

[令和6年度～令和8年度]
白鷹町第10次高齢者保健福祉計画・
第9期介護保険事業計画

みんなで支え合う地域共生社会の実現
～住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるまちづくり～

令和6年3月
白 鷹 町

<白鷹町第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画 目次>

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の背景	1
2. 計画の位置づけ	1
3. 計画の期間	2
4. 日常生活圏域の設定	2

第2章 基本理念と基本方針

1. 基本理念	3
2. 基本方針	3
3. 策定体制	3

第3章 高齢者を取りまく現状と今後の見込み

1. 人口の減少と高齢者の増加	4
2. 高齢者世帯の増加	6
3. 要介護認定者数、認定率の推移	7
4. 介護サービス利用者の推移	8
5. 介護サービス費用の推移	9
6. 介護予防と介護者支援施策	10

第4章 高齢者施策の展開

取り組みの方向	12
1. 健康寿命の延伸	13
2. 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進	18
3. 認知症施策の推進	36
4. 保険者機能の強化	40
5. 高齢者の安心安全な生活の確保	47
6. 地域での見守りと災害対応	48

第5章 介護保険サービスの提供

1. 被保険者と要介護認定者数の見込み	50
2. 在宅サービスの見込み	51
3. 施設・居住系サービスの見込み	52
4. 地域支援事業の事業実施内容及び対象者数の見込み	54
5. 介護サービス給付費等の見込み	56
6. 標準給付費の見込額	57
7. 地域支援事業の見込額	58
8. 市町村特別給付の見込額	58
9. 保険料の算出	59
10. 第1号被保険者の保険料	60
11. 第1号被保険者の保険料所得段階及び保険料	62
12. 保険料段階ごとの被保険者数	63
13. 介護保険料の低所得者への配慮と利用者負担額の軽減	64
14. 介護保険事業の円滑な制度運営	66

<白鷹町第9次高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画の実績編>

<資料編>

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景

全国的な少子高齢化を受けて高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険制度※が平成12年に創設されました。白鷹町では、高齢者が住みなれた地域において尊厳あるその人らしい生活を可能な限り継続することができるよう、各種の介護サービスを提供するとともに、できるだけ介護が必要な状態にならないよう、予防重視型への転換、地域の中核機関となる地域包括支援センター※の設置等を通して、健康づくり、介護予防※、地域での見守りを連携して行うための体制の整備を進めてきました。

今後、白鷹町は人口の減少、特に生産年齢人口※の減少に伴いさらに高齢化が進むとともに、単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれます。また、平均寿命の延伸による認知症※高齢者の増加も予測されます。

このことから中長期的な人口構造の変化や介護ニーズの見込み等を踏まえながら、高齢になってもいつまでも自分らしく暮らせるよう、健康寿命※の延伸、生きがいつくりによる社会参画、介護予防の取り組みを進めるとともに、認知症施策、地域で互いに支えあう仕組みである地域共生社会を目指して、町の包括的な支援・サービス提供体制を深化・推進していくことが求められています。

2 計画の位置づけ

白鷹町高齢者保健福祉計画※は、老人福祉法第20条の8に基づき策定する計画で、高齢者のための保健サービスや生活支援サービス等、高齢者の生活全般に関わる施策を総合的に定めるため、この計画を策定します。

白鷹町介護保険事業計画※は、介護保険法※第117条に基づき策定する計画で、高齢になっても住み慣れた地域において安心して暮らせるよう、できる限り介護が必要な状態にならないよう、また、介護が必要な状態になっても安心して安全に生活を継続できるように、計画を策定します。

両計画は、互いに関連することから一体的に策定するもので、第6次白鷹町総合計画及び白鷹町地域福祉計画等と整合を図りながら計画します。

※印＝冊子中の※印は、解説がある用語です。文章の中で初めて出てくる用語に印を付けています。冊子の後方「用語解説（50音順）」（資料9ページ～）をご覧ください。ただし、本文中に記載したほうがわかりやすい用語については、ページ内にも記載しておりますのでご覧ください。

3 計画の期間

両計画は、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間とし、計画期間中の令和7年度に団塊の世代が75歳以上となること、また令和12年度に75歳以上人口が最多になることを見据え策定します。

なお、両計画は一体的に見直し・策定する必要があることから、最終年度の令和8年度に次期計画策定に向けた見直しを行います。



4 日常生活圏域の設定

日常生活圏域※は、人口、地理的条件、交通事情等の社会的条件等を勘案して、介護サービスを提供するための施設等の整備を図る単位として設定する区域です。白鷹町では、町全体をひとつの日常生活圏域として計画を策定します。

第2章 基本理念と基本方針

1 基本理念

みんなで支え合う地域共生社会の実現

～住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるまちづくり～

〈SDGs※とのつながり〉



※SDGs：国連サミットにおいて、日本を含む全193か国の合意により採択された国際社会全体の目標であり、17のゴール（目標）と169のターゲット（取り組み）から構成されている。

2 基本方針

高齢者の誰もが、いつまでも元気で、いきいきと安心して自分らしく白鷹町で過ごすことができるよう支援します。

生活の多様化からの複合化、複雑化したニーズに対応する包括的な支援体制を構築し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援を地域の実情に合わせて行うことができる施策を進めます。

また、認知症高齢者本人やその家族等関わる方への支援となるよう、認知症への理解を深めながら、早期診断、早期対応による適切な支援・対応を実施する体制の推進を続けます。

これからも、地域において、すべての人が安心して生活できるよう、人と人、人と社会がつながり、一人一人が生きがいや役割を持ち互いに助け合いながら暮らしていくことができる地域共生社会の実現に向けて、協力し、見守り、支え合いを広げます。

3 策定体制

健康福祉課が策定事務局となり、ワーキングで素案を作成し、検討委員会で協議を行い、医師、区長会、社会教育関係、学校教育関係、商工会、健康づくり関係団体、福祉関係団体等、町内各層の代表者等で構成される「白鷹町明るい健康都市づくり推進会議」（以下、推進会議という）に策定内容を提示し、審議に付します。

計画実施期間においては、推進会議を開催して意見をいただくと共に、広報等で事業の状況を公表します。

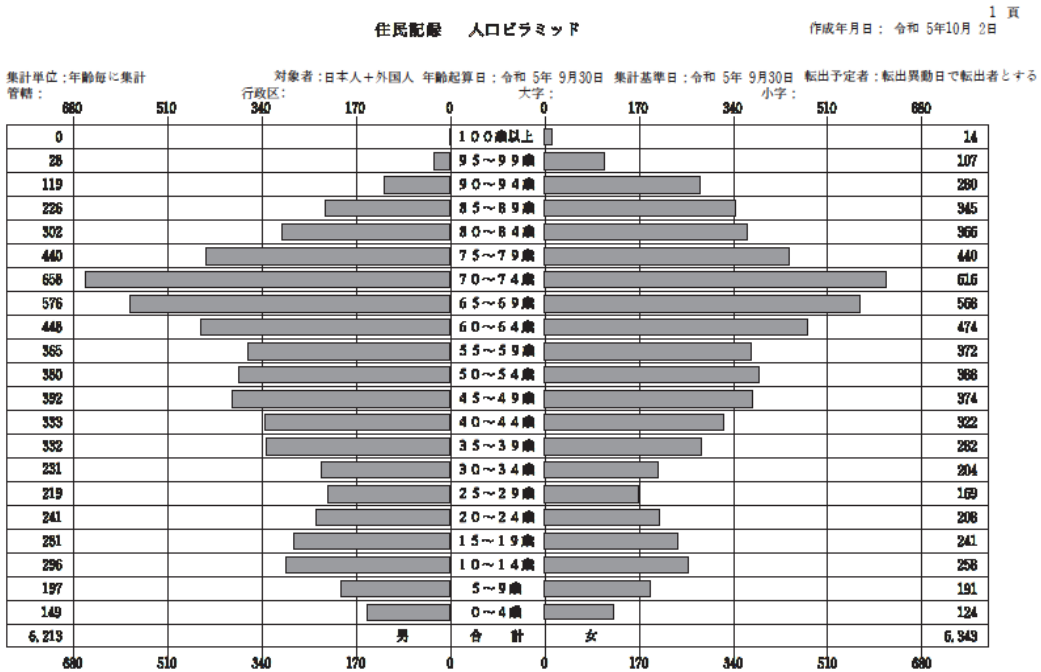
第3章 高齢者を取りまく現状と今後の見込み

1 人口の減少と高齢者の増加

白鷹町の人口は、令和5年10月1日現在12,556人、介護保険がスタートした平成12年の17,149人（平成12年10月国勢調査）より4,593人、第8期計画が始まった令和3年の13,155人（住民台帳）より599人減少しています。

また、令和5年の年少人口（0歳から14歳の人口）は1,215人で総人口の9.7%、生産年齢人口（15歳から64歳の人口）は6,256人で49.8%、老年人口（65歳以上の人口）は5,085人で40.5%です。

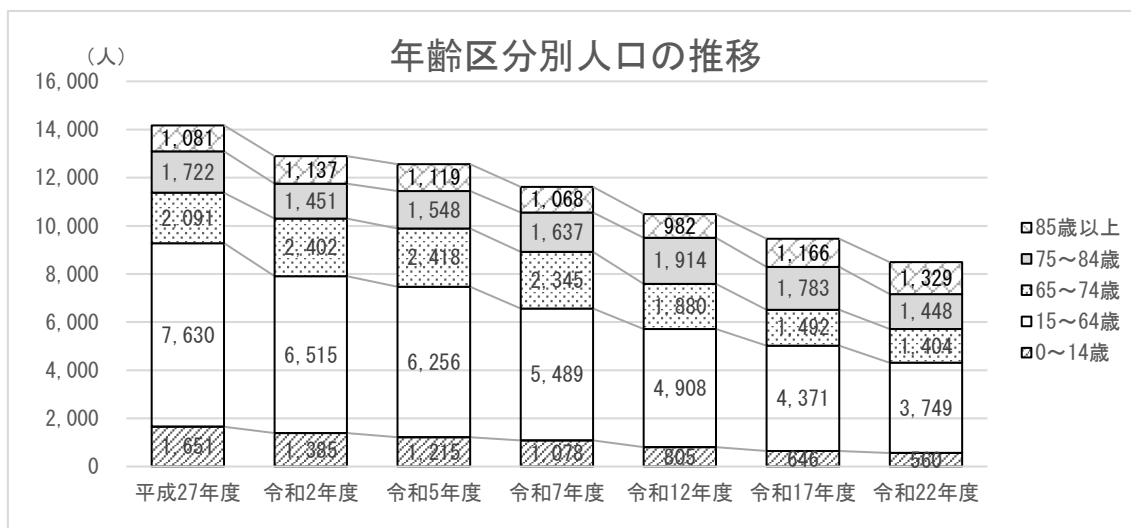
65歳から74歳の前期高齢者数は、令和5年をピークに減少に向かい令和7年頃から大きく減少することが予測されます。75歳以上の後期高齢者※数は、これまでは減少が続いてきましたが、令和7年頃から増加するものと見込まれます。また、令和17年頃からは、より介護が必要となりやすい85歳以上人口の増加が見込まれており、令和22年には後期高齢者の約48%を85歳以上人口が占める予想となっています。



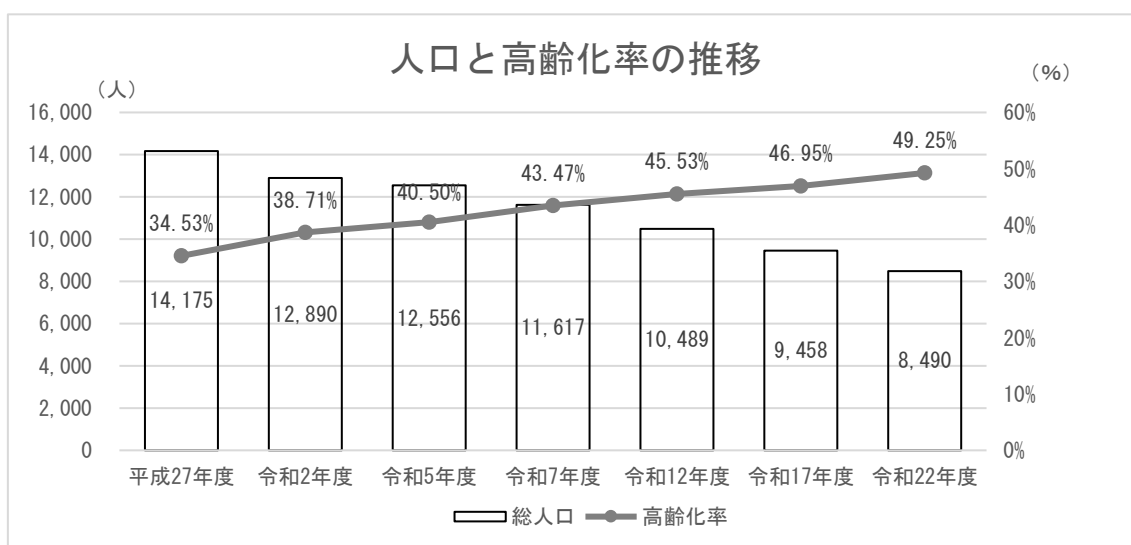
年齢区分別人口と高齢化率の推移

	平成27年	令和2年	令和5年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年
総人口	14,175	12,890	12,556	11,617	10,489	9,458	8,490
0～14歳	1,651	1,385	1,215	1,078	805	646	560
15～64歳	7,630	6,515	6,256	5,489	4,908	4,371	3,749
65～74歳	2,091	2,402	2,418	2,345	1,880	1,492	1,404
75～84歳	1,722	1,451	1,548	1,637	1,914	1,783	1,448
85歳以上	1,081	1,137	1,119	1,068	982	1,166	1,329
高齢化率	34.53%	38.71%	40.50%	43.47%	45.53%	46.95%	49.25%

資料：令和2年度までは国勢調査、令和5年度は住民基本台帳、令和7年以降は厚生労働省作成将来推計人口（補正值）より



資料：令和2年度までは国勢調査、令和5年度は住民基本台帳、令和7年以降は厚生労働省作成将来推計人口（補正值）より



資料：令和2年度までは国勢調査、令和5年度は住民基本台帳、令和7年以降は厚生労働省作成将来推計人口（補正值）より

2 高齢者世帯の増加

高齢者数の増加に伴い、高齢者一人暮らし、高齢者夫婦のみ世帯ともに、増加傾向にあります。令和5年の高齢者一人暮らしの世帯数は、令和2年から65世帯増加して642世帯に、高齢者のみ世帯は70世帯増加して1,345世帯に、高齢者夫婦のみの世帯は6世帯増加して658世帯となっています。

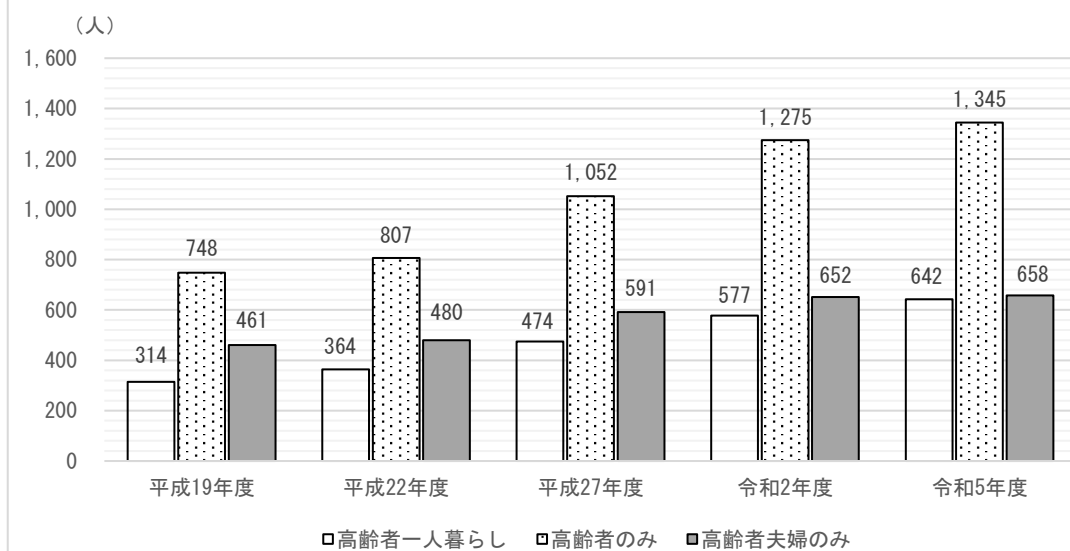
高齢者一人暮らし世帯及び高齢者夫婦のみ世帯

(単位:世帯)

	平成19年	平成22年	平成27年	令和2年	令和5年
高齢者一人暮らし	314	364	474	577	642
高齢者のみ世帯 (男女とも65歳以上)	748	807	1,052	1,275	1,345
高齢者夫婦のみ世帯 (男65歳以上、女60歳以上)	461	480	591	652	658

資料：山形県在宅高齢者数等調査より

高齢者一人暮らし世帯及び高齢者夫婦のみ世帯の推移



資料：令和2年度までは国勢調査、令和5年度は山形県在宅高齢者数等調査

3 要介護認定者数、認定率の推移

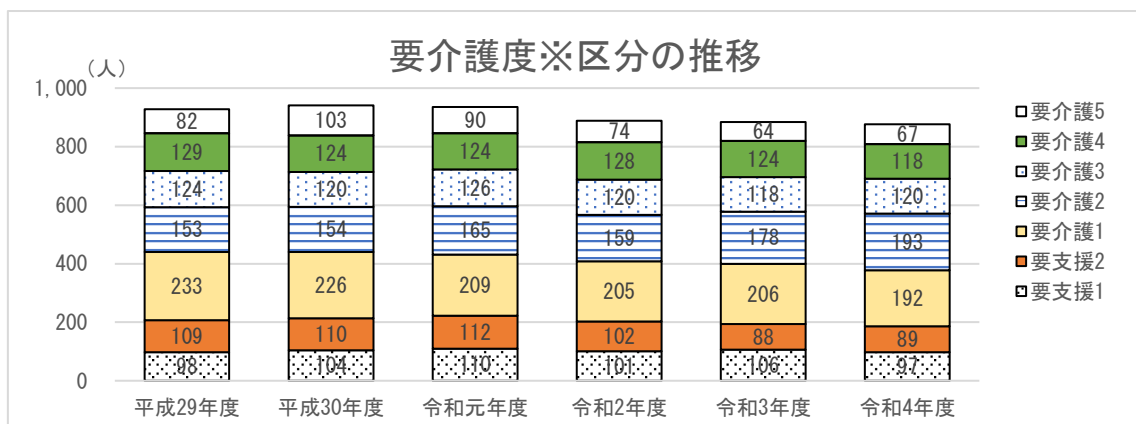
白鷹町の令和4年度の要介護認定者※数（年平均、40歳から64歳の認定者を含む）は876人で、第1号被保険者※数に占める認定率は16.9%です。また、白鷹町の認定率は国や県と比較すると令和元年度を境に低くなり、その後も減少する傾向となっています。

要介護状態区分別の認定者数（年平均） (人)

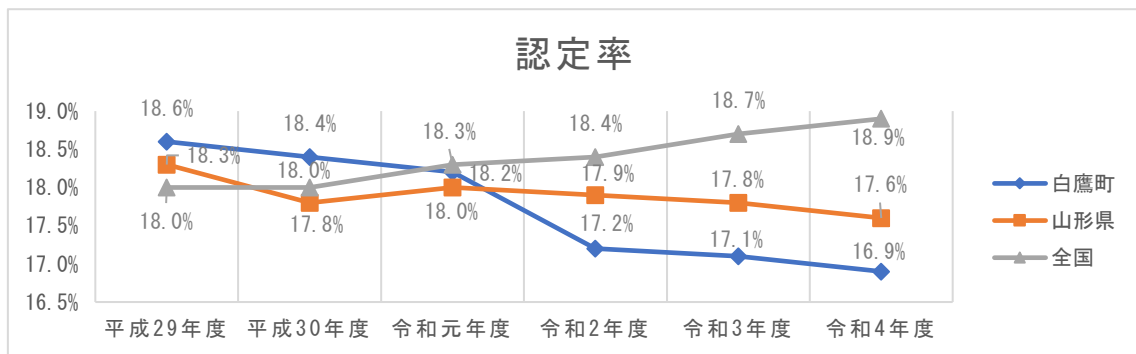
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
要支援1	98	104	110	101	106	97
要支援2	109	110	112	102	88	89
要介護1	233	226	209	205	206	192
要介護2	153	154	165	159	178	193
要介護3	124	120	126	120	118	120
要介護4	129	124	124	128	124	118
要介護5	82	103	90	74	64	67
計	928	941	936	888	883	876
認定率	18.6%	18.4%	18.2%	17.2%	17.1%	16.9%
山形県の認定率	18.3%	17.8%	18.0%	17.9%	17.8%	17.6%
全国の認定率	18.0%	18.0%	18.3%	18.4%	18.7%	18.9%

資料：全国及び山形県の認定率は、地域包括ケア「見える化」システム※より

（計はすべての年間平均であり、区分別はそれぞれにおいて端数処理をしているため計と一致しません）



※要介護度：介護サービスの利用を希望する方が、介護保険の対象となるかどうか、またのくらいの介護を要するかを介護保険認定審査会が公平に判定した程度。



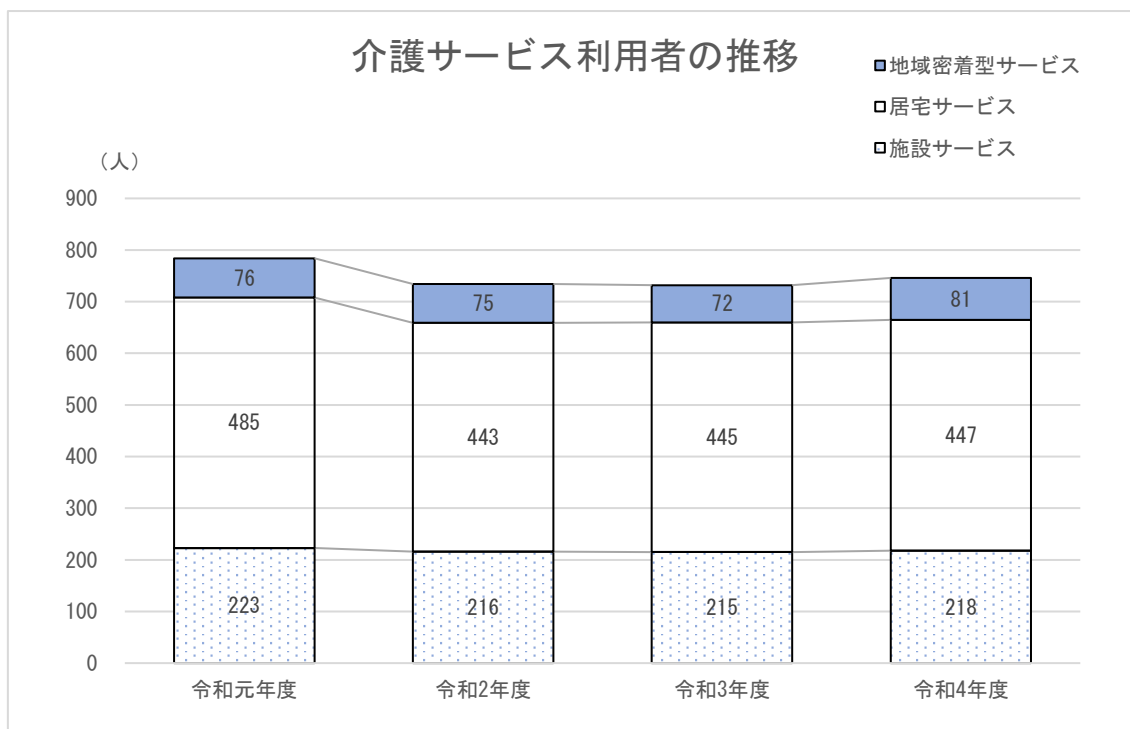
4 介護サービス利用者の推移

各種介護サービスの令和4年度の月平均利用者数は746人(前年度比101.9%)で、うち施設サービス利用者数は218人(前年度比101.4%)、居宅サービス利用者数は447人(前年度比100.4%)と、施設サービスの利用者が増加し居宅サービスの利用者が減少する傾向となっています。地域密着型サービス※利用者数は81人(前年度比112.5%)と例年並みとなっています。

介護サービス利用者数の推移(月平均)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
施設サービス	223	216	215	218
居宅サービス	485	443	445	447
地域密着型サービス	76	75	72	81
計	784	734	732	746

(人)



5 介護サービス費用の推移

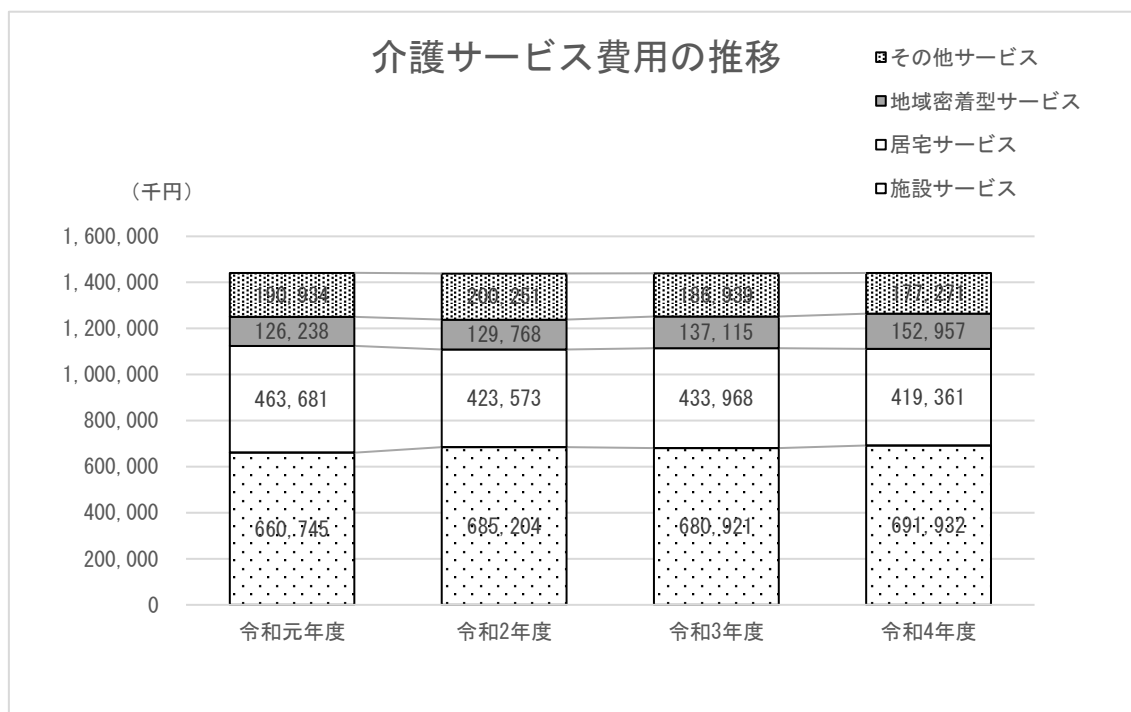
令和4年度の介護サービス費用の年間合計額は1,441,521千円（前年度比100.8%）で、うち居宅サービスが419,361千円（前年度比96.6%）施設サービスが691,932千円（前年度比101.6%）、地域密着型サービスが152,957千円（前年度比111.6%）、特定入所者サービス等その他サービスが177,271千円（前年度比94.8%）でした。

居宅サービス費用は毎年減少していますが、施設サービスの費用は増加が続いています。また、令和3年度に小規模多機能型介護事業所が開設したこともあり、地域密着型サービス費用が増えています。

介護サービス費用の推移

(千円)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
施設サービス	660,745	685,204	680,921	691,932
居宅サービス	463,681	423,573	433,968	419,361
地域密着型サービス	126,238	129,768	137,115	152,957
その他サービス	190,934	200,251	186,939	177,271
計	1,441,598	1,438,796	1,438,943	1,441,521



6	介護予防と介護者支援施策
---	--------------

地域支援事業の概要

地域支援事業※は、大きく分けると「介護予防・日常生活支援総合事業※」と「包括的支援事業・任意事業」の2本立てで事業を行っています。要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送ることを目的として実施しています。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

白鷹町は人口の減少、特に生産年齢人口の減少に伴いさらに高齢化が進むとともに、単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれます。そのような中で、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるように、人と人とのつながりを通じて高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現を支援し、地域全体で支え合い、介護予防を進めていくことが求められます。

高齢者の健康の度合いにあった介護予防の取り組みや、各地域の居場所、社会参加の場づくりが必要とされています。また、さまざまな方に安心して通いの場を利用いただくためには、安全な移動手段を確保も重要となります。

② 包括的支援事業・任意事業

包括的支援事業は、地域包括支援センターの運営、在宅医療介護の連携、生活支援サービスの体制整備、認知症施策、地域ケア会議※を通し地域のケアマネジメント※を総合的にを行うことを目的に、任意事業は介護保険の運営の安定化を図るとともに、介護者に対し支援することを目的に実施しています。

高齢者を取り巻く環境は、家族形態、就労形態の変化に伴い、介護者の負担が高まっている状況にあります。80代の親が、経済的負担や生活支援を行い、50代の子どもを支える8050問題（9060問題）が顕在化しています。その中には介護の負担や経済的困窮、病気等抱えている方もいます。また、認知症の発症や高齢者虐待等が懸念される場合もあります。住民が相談しやすく、その相談に対し早期に対応し支援することで、高齢者の「尊厳」や「生活の場での安心・安全」を確保し、介護者の支援にも取り組んでいく必要があります。

令和2～令和4年度実績

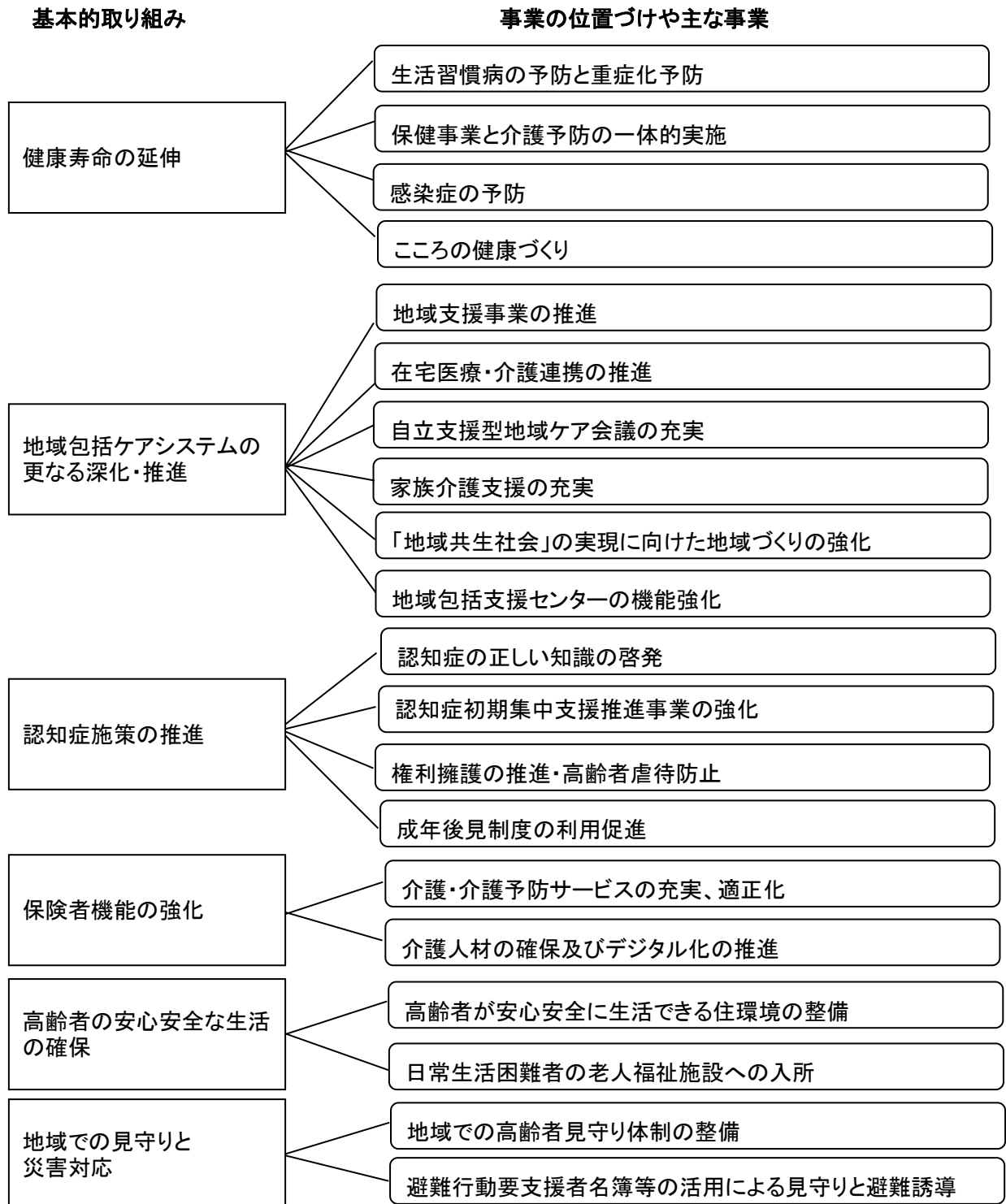
	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総合相談件数（訪問含む）	3,841	4,096	4,521
虐待ケース件数	2	3	2
認知症高齢者数	425	365	369

- ◆各年度末時点実績（認知症高齢者数は4月1日時点）
- ◆認知症高齢者数は要支援・要介護の認定を受けている方で、認知症高齢者日常生活自立度※がⅡ a 以上の方の数（介護老人福祉施設等に入所している方を除く）

※認知症高齢者日常生活自立度：高齢者の認知度の程度を加味して、どの程度自立して生活ができるかを表す指標。介護認定の際の調査票及び主治医意見書の記載項目のひとつとなっている。

第4章 高齢者施策の展開

前章で記載した人口や要介護認定者数などの現状と今後の見込みを踏まえ、みんなで支え合う地域共生社会の実現に向け、以下のような施策に取り組んでいきます。



I	健康寿命の延伸
---	----------------

高齢になっても、健康で自立して暮らせる生活は誰もが望んでいます。できる限り介護が必要な状態にならないように、若いうちからの健康づくり、そして介護予防へと継続した一体的な取り組みを行い、健康寿命の延伸を目指します。

(1) 生活習慣病の予防と重症化予防

健康寿命の延伸のためには、生活習慣病※の発症リスクが高くなり始める40から50歳代より前から健康に関心を持ち、意識変容・行動変容につなげることが重要です。また、高齢期は身体機能の低下を原因とした低栄養・ロコモティブシンドローム※、フレイル※やサルコペニア※、認知症等の進行で健康上の不安が大きくなります。自身の健康管理を継続的に行っていけるよう、生活習慣病発症と重症化の予防に取り組んでいきます。

※ロコモティブシンドローム：運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。

※フレイル：健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のこと。

※サルコペニア：高齢期にみられる骨格筋量の減少と、筋力もしくは身体機能の低下。

① 健康診査の実施

19歳から39歳の方の健康診査、40歳から74歳までの国民健康保険被保険者の方の特定健康診査、75歳以上の方の後期高齢者健診をがん検診との同日受診が可能な体制とし各地区会場で実施します。受診しやすい環境づくりとして、地区ごとの日程設定、送迎の実施のほか、追加健診日や土曜健診日を設け受診率向上を図ります。健康診査対象者と特定健康診査対象者には、推定食塩摂取量検査※を実施し、町の健康課題である高血圧の予防に向けた早期からの取り組みを進めます。

健康診査やがん検診の結果、精密検査が必要となった方には通知や電話等で受診勧奨を行い、確実な精密検査の受診と疾病の早期治療、重度化予防にむけた支援を行います。

※推定食塩摂取量検査：健診時の尿検査で、1日の推定食塩量を算出したもの。

② 歯と口の健康づくりへの取り組み

40・50・60・70歳の方を対象に、歯周疾患検診にかかる費用を全額助成し、歯周疾患の早期発見及び歯の喪失予防と健康の保持・増進を図ります。また、子どもを対象とした歯の健康教室を、保育園、こども園、小学校、中学校で開催し、生涯にわたる歯と口の健康づくりを推進していきます。

③ 健康教育、健康相談、家庭訪問の実施

生活習慣病発症と重症化の予防のための望ましい生活習慣の定着・継続を支援するため、幅広い年代を対象に保健師や管理栄養士等の専門職種による健康相談、健康教育、家庭訪問等を実施します。

健康診査受診後に開催する健診結果説明会では、生活習慣病予防のための栄養、運動、休養についての情報提供と健康相談を行い、健診から始める健康づくりを推進します。メタボリックシンドローム該当者、予備群該当の方には家庭訪問や健診当日の面談で確実な特定保健指導の実施に努め、その他の重症化のリスクが高い方への受診勧奨や保健指導にも力を入れていきます。

がん予防については、発症リスクが高くなる年代への情報提供やがん検診の受診勧奨、精密検査の確実な受診の取り組みに合わせて、望ましい生活習慣の定着を推進するため、中学校でのがん教育支援を行います。

また、健康づくり推進員協議会※やコミュニティセンター等の地区組織、関係団体と連携した健康教育、健康相談を行っていきます。

④ しらたか健紅（けんこう）マイレージ事業

健康づくりに対する個人へのインセンティブ（意欲や行動を引き出すために、外部から与える刺激や動機づけ）提供として、健康づくりの取り組みを実施している方にポイントを付与し、楽しみながら健康づくりに取り組むしらたか健紅（けんこう）マイレージ事業を実施し、健康づくり活動をポイント化する体験を通して、自ら取り組み楽しく継続する健康づくりの促進をはかります。また、子どもから高齢者まで幅広い年代の方が取り組めるよう、学校や商工会、町内事業所等と連携して事業を実施していきます。

⑤ 健康手帳の交付

健康の記録や取り組みにスマートフォンのアプリを活用している方が増えています。日頃の健康づくりに役立つツールについて、健康手帳のほか、デジタル技術の活用についても情報提供していきます。

(2) 保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の健康づくりでは、生活習慣病の予防・重症化予防とあわせて、生活機能※の維持に取り組むことが大切です。そこで、介護予防事業等、地域の通いの場に保健師や管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職が出向き、健康づくりと介護予防の両方に働きかける内容での健康教育、健康相談を実施します。また、国保データベースシステム（KDB）※（以下「KDBシステム」という。）を活用し、低栄養予防、糖尿病等の重症化予防が必要な方に保健師・管理栄養士が訪問等で個別の働きかけを行い、健康の増進及び健康寿命の延伸を図ります。

取り組みにあたっては、町民課国保医療係が全体的な進行管理を担当し、健康福祉課が保健事業と介護予防事業を一体化させた事業を地域福祉計画、健康増進計画と整合性を図り実施します。

①通いの場での積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防事業等の地域の通いの場において、KDBシステム等から把握した地域の健康課題をもとに、保健師・管理栄養士・歯科衛生士が健康教育、健康相談等を行います。また、高齢者の質問票を健康教育前後に実施し、ロコモティブシンドローム該当者を把握し個別支援が必要な方をサービスにつなぐとともに事業の評価を行います。

②高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

医療専門職が、KDBシステム等を活用し、低栄養の予防・重症化予防、適正受診・服薬の促進のための訪問指導を行います。

※国保データベースシステム（KDB）：国保連合会が、保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の資料を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を保険者に提供し、保険者の効率的かつ効果的な保険事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。

(3) 感染症の予防

① 予防接種の実施

高齢者の感染症の予防と重症化を防ぐため、各種予防接種を実施します。対象者への周知、接種の機会確保を行い、健康の保持増進を図ります。

○ 高齢者インフルエンザ予防接種事業

65歳以上の方及び60～65歳未満の方で心臓、腎臓又は呼吸器の機能等に障がい
を有する方に対し、接種にかかる費用の一部を助成し、インフルエンザの発病予防と重
症化を防ぎます。

○ 高齢者肺炎球菌予防接種事業

65歳の方及び60～65歳未満の方で心臓、腎臓又は呼吸器の機能等に障がい
を有する方で、初回接種の方に対し、接種にかかる費用の一部を助成し、肺炎球菌による肺
炎予防と重症化を防ぎます。

① 感染症への対策

新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等の流行時においては、重症化リスクの
高い高齢者を感染症から守る取り組みが必要です。事業の実施にあたっては、感染症の
正しい情報を把握し感染状況に合わせた参集人数の調整や会場の工夫、検温、健康状態
の把握の徹底、消毒薬の設置、適切な換気を行う等、感染対策をとった上での事業実施
に努めます。

(4) こころの健康づくり

高齢者の自殺の原因、動機には、健康問題が最も多く、ほかに家庭問題、経済・生活
問題があります。健康上の不安が大きくなり、喪失体験が多くなる高齢者のこころの健
康を支える環境づくりが必要です。

医療機関やひきこもり支援団体、役場内各相談窓口等と連携を図りながら保健師等に

よる相談・支援を行います。こころの健康づくりに関する情報の発信、家族や職場、また地域でこころの健康をサポートできる体制づくりの構築について、関係機関と連携しながら推進します。

① ふれあい訪問

精神障がい者やその家族に保健師・看護師が家庭訪問を実施し、心身の状態や生活の様子に合わせた支援を行います。また、適切な医療機関の受診や関係機関との連携をはかり、病状の悪化を防止します。

② こころの健康相談事業

ひきこもりやこころの悩みを抱える方やその家族に対し、専門的な相談を受ける機会として公認心理師※による相談会を実施します。

※公認心理師：こころの悩みを抱える人に対して、心理学の知識と技術をもって解決に向けた支援を行う専門家。

③ こころのサポーター養成講座・こころの健康づくり講演会

ひとりで悩みを抱え込まないよう、家庭や地域で顔の見える関係をつくり、互いに声をかけあえる地域を目指すため、地域の中でこころのサポートできる人材を育成します。また、こころのセルフケアについて普及啓発を図ります。

2 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加する中、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域でその有する能力に応じ、その人らしい自立した生活を送ることができるようにするために、一人ひとりの状態やニーズに合った医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に提供できるよう、公助・共助・互助・自助それぞれの観点から、地域全体で高齢者を支える地域の体制（地域包括ケアシステム※）づくりを深化・推進します。

また、サービスを受ける前提として、高齢者本人・家族の意向は何よりも大切とされています。高齢者の生命を守ることはもちろん、個人の尊厳を守ることができるよう自己決定支援に取り組んでいきます。

（1）地域支援事業の推進

地域支援事業とは、介護保険法第115条の45の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、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事業です。

被保険者が要介護状態または要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、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ことを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築を一体的に推進します。

地域包括支援センターでは、総合相談を通じて、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握するとともに、地域における関係者とのネットワークの充実を図り、高齢者の権利を守り、適切なサービス利用に繋げることで、住み慣れた地域で安心安全な生活が継続できるように支援します。

高齢化率が40%を超え、高齢者のみ世帯が増える中、高齢者が高齢者を介護する老老介護が増えています。ケアマネジャー※との連携を強化し必要なサービスを利用できるように支援していきます。また、要介護高齢者を介護する家族等に対しても、介護に関する情報提供や研修会の開催、介護者の負担軽減等についても取り組んでいきます。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防は、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現を支援し生活の質の向上を目指すための取り組みです。白鷹町では、介護予防・日常生活支援総合事業を実施し、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化防止を目的に行い、心身機能を改善するために、本人への直接的なアプローチだけでなく、生活環境の調整や社会参加を促す、多様な通いの場の創出等高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含め、継続的・包括的に介護予防・健康増進を行う体制の拡充強化を図るとともに、事業の周知を強化し、参加者拡大に向けて取り組んでいきます。

特に、新型コロナウイルス感染症による新規参加者の減少、各地域のサロンや百歳体操の休止等を受け、介護予防事業の参加者は全体的に減少傾向にあります。介護予防の基本となるフレイル予防は、運動、栄養、社会参加の3要素が充足されることが重要であるとされていますが、とりわけ社会参加の側面において、社会とのつながりを失うことが様々なフレイルの入口となり、こころの健康、口腔機能、栄養機能、身体機能までもが低下をきたし、ドミノ倒しのように進行、重症化していくとされています。

このことから、今計画期間においては、これまでの事業に加え、社会参加機会の確保・継続に重点を置き、次の観点で取り組みを実施していきます。

(a) 地域包括ケアシステムの土台となる自助意識の醸成

高齢者の健康づくりや介護予防を推進していくためには、一人ひとりが関心を持ち、自発的に取り組んでもらうことが大切です。「自分の健康は自分で守る」という個々の自助意識が高まっていくことで、通いの場などの参加者拡大はもとより、地域における介護予防や支え合い活動の活性化にもつながります。

このため、健康づくりや介護予防について自分自身の問題として捉えて実践してもらうための動機付け・環境づくりとして、体組成計などにより現在の心身の状況や改善状況が見える化するとともに、ICT等も活用しながら本人が認識しやすい形で提供できるよう検討を進めていきます。また、住民主体の通いの場等、保健師や運動指導士がいない場面においても効果を得られやすくしていくため、機器の使用方法や見える化された数値の見方、それを受けて必要な対応を含め、趣旨や意義を含め広く普及していきます。

具体的な取り組みとしては、健康づくり・介護予防のための指標を具体的に定め

るとともに、さまざまな機会をとらえて趣旨普及を行いながら、介護予防教室や百歳体操団体を対象とした体力測定などを通じて町全体に広げていくための効果的な手法を検討します。また、ケアマネジメントに基づく個人の目標達成度を年度毎に点検し、評価を行い、その結果をフィードバックしながら改善に向けた支援を強化します。

(b) 通いの場への移動支援

高齢化や単身高齢者世帯の増加に伴い、移動手段がない高齢者も増加している中において、距離や天候などが通いの場などへの参加の阻害要因となっていることが想定されることから、一部の通いの場を対象に移動支援を行い、社会参加機会の確保を図ります。

(c) ヒアリングフレイルの予防

近年、加齢等によって、聴覚機能が低下（難聴）するだけでなく、周囲の関わり合いが大きく変化（コミュニケーションがうまくできなくなることによる閉じこもり傾向・孤立など）することで、認知症や筋力低下をはじめするさまざまな心身のフレイルの原因となり得るという「ヒアリングフレイル」が指摘されています。難聴者は、65歳を超えると急激に増加することから、聞こえづらさが原因となって通いの場などに参加できていない方が一定数いるものと想定されます。

難聴は、自覚率が低いことから、聞こえの重要性の周知や聴力チェックなどを通じて自分や家族などの聞こえの状況を認識いただくとともに、周りの方が正しい関わりを実践できるよう普及啓発を図っていきます。また、必要な方については、医療機関受診や適切な対応につないでいくことで、ヒアリングフレイルを予防し、社会参加機会の確保・継続を図っていきます。

(d) ICT等を活用した周知強化

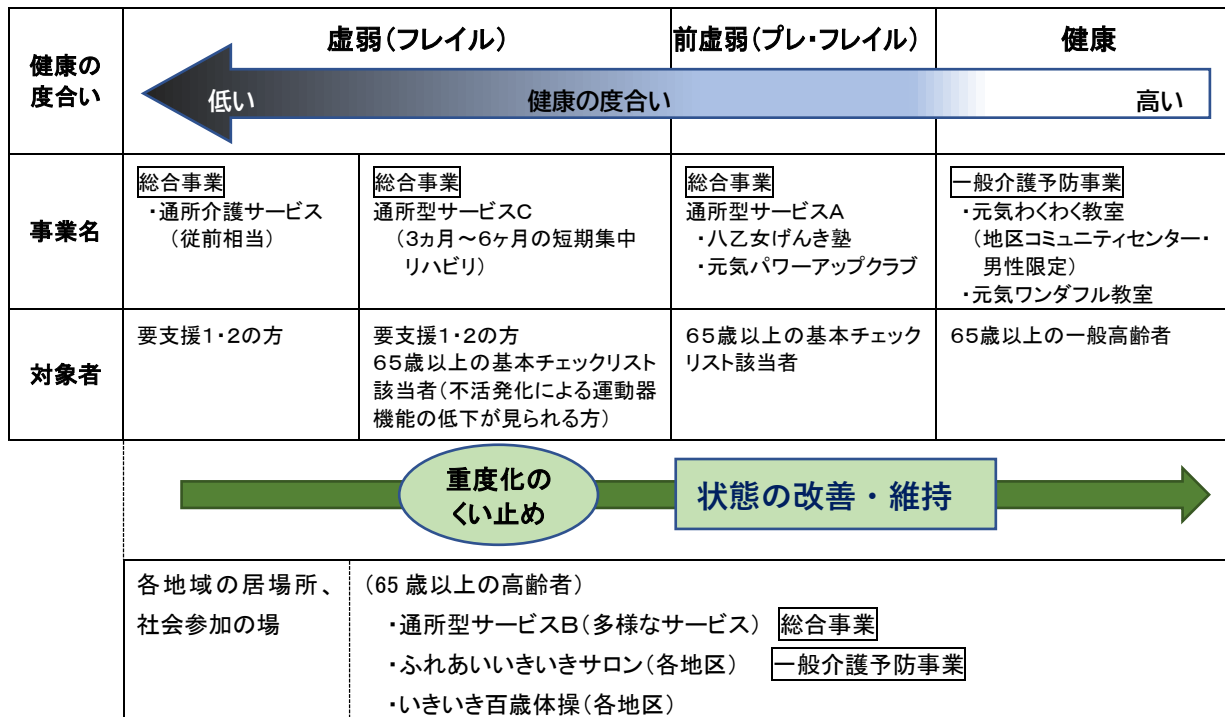
これらの取り組みを実効性のあるものとしていくためには、より多くの方に事業の趣旨を知ってもらうことが重要です。そのため、総合相談や実態把握による訪問の際などの様々な機会をとらえ、ICT等を活用し写真や動画で事業を紹介するな

ど、周知方法についても工夫していきます。また、高齢者への周知にあたっては、対面での情報提供も重要な手段であることから、生活支援コーディネーター※を中心に、各団体に直接情報を届けるなど、ネットワーク強化に取り組んでいきます。

※生活支援コーディネーター：別名「地域支え合い推進員」。高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していく事を目的とし、地域において生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす人。

なお、町の介護予防教室等の効果をより高いものとしていくために、参加者の健康状態や町全体の傾向をふまえ、適切な評価指標や目標を定め、見直しを実施していけるよう検討を進めていきます。

白鷹町介護予防体系のイメージ図



社会参加機会の確保・継続のための取り組み

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| (a) 地域包括ケアシステムの土台となる自助意識の醸成 | (b) 通いの場への移動支援 |
| (c) ヒアリングフレイルの予防 | (d) ICT等を活用した周知強化 |

事業名	事業内容
介護予防・日常生活支援総合事業	
介護予防・生活支援サービス事業	
①訪問型サービス事業 (第1号訪問事業) 要支援1・2の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービス	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護相当サービス 訪問介護員(ホームヘルパー)が要支援1・2の者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴等の介護や掃除・洗濯・買い物・調理等の生活の支援(生活援助) ○訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス) 訪問介護員(ホームヘルパー)を基本チェックリストで把握した高齢者の自宅に派遣し、調理・買い物・住居内の掃除・整理整頓等の日常生活のための支援 ○訪問型サービスB(住民主体による支援) 住民ボランティア等の住民主体の自主活動として、布団干し・ゴミ出し・電球の交換等の日常生活のための支援 ○訪問型サービスC(短期集中予防サービス) 基本チェックリストで把握した高齢者へ保健師等の訪問によりニーズ把握や相談を行い、介護保険サービスに限らず、多様なサービス、制度につなげるための支援 ○訪問型サービスD(移動支援) 介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行う住民ボランティア等の住民主体の自主活動としての移動支援(移送前後の生活支援)で、通所型サービスの送迎時や、買い物・通院・外出時の支援
②通所型サービス事業 (第1号通所事業) 要支援1・2の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービス	<ul style="list-style-type: none"> ●通所介護相当サービス 要支援1、2の者、基本チェックリストで把握した高齢者が、通所介護の施設(デイサービスセンター等)へ通所しての食事や入浴等の日常生活支援、生活機能向上のための機能訓練、口腔機能向上サービス ●通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)【八乙女げんき塾・元気パワーアップクラブ】 要支援1、2の者、基本チェックリストで把握した高齢者を対象に、閉じこもり予防、介護予防に効果のあるサービス、交流の機会等を通所により提供する自立に向けた生活支援(要介護の認定を受けた方は除く) ●通所型サービスB(住民主体による支援) 住民ボランティアが主体となり、体操・レクリエーション等を行うことにより、生きがいづくり、介護予防等、交流を楽しむ居場所に開催【移動支援の実施】 ●通所型サービスC(短期集中予防サービス) 基本チェックリストで把握した高齢者を対象に「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能向上」のプログラムを短期間で実施し、自立した生活や自己実現に向けた支援
③その他の生活支援サービス (第1号生活支援事業) 配食や住民ボランティア等が行う見守り、訪問型サービスや通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○栄養改善を目的とした配食 希望する高齢者に、見守りによる安否確認を中心に、栄養改善を考慮しながら弁当宅配を行い、健康の維持・向上、自立生活の継続や介護予防の推進を図る支援 ○定期的な安否確認及び緊急時の対応 高齢者(特に一人暮らしの方)への地域住民や多様な事業所の訪問等により、生活や体調の変化に早期に気づく機会を増やし、適切な支援が行えるよう連絡体制の整備を図る ○訪問型サービス、通所型サービスの一体的提供 訪問型サービスと通所型サービスの一体的提供が図られるよう支援し、また高齢者にとって切れ目のない支援が可能になるよう、地域の実情を考慮しながら社会資源の開発に努める
④介護予防ケアマネジメント事業 (第1号生活支援事業) 要支援認定者・事業対象者を対象に心身状態の悪化防止・機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防ケアマネジメント 要支援者等で、予防給付によるサービスの利用がない場合、要支援者等にアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成
一般介護予防事業	
⑤介護予防把握事業	●町等の健診結果から把握した対象者への健康相談や支援
⑥介護予防普及啓発事業	●介護予防の基本的な知識の普及・啓発【元気わくわく教室・元気ワンダフル教室・ヒアリングフレイル予防のための普及啓発】
⑦地域介護予防活動支援事業	●交流・情報交換の支援【ふれあいいいききサロン事業】
⑧一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の検証
⑨地域リハビリテーション活動支援事業	○リハビリテーション専門職等の関与促進

●印については本計画期間内に実施する事業です。ほかの事業についても、実施に向け検討していきます。

② 包括的支援事業

高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を送るために、何が必要かを把握し、介護保険サービスだけに限らず、適切なサービス、関係機関や制度の利用につなげるための支援を行います。

地域包括支援センターの運営

(a) 介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の認定者と介護予防・日常生活支援総合事業の事業該当者を対象に、心身の状態の悪化防止・機能向上を目的にケアマネジメントを行います。

また、地域包括支援センター運営協議会での協議を経て、ケアマネジメントを委託している居宅介護支援事業所と情報共有しながら連携し高齢者の支援を行います。

(b) 総合相談支援業務(一人暮らし高齢者実態把握事業等)

高齢者の総合相談をワンストップ相談窓口として対応します。

相談業務を行う専門職を中心に的確な情報収集、状況判断、情報提供や関係機関の紹介等を行います。さらに必要な場合は訪問により詳細な情報収集を行い、課題分析を行い継続的に自立に向けた支援を行います。なお、合理的配慮の提供としての視点も含め、難聴者に係る自己決定支援を適切に行うため、窓口への対話支援ツールの設置によりアセスメント等に活用していきます。

一人暮らしの高齢者の安全な生活を確保するために、75歳以上の単身高齢者世帯に対し訪問し健康や生活についての相談を受け支援するとともに、万一の救急に備え、救急医療情報キットの配布などを行います。また、これ以外の高齢者世帯についても、支援を必要としている方を早期に把握し、必要な支援を行っていきけるよう、効果的な手法について検討していきます。

(c) 権利擁護※業務

認知症高齢者の方は、問題が解決できなかつたり、適切なサービスにつながる方法がわからなかつたりし、問題を抱えたまま生活している場合があります。高齢者の誰もが住み慣れた地域で尊厳のある生活を実現していくために、高齢者虐待の防止を図るとともに、困難な状況にある高齢者への成年後見制度※利用支援等の権利擁護を推進します。

(d) ケアマネジメント支援(ケアマネジャー支援体制の充実等)

・関係機関との連携強化

自立支援型地域ケア会議、サービス調整会議※、医療機関との連絡会等を定期開催するとともに、介護保険以外のサービスも活用しながら総合的に高齢者の生活支援ができるように体制を強化していきます。

・ケアマネジャーに対する支援の充実

さまざまな高齢者のニーズに応え自立に向けた支援を行えるよう、ケアマネジャー連絡会、自立支援型地域ケア会議を開催しケアマネジメントの質の向上を図ります。

・個別相談・指導

居宅介護支援計画書の作成支援、サービス担当者会議※の開催支援等専門的な立場から個別指導支援を行います。

・困難事例等への支援

ケアマネジャーが担当する困難事例等について、関係者と連携し、支援方針の検討を行い、指導助言を行います。

(e) 認知症総合支援事業

認知症の早期診断・早期対応や認知症ケアの向上等の支援体制整備を図ります。

(f) 自立支援型地域ケア会議の充実

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域ケア会議機能の強化を図ります。

地域ケア会議については、個別事例の検討から見えてくる地域課題の発見、ニーズ量の把握、社会資源の整備や政策形成を目的に開催します。

介護保険サービスに関わる保健・医療・福祉の専門職、多職種連携による高齢者の生活の質の向上・自立支援型ケアマネジメントにより、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていきます。

(g) 在宅医療・介護連携推進事業

地域の実情に合わせ円滑に切れ目のないサービスの提供がなされるよう、PD

CAサイクルに沿った仕組みの構築を目的に、ほかの地域支援事業と連携し事業を推進します。

地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するための必要な支援を行い、広域な連携では、医療連携拠点の設置を長井市西置賜郡医師会に委託し事業を推進します。

(h) 生活支援体制整備事業

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加を推進します。

生活支援コーディネーターを設置し、地域資源の見える化や開発等を行います。

③ 任意事業

高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を送るために、要介護高齢者等を介護する家族等に対し、必要な支援を行います。

(a) 家族介護支援事業

要介護高齢者を介護する家族等がより効果的で適切な介護が行えるよう、介護知識や技術を獲得するための研修会等を行います。また、幅広い年代に認知症の正しい知識を広めるための啓発活動や介護負担軽減の支援を行います。

(b) 成年後見制度利用支援事業

認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が十分でない方で、身寄りがない等の理由で親族等による法定後見の申立てができない方について、町長が家庭裁判所に申立てを行うとともに、申立てに必要な経費の助成を行います。また、後見人※等の報酬の支払いに要する経費の助成を行います。

(c) その他の事業

介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施します。

・福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具・住宅改修の効果的な活用のための助言を行うとともに、支給の申請に係る理由書を作成した際の経費の助成を行います。

・認知症サポーター※等養成事業

地域や職域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターを養成します。

※認知症サポーター: 認知症について正しく理解し、自分ができる範囲で、認知症の人や家族を地域で温かく見守っている応援者。企業や地域の役割など、仕事や活動の中で見守り等を行う職域のサポーターも重要になってきている。

・地域生活あんしんネットワーク事業

心身の体調に不安を持つ高齢者が地域において自立した生活を継続するための支援を行います。

・認知症高齢者見守り事業

区長、町内長、町内商店や生活支援体制整備協議体委員会構成団体へ「見守り・支え合いステッカー」掲示を依頼し、家族が認知症高齢者の地域における見守りを気軽に依頼できるよう、地域内での声掛けや見守りのネットワークづくりに努めます。

事業名	事業内容
包括的支援事業・任意事業	
包括的支援事業	
総合相談支援事業	高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を送るために、適切なサービスや機関や制度の利用につなげる支援【総合相談、一人暮らし高齢者実態把握】
介護予防ケアマネジメント事業	ケアマネジャーによる自立支援に向けたケアプランに基づいた支援
包括的支援事業(社会保障充実分)	
認知症総合支援推進事業	認知症の早期診断・早期対応に向けた支援や認知症の正しい知識の共有や情報交換の場の提供【認知症初期集中支援事業、認知症カフェ】
地域ケア会議推進事業	高齢者の自立した日常生活の実現に向け、多様な職種が参加する地域ケア会議で支援等プランの検討、要支援高齢者へ専門職の派遣
在宅医療・介護連携推進室	医療介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する体制の整備
生活支援体制整備事業	生活支援体制整備協議体委員会が生活支援コーディネーターとともに高齢者を支える地域の仕組みづくりを検討
任意事業	
家族介護教室事業	介護する家族がより効果的で適切な介護が行えるための講演会や研修会
家族介護支援事業	介護者の身体的・精神的な負担の軽減【家族介護者交流会】
成年後見制度利用支援事業	認知症等の判断能力が十分でない高齢者の権利擁護を図る
福祉用具・住宅改修支援事業	福祉用具・住宅改修の支給申請に係る助成
認知症サポーター等養成講座	地域や職域において認知症の人と家族を支える認知症サポーターの養成と認知症の正しい知識の啓発
地域自立生活支援事業	高齢者世帯等における家庭内の事故等の防止、事故が発生した際の迅速かつ的確な対応のためのネットワーク【地域生活あんしんネットワーク事業】
認知症高齢者見守り事業	地域住民による認知症高齢者への声かけや見守りのネットワーク構築

(2) 在宅医療・介護連携の推進

75歳以上高齢者は、慢性疾患による受診が多く、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴があり、医療と介護の両方を必要とする場合が多くなります。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、在宅医療と介護を一体的に提供し、必要な支援を行うことが求められます。

そのため、在宅における生活の場において、高齢者のライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面のうち、医療と介護の一体的な提供が不可欠である次の4つの場面について、目指すべき姿を次のとおり設定し、医療・介護関係者と連携して取り組んでいきます。特に、急変時や看取りの場面では、その方の人生の最終段階における意思決定が非常に重要となることから、医療・介護のあり方をあらかじめ話し合うACP（アドバンス・ケア・プランニング）※についても普及啓発を図っていきます。

(1) 日常の療養支援の場面

医療・介護関係者の多職種協働によって、患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活できるようにします。

(2) 入退院支援の場面

入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働し、情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、できる限り希望に沿った日常生活が過ごせるようにします。

(3) 急変時の対応の場面

医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにします。

(4) 看取りの場面

本人などが、在宅での看取り等について十分に認識・理解をしたうえで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に対して、人生の最終段階における本人の希望をなるべく尊重したうえでの看取りが可能となるよう、本人と本人にかかわる関係者が人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援します。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階で受ける医療及び介護について、患者本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者本人の意思決定を支援するプロセス。人生会議ともいわれる。

また、地域包括支援センターが中心となり、保健・医療・福祉の多職種が連携を図り、医療・介護サービスを一体的に提供するため、医師会等関係機関と緊密に連携しながら、白鷹町立病院、開業医やかかりつけ医機能※を持つ医療機関、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所などの関係機関との連携体制を強化し推進します。

※かかりつけ医機能：身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能。令和5年に医療法が改正され、定義が法定化された。令和7年4月施行。併せて、患者が選びやすいよう、都道府県が各医療機関から報告を受け、それぞれの役割などを公表する仕組みなどが設けられた。

- ① 白鷹町立病院長と地域包括支援センターの連絡会の開催（毎月開催）
- ② 白鷹町立病院とケアマネジャーの連絡会の開催（毎週水曜日開催）
- ③ 町内開業医の先生とケアマネジャーの連絡会の開催（毎月開催）

町の関係機関との連携による事業の取り組みが定着する中、これまで実施してきた7つの事業について「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」を目指し、PDCAサイクルに沿った取り組みの実施に努めていきます。

具体的には、町民の受診動向が広域になっているため、近隣市町と連携を図り、広域的な取り組みとして、長井市・飯豊町・小国町と連携し、長井市西置賜郡医師会に事業の一部を委託して次の事業を実施していきます。

①PLAN（プラン）～現状分析・課題抽出・施策立案～

（a）地域の医療・介護の資源の把握

- ・地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、リスト又はマップを作成し、医療・介護関係者と共有する。

（b）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ・地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策の検討を行う。

（c）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ・地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向け、必要な具体的取り組みを企画・立案する。

②DO（ドゥー）～対応策の実施～

（d）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ・地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。

（e）地域住民への普及啓発

- ・在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

（f）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

（g）医療・介護関係者の研修

- ・地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種での研修を行う。

③CHECK（チェック）～対応策の評価・改善～

④ACTION（アクション）～改善し次の段階へ展開～

（3）自立支援型地域ケア会議の充実

高齢者が健康で自立した生活を送るためには、保険者・地域包括支援センター・住民・事業者等間で、介護保険の自立支援や介護予防といった理念等を共有し、多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に向けた取り組みを行うことが求められます。

ケアマネジャーやサービス提供者が作成したケアプラン※に対して、介護予防に関する専門職等からの助言を受けることで、生活機能の維持・向上、生活の質の向上を図ることができるように、自立支援型地域ケア会議を定期的開催します。

自立支援型地域ケア会議では、自立支援に向けた取り組みを検討するとともに、地域課題を把握します。把握した地域課題に対して、保険者・地域包括支援センターが関係機関と連携して、解決策を検討し、介護保険サービスとともに、インフォーマルな資源や、地域での交流拠点等の居場所づくりについても推進し、安心して暮らし続けることができる地域づくりを推進します。

専門職等とは次の職種で、助言の内容は次のとおりです。

- ア 薬剤師（服薬管理の視点からの助言）
- イ 管理栄養士（栄養マネジメントからの助言）
- ウ 歯科衛生士（口腔ケアの視点からの助言）
- エ 理学療法士※（身体の機能回復の視点からの助言）
- オ 作業療法士※（日常生活の機能回復の視点からの助言）
- カ 言語聴覚士※（咀嚼・嚥下機能、高次脳機能障害に関する助言）

（４）家族介護支援の充実

介護が必要な高齢者が適切な環境で生活していくためには介護者への支援が必要です。

高齢者を介護している家族等の様々なニーズに対応し、介護に関する知識の啓発や各種サービスを提供することにより、高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、介護離職防止、要介護高齢者の在宅生活の継続、向上を図るため、高齢者が安心して在宅で生活が継続できるように引き続き家族介護者への支援を行います。加えて、介護離職防止に向けた相談体制の拡充、認知症カフェの普及、ケアマネジャーによる仕事と介護の両立支援などに取り組み、支援の充実を図ります。

また、家族介護者の中には、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話、介護などを日常的に行っている、ヤングケアラーと言われる子どもがいるかもしれません。責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがあります。そのような場合は、ケアマネジャーやサービス提供事業所、ヤングケアラーを支援している関係機関等と連携して支援に取り組みます。

- ・ 家族介護教室
- ・ 家族介護者交流会
- ・ 認知症高齢者見守り
- ・ 在宅要介護者へのおむつ支給（市町村特別給付費）

(5) 「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりの強化

高齢者が住み慣れた地域で、自ら生きがいがづくりに取り組み、社会参加することは、いつまでも生き活きと毎日を過ごすことができる、効果的な介護予防に繋がります。

単身高齢者及び高齢者のみ世帯の増加に伴い、これまで家族や近隣住民で担ってきた生活上の困りごとが解決できない状況が増えて、介護状態には至っていなくても、自宅で生活を送るために、何らかの支援を必要とする高齢者が増えています。

令和7年（2025年）には、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上に達します。高齢者を支える年代層が年々減少し、地縁、血縁による助け合い機能が低下する中、年齢を重ねても住み慣れた地域で安心安全に今までの生活を維持するためには、公的支援や個人の選択による自費サービス、地域での支え合いを含めた多種多様な生活支援・介護予防サービスが必要になります。

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』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言います。

従来の縦割りの制度では複合化、複雑化した生活課題への対応が困難であることから、①丸ごと相談（断らない相談）の実現、②住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みることができる体制づくりを更に進めていきます。

また、庁内でも連携した取り組みを行うことができるように、「庁内連携会議」を設置し、福祉担当部局だけではなく、庁内各課の「多分野連携」による総合的な相談体制の整備を行っていきます。

①「すきまのない」一元的な相談体制の整備

高齢者、障がい者、生活困窮、子育てなど、課題に応じた相談支援窓口における専門性の確保と合わせて、各相談窓口の連携を強化する「すきまのない」一元的な相談体制の整備を行います。

②多分野にまたがる課題へのバックアップ支援の強化

多分野にまたがる複合的な課題にも対応できる専門的な関係機関のネットワークを構築するとともに、そのコーディネート機能を整備する取り組みを行います。

③相談者への支援

複合的な課題を有する相談者に関わり続ける伴走型支援体制を整備する取り組みを行います。



出典：厚生労働省

○生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加の場

社会資源が減少していく中で地域共生社会を実現するためには、ボランティアなど、住民主体の担い手づくりを推進するとともに、民間企業などの様々な主体と連携して土台をつくっていくことが重要です。地域での生活支援等の支え合いについては住民主体による有償ボランティア等の充実が期待されています。生活支援サービスの担い手づくりを推進していくため、白鷹町生活支援体制整備協議体委員会では、民間企業、ボランティア、社会福祉法人等、生活支援サービスを検討する多様な関係機関の定期的な情報共有及び連携・協働による生活支援サービスの取り組みの推進と、地域での主体的な介護予防の取り組みの推進を目指し、次のような場を軸に据え、生活支援コーディネーターとともに取り組んでいきます。また、地域で個々に行われている活動を見える化したうえで、ネットワーク強化及び参加支援についても検討していきます。

①通所型サービスB（住民主体の通いの場）

地域住民が実施主体となり、体操・レクリエーション等を行うことにより、生きがいづくり、介護予防等交流を楽しむ通所型サービスBが2か所活動しています。支える側でもなく、支えてもらう側でもなく、お互いに支え合う関係づくりを目指し、体操やおしゃべり、みんなで食事をするなど交流を楽しんでいます。誰もが集うことができ、生

活で困っていることを、ちょっとした支え合いで解決できる、そんな居場所を目指して活動しています。

今後も、誰もが集うことができる居場所づくりを支援し、助け合いの地域づくりを推進していきます。特に、今計画期間においては、移動支援を実施することで、移動手段等にかかわらずより多くの方に社会とのつながりを持ってもらうとともに、支援が必要な方に対しては、生活支援コーディネーター等を通じて地域包括支援センターや関係機関へのつなぎを行います。

②いきいき百歳体操※

いきいき百歳体操は、高知市で開発された体操で、DVDに合わせて椅子に腰かけて実施するゆっくりとした運動です。地域住民が主体となり身近な地域で集まり、週1回行っています。正しく体操を実施することで筋力と体力が付き、身体機能の維持、改善が期待できます。

また、いきいき百歳体操を継続することで仲間づくりができ、同じ地域に住んでいる方々が顔を合わせるきっかけにもなります。主体的に地域の人たちと活動的に過ごすことは、自分や周りの人も、地域も元気になります。また、地域住民お互いの見守りや、安否確認にもなります。令和5年度には、実施箇所が27か所になり、約450名の方が実践しています。

介護予防・地域での支え合いを進めるため、いきいき百歳体操の普及啓発をすすめていきます。また、住民主体の活動でありながらも、介護予防の効果をより高いものとするため、正しい体操のやり方を盛り込んだDVDを町で作成し活用いただくとともに、体組成計などを活用した体力測定などを通じて、地域でのコミュニケーション・見守りの場としての側面と併せて普及啓発を図っていきます。

※いきいき百歳体操：平成14年に高知市が開発した、ゆっくりとした動きや椅子に座っての動きが中心の筋力向上のための体操で、介護予防効果が実証されている体操。また、同じ地区に住んでいる方が身近なコミュニティセンター分館などに集まって行えるため、地域での見守り、助け合いのきっかけとしても効果が期待される。

③各地区のサロン

住民に最も身近な通いの場として、各地区が主体として実施するふれあいいきいきサロンの活動を支援するとともに、パレス松風によるサロン開催についても引き続き支援していきます。

また、地域の拠点であるコミュニティセンターと伴走しながら、地域の特色を生かした高齢者の生きがいをづくりや役割づくり、支え合いの仕組みづくりを進めます。特に、地域だけで解決できない課題について必要な取り組みを実施していきけるよう、町の関係各課で課題共有を行い、解決策を検討する「庁内連携会議」を開催していきます。

生活支援・介護予防サービスの情報や、取り組み状況については、ホームページ等で公表していきます。

(6) 地域包括支援センターの機能強化

少子高齢化が進行する中、家族構成等高齢者を取り巻く環境は大きく変化し、高齢者単独の課題だけではなく、障がい・就労関連、生活困窮や8050問題等、様々な分野の課題が複雑化し、個人や世帯において複数の分野の課題を抱える等、世帯、地域において複合的な支援を必要とする状況がみられます。

高齢者だけでなく、経済的困窮者、単身・独居者、障がい者、一人親家庭やこれらが複合したケースなどに世代や属性を問わず対応していくためには、多機関・多分野との連携が重要です。

特に、白鷹町社会福祉協議会では、生活困窮や障がい者等の相談業務、福祉サービス利用援助事業による支援等、幅広い分野で地域住民の身近な相談機関としての機能を担っています。また、地域が主体となった「ふれあいサロン」や、傾聴や除雪などのボランティアの支援などのインフォーマルな部分も担っており、自助・互助・共助・公助それぞれの視点を組み合わせた支援により、地域包括ケアシステムの一端を担っています。

そのうえで、今計画期間においては、さらなる重層的な支援体制構築及び専門職人材による長期的、安定的な支援体制の確保を図るため、白鷹町社会福祉協議会との連携を強化しながら、町全体の総合相談体制の在り方について検討を進めてまいります。

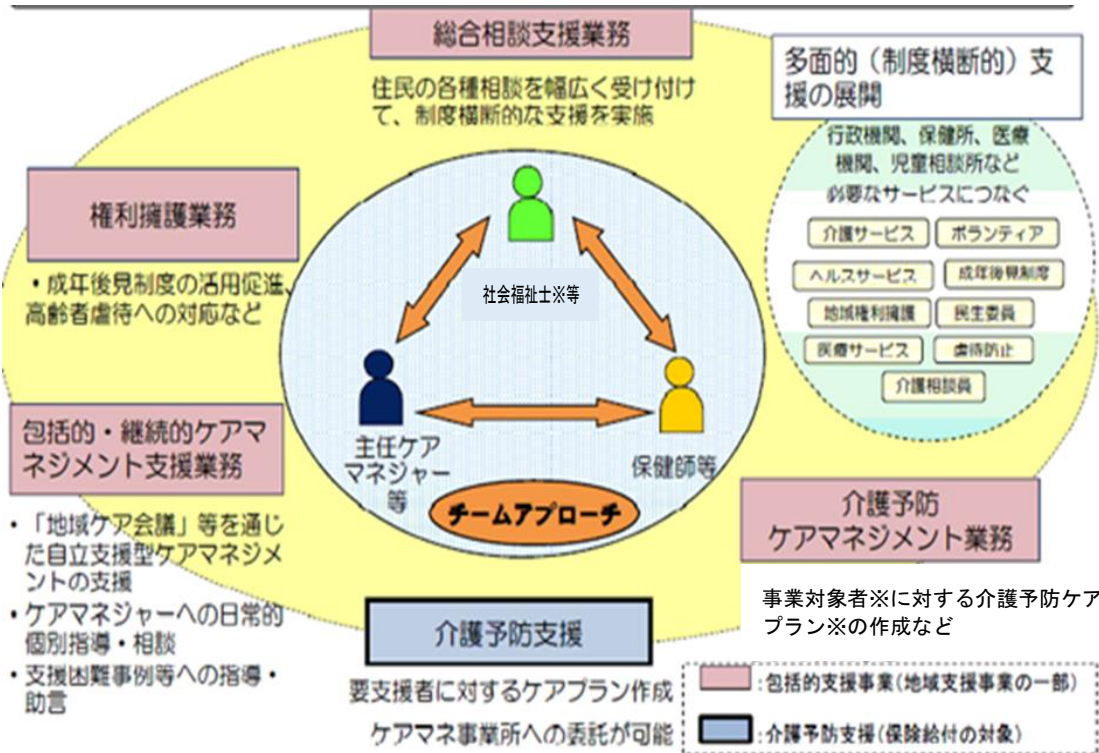
また、今後の高齢化の進展等に伴って増加するニーズに適切に対応する観点から、次のような観点で、業務負担の軽減についても一体的に検討を進めていきます。

- ・ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等による一定の関与をした上での、居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定拡大
- ・ デジタルを活用した情報連携の推進、業務効率化

地域包括支援センター運営協議会による取り組みの内容を評価し、改善を図り、PDCAサイクルに沿って取り組みを充実させます。

地域包括支援センターの活動状況はホームページ等で公表していきます。

○地域包括支援センター体制



出典：厚生労働省



出典：厚生労働省

3 認知症施策の推進

令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。この法律は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる共生社会の実現を目的としており、認知症施策の基本理念が明示されるとともに、当該理念に沿って国・地方自治体が一体となって認知症施策を講じていくこととされました。

認知症になっても本人の意思や尊厳が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、各分野と連携し、認知症施策を推進していきます。

(1) 認知症の正しい知識の啓発

認知症の正しい知識の啓発のため、認知症サポーター養成講座を開催し、地域で認知症高齢者を見守り支える活動を推進します。その中でも、若年層への啓発を強化するため、毎年町内小学5年生、中学2年生に対して、認知症サポーター養成講座を開催し、若い世代から認知症への理解を深める活動を行います。さらに、関係機関と連携しながら、仕事などで各企業や地域にかかわる方の職域サポーター養成を推進するとともに、町職員においても認知症サポーター養成講座を研修として位置づけ実施することで、さまざまな場面で見守り機能を発揮させていくとともに、早期発見・早期治療につなげていくための町の事業の周知普及なども併せて行っていきます。

そのうえで、地域で暮らす認知症の人やその家族の生活支援ニーズ（困りごと、どう過ごしていきたいかなど）と、認知症サポーターなどの地域の支援者をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」の立上げを支援し認知症高齢者を支える地域づくりを推進します。

令和5年度には、チームオレンジが2か所発足し活動を開始しています。今後は、これらの活動の充実に向けた支援を行うとともに、認知症サポーターに対してステップアップの働きかけを行い、必要な支援に繋ぐアウトリーチ※の拡大を図っていきます。

また、認知症啓発紙芝居の上映や認知症予防講座の開催、町報等での正しい知識の啓発、見守り支え合いステッカーの掲示を引き続き行っていきます。また、9月の認知症月間を活用し集中的に趣旨の普及を図るほか、医療機関やチームオレンジとの連携により、認知症の本人からの発信支援についても検討を進めていきます。

若年性認知症については、社会や家庭で重要な役割を担っている時期の認知症発症のため、経済的な面で、本人だけでなく家族等周囲の人にも大きな影響があります。関係機関と連携を図り、必要な情報共有を行い、本人、家族の方の支援を行います。

認知症の状態に応じて、適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパス※を活用し、保健・医療・介護等関係機関との連携を図りながら、認知症の人とその家族が、安心して適切なサービスを受けることができるように支援します。また、高齢者に対しても配布を行い、認知症の正しい知識とサービス等の情報収集ができるよう、認知症についての啓発や理解を深める取り組みを推進します。

- ・認知症の人への支援・認知症の啓発事業

認知症の人やその家族、地域の方等、誰もが気軽に参加できる認知症カフェとして「のどかカフェ」を開催しています。認知症の正しい知識や、対応方法等、認知症に関して日頃から気になっていることについて情報交換を行い、和やかな、話しやすい雰囲気の中参加者同士の交流を図ります。

- ・徘徊高齢者支援事業事前登録（おでかけ見守り事前登録）

認知症の人が、徘徊等で自宅への帰り道がわからなくなったり、行方不明になったときに、早期に発見できるよう、対象の方の情報を事前に登録し、警察署との情報の共有を行い、本人の安全と家族の支援を図ります。

- ・認知症高齢者運転免許証自主返納等支援事業

認知症高齢者による交通事故の減少や自動車による徘徊の防止及び認知症高齢者の安全な移動を支援するため、運転免許証自主返納者等に対して、タクシー利用助成券を交付します。また、デマンドタクシーについても移動手段の一つとして周知を継続していきます。

※アウトリーチ：訪問なども含め、さまざまな媒体を通じて、必要な人に必要なサービスと情報を届けること。

（２）認知症初期集中支援推進事業の強化

認知症の知識を持った専門職で構成される認知症初期集中支援チームが、認知症が疑われる方、認知症の方とその家族を訪問し、アセスメント※や家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援を行います。住み慣れた地域で安心して生活が継続できるよう、認知症の早期の段階で必要な医療やサー

ビスを提供し、支援できるよう、アウトリーチの充実強化を図ります。

また、認知症の人の状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護と医療、地域での見守り等関係機関との連携を図り、本人・家族等が相談できる環境づくりを強化するため、認知症地域支援推進員※を配置します。

物忘れ相談については、認知症の専門である精神科医の相談を通じて、認知症の早期発見、早期受診につなげるとともに、早期予防、治療、適切なサービスの利用等により、家族の介護負担の軽減に努めます。

※認知症地域支援推進員：全国の市町村に配置され、各市町村が進めている認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の特徴や課題に応じた活動を行う人。

（３）高齢者虐待防止

高齢者虐待防止法※により、虐待は市町村が第一義的に責任を負うことが規定されています。特に認知症高齢者は虐待を受けやすいため、白鷹町高齢者・障がい者虐待防止ネットワーク協議会とともに虐待の防止の取り組みを推進し、高齢者の権利を擁護します。

町においては、虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び養護者※に対してPDC Aサイクルを活用し適切な支援を行います。虐待の早期発見・早期対応として保健福祉医療の関係機関と連携を図り、相談受理後速やかにコア会議※を開催し緊急性の判断、虐待の有無、支援方針を決定して対応します。

また、施設従事者を含め、養護者に該当しない者からの虐待防止やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止についても、関係機関等との連携を図ります。

（４）成年後見制度の利用促進

成年後見制度とは、認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が十分でない方が、財産管理や日常生活での契約等を行うときに、判断が難しく不利益をこうむったり、悪徳商法の被害者となることなどを防ぎ、本人の権利と財産を守り、支援する制度です。認知症等によって物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者がつくことにより尊厳ある生活を送れるよう、成年後見制度利用支援等の権利擁護を推進します。必要とする方誰もが制度を利用できるように、審判請求費用並びに

成年後見人等への報酬に対し助成を行います。

認知症や知的障がい、そのほかの精神上的の障がいがあることによって、財産の管理や日常生活等に支障がある方たちの権利擁護支援のニーズは高まっており、地域社会全体で支えていくことは大きな課題となっています。

国は成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年5月施行）及び成年後見制度利用促進基本計画（平成29年3月閣議決定）、第2期成年後見制度利用促進基本計画（令和4年3月閣議決定）を策定しました。

第2期成年後見制度利用促進基本計画においては、地域共生社会の実現に向け、本人を中心とした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの成年後見制度利用促進の取り組みをさらに進めることを目標にしています。

白鷹町においても、町民生活に密接する重要な成年後見制度について利用促進を図るため、普及啓発や情報提供に積極的に取り組んでいきます。

① 置賜成年後見センターの運営

成年後見制度を活用し、認知症高齢者や障がい者の財産管理だけでなく、地域での日常生活等を社会全体で支えることが求められています。そのため、地域における相談窓口を整備するとともに、権利擁護支援の必要な人を発見し、適切に必要な支援に繋げる地域連携の仕組みが必要とされ、その仕組みづくりの中核機関として、置賜地域の3市5町で置賜成年後見センターを令和4年度設置しました。白鷹町においても、関係機関とともに権利擁護や成年後見制度への取り組みを進めていきます。

② 置賜成年後見センターの役割

中核機関として、下記の役割を担っていきます。

(a) 周知・啓発

- ・制度への理解を深めるためのパンフレットの作成、研修会の企画

(b) 相談

- ・二次相談窓口として、一次相談窓口(地域包括支援センター)からの相談対応

(c) 法人後見の受任

- ・受任調整会議により必要と認められた事案を事業受託者の米沢市社会福祉協議会が法人として成年後見人等を受任

(d) 制度の利用促進

- ・一次相談窓口（地域包括支援センター）への情報提供と市民後見人養成に向けた事業を実施

(e) 後見人等への支援

- ・親族の後見人を引き受けている方や後見人を初めて受ける方などからの相談への対応と支援

(f) 地域ネットワーク構築

- ・専門職団体と地域の関係機関との連携
- ・地域での権利擁護支援

4	保険者機能の強化
----------	-----------------

高齢者が住みなれた地域において尊厳あるその人らしい生活を可能な限り継続することができるよう、サービス提供事業所や地域の関係者等とも検討し、各種の介護サービスを適正に提供することができる体制の構築を推進するとともに、必要な人が必要なサービスを利用できるようサービス基盤の整備を行います。

また、これからの地域共生社会の実現に向けた取り組みとして、高齢、障がい等の枠を超えた横断的な支援を行うことができる「共生型サービス」が、介護保険、障害福祉それぞれに位置付けられています。サービス利用者のニーズや、サービス提供事業者の状況をふまえながら、障がいがある方が高齢になっても使い慣れた環境においてサービスを利用し生活できるよう、支援体制の構築に向け引き続き検討を進めていきます。

そして、このような高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取り組みを保険者機能強化推進交付金等※を活用し充実を図ります。

※保険者機能強化推進交付金等：保険者機能強化推進交付金と介護保険者努力支援交付金があり、高齢者の自立支援・重度化防止につながる取り組みや介護予防・健康づくり等に資する取り組みを積極的に行った都道府県・市町村を評価し、その評価に基づいて自治体に支給される交付金。

(1) 介護・介護予防サービスの充実・適正化

介護給付サービスは要介護1～5の認定を受けた方、介護予防サービスは要支援1～2の認定を受けた方を対象としたサービスです。

介護サービスを利用した際の利用者負担は、所得に応じて1割～3割負担です。ただし、負担額には上限が設定されています。

① 居宅サービス

自宅や有料老人ホーム※等で生活しながら受けるサービスです。平成29年度から、訪問介護・通所介護のうち介護予防サービスは介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)に移行し、同様のサービスを提供しています。

(a) 訪問介護

ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の身体介護や調理、洗濯等の生活援助を行ないます。要支援1・2の軽度者については、総合事業で行います。

(b) 訪問入浴介護(介護予防訪問入浴介護)

居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。比較的介護度の高い方の利用が見込まれます。町内に提供事業者はありませんが、広域的に事業を展開している事業者により、ニーズに対する対応は可能な状況にあります。

(c) 訪問看護(介護予防訪問看護)

主治医が必要と認めた方に対し、疾患等を抱えている方の居宅に看護師が訪問し、療養上の世話や診療補助を行います。

(d) 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)

病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた方に対し、理学療法士(P T)、作業療法士(O T)が居宅を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために必要なリハビリテーションを行うサービスです。発症直後等で外出が困難な方のニーズが見込まれます。

(e) 通所介護

デイサービスセンター等において、食事の提供、入浴、そのほか日常生活上の世話及び機能訓練を受けることができるサービスで、居宅サービスの中心的サービスとして位置づけられます。要支援1・2の軽度者については、総合事業で行います。

(f) 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）

病状が安定期にある方が、介護老人保健施設等に通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法、そのほか必要なリハビリテーションを受けることができるサービスです。通所介護同様、介護予防のための個別メニューの確保に努めます。

(g) 福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）

車いすや特殊寝台等の日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与するサービスです。非常にニーズの高いサービスですが、利用により本人の残存機能がかえって損なわれてしまうことのないよう、適切なケアマネジメントのもとで効果的に利用いただけるよう努めます。

(h) 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、そのほか日常生活上の世話及び機能訓練を受けることができるサービスです。

(i) 短期入所療養介護(老健)（介護予防短期入所療養介護）

介護老人保健施設に短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、そのほか必要な医療及び日常生活上の世話を受けることができるサービスです。

(j) 短期入所療養介護(医療)（介護予防短期入所療養介護）

介護療養型医療施設に短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、そのほか必要な医療及び日常生活上の世話を受けることができるサービスです。

(k) 居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

病院・診療所・薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が居宅を訪問し、療養上の管理と指導を行うサービスです。

(l) 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）

養護老人ホーム※や有料老人ホーム、ケアハウス※等に入所している要介護者等が、当該施設のサービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護、そのほか日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を受けることができるサービスです。町内に施設はなく、外部施設の利用での対応となります。

(m) 居宅介護支援（介護予防支援）

介護の知識を幅広く持ったケアマネジャーが保健・福祉・医療サービスの適切な利用ができるよう相談に応じたり、アドバイスをしたりします。また在宅サービス事業者等との連絡・調整を行い、ケアプランを作成します。

(n) 居宅介護福祉用具購入費（介護予防福祉用具購入費）

貸与になじまない入浴や排せつ等のための特定福祉用具を購入したとき、購入費のうち利用者負担額以外の額を支給するサービスです。年間10万円までの用具購入費に対し支給を行い、10万円を超えた分は自己負担となります。福祉用具貸与同様、本人の残存機能の維持、自立支援につながるサービスにしていく必要があるため、適切なケアマネジメントのもとで効果的に利用いただけるよう努めます。「特定福祉用具販売」の指定を受けた事業者から購入した用具のみが、支給の対象となります。

(o) 居宅介護住宅改修費（介護予防居宅介護住宅改修費）

手すりの取り付けや段差の解消等の住宅改修を行ったとき、支給限度基準額20万円を上限として、利用者負担額以外の額を支給するサービスです。

適切なケアマネジメントのもと、対象となる改修範囲の確認や本人の状態に合う改修が適切に行われるよう事前申請や確認を実施します。

② 地域密着型サービス

高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅または地域で生活を継続できるようにするため、身近な町で提供されるのが地域密着型サービスです。

○地域密着型サービスの一覧

サービス名	サービスの概要	町内施設の有無
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら短時間の定期巡回型訪問を行うサービス。	なし
夜間対応型訪問介護	居宅で夜間の定期巡回訪問等によりサービスを受けるもの。	なし
認知症対応型通所介護 (介護予防認知症対応型通所介護)	認知症の人が通いながらサービスを受けるもの。	なし
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」を中心に利用者の状態や希望に応じて随時「訪問」「泊まり」を組合せたサービスを受けるもの。	あり
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)	認知症高齢者グループホーム※に入居し、家庭的な環境のもとで食事等日常生活上の世話及び機能訓練を受けるもの。	なし
地域密着型特定施設入居者生活介護	入居定員が29人以下の軽費老人ホーム・養護老人ホーム等に入居しサービスを受けるもの。	なし
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	入所定員が29人以下の小規模特別養護老人ホームに入所しサービスを受けるもの。	あり
看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせたサービスを受けるもの。	なし
地域密着型通所介護	利用定員18人以下の通所介護事業所に通いサービスを受けるもの。	あり

(a) 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)

ケアセンターとこしえ鮎貝(利用定員24名)がサービスを行っています。環境や関わる職員を変えずに通所や訪問、宿泊の支援を行うことで、認知症高齢者の方をはじめとする利用者の不安や負担を軽減し、自宅で生活する時間をより長く伸ばせるように支援を行います。

(b) 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)

町内には事業所がなく、現在の利用者は町外の施設を利用しています。利用希望者があった場合は、事業所所在市町村と調整し対応します。町内への整備については、今後の計画の中で継続し検討します。

(c) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

特別養護老人ホームマイスカイ中山(29床)がサービスを行っています。原則要介護3以上の常時介護を必要とする方が入所し、長期間介護を受けながら生活します。

(d) 地域密着型通所介護

リハビリデイサービスすがい（利用定員10名）がサービスを行っています。平成28年度から実施している少人数での通所介護サービスです。

③ 施設サービス

施設サービスは、要介護1から5の認定を受けた方が利用できるサービスです。

自宅での生活が困難な高齢者にとって、介護を受けながら安心して生活ができる施設サービスのニーズに対し、現在の整備状況と利用見込み等を勘案し施設サービスの充実を図ります。

(a) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

町内には特別養護老人ホーム白光園（120床）があり、入所することで生活の安定が確保されることから、単身や夫婦のみで生活している高齢の親をもつ家族や、働きで日中の介護が困難な家庭では特に需要が高くなっています。

国の介護保険制度により、入所できる方の要件が原則要介護3以上の方になっています。居宅サービスを有効に利用いただくことで在宅生活を支援する一方、家庭環境等も考慮しながら、より重度で緊急性の高い方の入所が可能となるよう努めます。

(b) 介護老人保健施設

町内には介護老人保健施設白鷹あゆみの園（一般棟80床、認知症専門棟20床）があり、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、そのほか必要な医療並びに日常生活上の介護を身近に受けることができます。認知症専門棟では、認知症の症状がある要介護者の方は専門性のある介護を受けることができます。介護老人保健施設は、一定期間の入所の後、在宅復帰を念頭に置いた施設であり、特別養護老人ホームとは役割が異なります。在宅での生活の継続に必要なほかのサービスとの連携を深め、個人の状態に合ったきめ細かな対応に努めます。

(c) 介護医療院

慢性的な医療ケアを必要とする要介護者が日常的な医学管理を受けながら生活す

る介護保険施設です。町内施設はありませんが、他市町の施設をご利用いただく対応をします。

④ 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進

「介護事故の報告」「介護事故の防止」「事故が発生してしまった際の対応方法」などの管理を行い事故を未然に防ぎ、利用者の安心・安全の確保に努めます。

(2) 介護人材の確保及びデジタル化の推進

近年、高齢化が加速する一方で、生産年齢人口は減少し、介護従事者の高齢化も進んでいます。そのため、介護にかかわる様々な職種で人材不足が生じることが想定されています。このような状況下において、介護に関する各在留資格を有する外国人人材を含め、町内介護施設における介護職員の雇用促進及び定着に向けた人材確保支援を実施していきます。なお、人材の定着には、働きやすい職場づくりが不可欠であることから、ハラスメント対策も含め、各事業所等に対して随時情報提供を行うとともに、適宜働きかけを行っていきます。

また、介護サービスを安定的に提供するためには介護の専門人材が機能を最大限発揮できる環境や効果的・効率的に働ける職場環境の整備が必要です。業務効率化の実現や情報の連携、データ活用による質の向上のため、介護ロボットの活用やデジタル化を推進していきます。

5	高齢者の安心安全な生活の確保
---	----------------

(1) 高齢者が安心安全に生活できる住環境の整備

白鷹町では、高齢者の増加とともに、高齢者のみの世帯と高齢者の単身世帯が増加すると見込まれており、介護を必要としなくとも、安心安全に在宅生活を送れる住宅環境が必要と考えられます。

住まいは日常生活の支援や保健・医療・介護等のサービスの前提となることから、白鷹町住生活基本計画に基づく施策と整合性を図りながら、高齢者が安心安全に生活できるようバリアフリー化等の住環境整備を支援します。

また、県では住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律に基づく居住支援協議会を設置し、低額所得者、被災者、高齢者、障がい者、子どもを育成する家庭、そのほか住宅の確保に特に配慮を要する方や民間賃貸住宅の賃貸人の方に対し、情報の提供等の支援や民間賃貸住宅への円滑な入居の促進に関し必要な措置について協議をし、福祉の向上と豊かで住みやすい地域づくりを進めています。町も県や関係機関と連携を強化し、住宅の確保に特に配慮を要する方に対する賃貸住宅の供給の促進に関して検討を進めていきます。

(2) 日常生活困難者の老人福祉施設への入所

原則として65歳以上の方で、環境上の理由および経済上の理由により、在宅では日常の生活が困難な状態にある方について、老人福祉法による老人福祉施設への入所の措置※を行います。

6 地域での見守りと災害対応

高齢者の増加とともに、高齢者世帯も令和5年には1,345世帯に増加しています。認知症高齢者の数は令和5年で358人と減少しておりますが、要介護認定者に占める認知症高齢者の割合は51%前後で推移しており、今後後期高齢者が増えるにつれて増えていくことが予想されています。顔が見える地域での支え合いは今後ますます重要になります。地域団体とさまざまな組織が連携しながら、見守り支え合い体制づくりを推進します。

(1) 地域での高齢者見守り体制の整備

地域が主体となって実施されている様々な活動を支援することで、見守り・支え合いができる地域づくりを行います。また、防災・雪対策等、高齢者に配慮した生活環境の整備と、見守り・支え合いに努めます。

① 民生委員・児童委員活動の推進

民生委員・児童委員が、地域に暮らす高齢者等の安否確認や見守り訪問等の活動を通して、支援が必要な地域住民が町や関係機関とつながりが持てるように、関係機関との情報共有、必要時には共に行動をしながら支援を行います。また、民生委員・児童委員、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター等の関係者が情報交換を行い、情報共有を図りながら、連携して避難行動要支援者等への支援を行います。

② 高齢者の活動等の支援

高齢者同士が日頃から声を掛け合う地域、また、仲間づくりや支え合いにより高齢者を孤立させない地域を目指し、高齢者の活動を支援します。

ふれあいいいきサロンは、高齢者の介護予防や閉じこもり予防、高齢者同士の仲間づくり等のために大事な場となっています。また、老人クラブ活動は、高齢者の経験や技術を活かす場であり、高齢者の生きがいづくりにもつながっています。今後もより多くの高齢者が参加できるように、事務局の活動を支援します。

③ 冬期間の生活環境の整備～雪はき・雪下ろしの支援

冬期間を安心安全に生活するため、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がい者のみ世帯等で、町民税非課税の世帯を対象に、玄関から道路までの雪はきの支援、屋根の雪下ろしに対する費用の一部を助成し、生活の安全確保を行います。

(2) 避難行動要支援者名簿等の活用による見守りと避難誘導

近年、全国各地で地震や大雨等による大規模災害が頻発しています。当町でも平成25年以降大雨による災害が発生し、令和4年8月にも大雨により被害を受けました。

災害はいつでも、どこでも発生しうるものとして、普段からの備えや見守りの必要性・重要性が再認識されています。特に、災害時に支援を必要とする世帯（一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がい者の世帯など）の状況を、町は事前に把握し避難行動要支援者名簿に登録の上、個別避難計画を整備しています。避難場所としては、通常の避難所のほかに、町内5ヶ所の福祉施設を福祉避難所として必要に応じて開設を依頼します。

そのほかにも、在宅酸素療法者や人工透析患者の台帳も整備し、災害時に備えています。

これらも活用しながら見守りを行うとともに、町、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地域（区・町内）が情報を共有し、災害時には消防団や自主防災組織と連携し、安否確認、避難誘導などの対応を行います。

第5章 介護保険サービスの提供

1 被保険者と要介護認定者数の見込み

令和5年10月1日現在の本町の被保険者数は8,954人ですが、今後は徐々に減少し、令和8年には8,539人と予想されます。

第1号被保険者数はその後令和8年度には4,993人に、第2号被保険者※は3,546人と予想されます。

第1号被保険者に占める要介護認定者の割合（認定率）は、平成30年度をピークにその後減少を続けており、令和8年度では16.84%と予想されます。

	第8期事業計画期間			第9期事業計画期間			令和12年度	令和22年度
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度		
第1号被保険者	5,089	5,093	5,106	5,064	5,050	4,993	4,776	4,181
第2号被保険者	4,066	3,962	3,848	3,713	3,610	3,546	3,292	2,542
被保険者数計	9,155	9,055	8,954	8,777	8,660	8,539	8,068	6,723
要支援及び要介護1の認定者数	402	381	379	349	349	351	351	378
要介護2～5の認定者数	477	491	491	495	492	490	481	513
認定者数計	879	872	870	844	841	841	832	891
認定率	17.27%	17.12%	17.04%	16.67%	16.65%	16.84%	17.42%	21.31%
参考：総人口	13,028	12,791	12,556	11,871	11,617	11,392	10,489	8,490
参考：高齢化率	38.91%	39.64%	40.50%	42.66%	43.47%	43.83%	45.53%	49.25%

・令和3年～令和5年度は各年度10月1日時点の人口からの数値。令和6年度以降は厚生労働省作成将来推計人口

2	在宅サービスの見込み
---	------------

サービスの見込み量については、令和3年度から令和5年度の途中実績をふまえ、厚生労働省配布の地域包括ケア「見える化」システムにより推計しました。

介護給付サービスは要介護1～5の認定を受けた方、介護予防サービスは要支援1～2の認定を受けた方を対象としたサービスです。

在宅サービスの利用見込み量

介護給付サービス		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
訪問介護	回/年度	7,802	7,802	7,802	8,032	10,276
訪問入浴介護	回/年度	207	207	207	207	207
訪問看護	回/年度	1,756	1,756	1,756	1,431	1,843
訪問リハビリテーション	回/年度	907	907	907	837	981
居宅療養管理指導	人/年度	900	900	900	828	936
通所介護	回/年度	17,064	16,953	16,826	15,590	16,430
通所リハビリテーション	回/年度	7,692	7,692	7,692	7,542	8,023
短期入所生活介護	日/年度	9,135	9,135	9,135	8,862	9,049
短期入所療養介護	日/年度	2,918	2,966	2,966	2,698	2,786
福祉用具貸与	人/年度	2,532	2,508	2,508	2,412	2,616
特定福祉用具購入費	人/年度	60	60	60	60	60
住宅改修費	人/年度	36	36	36	36	36
居宅介護支援	人/年度	4,116	4,116	4,116	4,044	4,176
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人/年度	24	24	24	24	24
夜間対応型訪問介護	人/年度	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回/年度	3,262	3,262	3,262	3,181	3,445
認知症対応型通所介護	回/年度	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人/年度	264	264	264	264	264
看護小規模多機能型居宅介護	人/年度	0	0	0	0	0

介護予防サービス		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
訪問入浴介護	回/年度	0	0	0	0	0
訪問看護	回/年度	0	0	0	0	0
訪問リハビリテーション	回/年度	238	238	238	238	142
居宅療養管理指導	人/年度	96	96	96	48	48
通所リハビリテーション	人/年度	384	384	384	396	408
短期入所生活介護	日/年度	109	109	109	109	109
短期入所療養介護	日/年度	98	98	98	98	98
福祉用具貸与	人/年度	768	744	720	768	828
特定福祉用具購入費	人/年度	24	24	24	24	24
住宅改修費	人/年度	24	24	24	24	24
介護予防支援	人/年度	864	864	864	876	936
認知症対応型通所介護	回/年度	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人/年度	24	24	24	24	24

3	施設・居住系サービスの見込み
---	----------------

高齢者のみの世帯や高齢者単身世帯が増加すると見込まれるなかで、設備の整った環境で24時間対応が可能な施設サービスに対するニーズは大きくなると見込まれます。

施設・居住系サービスの利用見込み量

	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
施設サービス					
介護老人福祉施設	134	134	134	131	137
介護老人保健施設	84	84	84	76	79
介護医療院	2	2	2	2	2
施設利用者計	220	220	220	209	218
うち要介護4・5	129	129	129	122	125
施設利用者に対する 要介護4～5の方の割合	58.64%	58.64%	58.64%	58.37%	57.34%
地域密着型サービス					
小規模多機能型居宅介護（宿泊）	6	6	6	6	6
地域密着型介護老人福祉施設	29	29	29	29	29
認知症対応型共同生活介護 （他市町村枠）	2	2	2	2	2
介護専用居住系サービス					
特定施設入居者生活介護 （他市町村枠）	13	13	13	13	13
施設・地域密着型サービス等 利用者数の合計	270	270	270	259	268
要介護2～5の要介護者数の合計	495	492	490	481	513
要介護2～5の要介護者に対する 施設・地域密着型居住系等利用者の割合	54.5%	54.9%	55.1%	53.8%	52.2%

施設・居住系サービスの利用見込み量をもとに、町内施設の利用割合を勘案して次の通り整備を進めます。

医療療養病床から介護保険施設等への転換分については、県による地域医療構想をベースにした検討の結果を基に追加需要分を考慮した結果、現状維持とすることで医療計画との整合性を確保しました。今期計画では、医療療養病床から介護保険施設等への転換分や施設追加は行わず、現在の施設で対応します。

今後とも、個人の状態・家庭環境に合った介護サービスの提供を図るとともに、介護予防事業の実施や在宅生活を支える体制を包括的に推進します。

白鷹町の施設・居住系サービスの定員数

施設種類	令和5年度末 (見込み)	令和6年度末 (見込み)	令和7年度末 (見込み)	令和8年度末 (見込み)
介護保険施設				
介護保険福祉施設 (特別養護老人ホーム)	1施設 120人定員	1施設 120人定員	1施設 120人定員	1施設 120人定員
介護老人保健施設 (短期入所療養介護を含む)	1施設 100人定員	1施設 100人定員	1施設 100人定員	1施設 100人定員
地域密着型サービス				
地域密着型 介護老人福祉施設	1施設 29人定員	1施設 29人定員	1施設 29人定員	1施設 29人定員
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	1施設 定員24人 (宿泊6通所12)	1施設 定員24人 (宿泊6通所12)	1施設 定員24人 (宿泊6通所12)	1施設 定員24人 (宿泊6通所12)
高齢者施設				
有料老人ホーム等	1施設 50人定員	1施設 50人定員	1施設 50人定員	1施設 50人定員

◎特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム等に関しては、介護保険法における総量規制の対象となる施設ではありませんが、介護ニーズの受け皿になる施設として記載するものです。

4	地域支援事業の事業実施内容及び対象者数等の見込み
---	---------------------------------

介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業・任意事業それぞれについて、主な事業内容及び対象者数等のアウトカム指標について、下記のとおり見込みました。

アウトカム指標に対する達成度を毎年度評価し、第6次総合計画で掲げる介護認定率の減少に向け、随時改善を行っていきます。

(1) 介護予防・日常生活支援サービス事業

●主な事業の実施内容（アウトプット）

- ・訪問介護サービス（従前相当）の実施
- ・通所介護サービス（従前相当）の実施
- ・通所型サービスA 2か所（八乙女げんき塾、元気パワーアップクラブ）
- ・通所型サービスB 2か所（つどいの場にじ、つどいの場なないろ）、移動支援の実施
- ・通所型サービスC 1か所

●アウトカム指標

事業名		令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護サービス （従前相当）	延人数 （人/年度）	130	130	130
通所介護サービス （従前相当）	延人数 （人/年度）	800	800	800
通所型サービスA （八乙女げんき塾）	参加実人数 （人/年度末）	55	60	65
通所型サービスA （元気パワーアップクラブ）	参加実人数 （人/年度末）	36	36	36
通所型サービスB	参加延人数 （人/年度）	1,150	1,220	1,300
通所型サービスC	参加実人数 （人/年度）	20	22	25

- 改善状況などを見る化し、より定量的に評価できる手法を検討していく。

(2) 一般介護予防事業

●主な事業の実施内容（アウトプット）

- ・一般介護予防教室 2か所（元気わくわく教室、元気ワンダフル教室）
- ・パレス松風健康づくりサロン開催への補助の実施
- ・ふれあいいいききサロン開催への補助の実施
- ・各地区で実施する百歳体操の場及び効果的な実施方法等の普及
- ・ヒアリングフレイル予防事業の実施（講演会や聴力チェックなどを通じた聞こえの重要性についての趣旨普及、難聴（疑い）者への受診勧奨、補聴器等購入に係る補助など）

●アウトカム指標

事業名		令和6年度	令和7年度	令和8年度
元気わくわく教室	参加実人数 (人/年度末)	100	110	120
元気ワンダフル教室	参加実人数 (人/年度末)	20	20	20
パレス松風健康づくりサロン	参加延人数 (人/年度)	250	350	450
ふれあいいきいきサロン	か所数	25	25	25
いきいき百歳体操	か所数	28	29	30
ヒアリングフレイル予防事業	聴力チェック 実施延人数 (人/年度)	50	100	100
	難聴(疑い) 者の医療機関 受診率(%)	50	50	50

(3) 包括的支援事業・任意事業

●主な事業の実施内容（アウトプット）

- ・総合相談支援事業の実施
- ・75歳以上の単身高齢者の実態把握のための訪問、ほかの高齢者への働きかけ
- ・認知症の趣旨普及及び早期対応のための取り組み
 - ▶認知症初期集中支援チームの実施、物忘れ相談の実施
 - ▶認知症サポーター養成（特に、職域サポーターの養成を強化）
 - ▶チームオレンジの立上げ・運営支援
 - ▶認知症カフェの実施
- ・町立病院及び町内開業医との相談会の定期開催、介護と医療の連携拠点の設置及び活用
- ・地域ケア会議によるケース検討及び課題把握 年24ケース（2ケース/月）
- ・支えあいの仕組みづくりの推進及び担い手の養成、地域共生社会における庁内連携会議における定期的な協議の実施

●アウトカム指標

事業名		令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーターの養成	受講延人数 (人/年度)	250	250	250
チームオレンジ	チーム数	2	3	4
認知症初期集中支援チーム	新規利用実人数 (人/年度)	15	20	25
地域ケア会議	会議後の維持又は改善率(%)	90	90	90

5 介護サービス給付費等の見込み

年度ごとのサービス給付費の見込み額は下記のとおりになります。3年間の介護サービス給付費見込額は41億4,100万円と見込まれます。

介護サービスの給付費の見込額 (単位:千円)

サービス項目	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		
介護サービス費用	(1) 居宅サービス	407,013	406,815	405,382	386,404	415,053	
	訪問介護	28,931	28,968	28,968	30,056	38,680	
	訪問入浴介護	2,454	2,457	2,457	2,457	2,457	
	訪問看護	8,570	8,581	8,581	6,895	9,033	
	訪問リハビリテーション	2,722	2,725	2,725	2,523	2,952	
	居宅療養管理指導	4,932	4,939	4,939	4,541	5,146	
	通所介護	133,190	132,530	131,097	121,203	128,255	
	通所リハビリテーション	68,964	69,051	69,051	67,498	72,164	
	短期入所生活介護	67,333	67,418	67,418	65,196	66,619	
	短期入所療養介護	30,602	31,109	31,109	28,031	28,921	
	特定施設入居者生活介護	25,800	25,833	25,833	25,833	25,833	
	福祉用具貸与	31,679	31,368	31,368	30,335	33,157	
	特定福祉用具購入費	1,836	1,836	1,836	1,836	1,836	
	(2) 地域密着型サービス	171,045	171,262	171,262	170,781	172,151	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4,686	4,692	4,692	4,692	4,692	
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	
	地域密着型通所介護	17,115	17,137	17,137	16,656	18,026	
	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	48,960	49,022	49,022	49,022	49,022	
	認知症対応型共同生活介護	6,324	6,332	6,332	6,332	6,332	
	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	93,960	94,079	94,079	94,079	94,079	
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	
	複合型サービス	0	0	0	0	0	
	(3) 住宅改修	2,520	2,520	2,520	2,520	2,520	
	(4) 居宅介護支援	57,588	57,661	57,661	56,759	58,738	
	(5) 介護保険施設サービス	713,124	714,027	714,027	678,579	705,557	
	介護老人福祉施設	454,800	455,376	455,376	444,628	464,095	
	介護老人保健施設	252,204	252,523	252,523	227,823	235,334	
	介護医療院	6,120	6,128	6,128	6,128	6,128	
	介護サービス費用(小計)→(I)	1,351,290	1,352,285	1,350,852	1,295,043	1,354,019	
	介護予防サービス費用	(1) 居宅サービス	22,097	21,950	21,854	22,381	22,926
		介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護		0	0	0	0	0	
介護予防訪問リハビリテーション		661	662	662	662	396	
介護予防居宅療養管理指導		456	457	457	221	221	
介護予防通所リハビリテーション		12,240	12,255	12,255	12,718	13,181	
介護予防短期入所生活介護		674	675	675	675	675	
介護予防短期入所療養介護		1,181	1,182	1,182	1,182	1,182	
介護予防特定施設入居者生活介護		1,581	1,583	1,583	1,583	1,583	
介護予防福祉用具貸与		4,584	4,416	4,320	4,620	4,968	
特定介護予防福祉用具購入費		720	720	720	720	720	
(2) 地域密着型サービス		1,152	1,153	1,153	1,153	1,153	
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		1,152	1,153	1,153	1,153	1,153	
介護予防認知症対応型共同生活介護		0	0	0	0	0	
(3) 介護予防住宅改修		1,560	1,560	1,560	1,560	1,560	
(4) 介護予防支援		4,176	4,182	4,182	4,251	4,539	
介護予防サービス費用(小計)→(II)	28,985	28,845	28,749	29,345	30,178		
給付費 (I) + (II)	1,380,275	1,381,130	1,379,601	1,324,388	1,384,197		
3年間計			4,141,006				

6	標準給付費の見込額
----------	------------------

介護サービス総給付費（A）に、その他のサービス（B）、（C）、（D）、（E）を加えたものを標準給付費といい、令和6年度から令和8年度の標準給付費見込額は下記のとおりです。3年間の標準給付費見込額は45億6,138万円と見込まれ、第1号被保険者の保険料算定の基になります。

介護サービス標準給付費の見込額

（単位：千円）

標準給付費の見込額	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
介護サービス総給付費 （含、利用者3割負担及び消費税等見直し影響額） (A)	1,380,275	1,381,130	1,379,601	1,324,388	1,384,197
特定入所者介護サービス費※等給付額 (B)	107,000	102,000	100,000	86,115	92,222
高額介護サービス費※等給付額 (C)	32,000	30,000	28,000	27,709	29,674
高額医療合算介護サービス費※等給付額 (D)	6,000	5,500	5,500	3,925	4,204
算定対象審査支払手数料 (E)	1,460	1,460	1,460	1,241	1,328
標準給付費見込額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E) =	1,526,735	1,520,090	1,514,561	1,443,378	1,511,625

7	地域支援事業の見込額
----------	-------------------

介護予防事業等を行う地域支援事業の令和6年度から令和8年度までの費用見込額は下記のとおりです。3年間の地域支援事業見込額は2億7,655万円と見込まれ、第1号被保険者の保険料算定の基になります。

地域支援事業費の見込額

(単位：千円)

地域支援事業費の見込額	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業 (A)	46,943	46,943	46,943
包括的支援事業及び任意事業 (B)	45,239	45,239	45,239
合計 (A) + (B) =	92,182	92,182	92,182
(B) 内訳			
・ 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	30,689	30,689	30,689
・ 包括的支援事業 (社会保障充実分)	14,550	14,550	14,550

8	市町村特別給付の見込額
----------	--------------------

おむつの支給については、保険給付の一部として市町村特別給付により実施しています。本計画期間における給付費は900万円と見込まれ、第1号被保険者の保険料で賄われます。

市町村特別給付費の見込額

(単位：千円)

市町村特別給付費の見込額	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市町村特別給付費 (おむつ支給)	3,000	3,000	3,000

9	保険料の算出
---	--------

介護サービスを利用した場合、費用の1割～3割が自己負担となり、残りを保険料と公費からサービス給付費として支払います。自己負担額の上限を超えた分を高額介護サービス費、施設入所による食費や居住費の限度額を超える分を特定入所者介護サービス費等、その他のサービス分が保険給付費の対象となります。

さらに、介護予防事業等を行う地域支援事業費も保険給付費の対象となります。

この保険給付費の財源は、40歳以上の方が納める介護保険料が50%（第1号被保険者（65歳以上）23%、第2号被保険者（40～64歳）27%）、残り50%は国と県と町の公費負担となっています。

また、要介護高齢者等を介護している家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を図ると共に、要介護高齢者の在宅生活の継続・向上を図る目的で、おむつ支給事業（市町村特別給付）に取り組みます。

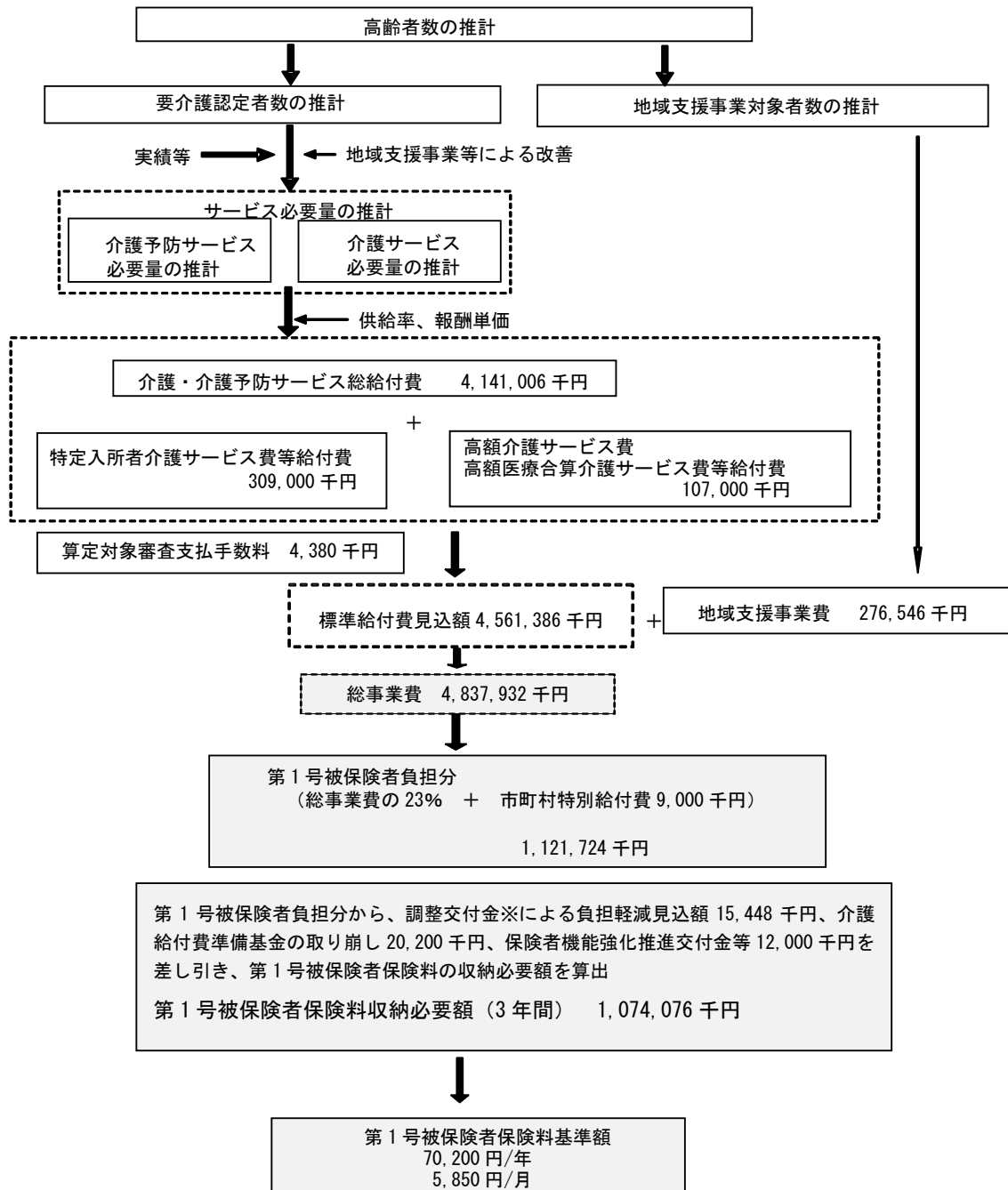
なお、介護給付費準備基金※の積立金を取り崩し、保険料の上昇を抑えます。

10 第1号被保険者の保険料

介護サービス標準給付費、地域支援事業費及び市町村特別給付の見込額を基に算定すると、第1号被保険者の保険料基準額（第5段階）は、年額70,200円（1月あたり5,850円）です。

	第8期 (令和4年10月)	第9期 (令和7年)
総人口 (人)	12,791	11,617
第1号被保険者数 (人)	5,093	5,050
65～74歳	2,459	2,345
75歳以上	2,634	2,705
要介護認定者数 (人)	872	841
年度給付額合計 (地域支援事業費・市町村特別給付含む) (千円)	1,506,954	1,615,272
保険料 (月額) (円)	5,850	5,850

第1号被保険者の保険料算出方法



11 第1号被保険者の保険料所得段階及び保険料

第8期計画 (令和3年度～令和5年度)		第9期計画 (令和6年度～令和8年度)	
第1段階 (基準額×0.5) 年額 35,100 ◎公費による軽減後 ×0.3 (21,060)	・生活保護受給者の方 ・老齢福祉年金受給者で、世帯全員が町民税非課税の方 世帯全員が町民税非課税の方で、課税年金収入額及び合計所得金額の合計が80万円以下の方	第1段階 (基準額×0.455) 年額 31,941 ◎公費による軽減後 ×0.285 (20,007)	同左
第2段階 (基準額×0.75) 年額 52,650 ◎公費による軽減後 ×0.5 (35,100)	世帯全員が町民税非課税の方で、課税年金収入額及び合計所得金額の合計が80万円超、120万円以下の方	第2段階 (基準額×0.685) 年額 48,087 ◎公費による軽減後 ×0.485 (34,047)	同左
第3段階 (基準額×0.75) 年額 52,650 ◎公費による軽減後 ×0.7 (49,140)	世帯全員が町民税非課税の方で課税年金収入額及び合計所得金額の合計が120万円を超える方	第3段階 (基準額×0.69) 年額 48,438 ◎公費による軽減後 ×0.685 (48,087)	同左
第4段階 (基準額×0.9) 年額 63,180	世帯に町民税課税者があり、本人は町民税非課税で課税年金収入額及び合計所得金額の合計が80万円以下の方	第4段階 (基準額×0.9) 年額 63,180	同左
第5段階 (基準額×1.0) 年額 70,200	世帯に町民税課税者があり、本人は町民税非課税で第4段階に該当しない方	第5段階 (基準額×1.0) 年額 70,200	同左
第6段階 (基準額×1.2) 年額 84,240	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方	第6段階 (基準額×1.2) 年額 84,240	同左
第7段階 (基準額×1.25) 年額 87,750	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上160万円未満の方	第7段階 (基準額×1.25) 年額 87,750	同左
第8段階 (基準額×1.4) 年額 98,280	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が160万円以上210万円未満の方	第8段階 (基準額×1.3) 年額 91,260	同左
第9段階 (基準額×1.55) 年額 108,810	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	第9段階 (基準額×1.5) 年額 105,300	同左
第10段階 (基準額×1.75) 年額 122,850	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上の方	第10段階 (基準額×1.7) 年額 119,340	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の方
		第11段階 (基準額×1.9) 年額 133,380	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の方
		第12段階 (基準額×2.1) 年額 147,420	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の方
		第13段階 (基準額×2.3) 年額 161,460	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の方
		第14段階 (基準額×2.4) 年額 168,480	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の方

12	保険料段階ごとの被保険者数
----	---------------

令和6年度から令和8年度の保険料段階ごとの被保険者数の見込みは下記のとおりです。

(人)

保険料段階	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1段階	410	399	385
第2段階	466	455	440
第3段階	517	505	497
第4段階	496	484	471
第5段階	1,297	1,298	1,284
第6段階	871	869	873
第7段階	364	374	371
第8段階	259	264	268
第9段階	228	234	230
第10段階	76	75	78
第11段階	20	31	35
第12段階	15	15	14
第13段階	10	10	10
第14段階	35	37	37
合計	5,064	5,050	4,993

13	介護保険料の低所得者への配慮と利用者負担額の軽減
----	--------------------------

介護保険は、社会全体で介護を支える相互扶助制度です。しかし、介護サービスが必要でありながら、経済的な理由で利用ができなかったり、制限されたりすることのないように、個別の事情に応じた次のような配慮を実施します。

(1) 保険料所得段階及び保険料軽減措置

第6期からの第1号被保険者（65歳以上）の保険料は、国の制度改正により本人や世帯の所得に応じて原則6段階から9段階の金額に区分されました。本町においては、既に第4期から所得区分を9段階で実施しております。町のこれまでの経緯は、所得の少ない方への配慮として、第3期の平成18年度から7段階を設け、段階ごとの負担割合を変更してきました。また、合計所得金額が125万円以下の場合に個人町民税が非課税とされた高齢者の非課税限度額の廃止等の税制改正のため、介護保険料段階が上がった場合には、激変緩和を行ってきました。この激変緩和措置は平成18～19年度実施され、さらに平成20年度については、保険者の判断で激変緩和措置継続が可能となり、本町では平成19年度同様の措置を実施してきました。

第4期においては、第3期における激変緩和措置を踏まえ、保険料負担段階第4段階で公的年金等収入額及び合計所得金額の合計が80万円以下の方について、保険者の判断により基準額に乗ずる割合を軽減する激変緩和措置を講じました。合計所得金額が125万円以下の方についても、段階を設定し緩和措置を行い、保険料段階を9段階とし、所得にあわせた保険料について配慮してきました。

第6期においては、国の基準の第7段階を2つに分け保険料を10段階の設定とし、また第1段階の方に対し、国、県、町から公費を投入し保険料の軽減を強化いたしました。

第7期の介護保険法施行規則の改正により、第6段階から第9段階のそれぞれを区分する基準所得金額を変更しました。

第8期においては、引き続き保険料を10段階に設定し、第1段階から第3段階の方に対し、公費を投入し保険料の軽減を継続しました。

第9期においては第8期の10段階に、国の制度改正による4段階を追加し14段階の設定としました。また、基準額に乗ずる割合は第7段階を据え置きとしたほかは国の

基準としました。

(2) 保険料の減免

災害や感染症の影響等の特別な事情で所得が下がったことにより保険料が納められない方や、生活に困窮している方については、白鷹町介護保険条例に基づき減免します。

(3) 利用者負担の軽減（食費・居住費）

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院を長期又は短期に利用する場合、食費・居住費は利用者負担が原則ですが、低所得者の方については、申請により所得に応じて負担軽減をします。

(4) 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度

低所得者の利用者負担軽減を図り十分なサービスが受けられるように、社会福祉法人等が提供する介護サービス等について、これを利用した際の利用者負担額を軽減する制度があります。

14	介護保険事業の円滑な制度運営
----	----------------

(1) 総合相談窓口の対応

地域包括支援センターを総合的な相談窓口として、関係機関と連携をとり包括的な支援に努めます。

① 地域包括支援センター運営協議会の開催

地域包括支援センター運営協議会を開催し、包括的地域福祉ネットワークが効果的に機能するよう総合調整を行います。

② 地域包括ケアの推進

高齢者に対する介護保険を含むさまざまな福祉サービスは、保健・福祉・医療サービス等多種多様な職種が関わって提供されます。一人ひとりに最も適したサービスを提供するため、それぞれの情報を共有するための体制の強化、充実を進めます。

会議名		目的
地域 ケア 会議	個別ケア会議	個別事例の検討から地域課題を把握
	地区別ケア会議	地域課題を地域代表や行政、包括ケア関係者で検討
	事業所ケア会議	地域課題を行政や介護事業者等の包括ケア関係者で検討
	代表者ケア会議	地域課題から社会資源の開発、政策形成
サービス調整会議		サービス事業所とケアマネジャーによる利用者についてのサービスの調整や情報交換
白鷹町立病院との連絡会		病院とケアマネジャー、地域包括支援センターの連絡会 病院と地域包括支援センターの連絡会
町内開業医との連絡会		開業医とケアマネジャー、地域包括支援センターの連絡会

(2) 介護給付適正化の推進

介護給付適正化事業の取り組みの帳票点検や内容の充実を図り、取り組み状況をホームページ等で公表します。

○要介護認定の適正化

保険者は、研修を受けた調査員が、本人の心身の状態及び生活状況を動作確認等を行うことで適切な介助量を計るとともに、介護者の疲労や精神的負担にも配慮し認定調査を実施します。また、要介護認定更新の際には前回と同一調査員とならないよう配慮し、公平な調査を行います。調査員は研修会等に積極的に参加し、常に適正な認定調査を行うことができるよう研鑽に努めます。また、町の調査員が全ての調査内容について事後点検を行うことで、適切な認定を確保します。

認定審査会を年18回程度開催し、審査判定を行います。保健・福祉・医療の各分野で豊富な学識経験を有する委員を委嘱し、多面的な視点による的確な認定審査を実施します。また、心身の状態が落ち着いていると判断される要介護認定者については審査の簡素化を図り認定審査員の負担軽減に努めることで、要介護認定を適正に遅滞なく実施する体制を推進します。

【目標】

目標値の内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査票の事後点検	100%	100%	100%
業務分析データの活用	年1回	年1回	年2回

○ケアプラン点検

①ケアプラン点検

毎年度1事業所を訪問し、ケアプランの点検を行うことにより、介護支援専門員とともにプラン内容等を確認検証しながら取り組みの支援を行い、ケアプランの適正化を図ります。

【目標】

目標値の内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問によるケアプラン点検	1事業所	2事業所	1事業所

②住宅改修等の点検

住宅改修の点検は、提出書類及び写真等から判断して行いますが、施工前審査と施工後審査の書類等に疑義が生じた場合や改修規模が大きく複雑である場合等には現地調査・確認を行います。また、必要に応じて地域ケア会議等を活用した点検確認を行います。

【目標】

目標値の内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
書面による点検	100%	100%	100%
疑義が生じた場合等の現地調査	100%	100%	100%

③福祉用具購入・貸与調査

福祉用具の利用に関し、提出書類や介護給付適正化システムから出力される帳票等を用いて点検を実施します。また、適時利用状況等をケアマネジャーから聞き取り、必要性や利用状況等に疑義が生じた場合は、現地調査・確認を実施します。

【目標】

目標値の内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
書面による点検	100%	100%	100%
疑義が生じた購入・貸与の現地調査	100%	100%	100%

○医療情報との突合・縦覧点検

国保連合会に業務を委託し、提供される情報により独自点検を実施し、請求内容の誤りや重複請求を早期に発見することにより適切な処理を行います。

【目標】

目標値の内容	令和6年度	令和7年度	令和8年度
職員による点検の実施	年4回以上	年4回以上	年4回以上

(3) 介護サービスに関する苦情相談への対応

利用者またはその家族、介護サービス事業者等からの介護サービスに関する苦情を国民健康保険団体連合会で受け付けるとともに、町やサービス提供事業者に対して直接寄せられた苦情についての情報収集を積極的に行い、関連機関と連携をとりながら迅速な解決に努めます。