

Rev.20210207A

長島町老人福祉計画及び 第8期介護保険事業計画

【計画素案】

**令和3年2月
鹿児島県 長島町**

目次

第1章 計画の策定にあたって	1
第1節 計画策定の基本的事項	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の性格と法的位置づけ	2
第2節 計画策定の体制と経緯	4
1 計画策定の体制	4
2 計画策定の経緯	5
第3節 日常生活圏域の設定	6
1 日常生活圏域の設定にあたって	6
2 日常生活圏域の設定	6
第4節 第8期計画策定における視点	7
第2章 高齢者を取り巻く現状と将来推計	
1 総人口の推移と推計	12
2 高齢化の状況	12
3 要介護(要支援)認定者の推移と推計	14
4 介護費用額の推移	15
5 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び高齢者実態調査	16
第3章 計画の基本的な考え方	
1 本町が目指す高齢社会像	27
2 基本理念と基本目標	27
3 地域共生社会の実現を目指して	28
4 施策の体系	31
第4章 高齢者福祉施策の展開	
基本方針 地域包括ケアシステムの深化・推進	32
1 地域包括ケアシステムの深化・推進	32
2 在宅医療・介護の連携推進	36
3 地域包括支援センターの機能強化	41
基本目標1 地域における高齢者の支援体制づくり	45
1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	45
2 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築	53
3 認知症施策の推進	55
基本目標2 介護保険をはじめとするサービス基盤の整備	60
1 介護保険サービスの充実	60
2 高齢者の生活支援体制の整備	67

基本目標3 生きがいをもって安心して暮らせる地域づくり.....	68
1 高齢者の地域活動・就労支援.....	68
2 健康づくりの推進.....	69
3 地域交流の支援.....	70
4 住み慣れた地域に住み続けるのための支援.....	71
5 災害や感染症に対する備え.....	73

第5章 サービスの見込み

第1節 高齢者福祉サービス.....	74
1 高齢者福祉サービスの見込み.....	74
第2節 介護保険サービス.....	77
1 居宅サービスの見込み.....	77
2 地域密着型サービス.....	84
3 施設サービス.....	88
4 その他.....	89

第6章 介護保険料の設定

1 第8期計画の財源構成.....	90
2 サービスごとの給付費の見込み.....	92
3 標準給付費等の見込み.....	94
4 第1号被保険者の保険料基準額.....	95
5 所得段階別保険料額.....	95
6 2025 年及び 2040 年を見据えた保険料基準額(推計).....	96

第7章 計画推進にむけて

1 計画の推進方策.....	97
2 計画の進行管理.....	98

資料編

1 長島町介護保険事業計画策定委員会設置要綱.....	99
2 長島町介護保険事業計画策定委員会委員名簿.....	99
用語解説.....	100

第1章 計画の策定にあたって

第1章 計画の策定にあたって

第1節 計画策定の基本的事項

1 計画策定の背景と趣旨

(1) 計画策定の背景

高齢者を社会全体で支える仕組みとして平成12年（2000年）にスタートした介護保険制度は、その創設から20年が経過し、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え550万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着・発展してきています。

平成26年（2014年）には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律等の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）により、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、地域支援事業の充実、低所得者の保険料軽減の強化、予防給付のうち訪問介護及び通所介護の地域支援事業への移行、介護老人福祉施設への新規入所者を原則要介護3以上の高齢者に限定すること及び所得・資産のある人の利用者負担の見直し等を一体的に行う介護保険制度の改革が行われました。

また、平成29年（2017年）には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、現役世代並みの所得のある利用者の負担割合の見直し及び介護納付金における総報酬割の導入等の措置を講ずることなどの介護保険制度の見直しが行われました。

(2) 計画策定の趣旨

令和7年（2025年）が近づき、更にその先を展望すると、昭和46年（1971年）から昭和49年（1974年）生まれの、いわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22年（2040年）に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれます。一方、ピークを過ぎ減少に転じる保険者もあるため、各地域の状況に応じた介護サービス基盤の整備が重要です。また、世帯主が高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加も見込まれるなど、介護サービス需要が更に増加・多様化することが想定される一方、現役世代の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が重要です。

こうした状況を踏まえ、令和7年（2025年）及び令和22年（2040年）年を見据えながら、高齢者の健康の確保と福祉の増進、地域の実情に応じた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を計画的に行うため、長島町老人福祉計画及び第8期介護保険事業計画を策定します。

2 計画の性格と法的位置づけ

本計画は、高齢者に関する施策を総合的に推進していくために、本町における「老人福祉計画」と「介護保険事業計画」を、介護保険法第117条第6項の規定により一体のものとして策定するものです。

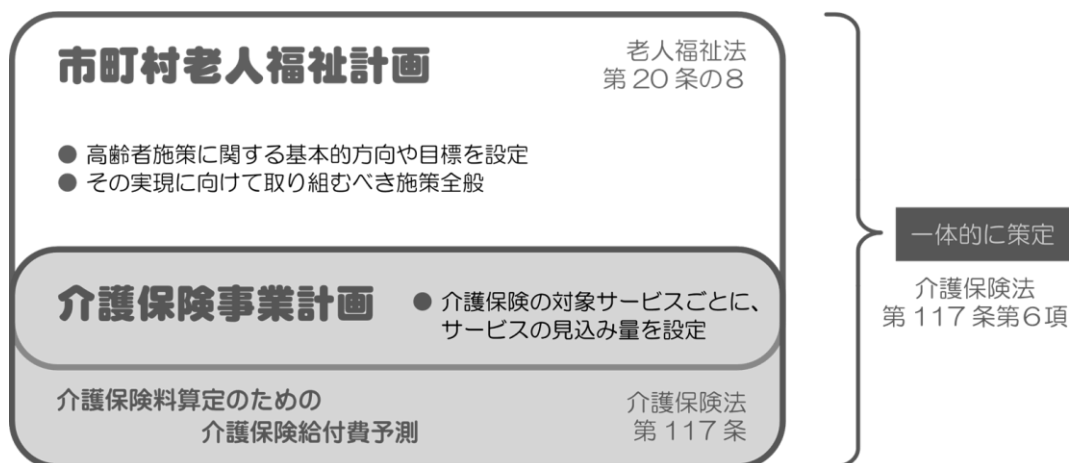
（1）老人福祉計画とは

老人福祉計画は、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」に位置付けられる計画であり、高齢者施策に関する基本的方向や目標を設定し、その実現に向けて取り組むべき施策全般を定めるものです。

（2）介護保険事業計画とは

介護保険事業計画は、介護保険法第117条に規定され、3年を1期としての策定が義務づけられているものです。介護保険の対象サービスの種類やサービスの見込み量を定め、介護保険事業費の見込み等について明らかにするとともに、保険給付の円滑な実施を確保するために策定します。

図表：老人福祉計画と介護保険事業計画の一体的策定

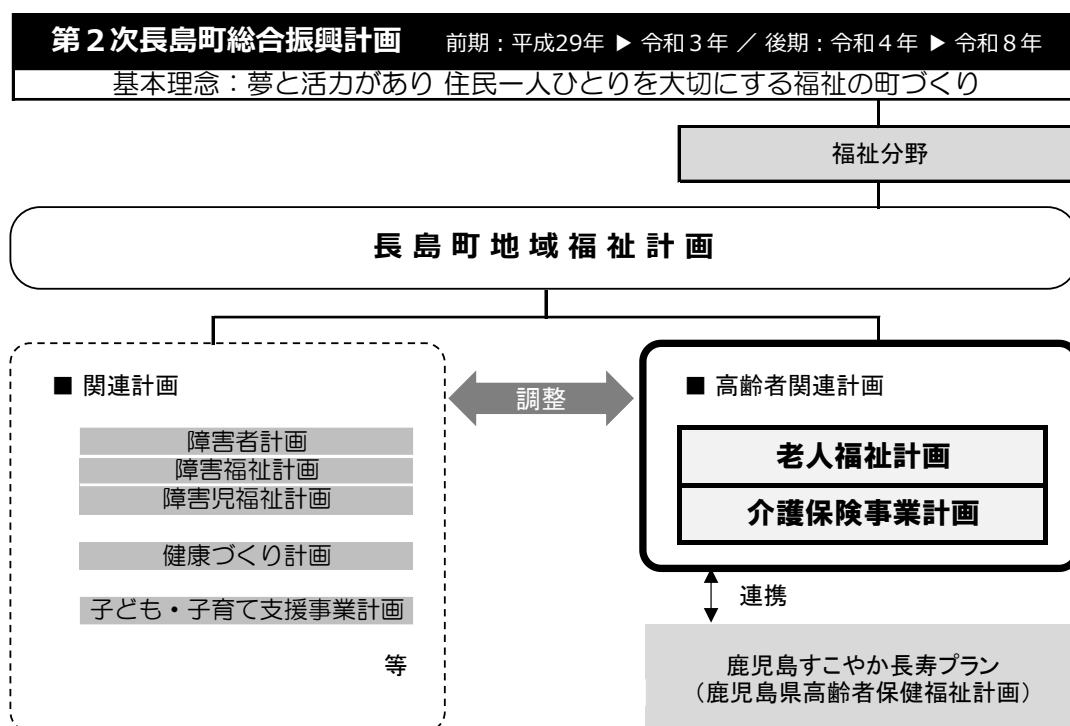


(3) 他の計画との関係

本計画は、本町の最上位計画である「長島町第2次総合振興計画」で掲げる基本理念や将来像、目標を基本とし、上位計画である「長島町地域福祉計画」とも理念や方向性について整合を図りつつ、介護保険事業を含む高齢者福祉分野について、より具体的な取組の方向性を定める行政計画です。

計画策定に当たっては、児童・障がい者福祉等の福祉関連計画、医療・保健に関連する計画及び国の策定指針、鹿児島県が進める高齢者保健福祉計画等と整合性を図りながら定めています。

図表：他の計画との関係

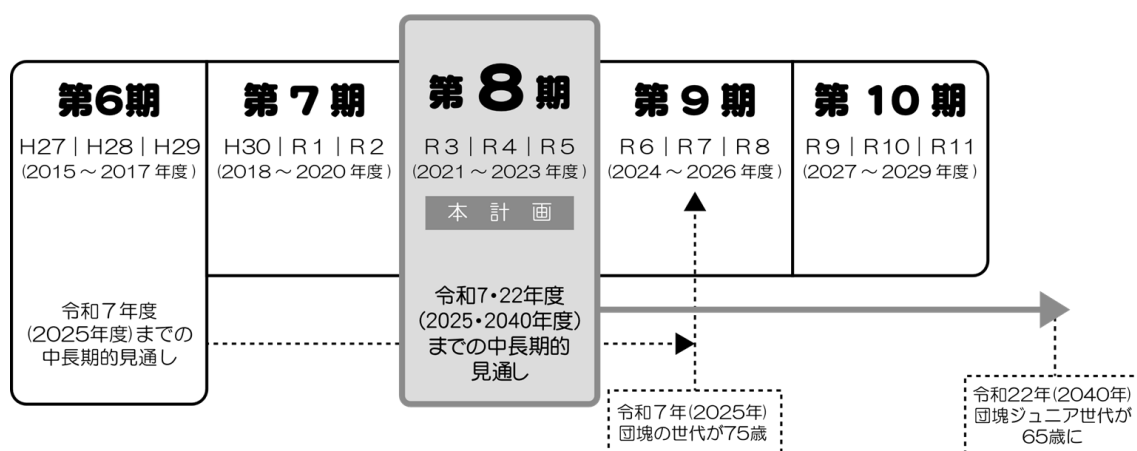


(4) 計画期間

本計画は、令和22年(2040)までの長期的な動向を踏まえつつ、第6期介護保険事業計画策定時の基本指針に盛り込まれた「地域包括ケアシステム」の目標や具体的な施策を踏まえ、本町における地域包括ケア計画として、令和3年度(2021)を初年度として令和5年度(2023)を目標年度とする3か年計画として策定するものです。

毎年度点検・評価を行い、課題の把握や分析、今後の対応の検討等を行うことで、本計画の実施状況の把握と進捗管理を実施します。

図表：計画期間



第2節 計画策定の体制と経緯

1 計画策定の体制

(1) 計画策定委員会等の設置

老人福祉事業及び介護保険事業は幅広い関係者の参画により、本町の特性に応じた事業展開が期待されるため、本計画策定にあたっては、行政機関内部だけでなく、学識経験者、被保険者(地域住民)代表、本町の高齢者保健福祉分野に関わる団体・事業者で構成する「長島町介護保険事業計画策定委員会」を設置し、地域における高齢者保健福祉施策の課題を整理し、今後の方策について幅広く意見や提案をいただきます。

(2) 行政機関内部における計画策定体制の整備

本計画は、老人福祉事業及び介護保険事業の運営主管課である介護環境課を中心に、福祉・介護・保健医療等との連携を図りながら策定しました。

2 計画策定の経緯

計画の策定にあたって、住民の皆様のご意見を反映させるため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や策定検討会議を開催しました。

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（実態調査）の実施

種別	対象	配布数	回収数	回収率
一般高齢者調査	要介護(要支援)認定を受けていない 65 歳以上の者	550	433	78.7%
在宅要介護(要支援)者調査	介護保険施設入所者を除く要介護(要支援)者	430	316	73.5%
若年者調査	町内に在住する 40 歳～64 歳の者	550	455	82.7%

※日常生活圏域ニーズ調査は、一般高齢者調査及び在宅要介護(要支援)者調査に内包されています。

(2) 策定検討会議の開催

	期日	内容
第1回	令和2年 8月27日(木)	○ 実態調査結果概要及び第8期計画について
第2回	令和2年 12月16日(木)	○ 第8期介護保険事業計画素案について
第3回	令和3年 2月25日(木)	〃

(3) パブリックコメントの実施

令和3年2月に、計画素案を町のホームページと介護保険担当の窓口で公表し、計画内容全般に関する意見募集を行いました。

(4) 計画の進行管理及び点検

本計画を着実に推進していくため、関係各課及び関係機関がそれぞれの担当する施策の進捗状況を把握・点検します。

施策の進捗状況の点検結果等の評価を行うとともに、サービスの必要量や供給量、質等の動向について、現状把握に努めます。

第3節 日常生活圏域の設定

1 日常生活圏域の設定にあたって

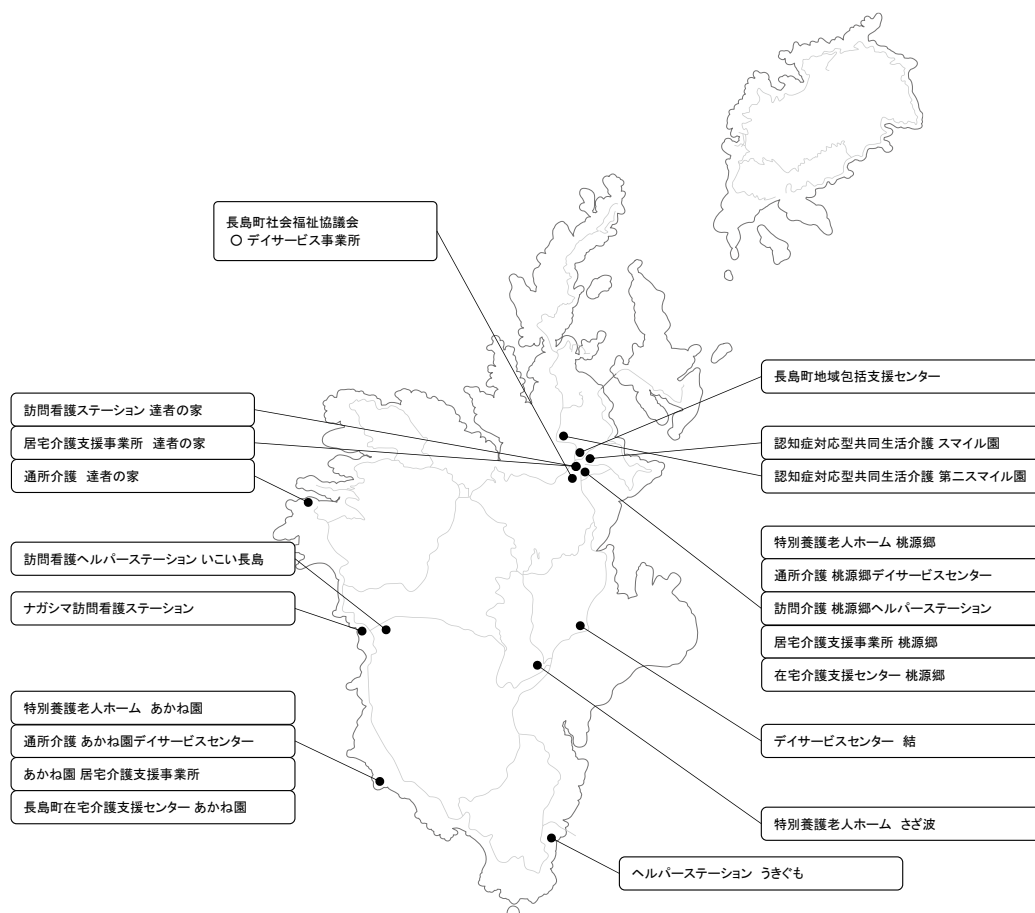
介護が必要となっても住み慣れた地域での生活を継続するためには、福祉施設や医療機関などの施設整備や介護保険サービスを充実させることはもとより、住みやすい「住まい」や他の公共施設、交通機関、そして、これらの地域資源をつなぐ人的ネットワークが重要となります。このような地域資源を高齢者の生活する範囲内で有機的に連携させ、地域ケアの充実を図っていきます。

本計画においては、なるべく高齢者にとって身近で、そして親しみのある地域であること、また人口規模や交通事情、公的サービス提供基盤、介護保険施設の整備状況等を勘案し、日常生活圏域を設定します。

2 日常生活圏域の設定

介護が必要となっても住み慣れた地域において生活を継続することができるよう、第7期に引き続き、町を1つの「日常生活圏域」とし、地域密着型サービス等のサービス量を見込むとともに、公的介護施設等のバランスのとれた整備を推進します。

図表：長島町介護資源マップ



第4節 第8期計画策定における視点

(1) 介護保険制度の改正の経緯



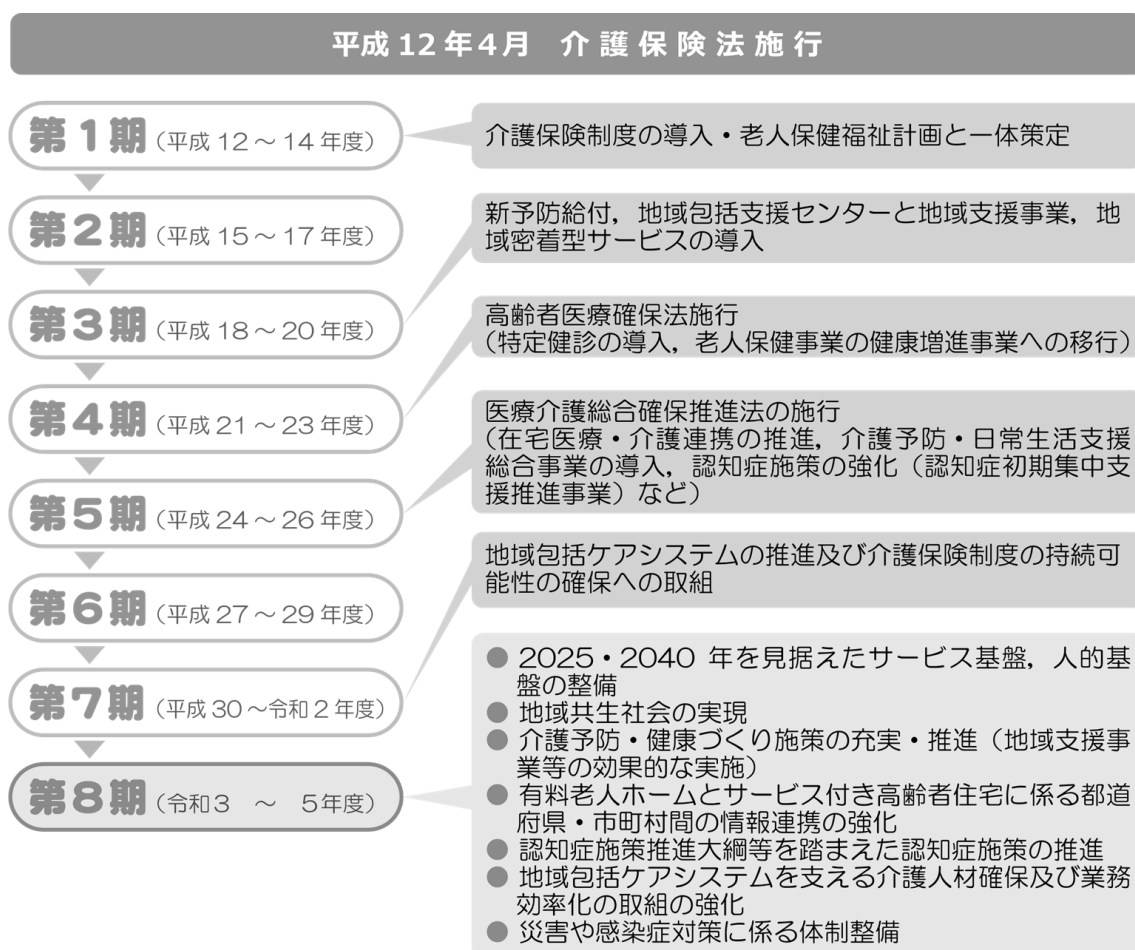
(2) 国の動向

平成12年度に介護保険制度がスタートしてから、20年が経過しました。その間、高齢者人口や要介護高齢者、介護保険サービスの利用、高齢者の生活等にかかわる各種動向に応じて高齢者福祉施策・介護保険制度は見直しが繰り返されてきました。

平成30年度からスタートした第7期介護保険事業は「地域包括ケアの推進」をさらに深め「地域共生社会」の実現へ向けた体制整備のための移行期間としており、介護保険制度の持続可能性の確保に向けた取組を進めることとなっていました。

令和3年度からスタートする第8期介護保険事業では、以下の7点について取り組むこととされています。

図表：高齢者施策・介護保険事業をめぐる法制度等の変遷



今後は、地域包括ケアシステムの推進、介護保険制度の持続可能性の確保のみならず、介護予防の取組の重要性が高まることが予想され、健康増進施策との連動をさらに深めていく必要があります。

また、認知症高齢者は今後も増加すると見込まれており、令和 7 年（2025 年）には全国で 730 万人、高齢者のうち 5 人に 1 人が認知症を発症するという推計もあります。認知症を防ぐ施策に加えて、認知症になっても安心して暮らしていくことのできる地域づくりも合わせて進めていかななくてはなりません。

超高齢社会においては、高齢者は福祉やサービスの受け手であると同時に、担い手としての役割も期待されています。高齢者が持つ知識・経験を活かした就労の場、地域貢献の場を提供していかなくてはなりません。就労やボランティアのみならず、スポーツ、文化活動等の高齢者の生きがい創出・社会参加を促進することで、高齢者の孤立を防ぐことにもつながります。

今後も高齢化が進行することが見込まれていることから、高齢者の価値観や考え方、ライフスタイルの多様化等、様々な変化に対応した高齢者施策の構築・提供が必要です。

図表：地域包括ケアシステムの構成要素



〔出典〕地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（平成 28 年 3 月）

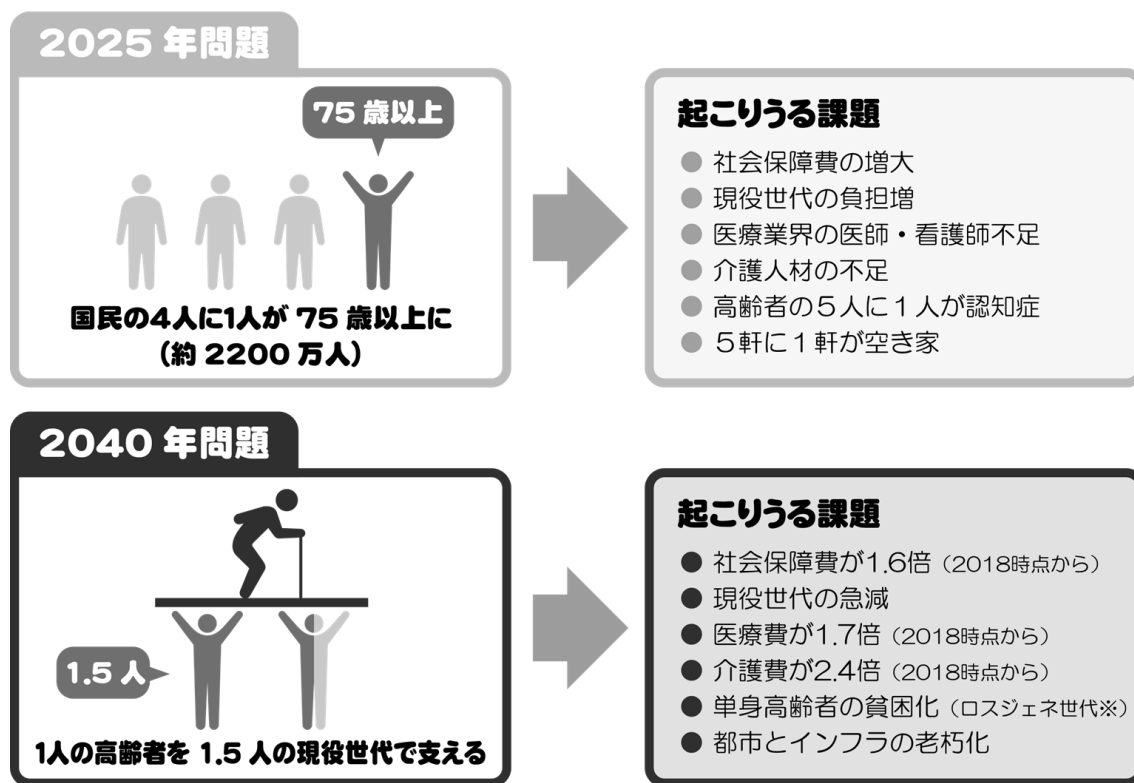
(3) 2025 年問題と 2040 年問題

令和 7 年（2025）は、わが国において、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、4 人に 1 人が 75 歳以上という超高齢社会が到来するとされている年です。

さらに、令和 22 年（2040）には、わが国の人口は約 1 億 1000 万人になり、1.5 人の現役世代（生産年齢人口）が 1 人の高齢世代を支えるかたちになると予測されています（国立社会保障・人口問題研究所，2017 年推計，出生率・死亡率中位仮定）。

第 7 期計画までは令和 7 年（2025）を見据えての対応が図られてきましたが、第 8 期計画ではその先、令和 22 年（2040）までを見据えた計画の策定が求められることになります。

図表：2025 年問題と 2040 年問題



※ロス・ジェネレーション世代。日本のバブル経済崩壊後に始まった約 10 年間の就職難の時代に就職活動をした世代のこと。昭和 45 年（1970）～昭和 57 年（1982）頃に生まれた世代が該当し、約 2 千万人に上る。いわゆる「氷河期世代」。

[出典]内閣府「高齢社会白書」、厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」、(株)野村総合研究所「2018 年、2023 年、2028 年および 2033 年における日本の総住宅数・空き家数・空き家率（総住宅数に占める空き家の割合）の予測」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」、「内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」（平成 30 年 5 月 21 日）、総務省自治行政局「自治体戦略 2040 構想研究会事務局提出資料＜インフラ・公共施設／公共交通＞（平成 29 年 12 月）」

（４）適応力の高いサービス提供体制の確立

令和２年、新型コロナウイルス感染症の世界的な感染の拡大により、本県においても、多数の感染者が発生しています。このことにより、地域の集まりが抑制されたり、高齢者のサービスの利用が控えられたりするなどの影響も出ています。

新たな感染症も発生する可能性に鑑み、ウイルスと共存しつつ社会経済活動を行っていく必要があります。

そのためにも、感染拡大を予防する「新しい生活様式」を定着させていくことが重要です。安心して「必要な方」が「必要なサービス」を利用できるよう、マスクの着用、手洗い・手指の消毒、「３密（密閉、密集、密接）」の回避などの感染予防対策を徹底したサービス提供を行うため、県や関係機関と連携しながら提供体制の確立を進めます。さらに継続したサービスの提供のため、介護者の感染や濃厚接触者となった場合の支援体制についても整備を検討していきます。

また、感染予防対策を取り入れた日常生活において、高齢者の閉じこもりや見守り、安否確認体制の強化などの新たなニーズが発生する可能性があります。これらの新たなニーズに対応していくために、必要とされる支援を検討していきます。このように、感染症や災害などの困難な状況に対しても、柔軟に適應するサービス提供体制の確立を目指します。



第2章 高齢者を取り巻く現状と将来推計

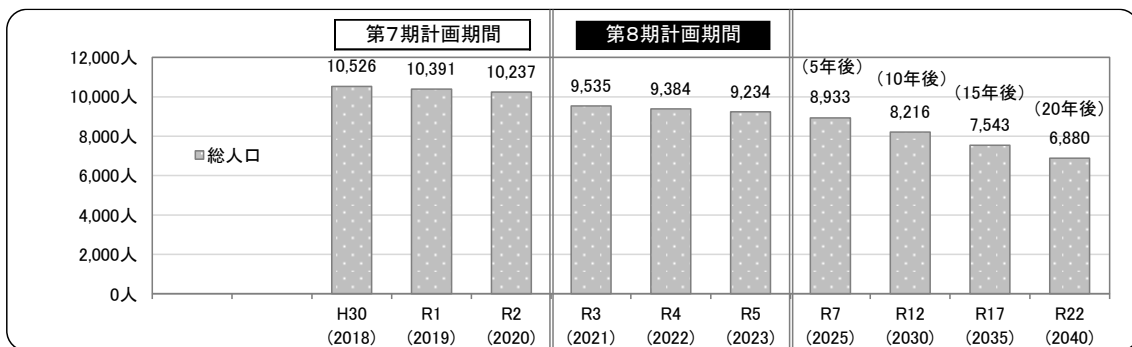
第2章 高齢者を取り巻く現状と将来推計

1 総人口の推移と推計

総人口は年々減少傾向にあります。介護保険制度がスタートした平成12年（12,552人）と令和2年を比較すると、20年で約2,300人（約2割）減少しています。

また、国立社会保障・人口問題研究所のデータを基にした厚生労働省の推計によると、本町の人口は今後も減少を続けるものと考えられており、10年後（R12/2030年）には8,216人、20年後（R22/2040年）には6,880人となっています。

図表：総人口の推移と推計



[出典] H30～R2: 住民基本台帳, R3～: 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」（各年10月1日現在）

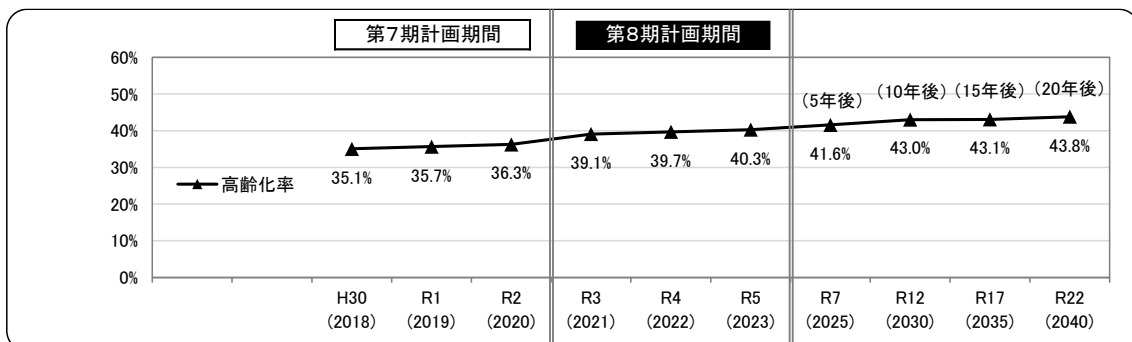
2 高齢化の状況

(1) 高齢化率の推移と推計

高齢化率は年々上昇傾向にあります。平成12年当時高齢者は約3人に1人以下の割合（28.0%）であったのに対し、令和2年には約3人に1人（36.3%）となっています。

今後も高齢化は進行するものと考えられ、10年後（R12/2030年）には43.0%、20年後（R22/2040年）には43.8%となっています。

図表：高齢化率の推移と推計

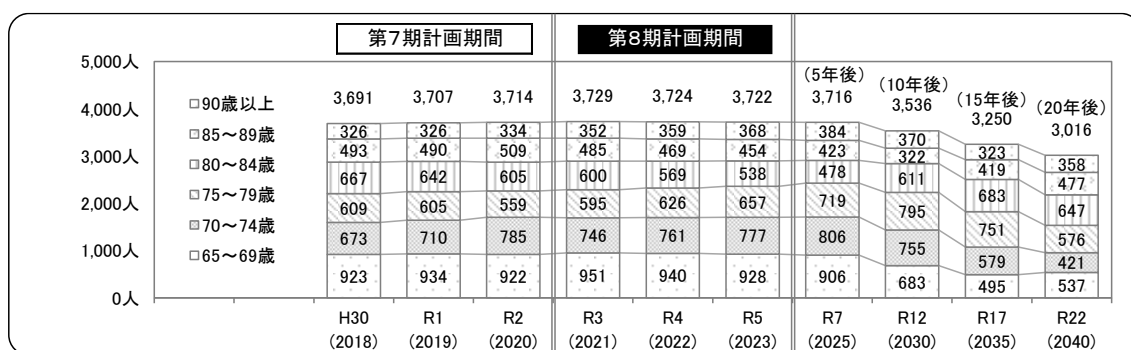


[出典] H30～R2: 住民基本台帳, R3～: 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」（各年10月1日現在）

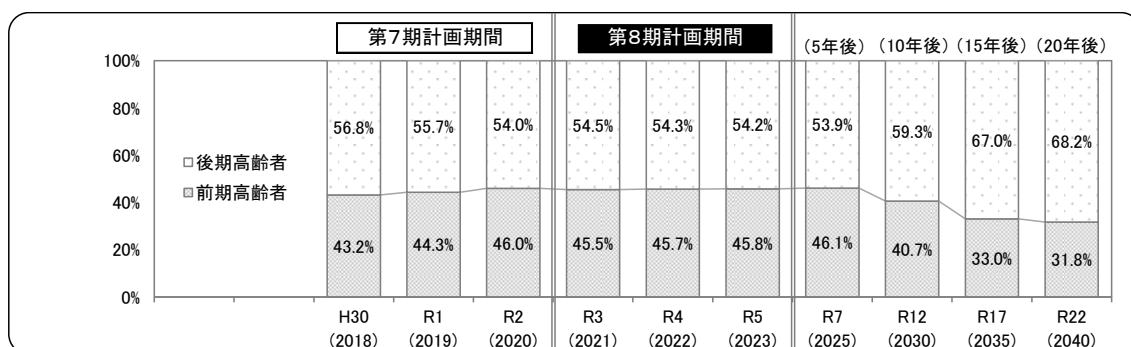
(2) 高齢者人口の推移と推計

高齢者人口は年々横ばいから減少傾向にあります。高齢者を前期高齢者（64～74 歳）、後期高齢者（75 歳以上）でみると、後期高齢者が過半数を占めて推移しており、10 年後から 15 年後頃には後期高齢者の割合は6割に達すると考えられています。

図表：高齢者人口の推移と推計（年齢 5 歳階級別）



図表：前期・後期高齢者割合の推移と推計

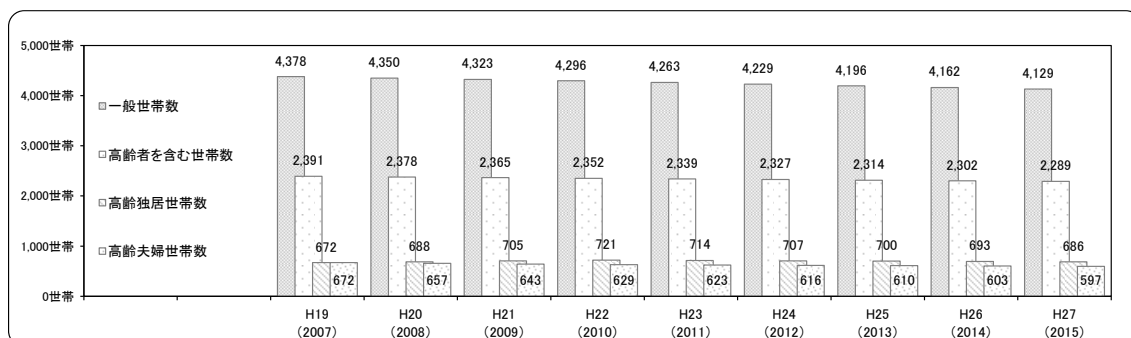


[出典] H30～R2：住民基本台帳，R3～：厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」（各年 10 月 1 日現在）

(3) 高齢者のいる世帯の推移

一般世帯及び高齢者を含む世帯はともに減少傾向にあります。高齢者を含む世帯における高齢独居世帯と高齢夫婦世帯の状況をみると、高齢夫婦世帯が減少しているのに対し、高齢独居世帯は増加しています。

図表：高齢者のいる世帯の推移



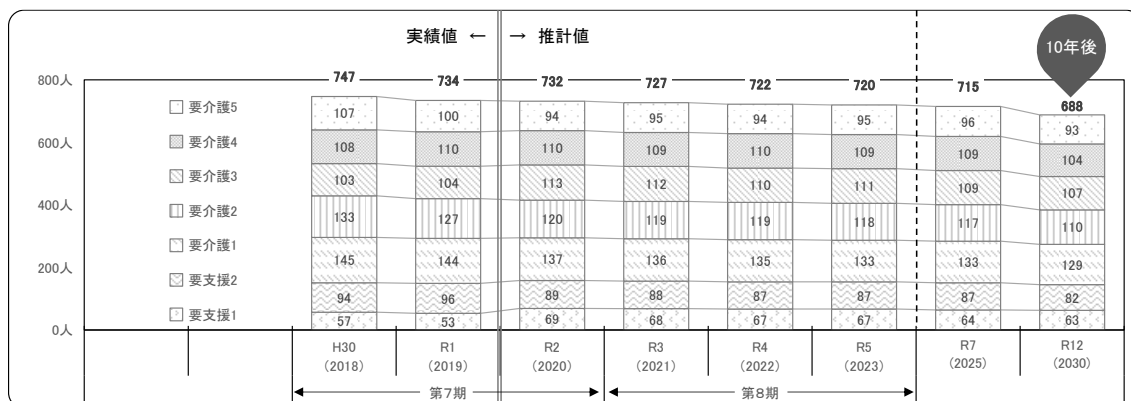
[出典] 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

3 要介護（要支援）認定者の推移と推計

（１）要介護（要支援）認定者の推移と推計

要介護（要支援）認定者数は横ばい傾向で推移しています。今後も横ばいから微減傾向で推移するものと考えられます。

図表：要介護（要支援）認定者の推移と推計

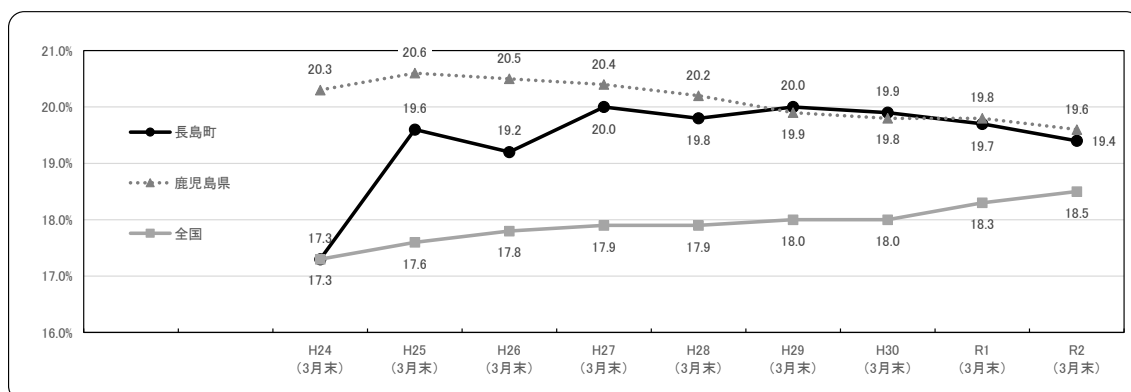


[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

（２）認定率の推移

第1号被保険者における要介護（要支援）認定率は、平成24年以降上昇傾向で推移していましたが、平成29年をピークに減少に転じています。令和2年3月末時点で、鹿児島県の認定率を下回っています。

図表：認定率の推移



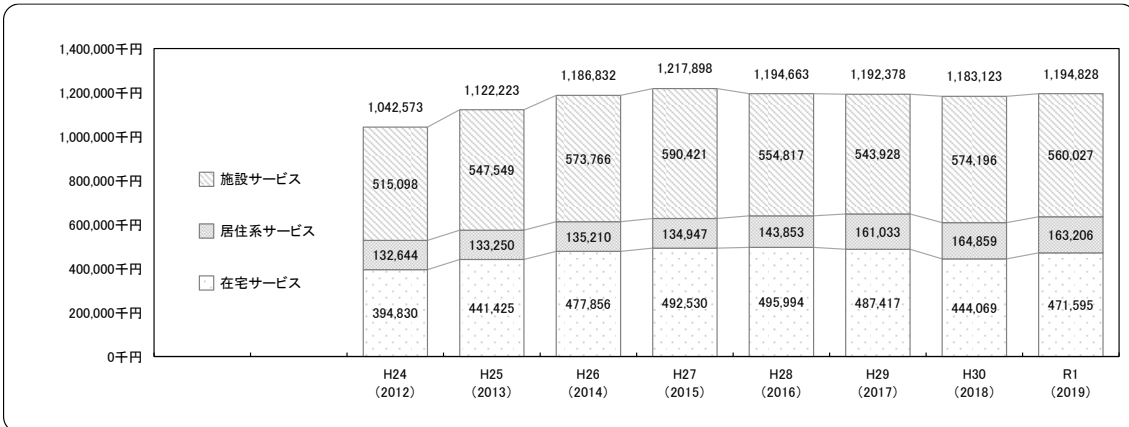
[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

4 介護費用額の推移

(1) 介護費用額の推移

介護費用額は近年横ばい傾向で推移しています。令和元年時点の内訳をみると、在宅サービスが 39.5%，居住系サービスが 13.6%，施設サービスが 49.9%となっています。

図表：介護費用額の推移

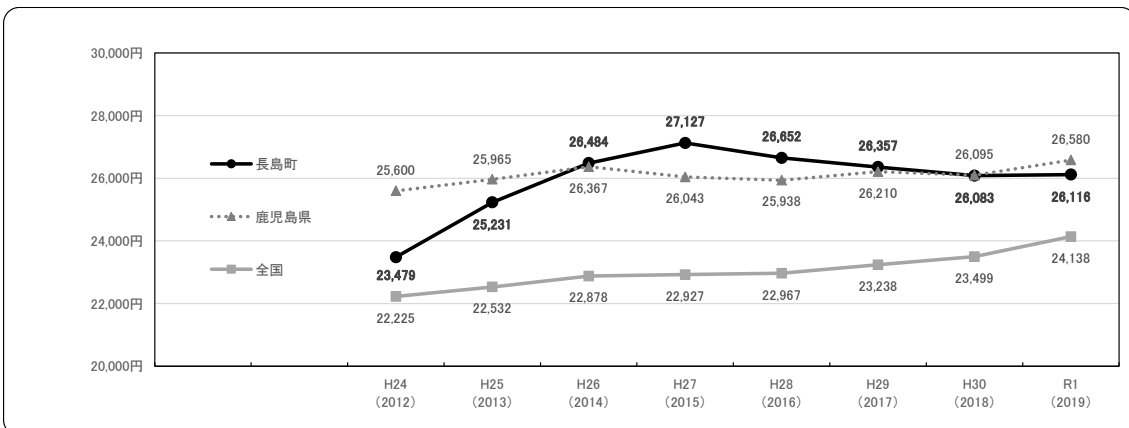


[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」
※令和元年度の数値は、令和2年2月サービス提供分まで

(2) 第1号被保険者1人1月あたり費用額（全国・鹿児島県との比較）

第1号被保険者1人1月あたり費用額についてみると、本町の費用額は平成27年以降減少傾向にあります。令和元年時点の数値を全国及び鹿児島県と比較すると、全国よりも高いものの、鹿児島県より低くなっています。

図表：第1号被保険者1人1月あたり費用額（全国・鹿児島県との比較）



[出典]厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」
※令和元年度の数値は、令和2年2月サービス提供分まで

5 介護予防・日常生活圏域二一ス調査及び高齢者実態調査

(1) 調査概要

① 調査の目的

老人福祉計画及び介護保険事業計画の見直しにあたり、既存データでは把握が困難な高齢者等の実態や意識・意向を確認し、総合的に傾向分析することにより計画策定の基礎資料とするため、3年毎に実施するものです。

② 調査時期

令和元年12月

③ 調査内容・配布回収状況等

	一般高齢者調査	在宅要介護 (要支援)者調査	若年者調査
調査対象者	介護保険被保険者で要介護認定を受けていない65歳以上の者	要介護(要支援)認定者で介護保険施設に入所していない者	要介護認定等を受けていない40歳以上65歳未満の方
調査方法	自治会長による配布及び回収を行った		
配布数	550	430	550
回収数	433	316	455
回収率	78.7%	73.5%	82.7%

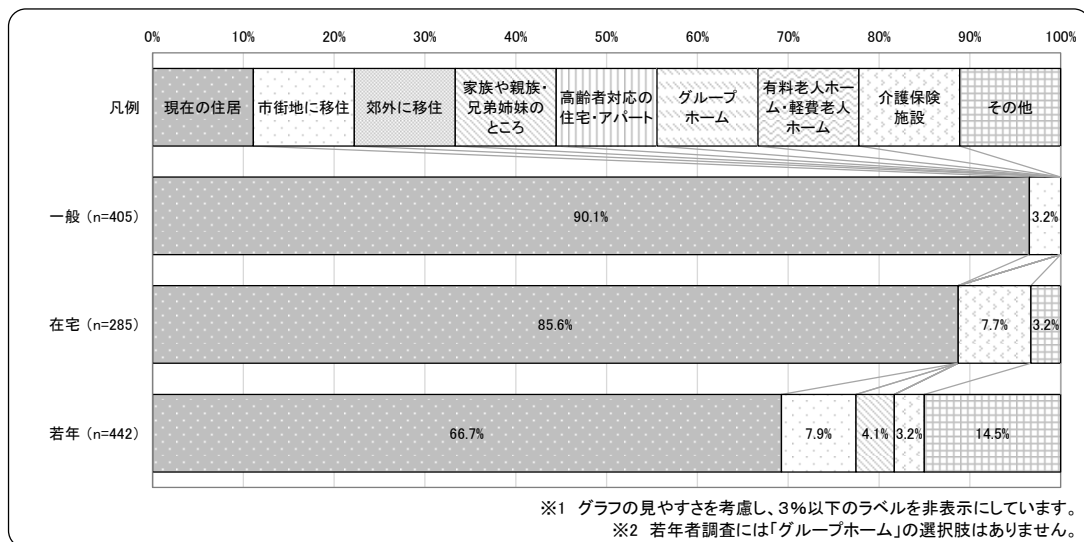
④ 本項を読むにあたっての注意点

- 回答率は百分比の小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります。
- 2つ以上の回答を要する(複数回答)質問の場合、その回答比率の合計は100%を超える場合があります。
- 数表及び図表は、レイアウトの都合上、文言等を省略している場合があります。
- 各設問において無回答を除外して集計を行っています。

(2) 居住する地域について

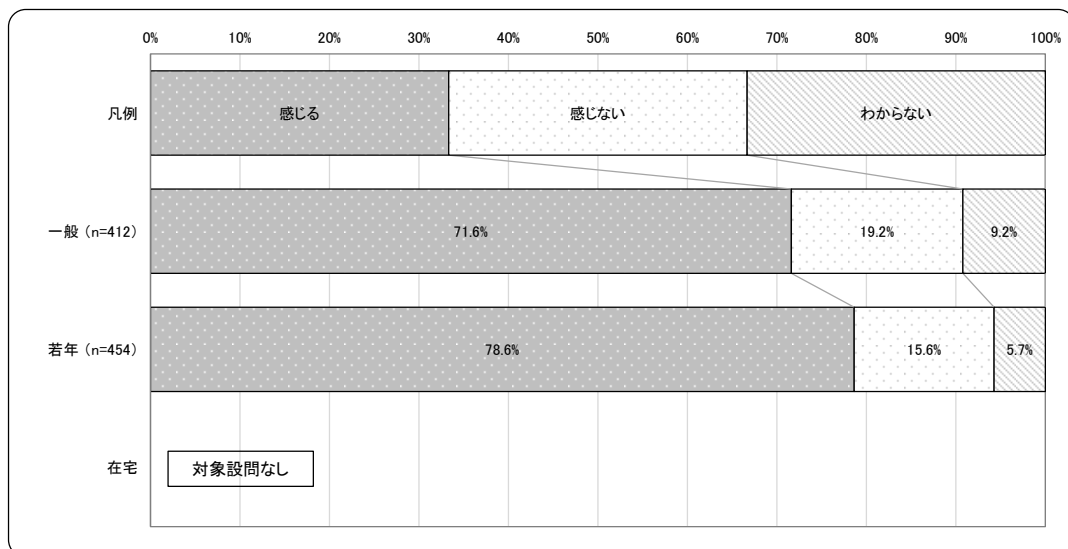
① 今後希望する生活場所

今後希望する生活場所については、一般高齢者の9割、在宅要介護者の9割弱、若年者の7割弱が「現在の住居」と回答しています。



② 地域のつながり

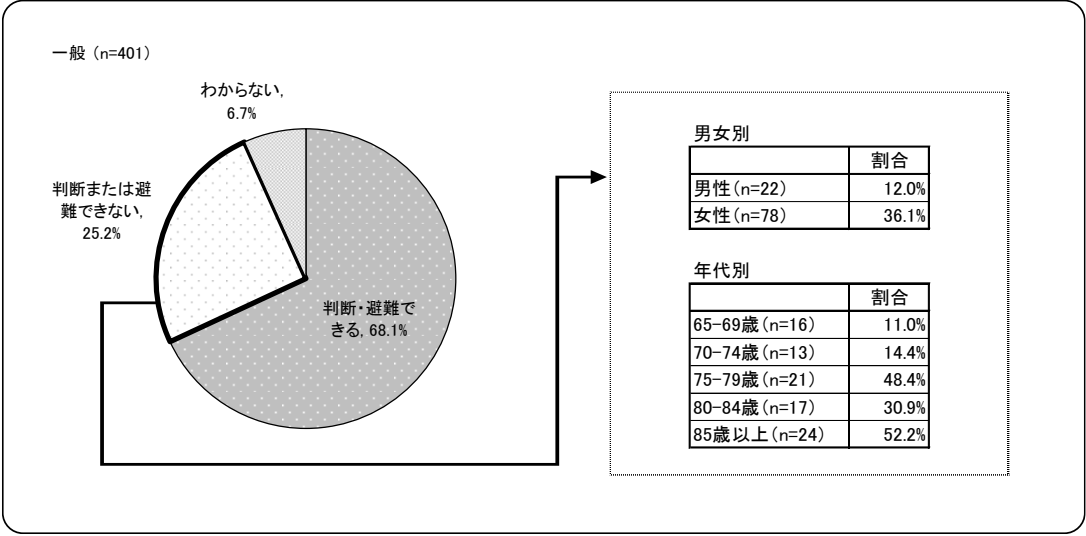
居住する地域におけるつながりについては、「感じる」とする割合が7割を超えています。



(3) 安心・安全な暮らしについて

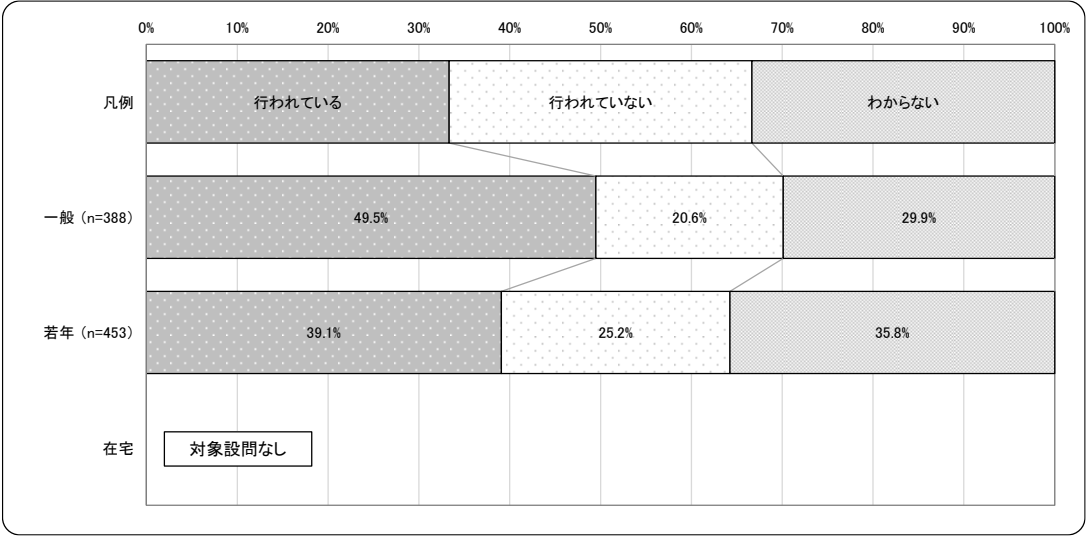
① 災害時の判断・避難

一般高齢者における災害時の判断や避難の可否についてみると、全体の約7割が「判断も避難もできる」とする一方、「判断または避難できない」とする割合も25%となっています。内訳をみると、女性の割合が高く、年代別では70歳代後半や85歳以上の割合が約5割となっています。



② 地域における安否確認や見守り活動の状況

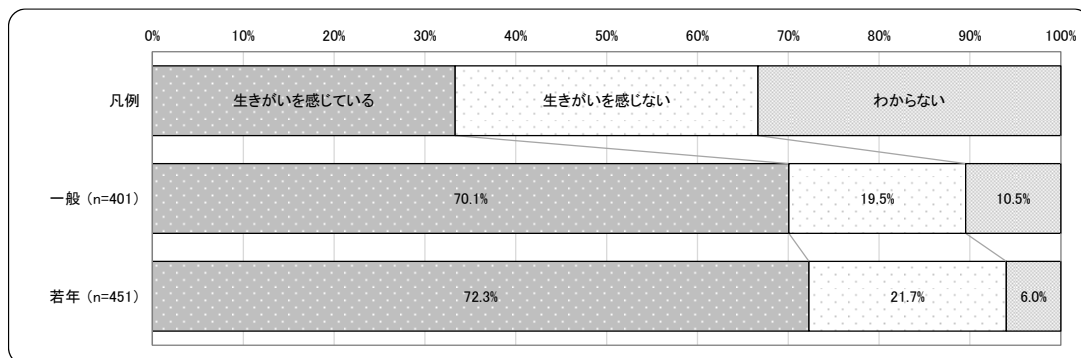
安否確認や見守り活動の状況は、一般高齢者の約5割、若年者の約4割が「行われている」としている一方、「わからない」とする割合も3割となっています。



(4) 社会参加・生きがいについて

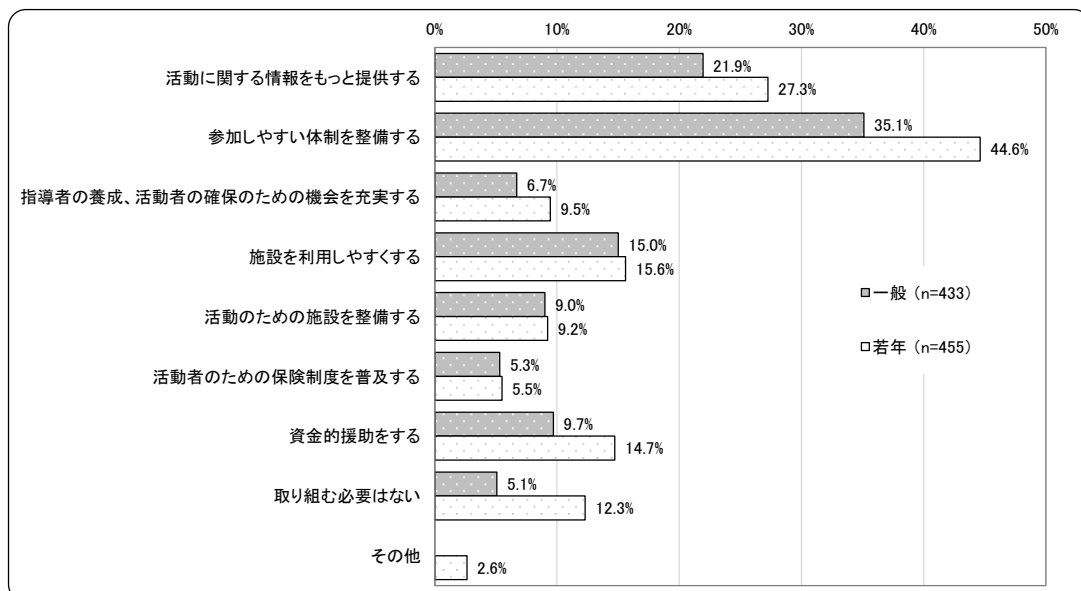
① 生きがいの有無

一般高齢者・若年者ともに7割以上が「生きがいを感じている」と回答しています。一方、「生きがいを感じない」とする割合もそれぞれ2割程となっています。



② 高齢者が地域のためのボランティア活動などに参加する上で、県や市町村はどのようなことに取り組むべきか

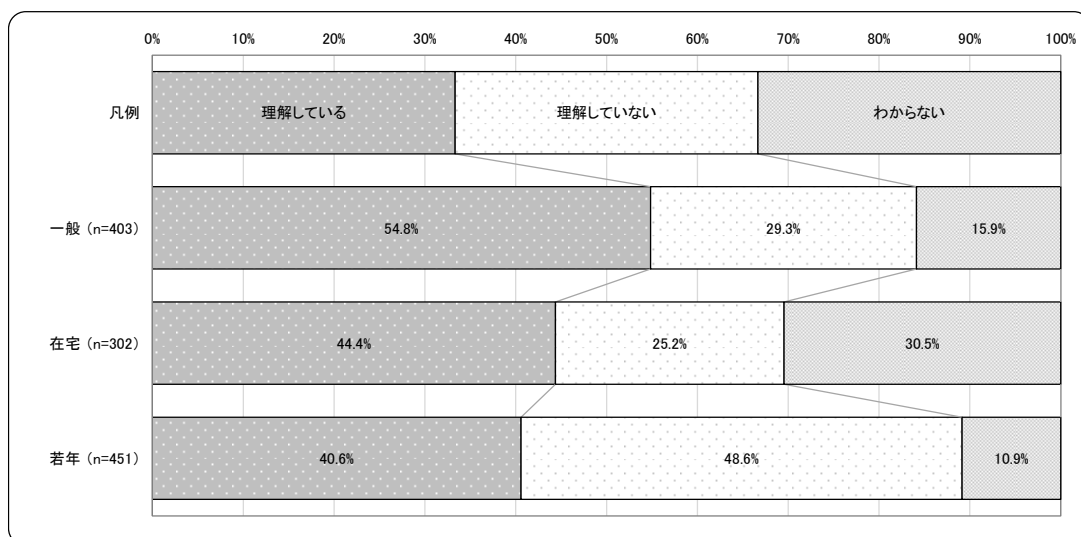
一般高齢者・若年者ともに「参加しやすい体制を整備する」とする割合が最も高く、次いで「活動に関する情報をもっと提供する」、「施設を利用しやすくする」の順になっています。



(5) 介護保険について

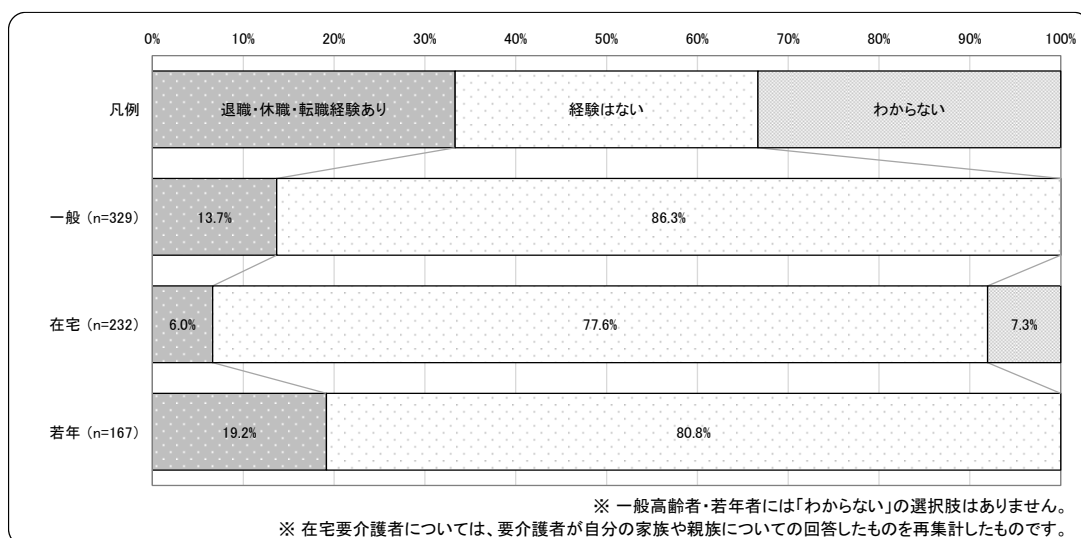
① 介護保険制度についての理解度

「理解している」とする割合は一般高齢者が5割以上で最も高く、在宅要介護者と若年者は4割となっています。次いで一般高齢者及び若年者では「理解していない」、在宅要介護者では「わからない」とする割合が高くなっています。



② 介護離職等の経験

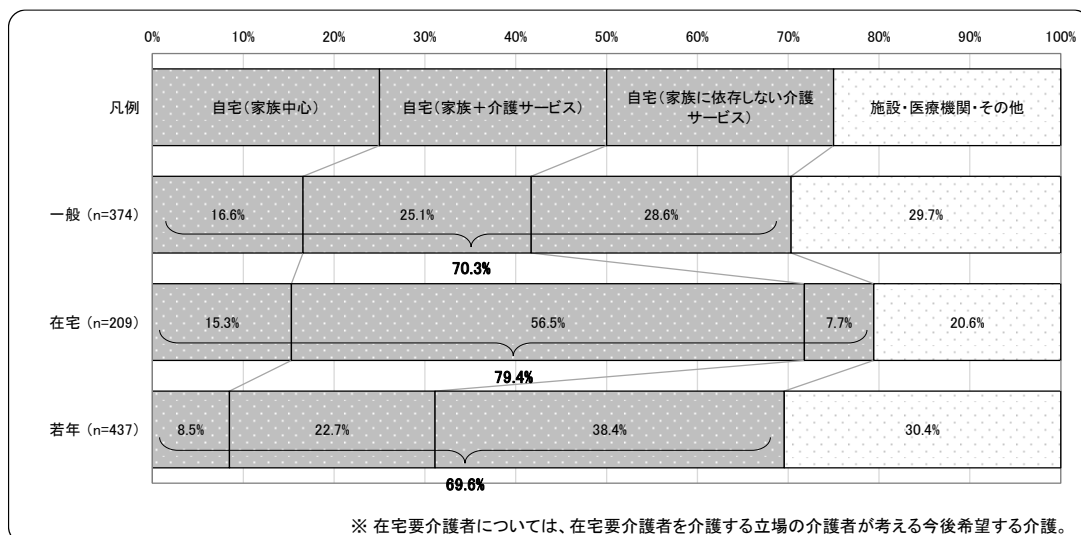
介護離職の経験についてみると、一般高齢者・若年者ともに1割から2割が退職・休職・転職等を経験しています。



③ 将来介護が必要になった場合に希望する介護

将来介護が必要になった場合に希望する介護をみると、一般高齢者・在宅要介護者・若年者ともに「自宅」での介護を希望している割合がそれぞれ7割程となっています。

自宅での介護を希望する理由についてみると、「家族と一緒に過ごしたいから」「住み慣れた家を離れたくないから」等の割合が高くなっています。



▼③-1:「在宅で介護を受けたい」と思う理由（一般高齢者）

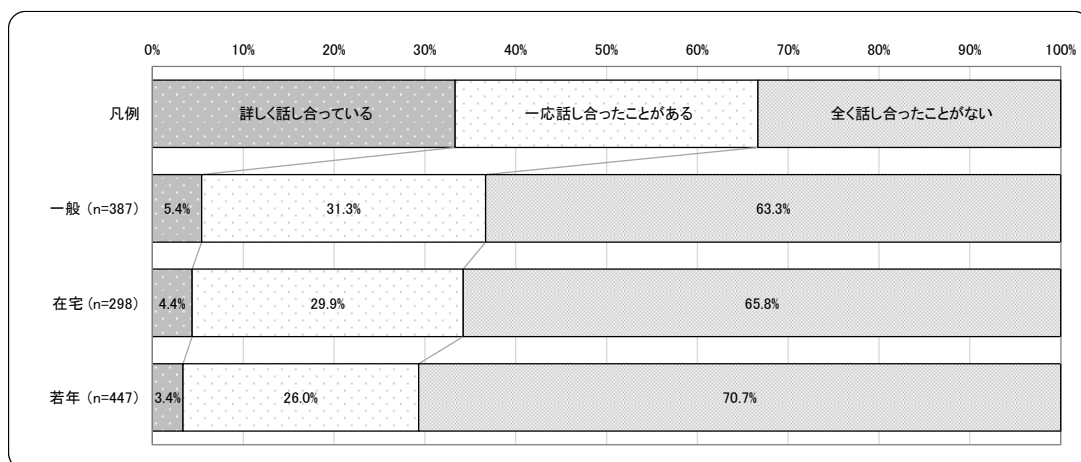
(n=253)		
	回答数	割合
1 家族と一緒に過ごしたいから	109	43.1%
2 友人・知人がまわりにいるので離れたくないから	13	5.1%
3 住み慣れた家を離れたくないから	97	38.3%
4 介護施設や有料老人ホームなどに入所、入居したいが経済的に困難だから	31	12.3%
5 介護施設や有料老人ホームなどに入所、入居したいが、希望する施設に空きがないから	3	1.2%
計	253	100.0%

▼③-2:「在宅で介護を受けたい」と思う理由（若年者）

(n=297)		
	回答数	割合
1 家族と一緒に過ごしたいから	126	42.4%
2 友人・知人がまわりにいるので離れたくないから	11	3.7%
3 住み慣れた家を離れたくないから	102	34.3%
4 介護施設や有料老人ホームなどに入所、入居したいが経済的に困難だから	45	15.2%
5 介護施設や有料老人ホームなどに入所、入居したいが、希望する施設に空きがないと思うから	13	4.4%
計	297	100.0%

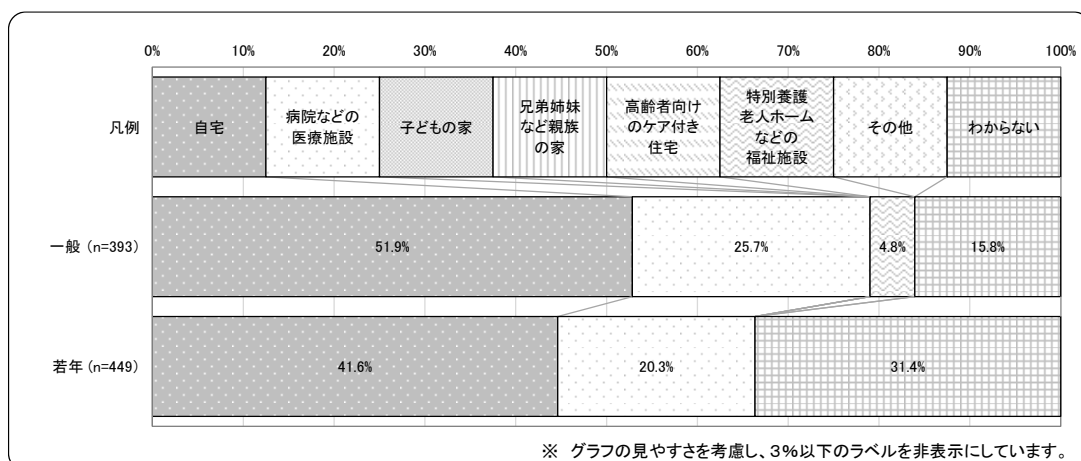
④ 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について家族と話し合いをしているか

希望する医療や希望しない医療等について家族とどの程度話し合いをしているかについては、一般高齢者・在宅要介護者・若年者ともに「詳しく話し合っている」とする割合は1割以下でした。一方、「全く話し合ったことがない」とする割合は、一般高齢者・在宅要介護者が6割、若年者が7割となっています。



⑤ 最期を迎えたいと思う場所

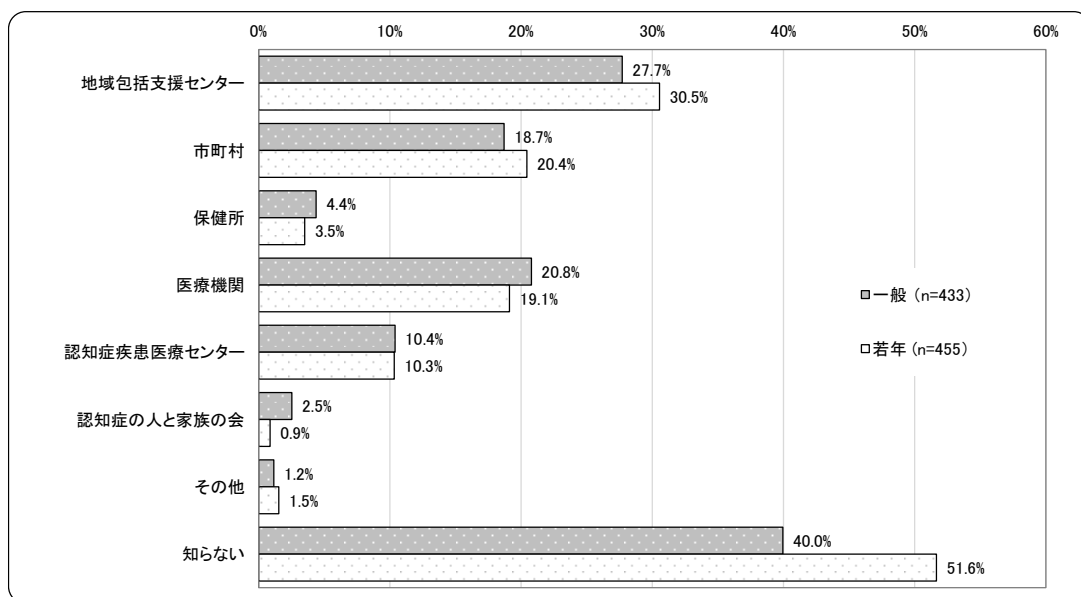
一般高齢者・若年者ともに「自宅」とする割合がそれぞれ最も高く、次いで「病院などの医療施設」、「わからない」の順となっています。



(6) 認知症について

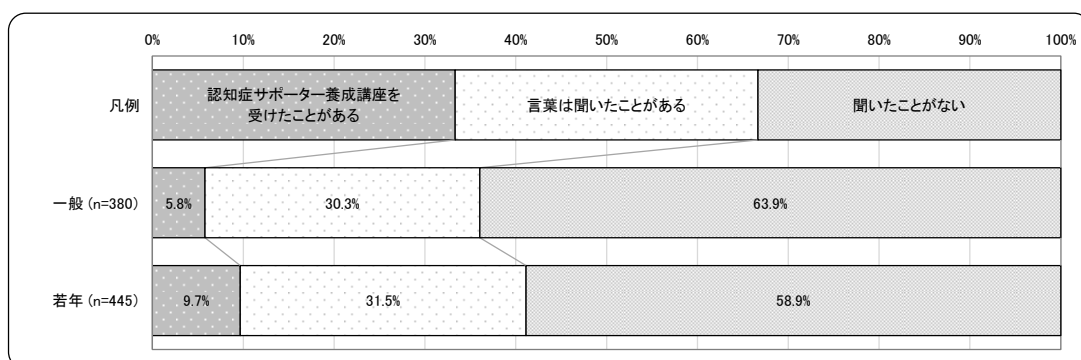
① 認知症相談窓口の認知状況

認知症に関する相談窓口の認知状況をみると、一般高齢者の4割、若年者の5割が「知らない」としています。その他、地域包括支援センター、市町村、医療機関などがそれぞれ2割程となっています。



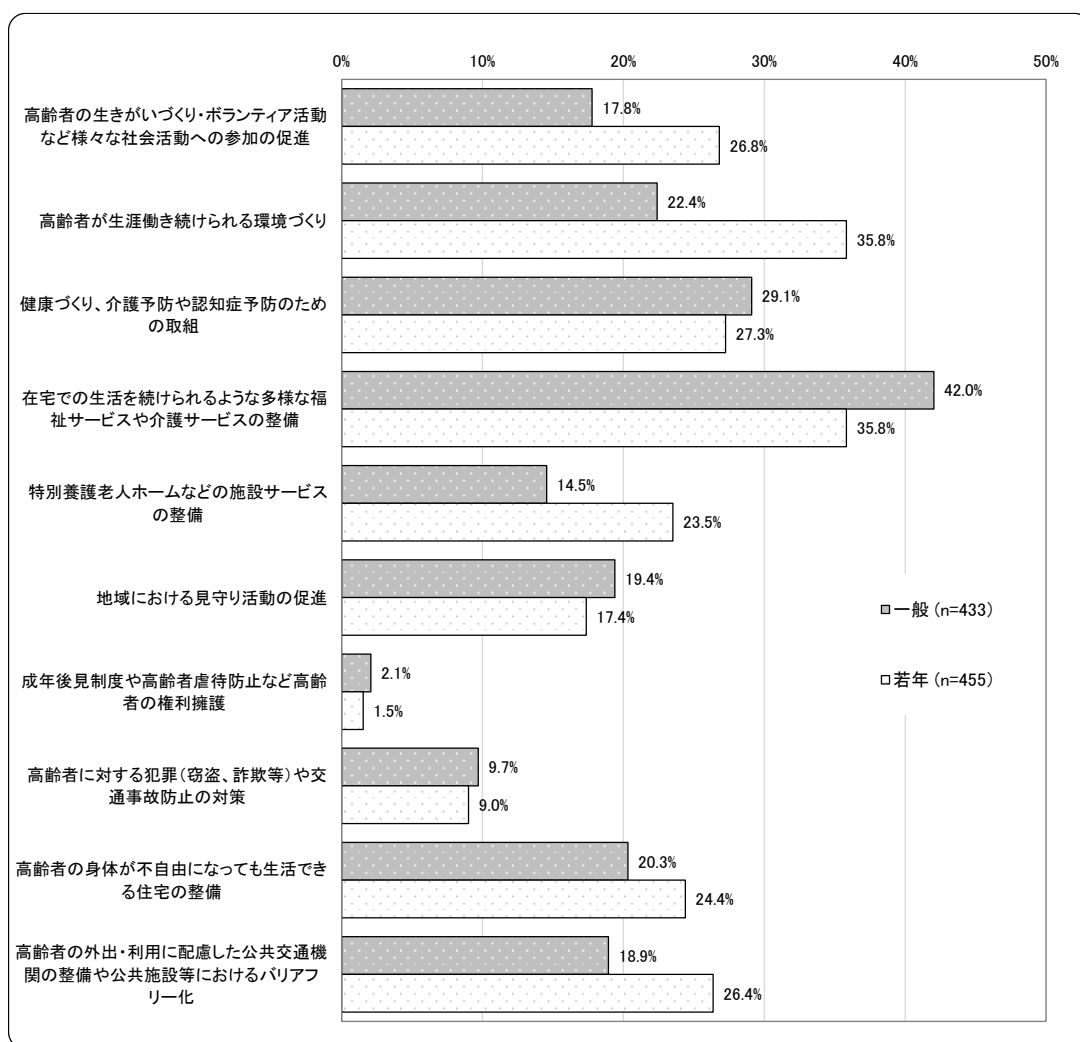
② 認知症サポーターについて

認知症サポーターについてみると、「認知症サポーター養成講座を受けたことがある」とする割合は一般高齢者・若年者ともに1割以下でした。「聞いたことがない」とする割合はともに6割程となっています。



(7) 高齢社会対策への取組等について

高齢社会対策への取組等についてみると、「在宅での生活を続けられるような多様な福祉サービスや介護サービスの整備」や「健康づくり、介護予防や認知症予防のための取組」、「高齢者が生涯働き続けられる環境づくり」などの割合が高くなっている。

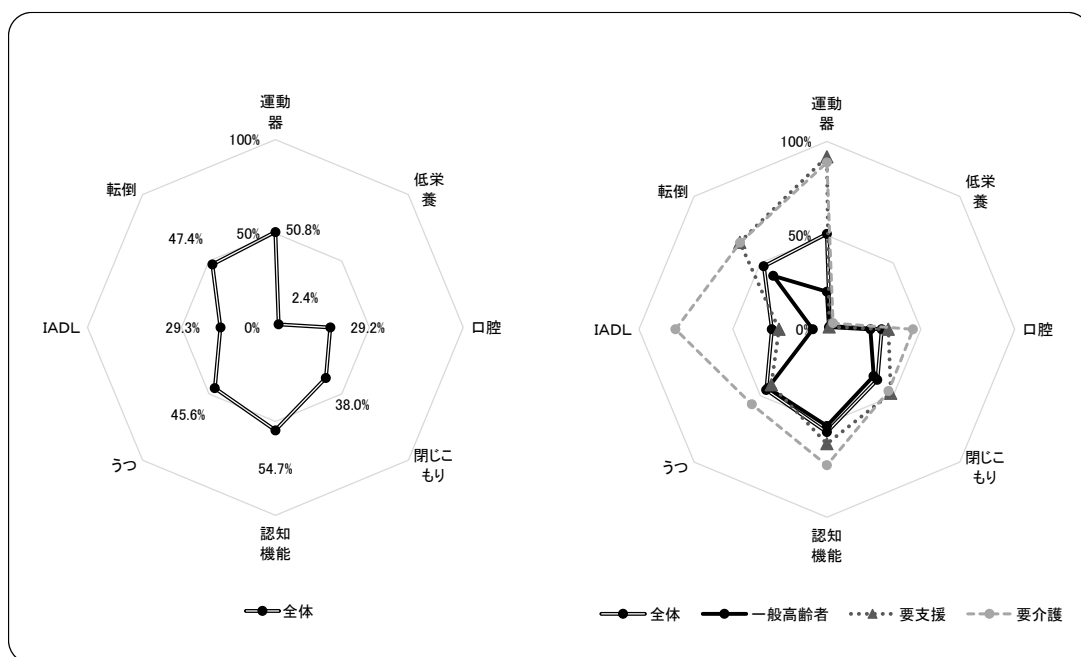


(8) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から

① 各種リスク該当者について

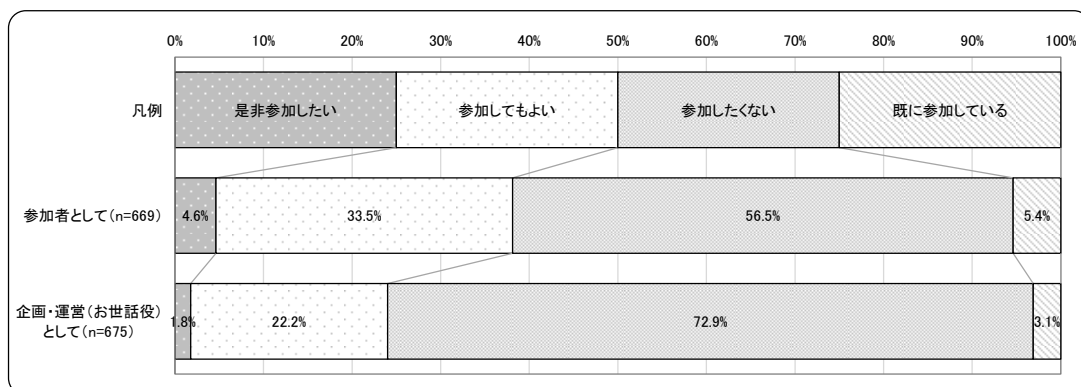
「運動器」や「転倒」において、要支援認定者や要介護認定者のリスク該当割合が全体と比較して高くなりました。

特に要介護認定者においては、「口腔」や「認知機能」、「うつ」、手段的日常生活動作（電話の使用、食事の支度、服薬や財産の管理等）である「IADL」、「転倒」等の割合が他の区分と比較して高くなっています。



② 地域づくりの場への参加意向

「是非参加したい」及び「参加してもよい」に「既に参加している」を含めたものを参加意向とした場合、参加者としては4割、企画・運営としては3割弱の参加意向があります。

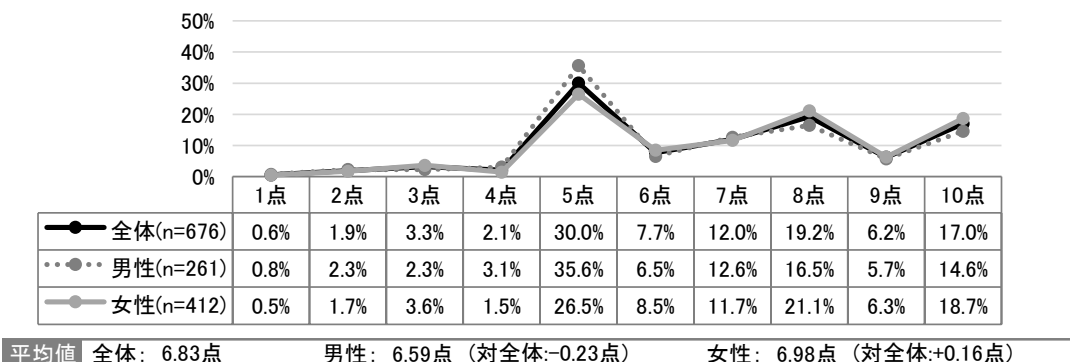


③ 主観的幸福感

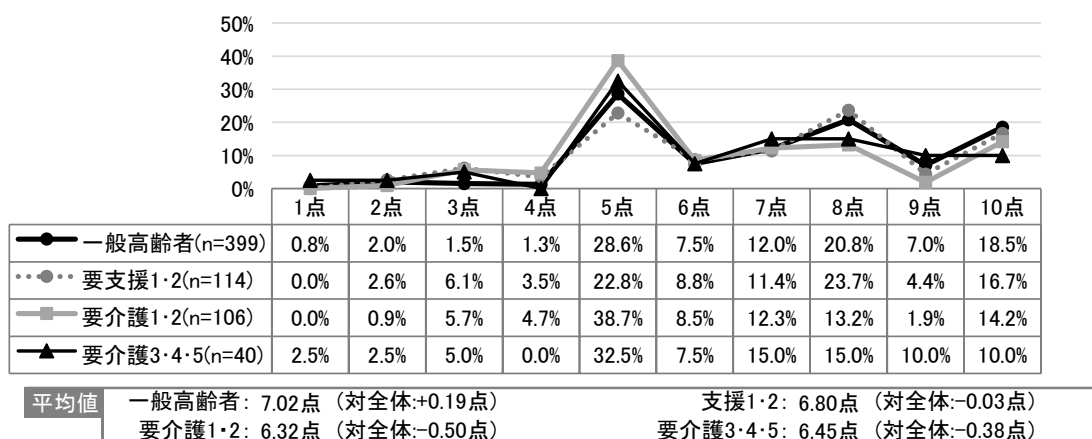
現在、どの程度幸せであるかを、「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点として聞いたところ、全体の平均値は6.83点となりました。

平均値について男女別にみると、男性よりも女性の平均値が高くなっています。同様に要介護度別に平均値をみると、一般高齢者の値が最も高くなっています。

○ 男女別



○ 要介護度別



第3章 計画の基本的な考え方

第3章 計画の基本的な考え方

1 本町が目指す高齢社会像

本町は、長島町第2次総合振興計画の中で、基本理念の「夢と活力があり 住民一人ひとりを大切にする 福祉のまちづくり」を掲げ、地域における多様な主体の連携と住民相互の支え合いを基本としながら、的確に福祉サービスを提供することにより、高齢者や障がい者など、支援を必要とする人々が、その人らしく安心して暮らせるまちを目指しています。

この基本理念に即した高齢社会とは、誰もが健康で元気に安心していきいきと生活でき、地域においては他者への思いやりを持ち、支え合うことで、いつまでも住み続けたいと思える社会です。高齢であっても、障がいがあっても、住民一人ひとりがお互いの人権を尊重しあい、ひとしく健やかで幸せを実感できる社会であり、住民自らが積極的に参画できる社会です。

2 基本理念と基本目標

(1) 基本理念

本計画においては、高齢者が生涯にわたって健康でいきいきと自立して暮らすことができるように、次の基本理念を定め、高齢者に係る保健福祉施策及び介護保険事業施策を総合的に推進します。

基本理念

高齢者一人ひとりが生涯にわたり健康で生きがいをもって楽しく生活できる健康な町づくりを目指し、「高齢者の社会参加の意欲向上」「健康の保持・増進に対する意欲向上」、そして高齢者が介護を要する状態になっても、必要に応じてサービスを利用しながら家庭や地域の中で自立した生活が送れるよう、「地域ケア体制の充実」を目指します。

(2) 第8期計画における基本方針・基本目標

本計画は、団塊の世代が後期高齢者となり、本格的な超高齢社会を迎える令和7年（2025年）に向けて、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた中長期的な計画の3期目となります。

第6期計画での基盤整備と、第7期計画での各取組を継承しつつ、地域の実情やニーズに応じた『地域包括ケアシステムの深化・推進』を図っていくことを本計画の基本方針とします。また、以下のとおり3つの基本目標を掲げます。

基本方針

地域包括ケアシステムの深化・推進

基本目標

基本目標1 地域における高齢者の支援体制づくり

基本目標2 介護保険をはじめとするサービス基盤の整備

基本目標3 生きがいをもって安心して暮らせる地域づくり

3 地域共生社会の実現を目指して

今後も高齢化が進行する中で、高齢者の生活を地域で支える「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るものです。

地域共生社会の実現に向け、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）」により「社会福祉法（昭和26年法律第45号）」が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援と影響し合い、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我

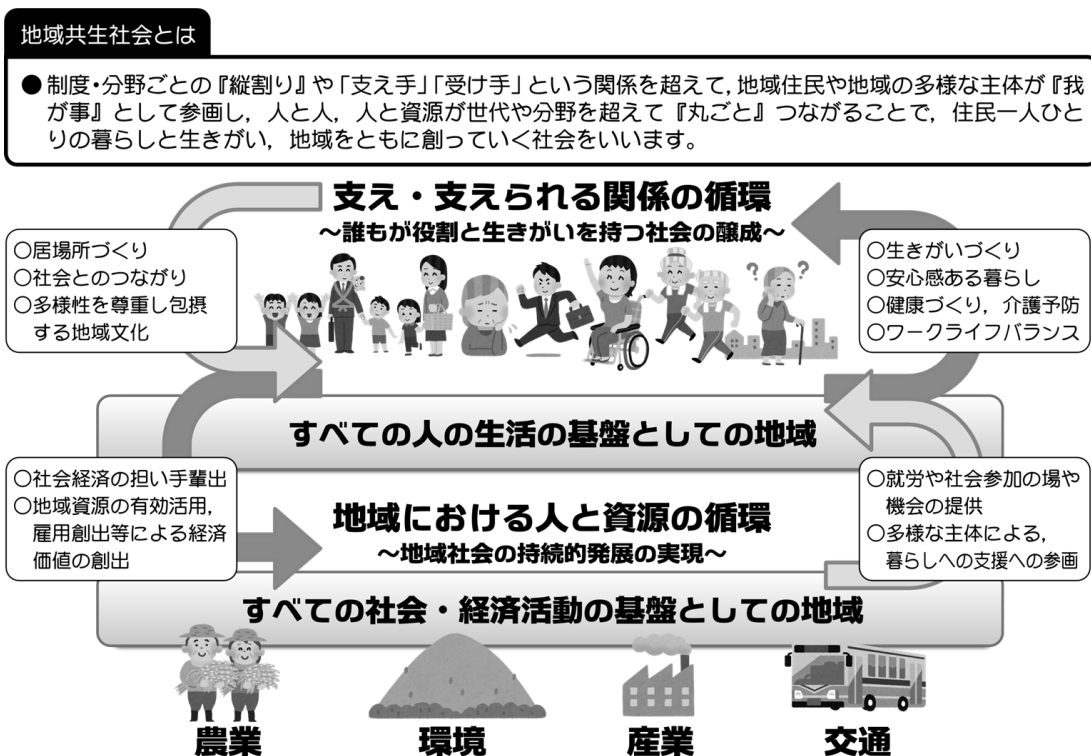
が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備が市町村の努力義務とされました。

これまで、介護保険制度においても地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきましたが、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）」においては、令和22年（2040年）を見据えた地域共生社会の実現を目指し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備などの促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法などに基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われました。

今後は、包括的な支援体制の構築などの社会福祉基盤の整備とあわせて、介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現をめざします。

さらに、「重層的支援体制整備事業」の取組として、属性にかかわらず一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていけるまちづくりを推進します。

図表：地域共生社会の考え方



[出典]厚生労働省「九州厚生局における地域共生社会構築の取組」

POINT
ポイント

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案の概要

【改正の趣旨】

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

【改正の概要】

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援（社会福祉法、介護保険法）
2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進（介護保険法、老人福祉法）
3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進（介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）
4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化（介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律）
5. 社会福祉連携推進法人制度の創設（社会福祉法）

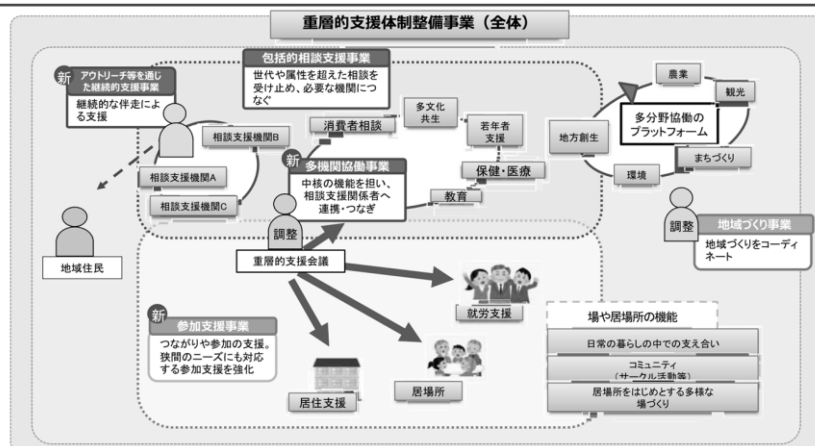
【施行期日】 令和3年4月1日

POINT
ポイント

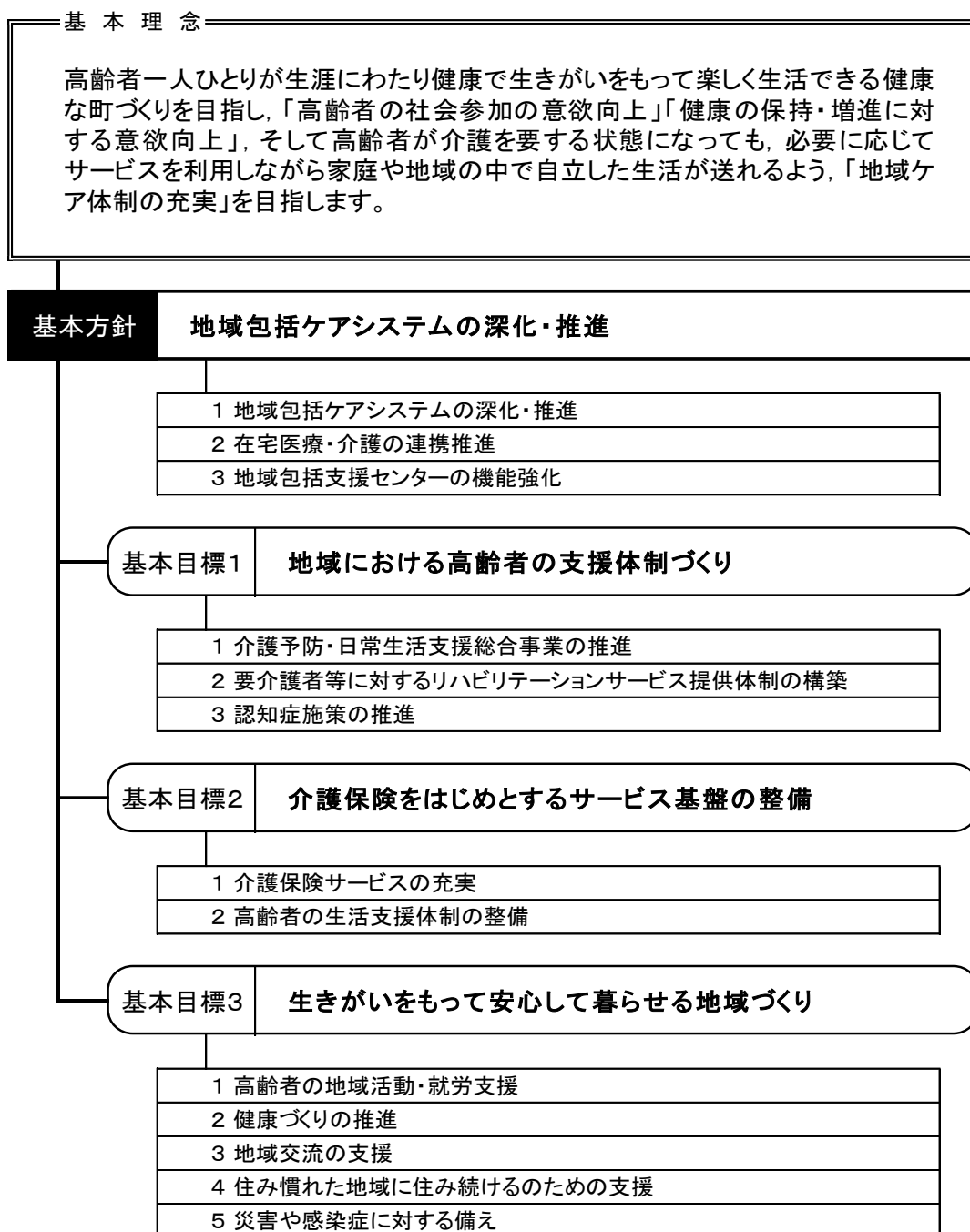
重層的支援体制整備事業

市町村において既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②社会とのつながりや参加の支援、③地域やコミュニティにおけるケア・支え合う関係性の育成支援を実施する事業です。令和3年4月施行。

- 相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、**包括的相談支援事業**において包括的に相談を受け止める。受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した事例については**多機関協働事業**につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できるようにする。
- なお、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援につながることが難しい人の場合には、**アウトリーチ等を通じた継続的支援事業**により本人との関係性の構築に向けて支援をする。
- 相談者の中で、社会との関係性が希薄化しており、参加に向けた支援が必要な人には**参加支援事業**を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整する。
- このほか、**地域づくり事業**を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育むほか、他事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止をめざす。
- 以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していく。



4 施策の体系



第4章 高齢者福祉施策の展開

第4章 高齢者福祉施策の展開

基本方針 地域包括ケアシステムの深化・推進

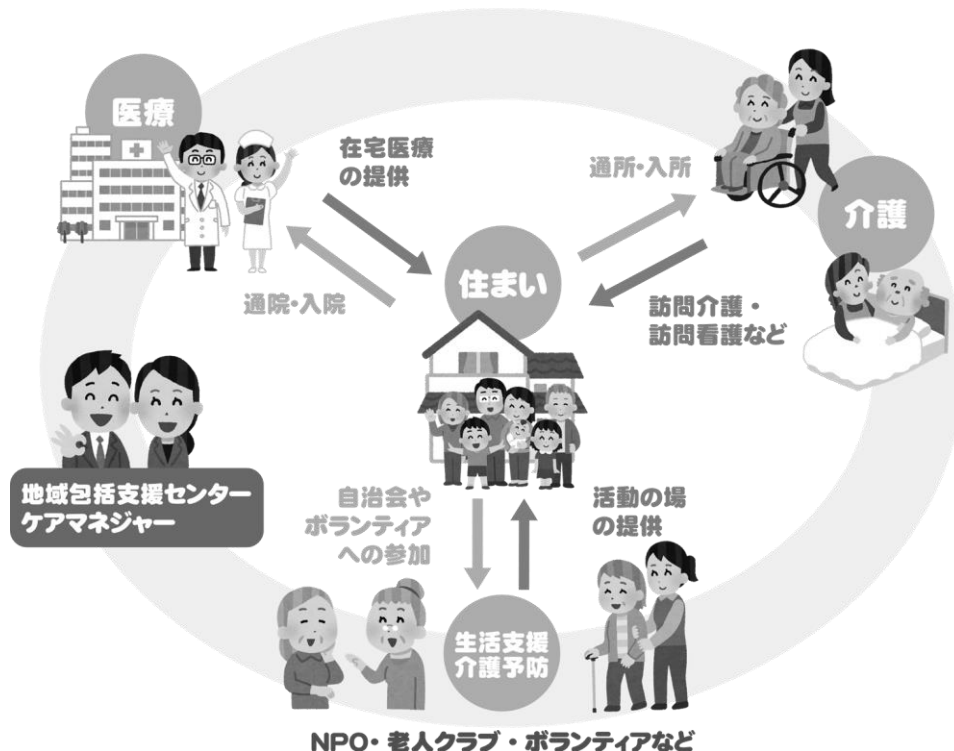
1 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が可能な限り、住み慣れた地域や自宅で自分らしい暮らしを続けられるよう、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進が重要です。

本町では第6期計画より、地域包括ケアシステムの構築に取り組んできましたが、本計画では、さらなる強化を目指して取り組んでいきます。

地域包括ケアシステムの中心となる地域包括支援センターの運営強化や地域、事業者、行政などの関係機関と連携、地域ケア会議での課題の抽出、身近な地域住民による声かけや見守りなど横断的に推進し、体制の充実に努めます。

図表:地域包括ケアシステムの姿(再掲)



(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

地域包括ケアシステムは、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしが継続できるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的に提供するための仕組みです。

令和7年（2025年）に団塊の世代が後期高齢者となり、本町においても高齢者の半数以上が後期高齢者となることや、要介護認定者が大幅に増加することが予測されています。

そのため、行政、事業者、専門機関、地域が手を取り合い、地域の特性を最大限にいかしながらあらゆるニーズに対応するための多様なサービスや活動等を展開する必要があります。

第7期計画に引き続き第8期計画においても、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、地域のニーズや課題に即して、より実効性のある取組の展開や強化を推進していきます。

(2) 第8期計画における深化・推進の視点

第8期計画では、第7期計画までの考え方を踏まえ、豊かな経験と能力のある高齢者が社会に貢献しやすく、地域で役割を持って活動できるようなまちづくりを推進するため、以下の視点に基づき、地域包括ケアシステムの広がりのある事業の展開を図っていきます。

① 地域包括ケアシステムの普及啓発

地域包括ケアシステムの深化・推進には、地域で活動する医療・介護の事業者のほか、住民組織など地域の皆さんの理解や協力が欠かせません。それには、地域包括ケアシステムとは何か、自分で何ができるのか等、一人ひとりの意識を醸成し、つなぎ合わせていくことが重要です。町民、事業者、行政が一体となり、誰もが持てる力を発揮して活躍できる地域づくりを進めていきます。また、介護予防に関する基礎的な知識・情報を共有すると共に、心身機能改善の有効事例紹介などを通じ、重度化防止に向けたライフスタイルの普及に努めます。

本町の取組

- 広報ながしまの活用
- ホームページの充実

② 多様な主体の連携と協働

安全・安心に在宅生活を送るためには、医療や介護等の専門職、NPO、社会福祉法人、インフォーマルな生活支援サービスを提供する団体など、多様な主体の連携・協働が必要です。地域ケア会議によるネットワーク形成などにより、これ

ら多様な主体が連携・協働しやすい環境づくりをすすめることで、地域での暮らしを包括的に支援します。

本町の取組

- 鹿児島県認知症疾患医療センターとの連携
- 地域ケア会議、各種研修会等の実施
- 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 等

③ 地域包括ケアシステムの評価

地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築状況の把握と評価を行います。また、町が行う多様な施策について、地域包括ケアシステムに関連した取組であることを、わかりやすく周知していきます。

（3）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

地域包括ケアシステムの構築・深化・推進には、それを担う介護人材の確保が重要です。しかしながら、介護人材不足が深刻化していることが現状であり、また令和7年（2025年）以降は現役世代（介護の担い手）の減少が顕著となることも予想されており、介護人材の確保が大きな課題となります。

総合的な介護人材の確保のための取組に加え、介護現場における業務仕分けやロボット・ICT（情報通信技術）の活用、総合事業等の担い手確保（ポイント制度やボランティアの活用等）などの取組を検討していきます。

① 介護人材の確保や定着に関する支援

介護従事者の担い手の確保施策や、介護従事者への知識・技術の習得の講座、個別就職相談、職場体験等を実施し、意識の啓発を図ります。

また介護人材の定着に向け、事例発表会や長期勤続職員の表彰式等を検討し、現役介護職員等の就業意欲の高揚を図ります。

② 介護ロボット・ICTの活用による業務効率化の支援

業務効率化を進め職員の負担軽減を図る観点から、介護ロボットやICT導入を進めていくことが重要とされています。

国・県では、地域医療介護総合確保基金に基づくこれらの導入支援事業を計画しています。鹿児島県と連携して優良事例についての情報収集を継続し、事業者等への情報提供に努めます。

③ 介護分野への元気高齢者等の参入促進

鹿児島県と連携しながら新規介護人材の確保及び介護人材の定着支援を両輪で進め、子どもから高齢者まで幅広い世代の地域住民に対し介護職場の魅力を発信し、介護職場のイメージを刷新していきます。

④ 介護分野の文書に係る負担軽減の推進

人材不足の中で、介護現場の専門職が、利用者のケアに集中し、ケアの質を確保するために介護現場の業務効率化を推進することが求められています。

このため国では、介護分野における文書の負担軽減に関する専門委員会を設置し、指定申請や報酬請求、指導監査等に関する文書に関する負担軽減のあり方が検討されており、令和元年12月に中間とりまとめが行われました。これに基づき、関係法令・通知等の見直しが行われ、各種様式の統一化や、添付書類の簡素化が進められています。

国の示す方針に基づいて申請様式や添付書類の見直し、手続きの簡素化を図り、介護現場の業務効率化を推進します。

2 在宅医療・介護の連携推進

令和7年（2025年）には団塊の世代が後期高齢者となり、医療と介護の双方のサービスを必要とする高齢者が増加していくことが予想されます。

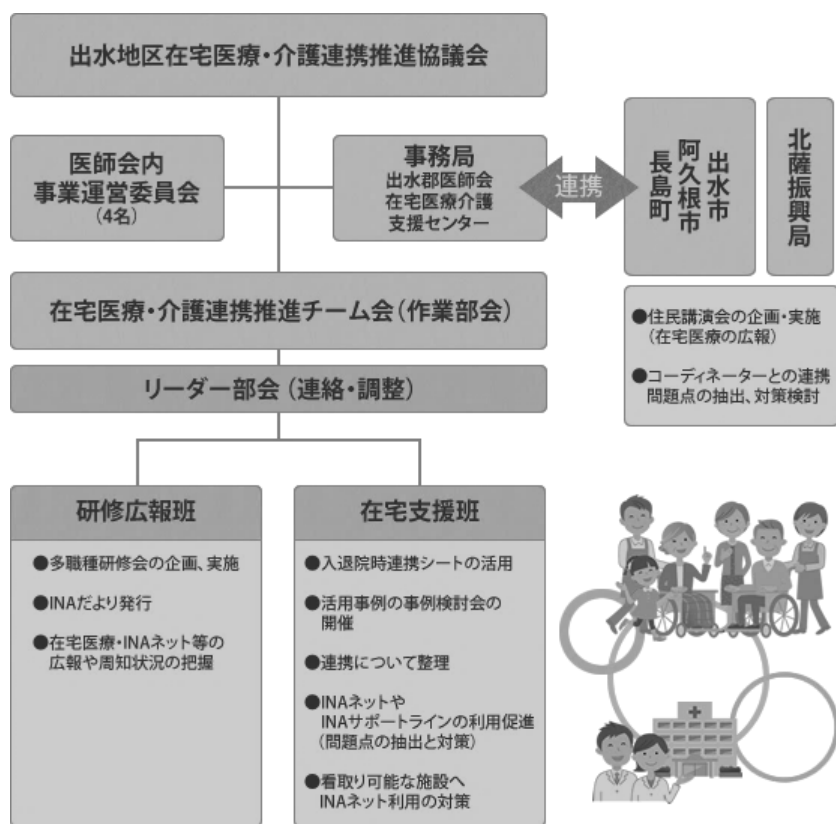
医療と介護を必要とする高齢者を地域で支えていくためには、訪問診療等の在宅医療の提供が不可欠であり、本計画においても引き続き、医療・介護の連携推進に取り組めます。地域で活動されている医療・介護関係者の個々の取組が有機的に連携しながら町全域で展開されるよう、本町が関係者間の橋渡しを担い、顔の見える関係づくりを進めます。

また、「新しい生活様式」の中での関係づくりにあたっては、特に、ICTを使った医療・介護関係者間の連絡手段の強化を進めていきます。

（1）出水地区における在宅医療・介護連携推進体制

町では、出水市や阿久根市と共に、出水郡医師会をはじめ、出水地区内の多くの医療・介護関係団体と協力し、住民の方が“病気や障がいがあっても、住み慣れた地域で、安心してその人らしく暮らし続けられるよう”在宅医療・介護連携推進のための体制づくりに取り組んでいます。

図表：出水地区在宅医療・介護連携推進体制の体系



[出典]出水郡医師会在宅医療介護支援センターホームページ(令和2年10月時点)

出水地区在宅医療・介護連携推進協議会

【役割】

- 地域における在宅医療に関する課題を共有，検討し在宅医療の方針を決定する。
- 地域の在宅医療従事者等に対する多職種連携のための学習会や症例検討会の開催。

【構成メンバー】

- 出水郡医師会，出水郡歯科医師会，出水郡薬剤師会，看護協会，栄養士会，出水地区訪問看護ステーション，鹿児島県歯科衛生士会出水支部，介護支援専門員協議会，出水地区老人福祉施設協議会，出水総合医療センター，出水郡医師会広域医療センター，阿久根市健康増進課，阿久根市介護長寿課，出水市健康増進課，出水市いきいき長寿課，**長島町介護環境課**，出水保健所，北薩地域振興局，出水郡医師会事務局，出水圏域リハビリテーション広域支援センター



[出典]出水郡医師会在宅医療介護支援センターホームページ(令和2年10月時点)



(2) 医療・介護の情報共有支援

① 地域の医療・介護の資源の把握

これまでに作成した、在宅医療を担う医療機関や介護事業所等の情報をまとめたリストやマップ等を、適宜更新し、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用します。

② 医療・介護関係者の研修・交流

これまで、より円滑な連携を目指して、医療・介護関係者の質の向上のための研修や多職種協働により在宅医療を担う人材を育成するための研修を行いました。

第8期計画においても、顔の見える関係づくりを構築するために、医療・介護関係者の研修・交流事業を実施していきます。

③ 医療・介護関係者の情報共有の支援

在宅医療・介護サービスの連携において、共有すべき情報の検討を行い、必要な情報を必要な時に共有することができる仕組みの構築を図ります。

在宅医療、在宅介護を担う医療機関や介護事業者のリスト作成、ICT を使った医療・介護関係者相互の連絡手段の確保などにより、情報共有の基盤を整備し、効果的に活用していきます。

また、新型コロナウイルス感染症などへの対応のため、医療・介護関係者のみならず、保健所や行政職員、高齢者本人とその家族との連絡が円滑にできるよう、連絡体制を強化していきます。

④ 地域住民への普及啓発

これまで、講演会の開催、パンフレットの配布等により、在宅医療やその機能等を広く地域住民に紹介し、地域医療の周知を図りました。

また、終活事業として、「エンディングノート」(人生を振り返り、個々人の情報や要望・希望をわかりやすくまとめ残すツール)を制作及び配布し、人生のより良い終わりのための終活への支援をはじめました。

第8期においても、引き続き、地域医療、医療・介護従事者のそれぞれの役割について周知を行い、地域住民の理解向上に努めます。

(3) 連携体制の整備・推進

① 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者による協議の場を定期的に行い、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討を行います。

検討にあたっては、「出水地区在宅医療・介護連携推進協議会」を有効に活用します。協議会では、医師会、歯科医師会、薬剤師会等との協議や、医療と介護事業者の懇談等、多職種連携を通じてさらなる信頼関係の強化を図ります。

② 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

在宅医療や介護を利用している患者や利用者の緊急の相談等に対応できるよう、医療機関や訪問看護事業所、介護事業所間の連携により、切れ目なく連絡を受けられる体制を整備するとともに、在宅生活を支える往診や訪問看護、介護サービス等を提供できる体制を引き続き整備していきます。

③ 2市1町による医療・介護連携推進事業

本町では、出水市、阿久根市と合同で、出水郡医師会に業務を委託して、医療・介護連携推進事業を実施しています。

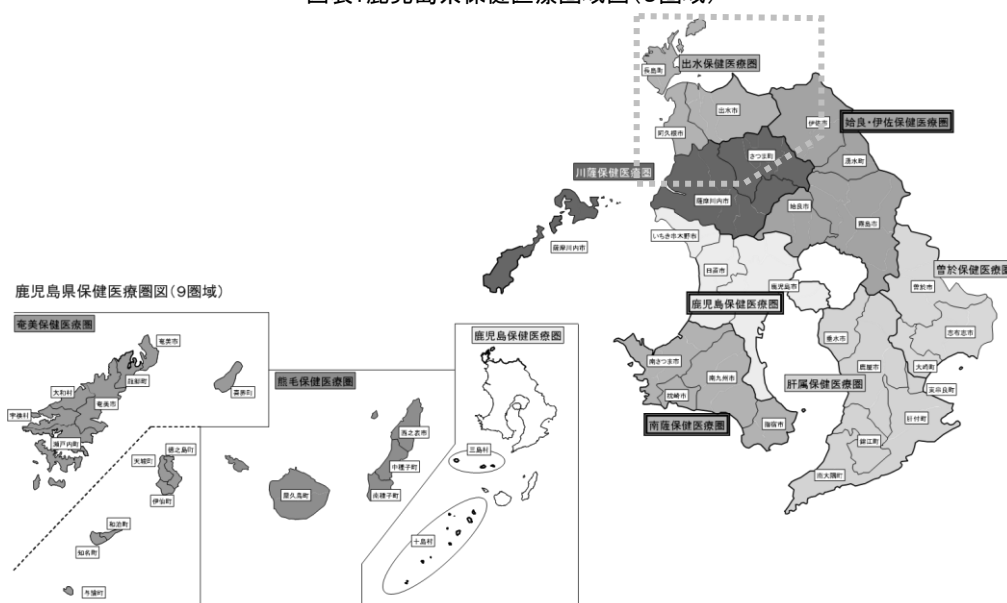
組織	それぞれの役割	開催数 (令和元年度)
在宅医療・介護連携推進協議会	地域における在宅医療・介護に関する課題を共有、検討し在宅医療・介護の方針を決定する	2回
在宅医療・介護連携推進チーム会にリーダー部会を設置	研修広報班、在宅支援班の各々の在宅医療・介護連携推進チーム会が効率的な話し合いが持てるように方針についてリーダー部会で統一	4回
在宅医療・介護連携推進チーム会(作業部会)	①研修広報班 ●多職種研修会の企画、実施 ●住民向け講演会の企画・実施 ●在宅医療介護の啓発（市広報紙への記事掲載） ●医療介護職向けの広報（IINAだより5～7号発行） ●IINAネット、IINAサポートラインの普及活動 ●訪問看護事業所へ研修会の二重調査 ②在宅支援班 ●施設におけるIINAネットの利用促進 ●出水地区の「入退院時のスムーズな連携のための活用マニュアル」の改訂 ●入退院時情報連携シート（入院時連携シート）の活用のための広報	4回
主な活動実績 (R1年度)	○ 地域の医療・介護の資源の把握 ○ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ○ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 ○ 医療・介護関係の情報共有の支援 ○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援 ○ 医療・介護関係者の多職種交流研修の開催 ○ 住民への普及・啓発 ○ 在宅医療・介護連携に関する関係自治体との連携 ○ その他の事業	

(4) 鹿児島県「地域医療連携計画」との整合性の確保

鹿児島県では、平成 30 年 3 月に策定した鹿児島県保健医療計画を見直し、「県民が健康で長生きでき、安心して医療を受けられるみんなが元気な鹿児島」を基本理念とする「第 7 次鹿児島県保健医療計画」を策定しました。今回、従来の県計画を見直したことに伴い、二次保健医療圏域ごとの特性や実情を踏まえて保健医療サービスに対するニーズを把握し、地域医療連携体制を主な内容とする「地域医療連携計画」を策定しています。

本町においても、鹿児島県「出水保健医療圏地域医療連携計画」との整合性を確保しつつ、在宅医療・介護の連携を促進していきます。

図表：鹿児島県保健医療圏域図(9圏域)



[出典]鹿児島県地域医療構想(平成 28 年 11 月)

※本町においてレイアウトを調整し、所属保健医療圏を破線にて加筆

POINT
ポイント

出水保健医療圏地域医療連携計画(概要)

【計画策定の趣旨】

- 県民の保健医療ニーズの多様化・高度化, 地域包括ケアシステムの整備充実等の要請, 平成 28 年の地域医療構想策定等の状況を踏まえて, 「鹿児島県保健医療計画」(県計画)が見直され, 新たな計画が策定された。
- これに伴い, 出水保健医療圏地域医療連携計画(地域計画)についても, 内容を見直し, 新たな計画を策定した。

【地域計画の性格】

- 地域計画は県計画の一部を構成するものとして位置づけ。
- 地域計画の推進に当たっては, 共生・協働の理念のもと, 行政・関係機関・住民など様々な分野の人々が協力して行う。

【基本理念】

地域住民が健康で長生きでき, 安心して医療を受けられる, みんなが元気な地域社会の形成
《早世の減少・健康寿命の延伸・QOLの向上》

3 地域包括支援センターの機能強化

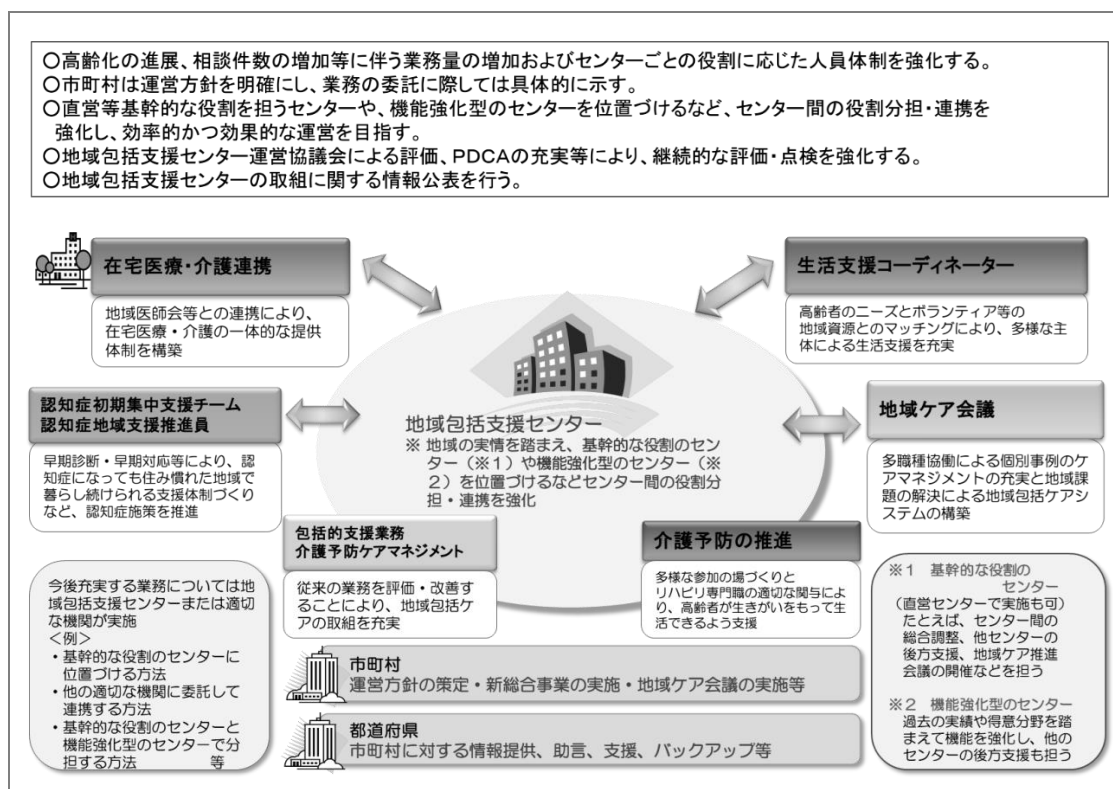
地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの構築を進める上で重要な立場にあり、高齢者の総合相談窓口として、また、関係者間の連携を進める中核的な存在として、大きな役割を担っています。

地域包括支援センターの運営にあたっては、業務の円滑、効率的な実施、適切、公平中立的な運営を行うことを目的として策定した「地域包括支援センター運営方針」に基づき業務を推進します。

また、効果的な支援体制の構築のため、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動等の様々な社会資源が有機的に連携できる環境整備を行います。

これらの連携体制を支えるためには、多職種協働によるネットワークを構築することが必要です。今後も、高齢者一人ひとりの課題解決を図るとともに、自立支援型ケアマネジメントの考え方を関係機関で共有します。

図表：地域包括支援センターの機能強化



（１）相談・支援機能の充実

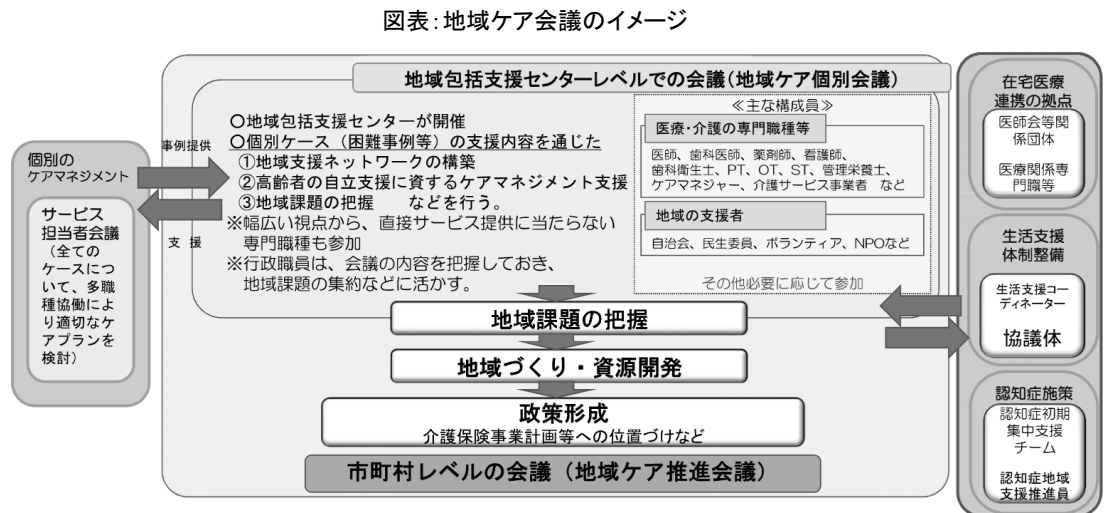
地域包括支援センターが、地域住民にとって身近な相談窓口として機能するために、相談窓口（在宅介護支援センター）を設置しており、それぞれの窓口には専門職を配置し、さまざまな相談に応じて適切なサービスや地域資源に結びつける活動を行うとともに、地域ケア会議を開催します。地域包括支援センターを中心に、関係機関と研修を行いながら、専門職としてのスキルアップを図ります。

（２）地域ケア会議の強化

個別ケースを検討する地域ケア会議は、地域包括支援センター等が主催し、個別ケースを多職種で検討することで課題の解決につなげ、介護等が必要な高齢者の生活を地域全体で支援していくことを目的としています。

町は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結び付けていくことで地域包括ケアシステムの推進につなげていきます。

個別課題の積み重ねから、地域課題の抽出を行い、本町が主催する「地域ケア会議」の場において検討を行います。



	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
相談延件数（件）	372	269	270	270	270	270
地域ケア会議（回） （個別会議を含む）	3	28	43	35	35	35

（３）地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

地域包括支援センターは、相談対応やケア会議の他に、地域の高齢者の把握やニーズを収集する活動、情報発信活動、関係機関や地域資源とのネットワーク構築活動を行います。さらに、集まった情報やニーズに基づいて、地域の実情に合ったサービスや施策の提案を行っていきます。

（４）人員体制の強化

医療と介護の連携をはじめ、地域包括ケアの体制づくりを進めるため、地域包括支援センターの体制強化が必要です。

包括的・継続的マネジメント支援、在宅医療・介護連携推進、日常生活支援・介護予防体制整備促進、認知症総合支援といった包括的支援事業の業務量増加を踏まえ、人員体制を強化します。

（５）ケアマネジメントの充実

介護予防の目的である「要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、生きがいや自己実現のための取組みを支え、活動的な生活や人生が送れるよう支援します。

① 介護予防支援（予防給付の対象となる要支援者）

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が、介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、環境等を勘案して介護予防計画を作成し、介護予防サービス等の提供が確保されるよう相談、連絡調整などを行います。

② 介護予防ケアマネジメント（介護予防・日常生活支援総合事業対象者）

本町では「介護予防・生活支援サービス事業」を第６期計画から導入し、従来の介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）及び介護予防通所介護（デイサービス）をこの事業に移行しました。

今後も、多様なサービスの創出にあたり、介護予防ケアマネジメントの在り方等を検討していきます。

(6) 権利擁護の推進

地域包括支援センターが中心となり、高齢者に対する虐待をはじめとした困難事例への対応、成年後見制度の周知・支援など、権利擁護のための活動を行います。特に必要と判断した場合には、成年後見制度の活用や福祉施設等への措置等を行います。

① 成年後見制度の活用促進

国が策定した成年後見制度利用促進基本計画に基づき、県、家庭裁判所、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会等と連携して、成年後見制度に関する情報提供や普及啓発を行うほか、職員を含めた関係者の資質向上の取組を支援し、成年後見制度利用支援事業など制度の活用促進を図ります。

また、成年後見制度利用促進基本計画を踏まえ、地域連携ネットワークの構築等の取組を促進します。

② 福祉サービス利用支援事業(日常生活自立支援事業)の利用促進

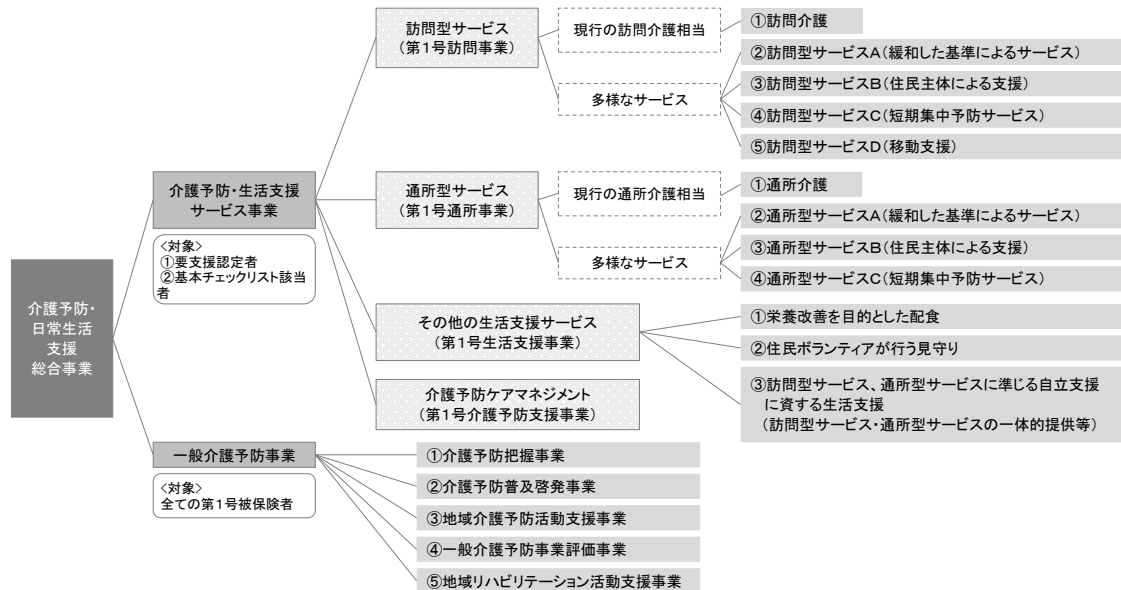
判断能力が不十分な人を対象に、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理などを行う福祉サービス利用支援事業について、社会福祉協議会と連携しながら、多くの方が利用できるよう普及啓発に努めます。

③ 虐待防止に向けた普及啓発、事業者等に対する研修や関係機関との連携強化

地域包括支援センターや福祉事務所において、関係機関と連携を図りながら、虐待防止に努めます。また、関係機関相互の密接な連携確保、事業者従事者、窓口職員等に対する研修、各種媒体を活用した普及啓発や、認知症施策と連携した取組を進めます。

[出典]①～③ 長島町地域福祉計画

図表：介護予防・日常生活支援総合事業の体系



（１）令和３年度からの取扱い

① 総合事業の対象者の弾力化（要介護認定を受けた者）

総合事業のサービスのうち、介護予防・生活支援サービス事業（「第１号事業」をいう。）の対象者については、要支援者及び基本チェックリスト該当者（以下「要支援者等」という。）となっていますが、意見書を踏まえて必要な見直しを行うこととします。

具体的には、要支援者等に加えて市町村の判断により、要介護者についても介護予防・生活支援サービス事業の対象とすることが可能となります。

なお、要介護者が介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合についても、現行の要支援者等と同様の取扱いとすることになります。具体的な取扱いの例については、以下のとおりです。

ア 対象となるサービス（要支援者等と同様）

- 訪問型サービス及び通所型サービス（従前相当サービス及び多様なサービス（サービスＡ・Ｂ・Ｃ・Ｄ））、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント
- ※ 高額介護予防サービス費相当事業、高額医療合算介護予防サービス費相当事業を含む。

イ ケアマネジメント

- 介護給付と介護予防・生活支援サービス事業を併用する場合：居宅介護支援
- 介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合：介護予防ケアマネジメント

ウ 給付管理（要支援者等と同様）

- 介護給付の支給限度額の範囲内で、介護給付と介護予防・生活支援サービス事業を一体的に管理

② 国が定めるサービス価格(単価)の上限の弾力化

総合事業のサービスのうち、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格(単価)については、地域支援事業実施要綱において国が定める額を上限として、市町村が具体的な額を定めることとしています。意見書を踏まえ、所要の見直しを行うこととします。具体的には、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格について、上限ではなく目安とすることとし、市町村においては、国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることとします。なお、要介護者が介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合についても、同様の取扱いとします。

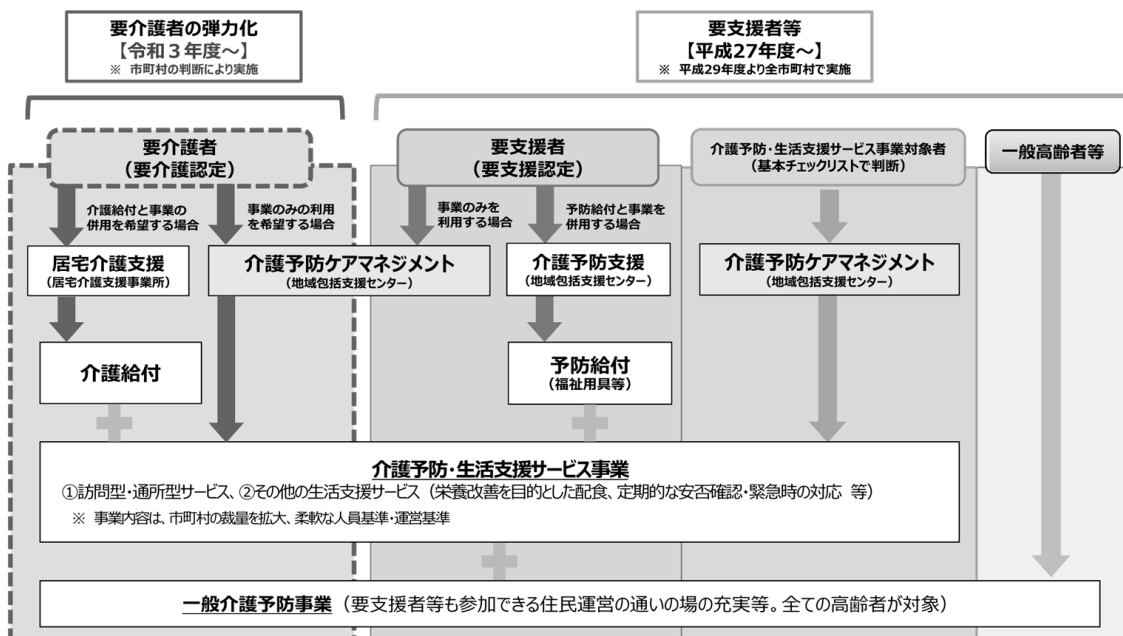
③ 総合事業の上限管理

市町村において、①の対象者の弾力化又は②のサービス価格(単価)の上限の弾力化を行った場合についても、その要する費用は、総合事業の事業費の上限管理の対象とします。

ただし、対象者の弾力化(上記①)により、新たに要介護者が総合事業を利用することによって、総合事業の事業費の上限額を超える場合については、個別協議を受け付けることが予定されています。

図表: 総合事業の対象者の弾力化

- 要支援者等に限定されている介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)の対象者について、**要介護認定を受けた場合も介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、地域とのつながりを継続する観点から、弾力化を行う。**
- 令和3年度からは、要支援者等に加えて、**市町村の判断により、要介護者についても、総合事業の対象とすることを可能とする。**



[出典]全国介護保険担当課長会議資料(令和2年7月31日)

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービス(第1号訪問事業)

訪問型サービスは、対象者に掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するサービスです。これまでの訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなりたち、5つのサービスに分類されます。

対象者は、要支援認定者、要介護認定者（弾力化対象）、基本チェックリスト該当者です。

サービス名	サービス概要					
訪問介護	ホームヘルパーが利用者の居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護や調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスです。					
訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	主に雇用労働者が生活援助として、掃除や洗濯、調理などの日常生活に対する援助を行うサービスです。					
訪問型サービスB (住民主体による支援)	ボランティア主体で生活援助として、掃除や洗濯、調理などの日常生活に対する援助を行うサービスです。					
訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	市町村の保健師等が居宅での退院後の体力改善に向けた相談指導業務等のプログラムを行うサービスです。保健・医療の専門職により提供される支援は、3～6か月の短期間で行われます。					
訪問型サービスD (移動支援)	主にボランティアが主体となって外出時に移送前後の補助を行うサービスです。					
	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
訪問介護	30	360	30	360	30	360
訪問型サービスA	-	-	-	-	-	-
訪問型サービスB	-	-	-	-	-	-
訪問型サービスC	-	-	-	-	-	-
訪問型サービスD	-	-	-	-	-	-

② 通所型サービス(第1号通所事業)

通所型サービスは、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供するサービスです。これまでの介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなりたち、4つに分類されます。

対象者は、要支援認定者、要介護認定者（弾力化対象）、基本チェックリスト該当者です。

サービス名	サービス概要					
通所介護	日帰りで施設に通い、食事や入浴など日常生活上の介護や機能訓練等を受けることのできるサービスです。					
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	主に雇用労働者やボランティアが事業所内でミニデイサービスや運動・レクリエーション等を行うサービスです。					
通所型サービスB (住民主体による支援)	ボランティア主体（住民主体）で、通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービスです。					
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	市町村保健師等が公民館等で生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを 3～6 か月の短期間で行うサービスです。					
	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
通所介護	70	840	70	840	70	840
通所型サービスA	-	-	-	-	-	-
通所型サービスB	-	-	-	-	-	-
通所型サービスC	-	-	-	-	-	-

③ その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)

その他の生活支援サービスは、外出や調理の実施が困難な者等に対し、栄養改善を目的とした配食サービスや住民ボランティア等が行う見守り、「訪問型サービス」「通所型サービス」の一体的提供とした生活支援サービスを行います。

対象者は、要支援認定者、要介護認定者（弾力化対象）、基本チェックリスト該当者です。

	令和3年度 延件数	令和4年度 延件数	令和5年度 延件数
栄養改善を目的とした配食	-	-	-
住民ボランティア等が行う見守り	-	-	-
自立支援に資する生活支援	15	15	15

④ 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象者と判断できる者に対して、高齢者の自立支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じ、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか、一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況に合った適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

対象者は、要支援認定者、要介護認定者（弾力化対象）、基本チェックリスト該当者です。

サービス名	サービス概要					
ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント)	地域包括支援センターが現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3ヶ月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっていきます。指定事業者のサービス及び訪問型サービスCや通所型サービスCを利用する場合に実施されます。					
ケアマネジメント B (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント) と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。					
ケアマネジメント C (初回のみ介護予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施していきます。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組み」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行していきます。					
	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	実人数	延人数	実人数	延人数	実人数	延人数
ケアマネジメント A	60	720	60	720	60	720
ケアマネジメント B	-	-	-	-	-	-
ケアマネジメント C	-	-	-	-	-	-

(3) 一般介護予防事業

① 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる事業です。「基本チェックリスト」を用い、高齢者が定期的に自分の健康状態を把握するようにしていき、地域住民主体の介護予防活動へつなげていきます。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
人数 (人)	200	200	200

② 介護予防普及啓発事業

介護予防の基本的な知識や、年齢を重ねても自立した生活を送るために考案した「長島元気GOGO!体操」の普及啓発のため、DVDの作成・配布や講座等を開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援していきます。

併せて、「栄養」「運動」「社会参加」により進めるフレイル予防について、周知を図ります。

③ 地域介護予防活動支援事業

地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

④ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行います。

第8期においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施として、国保データベース(KDB)システム等により医療・介護のレセプトデータを活用・分析し、抽出した地域の健康課題の解決に取り組んでいきます。

⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進していきます。

図表：長島元気 GOGO！体操

長島元気 GOGO！体操を一緒にしましょう

年齢を重ねても自立した生活を送るために作った「長島元気 GOGO！体操」は、長島町民歌「ふるさとのうた」に合わせて運動することができます。

体操の手順は、次の写真のとおりです。
「長島元気 GOGO! 体操」をマスターして、自立した生活ができる身体づくりに取り組みましょう。

椅子に浅く腰掛け、背筋をピンと伸ばし、お腹にぐっと力を入れましょう♪

♪ Aメロ～

①足上げ・足首曲げ伸ばし



上げて～寄せて～伸ばして～おろす
♪緑萌え風香るふるさとの風景
ゆるやかに時間流れ人は集う

②足ぶみ・腕後ろ引く



♪恵み宿る大地
だんだん畑

③ワキ・ワキ



リズム良く セーのっ
ワキ・ワキ!

④スクワット



1・2・3・4…座りません!
♪花は咲き誇る色とりどりに
笑顔が溢れるこのまち長島

♪間奏～



姿勢と呼吸を整えます!
～間奏で
つま先上げ下げ～

♪ Bメロ～

①足上げ・足首曲げ伸ばし



♪黒瀬と磯の香澄み渡る空の青
さざめく波にのせて心躍る

②足ぶみ・腕後ろ引く



♪紺碧に輝く
黒之瀬戸

③ワキ・ワキ



「せ～のっ!
ワキ・ワキ♪」

④スクワット



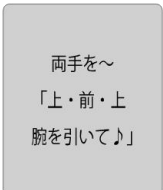
♪行人岳から見渡す島々
見守り続けるこのまち長島

体の横を伸ばす



太陽が沈むイメージで♪
♪沈む夕日が昔に染めゆく
潮の調べに耳を傾けて

頭の体操



「真似をしてください」

もも上げ・前プッシュ



肩甲骨～寄せる～
♪遠跡と古墳に浪漫を求めて
先人たちの足跡を巡る

股関節と胸を開く



股関節は半円を描くように開いて閉じて!
♪豊かな自然に暮らしが息づく
青い海と空 我らの長島

肩甲骨を
寄せます!

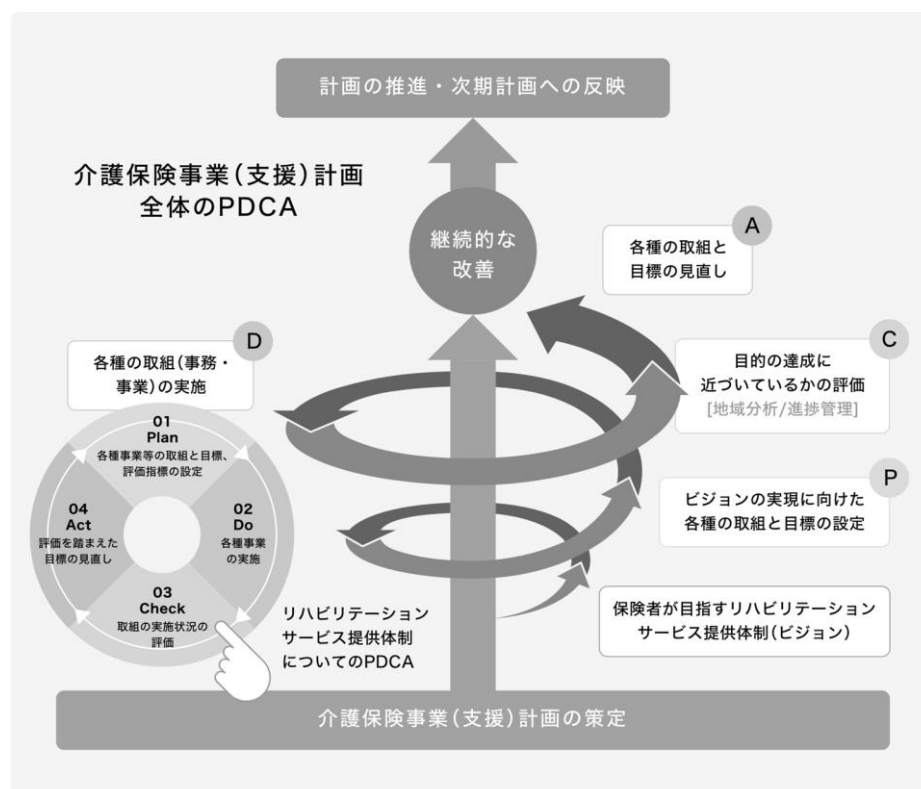
最後に、深呼吸を2回

[出典]広報ながしま 平成29年4月号 (No.133)



2 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築

「団塊の世代」が75歳以上に到達する令和7年（2025年）に向け、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくることが想定されており、目指すべき方向性を明確化し、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められています。



[出典] 介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手続き

本町においても、地域包括ケア「見える化」システム等のデータを活用し、地域の実情に応じたリハビリテーションサービス提供体制のあり方やその実現のための具体的な取組について検討していきます。また、県や医師、看護師、リハビリテーション専門職等と連携を図り、リハビリテーションサービス提供体制の構築に向けた取組を推進します。

図表：リハビリテーションサービス提供体制構築のための評価指標例

指 標 名	指 標 の 内 容 等
ストラクチャー指標 介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標。	○ サービス提供事業所数 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・短期入所療養介護（介護老人保健施設） ・短期入所療養介護（介護医療院） ○ 以下のサービス提供事業所数 ・短期集中（個別）リハビリテーション実施加算 ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算 ・リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上 ○ 規模別の通所リハビリテーション事業所数 ○ 基本サービス費別の介護老人保健施設数 ○ 定員数 ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ○ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数
プロセス指標 介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。	○ 利用率 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ○ 定員あたりの利用延人員数 ・通所リハビリテーション ○ 通所リハビリテーションの算定者数 ○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上の算定者数 ○ 短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 個別リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 生活機能向上連携加算算定者数 ○ 生活行為向上リハビリテーション実施加算算定者数 ○ 経口維持加算算定者数 ○ 経口移行加算算定者数 ○ 介護医療院における理学療法、作業療法、言語聴覚療法の算定者数 ○ 入所前後訪問指導加算算定者数 ○ 福祉用具貸与算定者数
アウトカム指標 高齢者や要介護（支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標。	○ 主観的幸福感、健康観 ○ 社会参加への移行 ○ ADL の変化度 ○ IADL ○ 障害高齢者の日常生活自立度 アウトカム指標の「指標」は、引き続き検討がなされています。

[出典] 介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き（令和2年8月 厚生労働省老健局老人保健課）

3 認知症施策の推進

国は、総合的に認知症対策を推進するため、「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方（認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進）に沿った取組を提唱しています。

これまで、認知症になっても、いつまでも地域で住み続けられる体制づくりのため、認知症地域支援推進員の配置や、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の開設などの取組を進めてきました。

今後も、認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症に対する理解の促進を図るとともに、相談支援体制の整備など本市の実情に応じた多様な認知症施策を展開していきます。

POINT ポイント

認知症施策推進大綱(概要)

➡ 令和元年6月18日 認知症施策推進関係閣僚会議決定

【対象期間】

- 団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）まで

【基本的な考え方】

- ポイントは「共生」と「予防」

「共生」・・・認知症の人が、尊厳と希望をもって認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味。

「予防」・・・認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味。

【5つの柱】

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

(1) 普及啓発・本人発信支援

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発

計画的にキャラバンメイトを養成し、継続的に認知症サポーターを養成できる体制を構築します。また、若年層や現役世代など幅広い認知症の方への理解を深める観点から、小・中学生をはじめ、若い世代の認知症サポーターの養成講座の開催を働きかけ、地域ぐるみで見守る体制づくりを進めていきます。

② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供

認知症に関する正しい知識や認知症初期集中支援チームの取組みについて、広く町民や関係機関に周知・啓発し、認知症に関する早期対応・早期支援についての啓発を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの研修会を継続し、チーム員の資質向上に努め、認知症の方やその家族を支援します。

③ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

認知症の在宅支援に係る医療や介護サービスの情報を「認知症ケアパス」に整理し、認知症に関する情報がわかりやすく入手できるよう、認知症に関する内容をホームページや広報ながしまに掲載します。

図表：長島町認知症ケアパス



認知症ケアパス

～住み慣れた地域で安心して暮らすために～

長島町

認知症ケアパスは「認知症になったらどうしたらいいの？どんなサービスが受けられるの？」などの疑問や不安への対応や、

- 介護予防・悪化予防
- 安否確認、見守り
- 生活支援、身体障害
- 医療
- 相談、家族支援
- 住まい

といったサービスをいつ、どこで受けられるかをわかりやすく示したものです。

④ 本人ミーティングの実施・支援の検討

認知症の人が集い、自らの体験や希望・必要としていることを主体的に語り合う本人ミーティングの開催に向け、実施についての検討や具体的な支援等を検討します。

(2) 予防

高齢者ができる限り自宅で自立した日常生活を営むことができるよう、65歳以上の高齢者を対象に、運動を中心として栄養、口腔機能向上、認知症予防を組み合わせた教室を開催し、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持向上を図ります。

また、事業の周知も行い、一人でも多くの高齢者が事業に参加し、介護予防に努められるよう推進します。また、「長島元気GOGO！体操」を各地で普及し、高齢者が身近な場所で認知症予防に取り組めるようにします。

(3) 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

① 医療・ケア(早期発見・早期対応)の推進

ア 認知症地域支援推進員の活動の推進

認知症地域支援推進員は、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、医療・介護・地域をつなぐ役割をしています。本町では、令和2年4月1日現在4人を配置しています。

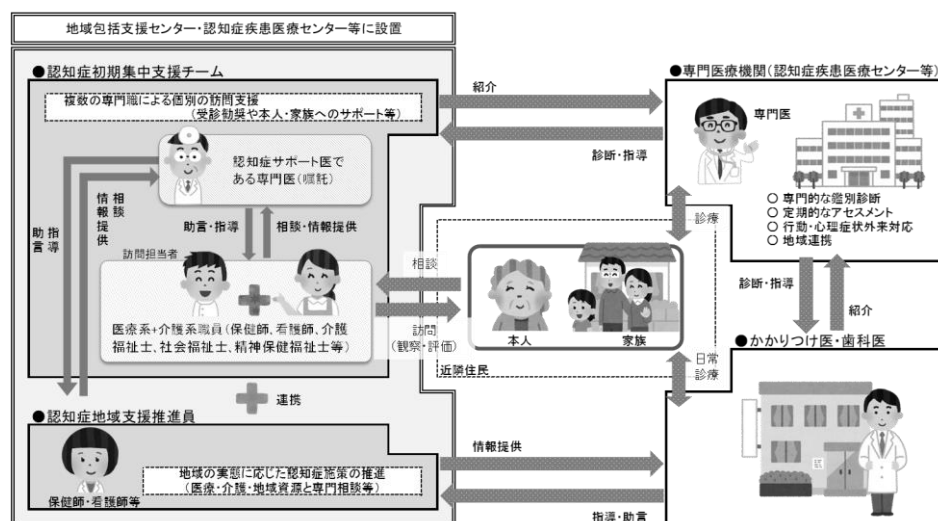
イ 認知症初期集中支援チームの活動の推進

保健師や社会福祉士等の複数の専門職で構成されたチームが、認知症の疑いのある人やその家族を訪問し、その人にとって必要なサービスの提案や、家族へのサポートを行います。

ウ 認知症の人の介護者への支援

「認知症カフェ」の運営を支援するとともに、新たな開設を推し進め、誰もが気軽に集い、互いに交流することで認知症に関する地域住民への理解を促し、認知症の人とその家族を支える地域づくりを推進します。

図表：認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員等の関係



（４）認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

① 認知症バリアフリーの推進

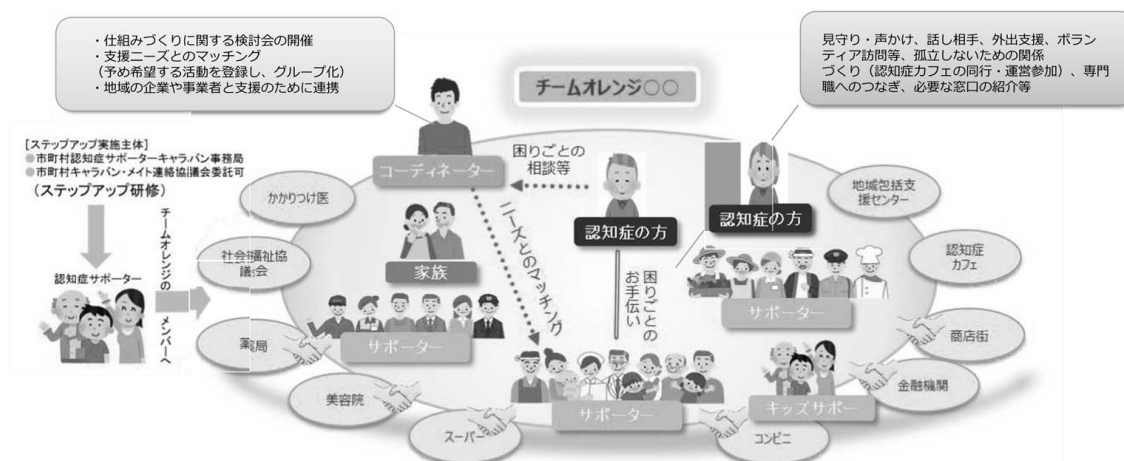
認知症バリアフリーは、認知症になっても住み慣れた地域で普通に暮らしていける環境が整っていることや、生活の妨げとなる障壁が排除されていることをいいます。

本町においても、移動手段の確保や交通安全、住宅の確保等の地域における支援体制の構築を目指し、認知症の人の社会貢献や社会参加活動を促進していきます。

② チームオレンジ等の構築

チームオレンジとは、認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みです。本町でもチームオレンジの設置に向けた体制づくりを推進していきます。

図表：認知症サポーター・チームオレンジ



[出典]厚生労働省「認知症サポーター活動促進事業」

③ 権利擁護の推進、後見人の育成・活用等の体制整備

成年後見制度利用促進法や成年後見制度利用促進基本計画に基づき、認知症の人の権利を守り、後見人の育成や活用、それらを支援する組織の体制整備を推進します。

④ 若年性認知症施策の強化

現役世代が発症する若年性認知症は、診断される前に症状が進行し、社会生活が事実上困難となることが指摘されています。そのことから、医療・福祉・就労等の関係機関が連携し、若年性認知症の方、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策を行っていきます。

（５）認知症施策の推進

① 鹿児島県との連携

施策の推進にあたっては，県が行う医療体制の整備や人材育成，広域に取り組む認知症施策も踏まえながら県と連携します。

② 関連施策との連携

認知症施策の実施にあたっては，認知症の人が地域で自立した日常生活を送るための支援のほか，教育，地域づくり，雇用その他の認知症に関連する施策と有機的に連携し，関係部門と連携しながら，総合的に推進します。

基本目標 2 介護保険をはじめとするサービス基盤の整備

高齢者が要介護等の状態になっても、住み慣れた地域で安心して自立した生活ができるよう支援するためには、介護保険サービスの整備や高齢者の生活支援体制の整備が必要です。

今後、高齢者人口の増加に伴い、介護や支援を必要とする高齢者の増加が予測される中、介護や支援が必要になってもできる限り住み慣れた地域で生活できるよう、国の介護給付費適正化計画と整合性を保ちながら、引き続き感染予防対策を徹底した必要な介護サービスが、適正に提供されるように取り組みます。

また、在宅生活の継続のための介護者に対する支援として、介護知識・技術の習得支援の場をもうけるとともに、介護者の交流の機会などを提供します。

高齢者の生活支援体制の整備としては、将来を見据え、高齢者に対し継続的かつ安定的にサービスを提供していけるよう、高齢者福祉サービスの適正化を検討し、整備していきます。

支援が必要な高齢者へのケースワーク対応にあたっては、地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制を強化し、対応を行っていきます。また、権利擁護の支援が必要な高齢者に成年後見制度が活用されるよう、国が定めた方針に基づき、利用の促進を図ります。

1 介護保険サービスの充実

(1) 介護給付サービスの提供

要介護1から5の認定者を対象に、重度化の予防・防止、家族介護者の負担軽減のため「本人の心身等の状況、家庭環境に応じて必要なサービスを利用できる」ことを基本に、感染予防対策を徹底した介護給付サービスを提供します。

① 居宅サービスの充実

住み慣れた家庭や地域で介護を受けられるよう、事業者との連携によりサービスの確保・充実に努めます。

② 介護施設サービスの充実

利用者の心身状態の改善に向け、専門的な介護技術・環境の一層の充実や、リハビリテーション機能の向上を促進します。

また、施設から在宅への復帰を支援するため、居宅サービス、居住系サービス、ボランティア活動との連携による総合的な体制づくりを進めます。

③ 第2号被保険者へのサービスの提供

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）で介護保険の対象となる病気が原因で「要介護認定」を受けた方に、介護サービス・介護予防サービスを提供します。

また、第2号被保険者の介護保険サービスの利用及び要介護認定申請の際には、関係機関と連携を図り、本人・家族への適切な支援につなげます。

なお、介護保険で対象となる病気として特定疾病（16種類）が指定されています。

POINT ポイント

特定疾病（16種類）

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって、次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病をいいます。

- 1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
- 2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

■特定疾病（16種類）

- ① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靱帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
【パーキンソン病関連疾患】
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

[出典]厚生労働省「特定疾病の選定基準の考え方」

(2) 予防給付サービスの提供

要支援１・２の認定者を対象に、生活機能の維持・向上を目的として「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に予防給付サービスを提供します。

なお、介護保険制度の改正に基づき、要支援１・２認定者の介護予防訪問介護・介護予防通所介護サービスは、介護予防・日常生活支援総合事業に移行しました。

(3) 介護保険サービスの基盤整備

① 介護保険制度の理念・仕組みの周知

「広報ながしま」やパンフレット、町ホームページ等の媒体の活用、その他様々な機会を通じて、介護保険制度に関する知識・情報の提供に努めます。

② 適正な介護サービス事業者の確保

利用者にとって適正なサービスの提供及び介護給付の適正化が図られるよう、介護サービス事業者に対する指導・助言に努めます。

また、各年度において十分な介護サービスが提供できるよう、県と介護事業者の指定情報を共有し、併せて報酬の独自設定も検討するなど、介護サービス事業者の確保に努めます。

③ 介護サービス従事者への支援の充実

介護支援専門員協議会等への後方支援や、医師会等が開催する医療従事者と介護職員の交流の場を活用し、情報の提供や相談体制の充実を図ります。また、就労していない介護有資格者の掘り起こしなどを行い、人材確保に取り組みます。

④ 居宅介護支援事業者の指定

これまで、県が行っていた居宅介護支援事業者の指定権限は、介護保険法の改正により、平成３０年４月１日から町に移譲され、本町が事業者の指定を行っています。

そのため、サービス利用者により近い立場から適切な事業者の指定と指導・監督に努めます。

(4) 地域密着型サービスの提供

今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、できる限り住み慣れた地域で生活が続けられるよう、地域の特性に応じた柔軟な体制で提供するサービスです。原則として、町民が利用できます。

地域密着型サービス事業者については、公平・公正で透明性の高い審査により良質なサービスを提供することのできる適切な事業者を選定するとともに、感染予防対策を徹底したサービスの提供及びサービスの質の向上に向けての指導・監督に努めます。

(5) 相談窓口の充実

① 身近な介護相談の充実

介護サービス相談員は、介護施設やデイサービス事業所等に出向き、介護サービス利用者からの相談に耳を傾け、問題解決に向けた支援を行っています。今後も介護サービス相談員を活用し、相談体制の充実を図ります。

② 苦情処理体制の充実

苦情については町で調整し、その解決に向けて迅速かつ適切な対応に努めるとともに、関係者への適切な指導・監督を行います。

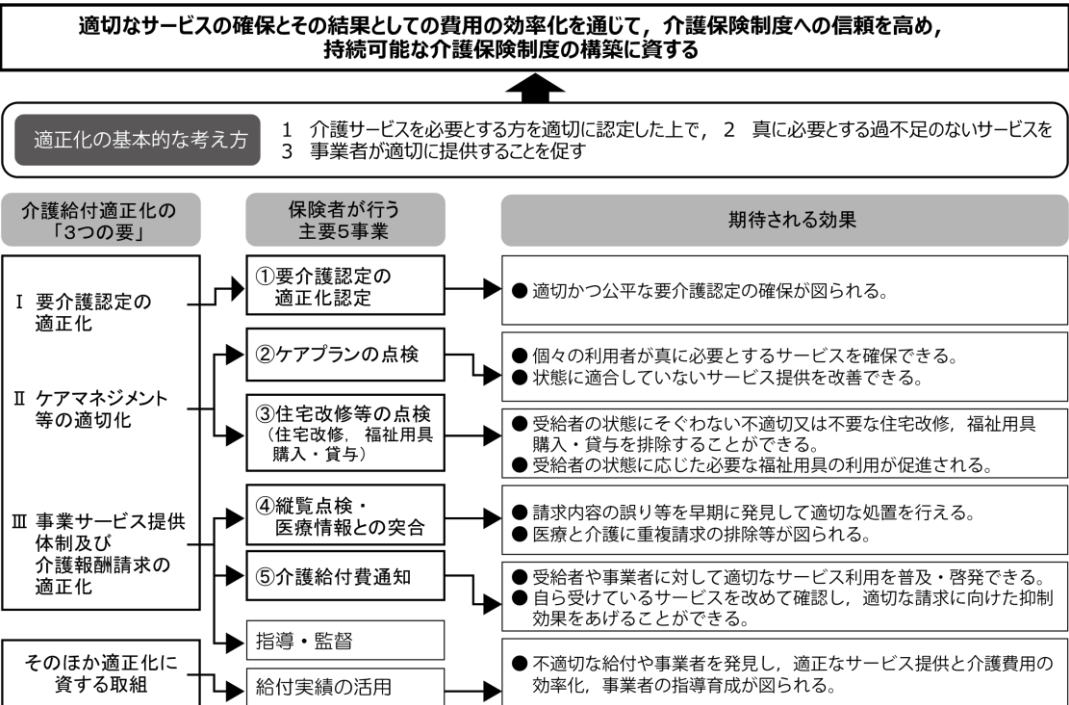
(6) 介護給付費の適正化の推進

介護保険サービスに係る費用は、原則として1割から3割を利用者が負担し、残りの9割から7割は介護保険料等で賄われています。この介護保険サービスが適正に使われるよう、介護給付費適正化事業を推進します。推進にあたっては、国の介護給付費適正化計画と整合性を保ちながら進めます。

特に、福祉用具購入・居宅介護住宅改修費の給付については、必要性や、サービスが過剰でないか等の確認を行います。そして状況確認が必要な場合には、利用者の自宅への訪問調査等を実施し、適切な給付を行います。

また、不正又は不適切なサービス提供を行っている事業所に対しては、適切な指導を行います。

図表：介護給付適正化(主要5事業)のイメージ



[出典]鹿児島県「第4期鹿児島県介護給付適正化プログラム」

① 要介護認定の適正化

要介護認定の適正化

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図るために行います。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
実施件数 (件)	704	628	670	670	670	670

※令和2年度は実績見込み

② ケアプランの点検

ケアマネジメント等の適正化

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め、又は訪問調査を行い、職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを提供するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
実施件数	0	12	12	実施	実施	実施

※令和2年度は実績見込み

③ 住宅改修等の点検

ケアマネジメント等の適正化

ア 住宅改修の点検

改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施行状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を防ぎます。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
実施件数 (件)	68	70	75	75	75	75
実地調査件数 (件)	68	70	75	75	75	75

※令和2年度は実績見込み

イ 福祉用具購入・貸与調査

福祉用具利用者宅を訪問調査し、福祉用具の必要性や利用状況等を確認、適正化システム等を活用し福祉用具の貸与品目の単位数の把握に努め、給付の適正化に努めます。また、福祉用具購入・貸与後の効果を自宅訪問などで把握に努めます。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
実施件数 (件)	42	46	50	50	50	50
実地調査件数 (件)	24	8	15	25	25	25

※令和2年度は実績見込み

④ 医療情報との突合・縦覧点検

サービス提供体制及び介護報酬の適正化

ア 医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図るものです。

イ 縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
医療情報との突合件数 (回)	306	333	350	350	350	350
縦覧点検件数 (件)	298	326	340	340	340	340

※令和2年度は実績見込み

⑤ 介護給付費通知

サービス提供体制及び介護報酬の適正化

本町から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果を上げるものです。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
送付回数 (回／年)	2	2	2	2	2	2

※令和2年度は実績見込み

2 高齢者の生活支援体制の整備

(1) 高齢者福祉サービスの整備

これまで同様、事業規模の適正化及び高齢者の増加に伴う状況を踏まえるとともに、新たなニーズにも対応する高齢者福祉サービスの整備の検討を引き続き行います。

(2) 高齢者福祉サービスの周知活動の実施

サービスの必要な高齢者が、必要な福祉サービスをできるだけ速やかに受けられるよう、広報やホームページなどを通じ定期的なサービス紹介などを行っていくとともに、介護サービス事業者にも周知することで、サービスの普及・啓発を図ります。

(3) ケースワーク体制の充実

ケース対応を行う中で、地域ケア会議や高齢者虐待対応の個別ケース会議を活用し、民生委員・児童委員や地域包括支援センター、関係機関などと協力しながら要援護高齢者へのきめ細かい対応を行います。

(4) 成年後見制度の利用促進

認知症、知的障がい、その他の精神上的の障がいを抱える高齢者の財産の管理や日常生活等を社会全体で支えるため、「地域ケア会議」等の既存の資源・仕組みを活用し、成年後見制度の円滑な運営につなげていきます。

特に、権利擁護支援が必要な人の早期発見と相談、また、専門機関や関係機関との連携による本人の見守りや支援などの対応を行っていきます。

今後も各関係機関との連携を強化し、成年後見制度の利用促進を図ります。

(5) その他

介護人材確保のためのボランティアポイントの活用、地域の支え合い・助け合い活動のための事務手続き支援事業等の活用により、ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加の促進など、地域の実態や状況に応じた様々な取組を行うことも重要です。

これらの取組に当たっては既存事業も活用しつつ、地域支援事業や市町村の一般財源、食事の提供を通じて子どもに安心できる居場所を提供するいわゆる子ども食堂、高齢者の日常生活を支えるための移動手段の確保などの民間の活力等を適切に組み合わせて実施することが想定されるため、衛生部門や交通担当部門等と連携しながら幅広い視点から取組を整理していくことが重要です。

基本目標3 生きがいをもって安心して暮らせる地域づくり

健康でいきいきと、いつまでも暮らし続けていくためには、年齢にとらわれることなく、主体的に活動し、自立した生活をしていくための生きがいづくりや健康づくりが重要です。

そのため、高齢者が生涯をととして活動や生活ができる地域づくりを推進するとともに、高齢者自身が自ら培った技能や知識をいかしながら社会を支える一員として活躍するための支援を行うとともに、健康づくりのための情報提供や相談窓口等の充実を図ります。

これに加え、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、地域での相互の支え合いを基本に地域全体で高齢者を支えることが重要です。社会福祉協議会で行っている支部活動やNPO等の活動を中心に高齢者の日中の居場所や活動の拠点整備など、地域での活動の活性化を図ります。その中では関係機関との連携強化や適切な情報提供に努めていきます。

さらに、若い世代と共に地域社会を支え、地域全体を活性化するために、年齢を超えた交流を推進するとともに、市民への意識啓発や情報提供、ボランティア・NPO等への支援等、感染予防対策を徹底した地域福祉活動の活性化を図ります。

1 高齢者の地域活動・就労支援

(1) 活動機会の拡充

① 老人クラブの充実

老人クラブのPRと新規加入を促進するとともに、ライフスタイルの多様化などを踏まえた活動内容の多様化・充実を図ります。

老人クラブの自主活動については、活動の場の提供などの支援を行います。感染症流行状況での各クラブの活動状況を聴取し、クラブ間で共有することにより、感染予防対策を取り入れた運営を支援します。また、長島元気GOGO！体操の通いの場の立ち上げ支援を行います。

② 生涯学習の推進

高齢者を対象とした多彩な講座を実施し、作品の展示会や演芸を披露する場の開催など、生涯学習の場の環境整備を図ります。

③ スポーツ活動への支援

高齢者が個々の目的・能力・嗜好に応じて、シルバースポーツ大会やグラウンドゴルフ、ゲートボールなど、気軽にスポーツを楽しめる機会の拡充を図ります。

④ 自主的活動グループの育成・支援

相談・支援体制の充実を図り、感染予防対策を徹底した自主的活動グループの活動の場の拡大などを支援します。

⑤ 活動しやすい環境の整備・充実

公共・公益施設の有効活用、ホームページ等を活用した情報提供などに取り組みます。

(2) 就労機会の拡大

① 求職相談・職業紹介の実施

求人情報がある場合は、情報の提供を行います。また、求職相談や職業紹介の体制の充実を図ります。

② シルバー人材センターの拡充

リーフレットやホームページなどを通じ、シルバー人材センターのPRに努めます。また、会員の班結成や各種技能講習会・研修会などを支援します。

2 健康づくりの推進

(1) 健康づくり支援の充実

① 健康づくりに関する情報の提供

「広報ながしま」や町ホームページ、リーフレット等による情報提供を通じて、健康づくりを推進します。

② 特定健康診査・がん検診の実施

特定健康診査・がん検診を実施し、生活習慣病やがんの早期発見に努めます。また、結果に基づく保健指導を実施します。

③ 健康教育・健康相談の充実

生活習慣病予防のための講座などを実施し、健康づくりや生活習慣改善の支援をします。また、個々の健康状態や生活状況にあわせた食事・生活指導を保健師や管理栄養士が実施します。

④ 歯及び口腔の健康づくり(8020 運動とオーラルフレイルの予防の推進)

むし歯や歯周病などの早期発見・治療及び予防につなげるため、歯科健康診査を実施します。また、介護予防事業や健康教室、健康相談を通じて歯及び口腔の健康づくりを支援します。

3 地域交流の支援

(1) 地域活動の活性化

① ふれあい・いきいきサロン事業の促進

高齢者の「健康づくり，ふれあいづくり，生きがいづくり」を目的に，感染予防対策を徹底したふれあい・いきいきサロン事業を促進します。

② 身近な地域における日常的な活動拠点づくり

身近な地域における感染予防対策を徹底した活動拠点づくりを推進します。

③ 社会福祉協議会等との連携

町と社会福祉協議会との一層の連携強化・交流促進に努めます。

④ 福祉活動に関する情報提供の充実

ホームページなどの充実により，地域における福祉活動の活性化に向けた支援を行います。

(2) 交流・理解の促進

① 子どもたちと高齢者との交流推進

子どもたちのふれあい訪問やオンライン交流などの機会の拡大を図りながら，「新しい生活様式」に応じた高齢者と子どもたちとの交流を推進します。

② 福祉教育の推進・学習機会の提供

高齢者に対するボランティア体験など，小・中学校等での福祉教育を推進します。

また，認知症サポーター養成講座やまちづくり出前講座等により，福祉に関する学習の機会を提供します。

③ 地域クラブ・サークル活動の支援

趣味などのクラブ・サークル活動などについて，感染予防対策を徹底した活動の場の提供などの支援を行います。

④ 高齢者元気度アップ・ポイント事業

65 歳以上の高齢者の健康づくりや社会参加活動に対して，地域商品券に交換できるポイントを付与することにより，高齢者の社会参加を促進し，健康維持や介護予防を図るものです。

登録者数及び商品券交換数も伸びてきており，多くの高齢者の社会活動参加への動機付けになっています。

⑤ 子ども食堂もポイントアップ！元気度アップ！推進事業

65 歳以上の高齢者を含む任意のグループが行う互助活動に対し、地域商品券に交換できるポイントを付与することにより、地域の互助活動を活性化し、高齢者を地域で支える地域包括ケアシステムを推進する事業です。

登録団体数及び商品券交換数も伸びてきており、高齢者の地域づくり活動への良い動機付けとなっています。

今後も、健康増進・介護予防活動・学習会等への参加活動や地域貢献活動など元気な高齢者の社会参加を促進し、生活支援の担い手として活躍する機会の創出に努めます。

4 住み慣れた地域に住み続けるための支援

(1) バリアフリーの推進

① バリアフリー制度の普及

公共施設などにおけるバリアフリーの制度・理念の普及・啓発に努めます。

② 公共建築物の整備

公共建築物のバリアフリー化を推進します。

③ 移動手段の確保・交通機関の整備の促進

島内巡回バスである、「がらかぶ号」「長島マンダリン号」の周知・啓発を図ります。

④ 外出や社会参加の促進

高齢者の感染予防対策を徹底した外出や社会参加を促進します。

(2) 安心・安全な生活環境づくり

① 避難行動要支援者避難支援制度の推進

災害時に一人で避難することが困難な方を、地域や周りの方が避難支援を行う「避難行動要支援者避難支援制度」を推進するため、更なる周知を行います。

また、避難支援体制の充実を図るため、庁内関係部局や関係機関との連携強化に努めます。

② 防火・救急対策の充実

高齢者に対する住宅用火災警報器取付けサービス事業及び予防救急を推進します。

また、救急搬送を迅速に行うことを目的に、救急医療情報キットの配布を行います。このキットは、「かかりつけ医療機関」「薬剤情報提供書（写）」「持病」などの医療情報や、「診察券（写）」「保険証（写）」などを専用の容器に入れて、冷

蔵庫に保管しておくことで、万が一の救急時に備えるものです。

③ 交通安全対策の充実

路面表示や注意喚起看板の設置等の交通安全対策を推進します。

また、交通安全教室や街頭啓発、反射材と高齢運転者標識の普及、高齢者を対象とした講習会の周知、自転車等の安全利用の啓発などに努めます。

④ 防犯・消費者被害対策の充実

防犯・消費者被害に関するチラシの配布や防犯講座の開催などで啓発を図ります。また、自治会における自主防犯活動を支援します。

さらに、訪問販売等による消費者被害を未然に防止するため、水産商工課（水産景観課）内消費生活相談窓口と、地域包括支援センターとで定期的な情報交換を行います。

（３）有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る県との情報連携強化

令和２年 １２ 月現在、本町には有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅はありません。

今後設置された場合、家賃や介護保険外のサービス提供費用等の確認、介護相談員等の外部の目による情報提供等に基づき、不適切な介護保険サービスの提供の可能性がある場合は利用者のケアプランの確認等を行い、必要な指導や県への情報提供を行うこととします。

5 災害や感染症に対する備え

(1) 災害に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行っていくことが重要です。

このため、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促していきます。

(2) 感染症に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要です。

このため、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要です。また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制を整備し、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備を行っていきます。

第5章 サービスの見込み

第5章 サービスの見込み

第1節 高齢者福祉サービス

1 高齢者福祉サービスの見込み

(1) 高齢者温泉利用券給付事業

無料入浴券を発行し、健康増進を促進する事業です。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
入浴券枚数 (枚)	6,883	6,637	6500	6,400	6,300	6,200

※令和2年度は実績見込み

(2) 敬老祝金支給事業

多年にわたり社会に尽くしてきた高齢者の長寿を祝福して敬老の意を表すため敬老祝金を支給する事業です。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
支給者数 (人)	1,493	1,448	1,455	1,450	1,450	1,450

※令和2年度は実績見込み

(3) 地域福祉ネットワークづくり事業

アドバイザーとして登録された方が、65歳以上の寝たきり、一人暮らしの高齢者世帯を巡回訪問し、安否の確認や声かけを行う事業です。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
利用者数 (人)	99	94	95	95	95	95

※令和2年度は実績見込み

(4) 高齢者等住宅改造推進事業

在宅の要介護者及び身体障がい者がいる者に対し、住宅改造に必要な経費を助成することにより、要介護高齢者の自立促進、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図ります。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
支給者数 (人)	4	3	1	3	3	3

※令和2年度は実績見込み

(5) 在宅寝たきり老人等寝具洗濯サービス事業

日常生活に欠かせない寝具類の衛生管理が困難な者に対し、寝具類の水洗い及び乾燥消毒を行い、清潔で快適な生活が過ごせるように支援します。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
利用者数 (人)	45	55	88	70	70	70

※令和2年度は実績見込み

(6) 高齢者実態把握事業

地域の要介護高齢者等の心身の状況及びその家族等の状況等の実態を把握するとともに、介護ニーズ等の評価を行います。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
対象者数 (人)	434	433	450	450	450	450

※令和2年度は実績見込み

(7) 心配ごと相談事業

地域の高齢者が気軽に相談できる窓口を設け、あらゆる相談に対応し、その問題の解決に努めます。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
利用者数 (人)	14	9	16	15	15	15

※令和2年度は実績見込み

(8) 緊急通報体制等整備事業

一人暮らし高齢者の緊急時(災害、病気等)に迅速に支援する体制を確立するため、緊急通報装置の給付を行います。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
設置人数 (人)	10	10	9	10	10	10

※令和2年度は実績見込み

(9) 生きがい対応型デイサービス事業

自宅に閉じこもりがちな一人暮らし高齢者等に対し、福祉施設等において、日常動作訓練や趣味活動の各種サービスを提供します。今後は、老人クラブ、ふれあいサロン事業等を充実し、事業の見直しを図っていきます。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
登録者数 (人)	61	45	27	20	15	10

※令和2年度は実績見込み

(10) 生活支援型ホームヘルプサービス事業

概ね 65 歳以上の一人暮らし高齢者等のうち、日常生活上の援助が必要な者に対し、居宅に人材を派遣して軽易な各種サービスを提供します。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成 30 年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
登録者数 (人)	0	0	1	3	3	3

※令和2年度は実績見込み

(11) 紙おむつ支給事業

常時おむつを必要としている者に紙おむつを支給し、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者等の在宅生活の継続及び福祉の向上を図ります。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成 30 年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
支給者数 (人)	55	57	55	60	65	70

※令和2年度は実績見込み

(12) 訪問給食サービス事業

配食を行うことにより友愛訪問を兼ねて孤独感の緩和を図り、併せて安否の確認を行います。

	第7期計画期間(実績)			第8期計画期間(見込)		
	平成 30 年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
対象者数 (人)	152	149	173	180	180	180

※令和2年度は実績見込み

(13) ふれあい・いきいきサロン事業

高齢者の「健康づくり、ふれあいづくり、生きがいづくり」を目的に、高齢者の閉じこもりや健康不安、心配事を少しでも軽減できるよう、社会福祉協議会等関連機関と連携を取りながら支援していきます。

(14) 生活管理指導事業（短期宿泊・ショートステイ）

在宅の一人暮らしの高齢者等を養護老人ホーム等へ宿泊させ、生活習慣等の指導を行うとともに、体調管理並びに、要介護状態への進行の予防を図ります。

第2節 介護保険サービス

1 居宅サービスの見込み

(1) 訪問介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援（生活援助）をします。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	28,396	28,045	28,100	27,733
回数（回）	969	956	959	946
人数（人）	64	63	63	62

(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指して実施されます。看護職員と介護職員が利用者の自宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	2,439	2,441	2,441	2,441
回数（回）	18	18	18	18
人数（人）	6	6	6	6
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	0	0	0	0
回数（回）	0	0	0	0
人数（人）	0	0	0	0

(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の心身機能の維持回復などを目的として、看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	66,768	66,208	65,555	64,957
回数(回)	1,536	1,522	1,508	1,493
人数(人)	106	105	104	103
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	21,735	21,157	21,157	20,691
回数(回)	620	603	603	590
人数(人)	40	39	39	38

(4) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが利用者の自宅を訪問し、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	923	923	923	923
回数(回)	26	26	26	26
人数(人)	2	2	2	2

(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

サービス概要	在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービスです。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	5,536	5,539	5,539	5,539
人数(人)	42	42	42	42
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	127	128	128	128
人数(人)	1	1	1	1

(6) 通所介護(デイサービス)

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。 利用者が通所介護の施設(利用定員19人以上のデイサービスセンターなど)に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	56,513	55,003	56,545	54,113
回数(回)	544	530	544	521
人数(人)	54	53	54	52

(7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設（老人保健施設、病院、診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供します。				
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)	
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)		
	給付費（千円）	33,680	33,698	32,998	32,998
	回数（回）	314	314	306	306
人数（人）	41	41	40	40	
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)	
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)		
	給付費（千円）	4,250	4,252	4,252	4,252
	人数（人）	10	10	10	10

(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
	給付費(千円)	44,795	44,819	44,819
	回数(回)	489	489	489
	人数(人)	34	34	34
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
	給付費(千円)	412	412	412
	回数(回)	6	6	6
	人数(人)	1	1	1

(9) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、療養生活の質の向上及び家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。医療機関や介護老人保健施設、介護医療院が、日常生活上の世話や、医療、看護、機能訓練などを提供します。
--------	---

① 介護老人保健施設

介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	3,868	3,870	3,870	3,870
回数(回)	28	28	28	28
人数(人)	7	7	7	7
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

② 病院等

介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

③ 介護医療院

介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

(10) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた事業者が、利用者の心身の状況、希望及びその生活環境等をふまえ、適切な福祉用具を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具を貸与します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	29,340	29,283	29,144	28,821
人数(人)	190	189	188	186
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	6,579	6,492	6,492	6,405
人数(人)	74	73	73	72

(11) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄に用いる、貸与になじまない福祉用具を販売します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	240	240	240	240
人数(人)	1	1	1	1

(12) 住宅改修・介護予防住宅改修

サービス概要	在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、住宅の改修を行うサービスです。利用者だけではなく周りで支える家族の意見も踏まえて改修計画を立てていきます。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	12,018	12,018	12,018	12,018
人数(人)	16	16	16	16
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	806	806	806	806
人数(人)	1	1	1	1

(13) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	27,745	27,760	27,760	27,760
人数(人)	12	12	12	12
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

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

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、定期的な巡回や随時通報への対応など、利用者の心身の状況に応じて、24 時間 365 日必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供します。 また、サービスの提供にあたっては、訪問介護員だけでなく看護師なども連携しているため、介護と看護の一体的なサービス提供を受けることもできます。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	0	0	0	0
人 数 (人)	0	0	0	0

(2) 夜間対応型訪問介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、24 時間安心して送ることができるよう、夜間帯に訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問します。「定期巡回」と「随時対応」の2種類のサービスがあります。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	0	0	0	0
人 数 (人)	0	0	0	0

(3) 地域密着型通所介護

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	85,874	84,049	84,275	83,156
回 数 (回)	878	859	860	850
人 数 (人)	96	94	94	93

(4) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

サービス概要	認知症である利用者が可能な限り自身の居宅において、持っている能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持や機能向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る目的で提供されるサービスです。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	0	0	0
回数(回)	0	0	0	0
人数(人)	0	0	0	0

(5) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行います。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	8,181	13,153	13,153	13,153
人数(人)	3	5	5	5
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費(千円)	0	974	974	974
人数(人)	0	1	1	1

(6) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

サービス概要	認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスです。利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、認知症の利用者が、グループホームに入所し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを受けます。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	119,961	120,027	120,027	120,027
人 数 (人)	38	38	38	38
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	2,647	2,648	2,648	2,648
人 数 (人)	1	1	1	1

(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた入居定員 30 人未満の有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費 (千円)	0	0	0	0
人 数 (人)	0	0	0	0

(8) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、入所定員 30 人未満の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	97,829	97,883	97,883	97,883
人 数（人）	32	32	32	32

(9) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

サービス概要	利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護と看護の一体的なサービスの提供を受けることができます。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	0	0	0	0
人 数（人）	0	0	0	0

3 施設サービス

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

サービス概要	入所者が可能な限り在宅復帰できることを念頭に、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	317,247	317,423	317,423	317,913
人数（人）	111	111	111	111

(2) 介護老人保健施設（老健）

サービス概要	在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	48,207	48,234	48,234	48,234
人数（人）	14	14	14	14

(3) 介護医療院

サービス概要	長期にわたって療養が必要である方の入所を受け入れ、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、療養上の管理、看護、介護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活に必要なサービスなどを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	0	0	0	2,736
人数（人）	0	0	0	2

(4) 介護療養型医療施設

サービス概要	長期にわたって療養が必要な方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、機能訓練や必要な医療、介護などを提供します。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
給付費（千円）	8,123	8,128	8,128	0
人数（人）	2	2	2	0

4 その他

(1) 居宅介護支援・介護予防支援

サービス概要	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ケアマネジャーが、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。特定のサービスや事業者に偏ることがないように、公正中立に行うこととされています。			
介護給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
	給付費(千円)	43,911	43,789	43,483
人数(人)	268	267	265	264
予防給付	第8期計画期間			R7(2025)
	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	
	給付費(千円)	5,447	5,398	5,398
人数(人)	103	102	102	100



第6章 介護保険料の設定

1 第8期計画の財源構成

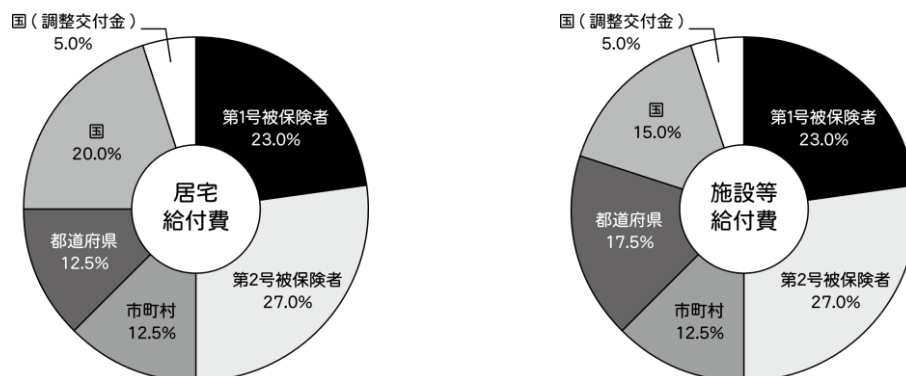
(1) 保険給付の財源

保険給付の財源は、基本的に50%を公費（国・県・市町村）で負担し、残りの50%は65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者から徴収する介護保険料で賄われています。

また、保険給付のうち、居宅給付費に係る公費分の負担割合は、国が25%、県と市町村が12.5%となりますが、施設等給付費については、国が20%、県が17.5%、市町村が12.5%の負担となります。

なお、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、全国ベースの人数比率で決める仕組みとなっており、第8期計画の3年間においては、第1号被保険者が23%、第2号被保険者が27%と定められています。

図表：標準給付費の財源構成



POINT ポイント

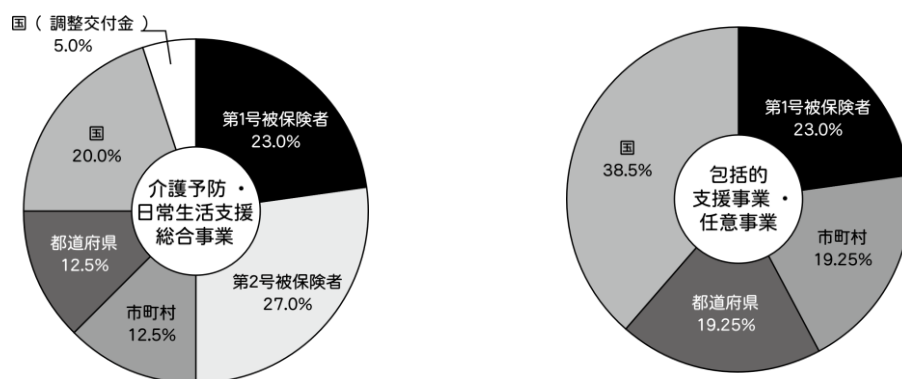
標準給付費

標準給付費は、介護サービスの給付費に特定入所者介護（予防）サービス費（低所得者が施設に入所、あるいは短期入所サービスに滞在したときの食費・居住費の補足給付）、高額介護（予防）サービス費（利用者が1か月間に支払った自己負担額が一定の上限を超えた場合に払い戻される給付）、高額医療合算介護（予防）サービス費（医療保険と介護保険の自己負担額の合計額が著しく高額になる場合に負担を軽減する給付）、審査支払手数料（国民健康保険団体連合会に支払う手数料）を加えた費用です。

(2) 地域支援事業の財源

地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業については保険給付と同様の財源構成となりますが、包括的支援事業や任意事業については第2号被保険者の負担はなく、国が38.5%、県と町がそれぞれ19.25%を負担し、残りの23%を65歳以上の第1号被保険者が負担することになります。

図表：地域支援事業費の財源構成



POINT ポイント

調整交付金

調整交付金は、市町村間の介護保険財政を調整するものです。高齢者の人口構成と所得の状況に応じて交付割合が変動する仕組みとなっています。交付割合が5.0%を下回った場合は、不足分を第1号被保険者が負担し、交付割合が5.0%を上回った場合は、上回った分を第1号被保険者に割り当てます。

2 サービスごとの給付費の見込み

要介護者数及びサービス利用の見込量などを基に、令和3年度から令和5度の給付費を次のように見込みました。

(1) 介護サービス見込量

	第8期計画期間			長期推計	
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和7年度 (2025)	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					
地域密着型通所介護					
認知症対応型通所介護					
小規模多機能型居宅介護					
認知症対応型共同生活介護					
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					
(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					
介護療養型医療施設					
(4) 居宅介護支援					
合計					

このページは現在調整中です

(2) 介護予防給付

	第8期計画期間			長期推計	
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和7年度 (2025)	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					
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					
合計					

(3) 総給付費

	第8期計画期間			長期推計	
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
(1) 介護給付	0	0	0	0	0
(2) 介護予防給付	0	0	0	0	0
(3) 総給付費 ((1)+(2))	0	0	0	0	0

このページは現在調整中です

3 標準給付費等の見込み

要介護者数及びサービス利用の見込量などを基に、令和3年度から令和5年度の総給付費を以下のように見込みました。

第8期に要する介護給付費等の見込み額は、標準給付費（総給付費，特定入所者介護サービス費等給付額，高額介護サービス費等給付額，高額医療合算介護サービス費等給付額，算定対象審査支払手数料）のほか，地域支援事業費等を加えた額となります。

（１）標準給付費見込額

（２）地域支援事業費

（３）介護給付費等見込額

このページは現在調整中です

4 第1号被保険者の保険料基準額

第1号被保険者（65歳以上の人）に負担していただく介護保険料は、第8期計画期間中（令和3年度～令和5年度）に必要とされる介護保険給付費の総額、地域支援事業費、第1号被保険者の人数や保険料の負担割合、保険料の収納率などによって算定します。

第8期（令和3年度～令和5年度）の介護保険料基準額（月額）	円
-------------------------------	---

※1 本町は財政安定化基金からの借入れを行っていないため、償還金（基金への返済）はありません。

※2 第1号被保険者保険料に不足を生じないよう、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計（＝所得段階別加入割合補正後被保険者数）を被保険者数とみなして基準額を算定します。

5 所得段階別保険料額

第1号被保険者の介護保険料に係る所得段階の区分は、第7期計画に引き続き「9段階」とします。

（1）所得段階別保険料額

（2）所得段階別加入者数

このページは現在調整中です

6 2025 年及び 2040 年を見据えた保険料基準額（推計）

2025 年及び 2040 年における第 1 号被保険者の保険料を，それぞれ下表のとおり見込みました。

（1）第 1 号被保険者の保険料基準額

（2）所得段階別加入者数

このページは現在調整中です

第7章 計画推進にむけて

1 計画の推進方策

(1) 庁内関係部署の連携

本町が取り組む様々な事業の展開にあたっては、「高齢者福祉」の視点を持つことが必要です。このため、庁内の関係部署が幅広く連携を取って各種事業を計画的・総合的に展開し、計画の円滑な推進を図ります。

また、県、国との連携を深めるとともに、各種団体との連携を図ります。

(2) 地域関係機関等との連携

地域福祉の推進役として位置づけられる社会福祉協議会をはじめとし、民生委員・児童委員、高齢者クラブ、ボランティア団体、NPOなどを支援するとともに、主体的な地域福祉活動の支援、連携を一層強化する中で、本計画の推進を図っていきます。

また、本計画を進めるにあたって、地域包括支援センターの存在が極めて重要となることから、全面的な協力と支援を行います。

(3) 住民との協働

本計画に位置づけられた高齢者保健福祉施策を推進していくためには、公的なサービスとともに、あらゆる住民が参画する住民による福祉活動等の取り組みも必要となります。

地域福祉の浸透を推進しこれを図り、住民が主体的に活動に取り組めるよう、高齢者保健福祉に関するサービスや行政に関する情報を提供していくとともに、住民との協力関係を築いていきます。

2 計画の進行管理

本計画の着実な目標実現に向けて、各年度計画の実施及び進捗状況の点検、評価を行います。

（１）高齢者保健福祉計画の進行管理

高齢者保健福祉施策の進行管理に関しては、その実施状況の把握や評価点検等を行い、これを「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会」に定期的に報告を行っていくことなどにより、進行管理を図ります。

（２）第７期介護保険事業計画の点検と評価

介護保険事業計画の進捗状況の点検と評価については、計画策定の中心となった「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会」において、事業計画期間を通して総合的な進捗状況の把握と評価を行います。

また、地域包括支援センターの運営を中心的に協議する地域包括支援センター運営協議会や、地域密着型サービスの運営・指定を中心的に協議する地域密着型サービス運営推進会議との連携を図りながら、適正な介護保険事業を運営していきます。

1 長島町介護保険事業計画策定委員会設置要綱

※設置要綱が入ります

2 長島町介護保険事業計画策定委員会委員名簿

※委員名簿が入ります

用語解説

英文字・数字

ICT

[Information and Communication Technology] 情報・通信に関する技術の総称。

従来から使われている「IT (Information Technology)」に代わる言葉として使われている。海外では、IT より ICT のほうが一般的である。

NPO

非営利組織 (Non Profit Organization) の略で、営利を目的とせず、社会的使命の実現を目的とする民間組織のこと。狭義では、特定非営利活動促進法に基づき都道府県知事又は内閣総理大臣の認証を受けたNPO法人(特定非営利活動法人)を指す。

PDCAサイクル

事業活動における管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan (計画) → Do (実行) → Check (評価) → Act (改善) の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

あ行

新しい生活様式

長期間にわたって感染拡大を防ぐため、飛沫感染や接触感染、さらには近距離で

の会話への対策を、これまで以上に日常生活に定着させ、持続させていく普段の取組。

インフォーマル

公式でないさま。形式ばらないさま。具体的には、家族、近隣、友人、民生委員・児童委員、ボランティア、非営利団体(NPO)などの制度に基づかない援助などが挙げられる。

うつ病

気分障害の一種であり、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥(しょうそう)、食欲低下、不眠、持続する悲しみ・不安などを特徴とした精神障害をいう。

か行

介護医療院

今後増加が見込まれる長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の受け皿を確保するため、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活機能」としての機能を兼ね備えた施設。

介護予防

介護が必要になることをできるだけ遅らせ、介護されるようになってからは、その状態を維持、改善して悪化させないよ

うにすること。また、それを目的とした介護予防サービスや介護予防事業などの取組。

介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険制度において、市町村が各地域の状況に応じて取り組むことができる地域支援事業の1つ。通称、総合事業。

基本チェックリスト

厚生労働省により作成されたもので、介護予防が必要である65歳以上の高齢者を早期に発見し、介護を必要とする生活を未然に防ぐための25個のチェック項目をいう。

協働

同じ目的のために、協力して働くこと。

居宅サービス

自宅に居ながら利用できる介護サービスを指す。施設に入っている場合であっても、そこが居宅とみなされる場合は、その施設でのサービスは居宅サービスに含まれる。

ケアマネジメント

介護保険制度下で、利用者の多様な要求に対応し、各種サービスを調整して適切で効果的なケアを提供すること。

ケアマネジャー

介護支援専門員。支援が必要な人、その家族などからの相談に応じ、その人が心身の状況に応じて最適なサービスが受け

られるよう、総合的なコーディネートやマネジメントを行う。介護保険制度を推進していくうえで、支援が必要な人やその家族と、介護サービス等を提供する施設や業者とをつなぐ橋渡しの役割を担う。

権利擁護

自己の権利を表明することが困難な寝たきりの高齢者や、認知症の高齢者、障害者の権利を守り、ニーズ表明を支援し代弁すること。

高齢者

一般に65歳以上の者を指す。65～75歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者という。

高齢者虐待

家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為。この行為では、高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪（じゅうりん）し、心や身体に深い傷を負わせるようなもので、次のような種類がある。①身体的虐待、②性的虐待、③心理的虐待、④ネグレクト（介護や世話の放棄）、⑤経済的虐待等。

互助

インフォーマルな相互扶助。家族や地域で互いに支え合い、助け合うこと。

さ 行

在宅医療・介護連携

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業所等の関係者が連携すること。

作業療法士(OT)

厚生労働大臣の免許を受け、リハビリテーションの一つ「作業療法」を行う者のこと。医師の指導のもと、手芸・工作・家事といった作業を通じ、身体の回復や精神状態の改善などを図り、社会的適応能力を回復させることを目的とする。

施設サービス

介護保険法による介護事業における施設サービス。①介護療養型医療施設、②介護老人保健施設、③介護老人福祉施設の3種類がある。また、令和5年度末に経過措置が終了し、廃止期限を迎える介護療養型医療施設（介護療養病床）と医療療養病床の移行先となる新たな施設類型として「介護医療院」が創設される。

自治会

地域の住民等によって組織される親睦、共通の利益の促進、地域自治のための任意団体・地縁団体とその集会・会合。町内会等とも呼ばれる。

社会福祉協議会

社会福祉の企画・連絡・広報などを行い、その総合的な促進を図ることを目的とする社会福祉における代表的な民間組織。すべての市区町村と都道府県・指定都市に組織され、その連合体として全国組織がある。その事業は広範多岐にわたり、日本の社会福祉活動の重要な基盤の一つとなっている。

シルバー人材センター

高齢者が働くことを通じて生きがいを得ると共に、地域社会の活性化に貢献する組織。センターは、原則として市町村単位に置かれ、基本的に都道府県知事の指定を受けた社団法人であり、それぞれが独立した運営をしている。

新オレンジプラン

認知症施策推進総合戦略。「認知症の人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らしを続けることが出来る社会を実現する」ことを目的に、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年に向けて策定された。

新型コロナウイルス感染症

人に感染する「コロナウイルス」として新たに見つかった「新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）」による感染症。この感染症を「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）」という。

生活機能

人が日常生活を営むための能力や働き。食事・排せつ・歩行などの基本的な身体機能のほか、交通機関の利用や金銭管理など社会に参加する力も含めていうことがある。

生活支援コーディネーター

地域支え合い推進員。高齢者のニーズとボランティアなどの地域資源とマッチングさせることで、生活支援を充実させることを主な役割とする。

た 行

団塊ジュニア世代

年間出生数が200万人を超えた第2次ベビーブームの1971～74年生まれを指す。

団塊世代(団塊の世代)

1947～49年頃の第1次ベビーブームに生まれた世代を指す。

地域共生社会

制度・分野ごとの“縦割り”や“支え手・受け手”という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会。

地域ケア会議

個別の事例を多職種協働によって検討することで、地域に必要な取組を明らかにし、地域包括ケアシステムを推進することを目的として実施する会議。

地域支援事業

可能な限り住み慣れたまちで、なるべく自分の力で活動的な生涯を送りたいという願いを現実のものとするため、要介護（要支援）状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態になった場合にも、地域で自立した日常生活を送れることを目的とする事業。介護保険制度の3つの柱の一つ。①介護予防・日常生活支援総合事業、②包括的支援事業、③任意事業の3つの事業がある。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制を目指す。保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。

地域包括ケア「見える化」システム

都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「課題解決のための取

組事例の共有・施策検討支援」「介護サービス見込量等の将来推計支援」「介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する厚生労働省のシステム。

地域包括支援センター

介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。各区市町村に設置される。平成 17 年の介護保険法改正で制定された。センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務に当たる。法律上は市町村事業である地域支援事業を行う機関であるが、外部への委託も可能。要支援認定を受けた者の介護予防マネジメントを行う介護予防支援事業所としても機能する。

地域密着型サービス

住み慣れた自宅や地域で可能な限り生活が続けられるよう、地域ごとの実情に応じた柔軟な体制で提供される介護保険サービスであり、平成 18 年 4 月に創設された。原則として居住している市町村内でのみサービスの利用が可能。

な 行

日常生活圏域

市町村介護保険事業計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のこと。国ではおおむね 30

分以内に必要なサービスが提供される区域としている。

認知症

脳や身体の疾患を原因として記憶・判断力などの障害が起こり、普通の社会生活が営めなくなった状態。脳の神経細胞が通常の老化による減少より早く神経細胞が消失してしまうことで、脳の働きの 1 つである認知機能が急激に低下するために起こる病気。

認知症カフェ

認知症の人と家族、地域住民、専門職等、誰もが参加でき、集う場。カフェのようにリラックスした場所で、お茶を飲みながら認知症について気軽に意見交換ができる、イギリス・アメリカのメモリーズ・カフェやアルツハイマー・カフェ等をヒントに生まれた。平成 25 年「新オレンジプラン」（認知症施策推進総合戦略）の戦略の一つに掲げられ、全国に広がっている。

認知症ケアパス

認知症の人とその家族が地域の中で本来の生活を営むため、必要な支援や医療と福祉の連携を一目でわかるように概略を示したもの。

認知症サポーター

特定非営利活動法人「地域ケア政策ネットワーク全国キャラバンメイト連絡協議会」が実施する「認知症サポーターキャラバン事業」における認知症サポーター

養成講座を受講・修了した者を称する名称。認知症に関する正しい知識を持ち、地域の認知症を患う人やその家族を支援する者をいう。

年少人口

人口統計で、0歳から14歳までの人口。

は 行

徘徊

あてもなく歩き回ること。うろうろと歩き回ること。見当識障害や記憶障害などの中核症状出現の影響や、ストレスや不安などが重なり、絶えず歩き回ること。

バリアフリー

原義は「障害・障壁のない」という意味。日常生活や社会生活における物理的、心理的な障害や、情報に関わる障壁などを取り除いていくことをいう。高齢者や障害者にとって安全かつ、住みよい社会を作るための概念。バリアフリーは誰もが使えて使用者を選ばない「ユニバーサルデザイン」の中に含まれる概念といえる。

福祉避難所

災害時に、一般避難所では避難生活が困難な高齢者や障害者、妊婦など、災害時に援護が必要な人たち（要援護者）に配慮した市町村指定の避難施設をいう。

ふれあいいきいきサロン

地域の住民が気軽に集える場所をつくることを通じ、地域の「仲間づくり」「出会

いの場づくり」「健康づくり」をするための活動。定期的に集まることで顔なじみの輪を広げ、いきいきとした楽しい生活を送ることを目的としている。

ホームヘルパー

在宅の高齢者や障害者宅を訪問し、介護サービスや家事援助サービスを提供するホームヘルプ事業の第一線の職種。

ボランティア

自発的な意志に基づき他人や、社会に貢献する行為。

ま 行

看取り

本来は「病人のそばにいて世話をする」「死期まで見守る」「看病する」という、患者を介護する行為そのものを表す言葉であったが、最近では人生の最期（臨死期）における看取りを持って、単に「看取り」と言い表すことが多くなっている。

民生委員・児童委員

民生委員は民生委員法に規定され、地域社会に根ざした無給の相談援助職。任期は3年で、都道府県知事の推薦を受け厚生労働大臣が委嘱する。民生委員は児童福祉法の規定で児童委員を兼ねており、地域の子どもの健全育成にかかわる行事や児童相談所との連携、虐待通告の仲介など子どもとその親の相談援助を担っている。

や行

要介護(要支援)認定

介護サービスを受ける際に、その状態がどの程度なのかを判定するもの。要支援は要支援 1 と要支援 2 の 2 段階、要介護は要介護 1 から要介護 5 まで 5 段階あり、いずれかの区分に認定されたのちに、介護保険サービスを利用することができる。認定の種類によって利用できる介護保険サービスの範囲や量、負担料金の上限などが変化する。

療養

病気やけがの手当てをし、身体を休めて健康の回復をはかること。治療と養生。

老人クラブ

おおむね 60 歳以上の高齢者が、身近な地域を基盤として、自主的に参加・運営する組織。親睦・健康づくり・地域貢献など老人福祉の増進を目的とした活動を行う。

ら行

理学療法士(PT)

身体に障害のある人のリハビリテーションを受け持ち、理学療法を行う専門職。国家試験に合格した者が厚生労働大臣から免許を受ける。

リハビリテーション

病気や外傷によって身体的あるいは精神的な障害が起こると、本来ごく自然に行われていた家庭的、社会的な生活が制約されるようになるが、こうした障害のある人に対して残された能力を最大限に回復させ、また新たな能力を開発し、自立性を向上させ、積極的な生活への復帰を実現するために行われる一連の働きかけをいう。

わ行

我が事・丸ごと

( 地域共生社会)