

玉城町第8期介護保険事業計画及び 第9期高齢者保健福祉計画

令和3年3月

玉城町

目次

第1章 計画の基本的な考え方	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけと法令等の根拠	2
3 SDGsの達成に向けた取り組み	2
4 第8期介護保険事業計画に係る基本指針	3
5 計画の期間	3
6 日常生活圏域の考え方	4
7 玉城町における地域共生社会実現に向けた考え方	4
8 計画の策定体制	5
9 玉城町地域ケア会議との関係	5
10 計画の進行管理及び点検体制	5
第2章 玉城町の高齢者等を取り巻く現状と課題	6
1 人口構造等	6
2 介護保険サービス等の現状	18
3 アンケート調査結果からみえる現状	28
4 玉城町の課題	40
第3章 計画の方向性	42
1 計画の基本理念	42
2 基本目標	42
3 基本方針	44
4 施策体系	46
第4章 施策の展開	47
1 地域包括ケアシステムの基盤強化	47
2 介護予防・健康づくり施策の充実	51
3 在宅医療・介護連携の推進	56
4 介護保険サービスの適正化	57
5 高齢者がいきいきと活躍できる社会	58
6 地域ぐるみの認知症ケア	60
7 いくつになっても暮らしやすい町づくり	63
第5章 介護保険サービスの見込み量	66
1 保険料算定の手順	66
2 居宅サービス	67
3 地域密着型サービス	71
4 施設サービス	73
第6章 介護保険事業費の見込み	74
1 第8期の事業費見込み	74
2 保険料の算定	77
資料編	79
1 高齢者の自立支援・重度化防止等に関する指標	79
2 介護給付等に要する費用の適正化への取り組み及び目標	80
3 介護保険サービスの長期見込み	81
4 玉城町地域ケア会議について	84
5 用語解説	86
6 玉城町介護保険推進協議会について	89

第1章 計画の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

玉城町（以下「本町」という）では、平成30年3月に「玉城町第7期介護保険事業計画及び第8期高齢者保健福祉計画」を策定し、『育てよう！“地域の介護力”～みんなで支えあい、いくつになっても「玉城が好き！」と言えるまちへ～』という基本理念のもと、「在宅医療・介護連携の推進」「認知症ケア体制の整備」「生活支援・介護予防サービス基盤整備の推進」「地域ケア会議の充実」「介護予防・日常生活支援総合事業の推進」「地域包括支援室の機能強化」「介護保険サービスの適切な利用」「高齢者健康づくり施策の充実」の8つを基本方針に掲げ、各種施策を進めてきました。

今日の我が国における高齢化の問題は留まるところを知らず、「令和2年版高齢社会白書」には令和元年10月時点の総人口1億2,617万人のうち、65歳以上の人口は3,589万人、高齢化率は28.4%と過去最高の数値が記されています。今後は高齢者の中でも、特に75歳以上の後期高齢者の人口増加が顕著になるといわれており、高齢者世帯や一人暮らし高齢者、認知症高齢者の増加が深刻化し、介護保険制度や高齢者福祉の重要性はさらに高まっていくと考えられます。

以上のような状況を受けて、市町村の介護保険事業計画は、第6期（平成27年度～29年度）計画以降、団塊の世代が75歳以上となる令和7年までを見据えて、地域包括ケアシステムを構築し、その深化・推進を図ってきました。今後は令和7年とその先の団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据えて、持続可能な形で地域包括ケアシステムを運営していく必要があります。

また、国においては、「地域共生社会の実現」が目標とされ、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域社会像が志向されています。

こうした動向を踏まえ、本町の高齢者保健福祉施策と介護保険事業を計画的に推進していくため、新たに令和3年度から令和5年度までの施策を明確化した「玉城町第8期介護保険事業計画及び第9期高齢者保健福祉計画」（以下「本計画」という）を策定しました。

2 計画の位置づけと法令等の根拠

「高齢者福祉計画」は、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 8 の規定に基づき、策定するものです。

「介護保険事業計画」は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 117 条の規定に基づき、策定するものです。

本計画は、本町のまちづくりの総合的な指針となる「第 6 次玉城町総合計画」を最上位の計画とし、各種関連計画や三重県が策定する「みえ高齢者元気・かがやきプラン」との調和を保つものとします。

また、本町の人口政策である「玉城町人口ビジョン」及び「第 2 期玉城町まち・ひと・しごと創生総合戦略」を踏まえたものとします。

【老人福祉法 抜粋】

第 20 条の 8

市町村は、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二条第五項の基本構想に即して、この法律に基づく福祉の措置の実施に関する計画（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 抜粋】

第 117 条

市町村は、基本指針に即して、三年を一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。

3 SDGs の達成に向けた取り組み

国においては、平成 27 年の国連のサミットで採択をされた SDGs（Sustainable Development Goals 持続可能な開発目標）の達成に向けた SDGs 実施方針を定めており、その中で、地方自治体においても、積極的な取り組みを推進することが期待されています。

本町においても、SDGs の「誰一人取り残さない」社会の実現が目指されており、本計画においても基本方針や施策を推進することにより、SDGs が定める 17 のゴールのうち、以下の 4 つのゴールの達成に貢献します。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



3 すべての人に健康と福祉を

目標 3：すべての人に健康と福祉を

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する



11 住み続けられるまちづくりを

目標 11：住み続けられるまちづくりを

都市と人間の居住地を包括的、安全、レジリエントかつ持続可能にする



10 人や国の不平等をなくそう

目標 10：人や国の不平等をなくそう

国内および国家間の不平等を是正する



17 パートナーシップで目標を達成しよう

目標 17：パートナーシップで目標を達成しよう

持続可能な開発に向けて実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

4 第8期介護保険事業計画に係る基本指針

介護保険法において、国は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めることとされています。

都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしています。

国は、第8期介護保険計画において記載を充実する事項（案）として、次の7項目を挙げています。

1. 2025年・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
○2025年・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
2. 地域共生社会の実現
○地域共生社会の実現に向けた考え方や取り組みについて記載
3. 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）
○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載 ○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定 等
4. 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載 等
5. 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
○認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り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地域の社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載（普及啓発の取り組みやチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載）等
6. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化
○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載 等
7. 災害や感染症対策に係る体制整備
○近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行の踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

出典：社会保障審議会 介護保険部会（第91回 令和2年7月27日）資料

5 計画の期間

本計画は、令和3年度～令和5年度の3年間で1つの期間とする計画です。

平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
第7期計画											
		見直し	第8期計画								
					見直し	第9期計画					
								見直し	第10期計画		

6 日常生活圏域の考え方

介護保険事業計画では、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、日常生活圏域を設定し、その圏域ごとに地域密着型サービスの整備を図ることとしています。

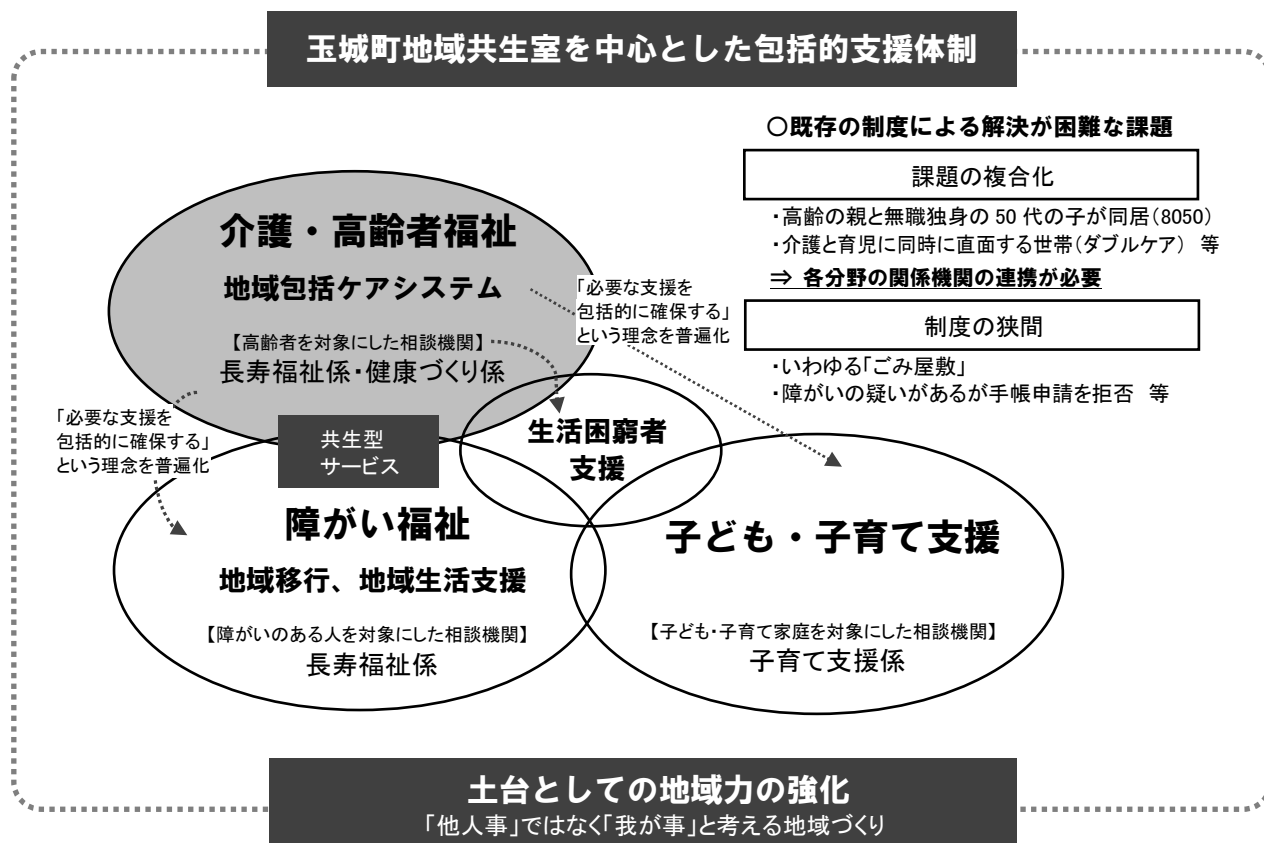
本町では、人口規模、面積や地域の特性等を勘案し、町全体を1つの日常生活圏域として設定しています。今後も町として統一的なサービスの提供を図るとともに、多くの利用者が満足できるようサービスの質の向上を目指して、引き続き1つの圏域とします。

7 玉城町における地域共生社会実現に向けた考え方

国では、高齢者、障がいのある人、子ども等を含めたすべての住民が必要に応じた支援を受けながら役割を持ち、支えあいながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成することに加え、公的な福祉サービスと協働しつつ、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら参加し、共生する地域社会の実現を目指しています。

また、老々介護やダブルケア等の様々な問題の発生に対し、住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的支援体制の構築を推進するために、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に行うことが志向されています。

本町では、介護・高齢者福祉、障がい福祉、子ども・子育て支援等の一体的な相談体制が整っていません。今後も、高齢者、障がいのある人、子ども等を含めたすべての人々が、一人ひとりの暮らしと生きがいをともに作り、高め合う「地域共生社会の実現」を目指して、介護・高齢者福祉、障がい福祉、子ども・子育て支援等の各福祉分野が連携し、現在取り組んでいる活動やサービス、人的資源が効果的に機能し、住民が安心していきいきと暮らせる地域づくりを目指します。



8 計画の策定体制

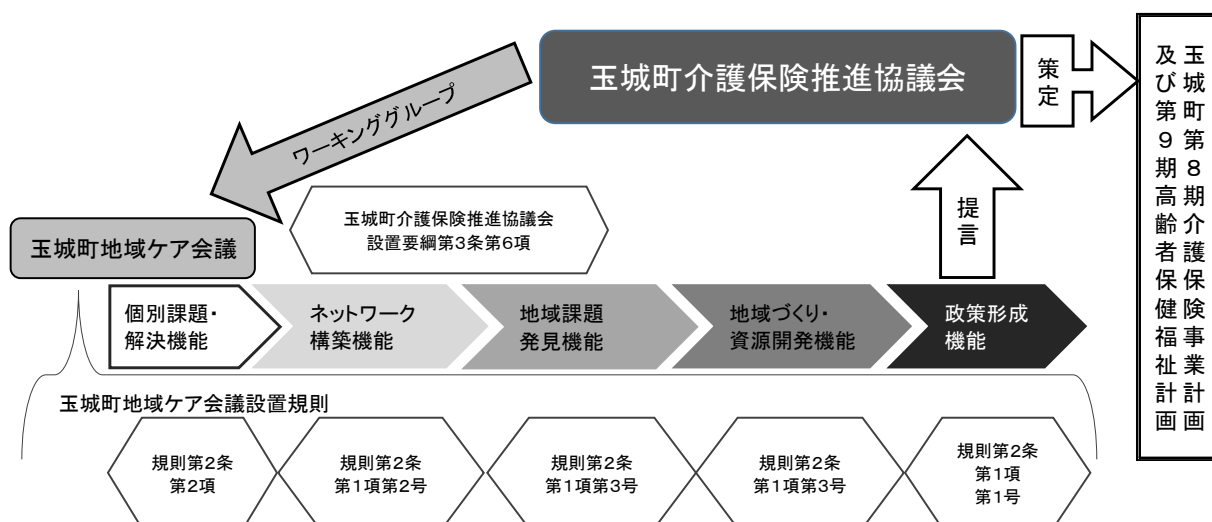
本計画の見直しにあたっては、保健・医療・福祉の関係者及び学識経験者、各種団体関係者、介護保険サービス事業所代表、行政関係者、公募による被保険者代表等幅広い分野から合計 18 名を委員とした玉城町介護保険推進協議会において、本計画策定に関する審議を行いました。

なお、第 8 期介護保険事業計画と第 9 期高齢者保健福祉計画の両計画を一体のものとして策定していくため、同推進協議会が両計画をあわせて審議しました。

9 玉城町地域ケア会議との関係

玉城町地域ケア会議は、玉城町介護保険推進協議会のワーキンググループとして、個別課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の発見、地域づくり・資源開発、地域課題を解決するための政策の形成等の機能を持つ協議体です。

本計画は、令和 2 年度に開催した「玉城町地域ケア会議」で寄せられた意見を集約し、反映していません。



10 計画の進行管理及び点検体制

計画の実現のためには、計画に即した事業がスムーズに実施されるように管理するとともに、計画の進捗状況について、年度ごとの実施状況及び成果を点検・評価し、次期計画にその結果を反映する必要があります。

本計画については、玉城町介護保険推進協議会を活用し、年度ごとに介護保険事業と高齢者保健福祉事業との連携状況、計画の進捗状況の把握と評価を行います。

また、庁内においては、介護・高齢者福祉と関係部門が連携した体制がとれるよう努めます。

この他、計画の実現に向け、地域住民や関係機関・団体、サービス事業者や近隣市町、三重県との協働体制及び連携の強化に取り組みます。

第2章 玉城町の高齢者等を取り巻く現状と課題

1 人口構造等

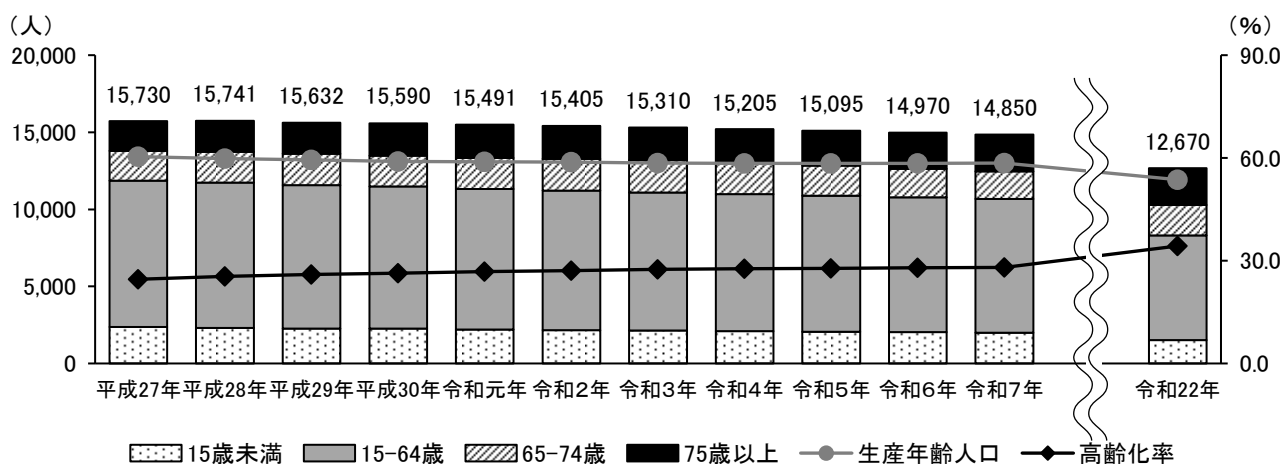
(1) 人口の推移

本町の総人口は、平成29年より減少傾向をたどっており、令和2年時点では15,405人となっています。今後も人口は減少し、令和22年には12,670人となる予測です。

高齢化率は上昇傾向にあり、令和2年時点で27.2%となっており、令和22年には34.4%に達する見込みです。一方で、15～64歳の生産年齢人口割合は下降傾向にあり、令和2年時点で58.8%となっており、令和22年には53.7%となる予測です。

また、生産年齢人口割合を除く、年齢4区分別人口の構成比の推移をみると、15歳未満の人口割合は低下傾向にあり、令和2年時点で14.0%となっています。65歳～74歳の人口割合は増減を繰り返しながら推移しており、令和2年時点で13.3%となっています。75歳以上の人口割合は平成27年から令和元年にかけて上昇傾向にあり、令和2年時点で13.9%となっています。

■ 年齢4区分別人口の推移



	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口 (人)	15,730	15,741	15,632	15,590	15,491	15,405
15歳未満 (人)	2,367	2,320	2,278	2,278	2,204	2,164
15～64歳 (人)	9,497	9,421	9,291	9,202	9,124	9,057
65～74歳 (人)	1,927	1,991	2,028	2,013	2,012	2,045
75歳以上 (人)	1,939	2,009	2,035	2,097	2,151	2,139
高齢化率 (%)	24.6	25.4	26.0	26.4	26.9	27.2
15歳未満人口割合 (%)	15.0	14.7	14.6	14.6	14.2	14.0
生産年齢人口割合 (%)	60.4	59.9	59.4	59.0	58.9	58.8
65～74歳人口割合 (%)	12.3	12.6	13.0	12.9	13.0	13.3
75歳以上人口割合 (%)	12.3	12.8	13.0	13.5	13.9	13.9

資料：玉城町保健福祉課（各年9月末）

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	…	令和22年
総人口 (人)	15,310	15,205	15,095	14,970	14,850	…	12,670
15歳未満 (人)	2,137	2,102	2,071	2,041	1,991	…	1,512
15～64歳 (人)	8,959	8,891	8,825	8,741	8,687	…	6,804
65～74歳 (人)	2,104	2,041	1,944	1,858	1,782	…	1,962
75歳以上 (人)	2,110	2,171	2,255	2,330	2,390	…	2,392
高齢化率 (%)	27.5	27.7	27.8	28.0	28.1	…	34.4
15歳未満人口割合 (%)	14.0	13.8	13.7	13.6	13.4	…	11.9
生産年齢人口割合 (%)	58.5	58.5	58.5	58.4	58.5	…	53.7
65～74歳人口割合 (%)	13.7	13.4	12.9	12.4	12.0	…	15.5
75歳以上人口割合 (%)	13.8	14.3	14.9	15.6	16.1	…	18.9

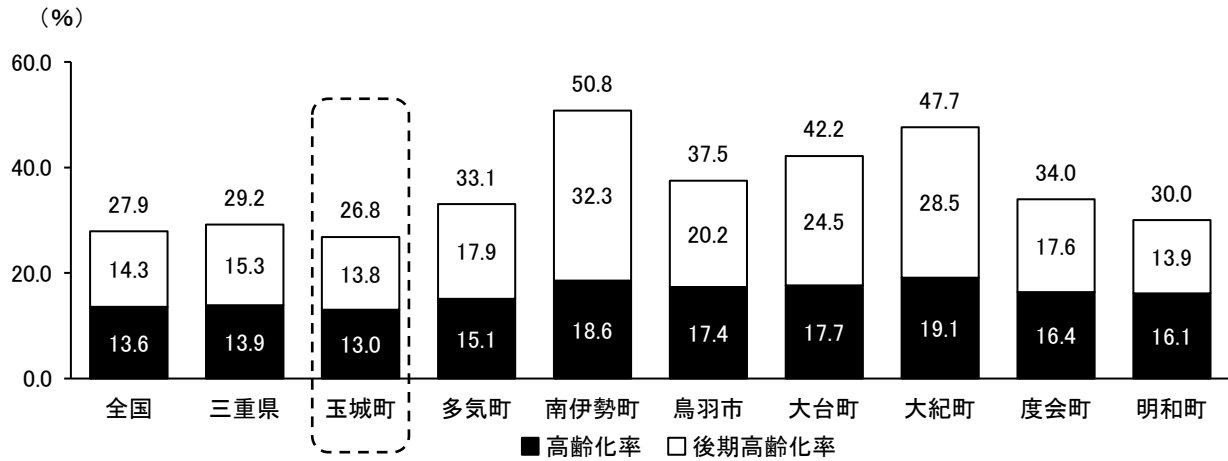
資料：玉城町保健福祉課（各年9月末）より算出

(2) 高齢化率の状況

本町の高齢化率は（令和2年1月1日時点）で26.8%であり、全国平均27.9%、三重県平均29.2%を下回っています。

また、三重県内の同じ人口規模（6,000～22,000人程度）の市町と高齢化率及び後期高齢化率を比較すると、8市町で最も低くなっています。

■高齢化率（三重県、全国、同規模自治体との比較）（令和2年1月1日時点）



出典：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

(3) 要支援・要介護認定者の状況

本町の要支援・要介護認定者数（令和2年3月31日時点）は698人で、認定率は16.9%となっています。

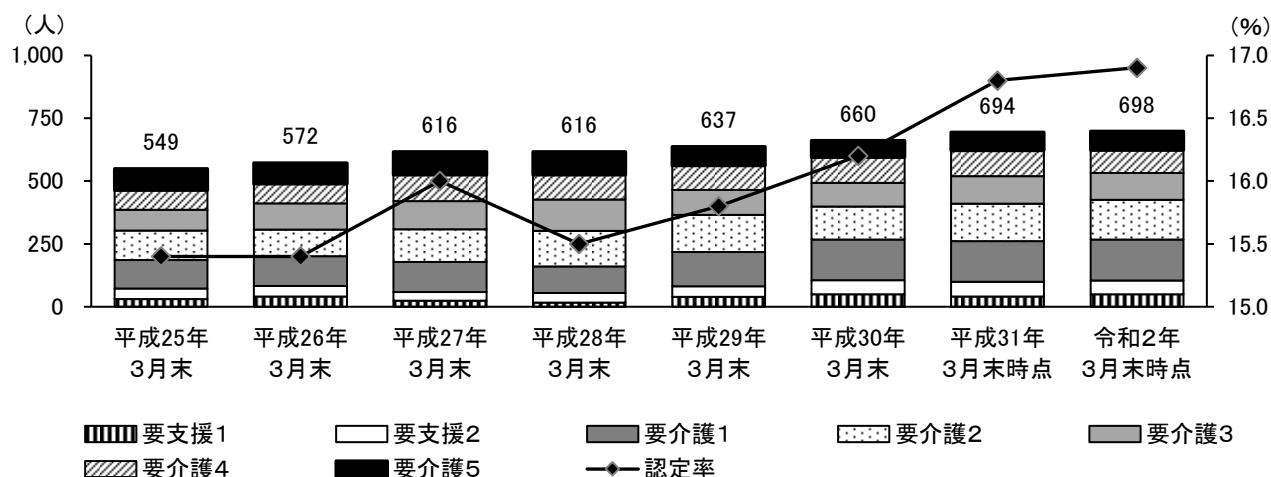
要介護度別にそれぞれが占める割合の上位をみると、要介護1が163人で23.4%、要介護2が157人で22.5%、要介護3が107人で15.3%となっています。

認定率は、平成28年以降上昇傾向にあります。全国平均18.5%、三重県平均18.5%を下回っています。また、性・年齢別人口構成の影響を調整した調整済認定率（平成30年時点）においても16.1%と、全国平均18.3%、三重県平均18.1%を下回る結果となっています。同じ人口規模の市町と比較すると、8市町の中で4番目に高くなっています。

本町の調整済重度認定率（要介護3～5）（平成30年）は6.5%であり、全国平均6.3%、三重県平均6.4%よりも高くなっています。同じ人口規模の市町と比較すると、鳥羽市と並んで8市町の中で3番目に高くなっています。

また、調整済軽度認定率（要支援1～要介護2）（平成30年）は9.5%であり、全国平均12.0%、三重県平均11.7%を下回っています。同じ人口規模の市町と比較すると、大台町と並んで8市町の中で4番目に高くなっています。

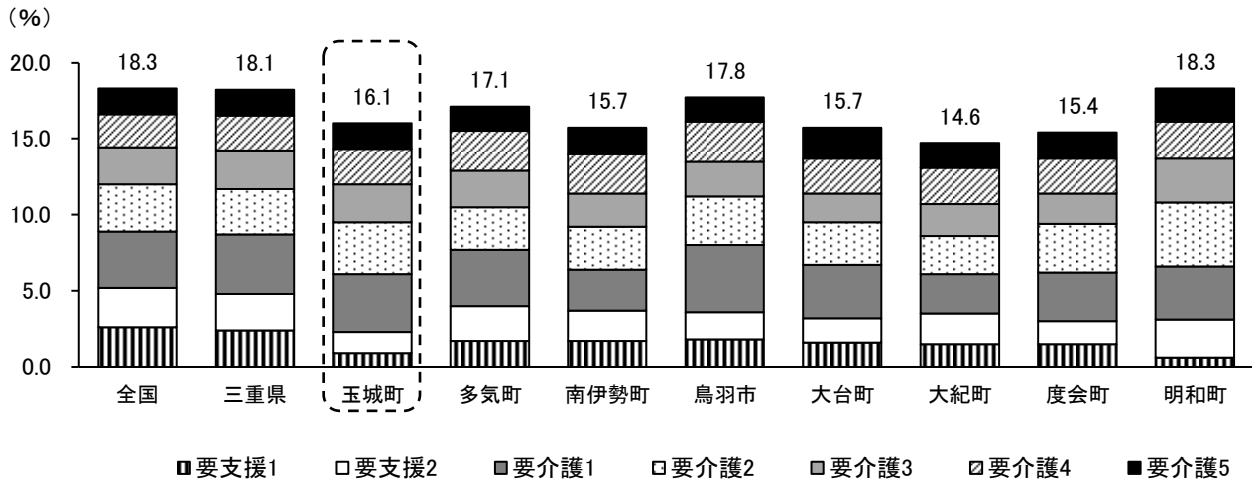
■ 要支援・要介護度別認定者数の推移



	平成25年 3月末	平成26年 3月末	平成27年 3月末	平成28年 3月末	平成29年 3月末	平成30年 3月末	平成31年 3月末時点	令和2年 3月末時点
認定者数 (人)	549	572	616	616	637	660	694	698
要支援1 (人)	30	40	24	17	39	50	40	50
要支援2 (人)	43	44	34	37	43	56	60	55
要介護1 (人)	114	118	121	107	136	162	161	163
要介護2 (人)	116	105	130	141	148	131	149	157
要介護3 (人)	83	104	112	125	99	94	109	107
要介護4 (人)	78	78	104	97	96	101	102	91
要介護5 (人)	85	83	91	92	76	66	73	75
認定率(玉城町) (%)	15.4	15.4	16.0	15.5	15.8	16.2	16.8	16.9
認定率(三重県) (%)	18.4	18.3	18.3	18.3	18.3	18.3	18.5	18.5
認定率(全国) (%)	17.6	17.8	17.9	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5
要支援1 (%)	5.5	7.0	3.9	2.8	6.1	7.6	5.8	7.2
要支援2 (%)	7.8	7.7	5.5	6.0	6.8	8.5	8.6	7.9
要介護1 (%)	20.8	20.6	19.6	17.4	21.4	24.5	23.2	23.4
要介護2 (%)	21.1	18.4	21.1	22.9	23.2	19.8	21.5	22.5
要介護3 (%)	15.1	18.2	18.2	20.3	15.5	14.2	15.7	15.3
要介護4 (%)	14.2	13.6	16.9	15.7	15.1	15.3	14.7	13.0
要介護5 (%)	15.5	14.5	14.8	14.9	11.9	10.0	10.5	10.7

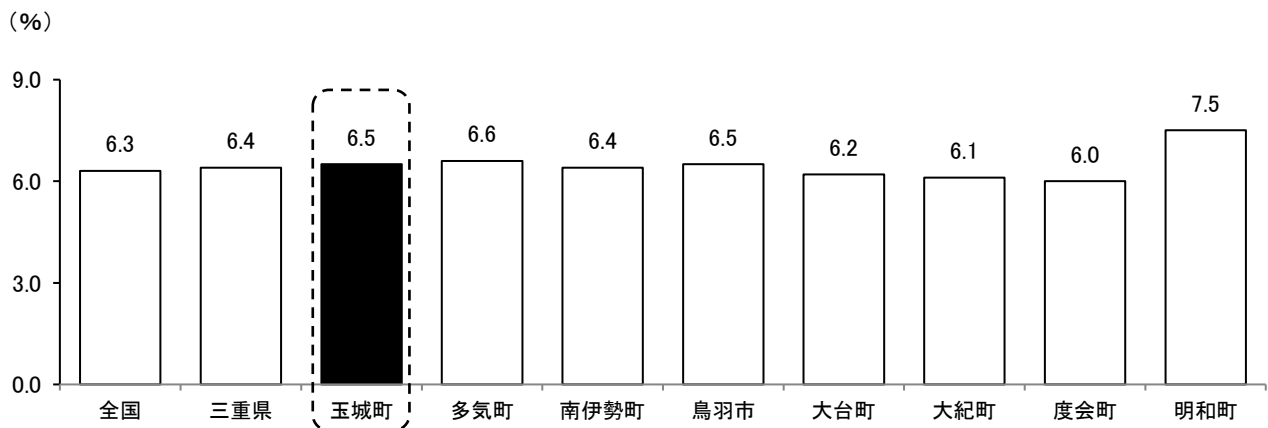
出典：地域包括ケア「見える化」システム

■調整済認定率（要介護度別）（平成 30 年）



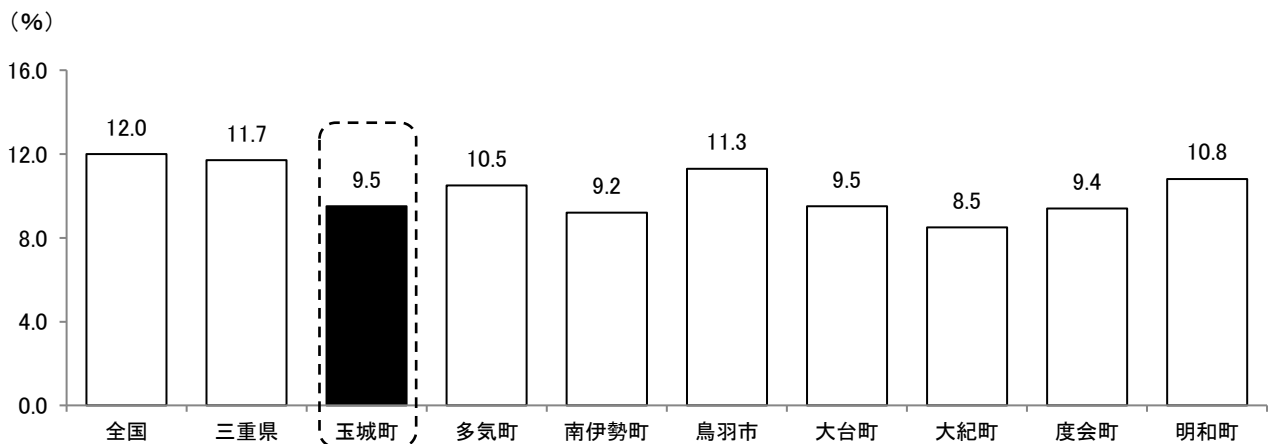
出典：地域包括ケア「見える化」システム

■調整済重度認定率（要介護 3～5）（平成 30 年）



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■調整済軽度認定率（要支援 1～要介護 2）（平成 30 年（2018 年））



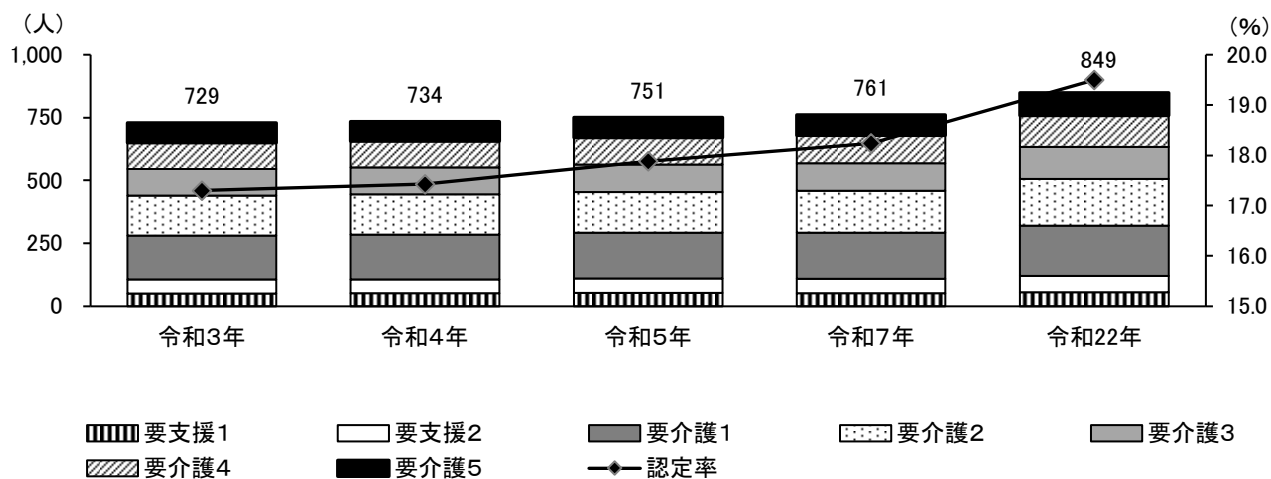
出典：地域包括ケア「見える化」システム

(4) 要支援・要介護認定者数の推移

本町の要支援・要介護認定者数は、増加傾向にあり、本計画終了年である令和5年度時点で751人となる予測です。要支援・要介護認定者数は令和5年以降も増加を続け、令和7年には761人、令和22年度

また、要支援・要介護認定者数の推計構成比は、令和3年から令和22年にかけて、要介護1が最も高く、次いで要介護2、要介護3となっています。

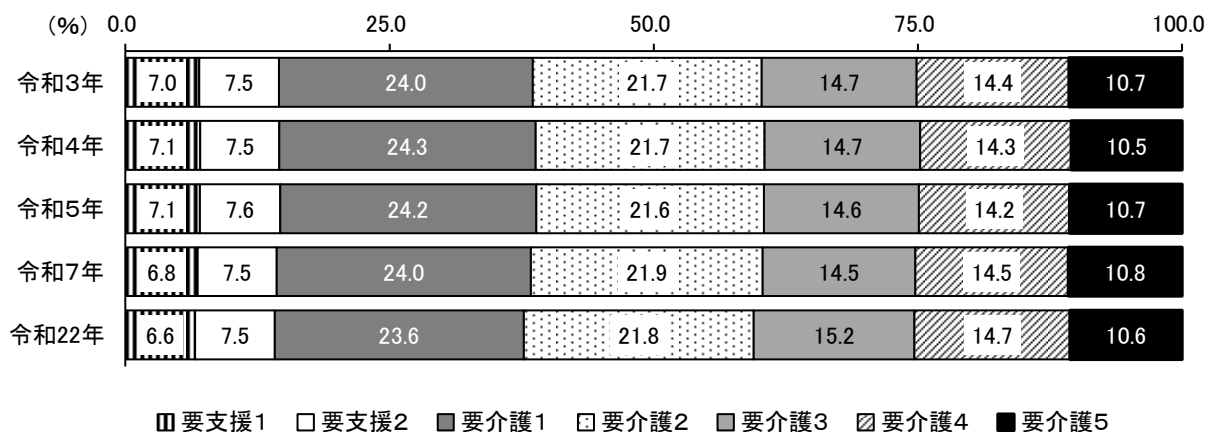
■ 要支援・要介護認定者数の推計



	令和3年	令和4年	令和5年	令和7年	令和22年
認定者数 (人)	729	734	751	761	849
要支援1 (人)	51	52	53	52	56
要支援2 (人)	55	55	57	57	64
要介護1 (人)	175	178	182	183	200
要介護2 (人)	158	159	162	167	185
要介護3 (人)	107	108	110	110	129
要介護4 (人)	105	105	107	110	125
要介護5 (人)	78	77	80	82	90
認定率(玉城町) (%)	17.3	17.4	17.9	18.2	19.5

資料：玉城町保健福祉課

■ 要支援・要介護認定者数の推計構成比



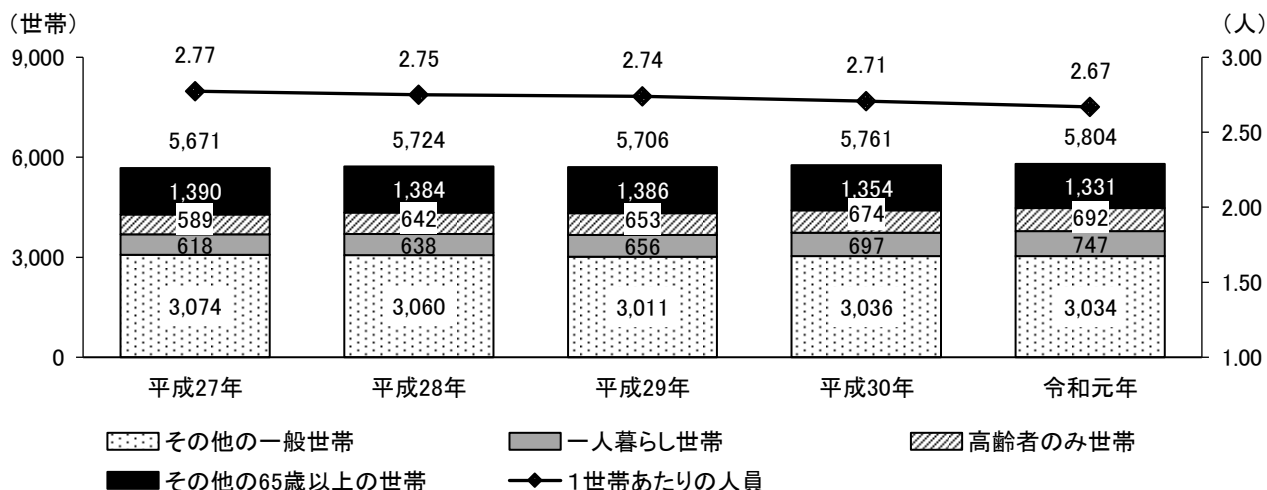
資料：玉城町保健福祉課

(5) 世帯の状況

本町の世帯数は、増加傾向となっています。令和元年では 5,804 世帯となっており、平成 27 年と比較すると 133 世帯増加しています。一方、1 世帯あたりの人員は減少が続いており、平成 27 年の 2.77 人から令和元年では 2.67 人となっています。核家族化の進行等、家族形態の多様化がうかがえます。

65 歳以上の高齢者のいる世帯は、一人暮らし世帯及び高齢者のみ世帯がともに増加しています。前年比をみると、一人暮らし世帯の前年比は平成 30 年より上昇傾向が加速しています。また、高齢者のみ世帯の前年比は増減を繰り返しながら推移しています。

■世帯数と 1 世帯あたりの人員の推移



資料：玉城町保健福祉課

■高齢者世帯の状況

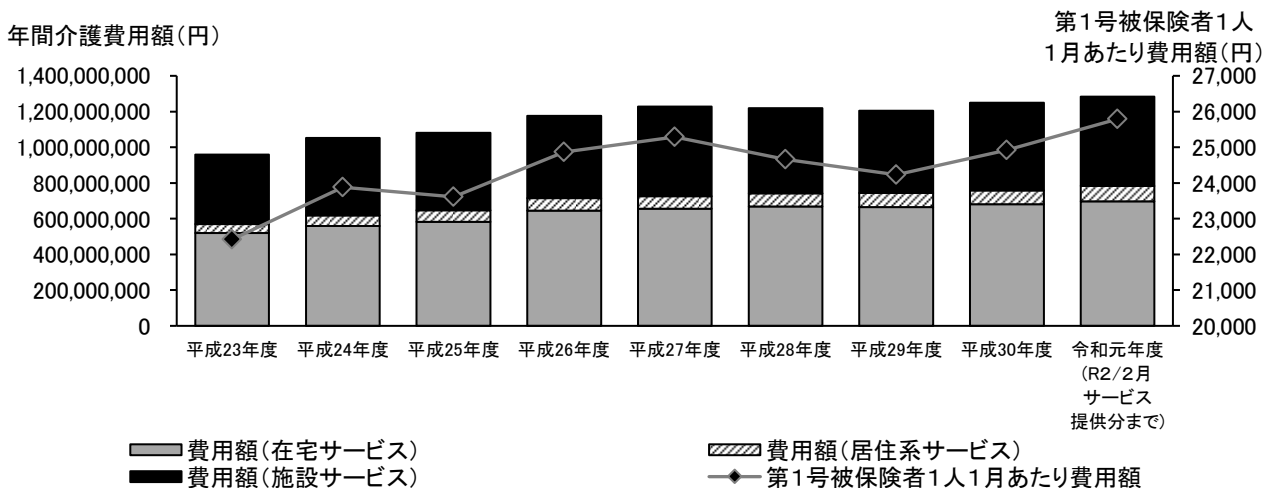
	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年
65 歳以上一人暮らし世帯数 (世帯)	618	638	656	697	747
前年比	-	103.2%	102.8%	106.3%	107.2%
65 歳以上高齢者のみ世帯数 (世帯)	589	642	653	674	692
前年比	-	109.0%	101.7%	103.2%	102.7%

資料：玉城町保健福祉課

(6) 介護費用額の推移

施設サービスと在宅サービスの費用額を比較すると、施設サービスが在宅サービスを下回っていることから、本町では在宅サービスを利用しながら生活をしている人が多いことがうかがえます。また、第1号被保険者1人1月あたりの費用額は、平成28年度以降上昇しています。

■玉城町の介護費用額の推移



	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
費用額 (円)	958,885,272	1,052,125,388	1,080,889,876	1,176,812,900	1,228,499,400
費用額(在宅サービス) (円)	520,410,552	559,052,712	582,948,916	646,110,779	656,778,726
費用額(居住系サービス) (円)	49,799,160	59,558,370	63,443,550	69,417,050	69,371,160
費用額(施設サービス) (円)	388,675,560	433,514,306	434,497,410	461,285,071	502,349,514
第1号被保険者1人1月あたり費用額(玉城町) (円)	22,425	23,883	23,617	24,863	25,287
第1号被保険者1人1月あたり費用額(三重県) (円)	22,566	23,278	23,725	24,001	24,086
第1号被保険者1人1月あたり費用額(全国) (円)	21,657	22,225	22,532	22,878	22,927

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度 (R2/2月 サービス提供分まで)
費用額 (円)	1,218,673,801	1,205,252,673	1,249,841,012	1,283,899,409
費用額(在宅サービス) (円)	668,771,708	665,851,243	681,723,190	696,659,719
費用額(居住系サービス) (円)	73,274,090	78,268,680	76,325,530	86,117,220
費用額(施設サービス) (円)	476,628,003	461,132,750	491,792,292	501,122,470
第1号被保険者1人1月あたり費用額(玉城町) (円)	24,661	24,230	24,923	25,795
第1号被保険者1人1月あたり費用額(三重県) (円)	24,245	24,535	24,737	25,213
第1号被保険者1人1月あたり費用額(全国) (円)	22,967	23,238	23,499	24,138

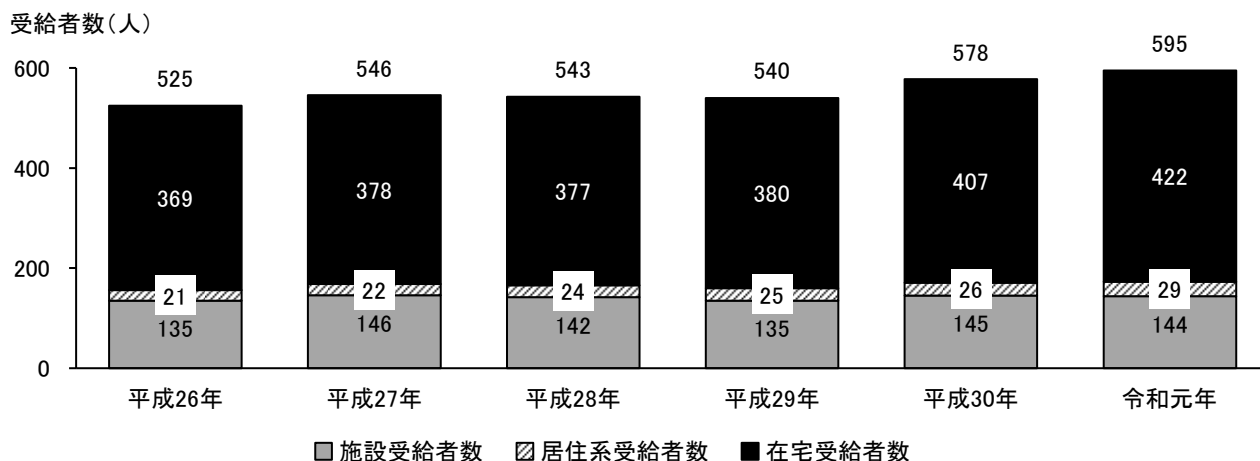
出典：地域包括ケア「見える化」システム

(7) 受給者数（施設・居住系・在宅受給者数）

本町におけるサービス受給者数は、増減を繰り返しながら推移しており、令和元年に過去6年間で最も多い595人を記録しています。

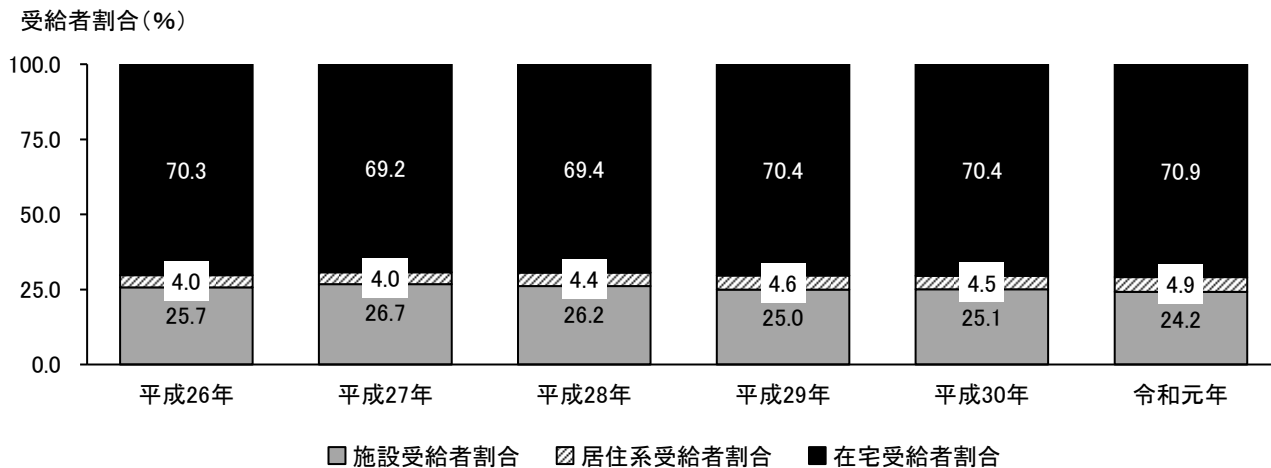
また、サービス別の受給者割合の推移をみると、施設・居住系・在宅サービスはともに横ばいで推移しています。

■施設・居住系・在宅受給者数（玉城町）の推移



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■施設・居住系・在宅受給者割合（玉城町）の推移



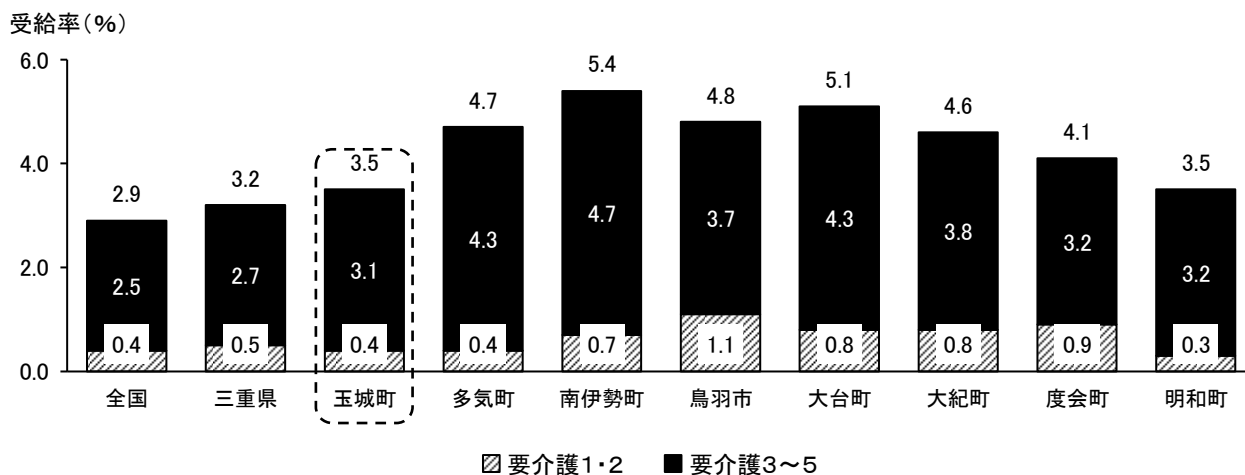
出典：地域包括ケア「見える化」システム

(8) 受給率（施設サービス）

本町の施設サービスの受給率（令和元年）は3.5%で、全国平均2.9%、三重県平均3.2%を上回っています。また、同規模自治体の8市町の中では、明和町と並んで最も低くなっています。

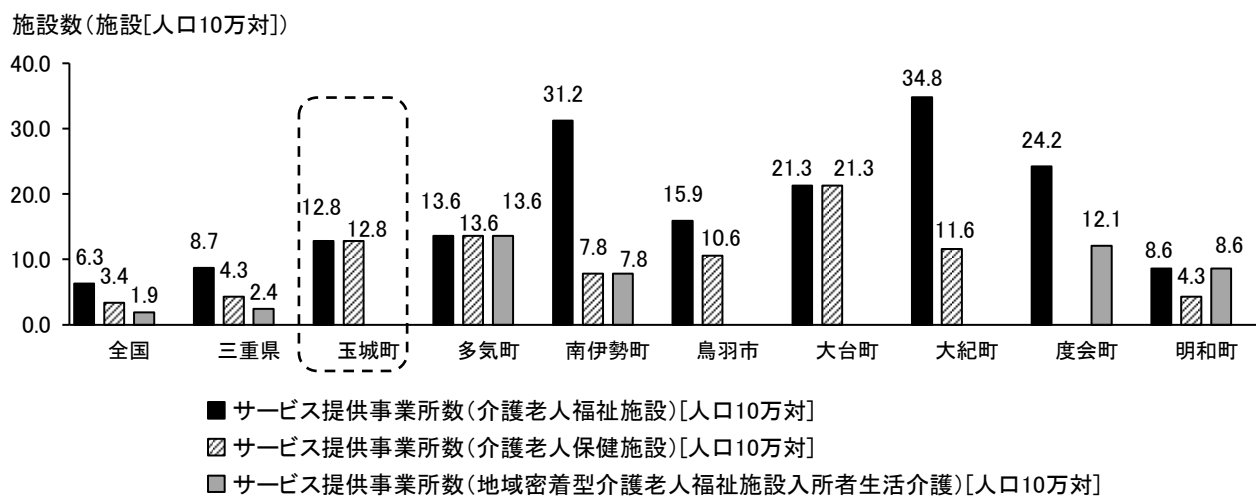
介護老人福祉施設、介護老人保健施設の事業所数は、全国平均、三重県平均を上回っています。

■ 受給率（施設サービス）（要介護度別）（令和元年）



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■ サービス提供事業所数（施設サービス）（平成30年）



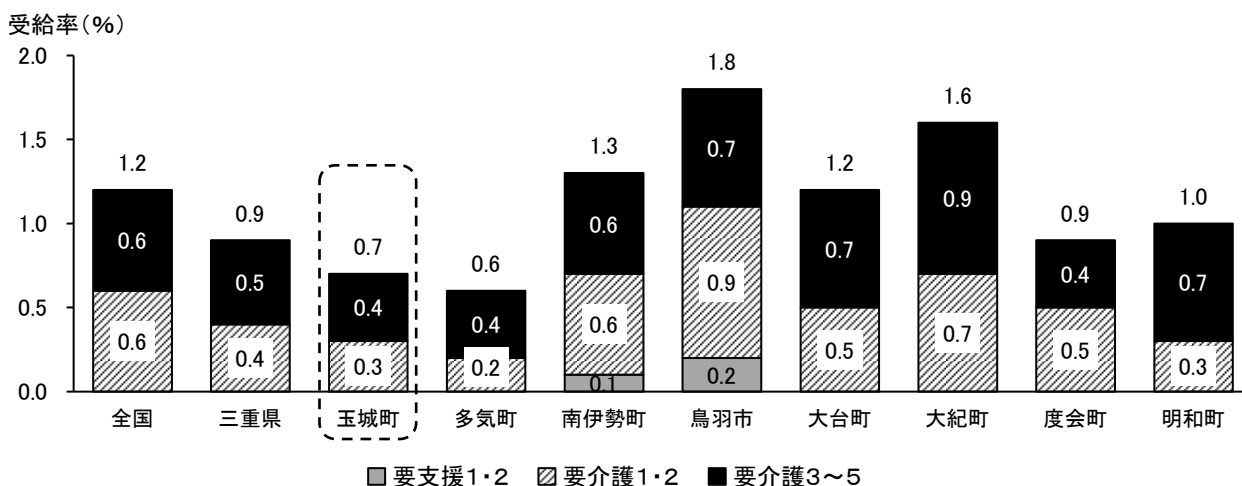
出典：地域包括ケア「見える化」システム

(9) 受給率（居住系サービス）

本町の居住系サービスの受給率（令和元年）は0.7%で、全国平均1.2%、三重県平均0.9%を下回っており、同規模自治体の8市町の中では、2番目に低くなっています。

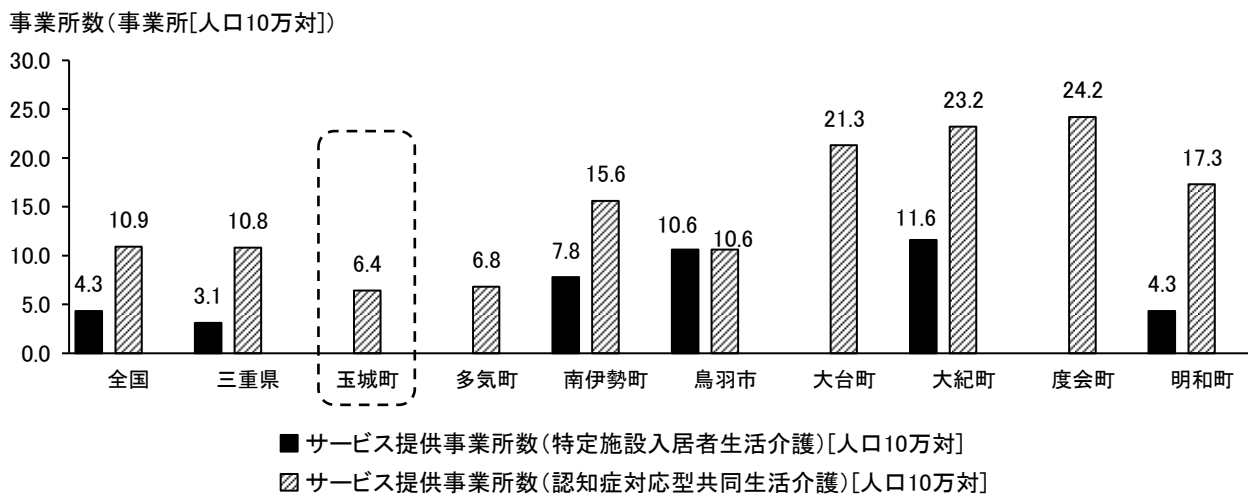
また、認知症対応型共同生活介護の事業所数が、全国平均、三重県平均、同規模自治体と比べて最も低くなっています。

■ 受給率（居住系サービス）（要介護度別）（令和元年）



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■ サービス提供事業所数（居住系サービス）（平成30年）



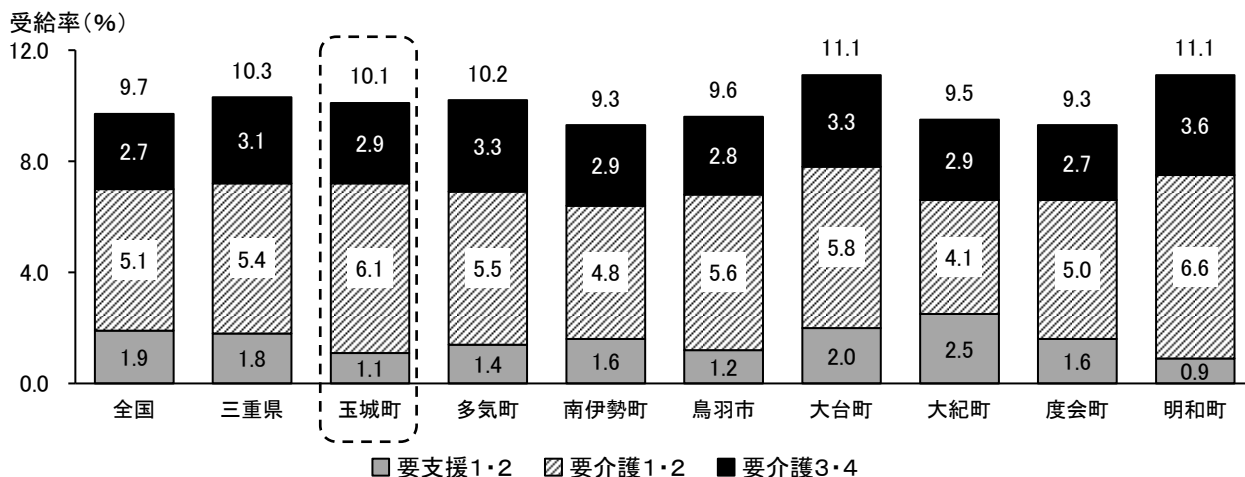
出典：地域包括ケア「見える化」システム

(10) 受給率（在宅サービス）

本町の居住系サービスの受給率（令和元年）は10.1%で、全国平均9.7%より高く、三重県平均10.3%より低くなっています。また、同じ人口規模の市町と比べると4番目に高くなっており、最も大きな割合を占める要介護1・2は、8市町の中で2番目に高い値を示しています。

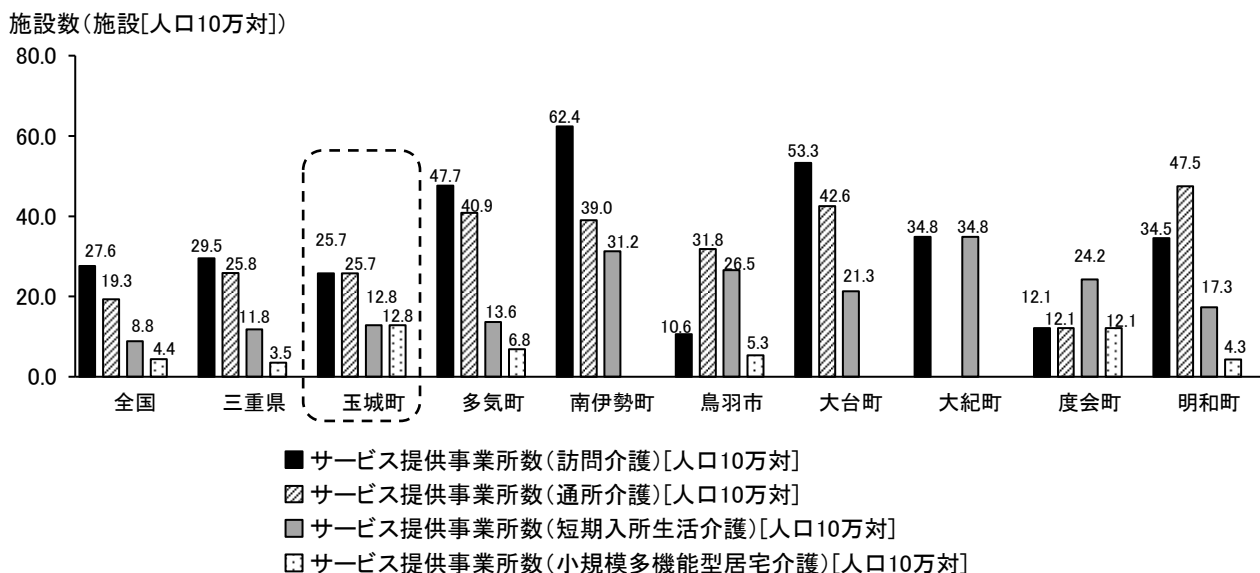
さらに、小規模多機能型居宅介護の事業所数が、全国平均、三重県平均、同規模自治体と比べて最も高くなっています。

■ 受給率（在宅サービス）（要介護度別）（令和元年）



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■ サービス提供事業所数（在宅サービス）（平成30年）



出典：地域包括ケア「見える化」システム

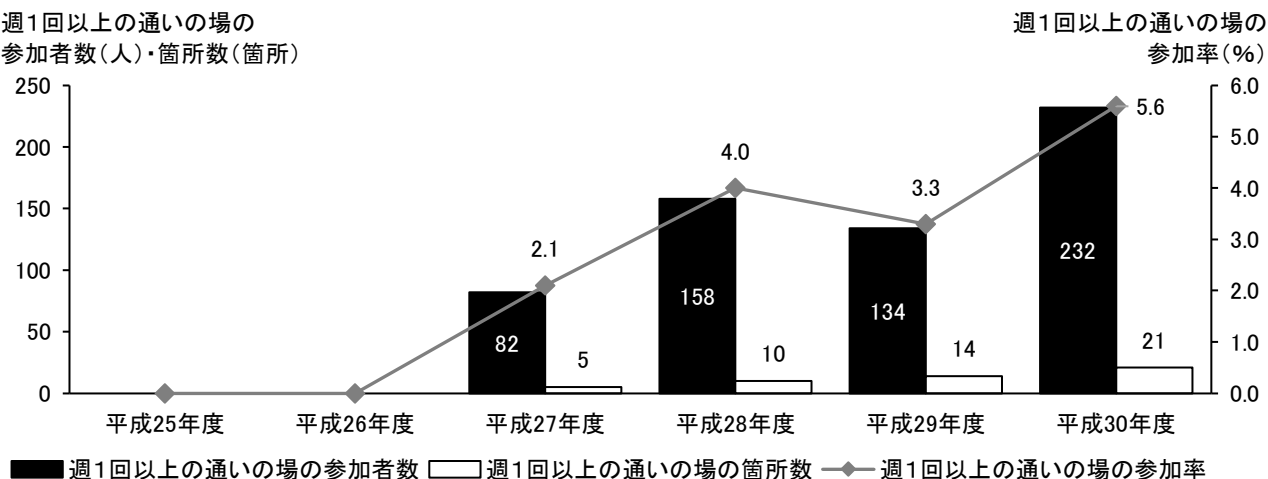
(11) 通いの場の参加状況

本町の通いの場の参加者数の推移をみると、平成 29 年度に低下したものの、平成 30 年度時点では増加しており、参加率もそれに比例した結果となっています。一方で、週 1 回以上の通いの場の箇所数は、平成 27 年度より一貫して増加傾向にあります。

また、週 1 回以上の通いの場の参加率(平成 30 年度)は、全国平均 2.2%、三重県平均 1.2%よりも高く、同規模自治体の 9 市町の中で 2 番目に高くなっています。

■ 通いの場への参加状況

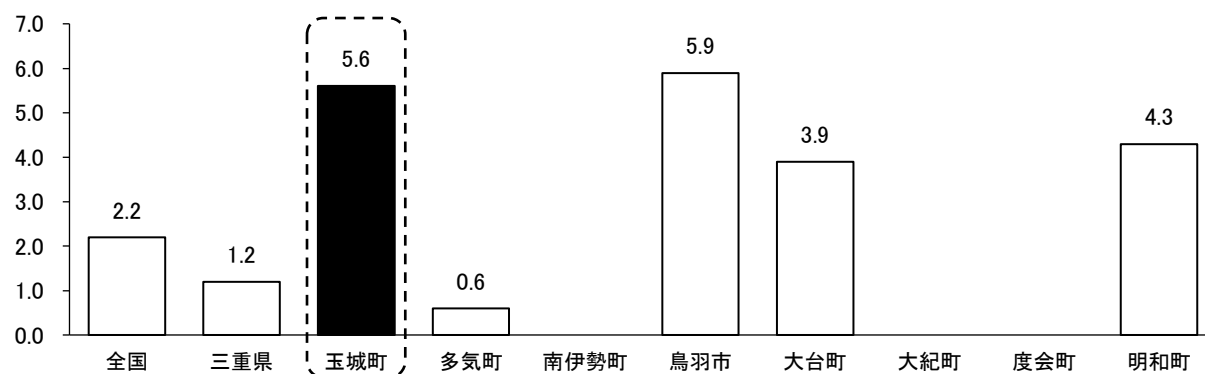
週1回以上の通いの場の
参加者数(人)・箇所数(箇所)



出典：地域包括ケア「見える化」システム

■ 週 1 回以上の通いの場の参加率（平成 30 年度）

週1回以上の通いの場の
参加率(%)



出典：地域包括ケア「見える化」システム

2 介護保険サービス等の現状

(1) 介護サービス給付費の現状

① 介護サービス給付費の状況

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
介護給付費	計画値 (千円)	1,169,804	1,216,898	1,267,454
	実績値 (千円)	1,109,727	1,142,276	1,158,480
	比較(対計画) (%)	94.9	93.9	91.4
介護予防給付費	計画値 (千円)	14,374	14,987	16,968
	実績値 (千円)	14,009	12,053	12,156
	比較(対計画) (%)	97.5	80.4	71.6

※令和2年度の実績値は令和2年8月末までの実績から算出した見込み。

※単位未満は四捨五入しているため、合計が一致しないことがあります。

② サービスごとの介護給付費の状況

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
在宅サービス	計画値 (千円)	644,334	674,633	700,103
	実績値 (千円)	615,110	628,519	621,922
	比較(対計画) (%)	95.5	93.2	88.8
居住系サービス	計画値 (千円)	71,805	73,613	78,200
	実績値 (千円)	67,894	76,655	81,987
	比較(対計画) (%)	94.6	104.1	104.8
施設サービス	計画値 (千円)	453,665	468,652	489,151
	実績値 (千円)	440,732	449,156	466,727
	比較(対計画) (%)	97.1	95.8	95.4

(2) 居宅サービス

① 訪問介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	96,001	99,734	102,647
	実績値 (千円)	95,491	93,276	96,711
	比較(対計画) (%)	99.5	93.5	94.2
人数(月平均)	計画値 (人)	117	120	123
	実績値 (人)	114	109	104
	比較(対計画) (%)	97.4	90.8	84.6

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

●訪問入浴介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	2,884	2,885	2,885
	実績値 (千円)	5,757	4,926	5,796
	比較(対計画) (%)	199.6	170.7	200.9
人数(月平均)	計画値 (人)	4	4	4
	実績値 (人)	7	6	6
	比較(対計画) (%)	175.0	150.0	150.0

●介護予防訪問入浴介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	0	0	0
	実績値 (千円)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—
人数(月平均)	計画値 (人)	0	0	0
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

●訪問看護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	30,345	31,970	33,216
	実績値 (千円)	28,854	28,503	24,164
	比較(対計画) (%)	95.1	89.2	72.7
人数(月平均)	計画値 (人)	70	74	77
	実績値 (人)	70	69	65
	比較(対計画) (%)	100.0	93.2	84.4

●介護予防訪問看護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	1,520	1,521	1,521
	実績値 (千円)	1,391	962	1,526
	比較(対計画) (%)	91.5	63.2	100.3
人数(月平均)	計画値 (人)	5	5	5
	実績値 (人)	5	4	6
	比較(対計画) (%)	100.0	80.0	120.0

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

●訪問リハビリテーション

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	677	677	677
	実績値 (千円)	418	592	711
	比較(対計画) (%)	61.7	87.4	105.0
人数(月平均)	計画値 (人)	3	3	3
	実績値 (人)	1	2	3
	比較(対計画) (%)	33.3	66.7	100.0

●介護予防訪問リハビリテーション

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	0	0	0
	実績値 (千円)	161	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—
人数(月平均)	計画値 (人)	0	0	0
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—

⑤ 通所介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	176,595	185,293	190,335
	実績値 (千円)	168,349	171,387	161,908
	比較(対計画) (%)	95.3	92.5	85.1
人数(月平均)	計画値 (人)	170	175	177
	実績値 (人)	166	169	159
	比較(対計画) (%)	97.6	96.6	89.8

⑥ 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（デイケア）

●通所リハビリテーション

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	61,953	63,593	65,205
	実績値 (千円)	54,290	61,684	63,261
	比較(対計画) (%)	87.6	97.0	97.0
人数(月平均)	計画値 (人)	70	72	74
	実績値 (人)	60	71	73
	比較(対計画) (%)	85.7	98.6	98.6

●介護予防通所リハビリテーション

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	3,602	4,049	4,496
	実績値 (千円)	4,507	3,996	3,121
	比較(対計画) (%)	125.1	98.7	69.4
人数(月平均)	計画値 (人)	9	10	11
	実績値 (人)	10	9	7
	比較(対計画) (%)	111.1	90.0	63.6

⑦ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

●短期入所生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	39,163	41,910	44,499
	実績値 (千円)	37,598	26,756	31,672
	比較(対計画) (%)	96.0	63.8	71.2
人数(月平均)	計画値 (人)	38	40	42
	実績値 (人)	36	31	32
	比較(対計画) (%)	94.7	77.5	76.2

●介護予防短期入所生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	911	911	911
	実績値 (千円)	0	13	0
	比較(対計画) (%)	0.0	1.4	0.0
人数(月平均)	計画値 (人)	1	1	1
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	0.0	0.0	0.0

⑧ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

●短期入所療養介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	13,702	13,708	13,708
	実績値 (千円)	9,264	9,399	3,090
	比較(対計画) (%)	67.6	68.6	22.5
人数(月平均)	計画値 (人)	16	16	16
	実績値 (人)	10	9	3
	比較(対計画) (%)	62.5	56.3	18.8

●介護予防短期入所療養介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	0	0	0
	実績値 (千円)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—
人数(月平均)	計画値 (人)	0	0	0
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—

⑨ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

●福祉用具貸与

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	31,403	32,672	34,037
	実績値 (千円)	30,969	33,121	35,384
	比較(対計画) (%)	98.6	101.4	104.0
人数(月平均)	計画値 (人)	222	230	239
	実績値 (人)	226	243	247
	比較(対計画) (%)	101.8	105.7	103.3

●介護予防福祉用具貸与

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	1,328	1,384	1,496
	実績値 (千円)	2,010	2,141	1,741
	比較(対計画) (%)	151.4	154.7	116.4
人数(月平均)	計画値 (人)	26	27	29
	実績値 (人)	33	38	35
	比較(対計画) (%)	126.9	140.7	120.7

⑩ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

●居宅療養管理指導

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	7,788	8,056	8,350
	実績値 (千円)	6,301	7,275	7,167
	比較(対計画) (%)	80.9	90.3	85.8
人数(月平均)	計画値 (人)	84	87	90
	実績値 (人)	71	86	88
	比較(対計画) (%)	84.5	98.9	97.8

●介護予防居宅療養管理指導

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	134	134	134
	実績値 (千円)	237	223	95
	比較(対計画) (%)	176.9	166.4	70.9
人数(月平均)	計画値 (人)	1	1	1
	実績値 (人)	3	3	1
	比較(対計画) (%)	300.0	300.0	100.0

⑪ 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

●特定施設入居者生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	17,742	19,526	24,113
	実績値 (千円)	23,999	27,453	26,977
	比較(対計画) (%)	135.3	140.6	111.9
人数(月平均)	計画値 (人)	8	9	11
	実績値 (人)	11	12	12
	比較(対計画) (%)	137.5	133.3	109.1

●介護予防特定施設入居者生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	0	0	0
	実績値 (千円)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—
人数(月平均)	計画値 (人)	0	0	0
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—

⑫ 居宅介護支援・介護予防支援

●居宅介護支援

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	53,070	55,453	56,889
	実績値 (千円)	52,734	54,309	57,626
	比較(対計画) (%)	99.4	97.9	101.3
人数(月平均)	計画値 (人)	325	338	347
	実績値 (人)	327	340	336
	比較(対計画) (%)	100.6	100.6	96.8

●介護予防支援

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	1,702	1,810	1,916
	実績値 (千円)	2,450	2,436	2,513
	比較(対計画) (%)	143.9	134.6	131.2
人数(月平均)	計画値 (人)	32	34	36
	実績値 (人)	45	46	46
	比較(対計画) (%)	140.6	135.3	127.8

⑬ 住宅改修費・介護予防住宅改修費

●住宅改修費

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	4,344	4,344	4,344
	実績値 (千円)	2,557	2,841	2,981
	比較(対計画) (%)	58.9	65.4	68.6
人数(月平均)	計画値 (人)	5	5	5
	実績値 (人)	3	3	4
	比較(対計画) (%)	60.0	60.0	80.0

●介護予防住宅改修費

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	4,095	4,095	5,411
	実績値 (千円)	1,786	1,032	2,167
	比較(対計画) (%)	43.6	25.2	40.0
人数(月平均)	計画値 (人)	3	3	4
	実績値 (人)	2	1	2
	比較(対計画) (%)	66.7	33.3	50.0

⑭ 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

●特定福祉用具購入費

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	1,025	1,025	1,025
	実績値 (千円)	986	1,046	1,013
	比較(対計画) (%)	96.2	102.0	98.8
人数(月平均)	計画値 (人)	4	4	4
	実績値 (人)	4	4	3
	比較(対計画) (%)	100.0	100.0	75.0

●特定介護予防福祉用具購入費

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	214	214	214
	実績値 (千円)	295	342	418
	比較(対計画) (%)	137.9	159.8	195.3
人数(月平均)	計画値 (人)	1	1	1
	実績値 (人)	1	1	2
	比較(対計画) (%)	100.0	100.0	200.0

(3) 地域密着型サービス

① 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（グループホーム）

●認知症対応型共同生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	54,063	54,087	54,087
	実績値 (千円)	43,895	49,202	55,010
	比較(対計画) (%)	81.2	91.0	101.7
人数(月平均)	計画値 (人)	18	18	18
	実績値 (人)	15	17	18
	比較(対計画) (%)	83.3	94.4	100.0

●介護予防認知症対応型共同生活介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	0	0	0
	実績値 (千円)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—
人数(月平均)	計画値 (人)	0	0	0
	実績値 (人)	0	0	0
	比較(対計画) (%)	—	—	—

② 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

●小規模多機能型居宅介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	91,598	93,015	93,822
	実績値 (千円)	81,613	83,875	82,747
	比較(対計画) (%)	89.1	90.2	88.2
人数(月平均)	計画値 (人)	38	39	40
	実績値 (人)	33	35	35
	比較(対計画) (%)	86.8	89.7	87.5

●介護予防小規模多機能型居宅介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	868	869	869
	実績値 (千円)	1,172	908	574
	比較(対計画) (%)	135.0	104.5	66.1
人数(月平均)	計画値 (人)	1	1	1
	実績値 (人)	2	1	1
	比較(対計画) (%)	200.0	100.0	100.0

③ 地域密着型通所介護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	26,991	28,141	29,257
	実績値 (千円)	24,901	23,803	18,484
	比較(対計画) (%)	92.3	84.6	63.2
人数(月平均)	計画値 (人)	48	50	52
	実績値 (人)	37	38	31
	比較(対計画) (%)	77.1	76.0	59.6

④ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	6,795	12,157	19,207
	実績値 (千円)	1,019	13,672	17,053
	比較(対計画) (%)	15.0	112.5	88.8
人数(月平均)	計画値 (人)	4	8	12
	実績値 (人)	1	11	12
	比較(対計画) (%)	25.0	137.5	100.0

(4) 施設サービス

① 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	252,868	260,848	274,851
	実績値 (千円)	229,172	265,387	288,524
	比較(対計画) (%)	90.6	101.7	105.0
人数(月平均)	計画値 (人)	85	88	93
	実績値 (人)	77	85	91
	比較(対計画) (%)	90.6	96.6	97.8

② 介護老人保健施設

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	計画値 (千円)	200,797	207,804	214,300
	実績値 (千円)	211,559	183,768	178,202
	比較(対計画) (%)	105.4	88.4	83.2
人数(月平均)	計画値 (人)	63	65	67
	実績値 (人)	68	60	54
	比較(対計画) (%)	107.9	92.3	80.6

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業費の実績

① 訪問型サービス(従前相当)

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	(千円)	3,001	3,940	4,260
人数(月平均)	(人)	14	15	15

② 通所型サービス(従前相当)

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
給付費	(千円)	10,649	11,551	11,715
人数(月平均)	(人)	33	36	35

※令和2年度の実績値は実績から算出した見込み

3 アンケート調査結果からみえる現状

(1) 高齢者の生活と健康に関するアンケート調査

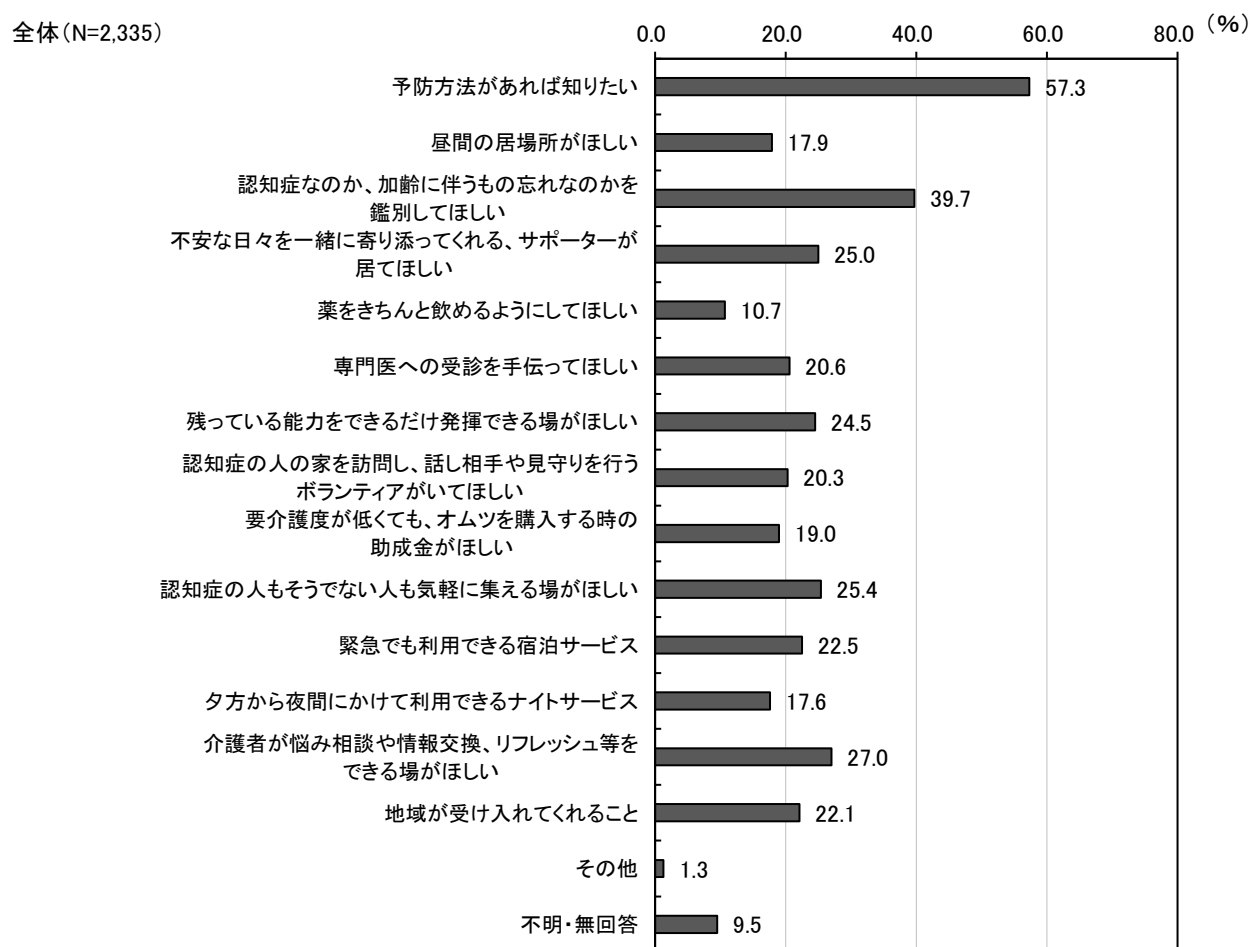
① 調査の概要

- 調査対象者 町内在住の 65 歳以上の人（介護保険の認定者（要支援 1 以上の人）を除く一般高齢者・無作為抽出）3,447 人
- 調査期間 令和 2 年 3 月 19 日（木）～ 3 月 31 日（火）
- 調査方法 郵送配布・郵送回収による本人記入方式
- 回収状況 有効回収数：2,335 件 有効回収率 67.7%

② 調査結果

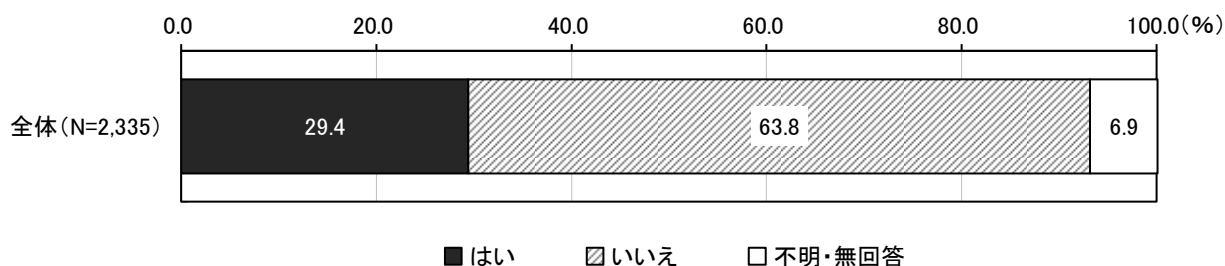
認知症になったときに必要な支援（〇はいくつでも）〈問 47〉

「予防方法があれば知りたい」が 57.3%と最も高く、次いで「認知症なのか、加齢に伴うもの忘れなのかを鑑別してほしい」が 39.7%、「介護者が悩み相談や情報交換、リフレッシュ等をできる場がほしい」が 27.0%となっています。



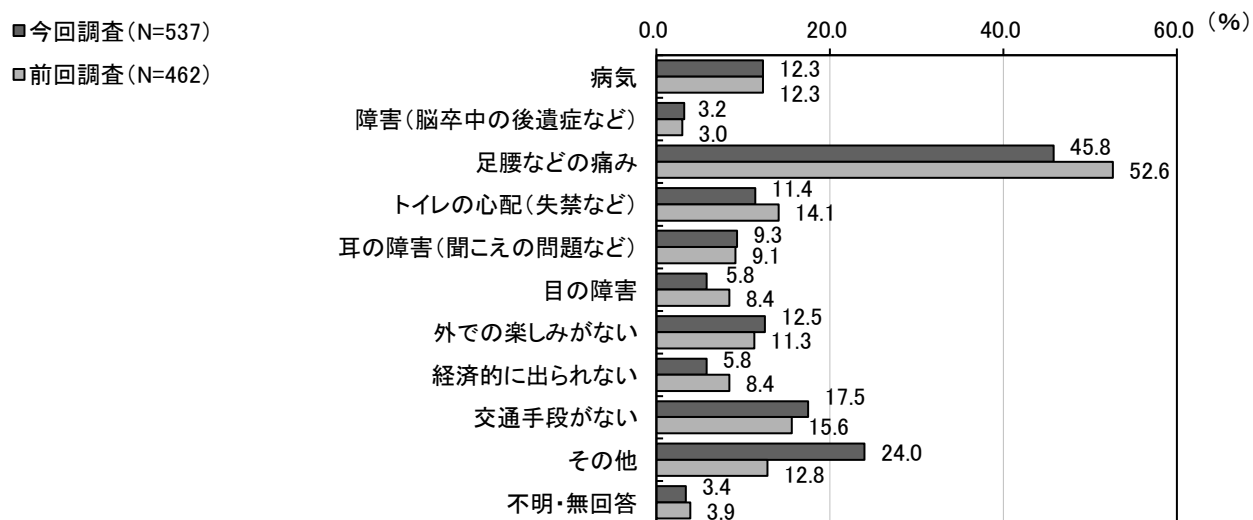
認知症の相談窓口を知っているか（〇は1つ）〈問 44〉

「はい」が29.4%、「いいえ」が63.8%となっています。



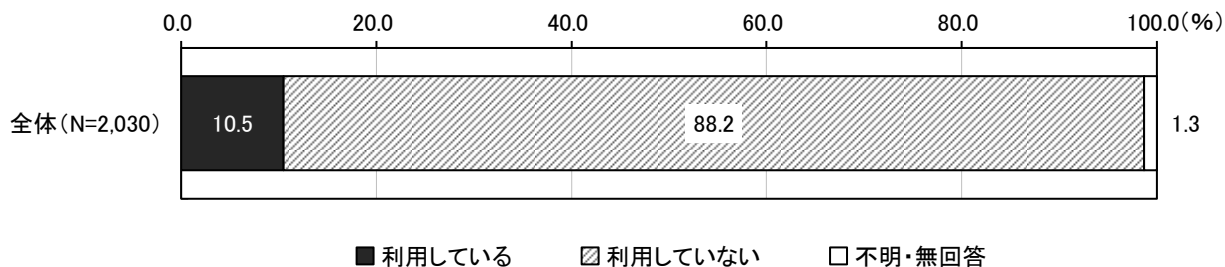
外出を控えている理由（〇はいくつでも）〈問 11-1〉

「足腰などの痛み」が45.8%と最も高く、次いで「交通手段がない」が17.5%、「外での楽しみがない」が12.5%となっています。



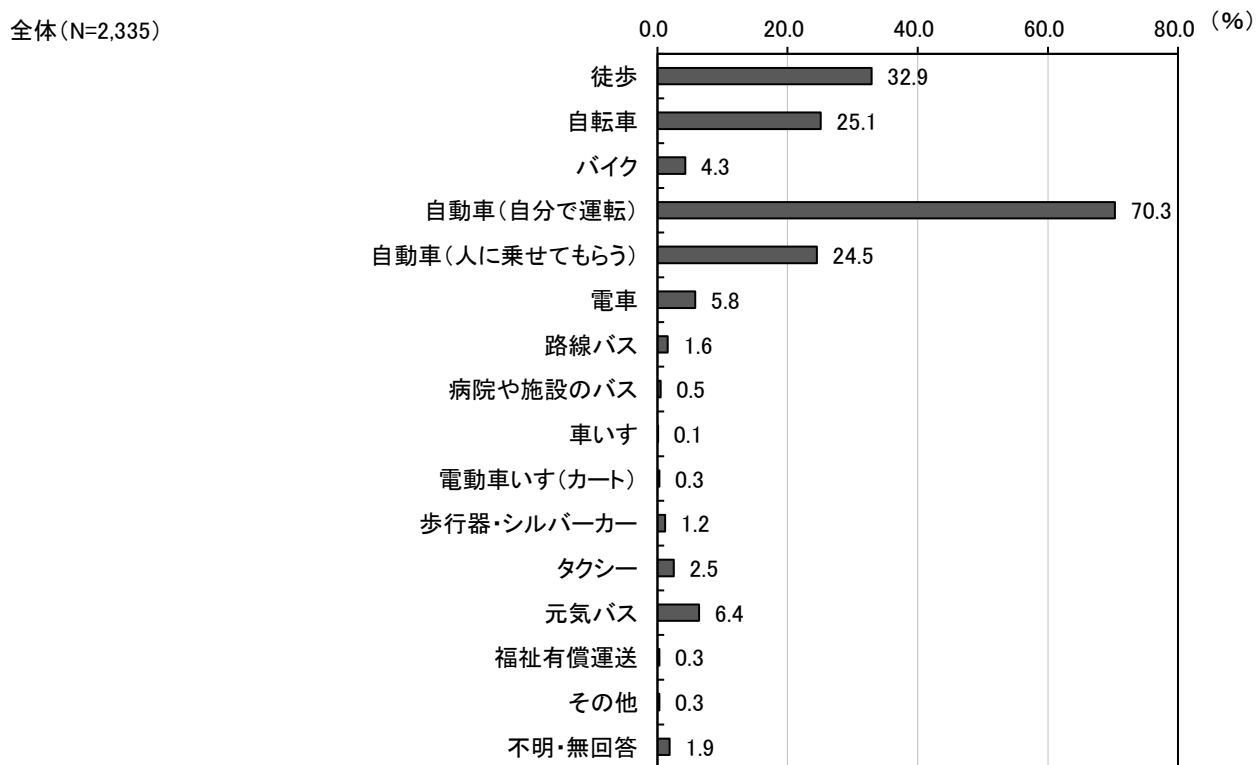
元気バスを利用しているか（〇は1つ）〈問 15- 1〉

「利用している」が10.5%、「利用していない」が88.2%となっています。



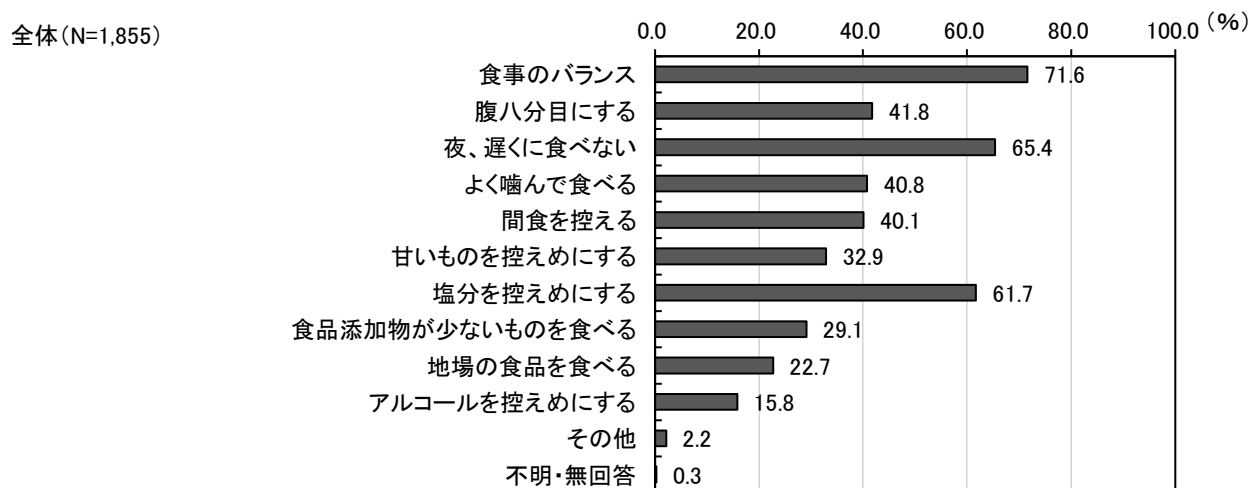
外出する際の主な移動手段（〇はいくつでも）〈問 14〉

「自動車（自分で運転）」が70.3%と最も高く、次いで「徒歩」が32.9%、「自転車」が25.1%となっています。



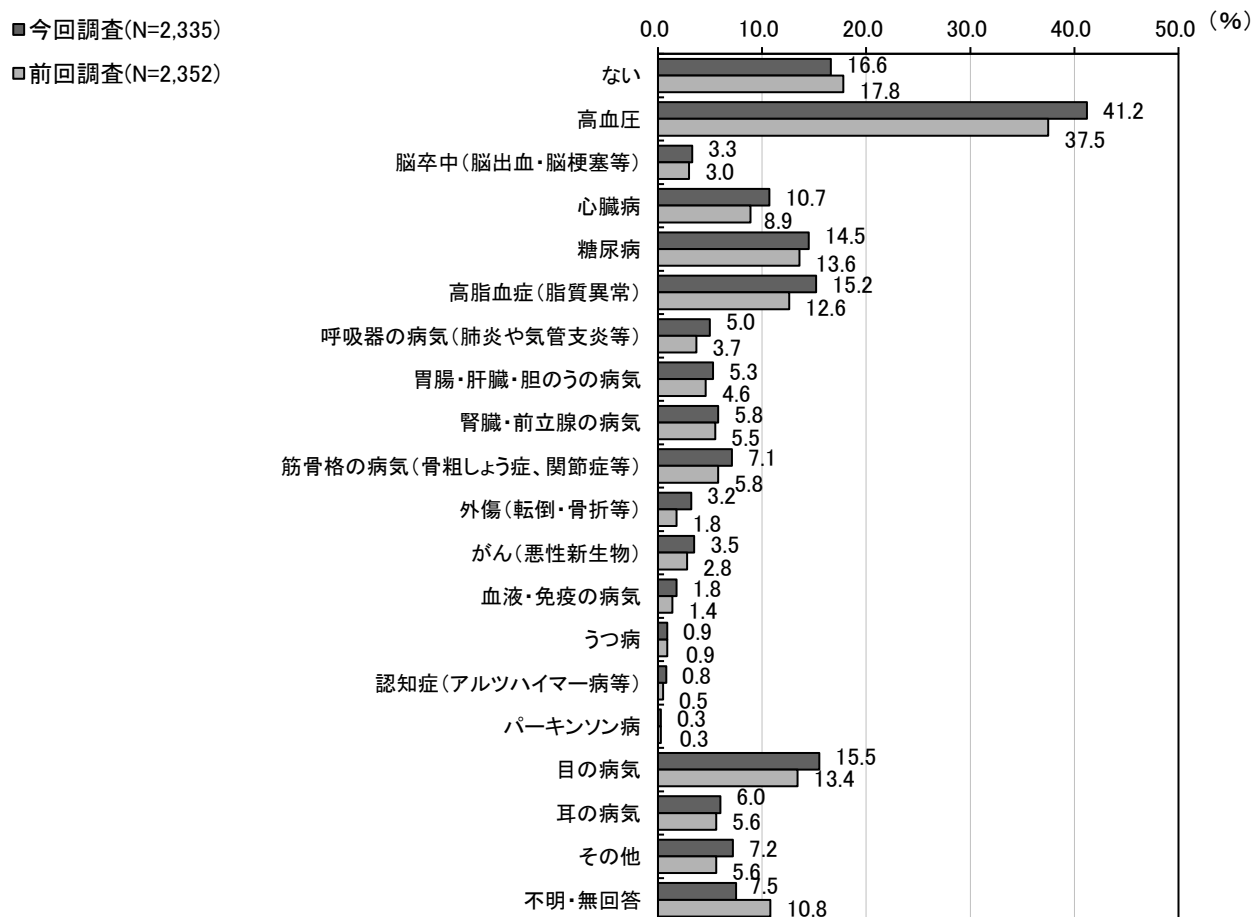
食生活でこころがけていること（〇はいくつでも）〈問 34-1〉

「食事のバランス」が71.6%と最も高く、次いで「夜、遅くに食べない」が65.4%、「塩分を控えめにする」が61.7%となっています。



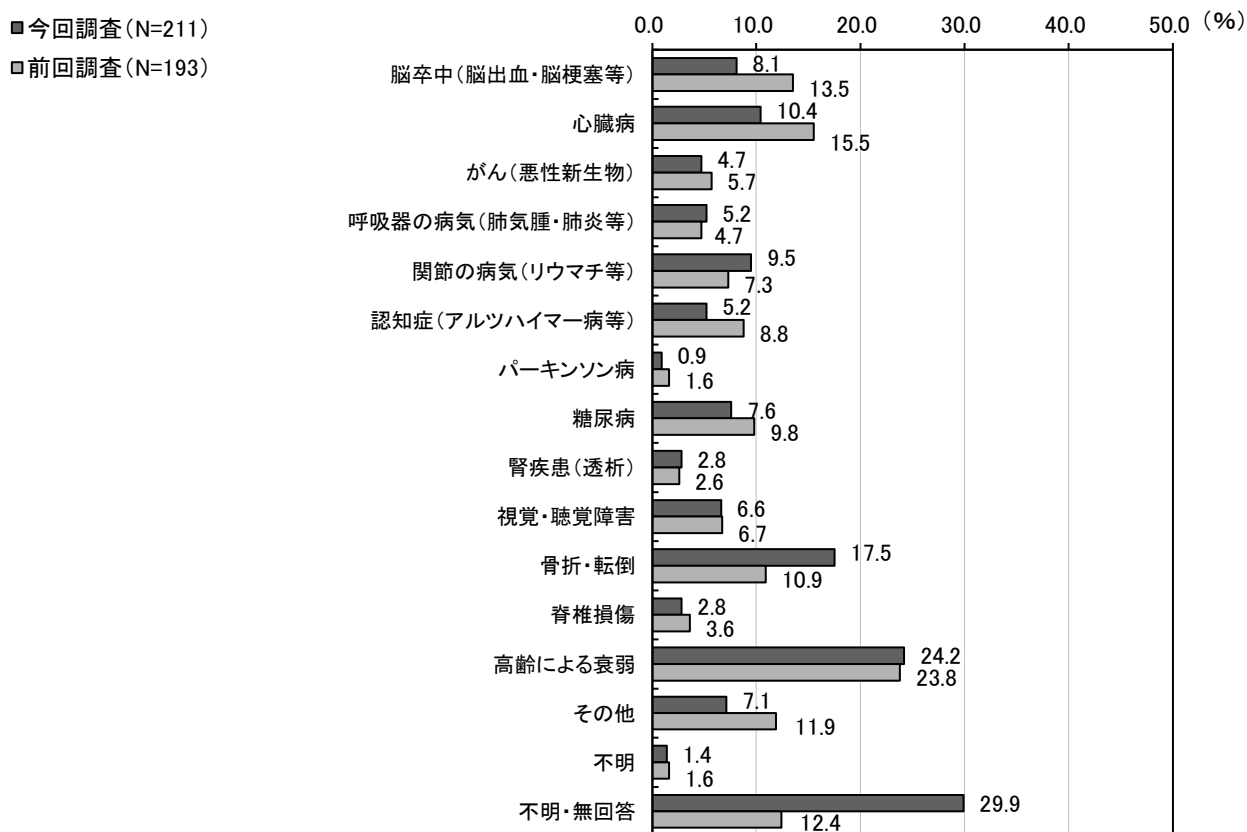
現在治療中、または後遺症のある病気（〇はいくつでも）〈問 26〉

「高血圧」が41.2%と最も高く、次いで「ない」が16.6%、「目の病気」が15.5%となっています。



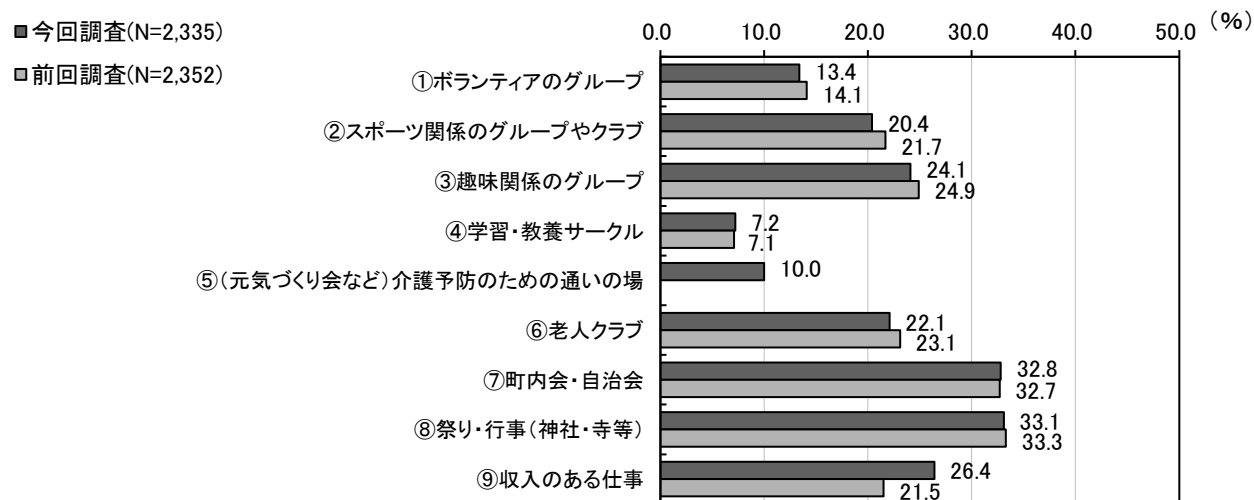
介護が必要になった原因（〇はいくつでも）〈問6-1〉

「高齢による衰弱」が24.2%と最も高く、次いで「骨折・転倒」が17.5%、「心臓病」が10.4%となっています。



会・グループ等への参加頻度（それぞれに〇は1つ）〈問48〉

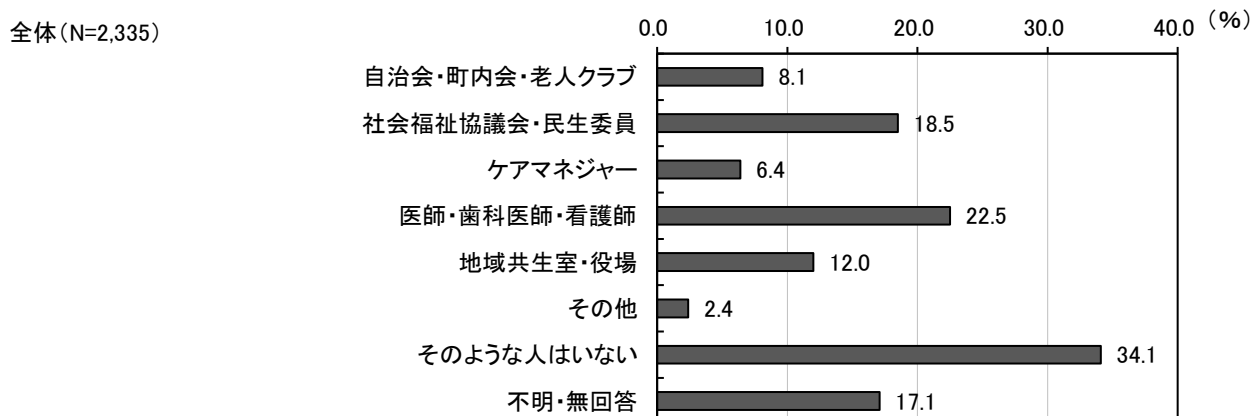
「祭り・行事（神社・寺等）」が33.1%と最も高く、次いで「町内会・自治会」が32.8%、「収入のある仕事」が26.4%となっています。



※「週4回以上」、「週2～3回」、「週1回」、「月1～3回」、「年に数回」の割合の合計
 ※⑤(元気づくり会など)介護予防のための通いの場は、今回調査のみの選択肢

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手（〇はいくつでも）〈問 56〉

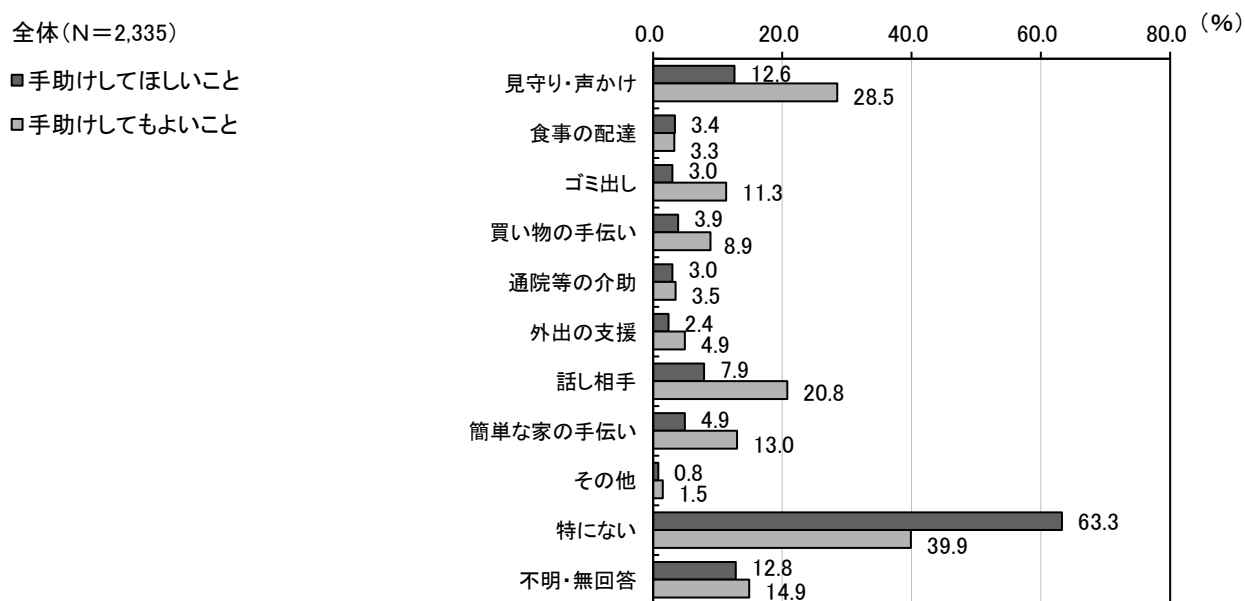
「そのような人はいない」が34.1%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」が22.5%、「社会福祉協議会・民生委員」が18.5%となっています。



手助けしてほしいこと、手助けしてもよいこと（〇はいくつでも）〈問 59・60〉

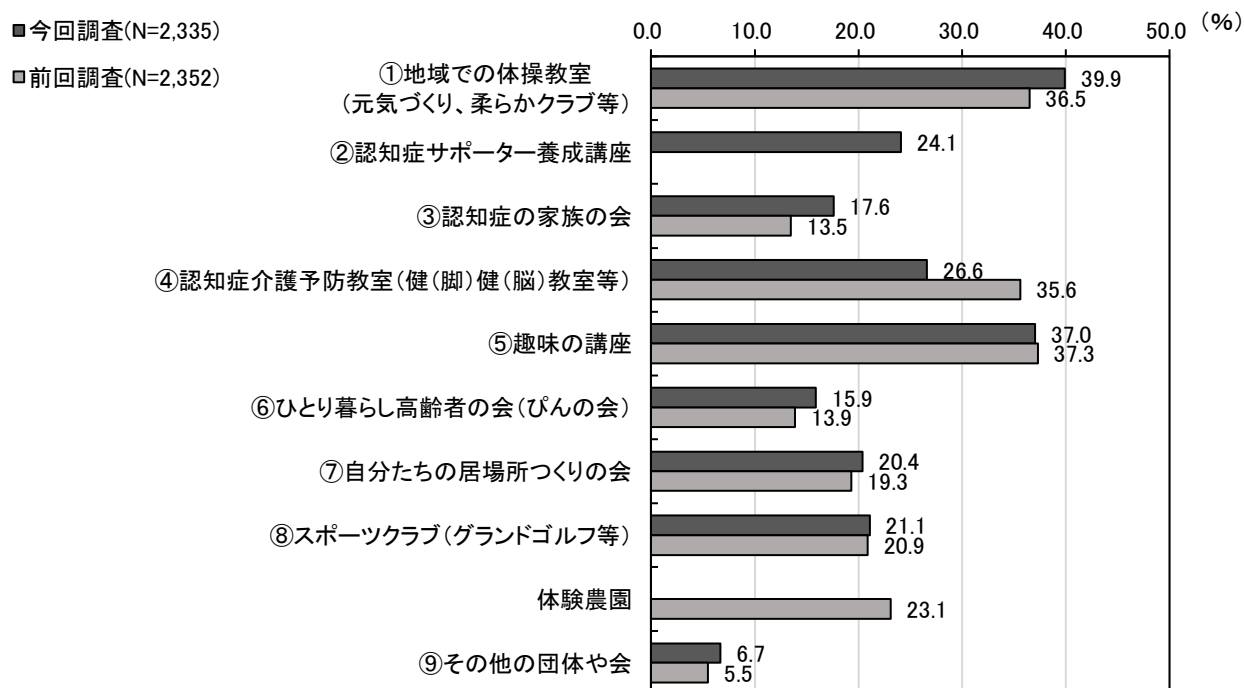
手助けしてほしいこととしては、「特にない」が63.3%と最も高く、次いで「見守り・声かけ」が12.6%、「話し相手」が7.9%となっています。

手助けしてもよいこととしては、「特にない」が39.9%と最も高く、次いで「見守り・声かけ」が28.5%、「話し相手」が20.8%となっています。



参加または利用したいと思う会・事業（それぞれに〇は1つ）〈問 51〉

「①地域での体操教室（元気づくり、柔らかクラブ等）」が 39.9%と最も高く、次いで「⑤趣味の講座」が 37.0%、「④認知症介護予防教室（健（脚）健（脳）教室等）」が 26.6%となっています。



※「積極的に参加・利用したい」、「参加・利用したい」、「誘われれば参加・利用したい」の割合の合計
 ※「体験農園」は前回調査のみの選択肢、「認知症サポーター養成講座」は今回調査のみの選択肢

生活環境についての希望度と満足度（それぞれに〇は1つ）〈問 63〉

①信頼できるかかりつけ医がいるとよいでは、希望度において、「そう思う」が 66.7%と最も高く、満足度においては、「ほぼ満足している」が 52.0%と最も高くなっています。

②自分の能力に合った働く場所があるとよいでは、希望度において、「そう思う」が 27.5%と最も高く、満足度においては、「ほぼ満足している」が 41.5%と最も高くなっています。

③定期的に自宅に来て、声をかけてくれる人がいるとよいでは、希望度において、「どちらとも言えない」と「あまり思わない」がともに 17.1%で最も高くなっています。満足度においては、「どちらとも言えない」が 34.7%と最も高くなっています。

④いつでも集まれる場所が近くにあるとよいでは、希望度において、「そう思う」が 22.1%と最も高く、満足度においては、「どちらとも言えない」が 36.1%と最も高くなっています。

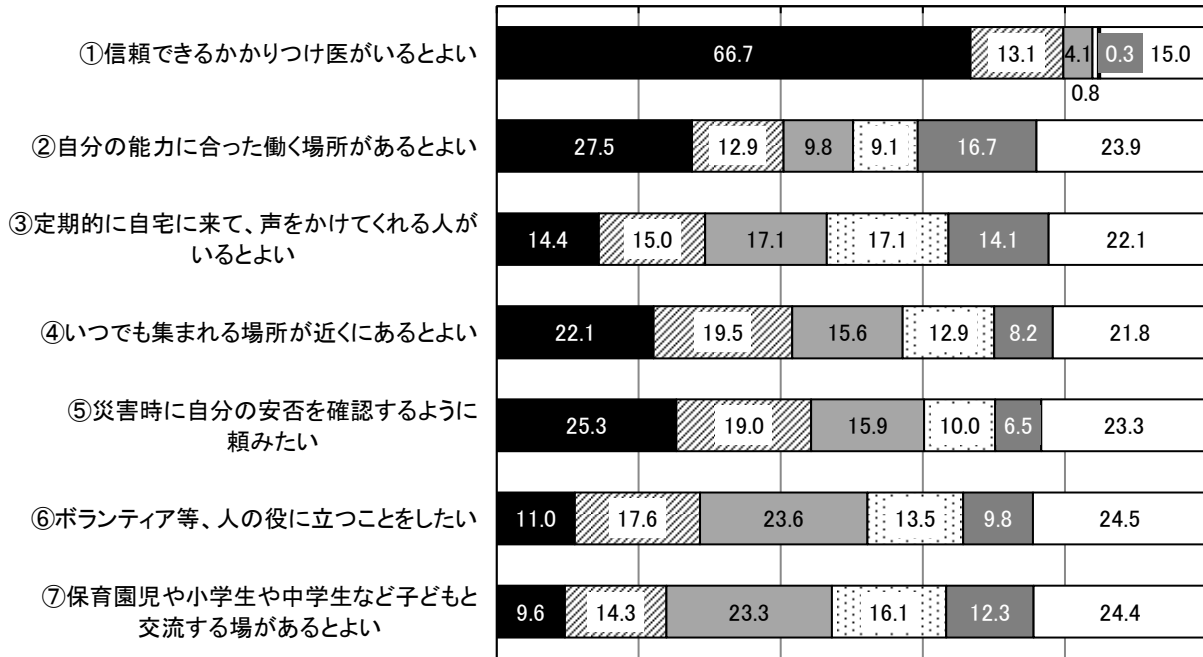
⑤災害時に自分の安否を確認するように頼みたいでは、希望度において、「そう思う」が 25.3%と最も高く、満足度においては、「どちらとも言えない」が 43.3%と最も高くなっています。

⑥ボランティア等、人の役に立つことをしたいでは、希望度において「どちらとも言えない」が 23.6%と最も高くなっています。満足度においては、「どちらとも言えない」が 48.6%と最も高くなっています。

⑦保育園児や小学生や中学生など子どもと交流する場があるとよいでは、希望度において「どちらとも言えない」が 23.3%と最も高くなっています。満足度においては、「どちらとも言えない」が 47.8%と最も高くなっています。

希望度(N=2,335)

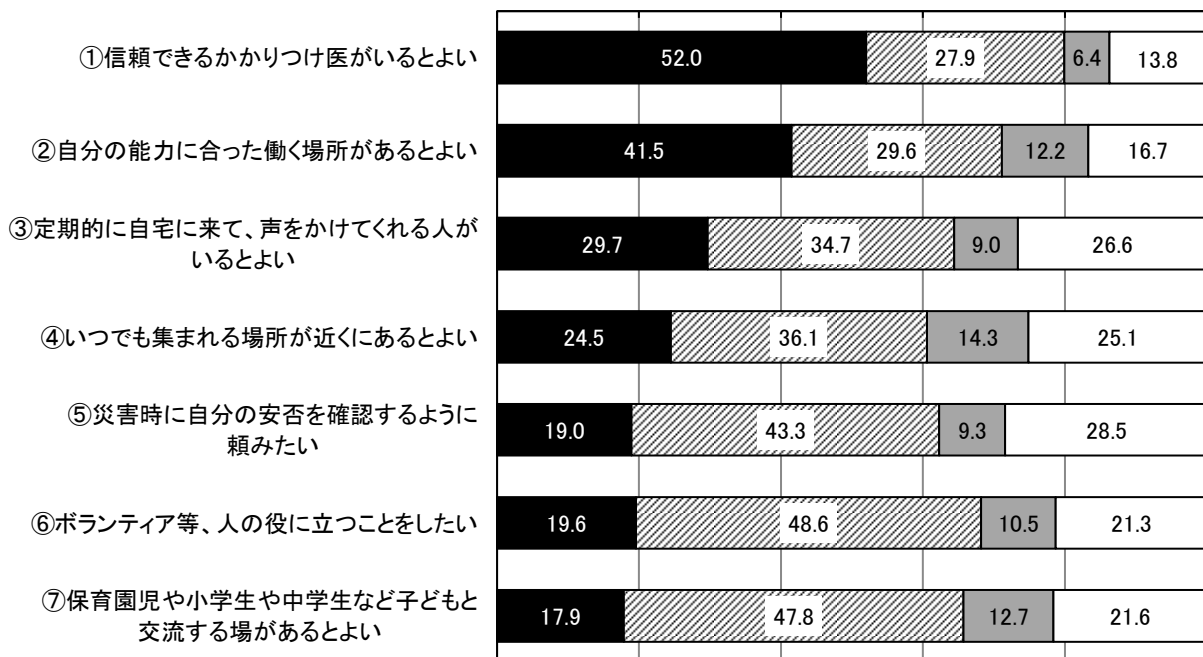
0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0(%)



■ そう思う ▨ まあ思う ■ どちらとも言えない ▤ あまり思わない ■ 思わない □ 不明・無回答

満足度(N=2,335)

0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0(%)



■ ほぼ満足している ▨ どちらとも言えない ■ 満足していない □ 不明・無回答

(2) 在宅介護実態調査

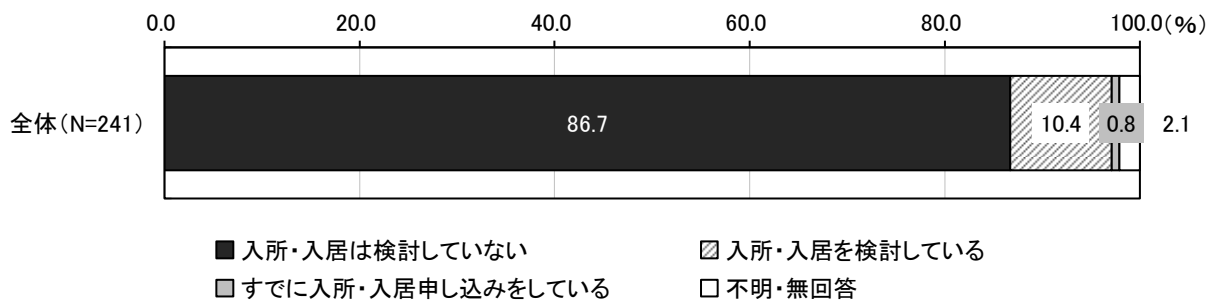
①調査の概要

- 調査対象者 町内在住の65歳以上の人（要支援・要介護認定者）242人
- 調査期間 平成31年4月1日（月）～令和2年3月31日（火）
- 調査方法 認定調査員による聞き取り方式
- 回収状況 有効回収数：241件、有効回収率99.5%

②調査結果

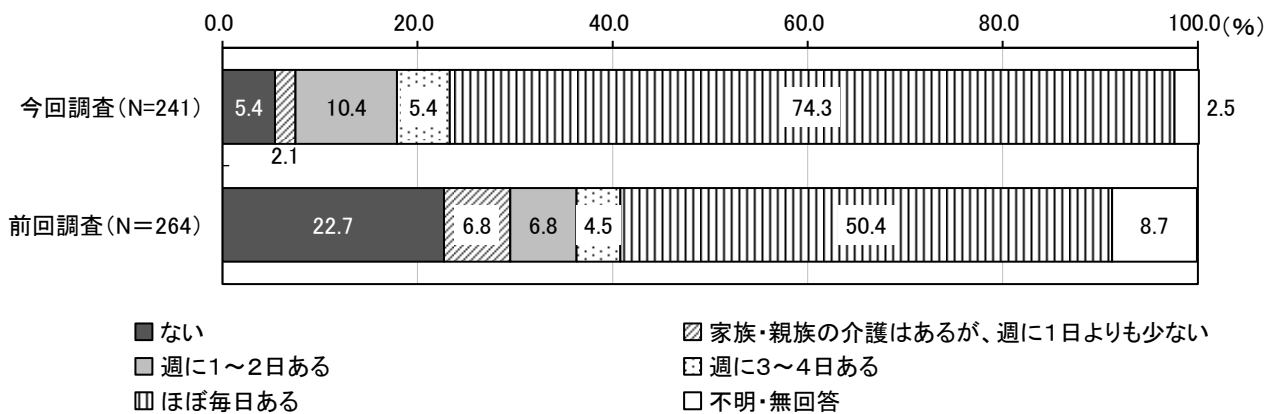
現在の施設等への入所・入居の検討状況（〇は1つ）〈1－問10〉

「入所・入居は検討していない」が86.7%と最も高くなっています。



家族や親族からの介護の頻度（〇は1つ）〈1－問2〉

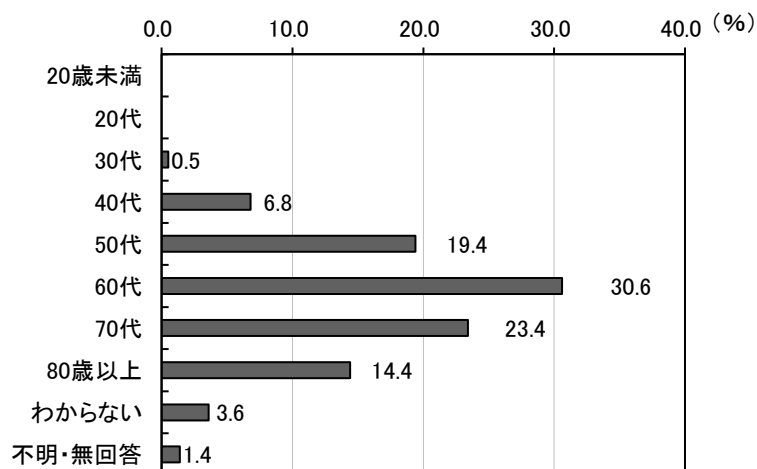
「ほぼ毎日ある」が74.3%と最も高く、次いで「週に1～2日ある」が10.4%、「週に3～4日ある」と「ない」がともに5.4%となっています。



主な介護者の年齢（〇は1つ）〈1－問5〉

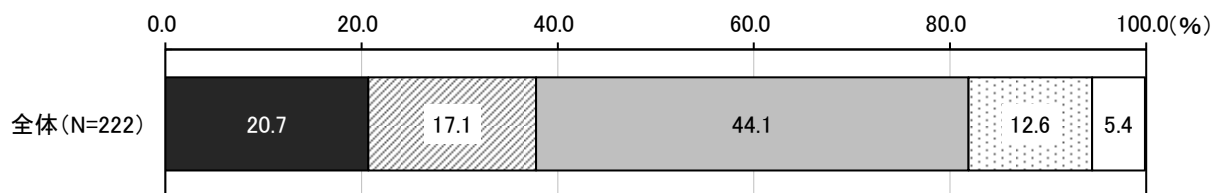
「60代」が30.6%と最も高く、次いで「70代」が23.4%、「50代」が19.4%となっています。

全体(N=222)



主な介護者の勤務形態（〇は1つ）〈2－問1〉

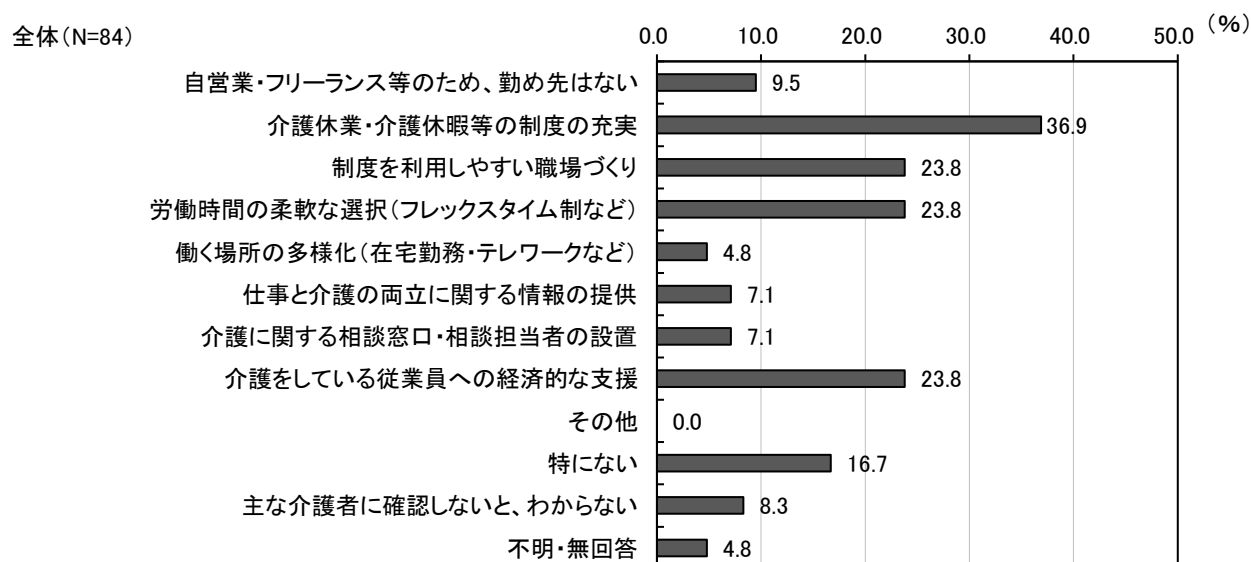
「働いていない」が44.1%と最も高く、次いで「フルタイムで働いている」が20.7%、「パートタイムで働いている」が17.1%となっています。



- フルタイムで働いている
- ▨ パートタイムで働いている
- 働いていない
- 主な介護者に確認しないと、わからない
- 不明・無回答

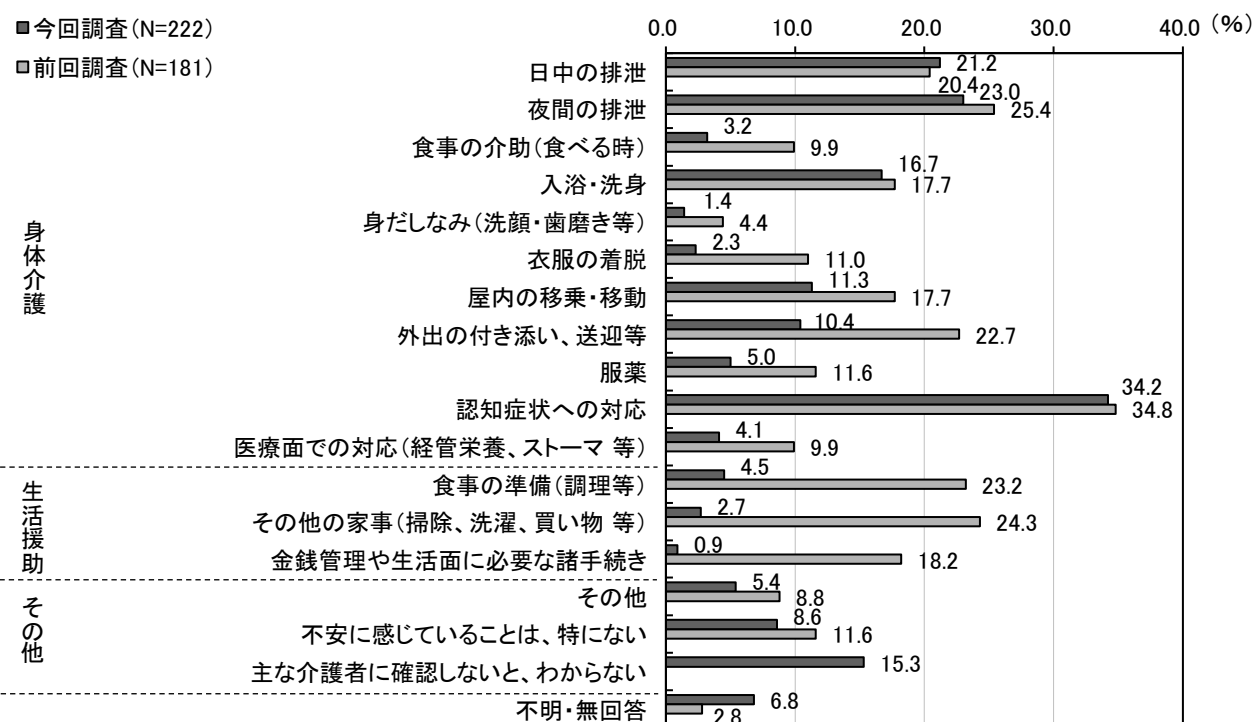
仕事と介護の両立に必要な支援（〇は3つ）〈2-問3〉

「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が36.9%と最も高く、次いで「制度を利用しやすい職場づくり」、「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」、「介護をしている従業員への経済的な支援」がそれぞれ23.8%となっています。



主な介護者が抱える不安（〇は3つ）〈2-問5〉

「認知症状への対応」が34.2%と最も高く、次いで「夜間の排泄」が23.0%、「日中の排泄」が21.2%となっています。

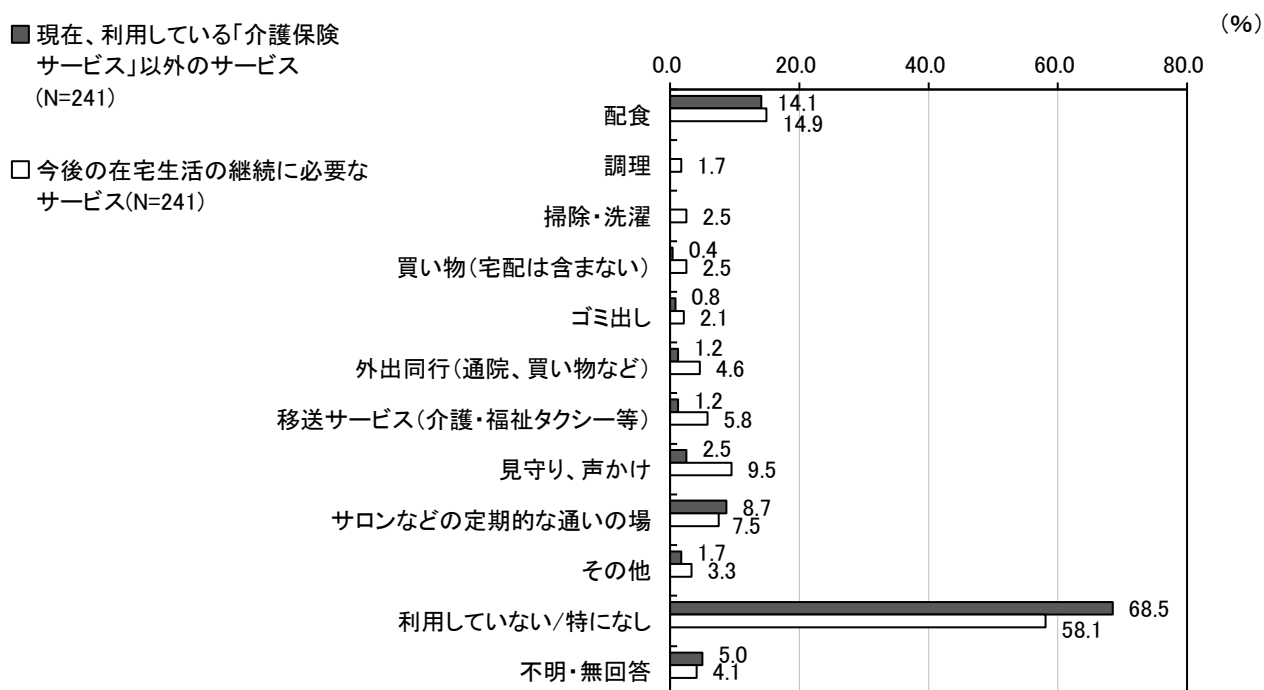


現在、利用している「介護保険サービス」以外のサービスと今後の在宅生活に必要なサービス

(〇はいくつでも)〈1-問8〉

現在、利用している「介護保険サービス」以外のサービスでは、「利用していない」が68.5%と最も高く、次いで「配食」が14.1%、「サロンなどの定期的な通いの場」が8.7%となっています。

今後の在宅生活に必要なサービスでは、「特になし」が58.1%と最も高く、次いで「配食」が14.9%、「見守り、声かけ」が9.5%となっています。



4 玉城町の課題

(1) 在宅医療・介護連携体制の構築

アンケート調査によると、現在介護を受けている人の施設等への入所・入居の検討状況において、9割近くが「入所・入居は検討していない」と回答しており、在宅介護を望む声が多くなっています。

また、家族や親族からの介護については、受けている(「家族の介護はあるが、週に1日より少ない」、「週に1～2日ある」、「週に3～4日ある」、「ほぼ毎日ある」)と答えた回答者の合計が、前回調査時の68.5%から今回調査では92.2%と23.7ポイント増加しており、家族介護が大半を占めるようになっています。加えて、家族による介護が「ほぼ毎日ある」と答えている人の割合が、前回調査時の50.4%から今回調査では74.3%と23.9ポイント増加しており、家族による介護の負担がこれまで以上に高まっている可能性があります。

一方で、主な介護者の年齢では60代以上が約7割となっており、介護者の高齢化が進んでいます。介護者のうちで、仕事と介護を並行するフルタイム及びパートタイムで働いている人の合計は約4割となっています。また、仕事と介護の両立に必要な支援において、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」が最も高くなっているため、企業等に向けて介護者への理解や配慮を呼びかけるなど、今まで以上に介護に携わっている人の経済的・精神的負担軽減に取り組んでいく必要があります。

(2) 認知症に関する啓発と早期発見・対応

アンケート調査によると、認知症の相談窓口については約6割が知らないと答えているため、相談窓口の周知徹底が必要です。また、認知症になったときに必要な支援としては、「予防方法があれば知りたい」が最も高くなっています。主な介護者が抱えている不安においても、「認知症状への対応」が最も高くなっているため、今後も引き続き認知症に対する正しい理解や情報の周知が求められます。

参加または利用したいと思う会・事業をみると、「認知症介護予防教室(健(脚)健(脳)教室等)」が前回調査時の35.6%から今回調査では26.6%と9.0ポイント減少し、「認知症の家族の会」が前回調査時の13.5%から今回調査では17.6%と4.1ポイント増加しています。また、「認知症サポーター養成講座」は24.1%で、会・事業の中では4番目に高くなっています。今後も認知症高齢者の数は増加することが予想されるため、認知症の予防や認知症の人の家族の孤立防止、認知症の人やその家族をサポートする人材の育成といった取り組みを継続する必要があります。

(3) 健康づくり・介護予防活動の促進

アンケート調査によると、外出を控えている理由として「足腰などの痛み」が最も高くなっています。また、介護が必要になった原因としては「高齢による衰弱」が最も高く、次いで「骨折・転倒」が高くなっています。高齢になると、骨がもろくなることに加えて筋力も低下するため、足腰に痛みが出る他、軽い転倒でも骨折に至る場合があります。筋肉の衰えを防ぐための運動習慣改善や、事故を未然に防ぐための住宅改修等が必要です。

現在治療中、または後遺症のある病気について、今回調査の結果を前回調査と比較すると、18項目中16項目の病気において前回調査を上回っており、中でも「高血圧」が最も高くなっています。一方で、食生活においてころがけていることをみると、「食事のバランス」が最も高く、次いで「夜、遅くに食べない」、「塩分を控えめにする」となっています。高血圧の予防としては、食事の塩分を控えめにすることや適度な運動、ストレスの軽減等が挙げられます。現状、住民の食事面での意識は醸成できているものの、高血圧の人は依然として増加しているため、食事面での啓発を続けつつ、これまで以上に運動や生活習慣の見直しを進めていく必要があります。

また、国においては、今回の制度改正により、後期高齢者医療の保健事業や国民健康保険の保健事業等と連携を行うことが求められます。

(4) 地域での見守り・支えあい活動の促進

アンケート調査によると、外出を控えている理由において、「交通手段がない」が上位2位、「外での楽しみがない」が上位3位となっており、これらは前回調査時と比較しても増加しています。

交通手段については、オンデマンド形式のバスである「元気バス」があるものの、利用状況を見ると9割近くの人が利用していないと答えています。外出する際の主な交通手段をみると、「自動車（自分で運転）」が最も高くなっていることから、大多数の人が自分で車を運転して移動していることがわかります。今後は高齢者の運転免許証返納が考えられるため、「元気バス」による移動支援の需要が高まると予想されます。また、バス停が自宅近くになく、自分で移動できない人がいることが考えられるため、引き続き近隣住民同士での助け合いを促していくとともに、公共交通について考える場が必要です。

外での楽しみについては、会やグループ等への参加頻度をみると、「祭り・行事（神社・寺等）」が最も高く、次いで「町内会・自治会」となっています。外出の機会が減ると、高齢者が孤立するリスクが高まるため、今後も継続して地域活動への参加を呼びかける必要があります。

地域での支えあいの意識については、手助けしてもよいことにおいて「見守り・声かけ」「話し相手」「簡単な家の手伝い」が高くなっています。今後も近隣住民同士の見守りや声かけ、住民主体の訪問サービスを通じて、互いに支えあえる地域をつくりあげていく必要があります。

(5) 地域包括ケアシステムの深化・推進

アンケート調査によると、現在、利用している介護保険サービス以外のサービスと今後の在宅生活に必要なサービスにおいて、ともに「配食」が最も高くなっています。配食サービス事業は、高齢者の安否確認も兼ねているため、今後も継続して実施していく必要があります。

また、家族や友人・知人以外の相談相手を見ると、「そのような人はいない」が最も高くなっており、次いで「医師・歯科医師・看護師」、「社会福祉協議会・民生委員」となっています。生活環境についての希望度と満足度をみると、「災害時に自分の安否を確認するように頼みたい」において満足度が希望度を下回っています。今後は、住民の身近な相談窓口としての地域共生室の周知を図るとともに、民生委員・児童委員と連携した相談支援を行う必要がある他、避難行動要支援者に対して、平時の避難訓練等において見回りや声かけを行い、避難体制を整えることが求められます。

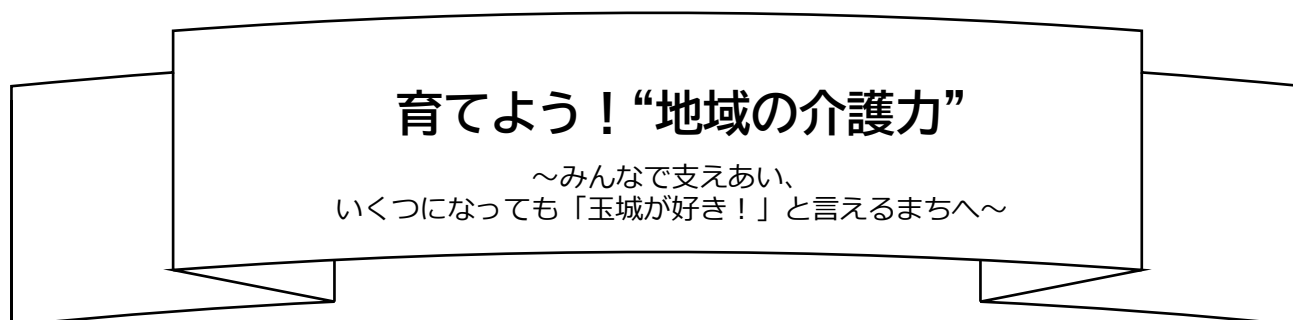
第3章 計画の方向性

1 計画の基本理念

本町では、地域ぐるみの介護予防・健康づくりや総合事業における生活支援サービスの担い手の確保、住民主体の活動を進めるリーダーの育成等に取り組んできました。

国においても、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和 22 年を見据え、持続可能な地域包括ケアシステムの運営に加えて、「支える側」や「支えられる側」といった垣根を越えた地域共生社会の実現が目指されており、今後ますます“地域の介護力”が求められる時代となっています。

これらの状況を踏まえて、本町では、「玉城町第7期介護保険事業計画及び第8期高齢者保健福祉計画」で立てた基本理念を継承し、『育てよう！“地域の介護力”～みんなで支えあい、いくつになっても「玉城が好き！」と言えるまちへ～』と定め、この基本理念のもと、住民一人ひとりが、いくつになっても地域でいきいきと生活できるまちの実現に向けて計画を推進していきます。



2 基本目標

「共生」の地域づくりの推進

本町では、これまで、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム構築に向けた体制整備に取り組むとともに、地域と行政が協働して地域における生活機能の向上に取り組んできました。今後も、世代や分野を超えて人と人が支えあう地域共生社会を推進していくことが重要となります。

本計画は、「玉城町における地域共生社会の考え方」を踏まえ、『「共生」の地域づくりの推進』を基本目標に掲げます。生活支援コーディネーター等、専門職による課題解決のサポート体制の充実、地域共生室のバックアップ機能の強化を図り、住民主体の活動への支援や、地域活動を行う人材の発掘、育成を支援します。

住民主体による地域課題の解決力強化・体制づくり

様々な課題を抱える住民
(生活困窮、障がい、認知症等)

地域

発見・支援

民生委員・児童委員 サポーターくら（認知症サポーター）
ご近所の人 老人クラブ ボランティア 子育てサークル
健康しあわせ委員 食生活改善推進員 元気ですたまき委員 等

地域課題の把握、地域活動を行う人材の発掘、育成

玉城町地域ケア会議等協議の場

専門職によるバックアップ

生活支援コーディネーター 等

地域では解決できない課題

バックアップ

行政

地域共生室

(高齢・子ども・障がい・生活困窮等、あらゆる分野の総合相談窓口)

- 包括的な相談支援体制の構築
- 地域づくりの総合化・包括化
- 各種計画の総合化・包括化

サービス・専門人材の丸ごと化

- 公的福祉サービスの総合化
- 専門人材のキャリアパスの複線化（医療・福祉資格に共通の基礎課程の創設、資格所持による履修期間の短縮、複数資格間の単位認定の拡大）

3 基本方針

1. 地域包括ケアシステムの基盤強化

高齢者が医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域包括ケアを推進します。また、高齢者の生活を支える総合機関としての役割を担っていくために、適切な相談・支援が行えるように資質の向上に努めます。

地域包括ケアシステムにおけるサービスの質の維持に向け、介護人材の確保や文書負担軽減に取り組みます。また、認知症高齢者の増加が見込まれるため、中核機関を中心とした成年後見制度の利用促進を行い、高齢者の権利擁護を推進します。

2. 介護予防・健康づくり施策の充実

高齢者の健康を保つために保健サービスの充実に努めます。地域で行っている「元気づくり会」を中心に顔なじみの人がいる地域で、また、地域との関わりが少ない人にとっては顔なじみをつくれるよう、それぞれの地域特性を活かした方法で、楽しみながら、無理なく継続できる介護予防活動を展開します。

また、効果的な介護予防事業の実施に加えて、担い手の発掘や育成を行い、多様な主体による事業を展開します。そして、一般介護予防事業においてはP D C Aサイクルに沿った推進や、リハビリテーション専門職の関与、保健事業と介護予防事業の一体的な運営ができるよう体制を整えます。

3. 在宅医療・介護連携の推進

地域における切れ目のない在宅医療と介護の連携を推進する拠点として「在宅医療・介護連携支援センター つながり」を設置しています。「在宅医療・介護連携支援センター つながり」では、地域の資源や課題を把握・分析し、医療、介護、保健、福祉関係者等、多職種間の協働、連携、ネットワークの強化を推進していきます。

高齢者が住み慣れた地域で医療・介護を受けながら、安心して自立した生活を送ることができるよう、在宅医療や在宅介護について啓発を行い、理解の促進に努めます。人生の最終段階におけるケアのあり方（アドバンス・ケア・プランニング）や終活についても、普及啓発していきます。

4. 介護保険サービスの適正化

適切なサービスが実施できるように、サービス事業所や専門職と、町が一体となってサービスの質の向上に取り組みます。

5. 高齢者がいきいきと活躍できる社会

地域で活動している団体の把握に努め、地域活動の活性化を図ります。また、自立支援・介護予防・重度化予防を目的に、地域介護予防支援事業運動教室の実施に加え、シルバー人材センター、お助けマン、ちょこボラ等就労の機会を提供することで、高齢者が生きがいを持って地域社会へ参画し、いくつになってもいきいきと生活できる環境づくりに努めます。

地域課題の共有や解決のための方策について、町内の医療・介護関係者、民生委員・児童委員やサポーターさくら(認知症サポーター)等で構成される玉城町地域ケア推進会議において協議を行い、医療・介護等の専門職の連携と、地域ニーズを把握し、高齢者が地域で生活する上で、真に必要とされるケア体制について協議し、必要なサービスを整えていきます。

6. 地域ぐるみの認知症ケア

令和元年度に公布された認知症施策推進大綱において述べられている「共生」と「予防」に重点を置いた取り組みを行います。

「共生」に向けた取り組みとしては、認知症があってもなくても同じ社会で生きられるよう、「元気バス」等の移動手段を確保します。また、居場所づくりや交流の機会の創出により、認知症の人とその家族の孤立を防ぎます。加えて、認知症サポーターの育成や見守りネットワークの活用により、地域ぐるみで認知症の人を支援します。

「予防」に向けた取り組みとしては、引き続き認知症の正しい知識の普及啓発、早期発見・早期対応、相談窓口の周知に努めるとともに、本人が自分の言葉で語れる機会を提供していきます。

7. いくつになっても暮らしやすい町づくり

公的なサービスのみならず住民主体の活動団体やボランティア、企業等の多様な主体の協力のもと、生活支援・介護予防サービスの充実を図ります。また、住み慣れた地域でいくつになっても不自由なくいきいきと生活できるよう、高齢者の運転免許証返納に備えた移動手段の維持・確保、福祉サービスの充実に加え、災害対策や感染症予防にも努めます。

4 施策体系

基本理念

育てよう！“地域の介護力”

～みんなで支えあい、いくつになっても「玉城が好き！」と言えるまちへ～

基本目標

「共生」の地域づくりの推進

1 地域包括ケアシステムの基盤強化

- (1) 地域包括支援センターの機能強化
- (2) 包括的支援事業の推進
- (3) 任意事業の推進

2 介護予防・健康づくり施策の充実

- (1) 介護予防・生活支援サービス事業
- (2) 一般介護予防事業
- (3) 保健サービスの充実

3 在宅医療・介護連携の推進

4 介護保険サービスの適正化

- (1) ケアマネジメント（ケアプラン）の質の向上
- (2) 介護保険サービス事業所の指導・監査の実施
- (3) 認定調査状況のチェック

5 高齢者がいきいきと活躍できる社会

- (1) 生活支援コーディネーターを中心としたネットワークの構築
- (2) 高齢者の社会参加と生きがいづくり
- (3) 地域ケア会議の充実

6 地域ぐるみの認知症ケア

- (1) 認知症への早期対応の推進
- (2) 認知症サポーターの育成と活動促進
- (3) 認知症の人と家族の人への支援

7 いくつになっても暮らしやすい町づくり

- (1) 高齢者を支える環境づくり
- (2) 安心して暮らせる環境づくり
- (3) 福祉サービスの充実

第4章 施策の展開

1 地域包括ケアシステムの基盤強化

(1) 地域包括支援センターの機能強化

●取り組み状況

地域包括支援センターでは、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自分らしく自立した生活をしていけるよう、介護予防支援事業の実施や介護予防や健康づくりの知識の普及に加え、様々な制度や地域資源との連携をとりながら総合相談や支援を行っています。

●今後の方向

- ・地域包括支援センターにおいて、高齢者の総合相談や権利擁護、地域の支援体制づくり、介護予防等への必要な援助を行います。地域包括支援センターが、地域包括ケアシステム構築に向けた中心的な機関となるよう基幹機能の整備や、人的配置等機能の充実を推進します。
- ・地域包括支援センターを拠点として、医療・介護・福祉等の関係機関やボランティア等の様々な社会資源との連携を図り、包括的・継続的なケア体制の構築を推進します。
- ・地域包括支援センターが包括的支援事業で取り組むべき方向性を運営方針として示すとともに、適切・公正かつ中立的な運営を確保するため、玉城町介護保険推進協議会が地域包括支援センター運営協議会を担い、事業評価や検証を実施します。

(2) 包括的支援事業の推進

① 介護予防ケアマネジメント事業

●取り組み状況

生活機能の維持改善が必要な対象者を訪問し、アセスメントを行っています。また、必要に応じて地域個別ケア会議において、その人らしい自立した生活の検討を行い、介護予防事業を提供することで生活機能の改善に取り組んでいます。

●今後の方向

- ・地域にある支援を活用しながら本人の意向を尊重し、適切な支援が受けられるように、一人ひとりの心身状態に応じた適切な介護予防ケアマネジメントを実施していきます。

② 総合相談支援事業

●取り組み状況

地域共生室は、介護、障がい、健康づくり、子育てに関する様々な相談を一体的に受け付けるワンストップ相談窓口としての機能を果たしています。また、地域共生室からの情報発信と、相談窓口の周知をあらゆる機会を通じて行っています。

●今後の方向

- ・地域共生室が住民に広く認知されるよう周知活動を継続します。ホームページ、広報誌への掲載に加え、地域住民が集まる場に出向くなど、利用しやすい相談機関となるよう取り組みます。
- ・高齢者が親の介護を行う老々介護や、育児と親の介護をともに背負うダブルケア等の複雑化した生活課題を抱える個人や家庭、地域の問題に対応できるよう、職員の相談支援のスキル向上に取り組みます。

③ 権利擁護事業

●取り組み状況

社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師が協力し、社会福祉協議会や民生委員・児童委員、地域の関係機関と連携しながら、高齢者を権利侵害から守るための広報活動や相談業務、虐待対応等に取り組んでいます。

また、住民や関係機関への理解促進を行う権利擁護研修会、高齢者・障がいのある人の虐待ケースについての情報共有・報告・検討を行う高齢者等虐待防止ネットワーク会議を開催しています。

そして、令和2年度にはすべての人の自己実現・自己決定権を尊重した権利擁護を実現させるため「権利擁護推進委員会」を発足し、「成年後見制度利用促進計画」を策定しました。

●今後の方向

- ・虐待問題や成年後見制度の利用促進等について、地域の民生委員・児童委員や介護保険の専門職への研修を行います。また、虐待対応の帳票を活用し、高齢者を権利侵害から守るよう取り組みの強化に努めます。
- ・虐待対応に向けた職員のスキルアップを図ります。
- ・権利擁護研修会以外にも、広報誌等を通じて啓発を行います。
- ・成年後見制度利用促進の拠点となる中核機関の設置を予定しています。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント事業

●取り組み状況

「ケアマネット会議」において、ケアマネジャーと相談支援専門員が共同で事例検討や勉強会を開催しており、それぞれの視点から意見交換を行うことで事業所間を超えたつながりや連携体制を築いています。また、「ケアマネット会議さうだん部会」以外にも、認知症初期集中支援チーム員会議にケアマネジャーが参加し、主治医との情報の共有や連携を図っています。

●今後の方向

- ・高齢者の多様なニーズや社会環境の変化により、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの抱えている課題は様々です。個々のケアマネジャーの相談に応じるとともに、支援困難事例を通して、ケアマネジャーの相談・支援を強化していきます。また、適切で質の高いケアマネジメントの実現を目指し、情報提供等を行っていきます。

(3) 任意事業の推進

① 介護給付等費用適正化事業

●取り組み状況

国民健康保険団体連合会と連携した要介護認定の適正化、ケアプラン点検、住宅改修利用時の点検、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費の通知を行うことで、適切なサービスの利用を促し、サービスの質の向上と介護保険料上昇の抑制を図っています。

加えて、制度の趣旨の理解の徹底や、健全な事業展開のために必要な情報の提供等を行っています。所管する介護保険事業所に対し、集団指導や実地指導を実施し、適正な事業所運営とサービスの向上を図るとともに、指定地域密着型サービス事業所の運営推進会議に参加し、事業所の運営状況の把握や情報共有を行っていきます。

●今後の方向

- ・介護給付費の増大を抑制し、持続可能な介護保険制度を構築するため、事業者への指導や、認定適正化に向けた職員研修を行うとともに、被保険者が制度内容や介護予防の重要性を正しく理解できるよう周知します。
- ・ケアプラン点検等において、国民健康保険団体連合会の介護給付化適正システムを積極的に活用し、介護サービスの適正化を効果的に推進します。

② 家族介護継続支援事業

●取り組み状況

家族介護慰労事業では、経済的な課題を抱える家族への支援のため、要介護認定を受けていてもサービスを利用することが困難な要介護4・要介護5の人を介護する非課税世帯の介護者に対し、年間100,000円を支給しています。

また、介護用品支給事業では、おむつが必要な要介護者を在宅で介護する非課税世帯の介護者に対し、おむつ利用券（1か月あたり5,000円分）を発行しています。

現在はケアマネジャーが制度について紹介しており、在宅介護の負担軽減として、利用者数は増加しています。

●今後の方向

- ・ケアマネジャーによる紹介以外の在宅介護者への周知方法について検討を行います。
- ・令和3年度より任意事業から外れますが、在宅介護の状況を踏まえ、引き続き実施することを検討しています。

③ 成年後見制度利用支援事業

●取り組み状況

認知症高齢者の増加とともに、成年後見制度の利用需要が高まっています。本町では、制度利用における個別の相談については地域共生室が対応し、必要に応じて町長申立ての利用支援を含めた成年後見制度の利用促進や助成事業の適用を行っています。また、成年後見制度の利用が必要な高齢者が速やかにサービスを受けることができるよう、広報誌等を活用し、制度の普及啓発に努めています。

加えて、成年後見制度利用促進法に基づき、令和3年4月に中核機関を設置し、権利擁護体制の整備を行えるよう検討を進めています。

●今後の方向

- ・成年後見制度についての地域のニーズを把握するため、調査方法について検討を行います。
- ・中核機関の設置に向けて、社会福祉協議会との連携を強化します。

④ 介護相談員派遣事業

●取り組み状況

現在は、10人いる介護相談員が地域にある9か所の介護施設を月1回2名ずつで訪問し、相談員の気づきや利用者の声を施設に届け、施設サービスの質の向上を図っています。

加えて、相談員が訪問した際に聴き取った施設の状況・利用者の状況・生活環境等を、相談員と施設、行政による「地域サービス向上連絡会」において共有し、虐待の早期発見や安心して利用できるサービスの向上について検討しています。

また、住民へは年2回の介護相談員だよりを発行し、介護相談員活動と介護保険サービスの紹介を行っています。

●今後の方向

- ・在宅サービス利用者への周知が不足しているため、今後は日頃から地域の高齢者の見守り等の支援を行っている民生委員・児童委員等と連携し、問題を抱えている在宅の高齢者に対して相談支援を行います。
- ・新型コロナウイルス感染症の流行によって施設訪問ができない場合の活動方法や連絡会等の実施方法について検討します。

⑤ 配食サービス事業

●取り組み状況

平成30年度から、社会福祉協議会（第1・3日曜日は虹の会による給食サービスを実施）に委託し、毎週日曜日の見守りと栄養バランスの取れた食事の提供に加えて、独居や高齢者世帯の安否確認を行っており、利用者も増加しています。

●今後の方向

- ・週1回の利用で安否確認として適切かを、他のサービスと調整しながら見極めていきます。

2 介護予防・健康づくり施策の充実

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービス

●取り組み状況

本町では現在、訪問型サービス（従前相当）として、指定事業所のホームヘルパーが訪問し、日常生活での様々な身体介護、生活援助等のサービスを行っています。また、訪問型サービスC(短期集中予防サービス)として、担当課職員が理学療法士とともに、悠ゆう塾参加者の家を訪問し、生活環境の確認等を行っています。

本町の在宅サービス受給者数は増加傾向にあるため、住民、ボランティアや事業所等、多様な主体の事業への参画を促すとともに、有償ボランティアやポイント制度等を活用した人材の確保に努め、訪問型サービスをより充実させていく必要があります。

●今後の方向

- ・訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）については、地域のニーズを把握し、必要に応じて新規創出を検討します。
- ・訪問型サービスB（住民主体による支援）については、地域のニーズを把握し、必要に応じて新規創出を検討します。
- ・訪問型サービスC（短期集中予防サービス）については、通所型サービスC（短期集中予防サービス）や事業対象・要支援者等の自宅を訪問し、個人の生活に沿ったリハビリテーションの提案を行います。
- ・訪問型サービスD（移動支援）については、元気バスの利活用も含め、創出に向けて検討を行います。

② 通所型サービス

●取り組み状況

本町では現在、通所型サービス（従前相当）、通所型サービスC（短期集中予防サービス）を実施しており、通所介護施設や保健福祉会館、地域の公民館等で生活機能を向上させるための機能訓練（体操）や仲間づくりのための場を提供しています。

通所型サービスC（短期集中予防サービス）については保健師が運営を行い、「悠ゆう塾」において、運動器の機能向上を目的に、ストレッチやバランス体操等を実施するとともに、「悠ゆう塾」参加後も介護予防や健康づくりに取り組んでもらえるよう、一般介護予防事業の「悠ゆう塾OB会」の案内も行っていきます。

●今後の方向

- ・通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）については、地域のニーズを把握し、必要に応じて新規創出を検討します。
- ・通所型サービスB（住民主体による支援）については、地域のニーズを把握し、必要に応じて新規創出を検討します。
- ・通所型サービスC（短期集中予防サービス）については、事業対象者・要支援者が、自立した日常生活を送れるよう、理学療法士・歯科衛生士・管理栄養士の連携による3か月間のプログラムを実施します。

(2) 一般介護予防事業

●事業の種類・内容

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へとつなげます。
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及啓発を行います。
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行います。
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行います。
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、玉城町地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等による助言等を実施します。

① 介護予防普及啓発事業

●取り組み状況

介護予防講演会（介護予防講演会・認知症予防講演会）や老人クラブ・サロンでの介護予防普及啓発事業等の実施の他、広報誌、パンフレットの作成・配布等により介護予防の基本的な知識の普及啓発に取り組んでいます。

●今後の方向

- ・住民の介護予防の意識を醸成するため、ケーブルテレビや特定健康診査の結果送付時等、あらゆる機会を活用し、普及啓発に努めます。
- ・75歳以上の人を対象に健康アンケートを実施し、その結果に基づき、事業案内を行います。

② 地域介護予防活動支援事業

●取り組み状況

自治区の活動の一環として、老人クラブや健康しあわせ委員、サポーターさくら（認知症サポーター）等のメンバーが中心となり、地域での支えあいや介護予防を目的に、公民館等を活用して運動サロン（「柔らかクラブ」）を開催しています。

また、「元気づくりシステム」を導入し、健康増進、介護予防体操を行う「元気づくり会」を33地区で実施しています。「元気づくり会」は最初の6か月はコーディネーター（保健師）が各地区の集会所へ出向き、「元気づくり会」を主導しますが、6か月が経過した後は、「リーダーコース」へと移行し、それぞれの地区の人々が「元気づくりリーダー」として、自主的に活動を行っています。

●今後の方向

- ・「元気づくり会」を行う地区の新規開拓を継続します。
- ・住民の主体的な運営を拡大するため、地域の元気リーダーの育成に取り組めます。
- ・「リーダーコース」移行後も、活動が継続できるよう定期的な支援を行うとともに、「リーダーコース」を休止している地区に対しては再介入を行います。

③ 一般介護予防事業評価事業

●取り組み状況

年1回程度、「悠ゆう塾OB会」「らくらく倶楽部」「健（脚）健（脳）教室」等、それぞれの事業の効果測定を地域共生室の職員が実施しています。

●今後の方向

- ・総合支援事業の効果の評価方法や、それに基づいた今後の方向性について検討を行い、PDCAサイクルに沿った一般介護予防事業の運営に努めます。

④ 地域リハビリテーション活動支援事業

●取り組み状況

介護予防の推進にあたっては、リハビリテーションの理念を踏まえ、「身体機能評価」と「個別リハビリテーションプログラム」に基づき、個別支援を強化しています。

特に、「口腔」や「栄養」といったテーマについては、「悠ゆう塾」参加者を対象に管理栄養士や歯科衛生士の講話や相談の機会を設けるとともに、検診時にも指導を行っています。周知についてはまだ行き届いていない人もいるため、歯科衛生士等が地域の場へ出向いて指導を行う必要があります。

また、アンケート調査結果によると、介護が必要になった原因として「骨折・転倒」を挙げる人が前回計画策定時に比べて多くなっていることに加えて、外出を控えている理由として、「足腰などの痛み」を挙げる人が最も多くなっています。骨折した人が在宅で十分なリハビリテーションを受けることができないと、寝たきりになる場合もあるため、ケアマネジャーと連携し、切れ目のないリハビリテーション体制を構築し、要介護状態に陥ることの防止や要介護状態からの回復、社会参加に向けた支援等を行っていくことが求められます。加えて、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施していくことが重要となります。

●今後の方向

- ・理学療法士等に依頼し、通所型サービスC（短期集中予防サービス）「悠ゆう塾」の対象者に対して、リハビリテーションの観点から、生活機能評価も踏まえた専門的な評価を行います。
- ・歯科衛生士等が地域の通いの場へ出向き、口腔ケア指導を行うなど、その重要性を周知します。
- ・要支援認定者に対する理学療法士の訪問指導について検討を行います。
- ・リハビリテーション専門職をはじめ、各専門職種の個別地域ケア会議やサービス担当者会議への積極的な参加を促します。

(3) 保健サービスの充実

① 健康教育

●取り組み状況

健康しあわせ委員と協働で、生活習慣病予防を中心とした「健康づくり研修会」やウォーキングイベントを開催しています。加えて、各地区において、健康しあわせ委員の地区活動を行っています。課題としては、取り組みが充実している反面で、高齢化に伴い、健康しあわせ委員が減少していることが挙げられます。

また、食生活の改善に意欲的な人に食生活改善推進員として活動してもらい、生活習慣を見直し健康な生活を送るための栄養講座や栄養教室等を実施しています。

さらに、若い世代が健康づくりに取り組めるよう、子育て支援センターの事業等もポイント付与の対象とした健康・子育てマイレージ事業を実施しています。

●今後の方向

- ・健康しあわせ委員の委員数増加に向けた取り組みを検討します。
- ・健康しあわせ委員の地区活動を推進し、地域住民が健やかな生活を送れるよう、健康づくりに関する講演会や運動教室等を開催し、健康に関する知識の普及啓発を継続して行います。
- ・健康・子育てマイレージ事業に気軽に取り組んで頂けるよう、ポイント付与の方法や仕組みの利便性を高めます。

② 健康相談

●取り組み状況

健康相談では、心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導及び助言を行っています。

また、地域の公民館において集団健（検）診後に健（検）診結果の説明会を実施するとともに、健（検）診会場にて特定保健指導対象者を選定し、保健指導につなげています。

さらに、介護予防の必要がある人には、各事業のチラシを渡し、参加を促しています。

●今後の方向

- ・介護予防も視野に入れた生活機能向上のための健康相談を行います。
- ・重症かつ相談支援につながらないケースへの関わり方の検討を行います。
- ・新型コロナウイルス感染症の影響で健康相談が実施できない場合はKDBシステム(国民健康保険団体連合会データベース)を活用し、症状が重い人に向け、手紙や電話等での対面によらない個別相談を実施します。

③ 健康診査

●取り組み状況

健康診査は、心臓病、脳卒中等の生活習慣病を予防する対策の一環として実施しており、これらの疾患のある人、または危険因子を持つ人のスクリーニングを行っています。必要に応じて栄養改善や運動等に関する保健指導、健康管理についての正しい知識の普及、医療機関への受診勧奨等を行っています。

加えて特定健康診査やがん検診の受診率向上に向け、商工会夏祭りや町民体育祭等の町内イベント、元気づくり会、広報誌（区長回覧）を通じて受診勧奨を行っています。

さらに、日頃から口の中の健康についても関心を持つように、歯周病や高齢者口腔健康診査も実施していますが、周知が不足しており、受診者は少ない状況です。

●今後の方向

- ・特定健康診査やがん検診の受診勧奨を行います。
- ・健（検）診後の食生活を含めた日常生活へのアドバイスや、歯科検診と口腔ケアの推進を行います。

④ 訪問指導

●取り組み状況

心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的に、療養上の保健指導が必要であると認められた人やその家族の居宅を保健師等が訪問し、健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行っています。また、必要に応じて介護予防事業への参加を促しています。

●今後の方向

- ・多方面から情報収集を行い、保健師、管理栄養士等と連携して予防の視点を踏まえた積極的な訪問活動を行い、必要な場合は適切なサービスへつなげます。
- ・訪問活動について、管理栄養士や食生活改善推進員の参入を検討します。

⑤ 高齢者の疾病予防

●取り組み状況

高齢期の疾病は若い世代に比べて重症化しやすく、疾病がもとで要介護状態になったり、要介護状態が重くなったりする場合も多いことから、予防のための取り組みが重要です。

現在、インフルエンザ、肺炎球菌ワクチン予防接種を実施しており、広報誌での周知や医療機関でのポスターの掲示により、接種率向上に努めています。

本町においては、これまでの疾病予防の取り組みに加えて、昨今流行している新型コロナウイルス感染症について、マスクや消毒用アルコール等の物品の備蓄や感染症が発生した際の対応マニュアルの作成にも取り組む必要があります。

●今後の方向

- ・手洗いやマスクの着用等適切な疾病予防の取り組みを推奨するとともに、正しい知識の普及に取り組みます。
- ・新型コロナウイルス感染症対策として県の指針を踏まえた規則づくりに加えて、感染症拡大防止のための物品の備蓄を行います。

3 在宅医療・介護連携の推進

●取り組み状況

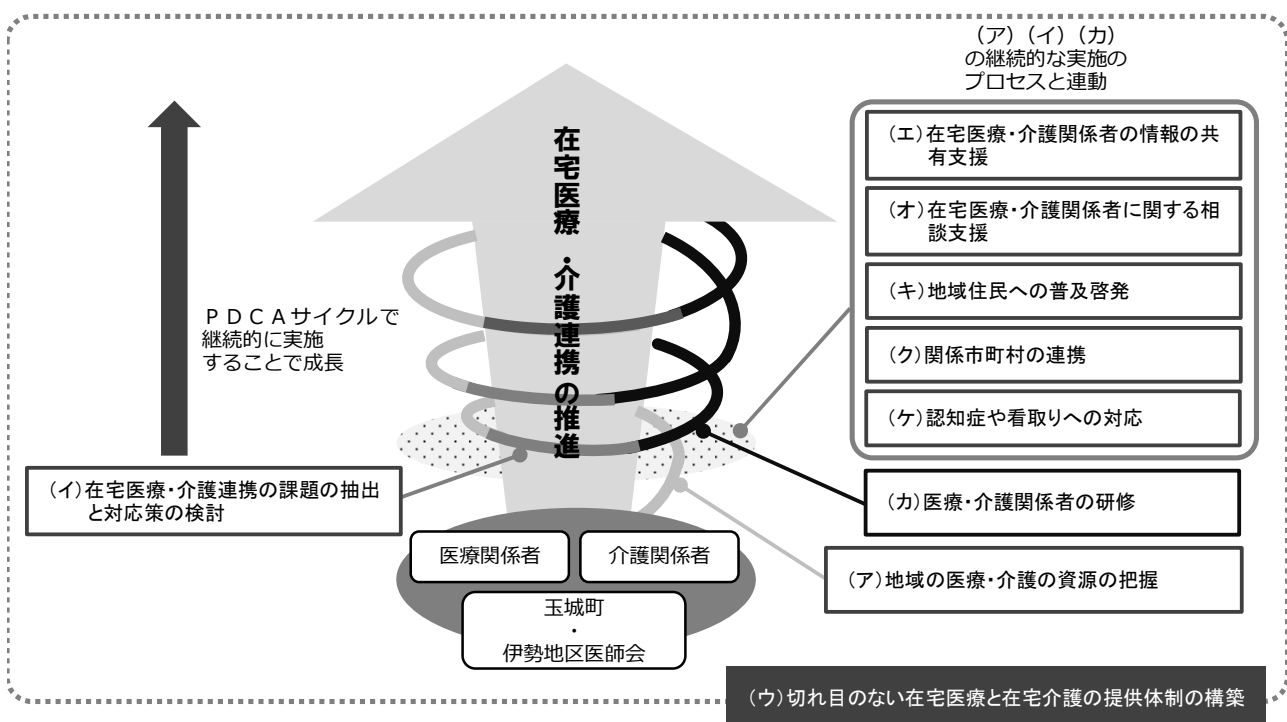
平成31年4月より、伊勢地区医師会の「在宅医療・介護連携支援センター つながり」に業務委託をしており、1市3町（伊勢市、度会町、南伊勢町、玉城町）が一体となって、市町調整会議、在宅医療・介護連携推進協議会、相談業務、研修会、講演会、実務者会議を実施し、広域で連携を図っています。「在宅医療・介護連携支援センター つながり」では、職種ごとの部会が設置されており、課題の抽出や、解決策の検討を行っています。一方で、専門職を対象とした研修会や住民を対象とした啓発講演会については、町外での実施であるため、参加人数が少なくなっており、改善が求められます。

また、アンケート調査結果によると、施設等への入所・入居について「入所・入居は検討していない」が9割近くを占めており、自宅で最期を迎える人が多くなることが予想されることに加えて、高齢化の進行に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれるため、認知症への対応や在宅で看取りができる体制を整えていく必要があります。

●今後の方向

- ・地域における切れ目のない在宅医療と介護連携を推進する拠点として「在宅医療・介護連携支援センター」を設置しています。センターでは、地域の資源や課題を把握・分析し、医療、介護、福祉関係者等、多職種の協働、連携、ネットワークの強化を推進していきます。
- ・情報共有ツールを作成し、継続的なPDCAサイクルに沿った進行管理を行います。
- ・研修会のあり方について検討するとともに、専門職・住民の双方に向けて、将来の治療や療養について患者やその家族と医療従事者があらかじめ話し合うプロセスであるACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方の普及に努めます。
- ・在宅での看取りに向けた体制の整備について、他市町と共同で取り組んでいきます。

●在宅医療と介護の連携推進イメージ



4 介護保険サービスの適正化

(1) ケアマネジメント（ケアプラン）の質の向上

●取り組み状況

必要なサービスを適正に利用できるよう、三重県ケアマネジャー協会と連携して町内の各介護支援事業所のケアプランチェックを行うとともに、自立支援に資するアセスメントの視点を共有する事例検討会を開催するなど、ケアマネジメントの質の向上に努めました。

また、施設入所を希望する人の中で、在宅での生活が困難になった結果、ロングショートステイを利用して、入所を待つケースが増加しているため、在宅生活を維持するサービスを検討する機会を入所の前に設けています。

●今後の方向

- ・ 包括的・継続的ケアマネジメント事業を活用し、ケアマネジャーの質の向上を目指します。
- ・ 施設入所の希望は、本人からではなく、家族から発せられることが多いのが現状です。要介護認定者の家族から入所希望が寄せられた場合、ケアマネジャーは地域共生室に速やかにその情報を提供し、介護に関わっている専門職等でサービス担当者会議を開催します。会議の場では、ロングショートステイの増加を抑制するために、在宅生活を維持するための視点をケアマネジャーの間で共有し、介護をする家族の負担を軽減し、在宅生活を維持するためのサービスを検討するとともに、必要なサービスの構築に努めます。

(2) 介護保険サービス事業所の指導・監査の実施

●取り組み状況

町内の各サービス事業所の指導監査については、指定市町村事務受託法人の指導のもと、実施しています。

また、南伊勢町、大紀町、度会町の3町からなる度会広域連合と合同で指定居宅介護支援事業所と指定地域密着型サービス事業所の集団指導を実施しており、町内の両サービス事業所は参加率が100%となっています。令和2年度については、新型コロナウイルス感染症対策のため、書面による指導を行いました。

●今後の方向

- ・ 指定したサービス事業所が決められた人員基準等を遵守し、利用者の安全を第一に自立支援や生活の質向上のためのサービス提供を行うよう、必要に応じて指導・監査を実施します。

(3) 認定調査状況のチェック

●取り組み状況

要介護認定者数や介護給付費の増加は、介護保険料の高騰を招き、被保険者の負担となるため、今後も必要な人に適切なサービスが行き届くよう、居宅介護支援事業者やケアマネジャー等に委託している要介護認定の更新・変更に係る認定調査について、書面等の審査により調査内容の点検を行うことが必要です。

●今後の方向

- ・ 認定調査の内容についてチェックを実施します。

5 高齢者がいきいきと活躍できる社会

(1) 生活支援コーディネーターを中心としたネットワークの構築

●取り組み状況

本町では、生活支援コーディネーターを民間事業所に委託し、地域の居場所「協」の運営等を行っています。また、協議体である玉城町地域ケア会議を活用してネットワークを広げ、地域資源の開発を行うとともに、玉城町地域ケア会議の中で「地域活動ガイドブック」を作成し、町内で活動する各種団体の見える化を実現しました。

今後も引き続き、①新たな資源開発・育成、②行政、関係機関、住民間の連携体制の構築、③サービスのニーズと的確な活動主体とのマッチングといった機能を充実させるための取り組みを進めることが求められます。

●今後の方向

- ・玉城町地域ケア会議やその他の多様な活動主体者と連携して、玉城町地域ケア会議から提言された新たな地域資源の開発に取り組みます。
- ・玉城町地域ケア会議を地域で活動する多様な関係者で構成される協議体として位置づけます。
- ・生活支援コーディネーターに加え、就労的活動支援コーディネーターを創出し、高齢者の多様な活躍の場の確保とマッチングを進めていきます。

(2) 高齢者の社会参加と生きがいづくり

●取り組み状況

サロン等の定期的な通いの場については、高齢者を中心とした地域での結びつきが広がっており、健康しあわせ委員や介護予防サポーターの協力のもと、活動拠点、参加者数ともに増加傾向にあります。また、「農」を通じた交流活動等にも取り組んでいます。加えて、生活支援サポーターとして「お助けマン」を養成し、福祉サービスや社会福祉協議会の「ちょこボラ」等では対応できない急な困りごとへの支援を行うことで、高齢者が同じ高齢者や、地域住民の暮らしを支える体制を構築しています。

高齢者が生きがいを持って暮らすことは、自立支援や介護予防、重度化防止にもつながるため、今後も高齢者が主体性を持って活動できる場や世代間交流ができる環境等を整備し、活動が継続的に行われるよう支援体制の充実を図ることが求められます。

●今後の方向

- ・生活支援や就労支援を通じて高齢者が活躍することにより、世代を超えて地域で支えあえる仕組みを構築します。
- ・玉城町地域ケア会議で作成された「地域活動ガイドブック」を活用し、趣味活動等多様な社会参加のあり方を周知し、生きがいづくりにつながるよう支援します。

(3) 地域ケア会議の充実

① 高齢者の生活支援に関する政策提言、必要な資源、サービスの創出

●取り組み状況

町内の保健・医療・介護関係者、民生委員・児童委員やサポーターさくら（認知症サポーター）等の医療と福祉・介護の関係者等が、玉城町地域ケア会議において連携・協議し、高齢者の地域生活の支援に関する政策提言を行うとともに、背景にある地域課題を把握し、必要な資源やサービスの創出を図りました。今後、高齢化に伴って、介護職に携わる人材を確保することが難しくなるため、介護職についての情報、資格取得に関する情報の周知を行うことに加えて、現在介護職に携わっている人の負担軽減に向けたICTや介護ロボットの導入、指定申請の提出書類削減等についての検討をさらに行っていく必要があります。

また、高齢者のみならず、障がいのある人や子ども・子育て支援に関すること等、分野を超えた地域の困りごとの把握、解決に向けた検討を進め、複合化する家庭への支援を地域共生室として担うことで地域共生社会の実現に向けた機能強化を図っています。高齢者の地域生活の支援に関する提言とそのアイデアの実現に向けて前進しています。

●今後の方向

- ・医療と福祉・介護の関係者等が連携・協議し、高齢者の地域生活の支援に関する政策提言を行います。
- ・玉城町地域ケア会議での検討を通して、背景にある地域課題を把握し、必要な資源やサービスの創出を図ります。
- ・今後、より複雑化する住民生活への相談に対応し、困りごとの把握、解決をするために、地域共生室内や地域の民間企業、NPO、ボランティア等とのネットワークを構築するとともに、地域共生室の職員のスキルアップを図ります。
- ・介護人材確保に向けた情報の周知、ICTや介護ロボットの導入、文書負担の軽減に向けた取り組みを検討します。
- ・玉城町地域ケア会議に加えて、小学校区単位で地域ケア会議を開催し、町全体（マクロ）と小学校区（メゾ）また個人や自治区（ミクロ）での課題を検討します。
- ・玉城町生涯現役促進協議会と協働した介護実務の研修や実習等を実施し、介護人材を育成します。

② 個別地域ケア会議の実施

●取り組み状況

高齢者個人に対する支援を充実させるため、平成30年3月より開始した個別地域ケア会議において、医療・介護等の専門職が協働し、高齢者一人ひとりの課題の解決に向けた議論を行っています。当初は悠ゆう塾へ通う人を対象に検討を行っていましたが、様々な個別の課題から地域課題を抽出することを目的に、令和2年度より要支援者に対象を拡大しました。

●今後の方向

- ・個別地域ケア会議の実施を通して、困難事例、自立支援における介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。
- ・高齢者が地域において自立した生活を営むために、個別ケースの自立支援を目的に地域包括支援センター及び多様な専門職種によるケース検討により、地域全体のケアの質の向上を目指します。

6 地域ぐるみの認知症ケア

(1) 認知症への早期対応の推進

① 認知症初期集中支援チームの運営

●取り組み状況

本町では、早期発見・早期予防により認知症の進行を遅らせる「予防」のため、「認知症初期集中支援チーム」を設置しています。「認知症初期集中支援チーム」では、定期的に行うチーム員会議に認知症疾患医療センターより精神科医をアドバイザーとして派遣してもらうことで、対象者を医療へとつなぐルートを構築しています。また、より住民に近い立場で診療を行う開業医の医師にもチーム員会議に参加してもらい、認知症の疑いがある人がいた場合に初期集中支援へとつなげられる体制を整えています。

●今後の方向

- ・認知症初期集中支援チーム員の育成を進め、さらなる体制整備を進めます。
- ・医療・介護従事者が認知症の人への適切な対応を身につけられるよう、チーム員会議や勉強会等を実施します。
- ・地域共生室の総合相談支援と初期集中支援チームとの連携体制の構築に取り組みます。

② 認知症の重度化予防

●取り組み状況

アンケート調査の結果では、認知症になったときに必要な支援として、「予防方法があれば知りたい」の割合が最も高くなっています。認知症の発症は生活習慣病に起因する 경우가多く、日頃からの健康づくりの取り組みが重要となってくるため、身近な地域で気軽に参加できる「柔らかクラブ」「元気づくり会」「健（脚）健（脳）教室」等への参加を促す他、住民や民生委員・児童委員等から提供される情報や、医療機関や事業所等との連携のもと、認知症の早期発見・早期対応に取り組んでいくことが求められます。

●今後の方向

- ・「元気づくり会」の新規開催地区を増やし、予防活動を普及します。
- ・週1回実施している「健（脚）健（脳）教室」においては、個々の評価を実施し、参加者それぞれの状態の把握に努めます。
- ・健康づくりの分野で糖尿病の重度化予防等に取り組んでいるため、今後は糖尿病を切り口に、保健事業や食生活改善推進員事業等とも連携して生活習慣病に対する意識啓発を行います。

(2) 認知症サポーターの育成と活動促進

●取り組み状況

本町では、一般住民、小学生に対して、サポーターさくら（認知症サポーター）による認知症サポーター養成講座を実施しており、サポーターの数も少しずつ増加しています。一方で、課題としては、小学生の親世代にアプローチできていないことが挙げられます。

また、アンケート調査の結果では、主な介護者が抱える不安として「認知症状への対応」が最も高くなっており、高齢化の進行に伴い、認知症高齢者数のさらなる増加が予想される中で、認知症高齢者とその家族をサポートする人材を育成するとともに、幅広い年代に認知症に関する正しい知識を広め、認知症になったとしても住み慣れた地域で暮らし続けることのできる「共生」に向けた環境づくりを進めることが求められます。

●今後の方向

- ・ 認知症サポーター養成講座を実施し、家庭、地域のサポート力を向上させます。
- ・ 学校等との連携を強化し、認知症について正しく楽しく学べる機会をつくり、キッズサポーターの養成に取り組みます。また、保護者世代への理解促進につながるよう、PTA等と連携してキッズサポーターの活躍の場を創出します。
- ・ 居場所づくり活動をはじめ、サポーターさくら（認知症サポーター）の活躍の場を拡大します。
- ・ 一般住民だけでなく、企業や団体へも認知症サポーターの呼びかけを行います。

(3) 認知症の人と家族の人への支援

① 居場所づくりと地域の見守りネットワークの推進

●取り組み状況

認知症の人が家族のことばに耳を傾ける、家族同士が情報交換するなど、交流を深める場として「語るという名のつどい」（認知症の人と家族の会）を開催しています。

また、「協」において、認知症の人とその家族、地域住民それぞれが力を発揮できる居場所の創設に取り組むとともに、週1回認知症予防の教室を開催しました。

加えて、地域密着型の施設においては、サポーターさくら（認知症サポーター）のメンバーが認知症ケアに携わる人を対象とした研修会を実施するなど、人材の育成を進めています。

さらに本町では、認知症の疑いのある人を発見した場合、地域共生室や役場へ情報提供するよう働きかける他、サポーターさくらの協力のもと、各年度地域を変えて徘徊模擬訓練を行うなど見守り体制の構築に取り組んでおり、JA伊勢や郵便局と見守り協定を結んでいます。また、近年地域住民や家族等からの情報提供は増加傾向にあり、地域ぐるみで認知症高齢者を見守る体制づくりが進みつつあります。

見守り体制の充実に向けては、その他にも、伊勢市や南伊勢町等の近隣市町とともに導入することで広域での捜索にも活用できるみまもりあいアプリのダウンロードに向けた啓発を行っています。

●今後の方向

- ・ 回覧板、広報誌、ケーブルテレビ、パンフレット（家族でもできるチェックリスト）等を活用し、認知症についての正しい知識の普及を図ります。
- ・ 認知症高齢者の捜索、発見、通報、保護、見守りに関するネットワークの構築に向けて検討を進めます。

- ・みまもりあいアプリのシステムについて、引き続き近隣市町の実施状況を把握し、協力体制を築くとともにたくさんの人にアプリをダウンロードしてもらう必要があるため、啓発を行います。
- ・誰もが気軽に集まり、その人の力を発揮できる場として、「協」をはじめ、地域の居場所について周知します。

② 認知症についての普及啓発

●取り組み状況

玉城町地域ケア会議を通して、認知症が疑われるときや認知症と診断されたとき、認知症の症状が進んだとき等、各段階において、必要とする支援やサービス、治療等について整理し、作成した「認知症の道しるべ（認知症ケアパス）」を相談時に活用しています。

アンケート調査結果では、主な介護者が抱える不安として「認知症状への対応」の割合が最も高くなっており、「認知症の道しるべ（認知症ケアパス）」を活用した普及啓発を継続して実施することが求められます。

●今後の方向

- ・「認知症の道しるべ（認知症ケアパス）」の普及を推進します。
- ・「認知症の道しるべ（認知症ケアパス）」について、定期的に地域資源の状況等を把握した上でサービス内容等を更新するなど、関係者と協議し、必要に応じて改訂を行います。

③ 相談窓口の周知

●取り組み状況

地域包括支援センターにおいて、認知症地域支援推進員等が認知症に関する相談に応じており、ケアパス等を活用し、支援の必要な人を適切なサービスに結びつけています。

アンケート調査結果によると、認知症の相談窓口を知っているかについて6割以上の人が「いいえ」（知らない）と答えており、相談窓口について住民に周知を図っていくことが重要です。

●今後の方向

- ・相談窓口について広報誌やホームページ等で情報発信を行っていきます。

④ 若年性認知症施策の推進

●取り組み状況

本町では、窓口等へ相談があった場合や、各種事業を通じて異変のある人を発見した場合、個別に支援へとつなげています。三重県では、若年性認知症の人が一人ひとりの状態に応じた適切な支援を受けられる環境づくりに向け、若年性認知症支援コーディネーターを設置しており、今後は県と連携して若年性認知症支援に取り組んでいくことが重要です。

若年性認知症は、初期症状が認知症特有のものではなく、早期の診断が難しい他、本人や周囲の人が何らかの異変には気づくものの、受診が遅れることが多いといった特徴があります。異変を感じた人が、早期に相談や適切な治療に結びつけられるよう、認知症は高齢者以外にも関わりのあるものであることを周知する必要があります。

●今後の方向

- ・三重県若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の普及啓発に取り組むとともに、職員を対象とした若年性認知症に関する研修を実施します。

⑤ 本人発信支援の推進

●取り組み状況

今後、認知症高齢者や若年性認知症の人が増える中で、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるような支援が必要となってきます。

本町においては、地域包括支援センターの相談窓口において、認知症の人本人の生活等に関する希望を汲み取れるよう努める他、認知症の人本人が自分の声を発信できる場を設けることで、より具体的な情報を提供し、認知症の人、あるいはこれから認知症になる可能性のある人の不安を拭うとともに、当事者目線でのサービスの創出や施策の立案に向けた検討を行う必要があります。

●今後の方向

- ・相談窓口において認知症の人の意見を把握し、サービスや施策の検討を行います。
- ・認知症の人本人が情報発信できる機会を設けます。

7 いくつになっても暮らしやすい町づくり

(1) 高齢者を支える環境づくり

●取り組み状況

現在、社会福祉協議会では、「ちょこボラ」として30分～1時間でできる簡単な家事援助を実施しています。生活支援サポーター講座からも新たに数名の「ちょこボラ」が誕生しています。また、「話し相手がほしい」という地域ニーズに応えるため、生活支援コーディネーター事業として「傾聴ボランティア」の育成とフォローアップ研修、活動を行っています。さらに、高齢者の移動手段として「元気バス」が大きな役割を果たしていることから、より使いやすい移動手段となるよう検討を重ねています。

今後も普段からの近所づきあいを通じた見守りや声かけをはじめ、助けあいのネットワークを地域の中で広げていくことが重要です。加えて、在宅サービス受給者が増える中で、今後在宅で生活することが困難になった場合にその受け皿となる住まいが必要となるため、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームといった施設で受け皿を担保し、県や近隣市町と高齢者の住まいに関する情報を共有していくことが求められます。

●今後の方向

- ・「傾聴ボランティア」については、話をきいてもらうというサービス自体に馴染みがないため、今後も啓発を含めて活動を広げていきます。
- ・高齢者の移動手段の確保については、地域の公共交通を検討する場で、生活支援サポーターの活用も含め、移動手段について検討していきます。
- ・運転免許を返納しても地域で自立して生活ができるよう、運転免許証返納の可能性のある人の元気バスの利用促進を図るとともに、新たな移送サービスについて検討します。
- ・高齢者の住まいの確保に向けて、受け皿となる施設の整備を進めます。

(2) 安心して暮らせる環境づくり

●取り組み状況

現在、民生委員・児童委員と定期的な連携を含め、緊急時の相談等を実施し、必要なサービスにつなげています。また、一人暮らし高齢者台帳の更新や避難行動要支援者名簿の登録、相談事業の充実に取り組み、地域の見守り活動への利用や災害時の避難支援、助けが必要な人の発見等に活用しています。加えて、高齢者の消費者被害を未然に防止するため、サロンや「協」、「ぴんの会」等において、意識啓発を行っています。

●今後の方向

- ・防災対策室と連携し、災害時の個別支援計画の作成や、福祉避難所等の整備に向けて検討します。
- ・高齢者に対する継続的な支援・見守りを行うため、地域共生室を中心に、民生委員・児童委員と連携して支援を必要とする高齢者を把握し、必要なサービスにつなげていく総合相談支援を推進します。
- ・避難行動要支援者名簿への登録を住民へ促し、災害等の緊急時に迅速に対応できる防災体制の整備を推進します。
- ・玉城町新型コロナウイルス特別対策事業において、マスクや衛生品等の感染防止用品の備蓄や公共施設の整備を進めるとともに、新型コロナウイルス感染症の影響で困窮する個人や家庭、事業主に対する支援を行います。

(3) 福祉サービスの充実

① ショートステイ事業（養護老人ホーム）

●取り組み状況

ショートステイ事業は、介護保険を利用する必要はないものの、見守り等を必要とする高齢者の家族の負担軽減や、虐待によって分離が必要な場合に、高齢者の心身の安全確保のため、一時的に施設に入所するサービスとして実施しています。現在は、養護老人ホーム「高砂寮」に委託しています。

●今後の方向

- ・経済的虐待等による分離の場として必要性が増すと考えられることから、委託先と調整を図りながら、入所が必要なときに即時対応できるよう連携に努めます。

② 日常生活用具給付事業

●取り組み状況

65歳以上の一人暮らし高齢者等を対象に、日常生活上の便宜を図り、安全に日常生活を送ることができるよう、電磁調理器等の日常生活用具の支給を行っています。

●今後の方向

- ・介護保険対象外の日常生活用具の給付として、高齢者が安全に在宅生活を継続していけるよう、適正な利用を確認しながら支給を行います。

③ 緊急通報体制整備事業

●取り組み状況

緊急通報体制整備事業は、一人暮らし高齢者等に無線発信器等を貸与し、急病、事故等により緊急に援助を必要とする場合、受信センター（警備会社）が受信し、速やかに通報、援助を行うシステムです。

●今後の方向

- ・緊急通報装置について、外出時でも機能する「見守り携帯」も含め、必要とする人が利用できるように支援します。
- ・地域の見守りネットワークの推進とともに実施方法を検討します。

④ 養護老人ホーム入所措置事業

●取り組み状況

養護老人ホーム入所措置事業は、必要と思われる高齢者に対し、養護老人ホームへの入所支援を行っています。

●今後の方向

- ・経済的な理由や、精神的な状況等から自宅での一人暮らしが困難になった高齢者が、速やかに養護老人ホームを利用できるように支援します。

⑤ 老人クラブへの活動支援

●取り組み状況

高齢者同士が支えあいながら親睦を深め、高齢期を楽しく活動的に過ごすことができるよう、老人クラブへの活動支援をしています。

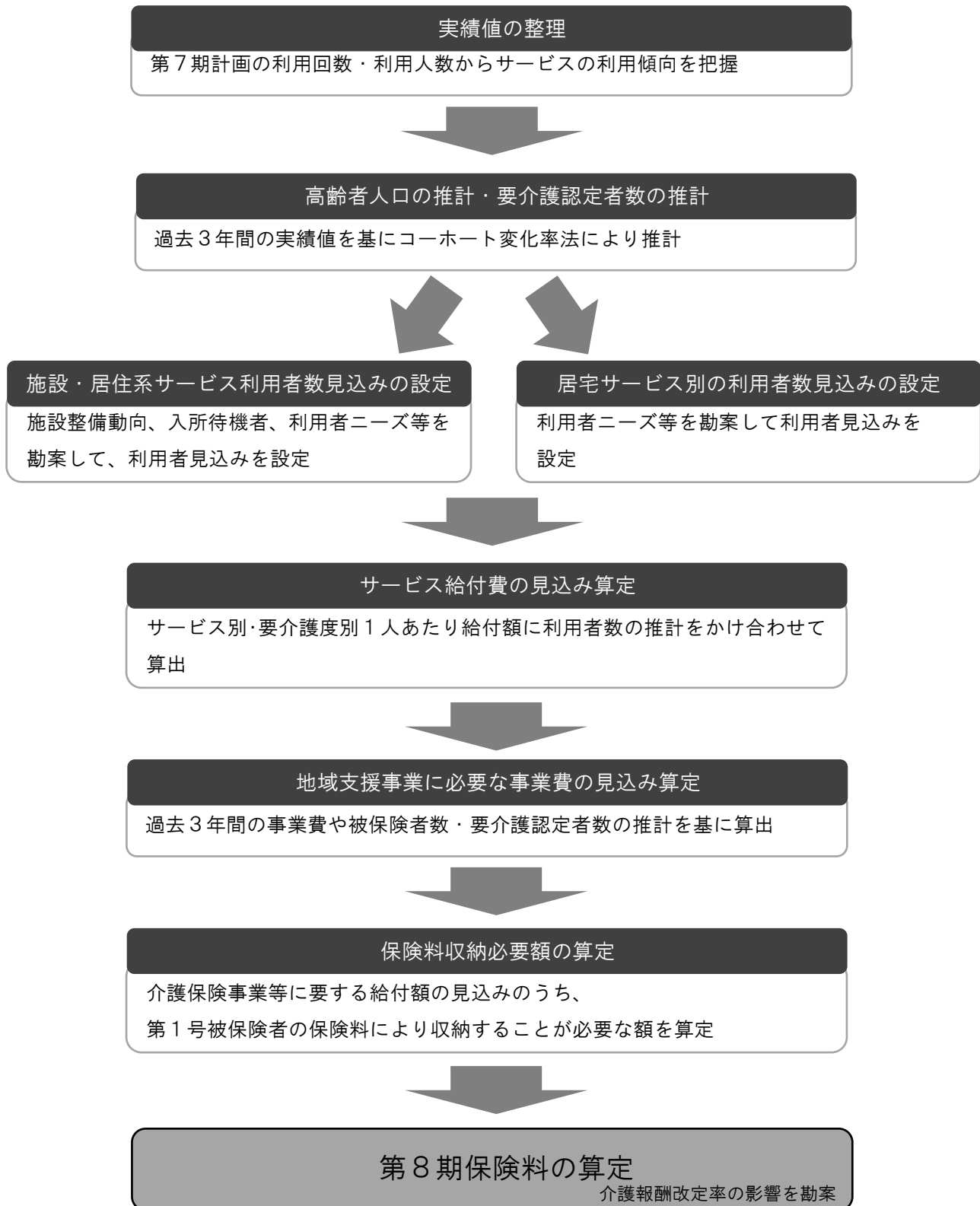
●今後の方向

- ・身体が動きにくくなった人も参加できる活動を目指し、新規会員の確保やリーダーの育成、地域貢献、魅力あるプログラムづくり等を通して、老人クラブ活動の活性化を支援します。
- ・他地区の参考となるよう、生活支援コーディネーター事業により、活発に活動している老人クラブの様子の「見える化」を進めます。

第5章 介護保険サービスの見込み量

1 保険料算定の手順

第1号被保険者の保険料算定の流れは次のとおりです。



2 居宅サービス

(1) 居宅サービスの概要

サービス名	サービスの概要
訪問介護	ホームヘルパーが利用者の居宅を訪問し、身体介護や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	訪問入浴車が利用者の居宅を訪問し、入浴介護を行うサービスです。
訪問看護・ 介護予防訪問看護	主治医の指示に基づいて、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が利用者の居宅を訪問して、療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。 介護予防訪問看護は、主治医の指示に基づいて、看護師や保健師が要支援者の家庭を訪問し、介護予防を目的とした健康チェックや療養上の世話または診療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	病院・診療所の理学療法士（PT）・作業療法士（OT）が利用者の居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立のために必要なリハビリテーションを行うサービスです。 介護予防訪問リハビリテーションは、要支援者に対して理学療法士や作業療法士等の専門家が居宅を訪問し、介護予防を目的に生活機能の維持回復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	主治医の指示により、病院・診療所の医師・薬剤師等が、利用者の居宅を訪問して、心身の状況や環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うサービスです。
通所介護 （デイサービス）	デイサービスセンター等に日帰りで通う利用者に対し、入浴・食事の提供、健康チェック、生活指導、ADL（日常生活動作）の向上のためのリハビリテーション等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	介護老人保健施設や病院・診療所に通う利用者には、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立のために必要なリハビリテーションを行うサービスです。 介護予防通所リハビリテーションは、要支援者に対しての介護予防を目的として、理学療法士・作業療法士により機能訓練等の必要なサービスの提供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	在宅の要介護者等が介護老人福祉施設等に一時的に入所し、日常生活の世話等を受けるサービスです。 介護予防短期入所生活介護は、要支援者が介護予防を目的に施設等に短期入所しながら、日常生活の世話等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	在宅の要介護者等が介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に一時的に入所し、看護・医学的管理下の介護・機能訓練等を受けるサービスです。 介護予防短期入所療養介護は、要支援者が介護予防を目的に施設等に短期入所しながら、必要な介護等を受けるサービスです。
福祉用具貸与・ 介護予防福祉用具貸与	介護ベッドや車いす等の福祉用具をレンタルできるサービスです。 介護予防福祉用具貸与は、要支援者が介護予防を目的として福祉用具をレンタルできるサービスです。
特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費	衛生管理等の問題でレンタルが難しい特殊尿器、腰かけ便座、入浴補助用具、簡易浴槽等を、指定された事業者で購入した場合に、費用の一部を支給するサービスです。
住宅改修費・ 介護予防住宅改修費	要介護高齢者等の居宅での生活上の障壁を軽減するために、利用者は手すりの取り付けや段差の解消等を行う場合の費用の9割を保険給付として受けることができます。（所得状況に応じて給付額が7割、あるいは8割となる場合があります）

サービス名	サービスの概要
居宅介護支援・ 介護予防支援	在宅の要介護者等が介護保険から給付される在宅サービス等を適正に利用できるように、要介護者等と契約した居宅介護支援事業所に属するケアマネジャーが介護サービス計画の作成、居宅サービス事業者との連絡調整や、介護保険施設への紹介等のケアマネジメントを行うサービスです。 介護予防支援は、要支援者に対する介護予防サービスのケアプランを作成するサービスです。
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	有料老人ホームや軽費老人ホーム等の入居者が、その施設で特定施設サービス計画に基づき、介護や日常生活の世話、機能訓練・療養上の世話を受けるサービスです。

(2) 居宅サービスの見込み量

① 訪問介護

訪問介護は、在宅での介護需要を勘案し、令和2年度より増加、令和3年度以降は横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問介護	109	110	110

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護は、平成30年度から令和2年度の利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問入浴介護	7	7	7
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
計	7	7	7

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

訪問看護は、平成30年度から令和2年度の利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問看護	68	68	69
介護予防訪問看護	6	6	6
計	74	74	75

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問リハビリテーション	3	3	3
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
計	3	3	3

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、今後の在宅医療の需要を踏まえ、増加で見込みます。介護予防居宅療養管理指導は、平成30年度から令和2年度までの利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅療養管理指導	95	94	99
介護予防居宅療養管理指導	2	2	3
計	97	96	102

⑥ 通所介護（デイサービス）

通所介護は、平成30年度から令和2年までの利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所介護	166	166	162

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

通所リハビリテーションは、重度化予防のために重要なサービスであるため、令和2年度より増加、令和3年度以降は横ばいで見込みます。介護予防通所リハビリテーションは、平成30年度から令和2年までの利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区 分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
通所リハビリテーション	74	74	73
介護予防通所リハビリテーション	8	8	8
計	82	82	81

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護は、介護を行う家族の負担を軽減するために、令和2年度より増加、令和3年度以降は横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
短期入所生活介護	34	34	34
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
計	34	34	34

⑨ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

短期入所療養介護は、介護老人保健施設の病床数の増加を踏まえ、令和2年度より増加、令和3年度以降は横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
短期入所療養介護	10	10	10
介護予防短期入所療養介護	0	0	0
計	10	10	10

⑩ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与は、要支援者の介護予防活動の増加を想定し、令和2年度より増加を見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
福祉用具貸与	260	263	262
介護予防福祉用具貸与	39	40	41
計	299	303	303

⑪ 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費は、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定福祉用具購入費	4	4	4
特定介護予防福祉用具購入費	2	2	2
計	6	6	6

⑫ 住宅改修費・介護予防住宅改修費

住宅改修費は要介護者が安心して生活できるよう、令和2年度より増加、令和3年度より横ばいで見込みます。介護予防住宅改修費は、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
住宅改修費	5	5	5
介護予防住宅改修費	2	2	2
計	7	7	7

⑬ 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援・介護予防支援は今後の要支援者・要介護者に対応するため、令和2年度より増加で見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅介護支援	344	351	342
介護予防支援	47	47	49
計	391	398	391

⑭ 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

特定施設入居者生活介護は、新たに整備を行うため、令和5年度から増加で見込みます。介護予防特定施設入居者生活介護は、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定施設入居者生活介護	12	12	39
介護予防特定施設入居者生活介護	1	1	1
計	13	13	40

3 地域密着型サービス

(1) 地域密着型サービスの概要

サービス名	サービスの概要
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。
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	「通い」を中心として、居宅介護者の心身の状況、その置かれている環境や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅での生活継続を支援するサービスです。

サービス名	サービスの概要
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	身近な地域で、比較的安定状況にある認知症高齢者が共同生活をし、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、機能訓練を受けるサービスです。
地域密着型通所介護	既存のデイサービスである通所介護・介護予防通所介護のうち、利用定員が18名以下の小規模な施設については、平成28年4月から地域密着型通所介護・介護予防地域密着型通所介護に移行しました。

(2) 地域密着型サービスの見込み量

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は新たに整備を行う予定であるため、令和3年度より増加で見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	18	24	28

② 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

小規模多機能型居宅介護は利用ニーズが高まることが考えられるため、令和2年度より増加、令和3年度以降は横ばいで見込みます。介護予防小規模多機能型居宅介護は現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
小規模多機能型居宅介護	38	38	38
介護予防小規模多機能型居宅介護	1	1	1
計	39	39	39

③ 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（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護は、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症対応型共同生活介護	18	18	18
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
計	18	18	18

④ 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護は、平成 30 年度から令和 2 年度の利用実績を踏まえ、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域密着型通所介護	33	35	32

4 施設サービス

(1) 施設サービスの概要

サービス名	サービスの概要
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の管理を行うサービスを提供する施設です。 平成 27 年度より、特別養護老人ホームへの入所要件として原則要介護3以上の者となっています。
介護老人保健施設 （老人保健施設）	施設サービス計画に基づいて、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うサービスを提供する施設です。

(2) 施設サービスの見込み量

① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、現状のサービス量を維持するため、横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護老人福祉施設	91	91	91

② 介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設（老人保健施設）は、新たに整備を行う予定であるため、令和2年度より増加、令和3年度以降横ばいで見込みます。

●見込み量

単位：人（月平均）

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護老人保健施設	62	62	62

第6章 介護保険事業費の見込み

1 第8期の事業費見込み

(1) 介護給付費の見込み

単位：千円

	第8期		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅サービス			
訪問介護	107,100	108,361	110,299
訪問入浴介護	6,467	6,470	6,470
訪問看護	26,313	26,328	27,065
訪問リハビリテーション	914	915	915
居宅療養管理指導	8,308	8,217	8,690
通所介護	170,853	170,204	169,254
通所リハビリテーション	63,919	63,954	63,349
短期入所生活介護	35,041	35,060	35,323
短期入所療養介護（老健）	10,042	10,048	10,048
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	35,689	36,033	36,766
特定福祉用具購入費	1,180	1,180	1,180
住宅改修費	4,351	4,351	4,351
特定施設入居者生活介護	28,136	28,152	82,065
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	24,698	29,989	33,508
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	19,328	20,359	19,816
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	92,861	92,912	94,702
認知症対応型共同生活介護	55,925	55,956	55,956
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
施設サービス			
介護老人福祉施設	285,964	286,123	286,123
介護老人保健施設	189,834	189,940	189,940
介護医療院	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0
居宅介護支援	58,729	59,874	58,631
合計	1,225,652	1,234,426	1,294,451

※単位未満は四捨五入しているため、合計が一致しないことがあります。

(2) 介護予防給付費の見込み

単位：千円

	第8期		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	1,584	1,585	1,585
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	174	174	261
介護予防通所リハビリテーション	3,505	3,507	3,507
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,198	2,259	2,312
特定介護予防福祉用具購入費	643	643	643
介護予防住宅改修費	1,963	1,963	1,963
介護予防特定施設入居者生活介護	1,129	1,130	1,130
地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	577	577	577
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防支援	2,498	2,500	2,605
合計	14,271	14,338	14,583

※単位未満は四捨五入しているため、合計が一致しないことがあります。

(3) 地域支援事業費の見込み

単位：円

	第8期		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	30,121,140	30,253,383	30,344,793
包括的支援事業・任意事業費	46,616,000	46,777,528	46,918,865
地域支援事業費見込み額（計）	76,737,140	77,030,911	77,263,658

(4) 標準給付費の見込み

単位：円

	第8期			
	合計	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費(A)	3,797,721,000	1,239,923,000	1,248,764,000	1,309,034,000
特定入所者介護サービス費等給付額(B)	139,411,921	46,533,215	46,511,129	46,367,577
特定入所者介護サービス費等給付額	139,411,921	46,533,215	46,511,129	46,367,577
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	0	0	0	0
高額介護サービス費等給付額(C)	73,669,067	24,589,422	24,577,751	24,501,894
高額介護サービス費等給付額	73,669,067	24,589,422	24,577,751	24,501,894
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	0	0	0	0
高額医療合算介護サービス費等給付額(D)	13,073,176	4,363,593	4,361,522	4,348,061
算定対象審査支払手数料(E)	2,965,089	968,031	993,225	1,003,833
標準給付費見込額(A)+(B)+(C)+(D)+(E)	4,026,840,253	1,316,377,261	1,325,207,627	1,385,255,365

(5) 総事業費の見込み

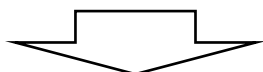
	第8期			
	合計	令和3年度	令和4年度	令和5年度
標準給付見込み額	4,026,840,253	1,316,377,261	1,325,207,627	1,385,255,365
地域支援事業費見込み額	231,031,709	76,737,140	77,030,911	77,263,658
総事業費	4,257,871,962			

2 保険料の算定

(1) 第1号被保険者の保険料(基準額)の算定

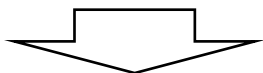
●介護保険料算出のプロセス

総事業費(標準給付額+地域支援事業費合計見込み額)【第8期計画期間】
4,257,871,962円



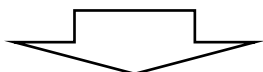
×第1号被保険者負担割合 23.0%

第1号被保険者負担分相当額【第8期計画期間】
979,310,551円



+調整交付金相当額 205,877,978円
-調整交付金見込み額 179,348,000円
-準備基金取崩額 51,300,000円

保険料収納必要額【第8期計画期間】
954,540,530円



÷予定保険料収納率 99.0%
÷所得段階別加入割合補正後被保険者数(3か年合計)
12,835人

基準月額【第8期計画期間】
6,260円
(年額 75,120円)

(2) 所得段階別の保険料

●本計画期間における所得段階別の保険料

段階	所得等の条件	保険料 基準額 に対する率	保険料月額	保険料年額
第1段階	○生活保護を受給している人 ○世帯全員が町民税非課税で、老齢福祉年金を受けている人 ○本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下の人	×0.50 (0.30)	3,130円 (1,880円)	37,560円 (22,560円)
第2段階	○本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円を超え、120万円以下の人	×0.60 (0.50)	3,760円 (3,130円)	45,120円 (37,560円)
第3段階	○本人及び世帯全員が町民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間120万円を超える人	×0.75 (0.70)	4,700円 (4,390円)	56,400円 (52,680円)
第4段階	○世帯の誰かに町民税が課税されているが本人は町民税非課税であり、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下の人	×0.90	5,640円	67,680円
第5段階	○世帯の誰かに町民税が課税されているが本人は町民税非課税であり、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円を超える人	×1.00 (基準額)	6,260円	75,120円
第6段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間120万円未満の人	×1.20	7,510円	90,120円
第7段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間120万円以上、210万円未満の人	×1.30	8,140円	97,680円
第8段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間210万円以上、320万円未満の人	×1.50	9,390円	112,680円
第9段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間320万円以上、500万円未満の人	×1.70	10,640円	127,680円
第10段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間500万円以上、800万円未満の人	×1.90	11,900円	142,800円
第11段階	○本人が町民税課税で合計所得金額が年間800万円以上の人	×2.00	12,520円	150,240円

※ () 内の数値は、別枠公費負担による軽減措置反映後の令和3年度における割合と保険料です。

※保険料月額は10円単位になるよう四捨五入しています。

資料編

1 高齢者の自立支援・重度化防止等に関する指標

第4章の具体的施策の展開にあたり、本計画では以下の指標を設定し、各年度における進捗評価を行うことで、計画の着実な達成を目指します。

取り組み	指標	実績	第8期		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
多種多様な相談、複合的な課題を抱える相談へ必要な支援を行う	総合相談件数 (延件数)	1,160	1,200	1,230	1,260
個別地域ケア会議による事例検討件数 (多職種連携による個別事例の検討と自立支援・重度化防止等に資する対応策の検討)	ケア会議 検討件数 (件)	12	15	18	20
認知症の正しい理解を進め、地域で認知症の人とその家族を見守る「認知症サポーター」の養成	認知症サポーター (延べ人数)	1,788	1,810	1,830	1,850
認知症初期集中支援チームによる支援	認知症初期集中支援 チーム支援件数 (件)	10	12	14	16
住民主体の集いの場	元気づくり会の 実施地区数 (地区)	35	38	42	46
医療・介護連携の多職種が合同で参加する参加型の研修会の開催	研修会の開催回数 (回)	7	9	9	9
お助けマン・ちょこボラの育成	お助けマン・ ちょこボラ登録人数 (人)	74	80	90	100
主観的健康観の割合 (とてもよい・まあよい) アンケート (%)		81.6			87.0

※令和2年度の実績は令和3年2月時点での見込み

2 介護給付等に要する費用の適正化への取り組み及び目標

介護給付費等の適正化への取り組み及び目標について、次のとおり設定しました。

取り組み	指標	実績	第8期		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
＜要介護認定の適正化＞ 適正かつ公平な要介護認定の確保のため、認定調査内容の書面審査や、研修を実施する	認定調査票の チェック実施率 (%)	100	100	100	100
＜ケアプラン点検＞ ケアプラン点検や介護給付に関する研修等を通じてケアマネジャー等の能力向上、受給者が必要なサービスの確保を図る。	ケアプラン 点検件数 (件)	19	19	19	19
＜住宅改修等の点検＞ 住宅改修等や福祉用具を必要とする受給者の実態確認、訪問調査の実施を通じて、受給者に必要な生活環境の確保、給付の適正化を図る	申請書類のチェック・ 業者への確認実施率 (%)	100	100	100	100
＜縦覧点検・医療情報の突合＞ 医療保険情報の突合点検・介護報酬支払情報の縦覧点検の実施を通じて、誤請求・重複請求等を排除し適正な給付を図る。	実施月数 (月)	12	12	12	12
＜介護給付費通知＞ 受給者に対して介護報酬の請求及び費用の給付情報を通知することで、受給者や事業者に適切なサービス利用と提供並びに普及啓発を促す。	年間給付費 通知送付回数 (回)	2	2	2	2

3 介護保険サービスの長期見込み

令和7（2025）年度、令和22（2040）年度における介護・介護予防サービスの利用量・給付費の見込みは以下の通りとなります。

（1）介護サービスの利用量の見込み

単位：人

	令和7年度	令和22年度
居宅サービス		
訪問介護	115	128
訪問入浴介護	9	9
訪問看護	73	81
訪問リハビリテーション	3	3
居宅療養管理指導	102	117
通所介護	167	187
通所リハビリテーション	77	85
短期入所生活介護	36	40
短期入所療養介護（老健）	11	12
短期入所療養介護（病院等）	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0
福祉用具貸与	261	295
特定福祉用具購入費	4	4
住宅改修費	5	5
特定施設入居者生活介護	41	42
地域密着型サービス		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	29	32
夜間対応型訪問介護	0	0
地域密着型通所介護	34	38
認知症対応型通所介護	0	0
小規模多機能型居宅介護	40	45
認知症対応型共同生活介護	18	18
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0
施設サービス		
介護老人福祉施設	100	113
介護老人保健施設	54	62
介護医療院	0	0
居宅介護支援	348	391

(2) 介護給付費の見込み

単位：千円

	令和7年度	令和22年度
居宅サービス		
訪問介護	113,808	126,801
訪問入浴介護	7,996	7,996
訪問看護	28,180	31,402
訪問リハビリテーション	915	915
居宅療養管理指導	9,011	10,332
通所介護	174,295	195,662
通所リハビリテーション	66,270	73,286
短期入所生活介護	37,209	41,691
短期入所療養介護（老健）	11,423	12,425
短期入所療養介護（病院等）	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0
福祉用具貸与	36,748	41,428
特定福祉用具購入費	1,180	1,180
住宅改修費	4,351	4,351
特定施設入居者生活介護	86,902	89,541
地域密着型サービス		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	34,388	37,552
夜間対応型訪問介護	0	0
地域密着型通所介護	20,678	22,719
認知症対応型通所介護	0	0
小規模多機能型居宅介護	99,487	111,614
認知症対応型共同生活介護	55,956	55,956
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0
施設サービス		
介護老人福祉施設	312,767	353,238
介護老人保健施設	167,241	192,111
介護医療院	0	0
居宅介護支援	59,631	67,141
合計	1,328,436	1,477,341

(3) 介護予防サービスの利用量の見込み

単位：人

	令和7年度	令和22年度
介護予防サービス		
介護予防訪問入浴介護	0	0
介護予防訪問看護	4	6
介護予防訪問リハビリテーション	0	0
介護予防居宅療養管理指導	3	3
介護予防通所リハビリテーション	7	8
介護予防短期入所生活介護	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0
介護予防福祉用具貸与	41	44
特定介護予防福祉用具購入費	2	2
介護予防住宅改修費	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0
地域密着型介護予防サービス		
介護予防認知症対応型通所介護	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	1	1
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0
介護予防支援	41	46

(4) 介護予防給付費の見込み

単位：千円

	令和7年度	令和22年度
介護予防サービス		
介護予防訪問入浴介護	0	0
介護予防訪問看護	1,204	1,732
介護予防訪問リハビリテーション	0	0
介護予防居宅療養管理指導	261	261
介護予防通所リハビリテーション	3,239	3,734
介護予防短期入所生活介護	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,312	2,478
特定介護予防福祉用具購入費	643	643
介護予防住宅改修費	1,963	1,963
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0
地域密着型介護予防サービス		
介護予防認知症対応型通所介護	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	577	577
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0
介護予防支援	2,176	2,442
合計	12,375	13,830

4 玉城町地域ケア会議について

(1) 玉城町地域ケア会議からの提案内容

① 認知症施策について

地域の課題	課題の背景	方向性＝目標
○運転免許証の返納と移送サービス。	○様々な理由により、元気バスに乗れない人がいる。 ○運転免許証の返納に抵抗がある。 ○移動に関する困りごと等の実態がみえない。	○生涯移動手段に困らない。
アイデア（企画案）		
<p>①公共交通について話し合う場をつくる。 〈目的〉移動に関する困りごとの実態把握。 〈方法〉総務政策課と調整し、公共交通会議を発足する。</p> <p>②車の代わりとなる移送サービスをつくる。 〈目的〉運転免許証返納しても移動に困らないようにする。 〈方法〉元気バスの利活用→元気バスとタクシーの併用について検討する他、元気バスの利用方法について周知する。 訪問サービスDについて検討→移動支援を行う訪問サービスDの創出について検討する。</p>		

② 総合事業について

地域の課題	課題の背景	方向性＝目標
○地域のつながりの希薄化。	○孤立している人を見つけることが難しい。 ○支援の手があることをうまく伝えられていない。	○いつまでも社会とつながり続けられる。
アイデア（企画案）		
<p>①地域の現状を把握する場をつくる。 〈目的〉地域で集まり話し合う機会をつくる。 〈方法〉40代の集い→子育てが終わり、親の介護までしばらく時間のある40代のうちに地域で集まりつながりをつくることで、孤立の防止や地域の課題の発見につなげる。 誘いマスターの創出→既存の会に入りにくい人を支援する誘いマスターを創出する。</p> <p>②今ある情報から、支援が必要な人へアプローチする。 〈目的〉引きこもりや一人暮らしの人の安否を確認する。 〈方法〉公共料金の滞納等から支援のきっかけを掴む。 相談窓口を明確化し、広報誌に具体的な事例を書いて啓発する。</p> <p>③情報発信の方法を工夫する。 〈目的〉地域の活動や集まる機会について効果的に周知を図る。 〈方法〉SNSの活用→SNSを利用して、地域の集まりについての情報を流す。</p>		

③ 災害時の避難支援について

地域の課題	課題の背景	方向性＝目標
○災害時の避難支援。	○災害時の要支援者がみえていない。 ○災害についての理解が低い。 ○避難方法や避難所のマニュアル整備が遅れている。	○災害時に誰も取り残されない。
アイデア（企画案）		
<p>①災害に関する研修等で意識啓発を行う。 〈目的〉研修を通して防災意識を高める。 〈方法〉HUG訓練（H＝避難所、U＝運営、G＝ゲーム）を幅広い世代で積み重ねることで興味を持つ人を増やす。 地域ケア会議でHUG訓練を行う。 小・中学校でHUG訓練を実施することで親世代に興味を持ってもらう。 訓練中にイレギュラーなことを起こし、障がいのある人への対応等を学ぶ機会をつくる。</p> <p>②マニュアルの作成に、医療・福祉の視点から地域ケア会議も関わっていく。 〈目的〉現在作成中の避難者行動マニュアルに地域ケア会議からの提言を行う。 〈方法〉発災時にどこに行けばよいのかを明確化する。 福祉避難所が必要なときに使えるよう整備する。</p> <p>③要配慮者名簿の活用について考える。 〈目的〉災害時に避難支援が必要な人を発見する。 〈方法〉地域共生室を中心に、地区や気になる人の情報を整理する。 自主防災組織の活動を学んでいく。 ヘルプマーク、マタニティマークの周知を図る。</p>		

（２）玉城町地域ケア会議の開催状況

年月日	場所	内容	参加人数
令和2年6月25日（木）	玉城町保健福祉会館	地域包括ケアに関するおさらいアンケート結果を踏まえた意見交換	32人
令和2年7月30日（木）	玉城町保健福祉会館	アンケートからみる現在の10項目	27人
令和2年9月24日（木）	玉城町保健福祉会館	個別・初期中・下外城田PJからの課題	24人
令和2年10月22日（木）	玉城町保健福祉会館	提言内容まとめ	24人
令和2年11月26日（木）	玉城町保健福祉会館	提言内容まとめ	22人
令和2年12月17日（木）	玉城町保健福祉会館	提言から、地域ケア会議ができること	21人

5 用語解説

ア行

●アセスメント

高齢者の心身の状態や生活状況を把握した上で、現状を分析し、よりよい介護保険サービス提供等に結びつけるための検討を行うこと。

●アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと前もって繰り返し合うプロセス。

カ行

●介護給付

介護保険における要介護認定を受けた被保険者（要介護1～5）に対する保険給付。

●介護予防給付

要支援1、要支援2と認定された人に対するサービス。対象者の特徴として、廃用症候群（骨関節疾患等を原因とし、徐々に生活機能が低下するタイプ）の人が多く、早い時期に予防とリハビリテーションを行うことで生活機能を改善できる可能性がある。したがって、本人の意欲を高めながら介護予防サービスを提供することが必要とされている。

●介護予防・日常生活支援総合事業

市町村が中心となり、地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実する事業。地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。

●ケアプラン

アセスメント（課題分析）により利用者のニーズを把握し、必要なサービスを検討して作成する介護サービス計画のこと。ケアプランを実施した後は、評価や再アセスメントを行い、その内容や方法が適切であるかを見直すことが必要である。なお、ケアプランの作成には専門職だけでなく、利用者本人や家族も関わるができる。

●ケアマネジメント

アセスメント（課題分析）によりサービス利用者のニーズを明確化し、適切なサービス提供を目指して地域に存在する様々な社会資源を活用したサービス計画を作成すること。また、その実施から継続的な見守り、必要に応じて見直しを行う一連の過程をいう。

●ケアマネジャー（介護支援専門員）

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、各種施設（介護老人福祉施設等）に所属し、介護保険において要支援・要介護と認定された人に対して、アセスメントに基づいたケアプランを作成し、ケアマネジメントを行う専門職。介護全般に関する相談援助・関係機関との連絡調整、介護保険の給付管理等を行う。

●高額介護サービス費

要介護者がサービスを利用して、利用者負担額が一定の額を超え、著しく高額となった場合に、この負担を軽減することを目的として行われる保険給付（介護保険法第51条によって指定）。

サ行

●在宅医療・介護連携支援センター

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口として、医療・介護関係者からの在宅医療や介護に関する相談等を受けつけ、連絡調整や情報提供等を行うセンターのこと。

●主任ケアマネジャー

地域包括支援センター業務の1つである包括的・継続的ケアマネジメントの支援(地域ケア支援事業)を担う人材として、一定以上の経験年数と所定の研修修了者に対し資格が付与される。地域のケアマネジャーに対して、支援困難事例への支援や技術向上に向けた指導、日常業務の相談等の業務に従事する。

●スクリーニング

選別すること。

●生活機能

日常生活動作(ADL)のことで、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起き等、日常の生活を送るために必要な基本動作すべてを指す。高齢者の身体活動能力や障がいの程度を測るための重要な指標となっている。

●生活支援コーディネーター

地域において、介護予防・生活支援サービスの提供体制の構築に向けた多様な主体による多様な取り組みのコーディネート機能(資源開発、ネットワーク構築等)を果たす者をいう。

●生活習慣病

食生活、運動、休養、飲酒、喫煙等の生活習慣が、その発症・進行に関連する症候群。成人後期から老年期にかけて罹患率、死亡率が高くなるがん、脳卒中、心臓病等が挙げられる。

●成年後見制度

病気や障がいのため判断能力が著しく低下し、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれがある人を保護し支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行等を行う。

●前期高齢者・後期高齢者

前期高齢者は65～74歳の高齢者、後期高齢者は75歳以上の高齢者を指す。高齢者を65歳以上と定義した場合、65歳と100歳ではその社会的活動や健康度が大きく異なり、単一的に高齢者として把握することが困難であるため、上記のような区分としている。

タ行

●地域共生社会

制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すもの。

●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

被保険者が要介護状態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おいても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために市町村が行う事業。

●地域密着型サービス

高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活できるようにする観点から、日常生活圏域ごとに提供されるサービス。市町村が事業者指定の権限を持ち、原則としてその市町村の住民のみが利用できる。

●特定健康診査

糖尿病等の生活習慣病有病者や予備群を減らすため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し、保健指導を必要とする人を抽出するための健診（特定健康診査）を行い、受診者全員を対象に、生活習慣病のリスクに基づく必要度に応じて、階層化された保健指導（特定保健指導）を行う。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成 20 年 4 月から実施。

●特定入所者介護サービス費

低所得の要介護者が特定介護サービス（施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護）を利用した場合、食費、居住費については負担限度額が設定され、これを超える費用を給付する。

ナ行

●日常生活圏域

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、交通事情その他社会的条件、介護給付対象サービスを提供するための施設の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して定める区域。

●認知症

いったん発育した脳が損傷されて、その結果として、それまでに獲得された知的能力が低下してしまった状態をいう。短期間に急激に脳の機能が低下する傾向にあり、老化による機能低下とは異なる。認知症の高齢者は、症状が進むにつれて、一人で日常生活を送れない場合もあり、家族をはじめ、まわりの人の介護が必要となる。

●認知症サポーター

認知症を正しく理解して、認知症の人や家族を温かく見守り、支援を行っていく応援者のこと。

ハ行

●被保険者

第 1 号被保険者は 65 歳以上の人、第 2 号被保険者は 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者をいう。

ヤ行

●要介護者

要介護状態にある 65 歳以上の人。また、要介護状態にある 40 歳以上 65 歳未満の人で、その原因である身体上や精神上的の障がいがある特定疾病によって生じた人。

●要支援者

要介護状態となるおそれがある 65 歳以上の人。また、要介護状態となるおそれがある 40 歳以上 65 歳未満の人で、その原因となり得る身体上や精神上的の障がいがある特定の疾病によって生じた人。

ラ行

●理学療法士

理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者。

●老人クラブ

玉城町老人クラブ連合会、単位老人クラブの集合。地区により「老人会」という名称を利用している。

6 玉城町介護保険推進協議会について

(1) 玉城町介護保険推進協議会設置要綱

平成 17 年 7 月 25 日告示第 94 号

(設置)

第 1 条 玉城町介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画を策定し、介護保険制度の円滑な運営と充実を図るため、玉城町介護保険推進協議会（以下「推進協議会」という。）を設置する。

(所管事務)

第 2 条 推進協議会は、次の各号に掲げる事項を協議する。

- (1) 介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画の策定に関する事。
- (2) 介護保険事業計画並びに高齢者保健福祉計画の点検及び体制の整備に関する事。
- (3) 介護保険事業計画並びに高齢者保健福祉計画の管理及び運営の推進に関する事。
- (4) 介護保険の認定審査会の運営に関する事。
- (5) 保険給付費の適正化に関する事。
- (6) 介護保険料の賦課徴収の手段及び方法に関する事。
- (7) 地域包括支援センターの設置、運営及び評価に関する事。
- (8) 地域における多機能ネットワークの形成に関する事。
- (9) 地域包括支援センターの職員のローテーション及び人材確保に関する事。
- (10) 地域密着型サービスの許認可、管理及び指導に関する事。
- (11) その他推進協議会の目的を達成するために必要な事項に関する事。

(組織)

第 3 条 推進協議会の委員（以下「委員」という。）は 20 人以内とし、次の各号に掲げる者のうちから、町長が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 保健・医療機関関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 介護保険被保険者代表
- (5) 介護保険費用負担関係者
- (6) その他町長が特に必要があると認める者

2 委員の任期は、2 年とし、再委嘱を妨げない。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3 推進協議会に会長及び副会長各 1 人を置く。

4 会長は、委員の互選により定め、会務を総理し、推進協議会を代表する。

5 副会長は委員の中から会長が指名し、会長に事故があるときは、その職務を代行する。

6 推進協議会は、第 2 条に定められた事項を検討するため、ワーキンググループを設置することができる。

(会議)

第 4 条 推進協議会の会議（以下「会議」という。）は、必要に応じて会長が招集し、その議長となる。

2 会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。

3 会議は、必要に応じて次の分科会を置くことができる。

- (1) 地域包括支援センター運営に関するもの
- (2) 地域密着型サービスの許認可、指導及び監督に関するもの
- (3) その他町長が必要があると認めるもの
(事務局)

第5条 推進協議会の事務局は、保健福祉課に置く。

(補則)

第6条 この要綱に定めるもののほか、推進協議会の運営その他必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則 (平成 19 年告示第 50 号)

この要綱は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

(2) 玉城町介護保険推進協議会委員名簿

(任期 令和2年1月10日～令和3年12月31日)

(敬称略 順不同)

組織等	所属名	役職	氏名	備考
保健・医療機関関係者 (医師代表)	神戸クリニック	院長	野口 吉文	副会長
保健・医療機関関係者 (歯科医師代表)	乾歯科医院	院長	乾 温史	
保健・医療機関関係者	豊浜歯科診療所	歯科衛生士	宮本 明美	
保健・医療機関関係者 (薬剤師代表)	さわだ薬局	薬剤師	澤田 つな子	
費用負担関係者代表	玉城町商工会	会長	板谷 一満	
被保険者代表	サポーターさくら	代表	谷口 恵津子	
被保険者代表	民生委員・児童委員		石橋 照美	
食の代表	食生活改善推進協議会	会長	中村 かおり	
介護相談員代表	介護相談員		大西 道子	
サービス事業所代表 (入所)	介護老人福祉施設はなのその	理事	向井 昌代	
サービス事業所代表 (入所)	介護老人保健福祉施設弘樹苑	施設長	西野 公啓	
サービス事業所代表 (居宅)	玉城町社会福祉協議会	事務局長	見並 智俊	
サービス事業所代表 (通所)	グループホーム桜の里	施設長	富田 光博	
サービス事業所代表 (地域密着型)	小規模多機能型居宅介護玉城	管理者	高川 晶子	
サービス事業所代表 (訪問)	ネクスト	管理者	青山 和宏	
保健・医療機関関係者	玉城町立玉城病院	事務長	中世古 憲司	
地域支援事業受託者	合同会社たまきあい		西村 美紀子	会長
アドバイザー	関西大学 名誉教授 地域福祉		牧里 毎治	

玉城町第8期介護保険事業計画
及び第9期高齢者保健福祉計画
[発行年月] 令和3年3月

[発行] 玉城町

[編集] 玉城町保健福祉課

〒519-0495 三重県度会郡玉城町田丸 114-2

TEL : 0596-58-8203 FAX : 0596-58-4494

玉城町保健福祉課地域共生室

〒519-0433 三重県度会郡玉城町勝田 4876-1

TEL : 0596-58-7373 FAX : 0596-58-8688