

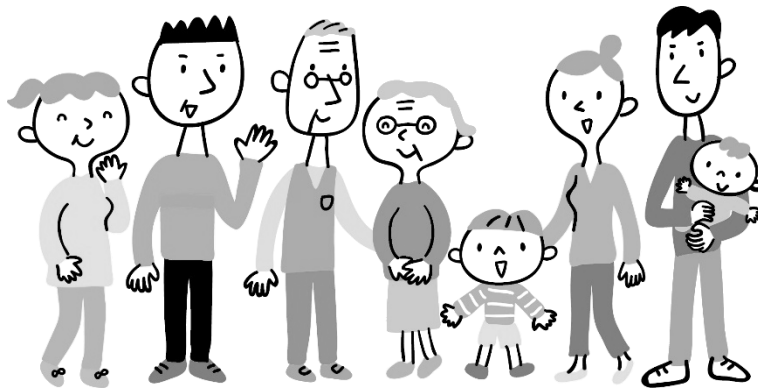
那智勝浦町

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

素案



令和5(2023)年12月時点

那智勝浦町

目次

第1章 計画策定に当たって

1 計画策定の背景

2 高齢者福祉計画・介護保険事業計画について

3 計画の位置づけと期間

4 日常生活圏域の設定

5 第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント

第2章 高齢者を取り巻く現状

1 高齢者の状況

2 各種調査からみる高齢者の現状

3 前期計画の進捗・評価と課題

4 今後の方向性まとめ

第3章 計画の理念と体系

1 計画の基本理念

2 計画の重点方針

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

重点方針2 自分らしく暮らせる豊かな地域を育む

重点方針3 自分らしい暮らしを守る仕組みをつくる

第5章 介護保険事業の推進

1 居宅サービス

2 地域密着型サービス

3 施設サービス

4 介護保険サービスの量の見込み

5 介護保険事業費の見込み

6 保険給付費等の見込額

7 介護保険料の算定

第6章 計画の推進に向けて

1 計画の推進体制

2 計画の評価

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

2 那智勝浦町長寿社会づくり委員会委員名簿

3 計画策定の経緯

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、1億2616万人と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、めざ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

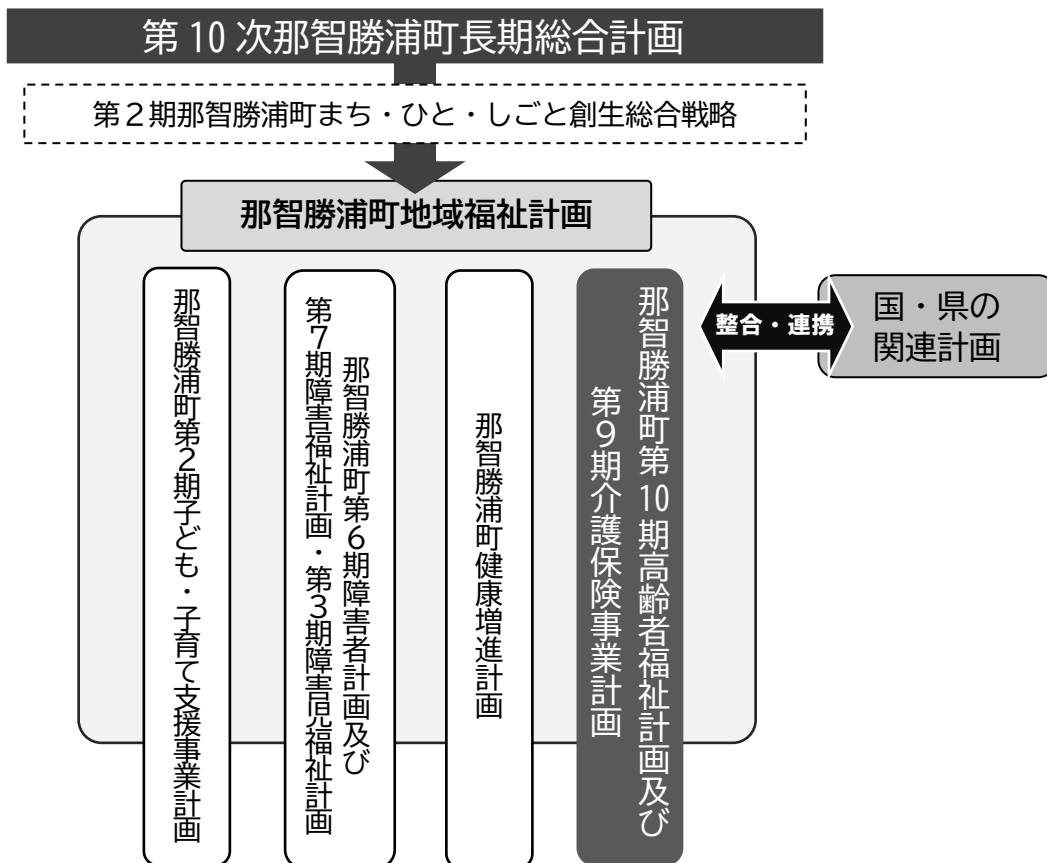
■介護保険事業計画

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など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。

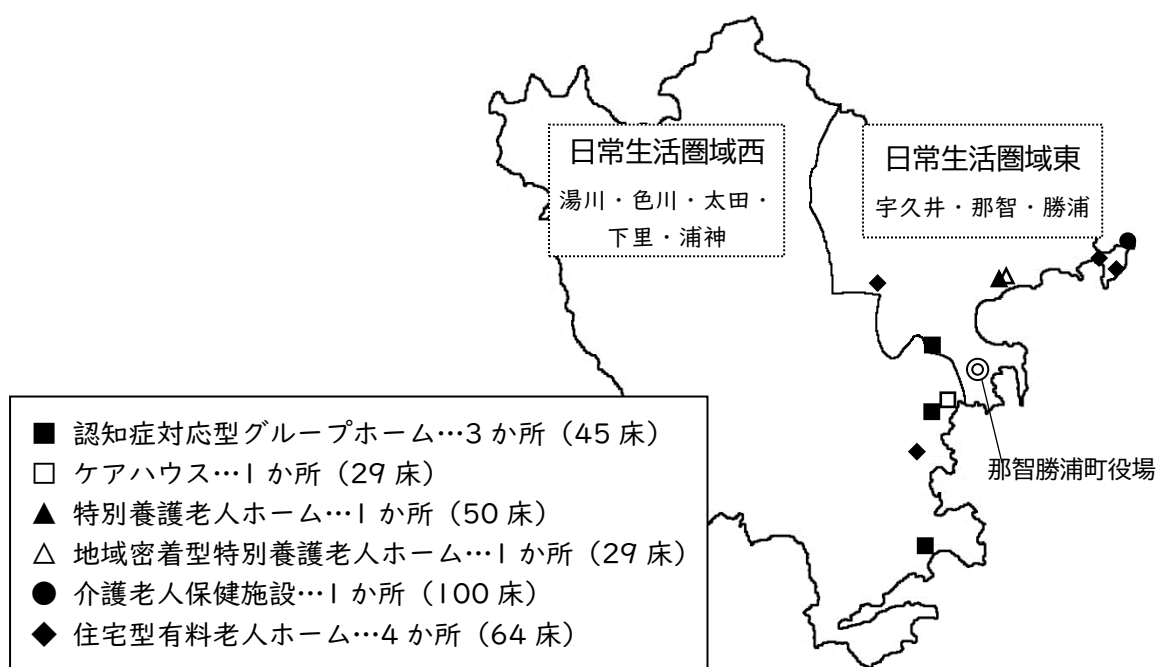
年度	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 2025	R8 2026	R9 2027	R10 2028	R11 2029	R12 2030	...	R22 2040
計画期間	第8期			第9期（本計画）			第10期					

団体の世代 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など既存施設・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など地域密着型サービスの更なる普及。
- 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要。
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実。

(2)地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- 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

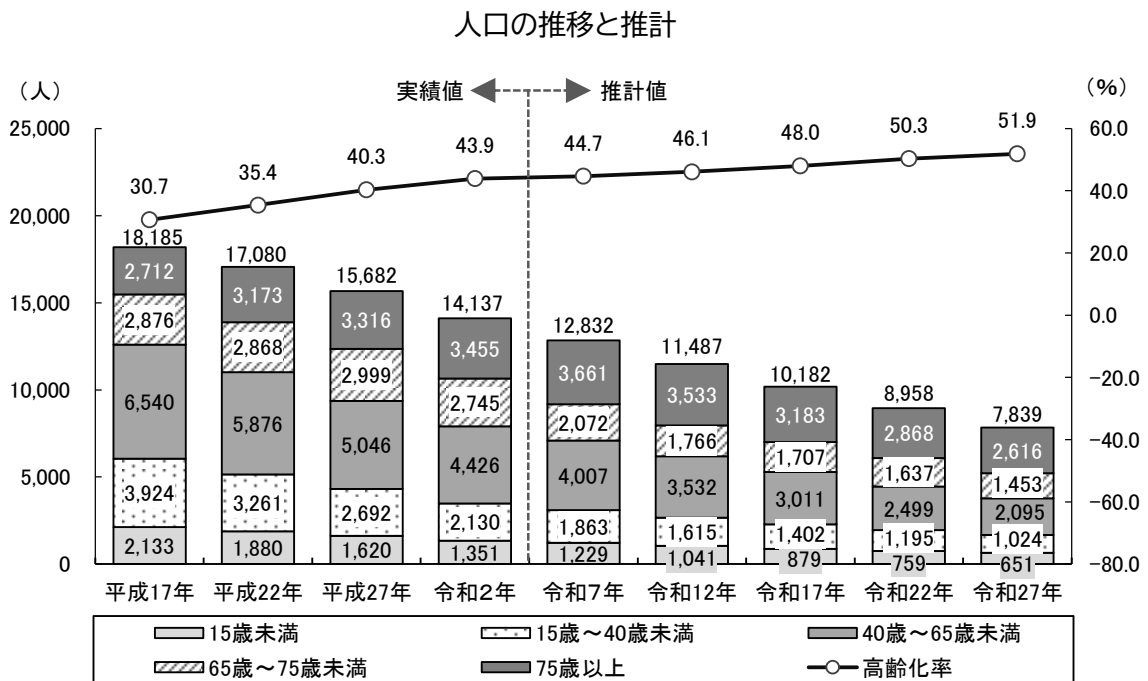
- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施。
- 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- 介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進。

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。
- 高齢者数を見ると、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。

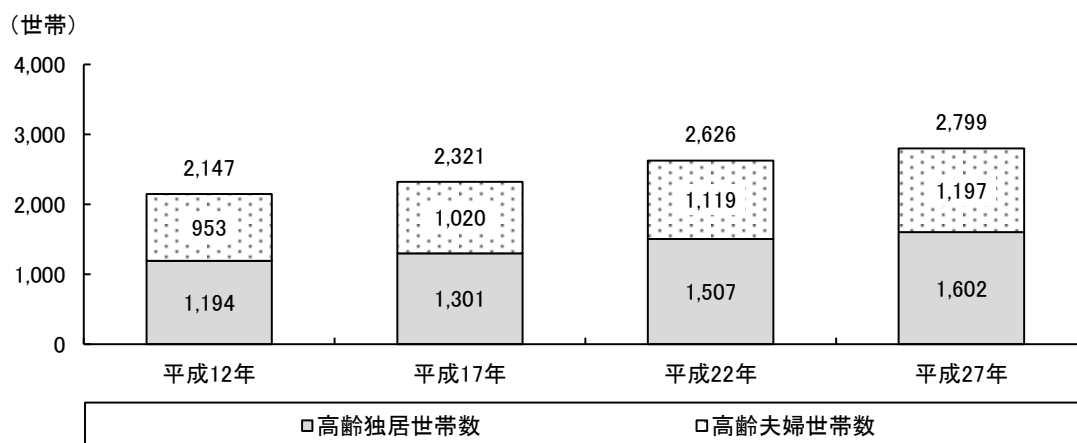


(資料) 2005年～2020年まで：総務省「国勢調査」
 2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年2018）年推計」

(2) 高齢者世帯の状況

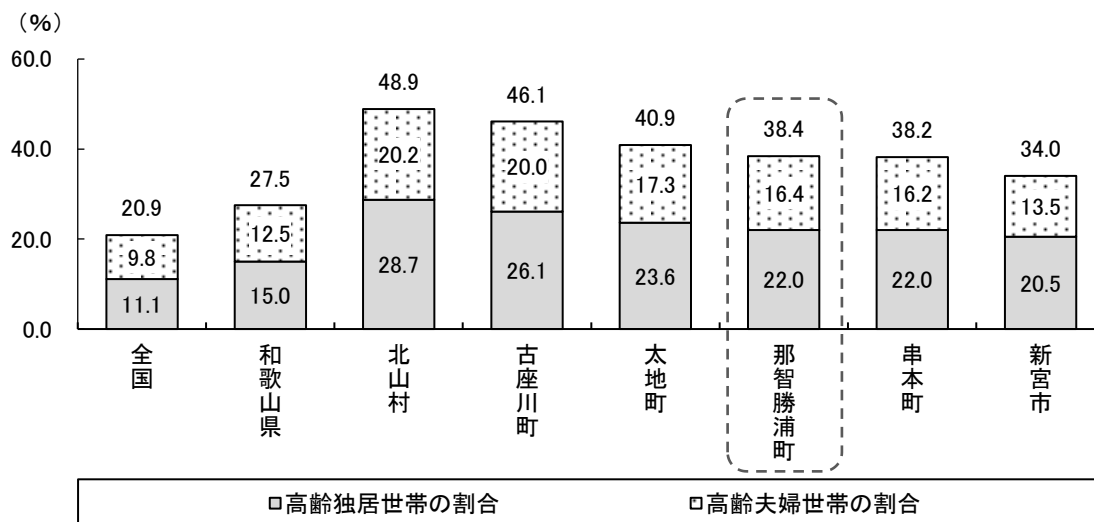
- 「高齢独居世帯数」「高齢夫婦世帯数」とともに増加しています。「高齢独居世帯の割合」及び「高齢夫婦世帯の割合」をみると、全国及び県と比べて、いずれも高くなっています。

高齢者独居世帯数・高齢夫婦世帯数の推移



(出典) 総務省「国勢調査」

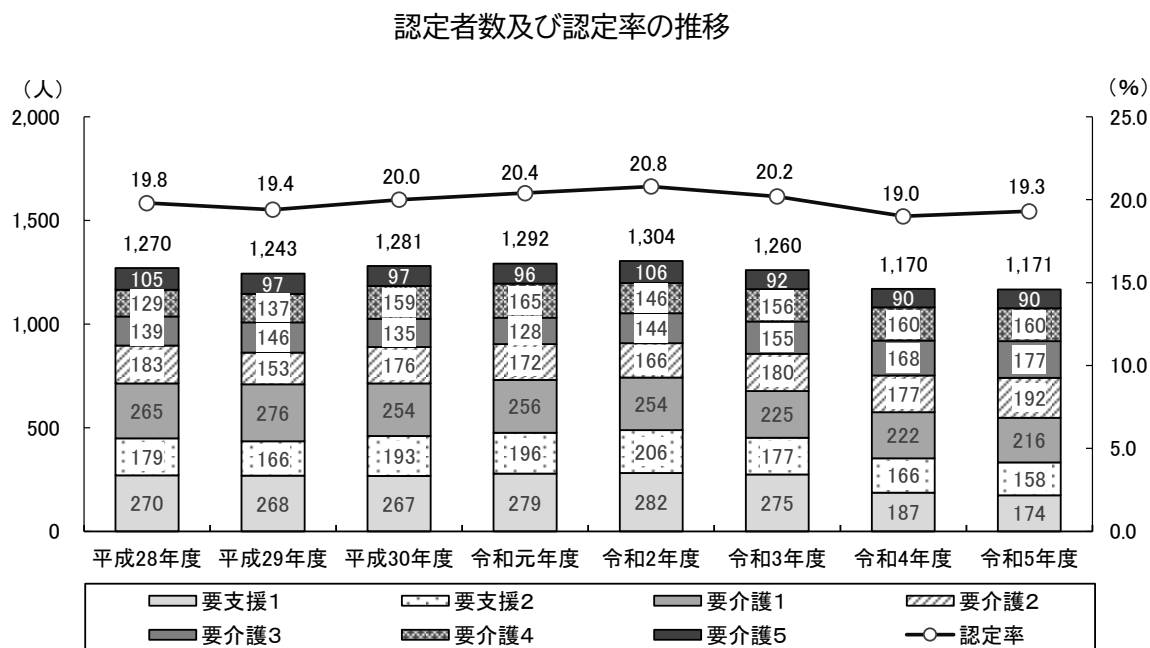
高齢者独居世帯・高齢夫婦世帯の割合



(時点) 平成 27 (2015) 年 (出典) 総務省「国勢調査」

(3) 認定者数及び認定率の推移

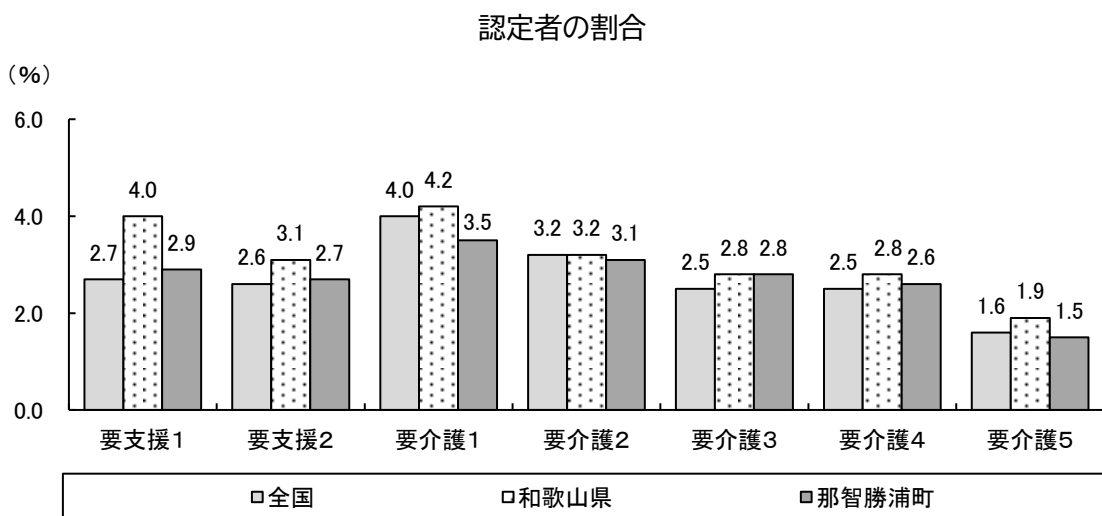
○認定者数、認定率ともに令和2年度まで増加傾向にありましたが、以降は減少し、令和4年度に最も低い数値となっています。しかし、令和5年度には認定率が増加し、特に要介護2、3の人数が増加しています。



(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

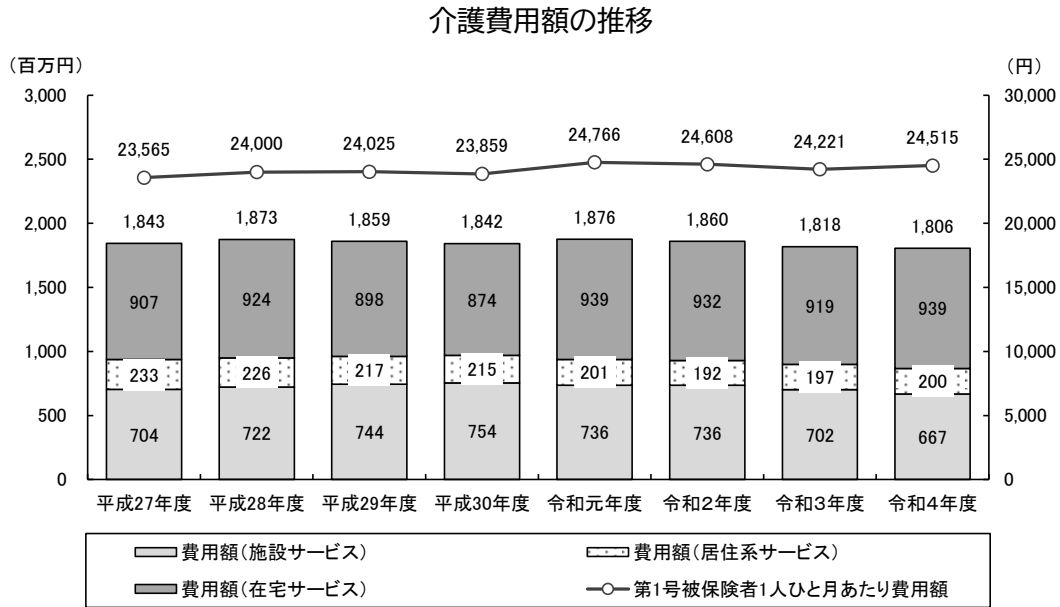
○認定者の割合は、全国と比べると同程度が多く、県と比べるといずれの介護度も低くなっています。



(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・日常生活圏域二一ズ調査〉

目的	令和6年度から始まる「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」の策定に当たり、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「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」の策定に当たり、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）

◇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など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、掃除など）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、筋力低下などの影響が大きいことが考えられます。



③ 趣味やいきがい（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ポイント低下しています。

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

○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。

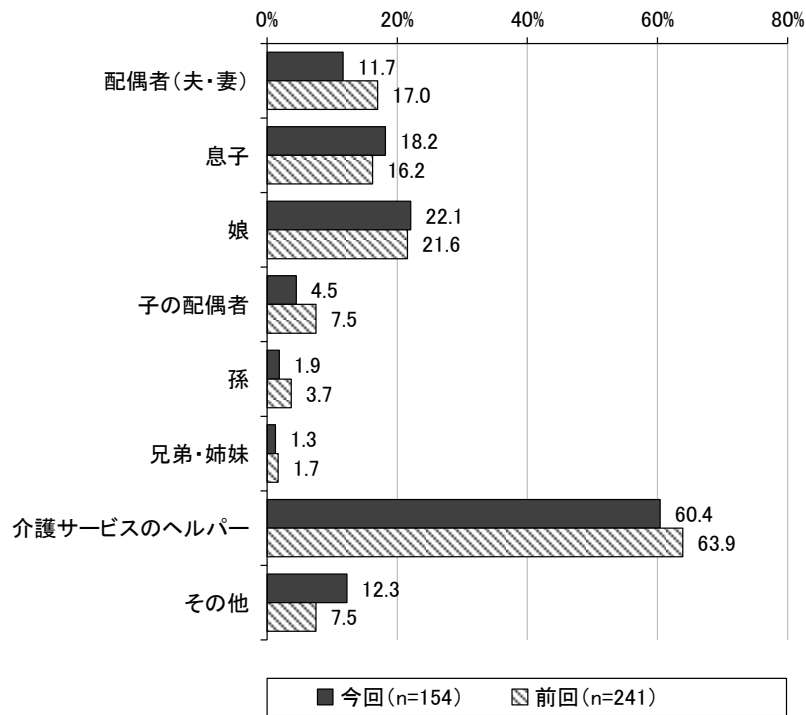


④ 地域活動の参加（問23）

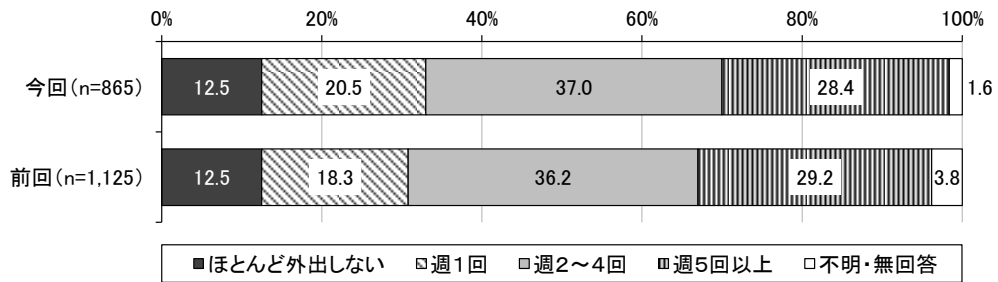
○前回調査と比較して、全体的に「週1回」以上参加していると答えた人の割合が低下しています。これらの活動への参加は、社会参加となりますので、参加率の低下は、社会参加率の低下といえます。新型コロナウイルス感染症の影響も考えられますが、社会参加率の低下は、介護予防に大きく関係することが考えられます。



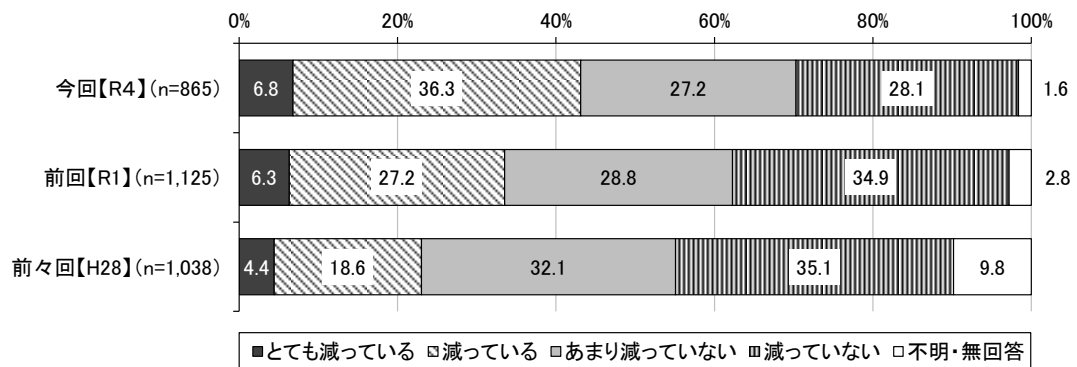
① 問3 主にどなたの介護、介助を受けていますか(複数回答)



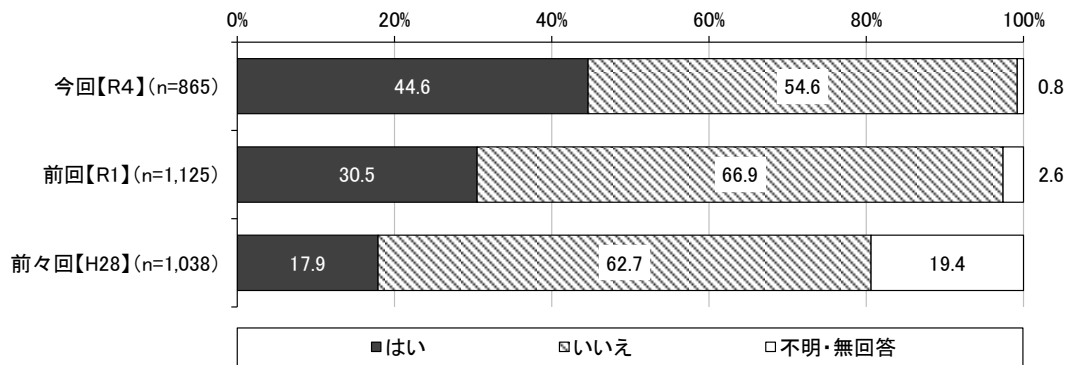
②-1 問10 週に1回以上は外出していますか(単数回答)



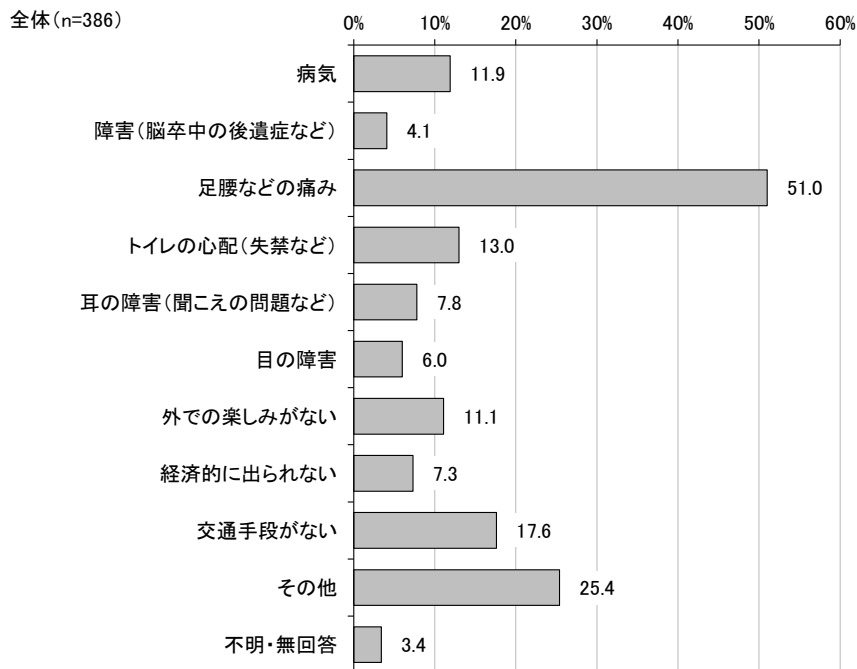
②-2 問11 昨年と比べて外出の回数が減っていますか(単数回答)



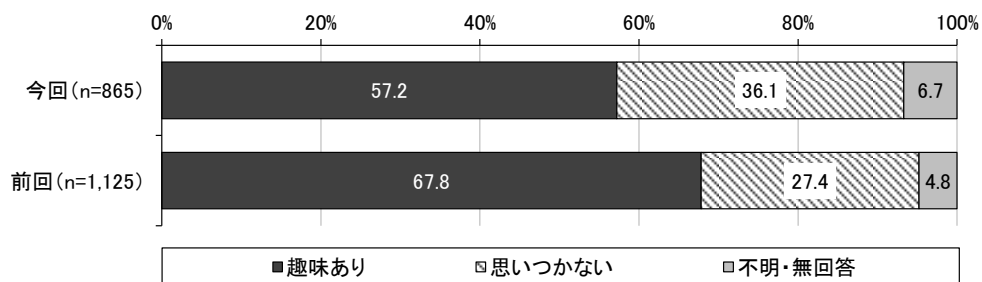
②-3 問 12 外出を控えていますか(単数回答)



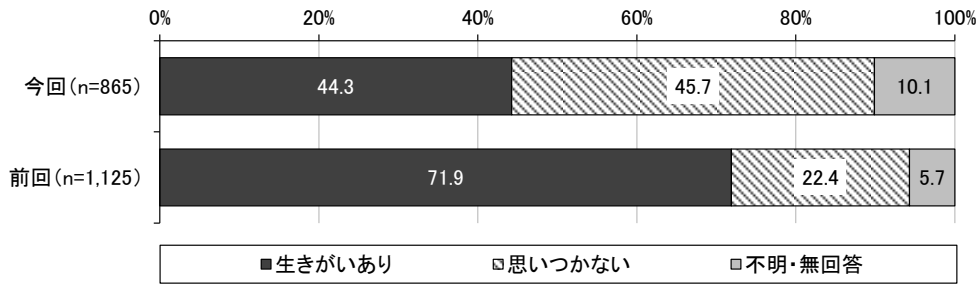
②-4 問 13 外出を控えている理由は、次のどれですか(複数回答)



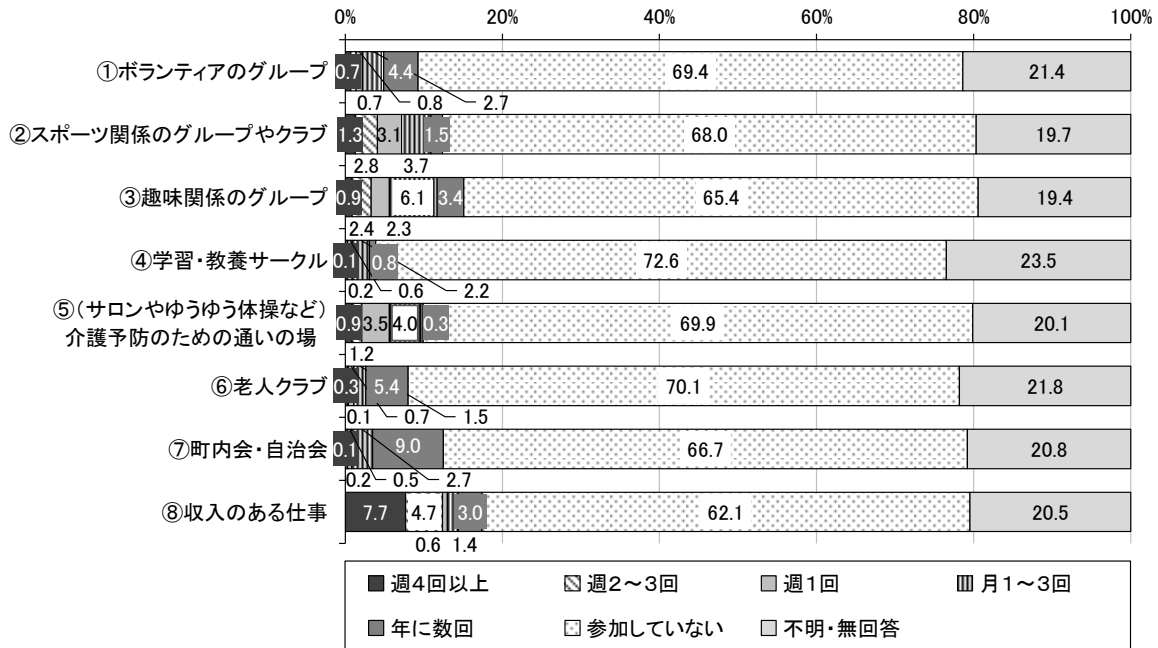
③-1 問 22(8)趣味はありますか(単数回答)



③-2 問 22(9)生きがいがありますか(単数回答)



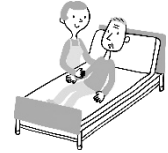
④-2 問 23「ボランティア、スポーツ関係、趣味関係、学習・教養サークル、介護予防のための通いの場、老人クラブ、町内会・自治会、収入のある仕事」の参加頻度について(単数回答)



〈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。



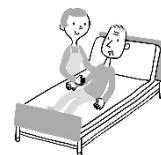
③ 施設等への入所・入居の検討状況（問11）

○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あたって、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。

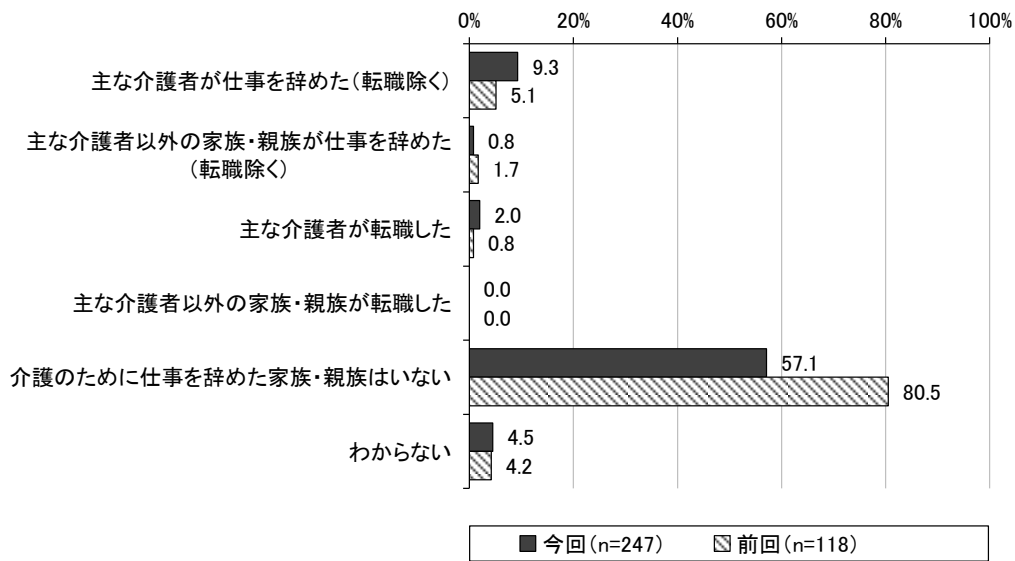


⑤ 働きながら介護（問 19）

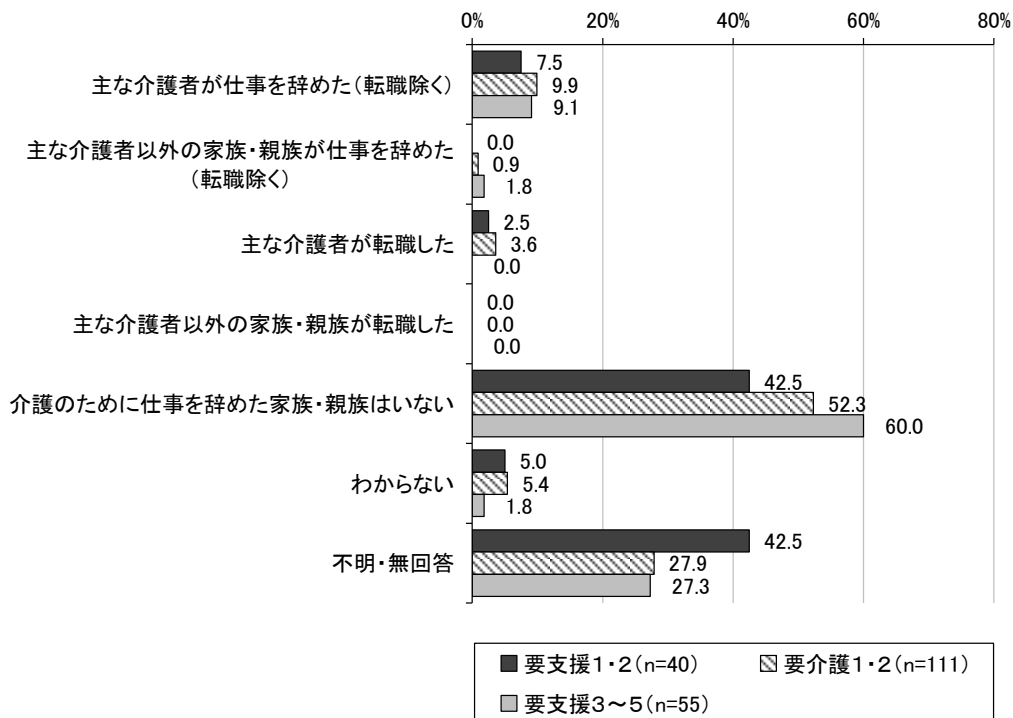
- 家族介護者のうち、続けていくのは難しい（「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」の合計）と答えた人が24.1%となっています。また、何とか続けていけるが問題はあるとしている人が53.4%と半数以上となっています。家族の就労継続のための支援が重要であると言えます。



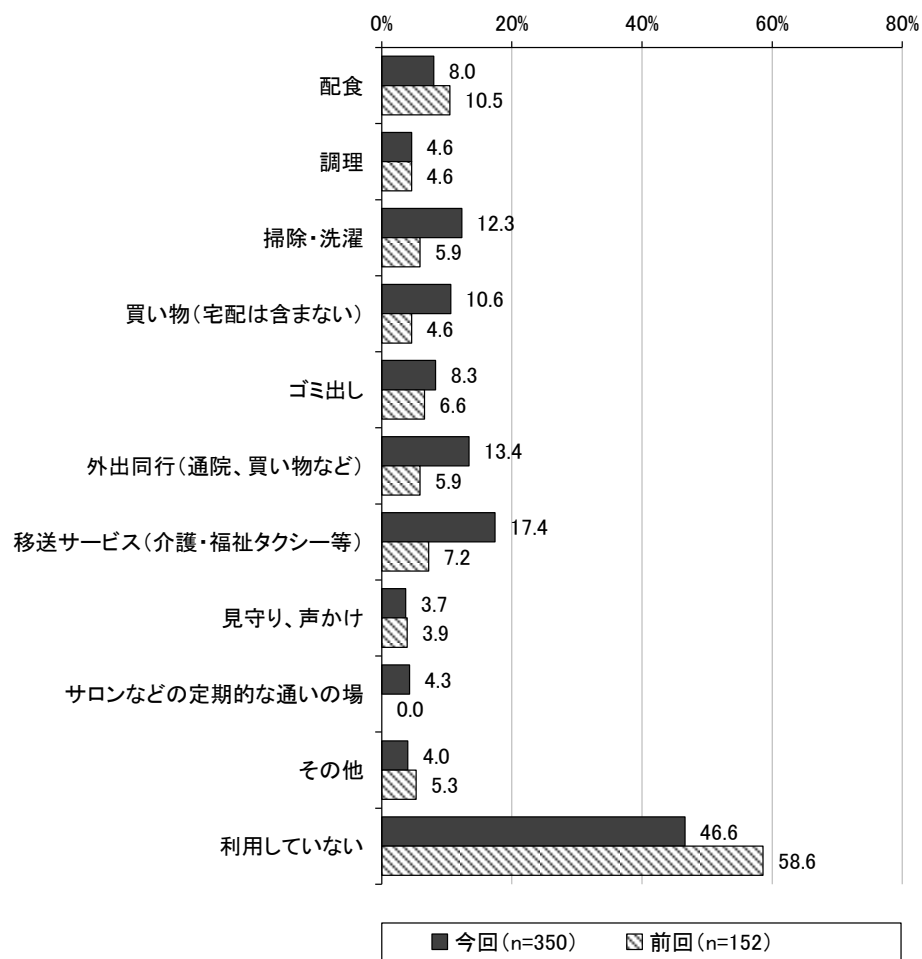
① 問8 ご家族やご親族の中で、ご本人の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(複数回答)



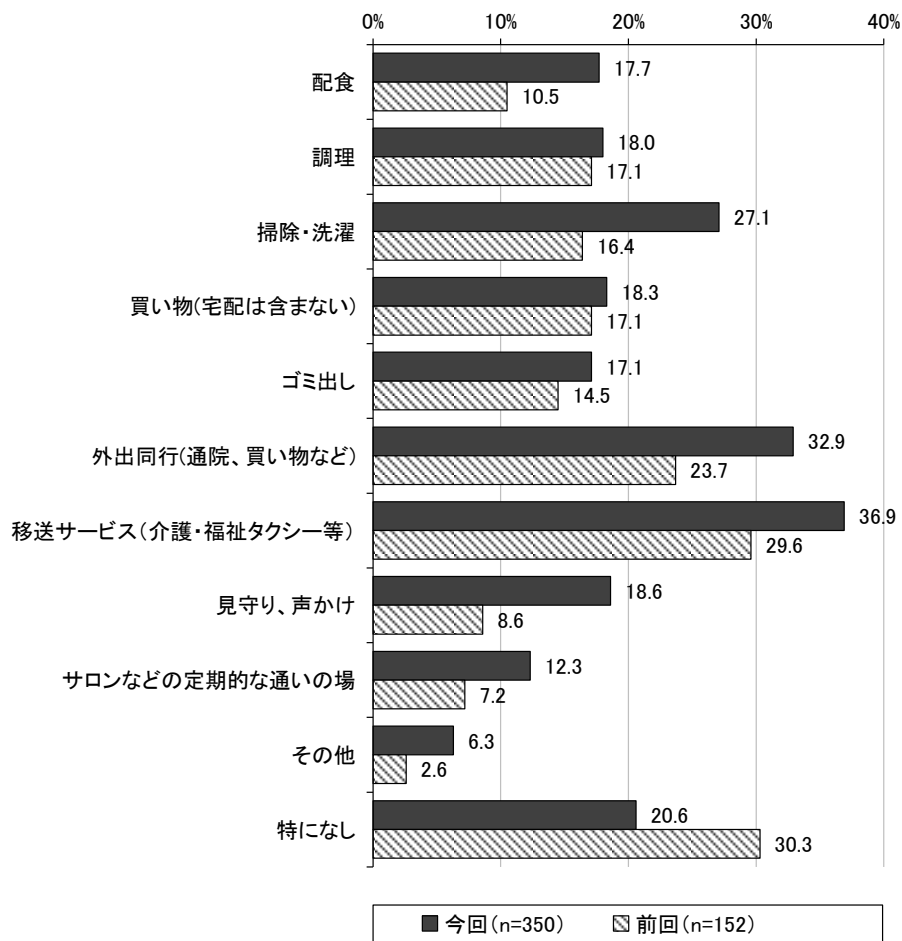
【要介護度別×介護が家族で仕事を辞めた家族の有無】



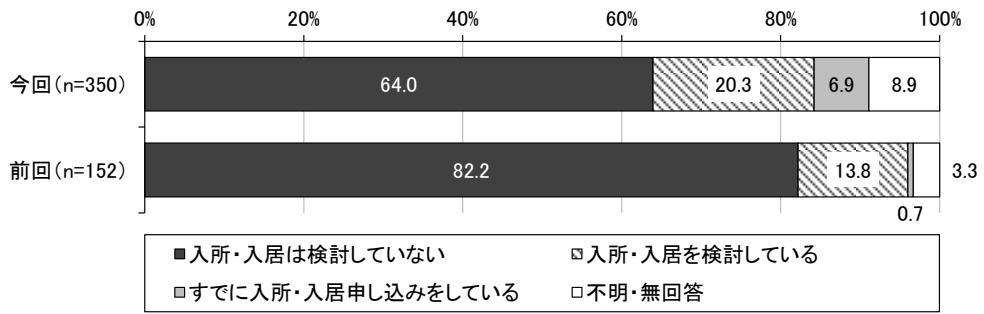
②-1 問9 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください(複数回答)



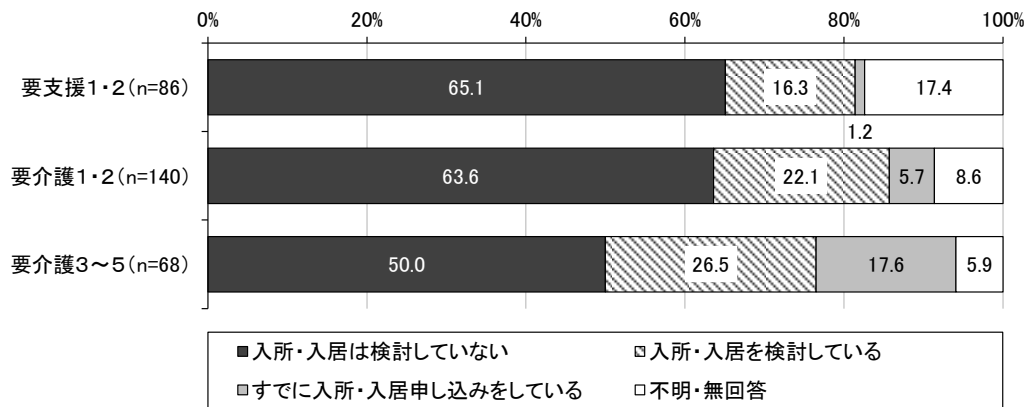
②-2 問 10 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む)について、ご回答ください(複数回答)



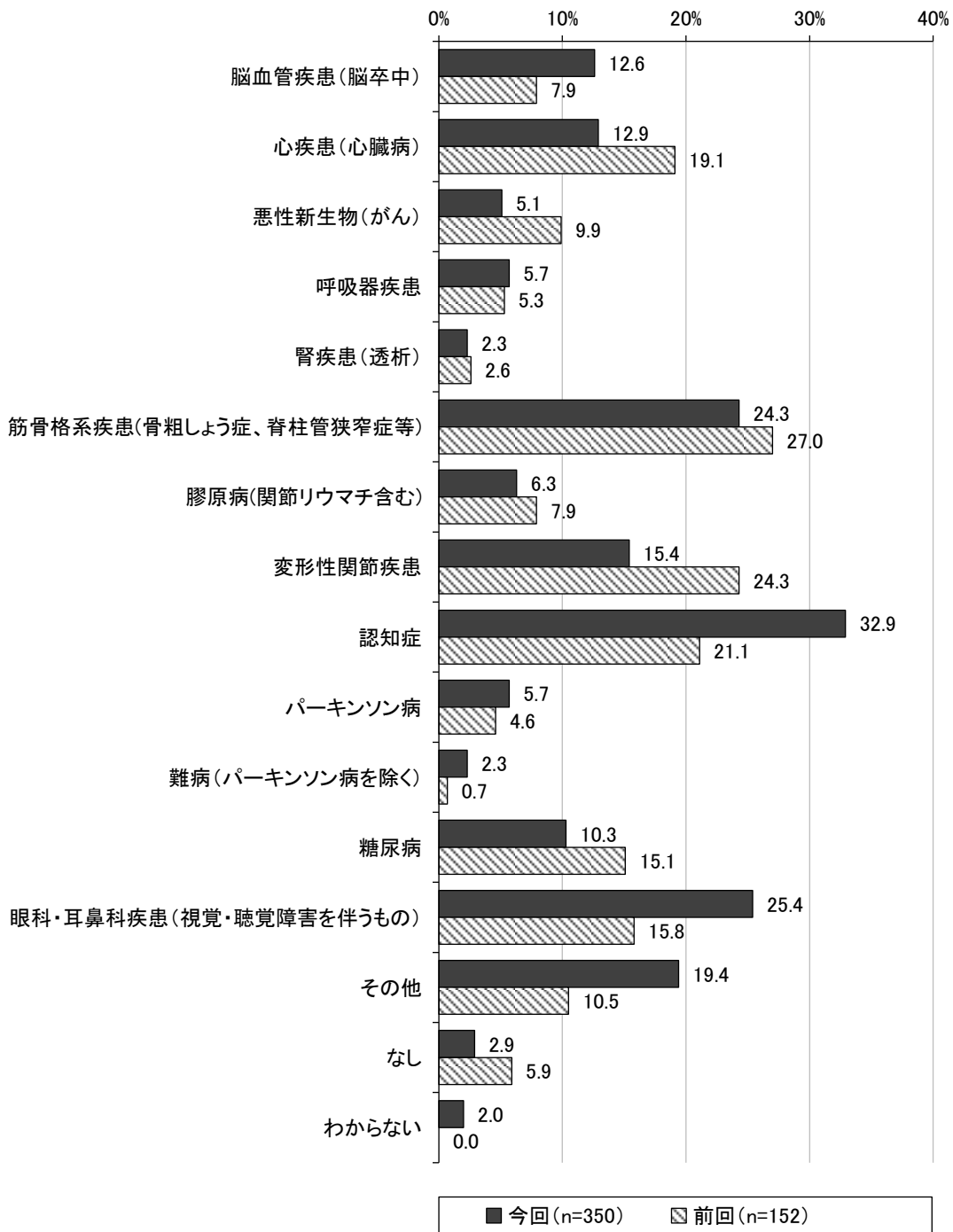
③ 問 11 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください(単数回答)



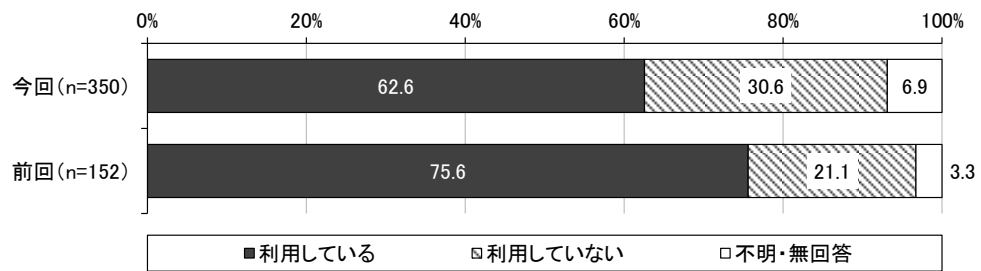
【要介護度別×施設等への入所・入居の検討状況】



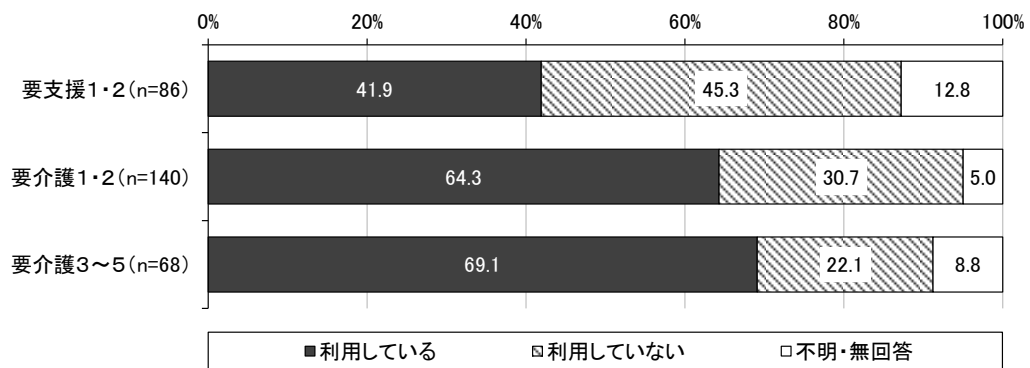
④ 問 12 ご本人が、現在抱えている傷病について、ご回答ください(複数回答)



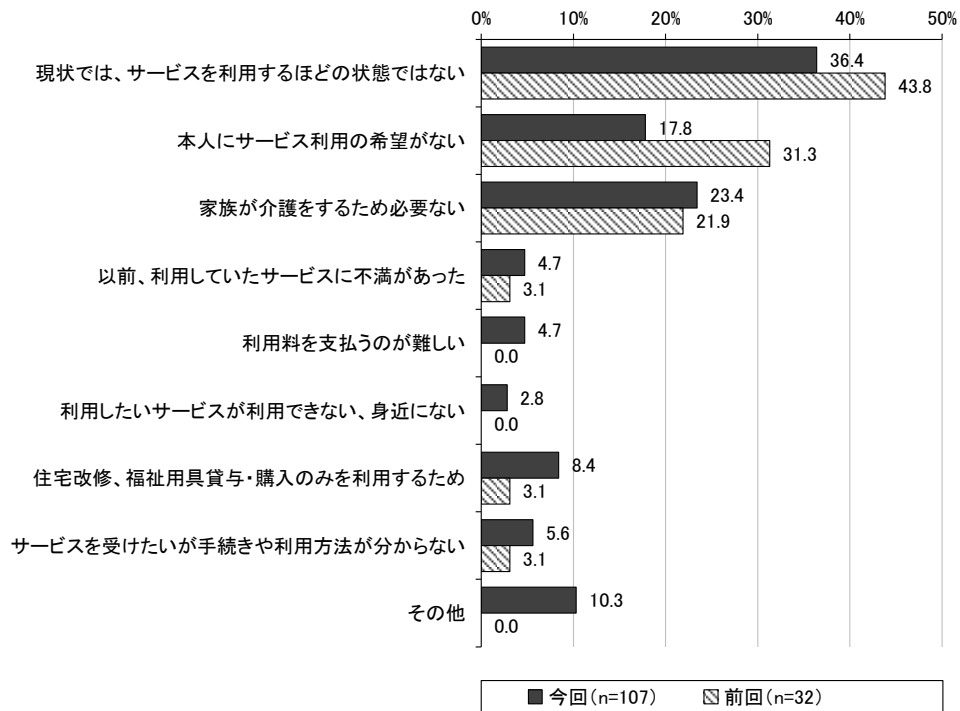
⑤-1 問 14 現在、(住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の)介護保険サービスを利用していますか
(単数回答)



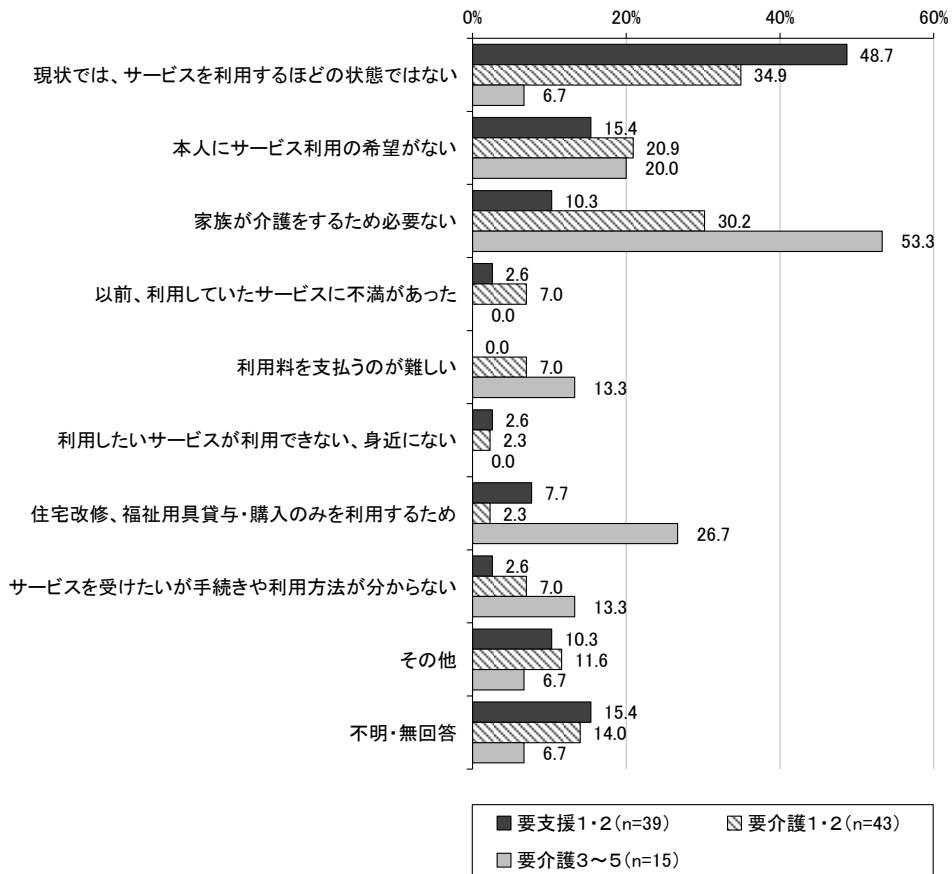
【要介護度別×介護保険サービスの利用の有無】



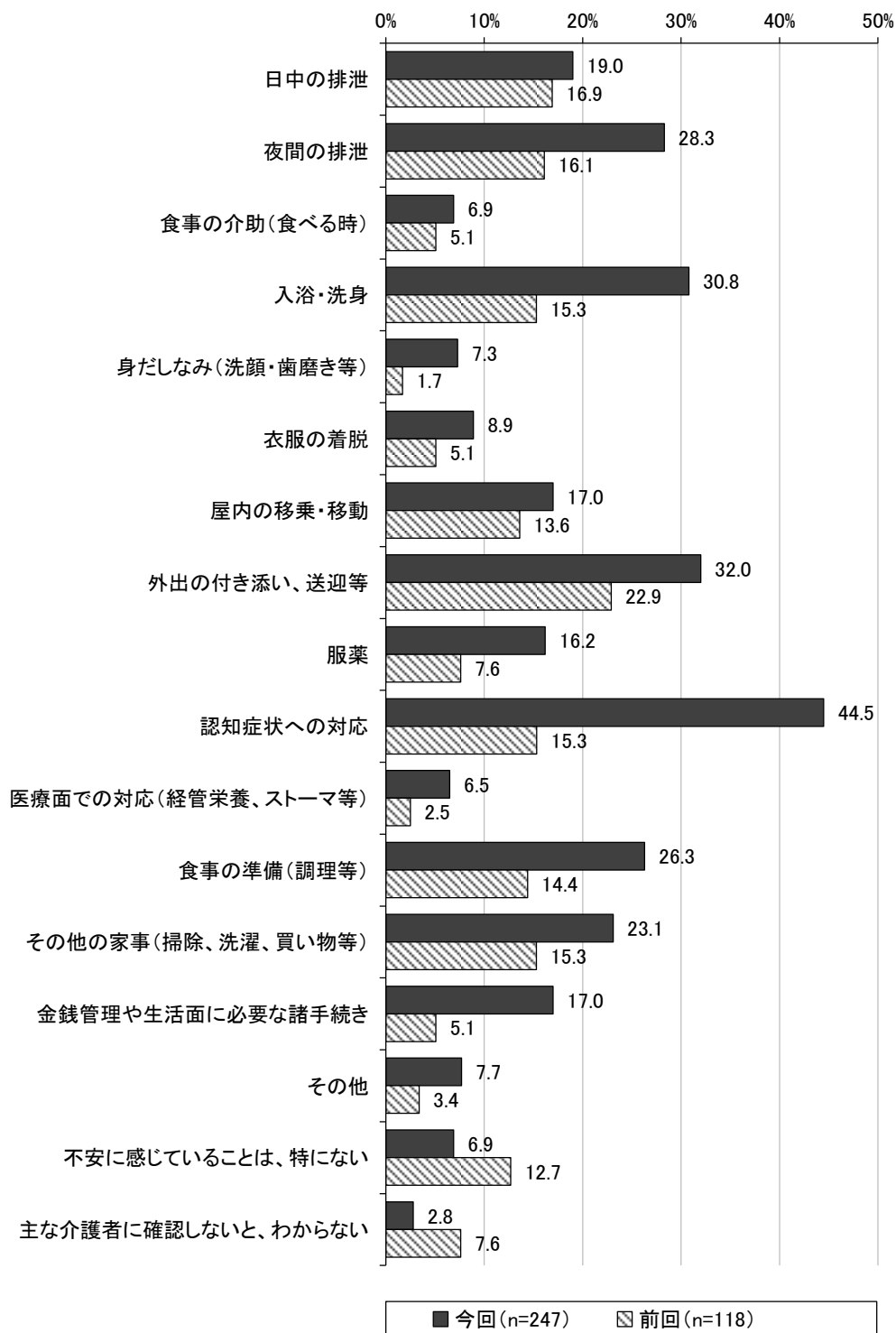
⑤-2 問 15 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか(複数回答)



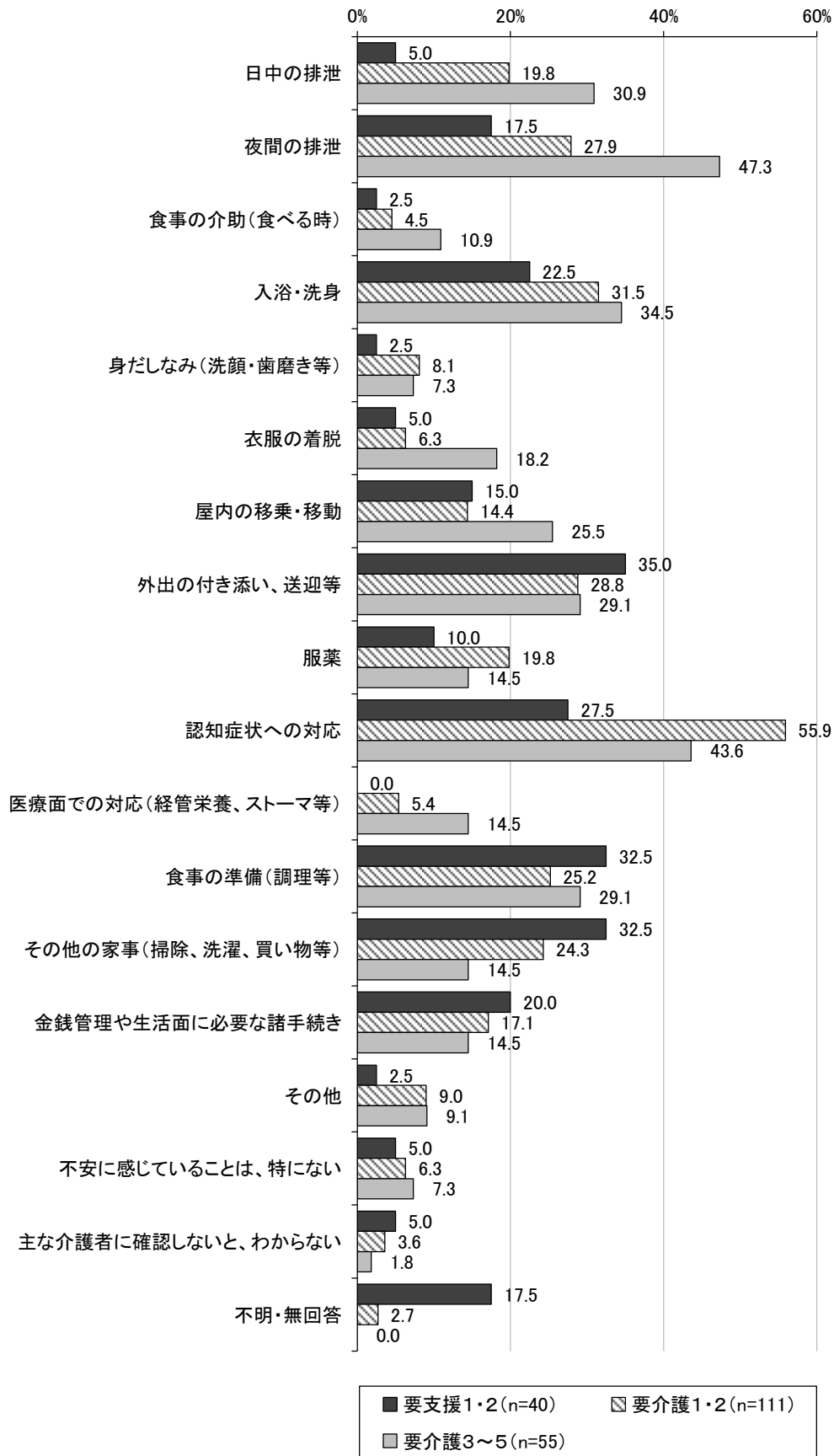
【要介護度別×介護保険サービスを利用していない理由】



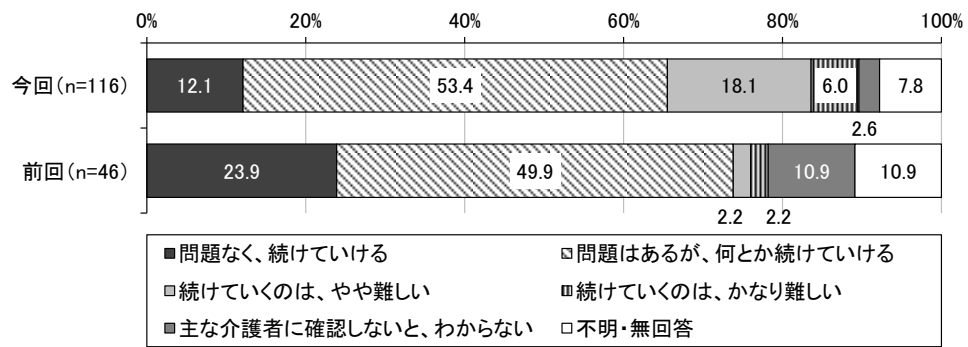
⑤-3 問 20 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について、ご回答ください(現状で行っているか否かは問いません)(複数回答)



【要介護度別×介護者が不安に感じる介護】



⑥ 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6.8%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」が最も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

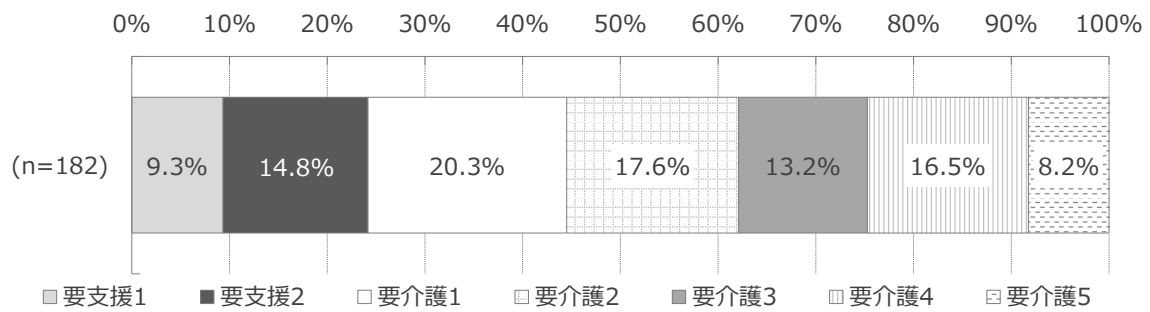
○訪問系サービスにおいて、70歳代以上が11.5%、60歳代が29.5%と高くなっています。その他のサービスについては、比較的平準化されていますが、施設・居住系の60歳代が22.4%と高くなっています。通所系を除く各サービスの職員の高齢化が進んでいることが分かります。



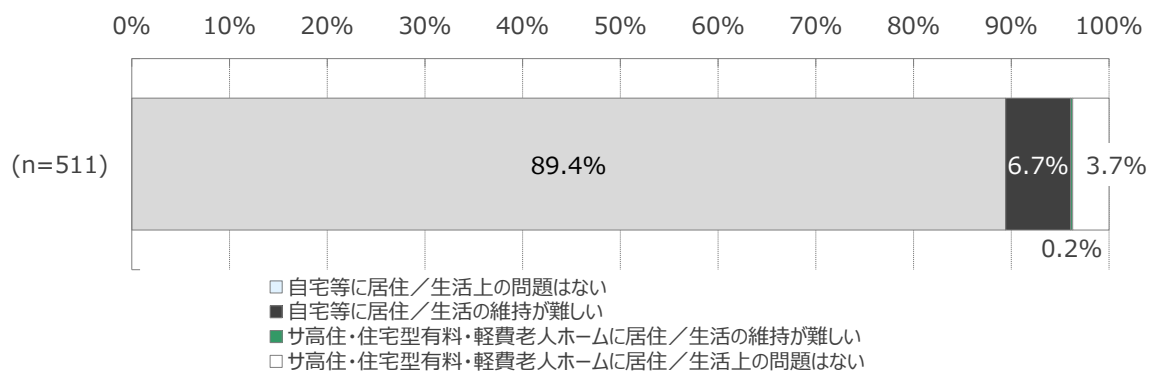
訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳

○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。

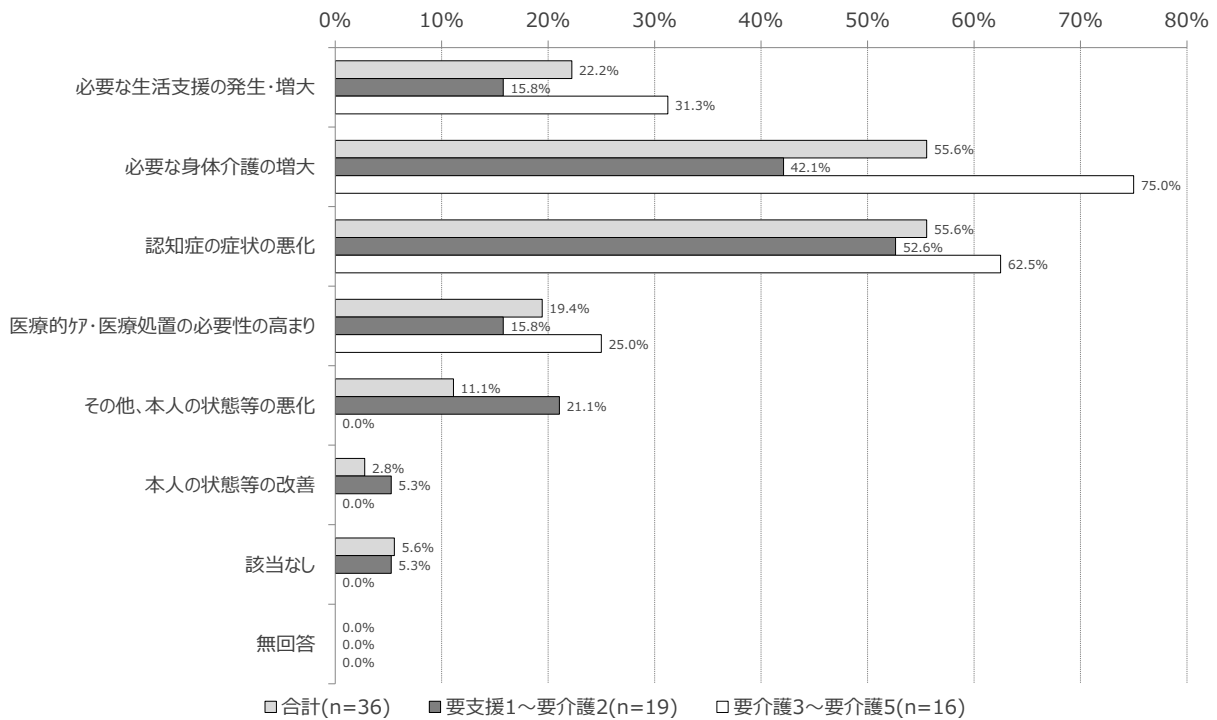
過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者の要介護度の内訳(在宅生活改善調査)



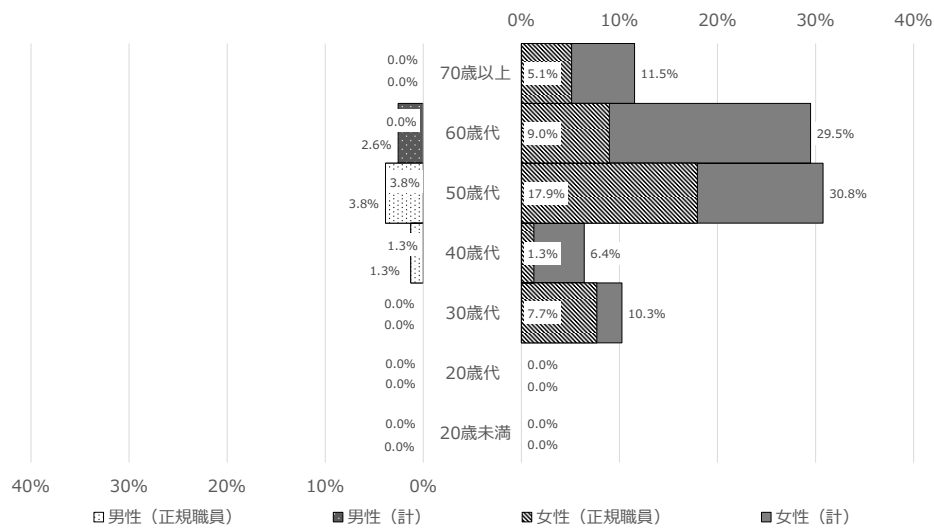
現在、在宅での生活の維持が厳しくなっている利用者(在宅生活改善調査)



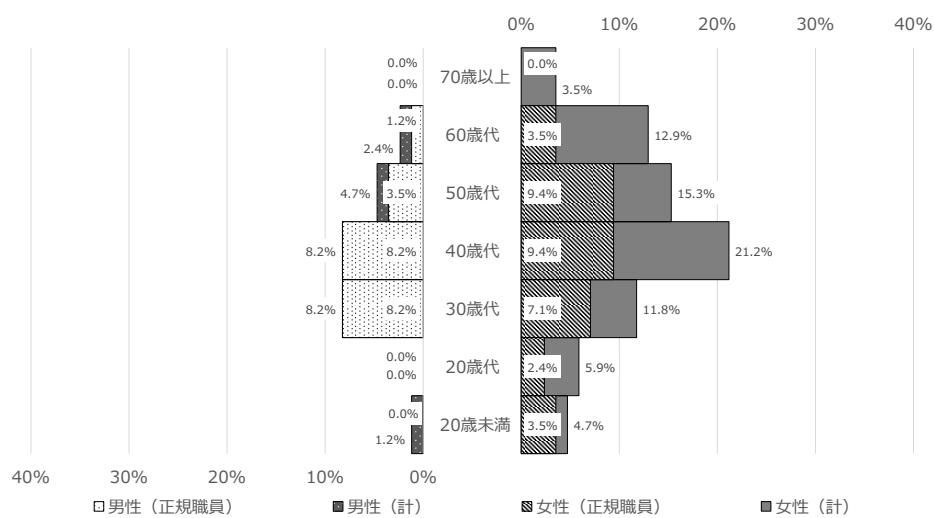
生活の維持が難しくなっている理由 (在宅生活改善調査)



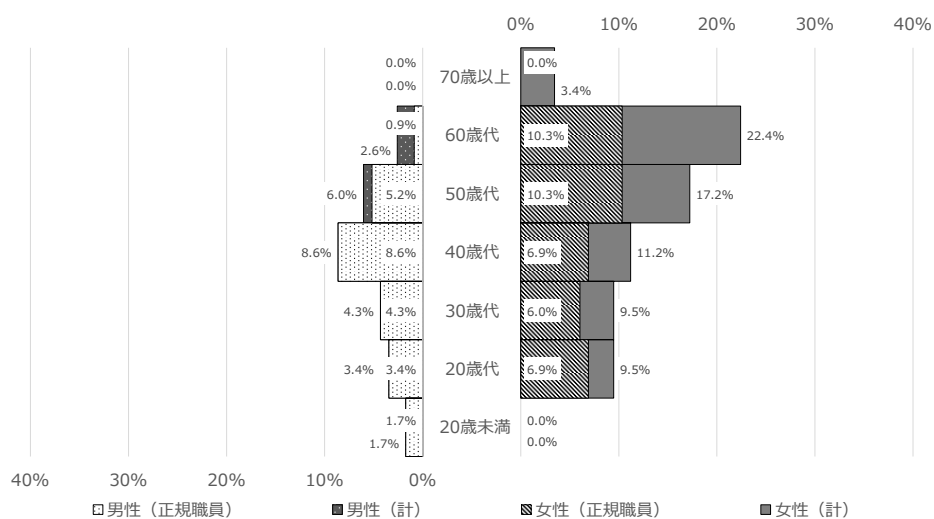
性別・年齢別の雇用形態の構成比(訪問系) (介護人材実態調査)



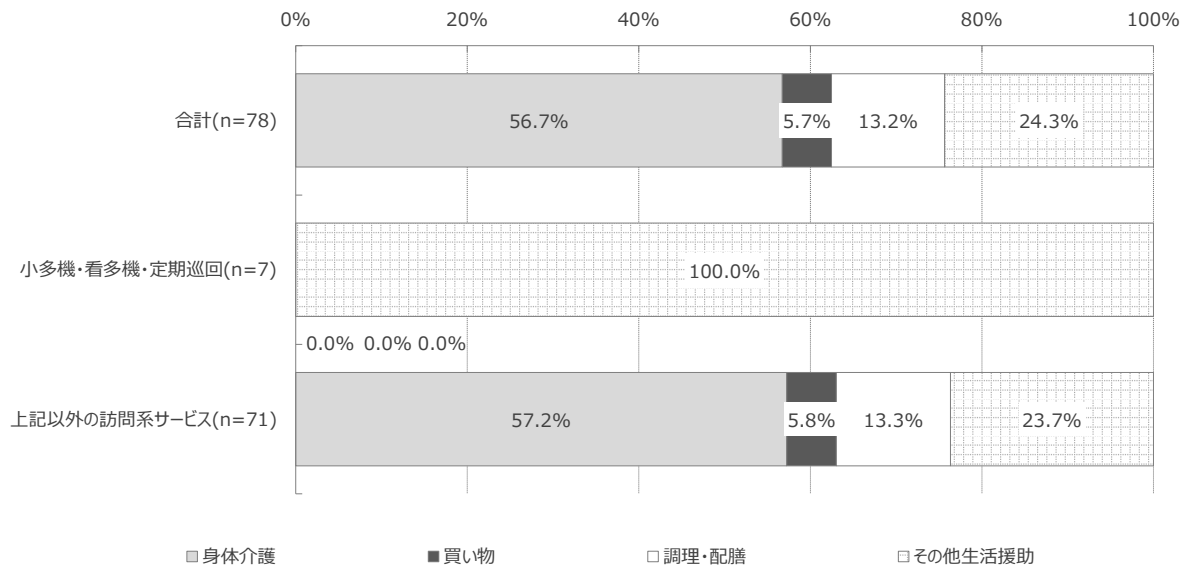
性別・年齢別の雇用形態の構成比(通所系) (介護人材実態調査)



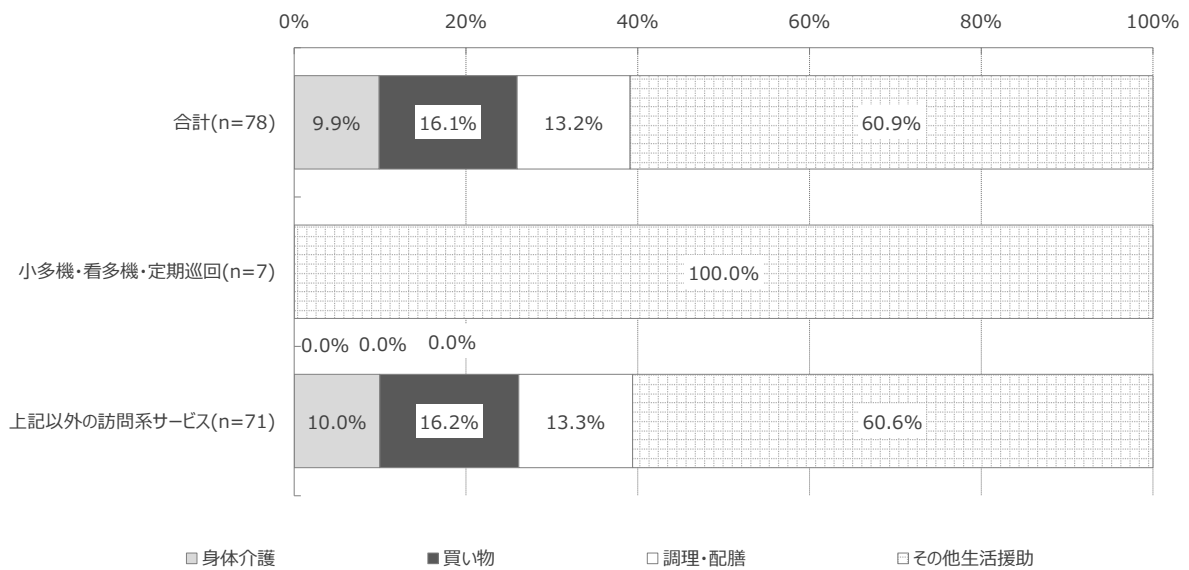
性別・年齢別の雇用形態の構成比(施設・居住系) (介護人材実態調査)



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、障がいなど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関係）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、ヤングケアラーなど多様化・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の活用などの施策においては、取組は実施できませんでした。◆人材確保やICTの活用など、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、事業者の負担軽減も視野にいたれた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）は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など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など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など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">◆住民主体による支援を行う有償ボランティアの立ち上げなど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。◆成年後見制度に係る中核センター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などを実施しました。●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))や認定後の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。◆介護予防は自立期の取組として取り組んでいくため、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など再度整理が必要です。

認知症については、年齢を重ねるなか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、チームオレンジなどの地域や専門職の連携など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。 ●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。 ●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。 ◆個別会議については、地域課題の把握に繋がるよう、会議の形態などについて検討することが必要です。

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、権利擁護など他の部署との連携強化も求められることから、人材確保・育成とともに町が積極的に運営支援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"> ●紙おむつ給付費支援事業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"> ◆紙おむつ給付費支援事業については、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求められます。
 実情に応じた事業のあり方を検討し、継続して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については必要であるため、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、各事業所等においても、必要物品の確保や訓練の実施など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〉

- 筋力低下など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。
- ボランティアなどのグループ活動に「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ど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など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介護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。

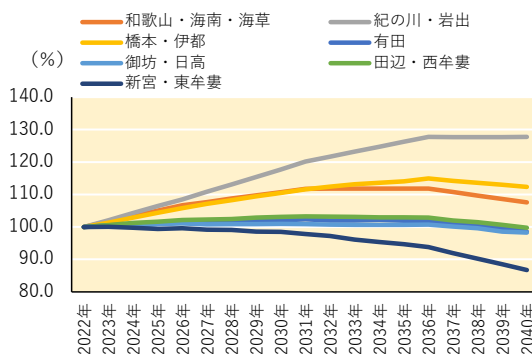


(2) 未来を見据えた基盤整備

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)〉

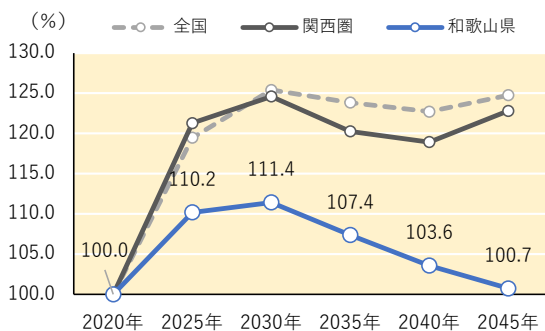
- 要支援・要介護認定者数については、県全体としては2035年をピークとして、それ以降は減少していくことが予想されます。圏域ごとの内訳をみると、新宮・東牟婁圏域は減少傾向とされています。



〈ピークアウトを踏まえた方向性の検討〉

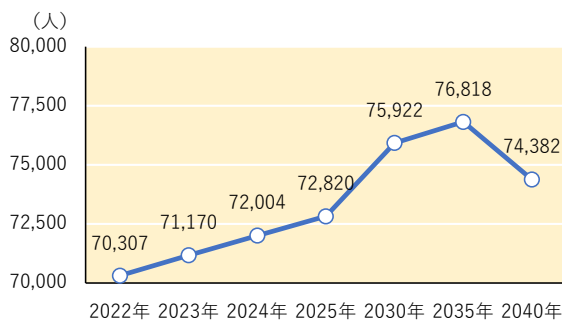
- 全国と比べて高齢化率の高い和歌山県では、多くの市町村が2040年よりも早い段階で要介護認定者数のピークを迎えることが予想されます。
- サービス需要のピークも2030~2035年頃となる可能性が高いことから、在宅生活を支えるサービスを提供する事業所の整備や、将来的な機能転換や多機能化を見据えた施設の整備などが必要となります。

◇2020年を基準とした75歳以上人口増加率



※2020年までは国勢調査、2025年以降は社人研推計

◇県内要支援・要介護認定者数の推計



※独自推計

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2025年を第9期期間中に迎えるなか、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現状となっています。高齢者の世帯割合をみると、国、和歌山県よりも高齢者独居世帯、高齢者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者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などが、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、地域での見守りなどの支え合いや行政、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なかで、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、本町がめざす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なかで培われてきた自分らしい暮らしや、日常生活のなかで当たり前に行える生活が、高齢期になると病気や認知機能の低下、単身化など、さまざま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

誰もが歳を重ねるなかで、身体機能や認知機能が衰え、あるいは家族の状況や地域など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。

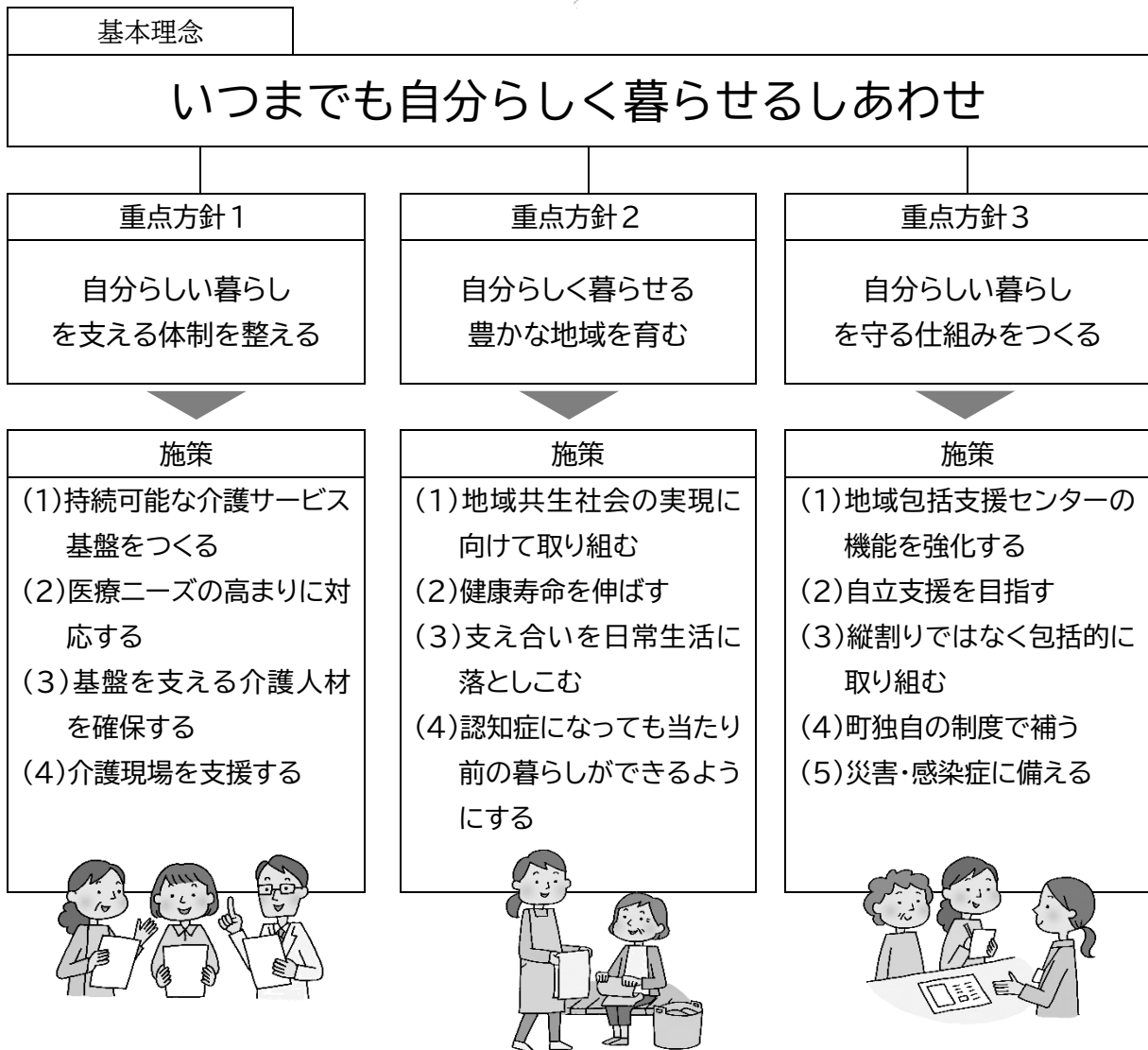
また、高齢者の価値観や暮らしが多様化している現代において、高齢者が自分らしい暮らしを続けることができるように暮らしの選択肢を増やすこと。また、これをいつまでも続けることができる“豊かな地域”を目指した取組を進めます。

(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などの災害や新型コロナ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、縦割りとなっ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ます、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・減少の見込みであり、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。



3年後の
ビジョン

本町の中長期的な状況を、町と介護事業者が共有できおり、今後維持すべき、あるいは整備すべき介護サービス基盤は何かについて話し合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〉

- 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る。
 - ・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）を考える。
- 事業者との協議の場を通じて、介護サービス基盤の整備に必要とされた施策や取組確実に実行します。

○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	54 (+9)	54	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

(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。



3年後の
ビジョン

医療関係者と介護関係者が、連携に当たっての課題を共有することができており、課題解決に向けた取組が行われている。
町は、こうした取組のビジョンを設定し、両関係者とビジョンを共有することができている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 在宅医療・介護連携推進事業を強力に推し進めます。
 - ・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の共有を図ります。
 - ・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あたっては、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。
- 今後、特別養護老人ホームなどの施設における看取りや療養の場面の増加が予想されることから、「在宅＝自宅」に限らず、施設を含めた幅広い視点で取組を進めます。


(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など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、広域での取組も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〉

- 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ます。
 - 事業者との協議の場を通じて、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。
- (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など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など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。

(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 など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。



3年後の
ビジョン

事業者が生産性向上や効率化に向けた取組を事業者全体で共有できる場があり、町と事業者あるいは事業者同士で、積極的な情報交換が行われている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 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)

- ・ICT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などの取組を進める。
- ・国・和歌山県等と連携し、介護ロボットやICTの活用など職場環境の整備・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。

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、生活困窮や障がいなど、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（人員など）のなか、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る。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 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、及び係や課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。
- 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。

(体制の構築に向けた具体的な取組)

- ・「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。
- ・協議のなかで、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。

○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。

★地域ケア推進会議を年4回開催

※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)健康寿命を伸ばす

〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎趣味など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はなく、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などを進めています。

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。



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C型サービス)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〉

- 「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、補助金制度などの支援や通いの場マップの作成などの取組を続けます。
 - ・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、ボランティアや就労など、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。
- 体育文化会館を拠点として、そこに来れば運動する機会があり、さまざまな活動を通して新たな仲間ができる、また、高齢者だけではなく多世代が交わり、笑顔があふれており、こうした住民主体の活動が地域に波及している状態を目指すため、体育文化会館を中心とした介護予防の取組を進めます。
- フレイル状態になったとき、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重要になることから、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。

★令和8年度までに総合事業の短期集中予防サービス（C型）を創設

- 医療における急性期から生活期、フレイルから要介護認定など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が提供される体制の構築が求められます。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。

★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を年1回実施

- 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年度からはじめていますが、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、高血圧疾患が多いとの特性があり、こうした疾患への取組を中心に進めます。

(3) 支え合いを日常生活に落としこむ

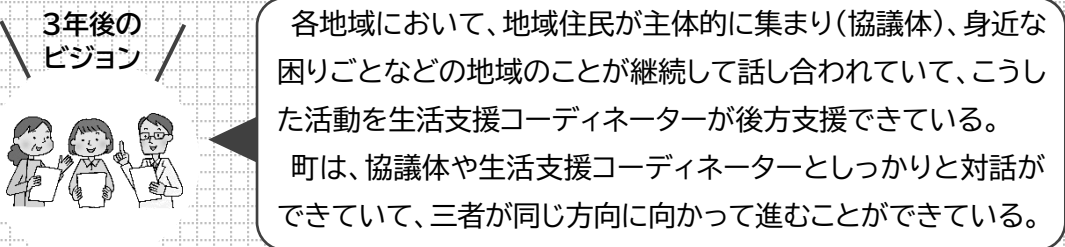
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎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など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、地域で気かけ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)、身近な困りごとなど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〉

○ビジョンの達成に向けて、次の方針のもと取組を進めます。

- ・この事業は、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創っていくものともいえる。
- ・こうした地域づくりに向けて、まずは地域全体で意識の醸成を図るために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などが自然発生していく。
- ・3年後のビジョンに到達する。

- 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います。また、協議体（第1層、第2層）を定期的を開催し、生活支援コーディネーターの活動を町全体で進めます。
- 方針の中核となる「啓発」については、地域の通いの場など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を確認する機会にもなることから、フォーラムを定期的を開催します。また、フォーラムをきっかけとして、地域で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、基本的には方針をもとに取組を進めますが、地域に既にある集まりや社会福祉協議会などとも連携して、モデル地区を設定した取組を行うなど、幅広い視点で取組を進めます。
- 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など、地域包括支援センターなどのケアマネジャーとの連携を進めます。
- 地域おこし協力隊や集落支援員、社会福祉協議会の福祉委員など、課や組織を超えた制度や取組とも連携を図ります。

(4)認知症になっても当たり前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〉

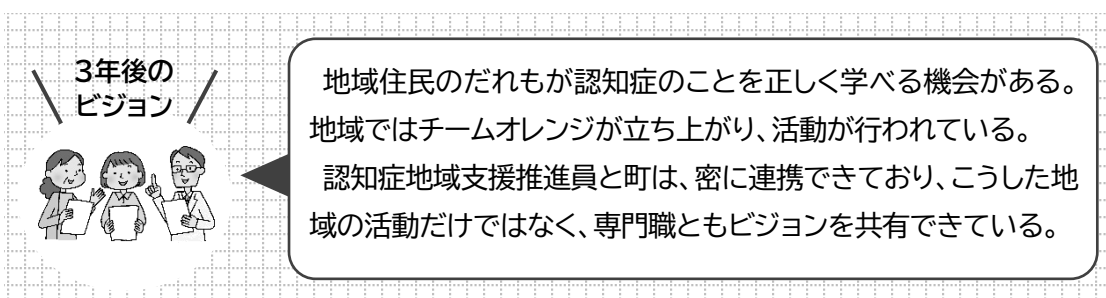
- ◎認知症は、特別なことではなく、誰にでも訪れうるものです。
- ◎第8期計画では、「認知症にならないようにする」のではなく、「認知症になってもこれまでと変わらずに暮らせるようにする」ことを目指した取組を進めてきました。
- ◎一方で地域では、偏見や先入観から認知症の人が生きづらさを感じている状況があります。
- ◎認知症を正しく理解し、認知症の人を地域で何気なく支い合える体制（=チームオレンジ）の構築が求められています。

〈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、毎月定例会を行うなかで認知症ケアパス（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。



〈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して捉えて、認知症になっても、自身を否定せず、また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。
- 地域で認知症の理解を深め、チームオレンジの立ち上げに向けて、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。なお、認知症サポーター養成講座の実施に当たっては、上記の認知症施策の前提を踏まえて行います。
- 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、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。

○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。

（認知症地域支援推進員を通じて進める取組例）

- ・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の見直し。
 - ・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）の実施。
 - ・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。
- 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について、成年後見利用促進制度における中核機関との連携強化を図ります。

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・介護連携推進事業など、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、高齢者世帯のなかに、ヤングケアラーを含む子育て世帯や障がい、8050問題など、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など、機能強化の取組を進めています。



複雑・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ます。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ます。

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ます。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 今後、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。
- 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、当該職員の配置や関係機関との連携強化を図ります。
- 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、子どもなど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など、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を中心として必要な取組を進めます。

<介護予防ケアマネジメント(指定介護予防支援業務)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みます。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。

★地域ケア個別会議を月1回開催

<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などの地域支援事業に

ついて、町担当課と連携して事業に取り組めます。

(2) 自立支援を目指す

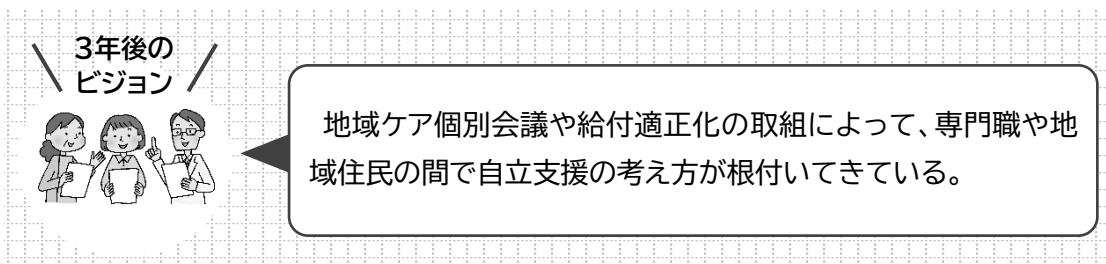
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎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、専門職への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〉

- 地域に向けて自立支援の考え方を浸透させていくため、広報などの普及啓発を進めます。
- 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、住宅の現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。

(3)縦割りではなく包括的に取り組む

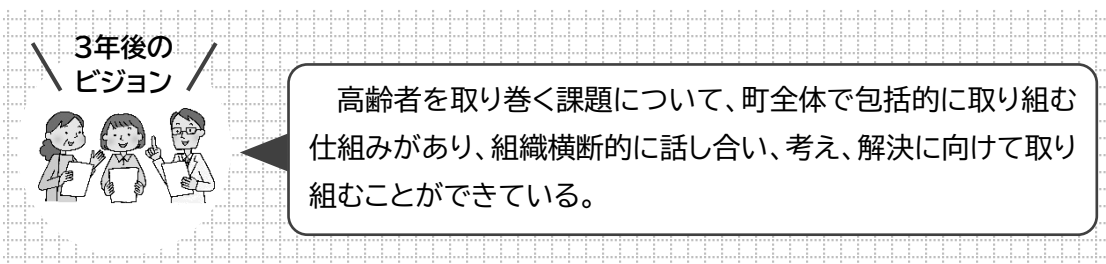
〈施策の方向性と3年後のビジョン〉

- ◎現在、本町の課題として挙げられている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、高齢者また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、日ごろ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。



3年後の
ビジョン

高齢者を取り巻く課題について、町全体で包括的に取り組む仕組みがあり、組織横断的に話し合い、考え、解決に向けて取り組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〉

- 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。
- 日ごろ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。
- 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。

(以下は第8期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



3年後の
ビジョン

限られた財源の中、統計データだけではなく、現場の状況や関係者の意見を踏まえながら、必要な制度や事業を運営することができている。

〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

○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事業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事業〉

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。

○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

〈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

〈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

<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

<高齢者緊急一時保護事業>

災害や虐待などにより、一時的に避難が必要な方を保護する事業

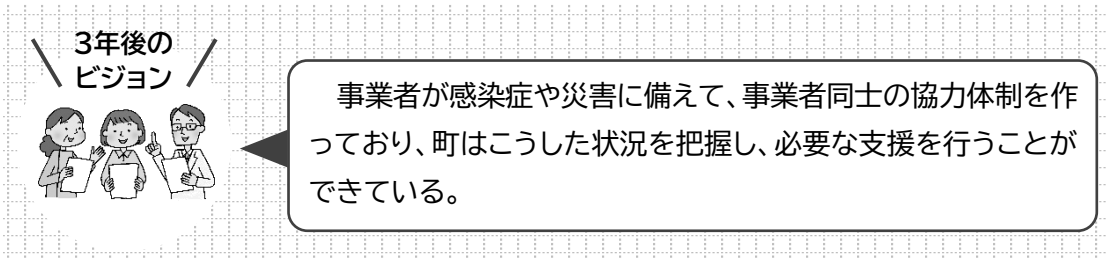
(5)災害・感染症に備える

〈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など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など、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。



〈ビジョンの実現に向けて取り組む内容〉

- 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など、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。
- 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えるよう、「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。

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、食事などの介護を行ったり、一人暮らしや高齢者世帯などで食事の用意や洗濯などの家事援助を行うサービスです。

		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						
	人/月						

②介護予防訪問入浴介護／訪問入浴介護

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

		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						
	人/月						
介護給付	回/月						
	人/月						

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、床ずれの手当など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						
	人／月						
介護給付	回／月						
	人／月						

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						
	人／月						
介護給付	回／月						
	人／月						

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など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						
介護給付	人／月						

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など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						
	人/月						

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・診療所などに通い、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						
介護給付	回/月						
	人/月						

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など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	回/月						
	人/月						
介護給付	回/月						
	人/月						

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など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	回／月						
	人／月						
介護給付	回／月						
	人／月						

⑩介護予防福祉用具貸与／福祉用具貸与

特殊寝台や車いすなど日常生活の自立を助ける用具を貸し出すサービスです。

		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						
介護給付	人／月						

⑪特定介護予防福祉用具購入費／特定福祉用具購入費

入浴支援具など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						
介護給付	人／月						

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						
介護給付	人／月						

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

		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						
介護給付	人／月						

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						
介護給付	人／月						

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、短時間の定期巡回型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						

②夜間対応型訪問介護

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

		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						

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などに通い、入浴、排泄、食事などの介護、生活などに関する相談及び助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。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						
	人/月						
介護給付	回/月						
	人/月						

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、食事などの介護や調理、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談及び助言、健康状態の確認などの日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けるサービスです。「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て利用することにより、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						
介護給付	人／月						

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、食事などの介護やその他の日常生活上の世話のほか、機能訓練を受けます。

		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						
介護給付	人／月						

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・軽費老人ホームなどの特定施設に入居し、入浴・排泄・食事などの介護など日常生活上のお世話や機能訓練を受けるサービスです。

		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						

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、食事などの介護や、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与などの日常生活上の世話のほか、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を受けます。

		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						

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						

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	人/月						

3 施設サービス

①介護老人福祉施設

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

		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						

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、日常生活の支援など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						

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、機能訓練など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						

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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
① 居宅サービス								
訪問介護	回／月							
	人／月							
訪問入浴介護	回／月							
	人／月							
訪問看護	回／月							
	人／月							
訪問リハビリテーション	回／月							
	人／月							
居宅療養管理指導	人／月							
通所介護	回／月							
	人／月							
通所リハビリテーション	回／月							
	人／月							
短期入所生活介護	日／月							
	人／月							
短期入所療養介護(老健)	日／月							
	人／月							
短期入所療養介護(病院等)	日／月							
	人／月							
短期入所療養介護(介護医療院)	日／月							
	人／月							
福祉用具貸与	人／月							
特定福祉用具購入	人／月							
住宅改修費	人／月							
特定施設入居者生活介護	人／月							

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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
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						
夜間対応型訪問 介護	人／月						
認知症対応型 通所介護	回／月 人／月						
小規模多機能型 居宅介護	人／月						
認知症対応型 共同生活介護	人／月						
地域密着型特定 施設入居者 生活介護	人／月						
地域密着型介護 老人福祉施設 入所者生活介護	人／月						
看護小規模多機 能型居宅介護	人／月						
地域密着型通所 介護	回／月 人／月						
複合型サービス (新設)	人／月						
③施設サービス							
介護老人福祉 施設	人／月						
介護老人保健 施設	人／月						
介護医療院	人／月						
④居宅介護支援	人／月						

(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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
①介護予防サービス								
介護予防訪問 入浴介護	回／月							
	人／月							
介護予防訪問 看護	回／月							
	人／月							
介護予防訪問リハ ビリテーション	回／月							
	人／月							
介護予防居宅 療養管理指導	人／月							
介護予防通所リハ ビリステーション	人／月							
介護予防短期 入所生活介護	日／月							
	人／月							
介護予防短期 入所療養介護 (老健)	日／月							
	人／月							
介護予防短期 入所療養介護 (病院等)	日／月							
	人／月							
介護予防短期 入所療養介護 (介護医療院)	日／月							
	人／月							
介護予防福祉 用具貸与	人／月							
特定介護予防 福祉用具購入費	人／月							
介護予防 住宅改修費	人／月							
介護予防 特定施設入居者 生活介護	人／月							
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							
	人／月							
介護予防小規模 多機能型居宅 介護	人／月							
介護予防認知症 対応型共同 生活介護	人／月							
③介護予防支援	人／月							

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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
① 居宅サービス							
訪問介護							
訪問入浴介護							
訪問看護							
訪問リハビリテーション							
居宅療養管理指導							
通所介護							
通所リハビリテーション							
短期入所生活介護							
短期入所療養介護(老健)							
短期入所療養介護(病院等)							
短期入所療養介護 (介護医療院)							
福祉用具貸与							
特定福祉用具購入費							
住宅改修費							
特定施設入居者生活介護							
② 地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護							
夜間対応型訪問介護							
認知症対応型訪問介護							
小規模多機能型居宅介護							
認知症対応型共同生活介護							
地域密着型特定施設入居者 生活介護							
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護							
看護小規模多機能型 居宅介護							
地域密着型通所介護							
③ 施設サービス							
介護老人福祉施設							
介護老人保健施設							
介護医療院							
④ 居宅介護支援							
介護サービスの総給付費							

※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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
①介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護							
介護予防訪問看護							
介護予防訪問 リハビリテーション							
介護予防居宅療養管理指導							
介護予防通所 リハビリステーション							
介護予防短期入所生活介護							
介護予防短期入所療養介護 (老健)							
介護予防短期入所療養介護 (病院等)							
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)							
介護予防福祉用具貸与							
特定介護予防福祉用具 購入費							
介護予防住宅改修費							
介護予防特定施設入居者 生活介護							
②地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症対応型 通所介護							
介護予防小規模多機能型 居宅介護							
介護予防認知症対応型 共同生活介護							
③介護予防支援							
介護予防サービスの総給付費							

※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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

※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 10年度 (2028)	令和 12年度 (2030)	令和 17年度 (2035)	令和 22年度 (2040)
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							
(2)通所型サービス事業費							
(3)介護予防ケアマネジメント事業費							
(4)介護予防普及啓発事業費							
(5)地域介護予防活動支援事業費							
(6)地域リハビリテーション活動支援事業費							
(7)上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業費							
介護予防・日常生活支援総合事業費 計							
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							
(2)任意事業費							
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							
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							
(2)生活支援体制整備事業費							
(3)認知症初期集中支援推進事業費							
(4)認知症地域支援・ケア向上事業費							
(5)地域ケア会議推進事業費							
包括的支援事業費(社会保障充実分) 計							
地域支援事業費 計							

※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

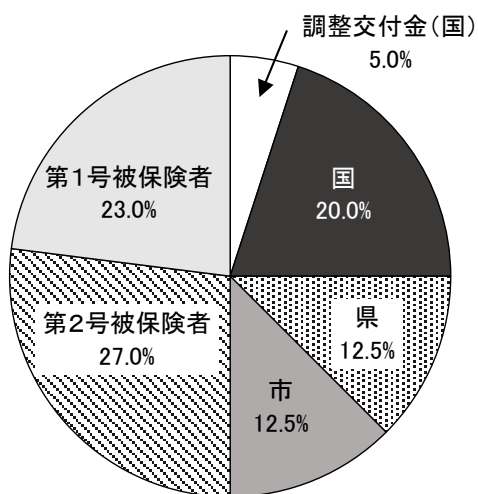
(1) 保険料算定の手順

(2)介護保険の財源構成

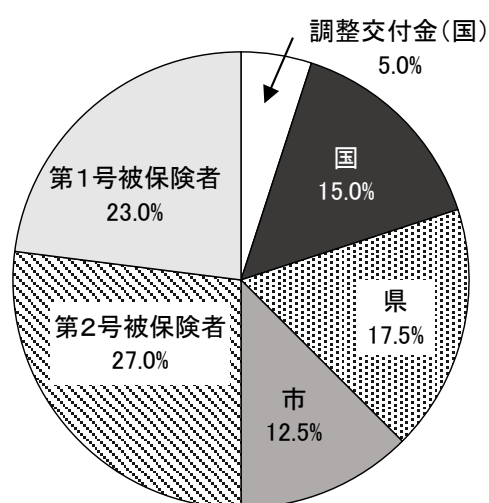
【介護給付費の財源構成】

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、事務費などから構成されます。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・市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】

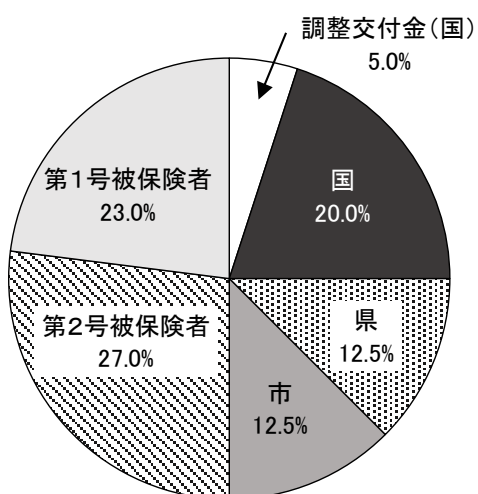


【地域支援事業費の財源構成】

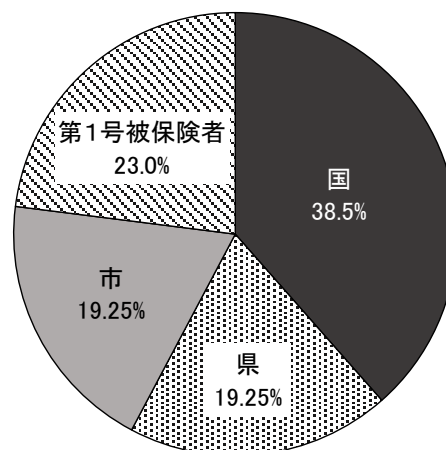
地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業*の財源は、介護給付費と同じく50%が国・県・市による公費負担、50%が第1号と第2号被保険者の保険料負担です。

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・市による公費負担、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

(4) 第一号被保険者(65歳以上の人)で負担すべき経費

(5) 所得段階の設定

(6) 所得段階別第1号被保険者数

(7) 第一号被保険者の介護保険料

(8) 介護保険料基準額の内訳

第6章 計画の推進に向けて

1 計画の推進体制

(1) 庁内関係課の連携強化

本計画は、介護保険事業・保健福祉分野だけでなく、高齢者の生きがいづくりのための生涯学習・地域活動・就労等の環境整備等、高齢者の暮らしを支える計画と言えます。そのため、保健・福祉・介護部門の連携体制の強化と庁内関係課との情報共有・協力体制により、計画を推進します。

(2) 関係機関との連携

保健・医療・福祉・介護の視点から計画を総合的に推進するため、医師、歯科医師、薬剤師、社会福祉協議会、介護事業者等関係機関との連携を図っていきます。

また、広域的に取り組む必要のある事項については、県及び近隣自治体と連携し、その取組を進めます。

(3) 地域住民との協働・連携体制の構築

高齢者や障害のある人をはじめ地域福祉の課題は、当事者やその家族の努力や行政の支援だけで解決できるものではありません。高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けるためには、地域住民による様々な支援が必要であり、住民一人ひとりがこの計画の推進役となる必要があります。

そこで、本計画においては、民生委員・児童委員、自治会、老人クラブ、ボランティアグループ等、広く住民に協力を求め、協働による施策の展開をめざします。

(4) PDCA サイクルによる進捗評価と改善

本計画の進捗管理は、計画に掲げる目標や施策が高齢者のニーズに応じて適切かつ効果的に実行されているか等について、PDCAサイクルによりその達成状況を評価し、必要に応じて施策・事業の内容の見直しを行います。

2 計画の評価

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

2 那智勝浦町長寿社会づくり委員会委員名簿

3 計画策定の経緯