

第2部 各論

第1章 具体的施策

【基本目標①】安心（保健・福祉・介護の基盤づくり）

第1節 介護給付サービスの充実

（1）在宅介護サービスの充実

1）居宅サービス・介護予防サービス

①訪問介護（ホームヘルプ）

【現 状】

訪問介護員（ホームヘルパー）が家庭を訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や、調理、洗濯、掃除等の生活援助を行うものです。居宅サービスの利用人数は横ばいとなっていますが、利用回数は減少傾向であることから、1人当たりの利用回数が減少していると考えられます。

【今後の方針】

在宅の高齢者を支える重要なサービスであり、また、今後の1人暮らし高齢者や高齢者世帯の増加が見込まれることから、サービスの量と質の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
訪問介護	回	2,068	1,934	1,923	1,869	1,869	1,869
	人	119	116	121	115	115	115

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

②訪問入浴介護

【現 状】

介護が必要な方の家庭に訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護で、自宅に浴槽などを運び入れてサービスを提供するものです。居宅サービスの利用人数は、減少傾向となっています。介護予防サービスの利用実績はありません。

【今後の方針】

重度の認定者が在宅で暮らすために必須なサービスであり、また、在宅での介護の増加によりサービス需要が拡大することが見込まれるため、サービス供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
訪問入浴介護	回	13	14	11	7	7	7
	人	4	4	3	2	2	2
介護予防訪問入浴介護	回	0	0	0	0	0	0
	人	0	0	0	0	0	0

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

③訪問看護

【現 状】

医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が家庭を訪問し、療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。居宅サービス・介護予防サービスとともに、利用人数は増加傾向となっています。

【今後の方針】

今後もサービス利用の需要の増加が想定されます。医療との連携は重要であり、サービス量の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
訪問看護	回	390	548	746	529	529	529
	人	51	63	79	62	62	62
介護予防訪問看護	回	78	61	125	88	88	88
	人	15	12	21	16	16	16

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

④訪問リハビリテーション

【現 状】

医師の指示に基づいて、理学療法士（PT）あるいは作業療法士（OT）が家庭を訪問し、日常生活の自立のためのリハビリテーションを行うサービスです。居宅サービス・介護予防サービスともに、あまり実績はありません。

【今後の方針】

在宅での生活を確保するために、心身機能の維持は重要であり、今後のサービス需要の動向を注視していきます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
訪問リハビリテーション	回	25	15	0	0	0	0
	人	2	1	0	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	回	0	0	0	0	0	0
	人	0	0	0	0	0	0

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

⑤居宅療養管理指導

【現 状】

病院、診療所、薬局等の医師、歯科医師、薬剤師、栄養士などが定期的に家庭を訪問して、医学的な管理や指導を行うサービスです。居宅サービスの利用人数は増加傾向にあります。

【今後の方針】

在宅での健康を維持するうえで重要なサービスであり、利用の促進を図り、そのためのサービス提供体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
居宅療養管理指導	人	38	48	71	52	51	51
	人	1	1	2	1	1	1

人数は1月当たりの利用者数

⑥通所介護（デイサービス）

【現 状】

介護の必要な方が通所介護事業所へ通い、入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を受けるサービスです。居宅サービスの利用人数は減少傾向にあります。

【今後の方針】

在宅介護の要となる重要なサービスであり、今後もサービス需要は着実に増加することが想定されますので、サービス量の確保、質の高いサービスの確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
通所介護	回	3,129	2,726	2,563	2,729	2,729	2,729
	人	259	231	220	231	231	231

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

⑦通所リハビリテーション（デイケア）

【現 状】

医療機関や介護老人保健施設において、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法・作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。居宅サービスの利用人数は減少傾向にあります。

【今後の方針】

在宅での生活を支える重要なサービスであり、今後も利用の促進を図り、そのサービス供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
通所リハビリテーション	回	238	197	187	199	199	199
	人	24	22	20	21	21	21
介護予防通所リハビリテーション							
	人	13	10	10	11	11	11

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

⑧短期入所生活介護（ショートステイ）

【現 状】

介護者（家族等、世話をする人）が家を一定期間離れるために介護ができなくなった場合や、介護者の負担を軽減したい時などに、特別養護老人ホーム等に短期入所（ショートステイ）して、介護者に代わって食事、入浴等の介護、機能訓練を行うサービスです。居宅サービスの利用人数は増加傾向、介護予防サービスの利用人数は減少傾向となっています。

【今後の方針】

介護者の負担軽減に重要なサービスであり、ケアマネジャーとの連携により、適切なサービス利用を図り、供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
短期入所生活介護	日	653	851	991	777	777	777
	人	57	70	74	64	64	64
介護予防短期入所生活介護	日	20	11	9	9	9	9
	人	4	3	1	2	2	2

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

⑨短期入所療養介護（医療型ショートステイ）

【現 状】

医療機関や介護老人保健施設などで実施する短期入所（ショートステイ）で、医療上のケアを含む介護や機能訓練等を行うサービスです。居宅サービス・介護予防サービスとともに、あまり実績はありません。

【今後の方針】

短期入所生活介護と同様、介護者の負担軽減を図り、在宅介護を支えるために重要なサービスであると考えられることから、サービス需要の動向をみながら医療との連携を図りサービス供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
短期入所療養介護	日	0	21	0	0	0	0
	人	0	2	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護	日	0	0	0	0	0	0
	人	0	0	0	0	0	0

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

⑩福祉用具貸与

【現 状】

日常生活を支える、また機能訓練のための道具である福祉用具（車いすや特殊寝台など）を貸与するサービスです。居宅サービス・介護予防サービスともに、利用人数は増加傾向となっています。

【今後の方針】

今後、利用は着実に増加することが想定されます。自立支援の妨げにならないように、利用者の状態に合った福祉用具の貸与に努め、高齢者の有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるように支援していきます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
福祉用具貸与	人	307	329	348	317	317	317
介護予防福祉用具貸与	人	110	117	137	123	123	123

人数は1月当たりの利用者数

⑪特定福祉用具販売

【現 状】

入浴や排せつなどに用いる特定福祉用具の購入費の9割（一定以上の所得がある場合は、8割又は7割）を支給するサービスです。

【今後の方針】

自立支援の妨げにならないように、利用者の状態に合った福祉用具の販売に努め、高齢者の有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるように支援していきます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
特定福祉用具販売	人	6	6	3	6	6	6
介護予防特定福祉用具販売	人	2	2	1	1	1	1

人数は1月当たりの利用者数

⑫住宅改修費支給

【現 状】

手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際に、20万円を上限に費用の9割（一定以上の所得がある場合は、8割又は7割）を支給するサービスです。居宅サービス・介護予防サービスともに、利用人数は減少傾向にあります。

【今後の方針】

在宅の利用者が、住み慣れたなれた自宅で生活が続けられるように、また、利用者だけではなく周りで支える家族の意見も踏まえて改修計画を立てていきます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
住宅改修費支給	人	2	2	0	1	1	1
介護予防住宅改修費支給	人	2	1	1	2	2	2

人数は1月当たりの利用者数

⑬特定施設入居者生活介護

【現 状】

介護付き高齢者住宅に入居している方へ、食事や入浴、排せつなどの日常生活上の世話や機能訓練などを行うサービスです。居宅サービスの利用人数は増加傾向、介護予防サービスの利用人数は減少傾向となっています。

【今後の方針】

今後のサービス需要の動向を注視しながら、サービス供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
特定施設入居者生活介護	人	14	16	20	21	21	21
介護予防特定施設入居者生活介護	人	3	3	1	1	1	1

人数は1月当たりの利用者数

2) 地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【現 状】

日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が連携して、短時間の定期巡回により訪問するサービスです。また、利用者からの通報により随時訪問し、訪問介護サービス、訪問看護のサービスを行います。第5期から始まったサービスですが、本町にはサービス提供事業所がないため、実績はありません。

【今後の方針】

今後のサービス需要の動向を注視し、サービス供給を検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
定期巡回・随時対応型訪問介護看護							
	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

② 夜間対応型訪問介護

【現 状】

夜間の定期的な巡回訪問により、また通報を受けて、訪問介護員（ホームヘルパー）等が家庭に必要な生活援助を行うサービスです。本町にはサービス提供事業所がないため、実績はありません。

【今後の方針】

今後のサービス需要の動向を注視し、サービス供給を検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
夜間対応型訪問介護							
	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

③ 認知症対応型通所介護

【現 状】

認知症のある方に対し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。事業所は町内に1ヶ所あります。居宅サービスにおける利用人数は横ばい、介護予防サービスにおいては実績がありません。

【今後の方針】

今後の認知症高齢者の増加により、サービス需要は増加することが想定されるため、利用の促進を図り、供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
認知症対応型通所介護	人	17	16	17	17	17	17
介護予防認知症対応型通所介護	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

④ 小規模多機能型居宅介護

【現 状】

利用者の様態や希望に応じて、随時、訪問・通所・宿泊を組み合わせ、日常生活の介護、機能訓練を提供するサービスで、中重度になっても在宅での生活が継続できるよう支援するサービスです。事業所は町内に1ヶ所あり、居宅サービスの利用人数は増加傾向となっています。

【今後の方針】

今後、利用需要は着実に増加することが想定され、サービスの周知を図るとともに、供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
小規模多機能型居宅介護	人	14	14	18	14	14	14
介護予防小規模多機能型居宅介護	人	1	1	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

⑤ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

【現 状】

見守りや補助があれば日常生活を営むことが可能な認知症高齢者が、小人数で共同生活を営みながら、症状の回復や維持を図るためのサービスです。グループホームは町内に3ヶ所（9名定員）あり、満床の状態です。

【今後の方針】

今後も認知症高齢者は増加することが想定されます。認知症高齢者のための重要なサービスであり、供給体制の整備を促進し、サービス量の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
認知症対応型共同生活介護	人	26	26	31	32	32	32
介護予防認知症対応型共同生活介護	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護

【現 状】

定員29人以下で入居者が要介護者、その配偶者等に限定されている介護付き高齢者住宅に入居している要介護者に対し、食事や入浴、排せつなどの日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを行います。本町には該当する施設がありません。

【今後の方針】

今後のサービス需要の動向を注視し、サービス提供を検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
地域密着型特定施設入居者生活介護	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

【現 状】

定員29人以下の特別養護老人ホームに入所している要介護者に対し、日常生活上の介護や機能訓練等のサービスを提供します。平成26（2014）年度に29床の施設整備を行いました。

【今後の方針】

施設利用の需要は高く、待機者が多くいることから、第9期計画から広域型の施設整備に取り組むことで検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護							
	人	28	28	28	28	28	28

人数は1月当たりの利用者数

⑧看護小規模多機能型居宅介護

【現 状】

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ、訪問・通所・宿泊で介護や医療・看護のケアが受けられる複合型のサービスです。になります。第5期から始まったサービスですが、実績はありません。

【今後の方針】

今後のサービス需要の動向を注視し、サービス提供を検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
看護小規模多機能型居宅介護							
	人	0	0	0	0	0	0

人数は1月当たりの利用者数

⑨地域密着型通所介護

【現 状】

食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供するサービスです。事業所は町内に3ヶ所あります。利用人数は増加傾向にあります。

【今後の方針】

できる限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう利用者の心身機能の維持向上と、利用者の家族負担の軽減を図ります。また、今後、利用需要は着実に増加することが想定されますので、供給体制の確保に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
地域密着型通所介護	回	404	741	1,466	886	886	886
	人	39	73	155	88	88	88

回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

3) その他のサービス

① 居宅介護支援・介護予防支援

【現 状】

介護支援専門員(ケアマネジャー)が在宅で要介護・要支援となった人の心身の状況や、置かれている環境、本人や家族の希望等を踏まえて、介護(予防)サービス計画(ケアプラン)を作成し、サービス事業者との連絡・調整等を行います。なお、要支援認定者については地域包括支援センターが行います。認定者の増加とともに、居宅サービスの利用人数は着実に増加しています。

【今後の方針】

利用者に適切なサービスが提供できるように、ケアプランの点検等を行い、ケアマネジャーの質の向上に努めます。また、地域包括支援センターは自立のための効果的なサービスが利用できるように、サービス計画の作成に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
居宅介護支援	人	438	461	472	448	446	447
介護予防支援	人	123	126	146	134	134	134

人数は1月当たりの利用者数

(2) 施設サービスの整備

1) 施設サービス

①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・地域密着型特別養護老人ホーム）

【現 状】

常時介護を必要とする要介護者で、居宅では適切な介護を受けられない方を対象に、入浴、排せつ、食事、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う入所施設のサービスです。平成27（2015）年4月から新規入所は原則として要介護3以上が対象になりました。施設は町内に2ヶ所（169床）ありますが、施設利用の需要は高く、待機者が多い状況です。

【今後の方針】

施設利用の需要は高く、待機者が多くいることから、第9期計画において、施設整備を検討します。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
特別養護老人ホーム	人	141	135	138	138	138	138
地域密着特別養護老人ホーム	人	28	28	28	28	28	28

人数は1月当たりの利用者数

②介護老人保健施設

【現 状】

入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設です。利用者の状態に合わせた施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、医学的管理のもとで、看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを併せて受けることができます。施設は町内に1ヶ所（80床）あります。

【今後の方針】

在宅復帰を目指してサービスを提供し、退所後の関係機関との密接な連携に努めます。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
介護老人保健施設	人	64	69	60	60	60	60

人数は1月当たりの利用者数

③介護療養型医療施設・介護医療院

【現 状】

慢性疾患を有し、長期の療養が必要な方のために、介護職員が手厚く配置された医療機関（施設）です。病状は安定していても自宅での療養生活は難しい方が入所して、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーションなどを受けることができます。施設は町内に1ヶ所（88床）あります。

なお、令和6（2024）年3月末で介護療養型医療施設は完全廃止となります。

実績と計画

項目	単位	実績			計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
介護療養型医療施設	人	34	7	6	-	-	-
介護医療院	人	6	39	40	40	40	40

人数は1月当たりの利用者数

【参考】：町内におけるサービス付き高齢者住宅の整備状況

施設サービスを補完する高齢者向けの住宅として、町内には、住宅型有料老人ホームはありませんが、自立または介護度の低い高齢者を対象とするサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）が1施設（40戸）あります。

(3) 市町村特別給付

市町村特別給付は、本町独自のサービスで、第1号被保険者の保険料で賄われています。

1) 紙おむつ購入費の助成

平成30(2018)年4月から在宅で紙おむつを常時使用している要介護認定者に、紙おむつ購入費の費用の一部を助成しています。(※介護保険料を滞納している人がいる世帯の人、生活保護受給者は除きます。)

自己負担の額は、介護保険負担割合証の割合によります。

要介護度	支給対象限度額(1ヶ月)
要介護1・2	2,000円
要介護3以上	5,000円

○支給対象品目

大人用紙おむつ(フラット型、テープ型、パンツ型)

尿取りパッド

失禁用パッド

○紙おむつ利用実績(各年度末現在)

	単位	令和3年度 (2022)	令和4年度 (2023)
利用人数(のべ)	人	509	531
助成額	円	4,687,572	4,940,168

第2節 地域支援事業の推進

高齢者が、いつまでも健康で介護が必要にならないよう予防するとともに、介護が必要な状態等になった場合でも、重度化することを予防することで、できる限り住み慣れた地域の中で、いきいきと暮らしていくことを支援するために、地域支援事業を実施していきます。

地域支援事業は、「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」に大別されます。「介護予防・日常生活支援総合事業」は、制度改正により本町では平成28(2016)年4月から移行となりました。「介護予防・日常生活支援総合事業」は、65歳以上の高齢者を対象とした本町が独自で行う介護予防事業です。「包括的支援事業」は、地域包括支援センターを中心に、介護予防ケアマネジメントを包括的・継続的に行い、地域の中で認知症高齢者の対策や高齢者虐待防止等の様々な支援ができるように体制づくりを行っていく事業です。

介護予防・日常生活支援総合事業（要支援 1～2、それ以外の者）

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス
 - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実）
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症施策推進事業
（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等）
- 生活支援体制整備事業
（コーディネーターの配置、協議体の設置等）

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、これまで全国一律の予防給付として提供されていた訪問介護（ホームヘルプ）・通所介護（デイサービス）が、市町村が取り組む地域支援事業に移行され、多様なサービスを提供できるようになりました。本町は、第6期計画期間中の平成28（2016）年4月より予防給付から総合事業へと順次移行しました。要支援者、介護予防・生活支援サービス事業対象者（基本チェックリストを用いた簡易な形で要支援者に相当する状態等と判断された方）を対象とした「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」があります。

1) 要支援者の受給率

令和5（2023）年9月現在の認定者数は事業対象者が148人、要支援者が255人の合わせて403人となっています。サービスを利用している受給者は175人で、受給率は43.4%と低い状況になっているため、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業に繋げ、重度化防止に努めていきます。

○令和5（2023）年9月現在の受給率

区分	単位	事業対象者	要支援1	要支援2	合計
認定者数	人	148	112	143	403
受給者数	人		84	91	175
受給率	%		32.30	63.63	43.42

※サービスの受給は、現行相当とサービスAのみ。

2) 生活支援従事者研修の開催

本町独自の基準のサービス（サービスA）は、専門の介護福祉士や介護職員初任者研修修了者に加えて、生活支援サポーター（本町が実施する一定の研修を受講した方）がサービスを提供できるようになっており、本町ではこれまで生活支援サポーターの養成に努めてきましたが、令和2（2020）年度より、生活援助サービス（掃除・洗濯・調理など）を専門に行う人材を確保するため、生活支援サポーターの養成にかわり、生活援助従事者研修を開催し、生活援助サービスを支援できるヘルパーの増員を図っています。

○生活援助従事者研修

指 標	令和5年度現在	令和8年度目標
生活援助従事者研修人数累計	16人	28人

(2) 包括的支援事業

1) 地域包括支援センターの機能・運営の強化（重点事業）

① 地域包括支援センターの体制

平成29（2017）年4月から地域包括支援センターは、日常生活圏域ごとの2ヶ所に設置しています。町民が身近なところで安心して相談できる総合相談体制の充実や、地域包括ケアシステムの構築に向けて、保健・医療・福祉・地域のネットワークの活性化を図ります。

② 地域包括支援センターの機能の強化

地域包括支援センターは、地域内の総合的、重層的なサービスネットワークを構築することや総合相談支援・権利擁護としての高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問により実態を把握し、必要なサービスにつなげていきます。

また、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援するとともに、介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるように、適切なマネジメントと機能の強化を図ります。

③ 地域包括支援センター運営の強化

多様化する地域ニーズの把握や地域包括ケアの実現に向けたネットワークづくりなどセンターの業務の円滑かつ効率的な推進を確保するため、町との役割や業務指針等の再生を行い、明確化を図ります。また、地域包括支援センター運営協議会の機能を積極的に活用し、センターの運営や必要な支援を検討します。

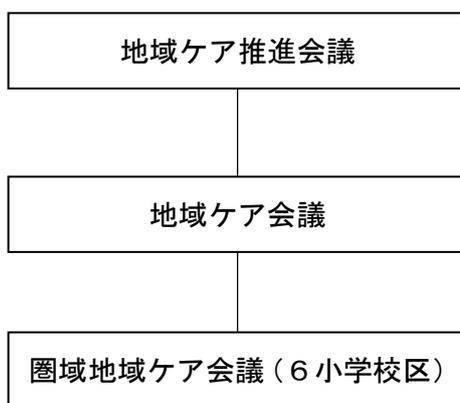
2) 地域ケア会議の充実

高齢者や障がい児者の支援体制を強化するため、地域包括支援センターを中核として居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、医療機関、本町等による地域ケア会議を設置しており、個々の機関では対応が困難、あるいは多種の機関が関わることで有効な支援に結びつくような事例等について協議し、高齢者等の課題解決に向けた総合的な情報の共有、支援の調整等を行っております。

今後も関係機関の連携を推進するとともに、必要に応じて各種サービス提供者を加える等機能強化を図りながら総合的な支援強化を進めます。

さらに、現在の会議体制の上部組織である「地域ケア推進会議」から、地域ケア会議での課題等を踏まえた町への提言発信を行います。

また、地域包括支援センター毎の「圏域地域ケア会議」を6つの小学校区毎に開催し、民生委員や警察等と一緒に地域の身近な課題の発見や把握、情報共有に努めていきます。



指 標		令和 4 年度実績	令和 8 年度目標
地域ケア会議		12 回	12 回
圏域地域ケア会議	西地域	6 回	6 回
	東地域	6 回	6 回

3) 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要とされています。

このため、在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）の取組が必要であり、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進します。

また、医療機関から地域への切れ目のない支援体制を構築できるように、在宅療養に係る入退院支援の手順を基に、医療機関と介護サービス事業所等の連携体制を構築していきます。

①在宅医療・介護連携に関する相談支援体制の整備

平成30（2018）年度から地域包括支援センターに在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置しています。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行います。

指 標	令和4年度実績
地域包括支援センターでの相談支援	38件

②多職種連携会議の充実

地域の医療・介護関係者等が参画する多職種連携会議を開催し、在宅医療・介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる具体的取組を企画・立案します。また、地域ケア会議の上部組織となる「地域ケア推進会議」を多職種連携会議と併せて年1回実施します。

指 標		令和4年度実績	令和8年度目標
多職種連携会議の開催	会議	4回	4回
	講演会	1回	1回

③人生会議（ACP）の普及啓発

令和5（2023）年度から終末期（人生の最終段階）を迎えるために、元気なときから人生の最期の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか意識して考えるきっかけとして、高根沢版エンディングノート「わたしのことノート」を作成、配布しています。

講習や講和を通じ、普及啓発に努めます。

4) 認知症施策の推進

今後、急速な高齢化とともに認知症高齢者も増加し、令和7（2025）年には700万人を超え、高齢者の5人に1人が認知症となることが予測されています。

認知症の人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すべての期間を通じて必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要です。

本町においては、認知症施策推進大綱を踏まえて、認知症地域支援推進員が中心となり認知症施策を推進します。

①「認知症サポーター養成講座」「認知症サポーターステップアップ講座」の開催

認知症高齢者が増加するなかで、介護する家族等の負担は大きく、地域ぐるみで見守るという体制づくりが必要です。そのために認知症についての正しい知識を広く啓発するために「認知症サポーター養成講座」を開催しています。

令和3（2021）年度からは、実際に認知症の人や家族を支えるサポーターを育成するための「認知症サポーターステップアップ講座」（認知症サポーター上級者育成講座）を実施しています。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
認知症サポーター養成講座の開催	4回	10回
認知症サポーターステップアップ講座の開催	1回	2回

②キャラバン・メイトの活動充実

認知症サポーター養成講座を推進するために、講師役であるキャラバン・メイトの活動の充実を図ります。地域住民・団体・学校等で認知症サポーター養成講座が実施できるような体制づくりを推進します。

③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ように、認知症の人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、早期診断・早期対応に向けた支援体制を進めています。

「認知症初期集中支援チーム」では、複数の専門職により認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活をサポートしていきます。

指 標	令和 4 年度実績	令和 8 年度目標
認知症初期集中支援チームによるサポート回数（のべ）	40 回	60 回

④「もの忘れ相談センター」の設置

町内の認知症グループホーム（3ヶ所）内に「もの忘れ相談センター」を設置しています。在宅で生活する認知症の人が安心して生活できるようにサポートします。

指 標	令和 4 年度実績	令和 8 年度目標
もの忘れ相談センターの相談件数（のべ）	17 件	60 件

⑤オレンジカフェの開催

認知症の人やその家族、地域住民など誰もが参加できます。認知症の悩みを抱え込まないように、気軽に相談などができる憩いの場を地域に広げていきます。

指 標	令和 4 年度実績	令和 8 年度目標
オレンジカフェの開催回数（のべ）	12 回	30 回

⑥チームオレンジの立ち上げ

地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターなどを結びつけるため、「チームオレンジ」を立ち上げ、早期からの支援などを行います。

⑦地域の見守りネットワークの構築

認知症高齢者やその家族が安心して暮らすことができるように、認知症への対応（予防・早期発見・ケア等）ができる地域の社会資源を活用し、地域で支える見守りネットワークの構築を推進します。

指 標	令和 4 年度実績	令和 8 年度目標
地域見守りネットワーク体制整備事業者数	16 件	18 件

⑧認知症高齢者徘徊探索端末機器の貸与

在宅の徘徊高齢者の介護者に、位置探索端末器を貸与することで、徘徊高齢者の早期発見と事故を防止し、介護者が安心して在宅で介護できるように支援します。

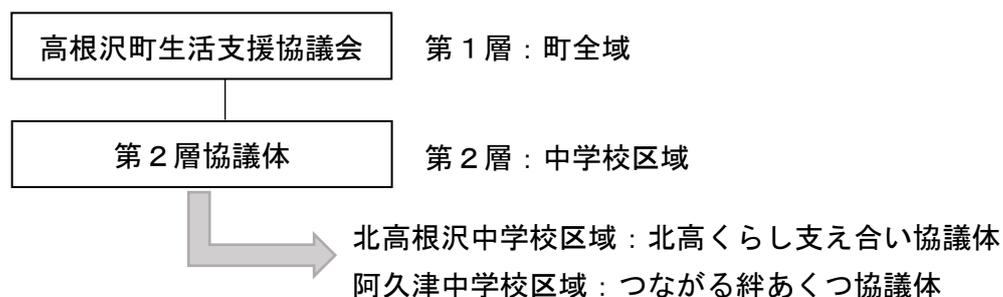
5) 生活支援サービスの体制整備

元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体による様々なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していきます。

①生活支援協議体の設置

平成27（2015）年3月に第1層（町全域）の協議体として高根沢町生活支援協議会を設置し、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進しています。

平成30（2018）年度からは、日常生活圏域（中学校区域）に第2層協議体を設置しており、地域の実情を踏まえ、地域ごとの創意工夫により、地域における足りないサービスを創出していきます。



②生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

平成27（2015）年10月に第1層の生活支援コーディネーターを配置し、主に地域住民の通いの場（サロン）の立ち上げ支援や地域懇談会による地域課題の問題提起や課題の抽出を実施してきました。

平成30（2018）年度からは、地域からの課題を整理し、解決に向けた支援を行っています。具体的には、地域に不足するサービスの創出やサービスの担い手の養成、元気な高齢者が担い手として活動する場の確保などを実施しています。また、第2層コーディネーターを配置し、地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングしていきます。

(3) 任意事業

1) 介護給付適正化事業（重点事業）

本町では、第8期計画期間中、国が定める介護給付適正化主要5事業（「要介護認定の適正化」「ケアプラン点検」「住宅改修等の点検」「医療情報との突合・縦覧点検」「介護給付費通知」）に取り組むとしていました。

給付適正化の取組を推進する観点から、介護給付適正化主要5事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取組を含めた事業の重点化・内容の充実・見える化を行うことが重要であるとされています。

第9期計画期間では、国の方針に従い、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を任意事業として位置付け主要事業から除外するとともに、実施の効率化を図るため「住宅改修等の点検」を「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた3事業を給付適正化主要事業と位置付け、取り組んでいきます。

① 要介護認定の適正化

【事業内容・実施方法】

一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域差及び保険者内の合議体間の差等について分析を実施します。また、認定調査項目別の選択状況について、全国の保険者と比較した分析等を行います。

【目標】

適切に認定調査が行われるよう実態を把握し、要介護認定調査の平準化を図ります。

② ケアプランの点検

○ ケアプランの点検

【事業内容・実施方法】

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、本町職員等の第三者が訪問調査を行い、点検及び支援を実施します。

また、適正化システムを活用し、地域の個々の介護支援専門員のケアプラン作成傾向を分析し、受給者の自立支援に資する適切なプランになっているか確認します。

【目標】

「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組を目指し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう取り組みます。

○住宅改修の点検

【事業内容・実施方法】

住宅改修工事を施行する前に、受給者宅の実態確認又は工事見積書の点検を行うとともに、施工後に訪問又は竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検します。

特に改修費が高額と考えられるものや、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケースについては、訪問調査を実施します。

【目標】

受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除し、受給者の身体の状態に応じた必要な住宅改修の利用を進めます。

○福祉用具購入・貸与調査

【事業内容・実施方法】

適正化システムを積極的に活用し、各福祉用具の貸与品目の単位数を把握し、同一商品で利用者ごとに単位数が大きく異なるケース等については、福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について点検します。

また、軽度者への福祉用具貸与については、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認書の提出を求め、必要に応じて訪問調査を実施します。

【目標】

受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体の状態に応じた必要な福祉用具の利用を進めます。

③医療情報との突合・縦覧点検

○医療情報との突合

【事業内容・実施方法】

住民課国民健康保険・後期高齢者医療担当と連携を図りながら、毎月国保連合会から送付される「医療給付情報突合リスト」により国民健康保険や後期高齢者医療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ます。

【目標】

医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

○福祉用具購入・貸与調査

【事業内容・実施方法】

毎月国保連合会から送付される各種縦覧点検チェック一覧表をチェックし、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実施します。

【目標】

請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処理を実施します。

2) 家族介護支援事業**①介護教室**

要介護者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした介護教室や介護する家族の身体的・精神的負担の軽減を目的とした介護者交流会等を地域包括支援センターや介護事業所等で推進できるように支援していきます。

○令和4（2022）年度実績

	教室名	回/年
東地域包括支援センター	らくらく介護教室	3回
西地域包括支援センター	ゆったり介護教室	6回

②在宅高齢者家族介護支援金（新規）

要介護4・5の認定を受けた在宅高齢者を同居等で介護している介護者に対し、支援金支給し経済的負担の軽減を図ります。

3) 成年後見制度利用支援事業

身寄りのない認知症高齢者などの「福祉を図るために特に必要があると認めるとき」には、親族に変わって町長が法定後見開始の申立てをすることができます。これにより身寄りのない認知症高齢者などが、介護施設への入退所や預貯金・不動産などの財産管理等ができないという事態を防ぐことができます。

また、低所得の高齢者に係る成年後見制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成も行います。

さらに、令和5年7月に本町単独直営で「高根沢町成年後見制度利用促進に係る中核機関」を設置しました。

地域における成年後見制度の相談窓口として、援助の必要な方を発見し、適切な支援につなげる「地域連携ネットワーク」づくりを進めていきます。

4) 認知症グループホームの家賃等助成事業（新規）

認知症グループホームの家賃等費用負担が困難な低所得者の経済的負担を軽減するため、利用者負担の軽減を行っている事業所を対象に、介護給付制度の段階に応じ、助成を行います。

第3節 高齢者にやさしいまちづくりの推進

(1) 緊急通報装置貸与事業

【現 状】

1人暮らしの高齢者及び重度身体障がい者等を対象に、急病や災害の時に、非常ボタンを押すだけで警備会社に通報される装置を貸与しています。また、火災センサーも併せて取り付けられます。

【今後の方針】

ニーズ調査からも、高齢者の6割が日中1人になることがあるという結果になっており、緊急時の対応の必要性が高くなっています。

装置の設置により緊急事態にも24時間体制で対応できるため、生活の安全が確保されます。社会福祉協議会や民生委員、その他関係機関からの情報を得ながら、必要とされる世帯の把握に努め、必要と判断される世帯に貸与を行います。

指 標	令和5年9月現在	令和8年度目標
緊急通報装置貸与件数/年	170件	200件

(2) 外出支援サービス

【現 状】

デマンド交通システムが運行を開始し、交通弱者の足として定着してきております。また福祉有償運送事業により、移動困難者への支援が行われています。

【今後の方針】

現在運行されているデマンド交通システム、福祉有償運送については、利用者の動向やサービス提供の充実に向けて情報収集を継続します。さらに、新しい移動支援サービス（訪問型サービスD等）について検討し、サービス利用者の生活支援の充実を図っていきます。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
デマンド交通利用者数（のべ）※1	41,842人	47,000人
福祉有償運送利用者数（のべ）※2	219人	270人

※1 令和2（2020）年度より町内在住の80歳以上高齢者については無料

※2 令和2（2020）年度より町内在住の利用者につき、1回1,000円の補助制度あり

(3) みまもり収集

【現 状】

家庭ごみを、ごみステーションまで持ち出すことが困難な1人暮らしの高齢者や障がい者等を対象に戸別に訪問し、家庭ごみを収集することでごみ出しの負担を軽減しています。

【今後の方針】

みまもり収集の対象者には該当しないが、ゴミ出しが困難な高齢者世帯等についても、住民主体による新しい訪問型サービス（サービスB）の提供体制を整備し、生活支援の充実に努めていきます。

指 標	令和5年9月現在	令和8年度目標
みまもり収集利用世帯	78世帯	90世帯

(4) 高齢者配食サービス

【現 状】

在宅の要介護高齢者等に対し、栄養のバランスのとれた食事を提供することで、低栄養の予防を図るとともに、その安否の確認も合わせて行うことで、高齢者が健康で安心した生活を送ることができるように支援しています。

【今後の方針】

高齢者の低栄養予防とみまもりを支援しつつ、家族等の介護負担を軽減する支援の体制を図ります。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
利用者数（のべ）	938人	1,100人
配食数	8,145食	9,600食

(5) 高齢社会に対応する居住環境整備

【現 状】

本町全体の持ち家率は60.1%と県と比較して低い水準（県全体68.3%）ですが、高齢者が世帯主の持ち家率は91.9%と県と比較して高い水準（県全体88.0%）で、居住環境は比較的整っている状況です。

【今後の方針】

高齢者が、介護や支援が必要な状態になっても在宅での生活を継続できるよう、居宅サービスを充実させるとともに、住宅改修の支援をし、住宅のバリアフリーを進めます。

独居や高齢者夫婦世帯の増加など家族の介護力が低下する状況にあり、サービス付き高齢者向け住宅の整備についても、『高根沢町定住人口増加プロジェクト』計画を念頭に、近隣市町の整備状況や利用者ニーズの把握等を進めながら検討していきます。

また、空き家バンクシステムも始まり、空き家を売りたい・貸したい人（所有者）と、空き家を買いたい・借りたい人（利用者）が、それぞれ「空き家バンクシステム」に登録することにより、空き家を有効活用することもできます。

(6) 避難行動要支援者対策の強化

【現 状】

高齢化が進展し、認知症高齢者や1人暮らし高齢者が増加する中で、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、支援の充実が必要です。

【今後の方針】

平成23（2011）年度に、1人暮らし高齢者や高齢者世帯、あるいは障がい者等、災害時等の緊急支援に備えるため「避難行動要支援者名簿登録」システムが整備されました。

今後はこの活用により、災害時に限らず地域での見守り体制の強化を図ります。

指 標	令和5年7月現在
避難行動要支援者名簿登録者数	531人

(7) 高齢者虐待防止のための支援

【現 状】

高齢者虐待は、高齢者本人や加害者にもその意識が無く、意識があっても他人に知られまいとするため発見が難しく、また、家族が加害者である場合が多いことから実態を調査するのが困難で、支援に結びつけにくい状況にあります。

【今後の方針】

高齢者虐待が起こる背景にはさまざまな要因がありますが、介護、特に認知症介護の負担が大きくなっていると考えられます。

「地域ケア会議」をはじめとした医療機関を含めた関係機関の連携を密にし、様々な機会を通じた早期の発見と支援に努めるとともに、虐待を防止するために地域全体で見守り、支援していく体制整備のための啓発を進めます。

(8) 老人ホームへの入所措置等の支援

1) 養護老人ホーム

【現 状】

概ね65歳以上の高齢者で、身体上、精神上、環境上の理由及び経済的理由により、居宅において生活することが困難な方については、養護老人ホームへの入所の措置を行っています。

【今後の方針】

家族等からの虐待や放置、身寄りもなく劣悪な環境での生活を続けている等、生命の危機にさらされている高齢者を養護老人ホームに入所措置することで、救うことができます。入所措置にあたっては、入所判定委員会に諮り、妥当性を見極めて行います。

入所措置の基準

次のいずれにも該当する場合

(1) 環境上の事情

- ・健康状態：入院治療を要する状態でないこと
- ・環境の状況：家族や住居の状況など、現在置かれている環境の下で、在宅において生活することが困難であると認められること

(2) 経済的な事情

- ・入所しようとする高齢者の世帯が、生活保護法による保護を受けていること
- ・入所しようとする高齢者がその生計を維持する者に町民税の所得割が課税されていないこと

2) 特別養護老人ホーム

【現 状】

概ね65歳以上の高齢者で、やむを得ない事由により介護保険法に規定する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所することが著しく困難であると認められるときには、特別養護老人ホームへの入所の措置を行っています。やむを得ない事由としては、要介護認定の「申請」を期待しがたいことや事業者と「契約」をして介護サービスを利用することが望めない場合になります。

【今後の方針】

特に認知症など家族の介護負担が重く高齢者虐待を伴うような場合には、早急に家族と高齢者を分離するために、特別養護老人ホームへの入所措置を実施します。また、地域ケア会議や地域包括支援センター等の関係機関と連携しながら高齢者虐待等の早期発見に努めていきます。

3) 居宅における介護等の措置

【現 状】

65歳以上の高齢者で、身体上又は精神上の障がいがあるために日常生活を営むのに支障がある方等が、やむを得ない事由により介護保険法に規定する訪問介護、通所介護、短期入所生活介護又は認知症対応型共同生活介護を利用することが著しく困難と認めるときには、必要に応じて措置により介護サービスに繋げています。

【今後の方針】

地域ケア会議の活用や地域包括支援センター等の関係機関との連携を密にし、介護サービスを必要とする方に、必要な介護サービスを繋げていきます。

第4節 地域包括ケアシステムの充実

(1) 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくり

相談を受けた窓口や機関が個別に対応するのではなく、町内の関係機関が連携し、横断的な対応を図りながら解決するには、日々の情報共有、支援の調整等を行う場が必要となります。また、多種の機関が関わることで有効な支援に結びつくような事例等について、関係者が集まり協議を行うことも有効です。

本町では、地域包括支援センターを中核として居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、医療機関、町等による地域ケア会議を設置して、町内の関係機関との連携による支援の強化に取り組んできました。

今後、高齢者介護に限らず、様々な要因が複合的に関係し、分野を超えて取り組まなければならない地域生活課題の解決にも対応できる支援サービスの充実を図るため、地域の身近な課題の発見や把握、情報共有を諮る圏域地域ケア会議と、地域ケア会議での課題等を踏まえた町への提言発信を行う「地域ケア推進会議」において、住民の相談に応じ、必要な支援を関係機関と連絡調整等を取りながら包括的に実施するケアシステムの構築を目指します。

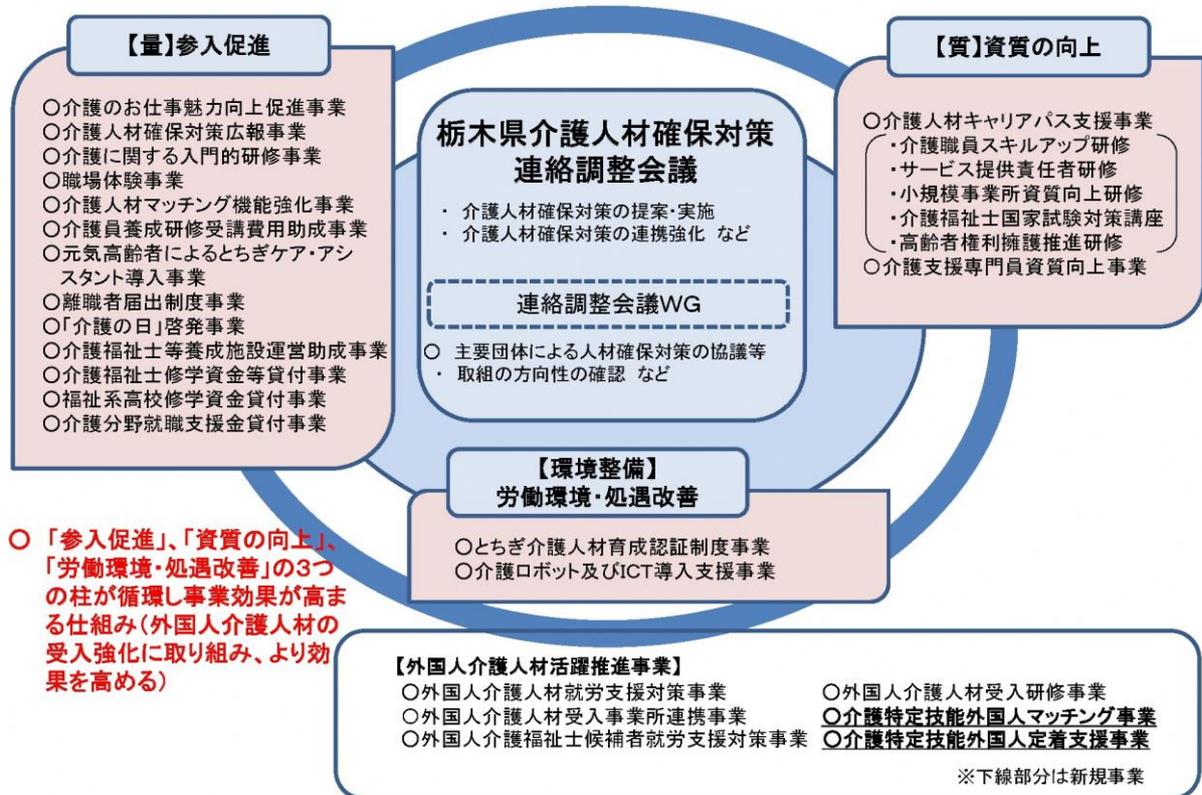
(2) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保

地域包括ケアシステムは、多様な主体による様々なサービスの提供体制から成り立っており、それぞれの主体での人材の確保が必要となります。特に本町においては、生活支援体制の整備が重要になりますので、人材の確保として、生活支援サポーターやボランティアとなる地域の担い手に加え、生活援助従事者研修を開催し、サービス提供の質の維持・向上を図るとともに、事業者に対しては、生活援助従事者研修修了生、生活支援サポーターやボランティアが活躍できる場の提供を促していきます。

本町では、このように地域住民が主体となった生活支援の充実を図るために、生活支援コーディネーターを中心に、「生活支援協議体」のネットワークを生かしながら、地域の互助を高め、住民主体のサービスが活性化されるように、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりを推進していきます。

また、介護専門人材の確保については、本町は、栃木県介護人材確保対策事業と連携しながら、介護未経験の中高齢者への入門的研修や、小中学生の介護職体験や職業指導等を通じた将来の介護参入のきっかけづくりの取り組みを進め、継続的に必要な人材が確保されるように努めます。

令和5(2023)年度栃木県介護人材確保対策事業の全体図



(3) 関係機関との連携

1) 在宅福祉ネットとの連携

平成22(2010)年度に、本町の高齢者や障がい者サービスの事業所、町社会福祉協議会などで組織する「高根沢町在宅福祉ネット」が設立されました。

これは、在宅福祉が個々の団体や事業所だけでは対応するのが困難な時代に突入しつつある現在、「本町福祉の向上には地域の社会資源が有機的に結ばれ、包括的なサービスを行う体制を整えることが必要」との考えから、関係事業所が自主的に立ち上げたものです。

町は、在宅福祉ネットとの連携を図りながら、地域ケア体制の充実を図っていきます。

2) 警察等との連携

地域包括支援センター毎の圏域地域ケア会議を小学校区毎に開催し、民生委員や警察等と一緒に地域の身近な課題の発見や把握、情報共有に努めていきます。

第5節 災害や感染症対策に係る体制整備

自然災害や感染症等の被害を最小限に抑え、素早い事業再開を目指すことができるよう、令和3（2021）年度介護報酬改定で介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）の策定が義務化され、令和6（2024）年3月末で3年間の経過措置期間が終了します。令和6（2024）年4月からは策定状況を把握し、未策定の事業所への指導が必要となります。

（1）災害に対する備え

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

このため、本町では、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促す等の体制整備を進めています。

特に建築物の耐震性を確認し、耐震性が不足している場合は耐震改修を行うように促します。また、自分の事業所が大雨降雨時や河川の氾濫時に浸水するかどうかを高根沢町洪水ハザードマップで確認し、浸水する可能性がある場合は、浸水時の対策準備を行うこと、さらに大規模停電による電力供給の途絶、上水道被災時の水道供給の途絶の対策準備を行うことを促します。

（2）感染症に対する備え

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

このため、本町では、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的を確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務に当たることができるように、感染症に対する研修の充実等の体制整備を進めていきます。

また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の準備についても検討していきます。

さらに、介護事業所等における適切な感染防護具、消毒液、その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備についても検討していきます。

【基本目標②】健康づくり・介護予防

第1節 健康づくりの推進

生活習慣病が、高齢期における要介護状態となる最大の要因となっていることから、中年期（40歳から64歳）から生活習慣病の改善を行うことで、元気な高年期を迎えることを目指し、高齢期における介護予防事業に一貫性・継続性を有しながら繋げていくことを念頭に置き、健康づくりを推進していきます。

また、75歳以上の高齢者については、フレイル（虚弱）予防のための栄養指導に取り組んでいきます。

（1）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

団塊ジュニアが高齢者となる令和22（2040）年までに健康寿命の延伸することを目的とした取組の一つとして、令和2（2020）年度から市区町村による医療・介護・健診情報を一元管理するデータベースシステム（KDBシステム）を活用し、地域の健康課題を分析したうえで、通いの場等を主とした介護予防・日常生活支援総合事業と国民健康保険の保健事業の一体的実施をしています。

町の後期高齢者の健康診査受診率は、県内において低い割合となっており、より一層健康診査の受診勧奨を行うとともに、健診も医療も受診していない、または、医療中断などのため健康状態を把握できない人の状態を把握し、必要な場合は、適切な医療・介護サービスにつなぐなど、健康支援をしていきます。

（2）生活習慣病の発症予防・重症化予防

後期高齢者医療広域連合と連携し、健康診査の結果、生活習慣病が重症化するリスクが高いにもかかわらず、医療機関未受診である者に対し、人工透析への移行その他生活習慣病の重症化を予防するため、受診勧奨、保健指導等を実施し、生活の質の維持及び向上を図ります。

（3）フレイルの早期発見・早期対応

フレイルに関する知識の普及を図り、早期に対応できるよう医療、介護、保健、福祉の連携を充実させます。

また、地域のサロン（通いの場）等に出向いて実施する出前講座においてフレイルについて積極的に啓発します。

第2節 生活支援・介護予防の推進（重点事業）

高齢者の多くは要介護状態や要支援状態に至っておらず、また要支援者等軽度の高齢者についても、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の低下に対応した日常生活上の困りごとや移動に対する支援などによって自立した生活が継続できます。

元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、シルバー人材センターなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していきます。

（1）介護予防・日常生活支援総合事業（再掲）

1）介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

①訪問型サービス

【現 状】

訪問型サービス現行相当は、介護予防訪問介護（ホームヘルプ）と同等のサービスで、訪問介護員（ホームヘルパー）が家庭を訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や、調理、洗濯、掃除等の生活援助を行うもので、対象者は要支援2です。

訪問型サービスAは、町独自の緩和した基準によるサービスで、身体介護を除いた生活支援を行うものです。サービス提供者は、本町が実施した一定の研修を受講した方（生活支援サポーター）も生活援助を行うことができ、対象者は、要支援1・事業対象者です。

【今後の方針】

住民主体の自主活動として行う生活援助等のサービスとして訪問型サービスBも検討していきます。

実績と計画

項目	単位	実績		実績見込 R5	推計		
		R3	R4		R6	R7	R8
訪問型サービス	千円	14,488	15,434	15,830	16,225	16,631	17,047
	件	758	818	867	918	972	1,029
	日	4,480	4,829	4,917	5,005	5,095	5,186

出典：（実績値）地域支援事業費給付実績

②通所型サービス

【現 状】

通所型サービス現行相当は、介護予防通所介護（デイサービス）と同等のサービスで、通所介護事業所へ通い、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を受けるサービスで、対象者は要支援2です。

通所型サービスAは、本町独自の緩和した基準によるサービスで、運動・レクリエーション等を受ける短時間のミニデイサービスです。サービス提供は、生活支援サポーターも行うことができ、対象者は、要支援1・事業対象者です。

【今後の方針】

住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり（通所型サービスB）も検討していきます。

実績と計画

項目	単位	実績		実績見込 R5	推計		
		R3	R4		R6	R7	R8
通所型サービス	千円	36,143	36,916	35,463	36,172	36,895	37,632
	件	1,394	1,444	1,353	1,380	1,407	1,435
	日	7,793	7,339	7,401	7,549	7,699	7,852

出典：（実績値）地域支援事業費給付実績

③通所型サービスC

【現 状】

通所型サービスCは、短期集中の予防サービスで、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3ヶ月で実施するサービスです。

【今後の方針】

引続き高齢者の自立支援・重度化防止を目的としてサービスを提供していきます。

実績と計画

項目	単位	実績		実績見込 R5	推計		
		R3	R4		R6	R7	R8
通所型サービス C	千円	3,600	3,600	3,600	3,600	3,600	3,600
	回	3	3	3	3	3	3
	人	43	38	48	60	60	60

④その他の生活支援サービス

○高齢者配食サービス

在宅の要介護高齢者等に対し、栄養バランスの取れた食事を提供するとともに、見守りを行うサービスです。

実績と計画

項目	単位	実績		実績見込 R5	推計		
		R3	R4		R6	R7	R8
配食サービス利用者数（のべ）	人	911	938	950	990	1,050	1,100

⑤介護予防支援事業（ケアマネジメント）

【現 状】

介護予防支援と合わせて、地域包括支援センターがケアプランを作成し、サービス事業者との連絡・調整等を行います。

【今後の方針】

利用者が自立のための効果的なサービスが利用できるように、サービス計画の作成に努めます。また、サービス内容については、一般介護予防事業の通いの場（サロン）への参加等も含めた柔軟なプランとします。

実績と計画

項目	単位	実績		実績見込 R5	推計		
		R3	R4		R6	R7	R8
介護予防ケアマネジメント	千円	6,635	6,805	6,281	6,406	6,534	6,664
	件	1,459	1,513	1,398	1,425	1,453	1,482

出典：（実績値）地域支援事業費給付実績

2) 一般介護予防事業

全ての高齢者を対象に介護予防の普及・啓発や高齢者の健康の保持増進を図ります。高齢者自ら健康づくり・介護予防に取り組めるように、自主グループの育成や住民運営の通いの場を充実させ、地域づくりによる介護予防を推進していきます。

①介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等何らかの支援を要する方を把握し、介護予防活動へ繋げていきます。

②介護予防普及啓発事業

介護予防の基本的な知識を普及啓発するため、パンフレットの作成配布や講座などを開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援していきます。

③地域介護予防活動支援事業

介護予防に関する知識向上のための研修会等を実施し、ボランティアが地域で活動できるよう支援していきます。また、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。

○「元気はつらつ運動教室」

いつまでも元気で過ごすことができるように、健康維持・介護予防のために体操や脳トレ、健康講話等を実施。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
元気はつらつ運動教室 参加人数/年	1,329人	2,200人

○元気あっぱポイント事業

地域ボランティア活動もしくは地域社会参加活動又は健康診査等を行った高齢者に対し、その実績に応じてポイントを付与し、ポイントを蓄積した高齢者の申請に基づき、当該ポイントに応じてポイント交換品等と交換する事業。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
元気あっぱポイント事業 参加人数/年	252人	350人
受入施設数	23ヶ所	30ヶ所

○介護予防通いの場づくり事業

高齢者の介護予防及び自立支援を目的とし、通所による介護予防サービス【体操（身体機能低下予防）、茶話会（コミュニティ）、介護予防（認知症予防等）、趣味・生きがいづくりなど】を実施。

指 標	令和4年度実績	令和8年度目標
週3日以上開所の通いの場の数	2ヶ所	3ヶ所
高齢者の通いの場の参加者数 (のべ)	2,296人	3,500人

④一般介護予防事業評価事業

事業が適切かつ効率的に実施されたか、プロセス評価を中心として、原則として年度ごとに事業評価を行う事業です。現在は実施していませんが、地域住民の介護予防に関する認知度、ボランティア活動への高齢者の参加数などの評価に基づき、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から介護予防・日常生活支援総合事業全体の改善を図るために、実施について検討します。

⑤地域リハビリテーション活動支援事業

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

現在は、リハビリテーション専門職が地域ケア会議、住民運営の通いの場に関与し総合的に支援しています。

【基本目標③】生きがいづくり

第1節 高齢者の積極的な社会参加

(1) シニアクラブの活性化

【現 状】

令和5（2020）年度現在、本町では21のクラブが活動しており、会員数は458人です。在宅福祉を支える友愛活動やグラウンドゴルフ等のスポーツ活動を中心に活動しています。

【今後の方針】

シニアクラブが行う社会奉仕活動、健康増進事業を積極的に支援するとともに、高齢者が進んで参加できる魅力あるシニアクラブづくりを促進することによって、会員の増加を目指します。

- 友愛活動
- サークル活動（仲間づくり）
- スポーツ振興（健康づくり）
- 住みよい町づくりを目指すボランティア活動

指 標	令和5年4月現在	令和8年度目標
シニアクラブ数	21クラブ	23クラブ
シニアクラブ会員数	458人	500人

①シニアクラブ等の社会参加活動団体の支援

高齢者が孤立することなく地域で支え合い、その能力を社会で活かすために、シニアクラブ等の社会参加の活動団体を支援します。特に、シニアクラブは、あらゆる地域でレクリエーションなどの生活を豊かにする楽しい活動と、高齢者の経験や知恵を活かした地域を豊かにする社会活動に取り組み、豊かな地域社会づくりを進めています。その活動を支援し、高齢者の生きがいづくり、仲間づくりの場が充実されることを目指します。

②世代間交流の実現

高齢者が年齢にとらわれず、いきいきと暮らせる社会を築くために、高齢者に対する画一的なイメージを変えることが大切です。スポーツや文化伝承活動等を通じた高齢者同士の交流や、世代間での交流を充実させ、子どもの頃から高齢者の知識や経験に接する機会を充実させるとともに、高齢者自身がより積極的に社会に貢献していくことなども大切な視点として取り組んでいきます。

(2) 高齢者の学習機会の提供

【現 状】

現在本町では、公民館で高齢者等を対象とした「いきいき教室」を開催しています。また、図書館や生涯学習課等では、一般町民を対象とした様々な教室・講座を設けており、受講者に占める高齢者の比率は高く、学習への関心が高いことがわかります。

【今後の方針】

高齢者の幅広い学習意欲に応えるような学習の機会を提供する必要があります。多様な学習内容を有する「いきいき教室」については、より一層の充実を図るとともに、シルバー大学校をはじめとする一般町民を対象とした学習の機会を幅広く提供することで、世代間の交流も併せて促進していきます。

※栃木県シルバー大学校 中央校 宇都宮市駒生 3337-1 とちぎ健康の森 (Tel028-643-3390)
南校 栃木市神田町 9-40 (Tel0282-22-5325)
北校 矢板市矢板 54 (Tel0287-43-9010)

(3) 高齢者の就労促進

【現 状】

現在本町では、シルバー人材センターが臨時的、短期的または軽易な業務に係る就業を希望する高齢者を会員として組織され、就業の機会確保に努めています。

また、ハローワーク（公共職業安定所）では、高齢者向けの求職情報を提供しており、専門・技術職及び管理職など、需要についても多様化がみられます。

【今後の方針】

高齢者の就業ニーズの多様化に対応するため、シルバー人材センターの機能強化を図るほか、県の「生涯現役応援事業」とリンクできるような仕組みづくりをすすめ、情報の収集、提供等により新たな就業の開拓を進めます。なお、シルバー人材センターについては、平成27（2015）年4月より町の『みまもり収集事業（ゴミ出しが困難な方の見守りを兼ねた戸別収集事業）』を委託しています。

指 標	令和 5 年 4 月現在	令和 8 年度目標
シルバー人材センター会員数	130 人	140 人

※「生涯現役応援事業」・・・意欲と能力のあるシニア世代の方が、知識と経験を活かし、地域社会の支え手として、社会貢献活動から就労まで多岐にわたる社会参加活動についての相談にワンストップで対応します。

高根沢町シルバー人材センター 高根沢町大字太田 750 番地 1 (Tel028-676-0099)	とちぎ生涯現役シニア応援センターぷらっと 宇都宮市駒生町 3337-1 とちぎ健康の森 2 階 (Tel028-623-1291)
--	---

第2節 生きがいつくりの推進

(1) 高齢者のスポーツ活動の振興

【現 状】

高齢者の健康増進の一つとして、スポーツ活動に高い関心が寄せられています。

【今後の方針】

高齢者が自らの健康や体力に応じて、安心して親しめるスポーツや生涯にわたって継続的に実践できるスポーツの振興を図っていきます。

(2) 拠点（居場所）の整備

【現 状】

1人暮らしや虚弱高齢者の閉じこもりを防ぎ、より幅広い層の高齢者が生きがいのある活動ができるように、気軽に集まれる拠点（居場所）の整備を進めています。

現在16ヶ所（太田・上高根沢・東高谷・宝石台・西町・東町中区・中台・桑窪・柏崎・西根・金井・文挾・伏久・南区・花岡・仁井田）で居場所を開所しています。また、平成29（2017）年2月からは介護予防・日常生活支援総合事業による居場所（通いの場）が整備され、現在2ヶ所開所しています。

【今後の方針】

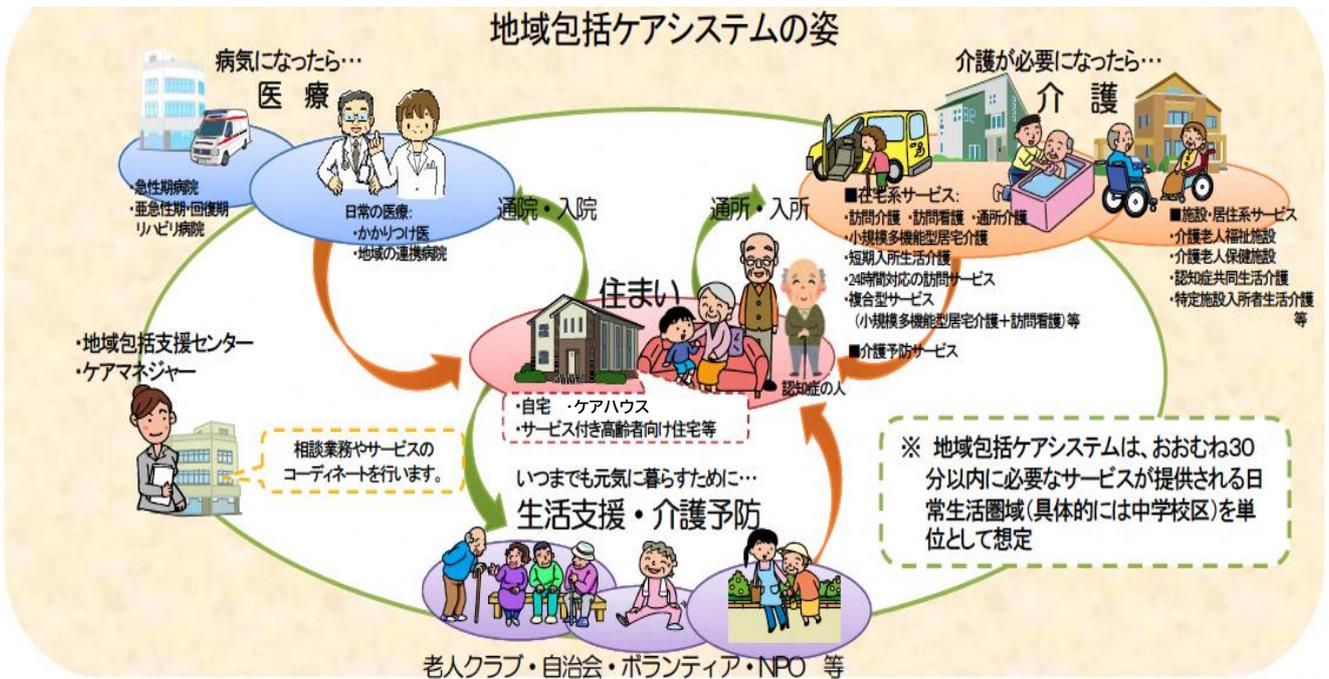
地域資源の活用や他の活動との組み合わせ等様々な工夫により、地域のコミュニティづくりに資する「地域の居場所」の増設を支援しながら、介護予防を取り入れた、「新しい総合事業による居場所」の拡大と定着を図ります。

指 標	令和5年4月現在	令和8年度目標
地域の居場所数（自主的な交流の場）	16ヶ所	20ヶ所
地域の居場所の会員数	385人	500人
総合事業による居場所数（介護予防事業）	2ヶ所	3ヶ所

第2章 高齢者福祉を担う各主体の役割

地域包括ケアシステムは第8期から第9期にかけて深化させ、推進していきます。新しい介護予防・日常生活支援総合事業がはじまり、軽度者向けの予防活動の多くは、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるようになり、「介護予防」と「生活支援」が一体となりました。複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測され、身体的な自立だけでなく社会的孤立も含めた生活課題を抱える人々への対応として、「保健・福祉」専門職（業）の役割は、より重要になると考えられます。「本人の選択」が最も重視され、それに対して本人・家族がどのように心構えを持つかが、地域生活の継続の基礎であることが改めて示されました。

令和7（2025）年に向け、地域包括ケアシステムの完成を目指して、本町は取り組みます。



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

上記を踏まえて、本町での高齢者福祉を担う主体のそれぞれの役割を、まとめました。

第1節 家族の役割

高齢者を取り巻く環境を考えた場合、本人を取り巻く最も小さな単位は家族や家庭となっています。しかし、1人暮らし高齢者や認知症高齢者が増え続ける現状において、家族が担い手として期待される役割は、十分に機能しづらい状況となっています。

一方、要介護状態になっても、できる限り住み慣れた自宅で生活したいということが多くの高齢者の願いでもあります。

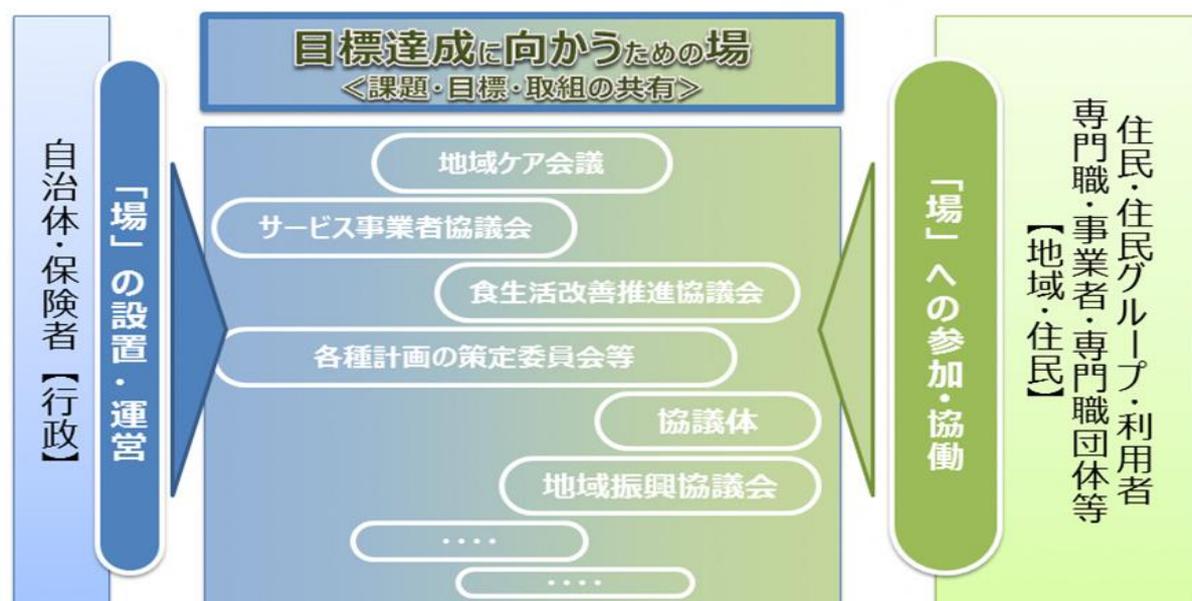
これらのことから、介護保険制度の適切な利用や地域包括支援センターをはじめとする相談支援体制の活用により、家族介護を担う介護者、家族の負担の軽減を図りながら、高齢者を支える機能の継続を図ることが求められています。

第2節 町民の役割

町民は、自らの健康づくりや心身の能力の維持向上は、自らが主体的に取り組むべき重要課題であることを深く理解するとともに、高齢化が進展する現代においては、元気な高齢者には地域社会を支える役割を担う必要があることを認識することが大切です。

また、「支え手」「受け手」という関係を超えて、「我が事」として主体的な支え合いを育み、町内の様々な資源を「丸ごと」活かしながら、暮らしに安心感と生きがい、豊かさを生み出す社会の一員として、介護サービス等の質を向上させる役割も期待されています。

<2040年に向けた「行政」と「地域・住民」の関係>



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会> - 2040年に向けた挑戦 -」
 (地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017 年

第3節 地域の役割

私たちが地域で暮らしていくうえで、介護や様々な事で悩みを抱えてしまい、不安を感じる場合があります。

高齢者世帯の増加とともに、自治会加入率の低下、地域行事の減少などが起きており、従来に増して、地域での支え合う『近助（近所）』を継承していくことが求められます。

安心して地域で暮らし続けるためには、地域福祉の担い手として声を掛け合い、見守りを行うなど「日常的な近所付き合い」として交流する機会を増やし、また子どもたちとの世代間交流地域の機会に参加し、地域をあげた子育て支援に参加を促すなど、一人ひとりが「我が事」として福祉に関する関心や認識を持った住民による地域づくりと活動の維持が求められます。

※『近助』とは助け合う「ご近所とのおつきあい」の意味。

第4節 各種団体の役割

住民のみなさんは、高齢者福祉や介護保険活動の主な担い手として、自分たちが暮らし、働く地域を見つめ直し、個々の住民同士の助けあいや町内会、民生児童委員協議会、子ども会、シニアクラブ、医師会などの地域組織の活動を通じて、自分たちでできることは何かを見極め、積極的に取り組むことが期待されています。また、高齢者や障がい者など、今までは福祉の対象と思われることの多かった人たちも、それぞれの立場や条件を活かし、高齢者福祉や介護保険活動に関わっていくことが大切なこととなってきています。

さらに一歩進んで、各地域組織相互が連携することで、地域全体で「丸ごと」支える体制づくりが求められます。

第5節 企業等の役割

企業や企業で働く人は、働く地域を見つめ直し、地域との福祉活動の関わりを通じて、高齢者福祉や介護保険活動への理解を深め、企業としてできることに積極的に参加することが期待されています。

また、高齢者や障がい者などが自ら自立や社会参加を目指して、それぞれの能力を活かし働ける場が求められています。今後、高齢者の再雇用が増加する傾向を踏まえ、高齢者に対する保健の充実が求められていくものと思われます。

企業は、地域と福祉の関わりをもって、高齢社会における福祉活動推進の一役を担っていくことが期待されています。

さらに、企業で働く人が家族の介護を行いながら継続的に働けるように、企業は、労働時間の調整や介護休業・介護休暇を取得しやすい職場環境の整備や、多様な働き方の導入などを進めていくことが求められています。

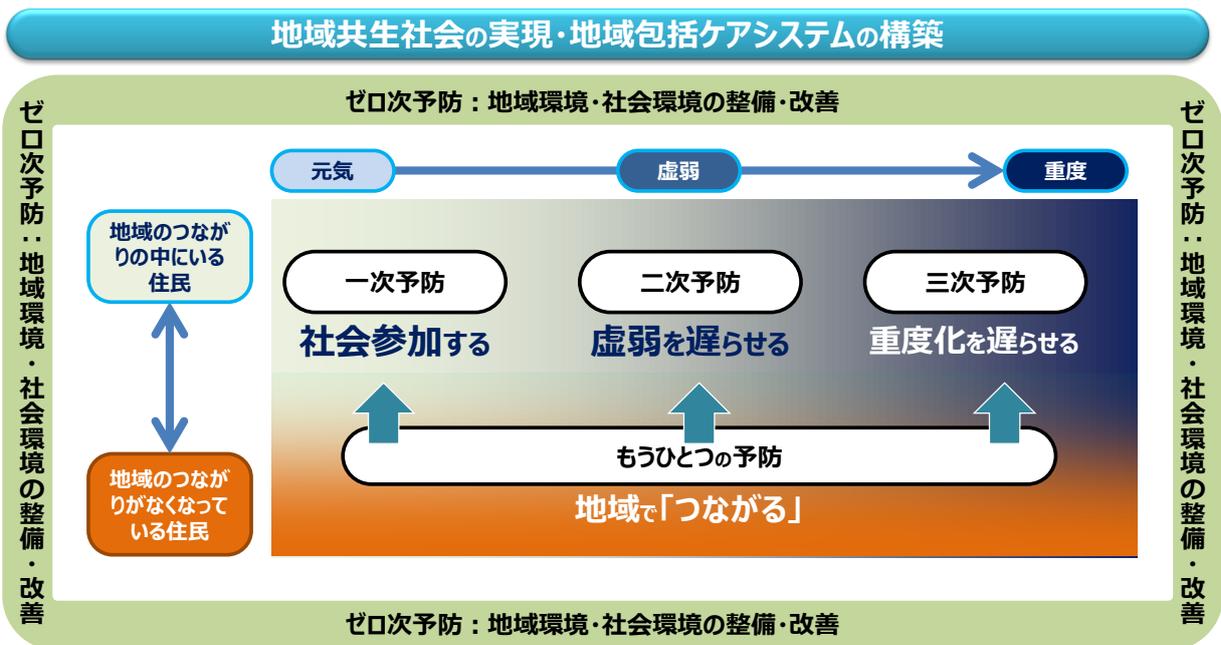
第6節 社会福祉協議会の役割

社会福祉協議会は、地域福祉活動の推進の中核として、本町と連携して本町計画の円滑な推進を支援し、福祉の向上のため指導的な役割を果たしてきました。

今日の市区町村の社会福祉協議会には、「誰もがボランティア活動できる地域社会、すなわち誰も排除しない共生文化を創造すること」を使命とし、地域の「支えあう関係」や「つながりの再構築」を基盤に、多様な主体が協働して地域の生活課題を解決していくボランティア・市民活動のセンターとして、地域包括ケアシステムの中の役割も求められています。

長年住民主体の地域福祉に関わってきたノウハウを活かし、福祉施策の向上を目指して住民と行政とのパイプ役として協働したり、住民の地域福祉活動へのボランティア参加のまとめ役として牽引することを通じて、住民とともに地域福祉を推進する役割が重要になっています。

<2040年に向けて地域包括ケアシステムで取り組むべき予防の方向>



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会> - 2040年に向けた挑戦 -」
 (地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017 年

第7節 行政の役割

地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現のためには、住民や地域、行政、医療、介護事業者、研究機関等あらゆる関係機関が主体的に参加し、連携していくネットワークの構築が重要であり、地域の中で最適なケアシステムを構築することについて、行政が果たすべき役割が大きくなってきています。

制度の改正をはじめとする情報の収集・提供を推進するとともに、様々な機会を通じて地域住民の個性に応じたきめ細かなニーズを把握し、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う方たちなどと連携し、その機能が最大限活かせるように、本町の実情にあわせた制度運営の実現に向けて積極的に取り組んでいきます。

また、介護の専門職や、家族介護を担う介護者の不安や悩みに答えられる体制の強化や、医療と介護のより一層の連携、介護給付の適正化等を通じた効果的な地域マネジメントによって、持続可能な制度運営を実現できるように取り組んでいきます。

第3章 介護事業費等の見込み（推計中）

第1節 介護給付費・地域支援事業費等の見込み

- (1) 介護給付サービスの現状
- (2) 介護給付サービスの目標事業量の推計
- (3) 介護保険事業費総費用の推計
- (4) 総合事業上限管理と総合事業費内訳

第2節 第1号被保険者の保険料の設定