

雄武町
第10期高齢者保健福祉計画
・第9期介護保険事業計画

令和6年3月
雄武町

● 目 次 ●

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景	1
① 法的根拠	1
② 他計画との関係	1
2 国の動向	3
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	7
1 高齢者を取り巻く現状	7
2 アンケート調査結果	12
① 調査の目的	12
② 調査対象者	12
③ 調査期間	12
④ 配布・回収状況	12
3 アンケート調査からみえる課題	26
第3章 計画の基本的方向	30
1 基本理念	30
2 基本目標	31
3 施策体系	32
4 施策項目と個別施策・サービス	33
第4章 施策の展開	36
第5章 介護保険事業量の推計	84
1 第8期計画期間の動向	84
2 第9期の介護給付等の見込み	85
① 被保険者数・要介護認定者数の推計	85
② 介護保険サービス量の見込み	86
③ 介護保険給付費の見込み	87
④ 第1号被保険者介護保険料の設定	89
第6章 計画の推進に向けて	91
1 推進体制	91
2 評価・点検の手法	91

資料.....	91
1 策定委員会条例、委員・事務局名簿.....	92
2 用語解説.....	94

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景

(1) 計画策定の趣旨

平成12年に、介護を社会全体で支えることを目的に創設された介護保険制度も、いよいよ団塊の世代が75歳以上となる2025年(令和7年)が計画期間となる第9期計画(令和6年度～令和8年度)となります。

高齢者にとっては、要介護状態にならず健康寿命を延伸し、いつまでも元気に自分らしく住み慣れた地域で生活していくことが重要です。また、2025年(令和7年)には、認知症数も全国で700万人に達するとの予測も出ており、令和5年6月には、『共生社会の実現を推進するための認知症基本法』が成立するなど、認知症対策も喫緊の課題となっています。

本町の高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画第8期計画では、基本理念に『やさしさと生きがいにあふれるまち 雄武』を掲げ、介護予防を推進し、高齢者がいきいきと自立した生活を送ることができるようにするとともに、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、介護基盤が充実したまちの実現をめざし取り組んできました。

第8期計画の計画期間が令和5年度で最終年度となることから、介護サービス基盤の計画的な整備、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保及び介護現場の生産性向上の推進の充実をめざした次期計画となる第9期計画を策定します。

(2) 計画の位置づけ

① 法的根拠

本計画は、高齢者の保健福祉施策の総合的な推進を図ることを目的として、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体的に定めたものです。

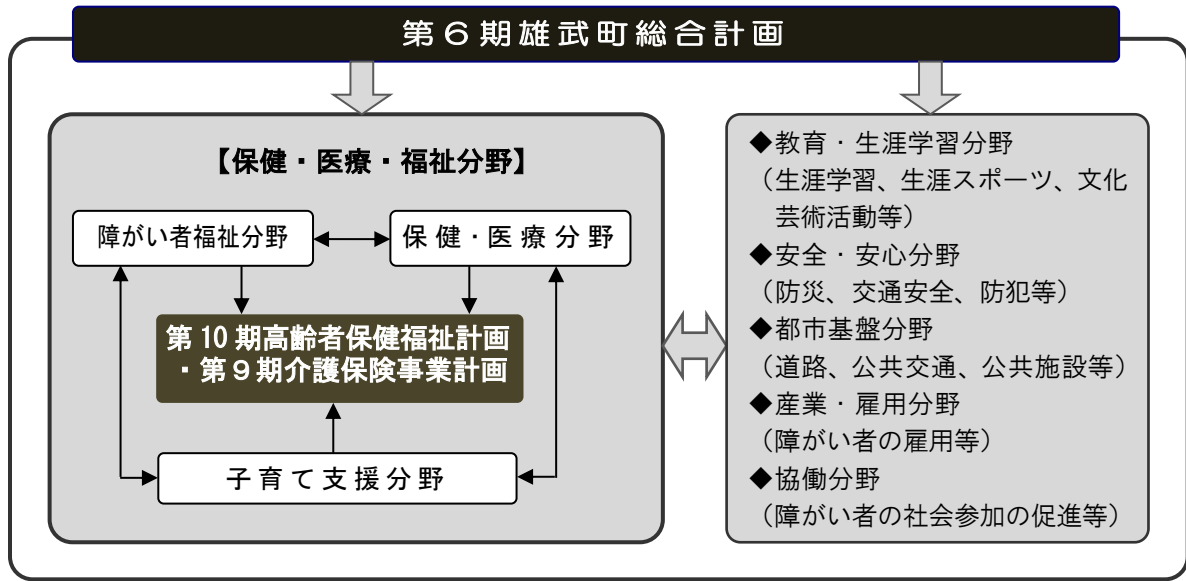
高齢者保健福祉計画は、高齢者の健康と福祉の増進を図るため、老人福祉法第20条の8の規定に基づき策定する計画です。

また、介護保険事業計画は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を図るため、介護保険法第117条の規定に基づき策定する計画です。

② 他計画との関係

本計画は、「第6期雄武町総合計画」(平成30～令和9年度)をはじめとする町政の各分野で定めている計画や、「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」をはじめとする道の関連計画との整合を図りながら策定します。

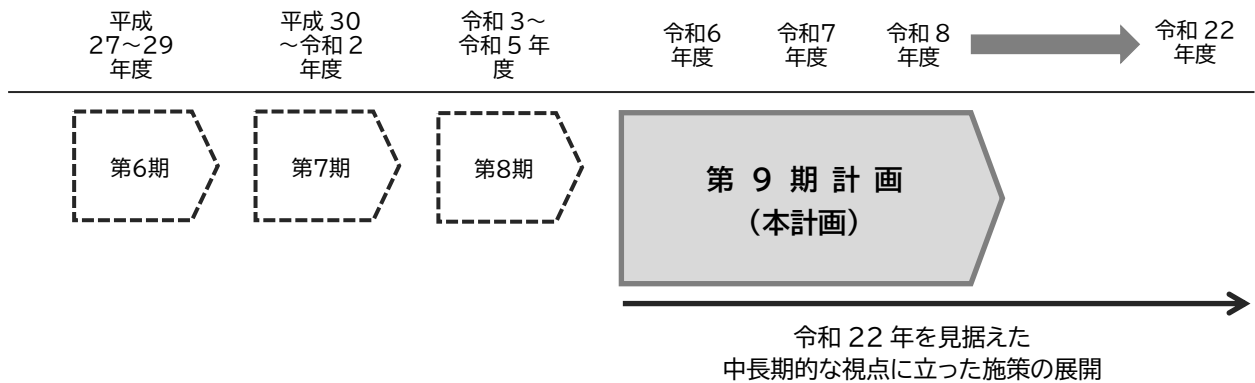
計画の位置づけ



(3) 計画期間

本計画は、令和6年度から令和8年度までの3か年計画です。

なお、国や道による施策の動向、社会経済情勢の変化を見極めながら、必要に応じて見直しを行うものとします。



2 国の動向

(1) 基本指針について

国は、第9期介護保険事業計画において記載を充実する事項として、次の3項目をあげています。

1	介護サービス基盤の計画的な整備
	<ul style="list-style-type: none">○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性○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○サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性○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の重要性○居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・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
	<ul style="list-style-type: none">○総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性○地域リハビリテーション支援体制の構築の推進○認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組○地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等○重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進○認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進○高齢者虐待防止の一層の推進○介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進○地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性○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情報基盤を整備○地域包括ケアシステムの構築状況を点検し、結果を第9期計画に反映。国の支援として点検ツールを提供○保険者機能強化推進交付金等の実効性を高めるための評価指標等の見直しを踏まえた取組の充実○給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化、介護給付費の不合理な地域差の改善と給付適正化の一体的な推進

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の推進
<p>○ケアマネジメントの質の向上及び人材確保</p> <p>○ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進</p> <p>○外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備</p> <p>○介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性</p> <p>○介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用</p> <p>○文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）</p> <p>○財務状況等の見える化</p> <p>○介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進</p>	

出典：社会保障審議会（介護保険部会 令和5年7月10日第107回）資料より

国は、基本指針で第9期介護保険事業計画の記載事項を次のように定めています。

【基本的記載事項】

基本的記載事項	主な内容
1 日常生活圏域	日常生活圏域の範囲、各日常生活圏域の状況等を定めること
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	(1)各年度における介護給付対象サービスの種類ごとの量の見込み (2)各年度における予防給付対象サービスの種類ごとの量の見込み
3 各年度における地域支援事業の量の見込み	(1)総合事業の量の見込み (2)包括的支援事業の事業量の見込み
4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定	(1)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定 (2)介護給付の適正化への取組及び目標設定

【任意記載事項】

任意記載事項	主な内容
1 地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項	(1)在宅医療・介護連携の推進 (2)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 (3)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (4)地域ケア会議の推進 (5)高齢者の居住安定に係る施策との連携
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策	(1)関係者の意見の反映 (2)公募及び協議による事業者の指定 (3)都道府県が行う事業者の指定への関与 (4)報酬の独自設定

3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策	(1)地域支援事業に要する費用の額 (2)総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの種類ごとの見込量確保のための方策 (3)地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防の達成状況の点検及び評価 (4)総合事業の実施状況の調査、分析及び評価
4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項	
5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項	(1)介護給付等対象サービス (2)総合事業 (3)地域包括支援センターの設置、適切な運営及び評価並びに体制の強化 (4)高齢者虐待防止対策の推進
6 認知症施策の推進	(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・介護者等への支援 (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
7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数	
8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項	
9 市町村独自事業に関する事項	(1)保健福祉事業に関する事項 (2)市町村特別給付に関する事項 (3)一般会計による事業に関する事項
10 災害に対する備えの検討	
11 感染症に対する備えの検討	

(2) 認知症基本法について

共生社会の実現を推進するための認知症基本法が以下のような目的で令和5年6月に成立し、基本的な施策が盛り込まれています。

【共生社会の実現を推進するための認知症基本法】

目 的	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、認知症施策を総合的かつ計画的に推進 ⇒ 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）の実現を推進
基本的施策	<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症の人に関する国民の理解の増進等 2 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進 3 認知症の人の社会参加の機会の確保等 4 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護 5 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等 6 相談体制の整備等 7 研究等の推進等 8 認知症の予防等 <p style="text-align: center;">等</p>

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

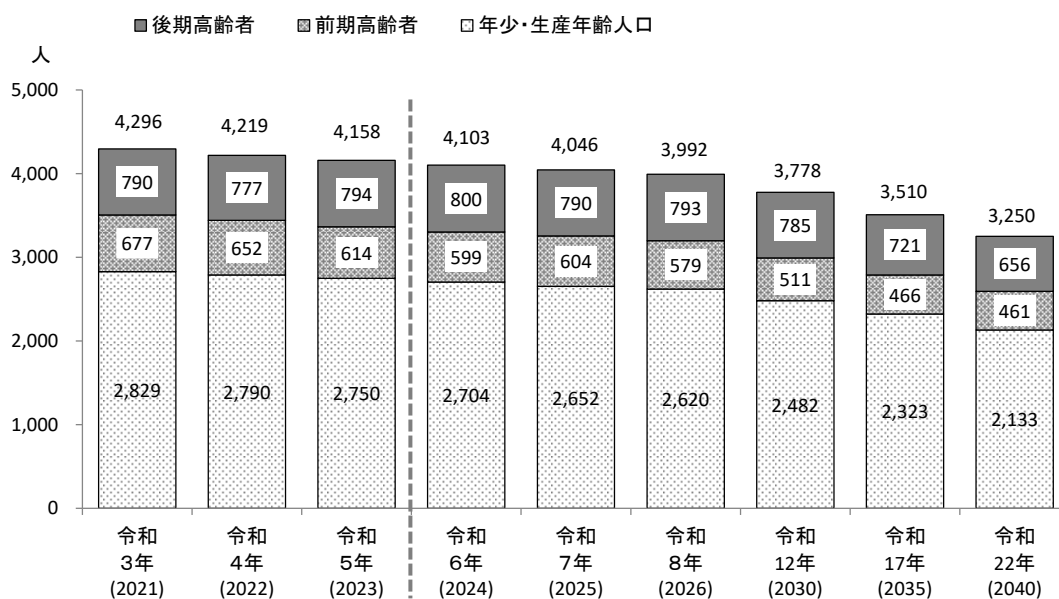
1 高齢者を取り巻く現状

(1) 人口・高齢化率

近年における本町の総人口は微減傾向が続いており、令和5年10月1日現在、4,158人となっています。今後の人口推計においても微減傾向が続き、令和8年では3,992人、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年には3,250人と推計されています。

また、高齢化率は、令和3年以降全国を約5ポイント前後上回って推移していますが、今後は総人口と同様に高齢者数も減少していくことから、高齢化率は横ばいで推移し、全国の高齢化率との差も徐々になくなり、令和22年には34.4%と全国の高齢化率34.8%を下回ることが見込まれます。

人口の推移と推計

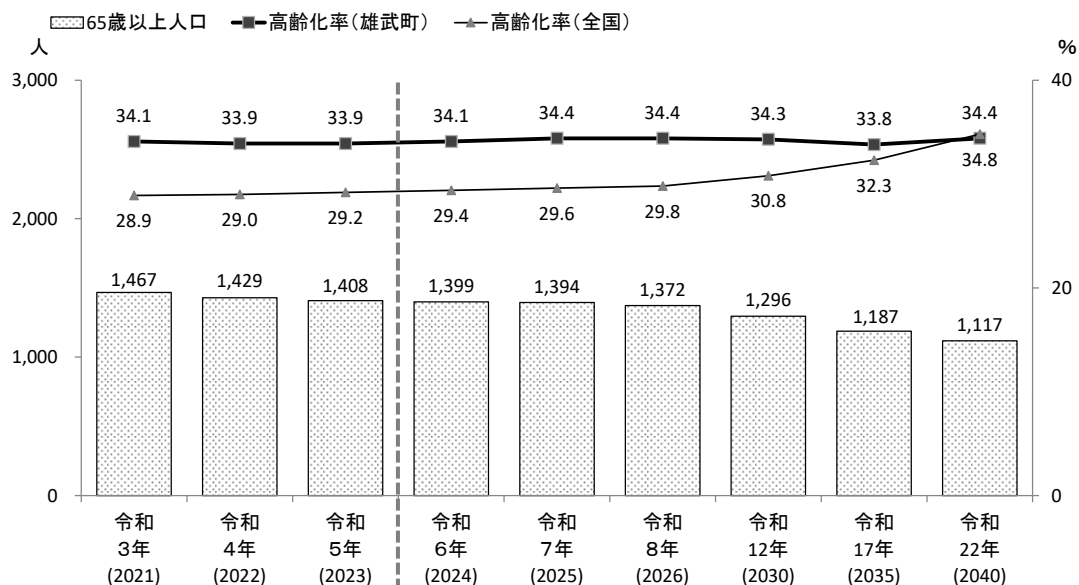


※実績値(令和3年度～令和5年度)は、住民基本台帳(各年10月1日現在)

※推計値(令和6年度以降)は、コーホート変化率法※による推計

※「コーホート変化率法」：各コーホート(同じ年(又は同じ期間)に生まれた人々の集団)について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法

高齢化率の推移と推計



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年(2023)推計)」

(2) 高齢世帯の状況

令和2年の国勢調査によると、本町の高齢者がいる世帯は947世帯で、全世帯の46.2%を占め、北海道や全国より高い割合となっています。

高齢独居世帯は309世帯、高齢者がいる夫婦のみ世帯は279世帯で、それぞれ全世帯の15.1%、13.6%を占め、高齢独居世帯の割合は、北海道や全国より高くなっています。

また、夫も妻も65歳以上である高齢夫婦のみの世帯は244世帯で、そのうち、夫も妻も85歳以上である世帯は11世帯(平成27年8世帯)、夫も妻も75歳以上である世帯は97世帯(同84世帯)となっており、平成27年の国勢調査と比べても増加しています。

独居高齢者をはじめ、要介護者の割合が高くなる75歳以上の後期高齢者夫婦世帯については、特にいつまでも安心して住み慣れた地域で生活していくことができるよう、地域全体で見守り、支えていくことが重要です。

高齢者がいる世帯の状況(令和2年)

	世帯数合計	高齢者がいる世帯	高齢独居世帯	高齢者がいる夫婦のみ世帯	高齢者がいる世帯の割合	高齢独居世帯の割合	高齢者がいる夫婦のみ世帯の割合
	世帯数				割合		
雄武町	2,050	947	309	279	46.2%	15.1%	13.6%
北海道	2,469,063	1,054,407	361,735	345,741	42.7%	14.7%	14.0%
全国	55,704,949	22,655,031	6,716,806	6,533,895	40.7%	12.1%	11.7%

資料:国勢調査

※国勢調査の「高齢夫婦世帯」の定義:夫65歳以上、妻60歳以上

高齢夫婦のみ世帯の状況（令和2年）

（単位：世帯）

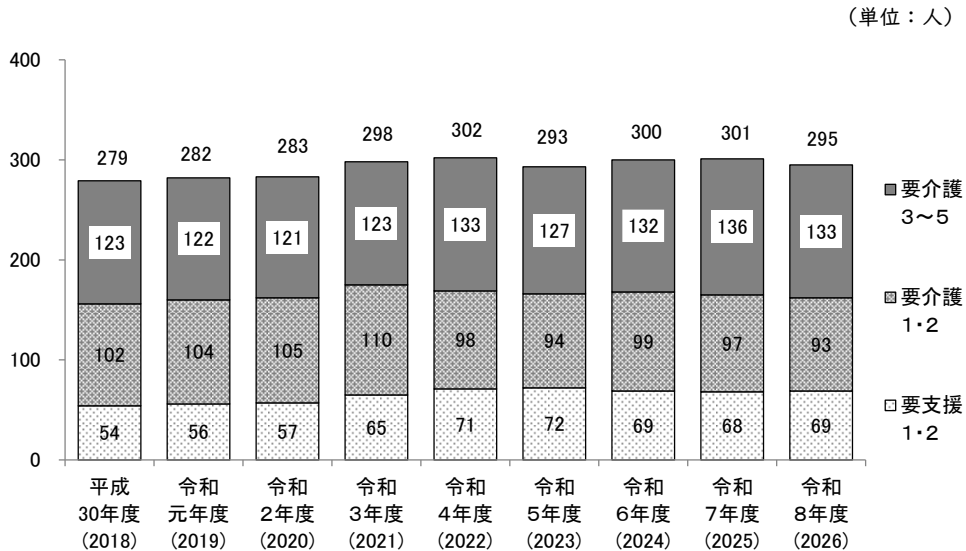
		妻の年齢			計
		65～74歳	75～84歳	85歳以上	
夫の年齢	65～74歳	108	4	0	112
	75～84歳	35	63	3	101
	85歳以上	0	20	11	31
計		143	87	14	244

資料：国勢調査

(3) 要介護認定者数

本町の要介護認定者数は、平成 30 年度以降も微増傾向が続いていますが、第9期計画期間である令和6～8年度は各年度 300 人前後で推移すると見込まれます。

要介護認定者数の推移と推計



※実績値(令和3年度～令和5年度)は、住民基本台帳(各年10月1日現在)

※推計値(令和6年度以降)は、コーホート変化率法による推計

(4) 高齢者の就業の状況

令和2年の国勢調査によると、本町の65歳以上の就業者数、就業率は、男性が251人、44.1%、女性が217人、27.7%となっています。就業率は、男女とも全国(男性43.1%、女性20.7%)、北海道(男性33.5%、女性17.8%)と比べ高くなっており、高齢者が健康であることが考えられます。

本町の高齢者の産業別就業割合は、漁業と製造業(水産加工業)で全国、北海道に比べ、非常に高くなっています。

本町の65歳以上就業者数(令和2年)

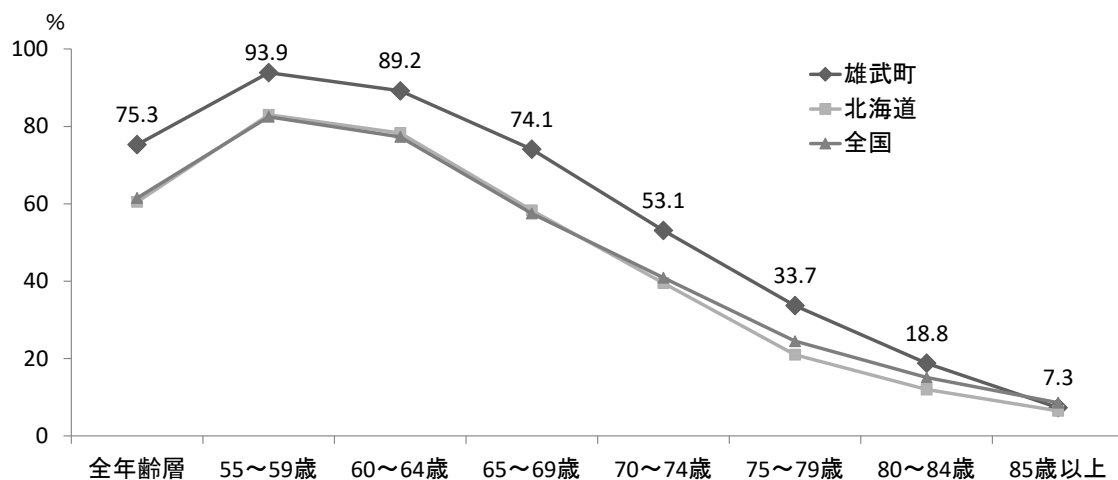
(単位：人)

	男性			女性		
	人口	就業者数	就業率	人口	就業者数	就業率
65～69歳	170	126	74.1%	185	108	58.4%
70～74歳	128	68	53.1%	183	71	38.8%
75～79歳	104	35	33.7%	146	18	12.3%
80～84歳	85	16	18.8%	124	15	12.1%
85歳以上	82	6	7.3%	144	5	3.5%
合計	569	251	44.1%	782	217	27.7%
全国(65歳以上)	14,719,987	6,342,326	43.1%	18,395,709	3,812,154	20.7%
北海道(65歳以上)	658,263	220,772	33.5%	869,350	154,481	17.8%

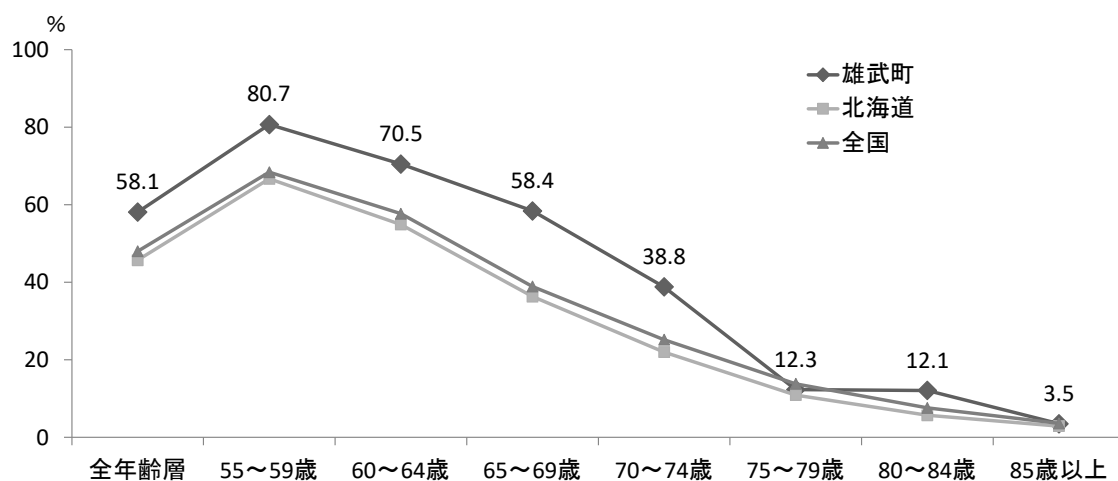
資料：国勢調査

年齢別就業率（令和2年）

〔男性〕

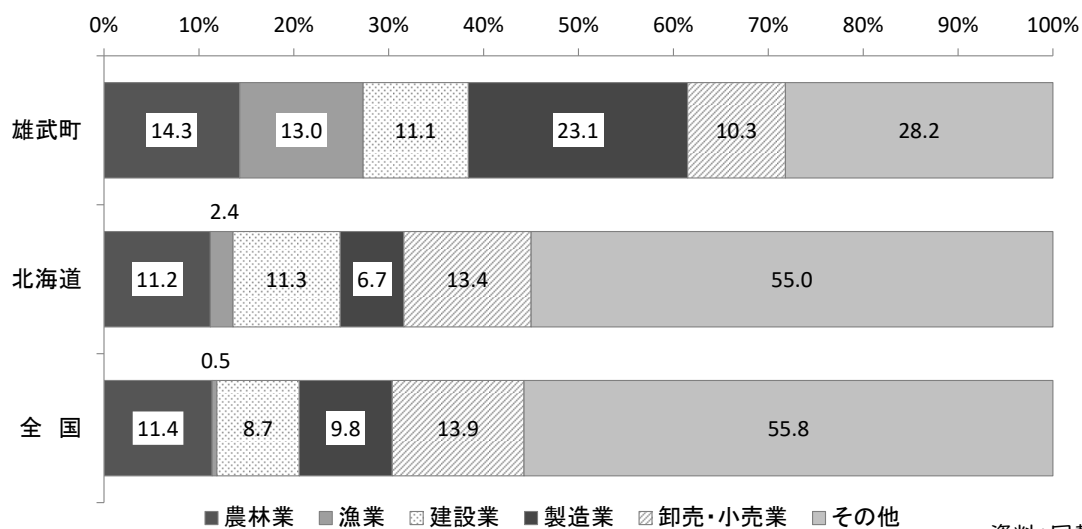


〔女性〕



資料：国勢調査

高齢就業者の産業別就業割合（令和2年）



資料：国勢調査

2 アンケート調査結果

(1) 調査の概要

① 調査の目的

町民の皆様の日常生活の状況や保健、福祉、介護サービスに対するご要望やお考えをお伺いし、「第10期高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定するための基礎資料とするために実施しました。

② 調査対象者

調査名	対象者
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	本町にお住いの65歳以上の一般高齢者及び要支援認定者の方(無作為抽出)
②在宅介護実態調査	本町にお住いの65歳以上の要介護認定者の方(無作為抽出)

③ 調査期間

令和5年3月13日～令和5年3月28日

④ 配布・回収状況

調査名	配布数	回収数	回収率
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,219	663	54.4%
②在宅介護実態調査	112	37	33.0%

(2) 主な調査結果

図1：会・グループ等への参加頻度(全体)

(単位：%)

項目	参加している	参加していない	無回答
① ボランティアのグループ	5.8	64.9	29.4
② スポーツ関係のグループやクラブ	9.2	63.7	27.1
③ 趣味関係のグループ	11.8	62.0	26.2
④ 学習・教養サークル	3.0	67.6	29.6
⑤ 介護予防のための通いの場	2.7	68.3	29.1
⑥ 老人クラブ	8.1	66.2	25.8
⑦ 町内会・自治会	26.5	45.6	27.9
⑧ 収入のある仕事	26.7	46.6	26.7

図2：地域住民の有志による、いきいきした地域づくりを進める健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加者としての参加意向

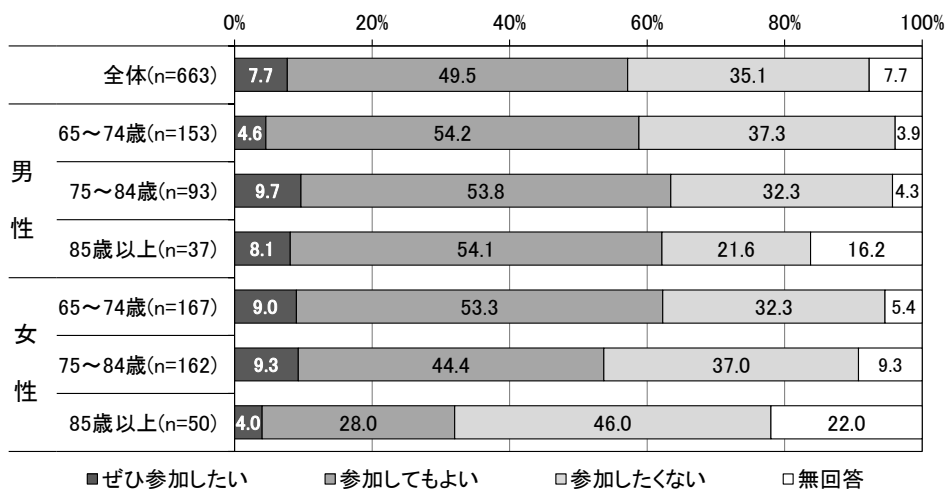


図3：現在の健康状態

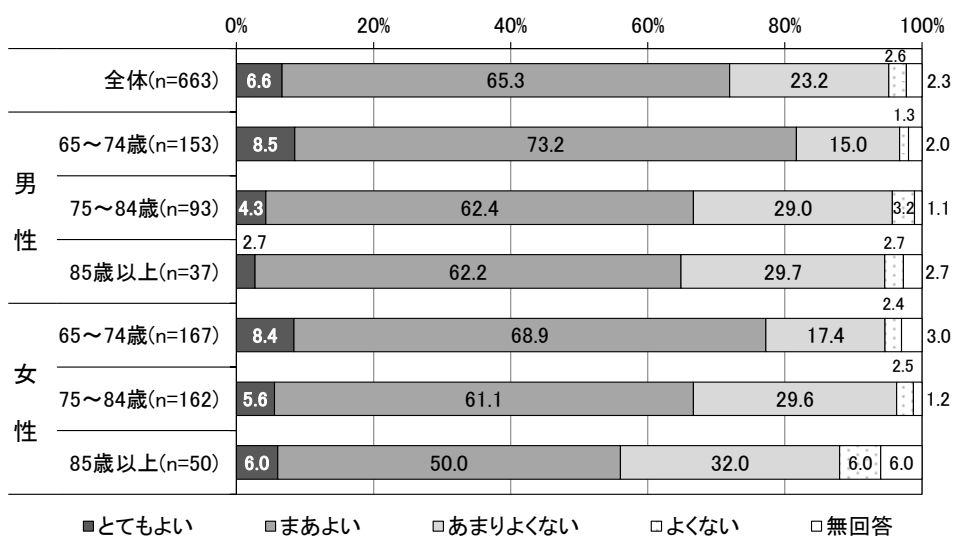


図4：過去1年間に転んだ経験

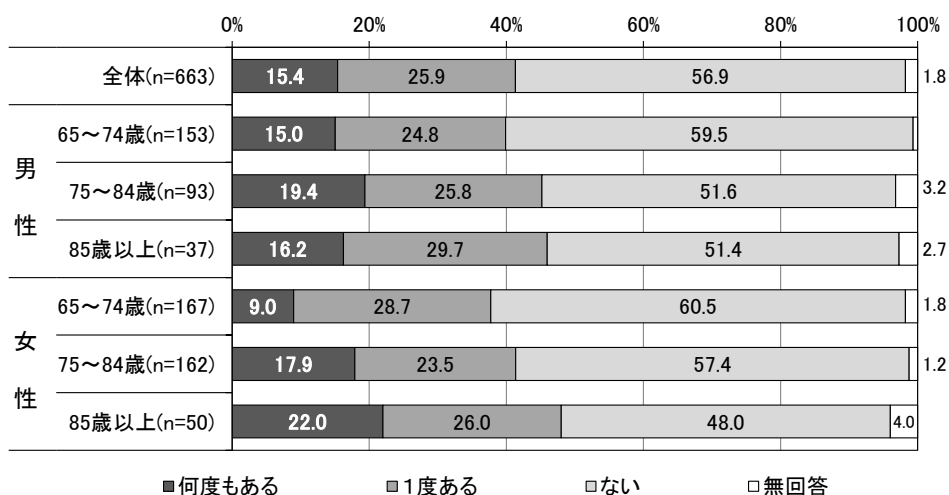


図5：転倒に対する不安

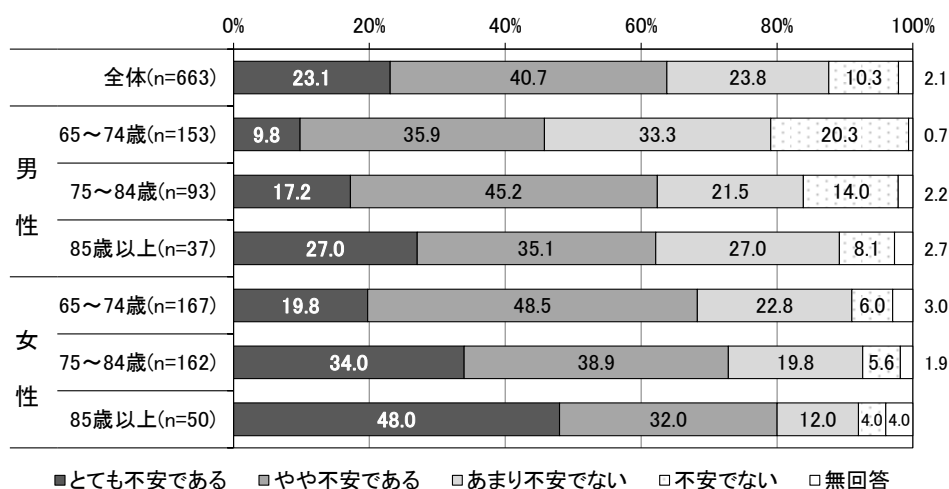


図6：からだを動かすことについて

(単位：%)

項目	できるし、している	できるけどしていない	できない	無回答
階段を手すりや壁をつたわずに昇っているか	53.1	22.6	22.9	1.4
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているか	72.4	12.4	13.4	1.8
15分位続けて歩いていますか	55.1	32.0	11.3	1.7

図7：会・グループ等への参加状況(抜粋)

(単位：%)

	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない	無回答
スポーツ関係のグループやクラブ	1.8	2.4	1.8	1.4	1.8	63.7	27.1
介護予防のための通いの場	0.2	0.5	0.9	0.3	0.8	68.3	29.1

図8：重点を置くべき介護施策

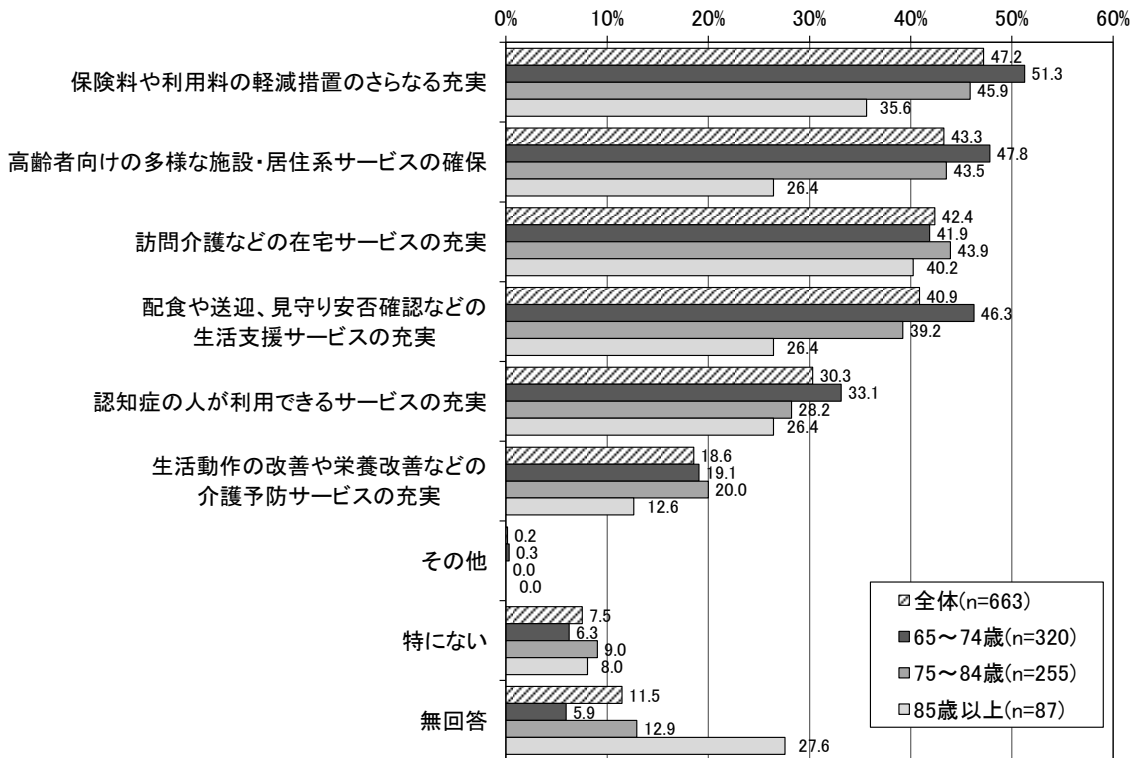


図9：実施・充実してほしいサービス

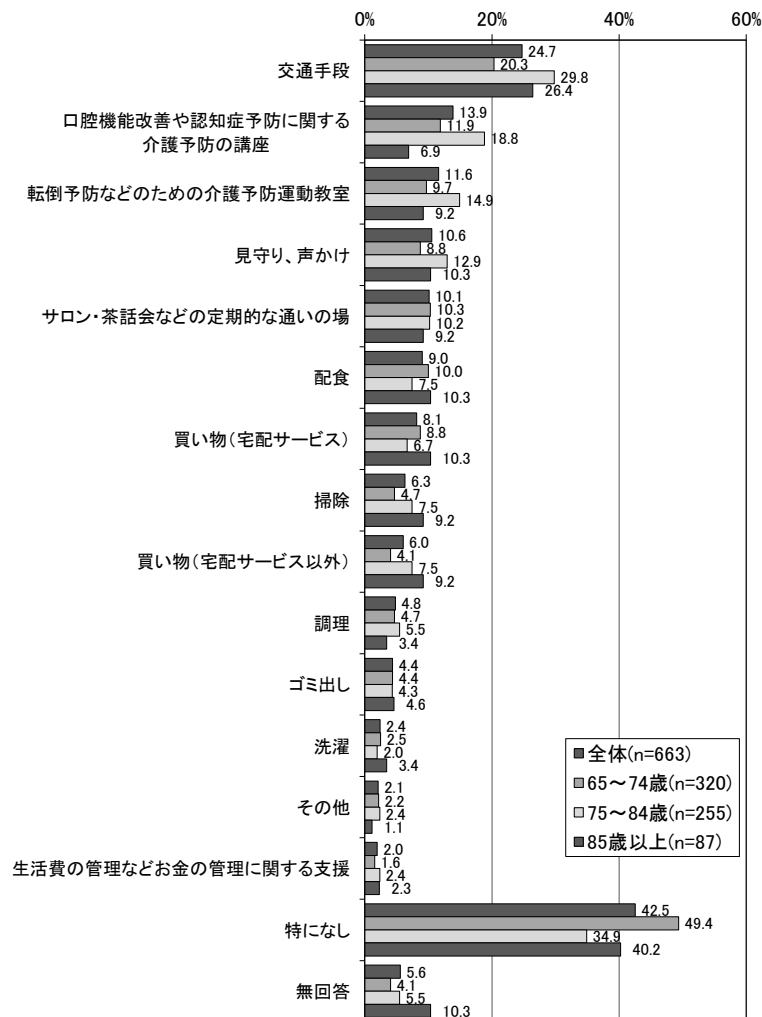


図 10 : 家族構成

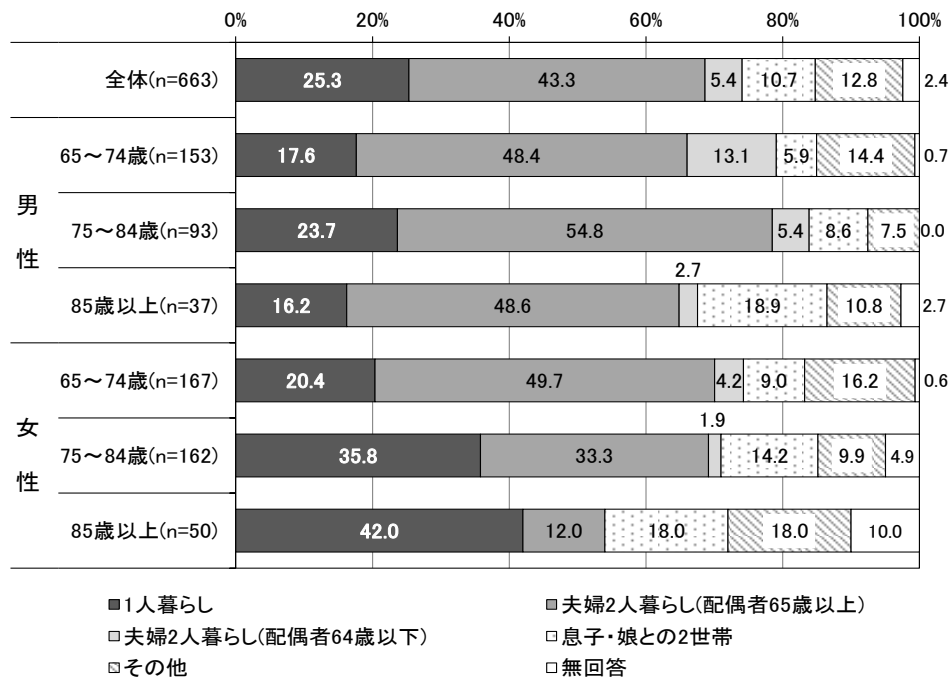


図 11 : 週に1回以上外出しているか

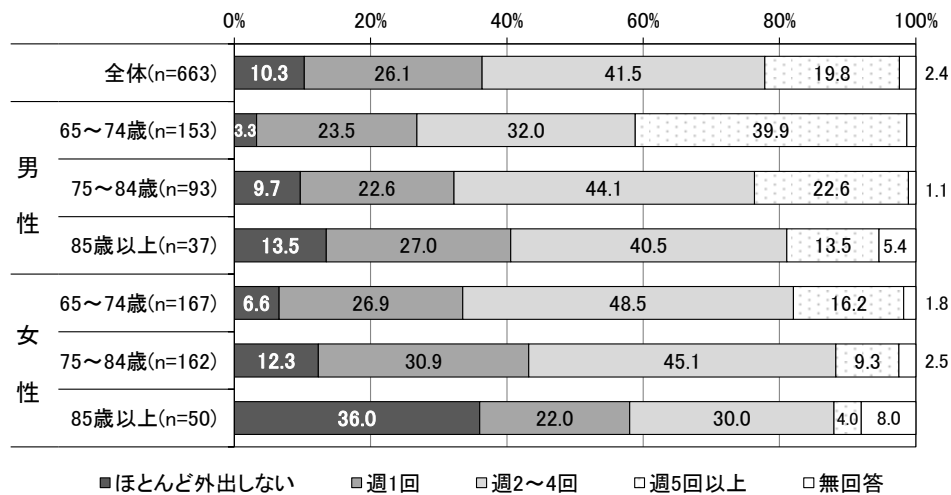


図 12 : 昨年と比べて外出の回数は減っているか

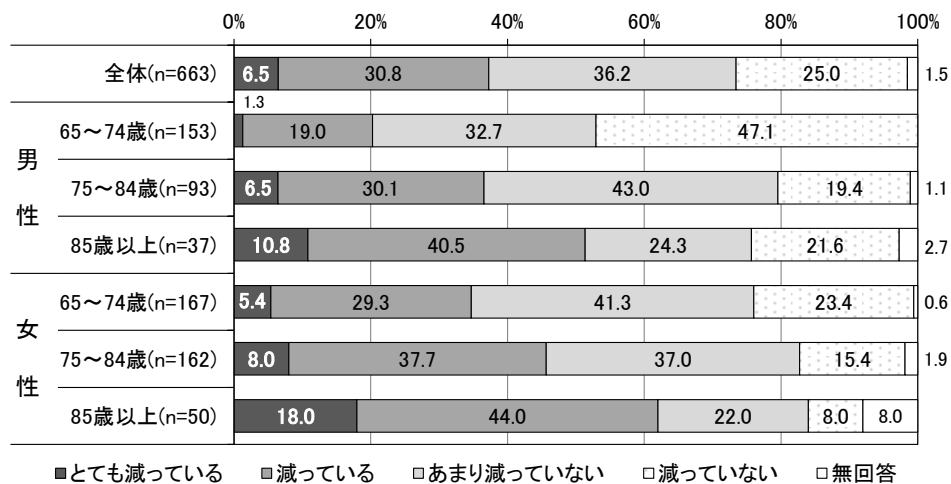


図 13：どなたかと食事をする機会

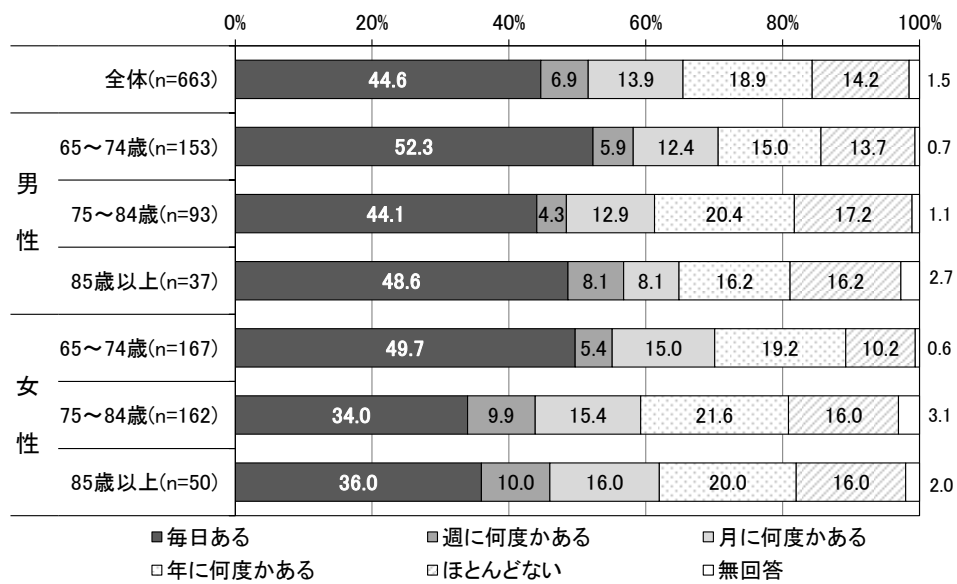


図 14：病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人

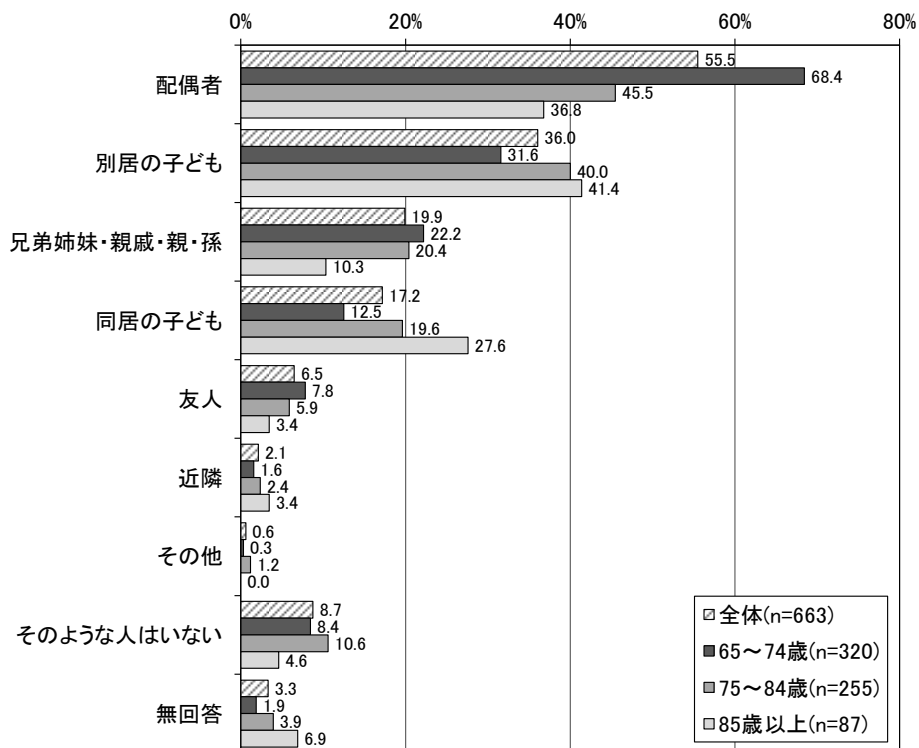


図 15 : 本人が現在抱えている傷病

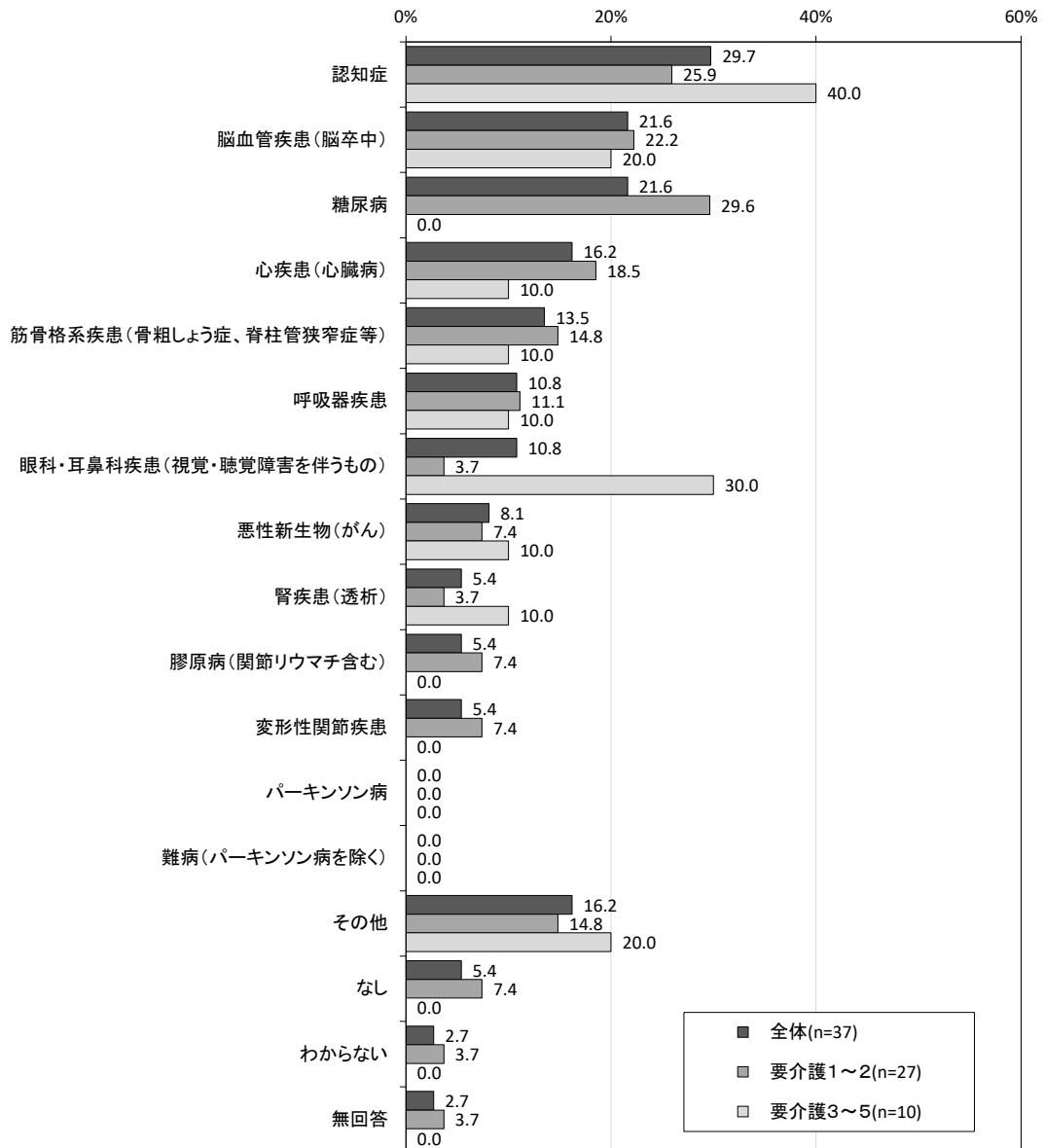


図 16：主な介護者がおこなっている介護、介助の内容

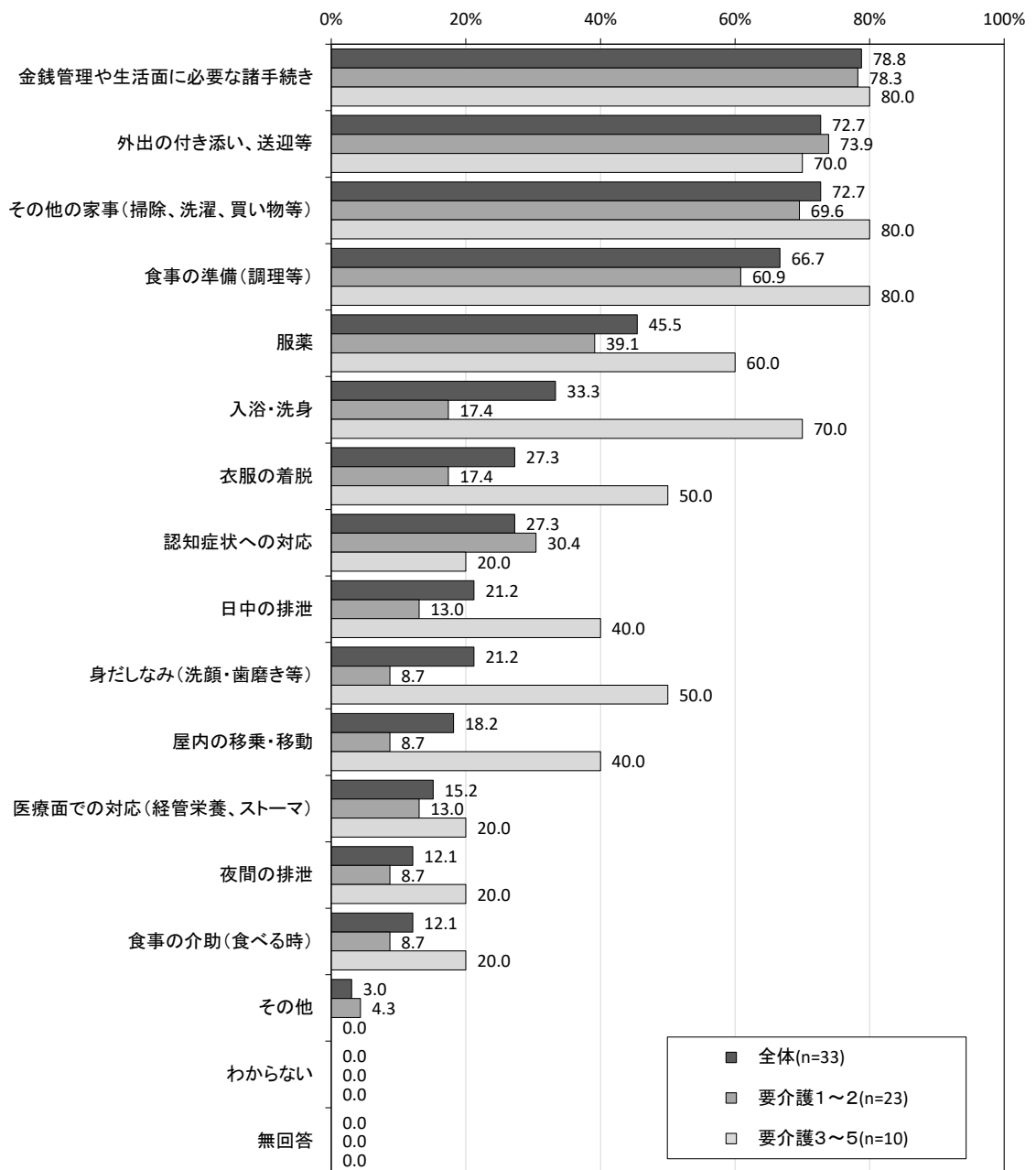


図 17：主な介護者が不安に感じる介護、介助

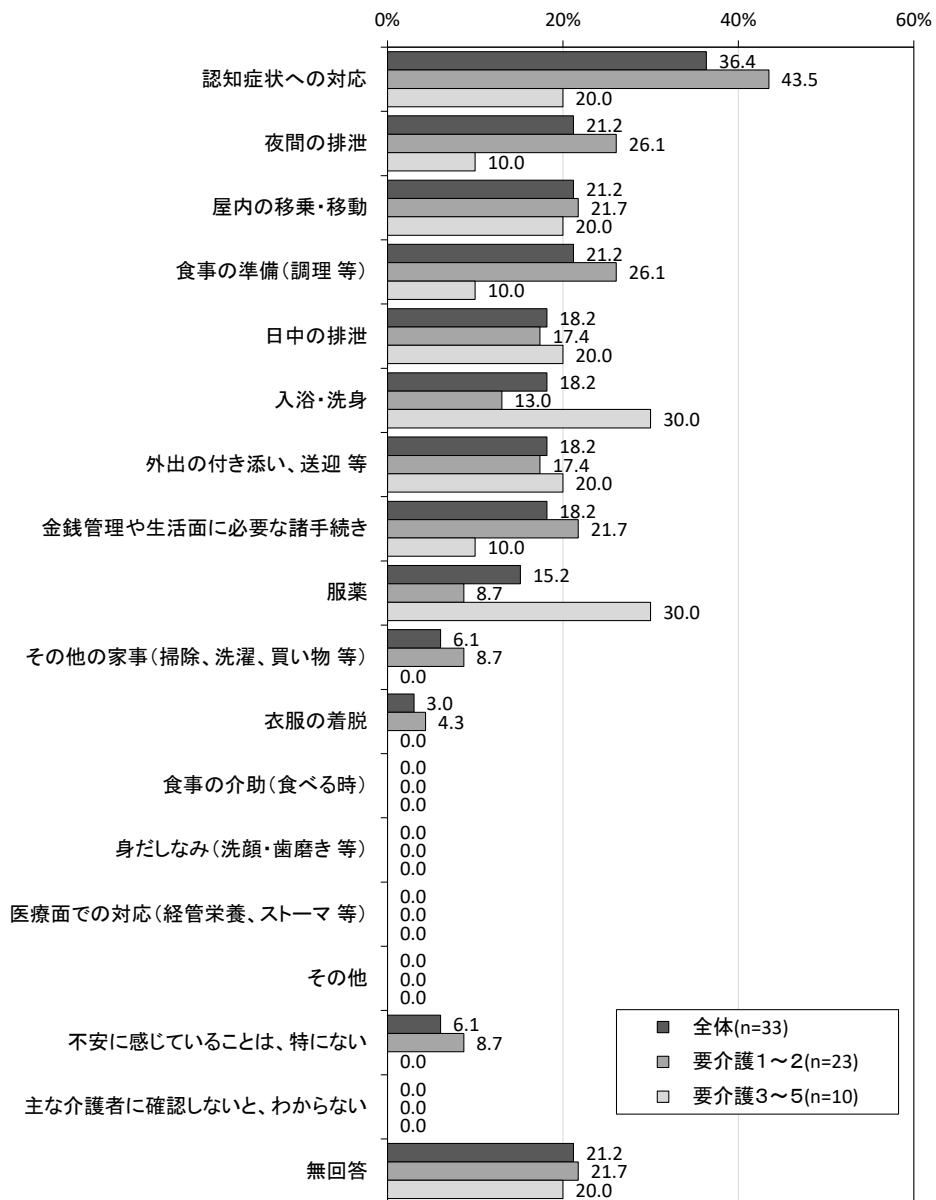


図 18：認知症に関する相談窓口の認知度【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】

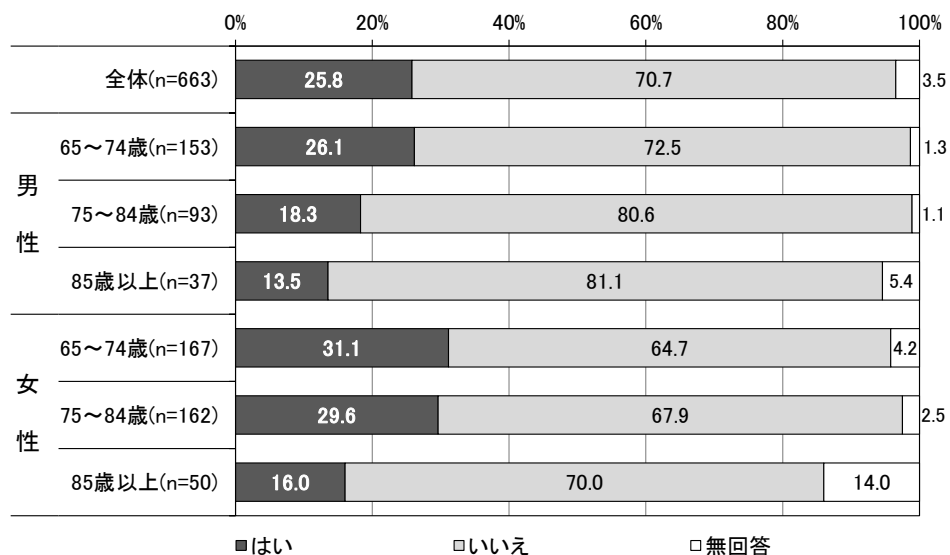


図 19：介護を主な理由として、過去 1 年間に仕事を辞めたかどうか

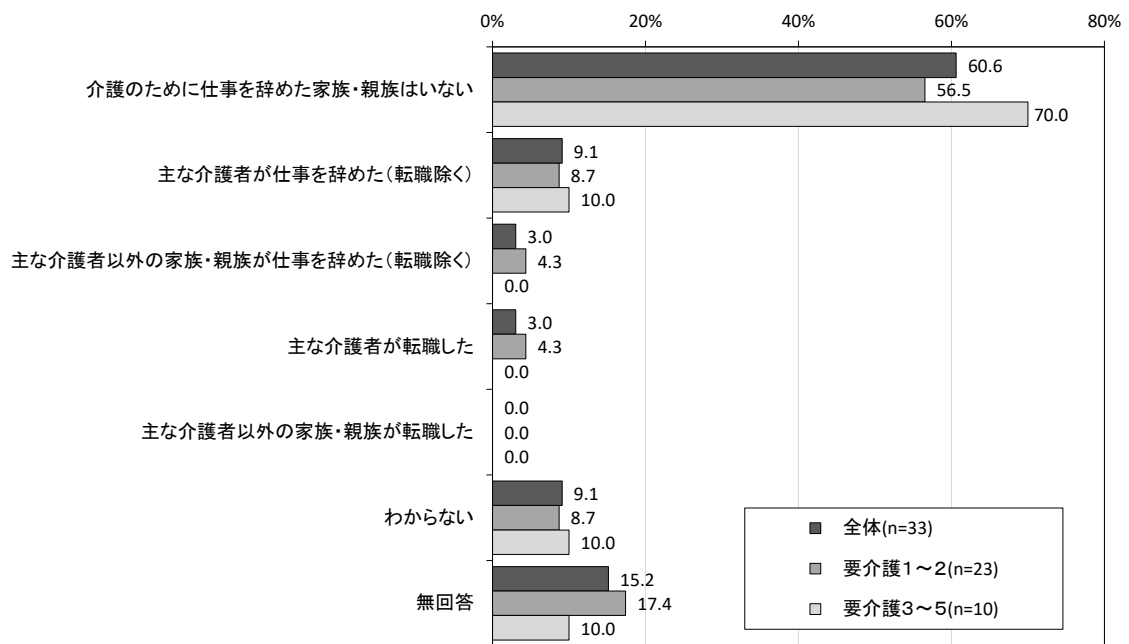


図 20：主な介護者が介護をするにあたっての働き方についての調整状況

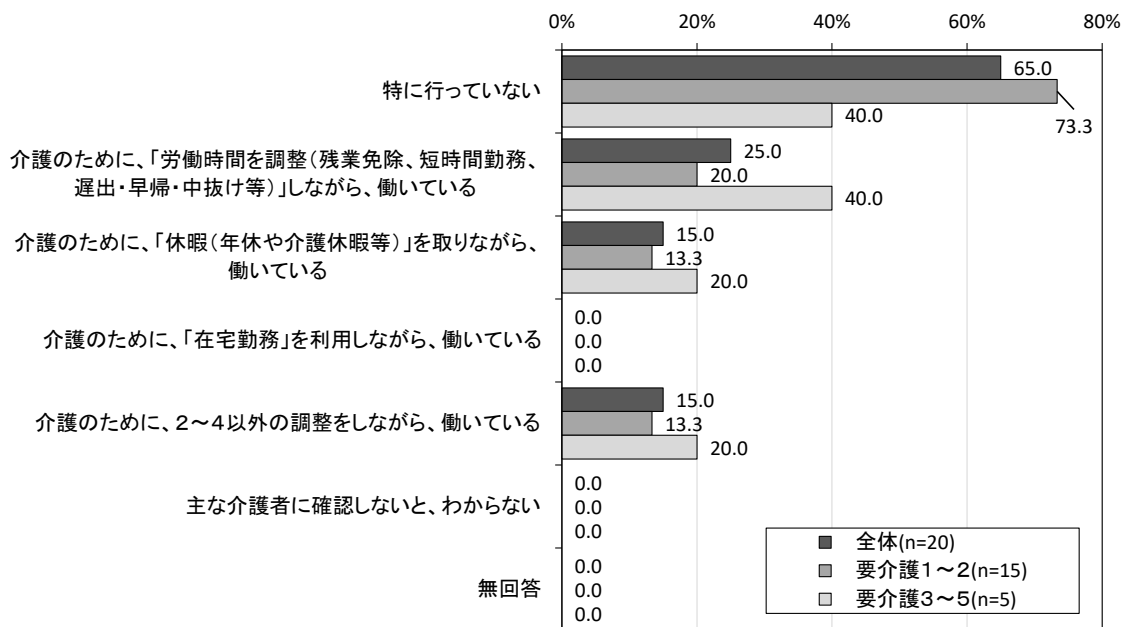


図 21：主な介護者が、今後も働きながら介護を続けていけそうかどうか

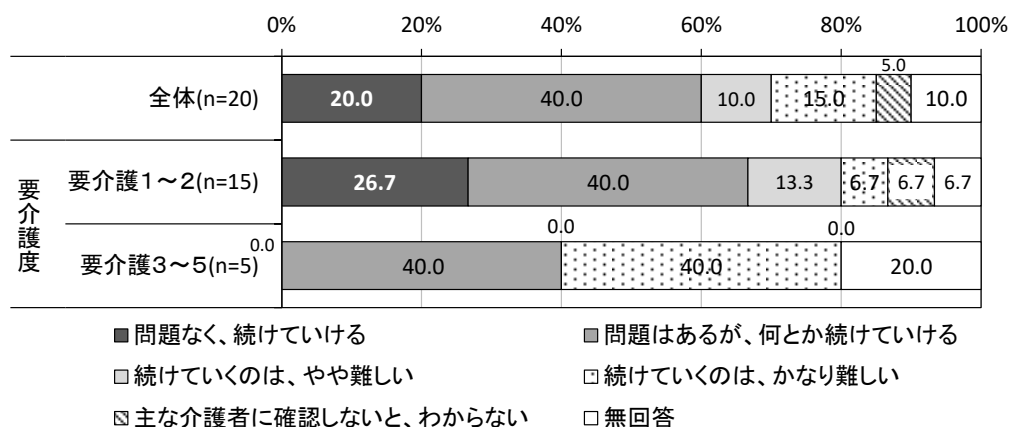


図 22：仕事と介護の両立に効果がある勤め先からの支援

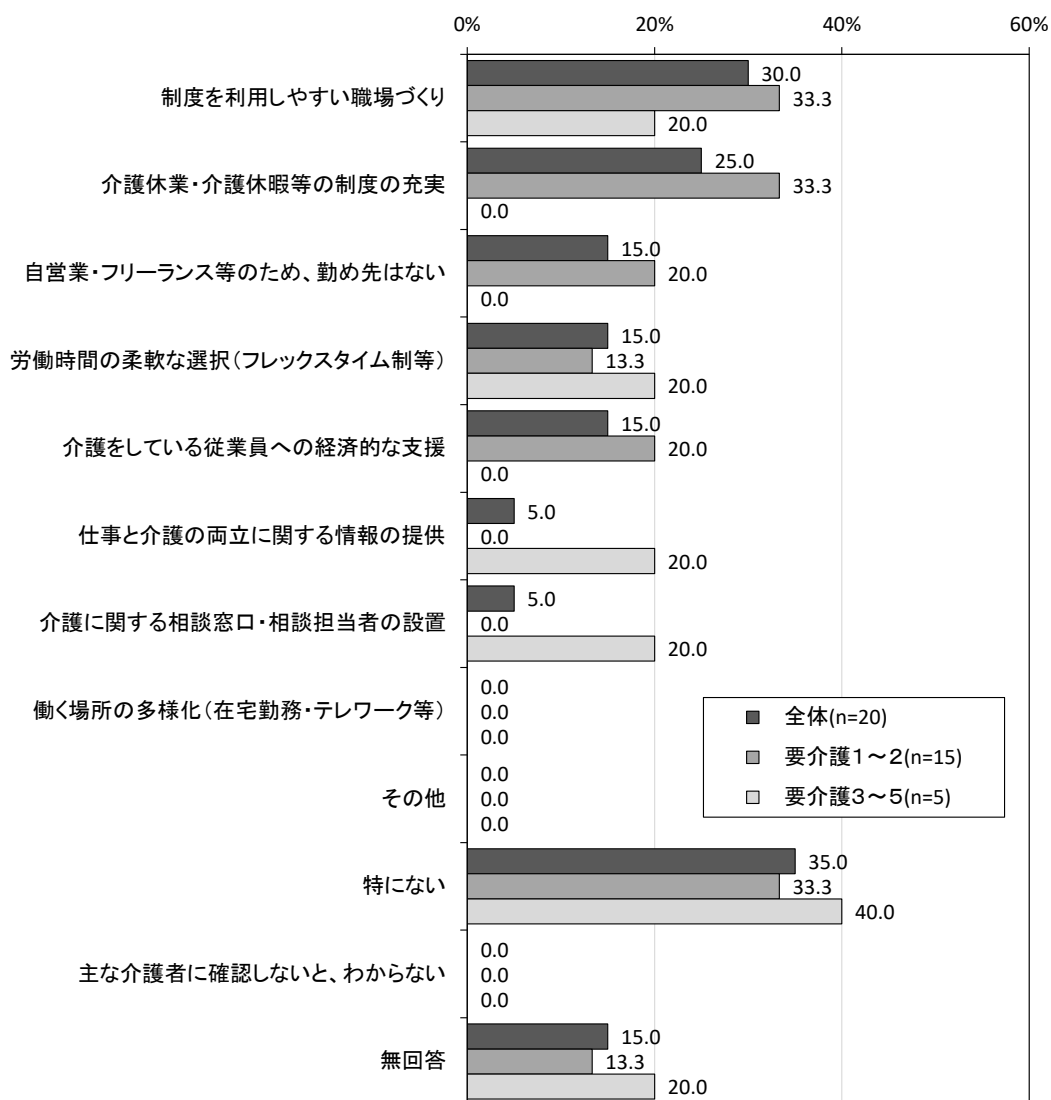


図 23 : 将来的にどこで介護サービスを受けたいか(第 1 位)

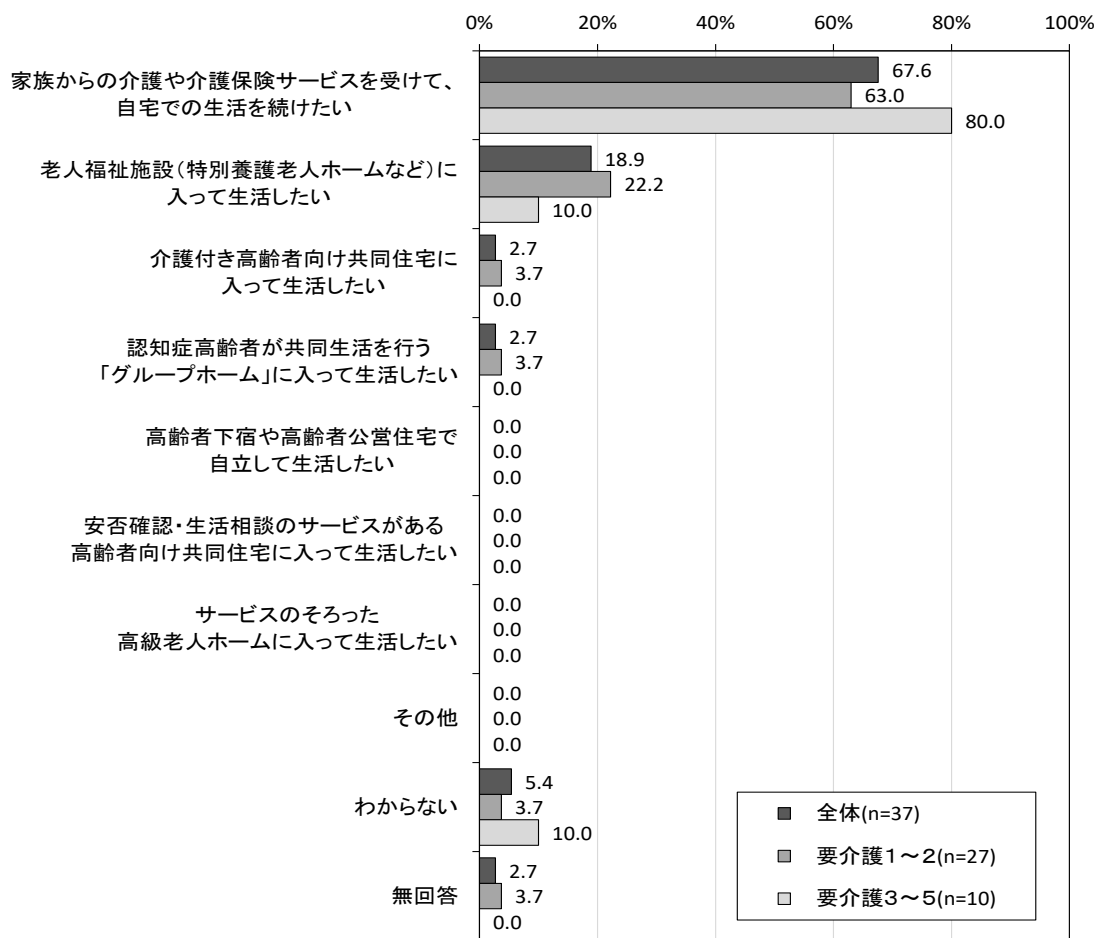


図 24：現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービス

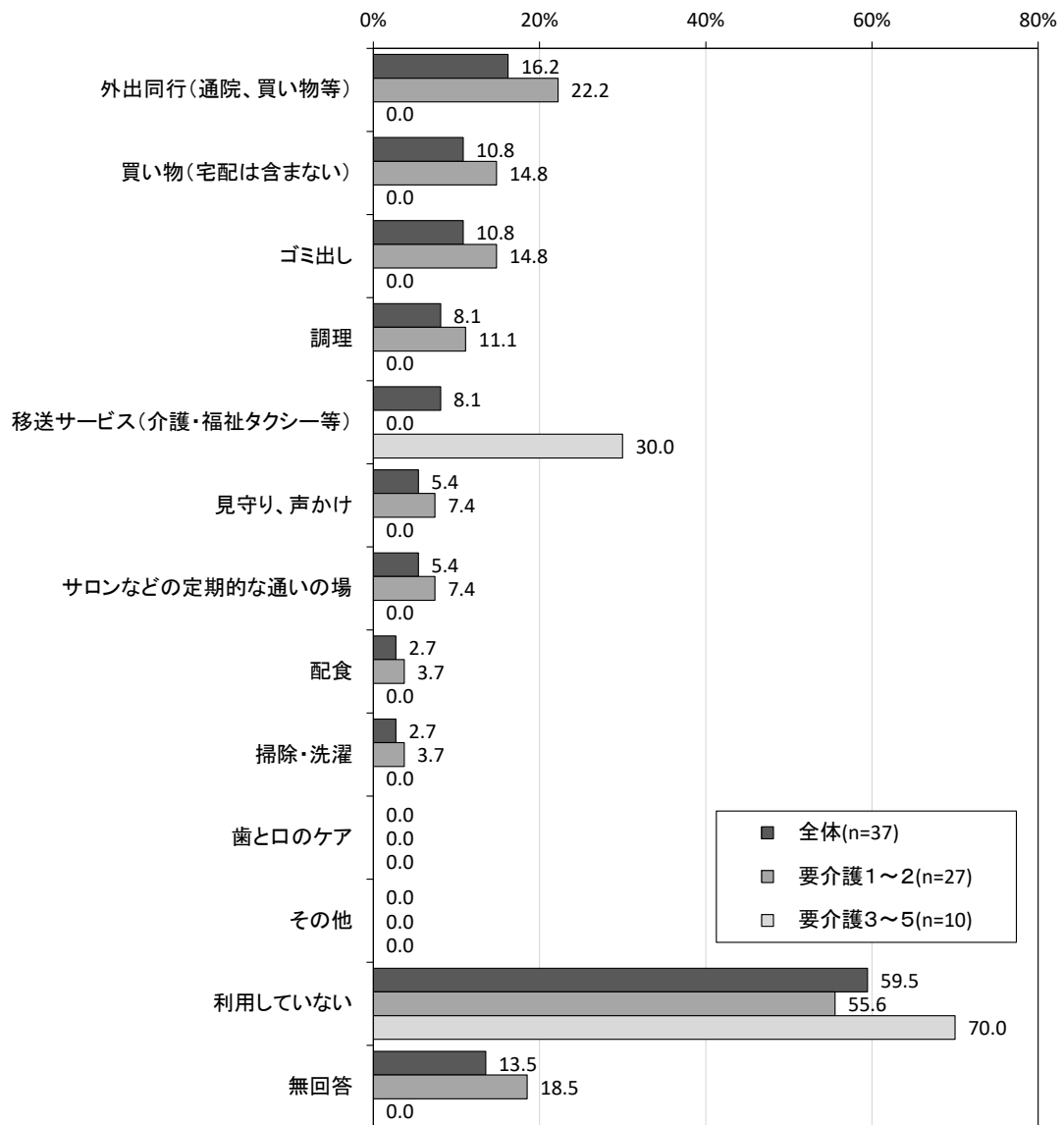


図 25：今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

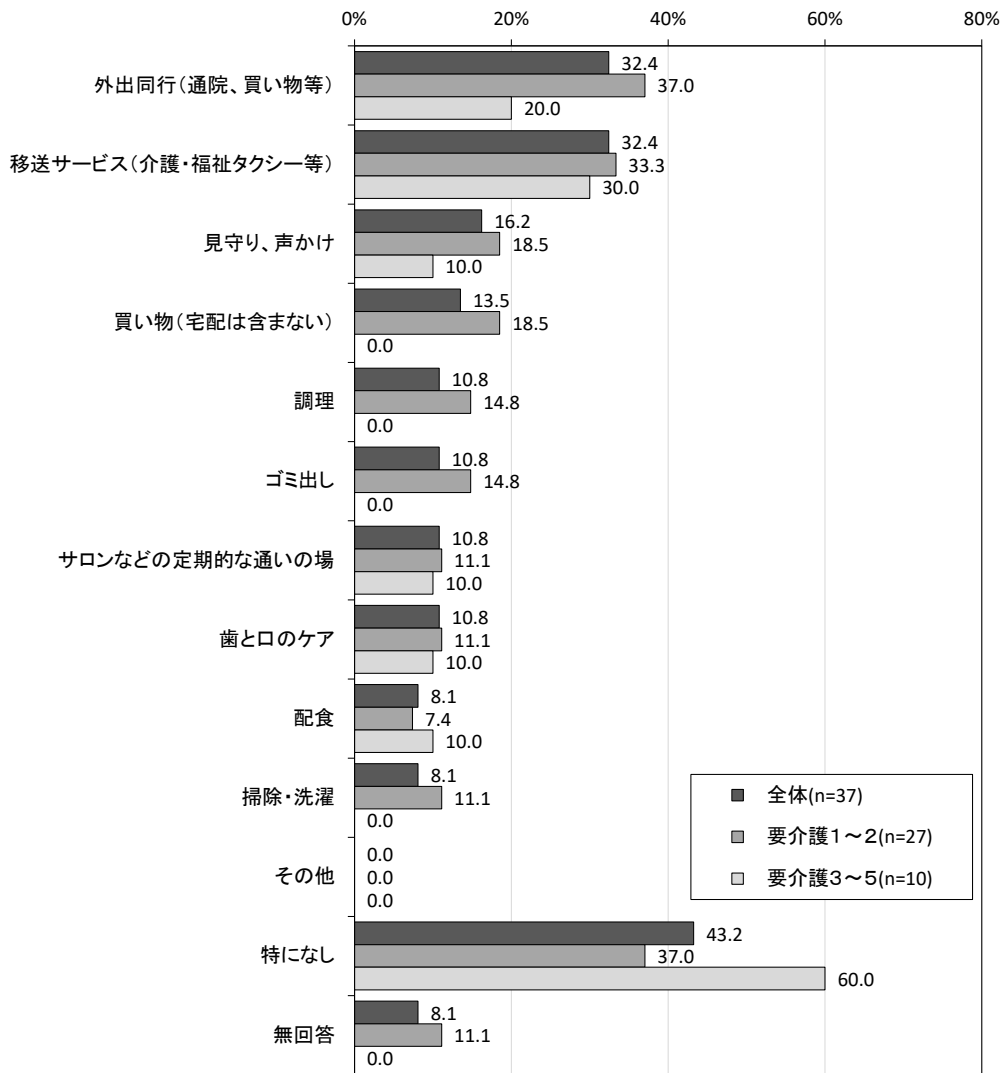
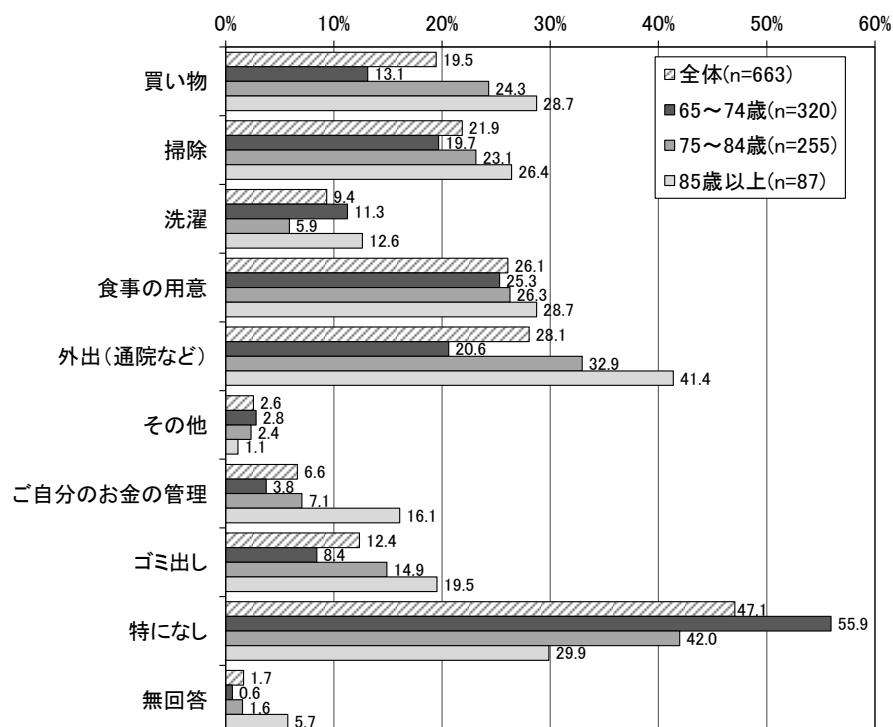


図 26：生活していくなかで大変に感じていること【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査】



3 アンケート調査からみえる課題

課題1	高齢者の居場所づくりと地域活動への参加促進
-----	-----------------------

さまざまな会・グループ等への参加頻度について【図1】は、すべての項目で「参加していない」が最も高くなっています。

地域住民の有志による、いきいきした地域づくりを進める健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加者としての参加意向について【図2】は、「ぜひ参加したい」と「参加してもよい」を合わせると57.2%と半数を超えており、参加意向は高いことから、参加するためのきっかけづくりとともに元気高齢者の活躍の場を作っていくことが必要です。

課題2	介護予防の取組の促進
-----	------------

現在の健康状態について【図3】は、「とてもよい」と「まあよい」を合わせると71.9%と高くなっていますが、25.8%の方が「あまりよくない」、「よくない」と回答しています。

過去1年間に転んだ経験について【図4】は、「何度もある」と「1度ある」を合わせると41.3%ですが、「85歳以上」では男性が45.9%、女性が48.0%と他の年代より高くなっています。また、転倒に対する不安について【図5】は、全体では「とても不安である」と「やや不安である」を合わせると63.8%ですが、「75～84歳」、「85歳以上」の女性ではそれぞれ72.9%、80.0%と7割を超え高くなっています。

からだを動かすことについて【図6】は、「できるし、している」が高くなっていますが、「できるけどしていない」も1～3割となっています。

会・グループ等の活動への参加状況【図7】では、「スポーツ関係のグループやクラブ」、「介護予防のための通いの場」に「参加していない」は、ともに6割を超えています。

重点を置くべき介護施策について【図8】は、「生活動作の改善や栄養改善などの介護予防サービスの充実」が18.6%、実施・充実してほしいサービスについて【図9】は、「口腔機能改善や認知症予防に関する介護予防の講座」が13.9%、「転倒予防などのための介護予防運動教室」が11.6%と上位を占めています。

これからも元気高齢者であるためにも、健康であることを意識し、今から介護予防活動に積極的に取り組むとともに、介護予防についての知識や介護予防事業への参加を周知していくことが必要です。

課題3	孤独、孤立対策
------------	----------------

家族構成について【図 10】は、「夫婦2人暮らし(配偶者 65 歳以上)」が 43.3%と最も高く、「1人暮らし」も 25.3%と4人に1人となっています。

週に1回以上外出しているかどうかについて【図 11】は、「ほとんど外出しない」と「週1回」を合わせると 36.4%、昨年と比べて外出の回数が減っているかどうかについて【図 12】は、「とても減っている」と「減っている」を合わせると 37.3%とともに3割を超えています。また、どなたかと食事をともにする機会について【図 13】は、「年に何度かある」と「ほとんどない」を合わせると 33.1%と3割を超える人が日常的に孤食となっている状況がうかがえます。さらに、病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人について【図 14】では、「そのような人はいない」は 8.7%となっています。重点を置くべき介護施策について【図8】では、「配食や送迎、見守り安否確認などの生活支援サービスの充実」が 40.9%と4割を超えています。

孤独、孤立になりがちな人の把握に努め、見守り、声かけとともに交流の場・居場所を確保し、人と人との「つながり」を可能とする機会を創出することが必要です。

課題4	認知症対策の促進
------------	-----------------

本人が現在抱えている傷病について【図 15】は、「認知症」が 29.7%と最も高くなっています。また、主な介護者がおこなっている介護、介助の内容について【図 16】は、「認知症状への対応」は 27.3%、主な介護者が不安を感じる介護、介助について【図 17】では、「認知症状への対応」が 36.4%と最も高くなっています。認知症に関する相談窓口の認知度について【図 18】は、「いいえ(知らない)」が 70.7%と「はい(知っている)」の 25.8%を大きく上回っています。また、重点を置くべき介護施策について【図8】では、「認知症の人が利用できるサービスの充実」が 30.3%と3割を超えています。

全国的に高齢化の進展とともに 65 歳以上の認知症の人数も増加しており、2025 年には約 700 万人(高齢者の約5人に1人)が認知症になると予測されています。このようなことから、認知症対策を強化していくことが必要です。

課題5	介護者への支援の充実
-----	------------

介護を主な理由として、過去1年間に仕事を辞めたかどうかについて【図 19】は、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が60.6%と最も高くなっている一方、「『主な介護者』が仕事を辞めた(転職除く)」と「『主な介護者』以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く)」を合わせると12.1%となっています。また、主な介護者が介護をするにあたっての働き方についての調整状況について【図 20】は、「特に行っていない」が65.0%(13人)と最も高くなっている一方、「介護のために、『労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)』しながら、働いている」が25.0%(5人)、「介護のために、『休暇(年休や介護休暇等)』を取りながら、働いている」、「労働時間の調整、休暇取得、在宅勤務以外の調整をしながら、働いている」がともに15.0%(3人)と、何らかのやりくりをしながら働いている状況もうかがえます。

主な介護者が不安に感じる介護、介助について(図 17)は、「認知症状への対応」が36.4%、「夜間の排泄」、「屋内の移乗・移動」、「食事の準備(調理等)」がそれぞれ21.2%、「日中の排泄」、「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」がそれぞれ18.2%となっています。

このような現状において、主な介護者が、今後も働きながら介護を続けていけそうかどうかについて【図 21】は、「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」を合わせると25.0%(5人)となっています。

主な介護者が介護をするにあたって、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があるかについて【図 22】は、「制度を利用しやすい職場づくり」が30.0%(6人)、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が25.0%(5人)が上位となっています。

今後も、介護者の精神面、体力面の負担軽減に向けた取組とともに、介護者が一人で抱え込まず、介護サービスを併用していくことを勧奨していくことが必要です。

課題6 在宅生活を継続するための支援の充実

将来的にどこで介護サービスを受けたいかについて【図 23】は、「家族からの介護や介護保険サービスを受けて、自宅での生活を続けたい」は、67.6%と7割弱の人が『自宅』での生活を望んでいます。現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて【図 24】は、「外出同行(通院、買い物等)」が 16.2%、「買い物(宅配は含まない)」、「ゴミ出し」がともに 10.8%となっています。また、今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて【図 25】は、「外出同行(通院、買い物等)」、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」がともに 32.4%と上位を占め、割合も現在、利用している「介護保険サービス以外」の支援・サービス【図 24】よりも高くなっています。

生活していくなかで大変に感じていることについて【図 26】は、「外出(通院など)」が 28.1%と最も高く、次いで「食事の用意」が 26.1%、「掃除」が 21.9%、「買い物」が 19.5%となっています。実施・充実してほしいサービスについて【図9】では、「交通手段」が 24.7%と最も高くなっています。

主な介護者が、不安に感じる介護、介助について【図 17】でも、「外出の付き添い、送迎等」は 18.2%と5番目に高くなっています。また、重点を置くべき介護施策について【図8】では、「訪問介護などの在宅サービスの充実」が 42.4%、「配食や送迎、見守り安否確認などの生活支援サービスの充実」が 40.9%と4割を超えています。

在宅生活を継続していくためにも、回答割合が高かった「外出同行」、「移送サービス」を中心に、在宅生活のための支援を充実させていく必要があります。

第3章 計画の基本的方向

1 基本理念

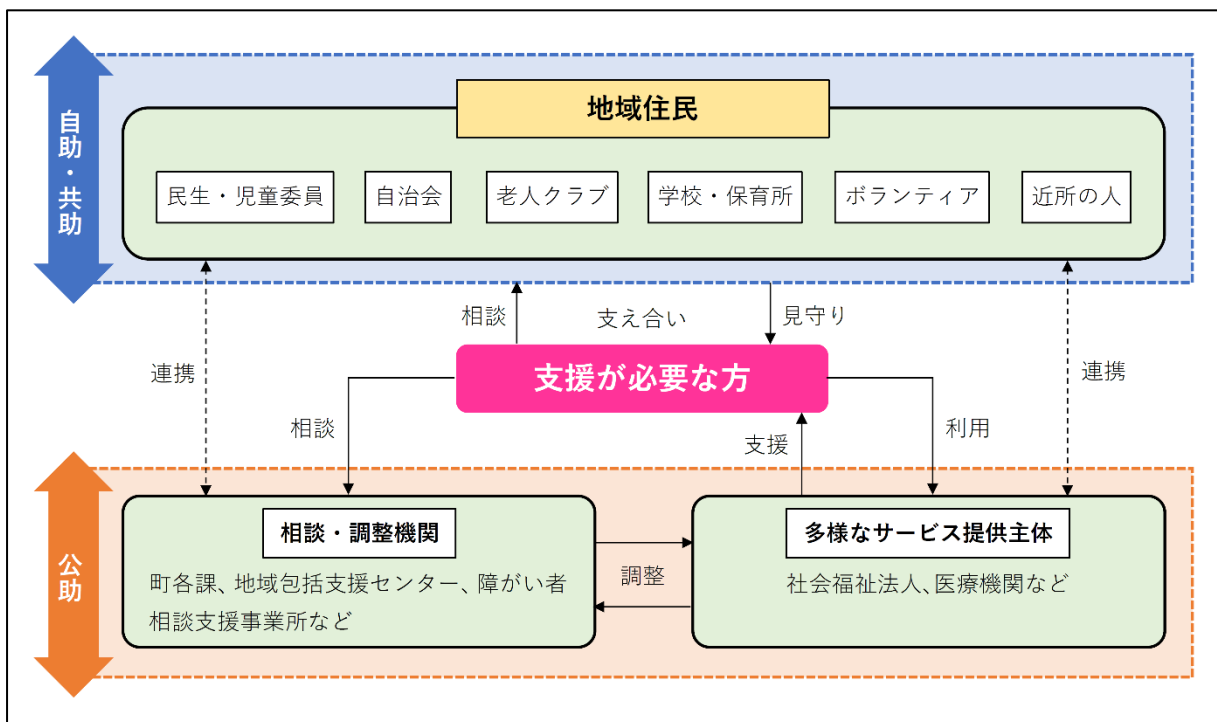
本町の第8期計画(令和3年度～令和5年度)では、基本理念を『やさしさと生きがいにあふれるまち 雄武』と定め、支えが必要な人を、地域住民のやさしさあふれる「自助」、「共助」の取り組みと、きめ細かな相談・調整と多職種協働の公的サービスによる「公助」によって支え、生きがいを持っていつまでも安心して暮らせる「地域包括ケア」のまちづくりを進めてきました。

本計画は、この基本理念を継承し、引き続き「自助」、「共助」、「公助」による取り組みを推進していくこととします。

■基本理念■

やさしさと生きがいにあふれるまち 雄武

雄武町の自助・共助・公助のネットワーク



資料：第6期雄武町総合計画

2 基本目標

基本目標 1

安心介護のまち・雄武

身近な地域で、介護や医療的ケアが必要な在宅の高齢者が安心して暮らしていけるよう、事業所における人材確保や経営安定化の促進、サービス基盤整備の誘導を図ります。また、「地域包括ケア」を一層強化するため、包括的な相談支援、権利擁護、多様な認知症施策などを推進していきます。

基本目標 2

健やかに暮らせるまち・雄武

住民の健康寿命の延伸を図るためには、生活習慣病などの疾病予防や早期発見・治療と併せて、寝たきり、認知症など要介護状態への移行予防を推進していくことが重要です。

そのため、運動と栄養の2つの柱で、介護予防・日常生活支援総合事業を推進するとともに、住民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という意識のもと、地域住民による自主的、主体的な健康づくり活動を実践できるよう「通いの場」を推進します。

基本目標 3

いきいきと活動し、みんなで支えあうまち・雄武

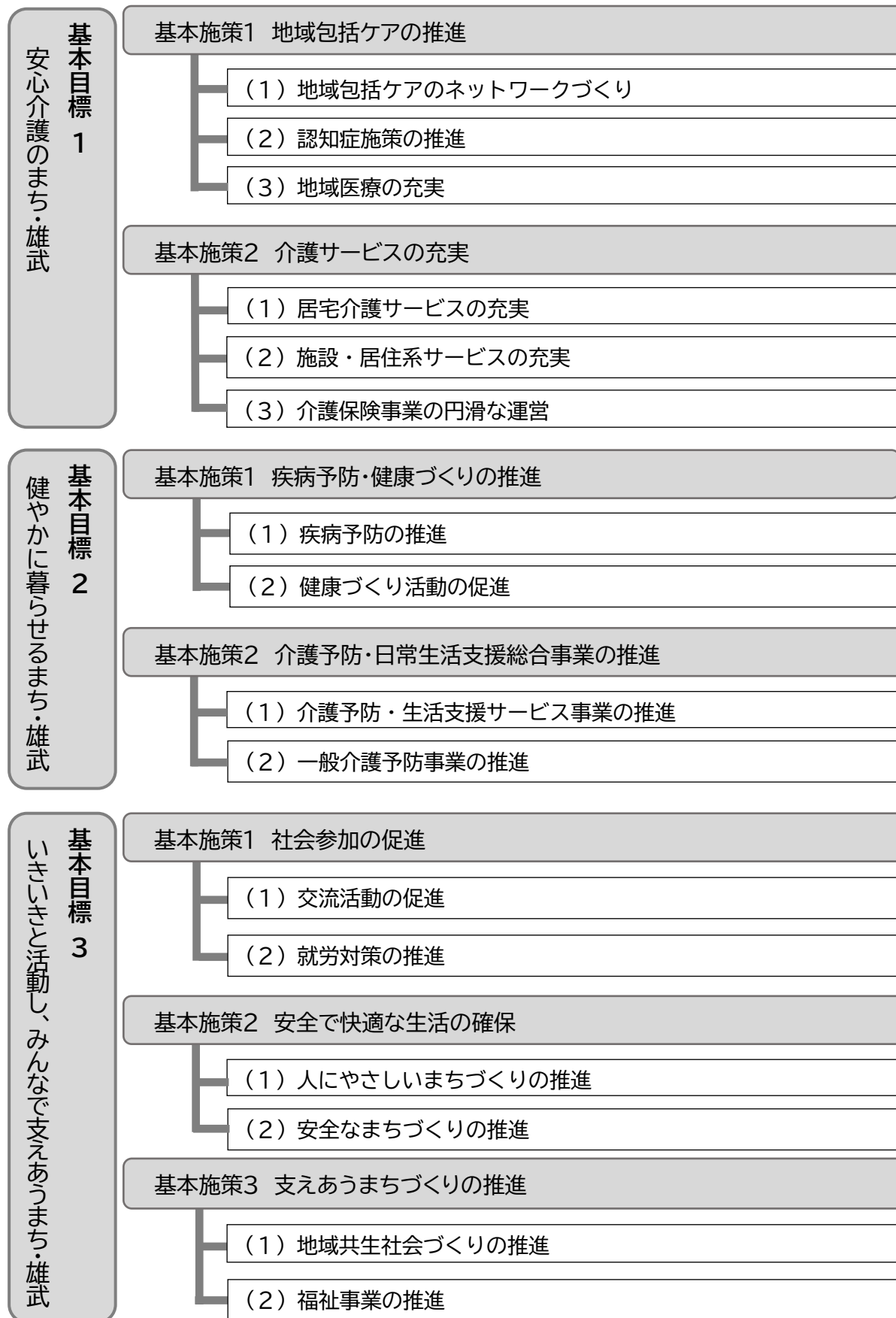
高齢者が安心して、心身ともにいきいきとした暮らしを送れるようにするためには、高齢者自身が趣味の活動や学習、スポーツ、地域活動に参加したり、様々な世代の人達と交流するなど、地域社会に積極的に参加し、生きがいを持つことが大切であることから、高齢者が多様な場に社会参加できるまちづくりを推進します。

一方、高齢者の安全で快適な生活の確保は、本町にとって大きな課題です。買い物支援、交通手段の確保など、人にやさしいまちづくりを推進するとともに、防災・防犯・交通安全対策の充実に努めます。

また、高齢者を地域で支えるためには、福祉教育やボランティアの育成が重要なため、社会福祉協議会、学校、地域など様々な場で、意識の啓発や活動の促進、人材の育成に努め、支えあうまちづくりを推進します。

3 施策体系

基本理念を達成するため、3つの基本目標と各目標に基づく基本施策を定めます。



4 施策項目と個別施策・サービス

基本目標1 基本施策1 地域包括ケアの推進

施策項目	個別施策・サービス
(1)地域包括ケアのネットワークづくり	包括的な相談支援の実施 地域ケア会議によるネットワークづくり 高齢者虐待防止ネットワークの充実 権利擁護制度の利用促進
(2)認知症施策の推進	認知症サポーターの養成 認知症に関する相談の実施 認知症ケアパスの作成・運用 認知症初期集中支援チームによる支援の推進 地域での認知症予防活動の推進 認知症高齢者の介護環境の整備 認知症カフェ事業の推進
(3)地域医療の充実	かかりつけ医の重要性の啓発 雄武町国民健康保険病院の機能充実 在宅療養支援体制の充実促進

基本目標1 基本施策2 介護サービスの充実

施策項目	個別施策・サービス
(1)居宅介護サービスの充実	訪問介護 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(地域密着型を含む) 短期入所生活介護 短期入所療養介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 住宅改修 居宅介護支援・介護予防支援 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 その他の居宅介護サービス
(2)施設・居住系サービスの充実	介護老人福祉施設(地域密着型を含む) 介護老人保健施設 特定施設入居者生活介護(地域密着型を含む) その他の施設・居住系サービス

(3)介護保険事業の円滑な運営	介護事業所における感染症拡大防止の推進 介護人材の確保・育成 ケアマネジメントの質の向上 適切な要支援・要介護認定の実施 効率的な事業所運営の促進 介護給付等費用の適正化
------------------------	--

基本目標2 基本施策1 疾病予防・健康づくりの推進

施策項目	個別施策・サービス
(1)疾病予防の推進	特定健康診査・がん検診等の推進 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進 地域での感染症拡大防止対策の推進
(2)健康づくり活動の促進	健康づくりの啓発 特定保健指導の推進 保健指導の推進

基本目標2 基本施策2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

施策項目	個別施策・サービス
(1)介護予防・生活支援サービス事業の推進	介護予防ケアマネジメントの推進 訪問型サービス・通所型サービスの推進 生活支援体制整備事業の推進
(2)一般介護予防事業の推進	介護予防把握事業の推進 介護予防普及啓発事業の推進 地域介護予防活動事業 その他の一般介護予防事業の推進

基本目標3 基本施策1 社会参加の促進

施策項目	個別施策・サービス
(1)交流活動の促進	老人クラブの活性化 生涯学習機会の拡大 スポーツ・レクリエーション機会の拡大 地域活動への参加促進
(2)就労対策の推進	高齢者の雇用・就労の促進 生きがい活動の支援

基本目標3 基本施策2 安全で快適な生活の確保

施策項目	個別施策・サービス
(1)人にやさしいまちづくりの推進	バリアフリー、ユニバーサルデザイン化の推進 多様な住まいへの支援の推進 買い物支援の強化促進 冬対策の推進 交通手段の確保
(2)安全なまちづくりの推進	防災体制の充実 防犯対策の充実 交通安全対策の推進

基本目標3 基本施策3 支えあうまちづくりの推進

施策項目	個別施策・サービス
(1)地域共生社会づくりの推進	「我が事」意識の醸成と「丸ごと」の福祉体制づくり 社会福祉協議会の体制強化の促進 ボランティア活動の活性化 地域での高齢者見守り体制の強化 家族介護者への支援
(2)福祉事業の推進	入浴優待事業の実施 緊急通報システムの設置と安否確認システムの導入検討

第4章 施策の展開

基本目標Ⅰ 安心介護のまち・雄武

基本施策Ⅰ 地域包括ケアの推進

施策の方向性Ⅰ 地域包括ケアのネットワークづくり

高齢者が住み慣れた場所で、安心していつまでも暮らし続けられるよう、近隣の支え合いやインフォーマルな関わり、介護予防のための活動やサービス、さらには介護・医療サービス等、様々な支援が重層的に提供される「地域包括ケア」をめざして、地域包括支援センター、民生委員、自治会、社会福祉協議会、ボランティア、家族、近所の人、介護や福祉、保健、医療の専門職による支援ネットワークづくりを進めます。

(1) 包括的な相談支援の実施

町・地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所がそれぞれ相談窓口として、きめ細かな相談の実施に努めるとともに、各機関の連携強化を図ります。

また、地域包括支援センターでは、状況に応じて、関係機関と連携し訪問などの対応も行います。

こうした既存の相談支援の取り組みを活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズへの重層的な対応に努めます。

(2) 地域ケア会議によるネットワークづくり

地域包括支援センターの主催により、介護や福祉、保健、医療の専門職等による地域ケア会議を定期的に開催し、生活課題を抱える家庭に対する支援策を検討し、サービスの提供等につなげ、生活課題の改善・解決を図ります。

これにより、住民が生活困窮や孤立、ひきこもり等を抱えることなく、安心して暮らせるネットワークづくりを図り、地域課題については、地域づくりや政策形成につながるよう努めます。

(3) 高齢者虐待防止ネットワークの充実

高齢者虐待を早期に発見し、適切な対応を図るため、民生委員、地域包括支援センター、介護サービス事業者、社会福祉協議会、医療機関、警察等と連携を図りながら、地域ケア会議などを通じて、高齢者虐待の防止に向けた迅速・的確な対応に努めます。

また、町や関係機関職員の研修会への参加促進、住民への通報義務の周知等に努め、高齢者虐待防止の見守りネットワークの維持・強化に努めます。

(4) 権利擁護制度の利用促進

認知症高齢者など、判断能力が不十分な方でも、自分にふさわしい制度やサービスの選択、利

用契約の締結、財産の適切な管理をすることが必要です。

地域包括支援センター等において、適切な相談や財産管理などを支援する日常生活自立支援事業、成年後見制度などの周知と利用を促進し、高齢者の権利擁護を図ります。

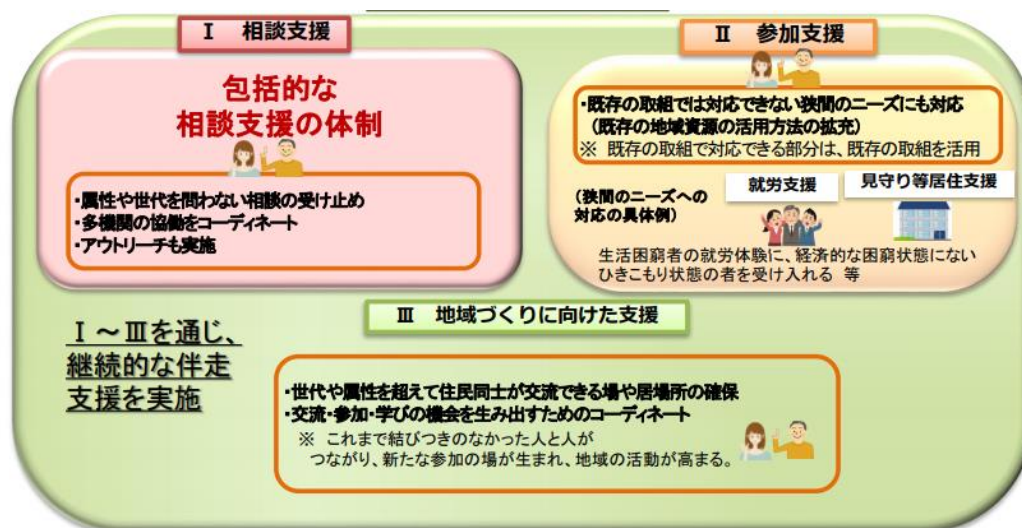
[参考] 重層的支援体制整備事業

地域共生社会づくりをめざす改正社会福祉法により、令和3年度から市町村の任意事業である重層的支援体制整備事業が創設されています。

重層的支援体制整備事業は、既存の相談支援等の取り組みを活かしつつ、属性や世代を問わない多職種協働の体制で、「Ⅰ 相談支援」、「Ⅱ 参加支援」、「Ⅲ 地域づくりに向けた支援」を実施し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに包括的に対応していくことをめざしています。

雄武町では関係機関が協力して支援ニーズに対する包括的な対応を行っていることから、現段階においては本事業に取り組む予定はありませんが、今後の状況の変化を見据えて、事業の実施を検討していくこととしています。

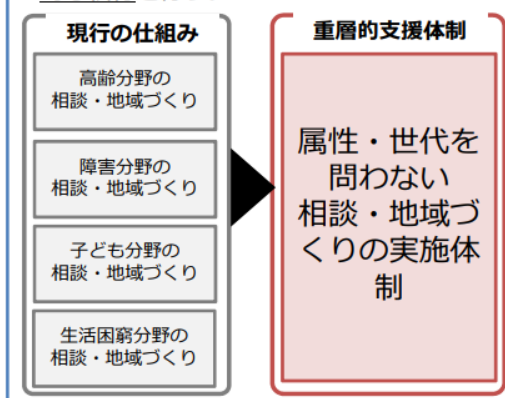
重層的支援体制整備事業の枠組み



相談支援・地域づくり事業の一体的実施

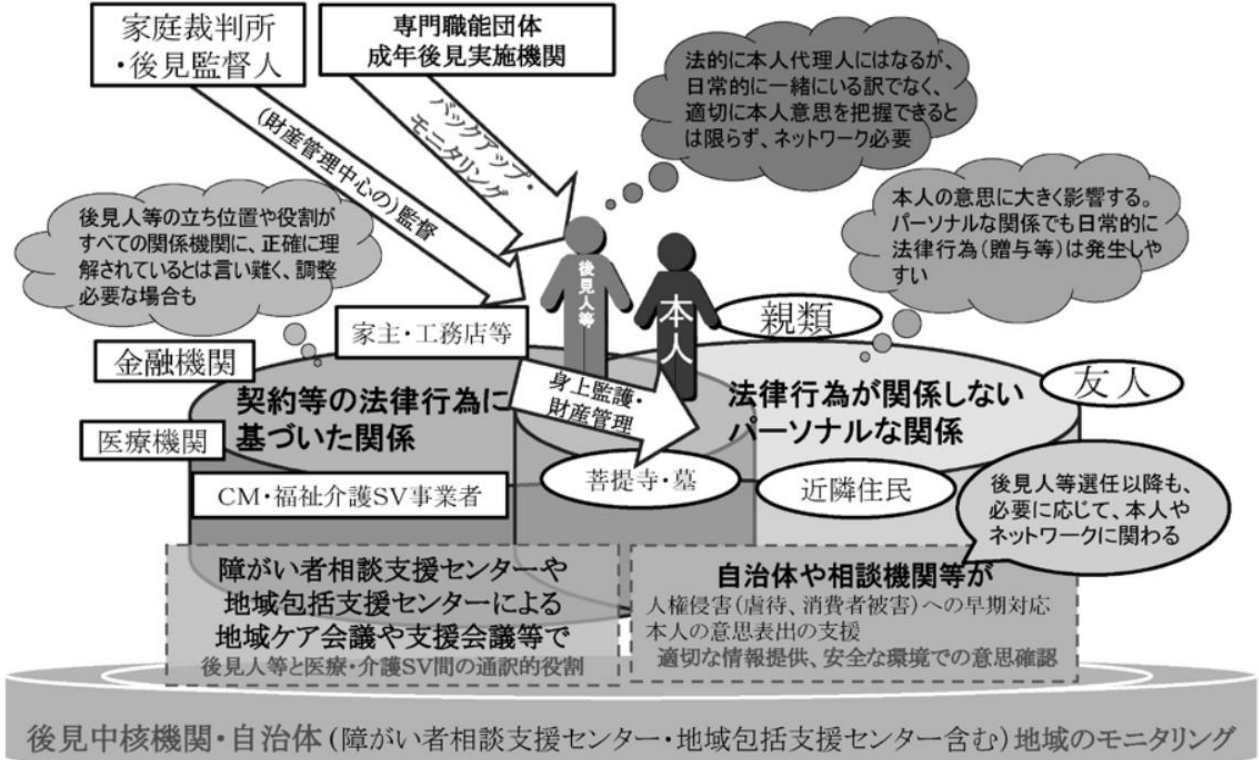
- 各支援機関・拠点が、属性を超えた支援を円滑に行うことを可能とするため、国の財政支援に関し、高齢、障害、子ども、生活困窮の各制度の関連事業について、一体的な執行を行う。

※厚生労働省「改正社会福祉法の概要資料」をもとに作成



[参考] 地域での権利擁護体制整備の必要性のイメージ

本人も後見人等も孤立させないチームでの見守り・バックアップ



※CM=ケアマネジャー、SV=スーパーバイザー

資料：厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域における成年後見制度利用促進に向けた体制整備のための手引き」(平成30年)

施策の方向性2 認知症施策の推進

認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、「早期・事前的な対応」を基本に、認知症対策を推進します。

子どもから高齢者まで認知症の症状や早期対応方法について正しく理解するための啓発を進めるとともに、医療機関や介護サービス事業者等関係機関との緊密な連携により、早期発見・早期対応、認知症の人の生活支援を推進します。

(1) 認知症サポーターの養成

「認知症サポーター」は、日常生活の中で認知症の人と出会ったときに、その人の尊厳を損なうことなく適切な対応をすることで、認知症の人や介護家族を見守り、応援する人です。認知症に対する住民の偏見をなくし、地域全体で認知症の人や家族を支える環境づくりを進めるため、認知症サポーターを養成します。

◆ 認知症サポーター養成講座 ◆

雄武町役場職員を対象として、令和4年10月18、19日に地域全体で認知症高齢者の見守りができるように、認知症の対応方法などを学ぶ場として認知症サポーター養成講座を開催しました。

今回は町職員として、認知症を正しく理解し支援することで、認知症になっても安心して暮らすことのできるまちづくりの展開を目指し、実際の事例を基にした寸劇の動画を視聴し、グループワークなどを行い、認知症についての理解を深め、これからの業務にどう活かしていくかについて話しあいました。



資料：「広報おうむ」令和4年12月号

(2) 認知症に関する相談の実施

認知症は精神疾患の一つですが、疾患だからといって治療の対象ととらえるのではなく、誰にでも起こりうる「老い」をめぐる一つの状況として、家族や地域と共生することが重要です。

自治会、民生委員、ボランティアなど、地域住民が認知症の人を見守り、生活上の影響がみられた場合や災害時等に適切な対応が取れる体制づくりを図ります。そして、認知症に関する悩みや問題を本人や介護者が抱え込むことのないよう、町や社会福祉協議会・地域包括支援センター、医療機関、民生委員など、関係機関が連携しながら、相談事業を展開します。

また、相談の専門性を高めるため、認知症相談に関する専門職である認知症地域支援推進員の配置と活動の充実を図ります。

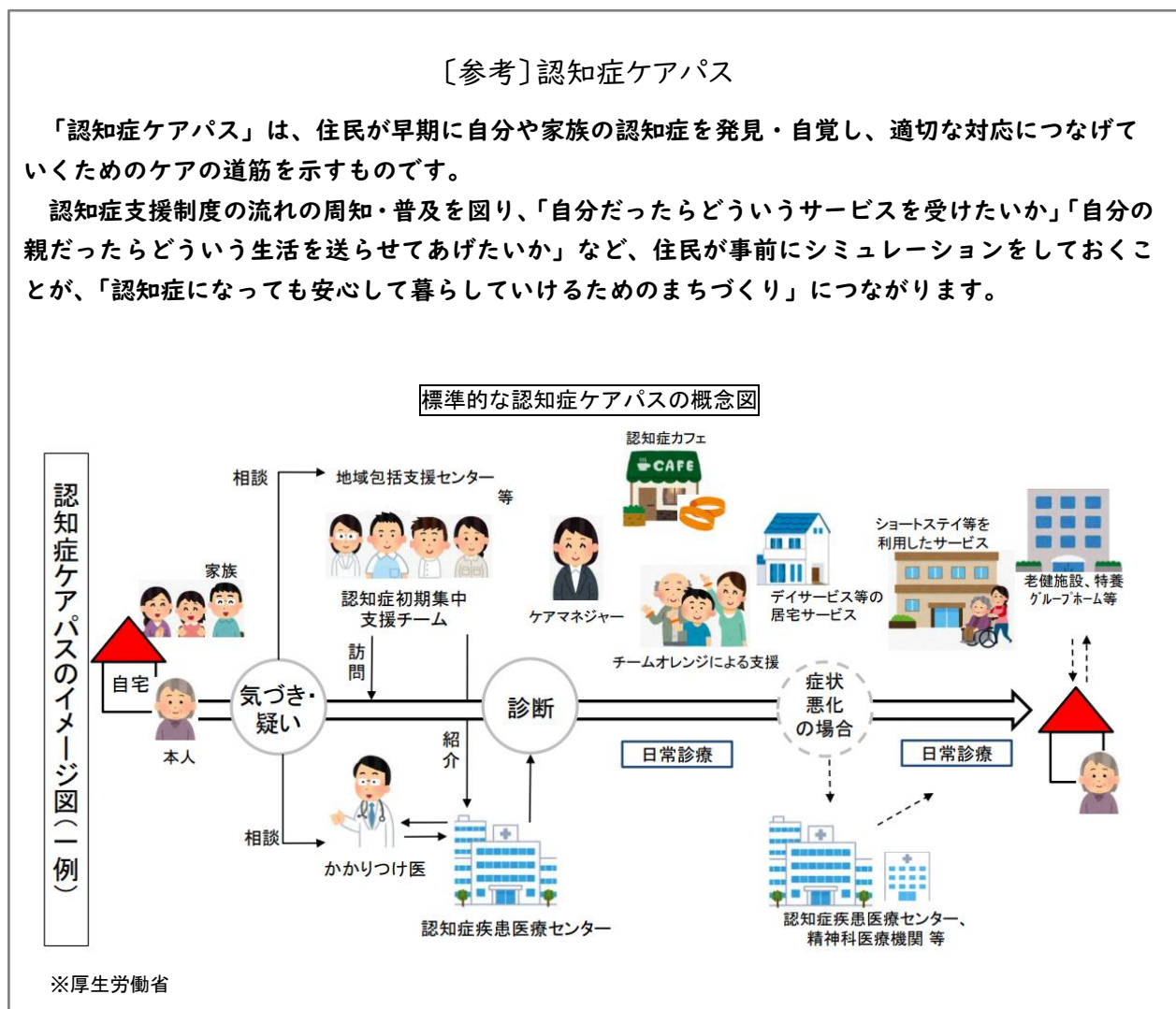
(3) 認知症ケアパスの作成・運用

認知症と疑われる症状が発生したときや、認知症の人を支える場合に、「誰が」、「いつ」、「どこで」、「何をしたらよいか」、状態に応じた医療や介護などの提供の流れを示した認知症ケアパスの作成に取り組み、関係機関で共有し、広く住民にも周知します。

[参考] 認知症ケアパス

「認知症ケアパス」は、住民が早期に自分や家族の認知症を発見・自覚し、適切な対応につなげていくためのケアの道筋を示すものです。

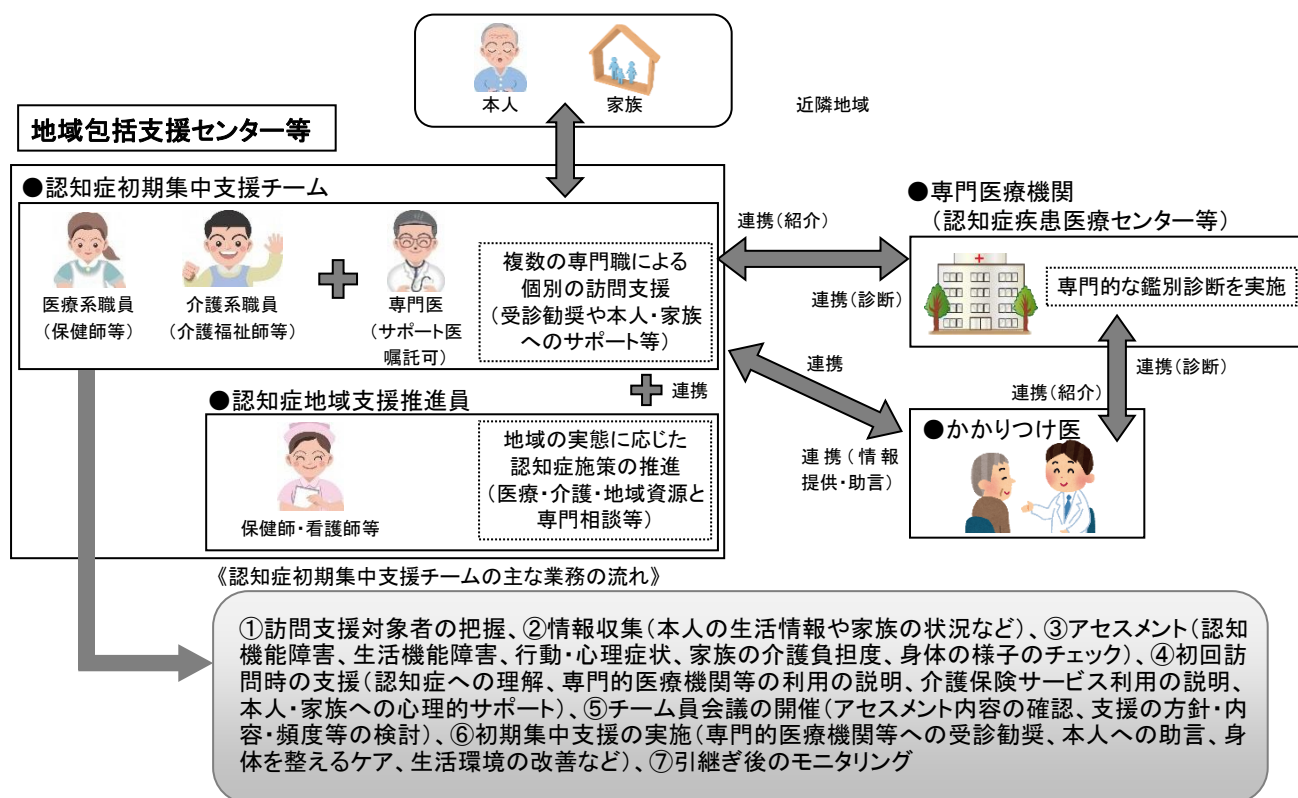
認知症支援制度の流れの周知・普及を図り、「自分だったらどういったサービスを受けたいか」「自分の親だったらどういった生活を送らせてあげたいか」など、住民が事前にシミュレーションをしておくことが、「認知症になっても安心して暮らしていけるためのまちづくり」につながります。



(4) 認知症初期集中支援チームによる支援の推進

医師を中心に、地域の医療・介護の専門職等が、認知症の人やその家族に早期に関わり、専門医療機関とも連携しながら、早期診断、早期対応を行う「認知症初期集中支援チーム」による支援を推進します。

認知症初期集中支援チームによる支援のイメージ



資料：厚生労働省

(5) 地域での認知症予防活動の推進

認知症は早期発見・早期対応が重要であることから、認知症サポーターの協力のもと、認知症予防事業を展開し、認知症の進行防止に努めます。

(6) 認知症高齢者の介護環境の整備

認知症高齢者やその介護者が安心して生活できるよう、ケア向上学習会の開催などを通じ、認知症ケアの向上を促進します。

(7) 認知症カフェ事業の推進

認知症の人や介護者の交流、また、認知症について不安がある人が、専門職と出会う機会が持てるように、認知症カフェ事業を推進します。

[参考] 認知症施策推進大綱

国では、令和元年6月に、新しい認知症施策推進大綱を策定しました。

新しい認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を車の両輪として、「普及啓発・本人発信支援」をはじめとする5つの柱で施策が構成されており、本町においても、この大綱に沿った施策の推進が求められます。

認知症施策推進大綱の概要

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し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

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持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
 ※2 「予防」とは、「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緩やかにする」という意味

コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・ 企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・ 「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

② 予防

- ・ 高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・ エビデンスの収集・普及 等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・ 早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・ 家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

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

- ・ 認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・ 企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・ 社会参加活動等の推進 等

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・ 薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視

施策の方向性3 地域医療の充実

雄武町国民健康保険病院を基幹として、地域の医療機関の連携、医療機関と介護・保健・福祉分野との連携を強化し、ネットワーク体制を構築します。

(1) かかりつけ医の重要性の啓発

生活習慣病や加齢に伴う疾病などを適切に予防するには、日頃からかかりつけ医に、きめ細かく継続的に診察を受け、生活習慣の改善などにつなげることが重要です。

住民が自身の健康についてかかりつけ医に気軽に相談でき、疾病の初期段階で適切な処置が行われるよう、かかりつけ医の重要性について啓発します。

(2) 雄武町国民健康保険病院を拠点とした持続可能な医療提供体制の構築

健康推進から疾病予防、治療、リハビリテーション、さらには在宅医療や介護サービスまでを系統的行う雄武町国民健康保険病院を包括的な地域医療の拠点として、住民が安心して医療サービスを受けることができるよう、医師や医療スタッフの充足に向けた取り組みの推進により、持続可能な医療提供体制の構築をめざします。

また、引き続き町内外の医療機関との連携を強化するとともに、介護・保健・福祉分野とのネットワークを構築します。

(3) 在宅療養支援体制の充実促進

寝たきりなどのため、通院が困難な慢性期疾患の高齢者に対する訪問診療や訪問看護など在宅療養支援の必要性が高まっています。

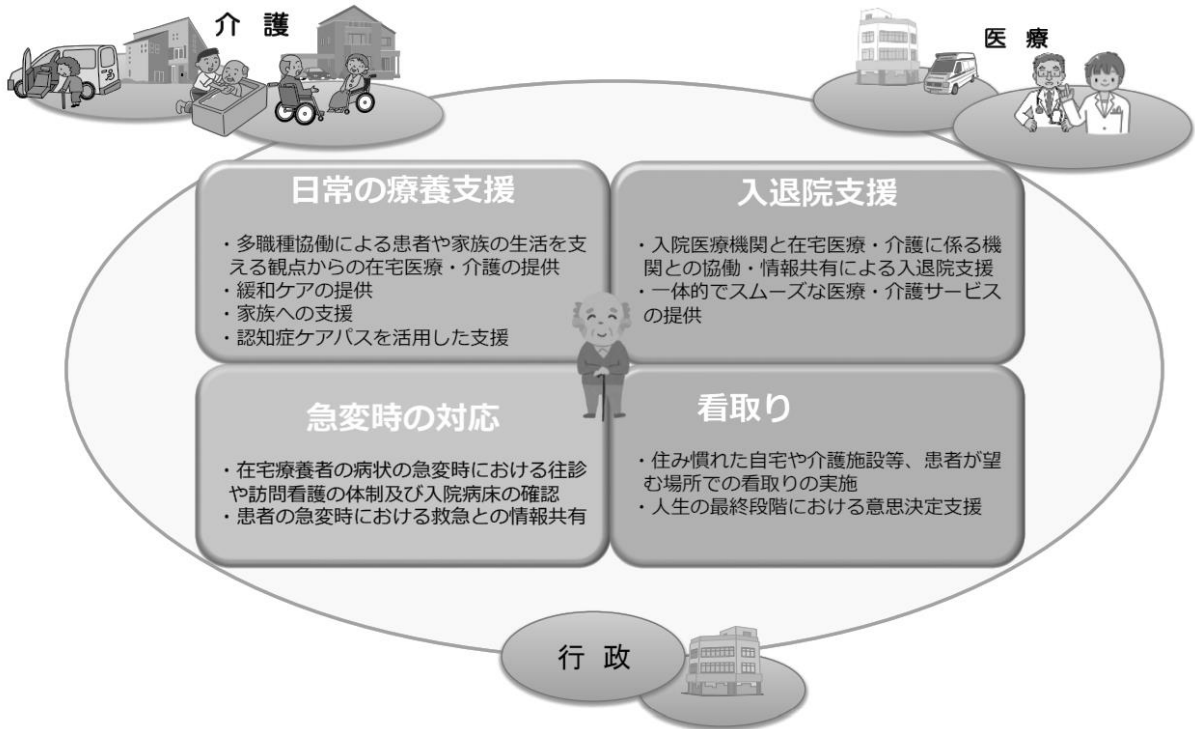
入院治療を受けて退院するケースなどに対し、入院施設の医師、薬剤師、看護師、理学療法士、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどが多職種協働で「チームケア」を推進し、在宅療養を支える医療・リハビリテーション支援体制を充実していくことが重要です。

このため、在宅医療・介護連携推進事業により、在宅療養支援における医療と介護の連携の取り組みを推進します。

[参考]在宅医療・介護連携推進事業の8つの取組事項

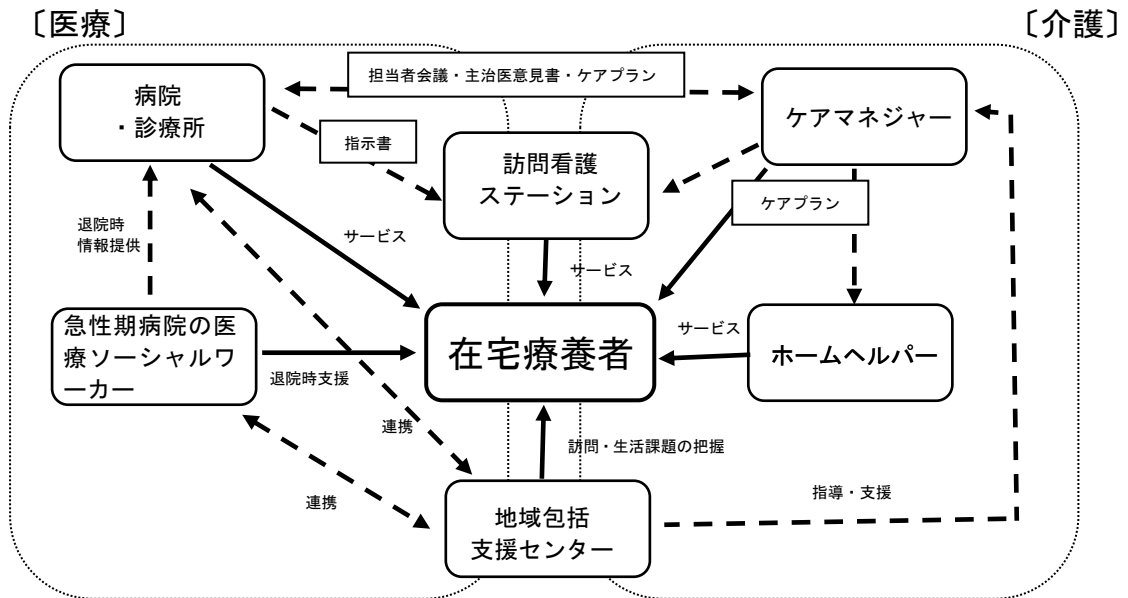
- 1 地域の医療・介護の資源の把握
- 2 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 3 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- 4 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
- 5 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 6 医療・介護関係者の研修
- 7 地域住民への普及啓発
- 8 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

〔参考〕在宅医療と介護連携イメージ



資料：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3」(令和2年9月)

〔参考〕在宅療養支援の「チームケア」のイメージ



基本施策2 介護サービスの充実

施策の方向性1 居宅介護サービスの充実

在宅の高齢者が、必要なときに必要なサービスを利用できるよう、居宅介護サービスの提供体制の確保に努めます。

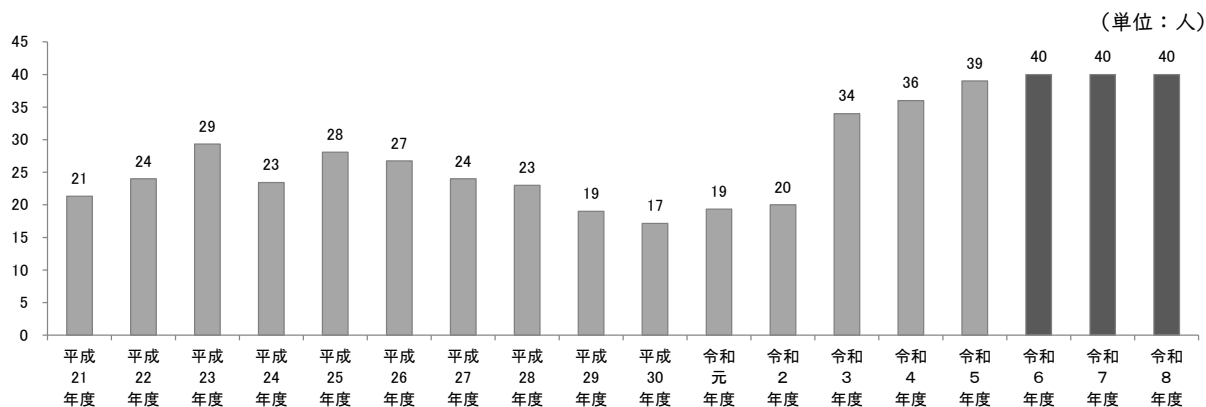
(1) 訪問介護

訪問介護（ホームヘルプ）は、訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問し、身体介護（食事、排せつ、入浴等の介護）や生活援助（調理、衣類の洗濯、住居等の掃除、整理整頓、その他必要な家事）などを行うサービスです。

平成 21 年度以降月平均 20～30 人前後の利用で推移していましたが、平成 30 年度から要支援者の訪問介護が介護予防・地域生活支援総合事業に移行されてからは、月平均利用人数は 18 人前後で推移していました。令和 3 年度からはニーズの高まりから利用者が増加していることから、第9期計画期間においては、毎年度 40 人程度の利用者数を見込みます。

今後も、事業運営の安定を図りながら、サービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



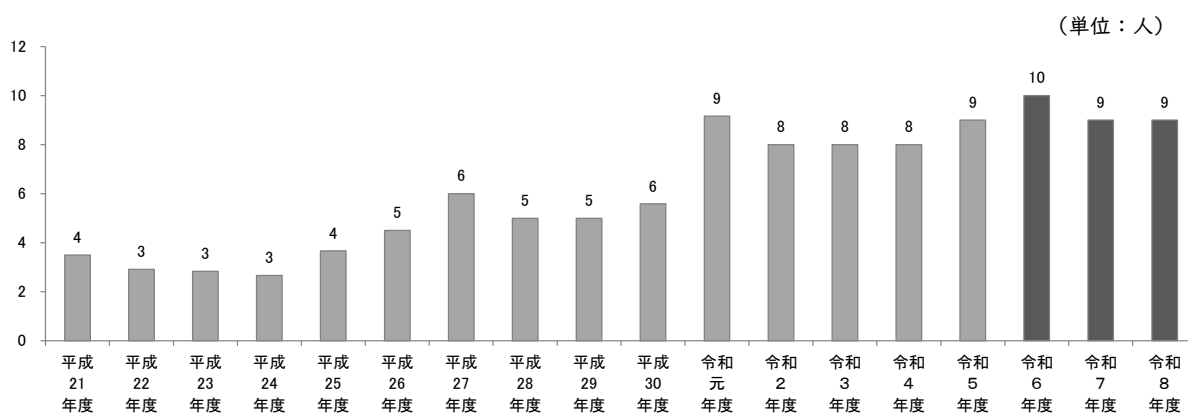
(2) 訪問看護

訪問看護は、主治医の指示に基づいて看護師などが自宅を訪問し、病状の観察・管理、清拭、じよく瘡の処理、カテーテル等の管理、リハビリテーション、家族への療養上の指導を行うサービスです。

近年は、月平均8~9人程度の利用となっており、第9期計画期間においても毎年度10人程度の利用者数を見込みます。

訪問看護は、急性期疾患による入院から自宅療養に移行した高齢者や慢性疾患のある高齢者にとって重要なサービスであることから、今後も事業者との連携によって、サービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

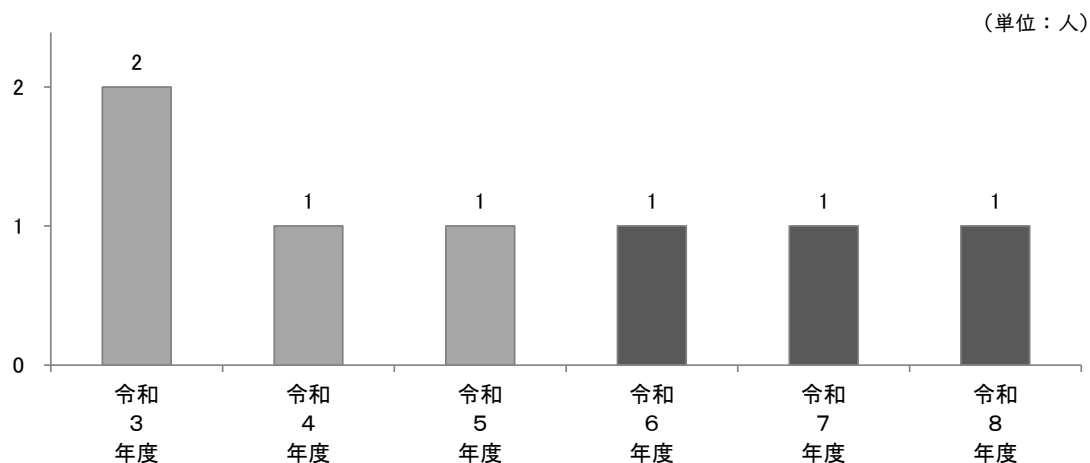


(3) 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、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を支援するために、理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行うサービスです。

これまで、利用実績がなかったため、第8期計画では利用者を見込んでいませんでしたが、令和3年度以降利用者実績があったことから、第9期計画期間においても1人の利用者数を見込みます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

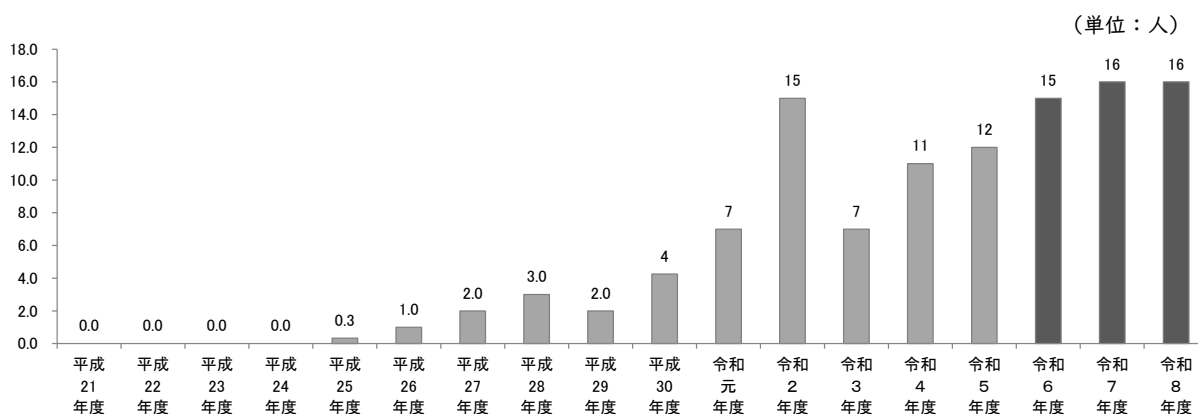


(4) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、医師等が通院困難な要支援・要介護状態の利用者の居宅を訪問し、心身の状況や置かれている環境などを把握した上で、可能な限り利用者の居宅において、持っている能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、療養上の管理・指導・助言などを行い、利用者の療養生活の向上を図る目的で提供されるサービスです。

令和3年度以降、利用者数が増加していることを考慮し、第9期計画期間においては毎年度 16人程度の利用者数を見込みます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



(5) 通所介護（地域密着型を含む）

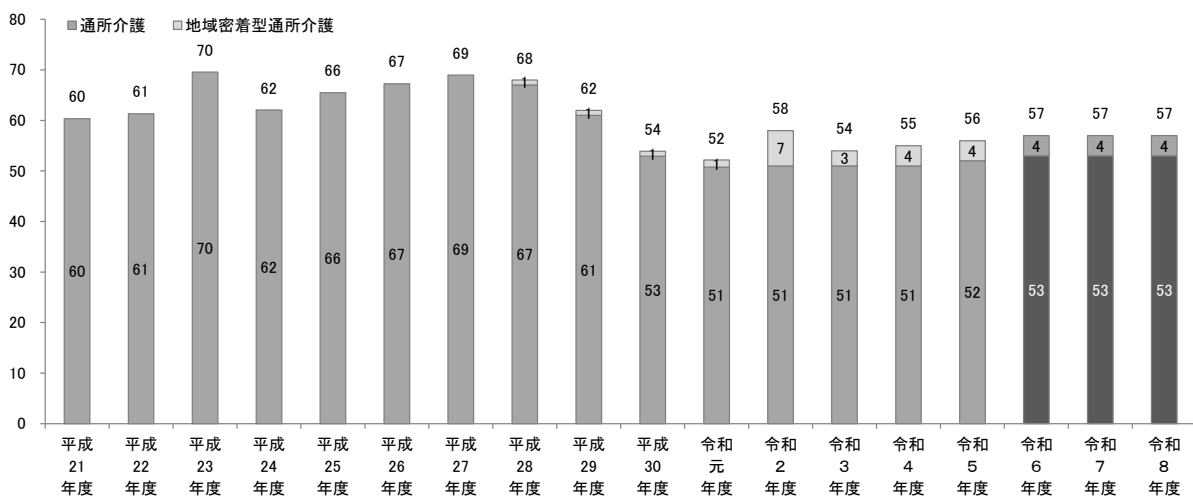
通所介護（デイサービス）は、デイサービスセンターに通って入浴、食事の提供、その他日常生活上の支援などを受けるサービスです。日帰りで日常生活支援や機能訓練を受けられるため、要支援・要介護認定者の外出のきっかけづくりになるとともに、生活機能の維持・改善、家族の心身の負担軽減につながる重要なサービスです。

通所介護は、平成 30 年度から要支援者が介護予防・地域生活支援総合事業に移行したことから利用が減少し、代わって町外の地域密着型通所介護は利用が伸びています。通所介護、地域密着型通所介護を合わせ、第8期計画期間では利用者が月平均 55 人となっていることから、第9期計画期間においては、毎年度 57 人の利用者数を見込みます。

今後も、事業所での自立支援・重度化防止の取り組みを促進しながら、サービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

(単位：人)



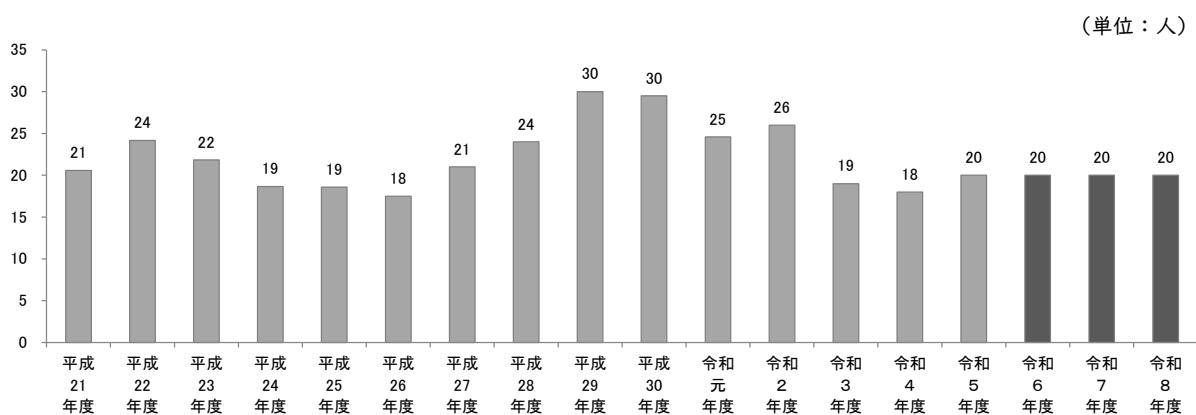
(6) 短期入所生活介護

短期入所生活介護(ショートステイ)は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などに短期間入所し、入浴、食事等の介護、その他日常生活上の支援などを受けるサービスです。

月平均利用者数は平成 29、30 年度の 30 人をピークにやや減少傾向となっていました。第 8 期計画期間はやや増加傾向に転じていることから、第 9 期計画期間においては、毎年度 20 人の利用者数を見込みます。

短期入所生活介護は、要介護者の安心した生活を支えるとともに、介護者の心身の負担軽減、にもつながるため、今後もサービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

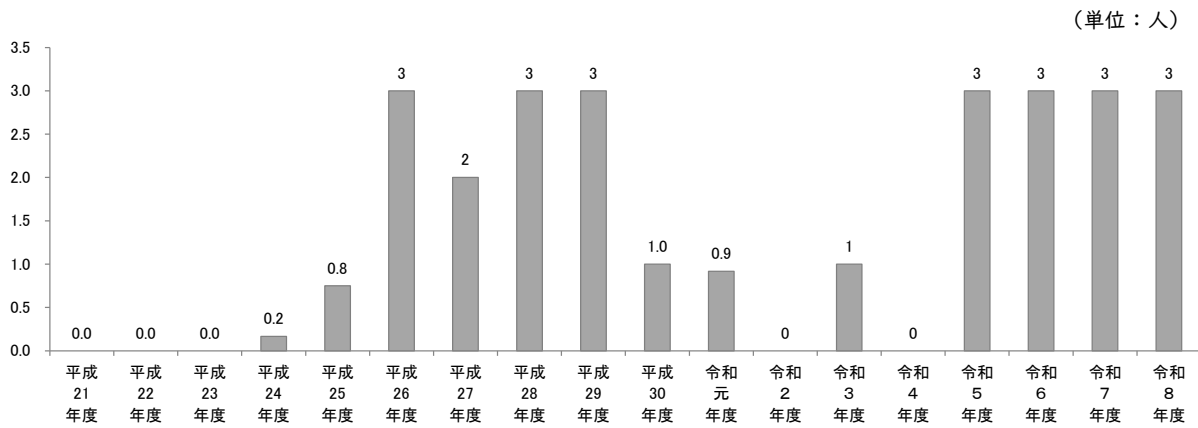


(7) 短期入所療養介護

短期入所療養介護（医療型ショートステイ）は、介護老人保健施設などに短期間入所し、入浴、食事等の介護、その他日常生活上の支援に加え、医学的管理の下でリハビリテーションなどを受けるサービスです。

令和5年度の月平均利用者数が3人であったことから、第9期計画期間においても、毎年度月平均3人の利用者数を見込みます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



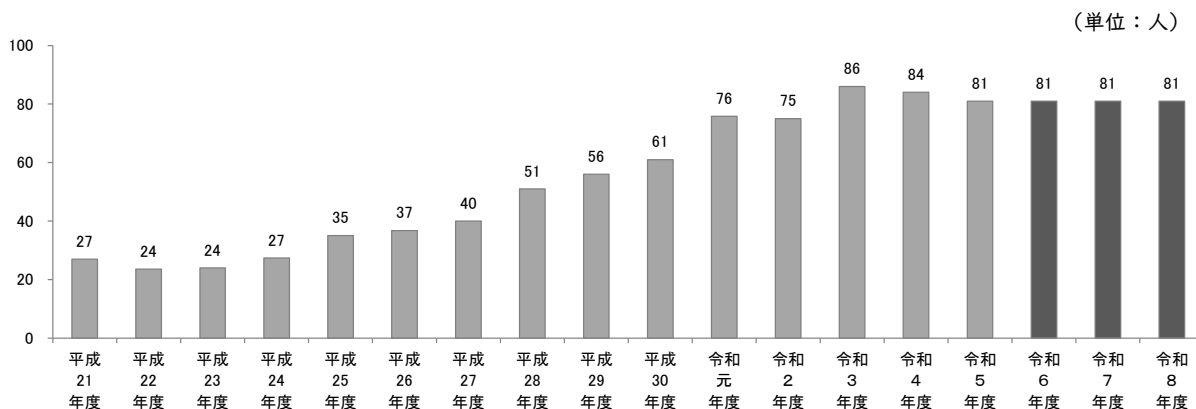
(8) 福祉用具貸与

福祉用具貸与は、心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある要介護者の日常生活上の便宜を図るため、車いす、特殊寝台、歩行補助つえなどを貸与するサービスです。

令和5年度の月平均利用者数が81人であったことから、第9期計画期間においても、毎年度月平均81人の利用者数を見込みます。

福祉用具貸与は、できる限り自宅で自立した日常生活を送ることができるようサポートするサービスであることから、今後もサービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



(9) 特定福祉用具販売

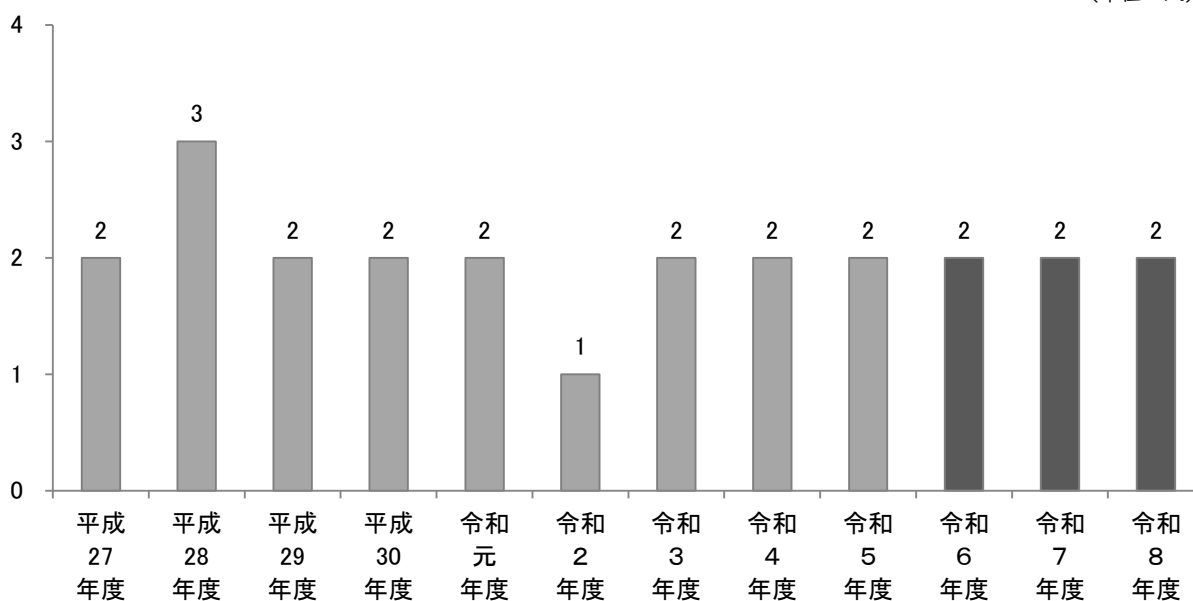
特定福祉用具販売は、入浴または排せつ等を補助する福祉用具を購入した場合に、年額10万円を限度として支給するサービスです。

月平均利用者数は1~2人程度であり、第8期計画期間は毎年度2人の実績であったことから、第9期計画期間においても、毎年度2人の利用者数を見込みます。

今後も、できる限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、サービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<年間利用者数の推移と本計画期間の計画値>

(単位：人)



(10) 住宅改修

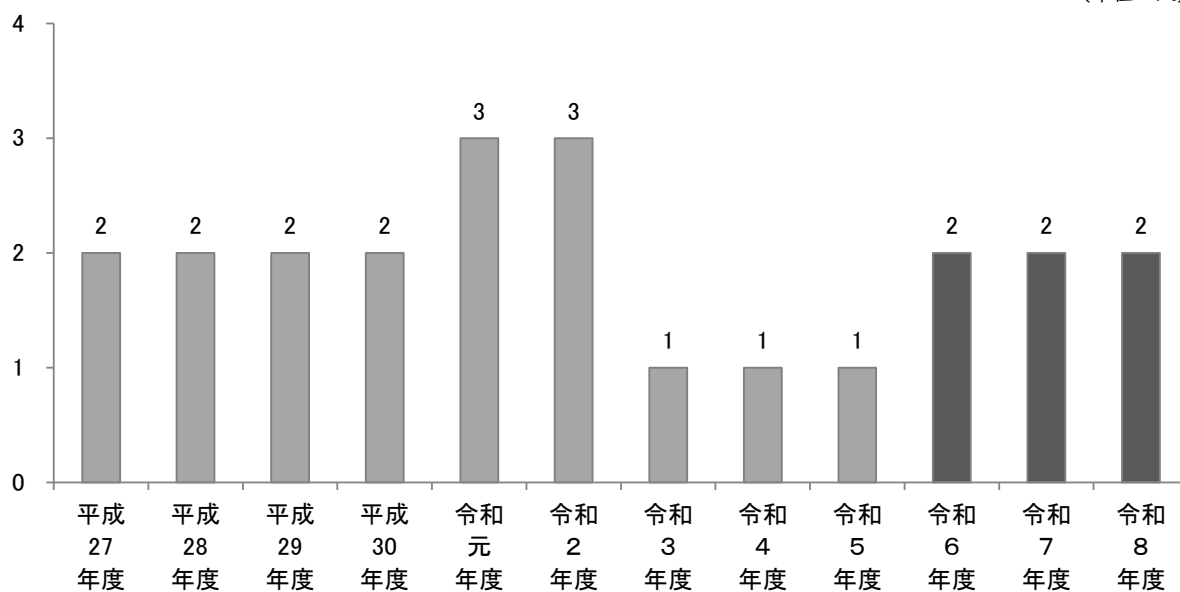
住宅改修は、手すりの取り付け、段差の解消等、一定の住宅改修をした場合に、20万円を限度として支給するサービスです。

第8期計画期間は月平均利用者数が毎年度1人でしたが、第9期計画期間においては、毎年度2人の利用者数を見込みます。

今後も、事業者との連携によりサービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

(単位：人)



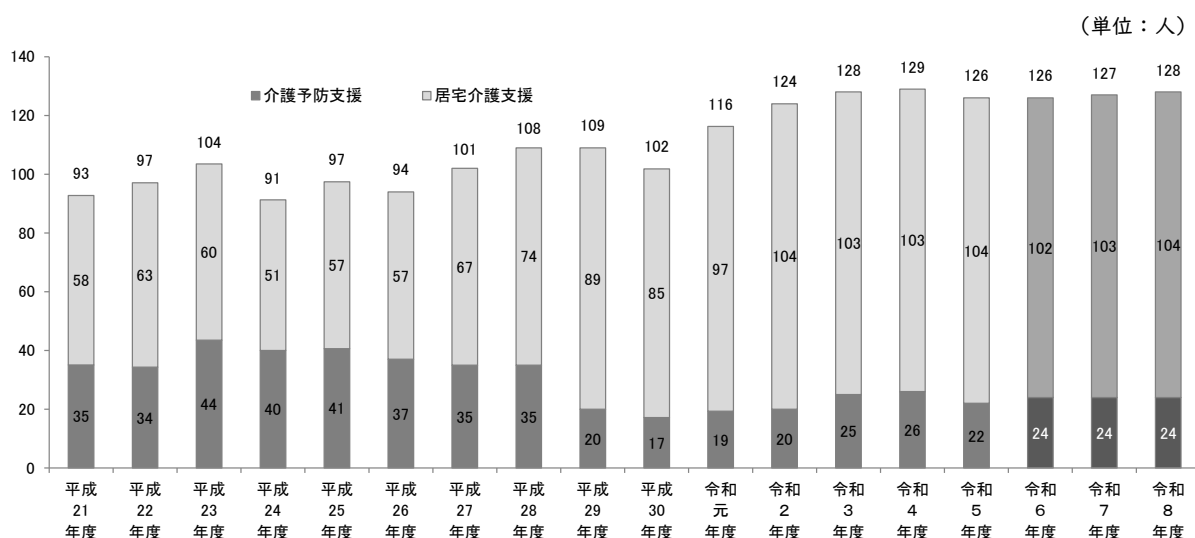
(II) 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援(ケアマネジメント)は、在宅の要介護者が必要な介護保険サービスを適切に利用できるよう、居宅介護支援事業所がサービス利用計画(ケアプラン)を作成するものです。また、介護予防支援は、要介護認定で要支援1・2と判定された人に、地域包括支援センターが介護予防プランを作成するサービスです。

第9期計画期間においては、令和元年度以降の利用者数の伸びを考慮し、毎年度月平均 127人前後の利用者数を見込みます。

今後も、適切なケアプランが作成・運用されるよう、ケアマネジャーの指導・支援に努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



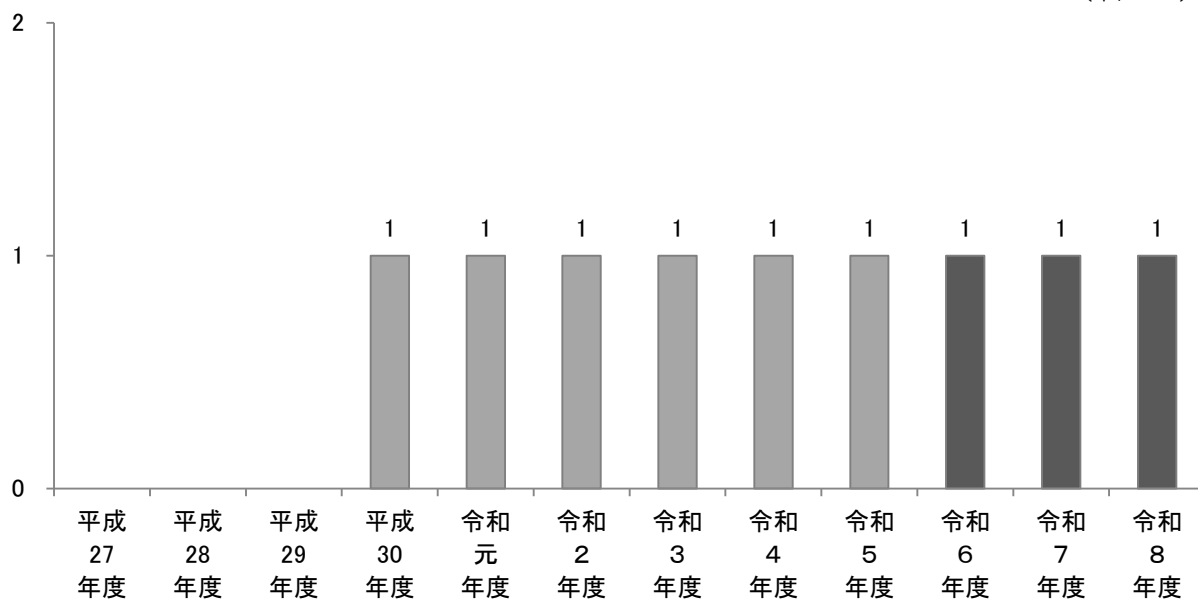
(12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、日中・夜間を通じ、短時間の定期巡回により訪問し、訪問介護や訪問看護サービスを一体的に提供するサービスです。

平成 30 年度以降令和5年度までは、このサービスを月平均1人が利用していることから、第9期計画期間においても、毎年度月平均1人の利用者数を見込みます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

(単位：人)

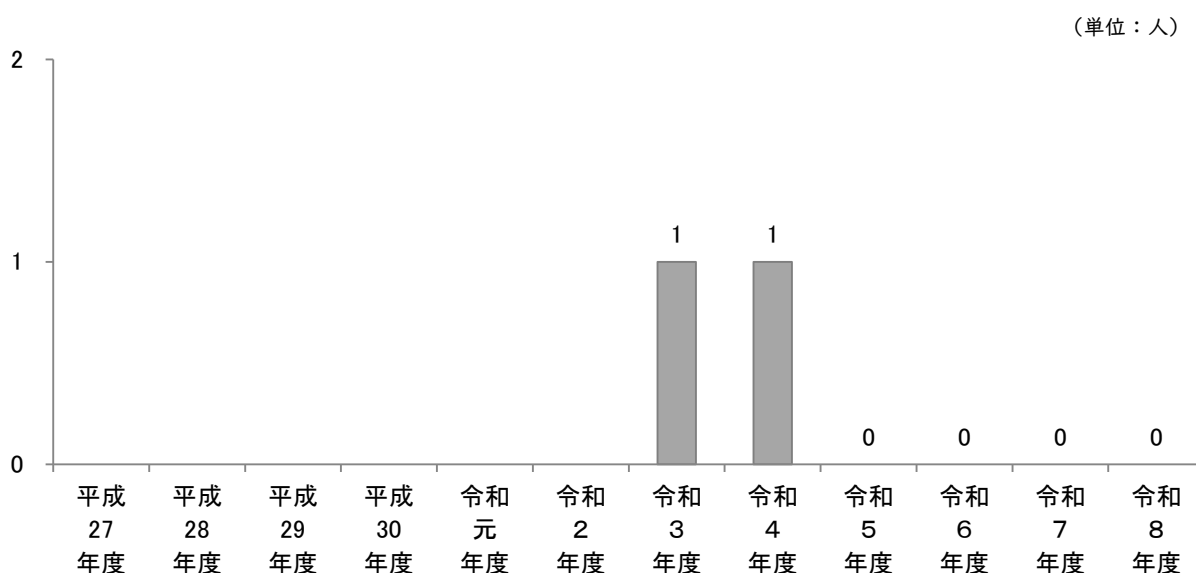


(13) 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、要介護状態となった場合においても、認知症である利用者が可能な限り利用者の居宅において、持っている能力に応じた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めざし、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心身の負担軽減を図る目的で提供されるサービスです。

これまで、利用実績はありませんでしたが、令和3、4年度に利用者実績がありました。第9期計画期間において利用者数は見込みませんが、今後認知症の方が増加することが予想されることから、ニーズがあった場合には対応できるよう、事業者の意向等を踏まえながら、提供体制を整備していきます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>

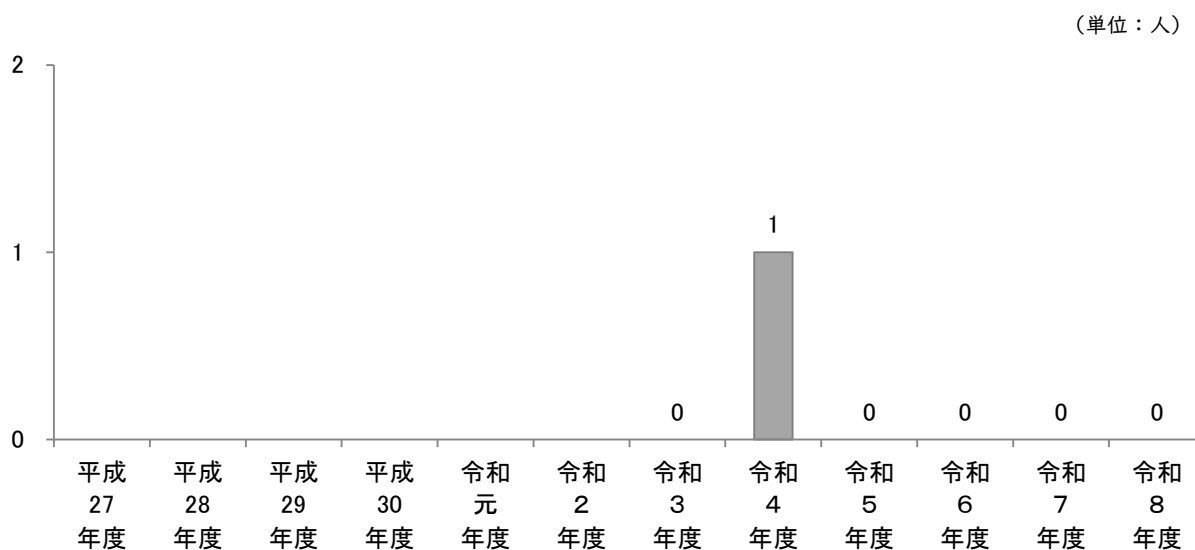


(14) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、デイサービスを中心に訪問介護やショートステイを組み合わせ、在宅での生活の支援や、機能訓練を行うサービスです。

これまで、利用実績はありませんでしたが、令和4年度に利用者実績がありました。第9期計画期間において利用者数は見込みませんが、今後ニーズがあった場合には対応できるよう、事業者の意向等を踏まえながら、提供体制を整備していきます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



(15) その他の居宅介護サービス

訪問入浴介護、通所リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、看護小規模多機能型居宅介護は現状では利用がないため見込みませんが、ニーズがあった場合に対応できるよう、事業者の意向等を踏まえながら、提供体制について検討します。

施策の方向性2 施設・居住系サービスの充実

在宅での継続的な生活が困難な要介護者が、要介護状態区分等に応じて適切な施設を選択して利用できるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

(1) 介護老人福祉施設（地域密着型を含む）

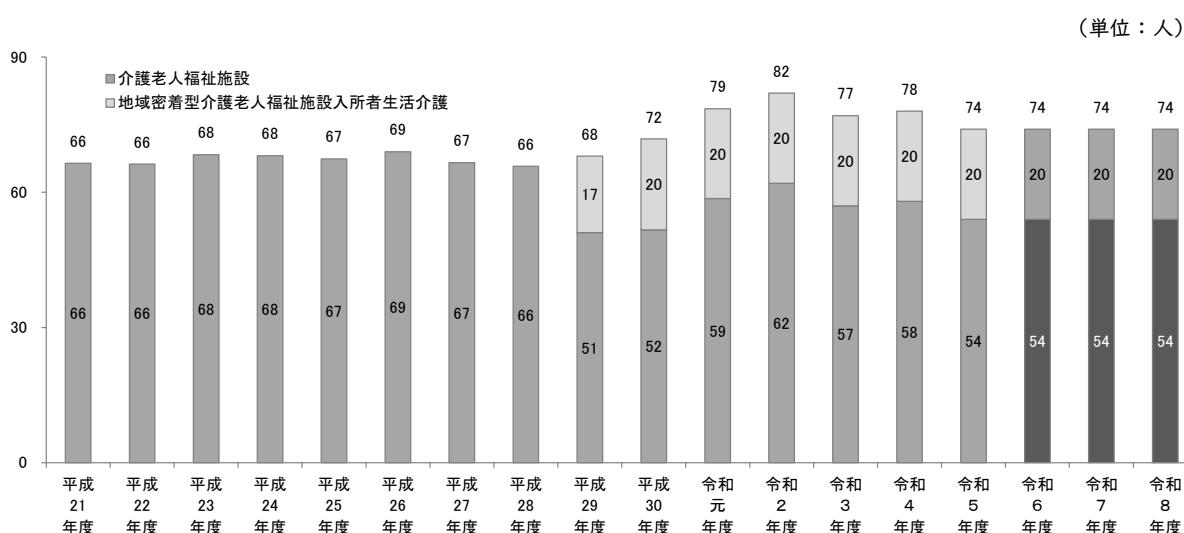
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、介護・看護・居住・見守りの機能を併せ持つ重度要介護者のための施設で、町内には雄愛園があり、60人の定員の20人分については、平成29年度から市町村に事業所指定権限がある地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）に移行しています。

近年は町外施設の利用も含め、利用が増加傾向にありましたが、第8期計画期間は月平均77人程度の実績となっています。第9期計画期間においては、毎年度月平均74人の利用者数を見込みます。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、24時間365日重度な要介護者のケアを行う福祉拠点であり、大きな社会的使命を担っているため、入居者のケアの向上に向け、職員の専門的知識・技術の習得等に努めています。しかし、夜勤があることや社会的評価がまだまだ低いことから、慢性的な人材不足は解消されていません。

このため、今後も引き続き事業所と連携しながら、職員の確保・育成やケアの向上に向けた取り組みを促進し、住民が安心して利用できる環境の維持を働きかけていきます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



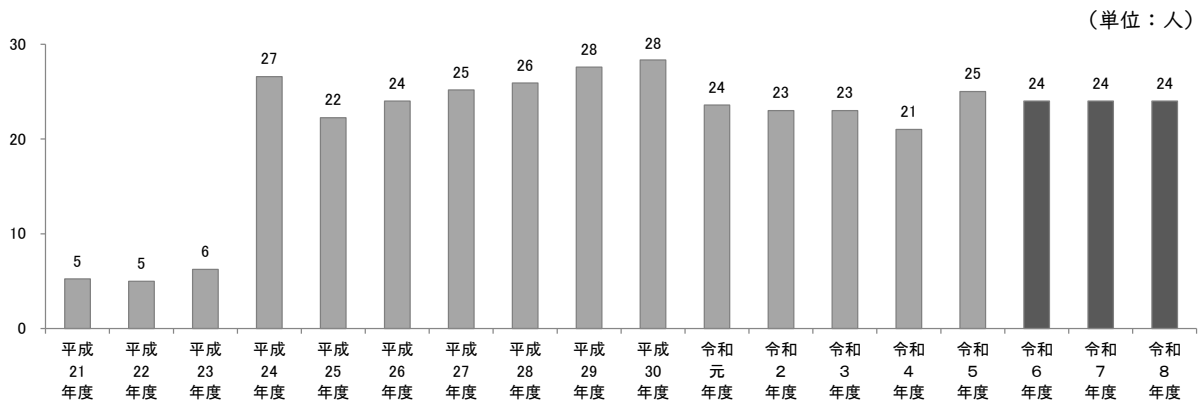
(2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、介護・看護・見守りの機能を併せ持ち、入所後、病状が安定している要介護者がリハビリテーション等を行いながら在宅復帰をめざす入所施設です。

平成23年度から雄武町立介護老人保健施設ハマナスを設置し、町外施設の利用とあわせ、月平均利用者数は20人台で推移しています。第9期計画期間においては、これまでの実績を考慮し、毎年度月平均24人の利用者数を見込みます。

今後も、社会的入院の解消をめざす受け皿として重要な役割を担う施設であるため、要介護者一人ひとりの状況に応じて、必要な際に当該施設へ迅速かつ円滑に入所できるよう調整していきます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



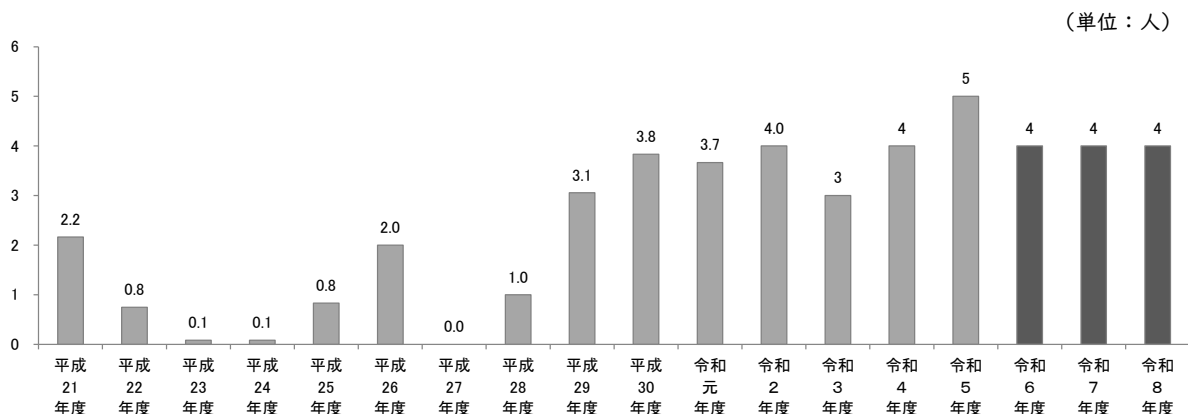
(3) 特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）

特定施設入居者生活介護は、養護老人ホームや軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等がそのサービス事業所の指定を受け、入居者に施設内で、介護サービスを提供するものです。

第9期計画期間においては、近年の実績を考慮し、毎年度月平均4人の利用者数を見込みます。

広域的な利用があり、今後も、事業者との連携によりサービスを必要としている人が適切に利用できるよう努めます。

<月平均利用者数の推移と本計画期間の計画値>



(4) その他の施設・居住系サービス

その他の施設・居住系サービスとして、介護医療院、認知症対応型共同生活介護があります。

なお、介護療養型医療施設は、令和5年度を期限とし介護医療院へ完全移行することになっていますが、介護医療院は利用がないものと見込みます。

また、認知症対応型共同生活介護は、認知症の方を対象に、グループホームで入浴・排せつ・食事などの介護、日常生活上の世話、機能訓練を行うサービスです。現状では利用がないため、第9期計画期間においては見込みませんが、今後は認知症の方が増加することが予想されることから、ニーズがあった場合には対応できるよう、事業者の意向等を踏まえながら、提供体制について検討します。

施策の方向性3 介護保険事業の円滑な運営

介護事業所における感染症拡大防止を推進します。

また、質の高い介護サービスを安定的に確保するため、介護人材の確保・育成、効率的な事業所運営の促進、介護給付等費用の適正化などを図ります。

(1) 介護事業所における感染症拡大防止の推進

新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、今後の新たな感染症に備え、介護事業所における蔓延を防止するため、保健所と連携しながら、衛生対策に関する指導、助言を推進します。

(2) 介護人材の確保・育成

ケアワーカーや生活相談員、ケアマネジャー、栄養士、看護師など、介護の現場で働く職員一人ひとりがいきいきと働き、高い水準のケアを展開することが町全体の高齢者ケアの向上につながります。

そのため、町内の介護従事者が、新しい知識や技術を習得し、スキルアップを図れるよう、研修受講の支援や介護従事者同士の積極的な情報交換・共有の促進に努めます。

また、介護人材の慢性的な人材不足の解消に向け、国・道など関係機関と連携しながら、介護人材の処遇改善に取り組むとともに、町内の介護事業所との連携のもと、人材確保に向けた手法について調査・検討し、有効な手法について実践していきます。



資料:北海道保健福祉部

(3) ケアマネジメントの質の向上

地域包括支援センターが、地域のケアマネジャーに対してケアプラン作成技術の指導・支援や支援困難ケースに関する助言、ケアマネジャー同士の交流促進などを行い、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

(4) 適切な要支援・要介護認定の実施

要支援・要介護認定は、認定調査員の家庭訪問等による調査票と主治医の意見書により介護認定審査会で審査・判定します。

調査員一人ひとりに対して十分な研修・指導を行うなど、正確・公平な認定調査と審査会運営に努めます。

(5) 効率的な事業所運営の促進

国・北海道など関係機関と連携し、ケア記録や事業所指定・報酬請求、指導監査などの書類の削減、押印の廃止、ICT機器の導入等を促進し、効率的な事業所運営を促進していきます。

(6) 介護給付等費用の適正化

利用者に対する適切な介護サービスを確保し、介護保険制度への信頼を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することで、持続可能な介護保険制度の運営につながることから、医療情報との突合・縦覧点検、ケアプラン点検等介護給付適正化事業を実施します。

基本目標 2 健やかに暮らせるまち・雄武

基本施策 1 疾病予防・健康づくりの推進

施策の方向性 1 疾病予防の推進

特定健康診査やがん検診等により、疾病の早期発見を図るとともに、地域での感染症拡大防止対策を推進します。

(1) 特定健康診査・がん検診等の推進

生活習慣病やがんなどの疾病予防や早期発見、悪化予防、また、住民の生涯にわたる健康づくりのため、特定健康診査、健康診査（一般、後期高齢者）、検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん、前立腺がん、エキノコックス症、結核、肝炎）をそれぞれ推進します。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の対象者や予備群の抽出に重点を置いた特定健康診査は医療保険者が実施主体となっていますが、町では、20～30 歳代及び 40 歳以上の社会保険被扶養者及び生活保護受給者等を対象に一般健康診査を、75 歳以上の後期高齢者を対象に後期高齢者健康診査をそれぞれ特定健康診査に準ずる検査項目で実施します。

これらの健康診査・がん検診等は、未受診者の解消につながるよう、その必要性や内容についての啓発の強化に努めるとともに、医療機関・検診センター等の協力を得ながら、受診しやすい環境づくりに努めます。

健康診査・がん検診等の種類・対象年齢

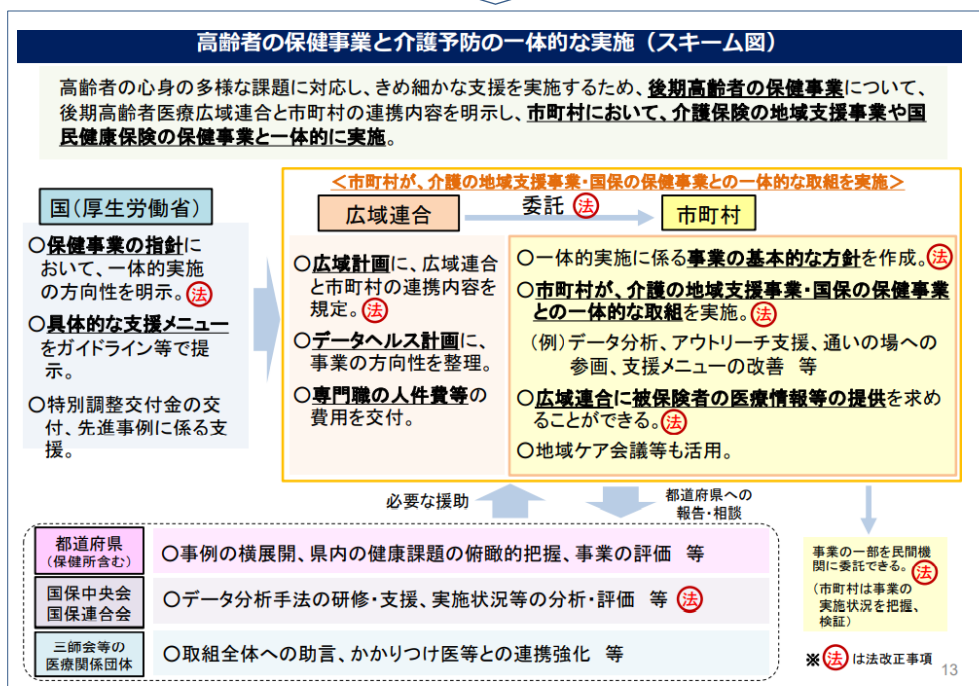
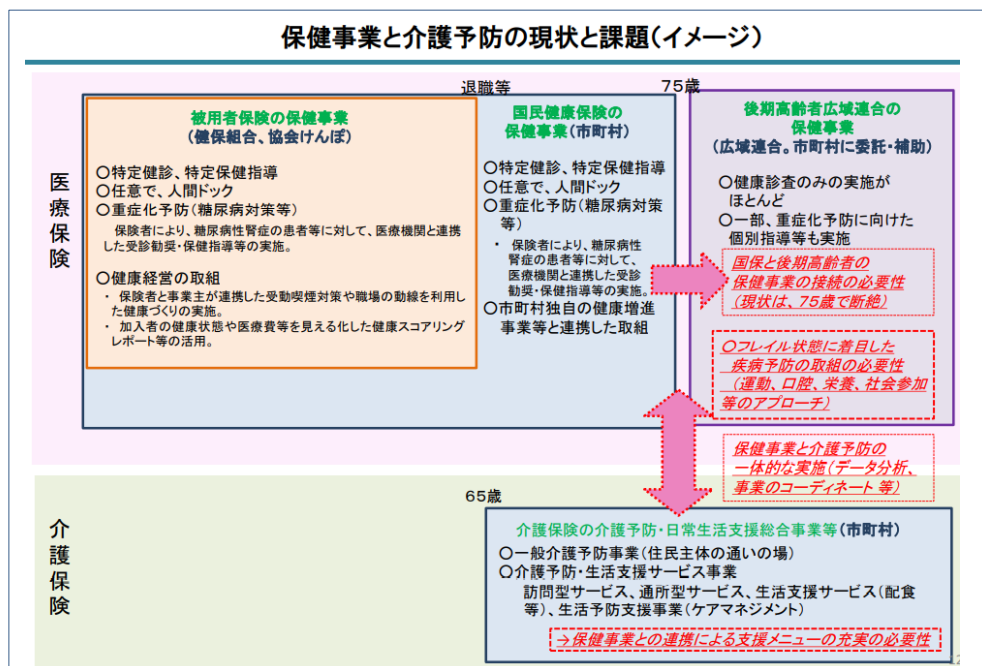
～19 歳	20～39 歳	40～49 歳	50～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
	一般健診	特定健診・一般健診			後期高齢者健診
エキノコックス症検診(小学校3年生から) 子宮頸がん検診(20 歳以上隔年)					
		肝炎検診(一度も受けたことがない方のみ)			
		胃がん検診			
		肺がん検診			
		大腸がん検診			
		乳がん検診(40 歳以上隔年)			
			前立腺がん検診		
				結核検診	

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

後期高齢者の保健事業について、法改正により、令和3年度から後期高齢者医療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ことになっています。

北海道後期高齢者医療広域連合の実施方針に基づき、フレイル予防に着目した後期高齢者健診の結果を活かし、本町の介護保険地域支援事業、国民健康保険保健事業を組み合わせ、効果的な事業実施に努めます。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の国の方向



資料：厚生労働省「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて」(令和元年10月25日)

(3) 地域での感染症拡大防止対策の推進

新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、今後の新たな感染症に備え、公共施設での衛生対策を徹底するとともに、住民、事業所に対し、ソーシャルディスタンス(物理的距離)の確保など、必要な対策を進めます。

また、感染症のワクチン接種が必要な場合は、国、北海道、各医療機関などと連携を密にし、地域で速やかに接種できる体制づくりを進めます。

施策の方向性 2 健康づくり活動の促進

雄武町健康増進計画やデータヘルス計画に基づき、各種健康教室や保健指導により、住民の健康づくり活動を促進します。

(1) 健康づくりの啓発

高齢者をはじめ誰もが主体的に行える健康づくりを推進するためには、何よりも、住民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という意識を持ち、主体的な取り組みを進めることが大切です。

そのため、広報などの媒体や各種教室などにより、「運動・栄養・休養」を基本とした健康意識づくりや健康づくりの知識の普及に努めます。また、地域・職域との連携を強化し、住民の健康づくりを促進します。

(2) 特定保健指導の推進

生活習慣病は、内臓脂肪型肥満に起因する 경우가多く、肥満に加え、高血糖、高血圧、脂質異常等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

そのため、特定健康診査の結果、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群」として特定保健指導の対象と判定された方へ、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善に関する特定保健指導を継続的に行い、糖尿病等の生活習慣病や生活習慣病が重症化した虚血性心疾患、脳卒中等の発症リスクの低減に努めます。また、未受診者への受診勧奨に努めます。

(3) 保健指導の推進

健康増進法に基づく健康指導として①企業や農漁協などの産業団体、自治会、老人クラブ、高齢者学級などのグループの健康学習の集まりに対する集団健康教育、②個別健康教育（糖尿病や高血圧・脂質異常症など特定の症状を有する方に対して個別に生活習慣改善への取り組みを促す教育）、③健康相談、④訪問指導などを実施しています。

今後も、介護保険法に基づく介護予防事業や、高齢者の医療の確保に関する法律による特定保健指導との役割分担及び連携のもと、国保データベースシステム等により糖尿病性腎症、虚血性心疾患・脳血管疾患等の重症化リスクがある町民の状況を把握・分析し、きめ細かな指導・支援などに努めます。また、多くの住民の継続的な参加が可能となるよう、実施内容の工夫、検討を行っていきます。

基本施策 2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

施策の方向性 I 介護予防・生活支援サービス事業の推進

支援や介護が必要な状態になることを予防するための「介護予防事業」は、一次予防事業（旧：一般高齢者）と二次予防事業（旧：特定高齢者）に区分して実施していましたが、平成 26 年度の制度改正により介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業に再編されています。

従来の二次予防事業と介護予防訪問介護・介護予防通所介護に相当する介護予防・生活支援サービス事業では、生活機能が低下し要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、生活機能の維持・改善を図り自立支援・重度化防止につなげていきます。

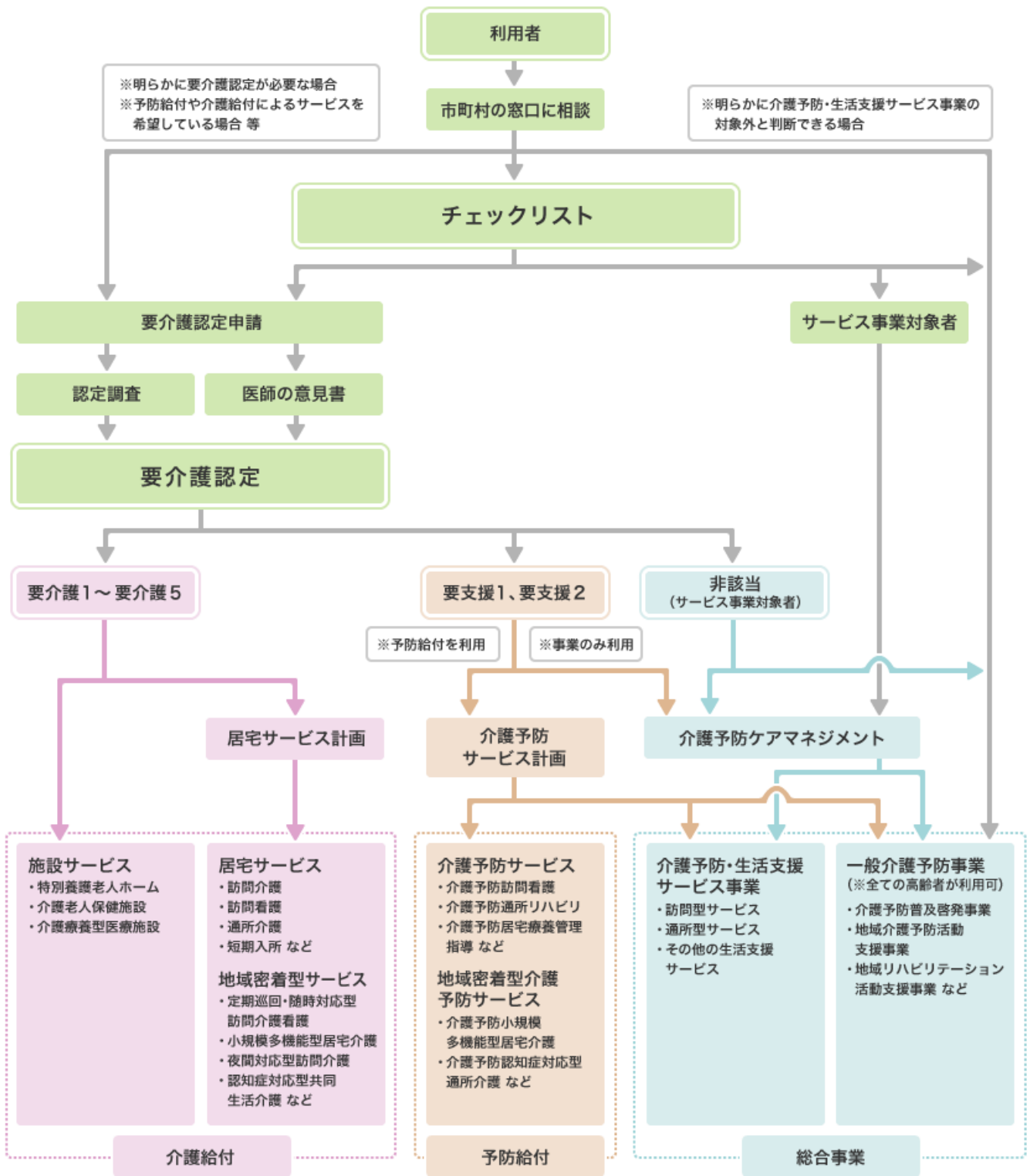
(1) 介護予防ケアマネジメントの推進

「25 項目の基本チェックリスト」を活用しながら、要支援認定者と介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、心身の状況等に応じて適切な援助サービスをマネジメントしていきます。

25 項目の基本チェックリスト

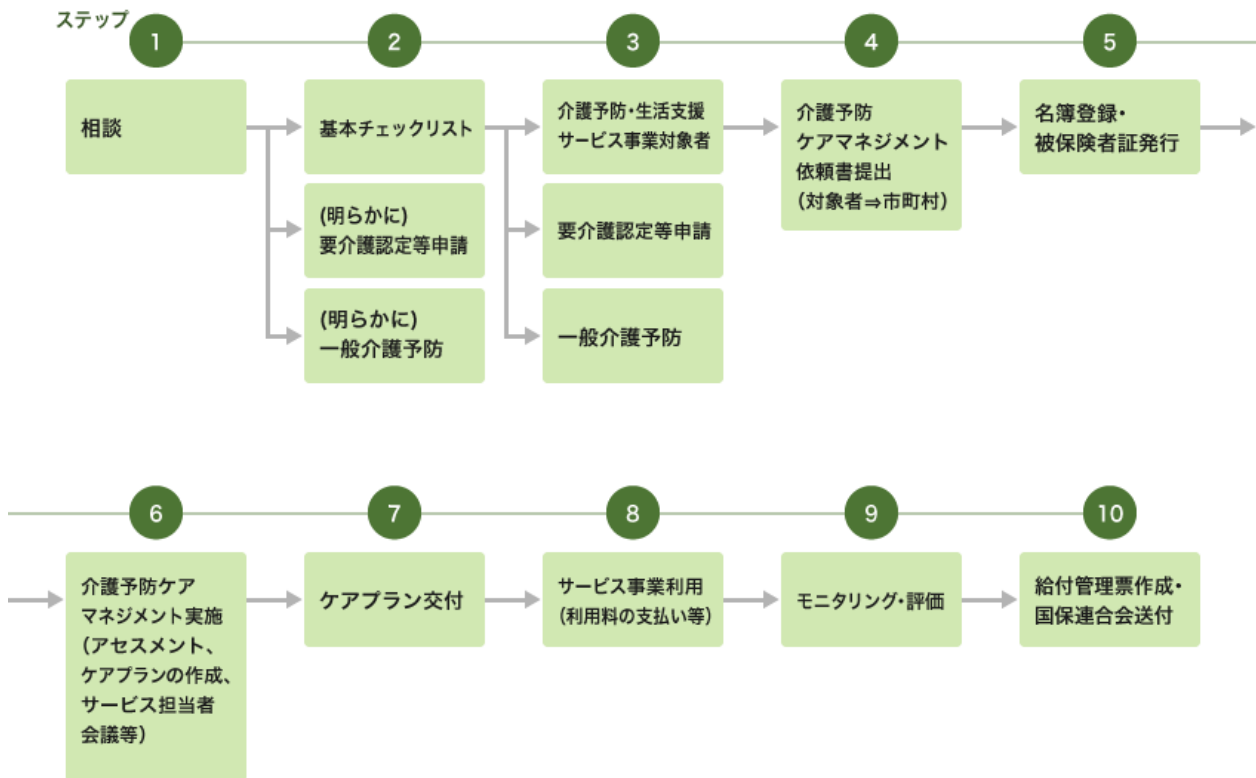
1	バスや電車で、一人で外出していますか	14	お茶や汁物等でむせることがありますか
2	日用品の買い物をしていますか	15	口の渇きが気になりますか
3	預貯金の出し入れをしていますか	16	週に 1 回以上は外出していますか
4	友人の家を訪ねていますか	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	20	今日が何月何日かわからない時がありますか
8	15 分位続けて歩いていますか	21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない
9	この 1 年間に転んだことがありますか	22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめ なくなった
10	転倒に対する不安は大きいですか	23	(ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに 感じられる
11	6 ヶ月間で 2kg から 3kg 以上の体重減少がありましたか	24	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
12	身長(cm)と体重(kg)および BMI	25	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		

介護予防・生活支援サービス事業の利用にあたってのケアマネジメント



資料：厚生労働省ホームページ

介護予防・生活支援サービス事業の利用の流れ



資料：厚生労働省ホームページ

(2) 訪問型サービス・通所型サービスの推進

要支援認定者への介護予防訪問介護、介護予防通所介護と、二次予防対象者への訪問型介護予防事業、通所型介護予防事業は統合され、介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス、通所型サービスとなっています。

本町では、平成28年度まで、介護予防訪問介護、介護予防通所介護は、社会福祉協議会が指定事業所となって実施し、二次予防対象者への介護予防事業は、町（保健福祉課）で行う転倒予防や口腔機能向上を目的に保健師、歯科衛生士等が家庭訪問を実施するとともに、社会福祉協議会に委託し、通所型介護予防事業（「運動器の機能向上事業」）を実施してきました。

平成29年度からは、介護予防・生活支援サービス事業として、次ページ以降にある①訪問介護、⑥通所介護を社会福祉協議会に委託して実施し、⑨通所型サービスCを民間事業者に委託して実施しています。

利用希望者を掘り起こし、これらのサービスの利用による介護予防活動の充実に努めるとともに、未実施のサービスについても、実施に向け、検討を進めます。

介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス・通所型サービスのタイプ

①訪問型サービス

- 訪問型サービスは、従来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る。
 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援がある。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<p>・体力の改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員 (訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)	

②通所型サービス

- 通所型サービスは、従来の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る。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスがある。

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	⑥通所介護	⑦通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	⑧通所型サービスB (住民主体による支援)	⑨通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	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
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADL や IADL の改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

(3) 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業は、地域住民が「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の協力・調整を得ながら、地域住民同士で話し合う「協議体」の活動などを通じて、地域課題を認識し、住民主体の支えあいのサービス・事業への発展を図っていく取り組みです。

栄養改善を目的とした配食、定期的な安否確認・緊急時の対応、移送など、本町で必要なサービス・事業の検討を進め、実現をめざしていきます。

生活支援コーディネーターの業務

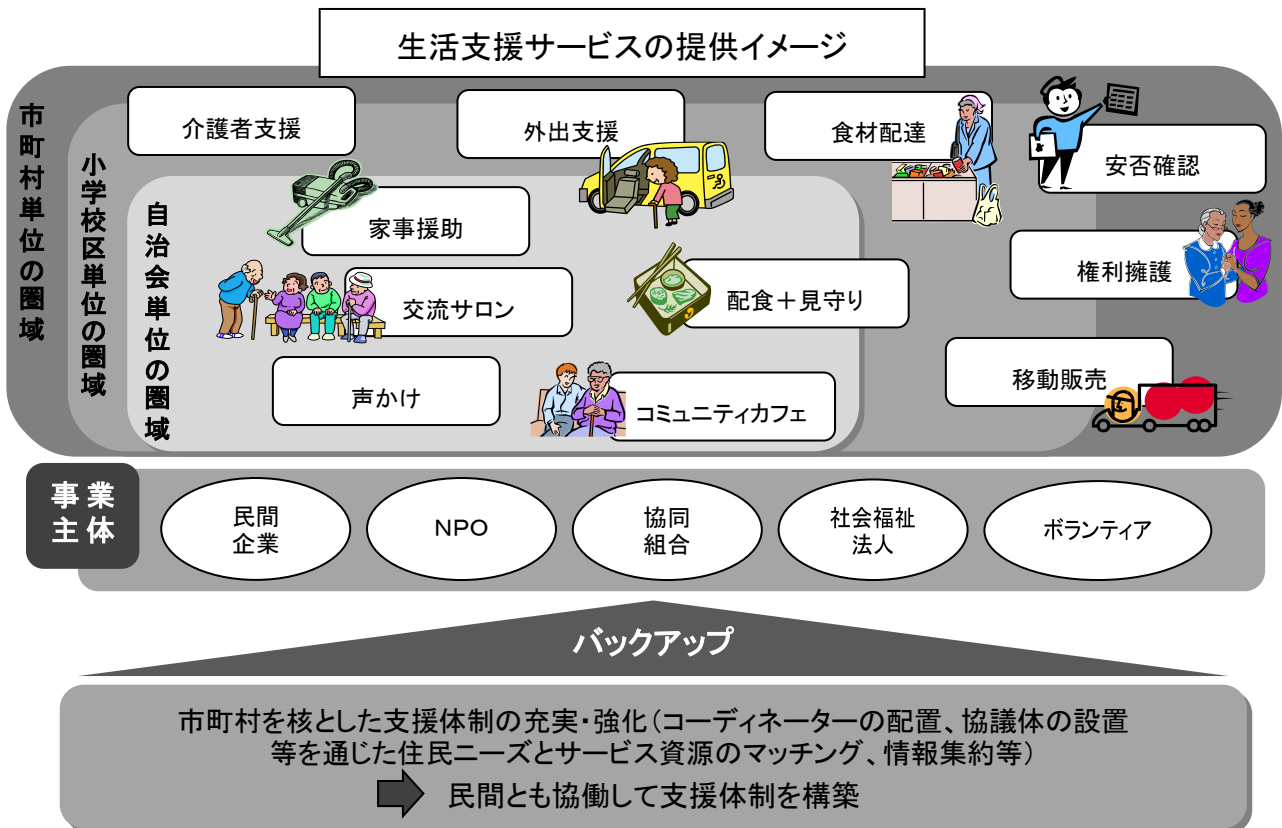
- 1 地域で行われている支え合い活動など、資源の洗い出し
- 2 ニーズを洗い出し
- 3 資源とニーズのマッチング
- 4 協議体の事前準備
- 5 その他、地域での支え合いの推進に関すること

生活支援体制整備事業により具現化をめざす生活支援サービスのイメージ

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取り組みを全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



資料：厚生労働省

施策の方向性2 一般介護予防事業の推進

高齢者が生活機能の維持、向上を図り、できる限り介護状態にならずに自らが望む生活を送り続けることができるよう、一般介護予防事業として、介護予防意識の啓発や地域住民による介護予防活動の支援などを進めます。

(1) 介護予防把握事業の推進

地域包括支援センターでは、75歳になり後期高齢者医療を受給する方や高齢化率の高い自治会に住む高齢者等への個別訪問を実施し、健康状態や生活状況の把握を行っています。

こうした活動を通じて、介護予防活動への参加が望ましいにも関わらず閉じこもり等で参加していない人を把握し、参加のメリットをわかりやすく説明しながら参加を働きかけます。

(2) 介護予防普及啓発事業の推進

介護予防についての基本的な知識を広く住民に普及を図るとともに、外出のきっかけづくりとなるよう、栄養改善指導などの介護予防教育・介護予防相談、訪問指導を実施します。

(3) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業とは、住民主体の「通いの場[※]」を含めた、地域住民による自主的な介護予防活動を促進する事業のことで、地域の住民がいきいきと健康に過ごすための活動の場である「通いの場」は、介護予防につながる重要な取り組みとして推奨されています。

取組内容は、体操や茶話会、会食など多様であり、老人クラブや住民センター、喫茶店などさまざまな場所が「通いの場」になりえるため、地域の実情に合わせて、現在の「通いの場」となっている活動の場を中心に住民主体の「通いの場」を推進していきます。

※「通いの場」とは、高齢者をはじめ地域の住民が集い、体操や趣味活動の交流等で「生きがいづくり」や「人とのつながり」の輪を広げる機会・活動の場のことで、社会参加の機会や運動により、介護予防へとつながり、いつまでも元気高齢者でいられることが期待されています。



資料：厚生労働省

(4) その他の一般介護予防事業の推進

一般介護予防事業には、地域介護予防活動支援事業、地域リハビリテーション活動支援事業、一般介護予防事業評価事業といった事業メニューがあります。

地域介護予防活動支援事業は、地域住民による自主的な介護予防活動を促進する事業、地域リハビリテーション活動支援事業は、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーション専門職の関与を促進する事業、一般介護予防事業評価事業は、一般介護予防事業の事後評価を行う事業で、いずれも当該事業を活用した取り組みは行っていない状況です。

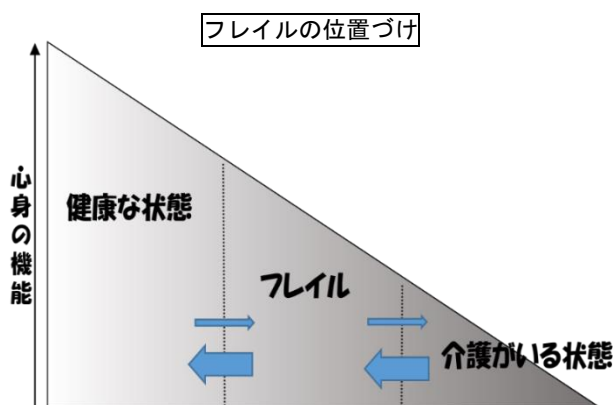
今後は、町における介護予防の施策メニューを強化するため、これらの事業実施を検討していきます。

[参考] 介護予防の鍵「フレイル」

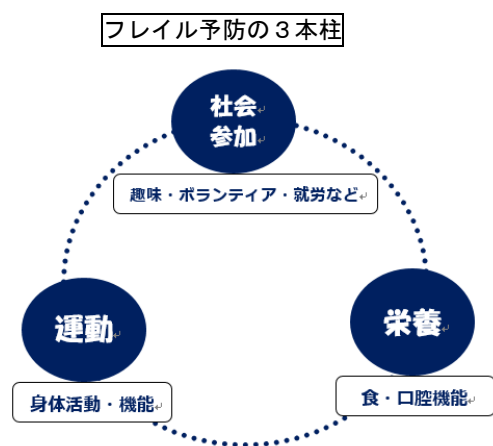
「フレイル」とは、年齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能など）が低下し、生活がしづらくなってきた虚弱な状態のことで、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間の状態です。高齢者は、体力にも気力にも「余力」がなくなり始めたり慢性の病気をいくつも持っていたりすることで、特にフレイルが発症しやすいことが分かっています。

フレイルは、早く気づき、適切な対策を取れば、生活するための機能を維持向上し、元の状態に戻ることができる段階でもあります。ですから、このフレイル予防が健康寿命を延ばす鍵となります。

フレイル予防では、「栄養・食事」「運動」「社会参加」の3本柱が大切で、相互に影響し合っていることが分かってきました。特に、社会参加の機会が低下すると、フレイルの最初に入りになりやすいと言われています。



※厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」掲載図を基に作成



※東京大学高齢社会総合研究機構「フレイルを予防して健康寿命をのばしましょう」掲載図を基に作成

自立支援・重度化防止の取組の数値目標の検証【8期計画】と新たな数値目標【9期計画】

活動指標

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域ケア会議で介護予防や自立支援・重度化防止を取り上げた回数	目標値(回)	24	24	24
	実績値(回)	24	24	24
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(回)	24	24	24

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域包括支援センターでの総合相談件数	目標値(件)	1,000	1,000	1,000
	実績値(件)	1,120	1,142	1,000
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(件)	1,000	1,000	1,000

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症サポーターの累計人数	目標値(人)	413	443	473
	実績値(人)	427	535	545

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーターの養成者数	目標値(人)	10	10	10

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症のある人へのケア向上学習会の年間開催回数	目標値(回)	2	2	2
	実績値(回)	2	1	2
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(回)	2	2	2

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症カフェの年間開催回数	目標値(回)	5	6	7
	実績値(回)	7	12	7
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(回)	7	7	7

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導実施率	目標値(%)	45	45	45
	実績値(%)	75.0	78.1	75.0
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(%)	49	52	55

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防把握事業における年間訪問件数	目標値(件)	25	25	25
	実績値(件)	92	209	93
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(件)	90	70	90

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防普及啓発事業における 栄養指導の年間開催回数	目標値(回)	1	1	1
	実績値(回)	0	0	1
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(回)	1	1	1

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所型サービスCの利用人数	目標値(人)	72	72	72
	実績値(人)	99	117	113
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(人)	112	112	112

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問型サービス（従前型またはサ ービスA）の利用件数	目標値(人)	72	72	72
	実績値(人)	58	57	55
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(人)	54	54	54

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所型サービス（従前型またはサ ービスA）の利用件数	目標値(人)	240	240	240
	実績値(人)	201	186	192
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(人)	200	200	200

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援コーディネーターの人数	目標値(人)	1	1	1
	実績値(人)	0	0	1
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(人)	1	1	1

成果指標

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
第1号被保険者の要介護認定率 (要介護3～5)	目標値(%)	8.0	7.9	7.8
	実績値(%)	8.6	9.2	8.9
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
	目標値(%)	9.4	9.7	9.6

基本目標3 いきいきと活動し、みんなで支えあうまち・雄武

基本施策1 社会参加の促進

施策の方向性1 交流活動の促進

高齢者の生涯学習・生涯スポーツなどへの参加を促進し、生きがいづくりにつなげるため、引き続き支援に努めます。

(1) 老人クラブの活性化

高齢者の生きがいを高め、老人福祉の増進に積極的な役割を果たすものとして、老人クラブ活動は大変重要です。

今後も、会員相互の親睦や高齢者が自ら得た知識・経験・技術を活かした社会貢献などを行う団体として、活動のさらなる活性化を図ります。そのために、単位クラブ間の交流や、他の地域団体との交流、地域行事への参加などを促進するとともに、健康づくりや介護予防などの事業との連携を図ります。また、広報等を通じて老人クラブの活動状況などの周知を図りながら、未加入者のクラブへの参加を働きかけます。

(2) 生涯学習機会の拡大

高齢者の生涯学習環境について、生涯学習施設の利用促進を図るとともに、各種講座や教室の開催など学習機会の提供に努めています。

今後も、拠点となる施設を中心に、高齢者の学習ニーズに対応した生涯学習情報の提供や講座の充実、自発的な学習活動の促進などに努めていきます。また、高齢者自身が長年培った知識や技術、経験を活かし活躍できる場の提供に取り組みます。

(3) スポーツ・レクリエーション機会の拡大

健康寿命の延伸や介護予防・認知症予防のためには、長く続けることのできるスポーツや楽しみながら身体を動かすレクリエーション活動が重要です。

今後も、町の生涯スポーツ部門や保健福祉部門などが一体となって、多様なニーズに対応した講座やイベントなどの充実に努めるとともに、各種団体の自主的なスポーツ・レクリエーション活動への支援や、ゲートボール場(雄武町健康ふれあいセンター)などの施設の利用促進に努めます。

また、スポーツ・レクリエーション活動を先導するリーダーの育成やスポーツ施設の充実にも努めます。

(4) 地域活動への参加促進

高齢者の健康寿命の延伸を図る上で、気持ち、心のあり方は重要な要素であり、地域活動へ参加するなど、地域社会との関わりを持つことは、充実感や生きがいづくりにもつながります。地域社会においても、社会環境が大きく変化する中で、子育てや教育、福祉、防犯・防災、自然環境など、多種多様な課題が発生しており、高齢者の活躍に対する期待は高まっています。

そのため、ボランティア活動や町の美化活動をはじめ、高齢者が多様な地域活動に積極的に参加し、いきいきと暮らせるように、地域における各種活動の機会の拡充を図ります。また、既存の活動拠点が老朽化していることから、新たな活動拠点の充実を図るための検討を進めます。

施策の方向性2 就労対策の推進

働く意欲のある高齢者が、希望に応じて就労し、生きがいづくりにつながるよう就労機会を提供していきます。

(1) 高齢者の雇用・就労の促進

高齢者の就労は、それまでの経験や知識を地域社会に還元する貴重な機会であるとともに、高齢者自身の介護予防や生きがいづくりにも多大な効果があると考えられます。

そのため、技能者登録制度など、高齢者の就業をマッチングする制度の構築を図るとともに、高齢者の継続雇用や再就職などの事業主への働きかけに努めます。

(2) 生きがい活動の支援

高齢者が培ってきた知識や技術、職業経験や人脈などを生かして、ものづくりや販売などを行うことは、高齢者自身の生きがいにつながるだけでなく、町の活性化のためにも重要です。

国や道などの各種支援制度を活用しながら、高齢者が個人やグループで、本町の特産品等を活用した就労と生きがい活動が連動するような取り組みをまちぐるみで支援します。

基本施策2 安全で快適な生活の確保

施策の方向性1 人にやさしいまちづくりの推進

高齢者をはじめ、すべての人が安全で快適に暮らせるまちづくりを推進します。

(1) バリアフリー、ユニバーサルデザイン化の推進

高齢化が進む中、既存施設への障壁をなくす「バリアフリー」、新設時においてすべての人にやさしいデザインを追求する「ユニバーサルデザイン」の生活環境づくりが進んでいます。

今後も公共公益施設について、段差の解消や車いす利用者への対応を図るため、スロープ、手すり、障がい者用トイレの設置などを積極的に進めるとともに、住民に対して住宅改修を促進するなど、バリアフリー、ユニバーサルデザインの普及を図ります。

(2) 多様な住まいへの支援の推進

高齢者が心身の状況や本人・家族の意向などに応じて、住宅の改修や住み替えを行い、いつまでも地域で安心・快適に生活していけるよう、雄武町快適住まいづくり促進条例に基づく住宅整備を促進します。

また、施設と自宅の中間的な在宅環境である介護基盤施設の整備に向けて、早期に課題を整理の上、具体的な検討を進めます。

(3) 買い物支援の強化促進

商工会では、買い物が困難な高齢者等を対象に、「地域ふれあい移動拠点“ひので丸”」による移動販売事業を実施しています。

平時の見守りの一助として、登録会員の安否確認も併せて行っており、引き続きこの事業を支援し、高齢者の買い物環境の向上を促進します。

(4) 冬対策の推進

寒冷積雪の本町において、高齢者が冬期に安心して快適に過ごすことは、大きな課題です。

そのため、国・道と連携しながら、道路の除排雪体制の強化に努めるとともに、自治会等との連携の下、高齢者の緊急避難通路の確保を図ります。

また、高齢者等の冬の生活支援事業についても引き続き実施します。

(5) 交通手段の確保

生活圏が広範囲となる本町は、交通手段の確保は大変重要であり、今後、団塊の世代が後期高齢者となることで、運転免許の自主返納が見込まれるなど、これまで以上に高齢者の移動手段の確保が必要となります。一方で、交通事業者においては、乗務員不足や乗務員の高齢化によってバスやタクシーの運行を維持することが困難となっており、移動手段の維持・確保が懸念されます。

引き続き、高齢者や障がい者に対する交通費助成を実施するほか、将来にわたり地域の交通手段を維持・確保していくためには、公共交通を含めた一体的な検討が必要なことから、令和6年度に策定予定の地域公共交通計画と整合性を図りながら、新たな交通システムについて、検討を進めます。

施策の方向性2 安全なまちづくりの推進

防災・防犯・交通安全対策を進め、すべての人が安全に暮らせるまちづくりを推進します。

(1) 防災体制の充実

大規模災害の発生時に、地域の高齢者の安全確保が図れるよう、関係機関と連携しながら、緊急時の情報伝達や避難誘導、救助体制の充実を図ります。特に、ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者、障がい者等に対して、一人ひとりの身体状況や生活状況に応じた避難行動要支援者名簿の作成と情報伝達手段の確保、地域包括支援センター、消防署・消防団、民生委員、自治会、自主防災組織が連携した避難支援対策を推進します。

(2) 防犯対策の充実

高齢者への犯罪を防止するため、地域の防犯組織との連携を図りながら、防犯対策を推進しており、雄武町消費者被害防止ネットワークにより、高齢者が被害に遭いやすい悪質商法の未然防止にも取り組んでいます。

今後も、広報等を通じて防犯意識と地域連帯意識の高揚を図るとともに、相談活動・見守り活動を通じて発生の未然防止に努めます。また、高齢者を狙った悪質な商法など消費者被害の防止のため、民生委員や町消費者協会、警察などによる高齢者への消費者相談・消費者教育を促進します。

(3) 交通安全対策の推進

高齢者が交通事故に遭うことなく、安全に日常生活を営むことができるよう、高齢者の交通安全講座などを通じて高齢者やドライバーへの意識啓発を図るとともに、カーブミラー、横断歩道など交通安全施設の充実に努めます。

基本施策3 支えあうまちづくりの推進

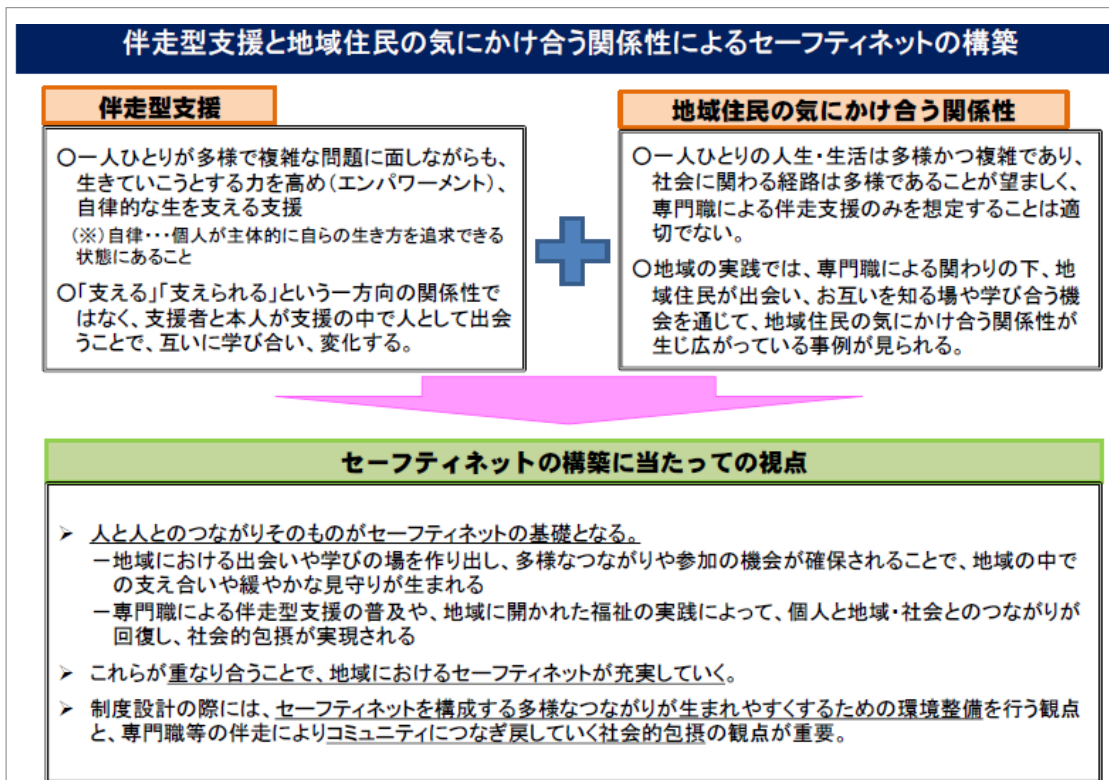
施策の方向性1 地域共生社会づくりの推進

地域住民、各種団体・機関、行政が連携・協働で「我が事・丸ごと」の地域共生社会づくりを進めます。

(1) 「我が事」意識の醸成と「丸ごと」の福祉体制づくり

地域共生社会づくりをめざし、教育・福祉関係者、地域住民などが連携を図り、福祉問題を「我が事」としてとらえ、「伴走型支援」の担い手としての意識を持つよう、啓発・教育を推進するとともに、自治会、老人クラブ、民生委員をはじめ、地域住民が「気にかけて関係性」づくりを進め、「丸ごと」支えあうセーフティネットの構築を図っていきます。

「伴走型支援」と「地域住民の気にかけて関係性」のイメージ



資料：厚生労働省「地域共生社会推進検討会最終とりまとめ」（令和元年12月）

(2) 社会福祉協議会の体制強化の促進

社会福祉協議会は、地域福祉の中心的な担い手として、また、高齢者や障がい者などへのサービス提供機関として、各種事業を推進しています。とりわけ、平成 15 年度から介護保険制度に基づく訪問介護サービスを提供し、平成 17 年度からは特別養護老人ホーム雄愛園及び在宅老人デイ・サービスセンターの指定管理者となり、以来、サービス提供機関として重要な役割を担ってきました。

今後も、支援が必要な住民に、ニーズに沿った十分な介護や福祉が提供できるよう、事業運営などに対する支援を推進します。

(3) ボランティア活動の活性化

高齢者一人ひとりに対するきめ細かな支援を行っていくためには、介護保険などフォーマル(公的)なサービスだけでは限界があり、地域住民などの協力なしに介護・福祉を支えていくことはできません。

近年、ボランティアの担い手の高齢化が進んでおり、これまでボランティアに参加していなかった人を含め、より多くの住民がボランティアに参加し、活動が活発に行われるよう、社会福祉協議会と連携しながら、ボランティアの育成を強化していきます。

(4) 地域での高齢者見守り体制の強化

本町では、ひとり暮らし高齢者の交流会や、声かけ運動、ふれあい会食、地区での介護予防活動やふれあいサロン活動、訪問指導をはじめとする訪問サービスなど、多様な機会において、自治会、老人クラブをはじめ各種団体や、民生委員、隣近所の住民、行政職員などによる、高齢者の見守り活動が進められています。

また、社会福祉協議会においては、介護保険外サービスとして訪問介護員による見守り支援を引続き実施していきます。

ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が予想される中、高齢者を地域で見守る重要性が高まっていることから、こうした活動を継続して進めていくとともに、見守りボランティアや声かけボランティアなど、住民主体の見守りシステムづくりを検討し、見守り体制の強化を図ります。また、プライバシーに配慮しながら、見守りが必要な高齢者に関する情報を相互に交換するなど、団体間の連携等を強化することで、高齢者の見守り体制を広げることにつなげ、より効果的な事業実施に努めます。

(5) 家族介護者への支援

家族の心身の介護負担の軽減を図るため、短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ)などの計画的な利用を促進するとともに、家族介護用品の支給を引き続き推進します。また、介護に関する相談や介護方法の学習に関する機会づくりに努めます。

施策の方向性2 福祉事業の推進

様々な生活支援ニーズに対し、介護保険サービスを補完する福祉事業を推進します。また、日々生活を送る中で生じている課題に対応するサービスのニーズを探り、実施を検討していきます。

(1) 入浴優待事業の実施

高齢者の健康増進、外出のきっかけ、交流の機会や生きがいの充実を図るため、ホテル日の出岬入浴優待券の交付事業と関連送迎事業を実施しており、今後も引き続き推進します。

(2) 緊急通報システムの設置と安否確認システムの導入検討

緊急通報システムは、ひとり暮らし高齢者などが、自宅における急病や事故などの緊急時にボタンを押すことで、あらかじめ登録しておいた親戚、知人や消防署などに通報されるシステムです。

今後も、急病や緊急事態が起こったときの連絡手段として、緊急通報システムが必要な世帯への設置を実施します。

第5章 介護保険事業量の推計

1 第8期計画期間の動向

第8期計画期間の令和3年度、令和4年度のサービス給付等の動向をみると、在宅サービスでは実績値が計画値を上回り、施設・居住系サービスでは実績値が計画値を下回って推移しており、介護給付費合計では、実績値が計画値の99.3%と僅かに下回っています。

第8期介護保険事業計画期間のサービス給付等の状況

	実績値		計画値		実績/計画		
	3年度	4年度	3年度	4年度	3年度	4年度	
◆被保険者数等(人)							
第1号被保険者数	1,467	1,429	1,508	1,490	97.3%	95.9%	
要介護認定者数	298	302	288	289	103.5%	104.5%	
◆介護給付費(千円)							
在宅 サービス	訪問介護	26,759	31,398	26,634	26,649	100.5%	117.8%
	訪問看護	3,765	3,060	4,333	4,336	86.9%	70.6%
	居宅療養管理指導	844	1,380	495	496	170.5%	278.2%
	通所介護	22,770	23,731	21,690	21,702	105.0%	109.3%
	地域密着型通所介護	2,239	1,958	2,350	2,351	95.3%	83.3%
	短期入所生活介護	22,491	21,965	25,722	25,737	87.4%	85.3%
	短期入所療養介護(老健)	589	256	0	0	—	—
	福祉用具貸与	9,754	8,983	8,752	9,003	111.4%	99.8%
	特定福祉用具販売	746	698	204	204	365.7%	342.2%
	住宅改修	633	830	2,736	2,736	23.1%	30.3%
	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	805	783	1,566	1,567	51.4%	50.0%
	介護予防支援・居宅介護支援	22,431	22,451	18,318	18,148	122.6%	123.7%
	小計	113,826	117,493	112,800	112,929	100.9%	104.0%
施設・居住系 サービス	特定施設入居者生活介護	5,992	9,085	10,935	10,941	54.8%	83.0%
	介護老人福祉施設	166,462	174,814	179,683	179,782	92.6%	97.2%
	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	62,583	61,539	61,604	61,638	101.6%	99.8%
	介護老人保健施設	80,674	73,767	74,386	74,427	108.5%	99.1%
	小計	315,711	319,205	326,608	326,788	96.7%	97.7%
合計	429,365	436,744	439,408	439,717	97.7%	99.3%	
◆介護保険料必要額(円)							
介護保険料必要額	5,575	6,208	5,292	5,200	105.3%	119.4%	

2 第9期の介護給付等の見込み

国が示した介護保険料算定ワークシートにより、令和6～8年度の介護給付費等の見込みを算定すると、次のとおりです。

① 被保険者数・要介護認定者の推計

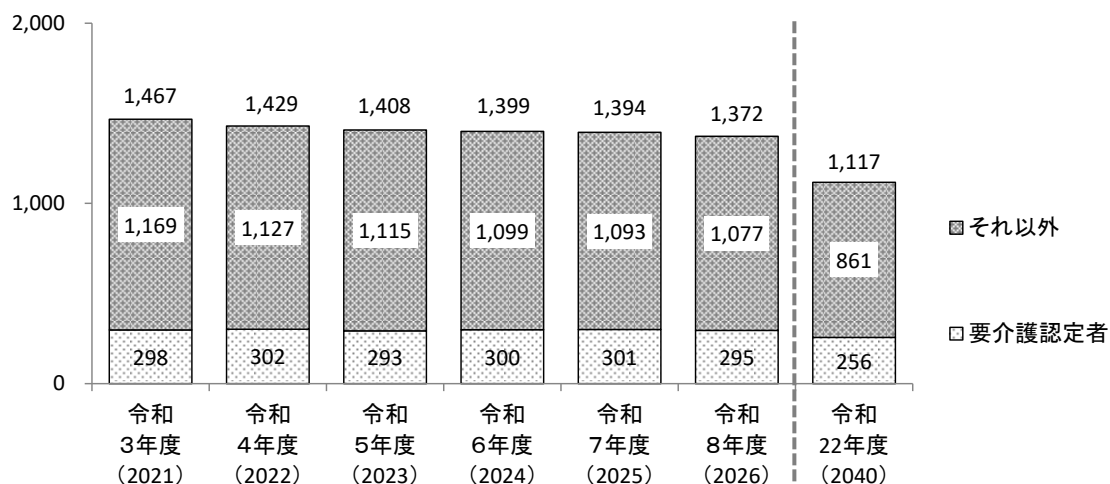
介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者に区分されます。他市町村の入所施設等の在住者を含むため、住民登録数とは値が異なります。

今後、第1号被保険者、第2号被保険者ともに緩やかに減少し、第1号被保険者数は令和8年度1,372人、令和22年度に1,117人になるものと見込みます。第1号被保険者の要介護認定者は、要介護状態になる割合が増える75歳以上の被保険者が今後も増加すると想定されることから横ばい傾向と推計され、令和8年度295人、令和22年度に256人になるものと見込みます。また、第2号被保険者の要介護認定者は7人前後と見込みます。

被保険者数・要介護認定者の推計

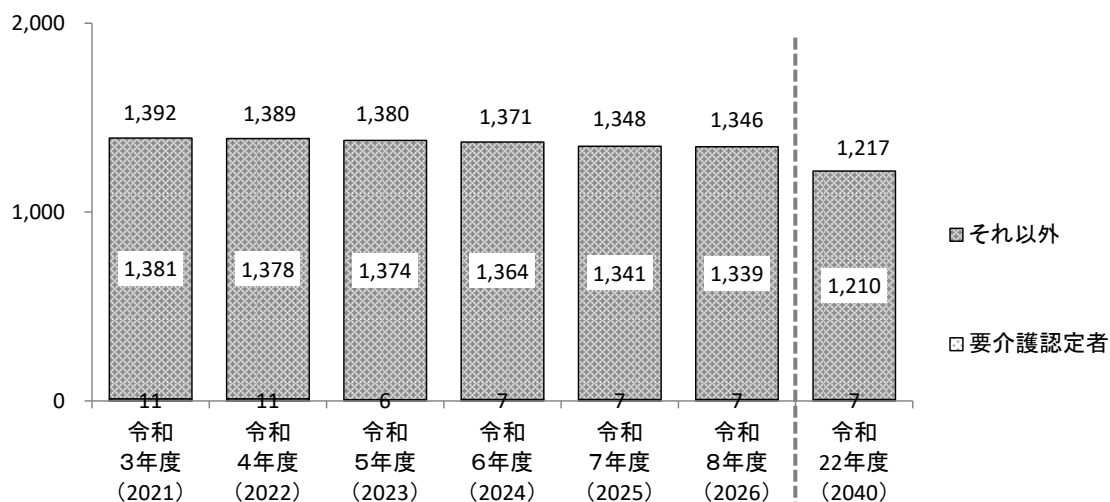
(単位：人)

[第1号被保険者]



(単位：人)

[第2号被保険者]



② 介護保険サービス量の見込み

1月当たりの介護保険サービスの利用者数や利用回数(日数)を推計すると、下表のとおりです。

介護給付サービス利用者数の推計

単位:人

区分	サービス名	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 22年度 (2040)
居宅サービス	訪問介護	40	40	40	33
	訪問看護	10	9	9	6
	居宅療養管理指導	13	14	14	10
	通所介護	53	53	53	42
	地域密着型通所介護	4	4	4	4
	短期入所生活介護	20	20	20	13
	短期入所療養介護	3	3	3	0
	福祉用具貸与	57	57	57	44
	特定福祉用具購入費	1	1	1	2
	住宅改修費	1	1	1	1
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	1	1	1
施設・居住系サービス	特定施設入居者生活介護	4	4	4	4
	介護老人福祉施設	54	54	54	47
	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	20	20	20	20
	介護老人保健施設	24	24	24	19
居宅介護支援	居宅介護支援	102	103	104	84

介護予防給付サービス利用者数の推計

単位:人

区分	サービス名	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 22年度 (2040)
介護予防サービス	介護予防居宅療養管理指導	2	2	2	2
	介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
	介護予防福祉用具貸与	24	24	24	17
	特定介護予防福祉用具購入費	1	1	1	1
	介護予防住宅改修	1	1	1	1
介護予防支援	介護予防支援	24	24	24	18

介護保険サービス利用回数(日数)の推計

単位:回(日)

区分	サービス名	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 22年度 (2040)
居宅サービス	訪問介護	966	1,004	1,049	936
	訪問看護	44	43	43	28
	通所介護	288	288	288	234
	地域密着型通所介護	12	12	12	12
	短期入所生活介護	301	311	315	196
	(うち要支援認定者分の再掲)	0	0	0	0
	短期入所療養介護	9	9	9	0

③ 介護保険給付費の見込み

年間の介護給付費は、令和6年度～8年度が毎年度約4.5億円、22年度が3.9億円と推計されます。

介護給付費の推計

単位：千円

区分	サービス名	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和22年度 (2040)
居宅サービス	訪問介護	34,374	35,608	36,953	32,732
	訪問看護	2,788	2,636	2,636	1,721
	居宅療養管理指導	1,883	2,062	2,062	1,395
	通所介護	25,636	25,668	25,668	20,806
	地域密着型通所介護	1,159	1,161	1,161	1,161
	訪問リハビリテーション	327	327	327	327
	短期入所生活介護	27,486	28,546	28,930	17,690
	短期入所療養介護	920	921	921	0
	福祉用具貸与	8,686	8,686	8,686	6,525
	特定福祉用具購入費	300	300	300	658
	住宅改修費	588	588	588	588
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	825	826	826	826
施設・居住系サービス	特定施設入居者生活介護	11,085	11,099	11,099	11,099
	介護老人福祉施設	162,395	162,600	162,298	141,696
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	66,910	66,995	66,995	66,766
	介護老人保健施設	89,329	89,442	89,442	72,314
居宅介護支援	居宅介護支援	18,810	19,042	19,279	15,447
合計		453,501	456,507	458,171	391,751

介護予防給付費の推計

単位：千円

区分	サービス名	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和22年度 (2040)
介護予防サービス	介護予防居宅療養管理指導	205	205	205	205
	介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
	介護予防福祉用具貸与	1,864	1,864	1,864	1,322
	特定介護予防福祉用具購入費	299	299	299	299
	介護予防住宅改修	1,173	1,173	1,173	1,173
介護予防支援	介護予防支援	1,344	1,346	1,346	1,008
合計		4,885	4,887	4,887	4,007

特定入所者介護サービス費等給付費、高額介護サービス費等給付費、高額医療合算介護サービス費等給付費、算定対象審査支払手数料を下表のとおり推計します。

介護給付費に、これらをあわせた標準給付費は、令和6年度～8年度は毎年度約5.1億円となります。

また、地域包括支援センターの運営等に充てる地域支援事業費も見込みます。

その他の費用の推計

単位：千円

	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)
総給付費	458,386	461,394	463,058
特定入所者介護サービス費等給付費	38,453	38,630	38,873
高額介護サービス費等給付費	12,669	12,728	12,480
高額医療合算介護サービス費等給付費	1,191	1,195	1,172
算定対象審査支払手数料	305	305	300
標準給付費	511,004	514,253	515,883
地域支援事業費	21,684	21,684	21,684

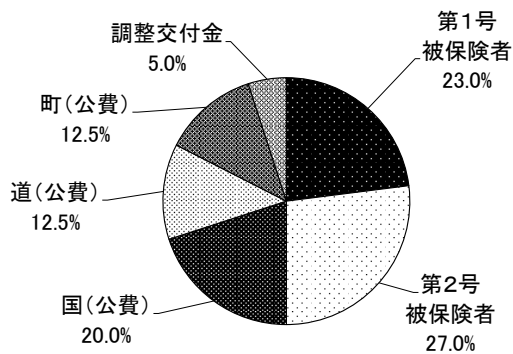
④ 第1号被保険者介護保険料の設定

第1号被保険者の介護保険料は、介護保険給付費の見込み等をもとに、3年ごとに、保険者である市町村が決定します。

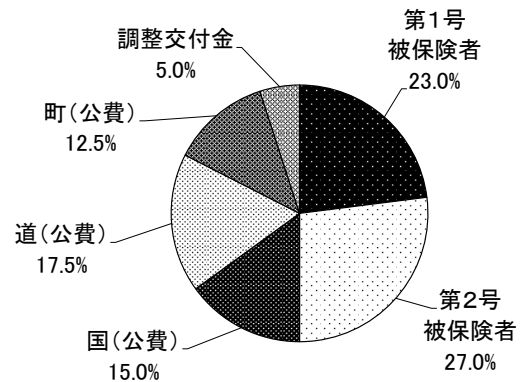
介護保険の財源は、以下のとおり、第1号被保険者の保険料、第2号被保険者の保険料、国・北海道・町の負担金、国の調整交付金で構成されています。

介護保険の財源構成

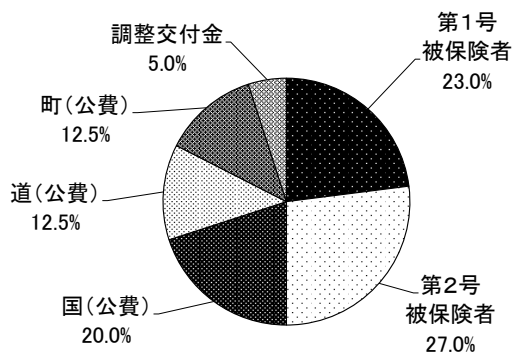
居宅給付費



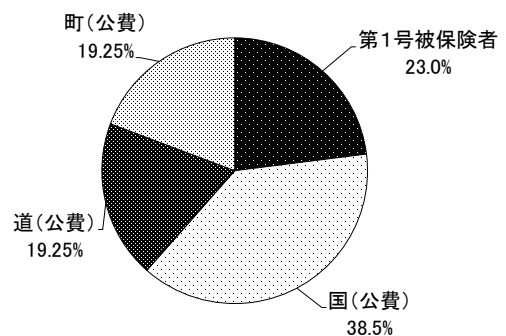
施設等給付費



介護予防・日常生活支援総合事業



包括的支援・任意事業



※調整交付金と第1号被保険者負担割合は保険者ごとに異なり、国が示した介護保険料算定ワークシートでは、本町は6.0%です。これにより、第1号被保険者負担割合は $(23.0 - (6.0 - 5.0)) = 22.0\%$ となります。

さきにもた標準給付費や地域支援事業費をまかなうために必要な第1号被保険者(65歳以上の高齢者)の介護保険料は、基準額である所得段階「第5段階」の方で、年額 73,200 円(月額 6,100 円)と推計します。また、各所得段階別では、基準額の 0.455~2.4 倍となります。

第1号被保険者の介護保険料の見込み

段階	6年度被保険者数	被保険者構成比	月額保険料	年額保険料	保険料の乗率	対 象
1段階	230	16.4%	2,775	33,300	0.455	世帯全員が市町村民税非課税及び合計所得と課税年金収入額の合計が80万円以下
2段階	230	16.4%	4,178	50,100	0.685	世帯全員が市町村民税非課税及び合計所得と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下
3段階	140	10.0%	4,209	50,500	0.69	世帯全員が市町村民税非課税及び合計所得と課税年金収入額の合計が120万円超
4段階	96	6.9%	5,490	65,800	0.9	世帯課税で本人非課税及び合計所得と課税年金収入額の合計が80万円以下
5段階 (基準)	160	11.4%	6,100	73,200	1.0	世帯課税で本人非課税及び合計所得と課税年金収入額の合計が80万円超
6段階	175	12.5%	7,320	87,800	1.2	本人課税で合計所得が120万円未満
7段階	145	10.4%	7,930	95,100	1.3	本人課税で合計所得が120万円以上210万円未満
8段階	86	6.1%	9,150	109,800	1.5	本人課税で合計所得が210万円以上320万円未満
9段階	41	2.9%	10,370	124,400	1.7	本人課税で合計所得が320万円以上420万円未満
10段階	23	1.6%	11,590	139,000	1.9	本人課税で合計所得が420万円以上520万円未満
11段階	15	1.1%	12,810	153,700	2.1	本人課税で合計所得が520万円以上620万円未満
12段階	7	0.5%	14,030	168,300	2.3	本人課税で合計所得が620万円以上720万円未満
13段階	51	3.8%	14,640	175,600	2.4	本人課税で合計所得が720万円以上
計	1,399	100.0%				

※所得段階別被保険者構成比は、3年間変わらないものと仮定して推計を行っている。

※年額保険料は、月額保険料を12倍し、100円未満の端数を切り捨てたものとしている。

第6章 計画の推進に向けて

1 推進体制

本計画は、高齢者の生活全般に係る計画であり、介護・福祉・保健・医療・教育・生活環境等多岐の分野にわたるため、関係課、関係機関・団体などと連携を図りながら、総合的かつ計画的な推進を図ります。

分野横断的な庁内の推進体制により、計画の推進状況の管理と情報の共有化を図り、各所管の責任や役割を認識し、全庁的な取り組みを進めます。

2 評価・点検の手法

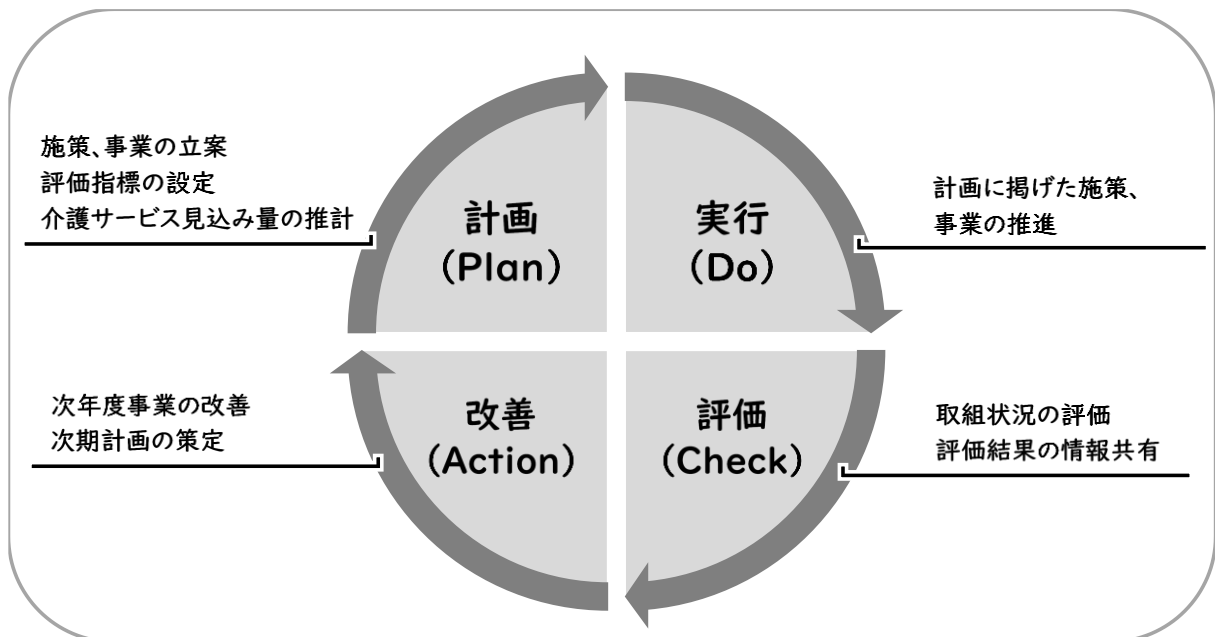
本計画に掲げた施策について、統計資料などにより、サービス利用の状況や財政の状況などを定期的に確認し、進捗状況の把握に努めます。

また、事業の質的な評価を行っていきけるよう、住民・団体・事業者の意見・要望・評価などの定期的な収集・整理に努めます。

これらの情報をもとに、本計画に掲げた施策や評価指標のPDCAサイクルによる進行管理を行い、次年度事業の実施計画の立案や実施方法の改善に活かしていきます。

また、評価・点検事項は、介護保険運営協議会などに報告し、有識者、事業者、被保険者などの協力を得ながら、幅広い視点からの評価・点検に努めます。

PDCAサイクルによる計画の進行管理



資 料

1 策定委員会条例、委員・事務局名簿

雄武町高齢者保健福祉計画等策定委員会条例

(目的)

第1条 この条例は、本町における保健福祉に関する計画等の策定に関し、幅広い関係者の参画により、地域の特性に応じた事業計画等を検討することを目的として、雄武町高齢者保健福祉計画等策定委員会(以下「策定委員会」という。)について必要な事項を定めるものとする。

(委員会の種類)

第2条 策定委員会の種類は、次に掲げるものとする。

- (1) 雄武町高齢者保健福祉計画策定委員会
- (2) 雄武町介護保険事業計画策定委員会
- (3) 雄武町障がい者計画策定委員会

(構成)

第3条 策定委員会の委員は、前条に掲げる委員会の種類毎に15名以内とし、別に定める選任区分により、町長が委嘱する。

(任期)

第4条 委員の任期は、特に定める場合を除き3年とし、補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。ただし、再任は妨げない。

(役員)

第5条 策定委員会には、第2条に掲げる委員会の種類毎に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長及び副委員長は、委員が互選する。
- 3 委員長は、委員会を代表し会務を総理する。
- 4 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。

(委員会)

第6条 委員会は、必要に応じて委員長が招集する。

- 2 会議の議長は、委員長があたる。

(委任)

第7条 この条例に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、別に町長が定める。

附 則

この条例は、平成20年4月1日から施行する。

**雄武町第10期高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画
策定委員会委員名簿**

(順不同)

団体名	役職名	氏名	摘要
雄武町介護保険運営協議会	会長	清水 伸一	委員長
雄武町国民健康保険運営協議会	会長	中島 克弥	
雄武町社会福祉協議会	副会長	牧野 京子	
雄武町民生児童委員協議会	副会長	松嶋 恵美子	
雄武町老人クラブ連合会	会長	高橋 信一	
雄武町自治会連合会	会長	三浦 健一	
特別養護老人ホーム雄愛園	施設長	佐々木 宏次	
雄武町国民健康保険病院 雄武町介護老人保健施設ハマナス	事務長	新谷 朋人	
学識経験者		河島 仁	副委員長

事務局名簿

事務局長	福祉給付課長	前田 忠和
事務局次長	健康推進課長	石山 英伸
事務局員	地域包括支援センター副所長	渡邊 夕喜
事務局員	健康推進課長補佐	小野 美和
事務局員	福祉給付課保険給付係長	磯田 昭次
事務局員	福祉給付課社会福祉係長	山口 雄也
事務局員	福祉給付課保険給付係	石垣 一生

2 用語解説

◆ あ行 ◆

【一般介護予防事業】

すべての高齢者およびその支援のための活動に関わる人が対象の介護予防事業で、介護予防・日常生活支援総合事業の一部を構成する。介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業の5つに区分される。

【運動器】

骨・関節・筋肉・神経など身体を動かす組織・器官の総称。

【インフォーマル】

非公式なという意味。福祉分野では、法制度に基づき実施するサービスを公式ととらえ、住民のボランティア活動や助け合い活動をそれと対比させる文脈で用いる。

【ACP（アドバンス・ケア・プランニング）】

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

◆ か行 ◆

【介護医療院】

長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「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「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設。平成30年4月から創設。

【介護予防】

要介護状態になることを予防すること。平成18年4月の介護保険法の改正に伴い、介護保険制度の中に、介護予防の仕組みが導入された。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

介護予防事業と生活支援サービスを一体としてマネジメントし提供することにより、高齢者が住み慣れた地域で生活していく中で切れ目なく介護予防の効果を受けることができる仕組み。要支援認定者と事業対象者と認定された人が対象の介護予防・生活支援サービスと、全高齢者対象の一般介護予防事業がある。

【介護予防・生活支援サービス】

介護予防と生活支援のサービスを組み合わせて提供するサービスで、介護予防・日常生活支援総合事業の一部を構成する。要支援1・2の認定者と、基本チェックリストにより「事業対象者」と認定された人を対象とする。訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントに区分される。

【介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）】

常時介護が必要な高齢者が入所し、介護を受ける施設。もともと老人福祉法に基づき、特別養護老人ホームと言ったが、介護保険制度の導入により、介護老人福祉施設と呼ぶ。

【介護老人保健施設（老人保健施設）】

病院での治療が終わった安定期の高齢者が入所し、家庭復帰をめざしたりハビリや看護・介護などを受ける施設。老人保健施設と言ったが、介護保険制度の導入により、介護老人保健施設と呼ぶ。

【居宅療養管理指導】

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が家庭を訪問して、医学的な管理や指導を行うサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

【ケアマネジメント】

福祉サービスを、利用者の立場に立って、供給側が調整すること。もともと、わが国の福祉サービスは一つひとつが関係性を持たない状態で利用者提供することからスタートしたが、平成6年頃から、市町村での在宅介護支援センターの制度化により、相互に補完関係にある個々のサービスを、利用者の立場に立って、実施の有無、回数、内容などの調整を行うようになった。平成12年度に介護保険制度が導入され、高齢者介護においてこの仕組みが全国の市町村で義務化され、障がい者福祉などでも拡大しつつある。

【ケアマネジャー（介護支援専門員）】

介護保険制度において、ケアマネジメントを行う専門職。介護支援専門員。

【健康寿命】

寝たきりや認知症の状態にならず、健康でいられる期間を表す健康指標のこと。平均余命から病気や重度のけがを負った期間を差し引いたもの。厚生労働省が平成12年度から実施した「健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）」において取り上げられ、広く流布されるようになった。

◆さ行◆

【自立支援】

福祉サービスなどで、高齢者など支援が必要な人の「自立」を支援すること。介護保険法第1条に規定された、介護保険制度の目的でもある。高齢者は、加齢とともに心身の状態は悪化していくため、状態の改善よりむしろ、現有能力を活用しつつ、生活の質や心身の状態の維持に努めることが重要となる。また、「自立支援」は、高齢者の分野だけでなく、様々な福祉分野で、本人が望む社会生活を送れるための支援という意味で用いられる。

【生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）】

高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす人をいう。

【生活習慣病】

食生活や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に大きく関与する慢性の病気のこと。具体的には、がん、脳血管疾患、心疾患など。従来から加齢に着目して行政用語として用いられてきた「成人病」を、生活習慣という要素に着目して捉え直し、「生活習慣病」という呼称を用いるようになった。

【成年後見制度】

認知症や障がいにより、判断能力が不十分であるために意思決定能力が不十分または困難な人について、第三者の関与を受けることによりその人の自己決定権を尊重しながら障がいの程度や残された能力に応じてサポートする制度。本人の事情に応じて「後見」「保佐」「補助」の3種型がある。

◆た行◆

【短期入所（ショートステイ）】

在宅の要介護者が入所施設に1日から数日間入所して介護を受けるサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。介護保険では、介護老人福祉施設での短期入所を短期入所生活介護と、介護老人保健施設や介護療養型医療施設での短期入所を短期入所療養介護と呼ぶ。

【地域共生社会】

公的な福祉だけに頼るのではなく、地域に暮らす人たちが共に支えあう社会にしていこうという、国の福祉改革の理念。平成30年度から、他人事ではなく「我が事」として、支援が必要な人を分野ごとではなく「丸ごと」支えていく「地域共生社会」づくりを進める制度改正がなされた。

【地域支援事業】

平成18年4月から65歳以上の高齢者を対象に市町村で導入された事業で、介護保険の財源を用い、介護予防や地域の高齢者の見守り、権利擁護などを推進する事業である。要介護認定を受けていない要介護状態になっていない高齢者への介護予防事業や介護予防のケアマネジメントが事業の中心であるが、平成27年度以降、要支援1・2の要介護認定を受けた高齢者を含めた「介護予防・日常生活支援総合事業」など、事業の対象や内容が拡大している。

【地域包括ケア】

住民の安全・安心・健康を脅かす、急病や病態の急変、虐待、ひきこもり、地域での孤立等様々な問題に対応できるよう、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「生活支援サービス」などを様々な社会資源の組み合わせによって、高齢者の日常生活の場において有機的かつ一体的に提供する支援の理念。制度として決まった形があるわけではなく、理想的な高齢者支援の理念として、国が提唱しているモデルである。

【地域包括支援センター】

平成18年4月の介護保険法の改正に伴い導入された、高齢者への総合的な相談や支援の機関。社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの3種の専門職を配置し、「介護予防のケアマネジメント事業」をはじめ、地域支援事業を中心的に行う。

【地域密着型サービス】

平成18年4月の介護保険法の改正に伴い導入された介護保険サービスの1類型。認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などが含まれる。介護保険サービスは、市町村を超えた広域的な利用が可能であるが、住み慣れた地域で身近に受けるサービスにという考えから、市町村がサービス事業者の指定を行い、原則として当該市町村がサービス提供エリアとなる。

【通所介護（デイサービス）】

在宅の要介護者がデイサービスセンターに日帰りして通所し、食事や入浴などの介護を受けるサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

【通所リハビリテーション（デイケア）】

在宅の要介護者が介護老人保健施設や病院、診療所などに日帰りして通所し、食事や入浴などの介護や、理学療法、作業療法などのリハビリを受けるサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。「通所介護（デイサービス）」よりリハビリの要素が強い。また、医療保険適用による同様のサービスもある。

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を受けるサービス。

【特定施設入居者生活介護】

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームやケアハウスなどにおいて、施設内で行われた介護サービスが介護保険の適用を受けるといったもの。

【特定健康診査・特定保健指導】

特定健康診査は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき平成20年4月から、医療保険者単位で実施されている、内臓脂肪型肥満に着目した健康診査。特定保健指導は、特定健康診査で、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者または予備群と判定された方に対して行う保健指導。

◆な行◆

【二次予防事業】

平成18年4月から、要介護認定を受けていない要介護状態になっていない高齢者のうち、心身機能の低下がみられる高齢者を対象に行う介護予防事業を二次予防事業、心身機能の低下がみられない高齢者を対象に行う介護予防事業を一次予防事業と呼んできたが、平成26年度をもって、この区分で事業を行うことはなくなった。

【認知症】

老化などの理由により、認識したり、記憶したり、判断したりする脳の機能が低下し、社会生活に支障をきたすようになった状態。

【認知症基本法(共生社会の実現を推進するための認知症基本法)】

2025年には、高齢者の5人に1人が認知症患者になると言われている。

認知症の人が自身の尊厳を持ち、希望を抱いて生活を送れるようにするための法律で、全37条からなり、目的や基本理念をはじめ、認知症施策推進基本計画、基本的施策、認知症施策推進本部の設置などについて規定されている。また、国や地方公共団体の責務などについての条文もあり、行政を通じて認知症の人が社会で活躍するための基盤を作っていくことが求められている。

【認知症ケアパス】

医療や介護におけるケアパスとは、心身の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示すものという意味。「パス」は「通り道・道筋」のこと。認知症ケアパスは、早期発見が大切で、また、ケアの対応方法が住民に十分に理解されていない認知症分野において、住民が早期に自分や家族の認知症を発見・自覚し、適切な対応につなげていくために、地域でのケアの道筋をやすく示し、認知症支援制度の周知・普及を図っていくとするもの。

【認知症サポーター】

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中で支援すること。

【認知症初期集中支援チーム】

認知症や認知症が疑われる人とその家族を複数の専門職が訪問し、必要な支援を行うチームのこと。具体的な活動内容として、観察や評価を行ったうえで、自立に向けて包括的・集中的に家族支援等の初期支援を行うことや、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐことが挙げられる。

【認知症対応型共同生活介護（グループホーム）】

認知症対応型共同生活介護は、認知症の要介護者が、生活支援を受けながら共同生活をする施設であるグループホームにおいて、施設内で行われた介護サービスが介護保険の適用を受けるというもの。

◆は行◆

【バリアフリー】

障がい者や高齢者などが暮らしやすくなるために、道路の段差など、障壁をなくすこと。

【フレイル】

日本老年医学会が平成26年に提唱した概念で、「Frailty(虚弱)」の日本語訳。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指すが、適切な治療や予防を行うことで要介護状態への移行を遅らせることができることに着目する概念である。

【訪問介護（ホームヘルプサービス）】

在宅の要介護者に対して、ホームヘルパーなどが家庭を訪問し、身体介護や家事援助などを行うサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

【訪問看護】

在宅の要介護者に対して、看護師などが家庭を訪問し、床ずれの処置などの看護を行うサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

【訪問入浴介護】

寝たきりなどの理由で自宅のお風呂での入浴が困難な在宅要介護者に対して、移動浴槽を自宅に運び込み、入浴介護を行うサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

【訪問リハビリテーション】

在宅の要介護者に対して、理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問し、理学療法、作業療法などのリハビリを提供するサービス。介護保険のサービスメニューの一つ。

◆や行◆

【ユニバーサルデザイン】

すべての人にやさしいデザインが、障がい者や高齢者などにとっても最も優しいデザインであるという考え方。

雄武町
第10期高齢者保健福祉計画
・第9期介護保険事業計画

令和6年3月

発行：雄武町

企画・編集：福祉給付課

〒098-1792 北海道紋別郡雄武町字雄武 700 番地

TEL：0158-84-2023

FAX：0158-84-4497

E-mail fukushikyu@town.oumu.hokkaido.jp
