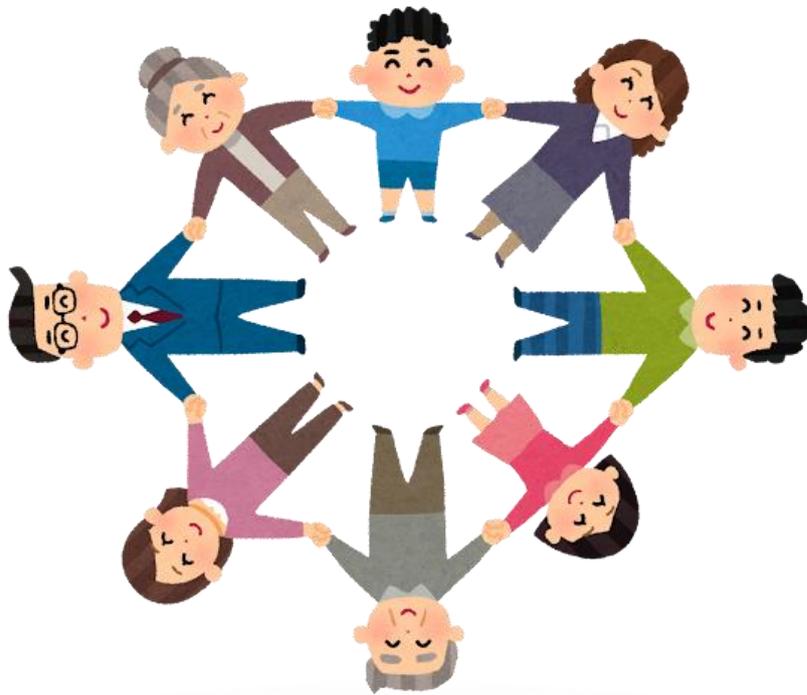


波佐見町高齢者福祉計画及び 第9期介護保険事業計画

令和6年度（2024年度）▶ 令和8年度（2026年度）



共に支え合い いきいきと生活できるまち 波佐見



令和6年3月 長崎県波佐見町

～ 目 次 ～

第 1 部 総論	1
第 1 章 計画の概要	1
第 1 節 計画策定の趣旨	1
第 2 節 住民参画による地域性を活かした計画策定	6
第 2 章 本町の現状	7
第 1 節 人口と高齢者の状況	7
第 2 節 介護保険事業の状況	14
第 3 節 各種調査結果	15
第 4 節 本町の課題と策定委員会からの提言	29
第 3 章 計画の将来像	31
第 1 節 計画の目指す姿	31
第 2 節 施策推進体制	35
第 2 部 各論	39
第 1 章 施策の推進	39
第 1 節 地域の中で安心して暮らし続けられるまち	39
第 2 節 健康で生きがいのある暮らしができるまち	50
第 3 節 充実し、安定したサービスを受けられるまち	61
第 2 章 介護保険事業量の推計	71
第 1 節 認定者等の推移と予測	71
第 2 節 介護保険サービスの量の見込みと確保策	75
第 3 章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出	79
第 1 節 介護保険事業費の算出	79
第 2 節 2040 年のサービス水準等の推計	84
第 4 章 計画の推進	86
第 1 節 介護サービスの質の確保・向上	86
第 3 部 資料編	91

総論

第1部 総論

第1章 計画の概要

第1節 計画策定の趣旨

1 計画策定の背景

わが国では、少子高齢化が進行し、総人口が減少を続ける一方で、平成27年には団塊の世代が65歳以上となり、高齢者人口は大幅に増加しています。本町においても、令和5年時点で高齢化率が33.0%となっており、今後も高齢化は進行していく見込みです。本町の高齢者人口の推移と将来推計では、これまで横ばいに推移してきた高齢者人口が令和12年頃から徐々に減少に転じると予測されています。

一方で、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年（令和7年）、さらに現在は働き盛りの世代である団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）を見据えると、後期高齢者の増加に伴って支援を必要とする方が地域に多く存在し続けると考えられます。

また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっていますが、医療・介護の提供体制の確保が厳しさを増す中で、支援を要する方々の生活をいかに支えるかという難しい舵取りが求められています。

そのため、介護や支援を必要とする高齢者を地域で支え、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域住民、事業者等が連携した、新たな担い手による持続可能な介護・福祉サービスの創出を目指すことによる、「地域包括ケアシステムの深化・推進」が必要となっています。

このようなことから本町では、高齢者に関する保健、福祉施策と介護保険施策の密接な連携のもと、「地域共生社会の実現」を目指し、総合的、体系的に実施していくため、『波佐見町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画』を策定しました。



2 計画の性格と位置付け

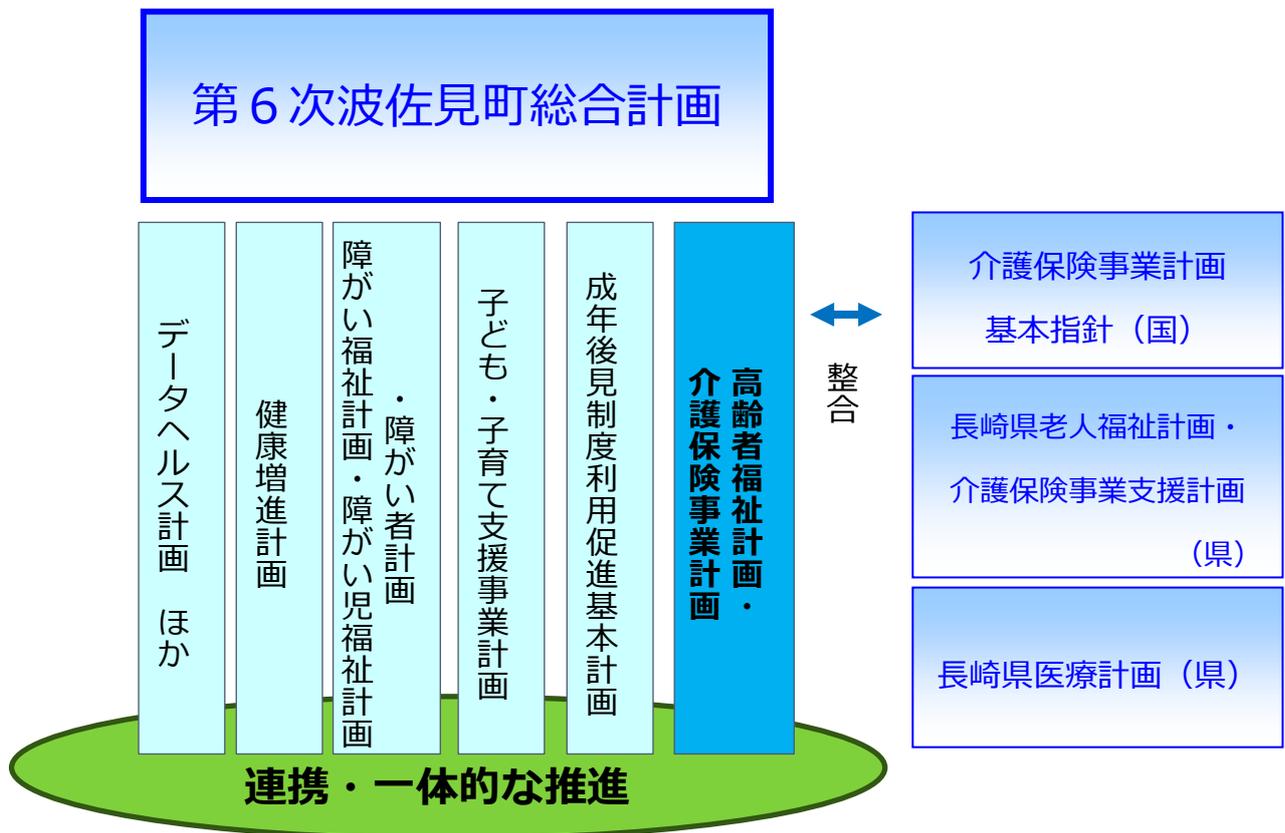
(1) 法的根拠

本計画のうち、高齢者福祉計画は、老人福祉法第 20 条の 8 第 1 項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第 117 条第 1 項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、令和 3 年 3 月に策定した波佐見町高齢者福祉計画及び第 8 期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 計画の位置付け

本計画は、健康増進計画、障害者計画、子ども子育て支援事業計画等と整合を図りつつ、高齢者福祉に関する専門的・個別的な領域を受け持つものとなります。

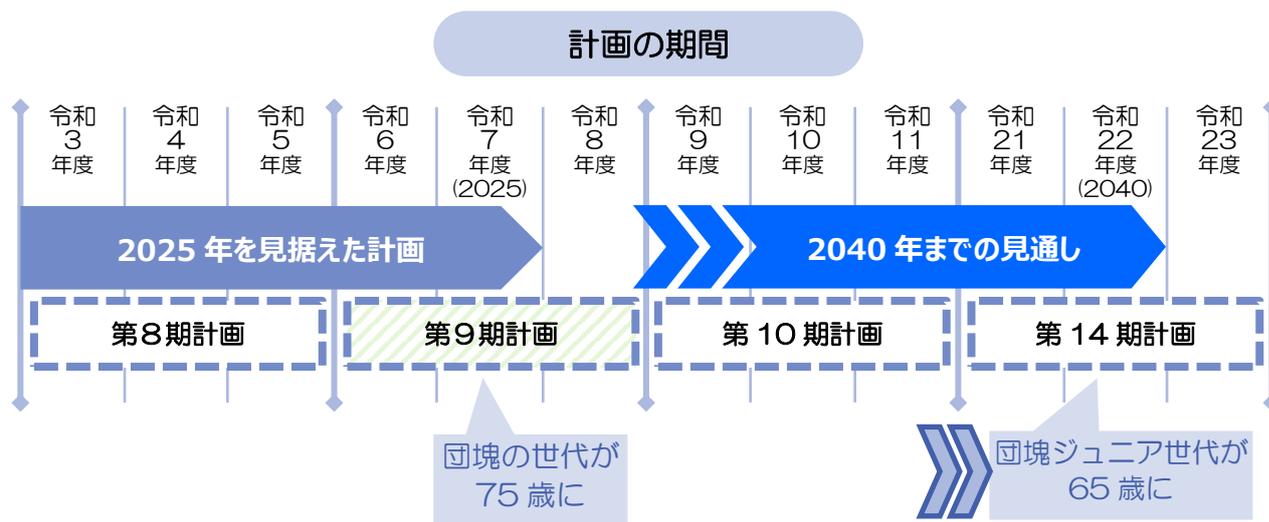
なお、本計画は、波佐見町成年後見制度利用促進基本計画と一体の計画として策定しています。



※「成年後見制度利用促進基本計画」は、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」、
「障がい者福祉計画・障がい児福祉計画・障がい者計画」と一体的に作成

3 計画の期間

団塊の世代が75歳に到達する令和7年（2025年）度を見据え、地域包括ケアシステムを構築していくための計画という位置づけと、令和22年（2040年）度までの長期的な見通しを持ちつつ、介護保険法第117条第1項の規定に基づく、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間とします。





4 目標達成状況のまとめ

前期計画では、数値目標を設定することが可能な事業については、それぞれの実績と目標を設定していることから、計画値と実績についてまとめることで、事業の評価を行いました。

(1) 目標達成状況のまとめ

取り組み別にみると、要介護認定率や介護給付費適正化事業で達成できた項目が多くなっていますが、コロナ禍による影響もあり、各種教室や養成講座では未達成や未実施が多くなっています。

前期計画の目標と達成状況

		R 5 目標	R 4 実績	評価
要介護認定率		16.0%以下	15.8%	達成
要介護等認定者数		770 人以下	748 人	達成
いきいき百歳体操実施箇所数		34 か所以上	26 か所	未達成
いきいき百歳体操参加者数及び 高齢者人口に対する参加者割合		610 人 13.0%	472 人 10.1%	未達成
認知症家族の会の開催数及び参加者数		1 回	11 回	達成
		90 人	43 人	未達成
認知症カフェの開催数及び参加者数		12 回	9 回	未達成
		900 人	98 人	未達成
認知症サポーター養成数		240 人	141 人	未達成
介護予防サポーター養成数		30 人	0 人	未実施
生活支援サポーター養成数		16 人	4 人	未達成
成年後見制度の周知・認知度		54.1%	22.2%	未達成
一体的事業実施の有無		有	有	達成
介護給付費適正化事業	要介護認定の適正化実施率	100%	100%	達成
	ケアプラン点検件数	60 件	49 件	一部達成
	住宅改修等の点検実施率	100%	100%	達成
	縦覧点検・医療情報との突合実施率	100%	100%	達成
	介護給付通知実施率	100%	100%	達成

(2) 要因・課題や今後の方向性

要介護認定率及び認定者数が減少した一因は、総合事業や介護予防事業の展開によるものと考えられます。

各教室では、コロナ禍による影響で予定通り実施できないこともありましたが、予防教室については、感染対策を行ったうえで可能な限り継続することで、運動機能の低下や外出機会の減少の防止に努めました。また、介護事業所においても、感染対策を行いながらサービス提供を継続していたことから、必要な活動は一定程度に保たれていたと考えられます。

引き続き、地域のつながりを生かした介護予防事業等の展開を積極的に実施することで、介護が必要な状態になっても、高齢者が自分らしく生き生きと生活できるような取り組みを進めていきます。

一方、介護給付費の適正化については、一部、コロナ禍による影響で認定調査やケアプラン点検の対面実施ができなかったこともありましたが、事業実施に大きな影響を与えることはなく、おおむね目標通りに実施することができました。

なお、ケアプランの点検件数は、目標の件数に達していませんが、ケアマネジャーへの個別面談や点検後のフォローアップに努めることで、内容の充実を図ることができていることから、引き続き、国や県の適正化方針に沿って実施していきます。



第2節 住民参画による地域性を活かした計画策定

1 波佐見町介護保険事業計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者、地域団体関係者等で構成する波佐見町介護保険事業計画策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

2 庁内関係部署へのヒアリング

計画の策定にあたり、高齢者に関連のある部署に事業ヒアリングを実施し、本町の現状と課題、今後の方向性などを共有しました。

3 日常生活圏域ニーズ調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくため、アンケート調査を実施しました。

4 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている人を対象として、ご本人の生活実態やご家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向などを調査分析するため、アンケート調査を実施しました。

5 事業所調査

本町で介護サービスを提供している事業所を対象として、事業所の人材確保の状況やサービス提供状況等を調査分析するため、在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査、介護事業所意向調査を実施しました。

6 パブリックコメントの実施

計画について、幅広く町民や関係者の声を聞くために、素案を令和6年2月5日から令和6年2月19日までホームページに掲載するとともに、役場長寿支援課に閲覧資料を設置して内容を公開し、パブリックコメントを実施しました。

第2章 本町の現状

第1節 人口と高齢者の状況

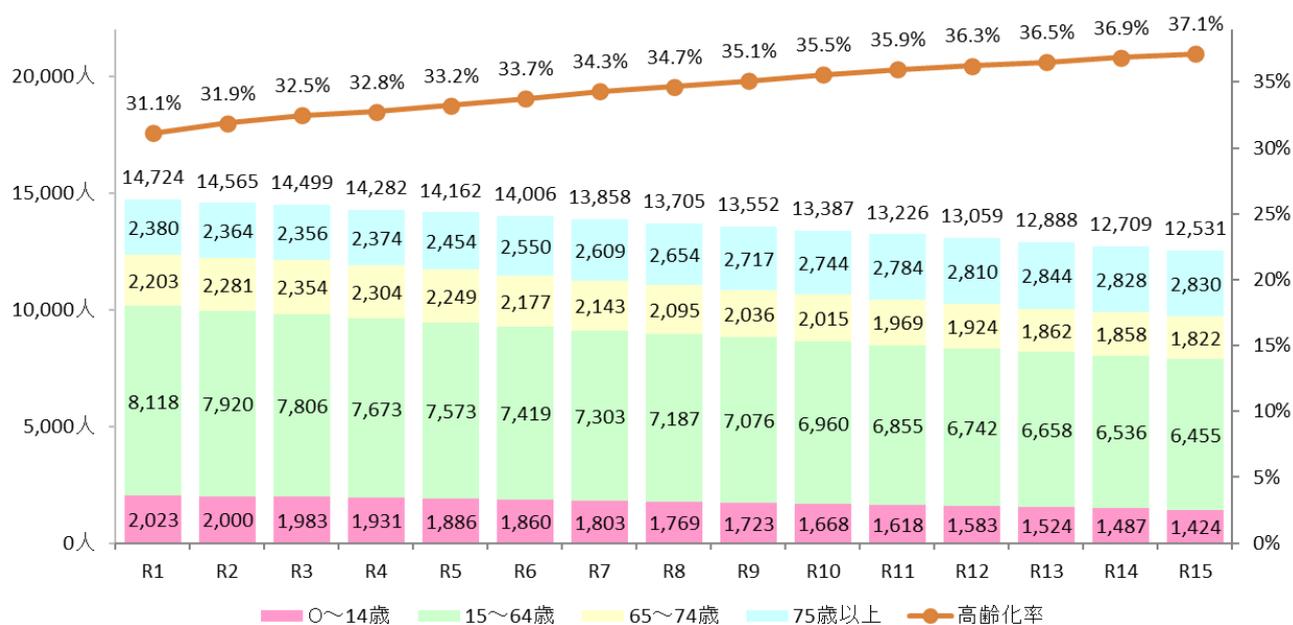
1 人口の状況

本町の人口は、令和元年で14,724人となっていました。令和4年には14,282人となり、442人の減少となっています。年齢区分別でみると、増加しているのは65-74歳と75歳以上人口だけとなっています。

今後の将来予測（住民基本台帳を用いたコーホート変化率法による）では、生産年齢人口の減少と75歳以上人口の増加が続く見込みとなっており、支援を要する高齢者も増加すると予測されます。

また、生産年齢人口の減少により介護人材の確保がより困難になると考えられます。

(1) 総人口の推移



各年10月住民基本台帳

独自推計 ※コーホート変化率法とは

集団の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が対象地域の年齢別人口変化の特徴であり、将来にわたって維持されるものと仮定して、将来人口を算出する方法



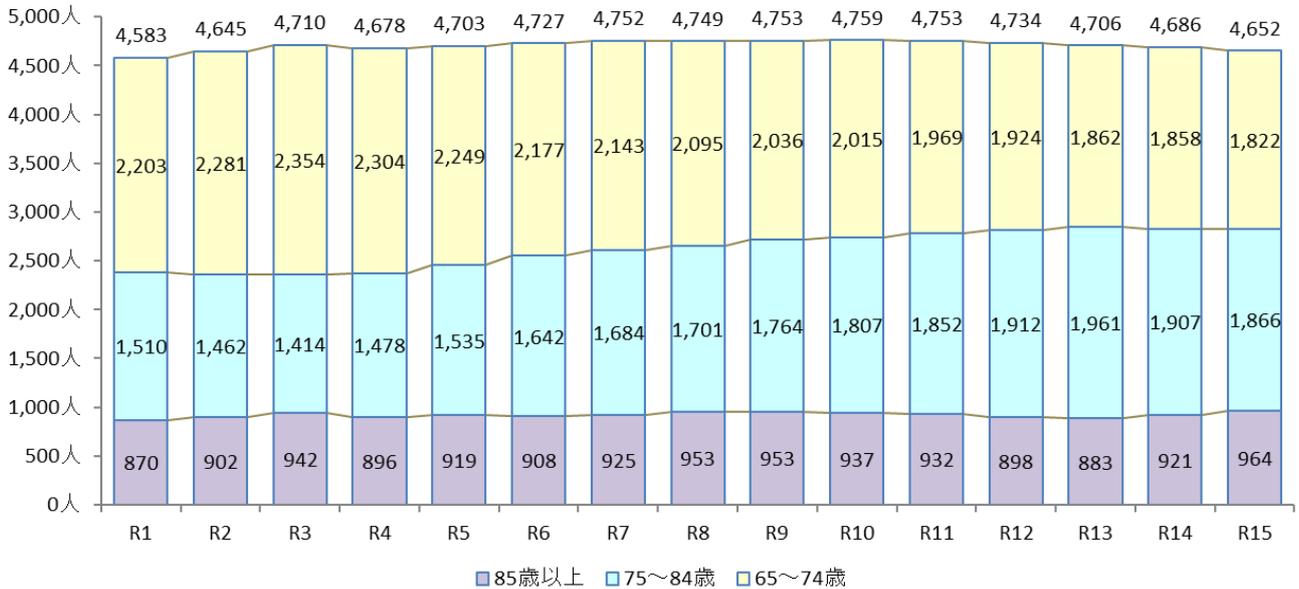
(2) 高齢者人口の推移

高齢者人口は、約 4,500 人を大きく割り込むことなく横ばいに推移する見込みとなっていますが、一方で、年齢階級別の構成人数は大きく変化すると考えられます。

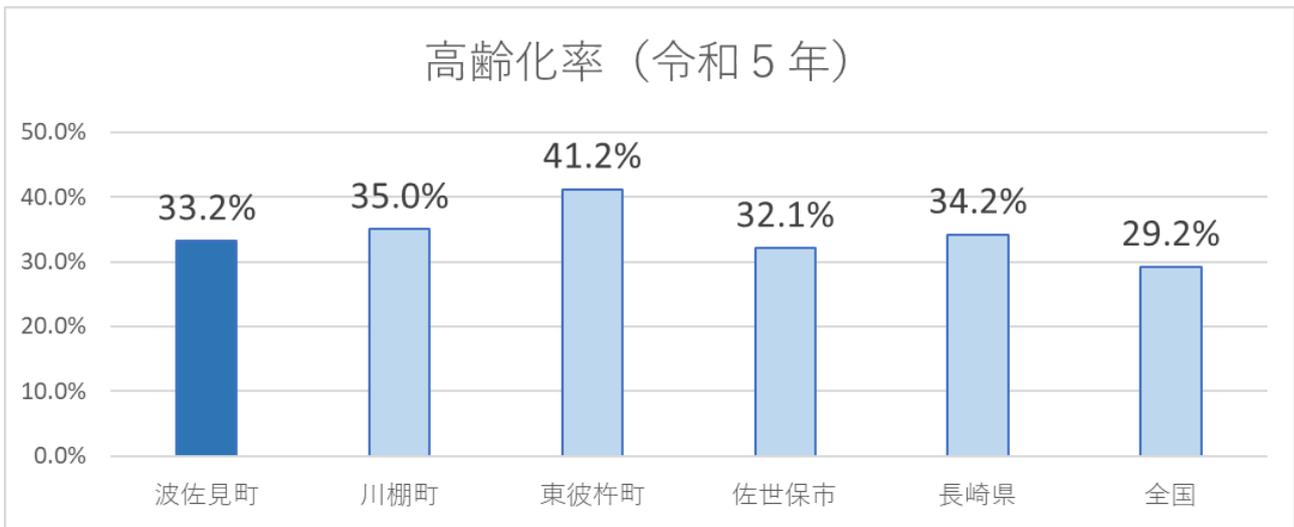
具体的には、65-74 歳人口は、令和 3 年の 2,354 人から、令和 14 年には 1,858 人まで減少する見込みとなっています。一方、75-84 歳人口は、令和 3 年の 1,414 人から増加し続け、令和 14 年には 1,907 人まで増加する見込みとなっています。

この年齢階級別の構成人数の違いが、認定者数の予測に大きく影響すると考えられます。

なお、高齢化率は、東彼 3 町内では最も低く、佐世保市、全国より高くなっています。



各年 10 月住民基本台帳



地域包括ケア見える化システム

2 高齢者の世帯の状況

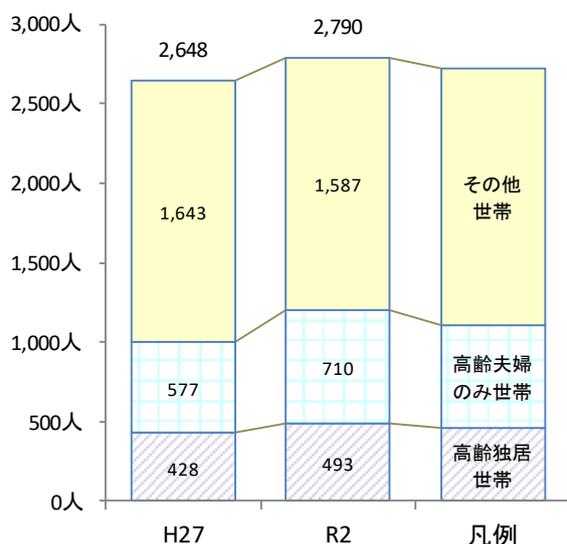
高齢者のいる世帯数は、平成 27 年で 2,648 世帯となっていました。令和 2 年には 2,790 世帯で、142 世帯の増加となり、特に高齢夫婦のみ世帯が増加しています。

世帯数に占める割合で見ると、その他世帯の割合が、国・県と比較して高いことが特徴となっています。

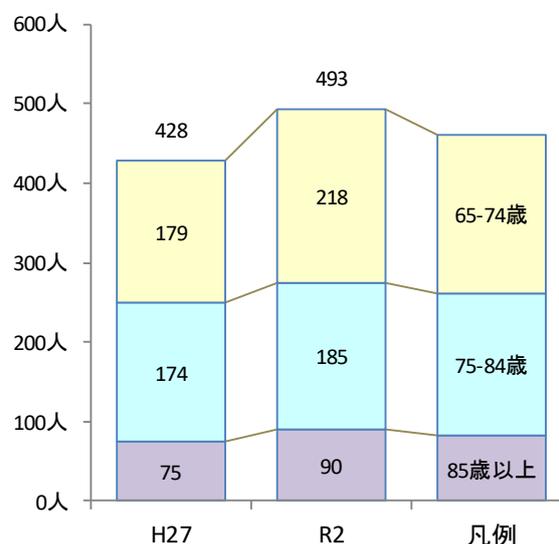
高齢独居世帯は、平成 27 年で 428 世帯から令和 2 年には 493 世帯となり、65 世帯が増加し、すべての年齢階級で増加しています。

なお、高齢独居世帯率は、比較したすべての市町、全国、県より低くなっています。

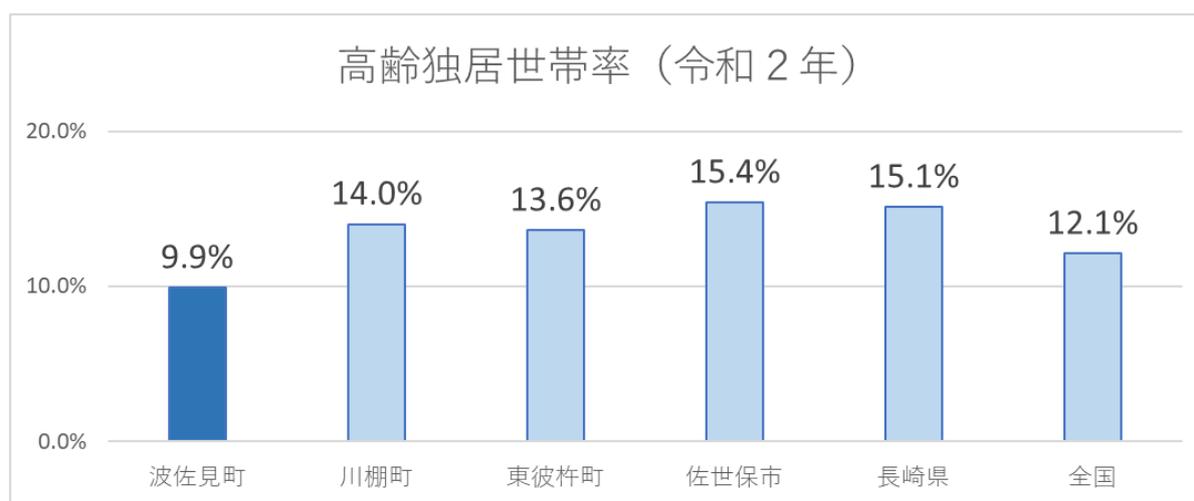
高齢者世帯の推移(波佐見町)



高齢独居世帯の推移(波佐見町)



高齢独居世帯率 (令和 2 年)



国勢調査



3 高齢者の生きがい社会参加の状況

就業の状況

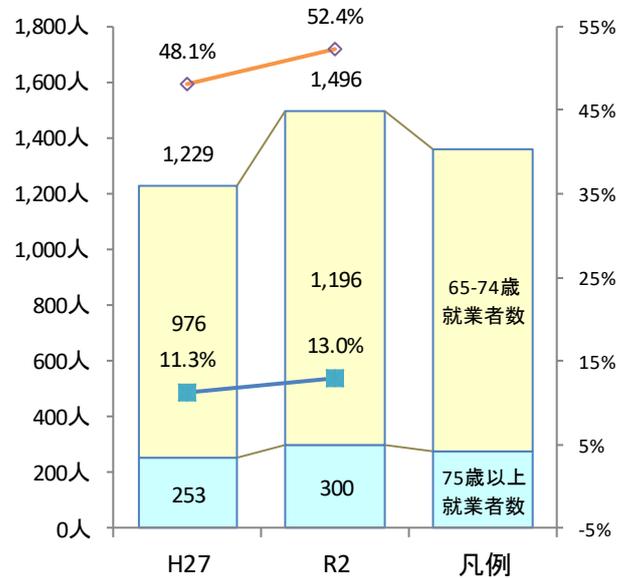
高齢者の就業者数は、令和2年に前期高齢者1,196人（就業率52.4%）、後期高齢者300人（就業率13.0%）で、前期高齢者・後期高齢者ともに就業人口・就業率が増加しています。

平成27年と令和2年を比較すると、前期高齢者の就業者数は、220人増加、後期高齢者の就業者数は47人増加となっています。

また就業率もそれぞれ4.3ポイント、1.7ポイント増加しています。

今後は、高齢期を働きながら過ごす方が多いまちの特徴を活かし、「働き続けることを目指した介護予防事業の展開」を行うことで、本町の地域性を活かした取り組みとすることが可能となります。

高齢者の就業状況(波佐見町)



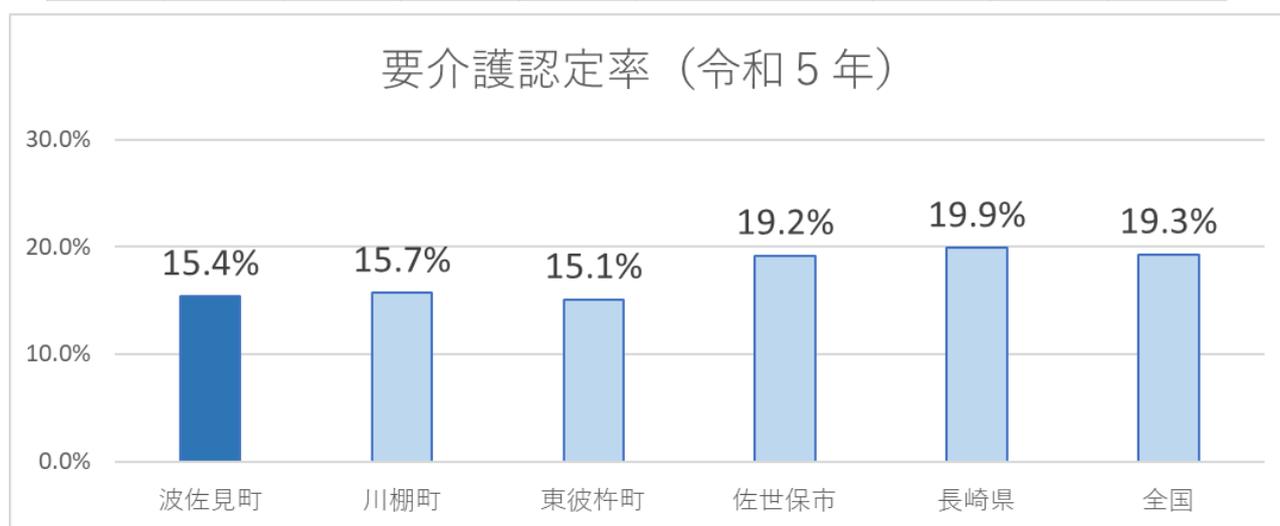
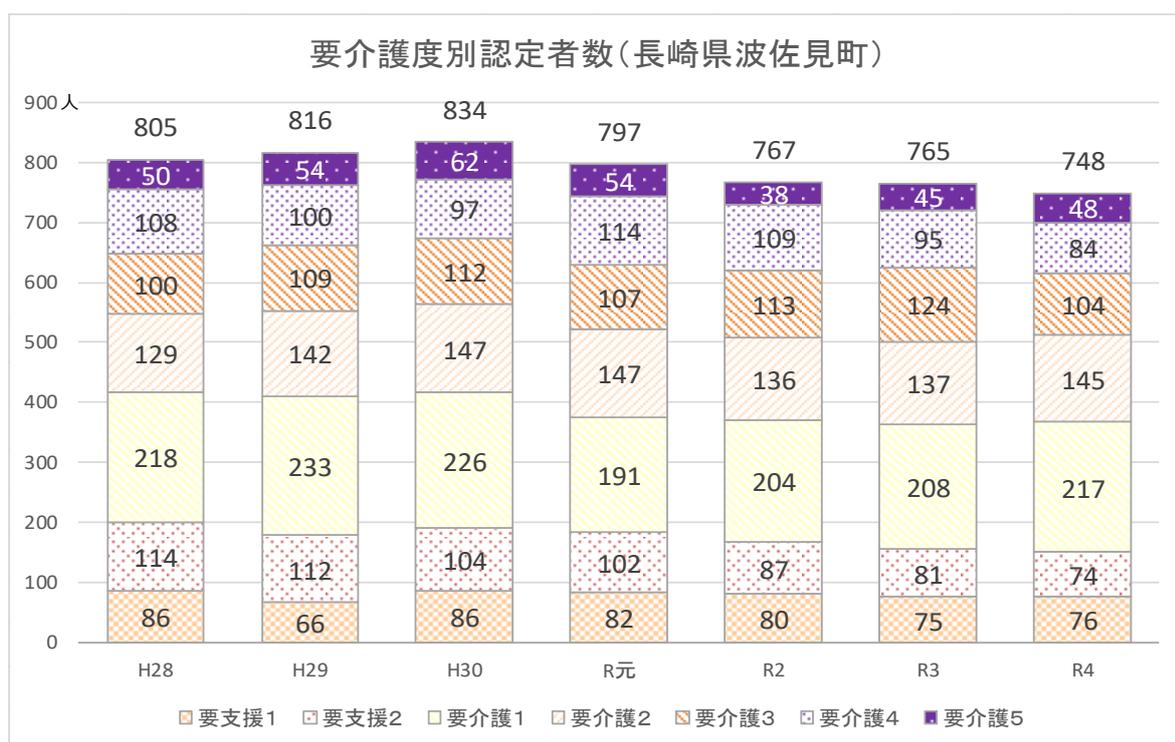
国勢調査

4 認定者数と認定率の推移

認定者数は、平成 28 年に 805 人から平成 30 年に 834 人まで増加しましたが、近年は減少傾向にあり、令和 4 年は 748 人となっています。

介護度別に見ると、要支援 1・2 の方が、平成 30 年以降減少していますが、総合事業の開始、介護予防事業の展開などの効果が一因と考えられます。

なお、認定率は、東彼 3 町内では横並びで、佐世保市・県・全国より低くなっています。



地域包括ケア見える化システム



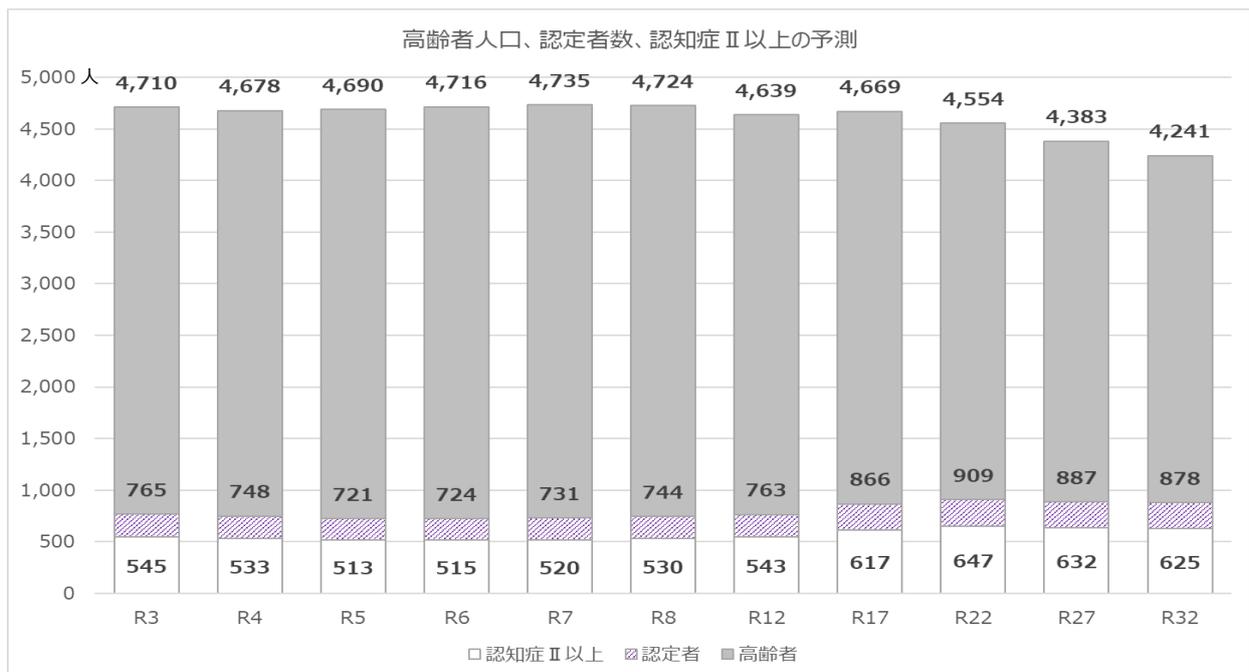
5 認知症高齢者の状況

介護認定を受けている高齢者 765 人（令和 3 年 10 月時点）のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方は 545 人となっており、介護認定を受けている方の 71.2%、高齢者全体の 11.6%となっています。

認知症高齢者数は今後も増加し、令和 32 年には 625 人となり、介護認定を受けている方の 71.2%、高齢者全体の 14.7%になると予測されます。

ランク	判定基準	人数	割合
自立	日常生活は家庭内及び社会的に自立	69 人	9.0%
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立	151 人	19.7%
Ⅱ a	家庭外で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立	70 人	9.1%
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱ a の状態が見られる。	216 人	28.3%
Ⅲ a	日中を中心として、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ介護が必要	195 人	25.5%
Ⅲ b	夜間を中心として、上記Ⅲ a の状態が見られる。	7 人	0.9%
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護が必要	56 人	7.3%
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは、重篤な身体疾患が見られ、専門医療が必要	1 人	0.1%
合計		765 人	

地域包括ケア見える化システム：令和 3 年 10 月時点

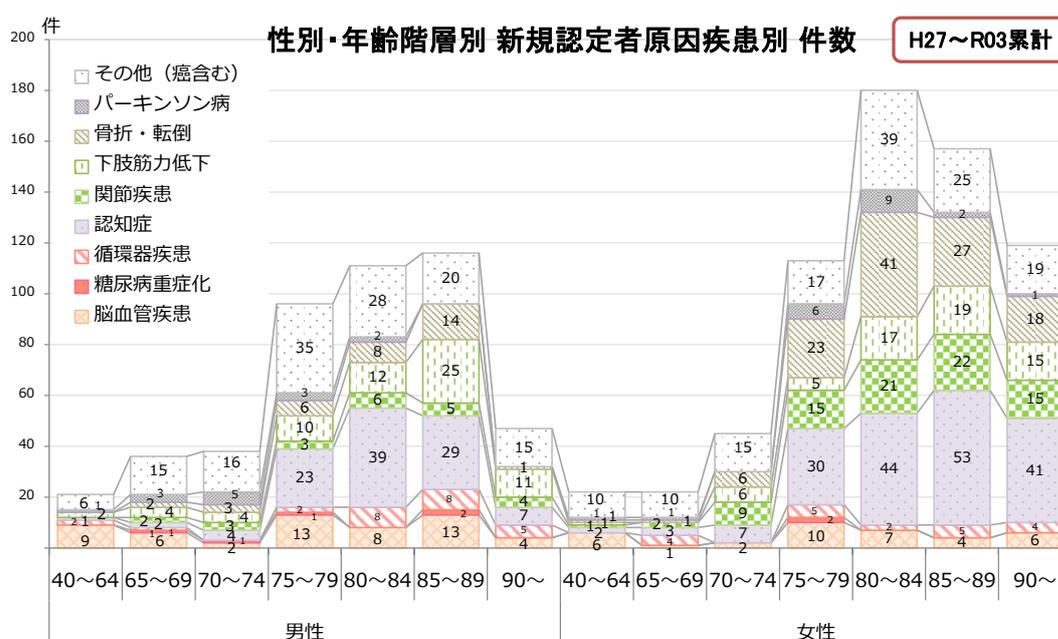
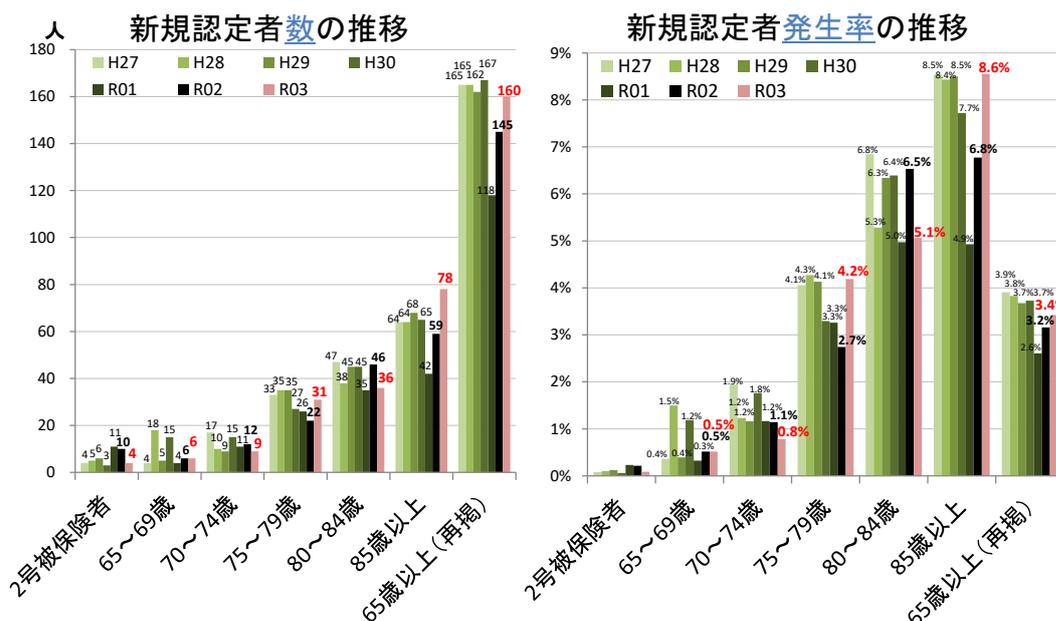


令和 3 年 10 月実績と認定者数推計を基に推計

6 新規認定者の発生状況

令和3年度に新たに認定を受けた方（新規認定者）は、約160人となっており、85歳以上でみると、「認定を受けていない方のうち11～12人に1人」が毎年新たに認定を受けています。

また、その原因疾患を主治医意見書や認定調査時の記録等を基に分析した結果では、75歳を超えたあたりから、認知症、関節疾患、下肢筋力低下、骨折・転倒などが原因で認定を受けていることから、75歳前後での認知症やロコモティブシンドロームに対する介護予防が大きな意味を持つと考えられます。





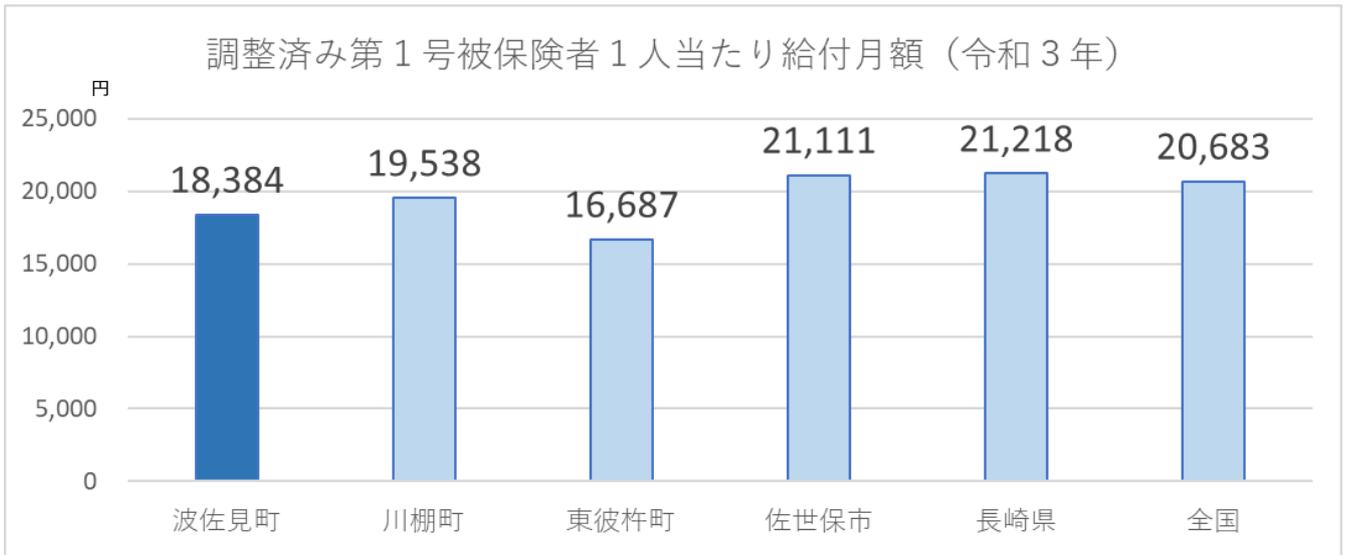
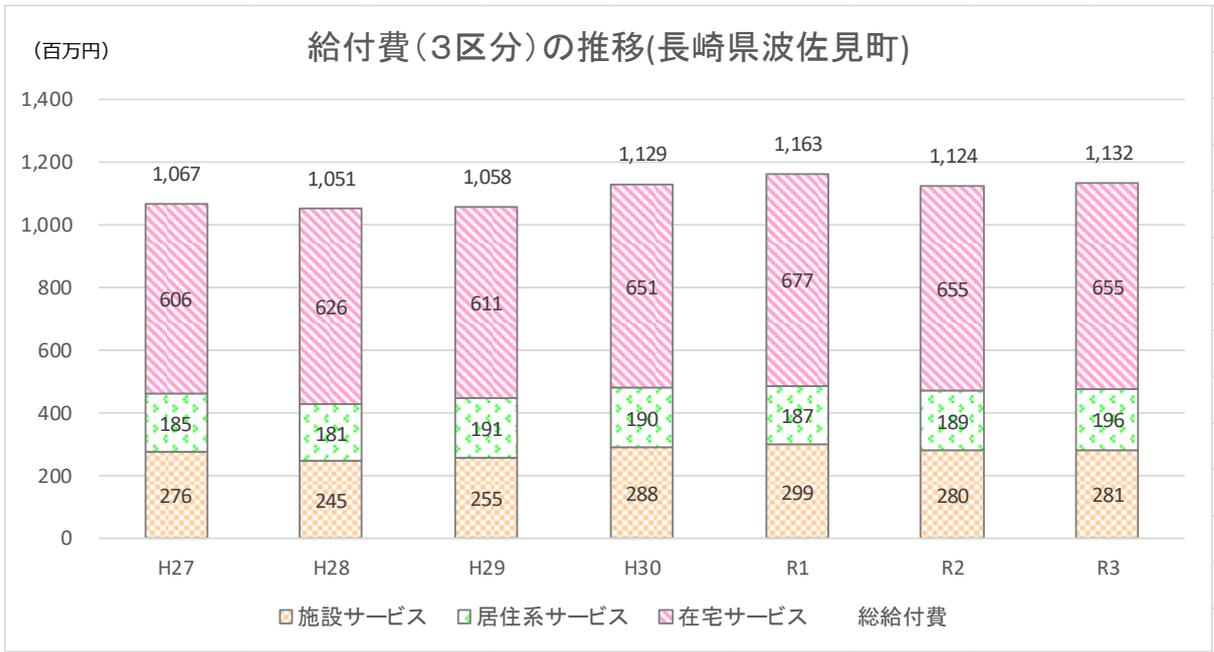
第2節 介護保険事業の状況

1 介護給付費の推移

総給付費の推移は、平成29年は総合事業の開始による影響もあり増加することなく推移してきましたが、平成30年以降増加傾向にあり、令和3年には、11億3200万円となっています。

内訳をみると、在宅サービス、施設サービスが増加しています。

なお、調整済第1号被保険者1人当たり給付月額額は18,384円で、東彼3町内では中位となっていますが、佐世保市・県・全国より低くなっています。



地域包括ケア見える化システム

第3節 各種調査結果

1 日常生活圏域ニーズ調査の概要

(1) 目的

本計画を見直すにあたり、既存データでは把握困難な生活の状況や社会参加、今後の生活についての意見や潜在的なニーズ（サービスの利用意向・高齢者福祉に関する意識等）、高齢者のおかれた環境等を調査・分析し、計画の基礎資料とすることを目的として実施しました。

(2) 配布回収状況

	概要
配布回収方法	郵送による
調査対象者	介護認定を受けていない者 総合事業対象者 要支援1・2認定者 以上の方全員を調査
配布数	4,117 件
有効回答数	2,644 件
有効回答率	64.2%
調査実施時期	令和5年2月



(3) 総合事業候補者の該当状況

基本チェックリスト（全 25 項目の質問）を用いることで、高齢者の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかどうか判定しています。また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、判定の結果、生活機能の低下のおそれがある方に対しては、介護予防・日常生活支援総合事業へつなげることにより状態悪化を防止しています。

地域包括支援センターなどの窓口で本人が相談に来た場合は、本人の状況やサービス利用の意向を聞いた上で、基本チェックリストを用いた判定を行う場合があります。

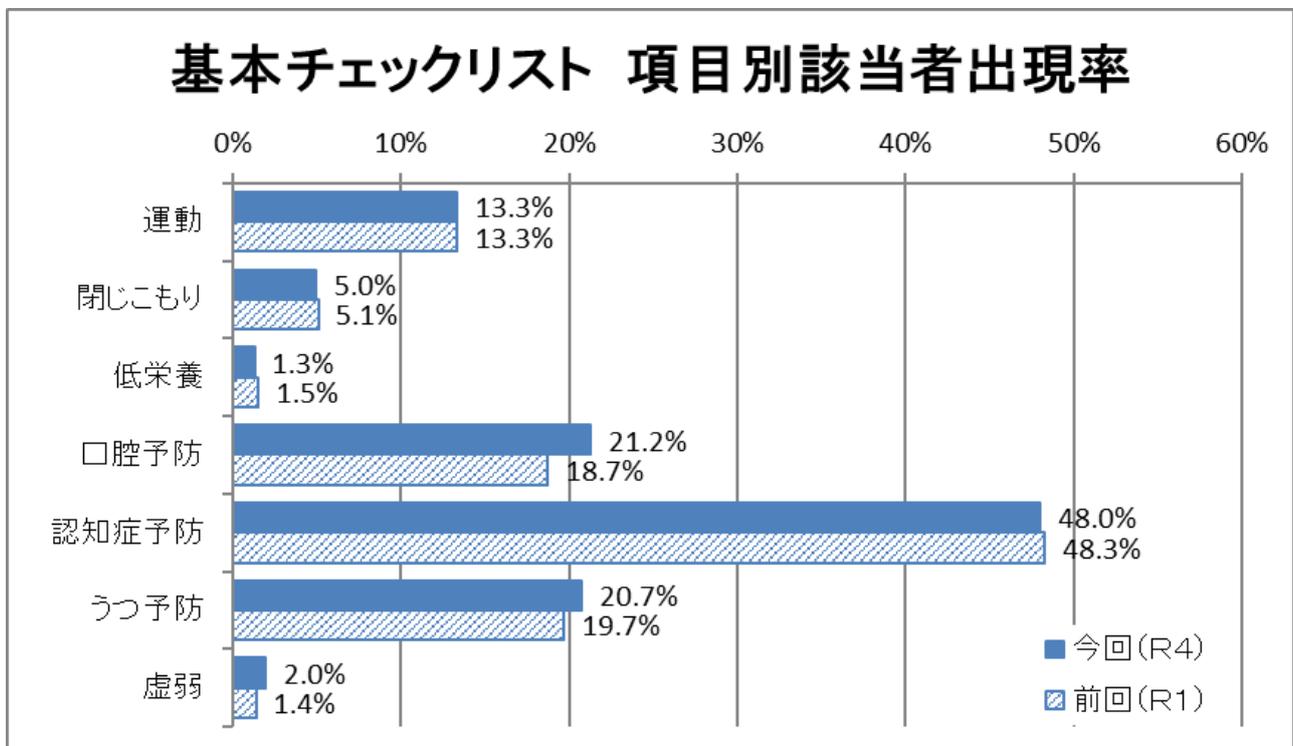
そのため、本調査では、基本チェックリストの項目別に該当する方がどの程度存在しているのかについて分析しました。

その結果、認知症予防が 48.0%で最も多く、次いで、口腔予防 21.2%、うつ予防 20.7%、運動 13.3%などとなっています。

また、前回（R1）と比較して、口腔予防、うつ予防、虚弱の対象者が増加しています。

今後は、対象者が多い認知症予防を推進するとともに、前回より対象者が増加している口腔予防、うつ予防に効果的な介護予防事業の展開が求められています。

基本チェックリストの項目別該当者出現率



(4) 在宅医療・介護、看取りの意向について

問：あなたが最期を迎えたいと思う場所はどこですか

問：普段の生活で食事や入浴などに介護が必要になった時、どのように暮らしたいですか

問：ご自身の将来の医療及びケアなどについて、ご家族や親族などと話し合った経験はありますか

の3問から、在宅医療・介護、看取りの意向について分析しました。

最期を迎えたい場所は、①自宅等を希望する方が49.8%、②医療・介護施設を希望する方が25.8%、③その他・わからない・無回答が24.4%となっています。

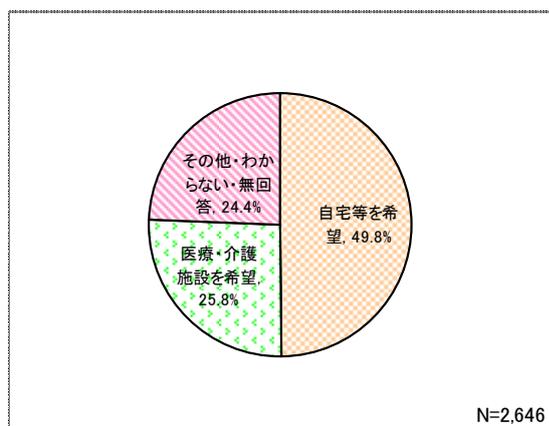
普段の生活に介護が必要になった場合の意向を上記3群に分けて分析したところ、自宅で過ごしなが、①自宅で家族介護、②自宅で家族介護＋介護サービス、③自宅で介護サービス の合計が約70%を占めており、特に自宅で最期を迎えたいとした方では、約90%の方が自宅での介護を希望していました。

一方、ご自身の将来の医療及びケアなどについて、ご家族や親族などと話し合った経験（アドバンス・ケア・プランニング：以下 ACP）では、話し合った経験がある方は41.8%となり、詳しく話し合っている方は3.3%となっています。

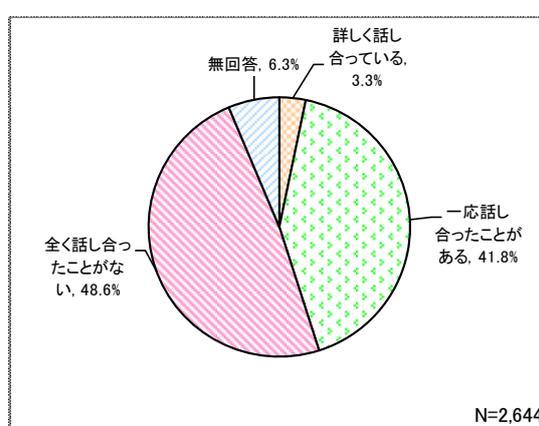
本調査は、一般高齢者または軽度の認定を受けた方の調査だったことから、家族等と ACP について話し合う機会があまりない可能性があります。「自宅での最期を希望」する方が半数を占める状況の中、その際の医療及びケアについて、家族との話し合いができていない可能性があることが分かりました。

今後は、これらの意向を踏まえた在宅介護の体制整備、医療介護連携、在宅医療の体制整備を図るとともに、広く町民への ACP の周知・啓発などが求められています。

【最期を迎えたい場所】



【ACP の経験】





(5) 地域包括ケアシステムに関する周知状況と相談等について

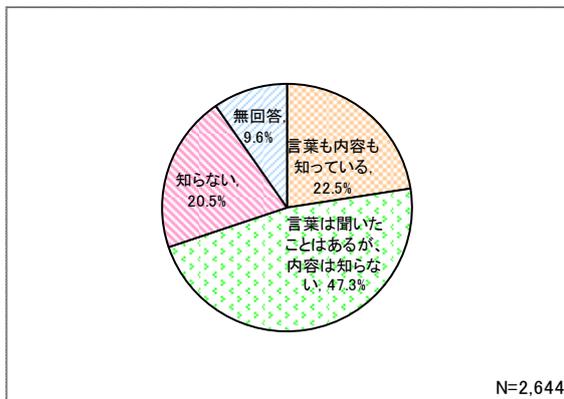
地域包括ケアシステムとは、厚生労働省が推進している考え方で、高齢社会において「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」仕組みとされています。

地域包括ケアシステムという言葉を知っているかどうかについては、言葉も内容も知っている方は 22.5% となっています。

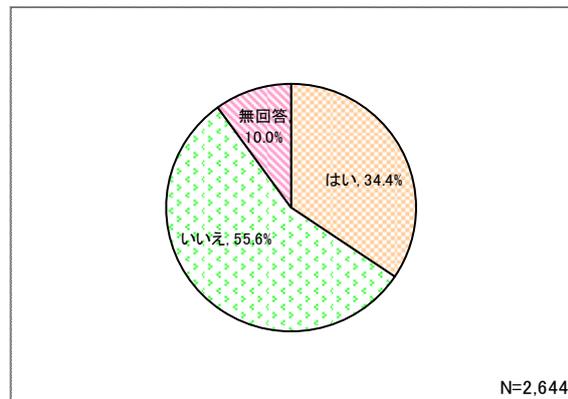
また、家族や友人・知人以外の相談相手は、医師・歯科医師・看護師が 37.1%、地域包括支援センター・役所・役場が 17.1% となっていますが、相談相手がないという方も 23.3% 存在しています。さらに、認知症になった時の相談窓口を知っている方は 3 人に 1 人となっています。

今後は、住民自身が地域包括ケアシステムを実感できるよう、まずは、地域包括支援センターが介護予防・認知症など多様な高齢者のニーズに対応でき、気軽に相談できる場所であるという周知啓発を図るとともに、地域の様々な関係機関等と連携した地域包括ケアシステムの仕組みを実感できるような取り組みを強化することが必要となっています。

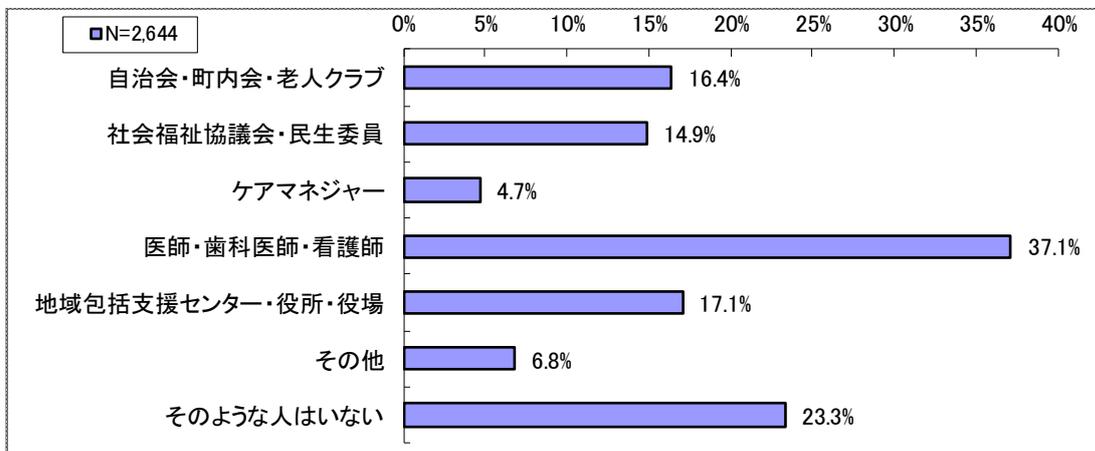
【地域包括ケアシステムの周知状況】



【認知症の相談窓口を知っているかどうか】



【家族や友人・知人以外の相談相手】



(6) 地域での活動の状況（会やグループ等への参加頻度）

問：以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加しているか

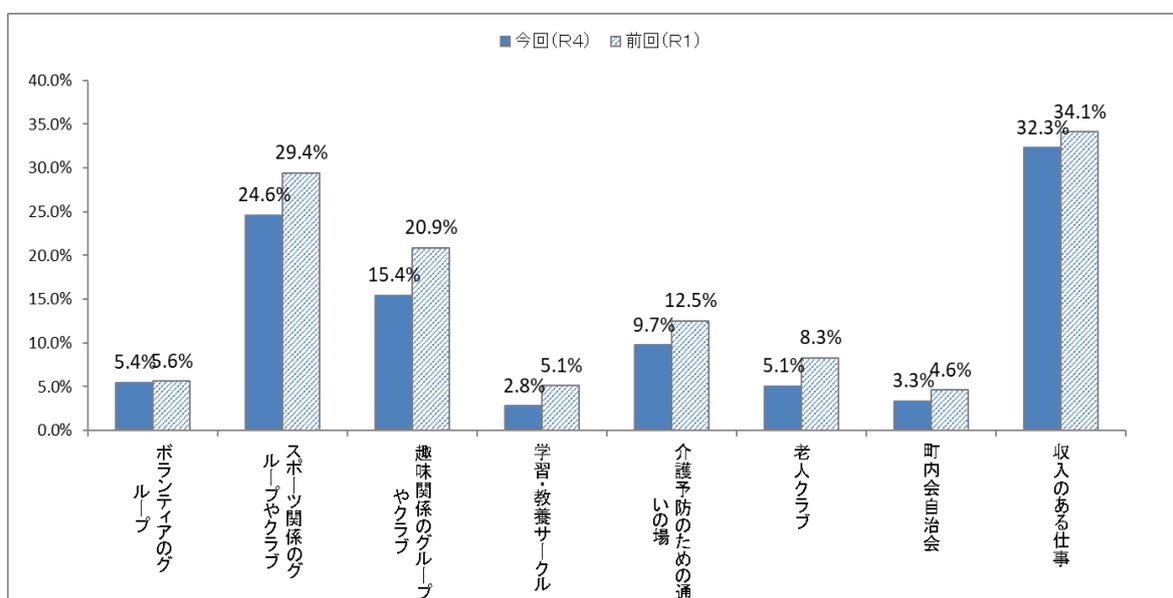
という問いに対して、週1回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか分析しました。

その結果、「収入のある仕事（32.3%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（24.6%）」、「趣味関係のグループ（15.4%）」、「介護予防のための通いの場（9.7%）」などの参加率が高くなっています。

なお、介護予防の通いの場の参加率は計画の指標となっており、国では、参加率8%を目標としていますが、本町では、すでに国の目標を達成している状況です。

ただし、すべての項目で前回（R1）よりも週1回以上の参加者が減少しています。

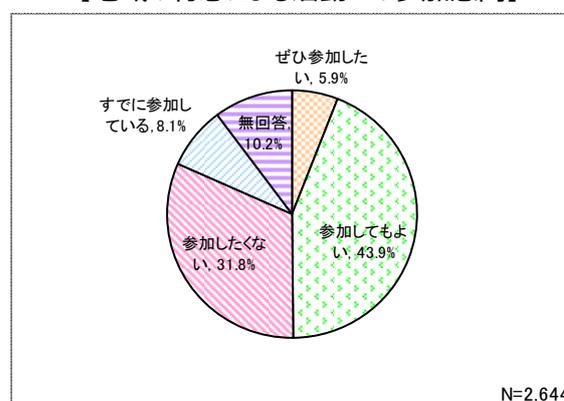
【社会参加の場ごとの参加頻度】



【地域の有志による活動への参加意向】

また、半数の方が「地域の有志による活動」へ参加したいと回答していることから、今後は、本町で実施されている様々な活動の周知啓発を図り、そのきっかけを提供することが重要となっています。

新型コロナが2類から5類へ引き下げられ、高齢者の多様な社会参加の再開に向けた支援、働きかけが重要と考えられます。





2 在宅介護実態調査の概要

(1) 目的

本調査は、第9期介護保険事業計画の策定において、これまでの「地域包括ケアシステムの構築」という観点に加え、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施しました。

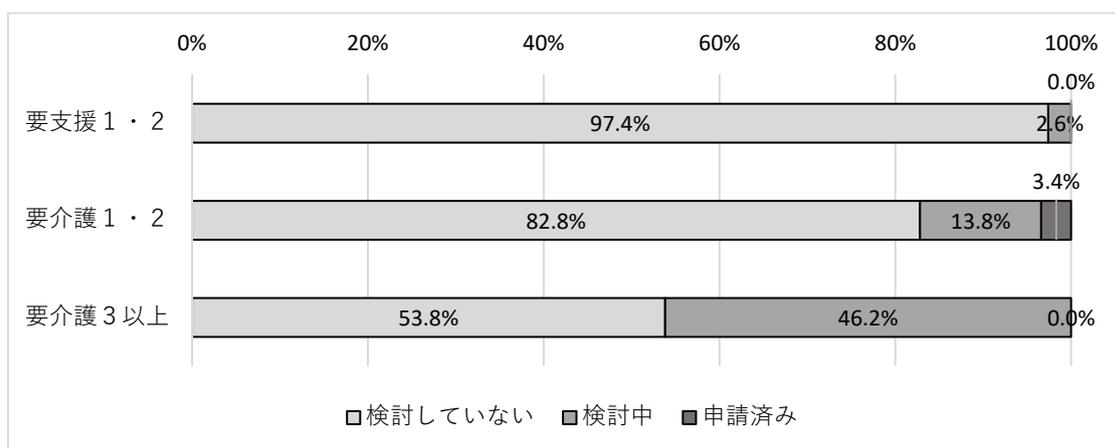
(2) 配布回収状況

	在宅介護実態調査
調査実施期間	令和4年5月24～12月28日
配布回収方法	認定調査員による訪問調査時に対面調査
調査対象者	在宅の町内在住者で、要介護認定を受けている方 認定更新・区分変更のタイミングに実施
回収数	221件

(3) 施設等への入所・入居検討状況

施設等への入所・入居の検討状況については、全体では、約8割の方が「検討していない」としていますが、介護度別に見ると、要介護3以上になると約5割の方が施設入所等を「検討中・申請済」となっています。

今後、要介護3以上の方のうち5割の方が施設等を希望している実態に対し、提供できるサービス体制の基盤整備の状況を確認するとともに、介護者への支援が重要となっています。





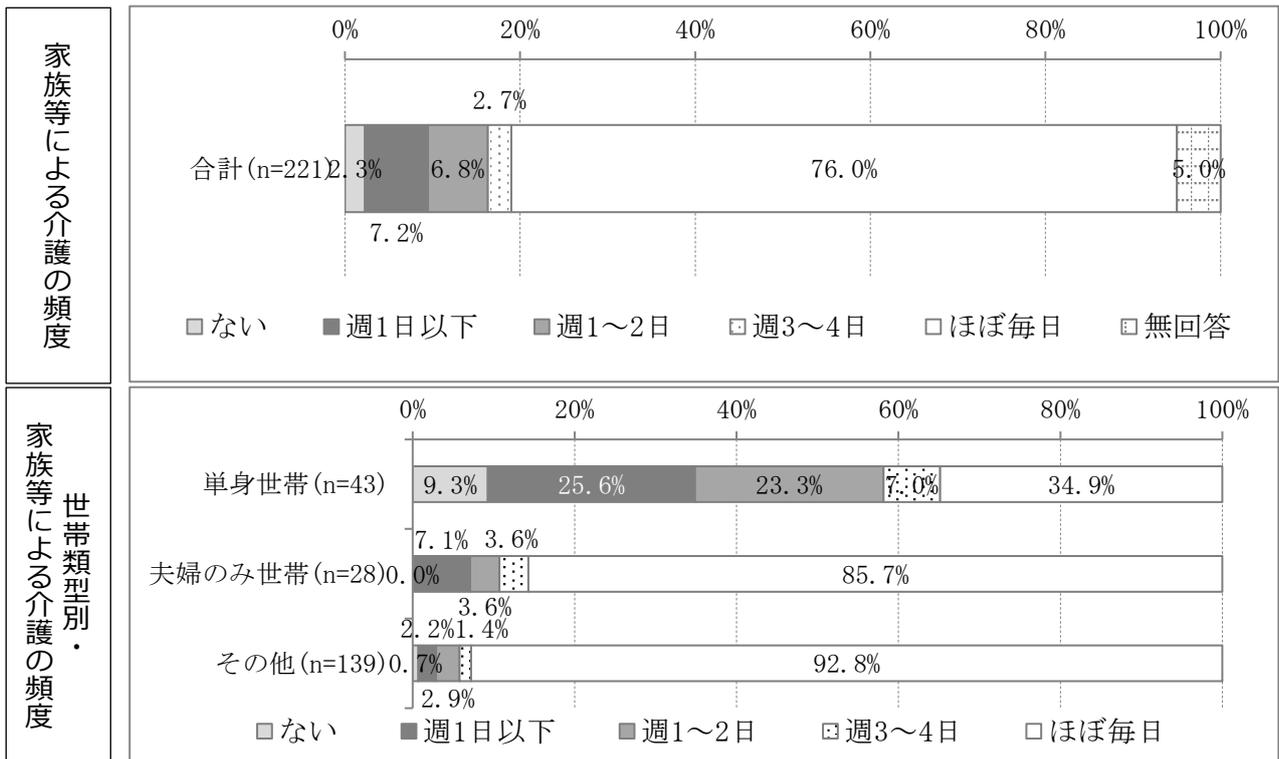
(4) 家族介護の頻度

家族介護の頻度では、家族介護が「ない」という方が 2.3%、一方、介護を受けている方では、「ほぼ毎日」が最も多く 76.0%となっています。

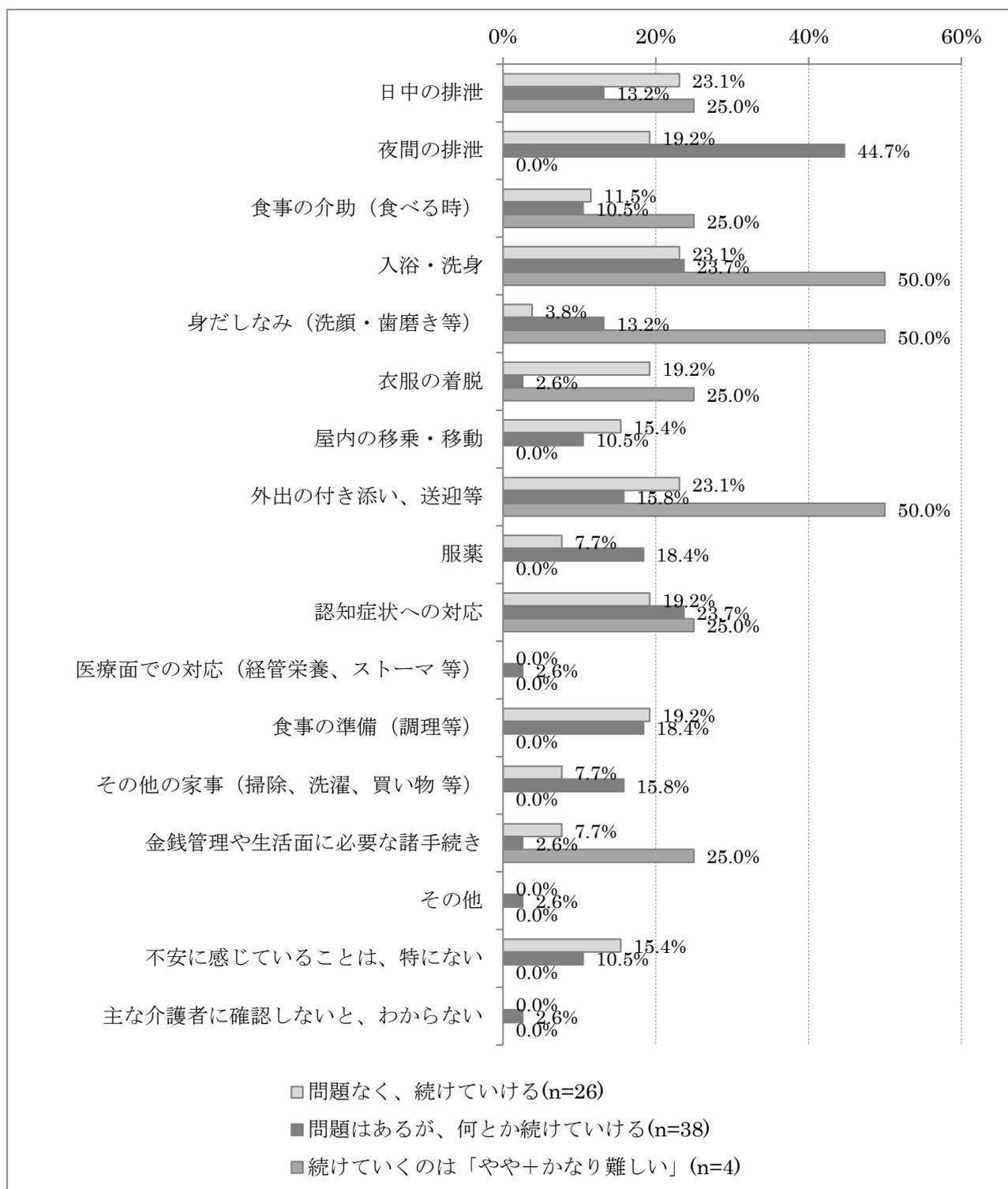
世帯類型でみると、単身世帯では、ない・週1日以下・週1～2日とする方が多く、夫婦のみ世帯やその他世帯では、ほぼ毎日とする方が多くなっています。

在宅生活を支える家族の介護がほぼ毎日の介護によって支えられていることから、家族介護者への支援が重要となっています。

なお、今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護として、介護を続けていくのは「やや難しい、かなり難しい」と感じることは、「入浴・洗身（50.0%）」、「身だしなみ（洗顔・歯磨き等）（50.0%）」、「外出の付き添い、送迎等（50.0%）」などを上位に挙げていることから、これらに対応できる介護サービスがあること、相談できる窓口があることなどを周知していくことが重要となっています。



【主な介護者が不安を感じる介護等×働きながら介護を続けられるか】





3 介護事業所調査の概要

(1) 目的

在宅生活改善調査は、「現在のサービス利用では、自宅での生活の維持が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するための基礎調査として実施しました。

居所変更実態調査は、過去1年間の新規入居・退居の流れや、退居の理由などを把握し、住み慣れた住まい等で暮らし続けるのに必要な機能を検討するための基礎調査として実施しました。

介護人材実態調査は、個票で調査することにより、性別・年齢別・資格の有無別などの詳細な介護人材の実態を把握し、介護人材の確保に向けた必要な取り組みを検討するための基礎調査として実施しました。

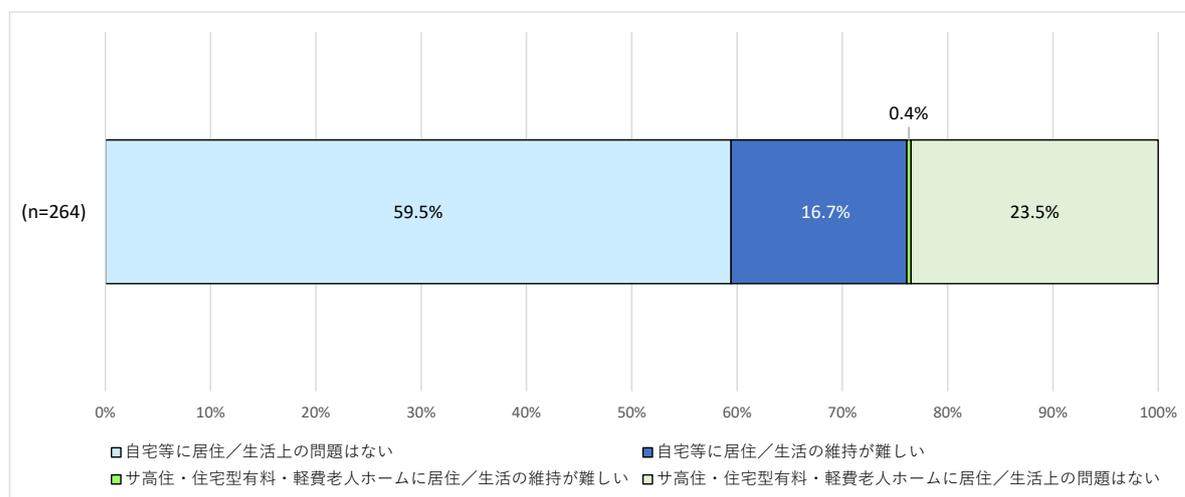
(2) 配布回収状況

	在宅生活改善調査	居所変更実態調査	介護人材実態調査
配布回収方法	郵送による	郵送による	郵送による
調査対象	居宅介護支援事業所のケアマネジャー	施設・居住系サービスの管理者	介護サービス事業所、施設・居住系サービスの管理者
配布数	7件	9件	18件
回答数	6件	9件	12件
回答率	85.7%	100%	66.7%
調査実施時期	令和5年1月20日～2月10日		

4 在宅生活改善調査の概要

(1) 在宅生活の維持が難しくなっている利用者

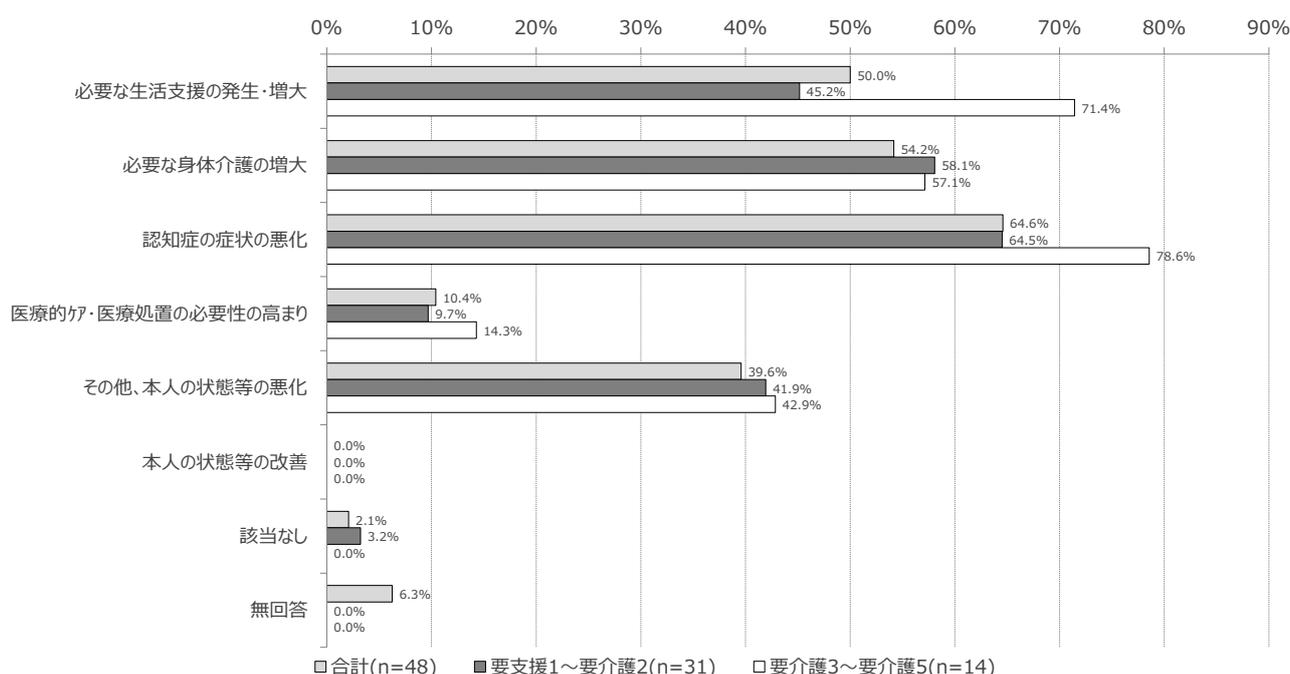
自宅・サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームに居住する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている割合は、17.1%となっており、本町全体で、在宅での生活の維持が難しくなっている利用者数（粗推計）は、53名と考えられます。



(2) 在宅生活の維持が難しくなっている理由（本人の状態に属する理由）

在宅生活の維持が難しくなっている理由は、認知症の症状の悪化が64.6%、必要な身体介護の増大が54.2%、必要な生活支援の発生・増大が50.0%などとなっています。

介護度別に見ると、要介護度2以下では、認知症の症状の悪化、必要な身体介護の増大、一方、要介護3以上では、認知症の症状の悪化、必要な生活支援の発生・増大が上位となっています。





5 居所変更実態調査の概要

(1) 過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

各施設等における退居・退所者に占める居所変更と死亡の状況調査から、各施設等の看取りの状況を分析しました。

その結果、本町全体では、42.3%が居所変更を行うことなく、施設で死亡している（看取りが行われた）ことが分かりました。

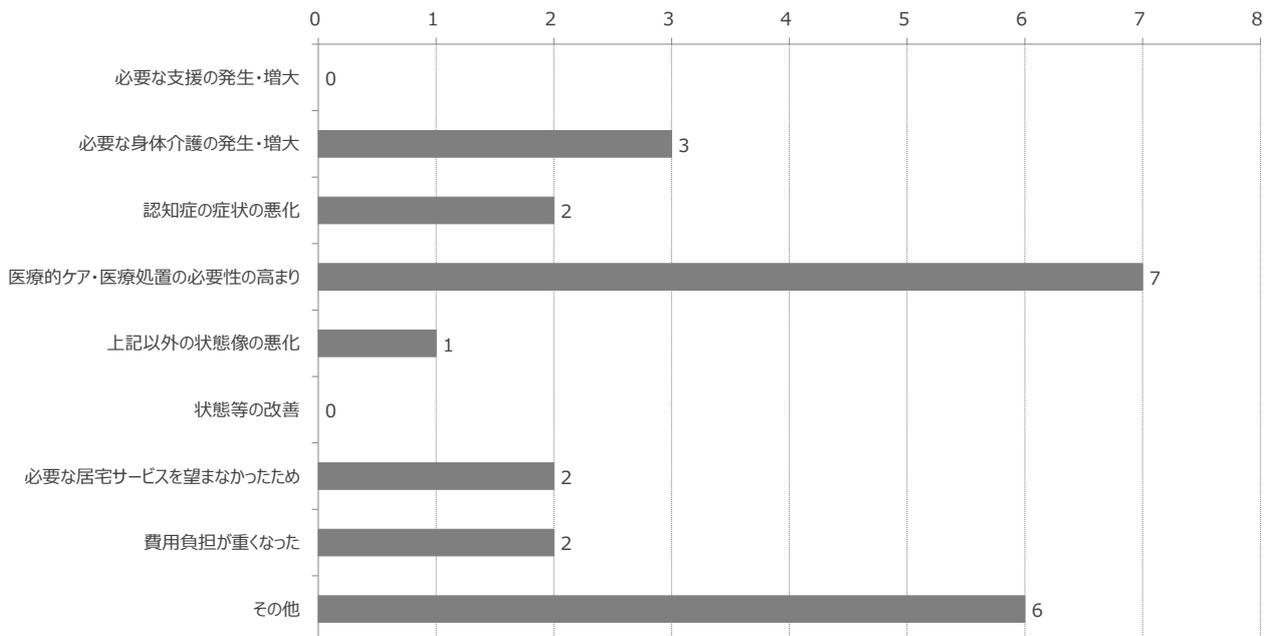
その割合が高いのは、地域密着型特別養護老人ホーム 69.2%、特別養護老人ホーム 66.7%などとなっています。

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=2)	2人 100.0%	0人 0.0%	2人 100.0%
軽費 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
サ高住 (n=2)	4人 100.0%	0人 0.0%	4人 100.0%
GH (n=3)	15人 83.3%	3人 16.7%	18人 100.0%
特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
療養型・介護医療院 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養 (n=1)	5人 33.3%	10人 66.7%	15人 100.0%
地密特養 (n=1)	4人 30.8%	9人 69.2%	13人 100.0%
合計 (n=9)	30人 57.7%	22人 42.3%	52人 100.0%

(2) 居所変更した理由

居所変更を行った理由が判明している9人の各施設等を退居・退所した理由は、医療的ケア・医療処置の必要性の高まりが7人、その他が6人などとなっています。

施設等における医療的ケア・医療処置への対応力向上や、医療と介護の連携による体制強化が重要となっています。



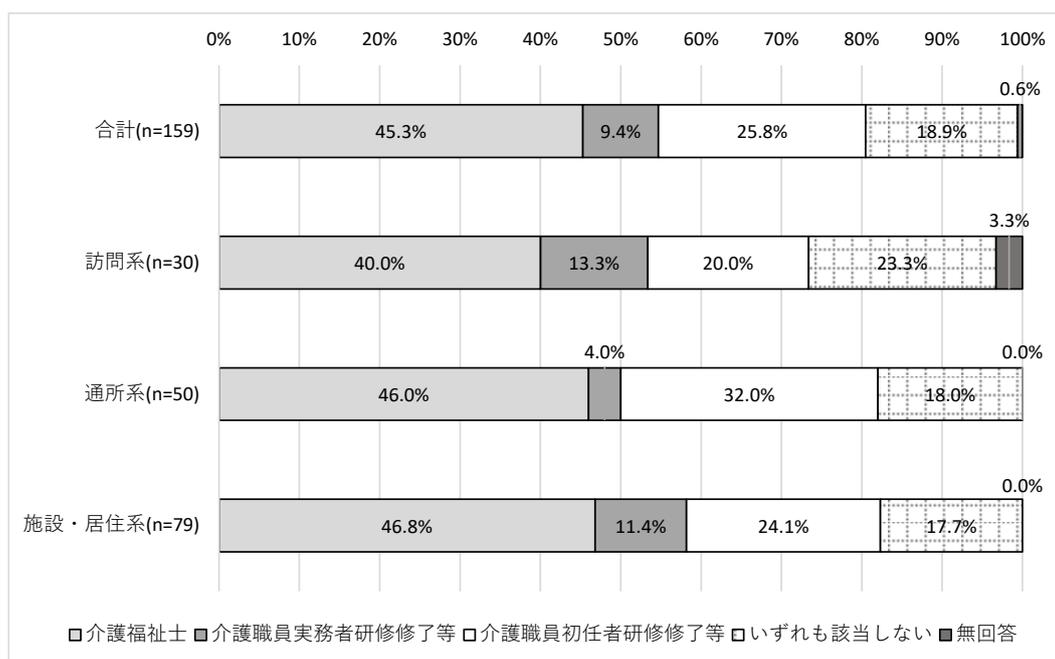
6 介護人材実態調査の概要

(1) 資格保有の状況

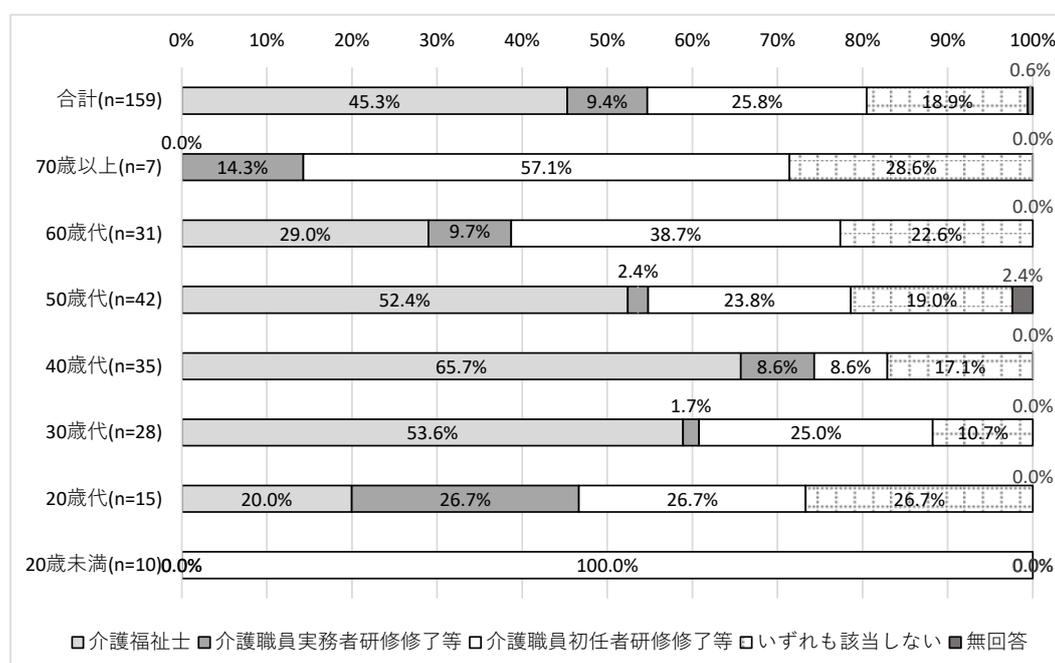
資格保有の状況は、全体では、介護福祉士が 45.3%、介護職員初任者研修修了等が 25.8%、いずれも該当しない方が 18.9%などとなっています。

年齢階級別にみると、30～50代は介護福祉士保有割合が高くなっていますが、20代、70歳以上では、いずれも該当しない方の割合が高くなっています。

サービス系統別資格保有状況



年齢階級別資格保有状況





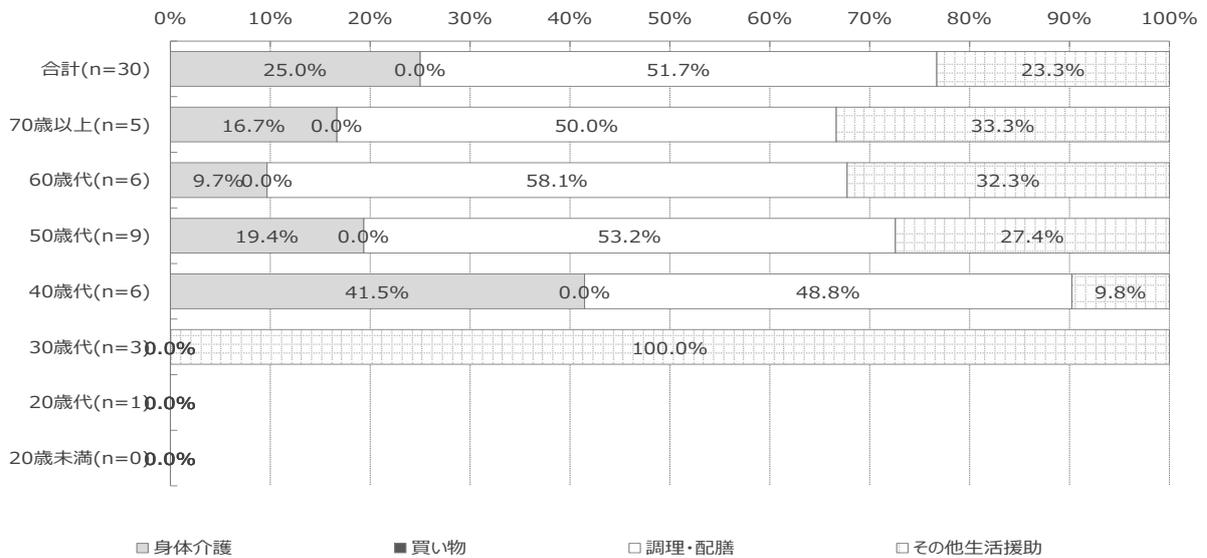
(2) 訪問介護サービス提供時間の内容別内訳

訪問介護のサービス提供時間の内訳は、介護給付の場合は、調理・配膳が 51.7%、身体介護が 25.0%となっています。

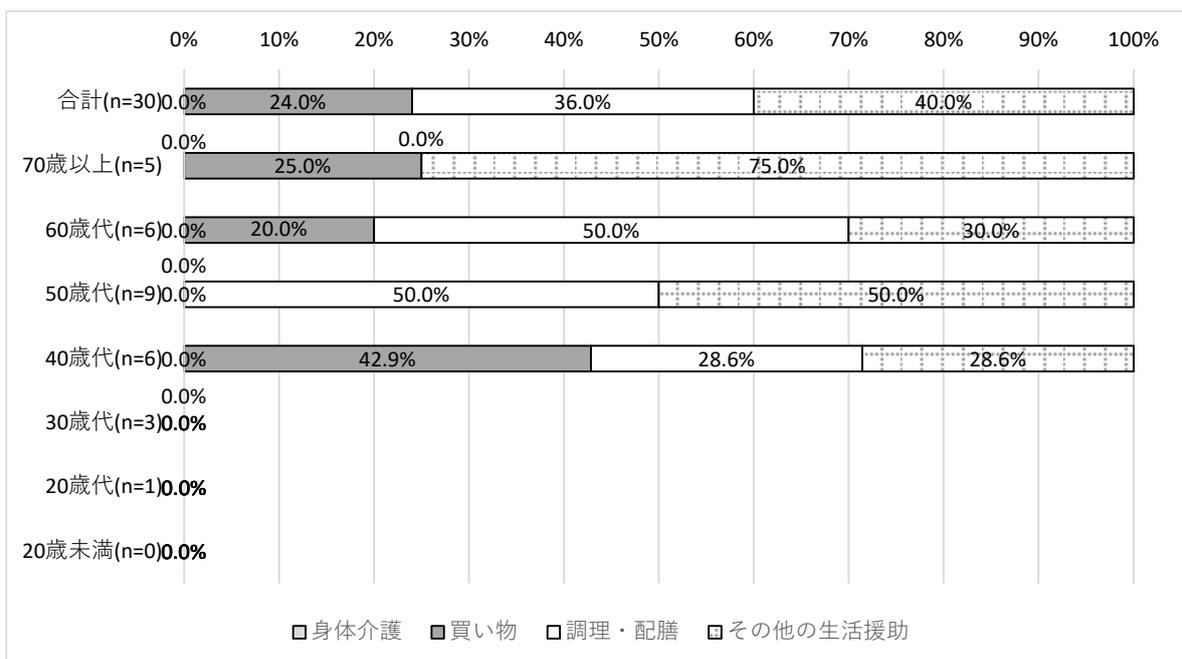
一方、予防給付・総合事業の場合は、身体介護は 0%となっており、その他生活援助 40.0%、調理・配膳 36.0%、買い物 24.0%となっています。

今後、訪問介護におけるサービス提供時間を考慮し、専門職でなくともできる介護を分業できる体制構築を検討する必要があります。

訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（介護給付）



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）



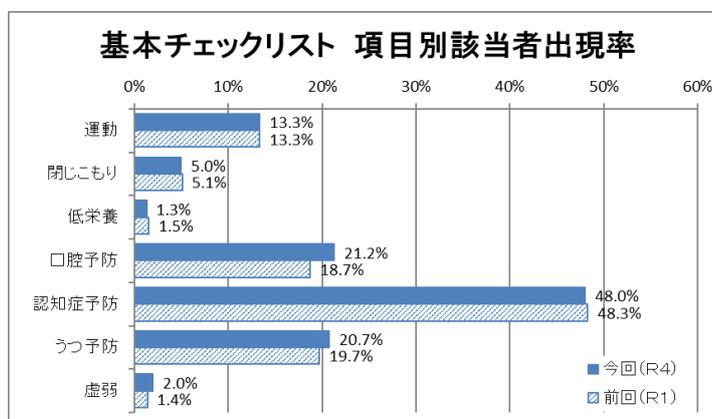
第4節 本町の課題と策定委員会からの提言

1 口腔機能予防対象者の増加

基本チェックリスト（全 25 項目の質問）を用いることで、高齢者の生活や健康状態を振り返り、心身の機能が衰えていないかを判定しています。

ニーズ調査の結果、介護予防の項目別で、前回（R1）と比較して、口腔予防、うつ予防のリスク者が増加していました。

そのため、委員会において、口腔機能予防対象者の増加対策を検討しました。



口腔機能予防対象者が増加した要因は、コロナ禍で歯科受診を控えた状況があります。定期受診していた方も、一度歯科受診を中断すると、再受診のハードルが高くなり、口腔機能に不具合が生じてから（感じてから）の受診となる事例が多くみられました。

また、コロナ禍で、家で過ごす時間が増え、楽しみが食事となったことや、家での食事が増え、通販での注文も増えるなど、食の選択肢が増えたことも遠因と考えられます。

さらに、環境的な要因として、口腔ケアの大切さなどがメディアで多く取り上げられた結果、危機感が増してきたことも考えられます。

そのため、対策としては、一定の年齢以上の方に歯科受診などお口のチェックを推奨することや、通いの場へ歯科衛生士を派遣し、口腔機能に関する健康教育を行うとともに、気になる方には個別アセスメントを実施するなど、集団指導、個別指導を充実させることが考えられます。

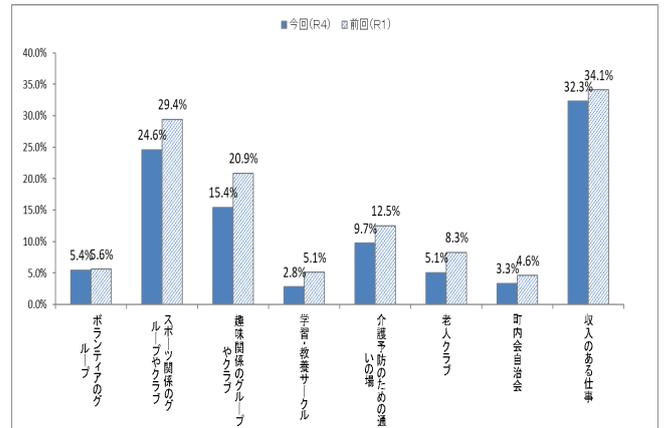
同時に、歯科医と医師では、口腔機能向上に関する働きかけに温度差がある場合があるため、同じ温度感で情報提供できるように関係者間での口腔機能指導に関する方針を定めることも必要と考えられます。



2 すべての社会参加の機会における頻度減少

「会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか」という問いに対して、週1回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか、分析した結果、「収入のある仕事(32.3%)」、「スポーツ関係のグループやクラブ(24.6%)」、「趣味関係のグループ(15.4%)」、などとなり、前回(R1)と比較して、すべての項目で参加率が低下していました。

そのため、委員会において、すべての社会参加の機会における頻度減少対策を検討しました。



社会参加の頻度が減少した原因としては、コロナ禍で外出できない（したくない）ということが多くなり、様々な社会参加の場が自粛した影響が大きいと考えられます。

また、高齢者個人に起因する原因としては、もともと趣味がなく社会参加していない方が一定程度存在すること、いきいき百歳体操やカフェなど、誰かの働きかけがないと集まらない受け身な参加者像などが考えられます。ただし、これらの方々は、まったく社会参加の機会がないというわけではなく、受け身的な参加であっても、つながり・社会参加を行っている場合や、病院の定期的な受診が社会とのつながり、寄り合いの場になっていた可能性も考えられます。

かつて地域活動が盛んだった頃は、身近な公民館に集まるのが普通だった時代もありましたが、近年は、地域の関わりが希薄になっており、地域での集まりが減少しているほか、壮年会、婦人会の存続が難しい地区が出てきています。また、暮らしの変化により、同じ趣味を持つ方だけで集まる小グループ化の傾向もあり、必ずしも地域活動だけが社会参加の場でない状況も見受けられます。

一方で、コロナ禍の状況でしたが、居場所「協和(今日は)よんなっせ」を地区で立ち上げた協和地区では、世代を超えた卓球イベントやまんじゅうづくりなどのイベントを計画するなど、これまで同様あるいはそれ以上の活動を行っている地区も存在します。

そのため、対策としては、以下のような活動イメージで強制感なく自由に参加できることが、誰もが参加しやすい活動になるのではないかと考えられます。

活動イメージ

- 町内 60カ所近くある、公民館、集会所を活用した、歩いて通える場所
- まず、週1回、鍵を開けるだけの場所（毎週●曜日は、開いている状態を作る）
- 活動は特に決めない。来て涼むだけ、テレビを見るだけ、おしゃべりするだけなど。
- 集まった人の中で、徐々に活動を決めていくのも良い。
- 参加者はだれでも OK、お菓子の持ち寄り OK

第3章 計画の将来像

第1節 計画の目指す姿

1 基本理念

本計画は、「第6次波佐見町総合計画」の将来像である「創る つなげる 超えていく ～暮らしと絆を大切にするまち～」の実現に向けた高齢者保健福祉の分野別計画・個別計画としての位置付けを持つものとなります。

また、上位計画における健康づくり・医療・福祉・介護・地域福祉・地域共生社会などの実施計画として、高齢者の介護予防重視、在宅生活重視の視点を持ち、尚且つ、前期計画から本格的な構築を目指してきた「地域での包括的支援体制の整備（地域包括ケアシステム）」の深化・推進を目指します。

第9期計画では、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの深化・推進を目指し、総合計画の基本目標や地域包括ケアシステム、地域共生社会の理念を踏まえ、第8期計画の目指す姿「共に支え合い いきいきと生活できるまち 波佐見」を継承し、本計画を策定します。

第6次波佐見町総合計画 基本理念

創る つなげる 超えていく
～暮らしと絆を大切にするまち～

波佐見町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画 基本理念

共に支え合い いきいきと生活できるまち 波佐見



2 基本目標

本町は、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けた施策展開を、高齢者の暮らしに応じた3つの目標に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

基本目標 1

地域の中で安心して暮らし続けられるまち

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域での相互の支え合いを基本に、地域社会全体で高齢者を支える「地域包括ケアシステムの深化」を図ります。

住まい、在宅生活の継続に向けた支援や家族介護者に対する支援、防災や権利擁護など高齢者とその家族や介護者等が地域で安心して生活できるよう支援します。

基本目標 2

健康で生きがいのある暮らしができるまち

いつまでも健康でいきいきと暮らしていくためには、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。高齢者が生涯を通じた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活かしながら社会を支える一員として活躍するための社会参加や地域貢献等を支援します。

基本目標 3

充実し、安定したサービスを受けられるまち

介護や支援が必要になったとき、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、介護サービス等の整備が必要であることから、国・県の医療計画、介護給付費適正化計画等と整合性を保ちつつ、必要な介護サービスが、適正に提供されるよう取り組みます。

同時に、認知症であっても地域の中でその方らしい生活が送れるように、「共生社会」の実現に向けて認知症施策を含む基盤を拡充していくとともに、何かあったときに気軽に相談できる相談窓口等の充実・一元化を図ります。

また、介護給付の適正化に向けた取り組みを推進することや介護現場の生産性の向上、業務負担軽減に資する取り組みを強化することで、介護現場の負担軽減を図ります。

3 施策体系図

共に支え合い いきいきと生活できるまち 波佐見	第1節 地域の中で安心して暮らし続けられるまち	
	1 安心して生活できる住まいの確保	P39
	2 継続して自宅で生活ができる環境整備の支援	P40
	3 地域生活の支援	P41
	4 安心・安全な暮らしづくり	P42
	第2節 健康で生きがいのある暮らしができるまち	
	1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	P50
	2 一般介護予防事業の推進	P53
	3 包括的支援事業の推進	P55
	4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	P56
	5 社会参加・生きがいづくり	P57
	第3節 充実し、安定したサービスを受けられるまち	
	1 医療と介護をはじめとした地域の体制の構築	P61
	2 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築	P64
	3 生活支援体制整備事業・住民主体のサービス体制の構築	P67
	4 安定的な介護サービスの提供体制の構築	P68
	5 介護給付費等費用適正化事業	P69



4 数値目標設定

本町は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の維持に向けて、以下の指標について目標値を設定することで、保険者機能を発揮し自立支援・重度化防止に取り組むとともにその達成状況を評価します。

高齢者の自立支援・重度化防止等に係る保険者機能に関する評価指標について

		R8目標	R5実績（見込）
要介護認定率		15.0%以下	15.4%
要介護等認定者数		750人以下	770人
いきいき百歳体操実施箇所数		30か所	25か所
いきいき百歳体操参加者数及び 高齢者人口に対する参加者割合		520人 12.0%	458人 9.8%
認知症家族の会の開催数及び参加者数		12回	12回
		70人	延56人
認知症カフェの開催数及び参加者数		12回	12回
		180人	延150人
認知症サポーター養成数		200人	190人
あんしん見守り事業登録者数		20人	8人
生活支援サポーター養成数		10人	4人
成年後見制度の周知・認知度		30.0%	22.2%
一体的事業実施の有無		有	有
業 介 護 給 付 費 適 正 化 事	100%	100%	100%
	50件	50件	50件
	100%	100%	100%
	100%	100%	100%

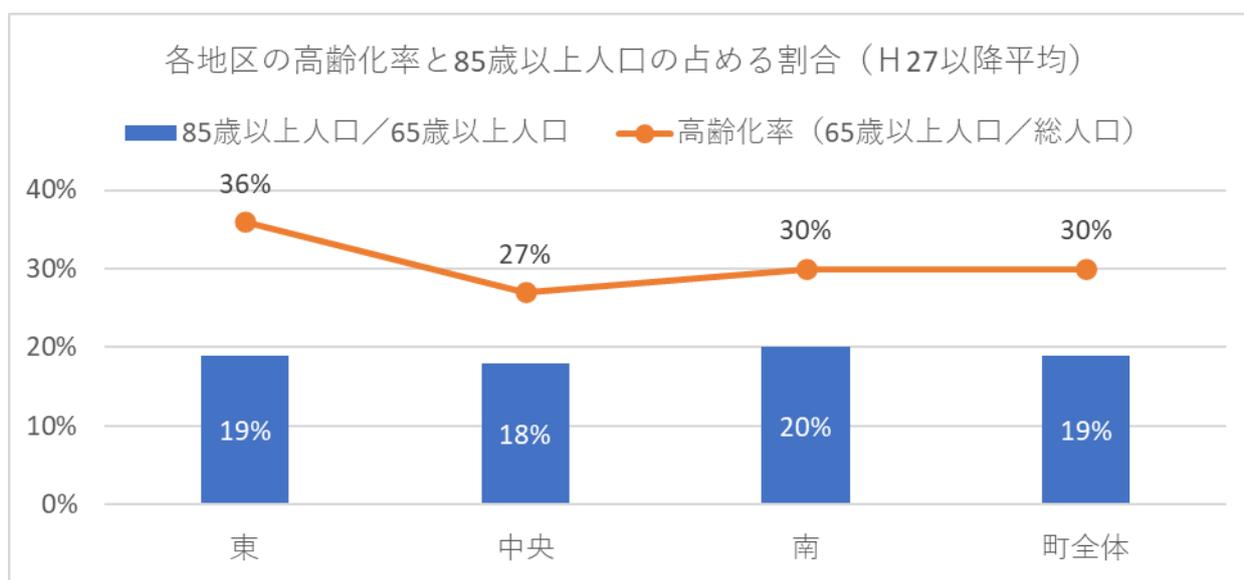
第2節 施策推進体制

1 日常生活圏域の設定

「地域包括ケア」の実現のため、必要なサービスを身近な地域で受けられるよう体制整備を進める単位を「日常生活圏域」といい、国においては、概ね30分以内で活動できる範囲としています。

本町は、これまで「日常生活圏域」を1つとして設定してきており、本計画の計画期間（令和6～令和8年度）においても、3つの小学校区を念頭に置きつつ、引き続き1つの日常生活圏域を設定し、施策の推進にあたります。

なお、本町の3つの小学校区別の高齢者人口等の状況は以下のとおりです。



各論

第2部 各論

第1章 施策の推進

第1節 地域の中で安心して暮らし続けられるまち

1 安心して生活できる住まいの確保

(1) 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

人口減少・高齢化が進展する中で、高齢世帯の単身化、孤独死等の社会問題を背景として、従来のバリアフリー化に加え、安否確認や介護医療サービス等を見据えた高齢者向けの住宅を確保する等、多様なニーズに対応できる住宅の供給が求められています。

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が、多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、設置状況等の情報収集、県や施設、住まいに関係する部署との連携に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
有料老人ホーム戸数	27	27	20	20	20	20
サービス付き高齢者向け住宅戸数	14	14	15	15	15	15

(2) 養護老人ホーム、生活支援ハウス

養護老人ホームは、65歳以上で、身体・精神又は環境上の理由や経済的な理由により、自宅での生活が困難になった方が入所する施設です。食事サービス、機能訓練、その他日常生活上必要な支援を行っています。地域包括支援センター等と連携し、支援が必要な高齢者の情報収集を行うとともに、迅速で適切な対応に努めます。

生活支援ハウスは、60歳以上で家族からの援助を受けることが困難な方や、独立して生活することに不安がある方が安心して生活できるよう、介護支援・居住機能及び交流機能を総合的に提供する施設です。該当者に対し、住居及び食事の提供を行うとともに、各種相談、助言、緊急時の対応を行います。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
養護老人ホーム入所者数(郡内)	27	24	21	21	21	21
生活支援ハウス入所者数	5	5	5	5	5	5

2 継続して自宅で生活ができる環境整備の支援

(1) 町営住宅のバリアフリー化の推進

町営住宅については、平成30年に策定した「波佐見町公営住宅長寿命化計画」の中で、段差の解消や手すりの設置などにより、障がい者や高齢者に配慮した住宅のバリアフリー化を推進すること、建替え等の場合にはユニバーサルデザインを考慮したつくりとすることとしており、令和5年に更新した長寿命化計画（第2期）においても、同様の方針を掲げています。

本町では、町営住宅の58%の世帯で65歳以上の高齢者が入居しており、その世帯率は増加しています。また、世帯人員の減少も進んでいるため、ハイリスクの方の見守りや地域包括支援センター等との連携を引き続き行っていく必要があります。既存住宅やその周辺施設についても、利用者の声を聴き、福祉部局、子育て部局とも連携し、町営住宅の運営管理に取り組んでいます。

今後も引き続き、住宅建て替えの際には、「長崎県福祉のまちづくり条例」に基づき、高齢者・障がいのある方等に配慮した住宅として整備を進めます。

(2) 高額介護サービス費等貸付事業

介護保険での住宅改修費や福祉用具購入費の償還払分の支払いに困窮する方の介護の確保と経済的自立の助長及び生活の安定を図ることを目的とした無利子の貸付を、社会福祉協議会に委託し行っています。

また、サービス選択の多様化の点から、申請の代行を行う居宅介護支援事業所のケアマネジャー等に制度の周知を定期的に行っています。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
利用者数	1	0	1	2	2	2

(3) 福祉用具貸与や住宅改修に関する相談や情報提供

福祉用具・住宅改修の効果的な活用のため、福祉用具貸与や住宅改修に関する相談や情報提供を行っています。住宅改修のみを利用する場合、ケアマネジャー等の理由書作成にかかる費用の一部を助成します。今後も引き続き支援を行っていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
申請件数	0	0	1	1	2	2

3 地域生活の支援

(1) 老人短期入所運営事業（ショートステイ）

在宅で介護を行っている介護者に代わって、緊急性のある要養護高齢者を養護老人ホームなどに一時的に入所させ、高齢者本人及びその家族の福祉の向上を図る事業です。

本事業は、高齢者への虐待やDV被害によるもの、生活困窮や家屋老朽化など生活の維持が困難な方の一時保護的な役割があります。地域の見守り活動の充実や認知症初期集中支援チームの活動により、高齢者の人権保護・権利擁護等に向けて、関係機関と情報連携し、必要に応じて適切に支援します。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
利用者数	0	2	1	1	1	1

(2) 訪問理美容サービス事業

社会福祉協議会において、理美容組合の協力を得て、町内の民生委員又は居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの依頼を受け、在宅寝たきり高齢者等への出張利用サービスを実施しています。年2回を上限として、カット代の3分の2程度（2,000円）を助成する事業です。

美容組合の解散により、令和4年度からは理容組合の協力を得て事業を継続していましたが、理容組合員の高齢化や後継者不足の問題から、新規の受け入れが困難な状況となっており、令和5年度は新規の受け入れを中止しています。

令和6年度以降は、協力可能な業者等を再確認し、事業継続の方向で調整していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
対象者数	4	5	2	2	3	4
延利用回数	5	8	4	4	6	8

(3) 家族介護支援事業

介護者に対し、適切な介護技術や知識習得のための介護教室の実施や、介護用品の購入に係る一部費用の助成を行い、心身および経済的負担の軽減を図っています。認知症高齢者見守り事業では、認知症に関する理解を深め、見守りや連携体制の整備を行っています。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
家族介護用品助成者数	7	7	40	50	60	70

4 安心・安全な暮らしづくり

(1) 公共交通機関を利用した外出手段の確保

本町では、公共交通として、西肥自動車が運行している路線バスがあります。また、バス路線の変更等により交通空白地帯が発生したことから、本町独自で乗合交通（12 路線、4 往復/平日 3 日運行/予約制）を運行し、空白地帯の解消へと取り組んでいます。令和 3 年度よりスーパー等の施設が利用可能な停留所の追加により、利便性が高まり、利用者数は増加傾向にありますが、平日 3 日の運行のため利用機会が限定されることや、利用方法が分からず利用につなげていないなどの課題があります。

今後は、地域に対しアンケートやヒアリングなどを実施し、結果をもとに路線の効率化や運行日数の増加の協議を行うとともに、必要に応じて個別に利用方法を伝える機会の検討を行っていきます。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
延利用人数	2,212	2,219	2,300	2,475	2,650	2,825

(2) 福祉的な外出手段の確保

本町では福祉的な外出手段の確保として次の支援を実施しています。

1. 障がい者福祉のタクシー券助成制度
2. 高齢者運転免許証自主返納支援事業
3. 高齢者タクシー利用券助成事業
4. 同行・行動支援

第 8 期計画では、重度の身体障がい又は知的障がいを有する方への支援のため、補助額を改善しました。高齢者の運転免許返納後の支援では、川棚警察署と連携し、タクシー券やコモカ等の配布を行っています。また、高齢者の外出支援では、タクシー利用券助成事業を行っています。タクシー券については、電子化等も視野に、より利用しやすい方法を検討していきます。交通に関する庁内の関係課や、交通事業者等の関係機関と連携した制度の充実を図り、警察と連携した自主返納の方への交通支援の案内も継続して行います。

今後は、バスやタクシーに加えて福祉有償運送など、自主返納した方が地域で活動しやすいように、きめ細やかな対応ができるサービスについても検討を行っていきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
障がい者福祉タクシー券助成制度						
実施件数	25	27	30	32	34	36
高齢者運転免許証自主返納支援事業						
件数	63	62	60	60	60	60
同行・行動支援						
利用者実人数	3	5	5	6	6	6
延支援時間	74.5	154.5	160	180	180	180

(3) 緊急通報体制等整備事業（緊急通報装置）

ひとり暮らしの高齢者等の自宅に、携帯型や固定型の通報装置を貸与し、急病や災害などの緊急時に、ボタンを押すだけで自動的に通報するシステムです。また、相談ボタンもあり、利用者が健康不安などを相談できる仕組みのほか、定期的な電話での声掛けもサービスに含まれています。

いざというときには、緊急通報を受信する地域の協力員を3名程度登録し、協力員が対応できないときは、委託業者の警備員が駆けつけるよう重層的な支援体制を構築しています。

緊急通報システムの貸与者数は、近年増加傾向にあります。機器を必要とする方へのサービス提供を適切に行えるよう、ケアマネジャーや民生委員、老人クラブなどへの積極的な紹介や広報紙での周知をしています。

引き続き、利用できる方がサービスを知らずに利用しないことがないよう、各種団体への積極的な周知とともに、広報紙、LINE、無線放送、ケーブルテレビなど多方面からの周知を図ります。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
利用者数	39	53	52	89	115	149

(4) 消費者被害の防止に向けた取組の推進

近年、新型コロナウイルスの感染拡大により、自宅で頼める通信販売による定期購入や訪問販売に関するトラブルが増加しています。一人の方が複数の被害にあうトラブルも増加傾向にあり、相談内容も悪質・複雑化しています。

本町では、消費者相談窓口を整備し、専属の消費生活相談員が相談にあたっています。また、啓発活動として、被害の未然防止に向けた通話装置の貸与、老連会等への出前講座等を行っています。出前講座では、本町の傾向や契約前の注意点等を伝えることで事前相談が増加し、抑止効果が得られています。

第8期計画では、消費者安全確保地域協議会を設置し、情報共有を行うことで、見守り体制の強化を図りました。また、令和3年度より社会福祉協議会や自治会、民間事業者等と見守りネットワークを組織し、

役場内でも情報連携が図られています。

今後も、消費者安全確保地域協議会を通して、他機関と連携し見守りネットワーク体制を強化するとともに、専門相談員による授業支援、出前講座の開催回数を増加し、悪質・複雑化する被害の未然防止を図ります。また、防犯に対する自己防衛を高め、繰り返し被害にあう方への支援等を検討していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
消費生活相談数	61	82	80	80	80	80
通話録音装置設置数	10	31	10	5	10	15
出前講座の開催数	3	6	5	8	9	10

(5) 消防防災対策の充実

本町にある生活支援ハウスやグループホーム等の関係施設に対して、防火設備の整備及び定期的な防災訓練などの指導に努めるとともに、地域での消防訓練の実施等について、消防署・消防団と連携して支援を行っています。

災害対策については、第9期計画の重点施策であることから、次の点に取り組んでいきます。緊急時に円滑に対応するため避難に支援が必要な高齢者に対して、民生委員や自主防災組織(自治会)、消防団等の関係機関に対して個人情報を提供することへの説明・同意書を取得したうえで、「災害時要支援者」の登録、個別の避難計画作成を進めていきます。

実際に、医療的・福祉的な対応が必要な住民が避難所等に避難してくる事例があり、現在の避難所等の受け入れ体制に課題があることから、福祉避難所(二次避難所)の設置や、介護事業所との受け入れ協定等を関係各課と検討を進めていく必要があります。

今後は、説明や聞き取りにおいて人員が不足することからも、民生委員等と連携して実施できる体制を整備し、社会福祉協議会が実施している「災害支援支え合いマップ事業」を通じた、災害時等における地域関係者の連携構築に向けた取り組みを支援していきます。

また、災害が起こったとしても被害を最小限に抑えるため、平時から防災に対する啓発や訓練や、個別支援計画の策定を行います。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
個別支援計画策定対象者数	700	700	700	750	750	750
個別支援計画策定数	2	3	3	30	60	100

(6) 高齢者の交通安全対策

本町では、自治会を通じて、生活に直結した道路や通学路の危険箇所などに対する改善要望が出されており、高齢者の事故防止に重点を置いた交通信号機や横断歩道の設置など、交通環境の整備に努めます。年に1回交通安全対策協議会を実施し、代表として老人クラブ連合会にも参加してもらい情報共有を行っています。

今後も、交通安全対策協議会において、老人クラブ連合会を通じて交通安全に対する意識啓発を行うなど、高齢者の交通安全意識向上のため、関係機関への働きかけに取り組みます。

また、住民共同でのまちづくりに向けた交通安全対策についての周知も行っています。

(7) 高齢者虐待防止対策の推進

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者に対する虐待等の権利侵害の防止を図ります。高齢者の尊厳の保持と安全で安心できる生活環境や福祉サービス利用環境を構築するため、虐待相談・通報体制の整備や、相談窓口の周知、民生委員・介護事業所等の関係機関との連携により、高齢者虐待の早期発見と防止に努めます。

① 養護者による高齢者虐待への対応

養護者による高齢者虐待の主な発生要因は、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」となっており、主たる養護者である家族の不安や悩みを聞き助言等を行う相談機能の強化・支援体制の充実が求められています。

養護者による高齢者虐待事例を把握した際は、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導及び助言を行うとともに、養護者の負担軽減のため、必要な措置を講じ再発防止に努めます。短期入所等を活用したレスパイトケアや、認知症カフェ、介護者家族の会の開催等により、高齢者を取り巻く養護者や家族に対する支援を行うことで高齢者の虐待防止に努めます。養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止についても、関係機関等との連携を図ることで体制強化に努めます。

② 介護施設従事者による高齢者虐待への対応

介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などとなっています。

介護施設等に対して、介護施設従事者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保を求めるとともに、高齢者虐待事例が発生した場合は、県等の関係機関と協力して、必要な措置を実施します。

なお、令和6年4月1日から、すべての介護サービス事業者において、1) 虐待防止委員会の設置、2) 指針の整備、3) 職員に対する虐待防止のための研修の定期的な実施、4) 虐待防止に関する担

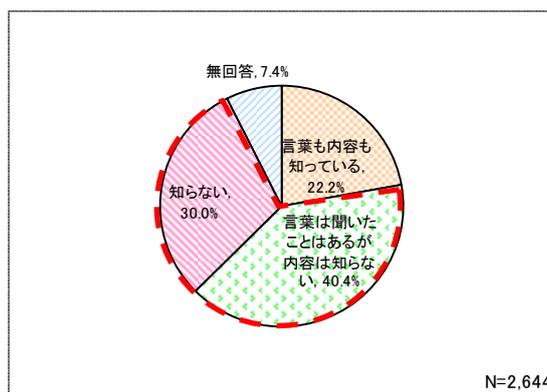
当者の配置が義務化されます。県や関係機関と協力して情報提供に努め、研修等の実施状況の確認等により高齢者の虐待防止に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
高齢者虐待相談件数	3	1	3	5	10	15

(8) 成年後見制度・日常生活自立支援事業

成年後見制度は、認知症や知的障がい、精神障がいにより判断能力が不十分な方の法的手続きや財産管理を後見人が代行し、支援する制度です。後見人の選任は裁判所への申立てが必要で、本人や親族による申立てが困難な場合に、町長が審判の申立てを行います。併せて、本人や親族に支払い能力がない場合、申し立てに要する経費や成年後見人等の報酬の一部を助成します。

ニーズ調査によると、成年後見制度について言葉は聞いたことはあるが内容は知らない、知らないと答えた方が70.4%となっています。



認知症高齢者等の増加に伴い、後見人等による支援が必要な方が増えることが予想されるため、相談窓口等のさらなる周知活動、広報等に努めます。

なお、判断能力はあるものの、日常的な金銭管理や契約を行うことに不安がある方に対して、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の専門員が、福祉サービスの利用手続きや、金銭管理のお手伝いをします。判断能力が不十分な方へは、成年後見制度の利用支援を行います。

【(参考) 成年後見制度と日常生活支援事業の比較】

制度等	厚労省	法務省			
	日常生活支援事業	任意後見	法定後見		
			補助	保佐	後見
対象者	判断能力がある方		判断能力が不十分な方	判断能力が著しく不十分な方	ほとんど判断できない方
相談先	地域包括支援センター				
	社会福祉協議会	公証人役場	家庭裁判所	申立できる人 ○本人・配偶者・4親等以内の親族等 ○身寄りのない人・親族が拒否した場合は市町村長	

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
日常生活自立支援事業 利用者数	10	13	15	16	17	18

(9) 成年後見制度の利用促進

成年後見制度は、自己決定権の尊重、残存能力の活用等を基本理念としており、認知症等により判断能力が低下した人の権利を法的に支援する制度です。

人と人、人と社会がつながり、すべての住民が、地域社会に参加できる地域共生社会の実現に向け、尊厳ある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるようにするため、成年後見制度の推進を図り、体制整備に努めます。

① 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

権利擁護支援を必要とする人は、判断能力等の状態や取り巻く生活の状況により、普段の生活を送ることができなくなったとしても、権利の侵害に気付かず、自ら助けを求めることが難しいため、1) 権利擁護支援の検討、2) 成年後見制度の利用開始までの支援、3) 成年後見制度の利用開始後の支援が必要になります。

誰もが、尊厳のある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるよう、地域や福祉、行政などに司法を加えた多様な分野・主体と協力し、「権利擁護支援チーム」、「協議会」、「中核機関」の3つの仕組みを持つ、地域連携ネットワークの構築に努め、成年後見制度の利用が必要な人を発見し、適切な支援につなげる地域連携体制の構築を推進します。

② 権利擁護支援チームの形成

権利擁護支援チームとは、ケアマネジャー、介護サービス事業所、家族、民生委員などから構成される、権利擁護支援を行うチームです。支援が必要な人を中心に、本人の状況に応じ、身近な親族、福祉・医療、地域の関係者と後見人等がチームになって、日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握します。既存の「認知症初期集中支援チーム」や「地域ケア会議」等の福祉・医療等のサービス調整や支援を行う体制を活用し、必要に応じ、法律・福祉の専門職や後見人等、意思決定に寄り添う人などを加え、適切に本人の権利擁護が図られるよう努めます。

③ 成年後見制度利用促進のための中核機関の設置

中核機関は、本人や関係者等からの権利擁護支援や成年後見制度に関する相談を受けた場合に、連携の中心となり、支援内容の検討や適切な支援を実施するため、専門職団体等と支援が必要な人をつなぐ役割を担います。また、地域連携ネットワークにおける専門職団体・関係機関の協力・連携強化を図るための取り組みも求められています。権利擁護支援の地域連携ネットワークを整備し、県や関係機関及び庁

内関係部署と連携を図り、成年後見制度を適切に運営していくための中核機関の設置に努めます。

なお、中核機関の設置にあたっては、地域住民や医療・介護事業所等の関係機関と協力し、成年後見制度の定期的な周知、潜在化している権利擁護支援ニーズの情報収集等の地域の体制づくりに取り組み、成年後見制度の利用促進に努めます。

④ 協議会の設置

協議会は、地域において、法律・福祉の専門職団体や関係機関が連携体制を強化し、自発的に協力する体制づくりを進めるための合議体です。成年後見等開始の前後を問わず、「権利擁護支援チーム」に対し、各専門職団体や関係機関が必要な支援を行います。

中核機関が、成年後見制度を含めた権利擁護支援の相談を受けた場合、相談支援・支援チームの形成支援・支援チームの自立支援等、具体的な支援を検討・協議する協議会を設置します。メンバーは、家庭裁判所や三士会(弁護士会、司法書士会、社会福祉士会)等のほか、地域の事情を踏まえて柔軟に対応することが求められます。

なお、設置については、「地域ケア会議」などの既存の合議体を活用することで、効率的な設置・運営に努めます。

⑤ 市町村長申立の適切な実施と成年後見制度の推進

老人福祉法第 32 条の規定により、市町村長は、判断能力の不十分さを要因として養護者及び養介護施設従事者等による虐待が生じ、第三者等による身上の保護と財産管理が必要と判断した場合、対象者保護のため成年後見制度の申立てができます。

本町では、成年後見制度を必要とする人が適切に制度を利用できるよう、地域連携ネットワークにおける「波佐見町成年後見制度利用支援事業」の周知等により支援事業の利用促進を図るとともに、「波佐見町成年後見制度利用支援事業実施要綱」に基づき、後見、保佐又は補助開始の審判の申立て、審判の申立てに要する費用負担、成年後見人等への報酬の助成等の支援の適切な実施に努めます。

成年後見制度について、広報等で周知や啓発を行い、相談につながるような取り組みを行うとともに、親族後見人等への情報提供や相談対応による後見人等の支援、地域住民の自主活動を通じた市民後見人の育成などについても周知・啓発を行い、成年後見制度の推進に努めます。

(10) 地域支援ネットワークの形成

高齢者、特にひとり暮らし高齢者や認知症高齢者、高齢者夫婦世帯など、周囲の支援を必要とする人たちが安心して暮らすことができるよう、「地域支援ネットワーク」の形成を推進します。

「高齢者支援ネットワーク」の整備・強化では、認知症の方の高齢者支援ネットワークとして、令和2年度から「波佐見町あんしん見守り事業」を行い、行方不明になる可能性がある高齢者を対象に、事前情報登録とQRコード付きの見守りシールを配布しています。

見守りシールを着用して安心して外出できるように、また、地域で困っている方へ声をかけやすくするための取り組みとして、事業の周知と合わせて、実際に見守る側の対応として、あんしん見守り訓練を行っています。

また、コンビニや宅配業者と見守り協定を結び、訪問の際の声かけや安否確認等が実施されており、安心安全な暮らしづくりに向けて民生委員・児童委員協議会や地域ボランティア等との連携を強化するとともに、要援護者の情報を把握し、近隣住民が支え合う体制づくりに努めます。

今後も住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう地域支援ネットワーク体制を強化していきます。

高齢者等見守りネットワーク協定締結事業所	
	事業所・所属等
1	波佐見郵便局
2	株式会社セブン-イレブン・ジャパン
3	生活協同組合ララコープ
4	佐世保ヤクルト株式会社
5	株式会社ミルクボーイ
6	明治安田生命保険相互会社

第2節 健康で生きがいのある暮らしができるまち

1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、支援が必要な方への効果的かつ効率的な支援をすることを旨とする。要介護状態の予防と重度化防止のため、個人の能力を活かしながら、生きがいや役割をもって自立した生活を送ることができるよう、事業の充実に努めます。

(1) 訪問型サービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）

現在本町では、1事業所がサービス提供を行っています。令和4年度に実施した介護人材実態調査によると、訪問介護員が提供するサービス内容は、入浴や排せつ等の身体介護の提供よりも、調理・掃除等の生活援助の提供時間が多いことが分かっています。

今後は、要支援認定を受けて、身体介護等の専門的なサービスが必要な方については、訪問介護員による専門的なサービスに重点化し、軽度な支援が必要な方の家事援助等については、地域ケア会議等を通じた介護予防ケアマネジメントの充実を図ることで、自立支援に向けたサービスの提供に努めます。

また、町内の事業所だけでは人材不足が懸念されていることから、有償ボランティアが役割を担えるような体制の整備を進めています。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
一月あたり延利用者数	228	216	180	200	200	200

(2) 訪問型サービス（多様なサービス）

本町では、多様な訪問型サービスとして、訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）、訪問型サービスC（短期集中型）を実施し、多様な個別の課題を解決し、自立した生活に向けた支援を行っています。

訪問型サービスAは、身体介護を必要としない生活援助のみの利用者にサービス提供を行うための事業で、利用者の自宅を訪問し、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。担い手の養成として、生活支援サポーター養成講座を実施しています。訪問型サービスCは、心身の状況により、訪問による個別支援が必要な方を対象としており、短期集中的に専門職が関わり、個別の課題を解決し、自立した生活に向けた支援を行っています。

今後も、担い手の充実等により、多様なニーズに対応したサービスの充実を図ります。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
訪問 A 利用者数	12	11	10	12	14	16
訪問 C 利用者数	12	4	5	7	8	10

(3) 通所型サービス（旧介護予防通所介護に相当するサービス）

高齢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、閉じこもり予防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する事業です。利用者が通所介護の施設（デイサービスセンター等）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。町内には4つの事業所があります。

総合事業ガイドラインでは、現行相当サービスは専門的な支援が特に必要なケースに限定し、利用者の多様なニーズに応じたサービスを整備することとなっていることから、通所型サービスCを中心とした受け皿整備と自立支援に向けたサービスの提供に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
一月当たり延利用者数	616	656	670	680	690	690

(4) 通所型サービス（多様なサービス）

本町では総合事業に位置付けられた通所型サービスの多様なサービスとして通所型サービスC（専門職による短期集中支援）を行っています。

通所型サービスCは、3～6か月間の短期集中型通所サービスであり、週1回介護予防拠点「笑わん場」で、事業対象者に理学療法士等による筋力アップ体操等の運動指導、管理栄養士による栄養相談、歯科衛生士による口腔機能に関する指導を行い、機能改善を目指す事業です。

今後は、地域の中にある住民主体の通いの場との連動、早い段階での専門的な予防事業への接続を行い、訪問型サービスCの併用等で、多様な生活のニーズに応じながら自立した生活を送るための支援体制を拡充していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
通所C実施回数	48	48	48	48	48	48
通所C利用者数	40	33	40	45	45	45

(5) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

適切なアセスメントを行い、利用者の状態や環境等に応じて目標を設定し、利用者自身が目標達成に向けた取り組みを実施できるよう、心身機能や活動、参加の視点を踏まえ、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
ケアマネジメント件数	532	491	400	420	430	440

2 一般介護予防事業の推進

(1) 介護予防普及啓発事業

一般介護予防事業の推進にあたっては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「①心身機能」、「②活動」、「③参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。

本町では、高齢者自身が元気なうちから介護予防に取り組み、住み慣れた地域で生き生きとした生活が送られるよう支援するため、健康教育や介護予防教室、講演会等を行っています。

2025年（令和7年）や2040年（令和22年）に向けた早い段階からの介護予防・健康づくりの意識付けのため、いきいき大学での講演会や各種介護予防教室を実施し、効果的に啓発を行っています。

今後も一体的事業や、地域ケア会議等で抽出された介護予防に関する課題をもとに、講演会等の啓発や、介護予防教室に取り組み、住民の介護予防意識の向上に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
70歳到達者健康教育利用者数	169	133	150	200	200	200
菜の花広場利用者数	26	26	30	35	38	40
オレンジ広場利用者数	19	16	18	19	20	21
脳トレチャレンジ教室回数	32	35	41	42	42	42
脳トレチャレンジ教室利用者数	1,026	1,234	1,320	1,350	1,400	1,450
いきいき百歳体操実施個所数	28	27	25	26	28	30

(2) 地域介護予防活動支援事業

高齢者が、住み慣れた地域で介護予防活動ができるよう支援する事業であり、本町は、社会福祉協議会に委託して事業を行っているサロンを位置付けています。

月1回実施の「ふれあい型サロン（17か所）」と、週1回いきいき百歳体操をプログラムとした「いきいき運動型サロン（25か所）」が実施されています。これに住民主体の通いの場（自主活動6か所）を含めると、おおむね町内の全地区にいずれかが実施されるまでに取り組みが拡大しています。

第8期計画では、通いの場へ歯科衛生士や栄養士等、専門職の派遣や、サロン交流会、グループ立ち上げ支援等、地域の介護予防活動が活性化するよう取り組みました。

今後は、高齢者が年齢を重ねても歩いて通える体操や社会参加の場としての役割を強化するために、より小さな区域でサロン、通いの場の立ち上げ、運営を行っていきけるよう体制整備を行っていきます。

		第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
		R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
ふれあい型	実施箇所数	18	17	17	18	19	20
	参加者数	266	280	350	360	370	380
いきいき運動型	実施箇所数	28	27	25	26	28	30
	参加者数	530	472	458	470	500	520

※いきいき運動型サロン実施箇所数には、サロン化していないものも含む

(3) 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画の定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業を含む総合事業全体の事業評価を行います。併せて、認定者情報による新規認定者及び要支援悪化者の分析等も行っています。一般介護予防事業では、個別ケースや各教室の体力測定結果の経年比較を行いました。

今後も現在行っている分析を定期的に変更していき、経年的な評価を基にした事業の検証を行うとともに、PDCAサイクルに沿って、効果的・効率的に取り組みが進むよう、介護関連データを活用した分析を行い、評価結果に基づく事業の改善を図ります。

(4) 地域リハビリテーション活動支援事業

地域の実情に応じた効果的かつ効率的な介護予防の取り組みを強化するため、通所系サービス、訪問系サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議等において、地域のリハビリテーション専門職や県央地域リハビリテーション広域支援センター等と連携し、住民主体の通いの場等におけるリハビリテーション専門職が関わる介護予防の取り組みを支援します。

3 包括的支援事業の推進

(1) 介護予防ケアマネジメント事業（介護予防支援事業）

要支援認定者について、地域包括支援センターが①アセスメント、②介護予防ケアプランの作成、③事業の実施、④評価のプロセスにより、自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上など自立支援を目標とする介護予防支援に関するケアマネジメントを実施する事業です。

介護保険サービスに限らず、利用者に応じた多様なサービスや地域の資源を活用しながら、ケアマネジメントを実施しています。自立支援型地域ケア会議の定期的な実施により、多様な専門職と共にケアプランの検証や自立支援について検討し、より適切な支援が行える体制をとっています。

今後は、介護保険サービスに限らず利用者に応じた多様なサービスや地域の資源を活用していくとともに、その創出についても検討を行っていきます。

同時に、介護予防は生活習慣病との関連も深いため、若・壮年期からの一連の健康づくり事業の中核として位置付け、連続した取り組みができるよう健康づくり部門との連携、強化に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
介護予防ケアマネジメント 件数	1,044	1,008	1,190	1,200	1,190	1,180

(2) 総合相談支援業務及び権利擁護

高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や環境等を幅広く把握し、総合相談の過程で、虐待や困難事例など権利擁護の観点から支援が必要と判断した場合に、成年後見制度の活用、老人福祉施設等への措置、消費者被害の防止などの諸制度を活用し、支援を行います。

現在、窓口に来た相談者への対応のほか、電話での相談についても、できる限り訪問して内容を確認することで、顔の見える対応を行っています。緊急時や時間外の対応もできるように24時間電話対応ができる体制を継続するとともに、研修等を通じて職員の資質向上に努め、より充実した総合相談業務の展開を図ります。

高齢化や核家族化に伴い、複合的な課題を抱える相談が増えてきています。今後も相談件数の増加や、内容の複雑化が見込まれます。資質向上、連携強化、チームでの検討を行いながら、多様な相談に対応できるよう取り組むとともに、相談窓口のさらなる周知や制度の周知・啓発に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
総合相談件数	243	320	330	330	340	350

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント事業

個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを行うことができるよう、高齢者本人やケアマネジャーへ支援を行っています。

ケアマネジャーの資質向上のために、今後も継続して関係機関と連携したケアマネジャー研修会等の開催を支援し、内容の充実を図るとともに、多職種とのネットワークづくりの強化に向けた地域ケア会議の充実に努めます。自立支援型地域ケア会議の定期的な開催、必要に応じて、困難事例に対応した地域ケア会議の開催のほか、地域ケア会議で積み上げた地域課題に対する庁内連携にも努めます。

現在、東彼3町ケアセミナーやケアネットはさみ'05へ参加し、運営の協力や関係機関同士のネットワークを形成しています。

今後も、関係者が協働して課題を解決し、支援していくネットワークを構築するなど、高齢者個人に対する支援の充実やそれを支える社会基盤の整備を図ります。

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進などを図り、健康状態不明者の把握、医療・介護サービスの接続、通いの場を利用した相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と健診、介護事業を一体的に取り組み健康寿命の延伸を目指します。

本町では、令和3年度より一体的な事業に取り組みました。ハイリスクアプローチとしては、糖尿病性腎症重症化予防事業、低栄養防止事業、健康状態不明者等把握事業を重点に対象者を抽出し、電話や個別訪問による栄養指導や、関連部署への共有・連携を行いました。また、令和4年度よりポピュレーションアプローチとして、管理栄養士が通いの場を巡回し、健康教育を行うとともに、地域包括支援センターと連携し、年1回の体力測定を行っています。また、質問票で口腔機能低下にチェックされた方へ歯科衛生士による個別訪問で口腔ケア指導や受診勧奨も行い、高齢者のフレイル予防・健康寿命延伸に取り組みました。

今後も、ハイリスクアプローチの対象者を重点に、個別訪問や電話での健康指導を行うとともに、通いの場参加者に対する健康教育を通して、フレイル予防や健康寿命の延伸に取り組みます。

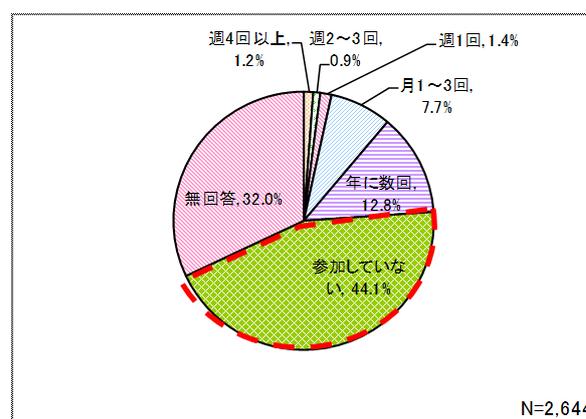
5 社会参加・生きがいづくり

(1) 老人クラブ活動への支援

老後の生活を生きがいのある豊かなものにするために、地域において自主的に結成された老人クラブを支援し、高齢者の社会参加を推進しています。

それぞれのクラブにおいて、定例会や研修会、各種スポーツ活動を通じて自己研鑽や会員同士の親睦・融和、健康増進に努めていることから、その促進・充実のため、運営費を助成しています。また、毎月の老人クラブ連合会役員会で、介護保険制度の紹介や、地域包括支援センターの取り組みなどを共有し、連携を図っています。

本町では、65歳以上の高齢者は増加傾向にもかかわらず、新規入会者が少なく、会員数は減少傾向にあります。ニーズ調査でも、老人クラブに参加していないと答えた方が44.1%となっています。あらゆる場面で、老人クラブへの加入を勧奨し、健康で生きがいのある活動を支援します。



	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
単一老人クラブ数	22	22	22	22	22	22
会員数	2,306	2,185	2,087	2,050	2,025	2,000

(2) シルバーボランティアの推進

平成4年に設立されたシルバーボランティア連絡会では、60歳以上の元気でボランティア活動に意欲のある方が、地域で生活するひとり暮らしや寝たきり及び高齢者夫婦のみの世帯等を定期的に訪問し、日常生活でのお世話や介護、相談助言等をボランティアで取り組んでいます。

一方で、現ボランティアの高齢化に伴う退会等で登録者が減ってきており、それに伴い会員不在地区も12地区になっています。

今後は、すべての行政区にボランティアを設置することで、より重層的な地域資源を町内に創出することを目指し、会員不在地区の解消に向け会員募集を積極的に行うとともに、推進連絡会の活動促進のため支援を継続していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
シルバーボランティア登録者数	26	25	30	50	52	54
登録者在籍地区数	12	13	14	15	16	17

(3) 生涯学習の推進

本町では、婦人会・文化協会等、各種団体との連携による生涯学習講座やいきいき大学の実施により、住民の自主的な学習活動を促進するとともに、地域の少子高齢化や地域住民の価値観の多様化等にも対応できるよう長期的な生涯学習推進体制づくりを行うための人材育成を推進します。

講座の内容は各団体からの企画提案や住民からの要望によるもので、その実施を支援しています。現在は、「生涯学習講座」を社会教育団体（婦人会・文化協会等）と連携して実施し、毎月実施している「いきいき大学」では、生きがいと学びの場づくりに取り組んでいます。

今後は、社会教育団体や地域の各種団体等との連携を強化した、総合的な生涯学習体制の充実と情報提供に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
生涯学習講座数	5	6	6	6	6	6
受講者数	344	295	350	350	350	350

(4) スポーツ活動の推進

本町には、幅広い世代でスポーツを親しみ実践する風土があり、スポーツ少年団、社会体育団体、地域団体が活発に活動しています。また、総合型スポーツクラブにおいても健康づくりのための多様な内容の講座を行っています。運動不足による体力低下や社会参加の機会の減少が懸念されるため、総合型スポーツクラブ・スポーツ協会等を中心としたスポーツ活動や健康体操の推進により、住民の体力・健康づくりと社会参加の促進に努めます。また、スポーツ協会・クラブなどの育成による自主的なスポーツ活動を支援するとともに、指導者の養成や確保に取り組みます。

今後は生涯スポーツ活動の充実と住民の健康づくりのため、総合型地域スポーツクラブを核とした各種講座を継続的に実施し、生きがいづくりや共生社会の実現の推進を図ります。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
総合型スポーツクラブ受講者数	6,087	5,928	6,000	6,000	6,000	6,000
総合型スポーツクラブ講座数	19	17	20	20	20	20

(5) 高齢者の就労支援

シルバー人材センターは、会員による自主的な取り組みを基本として、高齢者ならではの就業機会の確保や就業の場の提供を行うとともに、高齢者の生きがい活動に参画しながら地域社会づくりに寄与しています。本町としても、健康で働く意欲のある高齢者の育成とセンターの機能強化・拡充を図るため、毎年運営費を補助していますが、定年退職年齢の引き上げや、再雇用の促進など社会的変化を背景に、平成28年度をピークに会員数は減少しています。今後も、シルバー人材センターの周知・PRに協力し、会員数拡大を支援するとともに、インボイス制度の開始による運営圧迫に対しても、運営状況を確認し、必要な支援を検討します。

また、ながさき生涯現役応援センター等との連携により、高齢者向け就職相談会や研修会の推進を図り、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進します。また、就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取り組みを実施したい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする就労的活動支援コーディネーターの配置の必要性についても検討していきます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
シルバー人材センター登録者数	101	102	99	101	103	105
延実働者数	2,684	2,845	3,738	4,000	4,200	4,400

(6) 給食ボランティアによる給食提供

本町では、給食ボランティアにより、75 歳以上のひとり暮らし高齢者を対象として、年 9 回給食サービスを提供しています。配達は民生委員会を中心に自主的な組織編成を行っており、見守りの役割もあわせて実施しています。

給食ボランティアの高齢化により、担い手不足や事業継承が今後の課題として挙げられており、また、ひとり暮らしではないが配食による支援が必要な相談が増えてきています。

今後は、給食提供の体制や提供回数の増加、担い手の確保を図るとともに、給食サービスへの新たな補助金等の創出を検討していきます。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
給食提供回数	8	9	9	9	9	9
給食提供食数	1,229	1,364	1,440	1,440	1,440	1,440
給食ボランティア数	14	15	16	18	20	21

(7) 生活支援サポーターの養成

本町では、介護予防・日常生活自立支援事業の多様な訪問型サービス（訪問型サービス A）の担い手として、生活支援サポーター「あなたの暮らし手伝い隊」の養成や活動支援を実施し、軽微な家事支援を担えるボランティアの体制整備を行っています。

今後も、高齢期でも個々の能力を生かし、生きがいを持って生活できるよう、ボランティアの啓発や体制づくり、活動支援を行います。ボランティア活動の活性化を図ることで、人材不足などの課題解決を目指します。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
生活支援サポーター養成者数	9	4	4	6	8	10

第3節 充実し、安定したサービスを受けられるまち

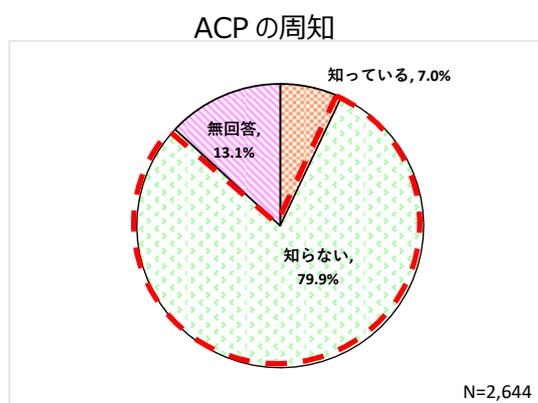
1 医療と介護をはじめとした地域の体制の構築

(1) 在宅医療と介護の連携強化

令和5年の法改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議では、2040年頃まで増加し続ける高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築することを目指しています。

高齢化・人口減少に伴い、今後医師や病床の不足、介護資源の不足が懸念される中、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ていくために、持続できる提供体制の構築や、連携体制の強化が必要です。

第8期計画では、地域の医療・介護の提供体制を維持するため、看取り体制の構築や、近隣市町や隣県など広域の医療機関との連携体制構築に向けて各種連携シートの作成、入退院ガイドラインの作成・普及に取り組み、住民が必要時医療介護サービスを検索できるよう「医療・介護サービス検索」「在宅医療に関するパンフレット」を作成しました。



ニーズ調査によると、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を知らないと答えた方が79.9%となっています。

今後、高齢者自身が望む生き方の選択ができるよう、地域においてACPに関する情報提供を的確に行い、関係する医療や介護職員等への研修会の実施を支援することで対応力の強化を図り、地域におけるACPの推進に取り組んでいきます。引き続き、在宅医療・介護連携支援センター「たんぼぼ」を中心に、東彼3町と医療・介護関係者と協議し課題抽出を行いながら、医療・介護の連携体制の強化を図ります。

【事業項目】

ア) 地域の医療・介護資源の把握

医療・介護資源が手軽に把握できる、病院・介護マップなどの情報媒体の作成・更新を行います。

イ) 在宅医療・在宅介護連携の課題の抽出と対応策の検討

在宅医療・介護連携支援センター「たんぼぼ」を中心に、東彼3町の現状把握と課題の抽出を行います。

ウ) 切れ目のない在宅医療及び在宅介護の提供体制の構築推進

医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り、を意識した取り組みを行います。

工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

各種連携シートの活用や、入退院支援ガイドラインの整備を行うなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援します。

オ) 在宅医療及び介護連携推進に関する相談支援

在宅医療・介護連携支援センター「たんぽぽ」を中心とした相談支援を継続します。

カ) 医療・介護関係者の研修

①在宅医療・介護連携支援センター「たんぽぽ」、②東彼 3 町ケアセミナー、③ケアネットはさみ'05 において、医療・介護の関係者の研修会実施を支援します。

キ) 地域住民への普及啓発

自分らしい生き方の選択ができるよう、人生会議（ACP）講演会やエンディングノート講座等を実施します。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
専門職向け研修会回数	6	9	9	9	9	9
住民向け講演会参加者数	66	36	70	80	90	100
花道ノート講座受講者数	12	9	11	15	18	20
もじばなゲーム体験者数	—	64	150	150	160	170

(2) 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、現在 7 人の職員と生活支援コーディネーターで対応していますが、相談件数・困難事例も増えてきており、支援内容も複雑になっています。

地域包括支援センターの果たすべき役割は、65 歳以上の高齢者に対する介護予防事業、高齢者本人やその家族等に対する相談支援、ケアマネジャーや主治医、地域の関係機関との連携や支援等を行う包括的支援事業の実施になりますが、設立当初とは比較にならないほど重要な役割を担っています。今後も、複雑、多様化する支援に対応できる体制を整えるため、専門職の適切な配置を行い、保健師・社会福祉士・主任介護専門員の 3 職種以外の専門職や事務職の配置も含め、必要な体制を検討し、地域包括ケアシステムの中核的な機関としての機能の充実・強化を図ります。

また、高齢者やその家族に関する多様な相談を受け、必要に応じて適切な機関につなぐ等の体制を整備するとともに、認知症施策、在宅医療・介護連携にかかる施策、生活支援・介護予防に関する施策との連携から、これらの事業を効果的に推進していきます。

今後増加が見込まれる認知症高齢者やその家族、近年社会問題となっているヤングケアラーなどの家族介護者支援への取り組み強化、重層的支援体制整備事業における、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されることも踏まえ、障害分野や児童福祉分野など他分野と連携促進を図り、地域の実情を踏まえた支援を行うことが重要となります。

今後は、地域包括支援センターにおける、柔軟な職員配置や居宅介護支援事業所等との連携、一部の業務委託等による体制の整備のほか、介護離職の防止や、家族介護者支援の充実のための相談体制の拡充などの検討が必要となります。

2 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築

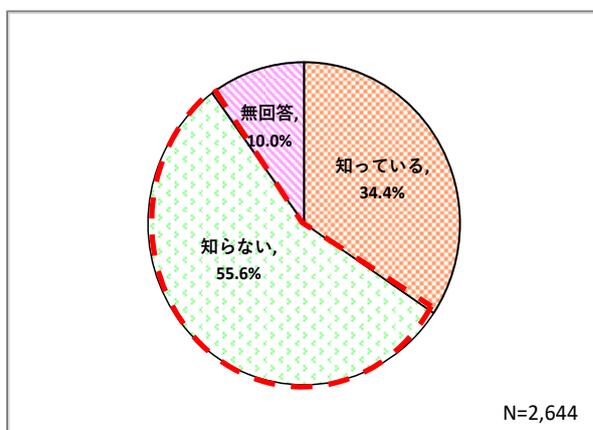
(1) 認知症の早期発見・早期対応

2025年には、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になると見込まれるほど、認知症は誰でも発症する可能性のある身近な病気です。認知症の方が尊厳を保持しながら、自分らしく安心して生活ができるよう、認知症に関する相談に迅速に対応できる体制の充実を図ります。

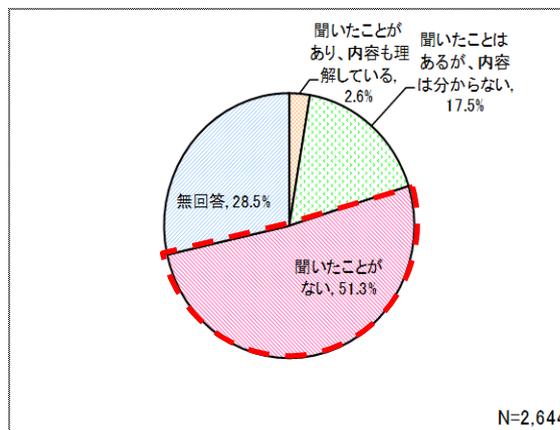
認知症地域支援推進員を配置し、医療や介護サービス、地域の支援者との関係づくりを行い、認知症高齢者と介護者を地域で支える体制の整備に努めます。また、認知症初期集中支援チームにおいて複数の専門職が関わることで、認知症が疑われる高齢者およびその家族への訪問、観察・評価を行い、対象者を適切な医療や介護サービスに繋ぐなどの初期支援の充実を図ります。町内の認知症サポート医との連携や、近隣市にある認知症疾患医療センターの機能を持つ医療機関との連携により、適切な対応ができる体制の整備に努めます。

ニーズ調査によると、認知症の相談窓口を知らないと答えた方が55.6%、認知症初期集中支援チームについて聞いたことがないと答えた方が51.3%となっており、認知症の早期発見・早期対応の推進のために、相談窓口等の周知啓発についてより効果的な方法を検討する必要があります。

今後も支援者の対応力向上を図り、認知症や相談窓口の周知を行うことで、早期発見・相談対応ができるよう体制を整備します。



認知症相談窓口の周知



認知症初期集中支援チームの周知

(2) 認知症高齢者及び家族への対応

認知症高齢者や介護者の交流の場として、「認知症家族の会」、「認知症カフェ」を行っています。令和2年度には、QRコード入りの見守りシールを活用した「あんしん見守り事業」を創設し、利用者は年々増加しています。「認知症カフェ」や「オレンジ広場」では、認知症当事者がいきいきと活動できる場になる取り組みを進めています。これらの事業は、認知症の人だけではなく、介護者の不安や悩みを共有し、心身の負担を軽減するとともに、認知症に関する知識や適切な介護方法、介護者の健康づくり等の学びの場となっています。

今後も、担当ケアマネジャーを通じた介護者への周知や広報紙の活用等、効果的な周知方法について検討し、対象者が参加しやすい事業の展開に努めます。認知症があっても穏やかな気持ちで生活していけるように、当事者や家族が思いを言語化し、気持ちの整理ができる場の創出に努めます。

認知症になっても安心して暮らせる共生型社会の実現に向けて引き続き取り組んでいきます。

(延利用者数)	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
認知症高齢者の家族の会	65	43	56	60	65	70
認知症カフェ	122	91	150	160	170	180
QRコード入り見守りシール配布	5	10	15	20	25	30

(3) 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

認知症への理解と関心を高め、認知症になっても安心して生活できるよう、住民をはじめ、学校、老人会、食生活改善推進員、婦人会などの各種団体に対して「認知症サポーター養成講座」を行い、認知症対応への正しい情報を伝えることで、地域で認知症高齢者とその家族を支える体制づくりを目指します。

また、認知症サポーター養成講座の受講者が実際に活躍できる場を持てるような取り組みとして、NPO法人オレンジの樹と連携したステップアップ講座を行っています。受講者は、認知症カフェや徘徊模擬訓練、共生型居場所のボランティアスタッフとして活動しています。

今後も、養成講座、ステップアップ講座を実施しながら、若年層や町内企業・職域など家族以外に対する講座の実施について検討し、認知症に対する正しい知識と理解を広げていきます。また、認知症サポーターの支援と、認知症の方やその家族の支援ニーズをつなげる仕組み「チームオレンジ」の整備に向けた取り組みに努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
認知症サポーター養成者数（年間養成者数）	224	148	200	200	200	200
ステップアップ講座受講者数	0	7	10	15	20	25

(4) 認知症ケアパスの普及と推進

認知症ケアパスとは、認知症の在宅支援に係る医療や介護サービスの情報を体系的に整理し資料化したものです。本町では、令和元年度に町内の社会資源を盛り込んだ認知症ケアパスを作成・内容の更新を行い、窓口相談での提示や、居宅介護支援事業所、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター「たんぼ」等へ設置して普及を進めています。また、広報紙や各種講演会等での認知症ケアパスの周知も行いました。今後は、当事者や家族が活用しやすい内容となるよう、当事者の意見を反映させる方法について検討します。

3 生活支援体制整備事業・住民主体のサービス体制の構築

(1) 生活支援コーディネーターと協議体の設置

生活支援体制整備事業における協議体については、生活支援コーディネーターの活動を組織的に補完するとともに、地域における生活支援の充実と強化、高齢者の社会参加の推進のために、非常に重要な役割を果たすことが期待されています。本町では、生活支援コーディネーターを配置し、第1層協議体からなる「まとめ隊会議」を年1回開催するなど、次年度の方向性を検討する場を設けています。

これまで、有償ボランティア4団体、無償ボランティア1団体、居場所3団体が立ち上がっており、居場所は、通いの場とは別に地域共生の場としての役割も担っています。また、年3回実施している支え合い勉強会においても、町の現状を共有し、どのような支援があれば安心して暮らすことができるか等の意見交換を行っています。

今後は、協議体の役割を明確化し、実働できる体制づくりを支援するとともに、既存の活動の継続支援を行いながら、地域課題の解決に向けた支援や取り組みの充実を図ります。「みんなが気軽に声かけや助け合いができ、安心して生活できる町」を目指し、住民と一緒に町づくりを進めていくとともに、住民が主体となった生活支援サービスの充実を図ります。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
支え合い勉強会参加者数	104	167	180	180	180	180
有償ボランティア団体数	3	4	4	5	5	6
居場所団体数	2	2	3	3	4	4

4 安定的な介護サービスの提供体制の確保

① 介護人材の確保

介護ロボットやICTの活用を推進するとともに、元気高齢者や中高年を対象とした各種ボランティアの養成、ながさき生涯現役応援センター等による高齢者の就業・社会参加の拡大を目指した取り組みとの連携を図ります。また、介護事業所や市町、関係機関等により構成された、県央圏域介護人材育成・確保対策地域連絡協議会や県、教育委員会等との連携により、体験学習や職業講話を通じた将来の介護人材確保につながる若年層からの意識醸成、元気高齢者の参入につながる取り組みに努めます。実際の雇用につながった事例については、把握方法を検討していきます。

② 国や県との連携による制度の周知・効率化

国では、介護職未経験者や再就職者の参入促進などに対し、支援金の貸付事業が行われています。福祉分野の慢性的な人材不足解消に向け、仕事の魅力ややりがいを感じてもらうことで、介護従事者の離職防止や定着につながるような取り組みを推進するとともに、介護サービス事業所に対する介護職員の確保や定着のための、介護職員処遇改善加算等の各種加算の制度周知に努めます。

また、介護現場における業務の効率化のため、各種申請や届出等における押印を廃止し、国が定める標準様式等を活用した簡素化を進めます。「電子申請・届出システム」やメールを活用した事務の効率化による負担軽減を図ります。

③ ハラスメントの防止

令和3年度介護報酬改定において、介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、すべての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策として必要な措置を講じることが義務付けられました。併せて、カスタマーハラスメントについては、その防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることが推奨されています。

介護現場における安定的な人材確保・維持のため、働きやすい職場づくりに向けた取り組みを推進します。

④ 感染症・災害対策の体制整備の推進

近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、介護サービス事業所が感染症や災害発生時に適切に対応できるよう、県や関係機関と連携した情報提供や、防災訓練等の実施確認等の支援を推進します。

感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、令和6年4月から、すべての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等が義務付けられています。令和5年5月から、新型コロナウイルスが5類へと区分変更になり、対応策等が緩和されてきている中、今後も国、県等の方針に則り、関係機関と連携した円滑な対応を行っていきます。

5 介護給付費等費用適正化事業

介護給付の適正化は、不適切な給付を是正する一方、利用者に適切な介護サービスを確保することで、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護保険料の増大を抑制することを通じて、介護保険制度の安定的な運営を確保することを目的としています。

本町では、主要 3 事業に位置付けられた以下の事業について実施しています。

(1) 要介護認定の適正化

国の基準に基づいた介護認定が行われるよう、認定調査員テキスト等に基づき、チェック項目や特記事項記載が適切であるか、職員による点検の実施に努めています。また、認定調査の直営化に努めることで、調査の平準化を図ります。

県主催の認定調査員研修への参加等により、認定調査員のスキル向上を図り、要介護認定の適正化に努めます。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
要介護認定の適正化実施率	100	100	100	100	100	100

(2) 住宅改修・福祉用具貸与等の点検を含むケアプラン点検

自立支援と重度化防止の視点に立ったケアプランが作成されているか、ケアマネジメントの質の向上を推進する適正なケアプランになっているか、専門職を交えた点検を行っています。

今後も、個別面談や結果報告を行うとともに、ケアマネジャーへの情報提供とフォローアップを行います。

住宅改修では、住環境コーディネーターによる書類確認、職員による現地施工確認を行っています。見積もり合わせの推奨や施工後の現地確認により、利用者自身が適正化の視点を持てるよう配慮しています。福祉用具は、利用者の状況に応じた選定となるよう、ケアマネジャーへの確認と専門職の関与を推奨しています。いずれも、必要に応じて地域ケア会議の中でリハビリ専門職への確認を行っています。

今後も、福祉用具による手すり貸与と住宅改修の代替性、軽度者の福祉用具貸与に関する必要性の客観的な精査に努めます。

	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
ケアプラン点検件数	50	49	50	50	50	50
住宅改修等の点検実施率	100	100	100	100	100	100

(3) 医療情報との突合・縦覧点検

長崎県国民健康保険団体連合会から提供される、複数月にまたがる明細書の内容を確認、医療・介護の情報の突合を行い、支払われた介護報酬の整合性が取れているかを確認しています。請求誤りとなったものは、事業所等に通知し、過誤処理・再請求を行うことで給付の適正化を図っています。今後も引き続き点検を行い、適正化に努めます。

	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5(見込)	R6	R7	R8
縦覧点検・医療情報との突合実施率	100	100	100	100	100	100

第2章 介護保険事業量の推計

第1節 認定者等の推移と予測

1 高齢者人口と認定者数・認定率の推移と予測

高齢者人口は、令和3年度に4,710人となっていました。令和5年度は4,690人（20人の減少）となっています。

今後の予測は、令和7年度に4,735人となり、令和5年度と比較して45人の増加となります。さらに、令和12年度には4,639人、令和22年度には、4,554人と予測されます。

認定率は、令和3年度に16.5%となっていました。令和5年度は15.7%（0.8ポイントの減少）となっています。

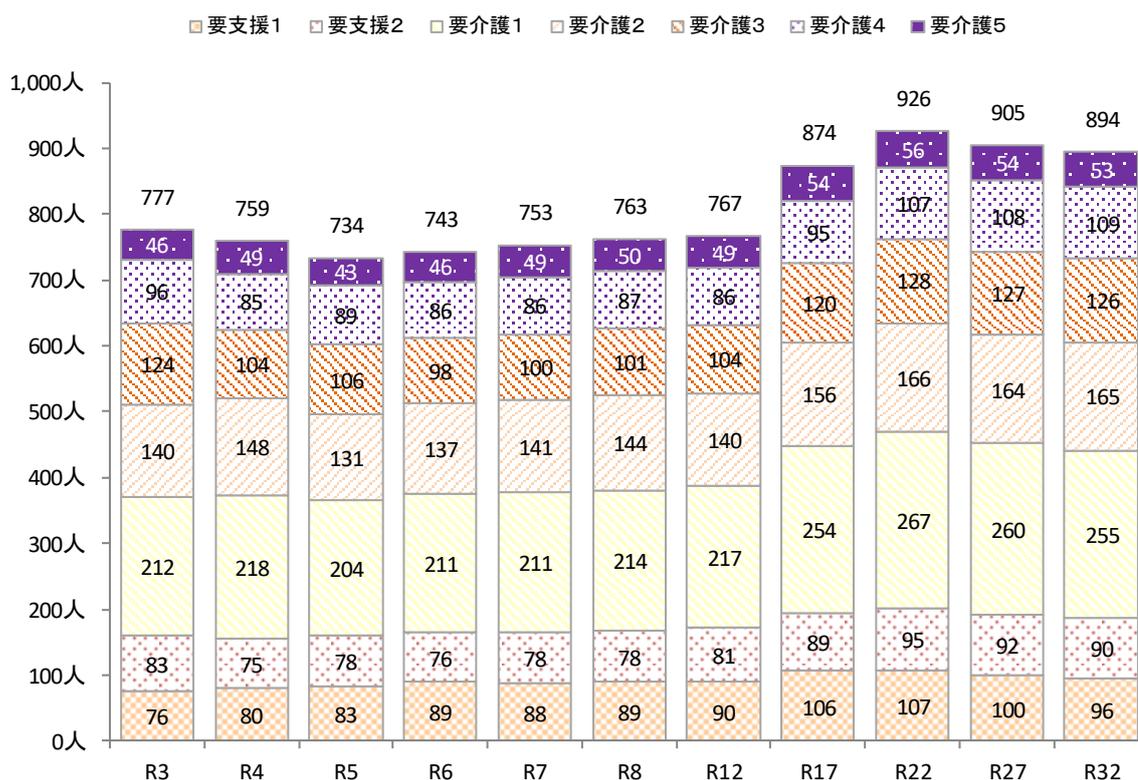
今後の予測は、令和7年度に15.9%となり、令和5年度と比較して0.2ポイントの増加となります。さらに、令和12年度には16.5%、令和22年度には、20.3%と予測されます。



2 介護度別認定者数の推移と予測

認定者は、令和3年度に777人となっていました。令和5年度は734人（43人の減少）となっています。

今後の予測は、令和7年度に753人となり、令和5年度と比較して19人の増加となります。さらに、令和12年度には767人、令和22年度には、926人となると予測されます。



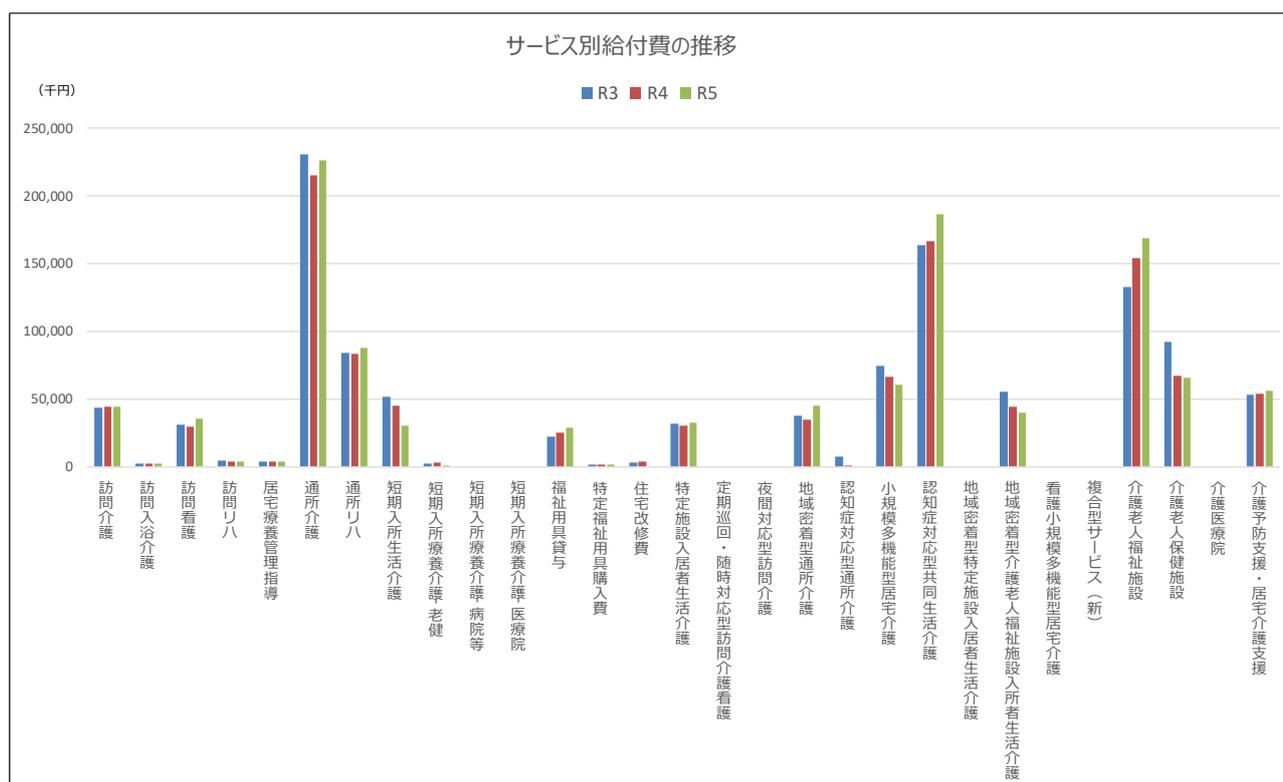
3 前期計画の評価

(1) 前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、令和3年度の1,132百万円から、令和5年度は1,122百万円となり、10百万円減少（令和3年度比99%）となります。

給付費のサービス種類別内訳では、令和3年度比で、居宅サービスは96%、居住系サービスは112%、施設サービスは98%となります。

	R3	R4	前年比	R5	前年比	前々年比
居宅サービス(千円)	655,218	618,719	94.4%	628,458	101.6%	95.9%
居住系サービス(千円)	195,588	197,063	100.8%	218,953	111.1%	111.9%
施設サービス(千円)	281,247	267,618	95.2%	274,622	102.6%	97.6%
総計(千円)	1,132,052	1,083,401	95.7%	1,122,033	103.6%	99.1%

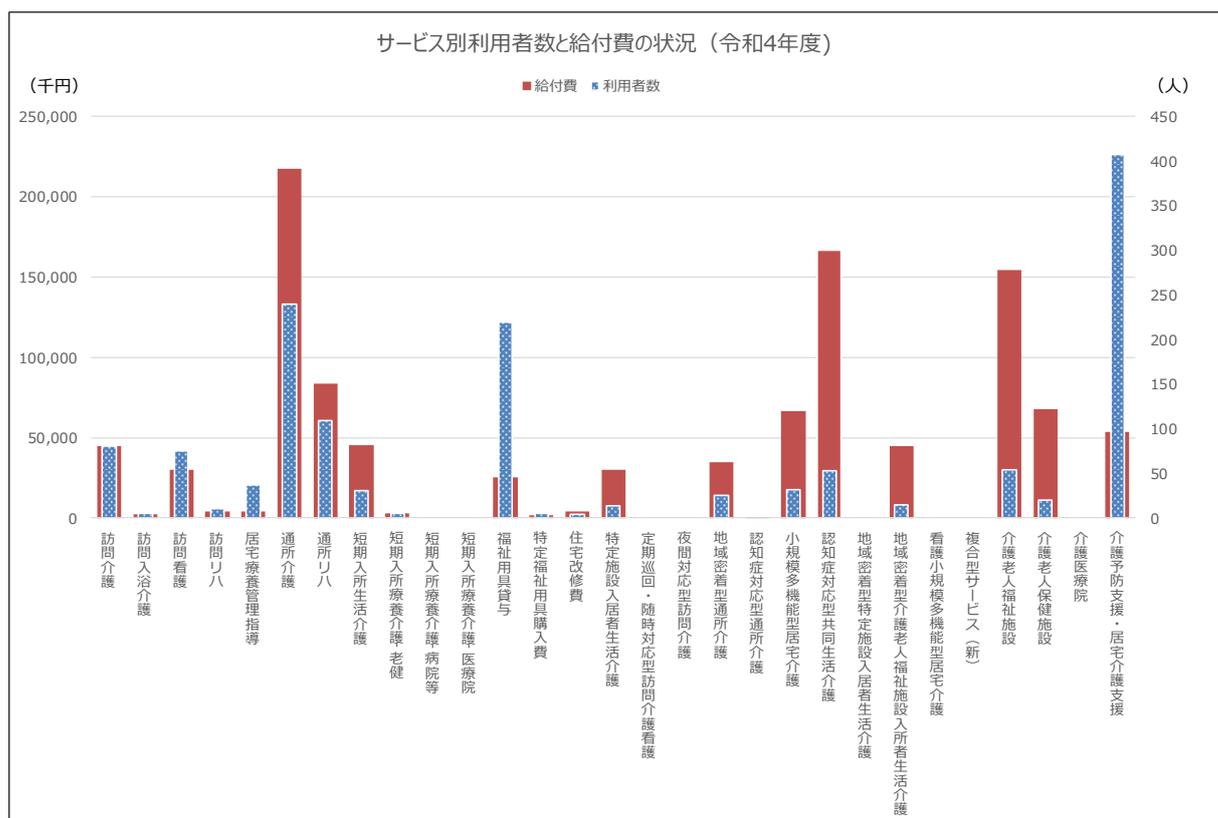


4 サービス別利用者数と給付費の状況（令和4年度）

サービス別の利用者数と給付費を比較してみると、訪問介護、介護予防支援・居宅介護支援、福祉用具貸与は、給付費は少ないものの、利用者数が多いサービスとなります。

一方、施設入所系サービスや定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能居宅介護などは、利用者数は少ないものの給付費が多いサービスとなります。

なお、訪問介護と通所介護の利用者数・給付費には、総合事業対象者分を含めて記載しています。



第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策

介護保険サービスについては、2025年を見据えた介護保険事業計画の策定(地域包括ケア計画、中長期的な推計)に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

なお、ここで使用している介護保険に関する各種データは、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出したデータとなります。

試算に関する留意点

本章でお示している事業量・保険料は、令和5年12月の県報告データを基に作成しています。

今後は、国・県からの指導や近隣市町村の動向などの影響、さらには、これから示される予定の報酬改定などの影響により、事業量・保険料が変更となる可能性が極めて高い状況です。

また、試算に使用できている給付データも、令和5年8月時点までのデータを基に令和5年度分として試算するようになっております。

そのため、令和5年度のサービス別給付実績は、極端な数値となっている場合がありますが、令和6年度以降の推計を作成する際には、令和3～4年度の実績や、介護サービス事業所等の提供体制等を把握した上で、その伸びを考慮しています。

四捨五入の関係で、合計が一致しない場合があります。

1 サービス別利用者数推計

(1) 予防給付利用者数推計

予防給付利用者数推計は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	21	21	21
介護予防訪問リハビリテーション	11	11	11
介護予防居宅療養管理指導	2	2	2
介護予防通所リハビリテーション	35	35	35
介護予防短期入所生活介護	1	1	1
介護予防短期入所療養介護(老健)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	51	53	54
特定介護予防福祉用具購入費	2	2	2
介護予防住宅改修	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	2	2	2
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3)介護予防支援	94	96	96

(2) 介護給付利用者数推計

介護給付利用者数推計は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス			
訪問介護	58	58	58
訪問入浴介護	4	4	4
訪問看護	57	58	58
訪問リハビリテーション	7	7	7
居宅療養管理指導	33	34	35
通所介護	195	196	199
通所リハビリテーション	81	81	83
短期入所生活介護	35	35	35
短期入所療養介護(老健)	4	4	4
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	218	219	224
特定福祉用具購入費	5	5	5
住宅改修費	2	2	2
特定施設入居者生活介護	14	14	14
(2) 地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	27	27	27
認知症対応型通所介護	2	2	2
小規模多機能型居宅介護	22	22	22
認知症対応型共同生活介護	60	60	60
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	19	19	19
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
複合型サービス(新)	0	0	0
(3) 施設サービス			
介護老人福祉施設	61	61	61
介護老人保健施設	23	23	23
介護医療院	0	0	0
(4) 居宅介護支援	328	328	336

2 入所系サービスの必要利用定員総数について

地域密着型サービスのうち本計画において定める3年間の必要利用定員総数は、以下のとおりとします。

(1) 認知症対応型共同生活介護

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規整備数(箇所数)	0	0	0	0
整備総数(箇所数)	3	3	3	3
定員総数(床数)	63	63	63	63

(2) 地域密着型特定施設入居者生活介護

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規整備数(箇所数)	0	0	0	0
整備総数(箇所数)	0	0	0	0
定員総数(床数)	0	0	0	0

(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規整備数(箇所数)	0	0	0	0
整備総数(箇所数)	1	1	1	1
定員総数(床数)	19	19	19	19

第3章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

第1節 介護保険事業費の算出

1 事業費算出の流れ

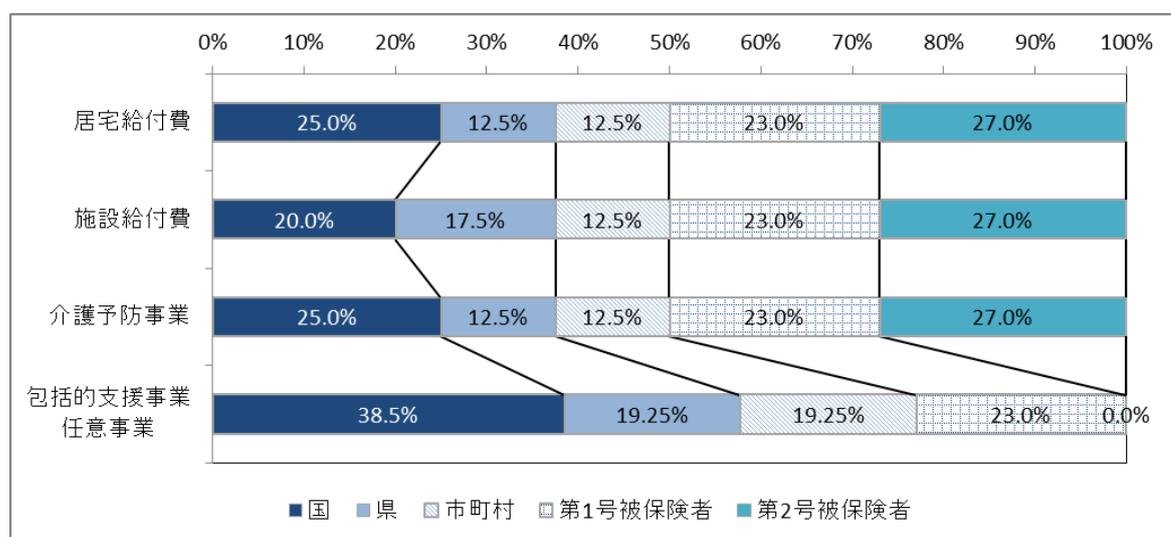
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-



2 事業費の見込み

(1) 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援1～2認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス	31,800	31,966	32,041
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	6,865	6,865	6,865
介護予防訪問リハビリテーション	3,897	3,897	3,897
介護予防居宅療養管理指導	127	127	127
介護予防通所リハビリテーション	13,647	13,647	13,647
介護予防短期入所生活介護	340	340	340
介護予防短期入所療養介護(老健)	294	294	294
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	4,160	4,326	4,401
特定介護予防福祉用具購入費	599	599	599
介護予防住宅改修	1,871	1,871	1,871
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス	1,458	1,458	1,458
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	1,458	1,458	1,458
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3)介護予防支援	5,075	5,184	5,184
合計	38,333	38,608	38,683

(2) 介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護1～5認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。 単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	488,951	491,034	496,615
訪問介護	38,219	38,219	38,219
訪問入浴介護	2,146	2,146	2,146
訪問看護	25,101	25,732	25,732
訪問リハビリテーション	2,677	2,677	2,677
居宅療養管理指導	3,405	3,501	3,610
通所介護	232,741	233,966	237,016
通所リハビリテーション	74,706	74,706	76,448
短期入所生活介護	47,182	47,182	47,182
短期入所療養介護(老健)	2,142	2,142	2,142
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	25,782	25,913	26,593
特定福祉用具購入費	1,823	1,823	1,823
住宅改修費	1,771	1,771	1,771
特定施設入居者生活介護	31,256	31,256	31,256
(2) 地域密着型サービス	331,739	331,739	331,739
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	35,399	35,399	35,399
認知症対応型通所介護	1,487	1,487	1,487
小規模多機能型居宅介護	50,869	50,869	50,869
認知症対応型共同生活介護	189,155	189,155	189,155
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	54,829	54,829	54,829
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
複合型サービス(新)	0	0	0
(3) 施設サービス	255,139	255,139	255,139
介護老人福祉施設	177,278	177,278	177,278
介護老人保健施設	77,861	77,861	77,861
介護医療院	0	0	0
(4) 居宅介護支援	49,776	49,725	50,921
合計	1,125,605	1,127,637	1,134,414

3 その他の給付等の見込み

(1) 標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費(円)	1,163,938,000	1,166,245,000	1,173,097,000	3,503,280,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	30,057,512	30,256,043	30,732,516	91,046,071
高額介護サービス費等給付額(円)	15,765,814	15,869,947	16,119,868	47,755,629
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	3,399,850	3,432,142	3,492,112	10,324,104
算定対象審査支払手数料(円)	1,166,102	1,177,198	1,197,784	3,541,084
標準給付費見込額(円)	1,214,327,278	1,216,980,330	1,224,639,280	3,655,946,888

(2) 地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	48,755,000	53,399,000	48,838,000	150,992,000
包括的支援事業及び任意事業費(円)	32,969,000	32,977,000	32,972,000	98,918,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	20,659,000	20,742,000	20,694,000	62,095,000
地域支援事業費(円)	102,383,000	107,118,000	102,504,000	312,005,000

(3) 財政安定化基金

	令和6～8年度
財政安定化基金拠出金(円)	0
財政安定化基金拠出率(%)	0
財政安定化基金償還金(円)	0

(4) 準備基金の残高と取崩額

	令和6～8年度
準備基金の残高(令和4年度末)(円)	412,974,509
準備基金取崩額(第9期)(円)	55,300,000

(5) 市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
市町村特別給付費等(円)	0	0	0	0

(6) 予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率(%)	98.00

4 所得段階に応じた保険料額の設定

各段階における保険料負担割合は以下のとおりとなります。

介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、今後の介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再配分機能を強化することで、低所得者の保険料上昇の抑制を図ります。国の定める標準段階数、標準乗率、公費軽減割合の変更により、以下のとおり10段階から13段階を新たに設定した所得段階を設定します。

所得段階	対象者	基準額に対する割合	年額保険料 (円)
第1段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.455 (0.285)	28,390 (17,780)
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.685 (0.485)	42,740 (30,260)
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.69 (0.685)	43,050 (42,740)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.90	56,160
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	1.00 基準額	62,400
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.20	74,880
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.30	81,120
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.50	93,600
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額320万円以上420万円未満	1.70	106,080
第10段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	1.90	118,560
第11段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	2.10	131,040
第12段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	2.30	143,520
第13段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額720万円以上	2.40	149,760

※第1段階から第3段階については、公費による保険料軽減あり。

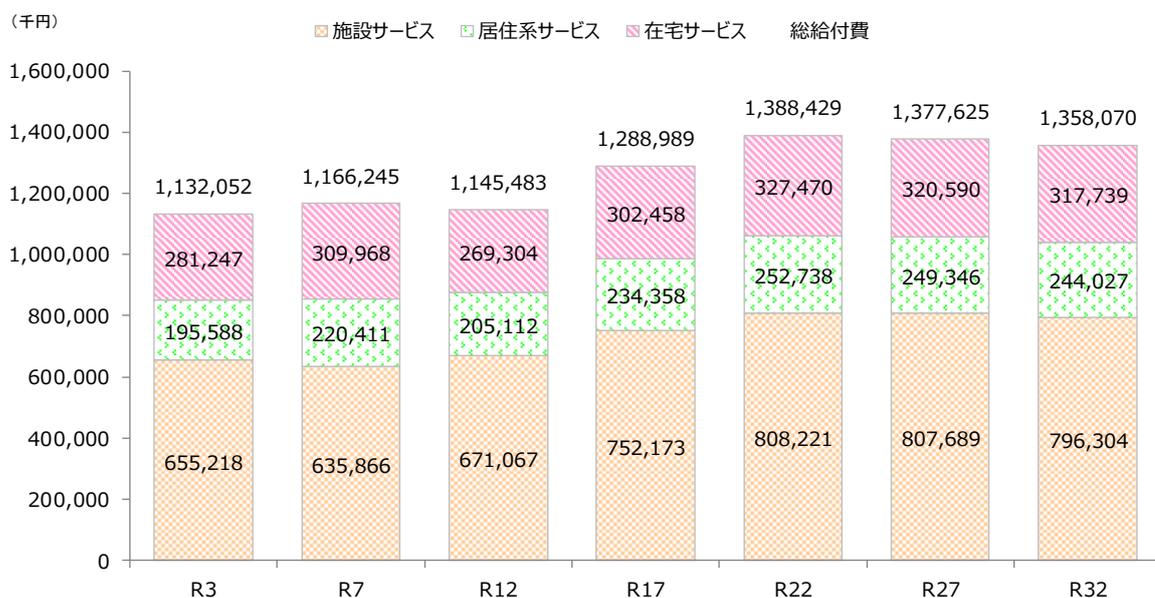
() 内は公費投入後、保険料負担軽減した割合と保険料額

第2節 2040年のサービス水準等の推計

1 2040年のサービス水準等の推計

2040年を見据え「地域包括ケア計画」を計画的・段階的に進めていくために、サービス水準等について推計しました。

なお、ここで示す給付費等については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。

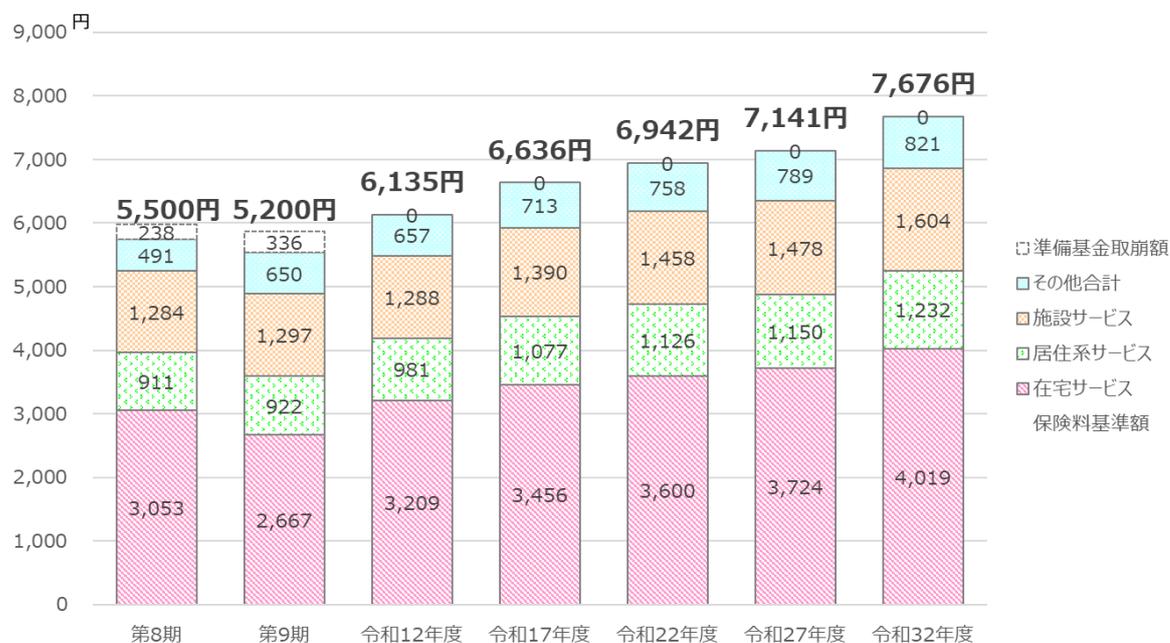


	令和3年度	令和7年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費 (千円)	1,132,052	1,166,245	1,145,483	1,288,989	1,388,429	1,377,625	1,358,070
在宅サービス 給付費	655,218	635,866	671,067	752,173	808,221	807,689	796,304
在宅サービス 割合	57.9%	54.5%	58.6%	58.4%	58.2%	58.6%	58.6%
居住系サービス 給付費	195,588	220,411	205,112	234,358	252,738	249,346	244,027
居住系サービス 割合	17.3%	18.9%	17.9%	18.2%	18.2%	18.1%	18.0%
施設サービス 給付費	281,247	309,968	269,304	302,458	327,470	320,590	317,739
施設サービス 割合	24.8%	26.6%	23.5%	23.5%	23.6%	23.3%	23.4%

2 介護保険料基準額の経年変化

2040年を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。



	第8期	第9期	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費 (円)	5,248	4,886	5,478	5,923	6,184	6,352	6,854
在宅サービス	3,053	2,667	3,209	3,456	3,600	3,724	4,019
居住系サービス	911	922	981	1,077	1,126	1,150	1,232
施設サービス	1,284	1,297	1,288	1,390	1,458	1,478	1,604
その他合計	491	650	657	713	758	789	821
保険料収納必要額	5,739	5,536	6,135	6,636	6,942	7,141	7,676
準備基金取崩額	238	336	-	-	-	-	-
保険料基準額	5,500	5,200	6,135	6,636	6,942	7,141	7,676

第4章 計画の推進

第1節 介護サービスの質の確保・向上

1 周知広報・相談支援等に資する取組の強化

(1) 制度の普及啓発

本町では、介護保険制度周知に向けたパンフレットの作成・配布や広報紙・ホームページによる介護保険制度やサービスの紹介、民生委員等に対する手続き等に関する研修会など様々な方法により介護保険制度の周知・普及に取り組んできました。

介護保険サービスが多様化・複雑化している中で、利用者やその家族等がサービスに関する情報を正しく理解・活用できるよう、今後も情報提供に努めます。

(2) 苦情処理・相談体制の充実

介護保険事業の運営にあたっては、要介護認定や保険料、あるいはサービスに対する不満や苦情が発生することが想定されます。

苦情の相談や不服の申立てについては、地域包括支援センターの窓口、介護保険審査会（認定結果・保険料）、国民健康保険団体連合会（介護サービス関係）で受け付ける体制となっています。

必要に応じて関係機関との連携や事業者への調査実施など、迅速な対応に努めるとともに、課題や要望に対して、再発防止とサービスの質向上に努めます。

(3) 低所得者への配慮

経済的な理由で生計困難な方が、必要な介護保険サービスを受けられるよう、高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給や特定入所者介護サービス費の支給のほか、利用者負担金の支払が困難な場合に、その一部を無利子で貸し付ける事業や、社会福祉法人が低所得者に対する利用者負担の減免を申出・実施した場合に、その減免額の一部を助成する事業を行っています。

また、災害等のやむを得ない理由により、一時的に負担能力の低下が認められる場合には、申請により保険料の一部減免を実施しています。

今後も各種制度の周知を図りながら、低所得者の負担軽減に取り組んでいきます。

2 適切なサービス提供体制の確保

(1) 要介護認定の適正化・標準化に向けた取組

遠隔地を除くすべての認定調査を本町の調査員が行い、介護認定審査会に諮るために必要となる認定調査票と主治医意見書については、あらかじめ全件の点検を行い、矛盾や具体性に欠ける記載がある場合は、認定調査員や主治医に確認し適宜修正を行っています。

また、全国一律の基準に基づき公平公正な要介護認定調査を行うために、要介護認定適正化事業の活用及び県主催の認定調査員に対する研修を通して調査員間のばらつきが生じないよう指導等を実施し、今後も引き続き公正公平な認定調査を行っていきます。

(2) 介護サービス事業所・居宅介護支援事業所に対する指導・監査等

国・県の指針等に基づき、地域密着型サービス事業者については、定期的実施指導を行うとともに、迅速かつきめ細やかな指導を実施し、指導基準の遵守やサービスの質の改善・向上を図っていくための体制を整備します。

また、平成 30 年度から居宅介護支援事業所の指定権限が、都道府県から市町村に移譲されました。

居宅介護支援事業所の主業務であるケアマネジメントは、介護保険利用者と地域をつなぐ重要な役割を果たしており、ケアマネジャーの育成は、質の高い介護サービスを提供するために欠かすことができないことから、指定権限移譲を機に保険者としてケアマネジャーの育成や指導、支援に積極的に関与します。

(3) 介護に携わる人材の確保・資質の向上

国は、介護に携わる人材の確保等に関して、「介護・障がい福祉従事者の人材確保のための介護・障がい福祉従事者の処遇改善に関する法律」を施行したことや、「一億総活躍社会」に向け「安心につながる社会保障」に関連する取り組みの一環となる、2020 年代初頭までに家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく「介護離職ゼロ」を推進していることから、その周知とそれに基づいた事業所の取り組み等を支援しています。

また、介護・福祉・保健・医療の各分野の関係者、地域で活躍する人材、民間の活動団体等と連携・協働して、生活支援サービスの提供などによる「専門職が専門性を活かした活動に注力できる」体制を整えます。

資料編

第3部 資料編

1 波佐見町介護保険事業計画策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 波佐見町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を策定するにあたり、本町における高齢者の保健福祉施策の充実と、介護保険事業の円滑な実施を図るため、波佐見町介護保険事業計画策定委員会（以下「委員会」という。）を設置し、広く町民の意見を反映させるものとする。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について所掌する。

- (1)介護保険事業計画の円滑な推進に関すること
- (2)高齢者保健福祉計画に係るサービス供給体制の整備に関すること
- (3)地域密着型サービスの指定及び適正な運営の確保に係る次の事項に関すること
 - (ア)サービスの指定に関すること
 - (イ)サービスの指定基準及び介護報酬の設定に関すること
 - (ウ)サービス事業者の質の確保、運営評価その他町長が適正な運営を確保するために必要と認められる事項に関すること
- (4)その他事業計画の策定及び運営に必要な事項に関すること

(委員会の構成)

第3条 委員会は、委員15人以内で組織する。

2 委員は次に掲げる者の中から町長が委嘱する。

- (1)医療機関の代表
- (2)関係施設の代表
- (3)関係団体の代表
- (4)関係行政機関の職員
- (5)被保険者の代表
- (6)保険者の代表

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、3年とする。

2 委員に欠員が生じたときは、速やかに補欠委員を委嘱するものとする。

ただし、補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員長及び副委員長は、委員の互選により選出する。

2 委員長は、委員会を総括し、議事進行にあたる。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

(会議)

第6条 会議は、必要に応じて委員長が招集する。

(事務局)

第7条 委員会の事務局は、長寿支援課内に置く。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成10年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

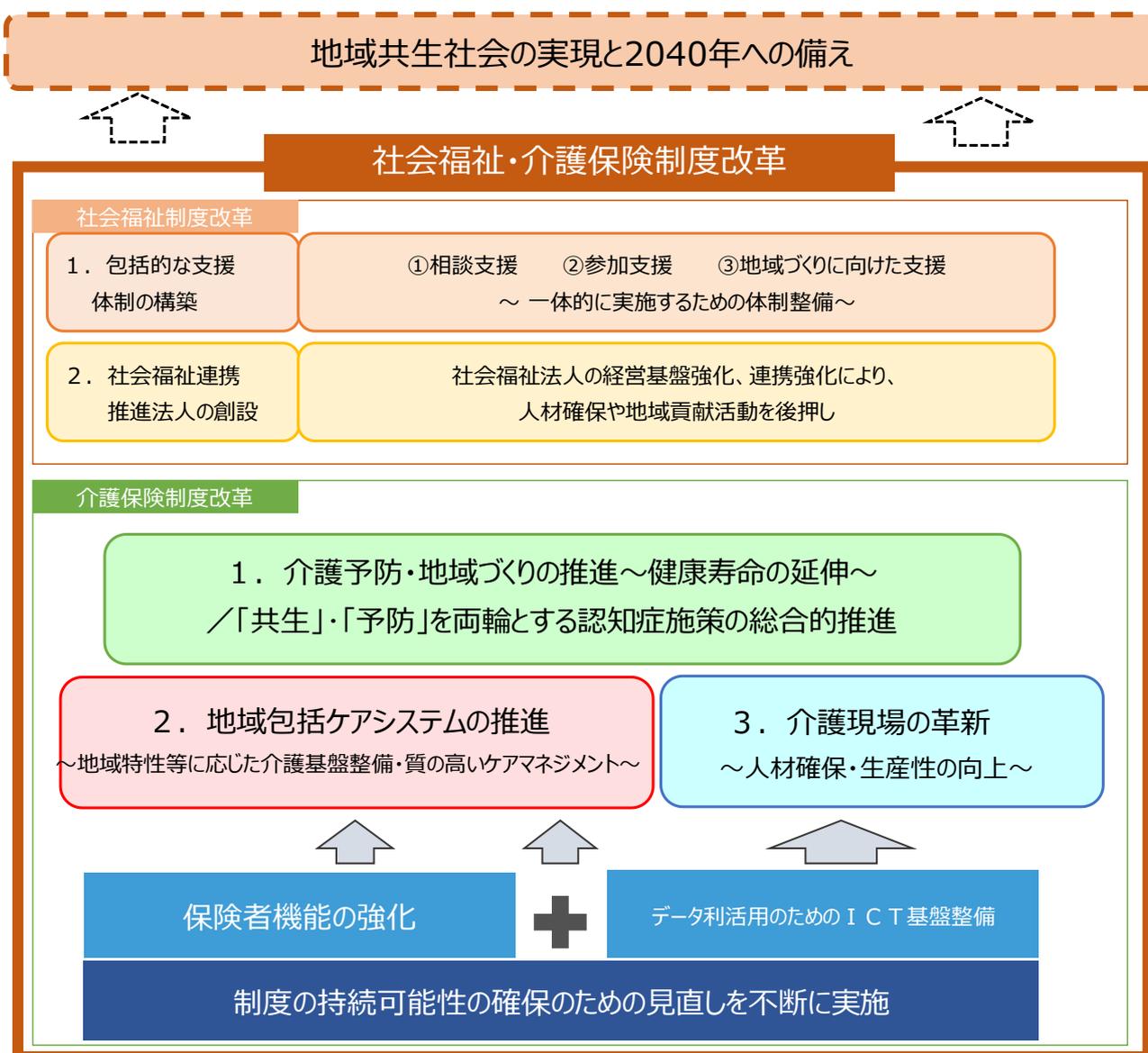
2 波佐見町介護保険事業計画策定委員会委員名簿

概要	所属団体等	氏名
医療機関の代表	はすわ診療所理事長	別府 俊治
	やまべ歯科医院院長	山邊 成志
関係施設代表	グループホームひだまり施設長	村岡 勇輔
関係団体の代表	社会福祉協議会事務局長	河野 一郎
	民生委員児童委員協議会会長	北村 洋子
	ケアプランセンターはなもも	田添 誠子
被保険者の代表	第1号被保険者（自治会長会）	宮川 豊
	第1号被保険者（老人クラブ連合会）	中尾 正嗣
	第1号被保険者（婦人会）	清水 栄子
	第1号被保険者（介護者家族の会）	山口 喜美子
	第2号被保険者（壮年会）	木村 定二
保険者の代表	長寿支援課長	松添 博
行政職員	企画情報課長	澤田 健一
	住民福祉課長	井関 昌男
	子ども・健康保険課 健康増進班係長(保健師)	岩崎 未恵

3 介護保険制度改革の概要

国は、第9期計画策定に向けた基本方針として、社会福祉制度改革と介護保険制度改革の2つの大きな改革を軸とした「地域共生社会の実現と令和22年（2040年）への備え」を掲げています。そのうち、介護保険制度改革の中では、3つの柱とその基盤となる保険者機能の強化、データ利活用のためのICT基盤整備を目指しています。

なお、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価が求められています。



厚労省資料より

〈介護保険制度の経過と全国平均介護保険料の推移〉

期	介護保険制度の経過	期間、全国平均 介護保険料
第1期 制度開始	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスと原則1割負担する制度の開始 ・ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加 	平成12～14年度 2,911円
第2期 制度定着	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質向上サービスの質向上、在宅強化 ・要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む 	平成15～17年度 3,293円
第3期 制度改正	<ul style="list-style-type: none"> ・「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視 ・地域包括支援センター設置と地域密着型サービスの提供開始 	平成18～20年度 4,090円
第4期 予防の強化と地域 福祉との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進 ・介護サービス事業所に対する助言及び指導、監督の適切な実施 	平成21～23年度 4,160円
第5期 地域包括ケアシス テムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築に向けた連携強化 ・施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準の撤廃 	平成24～26年度 4,972円
第6期 在宅医療・介護連 携と総合事業の導 入	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム実現に向け在宅医療・介護連携の本格化 ・2025年までの中長期的な視野に立った施策の展開 ・市町村の裁量による介護予防・日常生活支援総合事業の導入 	平成27～29年度 5,514円
第7期 介護予防・総合事 業の開始と権限強 化	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい介護予防・日常生活支援総合事業の開始 ・在宅医療・介護連携の強化、認知症施策推進、地域ケア推進会議の設置 ・居宅介護支援事業所の権限移行など市町村権限の強化 	平成30～令和2 年度 5,869円
第8期 人材確保と業務効 率化、感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> ・地域共生社会の実現 ・介護人材の確保策の強化と業務効率化の取組の強化 ・災害や感染症対策に係る体制整備 	令和3～5年度 6,014円

4 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

国は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、健康保険法等の一部を改正し、以下の実現を目指すこととしました。本計画はその実施計画の位置付けを持つものとします。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】
 - ① 出産育児一時金の支給額を引き上げるとともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
 - ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・県・市町村で負担する。
2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】
 - ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率を同じとする。
 - ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。
3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】
 - ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。
また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。
 - ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
 - ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。
4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

 - ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
 - ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施し、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
 - ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で、当該情報に係るデータベースを整備する。
 - ④ 地域医療連携推進法人制度について、個人病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
 - ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

厚労省資料より

5 共生社会の実現を推進するための認知症基本法の概要

共生社会の実現を推進するための認知症基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することで、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を目指したもので、本計画はその実施計画の位置付けを持つものとします。

基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備、その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

6 第9期介護保険事業計画の基本指針の見直しのポイント

国は、第9期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7年（2025年）を迎えること、さらに、高齢者人口がピークを迎える令和22年（2040年）を見通し、地域の実情と将来の姿を見据えた介護保険事業計画を策定するよう基本指針を示しています。

基本指針の見直しのポイント

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

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

② 在宅サービスの充実

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

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

① 地域共生社会の実現

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

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

③ 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・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

厚労省資料より

7 用語集

用語	解説
ACP (アドバンス・ケア・プランニング)	ACP (アドバンス・ケア・プランニング) とは、将来の変化に備え、将来の医療やケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組み。
一体的事業 (高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施)	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する事業で、令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指すもの。
ケアマネジメント (居宅介護支援)	要支援・要介護者等が自立した日常生活を営むために必要なサービスを利用できるように、予防給付・介護サービス計画(ケアプラン)を作成し、その計画に基付くサービスが適切に行われるようにサービス提供者などとの連絡調整を行うこと。
ケアマネジャー (介護支援専門員)	要介護者等からの相談に応じて、適切な介護保険サービスを受けられるよう事業者等との連絡調整を行い、ケアプランを作成する専門的な知識・技術を有する人。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1割を利用者が負担し、残りの9割は保険給付される。財源としては、半分を被保険者が保険料として負担し、残りの半分を公費で賄っている。
介護予防・日常生活支援総合事業	地域の実情に応じ、多様なマンパワーや社会資源の活用などを図りながら、要支援者や介護予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの切れ目のない総合サービスを提供することができる事業。
基本チェックリスト	二次予防事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全25項目について、「はい/いいえ」で回答する。
成年後見制度	病気や障がいのため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行ためを自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
地域ケア会議	地域ケア会議は、市町村もしくは地域包括支援センターが実施・主催する「地域包括ケアシステムの実現に向けて行われる会議」であり、「個別課題解決機能」、「ネットワーク構築機能」、「地域課題発見機能」、「地域づくり」、「資源開発機能」、「政策形成機能」の5機能が期待されており、多職種が地域包括ケアの実現に向けて話し合うもの。
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の工場、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。

用語	解説
地域包括ケアシステム	高齢者が介護や支援を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域全体で支えていく体制。
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参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域密着型（介護予防）サービス	平成 18 年 4 月から新たに創設されたサービス。高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活できるようにする観点から、それぞれの市町村に居住する人を対象として、原則として日常生活圏域ごとに提供される。
認知症	脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下する病気。
認知症ケアパス	認知症ケアパスとは、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に、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となる。
認知症サポーター	認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、自分のできる範囲で活動する人。
バリアフリー	障がい者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
ユニバーサルデザイン	高齢者や障がい者、子どもなど、すべての人にとって使いやすいよう製品、環境、情報などをデザインするという考え方。
リハビリテーション 専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体又は精神に障がいのある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。
ロコモティブ シンドローム	日本整形外科学会が、2007 年（平成 19 年）に、新たに提唱した運動器症候群と呼ばれる運動器自体の疾患を有することや、加齢による運動器機能不全を指し、寝たきりや要介護の主要な原因とされる。

波佐見町高齢者福祉計画及び
第9期介護保険事業計画

令和6年3月

発行 波佐見町

〒859-3791

長崎県東彼杵郡波佐見町宿郷660番地

T E L 0956-85-2111（代表）

<http://www.town.hasami.lg.jp/>
