護者の立場として、現在利用しているサービスについて、63.6%が満足している（「満足している」+「ほぼ満足している」）と回答しています。

図 介護者が思う、要介護者本人のサービス利用満足度



(2) 一般高齢者調査

①ご家族や生活状況

家族構成について、「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が38.3%と最も多く、次いで「1人暮らし」の24.9%となっており、高齢者のみの世帯が全体の63.2%となっています。

介護・介助の必要性について、「介護・介助は必要ない」が72.5%であり、介護・介助が必要な方(「介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」)は17.3%となっています。

図 家族構成

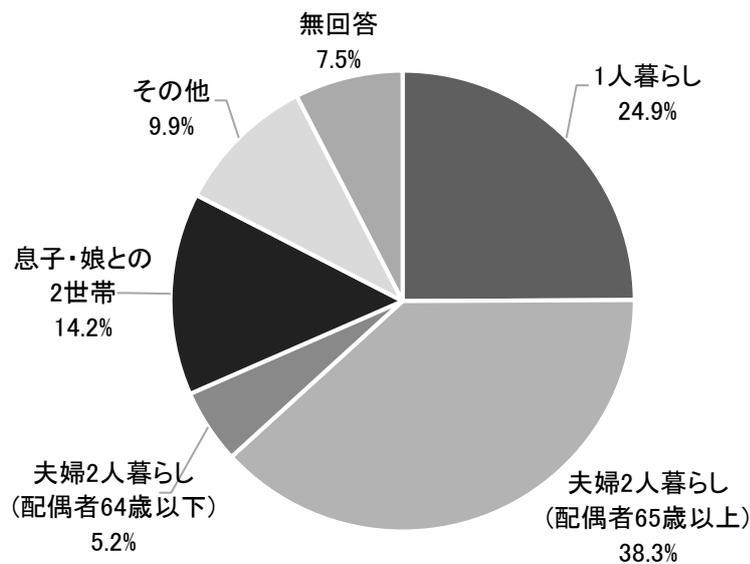
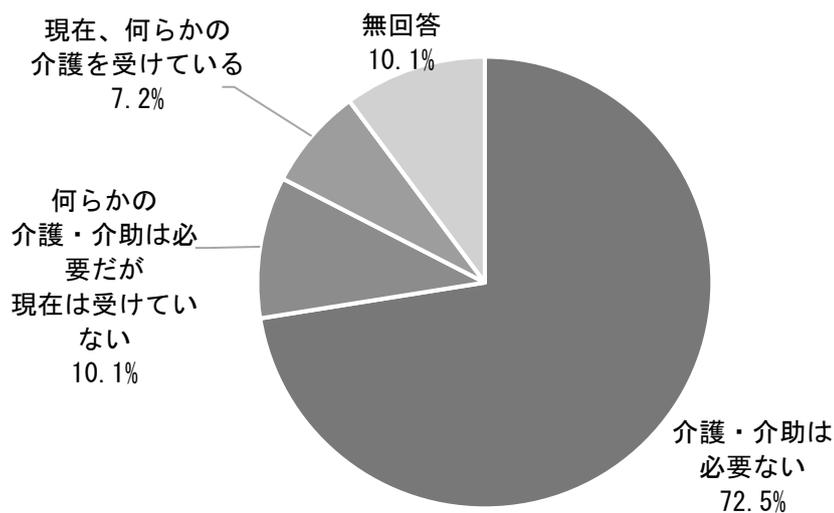


図 介護・介助の必要性



②介護・介助が必要になった原因等

介護・介助が必要になった主な原因は「高齢による衰弱」の割合が最も高く、現在治療中または後遺症のある病気は、「高血圧」の割合が最も高くなっています。

高血圧は、脳卒中や心筋梗塞を引き起こすリスクがあることから、これらの既往歴がある方を中心とした取り組みが必要と考えられます。

図 介護・介助が必要になった主な原因

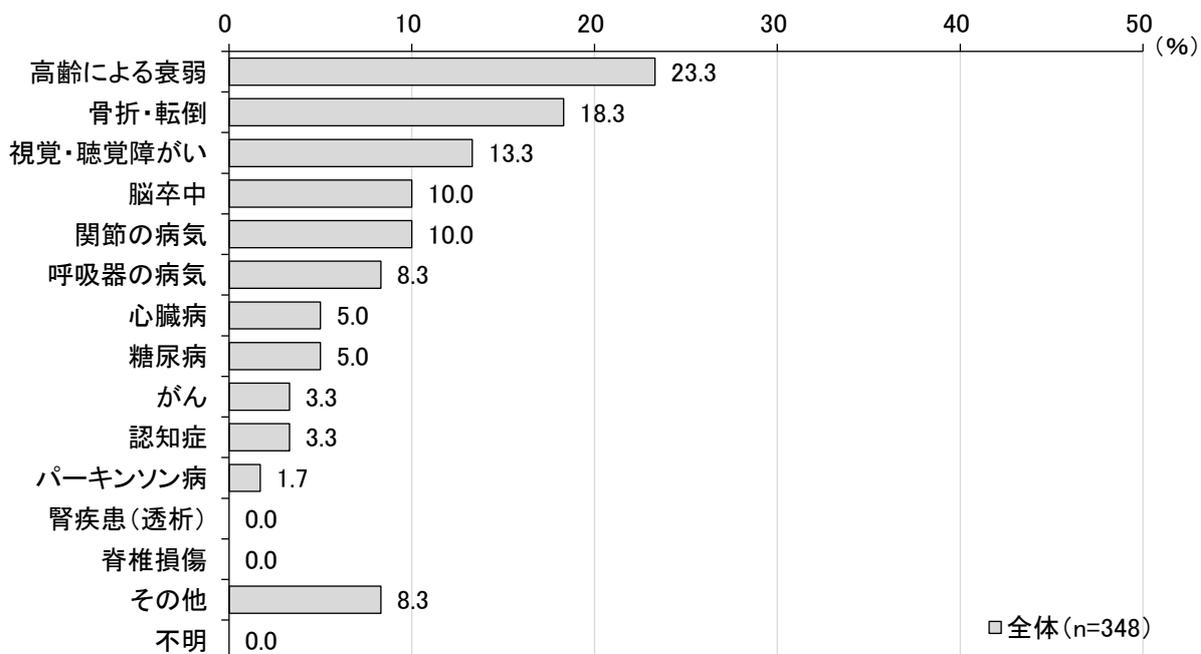
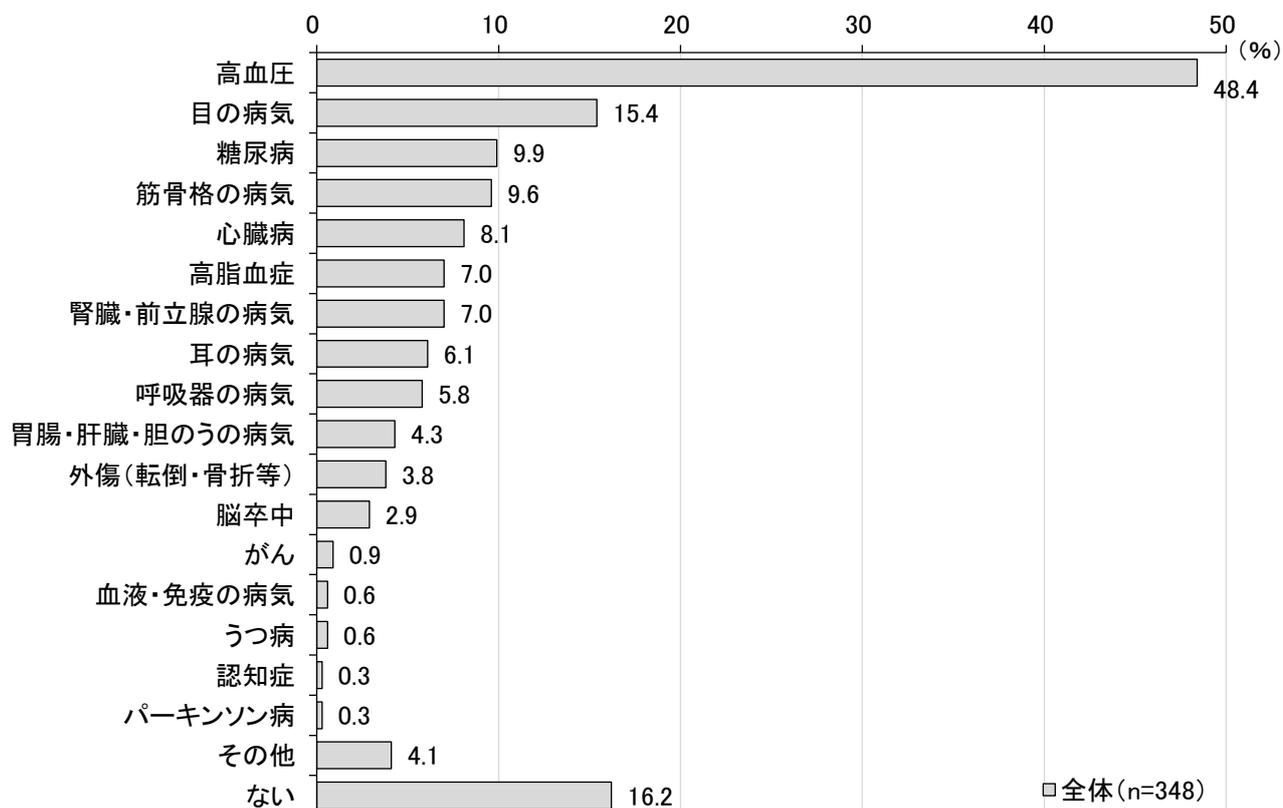


図 現在治療中または後遺症のある病気



③助け合いについて

あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（情緒的サポート）について、「配偶者」が42.5%と最も高くなっており、「そのような人はいない」は5.7%となっています。

あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（手段的サポート）について、「配偶者」が45.4%と最も高くなっており、「そのような人はいない」は8.6%となっています。

図 あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人

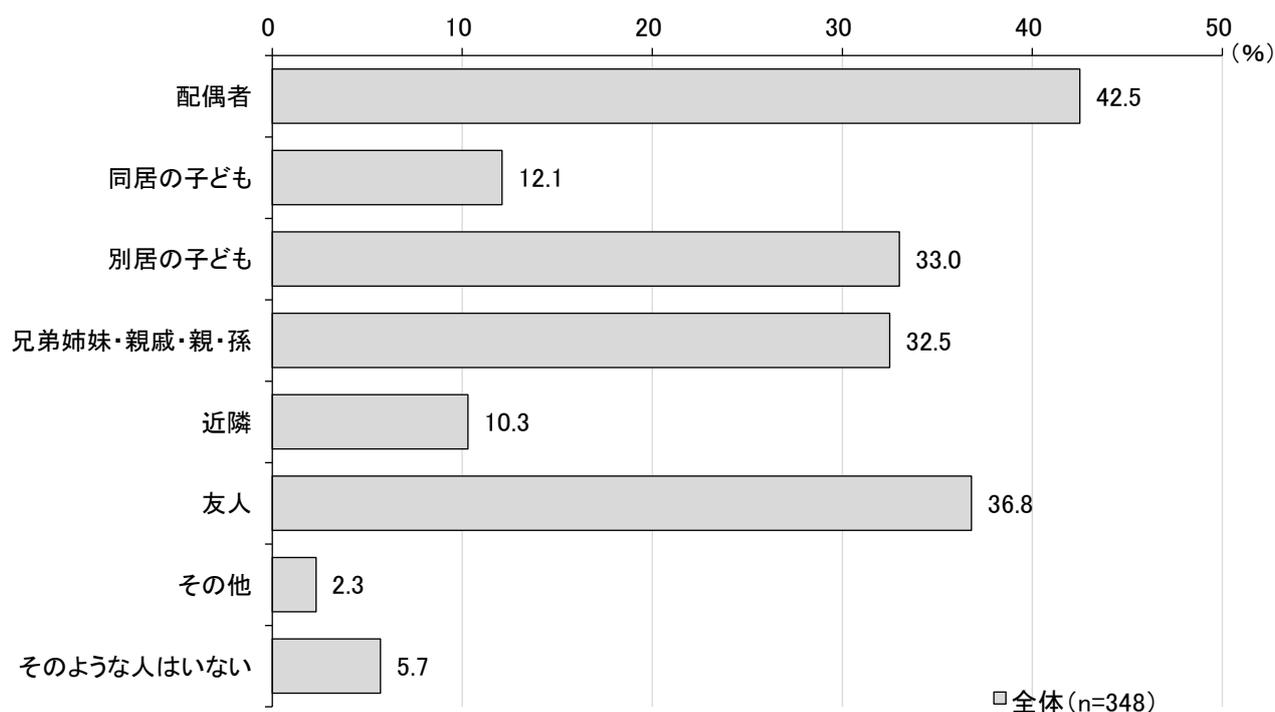
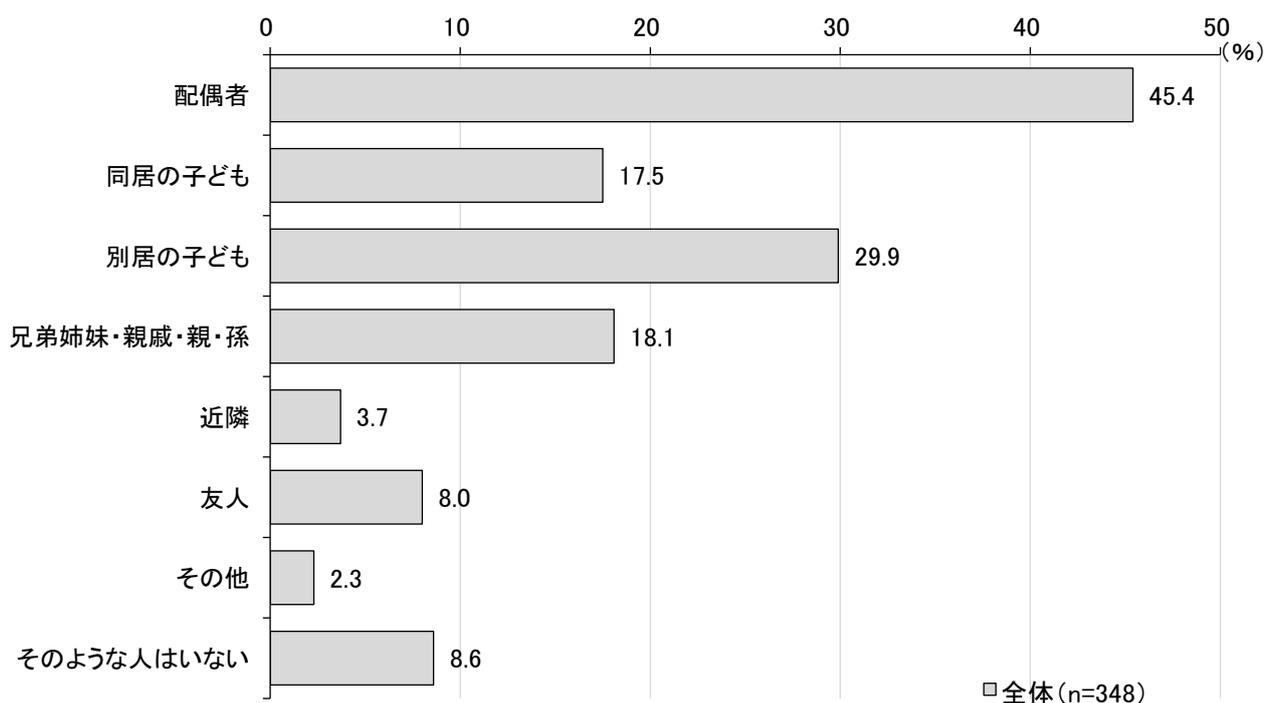


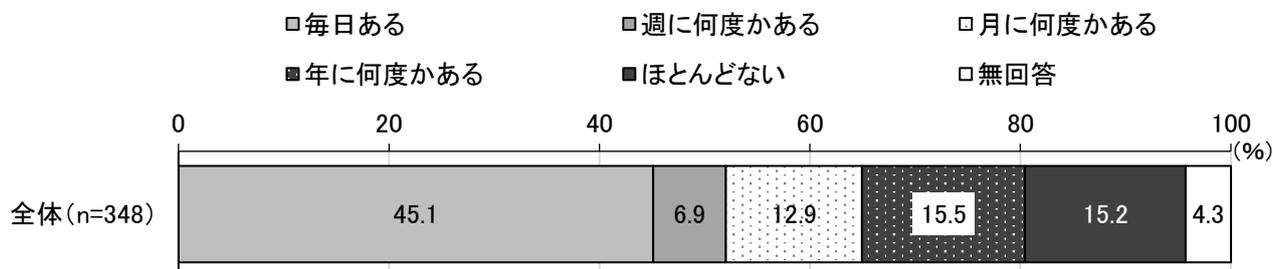
図 あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人



④誰かと食事をとる機会について

誰かと食事をとる機会の有無について、「毎日ある」の割合が45.1%と最も高くなっています。一方、孤食が懸念される方（「年に何度かある」+「ほとんどない」）の割合は30.7%となっています。

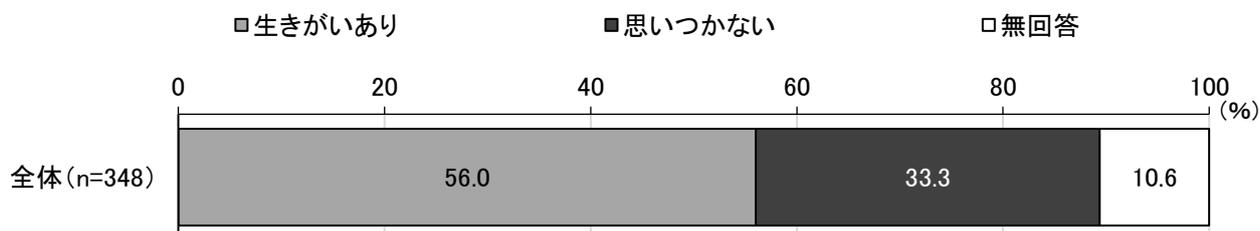
図 誰かと食事をとる機会



④生きがいについて

生きがいの有無について、「生きがいあり」が56.0%、「思いつかない」が33.3%となっています。

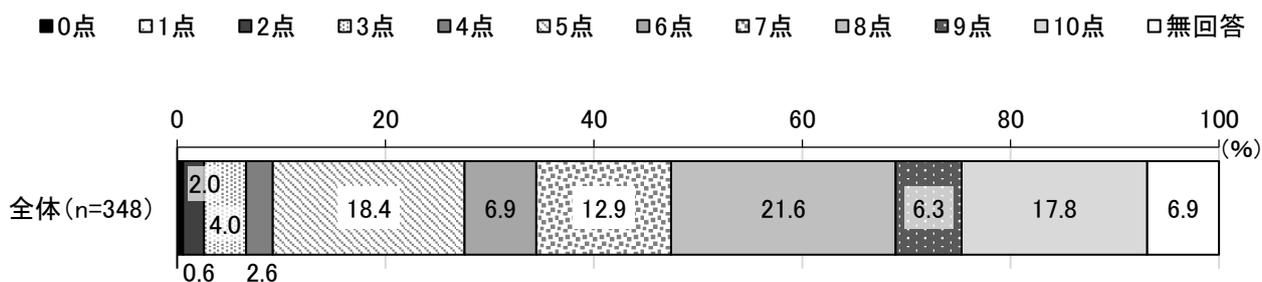
図 生きがいについて



⑤幸福度について

現在の幸福度について、「8点」の割合が最も高く、次いで「5点」となっています。幸福度が「8点」以上の割合は45.7%となっています。

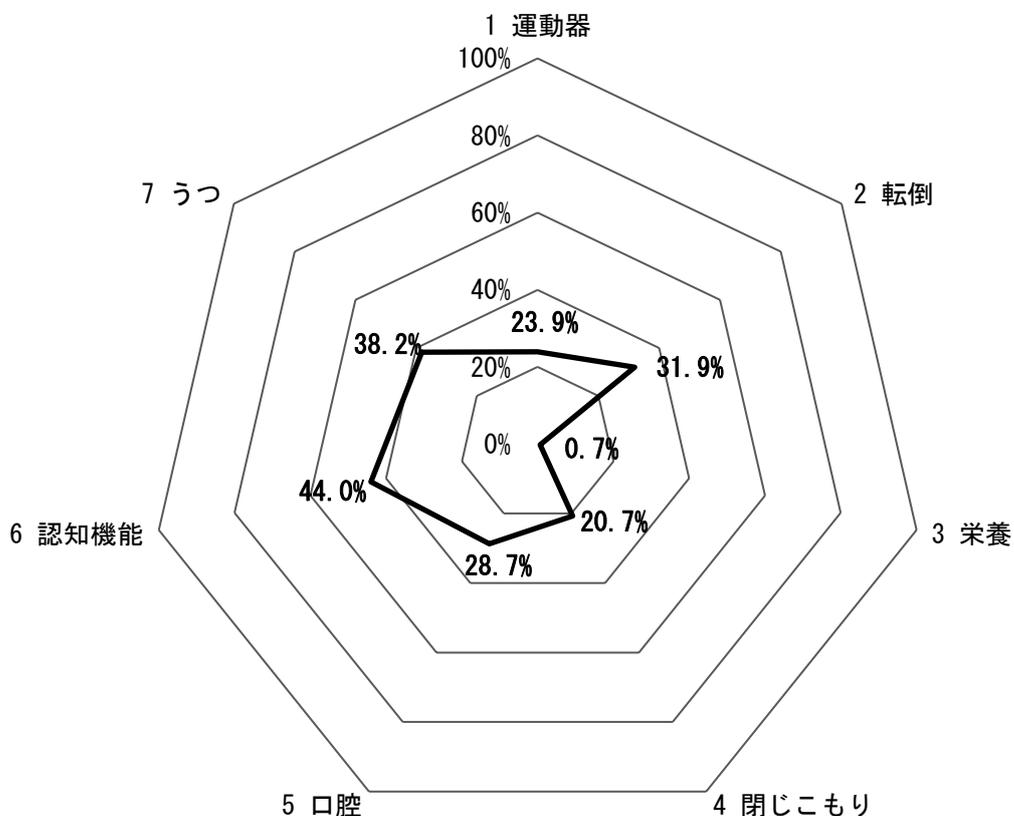
図 幸福度について



⑤機能別評価

生活機能の評価項目ごとの該当者（リスク有）の割合をみると、「認知機能」、「うつ」のリスク者割合が大きくなっています。

図 リスク者割合



一般高齢者調査機能別評価

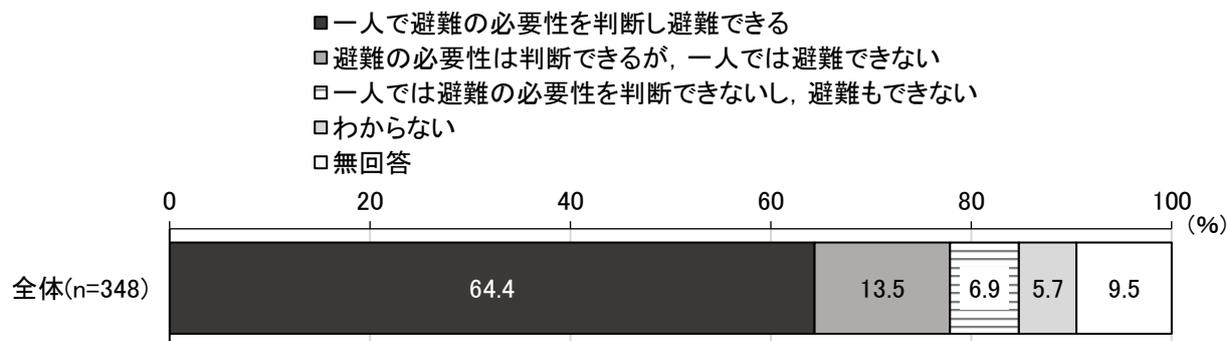
| 区分 | 運動器 | 転倒 | 栄養 | 閉じこもり | 口腔 | 認知機能 | うつ |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 全体 | 305 | 332 | 295 | 329 | 331 | 334 | 325 |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| リスク無 | 232 | 226 | 293 | 261 | 236 | 187 | 201 |
| | 76.1% | 68.1% | 99.3% | 79.3% | 71.3% | 56.0% | 61.8% |
| リスク有 | 73 | 106 | 2 | 68 | 95 | 147 | 124 |
| | 23.9% | 31.9% | 0.7% | 20.7% | 28.7% | 44.0% | 38.2% |

機能別評価の算出にあたっては、基本属性(年齢・性別)及び対象設問に回答している方を母数としている。

⑥あなたは、災害時（台風や地震等）に、一人で避難の必要性を判断し、避難場所まで避難することができますか。

災害時の避難について、「一人で避難の必要性を判断し、避難できる」の割合が最も高くなっています。一方、避難できない人（「避難の必要性は判断できるが、一人では避難できない」+「一人では避難の必要性を判断できないし、避難もできない」）の割合は20.4%となっています。

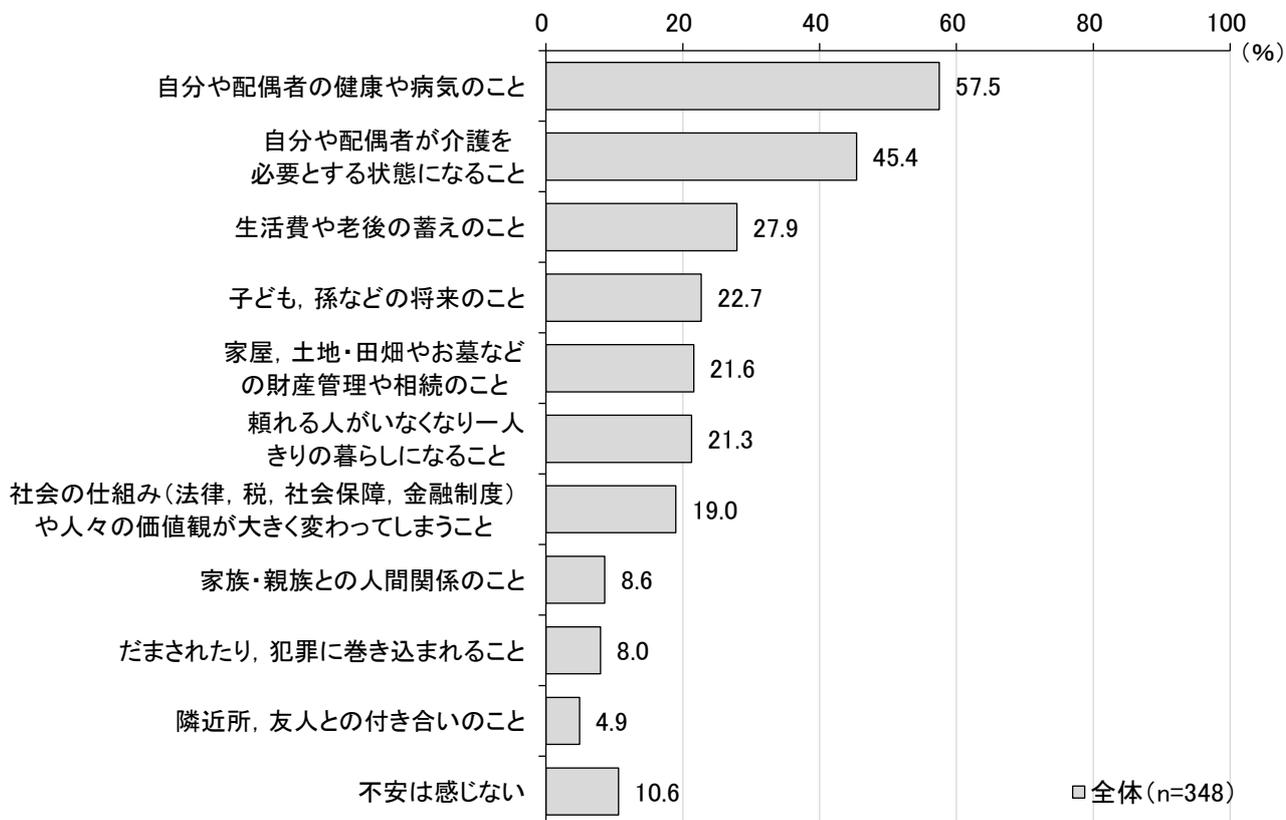
図 災害時に一人で避難することができるか



⑦あなたは、将来の生活に不安を感じますか。不安を感じる場合に不安を感じることはどのようなことですか。

将来の生活の不安なことについて、「自分や配偶者の健康や病気のこと」の割合が最も高く、次いで「自分や配偶者が介護を必要とする状態になること」となっています。

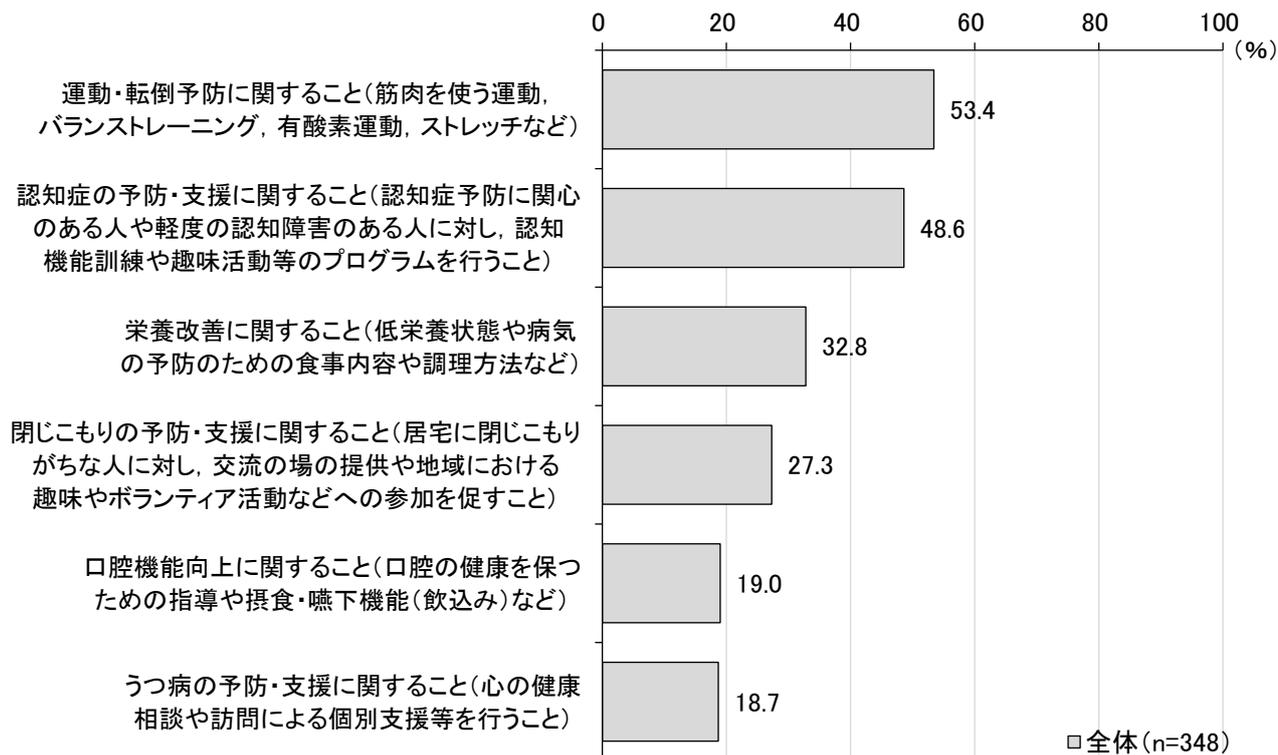
図 将来の生活に不安を感じること



⑧介護予防のための取組について、今後、県や町において特に取り組むべきこと。

介護予防のために、今後、県や町において特に取り組むべきことについて、「運動・転倒予防に関すること」の割合が最も高く、次いで「認知症の予防・支援に関すること」となっています。

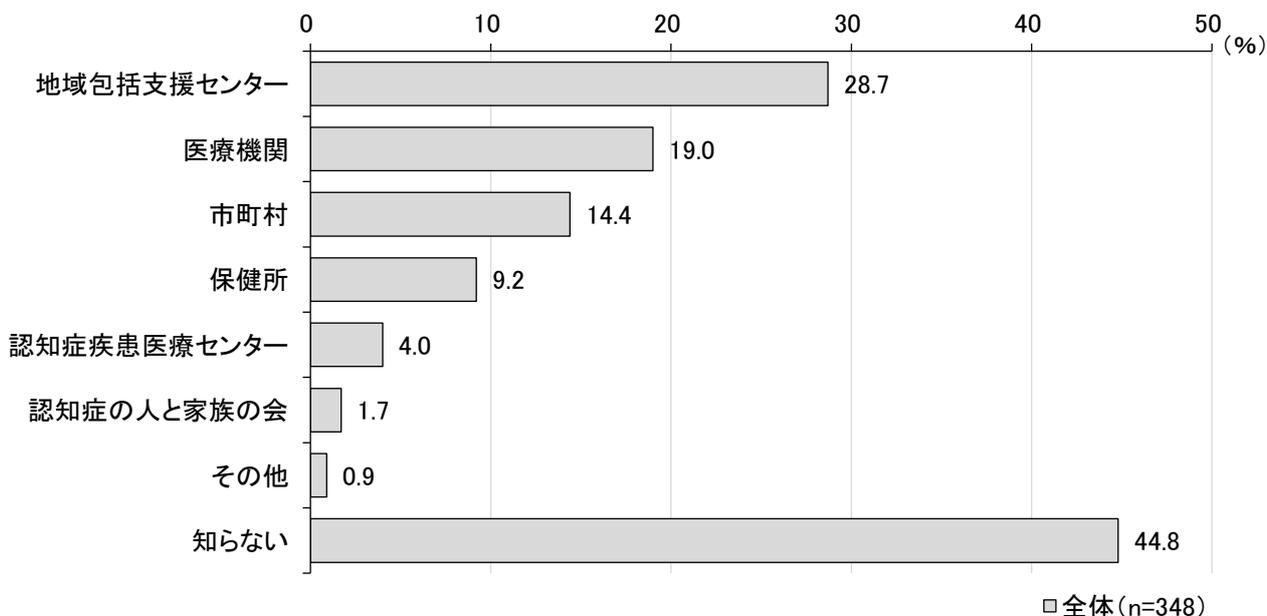
図 介護予防のために、今後県や町が取り組むべきこと



⑨認知症の相談窓口の認知度

認知症の相談窓口の認知度について、「知らない」の割合が44.8%と最も高くなっています。

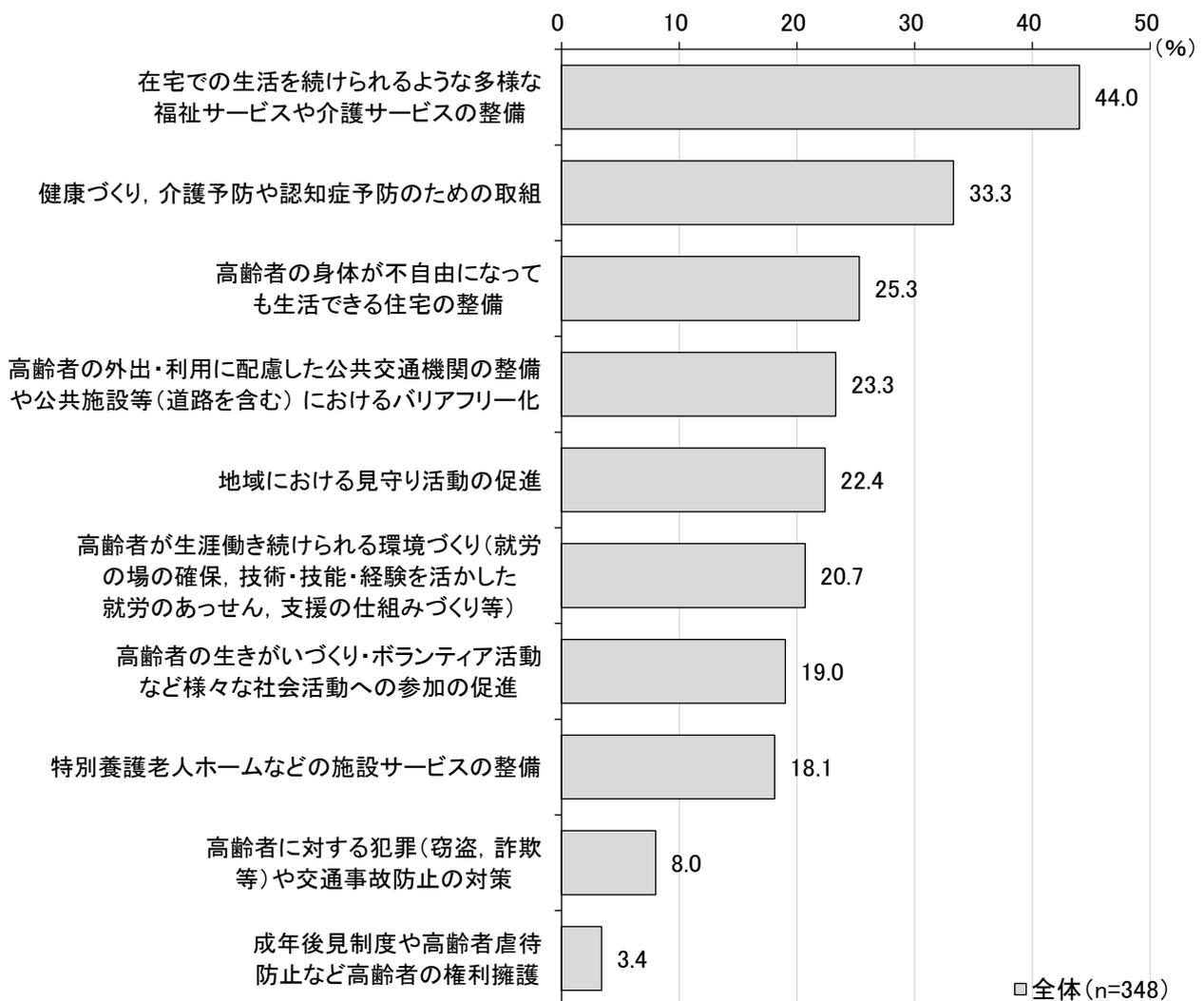
図 認知症の窓口を知っているか



⑩高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりに向けて、県や市町村は、特にどのようなことに力を入れていくべきだと思いますか。

高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりについて、「在宅での生活を続けられるような多様な福祉サービスや介護サービスの整備」が最も高く、次いで「健康づくり、介護予防や認知症予防のための取組」となっています。

図 高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりに向けて県や市町村が力を入れていくべきこと

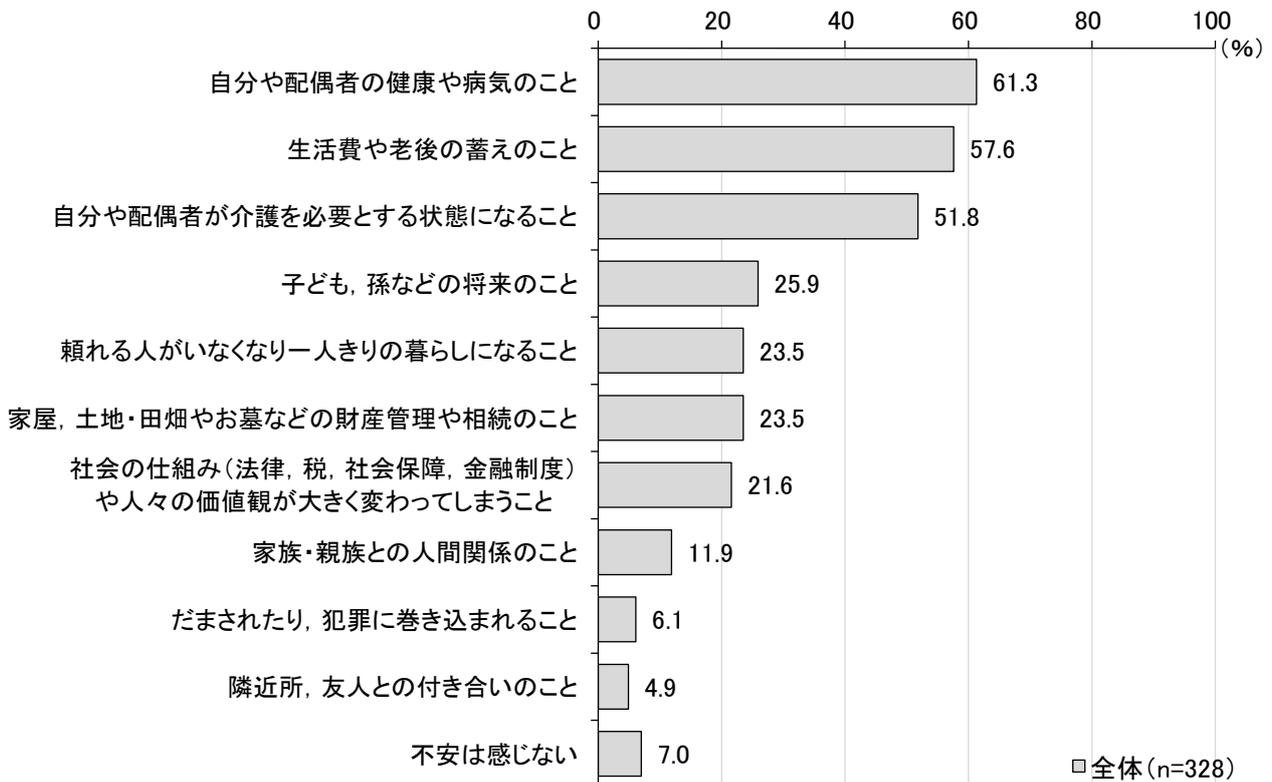


(3) 若年者調査

①将来（高齢期）の生活への不安感

将来（高齢期）の生活で不安に感じることに、「自分や配偶者の健康や病気のこと」の割合が最も高く、次いで「生活費や老後の蓄えのこと」、「自分や配偶者が介護を必要とする状態になること」となっています。

図 将来の生活で不安を感じること

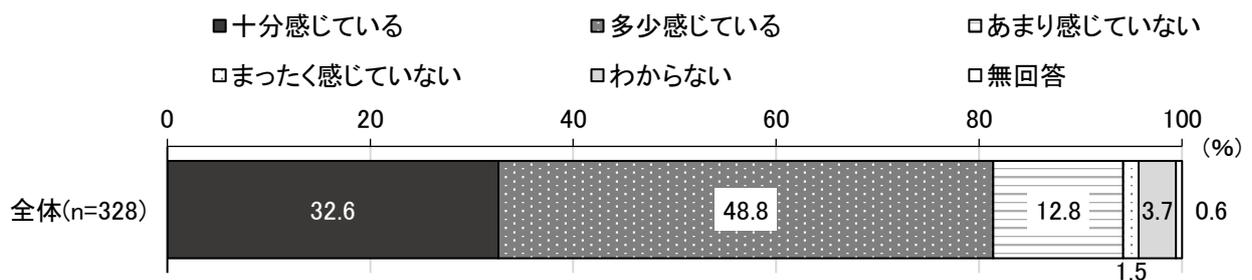


②生きがいについて

生きがいについて「多少感じている」の割合が最も高く、次いで「十分感じている」となっています。

一方、生きがいを感じていない方（「あまり感じていない」＋「全く感じていない」）の割合は14.3%となっています。

図 生きがいを感じているか



③助け合いについて

あなたの心配事や愚痴（ぐち）を聞いてくれる人（情緒的サポート）について、「配偶者」が42.5%と最も高くなっており、「そのような人はいない」は5.7%となっています。

あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人（手段的サポート）について、「配偶者」が45.4%と最も高くなっており、「そのような人はいない」は8.6%となっています。

図 あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人

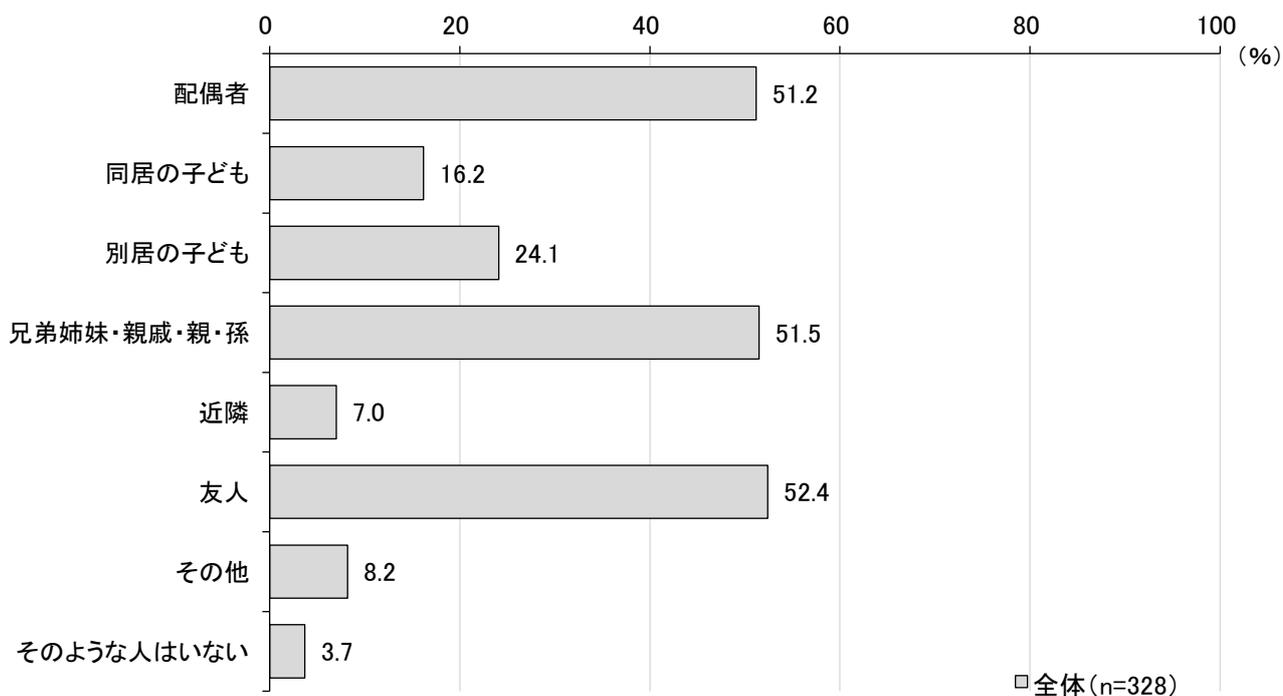
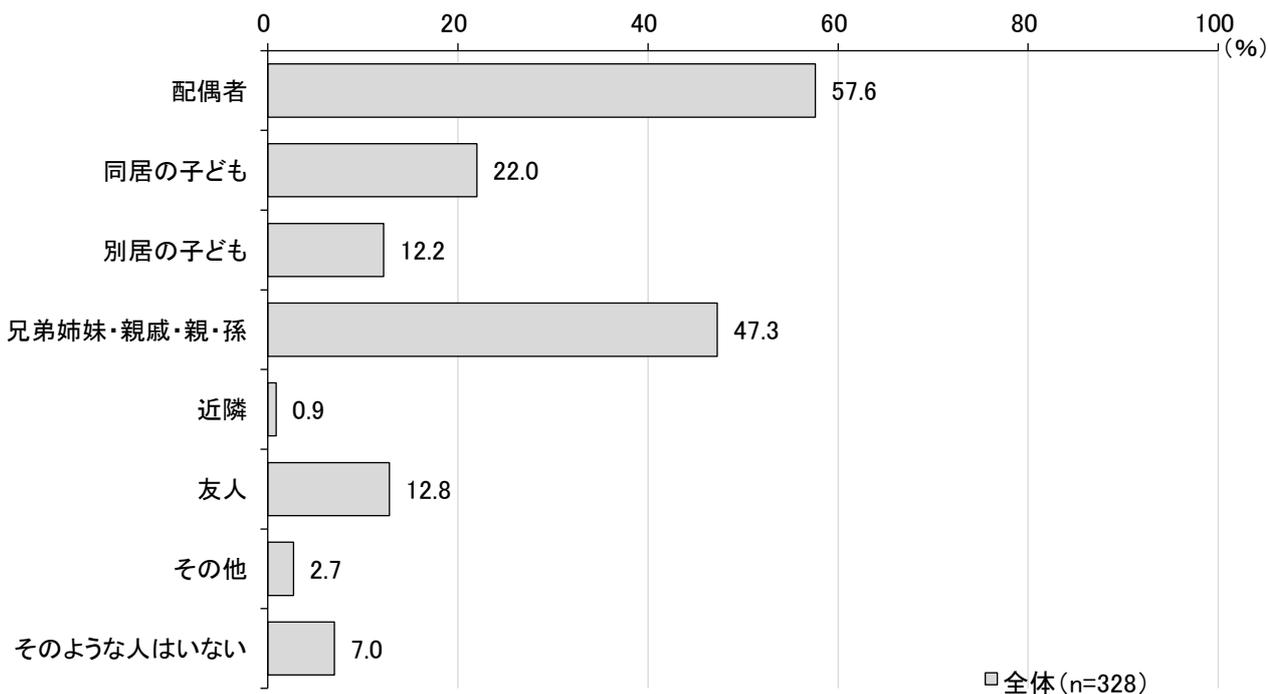


図 あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人

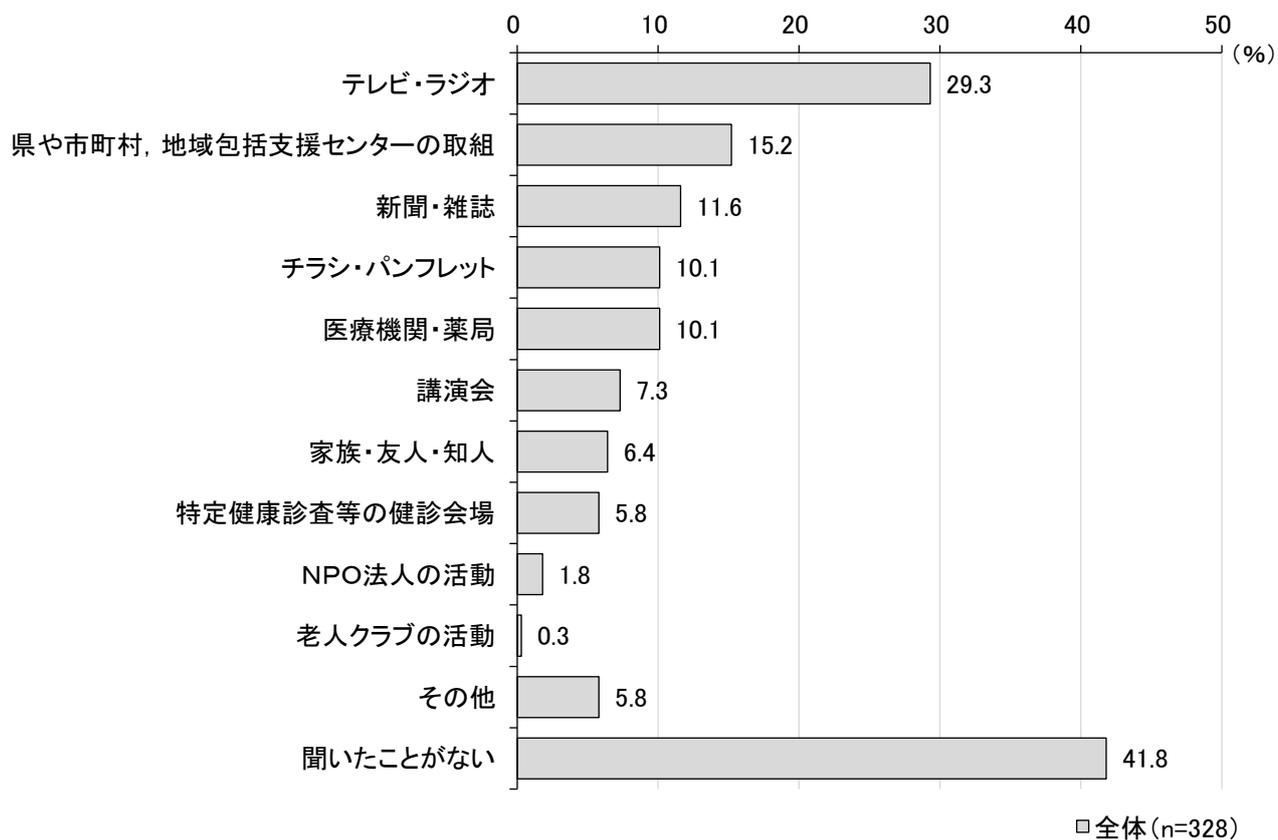


④「介護予防」という言葉の認知度

「介護予防」という言葉を聞いたことがあるかについて、「聞いたことがない」が41.8%となっています。

聞いたことがある場合に、どのような機会・場所で知ったかについて、「テレビ・ラジオ」の割合が最も高くなっています。

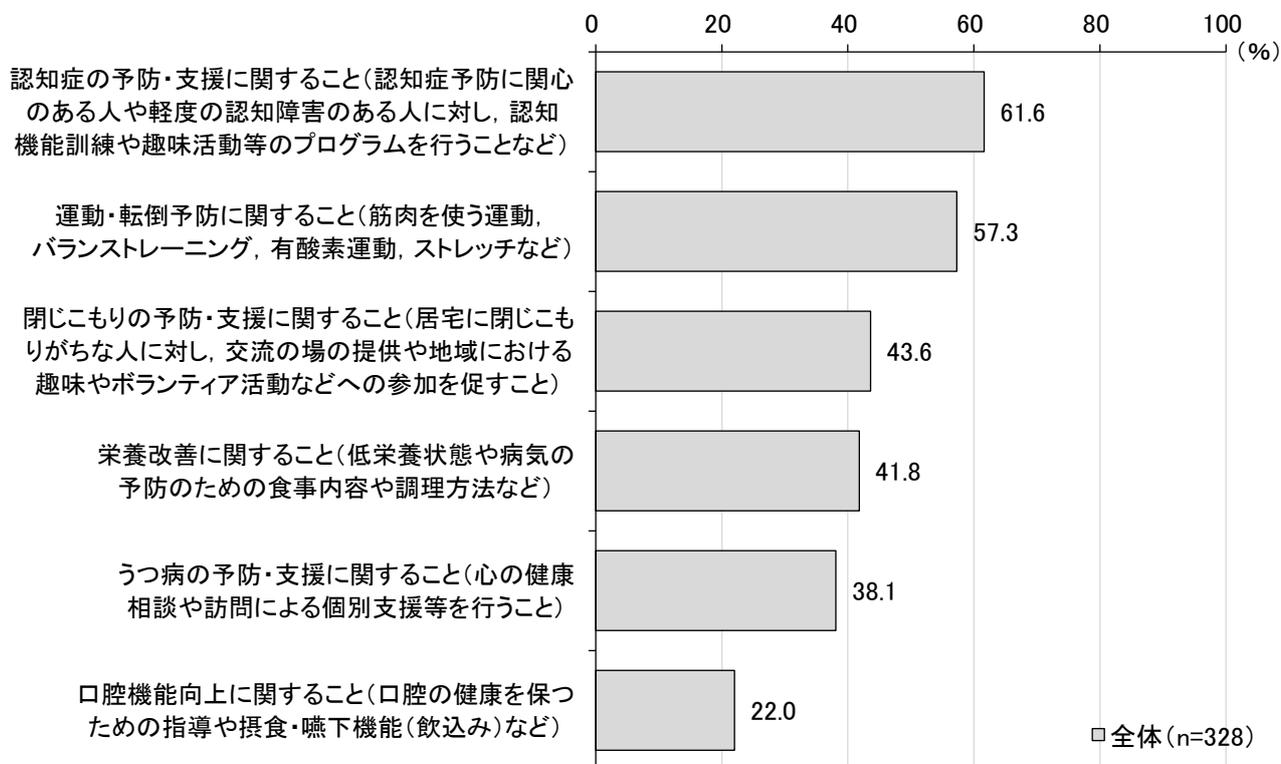
図 介護予防という言葉を知ったことがあるか



⑤介護予防のための取組について、今後、県や町において特に力を入れるべきこと

介護予防のための取組について、今後、県や町において特に力を入れるべきこととして、「認知症の予防・支援に関すること」の割合が最も高く、次いで「運動・転倒予防に関すること」となっています。

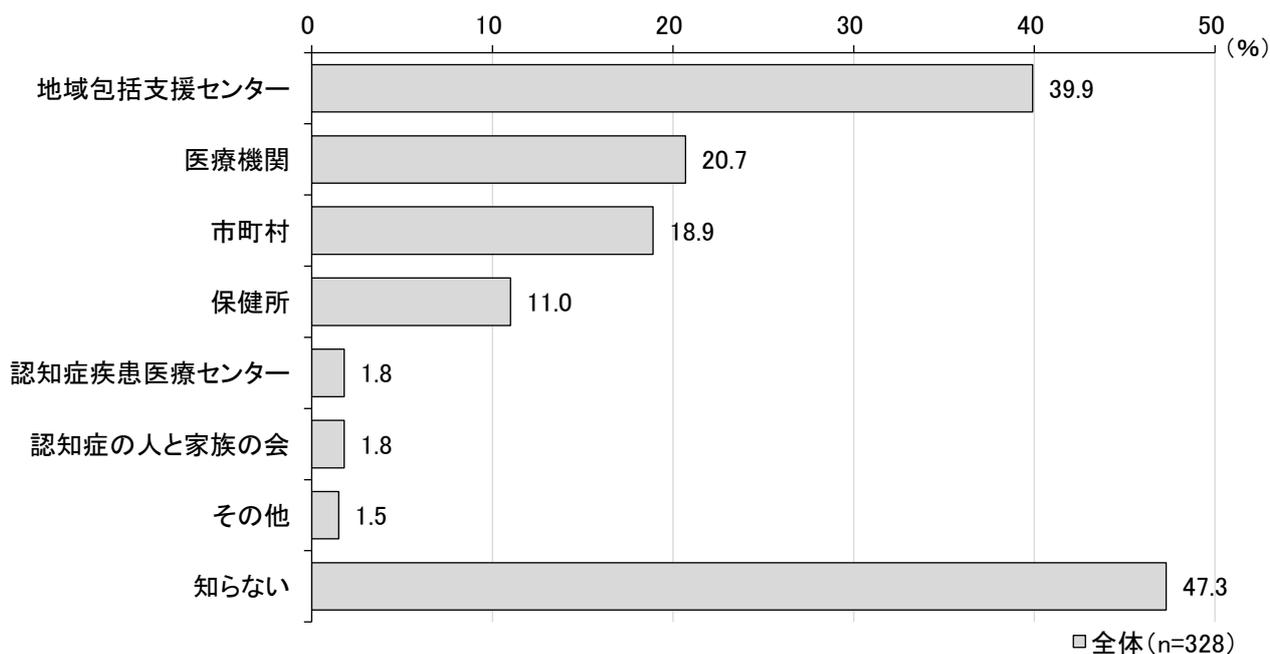
図 介護予防のために、今後県や町が特に力を入れるべきこと



⑥認知症窓口の認知度

認知症の相談窓口の認知度について、「知らない」の割合が47.3%と最も高くなっています。

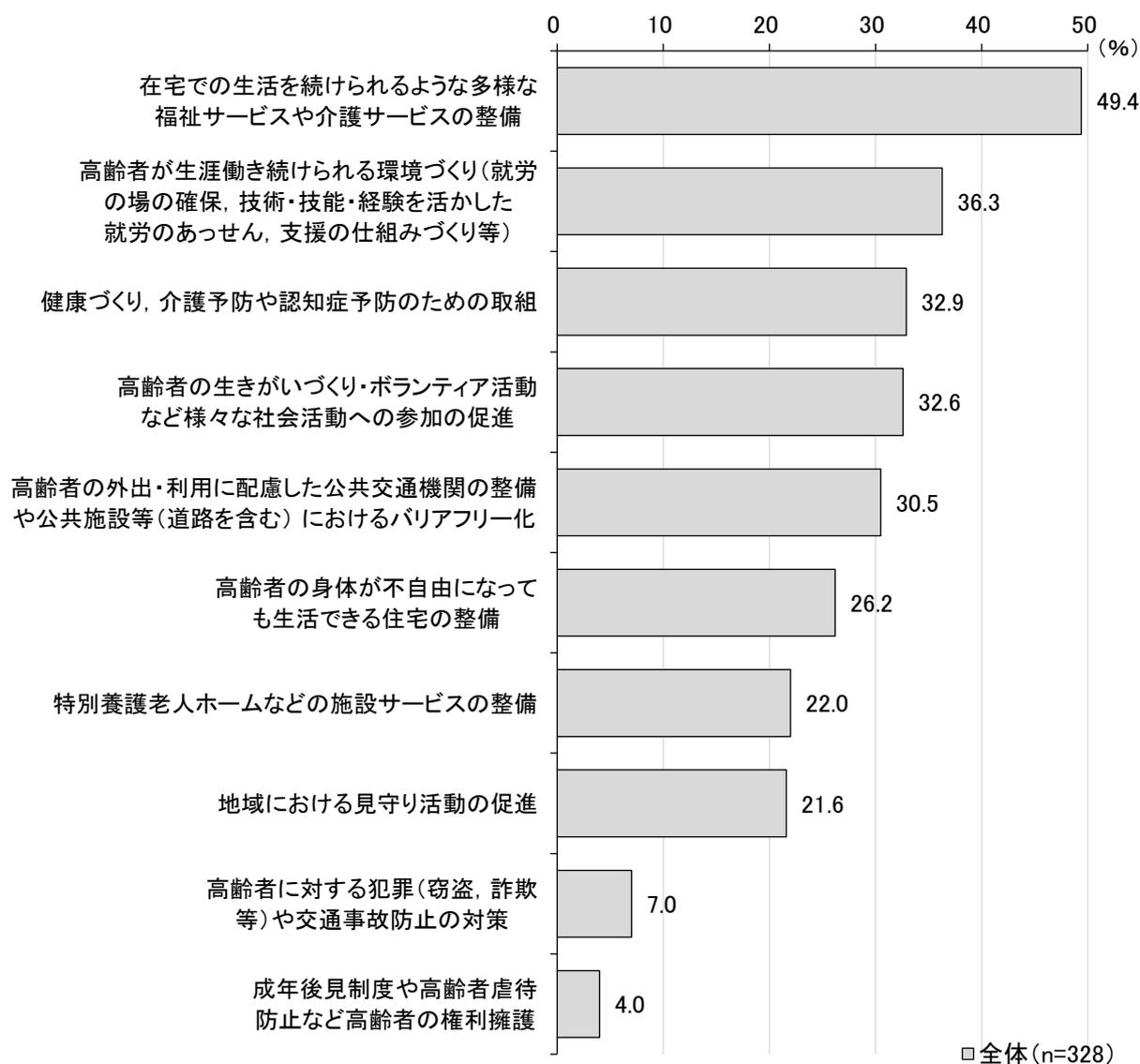
図 認知症の相談窓口を知っているか



⑦高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりに向けて、県や町が特に力を入れるべきこと。

高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりに向けて、県や町が特に力を入れるべきことについて、「在宅での生活を続けられるような多様な福祉サービスや介護サービスの整備」の割合が49.4%と最も高くなっています。

図 高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らしていける地域づくりに向けて県や市町村が力を入れていくべきこと



(4) まとめ

【家族や生活状況について】

高齢者の状況について、世帯構成をみると「高齢者のみ世帯(単身世帯含む)」が、在宅介護実態調査では 50.9%、一般高齢者調査では 63.2%を占めています。

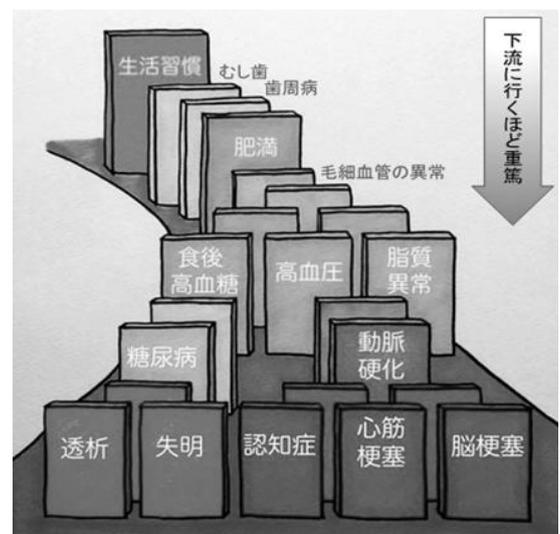
一般高齢者調査から、あなたの心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人(情緒的サポート)について、「そのような人はいない」は 5.7%、あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人(手段的サポート)について、「そのような人はいない」は 8.6%、さらに調査結果から孤立の状況も見られることから、今後、地域の見守り体制の強化がより重要になると考えられます。

【健康づくりへの取組み】

介護・介助の必要性について、一般高齢者調査より、介護・介助が必要な方(「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」、「現在、何らかの介護を受けている」)は 17.3%となっており、主な原因として「高齢による衰弱」が挙げられています。

現在治療中などの病気の既往歴について、「高血圧」が突出して高く、在宅介護実態調査では 44.6%、一般高齢者調査では 48.4%となっています。

「高血圧」は「脳卒中」や「認知症」の原因となる生活習慣病に関係する疾患であり、各種検診事業の取り組みがより重要となります。



また、一般高齢者調査、若年者調査では、将来（高齢期）の生活への不安感について、「自分や家族の健康」に関する割合が高くなっていますが、「介護予防」の認知度は低い状況にあることから、普及啓発などの住民の健康への関心を高める啓発事業の取り組みも重要です。

【生きがいづくり・地域活動への参加】

高齢化が一層進む中、高齢者が、より自分らしく生きがいのある生活を送ることは大変重要となります。

一般高齢者調査より、生きがいについて、「思いつかない」と回答した割合が3割いることから、地道な声掛けや情報提供を通じて高齢者の生きがいづくり事業を行っていく必要があります。

【認知症とその家族に対する支援】

在宅要介護（要支援）者調査より、介護・介助が必要になった主な原因として「認知症」が上位に挙げられています。また、介護者が不安に感じる介護等についても認知症が上位に挙げられています。

一般高齢者調査、若年者調査より、介護予防のための取り組みについて、今後、県や町において特に力を入れるべきことについても、「認知症の予防・支援に関すること」が上位を占めており、認知症の相談窓口の周知と認知症の症状や段階ごとに合わせた医療や介護サービス等の情報提供が必要と考えられます。

3 現行計画評価

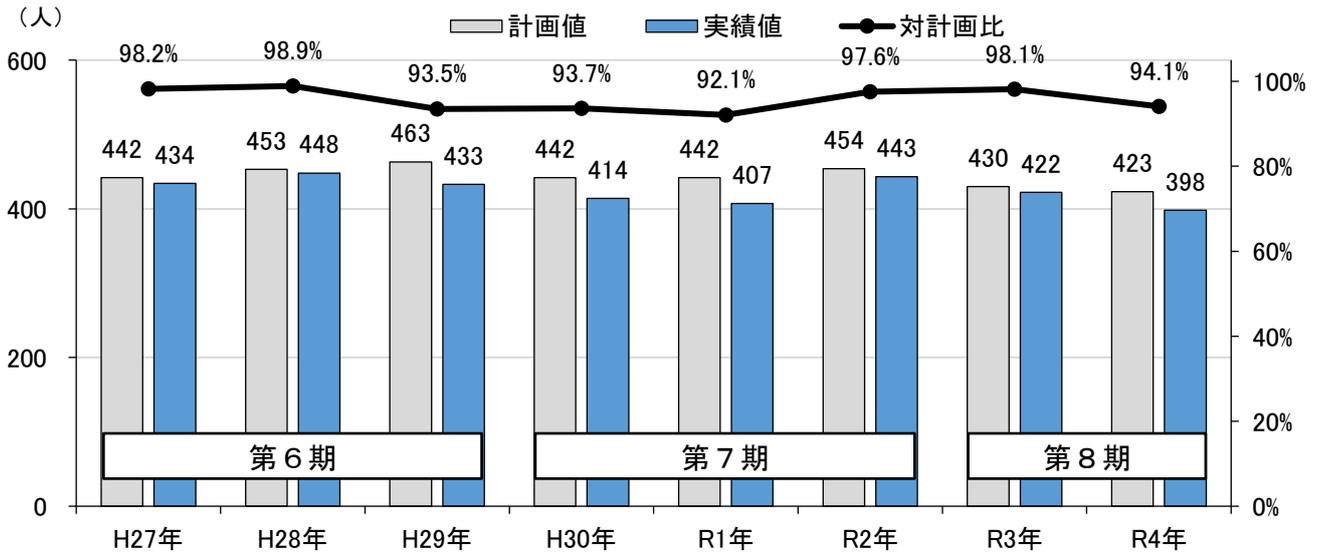
1 介護保険事業計画評価

(3) 第8期計画評価

①要介護（要支援）認定者数及び認定率の実績値と計画値との乖離

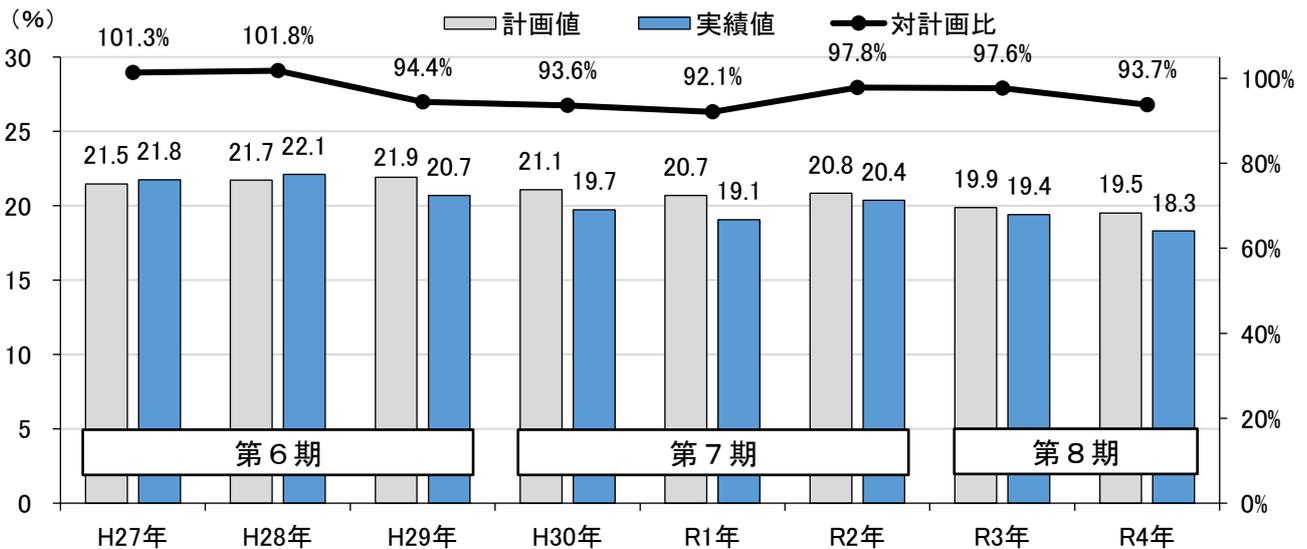
本町の要介護（要支援）認定者数の実績値と計画値の乖離状況について、第8期では6%未満で推移しています。認定率の実績値と計画値の乖離状況については、第8期では7%未満で推移しています。

図表 認定者数の推移



出所：見える化システム（厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報）

図表 認定率の推移



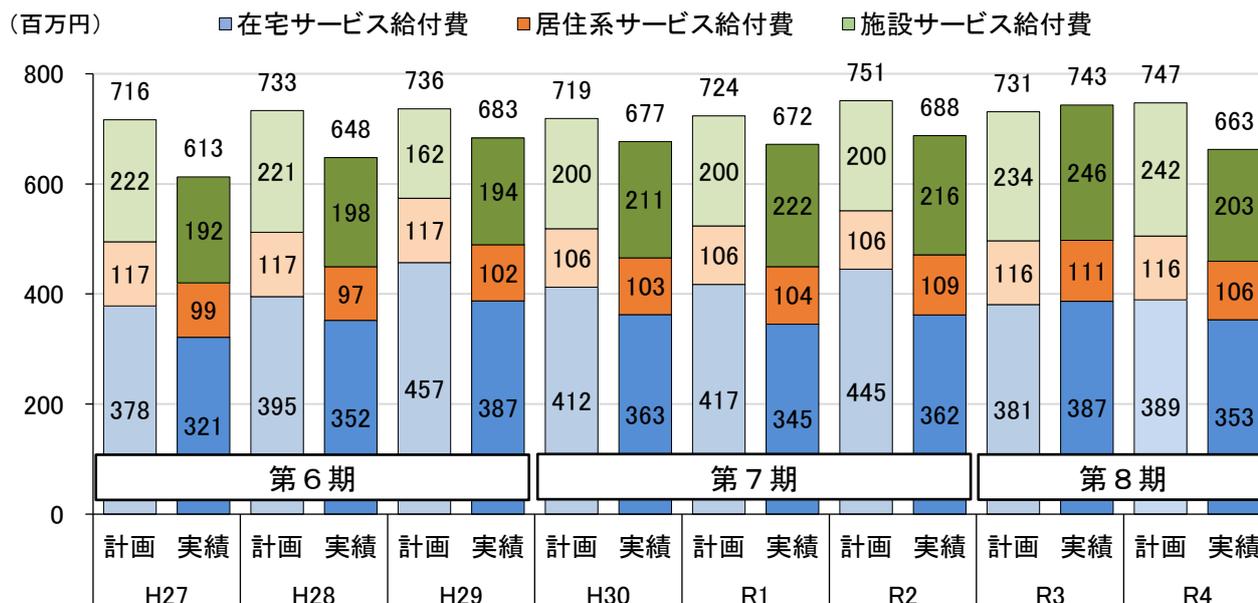
出所：見える化システム（厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報）

②給付費の推移

本町の総給付費の推移をみると、平成27年から令和3年までは増加傾向で推移していましたが、令和4年には減少に転じ、663百万円となっています。給付費をサービス別にみると、在宅サービスは増減を繰り返して推移しており、施設サービスは令和3年まで横ばいで推移した後、令和4年に減少に転じています。

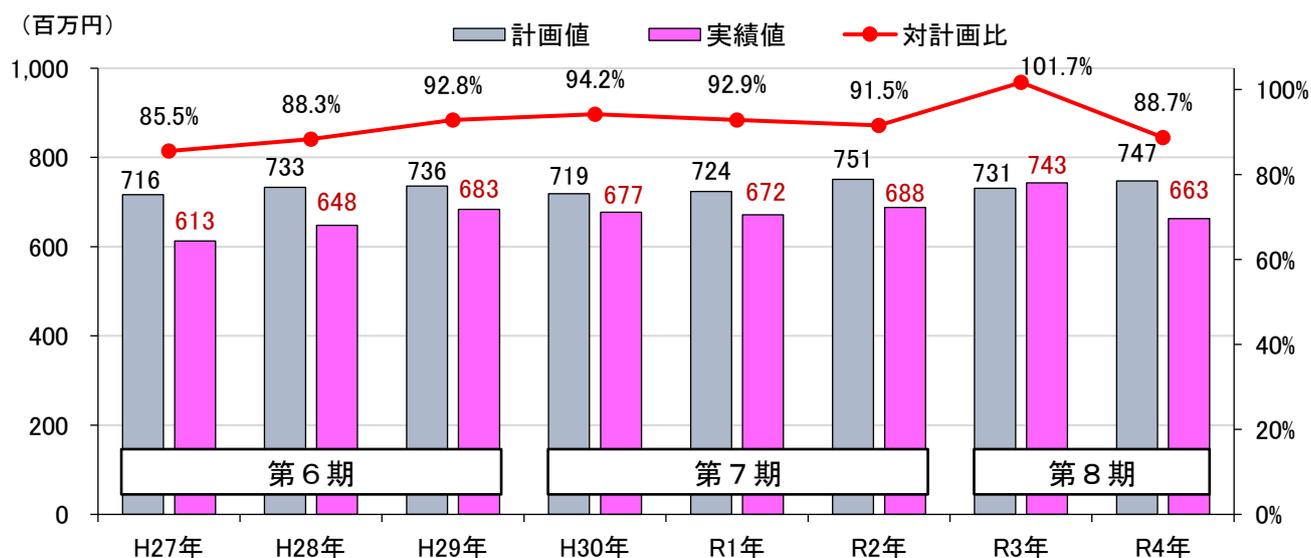
総給付費の実績値と計画値の乖離状況については、第8期計画では1割程度で推移しています。

図表 サービス別給付費の推移



出所：見える化システム（厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報、令和3年 令和4年のみ月報）

図表 総給付費の推移



出所：見える化システム（厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報、令和3年 令和4年のみ月報）

2 高齢者福祉計画の実施状況

基本目標 1：地域支援事業

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

①介護予防・生活支援サービス事業

a.訪問型サービス

指定事業者によるサービスで、訪問介護員が定期的に訪問し、自立支援につながるように必要な支援を実施しました。

定期的に訪問することで、体調の変化に気づき、病院受診等の早期対応につながっています。また、本人が出来ない家事等を支援することで、介護予防・重度化防止を図り、在宅生活を続けられています。指定事業者によるサービスしか実施できていないことが課題です。

b.通所型サービス

指定事業者によるサービスと緩和した基準によるサービスで、運動機能向上や認知機能低下防止などのプログラムの実施により、日常生活動作の維持向上、自宅での家事等の継続に繋がりました。

同じ要支援認定区分であっても状態に差があるため、違ったサービス提供形態の事業所があることで、選択肢が広がり介護予防・重度化防止に繋がっています。

c. 介護予防ケアマネジメント

包括支援センターの介護支援専門員、保健師が住み慣れた地域で自立して生活できるように必要な援助を行っています。

対象者の望む生活ができるように、本人の選択に基づく適切なサービスの利用に繋がりました。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|------------------|
| 訪問型サービス(千円) | 計画値 | 4,000 | 4,500 | 4,500 | 4,500 |
| | 実績値 | 3,735 | 4,510 | 4,875 | 1,066 (7月末現在) |
| 通所型サービス(千円) | 計画値 | 7,000 | 8,500 | 8,500 | 8,500 |
| | 実績値 | 8,486 | 9,468 | 7,657 | 1,670 (7月末現在) |
| 介護予防ケアマネジメント (延べ件数) | 計画値 | 380 | 400 | 400 | 400 |
| | 実績値 | 437 | 434 | 285 | 58 (5月分まで) |

②一般介護予防事業

a. 介護予防把握事業

民生委員等から閉じこもり傾向にある高齢者の情報を得た際は、当日もしくは翌日等に訪問し、状態を確認し、必要な支援につなげるよう取り組んでいます。

また、教室等参加者に対して体力測定・基本チェックリストを実施し心身の状態を自身で把握してもらえよう働きかけています。教室等参加者に対する体力測定・基本チェックリストの実施は、2～3字は年度内に実施できず新年度に実施しました。

b. 介護予防普及啓発事業

介護予防教室や地域の美化活動等の参加者に対し、元気度アップポイントを付与し、商品券に交換できるようにしています。ポイントをため、商品券に交換できることで、さらに社会参加活動を頑張ろうという意識づけになっていると思われま。

c. 地域介護予防活動支援事業

各字介護予防教室で、体操や健康に関する講話の他、歯科衛生士による口腔体操の実施をしています。また不定期ですが、料理教室を実施し、実際に参加者と調理をしながら栄養管理に関すること等をお話ししており、徐々に町民の歯科保健に対する意識が変わってきています。

d. 一般介護予防事業評価事業

介護予防教室等で年に1回のアンケート調査を行い、介護予防教室に参加することで体調がどのように変化したのか等心身の状態の変化や事業内容についての意見を収集し、一般介護予防事業の評価を行っています。

e. 地域リハビリテーション活動支援事業

毎週2回、足腰シャンシャン教室にて、リハビリテーション専門職の関与により、転ばない体づくりを目指した支援を行っています。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|---|-----|-------|-------|-------|-------|
| 介護予防把握事業(千円) | 計画値 | 2,195 | 3,195 | 3,195 | 3,195 |
| | 実績値 | 1,791 | 2,743 | 243 | 103 |
| 介護予防普及啓発事業(千円) | 計画値 | 750 | 750 | 750 | 750 |
| | 実績値 | 791 | 899 | 848 | 160 |
| ポイント手帳発行数(枚) | 計画値 | - | 780 | 790 | 800 |
| | 実績値 | 701 | 678 | 714 | 772 |
| 新規ポイント手帳発行数(枚) | 計画値 | - | 60 | 60 | 60 |
| | 実績値 | 48 | 36 | 58 | 40 |
| 商品券交換者実人数(人) | 計画値 | - | 350 | 370 | 400 |
| | 実績値 | 298 | 320 | 305 | 345 |
| 町が実施する健康増進・介護予防・地域貢献学習に関する活動への参加延べ人数(人) | 計画値 | - | 4,000 | 4,100 | 4,200 |
| | 実績値 | 2,983 | 2,986 | 2,667 | 1,238 |

| | | | | | |
|---|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 町以外が実施する健康増進・介護 予防・地域貢献学習に関する活動 への参加延べ人数(人) | 計画値 | - | 2,200 | 2,400 | 2,600 |
| | 実績値 | 1,497 | 1,688 | 1,865 | 未集計 |
| 地域で行われている社会参加活 動等で町が認めた活動への参加 延べ人数(人) | 計画値 | - | 4,300 | 4,400 | 4,500 |
| | 実績値 | 2,778 | 2,613 | 3,081 | 未集計 |
| いきいき教室 開催回数/参加延べ 人数(回/人) | 計画値 | - | 250/2,200 | 260/2,300 | 270/2,400 |
| | 実績値 | 197/1,914 | 241/2,069 | 224/1,919 | 109/925 |
| 料理教室 開催回数/参加延べ人 数(回/人) | 計画値 | - | 12/90 | 12/90 | 12/90 |
| | 実績値 | 10/75 | 6/66 | 4/33 | 0/0 |
| 足腰シャンシャン教室 開催回数/参加延べ人数(回/人) | 計画値 | - | 100/1,300 | 100/1,300 | 100/1,300 |
| | 実績値 | 94/994 | 78/851 | 70/715 | 32/313 |

※R5 数値については、8月末時点

③高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的実施の推進

加齢に伴い心と体の活力が衰えた状態をフレイル（虚弱）といいます。保健センターと情報共有しながら気になるケースと一緒に訪問し、個別保健指導を実施し医療や介護サービスにつなぐことができました。

通いの場での講話やフレイル高齢者の積極的な把握についてはできていない状況です。

(2) 包括的支援事業

①地域包括支援センターの機能強化

a. 地域包括支援センターの事業計画の策定

地域包括支援センター事業計画を策定し1年間に取り組む内容を一覧化したことで、包括支援センターの職員間で各事業の取組内容の情報共有ができました。

包括支援センター内での評価はできますが、地域包括支援センター運営協議会を開催できておらず、外部の評価を受け、それを元に取り組みの改善につなげることができていません。

b. 事業の実施

8期計画及び事業計画に基づき事業を実施し、必要な人員体制の確保にも努めました。人員体制を整えることで事業の取組みが充実してきています。

c. 事業評価

国が実施する地域包括支援センターの事業評価や、包括支援センター内での実績確認等により、取組みが不十分だった事業について把握ができ、次年度の取組みに活かしています。

d. 評価結果の報告・検討

地域包括支援センター運営協議会という形で単独の協議会の開催ができず、十分な評価・検討はできませんでした。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------------------------|-----|-------|-------|-------|------------------|
| 包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)(千円) | 計画値 | 2,067 | 3,260 | 3,260 | 3,260 |
| | 実績値 | 608 | 1,205 | 4,308 | 1,164 (7月末現在) |
| 包括的支援事業(社会保障充実分)在宅医療・介護連携推進事業(千円) | 計画値 | 150 | 500 | 500 | 500 |
| | 実績値 | 108 | 107 | 14 | 26 (7月末現在) |
| 包括的支援事業(社会保障充実分)生活支援体制整備事業(千円) | 計画値 | 1,543 | 2,736 | 2,736 | 2,736 |
| | 実績値 | 1,366 | 2,613 | 2,955 | 0 (7月末現在) |
| 包括的支援事業(社会保障充実分)認知症初期集中支援推進事業(千円) | 計画値 | 204 | 200 | 200 | 200 |
| | 実績値 | 112 | 40 | 40 | 0 |
| 包括的支援事業(社会保障充実分)認知症地域支援・ケア向上事業(千円) | 計画値 | 300 | 500 | 500 | 500 |
| | 実績値 | 288 | 136 | 2,088 | 1,143 |
| 包括的支援事業(社会保障充実分)地域ケア会議推進事業(千円) | 計画値 | 278 | 300 | 300 | 300 |
| | 実績値 | 155 | 17 | 32 | 6 (7月末現在) |

※断りがないものは R5 数値については、8 月末時点

②総合相談支援事業

保健・介護・福祉・権利擁護などの相談を総合的に受け止め、適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる支援を行っています。

電話で福祉や健康に関する相談は常時受け付けているほか、訪問による高齢者の心身の状況や生活の実態の把握も行っています。相談内容を共有し、包括支援センター職員相互で対応内容を確認し、必要な時は関係機関と連携して対応しました。

③権利擁護事業

a. 成年後見制度の利用促進

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して成年後見制度の説明や申立てにあたっての支援を行っており、町長申立てについて、令和3年度に知名町社会福祉協議会が成年後見を受任しています。

令和4年度に親族申立ての支援を1件行っており、親族が後見人に選任されました。

b. 老人福祉施設等への措置の支援

養護老人ホームへの措置入所が必要と思われる事例があった場合は、入所申出に必要な支援を行いました。自宅の環境が劣悪な場合は、早期に入所することができています。

施設に空きがなければ入所できませんが、緊急時に対応できるように居室を確保しておくことが困難な状況です。

c. 高齢者虐待への対応

高齢者虐待の通報や相談があった場合には、速やかに情報収集や事実確認を行いました。

d. 困難事例への対応

困難事例に対しては、関係機関等と情報を共有し、複数の職員で対応するなど工夫して対応しました。

e. 消費者被害の防止

地域ケア会議を活用して消費者安全確保地域協議会を設置し、年1回連絡会を開催しています。町の消費者行政主管課との連携や民生委員、ケアマネジャー、訪問介護員等の福祉・介護分野の関係者間で被害の情報共有ができる体制を構築できました。協議会の構成員が、福祉・介護分野の関係者のみとなっていることが課題です。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

a. ニーズや課題の把握

地域ケア会議常任委員会を月2回開催し、居宅のケアマネジャーとの情報交換・意見交換を行いました。ケアマネジャーからの情報で地域の課題把握ができたり、月2回の定期開催としているため、困りごとなどケアマネジャー同士が相談しあう機会にもなっています。

b. 事例検討会、意見交換会の開催

ケアマネジャーのニーズや課題に基づいた事例検討会や、多様な関係機関との意見交換会は開催できませんでした。自立支援地域ケア会議の事例の対象を要介護1までに広げて、事例検討を行い、多職種の専門的な助言を通じて自立に資するケアマネジメントを行えるスキルアップの場にもなっています。

c. 支援困難事例への対応

地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例に対して、同行訪問等により問題の解決策を検討、サービス担当者会議に同席するなど、課題解決に向け協力して対応しました。課題の解決に向けて、関係者のそれぞれの役割を確認でき、方向性を共有することができました。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------------|-----|----|----|----|--------------|
| 地域ケア会議常任委員会開催回数 (回) | 計画値 | — | 24 | 24 | 24 |
| | 実績値 | 19 | 23 | 23 | 8 (7月末現在) |

⑤在宅医療・介護連携の推進

a. 現状分析・課題抽出・施策立案

令和3年度から「要介護者等の台風時の避難希望等に関する調査」を実施し、その資料を基に、医療・介護・防災関係者が参画する検討会を毎年1回開催しています。

また、救急医療情報の更新状況が把握できていないという課題があり、令和4年度は新たな取り組みとして、高齢者等の急変時対応検討会を開催しました。

災害時対応に関しては、医療・介護・防災関係者と、災害時の対応方針等の情報共有や個別ケースの避難先の検討を行うことができ、平時からの連携を図ることができました。

高齢者等の急変時対応検討会では、救急医療情報キットの更新について、居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所の協力をいただける体制づくりができました。

b. 在宅医療・介護連携に関する相談支援

知名町地域包括支援センターを相談窓口とし、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談を随時受け付けています。入院患者の介護保険認定や居宅介護支援事業所等について、医療機関からの相談・問い合わせ等に対応することで、医療と介護の連携促進につながっています。

c. 町民への普及啓発

新型コロナウイルスの影響で、講演会は開催できませんでしたが、広報紙等でのアドバンスケアプランニングに関する周知や、介護支援専門員や介護予防教室でのライフプランノート等の配布・説明を通じて、町民への普及啓発を行いました。

人生の最終段階の医療・ケア等について、考えたくない方への配慮を行いながら、普及啓発を進める必要があります。

d. 医療・介護関係者への支援

入退院時の連携に関しては、沖永良部地区入退院調整ルールを令和元年度から運用しており、毎年、入退院調整ルールの運用状況に係るアンケート調査を実施しました。

令和4年度は、高齢者等の急変時対応検討会で、消防署職員（救急）による講話を実施しました。

入退院時の連携に関しては、入退院調整ルールの運用状況に係るアンケート調査の結果、入退院時に引継ぎの無いケースが減少し、医療と介護の連携が図られてきています。急変時対応については、救急要請時の留意点について学ぶことができ、消防署職員（救急）との関係づくりにつながりました。

⑥生活支援体制整備の推進

a. 生活支援コーディネーターの配置

令和3、4年度は、知名町社会福祉協議会に1名配置しました。令和5年度は包括支援センター職員が兼務しています。字の活動を把握したり、自立支援地域ケア会議には毎回参加して、地域課題の把握に努めています。

地域課題の解決に向けた活動の立ち上げ支援ができていないことが課題です。

b. 協議体の設置

生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、協議体を第1層に1箇所設置しています。

定期的な情報共有や連携の場としては機能していない状況です。

c. 地域見守りネットワーク支援事業との連動

民生委員と在宅福祉アドバイザーを中心として実施している見守りグループを支援し、町内の見守りに関する互助活動について整理しています。

d. 地域ケア会議の活用

地域ケア会議常任委員会や自立支援地域ケア会議に参加し、不足しているサービス等の把握をしています。

e. 生活支援サポーターの養成

令和3年度の活動回数は31回であったが、令和4年度は4回と減少しています。

毎年度1回は養成講座を開催していますが、養成人数も活動実人数も増えていない状況です。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------|
| 生活支援サポーター 養成人数/活動実人数(人/人) | 計画値 | — | 3/2 | 3/2 | 4/3 |
| | 実績値 | 0/2 | 2/1 | 1/2 | 1/1 (見込) |

⑦認知症施策の推進

1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発

a. 認知症に関する相談先の周知

町ホームページや広報紙に相談窓口を掲載し、周知しています。

b. 認知症サポーターの養成

認知症サポーター養成講座を年1回実施し、サポーターを増やすことができます。チームオレンジ創設に向けての取り組みは、令和5年7月現在ではまだ実施できていません。

令和5年度内にステップアップ講座を開催し、チームオレンジとして実践的な活動ができるよう体制を構築する必要があります。

c. 認知症ケアパスの普及

認知症ケアパスを作成し、町ホームページにて情報公開しています。

d. 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び認知症月間（毎年9月）における取組

町広報紙にて認知症月間の周知をし、町立図書館においては、認知症に関するコーナーを設置してあらゆる年齢層の方に認知症を身近に感じてもらえるよう働きかけています。

e. 本人ミーティング、本人の意見を重視した施策の展開

本人交流の開催や認知症の方自らが発信できる機会の提供はできていません。認知症の方が自ら発信できる場の確保が必要です。

2) 認知症予防活動の推進

保健センターと共同で介護予防教室の中で健康相談を実施し、認知症に関する話をするなど、早期発見・早期対応を心がけています。介護予防教室で健康相談を実施し、これまでできなかった尿検査等を行うことで体調の変化に気づき、早期病院受診につながっています。

若年層の方にも参加してもらえようような案内の方法を検討する必要があります。

3) 認知症ケアに対するサービスの充実

a. 認知症地域支援推進員の配置

地域包括支援センター内に認知症地域支援推進員を1名配置し、医療と介護の切れ目ない支援が行えるよう努めています。

b. 認知症初期集中支援チーム

隣町と合同チームを形成していますが、実際に合同チームで実働したことはなく、各町それぞれで対応している状況です。

ご本人、ご家族のお話を伺い、介護保険サービスの利用や医療につなぐ等の支援をしており、対応件数は4件で訪問延べ回数7回、介護サービスへつながった件数1件となっています。

c. 認知症カフェ

町内を中学校区で2つに分け、それぞれ月に各1回、地域包括支援センターにおいてカフェを実施しています。

夏休み期間は小学生の参加もあり、子どもから高齢者まで誰もが自由に参加でき、気軽に話し合える環境づくりを行っています。

4) 認知症バリアフリーの推進

日常生活や地域生活における様々な生活の場面で、認知症になっても利用しやすい生活環境の工夫や改善を推進します。また、認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりや、行方不明者になった際に早期発見・保護ができるよう、SOSネットワークの取組みを推進するとともに、アプリやSNSと連動したネットワークを検討します。

5) 若年性認知症の人への支援

a. 相談窓口の設置・周知

若年性認知症に関するパンフレットを地域包括支援センターや本庁舎窓口にあります。

b. 若年性認知症の理解を深めるための普及・啓発

若年性認知症に関するパンフレットを地域包括支援センターや本庁舎窓口にあります。

c. 関係機関との連携体制の構築

認知症疾患医療センターと連携し、若い世代の方も認知症について考えることができるように工夫しながらイベントを企画しています。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 認知症サポーター延べ人数(人) | 計画値 | 310 | 350 | 370 | 390 |
| | 実績値 | 330 | 360 | 360 | 360 |
| 認知症初期集中支援チーム チーム員会議の開催(回) | 計画値 | 0 | 2 | 2 | 2 |
| | 実績値 | - | 0 | 0 | 0 |

※R5 は 8 月末時点

⑧地域ケア会議の推進

a. 自立支援地域ケア会議の開催

隣町と合同で自立支援地域ケア会議を開催し、専門職から助言を受けることで、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントにつなげています。

会議後の評価が実施できていない状況です。

b. 地域ケア個別会議の開催

個別課題の解決に向けた地域ケア会議を開催し、支援方法を関係者間で協議しました。新しいサービス（事業）の創設に繋がりました。

c. 地域ケア推進会議の開催

地域ケア会議や総合相談等で把握した地域課題についての解決方法を検討しました。関係者間で地域課題の共有ができました。

d. 生活支援コーディネーターや協議体との連携

生活支援コーディネーターが自立支援地域ケア会議に参加・助言し、地域の資源の把握や個別課題からみえてくる地域課題の把握につながりました。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------------------|-----|----|----|----|-----------|
| 自立支援地域ケア会議の開催(回) | 計画値 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | 実績値 | 3 | 2 | 3 | 3 (見込) |

(3) 任意事業

①介護給付費適正化事業

a. 要介護認定の適正化

認定調査員が行った認定調査の全件について、調査員相互で認定調査票と特記事項のチェックを行ったあと、職員が最終チェックを行いました。認定調査の結果について、調査内容の点検を全件実施することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保が図られています。

b. ケアプランの点検

町内の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所から、新規・更新・変更の全てのケアプランを随時提出いただき、担当者による点検を行い、ケアプラン点検支援会議を開催し、必要に応じて助言を行いました。ケアプランを点検し、介護支援専門員の気づきを促すことで、自立支援に資するケアマネジメントの支援につながっています。

c. 住宅改修、福祉用具購入・貸与の点検

住宅改修については、施工前に理由書等を全件確認し、改修費に応じて訪問により実態確認を行いました。福祉用具貸与における軽度者に対する例外給付については、支給に先立つ文書協議を行い、全件ケア会議で必要性の確認を行い、点検により、住宅改修や福祉用具貸与の適正化が図られています。

d. 縦覧点検・医療情報との突合

縦覧点検及び医療情報との突合点検については、介護給付適正化支援事業を活用し、業務を国民健康保険団体連合会に委託し、サービス事業者の誤請求や、医療と介護の重複請求の発見・是正につながっています。

e. 介護給付費通知

年に1回、過去1年間のサービス事業所、サービスの種類、日数、費用額及び利用者負担を記載した通知書を発送しました。

受給者に対して年1回通知し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員による説明等を行うことにより、適切なサービスの利用の啓発につながっています。

居宅介護支援事業所等から、過誤や不適切給付にならないよう請求やケアプランについての相談が事前にあるなど、適正化の意識が定着してきていますが、検証が必要なケアプランや誤請求もあり引き続き、適正化に取り組んでいく必要があります。

②成年後見制度利用支援事業

成年後見人の報酬についても助成対象になるように要綱を改正しました。また、成年後見人の報酬の助成を1件実施しました。

③福祉用具・住宅改修支援事業

令和3年度、令和4年度の助成申請はありませんでした。

④「食」の自立支援事業

地域の高齢者の食生活の改善と健康の増進を図るとともに、安否確認を実施しました。低栄養の防止だけでなく、配食を食べていないなど、異変に気付いた場合は、包括支援センターに連絡がくる体制が構築できており、安否確認の有効な手段となっています。

| 指 標(単位) | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|----------|-----|-------|-------|-------|----------------|
| 任意事業(千円) | 計画値 | 4,000 | 4,000 | 4,000 | 4,000 |
| | 実績値 | 3,143 | 2,360 | 3,105 | 648 (7月末現在) |

基本目標 2: 保健事業

①訪問指導

各種検診結果の再検査通知対象者や保健指導の基準値にある方への訪問については、再検査通知を訪問にて実施する事で早期の医療受診勧奨を行うことができました。

精神障がい者やその家族に対する支援の訪問については、状態悪化者や定期的訪問対象者への訪問を実施し、必要時は医療との連携を行っています。

どの訪問指導についても専門職が担いますが、マンパワー不足で丁寧な訪問が実施できないことが課題です。

②がん検診

各種がん検診を集団検診にて実施し、各検診受診率 30%前後でした。

集団検診のみの実施であるために、集団検診期間中に受診できない対象者は、来年度しか検診受診の機会がありません。

③予防接種

高齢者に対する予防接種として、インフルエンザ、成人用肺炎球菌を個別通知して、医療機関にて接種できる体制を整えて実施しました。インフルエンザは 40%台、成人用肺炎球菌については 20~30%台の接種率で推移しています。

④健康相談

保健センターにて健康相談を定期的実施し、血压体重測定、尿検査等にて生活習慣の改善の意識づけを行っています。利用者が年々減少しているのが課題です。

⑤巡回健康相談

各字公民館にて健康相談を定期的実施しました。令和 5 年度から包括支援センターが実施する教室と同時開催し、血压体重測定、尿検査等にて生活習慣の改善の意識づけを行っています。

⑥特定健康診査

集団及び個別にて実施しており、受診率は50%前後です。

国目標値の60%にするために個別健診等の勧奨も行っていますが、受診率は伸び悩んでいます。

⑦その他

a. 特定保健指導

集団健診の結果報告会時に初回の面接を実施し、その後は電話等にて実施し、一部は外部機関に委託しています。

b. 生活習慣病重症化予防事業

健診結果にて対象者へ案内し、糖尿病、高血圧重症化の予防の保健指導を実施しています。

c. 食生活改善推進員（健康づくり推進員）事業

生活習慣病予防の食生活を意識した調理実習や町行事での試食作り等を実施しています。

各種保健事業（健康教育含む）を通して、町民へ健康の維持増進のための生活習慣の普及啓発を実施していますが、参加する対象者が例年固定化していることが課題です。

基本目標 3: 高齢者福祉事業

①紙おむつ支給事業

介護保険の認定（要介護3～5）を受け、在宅で生活されている高齢者に介護状態等に合わせ、偶数月に2か月分の紙おむつ等を支給しており、支給実人数は75名、延べ588名となっています。

| 指 標（単位） | | R2 | R3 | R4 | R5 |
|---------------------|-----|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| 紙おむつ支給事業 給付費 （円） | 計画値 | — | 1,500,000 | 1,500,000 | 1,500,000 |
| | 実績値 | 1,176,700 | 1,479,372 | 1,492,541 | 435,933 (7月末現在) |

②シルバー人材センターの強化

シルバー人材センターの健全な運営を図り、もって高齢者の福祉の増進に資するため、知名町シルバー人材センターに負担金9,710,000円を支出しました。

会員数：男性92人、女性82人、計174人

就業実人員：151人 就業延人員：6,313人 就業率：86.8%

請負等受託事業：受託件数187件（公共39件、民間148件）

契約金額：14,512千円（公共7,037千円、民間7,475千円）

労働者派遣事業：受託件数41件（公共11件、民間30件）

契約金額：2,944千円（公共1,055千円、民間1,889千円）

③老人クラブ育成事業

高齢者の知識及び経験を生かし、生きがいと健康づくりのための多様な社会活動が行われることで、老後の生活を豊かなものにするとともに、明るい長寿社会づくりに資するため、知名町老人クラブ連合会及び単位老人クラブに補助金として 2,099,000 円を交付しました。単位老人クラブ 17 クラブ、会員数 1,374 名となっています。

④在宅生活・介護支援事業

a. 食の自立支援事業

地域の高齢者の食生活の改善と健康の増進を図るとともに、安否確認を実施しました。低栄養の防止だけでなく、配食を食べていないなど、異変に気付いた場合は包括支援センターに連絡がくる体制が構築できており、安否確認の有効な手段となっています。

b. 生活管理指導員派遣事業

総合事業の訪問型サービスで対応できるため、廃止しました。

⑤その他

a. 高齢者元気度アップポイント事業

介護予防教室や社会参加活動の参加者に対しポイント付与し、商品券に交換しています。

商品券交換実人数 令和 2 年度：298 名

令和 3 年度：320 名

令和 4 年度：305 名

交換できる期限が決まっており、繰り越しができないため、その旨を周知徹底することが課題です。

b. 敬老祝金・百歳祝金事業

高齢者の長寿を祝福するとともに、敬老の意を表するため、百歳祝金及び敬老年金を支給しました。また、新 90 歳及び 100 歳以上の高齢者を表敬訪問し、祝状及び記念品を贈呈しています。

100 歳祝金支給事業 600,000 円

(100 歳以上一人当たり 50,000 円を支給。12 名支給)

敬老年金支給事業 2,020,000 円

(90 歳以上一人当たり 10,000 円を支給。202 名支給)

c. 敬老バス事業

満 70 歳を迎えた高齢者が、敬老バス乗車資格者証を提示してバスを利用する「敬老バス事業」を実施する沖永良部バス企業団に対し、負担金 4,500,000 円を支出しています。

敬老バス乗車資格者証交付数 54 件 (令和 3 年度 42 件)

基本目標 4: 高齢者の安心・安全な暮らしを支える

① 養護老人ホームの設置

年に3回、入所判定委員会を実施し、早期入所できるよう待機順を決め、施設等と連携を図っています。令和3年度 7名、令和4年度 8名の入所措置を行い、安心して生活できる環境を確保しました。

② 療養病床の円滑な転換

令和5年7月末をもって、本町に所在する介護療養型医療施設（沖永良部徳洲会病院 介護療養型医療施設）が閉所となりました。利用者18名については、本人や家族に希望するサービス等を聴取したうえで、老人福祉施設やグループホームなどの代替サービスへつなぐなどの措置を行いました。

特別養護老人ホームを希望した一部の利用者については、施設に空きがないため、医療療養病棟へ入院し待機することとなりました。

③ 介護人材の確保等

a. 資質の向上

介護現場の中核を担う人材の育成や専門性向上のための研修や多職種との連携については、実施できておらず、今年度、実施する予定です。

b. 介護事業所の業務の効率化

指定更新時における提出書類の削減や実地指導時の資料の確認において、介護事業所の負担軽減を図っています。

④ 災害・感染症対策

a. 災害対策

要援護者について、民生委員や字区長、消防団等と情報を共有し、台風等が発生した際に避難の誘導をしています。

避難に要する時間や避難経路等の確認を行う場の設置、具体的な行動等について協議は行えていません。

要援護者についての情報を共有したことで、台風等が発生した際の避難につながることができました。

台風等が発生した時に生じた要援護者の避難についての課題を協議する場が必要です。

b. 感染症対策

各事業所に、事業計画を策定するよう指導を行っています。

令和4年12月に、鹿児島大学病院から講師を招き「感染症対策研修会」を開催しました。両町から多数の介護事業所に参加いただき、感染症対応の学びを共有できました。

⑤その他

a. 緊急通報体制等整備事業

希望するひとり暮らしの高齢者宅に緊急通報装置を設置して、不安の軽減をはかり、安心して自宅で生活できる体制を整えました。本人が自ら希望して設置した場合は、緊急時の通報手段として有効であり、高齢者本人の不安軽減につながっています。

携帯電話があるので固定電話を解約している方もおり、設置ができないことが課題となっています。

b. 地域見守りネットワーク支援事業

民生委員と在宅福祉アドバイザーを中心として見守り活動を支援しました。

見守りグループ 令和3年12箇所、令和4年15箇所、令和5年15箇所（見込み）となっています。在宅福祉アドバイザーが減少していることが課題となっています。

c. リハビリテーションサービス提供体制の整備

個人で事業を行っているリハビリテーション専門職に、一般介護予防事業の教室に参与してもらっています。

3 知名町の現状と課題

国の「第9期介護保険事業（支援）計画」の基本指針に沿って、知名町の現状と課題を整理しました。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

①知名町の実情に応じたサービス基盤の整備

本町の高齢者人口の推移をみると、令和2年をピークとして高齢者人口は減少しており、男女別5歳階級別人口構成をみると、「60～64歳」の年齢帯が少ないことから、今後も高齢者人口は減少していくことが予想されます。

高齢者人口は減少するものの、本町の令和4年の最多年齢帯は「70～74歳」となっており、今後、後期高齢者は増加していくことが予想されます。

要介護（要支援）認定者出現率の推移をみると、特に80歳以上は4人に1人が認定者となっており、今後、後期高齢者が増加する中で要介護（要支援）認定者も増加することが予想されます。

本町の介護サービス基盤について、要支援・要介護者一人あたり定員数を近隣自治体と比較したところ、本町は通所系サービスに特化したサービス基盤となっています。

一方、施設系・居住系サービス基盤は、近隣自治体と比較して整っていない状況にあり、今後、医療・介護双方のニーズを有する高齢者が増加することを踏まえ、サービス提供事業者を含め、サービス基盤の整備の在り方を検討する必要があります。

②在宅サービスの充実

本町の在宅サービス受給率は、近隣自治体と比較し高い状況にあり、通所系サービスの要支援・要介護者一人あたり定員数をみても、全国や県、近隣自治体より高い状況にあり、特に小規模多機能型居宅介護において居宅要介護者の様々な介護ニーズに対応していることが伺えます。

今後も、国や県の動向を注視しながら、在宅要介護（要支援）者調査の結果も踏まえ、高齢者や介護者が在宅や地域での生活を継続するための在宅サービスの維持・充実に努める必要があります。

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進の取組

①地域共生社会の実現

高齢者やの世帯の状況から本町の高齢者のみの世帯割合は、全国や県と比較しても高い状況にあります。

現行計画評価より、現在は、指定事業者によるサービスで、訪問介護員が定期的に訪問することで、体調の変化に気づき、病院受診等の早期対応につながっていますが、一般高齢者調査結果の助け合い（情緒的サポート・手段的サポート）の状況等を踏まえ、今後、介護人材の確保が一段と厳しくなることが想定されることから、地域住民や多様な主体による日常生活支援の取組みが重要となってきます。

在宅要介護（要支援）者調査より、介護・介助が必要になった主な原因として「認知症」が上位に挙げられています。また、介護者が不安に感じる介護(在宅介護限界点)についても認知症が上位に挙げられています。

さらに、一般高齢者調査、若年者調査より、介護予防のための取り組みについて、今後、県や町において特に力を入れるべきことについても、「認知症の予防・支援に関すること」が上位を占めており、認知症に対する正しい知識や理解、認知症の相談窓口の周知と認知症の症状や段階ごとに合わせた医療や介護サービス等の情報提供が必要と考えられます。

また、認知症高齢者の日常生活自立度より、本町は近隣自治体と比較して、日常生活自立度が高い状況にあり、認知症高齢者に対する介護サービス基盤の整備の検討も必要となります。

様々なニーズを抱える高齢者等に対し、実態把握するために地域包括支援センターが効果的な事業運営ができるよう、人材確保の支援、職員の対応力向上に向けた各種研修会の開催等を継続実施する必要があります。

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

今後、介護サービスの需要が更に高まることが見込まれている一方で、介護人材の確保は一段と厳しくなることが想定されます。

こうした現状において、介護事業者の今後の施設運営の意向について、情報共有を図るとともに、介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備などの取り組みを県と連携し総合的に実施する必要があります。

4 基本理念・基本目標・施策体系

1. 計画の基本理念

21 の暮らしを大切に、21 の未来を創る子や孫が誇れるまちづくり

本町のまちづくりの基本指針であります知名町総合振興計画では、これまでの本町を形づくってきた21の「字」という集落社会を中心に据え、「21の暮らしを大切に、21の未来を創る子や孫が誇れるまちづくり」を知名町が目指す未来像（ビジョン）として掲げ、実現すること目指しています。

総合振興計画ではさらに、子どもから高齢者まで安心して健やかに過ごせるまちづくりや見守り、声を掛け合える、安心して暮らしていける環境の整備・維持などが行動方針として示しており、本計画においてもこのビジョンを基本理念に掲げ、その実現に向けた施策を推進していきます。

2. 基本目標

地域包括ケアシステムの深化・推進

国の基本指針では、第6期（平成27年度～平成29年度）以降の市町村介護保険事業計画は、「地域包括ケア計画」と位置付け、令和7年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。

本町においても、高齢者が住み慣れた地域（なじみの人間関係）で自分らしい（マイペースな）暮らしを送ることができるよう、介護予防・日常生活支援総合事業や認知症の総合支援、在宅医療と介護の連携、生活支援の体制整備に関する事業を充実し、本町における地域包括ケアシステムの構築をはかってきました。

この基本目標は、令和7年までの中長期的な視野にあたり、地域の人材や社会資源を活かして地域の将来の姿を踏まえたまちづくりの普遍的な目標であると考えられます。

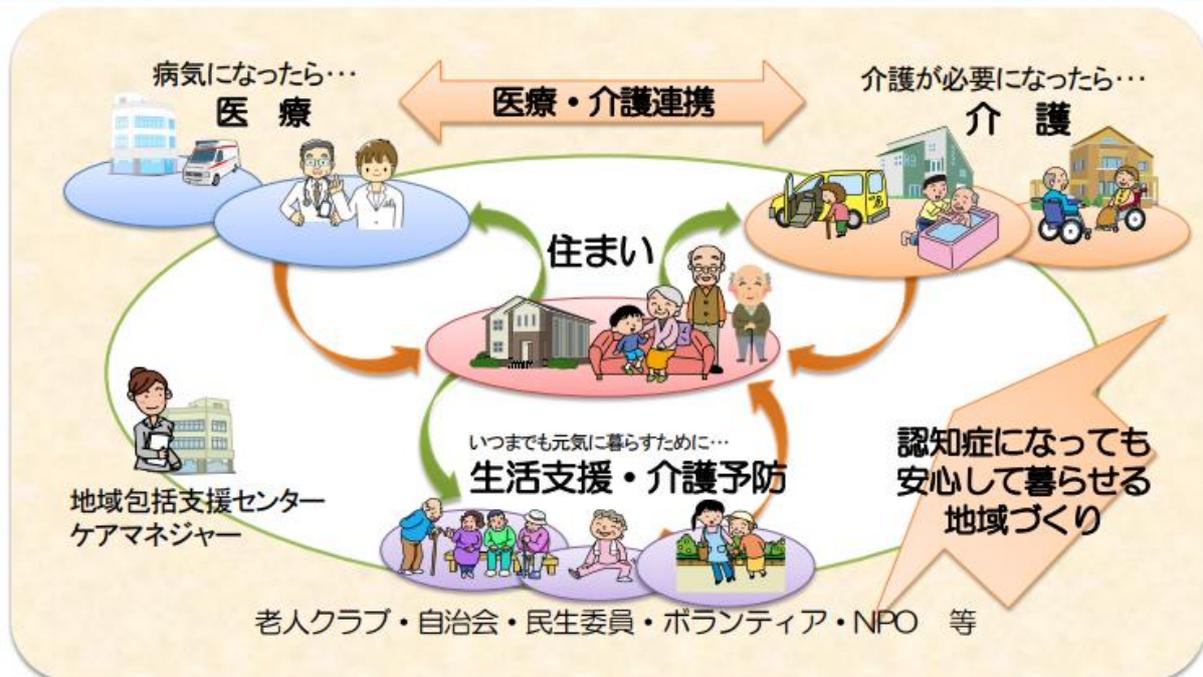
よって、第9期計画においても、「地域包括ケアシステムの深化・推進」に向けてさらなる取組が重要となることから、これまでの基本目標を踏襲します。

また、「支え手側」「受け手側」といった垣根を越え、子どもから高齢者、そして障がいのある方など、町がそれぞれに役割を持ち、自分らしく活躍できる「字」を形成し、福祉サービスと協働し助け合い、支えあいながら暮らすことのできる「地域共生社会」の実現を目指します。

地域包括ケアシステムとは、高齢者が、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちをつくること

地域包括ケアシステムのイメージ

地域包括ケアシステム＝高齢者が、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちをつくること



5 施策の展開

1. 地域支援事業

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

① 一般介護予防事業

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人の取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスの取れたアプローチを目指すとともに、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりをとおして、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。また、リハビリテーション専門職等を活用し自立支援に資する取組みを推進します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|----------------------|--|
| ア. 介護予防把握事業 | ◆民生委員等から得た高齢者に関する情報を活用し、閉じこもり等により支援を要する方を把握するほか、介護予防教室等の参加者に対し、年1回の体力測定やアンケート・基本チェックリストを実施することで、心身の状況の変化を把握し介護予防活動へつなげます。 |
| イ. 介護予防普及啓発事業 | ◆介護予防活動の普及・啓発を行うため、高齢者の自主的な健康づくりや社会参加活動に対して、地域商品券等に交換できるポイントを付与し、高齢者の健康維持や介護予防への取組みを促進します。 |
| ウ. 地域介護予防活動支援事業 | ◆住民主体の介護予防活動の育成・支援を行うため、各字において介護予防に関する講話を行うほか、体操やレクリエーション、オーラルフレイル予防のための歯科衛生士による口腔ケア指導を行います。また、げんきの郷・ちなにおいて、栄養管理や調理の工夫などに関し、実習をとおした学習を行います。 |
| エ. 一般介護予防事業評価事業 | ◆介護保険事業計画に定めた目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。 |
| オ. 地域リハビリテーション活動支援事業 | ◆げんきの郷・ちなで行う足腰シャンシャン教室において、リハビリテーション専門職の関与により、転ばない体づくりを目指した支援を行います。また、介護（介護予防）ケアマネジメントにおけるアセスメントにリハビリテーション専門職が同行するほか、地域ケア会議に参加し、リハビリテーション専門職としての見地から心身の評価等を行い、生活課題の原因分析を実施することで、ケアマネジャー等がよりよいケアマネジメントを行えるよう助言・提案を行います。 |

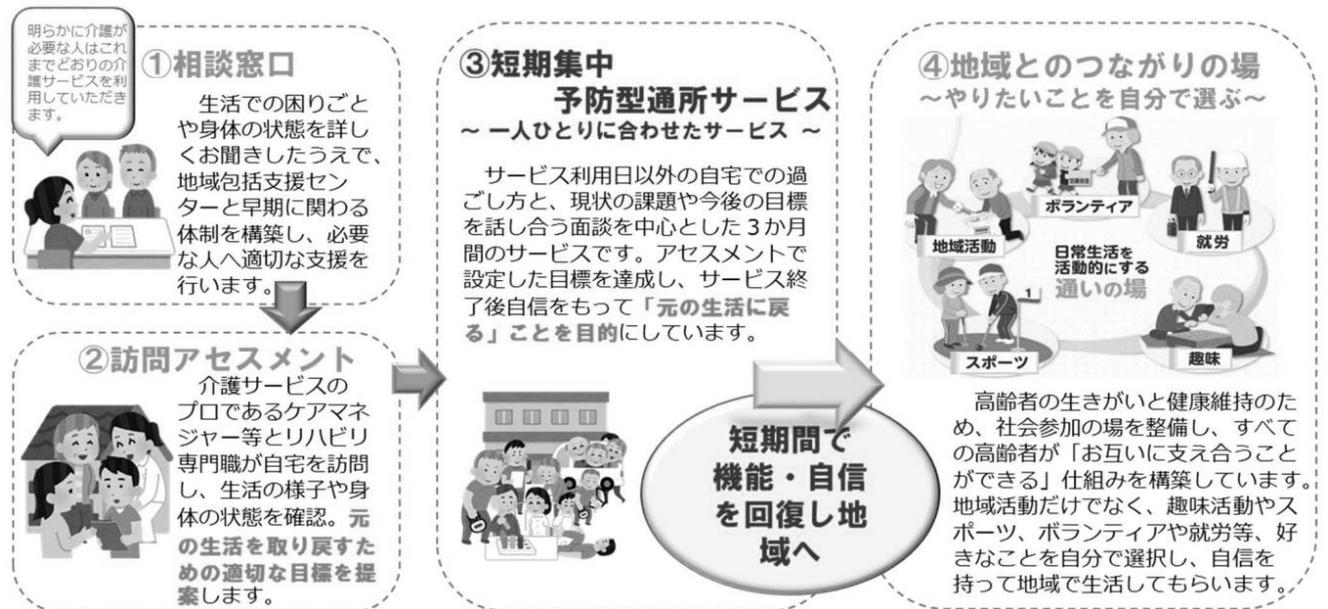
② 高齢者の保健事業と一般介護予防事業等との一体的実施の推進

加齢に伴い心と体の活力が衰えた状態をフレイル（虚弱）といいます。健康な状態と介護が必要な状態の中間の段階とされ、要介護状態への進行の予防や健康な状態へ戻るには、このフレイル対策が重要とされています。

高齢者の多様な健康課題に対して包括的に介入し、高齢者への個別的支援及び通いの場等への積極的な関与を行う保健事業と介護予防の一体的な取組に努めます。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|----------|---|
| 健康づくりの推進 | <ul style="list-style-type: none"> ◆各地区の集会施設等を活用した高齢者の健康づくり活動において高齢者が楽しみながら健康づくりができるよう、今後も支援していきます。 ◆保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の医療専門職が、KDB システムを活用し、低栄養防止・重症化予防等を行うための訪問相談、適正受診等を指導します。 ◆通いの場等において、KDB システム等により把握した地域の健康課題をもとに医療専門職が健康教育・健康相談を実施します。 |



③ 介護予防・生活支援サービス事業

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-----------------|---|
| ア. 訪問型サービス | ◆要支援認定者や基本チェックリストで把握された介護予防・生活支援サービス事業対象者に、訪問介護員が居宅を訪問し、入浴・排泄・食事の介護のほか、調理・洗濯・掃除等の日常生活に必要なサービスを提供します。 |
| イ. 通所型サービス | ◆要支援認定者や基本チェックリストで把握された介護予防・生活支援サービス事業対象者に、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話と機能訓練を行います。また、緩和した基準によるサービスを創設し、状態等により多様なサービスを提供できるようにします。 |
| ウ. 介護予防ケアマネジメント | ◆高齢者の自立支援のため、要支援認定者や介護予防・生活支援サービス事業対象者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、対象者の心身の状況等に応じて、対象者の選択に基づき適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行います。 |

(2) 包括的支援事業

◇ 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

◇ 包括的支援事業（社会保障充実分）

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、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身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、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的にしています。

地域包括支援センターがその機能を適切に発揮するために、業務の実施状況を把握し、これを踏まえた地域包括支援センター運営協議会等での検討を通じて、適切な人員体制の確保や業務の重点化・効率化を進めます。

● P D C A サイクルの繰り返しによる機能強化

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-----------------------|--|
| ア. 地域包括支援センターの事業計画の策定 | ◆町が定めた運営方針の内容に沿って、年度毎の事業計画を策定します。 |
| イ. 事業の実施 | ◆事業計画にもとづき、地域包括支援センターにおいて事業を実施します。 |
| ウ. 事業評価 | ◆地域包括支援センターの自己評価や町によるセンターの運営や活動の評価により事業の実施状況や課題等の把握や分析を行います。 |
| エ. 評価結果の報告・検討 | ◆地域包括支援センター運営協議会等で未達成の目標や未実施業務等への対応を検討し、運営方針や事業計画の見直しにつなげます。 |

② 総合相談支援事業

保健・介護・福祉・権利擁護などの相談を総合的に受け止め、適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる支援をします。また、電話で福祉や健康に関する相談は常時受け付けているほか、訪問による高齢者の心身の状況や生活の実態の把握も行います。

あわせて、関係機関とのネットワークの充実・強化を図り、高齢者の実態把握、相談支援等の対応に努めます。

③ 権利擁護事業

高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるように、高齢者虐待防止、消費者被害防止の取組や成年後見制度の活用促進への取組を行います。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------|--|
| ア. 成年後見制度の利用促進 | ◆成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者の親族等に対して成年後見制度の説明や申立てにあたっての支援を行います。申立てを行える親族がないと思われる場合や親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認める場合は、速やかに市町村 申立てにつなげます。 |
| イ. 老人福祉施設等への措置の支援 | ◆判断能力が低下している一人暮らしの高齢者や家族からの虐待等の事例を把握し、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、老人福祉法における入所措置の実施を求めます。 |
| ウ. 高齢者虐待への対応 | ◆高齢者虐待の事例を把握した場合は、速やかに状況を確認し、関係機関と連携して虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施します。 |
| エ. 困難事例への対応 | ◆高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合や高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの各専門職が連携して対応を検討し、必要な支援を行います。 |
| オ. 消費者被害の防止 | ◆消費者行政主管課と定期的に情報交換を行うとともに、民生委員、ケアマネジャー、訪問介護員等に必要な情報提供を行います。 |

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう心身の状況やその変化に応じ、さまざまなサービスが切れ目なく提供できるよう調整します。併せて、高齢者を支えるケアマネジャー等からの相談、問い合わせに対応したり、地域の社会資源や介護関係情報の提供を行ったりするなど、高齢者に適切なサービスを提供できるよう支援を行います。また、医療機関などの機関との連携・協力体制を構築していきます。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------|--|
| ア. ニーズや課題の把握 | ◆地域のケアマネジャーのニーズや課題を把握します。 ◆認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の方法について他機関と連携しながら検討します。 |
| イ. 事例検討会、意見交換会の開催 | ◆地域のケアマネジャーのニーズや課題にもとづき、事例検討会の開催や多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けます。 |
| ウ. 支援困難事例への対応 | ◆地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例に対して、同行訪問等により問題の解決策を検討します。 |

⑤ 在宅医療・介護連携の推進

今後、医療と介護の両方のサービスを必要とする高齢者が増加することが予想されるため、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅療養の4つの場面ごとに目指す姿を設定し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進します。

また、各種加算資料や地域包括ケア見える化システム等を基に現状分析・課題抽出を行い、対応策を協議するなどPDCAサイクル循環を意識して事業を実施します。

(在宅療養の4つの場面での「目指す姿」)

① 日常の療養支援

医療・介護関係者の多職種協働によって本人・家族の療養生活を支援することで、認知症や要介護状態になる前に早期に発見して予防に繋げることができ、また、認知症や要介護状態になった後でも本人・家族が住み慣れた場所で生活し、状態の維持・改善に向けた意欲を持てること。

② 入退院支援

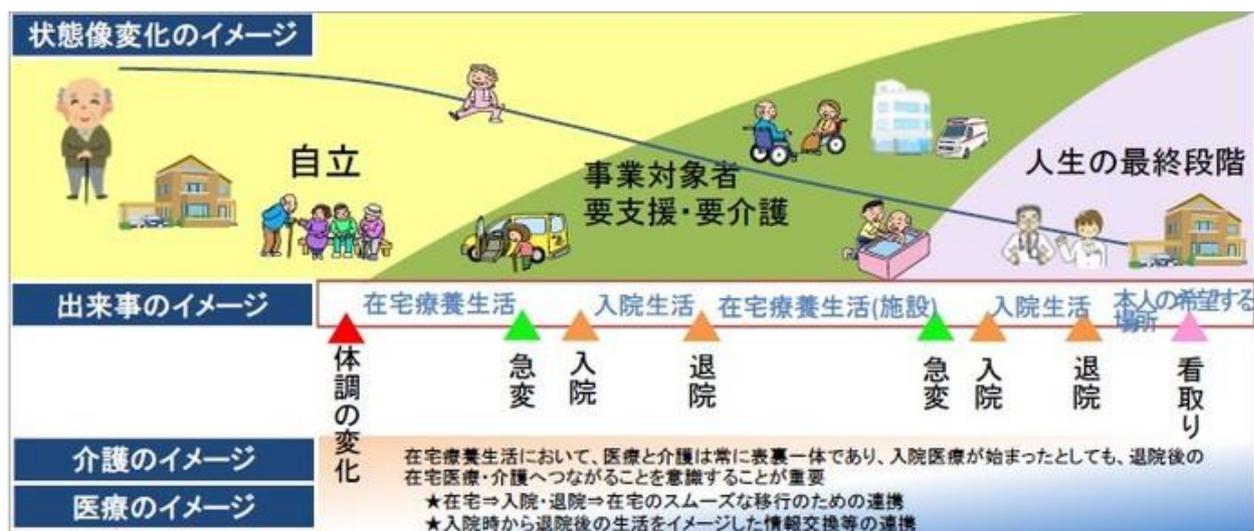
入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有や協働することで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護を必要とする高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

③ 急変時の対応

医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、適切な対応が行なわれるようにする。

④ 看取り

本人・家族が看取りにおける支援内容を理解し、医療・介護関係者等が可能な限り QOL を高められるよう関与することで自らが望む場所で最期を迎えることができること。



【具体的な取組】

| 項目 | 内容 |
|----------------------|--|
| ア. 現状分析・課題抽出・施策立案 | ◆在宅医療・介護連携に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、対応策の企画・立案、医療・介護関係者への周知を行います。 |
| イ. 在宅医療・介護連携に関する相談支援 | ◆知名町地域包括支援センターを相談窓口とし、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談支援を行います。 |
| ウ. 町民への普及啓発 | ◆高齢者やそのご家族等が、ケアのあり方について考えたり、必要な医療・介護サービスを適切に選択したりできるように、パンフレット等の配布や講演会の開催等、町民の在宅医療や介護についての理解を図ります。 |
| エ. 医療・介護関係者への支援 | ◆入退院時の情報共有ツール（沖永良部地区入退院調整ルール）の活用を促進し、医療・介護関係者の情報の共有を図ります。また、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得・向上のための研修、その他、地域の実情に応じた支援を行います。 |

⑥ 生活支援体制整備の推進

高齢者の単身世帯・夫婦のみの世帯のほか、認知症の高齢者が増加するなかにおいて、医療・介護サービスの提供だけではなく、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置を行うことで、見守り・安否確認や外出支援、買い物などの生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加に向けた取組みと地域住民がともに支え合う地域づくりを一体的に推進します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|------------------------|---|
| ア. 生活支援コーディネーターの配置 | ◆地域において生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす生活支援コーディネーターを第1層※に1名配置します。 |
| イ. 協議体の設置 | ◆生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として協議体を第1層に1箇所設置します。 |
| ウ. 地域見守りネットワーク支援事業との連動 | ◆生活支援等サービスの体制整備をより効率的に推進するために社会福祉協議会に委託して実施している地域見守りネットワーク支援事業と連動して取組みます。 |
| エ. 地域ケア会議の活用 | ◆生活支援等サービスの充実を図っていく上で、積極的に地域ケア会議との連携を図ります。 |
| オ. 生活支援サポーターの養成 | ◆高齢者等のちょっとした困りごとを支援する生活支援サポーター（有償ボランティア）を養成し、実際の支援活動につなげます。 |

⑦ 認知症施策の推進

認知症の方やその家族の視点を重視し、認知症に対する理解の促進を図るとともに、支援体制の整備を図り、本町の実情に応じた多様な認知症施策を展開します。

◆認知症への理解を深めるための普及・啓発

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|--|--|
| ア. 認知症に関する相談先の周知 | ◆高齢者やその家族が気軽に相談ができるよう、地域包括支援センターをはじめとする認知症に関する相談窓口の充実と町広報誌やホームページ等への掲載を通して周知に努めます。 |
| イ. 認知症サポーターの養成 | ◆認知症に対する正しい理解を深め、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを町民の手で展開していくために、字や職場等へ講師を派遣し認知症サポーター養成講座を開催します。また、小・中学生のうちから認知症について理解を深めるために、学校と協力しながら講座を開催していきます。さらに、チームオレンジ*創設に向けた取組として認知症サポーター養成講座を受講した方が一歩前進した学習や実践的な活動ができるような機会を設け、認知症サポーターが地域の担い手として活躍できる仕組みづくりを行います。あわせて認知症の人やその家族も担い手の一員として社会参加できるよう取り組んでいきます。 |
| ウ. 認知症ケアパスの普及 | ◆認知症高齢者とその家族ができる限り住み慣れた自宅で生活が続けることができるよう、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解するため、「知名町認知症ケアパス」の更新と普及を推進します。また、町のホームページ等で認知症ケアパスを掲載し、遠方の家族等でも町内のサービス利用についての情報を得られるように工夫していきます。 |
| エ. 世界アルツハイマーデー（毎年 9月21日）及び認知症月間（毎年 9月）における取組 | ◆町広報誌やホームページを活用し認知症や介護予防に関する情報発信をするほか、町立図書館において認知症コーナーを設置するなど、認知症を身近に感じ、考える機会を設けます。 |
| オ. 本人ミーティング、本人の意見を重視した施策の展開 | ◆認知症の本人同士の支えあい並びに社会参加活動としての本人交流会を開催し、認知症の人が自ら発信する機会の充実及び施策への参画ができるよう参加と協働を推進します。 |

◆認知症予防活動の推進

健康相談や介護予防教室、サロン、老人クラブなど主に高齢者が集まる機会を活用し、認知症の理解を深めてもらい、予防や早期介入の必要性について知識の普及啓発を図ります。また、通いの場においても専門職による健康相談等を実施し、発症リスクの低減や早期発見・早期対応などの認知症予防活動につなげます。

◆認知症ケアに対するサービスの充実

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|------------------|--|
| ア. 認知症地域支援推進員の配置 | <p>◆認知症地域支援推進員は、認知症の人とその家族を総合的に支援するため、医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐコーディネーターの役割を担います。本町では地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を1名配置し、認知症の早期発見等へつなげるため、医療と介護の切れ目のない総合的な支援を行っています。今後も身近な場所で早期に相談できる体制を継続し、認知症の人とその家族の総合的な支援に努めます。</p> |
| イ. 認知症初期集中支援チーム | <p>◆認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行うチームです。</p> <p>◆本町では和泊町との共同事業で平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の人やその家族に早期に関わり、認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に関する相談等を集中的に行い自立生活のサポートを行う支援体制を構築しています。</p> |
| ウ. 認知症カフェ | <p>◆認知症カフェは、認知症の本人とその家族が、地域住や介護・福祉・医療の専門家と身近な場所で集い交流できる場所です。同じ状況の仲間が皆で認知症に向き合う場を作り、心のケアや介護負担の軽減が図れるよう認知症カフェの設置に努めます。</p> <p>◆認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って生活ができる場として、認知症カフェの運営等に参画する取組みを推進します。</p> |

◆認知症バリアフリーの推進

日常生活や地域生活における様々な生活の場面で、認知症になっても利用しやすい生活環境の工夫や改善を推進します。また、認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりや、行方不明者になった際に早期発見・保護ができるよう、SOS ネットワークの取組みを推進するとともに、アプリや SNS と連動したネットワークを検討します。

また、認知症サポーターを養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みを検討します。

◆若年性認知症の人への支援

65歳未満で認知症を発症した場合、「若年性認知症」とされます。社会的役割が大きい世代であり、認知症になって職を失うと、経済的問題が大きくなります。また、配偶者が家庭内の多くの役割と介護を担うことが多く、身体的、精神的、経済的な介護負担が大きいのと言われており、高齢者の認知症とは違った独自の支援が必要とされる場合が多くなります。本町では、若年性認知症に対する支援を展開していくことで、本人とその家族が、早期に必要な支援につながり、地域の中で生活を継続することができる体制づくりを目指します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|--------------------------|--|
| ア. 相談窓口の設置・周知 | ◆町広報誌やホームページを活用し、若年性認知症窓口の周知・徹底を図ります。 |
| イ. 若年性認知症の理解を深めるための普及・啓発 | ◆若年性認知症の人やその家族が住み慣れた家庭や地域で安心して暮らしていくことができるよう、地域や職場における理解を促進していきます。また、認知症サポーター養成講座等で若年性認知症に対する知識の普及・啓発を図っていきます。 |
| ウ. 関係機関との連携体制の構築 | ◆医療・福祉・就労等の関係機関との連携を図り、就労の継続や居場所づくり等の支援に努めます。 |

⑧ 地域ケア会議の推進

個別ケース（困難事例等）の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うことで、地域支援ネットワークの構築や高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握などを推進します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------------|--|
| ア. 自立支援地域ケア会議の開催 | ◆自立支援に資するケアマネジメント実践力向上等を目的として、多職種が協働して個別事例の支援内容を検討するとともに、個別事例を通し地域課題を把握します。 |
| イ. 地域ケア個別会議の開催 | ◆高齢者等の個別課題の解決に対する支援を目的とし、多職種が協働して個別事例の支援内容を検討するとともに、地域課題を把握します。 |
| ウ. 地域ケア推進会議の開催 | ◆地域包括支援センター運営協議会等を活用し、自立支援地域ケア会議や地域ケア個別会議で把握された地域課題の共有、地域づくりや課題解決に必要な資源開発の検討、施策の立案を行います。 |
| エ. 生活支援コーディネーターや協議体との連携 | ◆地域課題の把握や地域づくり、新たな資源開発においては、生活支援コーディネーターや協議体と連携しながら取り組みます。 |

(3) 任意事業

◆任意事業

① 介護給付費適正化事業

介護保険制度の信頼を高め、持続可能な介護保険制度を構築するために、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを事業者が提供するよう、国の介護給付適正化計画に則り、要介護認定の適正化等、主要3事業を中心に介護給付の適正化を行っています。

引き続き、持続可能な介護保険制度の構築に向けて、「地域包括ケア「見える化」システム」、「国保連介護給付適正化システム」の各帳票を活用し、適正化を継続して実施します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-----------------|---|
| ア. 要介護認定の適正化 | <p>◆要介護認定調査の適正化を図るため、調査員指導担当者による点検を全件行うとともに、認定調査員現任研修や検討会などを開催し、要介護認定のばらつきの是正といった認定調査員の資質向上に努めます。</p> <p>◆介護認定審査会委員については、適切、公平な審査判定が行えるよう、保健所等と協働し、研修会を実施します。</p> |
| イ. ケアプランの点検 | <p>◆ケアプランの点検については、引き続き介護保険サービスやケアマネジメントの質の向上を図るため、町内全ての居宅介護支援事業所等のケアプランを対象に、「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」等の国保連介護給付適正化システムを活用して抽出し、ケアプラン点検支援会議等を実施し、ケアプランの点検強化を推進します。</p> |
| ウ. 住宅改修等の点検 | <p>◆改修の施工前に工事見積書等の点検を全件行い、改修費が高額なもの等については、訪問し受給者宅の実態確認を行います。また、施工後の現地確認を必要に応じて行い、住宅改修費の適正化を図ります。軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与における書面等の確認により保険者が要否判定できるとされるケースについては、支給に先立つ文書協議を原則とし、更新時の必要性の確認を徹底します。</p> |
| エ. 縦覧点検・医療情報の突合 | <p>◆介護サービス給付費が適正に請求されているかについて、国保連合会に医療給付情報と介護給付情報との突合や縦覧点検帳票の確認による適正化の体制を継続します。</p> |

| 項 目 | 内 容 |
|------------|--|
| オ. 介護給付費通知 | ◆受給者に対して、サービス事業所・種類・費用額等について年1回通知し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員による説明等を行うことにより、適切なサービスの利用を啓発します。 |

② 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度の利用にあたり、必要となる費用を負担することが困難である低所得の高齢者に対し、成年後見制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成等を行い、生活の自立の援助等、福祉の増進を図ります。

③ 福祉用具・住宅改修支援事業

居宅介護支援及び介護予防支援の提供を受けていない要介護認定者等の住宅改修に関する相談に乗り住宅改修が必要な理由書を作成した居宅介護支援事業所等に助成を行い、介護保険における住宅改修の円滑な実施を図ります。

④ 「食」の自立支援事業

栄養改善が必要な要介護認定者等に対して、食関連サービスの利用調整や地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用することで、食生活の改善と健康の増進を図るとともに、定期的な状況の把握を行い、高齢者の地域における自立した生活の継続につなげます。

2. 保健事業

高齢者等の健康保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防から治療、保健指導に至る対策を総合的に推進します。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------------|--|
| ア. 訪問指導 | ◇健診結果や体調について不安がある方を訪問し、日常生活や必要な医療について助言を行います。 ◇障がい者やその家族の困りごとに対する支援のための訪問を実施します。 |
| イ. がん検診 | 肺がん、胃がん、大腸がん・子宮がん・乳がんなどの早期発見・早期治療のため各種がん検診を実施します。 |
| ウ. 健康相談 | 病気の早期発見や健康の維持・増進を図るため、保健センターにおいて血圧測定や尿検査などを行います。 このほか、健康に関する相談を受けたり、不安を解消するための助言を行ったりします。 |
| エ. 巡回健康相談 | 各字を巡回（一部は保健センター）し、健康に関する相談を受けるほか、尿検査や腹囲・体重・血圧測定を行います。 |
| オ. 特定健康診査・長寿健康診査 | 国民健康保険被保険者のうち40歳以上74歳以下の方には特定健康診査、後期高齢者医療被保険者には長寿健診を実施します。 |
| カ. 特定保健指導 | 特定健康診査受診者のうち、特定保健指導者の基準に該当した方を対象に指導を行います。 |
| キ. 重症化予防事業 | 健診結果やレセプト等を活用し、糖尿病・高血圧で重症化するリスクの高い方や未治療者、治療中断者に対する保健指導を行います。 |
| ク. 食生活改善推進員（健康づくり推進員）事業 | 生活習慣病予防のための健康づくり教室やイベントを開催し、町民に正しい食生活の普及・啓発を行います。 |

3. 高齢者福祉事業

① 紙おむつ支給事業（市町村特別給付）

介護保険の認定を受けている在宅の寝たきり高齢者等に対して、紙おむつを支給し介護者の経済的な負担を軽減します。令和3年度からは市町村特別給付^{*}として実施しています。

② シルバー人材センターの強化

就労を通じた高齢者の生きがいづくりや社会参加を図りつつ、高齢者の多様なニーズを踏まえた就業機会を確保するためのシルバー人材センターの取組みを支援します。

③ 老人クラブ育成事業

健康活動のほか日常生活の困りごと支援などを行う友愛活動や他の世代との交流活動など、創造と連帯の輪が広がる事業に対し支援を行います。

④ その他

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもって自立した生活ができるよう、次の事業に引き続き取り組みます。

◆高齢者地域支えあいグループポイント事業

◆敬老祝金・百歳祝金事業

4. 高齢者の安心・安全な暮らしを支える

① 養護老人ホームへの入所措置

65歳以上で、環境上の理由と一定の経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な方を措置により入所（50床）を行います。入所者に対しては、自立した日常生活が送れるよう、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練などの支援を行います。

② 介護サービスの質の確保

介護保険事業所等が適正なサービスを行うことができるよう支援し、「介護給付等対象サービスの取扱い」及び「介護報酬の請求」に関する「周知の徹底」を図り、「サービスの質の確保」や「保険給付の適正化」が果たされるよう努めます。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------------|--|
| ア. 地域密着型サービス事業所などへの運営指導 | ◆地域密着型サービス事業者・居宅介護支援事業者に対して、サービスの質の確保・向上を図ることを目的として「運営指導」と「集団指導」に取り組みます。 |
| イ. 地域密着型サービス事業所などとの情報共有 | ◆介護サービス従事者に対し、介護技術の研修等、学びの場を広く提供することで、資質の向上につなげていきます。同時に、県主催の研修、講習会の情報も随時提供していきます。 |

③ 介護人材の確保等

知名町・和泊町で協議会を設置し、必要な介護人材の確保に向けた検討を行うほか、高齢者がこれまでの経験・技術をボランティア活動や地域福祉活動において活躍できる機会の提供に努めます。

また、すべての町民が地域における介護や福祉の活動に理解と興味をもって積極的に参加できるよう、学校教育や社会教育などあらゆる機会啓発に努めます。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|--------------------|--|
| ア. 就労支援による介護人材確保 | ◆他課との連携を図り、介護の仕事とのマッチングをする仕組みの整備に取り組みます。 |
| イ. 介護支援専門員確保に向けた対策 | ◆介護支援専門員確保のため、介護支援専門員資格取得・更新費用等の助成を検討します。 |
| ウ. 介護職の魅力発信 | ◆学校等と連携を図り、介護の魅力を発信するキャリア教育等の実施を検討します。 |
| エ. 多様な人材の就労・定着の促進 | ◆深刻化する介護人材不足に対応するため、県と連携し外国人人材を受け入れる体制の構築を目指します。 |

④ 介護現場に生産性向上

業務効率化の観点からは、介護分野の文書に係る負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続きの簡素化などを進めます。

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------|--|
| ア. 介護分野の文書に係る負担軽減 | ◆文書負担軽減に係る取り組みを実施し、業務の効率化に向けた事業者支援を推進していきます。 |
| イ. 介護現場の業務効率化の取組 | ◆介護現場における ICT 化や介護ロボットの導入を推進し、介護現場の負担軽減を図ります。 ◆県と連携を図りながら、補助制度の周知及び申請手続きのサポートを行います。 |

④ 災害・感染症対策

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|----------|---|
| ア. 災害対策 | <ul style="list-style-type: none"> ◆介護事業者が策定している業務継続計画(BCP)を定期的に確認し、あわせて災害が発生した際の具体的な行動等について確認を行います。 ◆要援護者について、民生委員や字区長、消防団等と情報を共有し、台風等が発生した際に避難に要する時間や避難経路等の確認を行う場を設置し、具体的な行動等について協議を行います。 |
| イ. 感染症対策 | <ul style="list-style-type: none"> ◆町内で感染症が発生した場合においてもサービスを継続して受けられることができるよう、各事業所との連携体制を整備します。 ◆介護事業所の職員の感染症に対する理解を深めたうえで業務にあたることのできるよう、感染症に関する資料の提供や研修会等を実施します。 ◆介護事業所における感染防具や消毒液、その他の感染症対策に必要な物資の備蓄等について定期的に確認をするほか、町においても関係機関と連携して最低限必要な物資を確保する体制を整備します。 |

⑤ その他

【具体的な取組】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------------|--|
| ア. 緊急通報体制等整備事業 | ◆ひとり暮らしの高齢者等世帯に対し、緊急通報装置を設置することで、緊急時の連絡や高齢者等の不安や家族の精神的負担の軽減を図ります。 |
| イ. 地域見守りネットワーク支援事業 | ◆援護を必要とする高齢者等を地域全体で支えるネットワークづくりを促進するため、地域住民が主体となった見守りグループの活動を支援します。 |
| ウ. リハビリテーションサービス提供体制の整備 | <p>◆生活機能の低下した高齢者に対しては、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、心身機能・活動・参加のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、これにより日常生活の活動を高め、家庭や社会の参加を可能とすることなどが重要となります。本町には、介護サービスを提供する訪問リハビリテーション事業所（1か所）と通所リハビリテーション事業所（1か所）があり、このうち訪問リハビリテーションの利用率[*]は、全国及び県平均を下回っています。通所リハビリテーションの利用率は、全国平均を上回っているものの、県平均を下回っており、あわせて平成 30 年からは減少傾向に転じています。</p> <p>◆リハビリテーションの必要性にかんがみ、今後は、事業所等と連携し、リハビリテーションの提供体制の確保・充実を図ります。</p> |

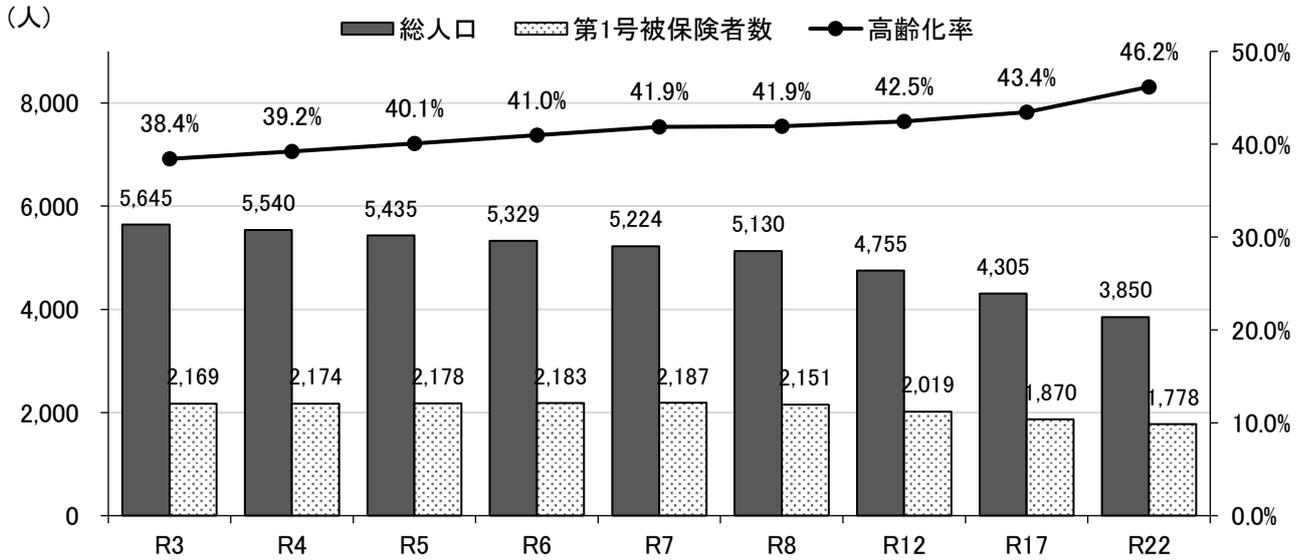
第6章 介護保険事業の運営

1 高齢者数・認定者数の推計

(1) 人口及び被保険者数の推計

本町の第9期計画期間中の高齢者人口は減少傾向で推移することが予想され、令和8年度の高齢者数は2,151人、高齢化率は41.9%になることが推測されます。

図表 総人口・高齢化率の推移

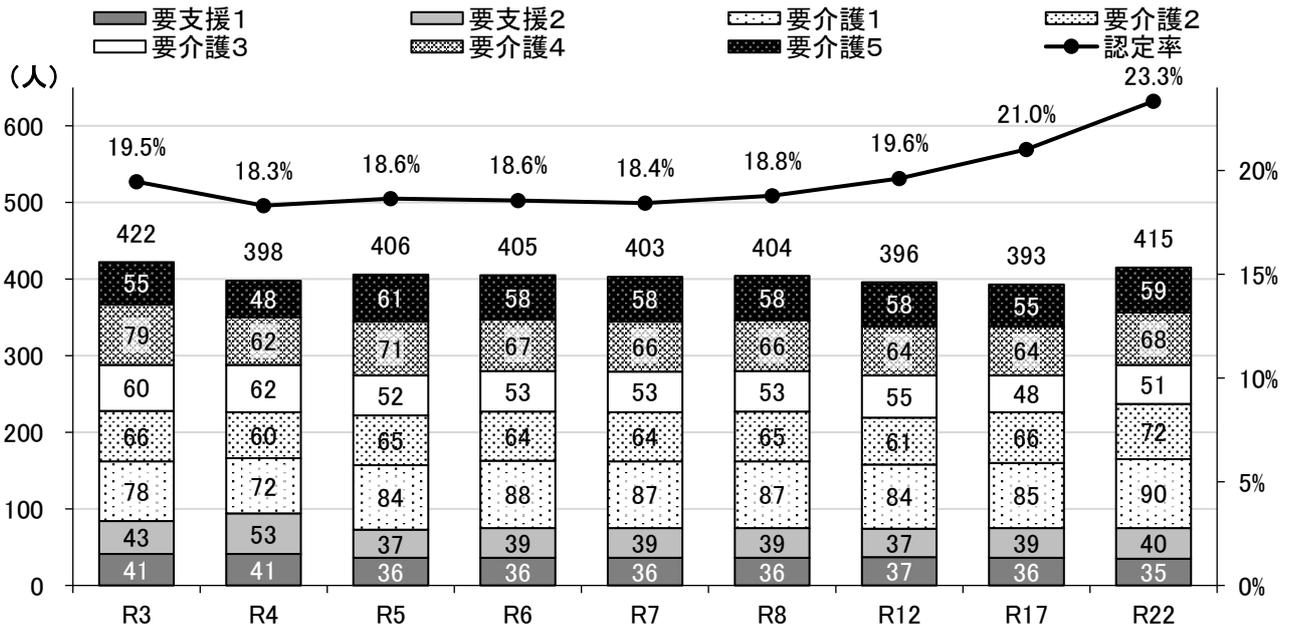


(出典) 見える化システム

(2) 要介護(要支援)認定者数の推移

本町の第9期計画期間中の認定率は、横ばいで推移することが予想され、最終年度の令和8年度における認定率は18.8%になることが推測されます。

図表 要介護(要支援)認定者数の推移



(出典) 見える化システム

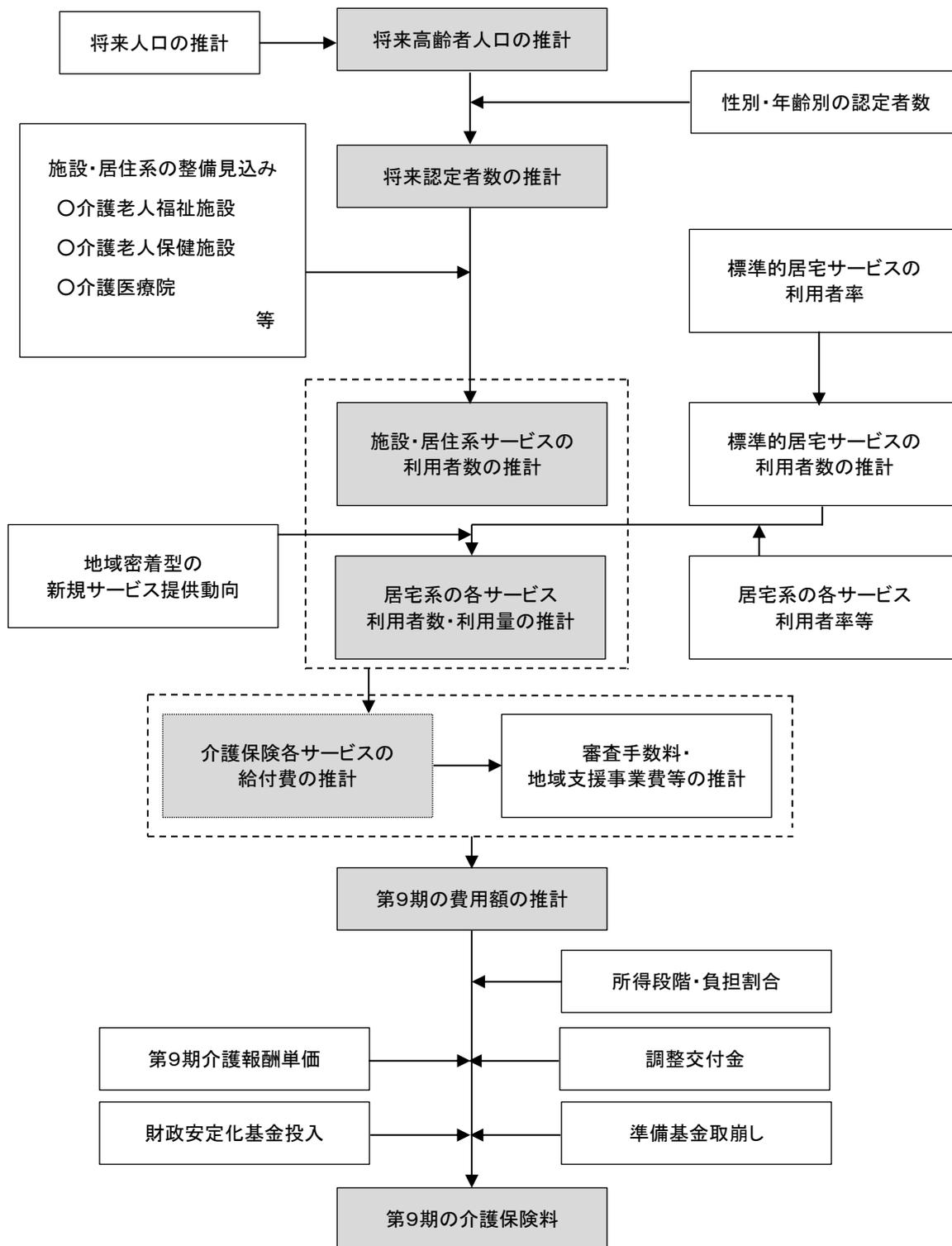
調整中

3 介護保険給付費推計

(1) 介護保険事業の推計手順

将来高齢者人口等の推計から、介護サービス見込量及び給付費、保険料算定までの大まかな流れを示すと、下図のとおりとなります。

図表 介護保険料算定までの流れ



(2) サービスごとの給付費の見込み

①介護サービス給付費の見込み

図表 介護サービス給付費の見込み

単位:千円

| 区分 | 第9期 | | | 第11期 | 第12期 | | | | | |
|------------------|------|------|------|-------|-------|-----|--|--|--|--|
| | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R12年度 | R17年度 | | | | | |
| (1) 居宅サービス | | | | | | | | | | |
| 訪問介護 | 調整中 | | | | | | | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | | | | | | | | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | |
| 短期入所療養介護（老健） | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具購入費 | | | | | | | | | | |
| 住宅改修費 | | | | | | | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | |
| (2) 地域密着型サービス | | | | | | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | 調整中 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |
| (3) 施設サービス | | | | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 調整中 | | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | |
| (4) 居宅介護支援 | | | | | | | | | | |
| 介護給付費計 | 調整中 | | | | | | | | | |

②介護予防サービス給付費の見込み

図表 介護予防サービス給付費の見込み

単位:千円

| 区 分 | 第9期 | | | 第11期 | 第12期 | | | | | |
|------------------|------|------|------|-------|-------|-----|--|--|--|--|
| | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R12年度 | R17年度 | | | | | |
| (1) 居宅サービス | | | | | | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 調整中 | | | | | | | | | |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護（老健） | | | | | | | | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具購入費 | | | | | | | | | | |
| 介護予防住宅改修費 | | | | | | | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | |
| (2) 地域密着型サービス | | | | | | | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | 調整中 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |
| (3) 介護予防支援 | | | | | | | | | | |
| 介護予防給付費計 | 調整中 | | | | | | | | | |

③総給付費の見込み

図表 総給付費見込み

単位:千円

| 区 分 | 第9期 | | | 第11期 | 第12期 |
|----------|------|------|------|-------|-------|
| | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R12年度 | R17年度 |
| 介護給付費計 | 調整中 | | | | |
| 介護予防給付費計 | | | | | |
| 総給付費計 | | | | | |

(3) 標準給付費等の見込み

図表 標準給付費等の見込み

単位:円

| 区 分 | 第9期 | | | 第11期 | 第12期 |
|-----------------------|------|------|------|-------|-------|
| | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R12年度 | R17年度 |
| 総給付費 | 調整中 | | | | |
| 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 | | | | | |

※表中の値は四捨五入の関係上、合計値が合わない場合があります。

(4) 地域支援事業費の見込み

図表 地域支援事業費の見込み

単位:円

| 区 分 | 第9期 | | | 第11期 | 第12期 |
|---------------------------------------|------|------|------|-------|-------|
| | R6年度 | R7年度 | R8年度 | R12年度 | R17年度 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 費 | 調整中 | | | | |
| 包括的支援事業（地域包括支援 センターの運営）及び任意事業 費 | | | | | |
| 包括的支援事業（社会保障充実 分） | | | | | |
| 地域支援事業費計 | | | | | |

(5) 第1号被保険者の保険料収納必要額

図表 第1号被保険者の保険料収納必要額

単位:円

| 区 分 | 第9期 | | | |
|---------------|-----|------|------|------|
| | 合計 | R6年度 | R7年度 | R8年度 |
| 標準給付費見込額 | 調整中 | | | |
| 地域支援事業費 | | | | |
| 第1号被保険者負担分相当額 | | | | |
| 調整交付金相当額 | | | | |
| 調整交付金見込額 | | | | |
| 準備基金残高 | | | | |
| 準備基金取崩額 | | | | |
| 市町村特別給付費等 | | | | |
| 保険料収納必要額 | | | | |

(6) 第1号被保険者の保険料段階の多段階化について

調整中

(7) 第9期計画期間の第1号被保険者の所得段階別保険料

図表 所得段階別保険料額

| 段 階 | 対象者 | 保険料 の調整率 | 月額 (円) | 年額 (円) |
|-----|-----|-------------|-----------|-----------|
| 調整中 | | | | |

(8) 所得段階別被保険者の推計

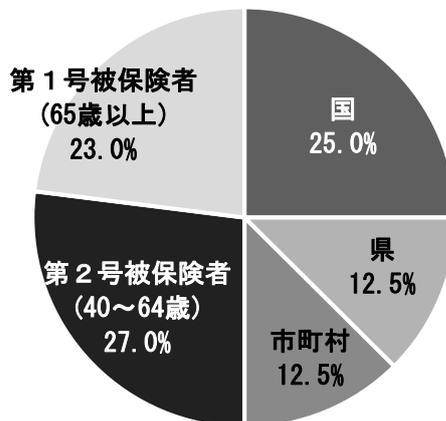
| 得段階 | 令和6(2024)年度 | 令和7(2025)年度 | 令和8(2026)年度 | 合計 |
|-----|-------------|-------------|-------------|----|
| 第 | 調整中 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(10) 財源構成

①介護保険給付費の財源構成

介護保険給付費に要する費用は、介護保険サービス利用時の利用者負担分を除いて、半分を公費(国が25.0%、県が12.5%、市町村が12.5%)で負担し、残りを被保険者の保険料(第1号被保険者(65歳以上の方)が23.0%、第2号被保険者(40歳から64歳までの方)が27.0%)で賄う仕組みとなっています。

図表 介護保険給付費の財源構成



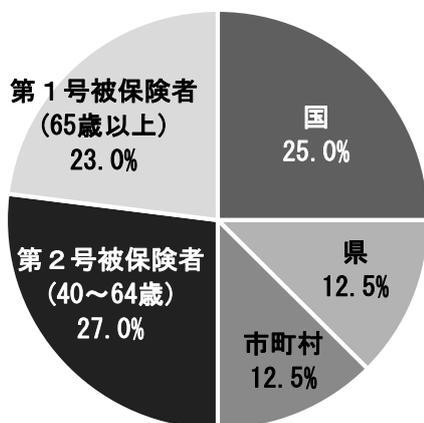
②地域支援事業費の財源構成

地域支援事業には、「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」があります。

「介護予防・日常生活支援総合事業」の財源構成は、介護保険給付費と同様に半分を公費(国が25.0%、県が12.5%、市町村が12.5%)で負担し、残りを被保険者の保険料(第1号被保険者(65歳以上の方)が23.0%、第2号被保険者(40歳から64歳までの方)が27.0%)で賄う仕組みとなっています。

「包括的支援事業」、「任意事業」の財源構成は、公費(国が38.5%、県が19.25%、市町村が19.25%)で負担し、残りを被保険者の保険料(第1号被保険者(65歳以上の方)が23.0%)で賄う仕組みとなっています。

図表 介護予防・日常生活支援総合事業
の財源構成



図表 包括的支援事業・任意事業
の財源構成

