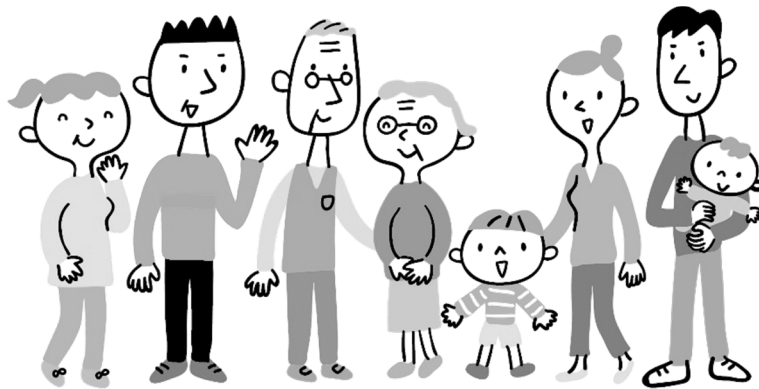


那智勝浦町

第10期高齢者福祉計画及び

第9期介護保険事業計画

令和6(2024)年度～令和8(2026)年度



令和6(2024)年3月

那智勝浦町

はじめに

現在、わが国は、団塊の世代全体が75歳以上に達する令和7（2025）年を間近に控え、誰も経験したことのない超高齢化社会を迎えようとしております。担い手不足等の様々な問題が表面化する中、本町においては、少子高齢化の先進地として、国に先立ち、こうした問題に今まさに取り組んでいるところでございます。

また、新型コロナウイルス感染症が社会に大きな影響を与えたことは記憶に新しく、こうした新たな感染症の発生や今後起こりうる災害に対する備えを強化する必要がございます。

このような状況の中、令和6年度からの3年間を計画期間とした「第10期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定いたしました。

本計画においては、高齢者が尊厳を持ち、一人の人として自分らしく暮らせることが当たり前のしあわせであり、こうしたしあわせを持ち続けられるまちを目指し、様々な施策を進めるものとしております。

特に担い手不足が進み、介護サービス基盤の存続が危ぶまれる中、事業者をはじめとした関係者とともにその確保を目指すこと。地域や人の繋がりを育み、高齢者がいつまでも社会と繋がりが続けられることなど、各方面において施策を進めてまいります。

本計画の策定にあたり、計画案についてご協議いただきました那智勝浦町長寿社会づくり委員会委員をはじめ、貴重なご意見、ご提言をいただきました多くの皆様に心から感謝を申し上げます。

今後とも町民の皆様には、本計画の推進に向けてご支援とご協力をお願い申し上げます。

令和6年3月

那智勝浦町長 堀 順 一 郎



目次

第1章 計画策定に当たって	1
1 計画策定の背景	1
2 高齢者福祉計画・介護保険事業計画について	2
3 計画の位置づけと期間	3
4 日常生活圏域の設定	4
5 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント	5
第2章 高齢者を取り巻く現状	6
1 高齢者の状況	6
2 各種調査からみる高齢者の現状	10
3 前期計画の進捗・評価と課題	31
4 今後の方向性まとめ	36
第3章 計画の理念と体系	39
1 計画の基本理念	39
2 計画の重点方針	40
3 施策体系	41
第4章 施策の展開	42
重点方針1 自分らしい暮らしを支える体制を整える	42
重点方針2 自分らしく暮らせる豊かな地域を育む	50
重点方針3 自分らしい暮らしを守る仕組みをつくる	61
第5章 介護保険事業の推進	71
1 居宅サービス	71
2 地域密着型サービス	76
3 施設サービス	79
4 介護保険サービスの量の見込み	80
5 介護保険事業費の見込み	83
6 保険給付費等の見込額	85
7 介護保険料の算定	87
資料編	94
1 那智勝浦町長寿社会づくり委員会設置に関する条例	94
2 那智勝浦町長寿社会づくり委員会委員名簿	95
3 計画策定の経緯	96

第1章 計画策定に当たって

1 計画策定の背景

我が国の総人口は、令和元（2019）年10月1日時点で、1億2,616万人と9年連続の減少となっています。うち15～64歳人口の割合は59.5%（7,507万人）であり、昭和25（1950）年以降過去最低を更新した一方で、65歳以上人口は28.4%（3,588万人）と、過去最高を更新しています。将来的にも更なる少子高齢化の進行が見込まれており、本計画期間中の令和7（2025）年には、団塊の世代（約800万人）が75歳になると推計され、75歳以上人口は令和17（2035）年頃まで増加傾向が続くと推計されています。また、要介護認定率や介護給付費が急増する85歳以上人口は令和24（2042）年まで、75歳以上人口の伸びを上回る急激な増加が見込まれています。

こうした人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて、地域の実情に合わせた介護サービス基盤を整備するとともに、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取組内容や目標を、優先順位を定め、計画的に推進することが重要です。

また、近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症流行による新たな生活様式等も踏まえ、高齢者福祉・介護保険制度に関する事業等についても、安全と安心を確保するための創意工夫を常に行うことが必要です。

本町では、令和3（2021）年3月に「那智勝浦町第9期高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」（以下、「前計画」という。）を策定し、「誰もが笑顔かがやく 支え合いのまちづくり」を基本理念に掲げ、各種施策・事業を推進してきました。

このたび前計画の期間が令和5年度で終了することから、本町の現状と課題を踏まえ、令和22（2040）年を見据えた、目指すべき高齢者福祉の基本的な方針と具体的施策を明らかにし、介護保険事業を安定的かつ充実したものにすることを目的として、「那智勝浦町第10期高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」（以下「第9期計画」という。）を策定します。

2 高齢者福祉計画・介護保険事業計画について

(1)法令等の根拠

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 に規定された「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第 117 条に規定された「市町村介護保険事業計画」とを一体のものとして策定するものであり、本町の高齢者に関わる施策の方向性と、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の確保方策について明らかにしていくものです。

■老人福祉法

第 20 条の 8 第 1 項

市町村は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 2 条第 4 項の基本構想に即して、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。

■介護保険法

第 117 条第 1 項

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)高齢者福祉計画と介護保険事業計画の関係について

高齢者福祉計画は、介護保険サービスの提供のほか、介護保険の対象とならない生活支援サービス等の提供も含めて、すべての高齢者に対して、心身の健康の保持及び日常生活を維持するために必要な措置が講じられるよう、高齢者福祉サービス全般にわたる方策を定めるものです。

一方、介護保険事業計画は、介護サービスの見込量や制度の円滑な運営に資する方策等を定めるものであり、その内容は高齢者福祉計画に包含されていることから、両計画を一体として策定するものです。

■高齢者福祉計画

すべての高齢者を対象とした、保健福祉事業に関する総合計画

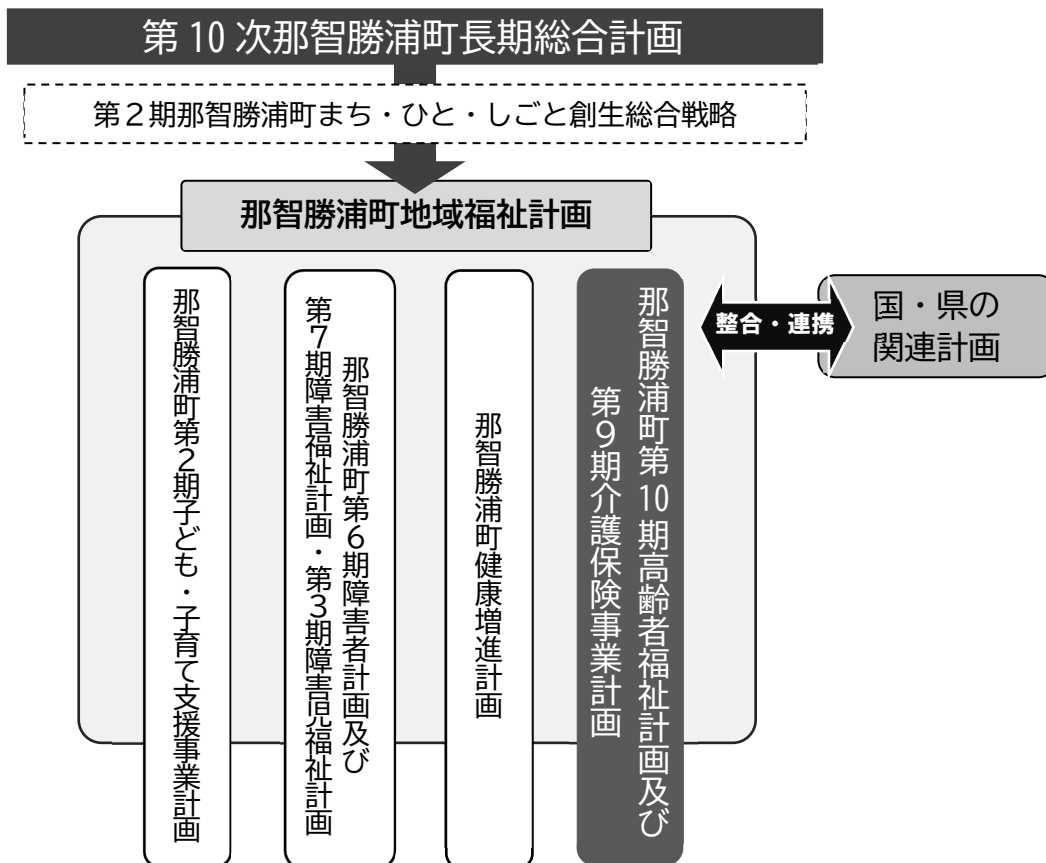
■介護保険事業計画

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

3 計画の位置づけと期間

(1) 計画の位置づけ

本計画は、本町の最上位計画である「第10次那智勝浦町長期総合計画」の分野別計画としての性格を持つものであり、また、上位計画である「地域福祉計画」については、地域共生社会の形成に向けた取組との整合性を図るとともに、国及び県の関連計画等を踏まえながら施策の総合的かつ計画的な推進を図るものとします。



(2) 計画の期間

本計画の計画期間は令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間とします。

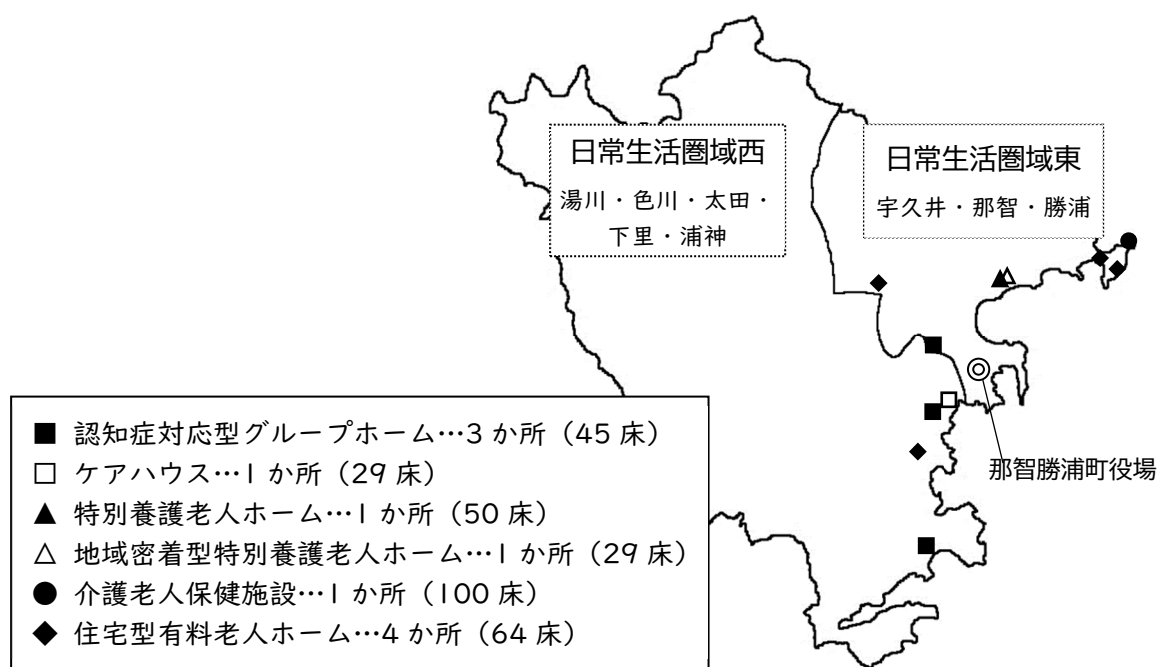
年度	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029	R12 2030	R22 2040
計画期間	第8期			第9期（本計画）			第10期				

団塊の世代 75 歳以上に到達

4 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは「市町村が、その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る区域」とされています。

この考え方のもと、本町においてはこれまで2つの日常生活圏域を設定しています。本計画においてもこれまでの考え方を継承し、東圏域及び西圏域を日常生活圏域として設定します。



5 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント

(1)介護サービス基盤の計画的な整備

- 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等、既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要。
- 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。
- 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等の地域密着型サービスの更なる普及。
- 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

- 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。
- 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。
- 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及び介護現場の生産性向上

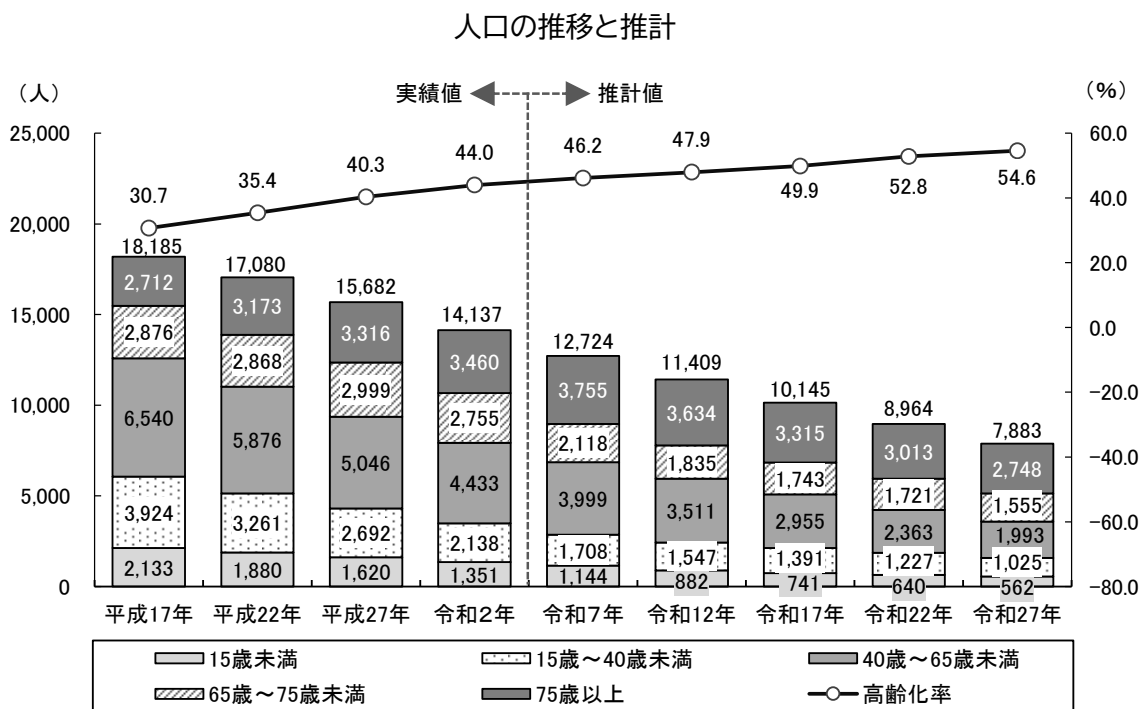
- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人人材の受入環境整備等の取組を総合的に実施。
- 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- 介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進。

第2章 高齢者を取り巻く現状

1 高齢者の状況

(1)人口の推移と推計

- 本町の総人口は減少で推移しており、それに伴い少子高齢化も進行しています。
- 高齢者数をみると、前期高齢者（65-75歳未満）数は今後減少が見込まれますが、後期高齢者（75歳以上）数は令和7年までは高止まりで、以後減少する見込みとなっています。

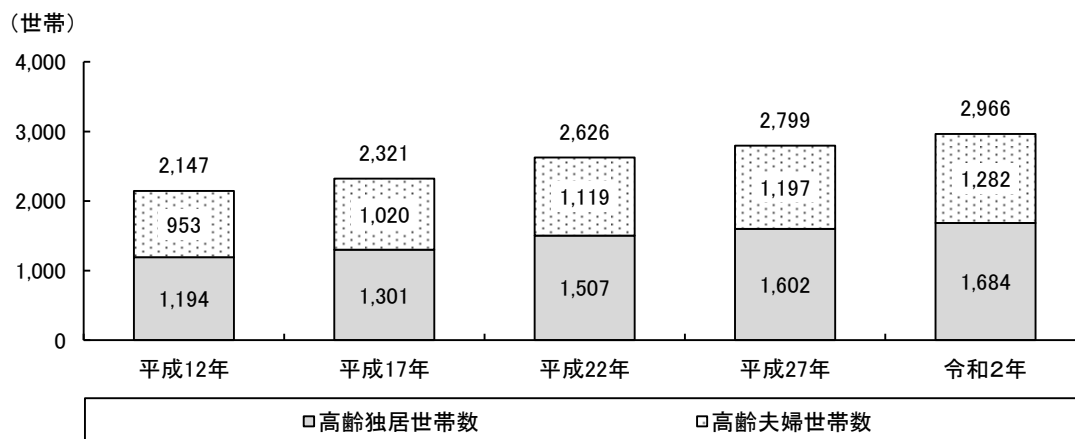


(資料) 平成17(2005)年～令和2(2020)年まで：総務省「国勢調査」
令和7年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」

(2) 高齢者世帯の状況

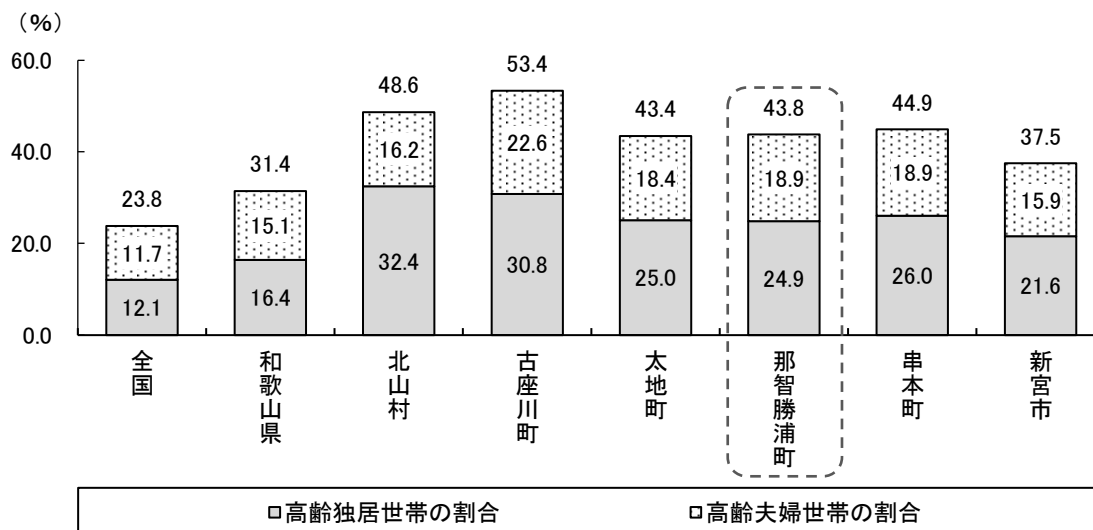
- 「高齢独居世帯数」「高齢夫婦世帯数」とともに増加しています。「高齢独居世帯の割合」及び「高齢夫婦世帯の割合」をみると、全国及び県と比べて、いずれも高くなっています。

高齢独居世帯数・高齢夫婦世帯数の推移



(出典) 総務省「国勢調査」

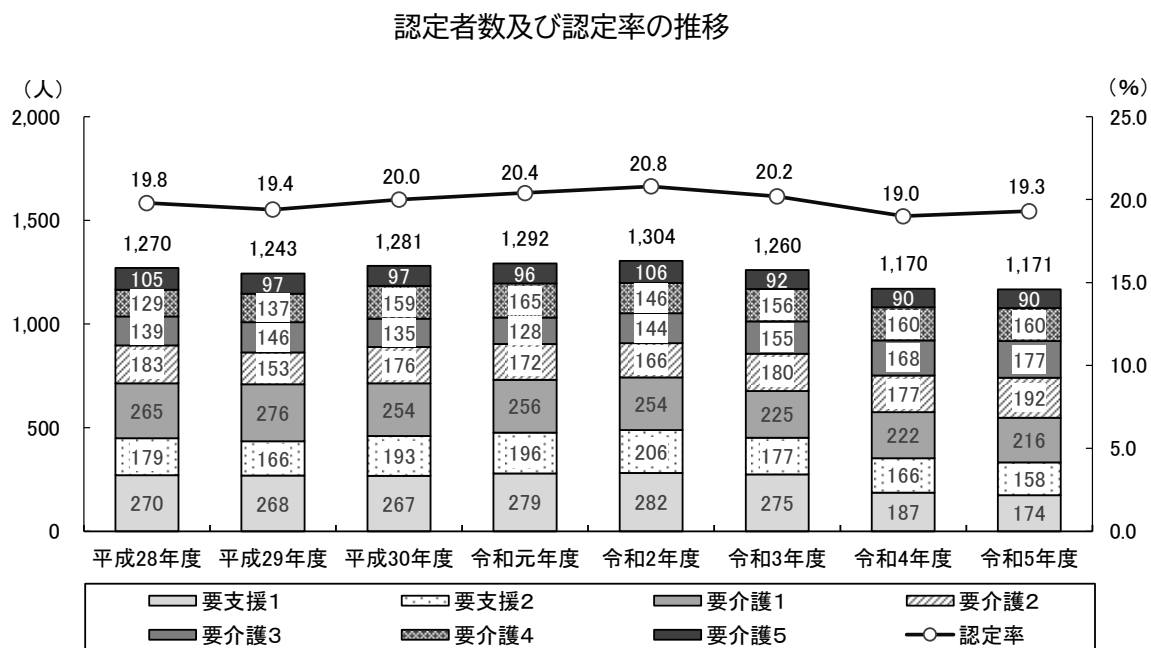
高齢独居世帯・高齢夫婦世帯の割合



(時点) 令和2年 (出典) 総務省「国勢調査」

(3) 認定者数及び認定率の推移

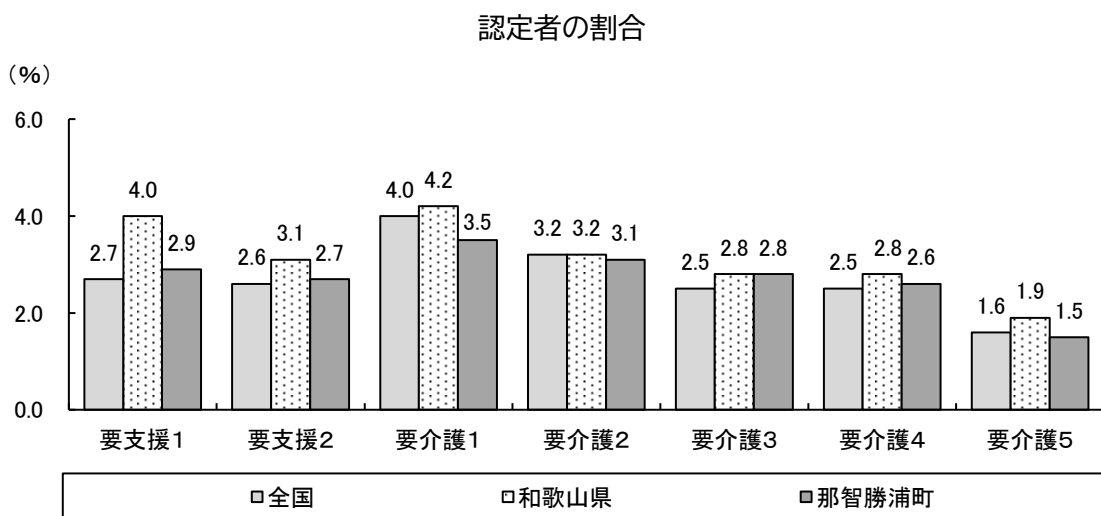
○認定者数、認定率ともに令和2年度まで増加傾向にありましたが、以降は減少し、令和4年度に最も低い数値となっています。しかし、令和5年度には認定率が増加し、特に要介護2、3の人数が増加しています。



(資料) 厚生労働省「介護保険事業報告」月報(9月)(令和5年度のみ7月)

(4) 認定者の割合

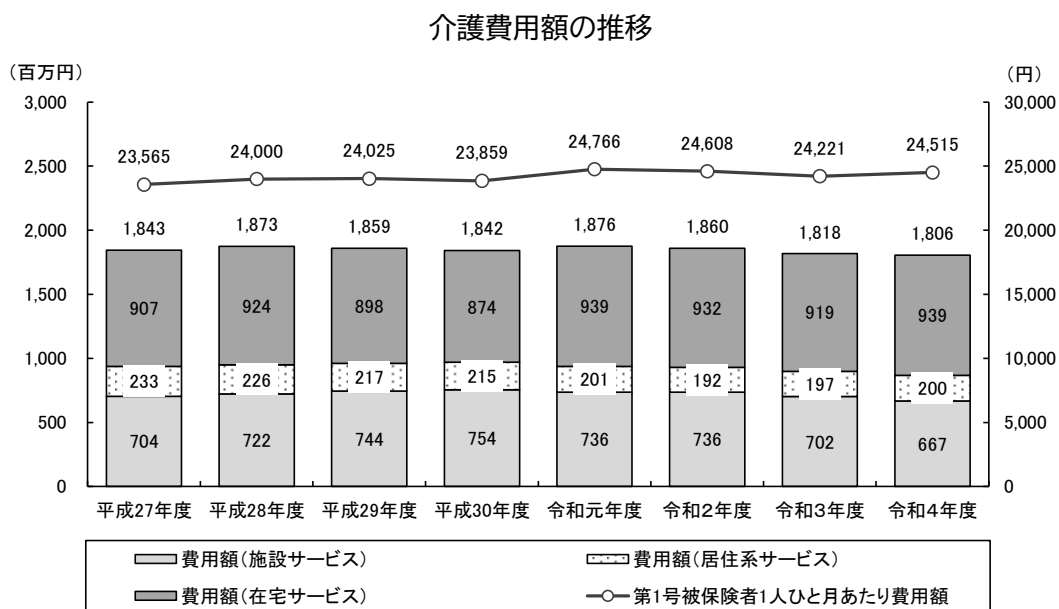
○認定者の割合は、全国と比べると同程度が多く、県と比べるといずれの介護度も低くなっています。



(資料) 地域包括ケア「見える化」システム (時点) 令和元年度(3月末時点)

(5)介護費用額の推移

○介護費用額の総額は増減がみられるもののほぼ横ばいで推移しており、1人ひと月あたり費用額も同様の傾向となっています。



(資料) 平成27年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」
令和3年度から令和4年度：「介護保険事業状況報告(月報)」令和4年2月サービス提供分まで

2 各種調査からみる高齢者の現状

(1)各種調査の実施状況

〈介護予防・日常生活圏域ニーズ調査〉

目的	令和6年度から始まる「第9期計画」の策定にあたり、町民の方の暮らしや健康、介護の状況をお伺いして計画の基礎資料とさせていただくことを目的として実施しました。
調査方法	郵送による配布・回収
調査期間	令和4年11月～12月9日（金）

◇配布・回収状況

配布数	有効回収者数	有効回収率
1,100 件	865 件	78.6%

〈在宅介護実態調査の実施〉

目的	令和6年度から始まる「第9期計画」の策定にあたり、町民の方の暮らしや健康、介護の状況をお伺いして計画の基礎資料とさせていただくことを目的として実施しました。
調査方法	郵送による配布・回収及び認定調査員による聞き取り
調査期間	令和4年11月～12月9日（金）（聞き取り調査は8月から）

◇配布・回収状況

配布数	有効回収者数	有効回収率
456 件	350 件	76.8%

〈在宅生活改善調査の実施〉

目的	本町に所在する居宅介護支援事業者及び小規模多機能型居宅介護事業所を対象に、現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者の実態についてお伺いし、住み慣れた地域での生活を継続するために必要な支援やサービス等について検討するために実施しました。
調査方法	郵送による配布・回収
調査期間	令和4年12月～令和5年1月27日（金）

◇配布・回収状況

配布数	有効回収者数	有効回収率
10件	9件	90.0%

〈介護人材実態調査の実施〉

目的	本町に所在する訪問系サービス及び施設・居住系サービスを提供する事業所を対象に、介護人材の実態（性別・年齢別・資格の有無別等）についてお伺いし、今後の介護人材の確保に向けた取組等を検討するために実施しました。
調査方法	郵送による配布・回収
調査期間	令和4年12月～令和5年1月27日（金）

◇配布・回収状況

配布数	有効回収者数	有効回収率
36件	19件	52.8%

(2)調査結果から見える町の実態

〈介護予防・日常生活圏域ニーズ調査〉

① 介護、介助を受けている先（問3）

○軽度認定者（事業対象者～要支援認定者）の60%超が「介護サービスのヘルパー」から介護を受けていますが、内容は、主に生活援助（買い物、調理、掃除等）と考えられるため、専門職の負担が大きくなっていることが考えられます。



② 外出について（問10、11、12、13）

○昨年と比べて外出の回数が減っている（「とても減っている」と「減っている」の合計）と回答した人が9.6ポイント低下しており、また、外出を控えているかについても、「はい」が14.1ポイント低下しています。

○特に外出を控えている理由を「足腰などの痛み」と答えた人が51.0%と半数以上となっていることから、筋力低下等の影響が大きいことが考えられます。



③ 趣味や生きがい（問22〔8〕〔9〕）

○前回調査と比較して、趣味が「思いつかない」と答えた人が8.7ポイント増加しています。

○生きがいについても「思いつかない」と答えた人が23.3ポイントと大幅に増加しています。

○趣味や生きがいのない人が増えており、社会参加への意欲低下が危惧されます。

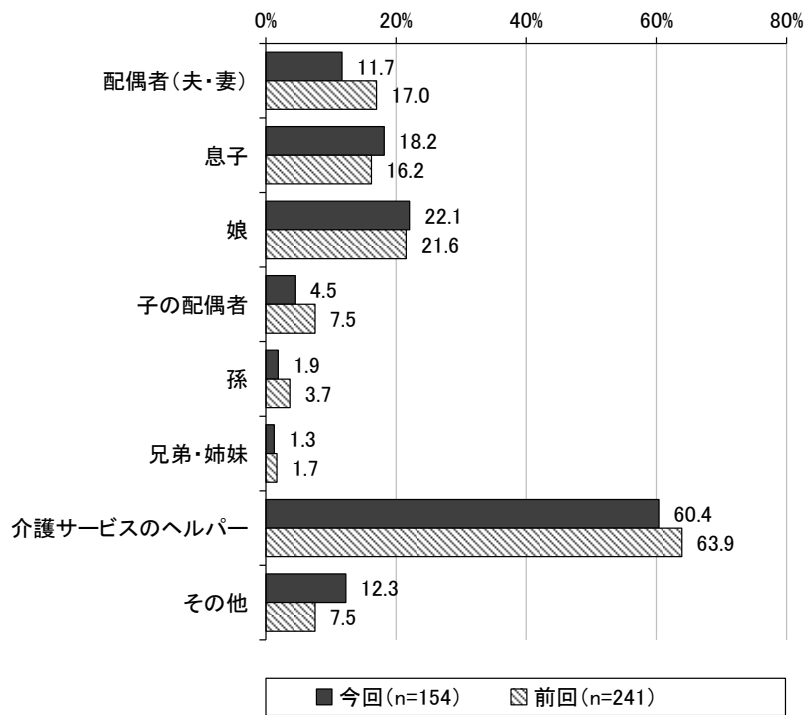


④ 地域活動の参加（問23）

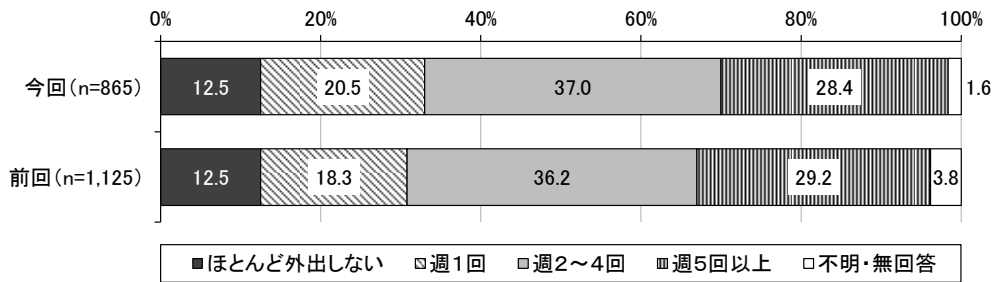
○前回調査と比較して、全体的に「週1回」以上参加していると答えた人の割合が低下しています。これらの活動への参加は、社会参加となりますので、参加率の低下は、社会参加率の低下といえます。新型コロナウイルス感染症の影響も考えられますが、社会参加率の低下は、介護予防に大きく関係していくと考えられます。



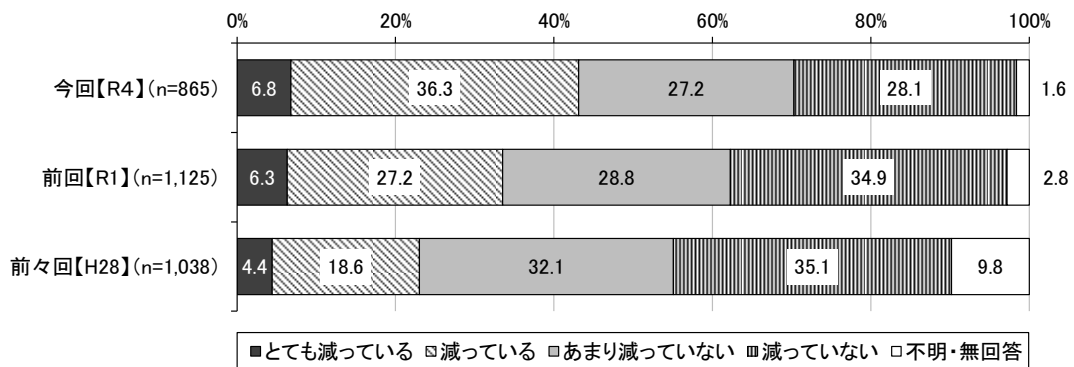
① 問3 主にどなたの介護、介助を受けていますか(複数回答)



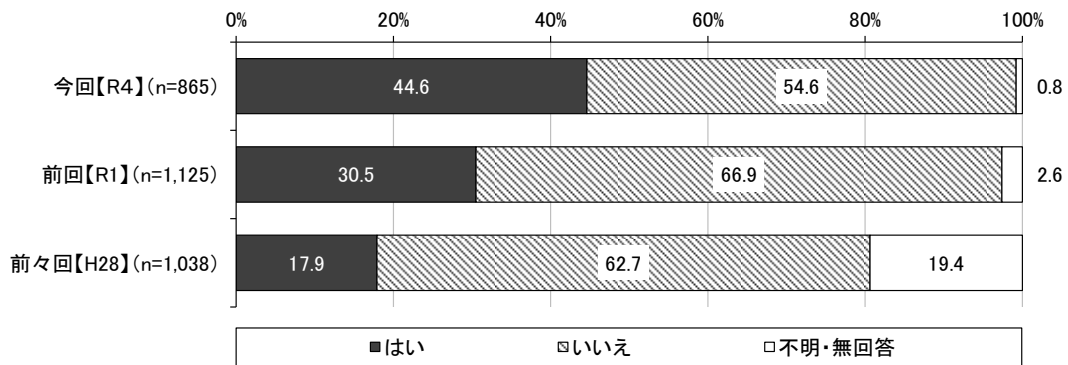
②-1 問10 週に1回以上は外出していますか(単数回答)



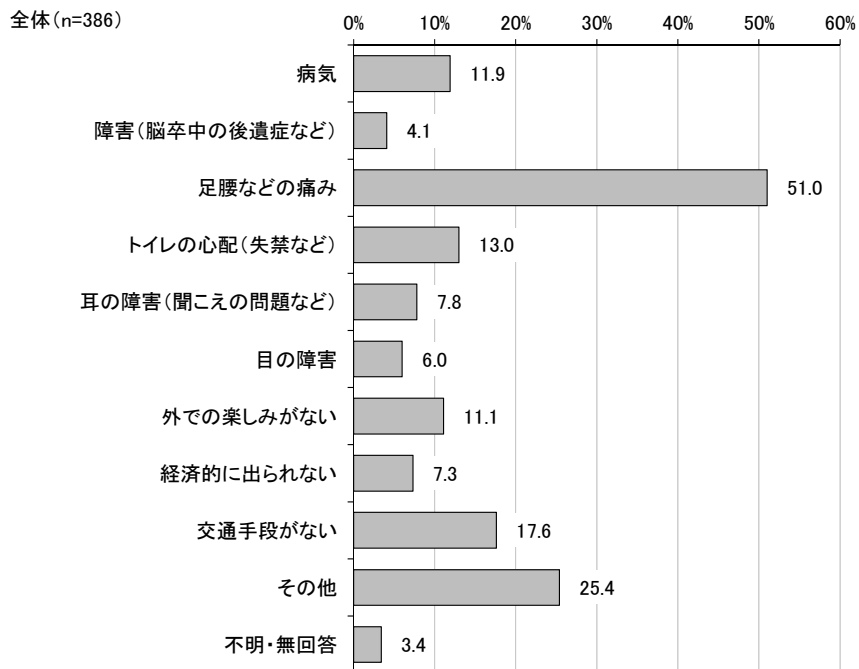
②-2 問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか(単数回答)



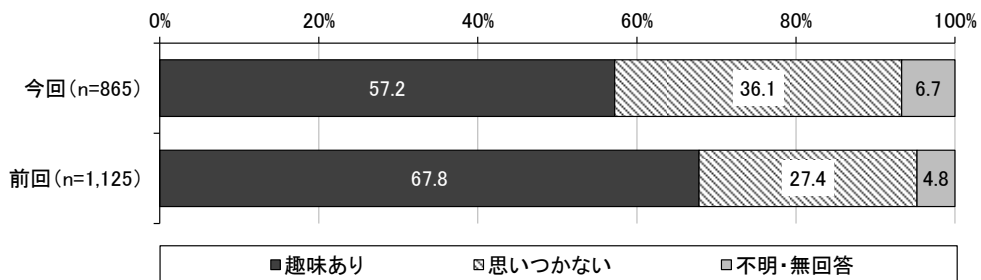
②-3 問 12 外出を控えていますか(単数回答)



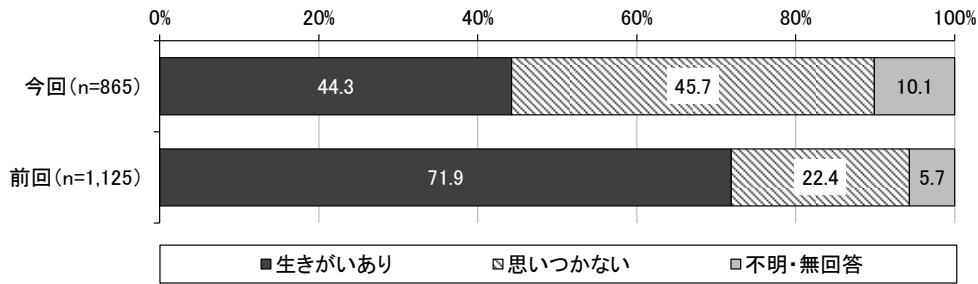
②-4 問 13 外出を控えている理由は、次のどれですか(複数回答)



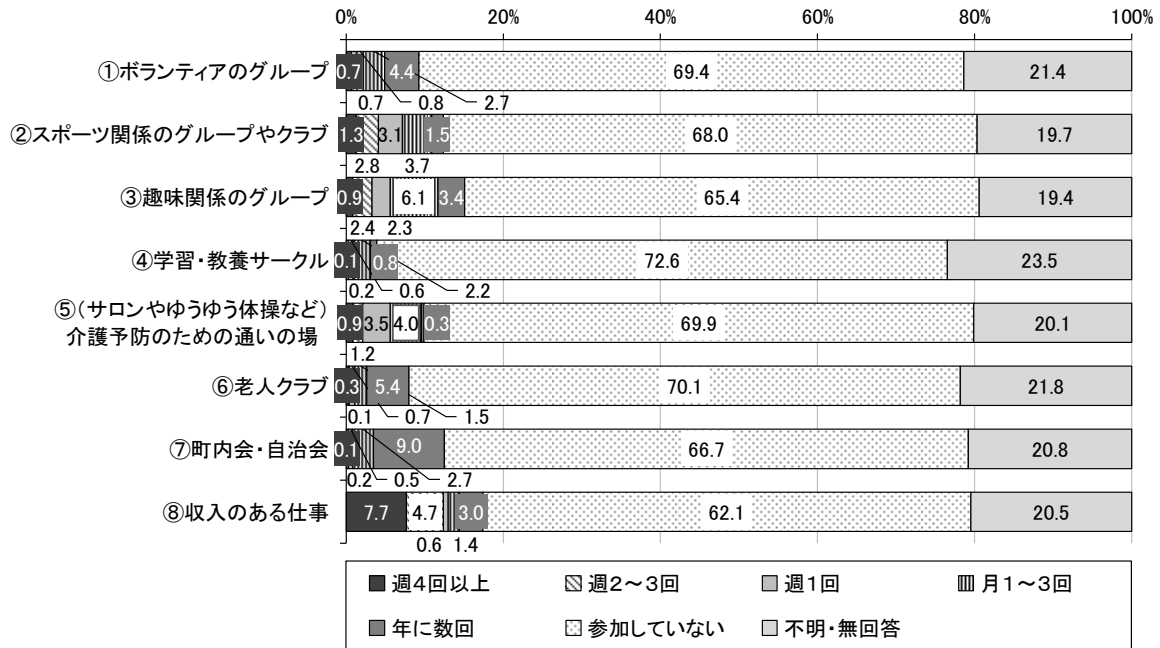
③-1 問 22(8)趣味はありますか(単数回答)



③-2 問 22(9)生きがいがありますか(単数回答)



④ 問 23「ボランティア、スポーツ関係、趣味関係、学習・教養サークル、介護予防のための通いの場、老人クラブ、町内会・自治会、収入のある仕事」の参加頻度について(単数回答)



〈在宅介護実態調査〉

① 介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた（問8）

○前回調査と比較して、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」と答えた人が4.2ポイント上昇しています。そのときの被介護者の要介護度には明確な差が見られないため、軽度認定であっても仕事を辞めている可能性があります。



② 「介護保険サービス以外」の支援・サービス（問9、10）

○現在、利用している介護保険サービス以外の支援・サービスについては、「外出同行（通院、買い物など）」と「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が多くなっています。

○今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスにおいても「外出同行（通院、買い物など）」と「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」は高くなっています。

○移動支援に関するニーズの高さが伺えます。



③ 施設等への入所・入居の検討状況（問11）

○施設等への「入所・入居を検討している」及び「すでに入所・入居申し込みをしている」の割合が合わせて27.2%と高くなっています。要介護度別においても「要支援1・2」で17.5%、「要介護1・2」で27.8%と軽度認定の段階から入所・入居を検討している人が多くなっています。



④ 介護保険サービスの利用状況（問 14、15、20）

- 現在、介護保険サービスを「利用していない」と回答した人が、「要介護1・2」では30.7%、「要介護3～5」では22.1%となっています。
- その理由について、「要介護1・2」では、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」が34.9%、「家族が介護をするため必要ない」が30.2%と高くなっています。「要介護3～5」では、「家族が介護をするため必要ない」が53.3%と非常に高くなっており、どちらも家族の介護力が大きな理由といえます。
- 現在の生活を継続していくに当たって、家族が不安に感じる介護等については、特に「要介護1・2」及び「要介護3～5」においては、「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」が高く、家族が不安に感じているものといえます。これらの支援やサービスは、家族の負担軽減に有効と考えられます。

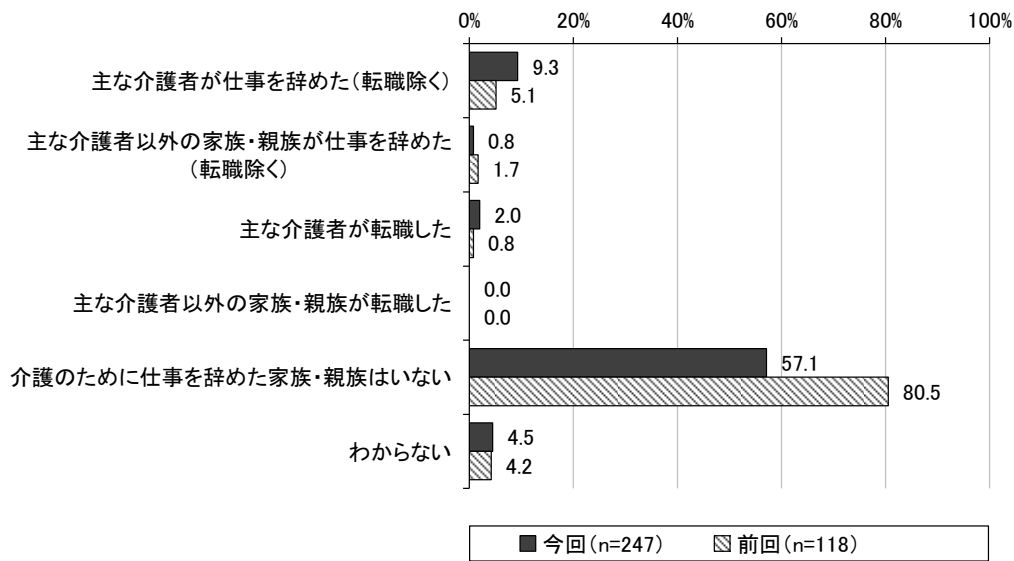


⑤ 働きながら介護（問 19）

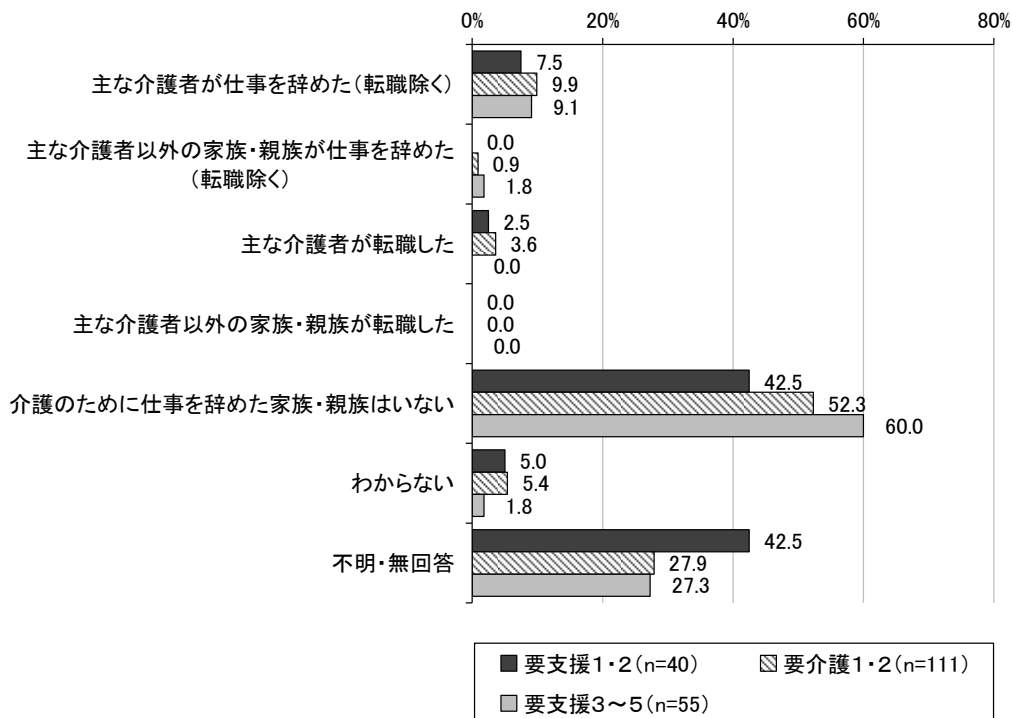
- 家族介護者のうち、働きながら介護を続けていくのは難しい（「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」の合計）と答えた人が24.1%となっています。また、何とか続けていけるが問題はあるとしている人が53.4%と半数以上となっています。家族の就労継続のための支援が重要であると言えます。



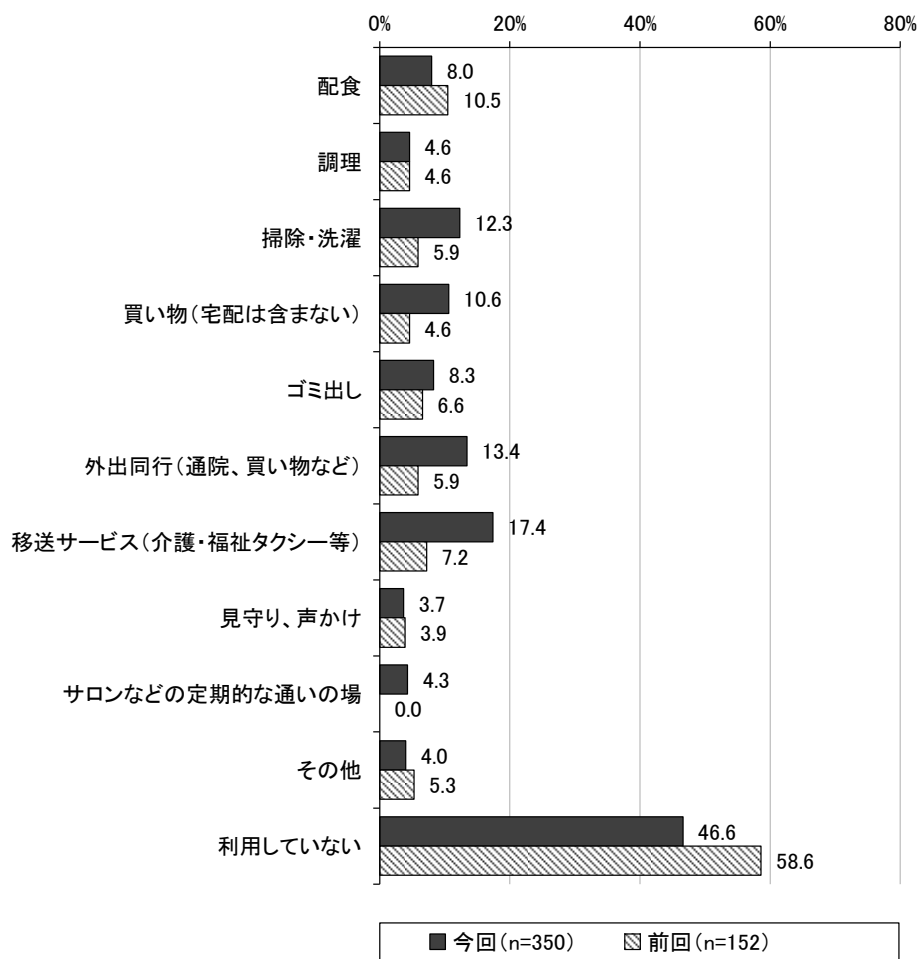
① 問8 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(複数回答)



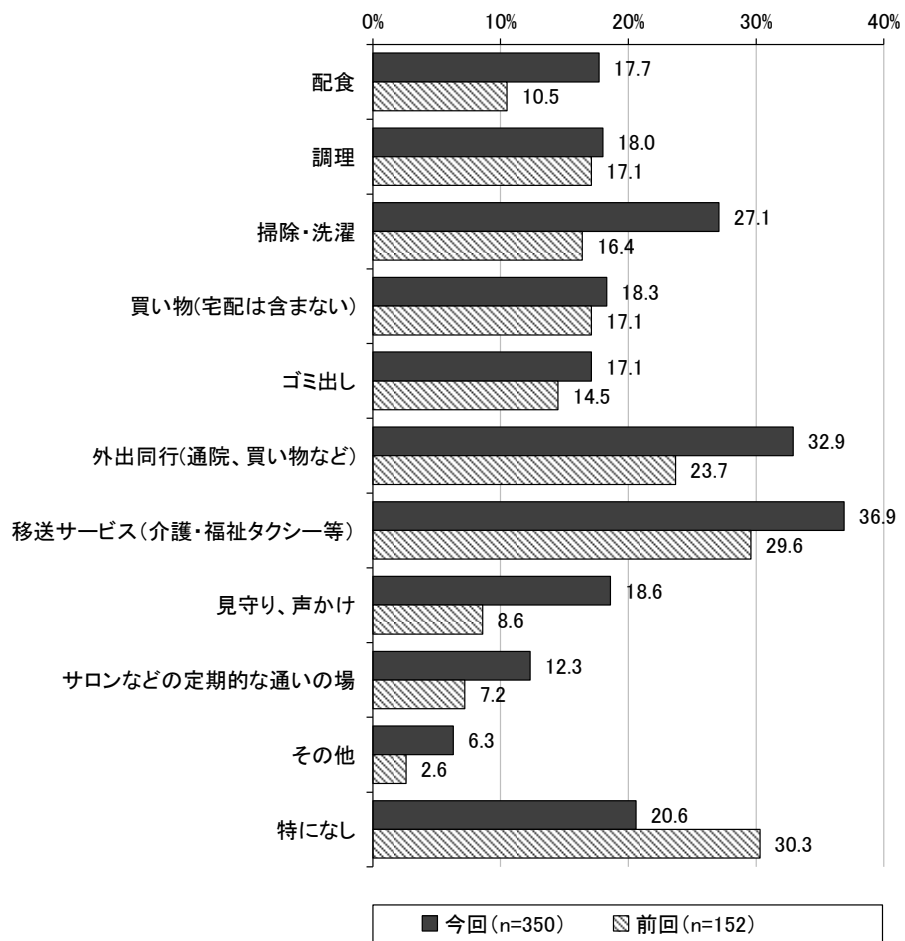
【要介護度別×介護が理由で仕事を辞めた家族の有無】



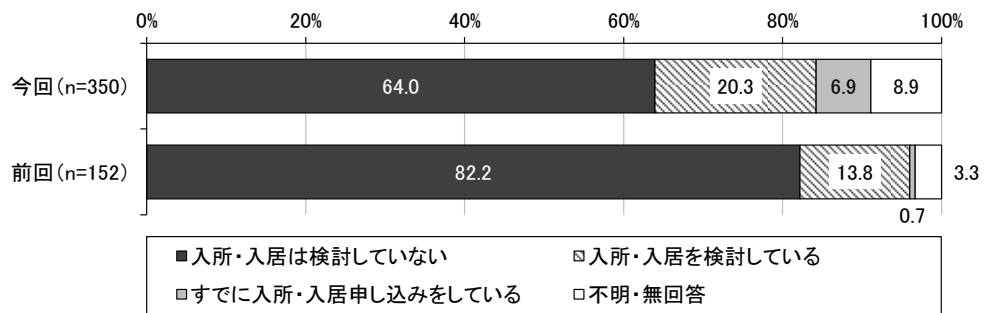
②-1 問9 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください(複数回答)



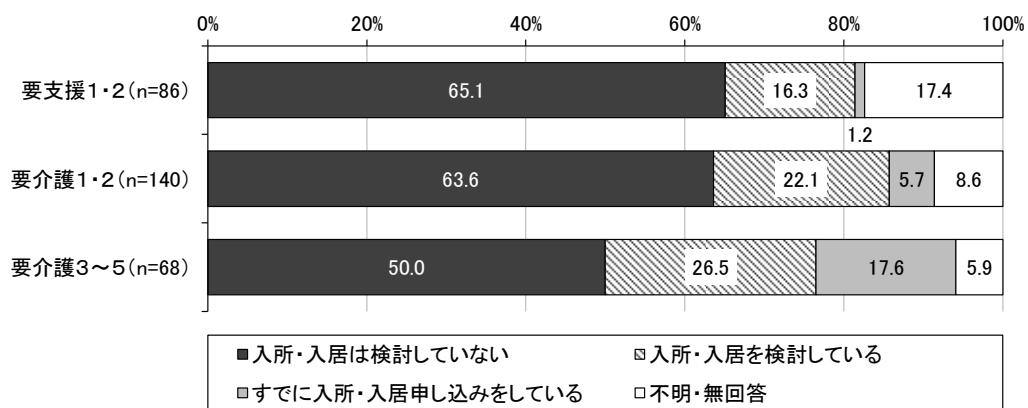
②-2 問 10 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数回答)



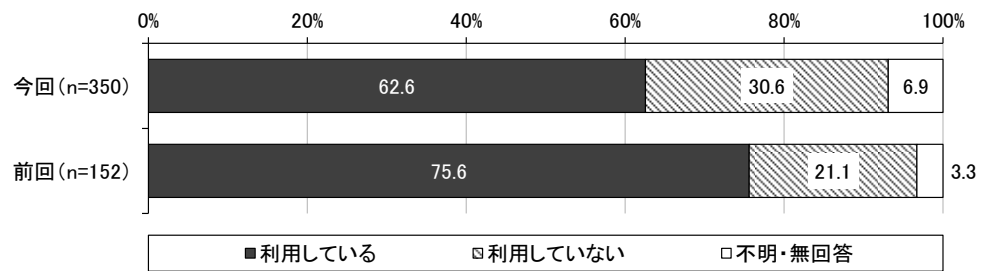
③ 問 11 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(単数回答)



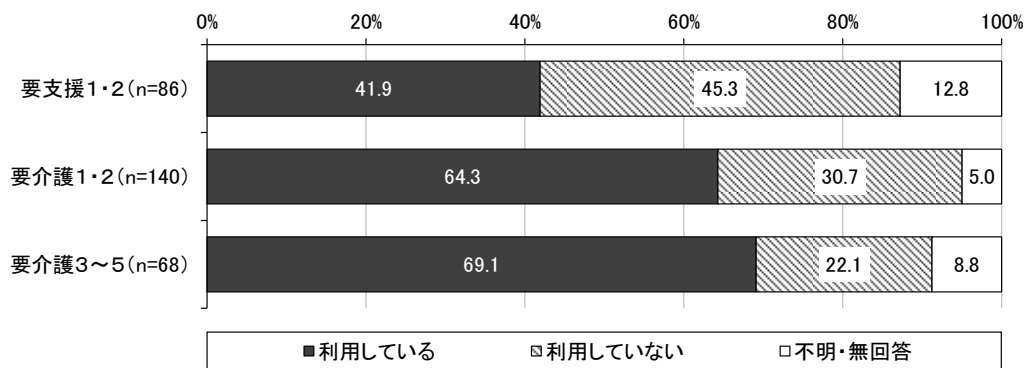
【要介護度別×施設等への入所・入居の検討状況】



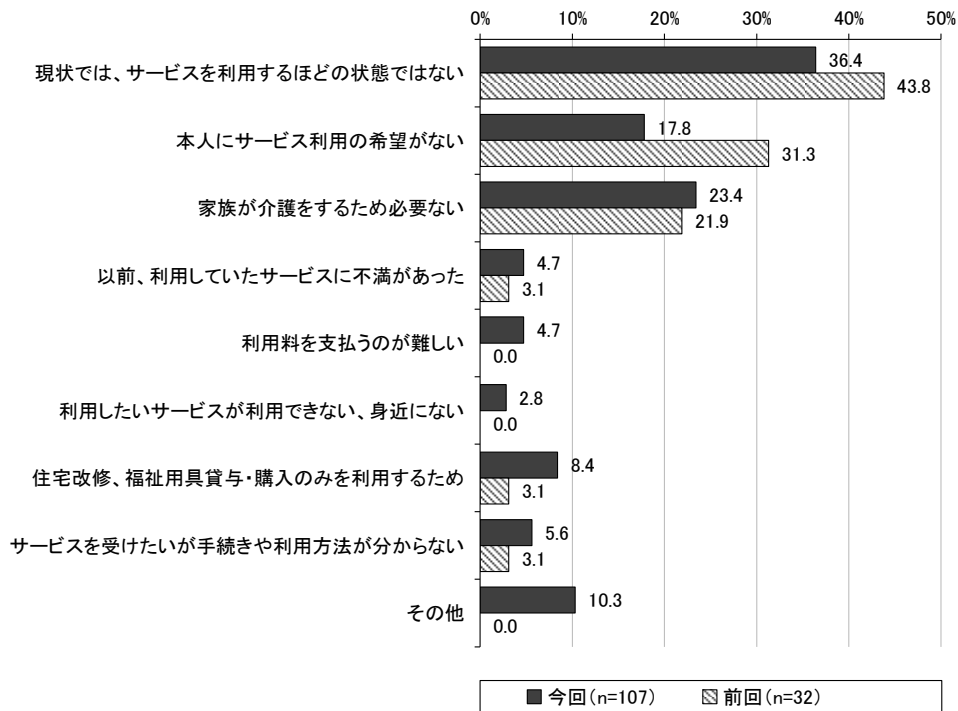
④-1 問 14 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか
(単数回答)



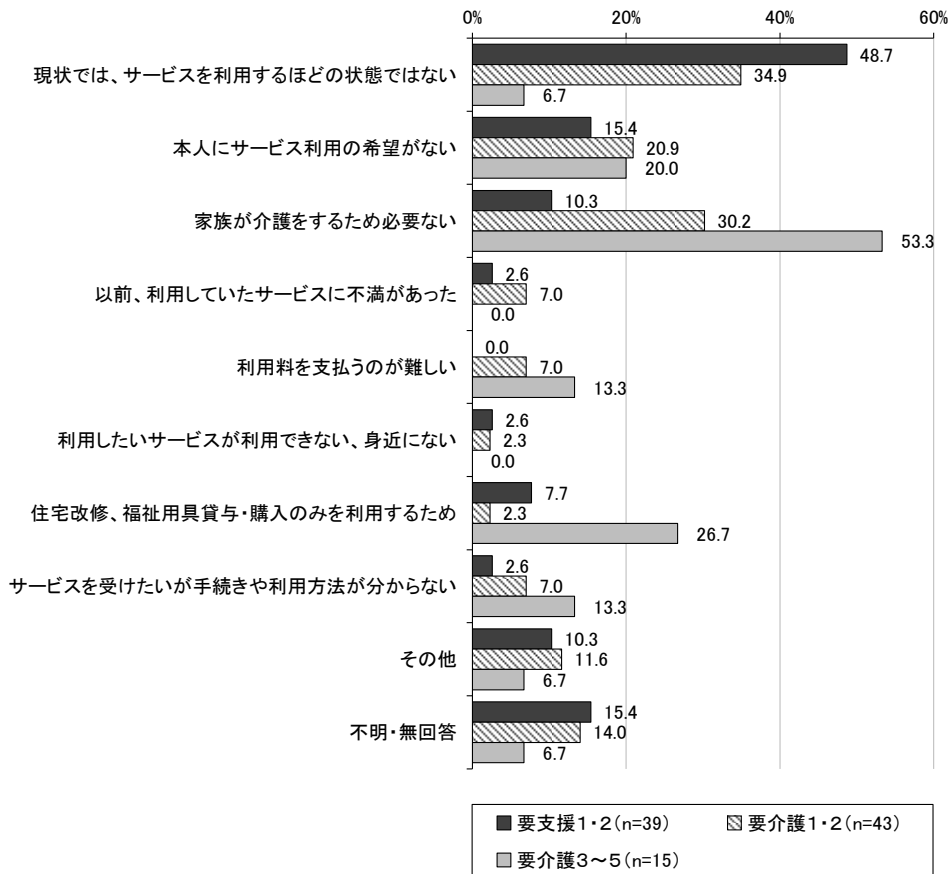
【要介護度別×介護保険サービスの利用の有無】



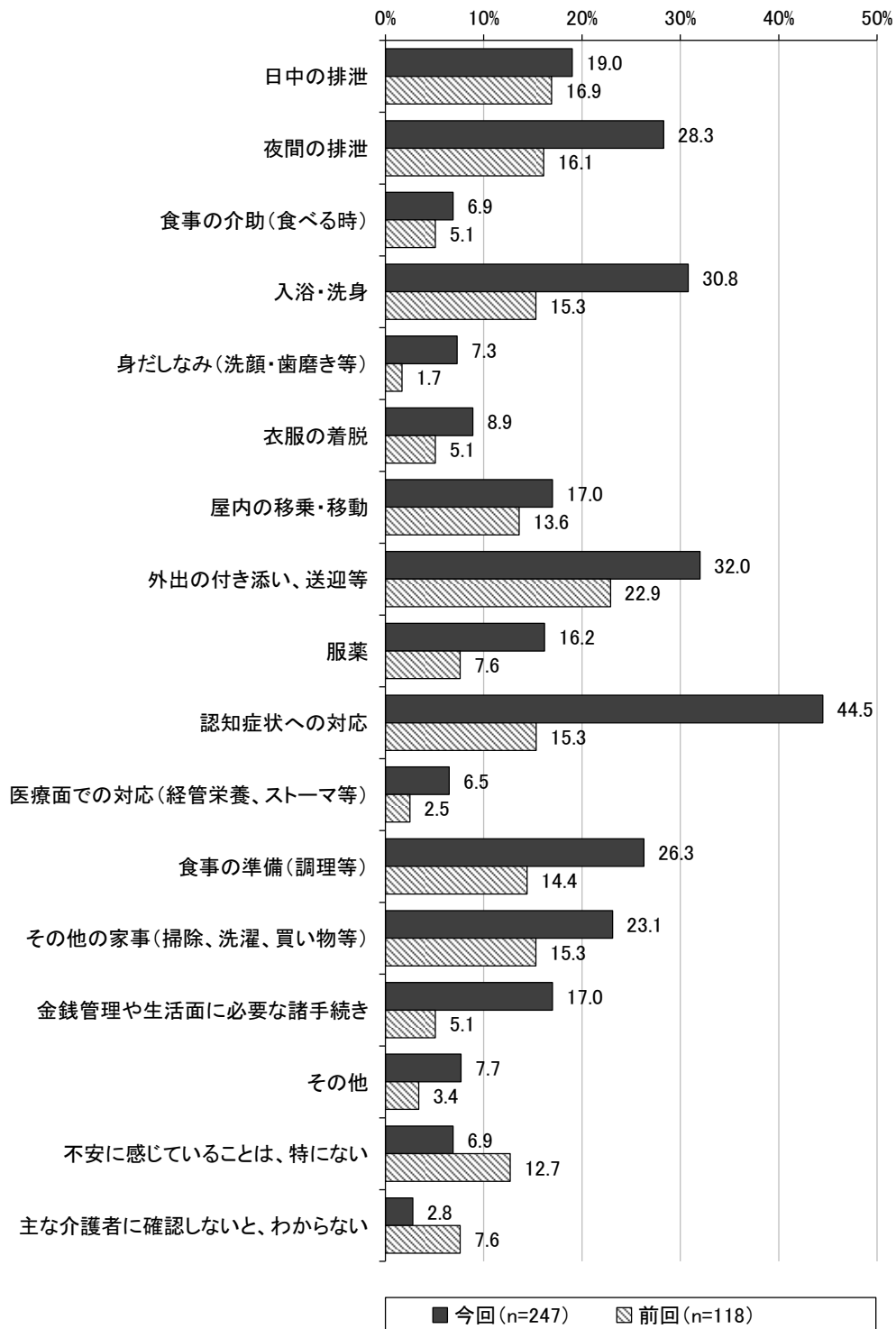
④-2 問 15 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数回答)



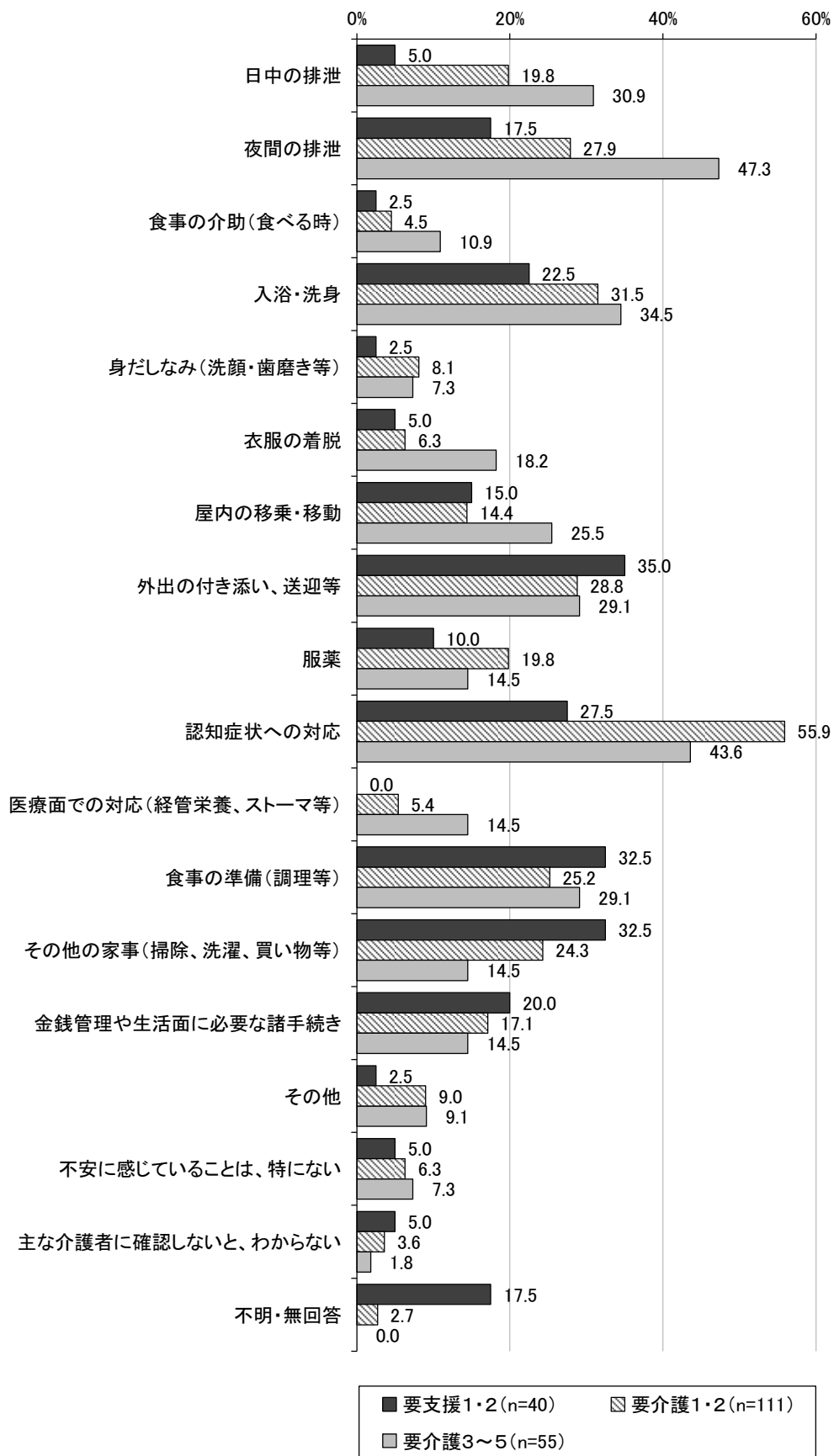
【要介護度別×介護保険サービスを利用していない理由】



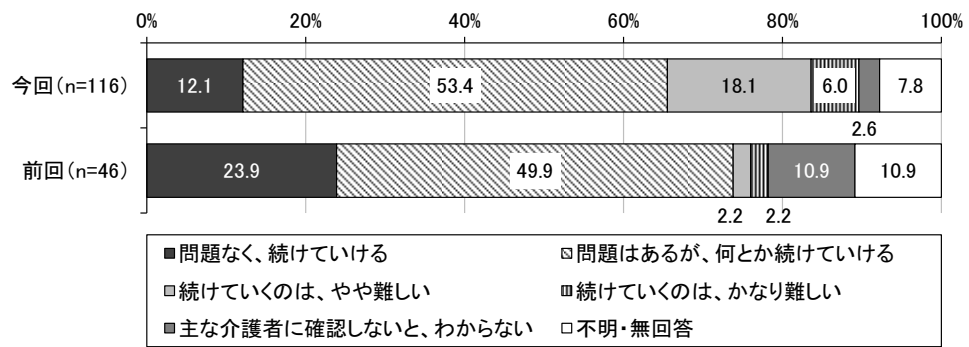
④-3 問 20 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません)(複数回答)



【要介護度別×介護者が不安に感じる介護】



⑤ 問 19 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか(単数回答)



〈在宅生活改善調査〉

自宅等から居場所を変更した利用者の要介護度

○要介護1がもっとも多く、次いで要介護2が多くなっており、現在、在宅での生活の維持が難しくなっている利用者が6.7%程度となっています。



在宅での生活の維持が難しくなっている理由

○軽度認定者(要支援1～要介護2)において、「必要な身体介護の増大」に加えて、「認知症の症状の悪化」が高くなっていることから、認知症を理由として、軽度の段階から在宅生活の維持が困難になっている人が多いことが分かります。

〈介護人材実態調査〉

性別・年齢別の雇用形態の構成比

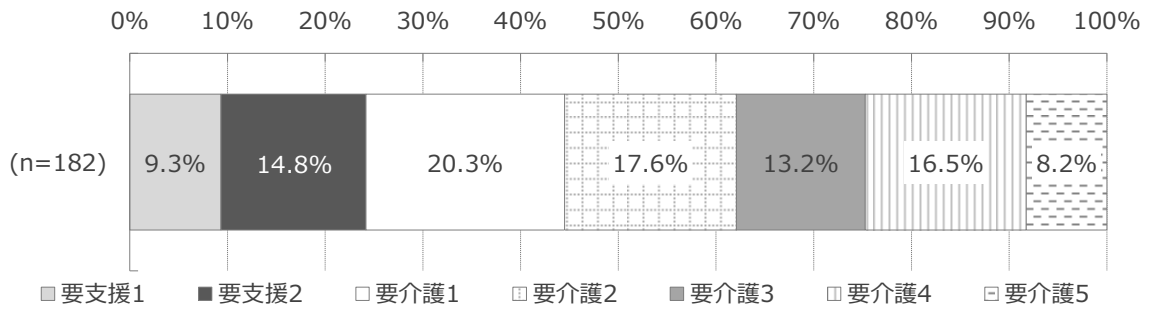
○訪問系サービスにおいて、70歳代以上が11.5%、60歳代が29.5%と高くなっています。その他のサービスについては、比較的平準化されていますが、施設・居住系の60歳代が22.4%と高くなっています。通所系を除く各サービスの職員の高齢化が進んでいることが分かります。



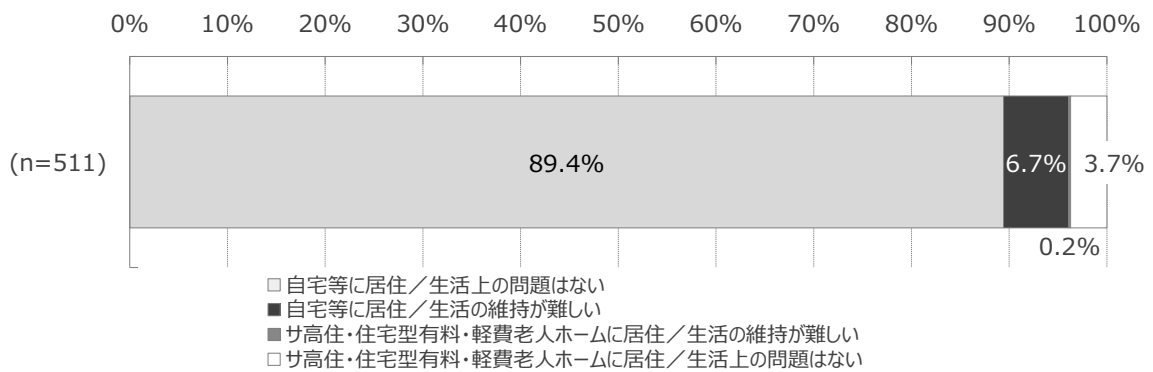
訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳

○訪問介護員が提供する生活援助サービスの提供時間では、「介護給付」では42.8%、「予防給付・総合事業」では90.1%となっており、「生活援助」におけるサービス提供が多いことが分かります。

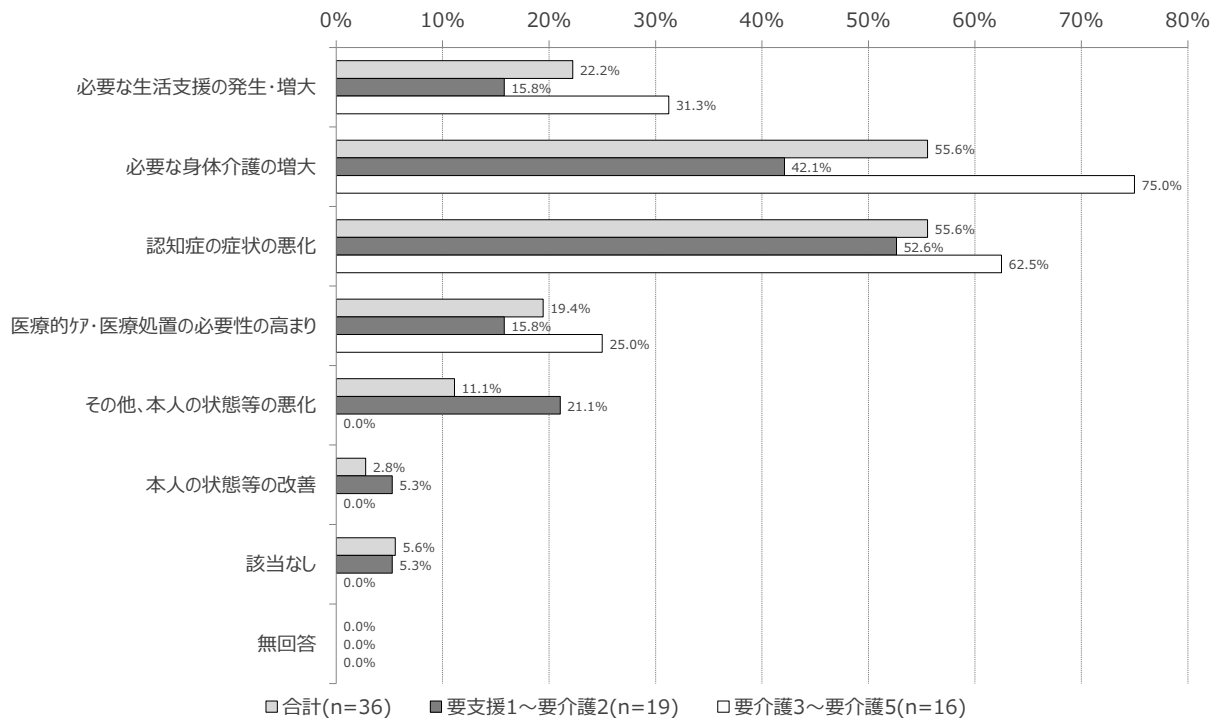
過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者の要介護度の内訳(在宅生活改善調査)



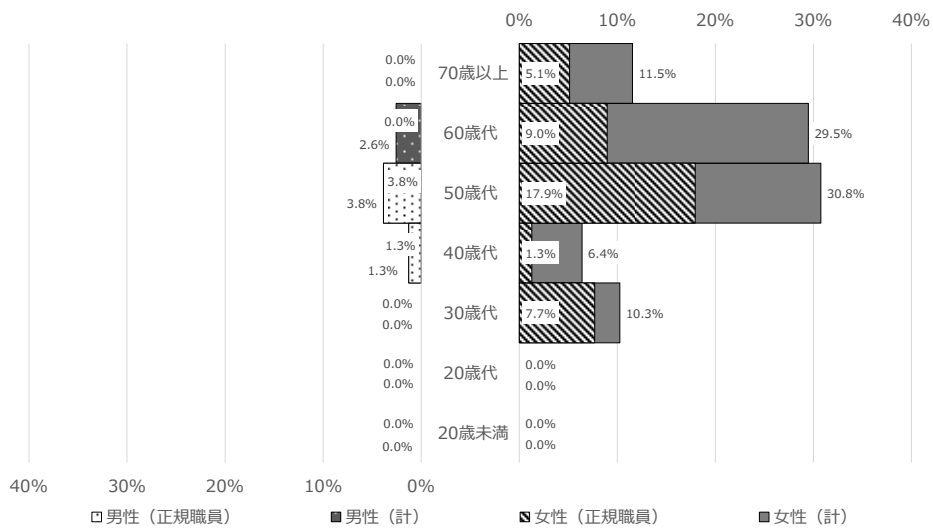
現在、在宅での生活の維持が厳しくなっている利用者(在宅生活改善調査)



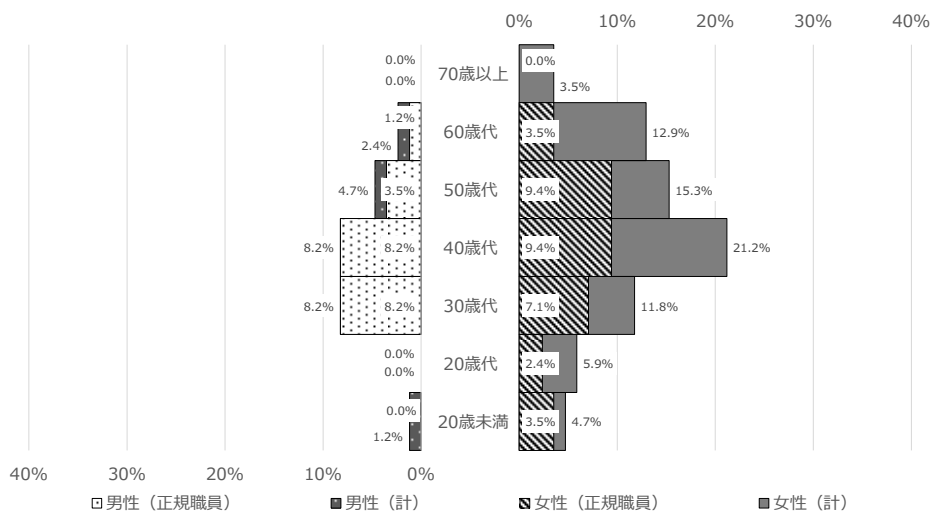
生活の維持が難しくなっている理由 (在宅生活改善調査)



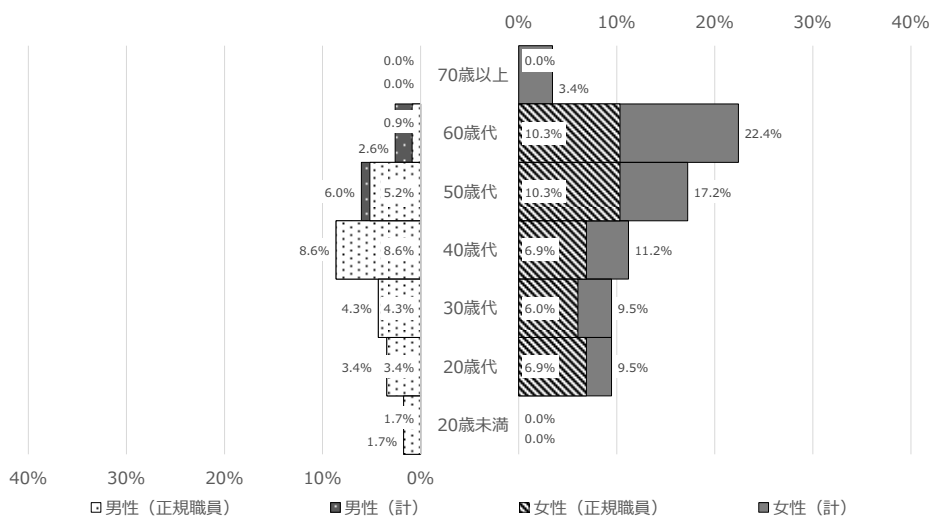
性別・年齢別の雇用形態の構成比(訪問系) (介護人材実態調査)



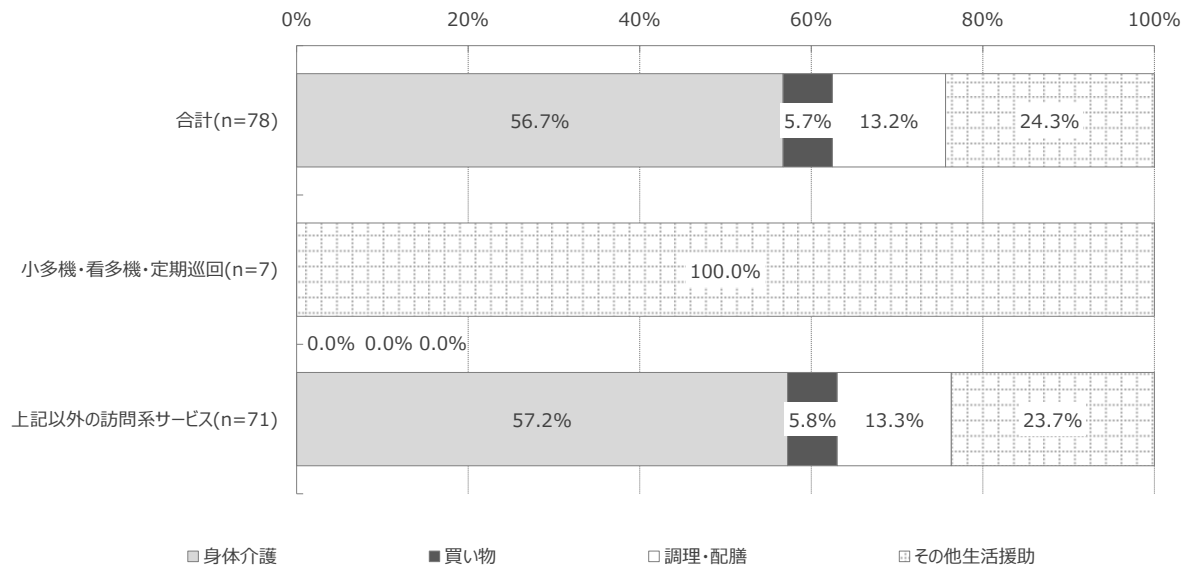
性別・年齢別の雇用形態の構成比(通所系) (介護人材実態調査)



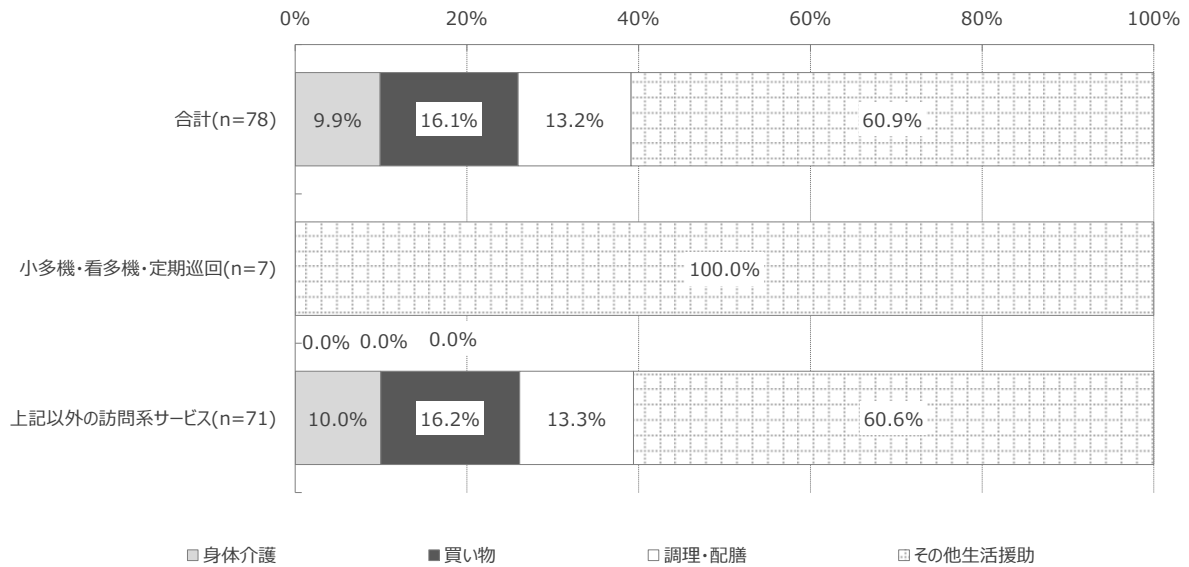
性別・年齢別の雇用形態の構成比(施設・居住系) (介護人材実態調査)



訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳(介護給付) (介護人材実態調査)



訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳(予防給付・総合事業) (介護人材実態調査)



3 前期計画の進捗・評価と課題

(1) 地域共生社会の実現に向けて

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●地域ケア個別会議は、継続して開催しています。●相談事案についても地域包括支援センターにおいて必要な対応ができています。	<ul style="list-style-type: none">◆取組は高齢者分野に限られてしまい、障がい等の関係部署との協議を含めて、断らない相談支援（重層的支援体制整備事業）に向けた取組は進んでいません。

障がい者自身やその家族の高齢化も進んでおり、また、ヤングケアラー等の多様化・複雑化した課題への対応が求められています。分野横断的な連携が必要となっています。

(2) 介護保険サービス

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●これまで事業者と定期的に協議を行う場がなかったため、協議の場の立上げに向けた意見交換会を開催しました。●介護人材不足について、近隣市町村と意見交換を行いました。●指定申請様式については、国の動きに合わせて簡素化を実施しました。	<ul style="list-style-type: none">◆ICTの活用等の施策においては、取組は実施できませんでした。◆人材確保やICTの活用等、必要なサービスの確保は、今後優先して取り組むべき課題となっています。

介護人材の確保は、全国的にも課題となっており、事業者と協力した取組と併せて広域での取組を継続し、成果につなげることが重要となっています。

また、事業者の負担軽減を含め、デジタル化に向けた取組も求められています。

(3) 高齢者が安心して暮らせる住まいの確保

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●特別養護老人ホームについては、待機者数の情報は把握できるものの、必要量確保に向けての協議は実施できていません。●介護医療院への転換はなく、医療病床への転換となっています。●認知症対応型共同生活介護（グループホーム）2か所に認知症地域支援推進員を委託し、協力体制が構築できました。	<ul style="list-style-type: none">◆特別養護老人ホーム等の施設についても人材不足が深刻な状況となっています。◆生活困窮者の方や孤立する高齢者等への支援について検討が必要です。◆施設や住まいの確保に向けては、状況確認のための協議の場が必要です。

高齢者が安心して暮らしていくためには、居住の支援体制を構築することが求められます。施設や住まいの確保について、新たな施設等の整備は難しいものの、事業者等との協議の場を確保するとともに、様々な方策について検討することが必要となっています。

(4) 介護を取り巻く環境づくり

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●通いの場の補助金創設等により概ね全地区に通いの場ができました。●地域包括支援センターにおいて人員体制を強化し、相談体制の見直しを図りました。また、権利擁護業務についても虐待や詐欺被害等に対応する体制についても構築しました。●移動手段の確保について、関係部署と連携体制を構築しました。	<ul style="list-style-type: none">◆住民主体で支援を行う有償ボランティアの立ち上げ等、社会参加の機会の充実が必要です。◆家族介護者への取組については実施に至らなかったため、関係部署と連携し、対応する仕組みづくりが求められます。◆成年後見制度利用促進に係る中核機関との連携強化が必要です。

家族介護者への取組について、ヤングケアラーや老老介護の問題が顕在化していることを踏まえ、家族介護者への支援の充実が求められています。

また、体制づくりの構築が進む中で、より一層連携強化を図り、継続的な事業としていくことが重要です。

(5)介護予防の推進

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●自立期の取組が重要であることから、通いの場の充実やウォーキング事業等を実施しました。●医療機関との連携やその他リハ職との関係構築に取り組みました。●町オリジナルのストレッチ運動を作成し、手引きを作成しているところです。	<ul style="list-style-type: none">◆フレイル期の取組(短期集中予防サービス(C型))や要介護認定後に受けるリハビリテーション体制づくりについては今後の課題です。◆自立期における介護予防の取組について、人材等の制約がある中で充実化を図るため、住民への支援についても整理が必要です。

介護予防は、高齢者自身が積極的に取り組むための、情報提供や継続性を高める取組が必要となります。現在実施している事業の継続や今後の事業について、高齢者のニーズを把握した上で、充実を図る必要があります。

(6)認知症になっても安心できる地域づくり

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●認知症ケアパスを見直し、各世帯に配布するなど、普及啓発を行いました。●認知症カフェについては、開設に至っていません。●認知症の人と地域住民との交流イベントを実施しました。●認知症サポーター養成講座をあまり実施することができませんでした。	<ul style="list-style-type: none">◆認知症ケアパスの見直しを継続するとともに、地域住民への啓発や医療・介護の連携強化についても進める必要があります。◆認知症カフェを含めた次期計画の認知症施策の方向性を再度検討する必要があります。◆チームオレンジの構築に向けて積極的に養成講座を実施していくことが求められます。◆相談窓口となる地域包括支援センターとしても、初期集中支援チームの役割や通常の相談業務との違い等、再度整理が必要です。

認知症は、年齢を重ねる中で誰にでも起こりうる症状です。認知症になっても安心して暮らせる地域づくりが重要となっています。そのため、住民の認知症への理解促進を図り、チームオレンジ等の地域や専門職の連携等の体制の充実を図ることが求められています。また、介護をする家族への支援も重要となることから、さらなる取組の推進が必要です。

(7) 自立支援・重度化防止に向けた取組

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●地域包括支援センターにおいて保健師を配置し、3職種の配置ができました。●地域ケア個別会議については、月1回開催することができ、地域包括支援センターのケアマネジャーの資質向上につながりました。●地域包括支援センター運営協議会において評価を実施し、意見をもとに作成した運営方針により運営ができています。	<ul style="list-style-type: none">◆理学療法士の配置がなくなったため、今後の体制強化が課題です。◆人員確保を継続して進めるとともに、介護予防ケアマネジメントの外部委託について精査を行う必要があります。◆地域ケア個別会議については、地域課題の把握に繋がるよう、会議の形態等について検討する必要があります。

地域包括支援センターの体制の充実を図るためには、人材の確保・育成が重要となります。また、障がいや子ども、権利擁護等、他の部署との連携強化も求められることから、人材確保・育成とともに積極的に運営強化を進める必要があります。

(8) 町単独事業の実施

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●紙おむつ給付費支給制度については計画どおり実施できましたが、給付は大幅に少なくなっています。●配食サービス事業等については計画どおり実施できました。	<ul style="list-style-type: none">◆紙おむつ給付費支給制度については、継続して取り組むこととなりますが、内容を見直す必要があります。◆福祉サービスについては、継続・廃止等について見直しが必要です。

高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるよう、支援の充実を図ることが求められます。

実情に応じた事業のあり方を継続して検討し、取り組む必要があります。

(9)災害・感染症への対策

現状	課題
<ul style="list-style-type: none">●「避難行動要支援者台帳」への登録や「個別計画」作成を促進するなどの取組は進んでいません。●介護事業者に対して、災害時の対応についての必要な支援については取り組めていません。●感染症対策について地域への普及啓発には取り組みましたが、事業者に対する支援については情報提供にとどまりました。	<ul style="list-style-type: none">◆日頃から要支援者を地域で把握し、見守る自主防災力の強化等、今後の取組について検討が求められます。◆事業者との連携・支援についても引き続き取り組む必要があります。

近年の災害発生状況や、感染症の流行を踏まえ、これらへの備えが重要となります。防災や感染症対策について周知啓発等を推進するとともに、事業所等においても、必要物品の確保や訓練の実施等に取り組むことが求められます。

4 今後の方向性まとめ

(1) 各種調査結果のまとめ

〈高齢者が抱えるリスク〉

- 筋力低下等の影響から外出を控えた人が多くなっています。
- 趣味や生きがいのない人が増えており、社会参加への意欲低下が危惧されます。
- ボランティア等のグループ活動に「週1回」以上参加している人の割合が低くなっています。
- 要支援になるリスクがいずれも前回調査と比較して上昇しており、今後の介護ニーズの高まりが懸念されます。

新型コロナウイルス感染症の影響や高齢化の進展等から社会参加の機会が少なくなっており、対策が必要です。



〈介護者・被介護者の状況について〉

- 軽度認定であっても仕事を辞めている可能性があります。
- 移動支援に関するニーズが高い状況です。
- 軽度認定の段階から入所・入居を検討している人が多くなっています。
- 「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」に関するサービスが今後、重要になります。
- 家族の就労継続のための支援が必要です。

在宅生活の限界点を高めるため、サービス整備や家族が今後も安心して介護を続けられるようにさらなる家族支援が求められます。



〈介護人材について〉

- 通所系を除く各サービスの職員の高齢化が進んでいます。
- 訪問介護では、「生活援助」におけるサービス提供が多くなっています。

特に高齢化が進むサービスの人材確保が求められます。
生活援助の代替サービスの構築が求められます。

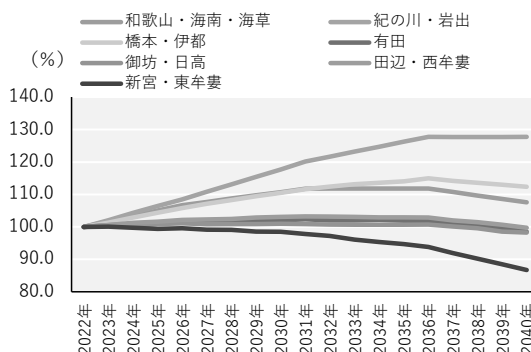


(2) 未来を見据えた基盤整備

国では、第9期の計画において、中長期的なサービス需要の傾向に応じた整備を進めていくことを示しています。和歌山県内における圏域別の認定者数の推移を踏まえて、本計画における中長期的な基盤整備を検討する必要があります。

〈認定者数増加率の将来推計(全体・圏域別)〉

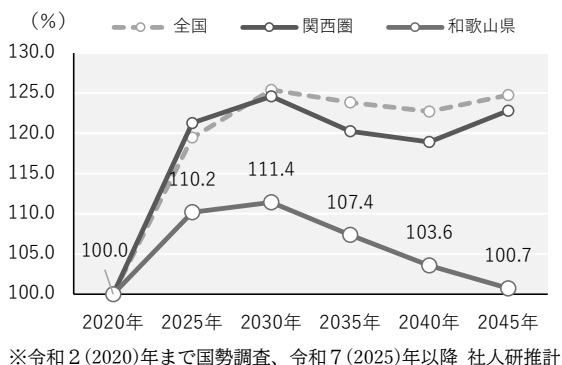
- 要支援・要介護認定者数については、県全体としては令和17(2035)年をピークとして、それ以降は減少していくことが予想されます。圏域ごとの内訳をみると、新宮・東牟婁圏域は減少傾向とされています。



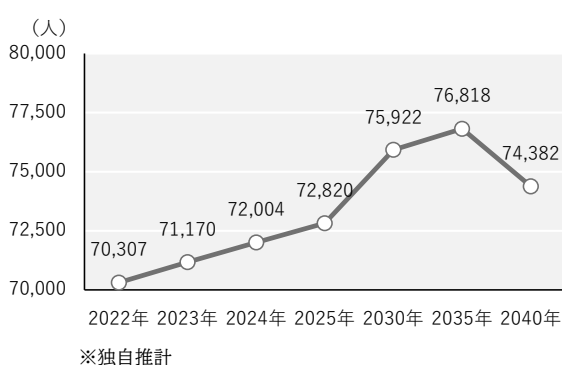
〈ピークアウトを踏まえた方向性の検討〉

- 全国と比べて高齢化率の高い和歌山県では、多くの市町村が令和22(2040)年よりも早い段階で要介護認定者数のピークを迎えることが予想されます。
- サービス需要のピークも令和12(2030)～令和17(2035)年頃となる可能性が高いことから、在宅生活を支えるサービスを提供する事業所の整備や、将来的な機能転換や多機能化を見据えた施設の整備等が必要となります。

◇令和2(2020)年を基準とした75歳以上人口増加率



◇県内要支援・要介護認定者数の推計



地域の人口構造を踏まえたうえで、在宅介護の需要を明らかにすることが必要

現行の地域医療構想が目標としていた令和7(2025)年を第9期の計画期間中に迎える中、国では「ポスト2025年」に向けた検討が進められています。令和5年3月には総合確保方針が一部改正され、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが強調されています。

(3)第9期計画の方向性

〈高齢者の暮らしについて〉

本町の人口減少は進行しており、直近の人口をみると、すべての区分において減少で推移しており、64歳以下の人口のみならず、65歳以上の人口も減少している状況となっています。高齢者の世帯割合をみると、国、和歌山県よりも高齢独居世帯、高齢夫婦世帯割合は高くなっています。

今後、高齢化が進むと、一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯がさらに増加し、孤立・孤独になる可能性や老老介護等が、さらに顕著化する可能性があります。

そうした中では、日常生活における支援の必要性が高まり、介護サービスだけでは対応できない事態も起こる可能性があるため、地域での見守り等の支え合いや行政、医療関係者、事業者等との連携を強化する必要があります。

〈今後の認定者について〉

本町の高齢者人口は減少傾向にあります。全国的には、団塊の世代が後期高齢者になる令和7（2025）年、団塊のジュニア世代が65歳以上になることで現役世代が急減するといわれている令和22（2040）年までに介護需要がピークアウトするといわれていますが、本町ではこれより先にピークが到来すると予測しています。しかし、ピーク後は横ばいあるいは減少に向かう中で、現在も課題である介護人材の不足がさらに深刻化する可能性があります。介護需要のピークを見据えながら、介護サービス基盤の整備を図るとともに、自立支援や重症化予防を一層進める必要があります。



中長期を見据えることに合わせて、3年間のビジョンを設定し、町内で共有を図る

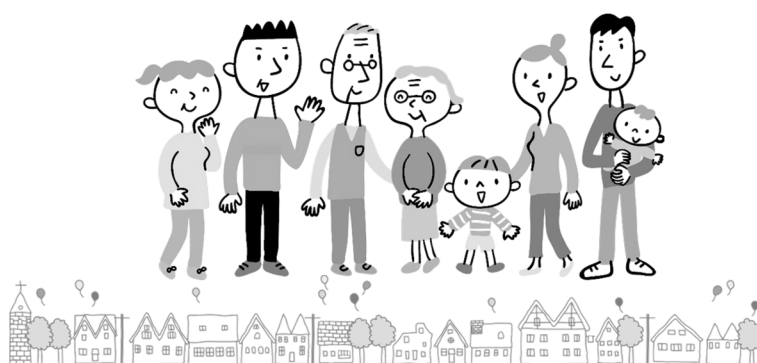
計画内での指標を設定することで、進捗管理をしやすい計画とし、さらには、町内での連携を強化するために、本町が目指す3年間のビジョンを明確化します。

そうすることで、ビジョンを共有し、短期間での取組内容の実現性を高めます。

第3章 計画の理念と体系

1 計画の基本理念

いつまでも自分らしく暮らせるしあわせ



その人が生きてきた歴史の中で培われてきた自分らしい暮らしや、日常生活の中で当たり前のできる生活が、高齢期になると病気や認知機能の低下、単身化等、様々な理由から続けにくくなる。たとえどんな状況になったとしても、「自分らしく暮らせるしあわせ」を支えることができるまちを目指します。

〈指標〉

○「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点とした回答）」において、8点以上と回答した人の割合の増加
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の質問項目)

	平成28年度	令和元年度	令和4年度	令和7年度
8点以上の割合	42.1%	42.8%	38.2%	増加

2 計画の重点方針

基本理念を実現するため、3つの重点方針のもと取組を進めます。

(1)自分らしい暮らしを支える体制を整える

誰もが歳を重ねる中で、身体機能や認知機能が衰え、あるいは家族の状況や地域等の環境が変化することで、今まで当たり前のようにできていたことができにくくなります。そうなったとき、その人の自分らしい暮らしをできる限り続けることができるよう支える基盤が「介護サービス」です。

自分らしい暮らしを支える基盤である「介護サービス」を整えるために必要な取組を進めます。

(2)自分らしく暮らせる豊かな地域を育む

自分らしい暮らしにおいて、身体機能や環境の変化によって、「支える側」・「支えられる側」として分断されるのではなく、誰もが活躍し続けることができる地域を目指す必要があります。

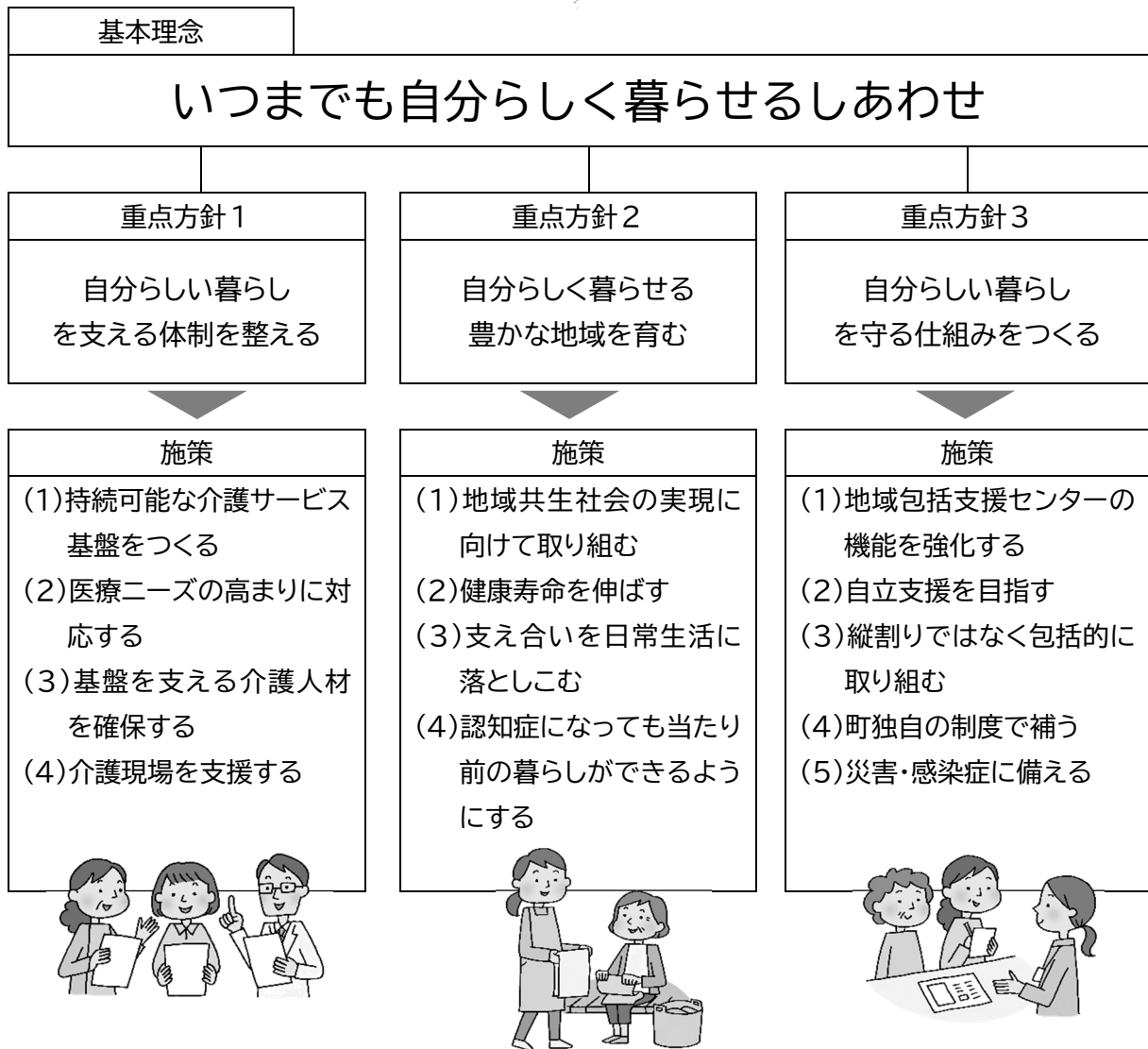
また、高齢者の価値観や暮らしが多様化している現代において、高齢者が自分らしい暮らしを続けることができるように暮らしの選択肢を増やすこと。また、これをいつまでも続けることができる“豊かな地域”を目指した取組を進めます。

(3)自分らしい暮らしを守る仕組みをつくる

目まぐるしく変化し続ける社会において、住民の価値観や置かれている状況も多様化・複雑化し続けており、また、今後起こり得る地震等の災害や新型コロナウイルス感染症をはじめとした感染症への対応も求められています。

多様化・複雑化した問題や、今後起こり得る災害や感染症に対応できるよう、縦割りとされている制度や機関を包括的な視点を持って繋げていく必要があり、そのための体制整備を進めます。

3 施策体系



第4章 施策の展開

重点方針1 自分らしい暮らしを支える体制を整える

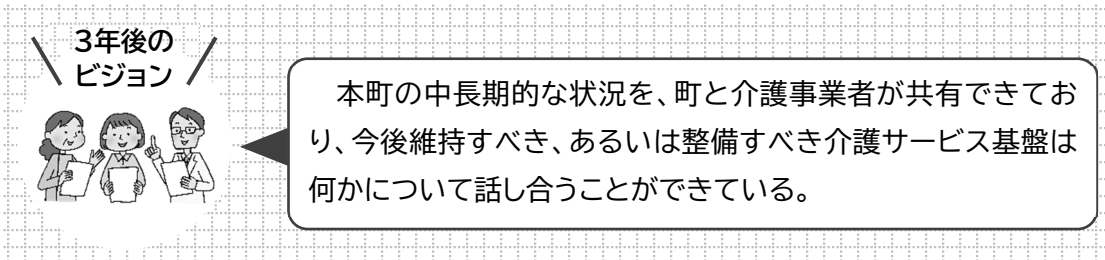
(1) 持続可能な介護サービス基盤をつくる

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎高齢者の暮らしの中で、介護サービス基盤はなくてはならない社会インフラとなっていますが、少子高齢化が進む中では、各地域で中長期的な状況を予測し、持続可能な介護サービス基盤の整備が求められています。
- ◎本町の人口動態からは、約15年後に介護需要がピークに達し、その後横ばい・減少する見込みであり、こうした状況に対応するため、施設を中心とした地域密着型サービスの必要量を見込む必要があります。
- ◎今後の中長期的な予測を踏まえるとともに、本町の社会資源等の実態に応じた介護サービス基盤の整備を関係者と広く議論していくことが求められています。

〈本町の現状〉

令和5年度に介護事業者と協議の場を設置しましたが、その中で、今後の中長期的な介護サービスの在り方について、協議を行う体制を整えようとしています。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

① 事業者との対話

- 事業者との協議の場を計画的に開催し、対話を続けます。その中で、ビジョンの達成に向けて次のことを重視します。
 - ⇒本町の中長期的な状況について、町と事業者の間で認識の共有を図ります。
 - ⇒現状や今後の介護需要をもとに、今後の介護サービスの在り方（維持すべきサービスや今後求められるサービスは何かなど）を考えます。
- 事業者との協議の場によって、介護サービス基盤の整備に必要なとされた施策や取組を確実に実行します。

【取組の目標】

★介護事業者連絡協議会（全体会）を毎年実施

②地域密着型サービスの見込み

○今後の中長期的な介護需要を踏まえ、第9期計画における地域密着型サービスについて次のとおり見込みます。

■町内の施設等の必要利用定員数の見込み(各年度末時点)

		第8期	第9期計画		
		令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
施設	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	50	50	50	50
	介護老人保健施設	100	100	100	100
	介護医療院	0	0	0	0
地域密着型	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (地域密着型特別養護老人ホーム)	29	29	29	29
	認知症対応型共同生活介護	45	45	54 (+9)	54
	地域密着型特定施設入居者生活介護 (ケアハウス等)	29	29	29	29
指定外	住宅型有料老人ホーム	64	64	64	64
	サービス付き高齢者向け住宅	0	0	0	0

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
①事業者との対話	インプット 指標	介護事業者連絡協議会（全体会）の実施回数	1回/年	維持
②地域密着型サービスの見込み	アウトカム 指標	認知症対応型共同生活介護の整備	45	54 (+9)

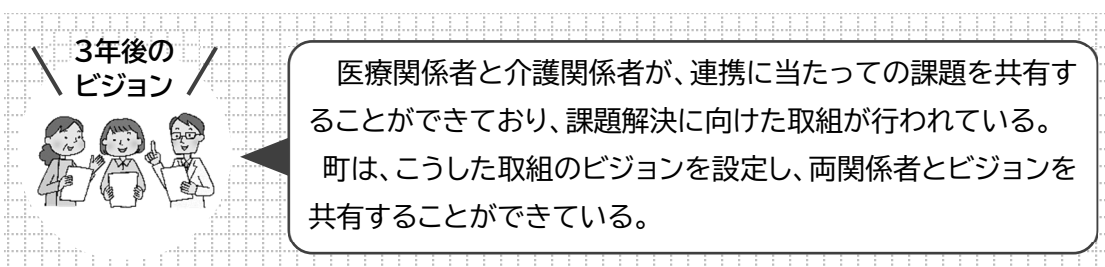
(2)医療ニーズの高まりに対応する

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎高齢期には、筋力低下だけではなく、病気を併せ持つなど、介護を受けながら療養が必要な方が多くなります。
- ◎医療計画においても、今後も医療から介護への流れが続くと予想されます。(特に医療療養病床から在宅又は介護医療院等への移行が進む可能性があります。)
- ◎各地域で医療や介護資源が異なる中で、介護と医療の両方を必要とする人の不安をできる限り軽減し、安心して暮らすことができるように、各地域の実態に応じた取組(在宅医療・介護連携推進事業)を進める必要があります。

〈本町の現状〉

在宅医療・介護連携推進事業においては、新型コロナウイルス感染症の流行以降、取組が進んでおらず、令和5年度に改めて今後の方針について協議を始めたところですが、これを強力に進める必要があります。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①在宅医療・介護連携推進事業の推進

○在宅医療・介護連携推進事業を強力に推し進めます。

(事業の進め方)

- ⇒事業を進めるに当たって、本町における地域の在宅医療と介護の連携は、どのような姿が理想かを設定し、医療や介護関係者と共有を図ります。
- ⇒事業を限られた人員で効果的に進めるため、優先すべき内容を設定し、取組を進めます。その際、在宅療養者の生活場面のうち、医療と介護が共通する4つの場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)を意識します。
- ⇒優先すべき内容や課題の検討に当たっては、地域包括ケア「見える化」システム等も活用しながら、PDCAサイクルに沿った取組を実施します。

②看取りや療養を意識した施設活用

○今後、特別養護老人ホーム等の施設における看取りや療養の場面の増加が予想されます。在宅に限らず、施設を含めた幅広い視点で取組を進めます。

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
①在宅医療・介護連携 推進事業の推進	IoT 指標	医療や介護関係者との協議 回数	0回	2回/年 以上

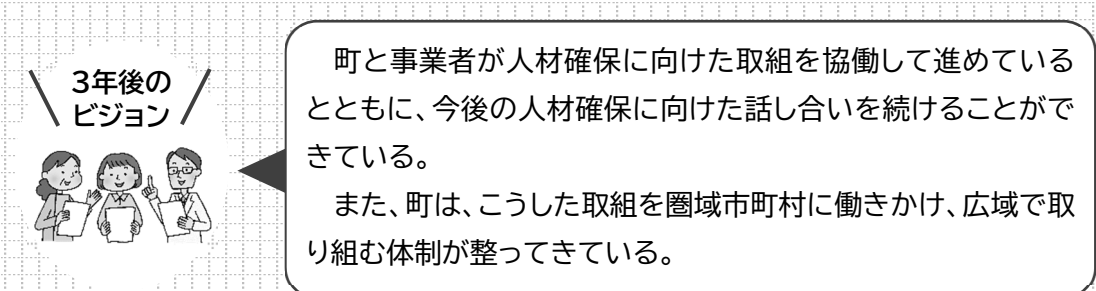
(3) 基盤を支える介護人材を確保する

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎中長期的な介護サービス基盤の整備において、その基盤を支える介護人材をいかに確保していくかが特に重要になります。
- ◎本町では、現在、特に訪問介護や施設系サービスの夜勤帯職員が不足しており、サービスの継続が危ぶまれています。
- ◎一事業者だけでは人材確保が困難な状況にあり、外国人人材の受け入れを含めて、町と事業者がともに今後の人材確保について考えていく必要があります。
- ◎新たな人材を確保するだけでなく、現在の職員の離職防止や処遇改善等の取組も同時に進める必要があります。
- ◎人材確保については、町単体ではなく、圏域単位で人材を確保していく視点も必要であり、広域での取組を進める必要があります。

〈本町の現状〉

令和5年度から介護職員初任者研修の資格取得に関する助成制度を拡張しました。また、「(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」同様、介護事業者との協議の場を通じて、人材確保に関する取組を進めようとしています。



3年後のビジョン

町と事業者が人材確保に向けた取組を協働して進めているとともに、今後の人材確保に向けた話し合いを続けることができている。

また、町は、こうした取組を圏域市町村に働きかけ、広域で取り組む体制が整ってきている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

介護人材の確保

- 現在、既に事業者のサービス提供体制に支障が生じていることから、「人材確保」の取組を重点的に進めます。
- 「(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」同様、事業者との協議の場において、人材確保をテーマに対話を続けるとともに、その結果、人材確保のために必要とされた施策や取組を確実に実行します。

(人材確保の取組の例)

⇒福祉・介護の仕事に携わる方が日々感じている仕事の魅力ややりがいを広く住民に周知し、福祉・介護の仕事に対する理解促進やイメージアップを図る。

⇒専門職が専門性を発揮し、誇りを感じながら働き続けることができるよう、スキルアップやモチベーション向上に結び付く取組を推進するとともに、人材のすそ野の拡大に取り組む。

○外国人人材の受け入れや移住定住等の他部署が進める事業を含めた幅広い視点で人材確保に取り組めます。特に外国人人材については、諸外国や都心部との競合の面からも、今後ますます確保が厳しくなると予想されます。本町が選ばれるよう、受け入れた外国人が地域に溶け込み、幸せな状態を理想として取組を進める必要があります。

○人材確保については、現在の職員の処遇改善や職場づくり等の離職防止に関する取組も重要です。離職防止に関しても取組を進めます。

○これらの人材確保の取組について、和歌山県や新宮・東牟婁圏域の各市町村とも課題を共有し、広域での取組に繋げるため、働きかけを行います。

【取組の目標】

★介護事業者連絡協議会（人材確保に関する協議）を毎年実施

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
(3)基盤を支える介護人材を確保する	アウト 指標	介護職員数の前年度比（全サービス系統） ※介護人材実態調査の集計結果より	107.7%	100%超過
介護人材の確保	アウト 指標	介護事業者連絡協議会（人材確保に関する協議）の実施回数	0回	2回/年 以上
	アウト 指標	広域での人材確保に関する協議の実施回数	1回/年	維持

(4)介護現場を支援する

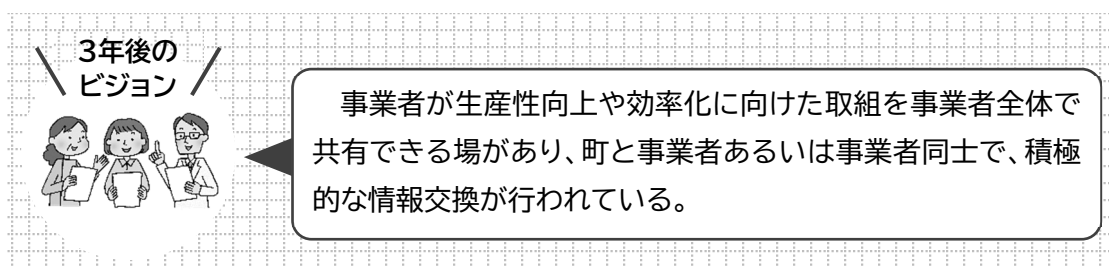
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎今後も少子高齢化が進むと見込まれることから、人材確保だけでは介護サービス基盤の維持は困難です。介護現場の効率化や生産性向上の取組も必要になります。
- ◎介護ロボット・A I等の技術の進展も進む中、こうした新しい技術やデジタル化をうまく活用しながら、業務の負担軽減を図ることも重要です。
- ◎こうしたことへの取組状況は、事業者によって大きく差があることから、町には、こうした差をなくし、事業者全体の底上げができる仕組みづくりが求められます。

〈本町の現状〉

国の方針に基づき、指定関係書類等の簡素化を行いました。デジタル化や介護現場の生産性向上に関する取組は進んでいません。

介護サービス基盤整備の観点からも重要な取組の一つであることから、これを進める必要があります。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

介護現場の効率化や生産性向上

- 介護サービス基盤の整備や人材確保の観点からも重要な取組であることから、町は介護現場の効率化や生産性向上に取り組めます。
- その際、「(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」同様、事業者との協議の場を活用して、事業者との連携を図ります。

(取組の例)

- ⇒ I C Tの活用に関する勉強会や情報共有を進め、今後の導入メリットを訴求する。特に「ケアプランデータ連携システム」については、導入を促進するため、勉強会や導入時期の目標設定等の取組を進める。
- ⇒ 国・和歌山県等と連携し、介護ロボットやI C Tの活用等、職場環境の整備・改善に資する情報を提供するなどの支援を行う。
- ⇒ 事業者の好事例について、横展開を図る。

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
介護現場の効率化や生産性向上	インプット 指標	介護事業者連絡協議会（効率化や生産性向上に関する協議）の実施回数	0回	1回/年 以上
	アウトカム 指標	ケアプランデータ連携システム※の導入割合（町内事業所）	0%	80%

※ ケアプランデータ連携システムとは

居宅介護支援事業所と介護サービス事業所の間で毎月やり取りされるケアプランのうち、サービス提供票（予定・実績）をデータ連携するためのシステム。令和4年度に国民健康保険中央会が構築・運用を開始しており、導入によって介護事業所が文書作成に要する負担の大幅な軽減が期待されている。

重点方針2 自分らしく暮らせる豊かな地域を育む

(1)地域共生社会の実現に向けて取り組む

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎地域には、介護や子育て、生活困窮や障がい等の様々な悩みや生きづらさを感じながら暮らしている人がいます。また、近年では、個人の価値観や社会環境が多様化・複雑化し、従来の制度の枠に収まらない悩みや生きづらさが表面化しています。
- ◎こうした状況にあっては、「支える側、支えられる側」といった従来の関係や考え方では、その枠からこぼれて地域で孤立したり、「支えられる側」として決めつけられて、自身の役割（生きがい）を失ってしまう人がいます。
- ◎多様化・複雑化した世の中で、どんな人、どんな状況であっても、お互いの生き方を認め合って、共存（共生）することができる社会の実現が求められています。
- ◎福祉においては、今後も限られた資源（人員等）の中、縦割り構造の各制度を繋げて、こうした状況に対応できる体制をつくる（デザインする）ことが求められています。

〈本町の現状〉

高齢や障がい、生活困窮、子どもの担当部署が同じフロアに集約されており、個別の支援ケースでは連携した対応ができています。今後は、共生社会の実現に向けたビジョンの共有や具体的な取組を進めていく必要があります。



3年後の
ビジョン

関係部署全体で地域共生社会の実現に向けたビジョンを共有することができており、特に相談支援機関(高齢部門では包括)では、どんな相談も受け止め、関係する機関とともに伴走できるように、協働体制ができています。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①地域包括ケアシステムの深化

- 地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けて中核的な基盤となることから、地域包括ケアシステムをさらに深化させるため、地域支援事業等の取組を一層進めます。その際、各事業を連携・連動させること、及び課や係を超えた事業や民間サービス等との連携を意識して進めます。
- 地域ケア会議は、地域課題を把握し、具体的な施策に繋げていく役割を担っており、地域包括ケアシステムにおいて重要な会議となります。個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」の実施を通じて把握した地域課題を、「地域ケア推進会議」において協議し、地域包括ケアシステムの深化を進めます。

【取組の目標】

★地域ケア推進会議の計画的な実施

※地域ケア個別会議については、「重点方針3(1)地域包括支援センターの機能を強化する」に記載

②地域共生社会の実現に向けた体制の構築

○世帯の複雑化・複合的な課題に対応するため、世帯が抱える相談を丸ごと受け止め、高齢や障がい、生活困窮、子ども等の関係部署が地域共生社会の実現に向けて、方針やビジョンを共有するとともに、一体となって取組を進める体制の構築を目指します。

(取組の例)

- ⇒「重層的支援体制整備事業」の実施に向けて、関係部署で協議を始める。
- ⇒協議の中で、地域共生社会の実現に向けた方針を定める。
- ⇒定めた方針のもと必要な取組を進める。

〈目標値〉

項目	評価指標	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
①地域包括ケアシステムの深化	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標 地域ケア推進会議の実施回数	1回/年	2回/年 以上
②地域共生社会の実現に向けた体制の構築	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標 重層的支援体制整備事業※の実施に向けた協議の実施回数	0回	1回/年 以上

※ 重層的支援体制整備事業とは

市町村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、「相談支援（属性を問わない相談支援、多機関協働による支援、アウトリーチ等を通じた継続的支援）」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施するもの。従来は、補助金等の制限もあって、分野（介護、障がい、子育て、生活困窮）ごとに分けられてきた支援体制や取組を一つの事業として、一体的に実施できるようにしたもの。

(2)健康寿命を伸ばす

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎趣味等の生きがいを続けていくうえで健康であり続けることは重要な要素です。
- ◎近年、「社会参加」が介護予防に効果的ということが分かってきましたが、生き方や環境が多様化した社会では、社会参加の形も多様性が求められます。これを行政主体だけで整えることには限界があり、住民の主体性を高める必要があります。
- ◎一方で、病気や事故等により、どうしても健康でいられなくなることがあります。元の状態に戻ることができたり、現状を維持することができる仕組みづくり（リハビリや総合事業の短期集中予防サービス（C型）等）も必要とされています。
- ◎介護予防においては、単に心身機能を向上させるだけでなく、高齢者が日常生活を送るうえでの能力を高めて、家庭や社会参加を可能にし、自立を促すことが重要であり、これを通じて、生活の質の向上を図る視点からリハビリテーションサービスを提供できる体制の構築が必要とされています。

〈本町の現状〉

通いの場の立ち上げや運営に関する支援（補助金制度等）によって、概ね各地区に通いの場ができましたが、通いの場の参加率には限界（一般的には10%）があります。その他の高齢者に向けては、ウォーキングによる運動習慣づくりや体育文化会館の利活用等を進めています。

一方で、身体機能が少し弱くなった状態（フレイル状態）におけるリハビリサービス（総合事業の短期集中予防サービス（C型））の構築が課題となっています。

3年後の ビジョン



通いの場では、参加者が継続して生き生きと活動できている。
町内には、運動を中心とした交流拠点(体育文化会館等)があり、そこに来れば運動や学び、仲間があり、高齢者だけではなく多世代が交わり、笑顔があふれている。そして、拠点における住民主体の活動は町全体に広がりを見せている。
また、フレイル状態になったとき、リハビリ(総合事業の短期集中予防サービス(C型))ができる環境が整っている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①社会参加の推進

- 「社会参加」をテーマに介護予防に関する取組を進めます。
- 高齢者の生き方や取り巻く環境が多様化していることから、これまで行ってきた運動習慣づくりや通いの場の活動支援といった取組のほか、多様性のある社会参加の場づくりを進めます。

(具体的な取組)

⇒通いの場の活動支援については、令和2年度から補助金制度を創設し、令和5年度までに新たに8か所の通いの場が立ち上がるなど、一定の成果が得られたことから、補助金制度等の支援や通いの場マップの作成等の取組を続けます。

⇒運動習慣づくりについては、令和4年度から歩数に応じて景品を進呈するウォーキング事業や体育文化会館を中心とした健康教室を実施しました。PDCAサイクルのもと、高齢者が能動的に運動する習慣づくりに向けて、引き続き取り組みます。

⇒運動や通いの場には興味がない高齢者も多いことから、ボランティアやシルバー人材センター等を含めた就労等、社会参加の選択肢を増やす視点から社会参加の場づくりに取り組みます。

【取組の目標】

★社会参加率の上昇

★シルバー人材センターの会員数の増加

②介護予防の中核拠点の整備

○通いの場や健康教室等、これまでの本町の取組には参加したことがない高齢者も多く、既存の取組には限界があります。より多くの層に効果的・効率的に介護予防を広めるため、これまでの取組に加えて、体育文化会館を拠点として、そこから地域へ情報発信を行っていく新たな仕組みづくりに取り組みます。

(拠点づくりの方針)

体育文化会館に行けば、筋力トレーニングや仲間づくり、多世代間交流等、“高齢者等が足を運びたくなる”仕組みをつくり、集まった高齢者等が体育文化会館での学びや体験を地域に発信していく姿を目指します。

③リハビリテーションサービスの体制構築

○フレイル（虚弱）状態になっても、元の状態に戻ることができる選択肢があることは、地域包括ケアシステムの観点からも重要なことから、総合事業の短期集中予防サービス（C型）の創設を目指します。

【取組の目標】

★総合事業の短期集中予防サービス（C型）を創設

○急性期から生活期までの治療の段階やフレイルから要介護等の、高齢者の状態に合わせて効果的なりハビリテーションサービスの提供が可能な体制の構築が求められていることから、町内の関係機関やリハビリテーション専門職との連携強化に取り組みます。

【取組の目標】

★リハビリテーション提供体制を構築するための関係者協議の実施

④保健事業と介護予防の一体的実施

○後期高齢者医療保険や国民健康保険における保健事業や介護予防を一体的に実施する取組については、令和2年度から開始していますが、今後も後期高齢者医療保険等との制度間の縦割りによる支援の分断を無くすため、関係部署と連携を強化して取組を進めます。特に本町においては、高血圧疾患が多い特性があり、こうした疾患への取組を中心に進めます。

〈目標値〉

項目	評価指標	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
(2)健康寿命を伸ばす	アウトカム 指標 調整済み認定率※1 (「見える化」システムより)	16.5% (令和4年度)	維持
①社会参加の推進	アウトカム 指標 地域で次の①～⑧の活動に 「参加していない」と回答 した人の割合 ①ボランティアのグループ ②スポーツ関係のグループや クラブ ③趣味関係のグループ ④学習・教養サークル ⑤介護予防のための通いの場 ⑥老人クラブ ⑦町内会・自治会 ⑧収入のある仕事 (介護予防・日常生活圏域ニーズ 調査の質問項目)	①69.4% ②68.0% ③65.4% ④72.6% ⑤69.9% ⑥70.1% ⑦66.7% ⑧62.1% (令和4年度)	全項目で低下
	アウトプット 指標 ウォーキング事業の参加者 数(運動習慣がなかった人)	—	100人/3年
	アウトカム 指標 シルバー人材センターの会 員数	63人 (令和4年度末)	100人
③リハビリテーション サービスの体制構築	アウトカム 指標 総合事業の短期集中予防サ ービス(C型)※2の実施箇所数	0か所	1か所
	アウトプット 指標 リハビリテーション提供体 制を構築するための関係者 協議の実施	0回	1回/年 以上

※1 調整済み認定率とは

第1号被保険者の性・年齢別人口構成を全国平均と同じになるよう調整した場合の認定率

※2 総合事業の短期集中予防サービス(C型)とは

要支援等の軽度の方を対象に訪問又は通所によって、一定期間(3か月～6か月)集中してリハビリを行うことで状態の改善を図るサービス

(3) 支え合いを日常生活に落としこむ

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉


- ◎地域における支え合いの推進は、「生活支援体制整備事業(介護保険の地域支援事業)」に位置づけられています。
- ◎町は、地域の支え合いの推進役として「生活支援コーディネーター」を配置し、コーディネーターは、地域に入り、住民と接する中で把握した地域の困りごとについて、住民が主体的に考え、行動できるようになるよう後方支援を行います。そのとき、住民が集まって主体的に話し合う場として、各地域に「協議体」をつくります。
- ◎これらを通じて、簡単な生活援助や移動支援等の有償ボランティアが生まれたり、見守り活動がはじまったり、地域で気にかけて合う意識が醸成されます。つまり“地域が豊か”になります。

〈本町の現状〉

個人間の支え合いはありますが、有償ボランティアのような組織として活動を行っている団体はありません。

また、生活支援コーディネーターは、積極的に地域に入り、地域住民との関係性は深まっていますが、小地区単位の「協議体(第3層)」は立ち上がっておらず、立ち上げに向けた取組を進めています。

3年後の
ビジョン



各地域において、地域住民が主体的に集まり(協議体)、身近な困りごと等の地域のことが継続して話し合われていて、こうした活動を生活支援コーディネーターが後方支援できている。

町は、協議体や生活支援コーディネーターとしっかりと対話ができている、三者が同じ方向に向かって進むことができている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

取組の基本方針

この取組全般については、次の基本方針のもと進めます。

- 昔のように隣近所でお互い様の関係があり、繋がりのある地域を目指すため、まずは地域全体で意識の醸成を図るため、とことん啓発を行う。
- そうすることにより、次第に地域に支え合いの意識が浸透する。
- こうした地域ができることで副産物として協議体(第3層)や有償ボランティア等が自然発生していく。
- 3年後のビジョンに到達する。

①生活支援コーディネーターの活動強化

○本町は圏域が広く、高齢化も進んでいることから、生活支援コーディネーターの人員体制の強化に努めます。また、こうした生活支援コーディネーターが事業の方針やビジョンを共有したうえで活動することができるよう、毎月の定例会を引き続き行うとともに、協議体（第1層、第2層）を定期的に開催し、生活支援コーディネーターの活動を町全体で進めます。

※生活支援コーディネーターの配置状況（令和5年12月末時点）

<第1層> 専任1名（地域包括支援センター）

<第2層> 兼務2名（地域包括支援センター、社会福祉協議会）

○生活支援コーディネーターの活動を自立支援に繋げることができるよう、地域ケア会議等への参加等、地域包括支援センター等のケアマネジャーとの連携を進めます。

【取組の目標】

★生活支援コーディネーターの定例会を毎月実施

②支え合いの意識の醸成

○支え合いの意識の醸成に向けた「啓発」については、地域の通いの場等の活動を紹介することで通いの場や団体の支援に繋がり、この事業の成果を定期的に確認する機会にもなることから、フォーラムを定期的に開催します。また、フォーラムに続けて地域の勉強会を行うなど、協議体設置に向けた取組に繋がります。

○協議体（第3層）の立ち上げについては、基本方針をもとに取組を進めますが、社会福祉協議会等とも連携し、地域の既存の集まりへの働きかけやモデル地区を設定して重点的に取組を行うなど、幅広い視点を持って取組を進めます。

【取組の目標】

★支え合いフォーラムを毎年実施

★協議体（第3層）の立ち上げ

③推進体制の強化

○地域おこし協力隊や集落支援員等、課や組織を超えた制度や取組とも連携を図るため、定期的に意見交換を行います。

○社会福祉協議会は、いきいきサロン等の小地域福祉活動や福祉委員等の取組を行うなど、この取組における強力なパートナーになります。令和5年度から生活支援コーディネーター業務委託を始めており、生活支援コーディネーターの定例会を行うなど連携を図っていますが、さらなる連携強化に努めます。

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
(3) 支え合いを日常生活に落としこむ	アウト 指標	有償ボランティアのグループ数	0	1以上
①生活支援コーディネーターの活動強化	イン 指標	生活支援コーディネーターの定例会の実施回数	1回/月	維持
②支え合いの意識の醸成	イン 指標	支え合いフォーラムの実施回数	—	1回/年
	アウト 指標	協議体※(第3層)の活動箇所数	0か所	2か所
③推進体制の強化	イン 指標	地域おこし協力隊や集落支援員との意見交換会の回数	6回/年	維持

※ 協議体とは

支え合いを日常生活に落としこむために定期的に集まって話し合いを行う会。本町では、町全体で話し合う協議体を第1層とし、日常生活圏域単位の第2層、小学校区等の身近な地域単位の第3層の3層構造となっている。

(4)認知症になっても当たり前の暮らしができるようにする

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎認知症は、特別なことではなく、誰にでも訪れうるものです。
- ◎前計画では、「認知症にならないようにする」のではなく、「認知症になってもそれまでと変わらずに暮らせるようにする」ことを目指した取組を進めてきました。
- ◎一方で地域では、偏見や先入観から認知症の人が生きづらさを感じている状況があります。
- ◎認知症を正しく理解し、認知症の人を地域で何気なく支い合える体制（=チームオレンジ）の構築が求められています。

〈本町の現状〉

令和4年度から認知症地域支援推進員を2名増員（5名体制）してから、毎月定例会を行う中で認知症ケアパス（啓発版）を作成し、全戸配布を行いました。

また、認知症になっても地域で役割を担えるかたちを模索するとともに、地域住民の認知症理解を深めることを目的に毎年イベントを実施しています。

チームオレンジの立ち上げや、医療や介護等の専門職に向けた取組が課題となっています。



3年後の
ビジョン

地域住民の誰もが認知症のことを正しく学べる機会がある。地域ではチームオレンジが立ち上がり、活動が行われている。

認知症地域支援推進員と町は、密に連携できており、こうした地域の活動だけではなく、専門職ともビジョンを共有できている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容に対応します。
- 認知症は、特別なものではなく、加齢とともに訪れる自然なものと捉えて、認知症になっても、自身を否定せず、又は周りから否定されずにありのままの状態に暮らせることを認知症施策の前提として進めます。

①地域で認知症理解を深める

- 地域で認知症の理解を深めるとともに、チームオレンジの立ち上げに繋げるため認知症サポーター養成講座を積極的に展開します。また、そのための体制を整えるため、キャラバン・メイトの支援体制を構築します。
- 認知症になっても地域で役割を担えるかたち（社会参加の場）を模索するとともに

に、地域住民の認知症理解を深めることを目的としたイベントを今後も計画的に実施します。

○これらの取組について、認知症本人の声や思いを常に意識して進めます。

【取組の目標】

★認知症サポーター養成講座受講者数の増加

★社会参加の場の創出と住民の理解を深めるためのイベントを毎年実施

②認知症地域支援推進員の活動強化

○認知症地域支援推進員が方針やビジョンを共有して、活動することができるよう毎月の定例会を引き続き行います。

（具体的な取組）

⇒地域資源を洗い直し、認知症の状態に応じた適切な支援に繋がるよう認知症ケアパスを継続して見直します。

⇒認知症本人やその家族の不安を軽減するため、オレンジカフェ（認知症カフェ）を実施します。

⇒介護サービス事業者の認知症対応力の向上のため、事例検討や個別支援等の事業者支援に関する取組を実施します。

【取組の目標】

★認知症地域支援推進員の定例会を毎月実施

③孤立させない仕組みづくり

○認知症の人やその家族が地域で孤立することがないように、認知症の人を受け入れ、地域できりげなく支え合うチームオレンジの構築に向けて、認知症サポーター養成講座のほか生活支援コーディネーターとも連携して取組を進めます。

○認知症に関する相談に対して、早期に安心できる暮らしに繋げることができるよう、地域包括支援センターに設置している「認知症初期集中支援チーム」において、認知症に関する相談対応力のさらなる強化を図るため、事例の事後検証や関係機関との連携強化を図ります。

○認知症の人の権利擁護を円滑に図ることができるよう、成年後見制度利用促進における中核機関との連携強化を図ります。

【取組の目標】

★チームオレンジの立ち上げ

〈目標値〉

項目	評価指標	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
(4) 認知症になっても 当たり前の暮らし ができるようにす る	アウトカム 指標 「現在の生活を継続して いくにあたって、主な介護者 が不安に感じる介護等は何 か」との質問に「認知症状へ の対応」と回答した割合 ※在宅介護実態調査の調査項 目	44.5%	低下
①地域で認知症理解を 深める	アウトプット 指標 認知症サポーター養成講座 の受講者数	75人/年	100人/年
	インプット 指標 社会参加の場の創出と住民 の理解を深めるためのイベ ントの実施回数	1回/年	維持
②認知症地域支援推進 員の活動強化	インプット 指標 認知症地域支援推進員の定 例会の実施回数	1回/月	維持
③推進体制の強化	アウトカム 指標 チームオレンジ※の活動箇 所数	0か所	1か所以上

※ チームオレンジとは

認知症サポーター養成講座及びステップアップ講習の受講者を中心に地域でチームとなって、認知症の方や家族の支援を行っていく集まり

重点方針3 自分らしい暮らしを守る仕組みをつくる

(1)地域包括支援センターの機能を強化する

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎地域包括支援センターは、高齢者の総合相談窓口のほか、虐待対応を含んだ権利擁護業務、地域のケアマネジャーの活動支援業務、要支援認定者等のケアマネジャー業務を中心に、その他介護予防や在宅医療・介護連携推進事業等、その役割が多岐にわたるとともに、地域包括ケアシステムの中核となる機関です。
- ◎地域包括支援センターの業務のうち、要支援認定者等のケアマネジャー業務は、特に負担が大きいとされ、国においても負担軽減のための制度改正が行われています。
- ◎また、近年、高齢者世帯の中に、ヤングケアラーを含む子育て世帯や障がい、8050問題等の複雑化・複合化した課題を抱える世帯が増えており、こうした一つの制度では解決できない問題に対応できるような体制・仕組みづくりが求められています。

〈本町の現状〉

要支援認定者等のケアマネジャー業務の委託を始めるなど、負担軽減に取り組んでいます。これと併せて、障がい部門と虐待対応マニュアルの作成やそれに基づく虐待対応、地域のケアマネジャー支援のための定例会議の開催、地域ケア個別会議の再編等の機能強化の取組を進めています。



3年後の
ビジョン

複雑化・複合化した課題を抱える世帯への支援を多機関が連携して対応する仕組みができている。また、地域のケアマネジャーと信頼関係の構築のため、対話を続けることができている。
町は、センターの機能強化の必要性を認識し、十分な支援を行うことができている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 地域包括支援センターは、今後も要介護認定者の増加や地域共生社会への対応等、その重要性が一層高まることが予想されます。これらの状況に対応するため、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

①地域包括支援センターの人員体制の強化

- 地域包括支援センターに3職種（保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー）を配置するとともに将来を見据えた人員体制の充実に努めます。また、リハビリテ

ーション専門職の必要性も高いことから、当該職員の配置や町立温泉病院リハビリテーション科等の関係機関との連携強化を図ります。

②地域包括支援センターの業務強化

○地域包括支援センターにあっては、毎年度、事業の実施状況について評価をし、運営協議会の意見を踏まえ、適切、公正かつ中立な運営を図ります。

(総合相談業務について)

⇒「重点方針2(1)地域共生社会の実現に向けて取り組む」の視点から、障がいや生活困窮、子ども等の関係部署や関係機関と連携した支援の体制化を図るため、個別ケースの対応から今後の連携体制の構築に向けた協議を行うなど、必要な取組を進めます。

⇒就労しながら介護を行う家族介護者が安心して介護を続けることができるよう、ハローワーク等の関係機関と連携を図るなど、就労継続に向けた取組を進めます。

(権利擁護業務について)

⇒高齢者虐待については、事件発生時の対応力を強化するため、関係機関との連携強化やマニュアルに基づく研修や事後検証を続けます。また、虐待の予防に関して町担当課と連携して取組を進めます。

⇒認知症高齢者の増加等、成年後見制度を含めた権利擁護支援の必要性が高まっています。権利擁護支援に関する普及・啓発や相談窓口の設置、申立支援の実施等を進めるために設置している中核機関について、運営の中核として高齢者の権利擁護を進めます。

⇒高齢者を狙った詐欺犯罪に対応するため、関係部署や消費生活センターと連携し、被害の防止や被害者への権利擁護を含めた支援等、必要な取組を進めます。

(包括的・継続的ケアマネジメント業務について)

⇒複雑化・複合化した高齢者の課題は、地域のケアマネジャーにとっても大きな課題となります。地域のケアマネジャーが孤立することなく、適切に対応できるよう支援を続けるため、ケアマネジャーとの定例会議や困難事例への伴走支援等、必要な取組を進めます。

【取組の目標】

★地域のケアマネジャーとの定例会を毎月実施

(介護予防ケアマネジメント(指定介護予防支援業務)について)

⇒高齢者の潜在的な能力を引き出すことで、家庭や社会参加を可能にし、生活の質を向上させること(自立支援型ケアマネジメント)が介護予防ケアマネジメントの目的になることから、自立支援型ケアマネジメントの実現に引き続き取り組めます。特に、今後整備を目指す総合事業の短期集中予防サービス(C型)

の制度設計・運営への参画や生活支援コーディネーターとの連携が重要になることから、これを進めます。

⇒介護予防ケアマネジメント（指定介護予防支援業務）の委託については、質の確保を図るため、居宅介護支援事業所との連携を強化します。また、居宅介護支援事業所が介護予防支援業務を直接実施する場合においても、同様に連携強化を図ります。

（地域ケア会議について）

⇒個別ケースの検討により、自立支援型ケアマネジメントの実現をはじめとした自立支援を推進するため「地域ケア個別会議」を続けるとともに、当該会議や地域包括支援センターの運営をもとに本町の地域課題を明らかにします。

【取組の目標】

★地域ケア個別会議を毎月開催

（その他の業務について）

⇒介護予防や在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業等の地域支援事業について、町担当課と連携して事業に取り組みます。

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
②地域包括支援センターの業務強化	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標	地域のケアマネジャーとの定例会の実施回数	1回/月	維持
	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標	地域ケア個別会議の実施回数	6回/年	12回/年

(2)自立支援を目指す

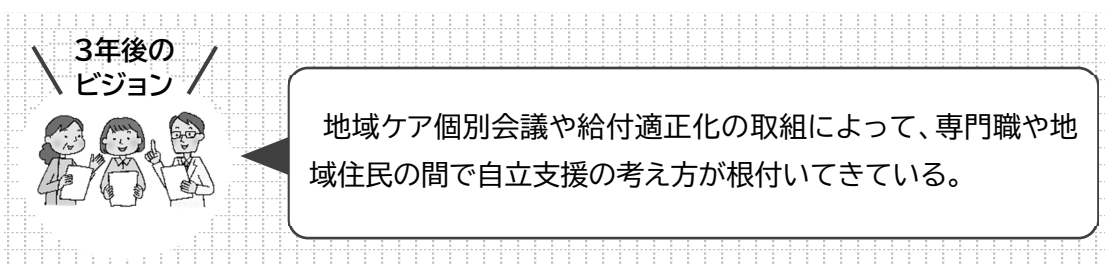
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎本計画の基本理念である「いつまでも自分らしく暮らせるしあわせ」は、普段の暮らしを続けられる当たり前のしあわせを追求するものであり、これには、できなくなったことを補う、あるいは再びできるようになるとの意味を含んでおり、介護保険の基本理念である「自立支援」を前提としています。
- ◎一方で、介護保険サービスを家政婦サービスのように捉えている人もあり、自立支援の考えを浸透させる取組も必要です。
- ◎また、介護保険サービスが自立支援に則って適切に利用されるよう、給付適正化の取組も求められます。

〈本町の現状〉

自立支援型ケアマネジメントの実現のための地域ケア個別会議により、専門職には自立支援の考え方が根付いてきており、今後は地域に向けた取組が課題となっています。

給付適正化の取組では、国が示す主要5事業を実施できています。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①自立支援の普及啓発

○地域住民に向けて自立支援の考え方を浸透させていくため、広報誌への記事掲載等、普及啓発に取り組めます。

②介護給付費の適正化

○利用者に適切なサービスが提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等の費用の適正化のため、次の取組を実施します。

(要介護認定の適正化)

- ⇒認定調査に従事する調査員一人一人が同じ視点に立ち、同様の判断基準で調査が行えるよう、研修や指導の充実を図り、要介護認定の平準化に努めます。
- ⇒認定調査員の資質向上のため、認定調査員現任者研修の受講及びe-ラーニング

グの活用を推進します。

(ケアプランの点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査)

⇒ケアマネジャーが作成したケアプランが利用者の自立支援に向けた適正な計画となっているか点検するとともに、事業者への助言・指導等を行います。

⇒住宅改修工事を行うに当たって、事前審査により改修が受給者の状態に合ったものであるか審査をし、書面や聞き取りによる審査が困難な場合は、住宅の実地確認による審査や施工状況の点検を行います。

⇒福祉用具貸与について、自立支援の機会を阻害することなく、適切に利用されているか利用状況を確認します。

(縦覧点検・医療情報との突合)

⇒提供されたサービス内容の誤りや医療と介護の重複請求を排除するため、国民健康保険団体連合会への委託により医療情報との突合・縦覧点検を実施します。

〈目標値〉

項目	評価指標		現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
①自立支援の普及啓発	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標	広報誌等での啓発回数	0	1回/年
②介護給付費の適正化	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ 指標	認定調査員の現任者研修の受講率	100%	維持
	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ 指標	ケアプラン点検の実施率 (実施数÷居宅介護支援事業所数)	100%	維持
	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ 指標	住宅改修の事前審査率	100%	維持
	ｲﾝﾌﾟｯﾄ 指標	医療情報との突合、縦覧点検の実施回数	4回/年	維持

(3)縦割りではなく包括的に取り組む

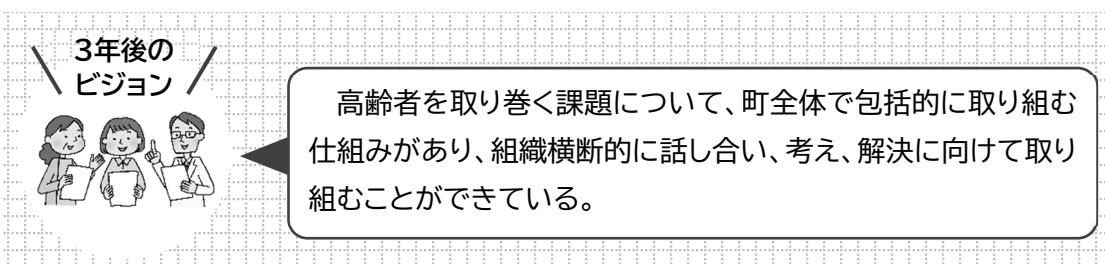
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎移動手段やゴミ出し、人材不足を含めた高齢者を取り巻く様々な課題に対して、高齢者又は福祉部門だけで解決することは困難です。町全体で包括的に取り組む体制が必要になります。
- ◎そのためには、日頃から関係部署と情報交換を行うなど課題意識を共有するとともに、地域ケア会議等を通して、課題解決を進める仕組みづくりが必要です。

〈本町の現状〉

現在、観光企画課（公共交通や移住、空き家等を所管）と定期的に意見交換を行っています。また、地域ケア会議では、課題に応じた関係部署にも参加を求め、話し合いができています。

課題意識の共有は徐々に進んでいますが、今後の継続性が課題です。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①分野横断的な連携強化

- 本計画のすべての取組について、組織を横断した視点を持って進めます。
- 日頃から関係部署と定期的に情報交換を行うなど課題意識を共有するとともに、地域ケア会議等を通して、課題解決を行っていく仕組みを確立します。

②移動手段の確保に向けた協議

- 通院や買い物等、移動に関する課題を抱える高齢者が非常に多くなっています。町営バスを含めた公共交通機関の整備について、交通担当部署と連携を図ります。また、地域の支え合いによる移動手段といった互助や民間サービスを含め、総合的な観点から移動手段の確保に努めます。

(4)町独自の制度で補う

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

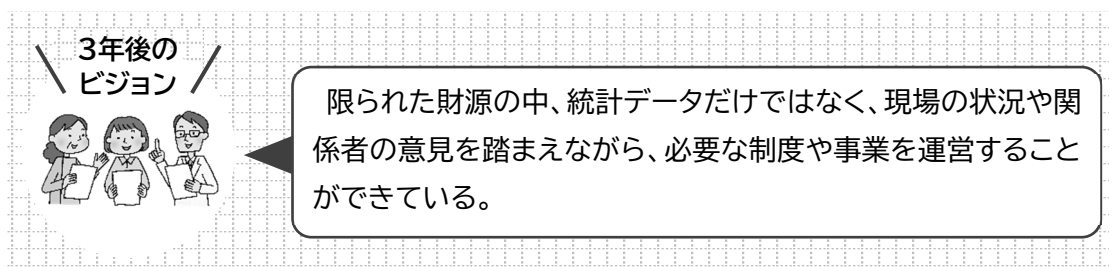
- ◎本計画の基本理念の実現に向けて、介護保険制度だけでは対応できない部分について、町が独自に制度を作り、補うことができます。
- ◎財源等の制約がある中で、必要な制度や事業を考えていく必要があります。

〈本町の現状〉

町独自の制度について、定期的に見直しを行っています。

(以下は前計画において見直した制度)

- ◎介護の金銭面での不安を軽減するため「紙おむつ給付制度」を整備
- ◎所得の多寡によって、権利擁護が図られない事態を防ぐため、「成年後見人の報酬助成制度」を拡張



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①市町村特別給付の実施

○市町村特別給付とは、第1号被保険者の介護保険料を財源として、要介護・要支援認定者に対して実施する市町村独自の給付をいいます。本町では、紙おむつ給付費支給制度を市町村特別給付として実施します。

(紙おむつ給付費支給制度)

⇒在宅での生活改善を図るため、在宅で生活する要介護認定者で紙おむつが必要な人に対し、紙おむつ等の給付費を支給します。

②町単独事業の実施

○高齢者の低所得者対策や自立支援・重度化防止を図るため、様々な事業を実施します。

(配食サービス事業)

⇒栄養改善が必要な人に安否確認等を含めた配食を行う事業です。

(認知症高齢者等見守りQRコード活用事業)

⇒認知症により徘徊の恐れのある人にQRコードシールを配布することで、早期発見に繋げ、家族介護者の負担を軽減する事業です。

(成年後見制度利用支援事業)

⇒身寄りのない人等の成年後見に関する町長申立や後見人報酬への助成を行う事業です。

(緊急通報体制整備事業)

⇒急病等の緊急事態を通報し、迅速かつ適切な対応を図る事業です。

(高齢者緊急一時保護事業)

⇒災害や虐待等により、一時的に避難が必要な方を保護する事業です。

(5)災害・感染症に備える

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎新型コロナウイルス感染症のように、新たな感染症が今後も発生する可能性があります。新型コロナウイルス感染症からは、感染者が発生する中でいかに事業を継続していけるかなどを事前に想定し、準備することが重要であることを経験しました。
- ◎南海トラフ巨大地震等の大規模災害についても、年々発生リスクが高まっており、こうした事態へのさらなる対策が必要です。
- ◎また、近年は、突発的な豪雨災害が頻発しており、本町でいつ発生してもおかしくない状況です。
- ◎こうした感染症や災害対策については、一事業者の対応には限界があります。人員の応援体制や避難提携等、事業者同士の協力体制が必要であり、町には、こうした体制づくりを進める役割が求められます。

〈本町の現状〉

各事業者は、感染症や災害発生時の業務継続のための計画（BCP）の策定が義務化されたところですが、事業者間の協力体制を進めるための取組が今後の課題となっています。



3年後の
ビジョン

事業者が感染症や災害に備えて、事業者同士の協力体制を作っており、町はこうした状況を把握し、必要な支援を行うことができている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

①緊急時における協力体制の構築

- 新たな感染症や災害等が発生した場合に備えて、人員の応援体制や避難提携等、事業者間の協力体制の構築を図るため、「重点方針1(1)中長期的な介護サービス基盤をつくる」における事業者との協議の場を活用するなどの取組を進めます。

②避難行動の強化

- 大規模災害の初動時に、地域住民が可能な協力をして、支援が必要な高齢者の避難誘導や安否確認が行うことができるよう、「避難行動要支援者台帳」への登録や災害時の行動をあらかじめ計画する「個別避難計画」の作成を促進し、自治会、

民生委員等の協力を得て、日頃から要支援者を地域で把握し、見守る自主防災力の強化に努めます。

○施設や事業者等と協定を締結して、災害時要援護者等を受け入れる福祉避難所の設置に努めます。

○介護事業者において、災害時に適切な行動が図られるよう避難訓練の実施や非常災害対策計画等について定期的に確認し、必要な支援を行います。

〈目標値〉

項目	評価指標	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
①緊急時における協力体制の構築	インプット 指標 介護事業者連絡協議会（災害や感染症対策）の実施回数	0回	1回/年 以上
②避難行動の強化	アウトプット 指標 個別避難計画の作成率 (作成数÷高齢分野の全対象者数)	1.6%	50%

第5章 介護保険事業の推進

1 居宅サービス

①訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）が家庭を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護を行ったり、一人暮らしや高齢者世帯等で食事の用意や洗濯等の家事援助を行うサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	回/月	5,886	5,829	5,745	5,754	5,592	5,467
	人/月	266	264	260	260	254	250

②介護予防訪問入浴介護／訪問入浴介護

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	回/月	0	0	0	0	0	0
	人/月	0	0	0	0	0	0
介護給付	回/月	3	8	2	2	2	2
	人/月	1	2	1	1	1	1

③介護予防訪問看護／訪問看護

医師の指示により看護師が家庭を訪問し、病状の観察や感染予防、床ずれの手当等を行うサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	回／月	364	280	249	249	249	249
	人／月	50	41	37	37	37	37
介護給付	回／月	987	1,109	1,238	1,228	1,209	1,191
	人／月	105	120	129	128	126	124

④介護予防訪問リハビリテーション／訪問リハビリテーション

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	回／月	8	8	11	11	11	11
	人／月	1	1	1	1	1	1
介護給付	回／月	120	104	70	70	70	70
	人／月	12	10	9	9	9	9

⑤介護予防居宅療養管理指導／居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が家庭を訪問し、継続的な介護方法や服薬の管理指導等を行うサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	3	2	2	2	2	2
介護給付	人／月	10	9	10	10	10	10

⑥通所介護

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	回/月	1,518	1,557	1,648	1,635	1,604	1,594
	人/月	134	147	151	150	147	146

⑦介護予防通所リハビリテーション/通所リハビリテーション

老人保健施設や病院・診療所等に通い、心身の機能の維持回復と日常生活の自立支援のため、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを受けるサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人/月	16	15	12	12	12	12
介護給付	回/月	465	375	402	402	393	393
	人/月	59	48	50	50	49	49

⑧介護予防短期入所生活介護/短期入所生活介護

短期間、介護老人福祉施設等に宿泊しながら、日常生活の介護や機能訓練等を受けるサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	日/月	1	2	0	0	0	0
	人/月	1	0	0	0	0	0
介護給付	日/月	810	865	675	675	675	675
	人/月	54	51	36	36	36	36

⑨介護予防短期入所療養介護／短期入所療養介護

短期間、介護老人保健施設等に宿泊しながら、医療上のケアを含む介護や機能訓練等を受けるサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	日／月	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0
介護給付	日／月	62	82	100	100	100	100
	人／月	9	6	14	14	14	14

⑩介護予防福祉用具貸与／福祉用具貸与

特殊寝台や車いす等日常生活の自立を助ける用具を貸し出すサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	148	130	117	117	116	117
介護給付	人／月	278	300	300	298	292	289

⑪特定介護予防福祉用具購入費／特定福祉用具購入費

入浴支援具等、日常生活の自立を助ける用具の購入費の一部を給付するサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	3	2	3	3	3	3
介護給付	人／月	6	7	5	5	5	5

⑫介護予防住宅改修／住宅改修

住居の段差を解消したり廊下や階段に手すりを付けたりする小規模な住宅改修に対して費用の一部を支給するサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	5	4	4	4	4	4
介護給付	人／月	5	6	7	7	7	7

⑬介護予防特定施設入居者生活介護／特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等の特定施設に入居し、施設が作成する特定施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護や洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言等の日常生活上の世話のほか、機能訓練や療養上の世話等を受けます。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	0	0	0	0	0	0
介護給付	人／月	4	3	3	3	3	3

⑭介護予防支援／居宅介護支援

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	189	162	145	145	145	146
介護給付	人／月	462	479	482	479	472	466

2 地域密着型サービス

①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が密接に連携しながら、短時間の定期巡回訪問と随時の対応を行います。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	0	0	0	0	0	0

②夜間対応型訪問介護

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	0	0	0	0	0	0

③介護予防認知症対応型通所介護／認知症対応型通所介護

認知症のある人がデイサービスセンター等に通い、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等の日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持と合わせ、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	回/月	2	11	19	19	19	19
	人/月	0	2	2	2	2	2
介護給付	回/月	90	85	97	97	97	97
	人/月	10	9	11	11	11	11

④介護予防小規模多機能型居宅介護／小規模多機能型居宅介護

あらかじめ登録された利用者を対象として、その自宅において、又はサービス拠点に通い、もしくは短期間宿泊して、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事等の介護や調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等の日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。「通い」サービスを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問」サービスや「宿泊」サービスを組み合わせることで、在宅での生活の継続を図ります。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	1	1	0	0	0	0
介護給付	人／月	11	10	9	9	9	9

⑤介護予防認知症対応型共同生活介護／認知症対応型共同生活介護

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
予防給付	人／月	0	0	0	0	0	0
介護給付	人／月	36	37	38	38	39	45

⑥地域密着型特定施設入居者生活介護

定員 29 人以下の有料老人ホーム・軽費老人ホーム等の特定施設に入居し、入浴・排泄・食事等の介護等、日常生活上のお世話や機能訓練を受けるサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人／月	23	23	24	24	24	24

⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人以下の特別養護老人ホームに入所し、地域密着型施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護や、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与等の日常生活上の世話のほか、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を受けます。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	15	16	16	16	16	16

⑧看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ提供するサービスです。医療と介護の両方のケアが必要な方が、柔軟なサービスの提供を受けられるようになります。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	-	-	-	0	0	0

⑨地域密着型通所介護

定員が18人以下のデイサービスセンターで、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上のお世話のほか、機能訓練等を受けます。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	回/月	940	960	1,030	1,020	994	994
	人/月	93	100	100	99	97	97

3 施設サービス

①介護老人福祉施設

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	102	91	82	84	90	90

②介護老人保健施設

自宅での生活への復帰を念頭に置いて、医学的な管理のもとに介護や機能訓練、日常生活の支援等を受けるサービスです。

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	76	78	84	84	84	84

③介護医療院

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

		実績（令和5年度は見込み）			第9期見込み		
		令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
介護給付	人/月	1	1	2	2	2	4

4 介護保険サービスの量の見込み

(1) 介護サービスの量の見込み

単位：回（日）、人／月

		第9期計画			将来推計			
		令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
① 居宅サービス								
訪問介護	回／月	5,754	5,592	5,467	5,585	5,664	5,456	4,884
	人／月	260	254	250	254	258	246	221
訪問入浴介護	回／月	2	2	2	2	2	2	2
	人／月	1	1	1	1	1	1	1
訪問看護	回／月	1,228	1,209	1,191	1,198	1,228	1,182	1,051
	人／月	128	126	124	125	128	123	109
訪問リハビリテーション	回／月	70	70	70	70	70	70	63
	人／月	9	9	9	9	9	9	8
居宅療養管理指導	人／月	10	10	10	10	10	10	9
通所介護	回／月	1,635	1,604	1,594	1,592	1,614	1,565	1,379
	人／月	150	147	146	146	148	143	126
通所リハビリテーション	回／月	402	393	393	383	391	376	346
	人／月	50	49	49	48	49	47	43
短期入所生活介護	日／月	675	675	675	659	659	638	581
	人／月	36	36	36	35	35	34	31
短期入所療養介護(老健)	日／月	100	100	100	100	100	100	84
	人／月	14	14	14	14	14	14	12
短期入所療養介護(病院等)	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人／月	298	292	289	291	294	283	254
特定福祉用具購入	人／月	5	5	5	5	5	5	5
住宅改修費	人／月	7	7	7	7	7	7	7
特定施設入居者生活介護	人／月	3	3	3	3	3	3	3

単位：回（日）、人／月

	第9期計画			将来推計			
	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
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	人／月	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問 介護	人／月	0	0	0	0	0	0
認知症対応型 通所介護	回／月	97	97	97	97	97	97
	人／月	11	11	11	11	11	9
小規模多機能型 居宅介護	人／月	9	9	9	9	9	7
認知症対応型 共同生活介護	人／月	38	39	45	45	46	39
地域密着型特定 施設入居者 生活介護	人／月	24	24	24	24	25	20
地域密着型介護 老人福祉施設 入所者生活介護	人／月	16	16	16	16	16	14
看護小規模多機 能型居宅介護	人／月	0	0	0	0	0	0
地域密着型 通所介護	回／月	1,020	994	994	994	1,018	860
	人／月	99	97	97	97	99	84
③施設サービス							
介護老人福祉 施設	人／月	84	90	90	82	83	73
介護老人保健 施設	人／月	84	84	84	83	83	73
介護医療院	人／月	2	2	4	4	4	4
④居宅介護支援	人／月	479	472	466	469	476	408

(2)介護予防サービスの量の見込み

単位：回（日）、人／月

		第9期計画			将来推計			
		令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和12年度(2030)	令和17年度(2035)	令和22年度(2040)	令和27年度(2045)
①介護予防サービス								
介護予防訪問入浴介護	回／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回／月	249	249	249	249	249	222	202
	人／月	37	37	37	37	37	33	30
介護予防訪問リハビリテーション	回／月	11	11	11	11	11	11	11
	人／月	1	1	1	1	1	1	1
介護予防居宅療養管理指導	人／月	2	2	2	2	2	2	2
介護予防通所リハビリテーション	人／月	12	12	12	12	12	11	10
介護予防短期入所生活介護	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	日／月	0	0	0	0	0	0	0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人／月	117	116	117	120	118	106	93
特定介護予防福祉用具購入費	人／月	3	3	3	3	3	3	3
介護予防住宅改修費	人／月	4	4	4	4	4	4	4
介護予防特定施設入居者生活介護	人／月	0	0	0	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	回／月	19	19	19	19	19	19	19
	人／月	2	2	2	2	2	2	2
介護予防小規模多機能型居宅介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
③介護予防支援	人／月	145	145	146	148	147	131	116

5 介護保険事業費の見込み

(1)介護サービス給付費（見込額）

単位：千円／年

	第9期計画			将来推計			
	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
①居宅サービス							
訪問介護	217,658	211,780	206,967	211,482	214,480	206,707	184,998
訪問入浴介護	313	314	314	314	314	314	314
訪問看護	63,710	62,789	61,787	62,282	63,805	61,560	54,503
訪問リハビリテーション	2,262	2,265	2,265	2,265	2,265	2,265	2,039
居宅療養管理指導	1,474	1,476	1,476	1,476	1,476	1,476	1,337
通所介護	155,701	152,898	152,000	151,634	153,733	149,412	131,493
通所リハビリテーション	41,260	40,549	40,549	39,418	40,093	38,743	35,616
短期入所生活介護	62,376	62,455	62,455	60,916	60,916	59,197	53,985
短期入所療養介護(老健)	13,472	13,489	13,489	13,489	13,489	13,489	11,508
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	41,447	40,496	39,869	40,294	40,805	39,575	35,376
特定福祉用具購入費	1,743	1,743	1,743	1,743	1,743	1,743	1,743
住宅改修費	6,518	6,518	6,518	6,518	6,518	6,518	6,518
特定施設入居者生活介護	7,963	7,973	7,973	7,973	7,973	7,973	7,973
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	0	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0
認知症対応型訪問介護	14,379	14,397	14,397	14,397	14,397	14,397	11,317
小規模多機能型居宅介護	19,099	19,123	19,123	19,123	19,123	19,123	14,166
認知症対応型共同生活介護	121,747	124,905	144,612	144,612	147,616	141,223	125,228
地域密着型特定施設入居者生活介護	56,478	56,549	56,549	56,549	59,268	56,549	47,665
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	57,736	57,809	57,809	57,809	57,809	57,809	50,704
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	105,161	102,350	102,350	102,350	105,146	99,288	88,601
③施設サービス							
介護老人福祉施設	258,773	278,043	278,043	253,047	255,880	253,047	225,139
介護老人保健施設	289,485	289,851	289,851	286,480	286,480	279,866	251,870
介護医療院	8,167	8,177	16,988	16,988	16,988	16,988	16,988
④居宅介護支援							
介護サービスの総給付費	1,632,595	1,640,502	1,660,612	1,635,143	1,655,515	1,608,966	1,432,310

※千円未満を四捨五入して表示しているため、合計が一致しない場合があります。

(2)介護予防サービス給付費（見込額）

単位：千円／年

	第9期計画			将来推計			
	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
①介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	11,679	11,694	11,694	11,694	11,694	10,425	9,476
介護予防訪問 リハビリテーション	348	349	349	349	349	349	349
介護予防居宅療養管理指導	119	119	119	119	119	119	119
介護予防通所 リハビリステーション	5,308	5,315	5,315	5,315	5,315	4,757	4,475
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (老健)	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	6,206	6,151	6,206	6,365	6,262	5,617	4,925
特定介護予防福祉用具 購入費	1,024	1,024	1,024	1,024	1,024	1,024	1,024
介護予防住宅改修費	3,318	3,318	3,318	3,318	3,318	3,318	3,318
介護予防特定施設入居者 生活介護	0	0	0	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	2,471	2,475	2,475	2,475	2,475	2,475	2,475
介護予防小規模多機能型 居宅介護	0	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型 共同生活介護	0	0	0	0	0	0	0
③介護予防支援	7,975	7,986	8,041	8,150	8,095	7,214	6,389
介護予防サービスの総給付費	38,448	38,431	38,541	38,809	38,651	35,298	32,550

※千円未満を四捨五入して表示しているため、合計が一致しない場合があります。

6 保険給付費等の見込額

(1) 標準給付見込額

単位：千円／年

		第9期計画			将来推計			
		令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
1	介護サービス給付費	1,632,595	1,640,502	1,660,612	1,635,143	1,655,515	1,608,966	1,432,310
2	介護予防サービス給付費	38,448	38,431	38,541	38,809	38,651	35,298	32,550
3	総給付費（1+2）	1,671,043	1,678,933	1,699,153	1,673,952	1,694,166	1,644,264	1,464,860
4	特定入所者介護 サービス費等給付額	60,654	60,499	60,705	59,785	60,243	56,732	50,626
5	高額介護サービス費等 給付額	36,867	36,773	36,897	36,254	36,532	34,403	30,700
6	高額医療合算介護 サービス費等給付額	5,565	5,551	5,508	5,570	5,613	5,285	4,717
7	算定対象審査支払手数料	1,401	1,397	1,386	1,402	1,413	1,330	1,187
8	標準給付額 (3～7の合計)	1,775,530	1,783,153	1,803,650	1,776,963	1,797,966	1,742,015	1,552,090

※千円未満を四捨五入して表示しているため、合計が一致しない場合があります。

(2)地域支援事業費見込額

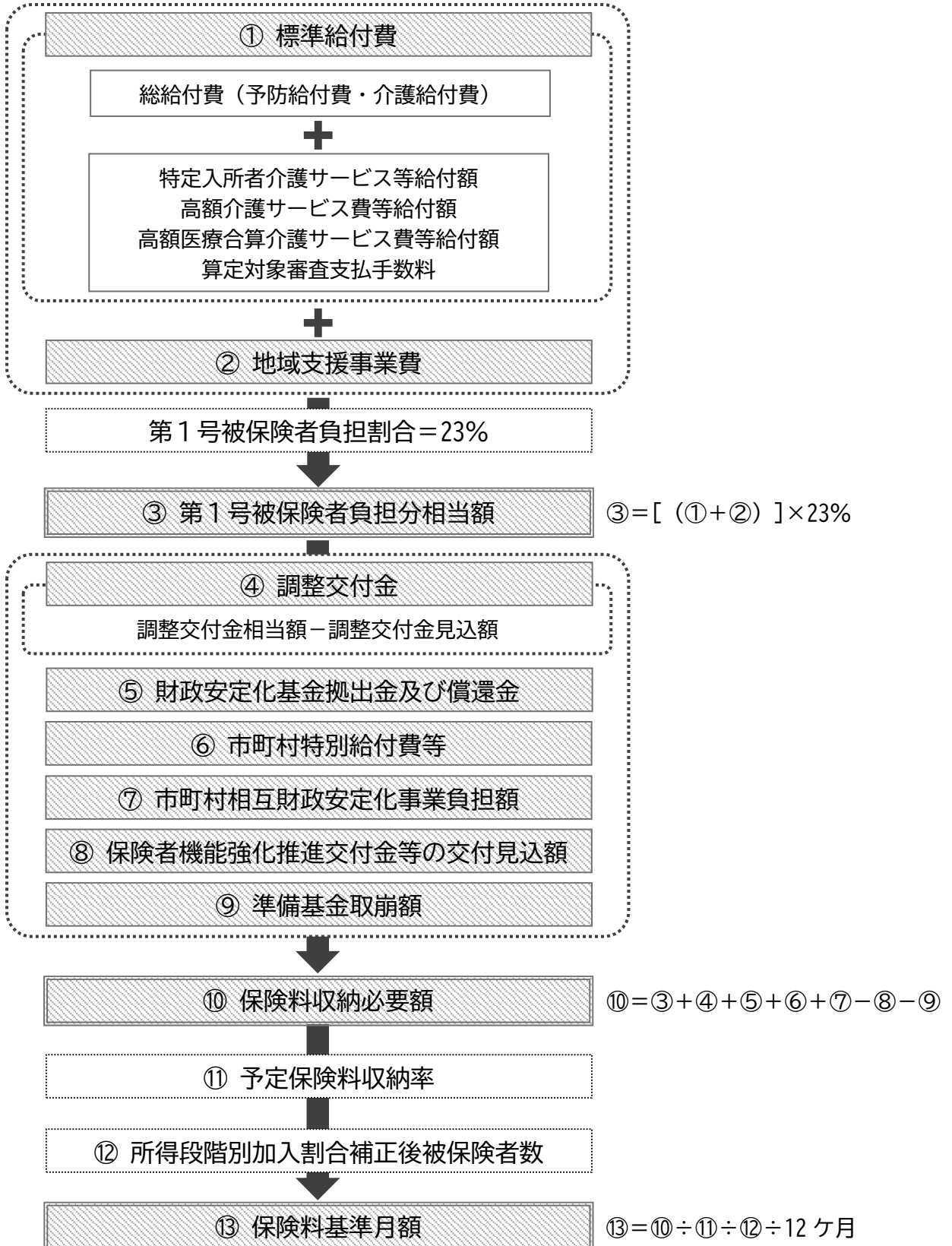
単位：千円／年

	第9期計画			将来推計			
	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)	令和 27年度 (2045)
1 介護予防・日常生活支援総合事業費							
(1)訪問型サービス事業費	39,634	39,648	39,561	38,742	39,214	36,061	32,177
(2)通所型サービス事業費	29,694	31,989	31,989	32,124	33,590	32,073	28,325
(3)介護予防ケアマネジメント事業費	7,500	7,500	7,500	7,529	6,884	6,217	5,660
(4)介護予防普及啓発事業費	500	500	500	506	463	418	380
(5)地域介護予防活動支援事業費	2,000	2,000	2,000	2,024	1,851	1,672	1,522
(6)地域リハビリテーション活動支援事業費	0	0	0	0	0	0	0
(7)上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業費	400	400	400	394	360	325	296
介護予防・日常生活支援総合事業費 計	79,728	82,037	81,950	81,319	82,362	76,767	68,360
2 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							
(1)包括的支援事業費	30,684	30,206	29,749	28,240	26,174	24,378	22,245
(2)任意事業費	5,000	5,000	5,000	4,548	4,215	3,926	3,582
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 計	35,684	35,206	34,749	32,788	30,389	28,304	25,828
3 包括的支援事業費（社会保障充実分）							
(1)在宅医療・介護連携推進事業費	100	100	100	10	10	10	10
(2)生活支援体制整備事業費	6,500	6,500	6,500	6,418	6,418	6,418	6,418
(3)認知症初期集中支援推進事業費	20	20	20	0	0	0	0
(4)認知症地域支援・ケア向上事業費	600	600	600	500	500	500	500
(5)認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	100	100	100	0	0	0	0
(6)地域ケア会議推進事業費	300	300	300	20	20	20	20
包括的支援事業費（社会保障充実分） 計	7,620	7,620	7,620	6,948	6,948	6,948	6,948
地域支援事業費 計	123,033	124,863	124,319	121,055	119,699	112,019	101,136

※千円未満を四捨五入して表示しているため、合計が一致しない場合があります。

7 介護保険料の算定

(1) 保険料算定の手順

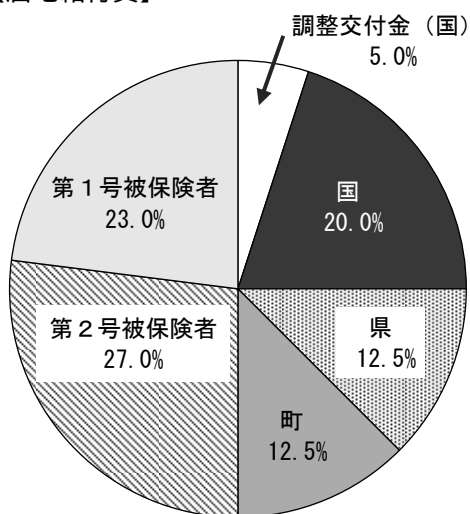


(2)介護保険の財源構成

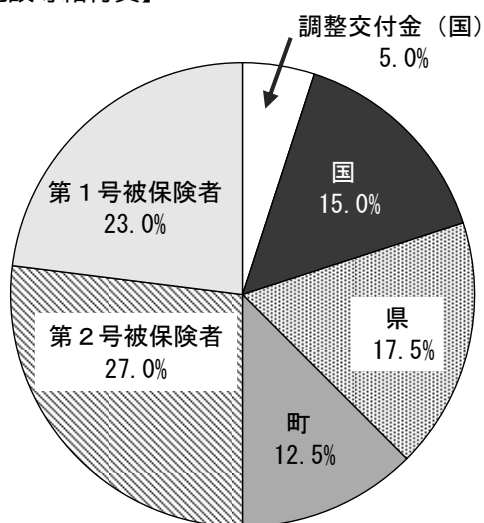
【介護給付費の財源構成】

介護保険事業を運営するために必要となる費用は、標準給付費、地域支援事業費、事務費等から構成されます。そのうち、標準給付費と地域支援事業費の財源は、第1号被保険者及び第2号被保険者の保険料と国・県・町の負担金で賄われます。第1号被保険者の保険料の負担割合は、前計画期間と同じく23.0%となっています。

【居宅給付費】



【施設等給付費】

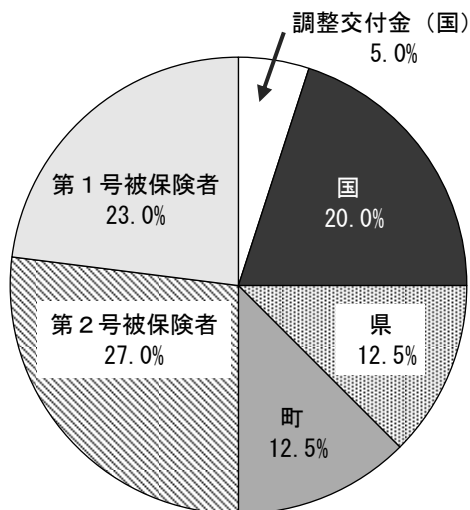


【地域支援事業費の財源構成】

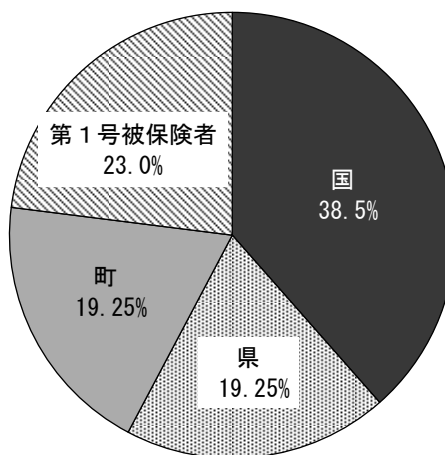
地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業の財源は、介護給付費と同じく50%が国・県・町による公費負担、50%が第1号と第2号被保険者の保険料負担です。

包括的支援事業と任意事業の財源は、第2号被保険者の負担がなくなり、77%が国・県・町による公費負担、23%が第1号被保険者の保険料で構成されます。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

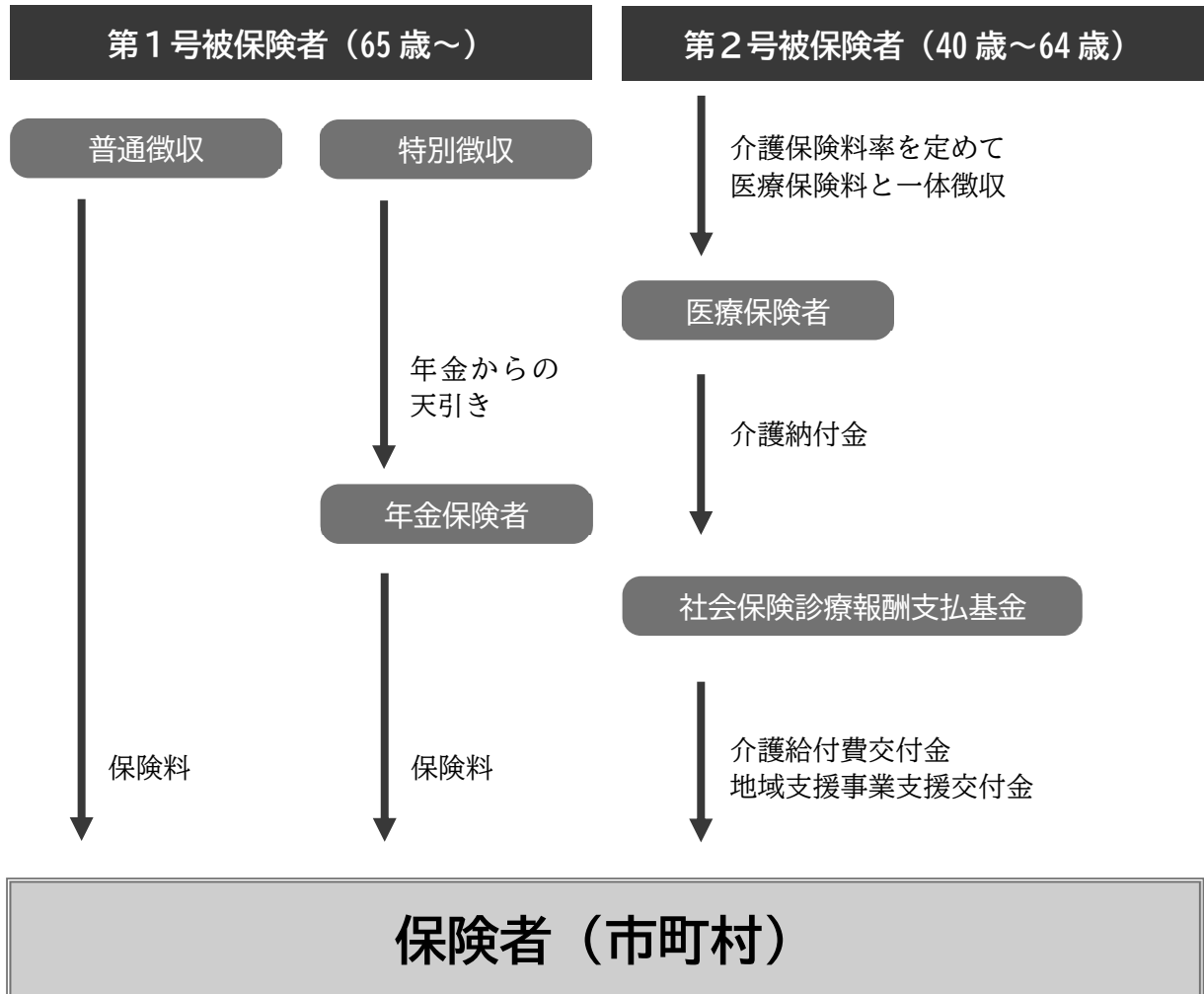


【包括的支援事業・任意事業】



(3) 予定保険料収納率

第1号被保険者からの保険料徴収は、普通徴収と特別徴収があり、第9期計画の予定保険料収納率は、過去の収納状況を勘案し、99.3%を見込んでいます。



(4)第1号被保険者(65歳以上の人)で負担すべき経費

ここまでに示した給付費や負担構造等から、第9期計画においては第1号被保険者の保険料として、約10億4,983万円を収納する必要があることとなりますが、予定保険料収納率を考慮すると、約10億5,723万円を徴収する想定で保険料を算定する必要があります。

(単位：円)

		第9期計画			
		合計	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
A	標準給付費見込額	5,362,332,647	1,775,529,585	1,783,152,579	1,803,650,483
B	地域支援事業費	372,214,533	123,032,566	124,863,262	124,318,705
C	介護予防・日常生活支援総合事業費	243,715,296	79,728,145	82,037,013	81,950,138
D	第1号被保険者負担分相当額	1,318,945,851	436,669,295	438,843,643	443,432,913
			(A+B)×23%		
E	調整交付金相当額	280,302,397	92,762,887	93,259,480	94,280,031
			(A+C)×5%		
F	調整交付金見込交付割合		9.60%	9.64%	9.52%
G	調整交付金見込額	537,418,000	178,105,000	179,804,000	179,509,000
			(A+C)×F		
H	市町村特別給付費等	19,500,000	6,500,000	6,500,000	6,500,000
I	財政安定化基金拠出金見込額	0	/		
J	財政安定化基金償還金	0			
K	保険者機能強化推進交付金等交付見込額	5,000,000			
L	準備基金の残高(R5年度末の見込額)	428,206,381			
M	準備基金取崩額	26,500,000			
N	保険料収納必要額	1,049,830,249	D+E-G+H+I+J-K-M		
O	予定保険料収納率	99.30%	/		
P	予定保険料収納率を考慮した必要額	1,057,230,865			

(5)所得段階の設定

第9期計画期間における第1号被保険者の所得段階については、国の標準段階である13段階を基本とします。

なお、低所得層の負担を軽減するため、国・県・町が公費を投入し、第1段階から第3段階に対して保険料の軽減措置を行っています。

■段階区分と保険料率

第9期計画期間		
所得段階	保険料率	対象者
第1段階	基準額×0.285	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で、本人及び世帯全員が町民税非課税 ・本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人
第2段階	基準額×0.485	本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超、120万円以下の人
第3段階	基準額×0.685	本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超の人
第4段階	基準額×0.9	本人が町民税非課税で、同じ世帯に町民税課税者があり、本人の前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人
第5段階	基準額×1.0	本人が町民税非課税で、同じ世帯に町民税課税者があり、本人の前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超の人
第6段階	基準額×1.2	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人
第7段階	基準額×1.3	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人
第8段階	基準額×1.5	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人
第9段階	基準額×1.7	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人
第10段階	基準額×1.9	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人
第11段階	基準額×2.1	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人
第12段階	基準額×2.3	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人
第13段階	基準額×2.4	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の人

(6)所得段階別第1号被保険者数

前掲の所得段階別の第1号被保険者数については、次のように見込んでいます。

■所得段階別被保険者数

(単位：人)

所得段階	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	第9期合計	構成比
第1段階	1,269	1,253	1,237	3,759	21.2%
第2段階	1,015	1,001	989	3,005	17.0%
第3段階	728	717	708	2,153	12.1%
第4段階	397	391	386	1,174	6.6%
第5段階	687	677	668	2,032	11.5%
第6段階	941	928	916	2,785	15.7%
第7段階	649	640	632	1,921	10.8%
第8段階	156	154	152	462	2.6%
第9段階	54	53	52	159	0.9%
第10段階	31	30	30	91	0.5%
第11段階	19	19	19	57	0.3%
第12段階	9	9	9	27	0.2%
第13段階	33	32	32	97	0.5%
計	5,988	5,904	5,830	17,722	100.0%

保険料率で補正した第1号被保険者数（合計）

所得段階	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	第9期合計
補正第1号被保険者	5,317	5,241	5,176	15,733

(7)第1号被保険者の介護保険料

介護保険事業にかかる給付費及び被保険者数等をもとに計算した、第1号被保険者の保険料は次のとおりです。

年間保険料基準額：67,200円（月額5,600円）

(8)介護保険料基準額の内訳

(単位：円)

所得段階	保険料率	年額
第1段階	0.285	19,100
第2段階	0.485	32,500
第3段階	0.685	46,000
第4段階	0.9	60,400
第5段階	【基準額】	67,200
第6段階	1.2	80,600
第7段階	1.3	87,300
第8段階	1.5	100,800
第9段階	1.7	114,200
第10段階	1.9	127,600
第11段階	2.1	141,100
第12段階	2.3	154,500
第13段階	2.4	161,200

資料編

1 那智勝浦町長寿社会づくり委員会設置に関する条例

(設置及び目的)

第1条 本町の長寿社会対策施策を充実し、豊かで健やかな長寿社会を実現するため、那智勝浦町長寿社会づくり委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事項を所管するものとする。

- (1) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に規定する老人福祉計画の策定及び推進に関する事。
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）第117条に規定する介護保険事業計画の策定及び推進に関する事。
- (3) 介護保険事業に関し、町長が別に定める事項
- (4) 前各号に定めるもののほか、高齢者施策に関する事。

(組織)

第3条 委員会は、委員21人以内をもって組織する。

2 委員は町長が委嘱し、又は任命する。

(会長及び副会長)

第4条 委員会に会長及び副会長1人を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、会務を総括する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 会長は、委員会を招集し、その議長となる。

2 委員会は半数以上の委員の出席がなければ開くことができない。

3 会長は、必要があると認めるときは、協議事項に関係のある者に対し、委員会への出席を求め、その意見又は説明を聞くことができる。

(任期)

第6条 委員会の委員の任期は3年とする。ただし、補欠委員の任期は残任期間とする。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、福祉課において処理する。

(委任)

第8条 この条例に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

この条例は、平成5年4月1日から施行する。

附 則（平成7年3月14日条例第9号）

この条例は、平成7年4月1日から施行する。

附 則（令和3年3月30日条例第7号）

この条例は、公布の日から施行する。

2 那智勝浦町長寿社会づくり委員会委員名簿

役職	作業部会	氏名	所属
会長	○	岡本 美智子	那智勝浦町民生児童委員協議会
副会長	座長	串 俊男	那智勝浦町区長連合会
		高橋 賢	東牟婁郡医師会
		中 紀文	那智勝浦町立温泉病院
		玉置 太一	紀南歯科医師会
	○	尾崎 宜洋	医療法人北斗大洋会
		岡崎 晴賀	社会福祉法人那智勝浦町社会福祉協議会
	○	日比 なな	社会福祉法人紀友会
	○	切土 知憲	社会福祉法人高瀬会
		細野 建治	社会福祉法人いなほ福祉会
		峰 武久	那智勝浦町老人クラブ連合会
	○	中路 進	介護保険被保険者代表
		長雄 正紘	
		楠本 修一	
		大西 茜	
	○	石田 一	
		畑下 圭喜	

(敬称略、順不同)

3 計画策定の経緯

年月日		内容
令和4年	8月	「在宅介護実態調査（聞き取り調査）」の実施
	11月	「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の実施（～12月まで）
		「在宅介護実態調査（郵送調査）」の実施（～12月まで）
	12月	「在宅生活改善調査」及び「介護人材実態調査」の実施（～令和5年1月まで）
令和5年	7月27日	那智勝浦町長寿社会づくり委員会 第1回作業部会 （1）第9期計画の策定方針の確認 （2）第9期計画における地域密着型サービスの整備方針について
	10月26日	那智勝浦町長寿社会づくり委員会 第2回作業部会 （1）第9期計画における地域密着型サービスの整備方針について （2）第9期計画の各施策について （3）独自事業について （4）第9期介護保険料について
	12月21日	那智勝浦町長寿社会づくり委員会 第3回作業部会 （1）第9期計画の素案について （2）第9期介護保険料について
令和6年	1月10日	パブリックコメントの実施（～1月23日まで）
	1月25日	那智勝浦町長寿社会づくり委員会 第4回作業部会 （1）第9期介護保険事業計画（案）について
	2月15日	第2回 那智勝浦町長寿社会づくり委員会 （1）第10期高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画について（最終案の確認）

那智勝浦町

第10期高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画

編集・発行 那智勝浦町 福祉課

〒649-5392 和歌山県東牟婁郡那智勝浦町大字築地7丁目1番地1

TEL : 0735-29-7039 (直通) FAX : 0735-52-8635
