

# 玉城町第9期介護保険事業計画及び 第10期高齢者保健福祉計画

令和6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. 本計画策定にあたっての基本指針の改訂ポイント .....	3
4. 計画の期間 .....	5
5. 日常生活圏域の設定 .....	5
6. 策定体制 .....	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 .....	6
2. 介護保険サービス等の状況 .....	12
3. アンケート調査 .....	18
4. 課題の整理 .....	26
第3章 計画の方向性 .....	29
1. 計画の基本理念 .....	29
2. 基本目標 .....	30
3. 基本方針 .....	31
4. 施策体系 .....	34
第4章 施策の展開 .....	35
1. 地域包括ケアシステムの深化・推進 .....	35
2. 介護予防・健康づくり施策の充実 .....	39
3. 在宅医療・介護連携の推進 .....	42
4. 高齢者がいきいきと活躍できる社会 .....	43
5. 地域ぐるみの認知症ケア .....	44
6. いくつになっても暮らしやすい町づくり .....	47
第5章 介護保険事業の推進 .....	49
1. 介護保険料算定の手順 .....	49
2. 事業量の推計 .....	52
3. 保険料の算定 .....	58
資料編 .....	61
1. 高齢者の自立支援・重度化防止等に関する指標 .....	61
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 .....	62
3. 地域ケア推進会議からの提言 .....	63
4. 用語解説 .....	64
5. 玉城町介護保険推進協議会について .....	69



# 第1章 計画の基本的な考え方

## 1. 計画策定の趣旨

わが国は、少子高齢化を一つの要因とした人口減少が進んでいることに加え、単身世帯、高齢者のみの世帯が国の予測よりも急速に増加し、世帯構造の変化による地域の希薄化、孤独・孤立のリスクの高まりなど、福祉課題が複合化しています。

高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして平成12年に介護保険制度が創設されてから20年以上が経過し、介護保険制度は高齢者の介護になくてはならないものとして定着しました。令和7年には、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となり、要介護認定率が急上昇し、介護給付費が急増する85歳以上人口は令和42年頃まで増加傾向が続くことが見込まれています。

今後、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療・介護ニーズ等の動向は地域ごとに異なります。国では、こうした地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じた共生社会の実現に向けた取り組みとともに、地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取組内容や目標を検討することが重要であるとしています。

これらの国が示す課題、方向性を踏まえ、「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「前回計画」という。)の取り組みを承継しながら、町内で生活するすべての高齢者が、玉城町(以下、当町という。)の地域包括ケアシステムの深化・推進のもと、共生社会の実現に向けた、生きがいを持って安心して暮らし続けられる健康長寿のまちを実現するため、「玉城町第9期介護保険事業計画及び第10期高齢者保健福祉計画」(以下「本計画」という。)を策定するものです。

### 当町に求められること

- 団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年に向け、介護が必要な高齢者の動向を踏まえた介護サービスの基盤整備・充実を図る
- 総合事業や一般介護予防事業、包括的支援事業等を効果的に実施するため、介護予防・健康づくりを推進し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができる環境を整備するとともに、介護保険の適正化事業を通して介護保険制度の安定運用を図る
- 認知症との診断を受けた人やその家族が地域で安心して暮らしていけるよう、認知症施策推進大綱等を踏まえて認知症施策を総合的に推進する
- 安定的にサービスが提供できる体制づくりのため、介護人材の確保や介護現場の革新、介護現場の負担軽減を図る

## 2. 計画の位置づけと法令等の根拠

### (1) 制度的位置づけ

本計画は、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法(平成9年法律第123号)第117条第1項の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定した計画です。

#### 老人福祉法第20条の8

市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

#### 介護保険法第117条第1項

市町村は、基本指針に即して、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。

### (2) 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。

当町においても、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



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



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



17 パートナリ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させる

### 3. 本計画策定にあたっての基本指針の改訂ポイント

#### (1) 中長期的視点を持った介護保険サービスの推進

- 人口構造の変化等を勘案して見込んだ中長期的な介護ニーズの見通し等について、介護サービス事業者を含め、地域の関係者と共有し、介護サービス基盤整備の在り方を議論することが重要であり、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していくため、既存施設や事業所の今後の在り方を含めて検討すること
- 医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加しており、市町の医療部局や都道府県とも連携し、地域における医療ニーズの変化について把握・分析すること
- 介護老人福祉施設において、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある方が、要介護1、要介護2であっても適切に入所できるようにする観点から、そうした方の入所も含めてサービスの量の見込みを定めることや、入所の可否を判断する際、入所の必要性を適切に判断すること
- 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備の推進や、在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実を図ること

人口推計や実績に基づくサービス量の見込みを踏まえ、計画的なサービス確保を図るとともに、在宅サービスの充実や在宅医療の充実に向けた医療介護連携の促進が必要となっています。

#### (2) 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 高齢化の進展等に伴って増加するニーズや包括的支援へのニーズに対応し適切にその役割を果たすために、地域包括支援センターにおける体制や環境の整備を進めること
- 令和5年6月16日に認知症基本法が公布され、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としている内容を踏まえて、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができるよう、認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とすること
- 個人情報の取り扱いに配慮しつつ、介護レセプトや要介護認定情報のデータ等を活用してニーズを分析し、地域の実情に応じた介護保険事業計画の策定等へ活用できるよう、環境整備を進めていくこと
- 要介護認定の適正化、ケアプラン点検、縦覧点検・医療情報との突合といったいわゆる主要三事業を推進し、取組状況について公表すること

地域共生の観点から、関連分野との連携も含め、地域における共生・支援・予防の取組の充実、デジタル基盤を活用した効果的・効率的な事業の推進が求められています。

### (3) 介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施すること
- 少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、介護サービスの質の向上や職員の負担軽減、職場環境の改善などの生産性の向上の推進に取り組んでいくこと
- 介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築を見据えて、各自治体において、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等を行うこと
- 介護分野の文書負担軽減のための、電子申請・届出システムの導入を推進すること
- 介護サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護サービス事業者の経営の協働化や大規模化も有効な手段の一つとして検討すること
- 要介護認定を遅滞なく適正に実施するために、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を進めつつ、必要な体制を計画的に整備すること

介護人材の確保に向けた取組を三重県と連携して推進していくことが求められています。

## 4. 計画の期間

本計画は、令和6年度から令和8年度を計画期間とします。

介護保険サービス見込み量及び介護保険料は、団塊の世代が後期高齢期を迎える令和7年度、さらには団塊ジュニア世代が前期高齢期を迎え、65歳以上の高齢者の増加及び生産年齢人口が急減する令和22年度を見据えた検討を行います。

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)	令和22年度 (2040)
前回計画 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			本計画 第9期介護保険事業計画及び 第10期高齢者保健福祉計画			次期計画 第10期介護保険事業計画及び 第11期高齢者保健福祉計画			

▲  
団塊の世代が75歳以上に

▲  
団塊ジュニア世代が65歳以上に

## 5. 日常生活圏域の設定

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。

当町では、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。

## 6. 策定体制

### (1) 玉城町介護保険推進協議会における検討

本計画の策定に際しては、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16名を委員とした「玉城町介護保険推進協議会」を開催し検討を行いました。玉城町地域ケア推進会議から当町のめざす姿についての提言をいただき、計画に反映しました。

また、第9期介護保険事業計画と第10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。

### (2) 玉城町地域ケア推進会議

玉城町地域ケア推進会議は、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。玉城町地域ケア推進会議から玉城町介護保険推進協議会へ政策提言を行いました。

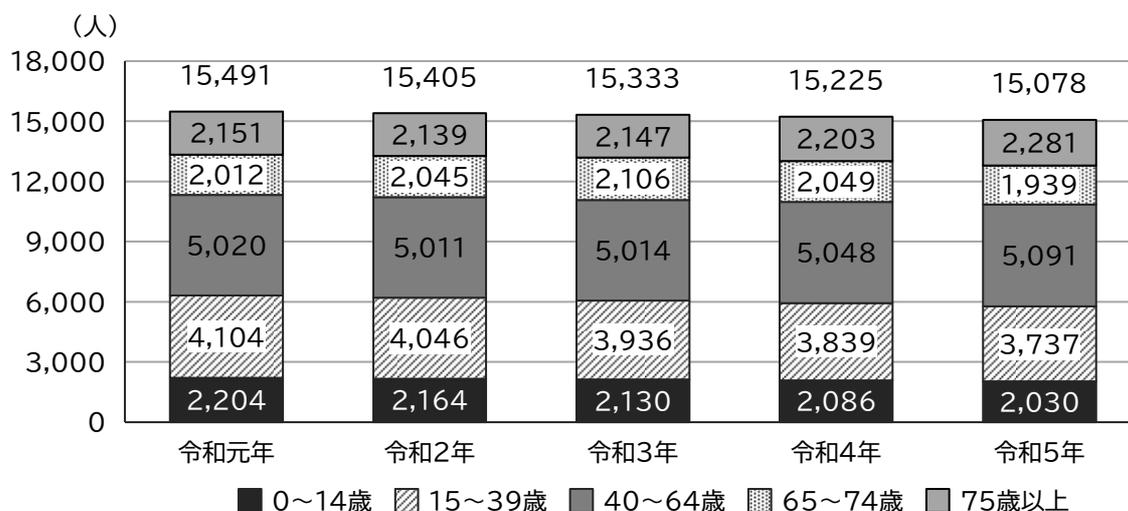
## 第2章 玉城町の高齢者等を取り巻く現状と課題

### 1. 人口構造

#### (1) 人口の推移

当町の人口は令和元年の15,491人から減少傾向で推移しており、令和5年の15,078人と4年間で413人減少しています。

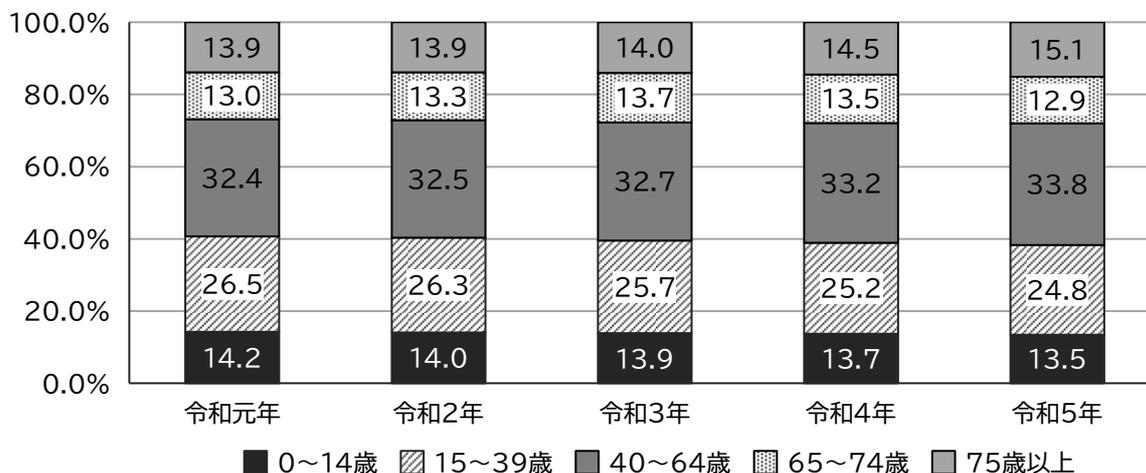
年代別にみると、前期高齢者である「65～74歳」では、令和3年にかけて増加傾向で推移していましたが、令和4年以降減少に転じています。後期高齢者である「75歳以上」および第2号被保険者である「40～64歳」では、令和2年に減少がみられましたが、令和3年以降増加傾向で推移しています。



資料:住民基本台帳(各年9月末)

人口構成比率についてみると、高齢化率(「65～74歳」「75歳以上」の合計)は令和元年の26.9%から増加傾向で推移しており、令和5年の28.0%と4年間で1.1%増加しています。

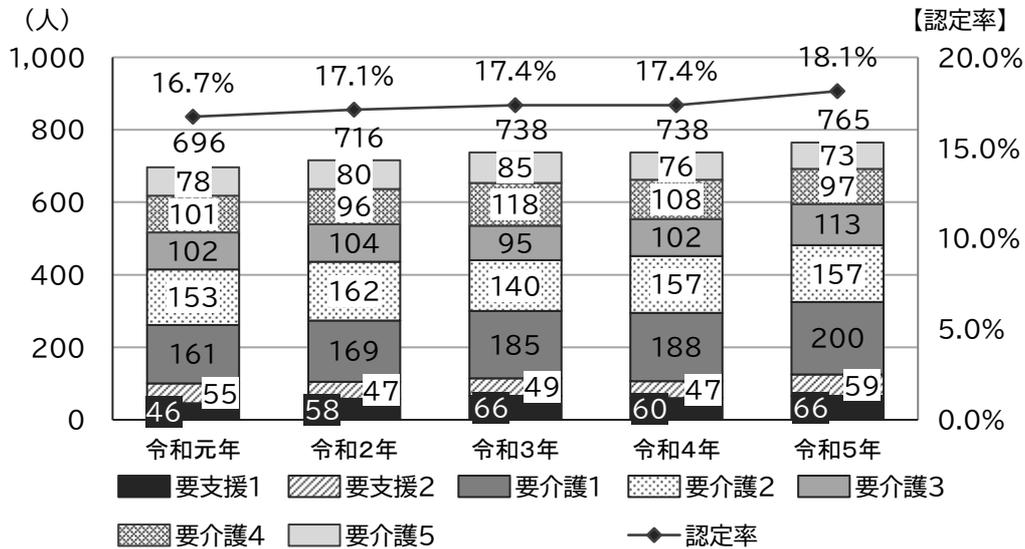
前期高齢者では、令和3年にかけて増加傾向で推移し、その後令和4年以降減少に転じています。後期高齢者では、令和5年にかけて増加傾向で推移しています。



資料:玉城町(各年9月末)

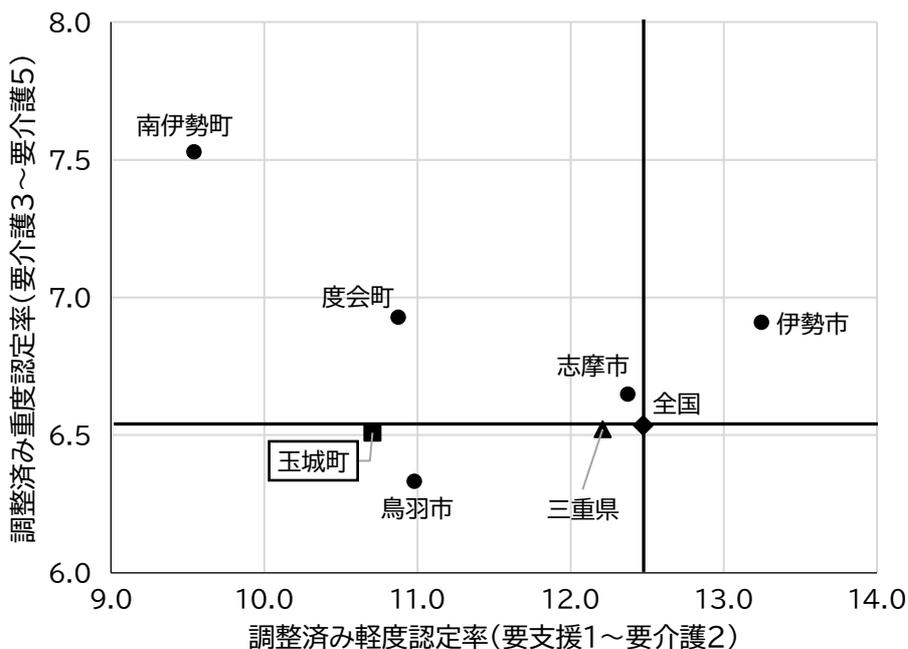
## (2) 要支援・要介護認定者の状況

要支援・要介護認定者数は、令和元年の696人から増加傾向で推移しており、令和5年の765人と69人増加しています。認定率も同様に増加傾向となっています。



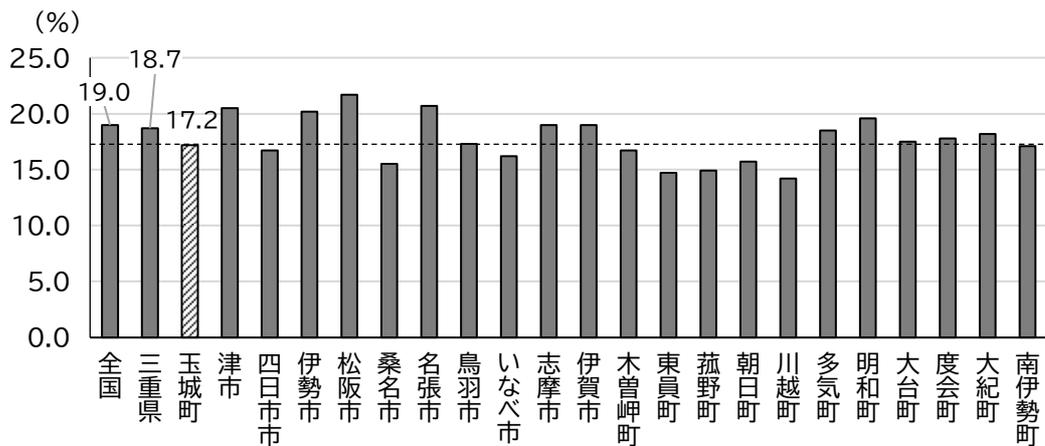
資料：介護保険事業状況報告(各年9月末)

調整済み認定率(介護認定に大きく影響を及ぼす性別や年齢構成等を勘案し、全国や県、他自治体との比較ができるよう調整された認定率)についてみると、当町は全国や三重県よりも軽度の割合は低い水準となっており、重度の割合は同水準となっています。



資料：地域包括ケア見える化システム(令和4年時点)

調整済み認定率についてみると、全国及び県、県内自治体と比較すると、当町は 10 番目に低い 17.2% となっています。

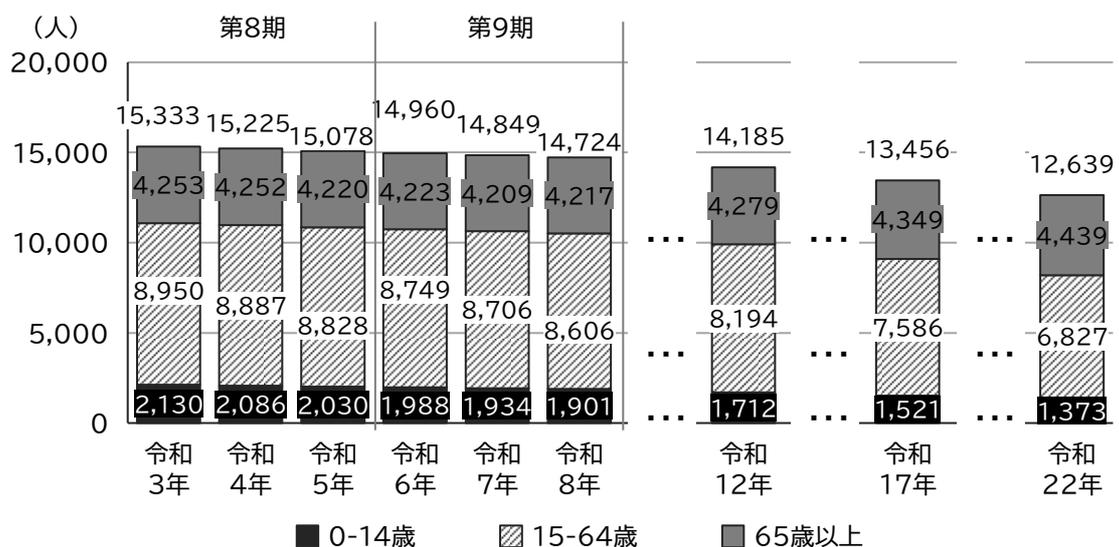


資料:地域包括ケア見える化システム(令和4年時点)

### (3) 人口及び要支援・要介護認定者数の将来推計

当町の人口は緩やかな減少で推移する見込みで、本計画の期間である令和6年から令和8年の 65 歳以上の高齢者は 4,200 人前半で概ね横ばいで推移する見込みです。

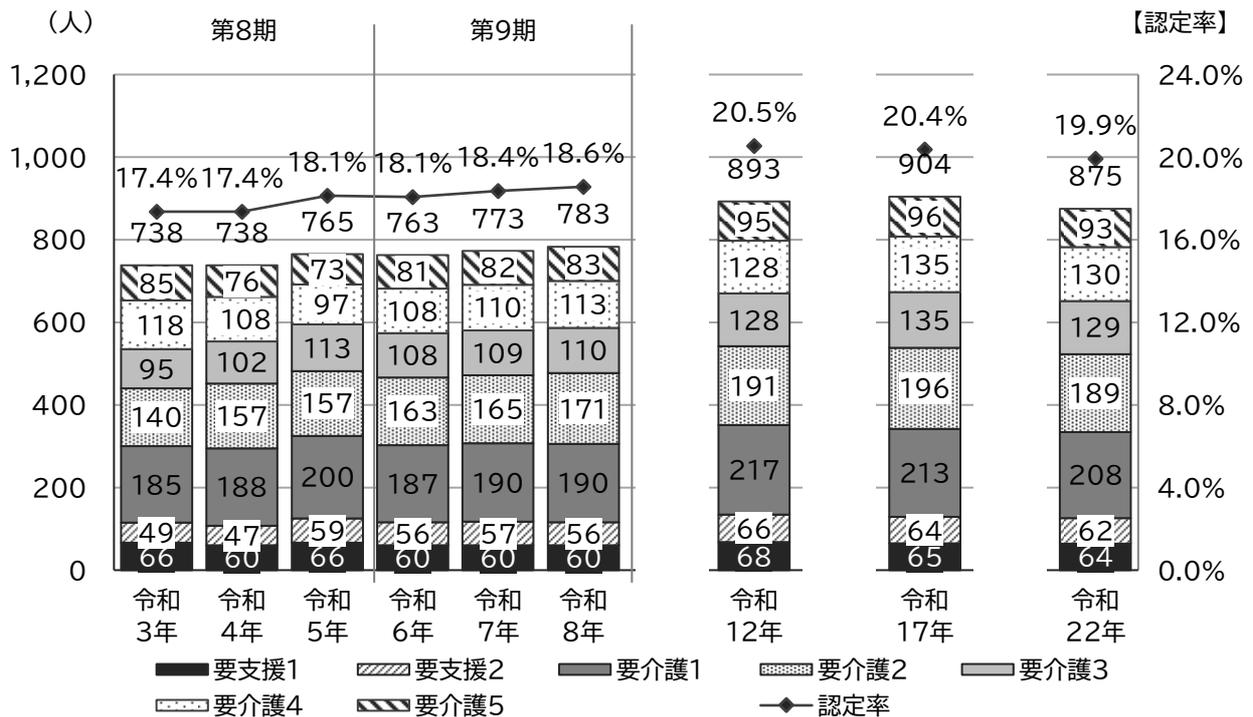
中長期的視点から、団塊ジュニア世代が 65 歳以上になる令和 22 年の人口推計は、12,639 人と令和5年人口と比較して 2,439 人減少する一方、高齢者は 219 人増加して 4,439 人となる見込みです。なお、令和 22 年の高齢化率は 35.1%となる見込みです。



資料:住民基本台帳(各年9月末)

平成30年から令和5年の人口をもとにコーホート変化率法による

第1号被保険者の要支援・要介護認定率の将来推計は、令和6年以降緩やかに増加し、令和8年に18.6%、令和22年には19.9%となる見込みです。



資料：介護保険事業状況報告(各年9月末)

#### (4) 認知症高齢者数の推計

認知症高齢者数は令和2年には731人と推計されていますが、今後も高齢化に伴い増加し続け、令和12(2030)年には890人、令和22(2040)年には940人となる見込みです。

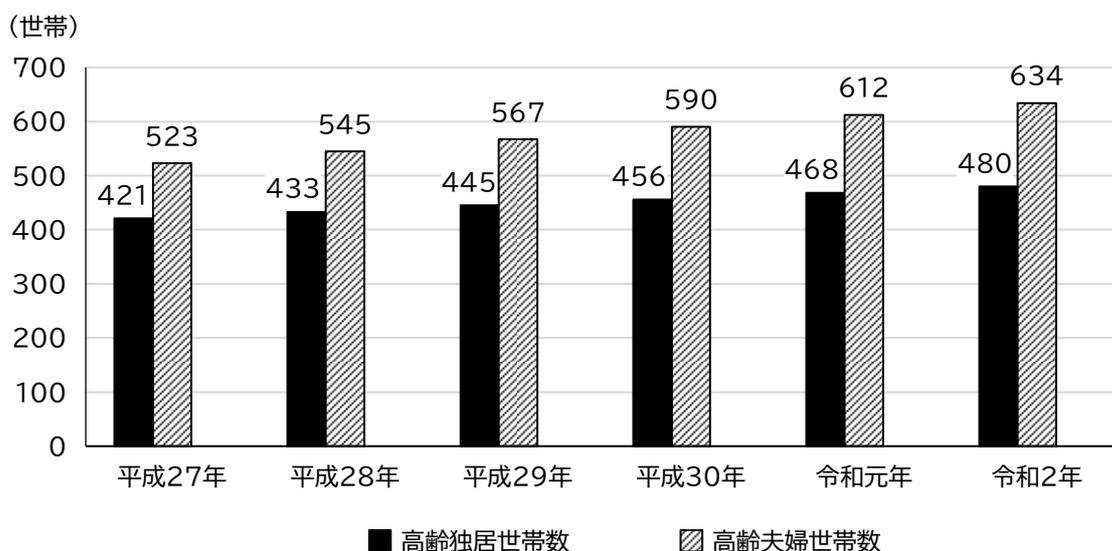
		平成24年 (2012年)	平成27年 (2015年)	令和2年 (2020年)	令和7年 (2025年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
全国	認知症有望率が一定の場合	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%
	認知症有病率が上昇する場合	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%
玉城町	認知症有望率が一定の場合	522人	606人	731人	800人	890人	940人
	認知症有病率が上昇する場合		618人	765人	870人	1,000人	1,100人

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮利治教授)速報値により算出

※ 玉城町数値は、将来人口推計(65歳以上)に上記有病率を乗じた

## (5) 世帯の状況

「高齢者独居世帯数」および「高齢夫婦世帯数」は共に増加傾向で推移しており、「高齢独居世帯数」は平成27年の421世帯(8.0%)から令和2年の480世帯(8.9%)と5年間で59世帯(0.9ポイント)増加しています。「高齢夫婦世帯数」は平成27年の523世帯(10.0%)から令和2年の634世帯(11.8%)と5年間で111世帯(1.8ポイント)増加しています。



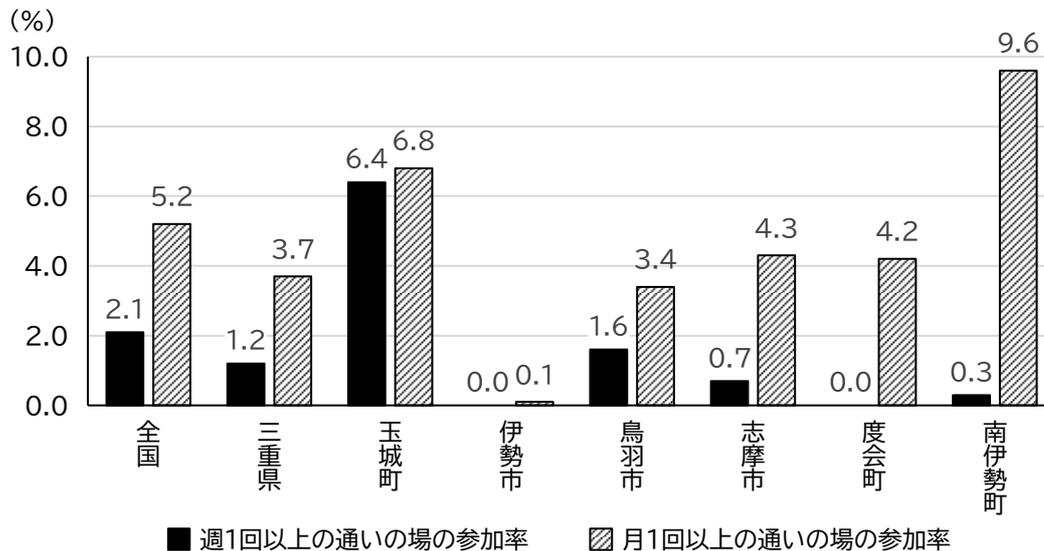
一般世帯数に対する割合		平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
高齢独居世帯の割合	玉城町	8.0%	8.2%	8.4%	8.5%	8.7%	8.9%
	三重県	10.8%	11.0%	11.2%	11.5%	11.7%	11.9%
	全国	11.1%	11.3%	11.5%	11.7%	11.9%	12.1%
高齢夫婦世帯の割合	玉城町	10.0%	10.3%	10.7%	11.1%	11.4%	11.8%
	三重県	11.5%	11.6%	11.8%	11.9%	12.1%	12.2%
	全国	9.8%	10.0%	10.1%	10.2%	10.3%	10.5%

資料:地域包括ケア見える化システム

## (6) 通いの場への参加状況

当町の週1回以上の通いの場の参加率は6.4%となっており、国や全国、県が定める老人福祉圏域である伊勢志摩区域内で比較すると、いずれの自治体よりも高い水準となっています。

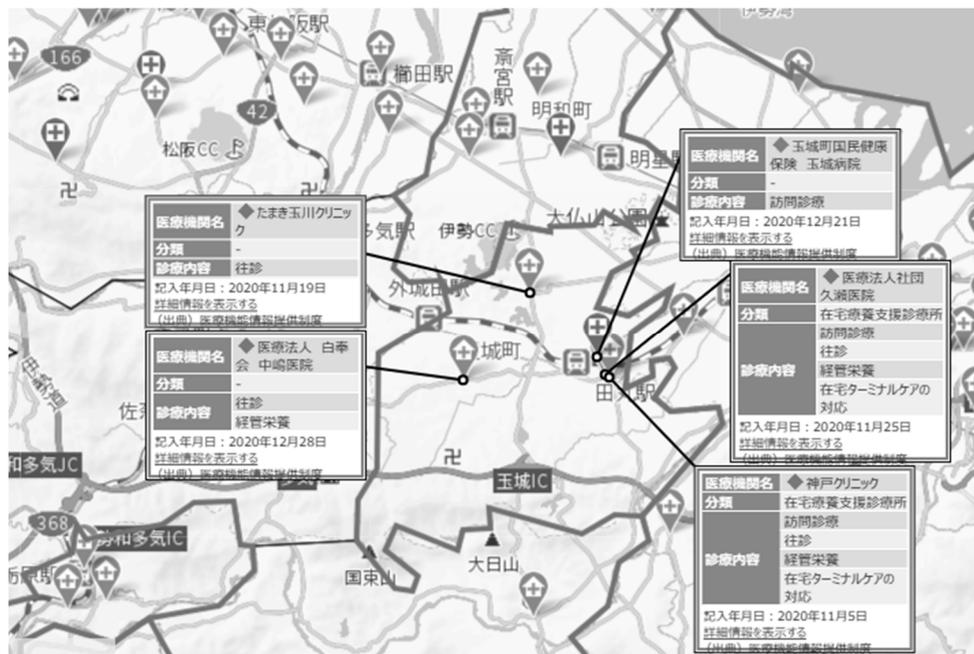
月1回以上の通いの場の参加率は6.8%となっており、週1回以上の通いの場の参加率と概ね同水準となっており、同圏域では南伊勢町が9.6%と最も高くなっています。



資料:地域包括ケア見える化システム(令和2年)

## (7) 町内の在宅医療を提供する病院・診療所

町内の在宅医療を提供する病院・診療所についてみると、病院は玉城病院の1院、診療所は久瀬医院、神戸クリニック、たまき玉川クリニック、中嶋医院の4院あります。



資料: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状況

### (1) 居宅サービスの給付費の状況

居宅サービスの給付状況についてみると、「訪問リハビリテーション」は令和3年度、令和4年度共に計画値を大きく上回る給付状況となっています。

また、「訪問入浴介護」「短期入所療育介護(老健)」「住宅改修費」は令和3年度、令和4年度共に計画値を大きく下回る給付状況となっています。

居宅サービスの給付費の合計は、令和3年度、令和4年度共に概ね計画値通りの給付状況となっています。

(単位:千円)

居宅サービス	第8期事業計画					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
訪問介護	107,100	125,657	117.3%	108,361	106,012	97.8%
訪問入浴介護	6,467	4,698	72.6%	6,470	3,512	54.3%
訪問看護	26,313	24,843	94.4%	26,328	22,062	83.8%
訪問リハビリテーション	914	1,558	170.5%	915	2,249	245.8%
居宅療養管理指導	8,308	7,244	87.2%	8,217	7,305	88.9%
通所介護	170,853	182,572	106.9%	170,204	191,462	112.5%
通所リハビリテーション	63,919	59,561	93.2%	63,954	55,909	87.4%
短期入所生活介護	35,041	41,952	119.7%	35,060	38,649	110.2%
短期入所療養介護(老健)	10,042	5,585	55.6%	10,048	6,702	66.7%
短期入所療養介護(病院等)	0	0	-	0	0	-
福祉用具貸与	35,689	40,136	112.5%	36,033	37,161	103.1%
特定福祉用具購入費	1,180	1,214	102.9%	1,180	949	80.4%
住宅改修費	4,351	2,654	61.0%	4,351	2,664	61.2%
特定施設入居者生活介護	28,136	25,643	91.1%	28,152	23,867	84.8%
居宅介護支援	58,729	62,217	105.9%	59,874	61,335	102.4%
計	557,042	585,533	105.1%	559,147	559,837	100.1%

資料:前回計画(計画値)、地域包括ケア見える化システム(実績値)

■は計画比 20%以上、▨は計画比 20%以下のサービス

介護予防サービスの給付状況についてみると、「介護予防居宅療養管理指導」は令和3年度で計画値を大きく上回る給付状況となっています。

また、「介護予防訪問看護」「介護予防通所リハビリテーション」「特定介護予防福祉用具購入費」は令和3年度、令和4年度共に計画値を大きく下回る給付状況となっており、「介護予防住宅改修」は令和3年度で計画値を大きく下回っています。

介護予防サービスの給付費の合計は、令和3年度、令和4年度共に概ね計画値通りの給付状況となっています。

(単位:千円)

介護予防サービス	第8期事業計画					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防訪問入浴介護	0	0	-	0	0	-
介護予防訪問看護	1,584	1,254	79.1%	1,585	1,050	66.2%
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	-	0	385	-
介護予防居宅療養管理指導	174	219	125.8%	174	179	102.9%
介護予防通所リハビリテーション	3,505	2,728	77.8%	3,507	2,525	72.0%
介護予防短期入所生活介護	0	109	-	0	0	-
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	-	0	0	-
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	-	0	0	-
介護予防福祉用具貸与	2,198	2,305	104.9%	2,259	2,337	103.5%
特定介護予防福祉用具購入費	643	158	24.6%	643	316	49.2%
介護予防住宅改修	1,963	1,209	61.6%	1,963	2,006	102.2%
介護予防特定施設入居者生活介護	1,129	1,157	102.5%	1,130	1,161	102.7%
介護予防支援	0	2,495	-	0	2,408	-
計	11,196	11,633	103.9%	11,261	12,367	109.8%

資料:前回計画(計画値)、地域包括ケア見える化システム(実績値)

■は計画比 20%以上、▨は計画比 20%以下のサービス

## (2) 地域密着型サービスの給付費の状況

地域密着型サービスの給付状況についてみると、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は令和3年度、令和4年度共に計画値を大きく上回る給付状況となっています。

また、「小規模多機能型居宅介護」は令和4年度で計画値を大きく下回る給付状況となっています。

地域密着型サービスの給付費の合計は、令和3年度、令和4年度共に概ね計画値通りの給付状況となっています。

(単位:千円)

地域密着型サービス	第8期事業計画					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	24,698	35,332	143.1%	29,989	57,104	190.4%
夜間対応型訪問介護	0	0	-	0	0	-
認知症対応型通所介護	0	0	-	0	0	-
小規模多機能型居宅介護	92,861	79,224	85.3%	92,912	64,868	69.8%
認知症対応型共同生活介護	55,925	55,909	100.0%	55,956	57,165	102.2%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	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	0	-
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-	0	0	-
地域密着型通所介護	19,328	18,357	95.0%	20,359	17,005	83.5%
計	192,812	188,822	97.9%	199,216	196,142	98.5%

資料:前回計画(計画値)、地域包括ケア見える化システム(実績値)

■は計画比 20%以上、▨は計画比 20%以下のサービス

地域密着型介護予防サービスの給付状況についてみると、「介護予防小規模多機能型居宅介護」は令和3年度で計画値を大きく上回る給付状況でしたが、令和4年度では利用がありませんでした。

(単位:千円)

地域密着型介護予防サービス	第8期事業計画					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	-	0	0	-
介護予防小規模多機能型居宅介護	577	998	173.0%	577	0	0.0%
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	-	0	0	-
計	577	998	173.0%	577	0	0.0%

資料:前回計画(計画値)、地域包括ケア見える化システム(実績値)

■は計画比 20%以上、▨は計画比 20%以下のサービス

### (3) 施設サービスの給付状況

施設サービスの給付状況についてみると「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」ともに概ね計画通りの給付状況となっています。

「介護医療院」は、利用を見込んでいませんでしたが、令和3年度、令和4年度共に利用がみられました。

施設サービスの給付費の合計は、令和3年度、令和4年度共に概ね計画値通りの給付状況となっています。

(単位:千円)

施設サービス	第8期事業計画					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	計画比	計画値	実績値	計画比
介護老人福祉施設	285,964	281,450	98.4%	286,123	268,230	93.7%
介護老人保健施設	189,834	186,380	98.2%	189,940	211,327	111.3%
介護療養型医療施設	0	0	-	0	0	-
介護医療院	0	9,075	-	0	8,193	-
計	475,798	476,904	100.2%	476,063	487,750	102.5%

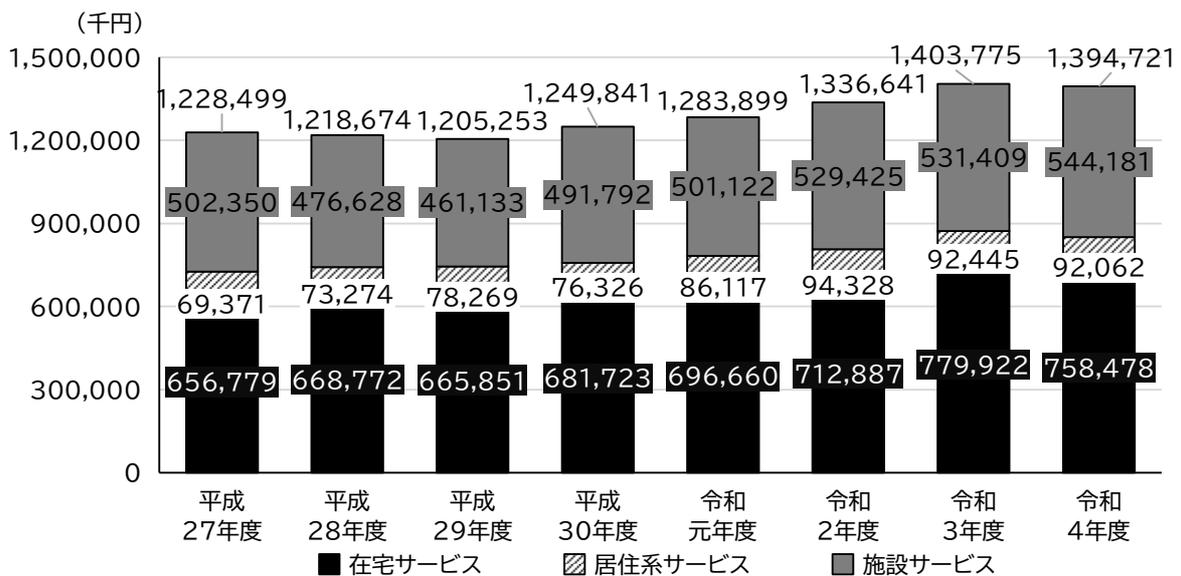
資料:前回計画(計画値)、地域包括ケア見える化システム(実績値)

■は計画比 20%以上、▨は計画比 20%以下のサービス

### (4) 介護費用額の推移

介護費用額は平成 30 年度以降、増加傾向で推移しており、令和3年度の介護費用が最も高く、前回計画期間の令和3年度及び令和4年度ではおよそ14億円となっています。

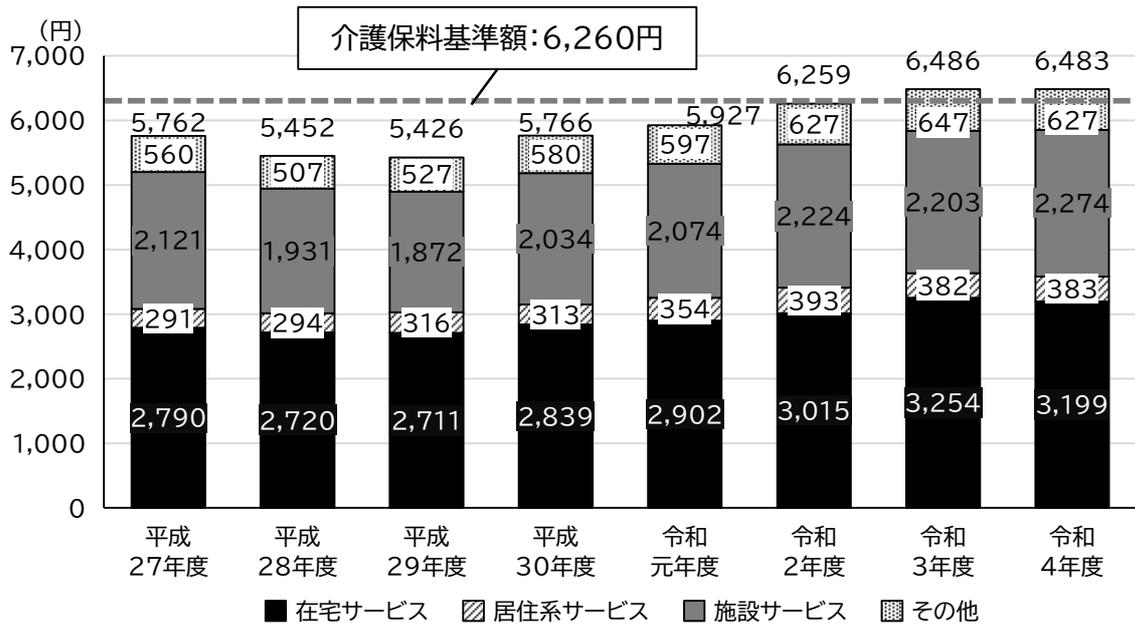
第1号被保険者1人当たりの保険料は、国や県と比較して平成 30 年度以降高い水準で推移しています。



第1号被保険者 1人1月あたり費用額	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
玉城町	25,287	24,661	24,230	24,923	25,714	26,341	27,555	27,524
三重県	24,086	24,245	24,535	24,737	25,198	25,678	26,115	26,268
全国	22,927	22,967	23,238	23,499	24,106	24,567	25,132	25,477

資料:地域包括ケア見える化システム

必要保険料と介護保険料の基準額についてみると、令和2年度までは基準額以下の水準で推移していますが、令和3年度以降は必要保険料が介護保険料の基準額をおよそ220円上回って推移しています。



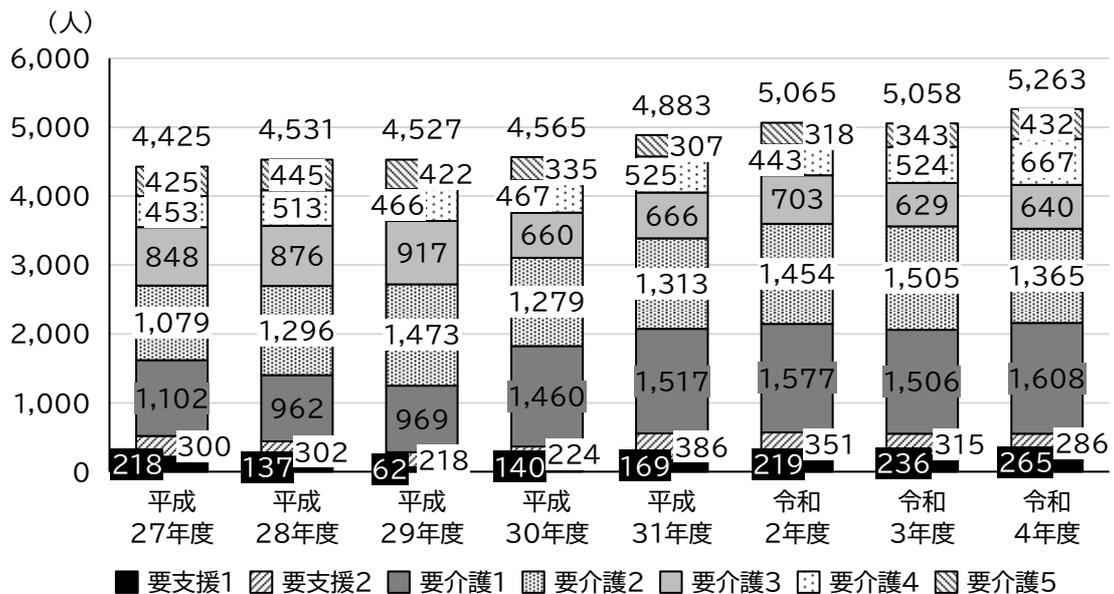
資料：地域包括ケア見える化システム

## (5) 介護保険サービス受給者数の推移

### ① 在宅サービス

在宅サービスの受給者数は、平成30年度まで緩やかな増加傾向となっていました。平成31年度以降利用者数の増加率が大きくなって推移しています。

介護度別でみると、平成30年度以降、要介護1の利用者は急増し、1,600人前後での利用状況となっています。一方、要介護3は利用者数が急減して、600～700人台となっています。

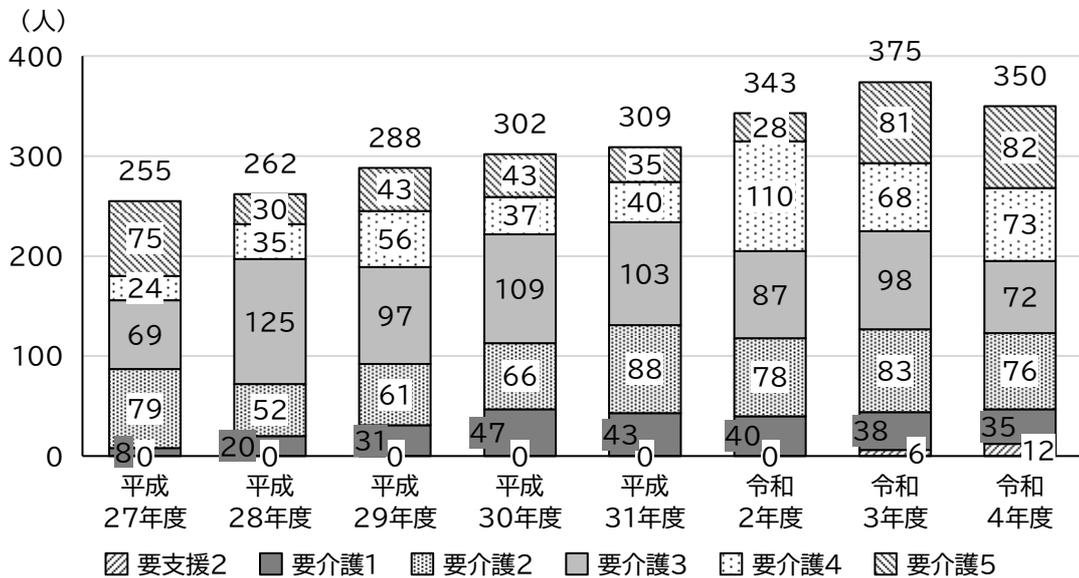


資料：地域包括ケア見える化システム

## ②居住系サービス

居住系サービスの利用者数は、令和3年度にかけて増加傾向で推移しています。

介護度別でみると、要介護1の利用者は平成30年度にかけて増加傾向で推移しており、その後は緩やかに減少しています。また、要介護4の利用者は令和2年度に110人と一時的に増加し、令和3年度以降は70人前後の利用となっています。要介護5の利用者は令和3年度に81人と急増し、その後は横ばいで推移しています。

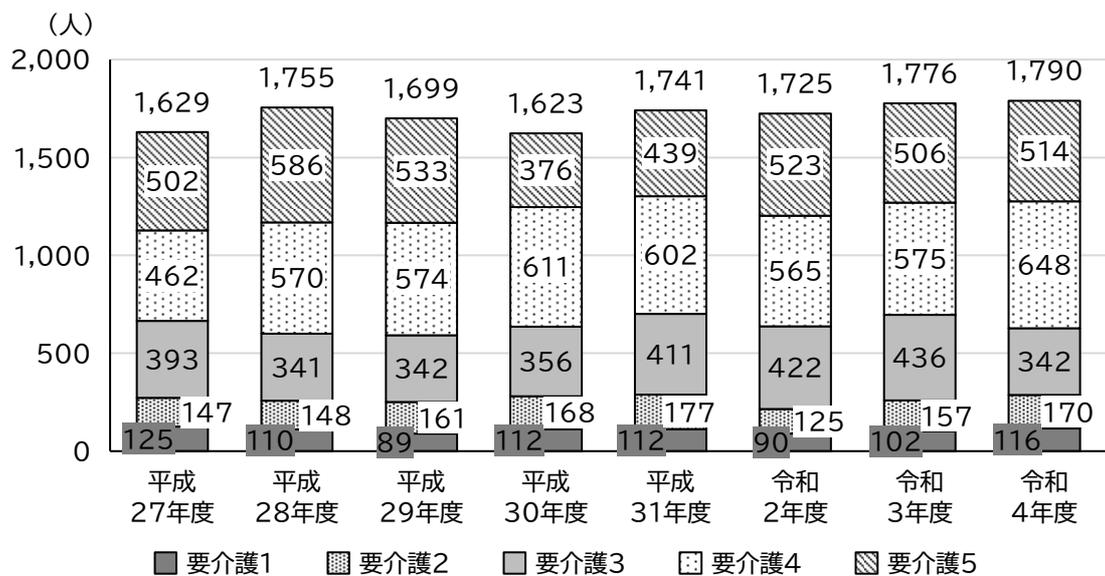


資料:地域包括ケア見える化システム(要支援1の利用者がいないため、割愛しています)

## ③施設サービス

施設サービスの利用者数は、増減を繰り返しながら令和2年度以降緩やかな増加傾向となっています。

要介護度別では、各年で増減はあるものの、特定の傾向はみられませんでした。



資料:地域包括ケア見える化システム

### 3. アンケート調査

#### (1) 調査の目的

前回計画の見直し及び、本計画策定のための基礎資料とすることを目的とし、町内にお住まいの65歳以上の方々を対象として、健康状態や生活状況などを把握するために実施しました。

#### (2) 調査手法と回収結果

##### ① 一般高齢者・要支援認定者対象(ニーズ調査)

調査対象者：町内在住の65歳以上の方

(介護保険の認定者(要介護1以上の方)を除く一般高齢者・無作為抽出)

対象数：3,500人

調査期間：令和4年12月5日(月)～12月19日(月)

調査方法：郵送配布・郵送回収による本人記入方式

##### ② 在宅介護実態調査

調査対象者：町内在住の65歳以上の方(要支援・要介護認定者)

対象数：100人

調査期間：令和4年9月1日(木)～令和5年5月31日(水)

調査方法：認定調査員による聞き取り方式

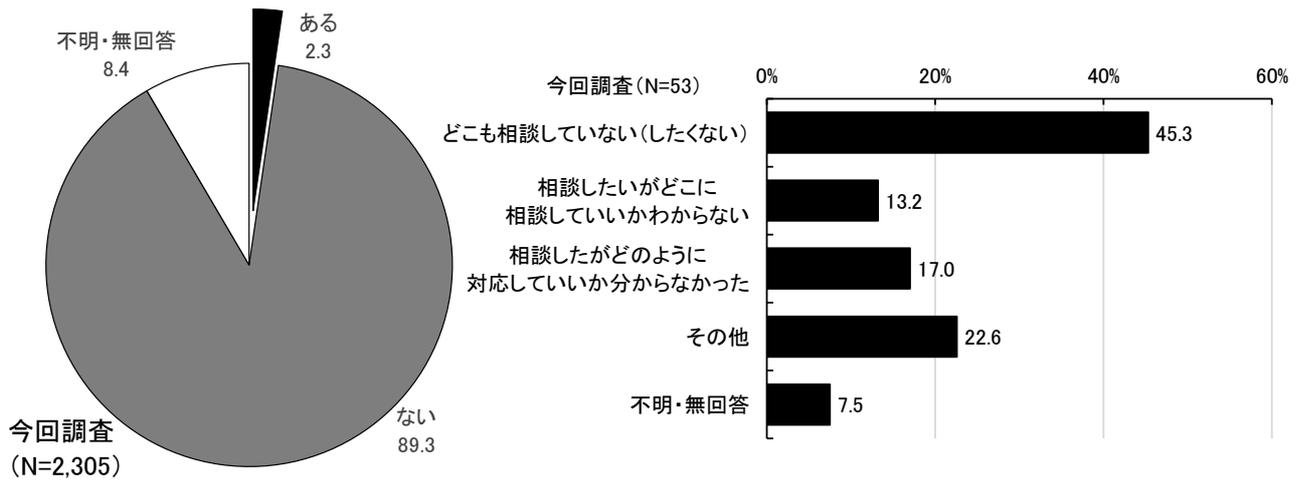
	調査対象者数(配布数)	有効回収数	有効回収率
一般高齢者・要支援認定者対象	3,500件	2,305件	65.9%
在宅介護実態調査	100件	100件	100.0%

### (3) アンケート調査結果の抜粋

#### ①「ひきこもりの状態」にあるご家族について(単数回答/複数回答)[ニーズ調査:問9,問9-2]

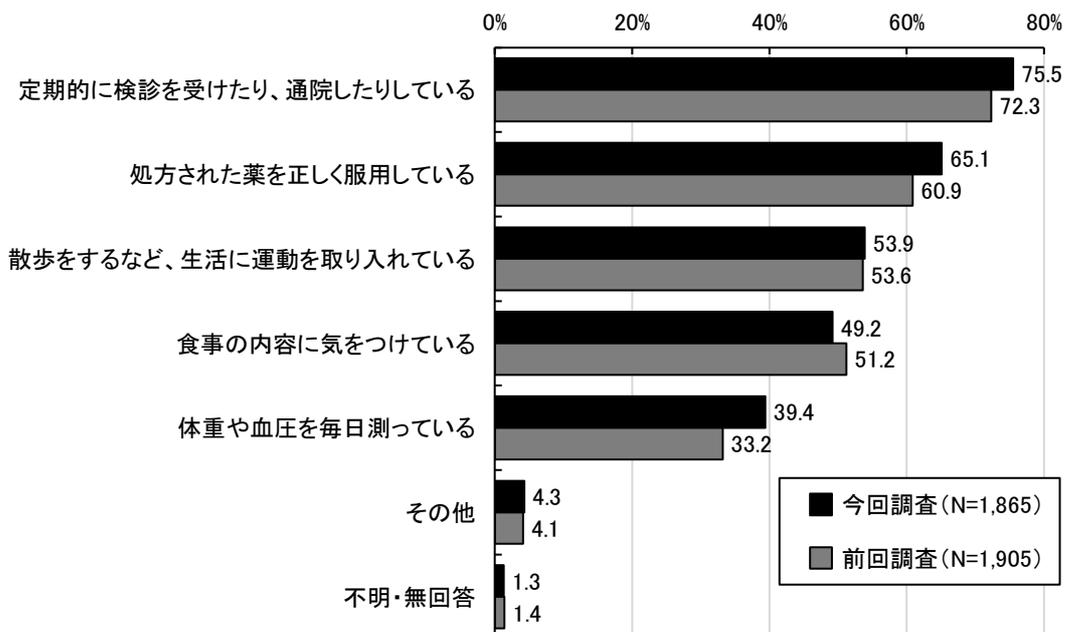
ご家族の中に、「ひきこもりの状態」にある方の有無についてみると、「ない」が 89.3%、「ある」が 2.3%となっています。

ひきこもり状態のご家族がいる方のうち、ご家族の「ひきこもりの状態」について相談したかについてみると、今回調査では「どこも相談していない(したくない)」が 45.3%と最も高く、「相談したがどのように対応していいかわからなかった」が 17.0%となっています。



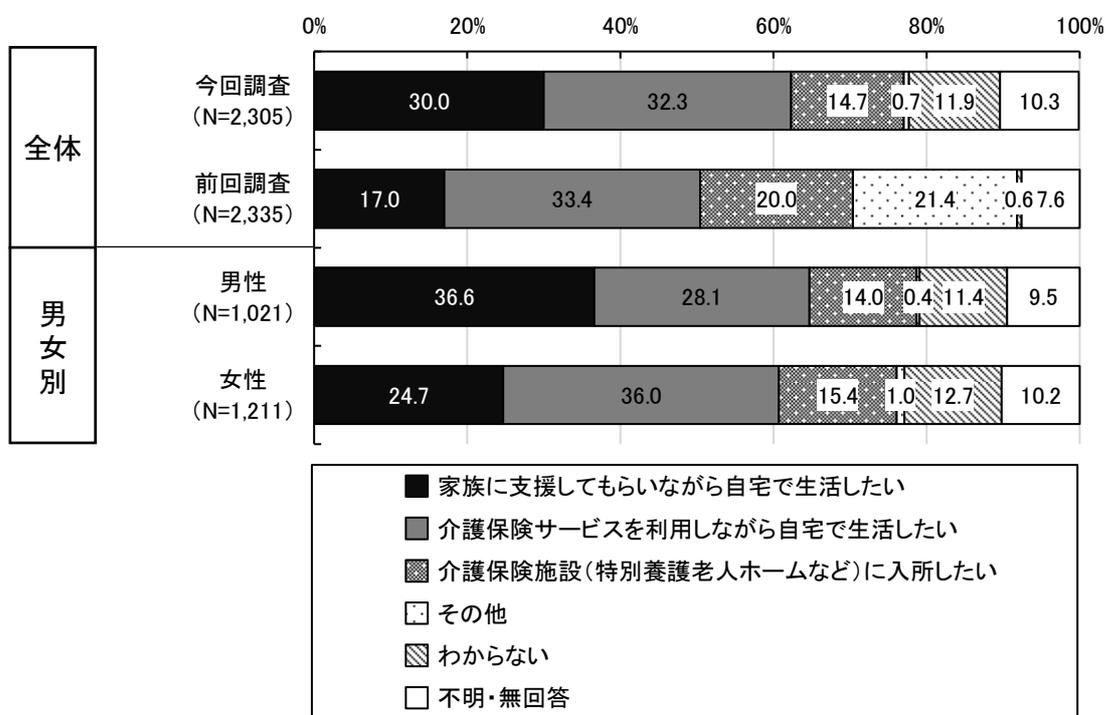
#### ②健康を維持するために普段から心がけていること(複数回答)[ニーズ調査:問 16-1]

健康を維持するために普段から心がけていることについてみると、今回調査では「定期的に検診を受けたり、通院したりしている」が 75.5%と最も高く、次いで「処方された薬を正しく服用している」が 65.1%、「散歩をするなど、生活に運動を取り入れている」が 53.9%となっています。



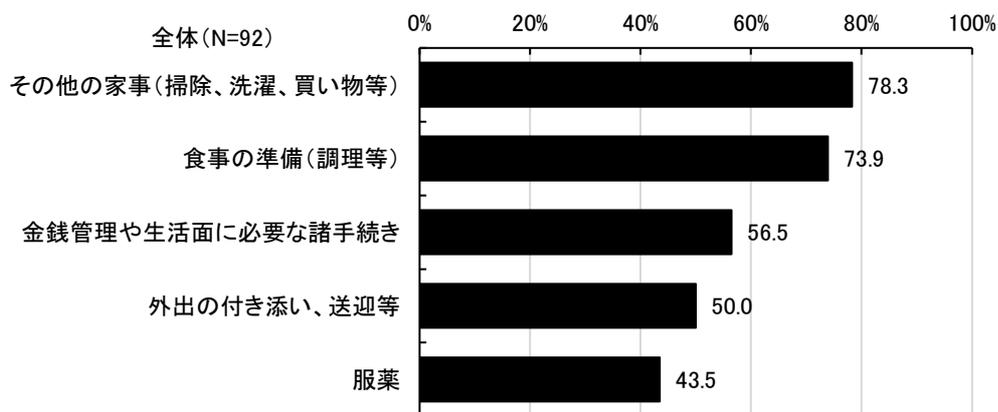
### ③介護が必要になった場合の希望する暮らし方(単数回答)[ニーズ調査:問53]

あなたに介護が必要になった場合に希望する暮らし方についてみると、今回調査では「介護保険サービスを利用しながら自宅で生活したい」が 32.3%と最も高く、次いで「家族に支援してもらいながら自宅で生活したい」が 30.0%、「介護保険施設(特別養護老人ホームなど)に入所したい」が 14.7%となっています。



### ④主な介護者が行っている介護等(複数回答)[在宅調査 A 票:問6]

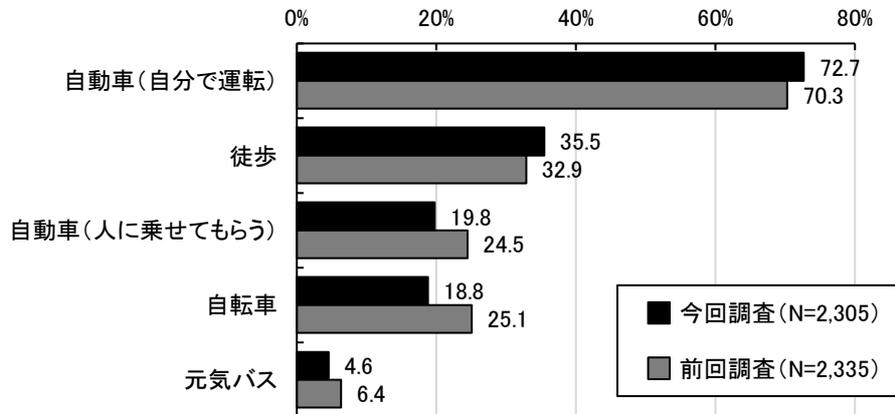
主な介護者の方が行っている介護等についてみると、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」が 78.3%と最も高く、次いで「食事の準備(調理等)」が 73.9%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 56.5%となっています。



※上位5件を抜粋

⑤外出する際の主な移動手段(複数回答)[ニーズ調査:問 12]

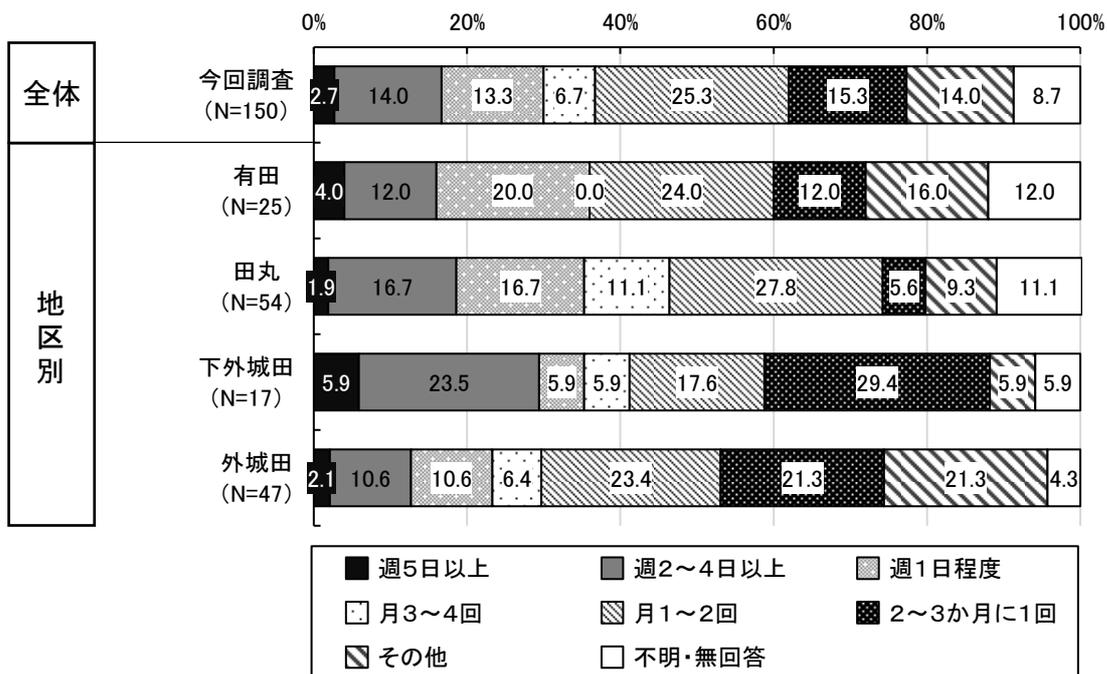
外出する際の主な移動手段についてみると、今回調査では「自動車(自分で運転)」が 72.7%と最も高く、次いで「徒歩」が 35.5%、「自動車(人に乗せてもらう)」が 19.8%となっています。



※上位5件を抜粋

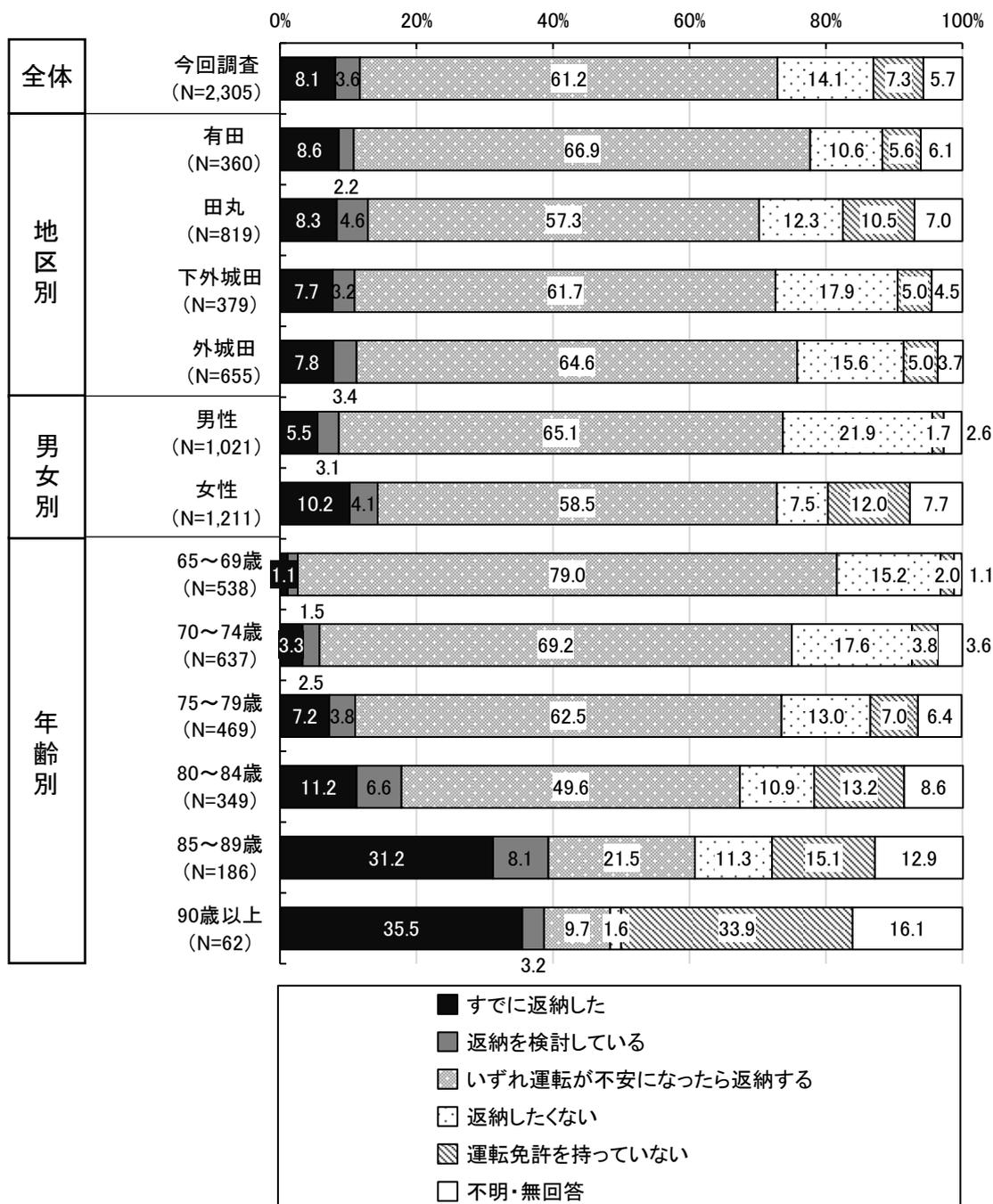
⑥元気バスの利用頻度(単数回答)[ニーズ調査:問 15-2]

元気バスの利用頻度についてみると、全体では「月1~2回」が 25.3%と最も高く、次いで「2~3か月に1回」が 15.3%、「週2~4日以上」が 14.0%となっています。



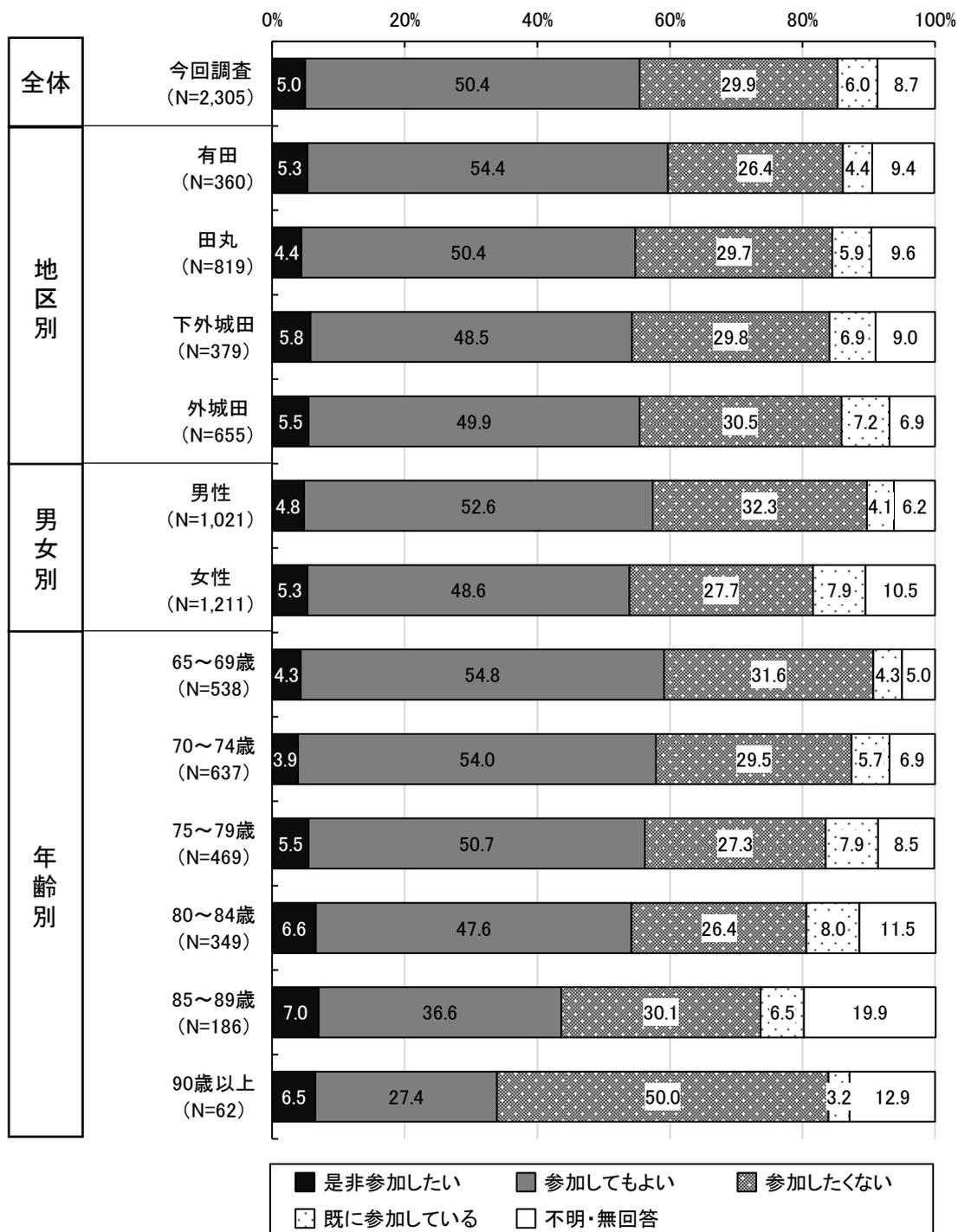
⑦運転免許の返納の意向(単数回答)[ニーズ調査:問 14]

運転免許の返納の意向についてみると、「いずれ運転が不安になったら返納する」が 61.2%と最も高く、次いで「返納したくない」が 14.1%、「すでに返納した」が 8.1%となっています。



### ⑧地域住民の有志による健康づくり活動への参加意向(単数回答)[ニーズ調査:問 42]

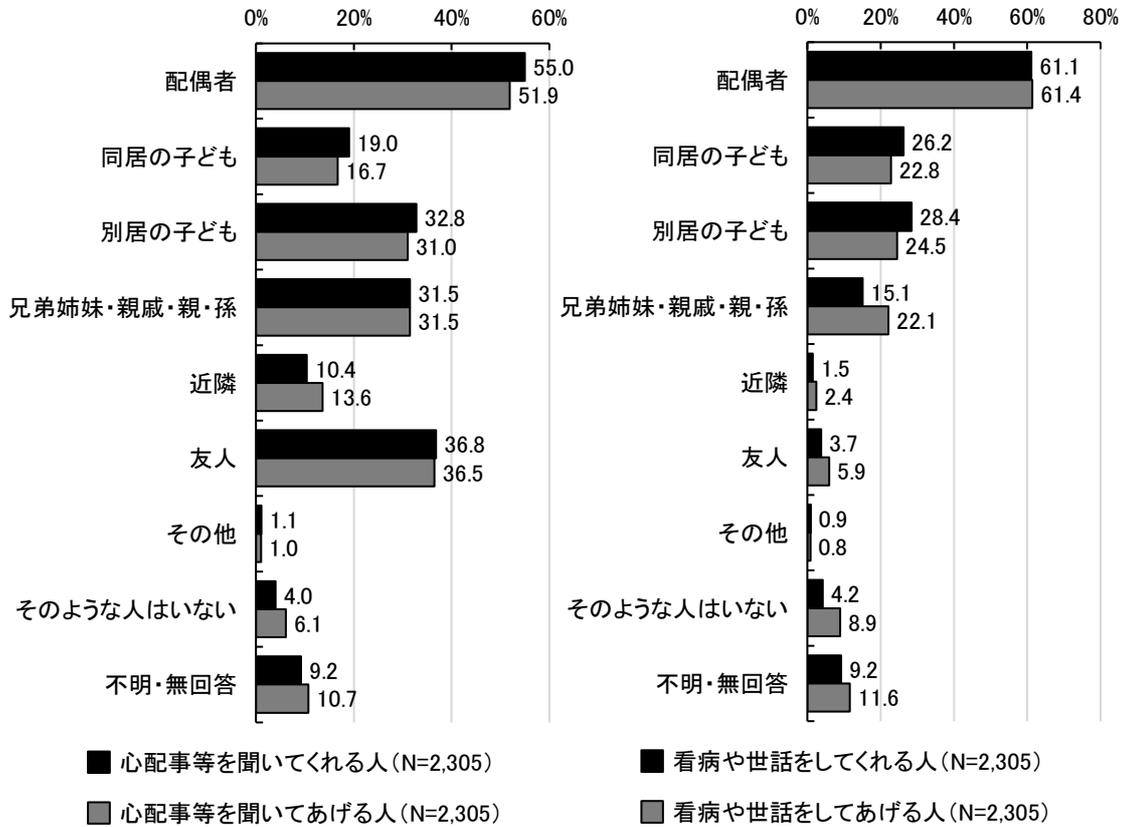
地域住民の有志による、健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたいと思うかについてみると、全体では「参加してもよい」が50.4%と最も高く、次いで「参加したくない」が29.9%、「既に参加している」が6.0%となっています。



⑨助け合いについて(複数回答)[ニーズ調査:問 44~47]

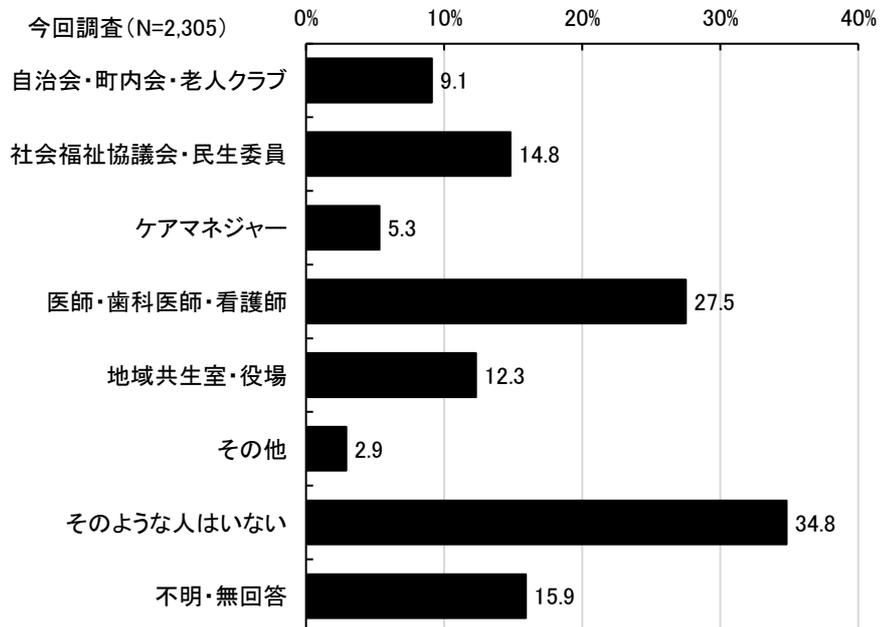
心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人、反対に心配事や愚痴(ぐち)を聞いてあげる人についてみると、共に「配偶者」が最も高く、次いで「友人」がそれぞれ高い割合となっています。

また、病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人、反対に世話をしてあげる人についてみると、共に「配偶者」が最も高く、次いで「別居の子ども」がそれぞれ高い割合となっています。



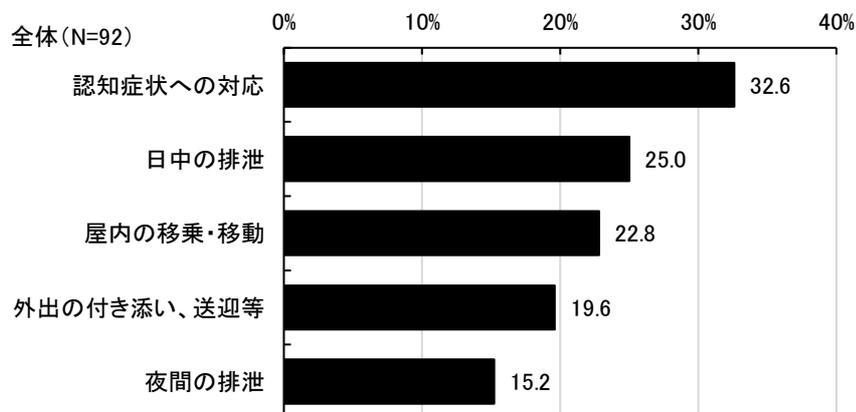
⑩家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手(複数回答)[ニーズ調査:問 50]

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手についてみると、今回調査では「そのような人はいない」が34.8%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」が27.5%となっています。



⑪在宅介護を継続するにあたっての介助者が抱える不安(複数選択)[在宅調査 B 票:問5]

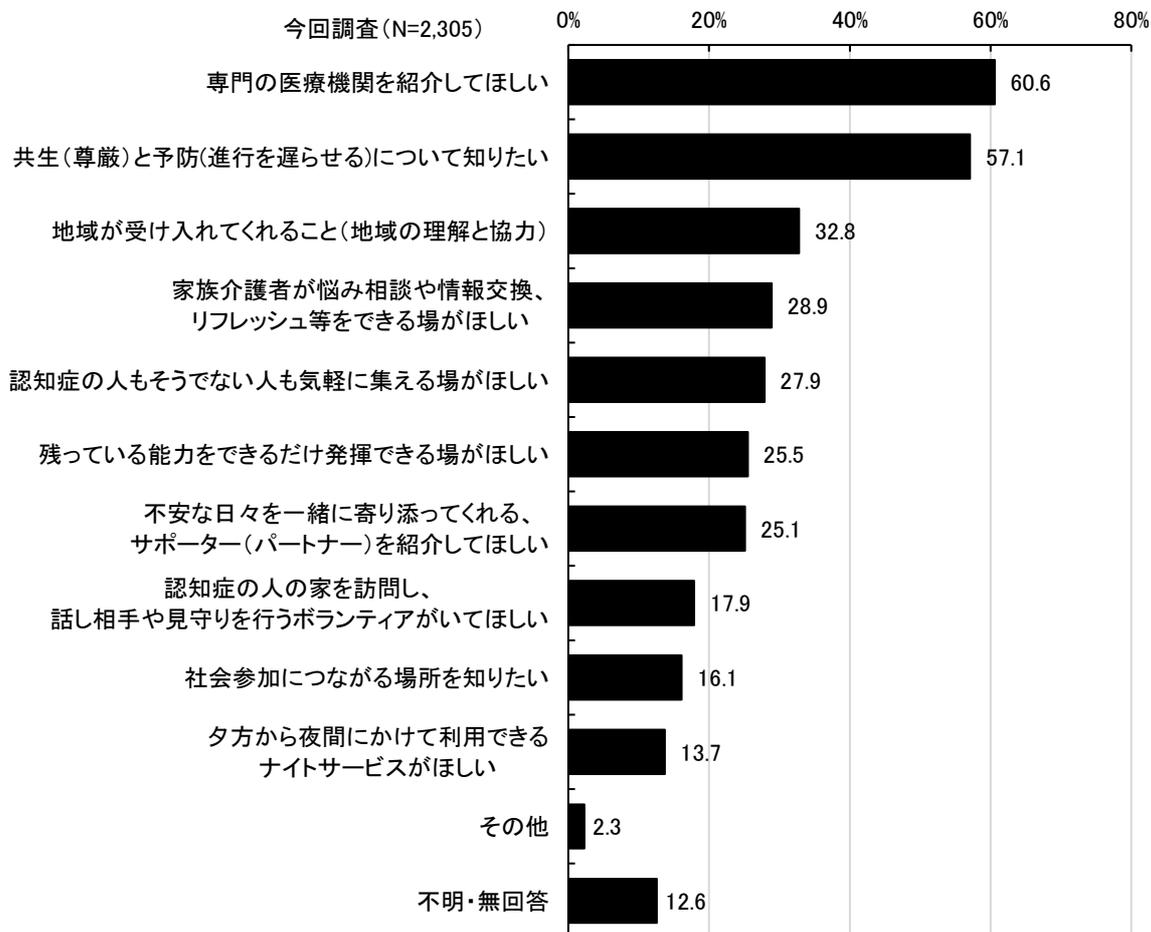
在宅介護を継続するにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等についてみると、「認知症状への対応」が32.6%と最も高く、次いで「日中の排泄」25.0%、「屋内の移乗・移動」が22.8%となっています。



※上位5件を抜粋

⑫認知症と診断されたときにあればよいと思う支援(複数選択)[ニーズ調査:問40]

認知症と診断されたとき、どのような支援があればよいと思うかについてみると、今回調査では「専門の医療機関を紹介してほしい」が60.6%と最も高く、次いで「共生(尊厳)と予防(進行を遅らせる)について知りたい」が57.1%、「地域が受け入れてくれること(地域の理解と協力)」が32.8%となっています。



## 4. 課題の整理

### (1) 地域包括ケアシステムの基盤強化

#### ① 専門職員の確保

地域共生室において、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士の3種の専門職の配置が求められていますが、令和5年時点で保健師、主任介護支援専門員の配置は済んでいるものの、社会福祉士の配置ができておりません。

また、高齢者や障害者の権利擁護にむけて、成年後見制度利用促進の拠点である中核機関を令和3年に設置しています。中核機関には「広報機能」「相談機能」「利用促進機能」「後見人支援機能」「不正防止効果」の機能を期待されているなか、人材不足により十分な事業展開が難しい状態が続いています。

#### ② 介護サービスの質の向上

高齢者の多様なニーズに対応できるよう、ケアマネット会議を奇数月に実施し、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資質向上を図ってきました。

高齢者虐待防止法に基づき、高齢者に対する虐待等の権利侵害を防止し、高齢者の尊厳の保持と安全で安心できる生活環境や福祉サービスの利用環境の構築を図ることが、重要です。

また、高齢者虐待の主な発生要因は「教育知識・介護技術等に関する問題」「職員のストレスや感情コントロールの問題」「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制」等とされています。

虐待対応に向けた職員のスキルアップを図るため県主催の研修会に参加してきました。引き続き関係部署・機関と連携して対応力の強化を図ることが大切です。

#### ③ 包括的支援体制の整備

複雑・多様化した課題に対して、包括的な支援体制を構築するために「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施することが求められています。

ニーズ調査から、ご家族の中に「ひきこもりの状態」にある方が2.3%みられ、いわゆる「8050問題」の状態にある世帯が当町にもあることが確認されました。また、ひきこもり状態のご家族がいる方のうち、ご家族の状態については「どこも相談していない(したくない)」が45.3%となっています。

当町においては地域共生室が窓口となり総合相談支援事業を実施しています。様々な問題・課題を抱えるケースの支援にあたるために週1回子育て、高齢、障害、生活困窮担当者がケース検討会を実施し、支援の方向性や職員の相談支援、アセスメント力の向上を図ってきました。引き続き相談体制の充実を図り、ニーズ調査にみられたようなケースを把握して適切な支援をすることができるよう、相談しやすい環境を整えることが重要です。

## (2) 介護予防・健康づくり

### ①介護予防・健康づくりの推進

ニーズ調査から、健康を維持するために普段から心がけていることについてみると、「定期的に健診を受けたり、通院したりしている」が75.5%と最も高く、次いで「処方された薬を正しく服用している」が65.1%、「散歩をするなど、生活に運動を取り入れている」が53.9%となっています。また、統計調査から週1回以上の通いの場の参加率は、国や三重県、伊勢志摩区域内のいずれの自治体よりも高い参加状況となっており、介護予防・健康づくりが活発であることがうかがえます。

一方、後期高齢者の増加に伴い、要介護認定率は増加傾向で推移しており、引き続き介護予防・健康づくりを一層推進することが重要です。

## (3) 在宅医療・介護連携

### ①在宅介護への支援

ニーズ調査から、介護が必要になった場合に希望する暮らし方についてみると、「介護保険サービスを利用しながら自宅で生活したい」が32.3%と最も高く、次いで「家族に支援してもらいながら自宅で生活したい」が30.0%となっており、6割以上が在宅介護を希望していることがうかがえます。前回調査と比較しておよそ1割増加しています。在宅介護を希望する方が増えるにつれて、在宅医療や在宅の看取りについての重要性はさらに高まっています。

当町においては、在宅医療と介護の連携について「在宅医療・介護連携支援センター つながり」を当町と伊勢市、度会町、南伊勢町の1市3町の広域で設置しており、多職種研修や地域研修を開催しています。また、医療・介護関係者間の情報共有として令和5年8月からクラウドシステムの運用が開始され、円滑な情報共有が図られています。

引き続き医療と介護の連携を充実させるとともに、もしものときのために、ご本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、その内容を共有する場である「人生会議(ACP)」の普及・啓発を進めることが重要です。

### ②家族介護への支援

在宅調査において、主な介護者の方が行っている介護等についてみると、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」が78.3%と最も高く、次いで「食事の準備(調理等)」が73.9%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が56.5%となっています。家族介護支援や総合相談支援の充実等を図り、介護を必要とする高齢者のみならず、家族介護者を含めて支える取組が重要となります。

## (4) 高齢者がいきいきと活躍できる社会

### ①生涯移動手段に困らない

当町は車社会であり、ニーズ調査からも外出の際の主な移動手段として「自動車(自分で運転)」が72.7%と最も高くなっています。また、運転免許の返納の意向は「いずれ運転が不安になったら返納する」が61.2%と最も高く、次いで「返納したくない」が14.1%となっており、運転免許の返納は特に男性において消極的な方が多くみられます。

元気バスは通院や買い物に利用される方が多く、運転免許を返納した方の有効な移動手段として期待される一方、元気バスの利用頻度は「月1~2回」が最も高く、次いで「2~3か月に1回」となっています。令和5年度より非課税世帯の方に対して通院のためのタクシー券の助成を行いました。非課税世帯の方のみを対象としているため、事業対象外で元気バスの利用が難しい方への支援などの検討も重要となります。

### ②いつまでも社会とつながり続けられる

地域住民の有志による健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向は「参加してもよい」が50.4%と最も高く、半数以上を占めています。新型コロナウイルス感染症の流行の影響で、社会とのつながりが希薄化してしまった今日において、住民の有志による活動を支援しながら、社会や住民同士のつながりを支援することが重要です。

住民同士の支え合いとして、ニーズ調査より心配事や愚痴(ぐち)を聞いてくれる人、看病や世話をしてくれる人等を見ると、「配偶者」や「友人」「別居の子ども」等が多く、家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手についてみると、「そのような人はいない」が最も多くなっています。身近な関係間において支え合う関係が構築されていることがうかがえます。

### ③災害時に誰も取り残されない

近年全国各地で大規模災害が発生しており、様々な災害種別に対応した訓練を行い、防災体制を充実させる必要があります。災害時の個別避難計画について、令和5年度は災害対策基本法に基づき避難に支援が必要な障がい者を対象に名簿の登録、避難計画の作成を行いました。今後は高齢者及び介護認定者の個別避難計画の作成を行う予定です。

また、福祉避難所の運営マニュアルを作成しており、避難訓練を実施しています。引き続き、定期的に避難訓練や運営マニュアルの見直しを行うとともに、避難訓練を実施することで、防災への意識を高めることが重要です。

## (5) 地域ぐるみの認知症ケア

### ①認知症ケアの充実

認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、「認知症初期集中支援チーム」が配置されており、令和4年までは2か月に1回会議を実施していましたが、令和5年度からは随時開催しています。

統計でみると認知症高齢者は増加傾向で推移しており、在宅介護実態調査において主な介護者の方が不安を感じる介護等について、「認知症状への対応」が最も高くなっています。

ニーズ調査では、認知症と診断されたときの支援として、「専門の医療機関を紹介してほしい」「共生(尊厳)と予防(進行を遅らせる)について知りたい」が高い割合となっています。

## 第3章 計画の方向性

### 1. 計画の基本理念

育てよう！“玉城の介護力”

～みんなで支え合い、安心して元気に暮らせるまち～

当町では、『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～』を基本理念として定めています。

住民一人ひとりが、いくつになっても地域で安心して元気に暮らせるまちの実現に向けて、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。

令和2年に世界的に流行した新型コロナウイルス感染症の影響で、地域での支え合いを維持することが難しい社会となりました。当町では、第6次玉城町総合計画が令和3年に策定され、「だれもが安心して、元気に暮らせるまち ふるさと玉城」を将来像に掲げ、「安心して暮らせるまち」「元気に暮らせるまち」「ふるさととして誇れるまち」を目指してまちづくりを推進しています。新型コロナウイルス感染症については、令和5年に感染症法上の類型が引き下げられたことにより徐々に日常を取り戻してきましたが、コロナ禍以前のような支え合いの関係や地域活動のにぎわいは戻ってきていません。

このような中で、高齢者一人ひとりが健康で元気な生活を送ることができるよう、当町にふさわしい地域包括ケアシステムを推進し、地域のつながりの再構築や、生きがいをもった生活を送ることができるよう、高齢者福祉の充実を図るとともに、福祉意識の向上に努めていくことが重要となります。

高齢化率や要介護認定率の増加が進む中、地域の介護力を育むことは引き続き重要であることから、これまでの基本理念を踏襲しながら、総合計画との整合性を図るものとして、今期は『育てよう！“玉城の介護力”～みんなで支え合い、安心して元気に暮らせるまち～』をあらたに基本理念として定めます。

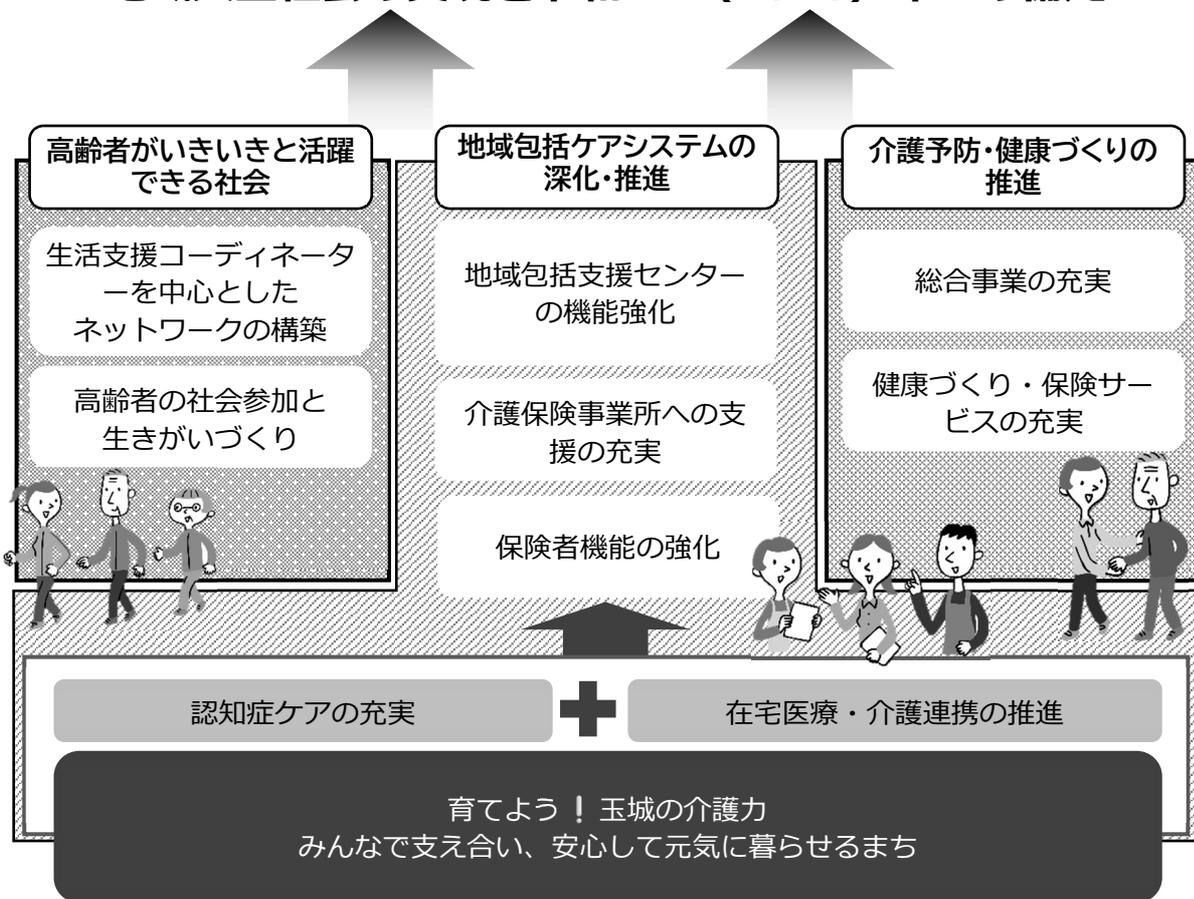
## 2. 基本目標

### (1) 共生社会の実現

当町では地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、地域資源や人材の充実、活用とともに、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援を一体的に提供することができるよう関係機関と連携を強化し、計画を推進してきました。

持続可能な介護保険事業の運営を図るとともに、中長期的な支援ニーズを踏まえ、高齢者一人ひとりが自立し、住み慣れた地域で安心していきいきと生活を送ることができる地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進することを目的として、本計画を策定しました。

### 地域共生社会の実現と令和 22（2040）年への備え



### 3. 基本方針

#### (1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

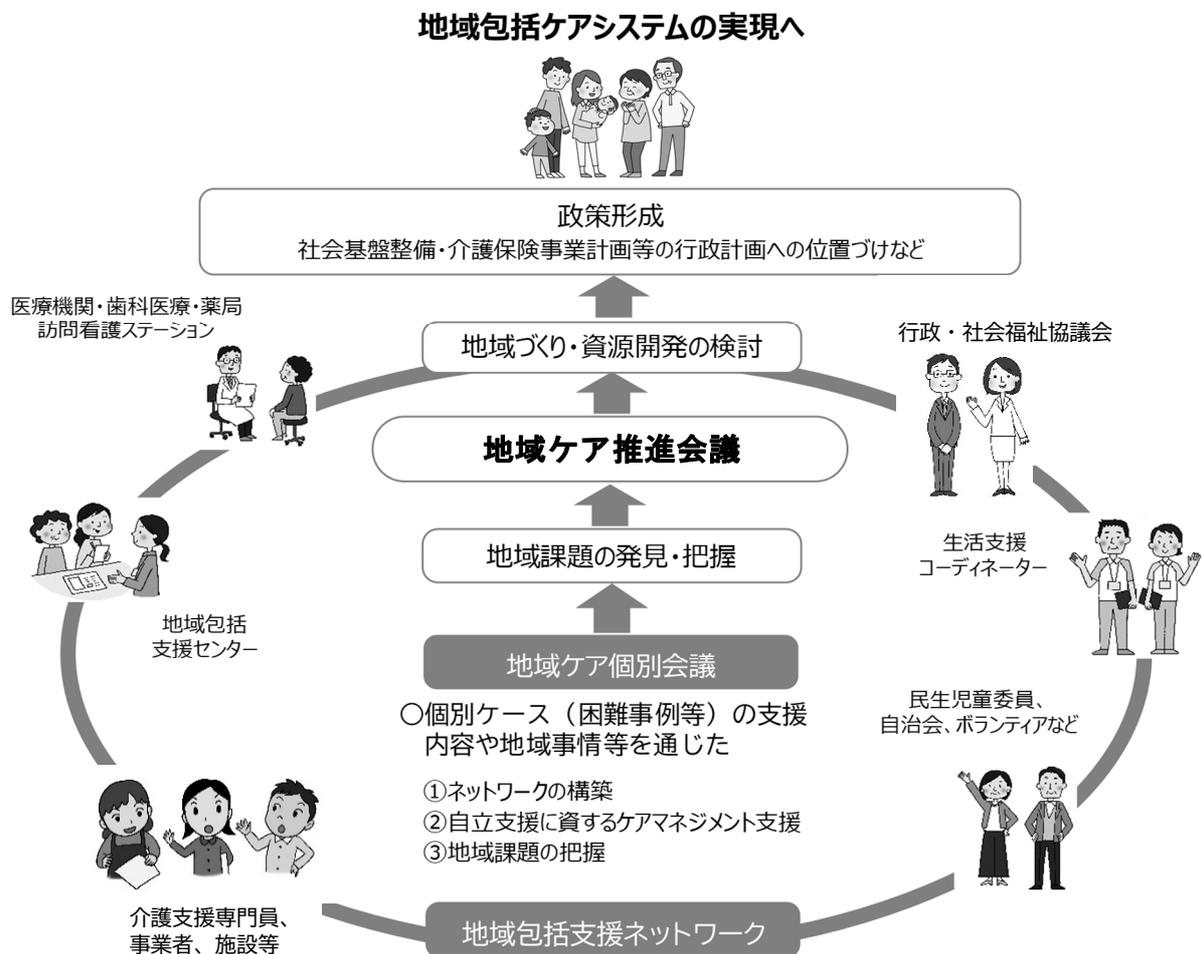
高齢者が医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、デジタル基盤を活用した情報共有・活用等を図り、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指します。

地域包括支援センターは高齢者の生活を支える総合機関としての役割を担うことから、適切な相談・支援が行えるように専門職を含む人材の確保と能力の向上に努めます。

適切なサービスを提供するとともに、サービスの質の維持・向上に向け、介護人材の確保や文書負担軽減等を推進し、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。

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。

#### ■地域ケア推進会議の活用による「地域包括ケアシステム」実現のイメージ



## (2) 介護予防・健康づくり施策の充実

少子高齢化がますます進んでいく社会にあっては、元気で長く地域で活躍できる高齢者が増え、互いに支え合える地域づくりを目指すことが必要です。そのためには、高齢者が自らの健康状態に目を向け、体力や栄養状態の変化に早めに対応し、健康づくりに取り組める環境を整え、介護状態への予防を一層強化していく必要があります。

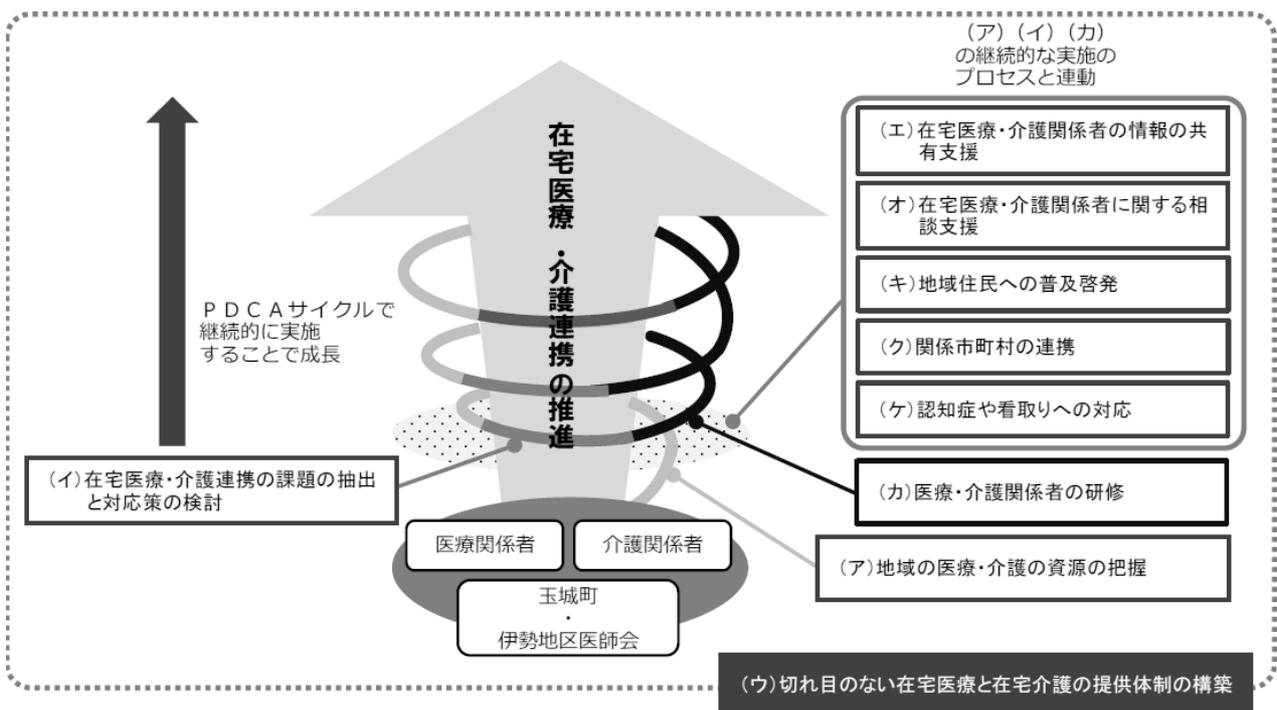
介護予防・日常生活支援総合事業の展開によって、だれもが気軽に参加できる地域での健康づくりの充実や多様な主体による支え合いの仕組みづくり、要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を早期に発見するためのネットワークづくりの充実を図り、疾病予防や介護予防を目指します。

「元気づくり会」などの身近な仲間と地域の中で、健康づくり活動に取り組むことで、つながりを深め、お互いに見守り支え合う環境が形成されます。元気な高齢者が地域ぐるみの健康づくりや介護予防の活動を担って地域に貢献できるよう支援し、担い手自身の生きがいや役割づくりにもつなげることを目指します。

## (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、当町と伊勢市、度会町、南伊勢町の1市3町と伊勢地区医師会が連携して、「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。人生の最終段階のあり方を考える「人生会議（ACP）」や終活についても、普及啓発していきます。



## (4) 高齢者がいきいきと活躍できる社会

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、地域で活動しているNPO等で構成される「玉城町地域ケア推進会議」が協議体となって、地域の新たな資源開発・育成や行政・関係機関・住民間の連携体制の構築、サービスのニーズと的確な活動主体とのマッチングに向けた方向性を示し、高齢者がいきいきと活躍できる社会の構築に向けて、生活支援体制整備事業を展開し、高齢者が安心して暮らし続けられる地域づくりを推進します。

## (5) 地域ぐるみの認知症ケア

令和5年6月に認知症基本法が施行され、認知症になっても尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる社会の実現が求められています。認知症は早期に発見し、適切なケアを行うことで、進行緩和を図れるため、かかりつけ医、初期集中支援チームと連携し、早期発見・対応出来る体制が必要です。

認知症の対応に取り組む関係機関や認知症家族の会と共に地域課題を検討し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と地域のサポーターさくら（認知症サポーター）を中心とした支援者をつなぐ「チームオレンジ」の活動も重要となります。

引き続き、認知症サポーター養成講座の開催、認知症への正しい理解に向けた、広報・啓発を行うとともに、チームオレンジの活動の充実のため支援します。

## (6) いくつになっても暮らしやすい町づくり

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その人らし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！“玉城の介護力”  
～みんなで支え合い、安心して元気に暮らせるまち～

基本目標

共生社会の実現

### 基本方針1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- (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
- (4) 介護保険事業所への支援の充実
- (5) 保険者機能の強化

### 基本方針2. 介護予防・健康づくり施策の充実

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実
- (2) 一般介護予防事業
- (3) 健康づくり・保健サービスの充実

### 基本方針3. 在宅医療・介護連携の推進

- (1) 在宅医療・介護連携の推進

### 基本方針4. 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

### 基本方針5. 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

### 基本方針6. 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深化・推進

#### (1) 地域包括支援センターの機能強化

##### 【施策の方向性】

施策	内容
地域包括ケアシステムを支える人材の確保	地域包括支援センターの機能強化を図るため、人員の確保や人員の適正配置、及び人材育成に努めていきます。
包括的支援体制に向けた取組	包括的支援体制整備に向けて、保健・医療・福祉・各福祉分野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強化し、包括的・継続的なケア体制の構築を図ります。また、認知症高齢者の家族やヤングケアラーも含めた家庭における介護の負担軽減のための取組を進めます。
地域ケア推進会議の開催	医療と福祉・介護の関係者等が連携・協議し、高齢者等の地域生活の支援に関する政策提言を行います。 玉城町地域ケア推進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。
個別地域ケア会議の実施	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、困難事例の検証や高齢者一人ひとりの課題の解決に向けた議論を行い、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共生室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。
地域包括支援センターの適切な評価	地域課題・地域住民に対して果たす役割、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

### ■地域包括支援センターが担う包括的支援事業

#### 1. 介護予防ケアマネジメント事業

介護予防ケアプランの作成と介護予防事業のマネジメントを一体的に実施し、要介護状態になることの予防と重度化防止に努めます。

#### 2. 総合相談・支援事業

高齢者の各種相談に対応し、保健・医療・福祉制度を横断的・多面的に活用して必要なサービスにつなぐための支援を行います。

#### 3. 権利擁護事業

高齢者に対する虐待の防止や早期発見のための事業、成年後見制度事業等の権利擁護事業を行います。

#### 4. 包括的・継続的ケアマネジメント事業

介護支援専門員に対する日常的な相談や支援困難事例等への支援、そして地域の介護支援専門員のネットワークづくりなどを行います。

### 【施策の方向性】

施策	内容
介護予防ケアマネジメント事業	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。
総合相談・支援事業	地域共生室の役割が住民に広く認知されるよう周知活動を継続します。ホームページや広報誌への掲載、SNSの活用に加え、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。 複雑化・多様化した課題に対して適切な支援ができるよう、保健・医療・福祉・各福祉分野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強化し、各分野が連携して包括的相談支援ができる体制の整備を進めます。 また、多様なケースの情報を共有し、支援の方向性を決めることで、職員の相談支援力、アセスメント力の向上を図ります。
高齢者虐待防止・対策の推進	地域で困難な状況にある高齢者が、尊厳のある生活を維持し、安全に安心して生活ができるよう、「高齢者の虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」に基づき、高齢者の虐待防止と早期発見、対応に取り組みます。 また、養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の高齢者虐待防止法に「準ずる対応」を要する権利侵害の防止にも取り組みます。

施策	内容
成年後見制度の利用促進	成年後見制度利用促進の拠点である中核機関(令和3年設置)を中心に「広報機能」「相談機能」「利用促進機能」「後見人支援機能」「不正防止効果」の機能の充実を図ります。 運営体制については、「事務局」「コアメンバー会議」「権利擁護推進委員会」において、運営状況の報告や関係団体からの事業に対する助言・課題等の収集などにより、センターの効果的な運営に取り組みます。
包括的・継続的ケアマネジメント事業	高齢者の多様なニーズや社会環境の変化に対応できるよう、ケアマネジャーの技術の向上やケアマネジャー同士の関係づくり、業務の円滑に向けて、ケアマネット会議を定期開催します。 ケアマネット会議では、個々のケアマネジャーの相談に応じるとともに、支援困難事例の検証等の勉強会や研修会を通して、ケアマネジャーの技術の向上、相談・支援力を強化します。

### (3) 任意事業の推進

#### 【施策の方向性】

施策	内容
介護給付等費用適正化事業【主要3事業】	給付費の増大を抑制し、今後も介護保険事業を持続的・安定的かつ、効果的に運営していくため、従来の「住宅改修の点検」「福祉用具購入・貸与調査」を「ケアプラン点検」に統合し、「要介護認定の適正化」「ケアプラン点検」「縦覧点検・医療情報」の3事業を推進します。
要介護認定の適正化	公平・公正性の確保に配慮した認定調査及び、調査員の能力向上のための研修を定期的実施します。
ケアプランの点検	三重県や国民健康保険団体連合会の適正化支援事業を活用し、ケアプランチェックを実施することにより、適正なケアプランの作成を指導し、質の向上を図ります。 また、訪問調査を通じて、住宅改修等や福祉用具を必要とする受給者の実態を確認し、必要な生活環境を確保し、給付の適正化を図ります。
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、請求の誤りや重複請求の是正を図ります。
家族介護継続支援事業	在宅介護の負担軽減として家族介護慰労事業、介護用品支給事業を継続して実施していきます。これまで、ケアマネジャーによる事業の紹介を中心に事業の周知を図ってきましたが、今後も多様な方法で事業の周知を図ります。
配食サービス事業	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います。

施策	内容
介護サービス相談員派遣事業	<p>介護保険サービス事業所を訪問し（月1回2名ずつ）、利用者等から介護サービスについてのヒアリングを行い、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ります。</p> <p>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努めます。</p> <p>また、介護サービス相談員だよりを発行し、介護サービス相談員活動と介護保険サービスの紹介を行います。</p> <p>介護サービス相談員は、利用者と事業者の橋渡しの役割を担っていることから、質の高い活動が継続できるように新規の相談員の確保・育成を行います。</p>

#### （４）介護保険事業所への支援の充実

##### 【施策の方向性】

施策	内容
介護保険事業所の指定及び指導管理	指定介護サービス事業所の適正な運営に向けた指導等については、指定市町村事務受託法人の指導のもと、法令に基づき、指定基準の遵守及び保険給付請求の適正化を図るべく実地で検査を行い指導・助言を行います。
災害・感染症に対する備えに関する介護事業所等への助言・指導	感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施に向けて必要な助言や援助を行います。
介護現場の安全性の確保	国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築を見据えて、報告された事故情報を適切に分析し、必要に応じて介護現場に対する指導や支援等を行います。

#### （５）保険者機能の強化

##### 【施策の方向性】

施策	内容
保険者機能の向上	保険者機能強化推進交付金や保険者努力支援交付金等の各種交付金を活用し、介護予防ケアマネジメントや介護予防事業等を推進し、事業見込や実績、取り組みの実施状況や成果等の評価を見極めながら、保険者機能の強化を図ります。

## 2. 介護予防・健康づくり施策の充実

### (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

#### ①訪問型サービス、通所型サービス

##### 【施策の方向性】

施策	内容
訪問型サービス	
訪問型サービスA	従来の基準を緩和したサービスで、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サービスで、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	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します。
訪問型サービスD	移動支援サービスとして、生活支援体制整備事業の中で、元気バスの利活用も含め、新たな事業の創出に向けて検討します。
通所型サービス	
通所型サービスA	従来の基準を緩和したサービスで、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サービスで、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として、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。
総合事業評価事業	総合事業の実施状況の調査、分析、評価等を適切に行い、必要に応じて広域的に展開するなど、近隣市町と情報を共有しながら、適切かつ効果的な事業運営ができるよう評価・検証を行います。

## (2) 一般介護予防事業

### 【施策の方向性】

施策	内容
介護予防把握事業	介護保険事業計画の策定時に日常生活圏域ニーズ調査を実施し、その結果を用いて介護予防活動へつなげます。
介護予防普及啓発事業	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、広報誌やパンフレットを活用して介護予防の基本的な知識の普及啓発を進めます。 また、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。
地域介護予防活動支援事業	「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34地区（令和5年度時点）で実施しており、引き続き活動地域を広げる取り組みを進めていきます。 また、老人クラブや健康しあわせ委員、地域の関係機関等が中心となり、地域での支えあいや介護予防を目的に行っている活動を支援します。 「元気づくり会」等において、フレイルの早期発見と適切な対応を行うことで、介護予防に繋がります。フレイルチェックの結果を経年比較することで、効果的な介護予防活動の実施に努めます。
一般介護予防事業評価事業	介護予防事業等の参加者の効果測定を実施し、一般介護予防事業の効果を検証し、PDCAサイクルに沿った事業の運営を推進します。
地域リハビリテーション活動支援事業	理学療法士等の専門職に依頼し、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。 また、専門職等が地域の通いの場へも出向き、介護予防の普及啓発を行います。

### (3) 健康づくり・保健サービスの充実

#### 【施策の方向性】

施策	内容
保健事業と介護予防事業の一体的実施	<p>高齢者、その中でも特に後期高齢者は、複数疾患の合併や、加齢に伴う機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により健康上の不安が大きくなります。</p> <p>フレイル予防普及啓発については、フレイルサポーターを養成し、フレイルチェックやフレイル予防の普及啓発・健診等の結果を活用した保健指導を行います。</p>
健康しあわせ委員への支援の充実	<p>地域のみなさんが、知り合い、つながり、支えあう！を目指し、自分自身の健康に関心を持ち、健康の維持・増進のため、各地域での地区活動を実施します。</p> <p>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行います。</p>
健康的な食生活の普及	<p>食生活の改善に意欲的な人が食生活改善推進員となり、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ます。</p>
健康・子育てマイレージ事業の推進	<p>各種健（検）診の受診やその他対象事業への参加と自分自身の健康づくり行動がポイントになる健康・子育てマイレージ事業を引き続き実施します。若い世代も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対象としています。</p>
健康相談	<p>心身の健康に関する個別の相談に応じるとともに、介護予防も視野に入れた生活機能向上のための必要な指導及び助言を行います。</p> <p>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。</p>
健康診査・がん検診等の推進	<p>脳血管疾患、心臓病、糖尿病などの生活習慣病は、不健康な生活習慣の積み重ねが病気の発症や進行に深く関わると言われています。</p> <p>健康寿命の延伸を目指して、生活習慣病の早期発見、早期治療につなげるために普及や啓発、各種健（検）診に対する受診の啓発を行います。</p>

### 3. 在宅医療・介護連携の推進

#### (1) 在宅医療・介護連携の推進

##### 【施策の方向性】

施策	内容
介護、医療、保健、福祉との連携強化	高齢者が住み慣れた地域で最期まで安心して生活を継続していくためには、多岐にわたる相談への対応が必要であるため、介護、医療、保健、福祉の関係機関などの連携を強化し、包括的・継続的な支援が行われるように努め、地域包括ケアシステムの深化を図ります。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	地域における切れ目のない在宅医療と介護連携の推進にあたり、「在宅医療・介護連携支援センター」が中心となって、地域の資源や課題を把握・分析し、医療、介護、福祉関係者等、多職種との協働、連携、ネットワークの強化を図ります。 また、ICTによるシステムを活用し多職種間のネットワークを連携強化していきます。
在宅医療及び介護の理解の促進	看取りに際しては、多くの場面で自らの意思を決定することが困難であるとされていることから、「人生会議（ACP）」を通して、将来の医療及びケアについて、ご本人を主体にご家族や近しい人、かかりつけ医をはじめとした医療や介護の関係者等とともに事前に話し合う機会をつくります。 また、医療や介護を受けている方に限らず、元気な方に対しても人生会議の必要性を啓発します。

## 4. 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

#### 【施策の方向性】

施策	内容
協議体の運営	<p>玉城町地域ケア推進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、「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」の機能の充実を図ります。</p> <p>玉城町地域ケア推進会議からの提言に対して、多様な活動主体者と連携して新たな地域資源の開拓に取り組みます。</p>
就労的活動支援コーディネーターの確保	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

#### 【施策の方向性】

施策	内容
地域活動ガイドブックの活用	玉城町地域ケア推進会議で作成された「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。
地域活動への支援	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については、お助けマンとのマッチングを行い、個別の支援を行います。また、地域住民による暮らしを支える「地域の支え合い」への支援を行います。
高齢者の居場所づくり	<p>地域の安心できる居場所活動をコロナ禍以前の参加者数に回復できるよう、居場所づくり活動を支援します。</p> <p>居場所づくり活動を通して、高齢者の地域社会との関わりを深め、健康の保持・増進と活動の維持を図ります。</p>
シルバー人材センターへの支援	元気で働く意欲のある高齢者のニーズに対応するため、シルバー人材センターが行う活動を支援します。
生涯学習・生涯スポーツの促進	学習団体・サークルの活動支援や育成を行い、生涯学習・生涯スポーツへの参加を促進します。
老人クラブへの支援	高齢者の仲間づくり、生きがいづくりの場として、まちづくりにおいても大きな意義を持つ事業です。活動内容の発信や活動継続に必要な支援を行い、老人クラブの活性化を推進します。

## 5. 地域ぐるみの認知症ケア

認知症基本法に基づき、認知症になっても、尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる「共生社会」の実現と「予防」の取組を進めていきます。

### 認知症基本法の基本施策

#### ① 認知症の人に関する国民の理解の増進等

- ・ 共生社会の実現のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする

#### ② 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

- ・ 自立して、安心して他の人々と暮らすことができる安全な地域づくりの推進
- ・ 自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにする

#### ③ 認知症の人の社会参加の機会の確保等

- ・ 生きがいや希望を持って暮らすことができる社会
- ・ 若年性認知症の人やその他の認知症の人の意欲、能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策の推進

#### ④ 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・ 認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護

#### ⑤ 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

- ・ 居住地に関わらず、状況に応じた適切な医療を受けることができる施策
- ・ 良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供する施策
- ・ 個々の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供される施策

#### ⑥ 相談体制の整備等

- ・ 認知症の人やその家族からの相談に対し、症状や状況に配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人やその家族が孤立することがないようにするための施策

#### ⑦ 研究等の推進等

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断および治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究、臨床研究、成果の普及
- ・ 尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすための社会参加の在り方 等

#### ⑧ 認知症の予防等

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断および早期対応の推進のための施策

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる社会の実現

出典：社会保障審議会 介護保険部会（第107回資料より）

## (1) 認知症への早期対応の推進

### 【施策の方向性】

施策	内容
認知症初期集中支援チームの運営	<p>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」活動の充実に努めます。</p> <p>医療・介護従事者が認知症の人への適切な対応を心掛けられるように、チーム員会議や研修会等を実施します。</p> <p>また、認知症疾患医療センターから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。引き続き、地域共生室の総合相談支援とかかりつけ医、初期集中支援チームとの連携体制の充実に努め、65歳未満で発症した若年性認知症の人や家族の支援にも取り組みます。</p>
認知症の重度化予防	<p>「元気づくり会」の新規開催地区を増やし、予防活動を促進します。また、フレイルサポーターを養成し、「元気づくり会」でフレイルチェックを実施します。</p> <p>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。</p>

## (2) 認知症サポーターの育成と活動促進

### 【施策の方向性】

施策	内容
認知症サポーターの育成と活動促進	<p>認知症サポーター養成講座を実施する関係機関を支援し、家庭、地域の認知症に対する正しい理解とサポート力を向上させます。</p> <p>また、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むとともに、若い世代が認知症サポーター養成講座に参加してもらえるよう、周知・啓発を行います。</p> <p>一般住民だけでなく、企業や団体へも認知症サポーター養成講座への参加の呼びかけを行います。</p>
チームオレンジ活動支援	<p>認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、認知症地域支援推進員を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等とサポーターさくら（認知症サポーター）を中心とした支援者をつなぐ仕組みとして、チームオレンジの取組を支援します。</p>

### (3) 認知症の人と家族の人への支援

#### 【施策の方向性】

施策	内容
認知症への理解の推進	<p>認知症の人や家族への個別支援、関係機関の活動を支援し認知症の人への接し方等について啓発を行います。</p> <p>回覧板、広報誌、ケーブルテレビ、認知症の道しるべ（認知症ケアパス）、パンフレットを活用し、認知症についての正しい知識の普及を図ります。</p>
認知症の人と家族の会の開催	<p>認知症の本人が話をする、認知症の本人のことに耳を傾ける、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）を開催します。</p>
地域の見守りネットワークの推進	<p>関係機関の協力のもと徘徊模擬訓練を行い、見守り体制の充実を図ります。</p> <p>見守り登録制度を活用し、行方不明になっても安全かつ早期に家族のもとへ帰れるように認知症SOSネットワークの体制強化に努めます。</p> <p>J A伊勢や郵便局と見守り協定を結んでおり、認知症高齢者等の捜索、発見、通報、保護、見守りに関するネットワークの一層の充実を目指します。</p>
認知症ケアパスの普及・推進	<p>認知症が疑われるときや認知症と診断されたとき、認知症の症状の進行等、各段階において、必要とする支援について整理し、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。</p> <p>「認知症の道しるべ」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。</p>
認知症に関する相談窓口の周知	<p>地域共生室をはじめとする相談窓口について広報誌やホームページ等で情報発信周知を行います。</p>
三重県若年性認知症支援コーディネーターとの連携強化	<p>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、県と連携して若年性認知症支援に取り組んでいます。</p> <p>三重県若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の理解の普及・啓発に取り組むとともに、職員等を対象とした若年性認知症に関する研修を実施します。</p>

## 6. 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

#### 【施策の方向性】

施策	内容
傾聴ボランティアの育成支援と普及推進	近年では、パーソンセンタードケアの視点で、本人と家族の声を聴くという傾聴への取組が進んでおり、当町でも傾聴ボランティアのスキルにつながる研修を行うとともに、引き続き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	対象の方には、通院の際に使えるタクシー券の助成を引き続き行います。高齢化が進行する中で、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、移動手段を確保するため、当町の移動支援である元気バスの利用を含め、引き続き支援の在り方を検討します。 また、フレイル予防活動と連携して、いつまでも健康で安全に運転ができる支援の検討をします。
高齢者の住まいの確保	日常生活や介護に不安を抱く一人暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくために、関係機関と連携し利用ニーズ等の把握に努め、高齢者の住まいのあり方について検討します。

### (2) 安心して暮らせる環境づくり

#### 【施策の方向性】

施策	内容
避難行動要支援者名簿の作成・更新	避難行動要支援者名簿への登録を促し、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。
個別避難計画の作成	高齢者等が災害時に安全に避難できるよう防災ボランティアや自主防災組織等の協力を得ながら、災害時避難行動要支援者のための個別避難計画の作成を進めています。また、要配慮者のための福祉避難所を必要に応じて開設する体制を構築していきます。
防犯対策の充実	高齢者の安心・安全な生活を守るため、消費者相談体制の充実、広報誌やホームページ等での啓発および警察と協力して防犯パトロールを実施します。

### (3) 福祉サービスの充実

#### 【施策の方向性】

施策	内容
ショートステイ事業 (養護老人ホーム)	<p>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、協力いただける養護老人ホームに委託しています。</p> <p>経済的虐待等による分離の場として必要性が増すことが想定されることから、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強化を図ります。</p>
日常生活用具給付事業	<p>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、安心・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。</p> <p>介護保険対象外の日常生活用具の給付として、今後も安心感のある生活環境を確保するため、適正な利用を確認しながら事業を継続します。</p>
緊急通報体制整備事業	<p>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。</p> <p>一人暮らし高齢者等の安否の確認及び緊急通報等の手段の確保のため、高齢者見守りシステム利用者に対する助成等を行い、一人暮らし高齢者等及びその家族の不安を解消し、住み慣れた地域での在宅生活を支援します。また、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。</p>
養護老人ホーム入所措置事業	<p>養護老人ホーム入所措置事業は、施設入所が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。</p> <p>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等を利用できるように支援します。</p>

## 第5章 介護保険事業の推進

### 1. 介護保険料算定の手順

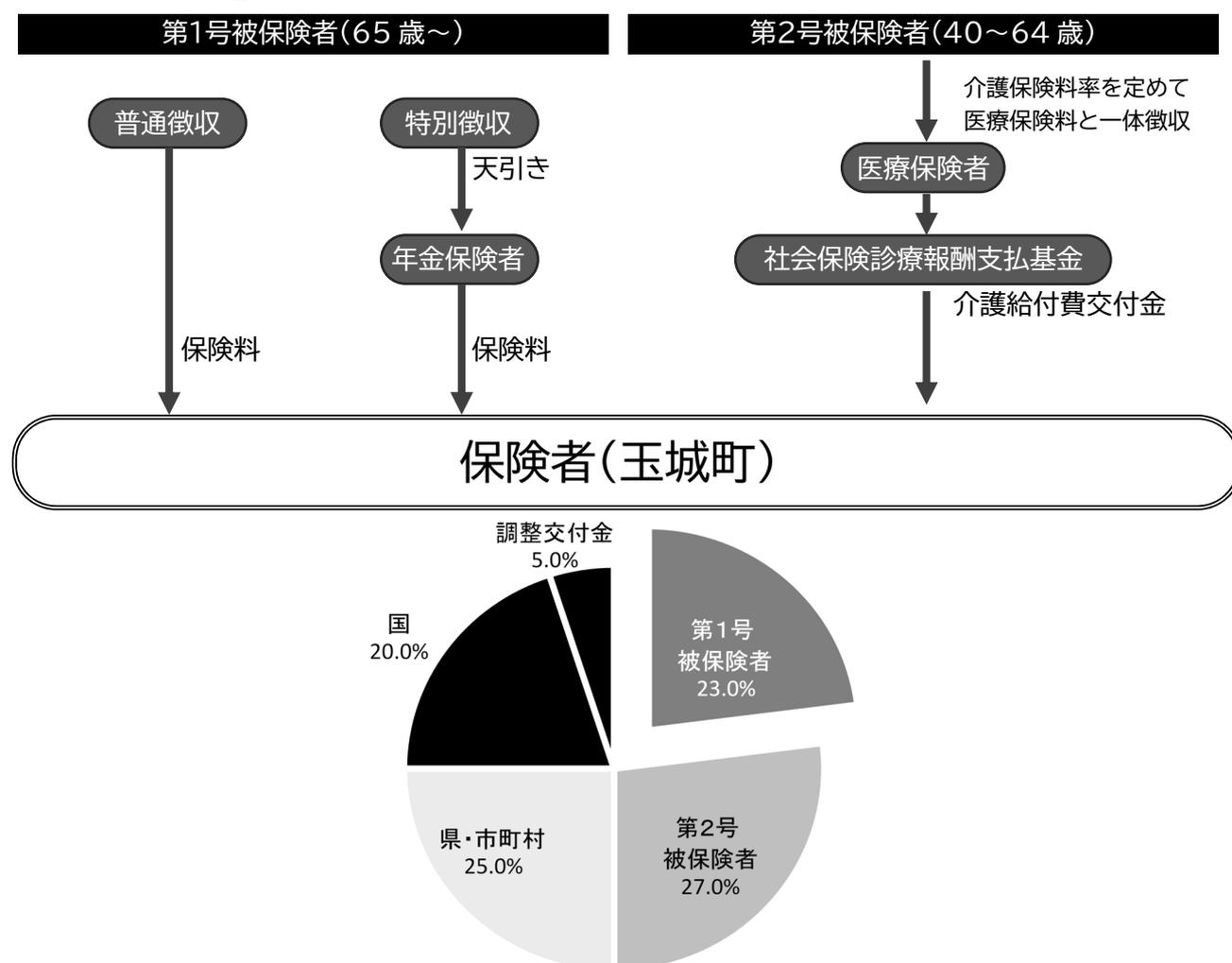
#### (1) 介護保険事業に係る費用構成

介護保険事業を運営するために必要となる費用は、介護給付費、予防給付費、特定入居者介護サービス費等給付費、高額介護サービス費等給付費、地域支援事業に要する費用等から構成されます。

一方、事業費の財源は、第1号被保険者保険料及び第2号被保険者保険料、国・県・町の負担金、国の調整交付金で賄われます。

第1号被保険者保険料の負担割合は、全国的な高齢化の進行を反映して、第5期では 21%、第6期では 22%、第7期は 23%と年々負担割合は増加していましたが、本計画期間においては、第8期に続き 23%となります。

#### ■介護保険料の算定手順



#### (2) 第1号被保険者の保険料段階の設定

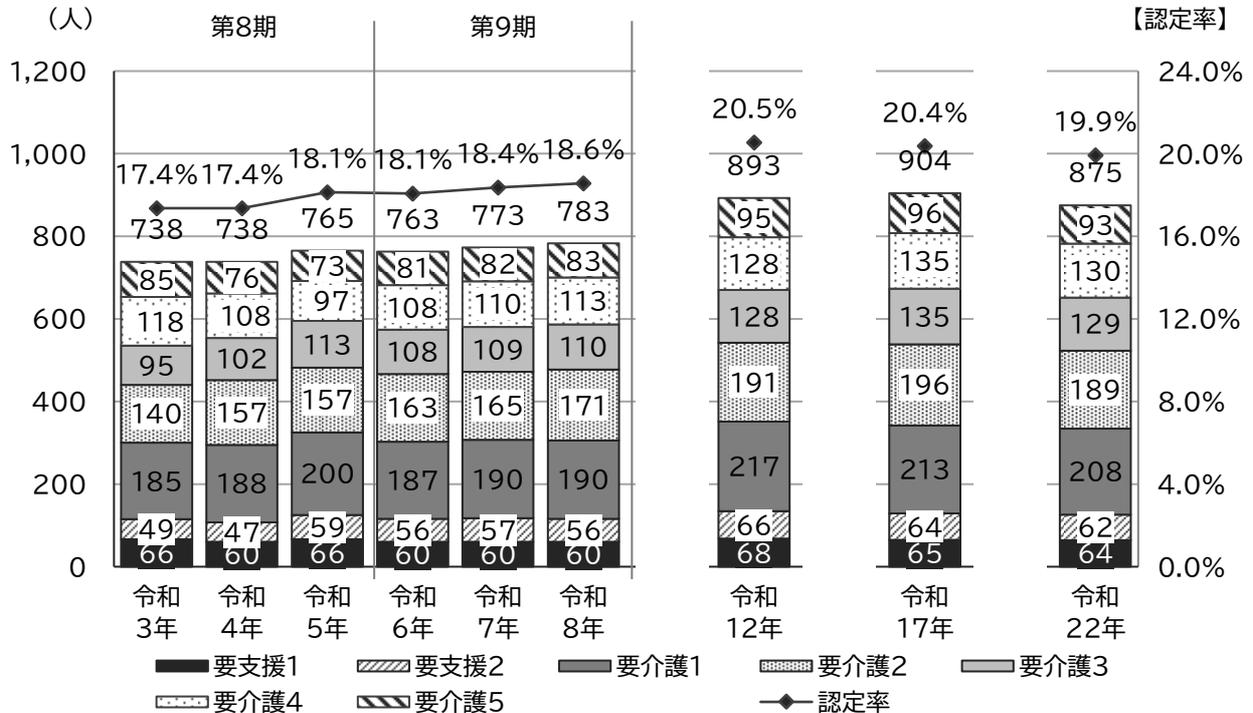
本計画では、第1号被保険者の所得段階について13段階を基本とします。

また、低所得者(町民税非課税世帯)の負担軽減措置として、公費による保険料の軽減を行います。

### (3) 要介護度別認定者数の推計

要介護度別認定者数（第1号被保険者のみ）の推計についてみると、本計画期間は700人台で緩やかに増加する見込みとなっており、認定率は18%台で推移する見込みです。

#### ■要介護度別認定者数の推計（再掲）



資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

### (4) 施設・居住系サービスの利用者数の推計

#### ■施設・居住系サービスの利用者数の推計

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
施設・居住系サービス利用者数	185	188	194	208	251
要支援1	0	0	0	0	0
要支援2	1	1	1	1	1
要介護1	12	13	13	14	15
要介護2	23	25	25	27	34
要介護3	42	42	44	47	56
要介護4	57	57	59	63	77
要介護5	50	50	52	56	68

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

## (5) 居宅サービス等の利用者数の推計

### ■居宅サービス等の利用者数の推計

(単位：人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
居宅サービス等の利用者数	581	592	603	655	757
要支援1	64	64	65	72	73
要支援2	55	55	56	60	68
要介護1	170	171	175	191	213
要介護2	154	159	165	176	215
要介護3	61	63	63	70	83
要介護4	45	47	46	50	62
要介護5	32	33	33	36	43

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

## 2. 事業量の推計

### (1) 介護給付費の推計

介護給付費は、本計画期間中（令和6年度～令和8年度）及び令和12年度、令和22年度における介護サービスの月あたりの利用人数・回数・日数等の見込を基に算出しています。

#### ■介護サービスの月あたりの利用人数等の見込

		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
居宅サービス						
訪問介護	回数	4,006回	4,126回	4,383回	5,104回	7,423回
	人数	110人	111人	115人	124人	148人
訪問入浴介護	回数	20回	20回	20回	22回	34回
	人数	4人	4人	4人	4人	5人
訪問看護	回数	491回	519回	546回	640回	901回
	人数	68人	70人	72人	78人	92人
訪問リハビリテーション	回数	44回	46回	47回	50回	95回
	人数	4人	4人	4人	4人	6人
居宅療養管理指導	人数	91人	92人	97人	103人	123人
通所介護	回数	2,413回	2,547回	2,676回	3,123回	4,374回
	人数	192人	197人	202人	218人	257人
通所リハビリテーション	回数	632回	658回	693回	807回	1,142回
	人数	71人	72人	74人	80人	95人
短期入所生活介護	日数	418日	453日	464日	539日	757日
	人数	35人	37人	37人	40人	47人
短期入所療養介護（老健）	日数	51日	52日	53日	57日	102日
	人数	5人	5人	5人	5人	8人
短期入所療養介護（病院等）	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
短期入所療養介護 （介護医療院）	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
福祉用具貸与	人数	258人	265人	269人	291人	341人
特定福祉用具購入費	人数	3人	4人	4人	4人	6人
住宅改修費	人数	3人	3人	3人	3人	5人
特定施設入居者生活介護	人数	12人	13人	13人	14人	16人

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

■介護サービスの月あたりの利用人数等の見込（続き）

		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
<b>地域密着型サービス</b>						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	38人	39人	40人	44人	53人
夜間対応型訪問介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
地域密着型通所介護	回数	269回	283回	301回	346回	481回
	人数	31人	32人	33人	35人	41人
認知症対応型通所介護	回数	0回	0回	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
小規模多機能型居宅介護	人数	26人	27人	27人	27人	34人
認知症対応型共同生活介護	人数	17人	18人	20人	22人	25人
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
看護小規模多機能型居宅介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
<b>施設サービス</b>						
介護老人福祉施設	人数	88人	88人	91人	96人	118人
介護老人保健施設	人数	65人	66人	67人	73人	89人
介護医療院	人数	2人	2人	2人	2人	2人
居宅介護支援	人数	365人	374人	382人	414人	470人

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

■介護給付費の見込

(単位：千円)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
<b>居宅サービス</b>					
訪問介護	123,496	127,261	135,225	157,569	228,664
訪問入浴介護	2,939	2,987	3,047	3,302	5,131
訪問看護	26,162	27,842	29,158	34,192	48,288
訪問リハビリテーション	1,670	1,725	1,773	1,898	3,613
居宅療養管理指導	7,918	8,009	8,451	8,982	10,697
通所介護	220,382	233,239	244,860	285,510	402,190
通所リハビリテーション	69,942	72,863	77,109	89,707	127,768
短期入所生活介護	43,624	47,535	48,703	56,364	79,219
短期入所療養介護（老健）	6,966	7,152	7,299	7,892	13,730
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	40,203	41,486	41,901	45,287	53,034
特定福祉用具購入費	855	1,054	1,054	1,054	1,517
住宅改修費	2,712	2,712	2,712	2,712	4,905
特定施設入居者生活介護	25,406	27,273	27,273	30,293	34,315
<b>地域密着型サービス</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	71,480	73,033	74,495	81,931	99,118
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	25,771	26,903	28,195	31,818	43,964
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	69,337	70,894	70,894	70,894	89,227
認知症対応型共同生活介護	51,091	53,808	60,179	65,942	75,064
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	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	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
<b>施設サービス</b>					
介護老人福祉施設	287,783	288,147	297,954	314,496	386,665
介護老人保健施設	217,429	220,789	224,356	244,170	297,933
介護医療院	9,493	9,505	9,505	9,505	9,505
居宅介護支援	65,467	67,176	68,561	74,310	84,565
<b>合計【介護給付費】</b>	<b>1,370,126</b>	<b>1,411,393</b>	<b>1,462,704</b>	<b>1,617,828</b>	<b>2,099,112</b>

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計  
 ※1,000円未満を切り捨てているため、合計が一致しない場合があります

## (2) 予防給付費の推計

### ■介護予防サービスの月あたりの利用人数等の見込

		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
居宅サービス						
介護予防訪問看護	回数	33回	33回	34回	37回	39回
	人数	5人	5人	5人	5人	5人
介護予防訪問入浴介護	回数	0回	0回	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防訪問リハビリテーション	回数	0回	0回	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防居宅療養管理指導	人数	2人	2人	2人	2人	2人
介護予防通所リハビリテーション	人数	7人	7人	7人	8人	8人
介護予防短期入所生活介護	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防短期入所療養介護 (老健)	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	日数	0日	0日	0日	0日	0日
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防福祉用具貸与	人数	35人	35人	36人	38人	42人
特定介護予防福祉用具購入費	人数	1人	1人	1人	1人	1人
介護予防住宅改修費	人数	2人	2人	2人	2人	2人
介護予防特定施設入居者生活介護	人数	1人	1人	1人	1人	1人
地域密着型サービス						
介護予防認知症対応型通所介護	回数	0回	0回	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防支援	人数	47人	47人	47人	52人	55人

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計

■ 予防給付費の見込

(単位：千円)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
<b>居宅サービス</b>					
介護予防訪問看護	1,187	1,188	1,206	1,318	1,405
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	347	347	347	347	347
介護予防通所リハビリテーション	3,601	3,606	3,606	4,252	4,252
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (老健)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,750	2,750	2,849	3,009	3,293
特定介護予防福祉用具購入費	322	322	322	322	322
介護予防住宅改修費	1,768	1,768	1,768	1,768	1,768
介護予防特定施設入居者生活 介護	1,158	1,159	1,159	1,159	1,159
<b>地域密着型サービス</b>					
介護予防認知症対応型通所介 護	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅 介護	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生 活介護	0	0	0	0	0
介護予防支援	3,216	3,221	3,221	3,564	3,768
<b>合計【予防給付費】</b>	<b>14,349</b>	<b>14,361</b>	<b>14,478</b>	<b>15,739</b>	<b>16,314</b>

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計  
※1,000円未満を切り捨てているため、合計が一致しない場合があります

### (3) 標準給付費の推計

#### ■標準給付費の見込

(単位：千円)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計	令和 12年度	令和 22年度
介護給付費 (a)	1,370,126	1,411,393	1,462,704	4,244,223	1,617,828	2,099,112
予防給付費 (b)	14,349	14,361	14,478	43,188	15,739	16,314
総給付費 (c) = (a) + (b)	1,384,475	1,425,754	1,477,182	4,287,411	1,633,567	2,115,426
特定入所者介護サービス 費等給付額 (d)	36,899	37,537	37,883	112,319	40,466	44,012
高額介護サービス費等給 付額 (e)	24,733	25,165	25,396	75,294	27,079	29,453
高額医療合算介護サービ ス費等給付額 (f)	2,859	2,905	2,932	8,696	3,180	3,458
算定対象審査支払手数料 (g)	965	980	990	2,935	1,073	1,167
合計【標準給付費】 (c)+(d)+(e)+(f) + (g)	1,449,931	1,492,341	1,544,382	4,486,654	1,705,365	2,193,516

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計  
※1,000円未満を切り捨てているため、合計が一致しない場合があります

### (4) 地域支援事業費の見込

#### ■地域支援事業費の見込

(単位：千円)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計	令和 12年度	令和 22年度
介護予防・日常生活支援総合 事業費	26,879	27,220	27,561	81,660	26,296	24,100
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営) 及び任意事業費	26,200	28,200	28,200	82,600	26,863	24,619
包括的支援事業 (社会保障充実分)	21,170	21,170	21,170	63,510	20,884	19,140
地域支援事業費合計	74,249	76,590	76,931	227,770	74,043	67,859

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムを用いて推計  
※1,000円未満を切り捨てているため、合計が一致しない場合があります

### 3. 保険料の算定

#### (1) 第8期計画からの変更点等

##### ① 介護報酬の改定

介護報酬改定により 1.59%引き上げられることになりました。内訳は介護職員の処遇改善が+0.98%、その他の改定率として、賃上げ税制等の活用として介護職員以外の処遇改善のために+0.61%としています。

また、処遇改善加算一本化による賃上げ効果や、介護施設の基準費用額増額による増収効果で、改定率の外枠での引き上げは+0.45%相当を見込み、合計すると+2.04%相当の改訂となります。

#### ■保険料収納必要額の算定

介護報酬改定	+1.59%
介護職員の処遇改善分	+0.98%
その他の改定率	+0.61%

※介護職員の処遇改善分である「+0.98%」の改定については、令和6年6月1日に施行予定

##### ② 所得段階の多段階化

介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、第1号被保険者間での所得再分配機能を強化することで、低所得者の保険料上昇の抑制を図ります。第1号被保険者保険料は、保険料基準額に所得段階別の割合を乗じた額を負担していただくこととなります。

第9期では、標準所得段階をこれまでの11段階から13段階へと多段階化することとなりました。また、第9段階以降の区分条件に変更がありました。

#### ■所得段階の多段階化

第8期	→	第9期
11段階		13段階

#### ■所得段階の区分条件の変更

所得段階	第8期の区分条件	第9期の区分条件
第9段階	・本人が町民税課税で合計所得金額が320万円以上、500万円未満の人	・本人が町民税課税で合計所得金額が320万円以上、420万円未満の人
第10段階	・本人が町民税課税で合計所得金額が500万円以上、800万円未満の人	・本人が町民税課税で合計所得金額が420万円以上、520万円未満の人
第11段階	・本人が町民税課税で合計所得金額が800万円以上の人	・本人が町民税課税で合計所得金額が520万円以上、620万円未満の人
第12段階		・本人が町民税課税で合計所得金額が620万円以上、720万円未満の人
第13段階		・本人が町民税課税で合計所得金額が720万円以上の人

## (2) 第1号被保険者の保険料（基準額）の算定

### ■総事業費の内訳

(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
標準給付費	1,449,930,631	1,492,341,232	1,544,381,737	4,486,653,600
地域支援事業費	74,249,089	76,590,128	76,931,168	227,770,385
総事業費				4,714,423,985

標準給付費＋地域支援事業費合計見込額(令和6年度～令和8年度)

4,714,423,985 円 ①

第1号被保険者負担分相当額(令和6年度～令和8年度)

1,084,317,517 円(①×23%)

- － 調整交付金相当額 228,415,699 円
- － 調整交付金見込額 215,655,000 円
- － 準備基金取崩額 58,000,000 円

保険料収納必要額【第9期計画期間】

1,039,078,216 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か年計) 13,053 人

**基準月額 第9期 6,700 円(年額 80,400 円)**

### (3) 所得段階別の保険料

保険料基準額（第5段階）を基に、第9期（令和6年度～令和8年度）の所得段階別の保険料を算定すると以下のとおりです。

#### ■所得段階別介護保険料（令和6年度～令和8年度）

所得段階	保険料率	対象者		保険料額	
				月額	年額
第1段階	基準額× 0.455 【0.285】	世帯全員が市 町村民税非課 税	生活保護を受けている人 老齢福祉年金を受けている人 合計所得金額と課税年金収入額 の合計が80万円以下の人	3,048円 【1,909円】	36,580円 【22,910円】
第2段階	基準額× 0.685 【0.485】		合計所得金額と課税年金収入額 の合計が80万円を超え120万円 以下の人	4,589円 【3,249円】	55,070円 【38,990円】
第3段階	基準額×0.69 【0.685】		合計所得金額と課税年金収入額 の合計が120万円を超える人	4,623円 【4,589円】	55,470円 【55,070円】
第4段階	基準額×0.90	本人が市町村 民税非課税 (世帯に課税 者がいる)	合計所得金額と課税年金収入額 の合計が80万円以下の人	6,030円	72,360円
第5段階	基準額1.00		合計所得金額と課税年金収入額 の合計が80万円を超える人	6,700円	80,400円
第6段階	基準額×1.20	本人が市町村 民税課税	合計所得金額が120万円未満の 人	8,040円	96,480円
第7段階	基準額×1.30		合計所得金額が120万円以上 210万円未満の人	8,710円	104,520円
第8段階	基準額×1.50		合計所得金額が210万円以上 320万円未満の人	10,050円	120,600円
第9段階	基準額×1.70		合計所得金額が320万円以上 420万円未満の人	11,390円	136,680円
第10段階	基準額×1.90		合計所得金額が420万円以上 520万円未満の人	12,730円	152,760円
第11段階	基準額×2.10		合計所得金額が520万円以上 620万円未満の人	14,070円	168,840円
第12段階	基準額×2.30		合計所得金額620万円以上 720万円未満の人	15,410円	184,920円
第13段階	基準額×2.40	合計所得金額が720万円以上の 人	16,080円	192,960円	

※ 各段階の保険料については、月額保険料・年額保険料ともに、それぞれ基準額及び保険料率をもとに算出しているため、年額保険料と月額保険料を12倍した額とは一致しない場合があります。

※ 第1段階から第3段階については、【 】が軽減措置後の金額です。

## 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9期		
		令和5年度 (見込値)	令和6年度	令和7年度	令和8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)	1,250	1,280	1,310	1,340
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)	1,843	1,870	1,890	1,910
住民主体の集いの場	元気づくり会の実施地区数(地区)	35	35	36	37
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)	6	6	6	6
お助けマン登録者数	お助けマン登録 人数(人)	70	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 (%)		80.9			83.0

## 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

取り組み	指標	実績	第9期			
		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
<p>&lt;要介護認定の適正化&gt; 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</p>	<p>認定調査票の チェック実施率 (%)</p>	100	100	100	100	
<p>&lt;ケアプラン点検&gt; 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</p>	<p>ケアプラン 点検件数 (件)</p>	5	5	5	5	
<p>&lt;住宅改修等の点検&gt; 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</p>	<p>申請書類のチェッ ク・業者への確認 実施率 (%)</p>	100	100	100	100	
<p>&lt;縦覧点検・医療情報の突合&gt; 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</p>	<p>実施月数 (月)</p>	12	12	12	12	
<p>&lt;介護給付費通知&gt; 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、受給者や事業者にも適切なサービス利用と提供並びに普及啓発を促す</p>	<p>年間給付費 通知送付回数 (回)</p>	2	2	2	2	

### 3. 地域ケア推進会議からの提言

## ～その人らしく、いつまでも玉城で暮らし続けられる～

目指す姿

「いつでも」  
行きたいところ  
に行ける

「いつでも」  
安心できる場所  
がある

「いつでも」  
支え合える  
関係がある

現状と課題

- ・自分の車で運転できる期間が長くなっている
- ・タクシー券事業を開始した
- ・移動に関するニーズが把握出来ていない
- ・町をこえた移動が困難

- ・コロナで人との「つながり」が希薄になった
- ・常設の居場所があるのは、地域で偏りがある
- ・居場所の担い手が高齢化した
- ・安心できる場所で生活が出来ていない人もいる

- ・関係づくりのきっかけが不足している
- ・近所・地域の付き合いが少なくなってきた
- ・支え合えることに気づいていない

実現するためには

- ・健康で元気に外出できる
- ・元気バスの利用促進
- ・要介護者の移動に関するニーズの把握する
- ・次世代の移動手段の検討（ライドシェアなど）

- ・居場所での過ごし方を充実
- ・担い手の育成
- ・要介護者の生活状況の把握
- ・家族介護力の底上げ
- ・本人の思いが届く地域づくり

- ・「おたがいさま」と言い合える地域づくり
- ・事業所と事業所の連携のきっかけづくり
- ・つながりの再構築

## 4. 用語解説

### あ行

#### ●ICT（アイシーティー）

パソコンやインターネット等を用いた情報通信技術。ITとほぼ同じ同様の意味だが、ネットワークを利用したコミュニケーションの重大性が増大しているため、Communicationという言葉を入れたICTが用いられている。

#### ●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話し合うプロセス。通称を「人生会議」という。

#### ●SDGs

「Sustainable Development Goals」を略したもので、日本語では「持続可能な開発目標」と呼ぶ、国際社会共通の目標のこと。

### か行

#### ●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。

#### ●介護サービス相談員

介護保険サービス利用者から介護サービスに関する苦情や不満等を聞き、サービス提供者や行政との間に立って、問題解決に向けた手助けをする専門員。

#### ●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目指すもの。

#### ●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）

# さ行

## ●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。

## ●サルコペニア

加齢や疾患により筋肉量が減少することで、全身の筋肉低下及び身体機能の低下が起こること。

## ●就労的活動支援コーディネーター

高齢者が地域で生きがいや役割をもって生活できる環境づくりを推進していくため、高齢者の就労の場の確保、就労やボランティア意欲の高い高齢者等の把握することを目的に活動をしているコーディネーター。

## ●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。

## た行

### ●団塊ジュニア

「団塊世代」の子どもたちを示す言葉。狭義には1971年から1974年の間に生まれた世代で、第2次ベビーブーム世代とも言われる。

### ●団塊の世代

日本において、第一次ベビーブーム（1947年から1949年の3年間）が起きた時代に生まれた世代。

### ●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。

### ●地域ケア推進会議

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。

### ●地域包括ケアシステム

地域住民に対し、保健サービス（健康づくり）、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組み。

### ●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。

### ●チームオレンジ

近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行うチームのこと。

### ●デジタルトランスフォーメーション

デジタル技術を社会に浸透させて人々の生活をより良いものへ変革すること。

## ●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。

# な行

## ●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SOSネットワーク

認知症などで行方不明になるおそれのある方と、その家族を支援するためのネットワーク。行方不明になったときに、警察や協力機関などの力で、少しでも早く発見しご家族のもとに帰れるよう地域で見守ること。

## ●認知症ケアパス

認知症の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、こちらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。

## ●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。

## ●認知症初期集中支援チーム

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でくらし続けることができるように、認知症専門医のアドバイスのもと保健師等複数の専門職が認知症の人やその家族に関わり早期診断・早期対応に向けた相談支援を行う。

# は行

## ●バリアフリー

高齢者や障がい者だけでなく、すべての人にとって日常生活の中で存在するあらゆる障壁を除去すること。

## ●PDCA

様々な分野・領域における品質改善や業務改善などに広く活用されているケアマネジメント手法で、「計画（Plan）」「実行（Do）」「評価（Check）」「改善（Act）」のプロセスを順に実施していくもの。

## ●避難者行動要支援者名簿

高齢者、障がいのある人、乳幼児等のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する人（避難行動要支援者）の名簿をいう。「災害対策基本法」の一部改正（平成 25 年 6 月）により、自治体による作成を義務づけること等が規定された。

## ●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。

## ●フレイル

年齢とともに身体・認知能力が低下し日常生活の維持に介護が必要となる状態を指す。

## や行

### ●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。

## ら行

### ●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。

## 5. 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

○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

改正 平成19年3月31日告示第50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。

附 則(平成30年告示第100号)

この要綱は、平成30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

No.	組織等名	所属名	役職等	氏名	
1	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
2	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	
3	保健・医療機関関係者 (歯科衛生士会)		歯科衛生士	宮本 明美	
4	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	
5	被保険者代表	サポーターさくら	代表	谷口 恵津子	
6	被保険者代表	民生・児童委員		石橋 昭美	
7	食の代表	食生活改善推進協議会		中村 かおり	
8	介護サービス相談員代表	介護サービス相談員		山本 初予	
9	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	
10	サービス事業所代表 (入所)	介護老人保健施設弘樹苑	施設長	口野 貴宏	
11	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	西野 公啓	
12	サービス事業所代表 (通所)	グループホーム桜の里	施設長	森下 英	
13	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	
14	サービス事業所代表 (訪問)	ネクスト	管理者	青山 和宏	
15	保健・医療機関関係者	玉城町立玉城病院	事務局長	竹郷 哲也	
16	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

玉城町第9期介護保険事業計画  
及び第10期高齢者保健福祉計画

[発行年月] 令和6年3月

[発行] 玉城町

[編集] 玉城町役場 保健福祉課

〒519-0495 三重県度会郡玉城町田丸 114-2

T E L : 0596-58-8203 F A X : 0596-58-4494

玉城町役場 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

T E L : 0596-58-7373 F A X : 0596-58-8688