

[令和3年度～令和5年度]
白鷹町第9次高齢者保健福祉計画・
第8期介護保険事業計画

みんなで支え合う地域社会の実現
～ぬくもりある地域包括ケアの推進～

令和3年3月
白 鷹 町

＜白鷹町第9次高齢者保健福祉計画・第8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. 地域包括ケアの推進	17
3. 認知症施策の推進	29
4. 多様なサービスの提供と適正化	33
5. 高齢者向けの住まい	38
6. 地域での見守りと災害対応及び感染症対策	39

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	41
2. 在宅サービスの見込み	42
3. 施設・居住系サービスの見込み	43
4. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者数の見込み	45
5. 介護サービス給付費等の見込み	46
6. 標準給付費の見込額	47
7. 地域支援事業の見込額	47
8. 市町村特別給付の見込額	48
9. 保険料の算出	48
10. 第1号被保険者の保険料	49
11. 第1号被保険者の保険料所得段階及び保険料	51
12. 保険料段階ごとの被保険者数	52
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	53
14. 介護保険事業の円滑な制度運営	55

＜白鷹町第8次高齢者保健福祉計画及び第7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介護保険制度が創設されて20年がたち、介護を必要とする高齢者やその家族の支えとして定着してきました。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。

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、地域包括ケア及び認知症施策の推進に努め、地域で互いに支えあう仕組みを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、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と整合を図りながら計画します。

3 計画の期間

両計画は、令和3年度から令和5年度までの3年間を計画期間とし、団塊の世代が75歳以上となる令和7年度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5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社会の実現

～ぬくもりある地域包括ケアの推進～

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、「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。

なお、推進会議は、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、それぞれの立場から幅広く意見をいただくものです。

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。

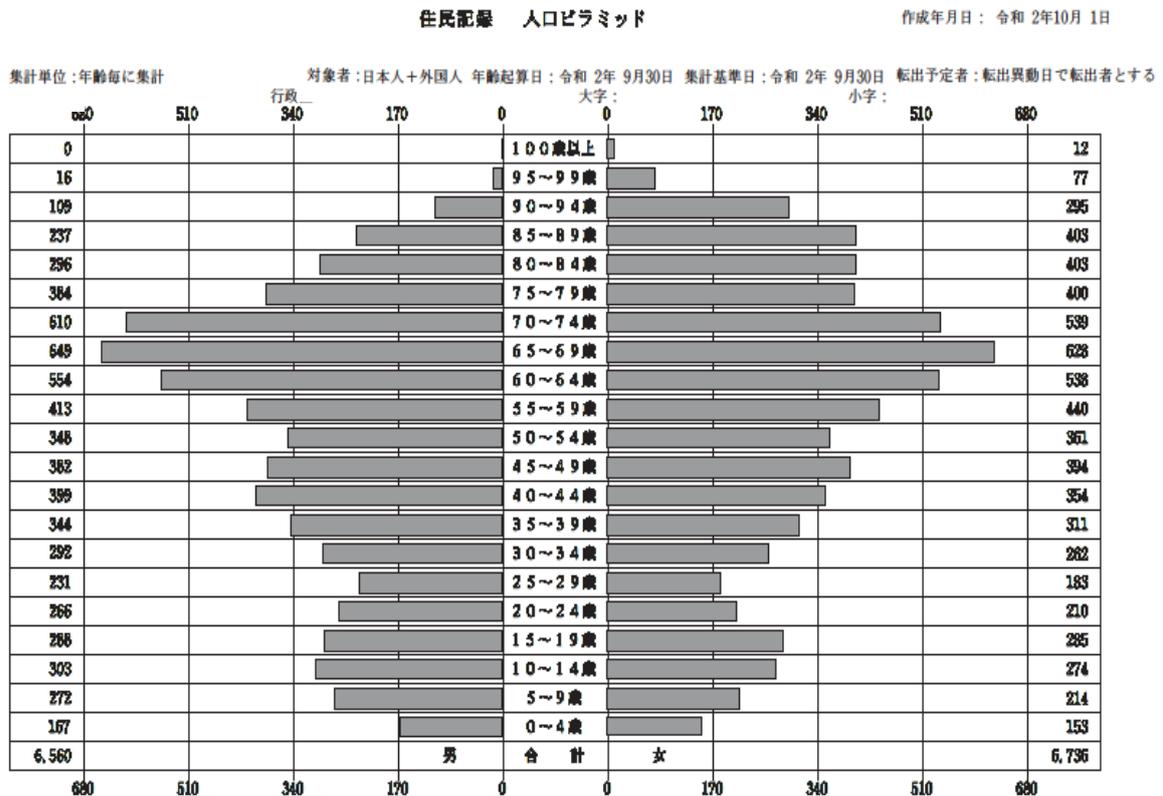
第3章 高齢者を取りまく現状と今後の見込み

1 人口の減少と高齢者の増加

白鷹町の人口は、令和2年10月1日現在13,296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3,853人、第7期計画が始まった平成30年の13,943人（住民台帳）より647人減少しています。

また、令和2年の年少人口（0歳から14歳の人口）は1,383人で総人口の10.4%、生産年齢人口（15歳から64歳の人口）は6,855人で51.6%、老年人口（65歳以上の人口）は5,058人で38.0%です。

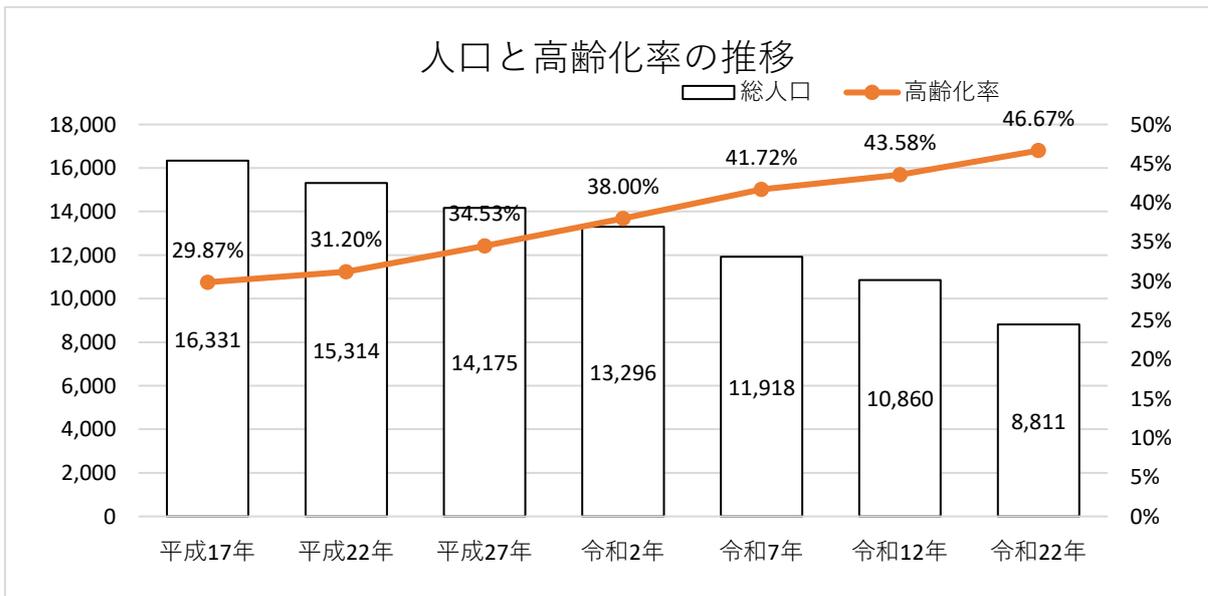
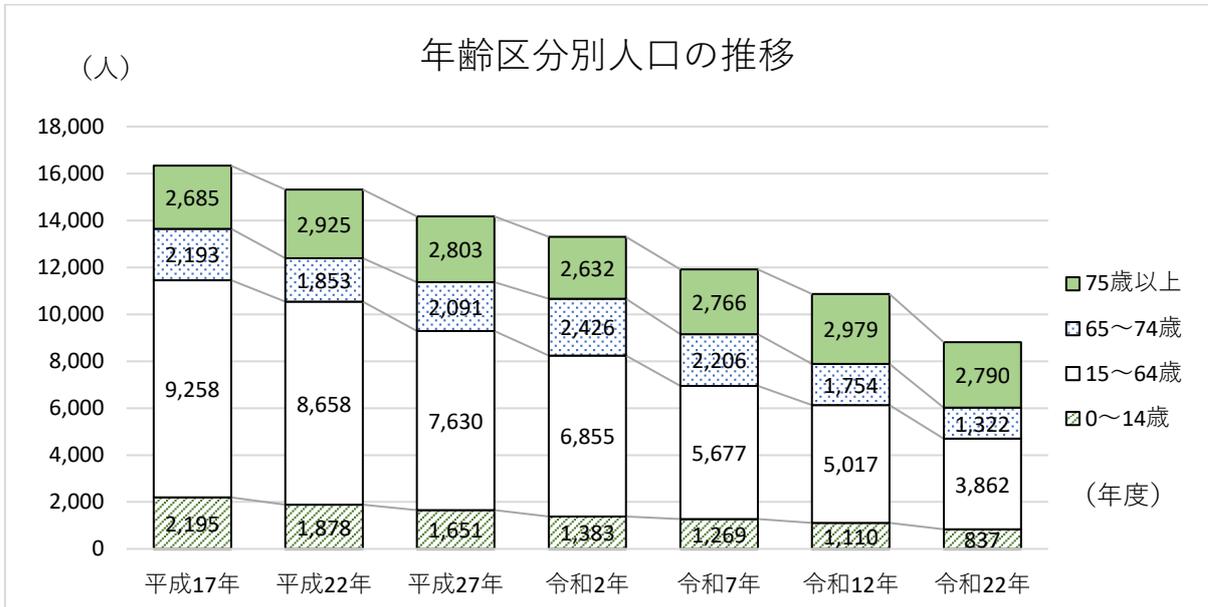
65歳から74歳の前期高齢者数は、これまでは横ばいが続いてきましたが、令和2年頃から減少に向かい令和7年頃から大きく減少することが予測されます。75歳以上の後期高齢者数は、これまでは横ばいが続いてきましたが、令和7年頃から増加するものと見込まれます。また、令和12年頃からは、より介護が必要となりやすい85歳以上人口の増加が見込まれており、令和22年には後期高齢者の約47%を85歳以上人口が占める予想となっています。



年齢区分別人口と高齢化率の推移

	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年	令和7年	令和12年	令和22年
総人口	16,331	15,314	14,175	13,296	11,918	10,860	8,811
0～14歳	2,195	1,878	1,651	1,383	1,269	1,110	837
15～64歳	9,258	8,658	7,630	6,855	5,677	5,017	3,862
65～74歳	2,193	1,853	2,091	2,426	2,206	1,754	1,322
75歳以上	2,685	2,925	2,803	2,632	2,766	2,979	2,790
高齢化率	29.87%	31.20%	34.53%	38.04%	41.72%	43.58%	46.67%

資料：平成27年までは国勢調査、令和2年は住民基本台帳、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

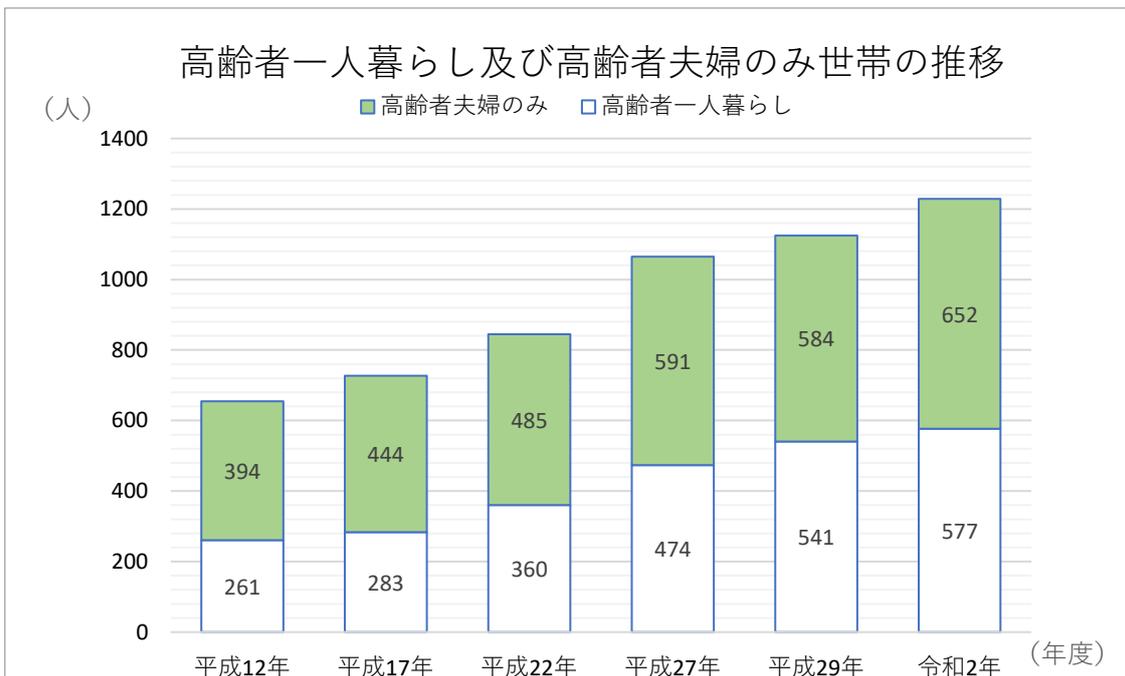
高齢者数の増加に伴い、高齢者一人暮らし、高齢者夫婦のみ世帯ともに、増加傾向にあります。令和2年の高齢者一人暮らしの世帯数は、平成29年から36世帯増加して577世帯に、高齢者夫婦のみの世帯は、68世帯増加して652世帯と、高齢者世帯は1,229世帯に上っています。

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12年	平成17年	平成22年	平成27年	平成29年	令和2年
高齢者一人暮らし	261	283	360	474	541	577
高齢者夫婦のみ	394	444	485	591	584	652
計	655	727	845	1,065	1,125	1,229

資料:平成27年までは国勢調査、平成29年以降は山形県在宅高齢者数等調査



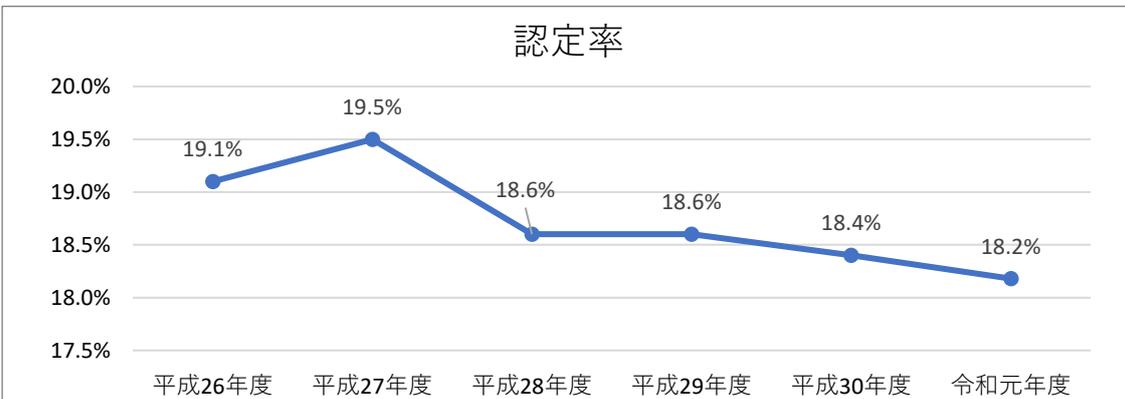
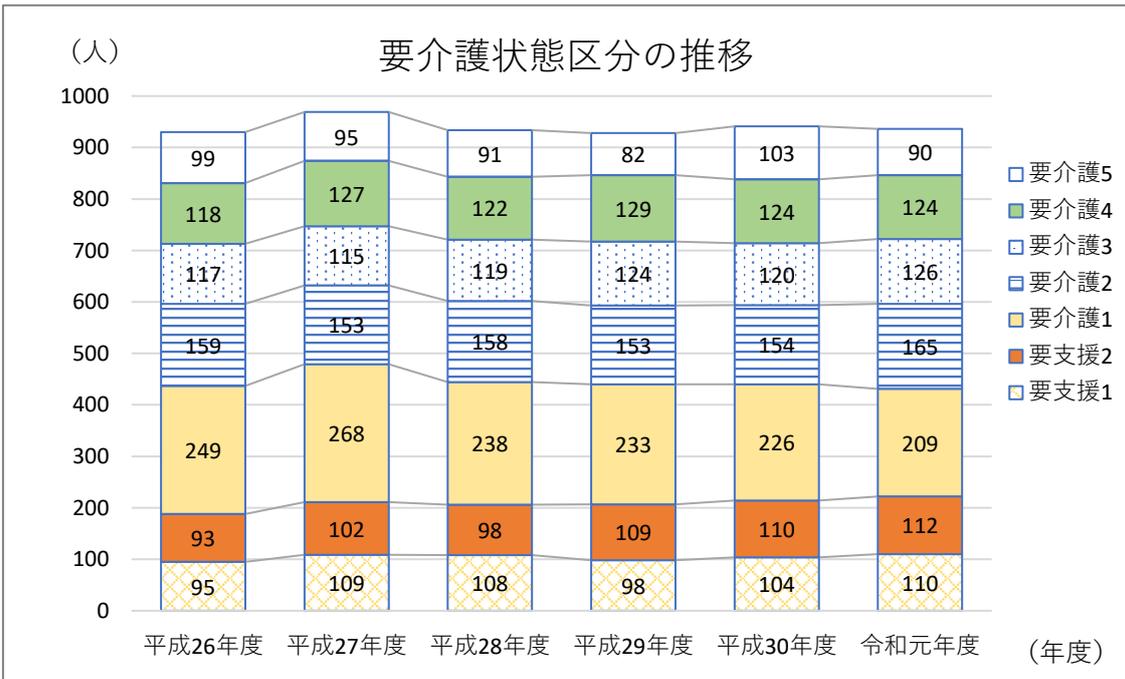
3 要介護認定者数、認定率の推移

令和元年度の要介護認定者数（月平均、40歳から64歳の認定者を含む）は、936人で、第1号被保険者数に占める認定率は18.2%です。

要介護状態区別の認定者数（月平均） (人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
要支援1	95	109	108	98	104	110
要支援2	93	102	98	109	110	112
要介護1	249	268	238	233	226	209
要介護2	159	153	158	153	154	165
要介護3	117	115	119	124	120	126
要介護4	118	127	122	129	124	124
要介護5	99	95	91	82	103	90
計	929	968	934	928	941	936
認定率	19.1%	19.5%	18.6%	18.6%	18.4%	18.2%

(計はすべての年間平均であり、区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)



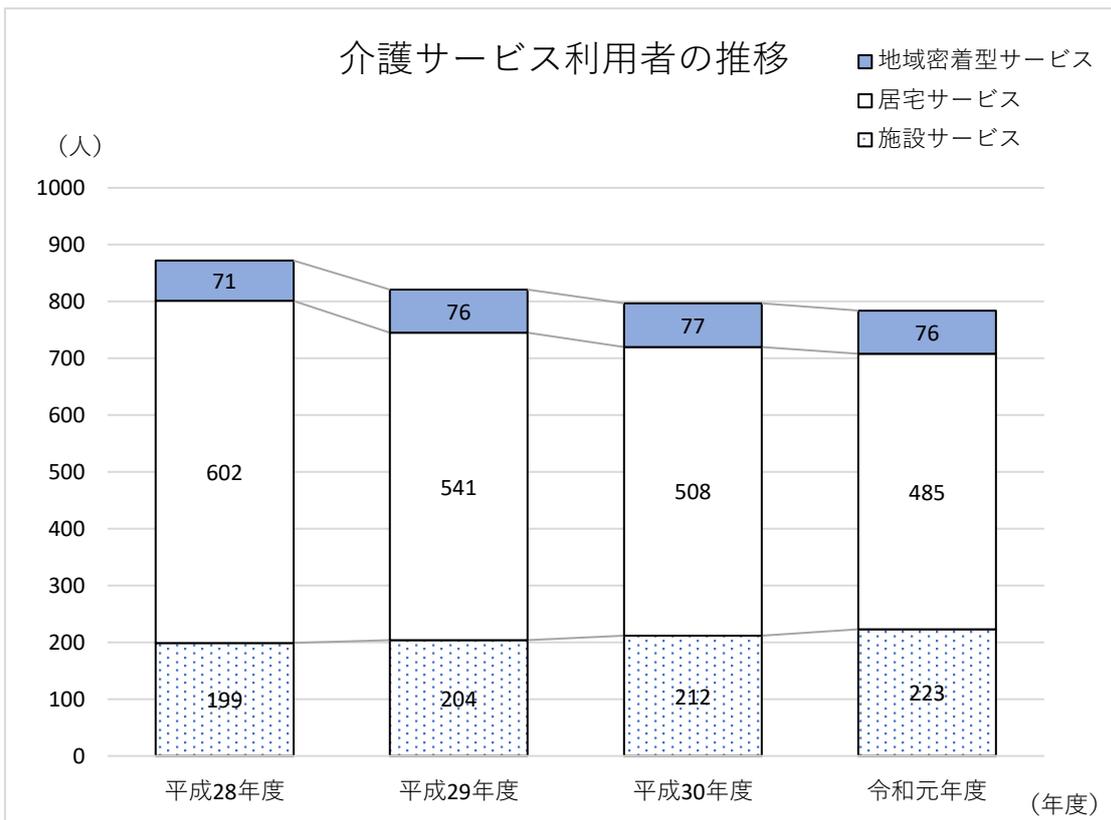
4 介護サービス利用者の推移

各種介護サービスの令和元年度の月平均利用者数は784人（前年度比98.4％）で、うち施設サービス利用者数は223人（前年度比105.2％）、居宅サービス利用者数は485人（前年度比95.5％）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76人（前年度比98.7％）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）

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
施設サービス	199	204	212	223
居宅サービス	602	541	508	485
地域密着型サービス	71	76	77	76
計	872	821	797	784

（人）



5 介護サービス費用の推移

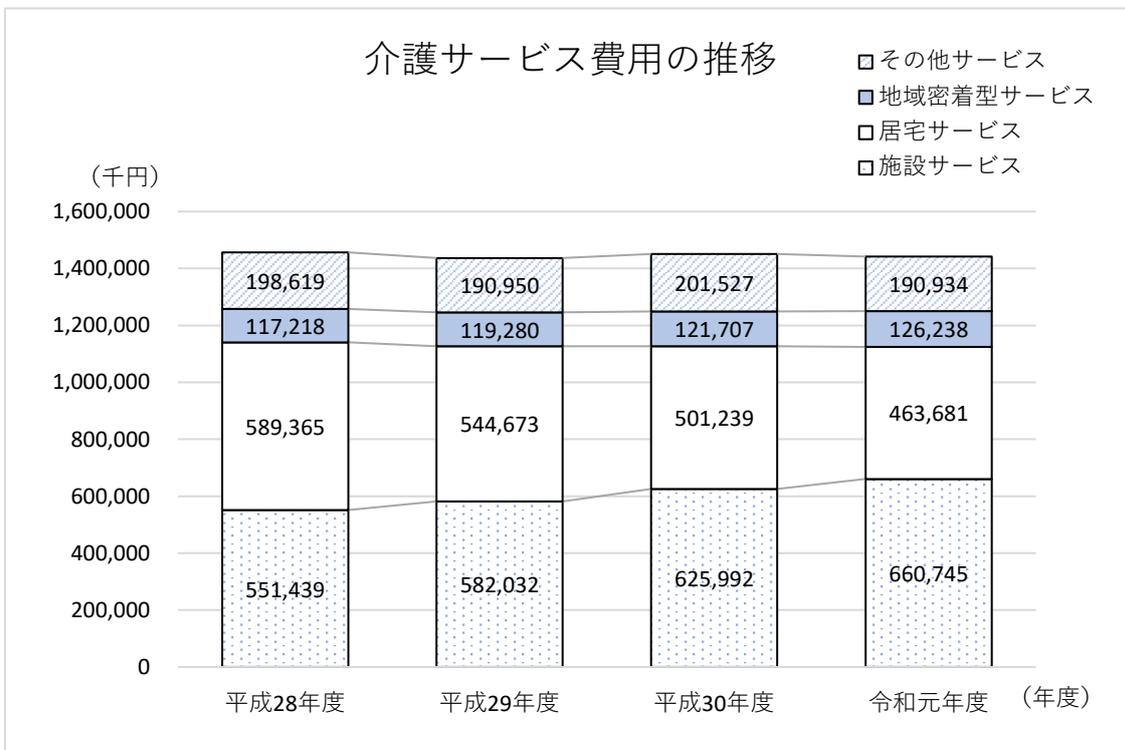
令和元年度の介護サービス費用の年間合計額は1,441,598千円（前年度比99.4%）で、うち居宅サービスが463,681千円（前年度比92.5%）施設サービスが660,745千円（前年度比105.6%）、地域密着型サービスが126,238千円（前年度比103.7%）、特定入所者サービス等その他サービスが190,934千円（前年度比94.7%）でした。

平成28年までは居宅サービスの費用が施設サービスの費用を上回っていましたが、平成29年度に施設サービスの費用が居宅サービスの費用を超えました。以来、居宅サービス費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。令和2年度に町内の特別養護老人ホームが増床したこともあり、この傾向は今後も続いていくと考えられます。

介護サービス費用の推移

(千円)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
施設サービス	551,439	582,032	625,992	660,745
居宅サービス	589,365	544,673	501,239	463,681
地域密着型サービス	117,218	119,280	121,707	126,238
その他サービス	198,619	190,950	201,527	190,934
計	1,456,641	1,436,935	1,450,465	1,441,598



6 介護予防と介護者支援施策

地域支援事業の概要

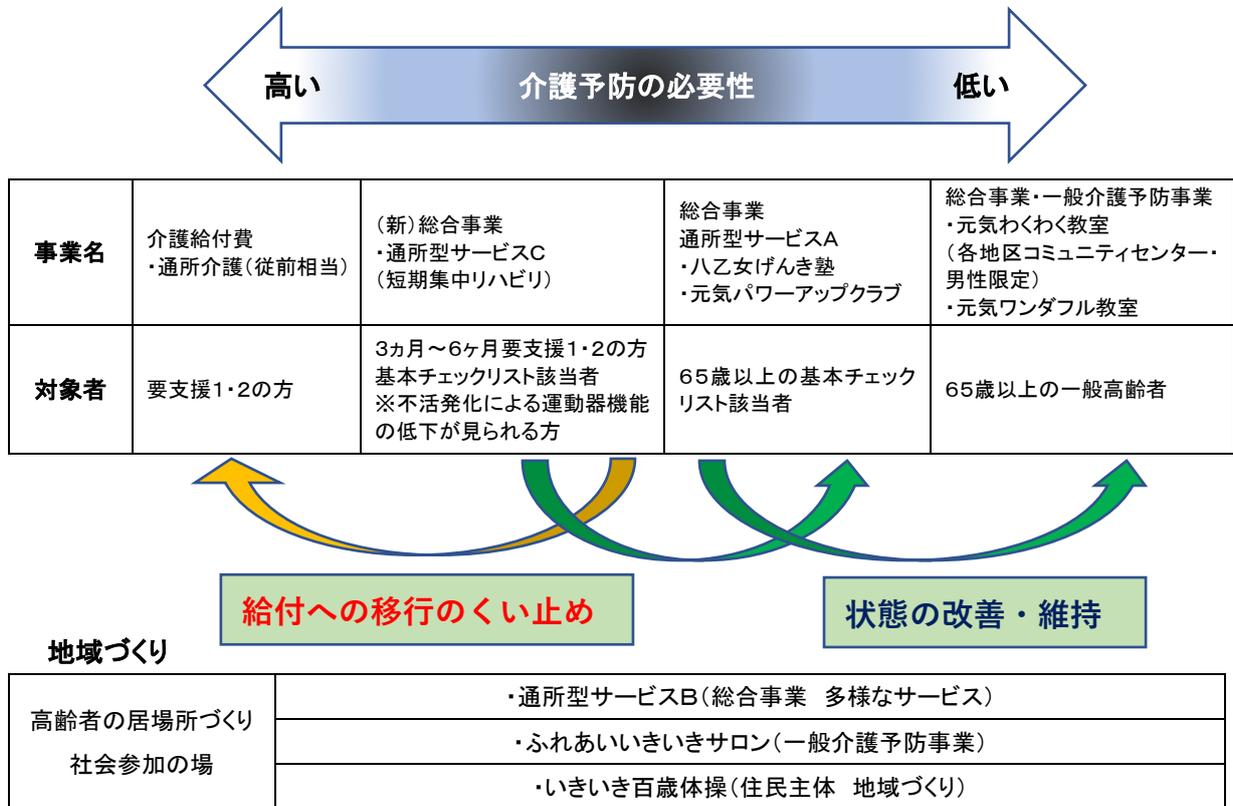
地域支援事業は、大きく分けると「介護予防・日常生活支援総合事業」と「包括的支援事業・任意事業」の2本立てで事業を行っています。要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送ることを目的として実施します。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、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を目的に実施します。

要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と、第1号被保険者に対して運動教室等の介護予防を行う一般介護予防事業の強化を図ります。

白鷹町介護予防体系のイメージ図



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。このような現状において、認知症の発症や高齢者虐待等が懸念されます。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まいります。

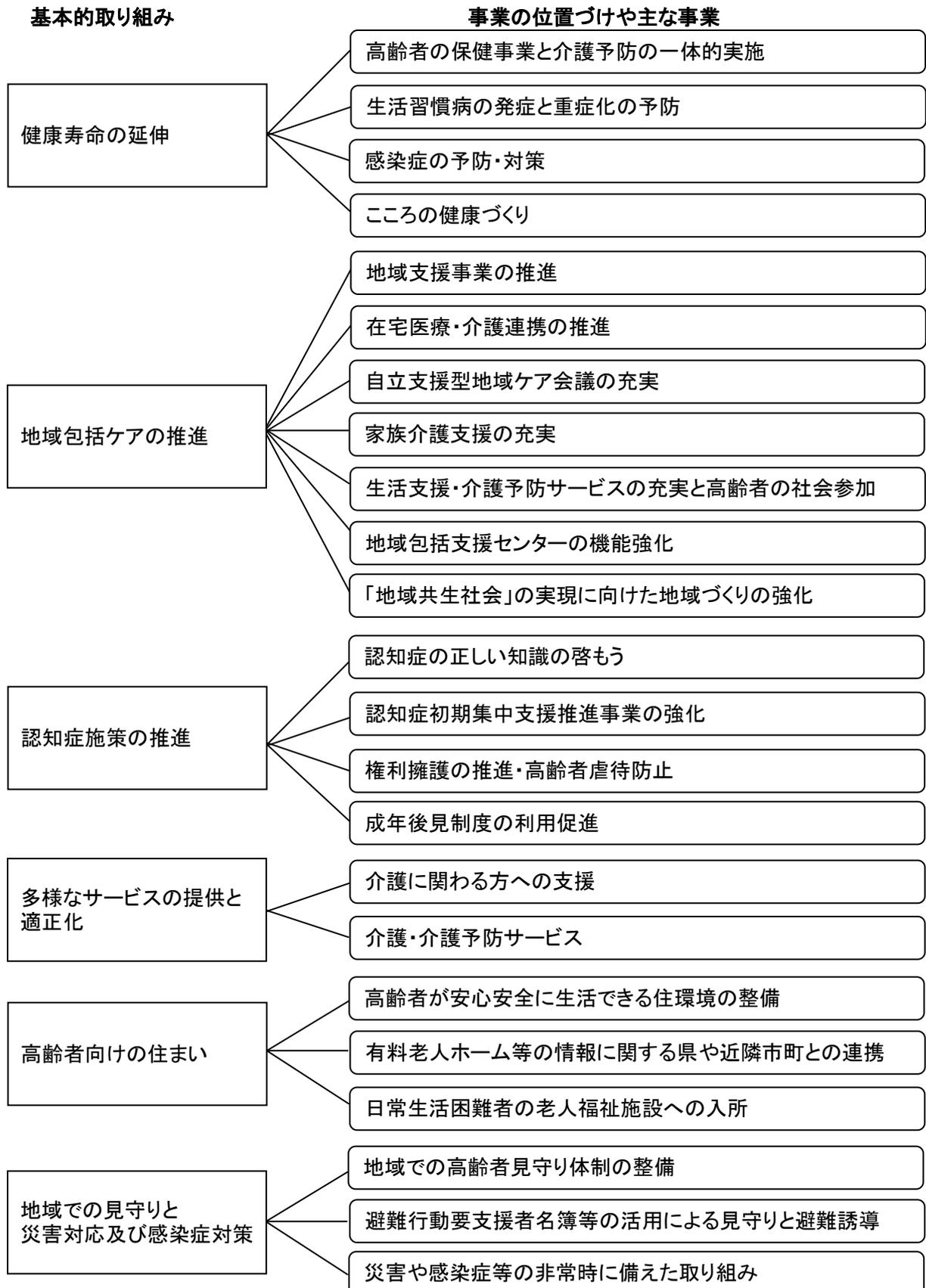
平成29～令和元年度実績

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
総合相談件数(訪問含む)	3,288	3,306	3,515
虐待ケース件数	6	1	0
認知症高齢者数	479	434	417

※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Ⅱa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）

第4章 高齢者施策の展開



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）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（基本的な方針）

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栄養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（KDB）システム※（以下「KDBシステム」という。）を活用し、支援が必要な方への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、健康福祉課健康推進係と地域包括支援センター係が、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、地域の通いの場において、KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職が健康教育、健康相談等を行います。

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、低栄養防止・重症化予防、適正受診・服薬の促進のための訪問指導や、健康状態が不明な方への後期高齢者健康診査受診勧奨等の支援を行います。

※国保データベース（KDB）システム：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健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。

(2) 生活習慣病の発症と重症化の予防

介護認定の初回申請者の約6割が脳血管疾患、悪性新生物、心疾患等の生活習慣病により介護認定を受けている状況やKDBシステムのデータ分析から、健康寿命の延伸のためには、早い時期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：加齢に伴う予備機能低下のためストレスに対する回復力が低下した要介護状態にいたる前段階
 ※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合わせて各地区会場で実施します。また、追加健診や土曜日の健診を設定し、受診しやすい環境づくりに努めるとともに健診の対象になる方に問診票等の案内を送付し、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。

また、疾病の早期発見・早期治療のため、健診未受診者やがん検診等で精密検査が必要な方へ文書や電話等で受診勧奨を行います。

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

生活習慣病予防のための栄養、運動、休養等の情報提供を行うことで自分の生活習慣をより良く変えて継続していく「健診から始める健康づくり」を推進します。生活習慣病の発症と重症化予防のため、保健師や栄養士等による健康相談、健康教育、家庭訪問等を実施します。

受診者への情報提供、健診結果説明会等を実施し、望ましい生活習慣の定着、がん予防についての知識の普及・啓発を図っていきます。メタボリックシンドロームの改善のための特定保健指導の他、生活習慣病の発症や重症化のリスクが高い対象への保健指導にも力を入れていきます。

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 しらたか健康マイレージ応援事業

健康づくりに対する個人へのインセンティブ提供として、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、自身の健康づくりの促進をはかります。

⑤ 健康手帳の交付

健康診査や健康教室、健康相談等の結果を記録できる等、日頃の健康づくりに役立てられるよう健康教育の場や窓口で交付します。

(3) 感染症の予防・対策

① 感染症の予防

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、高齢者のインフルエンザによる
感染症の予防と健康の保持を図ります。

○ 高齢者肺炎球菌予防接種事業

65歳から100歳までの5歳刻みの方及び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の予防と健康の保持を図ります。

② 感染症の対策

新型コロナウイルス感染症により、外出・行動制限が余儀なくされました。そして、
感染拡大防止の観点から、3つの密（換気が悪い密閉空間、多数が集まる密集場所、間
近で会話や発声をする密接）を避ける「新たな生活様式」の定着が求められています。
町の事業においては、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、感染のリスクを極力抑えた環境下での事業の実施に
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、他に家庭問題、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・看護師等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臨床心理士による相談会を実施します。

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

地域の中でこころを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 地域包括ケアの推進

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、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。

（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。

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まいります。

令和3年度からは、より自立支援を強化するため、専門職（作業療法士・理学療法士）による短期集中の運動器機能向上プログラムである、通所型サービスCに取り組み、地域で元気に生活が継続できるよう支援します。

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、機能回復訓練等本人へのアプローチをするだけでなく、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ります。

また、介護予防事業においては、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、改善に向けた支援を強化します。

介護予防・日常生活支援総合事業の事業内容について、地域包括ケアを推進し、より充実したものとするため、年度毎事業内容を調査、分析し、評価を行います。

地域支援事業

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 ●※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】
⑦地域介護予防活動支援事業	※交流・情報交換の支援【ふれあいいきいきサロン事業】
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。他の事業についても、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委託が決定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。

一人暮らしの高齢者の安全な生活を確保するために、万一の救急に備え、救急医療情報キットを配布するとともに、見守り支援の強化、健康や生活について相談を受け支援を行います。

(c) 権利擁護業務

認知症高齢者のかたは、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見つからなかつたりし、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、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

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し、介護保険以外のサービスも活用し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) 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、PDCAサイクルに沿った仕組みの構築を目的に、他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、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蒙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。

・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方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蒙
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確か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掛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。

そのため、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。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、白鷹町立病院や開業医、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。そして、在宅医療看取り（人生会議）の在り方についても検討普及啓発に努めます。

- 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組が定着する中、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組の実施に努めてまいります。

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。

ACTION (アクション)

地域の目指す理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

PLAN (プラン)

① 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。

DO (ドゥー)

② 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。

CHECK (チェック)

③ 対応策の評価・改善

（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蒙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、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。

- ・ 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) 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

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ていく中、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。

高齢者が住み慣れた地域で、自ら自分の生きがいがづくりに取り組み、社会参加を行うことは、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。地域の拠点であるコミュニティセンターと連携を図りながら、地域の特色を生かした高齢者の生きがいがづくり、役割づくりを進めます。

また、高齢者の社会参加と共に、日常の生活支援サービスとその担い手づくりも重要な課題です。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を目指し、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。

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。

- ・ふれあいいきいきサロン
- ・パレス松風健康づくりサロン

① 福祉型小さな拠点づくり

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、生きがいがづくり、介護予防等交流を楽しむ通所型サービスBが1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、みんなで食事をし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。

令和2年度には新たにもう1か所福祉型小さな拠点が立ち上がりました。令和3年度に通所型サービスBに移行し、地域包括支援センターとの連携を強化し活動を支援していきます。

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。

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。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、改善をする

ことができます。

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2年度には、実施箇所が29か所になり、約470名の方が実践されています。年に2回体力測定も行い、効果を確認しながら継続しています。

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実施地区を支援し、実施地区の増加を図ります。

(6) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、市町村が設置主体になり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康保持及び生活の安定のため必要な支援を行い、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置されています。

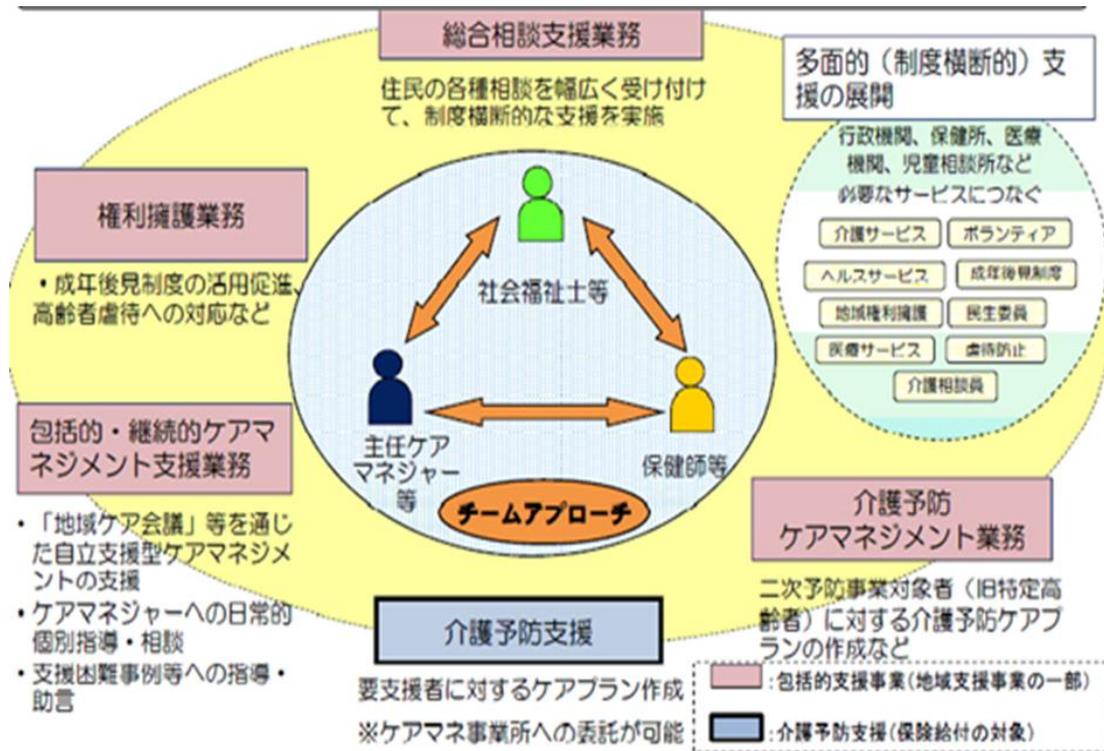
地域包括支援センター業務として、①総合相談支援（制度横断的支援等）、②権利擁護（高齢者・障がい者虐待対応等）、③認知症総合支援事業、④包括的・継続的ケアマネジメント支援（個別ケアマネジメント支援・困難事例・自立支援型ケアマネジメント・地域ケアマネジメント・ネットワーク形成・医療介護連携・地域課題発見等・ケアマネジャー支援等）、⑤地域づくり、地域支援開発等（生活支援コーディネーター等との連携、通いの場等住民活動支援、インフォーマルサービス、保険外サービス連携等）、⑥自立支援型介護予防ケアマネジメント、介護予防支援等があります。

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。この状況から、高齢者に限らず、様々な分野の課題を含めた総合相談の窓口として、関係機関と連携を図り、包括的な相談支援が図られるよう取り組みます。

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

(7) 「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりの強化

「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。

今後、人口減少・少子高齢化がさらに進行すると見込まれます。単身世帯が増加し、地縁、血縁による助け合い機能が低下する中、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となります。このため、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ができる体制づくりを進めていきます。

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、福祉担当部局だけでなく、庁内各課の「他分野連携」による総合的な相談体制の整備を行います。

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他分野にまたがる課題へのバックアップ支援の強化

他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

3 認知症施策の推進

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認知症施策を推進します。

(1) 認知症の正しい知識の啓もう

認知症の正しい知識の啓もうのため、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、若年層への啓もうを強化するため、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。また、認知症サポーターとしての活動の場を創出し、認知症高齢者を支える地域づくりを推進します。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行い、事業の充実を図ります。

若年性認知症については、経済的な課題等、高齢者の認知症とは違う支援が求められます。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組みを推進します。

○認知症の方への支援・認知症の啓もう事業

・のどかカフェ

認知症の方や、その家族、地域の方等、誰もが気軽に参加できる場として「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）

認知症の方が、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。

（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のチームが、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う認知症初期集中支援チームの訪問を強化していきます。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、支援します。

また、認知症の方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作りを強化するため、認知症地域支援推進員を配置します。

（３）権利擁護の推進・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。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ます。

地域包括支援センターにおいては、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。

（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、その他の精神上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）を策定しました。

成年後見制度利用促進基本計画においては、県や市町村に対して、必要な制度利用に関する促進体制の整備等に努めることが明示されたことから、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の施策を進めるため、積極的に取り組んでいきます。

① 中核的な役割を担う機関

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的な役割を担う機関として、置賜定住自立圏共生ビジョンにおいて、置賜地域の3市5町での（仮）置賜成年後見センターの令和4年度の設定に向けて検討を行います。

②（仮）置賜成年後見センターの役割

中核機関が担うべき具体的役割として、次の項目を検討していきます。

（a）広報啓発機能

- ・相談窓口（一次相談窓口と二次相談窓口）の周知（各市町広報やチラシ等）
- ・制度及び権利擁護に関するチラシやパンフレットの作成
- ・研修会、講演会の企画、運営
- ・（仮）置賜成年後見センター職員による講師派遣

（b）相談機能

- ・主に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係）からの相談対応
- ・具体的な相談内容として
 首長申立てに関する相談（判断、手順等）
 本人や親族申立ての支援に関する相談
 判断が困難なケース等の支援方針検討 等

（c）法人後見の受任

- ・親族を含め、適切な後見人等がない場合に、（仮）置賜成年後見センターとして後見業務を受任

（d）制度の利用促進機能

- ・親族又は本人による申立に係る支援（一次相談窓口等に対する必要な情報提供、助言等）
- ・首長申立に係る支援（必要な情報提供、助言、申立書類の作成支援等）
- ・裁判所の受理面接の同行、調査官調査の立会
- ・適切な候補者推薦のための調整（受任者調整会議等の運営）
- ・関係機関等及び専門職との連絡調整（福祉サービス利用援助事業との連携、総合相談窓口との連携、関係機関等との意見交換会等の実施）
- ・市民後見人の養成等

- (e) 後見人等への支援
 - ・チームの形成及び会議の開催支援
 - ・後見人等に対する総合支援
- (f) 協議会の事務局機能（地域連携ネットワーク業務）
 - ・協議体の運営
 - ・制度利用促進の検討や協議（地域における課題やニーズの把握、整理、対応強化のための体制整備）

4 多様なサービスの提供と適正化

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、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します。

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。

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) 介護に関わる方への支援

白鷹町では、今後も高齢化の進行や家族の形態の変化から単身高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれています。また、同居する家族がいても、就労等で日中は高齢者のみになる世帯も数多く見られます。

在宅で介護を行う方が、心身の介護負担や心理的な孤立感から家族の介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、希望する方が働き続けることができる社会の実現を目指すためにも、介護サービスを適切に提供できるよう努めていきます。

その一環として、サービス提供事業所で介護に従事する方の人材確保に取り組んでいきます。今後、高齢化の進行で介護サービスの利用者が増えた場合、介護に関わる様々な職種で人員が不足することが懸念されています。そのため、介護に関わる人材の裾野を広げるため、「介護職員初任者研修会」等の支援を継続して実施し、福祉介護分野への理解の促進を図るとともに、介護人材の確保に取り組めます。

また、介護に従事するサービス事業所への支援として、関係機関と連携し、保健・医療・福祉・介護の専門従事者の育成を支援し、サービス事業者等に各種研修に関する情報提供等を行い、従事者の資質の向上を図ります。

(2) 介護・介護予防サービス

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。

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。

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。

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。

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。

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（PT）、作業療法士（OT）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。

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、その他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。

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り、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、その他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。

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。

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、その他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。

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、その他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。

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、その他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。

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。

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、その他日常生活上の世話、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。

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。

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。

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。

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	居家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)	認知症の方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。	なし
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

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)

自宅で生活する認知症高齢者に対し、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。これまで町内には事業所がありませんでしたが、今期計画期間中に1か所の開設を計画しています。

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。

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。

地域密着型通所介護

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。令和3年度にケアステージとこしえ鮎貝(利用定員10名)が小規模多機能型居宅介護に転換を予定しているため、リハビリデイサービスすがい(利用定員10名)のみがサービス提供を行います。

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が高まっています。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。

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、共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。

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（80床）があり、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他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。さらに、平成29年度より認知症専門棟（20床）が開設し、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られるようになりました。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他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。

介護療養型医療施設

病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、その他の世話及び機能訓練、その他必要な医療を行うサービスです。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等して対応します。

なお、介護療養型医療施設については、今後廃止に向けて縮小されることが決定しており、現在は移行期間となっています。

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。町内で予定している施設はありません。

5	高齢者向けの住まい
---	-----------

(1) 高齢者が安心安全に生活できる住環境の整備

白鷹町では今後、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、安全・安心に在宅生活を送れる住環境が必要と考えられます。

また、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。

(2) 有料老人ホーム等の情報に関する県や近隣市町との連携

日頃から県や近隣市町との情報連携を密に行うことで、なんらかの介護が必要になる等自宅での生活が困難な状態にある方について、自宅以外での生活を含めた生活改善案の提案や町内外の施設の情報提供を行います。白鷹町には、有料老人ホーム（定員22名）が1か所あります。

(3) 日常生活困難者の老人福祉施設への入所

65歳以上の方で身体や精神に障がいがあるため、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及び感染症対策

高齢者の増加とともに、高齢者世帯も令和2年には1,275世帯に増加しています。認知症高齢者の数は令和2年で422人と減ってきていますが、要介護認定者の認知症高齢者の割合は65%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円滑に行えるよう、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であるために、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であるために高齢者の活動を支援します。

ふれあいいきいきサロンは、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。引き続き、実施地区の支援と新規地区の立ち上げ支援、ボランティア支援等を行います。

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、高齢者の生きがいつくりにもつながることから、事務局である老人クラブ連合会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

東日本大震災以後、全国各地で地震や豪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、26年に続いて令和2年7月の豪雨災害を経験し、災害はいつでも、どこでも発生しうるものとして、普段からの備えの重要性が再認識されています。

災害時に備えて、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がい者の世帯等、災害時に自ら避難することが困難な世帯の状況を事前に把握し、町、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、地域（区・町内）が連携を密にしながら、情報の共有を図ることが重要です。町では、把握した世帯の家族構成や緊急連絡先等を記載した、避難行動要支援者名簿を整備しています。また、高齢者の利用が多い在宅酸素療法の利用者台帳等も整備し、災害時に備えています。

これらを活用しながら見守りを行うとともに、災害時には消防団や自主防災組織と連携し、安否確認、避難誘導等の対応を行います。

(3) 災害や感染症等の非常時に備えた取り組み

近隣で地震や水害等の災害が発生した場合に備え、日頃からハザードマップを活用し危険エリアの把握に努めます。自宅で過ごしている要介護者や介護事業所等に被災の恐れが生じた場合には、緊密な連携を取り情報の把握及び提供に努め、指定避難所及び福祉避難所等への迅速な避難を支援します。

また、感染症への対策として、介護事業所等と連携し「新しい生活様式」に沿った事業実施の工夫や感染予防のための取り組みを継続していきます。感染予防に必要なマスク、消毒液等の物品についても各施設が必要量を確保しておくのに加え、不足した場合の提供が可能な体制を関係機関と連携の上で整備していきます。万が一、感染症が発生した場合においても、地域や施設内での感染を最小限に抑えるための取り組みを支援していきます。

災害や感染症等に巻き込まれた場合であっても、必要とする介護サービス等を受け続けることができるよう、関係機関との調整や業務継続計画等の策定への支援を行います。

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2年10月1日現在の本町の被保険者数は9,270人ですが、今後は徐々に減少し、令和5年には8,794人と予想されます。

令和2年度にピークを迎えた第1号被保険者数はその後令和5年度には5,017人に、第2号被保険者は3,777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5年度では17.54%と予想されます。

	第7期事業計画期間			第8期事業計画期間			令和7年度	令和22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	令和5年度		
第1号被保険者	5,027	5,060	5,087	5,061	5,038	5,017	4,972	4,112
第2号被保険者	4,463	4,322	4,183	3,975	3,876	3,777	3,580	2,576
被保険者数計	9,490	9,382	9,270	9,036	8,914	8,794	8,552	6,688
要支援及び要介護1の認定者数	447	435	407	399	396	394	386	418
要介護2～5の認定者数	500	513	476	488	489	486	484	494
認定者数計	947	948	883	887	885	880	870	912
認定率	18.84%	18.74%	17.36%	17.53%	17.57%	17.54%	17.50%	22.18%
参考：総人口	13,850	13,604	13,424	12,808	12,585	12,363	11,918	8,811
参考：高齢化率	36.41%	36.97%	38.00%	39.51%	40.03%	40.58%	41.71%	46.67%

・平成30～令和2年度は各年度10月1日時点の人口からの数値。令和3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、平成30年度から令和2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3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
訪問介護	回/年	11,448	11,448	11,448	11,448	10,483
訪問入浴介護	回/年	20	20	20	20	20
訪問看護	回/年	1,832	1,832	1,832	1,832	1,832
訪問リハビリテーション	回/年	132	132	132	132	132
居宅療養管理指導	人/年	972	972	960	936	984
通所介護	回/年	16,764	16,764	16,764	16,800	17,148
通所リハビリテーション	回/年	7,900	7,804	7,732	7,798	8,900
短期入所生活介護	日/年	12,968	12,968	12,968	12,835	11,334
短期入所療養介護	日/年	1,026	1,026	1,026	1,026	1,026
福祉用具貸与	人/年	2,136	2,136	2,136	2,136	2,304
特定福祉用具購入費	人/年	48	48	48	60	60
住宅改修費	人/年	36	36	36	36	48
居宅介護支援	人/年	4,308	4,308	4,308	4,308	4,152
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人/年	12	12	12	12	12
夜間対応型訪問介護	人/年	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回/年	1,669	1,669	1,669	1,669	1,590
認知症対応型通所介護	回/年	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人/年	240	240	240	240	228
看護小規模多機能型居宅介護	人/年	0	0	0	0	0

介護予防サービス		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
訪問入浴介護	回/年	0	0	0	0	0
訪問看護	回/年	192	192	192	192	192
訪問リハビリテーション	回/年	72	72	72	72	72
居宅療養管理指導	人/年	96	96	96	96	96
通所リハビリテーション	人/年	372	372	360	360	396
短期入所生活介護	日/年	132	132	132	132	132
短期入所療養介護	日/年	48	48	48	48	82
福祉用具貸与	人/年	516	516	516	516	552
特定福祉用具購入費	人/年	12	12	12	12	12
住宅改修費	人/年	12	12	12	12	12
介護予防支援	人/年	888	888	888	888	900
認知症対応型通所介護	回/年	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人/年	60	60	60	60	72

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っています。

白鷹町では、第7期介護保険計画期間中に老人保健施設1か所に認知症専門棟ができ、介護老人福祉施設1か所が120床に増床しユニットケア型に移行してより一人ひとりに応じた介助を行うことができる等、ニーズに応えることができる体制づくりを行ってきました。

施設・居住系サービスの利用見込み量

	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
施設サービス					
介護老人福祉施設	127	127	127	127	127
介護老人保健施設	99	99	99	99	102
介護医療院	0	0	0	6	6
介護療養型医療施設	6	6	6	0	0
施設利用者計	232	232	232	232	235
うち要介護4・5	129	129	129	131	131
施設利用者に対する 要介護4～5の方の割合	55.60%	55.60%	55.60%	56.47%	55.74%
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）	1	1	1	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）	18	18	18	18	18
施設・地域密着型サービス等 利用者数の合計	280	280	280	281	284
要介護2～5の要介護者数の合計	488	489	486	484	494
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	57.4%	57.3%	57.6%	58.1%	57.5%

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試算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。

また、(介護予防)小規模多機能型居宅介護をケアステージとこしえ鮎貝の地域密着型通所介護からの転換で1か所整備することとなりました。令和3年度中に開所し、登録者24名、通所12名、宿泊6名の定員が見込まれています。今後増加が見込まれる認知症高齢者を支える地域の拠点になる施設であり、認知症を有する高齢者の支援強化を図ります。

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2年度末 (見込み)	令和3年度末 (見込み)	令和4年度末 (見込み)	令和5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	0施設	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 22人定員	1施設 22人定員	1施設 22人定員	1施設 22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	介護予防・日常生活支援総合事業対象者数の見込み
---	-------------------------

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を目的に実施する介護予防・日常生活支援総合事業の対象者数を次のように見込みました。

要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業があります。

(1) 介護予防・日常生活支援サービス事業見込み

事業名		令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問型サービス (従前相当)	延人数 (人/年)	300	300	300
訪問型サービスA	利用者数 (人/年)	5	5	5
通所型サービス (従前相当)	延人数 (人/年)	1,000	1,000	1,000
通所型サービスA (八乙女げんき塾)	参加人数 (人/年)	100	100	100
通所型サービスA (元気パワーアップクラブ)	参加人数 (人/年)	45	45	45
通所型サービスB	か所数	2	2	2
通所型サービスC	か所数	1	1	1

(2) 一般介護予防事業見込み

事業名		令和3年度	令和4年度	令和5年度
一般介護予防事業 (元気わくわく教室)	参加人数 (人/月)	130	145	160
一般介護予防事業 (元気ワンダフル教室)	参加人数 (人/月)	35	35	35
一般介護予防事業 (パレス松風健康づくりサロン)	延人数 (人/年)	350	400	450
一般介護予防事業 (ふれあいいいききサロン)	か所数 参加実人数(人/月)	32 650	32 665	32 670

(3) その他事業見込み

事業名		令和3年度	令和4年度	令和5年度
いきいき百歳体操	実施場所 (か所)	32	35	37
認知症サポーター等養成事業	延人数(人)	1,800	2,050	2,300

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上記のとおりになります。増額の要因としては、主に施設サービスの充実によるものです。3年間の介護サービス給付費見込額は43億2,502万円と見込まれます。

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3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護サービス費用	(1) 居宅サービス	424,538	423,432	423,021	424,165	423,871
	訪問介護	31,925	31,925	31,925	31,925	29,340
	訪問入浴介護	247	247	247	247	247
	訪問看護	10,746	10,746	10,746	10,746	10,746
	訪問リハビリテーション	386	386	386	386	386
	居宅療養管理指導	4,819	4,819	4,764	4,632	4,897
	通所介護	133,979	133,979	133,979	134,722	137,934
	通所リハビリテーション	68,110	67,004	66,648	67,786	76,514
	短期入所生活介護	98,050	98,050	98,050	97,201	85,437
	短期入所療養介護	10,059	10,059	10,059	10,059	10,059
	特定施設入居者生活介護	38,432	38,432	38,432	38,432	38,432
	福祉用具貸与	26,601	26,601	26,601	26,601	28,451
	特定福祉用具購入費	1,184	1,184	1,184	1,428	1,428
	(2) 地域密着型サービス	150,737	150,737	150,737	153,805	154,956
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,449	1,449	1,449	1,449	1,449
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
	地域密着型通所介護	11,003	11,003	11,003	11,003	10,562
	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	39,729	39,729	39,729	39,729	41,031
	認知症対応型共同生活介護	3,060	3,060	3,060	6,128	6,418
	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	95,496	95,496	95,496	95,496	95,496
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
	(3) 住宅改修	2,991	2,991	2,991	2,991	4,149
	(4) 居宅介護支援	59,267	59,267	59,267	59,267	57,397
	(5) 介護保険施設サービス	775,040	775,040	775,040	777,836	792,124
	介護老人福祉施設	457,950	457,950	457,950	458,778	458,778
介護老人保健施設	293,603	293,603	293,603	293,918	308,206	
介護医療院	0	0	0	25,140	25,140	
介護療養型医療施設	23,487	23,487	23,487	0	0	
介護サービス費用(小計)→(I)	1,412,573	1,411,467	1,411,056	1,418,064	1,432,497	
介護予防サービス費用	(1) 居宅サービス	20,922	20,922	20,423	20,423	22,287
	介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
	介護予防訪問看護	895	895	895	895	895
	介護予防訪問リハビリテーション	209	209	209	209	209
	介護予防居宅療養管理指導	436	436	436	436	436
	介護予防通所リハビリテーション	12,640	12,640	12,141	12,141	13,421
	介護予防短期入所生活介護	803	803	803	803	803
	介護予防短期入所療養介護	291	291	291	291	654
	介護予防特定施設入居者生活介護	1,932	1,932	1,932	1,932	1,932
	介護予防福祉用具貸与	3,164	3,164	3,164	3,164	3,385
	特定介護予防福祉用具購入費	552	552	552	552	552
	(2) 地域密着型サービス	3,590	3,590	3,590	4,006	4,974
	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	3,590	3,590	3,590	4,006	4,974
	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	1,685	1,685	1,685	1,685	1,685
	(4) 介護予防支援	3,944	3,944	3,944	3,944	3,998
介護予防サービス費用(小計)→(II)	30,141	30,141	29,642	30,058	32,944	
給付費 (I) + (II)	1,442,714	1,441,608	1,440,698	1,448,122	1,465,441	
3年間計			4,325,020			

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3年度から令和5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48億40万円と見込まれ、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3年度	令和4年度	令和5年度	令和7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)	1,442,714	1,441,608	1,440,698	1,448,122	1,465,441
特定入所者介護サービス費等給付額 (B)	122,000	122,000	122,000	84,622	88,707
高額介護サービス費等給付額 (C)	30,000	30,000	30,000	24,705	25,897
高額医療合算介護サービス費等給付額 (D)	5,000	5,000	5,000	3,253	3,410
算定対象審査支払手数料 (E)	1,460	1,460	1,460	1,377	1,443
標準給付費見込額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E) =	1,601,174	1,600,068	1,599,158	1,562,079	1,584,898

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3年度から令和5年度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2億4,839万円と見込まれ、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3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護予防事業費・ 介護予防・日常生活支援総合事業費 (A)	56,140	56,140	56,500	54,583	45,998
包括的支援事業・任意事業 (B)	26,239	26,539	26,839	26,839	26,839
地域支援事業費見込額 (A)+(B) =	82,379	82,679	83,339	81,422	72,837

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1,080万円と見込まれ、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3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
市町村特別給付費（おむつ支給）	3,600	3,600	3,600	3,140	3,290

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。

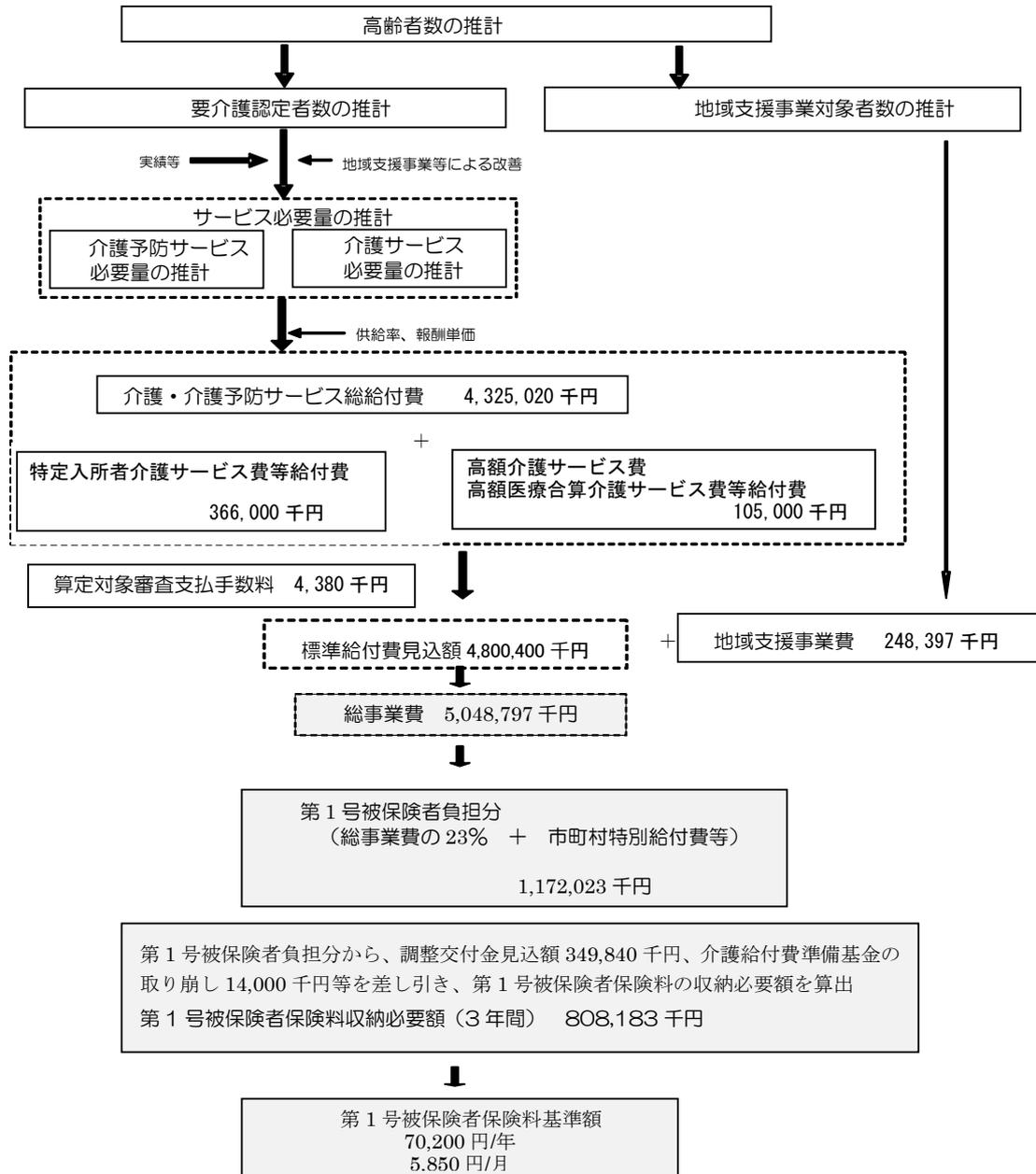
なお、介護給付費準備基金の積立金を取り崩し、保険料の上昇を抑えます。

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7期 (令和元年10月)	第8期 (令和4年)
総人口 (人)		13,296	12,585
第1号被保険者数 (人)		5,087	5,038
	65～74歳	2,429	2,331
	75歳以上	2,658	2,707
要介護認定者数 (人)		883	885
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)		1,517,529	1,680,955
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



※調整交付金

第1号被保険者の総数に対する後期高齢者の割合や、所得段階別第1号被保険者の分布状況を全国と比較し、市町村格差による介護保険財政の不均衡を是正するため、交付されるものです。

※介護給付費準備基金

保険財政の「黒字」分として町の「介護給付費準備基金」に積み立て、給付費の急な支出増に備える基金ですが、積み立てられた基金を保険料算定の際に繰り入れることで、保険料を低く設定することができます。

11 第1号被保険者の保険料所得段階及び保険料

第7期計画 (平成30年度～令和2年度)		→	第8期計画 (令和3年度～令和5年度)	
第1段階 (基準額×0.5) 年額 35,100 ※公費による軽減 ×0.45 (31,590)	・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、課税年金収入額お合計所得金額の合計が 80 万円以下の方		第1段階 (基準額×0.5) 年額 35,100 ※公費による軽減 ×0.3 (21,060)	同左
第2段階 (基準額×0.75) 年額 52,650	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×0.75) 年額 52,650 ※公費による軽減 ×0.5 (35,100)	同左
第3段階 (基準額×0.75) 年額 52,650	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×0.75) 年額 52,650 ※公費による軽減 ×0.7 (49,140)	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 150 万円未満の方		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 150 万円以上 200 万円未満の方		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 200 万円以上 300 万円未満の方		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 300 万円以上の方		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

12 保険料段階ごとの被保険者数

令和3年度から令和5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3年度	令和4年度	令和5年度
第1段階	475	473	472
第2段階	446	444	443
第3段階	430	427	426
第4段階	660	656	654
第5段階	1,309	1,303	1,295
第6段階	930	928	925
第7段階	248	247	245
第8段階	224	223	222
第9段階	199	199	198
第10段階	140	138	137
合計	5,061	5,038	5,017

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す。

(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・介護療養型医療施設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

○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3年度	令和4年度	令和5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

毎年度2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組の支援を行い、ケアプランの適正化を図ります。

【目標】

目標値の内容	令和3年度	令和4年度	令和5年度
訪問によるケアプラン点検	2事業所	2事業所	2事業所

○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3年度	令和4年度	令和5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%

○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3年度	令和4年度	令和5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3年度	令和4年度	令和5年度
職員による点検の実施	年2回以上	年3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。