

第 10 次伊根町高齢者健康福祉計画
< 第 9 期介護保険事業計画（一体型） >

令和 6 年 3 月

目次

I	総論.....	1
第1章	計画策定にあたって	3
1.	計画策定の背景	3
2.	計画の位置づけ	4
3.	計画の期間	5
4.	計画策定に向けた取り組み及び体制	5
5.	計画の推進に向けて	6
第2章	高齢者を取り巻く環境	7
1.	人口構造	7
2.	アンケート調査結果	15
第3章	計画の基本的な考え方	24
1.	基本理念	24
2.	基本目標	25
3.	施策の体系	26
4.	日常生活圏域の設定	26
II	基本理念の実現に向けた施策の展開	27
基本目標1	活き生きとした暮らしを楽しめるまちに	29
1.	健康づくり対策の推進	29
2.	自立支援、介護予防・重度化防止の推進	31
3.	高齢者の積極的な社会参加の促進	35
基本目標2	住み慣れた地域で安心して暮らせるまちに	37
1.	高齢者を地域で支えるシステムづくり	37
2.	在宅医療・介護連携の推進	43
3.	福祉サービス等の充実	45
4.	介護に取り組む家族等への支援の充実	48
5.	認知症施策（伊根町版オレンジプラン）の推進	49
基本目標3	安心して介護サービスを使えるまちに	54
1.	介護保険制度の円滑な実施のための体制づくり	54

Ⅲ 介護保険事業の見通し	59
第1章 将来人口等	61
1. 将来人口	61
2. 認定者数の推計	63
3. 介護サービス利用者数の推計	64
第2章 サービス利用者数及び利用量の見込み	65
1. 予防給付	65
2. 介護給付	65
第3章 給付費等の見込み	66
1. 予防給付費	66
2. 介護給付費	66
3. 総給付費	66
4. 標準給付費	67
5. 地域支援事業費	67
第4章 第1号被保険者の保険料	68
1. 財源構成	68
2. 第1号被保険者の介護保険料の算出	69
3. 保険料の段階設定別の介護保険料	70
資料編	71
1. 伊根町介護保険運営協議会について	71
2. 伊根町介護保険運営協議会委員名簿	73
3. 介護保険サービスの説明	74
4. 用語解説	79

I 総論



第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の背景

わが国の総人口は、減少傾向で推移しており、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、この減少傾向は今後も続くことが予測されています。それと同時に、高齢化の進行も続いていくことが予測され、令和2年時点の国勢調査では28.0%となっている高齢化率も、令和19年には33.3%となり、国民の3人に1人が65歳以上となると見込まれています。

伊根町（以下「本町」という）では、全国や京都府と比べると、高い高齢化率となっており、令和4年10月1日時点の住民基本台帳では高齢化率47.4%と、半数近い方が65歳以上となっている状況です。

また、高齢者を取り巻く環境は刻々と変化しており、核家族化の進展、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加、認知症高齢者の増加等、様々な課題が顕在化しています。

こういった現状を踏まえつつ、本町では、令和3年3月に策定した「第9次伊根町高齢者健康福祉計画＜第8期介護保険事業計画（一体型）＞（以下「第9次計画」という）」の次期計画である「第10次伊根町高齢者健康福祉計画＜第9期介護保険事業計画（一体型）＞（以下、「本計画」という）」の策定を行いました。

本計画の計画期間中には、団塊の世代が75歳以上となる令和7年を迎えます。「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備の上に、「医療」「介護」「予防」という専門的なサービスが適切に提供される地域包括ケアシステムの構築、深化・推進に向けて、状況の点検整理を行いながら、本計画においても引き続き取り組んでいきます。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年に向けた、中長期的視点も踏まえつつ、高齢者の自立支援・重度化防止や医療・介護連携の推進、地域共生社会の実現を目指して、高齢者を地域で支え、安心して暮らし続けられるよう各種施策を推進してまいります。

2. 計画の位置づけ

(1) 法令等の根拠

高齢者健康福祉計画は、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第1項の規定に基づき策定する計画です。

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条第1項の規定に基づき策定する計画です。

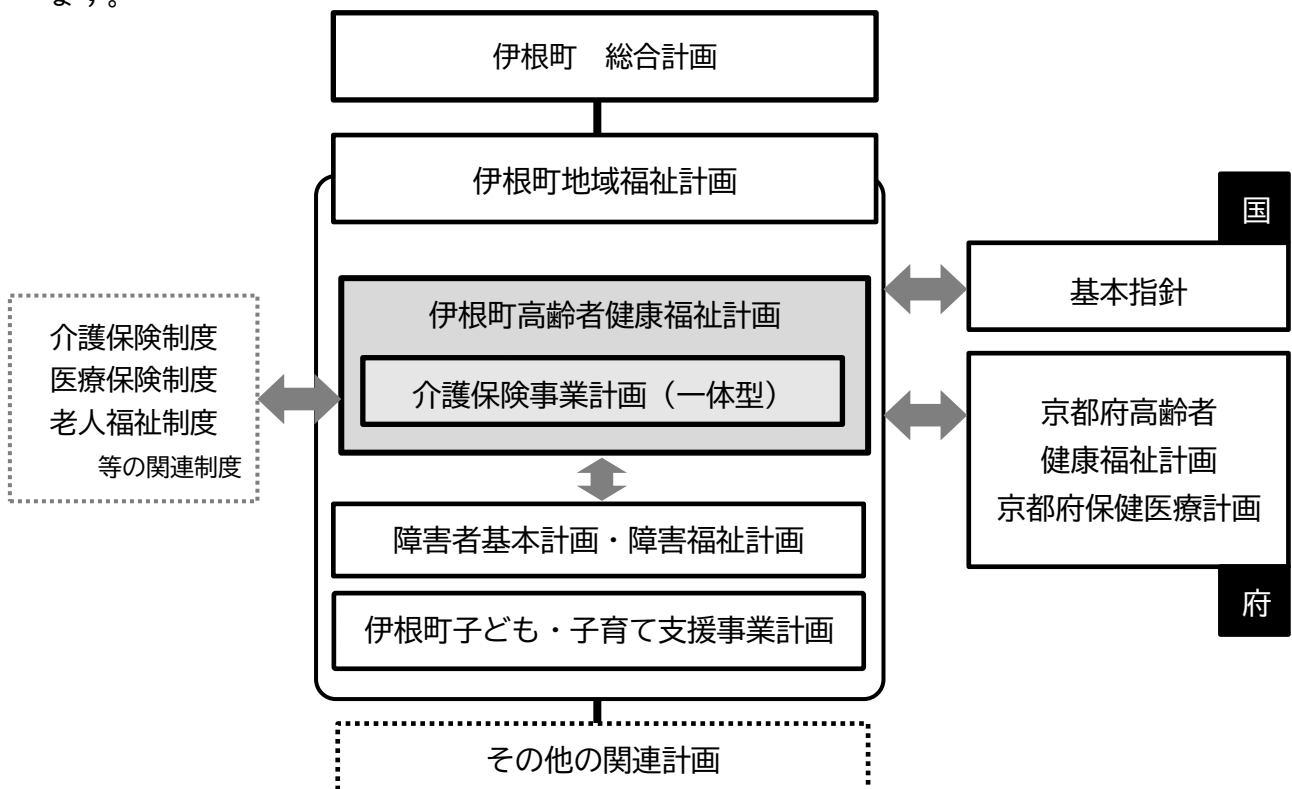
本町では、高齢者の福祉施策の総合的な推進を図るため、両計画を一体的に策定しています。

老人福祉法 第20条の8第1項	市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。
介護保険法 第117条第1項	市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

(2) 計画の位置づけ

本計画は、町政の基本方針を示す「伊根町総合計画」と総合的な福祉に取り組む計画である「伊根町地域福祉計画」を上位計画とし、整合性を図り策定しています。また、「伊根町障害者基本計画・障害福祉計画」、「伊根町子ども・子育て支援事業計画」など、福祉に関する関連計画との整合性を図り策定しています。

各分野が連携をとりながら総合的に施策を推進し、よりよい福祉のまちづくりを進めていきます。



3. 計画の期間

本計画は、令和6（2024）年度を初年度として、令和8（2026）年度を目標年度とする3か年計画です。計画の実施状況の把握と進行管理については、毎年度点検・評価を行い、課題分析を行います。

また、本計画においては、計画期間中に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる令和7（2025）年を迎えます。現役世代の急減が想定される令和22（2040）年も見据えて、人口構造の変化も踏まえた、検討・策定をしています。

令和																	
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041
第9期																	
			中長期的視点（令和22年を見据えて）														
			第10期			第11期			第12期			第13期			第14期		

4. 計画策定に向けた取り組み及び体制

（1）アンケート調査の実施

高齢者の日常生活状況や健康状態、介護の状況等を把握するため、令和5年3月に、65歳以上の高齢者（要介護認定者は除く）を対象とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び在宅の要介護認定者を対象とした「在宅介護実態調査」を実施し、今後の高齢者保健福祉施策に活かすとともに、計画策定の基礎資料としています。

（2）介護保険運営協議会の開催

本計画の策定にあたり、住民、福祉関係者・関係団体、事業者、学識経験者等で組織する「伊根町介護保険運営協議会」において、高齢者の健康福祉施策や介護保険事業に関する意見交換及び審議を行いました。

（3）パブリックコメントの実施

本計画に広く町民からの意見を反映するため、令和6年2月2日から令和6年2月16日まで計画素案に対するパブリックコメント（町民意見の提出）を実施しました。

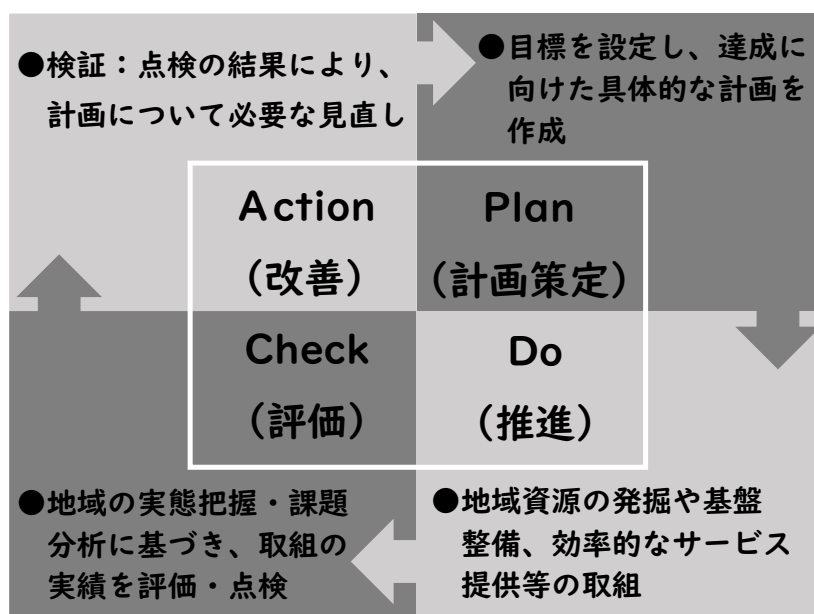
5. 計画の推進に向けて

(1) 計画の推進管理

本計画は、超高齢社会が進む中、介護や支援を必要とする状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で生きがいを持ち、安心して暮らせるまちの実現を目指します。そのためには、住民・地域・行政・介護保険サービス事業者・医療機関等が一体となって本計画を推進する必要があります。

また、主な取り組みの事業効果や数値目標の達成状況について自己評価を行い、その後の施策・事業に反映できるよう、計画の作成（Plan）－計画の実施（Do）－点検・評価（Check）－改善（Action）（PDCAサイクル）による効果的な進行管理を行います。

■PDCAサイクルのイメージ



(2) 介護保険運営協議会による協議・検討

介護保険運営協議会において、本計画に関する取り組みの状況や数値目標の達成状況について評価や検証等を行い、介護保険事業の運営に係る諸課題について、協議・検討を行います。

(3) 庁内における連携体制

本計画に係る事業は、保健事業、介護保険サービス、介護予防、高齢者福祉サービス等の保健福祉関連分野だけでなく、まちづくりや生涯学習等多岐にわたる施策が関連します。庁内における分野を超えた連携体制を強化し、重層的に支援する体制づくりを進めます。

(4) 地域住民・関係機関・団体やサービス事業者等との連携

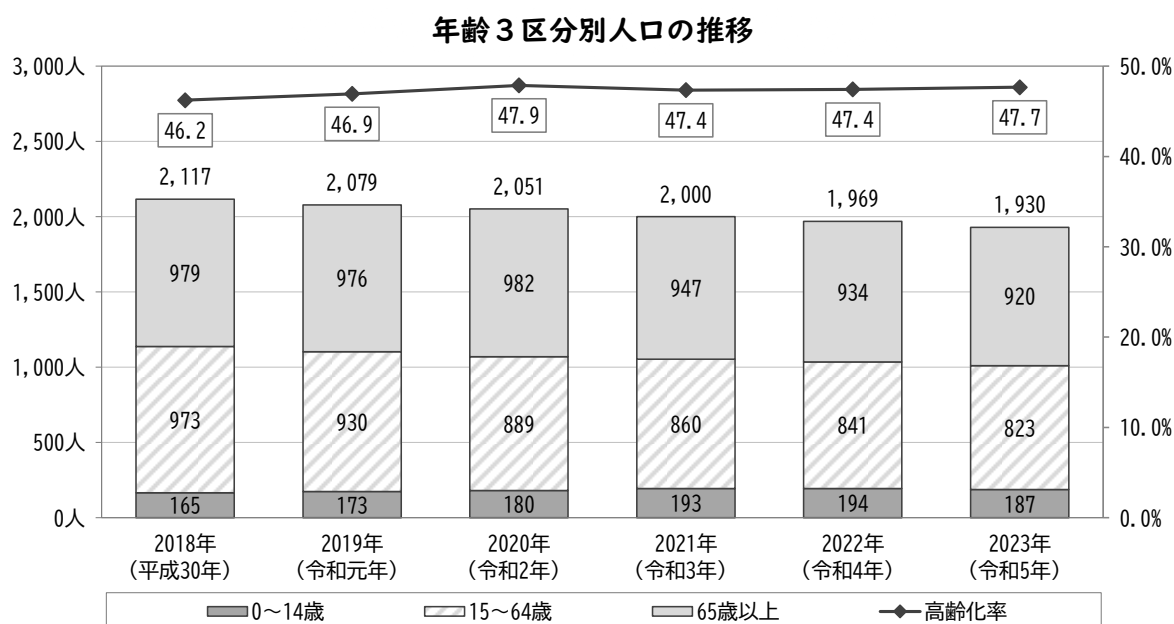
社会福祉協議会や医師会、民生児童委員、老人クラブ、地域組織、教育機関、サービス提供事業者、保健・医療機関、NPO等、様々な団体との協働体制及び連携の強化に取り組み、高齢者にとって安心・安全に暮らせるまちづくりの推進を図ります。

第2章 高齢者を取り巻く環境

1. 人口構造

(1) 年齢3区分別人口の推移

本町の近年の総人口は減少傾向が続いており、令和5（2023）年で1,930人となっています。年齢3区分別にみると、生産年齢人口（15～64歳）は減少傾向が続いており、年少人口（0～14歳）は増加傾向となっていました、令和5（2023）年で減少に転じています。老年人口（65歳以上）は、増減を繰り返していましたが、令和2（2020）年以降は減少が続いており、令和5（2023）年で920人となっています。



資料：住民基本台帳（各年度10月1日）

年齢3区分別人口・人口構成比の推移

年齢区分		2018年 (平成30年)	2019年 (令和元年)	2020年 (令和2年)	2021年 (令和3年)	2022年 (令和4年)	2023年 (令和5年)
人数	総人口	2,117	2,079	2,051	2,000	1,969	1,930
	65歳以上	979	976	982	947	934	920
	15～64歳	973	930	889	860	841	823
	0～14歳	165	173	180	193	194	187
構成比	総人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	65歳以上	46.2%	46.9%	47.9%	47.4%	47.4%	47.7%
	15～64歳	46.0%	44.7%	43.3%	43.0%	42.7%	42.6%
	0～14歳	7.8%	8.3%	8.8%	9.7%	9.9%	9.7%

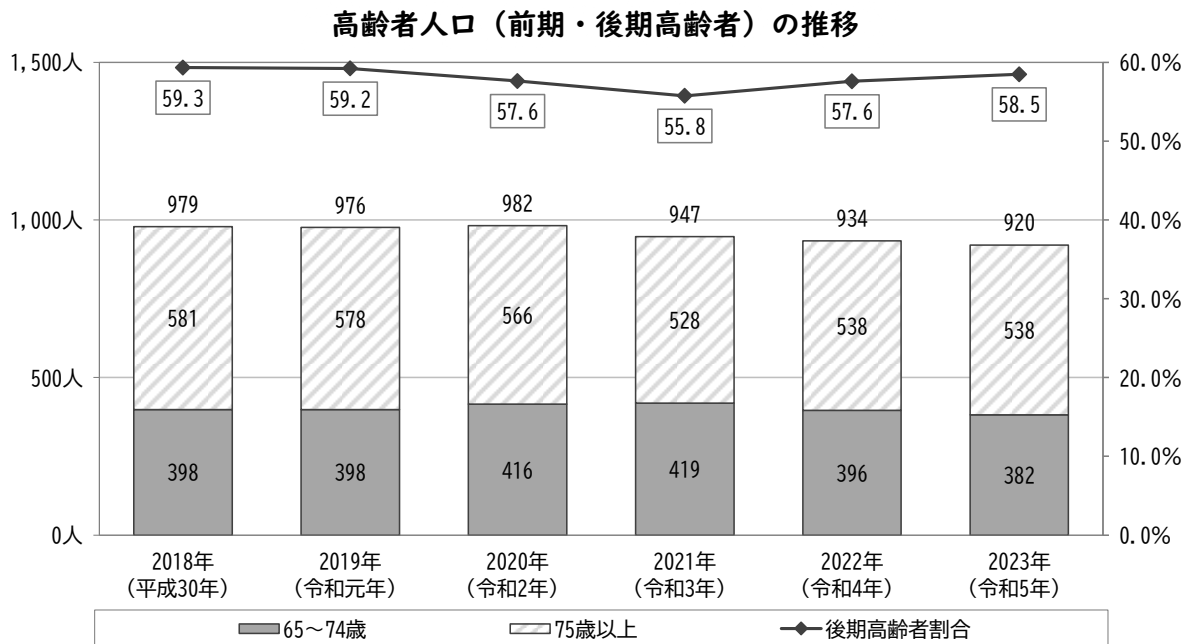
資料：住民基本台帳（各年度10月1日）

※四捨五入の関係で合計が100%とならない
場合がある（以下同様）

(2) 高齢者人口の推移

高齢者人口のうち、65～74歳の前期高齢者については、令和3（2021）年にかけては増加傾向となっていました、それ以降は減少に転じています。逆に、75歳以上の後期高齢者は令和3年までは減少傾向となっており、令和4（2022）年では増加傾向に転じています。

令和5（2023）年における、後期高齢者が高齢者人口に占める割合は58.5%となっており、高齢者の6割弱が後期高齢者となっています。



資料：住民基本台帳（各年度10月1日）

高齢者人口（前期・後期高齢者）・構成比の推移

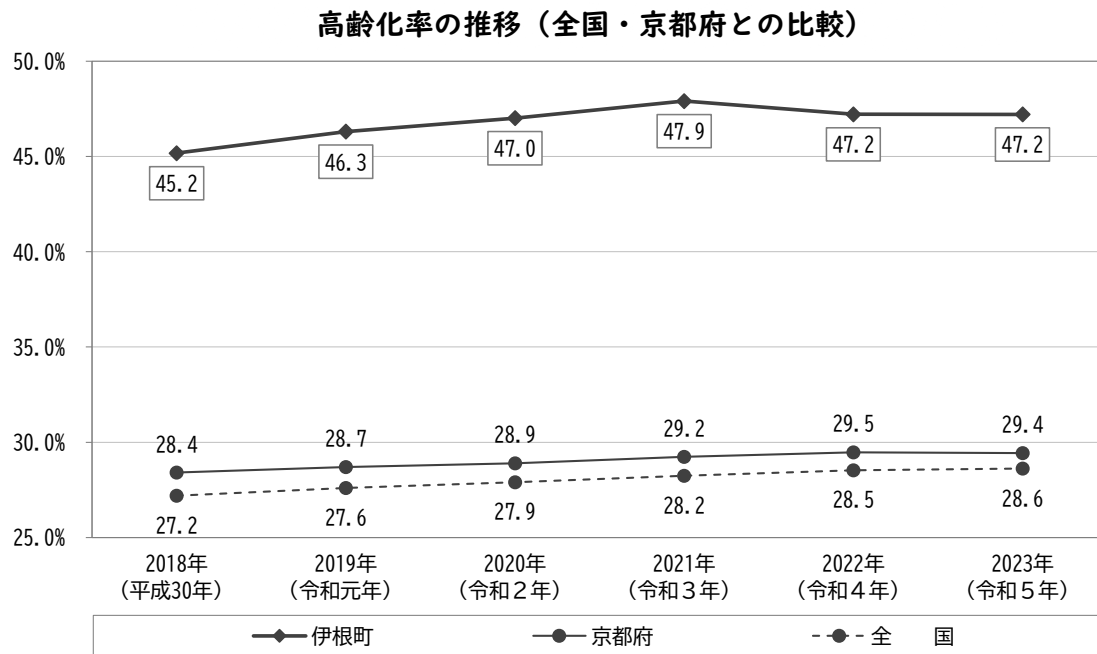
年齢区分		2018年 (平成30年)	2019年 (令和元年)	2020年 (令和2年)	2021年 (令和3年)	2022年 (令和4年)	2023年 (令和5年)
人数	高齢者人口	979	976	982	947	934	920
	75歳以上	581	578	566	528	538	538
	65～74歳	398	398	416	419	396	382
構成比	高齢者人口	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	75歳以上	59.3%	59.2%	57.6%	55.8%	57.6%	58.5%
	65～74歳	40.7%	40.8%	42.4%	44.2%	42.4%	41.5%

資料：住民基本台帳（各年度10月1日）

(3) 高齢化率の推移

本町の高齢化率（総人口に占める高齢者人口の割合）は令和3（2021）年まで上昇を続けていましたが、令和4年にかけて減少し、令和5（2023）年では47.2%となっています。

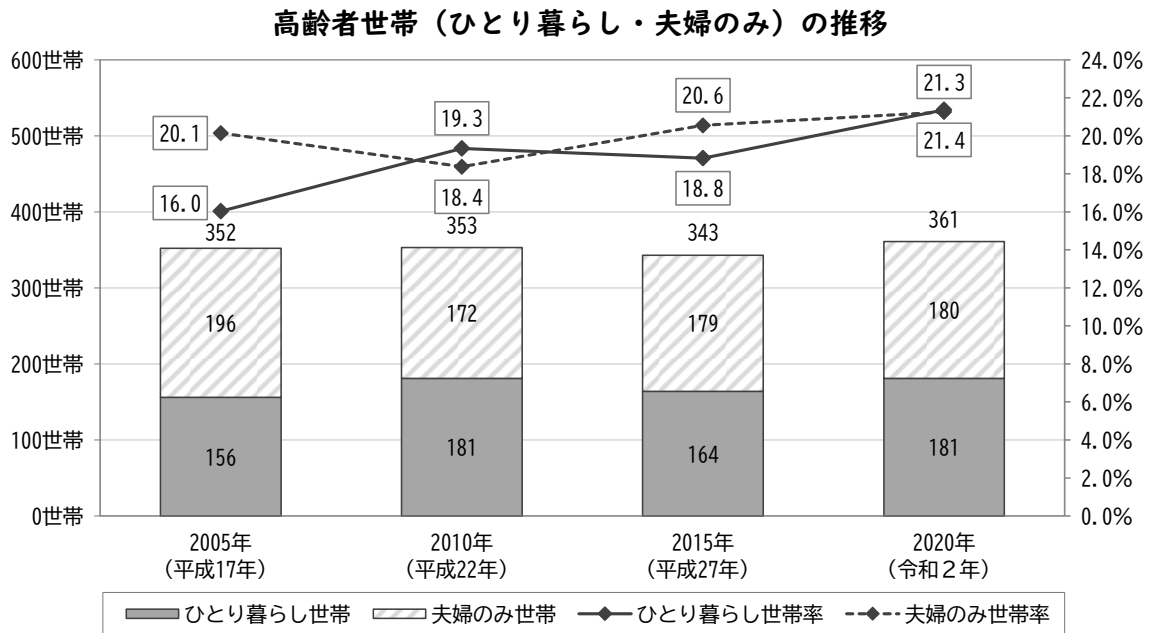
全国や京都府と比べると高い高齢化率となっています。



(4) 高齢者のいる世帯の状況

本町の一般世帯は、年々減少傾向となっており、高齢者のいる世帯も減少傾向となっています。

高齢者のいる世帯の割合は、令和2（2020）年では72.0%となっており、全国や京都府と比べ高い割合となっています。また、高齢者のひとり暮らし世帯、夫婦のみ世帯についても、それぞれ2割程度となっており、多少の増減はありますが、増加傾向で推移しています。



資料：国勢調査（各年10月1日）
※各率は一般世帯に占める割合

高齢者のいる世帯の推移

年次	一般世帯 総数 (世帯)	高齢者のいる世帯（世帯）						非親族 世帯	3世代 世帯 (再掲)
		単独世帯・親族世帯							
				ひとり暮らし 世帯	夫婦のみ 世帯	その他の親 族同居世帯			
2005年 (平成17年)	973 (100%)	743 (76.4%)	743 (76.4%)	156 (16.0%)	196 (20.1%)	391 (40.2%)	－ －	175 (18.0%)	
2010年 (平成22年)	936 (100%)	692 (73.9%)	690 (73.7%)	181 (19.3%)	172 (18.4%)	337 (36.0%)	2 (0.2%)	143 (15.3%)	
2015年 (平成27年)	871 (100%)	646 (74.2%)	644 (73.9%)	164 (18.8%)	179 (20.6%)	301 (34.6%)	2 (0.2%)	109 (12.5%)	
2020年 (令和2年)	847 (100%)	610 (72.0%)	610 (72.0%)	181 (21.4%)	180 (21.3%)	249 (29.4%)	－ －	66 (7.8%)	
【参考2020年（令和2年）】									
京都府	1,188,903 (100.0%)	478,651 (40.3%)	475,660 (40.0%)	153,688 (12.9%)	149,938 (12.6%)	172,034 (14.5%)	2,991 (0.3%)	33,148 (2.8%)	
全国	55,704,949 (100.0%)	22,655,031 (40.7%)	22,524,170 (40.4%)	6,716,806 (12.1%)	6,848,041 (12.3%)	8,959,323 (16.1%)	130,861 (0.2%)	2,132,480 (3.8%)	

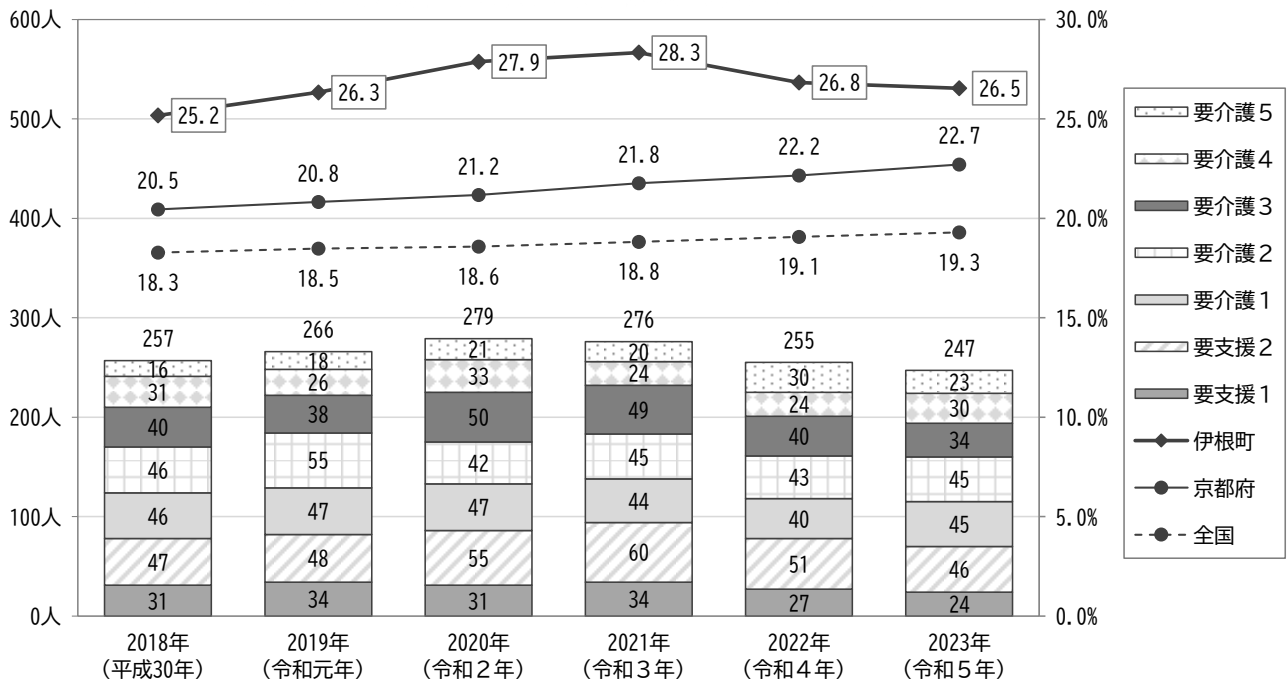
資料：国勢調査（各年10月1日）
※各率は一般世帯に占める割合

(5) 要支援・要介護認定者の状況

本町の要支援・要介護認定者は、令和2(2020)年にかけて増加していましたが、令和3(2021)年以降は減少傾向となっており、令和5(2023)年では247人となっています。

認定率(第1号認定者数/第1号被保険者※数)は、令和3(2021)年まで増加傾向となっていました、令和4(2022)年には減少に転じています。しかし、全国や京都府に比べて高い水準であることは変わりません。

認定者数、認定率(全国・京都府との比較)の推移



資料：介護保険事業状況報告(各年9月末)

※認定率は、第1号被保険者数に対する第1号認定者数の割合

認定者数、認定率(全国・京都府との比較)の推移

区分		2018年 (平成30年)	2019年 (令和元年)	2020年 (令和2年)	2021年 (令和3年)	2022年 (令和4年)	2023年 (令和5年)
第1号・第2号認定者数	総数	257	266	279	276	255	247
	要介護5	16	18	21	20	30	23
	要介護4	31	26	33	24	24	30
	要介護3	40	38	50	49	40	34
	要介護2	46	55	42	45	43	45
	要介護1	46	47	47	44	40	45
	要支援2	47	48	55	60	51	46
	要支援1	31	34	31	34	27	24
第1号被保険者数		997	991	990	967	943	923
第1号認定者総数		251	261	276	274	253	245
認定率	伊根町	25.2	26.3	27.9	28.3	26.8	26.5
	京都府	20.5	20.8	21.2	21.8	22.2	22.7
	全国	18.3	18.5	18.6	18.8	19.1	19.3

資料：介護保険事業状況報告(各年9月末)

※認定率は、第1号被保険者数に対する第1号認定者数の割合

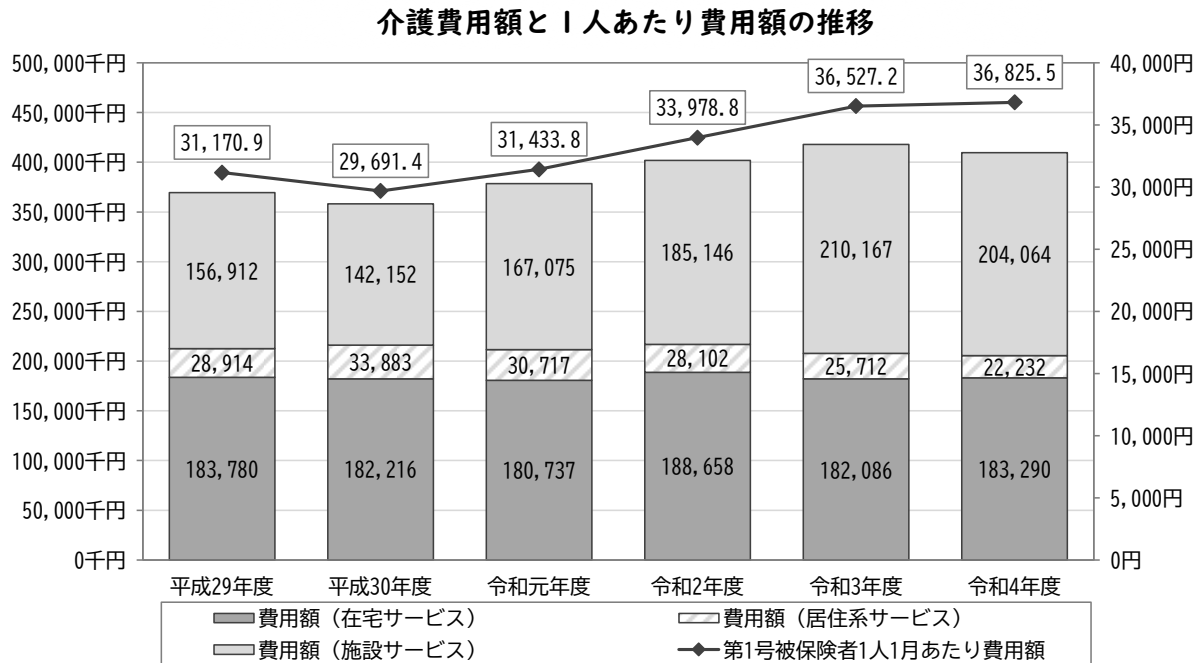
※ 第1号被保険者：65歳以上の被保険者のこと。(第2号被保険者は、40～64歳の医療保険加入者)

(6) 介護保険事業等の動向

①介護費用額の推移

介護費用額は、増減を繰り返しながら推移しており、令和4（2022）年度では4億1千万円程度となっています。また、第1号被保険者1人1月あたりの費用額については、令和4（2022）年度で約36,825円となっており、全国・京都府と比べると高い水準にあります。

各サービスの費用額が占める割合としては、施設サービスが半分程度となっています。



資料：介護保険事業状況報告

1人あたり費用額は、費用額を第1号被保険者数の各月累計で除して算出

介護費用額と構成比、1人あたり費用額の推移

			平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
費用額	費用額	(円)	369,605,628	358,251,304	378,529,724	401,904,977	417,964,553	409,586,169
	費用額（施設サービス）	(円)	156,911,555	142,151,605	167,075,499	185,145,919	210,166,999	204,063,710
	費用額（居住系サービス）	(円)	28,914,350	33,883,379	30,716,876	28,101,529	25,711,591	22,232,143
	費用額（在宅サービス）	(円)	183,779,723	182,216,320	180,737,349	188,657,529	182,085,963	183,290,316
構成比	費用額	(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	費用額（施設サービス）	(%)	42.5	39.7	44.1	46.1	50.3	49.8
	費用額（居住系サービス）	(%)	7.8	9.5	8.1	7.0	6.2	5.4
	費用額（在宅サービス）	(%)	49.7	50.9	47.7	46.9	43.6	44.8
第1号被保険者1人1月あたり費用額		(円)	31,170.9	29,691.4	31,433.8	33,978.8	36,527.2	36,825.5
第1号被保険者1人1月あたり費用額（京都府）		(円)	24,730.1	24,971.4	25,745.1	26,500.4	27,155.6	27,701.7
第1号被保険者1人1月あたり費用額（全国）		(円)	23,238.3	23,498.7	24,105.9	24,567.0	25,132.1	25,476.6

資料：介護保険事業状況報告

1人あたり費用額は、費用額を第1号被保険者数の各月累計で除して算出

②総給付費の動向

第8期の総給付費について計画値と実績値を比較すると、令和3（2021）年度は計画値よりも実績値が600万円程度多く、令和4（2022）年度は、実績値が400万円程度少ない結果となっています。

実績値と計画値の状況

		R3		
		計画値	実績値	対計画比
第1号被保険者数	（人）	973	967	99.4%
要介護認定者数	（人）	270	274	101.5%
要介護認定率	（%）	27.7	28.3	102.1%
総給付費	（円）	371,223,000	377,186,612	101.6%
施設サービス給付費	（円）	179,058,000	189,111,267	105.6%
居住系サービス給付費	（円）	20,978,000	23,140,420	110.3%
在宅サービス給付費	（円）	171,187,000	164,934,925	96.3%
第1号被保険者1人あたり給付費	（円）	381,524.2	390,058.5	102.2%

		R4			（参考）R5
		計画値	実績値	対計画比	計画値
第1号被保険者数	（人）	951	943	99.2%	928
要介護認定者数	（人）	268	253	94.4%	268
要介護認定率	（%）	28.2	26.8	95.2%	28.9
総給付費	（円）	373,721,000	369,717,216	98.9%	373,096,000
施設サービス給付費	（円）	179,158,000	183,534,001	102.4%	179,158,000
居住系サービス給付費	（円）	20,989,000	20,008,915	95.3%	20,989,000
在宅サービス給付費	（円）	173,574,000	166,174,300	95.7%	172,949,000
第1号被保険者1人あたり給付費	（円）	392,976.9	392,064.9	99.8%	402,043.1

資料：介護保険事業状況報告

※1人あたり給付費は、総給付費を第1号被保険者数で除して算出

※計画値から10%以上の乖離があるものについて、色付け

③サービス別給付費

実績値と計画値の状況（サービス別）

		R3		
		計画値	実績値	対計画比
施設サービス	小計	(円) 179,058,000	189,111,267	105.6%
	介護老人福祉施設	(円) 133,677,000	150,718,628	112.7%
	介護老人保健施設	(円) 40,255,000	33,395,003	83.0%
	介護医療院	(円) 5,126,000	4,746,032	92.6%
	介護療養型医療施設	(円) 0	251,604	-
サービス系	小計	(円) 20,978,000	23,140,420	110.3%
	特定施設入居者生活介護	(円) 5,199,000	8,690,533	167.2%
	認知症対応型共同生活介護	(円) 15,779,000	14,449,887	91.6%
在宅サービス	小計	(円) 171,187,000	164,934,925	96.3%
	訪問介護	(円) 24,331,000	17,992,403	73.9%
	訪問入浴介護	(円) 1,804,000	2,114,296	117.2%
	訪問看護	(円) 14,783,000	13,077,797	88.5%
	居宅療養管理指導	(円) 2,221,000	1,221,957	55.0%
	通所介護	(円) 39,122,000	35,991,611	92.0%
	地域密着型通所介護	(円) 4,080,000	7,812,585	191.5%
	通所リハビリテーション	(円) 9,637,000	3,569,364	37.0%
	短期入所生活介護	(円) 19,425,000	18,533,342	95.4%
	短期入所療養介護（老健）	(円) 0	742,824	-
	福祉用具貸与	(円) 15,014,000	15,817,332	105.4%
	特定福祉用具販売	(円) 634,000	552,321	87.1%
	住宅改修	(円) 2,437,000	1,149,088	47.2%
	認知症対応型通所介護	(円) 0	57,105	-
	小規模多機能型居宅介護	(円) 23,664,000	32,238,513	136.2%
	介護予防支援・居宅介護支援	(円) 14,035,000	14,064,387	100.2%

		R4			(参考) R5
		計画値	実績値	対計画比	計画値
施設サービス	小計	(円) 179,158,000	183,534,001	102.4%	179,158,000
	介護老人福祉施設	(円) 133,752,000	149,298,881	111.6%	133,752,000
	介護老人保健施設	(円) 40,277,000	29,509,340	73.3%	40,277,000
	介護医療院	(円) 5,129,000	4,725,780	92.1%	5,129,000
サービス系	小計	(円) 20,989,000	20,008,915	95.3%	20,989,000
	特定施設入居者生活介護	(円) 5,202,000	8,907,343	171.2%	5,202,000
	認知症対応型共同生活介護	(円) 15,787,000	11,101,572	70.3%	15,787,000
在宅サービス	小計	(円) 173,574,000	166,174,300	95.7%	172,949,000
	訪問介護	(円) 24,345,000	16,906,875	69.4%	24,095,000
	訪問入浴介護	(円) 1,805,000	2,144,158	118.8%	1,805,000
	訪問看護	(円) 14,791,000	11,453,040	77.4%	14,791,000
	居宅療養管理指導	(円) 2,223,000	1,020,960	45.9%	2,223,000
	通所介護	(円) 39,824,000	32,037,911	80.4%	39,174,000
	地域密着型通所介護	(円) 4,082,000	12,611,142	308.9%	4,082,000
	通所リハビリテーション	(円) 9,643,000	3,037,608	31.5%	9,643,000
	短期入所生活介護	(円) 21,097,000	18,025,698	85.4%	21,097,000
	短期入所療養介護（老健）	(円) 0	879,346	-	0
	福祉用具貸与	(円) 15,163,000	17,578,324	115.9%	15,353,000
	特定福祉用具販売	(円) 634,000	211,806	33.4%	634,000
	住宅改修	(円) 2,437,000	1,211,464	49.7%	2,437,000
	認知症対応型通所介護	(円) 0	0	-	0
	小規模多機能型居宅介護	(円) 23,678,000	34,960,167	147.6%	23,678,000
	介護予防支援・居宅介護支援	(円) 13,852,000	14,095,801	101.8%	13,937,000

資料：介護保険事業状況報告

※計画値から10%以上の乖離があるものについて、色付け

2. アンケート調査結果

(1) 調査目的

計画の策定にあたり、介護保険サービスの基盤整備や地域支援事業等の構築を進めるため、高齢者の要介護度の悪化につながるリスク等を把握した上で、必要なサービスの種類・量・事業方法等を検討する地域診断のための『介護予防・日常生活圏域ニーズ調査』及び主として要介護者の在宅生活の継続や介護者の就労継続に有効な介護サービスのあり方を検討するための『在宅介護実態調査』を実施しました。

(2) 調査概要

調査名	対象者	配布数	回収数	回収率
介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	65歳以上の 要介護認定者以外	770	456 (白票3)	59.2%
在宅介護実態調査	在宅の要介護認定者	135	42	31.1%

○調査方法：郵送による配布・回収

○抽出基準日：令和5年3月1日

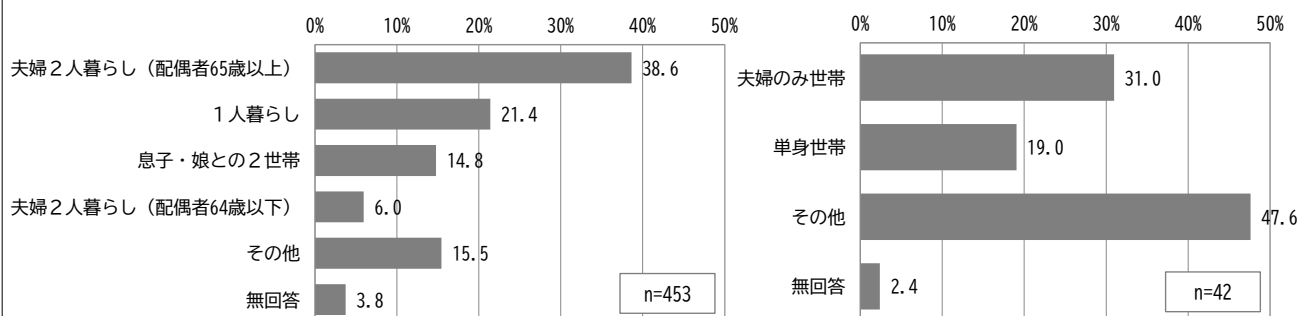
○調査期間：令和5年3月上旬～3月10日

(3) 主な調査結果

①家族構成

家族構成【ニーズ調査・在宅調査】

○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下「ニーズ調査」）では、1人暮らしが21.4%となっており、在宅介護実態調査（以下「在宅調査」）では単身世帯が19.0%となっています。

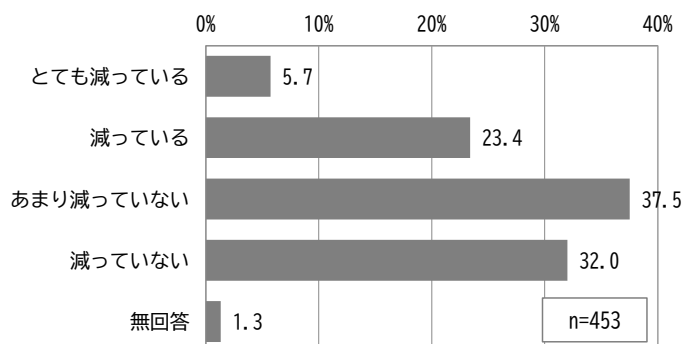


高齢者のひとり暮らしや夫婦のみ世帯が増加している中で、高齢者に対する見守りや定期的な安否確認・声かけは重要な取り組みです。

②外出

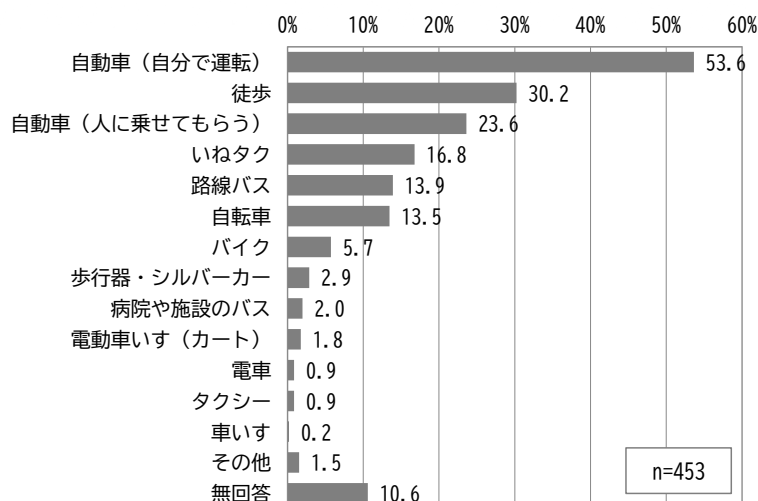
昨年と比べた外出回数【ニーズ調査】

○外出頻度が減っていると回答した方は 29.1% となっており、特に 85 歳以上や要支援認定者では減っているという方の割合が高いです。



外出する際の移動手段【ニーズ調査】

○移動手段としては、自動車を利用する方が多くなっています。自動車の運転が難しい 85 歳以上や要支援認定者では、人の自動車に乗せてもらったり、「いねタク」を利用する方の割合が高くなっています。



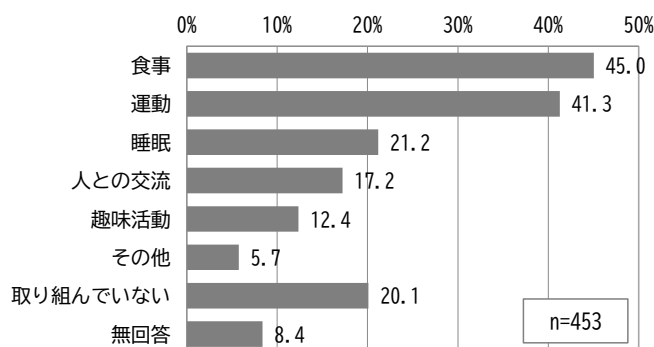
外出については、買い物や通院といった日常生活はもちろんのこと、地域活動等への参加といった社会活動においても必要な要素であり、「いねタク」をはじめとする、移動支援や外出支援の取り組みを引き続き取り組んでいくことは重要です。

③健康への取り組み

健康のために取り組んでいること【ニーズ調査】

○健康のために取り組んでいることがある方が 71.5%、取り組んでいない方が 20.1%となっています。食事や運動に取り組む方が多くなっています。

○65～74 歳では、取り組んでいない方が 25.0%と、他の年代に比べ高くなっています。



運動や口の体操に取り組んでいるか【ニーズ調査・在宅調査】

○普段から運動をしている方は 51.0%、口の体操に取り組んでいる方は、ニーズ調査では 11.9%、在宅調査では 7.1%となっています。

○誰かと一緒に食事をする機会がある方は 80.3%となっています。

普段、運動をしているか（ニーズ調査）

運動をしている：51.0%

運動はしていない：42.8%

口の体操をしているか（ニーズ調査／在宅調査）

口の体操をしている：11.9%／7.1%

口の体操をしていない：84.8%／85.7%

誰かと一緒に食事する機会があるか（ニーズ調査）

誰かと食事する機会がある：80.3%

誰かと食事する機会はほとんどない：13.7%

※無回答があるため、合計は 100%にならない



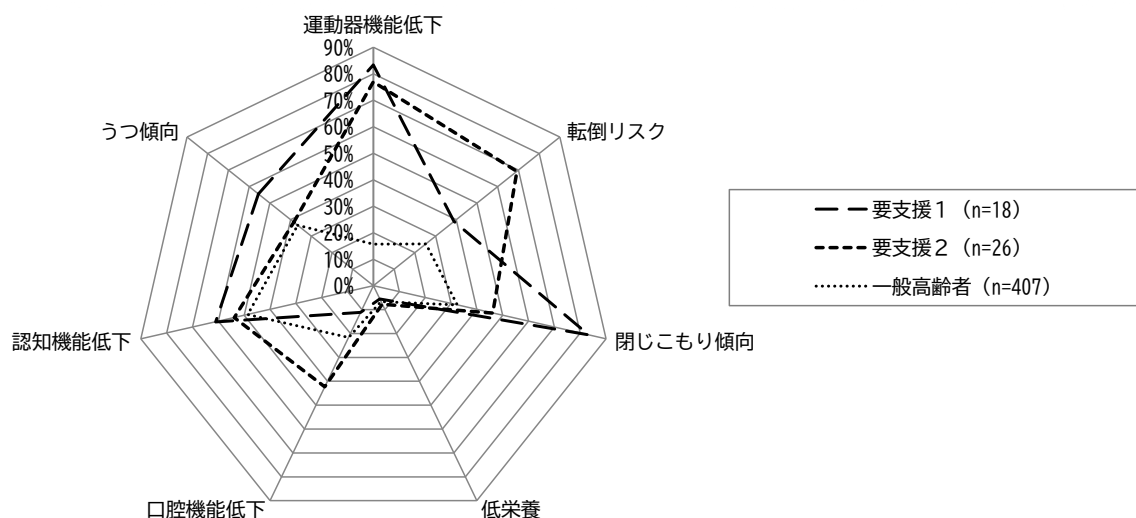
健康維持に取り組むことは、自身が元気に生き生きと暮らすために重要であると同時に、介護予防にもつながります。

日頃からの運動や規則正しい生活、バランスの取れた食事といった健康に関する意識・啓発についても取り組んでいくことは重要です。

④生活機能評価

生活機能評価（該当者（リスク者）割合）【ニーズ調査】

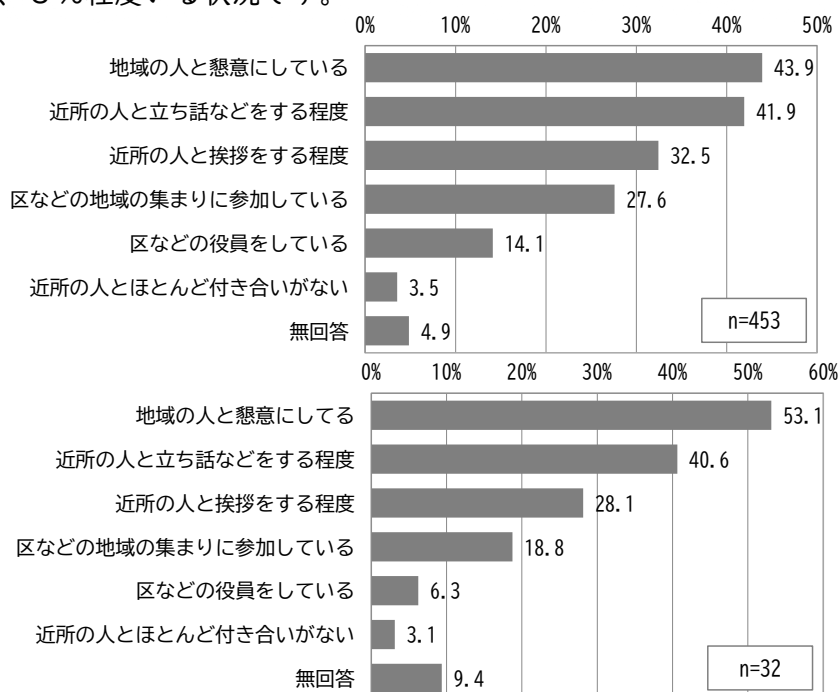
○生活機能評価の多くの項目で、該当者（リスク者）割合が、一般高齢者に比べて要支援認定者で高い結果となっています。特に運動器機能低下では、67.6ポイントの差がみられます。



⑤地域やご近所との関わり

地域住民との関わり方【ニーズ調査・在宅調査】

○地域の人と懇意にしている方の割合は半数前後となっています。また、ほとんど付き合いがないという方も、3%程度いる状況です。

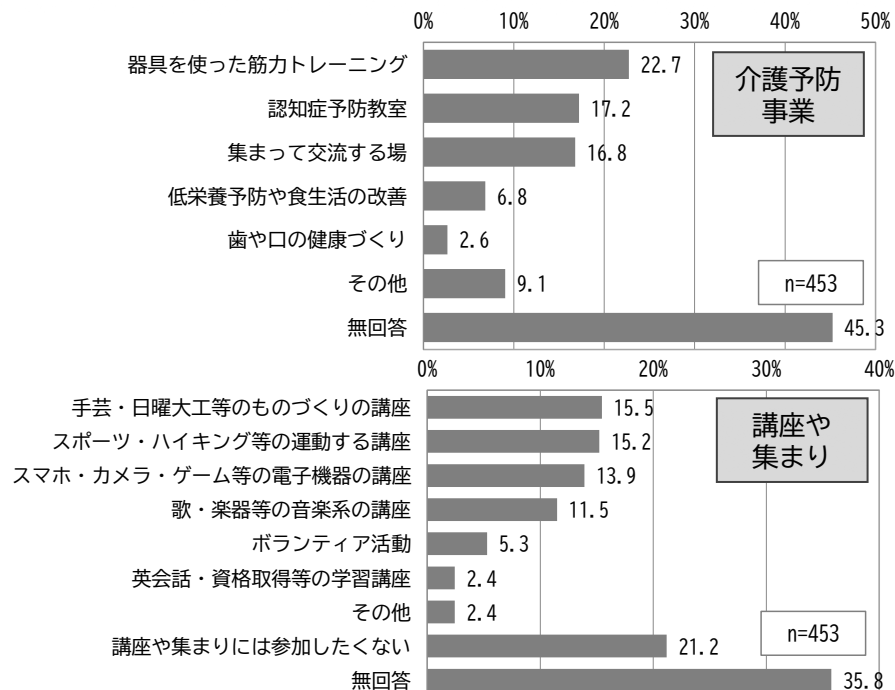


地域での関わりは、悩みや相談、情報を共有したり、いざという時の助け合いにつながったりと、重要な要素です。現在の関わりが今後も続くよう、取り組んでいく必要があります。

⑥地域活動、集まりや講座

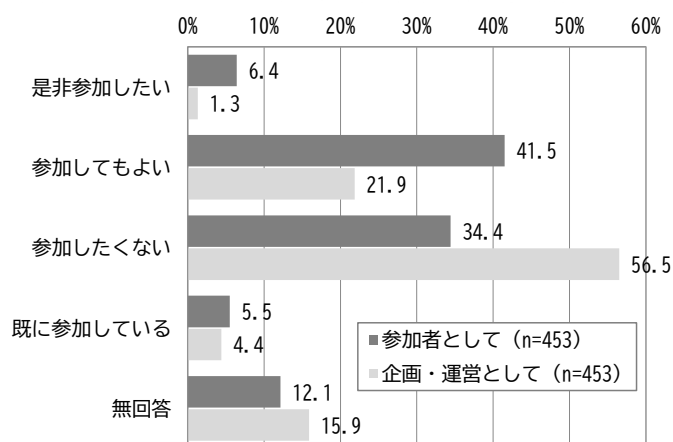
参加してみたい介護予防事業・講座や集まり【ニーズ調査】

○介護予防事業としては、「器具を使った筋力トレーニング」や「認知症予防教室」、講座や集まりとしては、「手芸・日曜大工等のものづくりの講座」や「スポーツ・ハイキング等の運動する講座」に参加してみたいという割合が高くなっています。



地域活動に参加者／企画・運営として参加したいか【ニーズ調査】

○参加者としては、「参加してもよい」が41.5%で最も多く、企画・運営としては、「参加したくない」が56.5%で最も多くなっています。

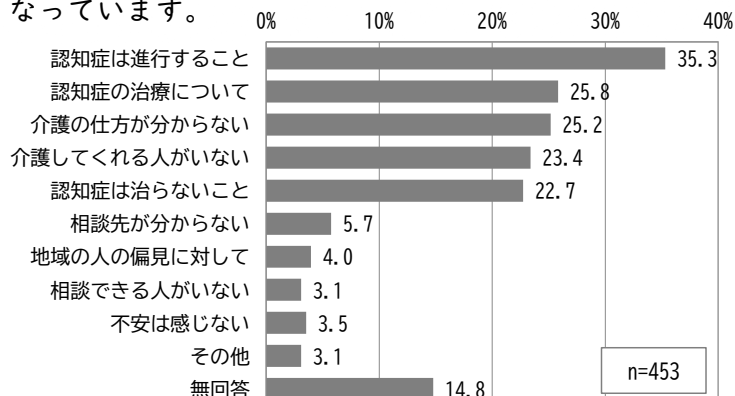


地域における各種活動に参加したり、講座や集まりに参加することは、定期的な外出や色々な人との交流にもつながり、介護予防・社会参加の推進に向けた重要な要素です。そしてそういった交流は、地域や近所での付き合い同様、地域での支え合いにつながります。住民が積極的に参加する、活動の実施、活動への支援実施が必要です。

⑦認知症

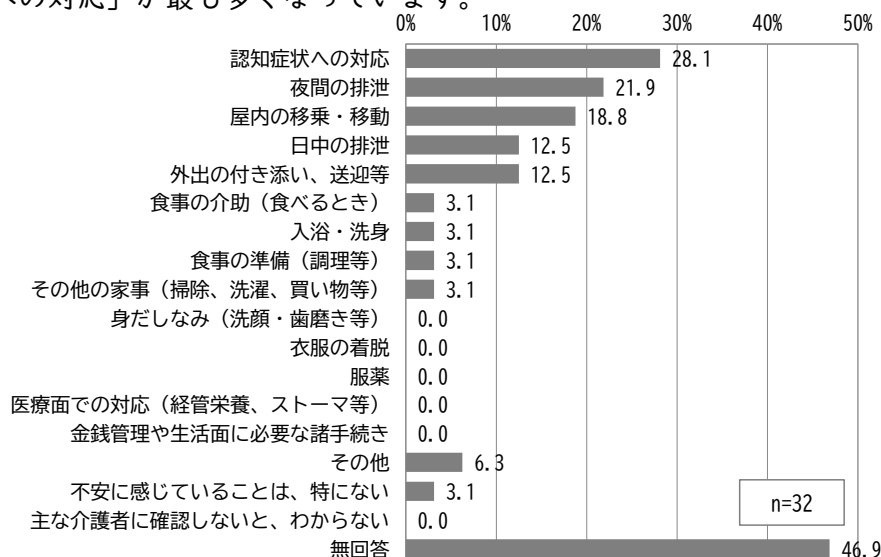
自身や家族が認知症になった時に不安なこと【ニーズ調査】

○「認知症は進行すること」「認知症の治療について」「介護の仕方が分からない」について、不安に思う方が多くなっています。



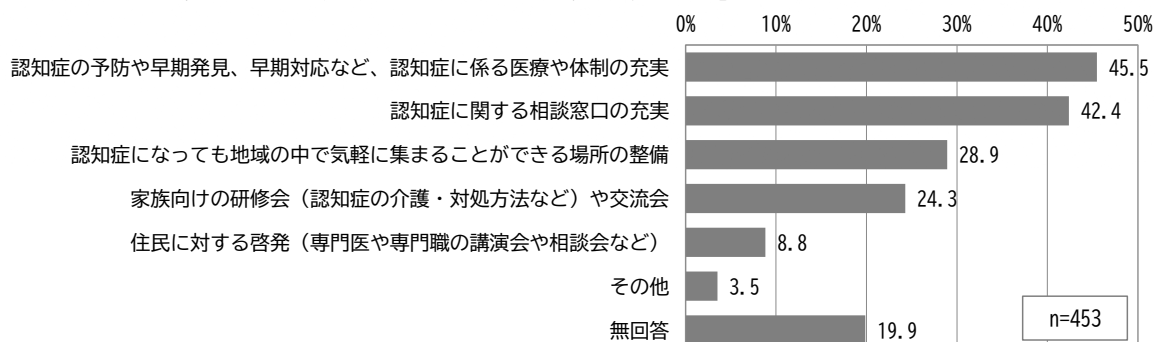
介護者が不安に思う介護【在宅調査】

○「認知症状への対応」が最も多くなっています。



特に力を入れてほしい認知症に関する施策（サービス）【ニーズ調査】

○「認知症の予防や早期発見、早期対応など、認知症に係る医療や体制の充実」「認知症に関する相談窓口の充実」「認知症になっても地域の中で気軽に集まることができる場所の整備」「家族向けの研修会（認知症の介護・対処方法など）や交流会」が多くなっています。

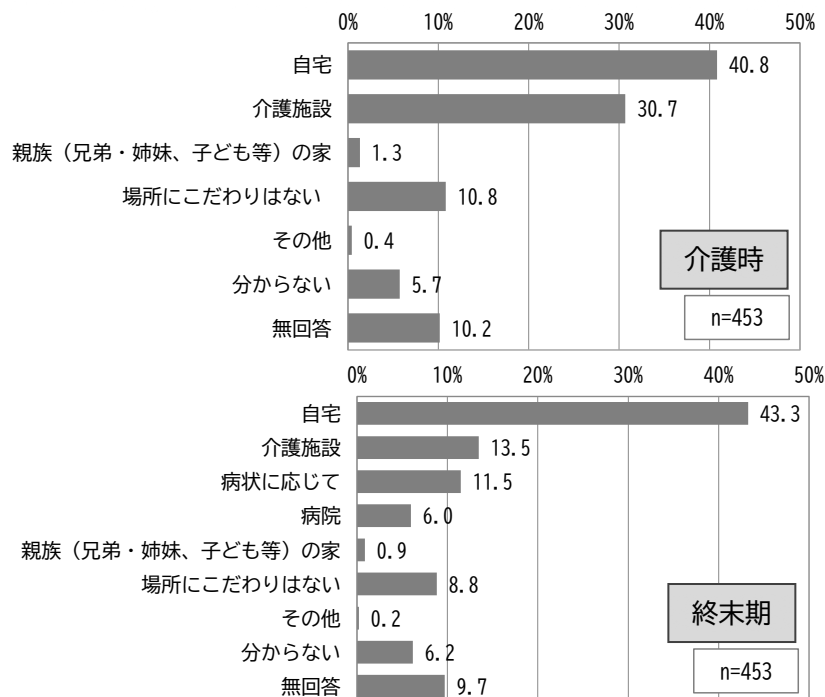


今後も患者数の増加が予測される認知症に関して、不安に思う方が多くいる状況です。情報の周知・啓発をはじめとして、相談窓口の充実等の支援策の推進についても必要な取り組みであると考えられます。

⑧在宅介護

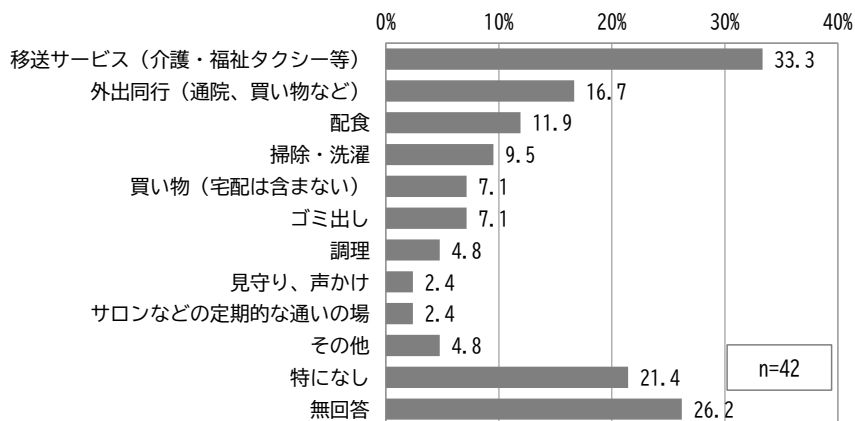
介護が必要になった時／終末期に、どこで暮らしたいか【ニーズ調査】

○どちらも「自宅」が最も多くなっています。



在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス【在宅調査】

○「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」や「外出同行（通院、買い物など）」が多くなっています。

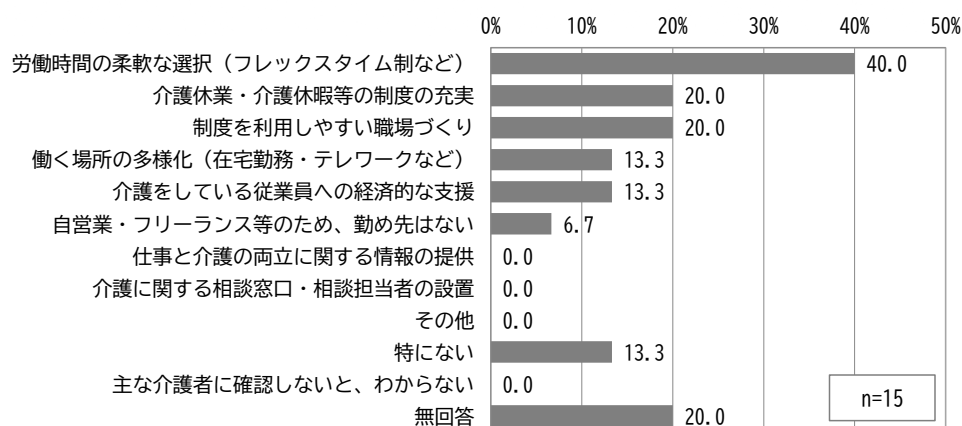


介護が必要になった時、また終末期に関しても、自宅で過ごしたい方が多い中で、在宅介護を継続していくための支援は重要です。

⑨介護者支援

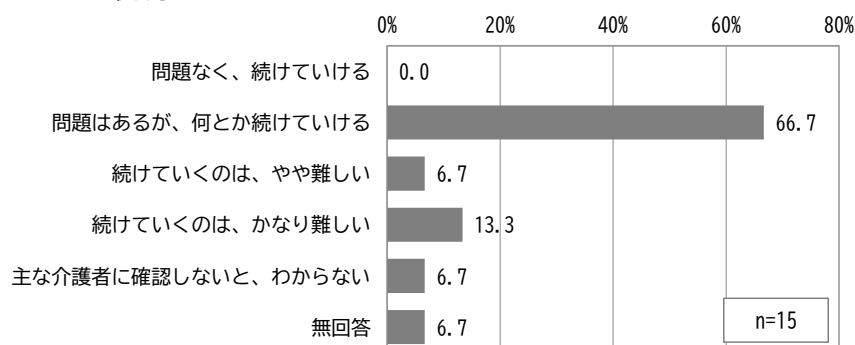
仕事と介護の両立に効果があると思う、勤め先からの支援【在宅調査】

○「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」「介護休業・介護休暇等の制度の充実」「制度を利用しやすい職場づくり」が多くなっています。



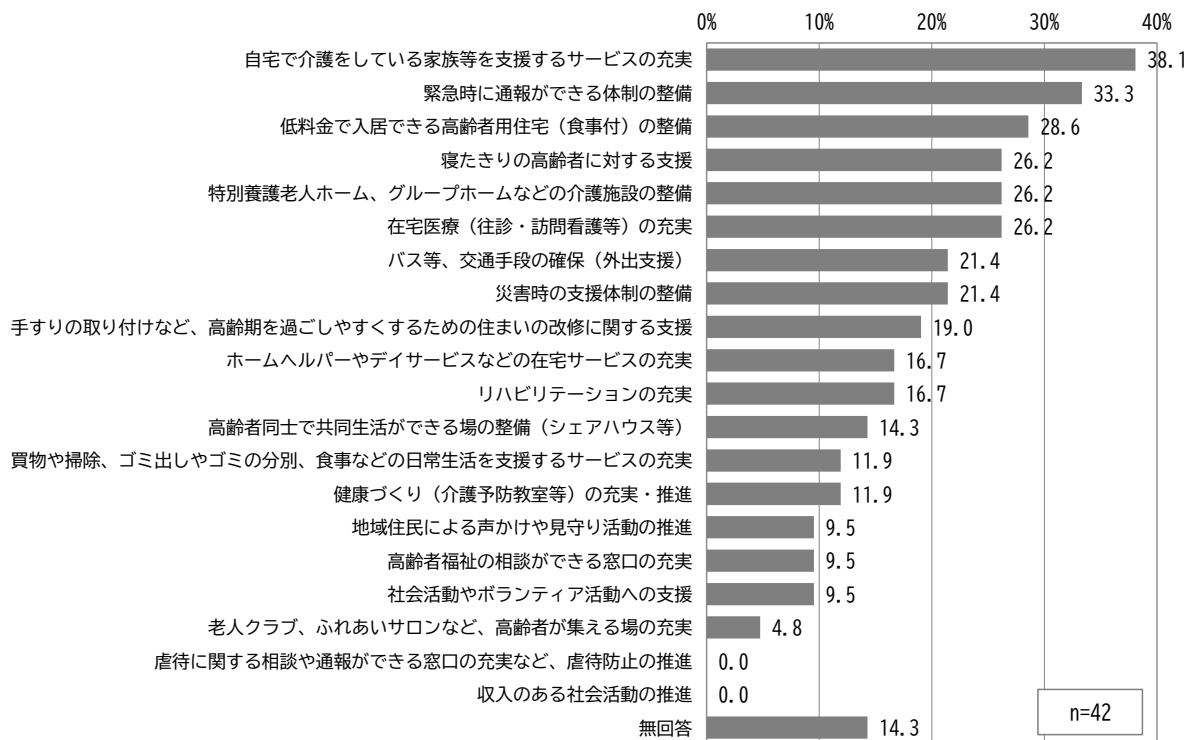
今後も働きながら介護を続けていけそうか【在宅調査】

○「問題はあるが、何とか続けていける」が 66.7%となっている一方で、「続けていくのは難しい」方も 20.0%いる状況となっています



特に力を入れてほしい高齢者施策（サービス）【在宅調査】

○「自宅で介護をしている家族等を支援するサービスの充実」「緊急時に通報ができる体制の整備」「低料金で入居できる高齢者用住宅（食事付）の整備」が多くなっています。



家族介護者への支援、働きながら介護をしている方への支援についても、引き続き取り組んでいくことが重要です。

第3章 計画の基本的な考え方

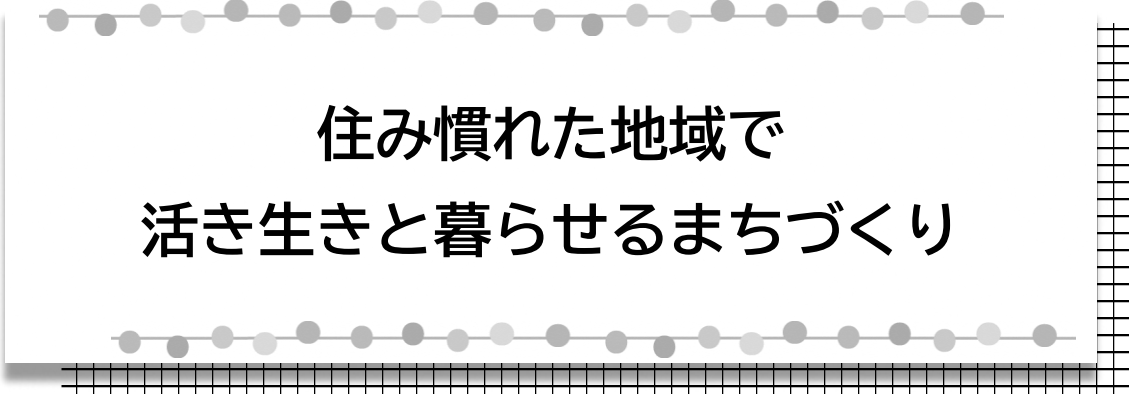
1. 基本理念

基本理念とは、本計画を推進する上で基軸となるものであり、本計画におけるすべての施策は基本理念の実現に向けた構成となります。

本町は既に本格的な超高齢社会を迎えていますが、高齢期となっても住み慣れた地域でいつまでも安心して生き生きと暮らしていくことは住民すべての願いです。

このような暮らしを実現するためには、高齢者が長年培ってきた豊かな経験・知識・技術などを活かし、地域住民・事業者・行政それぞれが役割を分担・協力しながら地域づくりに取り組むことが重要です。

本計画の基本理念は、第9次計画を継承し、高齢者がそれぞれの健康状態やライフスタイル等に応じて、住み慣れた地域で健やかに充実した生活を送ることができるよう、また生き生きと社会活動に参加できるよう、安心・安全な地域社会の構築を目指し、「住み慣れた地域で生き生きと暮らせるまちづくり」とします。



住み慣れた地域で
生き生きと暮らせるまちづくり

2. 基本目標

高齢者が住み慣れた地域で、健康で生きがいのある生活を送り、地域で支え合い、安心・安全な地域社会を築くことができるよう、基本理念の実現に向けて、以下の3つの基本目標を設定します。

基本目標1 生き生きとした暮らしを楽しめるまちに

要介護状態等になる原因の一つである、生活習慣病の予防を推進するとともに、高齢者のニーズに応じた保健事業、一般介護予防事業等を充実します。

高齢者ができる限り要介護状態等にならないよう、また、要介護状態がそれ以上悪化しないよう、本人の自立促進に向けた支援を行います。

また、高齢者が生きがいを見つけ、自らの経験と知識を活かしながら、主体的に地域に関わり、社会参加・社会貢献することができるよう、支援体制を構築し、生き生きと充実した暮らしを楽しめるまちにしていきます。

基本目標2 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちに

地域の団体や住民が連携して、支援を必要とする方々を支え、見守る体制の実現に向けて福祉コミュニティづくりを進めます。

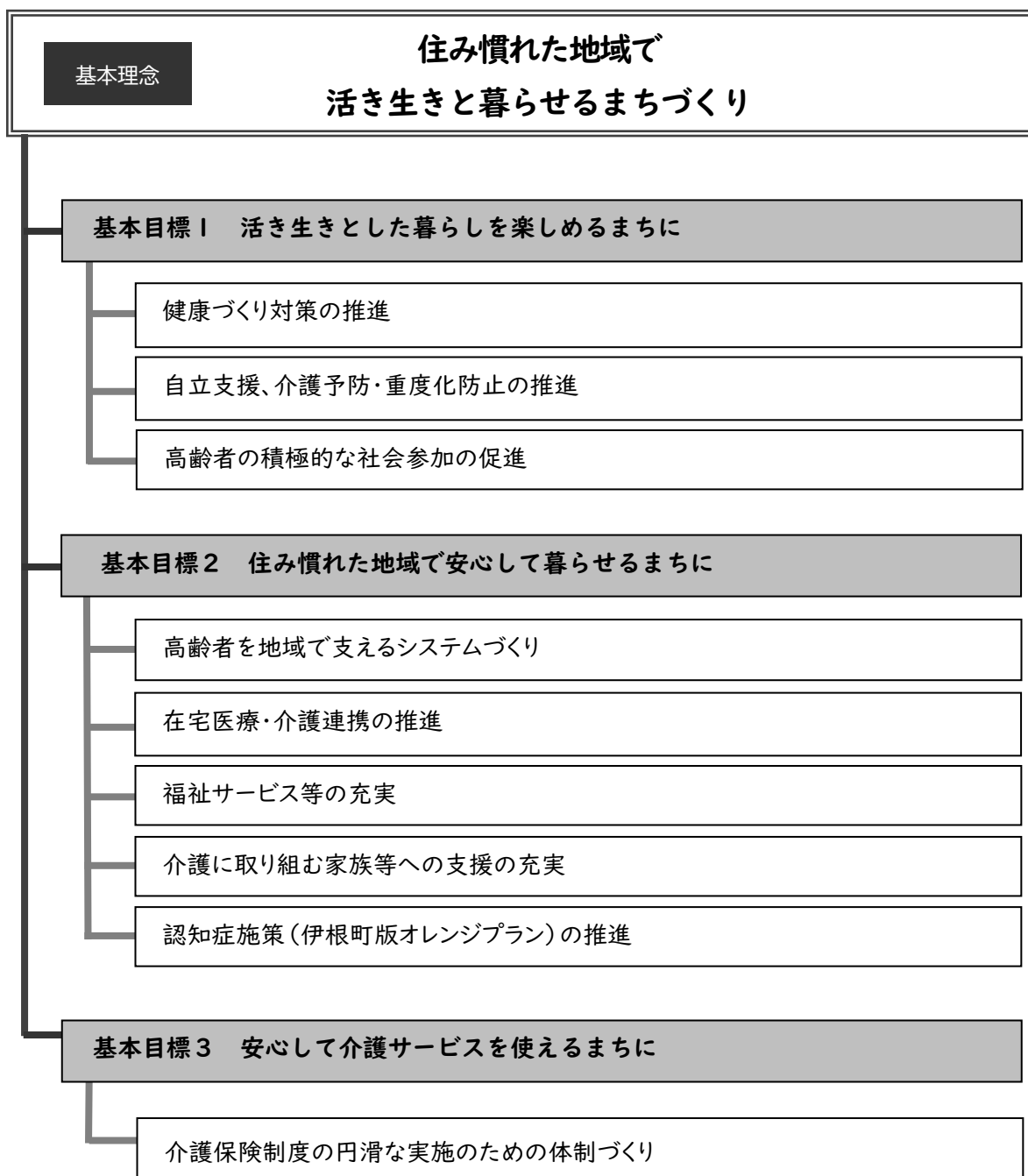
また、高齢者等が可能な限り自宅や地域で、自分の能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、介護に取り組む家族等への支援を充実します。そして、身近な相談窓口の充実やワンストップ窓口の設置検討の推進や地域包括支援センターの機能向上に努めるとともに、在宅医療と介護の連携を推進し、誰もが地域で安心して自立した生活を送ることができるまちにしていきます。

さらに、地域で安心して暮らせるよう、災害時等の有事の際の安全対策も充実させます。

基本目標3 安心して介護サービスを使えるまちに

要介護状態等になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、介護サービスの基盤づくりを進めるとともに、介護者の負担軽減や介護保険事業の適正な運営を推進し、利用者個々のニーズや状態に見合ったサービスを自らの意思で選択し、安心して介護サービスを利用できるまちにいきます。

3. 施策の体系



4. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、『介護保険法』第117条第2項第1号の規定に基づき、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件等を総合的に勘案して設定することになっており、国では2～3万人程度で1圏域とすることが望ましいと基本的な考え方を示しています。

本町では町内全体を1圏域としてサービス拠点整備の取り組みを進めていきます。

Ⅱ 基本理念の実現に向けた 施策の展開



基本目標Ⅰ 活き生きとした暮らしを楽しめるまちに

Ⅰ. 健康づくり対策の推進

現状・課題

住み慣れた地域で、健康で活き生きと充実した生活を送るためには、生活習慣病等のリスクが高まる壮年期から健康に留意し、65歳以上となっても疾病予防やフレイル（加齢とともに心身の活力が低下すること）予防に取り組み、健康寿命を延伸することが重要です。

アンケート調査では、要支援・要介護の認定を受けていない方の約6割が『健康』（「とても健康」と「まあまあ健康」の合計）と回答している一方、約3割が『健康でない』（「あまり健康でない」と「健康でない」の合計）と回答しています。

また、健康のために「食事」や「運動」に取り組んでいる方が4割以上となっており、今後も、ライフステージに応じた住民全体の健康づくりの推進を図るとともに、がん対策をはじめ、歯周疾患対策や転倒による骨折予防のための骨粗しょう症予防対策など、疾病の早期発見と早期治療につなげる取り組みを行います。

方向性

日常の生活習慣を改善することにより、生活習慣病の発症や進行を予防することが可能といわれています。

そのためには、一人ひとりが毎日の食生活や適度な運動、身体や精神をリフレッシュするための休養などを心がけ、健康で活き生きとした生活を送れるよう努めることが大切です。

本町では、住民それぞれの健康課題に対する取り組みを支援するため、以下の事業を実施します。

（Ⅰ）健康づくり・予防意識の向上

「病気にかからない」「自分らしく生活できること」「いつまでも元気で生活する」「互いに認め合い、皆で支え合って生活できること」という意識を普及します。

疾病の予防のみでなく、自らの健康を保持・増進していくため、健診結果説明会の機会等を利用した、正しい知識の普及を推進します。

また、住民自らが健康管理・健康増進に努める意識を涵養することを目的に、保健センターの運動施設を開放します。また、保健師や栄養士に健康に関することを気軽に相談できる場としての保健センターの役割を住民に周知していきます。

（Ⅱ）疾病の発生予防・早期発見・重症化予防

疾病等の発生を予防するためには、疾病予防に関する意識の向上を図るとともに、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、食生活や生活習慣を改善することが重要です。

また、早期発見・重症化予防のために、壮年期からの保健予防活動に重点を置き、各種健診や必要な方への保健指導、重症化予防事業などを実施するとともに、各種がん検診の受診率の向上を図り、個別保健指導・がん検診後の指導など体制の充実に努めます。

主な指標		実績	目標		
		R 5年度 見込み	R 6年度	R 7年度	R 8年度
特定保健指導 終了者割合	(積極的支援)	58.35%	56.0%	57.0%	58.0%
	(動機づけ支援)	69.5%	67.5%	68.5%	69.5%

(3) 保健センターを中心とした各種事業の展開

①健康相談

高血圧、脂質異常症、糖尿病等に対して、保健センターで保健師、栄養士等が生活習慣改善のための指導・助言を行っていきます。

また、地域診断や特定健診結果等の分析から指導が必要な対象者を抽出し、優先順位をつけて保健指導を実施します。保健センターへの来訪が難しい方等に向けては、ICTツールを活用した通信型の保健指導についても実施を検討していきます。

②特定健康診査・後期高齢者健康診査・がん検診

現在、実施している特定健康診査・後期高齢者健康診査・がん検診を同時に行う総合健診、休日に行う総合健診（休日健診）等を継続するとともに、さらに受診しやすい環境を整え、受診率の向上を図ります。

また、総合健診の結果をもとに「健診結果説明会」を保健センターで実施し、各自が生活習慣の改善に努めるきっかけとなるよう、保健指導の充実を図ります。

健診未受診者については、効果的な受診勧奨の方法を検討し、文書・電話・訪問等で、受診への働きかけを行います。

③訪問指導

各種健康診査による要指導者、健康相談や健康教育を受けた方、ひとり暮らし高齢者、寝たきりや閉じこもりがちの方、疾病や障害のある方で介護保険以外のサービスが必要な方などに訪問による心身の機能向上、健康の保持増進に関する指導を行い、健康増進・介護予防の観点から保健・医療・福祉サービス等との調整を図ります。

また、訪問指導の対象となる方だけではなく、その家族等への健康管理に関する支援や関係機関と連携するなど、より効果的に支援することができる体制づくりを進めます。

④地区組織活動への支援

生活習慣の変化等により生活習慣病の有病者や予備群が増加傾向となっています。本町では、食生活改善を推進する中核的な組織として、食生活改善推進員協議会に対する研修の実施や助言等を行い、組織活動の強化を図り、主体的に広く地域で活動できるよう支援しており、ニーズ調査では、健康のために取り組んでいることについて「食事」と回答された方が4割以上となっています。

また、食生活改善推進員協議会だけでなく、自らの生活習慣を改善しようとする団体に対しても助言・指導を行い、地域の健康増進のための活動を支援します。

主な指標		実績	目標		
		R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
特定健診受診率		51.6%	54.6%	54.7%	54.8%
後期高齢者健康診査		22.0%	22.1%	22.2%	22.3%
訪問指導実施数	(実人数)	4 人	5 人	6 人	7 人
	(延人数)	7 人	8 人	9 人	10 人
栄養学習教室実施	(回数)	3 回	3 回	3 回	3 回
	(延人数)	20 人	20 人	20 人	20 人

2. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

現状・課題

高齢者が健康で活動的な状態を維持していくためには、健康状態や能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、要介護状態等となることへの予防や状態悪化の防止に努めることが重要です。

また、高齢者が生きがいを持って、地域で元気に暮らすことができるよう、ニーズに応じた運動教室や認知症予防などの一般介護予防事業、自治会や地域活動団体などの地域の多様な主体との協働による生活支援のさらなる充実が求められます。

介護・介助が必要になった原因をアンケートにて伺うと「高齢による衰弱」が多くなっており、高齢になっても自立した生活を送るため、介護予防や重度化防止に向けた取り組みを推進することが重要であり、本町では、介護予防・日常生活支援総合事業やリハビリテーション機能を重視したサービス提供を行い、高齢者の自立支援と介護予防に取り組んでいます。

方向性

住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及・啓発をはじめ、住民主体の通いの場の充実、リハビリテーション専門職等との連携や口腔機能向上、低栄養防止に係る活動の推進等により、身体機能及び生活機能の維持・向上を目的とした事業の実施に努めます。

(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の目的は、地域の実情や特性に応じて、地域の多様な主体と協働し、多様なサービスを充実させることで、地域で支え合う体制づくりを推進することです。地域共生社会の実現に向けて、事業の充実化を図っていきます。

高齢者が在宅において自立した生活を送れるようにするため、地域とのつながりを維持しながら、その有する能力に応じた柔軟な支援を行うことで、高齢者の自立意欲の向上を目指します。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定を受けている方や介護予防・生活支援サービス事業対象者と判断された方が利用するサービスです。利用者の生活支援のニーズに対して、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によって効果的かつ効率的な支援等を行います。

本町においては、以下のサービスの提供を行っていきます。また、その他のサービスの実施についても検討していきます。

①訪問型サービス

1) 訪問介護員等によるサービス（従来型訪問サービス）

訪問介護員が自宅等を訪問して、入浴、排泄、食事等の身体介護や生活援助を行うものです。

2) 訪問型サービス A（緩和型訪問サービス）

サービス従事者が自宅等を訪問して、調理、掃除、ゴミの分別等の生活援助を行うものです。

本サービスは、訪問介護員の資格を有していなくても、本町の指定する研修を修了した方であれば従事することができます。

②通所型サービス

1) 通所介護事業者によるサービス（従来型通所サービス）

施設に通い、一定の期間、入浴、排泄、食事の介護等、日常生活上の支援及び機能訓練を行うものです。

2) 通所型サービス C（短期集中予防サービス）

保健・医療の専門職により提供される3か月から6か月の短期間のサービスで、日常生活上の諸動作や行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施するものです。

包括支援センターや保健センター業務を通じて支援が必要と判断された方や要支援認定を受けている方のうち、希望された方を対象に、運動機能の向上、口腔機能の向上、認知症に対する介護予防プログラムを提供し、利用効果の評価を行うことで、日常生活上の諸動作や行為の改善及び要介護状態等となることの予防を図ります。さらに、短期集中予防プログラムが終了しても継続して運動等に取り組み、いつまでも元気で過ごせるからだづくりができる環境を整備します。

主な指標		実績	目標		
		R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
従来型訪問サービス	(件数)	83 件	157 件	157 件	157 件
	(給付費)	1,040,787 円	2,396,648 円	2,396,648 円	2,396,648 円
従来型通所サービス	(件数)	275 件	280 件	280 件	280 件
	(給付費)	7,756,482 円	7,958,727 円	7,958,727 円	7,958,727 円
運動教室におけるサービス C 対象者の参加人数		5 人	5 人	5 人	5 人
身体機能向上の割合 (筋力・歩行能力・バランス能力)		60%	60%	60%	60%

(3) 一般介護予防事業

地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通して、高齢者の生活の質（以下「QOL」という。）の向上や通いの場が充実していくような地域づくりを推進することで、要介護状態等になっても生きがいを持って生活するとともに、介護予防へとつなげることを目的に以下の事業を実施していきます。

①介護予防把握事業

高齢者を対象に身体機能や生活機能等に関する状態を把握し、訪問活動を担う保健師や医療機関等との連携により、閉じこもり等の何らかの支援を要する方を早期に把握し、適切な支援を行い、必要に応じてサービスへとつなげます。

②介護予防普及啓発事業

社協、NPO、福祉施設等がそれぞれ取り組んでいる通いの場について、定期的に検討会を開催し、地域全体の介護予防の意識向上を図れるよう情報共有と取り組み内容の検討をします。

老人会やサロン、地域の集まりに参加をしていない高齢者も、介護予防の意識を高めてもらえるよう、情報発信を行っていきます。

介護予防に資する基本的な知識を普及・啓発するため、以下の取り組み等を推進します。

1) 老人クラブ学習会

老人クラブ会員を対象に、社会福祉協議会と協働し保健師等による健康相談や講話、リハビリテーション専門職による介護予防体操等を行い、健康や介護予防に関する知識の普及・啓発を行います。

2) サロン事業

地域のボランティアが開催しているサロンの会場に、保健師、トレーナー、リハビリテーション専門職、医療福祉専門職等を派遣して、健康相談、運動指導、音楽療法、個別相談等を実施するとともに、介護予防の普及啓発を図ります。

3) 口腔機能の向上

口の健康を保つことは、栄養状態の改善や生活習慣病の予防等、身体の健康を保つことに大きく影響しています。医療・介護サービスに関わる方を対象に、歯科衛生士やリハビリテーション専門職の関与のもと、定期的に研修会を開催し、口腔ケアを通じた疾病予防に取り組むための支援を強化します。

また、健康教室やサロン等で情報を提供し、高齢者の口腔ケアの意識を高めます。

4) その他

高齢者を対象に医療や介護保険制度に関する理解を深める勉強会を開催し、併せて健康相談や体力測定を行うなど、健康づくりや介護予防に対する意識向上につなげます。

通いの場検討会については、介護予防や地域づくりに興味のある方等も含めて参加者を広げ、「地域づくり推進会議」として定期的に開催します。

③地域介護予防活動支援事業

年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも参加することのできる介護予防活動を地域に広げ、介護予防に関する取り組みを支援します。

④地域リハビリテーション活動支援事業

「リハビリテーション」とは、けがや身体が動きにくくなった時の「機能回復訓練」だけではなく、その人に合った生活に近づけるためのアプローチ全般を指します。できるだけ長く健康で活動的な生活を送るためには、普段の生活の中にリハビリテーションの視点を持つことが大切です。

リハビリテーション専門職等が、その人の有する能力を評価し、その改善の可能性を助言するなど、地域包括支援センターと連携しながら、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等における介護予防の取り組みを総合的に支援します。また、リハビリテーション専門職だけでなく、その他医療福祉専門職等も含めた関係者全員が、リハビリテーションの視点を持てるような仕組みづくりを進めます。

リハビリテーション専門職団体とも連携を図りながら、在宅生活でいつまでも元気で安心して生活できるよう、リハビリテーション専門職が必要な時に必要な支援等ができる体制を整えます。

主な指標	実績	目標		
	R 5年度 見込み	R 6年度	R 7年度	R 8年度
老人クラブ学習会開催回数	各クラブ 年 2 回	各クラブ 年 2 回	各クラブ 年 2 回	各クラブ 年 2 回
通いの場検討会（地域づくり推進会議） 開催回数	4 回	3 回	3 回	3 回
サロン、老人会等での介護予防に関する技術的助言	2 回	10 回	10 回	10 回
介護サービス事業所職員等への技術的助言	1 回	1 回	1 回	1 回
地域ケア会議、サービス担当者会議 等におけるケアマネジメント支援	11 回	10 回	10 回	10 回

3. 高齢者の積極的な社会参加の促進

現状・課題

アンケート結果では、地域での会・グループ等への参加頻度について、週1回以上の参加は、『収入のある仕事』が2割以上で最も多く、その他は1割未満となっています。しかし、スポーツ関係のグループやクラブは7.7%と、他の会・グループより多くなっています。また、近所付き合いについて、『区などの地域の集まりに参加している』という方は3割弱となっています。

様々な活動に参加し、地域とのつながりを保ちながら継続的に取り組むことは、日々の生きがいにつながるため、高齢者の多様なニーズに合わせた様々な活動・取り組みによる社会参加のきっかけづくりが必要です。

方向性

高齢者が生きがいを持って豊かな生活を送ることができるよう、老人クラブ活動やサロンなど身近な地域における交流の場の創出を図るとともに、高齢者が地域における多様な活動の担い手として、これまで培ってきた知識や経験を活かせるような仕組みづくりや機会の確保に努めます。また、通いの場等では、参画するだけでなくその活動がボランティアにつながるような機会づくりを進め、高齢者が意欲と能力に応じて就業できる多様な機会を確保します。

新型コロナウイルス感染症等の影響により、活動を自粛している状況もみられることから、感染防止に配慮しつつ、活動再開や参加率向上に向けた取り組みについても進めていきます。

(1) 社会参加の促進

高齢者の多様性・自発性を尊重し、社会福祉協議会、各種ボランティア団体、NPO等との連携を強化し、老人クラブや様々な自主的な組織の活動の立ち上げや発展のための支援を行います。

(2) 生きがいと健康づくりの推進

①生涯学習・文化活動の推進

「いつでも・どこでも・だれでも」健康で生きがいのある高齢期を送ることができるよう、社会福祉協議会や老人クラブと連携し、学習ニーズに応じた趣味・文化講座や教室などの開催を支援します。

②スポーツ・レクリエーション活動の推進

誰もが気軽に参加できるペタンク、グラウンド・ゴルフ等のスポーツを通して、高齢者の自主的な健康づくりや指導者の育成を推進するため、スポーツ・レクリエーション活動への参加機会の拡大を支援します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
単位老人クラブ活動補助金	184,800 円	184,800 円	184,800 円	184,800 円
補助金交付単位老人クラブ数	6 団体	6 団体	6 団体	6 団体
健康づくり推進事業補助金	500,000 円	500,000 円	500,000 円	500,000 円
スポーツ・レクリエーション活動 への参加延人数	200 人	200 人	200 人	200 人

(3) 老人クラブ活動への支援

老人クラブは、地域を基盤に結成された自主的な組織であり、仲間づくりを通して、自らの健康づくり、文化・スポーツ活動、社会福祉活動など様々な活動を展開していますが、生活の多様化や意識の変化等により会員数は年々減少傾向にあります。

高齢者が、豊富な経験と知識・技能を活かし、健康で、生きがいを持って社会参加をしていく上で、老人クラブの役割は大きなものがあります。このため、単位老人クラブや町老人クラブ連合会が取り組む「文化・スポーツ活動」「社会奉仕活動」などの各種活動や、老人クラブの事業推進のために「活動推進員の設置」を支援します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
老人クラブ連合会活動事業補助金	429,616 円	429,616 円	429,616 円	429,616 円
社会福祉協議会補助金 (老人クラブ推進員設置事業)	1,300,000 円	1,300,000 円	1,300,000 円	1,300,000 円
老人クラブ会員数	78 人	78 人	78 人	78 人

(4) 雇用対策の推進

高齢者の豊かな知識と優れた技術を活かすことのできる就業の場を提供するため、シルバー人材センターと連携を深めるとともに、就業に関する情報の収集に努め、高齢者の地域における社会参加や就業支援を促進していきます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
高年齢者就業機会確保事業費補助金	584,000 円	584,000 円	584,000 円	584,000 円
町内のシルバー人材センター会員数	24 人	24 人	24 人	24 人

基本目標 2 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちに

1. 高齢者を地域で支えるシステムづくり

現状・課題

アンケート結果では、今後、介護が必要になった時に暮らしたい場所として「自宅」と回答される方の割合が最も高く、終末期を過ごしたい場所についても、要介護認定等を受けていない方、受けている方ともに「自宅」が最も多くなっています。また、在宅で暮らしている要介護認定者に、生活で困っていることを伺うと「買い物」「通院」「話し相手がいない」が多くなっており、移動や交流促進に向けた支援の推進が求められています。

高齢者の「住み慣れた自宅で生活したい」という希望を実現するためには、「家族の負担になりたくない」等の不安を軽減する必要がある、そのためにも福祉サービスのさらなる充実を図るとともに、住民や事業者等との協働により、地域全体で高齢者を支える仕組みづくりを進めることが重要です。

方向性

高齢者が地域で安心して暮らし続けることができるよう、健康づくりに関する事業や高齢者施策等を包括的に実施し、要介護状態等の発生やその悪化の予防に努めます。

また、支援が必要な高齢者に対しては、地域包括支援センターを中心に、その状態に応じた介護予防ケアマネジメントやサービス調整を行い、高齢者のQOLの維持・向上を図ります。さらに、高齢者の生活課題を整理・把握することで得られた地域課題を解決することができるよう、医療・福祉関係者や地域と協働して取り組みます。

(1) 地域包括支援センターの機能強化

①地域包括支援ネットワークの構築

高齢者の生活様式や身体状況に応じて、保健・医療・福祉サービスを総合的かつ継続的に利用できるよう、保健・医療・福祉等の関係者で構成される伊根町保健福祉医療ネットワーク会議を活用し、統一的な支援体制を調整・推進していくとともに、地域包括支援センターを中心とした関係機関相互の連携体制を強化します。

②地域包括支援センターの適切な運営と中立・公正の確保

地域包括支援センターの運営に関しては、学識経験者、保健・医療・福祉関係者、介護保険の被保険者、介護保険の利用者等からなる地域包括支援センター運営協議会を設置し、中立・公正に運営がなされているか点検します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
運営協議会開催回数	0 回	1 回	1 回	1 回

(2) 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営・社会保障充実分）

①第Ⅰ号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

要支援認定を受けている方や包括支援センターや保健センター業務を通じて支援が必要と判断された方の自立支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境やその選択に基づき、訪問型サービス（第Ⅰ号訪問事業）、通所型サービス（第Ⅰ号通所事業）、その他の生活支援サービス（第Ⅰ号生活支援事業）など、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な支援を行います。

②総合相談支援業務

身近な地域で気軽に相談ができる体制づくりを目的として、地域包括支援センター、保健センターを中心とした各相談窓口の充実を図ります。

また、民生児童委員や町内の関係団体、医療・福祉関係機関などが一体となり、包括的な相談支援体制づくりを目指します。

③権利擁護業務

地域住民、民生児童委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービスにつながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を送ることができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のために必要な支援を行います。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

介護支援専門員が高齢者の状況や変化に応じた適切なケアマネジメントを行うことができるよう、包括的かつ継続的に支援するとともに、個々の介護支援専門員の技術を向上するため、日常的個別指導や支援困難事例等の指導・助言を行います。

また、ケアマネジメントの公正・中立性を確保するため、多職種の連携・協働による長期継続ケアの支援を行います。

⑤生活支援体制整備事業

少子高齢化の進展により、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増えてくる中で、活動の低下や閉じこもり、昔からある地縁の支え合いの維持が困難となる可能性があります。しかし、ニーズ調査では、参加者や企画・運営としての地域活動への参加意向が一定数みられ、こういったニーズを活動につなげていくことが、付き合いや交流の維持につながる可能性もあります。

生活支援体制整備事業では、生活支援コーディネーターを配置し、高齢者や地域資源の状況把握、地域に不足するサービス・支援の創出、ボランティア等担い手の発掘・養成、地域住民に対する活動の普及啓発などを実施し、高齢者の生活支援基盤の整備を推進します。

また、生活支援コーディネーターと生活支援サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化を図るネットワークの中核として協議体を設置しています。なお、「伊根町保健福祉医療ネットワーク会議」を協議体に位置づけています。

⑥地域ケア会議推進事業

地域ケア会議は、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営むことができるよう、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進めていくことを目的とします。

1) 地域ケア個別会議

住民や関係機関等からの相談事例や支援困難事例について、個別ケースを検討する会議を開催し、多職種及び関係者による課題分析を行うとともに、多様な機関との連携や役割分担を明確にし、サービス利用者や地域住民のQOL向上と自立支援に資するケアマネジメント支援を検討します。

2) 地域ケア推進会議

伊根町保健福祉医療ネットワーク会議を地域ケア推進会議に位置づけ、地域ケア個別会議において把握した地域課題をまちづくりや政策形成へとつなげていきます。

また、多職種連携も含めた、地域におけるネットワークの充実・強化に取り組みます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
介護予防ケアマネジメント延人数	550 件	500 件	500 件	500 件
総合相談支援件数	1,200 件	1,200 件	1,200 件	1,200 件
権利擁護に関する相談件数	80 件	50 件	50 件	50 件
ケアマネ会議の開催	12 回	3 回	3 回	3 回
社会資源創出	1 か所	1 か所	1 か所	1 か所
居場所連絡会	4 回	4 回	4 回	4 回
地域ケア個別会議	3 回	2 回	2 回	2 回
地域ケア推進会議	1 回	1 回	1 回	1 回

(3) 高齢者の支え合い活動・地域活動の充実

高齢者の支え合い活動や地域活動を促進させるためには、住民の支え合いネットワークだけでなく、「住民で解決が難しい問題を専門機関につなぎ、協力して解決する」といったように、住民・事業者・社会福祉協議会・民生児童委員・行政等が協力し課題を解決するサポート体制が重要です。特に、生活困窮者や認知症高齢者、閉じこもりがちの高齢者等の抱える複雑・困難な課題に対し、専門機関や各種支援拠点の連携・機能強化を図ります。そのため、地域福祉コーディネーターを配置し、地域課題や支援が必要な方の把握、地域資源の発掘につなげていきます。

①関係機関との連携体制の確立

1) 社会福祉協議会

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる地域づくりを進めるためには、地域での福祉活動を促進するとともに、住民がともに支え合う環境づくりやボランティアの発掘、育成、活動の

活性化を図ることが必要です。

町全体、あるいは地域ごとの多様な福祉課題に対応するため、地域福祉の推進に中心的な役割を担う社会福祉協議会と緊密に連携・協働し、その事業の推進を支援します。

2) 民生児童委員

民生児童委員の活動は地域福祉の幅広い分野にわたっています。

家族形態の多様化によりひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加に伴って、常に見守りの必要な高齢者世帯が増えていることから、地域で支援が必要な方の把握やネットワークづくりの中核としての活躍が期待されています。そのため、伊根町民生児童委員協議会と連携して、民生児童委員としての資質向上を図るための研修会を実施するとともに、活動に対する支援や地域における見守りネットワークの構築への支援等を行います。

3) ボランティア団体・NPO等

ボランティア団体やNPO等による活動を促進させていくためには、ボランティアやNPOと、利用者のコーディネートや情報の発信、相互扶助の精神の啓発活動等が重要です。そのため、社会福祉協議会にボランティアコーディネーターを設置しています。

ボランティアコーディネーターは、高齢者を支える助け合い体制を促進させ、公的サービスでは対応できない福祉サービス等を創出する役割を担っています。

また、福祉教育の推進や施設での職場体験などにより、学齢期からのボランティア活動を実感できる機会づくりを促進し、活動を担う人材の育成の取り組みも進めていきます。

4) 社会福祉法人

保健事業、一般介護予防事業、福祉サービス等、町の施策の立案や推進にあたって、社会福祉法人が備えている資源や能力を有効に活用できるよう、連携を密にし、相互に協力して地域福祉の推進を図ります。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
社会福祉協議会活動費補助金	11,867,000 円	11,867,000 円	11,867,000 円	11,867,000 円
民生児童委員協議会補助金	2,473,000 円	2,473,000 円	2,473,000 円	2,473,000 円
ボランティアコーディネーター 設置補助金	5,708,000 円	5,708,000 円	5,708,000 円	5,708,000 円
住民参加の地域福祉推進事業補助金	1,165,000 円	1,165,000 円	1,165,000 円	1,165,000 円
地域共生社会実現サポート 事業補助金額	0 円	220,000 円	220,000 円	220,000 円

(4) 安心・安全体制の強化

①成年後見制度利用支援事業（地域支援事業／任意事業）

1) 社会福祉協議会

成年後見制度利用促進基本計画を受け、権利擁護支援の地域ネットワークの構築や中核機関設置に向けて、既存の支援の見直しや体制整備に向けた取り組みを進めていきます。

②高齢者虐待への対応

高齢者虐待防止のため、地域包括支援センターを中心に情報収集・相談体制を強化します。また、虐待事象を把握した場合は、早急に事実確認を行い、虐待の有無や保護の必要性の判断を行うとともに、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止へ取り組みます。

また、町内の関係機関との連携や「京都府障害者・高齢者権利擁護支援センター」の専門職派遣を活用することで、早期発見・早期解決を目指し、高齢者の養護と介護者の負担軽減を図ります。

③高齢者の移動手段の確保

高齢者自身が自立した生活を送り、積極的に社会参加をしていくためには、交通手段の確保は欠かせない要素です。公共交通機関に恵まれない本町においては、必要に応じて町内バスの運行見直しを行うなど、関係課や関係機関との連携により、高齢者の外出支援に努めていきます。

また、福祉有償運送事業や買い物支援バスの運行により、移動に介護を必要とする高齢者等の支援を行います。

④高齢者の交通安全の推進

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、必要に応じて関係機関に働きかけ、交通安全対策を進めていきます。

また、警察をはじめとする関係機関と協力し、交通安全教育の普及・啓発と広報活動の強化を図るとともに、老人クラブ・自治会等地域住民の組織を通して、安全運転教育や講習会等への住民参加を促進し、交通安全への意識向上を図ります。

さらに、運転に自信がなくなった、または運転する機会が少なくなった高齢者が、運転免許証を自主返納された場合の支援等を関係機関と連携して行います。

⑤高齢者の防犯・防災対策

近年、高齢者を狙った「振り込め詐欺」等の犯罪が増えていることなどを踏まえ、京都府や警察、関係機関等との連携を図り、広報を活用した適切な情報提供や防犯・防災意識の啓発に努めます。

災害時には、地域ぐるみの救護体制の整備を図り、特に支援が必要な方には、災害時要配慮者支援事業により迅速かつ適切な支援を行うとともに、災害時にも可能な範囲でのサービス提供を継続していくため、事業所における業務継続計画策定への支援を行います。

また、高齢者の安全を確保する観点から伊根町保健福祉医療ネットワーク会議を中心に関係

機関等と連携を図り、日常的な高齢者の見守りネットワークの構築を進めていきます。

⑥配食活用型高齢者見守り事業（地域支援事業／任意事業）

見守りが必要で調理が困難なひとり暮らし高齢者または高齢者のみ世帯に対して、配食を通して安否確認等の見守りを行い、高齢者が地域で自立した生活が続けられるよう支援します。

⑦安心生活見守り事業（地域支援事業／任意事業）

緊急・相談通報装置を貸与し、日常生活における健康や医療などの相談に対する助言や、急病などの緊急時に迅速かつ適切な対応を 24 時間体制で行い、在宅生活を安心して過ごすことができるよう支援します。

⑧感染症対策の強化

感染症など、地域や施設での生活環境へのリスクの高まりに対して、事前の備えを充実させるとともに、緊急時の対応力の強化を図ります。

高齢者等が、感染症に対し、正しい知識を持って予防策を実践できるよう働きかけるとともに、感染拡大時には、関係者、関係機関との連携・協力のもと、高齢者等への感染症のまん延予防に努めます。

適切な介護サービスが継続されるよう、感染防止のための行き過ぎた介護サービスの抑制を防止し、介護に関わる職種や事業所等へ適切で継続的な情報を提供します。

主な指標		実績	目標		
		R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
成年後見制度利用 支援事業	（報酬助成件数・ 障害含む）	1 件	1 件	1 件	1 件
	（町長申立件数・ 障害含む）	0 件	1 件	1 件	1 件
権利擁護に関する住民への普及啓発		1 回	1 回	1 回	1 回
高齢者虐待に関する相談件数		10 件	10 件	10 件	10 件
配食利用者		11 人	11 人	11 人	11 人
配食食数		2,000 食	2,000 食	2,000 食	2,000 食
安心生活見守り事業利用者数		12 人	12 人	12 人	12 人

2. 在宅医療・介護連携の推進

現状・課題

アンケート結果では、終末期を迎えたい場所として「自宅」を選択する方が多くなっています。高齢者が、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は、地域における医療・介護の関係者が連携して、包括的かつ継続的なサービスを提供することが重要ですが、本町は医療や介護サービスが限られており、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らし続けるには介護サービスの充実とともに、家族や地域の協力が必要不可欠です。

方向性

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、本人の意思やその家族等の思いの共有を促すとともに、高齢者、その家族、地域、かかりつけ医をはじめとする医療・介護関係者や行政等が協働し、旧村単位の特性に応じた在宅療養の地域づくりを推進します。在宅医療と介護を一体的に提供するため、医療・介護関係者のさらなる連携を図ります。

また、アンケート結果において、介護が必要になった時や終末期を過ごしたい場所として「自宅」ではなく、「病院」や「施設」と回答されている方もおり、様々な理由により、人それぞれ希望は異なります。

在宅医療・介護連携を推進し、介護が必要になった時や終末期をどこでどのように過ごしたいと思っているのかなどを意思を共有するための支援、本人やその家族等が自己選択・自己決定をする際に、できるだけその希望に沿うことができるための体制や地域づくりを目指します。

(1) 在宅療養の推進

ニーズ調査においても、介護が必要になった時や終末期においても自宅で暮らしたいという方が多く、在宅生活の意向が高くなっています。

在宅療養を推進していく上で、本町は医療や介護の社会資源が限られているため、家族の介護負担はもとより、医師や訪問看護師等の医療職への負担も大きくなっています。医療や介護サービスは在宅生活を続けていく上で必要ですが、医療・介護関係者だけではなく、地域の方と協働で在宅療養のあり方について、本人が望む地域での療養生活や終末期（看取り）の課題の把握と解決策、地域で支えるにはどうしたらよいかなどについて検討し、地域における支え合いや見守り等の体制づくりを推進します。

(2) 多職種連携の強化

医師・看護師・介護支援専門員等が情報共有をすることにより、医療と介護の一貫した支援に努めます。そのため、多職種による研修会を行い各専門職間の情報共有と、他職種の専門的な視点を学ぶ機会を設けるとともに、医療・介護関係者等が自身の専門性の向上を図ることで、各専門職がより効果的・効率的にその専門性を発揮することができるよう多職種連携を強化します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
多職種研修会（開催回数）	1 回	1 回	1 回	1 回

(3) 本人やその家族への支援 ～アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の推進～

ACPとは、高齢者が今後どのように生活したいと思われているのか、本人が望む生活に寄り添うことができるよう、過ごし方や治療の方針等を本人とその家族、医療関係者が話し合っ
て意思を共有し、意思決定の支援をすることです。

ACPの一環として、自身の生活、医療や介護、最期について家族と話し合うことができるツ
ールとして作成した『わたしの綴り帖』を活用し、事前に本人やその家族が今後どのように過
ごしたいと思っているか意思共有を図ります。

また、心身の状態や環境の変化によって気持ちや考えが変わることも考えられるため、必要
に応じて見直すなどの継続した支援を行います。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
『わたしの綴り帖』配布数	50 部	50 部	50 部	50 部

(4) 地域住民への普及啓発

住み慣れた地域で安心して暮らすためには、在宅療養が可能となるサービス基盤環境が必要
であることはもとより、一人ひとりが人生について意識を持ち、住み慣れたこの町で最期を迎
えるためにはどうしたらよいかを考えることが重要です。また、地域での支え合いの意識を育
むことも必要です。在宅療養について広く地域住民に理解いただけるよう、感染症対策を踏ま
えながら、できるだけ住民ニーズに近い普及啓発事業を実施します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
普及啓発事業（実施回数）	1 回	1 回	1 回	1 回

(5) 在宅医療と介護連携

伊根町保健福祉医療ネットワーク会議において、在宅医療・介護連携の推進についての課題の協議や解決策の検討を行います。

また、地域包括支援センターを中心に、医療・福祉に関する社会資源の把握、医療機関や福祉関係事業所への相談支援、京都府丹後保健所等との広域連携を図ります。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
在宅医療介護連携推進部会	1 回	1 回	1 回	1 回

3. 福祉サービス等の充実

現状・課題

在宅調査結果では、高齢者に対する施策（サービス）で特に力を入れてほしい項目として、「自宅で介護をしている家族等を支援するサービスの充実」「緊急時に通報ができる体制の整備」「低料金で入居できる高齢者用住宅（食事付）の整備」が多くなっており、介護を支援するサービスへのニーズが高くなっています。

本町は、医療や介護の社会資源が限られているとともに、人口減少や担い手不足等の現状から現在ある社会資源についても考える必要があり、新たなサービスの創出と現在ある社会資源を今後どのように維持・運営していくかを一体的に検討する必要があります。

方向性

今後も高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすために、介護保険サービスの提供のほか、日常生活を支えるサービスの充実やニーズに応じた介護保険施設等の整備を検討します。

継続したサービス提供を行うため、サービス提供事業所等と連携し、地域の実情に応じた基盤や体制の検討を進めるとともに、ニーズに柔軟に対応できる体制づくりを図ります。また、地域密着型サービスを含み、サービスの広域利用についても検討を進めていきます。

地域で暮らすための福祉サービスの充実・提供体制づくりを進め、地域共生社会の実現に向けた仕組みづくりを検討します。

(1) 福祉サービス

①福祉有償運送事業

社会福祉協議会やNPOなどの非営利法人が、介護を必要とする高齢者や障害のある方など、公共交通機関を使用して移動することが困難な方に対して、通院・通所・レジャーなどを目的に有償で行う送迎サービスです。

福祉有償運送の必要性やこれらを行う場合の安全性の確保、利用者の利便性の確保等を協議するため伊根町地域公共交通会議を開催するとともに、事業が継続して実施できるよう支援を行います。

②介護用品支給事業

在宅で寝たきりなどの高齢者を介護している家庭では、おむつなど介護用品の購入費用が家計を圧迫しています。

在宅での介護を継続して行えるよう介護用品の支給等を行うほか、在宅介護者支援金の支給を行う等、家族介護・在宅介護への経済的な支援を行います。

③買い物支援事業

公共交通機関に恵まれない本町において、自家用車を持たない方が食料品や日用品の買出しをすることは困難な状況です。

自家用車を持たない方や高齢により運転ができなくなった方が、安心して在宅生活を継続できるよう、買い物支援バスを運行し、食料品や日用品の買出しを支援します。

④災害時要配慮者支援事業

ひとり暮らし高齢者や在宅介護など配慮が必要な方の情報を事前に把握し、災害時に迅速で適切な対応が図れるよう、関係機関と連携して支援します。

災害時に備え避難行動要支援者名簿を整備し、特に支援が必要な方は災害要配慮者個別支援計画を作成するとともに、災害時には福祉避難所を開設して対応します。

また、在宅で人工呼吸器等を使用する災害時要配慮者の非常用電源の確保を図るため、家庭用ポータブル蓄電装置を購入する費用を補助します。

⑤住宅改修支援事業（地域支援事業／任意事業）

居宅介護（介護予防）支援を受けていない方の住宅改修費の支給に関わる理由書作成を、住宅改修について十分な専門性があると認められる介護支援専門員等が作成した場合に、助成金を支給します。

⑥冬季の積雪対策の事業

自力で除雪が困難な高齢者が安心して在宅生活を継続できるよう、豪雪時には住宅の除雪作業に係る経済的な支援を行います。

⑦在宅介護支援センター

要介護認定を受けている方のサービス調整等を行う居宅介護支援事業所です。

ここでは、身近に利用できる「あんしん介護の相談窓口」の開設や、地域包括支援センターのランチとして概ね65歳以上の高齢者やその家族のニーズに対応した保健・福祉サービスが総合的に受けられるよう支援するとともに、関係機関との連絡調整を行います。

主な指標		実績	目標		
		R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
福祉有償運送事業 (社会福祉協議会)	(登録人数)	60 人	55 人	55 人	55 人
	(利用回数)	500 回	490 回	490 回	490 回
買い物支援事業	(運行回数)	288 回	288 回	288 回	288 回
	(利用者数)	1,680 人	1,600 人	1,600 人	1,600 人
災害時要配慮者登録者数		6 人	6 人	6 人	6 人
家庭用ポータブル蓄電装置購入費補助金交付件数		1 件	1 件	1 件	1 件
除雪補助利用人数		1 人	1 人	1 人	1 人

(2) 施設整備等の検討

①特別養護老人ホーム

入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を送れるよう、施設サービス計画に基づく入浴・排泄・食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の支援を行う施設です。

本町では1か所整備されており、今後の介護ニーズを踏まえた施設整備の検討を行います。

②ケアハウス

入居者が訪問介護等の介護保険の居宅サービスや在宅福祉サービスを利用しながら自立した生活ができるよう、高齢者の居住性とケアに配慮した軽費老人ホームのことで、町内には1か所整備されています。

今後も当面のニーズには対応できる見込みであり、今後も引き続き当該施設での対応を図っていきます。

③養護老人ホーム

環境上及び経済的な事情により、在宅での生活が困難な高齢者が入所できる施設です。平成18年度から、入所措置基準等が見直され、増大する介護ニーズへの対応として介護保険サービスを利用することが可能となり、入所者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援する施設としての位置づけが明確化されました。

現在、町外の施設へ1名の方が入所されており、今後も近隣市町等の施設で対応を図っていきます。

④有料老人ホーム

高齢者を対象に食事の提供や介護、入浴、排泄、そのほか、日常生活上必要なサービスを提供することを目的とする施設であり、本町には整備されていません。

入居の際に多額の一時金等の負担が必要なため、利用見込みも少ないことから、今後も引き続き町外の施設を利用し対応していきます。

⑤老人福祉センター

高齢者の健康の増進や教養の向上、生きがい活動、レクリエーションなどの事業が実施できる施設として昭和 58 年度に整備され、現在、指定管理者として伊根町社会福祉協議会に施設管理を委託しています。

今後も高齢者が自主的かつ積極的に参加し利用できる施設として設備や機能の充実を図っていきます。

⑥その他の施設等

高齢者の生きがい対策施設として「筒川いきいき交流ハウス(かじか苑)」を整備しています。

今後、高齢者の介護予防と健康保持及びレクリエーションの場所を提供することで社会的孤立を解消し、高齢者が明るく元気に生きがいを持って生活できるよう施設の有効利用を図ります。

4. 介護に取り組む家族等への支援の充実

現状・課題

老老介護の増加や、「育児」と「介護」を同時に行うダブルケアの問題、ヤングケアラーといった介護者に関する課題が顕在化する中、要介護状態等にある高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、その介護や支援を行っている介護者を支えるサービスが重要です。

在宅調査において、介護者が不安に思っている介護について何うと、「認知症状への対応」「夜間の排泄」が多くなっており、介護者の負担軽減に向けた支援が必要となっています。また、介護のために、「労働時間の調整」や「休暇取得」を行っている方もおり、フレックスタイム制等の労働時間の柔軟な選択が必要とされています。

方向性

家族介護者の負担の軽減や各種サービスの情報提供を行い、介護に取り組む家族のサポート体制を充実させるとともに、地域包括支援センターを中心とした相談体制の充実を図ります。

また、働く介護者への支援や制度の周知を図り、介護離職防止対策を進めます。

(1) 各種事業の周知

介護保険制度や各種サービスについて『いねばん』やホームページを活用した PR 活動に努めます。

(2) 介護者の精神的・経済的負担の軽減

就業中の介護者、男性介護者、老老介護等それぞれの立場での思いが共有できる場を設定し、交流会を計画・実施します。

看取りを経験した家族、これから看取りを行う家族の交流会(看取り交流会)の実施を検討します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
介護者交流会の開催	1 回	1 回	1 回	1 回
看取り交流会の開催	1 回	1 回	1 回	1 回

(3) 相談体制の充実

保健・福祉・医療の関係機関等と連携を図り、認知症高齢者等の介護者や、ダブルケア世帯からの相談に対応できる体制を充実させます。

また、相談支援を行う保健・福祉・医療関係者等を対象に家族支援の研修会を開催し資質の向上を図ります。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
家族支援研修会	0 回	1 回	1 回	1 回
ダブルケアに特化した交流会及び学習会の実施	1 回	1 回	1 回	1 回

5. 認知症施策（伊根町版オレンジプラン）の推進

現状・課題

国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の基本的な考え方は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」というものであり、本町においてもこの考え方にに基づき、認知症基本法や認知症施策推進基本計画の内容を踏まえつつ認知症施策を推進します。

65 歳以上の 5 人に 1 人が発症すると推計される認知症については、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取り組みを進めていくことが重要です。

アンケートで、特に力を入れてほしい認知症に関する施策（サービス）を伺うと、「認知症の予防や早期発見、早期対応など、認知症に係る医療や体制の充実」や「認知症に関する相談窓口の充実」が多くなっており、相談対応等の支援の充実が求められているのと同時に、「認知症になっても地域の中で気軽に集まることができる場所の整備」も次いで多く、認知症のある方を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症のある方が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、地域住民と協働で支える環境整備が必要です。

方向性

少子高齢化が進む本町においては、高齢者人口割合は増加傾向ですが、人口は減少しており、認知症高齢者数は今後減少すると予測します。しかし、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯は増加傾向にあることから、介護サービスの充実に併せ、身近な地域における相談支援や居場所づくり等の充実を図るとともに、地域住民に認知症やその予防に関する正しい知識を浸透させ、認知症のある方とその家族を地域で支える仕組みづくりを構築します。

また、認知症介護研修の受講義務化が進められる中、認知症への対応力向上に向けた専門員や職員の技能向上に努めます。

(1) 住民が認知症を正しく理解し、適切に対応できる取り組み

①認知症に対する正しい理解の啓発

高齢者等が認知症となっても、また様々な生活のしづらさがあっても、人間としての尊厳が保たれ、可能な限り住み慣れた地域でその人らしい豊かな暮らしを続けられることが重要です。しかし、認知症に対する理解は十分に進んでおらず、認知症のある方に対する誤解や偏見が生じている状況にあるといえます。

引き続き、認知症に関する正しい知識と理解を深め、地域で認知症のある方やその家族の手助けをする認知症サポーター養成を進めるとともに、量的に養成するだけでなく、養成したサポーターのフォローアップ研修にも力を入れることで様々な場面で活躍してもらえるようにします。

また、京都府が進めている認知症の啓発組織であるオレンジロードつなげ隊においても、丹後管内の隊員と一緒に活動し、本町の目指すべき姿である「本人の意思が尊重され、住み慣れた伊根町で暮らし続ける社会」の実現に向けて、今後も認知症の正しい理解と支援を推進していきます。

②相談窓口の機能充実

地域包括支援センターでは、認知症のある方やその家族から病気や介護のことだけでなく日常生活など、様々な内容の相談を受けます。認知症のある方やその家族が安心して相談することができるよう、地域ケア個別会議を活用し事例検討を行うことで、相談に携わる医療・福祉専門職等の相談援助技術の質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等との連携により相談支援体制の充実を進めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
認知症サポーター養成講座 (フォローアップ研修含む) 回数	1 回	1 回	1 回	1 回
オレンジロードつなげ隊 啓発活動回数	1 回	1 回	1 回	1 回
地域ケア個別会議の開催	3 回	2 回	2 回	2 回

(2)「早期発見・早期鑑別診断・早期対応」ができる体制づくり

①認知症初期集中支援チームの設置

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症のある方やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターに設置し、早期判断・早期対応に向けた支援体制を構築します。

認知症初期集中支援チームは、サポート医1名と保健・福祉・医療の複数の専門職で編成しており、医療や介護サービスにつながっていない認知症または認知症が疑われる方を対象に訪問等を行い、早期に適切なサービスにつなげる支援を開始するとともに、認知症の診断を受けた直後から、本人やその家族に寄り添った初期支援及び継続した伴走型支援を行う認知症リンクワーカー等とも連携を図ります。

また、保健・福祉・医療に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置し、チームの活動状況等を検討し、認知症初期集中支援事業を推進していきます。

さらに、認知症サポート医でもある診療所医師との相談や連携がこれまで以上にスムーズに図れる仕組みづくりを進めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
認知症初期集中支援チーム 対応件数	1 件	1 件	1 件	1 件

(3)とぎれない医療・介護サービスが受けられる仕組みづくり

①伊根町認知症ガイドブック（認知症ケアパス）の活用

認知症は原因となる病気の進行とともに状態が変化するため、その状態に応じて適切な支援を受けることが大切だといわれています。

伊根町認知症ガイドブック（認知症ケアパス）は、認知症にならないためにはどのようなことを心がければよいか、「認知症かもしれない」と気付いた時にどこに相談したらよいか、認知症の方の状態や進行状況に合わせてどのような医療・介護サービスを受ければよいかを見える化し、理解できることを目的に作成しました。

今後、認知症のある方やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、認知症のある方やその家族を切れ目なく支えることができるよう、伊根町認知症ガイドブック（認知症ケアパス）の活用を推進します。

②認知症地域支援推進員の配置

認知症のある方が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じて、すべての期間を通して必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワーク形成し、支援を効果的に行うことが重要です。

このため、地域包括支援センターに配置している認知症地域支援推進員により、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症のある方やその家族を支援する相談業務等を行います。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
伊根町認知症ガイドブック啓発活動	1 回	1 回	1 回	1 回
認知症地域支援推進員が関わった 事業件数	1 件	3 件	3 件	3 件
認知症地域支援推進員が企画した 事業件数	1 件	1 件	1 件	1 件

(4) 地域での日常生活や社会参加等の支援の強化

①見守り・SOSネットワークの構築

認知症のある方の日常の見守りや徘徊時の早期発見や事故の未然防止のため、地域の各関係団体をはじめ、小・中学校や警察、公共交通機関等との連携や、生協や移動購買等との見守り協定等、日常の見守りから広域での徘徊にも対応できる見守り・SOSネットワークを構築します。社会福祉協議会と共催で研修を開催し、参画企業の増加とフォローアップに取り組んでいきます。また、認知症などにより徘徊の恐れがある方を対象に日常の見守りを行うとともに、行方不明が発生した時は迅速に対応することができるよう、広報等を活用して事前登録制度の推奨に努めます。

地域の見守りや制度・支援について、関係機関での情報共有や連携の充実を図るため、町内の相談相互連絡ネットワーク会議を新たに立ち上げ、支援強化を図ります。

②初期認知症対応型カフェの設置

初期認知症対応型カフェは、高齢者の居場所を増やすとともに、身近な相談窓口や適切な医療・介護サービスへつなぐなどの役割があります。カフェ参加者のうち認知症の症状が気になる方に定期的に「物忘れ相談プログラム」を実施し、認知症の早期支援につなげます。

これまで地域でサービス利用の必要性があるにも関わらず、サービスにつながっていない初期認知症のある方や閉じこもりの方の発掘を行い、早期に関わりを持つことで地域の身近な相談窓口として機能することを目指します。

③認知症のある方の権利擁護の支援

成年後見制度等の利用の仕方や相談窓口等のわかりやすい周知のほか、関係機関と連携し、認知症のある方の権利擁護の支援を行います。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
事前登録制度登録件数	1 件	3 件	3 件	3 件
初期認知症対応型カフェ参加延人数	200 人	200 人	200 人	200 人
権利擁護に関する住民への普及啓発	1 回	1 回	1 回	1 回

(5) 認知症の方の介護者家族等への支援

①認知症介護者交流会の開催

認知症のある方の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症のある方やその家族が地域の方や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う機会が持てるように認知症介護者交流会等を開催します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
認知症介護者交流会（開催回数）	1 回	1 回	1 回	1 回

(6) 若年性認知症施策の強化

住民や関係機関等からの若年性認知症の相談事例や、支援困難事例の中で、個別ケースを検討する会議を開催し、多職種及び関係者による課題分析を行い、必要に応じて多様な機関との連携や役割分担を行い、サービス利用者や地域住民のQOL向上と自立支援に資するケアマネジメントの支援を検討します。会議において把握した地域課題について、地域ケア推進会議で検討し、まちづくりや政策作成へとつなげていきます。

今後も認知症疾患医療センター等と緊密に連携し、若年性認知症の早期診断・早期対応へとつなげ、若年性認知症の方とその家族が適切な支援を受け、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように努めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
地域ケア個別会議 （若年性認知症事例検討）	1 回	1 回	1 回	1 回
地域ケア推進会議	1 回	1 回	1 回	1 回

基本目標３ 安心して介護サービスを使えるまでに

Ⅰ．介護保険制度の円滑な実施のための体制づくり

現状・課題

介護が必要な高齢者を支える介護保険制度を提供していくことは大変重要であり、アンケートの自由記述においても、支援制度の充実・継続に関する意見が多くみられます。

限られた介護保険財源の中で、介護給付を必要とする高齢者が適切な介護サービスを確保できるよう、サービスを充実させるとともに、人材を確保していくことが重要です。

方向性

今後も安心して介護保険制度を利用いただくため、適切なサービス提供体制の確保、介護サービス事業者の質の向上、介護給付の適正化等への取り組みを図っていきます。

また、住民自らサービスを選択し、安心して利用できるよう、情報提供体制の充実を図ることが重要です。

（１）高齢者を支える人材の確保と育成

今後ますます多様化する高齢者福祉・介護ニーズに対応するために、人材育成と確保は重要です。特に過疎地域で人口減少率と高齢化率が高い本町においては大きな課題であり、それを乗り越えるための施策を早急に展開する必要があります。これまで介護人材育成のための研修会の開催や受講費用の補助等を行ってきましたが、研修参加者が少なく、介護人材の育成につながっていない状況です。こういった状況を踏まえて、効果的な人材育成方法について、検討を進めていきます。

また、介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービスの担い手として、高齢者が働く機会を提供できる施策についても検討し、高齢者が生き生きと暮らし続けていけるように努めます。

人材確保と育成と合わせて、人材の定着に向けた取り組みも重要であると考えます。ハラスメント対策を含む、働きやすい職場づくりに向けた支援を推進するとともに、ＩＣＴ等を活用した業務の効率化・簡素化や文書負担軽減に向けた取り組みの推進を図ります。

（２）介護現場の安全性の確保

介護現場の安全性の確保に向けた安全管理の体制の整備を進めるとともに、国や府と連携した取り組みの推進に向けて、事故情報の収集・整理を行います。また、報告された事故情報については適切に分析を行い、介護現場に対する指導や支援等を行います。

（３）情報提供体制の充実

介護保険制度や介護サービスを住民に理解していただけるよう、介護保険の運営状況や各種サービス、サービス提供事業者、サービス利用の流れなどの様々な内容を、広報紙やホームページ

ジ、パンフレットを通して積極的な情報の提供と広報活動に努めます。

また、介護支援専門員や地域の実情を把握する民生児童委員等により、個々の要介護者や家族に適切な情報が提供できるよう支援に努めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5年度 見込み	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護保険運営状況の HP への掲載	未実施	実施	実施	実施
広報誌での介護保険制度の周知	0 回	1 回	1 回	1 回

(4) 苦情対応

介護保険制度を円滑に実施していくためには、被保険者からの相談や苦情に適切に対応することが重要です。介護保険担当課をはじめ、地域包括支援センターを中心に対応し、内容によっては京都府が設置する「京都府介護保険審査会」や「京都府国民健康保険団体連合会」と連携を図り適切な対応を行います。

さらに、苦情や不服申立ての手続きを住民にわかりやすく周知し、定期的に介護ニーズ・苦情調査等を実施し、京都府が作成した「京都府介護保険相談・苦情対応マニュアル」を活用し、苦情・相談処理体制の充実に努めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5年度 見込み	R 6年度	R 7年度	R 8年度
ニーズ調査の実施	未実施	実施	実施	実施
不服申立件数	0 件	0 件	0 件	0 件

(5) 手続きの簡素化

サービスの利用手続きについては、相談体制や情報伝達手段の充実を図るとともに、手続きの簡素化に努めます。

(6) 要介護認定等

要介護認定等は与謝野町介護認定審査会に委託して実施しています。引き続き、与謝野町介護認定審査会と連携して、申請者の状況に合わせた適正な認定が行えるよう努めます。

また、申請手続き等については、広報紙や地域包括支援センターを中心に周知を図ります。

主な指標	実績	目標		
	R 5年度 見込み	R 6年度	R 7年度	R 8年度
認定件数	186 件	180 件	180 件	180 件

(7) 介護給付適正化の推進

①要介護認定の適正化

要介護等の認定調査は、全国一律の基準に基づき、客観的かつ公平・公正に行う必要があります。

認定調査は町の直営で行っており、調査対象者が遠隔地に居住等している場合に限り指定居宅介護支援事業所等に委託しています。

すべての認定調査の内容について、町職員により書面等の審査を通して点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

②ケアプランの点検

介護支援専門員が作成するケアプランが利用者の自立支援に資するものであるか、不適切なサービスが含まれていないかなどを確認し、適切な介護サービスの提供につなげます。

ケアプランの点検にあたっては、「京都式」ケアプラン点検ガイドライン及びケアプラン点検表を活用し、保険者によるケアプラン点検を行うとともに、介護支援専門員同士で点検を行える機会も設けていきます。

③縦覧点検・医療情報との突合

縦覧点検は、受給者の介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数、算定日数等の点検を行い、請求誤り等を早期に発見し、適切な処置を行うものです。

医療情報との突合は、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求を防ぐものです。

縦覧点検・医療情報との突合は、引き続き国民健康保険団体連合会へ委託し、実施します。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
要介護認定の適正化 職員による点検割合	100%	100%	100%	100%
ケアプラン点検数	0 件	1 件	1 件	1 件

(8) 内部の連携体制

介護保険制度の円滑実施のためには、地域包括ケアシステムの構築が不可欠です。地域包括ケアシステムは、医療・予防・介護・住まい・生活支援が一体的・包括的に提供されるものであり、様々な分野が関連しています。そのため、幅広い分野において関係課との連携を強化し、一人ひとりの特性やライフステージに応じた総合的かつ継続的な支援を推進します。

(9) 関係団体との連携

本計画を円滑に実施していくためには、保健・福祉・医療の関係機関等をはじめ、地域の福祉活動を行っている団体等との連携・協働が重要です。

そのため、今後も、保健所や医師会、社会福祉協議会、民生児童委員協議会、地域包括支援センター、福祉サービス事業者、NPO、ボランティア団体等との相互連携を深め、推進体制の整備に努めます。

主な指標	実績	目標		
	R 5 年度 見込み	R 6 年度	R 7 年度	R 8 年度
伊根町保健福祉医療 ネットワーク会議開催回数	1 回	1 回	1 回	1 回

Ⅲ 介護保険事業の見通し

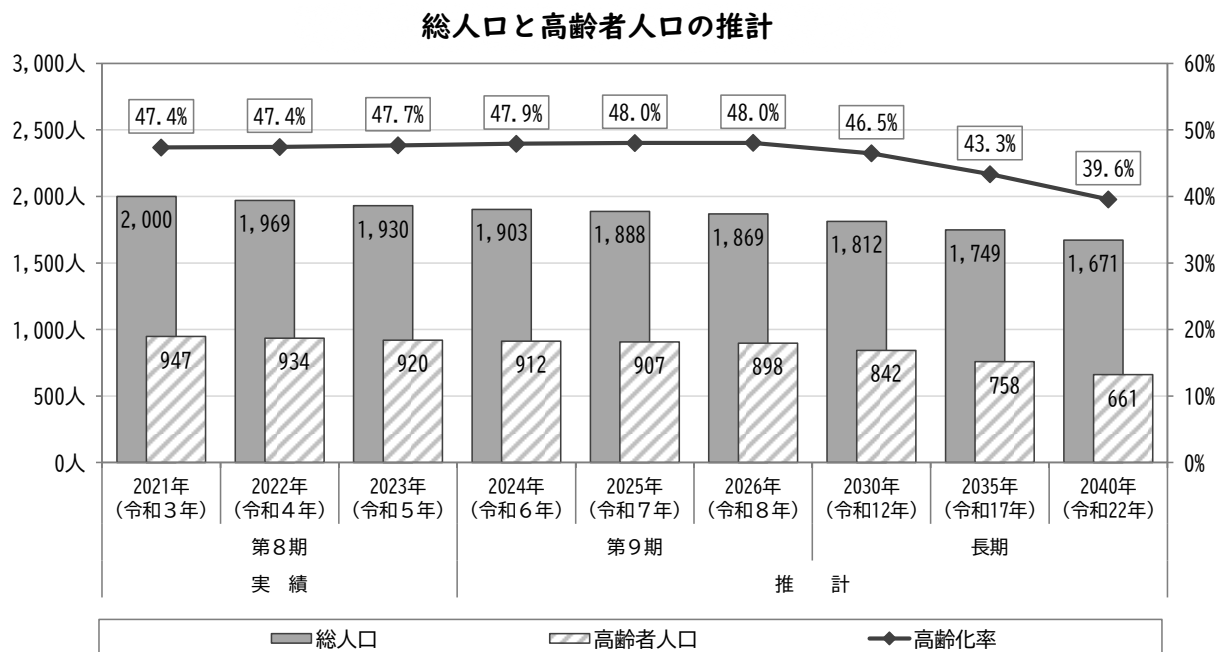


第1章 将来人口等

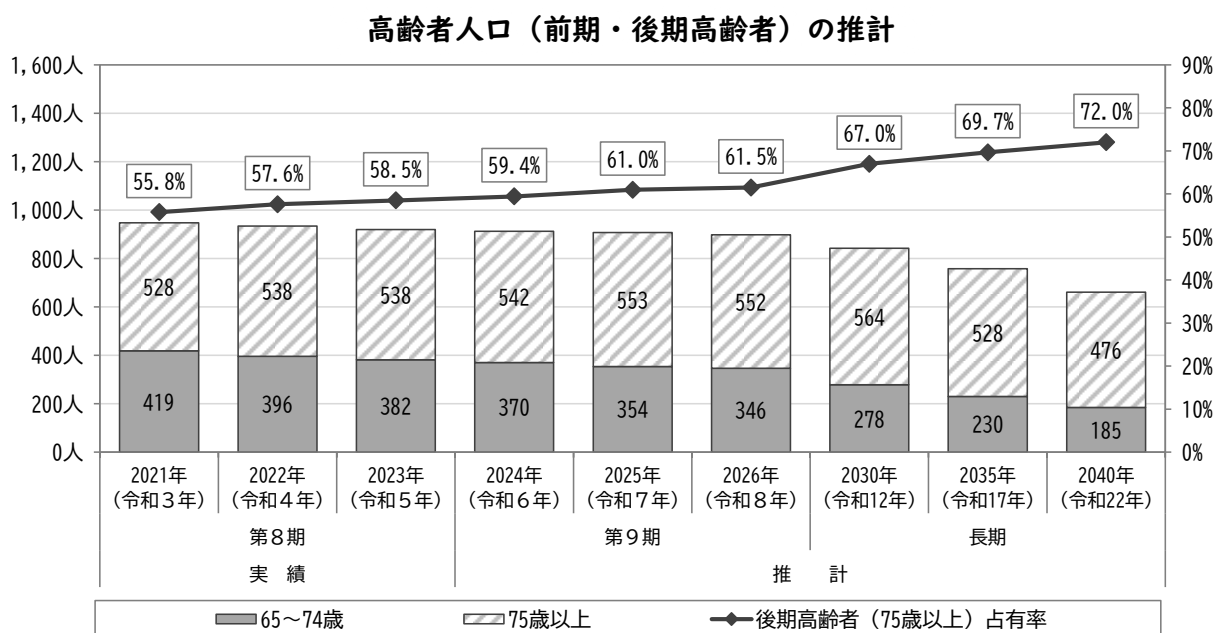
1. 将来人口

本町の総人口は、今後も減少傾向で推移し、令和8年には1,869人、さらに、令和22年には1,671人まで減少することが見込まれます。

高齢者人口についても減少傾向で推移し、令和8年には898人、令和22年には661人になるものと見込まれます。



前期高齢者・後期高齢者ともに減少傾向となりますが、後期高齢者占有率は、増加傾向となり、令和22年では72.0%まで達すると見込まれます。



人口推計

(人)

	実 績			推 計					
	第8期			第9期			長期		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年	2030年	2035年	2040年
総 数	2,000	1,969	1,930	1,903	1,888	1,869	1,812	1,749	1,671
0～14歳	193	194	187	192	192	194	201	203	228
15～39歳	327	319	315	303	309	306	341	379	369
40～64歳	533	522	508	496	480	471	428	409	413
65歳以上	947	934	920	912	907	898	842	758	661
65～74歳	419	396	382	370	354	346	278	230	185
65～69歳	194	179	162	148	143	149	131	96	87
70～74歳	225	217	220	222	211	197	147	134	98
75歳以上	528	538	538	542	553	552	564	528	476
75～79歳	139	144	155	164	194	209	193	142	127
80～84歳	130	139	128	132	121	115	162	161	118
85～89歳	151	131	129	123	120	104	97	127	123
90歳以上	108	124	126	123	118	124	112	98	108
総 数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
0～14歳	9.7%	9.9%	9.7%	10.1%	10.2%	10.4%	11.1%	11.6%	13.6%
15～39歳	16.4%	16.2%	16.3%	15.9%	16.4%	16.4%	18.8%	21.7%	22.1%
40～64歳	26.7%	26.5%	26.3%	26.1%	25.4%	25.2%	23.6%	23.4%	24.7%
65歳以上	47.4%	47.4%	47.7%	47.9%	48.0%	48.0%	46.5%	43.3%	39.6%
65～74歳	21.0%	20.1%	19.8%	19.4%	18.8%	18.5%	15.3%	13.2%	11.1%
65～69歳	9.7%	9.1%	8.4%	7.8%	7.6%	8.0%	7.2%	5.5%	5.2%
70～74歳	11.3%	11.0%	11.4%	11.7%	11.2%	10.5%	8.1%	7.7%	5.9%
75歳以上	26.4%	27.3%	27.9%	28.5%	29.3%	29.5%	31.1%	30.2%	28.5%
75～79歳	7.0%	7.3%	8.0%	8.6%	10.3%	11.2%	10.7%	8.1%	7.6%
80～84歳	6.5%	7.1%	6.6%	6.9%	6.4%	6.2%	8.9%	9.2%	7.1%
85～89歳	7.6%	6.7%	6.7%	6.5%	6.4%	5.6%	5.4%	7.3%	7.4%
90歳以上	5.4%	6.3%	6.5%	6.5%	6.3%	6.6%	6.2%	5.6%	6.5%

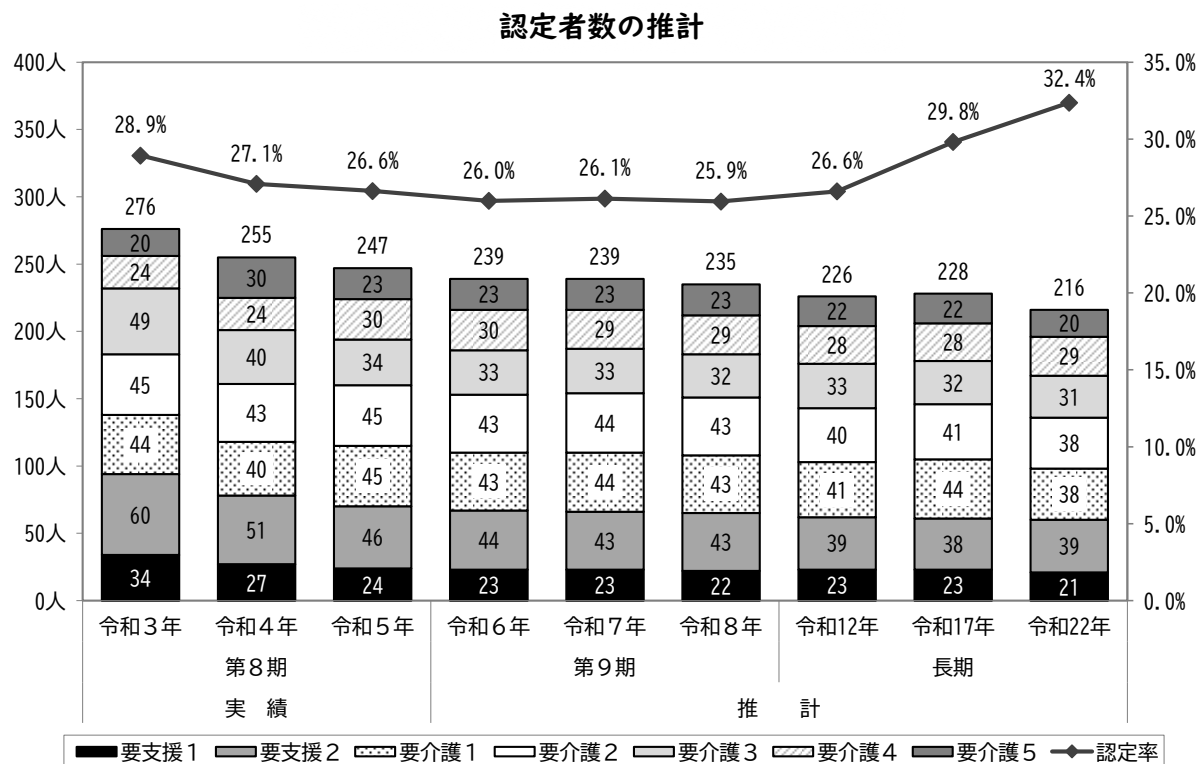
資料：実績値は住民基本台帳（各年度10月1日）

人口推計について

○将来人口、将来の高齢者人口については、住民基本台帳（各年10月1日）データを用いて、コーホート変化率法により独自に推計。
 （※コーホート変化率法：過去における実績人口の動勢から性別・年齢1歳区分別に「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法）

2. 認定者数の推計

本町の認定者数については、減少傾向で推移し、令和8年には235人となると推計されます。その以降も多少の増減はありますが、減少傾向は続き、令和22年には216人になると見込まれます。



単位：人

	実績			推計					
	第8期			第9期			長期		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
認定者数	276	255	247	239	239	235	226	228	216
要介護5	20	30	23	23	23	23	22	22	20
要介護4	24	24	30	30	29	29	28	28	29
要介護3	49	40	34	33	33	32	33	32	31
要介護2	45	43	45	43	44	43	40	41	38
要介護1	44	40	45	43	44	43	41	44	38
要支援2	60	51	46	44	43	43	39	38	39
要支援1	34	27	24	23	23	22	23	23	21
うち第1号被保険者	274	253	245	237	237	233	224	226	214
認定率	28.9%	27.1%	26.6%	26.0%	26.1%	25.9%	26.6%	29.8%	32.4%

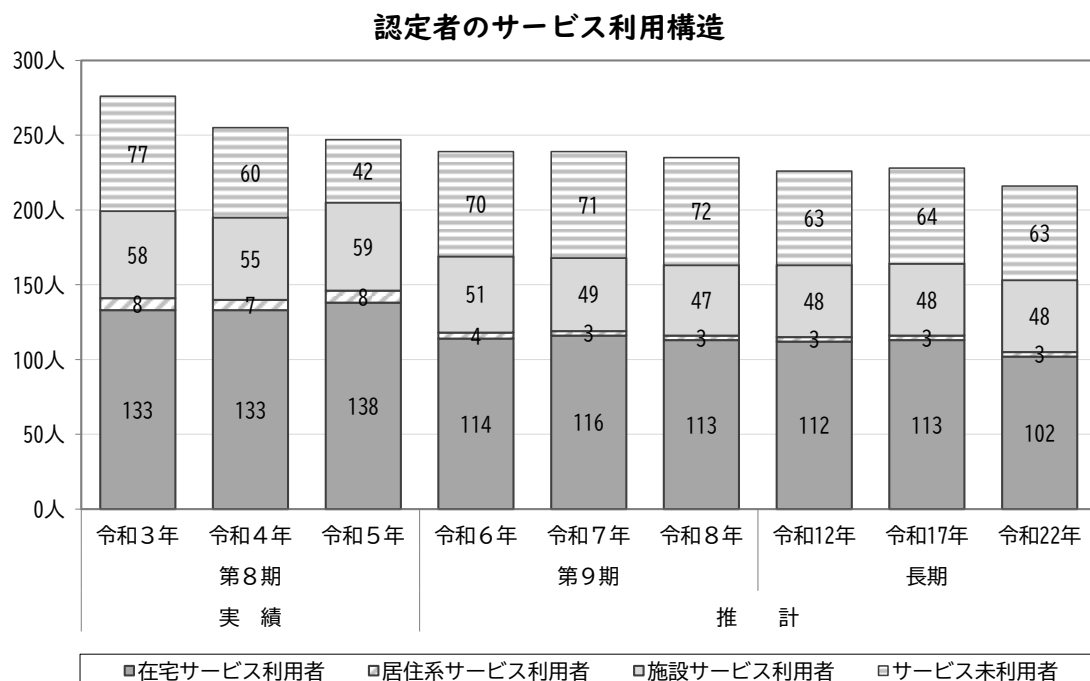
資料：実績値は各年9月末（認定者数には第2号被保険者を含む）

推計値は、見える化システムにて性別・年齢5歳区分別・要介護度別の出現率法により推計

※認定率は、65歳以上人口に対する第1号認定者総数の割合

3. 介護サービス利用者数の推計

サービス未利用者を含め、認定者のサービス利用構造を示すと次のとおりです。



単位: 人

	実 績			推 計					
	第8期			第9期			長期		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年	令和22年
認定者数	276	255	247	239	239	235	226	228	216
サービス未利用者	77	60	42	70	71	72	63	64	63
サービス利用者	199	195	205	169	168	163	163	164	153
施設サービス利用者	58	55	59	51	49	47	48	48	48
居住系サービス利用者	8	7	8	4	3	3	3	3	3
在宅サービス利用者	133	133	138	114	116	113	112	113	102
認定者数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
サービス未利用者	27.8%	23.5%	17.0%	29.3%	29.7%	30.6%	27.9%	28.1%	29.2%
サービス利用者	72.2%	76.5%	83.0%	70.7%	70.3%	69.4%	72.1%	71.9%	70.8%
施設サービス利用者	21.1%	21.6%	23.9%	21.3%	20.5%	20.0%	21.2%	21.1%	22.2%
居住系サービス利用者	2.9%	2.7%	3.2%	1.7%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.4%
在宅サービス利用者	48.2%	52.2%	55.9%	47.7%	48.5%	48.1%	49.6%	49.6%	47.2%

資料：実績値は各年9月末

推計値は、見える化システムにて要介護度別の利用率を用いて推計

第2章 サービス利用者数及び利用量の見込み

令和3～5年（令和5年は9月月報値まで）の国保連合会データをもとに、見える化システムの将来推計を使用し、要介護認定者数の推計や今後の介護・医療ニーズを踏まえて、サービス利用者数等について次のように見込みました。

1. 予防給付

		実績	推計（見込み）			
		第8期	第9期			第14期
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
（1）介護予防サービス						
介護予防訪問看護	人数（人）	7	9	9	8	8
	回数（回）	23.8	32	32	28.5	28.5
介護予防通所リハビリテーション	人数（人）	0	1	0	0	0
介護予防短期入所生活介護	人数（人）	0	1	1	1	0
介護予防福祉用具貸与	人数（人）	35	32	32	31	29
特定介護予防福祉用具購入費	人数（人）	0	1	1	1	1
介護予防住宅改修	人数（人）	0	1	1	1	1
（2）地域密着型介護予防サービス						
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数（人）	2	2	2	2	2
（3）介護予防支援	人数（人）	36	33	33	32	30

※項目が無いサービスは、実績・推計（見込み）ともに「0」（以下同様）

2. 介護給付

		実績	推計（見込み）			
		第8期	第9期			第14期
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
（1）居宅サービス						
訪問介護	人数（人）	30	33	31	28	26
	回数（回）	579.3	491.3	474.5	417.7	383.4
訪問入浴介護	人数（人）	6	4	4	3	3
	回数（回）	20.6	8.1	8.1	6	6
訪問看護	人数（人）	34	24	25	25	20
	回数（回）	121	112.8	114.6	114.6	93
居宅療養管理指導	人数（人）	6	5	5	5	5
通所介護	人数（人）	48	48	50	47	43
	回数（回）	348.6	312.2	324.4	306	280.4
通所リハビリテーション	人数（人）	3	3	3	3	3
	回数（回）	26.1	21.7	21.7	21.7	21.7
短期入所生活介護	人数（人）	27	25	24	23	22
短期入所療養介護（老健）	人数（人）	0	1	1	1	1
福祉用具貸与	人数（人）	74	67	68	65	59
特定福祉用具購入費	人数（人）	0	1	1	1	1
住宅改修費	人数（人）	0	1	1	1	1
特定施設入居者生活介護	人数（人）	7	3	2	2	2
（2）地域密着型サービス						
地域密着型通所介護	人数（人）	14	15	15	14	12
	回数（回）	115.6	106.8	106.8	99.8	84
小規模多機能型居宅介護	人数（人）	14	16	16	15	14
認知症対応型共同生活介護	人数（人）	1	1	1	1	1
（3）施設サービス						
介護老人福祉施設	人数（人）	46	42	40	39	40
介護老人保健施設	人数（人）	12	8	8	7	7
介護医療院	人数（人）	1	1	1	1	1
（4）居宅介護支援	人数（人）	86	63	65	64	56

第3章 給付費等の見込み

1. 予防給付費

単位：千円

	実績	推計（見込み）			
	第8期	第9期			第14期
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
（1）介護予防サービス					
介護予防訪問看護	1,786	2,327	2,330	2,063	2,063
介護予防通所リハビリテーション	0	274	0	0	0
介護予防短期入所生活介護	0	481	482	482	0
介護予防福祉用具貸与	3,944	3,616	3,616	3,484	3,288
特定介護予防福祉用具購入費	0	322	322	322	322
介護予防住宅改修	0	583	583	583	583
（2）地域密着型介護予防サービス					
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,233	2,265	2,267	2,267	2,267
（3）介護予防支援	1,920	1,784	1,787	1,733	1,624

2. 介護給付費

単位：千円

	実績	推計（見込み）			
	第8期	第9期			第14期
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
（1）居宅サービス					
訪問介護	19,746	17,098	16,528	14,593	13,543
訪問入浴介護	3,315	1,322	1,324	981	981
訪問看護	10,582	9,020	9,214	9,214	7,458
居宅療養管理指導	987	909	910	910	910
通所介護	30,303	28,136	29,442	27,700	25,473
通所リハビリテーション	2,909	2,551	2,554	2,554	2,554
短期入所生活介護	25,128	14,111	13,879	12,059	11,336
短期入所療養介護（老健）	0	604	604	604	604
福祉用具貸与	13,552	11,925	12,031	11,714	10,621
特定福祉用具購入費	0	336	336	336	336
住宅改修費	0	994	994	994	994
特定施設入居者生活介護	18,160	8,314	5,353	5,353	5,353
（2）地域密着型サービス					
地域密着型通所介護	12,396	11,609	11,624	10,959	9,044
小規模多機能型居宅介護	36,951	42,756	42,811	40,989	37,520
認知症対応型共同生活介護	3,207	3,252	3,257	3,257	3,257
（3）施設サービス					
介護老人福祉施設	155,564	142,455	135,584	131,962	136,025
介護老人保健施設	41,551	28,072	28,107	24,396	24,237
介護医療院	4,736	4,803	4,809	4,809	4,809
（4）居宅介護支援	12,708	9,444	9,773	9,648	8,402

3. 総給付費

単位：千円

	実績	推計（見込み）			
	第8期	第9期			第14期
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
予防給付費	9,883	11,652	11,387	10,934	10,147
介護給付費	391,794	337,711	329,134	313,032	303,457
総給付費	401,677	349,363	340,521	323,966	313,604

4. 標準給付費

単位：円

	第9期				第14期
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
総給付費	1,013,850,000	349,363,000	340,521,000	323,966,000	313,604,000
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	37,514,021	12,564,256	12,580,156	12,369,609	11,197,078
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	23,098,163	7,735,756	7,746,047	7,616,360	6,889,469
高額医療合算介護サービス費等給付額	1,075,174	359,407	362,452	353,315	319,811
算定対象審査支払手数料	954,960	319,200	321,960	313,800	284,040
標準給付費見込額	1,076,492,318	370,341,619	361,531,615	344,619,084	332,294,398

5. 地域支援事業費

単位：円

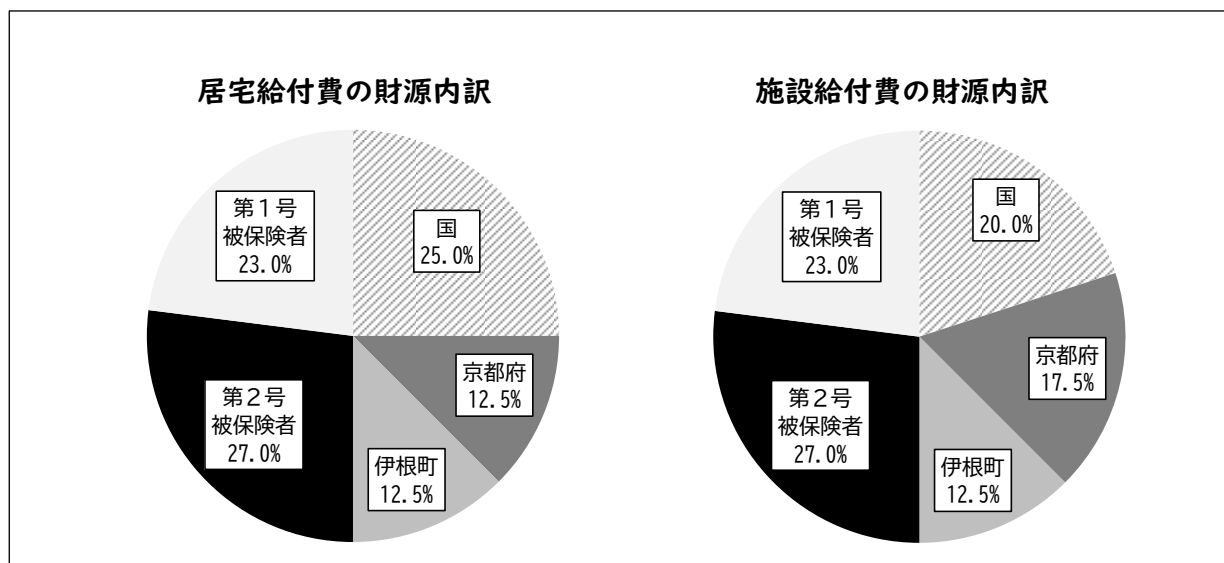
	第9期				第14期
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業	39,583,470	13,360,908	13,221,223	13,001,339	10,681,967
訪問介護相当サービス	5,999,831	2,016,282	2,002,914	1,980,635	1,538,230
通所介護相当サービス	22,947,379	7,711,614	7,660,488	7,575,277	5,883,225
通所型サービスC	1,339,778	457,626	448,155	433,997	410,705
介護予防ケアマネジメント	6,491,086	2,217,151	2,171,263	2,102,672	1,989,822
介護予防普及啓発事業	2,461,937	840,920	823,516	797,501	754,699
地域リハビリテーション活動支援事業	343,459	117,315	114,887	111,257	105,286
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業	41,181,040	13,977,038	13,762,408	13,441,594	10,149,224
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	30,360,040	10,370,038	10,155,408	9,834,594	7,557,673
任意事業	10,821,000	3,607,000	3,607,000	3,607,000	2,591,551
包括的支援事業（社会保障充実分）	4,197,000	1,399,000	1,399,000	1,399,000	1,399,000
在宅医療・介護連携推進事業	858,000	286,000	286,000	286,000	286,000
認知症地域支援・ケア向上事業	3,189,000	1,063,000	1,063,000	1,063,000	1,063,000
地域ケア会議推進事業	150,000	50,000	50,000	50,000	50,000
地域支援事業費	84,961,510	28,736,946	28,382,631	27,841,933	22,230,191

第4章 第1号被保険者の保険料

1. 財源構成

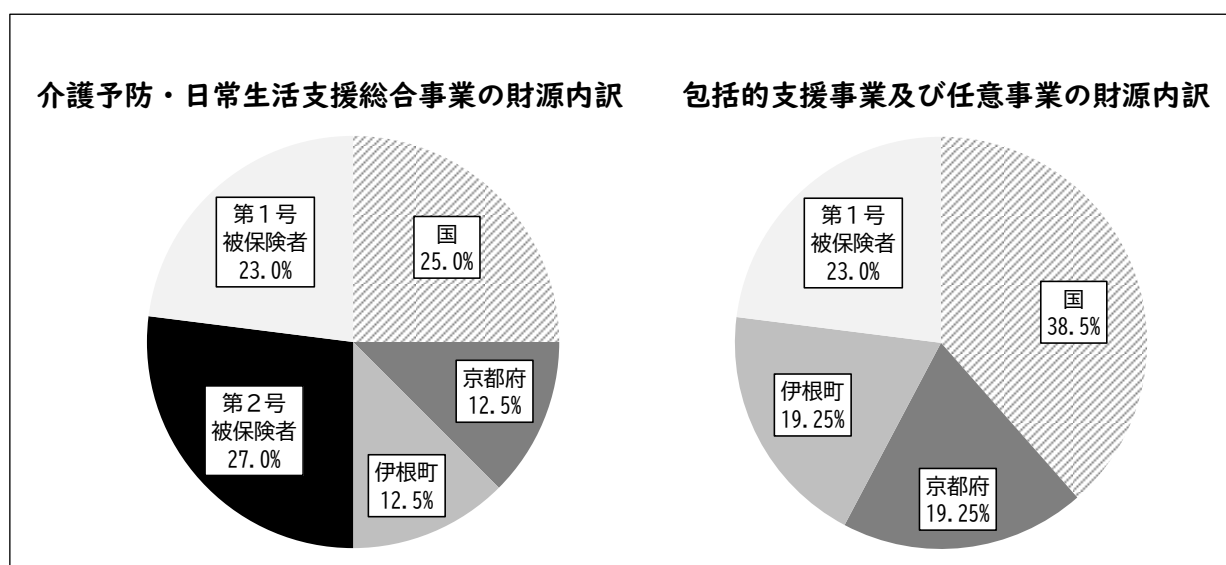
「介護保険制度」は、介護を必要とする方が、住み慣れた地域で持っている能力に応じて自立した日常生活が送れるよう、社会全体で支える制度です。

介護保険給付費の費用は、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。



地域支援事業費については、大きく介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業及び任意事業に分けることができます。

地域支援事業費のうち、介護予防・日常生活支援総合事業については、居宅給付費の財源内訳と同様になっています。包括的支援事業及び任意事業については、第1号被保険者の保険料と公費のみで構成されています。



2. 第1号被保険者の介護保険料の算出

ここまでに示した給付費や負担構造等、予定保険料収納率等を考慮すると、第9期における第1号被保険者の保険料の基準額（年額）は、75,260 円となります。

単位：円		
		第9期
①	標準給付費見込額	1,076,492,318
②	地域支援事業費	84,961,510
③	第1号被保険者負担分相当額	267,134,380 ※③ = (① + ②) × 0.23
④	調整交付金相当額	55,803,789
⑤	調整交付金見込額	109,202,000
⑥	財政安定化基金拠出金見込額	0
⑦	財政安定化基金償還金	0
⑧	準備基金取崩額	20,000,000
⑨	市町村特別給付費等	0
⑩	市町村相互財政安定化事業負担額	0
⑪	保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	0
⑫	保険料収納必要額	193,736,170 ※⑫ = ③ + ④ - ⑤ + ⑥ + ⑦ - ⑧ + ⑨ + ⑩ - ⑪

		第9期
A	保険料収納必要額	193,736,170円
B	予定保険料収納率	99.9%
C	所得段階別加入割合補正後被保険者数	2,577人
D	保険料基準額（年額）	75,260円 ※D = A ÷ B ÷ C

※年額保険料基準額は、10 円未満の端数は切り上げ後の金額です。

3. 保険料の段階設定別の介護保険料

第9期の保険料段階設定にあたっては、国の基準に合わせ13段階の段階設定を行い、被保険者の負担能力に応じた、きめ細かな設定を行います。

保険料段階ごとの第1号被保険者の保険料基準年額は以下のとおりです。

区分	対象者要件	料率	保険料年額
第1段階	・生活保護を受給している人 ・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金を受給している人 ・世帯全員が住民税非課税で、本人の公的年金等収入金額及び合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.455	34,240 円
		(0.285)	21,440 円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、本人の公的年金等収入金額及び合計所得金額の合計が80万円を超え120万円以下の人	0.685	51,550 円
		(0.485)	36,500 円
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、本人の公的年金等収入金額及び合計所得金額の合計が120万円を超える人	0.69	51,920 円
		(0.685)	51,550 円
第4段階	本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者があり、本人の公的年金等収入金額及び合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.9	67,730 円
第5段階	本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者があり、本人の公的年金等収入金額及び合計所得金額の合計が80万円を超える人	1.0	75,260 円
第6段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が120万円未満の人	1.2	90,310 円
第7段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1.3	97,830 円
第8段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	1.5	112,890 円
第9段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	1.7	127,940 円
第10段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	1.9	142,990 円
第11段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	2.1	158,040 円
第12段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	2.3	173,090 円
第13段階	本人が住民税課税者で、合計所得金額が720万円以上の人	2.4	180,620 円

※所得段階別の年額保険料は、10 円未満の端数は切り捨て後の金額です。

※第1段階から第3段階の下欄は軽減賦課後の料率と保険料額です。

資料編

1. 伊根町介護保険運営協議会について

○ 伊根町介護保険条例 抜粋

第3章 介護保険運営協議会

(目的及び設置)

第19条 介護保険に関する施策の企画立案及びその実施が、基本理念に基づき、町民の意見を十分に反映しながら円滑かつ適切に行われるよう町長の附属機関として、伊根町介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）を置く。

(所掌事務)

第20条 協議会は、次に掲げる事項について調査審議する。

- (1) 法第117条第1項の規定による介護保険事業計画の策定又は変更に関する事項
- (2) 前号に掲げるもののほか、町の介護保険に関する施策の実施状況の調査その他介護保険に関する施策に関する重要事項

2 協議会は、前項各号に掲げる事項について町長に建議し、又は町長の諮問に答申することができる。

(意見の具申)

第21条 協議会は、前条の規定により調査審議した結果必要があると認めるときは、同条第1項各号に掲げる事項に関して、町長に意見を述べることができる。

(組織)

第22条 協議会は、委員10人以内をもって組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうちからそれぞれ当該各号に定める数の範囲内において、町長が任命する。

- (1) 被保険者を代表する者
- (2) 介護サービス提供事業所の職員
- (3) 居宅介護支援事業所の職員
- (4) 学識経験者

3 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(規則への委任)

第23条 前3条に定めるもののほか、協議会に関し必要な事項は、規則で定める。

○ 伊根町介護保険条例施行規則 抜粋

（介護保険運営協議会）

第31条 条例第19条の規定による伊根町介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）に会長、副会長それぞれ1名を置く。

- 2 前項の正・副会長は、協議会の全員でこれを互選する。
- 3 会長は、会務を総理し、必要の都度協議会を招集する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

（協議会の書記）

第32条 協議会に書記1名を置く。

- 2 書記は、職員の中から町長が任命する。

2. 伊根町介護保険運営協議会委員名簿

(順不同・敬称略)

委員区分	役職	氏名	所属等
(第1号委員) 被保険者を代表する委員	委員	藤原 一彦	第1号被保険者
	委員	折戸 和代	第1号被保険者
	委員	矢野 英子	第1号被保険者
(第2号委員) 介護サービス提供事業所の委員	会長	一井 京一	伊根町社会福祉協議会 会長
	副会長	嶋崎 福寿	特別養護老人ホーム 長寿苑 施設長
(第3号委員) 居宅介護支援事業所の委員	委員	大門 望	伊根在宅介護支援センター 管理者
(第4号委員) 学識経験者	委員	石野 秀岳	伊根診療所 所長
	委員	長谷川 貴之	伊根町議会 総務委員会 委員長
	委員	植田 哲史	京都府丹後保健所 企画調整課 課長

3. 介護保険サービスの説明

(1) 居宅サービス・介護予防サービス

訪問介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○加齢や心身の障害、傷病のため、日常生活を営む上で支障がある高齢者の家庭に訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、入浴や排泄などの身体介護や調理、掃除、洗濯などの生活援助を行うサービスです。

訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○寝たきりの状態にある高齢者の家庭に、浴槽を積んだ入浴車と専門職員が訪問し、入浴の介護を行うサービスです。

訪問看護	介護予防訪問看護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○看護師などが居宅を訪問し、主治医と連携をとりながら、病状の観察、療養上の世話や診察の補助を行うサービスです。

訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が利用者の居宅を訪問し、日常生活の自立を支援するために、心身の機能維持、回復を目的としたリハビリテーションを行うサービスです。

居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○医師、歯科医師、薬剤師等が通院困難な要介護認定等を受けている方の居宅を訪問し、心身の状況や環境等を把握して療養上の管理及び指導を行うサービスです。

通所介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○デイサービスセンターなどに通い、入浴や排泄、食事の提供など日常生活上の支援や、生活行為向上のための機能訓練を行うサービスです。

通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○介護老人保健施設や病院等に通所し、心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のための理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行うサービスです。

短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などに短期入所しながら介護や機能訓練などの日常生活上の介護を受けるサービスです。

短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○介護老人保健施設や介護療養型医療施設などの医療施設に短期間入所させて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話をを行うサービスです。

福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○日常生活の自立支援や介護者の負担の軽減を図るため、日常生活の便宜を図る用具や機能訓練のための用具を貸し出すサービスです。

特定福祉用具購入	特定介護予防福祉用具購入
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○在宅の要介護認定等を受けている方を対象に住み慣れた居宅で自立した生活ができるよう、排泄や入浴に使われる用具(腰掛便座、入浴補助用具、特殊尿器、簡易浴槽等)を購入した場合に、負担割合に応じた費用額が支給(年間10万円の費用額が上限)されるサービスです。

住宅改修	介護予防住宅改修
介護給付サービス(対象:要介護1～5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○在宅の要介護認定等を受けている方を対象に介護予防の観点から、手すりの取り付けや段差の解消、洋式便器への取り替え等を行い、安全な生活を確保するとともに移動しやすく、暮らしやすい居宅にすることを目的に、居住する在宅内で改修を行った場合に、負担割合に応じた費用額が支給(20万円の費用額が上限)されるサービスです。

特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)に入居し、定められた計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話を行うサービスです。

居宅介護支援	介護予防支援
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○居宅介護支援は、介護給付の適切な利用が可能となるよう、介護支援専門員が、要介護認定を受けている方の心身の状況、置かれている環境、意思や希望を勘案して、居宅介護サービス計画(ケアプラン)を作成します。また、計画に基づく介護サービスの提供が確保されるよう事業者との連絡調整や介護保険施設への紹介等を行うサービスです。

○介護予防支援は、予防給付の適切な利用が可能となるよう、地域包括支援センターの保健師や社会福祉士等が、要支援認定を受けている方の心身の状況、置かれている環境、意思や希望を勘案して、介護予防サービス計画(ケアプラン)を作成します。また、計画に基づく在宅サービスの提供が確保されるよう事業者との連絡調整を行うサービスです。

(2) 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○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。また、利用者からの通報による随時訪問も行います。生活リズムに合わせた短時間利用のほか、昼夜問わず随時対応も可能なサービスです。

夜間対応型訪問介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○要介護状態となっても、24 時間安心して在宅生活が継続できるよう、夜間に定期的に各自宅を巡回して行う訪問介護に加え、利用者の求めに応じて随時対応する訪問介護を組み合わせたサービスです。

認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○身近な生活圏域内で認知症の方を対象に、心身機能の維持や社会性の維持向上、食事や入浴、または徘徊や失禁、失見当等、行動障害による家族の介護負担の軽減を図るためのサービスです。

小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援1・2)

○身近な生活圏域内で通いを中心に、要介護認定等を受けている方の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせ、入浴、排泄、食事等の介護及び機能訓練等を実施し、在宅での生活を支援するサービスです。

認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)	予防給付サービス(対象:要支援2)

○身近な地域で、比較的安定状態の認知症のある方が、グループホームで共同生活をしながら、家庭的な雰囲気の中で、入浴、排泄、食事等の介護や日常生活の支援、機能訓練を受けることにより、認知症の予防や進行の阻止に努めるサービスです。

地域密着型特定施設入居者生活介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○入居定員が29人以下の特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)に入居し、定められた計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話を行うサービスです。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○入居定員が29人以下の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)において、入所者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう、施設サービス計画に基づく入浴・排泄・食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行うサービスです。

看護小規模多機能型居宅介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせたサービスで、医療ニーズが高い中重度の要介護認定を受けている方の地域生活を支え、退院後の在宅サービスへのスムーズな移行や、家族介護者などの負担軽減を図る上で有効なサービスです。

地域密着型通所介護
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○日帰りでデイサービスセンター(利用定員18人以下)に通い、食事や入浴の提供を受け、心身機能の維持向上を図るとともに家族の介護の負担の軽減を図るサービスです。

(3) 施設サービス

介護老人福祉施設
介護給付サービス(対象:要介護3~5)

○入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を送れるよう、施設サービス計画に基づく入浴・排泄・食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行う施設です。

介護老人保健施設
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を送れるようにするとともに、在宅生活への復帰を目指して、施設サービス計画に基づく看護、医学的管理の下での介護及び機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設です。

介護医療院
介護給付サービス(対象:要介護1~5)

○介護療養病床からの転換先として新たに創設された施設で、日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備えた施設です。

4. 用語解説

【あ行】

ICT

Information and Communication Technology の略で、情報(information)と通信(communication)に関する技術の総称。IT(Information Technology：情報技術)と同義。

NPO

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

【か行】

介護給付

要介護の認定を受けた方が利用できる介護保険サービス。要介護の状態や区分に応じたサービスを受けることができ、利用者はかかった費用の 1 割（所得により 2～3 割）を負担する（支給限度額あり）。

介護支援専門員

要介護認定等を受けている方の自立支援やその家族など介護者の負担軽減のための必要な援助に関する専門的知識・技術を有する人で「ケアマネジャー」とも呼ばれている。要介護認定等を受けている方やその家族などの依頼を受けて、サービスの希望や心身の状況、置かれている環境等を勘案して、介護サービス計画を作成するとともに、その介護サービス計画に基づいて介護サービス事業者との連絡調整などの支援を行う。

介護報酬

介護保険制度において、事業所や施設が利用者に介護保険サービスを提供した場合に、その対価として支払われる報酬のこと。

介護予防

高齢者が要介護状態等になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと、要介護状態等になっても状態がそれ以上重度化しないようにする（維持・改善を図る）こと。

協働

両者のどちらかだけが相手に働きかけるのではなく、お互いに働きかけながら、協力して物事を進めていくこと。

ケアプラン

利用者や家族の状況に応じて利用者の自立支援に資するよう、サービス担当者会議においてサービス提供担当者等からの専門的な意見を踏まえ作成される利用者のニーズと生活上の課題解決のための具体的なサービス計画のことで、介護保険対象外のサービスも盛り込まれる。なお、介護保険のサービスを受けるためには、ケアプランの作成が必要で、基本的には介護支援専門員が作成する。

ケアマネジメント

介護が必要な高齢者等の自立を促すために、その人のニーズに合ったケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスの導入を支援すること。

健康寿命

日常的に介護を必要とせず、健康で自立して暮らすことができる生存期間。新しい寿命の指標として、平成12年に世界保健機関（WHO）が提唱。

【さ行】

在宅介護

施設への入所や、病院への入院によらずに、自宅で介護を行うこと。

サロン（ふれあいサロン）

高齢者が生きがいを持ち安心して暮らせるように、公民館等を活用し、気軽に参加できる居場所を開設し、生きがいづくりや仲間づくりの輪を広げること、また、地域の介護予防の拠点として機能する活動のこと。

社会資源

利用者の生活ニーズを解決していくための物的・人的資源の総称で、社会福祉施設、医療施設、ボランティア、企業、行政、地域の団体などを指す。

社会福祉士

心身の障害または環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある方の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、保健医療福祉サービスの提供者との連絡調整その他の援助を行う専門職のこと。

終末期

病気が治る可能性がないなど、数週間から半年程度で死を迎えるだろうと予想される時期のことで、「ターミナル」とも呼ばれている。終末期医療や終末期看護のことをターミナルケアという。

シルバー人材センター

高齢者等の雇用の安定等に関する法律に基づき、都道府県知事が市町村に1つに限り指定する公益法人。能力や希望に応じて臨時的、短期的な仕事を提供するほか、就業に必要な知識及び技能の付与を目的とした講習を実施する。

生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護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・介護予防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（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のこと。

生活支援サービス

平成22年4月26日に公表された地域包括ケア研究会報告書によると、生活支援サービスとは、「見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活に係る支援」とされている。

生活習慣病

以前成人病といわれていたもの。1996年12月の公衆衛生審議会の答申の中でこの言葉が提唱された。元来成人病は、がん、心臓病、脳卒中の40歳頃より増える病気を現す概念だった。当時厚生省は、これらの病気について早期発見・早期治療を行うことを目的としていたが、時代の変遷とともにこれらの病気の発症を防ぐ（一次予防）方向へと転換した。一次予防のためには、生活習慣を変える必要があるため、このような言葉が作り出されたともいえる。生活習慣の中には、食生活、飲酒、喫煙、感染、スポーツや運動、職業等が含まれる。

成年後見制度

認知症などのために判断能力が不十分であると家庭裁判所が認めた場合に、成年後見人などが財産管理等を行い、本人を保護・支援する制度。

【た行】

団塊ジュニア世代

昭和46年から49年に生まれた世代のこと。第二次ベビーブーム世代とも呼ばれる。

団塊の世代

昭和22年から24年に生まれた世代のこと。第一次ベビーブームが起きた時期に生まれた世代を指す。

地域ケア会議

医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を行うとともに、地域に共通した課題を明確化していくための会議。

地域支援事業

要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合にも、可能な限り、地域において自立した生活を営むことができるよう支援するためのサービスを提供する事業。

地域包括支援センター

地域住民の保健・医療の向上と福祉の増進を包括的に支援することを目的として創設された機関。高齢者への総合相談、介護予防ケアマネジメント、高齢者虐待への対応など多様な機能を併せもつ。

地域包括ケアシステム

高齢者が、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域の特性を踏まえて「住まい」「介護」「医療」「予防」「生活支援」が一体的に提供される体制のこと。

【な行】

日常生活圏域

介護保険事業計画において、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して市町村が定める区域をいう。

認知症

アルツハイマー病や脳血管障害等により脳の機能が低下することで、「物忘れ」や「判断力低下」などが起こる病気。その結果、他人とのコミュニケーションがとりにくくなったり、周りの状況に合わせた行動がとれなくなったりすることがある。

認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」を受講して認知症を正しく理解した上で、認知症のある方やその家族を温かく見守る応援者。

認知症疾患医療センター

認知症の鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに認知症を専門としない一般開業医等への研修を行う医療施設で、介護との連携を図る担当者が配置される。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴えなどにより、認知症が疑われる方や認知症のある方及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（概ね6か月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと。

認知症地域支援推進員

認知症のある方ができる限り住み慣れたよい環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症のある方やその家族を支援する相談業務等を行う者。

【は行】

パブリックコメント

市町村の基本的な計画等の策定にあたり、よりよい案を作成するため素案の段階で内容を住民に公表し、意見を募集する制度。

ハラスメント

「いやがらせ」や「いじめ」を指す言葉。身体的・精神的な攻撃などによって他者に不利益・ダメージを与えたり、相手の嫌がることをして不快感を覚えさせる行為全般のこと。

福祉避難所

災害時に高齢者や障害のある方、妊婦等、一般の避難所では生活に支障があり、特別な配慮を必要とする人を受け入れる避難所で、一般の避難所の状況を判断した上で必要な時に開設される。

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みられる状態のことを示す。

フレックスタイム制

企業が定めた労働時間の枠内で、始業時間と終業時刻を従業員自身が決めて、働くことができる制度。

保健師

保健師助産師看護師法に規定される専門職で、個人や集団に対して、健康保持増進の指導、疾病予防の指導、健康相談、健康教育など広く地域住民の公衆衛生に必要な援助を行う。

【ま行】

民生児童委員

民生委員法により、住民の立場に立って生活上の相談に応じ、必要な援助を行う支援者として市町村に配置され、都道府県知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が委嘱する任期 3 年の職のこと。児童福祉法の児童委員を兼ね、地域住民の福祉の増進を図る重要な役割を担っている。

【や行】

ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものこと。

要介護認定

申請者の要介護（支援）状態区分について、一定の有効期間を定めて市町村が行う認定のこと。被保険者の申請の後、認定調査員による心身の状況等に関する認定調査の結果と主治医の医学的見地から主治医意見書により、全国一律のコンピューターソフトにより一次判定を行い、次いで一次判定の結果と認定調査票特記事項、主治医意見書をもとに介護認定審査会（保健・医療・福祉の専門家による審査会）において最終的な判定（二次判定）を行う。

予防給付

要支援１・２の方に対する介護保険サービス。要支援１・２の方は要介護状態が比較的軽度で、状態の維持・改善の可能性が高いため、より「自立支援」に資するようサービスが提供される。

【ら行】

理学療法士

身体に障害のある方や障害の発生が予測される方に対して、基本動作能力（座る、立つ、歩くなど）の回復や維持及び悪化予防を目的に、運動療法や物理療法を治療目的に利用し、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職。

リハビリテーション

疾病やけがなどによって失われた機能を回復するために行われる機能回復訓練のこと。

【わ行】

ワンストップ

複数の場所や担当に分散していた関連する手続きやサービスなどを、一か所でまとめて提供するようにしたもの。関連する手続きや窓口の一本化などを指す。

第 10 次伊根町高齢者健康福祉計画
<第 9 期介護保険事業計画（一体型）>

令和 6 年 3 月

発行：伊根町 保健福祉課

〒626-0493 京都府与謝郡伊根町字日出 651 番地

TEL：(0772) 32-0504 FAX：(0772) 32-1009
