

大台町

# 高齢者福祉計画・ 介護保険事業計画

【令和3～5年度】



令和3年3月  
大台町



# 目次

I 序 論.....	1
1 計画策定の趣旨 .....	1
2 計画の位置づけと役割 .....	1
3 計画の期間.....	1
II 総 論.....	2
1 基本理念 .....	2
2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた基本目標 .....	3
3 日常生活圏域の設定 .....	4
4 基本的指標にかかる将来推計 .....	5
5 施策の体系.....	6
III 各 論.....	7
1 基本施策 .....	7
1 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり .....	7
2 健康でいきいきと暮らせるまちづくり .....	23
3 生きがいを持ち、その人らしい生活を送ることができるまちづくり .....	29
4 介護が必要となった場合に、適切な介護サービスを利用できるまちづくり .....	35
2 介護保険事業費の見込みと保険料の設定 .....	42
1 介護保険の総事業費等の見込み .....	42
2 介護保険料基準額の設定 .....	46
3 介護保険事業及び高齢者保健福祉施策の推進にあたって .....	51
1 「地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち」に向けた目標設定 .....	51
2 地域包括支援センター運営協議会の開催 .....	53
3 地域密着型サービス運営委員会の開催 .....	53
4 低所得者対策の実施 .....	53
5 情報提供の推進.....	54
参考資料 .....	55
1 サービス給付等の実績.....	56
2 アンケート調査の概要.....	68
3 用語集 .....	95



# I 序 論

## 1 計画策定の趣旨

介護保険制度が開始されてから約 20 年が経過し、3 年毎の事業計画の策定も第 8 期を迎えていきます。この間に、本町の高齢化率は 30.4% (2000 年国勢調査、大台町と宮川村の合計) から 41.9% に上昇しました。高齢化が早く進行している中で、本町では、高齢者ができる限り住み慣れた地域で、健康で生きがいを持ちながら自立した日常生活を営むことを目標に、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進めてきました。第 7 期計画では、地域ケア会議で多職種が連携し、地域課題や困難事例の解決に向けた協議を行うことを通じて、ネットワークの強化を図るとともに、農福連携事業などを推進することで地域コミュニティの再生を目指すなど、地域の特性を生かした基盤づくりを進めており、一定の成果を得ています。

今後は、「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年や、いわゆる「団塊ジュニア」の世代が 65 歳以上の高齢者となる 2040 年を見据え、引き続き「地域包括ケアシステム」の深化に向けた取組を進めるとともに、自立支援や重度化防止に向けた取組を推進し、制度の持続可能性を高めていきます。また、住民と行政などが協働し、高齢者を含めた多様な主体が「担い手」となり、介護や支援を必要とする人をケアしながら支え合う、「地域共生社会」の実現を目指します。

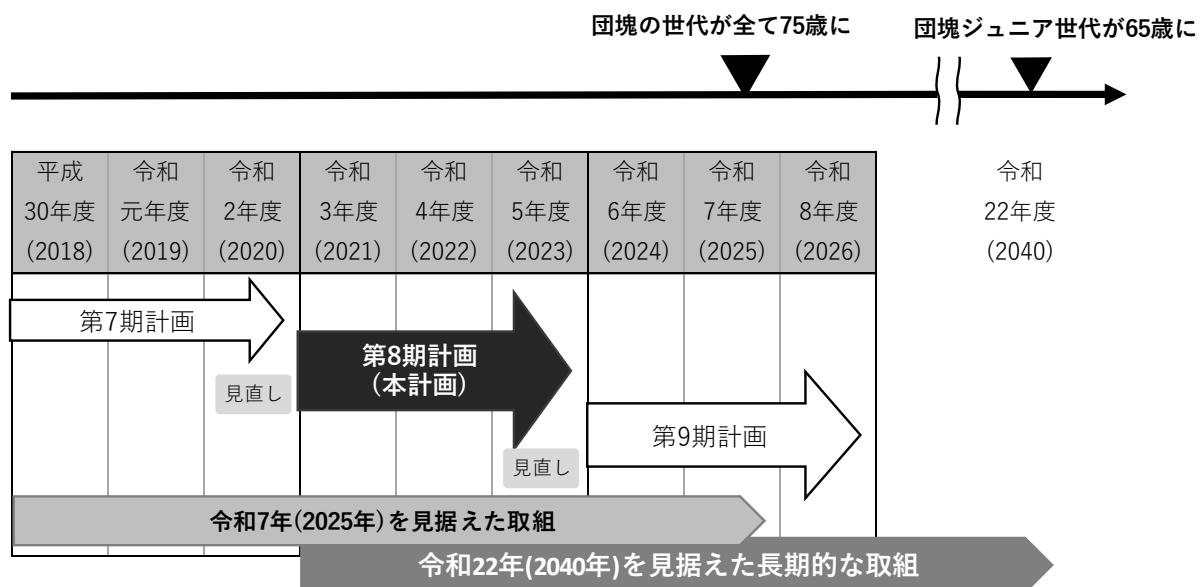
本計画は、このような状況を背景に、これまでの計画の実績を評価しつつ、今後の目標と方向性及び施策を示し、高齢者福祉施策及び介護保険事業を計画的に推進するため策定するものです。

## 2 計画の位置づけと役割

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 に規定される「老人福祉計画」、及び介護保険法第 117 条に規定される「介護保険事業計画」を一体的に策定するものであり、本町における高齢者保健福祉の政策目標と取り組むべき施策・事業を明らかにするものです。

## 3 計画の期間

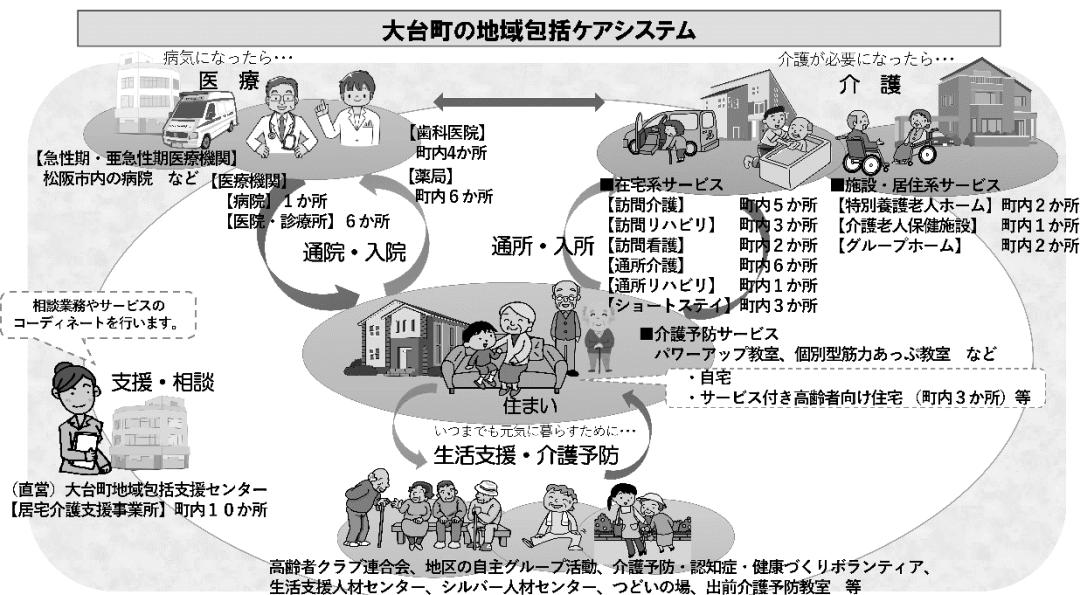
本計画は、令和 7 年（2025 年）及び令和 22 年（2040 年）を視野に入れつつ、令和 3 年度から令和 5 年度までの 3 年間を計画期間とします。



## II 総論

### 1 基本理念

高齢化と人口減少が全国的に進行する中で、2025年には「団塊の世代」が後期高齢者である75歳以上になり、高齢者福祉・介護サービスのニーズが急増することが予想されています。また、本町の65歳以上の人口は減少する一方で、「団塊ジュニア」が65歳となる2040年頃に向けて高齢化率は上昇すると想定されています。



2025年に備え、急増する高齢者福祉・介護サービスへのニーズに対応するためには、「地域包括ケアシステム」を深化・推進することが必要です。また、2040年に向けて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、住民一人ひとり、人と資源が世代や分野を超えてつながる「地域共生社会」を構築することが求められています。

「地域包括ケアシステム」は、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まちを目指しています。医療や介護が切れ目なく提供されることに加え、介護予防活動や、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯への生活支援が必要であり、これらの活動を住民主体の自主グループやボランティアと協働して行うことにより、地域の絆が深まり、安心な地域づくりにつながります。

そのためには、「団塊の世代」の人びとを中心に、高齢者自身がサービスの「担い手」になることも含めて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と資源が世代や分野を超えて、支え合う体制の構築が必要です。加えて、高齢者がいきいきと暮らす地域づくりのためには、介護予防や健康増進活動を促進するとともに、社会参加を通じて生きがいを感じられる仕組みづくりが重要です。

こうしたことから、本計画の基本理念を「地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち」とし、その理念のもとで総合的に取り組みます。

#### 【基本理念】

地域の支え合いの中で高齢者が  
健やかにいきいきと暮らせるまち

## 2 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた基本目標

本計画の基本理念である「地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち」のもと、高齢者が安心して、住み慣れた地域の中で生きがいを持って自分らしく暮らせるよう、「地域包括ケアシステム」を深化・推進していきます。

その実現に向けて、基本理念のもと、以下の4つの基本目標を掲げ、具体的な施策・事業を展開していきます。

### 1 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

これまで構築してきた「地域包括ケアシステム」をさらに深化させ、住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせる環境を実現するため、地域の課題を、関係者で協議しながら解決策を検討する取組を推進します。また、そのような取組を通じて関係者間のネットワークを強化するとともに、住民からの多様な相談を受けられるよう総合相談体制の充実を図ります。加えて、社会資源も活用したサービスが提供できるよう、介護支援専門員や介護サービス事業所職員に対して研修を行い、資質の向上に努めます。

### 2 健康でいきいきと暮らせるまちづくり

高齢者がいきいきと楽しい人生を送るために、心身ともに健康である期間を長くする、健康寿命の延伸が求められています。そのためには、日頃から健康づくりと介護予防を行う習慣を身につけることが重要であり、地域で住民が、専門職の支援のもとで主体的に健康づくりを行えるような環境を整備します。また、心の健康を保つために、気軽に相談ができるような体制を構築するとともに、住民が地域で主体的に運営する通いの場づくりを支援します。

### 3 生きがいを持ち、その人らしい生活を送ることができるまちづくり

高齢化が進行し、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加していく中で、地域とのつながりが希薄化し、閉じこもりや孤独死のリスクが高まっていくことが懸念されます。高齢者が生きがいや地域との関係を持ち続けることは、自分らしくいきいきと暮らすことにつながります。生活支援コーディネーターが地域の状況を把握し、自主的な地域活動の支援を行います。

また、認知症の方への支援が重要性を増す中、認知症の方やその家族が、地域の中で安心して暮らし続けられるよう、認知症に関する理解を促進し、見守り・支援体制を充実するとともに、認知症予防、早期発見・診断・対応に向けた体制の構築を進めます。

### 4 介護が必要となった場合に、適切な介護サービスを利用できるまちづくり

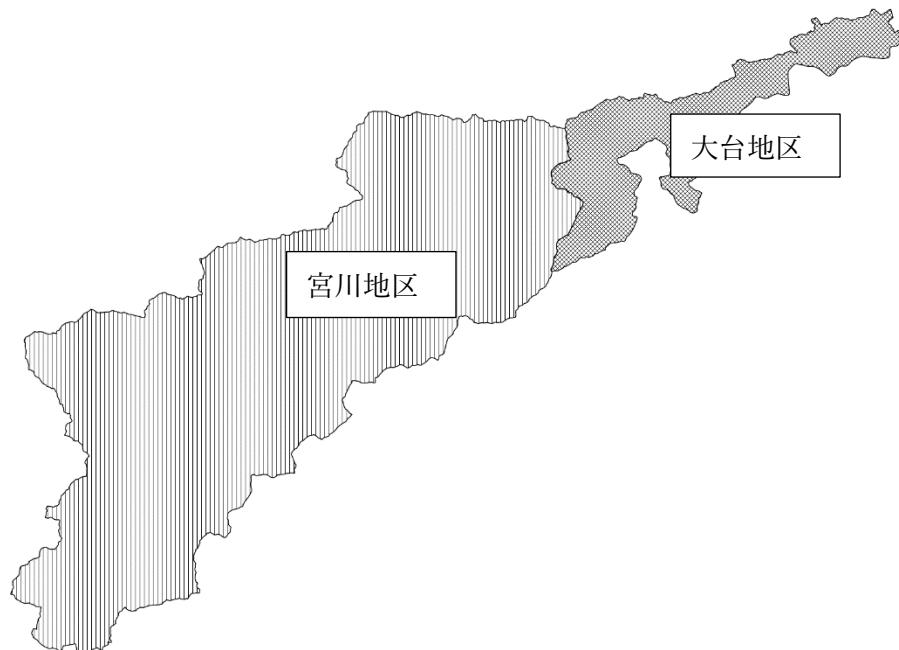
高齢者の介護サービスへのニーズに対応できるよう、介護サービスの提供主体の整備に努めるとともに、必要なサービスが適切に提供されるよう、要介護認定の適正化やケアプラン点検支援をはじめとした介護給付の適正化に取り組みます。

また、介護人材の確保や育成、介護現場の負担軽減に向けた業務の改善・効率化について、国・県と連携し、施策の検討を進めます。

### 3 日常生活圏域の設定

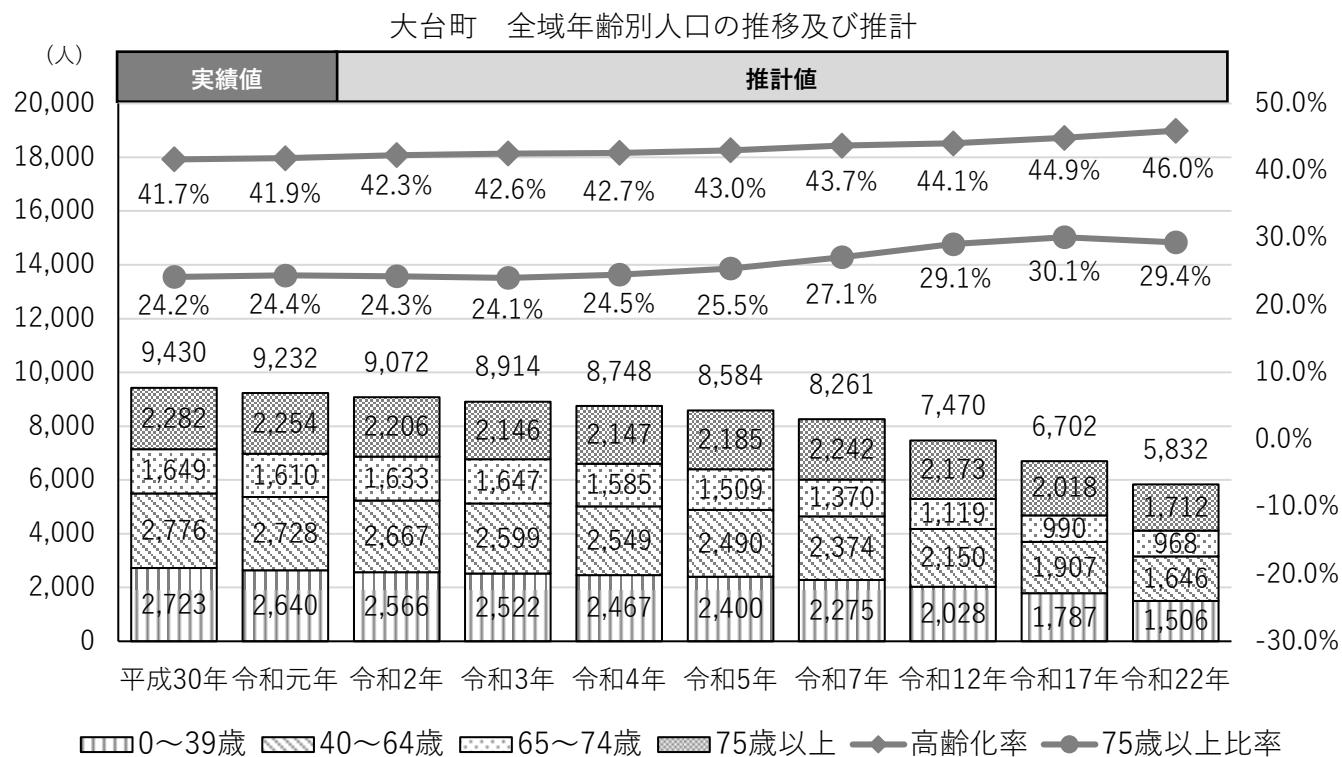
本町では、できるだけ身近な地域の中で、相談・支援の体制を構築し、介護保険サービスなどの提供を進めるため、日常生活圏域を「大台地区」、「宮川地区」の2地区に設定します。

各日常生活圏域においては、地域の特性に応じた施策・事業などを進めていくものとします。

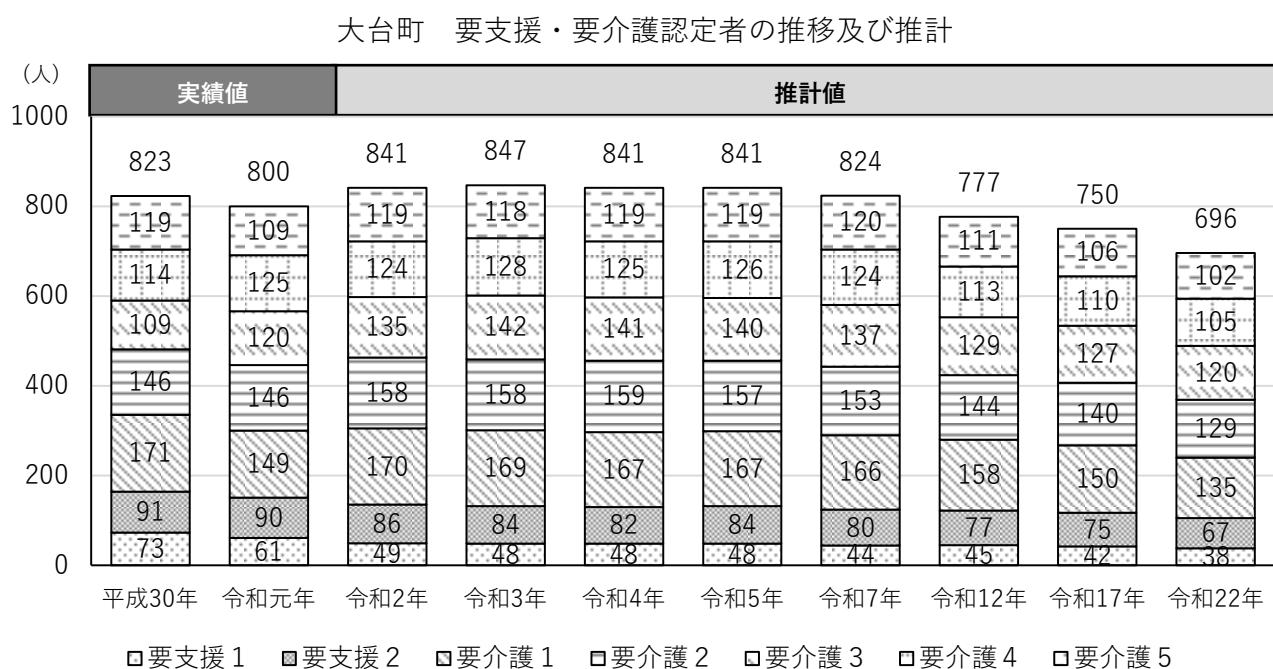


## 4 基本的指標にかかる将来推計

### 1 高齢者人口等の推移



### 2 要支援・要介護認定者数の推計



## 5 施策の体系

<p><b>基本理念</b> 地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち</p>	<p>1) 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり</p>		<p>①地域福祉の推進・充実 ②地域包括ケアシステムの深化・推進 ③生活支援体制の充実 ④医療・介護連携の推進 ⑤安全・安心な住まいとまちづくり</p>
	<p>1. 基本目標</p>	<p>2) 健康でいきいきと暮らせるまちづくり</p>	<p>①健康づくりの推進 ②介護予防の推進</p>
		<p>3) 生きがいを持ち、その人らしい生活を送ることができるまちづくり</p>	<p>①高齢者の生きがいづくりと社会参加の推進 ②認知症施策の推進 ③権利擁護への取り組みの推進</p>
		<p>4) 介護が必要となった場合に、適切な介護サービスを利用できるまちづくり</p>	<p>①質の高い介護サービスの提供 ②介護保険の給付の適正化</p>
	<p>2. 介護保険事業費の見込みと保険料の設定</p>		<p>1) 介護保険の総事業費等の見込み 2) 介護保険料基準額の設定</p>
	<p>3. 介護保険事業及び高齢者保健福祉施策の推進にあたって</p>		<p>1) 「地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち」に向けた目標設定 2) 地域包括支援センター運営協議会の開催 3) 地域密着型サービス運営委員会の開催 4) 低所得者対策の実施 5) 情報提供の推進</p>

### III 各 論

## 1 基本施策

### 1 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

#### 1 地域福祉の推進・充実

##### ① 地域福祉の推進

###### (1) 福祉に関する地域力強化の推進

###### 【取組】

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに作っていく社会である『地域共生社会』に向けた取組を行っています。

住民が地域の課題を「我が事」として受けとめ、解決に向けてともに考える協議体を各地区に設置し、生活支援コーディネーターが中心となり話し合いを行っています。平成30年度には、今後の人口減少に備え、区を超えた見守りや集まりを行う地域コミュニティづくりの要望があり、農業部署とともにビニールハウスを活用した農福連携事業に取り組みました。

人権問題については、正しい知識と理解を深め差別を許さない心を育て、また、誤った理解や偏見から生じる様々な差別などの人権侵害をなくすため、人権フェスティバルや人権相談などを通じ、啓発・広報活動を行っています。

###### 【課題】

住民が、地域の課題を「我が事」として受け止める機会が少ないため、連携が進まない場合があります。

地区により関心度に差があり、話し合いの場の設定が難しく、課題を把握できない地区があります。中心となって活動していた方の高齢化により、意識はあっても実際の取組ができない地区もあります。住民同士が支え合う互助が必要だと感じますが、中心となり活動してくれる人材がいないため活動に進展がみられない場合があります。

###### 【施策の方向性】

住民が住んでいる地区の現状の理解を深め、地域の課題を共有するために、「住み慣れた地区で自分が望むまで暮らすために」をテーマに、生活支援コーディネーターを中心に地域情報交換会を開催します。自分の持てる能力を生かして、地域の方の暮らしに役立つことで生きがいを感じ自立意欲を高めていきます。

また、住民同士が支え合う互助が必要であるため、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、社会福祉協議会などと連携し、地域で中心となる人材の発掘・育成に努めています。

## (2)地域生活課題を包括的に受け止める体制の構築

### 【取組】

高齢者の在宅生活を支援するため、生活支援に関するサービス情報をまとめた冊子を作成し、区長、民生委員・児童委員、居宅介護支援事業所、町内の医療機関に配布を行いました。

社会福祉協議会や、地域の身近な相談者として活躍する民生委員・児童委員と情報共有を行い、住民の困りごとの内容に応じて適切な支援機関につなげています。その中でも、経済的困窮の相談は日常生活自立支援事業につなげるだけでなく、支援の過程で 8050 問題や介護などの家族の問題が明らかとなり、他機関と協働で対応することが多くなってきています。

### 【課題】

各分野での相談窓口や支援の体制は整備されていますが、ニーズの多様化、複雑化、複合化により世帯全体に支援が必要な相談が増加しているため、複数の要因が絡み合う事例に対し包括的に支援する体制づくりが必要です。

### 【施策の方向性】

各課の窓口において、相談があれば相談者の世代、相談内容に関わらず、包括的に相談を受け止め、受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した内容については、関係機関につなぎ、円滑な連携のもとで支援していきます。

## 2 地域包括ケアシステムの深化・推進

### ① 地域包括ケアのネットワーク強化

#### (1) 関係者間の連携によるネットワークの強化

##### 【取組】

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、地域包括ケアシステムの構築を行っています。

介護支援専門員や介護サービス事業所職員、管理栄養士や歯科衛生士などの専門職、生活支援コーディネーターなどが参加する地域ケア会議では、様々な生活環境で暮らす利用者の困りごとを解決するため、地域課題の抽出につなげる話し合いを行っています。

##### 抽出された地域課題

- ・公共交通機関での買い物に不安を感じているのではないか
- ・認知症になったら地域に住み続けることが難しいと思っているのではないか
- ・自宅で最期まで住み続けることは難しいと思っているのではないか

令和元年度には、区長、民生委員・児童委員、町内の医療・介護関係者、警察や消防などで構成する地域包括ケア推進協議会において、「自宅で最期まで住み続けることは難しいと思っているのではないか」という地域課題についてなぜそのように思うのか、どのような対策が必要かについて協議を行いました。

また、医療・介護関係者だけでなく自主グループや民生委員・児童委員協議会、商工会などの地域の団体や町の関係部署など高齢者の暮らしを支える関係部署と話し合いを行い、ネットワーク強化に努めています。

##### ◆地域ケア会議の状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
地域ケア会議開催回数	21回	23回	13回
地域ケア会議での個別事例の検討件数	169件	125件	48件

##### 【課題】

町内の各地区によって高齢化率・社会資源を含む環境などが異なる本町において、地域の実情に応じたシステム構築が重要であり、抽出した3つの課題を地域住民や高齢者の生活を支える関係団体、医療・介護関係者などと共有し、解決に向けた話し合いを行う必要があります。

住民の望む自分らしい暮らしは一人ひとり違うことから、住みやすい町につなげるためには、個別ケースの検討を積み重ね、課題を抽出することが重要です。

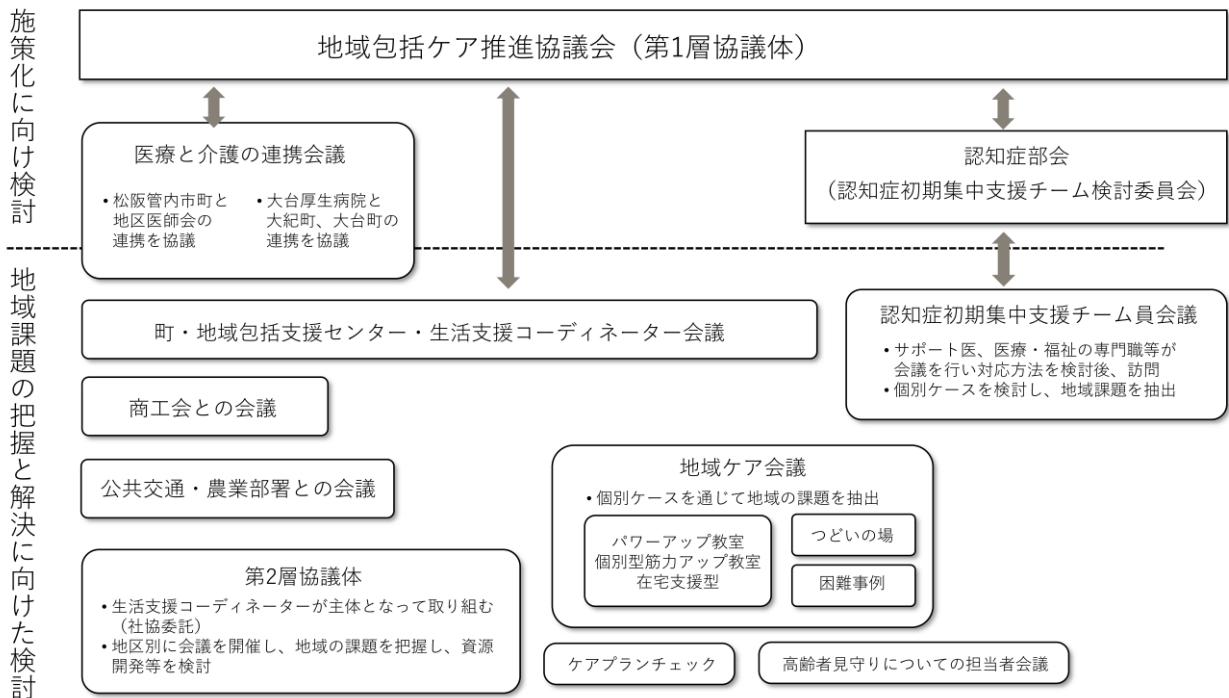
##### 【施策の方向性】

引き続き、地域ケア会議を開催し、地域で開催する協議体や民生委員・児童委員などの関係者・関係団体から挙げられた個別課題の解決策について協議します。

また、抽出された課題を地域包括ケア推進協議会などで関係者と共有し、地域の社会資源を活用しながら解決に向けた検討を行います。

3つの地域課題の解決に向けて、商工会や関係部署と話し合いを行い、既存の社会資源を活用した支援の検討を進めます。

### 地域包括ケアシステム関連の会議等



## ② 総合相談体制の充実

### (1) 総合相談体制の充実

#### 【取組】

平成 28 年度から高齢者相談支援事業を開始し、平成 30 年度には担当者を大台地区、宮川地区に 2 人配置し、住民の身近なところで相談を受ける体制を整備しています。

個別の相談ケースについては、地域包括支援センターと高齢者相談支援員が連携し、情報共有を行っています。

相談件数は年々増加傾向にあり、特に 85 歳を超えると同居もしくは別居家族からの相談が増加する傾向にあることから、町内の医療機関や公共施設に相談窓口を記載したチラシを配布し周知を強化しています。令和元年度からは、町ホームページで地域包括支援センターとその取組について情報発信を行っています。

#### ◆ 総合相談の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
相談件数 (初回)	378 件	438 件	295 件
相談件数 (継続)	819 件	1,237 件	997 件

#### 【課題】

個別の課題については、地域包括支援センターや関係機関との連携により、早期対応を実現する体制は整いつつあることから、引き続き、相談体制の充実を図る必要があります。

### 【施策の方向性】

少子高齢化が進む中、身近な場所で相談を受けられるように高齢者相談支援事業を継続します。

また、8050世帯や育児と介護のダブルケア、経済的困窮世帯といった複雑化する課題を解決するため、地域包括支援センター、社会福祉協議会、警察、消防などの関係機関と連携を強化し、相談体制の充実を図ります。

## (2)総合相談のためのネットワークづくり

### 【取組】

平成30年度から大台町高齢者見守りネットワーク事業に取り組み、167事業所、32団体（令和2年10月末現在）が登録し見守りを実施しています。

また、見守りネットワーク登録事業所や団体向けに研修会を開催し、101人が参加されました。研修では、自分たちの業務や活動の中でできる見守り活動を検討したいという前向きな意見が出されました。

加えて、社会福祉協議会、警察、消防などが出席して、高齢者などの見守りと支援に関する担当者会議を年1回開催し、それぞれの業務や個別ケースについて情報共有を行っています。

### 【課題】

見守りネットワーク登録事業所や団体対象の情報提供が、年1回の研修のみとなっていることから、見守りについての意識付け、見守りネットワーク登録事業所や団体との関係性を保つためにも、情報提供方法について検討が必要です。

### 【施策の方向性】

地域での見守りに必要な認知症への対応や消費者被害防止などに関する知識の習得を目的とした研修会を開催し、見守りネットワーク登録事業所や団体との連携強化と、支援が必要な高齢者の早期発見、早期介入につながる支援体制の構築を行います。

## (3)総合相談からの地域課題の抽出

### 【取組】

地域包括支援センターでは、総合相談事業で受け付けた相談に対して、主任介護支援専門員・社会福祉士・保健師の3職種で検討を行っています。相談者の主訴、課題となる要因が何かをそれぞれの視点から意見交換を行った結果、3つの地域課題の抽出につながりました。（P.9「抽出された地域課題」参照）

また、総合相談事業の中で、8050世帯や育児と介護のダブルケアといった複雑化、複合化する課題があり、関係機関との連携により、支援を行っています。

### 【課題】

定期的に個別ケースの内容を分析し、傾向を把握していますが、経年的な課題抽出は引き続き行う必要があります。

複合化、複雑化する課題のある世帯に対しては、相談者の属性、世代、内容に関わらず、包括的に相談を受け止める体制を構築していく必要があります。

## 【施策の方向性】

80歳以上のひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の生活実態調査や総合相談の分析結果をもとに地域包括支援センターの3職種で個別ケースの課題から地域課題を抽出します。

地域包括支援センター、社会福祉協議会との連携により定期的に会議を開催し、課題を共有するとともに、生活支援体制整備事業や在宅医療・介護連携推進事業と連動させることで地域課題の解決に向けて取り組みます。

### ③ 包括的・継続的ケアマネジメントの充実

#### (1)介護支援専門員及び介護サービス事業所への支援

##### 【取組】

地域包括支援センターでは、包括的・継続的ケアマネジメントの中心的役割を担う介護支援専門員に対する支援の充実を図るため、年度毎にテーマを決めた研修会を開催するとともに、困難事例に対しては、助言や関係機関との調整を行い、日頃から連携が取れる関係づくりに取り組んでいます。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が、居宅介護支援事業所が行うアセスメントやサービス担当者会議の中で、適切な助言をすることで、自立支援に資するケアマネジメント力やアセスメント力が向上しています。

##### 【課題】

経験年数が短い介護支援専門員、事業所に1人の介護支援専門員、他市町の事業所の介護支援専門員は本町の社会資源の情報が得にくいという課題があります。

## 【施策の方向性】

介護支援専門員や介護サービス事業所職員の資質向上を図るため、引き続き研修会を充実させていきます。

また、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、住民同士の見守りや助け合いが必要です。介護支援専門員が本町の社会資源を理解し、ケアプランの中で提案できるよう社会資源に関する情報の周知にも取り組んでいきます。

#### (2)多職種・多機関との連携体制の強化

##### 【取組】

利用者の支援や災害時に備え、介護支援専門員が、区長、民生委員・児童委員と連絡先の共有を行い、地域との連携強化に取り組みました。

介護支援専門員・介護サービス事業所職員研修会では、参加しやすい時間帯に開催するとともに、欠席者には資料を配布し、知識の共有を図っています。

##### ◆介護支援専門員及び介護サービス事業所職員研修会の状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
介護支援専門員等研修会開催回数	7回	6回	5回
介護支援専門員等研修会参加者数	322人	197人	130人

## 【課題】

介護支援専門員・介護サービス事業所職員の資質向上と多職種間のネットワーク向上を図るため、研修会を継続して開催する必要があります。

研修会のテーマは、介護支援専門員からの相談や地域ケア会議などを通じて必要な知識は何かを抽出し決定するため、参加者の資質向上の役割を果たしていますが、研修会だけでは多職種間のネットワーク構築は不十分であり、方法の検討も含め、さらに推進する必要があります。

## 【施策の方向性】

引き続き、研修会を開催するとともに、介護支援専門員からの相談や地域ケア会議などで抽出された課題の解決につながる研修内容を検討します。

また、多職種間のネットワーク向上に向け、研修会の講師、依頼を行う町内の専門職と介護支援専門員などが連携できる関係づくりを支援します。

### ③ 生活支援体制の充実

#### ① 多様な主体による支援体制づくり

##### (1)ボランティア活動の支援・環境整備

###### 【取組】

本町では、地域福祉の多様なニーズに対応するため、社会福祉協議会と連携し、ボランティアの育成・支援を行っています。

ボランティア団体の活動支援として、介護予防・認知症・傾聴ボランティアを育成し、情報共有のための研修会の開催や、ボランティア活動としてレクリエーション指導員の派遣、RUN 伴開催時の施設入所者の付き添い、個人宅への訪問による傾聴などを行っています。

社会福祉協議会では、弁当作りや配食ボランティアの団体などとネットワーク強化のために立ち上げたボランティアの会「百花大台」で検討を行い、令和元年度に団体間の共通のテーマである災害について研修会を開催しました。高齢化に伴い参加者が減少している団体もあり、社協まつりにおいてボランティア活動の啓発を行っています。

また、社会福祉協議会や町から登録団体や個人に対して助成を行い、ボランティア活動の継続と活性化につなげています。

###### 【課題】

社会福祉協議会と町がそれぞれにボランティアを育成・支援しているため、社会福祉協議会に設置しているボランティアセンターに一本化し、ボランティア活動への参加意欲が高まるような支援を行う必要があります。高齢者の仲間づくりや生きがい活動の場が広げられるように支援する必要があります。

###### 【施策の方向性】

ボランティア活動の周知・啓発や資質向上のための研修を引き続き実施します。

町と社会福祉協議会がそれぞれに行っている支援をボランティアセンターへ一本化し、機能強化を図り、ボランティア活動の活性化と、高齢者の仲間づくりや生きがいづくりの場の創出に取り組みます。

また、生活支援や介護予防などに携わる新規のボランティアを育成するため、ボランティア活動を行った場合にポイントを付与するマイレージ事業と有償ボランティア制度の導入について検討します。

#### ② 生活支援体制の充実

##### (1)生活支援体制の整備

###### 【取組】

大台地区・宮川地区の2地区に配置している生活支援コーディネーターが、地域の社会資源の把握に取り組むとともに、区単位で実施している協議体において、困りごとや地域で取り組む必要があることなどについて住民と話し合いを重ねています。介護予防に重点を置いた、通いの場の立ち上げ支援や運営の協力を依頼されることが多く、2年間に5地区で新たな活動が始まりました。農業部署とともに行った農福連携事業ではコミュニティづくりの視点で関わり、小学生の登下校時の安全確保のため、横断歩道の見守りを依頼

するマッチングなども行っています。

#### ◆生活支援体制の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
地域意見交換会開催回数	8 回	3 回	11 回
地域意見交換会参加者数	64 人	29 人	55 人

#### 【課題】

地域課題である移動や買い物支援について、引き続き関係部署と検討する必要があります。

季節物の片付けなどの非日常的な家事やゴミ出しなどの日常的な家事など、地域で困りごとを抱えるフレイル状態の高齢者に対する支援が十分に行えておらず、相談先の周知も含めた支援体制を検討する必要があります。

#### 【施策の方向性】

「公共交通機関での買い物に不安を感じているのではないか」という地域課題の解決に向けて、移動支援は公共交通担当部署と、買い物支援は商工会などと課題を共有し検討を進めていきます。筋力低下のため買い物に行けない、重い荷物を持つことが困難な方もみえるため、店舗における介護予防教室を行い、将来に向けた支援体制の構築に取り組んでいきます。

困りごとを早期に解決できるよう、住民や地区役員、介護支援専門員などの関係者に対し、生活支援コーディネーターの役割を周知するとともに、地域の様々な社会資源を活用したサービスを検討します。

### (2)生活支援訪問サービスの人材確保と体制づくり

#### 【取組】

生活支援訪問サービスサポーター養成講座を年 1 回開催し、生活の困りごとを支える身近な支援者を育成していますが、利用者数は 1 衝台と少ない状況が続いています。利用が進まない原因として、対象者が要支援認定者などに限られていることや、3 種類の訪問型サービスの支援内容が判断しにくいことが考えられ、事業内容の見直しを訪問介護事業所とともにに行ってきました。

令和元年度からは、養成したサポーターを対象にステップアップ研修会を開催しています。参加者からは、「定期的に集まり情報交換したい」「サービス利用該当者ではない住民の困りごとに対応できないか」という意見も出ています。

#### ◆生活支援訪問サービスの状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
生活支援訪問サービスサポーター数（累計）	15 人	24 人	24 人
生活支援訪問サービス利用者数	1 人	2 人	2 人

### 【課題】

多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加しているため、生活支援訪問サービスを含む訪問型サービスの対象者や内容などについて見直しを行い、住民が利用しやすいサービスとなるよう検討する必要があります。

### 【施策の方向性】

訪問型サービスの対象者や内容について見直しを行います。

また、生活の困りごとを抱える住民の支援をそれぞれの地域で行えるような体制づくりを検討します。

## 4 医療・介護連携の推進

### ① 医療・介護連携の推進

#### (1) 医療・介護関係者との連携強化と情報共有の推進

##### 【取組】

平成 30 年度より、松阪管内の 1 市 3 町が松阪地区医師会に委託し設置した「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」では広域的な連携体制の構築に取り組んでいます。令和元年度には「松阪地域 医療と介護の連携ハンドブック」を作成し、医療・介護関係者の情報共有の支援を行いました。

大紀町及び大台厚生病院と設置した「奥伊勢地域医療・介護連携支援拠点」では、研修会を開催し、医療・介護関係者が、この地域の住民を支援するための目指すべき姿や考え方の共有を行い、連携体制の強化を図っています。これにより、地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携についての理解が深まるとともに、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりが進んでいます。

2 か所の拠点に設置した専門職専用の相談窓口へは医療機関からの相談が多く、医療・介護の切れ目のない支援につながっています。

##### ◆多職種連携に向けた研修会などの状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
多職種研修会・事例検討会開催回数	2 回	4 回	2 回
医療系職員（医師・看護師）参加率	18.0%	29.4%	12.0%

##### 【課題】

在宅介護を希望している 55.7% の方のうち、14.3% の方が実際には在宅での介護を受けることは難しいと感じているため、安心して在宅で介護を受けられる体制づくりと住民への周知が必要です。

奥伊勢地域における医療と介護の連携に対する考え方は共有できてきたものの、具体的な取組について検討していく必要があります。

松阪地域医療・介護連携拠点が、利用者の情報をその人に携わる医療・介護関係者で共有するため整備した情報共有システム「すずの輪」の活用が進んでいない状況にあります。

##### 【施策の方向性】

本町が目指す地域包括ケアシステムの姿や、医療と介護の連携について、町内の関係者に周知を行い、医療と介護が切れ目なく一体的に提供できる体制づくりを推進します。また、在宅医療の 4 場面「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」や認知症への対応を強化する具体的な取組について検討していきます。

「すずの輪」を周知し活用を促進するとともに、本町の実情に応じた情報共有の方法の検討も進めています。

## (2)在宅医療と介護についての普及啓発の充実

### 【取組】

平成30年度に、各地区集会所で「医療と介護のガイドマップ」を使用し、参加者369人に本町の地域包括ケアシステム構築の取組や、自分が望む最期を迎るために利用可能なサービスなどについて説明しました。

「看取り」をテーマに開催した町民公開講座では、介護者とその支援者の体験談を伝えることで参加者自身が今後を考えるきっかけづくりにつながりました。また、在宅生活を継続するための医療・介護関係者の支援内容などを広報紙へ掲載し、本町の体制づくりを紹介しました。

「自宅で最期まで住み続けることは難しいと思っているのではないか」という地域課題について、地域包括ケア推進協議会で話し合い、「どこで最期を迎えるても、本人や家族が大切にしたいことは何かを明らかにし、自分の人生が悔いなく納得できるものでないといけない」、「自宅で最期を迎えることを希望した場合、本人を取り巻く支援者の覚悟が大切」などの意見があったため、そのことに対する支援方法を検討しています。

### 【課題】

日常生活圏域ニーズ調査の結果、「自分の人生の終末期をどのように過ごしたいと考えているか」の質問に対して、「考えたくない」「わからない」と回答した方が半数を占めました。終末期のケアでは、「人生の残りの時間をどのように過ごしたいか」を本人とその家族、医療・介護関係者が共有することが重要となるため、自分の終末期について考える必要性を理解できるように周知が必要です。

### 【施策の方向性】

「もしものこと」を考えてどのような医療やケアを望んでいるかを家族や支援者に伝えておくと、自分の気持ちを話せなくなった時に、家族や支援者が代わりに伝えることができ、伝えた家族も本人の思いを代弁しているため心の負担が軽くなります。そのため、住民が「自分の人生の最期をどこでどのように過ごしたいか」を家族や支援者と話し合う必要性があることを意識できるように、各地区で媒体を使用した講話や講演会、広報誌を活用した周知・啓発を行います。

また、医療・介護関係者を対象に、人生の最期の迎え方の意思決定過程への関わり方について研修会を行います。

## 5 安全・安心な住まいとまちづくり

### ① 高齢者福祉施策の充実

#### (1)緊急通報装置の貸与、救急医療情報キットや連絡先一覧表の配布

##### 【取組】

緊急時の連絡や見守り体制づくりのため、単身世帯への緊急通報装置の貸与、救急医療情報キットや連絡先一覧表の配布を行っています。

##### ◆高齢者福祉施策の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
緊急通報装置貸与件数	14 件	7 件	7 件
救急医療キット配布数	25 個	5 個	5 個

##### 【課題】

緊急通報装置の貸与と救急医療情報キットの配布については、ほぼ対象者全体に行き渡っている状況ですが、引き続き周知を行い、今後必要となる方の円滑な利用につなげる必要があります。

また、配布した救急医療情報キットの内容が更新されていない場合があります。

##### 【施策の方向性】

住み慣れた地域での生活を安心して続けられるよう、引き続き、ひとり暮らし高齢者などへ緊急通報装置の貸与、救急医療情報キット、連絡先一覧表の配布などに取り組みます。また、情報の更新について周知を図ります。

#### (2)高齢者の食の確保に向けたサービスの実施

##### 【取組】

社会福祉協議会では、高齢者の健康維持や安否確認を兼ねて、それぞれの地区を担当する民生委員・児童委員や配達ボランティアが家庭を訪問し弁当を配達する、高齢者給食サービス事業を実施しています。

また、町内にある民間の2店舗及び2事業所においては、利用者の希望に添ったメニューを提供する配食サービスを実施しており、利用者数は増加傾向にあります。

##### 【課題】

高齢者給食サービス事業では、ボランティアの高齢化などの問題があり、事業の実施方法を見直す必要があります。

##### 【施策の方向性】

高齢者給食サービス事業は、安否確認などの重要な役割を担っており、今後も事業を継続していくため、実施方法の見直しを行います。

また、民間事業所の配食サービスは、高齢者の食の確保のため、利用の促進を図ります。

### (3)高齢者の移動手段の確保

#### 【取組】

町営バス、三重交通(株)路線バス、JR紀勢本線を中心に、公共交通空白地にはデマンドタクシーを運行し、地域の要望に可能な限り対応し、生活交通の維持確保に努めています。また、わかりやすい時刻表の作成や、利用が多い場所への専用の時刻表設置により、公共交通の利用促進に努めています。

通院などの必要な外出をする場合の経済的負担を軽減するため、タクシー等利用助成券を1人につき年間48枚交付し、1枚300円を助成しています。

免許所持率が高いこの地域において、住み慣れた地域で免許返納後も暮らし続けるには公共交通機関による移動は必須と考えられます。運転免許返納前から公共交通機関の利用方法を理解し、返納直後に困らないように、自主グループ活動時に公共交通を利用した活動を勧めたり、希望者にはその人専用の「わたしの時刻表」を作成し外出支援を行っています。

#### ◆移動手段確保の状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
高齢者等外出支援助成交付者数	909人	867人	827人
高齢者等外出支援助成交付枚数	42,244枚	40,384枚	38,360枚

#### 【課題】

今後も公共交通利用者の減少が予想されることから、現状の運行内容を維持することは困難であり、見直しが必要です。積極的に公共交通を利用できるような支援を検討する必要があります。

タクシー等利用助成券については、対象者に十分な制度の周知ができていません。

#### 【施策の方向性】

地域ケア会議などを活用して把握した高齢者の移動に関するニーズを関係部署と情報共有するとともに、町営バス、デマンドタクシー、三重交通(株)との連携などにより、移動手段の確保に取り組みます。また、JRや三重交通(株)路線バスとの乗り継ぎに配慮し、利用者の利便性の向上に努めるとともに、地域の実情に応じて、利用しやすい場所への停留所の移設に配慮します。

タクシー等利用助成券については、対象者がもれなく利用できるよう町広報紙や回覧のほか、居宅介護支援事業所などの関係機関と協力し、周知を図ります。

## ② 住まいの充実

### (1)サービス付き高齢者向け住宅との連携

#### 【取組】

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、高齢者の居住の安定を確保することが必要です。町内には民間事業所が運営するサービス付き高齢者向け住宅が3施設あり、入居者に対する安否確認と生活の支援を提供しています。住まいについての相談があった場合には、サービス付き高齢者向け住宅の事業所と連携し、必要に応じて入居

につなげています。

#### 【課題】

自宅での生活が困難になった人が、引き続き住み慣れた地域で暮らしていくよう、サービス付き高齢者向け住宅や関係機関との情報共有が必要です。

#### 【施策の方向性】

サービス付き高齢者者向け住宅は、多様な介護サービスの受け皿としての機能も期待できます。入居待ちの状況などを把握し、自宅での生活が困難になった人が様々なサービスを利用しながら住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、引き続き事業所との連携に取り組んでいきます。

### (2) 養護老人ホームへの入所措置

#### 【取組】

養護老人ホームへの入所を希望される方に対して、随時判定会を開催し、入所措置につなげています。

#### ◆養護老人ホームへの入所措置の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
新規入所者数	5 人	2 人	0 人

#### 【課題】

入所者の高齢化に伴い、介護が必要な高齢者や認知症の高齢者が増加してきています。被虐待高齢者への対応など、緊急的な対応を行うことが必要です。

#### 【施策の方向性】

要介護高齢者については、介護保険施設への移行など、本人の状態に応じた支援に取り組みます。

虐待など緊急時の対応について、関係機関と連携し、迅速な対応に努めます。

## ③ 災害時対応の強化

### (1) 地域と連携した要援護者の支援体制整備

#### 【取組】

本町では、災害時に支援が必要な高齢者や身体障がい者（要援護者）が、地域の支援を円滑に受けることができるよう、行政が主体となって、区、自主防災組織、民生委員・児童委員などの協力を得ながら災害時要援護者台帳の整備に取り組んでいます。また、地域包括支援センターが介護支援専門員と連携し、災害時要援護者リストの整備に取り組んでいます。

### 【課題】

東日本大震災の際には、地震発生直後に地域の自主防災組織が住民への避難誘導を行った事例が報告されており、防災訓練を通じて区・自主防災組織と要援護者の連携体制の構築を図る必要があります。

災害時要援護者台帳の整備については、防災担当部署が「大台町災害時要援護者支援活動実施要綱」に基づき、登録台帳の整備などに取り組んでいますが、地域包括支援センターが持つ情報との一元化を図る必要があります。

### 【施策の方向性】

防災担当部署と地域包括支援センターがそれぞれ管理する災害時要援護者情報（台帳）の一元化を図るとともに、台帳の更新と関係機関での共有を進め、地域と連携した支援体制の整備を進めます。

また自主防災組織と要援護者に対して、地域での防災訓練の実施と積極的な参加を呼びかけ、平時からの連携体制の構築を図ります。

## (2)災害時要援護者用避難所の確保

### 【取組】

台風到来時の豪雨などにより避難を希望する要援護者に対して、地域包括支援センターが介護支援専門員と連携し、特別養護老人ホームや介護老人保健施設のショートステイ利用などによる避難場所の確保に取り組んでいます。

また、災害が長期化する場合を想定し、社会福祉協議会と「防災対策の協力に関する協定」を締結し、要援護者に対して必要な支援が行なえる体制整備に取り組んでいます。

令和2年度には、避難所における新型コロナウイルス感染症への対策事項をまとめた「避難所運営マニュアル（新型コロナウイルス対策編）」を作成し、職員に対し研修会を開催しました。

### 【課題】

大規模災害が発生した場合を想定し、さらなる避難場所の確保を図るため、協定を締結する事業所を増やす必要があります。

また、協定に基づく避難受入れの実効性を確保するため、避難受入れマニュアルの整備や社会福祉協議会や介護サービス事業所と連携した訓練を実施する必要があります。

### 【施策の方向性】

新たな協定締結事業所を募集するとともに、社会福祉協議会や介護サービス事業所と連携し、避難受入れマニュアルの整備や受入れ訓練の実施を図ります。

また、感染症対策に配慮した避難所運営ができるよう、社会福祉協議会や介護サービス事業所と連携した訓練の実施を検討します。

## 2 健康でいきいきと暮らせるまちづくり

### 1 健康づくりの推進

#### ① 疾病予防の推進

##### (1) 健康増進計画の推進

###### 【取組】

「町民一人ひとりが、思いやりの心を持って、安心して幸せに暮らせる健康のまちづくり」を推進するため、健康増進事業を実施しています。

各地区の自主グループ活動時に実施している健康度測定会では、体組成測定などを行い参加者の身体状況を見える化し、本町の疾病課題を踏まえた健康教室も行い健康意識の向上を図っています。

生活習慣病の発症・重症化を予防するため、管理栄養士や食育ボランティア「あいの会」による栄養教室や、理学療法士による歩こう会やラジオ体操会を実施しました。産官学連携事業として実施しているスクエアステップは、自主的に活動が行えるよう平成28年度からリーダー養成研修やフォローアップ研修を行い、健康寿命の延伸を目指した取組を行っています。

令和2年度からは、保健事業と介護予防を一体的に実施する「フレイル予防事業」が開始となり、つどいの場や出前介護予防教室などでフレイルチェックを行い、個別・集団を対象に口腔・栄養・運動の3側面からの支援を行っています。

###### ◆ 健康度測定会・健康教育の状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	開催回数	参加者数	開催回数	参加者数	開催回数	参加者数
健康度測定会	86回	731人	82回	773人	67回	530人
集団健康教育	139回	2,479人	125回	2,246人	48回	580人

###### ◆ スクエアステップリーダー派遣による自主グループの支援状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
派遣したグループ数	5グループ	1グループ	0グループ
派遣した回数	6回	1回	0回

###### 【課題】

住民が健康づくりの必要性に気づき、本人の生活スタイルに合わせて取組が行える体制づくりが必要です。

要介護状態に進まないように、フレイルの段階から早期に取り組める支援が必要です。

###### 【施策の方向性】

住民の健康意識の向上や、取組のきっかけの一つの手段として、健康づくりポイント事業の活用や、生活の中で気軽に取り組める健康づくりの方法について検討します。

引き続き、自主グループ活動、つどいの場などを利用し、低栄養やフレイル改善のための情報提供を行い、個別指導が必要な方には、専門職が訪問などを行い支援します。

## (2)各種健診（検診）受診率の向上と特定保健指導の充実

### 【取組】

「自分の健康は自分で守る」を基本に一次予防に重点を置き、各種健診（検診）を実施しています。医療機関への入院をきっかけに要介護申請につながるケースが多く、日頃の疾病管理が重要なため、早期発見・早期治療につながるように各種健診（検診）の実施方法や期間などについて個別通知や広報紙、行政チャンネルを用いて周知しています。また、がん検診の受診率向上を目指して、町内医療機関で実施する胃がん検診の方法を選択できるように胃内視鏡検査を導入し、令和2年度には各種がん検診を受診できる医療機関を松阪管内まで拡大しました。

特定健診後の保健指導は令和2年度から保健師だけでなく、食事指導が必要な方には管理栄養士による指導を受けられる体制づくりを行っています。

### ◆特定健診・各種がん検診の受診状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
特定健診	663人	33.1%	679人	35.0%	616人	32.9%
胃がん検診	593人	7.8%	581人	7.8%	394人	5.4%
肺がん検診	945人	12.5%	946人	12.7%	752人	10.3%
大腸がん検診	977人	12.9%	964人	12.9%	749人	10.2%
子宮頸がん検診	434人	9.8%	431人	9.9%	330人	7.8%
乳がん検診	528人	13.0%	533人	13.3%	433人	11.0%
前立腺がん検診	240人	14.3%	304人	11.8%	253人	9.9%

### ◆特定保健指導の利用状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	利用者数	利用率	利用者数	利用率	利用者数	利用率
特定保健指導	17人	26.6%	15人	20.5%	16人	20.0%

### 【課題】

各種健診（検診）受診率は、概ね微増しているものの、目標値には達していないため、受診率の向上のための効果的な啓発・周知活動が課題です。

生活習慣病に起因する疾患罹患患者が多いため、栄養、運動、休養（睡眠）を含めた生活習慣病予防に対する知識を啓発する必要があります。

### 【施策の方向性】

各種健診（検診）の受診率向上のために受診啓発を行うとともに、医療機関と連携し、受診しやすい体制づくりに取り組みます。

また、教室や講演会、専門職による個別指導を引き続き行います。

### (3) こころの健康の保持・増進

#### 【取組】

こころの病気は身体疾患に比べ早期の段階で適切な治療につながりにくいため、こころの悩みについて気軽に相談できる場として、臨床心理士による、こころの健康相談を月1回開催しています。

リスナーボランティア派遣の周知は継続していますが、新たな需要はなく、養成の必要性は高くない状況です。また、自殺予防について正しい知識を持ち、身近な人の変化に気づき相談窓口などへつなぐメンタルパートナーの研修会を民生委員・児童委員を対象に行い、早期発見につながる取組を行っています。

支援する高齢者が精神疾患に罹患している場合もあれば、介護する家族が罹患している場合もあり、保健・医療・福祉の関係者が精神疾患を正しく理解し対応できるように継続的に研修会を開催し、ネットワーク構築につなげています。

#### ◆こころの健康相談・傾聴ボランティア派遣の状況

	平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	回数	参加者数	回数	参加者数	回数	参加者数
こころの健康相談	11回	15人	10回	19人	12回	27人
傾聴ボランティアの派遣	49回	96人	37回	69人	2回	4人

#### 【課題】

こころの病気や精神疾患の正しい知識の普及のために、引き続きメンタルパートナーを養成し相談窓口へ早期につながる取組を行ったり、複雑・複合化したケースにチームで対応するため関係者を対象にした研修会を実施する必要があります。

#### 【施策の方向性】

こころの健康に関心を持ち、不調に気づいた時は適切に対応できるよう住民への啓発を引き続き行うとともに、メンタルパートナーなどこころの不調に早期に気づくことのできる人材の養成に取り組みます。また、町内の保健・医療・福祉関係機関が連携し、引き続きこころの不調を支援する体制の整備に努めます。

## 2 介護予防の推進

### ① 介護予防の推進

#### (1)切れ目のない自立支援・重度化予防の体制構築

##### 【取組】

健常な状態から要支援・要介護状態へ経過する心身状況などの変化に応じ、地域で自主的に取り組む介護予防活動から、介護サービス事業所などで行う通いの場、専門職が関わるフレイル予防教室や個別型筋力あっぷ教室、パワーアップ教室などを実施し、心身機能の維持・向上を行い、住み慣れた地域で暮らし続けるための取組を行っています。

通所型サービスや通いの場は、設定した目標や身体測定の結果などを確認し、改善状況の把握を行い、事業の評価を行っています。

本町の課題である「公共交通機関での買い物に不安を感じているのではないか」を軸に、通いの場の職員や生活支援コーディネーター、医療・介護の現場の理学療法士などと話し合いを行い、心身状況に応じたプログラムの検討を進めています。

##### 【課題】

総合事業対象者や要支援認定者が、各事業で取り組んだ機能改善プログラムを卒業後に継続しにくいことが課題となっています。また、介護保険サービスの利用により、心身の状態が改善しても、サービス終了後の受け皿が少ないことも課題となっています。

##### 【施策の方向性】

要支援・要介護状態の悪化を予防するだけでなく、改善した状態を維持できる環境が必要なことから、関係部署や介護サービス事業所などと連携し、自立支援・重度化予防に向けた切れ目のない体制づくりを進めます。

保険者機能強化推進交付金などを活用した介護予防事業やフレイル予防事業に取り組むとともに、PDCAサイクルを活用した各事業の評価や改善を行います。

#### (2)地域における介護予防活動への支援

##### 【取組】

集会所など身近な場所で行われる自主グループ活動が、運動による介護予防や地域のコミュニティづくりを目的に活動できるよう支援を行っています。

自主グループの企画・運営を担う人を支援するため、レクリエーションや介護予防に関する研修会を開催するとともに、希望するグループには、介護予防ボランティアの派遣や、介護予防指導員による出前介護予防教室、専門職や介護サービス事業所の協力を得ながら介護予防についての正しい知識の普及・啓発を行っています。また、自主グループ活動を支援するため、運営にかかる経費に対し補助金を交付しています。

出前介護予防教室は派遣場所が年々増加し、令和2年度には宮川地区 13 か所、大台地区 14 か所で開催しています。

町内 4 か所で開催しているつどいの場は、参加者が 1 年後の目標を設定し、その達成に向けた支援を行っています。

### ◆出前介護予防教室の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
出前介護予防教室開催地区数	20 地区	27 地区	27 地区
出前介護予防教室開催回数	187 回	160 回	134 回
出前介護予防教室参加者数	1,842 人	1,472 人	986 人

### 【課題】

本町の実情に応じた効果的な介護予防について、自主グループの参加者や介護サービス事業所などと共有し、地域で取組を行う体制づくりが必要です。

地域で行う自主グループ活動の継続的な運営に対する支援が必要です。また、グループ活動へ参加していない方が参加しにくい状況もあります。

### 【施策の方向性】

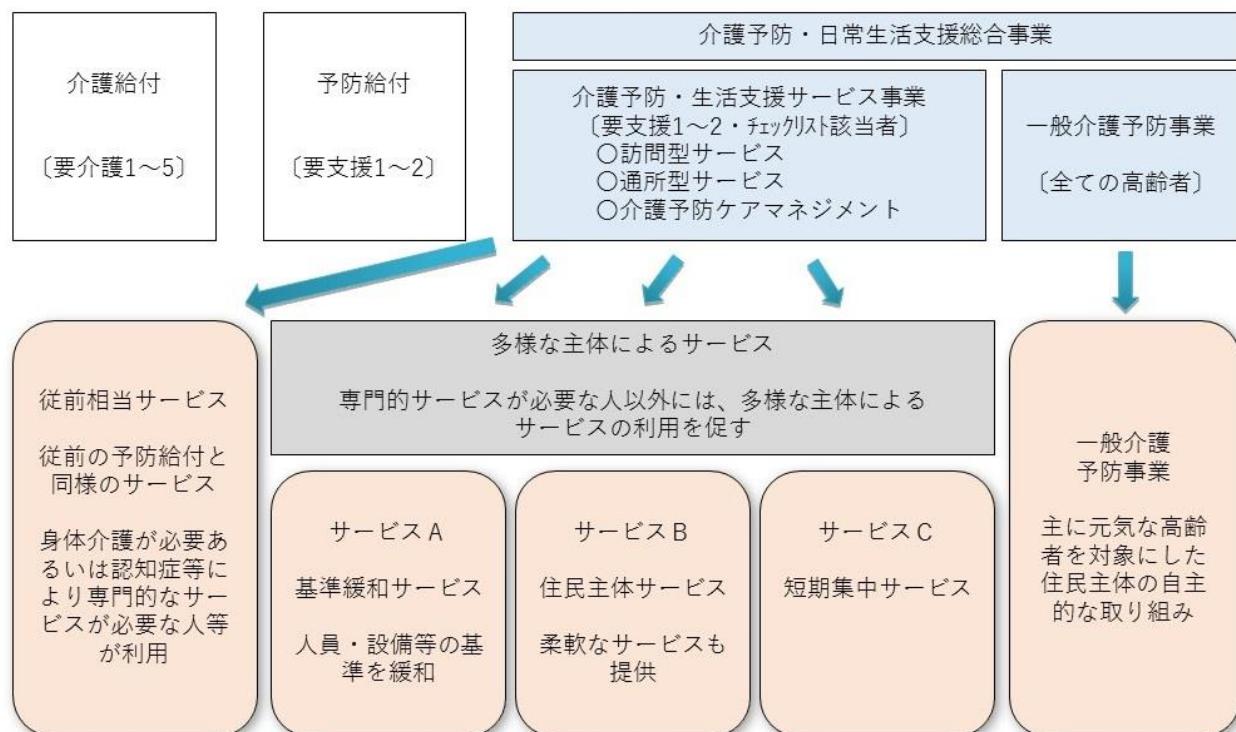
様々なデータを活用し分析した結果を住民と共有し、本町の実情に応じた効果的な介護予防の方法や参加しやすい方法を検討し、それぞれに応じた取組を行います。

令和 2 年度から取り組んでいる自主グループなどの参加者を対象に実施するフレイル予防事業（フレイルチェック後、リスクがある方には専門職による個別支援。グループ内で同じ領域のリスクがある方が多い場合は集団対象の講話）を引き続き行います。口腔機能の低下は低栄養や身体機能の低下につながるため、栄養改善や口腔・運動機能を維持・向上するためのプログラムを提供し、達成に向けた取組を行います。

### (3)自立支援・重度化予防に向けた多職種の連携による支援の充実

#### 【取組】

平成 28 年度から開始した「介護予防・日常生活支援総合事業」は、地域ケア会議などで出された意見を踏まえ事業内容などの見直しを行いながら、よりよい総合事業の提供に取り組んでいます。



総合事業の利用前後には、地域ケア会議を開催することで、自立支援・重度化予防に向けて取り組むという意識が、関係者の間に浸透しつつあり、同様の課題を抱える他の利用者への対応に生かすことができ、資質の向上につながっています。

### 【課題】

従前相当サービス以外の多様なサービスを希望する方が少ないとや、要介護認定者でも一時的な専門職の訪問を行うとよいケースもあり、対象者や周知方法を見直す必要があります。

また、身体機能の維持・向上を図るだけでなく、生活支援を兼ねた総合事業を検討する必要があります。

### 【施策の方向性】

住み慣れた地域で暮らし続けるためには、生活環境に応じた身体機能の維持が必要なため、歯科衛生士・管理栄養士・リハビリテーション専門職が、自宅を訪問し本人の状態に合わせた指導を行う多様なサービスを実施していきます。

また、要介護認定者やフレイル該当者の中には、多様なサービスを利用することで改善につながると考えられる方もいることから、対象者の見直しを行いながら、より効果的な総合事業の展開に取り組んでいきます。

### 3 生きがいを持ち、その人らしい生活を送ることができるまちづくり

#### ① 高齢者の生きがいづくりと社会参加の推進

##### ① 生きがいづくりの推進

###### (1)住民の組織活動への支援

###### 【取組】

高齢者の地域の社会的な活動への参加は、高齢者の生きがいづくり、介護予防、閉じこもり予防につながります。そのため、生活支援コーディネーターが、健康づくりや介護予防を目的に地域で活動するグループの状況やボランティア活動などの把握を行い、運営や活動継続に向けて必要な支援を行っています。また、音楽や体操などを行う公民館学級のメンバーが担い手となり、自主グループ活動や介護保険施設などへの派遣を行いました。自主グループを対象に、地域課題の一つである「公共交通機関での買い物に不安を感じているのではないか」について情報共有を行ったことで運転免許証の自主返納後の移動方法を見据え、外出時に公共交通機関を利用した取組を行うグループも出てきています。

同じ困りごとでも、高齢者の置かれている環境により社会資源も異なるため、各地区の団体や自主グループ参加者で構成する協議体を設置し、困りごとや解決方法について話し合いを行っています。

###### 【課題】

参加者の高齢化に伴い、活動を継続するためには、企画・運営を担う人の交代や活動拠点までの移動支援が必要となってきます。各地区で行う協議体で、活動継続に関するこことや、地域における困りごと、社会資源を含めた支え合いの体制づくりを検討する必要があります。

###### 【施策の方向性】

協議体の場を活用し、高齢者自身が住み慣れた地域の中で、その地域の力を借りながら、仲間づくりや生きがいづくり、生活の意欲を高めることができる支援を検討します。

###### (2)自主的な活動に対する支援

###### 【取組】

高齢者の自主活動と仲間づくりを支援するため、高齢者クラブ連合会へ助成を行っています。高齢者クラブ連合会では、各種研修会への参加、運動会やグランドゴルフ・文化作品展の開催、保育園や小学校との世代間交流に取り組んでいます。

###### 【課題】

高齢者クラブ連合会の会員数が年々、減少しております、維持することが課題となっています。

###### 【施策の方向性】

社会福祉協議会と連携し、引き続き高齢者クラブ連合会への支援を継続します。

生涯学習やレクリエーションによる体力づくりを推進していくほか、内容の充実に努め

ます。

高齢者のボランティア活動への参加を促進し、高齢者が自身の経験や知恵、技術を生かすことができる場を提供し、地域での世代間交流を通じた生きがいづくりに努めます。

## ② 社会参加の促進

### (1) シルバー人材センターの人材の確保と育成

#### 【取組】

社会福祉協議会にシルバー人材センターを設置し、高齢者が長年培ってきた経験・知識・技術などを活用し、希望に応じた仕事をすることで生きがいの充実や社会参加の促進を目指した取組をしています。住民からの依頼内容は年々多様化し、対応が難しいケースも出てきているため、三重県シルバー人材センターと協働し、会員の就業に対する技術や資質を向上するための研修を実施しています。

また、年4回のねっとわーく（社協広報）配布と、年1回のチラシの回覧を行い、シルバー人材センターの普及啓発を実施しています。

#### ◆シルバー人材センターの状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
シルバー人材センター会員数	73人	78人	78人
受託件数	329件	326件	330件

#### 【課題】

会員の平均年齢が74.3歳(令和元年3月末現在)であり、毎年高齢化してきているため、新規会員の入会を促進していく必要がありますが、企業が高年齢者を継続雇用していく背景もあり、若年層の会員の入会が少なくなっています。

依頼内容の多様化に対応するため、新規会員の入会促進と会員のスキルを向上する取組も必要です。

#### 【施策の方向性】

事業内容の周知と新規会員の確保に向けた普及啓発を引き続き行います。

また、会員の安全確保と多様なニーズに対応できる人材の育成を図るため、三重県シルバー人材センターと連携し、技術や資質を高めるための研修会を開催します。

## 2 認知症施策の推進

### ① 認知症ケアの推進

#### (1)認知症の早期発見・診断・対応に向けた取組

##### 【取組】

総合相談において、「本人に何度も説明しても理解できない、物忘れの自覚がないので相談したい」や「妻の物忘れが目立ち始めたことから、物忘れのある夫の介護に限界があるのではないか」などの認知症に関する相談に対応し、解決に向けて支援しています。

また、認知症や認知症が疑われる方で、医療サービスや介護サービスを受けていない、またはサービスを中断している方など地域包括支援センター内で解決できないケースに対しては、認知症初期集中支援チームが支援する体制を整えています。

##### 【課題】

認知症の症状が進行してから相談に入るケースがあるため、認知症の早期発見・診断・対応に向けて相談窓口や認知症初期集中支援チームの普及啓発を行う必要があります。また、今後も支援する体制を維持し、必要な支援が受けられるように認知症サポート医などの専門職と連携し、適切な機関へつながっていく必要があります。

##### 【施策の方向性】

認知症の早期発見・診断・対応をするため、関係機関との連携を強化し、体制を維持していきます。また、早期の相談につながるように認知症の相談窓口を周知し、専門職と連携し、認知症の進行や介護者の負担軽減を図るとともに、認知症の方と家族によりよい支援ができるように努めます。

#### (2)認知症予防と認知症の理解を深めるための普及・啓発

##### 【取組】

認知機能の低下予防の取組をつどいの場や出前介護予防教室などで実施しています。また、物忘れの不安や悩みを持っている方やその家族が気軽に専門医へ相談でき、助言を得ることができる専門医によるもの忘れ相談会を開催しました。

認知症への理解を深めるため、平成 29 年度に作成した認知症ガイドブック（認知症ケアパス）を活用し、認知症の症状や対応方法、予防方法を伝えるミニ講座を開催しました。

また、認知症について正しく理解し、認知症の方やその家族を温かく見守り、支援する認知症サポートを養成しています。平成 30 年度からは小学生を、令和 2 年度からは中学生を対象に、認知症サポート養成講座を開催し、子どもの頃から認知症について正しい知識を身に付けるとともに継続して学習することでその知識を深めています。

##### ◆認知症ケアの取組状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
認知症サポーター養成人数（累計）	1,514 人	1,638 人	1,807 人
キッズ サポーター養成講座開催学校数	2 校	4 校	5 校

### 【課題】

認知症の症状が出始めると住み慣れた地域で住み続けられなくなると考える方が多い傾向にあるため、認知症の状態に応じた対応方法をさらに周知していく必要があります。

また、今後は認知症センターができる範囲で手助けを行う活動は維持しつつ、認知症センターがチームを組み、認知症の方やその家族に対する生活面への支援などを早期から行う「チームオレンジ」を構築していくことが必要です。

### 【施策の方向性】

今後もつどいの場や出前介護予防教室などで、認知症予防について啓発していくとともに、もの忘れ相談会を継続して開催し、認知症の予防と理解を深める取組を行います。

認知症があっても誰もが住み慣れた地域で自分らしく、いきいきと暮らし続けられるよう、幅広い年齢層や職域を対象に認知症センター養成講座を開催し、認知症の病気や対応方法などについての理解を深めます。また、「チームオレンジ」を立ち上げ、地域の認知症の方々を支援し、認知症の方本人からの発信支援に努めます。

## (3)認知症の方の介護者への支援

### 【取組】

認知症の方の介護者への支援として、家族介護教室や介護者のつどい、認知症カフェを開催しています。

松阪管内1市3町で実施している「おかえりSOSネットワークまつさか」については、認知症の当事者が事前登録しておくと、行方不明になった場合に見守る側として登録した関係機関などへメールで情報が共有され、行方不明者の早期発見につなげています。

### 【課題】

認知症カフェの参加者数は増加傾向にありますが、在宅で生活している認知症の方やその家族の参加がなく、交流ができていない現状です。また、「おかえりSOSネットワークまつさか」の新規登録者が少なく、今後も早期発見につなげるために事前登録の周知を行う必要があります。

### 【施策の方向性】

グループホームと連携し、認知症の方や家族が気軽に交流できる認知症カフェを充実していきます。また、認知症の方や家族のニーズを把握し、取組に反映していきます。

「おかえりSOSネットワークまつさか」への事前登録を周知し、地域における見守り体制を強化していきます。

### 3 権利擁護への取組の推進

#### ① 虐待防止と権利擁護の推進

##### (1) 虐待防止ネットワークの充実

###### 【取組】

警察・消防・県福祉事務所・医療機関などで構成する高齢者等虐待防止ネットワーク連絡協議会を設置し、虐待の早期発見、虐待を受けた高齢者や養護者に対する支援などに関する会議や研修会を年1回開催しています。

###### ◆虐待防止ネットワークなどの状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
代表者会議開催回数	1回	1回	1回
担当者会議開催回数	16回	17回	8回
研修会の開催回数	2回	2回	1回

###### 【課題】

高齢者虐待防止と権利擁護が一体的に行われていない部分があることが課題となっています。

###### 【施策の方向性】

引き続き、高齢者等虐待防止ネットワーク連絡協議会を中心として関係機関の連携の充実を図ります。個別ケースについても関係機関で会議を行っていきます。

また、関係機関の資質向上を図るため、高齢者虐待に関する内容に限らず、権利擁護に関する内容も含めた研修会を開催します。また、虐待の早期発見を目的とし、住民に対しての周知啓発に努めています。

##### (2) 権利擁護の推進

###### 【取組】

成年後見制度の相談に対して、制度の説明や申し立てに必要な書類の作成支援を行っています。申し立て人がいない場合には、成年後見制度利用支援事業による町長申し立ても検討し、自らが希望する自立した日常生活を営むことのできる環境整備に努めています。また、権利擁護の必要性が高いと思われる実子がない高齢者世帯を訪問し、成年後見制度の説明を行い、利用を促しています。

日常生活自立支援事業については、社会福祉協議会が本人との契約に基づいて福祉サービスの利用援助や日常的な金銭などの管理を行い支援しています。

###### ◆権利擁護に関する取組状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
成年後見制度	2件	3件	3件
日常生活自立支援事業	8件	6件	9件
実子がない方への訪問	24世帯	24世帯	24世帯

### 【課題】

成年後見制度及び日常生活自立支援事業についての住民の認知度が低い状況です。今後は成年後見支援センターの立ち上げとともに、周知啓発を行う必要があります。

### 【施策の方向性】

個別の相談を通して、成年後見制度や日常生活自立支援事業を利用し、自らの権利擁護ができるように適切な情報提供を行い、サービスが利用できるように支援します。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業についての住民向け説明会などを開催し、権利擁護に関する啓発活動を行い、住民の意識の醸成を図ります。

さらなる権利擁護の推進を図るため、令和4年度には中核機関及び成年後見支援センターの立ち上げに取り組みます。

## (3)消費者被害の防止

### 【取組】

消費者ホットラインとして電話による相談窓口を設置し、個別相談に対応しています。相談件数は年々減少傾向ではあるものの、架空請求、ワンクリック請求、訪問買い取りなど相談内容は多岐に渡る傾向にあります。クーリングオフ制度の情報提供や、対応方法についてアドバイスを行っています。

また、松阪管内1市3町との広域連携において、市町のイベントで啓発活動を実施し、消費者トラブルの周知等に取り組んでいます。

### 【課題】

消費者被害の手口は年々変化するため、警察、地域包括支援センター及び消費生活センターなど関係機関と連携を進め、未然防止に努めることが必要です。

### 【施策の方向性】

関係機関と連携し、啓発活動や広報紙等により消費者トラブルの情報発信に努めます。また、消費者トラブルの相談窓口にて、相談を受け、被害を防止するため各関係機関へつなげます。

## 4 介護が必要となった場合に、適切な介護サービスを利用できるまちづくり

### ① 質の高い介護サービスの提供

#### ① 地域密着型サービスの提供

地域密着型サービスの見込量については、利用者数の実績を基本に、下記の通り算出し、目標事業量として設定します。

##### ◆地域密着型介護予防サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防居住系サービス									
介護予防認知症対応型 共同生活介護	人	11	13	12	12	12	12	12	12
介護予防居宅サービス									
介護予防認知症 対応型通所介護	回	0	0	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

##### ◆地域密着型サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
施設・居住系サービス									
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	人	424	417	432	432	432	432	468	384
地域密着型特定施設入居者生活介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0
居宅サービス									
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	1	17	0	12	12	12	0	0
認知症対応型通所介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人	0	3	0	12	12	12	12	0
看護小規模多機能型居宅介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回	1,556	1,185	1,308	1,326	1,254	1,254	1,254	938
	人	151	134	156	168	156	156	156	120

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

### 【サービス見込量を確保するための方策】

第8期計画期間においては、新たな地域密着型サービスの事業所の指定は見込みませんが、ニーズに応じて、町外の事業所における受入れ指定を行うなど、柔軟な対応を図ります。

## ② 施設・居住系サービスの提供

施設・居住系サービスの見込量については、利用者数の実績を基本に、下記の通り算出し、目標事業量として設定します。

### ◆介護予防居住系サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防居住系サービス									
介護予防特定施設 入居者生活介護	人	0	0	0	0	0	0	0	0

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

### ◆施設・居住系サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
施設サービス									
介護老人福祉施設	人	1,119	1,066	1,032	1,068	1,068	1,068	996	852
介護老人保健施設	人	1,268	1,285	1,104	1,284	1,284	1,284	1,056	900
介護医療院・ 介護療養型医療施設	人	11	12	12	12	12	12	12	12
居住系サービス									
特定施設入居者生活 介護	人	223	168	180	180	180	180	168	144

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

### 【サービス見込量を確保するための方策】

各サービスの見込量が確保できるよう、要支援・要介護高齢者の利用意向と事業所の供給可能量の把握に努め、ニーズに応じて広域的な対応を行うなど、柔軟な対応を図ります。

### ③ 居宅サービスの提供

居宅サービスの見込量については、各年度の要介護度別居宅サービス対象者数（要支援・要介護認定者数の推計値から施設・居住系サービスの利用者を差し引いた人数）の推計値に、各サービスの要介護度別利用率と利用回数を乗じて下記の通り算出し、目標事業量として設定します。

#### ◆介護予防居宅サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
<b>介護予防訪問系サービス</b>									
介護予防訪問入浴 介護	回	0	0	0	0	0	0	0	0
	人	0	0	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回	279	319	304	274	274	274	274	230
	人	56	76	84	84	84	84	84	72
介護予防訪問リハビ リテーション	回	623	637	761	775	805	817	817	670
	人	66	75	84	84	84	84	84	72
介護予防居宅療養管理 指導	人	48	51	60	60	60	60	60	48
<b>介護予防通所系サービス</b>									
介護予防通所リハビ リテーション	人	393	410	504	540	540	540	516	432
<b>介護予防短期入所サービス</b>									
介護予防短期入所 生活介護	日	136	225	30	28	28	28	28	28
	人	23	41	12	12	12	12	12	12
介護予防短期入所 療養介護	日	13	17	0	0	0	0	0	0
	人	5	3	0	0	0	0	0	0
<b>その他の介護予防サービス</b>									
介護予防福祉用具 貸与	人	537	590	744	792	792	792	756	636
特定介護予防福祉 用具販売	人	23	11	48	48	48	48	48	48
介護予防住宅改修	人	13	23	12	12	12	12	12	12
介護予防支援	人	883	927	1,032	1,092	1,092	1,104	1,044	876

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

◆居宅サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み			中長期見通し	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
訪問系サービス									
訪問介護	回	53,377	50,850	60,862	62,798	64,292	64,867	66,388	55,894
	人	1,425	1,390	1,584	1,620	1,620	1,632	1,644	1,392
訪問入浴介護	回	337	268	299	317	317	313	342	238
	人	96	72	72	72	72	72	84	60
訪問看護	回	2,549	2,226	2,821	2,836	2,766	2,828	2,855	2,406
	人	488	455	468	468	468	468	468	396
訪問リハビリテーション	回	3,019	3,550	4,688	5,273	5,297	5,354	5,460	4,652
	人	306	361	456	492	492	492	504	432
居宅療養管理指導	人	565	561	612	612	612	612	612	540
通所系サービス									
通所介護	回	17,665	17,899	19,259	19,685	20,059	19,913	19,338	16,608
	人	1,706	1,658	1,740	1,716	1,716	1,704	1,656	1,416
通所リハビリテーション	回	10,236	11,293	11,813	11,538	11,600	11,724	11,521	9,616
	人	1,209	1,343	1,404	1,380	1,392	1,404	1,380	1,152
短期入所サービス									
短期入所生活介護	日	9,197	9,607	10,285	9,959	9,775	9,832	9,440	8,311
	人	588	575	540	528	504	504	492	432
短期入所療養介護	日	1,855	1,599	1,819	1,956	1,967	1,967	1,967	1,612
	人	262	222	144	144	144	144	144	120
その他のサービス									
福祉用具貸与	人	2,466	2,458	2,592	2,544	2,544	2,544	2,532	2,148
特定福祉用具販売	人	49	43	36	36	36	36	36	36
住宅改修	人	45	46	36	36	36	36	36	3
居宅介護支援	人	4,245	4,224	4,572	4,464	4,488	4,464	4,440	3,744

※実績については介護保険事業状況報告（年報、月報）による。

**【サービス見込量を確保するための方策】**

各サービスの見込量が確保できるよう、要支援・要介護高齢者の利用意向と事業所の供給可能量の把握に努め、ニーズに応じて広域的な対応を行うなど、柔軟な対応を図ります。

#### ④ 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業については、利用者数の実績を基本に、下記の通り算出し、目標事業量として設定します。

##### ◆居宅サービスの年間事業量見込み

サービス種類	単位	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 事業量の見込み		
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問介護相当サービス	人	396	372	348	348	348	348
通所介護相当サービス	人	660	504	384	384	384	396

#### ⑤ 介護人材の確保

##### (1) 介護人材の育成と業務の効率化

###### 【取組】

本町では、人材育成基金を設置し、介護支援専門員や介護職員初任者の資格取得に必要な費用への助成を行っています。

町内の介護サービス事業所では、人材を確保するため、ホームページでの採用募集、ハローワークへの求人登録などに取り組んでいます。また、職員による勧誘や各種学校などへの働きかけにより人材確保に取り組んでいる事業所もあります。

###### 【課題】

人材育成基金を活用して資格を取得される方が少なく、資格を取得されても、町内の介護サービス事業所へ就労されているか把握できていない状況です。

ホームページでの採用募集やハローワークへの求人登録は、人材確保のための効果的な方法の1つですが、居住地が遠方であることから採用につながらない場合もあり、地域の中から採用につなげる方法を検討する必要があります。

また、介護サービス事業所の人材確保には、「離職率が高い」「募集しても応募が少ない」などの課題があり、その原因として「賃金が低い」「仕事がきつい」ことなどが考えられます。

###### 【施策の方向性】

採用募集などはそれぞれの介護サービス事業所がホームページやハローワークなどを活用し行なってきましたが、地域の中から人材を確保するため、介護サービス事業所と行政が連携し、町広報紙や回覧板などを活用した方法についての検討を進めます。

また、昂学園の生活福祉系列では、適切な介護が行えるように、福祉全般において幅広く学習が進められています。町内の介護サービス事業所への就職につながるよう、昂学園と事業所のマッチング支援に努めます。

人材の確保・定着の推進を図るために、介護職員の処遇改善と業務効率化に取り組むことも重要です。国や県と連携し、適切な介護報酬算定などによる処遇改善と、ICT導入や各種手続きの簡素化などによる業務効率化を支援します。

## ⑥ 家族介護支援の推進

### (1) 家族介護支援サービスの実施

#### 【取組】

家族介護者交流事業を開催し、在宅で介護している方の心身のリフレッシュなどに取り組んでいます。また家族介護教室を開催し、介護方法などについての知識、技術の習得に取り組んでいます。

在宅での介護を支援するための介護用品などの支給については、平成 30 年度まで町と社会福祉協議会がそれぞれ行っていましたが、令和元年度からは対象者を見直し、町に一本化しています。

#### 【課題】

在宅での介護者は多いにも関わらず、家族介護者交流事業への参加者が限定期であるため、参加しやすい時間や参加したいと思う内容を検討していく必要があります。家族介護教室は、参加者から内容について一定の評価を受けていますが、よりニーズに応じた内容で開催する必要があります。

大台町高齢者等紙オムツ給付事業については、利用者のニーズなどを把握しながら、事業の周知方法や対象者などについて検討していく必要があります。

#### 【施策の方向性】

家族介護者のニーズに応じた支援と取組を継続し、介護している家族の心身の負担と経済的負担の軽減を図っていきます。

## 2 介護保険の給付の適正化

### ① 介護保険の給付の適正化

#### 【取組】

本町では、すべての認定調査票を審査し、認定調査における調査判断基準の間違いやばらつきの防止に取り組んでいます。

また、地域包括支援センターと連携し、ケアプランチェックの実施や地域ケア会議の中で助言を行うことで、介護支援専門員の資質向上と利用者の自立支援に向けたケアプラン策定の支援を行っています。

#### ◆介護給付適正化取組の状況

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
認定調査状況チェック	全調査票のチェックを実施		
ケアプラン点検実施件数	14 件	13 件	15 件
介護給付費通知	12 か月分の給付実績を通知		

#### 【施策の方向性】

##### (1) 要介護認定の適正化

認定調査員の判断基準の平準化を図るため、県が主催する研修会へ参加します。

また、全調査票のチェックを行い、公平公正な要介護認定に取り組みます。

##### (2) ケアプランのチェック

ケアプランチェックや地域ケア会議を通じて、介護支援専門員への支援と資質向上に取り組みます。

##### (3) 住宅改修などの点検の実施

住宅改修や福祉用具購入の必要性や効果について検証を行い、給付の適正化に取り組みます。

##### (4) 縦覧点検・医療情報との突合

国民健康保険団体連合会へ委託し、給付実績などの点検による給付の適正化に取り組みます。

##### (5) 介護給付費の通知の送付

介護サービスを利用している方にサービスの利用状況を通知し、適切なサービス利用の普及啓発に取り組みます。

## 2 介護保険事業費の見込みと保険料の設定

### 1 介護保険の総事業費等の見込み

#### ① 予防給付

本計画期間における各サービスの予防給付費見込額は、要介護度別に推計した目標事業量（見込み）と介護報酬単価の改定を踏まえた要介護度別のサービス標準単価を乗じて次のように推計され、その総額は3年間で約1億1千6百万円となります。

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
(1) 介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	1,496	1,496	1,496	4,488
介護予防訪問リハビリテーション	2,252	2,341	2,377	6,970
介護予防居宅療養管理指導	457	457	457	1,371
介護予防通所リハビリテーション	18,433	18,443	18,443	55,319
介護予防短期入所生活介護	187	187	187	561
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	5,235	5,235	5,235	15,705
介護予防福祉用具購入費	1,948	1,948	1,948	5,844
介護予防住宅改修	709	709	709	2,127
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
(2) 地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,859	2,861	2,861	8,581
(3) 介護予防支援	4,874	4,877	4,931	14,682
合計	38,450	38,554	38,644	115,648

## 2 介護給付

本計画期間における各サービスの介護給付費見込額は、要介護度別に推計した目標事業量（見込み）と介護報酬単価の改定を踏まえた要介護度別のサービス標準単価を乗じて次のように推計され、その総額は3年間で約44億3千7百万円となります。

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
<b>(1) 居宅サービス</b>				
訪問介護	155,298	159,230	160,738	475,266
訪問入浴介護	3,985	3,988	3,942	11,915
訪問看護	16,970	17,111	17,072	51,153
訪問リハビリテーション	14,864	14,935	15,091	44,890
居宅療養管理指導	4,073	4,073	4,073	12,219
通所介護	164,764	168,272	166,511	499,547
通所リハビリテーション	92,976	93,357	94,273	280,606
短期入所生活介護	77,932	76,289	76,725	230,946
短期入所療養介護（老健）	21,959	22,095	22,095	66,149
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
福祉用具貸与	30,841	30,838	30,891	92,570
特定福祉用具購入費	778	778	778	2,334
住宅改修費	3,427	3,427	3,427	10,281
特定施設入居者生活介護	38,316	38,337	38,337	114,990
<b>(2) 地域密着型サービス</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,275	1,276	1,276	3,827
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	3,228	3,230	3,230	9,688
認知症対応型共同生活介護	113,673	113,736	113,736	341,145
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	10,460	10,010	10,010	30,480
<b>(3) 施設サービス</b>				
介護老人福祉施設	279,764	279,919	279,919	839,602
介護老人保健施設	372,972	373,179	373,179	1,119,330
介護医療院	0	0	0	0
介護療養型医療施設	4,452	4,454	4,454	13,360
<b>(4) 居宅介護支援</b>	<b>62,256</b>	<b>62,463</b>	<b>62,163</b>	<b>186,882</b>
<b>合計</b>	<b>1,474,263</b>	<b>1,480,997</b>	<b>1,481,920</b>	<b>4,437,180</b>

### 3 標準給付費の算出

標準給付費は、介護給付費と予防給付費の合計である「総給付費」に、「特定入所者介護サービス費等給付額（低所得者が施設に入所、あるいは短期入所サービスに滞在したときの食費・居住費の補足給付額）」、「高額介護サービス費等給付費（利用者が1か月間に支払った1割負担が一定の上限を超えた場合に払い戻される給付額）」、「高額医療合算介護サービス費等給付額（医療保険と介護保険の自己負担額の合計額が著しく高額になる場合に負担を軽減する給付額）」、及び「算定対象審査支払手数料（算定対象となる国保連合会に支払う手数料）」を加えた費用であり、下記の通り設定します。

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
総給付費	1,512,713	1,519,551	1,520,564	4,552,828
特定入所者介護サービス費等給付額	67,651	61,645	62,299	191,595
高額介護サービス費等給付額	35,445	35,601	35,978	107,024
高額医療合算介護サービス費等給付額	189	286	289	764
算定対象審査支払手数料	730	736	743	2,209
支払件数（件）	14,322	14,423	14,576	43,321
一件あたり単価（円）	51	51	51	-
標準給付費	1,616,728	1,617,819	1,619,873	4,854,420

## 4 地域支援事業費の算出

地域支援事業は、「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」の2つの事業から構成され、下記の通り設定します。

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	35,427	37,110	35,851	108,388
包括的支援事業・任意事業費	37,908	37,908	37,908	113,724
地域支援事業費	73,335	75,018	73,759	222,112

## 5 介護保険事業費総額の算出

介護保険事業にかかる総事業費は、標準給付費見込額と地域支援事業費見込額を合計し、下記の通り設定します。

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
標準給付費	1,616,728	1,617,819	1,619,873	4,854,420
地域支援事業費	73,335	75,018	73,759	222,112
総事業費	1,690,063	1,692,837	1,693,632	5,076,532

## 2 介護保険料基準額の設定

### 1 介護保険事業費の財源

#### ① 保険給付費の財源

介護保険事業では、法定サービス（介護給付サービス、予防給付サービス、高額介護サービス、特定入所者介護サービス）を実施していく際の標準給付費は、サービスの提供内容によって決まり、保険料に反映されます。

介護保険制度においては、介護サービスの総事業費から利用者負担分を除いた標準給付費の負担は、原則として50%を被保険者の保険料、50%を公費としています。また、被保険者の保険料のうち、令和3年度から令和5年度においては、原則として23%を第1号被保険者、27%を第2号被保険者がまかなうことになります。

◆図 介護給付サービス、予防給付サービスにかかる費用額の財源構成

費用額					
介護給付費・予防給付費（費用額の90%）					
保険料 50%		公費 50%			
第1号被保険者 保険料 23% (※ <sup>2</sup> )	第2号被保険者保険料 (支払基金から交付) 27% (定率)	国 調整交付金 5% (※ <sup>1</sup> )	20% (定率)	12.5% (定率)	12.5% (定率)
(施設等給付費の公費部分の財源割合)					
		国	県	町	利用者 負担
調整交付金 5% (※ <sup>1</sup> )		15% (定率)	17.5% (定率)	12.5% (定率)	

利用者負担分は、原則として費用額の10%となります。ただし、一定以上の所得がある人がサービスを利用した場合は、費用額の20%または30%を負担することになります。

なお、「調整交付金」(※)とは、後期高齢者人口の比率や高齢者の所得水準による保険料水準の格差を調整するために、国から交付されるものです。各保険者の後期高齢者人口の比率や高齢者の所得水準によって調整交付金の率が増減すると、連動して第1号被保険者の負担割合(※<sup>2</sup>)も増減します。

## ② 地域支援事業費の財源

地域支援事業費のうち、介護予防・日常生活支援総合事業については、半分を公費（国、県、町）で負担し、残りの半分を第1号被保険者及び第2号被保険者の保険料で負担します。

また、包括的支援事業・任意事業については、77%を公費（国、県、町）で負担し、残りを第1号被保険者の保険料で負担します。

### ◆図 地域支援事業の財源構成

#### 介護予防・日常生活支援総合事業費

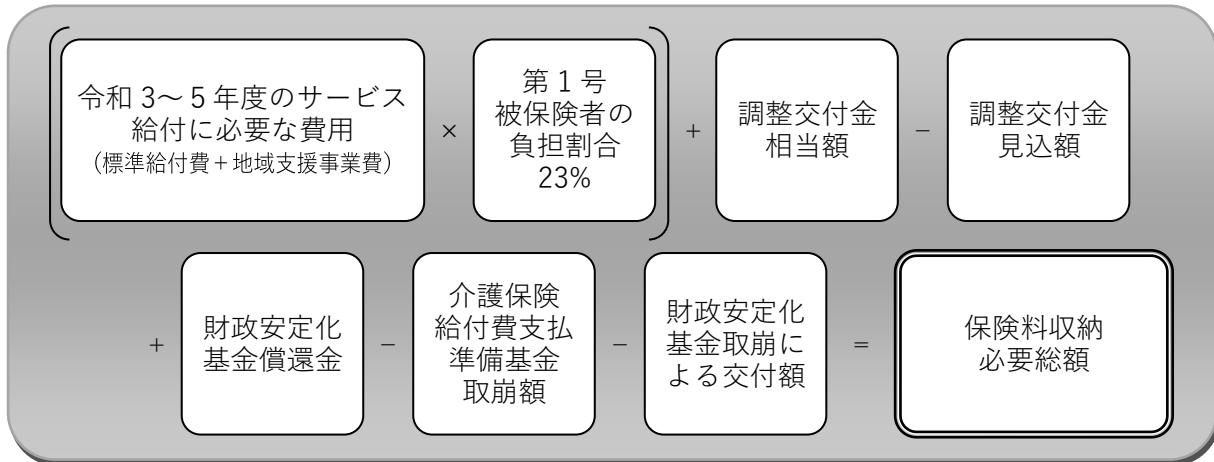
第1号被保険者 保険料 23%	第2号被保険者 保険料 27%	国 25%	県 12.5%	町 12.5%
-----------------------	-----------------------	----------	------------	------------

#### 包括的支援事業、任意事業費

第1号被保険者 保険料 23%	国 39%	県 19%	町 19%
-----------------------	----------	----------	----------

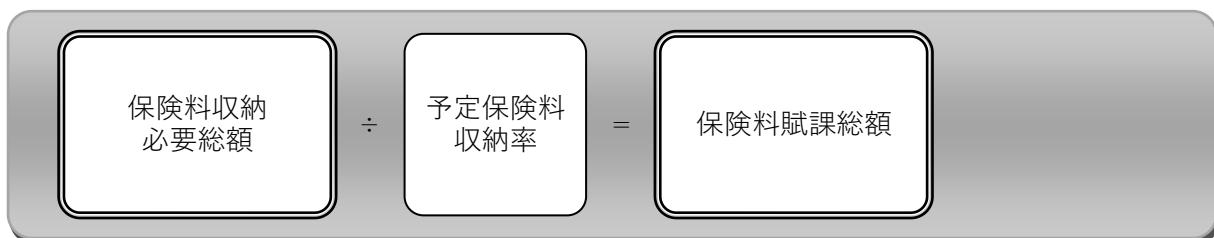
## 2 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

保険料収納必要総額は、次の方法で算出します。



その結果、本町の令和3年度から令和5年度までの保険料収納必要総額は、約9億1千2百万円となります。

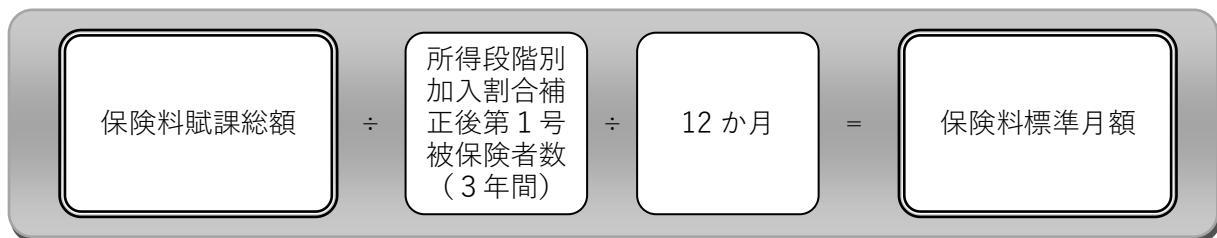
さらに、保険料賦課総額は、次の方法で算出します。



その結果、本町の令和3年度から令和5年度までの保険料賦課総額は、約9億3千万円となります。

本町の第1号被保険者数は令和3年度から5年度の3年間で延べ11,219人と推計されますが、保険料基準額については、所得段階別加入割合に応じて算出します。

保険料賦課総額に対して、所得段階別加入割合を考慮して介護保険料基準額を算出すると、7,600円／月となります。



#### ◆ 保険料収納必要額（3年間合計）の算出

単位：千円

	3年間合計
総事業費	5,076,532
第1号被保険者負担分相当額	1,167,602
調整交付金相当額	248,140
調整交付金見込額	△475,258
財政安定化基金拠出金見込額	—
財政安定化基金償還金	—
介護保険給付費支払準備基金取崩額	△28,000
財政安定化基金取崩による交付額	—
市町村特別給付費等見込額	—
保険料収納必要額	912,484

※調整交付金相当額と調整交付金見込額との差額は第1号被保険者の負担となります。

#### ◆ 保険料基準額の算出

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	3年間合計
予定保険料収納率	98.05%			
第1号被保険者数	3,793人	3,732人	3,694人	11,219人
所得段階別加入割合 補正後被保険者数	3,449人	3,395人	3,360人	10,204人
保険料基準額（月額）	7,600円			

### 3. 所得段階に応じた保険料の設定

第1号被保険者の保険料については、介護費用負担の公平化のもと、低所得者の負担を軽減し、所得に応じて11段階の保険料を設定しました。

#### ◆所得段階の内訳と保険料基準額に対する割合（公費負担による軽減前）

所得段階	所得などの条件	基準額に対する比率	保険料月額	保険料年額
第1段階	①生活保護受給者 ②老齢福祉年金受給者で、世帯全員が住民税非課税 ③世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の人	×0.50	3,800	45,600
第2段階	軽減 世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超えて120万円以下の人	×0.60	4,560	54,720
第3段階		×0.75	5,700	68,400
第4段階		×0.875	6,650	79,800
第5段階		×1.00	7,600	91,200
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が125万円未満の人	×1.125	8,550	102,600
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が125万円以上210万円未満の人	×1.25	9,500	114,000
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	×1.55	11,780	141,360
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上390万円未満の人	×1.70	12,920	155,040
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が390万円以上500万円未満の人	×1.75	13,300	159,600
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が500万円以上の人	×2.00	15,200	182,400

※各段階別保険料の算定方法——年額については、保険料基準額（年額）に各段階の保険料率を乗じて、1円未満を切り上げ、10円未満を切り捨てて各段階の年額を算定しています。また、月額については、年額を12で除したうえで1円未満を四捨五入しています。

### 3 介護保険事業及び高齢者保健福祉施策の推進にあたって

#### 1 「地域の支え合いの中で高齢者が健やかにいきいきと暮らせるまち」に向けた目標設定

介護保険の理念である自立支援・重度化防止に向けた取組を推進するため、目標を設定し、その達成に向けた具体的な計画を作成・評価・見直しをすることが重要となっています。

これを踏まえ、第8期において、以下の目標を設定し、各年度において計画の進捗状況を評価し、事業の実施内容・方法などの見直しを行います。

##### ◆地域包括ケアシステムの推進

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域ケア会議開催回数	21回	23回	13回	16回	16回	16回
地域ケア会議での個別事例検討数	169件	125件	48件	76件	76件	76件
介護支援専門員等研修会開催回数	7回	6回	5回	5回	5回	5回
地域課題抽出のための会議開催回数	－	－	－	36回	36回	36回
地域包括ケアシステムの周知回数	－	－	－	19回	19回	19回

##### ◆生活支援体制の充実

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域意見交換会開催回数	8回	3回	11回	10回	10回	10回
生活支援訪問サービス利用者数	1人	2人	2人	2人	4人	6人
関係部署との会議開催回数※	－	－	－	18回	20回	22回
生活支援と介護予防の一体的事業開催場所数	－	－	－	2件	3件	4件

※住民の生活課題解決に向けた支援を検討するため、関係部署や商工会などと行う会議の開催回数。

##### ◆医療・介護連携の推進

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
多職種研修会・事例検討会開催回数	2回	4回	2回	2回	2回	2回
医療職（医師・看護師）参加率	18.0%	29.4%	12.0%	20.0%	20.0%	20.0%
看取りの研修会開催回数（住民・従事者）	－	－	－	6回	10回	12回

### ◆安全・安心な住まいとまちづくり

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
緊急通報装置貸与件数	14 件	7 件	7 件	10 件	10 件	10 件
救急医療キット配布数	25 個	5 個	5 個	10 個	10 個	10 個

### ◆介護予防の推進

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
自主グループ活動参加者数（実人数）	662 人	661 人	755 人	760 人	770 人	780 人
フレイル予防教室開催回数（集団）	－	－	－	10 回	15 回	20 回
リハビリテーションサービス提供体制検討会開催回数※	－	－	－	3 回	3 回	3 回

※フレイルから要介護の状態に応じて「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかける切れ目のない  
リハビリテーション提供体制を構築するための検討会の開催回数。

### ◆認知症施策の推進

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症サポータ-養成人数（累計）	1,514 人	1,638 人	1,807 人	1,975 人	2,110 人	2,245 人
おかえり SOS ネットワーク新規登録者数	－	－	－	2 名	2 名	2 名

### ◆権利擁護への取組の推進

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
成年後見制度	2 件	3 件	3 件	5 件	5 件	5 件
日常生活自立支援事業	8 件	6 件	9 件	12 件	12 件	12 件
実子がいない方への訪問	24 世帯	24 世帯	24 世帯	24 世帯	24 世帯	24 世帯

### ◆介護給付の適正化

	第7期計画期間 実績			第8期計画期間 目標		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認定調査状況チェック	全調査票のチェックを実施					
ケアプラン点検実施件数	14 件	13 件	15 件	15 件	15 件	15 件
介護給付費通知	12か月分の給付実績を通知					

## 2 地域包括支援センター運営協議会の開催

---

### 【これまでの取組と課題】

本町では、地域包括支援センター運営協議会を年2回開催し、地域包括支援センターが行う事業の進捗状況やその成果などについて協議しています。

今後も、高齢者の自立支援に向けた事業を展開していくため、地域包括支援センターの運営状況の確認と評価を行っていく必要があります。

### 【施策の方向性】

#### (1) 地域包括支援センター運営協議会の開催

地域包括支援センターが行う事業が適正に実施されるよう、地域包括支援センター運営協議会を開催し、事業の進捗状況の報告などを行い、その評価に取り組みます。

## 3 地域密着型サービス運営委員会の開催

---

### 【これまでの取組と課題】

本町では、地域密着型サービス運営委員会を開催し、地域密着型サービス事業所の指定や適正な運営のための審議を行っています。今後も委員会を開催し、地域密着型サービスの質の確保や適正な運営を確保していく必要があります。

### 【施策の方向性】

#### (1) 地域密着型サービス運営委員会の開催

地域密着型サービス運営委員会を開催し、サービスの利用状況の報告などを行い、地域密着型サービスの質の確保や適正な運営の確保に努めます。

## 4 低所得者対策の実施

---

### 【これまでの取組と課題】

本町では、保険料の多段階設定化を図り、低所得者層の負担軽減に取り組んでいます。

また、高額介護サービス費の支給などによる利用者負担の軽減にも取り組んでいます。

引き続き、保険料の多段階設定や利用者負担の緩和などにより、低所得者の負担について配慮を行う必要があります。

### 【施策の方向性】

#### (1) 保険料の多段階設定

従来から実施してきた低所得者層に配慮した多段階設定を継続するとともに、一部の段階においては公費負担による軽減措置を行い、低所得者層の負担軽減を図ります。

#### (2) 利用者負担の緩和措置などの実施

高額介護サービス費などの支給、施設入所やショートステイ利用の際の居住費・食費の軽減、社会福祉法人などによる利用者負担軽減など、国の指針に基づいて継続して実施していきます。

## 5 情報提供の推進

---

### 【これまでの取組と課題】

介護保険制度の適切な利用を促進するため、ケーブルテレビや町広報誌などにより、介護保険に関する情報の提供を行っています。

一方で、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が多いことから、町外で暮らす家族に対して、福祉サービスや介護サービスについて情報提供の充実を図る必要があります。

### 【施策の方向性】

#### (1) 情報提供の推進

引き続き、ケーブルテレビや町広報誌などを活用した介護保険制度に関する情報提供に取り組みます。

また、町ホームページなどを活用し、高齢者の在宅生活を支援する福祉サービスや介護サービスについて町外で暮らす家族への情報提供に取り組みます。

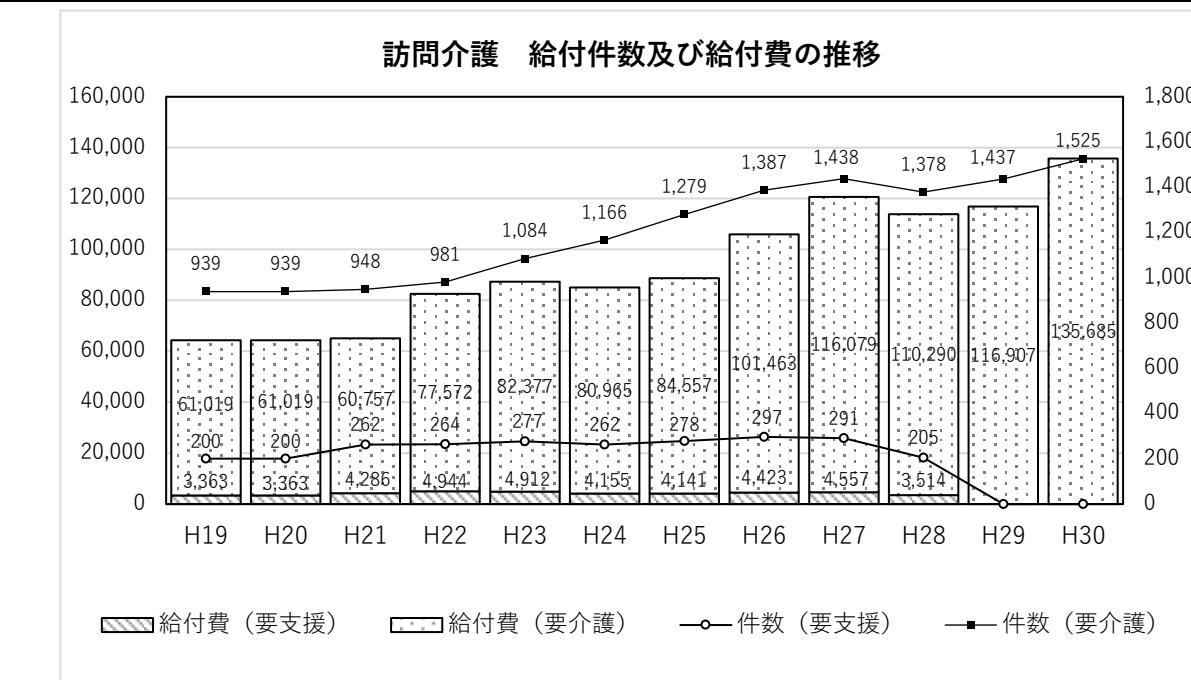
## 參考資料

## 1 サービス給付等の実績

### 1. 訪問系サービス

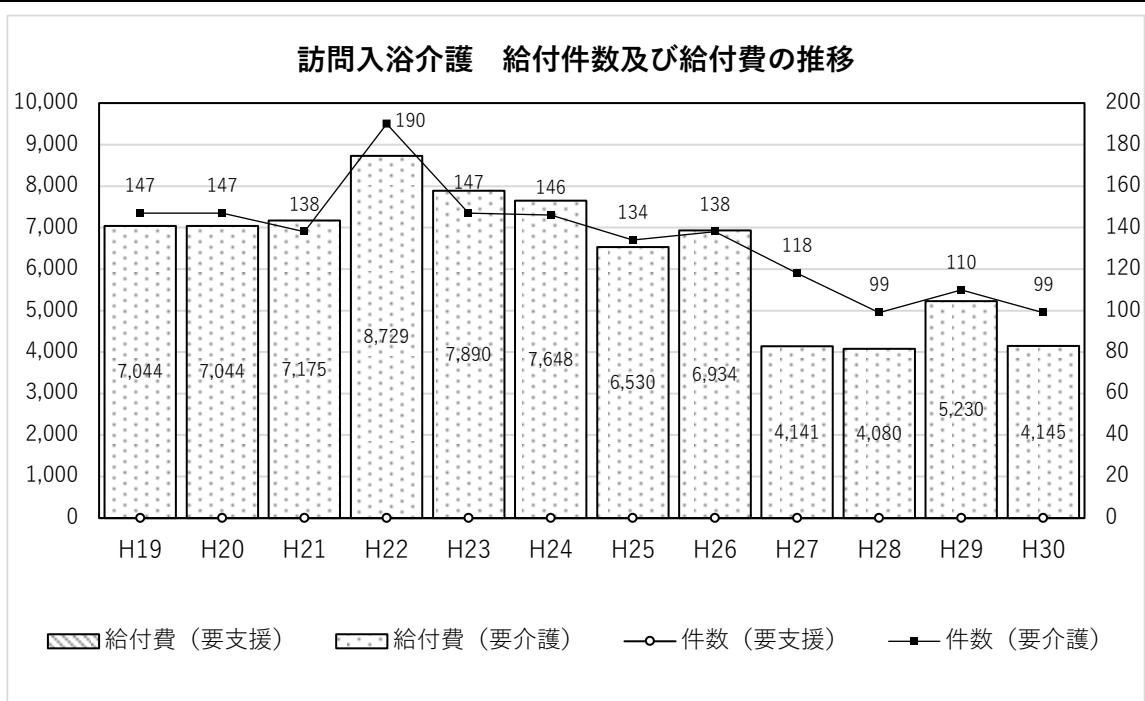
#### ①訪問介護

- 訪問介護の利用は、要介護では平成 27 年にかけて年々増加し、平成 28 年に一旦減少したものの、その後は再び増加しています。要支援では平成 26 年をピークに減少し、平成 29 年以降は介護予防・日常生活支援総合事業への移行により利用はありません。



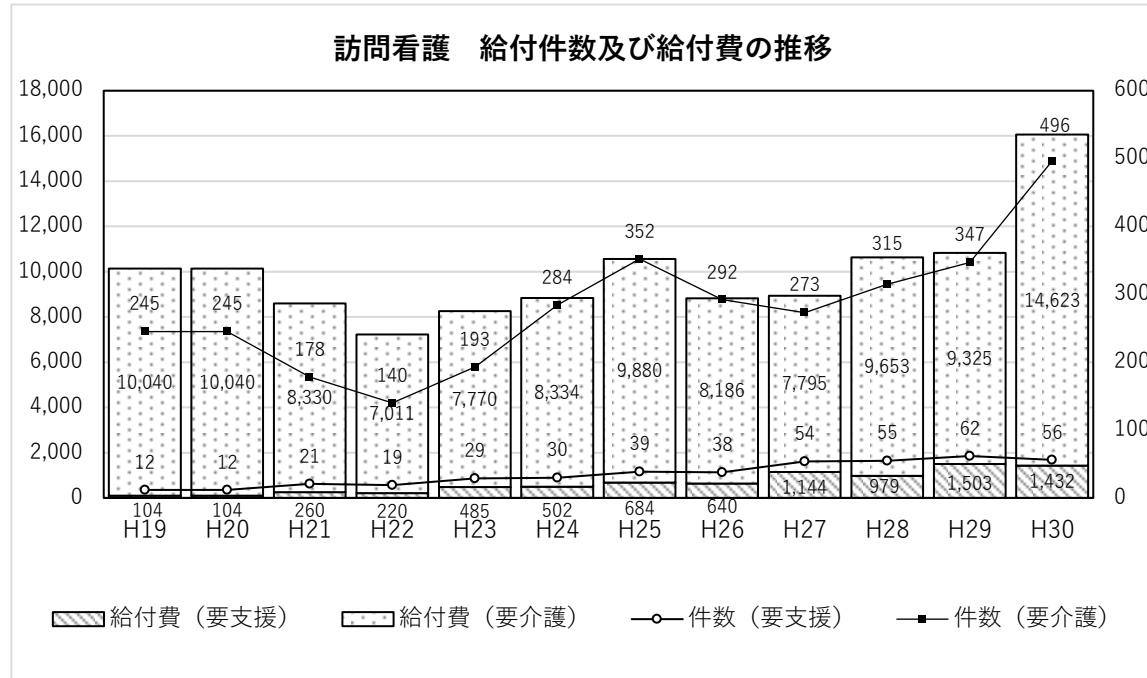
#### ②訪問入浴介護

- 訪問入浴介護の利用は、平成 22 年をピークに減少傾向にあり、平成 29 年に一旦増加したものの、平成 30 年には再び減少しています。



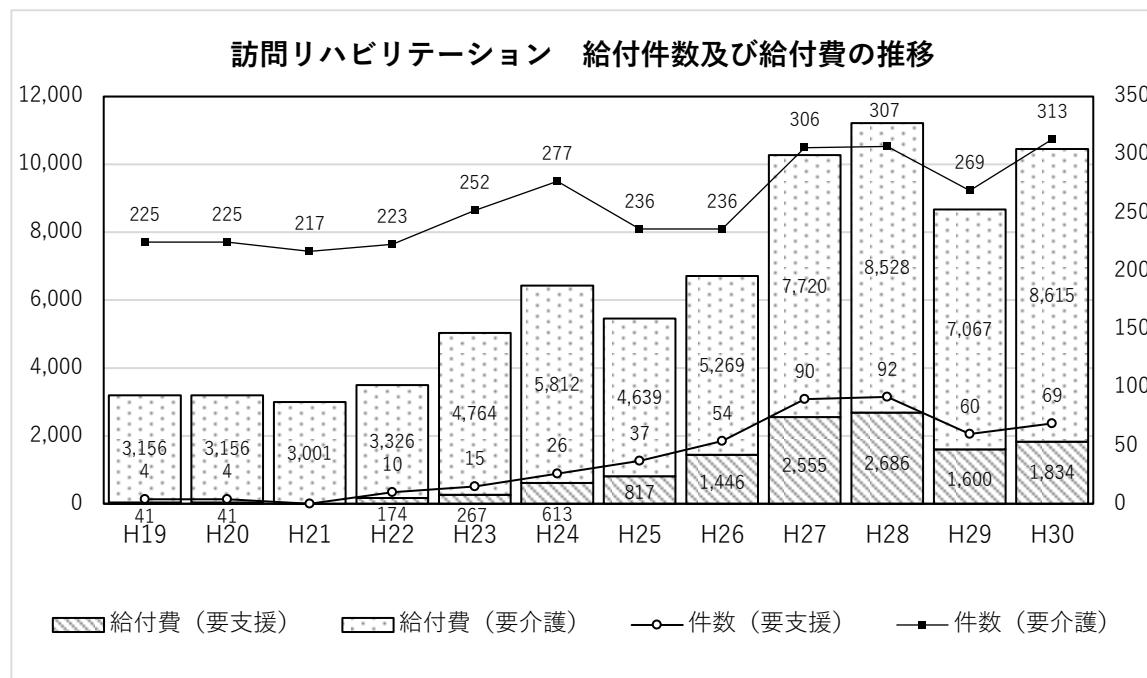
### ③訪問看護

- 訪問看護の利用は、要介護では平成 25 年から平成 27 年にかけて減少していましたが、その後増加に転じています。要支援では平成 29 年にかけて増加していましたが、平成 30 年には減少に転じています。



### ④訪問リハビリテーション

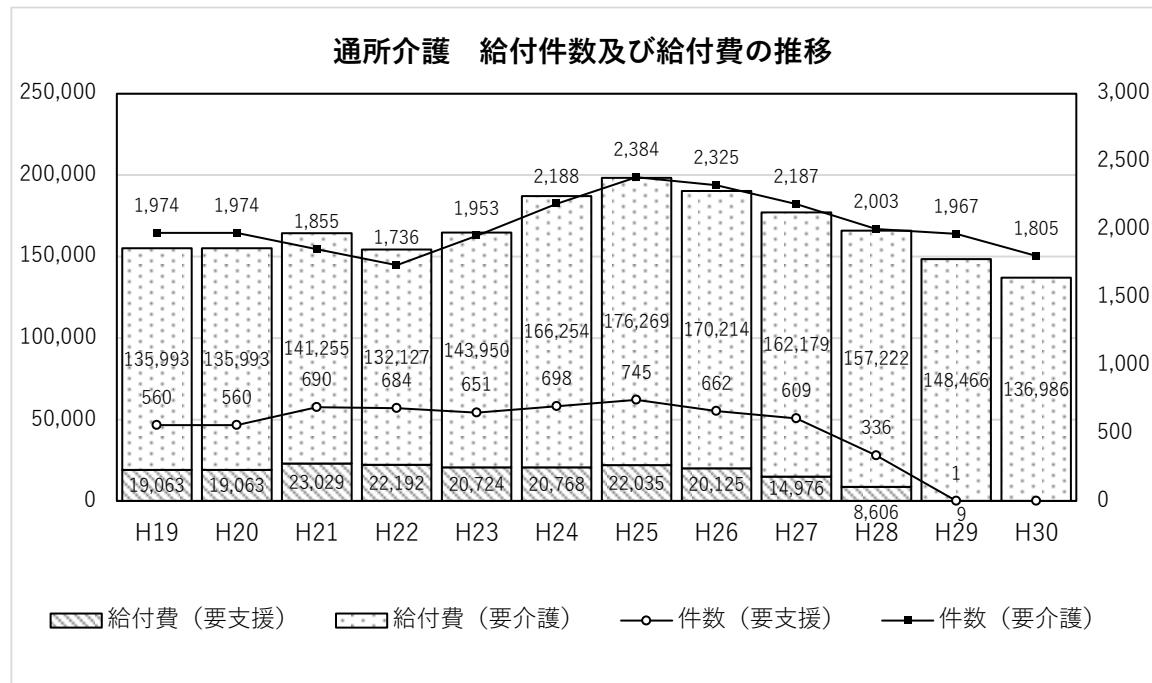
- 訪問リハビリテーションの利用は、要介護では平成 26 年から平成 28 年にかけて増加し、平成 29 年に一旦減少しましたが、平成 30 年には再び増加しています。要支援では平成 28 年にかけて年々増加し、平成 29 年に一旦減少しましたが平成 30 年には再び増加しています。



## 2. 通所系サービス

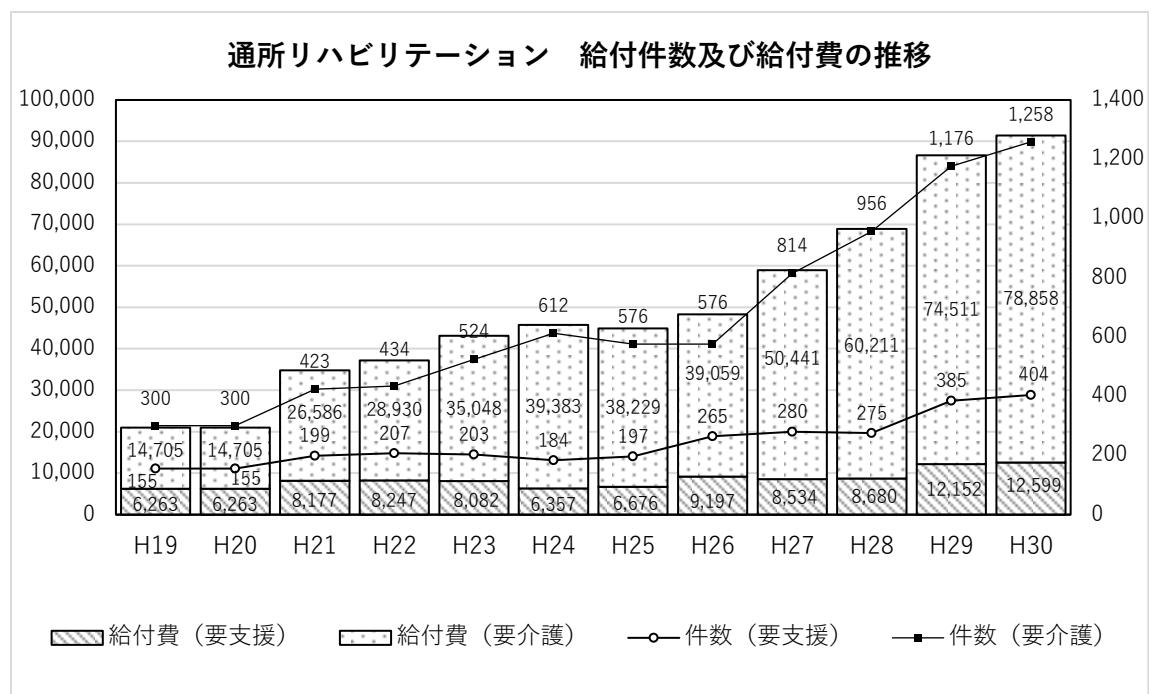
### ①通所介護

- 通所介護の利用は、要介護では平成 22 年から平成 25 年にかけて年々増加していましたが、その後は年々減少しています。要支援では平成 25 年をピークに減少し、平成 30 年以降は介護予防・日常生活支援総合事業への移行により利用はありません。



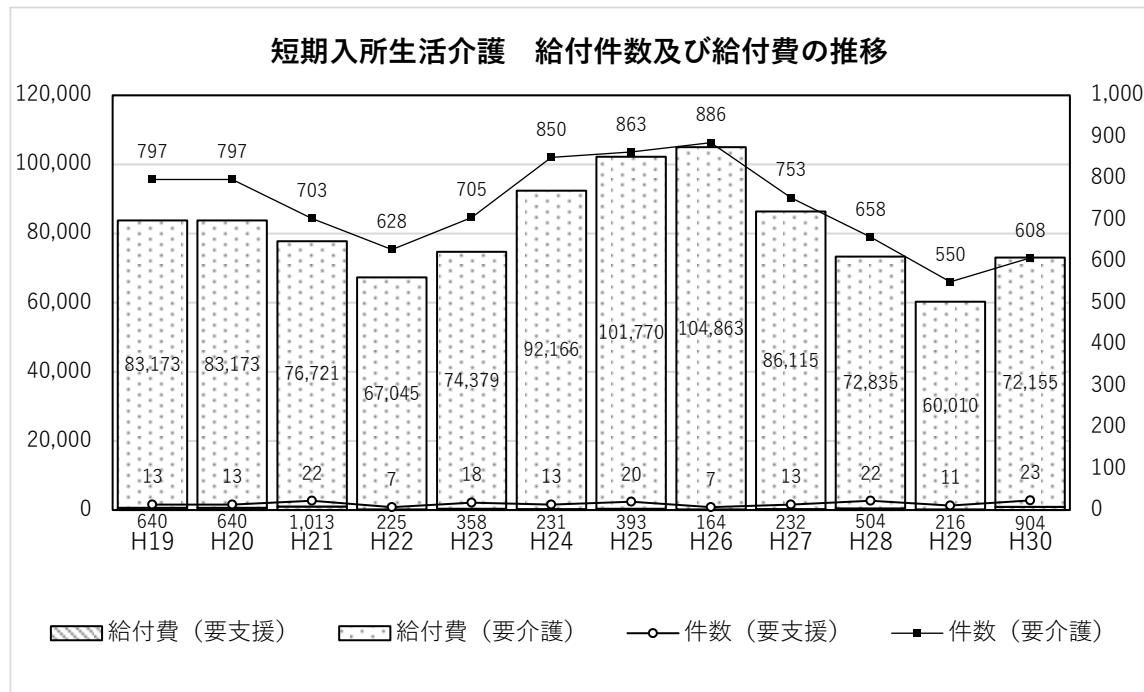
### ②通所リハビリテーション

- 通所リハビリテーションの利用は、要介護では平成 24 年から平成 26 年にかけて減少しましたが、平成 27 年以降は大きく伸びています。要支援では増加傾向にあります。



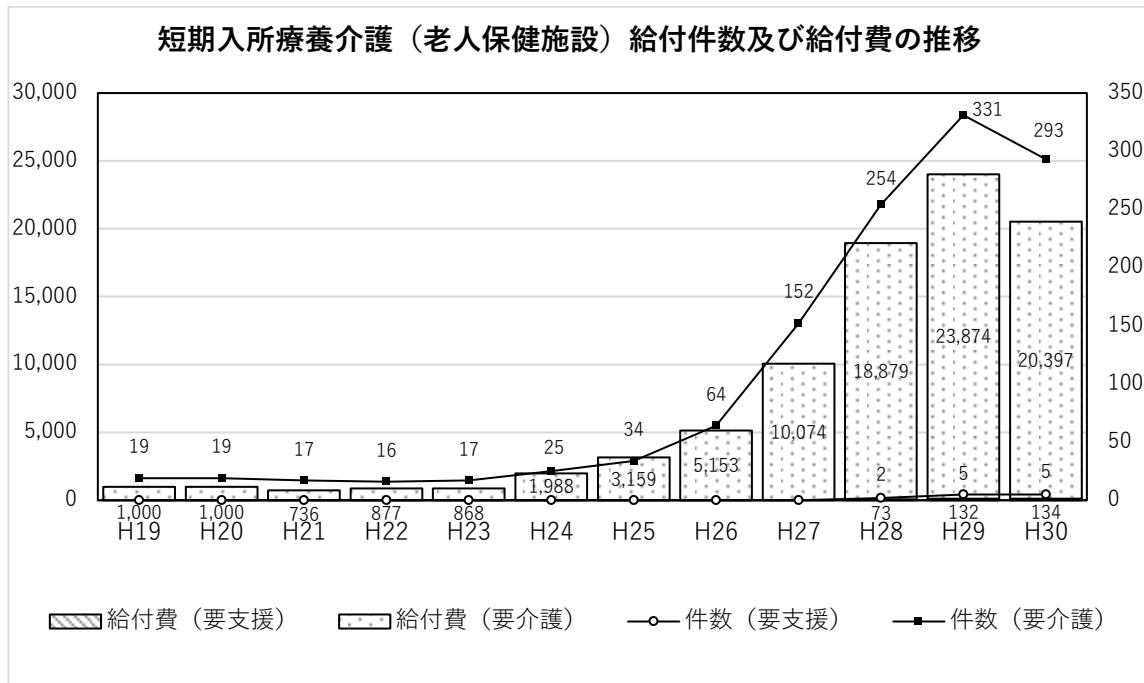
### ③短期入所生活介護

- 短期入所生活介護の利用は、要介護では平成 26 年をピークに減少していましたが、平成 30 年に再び増加しています。要支援ではほぼ横ばいで推移しています。



### ④短期入所療養介護（老人保健施設）

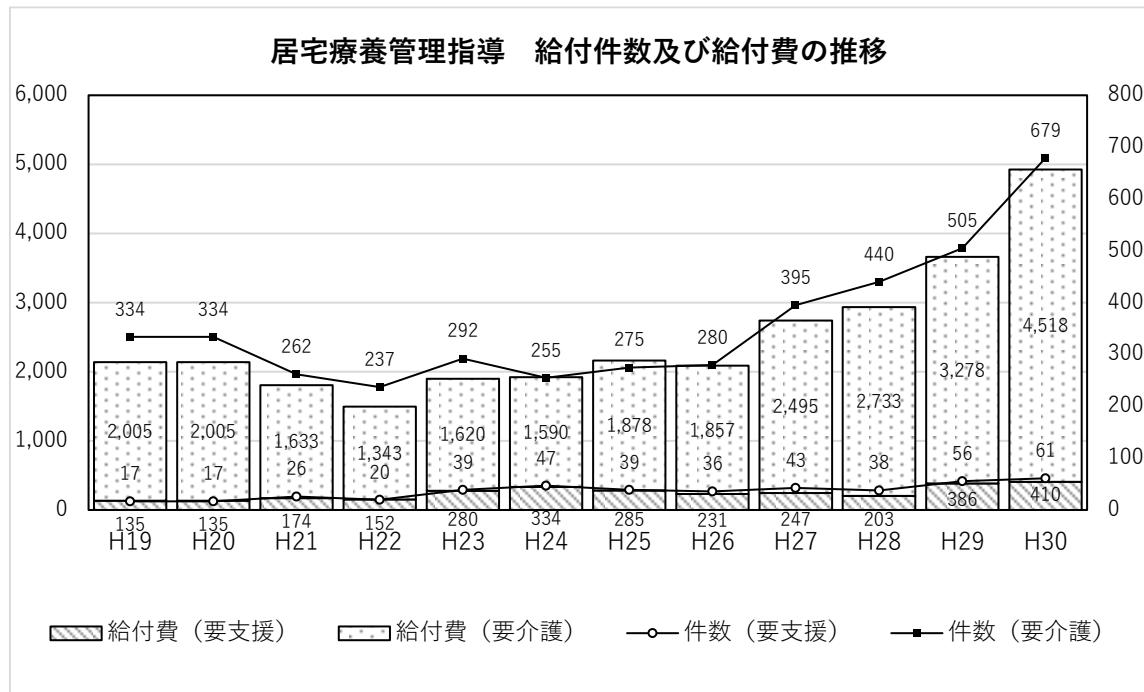
- 短期入所療養介護（老人保健施設）の利用は、要介護では平成 29 年にかけて大きな伸びをみせしていましたが、平成 30 年には減少に転じています。要支援ではほぼ横ばいで推移しています。



### 3. その他の居宅サービス

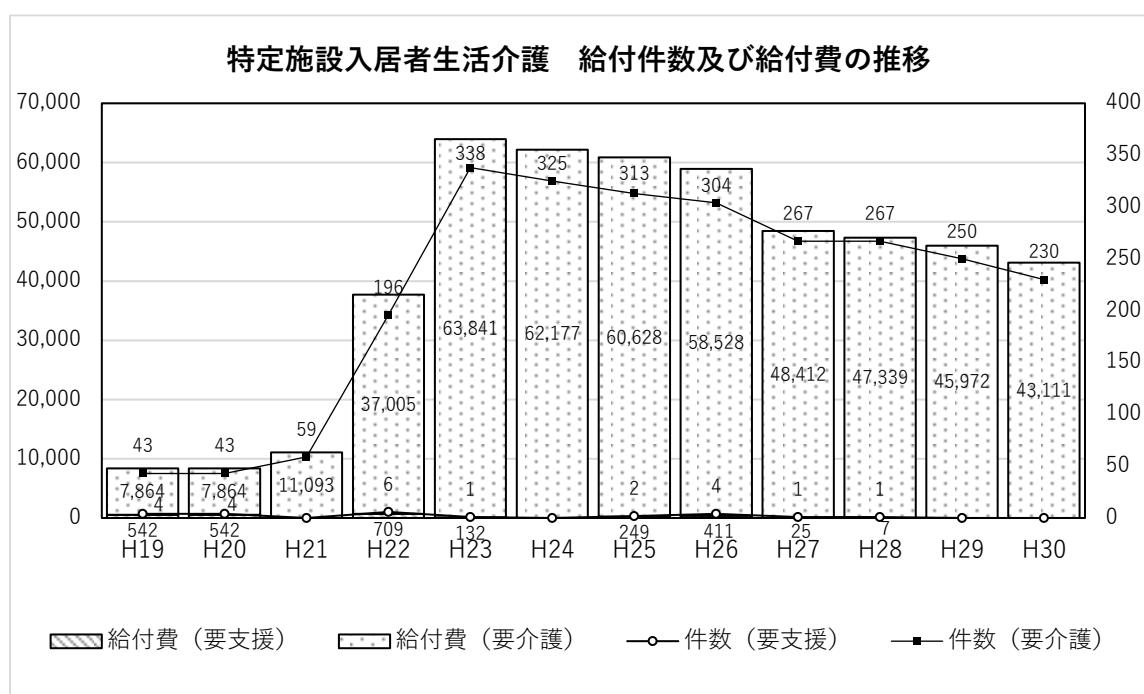
#### ①居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導の利用は、要介護では平成 26 年以降年々増加しています。要支援では平成 23 年からほぼ横ばいで推移していましたが、平成 28 年以降は微増しています。



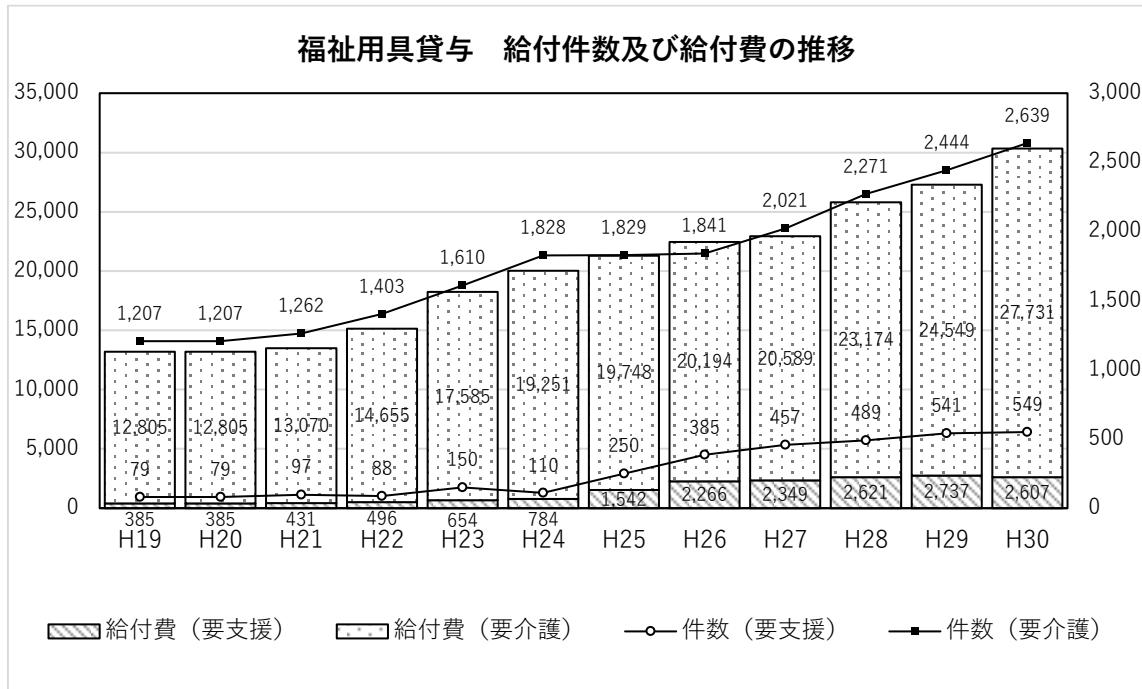
#### ②特定施設入居者生活介護

- 特定施設入居者生活介護の利用は、要介護では平成 23 年をピークに減少に転じています。要支援ではほぼ横ばいで推移していましたが、平成 29 年以降の利用はありません。



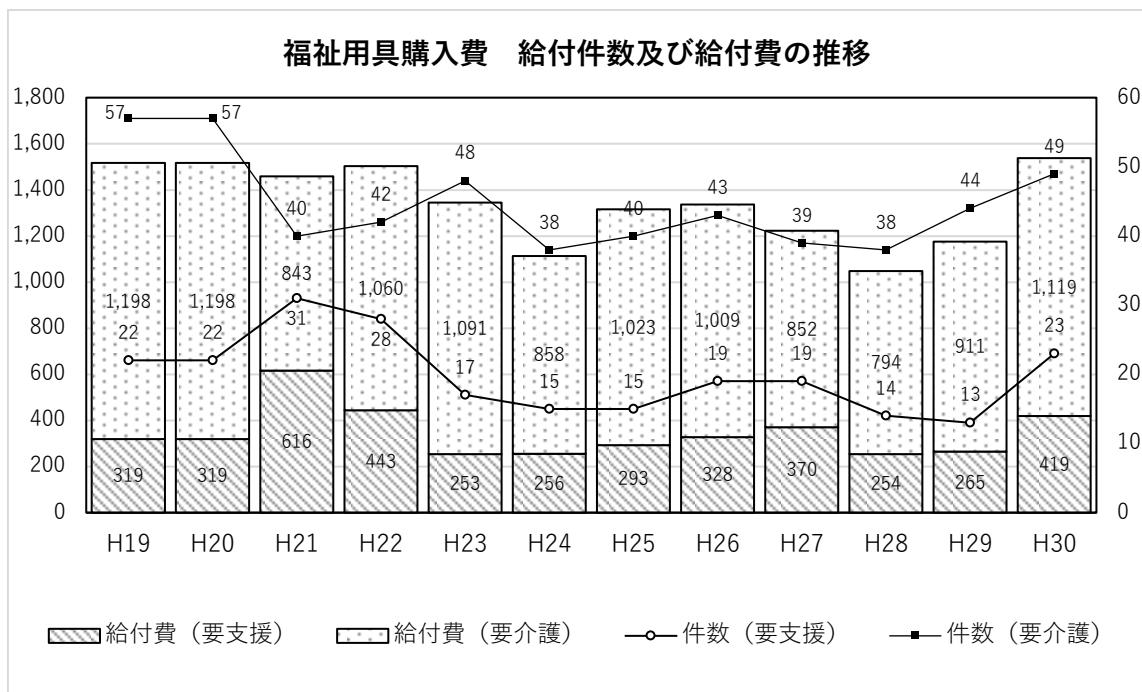
### ③福祉用具貸与

- 福祉用具貸与の利用は、要介護、要支援ともに、年々増加し続けています。



### ④福祉用具購入費

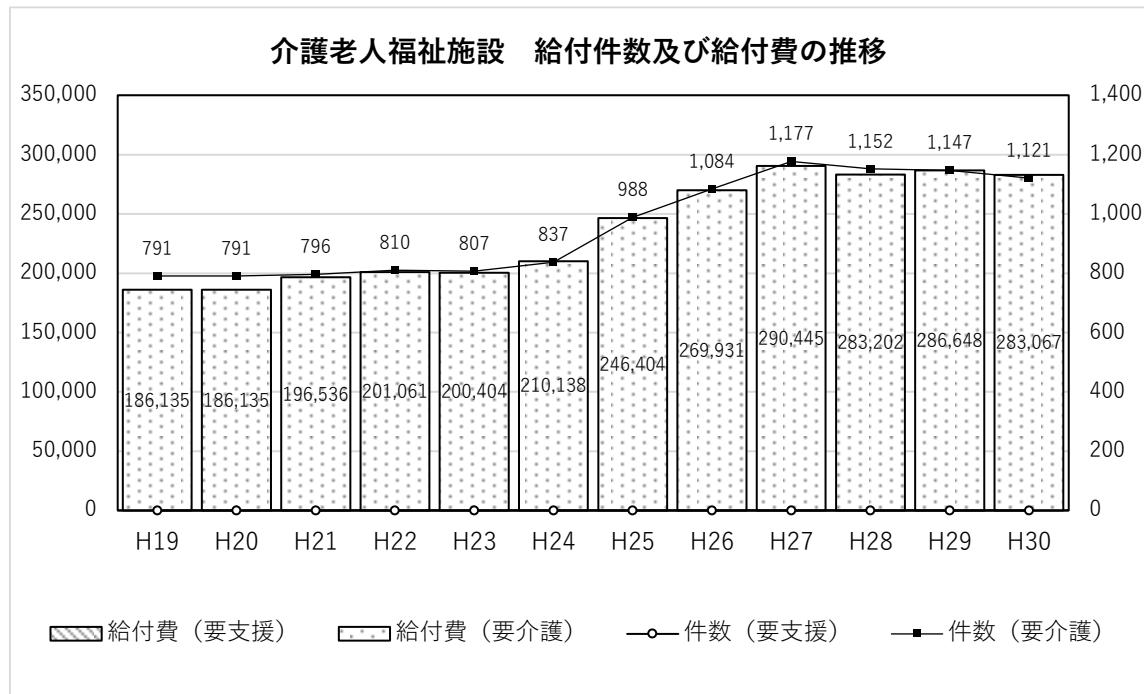
- 福祉用具購入費の利用は、要介護では平成 20 年から平成 21 年にかけて減少し、その後は増減を繰り返していましたが、平成 28 年以降は増加しています。要支援では平成 21 年をピークに減少し、増減を繰り返していましたが、平成 29 年から平成 30 年にかけて再び増加しています。



## 4. 施設サービス

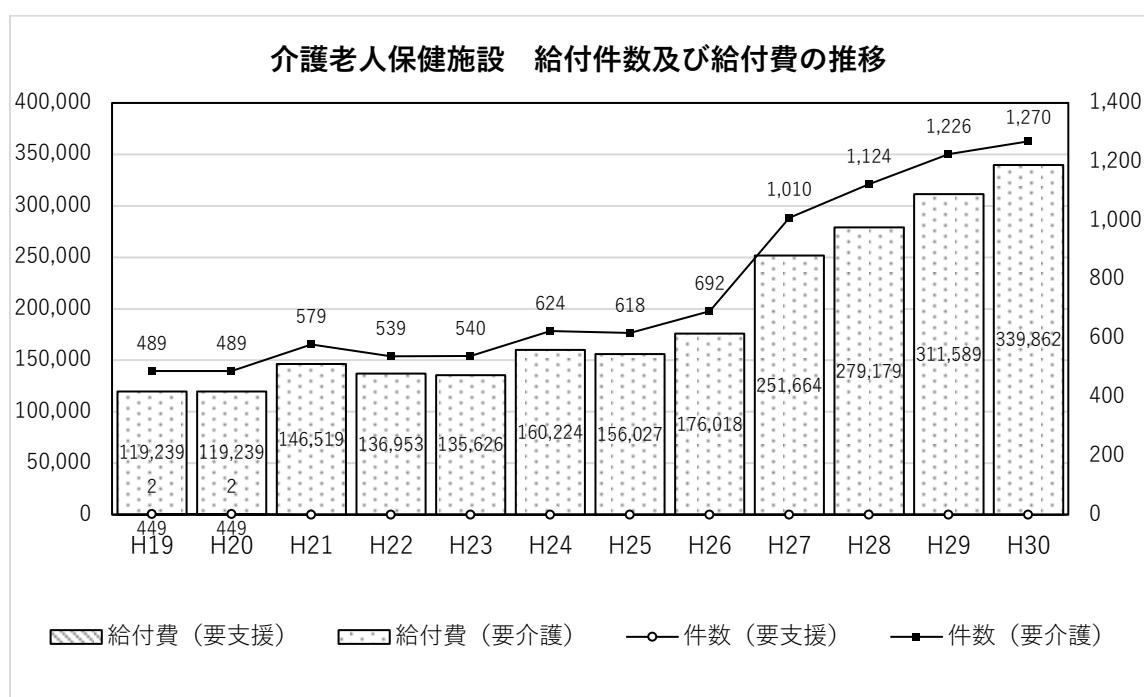
### ①介護老人福祉施設

- 介護老人福祉施設の利用は、平成 19 年以降緩やかに増加し、平成 24 年から平成 27 年にかけて伸びをみせたものの、その後は緩やかに減少しています。



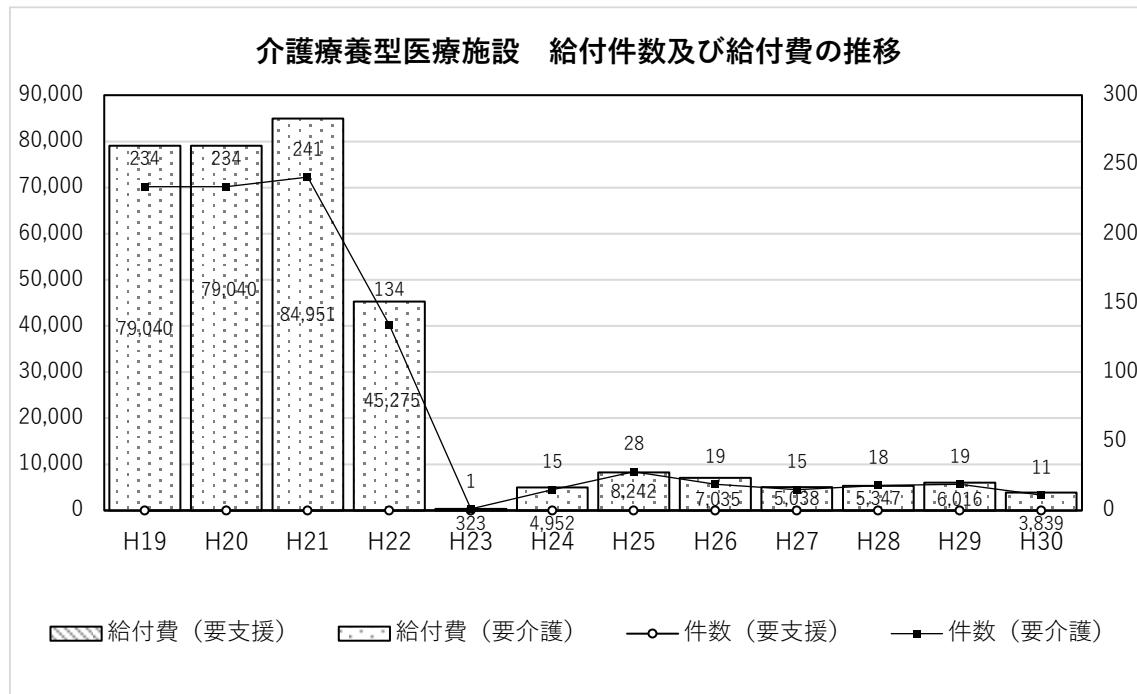
### ②介護老人保健施設

- 介護老人保健施設の利用は、平成 26 年以降は大きく伸びています。



### ③介護療養型医療施設

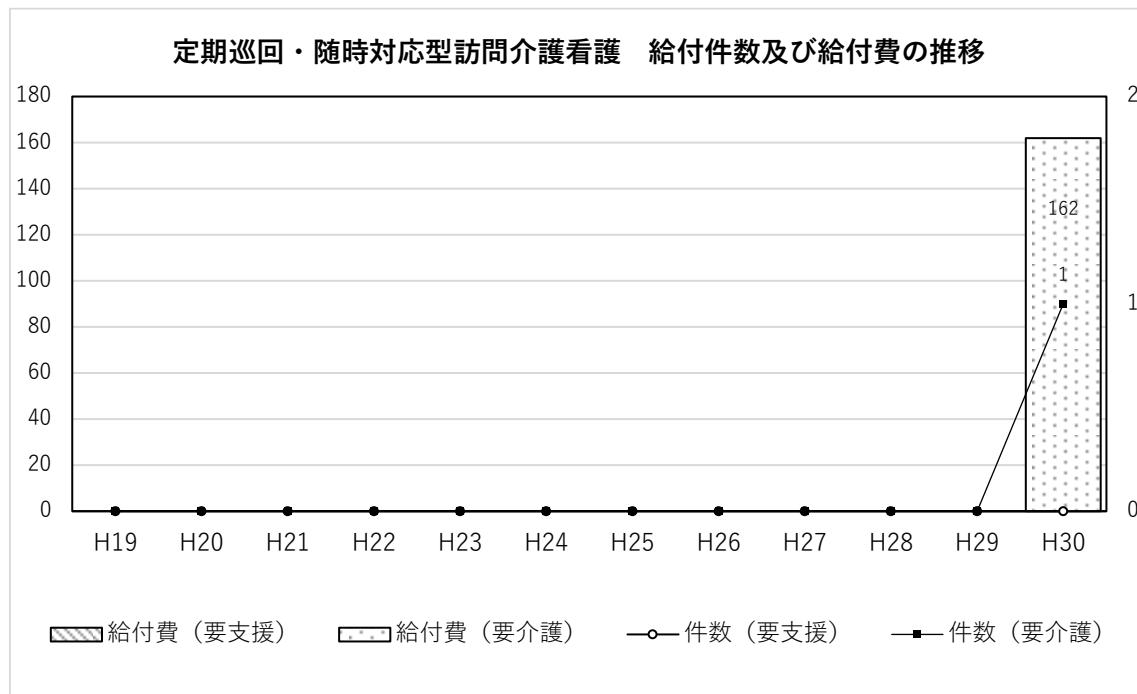
- 介護療養型医療施設の利用は、平成 21 年から平成 23 年にかけて激減し、その後は増減を繰り返しています。



## 5. 地域密着型サービス

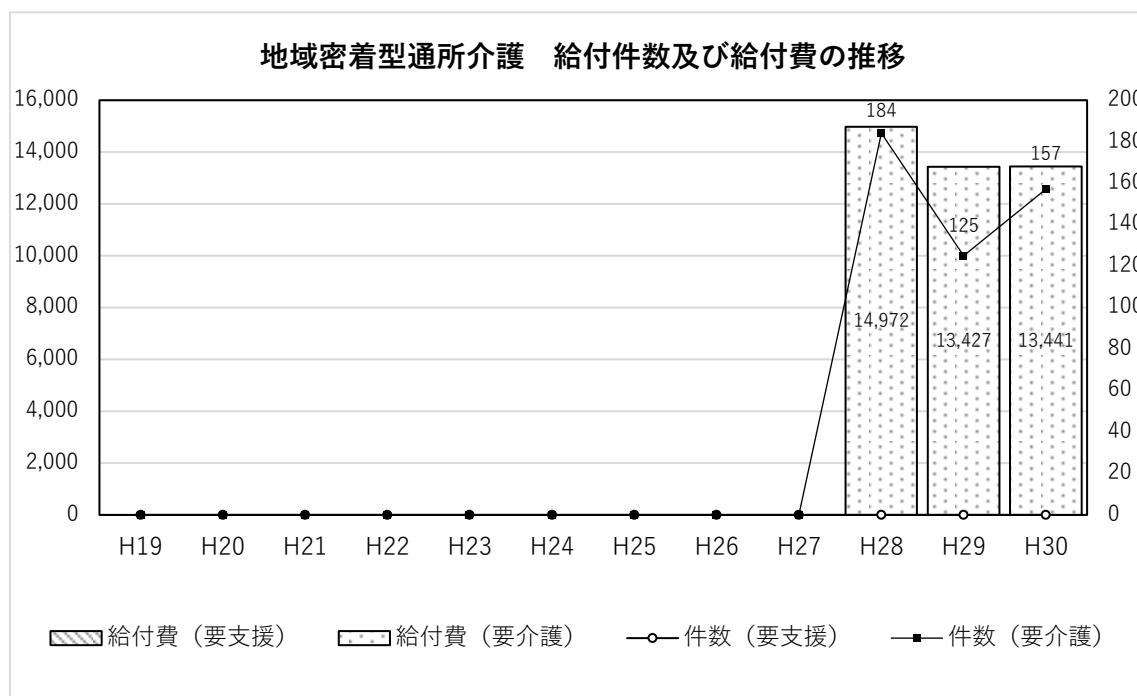
### ①定期巡回・隨時対応型訪問介護看護

- 定期巡回・隨時対応型訪問介護看護の利用は、平成 30 年に利用があります。



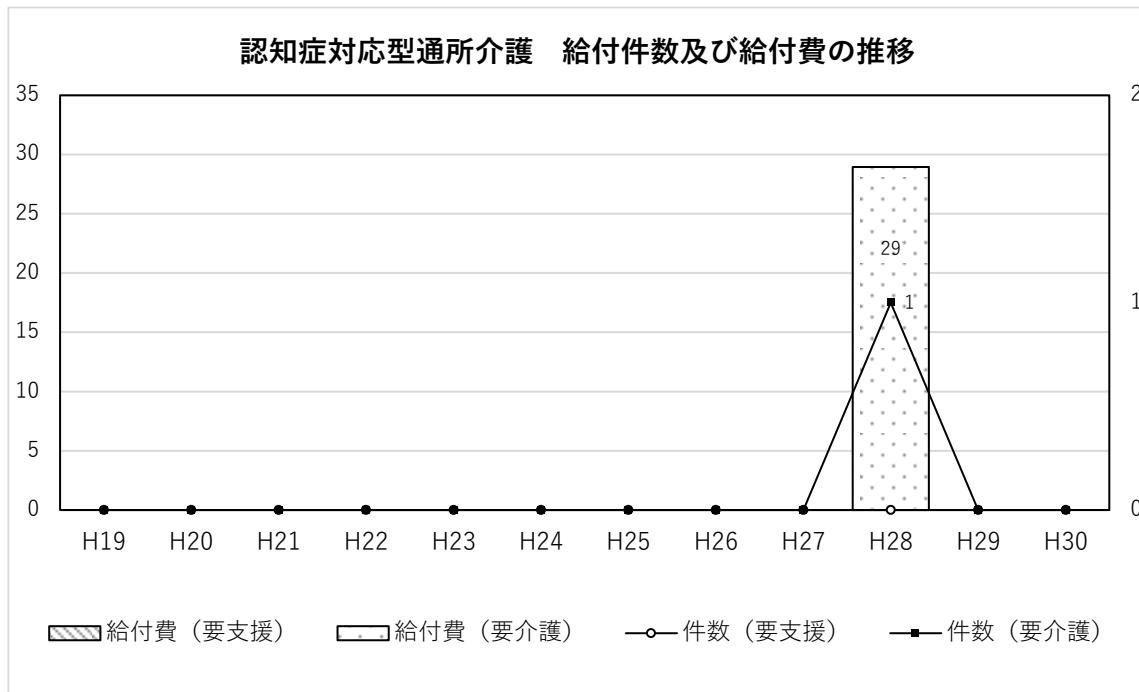
### ②地域密着型通所介護

- 地域密着型通所介護の利用は、平成 28 年から平成 29 年にかけて減少しましたが、平成 30 年には増加に転じています。



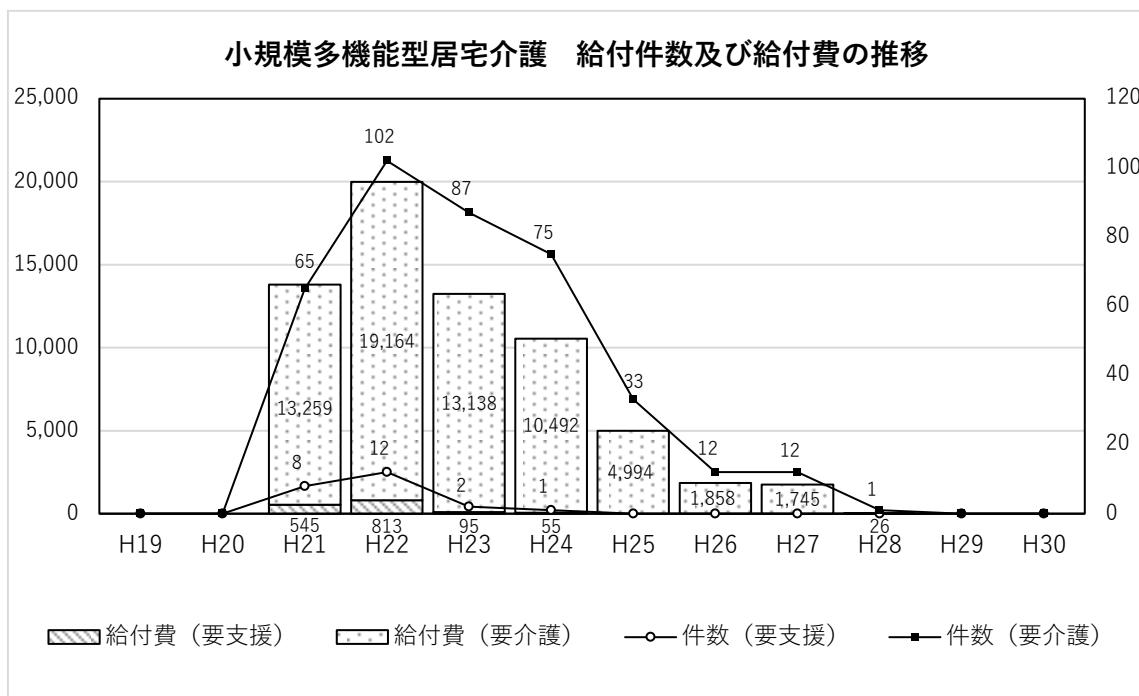
### ③認知症対応型通所介護

- 認知症対応型通所介護の利用は、平成 28 年に利用がありましたが、平成 29 年以降の利用はありません。



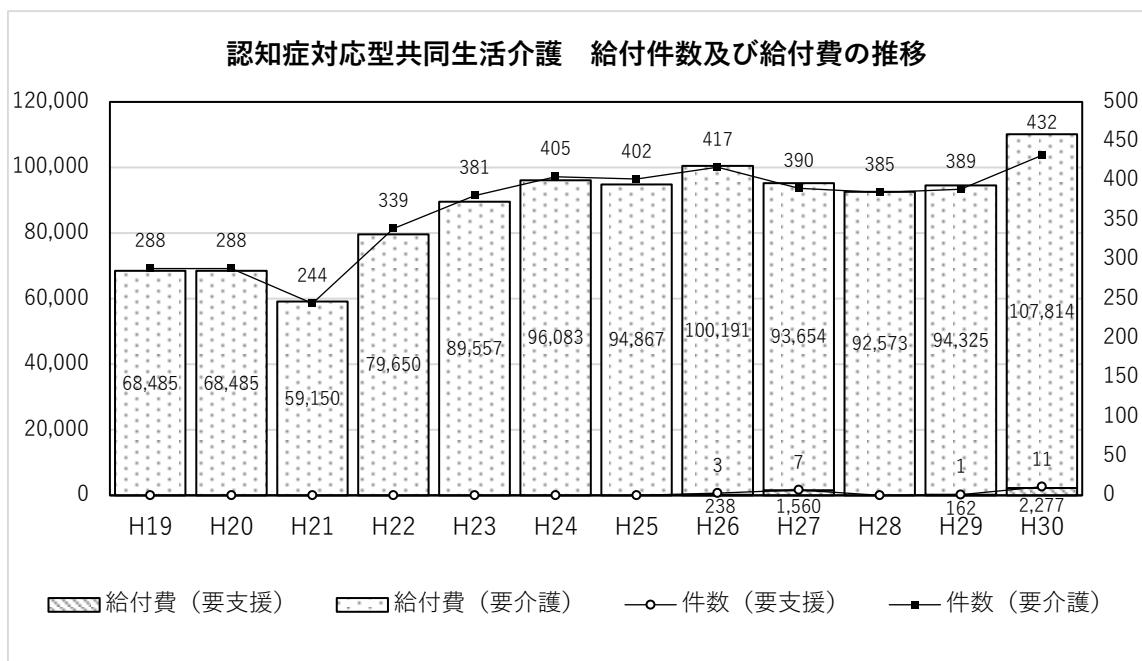
### ④小規模多機能型居宅介護

- 小規模多機能型居宅介護の利用は、要介護では平成 22 年をピークに大きく減少し、平成 29 年以降の利用はありません。要支援でも平成 22 年をピークに減少し、平成 29 年以降の利用はありません。



## ⑤認知症対応型共同生活介護

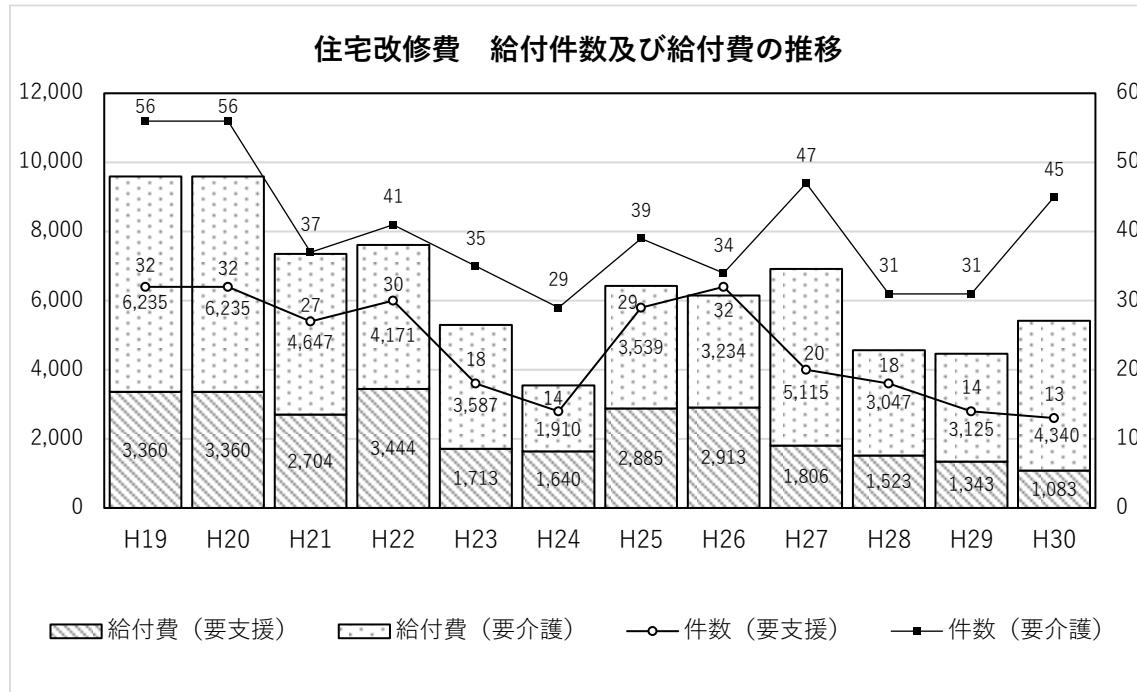
- 認知症対応型共同生活介護の利用は、要介護では平成 21 年以降増加傾向にありました、平成 26 年から平成 28 年にかけて減少し、その後再び増加しています。要支援では平成 26 年から平成 27 年にかけて利用があり、平成 28 年に一旦利用はなくなりましたが、平成 29 年以降は利用があり増加しています。



## 6. その他サービス

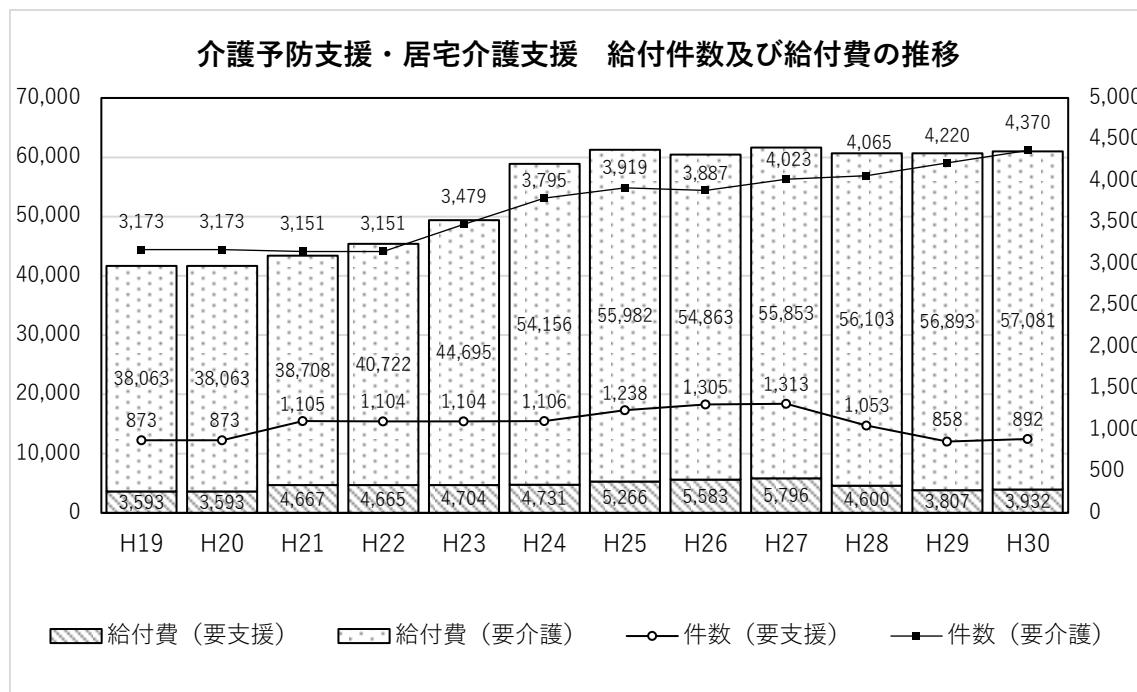
### ①住宅改修費

- 住宅改修費の利用は、要介護では平成 20 年から平成 21 年にかけて減少し、その後増減を繰り返しています。要支援では平成 26 年をピークに減少しています。



### ②介護予防支援・居宅介護支援

- 介護予防支援・居宅介護支援の利用は、要介護では増加傾向にあります。要支援では平成 27 年をピークに平成 29 年にかけて減少し、平成 30 年には微増しています。



## 2 アンケート調査の概要

---

### ○日常生活圏域ニーズ調査

#### 1. 調査の目的

この調査は、第8期大台町高齢者福祉計画・介護保険事業計画を策定するにあたり、介護保険事業の円滑な実施と、高齢者の保健福祉全般に関わる各種サービス提供を充実させるための基礎資料として活用することを目的に実施したものです。

#### 2. 調査の方法

- |          |                       |
|----------|-----------------------|
| ①調査対象の地域 | 大台町全域                 |
| ②調査対象者   | 65歳以上の町民を無作為に3,000人抽出 |
| ③調査期間    | 令和2年2月                |
| ④調査方法    | 調査票による記入方式、郵送による配布・回収 |

#### 3. 配布・回収数

配布数	回収数	回収率
3,000	2,006	66.9%

#### 4. 報告書の見方

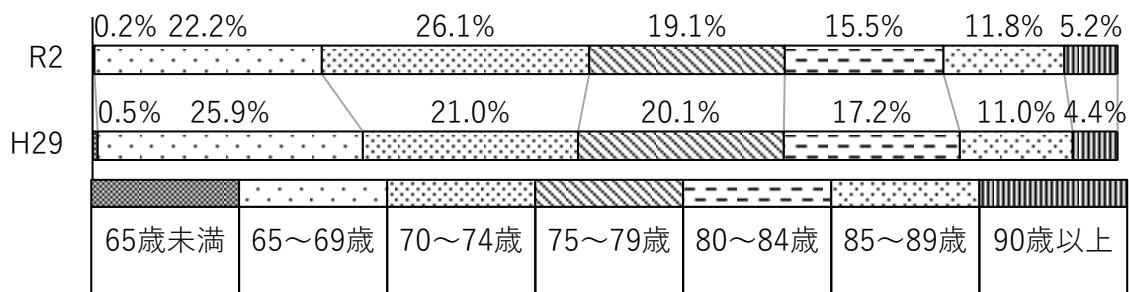
- ①グラフ及び表中のN数(number)は、「無回答」や「不明」を除く回答者数を表しています。
- ②調査結果の比率は、その設問の回答者数を基準として、小数点以下第2位を四捨五入して算出し、小数点以下第1位までを表示しています。したがって、回答者比率の合計は必ずしも100%にならない場合があります。
- ③複数回答形式(複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式)の設問については、その設問の回答者数を基準として比率を算出しています。したがって、すべての回答比率の合計が100%を超えることがあります。

## 5. 結果の概要

### 回答者の属性

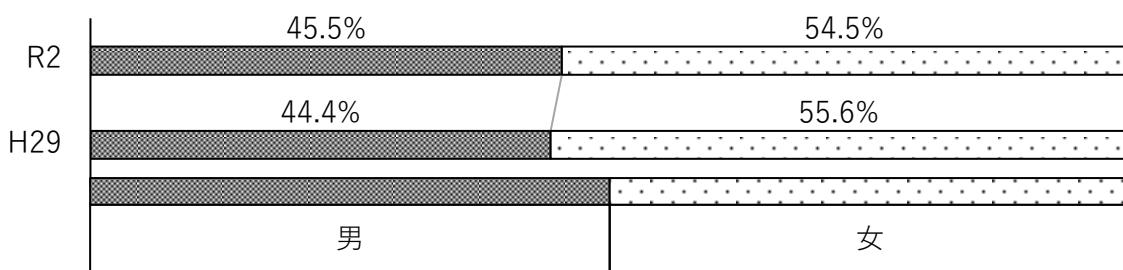
(1) 令和 2 年 2 月 1 日現在のあなたの年齢をお教えください。(○はひとつ)  
【R2:N=1,950 H29:N=2,167】

- 「70~74 歳」が 26.1% で最も多く、「65~69 歳」が 22.2% で続いています。75 歳以上が過半数 (51.6%) を占めています。



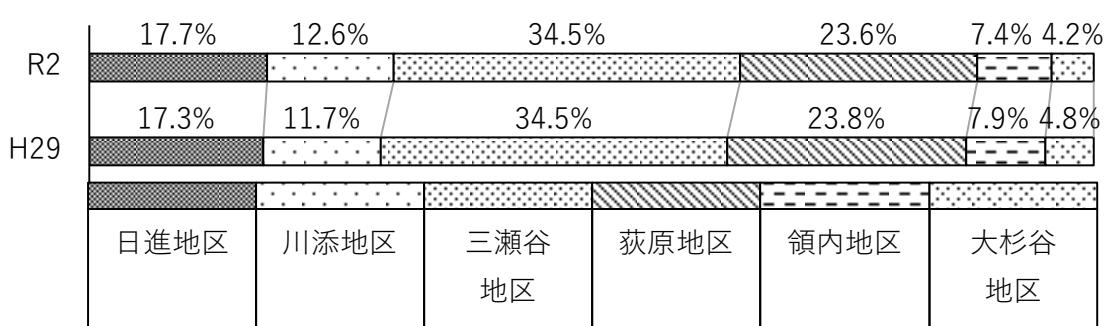
(2) あなたの性別をお教えください。(○はひとつ) 【R2:N=1,905 H29:N=2,132】

- 「女性」が 54.5% となっており、「男性」(45.5%) よりも 9.0 ポイント高くなっています。



(3) あなたのお住まいの地区をお教えください。(○はひとつ) 【R2:N=1,949 H29:N=2,165】

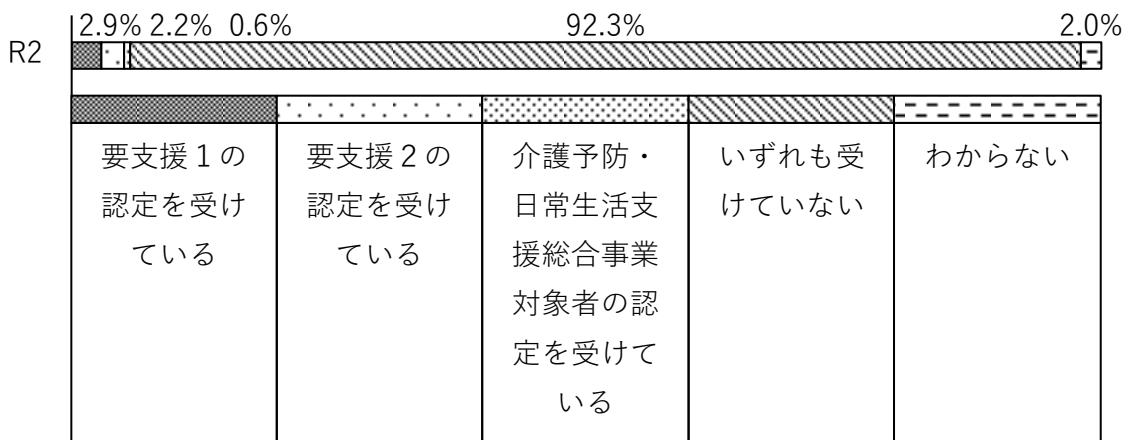
- 「三瀬谷地区」が 34.5% で最も多く、「荻原地区」が 23.6% で続いています。一方、「大杉谷地区」が 4.2% で最も少なくなっています。



(4) あなたは、介護保険の要支援認定等を受けていますか。(○はひとつ)

【R2:N=1,866 H29:N=2,121】

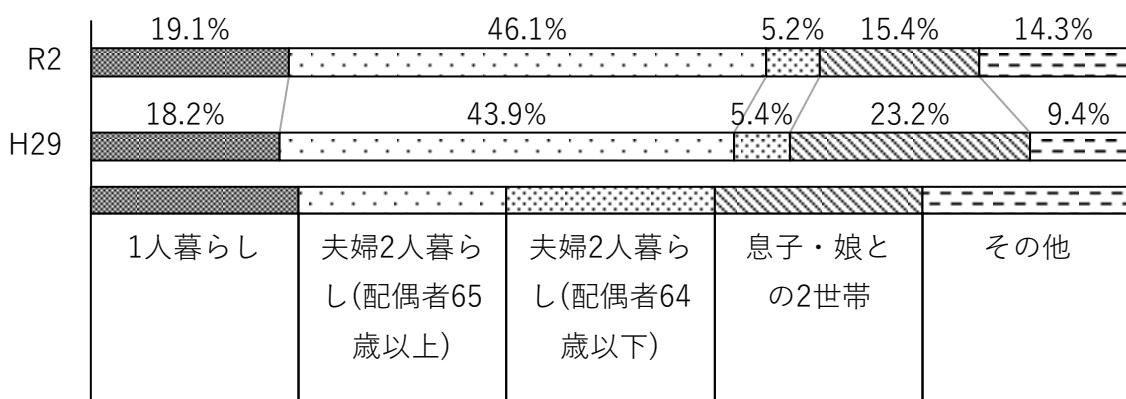
- 「いずれも受けていない」と答えた人が 92.3%を占めています。「要支援 1 の認定を受けている」と答えた人が 2.9%、「要支援 2 の認定を受けている」と答えた人が 2.2%、「介護予防・日常生活支援総合事業対象者の認定を受けている」と答えた人が 0.6%となっています。



### あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えください。(○はひとつ) 【R2:N=1,930 H29:N=2,148】

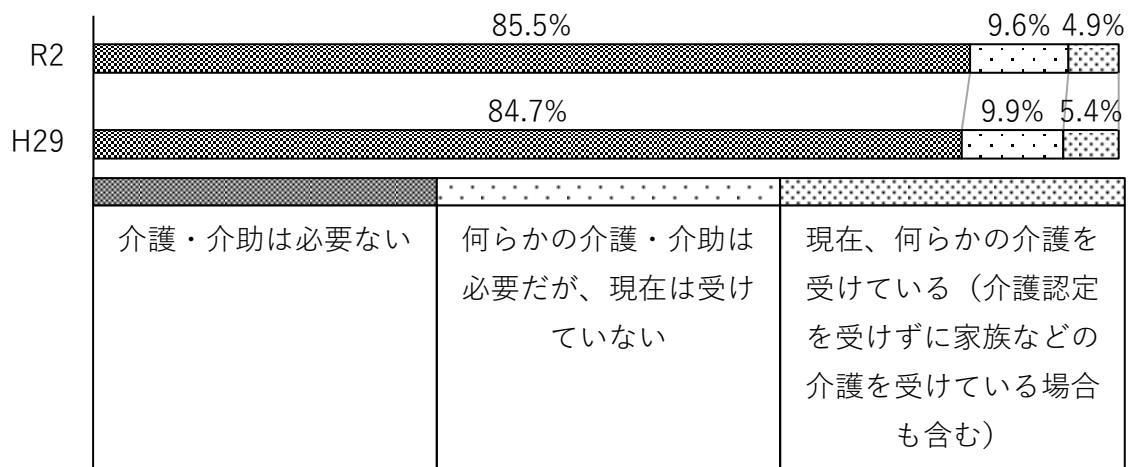
- 「夫婦 2 人暮らし(配偶者 65 歳以上)」と答えた人が 46.1%で最も多く、「1 人暮らし」と答えた人が 19.1%で続いています。一方、「夫婦 2 人暮らし(配偶者 64 歳以下)」と答えた人が 5.2%で最も少なくなっています。
- 前回調査と比べると「夫婦 2 人暮らし(配偶者 65 歳以上)」と答えた人は 2.2 ポイント増加しています。



(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(○はひとつ)

【R2:N=1,899 H29:N=2,111】

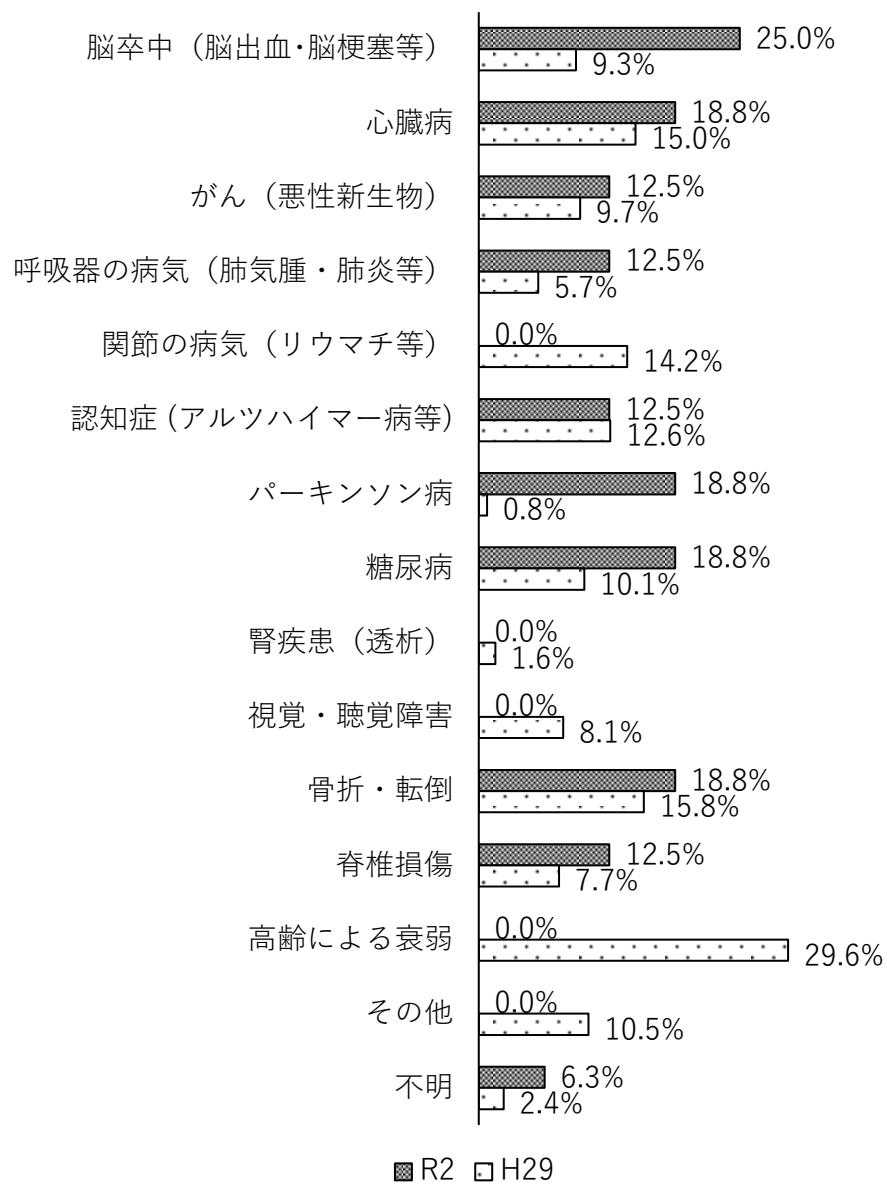
- 「介護・介助は必要ない」と答えた人が 85.5%を占めています。「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」と答えた人が 9.6%、「現在、何らかの介護を受けている(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)」と答えた人が 4.9%となっています。
- 前回調査と比べると「介護・介助は必要ない」と答えた人は 0.8 ポイント増加しています。



## 【(2)において「介護・介助は必要ない」以外の方のみ】

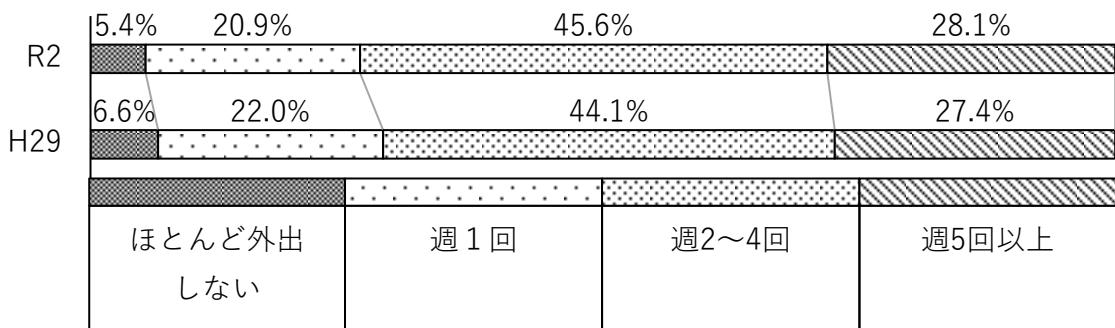
(2) - ① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(いくつでも)【R2:N=160 H29:N=247】

- 「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」と答えた人が 25.0%で最も多く、「心臓病」「パーキンソン病」「糖尿病」「骨折・転倒」と答えた人が 18.8%で続いています。
- 前回調査と比べると「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」と答えた人は 15.7 ポイント増加しています。



(1) 週に1回以上は外出していますか。(○はひとつ) 【R2:N=1,953 H29:N=2,152】

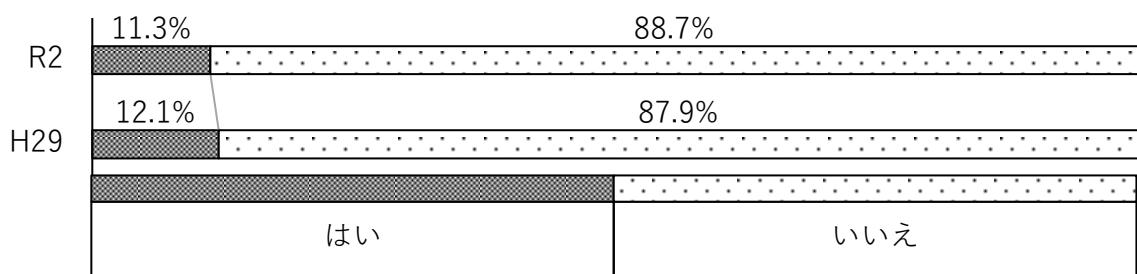
- 「週2～4回」と答えた人が45.6%で最も多く、「週5回以上」と答えた人が28.1%で続いています。一方、「ほとんど外出しない」と答えた人は5.4%となっています。
- 前回調査と比べると「週2～4回」と答えた人は1.5ポイント増加しています。



### 食べることについて

(1) 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(○はひとつ) 【R2:N=1,749 H29:N=2,089】

- 「いいえ」と答えた人が88.7%、「はい」と答えた人が11.3%となっています。
- 前回調査と比べると「いいえ」と答えた人は0.8ポイント増加しています。

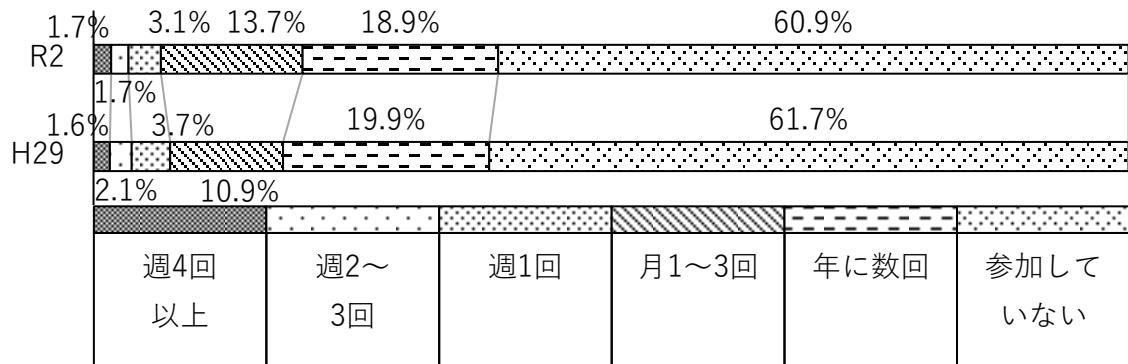


## 地域での活動について

(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。

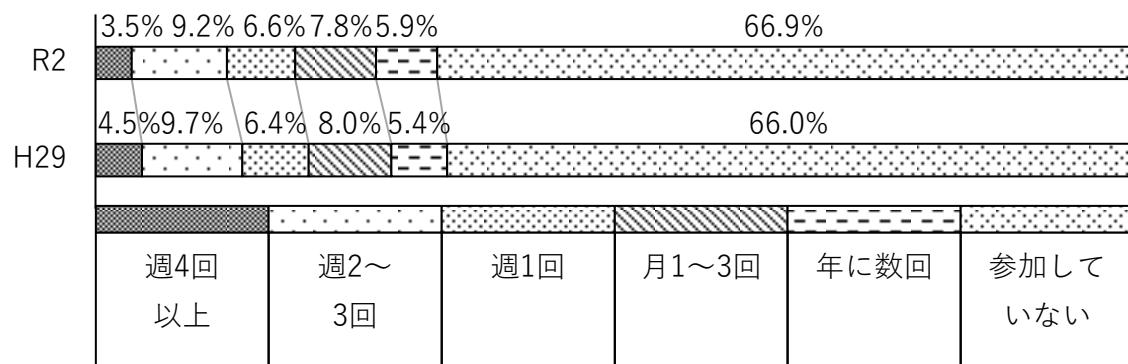
### ①ボランティアのグループ【R2:N=1,124 H29:N=1,163】

- 「参加していない」と答えた人が 60.9%で最も多く、「年に数回」と答えた人が 18.9%で続いています。『参加している人』は合わせて 39.1%となっています。
- 前回調査と比べると『参加している人』は 0.9 ポイント増加しています。



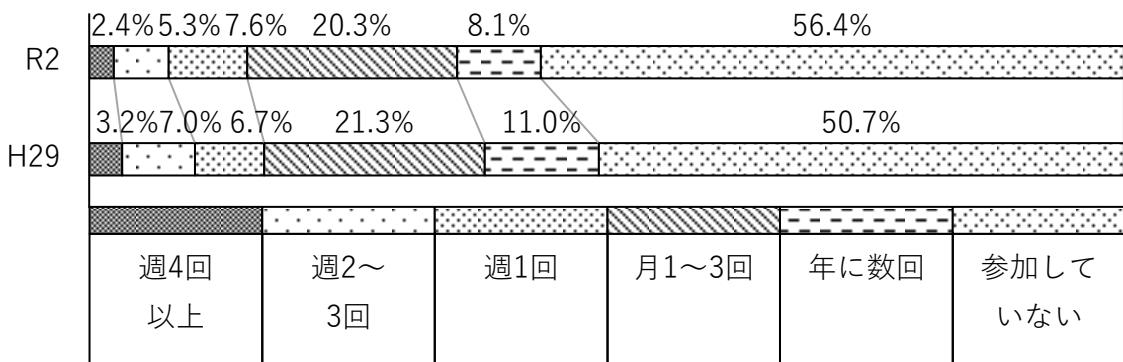
### ②スポーツ関係のグループやクラブ【R2:N=1,129 H29:N=1,169】

- 「参加していない」と答えた人が 66.9%で最も多く、「週 2～3 回」と答えた人が 9.2%で続いています。『参加している人』は合わせて 33.0%となっています。
- 前回調査と比べると「参加していない」と答えた人は 0.9 ポイント増加しています。



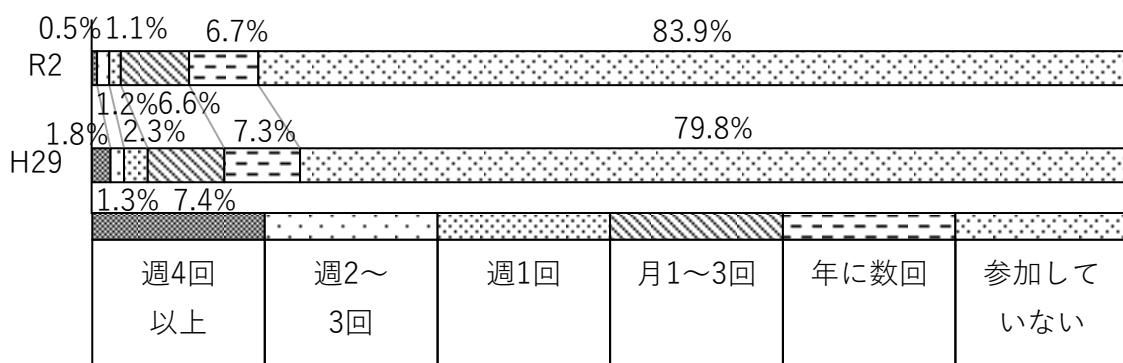
### ③趣味関係のグループ【R2:N=1,190 H29:N=1,246】

- 「参加していない」と答えた人が 56.4%で最も多く、「月1~3回」と答えた人が 20.3%で続いています。『参加している人』は合わせて 43.7%となっています。
- 前回調査と比べると「参加していない」と答えた人は 5.7 ポイント増加しています。



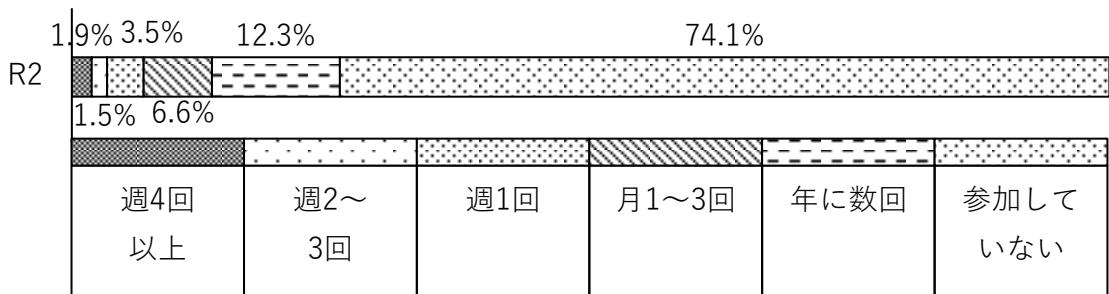
### ④学習・教養サークル【R2:N=1,051 H29:N=1,051】

- 「参加していない」と答えた人が 83.9%で最も多く、「年に数回」と答えた人が 6.7%で続いています。『参加している人』は合わせて 16.1%となっています。
- 前回調査と比べると「参加していない」と答えた人は 4.1 ポイント増加しています。



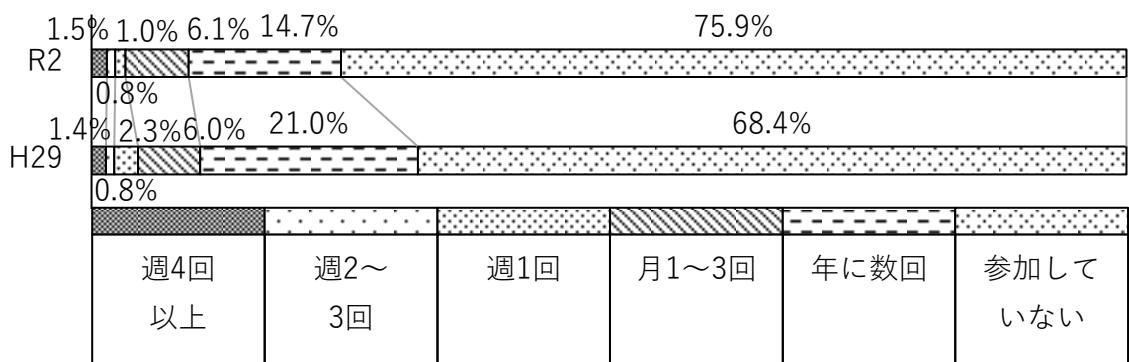
## ⑤出前介護予防教室・つどいの場など介護予防のための通いの場【N=1,133】

- 「参加していない」と答えた人が 74.1%で最も多く、「年に数回」と答えた人が 12.3%で続いています。『参加している人』は合わせて 25.8%となっています。



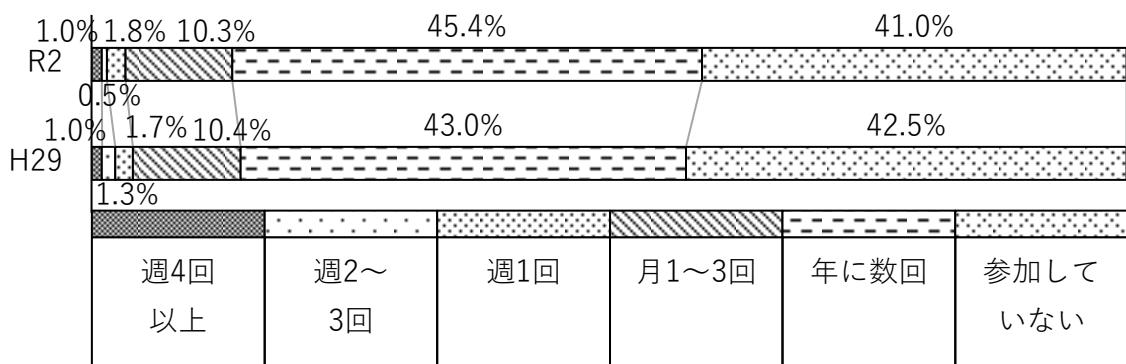
## ⑥高齢者クラブ【R2:N=1,127 H29:N=1,203】

- 「参加していない」と答えた人が 75.9%で最も多く、「年に数回」と答えた人が 14.7%で続いています。『参加している人』は合わせて 24.1%となっています。
- 前回調査と比べると「参加していない」と答えた人は 7.5 ポイント増加しています。



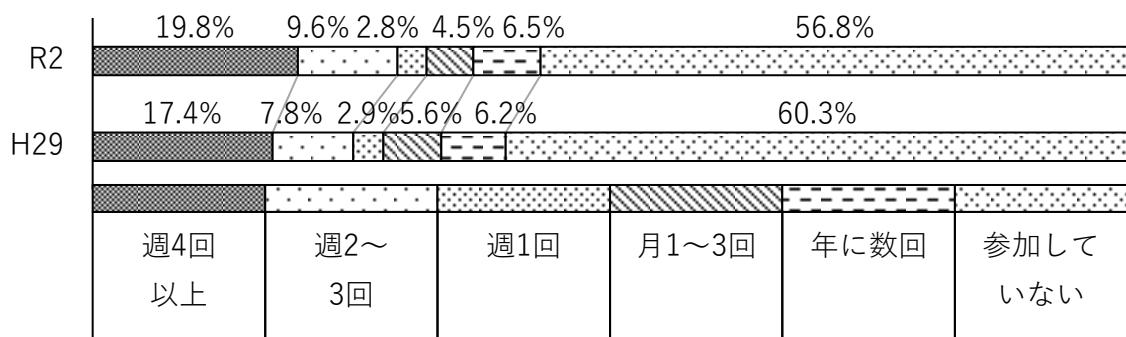
## ⑦町内会・自治会【R2:N=1,141 H29:N=1,164】

- 「年に数回」と答えた人が 45.4%で最も多く、「参加していない」と答えた人が 41.0%で続いています。『参加している人』は合わせて 59.0%となっています。
- 前回調査と比べると『参加している人』は 1.6 ポイント増加しています。



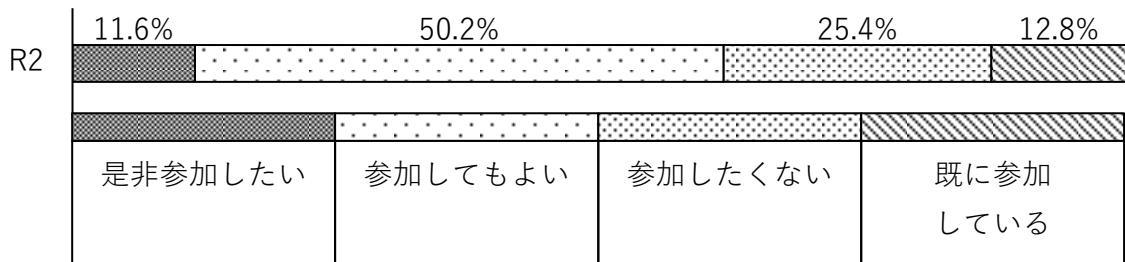
## ⑧収入のある仕事【R2:N=1,156 H29:N=1,186】

- 「参加していない」と答えた人が 56.8%で最も多く、「週 4 回以上」と答えた人が 19.8%で続いています。『参加している人』は合わせて 43.2%となっています。
- 前回調査と比べると『参加している人』は 3.3 ポイント増加しています。



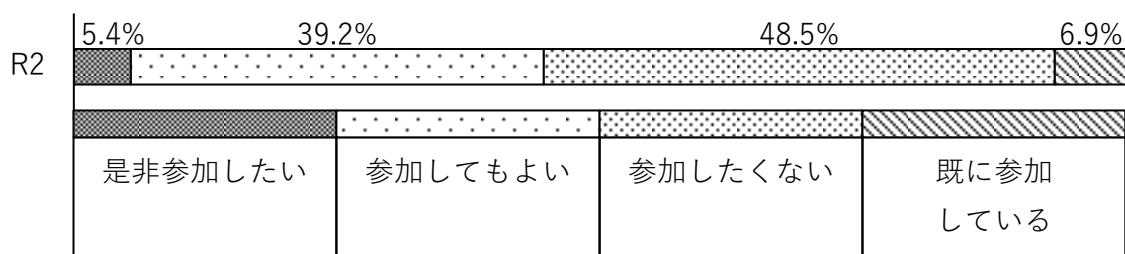
(2) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。(○はひとつ) 【N=1,832】

- 「参加してもよい」と答えた人が 50.2%で半数を超えており、「是非参加したい」と答えた人(11.6%)と合わせると『参加意思のある人』は 61.8%になります。一方、「参加したくない」と答えた人は 25.4%、「既に参加している」と答えた人は 12.8%となっています。



(3) 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営(お世話役)として参加してみたいと思いますか。(○はひとつ) 【N=1,784】

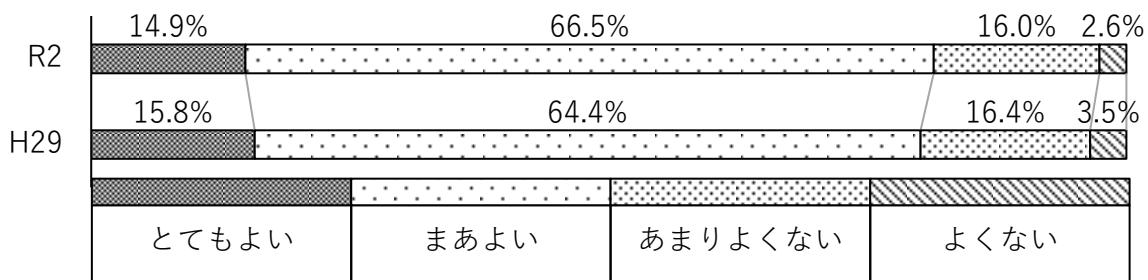
- 「参加したくない」と答えた人が 48.5%で半数近くになります。一方、「参加してもよい」と答えた人は 39.2%、「是非参加したい」と答えた人は 5.4%と、合わせて『参加意思のある人』は 44.6%となっています。また、「既に参加している」と答えた人は 6.9%となっています。



## 健康について

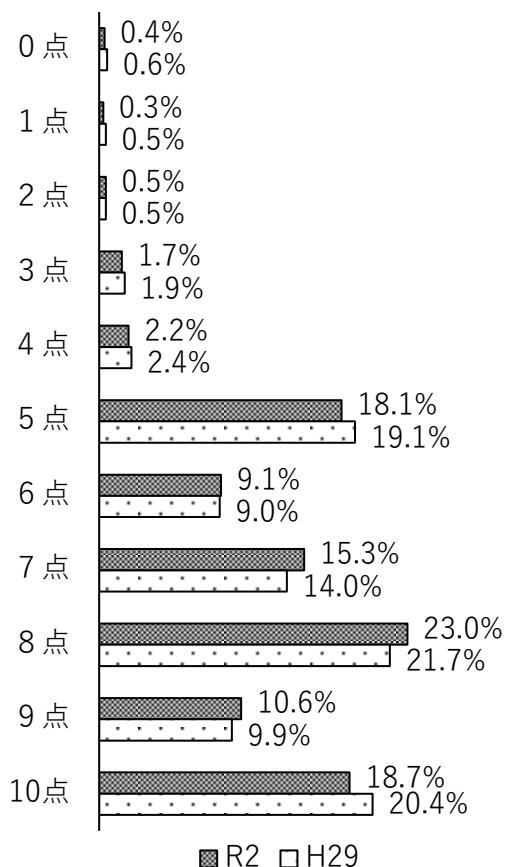
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(○はひとつ) 【R2:N=1,936 H29:N=2,087】

- 「まあよい」と答えた人が 66.5%で最も多く、「とてもよい」(14.9%)を合わせると約 8割の人が『健康状態はよい』と答えています。
- 前回調査と比べると『健康状態はよい』と答えた人は 1.2 ポイント増加しています。



(2) あなたは、現在どの程度幸せですか。(「とても不幸」を 0 点、「とても幸せ」を 10 点として、点数に○をつけてください) 【R2:N=1,893 H29:N=2,019】

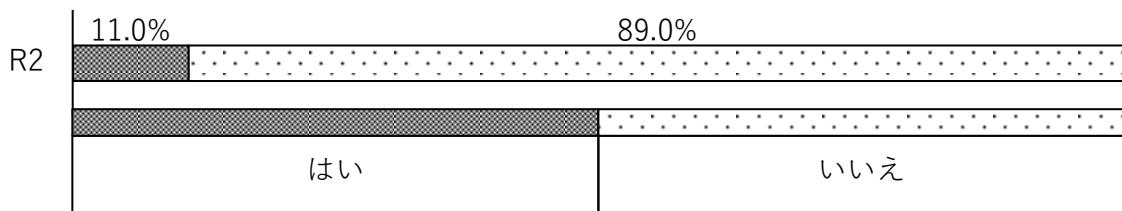
- 「8 点」と答えた人が 23.0%で最も多く「10 点」と答えた人が 18.7%で続いています。一方、4 点以下の人が合わせて 5.1%います。平均点は 7.34 点で、前回調査の 7.31 点から 0.03 点上がっています。



## 認知症にかかる相談窓口の把握について

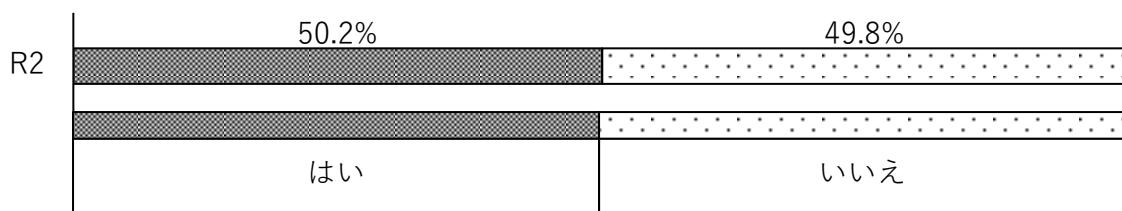
(1) 認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。(○はひとつ)  
【N=1,906】

- 「いいえ」と答えた人が 89.0%を占めており、「はい」と答えた人は 11.0%となっています。



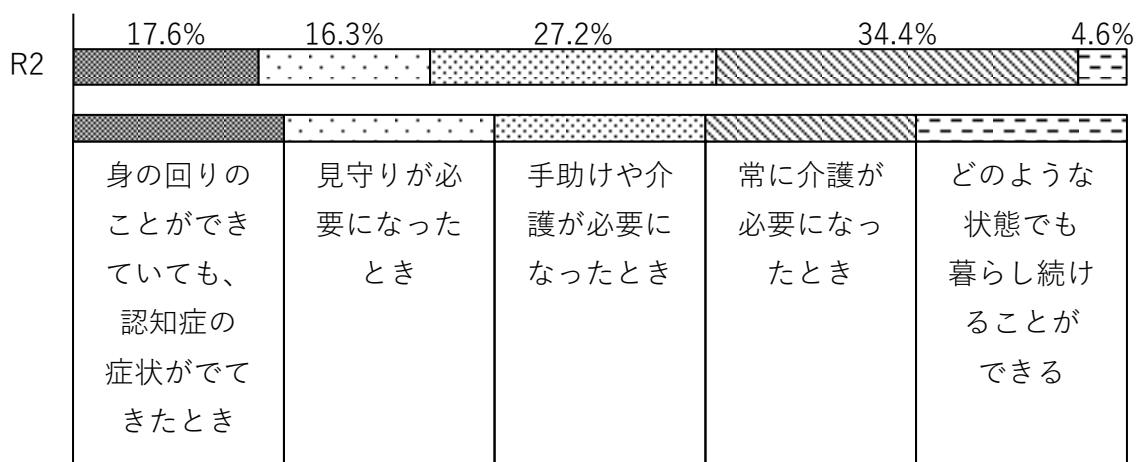
(2) 認知症の状態に応じた対応方法を理解していますか。(○はひとつ) 【N=1,825】

- 「はい」と答えた人が 50.2%で、「いいえ」と答えた人(49.8%)と拮抗しています。



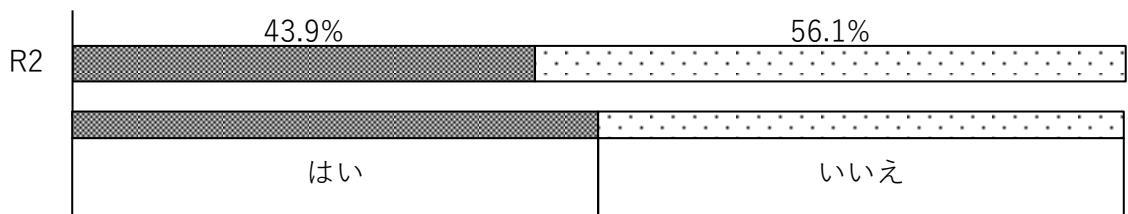
(3) あなたが認知症になったとします。どのような状態になれば住み慣れた自宅で暮らし続けることができないと思いますか。(○はひとつ) 【N=1,802】

- 「常に介護が必要になったとき」と答えた人が 34.4%で最も多く、「手助けや介護が必要になったとき」と答えた人が 27.2%で続いている。一方、「どのような状態でも暮らし続けることができる」と答えた人が 4.6%で最も少なくなっています。



(4) 認知症に関する相談窓口を知っていますか。(○はひとつ) 【N=1,774】

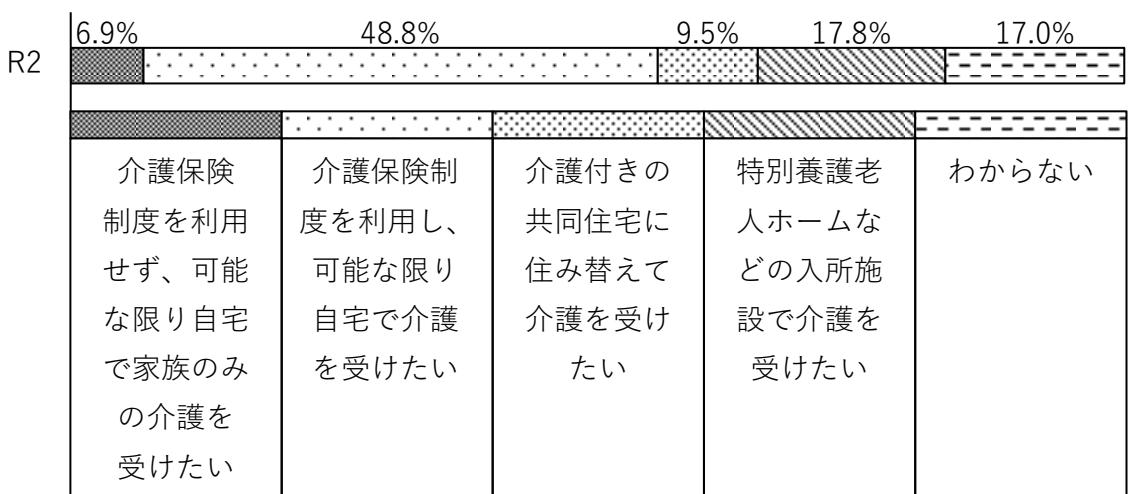
- 「いいえ」と答えた人が過半数(56.1%)を占めており、認知度はあまり高くありません。



これからの生活（暮らし方）について

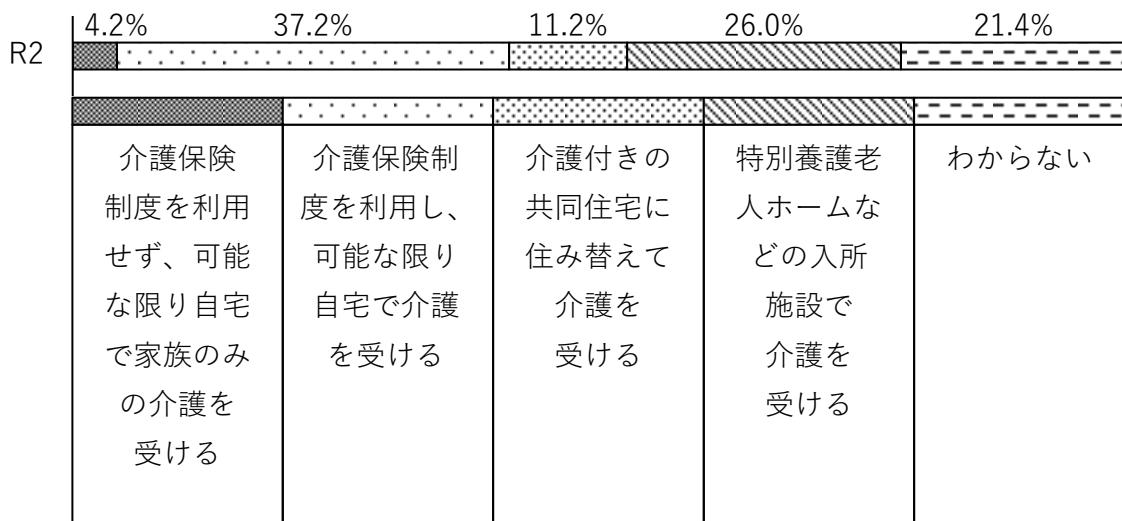
(1) もし介護が必要となった場合、どこでどのような介護を受けることを希望しますか。(○はひとつ) 【N=1,912】

- 「介護保険制度を利用し、可能な限り自宅で介護を受けたい」と答えた人が 48.8%で最も多く、「特別養護老人ホームなどの入所施設で介護を受けたい」と答えた人が 17.8%で続いています。一方、「介護保険制度を利用せず、可能な限り自宅で家族のみの介護を受けたい」と答えた人が 6.9%で最も少なくなっています。



(2) もし介護が必要となった場合、実際はどこでどのような介護を受けることになると思いますか。(○はひとつ) 【N=1,910】

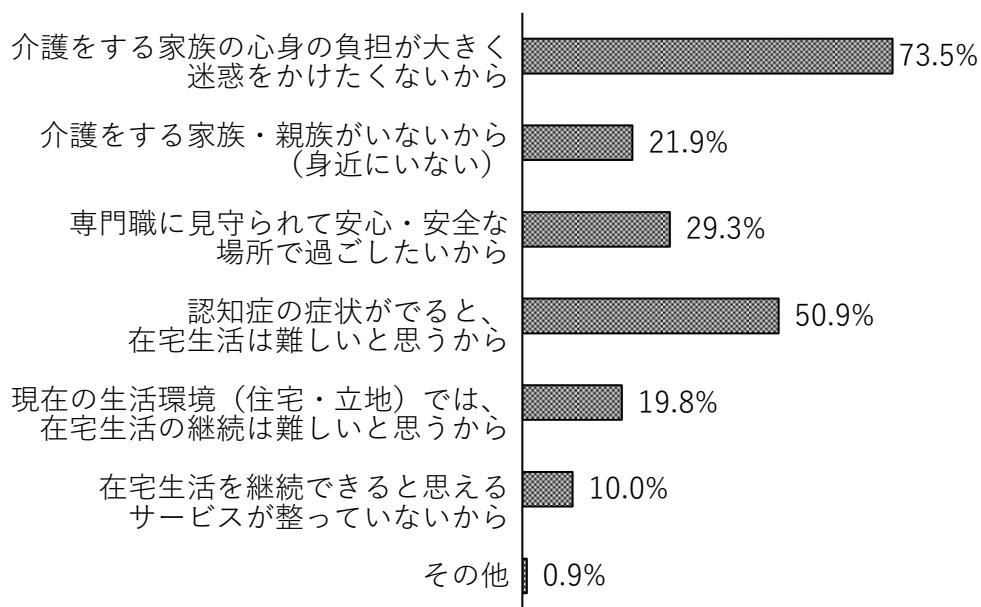
- 「介護保険制度を利用し、可能な限り自宅で介護を受ける」と答えた人が 37.2%で最も多く、「特別養護老人ホームなどの入所施設で介護を受ける」と答えた人が 26.0%で続いています。一方、「介護保険制度を利用せず、可能な限り自宅で家族のみの介護を受ける」と答えた人が 4.2%で最も少なくなっています。



【(1)において「特別養護老人ホームなどの入所施設で介護を受けたい」または(2)において「特別養護老人ホームなどの入所施設で介護を受ける」を選んだ方のみお答え下さい】

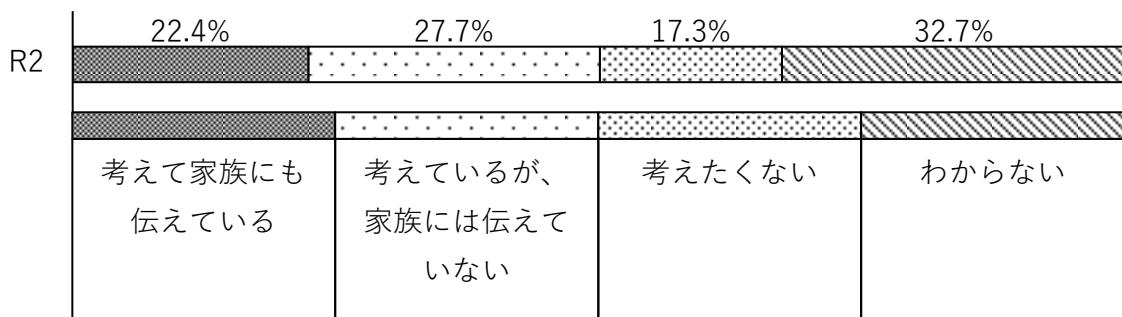
(2) 将来、施設に入所したい、入所するとお考えの理由は次のどれですか。(いくつでも) 【N=529】

- 「介護をする家族の心身の負担が大きく迷惑をかけたくないから」と答えた人が 73.5%で最も多く、「認知症の症状がでると、在宅生活は難しいと思うから」と答えた人が 50.9%で続いています。



(3) 自分の人生の終末期を、どこでどのように過ごしたいと考えていますか。(○はひとつのみ)  
【N=1,873】

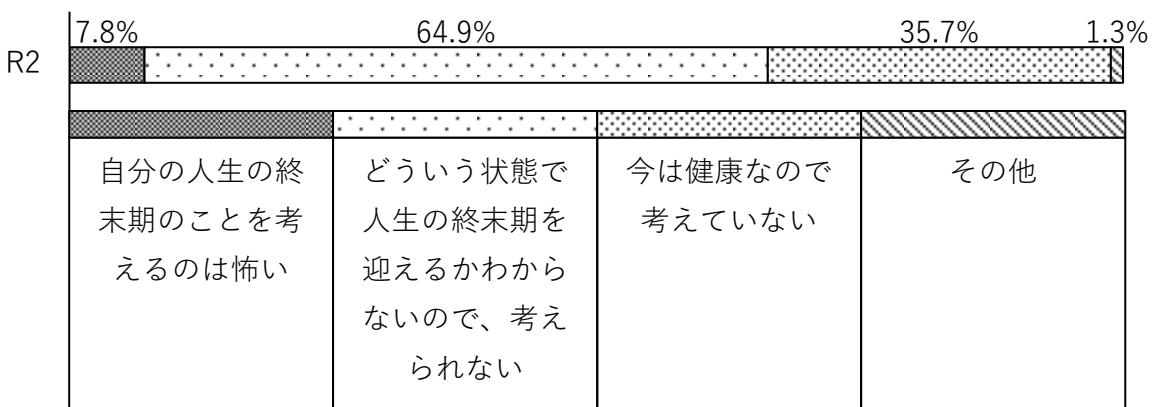
- 「わからない」と答えた人が 32.7%で最も多く、「考えているが、家族には伝えていない」と答えた人が 27.7%で続いています。一方、「考えたくない」と答えた人が 17.3%で最も少なくなっています。



### 【(3)において「考えたくない」の方のみ】

(4) 考えたくない理由は、次のどれですか。(いくつでも) 【独自】 【N=319】

- 「どういう状態で人生の終末期を迎えるかわからないので、考えられない」と答えた人が 64.9%で最も多く、「今は健康なので考えていない」と答えた人が 35.7%で続いています。一方、「自分の人生の終末期のことを考えるのは怖い」と答えた人が 7.8%います。



## ○在宅介護実態調査

### 1. 調査の目的

この調査は、第8期大台町高齢者福祉計画・介護保険事業計画を策定するにあたり、介護保険事業の円滑な実施と、高齢者の保健福祉全般に関わる各種サービス提供を充実させるための基礎資料として活用することを目的に実施したものです。

### 2. 調査の方法

- |          |                               |
|----------|-------------------------------|
| ①調査対象の地域 | 大台町全域                         |
| ②調査対象者   | 施設入所者を除く要支援・要介護認定者を無作為に403人抽出 |
| ③調査期間    | 令和2年2月                        |
| ④調査方法    | 調査票による記入方式、調査員による訪問調査         |

### 3. 配布・回収数

配布数	回収数	回収率
403	297	73.6%

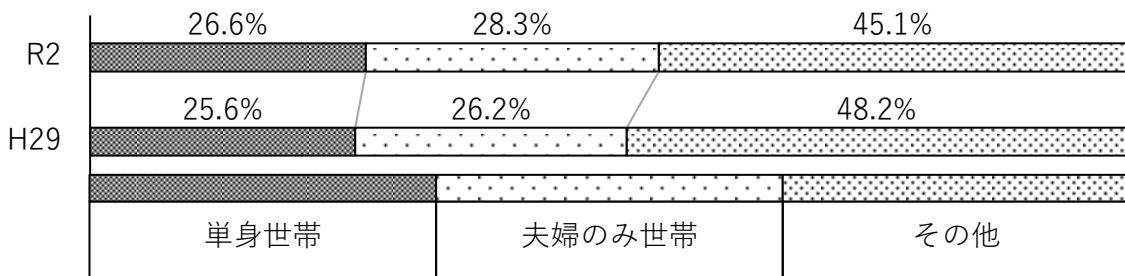
### 4. 報告書の見方

- ①グラフ及び表中のN数(number)は、「無回答」や「不明」を除く回答者数を表しています。
- ②調査結果の比率は、その設問の回答者数を基数として、小数点以下第2位を四捨五入して算出し、小数点以下第1位までを表示しています。したがって、回答者比率の合計は必ずしも100%にならない場合があります。
- ③複数回答形式(複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式)の設問については、その設問の回答者数を基数として比率を算出しています。したがって、すべての回答比率の合計が100%を超えることがあります。

## あなたのご家族や生活状況について

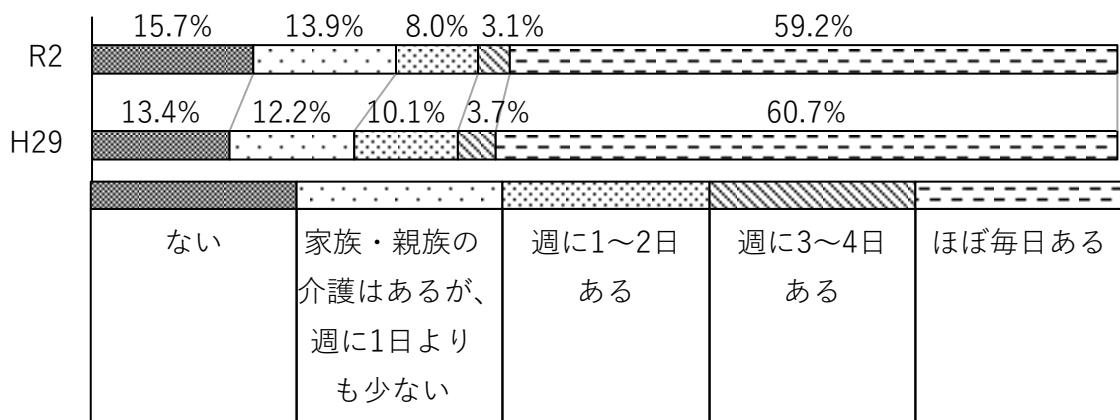
世帯類型について、ご回答ください。(1つを選択) 【R2:N=293 H29:N=336】

- 「その他」と答えた人が 45.1%で最も多く、「夫婦のみ世帯」と答えた人が 28.3%で続いています。一方、「単身世帯」と答えた人が 26.6%で最も少なくなっています。
- 前回調査と比べると「その他」は 3.1 ポイント減少しています。



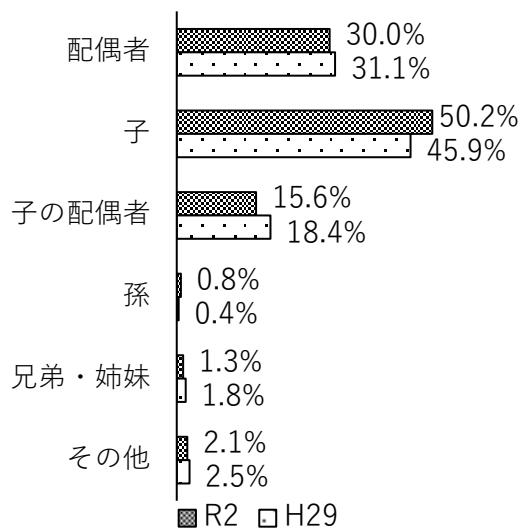
ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)。(1つを選択) 【R2:N=287 H29:N=328】

- 「ほぼ毎日ある」と答えた人が 59.2%で最も多く、「ない」と答えた人が 15.7%で続いています。一方、「週に 3~4 日ある」と答えた人が 3.1%で最も少なくなっています。
- 前回調査と比べると「ほぼ毎日ある」は 1.5 ポイント減少しています。



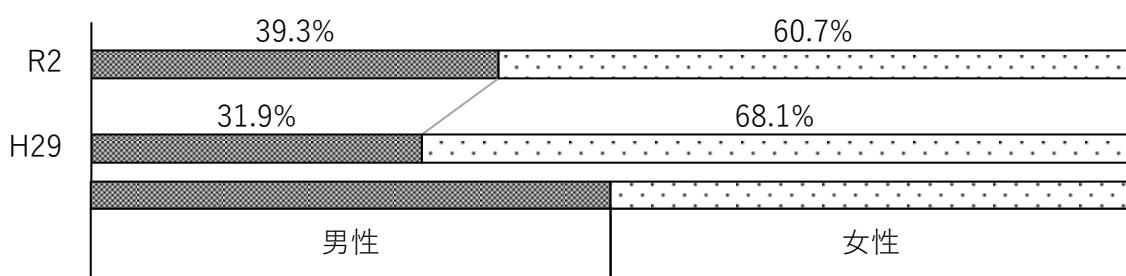
主な介護者の方は、どなたですか。(1つを選択) 【R2:N=237 H29:N=283】

- 「子」と答えた人が 50.2%で最も多く、「配偶者」と答えた人が 30.0%で続いています。
- 前回調査と比べると「子」と答えた人は 4.3 ポイント増加しています。



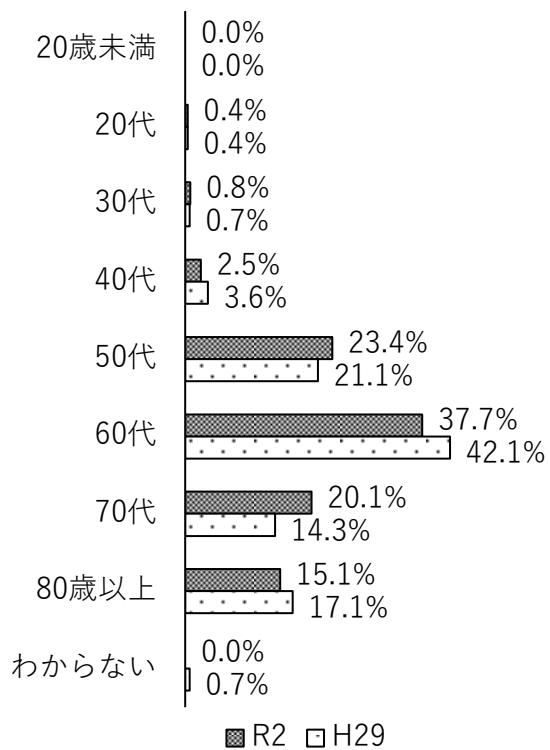
主な介護者の方の性別について、ご回答ください。(1つを選択) 【R2:N=234 H29:N=282】

- 「女性」と答えた人が 60.7%、「男性」と答えた人が 39.3%となっています。
- 前回調査と比べると「男性」が 7.4 ポイント増加しています。



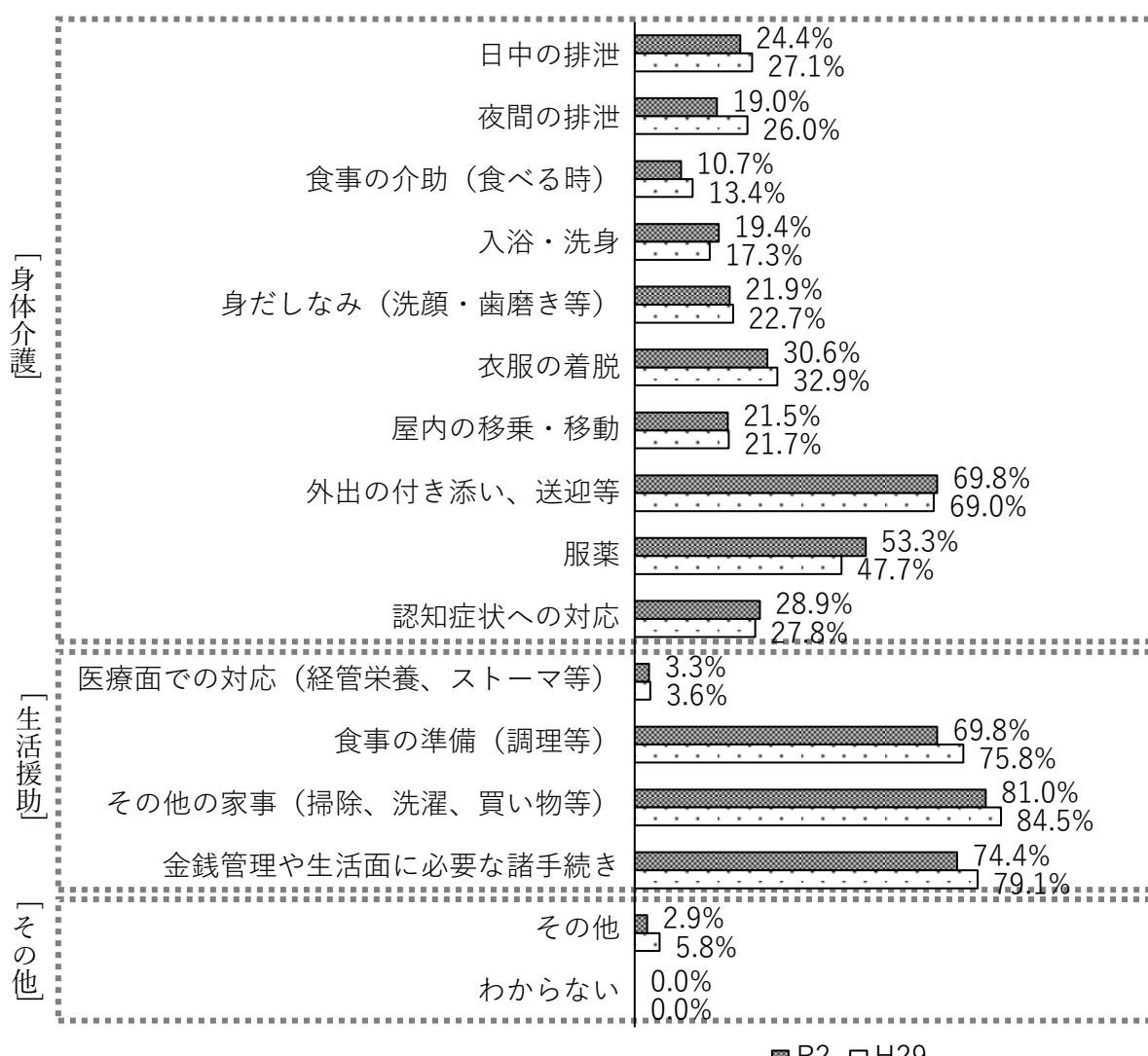
主な介護者の方の年齢について、ご回答ください。(1つを選択) 【R2:N=239 H29:N=280】

- 「60代」と答えた人が37.7%で最も多く、「50代」と答えた人が23.4%で続いています。また、「80歳以上」と答えた人は前回調査と比べると2.0ポイント減少していますが、15.1%います。



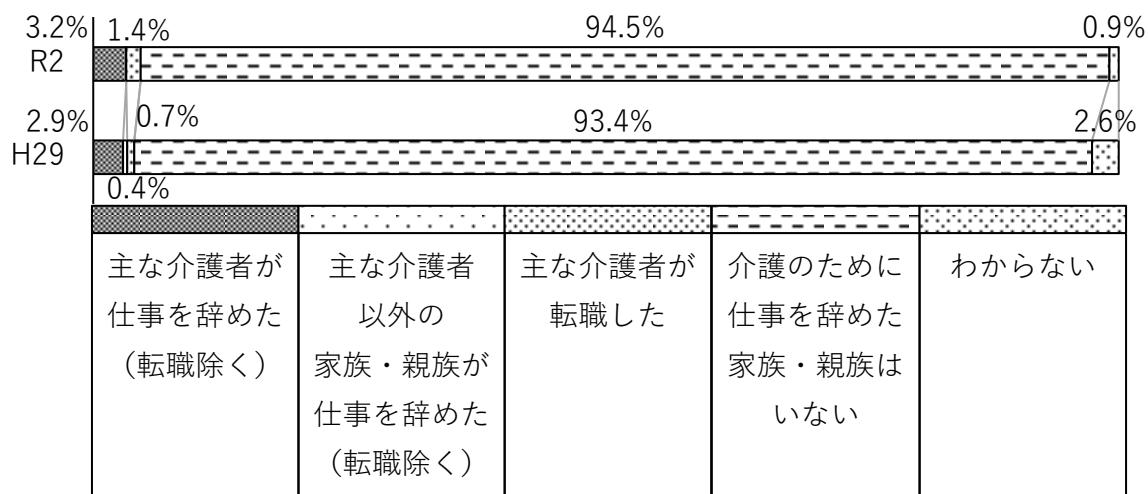
現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください。(複数選択可) 【R2:N=242 H29:N=277】

- 身体介護では、「外出の付き添い、送迎等」と答えた人が 69.8%で最も多く、「服薬」と答えた人が 53.3%、「衣類の着脱」と答えた人が 30.6%で続いています。「日中の排泄」、「夜間の排泄」及び「食事の介助」と答えた人はいずれも前回の調査に比べると減少しています。生活援助では「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」と答えた人が 81.0%で最も多く、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」と答えた人が 74.4%で続いています。
- 前回調査と比べると「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」と答えた人は 3.5 ポイント減少しています。



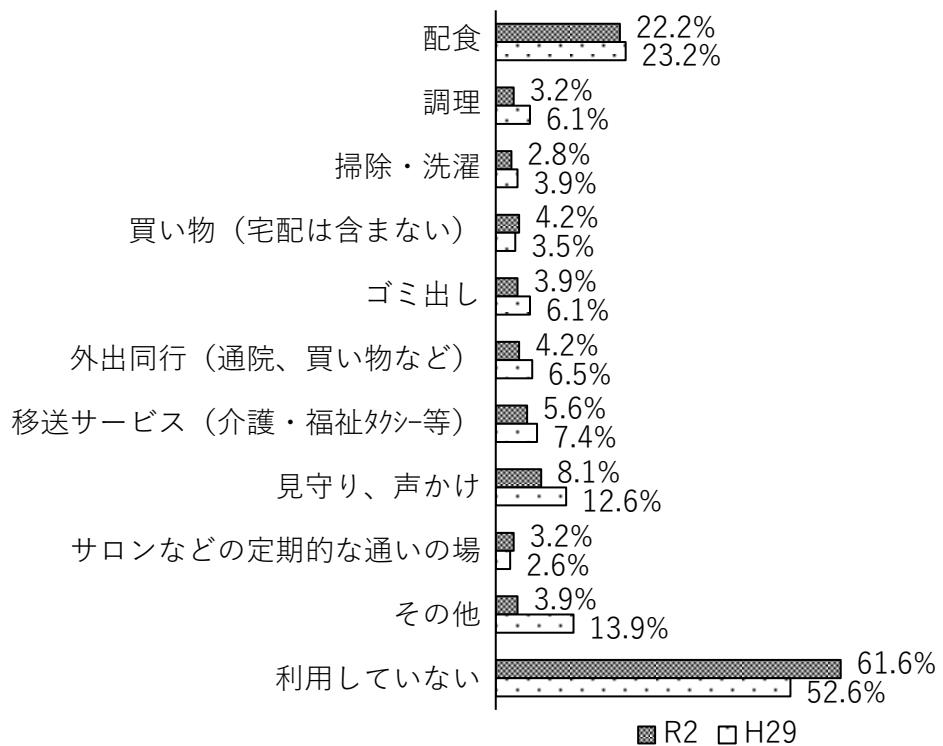
ご家族やご親族の中で、ご本人(認定調査対象者)の介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）。（複数選択可）  
【R2:N=220 H29:N=274】

- 「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」と答えた人が 94.5%を占めていますが、「主な介護者が仕事をやめた(転職を除く)」と答えた人も 3.2%います。
- 前回調査と比べると「主な介護者が仕事をやめた(転職を除く)」と答えた人は 0.3 ポイント増加しています。



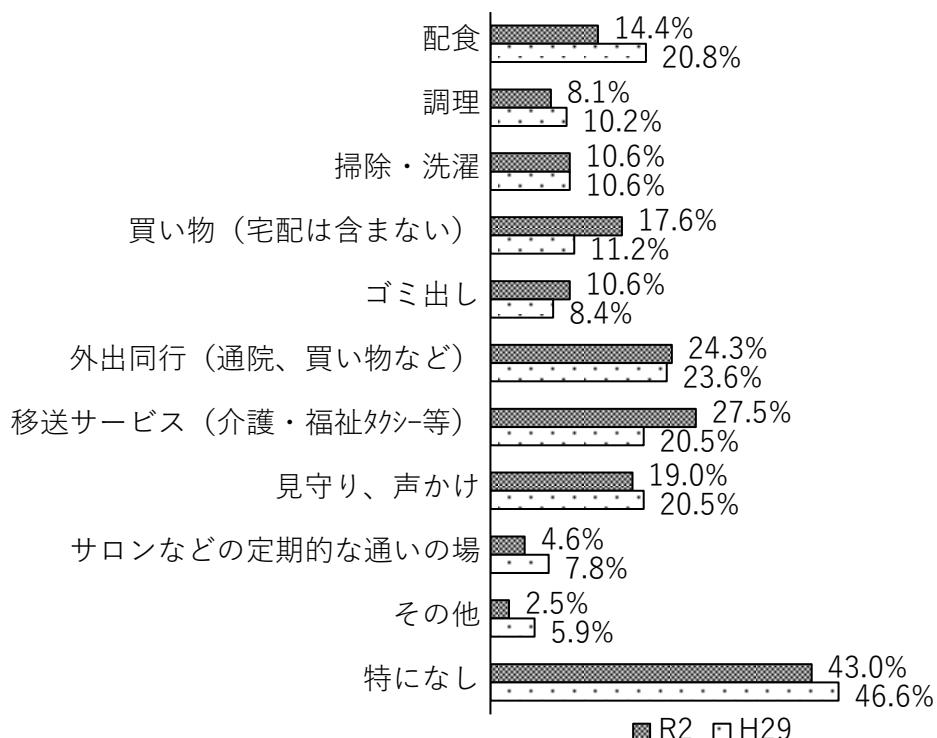
現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。(複数選択可) 【R2:N=284 H29:N=310】

- 「利用していない」と答えた人が 61.6%で最も多く、「配食」と答えた人が 22.2%で続いていますが、それ以外はいずれも 10%以下になっています。
- 前回調査と比べると「利用していない」と答えた人は 9.0 ポイント増加しています。



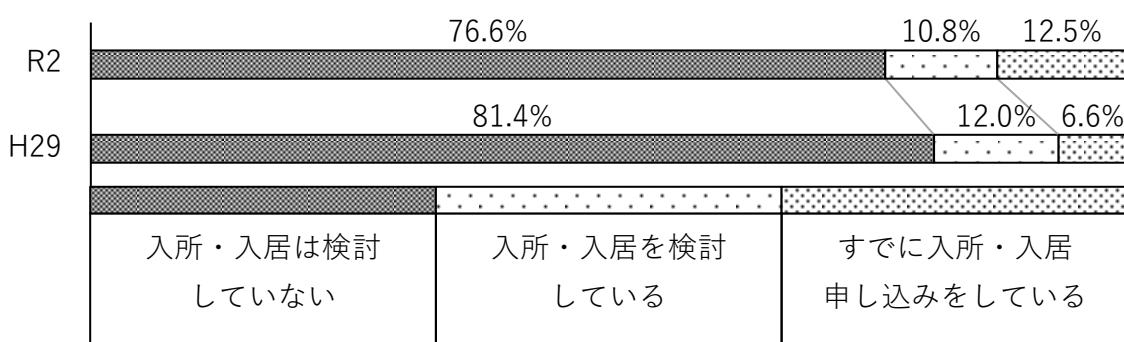
今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください。(複数選択可) 【R2:N=284 H29:N=322】

- 「特になし」と答えた人が 43.0%で最も多く、「移送サービス(介護・福祉タクシ-等)」と答えた人が 27.5%で続いています。
- 前回調査と比べると「移送サービス」が 7.0 ポイント、「買い物」が 6.4 ポイントそれぞれ増加しています。



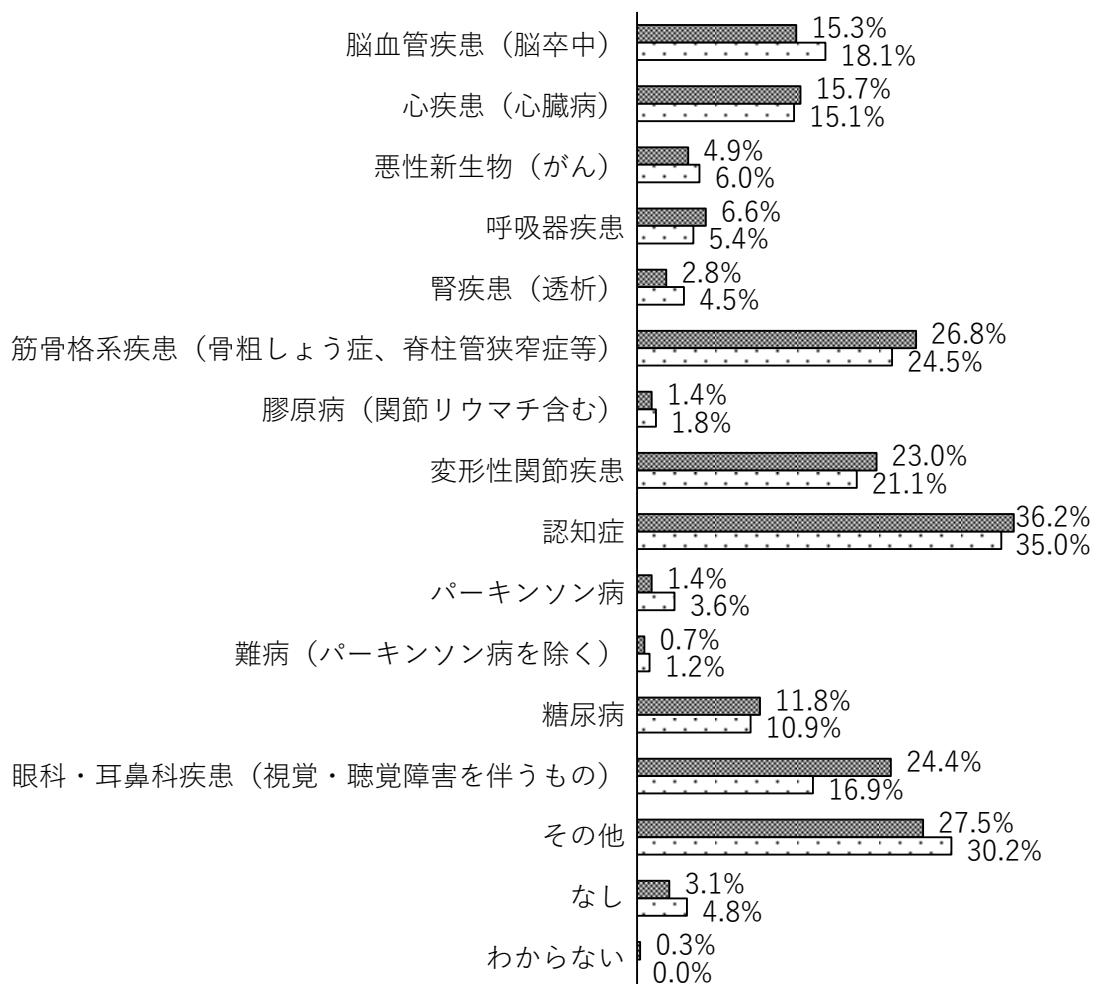
現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。(1つを選択) 【R2:N=295 H29:N=334】

- 「入所・入居は検討していない」と答えた人が 76.6%で最も多く、「すでに入所・入居申し込みをしている」と答えた人が 12.5%、「入所・入居を検討している」と答えた人が 10.8%となっています。
- 前回調査と比べると「すでに入所・入居申し込みをしている」と答えた人は 5.9 ポイント増加しています。



ご本人(認定調査対象者)が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。(複数選択可)  
【R2:N=287 H29:N=331】

- 「認知症」と答えた人が 36.2%で最も多く、「その他」と答えた人が 27.5%、「筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)」と答えた人が 26.8%で続いています。
- 前回調査と比べると「眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)」と答えた人は 7.5 ポイント増加しています。

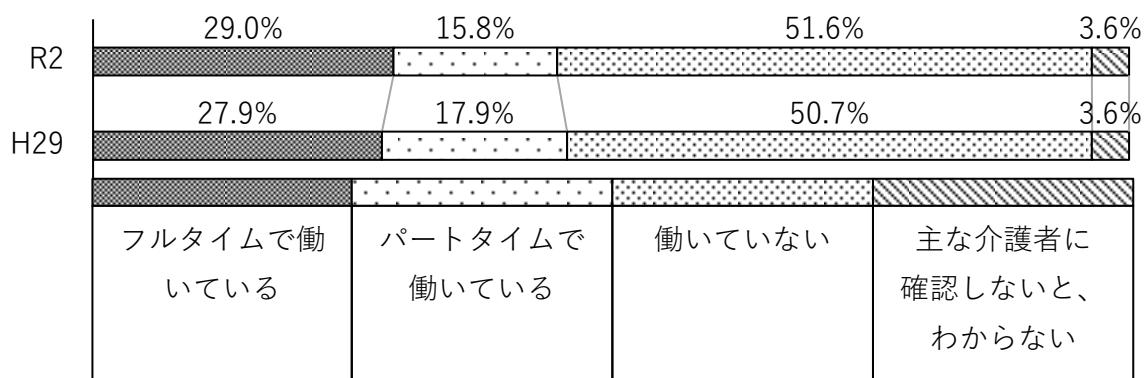


■ R2 □ H29

## 主な介護者の方の就労について

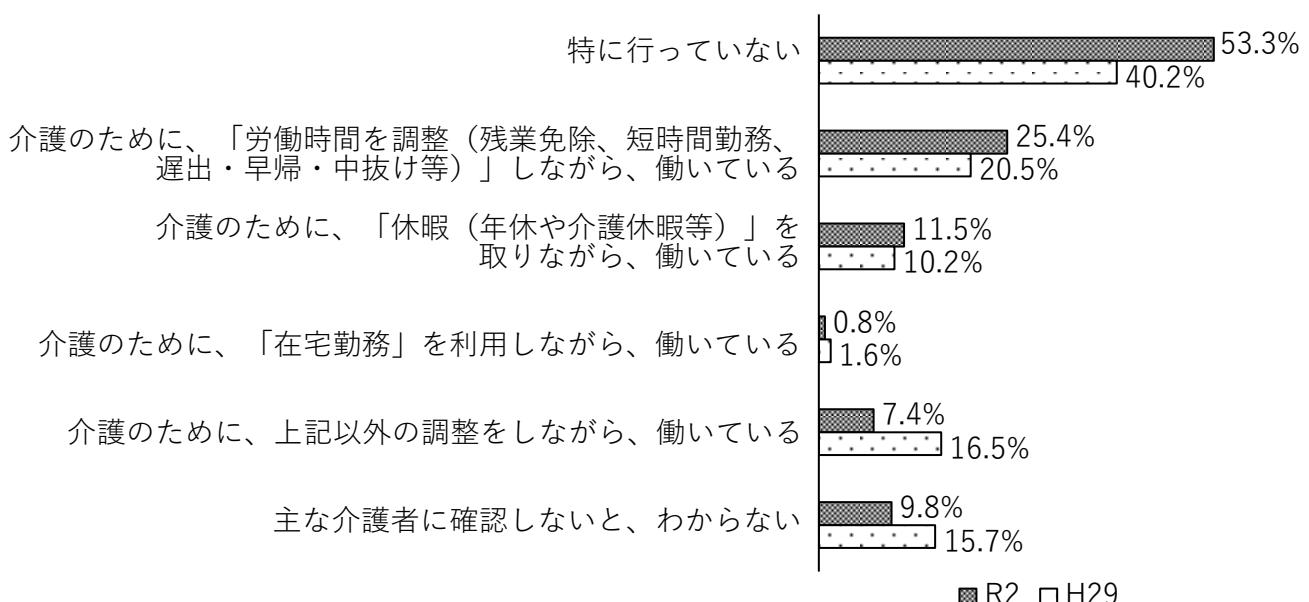
主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください。(1つを選択)  
【R2:N=279 H29:N=280】

- 「働いていない」と答えた人が 51.6%で最も多く、「フルタイムで働いている」と答えた人が 29.0%、「パートタイムで働いている」と答えた人が 15.8%となっています。
- 前回調査と比べると「フルタイムで働いている」と答えた人は 1.1 ポイント増加しています。



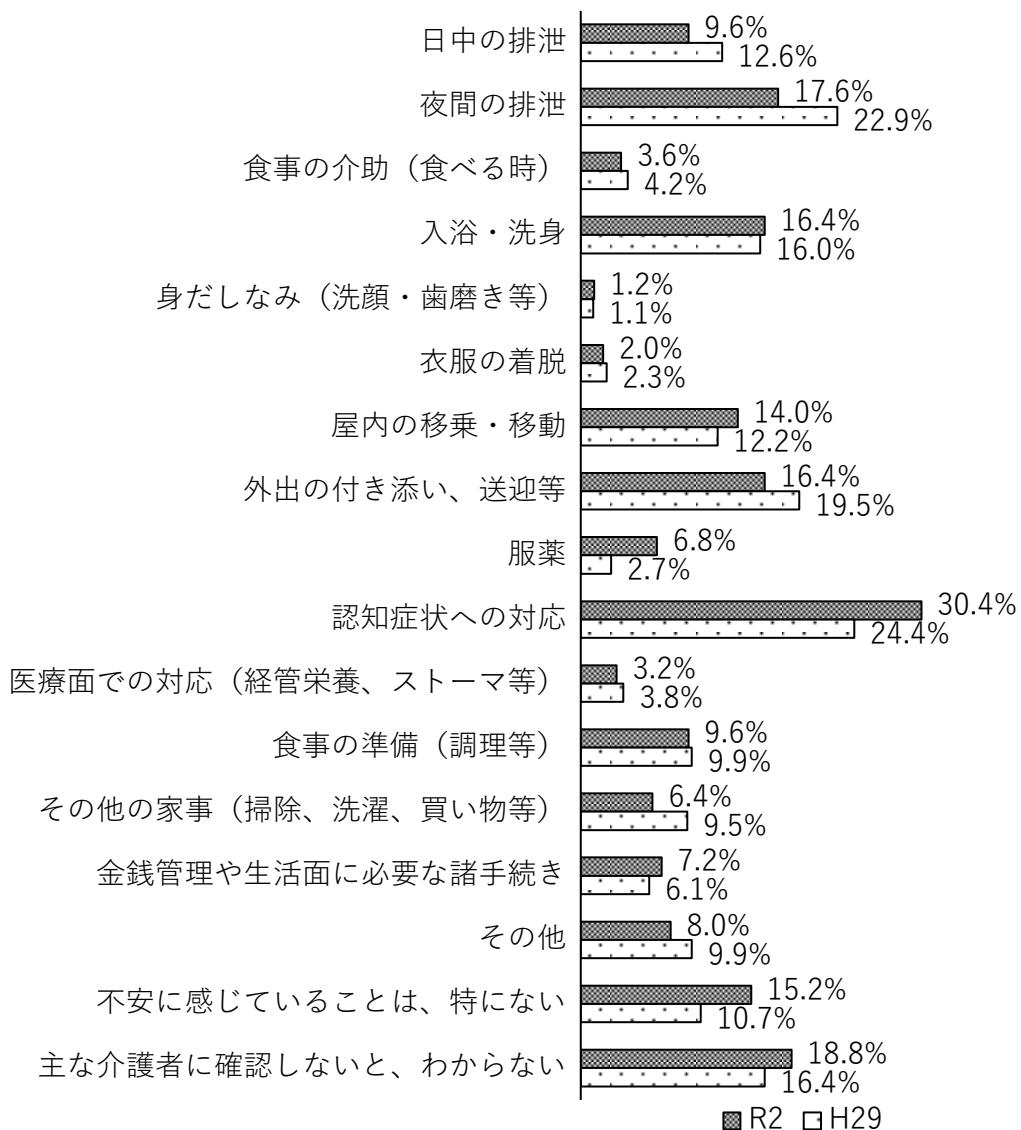
前問で「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」と回答した方にお伺いします。主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか。(複数選択可) 【R2:N=122 H29:N=127】

- 「特に行っていない」と答えた人が 53.3%で最も多く、「介護のために、「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」しながら、働いている」と答えた人が 25.4%で続いています。一方、「介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている」と答えた人が 0.8%で最も少なくなっています。
- 前回調査と比べると「特に行っていない」と答えた人は 13.1 ポイント増加しています。



現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません)。(3つまで選択可) 【R2:N=250 H29:N=262】

- 「認知症状への対応」と答えた人が 30.4%で最も多く、「主な介護者に確認しないと、わからぬ」と答えた人が 18.8%、「夜間の排泄」と答えた人が 17.6%で続いています。一方、「不安に感じていることは、特にない」と答えた人が 15.2%となっています。
- 前回調査と比べると「認知症状への対応」と答えた人は 6.0 ポイント増加しています。



### 3 用語集

【あ行】	
ICT	Information(インフォメーション) and(アンド) Communication(コミュニケーション) Technology(テクノロジー)の略で、パソコンやスマートフォンなどの情報通信技術のこと。
アセスメント	利用者の課題分析をするために、何を求めているのかを正しく知るために行われる評価や査定のこと。
おかえり SOS ネットワークまつさか	行方不明になる可能性のある高齢者を事前登録していただき、行方不明になられたときに、地域の方の協力で早期発見・保護につながるよう、協力者や協力機関の携帯電話等へのメール配信を行うもの。
奥伊勢在宅医療介護連携支援相談窓口	大台町、大紀町、大台厚生病院が連携し、医療機関や介護関係者等からの在宅医療と介護に関する相談受付や連携調整等を行う。
【か行】	
介護医療院	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、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設。
介護給付	要介護 1～5 を対象とした介護給付サービスについて、総費用のうち、自己負担を除き、残りを介護保険会計から給付するもの。
介護支援専門員	利用者の希望や心身の状態等を考慮してケアプランの作成や介護サービスの調整・管理を行う専門員。
介護保険事業計画	介護保険事業にかかる保険給付の円滑な実施を図るため、厚生労働大臣が定める基本指針に則して、市町村等が 3 年を 1 期として策定する計画。
介護保険施設	介護保険で被保険者である利用者にサービスを提供できる施設。介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設がある。
介護保険法	高齢化に対応し、高齢者を国民の共同連帯のもと支えるしくみとして導入された介護保険制度について、その実施のために必要な事項を定めた法律。平成 9 年 12 月に公布、平成 12 年 4 月に施行された。
介護予防	高齢者が健康で自立した生活を送れるよう、要介護状態になることをできる限り防ぎ、また要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにすること。
介護予防・日常生活支援総合事業	要支援者と要支援状態となるおそれのある高齢者を対象として、市町村の判断により、地域支援事業において、多様な人材資源を含む社会資源の活用を図ることにより、自立支援が途切れる事のないよう、適切なサービスを効果的に提供するしくみ。
介護療養型医療施設	療養型病床群等を有する病院または診療所であり、入所している要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行う介護保険施設。
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	入所している要介護者に対して、介護等の日常生活上の世話や、機能訓練、その他必要な世話をを行う介護保険施設。
介護老人保健施設	入所している要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う介護保険施設。

看護小規模多機能型居宅介護	要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供するサービス。平成26年に複合型サービスから名称が変更された。
管理栄養士	厚生労働大臣の免許を受けた国家資格。病気を患っている方や高齢で食事がとりづらくなっている方、健康な方一人ひとりに合わせて専門的な知識と技術を持って栄養指導や給食管理、栄養管理を行う。
救急医療情報キット	高齢者等の安全・安心を確保するため、かかりつけ医や持病等の医療情報や、緊急連絡先等の情報を救急情報シートに記入し専用の容器に入れ、自宅の冷蔵庫等に保管しておくことで万一の救急時に備える道具。
協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと介護予防・生活支援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、中核となるネットワーク。
居宅介護支援	居宅の要介護者が、居宅サービス等を適切に利用できるよう介護支援専門員が、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいう。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員が所属し、在宅におけるケアプランの作成や、サービス事業者等との調整を行う事業所。
居宅療養管理指導	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む）または管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。
ケアプラン	要介護者などが適切に介護サービスを利用できるよう、心身の状況や置かれている環境、本人や家族等の希望を踏まえて作成する介護プラン。
ケアプラン点検支援	介護サービスの適正な利用や支援に繋げるため、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」につながる適切な介護サービスの提供となるよう介護支援専門員とともに検証確認すること。
ケアマネジメント	利用者一人ひとりに対して、適切なサービスを組み合わせて提供するためのケアプランの作成とサービス利用のための調整を行うこと。介護サービスや福祉事業などの公的（フォーマル）サービスと、地域資源や民間事業所などによって提供される非公的（インフォーマル）サービスを組み合わせて、利用者に最も適切なサービスが提供されるよう努めることが必要とされる。
健康寿命	日常的に介護を必要としないで、心身ともに自立した生活ができる生存期間。
権利擁護	自己の権利を表明することが困難な寝たきりの高齢者や、認知症の高齢者、障がい者の権利擁護やニーズ表明を支援し代弁すること。
高額医療合算介護サービス費	介護保険の利用者負担と医療保険の利用者負担の合計額が一定額を超える場合に、その超えた金額を支給する制度。
高額介護サービス費	支払った介護費用がある一定の額を超えた場合に『高額介護サービス費』として払い戻される介護給付。
後期高齢者	高齢者を65歳以上と定義した場合、そのうち75歳以上の人を指す。
高齢化率	全人口に占める高齢者（65歳以上の人）の割合。

高齢者虐待	平成 17 年に制定された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」において、「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待としている。主には、身体的暴力、ネグレクト（高齢者の養護を怠るような行為）、心理的虐待、性的及び経済的虐待などに分類される。
高齢者見守りネットワーク事業	高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、地域住民や見守り協力事業所、協力団体等が連携して地域全体で高齢者の見守り体制を構築し、地域の中で発生する課題の解決や支援の必要な高齢者の早期発見及び早期対応を目的とした事業。
高齢者福祉計画	老人福祉法第 20 条の 8 に規定される「老人福祉計画」であり、介護保険法第 117 条に規定される「介護保険事業計画」と一体的に策定した計画。

### 【さ行】

サービス付き高齢者向け住宅	高齢者の居住の安定を確保することを目的として、「高齢者住まい法（高齢者の居住の安定確保に関する法律）」の改正により創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅。
災害時要援護者台帳	災害時に近隣での助け合いがスムーズに行えるよう、避難支援を必要とする方を登録した台帳。
財政安定化基金	市町村の保険財政が、保険料収納率の低下や介護給付費の増加などで赤字になることを回避し、市町村の介護保険財政の安定を図るために都道府県が設置する基金のこと。
在宅医療	医師のほか、訪問看護師、薬剤師や理学療法士（リハビリ）等の医療関係者が、患者の住居に定期的に訪問して行う、計画的・継続的な医学管理・経過診療のこと。
在宅医療・介護連携推進事業	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を一体的に提供することができるよう、都道府県あるいは保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。
社会福祉協議会	市区町村を単位として、地域に密着した社会福祉に関する活動を行う組織。
社会福祉士	高齢や障がい、病気により日常生活に困難を感じている人から相談を受け、日常生活がスムーズに営めるように支援を行ったり、困りごとを解決できるよう支える専門職。ソーシャルワーカーともいう。
縦覧点検	複数月にまたがる保険給付の状況確認や医療保険の入院情報と介護給付の給付情報を突合することにより、提供されたサービスの整合性や算定回数・日数等を点検し、請求内容の誤り等の有無を確認し、過大給付があった際には返還処理を行う。
小規模多機能型住宅介護	「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせて受けられるサービス。地域密着型サービスの一つ。
スクエアステップ	高齢者の転倒予防・要介護化予防、認知機能向上をはじめ、成人の生活習慣病予防などに効果のあるエクササイズで、一辺 25 cm の正方形を横 4 個、縦 10 個の計 40 個並べたマットを利用し、そのマットで足踏み（ステップ）を行う運動プログラム。
生活支援サービス	日常生活に援助が必要な 65 歳以上の在宅高齢者の家庭を訪問して家事や軽作業のお手伝いをするサービス。介護予防・日常生活支援総合事業では、ホームヘルパーなどの専門職に限らず、地域住民やボランティアをはじめ、多様な主体によるサービス提供が期待されている。

生活支援コーディネーター	地域において、介護予防・生活支援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（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者。
生活支援体制整備事業	地域の住民や各種団体、企業の関係者など様々な人々が連携しながら、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の推進を一体的に図っていくことを目標に、「協議体」や「生活支援コーディネーター」の活動により、高齢者を支える地域づくりを行う。
生活支援訪問サービスサポートー	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、地域のインフォーマルサービスの担い手として、支援の必要な人を支えるボランティア。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が原因となり、発症・進行する疾病。
成年後見制度	認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者など精神的な障がいがあるため判断能力が不十分な人が不利益を生じないよう、代理人を立てて契約を行ったり、あるいはそれを取り消したりできるようにする制度。
<b>【た行】</b>	
第1号被保険者	65歳以上の高齢者。
第2号被保険者	40歳から65歳未満の医療保険加入者。
団塊ジュニア	日本で1971年から1974年に生まれた世代を指す。
団塊の世代	日本において、第一次ベビーブームが起きた時期（1947年～1949年）に生まれた世代を指す。
短期入所生活介護	要介護者が特別養護老人ホームなど福祉系の施設へ短い期間入所することができるサービス。主に、日常生活の介護と機能訓練（レクリエーション）などを受けることができる。
短期入所療養介護	要介護者が、介護療養型医療施設など医療系の施設や介護老人保健施設に、短い期間入所することのできるサービス。療養、介護、機能訓練、治療や看護、などを受けることができる。
地域共生社会	制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人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。
地域ケア会議	地域ケア会議では、介護予防・生活支援の観点から、サービスを利用する高齢者を対象に、効果的な介護予防・生活支援サービスや地域ケアの総合調整を行う。また、ケースをもとに課題の共有、社会資源の開発及び政策づくりにつなげることを目的として開催する。
地域支援事業	高齢者を対象に、効果的に介護予防や健康づくりを進めたり、地域での生活を継続するための生活支援のサービスを提供したりする事業。介護予防事業、包括的支援事業、その他の任意事業からなる。
地域包括ケアシステム	地域住民に対し、保健サービス（健康づくり）、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供するしくみ。概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定。
地域包括ケア推進協議会	地域包括ケアシステムの構築と推進に向けて、在宅医療・介護連携の推進を図るため、その具体的方策等について審議する協議会。地域医療に関わる関係団体、介護サービスに係わる事業所、地域における相談事業等を担う関係者等で組織する。

地域包括支援センター	高齢者の健康維持、生活の安定、保健・福祉・医療の向上と増進のために必要な援助・支援を包括的に担う地域の中核機関。主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師または経験のある看護師の3職種のスタッフにより、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメント、総合相談・支援、虐待防止・権利擁護を行う。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設とは、入居定員が29人以下の特別養護老人ホームを指し、入浴・排せつ・食事などの介護や、日常生活上のお世話や機能訓練、健康管理と療養上の世話を受けるサービス。
地域密着型サービス	介護を必要とする人が住み慣れた地域で生活を継続させるために、地域の特性や実情に応じて計画的にサービスが提供できるよう、保険者が指定・指導監督を行うサービス。
チームオレンジ	診断後の早期の空白期間等における心理面・生活面の早期からの支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ研修を受講した者）を中心とした支援者をつなぐしくみ。
調整交付金	市町村間の介護保険の財政力の格差を調整するために国が交付するもの。
通所介護	デイサービスセンター等に通って、入浴や食事の提供等日常生活の世話を受けたり、機能訓練を行う介護サービス。
通所リハビリテーション	介護老人保健施設・病院・診療所などの医療施設に通い、通所リハビリ計画に従って理学療法や作業療法などのリハビリテーションを受けるサービス。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体またはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）等に入居している要介護者等に対して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う介護サービス。
特定入所者介護サービス費	一定の所得以下の介護保険施設入所者及び短期入所利用者の食事及び居住または滞在に要した費用の一部を保険給付すること。
特別養護老人ホーム	→介護老人福祉施設を参照。
<b>【な行】</b>	
日常生活圏域	市町村が、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定めた圏域。
日常生活自立支援事業	認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うもの。
任意事業	地域支援事業の理念にかなった事業が、地域の実情・特色に応じ、市町村独自の発想や創意工夫した形態で実施される多様な事業。
認知症	脳や身体の疾患を原因として、記憶・判断力などの障がいがおこり、普通の社会生活が送れなくなった状態。
認知症ガイドブック（認知症ケアパス）	認知症の方本人やそのご家族が利用できる制度やサービス、認知症の基礎知識や情報をまとめたもの。
認知症カフェ	認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場。

認知症サポーター	認知症サポーター養成講座を受けた人。認知症の正しい知識を広め、認知症の人や家族を支援する役割を担う。
認知症初期集中支援チーム	家族等の訴えにより、医療・介護の専門職が複数で認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的（概ね6ヶ月）に行い自立した生活のサポートを行うチーム。
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の状態にある人が、共同生活を営むべき住居（グループホーム）において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う介護サービス。地域密着型サービスの一つ。
認知症対応型通所介護	認知症の状態にある人を対象として、居宅からの送迎、簡単な健康チェック、食事、排せつ、入浴など、日帰りで日常生活上の世話を行うほか、簡単な機能訓練などを行う介護サービス。地域密着型サービスの一つ。
<b>【は行】</b>	
配食サービス	概ね65歳以上の高齢者等に栄養バランスのとれた食事を調理し、居宅に訪問して定期的に提供するとともに、安否確認も行い、自立と生活の質の確保及び保健予防を図るサービス。
8050問題	2010年代以降の日本に発生している長期化した引きこもりに関する社会問題。引きこもりの若者が存在していたがこれが長期化すれば親も高齢となり、収入に関するや介護に関してなどの問題が発生するようになる。これは80代の親と50代の子の親子関係での問題であることから「8050問題」と呼ばれるようになった。該当している親子の親には収入がなくなっている状態であり、様々な理由から外部への相談も難しく、親子で社会から孤立した状態に陥っている。
PDCAサイクル	Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する継続的改善手法。
福祉用具	障がい者の生活・学習・就労と、高齢者、傷病者の生活や介護、介助の支援のための用具・機器のこと。福祉機器ともいう。介護保険制度では福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与による品目と特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売対象となる品目がそれぞれ定められている。
フレイル	『加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態』を表す“frailty”的日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。「フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。（『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018））
包括的支援事業	地域の高齢者の実態把握やサービスの利用調整を行う「総合相談」、虐待の防止や早期発見を行う「権利擁護事業」、地域包括支援センターの運営や介護支援専門員の支援を行う「包括的・継続的マネジメント事業」の総称であり、地域支援事業に含まれる。
保健師	地域に住む住民の保健指導や健康管理に当たる専門職。
訪問介護	ホームヘルパーが訪問して入浴、排せつ、食事等の介護や家事援助を行う介護サービス。
訪問看護	病状が安定期にある要介護認定者の居宅において看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士により行われる療養上のまたは必要な診療の補助をいう。
訪問入浴介護	要介護認定者の居宅を訪問して、浴槽を提供して行われる入浴の介護をいい、身体の清潔の保持や心身機能の維持向上を図る。

訪問リハビリテーション	病状が安定期にある要介護認定者の居宅において、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、診療に基づく計画的な医学管理の下、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーションをいう。
ボランティア	自らの意志により（公共性の高い活動へ）参加する人のこと、またはその活動のこと。
<b>【ま行】</b>	
松阪地域在宅医療・介護連携拠点	松阪地区医師会館内に職員を配置し、松阪市と多気郡3町における在宅医療・介護に携わる専門職のための相談・支援窓口として、平成30年4月に開設。松阪地域の専門職への相談支援、地域の医療介護サービスの把握と専門職の情報共有の支援、地域住民への普及啓発などを行う。
民生委員	それぞれの担当地域において、住民の生活状態を必要に応じて把握し、援助を必要とする人に対して相談・助言を行い、自立した生活を支援するための福祉サービスの手配等の援護活動を行う委員。児童委員を兼ねる。
メンタルパートナー	自殺予防について正しい知識を持ち、身近な人の変化に気づき、自殺を考えている人、悩んでいる人を相談窓口等へつなぐ役割が期待される人のこと。
<b>【や行】</b>	
夜間対応型訪問介護	通報に応じて介護福祉士などに来てもらったり、夜間の定期的な巡回訪問を受けることのできるサービス。
有料老人ホーム	高齢者が入所し、食事の提供やその他の日常生活上必要な便宜を受けることができる施設で、老人福祉施設でないもの。入居に際しては一定の費用が必要。
要介護	介護保険法では「身体又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の一部について、6ヶ月間継続して、常時介護を要すると見込まれる状態」とされている。介護の必要度により、5段階に区分（要介護状態区分）されている。
要介護認定	介護給付を受けようとする被保険者の申請によって、市町村が行う要介護状態区分の認定のこと。
養護老人ホーム	65歳以上で、身体・精神または環境上の理由や経済的な理由により自宅での生活が困難になった方を入所させ、食事サービス、機能訓練、その他日常生活上必要な便宜を提供することにより養護を行う施設。
要支援	要介護状態を指す「要介護1～5」に対応して、要支援認定を指し、「要支援1・要支援2」に区分される。要支援は、要介護より介護の必要の程度が軽度であり、介護予防サービスが給付（予防給付）される。
予防給付	要支援1・2を対象とした介護予防サービスについて、総費用のうち、自己負担を除き、残りを介護保険会計から給付するもの。
<b>【ら行】</b>	
RUN伴	認知症の人や家族、支援者、一般の人がリレーをしながら、一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベント。
理学療法士	国家資格を持ち、医師の指示を受けて物理療法（理学療法）を行う専門職。
老人福祉法	老人福祉の基本法として、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的に、昭和38年に制定された法律。



**大台町高齢者福祉計画・介護保険事業計画【令和3～5年度】**  
令和3年3月

発行：大台町健康ほけん課  
〒519-2404  
三重県多気郡大台町佐原 750 番地  
電話：0598-82-3785

