

第9期 五霞町高齢者福祉計画・ 介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度



令和6年3月
五霞町

はじめに

介護保険制度は、平成12年の創設から23年が経過し、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして定着してまいりました。

しかしながら、わが国の高齢化率は急速に進んでおり、本町の高齢化率も令和5年10月時点で36.4%、今後もさらに上昇が見込まれ、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年(2040年)には41.9%と予想されます。



また、今回の計画期間中(令和6年度～令和8年度)には団塊の世代の全てが75歳を迎え、高齢者人口がピークを迎える2040年には医療・介護・福祉サービスの需要が最も高まることから、様々なニーズのある要介護高齢者が増加、現役世代が急減することにより、介護の担い手不足が重要な課題となってまいります。

このような状況の中、第8期の取組みである「地域包括ケアシステム」を継承しつつ、本計画の基本理念である「地域で支え合う 健康で安心して生活できるまちづくり」の実現に向け、「第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定いたしました。

今後も計画の下、高齢者の皆様が住み慣れた地域で健康でいきいきと安心して暮らし続けられるよう、介護予防・健康づくりの推進、生活支援体制の充実、認知症対策などに取り組むとともに、高齢者の社会参加、支え合いの体制づくり、地域での見守り体制の充実を進めてまいります。

結びに本計画の策定にあたりご尽力を賜りました計画策定委員の皆さまをはじめ、関係機関の皆さま、アンケート調査を通じて貴重なご意見をいただきました町民の皆さまに心から感謝申し上げます。

令和6年3月

五霞町長 知久 清志

目次

総論

第1章 計画の基本的な考え方

第1節 計画策定の背景と主旨	3
第2節 計画の位置づけ	5
第3節 計画の策定体制	8
第4節 日常生活圏域の設定	8

第2章 高齢者を取り巻く状況

第1節 人口と世帯の状況	9
第2節 アンケート調査結果	18
第3節 今後の課題	30

第3章 計画の将来ビジョン

第1節 計画の基本理念	33
第2節 基本目標	34
第3節 施策の体系	36

各論

第1章 高齢者福祉計画

第1節 高齢者の自立支援と健康づくりの推進	39
第2節 高齢者の生きがい対策の推進	44
第3節 地域で支え合う体制づくり	48
第4節 暮らしやすい生活環境の整備	51

第2章 地域支援事業の充実

第1節 介護予防・日常生活支援総合事業	55
第2節 包括的支援事業	60
第3節 任意事業	69

第3章 介護保険事業計画

第1節 個別サービスに関する実績と今後の見込み	71
第2節 介護保険制度の円滑な運営	82

第4章 介護保険事業費の見込み

第1節 介護保険料の算出	85
第2節 介護保険料の算定	90
第3節 令和12(2030)年・令和22(2040)年の予測	93

第5章 計画の推進

第1節 推進体制の強化	96
第2節 計画の進行管理	97

資料編

1 策定経過	98
2 五霞町介護保険事業計画等策定委員会条例	99
3 五霞町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿	101

総論

第1章 計画の基本的な考え方

第2章 高齢者を取り巻く状況

第3章 計画の将来ビジョン

高齢者福祉や介護保険制度をめぐり、わが国では近年どのような課題が注目されているのでしょうか。第1章では、これまでの国・社会の動向や、計画の位置づけなど基本的な事項を整理します。第2章では五霞町の高齢者を取り巻く状況を確認し、第3章では基本理念、基本方針、人口推計など計画の将来ビジョンをまとめます。

第1章 計画の基本的な考え方

第1節 計画策定の背景と主旨

1 計画策定の背景

介護保険制度は、平成12年4月に施行されてから23年が経過し、全国でも介護サービスの利用者数はスタート時の3倍を超えるなど、高齢期の暮らしを支える社会保障制度として、必要不可欠な制度となっています。

第8期計画では、団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年を見据え、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、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自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、介護サービスの確保のみに留まらず、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確保される体制である「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んできました。

今後、高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる「地域共生社会」の実現に向けた中核的な基盤に発展させる必要があります。

また、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯、認知症高齢者の増加も見込まれるなど、介護サービス需要が更に増加し、多様化することが想定される一方で、現役世代の減少が顕著となり、高齢者福祉・介護保険制度を支える人的基盤の確保が課題となります。

第9期計画では、地域包括ケアシステムの構築を目指した令和7(2025)年を迎えるとともに、現役世代が急減する令和22(2040)年を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画の策定が求められることとなります。

本町では、「第8期五霞町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」において、「地域で支え合う 健康で安心して生活できるまちづくり」を基本理念として掲げ、介護保険制度を含めた高齢者施策の体系的な推進と円滑な実施を目指した数々の取組を進めてきました。

今回の「第9期五霞町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」(以下、「本計画」といいます)は、上記のような国の状況・方針と、第8期までの取組を踏まえ、全ての高齢者が地域社会において自分らしく健やかに、安心して日常生活を送ることができるよう、引き続き地域包括ケアシステムを深化・推進するための計画とし、持続可能な介護保険制度や高齢者福祉施策の確立、地域共生社会の実現を目指して策定します。

2 国の基本指針

計画策定にあたり、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の改正が行われました。

第9期計画における「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」のポイントの要点整理は次のとおりです。

《基本指針》

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎える
- 団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減する見込み
- 都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の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、地域の実情に応じて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施策や目標の優先順位を検討した上で、介護保険事業(支援)計画に定めることが重要

《見直しの主なポイント》

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

- ①地域の実情に応じたサービス基盤の整備
 - ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
 - ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
 - ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要
- ②在宅サービスの充実
 - ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための地域密着型サービスの更なる普及
 - ・複合的な在宅サービスの整備の推進
 - ・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

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ①地域共生社会の実現
 - ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
 - ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
 - ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要
- ②デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備
- ③保険者機能の強化
 - ・給付適正化事業の取組の重点化、内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える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
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

第2節 計画の位置づけ

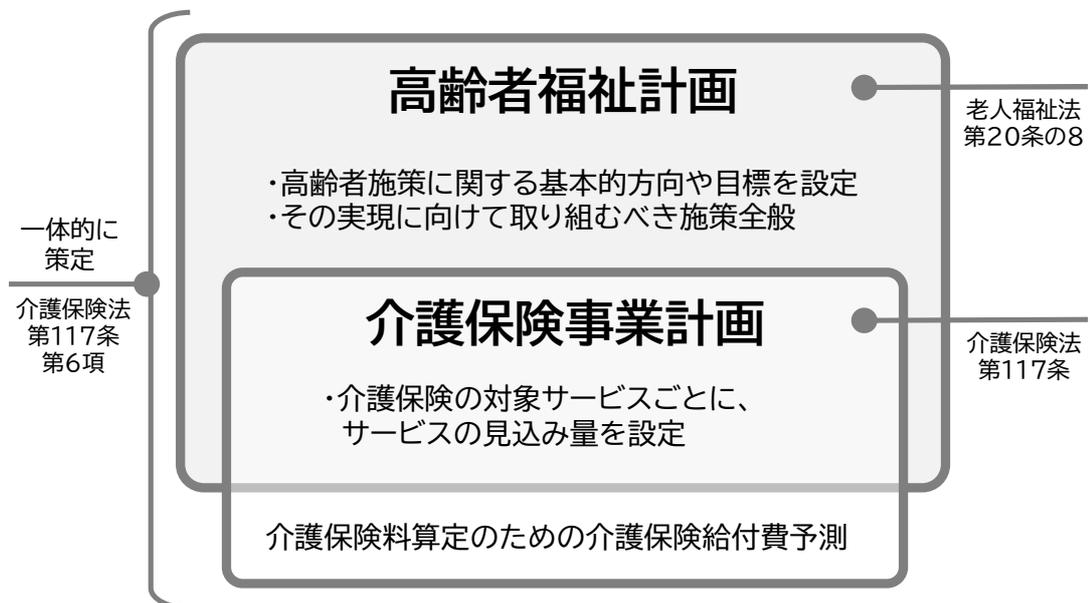
1 法的根拠

本計画は、高齢者に関する施策を総合的に推進していくために、本町における「高齢者福祉計画」と「介護保険事業計画」を、介護保険法第117条第6項の規定により包括的に策定するものです。

高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8に規定された「市町村老人福祉計画」に位置づけられる計画であり、高齢者施策に関する基本的方向や目標を設定し、その実現に向けて取り組むべき施策全般を定めるものです。

介護保険事業計画は、介護保険法第117条に規定され、3年を1期としての策定が義務づけられているものです。介護保険の対象サービスの種類やサービスの見込み量を定め、介護保険事業費の見込み等について明らかにするとともに、保険給付の円滑な実施を確保するために策定します。

▼「高齢者福祉計画」「介護保険事業計画」の包括的策定

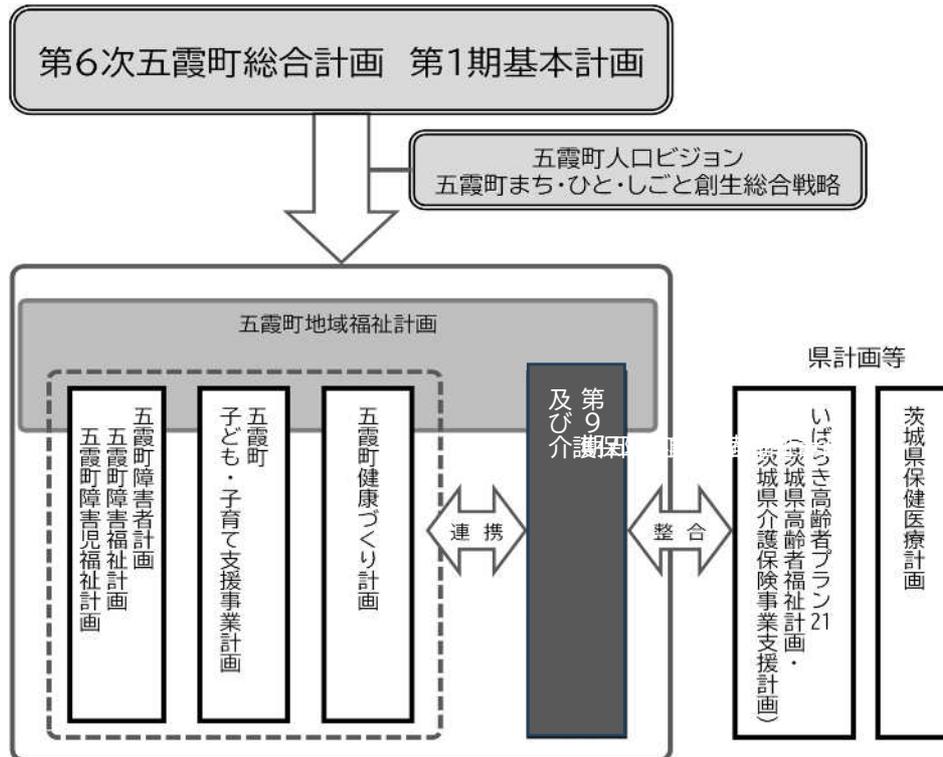


2 各関連計画との調和

本計画は、「第6次五霞町総合計画 第1期基本計画」(令和2年3月策定)を上位計画として位置づけ、高齢者に関する福祉の施策を包括するものとします。

第8期計画に引き続き地域包括ケアシステムの進化・推進に取り組む計画であり、本町の福祉施策全体に関連性の深い計画であることから、町の関連計画との整合性に配慮しながら策定します。また、国の基本指針、県の関連計画とも整合を図り策定します。

▼関連計画との整合・連携



3 認知症施策の総合的な取り組みを含めた策定

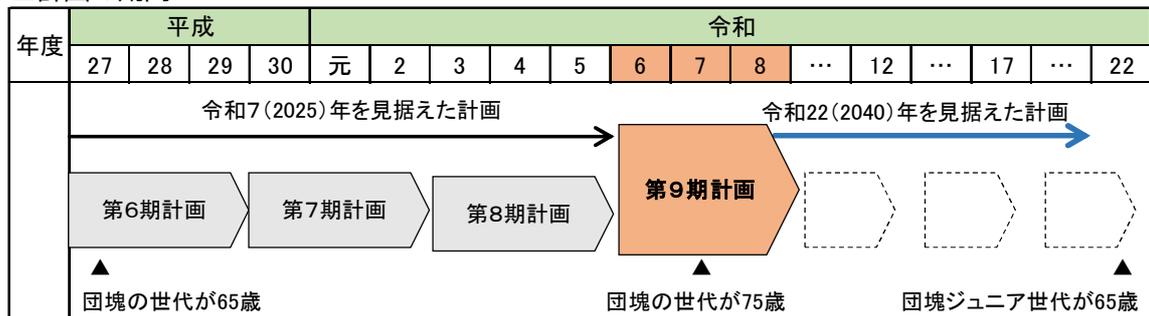
認知症に関する法律「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が令和5年6月14日に成立しました。この法律には、認知症の人が尊厳を持ち、希望を持って暮らせる共生社会の実現や社会参加の機会の確保、意思決定の支援や権利利益の保護等が盛り込まれています。

本計画は、認知症基本法の基本理念に基づいた認知症施策の総合的な取り組みを踏まえて策定します。

4 計画の期間

本計画は、令和6年度を初年度とし、令和8年度を目標年度とする3か年の計画です。令和12(2030)年、令和22(2040)年までを見据えつつ、引き続き町の実情に合わせた地域包括ケアシステムを進化・推進させるための計画と位置づけ、最終年度にあたる令和8年度には本計画を見直して第10期計画の策定を行います。

■計画の期間



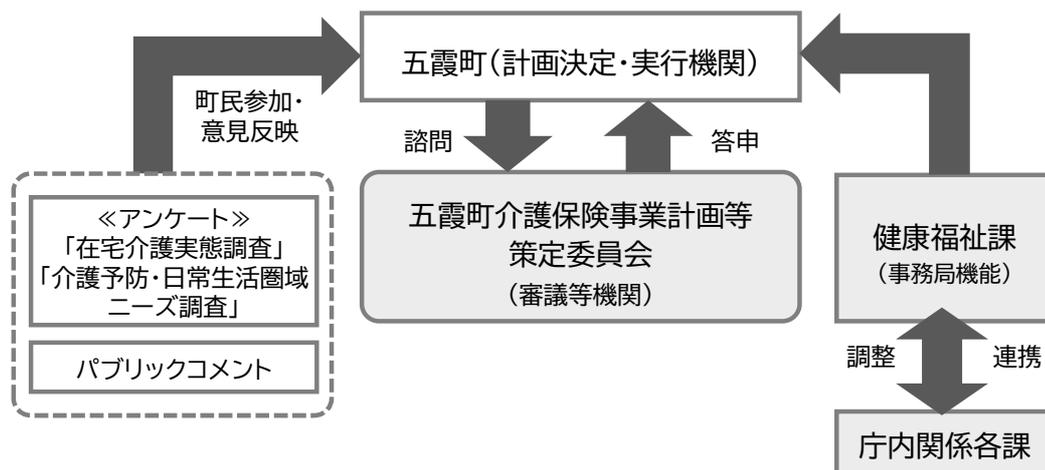
第3節 計画の策定体制

策定にあたり、要介護者の在宅生活の継続や介護者の支援に有効な介護サービスを検討するための「在宅介護実態調査」及び生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い、介護予防推進の観点から高齢者の状況やニーズを把握するための「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」という2つの町民アンケートを実施しました。また、町内の介護サービス事業所の実情や今後のサービスの意向などを把握することを主な目的として「介護事業所調査」を行いました。

本計画は、これらの調査結果を踏まえ、保健医療関係者、福祉関係者、学識経験者等により構成する「五霞町介護保険事業計画等策定委員会」の中で協議を行い、町民の意見を求めるパブリックコメントを経て策定しています。

また、施策・事業に関する実務的な事項については、関係各課の職員において意見の調整を行いました。

▼策定体制



第4節 日常生活圏域の設定

「日常生活圏域」とは、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続しながら、きめ細かく多様なサービスが受けられるよう、地理的条件、人口、交通その他の社会的条件、介護サービス提供施設の整備などを総合的に勘案して定める区域のことです。

本町の地理的、社会的特性、介護サービスの整備状況等から、第8期計画と同様に本町の日常生活圏域を1つとして設定します。

第2章 高齢者を取り巻く状況

第1節 人口と世帯の状況

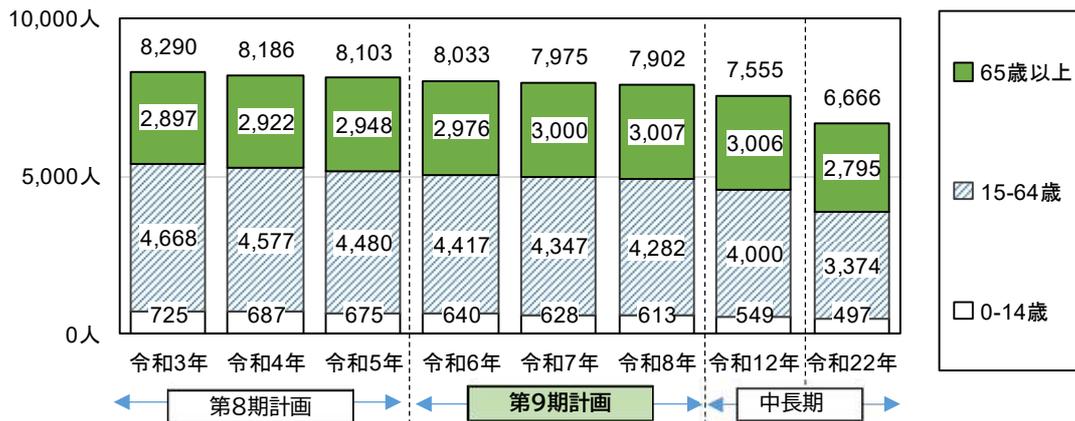
1 人口と世帯の状況

(1) 人口の状況

五霞町の令和5年10月1日現在の総人口は8,103人となっています。

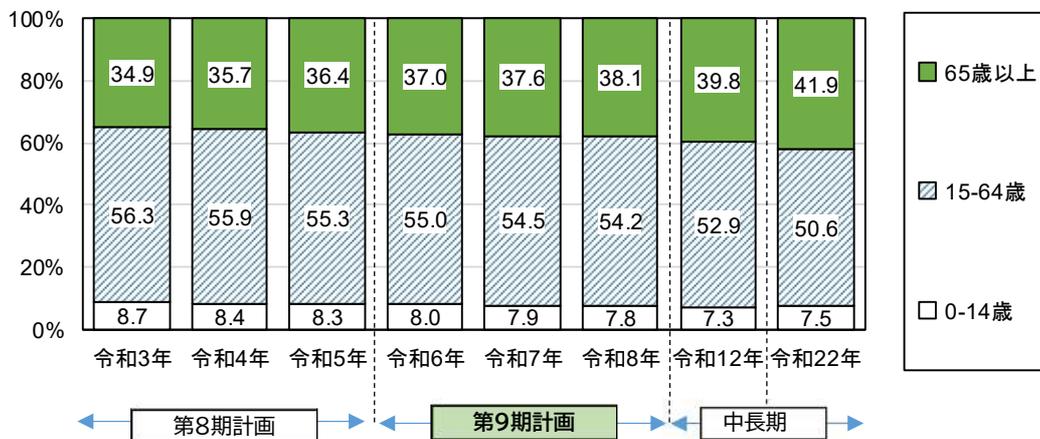
また、住民基本台帳を基に、コーホート変化率法(同じ年に生まれた人々の動向から変化率を求め、その結果に基づき将来人口を推計する方法)により算出した推計人口をみると、今後も人口は減少傾向が予測され、第9期計画最終年度の令和8年には7,902人になると見込まれます。人口構成比では高齢化率は令和8年には38.1%となり、令和22年(2040年)には41.9%になると見込まれます。

■総人口と区分別人口の推移



資料: 令和5年までは住民基本台帳(各年10月1日現在)、令和6年以降、推計値

■区分別人口の構成割合の推移



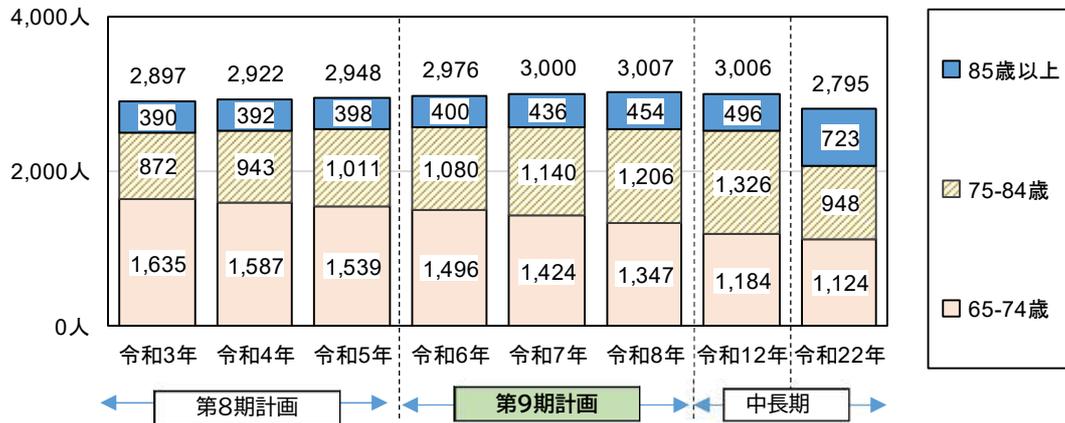
資料: 令和5年までは住民基本台帳(各年10月1日現在)、令和6年以降、推計値

(2) 高齢者人口と高齢化率

本町の高齢者人口は年々増加しており、第9期計画最終年度の令和8年には3,007人、令和22年(2040年)には、2,795人になると推計されます。

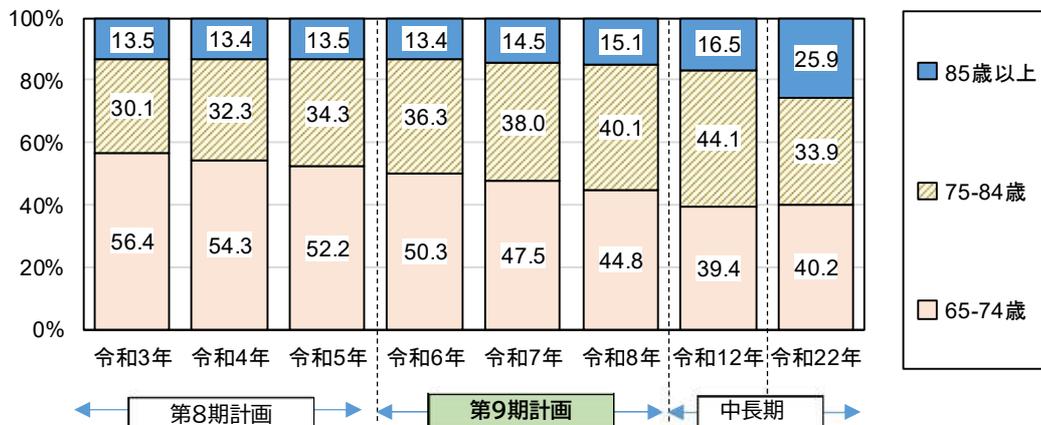
また、高齢者人口の後期高齢者(75歳以上)が占める割合が年々高くなり、令和8年には55.2%、令和22年(2040年)には、59.8%になると推計されます。

■前期・後期高齢者人口と高齢化率の推移



資料: 令和5年までは住民基本台帳(各年10月1日現在)、令和6年以降、推計値

■前期・後期高齢者人口の構成割合の推移

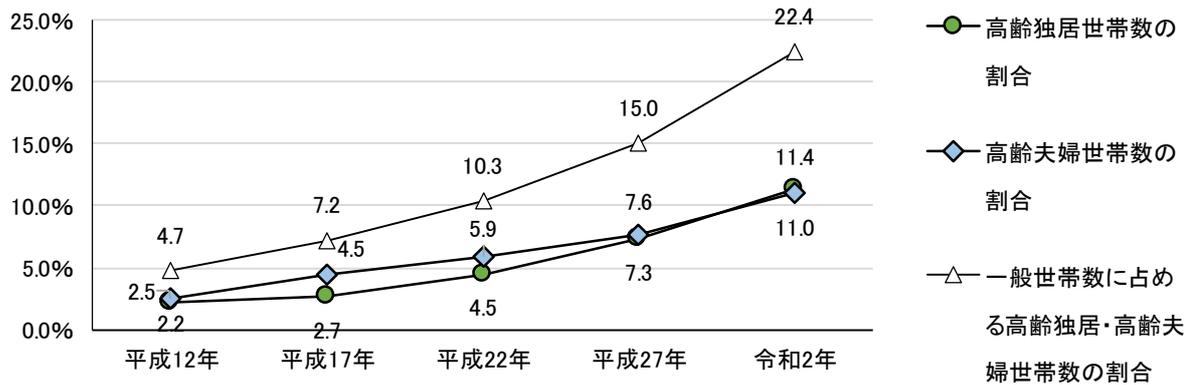


資料: (実績)住民基本台帳(各年10月1日)(推計値)「見える化」システム
資料: 令和5年までは住民基本台帳(各年10月1日現在)、令和6年以降、推計値

(3) 高齢者のいる世帯の推移

一般世帯数は、横ばいで推移している一方で、高齢独居世帯数、高齢夫婦世帯数は増加傾向にあり、総世帯数に占める単身高齢者・高齢者のみ世帯数の割合も年々高くなっています。

■世帯数の推移



	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
高齢独居世帯数	61	77	131	212	333
高齢夫婦世帯数	71	128	171	221	323
一般世帯数	2,814	2,864	2,922	2,890	2,926
一般世帯数に占める高齢独居・高齢夫婦世帯数の割合	4.7%	7.2%	10.3%	15.0%	22.4%

資料：国勢調査

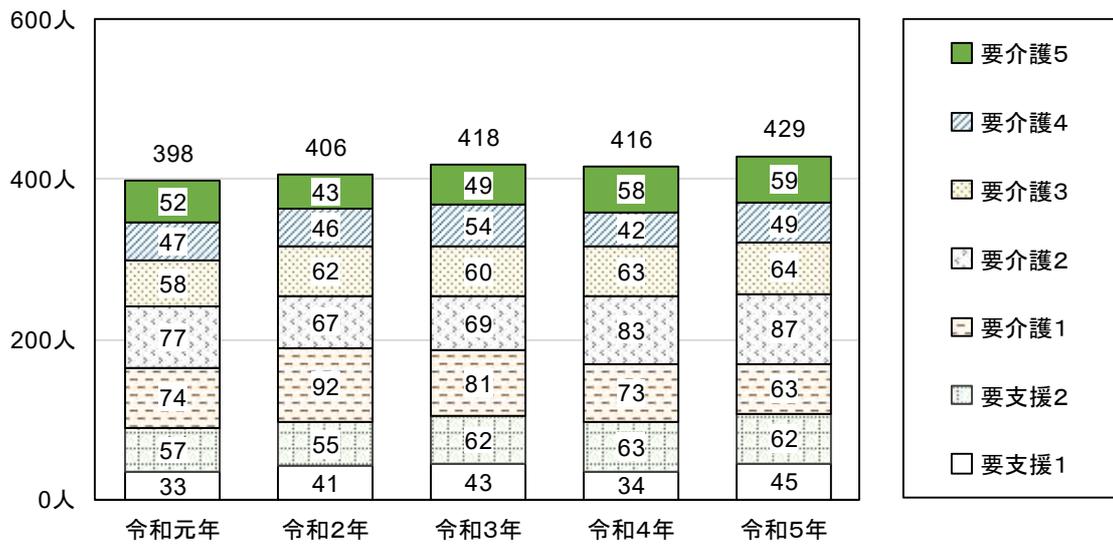
2 要支援・要介護認定者数の状況

(1) 要支援・要介護認定者数の推移

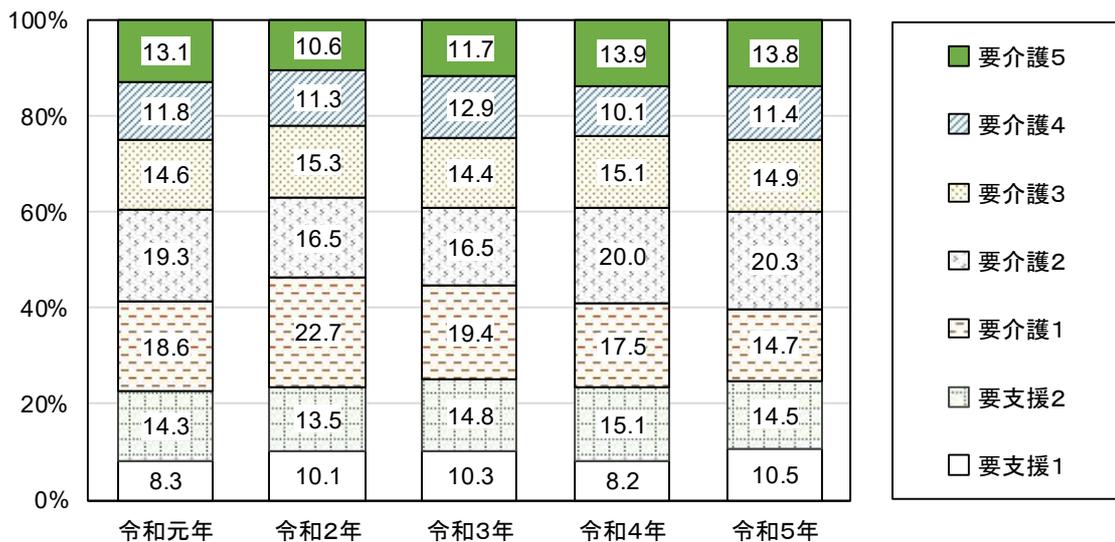
本町の要支援・要介護認定者数は年々増加し、令和5年9月末現在 429 人となっています。要介護度別にみると、本町では要介護2が最も多く、令和5年では 87 人で全体の 20.3%となっています。

また、要介護3以上は、令和5年では合計 172 人で、全体の 40.1%となっています。

■要支援・要介護認定者数の推移(要介護度別・構成比)
【要介護度別】



【構成比】



資料：介護保険事業状況報告(各年9月末日現在)

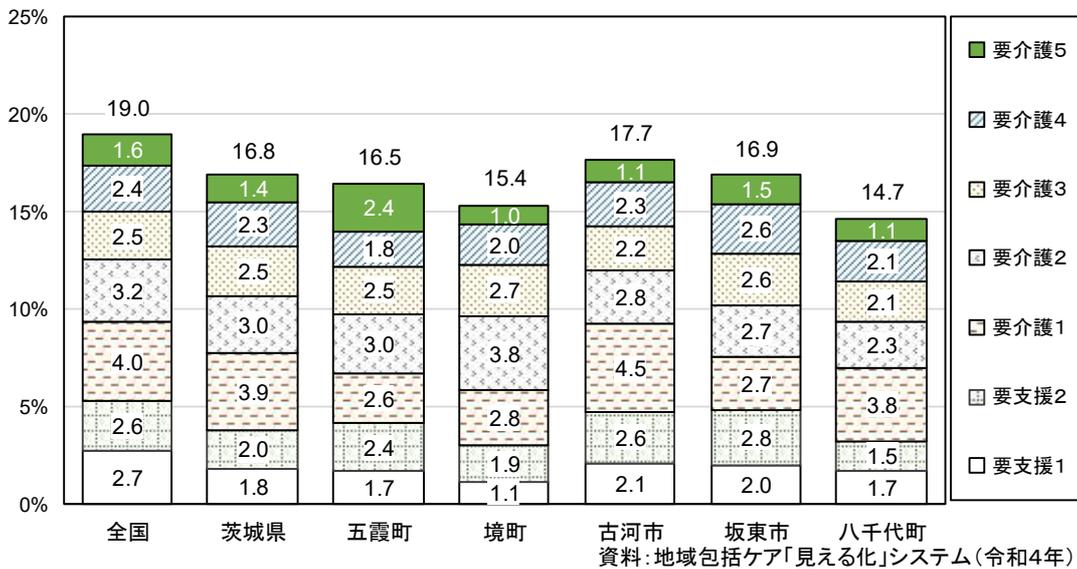
(2) 介護認定率の比較

本町の調整済み認定率は16.5%で、全国平均(19.0%)、茨城県平均(16.8%)を下回っており、近隣・同規模自治体と比較しても中位となっています。

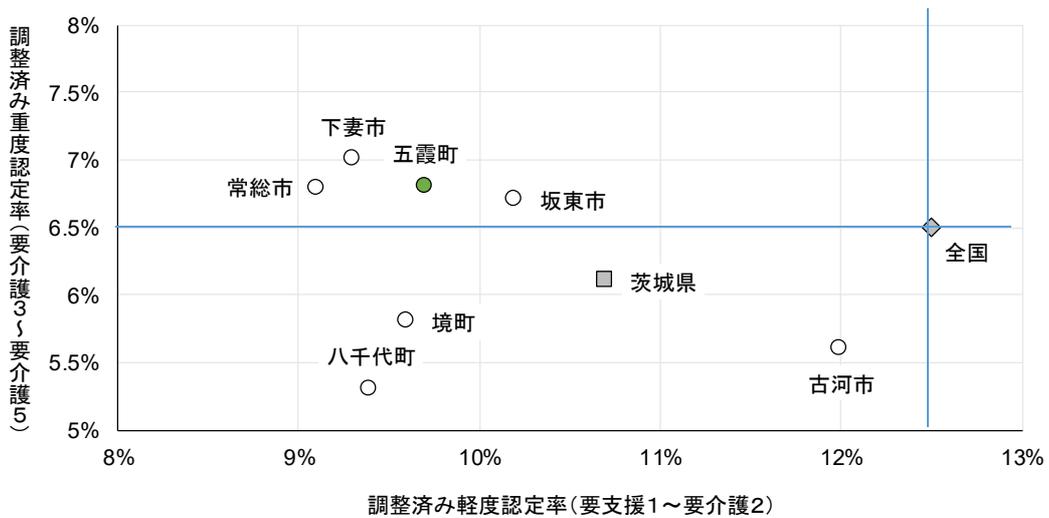
また、本町の調整済み重度要介護認定率及び調整済み軽度要介護認定率の分布をみると、全国・県平均及び多くの近隣自治体より重度者(要介護3以上)の認定率は高く、軽度者(要支援1～要介護2)の認定率は低い位置にあります。

※調整済み認定率：第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、ある地域又は全国平均の一時点と同じになるように調整し、地域間での比較をやすくした認定率

■隣接自治体及び県との比較(調整済み認定率)



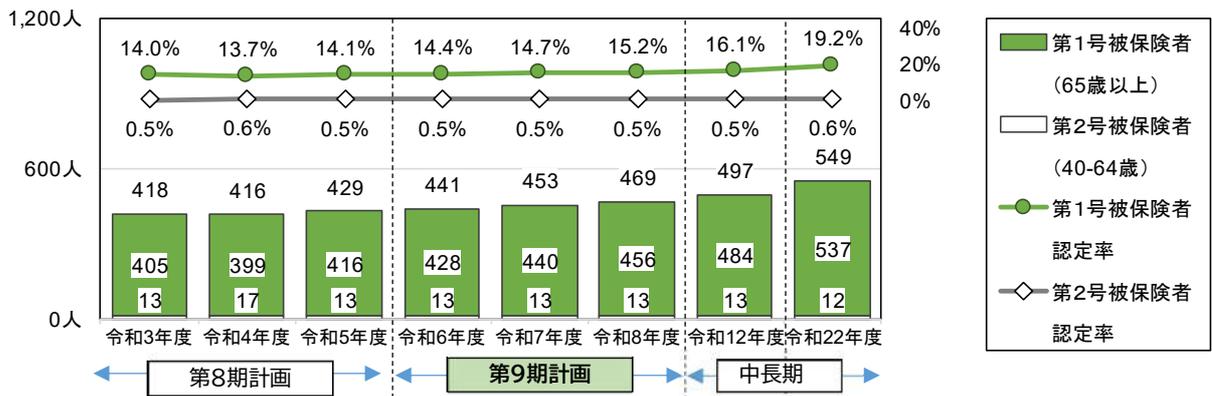
■隣接自治体及び県との比較(調整済み重度認定率と軽度認定率の分布)



(3) 要支援・要介護者数の推計

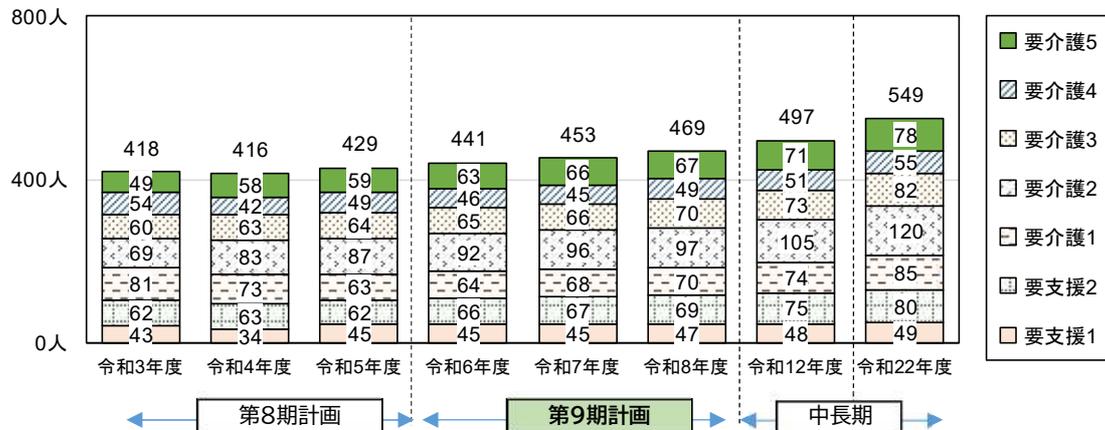
本町の要支援・要介護認定者数の推計をみると、年々増加を続け、計画最終年の令和8年度には469人となることが見込まれます。令和12年度には497人、令和22年度には549人になると見込まれます。

■要支援・要介護認定者数と認定率の推移



資料：(実績)介護保険事業報告(各年9月末)、(推計)「見える化」システム

■要支援・要介護度別認定者数の推移



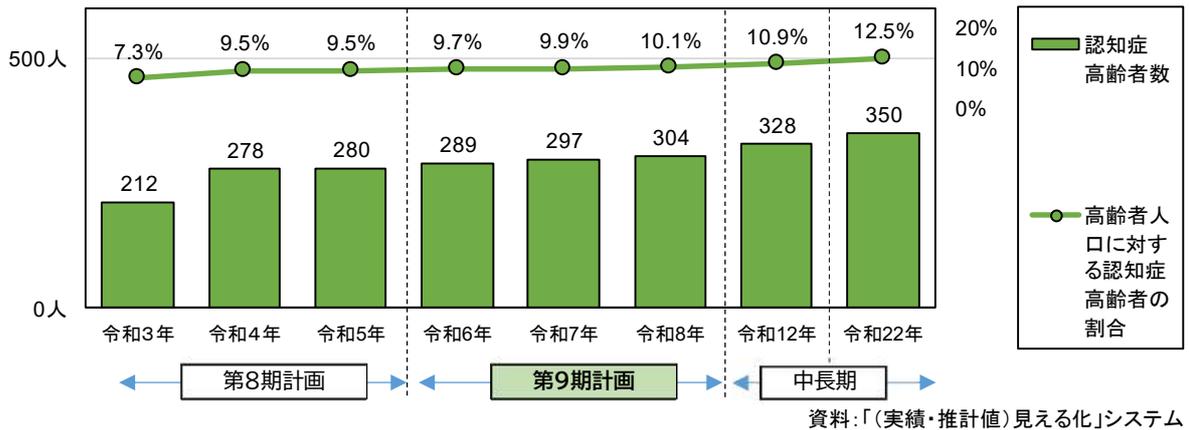
資料：(実績)介護保険事業報告(各年9月末)、(推計)「見える化」システム

(4) 認知症高齢者の状況

本町の認知症高齢者数(認知症高齢者自立度Ⅱ以上の要支援・要介護認定者)をもとに、認知症高齢者数の推計を行いました。

第9期計画期間である令和6年から令和8年の各年においても、認定者数の増加が見込まれ、令和8年における認知症高齢者は304人と推計されます。さらに、令和12年に328人、令和22年に350人と推計されます。

■認知症高齢者の推移



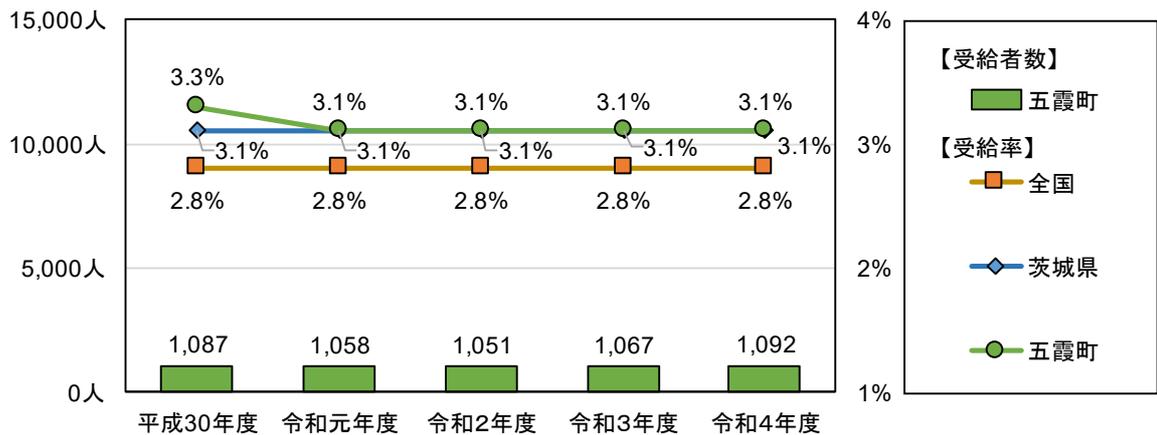
3 介護給付等の状況

(1) 受給者数・受給率の推移

①施設サービス

施設サービスの受給者数は年々増加しており、令和4年度は1,092人となっています。受給率は全国より高く、茨城県と同水準となっています。

■受給者数・受給率の推移(施設サービス)

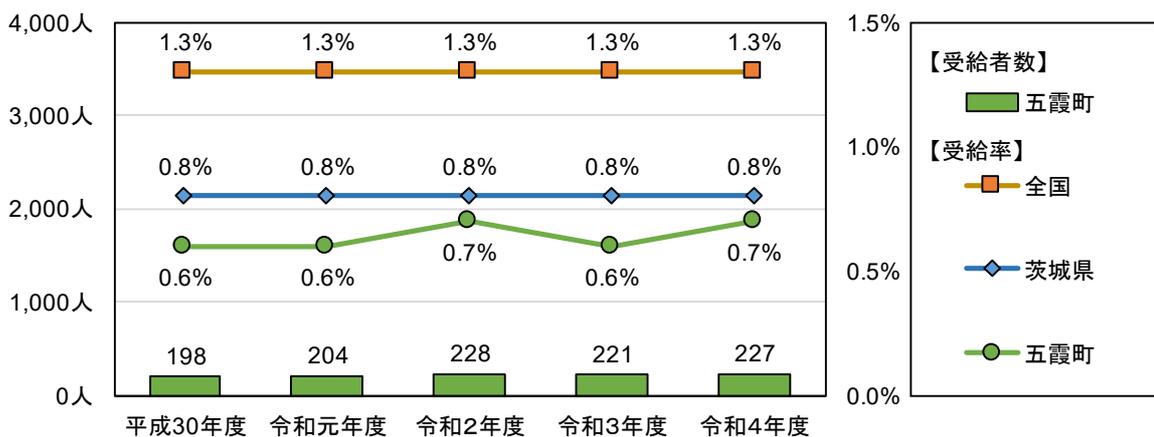


資料:地域包括ケア「見える化」システム

②居住系サービス

居住系サービスの受給者数は横ばいで推移し、令和4年度に227人となっています。受給率は全国や茨城県より低くなっています。

■受給者数・受給率の推移(居住系サービス)

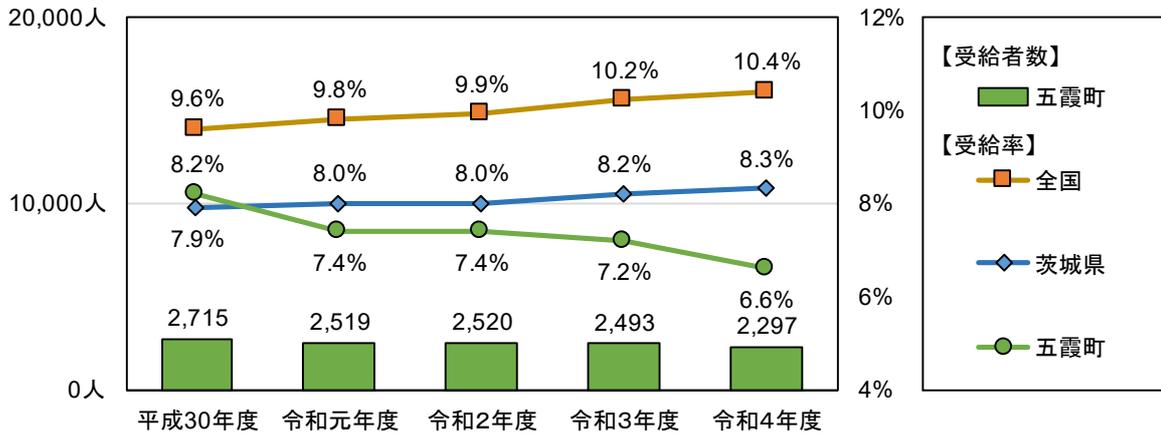


資料:地域包括ケア「見える化」システム

③在宅サービス

在宅サービスの受給者数は、減少傾向にあり、令和4年度は 2,297 人となっています。受給率は全国、茨城県より低くなっています。

■受給者数・受給率の推移(在宅サービス)



資料：地域包括ケア「見える化」システム

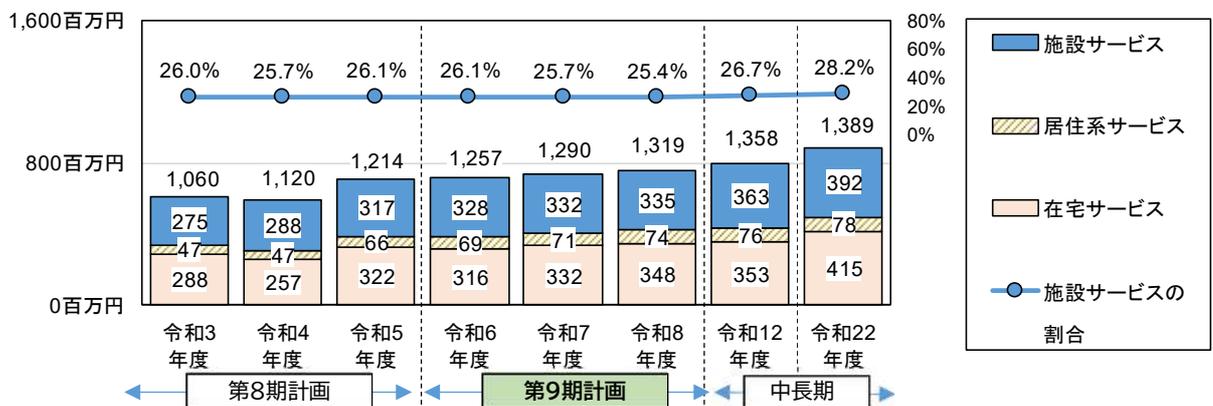
- ※施設サービス：介護老人福祉施設(地域密着型含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院
- ※居住系サービス：特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)、認知症対応型共同生活介護
- ※在宅サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護(老健)、短期入所療養介護(病院等)、短期入所療養介護(介護医療院)、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、住宅改修、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防支援・居宅介護支援

(2) 介護給付費の推移

本町の介護給付費は、年々増加しており、令和5年度では約 12 億1千万円の見込みとなっています。

サービス区別にみると、全体的に増加傾向にあるなか、施設サービスが占める割合が増加し令和8年度の見込みでは 25.4%となっています。

■サービス別給付費の推移



資料：地域包括ケア「見える化」システム

第2節 アンケート調査結果

1 調査の実施

本計画の策定にあたり、町内の高齢者の生活や健康などの状況を把握し、計画策定基礎資料として活用するとともに、今後の介護や高齢者福祉、生活支援などの施策に反映させていくために3つの調査を実施しました。

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、地域包括ケアシステムの推進等へ向け、生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進の観点から、国の提示による「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」に町独自の設問を追加して実施しました。

「在宅介護実態調査」は、要介護者の在宅生活の継続や、介護にあっている主な介護者への支援に有効な介護サービスのあり方を検討することを主な目的としたもので、国の提示による「在宅介護実態調査」に沿って実施しました。

「介護事業所調査」は、事業所の実情や今後のサービスの意向などを把握することを主な目的として調査を実施しました。

2 調査の概要

項目	区分	内容		
対象	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	町内にお住まいの、65歳以上で「要介護認定を受けていない方」または「要支援1・2認定を受けている方」		
	在宅介護実態調査	町内にお住まいで、要介護認定を受けて在宅で生活をしている方		
	介護事業所調査	町内の介護事業所		
期間	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	令和5年3月1日～3月31日		
	在宅介護実態調査	令和4年11月1日～令和5年5月31日		
	介護事業所調査	令和5年5月10日～令和5年5月31日		
方法	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	郵送配布・郵送回収		
	在宅介護実態調査	認定調査員による聞き取り調査		
	介護事業所調査	郵送配布・郵送回収		
回収状況	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	配布数	有効回収数	回収率
		1,500票	976票	65.1%
	在宅介護実態調査	配布数	有効回収数	回収率
		100票	61票	61.0%
	介護事業所調査	配布数	有効回収数	回収率
		16票	13票	81.3%

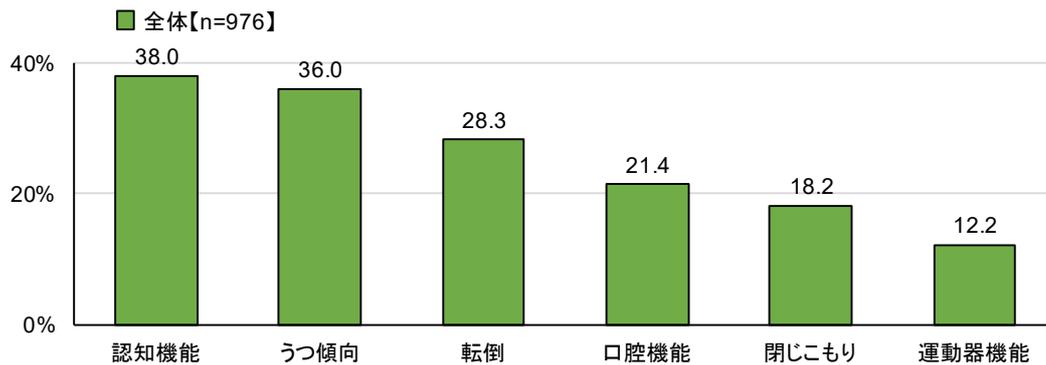
※次ページ以降のグラフについて：複数回答の設問では、全ての割合の合計が100%にならないことがあります。

3 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果概要

(1)生活機能の低下リスクについて

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、国が提示した調査項目(必須項目)を組み込んで実施しました。各項目の評価方法から算出した機能の低下やリスク状況を、年齢や地区ごとに分け、集計を行いました。

全体では「認知機能」が 38.0%で最も多くなっています。以下、「うつ傾向」が 36.0%、「転倒」が 28.3%などとなっています。また、年齢階層が高いほどリスク該当者割合が高くなる傾向がみられます。



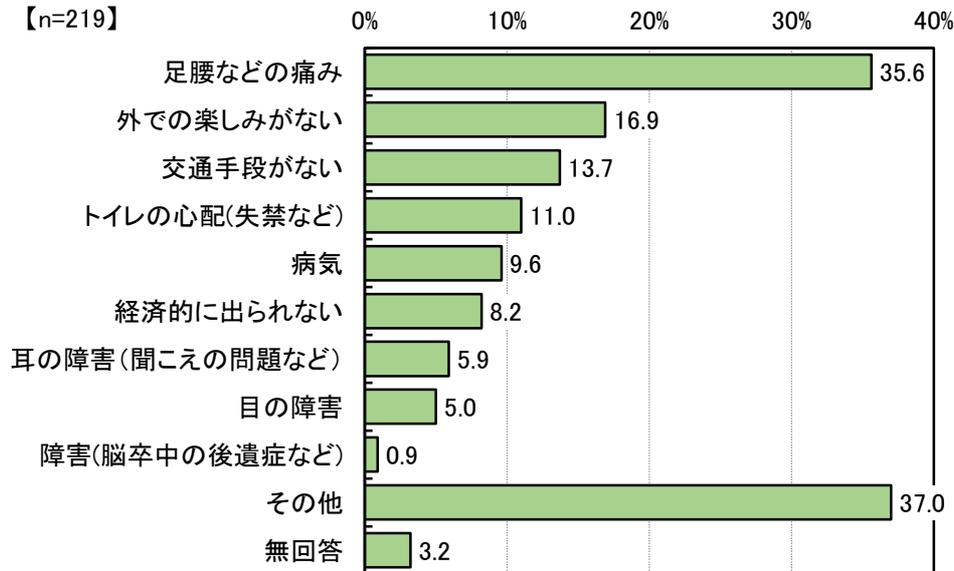
※無回答による判定不能は分析対象外

	認知機能	うつ傾向	転倒	口腔機能	閉じこもり	運動器機能
全体【n=976】	38.0%	36.0%	28.3%	21.4%	18.2%	12.2%
65-69歳【n=227】	33.8%	35.0%	25.5%	17.5%	14.2%	5.1%
70-74歳【n=292】	32.9%	35.6%	25.2%	17.0%	12.5%	6.8%
75-79歳【n=228】	41.1%	39.3%	30.8%	24.2%	13.8%	12.7%
80-84歳【n=155】	43.5%	31.9%	30.2%	22.6%	30.5%	19.7%
85歳以上【n=74】	50.7%	39.4%	38.0%	40.0%	41.7%	38.6%

外出の状況

外出を控えている人に、その理由について尋ねたところ、「足腰などの痛み」(35.6%)、「外での楽しみがない」(16.9%)、「交通手段がない」(13.7%)などが多く挙げられています。また、「その他」が37.0%で最も多く、その内容の大半が「コロナ感染予防のため」と記述されています。

身体的な不安以外にも、新型コロナウイルス感染症の流行による不安と新型コロナウイルス感染症対策による外出自粛などで高齢者の活動が減少していることが、少なからず影響していると思われます。

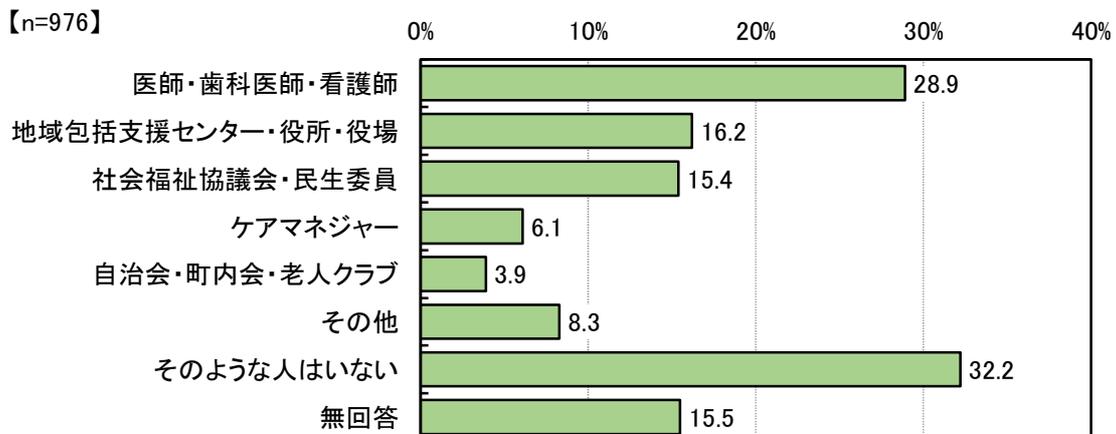


(2) 助け合いについて

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手は、「医師・歯科医師・看護師」が28.9%、「地域包括支援センター・役所・役場」が16.2%、「社会福祉協議会・民生委員」が15.4%などとなっています。

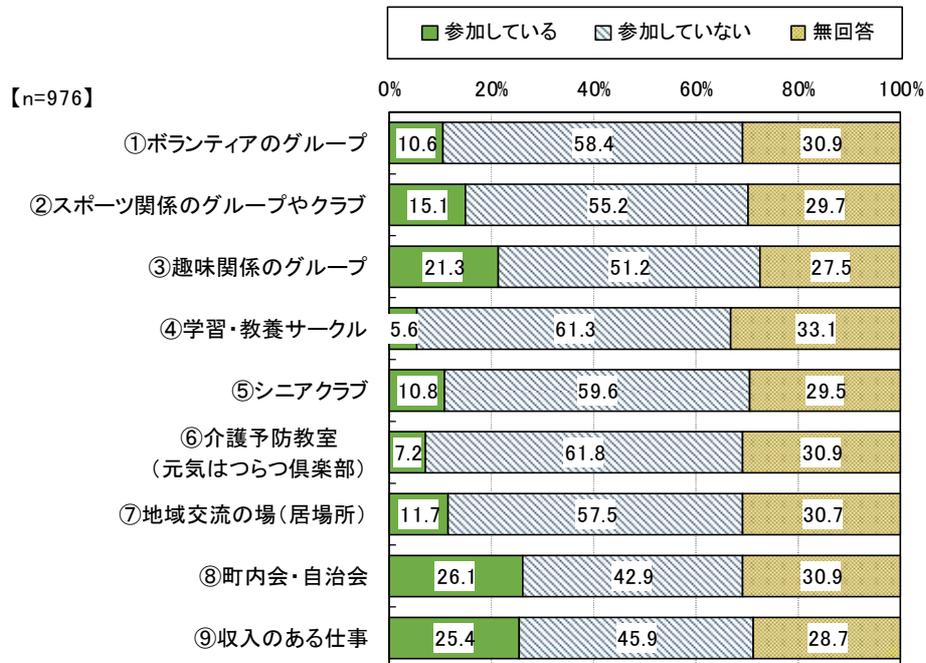
一方、32.2%は「そのような人はいない」と回答しています。



(3)地域での活動について

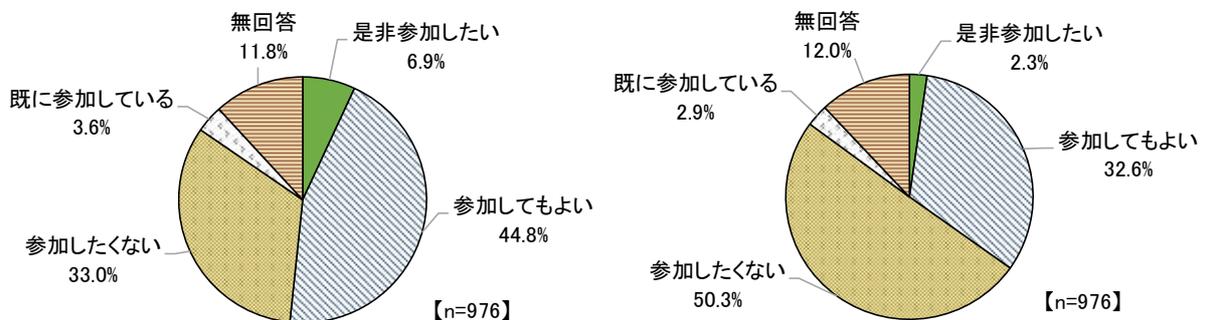
会・グループ等への参加状況

地域で実施されている活動や、開催されているグループ等への参加頻度についてみると、「町内会・自治会」、「収入のある仕事」、「趣味関係のグループ」は2割が参加していると回答しています。



地域づくりへの参加意向

また、地域住民の有志によるグループ活動への「参加者」としての参加意向について、「是非参加したい」と「参加してもよい」の割合の合計は51.7%となっています。(左グラフ)また、「企画・運営(お世話役)」としての参加意向について、「是非参加したい」と「参加してもよい」の割合の合計は34.9%となっています。(右グラフ)

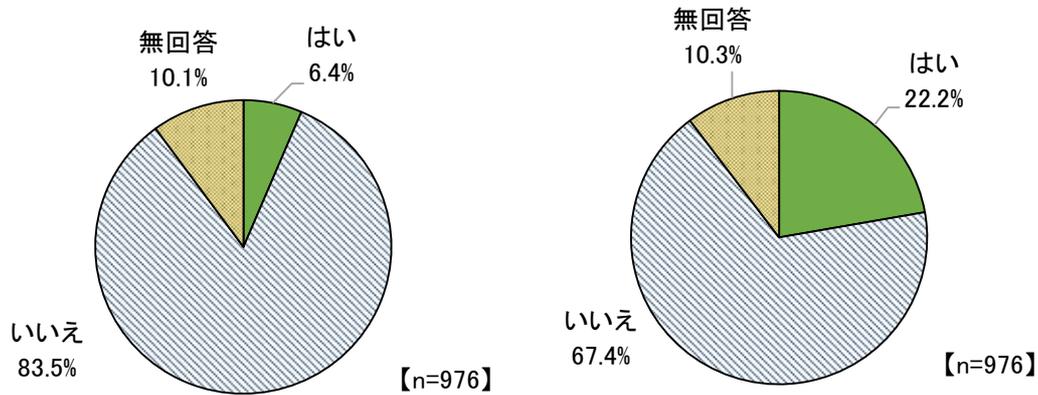


(4) 認知症について

認知症の症状と相談窓口の認知度

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるかについては、「はい」が6.4%となっています。(左グラフ)

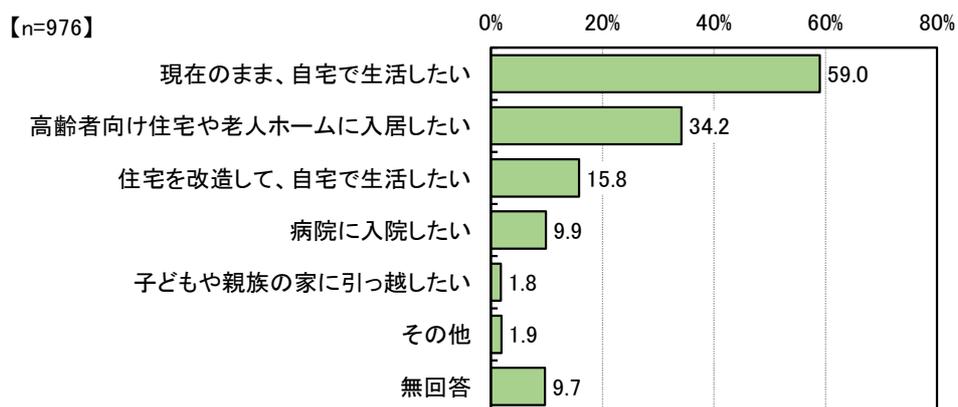
また、認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」が22.2%となっています。(右グラフ)



(5) 介護が必要になった時の生活拠点と認知症への対応

介護が必要になったとき、どこで生活したいか(複数回答)

「現在のまま、自宅で生活したい。」が59.0%と最も多く、「高齢者向け住宅や老人ホームに入居したい」が34.2%、「住宅を改造して、自宅で生活したい」が15.8%、「病院に入院したい」が9.9%などとなっています。



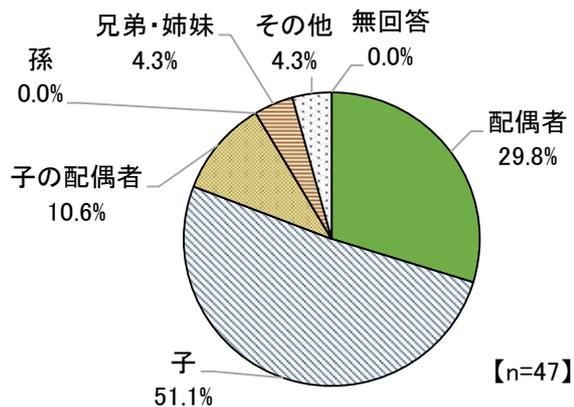
4 在宅介護実態調査結果概要

「ご家族やご親族の方からの介護がある」と回答した方のみ

(1) 在宅介護の介護者の状況

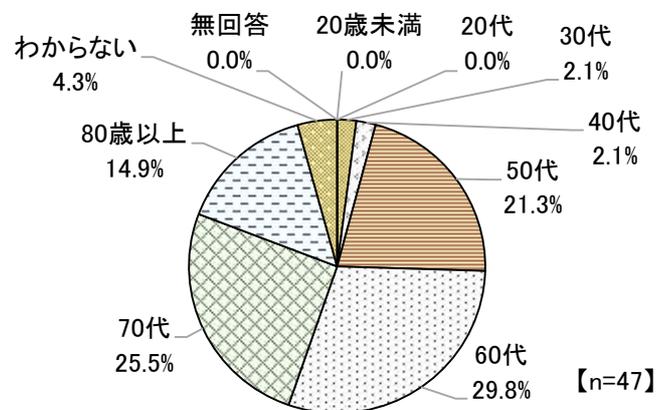
主な介護者

主な介護者は、「子」が 51.1%で最も多く、以下、「配偶者」が 29.8%、「子の配偶者」が 10.6%、「兄弟・姉妹」が 4.3%などとなっています。



主な介護者の年齢

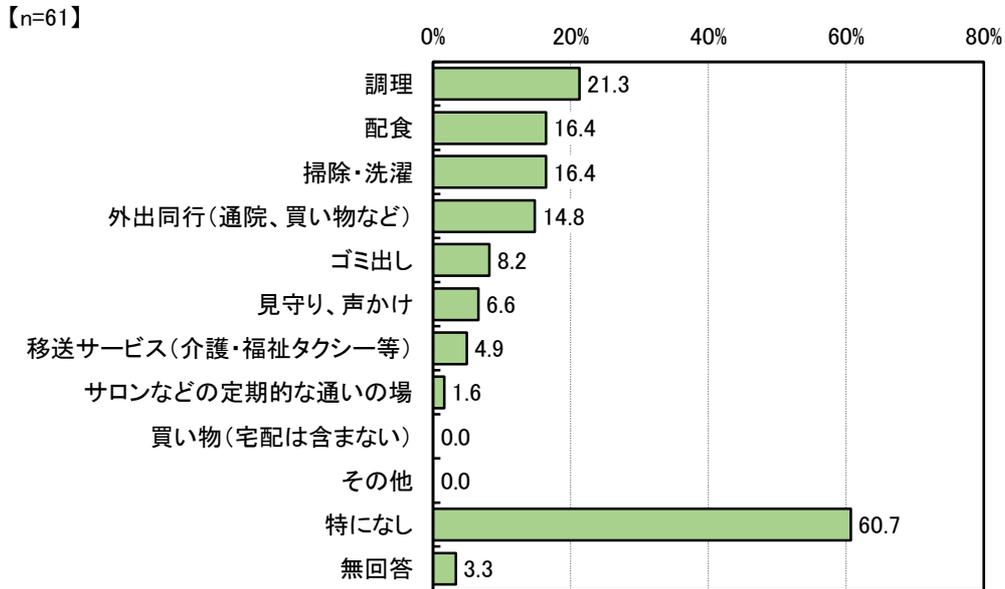
主な介護者の年齢は、「60代」が 29.8%で最も多く、以下、「70代」が 25.5%、「50代」が 21.3%、「80歳以上」が 14.9%となっています。



(2)介護が必要と感じるサービス、不安を感じる介護

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス(複数回答)

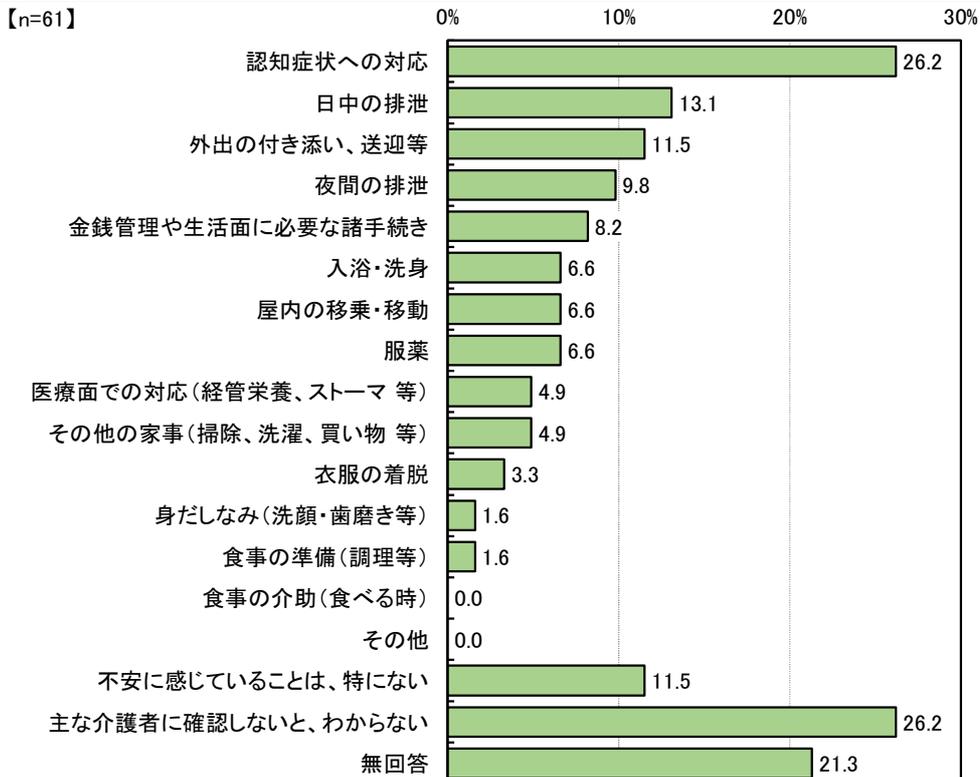
「調理」が 21.3%で最も多く、以下、「配食」、「掃除・洗濯」がともに 16.4%、「外出同行(通院、買い物など)」が 14.8%などとなっています。



「ご家族やご親族の方からの介護がある」と回答した方のみ

現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安を感じる介護(複数回答)

「認知症状への対応」が 26.2%で最も多く、以下、「日中の排泄」が 13.1%、「外出の付き添い、送迎等」が 11.5%、「夜間の排泄」が 9.8%などとなっています。



「ご家族やご親族の方からの介護がある」と回答した方のみ

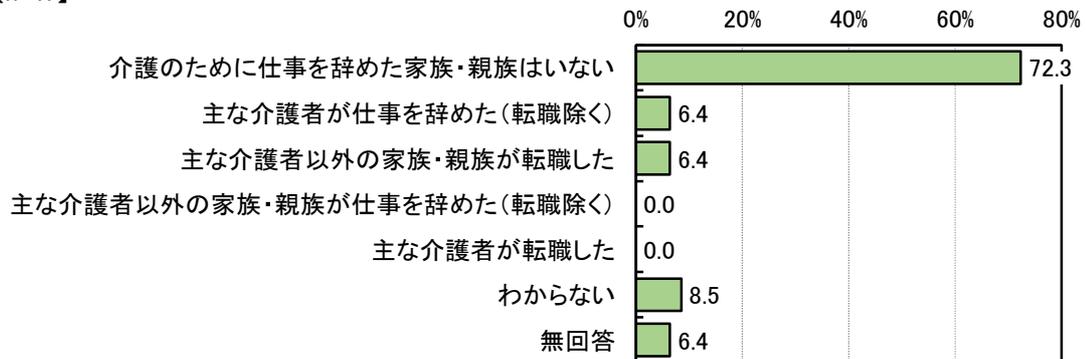
(3) 介護者と就労

介護を理由に仕事を辞めた家族・親族がいるか

「主な介護者が仕事を辞めた(転職除く)」、「主な介護者以外の家族・親族が転職した」がともに6.4%となっています。

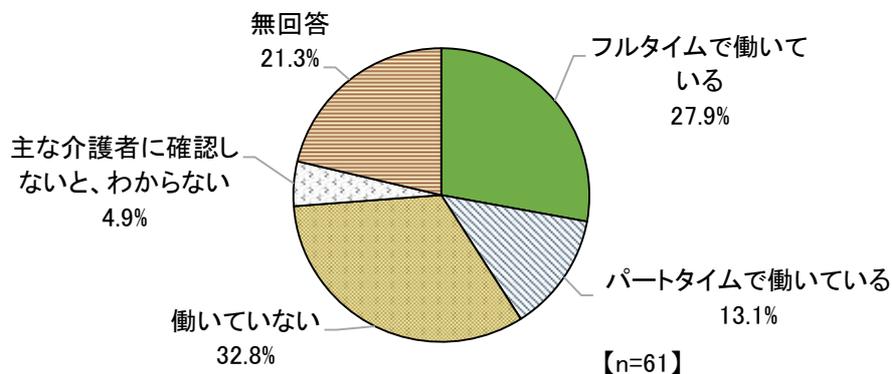
なお、72.3%は「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」と回答しています。

【n=47】



主な介護者の勤務形態

「働いていない」が32.8%で最も多く、以下、「フルタイムで働いている」が27.9%、「パートタイムで働いている」が13.1%となっています。



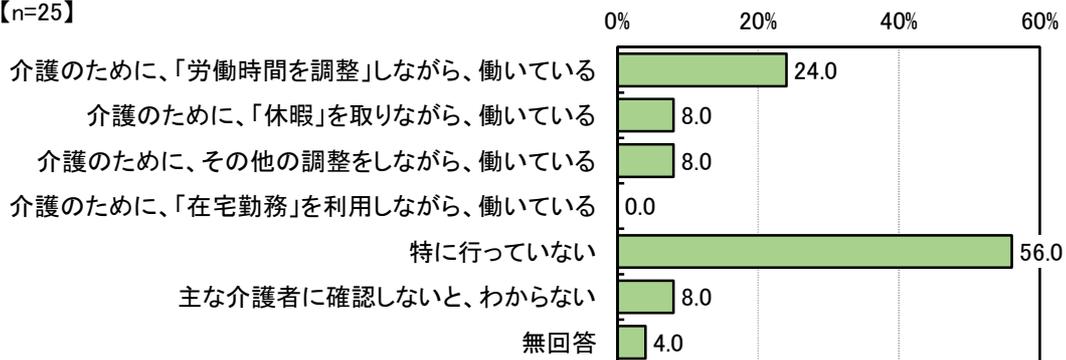
勤務形態で「働いている」と回答した主な介護者のみ

介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしているか(複数回答)

介護をするにあたって働き方の調整をしているかを尋ねたところ、「介護のために、「労働時間を調整(残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等)」しながら、働いている」が 24.0%、「介護のために、「休暇(年休や介護休暇等)」を取りながら、働いている」、「介護のために、その他の調整をしながら、働いている」がともに 8.0%などとなっています。

なお、56.0%は「特に行っていない」と回答しています。

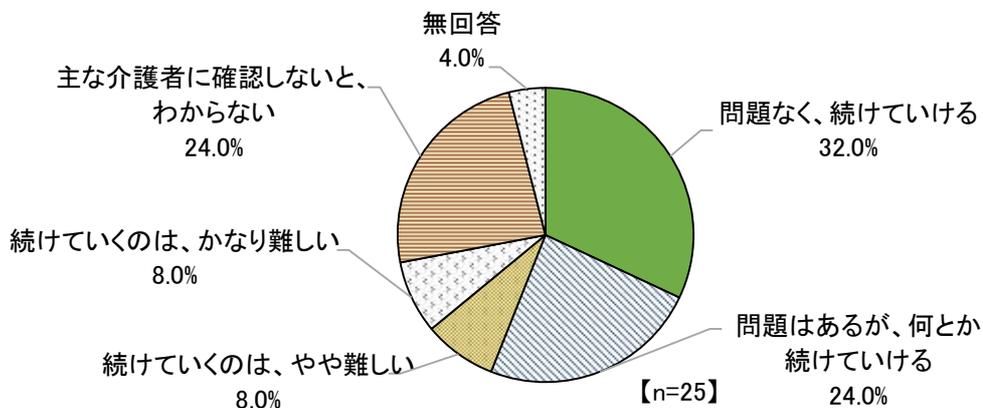
【n=25】



勤務形態で「働いている」と回答した主な介護者のみ

主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうか

「問題なく、続けていける」が 32.0%で最も多く、以下、「問題はあるが、何とか続けていける」、「主な介護者に確認しないと、わからない」がともに 24.0%、「続けていくのは、やや難しい」、「続けていくのは、かなり難しい」がともに 8.0%などとなっています。

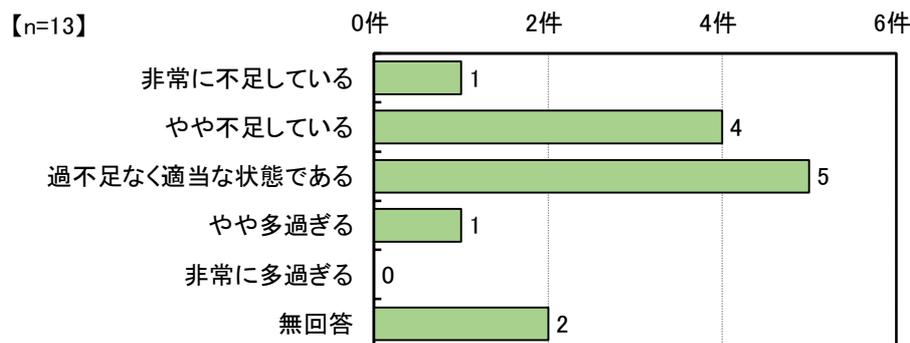
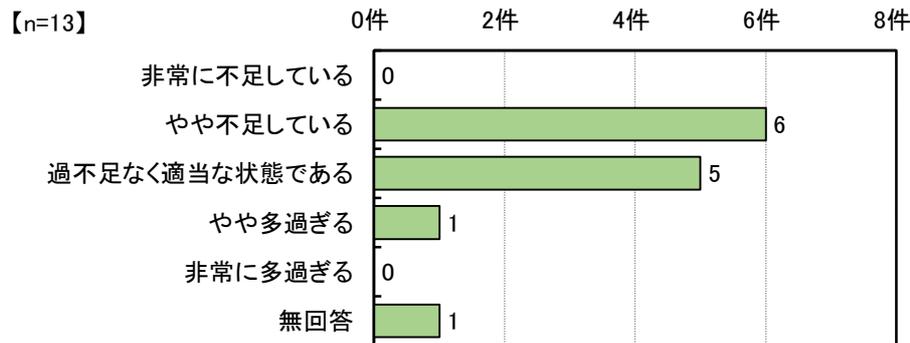


5 介護事業所調査結果概要

(1) 職員の状況

職員の過不足状況

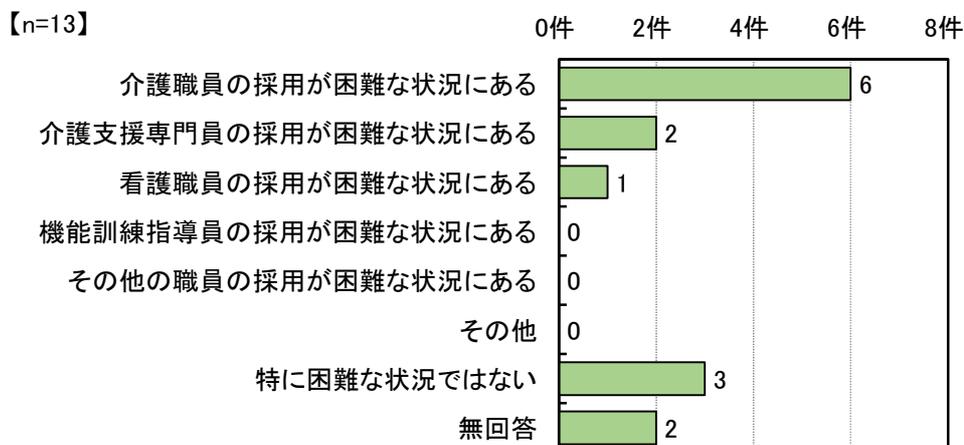
正規(常勤)職員の過不足状況については、「やや不足している」が6件で最も多くなっています。(上グラフ)非常勤職員の過不足状況については、「過不足なく適当な状態である」が5件で最も多くなっています。(下グラフ)



職員の採用状況

「介護職員の採用が困難な状況にある」が6件で最も多く、以下、「介護支援専門員の採用が困難な状況にある」が2件、「看護職員の採用が困難な状況にある」が1件となっています。

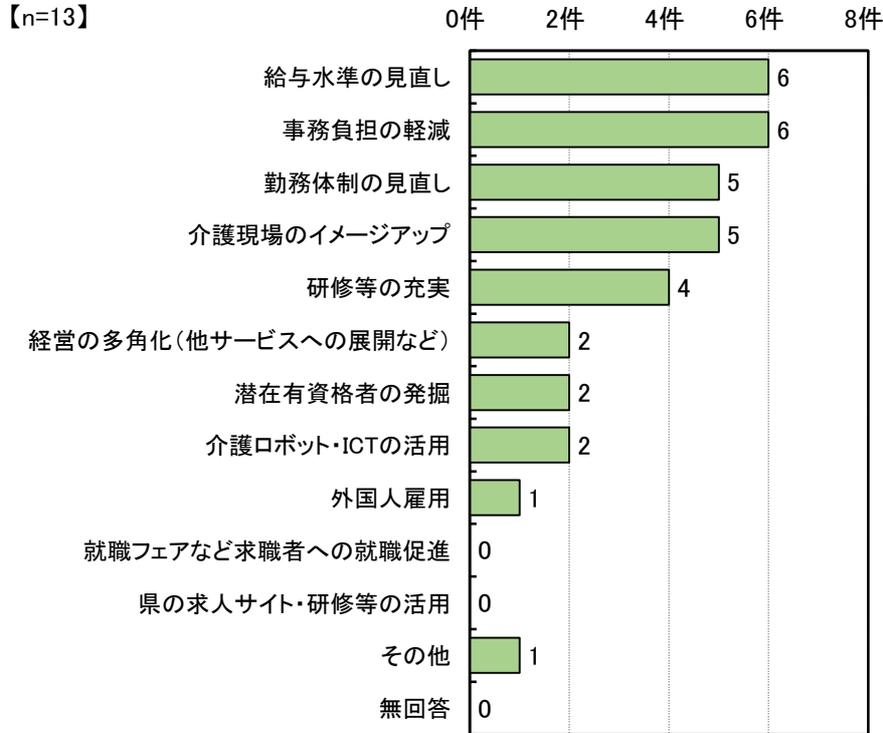
地域全体の介護サービス機能の維持・強化を図るためには、引き続き国、県と連携し、どのようにして介護人材の確保、定着、育成を進めていくかが重要です。



(2)人材確保・定着のために、今後取り組みたいこと

人材確保・定着のために、今後取り組みたいこと

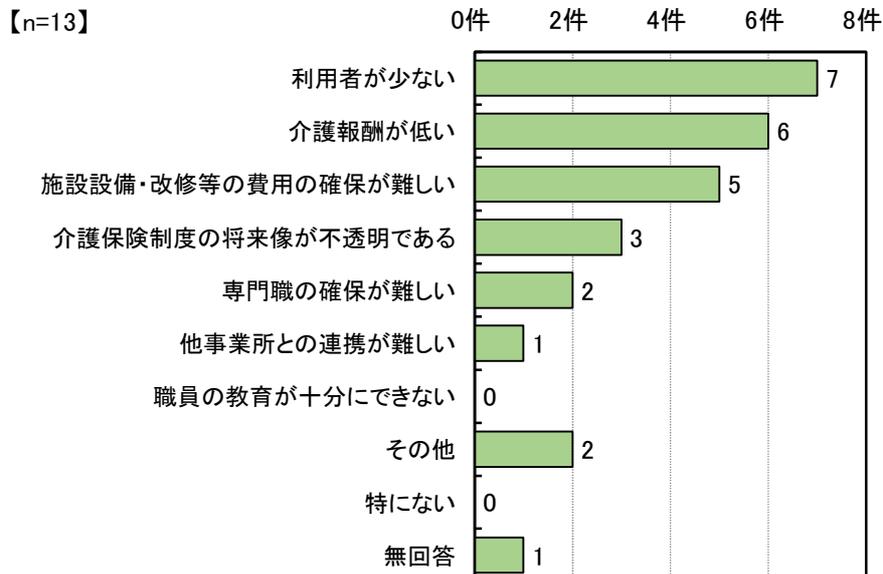
「給与水準の見直し」、「事務負担の軽減」がともに6件で最も多く、「勤務体制の見直し」、「介護現場のイメージアップ」がともに5件、「研修等の充実」が4件などとなっています。



(3)事業展開上の課題について

事業展開上の課題

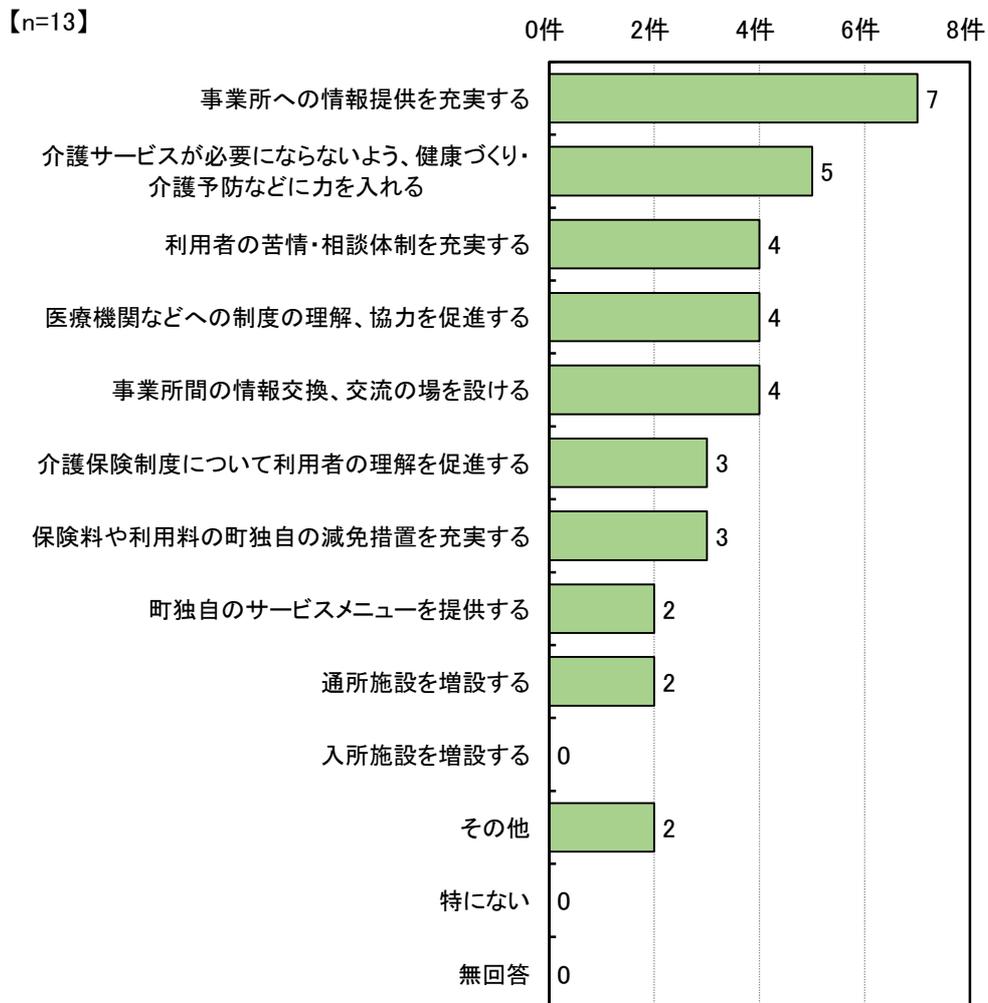
「利用者が少ない」が7件で最も多く、以下、「介護報酬が低い」が6件、「施設設備・改修等の費用の確保が難しい」が5件、「介護保険制度の将来像が不透明である」が3件、「専門職の確保が難しい」が2件などとなっています。



(4)介護保険制度に望むこと

介護保険制度に望むこと

「事業所への情報提供を充実する」が7件で最も多く、以下、「介護サービスが必要にならないよう、健康づくり・介護予防などに力を入れる」が5件、「利用者の苦情・相談体制を充実する」、「医療機関などへの制度の理解、協力を促進する」、「事業所間の情報交換、交流の場を設ける」がいずれも4件などとなっています。



第3節 今後の課題

(1)介護予防・健康づくりの充実

- 生活機能の低下リスクが高くなる 75 歳以上の高齢者が多くなることが見込まれることから、高齢者自らが、健診等を受けて健康状態を把握し、健康管理に取り組めるように支援していく必要があります。
- 日常生活圏域ニーズ調査結果による生活機能の低下リスクでは、全体では「認知機能」が 38.0%、「うつ傾向」が 36.0%、「転倒」が 28.3%などが多くなっており、新型コロナウイルス感染症対策による外出自粛などで高齢者の活動が減少していることも、少なからず影響していると考えられます。
- 今後は、心身の生活機能の低下を防ぐフレイル予防や、介護予防・重度化防止の取り組みを推進するとともに、事業に参加しやすく、高齢者が自主的、継続的に介護予防活動ができるよう支援することが必要となります。

(2)地域における支え合いの充実

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、地域への参加状況は、「町内会・自治会」は2割となっており、地域づくりの参加意向は、参加者としては約5割、企画・運営者としては3割があると回答しています。
- 地域共生社会の実現に向けて、地域において、公的な支援と民間の支援が一体となって高齢者の暮らしを支えていけるよう、より一層地域住民や組織の主体的な活動を促進し、見守りや日常生活支援の体制づくりを推進していく必要があります。

(3)相談支援体制

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、心配ごとや愚痴を聞いてくれる人は、「配偶者」や「友人」など身近な人が多くなっていますが、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は、3割が「そのような人はいない」と回答しています。
- 今後、支援を必要とする高齢者のみ世帯が増加していくことや、8050 問題(80 代の親が 50 代の子供の生活を支える問題)など問題が複雑化・複合化することが見込まれるため、地域での支え合いの仕組みづくりを進めるとともに、地域包括支援センターなどの身近な相談窓口の周知と分かりやすい情報提供に努めていく必要があります。

(4) 家族介護者支援の充実

- 在宅介護実態調査によると、主な介護者の年齢は60歳以上の割合が70.2%となっています。また、主な介護者が不安に感じる事として、「認知症状への対応」、「日中の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」、「夜間の排泄」などが多く挙げられており、そうした不安な介護への実質的な支援による介護者の負担軽減が求められます。
- さらに、主な介護者の約半数が働きながら介護を担い、多くの方が仕事と介護の継続について何らかの問題を抱えている中、16.0%が仕事と介護の両立を困難に感じていることから、介護をするために仕事を辞める「介護離職」を防ぐための支援の充実が求められます。
- 加えて、今後介護と子育てを両立するダブルケアの状況にある家庭やヤングケアラーなどの介護者も増加していくことも考えられます。相談機能を強化しながら、家族介護者への支援を充実させる必要があります。

(5) 認知症施策の充実

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、本町の高齢者の「認知機能」の低下リスクの該当状況は4割を占めており、認知症の予防や支援等の取組みが重要となります。
- 本町は、国の認知症施策推進大綱に基づき、認知症本人や家族の視点とともに、「共生」と「予防」の観点から認知症サポーター養成講座や相談、各関係事業所等と連携を図ってきました。
- 令和5年6月14日に「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、認知症施策推進に関する基本理念と、国・地方公共団体・国民の責務等が明確に示されました。今後も認知症高齢者のさらなる増加が見込まれる中、地域包括支援センターや医療機関、事業者等が連携を一層強め、認知症への理解を深めるための啓発、認知症本人と家族の視点に立った支援の検討、地域の見守り活動等(地域づくり)に取り組む必要があります。

(6) 在宅医療・介護連携の充実

- 高齢者の増加が予測されるなか、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう在宅医療と介護の連携の必要性がより一層高まっています。
- 在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなど、さまざまな局面で求められており、地域における関係機関の連携体制の強化を図るとともに、広く町民に対して在宅医療に関する理解を深めるための普及啓発や情報提供を推進していく必要があります。

(7) 持続可能な介護保険サービスの運営

- 事業所調査によると、介護保険に関して本町に望むこととして、「事業所への情報提供を充実する」、「介護サービスが必要にならないよう、健康づくり・介護予防などに力を入れる」、「利用者の苦情・相談体制を充実する」、「医療機関などへの制度の理解、協力を促進する」、「事業所間の情報交換、交流の場を設ける」が多く挙げられています。
- さらに、正規(常勤)職員が計画通り採用できていないなど、職員が不足している事業者が半数を占めており、人材の確保が求められます。
- 今後も介護給付費は年々増加することが見込まれるため、適正な認定や必要とするサービスが適正に提供できるよう、介護給付適正化の取組を充実していくことが求められます。
- また、第9期計画においては、令和22(2040)年の中長期的な視点に立った計画策定が求められており、持続可能な介護保険サービスの運営に向けて、将来的なビジョンをあらためて設定する必要があります。

第3章 計画の将来ビジョン

第1節 計画の基本理念

地域で支え合う 健康で安心して生活できるまちづくり

本町では、町の最上位計画である「第6次五霞町総合計画」において、「キラリ★五霞町～快適で居心地のよいまち～」をまちづくりの目標としています。

また、第8期五霞町高齢者福祉計画・介護保険事業計画においては、「地域で支え合う 健康で安心して生活できるまちづくり」を基本理念として設定し、地域包括ケアシステムの構築を進めました。

今後、本町では、75歳以上の後期高齢者が増加し、特に介護ニーズの高い85歳以上の高齢者は令和17年にピークを迎えることが見込まれており、中長期的な視点を踏まえた介護サービス基盤の充実が求められます。

また、高齢化が一層進む中で、制度や分野の枠にとらわれず、一人ひとりが世代や背景を超えてつながり、支え合い、助け合いながら暮らすことのできる、地域共生社会の実現に向けた取組を進めていく必要があります。

本計画の基本理念を第8期計画から継承し「地域で支え合う 健康で安心して生活できるまちづくり」とし、施策を推進します。

また、高齢者の地域での生活を支えるため、包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図ります。

第2節 基本目標

「基本理念」を実現するため、本計画では、次の3つの基本目標を掲げ、施策の方向を明らかにするとともに、その総合的な展開を図ります。

基本目標1

高齢者が安心して生活できるまちづくり

今後、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯、認知症高齢者等の増加によりサービス利用の増加が見込まれることから、要介護者のニーズに合わせた在宅での通所・訪問サービス、施設や居住系のサービスの提供体制の確保を図るとともに、介護人材の育成・確保や介護サービスの質の向上に努めます。

介護保険制度の活用により、介護が必要になっても、本人と家族が安心して暮らせるように各種サービスの充実を図ります。

また、令和5年6月に「共生社会」の実現を推進するため、基本理念や国・地方公共団体等の責務、基本的施策等について定めた「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しましたので、今後国が策定する、認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ推進していきます。

基本目標2

健康で生きがいのある生活が送れるまちづくり

健康寿命の延伸と介護予防のため、自ら取り組むことができるよう支援するとともに、後期高齢者健診などの保健事業と連携した介護予防、重度化防止のための一体的な取組み「高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業」などにより、高齢者の健康づくりの推進に取り組んでいきます。

地域の実情を踏まえながら介護予防事業を展開していくとともに住民主体で身近な場所でできる介護予防教室の支援を促進します。

生活機能の低下予防に向け、高齢者の意識啓発と主体的な取組みを促進していくとともに、身近な地域における「通いの場」など、地域の団体による自主的な活動が展開される体制づくりを推進します。

基本目標3

地域で支え合い暮らしやすいまちづくり

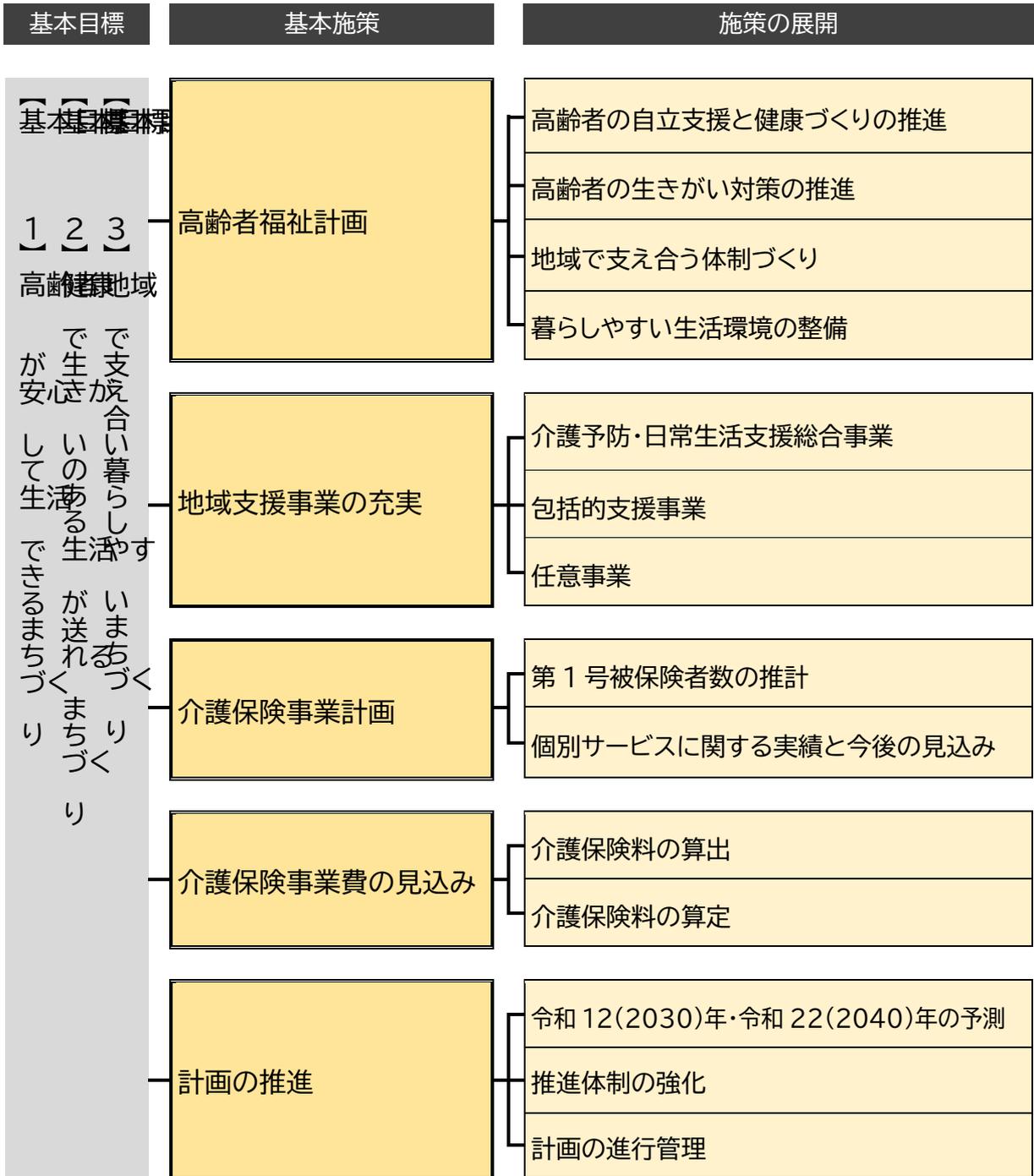
今後、75歳以上の高齢者の急増が見込まれるなか、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいが包括的に提供される地域包括ケアシステムを一層推進していきます。

地域包括ケアシステムは、自助(介護予防や健康づくりのための自身の取組み)、互助(地域での暮らしの支えあい)、共助(介護保険、医療保険などの社会保険サービス)、公助(行政サービス)の連携が不可欠であることから、共助、公助はもとより、自助、互助における住民主体の介護予防や生活支援、支えあいの体制づくりを進めます。

さらに、社会が変化し、複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯が増える中、地域包括支援センターを中心とした、支援の入口となる相談機能を充実させるとともに、高齢者だけでなく、生活困窮分野、障害分野、児童福祉分野など他分野との連携をより強化し支援していきます。

また、公共施設や道路等のバリアフリー化を進めるとともに、移動手段の確保や、防犯、防災等安全対策、感染症対策の推進により、安全で自由に移動し、社会参加できる暮らしやすいまちづくりを目指します。

第3節 施策の体系



各論

第1章 高齢者福祉計画

第2章 地域支援事業の充実

第3章 介護保険事業計画

第4章 介護保険事業費の見込み

各論の第1章では、老人福祉法を根拠法とする五霞町高齢者福祉計画の中心となる施策を示します。第2章では地域包括ケアシステム構築のためのツールの一つとも捉えられる地域支援事業について示します。第3章では介護保険サービスの将来的な量の見込み等を推計し、第4章ではその推計を踏まえて第9期介護保険事業の保険料を定めます。

第1章 高齢者福祉計画

第1節 高齢者の自立支援と健康づくりの推進

1 高齢者の生活支援サービス

(1)在宅福祉サービスセンター事業

五霞町社会福祉協議会委託

- 高齢者や障害者の生活を支援するため、五霞町社会福祉協議会への委託により、会員登録制による住民参加型有償サービスとして、在宅福祉サービスセンター事業を実施しています。
- 病院や外出時の送迎、ゴミ出しや見守り(話し相手)などを実施しています。
- さらに事業の周知を図りながら、インフォーマルなサービスとしての利用を促進します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家事援助(件)	318	405	454	500	550	600
送迎・通院介助(件)	700	643	681	700	750	800
利用会員数(人)	146	146	177	190	200	220
協力会員数(人)	20	20	20	22	25	28

(2)あったかサービス事業

五霞町社会福祉協議会

- 五霞町社会福祉協議会事業の自主事業として、介護保険受給者や対象外の方を対象に、あったかサービス事業を実施しています。
- 診療待ち時間の介助や買い物代行、家事援助、話し相手、見守り介助等で、介護保険サービスの補完的役割のサービスです。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護保険外サービス・延べ利用回数(回)	241	417	115	—	—	—

※あったかサービス事業は令和6年1月末をもって終了しました。

(3)在宅生活の継続支援(町独自事業)

健康福祉課

- 高齢者等の在宅での生活を支援するため、介護保険以外のサービスを提供しています。
- 介護用品支給事業は、在宅で生活している要介護高齢者を対象に、介護用品の支給を行うことにより、在宅生活の継続を支援するとともに在宅福祉の向上を図ることを目的としています。
- 緊急通報システム事業は、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯に緊急通報システムを設置することにより、日常生活上の緊急事態における不安を軽減するとともに福祉の増進を図ることを目的としています。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護用品支給事業 給付者数(延べ人)	585	527	589	600	620	620
緊急通報システム 新規設置台数(台)	1	6	3	4	4	4

(4)在宅生活の継続支援(社会福祉協議会事業)

五霞町社会福祉協議会

- 五霞町社会福祉協議会では、高齢者等の生活を支援するため、自主事業として、訪問福祉美容(1回 1,500円)、福祉用具貸出事業、一人暮らし老人等配食サービス事業(1食 200円)、一人暮らし老人等給食サービス事業(無料)、寝具類洗濯乾燥消毒サービス(単身世帯・高齢者世帯は無料、その他の方は1割)を実施しています。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問福祉美容 年3回 利用者数(延べ人)	64	82	70	70	70	70
福祉用具貸出事業 特殊寝台・エアマット・車いすの貸出件数(件)	245	220	200	200	200	200
一人暮らし老人等配食サービス事業 毎月2回(第2・4水曜日)利用者数(延べ人)	402	449	470	480	490	500
一人暮らし老人等給食サービス事業 年1回・参加者数(人)	0	0	0	13	15	18
寝具類洗濯乾燥消毒サービス 年2回 利用者数(人)	26	24	17	17	17	17

※新型コロナウイルス感染症対策の影響で「0」となっています。

(5) 施設サービスの確保

健康福祉課

- 養護老人ホームは、65歳以上で身体・精神または環境上の理由や経済的な理由により自宅での生活が困難になった方を入所させ、食事サービス、機能訓練、その他日常生活上必要な便宜を提供することにより養護を行う施設です。
- 入所判定委員会において入所が必要と判断された方が入所でき、心身の健康保持と生活の安定を図ります。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
養護老人ホーム入所措置 入所者数(人)	6	5	4	5	5	5

2 健康づくりの推進

(1) 特定健診事業の推進

町民税務課

- 要介護状態となる要因の一つとして、脳血管疾患などの生活習慣病があげられています。また、生活習慣病の要因としては、内臓脂肪の蓄積による肥満が共通の要因となり、高血糖や高血圧、脂質異常といった危険因子を併せ持った状態をメタボリックシンドローム(内臓脂肪肥満症候群)とされています。
- 平成20年度から開始された特定健康診査(特定健診)は、40歳以上の人を対象に、このメタボリックシンドローム及びその予備軍を早期に発見し、必要な指導を行うことで、生活習慣を改善し、介護予防につなげることを目的の一つとしています。
- 今後とも特定健診の受診率の向上を図りながら、食生活の改善や運動の習慣化等を通じて生活習慣病予防、介護予防に努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定健診受診率 受診者数/対象者数(%)	3.0	32.6	34.0	35.0	37.0	39.0

(2) 特定保健指導事業の推進

健康福祉課

- 特定健診において、保健指導の対象となった人に対し、個別支援やグループ支援(教室の開催)により、健康状態の自覚や健康行動の習慣化を促します。また、がん検診要精密者に対し、個別面接や訪問等を行い、生活習慣病の予防及び改善を図ります。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定保健指導実施率 保健指導実施者数/保健指導対象者数(%)	30.0	33.9	34.0	35.0	38.0	40.0

(3)健康に関する啓発

健康福祉課

- 平成17年に「健康日本21 五霞町行動計画」を策定し、乳幼児期から高齢期にわたる健康づくりの推進を図ってきました。令和2年に「五霞町健康づくり計画」を策定し、健康づくり協力員や食生活改善推進員等の協力を得ながら、引き続き地域・家庭と一体となって健康づくりを推進しています。
- 特に、「栄養・食生活」、「運動・身体活動」、「休養・こころの健康」、「保健・医療」の各分野にわたり、健康指標を掲げ、各種取組を進めているところです。今後は、高齢期の健康づくりに関し、住民への周知を図りながら、「自分の健康は自らつくり・守る」という認識のもと、高齢者自身が自ら行動していけるよう、健康に関する情報提供や地域包括支援センターと連携し、健康情報の提供を行っています。
- 元気はつらつ倶楽部における健康教育として、地域包括支援センターと連携し生活習慣病やフレイルの予防についての知識の普及・啓発を図っています。なお、令和4年度から「高齢者の保健事業と一体的な実施」として行っています。
- わくわく元気づくりでは、生活習慣病予防のために自分に合った無理のない運動習慣を身につけてもらうことを目的として、健康運動指導士などの外部講師を招き筋力トレーニングやリズム体操などを行っています。
- 生活習慣病予防教室及び骨粗しょう症予防教室では、疾患の知識だけでなく、その予防のための食事や運動習慣を身につけることの必要性を理解してもらうことを目的としています。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
元気はつらつ倶楽部における健康教育 開催回数(回)	0	14	15	15	15	15
元気はつらつ倶楽部における健康教育 延べ参加者数(人)	0	96	85	100	100	100
わくわく元気づくり 開催回数(回)	12	12	12	13	13	13
わくわく元気づくり 延べ参加者数(人)	176	180	187	200	200	200
生活習慣病予防教室 開催回数(回)	0	0	1	1	1	1
生活習慣病予防教室 延べ参加者数(人)	0	0	20	30	30	30
骨粗しょう症予防教室 開催回数(回)	0	1	1	1	1	1
骨粗しょう症予防教室 参加者数(人)	0	25	30	30	30	30

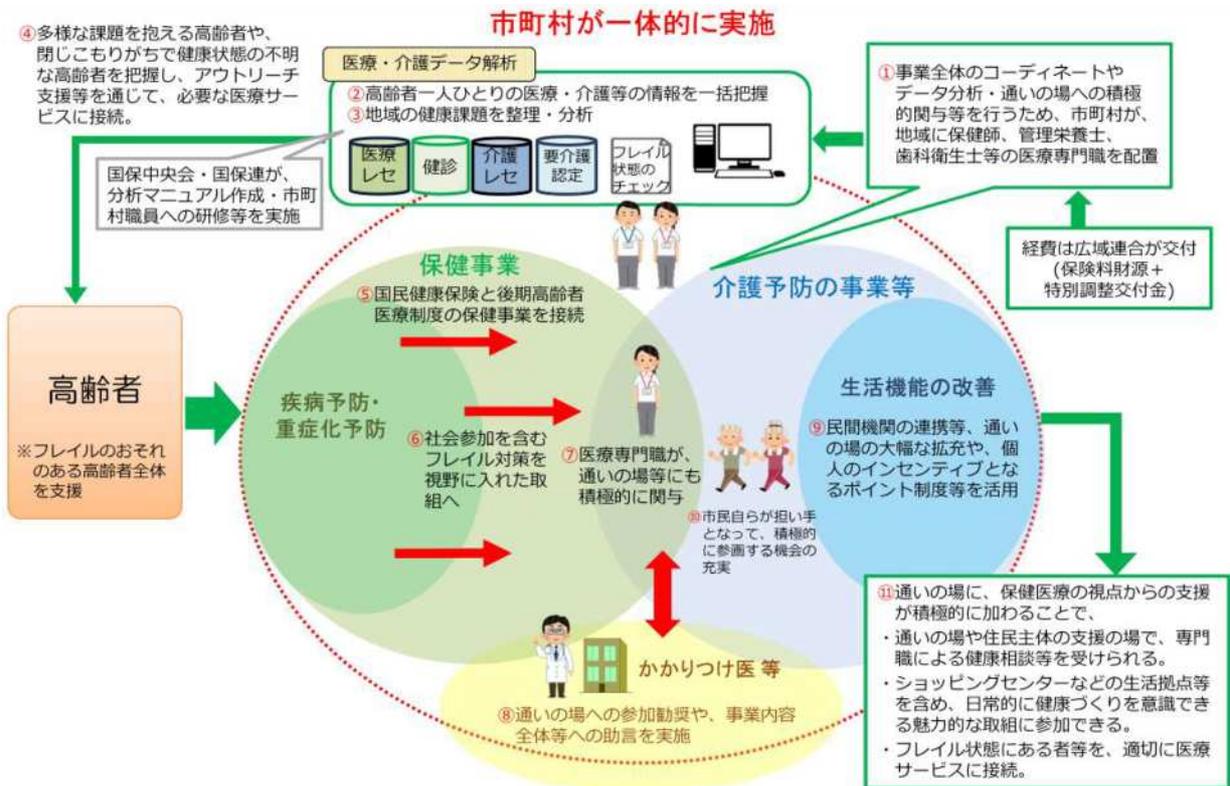
※新型コロナウイルス感染症対策の影響で「0」となっています。

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業

健康福祉課

- 高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下する等疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しています。
- 「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的事業」として、介護保険事業や健康づくり事業、医療保険制度から抽出された地域課題と、KDB 等から抽出された多様な健康課題に対し、自立支援・重症化予防に効果的な健康教育(ポピュレーションアプローチ)を推進するとともに、健康状態が不明な高齢者の状態把握を行い、必要な個別的支援(ハイリスクアプローチ)を実施していきます。

■ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(市町村における実施のイメージ図)



第2節 高齢者の生きがい対策の推進

1 生涯学習活動の支援

高齢者がいきいきと活気にあふれた生活を送れるよう、ニーズの把握に努めるとともに、各種講座を開催し、趣味や趣向に合った学習や趣味等の活動に活発に参加できるよう、きっかけづくりに努めます。

また、健康や体力に自信のない方でも参加しやすいよう、多様な活動機会の充実を図り、生きがいづくりを支援します。

(1) ひばりヶ丘大学

五霞町社会福祉協議会

- 高齢者の社会参加活動として、シニアクラブの会員が深い連帯と認識のもと、健康増進と生きがい作りを目的に運営しています。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ひばりヶ丘大学 実施回数(回)	0	0	3	5	5	5
ひばりヶ丘大学 延べ参加者数(人)	0	0	90	90	90	90

※新型コロナウイルス感染症対策の影響で「0」となっています。

(2) 高齢者の活動拠点の維持・管理

健康福祉課

- 五霞町福祉センター「ひばりの里」は、五霞町社会福祉協議会を指定管理者として施設の維持管理、運営がなされており、高齢者福祉推進を図る拠点として利用があります。
- また、中央公民館や地域集会施設など各地域に整備されている公共施設も、様々な活動の拠点としての役割のほか、家に閉じこもりがちな高齢者が外出するきっかけづくりにも大きな役割を果たしています。
- 今後とも、高齢者の利用実態を踏まえ、各施設の特性に合わせた適切な維持管理に努めるとともに、誰もが利用しやすい施設となるよう努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
福祉センターの管理運営 年間利用者数(人)	1,880	1,890	2,000	2,000	2,000	2,000

(3) 高齢者活動支援事業

健康福祉課

- 令和元年度から五霞町いきいき活動ポイント事業を開始し、毎日の生活がいきいきと楽しく暮らせるよう、健康づくりや介護予防を目的としています。町が行う様々な教室や事業に参加することによりポイントをため、たまったポイント数により商品と交換を行います。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
五霞町いきいき活動ポイント 登録者数(人)	449	465	490	500	520	540
五霞町いきいき活動ポイント 商品交換件数(人)	34	50	45	60	70	80

2 スポーツ・交流活動の支援

(1) 高齢者スポーツの促進

五霞町社会福祉協議会

- 高齢者の健康の保持増進及び体力の向上を図るため、各種スポーツ大会及びスポーツ教室を開催し、スポーツに親しめる機会を提供します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
輪投げ大会 実施回数(回)	2	2	2	2	2	2
ゲートボール大会 実施回数(回)	2	2	2	2	2	2
グラウンドゴルフ大会 実施回数(回)	2	2	2	2	2	2
パタンク大会 実施回数(回)	2	2	2	2	2	2

(2) シニアクラブによる交流機会の充実

五霞町社会福祉協議会

- 高齢者が気軽に外出できる機会を創出し、孤独感の解消や閉じこもりの防止に努めるとともに、地域における交流や仲間づくりを支援します。また、高齢者がいきいきと、はりのある生活を送れるよう、高齢者同士はもちろん、世代を超えた交流の機会を提供し、ふれあい活動の場を充実させます。
- 令和5年12月末現在、シニアクラブの会員数は333人です。シニアクラブの活動を支援することで、各地域における、高齢者の生きがいづくりや健康増進に関する活動機会を充実し、高齢者の積極的な地域活動を支援します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シニアクラブ会員数(人)	371	353	333	340	340	340

(3) 小学校における交流事業

五霞町社会福祉協議会

- 五霞町シニアクラブ会員等により、清掃指導、スポーツ交流・昔遊び交流をとおして、小学生との交流事業を実施し世代間交流を行います。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
小学校における交流事業 事業回数(回)	0	0	1	1	1	1

※新型コロナウイルス感染症対策の影響で「0」となっています。

3 高齢者の就労支援

(1)一般社団法人五霞町シルバー人材センター事業の促進

シルバー人材センター

- シルバー人材センターは、高齢者の生きがいづくりと就労の場の提供に大きな役割を担っています。今後とも、高齢者の豊かな経験と知識、技術が発揮できるように公共機関、民間企業及び一般家庭へ、シルバー人材センター事業の周知を図り、多種多様な仕事の受注拡大を促進します。
- 新規会員を確保するため、入会説明会や会員による声かけ運動、ホームページ、会報シルバーいまだ青春の発行など PR 活動等を実施するとともに、会員に対する技術講習会や研修等を開催し、会員の能力向上に努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
シルバー人材センター 登録者数(人)	173	161	165	170	180	190

(2)高齢者の就労情報の提供

- 高齢者がそれぞれの体力や経験に応じて、可能な限り長く社会の一員として現役生活を続けていくために、就労活動機会の提供を図るための支援に努めます。
- ハローワークの職業相談・職業紹介の有効活用を図るとともに、国・県と連携しながら、高齢者を対象とした就業支援セミナーへの参加など、高齢者の雇用を促進します。
- また、生活支援体制整備の一環として、役割がある形での高齢者の社会参加等を促進する観点から、就労的活動をコーディネートするための人材の配置を検討します。

第3節 地域で支え合う体制づくり

1 地域ケア体制の充実

(1) 地域ケアシステム推進事業

五霞町社会福祉協議会委託

- 援助を必要とする高齢者等を支える地域づくりの中心となるのが、地域ケアシステム推進事業です。
- 五霞町社会福祉協議会に委託して、要援護者(要介護高齢者・一人暮らし高齢者・障害者・難病患者・子育てに悩む親)を対象に、要援護者一人ひとりに対し、保健・医療・福祉の関係者と地域の人で「在宅ケアチーム」を組み、互いに連携・協力しながら要援護者を支援しています。
- 地域包括支援センターで行っている、地域支援事業の生活支援体制整備事業と一体的に行います。地域ケアコーディネーターを配置して、地域への啓発や関係機関との連絡調整、ニーズの把握、在宅ケアチームの活動支援にあたっています。今後とも、高齢者が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に、地域住民の参加と協力を得ながら高齢者の日常生活を支えるための仕組みづくりの充実に努めます。
- また、在宅ケアチーム全体の調整を図るため、必要に応じて随時サービス調整会議を開催していきます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケアシステム推進事業 在宅ケアチーム数(チーム)	87	76	87	88	89	90
相談件数(回)	27	23	20	21	22	23

(2) ボランティア等の育成と活動支援

五霞町社会福祉協議会委託

- 住民の善意とボランティア活動の啓発・推進を図ることを目的として、五霞町社会福祉協議会ボランティア活動センターが設置されています。
- ボランティア活動推進事業としては、小中学校との協働事業やボランティアの登録・斡旋、ボランティア入門講座などを実施しています。
- 高齢者支援では、一人暮らし老人等配食サービスにおけるボランティア、デイサービスセンターひばりにおけるボランティア活動があります。
- 地域において高齢者の生活を支えるためには、高齢者の身近な地域に住むボランティアは重要な役割を果たすものであり、引き続きボランティアの育成を支援するとともに、活動への支援に努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ボランティア活動センター 登録団体数(団体)	26	27	30	30	30	30

【参考】ボランティア活動センター 登録ボランティアサークル

団体名	活動内容
五霞町民生児童委員協議会	常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の推進に努める。健康福祉まつり参加協力。
食生活改善推進会	健康福祉まつりでの健康食提供、親と子の食育講習会、郷土料理講習会
香寿美会(かすみかい)	地域夏祭り、スポーツ大会準備・協力
川妻認定こども園おひさま	健康福祉まつりにて出店協力
五霞町身体障害者福祉協議会	健全者とのふれあい事業、日帰り研修、健康福祉まつり
五霞幼稚園・保育園	クリーン作戦、健康福祉まつり参加
五霞町シニアクラブ連合会	春秋に各種スポーツイベント、ハイキング、友愛訪問、健康福祉まつり等
五霞町子ども会育成会	環境美化運動、レクレーション実技指導、健康福祉まつり、各種スポーツイベント
JAむつみ五霞女性部	各種農業イベントの支援、健康福祉まつり等
五霞町青少年相談員協議会	環境美化運動、各種啓発活動、健康福祉まつり青少年大会等
五霞町商工会女性部	健康福祉まつり参加協力
五霞職工組合	健康福祉まつり参加協力
元栗橋ボランティア会	環境美化・火災予防運動、祭りの企画・運営など
朗読の会「エコー」	朗読ボランティア、聴覚の障害のある方へ広報誌を朗読したテープを届ける
建設埼玉幸手支部五霞分会	健康福祉まつり参加協力
五霞中学校	除草・清掃活動、花いっぱい運動、各種収集活動、ボランティア活動等
五霞東小学校	JRC活動、運動会、募金運動、花づくり運動、あいさつボランティア等
五霞西小学校	JRC活動、運動会、募金運動、花づくり運動、あいさつボランティア等
母親クラブ	通学路の安全点検、児童館活動、その他地域活動
五霞シルバーリハビリ体操指導士会	高齢者などの健康増進のための体操指導
ごか・川の会	浮島作り、川を通した町作り、周辺河川の環境美化運動
きららの杜	絵手紙の絵描き
太陽の家父母会	調理実習・各行事への参加
スクエアステップの会	健康増進・生活習慣病予防のための運動
五霞傾聴ボランティアれんげ草	傾聴ボランティア
五霞日本語支援を考える会 にほんGO!	外国人への日本語支援
みんなの居場所よってけ舎	住民への居場所の提供
ごかライオンズクラブ	青少年健全育成
めぐファーム・ゴカ	各種イベントのボランティア活動

2 高齢者の見守り体制づくり

本町における高齢者の一人暮らし世帯は 11.4%、高齢夫婦世帯は 11.0%となっています。高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせるよう、地域ケアシステムをはじめ、一人暮らし老人等配食サービス事業や地域の人々による気づき、シニアクラブによる訪問、民生委員・児童委員による相談活動などを通じて高齢者の見守りを進めます。

3 介護者への支援

要介護認定を受けて在宅で生活している方の介護者の年齢は半数以上が 60 歳を超えており、介護の負担が大きくなっています。また、「認知症状への対応」、「日中の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」、「夜間の排泄」など、様々な介護に対して介護者が不安を抱えている状況があります。

高齢者に対する支援では、介護者に対する支援も重要な要素となっていることから、介護者の負担を軽減するため、介護者に対する健康教育、健康相談、精神的負担の軽減を進めていきます。

また、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている 18 歳未満の子どもであるヤングケアラーについて、子育てや障害分野などと連携し、相談対応や関連施策の活用、介護保険サービスの適切な利用による家族介護者の実態把握を含めた支援に努めます。

第4節 暮らしやすい生活環境の整備

1 豊かに暮らせるまちづくり

(1)外出しやすいまちづくり

- 本町では、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(通称:バリアフリー法平成18年法律第91号)や「茨城県ひとにやさしいまちづくり条例」(平成8年茨城県条例第10号)などにより、高齢者等が安全で快適な生活を送ることができるように、公共の建築物や道路、交通機関等のバリアフリー化を進めてきました。
 - 今後は、ハード面のバリアフリー化だけではなく、社会参加、情報、文化、コミュニケーション、人々の意識などあらゆる分野で、より一層のバリアフリー化を進め、安心して生活できる、ユニバーサルデザインに配慮したまちづくりの推進に努めます。
 - さらに、交通部局等との連携をとり、高齢者等交通弱者における病院や公共施設などへの送迎、移送サービスといった移動手段の確保に努めます。
-

(2)暮らしやすいまちづくり

- 一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の住まいのあり方が問題となるとともに、身体機能が低下してきた高齢者や障害者にとっての住まいでは、住宅そのものが障壁となっていることなど、生活の基盤となる住宅に関して課題となる場合が考えられます。
 - そのため、現在の住宅に安心して住み続けられるよう、介護保険の住宅改修や福祉用具貸与などの情報の提供を行っていきます。
 - また、高齢者がサービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームなどへの住み替えに対応できるよう、県との連携による情報の収集・提供に努めます。
-

2 安全に暮らせるまちづくり

(1)安全なまちづくり

生活安全課

- 高齢者を巻き込んだ振り込め詐欺などの特殊詐欺、住宅リフォーム詐欺などの犯罪被害や消費者被害を防止するため、啓発パンフレットの配布や、広報紙を通じての情報提供を促進するとともに、地域における防犯活動を支援するなど、関係機関との連携を強化します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
詐欺等消費トラブルに関する啓発活動 実施回数(回)	3	3	5	5	5	5

(2)高齢者の交通安全

生活安全課

- 高齢者の交通事故の減少を目指して、警察署や交通安全協会などと連携し、高齢者の交通安全教室を開催し、交通ルールの再確認とマナーの向上を図ります。また、高齢者ドライバーに対する啓発活動を進めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
交通安全教室等啓発の実施 実施回数(回)	1	2	2	2	2	2

3 災害に強いまちづくり

(1)災害時要援護者支援制度の推進

- 広く住民に対し災害時要援護者支援制度の周知を図るとともに、民生委員へ個別訪問の際に登録を依頼するなどにより、制度への登録を促すとともに、研修会や講演会を開催し、災害時の支援体制の確立を支援します。
-

(2)防災体制の整備

- 地震への備えとして、防災訓練をはじめとする防災意識の啓発に努めます。
 - また、災害に強いまちづくりを進めるため、住宅の耐震改修の推進や地域の特性に応じた防災対策について検討し、地域とともに対策を進めます。
-

4 感染症対策に係る体制整備

感染症発生時に向けて県や保健所、医療機関等との連携・協力体制を整備し、緊急時に適切な運用ができる仕組みを確保することに努めます。

また、すべての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等が義務付けられています。町内の介護サービス事業者に対して必要な助言及び適切な援助を行います。

第2章 地域支援事業の充実

地域支援事業は、平成18(2006)年4月に新たに創設された介護保険の介護予防事業で、要支援や要介護になるおそれのある高齢者に対して、介護給付・予防給付とは別に、要介護状態になることを予防(介護予防)し、住み慣れた地域でできるだけ自立した生活が送れるように実施するものです。

市町村が実施責任の主体となり、地域包括支援センターがその介護予防ケアマネジメントを行います。全国統一の基準で提供される介護保険事業とは異なり、各自治体はその実情に合わせて展開すべきものであり、本町では、以下の構成で地域支援事業を実施します。

▼五霞町における地域支援事業の構成

介護予防・日常生活支援総合事業

1 介護予防・生活支援サービス事業

- (1) 訪問型サービス
- (2) 通所型サービス
- (3) その他の生活支援サービス
- (4) 介護予防ケアマネジメント

2 一般介護予防事業

- (1) 介護予防把握事業
- (2) 介護予防普及啓発事業
- (3) 地域介護予防活動支援事業
- (4) 一般介護予防事業評価事業
- (5) 地域リハビリテーション活動支援事業

包括的支援事業

- 1 地域包括支援センターの運営
- 2 在宅医療・介護連携の推進
- 3 生活支援体制整備事業
- 4 認知症対策事業
- 5 地域ケア会議の充実

任意事業

- 1 介護給付の適正化
- 2 その他の事業

第1節 介護予防・日常生活支援総合事業

本町では平成28年10月から介護予防・日常生活支援総合事業を開始し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスについて、地域の実情に応じて町が実施できることとなりました。

介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型、通所型サービスにおいては、地域の実情に応じた事業展開や、一般介護予防事業、住民主体の支え合い活動などとの一体的な支援が求められています。

高齢者の増加とともに、支援を必要とする高齢者の増加が懸念される中、特に介護予防の重要性が認識されています。サービスの利用者は増加傾向にあり、高齢者が介護予防に取り組むためのサービス提供体制の確保が必要です。

1 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、訪問型、通所型のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを展開します。

介護予防・生活支援サービス事業を利用できるのは、要介護認定で要支援1・2と認定された人や、心身の状況を判定する基本チェックリストにより、生活機能の低下がみられた事業対象者となります。

(1)訪問型サービス

健康福祉課

- 本町では、訪問型サービスとして訪問介護相当サービス(従前の介護予防訪問介護に相当するもの)を実施しています。
- 緩和した基準による訪問型サービス A、住民主体による訪問型サービス B など多様なサービスについて引き続き検討し、生活支援コーディネーター等との連携を強化して、多様かつ柔軟な訪問型サービスの提供を図ります。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護相当サービス利用者数(人/月)	9	7	9	10	10	10

(2)通所型サービス

健康福祉課

- 本町では、通所型サービスとして通所介護相当サービス(従前の介護予防通所介護に相当するもの)と通所型サービスC(専門職による短期集中型)を実施しています。
- 通所型サービスCでは、五霞ストレッチ教室として、リハビリテーション専門職が関わり個人の状態に応じたプログラムを短期的かつ集中的に提供することで、高齢者が要介護状態等に陥ることを予防するとともに、日常生活機能の維持向上や介護予防に効果的な生活習慣を身につけ、地域活動等へ積極的に社会参加ができるように支援します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通所介護相当サービス利用者数(人/月)	10	12	35	40	45	45
通所型サービスC開催回数(回)	27	22	33	36	36	36
通所型サービスC参加実人数(人)	12	23	19	25	30	30

(3)その他の生活支援サービス

健康福祉課

- 要支援者等の地域における自立した日常生活の支援のために栄養改善を目的とした配食や、住民ボランティアによる見守り等の実施を検討していきます。
- 生活支援体制整備事業等と連携しながら地域の実情に合わせて事業を検討していきます。

(4)介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センター

- 被保険者が要介護状態となることを予防するため、心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じて、対象者の把握、一次アセスメント、介護予防プラン作成、サービス提供後の再アセスメント、事業評価という一連の流れで、対象者の自立支援に向けたケアマネジメントを実施します。
- 地域包括支援センターでは、要支援1・要支援2に対する予防給付のマネジメントを併せて実施します。利用者に応じたケアマネジメントの類型を作成し、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送ることができるよう支援していきます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施件数(件)	498	510	510	530	550	550

2 一般介護予防事業

全ての高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく参加できる介護予防を実施するほか、住民が主体となって体操等をする通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、地域に根差した介護予防活動を推進することにより、介護予防に関する知識の普及や啓発を行うとともに、地域における自主的な介護予防に資する活動の育成・支援を実施し、各種事業の充実を図ります。

(1) 介護予防把握事業

健康福祉課

- 要介護認定等を受けていない70歳以上の方を対象に、心身の状況を判定する基本チェックリストを送付し、何らかの支援を要する方を把握し、介護予防活動へつなげます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
基本チェックリスト送付者数(人)	1,628	1,705	384	600	700	700
基本チェックリスト回収数(人)	1,412	1,379	340	540	630	630

※令和5年度より対象者を限定しています。

(2) 介護予防普及啓発事業

- 全ての高齢者を対象に、介護予防の普及啓発を目的とした事業で、運動器機能向上や口腔機能向上、認知症予防に関する教室を開催します。その他、出前講座の実施や高齢者サロンの開催・支援による介護予防の普及啓発を行います。
- 高齢者が要介護・要支援状態にならないよう、効果的な事業の運営に努めます。

① 元気はつらつ倶楽部

地域包括支援センター

- 一般高齢者を対象とした介護予防普及啓発事業として公民館や各大字事務所等を利用し、シルバーリハビリ体操指導士会の協力を得ながらシルバーリハビリ体操やレクリエーション、健康相談等を実施し、高齢者の閉じこもり防止や介護予防に努めています。
- 今後も高齢者の閉じこもり防止や健康寿命を延ばす活動として、より身近な地域の高齢者が集える場所として事業を実施します。また、参加者が減少している既存の会場においては、地域コミュニティ活動の一環として活動の周知並びに積極的な新規参加者の確保に努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
元気はつらつ倶楽部開催回数(回)	53	162	155	150	150	150
元気はつらつ倶楽部参加者数(延べ人)	443	1,502	1,354	1,400	1,400	1,400

② 介護予防教室

地域包括支援センター

- 平成30年度から楽笑スクールとして、概ね65歳以上の高齢者に対し、筋力アップや認知症予防、口腔機能向上・栄養状態の改善等のためリハビリ専門職の講師やボランティアの協力を得て介護予防のための教室を実施しています。
- 介護予防の必要性を理解してもらえる工夫、医療・介護等の専門職を活かした事業展開、ボランティアなどの協力を得ながら交通手段等も考慮し、より多くの高齢者が継続的に参加できるように努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
楽笑スクール開催回数(回)	1	1	3	9	10	10
楽笑スクール参加者数(延べ人)	6	7	45	100	100	100

(3)地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修及び地域活動団体等を育成・支援します。また、各団体等の活動を通じて介護予防に関する情報提供を行う等、介護予防への理解促進を図ります。

① 介護予防ボランティア育成事業

健康福祉課

- 高齢者の特徴を把握し、体操指導の技術を持っているシルバーリハビリ体操指導士を対象に介護予防教室運営の手法やコミュニケーション技術、認知症予防のプログラムなどを習得し地域でボランティアとして活躍できる知識・技術を学んでいただく事業です。
- 介護予防の取組は重要であるため、今後も介護予防ボランティアの育成を継続し、ボランティアが主体となって教室が運営できる仕組みづくりに努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防ボランティア人数(人)	37	38	38	40	40	40

(4)一般介護予防事業評価事業

健康福祉課

- 介護予防事業の達成状況等を検証し、一般介護予防事業を含めた総合事業全体を評価します。
- 本町の状況に合わせた評価方法、評価指標を常に検証しつつ実施します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
目標値の達成状況等の検証(回)	0	0	1	1	1	1

(5)地域リハビリテーション活動支援事業

健康福祉課

- 令和元年度から、地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進しています。
- 地域ケア会議にリハビリ専門職を委嘱しており、介護予防に関する助言を受けています。重度化する前の介護予防に重点を置いた活動の展開が必要となります。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支援回数(回)	0	0	1	2	2	2

※新型コロナウイルス感染症対策の影響で「0」となっています。

第2節 包括的支援事業

1 地域包括支援センターの運営

本計画の基本理念に基づいて各種の事業を展開するためには、介護予防事業や予防給付が効率的かつ公正・中立に行われる必要があります。

設置者:地域包括支援センターは保険者である町が設置しています。

運営及び体制:保健・医療・福祉・介護サービス及び介護予防サービスに関する職能団体の関係者、介護予防サービス利用者、介護保険被保険者、介護保険以外の地域資源や地域における相談事業を担う関係者、町民代表者らによって構成される「地域包括支援センター運営協議会」で運営業務・内容について検討し、「公益性」「地域性」「協働性」の視点を大切にして運営します。

地域包括支援センターが行う主な業務

- 【総合相談支援業務】総合的な相談対応、地域におけるネットワーク構築等
- 【権利擁護業務】高齢者虐待の防止、虐待の対応、成年後見制度の活用促進等
- 【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、経過支援、評価等
- 【包括的・継続的ケアマネジメント支援業務】
介護支援専門員(ケアマネジャー)への指導・助言

(1)総合相談支援事業

地域包括支援センター

- 地域の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継続していくことができるよう、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、関係機関または制度の利用につなげる等、初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援を行います。
- 近年、後期高齢者の増加や 8050 問題、介護と育児のダブルケア等世帯の中に複数の課題・支援対応を必要とする相談が増加しており、高齢者が地域で自立した生活を支える拠点として地域包括支援センターの役割は年々増大しています。
- 高齢者等が、住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、複雑化・複合化した課題を抱える世帯については、各分野の相談支援機関につなぎ、包括的な支援体制を構築し、協働により課題解決のための支援を行います。

(ア)地域における関係者とのネットワーク構築

地域包括支援センター運営協議会や民生委員協議会の場を活用し、シルバー人材センター、社会福祉協議会等と連携をとりながら、地域住民へ働きかけを行います。

(イ)ネットワークを通じた高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握

関係機関主催の会合に参加し、関係者からの情報提供により高齢者や家族の状況を把握します。また地域のなかで高齢者に多くふれる立場にある人と関係をつくり、気になる高齢者を発見した場合の連絡等、体制を整備します。

(ウ)サービスに関する情報提供等の初期対応から、継続的・専門的な相談支援

初回相談時に、適確な見立てを行い、緊急性の有無、専門的・継続的な関与の必要性について判断します。専門的・継続的な相談または緊急の対応が必要と判断した場合は訪問による相談を実施しています。

(2)権利擁護事業

健康福祉課・地域包括支援センター

- 認知症や認知機能の低下等により判断能力が不十分な高齢者の権利擁護と高齢者虐待を防止するために次の事業を実施します。

(ア)高齢者虐待に関する広報・啓発

パンフレットの作成・配布、民生委員等の支援者への周知を通じ、町民・事業者・関係者が高齢者虐待への関心を高め、地域社会全体で虐待予防、早期発見・早期対応の支援体制づくりを推進します。

(イ)被虐待高齢者の把握

被虐待高齢者については、主治医、地域包括支援センターを中核としたネットワーク、認定調査員・介護提供事業者(ケアマネジャー、ヘルパー)等から広く情報収集し、早期発見・早期対応の体制を整備します。

(ウ)高齢者虐待相談

高齢者虐待の早期発見、早期対応を行うため、地域包括支援センターに相談窓口を設置します。また、高齢者虐待に対応できる人材の育成を図ります。

(エ)被虐待高齢者に対する事業

被虐待高齢者の生命または身体に重大な危険が生じるおそれがあると認められる場合は、町職員が立ち入り調査を実施し、状況によっては、行政措置として「緊急一時保護」の対応をします。

(オ)被虐待高齢者の権利擁護

判断能力等が十分でない高齢者の権利擁護や成年後見等については、社会福祉協議会と連携し、「日常生活自立支援事業」や各種関係機関の利用案内等の支援を行うとともに、成年後見制度利用支援の充実や成年後見制度についての広報・啓発を図ります。

(カ)地域での取組の強化

高齢者虐待予防への正しい知識の普及啓発に努め、地域包括支援センターを中核として医療機関や福祉施設、警察等の関係機関や地域団体等と連携を図り、地域社会全体で虐待防止のための地域ネットワーク構築を推進します。

また、介護者の「介護疲れ」が虐待の原因になると考えられていることから、家族介護者の交流会により、介護経験者同士が介護経験を共有し、学び合う中から介護で疲れた心身の健康を回復していくことによって、虐待が予防できる環境をつくります。

- 警察や関係機関と連携を密にし、高齢者虐待等の問題解決に努めます。
- 医療機関への緊急時の診察や介護施設への一時避難等を迅速に対応できるよう、日頃からの事業連携を図ります。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

地域包括支援センター

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが重要です。地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援業務等を行うことを目的としています。

(ア) 包括的・継続的なケア体制の構築

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するための連携体制の構築や地域の介護支援専門員が、健康づくりや生きがいづくりなど、介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制の整備を行います。

(イ) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場の設定や介護支援専門員のネットワークを構築し、その活用を図ります。

(ウ) 日常的個別指導・相談

介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置や居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援等専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行います。また、必要に応じて、地域包括支援センターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例検討や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行います。

(エ) 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携のもと、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。

- 地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、介護給付のケアマネジメントの相互の連携を図り、包括的・継続的なケアが提供されるよう連携体制整備に取り組んでいきます。

2 在宅医療・介護連携の推進

住み慣れた地域で、在宅医療や介護を受けながらできるだけ長く生活することを支援するため、地域の医療機関や介護事業所等、在宅医療と介護が切れ目なく提供される体制の構築を図ります。

第9期計画でも、引き続き在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携が求められる4つの場面(①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り)に沿った取組を進め、在宅医療と介護の一体的な提供体制の構築に向け、地域の医療や介護の多職種間において、さらに連携を深めるとともに、地域包括ケアシステムの強化を図ります。

また、多職種連携のための意見交換会や研修会を開催し、顔の見える関係性の構築、スキルアップを図るとともに、適切な医療と介護の支援を受けることで、在宅で療養生活を継続できること、自分が望む人生の最終段階における医療・ケアについて前もって家族等と共有する取り組み(ACP)について、普及啓発を行います。

さらに、地域の実情に応じて取組内容の充実を図るとともに、PDCA サイクルに沿って取組を推進していきます。

(1)地域の医療・福祉資源の把握

健康福祉課

- 地域の医療機関、介護事業者等の所在地や機能等を調査し、これまでに自治体等で把握されている情報と合わせて、マップまたはリストを作成しました。作成したマップ等は、地域の医療・介護関係者や住民に広く公開をしています。
- 今後は、情報の必要性を精査し、迅速で正確な情報の更新かつ情報公開のための方策を検討し、地域医療・介護関係者、住民への正確でタイムリーな情報提供を目指します。

(2)在宅医療・介護連携の課題抽出の対応協議

健康福祉課

- 「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」や「地域包括ケアシステムの構築」を目指して、地域の医療・介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行います。

(3)在宅医療・介護サービス等の情報共有支援

健康福祉課

- 情報共有ツールや情報共有の手順等を定めたマニュアルを活用し、地域の医療・介護関係者等の間で、事例の医療、介護等に関する情報を共有できるよう支援します。
- 現在検討中の ICT 導入など、今後は、様々な観点から情報の共有を目指して取り組みます。

(4) 介護連携に関する相談の受付等

健康福祉課

- 在宅医療・介護連携に関する相談窓口を設置し、地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行います。
- 必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、医療・介護関係者に対して、利用者・患者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者の紹介を行います。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数(件)	11	24	25	25	25	25

(5) 在宅医療・介護関係者の研修

健康福祉課

- 地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行います。また、地域の医療・介護関係者が、多職種連携の実際等についてグループワーク等の研修を行います。
- 医療・介護関係の多職種が研修を通してお互いの業務内容を理解できるように、参加者の意見やアンケート等を踏まえて今後も意義のある研修が開催できるよう取り組んでいきます。

(6) 地域住民への普及啓発

健康福祉課

- 在宅医療・介護連携についての講演会の開催や、人生会議(ACP)、エンディングノートの活用、パンフレットの配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進します。
- 今後も在宅医療・介護サービスに関する町民向け講演会や出前講座の開催に努め、積極的な地域住民への普及啓発に取り組んでいきます。
- 日頃から地域の身近なところで気軽に健康相談や病気の相談ができる、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を持つことの意義の啓発や意識の定着を図ります。

(7) 関係市町の連携

健康福祉課

- 近隣の関係市町が連携して広域にわたり連携が必要な事項について協議したり、情報交換したりして様々な問題解決に努めます。
- 近隣市町との情報交換などを継続的に進めることで、市町の枠にとられない相互連携の必要が見えてくると思われますので、積極的な情報収集に努めるとともに開かれた情報発信を行っていきます。

3 生活支援体制整備事業

地域で高齢者の在宅生活を支えるために、介護保険制度でのサービスのみならず、町や社会福祉協議会等が実施している公的な福祉サービスや、民間企業のサービス、さらに、地域の支え合いで行われているサービスなど、各実施主体の連携や情報共有と介護保険外のサービスの活用が重要となります。

本町では、五霞町地域支え合い協議体「ひだまり」の設置やサービス調整会議による検討、生活支援コーディネーターを配置して生活支援体制を整備する事業を実施し、各サービス実施主体の連携等を強化し、地域のニーズに沿った新たな生活支援サービスの構築や担い手の養成を行います。

(1)生活支援コーディネーターの配置

健康福祉課

- 生活支援コーディネーターは、高齢者のニーズや地域資源の状況把握、不足するサービス・支援の創出、ボランティア等担い手の発掘・養成、地域住民に対する活動の普及啓発などを実施し、協議体と協働で高齢者の生活支援の基盤整備を推進します。
- 生活支援の担い手の養成やサービス開発等をコーディネートするための生活支援コーディネーターの育成・配置をしていきます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援コーディネーターの人数(人)	1	1	1	1	2	2

(2)協議体の開催

健康福祉課

- 介護保険法に基づく生活支援サービス及び介護予防サービスの体制整備に向けて、多様な主体間の情報や共有、連携及び協働における資源開発を推進するため五霞町地域支え合い協議体「ひだまり」を設置し、定期的な情報の共有及び連携強化を進めています。
- 町の地域包括ケアシステム構築を目指し、本計画の基本理念でもある「地域で支え合う健康で安心して生活できるまちづくり」の具体化に向けた取組を推進します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
五霞町地域支え合い協議体「ひだまり」による協議実施回数(回)	2	6	1	2	2	2

4 認知症対策事業

令和5年6月14日に「認知症基本法」が成立し、認知症施策推進に関する基本理念と、国・地方公共団体・国民の責務が示されました。認知症施策推進に関する基本理念に基づき、今後も医療機関、事業者等が連携を一層強め、認知症への理解を深めるための啓発、地域の見守り活動等(地域づくり)に取り組む必要があります。

認知症基本法の基本理念や認知症施策推進大綱に基づき、認知症の人ができる限り地域のよりよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すために、認知症施策を推進していく必要があります。地域や職域で認知症の人を支援する認知症サポーターの養成を進めるとともに、地域の支援ニーズとつなぐ仕組みづくりにより、認知症当事者も地域を支える一員として社会参加することの支援や個別の状況に総合的に応じる相談体制の整備等に取り組んでいきます。

(1) 認知症初期集中支援事業

健康福祉課

- 40歳以上の在宅生活をしている人が、認知症状が現れた場合に、医療と介護の専門職で構成された「認知症初期集中支援チーム」がご家庭を訪問し、生活の様子を伺いながら、安心して生活を続けていけるように支援を行います。
- 認知症初期集中支援チームを設置し、医療サービスや介護サービス利用などの支援、認知症の重症度に応じた助言、生活環境改善などの支援を行うことにより、本人や家族が在宅で安心して暮らせるよう支援していきます。
- 認知症ケアパスを作成し、認知症初期集中支援チーム員会議においてケース検討などに活用しています。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症初期集中支援チームによる対応件数(件)	3	3	3	3	4	4

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

健康福祉課

- 認知症の人ができる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう、「認知症地域支援推進員」を配置し、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関などとの連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。
- 必要な医療や介護のサービスが受けられるよう関係機関との連携体制構築に努めます。また、認知症の方やその家族が社会的に孤立せず、仲間づくりや学びあいを通して社会参加ができるように、「認知症カフェ」の開設など、地域に出ていける居場所や社会参加の場の確保に取り組みます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェ設置数(か所)	1	1	1	1	1	1

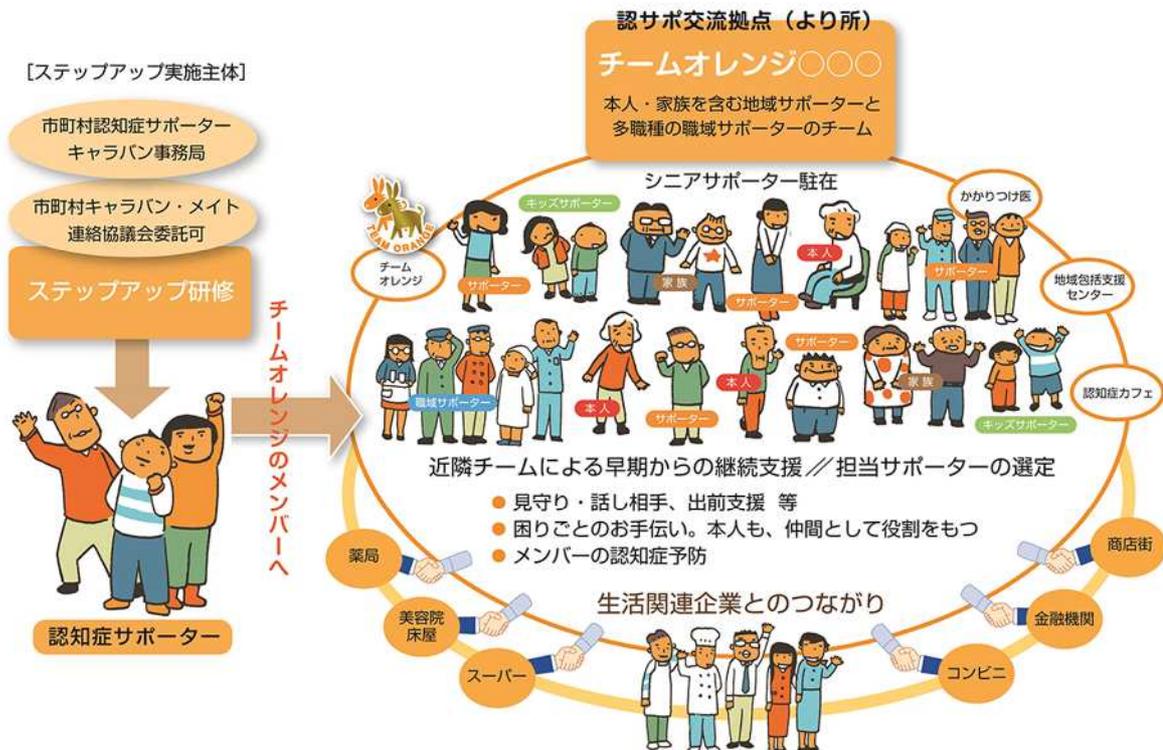
(3) 認知症サポーター養成講座

健康福祉課

- 認知症サポーター養成講座を開催し、「認知症の基本的な知識」や「認知症の人への対応の仕方」などを学んでいただくことで、職場や地域で認知症の人やその家族を見守る「応援者」を養成していきます。
- 地域住民へ意識啓発を推進し、増加する認知症の方とその家族に対する社会的理解の普及を図るよう努めるとともに、認知症の人と地域で関わることが多い小売業・金融機関・公共交通機関等で働く人たちが、認知症の理解を深め、適切な対応をとることができる環境づくりを推進します。
- ステップアップ研修を経た認知症サポーターがメンバーとなり、早期からの支援を行っていく「チームオレンジ」の立ち上げを目指します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター養成講座回数(回)	1	1	2	2	2	2
認知症サポーター養成数(人)	22	7	79	80	100	120

■ チームオレンジの活動イメージ



5 地域ケア会議の充実

地域ケア会議を通じて、医療・介護、リハビリテーション専門職等の多職種が協働して知識や情報、地域課題を共有・把握し、地域支援ネットワークの構築を推進するとともに、問題解決機能の向上を図ります。

(1)地域ケア会議推進事業

健康福祉課

- 地域ケア会議では、個別事例の検討を通じて、さまざまな職種の専門家によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築、地域課題の解決、町の施策形成につなげるなど実効性のある協議を以下のように行います。

①個別課題の解決

自立支援に資するケアマネジメントの支援や支援困難事例等の相談・助言に努めます。

②地域課題の把握

医療、介護等の多職種が協働して、地域課題の把握に努めます。

③地域づくり・資源開発の検討

会議を通じて、地域課題を地域の関係機関等と共有し、問題解決機能の向上を図ります。

④地域支援ネットワークの構築

医療、介護等の多職種による知識や情報の共有、関係強化を図り、地域支援ネットワークの構築を推進します。

- 在宅医療・介護連携推進協議会や地域支え合い協議体等と連携し町民への普及啓発や関係者とのネットワークを構築し、必要な地域資源の検討等を行い問題解決機能向上に努めます。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア個別会議実施回数(回)	6	8	7	7	7	7
地域ケア推進会議実施回数(回)	0	0	1	1	1	1

第3節 任意事業

1 介護給付費の適正化

介護給付費が適正に支給されているか、効果のある介護サービスが行われているか等の状況を正確に把握し、透明性が高く公正で効率の良い制度の運用を図るものです。また、第9期からの調整交付金の算定にあたっては、本事業の取組状況が勘案されることとなっています。

(1)介護給付費適正化事業

健康福祉課

- 介護サービス事業者や関係機関の連携強化を図りつつ、介護給付費について受給者本人への通知や統計的な分析等を行うことにより、幅広い視点から介護保険事業の適正化を推進します。
- 本町では、国の示した主要3事業「①要介護認定の適正化」「②ケアプランの点検等」「③縦覧点検・医療情報との突合」を実施しており、真に必要なかつ良質なサービスの提供と、持続可能な介護保険制度の構築を図ります。

①要介護認定の適正化

介護の必要性を適切に見極め、より精度の高い認定調査を行うために、県主催の認定調査員現任研修を受講します。

②ケアプランの点検・住宅改修・福祉用具給付の点検等

利用者の自立支援のためのケアプランの作成がなされているかどうか、国が示すケアプランチェックマニュアルなどに基づき、ケアプランチェックを実施していきます。

住宅改修については、適正な改修が行われているか事前・事後の訪問調査を実施します。

福祉用具購入については、申請時にケアプランにより確認を行い、貸与についても軽度者への福祉用具貸与の例外給付の確認などにより、適正化を図っていきます。

③縦覧点検・医療情報との突合

茨城県国民健康保険団体連合会から提供される給付適正化情報(医療情報との突合、縦覧点検など)を活用して、不適切な給付の発見及び事業所の指導を行っていきます。

④介護給付費通知(任意)

介護サービスの利用者に対し、サービスの請求状況及び費用等について通知します。

指標	実績			計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプランの点検(件)	4	4	4	4	4	4
住宅改修・福祉用具給付の点検(件)	37	44	40	45	50	55
縦覧点検・医療情報との突合(回)	129	102	120	120	120	120
介護給付費通知(件)	728	703	726	740	750	750

2 その他の事業

(1) 成年後見制度利用支援事業

健康福祉課

- 認知症や知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や株を売却したり、預貯金の財産を管理したり、老人ホームへの入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議を行う必要があっても、自分で実施するのは困難な場合があります。また、訪問販売などで契約内容を理解できないまま購入してしまったりすることで、悪徳商法の被害にあうおそれがあります。成年後見制度を利用することで法的に本人を保護し、支援することができます。
 - 成年後見制度はすでに判断能力が不十分な方を対象に行う法定後見制度と判断能力が低下する前にあらかじめ将来のことを決めておく任意後見制度の二つに分かれます。
 - 今後も、本制度の周知と普及を図るため、広報紙やパンフレット、町のホームページなどを活用して広報・啓発活動を行い、成年後見制度の利用が適切に進むよう、支援していきます。
-

第3章 介護保険事業計画

第1節 個別サービスに関する実績と今後の見込み

※利用回数(日数)及び利用者数は1月あたりの数です(以下同)。

(1) 居宅サービス

在宅での介護を中心にしたサービスです。利用者は、介護支援専門員(ケアマネジャー)等と相談し、作成された居宅サービス計画に従ってサービスを利用します。

① 訪問介護(ホームヘルプ)

- ホームヘルパーが居宅を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活の手助けをするサービスです。
- 安定したサービス提供体制を確保するため、関係機関と連携を図りながら人材養成に努めます。また、質の高いサービスを提供できるよう、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	利用回数(回)					
	866	593	859	656	667	714
介護 給付	利用者数(人)					
	47	42	42	46	47	49

② 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

- 看護師やホームヘルパーなどが居宅を訪問して、移動入浴車や簡易浴槽などにより、一般浴槽での入浴が困難な人の介助を行うサービスです。
- 利用者が在宅生活を続けていくためには、定期的な入浴機会を確保することが必要です。事業者の経営基盤の安定と、多くの事業者がサービス提供を行える体制整備が必要です。
- 訪問入浴介護に関する広報活動を定期的に行うことで、サービスの周知を図ります。また、質の高いサービスを提供できるよう、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保に努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	利用回数(回)					
	0	1	0	0	0	0
予防 給付	利用者数(人)					
	0	0.2	0	0	0	0
介護 給付	利用回数(回)					
	52	33	36	49	49	49
介護 給付	利用者数(人)					
	11	8	7	11	11	11

③介護予防訪問看護・訪問看護

- 医師の指示により、居宅を看護師などが訪問して、療養上の必要な診療を補助するサービスです。在宅での看取りもできるよう24時間対応も可能です。
- 定期的な訪問により、医療的なケアが必要な人の健康状態を把握することは大切です。このため、訪問看護を行う人材の確保を図るとともに、訪問看護に関する情報提供を定期的に行う必要があります。利用者の健康状態の変化に適切に対処できる人材を育成することも大切です。
- 医師の指示に基づいて提供されるため、医師やケアマネジャーと連携しながらサービスの周知に努めます。訪問看護ステーションを中心に、緊急時には24時間対応可能な訪問看護サービス供給体制の充実を図ります。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用回数(回)					
	30	14	12	28	28	36
	利用者数(人)					
	4	3	3	4	4	5
介護給付	利用回数(回)					
	85	126	139	121	121	121
	利用者数(人)					
	10	12	11	13	13	13

④介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

- 利用者が在宅生活を継続するためには、リハビリテーションを受け、残存機能の維持、回復を図ることが大切です。医師の指示に基づき、理学療法士や作業療法士などの専門家が居宅を訪問して、理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行うとともに、利用者が自分で行える体操を指導するサービスです。リハビリテーションについては、訪問リハビリテーションによるサービスのほかに、訪問看護によるリハビリテーションも行われています。
- 事業者の経営基盤の安定と、多くの事業者がサービス提供できる体制整備のため、訪問リハビリテーションに携わる理学療法士、作業療法士などの養成について、関係機関に働きかけます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用回数(回)					
	2	0	0	0	0	0
	利用者数(人)					
介護給付	0.2	0	0	0	0	0
	利用回数(回)					
	1	0	0	0	0	0
介護給付	利用者数(人)					
	0.2	0	0	0	0	0

⑤介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導

- 医師、歯科医師、薬剤師等が要介護(要支援)認定者の居宅等を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。
- 利用者が在宅生活を継続していくためには、医療機関への定期的な受診が重要ですが、通院が困難な場合は、医師の訪問による日常生活上の介護に関する指導、助言などが必要になります。実施する医療機関のサービス提供を促進するとともに、居宅療養管理指導に関する情報提供に努める必要があります。また、医師と介護支援専門員の連携を図ることも大切です。
- 今後も十分な供給量を確保するために、医療機関に対する情報提供や事業参入の働きかけを行います。医師と介護支援専門員の連携を図るため、医療機関との連携を図り、情報交換等の機会を確保するように努めます。また、居宅療養管理指導に対する理解を深めるため、広報活動に努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用者数(人)					
	5	5	4	5	5	5
介護給付	利用者数(人)					
	36	35	38	38	39	40

⑥通所介護(デイサービス)

- デイサービスセンター等の施設に通って、入浴、食事の提供等の日常生活の手助け、機能訓練を受けるサービスです。
- 利用者が在宅生活を継続していくためには、通所サービスを利用して外出機会や交流の場を確保することが大切です。事業者の経営基盤の安定と、適正なサービス確保が必要であり、職員の研修機会を確保することで、質の高いサービスを提供できる体制の整備も必要です。
- 通所サービスに関する広報活動を定期的に行うことで、サービスの周知に努め、十分な供給量を確保するために、民間企業に対する情報提供に努めます。また、質の高いサービスを提供できるよう、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用回数(回)					
	1,235	1,106	1,073	1,245	1,278	1,328
	利用者数(人)					
	104	100	100	104	107	111

⑦介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション(デイケア)

- 介護老人保健施設、医療機関等に通い、当該施設において理学療法、作業療法、その他生活機能の維持向上のために必要なリハビリテーションを行うサービスです。
- 通所介護と同様、外出機会や交流の場の確保に資するものであり、事業者の経営基盤の安定と、適正なサービス確保、また職員の研修機会の確保により、質の高いサービスを提供できる体制の整備が必要です。
- 通所サービスに関する広報活動を定期的に行うことで、サービスの周知に努め、十分な供給量を確保するために、民間企業に対する情報提供に努めます。また、質の高いサービスを提供できるよう、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用者数(人)					
	8	4	3	7	7	8
介護給付	利用回数(回)					
	262	267	324	314	333	354
	利用者数(人)					
	29	28	33	33	35	37

※予防給付については、月単位の定額であるため利用回数は掲載していません。

⑧介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護(ショートステイ)

- 介護老人福祉施設などに短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の手助けを受けるサービスです。
- 利用者が介護者とともに在宅生活を継続していくためには、短期入所サービスを利用して、介護者の負担軽減を図ることも大切です。事業者の経営基盤の安定と、適正なサービス確保、また職員の研修機会の確保により、質の高いサービスを提供できる体制の整備が必要です。
- 広報活動を定期的に行うことでサービスの周知に努めます。今後も十分な供給量を確保するために、民間企業に対する情報提供や誘致活動に努めます。また、質の高いサービスを提供できるようにするため、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用回数(回)					
	7	2	0	8	8	8
	利用者数(人)					
	1	1	0	1	1	1
介護給付	利用回数(回)					
	267	241	303	307	333	346
	利用者数(人)					
	24	23	25	27	29	30

⑨介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設などに短期間入所し、当該施設において、看護・医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の手助けを受けるサービスです。
- 利用者が介護者とともに在宅生活を継続していくためには、短期入所サービスを利用して、介護者の負担軽減を図ることも大切です。事業者の経営基盤の安定と、適正なサービス確保、また職員の研修機会の確保により、質の高いサービスを提供できる体制の整備が必要です。
- 広報活動を定期的に行うことでサービスの周知に努めます。今後も十分な供給量を確保するために、民間企業に対する情報提供や誘致活動に努めます。また、質の高いサービスを提供できるようにするため、事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	利用回数(回)					
	0	0	0	0	0	0
	利用者数(人)					
	0	0	0	0	0	0
介護 給付	利用回数(回)					
	33	27	282	77	86	96
	利用者数(人)					
	4	3	9	9	10	11

⑩介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

- 車いす、特殊寝台、体位変換器、歩行器、認知症高齢者徘徊感知器等を貸与するサービスです。
- 在宅での生活を継続していくためには、特殊寝台などの福祉用具を有効に活用することが大切です。また、福祉用具に関する知識を持った人材の育成を図り、サービスの質を高めるとともに適切な用具の利用を周知することも大切です。
- 福祉用具貸与に関する広報活動を定期的に行うことで、サービスの周知に努めます。今後も十分な供給量を確保するために、民間企業に対する情報提供に努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	利用者数(人)					
	30	30	28	29	29	31
介護 給付	利用者数(人)					
	114	108	119	120	125	130

⑪特定介護予防福祉用具購入費・特定福祉用具購入費

- 腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽等を販売するものです。
- 福祉用具購入費の支給を行うサービスで、要介護(要支援)認定者が在宅生活を継続するために必要な福祉用具のうち、身に付けて使用するため貸与に適さないものを販売します。軽度の認定者にも適切な利用ができるよう国の指針に基づいた利用を促進していきます。
- 制度に関する情報提供を、パンフレットや広報紙等を活用して定期的に行っていきます。事業者に対しては、適切な利用につながるよう適用範囲等の情報提供に努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	利用者数(人)					
	1	1	0	1	1	1
介護 給付	利用者数(人)					
	1	1	1	1	1	1

⑫介護予防住宅改修費・住宅改修費

- 自宅の手すりの取り付け、床段差の解消、引き戸等への扉の取り替え、洋式便器等への便器の取り替えなどの費用を支給するものです。
- 在宅生活を継続していくためには、自宅を生活しやすい環境に整える必要があります。また、運用においては不適切な住宅改修が行われないように努める必要があります。
- 住宅改修費の支給制度に関する情報提供を、パンフレットや広報紙等を活用して定期的に行います。事業者に対しては、住宅改修について、適切な改修となるよう適用範囲等の情報提供に努めます。また、事前申請及び現地確認により、適正かつ生活しやすい環境を整えるための住宅改修となるように努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	利用者数(人)					
	1	1	1	1	1	1
介護 給付	利用者数(人)					
	1	1	1	1	1	1

⑬介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護

- 介護保険法に基づく指定を受けた有料老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム(ケアハウス)等に入居している要介護(要支援)認定者について、居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の手助け、機能訓練及び療養上の手助けを行うサービスです。
- 1人暮らし等の要介護(要支援)認定者が、有料老人ホーム等の特定施設入居者生活介護を利用して、他の入所者とコミュニケーションを図りながら生活することは、選択肢の一つとして考慮すべきものです。このため、事業者の経営基盤の安定と、多くの事業者がサービス提供することのできる体制整備が必要です。
- また、特定施設入居者生活介護は、高齢者同士が共同生活する場のため、トラブルなどの発生について素早く察知できる体制づくりが必要です。
- 今後、民間企業に対する情報提供等に努めるとともに、特定施設入居者生活介護に関する広報活動を定期的に行い、サービスの周知に努めます。また、サービスを提供する事業者を定期的な訪問するなど、トラブル等の発生について素早く察知できる体制づくりに努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用者数(人)					
	2	2	1	2	2	2
介護給付	利用者数(人)					
	7	9	14	16	17	18

⑭介護予防支援・居宅介護支援

- 要介護(要支援)認定者の居宅サービスの適切な利用等が可能となるよう、心身の状況、置かれている環境、意向等を勘案して、介護支援専門員(ケアマネジャー)が、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成や当該計画に基づく事業者との連絡調整、認定者が介護保険施設に入所を希望する場合における施設への紹介、その他のサービスの提供を行えるよう支援します。
- 認定を受けても居宅サービス計画を作成しないとサービス利用が始められません。このため、居宅サービス計画作成に関する情報提供を行うことで、利用の促進を図る必要があります。また、介護支援専門員は、介護保険の担い手として活躍しており、福祉・医療・保健などの総合調整役として、高い資質が求められます。
- 事業者に関する情報提供を、パンフレットや広報紙等を活用して定期的に行います。介護保険サービス未利用の認定者については、サービス利用につなげるように努めます。質の高いサービスを提供できるよう事業者間の情報交換、研修等の機会を確保するよう努めます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用者数(人)					
	38	30	35	38	39	40
介護給付	利用者数(人)					
	169	161	166	171	178	185

(2)地域密着型サービス

地域密着型サービスは、住民の身近な生活圏内において提供される、地域に密着したサービス(地域での生活を24時間体制で支えるもの)です。サービスの提供については、町が事業所の審査・指定・指導監督を行います。このため、地域の実情に応じた弾力的な基準や報酬設定が可能になります。

原則として、五霞町の被保険者のみが利用できるサービスです。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。
- 現在、本町には実施がありません。利用者のニーズや参入事業者の動向を把握しつつ整備を検討していきます。

②夜間対応型訪問介護

- 利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、24時間安心して送ることができるよう、夜間帯に訪問介護員(ホームヘルパー)が居宅を訪問するサービスです。
- 現在、本町には実施がありません。町内には夜間対応型訪問介護事業所はなく、利用者のニーズや参入事業者の動向を把握しつつ整備を検討していきます。

③地域密着型通所介護

- 社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、住み慣れた地域のデイサービスセンターなどに通い、日帰りで食事・入浴・排泄などの介護や機能訓練を受けるサービスです。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	利用回数(回)					
	16	0	0	15	15	15
介護 給付	利用者数(人)					
	1	0	0	1	1	1

④介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護

- 認知症である利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、日帰りで食事・入浴・排泄などの介護や機能訓練を受けるサービスです。
- 現在、本町には実施がありません。今後、認知症の人が増加するとの認識のもと、ニーズや参入事業者の動向把握を募りつつ整備を検討していきます。

⑤介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護

- 利用者の心身の状況や置かれている環境に応じて、1つの事業所から通所サービス、訪問サービス及び宿泊サービスを必要に応じて組み合わせて受けることができるサービスです。
- 現在、本町には実施がありません。利用者のニーズや参入事業者の動向を把握しつつ整備を検討していきます。

⑥介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護

- 認知症の状態にある要介護(要支援)認定者について、共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の手助け及び機能訓練を受けるサービスです。一般に「認知症高齢者グループホーム」と呼ばれます。
- 予防給付については実績がありません。介護給付については認知症の人が増加するとの認識のもと、サービスに関する広報活動を定期的に行うことで、利用者の増加を図ります。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	利用者数(人)					
	1	1	1	1	1	1
介護給付	利用者数(人)					
	8	8	9	8	8	8

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護

- 特定施設の指定を受けた入居定員が 29 人以下の介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などで、入浴・排泄・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を受けるサービスです。
- 現在、本町には実績がありません。

⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- 定員 29 人以下の小規模な有料老人ホーム、軽費老人ホームに入所し、食事、入浴、排泄等の介護や日常生活、機能訓練及び療養上の支援を行います。
- 本町では過去の実績はなく、本計画期間における新たな施設整備も行わないこととします。

⑨看護小規模多機能型居宅介護

- 「通い」「泊まり」「訪問」の3種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供するものです。介護を必要とする方にご自宅からの「通い」を中心に、「泊まり」「訪問」の介護サービスを24時間365日の体制で提供します。
- 本町では過去の実績はなく、本計画期間における新たな施設整備も行わないこととします。

●地域密着型サービスの必要利用定員総数

認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、必要定員総数を定めることが求められており、本町では、各サービスについて次のように見込みます。

(単位:人)

	第8期			中長期	
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
認知症対応型共同生活介護	9	9	9	9	9
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

(3)施設サービス

施設サービスは、次に掲げる3種類の施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)で提供されています。

①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

- 常に介護が必要であり、居宅での生活を継続することが困難な要介護者が、自立した日常生活を営むことを目的として、特別養護老人ホームに入所し、食事・入浴・排泄などの介護、その他日常生活の援助や機能訓練、健康管理などの提供を受けるサービスです。
- 実績は年により変動がありますが、今後も引き続き一定の利用があることと見込んでいます。入所希望者に対して安定的にサービスが提供できるよう、事業者の整備意向などを考慮しながら県等と調整を図っていきます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用者数(人)					
	72	76	72	76	77	78

②介護老人保健施設(老人保健施設)

- 病状が安定期にある要介護者が居宅での生活に復帰することを目的として、看護、医学的管理下での介護、機能訓練等の必要な医療、その他日常生活の援助を受けるサービスです。
- 実績は年により変動がありますが、今後微増になると見込んでいます。居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の保健医療または福祉のサービス提供者との密接な連携をとっていくことや、施設を退所した後の在宅復帰や受入れ先の確保に課題があります。
- 近隣の施設利用も考慮して、今後は、広域的な視点から必要なサービス量が確保されるよう県等と調整を図っていきます。

実績・計画	8期実績			9期計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度見込	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用者数(人)					
	17	15	25	25	25	25

③介護医療院

- 病状が安定期にあるものの長期にわたる療養が必要な要介護者に対して、医療及び介護を一体的に提供するサービスです。従来、介護療養型医療施設(療養病床等)としての提供もありましたが、全国で介護医療院への移行が進んでいます。
- 現在、町には実績がありません。施設における医療と介護の一体的な提供について、今後の需要が考えられることから、近隣の施設利用も考慮して、広域的な視点から県等と調整を図っていきます。

第2節 介護保険制度の円滑な運営

(1)適切な要支援・要介護認定の実施

要支援・要介護認定は、認定調査員の家庭訪問等による調査票と主治医の意見書により介護認定審査会で審査・認定します。

要支援・要介護認定の実施にあたっては、認定調査員一人ひとりに対して適切な研修・指導を行い、正確・公平な認定調査と遅滞のない審査会運営に努めるとともに、審査の簡素化・効率化の取組を一層推進していきます。

また、「介護予防・日常生活支援総合事業」は、65歳以上のすべての人を対象とした介護予防事業です。必ずしも要介護(要支援)認定を受けていなくても、自立に向けた一人ひとりの生活にあわせた柔軟なサービスを利用できるように体制を整備します。

(2)サービス提供事業者の情報開示の促進

利用者によるサービスの選択が適切に行えるよう、すべての介護サービス事業者に、サービス内容や運営状況、職員体制、施設設備、利用料金、サービス提供時間などに関する情報の開示・公表が義務づけられています。

県では、事業者から報告されたサービス情報を年1回程度インターネットで公表しています。また、サービス情報のうち確認が必要なものについては訪問調査を行い、結果を公表、情報に反映しています。

主体である県、その他関係機関との連携強化を図り、サービス提供事業者の情報開示を徹底します。

(3)サービス従事者の質的向上の促進

介護サービスを提供する事業所に所属し、介護サービスに従事する者は、介護技術の向上に向けた様々な新しい知識や技術の習得に常に努める必要があります。

また、人員、設備及び運営に関する基準について、制度の周知を徹底していきます。

さらに、実地指導や利用者等から寄せられた意見等を踏まえ、必要に応じて監査を行うことにより、サービス従事者の質的向上の促進を図ります。

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、国が示している事故報告様式を活用して、報告された事故情報を適切に分析、公表するとともに介護現場に対する指導や支援等の取組を行います。

また、ハラスメント対策を推進し、働きやすい環境づくりを支援します。

(4)情報提供・相談・苦情処理体制の強化

住民がより円滑に、よりよいサービスを利用することができるよう、介護保険制度における認定からサービス内容に関することまで、地域包括支援センターの総合相談業務と円滑に連携することで、重層的な相談体制を構築し、相談業務の充実を図ります。

苦情の内容や対応結果については、利用者、事業者ともに活用してもらえるよう、個人情報に配慮しながら共有を図ります。

(5)災害や感染症対策に係る体制整備

災害や感染症の発生時においても、サービスを継続して提供できるよう、介護事業所等との連携体制の強化を図ります。

また、平時からの事前準備や情報発信など、「地域防災計画」や「新型インフルエンザ等対策行動計画」等の関連計画に基づき、体制整備に努めます。

(6)介護人材の確保・業務の効率化

令和 22(2040)年を見据えて、必要なサービスの見込みを定めるとともに、サービス提供に必要となる介護人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上が求められており、人材確保及び人材定着のための支援を進めていく必要があります。

そのため、介護サービスを支える人材の確保に努めるとともに、ICT の活用や文書負担の軽減など業務の効率化及び質の向上に向けた支援を検討していきます。

①交流・情報交換等による人材定着

- 介護職員の定着支援に向けて、研修や交流等によりスキルアップや情報共有を図り、介護職員がやりがいをもって働き続けられる環境づくりを支援していきます。

②医療介護連携シートの活用による業務効率化

- 医療介護連携シート等の ICT の活用により、業務の効率化等を推進する中で、職員の負担軽減を図り、業務の質の向上や働き方改革を促進します。

③関係部署との連携による人材確保

- 県が実施する、離職した介護福祉士など潜在的有資格者の復職・再就職支援や、外国人介護人材や元気高齢者など多様な人材の活用などについて、県と連携し事業者への積極的な情報提供に努めます。
- 関係部署等と連携し、介護の魅力や求人情報等の発信を行い、介護人材の安定的な確保を目指します。

④介護情報基盤の整備

- デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備を進めます。

⑤文書負担の軽減

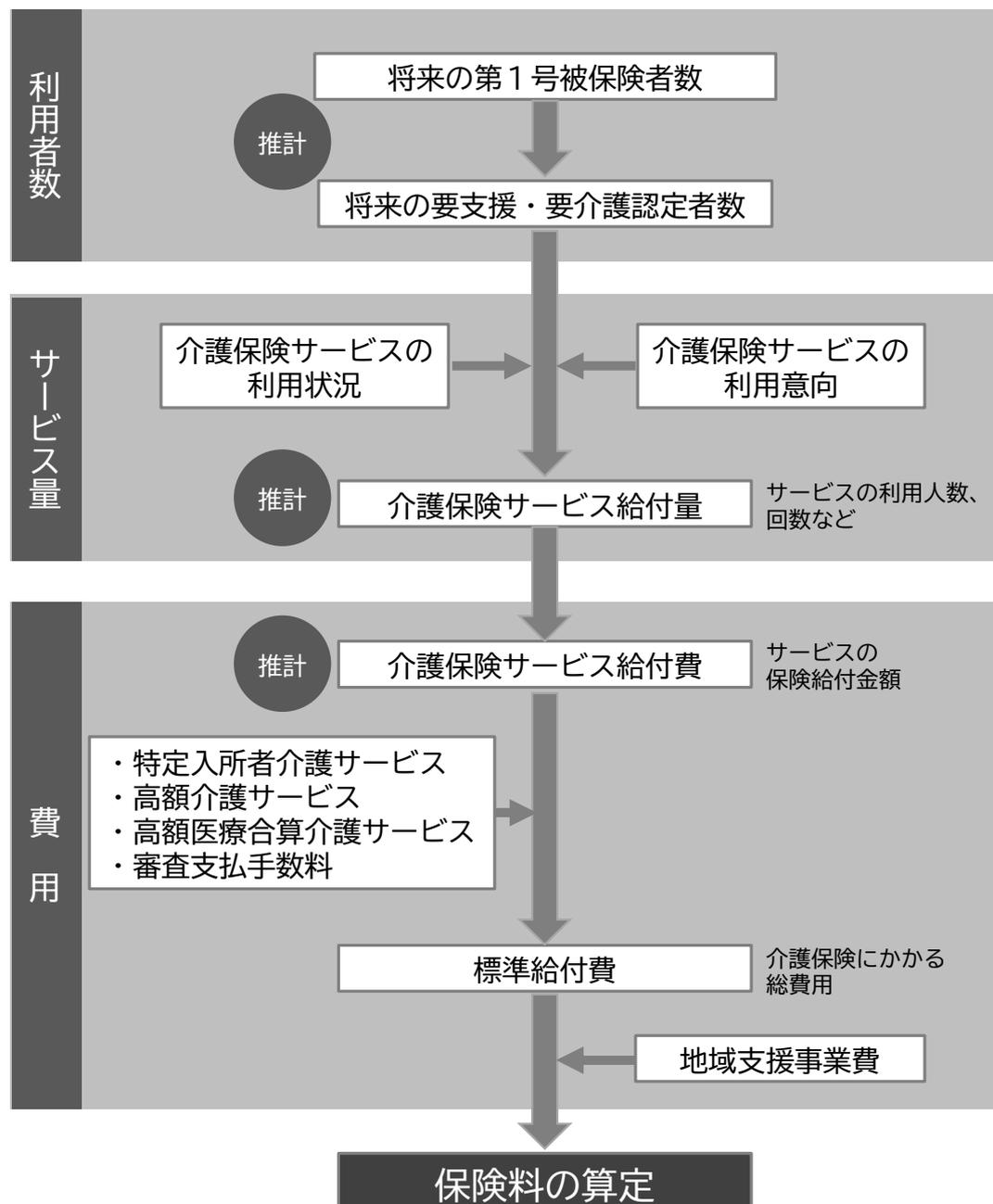
- 指定申請書類等の介護事業所が作成する書類について、国が示す標準様式例の使用の基本原則化に対応するとともに、「電子申請・届出システム」の利用を開始します。
- また、その他届出についても添付資料の簡素化や届出方法の見直し等、介護事業所の文書負担の軽減に向けた取組を推進していきます。

第4章 介護保険事業費の見込み

第1節 介護保険料の算出

介護保険料は、要介護認定者数等の推計を基に、これまでのサービス利用実績、利用者数を勘案して各サービスの提供目標量(利用見込み量)を推計し、それにより算定した給付費と、制度運営等に係る費用総額を算定した後、将来の被保険者数で除して算定します。

▼保険料算定の流れ



1 介護予防サービス給付費

(単位:千円)

サービス種類	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)居宅サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	2,377	2,380	3,142
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	751	752	752
介護予防通所リハビリテーション	3,248	3,252	3,792
介護予防短期入所生活介護	601	601	601
介護予防短期入所療養介護	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	1,760	1,760	1,882
特定介護予防福祉用具購入費	195	195	195
介護予防住宅改修費	1,017	1,017	1,017
介護予防特定施設入居者生活介護	1,968	1,970	1,970
小計	11,917	11,927	13,351
(2)地域密着型サービス			
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,959	2,963	2,963
小計	2,959	2,963	2,963
(3)介護予防支援	2,212	2,273	2,332
合計	17,088	17,163	18,646

※端数処理の関係で合計が合わない場合があります。

2 介護サービス給付費

(単位:千円)

サービス種類	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1)居宅サービス			
訪問介護	302,666	315,037	331,284
訪問入浴介護	21,086	21,545	22,977
訪問看護	7,493	7,503	7,503
訪問リハビリテーション	7,818	7,828	7,828
居宅療養管理指導	0	0	0
通所介護	5,114	5,255	5,357
通所リハビリテーション	118,063	120,274	125,373
短期入所生活介護	37,250	39,571	42,467
短期入所療養介護	33,578	36,314	37,738
福祉用具貸与	21,834	22,746	23,586
特定福祉用具購入費	220	220	220
住宅改修費	943	943	943
特定施設入居者生活介護	37,695	39,795	42,792
小計	302,666	315,037	331,284
(2)地域密着型サービス			
地域密着型通所介護	1,661	1,663	1,663
認知症対応型共同生活介護	26,182	26,215	26,215
小計	27,843	27,878	27,878
(3)施設サービス			
介護老人福祉施設	238,977	242,639	245,998
介護老人保健施設	89,175	89,288	89,288
小計	328,152	331,927	335,286
(4)居宅介護支援	32,189	33,529	34,959
合計	690,850	708,371	729,407

※端数処理の関係で合計が合わない場合があります。

3 介護給付費・介護予防給付費

介護給付費及び介護予防給付費からなる総給付費の見込みは下記のとおりです。

(単位:千円)

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付			
介護予防サービス	11,917	11,927	13,351
地域密着型介護予防サービス	2,959	2,963	2,963
介護予防支援	2,212	2,273	2,332
予防給付 合計	17,088	17,163	18,646
介護給付			
居宅サービス	302,666	315,037	331,284
地域密着型サービス	27,843	27,878	27,878
施設サービス	328,152	331,927	335,286
居宅介護支援	32,189	33,529	34,959
介護給付 合計	690,850	708,371	729,407
総給付費	707,938	725,534	748,053

※端数処理の関係で合計が合わない場合があります。

4 標準給付費

標準給付費の見込みは、総給付費の見込み額と特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付費、高額医療合算介護サービス費等給付額、審査支払手数料の給付見込み額から算出します。

(単位:千円)

項目	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	707,938	725,534	748,053
特定入所者介護サービス費等給付額	32,686	33,618	34,805
高額介護サービス費等給付額	13,763	14,158	14,658
高額医療合算介護サービス費等給付額	2,109	2,152	2,210
算定対象審査支払手数料	560	572	587
標準給付費見込額計	757,056	776,034	800,313

※端数処理の関係で合計が合わない場合があります。

5 地域支援事業費

計画期間における地域支援事業費の見込みは、地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業の事業総額の見込み額から算出します。

(単位:千円)

項目	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	29,908	29,908	29,908
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	13,822	13,822	13,822
包括的支援事業(社会保障充実分)	9,409	9,409	9,409
地域支援事業費	53,139	53,139	53,139

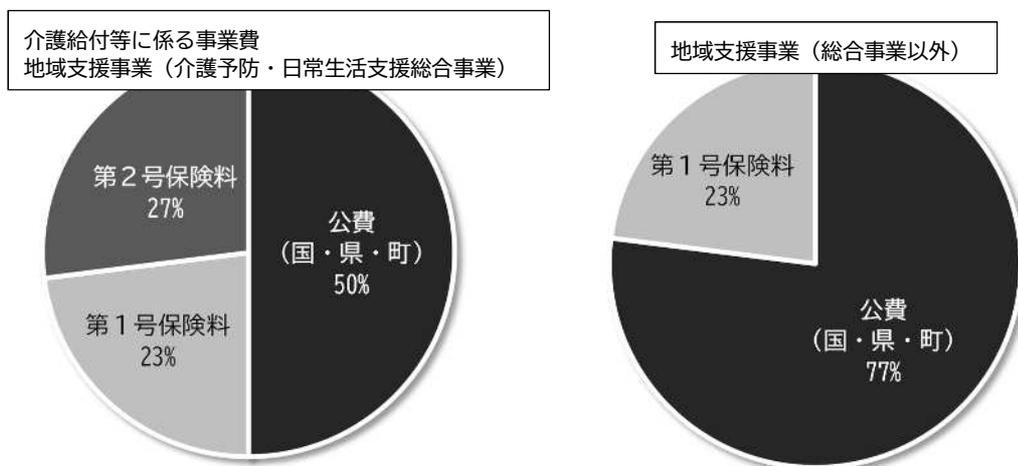
6 介護給付等に係る事業費と、地域支援事業費の財源構成

介護給付等に係る事業費の財源は、第1号保険料及び第2号保険料、国(25%、調整交付金5%含む)・県(12.5%)・町(12.5%)の負担で賄われます。また、第1号被保険者の負担率は23%、第2号被保険者の負担率は27%となります。

地域支援事業のうち介護予防・日常生活支援総合事業の財源は、介護給付費と同じく50%が国、県、町による公費負担、50%が第1号と第2号の保険料負担です。

包括的支援事業と任意事業の財源は、第2号被保険者の負担がなくなり、77%が国・県・町による公費負担、23%が第1号保険料で構成されます。

▼財源構成



第2節 介護保険料の算定

1 保険料基準額

令和6年度から令和8年度までの3年間の標準給付費見込み額、地域支援事業費見込み額をもとに、第1号被保険者負担割合(23%)に応じ、過去の実績における収納率を勘案した保険料賦課総額を被保険者見込み数で除して算出します。

(単位:円)

標準給付見込み額 A	2,333,402,412
地域支援事業費 B	159,416,904
↳うち介護予防・日常生活支援総合事業費 B'	89,724,000
第1号被保険者負担分 $C = (A+B) \times 23\%$	573,348,443
調整交付金相当額 $D = (A+B') \times 5\%$	121,156,321
調整交付金見込み額 $E = (A+B') \times 0.08\%*$ (※3年の平均)	2,076,000
財政安定化基金償還金 F	0
準備基金取崩額 G	28,000,000
市町村特別給付費等 H	0
保険料収納必要額 $I = C + D - E + F - G + H$	664,428,763
保険料収納率 J	99.2 %
保険料賦課総額 $K = I \div J$	669,787,060
所得段階別加入割合補正後被保険者数 ¹ L	9,302 人

保険料基準額(月額) = 保険料賦課総額(K)

÷ 所得段階別加入割合補正後被保険者数(L) ÷ 12 ≒ 6,000 円

	第9期(令和6年度～令和8年度)
保険料基準額(月額)	6,000円

1 各所得段階の人数に保険料率を乗じ、基準額を負担する人数としては何人に相当するかを計算して補正した人数です。

2 所得段階別被保険者数(第1号被保険者)

第1号被保険者の所得段階別被保険者数を次のとおり推計しました。

(単位:人)

所得段階	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期計
第1段階	354	356	358	1,068
第2段階	225	227	227	679
第3段階	186	188	188	562
第4段階	423	426	427	1,276
第5段階	587	592	593	1,772
第6段階	434	437	438	1,309
第7段階	386	389	390	1,165
第8段階	205	206	207	618
第9段階	86	87	87	260
第10段階	34	34	34	102
第11段階	16	17	17	50
第12段階	9	9	9	27
第13段階	31	32	32	95
合 計	2,976	3,000	3,007	8,983
所得段階補正後人数 (被保険者数×保険料率)	3,081	3,107	3,114	9,302

※各段階の所得等の条件は次ページに記載しています。

3 第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の保険料

本計画における、各所得段階の基準所得金額及び保険料率は、国の設定した基準所得金額及び保険料率と同等のものとします。所得段階別介護保険料は、介護保険料基準額をもとに、以下の13段階により設定します。

所得段階	所得等の条件	保険料率	保険料年額 (月額)
第1段階	生活保護受給者の人または老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の人 世帯全員が住民税非課税で、前年の「課税年金収入額+その他の合計所得金額」が80万円以下の人	基準額 ×0.455 【0.285】	32,700円 (2,730円) 【20,500円】 【(1,708円)】
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の「課税年金収入額+その他の合計所得金額」が80万円を超え120万円以下の人	基準額 ×0.685 【0.485】	49,300円 (4,110円) 【34,900円】 【(2,908円)】
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の「課税年金収入額+その他の合計所得金額」が120万円を超える人	基準額 ×0.69 【0.685】	49,600円 (4,140円) 【49,300円】 【(4,108円)】
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税の人で、前年の「課税年金収入額+その他の合計所得金額」が80万円以下の人	基準額 ×0.9	64,800円 (5,400円)
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は住民税非課税の人で、前年の「課税年金収入額+その他の合計所得金額」が80万円を超える人	基準額	72,000円 (6,000円)
第6段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が120万円未満の人	基準額 ×1.2	86,400円 (7,200円)
第7段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が120万円以上210万円未満の人	基準額 ×1.3	93,600円 (7,800円)
第8段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が210万円以上320万円未満の人	基準額 ×1.5	108,000円 (9,000円)
第9段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が320万円以上420万円未満の人	基準額 ×1.7	122,400円 (10,200円)
第10段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が420万円以上520万円未満の人	基準額 ×1.9	136,800円 (11,400円)
第11段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が520万円以上620万円未満の人	基準額 ×2.1	151,200円 (12,600円)
第12段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が620万円以上720万円未満の人	基準額 ×2.3	165,600円 (13,800円)
第13段階	本人が住民税課税で、前年の「合計所得金額」が720万円以上の人	基準額 ×2.4	172,800円 (14,400円)

※保険料は端数の調整を行い設定しています。

※第1段階～第3段階の人は公費による負担軽減が図られ、保険料率が上記の【 】内に軽減されます。保険料年額(月額)の【 】内は公費負担による軽減を適用した金額です。

※「その他の合計所得金額」とは合計所得金額から年金収入にかかる雑所得を除いた額。

※「合計所得金額」とは収入から公的年金控除や給与所得控除や必要経費を控除した額で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額。

第3節 令和12(2030)年・令和22(2040)年の予測

第9期計画では、令和12(2030)年及び令和22(2040)年までを見据え、需要や保険給付等を推計するよう努めることとされています。

サービスにより度合いは異なりますが、総じて長期的には需要が増加する予測です。

1 サービス種類ごとの量の推計

予防給付		【参考】 令和8 (2026) 年度推計	令和12 (2030) 年度推計	令和22 (2040) 年度推計
介護予防サービス				
介護予防訪問看護	(回)	36	36	45
	(人)	5	5	6
介護予防訪問リハビリテーション	(回)	0	0	0
	(人)	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	(人)	5	5	6
介護予防通所リハビリテーション	(人)	8	9	11
介護予防短期入所生活介護	(日)	8	8	8
	(人)	1	1	1
介護予防短期入所療養介護	(日)	0	0	0
	(人)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	(人)	31	33	35
特定介護予防福祉用具購入費	(人)	1	2	2
介護予防住宅改修	(人)	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	(人)	2	2	2
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型共同生活介護	(人)	1	1	1
介護予防支援	(人)	40	45	51

介護給付		【参考】 令和8 (2026) 年度推計	令和12 (2030) 年度推計	令和22 (2040) 年度推計
居宅サービス				
訪問介護	(回)	714	737	873
	(人)	49	51	60
訪問入浴介護	(回)	49	51	65
	(人)	11	11	14
訪問看護	(回)	121	130	160
	(人)	13	14	16
訪問リハビリテーション	(回)	0	0	0
	(人)	0	0	0
居宅療養管理指導	(人)	40	41	47
通所介護	(回)	1,328	1,401	1,626
	(人)	111	117	136
通所リハビリテーション	(回)	354	383	440
	(人)	37	40	46
短期入所生活介護	(回)	346	352	418
	(人)	30	30	36
短期入所療養介護	(回)	96	92	101
	(人)	11	11	12
福祉用具貸与	(人)	130	136	156
特定福祉用具購入費	(人)	1	1	1
住宅改修費	(人)	1	1	1
特定施設入居者生活介護	(人)	18	19	20
地域密着型サービス				
地域密着型通所介護	(回)	15	15	15
	(人)	1	1	1
認知症対応型共同生活介護	(人)	8	8	8
施設サービス				
介護老人福祉施設	(人)	78	83	88
介護老人保健施設	(人)	25	28	32
居宅介護支援	(人)	185	189	240

2 介護保険給付費の予測

	令和12(2030)年度	令和22(2040)年度
介護予防給付費(千円)	19,898	22,400
介護給付費(千円)	771,926	863,427
地域支援事業費(千円)	55,833	53,478
保険料基準額	6,886円程度	7,465円程度

ただし、この計算は介護サービス利用者の割合が現在の状況のまま推移した場合の想定によるものであり、高齢者人口の今後の変動や介護予防への取組等によって結果は大きく変わります。

また、準備基金取崩の設定や今後の制度改正等の影響も加味されていないものです。

第5章 計画の推進

第1節 推進体制の強化

施策・事業に様々な組織・団体・町民がかかわることから、効果的かつ着実に実行するために、組織的な体制の整備・強化を図ります。また、保健・医療・福祉をはじめ様々な人材が求められることから、人材の確保・育成に努めます。

(1)住民・地域団体との連携

本計画を推進するためには、行政、住民、地域団体、介護サービス事業者等の適切な役割分担と相互の連携による取組が必要です。

住民は、できるだけ健康で、自らの能力を最大限に発揮し、生きがいを持って多様な活動に積極的に参加することが望まれます。

高齢者を取り巻く地域・各種団体は、高齢者を支えるとともに、高齢者の持つ豊富な知識や経験、技術を「まちづくり」を進めるために、その能力等を発揮できる場を確保することが期待されます。

町は、住民や地域団体の活動を支援し、地域ケアシステムの充実を通じて、高齢者の身近なサポート体制の確保に努め、地域の特性を生かした福祉の輪が広がるよう地域福祉を推進して、五霞町らしい「地域共生社会」の実現を目指します。

(2)介護サービス事業者との連携

介護保険サービス事業者等は、適切なサービス提供に努めるとともに、地域のさまざまな情報にも耳を傾け、地域で支える活動を支援することが求められます。

町は、ケアマネジャー連絡会議等を通じて介護サービス事業者との相互の情報交換を行い、介護保険事業による円滑かつ適切なサービス提供を確保します。

また、介護保険以外のサービスや住民・地域団体等の取組に関する情報を提供し、身近な地域で関係者が連携した取組が進められるよう支援します。

(3)行政等の対応

町は、住民や地域団体、介護サービス事業者との連携のほか、保健・医療等関係機関との連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築を展望した取組を進めます。

庁内においては、関係課の協力を得ながら、総務、企画、交通、まちづくりほかの分野に関係する部署が幅広く連携を取って、この計画が推進されるよう、進捗状況や課題、取組方針等について連絡・調整を図ります。

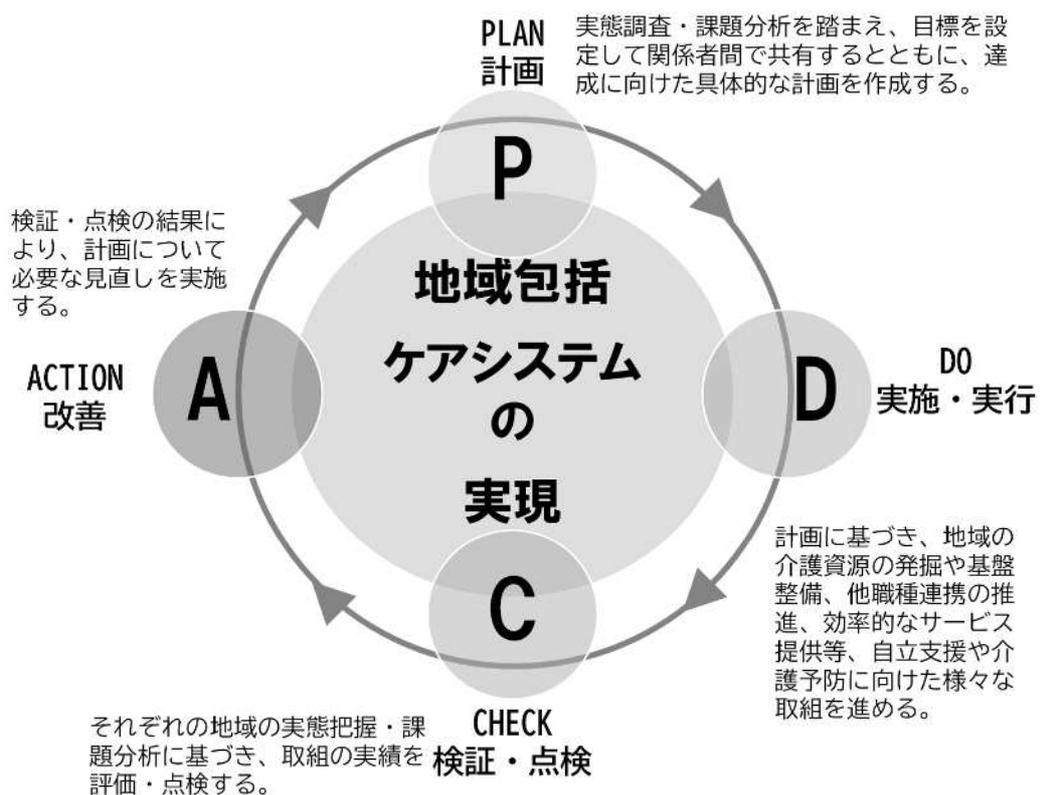
第2節 計画の進行管理

計画に基づき施策の実現が図れるよう、定期的に事業の達成状況を把握し、地域包括ケア「見える化」システム等を活用して本町の特徴を把握するとともに、PDCAサイクルに従い進行管理を行うとともに、目標量などを設定している事業はその達成状況について評価を行います。

また、事業者自らがサービス内容を評価する「自己評価」を推進するとともに、第三者によるサービス評価の導入を検討します。

五霞町介護保険事業計画等策定委員会が中心となり、計画の達成状況を分析し、毎年度点検・評価を行います。

▼PDCA サイクルのプロセスのイメージ



平成29(2017)年度創設の「保険者機能強化推進交付金」、令和2(2020)年度創設の「介護保険保険者努力支援交付金」については、本町においても交付金に係る評価を実施しています。これらの評価結果も活用しながら、本計画の進行管理におけるPDCAサイクルを強化します。

資料編

1 策定経過

年	月日	内容
令和4年	11月～ 令和5年5月	「在宅介護実態調査」の実施
令和5年	3月	「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の実施
	5月	「介護事業所調査」の実施
	5月～7月	アンケート調査分析・各種データの収集・整理
	11月10日	第1回 五霞町介護保険事業計画等策定委員会の開催 ・第8期五霞町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の状況について ・第9期五霞町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定について
令和6年	1月26日	第2回 五霞町介護保険事業計画等策定委員会の開催 ・第9期五霞町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画(案)について
	2月	「パブリックコメント」(意見公募)の実施

2 五霞町介護保険事業計画等策定委員会条例

〔平成20年6月26日
条例第26号〕

(設置)

第1条 介護保険法(平成9年法律第123号)第117条第1項に規定する介護保険事業計画及び老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8第1項に規定する老人福祉計画(以下「介護保険事業計画等」という。)の策定を円滑に行うため、五霞町介護保険事業計画等策定委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事務)

第2条 委員会は、町長の諮問に応じ、介護保険事業計画等の策定のため、介護保険法第117条第2項各号及び老人福祉法第20条の8第2項各号に掲げる事項を検討し、意見を述べるものとする。

(組織)

第3条 委員会は、委員10人以内で組織する。

(委員)

第4条 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 保健医療関係者
- (2) 福祉関係者
- (3) 学識経験を有する者
- (4) その他町長が必要と認める者

2 委員の任期は、3年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

3 委員は、再任されることができる。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置く。

2 委員長及び副委員長は委員の互選により定める。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が招集し、会議の議長となる。

(意見の聴取等)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させて意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、健康福祉課が行う。

(委任)

第9条 この条例に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成20年7月1日から施行する。

(五霞町特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例の一部改正)

2 五霞町特別職の職員で非常勤のものの報酬及び費用弁償に関する条例（昭和44年五霞村条例第5号）の一部を次のように改正する。

別表に次のように加える。

介護保険事業計画等策定委員会委員	—	日額		
------------------	---	----	--	--

3 五霞町介護保険事業計画等策定委員会委員名簿

選出区分	氏名	備考
1号委員 保健医療関係者	芝田 佳三	委員長
	山野 光一	
2号委員 福祉関係者	江森 薫	
	武藤 孝	
	篠崎 悦子	副委員長
	小林 孝徳	
3号委員 学識経験者	岩崎 富美江	
	石塚 盛男	
4号委員 町長が必要と認める者	知久 由里子	
	島田 美穂	

※任期3年(令和5年11月10日～令和8年3月31日)

第9期 五霞町高齢者福祉計画・介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度

令和6年3月

発行:五霞町

茨城県猿島郡五霞町小福田 1162-1

電話 0280-84-1111(代表)

FAX 0280-84-1478

ホームページ <https://www.town.goka.lg.jp/>

編集:五霞町役場健康福祉課

