

板倉町高齢者福祉計画

(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)

<令和6(2024)年度~令和8(2026)年度>

「地域でともに支え合い、元気を共有できるまち いたくら」



令和6年3月

板倉町

ごあいさつ

我が国そして我が町でも急速に進む少子高齢化は、人口減少と人口構造の変化をもたらし、私たちの生活や生き方にも大きく影響しています。私も後期高齢者となり、同年代や諸先輩方が医療や介護にお世話になっていることを聞くと「明日は我が身」と感じています。年齢と共に気力や体力は落ちていくと言われていますが、住み慣れた地域や家庭環境の中で、生涯を通じて心身ともに自立し、尊厳ある生活を送ることができるのかと考えてしまうことがあります。



本町においては、令和5年には高齢化率が35.9%となり、団塊の世代が75歳以上となる令和7年には37.7%と推計されております。高齢化の進行により、高齢者世帯やひとり暮らし高齢者世帯、認知症高齢者の増加が見込まれております。人口の3分の1以上が高齢者となった我が町において、年齢を重ねても住み慣れた自宅や地域で自立し、尊厳ある暮らしを可能な限り続けられる体制づくりが喫緊の責務であります。このためには高齢者自身が介護予防・自立支援・重度化防止に積極的に取り組み、心身共に元気を維持できるような仕組みづくりが不可欠であります。特に効果が高いと実証されている各種行事、イベント、教室等への「社会参加」は大変重要であると考えております。

本計画は、高齢者福祉施策の総合的な推進と介護保険制度の円滑な実施を図るため、「高齢者福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定しています。第9期計画では、団塊ジュニアが65歳以上となる令和22年を見据えた中長期的な視点を踏まえ、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図るため、「地域でともに支え合い、元気を共有できるまち いたくら」を基本理念としました。この基本理念を基に、私も高齢者の一人として「社会参加」を心がけ、住民の皆さまと協働して各種施策及び事業を進め、我が町の地域共生社会の実現を目指してまいります。

結びになりますが、本計画の策定に当たり、アンケート調査にご協力いただいた65歳以上の町民の皆さま、現に介護を担っているご家族さまを始め、町内介護サービス事業者の皆さま、貴重なご意見やご提言をいただきました板倉町高齢者福祉計画策定懇談会委員の皆さま及び関係各位の皆さまに厚くお礼申し上げますとともに、地域共生社会の実現が早期に達成できるよう、引き続きご理解ご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和6年3月

板倉町長

A handwritten signature in black ink, consisting of three stylized characters: '泉', '泉', and '実' (Izumi, Izumi, and Mitsu). The signature is written in a fluid, cursive style.

目次

第1部 総論

第1章 計画の策定に当たって	1
第1節 計画策定の背景	1
第2節 計画の性格	2
第3節 計画策定の体制	4
第4節 介護保険制度等の改正の概要	5
第2章 高齢者を取り巻く現状と将来	7
第1節 人口の状況	7
第2節 高齢者世帯の状況	10
第3節 被保険者数の状況	11
第4節 要支援・要介護認定者の状況	12
第5節 介護保険サービスの状況	15
第6節 日常生活圏域の設定	17
第7節 アンケート調査結果から見る高齢者の現状	18
第8節 事業所等のアンケート調査結果	27
第9節 板倉町の特徴と課題	31
第3章 計画の基本的な考え方	34
第1節 基本理念と基本目標	34
第2節 施策の体系	36
第3節 計画の着実な実行に向けて	37
第4節 計画とSDGsとの関係	42

第2部 各論

第1章 地域包括ケアシステムの深化・推進	45
第1節 地域包括ケアシステムの全体像と地域支援事業	45
第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進	48
第3節 板倉町認知症施策推進計画	58
第4節 地域支援事業の推進	64

第2章 高齢者福祉事業の充実72

第1節 健康づくりの推進	72
第2節 高齢者生活支援の充実	74
第3節 支え合い活動の推進	81
第4節 尊厳の保持と自立支援	83
第5節 介護者支援の強化	88
第6節 安全と安心の確保	90

第3章 介護保険事業の充実96

第1節 介護保険サービスの体系.....	96
第2節 居宅サービス及び介護予防サービスの充実.....	98
第3節 地域密着型サービスの充実.....	106
第4節 施設サービスの充実	111
第5節 居宅介護支援・介護予防支援の充実	113
第6節 給付費と保険料の推計	114
第7節 介護人材の確保等に向けた取組	121
第8節 介護給付適正化計画	123

資料編

1. 板倉町高齢者福祉計画策定懇談会設置要綱.....	131
2. 板倉町高齢者福祉計画策定懇談会委員名簿.....	132
3. 計画策定の経過.....	133
4. 用語の解説.....	134

第 1 部

総論

第1章 計画の策定に当たって

第1節 計画策定の背景

「介護保険制度」は、高齢者の介護を社会全体で支える制度として、平成12年に創設されました。20年以上が経ち、その間、国においては、社会情勢の変化に合わせて制度の見直しを行ってきました。

今後、我が国では総人口が減少に転じる中、高齢化率は更に上昇することが予測され、要支援・要介護認定者や認知症高齢者、単身又は夫婦のみの高齢者世帯など、支援の必要な方はますます増加するとともに、そのニーズも多様化します。介護サービスへの需要は更に増加・多様化する一方、生産年齢人口の減少が予測されることから、高齢者及び介護を支える人的基盤の確保が必要となります。

また、自然災害や感染症発生に対する備えとして、日頃から介護サービス事業者等と連携し、高齢者を守るための体制整備を進めることが求められています。

こうした中、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が令和2年6月に成立し、包括的支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備と地域包括ケアシステムを基盤とした地域づくり等の一体的な取組の下、地域共生社会の実現を図ることとされています。

また、令和5年に公布された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」においては、介護保険法の一部改正に係る事項として、介護サービスを提供する事業所等における生産性の向上、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービスについて、その内容を明確化、地域包括支援センターの業務の見直し、介護サービス事業者経営情報の調査及び分析、介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等に関する取組を進めることとなりました。

このような背景から、中長期的展望を踏まえながら、高齢者福祉分野のみならず、あらゆる分野との連携・協働を図りながら、地域共生社会の実現という大きな枠組みの中で、高齢者福祉分野の中心となる地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図るため、高齢者本人による取組である「自助」、地域における住民同士の支え合いである「互助」、自助を支えるための社会連携による医療と介護保険サービスである「共助」、町の責任で行う「公助」の視点を踏まえ、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画年度とする「板倉町高齢者福祉計画（板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画）（以下「本計画」といいます。）」を策定しました。

第2節 計画の性格

1. 計画の法的根拠

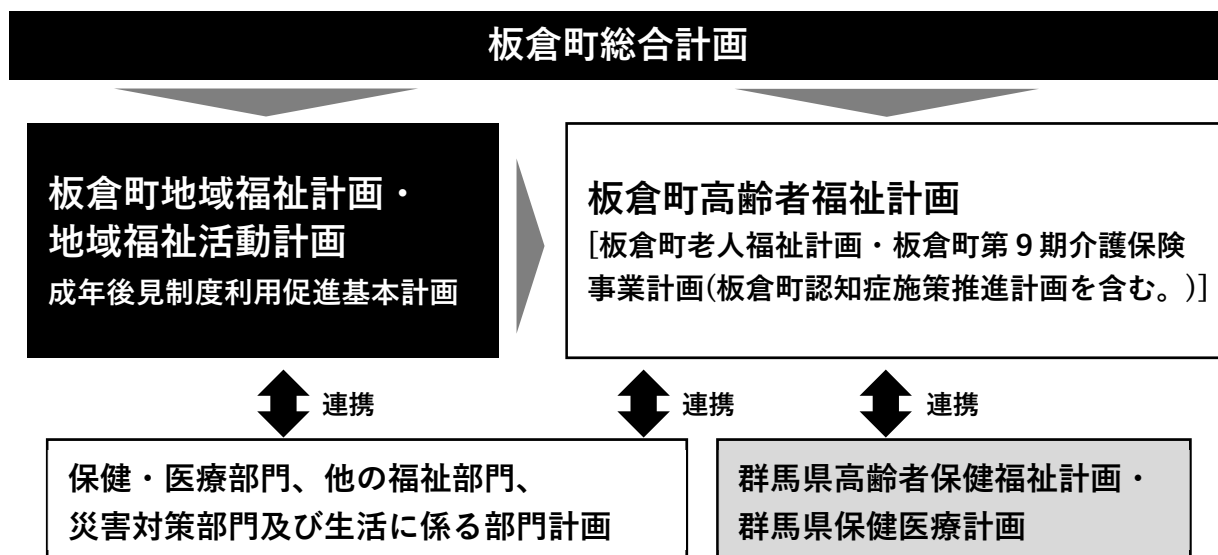
本計画は、老人福祉法第20条の8第1項に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法第117条第1項に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体のものとして策定したものです。

2. 計画の位置づけ

本計画は、本町の「板倉町総合計画」を最上位計画として整合性を図るとともに、福祉部門の上位計画に「板倉町地域福祉計画・地域福祉活動計画」を位置づけ、町の保健・医療部門、他の福祉部門、災害対策部門、教育や住宅等の高齢者の生活に係る部門の計画と整合性のとれた計画として策定しました。

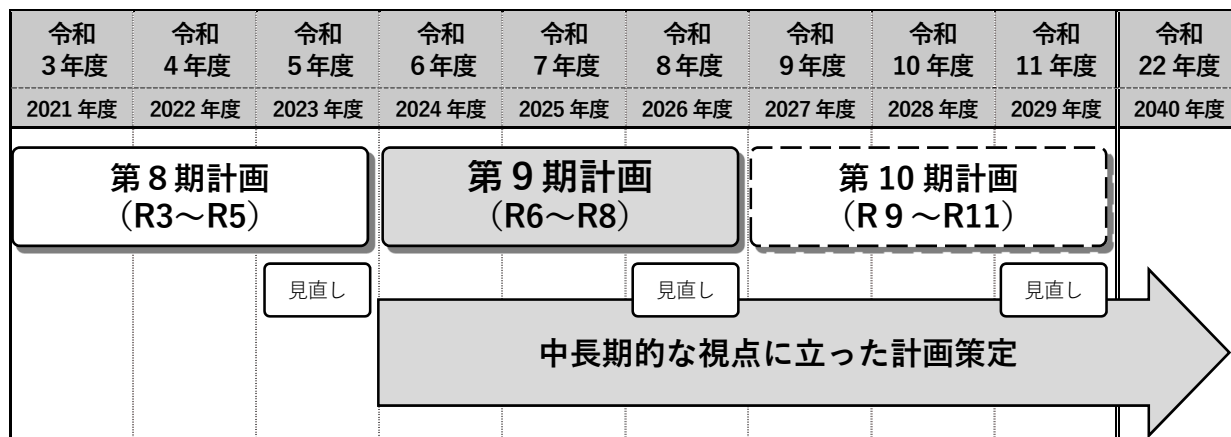
また、群馬県の「群馬県高齢者保健福祉計画（第9期）」、「第9次群馬県保健医療計画」及び「第4期群馬県医療費適正化計画」との整合性を図り策定しました。

さらに、今回の計画策定に当たっては、共生社会の実現を推進するための認知症基本法第13条第1項に基づく「市町村認知症施策推進計画」について、本計画の中に位置づけ、高齢者福祉の推進施策と一体的に取組を進めることで、より効果的な施策の展開を図ります。



3. 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。



第3節 計画策定の体制

1. 板倉町高齢者福祉計画策定懇談会の設置

本計画の策定に当たっては、被保険者の代表、町民団体等の代表、高齢者の保健・医療及び福祉関連の実務経験者等の各層の関係者15人の参画による「板倉町高齢者福祉計画策定懇談会」によって、継続的な審議・検討を行いました。

2. 庁内関係課局との調整

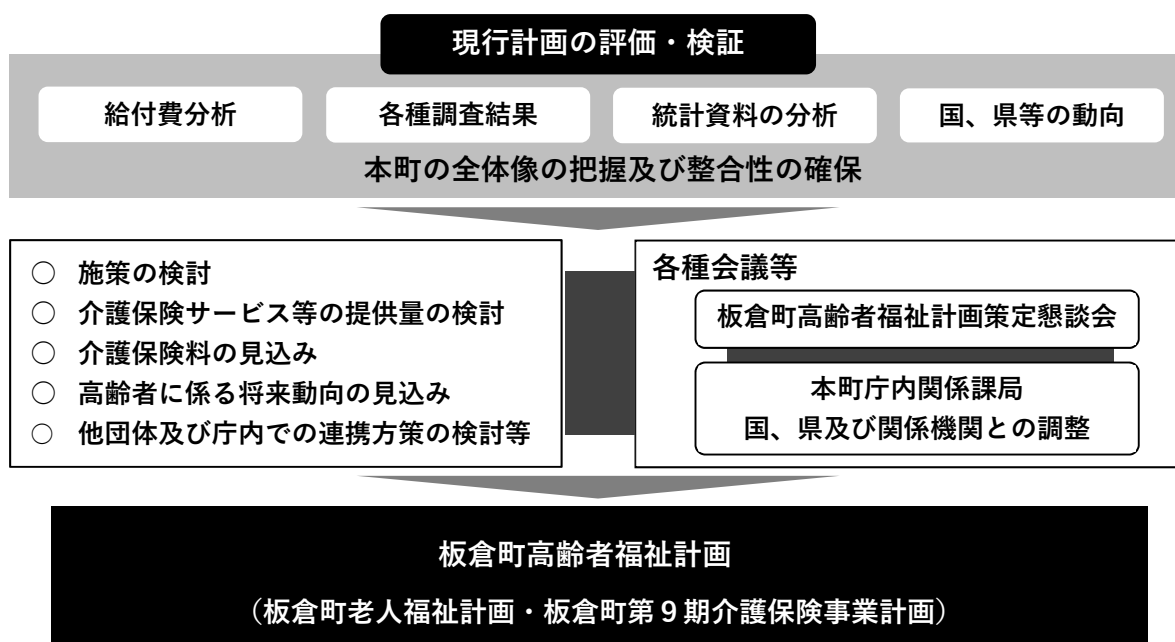
本町の庁内関係課局、国、県及び関係機関との調整を図りました。

3. アンケート調査の実施

町民の健康状態、日常生活の状況、福祉サービス等における利用状況等を把握し、今後の施策の改善、展開及び充実を図ることを目的に、令和4年度から令和5年度にかけて「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施しました。また、町内介護サービス事業所の職員の雇用状況やサービス提供体制等を把握するため、「在宅生活改善調査」、「居所変更実態調査」及び「介護人材実態調査」を実施しました。

4. 地域包括ケア「見える化」システムによる分析

地域包括ケア「見える化」システムとは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するために、厚生労働省により第7期計画策定から新たに導入された介護・医療関連情報を共有（「見える化」）するための情報システムです。介護保険に関連する情報等、様々な情報が本システムに一元化されており、地域間比較等による現状分析から、本町における課題抽出や将来推計による介護サービス見込量の算出を行いました。



第4節 介護保険制度等の改正の概要

1. 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

第9期計画の策定に当たり、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（以下「基本指針」といいます。）の改正が行われました。第9期計画において充実を図る主な項目として、以下の点が掲げられています。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

- ◇ 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性
- ◇ 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
- ◇ サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス基盤の整備の在り方を議論することの重要性
- ◇ 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
- ◇ 居宅要介護者の在宅生活を支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ◇ 居宅要介護者を支えるための、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

- ◇ 総合事業の充実化について、第9期計画に集中的に取り組む重要性
- ◇ 地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
- ◇ 認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援の取組
- ◇ 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備等
- ◇ 重層的支援体制整備事業などによる障害者福祉や児童福祉など他分野との連携促進
- ◇ 認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進
- ◇ 高齢者虐待防止の一層の推進
- ◇ 介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進
- ◇ 地域共生社会の実現という観点からの住まいと生活の一体的支援の重要性
- ◇ 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情報基盤を整備

(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の推進

- ◇ ケアマネジメントの質の向上及び人材確保
- ◇ ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組の推進
- ◇ 外国人介護人材定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備
- ◇ 介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策に総合的に取り組む重要性
- ◇ 介護の経営の協働化・大規模化により、サービスの品質を担保しつつ、人材や資源を有効に活用
- ◇ 文書負担軽減に向けた具体的な取組（標準様式例の使用の基本原則化、「電子申請・届出システム」利用の原則化）
- ◇ 財務状況等の見える化
- ◇ 介護認定審査会の簡素化や認定事務の効率化に向けた取組の推進

2. 関連法の改正

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和5年5月12日に成立し、同月19日に公布されました。

医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化に関することとして、主な改正内容は以下のとおりとなっています。

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。

第2章 高齢者を取り巻く現状と将来

第1節 人口の状況

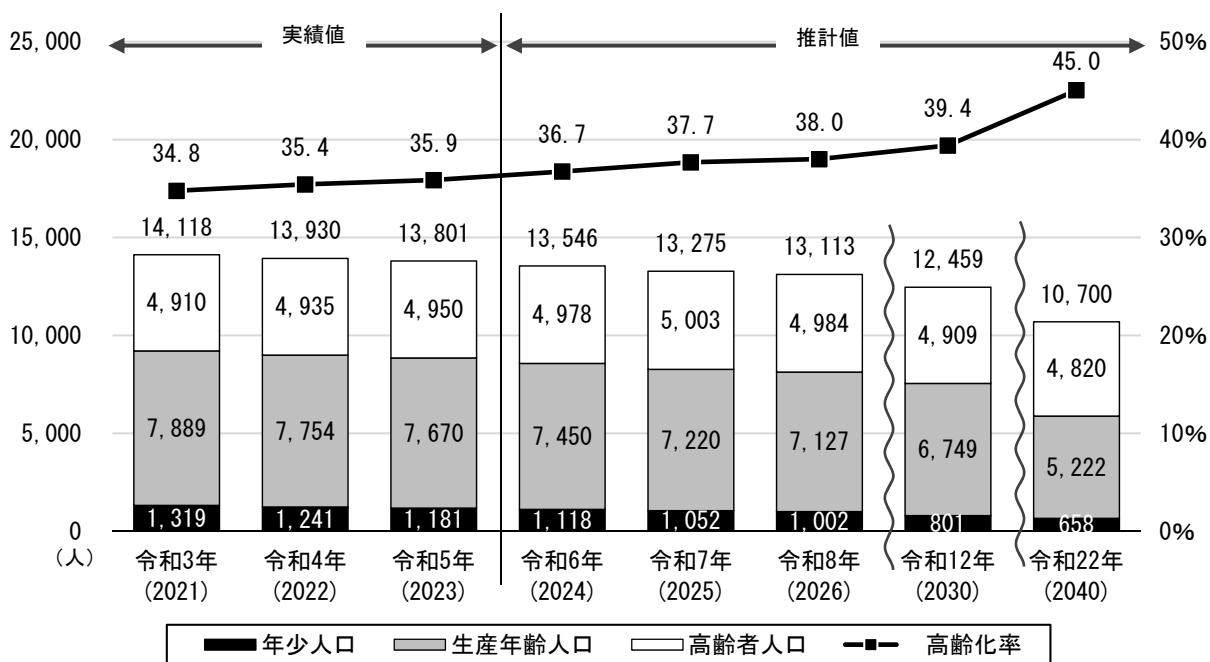
1. 人口の推移

本町の総人口は、令和5年10月1日現在、13,801人となっています。年少人口及び生産年齢人口は減少を続けている中、高齢者人口は増加を続け、高齢者人口は4,950人で、高齢化率は35.9%となっています。

将来推計では、令和8年には総人口が13,113人、高齢者人口が4,984人となり、高齢者人口も減少局面に移行することが推測されており、令和22年には総人口が10,700人、高齢化率は45.0%になると推測されています。

令和4年の高齢化率を館林市・邑楽郡四町、群馬県及び全国と比較してみると、本町の高齢化率が最も高くなっています。

◆人口・年齢階層別・高齢化率の推移及び将来推計



資料：実績値：住民基本台帳（各年10月1日現在）

推計値：国立社会保障・人口問題研究所推計を基にした推計

◆板倉町と館林市・邑楽郡四町・群馬県・全国の高齢化率との比較

	板倉町	館林市	明和町	千代田町	大泉町	邑楽町	群馬県	全国
高齢化率	35.4%	30.2%	31.8%	31.7%	23.5%	33.3%	31.0%	29.0%

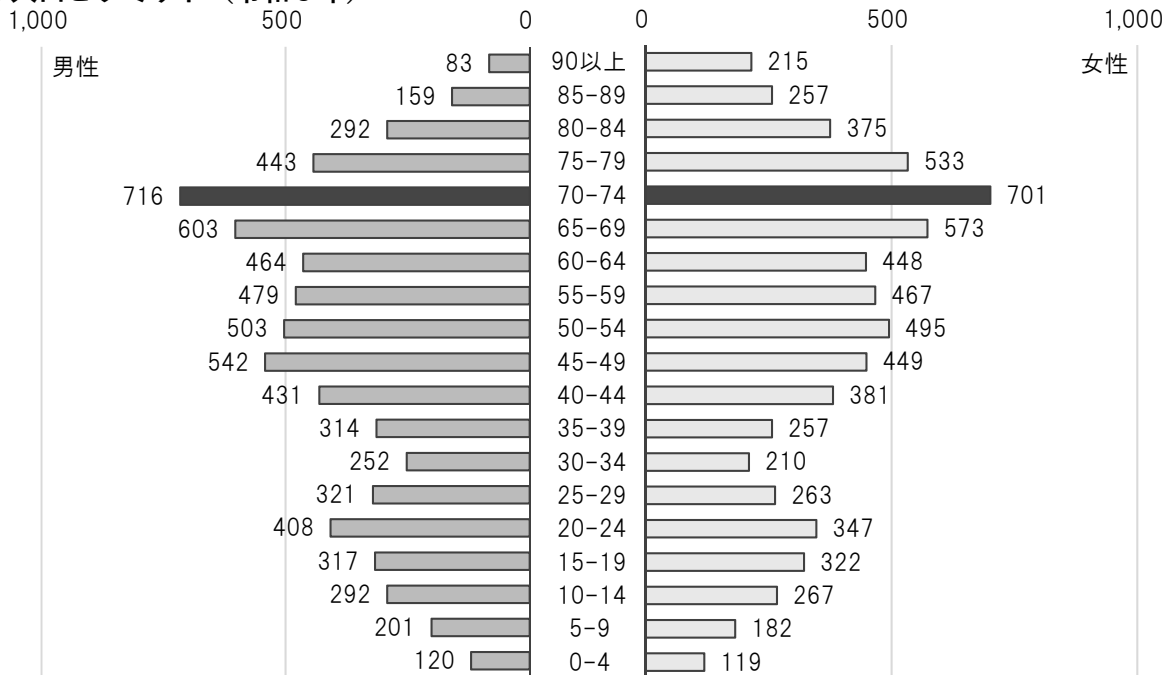
資料：群馬県年齢別統計調査結果（令和4年10月1日現在）

全国値は令和5年版高齢社会白書

2. 人口ピラミッド

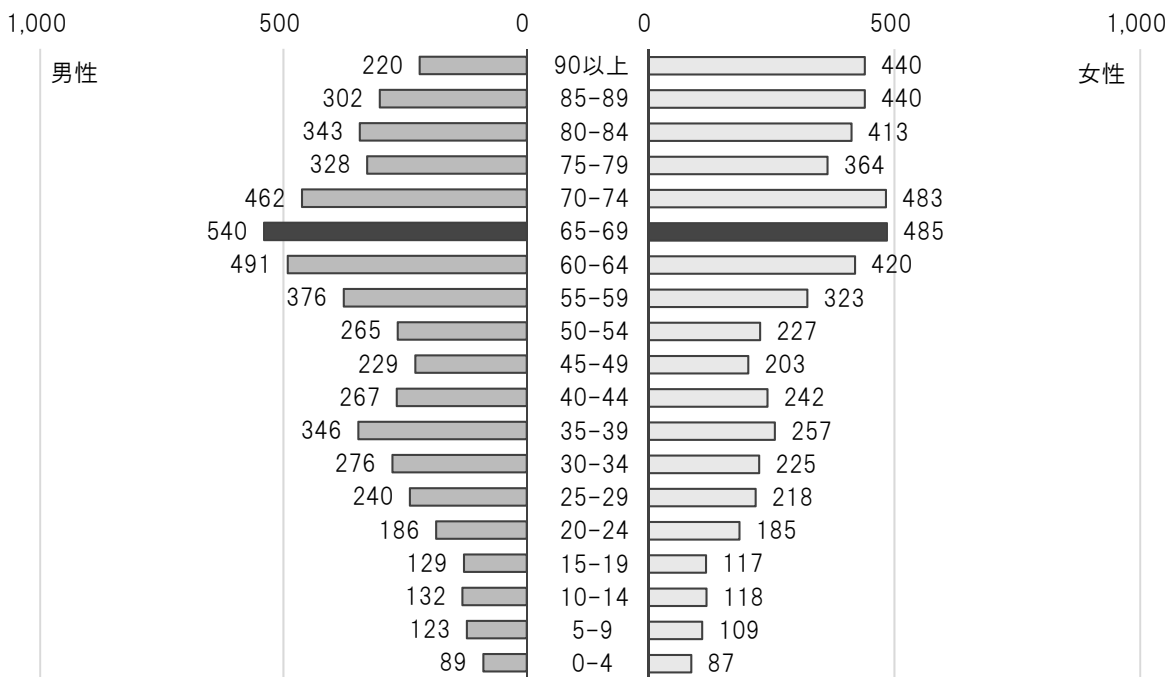
令和5年10月1日現在の人口構成では、男女とも70～74歳の割合が最も高くなっています。令和22年には、いわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳以上となり、男女とも65～69歳の割合が最も高くなっています。30～39歳を除き、79歳以下の人口は、男女とも減少していますが、80歳以上では、男女とも増加しています。

◆人口ピラミッド（令和5年）



資料：住民基本台帳（令和5年10月1日現在）

◆人口ピラミッド（令和22年）



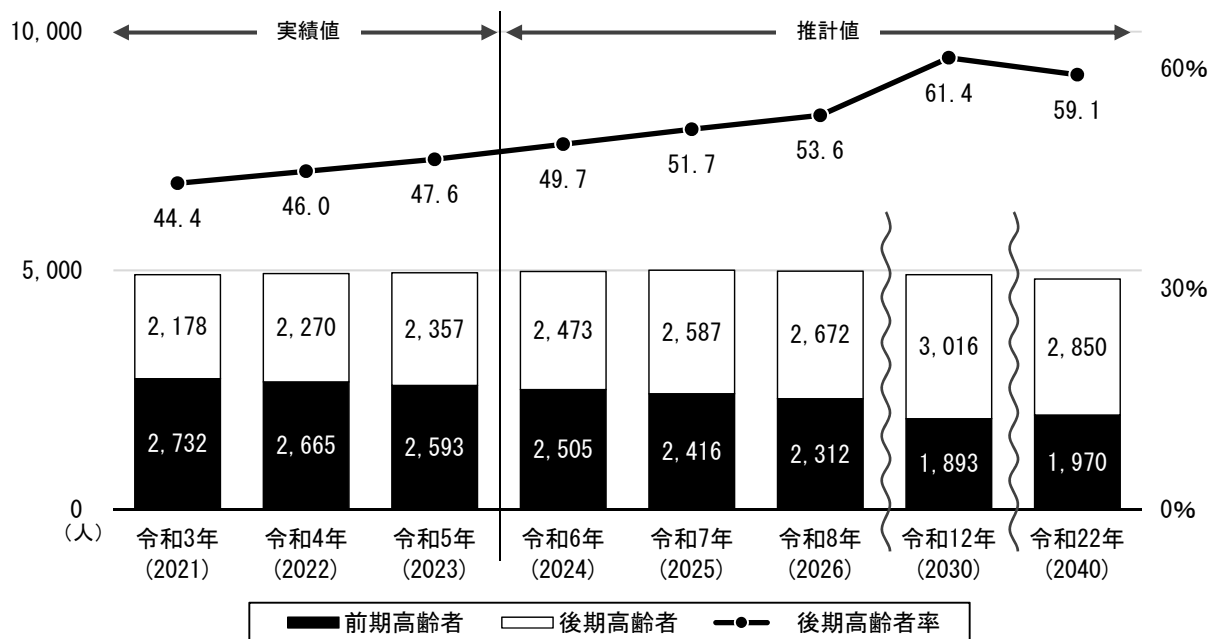
資料：国立社会保障・人口問題研究所推計を基にした推計

3. 高齢者人口の推移

本町の高齢者人口の内訳は、令和5年10月1日現在、前期高齢者数（65～74歳）が2,593人、後期高齢者数（75歳以上）が2,357人で、高齢者人口に占める後期高齢者数の割合47.6%となっています。

将来推計では、令和7年には後期高齢者の割合が51.7%と前期高齢者の割合を上回り、令和12年には高齢者人口のうち約6割が後期高齢者になると推測されています。75歳以降になると心身機能に関する個人差が大きくなります。心身機能の低下に伴い、要介護認定者が増加して介護費用が増加傾向になっていきます。

◆前期高齢者・後期高齢者の構成の推移及び将来推計



資料：実績値：住民基本台帳（各年10月1日現在）

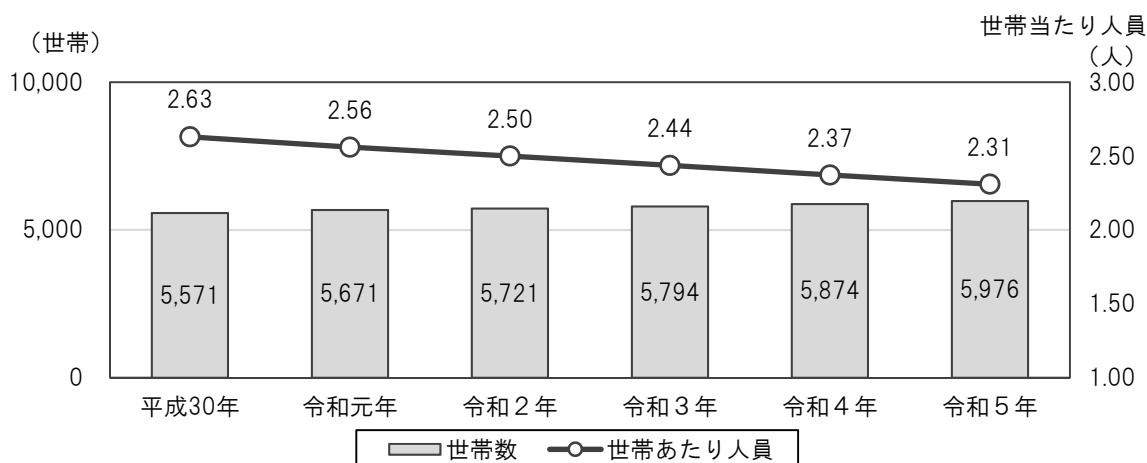
推計値：国立社会保障・人口問題研究所推計を基にした推計

第2節 高齢者世帯の状況

1. 総世帯数の推移

本町の世帯総数は、令和5年10月1日現在、5,976世帯となっています。平成30年以降、世帯総数が増加する一方、1世帯当たりの人口は年々減少し、令和5年で2.31人/世帯となっています。また、行政区加入世帯も減少しています。

◆世帯総数・1世帯当たりの人口の推移



資料：住民基本台帳（各年10月1日現在）

2. 高齢者がいる世帯

本町の令和2年10月1日現在の一般世帯総数は5,415世帯で、そのうち、65歳以上の高齢者がいる世帯は2,987世帯で、一般世帯総数の55.2%を占めています。

平成22年から令和2年までの10年間の推移をみると、高齢者がいる世帯の増加に伴い、高齢者夫婦世帯及び高齢者独居世帯も大きく増加しています。

◆高齢者世帯の推移

単位：実数（世帯）、構成比（%）

区分		板倉町			群馬県	全国
		平成22年	平成27年	令和2年	令和2年	令和2年
高齢者がいる世帯	実数	2,502	2,755	2,987	359,309	22,655,031
	構成比	48.8	51.4	55.2	44.7	40.7
高齢者夫婦世帯	実数	350	484	757	103,437	6,533,895
	構成比	6.8	9.0	14.0	12.9	11.7
高齢者独居世帯	実数	256	388	539	93,993	6,716,806
	構成比	5.0	7.2	10.0	11.7	12.1
一般世帯総数	実数	5,124	5,358	5,415	803,215	55,704,949

資料：国勢調査

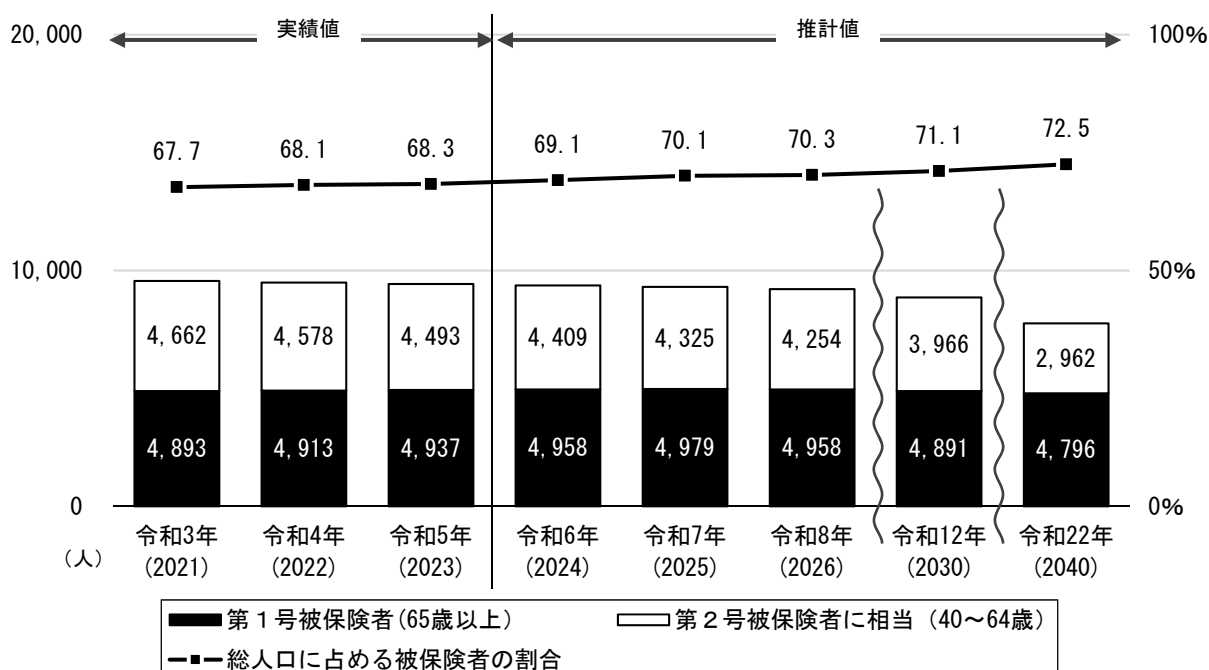
第3節 被保険者数の状況

1. 被保険者数の推移

本町の令和5年9月末日現在の第1号被保険者数は4,937人で、第2号被保険者に相当する40～64歳人口は4,493人となっています。

総人口に占める被保険者（第1号被保険者と第2号被保険者の総数）の割合は、令和5年では68.3%となっています。将来推計では、上昇傾向が見込まれており、令和22年では72.5%と推測されています。

◆第1号被保険者・第2号被保険者の構成の推移及び将来推計



資料：第1号被保険者・第2号被保険者数は地域包括ケア「見える化」システムより

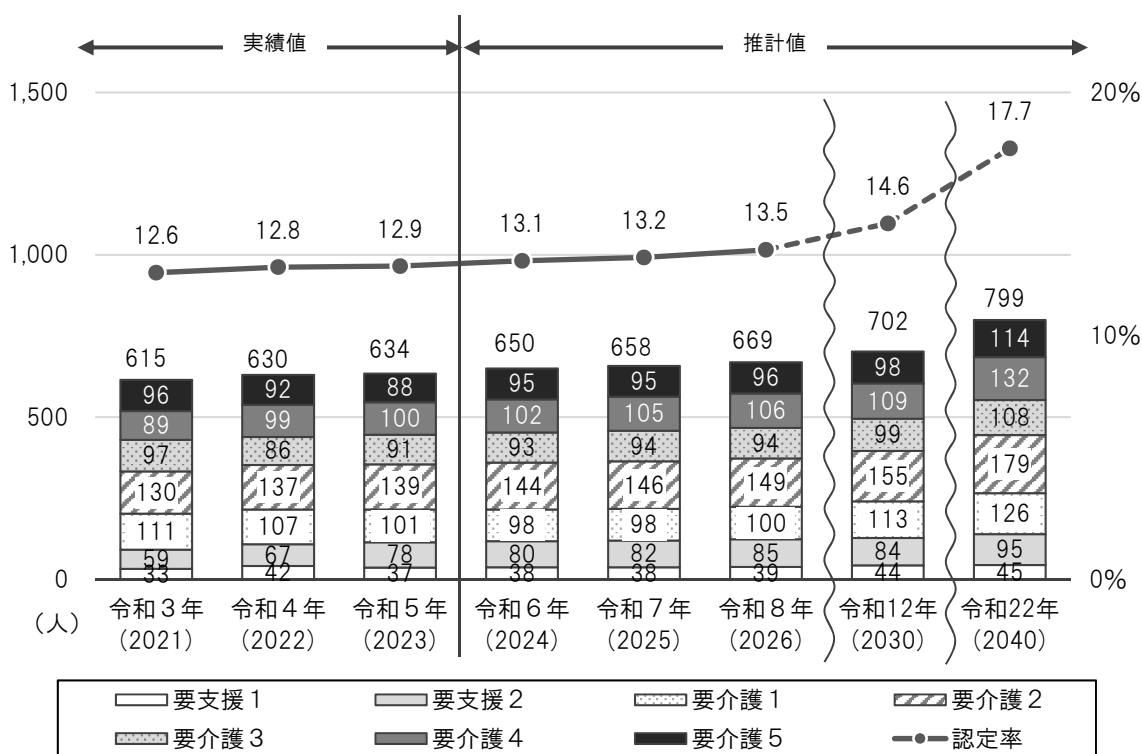
第4節 要支援・要介護認定者の状況

1. 要支援・要介護認定者数と認定率

本町の令和5年9月末日現在の第1号被保険者に占める要支援・要介護認定者数は634人で、認定率(※)は12.9%となっています。令和3年以降、要支援・要介護認定者数は増加傾向で推移しており、認定率も上昇傾向となっています。

将来推計では、後期高齢者人口の増加に伴う影響から、認定率は上昇する傾向になり、令和8年には要支援・要介護認定者数は669人で、認定率は13.5%となることが予測されます。

◆認定率の推移及び将来推計



資料：実績値：介護保険事業状況報告（各年9月末日現在）

推計値：地域包括ケア「見える化」システムより

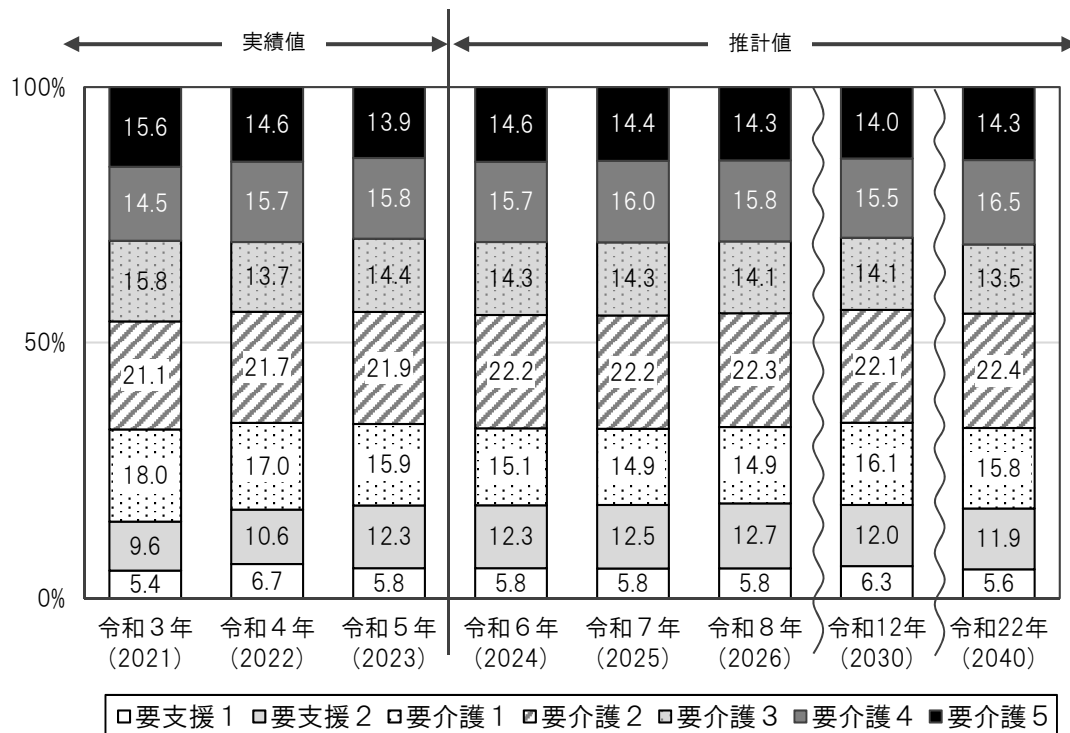
※認定率＝第1号被保険者の要支援・要介護認定者数÷第1号被保険者数

2. 要介護度別の推移

第1号被保険者の要介護度別の構成をみると、令和5年では、要介護2が21.9%と最も高く、次いで要介護1が15.9%、要介護4が15.8%となっています。全国と比べると要支援及び要介護1を含む軽度者の割合が少ないことが特徴です。

第9期計画期間では、要支援2、要介護2及び要介護5が増加傾向になることが推計されています。

◆要介護度別の構成比



資料：実績値：介護保険事業状況報告（各年9月末日現在）

推計値：地域包括ケア「見える化」システムより

3. 調整済み認定率

本町の令和4年度の調整済み認定率は14.7%、調整済み軽度認定率が8.3%、調整済み重度認定率が6.4%となっています。調整済み認定率とは、認定率に影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率のことをいいます。調整済み認定率を館林市・邑楽郡四町、群馬県及び全国と比較してみると、本町は調整済み認定率及び調整済み軽度認定率は明和町に次いで低く、調整済み重度認定率は邑楽町に次いで低くなっています。

◆板倉町と館林市・邑楽郡四町・群馬県・全国の調整済み認定率

(単位：%)

	令和4年度							
	板倉町	館林市	明和町	千代田町	大泉町	邑楽町	群馬県	全国
調整済み認定率 (要支援1～要介護5)	14.7	18.2	14.2	15.8	19.8	16.2	17.8	19.0
調整済み軽度認定率 (要支援1～要介護2)	8.3	11.8	7.7	9.0	12.5	10.1	11.0	12.5
調整済み重度認定率 (要介護3～要介護5)	6.4	6.4	6.5	6.9	7.3	6.1	6.9	6.5

資料：地域包括ケア「見える化」システムより

B5-a_調整済み認定率(令和4年度)、B6-a_調整済み重度認定率_時系列(令和4年度)

B6-b_調整済み軽度認定率_時系列(令和4年度)

4. 要支援・要介護認定者における認知症の罹患者数

本町の令和5年8月1日現在の要支援・要介護認定者における認知症罹患者数は、第1号被保険者で366人(58.8%)、第2号被保険者で5人(25.0%)、合計371人となっています。おおむね同じ割合で推移した場合、令和22年度の要支援・要介護認定者における認知症罹患者数は、合計474人となります。要支援・要介護認定者数の増加に伴って、認知症罹患者数も増加していくことが予測されます。

◆認知症罹患者数の推移及び将来推計

(単位：人口・認定者数・合計(人)、割合(%))

区分	令和5年度				令和6年度				令和7年度				令和8年度				令和22年度			
	人口	認定者数	要支援要介護の割合	認知症罹患者数	推計人口	認定者数	要支援要介護の割合	認知症罹患者数	推計人口	認定者数	要支援要介護の割合	認知症罹患者数	推計人口	認定者数	要支援要介護の割合	認知症罹患者数	推計人口	認定者数	要支援要介護の割合	認知症罹患者数
第1号被保険者	4,932	622	58.8	366	4,958	650	58.8	382	4,979	658	58.8	387	4,958	669	58.8	393	4,796	799	58.8	470
第2号被保険者	4,664	20	25.0	5	4,409	21	25.0	5	4,325	21	25.0	5	4,254	21	25.0	5	2,962	15	25.0	4
合計	9,596	642	-	371	9,367	671	-	387	9,304	679	-	392	9,212	690	-	399	7,758	814	-	474

※認知症ランク(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ)

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる

第5節 介護保険サービスの状況

1. 給付費の推移

本町の介護保険給付費年額の合計は、令和5年度見込みで1,098,309千円となっています。令和3年度と比較すると、この3年間で64,264千円の増加となっています。

サービス別にみると、居宅（介護予防）サービスが492,311千円で全体の44.8%を占め、地域密着型（介護予防）サービスが153,906千円（同14.0%）、施設サービスが452,092千円（同41.2%）となっています。

第7期からの構成比と比較すると第8期では、居宅（介護予防）サービスは増加し、地域密着型（介護予防）サービスは減少しています。施設サービスは令和3年度、令和4年度は減少しましたが、令和5年度は増加（見込み）となっています。

◆介護保険サービス区分別給付費の推移

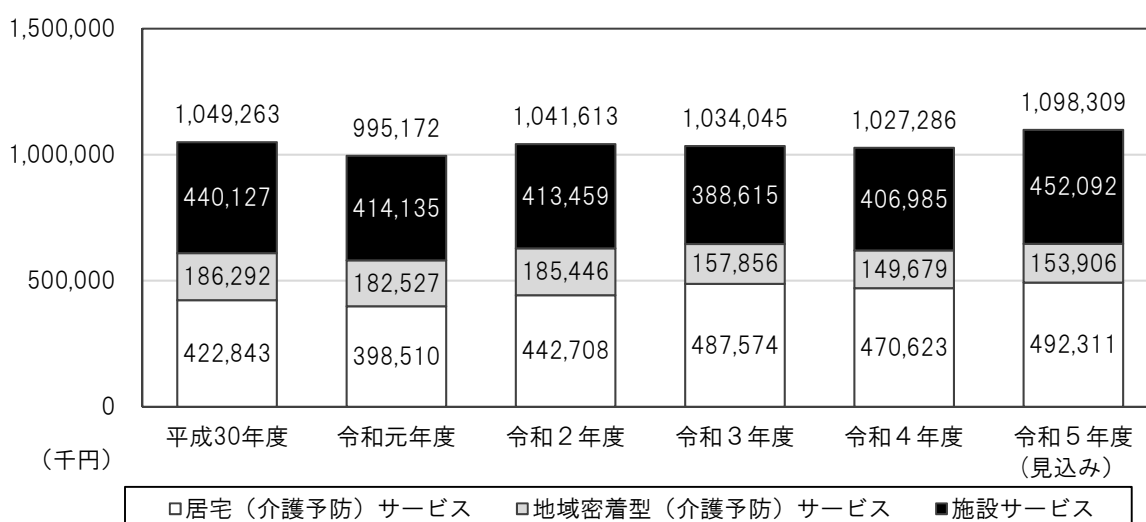
単位：上段（千円）、下段（%）

区 分	第7期			第8期		
	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 (見込み)
居宅（介護予防）サービス	422,843 40.3	398,510 40.0	442,708 42.5	487,574 47.2	470,623 45.8	492,311 44.8
地域密着型（介護予防）サービス	186,292 17.8	182,527 18.3	185,446 17.8	157,856 15.3	149,679 14.6	153,906 14.0
施設サービス	440,127 41.9	414,135 41.6	413,459 39.7	388,615 37.6	406,985 39.6	452,092 41.2
給付費合計	1,049,263	995,172	1,041,613	1,034,045	1,027,286	1,098,309

資料：第7期：介護保険事業状況報告年報

第8期：地域包括ケア「見える化」システム

◆介護保険サービス区分別給付費の推移



◆介護保険サービス別給付費の推移

単位：千円

	第7期			第8期		
	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 (見込み)
居宅（介護予防）サービス	422,843	398,510	442,708	487,574	470,623	492,311
訪問介護	30,038	28,011	37,976	48,591	39,408	39,268
訪問入浴介護	9,177	6,368	4,317	4,966	4,851	4,909
訪問看護	20,444	18,052	17,191	25,038	24,545	28,878
訪問リハビリテーション	2,526	2,384	2,919	2,387	3,015	3,401
居宅療養管理指導	5,386	5,756	7,462	7,825	7,338	7,635
通所介護	146,174	137,386	164,326	162,018	160,853	156,461
通所リハビリテーション	38,636	37,566	38,493	39,686	34,071	40,727
短期入所生活介護	44,023	42,999	45,326	58,902	59,248	66,490
短期入所療養介護（老健）	4,102	3,397	1,585	2,379	2,981	2,680
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	38,363	36,584	37,565	40,091	42,446	39,296
福祉用具購入費	991	815	1,263	957	1,487	1,532
住宅改修費	6,326	3,566	3,189	4,356	4,694	4,525
特定施設入居者生活介護	33,136	32,659	37,209	41,634	37,214	46,793
介護予防支援・居宅介護支援	43,523	42,969	43,885	48,745	48,473	49,716
地域密着型（介護予防）サービス	186,292	182,527	185,446	157,856	149,679	153,906
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	888	1,376	643	497	264	0
夜間対応型訪問介護	-	-	-	-	-	-
地域密着型通所介護	20,022	19,258	20,847	21,737	21,913	16,634
認知症対応型通所介護	17,454	18,345	16,968	16,365	15,548	19,642
小規模多機能型居宅介護	60,022	58,951	56,441	53,173	47,839	40,982
認知症対応型共同生活介護	67,565	66,989	64,480	62,632	64,116	76,649
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	20,341	17,607	26,068	3,451	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	-	-	-	-	-	-
施設サービス	440,127	414,135	413,459	388,615	406,985	452,092
介護老人福祉施設	226,799	215,136	212,878	223,985	247,988	238,062
介護老人保健施設	179,358	168,771	165,715	148,117	144,655	185,079
介護療養型医療施設	33,971	30,229	21,807	7,726	13,713	28,951
介護医療院	-	-	13,059	8,787	629	0
給付費合計	1,049,263	995,172	1,041,613	1,034,045	1,027,286	1,098,309

資料：介護保険事業状況報告年報（平成30年度～令和2年度）

資料：地域包括ケア「見える化」システム（令和3年度～令和5年度）

※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

第6節 日常生活圏域の設定

1. 日常生活圏域の概要

日常生活圏域とは、地域包括ケアシステム構築の土台となる個々の地域のことで、おおむね30分以内に必要な医療・介護・生活支援・介護予防・住まいのサービスが提供される範囲（中学校区）で設定すべきものとされており、地理的条件、人口規模、交通条件等の社会的条件及び介護サービスの整備状況を総合的に考慮して定めています。

2. 日常生活圏域の設定

本町の行政区域は41k㎡と狭く、地形的にも平坦で地理的条件、交通条件等による地域を区分する特殊事情がないことから、第8期計画と同様に1つの日常生活圏域として設定します。

◆日常生活圏域高齢者関連施設の分布



第7節 アンケート調査結果から見る高齢者の現状

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

本計画を策定するに当たり、町高齢者の健康状態、日常生活の状況及び福祉サービス等における利用状況、利用意向等を把握し、これからの施策の改善、展開及び充実を図ることを目的とし、2区分のアンケート調査を実施しました。

(2) 調査対象者

調査区分	対 象
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	65歳以上の下記に該当するかた：1,634人 ●要介護認定をうけていないかた：1,500人 ●介護予防・生活支援サービス事業対象者：22人 ●要支援認定者：112人
②在宅介護実態調査	●在宅で生活している要介護認定者

(3) 調査方法と調査期間

①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

◆調査方法：郵送配布、郵送回収

◆調査期間：令和5年7月1日から令和5年7月31日まで

②在宅介護実態調査

◆調査方法：認定調査員による聞き取り調査

◆調査期間：令和4年12月1日から令和5年7月31日まで

(4) 回収結果

調査区分	配布件数	回収件数	回収率
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,634件	1,230件	75.3%
②在宅介護実態調査		60件	

(5) アンケート調査結果について

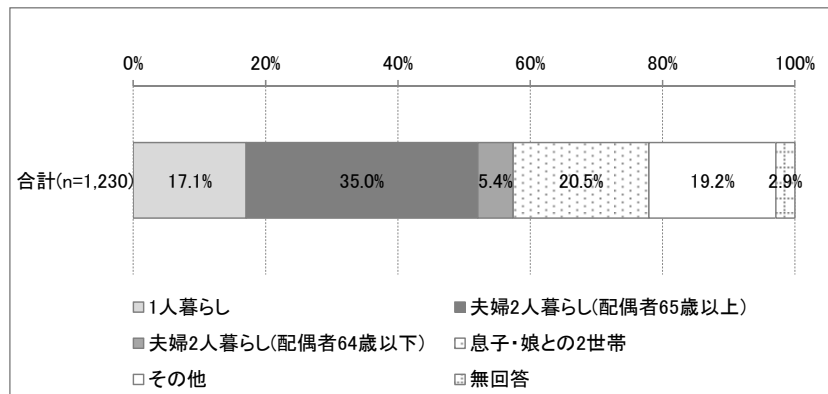
○図表中の「n」とは、その設問の回答者数を表しています。

○本文中の（ ）内は、令和2年度の前回調査時の結果を記載しています。

2. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（抜粋）

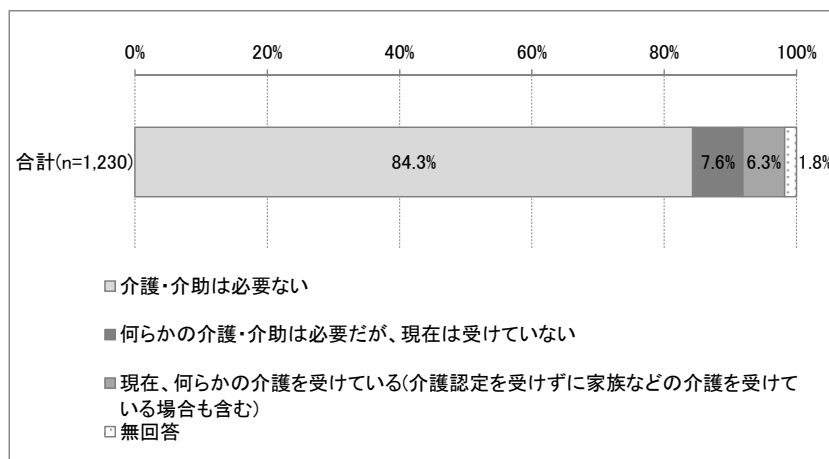
（1）家族構成

家族構成については、「夫婦2人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 35.0%（34.2%）で最も高く、次いで「息子・娘との2世帯」が 20.5%（21.7%）、「その他」が 19.2%（25.7%）、「1人暮らし」が 17.1%（12.1%）となっています。



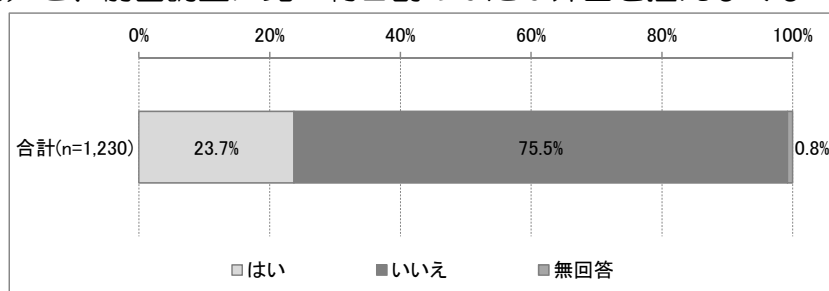
（2）介護・介助の状況

介護・介助の状況については、「介護・介助は必要ない」が 84.3%（82.1%）で最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 7.6%（7.8%）、「現在、何らかの介護を受けている」が 6.3%（6.6%）となっています。



（3）外出状況（控えている状況）

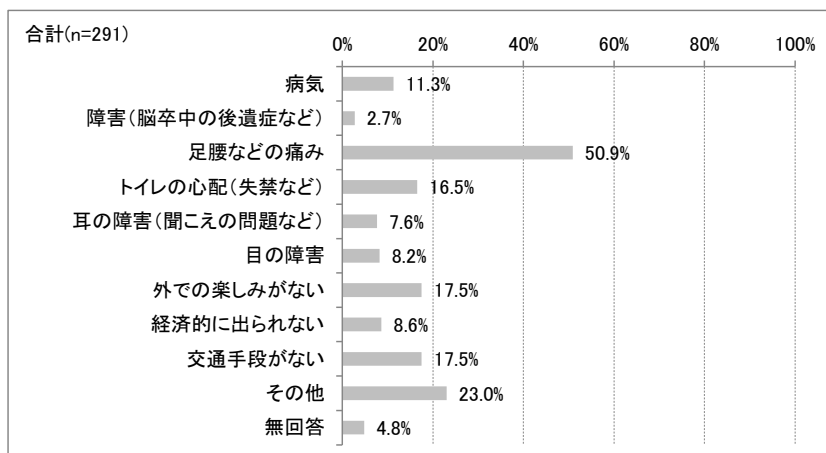
外出状況（控えている状況）については、「はい（控えている）」が 23.7%（45.1%）と、前回調査に比べ約2割のかたが外出を控えなくなっています。



(4) 外出を控えている理由

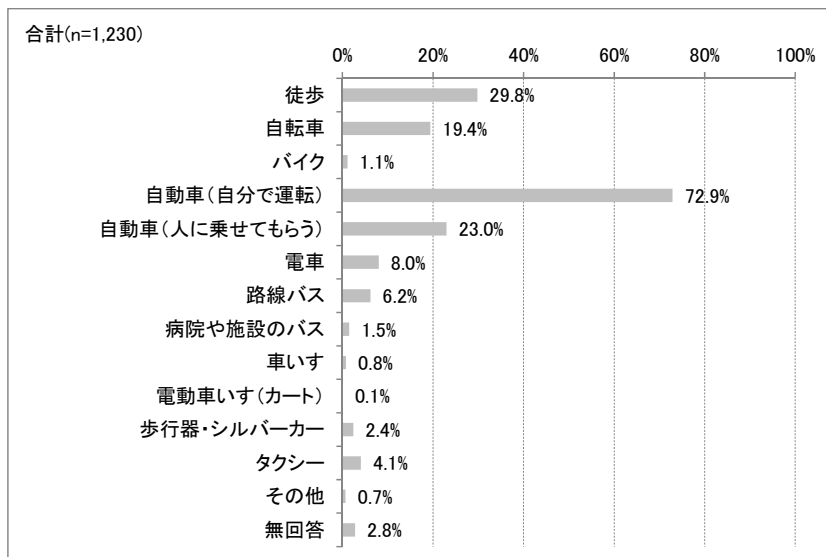
外出を控えている理由については、「足腰などの痛み」が 50.9% (29.7%) で最も高く、次いで「その他」が 23.0% (50.5%)、「外での楽しみがない」が 17.5% (8.6%)、「交通手段がない」が 17.5% (9.5%) となっています。

前回調査時の結果と比較すると、新型コロナウイルスへの感染症対策による外出控えは減少してきていると考えられます。



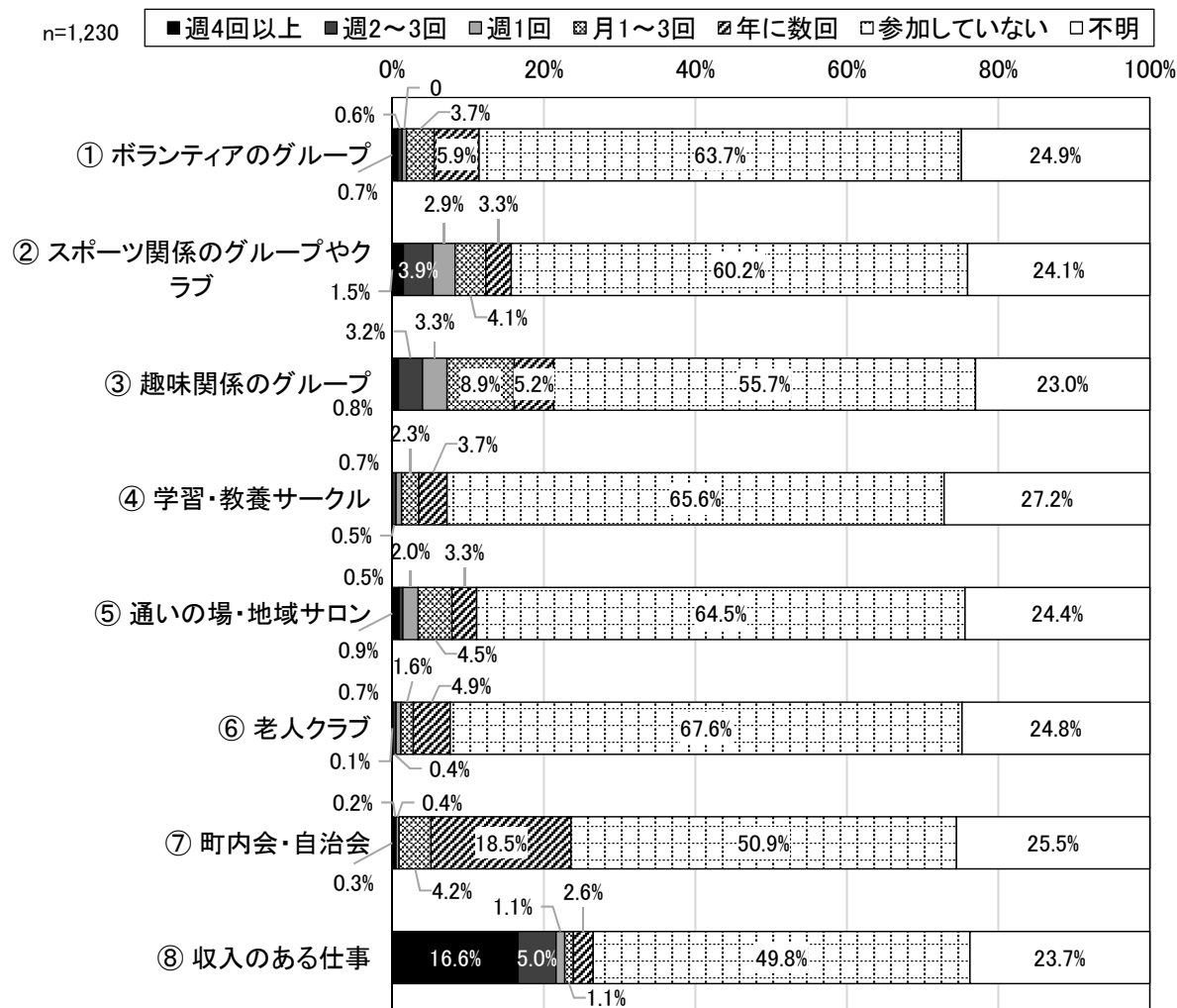
(5) 外出時の移動手段

外出時の移動手段については、「自動車(自分で運転)」が 72.9% (71.4%) で最も高く、次いで「徒歩」が 29.8% (31.5%)、「自動車(人に乗せてもらう)」が 23.0% (25.4%) となっています。公共交通機関である「電車」は 8.0% (7.6%)、「路線バス」は 6.2% (6.3%) となっています。



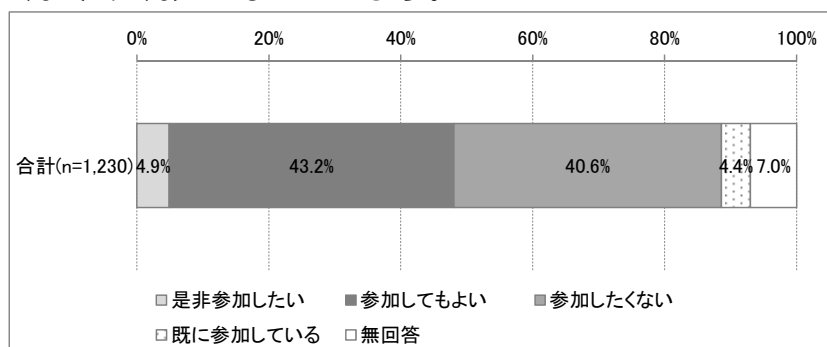
(6) 会やグループ等への参加状況

会やグループ等への参加状況について、「参加している（週4回以上～年に数回の合算）」をみると、『収入のある仕事』が26.4%（28.3%）で最も高く、次いで『町内会・自治会』が23.6%（24.8%）、『趣味関係のグループ』が21.4%（23.1%）となっています。



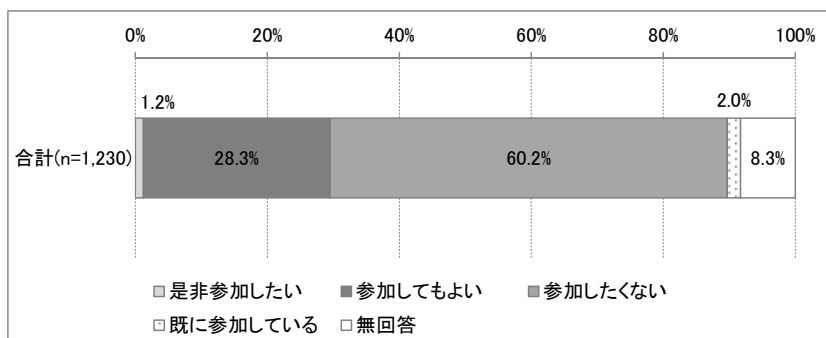
(7) 参加者として地域活動へ参加する意向

参加者として地域活動（健康づくり活動や趣味等のグループ活動等）へ参加する意向については、「是非参加したい」が4.9%（6.4%）、「参加してもよい」が43.2%（42.5%）、「参加したくない」が40.6%（37.3%）、「既に参加している」が4.4%（4.6%）となっています。



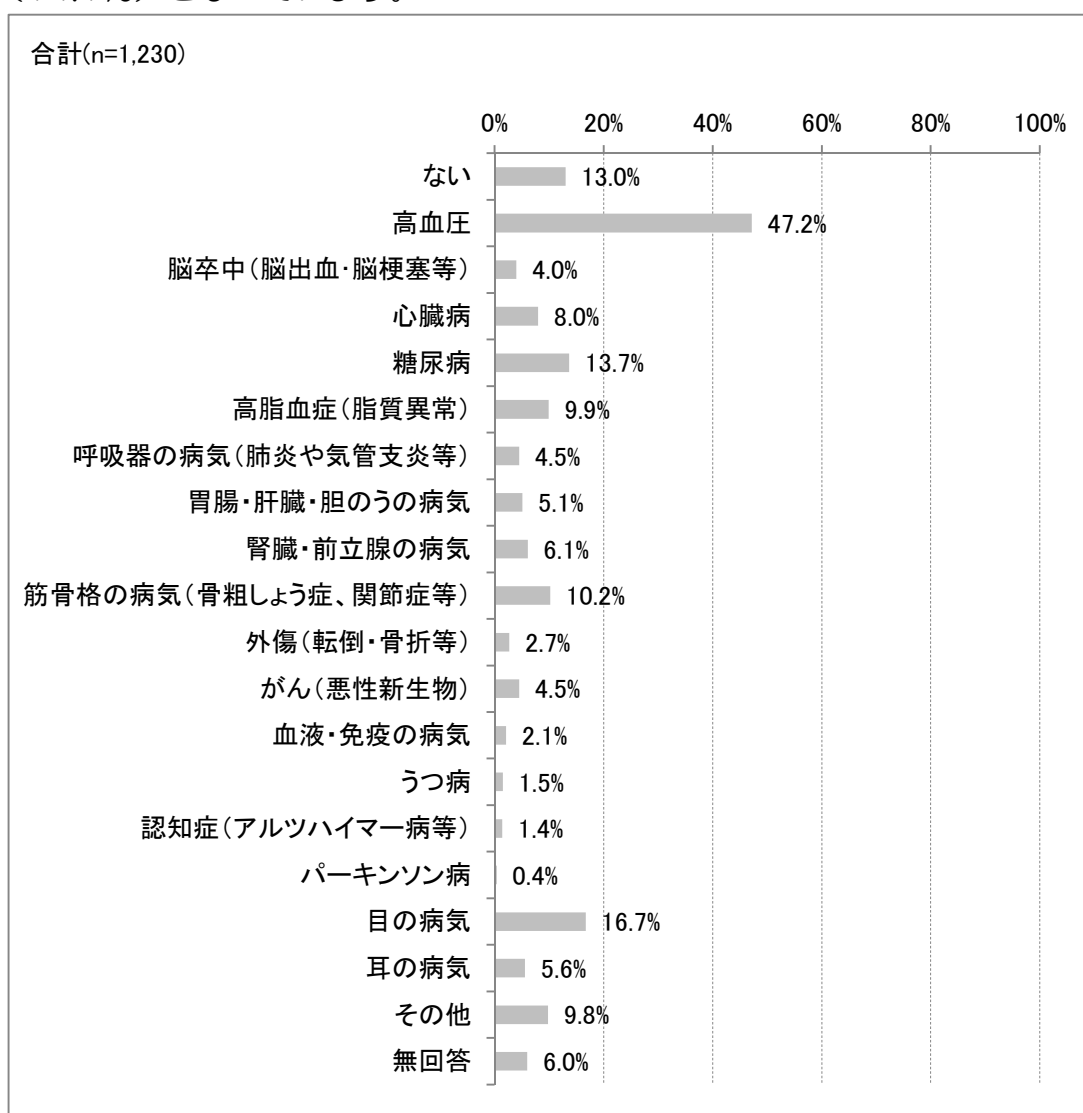
(8) 企画・運営（お世話役）として地域活動へ参加する意向

企画・運営（お世話役）として地域活動（健康づくり活動や趣味等のグループ活動等）へ参加する意向については、「是非参加したい」が1.2%（1.8%）、「参加してもよい」が28.3%（28.6%）、「参加したくない」が60.2%（57.6%）、「既に参加している」が2.0%（2.6%）となっています。



(9) 現在治療中又は後遺症のある病気

現在治療中又は後遺症のある病気については、「高血圧」が47.2%（45.1%）で最も高く、次いで「目の病気」が16.7%（15.0%）、「糖尿病」が13.7%（14.1%）となっています。



(10) 各種生活機能判定

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、以下の質問項目より各種生活機能を判定しました。

判定項目／質問項目	選択肢	判定方法
運動器機能		
階段を手すりや壁をつたわずに上がっていますか	・できない	左記の該当する選択肢で3問以上が該当
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	・できない	
15分位続けて歩いていますか	・できない	
過去1年間に転んだ経験がありますか	・何度もある ・1度ある	
転倒に対する不安は大きいですか	・とても不安である ・やや不安である	
栄養状態		
身長 cm 体重 kg (BMI =)	・BMI < 18.5	BMI < 18.5 に該当する場合は該当
口くう機能		
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	・はい	左記の該当する選択肢に該当する場合は該当
閉じこもり		
週に1回以上は外出していますか	・ほとんど外出しない ・週1回	左記の該当する選択肢に該当する場合は該当
認知機能		
物忘れが多いと感じますか	・はい	左記の該当する選択肢に該当する場合は該当
うつ		
この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	・はい	左記の該当する選択肢でいずれか1つでも該当する場合は該当
この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	・はい	
手段的日常生活動作 (IADL)		
バスや電車を使って1人で外出していますか (自家用車でも可)	・できるし、している ・できるけどしていない	左記の該当する選択肢を選択した場合を1点とし、計3点以下で該当
自分で食品・日用品の買い物をしていますか	・できるし、している ・できるけどしていない	
自分で食事の用意をしていますか	・できるし、している ・できるけどしていない	
自分で請求書の支払いをしていますか	・できるし、している ・できるけどしていない	
自分で預貯金の出し入れをしていますか	・できるし、している ・できるけどしていない	

各種生活機能の判定結果をみると、リスク（危険性）に該当する割合が高い機能は、「認知機能」「うつ」となっています。

また、令和2年度調査と比較して割合が増加している機能は、「運動器機能」で3.0ポイント、「うつ」で2.9ポイント、「IADLが低い高齢者の割合」で2.5ポイントの増加となっています。

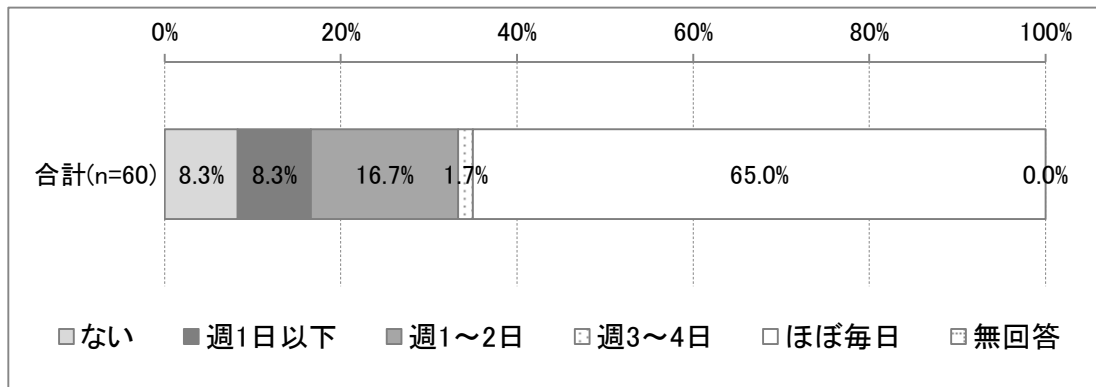
◆各種生活機能判定結果

リスク（危険性）判定項目	令和2年度調査 n=1,032	令和5年度調査 n=1,230	R2→R5 増減率
①運動器機能	15.7%	18.7%	3.0
②栄養状態	6.1%	7.1%	1.0
③口くう機能	34.3%	36.0%	1.7
④閉じこもり	25.1%	24.2%	▲0.9
⑤認知機能	45.3%	44.4%	▲0.9
⑥うつ	41.7%	44.6%	2.9
⑦IADLが低い高齢者の割合	7.3%	9.8%	2.5

3. 在宅介護実態調査（抜粋）

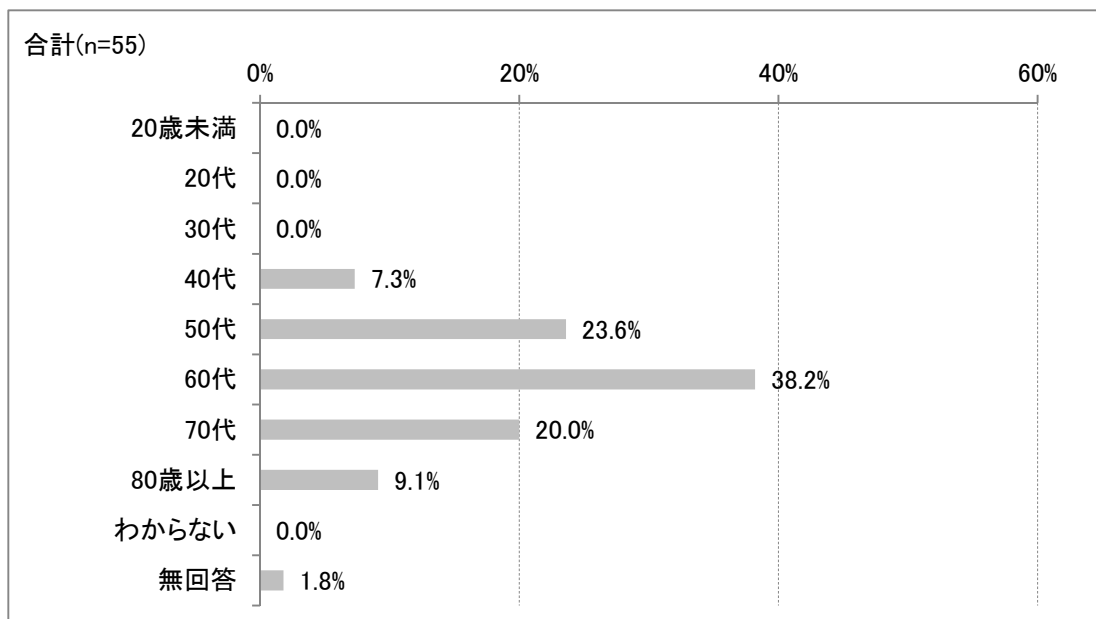
（1）家族等による介護の頻度

家族等による介護の頻度については、「ほぼ毎日ある」が 65.0%（60.7%）で最も高く、次いで「週に1～2日ある」が 16.7%（13.1%）、「ない」が 8.3%（11.5%）、「週1日以下」が 8.3%（4.9%）となっています。在宅での介護が始まると半数以上のかたは、介護が毎日ある状況にあることがわかります。



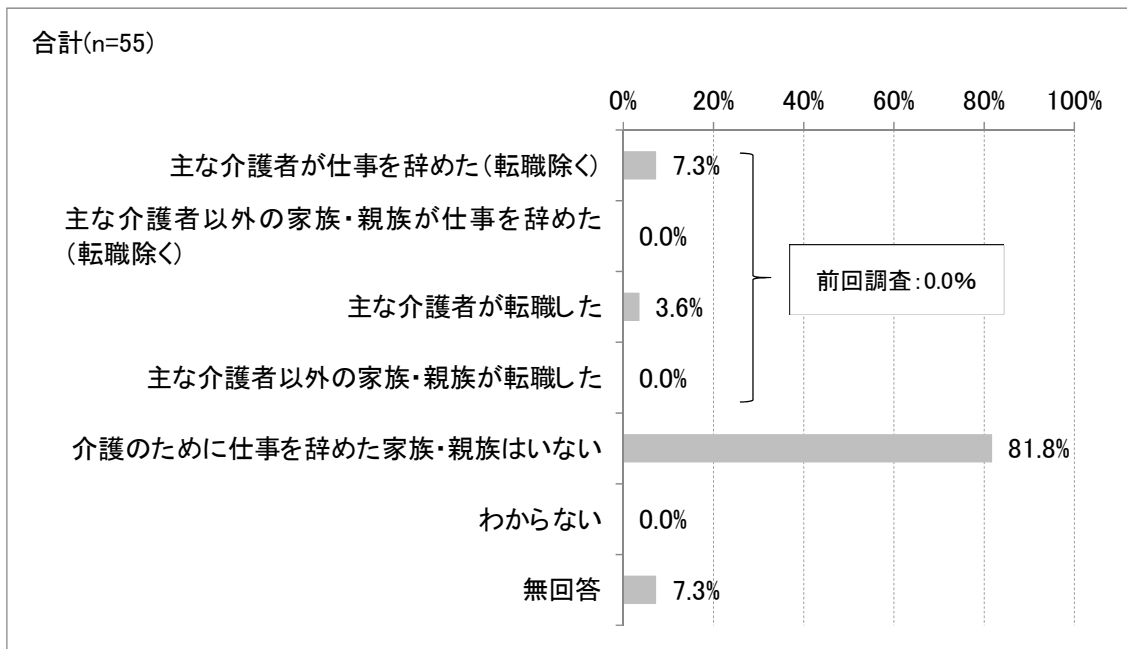
（2）主な介護者の年齢

主な介護者の年齢については、「60代」が 38.2%（33.3%）で最も高く、次いで「50代」が 23.6%（27.8%）、「70代」が 20.0%（24.1%）となっています。60代以上の合計値は7割弱と、今後の高齢化に伴い、後期高齢者同士の老老介護の状況も増加することが予測されます。



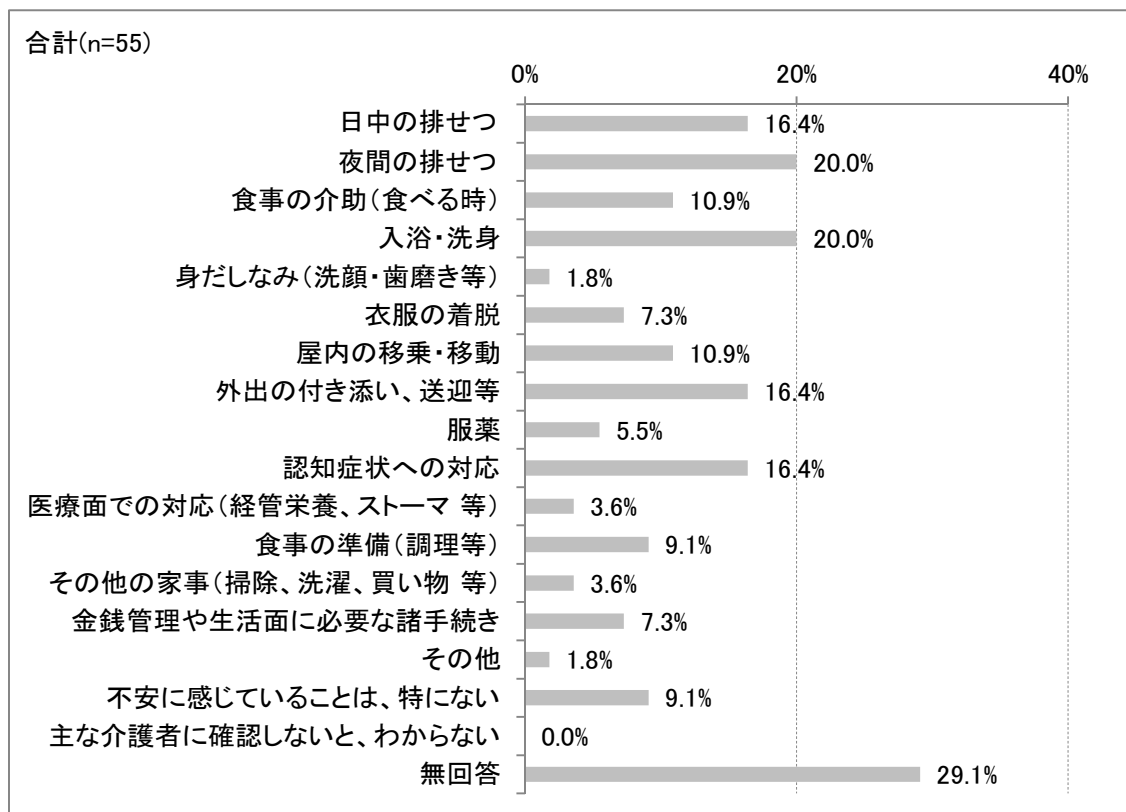
(3) 介護のための離職の有無

介護のための離職の有無については、主な介護者や介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた又は転職した割合は10.9%（0%）となっています。



(4) 介護者が不安に感じる介護

介護者が不安に感じる介護については、「夜間の排せつ」が20.0%（35.2%）及び「入浴・洗身」が20.0%（25.9%）で最も高く、次いで「日中の排せつ」が16.4%（27.8%）、「外出の付き添い、送迎等」が16.4%（24.1%）、「認知症状への対応」が16.4%（18.5%）となっています。



第8節 事業所等のアンケート調査結果

1. 在宅生活改善調査

(1) 調査目的

現在自宅等にお住まいのかたで、「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっているかた」の人数、生活の維持が難しくなっている理由、生活の改善のために必要な支援・サービス等を把握しました。その結果を踏まえて、住み慣れた地域での生活の継続性を高めるために必要な支援やサービス及び連携のあり方を検討し、介護保険事業計画に反映していくことを目的としています。

(2) 調査対象

町内居宅介護支援事業所（3か所：9人）及び小規模多機能型居宅介護事業所（1か所：1人）のケアマネジャー

(3) 調査結果（抜粋）

上段：設問／下段：調査結果	
1	過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者（42人）の行き先 ①介護老人保健施設：42.9%、②特別養護老人ホーム：31.0%、 ③グループホーム：9.5%
2	過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者の要介護度 ①要介護3、要介護2：31.0%、②要介護1：21.4%、③要介護5：7.1%
3	自宅、サービス付き高齢者向け住宅又はケアハウスに居住しており、生活の維持が難しくなっている利用者（24人）の属性 ①単身の子どもの同居かつ持ち家かつ要介護3以上：25.0%、 ②その他世帯かつ持ち家かつ要介護3以上：20.8%、 ③その他世帯かつ持ち家かつ要介護2以下、夫婦のみ世帯かつ持ち家かつ要介護3以上：16.7%
4	生活の維持が難しくなっている理由（本人の状態に属する理由） ①必要な身体介護の増大：75.0%、②認知症の症状の悪化：58.3%、 ③生活支援の発生・増大：41.7%
5	身体介護の増大が理由の人（18人）の具体的な内容（複数回答） ①見守り・付き添い：61.1%、②移動・移乗、夜間の排せつ、日中の排せつ：55.6%、 ③入浴：50.0%
6	認知症の悪化が理由の人（14人）の具体的な内容（複数回答） ①1人での外出が困難、薬の飲み忘れ：85.7%、②金銭管理が困難：64.3%、 ③家事に支障がある：42.9%
7	生活の維持が難しくなっている理由（家族等介護者の意向） ①介護に係る不安・負担量の増大：54.2%、 ②本人と家族等の関係性に課題がある：33.3%、 ③家族等の介護等技術では対応が困難：29.2%
8	生活の維持が難しくなっている利用者（24人）の生活の改善に必要なサービス ①住まい・施設等：9人、②在宅サービス又は住まい・施設等：8人、 ③在宅サービス：4人、④改善困難：3人

2. 居所変更実態調査

(1) 調査目的

「過去1年間で施設・居住系サービスから居所を変更したかた」の人数やその理由等を把握しました。その結果を踏まえて、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めていくために必要な機能や外部サービス資源との連携等を検討し、具体的な取組につなげていくことを目的としています。

(2) 調査対象

町内施設・居住系サービス（7か所）の管理者

【施設・居住系サービス】

ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム（3か所）、特定施設入居者生活介護及び介護老人福祉施設

(3) 調査結果（抜粋）

上段：設問／下段：調査結果	
1	過去1年間の退去・退所者（60人）に占める居所変更・死亡の割合 ①死亡：78.3%、②居所変更：21.7%
2	居所変更した人の要支援・要介護度 ①要介護4：8.1%、②自立、要介護5：4.8%、③要介護1：3.2%
3	居所変更した理由（複数回答） ①医療的ケア・医療処置の必要性の高まり、その他：5か所、 ②必要な身体介護の発生・増大、状態増の悪化：2か所、 ③必要な支援の発生・増大、費用負担が重くなった：1か所
4	過去1年間のケアハウス（1施設、30室）の入居及び退去の流れ 新規入居：2人、退去：4人（居所変更：3人、死亡：1人）
5	過去1年間のサービス付き高齢者向け住宅（1施設、35戸）の入居及び退去の流れ 新規入居：4人、退去：14人（居所変更：0人、死亡：14人）
6	過去1年間のグループホーム（3施設、定員27人）の入所及び退所の流れ 新規入所：8人、退所：5人（居所変更：3人、死亡：2人）
7	過去1年間の特定施設入居者生活介護（1施設、定員20人）の入所及び退所の流れ 新規入所：10人、退所：5人（居所変更：2人、死亡：3人）
8	過去1年間の介護老人福祉施設（1施設、定員69人）の入所及び退所の流れ 新規入所：18人、退所：32人（居所変更：5人、死亡：27人）

3. 介護人材実態調査

(1) 調査目的

介護人材の①性別・年齢構成、②資格保有状況、③過去1年間の採用・離職の状況、④訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態等を把握しました。その結果を踏まえて、地域内の介護人材の確保・サービス提供方法の改善などにつなげていくことを目的としています。

(2) 調査対象

町内介護サービス事業所（9か所）及び施設・居住系サービス（7か所）の管理者

【介護サービス事業所】

通所介護（4か所）、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護及び地域密着型通所介護

【施設・居住系サービス】

ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム（3か所）、特定施設入居者生活介護及び介護老人福祉施設

(3) 調査結果（抜粋）

上段：設問／下段：調査結果	
1	年齢別の資格保有の状況（全サービス系統 163人）
	(ア)介護福祉士全体：47.9%、①30代：76.2%、②40代：50.0%
	(イ)介護職員実務者研修終了等 全体：6.1%、①40代、20代：10.0%、②60代：6.5%
2	(ウ)介護職員初任者研修終了等 全体：19.0%、①60代：26.1%、②50代：20.0%
	サービス系統別の正規職員・非正規職員の割合（全サービス系統 163人）
	(ア)訪問系（22人）①非正規職員：81.8%、②正規職員：18.2%
3	(イ)通所系（41人）①非正規職員：68.3%、②正規職員：31.7%
	(ウ)施設・居住系（100人）①非正規職員：44.0%、②正規職員：56.0%
	性別・年齢別の雇用形態の構成比（全サービス系統 163人）
3	(ア)男性①40代：8.6%（うち正規職員 6.7%）、②30代：4.3%（うち正規職員 4.3%）、 ③20代：3.7%（うち正規職員 3.1%）、50代：3.7%（うち正規職員 1.2%）
	(イ)女性①60代：25.8%（うち正規職員 8.6%）、 ②50代：17.8%（うち正規職員 5.5%）、 ③40代：16.0%（うち正規職員 5.5%）

第1部 総論 第2章 高齢者を取り巻く現状と将来

4	性別・年齢別の雇用形態の構成比（訪問系 22 人）
	(ア)男性①40代、30代：4.5%（うち正規職員 4.5%） (イ)女性①60代：50.2%（うち正規職員 4.5%）、 ②50代：22.7%（うち正規職員 4.5%）、 ③40代：13.6%（うち正規職員 0.0%）
5	性別・年齢別の雇用形態の構成比（通所系 41 人）
	(ア)男性①30代：4.9%（うち正規職員 4.9%）、 ②20代、40代、60代、70代：2.4%（うち正規職員 2.4%。70代 0.0%）、 (イ)女性①60代：31.7%（うち正規職員 4.9%）、 ②40代：24.4%（うち正規職員 4.9%）、 ③50代：22.0%（うち正規職員 4.9%）
6	性別・年齢別の雇用形態の構成比（施設・居住系 100 人）
	(ア)男性①40代：12.0%（うち正規職員 9.0%）、 ②50代：6.0%（うち正規職員 2.0%）、 ③20代：5.0%（うち正規職員 4.0%） (イ)女性①60代：18.0%（うち正規職員 11.0%）、 ②50代：15.0%（うち正規職員 6.0%）、 ③40代：13.0%（うち正規職員 7.0%）
7	介護職員数の変化（全サービス系統 14 か所）
	(ア)採用数正規職員：0人、非正規職員：2人 (イ)離職者数正規職員：5人、非正規職員：3人
8	介護職員数の変化（訪問系 2 か所）
	(ア)採用数正規職員：0人、非正規職員：1人 (イ)離職者数正規職員：0人、非正規職員：0人
9	介護職員数の変化（通所系 5 か所）
	(ア)採用数正規職員：0人、非正規職員：0人 (イ)離職者数正規職員：0人、非正規職員：1人
10	介護職員数の変化（施設・居住系 7 か所）
	(ア)採用数正規職員：0人、非正規職員：1人 (イ)離職者数正規職員：5人、非正規職員：2人
11	訪問介護のサービス提供の内容別の内訳（22 人）
	(ア)合計①身体介護：40.6%、②その他生活援助：35.5%、③調理・配膳：20.9% (イ)小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護（8人） なし：100% (ウ)訪問介護（14人） ①身体介護：40.6%、②その他生活援助：35.5%、③調理・配膳：20.9%

第9節 板倉町の特徴と課題

本町の各種統計データや推計、地域包括ケア「見える化」システムや、アンケート調査等の結果から、本町では下記の特徴と課題が挙げられます。

1. 高齢化率が高く、後期高齢者数が前期高齢者数を上回り推移する

本町の高齢化率は、令和5年10月1日現在、35.9%と、全国、群馬県及び館林市・邑楽郡四町より高く、令和8年には37.1%となることが予測されています。この傾向は、第8期と同様です。高齢者人口においては、令和7年以降は後期高齢者数が前期高齢者数を上回り推移していくことが予測されます。後期高齢者は、前期高齢者と比べ、要介護認定率が2倍以上上昇します。

今後、後期高齢者の増加に伴い、介護保険サービスの利用者も増加することが予測されるため、安定的な介護保険事業の運営に努めるとともに、要支援・要介護認定を受けたかたの自立支援・重度化防止に向けた取組が求められています。

2. 介護を必要とする高齢者の増加に伴う介護人材の不足

高齢者人口、特に後期高齢者の増加に伴い、介護を必要とする高齢者が増加することが予測されます。一方で、年少人口及び生産年齢人口は減少することが予測されており、介護人材の不足が課題となります。

厚生労働省によると、第8期介護保険事業計画の介護サービス見込量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数は、令和元年度の介護職員数は全国で約211万人と推計され、令和7年度には全国で約243万人(+約32万人)、令和22年には全国で約280万人(+約69万人)の介護職員が必要とされており、国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むとされています。

地理的に栃木県、茨城県及び埼玉県の県境に位置しており、各県の最低賃金の変動及び格差により、介護人材が流出しやすいという特徴があります。また、町内介護サービス事業者へのヒアリングでは、慢性的な介護人材の不足と介護職員の高齢化が課題として挙げられており、今後の事業の継続に支障が生じるおそれがあります。そうした点からも「地域包括ケアシステム」を支える介護人材の確保に向けた取組は、第8期計画に引き続き重要となっています。加えて、少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、ケアの質を確保しながら必要なサービスを提供するため、業務の効率化及び質の向上に取り組むことも重要です。このため、これらを一体的に取り組んでいくことが求められています。

3. 高齢者夫婦世帯及び高齢者独居世帯の増加

本町の高齢者世帯の状況は、平成22年から令和2年までの10年間で高齢者夫婦世帯が2.2倍、高齢者独居世帯が2.1倍と急増しています。

今後、高齢者人口の増加に伴い、高齢者独居世帯及び高齢者夫婦世帯が増加することが予測されることから、行政のみでの対応や介護サービスの拡充では必要なかたに適切な支援を提供することができません。住民が主体となった地域における高齢者の見守りや声かけ、日常生活を支援するサービス等の体制整備が求められています。

4. 要介護認定率が低い

本町の令和4年度の調整済み認定率は14.7%となっており、群馬県平均より3.1ポイント、全国平均より4.3ポイント低く、館林市・邑楽郡四町との比較では、2番目に低い状況となっています。住み慣れた地域の中で元気で自立した生活を送られているかたが多いと考えられる一方で、介護保険サービスを必要としているかたに対して、適切に介護保険サービスにつなげられているのか、またサービスが真に必要なかたが表面化していないのではないかとすることも考えられます。

社会情勢の変化や家族構成の変化等により、高齢者個々の複合化・複雑化する支援ニーズに適切に対応することが求められていることから、関係機関等との連携を図りながら、相談支援体制及び情報提供体制の充実を図り、住み慣れた地域のなかで自立した生活を送るための支援へと、適切につなげていく必要があると考えています。

5. 高齢者の社会参加の促進

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、約6割のかたは「地域活動に企画・運営として参加したくない」、また約4割のかたは「地域活動に参加者として参加したくない」と回答しています。行政区、老人クラブ、通いの場、地域サロン、ボランティアのグループなど、地域では様々な活動が行われていますが、新たな活動の場や参加者が増えない状況等もみられます。社会参加がフレイル予防に効果的であるという観点から各種活動に対して関心を持っているかたについては、活動の場へと結び付け、関心を持っていないかたに対しては、そのかたのニーズに応じた社会参加の方法を検討していくことが必要と考えられます。

また、高齢者分野のみならず、あらゆる分野において人材確保が課題となっていることから、有償ボランティアなど就労的活動に対して積極的に高齢者が活躍できる仕組みを検討していくことも重要となります。

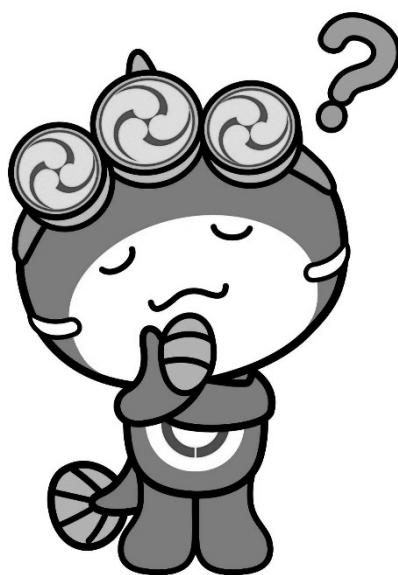
6. 認知症高齢者の増加

令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議において決定された「認知症施策推進大綱」の中間評価が令和4年12月に行われました。「認知症施策推進大綱」の基本的な考え方は、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進するというものです。

中間評価においては、成年後見制度の利用促進に関し、2024年度末までに全市町村で中核機関を設置することやリーフレット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行うことなど、新たな目標が検討されました。また、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）の整備状況については、進捗状況が低調であるとされています。

全国的な高齢者人口の増加により、令和7年には認知症高齢者が700万人を超え、65歳以上の5人に1人が認知症となることが予測されており、認知症高齢者に対する支援体制の整備は全国的な課題となっています。なお、本町では、65歳以上の約7%、要介護認定者の約60%に認知症の疑いがあると推計されています。

認知症は誰にでも起こり得る疾患であることから、認知症に対する正しい理解を促進し、認知症予防や認知症の早期診断、早期対応、認知症高齢者を介護する家族への支援等、認知症施策を総合的に推進するとともに、たとえ認知症になったとしても、長年住み慣れた板倉町や地域のなかで、尊厳を保ちつつ安全かつ安心して暮らし続けられる地域づくりが求められています。



第3章 計画の基本的な考え方

第1節 基本理念と基本目標

1. 基本理念

〈基本理念〉

地域でともに支え合い、元気を共有できるまち いたくら

今後、高齢化が進行する中、これまでの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という関係を超えて、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、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会を理念とした「地域共生社会」の実現が求められており、高齢者の地域での生活を支える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るものです。

板倉町総合計画では、「地域で支え合う安全なまち いたくら」をまちの将来像として掲げ、本計画に関連する方針は「【健康福祉】生涯にわたっていきいきと生活できるまち」であり、①子育て、健康、介護、地域福祉の向上、②高齢者の買物、交流、生きがい等、高齢者が暮らしやすいまちづくり、③健康づくり事業の推進と指導者の育成、④地域医療の充実、⑤社会的弱者（ひとり暮らし高齢者、生活困窮者、障がい者等）にやさしいまちづくり、⑥ボランティア体制の構築の検討が優先的、重点的に推進する事項となっています。また、板倉町地域福祉計画・地域福祉活動計画では、「だれもがともに支え合う安心して暮らせるまち いたくら」を基本理念として掲げています。基本理念の実現のために3つの基本目標があり、①いたくらの地域福祉を担う人づくり、②みんなが自分らしく暮らせるしくみづくり、③みんなで支え合う安全・安心の地域づくりとなっています。

第8期計画策定時においては、本計画の上位計画であるこれらの計画の基本理念等を踏まえ、医療、介護、地域、ボランティア、社会福祉協議会、企業、司法、行政等の高齢者の生活を支える様々な関係機関が連携し、「高齢者が住み慣れた地域で健康でいきいきと暮らし続けられるよう地域全体での高齢者の生活支援体制の構築」を目指しました。

第9期計画期間中においても、上位計画の基本理念等は継続される中、地域住民、関係機関が連携・協力しながら、地域包括ケアシステムを更に深化・推進させ、地域共生社会を実現させていくことはより一層重要となっています。このため、第8期計画の基本理念及び目標を継承しつつ、更なる向上を目指し、「地域でともに支え合い、元気を共有できるまち いたくら」を基本理念としました。

2. 基本目標

基本理念の実現に向け、4つの基本目標を掲げ、高齢者福祉及び介護保険事業を推進します。なお、基本目標は第8期計画と同様となっています。

基本目標1 いつまでも自分らしく生活できるまちづくり

高齢者が介護を必要とする状態になっても、できる限り住み慣れた家庭や地域社会で生活ができるよう、介護保険及び保健・医療・福祉サービスの充実を図ります。また、今後も増加することが見込まれている介護サービス利用者の増加に対応できるよう介護保険事業の適切な運営の確保と介護給付費の適正化を図ります。

基本目標2 健康でいきいきと生活できるまちづくり

病気や寝たきり等の要介護状態になることを予防し、健康でいきいきとした生活を送れるよう、地域の健康課題を把握し、保健事業と介護予防の一体的実施を中心とした各種事業を通じてフレイル予防、健康づくり及び介護予防の推進に取り組みます。また、日常生活において生きがいを持ち、自立した生活を送ることができるよう、様々な活動の場を提供します。

基本目標3 互いに認め合い、支え合って生活できるまちづくり

年齢を問わず、地域住民がお互いに見守り、支え合う活動が活発になるよう、支え合いの担い手育成、ボランティア等による地域活動への参加を促進し、地域共生社会の実現を目指します。また、認知症施策における「共生」と「予防」の取組の中で認知症のかたやその家族等がその人らしく尊厳を保ちながら生活できる環境づくりを推進します。

基本目標4 安全安心に生活できるまちづくり

住み慣れた環境の中で、よりよい生活を送るために生活支援に関する各種サービスの情報提供及び相談支援体制の充実を図ります。また、水害をはじめとする各種災害や新型コロナウイルス感染症等の感染症による健康被害を未然に防ぎ、大切な命を守るために関係機関と連携して対策を協議し、体制の整備を図ります。

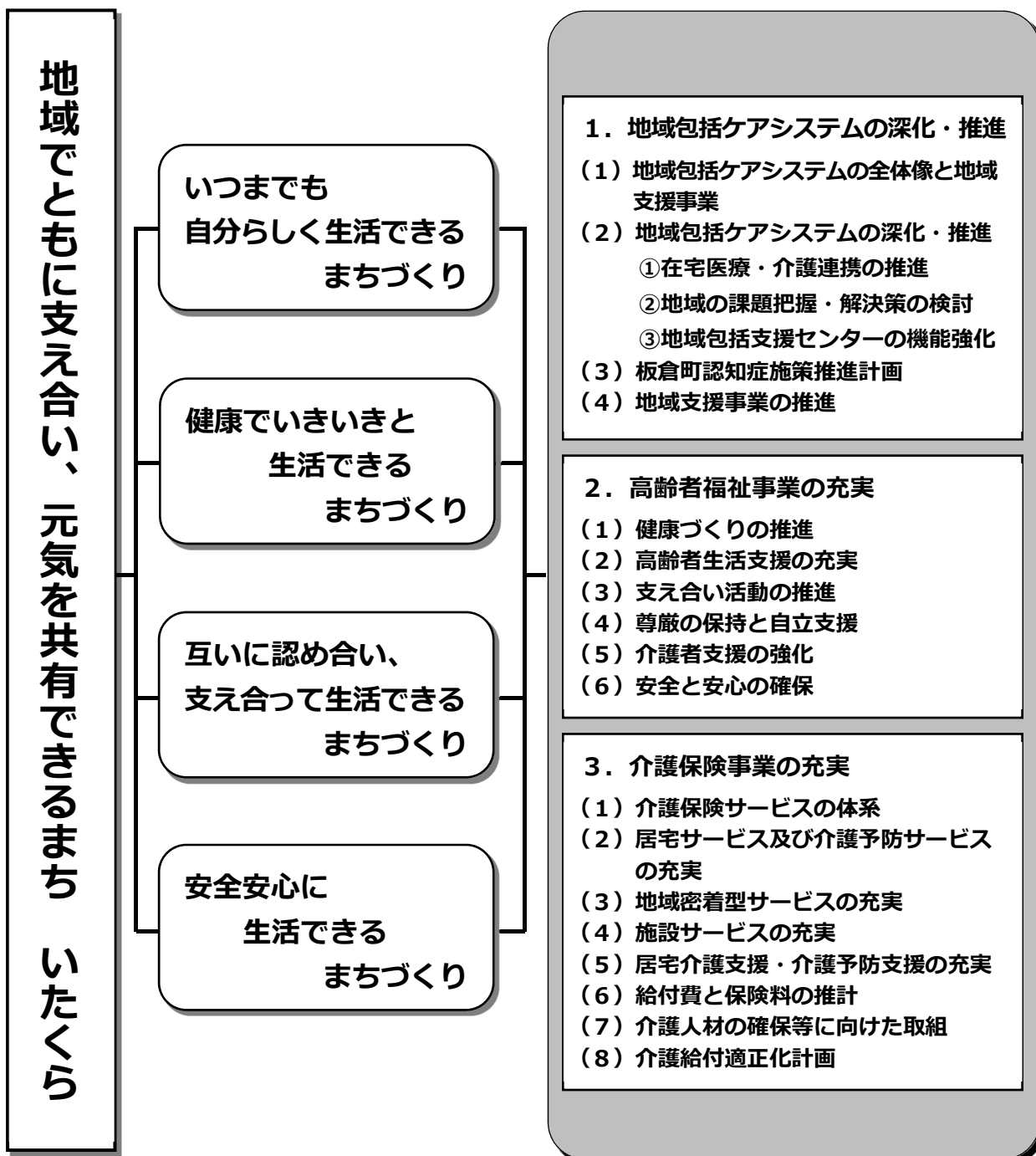
第2節 施策の体系

基本理念・基本目標のもとに、高齢者福祉及び介護保険の施策・事業を展開していきます。

基本理念

基本目標

施策・事業



第3節 計画の着実な実行に向けて

本計画を着実に実行するために、計画推進の体制強化及び介護保険事業の健全な運営を図ります。

1. 計画の推進体制

(1) 連携の強化

本計画に盛り込まれた施策・事業の実施には、様々な組織・団体、さらには町民が大きく関わっています。顔の見える関係づくりを心がけ、情報共有を通じて緊密な連携を図ります。

①町行政内部の連携強化

本計画に盛り込まれた施策・事業の実施には、町課局、町内の様々な組織・団体、さらには町民が大きく関わっており、積極的に情報を取得し、それらの緊密な連携を図ります。

②国・県・周辺市町との連携強化

本計画に盛り込まれた多くの施策・事業は、介護保険制度をはじめ、福祉・医療・各種保険制度に基づいて実施されることから、国・県はもとより同制度を運営する邑楽館林地域をはじめとした周辺市町との連携を強化します。

③医療・介護の連携強化

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて医療と介護の連携が重要となっています。町が中心となり館林市邑楽郡医師会、館林邑楽歯科医師会、館林邑楽薬剤師会等医療関係団体との連携強化を図ります。

④民間関係組織・団体及び事業所との連携強化

介護サービスをはじめ各事業の実施主体は、福祉・医療・保健関係のサービス事業者や社会福祉協議会等の社会福祉関係団体、行政区等の地域組織、民間ボランティア等の町民組織・団体が中心となることから、ネットワーク化を図りそれらとの連携を強化します。

⑤町民との連携強化

まちづくりの主体は町民であり、これからの福祉のまちづくりに大きな役割を担っています。特に元気高齢者には、現存能力を發揮し、役割を積極的に担っていただく必要があります。福祉・医療・保健に係る町民活動の活性化を図り、連携を強化します。

(2) 推進体制の強化

本計画を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、福祉・医療・保健をはじめ様々な人材が求められるため、その確保・育成に努めます。

①地域包括ケアシステムの体制強化

地域包括ケアシステムの深化・推進には、本町をはじめ行政機関、地域包括支援センター、福祉サービス事業所、医療機関、地域生活支援のための民間団体等、様々な組織・団体が関わることから、それらの緊密な連携を図るために、必要な情報を共有し、組織的な体制強化を図ります。

②町行政内部の体制整備・強化

本計画の推進には町行政内部の多くの課局が関わることから、計画に関する理解を促し、関係各課による計画推進のための組織体制の強化を図ります。

③人材の確保と資質の向上

本計画を推進する上で福祉・医療・保健分野の専門職をはじめ、多くの人材が必要となることから、その確保と資質の向上に努めます。

(3) 情報提供の強化

町民への介護保険サービスや高齢者福祉のサービスに対する周知を図り、適切な利用を促進するために、様々な情報手段を駆使した情報提供及び窓口体制の強化を図ります。

①様々な情報手段による情報提供の強化

町の広報紙やホームページを活用した情報提供、高齢者福祉サービスガイドブック、認知症ケアパス、各種パンフレットの作成・配布、そして訪問による口述等の情報伝達に資する様々な手段を駆使し、サービスの周知及び利用の促進を図ります。

②相談窓口の体制強化

介護サービスの利用申請や相談・苦情等にきめ細やかに対応できるように、町担当課、地域包括支援センター及び関係部署の相談窓口の体制強化を図り、早期対応・早期解決を目指して電話、来所及び訪問相談を拡充します。

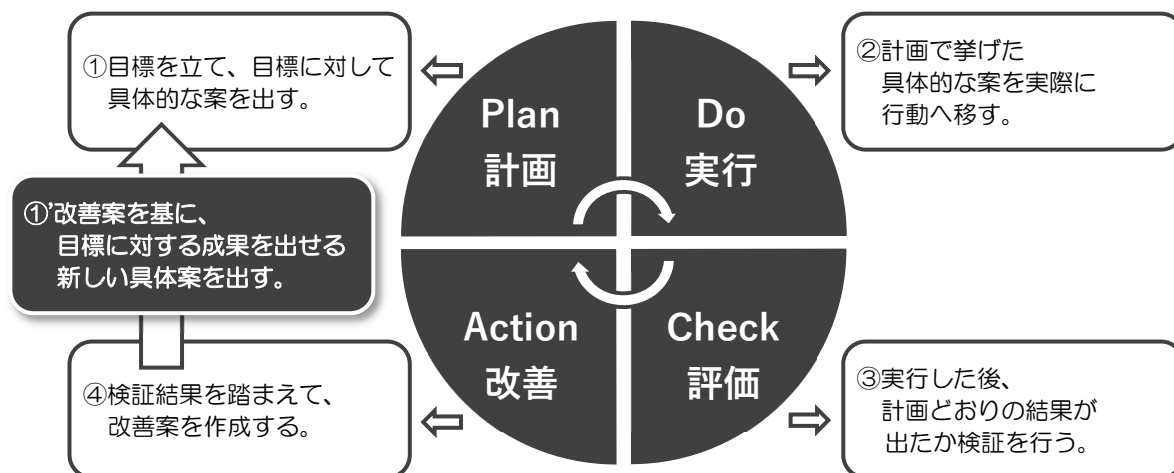
(4) 計画の進行管理

計画を着実に実行するためには、その進行管理を行う必要があります。介護保険並びに地域密着型サービス及び地域包括支援センター運営協議会が中心となり、年1回以上は計画の進捗状況を調査・評価し、進行状況を管理していきます。また、その結果を踏まえ次期計画の見直しを行います。

①PDCAサイクルの推進

高齢者福祉施策及び介護保険事業を円滑に推進していくために、PDCAサイクルを活用します。この評価結果に基づき、より効果的な施策を検討し、所要の対策の実施に取り組みます。

<PDCAサイクルの流れ>



②計画の達成状況の点検及び評価の実施

計画策定後は、各年度において、計画の達成状況等を年1回町ホームページ等を活用して公表の上、「板倉町介護保険等運営協議会」に報告し、点検及び評価を行います。また、高齢者の自立支援、重度化防止等に向けた市町村の取組の達成状況を適切かつ効果的に評価できるよう客観的な指標が設定されている保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の指標の達成を目指すとともに両交付金を活用して保険者機能を強化し、当町における地域包括ケアシステムの深化・推進、さらには地域共生社会の実現を図っていきます。

2. 介護保険事業の円滑な運営

(1) サービス提供体制の強化

① ケアマネジメント機能の強化

高齢者が住み慣れた地域で、在宅での生活を可能な限り続けることができるように支援するためには、ケアマネジャーをはじめとした専門職に対し、高齢者やその家族のニーズに資するケアマネジメント機能を強化していくことが不可欠です。地域包括支援センターが担う包括的・継続的なケアマネジメントや総合相談支援について、適切かつ積極的に取り組みます。

② サービスの量と質の確保

町民が求めるサービスが適切に提供できるように、介護サービス事業者との情報交換、情報提供及び働きかけを行い、サービス内容及び量の把握並びに確保を図るとともに、質の向上を促進します。

(2) サービス給付の適正化

① 認定の適正化

真にサービスを必要としている被保険者を認定するために、館林外五町介護認定審査会からの情報、認定調査結果のチェック・点検及び判定の格差是正に取り組み、適正な審査・判定に努めます。また、要介護認定を遅滞なく適正に実施するために、館林市・邑楽郡五町で協議の上、認定審査会の簡素化や認定事務の効率化を進めつつ、必要な体制を計画的に整備します。

② ケアプランの適正化

利用者の状態、利用者やその家族の意向に沿って適切なケアプランが作成されているかを確認するために、ケアマネジャーが作成するケアプランのチェックを行い、不適切なサービス提供の早期発見に努めます。また、居宅介護支援事業者の指導に取り組み、質の向上を図ります。

(3) 介護保険料徴収の適正化

① 介護保険料の確保

介護保険料は介護保険事業を健全に運営するための大切な財源であることから、確実な収納につながるようコンビニエンスストアでの支払等収納方法の改善及び臨戸訪問等滞納者への対策に取り組み、その確保に努めます。

(4) 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

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国における事故情報収集・分析・活用の仕組みの構築を見据えて、板倉町介護保険事業者及び高齢者福祉事業者等における事故等発生時の報告取扱要領に基づき、介護サービス事業所から報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等を行います。また、その情報を介護サービス事業者と共有することで、サービスの質の向上を図ります。

(5) 介護サービス情報の公表

介護保険制度は、利用者の選択を基本としており、利用者の選択を通じてサービスの質の向上が進むことが期待されています。介護サービス情報の公表制度は、利用者の選択を通じて介護保険のシステムが健全に機能するための基盤となるものです。情報公表システムが、介護が必要になった場合に適切なタイミングで利用者やその家族等に認知されるよう、要介護認定及び要支援認定の結果通知書に情報公表システムのURLを記載する等周知していきます。また、地域包括ケアシステム構築の観点から、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくために有益な情報である地域包括支援センター及び配食や見守り等の生活支援・介護予防サービスの情報について主体的に情報収集した上で、厚生労働省が運営する介護サービス情報公表システムを活用する等、情報公表に努めていきます。

(6) 介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等

介護サービス事業者の経営情報については、効率的かつ持続可能な介護サービス提供体制の構築に向けた政策の検討、物価上昇や新興感染症の影響等を踏まえた介護事業者への支援策の検討、分析結果をわかりやすく丁寧に情報提供することにより介護の置かれている現状・実態に対する国民の理解の促進等のために、定期的に収集及び把握することが重要です。令和5（2023）年の法改正では、介護サービス事業者経営情報に関するデータベースを厚生労働大臣が整備することとされました。これにより介護サービス事業者は、収益、費用、職種別の給与、その人数等の経営情報を都道府県に報告することとなります。その結果は、サービス種別や経営規模別に整理分析され、公表されます。

本町においては、その公表結果を踏まえて、介護サービス事業所と情報共有し、業務改善の支援をしていきます。

第4節 計画とSDGsとの関係

持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）とは、2015年9月の国連サミットで加盟国の全会一致で採択された、2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標です。17のゴール・169のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない（leave no one behind）」ことを誓っています。SDGsは発展途上国のみならず、先進国自身が取り組むユニバーサル（普遍的）なものであり、本国でも積極的に取組を進めています。

本計画においてもSDGsの視点を取り入れ、各施策に反映させた上で、「町民の誰一人取り残さない」地域づくり及びまちづくりを推進します。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

1 貧困をなくそう 	2 飢餓をゼロに 	3 すべての人に健康と福祉を 	4 質の高い教育をみんなに 	5 ジェンダー平等を実現しよう 	6 安全な水とトイレを世界中に 
7 エネルギーをみんなにそしてクリーンに 	8 働きがいも経済成長も 	9 産業と技術革新の基盤をつくろう 	10 人や国の不平等をなくそう 	11 住み続けられるまちづくりを 	12 つくる責任 つかう責任 
13 気候変動に具体的な対策を 	14 海の豊かさを守ろう 	15 陸の豊かさも守ろう 	16 平和と公正をすべての人に 	17 パートナーシップで目標を達成しよう 	

【SDGs 17の目標】

1 貧困をなくそう	10 人や国の不平等をなくそう
2 飢餓をゼロに	11 住み続けられるまちづくりを
3 すべての人に健康と福祉を	12 つくる責任 つかう責任
4 質の高い教育をみんなに	13 気候変動に具体的な対策を
5 ジェンダー平等を実現しよう	14 海の豊かさを守ろう
6 安全な水とトイレを世界中に	15 陸の豊かさも守ろう
7 エネルギーをみんなにそしてクリーンに	16 平和と公正をすべての人に
8 働きがいも経済成長も	17 パートナーシップで目標を達成しよう
9 産業と技術革新の基盤をつくろう	

第 2 部

各 論

第1章 地域包括ケアシステムの深化・推進

第1節 地域包括ケアシステムの全体像と地域支援事業

「地域包括ケアシステム」は、高齢者が住み慣れた自宅や地域で自立し、尊厳のある暮らしを可能な限り継続できるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供されることを目指したものです。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。

第8期計画では、「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域の課題把握・解決策の検討」、「地域包括支援センターの機能強化」の視点を持って取り組んできました。

第9期計画では、令和2年度に成立した地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律を踏まえ、引き続き第8期計画での取組を強化しながら、地域の特性や住民の意向に応じた認知症施策や介護サービス提供体制を整備します。また、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を図り、地域共生社会の実現に向けて中核的な基盤となる地域包括ケアシステムの推進とあわせて社会福祉基盤の整備や地域づくりを一体的に取り組めます。

<地域包括ケアシステムの概念図>



資料：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、一部加筆

1. 地域包括ケアシステムの全体像

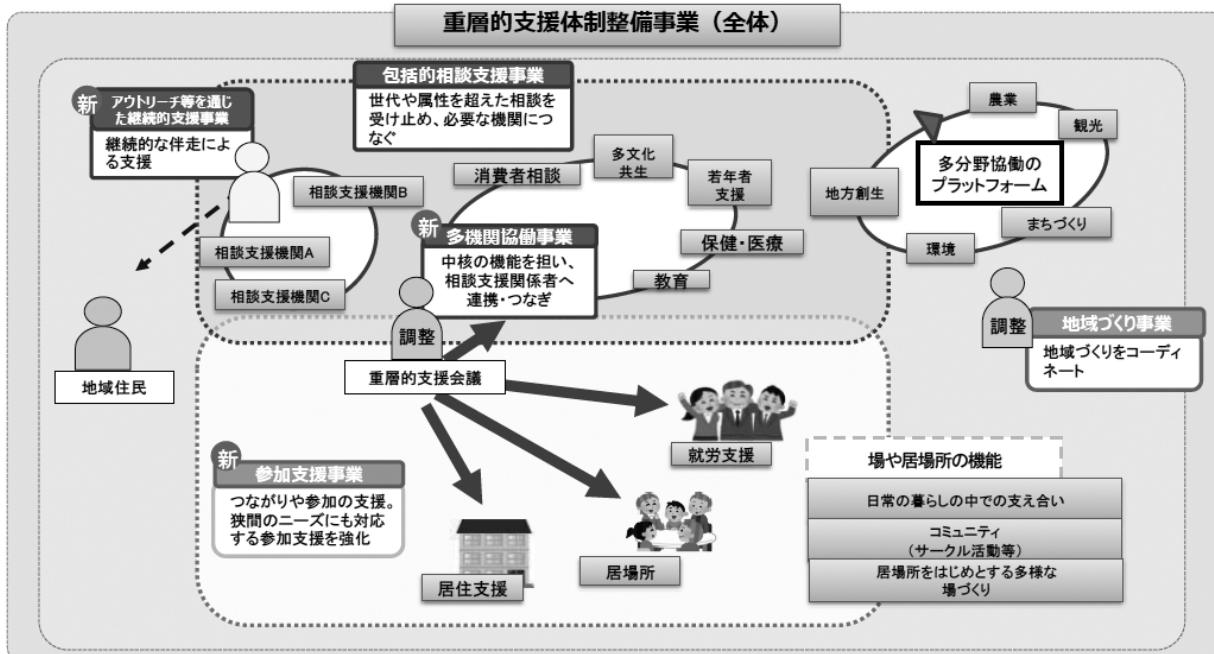
地域包括ケアシステムの全体像は、次のようにイメージされ、日常生活圏域ごとに構築していきます。当町の日常生活圏域は1つであるため、町全体が地域包括ケアシステムの対象となります。



資料：厚生労働省ホームページより

2. 重層的支援体制整備事業の全体像

令和2年の社会福祉法改正により、既存の相談支援等の取組を生かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行うため「重層的支援体制整備事業」が創設されました。この事業は任意であります。本町においては今後関係課との協議を重ね、実施について検討を進めます。



資料：厚生労働省ホームページより

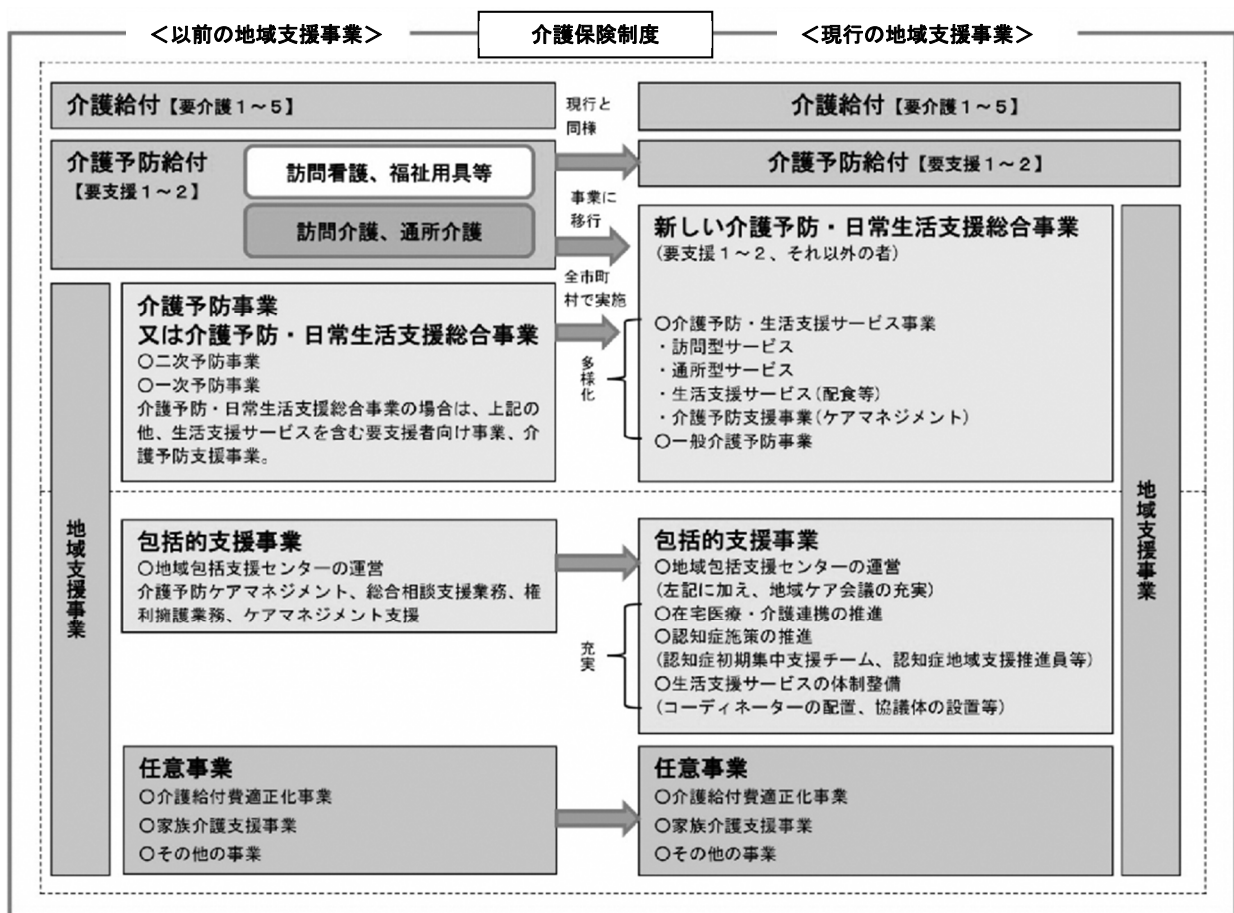
3. 地域支援事業の構成

地域支援事業は、高齢者が要支援・要介護状態になることを予防するとともに、要支援・要介護状態になっても重度化を防止し、可能な限り地域において自立した生活を送ることができるよう高齢者等を支援する事業です。

介護保険制度の改正により、本町では平成29年4月から、「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行しました。これまで国が定めた基準のもとで実施されていた介護予防訪問介護と介護予防通所介護（ともに要支援1・2対象）が、町が定めた基準のもとで実施する訪問型サービスと通所型サービスに移行しました。これにより、これまでと同様の基準によるサービスのほかに地域の実情に応じた多様なサービスの導入が可能となりました。

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援認定者、介護予防・生活支援サービス事業対象者（基本チェックリストを用いて要支援認定者に相当する状態と判断された者）を対象とした「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上の全ての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成されています。

< 地域支援事業の全体像 >



第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進

これまでの地域支援事業の包括的支援事業の展開を発展的に広げ、以下の事業を重点的に実施し、地域包括ケアシステムを深化・推進します。

1. 在宅医療・介護連携の推進

高齢者の増加が見込まれる中、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域における医療・介護の関係者が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要となっていきます。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（かかりつけ医機能の確保に関する法改正の施行日は、令和7年4月1日）によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果を考慮し、館林市邑楽郡医師会、館林邑楽歯科医師会、館林邑楽薬剤師会等と協働して在宅医療・介護連携の推進を図ることとなります。

本町では在宅医療・介護連携推進に関する事業について、平成29年4月から館林市・邑楽郡五町で館林市邑楽郡医師会へ委託しています。同医師会内に設置されている「在宅医療介護連携相談センターたておう」が中心となり、各種事業を実施しています。なお、本町では委託以前の平成27年度から医療・介護専門職向けの研修会を開催し、質の向上と顔の見える関係づくりを図ってきました。在宅医療介護連携相談センターたておうへの支援を通じて各行政間の調整及び連携を図りながら、国が示す「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を踏まえて各種事業を進めています。

在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる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）を意識し、群馬県保健医療計画における在宅医療の医療連携体制構築の取組並びにこれまで実施してきた町及び館林市・邑楽郡五町での取組を強化していきます。この4つの場面に関連する人生の最終段階における医療やケアについては、本人の意思決定を前提として、本人、家族等、多職種で構成される医療・ケアチームで繰り返し話し合い、医療やケアの方針が決定できるような環境づくりに努めていきます。また、高齢者の人生を支える在宅医療・介護連携の推進には、庁内を横断した協力体制が必要となります。医療や健康づくり担当係だけでなく、障がい福祉担当係や防災担当係等との情報共有を密にしていきます。

町高齢者の潜在的な医療・介護・生活支援に関するニーズをより正確に把握し、本人及び家族の意思を尊重した上で、実際に希望する場所で終末期を迎えることのできる人が増加するよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP 愛称「人生会議」）、認知症対策等の視点も考慮しながら在宅医療・介護連携に関連する他の事業とも連携し、事業に取り組んでいきます。

第9期の展開

(1) 医療・介護の資源の把握及び町民への情報提供の促進

在宅医療介護連携相談センターたておうと連携し、町内及び館林邑楽地域の医療・介護に関する資源を把握します。各種情報を地図等にまとめたホームページを更新するとともに、関係機関と連携を図りながら、在宅での療養支援及びアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する情報収集を進め、講演会、パンフレット、ホームページ等を活用して町民への情報提供を促進します。

【 取組内容 】

- ・ 出前講座等によるACPの周知
- ・ 医療版エンディングノート（MOTTE）及び生活版エンディングノート（絆ノート）の配布
- ・ 在宅医療・介護に関する情報のホームページ更新
- ・ 介護サービス事業者への在宅医療に関する医療情報の提供
- ・ 在宅医療・介護に関する講演会の開催：年1回以上

(2) 在宅医療・介護の連携体制の強化

地域包括支援センターやケアマネジャー等の介護職とかかりつけ医やリハビリテーション専門職等の医療職との連携を強化するために、多職種が合同で参加するグループワーク等参加型の研修会や事例検討会を医師会、歯科医師会、薬剤師会等の医療関係団体との連携により実施します。

また、『地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針』では、「地域包括ケアシステムの構築のためには、関係者間で適時適切な情報共有が不可欠」とされ、情報共有に当たってはICT（情報通信技術）の活用も位置づけられていることから、多職種連携のツールとして活用を促していくとともに、医療・介護関係者の情報共有の強化に向けた取組を推進します。

【 取組内容 】

- ・ 医療・介護専門職向けの研修会の実施：年1回以上
- ・ 医療機関と介護サービス事業者とのICTを活用した情報連携
- ・ ICT活用に関する医療・介護関係者との情報共有

(3) 在宅医療・介護の課題の抽出・対応策の検討

医療・介護・福祉サービスの供給に関わる地域資源の把握と医療・介護関係者間での情報共有を促進する中で、当該資源の有効活用を図ります。

群馬県の二次保健医療圏域（一般的な入院医療及び専門性の高い保健医療サービスの提供と確保を行う圏域）は10圏域あり、本町は太田・館林保健医療圏に属しています。他圏域と比較して、老年人口の増加率が高く、人口10万人に対する医師数が少ないことが特徴です。

地域ケア会議や介護サービス事業者との情報共有を通じて地域課題を把握し、日常生活圏域や広域における在宅医療・介護連携のあり方についての課題抽出や対応策の検討を行います。

【 取組内容 】

- ・ 館林邑楽地域の在宅医療・介護に関する地域課題に関する情報交換
：年1回以上
- ・ 地域ケア会議の開催：年2回以上
- ・ 介護サービス事業者との情報共有：年1回

(4) 切れ目のない在宅医療・介護供給体制の検討

疾病を抱える高齢者が住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるようにするためには、二次医療圏の病院や診療所等の地域の医療機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。そのことを踏まえ、在宅医療介護連携相談センターたておう、医師会事務局、館林保健福祉事務所及び館林市・邑楽郡五町が参集する実務担当者会議、ケースカンファレンス等で情報共有し、ケース検討等を通じて館林邑楽管内及び本町における在宅医療・介護供給体制のあり方について検討を行います。

【 取組内容 】

- ・ 実務担当者との情報交換会：月1回以上
- ・ 在宅医療介護連携相談センターたておうとの懇談会：年1回以上

(5) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

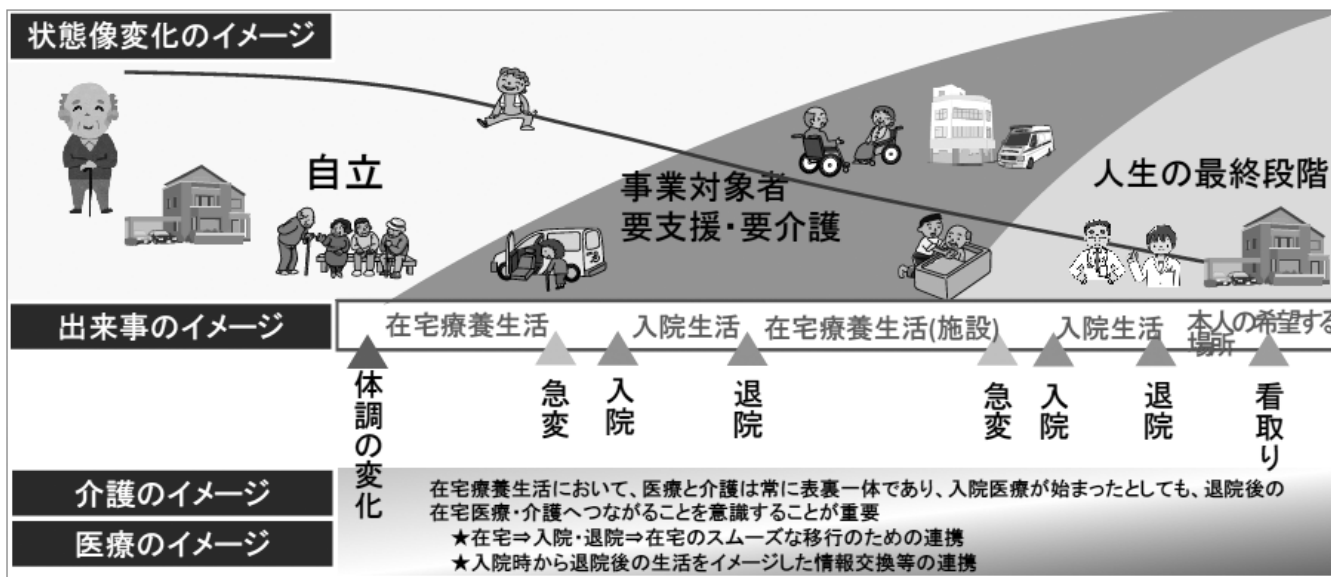
在宅医療・介護連携を支援する相談窓口は、在宅医療介護連携相談センターたておうが担っており、相談支援コーディネーターが配置されています。医療機関だけでなく、介護サービス事業所や地域住民からの相談も受託しています。相談方法は、電話が主となりますが、ケアマネジャー等と連携して訪問によりアウトリーチを行うこともあります。相談内容については、館林市・邑楽郡五町に毎月報告があり、必要に応じて地域包括支援センター等と情報共有しています。

相談窓口としての認知度を高めるため、引き続き、医療機関及び介護サービス事業者への周知を図っていきます。また、これらの機関、町及び地域包括支援センターと連携し、相談支援コーディネーターの質の向上を図り、相談支援の充実を図っていきます。

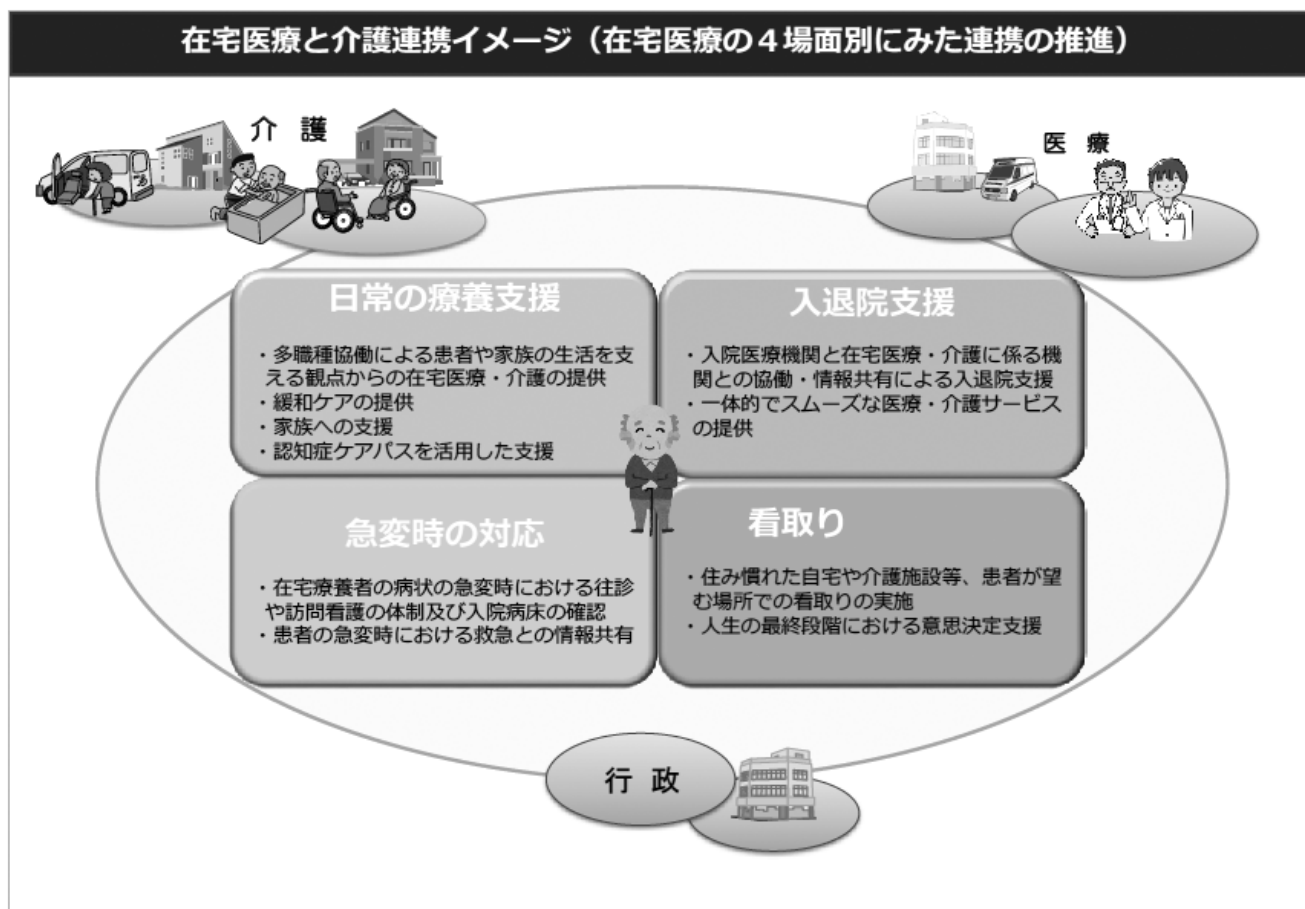
【 取組内容 】

- ・ 地域ケア会議等の地域課題を扱う会議への出席
- ・ 相談内容及び地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有
- ・ 認知症初期集中支援チームとの懇談会：年1回以上

<高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ>



<在宅医療と介護連携イメージ>



2. 地域の課題把握・解決策の検討

高齢者人口の増加や、家族構成及び生活環境の変化等により、地域の課題も多様化していく中で、行政だけでは課題解決が困難になっています。このため、民間事業者等の多様な主体により生活支援・介護予防サービスが提供されることが期待されます。生活支援・介護予防サービスの充実のためには、地域のニーズや地域資源、地域の抱える課題の把握を行うことが必要なことから、様々な組織等を活用し、地域の課題把握及び解決策の検討を行います。

第9期の展開

(1) 地域ケア会議の充実

地域ケア会議は、多職種が協働して個別ケースの事例検討を行う会議です。本町では、地域ケア会議の趣旨に基づき、保険者と地域包括支援センターが連携して地域ケア会議を運営しており、三つの部会（①個別ケース検討部会、②地域密着型介護サービス連絡部会、③地域包括ケア推進部会）で構成しています。

個別ケース検討部会は、町内外の保健、医療及び福祉関係者、地域住民代表等が集まり、高齢者福祉・介護保険サービスだけでは対応できない困難ケースをケアマネジャーが提起し、参加者間で協議して改善の方策を検討しています。

地域密着型介護サービス連絡部会は、町内の地域密着型介護サービス事業所が集まり、事業所間の情報共有、事業所の抱える困難ケースの検討及び行政情報（感染症対策及びサービス提供により発生した事故報告に関する支援等）の周知を行い、業務改善及び介護サービスの質の向上につなげています。

地域包括ケア推進部会は、個別ケース検討部会における複数の個別事例の検討により明らかとなった地域課題について、町内外の保健、医療及び福祉関係者、地域住民代表等が集まり、地域で不足している社会資源の把握と開発につながる政策案を町に提言しています。

地域包括ケアシステムの深化・推進のため、地域ケア会議の充実を図り、困難事例や自立支援・重度化防止に向けた個別ケースの検討等を通じて、ケアマネジャーのケアマネジメントの質の向上を図るとともに、地域課題を把握し、関係機関や活動団体等と連携して課題解決に取り組む地域づくりを推進します。また、地域ケア会議で把握された生活課題については、地域での互助による新たな生活支援サービスの創出やネットワークの構築に生かしていきます。

【 取組内容 】

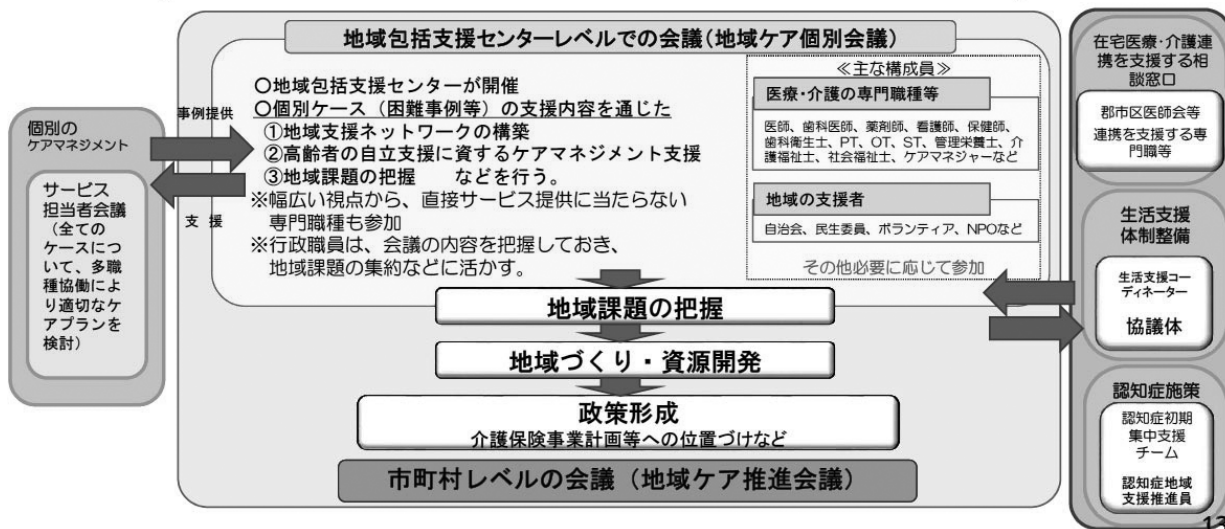
- 地域ケア会議個別ケース（自立支援型を含む）検討部会の開催：年2回以上
- 地域密着型介護サービス連絡部会の開催：年2回以上
- 地域ケア会議地域包括ケア推進部会の開催：年1回以上

< 地域ケア会議の推進 >

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
 ※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

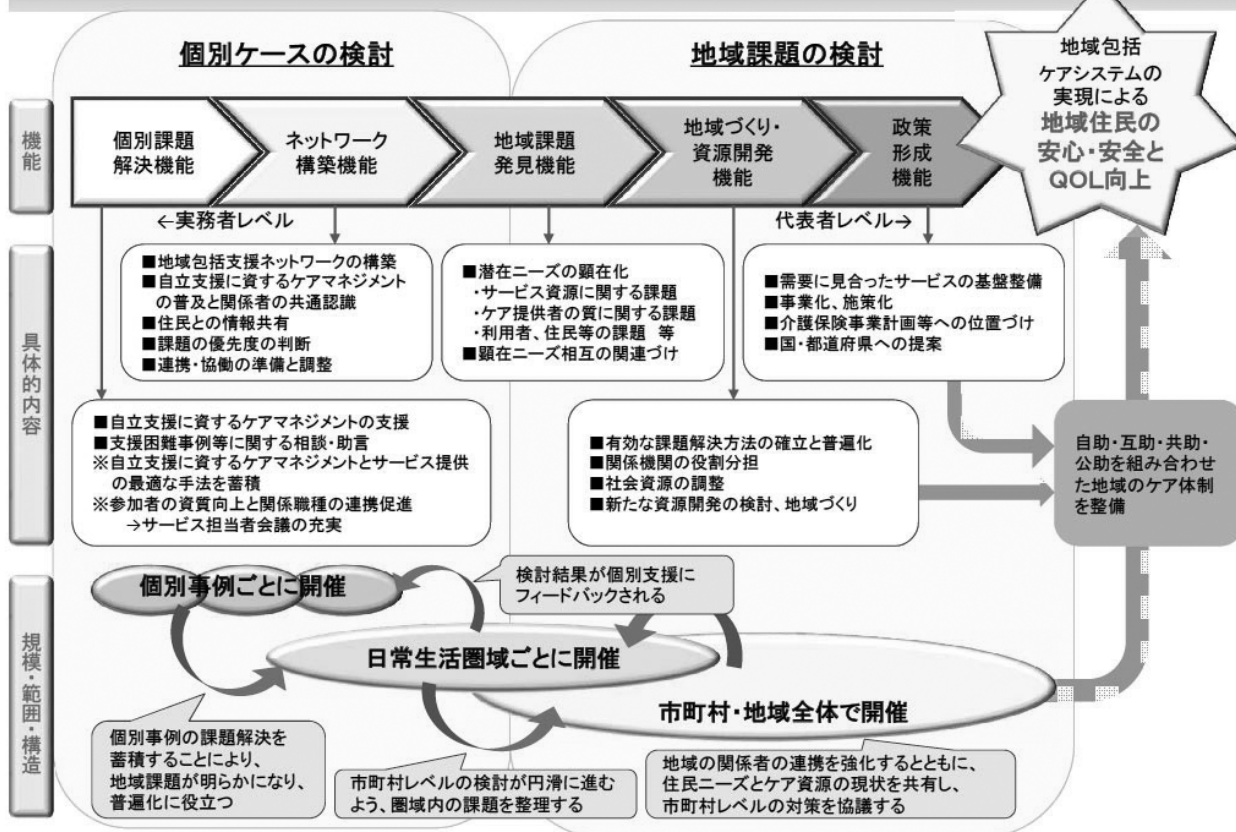
- (参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
 - 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



13

< 地域ケア会議5つの機能 >

「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

**地域包括支援センター主催による
地域ケア会議開催
(個別ケース検討部会)**

○個別ケース（困難事例等）の支援内容を通じた

- ①地域支援ネットワークの構築
- ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
- ③地域課題の把握

《主な構成員》

本人、家族、介護保険者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、
ケアマネジャー、介護サービス事業者、理学療法士、歯科衛生士、薬剤師、
管理栄養士、在宅医療介護連携相談センターたておう等

※ その他ケースに応じて、医療・介護・福祉・法律職が出席

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけ等

**町主催による地域ケア会議開催
(地域包括ケア推進部会)**

【 地域課題の解決と我が町の地域づくり 】

(2) 協議体の設置・活用促進

厚生労働省の介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインでは、「市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを『協議体』とする。」とされています。

本町では、介護予防・日常生活支援総合事業の円滑化を図るため、生活支援体制整備事業の推進を担い、情報交換の場、働きかけの場、企画・立案や方針策定を行う場及び生活支援コーディネーターの組織的な補完等の役割を果たす組織として、平成29年度に「協議体」を設置しました。協議体は、町全体を対象とした第1層協議体と小学校区等の小地域を対象とした第2層協議体に分類されます。それぞれの対象地域の生活支援体制の現状と課題、さらには新たなサービスの創出について検討していきます。また、地域特性や地域課題に応じてそれぞれの協議体の構成員を随時見直していきます。

【 取組内容 】

- 協議体の開催：年2回以上
- 第2層協議体の開設の検討

(3) 生活支援コーディネーターの配置・活動促進

厚生労働省の介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインでは、「高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者を『生活支援コーディネーター』とする。」とされています。

本町では、平成30年度に生活支援コーディネーターを配置し、町社会福祉協議会に委託しました。協議体と連携し、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等による地域資源の開発やそのネットワーク化等の役割を果たしています。近年は新型コロナウイルス感染症の影響で協議体の活動が中断していましたが、介護保険制度や保健・医療・福祉等の各種制度、高齢者の住まい・生活支援・移動に関する情報並びに民間企業及び団体に関する事業等高齢者の生活支援に関する様々な情報の提供及び共有を通じて、生活支援コーディネーターの活動を支援していきます。また、交通担当課と情報共有し、高齢者の日常生活を支える移動手段の確保に取り組みます。

【 取組内容 】

- 地域活動団体への意見聴取：年1回以上
- 介護保険外の福祉サービスの拡充
- ボランティア養成講座の開催：年1回以上
- 地域ケア会議等生活・移動手段等の課題を扱う会議及び研修への出席
- 生活支援コーディネーター活動の進捗管理と情報共有：月1回以上

<コーディネーター・協議体の役割>

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

<p>(A) 資源開発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<p>(B) ネットワーク構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など 	<p>(C) ニーズと取組のマッチング</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など
---	--	---

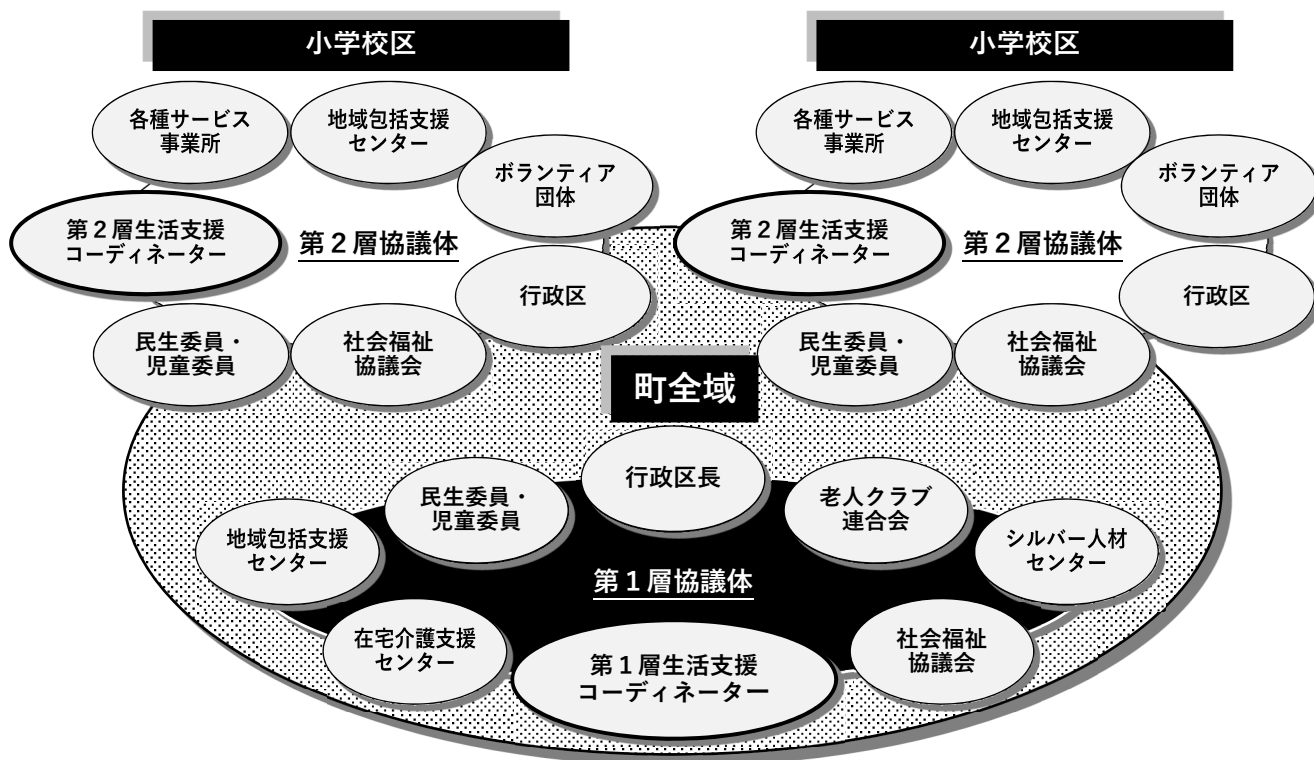
① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 ② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
 ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外

(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO 民間企業 協同組合 ボランティア 社会福祉法人 等

<コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ図>



<協議体の活動実績>

令和4年度	
第1回	板倉町の高齢者の現状及び10年後を見据えて、今自分にできることを共有
令和5年度	
第1回	地域での支え合い活動を実施するに当たっての課題の共有
第2回	協議体構成員のネットワークづくり

3. 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、介護保険法に基づき、地域住民の心身の健康の保持及び生活安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健・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各市町村に設置されています。その運営は直営型と委託型があります。包括的支援事業等を地域において一体的に実施する中核的機関として、位置づけされています。本町では現在、行政直営型1か所を板倉町役場内に設置しており、包括的支援事業の他、介護予防事業及び任意事業の一部を担っています。三職種（保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー）は有資格の行政職員を配置しています。専門職が行政職員であるメリットを生かして、引き続き、地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、高齢者やその家族の生活支援をはじめとして介護予防さらには地域共生に資する地域づくりの支援を行っていきます。

第9期の展開

(1) 地域包括支援センターの機能強化に向けた取組

地域共生社会の実現において基盤となる地域包括ケアシステムの深化・推進は、地域包括支援センターがその中心的な役割を担っています。高齢者やその介護者が必要に応じて相談できるよう、その存在や役割について、引き続き広報紙やホームページ等を活用し周知を図ります。また、積極的な訪問活動を行い、相談の早期対応早期解決を図っていきます。

近年、地域包括支援センターに寄せられる相談は複雑化・複合化し、高齢者分野の支援のみでは解決が困難なケースも増えてきていることから、生活困窮、障がい、子ども等庁内関係課局及び他分野における相談機関との連携や、地域にある社会資源との連携を強化しながら、包括的な相談支援体制を構築します。

地域包括支援センター業務の拡大化及び煩雑化に伴い、適切な運営を確保する必要があることから、保険者として地域包括支援センター基本方針を適宜更新し、三職種をはじめとした地域包括支援センターの人員等体制の充実を図ります。今般の制度改正により、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することに伴い、介護予防支援の居宅介護支援事業所との連携についても検討を進めます。また、地域包括支援センターの評価を行い、評価により把握した課題や効果は、運営方針や個別の事業内容に反映させ、業務負担の軽減及び業務効率化の視点も踏まえて、事業の質の向上に努めます。また、保険者機能強化推進交付金等を活用した積極的な体制強化を図ります。

【 取組内容 】

- ・ 地域包括支援センター基本方針の更新
- ・ 保険者との相談内容の共有：月1回以上
- ・ 平日以外の窓口の設置及び周知

第3節 板倉町認知症施策推進計画

今後、急速な高齢化とともに認知症高齢者も増加し、令和7年には700万人を超え、65歳以上の5人に1人が認知症となることが予測されています。

令和元年6月には、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することを基本的な考え方とした「認知症施策推進大綱」がとりまとめられました。

「認知症施策推進大綱」において、「共生」とは、認知症のかたが、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会で「共に生きる」という意味です。「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で使われています。

令和6年1月には、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ、支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することを目的として「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。

本町では、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターと連携して、認知症やその予防に関する普及啓発を行うとともに、認知症ケアパスの作成や認知症カフェの開設、認知症サポーターの養成等の取組を行ってきました。

また、地域包括支援センターに認知症に関する相談があったときには、その症状や生活環境を踏まえて、認知症疾患医療センターを紹介しています。

「共生」と「予防」の観点から認知症のかたやその家族が事業や事業の企画立案に参加して意見を聞く場を設け、その声を反映することで認知症のかたやその家族が住み慣れた地域で穏やかにかつ役割を持って暮らすことができるよう支援していきます。また、定期的に各事業の進捗状況の評価を行っていきます。

第9期の展開

1. 支援体制の促進

認知症は、周囲の適切なサポートがない場合、早期発見が難しく発症から受診まで時間がかかります。重症化してから医療につながるかたも少なくありません。早期に受診につながることで適切な診断や治療を受け、周囲が正しい対応方法を知ることによって進行を緩やかにすることができます。そのためには、早期診断、早期対応が受けられる相談体制の確保が重要になります。また、若年性認知症のかたは本人だけでなく、家族全体を支援の対象とし、そのかたの社会環境を踏まえて生活支援に関する様々な機関との連携協働が必須となります。

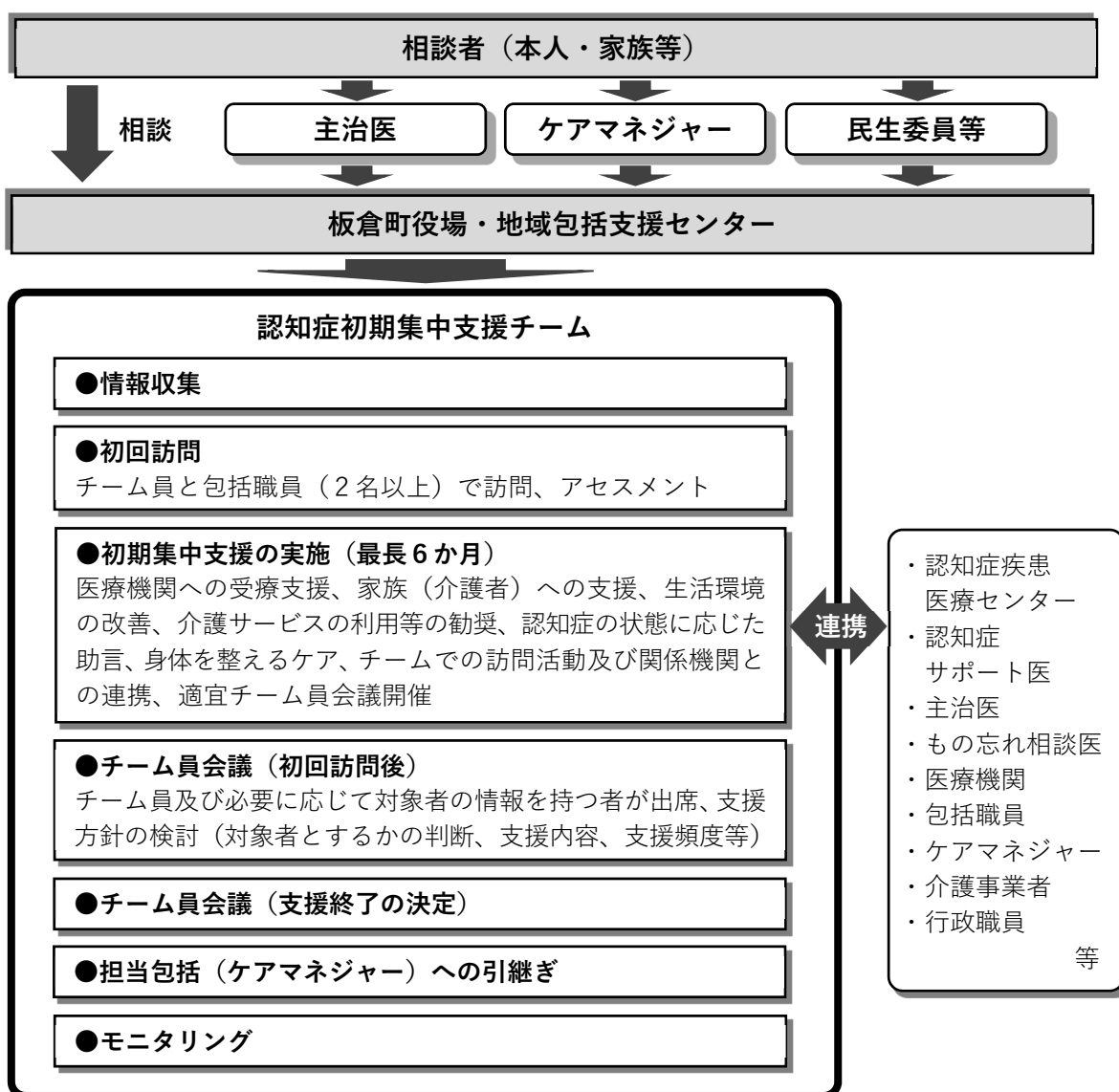
第9期計画では、認知症疾患医療センター及び認知症初期集中支援チームの運営・活用のさらなる推進を図るほか、地域包括支援センター職員が認知症地域支援推進員を兼務し、チームとの連携を図りながらその活動を推進します。

(1) 認知症初期集中支援チームの運営・活用の促進

本町では、平成 29 年度に認知症サポート医や認知症の専門知識を有する看護師等の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症疾患医療センターでもあるつつじメンタルホスピタル（館林市）に委託しています。

認知症初期集中支援チームは、本人、家族において認知症に関して集中的な支援が必要だと思われるかたに対して、訪問、観察、評価、正しい情報の提供等により、心理的サポートや助言等を行うとともに、早期に専門的医療機関の受診や自立した生活のサポートにつながるよう支援を行います。また、認知症の高齢者だけではなく、若年性認知症のかたも支援の対象としています。

< 認知症初期集中支援の流れ >



【 取組内容 】

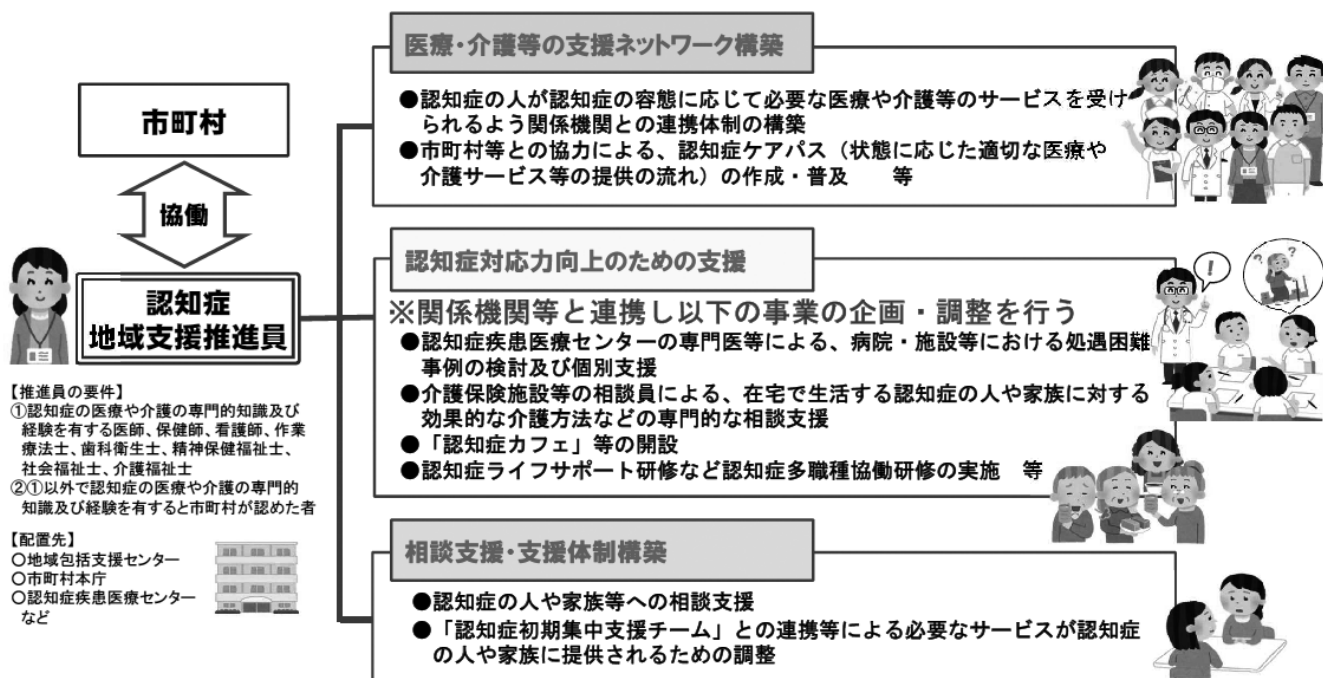
- ・ 認知症初期集中支援チームとの相談事例対応
- ・ 認知症初期集中支援チームとの懇談会：年1回以上

(2) 認知症地域支援推進員の活動の推進

本町では、平成 29 年度から地域の中で認知症のかたの支援を行う医療機関や介護サービス事業所等とのネットワークの構築・連携支援と、認知症のかたやその家族の支援ネットワークの構築を行う「認知症地域支援推進員」を地域包括支援センター内に配置しています。

地域包括支援センターを中心に構築してきた医療と介護のネットワークとも緊密に連携し、認知症の早期診断・早期対応に向けたネットワークの充実を図ります。今後、認知症地域支援推進員の活動を推進し、認知症のかた本人とその家族の声を十分に反映して、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを推進します。

< 認知症地域支援推進員 >



【 取組内容 】

- ・ 地域包括支援センター内の認知症地域支援推進員の配置：全職員
- ・ 館林市・邑楽郡五町の認知症地域支援推進員の懇談会：年1回以上
- ・ 若年性認知症のかたの実態把握：年1回以上

2. 認知症への理解を深めるための取組

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人、家族はもちろん、地域全体で認知症について正しく理解し、地域で見守り、支え合う地域づくりが重要です。

第9期計画では、第8期計画に引き続き認知症カフェ等の活用で認知症のかたやその介護者への支援及び地域交流の促進を図るほか、認知症サポーターの養成により、認知症への正しい理解を深める取組を行います。

(1) 認知症のかたやその介護者への支援と地域交流の促進

本町では、認知症のかたや認知症のかたを介護している家族、地域の人、医療職・介護職等（認知症に関する相談対応ができる専門職）が交流し、情報交換やお互いを理解し合う通いの場として、「オレンジカフェ」（認知症カフェ）の開設を段階的に支援し、現在4か所で運営されています。

認知症カフェは、専門職も参加していることから、認知症のかたの重症化の早期発見や、介護している家族の相談の場としても活用される場となるよう開設箇所の特性に応じて、その運営を支援していきます。また、地域の人との交流を通じて、地域で認知症のかたを見守る体制づくりを推進していきます。

【 取組内容 】

- ・ オレンジカフェの内容の拡充と後方支援
- ・ 医療・介護専門職と連携したオレンジカフェでのもの忘れ相談会の実施

(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

厚生労働省では、「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、「認知症サポーターキャラバン」事業を実施し、認知症サポーターの養成を進めています。

認知症サポーターは、認知症サポーターキャラバンメイトが実施するサポーター養成講座において養成します。認知症に対する正しい知識について学び、地域の中で認知症のかたのよき理解者となり、見守りを行います。全国での認知症サポーター養成講座受講者数は、令和5年9月末日現在で1,482万人を超え、本町においても、小学生から高齢者まで幅広い年代のかたを対象とし、令和5年12月末日までに839人が養成講座を受講しました。

引き続き、認知症サポーターの養成に取り組むとともに、認知症サポーターが様々な活動に参加できるようフォローアップを図り、地域ぐるみで認知症のかたやその家族への支援を推進します。

【 取組内容 】

- ・ 認知症サポーター養成講座：年2回以上
- ・ 認知症サポーター：受講者年50人以上



(3) チームオレンジの体制づくり

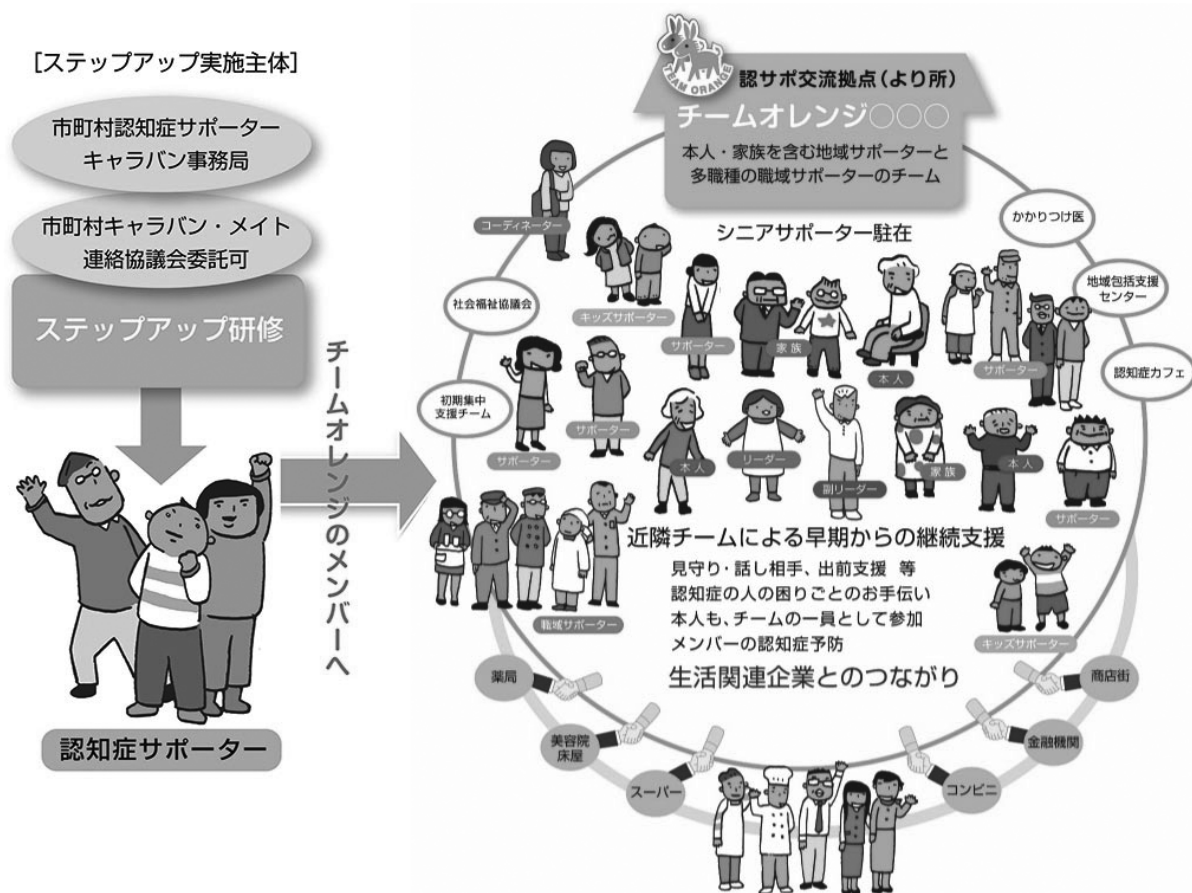
チームオレンジとは、地域における認知症のかたやその家族と、認知症サポーターや地域の支援者をつなぐ仕組みです。チームオレンジは、認知症施策推進大綱により令和7年までに全市町村に整備することとされています。

チームオレンジの体制づくりを推進するコーディネーターを中心に、認知症地域支援推進員や認知症サポーター、認知症のかた本人と連携しながら、認知症のかたやその家族を地域で見守り、みんなで支え合う体制づくりを進めていきます。

【 取組内容 】

- ・チームオレンジコーディネーターの養成：地域包括支援センター職員1人以上
- ・認知症サポーター交流会：年1回以上
- ・認知症サポーターステップアップ講座の開催：年1回以上
- ・認知症のかた本人による本人ミーティングの開催：年1回以上

< チームオレンジの活動イメージ >



※資料：認知症サポーターキャラバンHPより

3. 認知症高齢者等の見守り体制の強化

平成28年12月に「館林市・板倉町・明和町・館林警察署認知症徘徊高齢者等の保護対策に係る連携協定」を締結し、これに伴い、平成29年度からは、「板倉町認知症等による徘徊高齢者等事前登録制度」を開始しました。この制度は、認知症や精神疾患等により徘徊のおそれのある高齢者等が行方不明となったときに、早期発見及び保護できるような仕組みです。対象者の家族等保護責任者が認知症のかたの情報を町に事前登録します。その情報を保護責任者の同意のもと、警察署、消防署、地域包括支援センター及び対象者が利用している医療・介護・福祉サービス機関に提供することにより、徘徊高齢者等の安全の確保及びその家族等の支援を図ることを目的としています。

第9期計画では、上記の連携機関や民生委員にも制度の普及啓発を行い、対象者の状況等定期的な実態把握と随時の情報共有を行います。また、他自治体の見守り体制の実態把握を行い、必要に応じてその仕組みを取り入れていきます。

【 取組内容 】

- ・徘徊高齢者等事前登録制度の周知
- ・登録者の状況確認：年1回以上
- ・館林市・邑楽郡四町の見守り体制の実態把握：年1回

4. 認知症高齢者等の早期診断・早期対応

本町の要介護認定者に占める認知症の割合は、65歳以上75歳未満の前期高齢者で約4割、75歳以上の後期高齢者で約6割となっています。要介護認定を受けていないかたでも64歳以下で発症する若年性認知症や健常と認知症の中間に位置づけられる軽度認知障害（MCI）のかたがおり、認知症疾患医療センターやもの忘れ外来等の医療機関での血液検査等で早期発見することができます。地域包括支援センターが中心となって、かかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の医療機関と連携し、認知症の早期診断・早期対応につなげるための体制を構築していきます。

【 取組内容 】

- ・認知症ケアパスの更新及び周知
- ・認知症の医療に関する相談窓口の周知
- ・認知症疾患医療センターとの受診者の情報共有
- ・認知症疾患医療センターと連携した介護相談会の実施：月1回

第4節 地域支援事業の推進

新しい地域支援事業の枠組みのもとに、介護予防及び高齢者の日常生活を支えるための生活支援事業を展開します。

1. 介護予防・日常生活支援総合事業

本町では、介護予防・日常生活支援総合事業を平成29年4月から開始しています。介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業で構成される各事業を組み合わせたものになります。なお、介護予防訪問介護・介護予防通所介護以外のサービスは、引き続き介護予防給付によりサービスが提供されます。

令和3年4月からは、「介護予防・日常生活支援総合事業」の弾力化が実施されました。介護予防・日常生活支援総合事業の対象者に要介護認定者を含める弾力化と、現在、国が定めている訪問型サービスと通所型サービスの価格の上限も、市町村の実情に応じた形で弾力的な運営を認める内容となっています。

これまでと同様の基準によるサービス提供とあわせて、地域の実情に応じた多様なサービスの導入が可能となっています。地域課題を踏まえた町民及び関係機関との意見交換並びに国又は県からの継続的な支援を通じて地域の実情把握や分析を行い、保険者機能強化推進交付金等を活用した介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けた検討及び取組を行います。

第9期の展開

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

総合事業における介護予防・生活支援サービスは、要支援者・事業対象者（基本チェックリストで生活リスクありと判定されたかた）等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護・介護予防通所介護相当のサービスに加え、住民主体の支援等を含め、多様なサービスの導入に向けた検討を進めます。

【取組内容】

- ・訪問型サービス、通所型サービス等の多様なサービスを推進するための意見交換：年1回以上
- ・事業対象者の訪問型及び通所型サービスの実態把握：年1回以上

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込み）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事業対象者	人/年	180	252	264	275	285	300

① 訪問型サービス

訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）

介護福祉士や訪問介護員等が自宅を訪問して、利用者の身体介護や生活援助を行い、介護予防を図ります。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	252	264	336	360	384	408

訪問型サービスA（基準緩和型サービス）

訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）の人員基準等を緩和して提供するサービスです。身体介護を要しない利用者に対し、生活援助のみを提供するサービスとして、訪問介護員不足に対応するため導入に向けて検討していきます。

訪問型サービスB（住民主体による支援）

住民主体の自主活動として行う生活援助等のサービスです。生活援助サービスを実施していく住民主体の団体等の育成及び支援をしつつ、他団体の活動を踏まえ、導入に向けて検討していきます。

訪問型サービスC（短期集中予防サービス）

保健・医療の専門職の訪問により短期間に提供されるサービスです。より効果的なサービスとするために、他のサービスや地域活動との一体的な運用を踏まえ、導入に向けて検討していきます。

訪問型サービスD（移動支援）

通院同行、外出支援、移送支援等を行うサービスです。導入に当たっては、公共交通の動向及び移動支援ニーズを踏まえて関係機関と検討していきます。

なお、上記各類型のサービスを導入したときには、要支援者・事業対象者だけでなく、当該サービスを希望する要介護者も利用できるよう調整していきます。

② 通所型サービス

通所型サービス（介護予防通所介護相当）

通所介護事業所において、入浴・食事の提供とその他の介護等日常生活を想定しつつ、運動器の機能向上等の機能訓練や栄養改善のための指導等を受けることによって、介護予防を図ります。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	516	600	660	720	756	780

通所型サービスA（基準緩和型サービス）

通所型サービス（介護予防通所介護相当）の人員基準や設備基準等を緩和して提供するサービスです。利用者の安全や緊急時の対応等を担保しつつ、生活機能の改善をより効果的に実施するためのサービスとして、導入に向けて検討していきます。

通所型サービスB（住民主体による支援）

住民主体の通所型サービス（通いの場）です。本町では、地域によって状況は異なりますが、通いの場やコミュニティーサロン等住民主体のサービスがすでに幅広く存在しています。通所型サービスBの導入については、地域の実情に即し、課題の解決につながるサービスが開発されるよう、引き続き検討を進めます。

通所型サービスC（短期集中予防サービス）

保健・医療の専門職により、生活機能の改善・維持を目的とした短期集中介護予防サービスです。公民館や福祉センター等の公共施設において、運動器の機能向上プログラムや口腔機能の向上のためのプログラム、認知症予防プログラム等を多様に取り入れた教室です。既存の一般介護予防事業のサービスと調整し、導入を検討していきます。

なお、上記各類型のサービスを導入したときには、要支援者・事業対象者だけでなく、当該サービスを希望する要介護者も利用できるよう調整していきます。

(2) 一般介護予防事業

総合事業における一般介護予防事業は、本町の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえ、住民主体の通いの場や、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを進めていきます。

また、高齢者の自立支援に資する取組を推進するため、柔道整復師やリハビリテーション専門職等の幅広い医療専門職の関与を得ながら、効果的・効率的な取組となるよう、PDCAサイクルに沿って取組を推進するとともに、地域の通いの場において健康づくりを意識できるような機会を充実します。

介護予防把握事業

様々な関係機関や各情報系システムを活用し、地域の高齢者の状況を効率的かつ効果的に収集することにより、物忘れや閉じこもり等の支援を必要とするかたを早期発見・早期対応することを目的としています。そこで得た情報を高齢者の自立支援や各種介護事業の拡充に結びつけていきます。

【 取組内容 】

- ・ひとり暮らし高齢者等訪問事業等による実態把握：週1回以上
- ・国保データベースシステム（KDB）及び地域包括ケア「見える化」システムを活用した健康課題及び地域課題の把握：月1回

介護予防普及啓発事業

健康づくり・介護予防に関するパンフレット、リーフレット等の資料作成や広報紙、ホームページ及び各種イベントを通じて、介護予防に関する普及啓発に努めます。本町では平成18年度から介護予防に関する知識の普及及び啓発に関する教室（健康づくり・介護予防教室）をおおむね毎月実施し、高齢者の介護予防に貢献してきました。今後は、医療保険及び健康増進担当係と連携を深め、教室時のアンケートや町民の健康づくり・介護予防関連のニーズを踏まえた教室を展開していきます。引き続き、行政区、公民館、老人クラブ等地域で活動する団体へ地域包括支援センター職員等を派遣し、介護予防に関する出前講座を行います。また、健康づくり・介護予防エンジョイポイント制度を活用して、より多くのかたが同制度の対象事業に参加し、健康づくり・介護予防に取り組んでもらえるよう促していきます。

【 取組内容 】

- ・健康づくり・介護予防教室の実施：月1回以上
- ・生活習慣病、フレイル及びオーラルフレイル予防対策の実施
- ・健康づくり・介護予防エンジョイポイント制度の周知
- ・健康づくり・介護予防エンジョイポイント参加者のデータベース化

地域介護予防活動支援事業

高齢者が介護予防に取り組むには、その効果を高齢者自身が実感でき、かつ、高齢者が容易に通える範囲（歩いておおむね15分以内）に「通いの場」があることが必要です。どんなに年齢を重ねても適切な運動により、筋力の維持・向上が可能であることがわかってきました。また、外出による社会参加がフレイル予防に効果的であることもわかってきました。しかし、その効果を持続させるためには、週1回以上の頻度で参集して運動を継続していくことが必要です。このためには、より多くの地域に通いの場をつくる必要があります。通いの場は、介護予防のための体操の場だけでなく、高齢者の居場所でもあり、また、ボランティアが活動できる場でもあります。通いの場を通じた人と人とのつながりが地域づくりへと発展する可能性を含んでいます。

本町でも集会所等で通いの場や月1回以上開催しているコミュニティーサロンを住民主体で運営しています。令和元年度からは、行政区に出向いて通いの場づくり説明会を実施していますが、全行政区での通いの場等の開設そして町高齢者人口の1割以上が通いの場等に参加していただけるよう、引き続き新規開設のための説明会を実施していきます。既存のコミュニティーサロンや通いの場については、継続的かつ発展的に活動できるよう、補助金の交付及び芸能ボランティアや各種関係団体との連携による医療・介護・福祉の専門職（リハビリテーション専門職を含む。）の派遣で支援していきます。

また、介護予防普及啓発事業や通いの場等での介護予防を担い、地域づくりに貢献できるようなボランティアを育成していきます。介護予防サポーター等のボランティアの育成や活動支援を展開していくことで、ひとり暮らし高齢者等の孤立解消、町民同士での介護予防の普及啓発、さらには高齢者の健康と生活を支える地域づくりのリーダーの養成に努めます。

【 取組内容 】

- ・介護予防サポーターの養成：年1回以上
- ・介護予防サポーター交流会の実施：年2回以上
- ・行政区等を対象とした通いの場づくり説明会の実施：年1回以上
- ・通いの場等への出前講座の実施
- ・通いの場等参加者の健康状態の把握及び参加効果の分析：年1回以上

◆新規サポーター数・サロン数・通いの場数の実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
新規サポーター数	人	10	10	87	10	12	14
サロン数	か所	12	11	11	11	12	12
通いの場数	か所	7	7	8	9	10	11

一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業の個々の事業の評価を踏まえて、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その結果に基づき事業全体の改善を行います。

【 取組内容 】

- ・一般介護予防事業の個別評価：事業ごと
- ・一般介護予防事業での参加者アンケート実施

地域リハビリテーション 活動支援事業

介護予防教室や住民主体の通いの場でのリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）等の関与について、関係団体との連携強化を図り、介護予防の取組の機能強化を図ります。

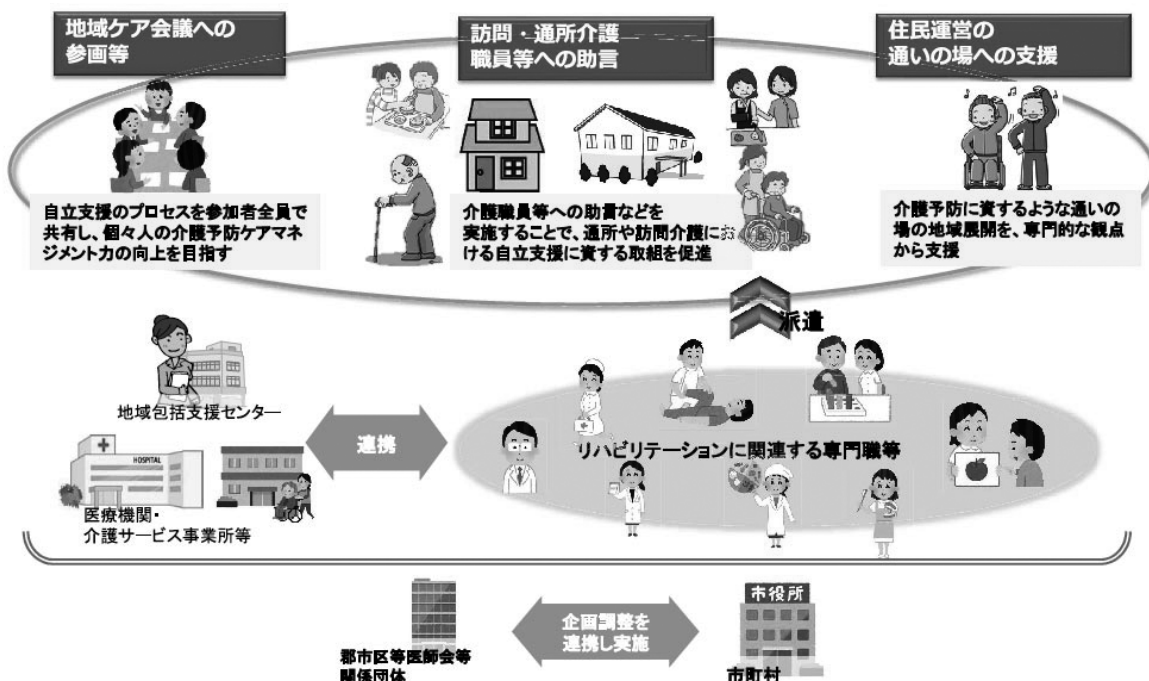
重度化防止の取組として、地域ケア会議での個別事例の検討及び相談を通じて、適切なサービスにつながっていない高齢者個人の生活課題等の背景にある要因を把握し、これらの個別課題の分析や支援を積み重ね、自立支援に資するケアマネジメントの向上を図ることで、重度化防止の取組の機能強化に努めます。

また、リハビリテーション指標を活用して事業の評価及び分析を行い、介護サービス事業所や通いの場等でのリハビリテーション職の活用を拡充させていきます。

【 取組内容 】

- ・町内リハビリテーション専門職の実態及び活用事例の把握：年1回以上
- ・リハビリテーション専門職の通いの場等への出前講座の実施：年1回以上
- ・リハビリテーション専門職の介護サービス事業者への派遣

< 地域リハビリテーション活動支援事業の概要 >



2. 包括的支援事業

地域包括支援センターは、相談支援や健康づくり・介護予防教室等における市民との接点を通じ、地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムを推進する中核的な機関です。現在の業務に加え、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進等を図り、センターを中心とした相談窓口の充実や行政・関係機関との連携を強化し、適切な運営を図っていきます。

第9期の展開

(1) 介護予防ケアマネジメント事業

要支援認定者及び事業対象者に対し、要介護状態等となることを予防するため、心身機能の改善や環境整備を通して、一人一人の高齢者がより自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防ケアマネジメントを実施します。

【 取組内容 】

- ・ケアマネジャーからの要支援認定者及び事業対象者の実態把握：月1回

(2) 総合相談支援事業

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続して行くことができるように、相談を受けたときには、本人をはじめとした関係者への聞き取り等により必要な支援を把握し、関係機関と連携して、適切なサービスや制度の利用につなげる等の支援を実施します。なお、令和2年の社会福祉法等の改正において、地域共生社会の実現に向けた地域づくりの強化のための取組として、重層的支援体制整備事業が創設されました。この事業は、地域住民が抱える複雑化・複合化したニーズに対応するため、既存の相談支援等の取組を生かしつつ、相談支援、参加支援及び地域づくりに向けた支援を一体的に実施するものです。相談支援とは、介護、障がい、子ども及び生活困窮（以下「介護及び障がい等」といいます。）の相談支援に係る事業を一体的に実施し、アウトリーチ等の手法を活用し、本人や世帯の属性を問わず、受け止める相談支援を実施するものです。参加支援とは、介護及び障がい等の既存の制度の連携のほか、それでは対応できない狭間のニーズに対応するため、多様な社会資源を開発するものです。地域づくりに向けた支援とは、介護及び障がい等の地域づくりに係る事業を一体として実施し、地域社会からの孤立の防止並びに地域における多世代の交流及び多様な活躍の場を確保する地域づくりに向けた支援を行うものです。この事業は、任意の実施となっており、今後検討をしていきますが、事業実施の有無を問わず、引き続き、関係課局で連携して複雑化・複合化したニーズに対する支援を行っていきます。

【 取組内容 】

- ・公民館等への専門職による出張相談会の実施：月1回
- ・ひとり暮らし高齢者等への訪問活動：週3日以上

(3) 権利擁護事業

自ら権利主張や権利行使をすることが困難な状況にある認知症等の高齢者やその家族に対し、町消費生活センター、社会福祉協議会、成年後見制度利用促進基本計画に基づく中核機関及び協議会等の関係機関と連携し、権利侵害の予防や対応、権利行使の利用方法を助言し、尊厳ある生活が維持できるように支援します。また、町では、令和2年3月に成年後見制度利用促進基本計画を板倉町地域福祉計画・地域福祉活動計画と一体的に策定しました。本計画の基本目標は、「地域で支え合い、権利と利益を守るまちづくり」であり、3つの基本施策とそれに伴う取組を定めました。本計画を踏まえて、成年後見制度及び任意後見制度の周知並びに利用促進を図っていきます。

【 取組内容 】

- ・ 関係機関との日常生活自立支援事業及び成年後見制度の情報交換会：年1回以上
- ・ 成年後見制度研修会の実施：年1回
- ・ 公民館等への専門職による出張相談会の実施：月1回

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント事業

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、医療・介護・福祉をはじめとした多職種連携により、高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントを継続的に実施します。また、高齢者の自立支援・介護予防に資する技術向上のため、ケアマネジャーに高齢者の生活を支える各種情報や介護予防事業の開催情報を提供します。ケアマネジャー個々のサポートや研修会等を行い、質の向上を図るケアマネカフェを定期的の実施します。

保険者としては、ケアマネジャー及び地域包括支援センターが要介護者等の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを行うことを目的として、令和元年に「板倉町ケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。ケアマネジャーからの意見を踏まえつつ、この基本方針を適宜見直し、ケアマネジャー等への周知及び共有を図っていきます。

【 取組内容 】

- ・ 板倉町ケアマネジメントに関する基本方針の更新
- ・ ケアマネカフェの実施：年2回以上
- ・ ケアマネジャーへの高齢者の自立支援・介護予防に資する情報提供
- ・ ケアマネジャーへの一般介護予防事業の周知

第2章 高齢者福祉事業の充実

第1節 健康づくりの推進

町高齢者がいつまでも元気で健やかに過ごせるよう、板倉町健康増進計画・食育推進計画「ひまわり健康 21（第2次）」における取組を推進することで、病気の早期発見、早期治療を促進し、生活習慣の改善や生活の質の向上を図ります。また、生活機能の低下がみられる高齢者を早期に把握し、保健師や管理栄養士等の医療専門職による訪問・相談・指導や、地域包括支援センターと連携して保健事業と介護予防の一体的実施における重症化予防につなげます。

第9期の展開

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における重症化予防

高齢者の健康上の特徴として、個人差が大きく、多病、多剤処方の状態となる等健康上の不安が大きくなります。本町の後期高齢者の医療費は年々増加しており、医療費の内訳をみると、慢性腎臓病、不整脈、高血圧の割合が大きく占めています。これらの疾病が重症化していくと、加齢に伴う筋力や心身機能の低下に加えて、認知症や脳血管疾患を引き起こし、また人工透析に至る場合もあります。この状況は、医療費及び介護給付費の増加にとどまらず、筋骨格系の衰えや循環器機能の低下をもたらし、高齢者の日常生活を困難にし、運動や外出の機会の減少により、さらなる疾病の重症化につながるという悪循環となります。

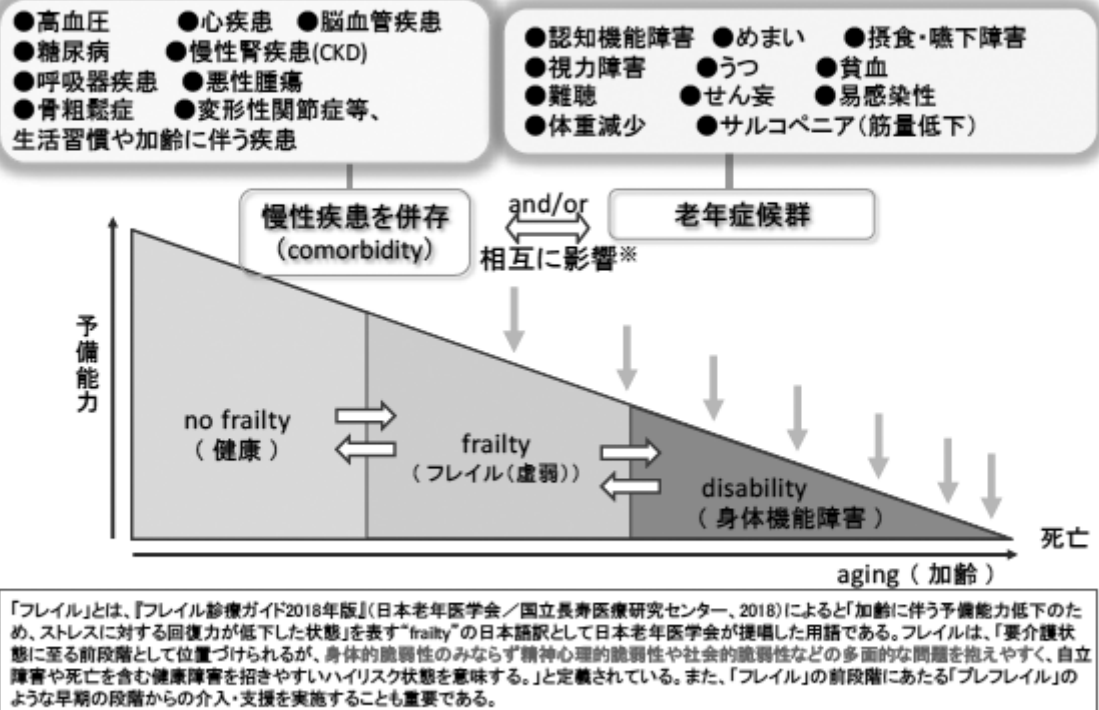
このような状況から抜け出すためには、従来から実施していた特定健康診査の受診者に加え、後期高齢者健康診査の結果等からも健康課題を抱える対象者を抽出し、訪問や面接等による疾病の予防・改善・現状維持を目的とした保健指導が重要となります。具体的には通いの場等で保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職が積極的に関与し、高齢者に対して、フレイル対策及び疾病予防といった観点から健康教育を実施していきます。その中で後期高齢者等の質問票や基本チェックリスト等のツールを用いて健康課題を抱える高齢者を抽出し、個別指導を実施していきます。その結果に応じて保健・医療・介護等の各種サービスに結びつけ、健康課題の改善を図っていきます。今後、高齢者の保健事業と介護予防事業について、関係課局が連携して一体的・効率的に実施できるよう、事業を構築していきます。

【取組内容】

- ・通いの場等でのフレイル予防の普及促進：各通いの場等年1回以上
- ・通いの場等での健康教育・相談の実施：各通いの場等年1回以上
- ・通いの場等参加者の健康状態の把握：各通いの場等年1回以上

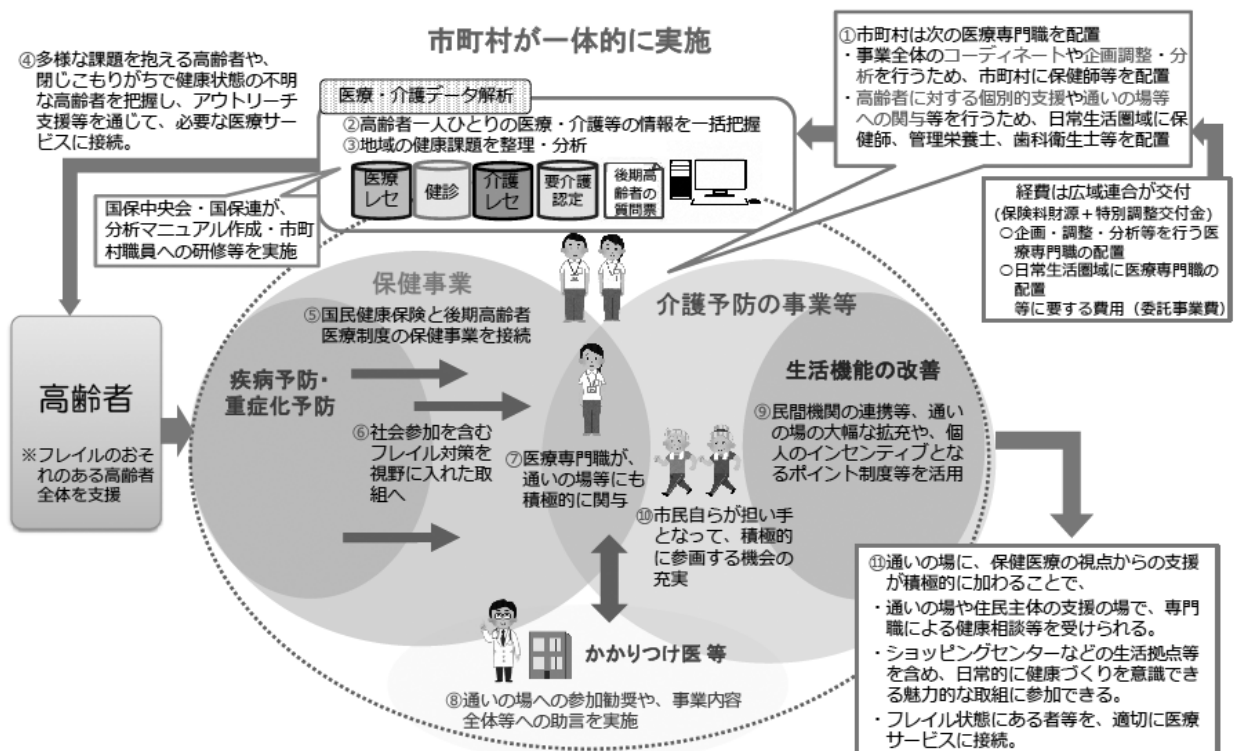
< 高齢者の健康状態の特性等について >

高齢者の健康状態の特性等について



※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

< 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のイメージ図 >



第2節 高齢者生活支援の充実

町高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、生活支援、介護予防事業、家族介護者への支援、生きがいづくり等の充実に努めます。

1. 高齢者生活支援事業の充実

ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯の増加に伴い、地域とのつながりを持たないこと等、高齢者の社会的孤立は、高齢者の生きがいを低下させ、消費者被害や孤独死等の問題を生み出しています。高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるためにも、高齢者の生活実態の把握に努め、高齢者やその家族が地域から孤立しないよう見守り、突発的事故や体調の急変時等の緊急事態に備え、互助による支え合いの仕組みづくりを地域や関係機関等と連携しながら推進していきます。

第9期の展開

(1) ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置設置事業

ひとり暮らし高齢者等に緊急通報装置を貸与し、事前に心身状況等の情報を館林地区消防組合と共有し、かつ、電話回線で直通することによって、急病・災害等の突発的事態が発生したとき、迅速かつ正確な救護体制をとることができるようにします。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	116	98	117	120	123	126

(2) 安全安心ネットワーク事業（ひとり暮らし高齢者等訪問事業）

主として70歳以上のひとり暮らし高齢者等に対し、町職員である訪問調査員が訪問又は電話等により、安否確認及び生活課題の把握を行います。また、各種関係機関と連携して支援が必要な高齢者を発見した場合、地域包括支援センターに情報を集約し、早期対応を図るネットワークづくりに努めます。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
安否確認者数	人/年	1,099	1,617	1,660	1,680	1,700	1,720

(3) 在宅要介護高齢者紙おむつ給付事業

在宅で排せつ介助が必要な高齢者及び重度心身障がい児(者)を介護している家族に対して、紙おむつ及び尿取りパットを購入できる給付券を支給することにより、介護負担及び経済的負担の軽減を図ります。

◆実績・見込み(令和5年度の実績は見込量)

項目名	単位	第8期計画(実績)			第9期計画(見込み)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	268	288	290	300	310	320

(4) 福祉タクシー料金支援事業

高齢者等で交通弱者又は運転免許自主返納者が社会生活を営む上で外出する場合において、タクシー以外の交通機関を利用することが困難なため、タクシーを利用した場合に、その料金の一部を助成します。

①交通弱者

◆実績・見込み(令和5年度の実績は見込量)

項目名	単位	第8期計画(実績)			第9期計画(見込み)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	130	130	132	134	136	138

②運転免許自主返納者

◆実績・見込み(令和5年度の実績は見込量)

項目名	単位	第8期計画(実績)			第9期計画(見込み)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	35	41	42	44	46	48

(5) 介護用車両購入費補助事業

要介護者等の生活の質の向上及び介護するかたの介護負担の軽減を図るため、重度の要介護者等が同乗し、通院又は通所等に利用できる介護用車両の購入費又は改造費の一部を補助します。

◆実績・見込み(令和5年度の実績は見込量)

項目名	単位	第8期計画(実績)			第9期計画(見込み)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	0	0	1	2	2	2

2. 生きがいつくり事業の充実

高齢者が自立した生活を継続させるためには、身体機能、口くう機能及び栄養状態等の心身機能の維持・改善とともに、生きがいつくり・社会参加が重要となります。同じ趣味を持つ仲間同士のつながりや、新たな活動を通じた地域や社会とのつながりを持つことで認知症、閉じこもり及びうつを予防するだけでなく、活動意欲が高まり、日常生活を豊かに送る上での活力源となります。また、QOL（人生・生活の質）を高めることにもつながります。

高齢者が自立した日常生活を継続することができるよう、様々な取組を通して、高齢者の生きがいつくり・社会参加を推進します。

第9期の展開

(1) 総合老人福祉センターの運営事業

高齢者が健康で明るく過ごせる場として、また、交流の場として利用され、利用者のニーズに沿った施設づくりに取り組むとともに、子どもや障がい者等高齢者以外の住民にも親しまれる施設として適正な維持・管理・運営を行います。

平成29年度には、トレーニング器具を導入し、トレーニングルームを開設しました。福祉センター利用者の健康づくり・介護予防の新たな拠点として取り組んでおり、より多くのかたに利用していただけるよう周知していきます。

また、ボランティア活動を通じて、高齢者が健康で生きがいのある生活の実現に貢献できるような地域社会づくりを目指し、町社会福祉協議会が所管し、総合老人福祉センターを拠点とするボランティア連絡協議会等の関係団体との連携の強化及び情報共有を図ります。

【 取組内容 】

- ・総合老人福祉センターへの運営補助
- ・保健師等による健康相談の実施：月1回以上
- ・総合老人福祉センターでの健康づくり・介護予防教室の実施

(2) 老人クラブ活動補助事業

老人クラブは、小地域を基盤とする高齢者の自主的な組織であり、高齢者の生きがいつくりと健康づくりに資するとともに社会参加の促進を目的としています。おおむね60歳以上から加入することができます。町では、行政区ごとに活動しています。老人クラブの健全な運営と普及を図り、身近な地域で顔なじみの高齢者がその生活を活動的で豊かなものにするため、老人クラブ及び老人クラブ連合会に対し、その活動費用の一部について補助金を交付します。また、老人クラブ活動を活性化するために、引き続き、町社会福祉協議会のボランティア連絡協議会に所属する芸能ボランティアや地域包括支援センター等の福祉・介護の専門職を派遣する出前講座を行います。

【 取組内容 】

- ・老人クラブ及び老人クラブ連合会への活動補助
- ・はつらつシルバー教室の実施：年1回
- ・老人クラブ活動における好事例の共有

(3) シルバー人材センターへの補助

町には、シルバー人材センターが1か所あり、一般社団法人として活動しています。シルバー人材センターは、令和5年4月現在、170人を超える会員がおり、受注件数及び契約金額実績から町の産業や公共事業の重要な担い手となっています。高齢者が臨時的かつ短期的な就業を通じて、自己の労働能力を生かし、自らの生きがいの充実や社会参加の促進を図ることや、高齢者の能力を活用した地域社会づくりを推進するため、シルバー人材センターに対し、その運営費用について補助金を交付します。

少子高齢化による定年制の延長よりシルバー人材センターへの加入年齢が上昇し、会員の高齢化が進んでいます。このため、委託及び請負業務にも様々な影響が出てきています。就業意欲の高い高齢者の福祉的就労を促進するため、シルバー人材センターとの情報交換を通じて実態把握と課題抽出を行い、連携して課題解決に取り組みます。

【 取組内容 】

- ・シルバー人材センターへの運営補助
- ・シルバー人材センター運営状況の実態把握
- ・シルバー人材センターとの情報交換会：年1回以上

(4) 就労的活動支援コーディネーターの活用

主に元気高齢者に対して、就労的活動の場を提供できる民間企業、団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等をマッチングし、高齢者の社会参加を促進する就労的活動支援コーディネーターが新たに地域支援事業に位置づけられました。就労的活動支援コーディネーターは、生活支援コーディネーターと連携して地域課題や社会資源を把握することで民間の活力等を適切に組み合わせた取組を進めていくことができます。その結果として、就労を通じた高齢者の社会参加及び社会的役割の獲得による健康づくり・介護予防に貢献することができます。

町高齢者の労働実態を踏まえて、就労的活動支援コーディネーターの配置を検討し、就労に積極的な高齢者を就労の場へとつなげる取組を推進します。

【 取組内容 】

- ・就労的活動支援コーディネーターの配置の検討

3. その他の高齢者福祉事業（敬老事業）

老人福祉法では、国民の間に広く老人の福祉についての関心と理解を深めるとともに、老人に対し自らの生活の向上に努める意欲を促すため、9月15日を「老人の日」、9月15日から21日までを「老人週間」と定めています。

町では、多年にわたり家族、地域社会及び町の発展に尽力された高齢者に対して各種敬老事業を実施します。

第9期の展開

(1) 敬老祝金支給事業

75歳以上の高齢者に対して敬老の意を表し、民生委員の協力の下で祝金を支給します。

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支給対象高齢者	人/年	2,246	2,402	2,527	2,630	2,750	2,850

(2) ダイヤモンド婚式及び金婚式合同記念式典事業

結婚（婚姻の届出）後50年又は60年を迎え、長年にわたりともに手を取りあい、家族の隆昌及び地域社会発展のため尽力された夫妻を招待し、町と町社会福祉協議会が慶祝します。

①ダイヤモンド婚

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象夫妻数	組/年	15	16	12	20	20	20

※ 戸籍法による婚姻の届出をした年から婚姻期間が満60年

②金婚

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象夫妻数	組/年	53	41	38	45	50	55

※ 戸籍法による婚姻の届出をした年から婚姻期間が満50年

(3) 卒寿者・最高齢者慶祝訪問事業

卒寿者（90歳）及び町内最高齢者（男女）に対して長寿を祝し、町長が慶祝訪問します。

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問対象者数	人/年	66	70	61	66	70	74

(4) 百寿者慶祝訪問事業

百寿者（100歳）に対して町民の健康長寿の象徴として、長寿を祝し、町長及び地域の代表者が慶祝訪問します。

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問対象者数	人/年	6	8	9	7	11	21

(5) 敬老の集い補助事業

行政区が実施する高齢者の健康及び長寿を祝う行事に対して、事業の一部を補助します。

◆実績・見込み

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
補助行政区数	人/年	4	4	6	7	8	9

4. 板倉町社会福祉協議会との連携による地域福祉・高齢者福祉の推進

第8期の展開

社会福祉協議会は、地域福祉活動を推進する社会福祉法人です。地域福祉をはじめとして、高齢者福祉、障がい者福祉、児童福祉等の様々な福祉関連事業に取り組んでいます。具体的には、自主事業又は町からの受託事業として、総合老人福祉センターや学童クラブ、障がい者地域活動支援センター、障がい者デイサービス等の運営事業、日常生活自立支援事業、介護用品・介護用車輛の貸出、配食サービス、障がい者や高齢者の集い、老人クラブ、福祉・芸能ボランティア等の福祉ボランティア等各種福祉関係団体の活動支援事業、福祉総合相談、その他の地域福祉を推進する事業を実施しています。また、町内の小学校・中学校・高等学校を社会福祉協力校とした協働活動、各種社会福祉関連講座及び年代に合わせた体験学習を行い、福祉教育を推進しています。

介護保険事業においては、居宅介護支援、通所介護及び小規模多機能型居宅介護のサービス事業者として事業の運営を行っています。また、要介護認定外のかたや介護保険サービスに至らないちょっとした支援が必要な高齢者への自立支援を目的とする事業にも取り組んでいます。地域福祉活動を通じて、地域課題を把握し、適切なサービスにつなげるとともに、町民のニーズに即した新たなサービスを創り出すこと及び既存サービスのマッチングにより拡充することを目的として生活支援コーディネーターを町から受託しています。

今後も、本町の高齢者福祉及び介護保険事業を推進する中心団体として、緊密な連携を図るとともに、地域福祉活動の推進を支援します。

【 取組内容 】

- ・ 社会福祉協議会への運営補助
- ・ 社会福祉協議会との情報交換：月1回以上
- ・ 生活支援コーディネーターとの情報交換会：月1回以上
- ・ 福祉ボランティアの養成：年1回以上



誰もが社会参加できる 地域をめざします

社協は、住民一人ひとりが身近な地域で相互に交流したり、また、地域の課題に関心を持って話し合ったり学び合うなど、誰もが地域の一員として参加しやすい場づくりを進めています。

第3節 支え合い活動の推進

高齢者人口の増加により、日中の時間帯を自宅や地域で過ごすかたが増加することも予測されることから、元気な高齢者がフレイル等の状態にある高齢者を支える地域の支え合い活動の促進が期待されています。社会福祉協議会の地域福祉実践をはじめとして協議体や生活支援コーディネーター、各サポーター（介護予防サポーター、フレイルサポーター及び認知症サポーター）等の活動により当町の地域課題や不足しているサービスの把握に努め、既存のサービスの拡充や新たなサービスの創設が求められています。

地域における支え合い活動を推進するために、ボランティア・地域活動に対する各種支援や環境整備を推進するとともに、支え合いの心を育むための福祉教育を充実します。

第9期の展開

1. ボランティアや地域活動参加への環境整備

ボランティア活動に対する興味や関心を持っている高齢者もおり、他の高齢者の生活を支える様々なサービスの担い手として活動する場も増えています。そうした高齢者を掘り起こし、ボランティア活動を支援するための情報提供等、社会福祉協議会と連携してボランティア活動に参加しやすい環境の整備を促進します。

【 取組内容 】

- ・福祉ボランティアに関する情報提供
- ・福祉ボランティアの実態把握
- ・福祉ボランティアの養成：年1回以上
- ・福祉ボランティアに対するボランティア保険の加入
- ・福祉ボランティア先進地への視察研修の実施

2. ボランティア活動等への支援

高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、長年暮らしてきた地域で安心して生活を送ることができるよう、社会福祉協議会のボランティアセンターを起点とした地域で活動するボランティアグループと、保健・福祉・介護保険サービスにおけるボランティア活動との連携を強化し、その活動の積極的な取組を支援します。

【 取組内容 】

- ・ボランティアセンターの実態把握
- ・ボランティアセンターと介護予防サポーター等との情報交換会：年1回以上

3. 災害時におけるボランティアセンターの設置

災害時は、住み慣れた自宅等の損壊、ライフラインの停止等だけでなく、行政機能や行政区の機能が混乱し、通常の日常生活を送ることが困難になります。特に高齢者は、元気なかたであっても一気に心身機能が低下し、要支援者となるリスクを抱えています。また、現に介護サービス等の支援が必要なかたには、支援が行き届かなくなることが想定されます。板倉町地域福祉計画・地域福祉活動計画では、災害時の社会福祉協議会の取組として、災害ボランティアセンターの設置、スタッフの確保及び基礎教育の実施が挙げられています。

災害時に支え手となるボランティアを確保し、被災者や要支援者の生命及び生活の安全を維持するため、社会福祉協議会と連携して体制の整備を図ります。

【 取組内容 】

- ・災害時のボランティアセンターの設置
- ・災害時のボランティアセンターの設置に当たっての研修の実施

4. 福祉教育の推進

「地域全体で支え合う体制」を構築するためには、介護に直接携わっている家族やボランティアだけでなく、これらを支える地域全体が介護への意識と知識、技術を高めて、地域包括ケア体制の質を向上させていく必要があります。

こうした観点から核家族化が進行した現在、幼児教育や学校教育での高齢者との世代間交流は大きな意味を持ちます。従来の健康づくり・介護予防教室や相談等による家族への支援に加えて、町内の小・中学校、高等学校、教育委員会との協力により学齢期から町内高齢者との接点を設け、高齢者への興味や介護予防に対する関心を高めることで、「福祉教育」の充実が図られるよう努めます。

町全体で「福祉教育」を推進し、福祉の底上げをしていくため、現在、介護支援ボランティアとして活動している各サポーター等の意見を反映し、地域社会、保健・福祉・医療施設や関係団体との連携の強化に努めることで、より一層の体制の整備を図ります。

【 取組内容 】

- ・町内の小・中学校及び高等学校への出前講座の実施
- ・介護予防サポーター等ボランティアとの福祉教育のありかたに関する協議

第4節 尊厳の保持と自立支援

加齢や認知症の発症に伴って高齢者の判断能力が低下し、要介護状態になってもこれまでと変わらず個人として人権を尊重され、その人らしく尊厳を保持して暮らしていくためには、身体的な自立支援にとどまらず、精神的な自立の確保・維持が必要となることから、町高齢者の尊厳の保持及び自立支援に取り組みます。

第9期の展開

1. 尊厳の保持及び自立支援のための相談支援

地域包括支援センターの社会福祉士が中心となって高齢者に対する虐待防止・早期発見や成年後見制度の利用支援等、高齢者やその家族等の権利擁護に関する相談・支援を行います。

【 取組内容 】

- ・ 公民館への出張相談会の実施：月1回以上

2. 成年後見制度利用支援事業の推進

令和4年3月に、第二期成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定され、「地域共生社会の実現に向けて、権利擁護支援を推進すること」、「制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制を整備して、本人の地域社会への参加の実現を目指すこと」及び「福祉と司法の連携強化により、必要な人が必要な時に、司法による権利擁護支援などを適切に受けられること」が成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方として挙げられています。本町の成年後見制度利用促進基本計画や成年後見制度の利用促進に関連する他計画との整合を図りながら、地域連携ネットワーク及び中核機関が担うべき、①広報機能、②相談機能、③成年後見制度利用促進機能、④後見人支援機能を職能団体、関係機関、館林市・邑楽郡四町等と協議して、段階的に整備していきます。町と社会福祉協議会の連携による成年後見制度などの周知・広報活動、法的な権限を持つ後見人と、本人に身近な親族、福祉・医療・地域などの関係者がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の状況を継続的に把握し、適切に対応する体制づくり、利用希望者に対して的確に対応できる相談窓口の設置等、成年後見制度の利用促進に係る取組を強化し、高齢者の適切な権利擁護に努めます。判断能力が十分でなく後見人が必要な状況にあり、かつ、本人や親族等が申し立てることが困難である場合、本人、親族等の意向を踏まえて成年後見人の申立てに関し、町長申立てなどの支援を行います。また、申立費用や成年後見人の報酬に関し、負担が困難なかたに対し、助成などを行い、成年後見制度の利用促進を図るとともに、有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう支援していきます。

【 取組内容 】

- ・ 中核機関による成年後見制度及び任意後見制度の周知
- ・ 協議会設置の検討
- ・ 成年後見制度利用支援事業の実施

< 成年後見制度の利用促進に当たっての基本的な考え方及び目標 >



3. 日常生活自立支援事業の推進

認知症高齢者並びに高齢となった知的障がい者及び精神障がい者に対する意思決定支援と適切な福祉サービスの利用援助により、そのかたの権利を擁護します。日常生活自立支援事業は、認知症等により判断能力が低下したかたに各種福祉サービスの利用申込み及び契約、預貯金等の金銭管理並びに預金通帳等の保管等を行う福祉サービスです。社会福祉協議会が実施主体となります。町では、低所得者の利用者に対してサービス利用料の一部を間接的に補助しています。引き続き、本事業の利用促進を通じて判断能力が低下したかたへの権利擁護を推進していきます。

また、地域包括支援センターの社会福祉士が中心となって高齢者に対する虐待防止・早期発見や成年後見制度の利用支援等、日常生活自立支援事業の実施機関である社会福祉協議会、弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士、家庭裁判所等の関係機関と連携して権利擁護に関する相談・支援を行います。

【 取組内容 】

- ・ 日常生活自立支援事業の補助
- ・ 町社会福祉協議会及び障がい者相談支援センターとの情報共有

4. 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者に対する虐待については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」では、高齢者を65歳以上の者と定義しています。また、養護者による虐待と、養介護施設従事者等による虐待等に分類されます。高齢者虐待とは、①身体的虐待、②介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待と定義されています。

令和3年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果によると、養護者（介護者）による虐待判断件数は16,426件であり、前年度比で4.9%減少しています。しかし、これは通報等により発見された虐待の件数であり、在宅での介護が増える中、発見されていない虐待も多く存在していると考えられます。また、施設サービスや在宅サービス事業者である養介護施設従事者等による虐待は増加傾向にあり、同調査による虐待判断件数は739件であり、年度比で24.2%増加しています。

養護者による高齢者虐待への対応については、適切な行政権限行使により、虐待を受けている高齢者の保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導、助言等を行い、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止へ取り組むことが重要となります。また、養護者に該当しない者による虐待やセルフ・ネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組むことが重要です。

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応については、県と協働して養介護施設従事者等による虐待の防止に取り組むことが重要です。養介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因は、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などとなっており、養介護施設等に対して、老人福祉法や法による権限を適切に行使し、養介護施設従事者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保を求めることが重要となります。また、令和3年度介護報酬改定によって、法に規定する介護サービス事業者においては、①虐待防止委員会の開催、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が令和6年4月1日から義務化される場所であり、これらの事業者だけでなく、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等も含め、虐待防止対策を推進していくことが必要となっています。

本町でも養護者及び養介護施設従事者等による虐待事例は報告されており、地域包括支援センターを中心に早期発見・早期対応を図ってきました。虐待は早期発見・早期対応だけでなく、未然に防止することも重要です。

高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けるため、町全体への虐待防止の普及啓発に努めるとともに、未然防止、早期発見・早期対応に向けた取組を推進します。

(1) 相談体制の整備

虐待を発見した住民や事業者が安心して相談できるよう、地域包括支援センターを中心に関係機関と連携し、相談体制を整備します。

【 取組内容 】

- ・地域包括支援センター等の高齢者虐待に関する相談機関の周知
- ・被虐待者の一時避難施設の確保

(2) 予防・早期発見体制の構築

高齢者の虐待を早期に発見し、虐待の深刻化を防ぐため、民生委員による地域活動や地域見守り協力事業者等による日常的な高齢者の見守り体制の構築に努めます。

【 取組内容 】

- ・民生委員等との情報共有：月1回以上

(3) 早期・対応支援

虐待や虐待の兆候が発見された場合、地域包括支援センターを中心に関係機関が迅速な連携により、被虐待者の安否確認と被虐待者を取り巻く状況の把握を行います。

【 取組内容 】

- ・通報受理後48時間以内の訪問による安否確認

(4) 介入と緊急対応

虐待の状況が生命に関わる等深刻であり、このまま放置できないと判断した場合は、町は地域包括支援センターをはじめとした関係機関と直ちに連携・協議し、虐待者から一時的に本人を引き離す等の介入をし、介護サービスの利用、入院・入所の措置等の対応を図ります。

【 取組内容 】

- ・虐待防止ネットワークケア会議の開催

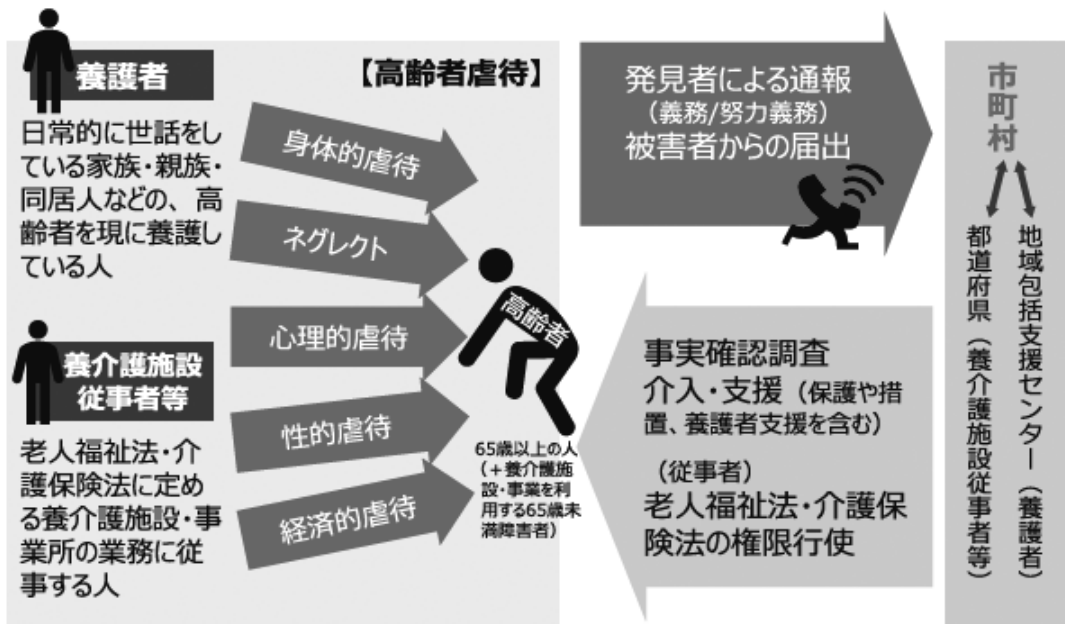
(5) 虐待に関する普及啓発

高齢者虐待防止パンフレットの作成等により、高齢者虐待防止を広く住民に呼びかけます。また、地域包括支援センターの職員や保健・福祉部門の職員に対して、専門研修等の受講を勧奨し、個々の職員のスキルアップを図るとともに、住民やケアマネジャーに対して高齢者虐待に関する研修会を行います。

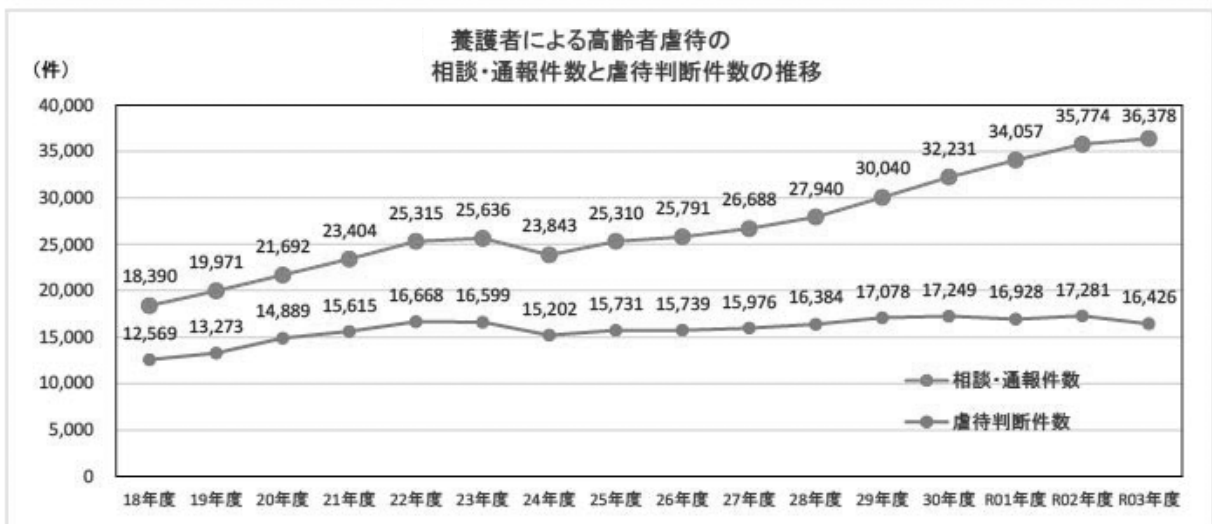
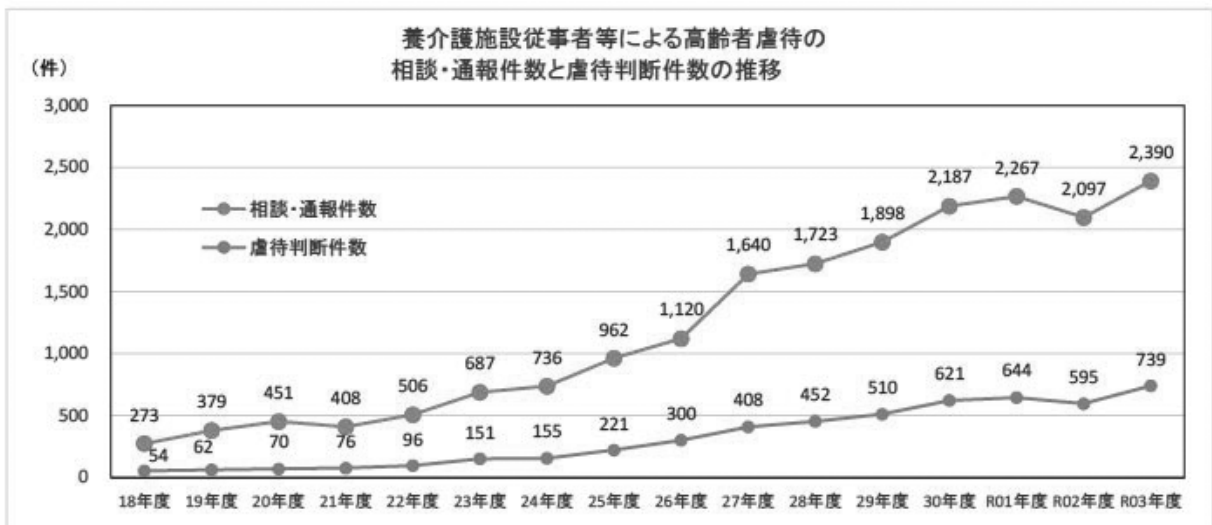
【 取組内容 】

- ・高齢者虐待防止に関する一般住民及び各分野の専門職への情報提供
- ・高齢者虐待に関する研修会の実施：年1回以上

< 高齢者虐待防止法の枠組み >



資料：令和3年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）介護保険施設・事業所における高齢者虐待防止に資する体制整備の状況等に関する調査研究事業【報告書別冊】より



第5節 介護者支援の強化

介護保険制度は、高齢者の介護を社会全体で支え合うことで、介護者（ケアラー）の負担を軽減することが目的のひとつとなっています。

ケアラーとは、高齢、身体上又は精神上の障害又は疾病等により援助を必要とする親族、友人その他の身近な人に対して、無償で介護、看護、日常生活上の世話その他の援助を提供する者であり、そのうち18歳未満のかたがヤングケアラーといわれています。ヤングケアラーの法律上の定義は現時点ではありませんが、こども家庭庁によるとヤングケアラーとは、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子どものことであり、責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがあります。ヤングケアラーをはじめ、ケアラーが孤立することなく、地域や社会全体で支えていくことが必要です。関係各局と連携して、ケアラーの定期的な実態把握に努めるとともに介護・福祉サービス等の提供によりケアラーを支援していきます。

また、「介護離職ゼロ」に向けては、介護の環境整備、介護負担の軽減等により、家族が介護のために離職せざるを得ない状況を防ぎ、働き続けられる社会を実現していくことが必要です。住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるための取組の一環として、介護者の負担軽減のための取組を推進します。

<ヤングケアラーとは>

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子どものこと。
責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがあります。



障害や病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている。



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている。



障害や病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている。



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている。



日本語が第一言語でない家族や障害のある家族のために通訳をしている。



家計を支えるために労働をして、障害や病気のある家族を助けている。



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している。



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている。



障害や病気のある家族の身の回りの世話をしている。



障害や病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている。

資料：子ども家庭庁ホームページより

第9期の展開

1. 家族介護教室

在宅介護による介護者の精神的及び身体的負担の軽減、介護技術習得並びに家族介護者のネットワークづくりのために、家族介護教室を実施します。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数	回/年	1	1	1	2	2	2

2. 介護慰労金支給事業

身体上又は精神上の障がいがあり、そのために日常生活に著しい支障がある高齢者を在宅で介護するかたに介護慰労金を支給することにより、精神的及び経済的負担の軽減を図ります。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
支給対象者数	人/年	22	27	23	25	25	25

3. 認知症高齢者検索システム利用費補助事業

認知症により徘徊行動又はそのおそれのある高齢者等を在宅で介護している家族等に対して、検索システムの利用に係る費用の一部を補助します。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数	人/年	0	0	0	2	2	2

第6節 安全と安心の確保

今後も増加が見込まれる要介護高齢者や認知症高齢者、さらには高齢の精神障がい者や知的障がい者が、自宅での生活が困難となった場合であっても適切な介護が提供されるように、本人や家族等のニーズを踏まえて施設サービスの充実を図ります。また、多様な住まいの確保を図るため、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅について、本町の持家状況及び災害ハザードエリアの状況を踏まえつつ、高齢者のニーズに合った整備となるよう、県との連携・情報共有に努め、定員数、入居数、要介護度等から重度者の受皿となっているか把握していきます。

また、生活に困難を抱えた高齢者等に対する住まいの確保と生活の一体的な支援の取組を推進することや、低廉な家賃の住まいを活用した高齢者の居住の確保に向けた取組を進めます。

社会福祉施設等においては、高齢者や障害者など、日常生活上の支援が必要な方が多数利用していることから、災害等により、電気、ガス、水道等のライフラインが寸断され、サービス提供の維持が困難となった場合、利用者の生命・身体に著しい影響を及ぼすおそれがあります。

また、新型コロナウイルス感染症等の感染症発生時においても、サービス提供に必要な人材を確保しつつ、感染防止対策の徹底を前提とした継続的なサービス提供が求められます。

こうした事態が生じた場合でも最低限のサービス提供が維持できるよう、緊急時の人員の招集方法や飲料水、食料、マスク等の衛生用品、冷暖房設備や空調設備稼働用の燃料などの確保策等を定める「業務継続計画」(BCP)を策定することが有効であることから、介護分野や障害福祉分野等においては、運営基準の見直しにより、当該計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等が令和6年4月から義務付けられました。

急速な高齢化により、高齢者のライフスタイルも多様化し、社会参加への意識も高まりを見せている中で、高齢者が地域の中で安全かつ安心して生活を送るためには、自宅内において外出につながる動線を確保するとともに、自宅外においてバリアフリーやユニバーサルデザインの視点に基づいた建物や道路、施設の整備が求められています。

一方、こうした環境整備には、多くの時間と費用がかかります。高齢者が安全かつ安心して住み慣れた地域で生活を送れるよう、住みよいまちづくりの視点でできるところから環境整備や支援を行います。

第9期の展開

1. 安心して暮らせる住まいの確保

(1) 施設サービスの充実

介護保険事業外の施設サービスとして、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、老人福祉センター及び在宅介護支援センターが挙げられます。これらは高齢者の地域生活を支える機能を担っています。本計画期間において新たに整備する予定はありませんが、地域包括ケアシステムの深化・推進、そして地域共生社会の実現に欠かせない施設であるため、引き続き各施設の持つ機能を十分に活用していきます。

養護老人ホーム

家庭状況や経済的な理由により、自宅での生活が困難な低所得の65歳以上の高齢者を対象に、自立支援を行うための施設です。入所に当たっては、町入所判定委員会の判定を受けた上で、町による措置入所となります。令和元年7月以降、養護老人ホームの定員20%以内において契約入所が可能となりました。

町内には、養護老人ホームはありません。今後ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれることから、養護老人ホームを運営する事業者等との情報連携を図り、契約入所についても調整していきます。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
措置者数	人/年	1	1	1	1	1	1

ケアハウス（軽費老人ホーム）

60歳以上で、身体機能の低下等で在宅生活に不安があり、家族の援助を受けられないかたが低額な料金で入所でき、食事及び日常生活上必要な便宜の提供を受けることができる施設です。

町内には、ケアハウスが1か所あり、定員は30人です。今後ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれることから、定期的な空き情報の確認等の情報連携を図り、ケアマネジャーや医療機関等に情報提供していきます。

◆実績・見込み（令和5年度の実績は見込量）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
入居者数	人/年	11	12	13	15	15	15

サービス付き高齢者向け住宅

居室の広さや設備、バリアフリーといったハード面の条件を整えるとともに、生活相談及び状況把握サービス等を提供する住宅です。町内には、サービス付き高齢者向け住宅が1か所あり、戸数は35戸です。今後ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれることから、定期的な空き情報の確認等の情報連携を図り、ケアマネジャーや医療機関等に情報提供していきます。

◆実績（令和5年度の実績は見込み）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
入居者数	人/年	3	5	5	5	5	5

老人福祉センター

高齢者福祉の向上及び地域の活動拠点として、高齢者のいきがづくりや健康増進、教養の向上等を目的とした施設です。町内には、老人福祉センターが1か所ありますが、社会福祉協議会が指定管理者となり管理、運営等を担っています。また、災害時には福祉避難所として活用を図ります。

◆実績（令和5年度の実績は見込み）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
設置数	か所	1	1	1	1	1	1

在宅介護支援センター

自宅で暮らしている支援が必要又は支援が見込まれる高齢者、その家族等からの相談に応じ、介護等に関するニーズに対応した各種サービスが総合的に受けられるよう必要な助言を行ったり、関係機関等との連絡・調整を行う施設です。地域包括支援センターのランチ（窓口）として、住民からの相談を受け付け、地域包括支援センターにつないでいます。町内には、在宅介護支援センターが1か所あり、ミモザ荘が運営しています。

◆実績（令和5年度の実績は見込み）

項目名	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
設置数	か所	1	1	1	1	1	1

(2) 多様な住まい方の確保

ひとり暮らし高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、高齢者の生活ニーズも多様化する中、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域生活の基盤である住まいの確保は重要となります。今後、厳しい社会経済情勢等を背景に、住まいを自力で確保することが難しい高齢者が今後も増加することが予測される中、住まいに困窮する高齢者の居住の安定を確保するために、平成29年4月に「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」の一部が改正され、住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度や住宅確保要配慮者の入居円滑化等が位置づけられました。

群馬県では「群馬県高齢者居住安定確保計画」のもと、高齢者が安心して暮らせる住まいづくり等の取組が位置づけられています。また、要介護3～5のかたを対象とした特別養護老人ホーム入所申込状況調査を毎年実施しており、市町村ごとに重度の要介護者の住まいの確保の必要性について情報提供しています。

本町では、平成31年に板倉町空家等対策計画が策定され、空家等の現状及び課題、利活用等の対策が示されました。これらの計画や関係課との情報共有等を通じて連携を図り、高齢者の住まいの実態把握を進めるとともに町内入居・入所系施設との情報共有を通じて高齢者の住まいの確保と多様な住まい方の支援を行います。

【 取組内容 】

- ・町内入居・入所系施設の空き情報の確認及び情報提供：月1回
- ・町内入居・入所系施設との情報交換会：年1回

◆特別養護老人ホーム入所申込状況調査結果（令和3年度～令和5年度）

申込者数	単位	令和3年度	令和4年度	令和5年度
在宅	人/年	9	16	8
在宅以外	人/年	25	17	33

資料：特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設）入所申込状況調査

※ 各年5月1日現在で緊急性が比較的高いかた。ただし、次のかたは除きます。

- ①要介護認定結果が、自立、要支援1、2又は要介護1、2のかた
- ②要介護認定を受けていないかた
- ③認定期限切れや適用除外のかた
- ④既に特別養護老人ホーム入所中で、別の特別養護老人ホームに申し込んでいるかた

2. 防災対策の強化

近年の災害発生状況を踏まえると、避難訓練の実施や防災啓発活動、事業所等におけるリスクや、物資の備蓄及び調達状況の確認を日常的に行うことが重要です。令和5年3月に板倉町地域防災計画が全面改訂されました。その内容を改めて確認し、板倉町地域防災計画に定める各種災害、特に水害における予防及び対策を踏まえて、日頃から事業所等と連携し、事業所等で策定している災害に関する具体的な計画を定期的に確認するとともに、避難経路等の確認を促す取組や情報提供を行います。

【 取組内容 】

- ・ 町内介護サービス事業者の防災計画の確認：年1回
- ・ 町防災担当との町内介護サービス事業者の防災計画の情報共有：年1回
- ・ 町内介護サービス事業者の避難訓練の実態把握：年1回
- ・ 福祉避難所の実態把握：年1回

3. 防犯・消費者被害対策の強化

高齢者を狙った特殊詐欺が手法を変えて急増していることから、安心して暮らせる環境づくりのために、警察、金融機関、町消費生活センター等と連携し、防犯・消費者被害に関する情報共有を通じて未然に防ぐ取組を強化します。さらに、地域の自主防犯団体と連携して防犯活動の支援等を行います。

【 取組内容 】

- ・ 消費生活センターによる出前講座の実施
- ・ 介護サービス事業者への消費者被害情報の情報提供
- ・ ひとり暮らし高齢者等訪問事業による注意喚起
- ・ 防犯・消費者被害防止啓発グッズの配布

4. 交通安全対策の強化

高齢者人口の増加に伴い、高齢者が被害者としてではなく、加害者として交通事故に関わる割合が高くなっています。事故状況から、身体機能や運動機能の低下による判断の遅れや、交通法規に関する知識の不足、認知症による判断力の低下が要因と考えられます。警察や地域関係団体と連携し、高齢者を対象とした交通安全教室の充実を推進します。また、公共交通関係機関と連携し、運転免許証を返納されたかたの交通手段の確保に取り組みます。

【 取組内容 】

- ・ 判断能力が低下したかたへの運転免許証自主返納の周知
- ・ 関係課との高齢者の交通手段の検討
- ・ ひとり暮らし高齢者等訪問事業による注意喚起

5. 感染症に対する備えの検討

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号「感染症法」）等を踏まえ、高齢者施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要です。このため、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等が必要です。

また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備が必要です。さらに、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備が必要です。

感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築することは重要であり、指定基準により、令和6年4月から全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。国が策定した「介護現場における感染対策の手引き」を参考として、町内の介護サービス事業者に対して感染症及び感染症に対する備え等の情報提供を行い、心身機能が低下した要介護者の生命を守るよう助言していきます。また、町高齢者に対して感染症に関する情報提供を行っていきます。

【 取組内容 】

- ・ 町内介護サービス事業者への感染症関連情報の提供
- ・ ひとり暮らし高齢者等訪問事業による注意喚起
- ・ 感染症対策を施した上での介護予防事業の実施
- ・ 通いの場等実施に当たっての感染症対策の助言及び指導

6. バリアフリーのまちづくりの推進

生活環境のバリアフリー化やユニバーサルデザインに配慮したまちづくりを推進するとともに、買い物・通院等に用いる移動手段の確保等、ハード面及びソフト面において高齢者が暮らしやすい環境を整備するため、庁内関係課局と連携して段階的に推進します。

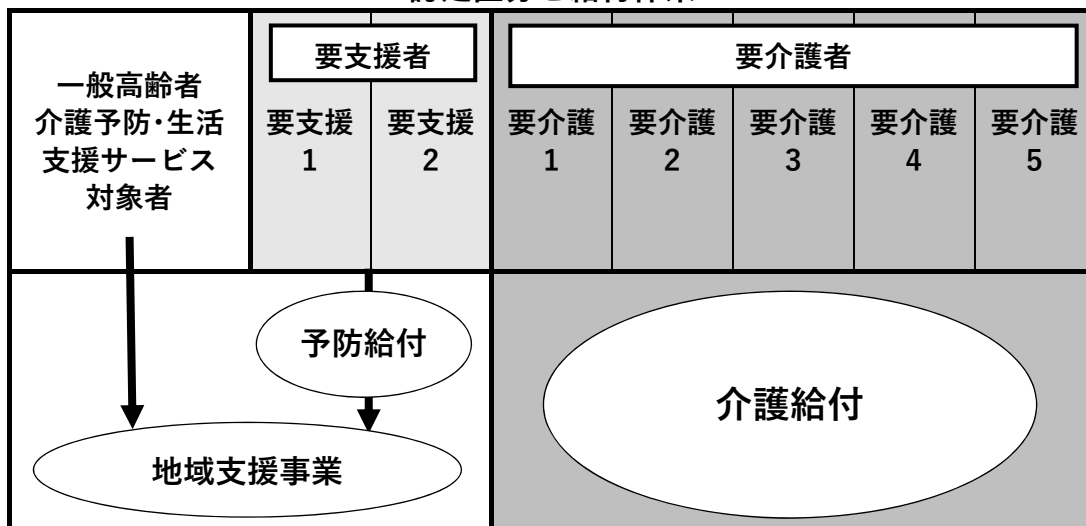
【 取組内容 】

- ・ 公共施設におけるバリアフリーとなっていない箇所の実態把握
- ・ 関係課との高齢者の交通手段の検討
- ・ 社会福祉協議会との買物手段の検討
- ・ 町住宅リフォーム支援事業の周知

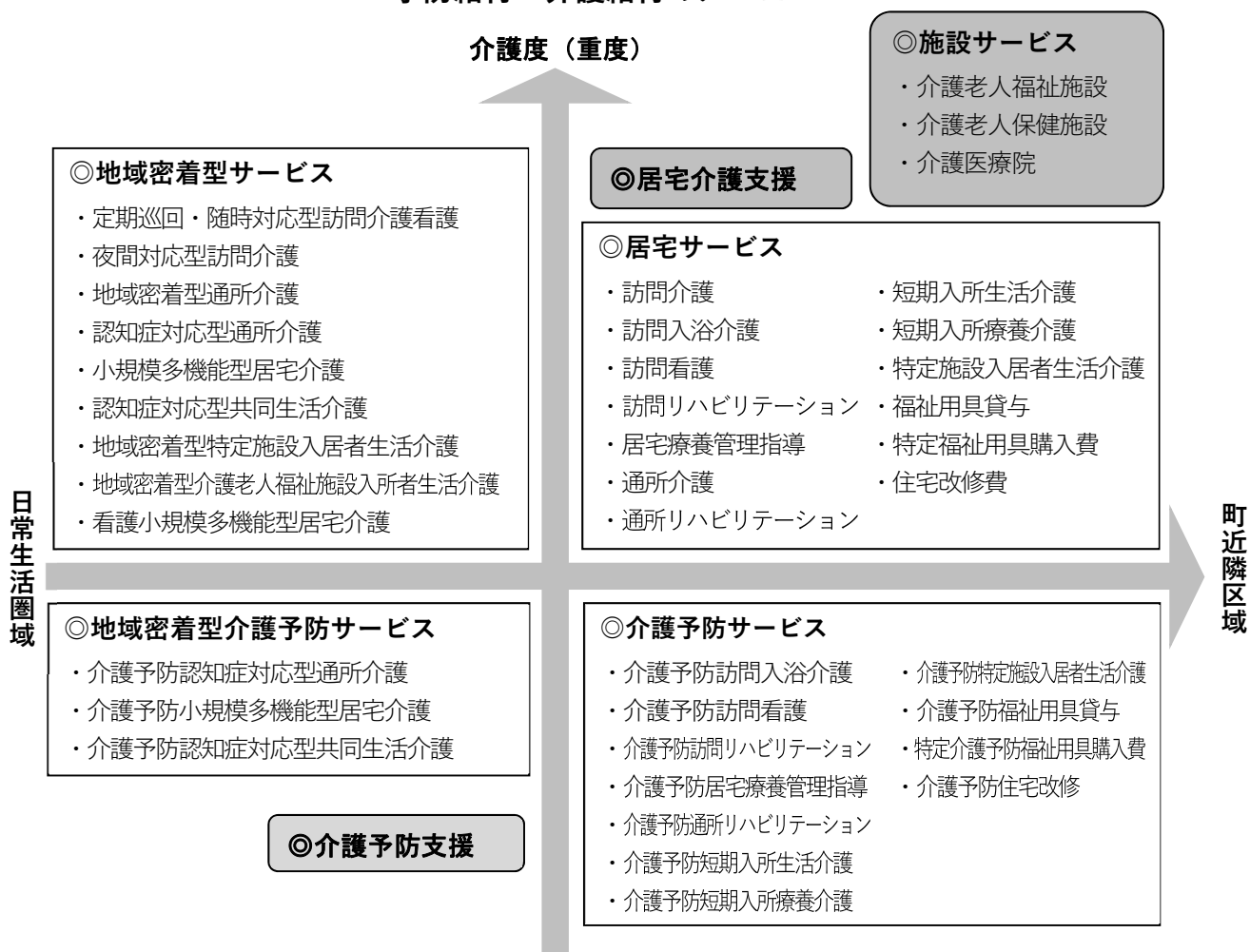
第3章 介護保険事業の充実

第1節 介護保険サービスの体系

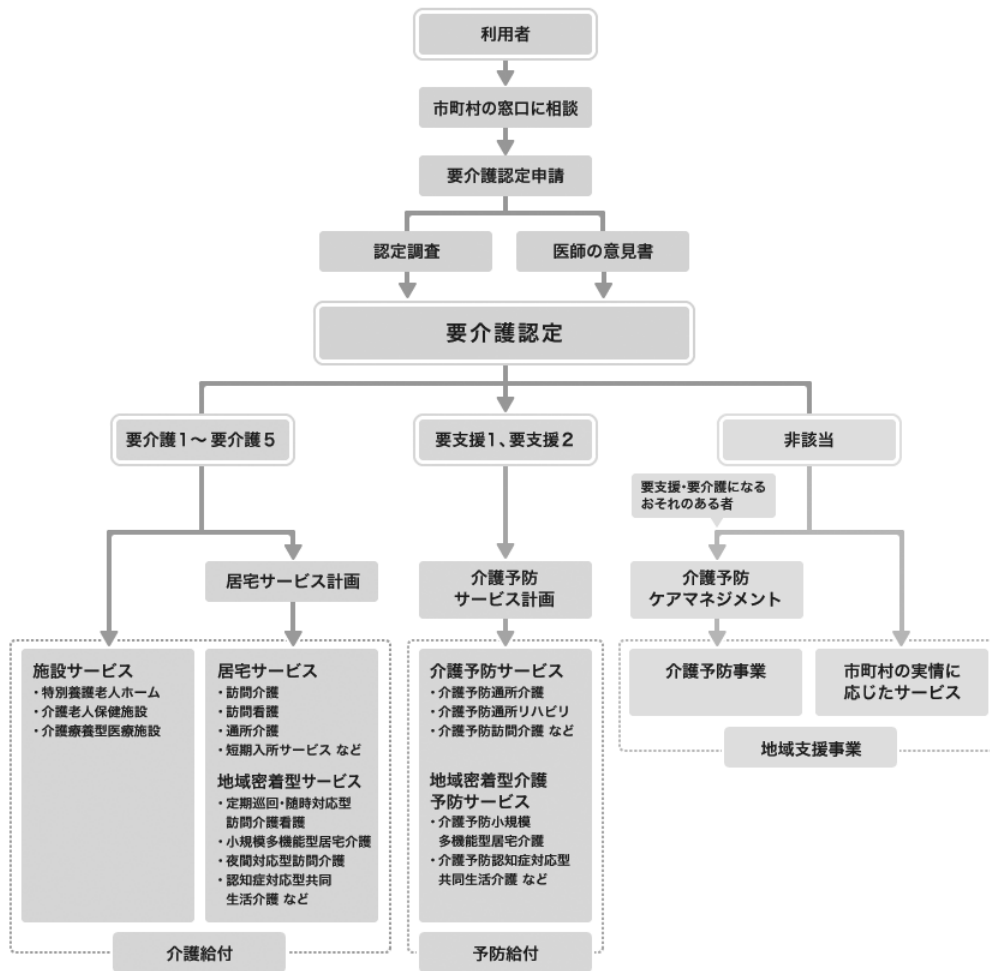
< 認定区分と給付体系 >



< 予防給付・介護給付のメニュー >

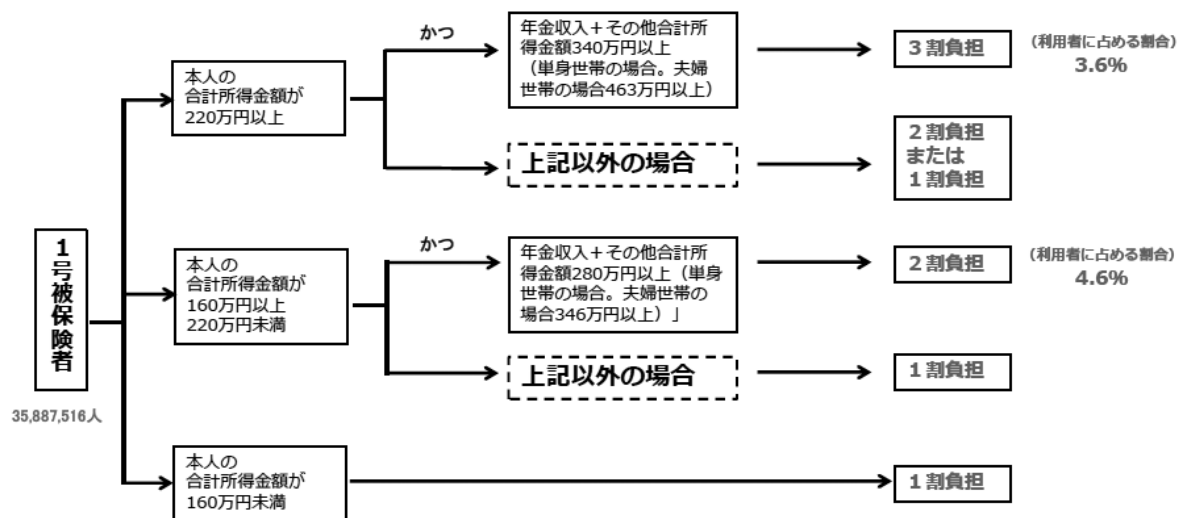


< 介護保険サービスの利用手続き >



< 介護保険制度における利用者負担割合（判定基準） >

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、
 ○相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する方の利用者負担割合を2割としている【平成27年8月施行】
 ○2割負担者のうち、特に所得の高い方の利用者負担割合を3割としている【平成30年8月施行】



※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。
 ※第1号被保険者数、うち2割負担対象者及び3割負担対象者の数は「介護保険事業状況報告（令和4年3月報）」によるもの。

第2節 居宅サービス及び介護予防サービスの充実

第8期計画で見込んだ居宅サービス及び介護予防サービス量の実績及び達成率を踏まえて、第9期計画のサービス量を見込みました。なお、要支援認定又は要介護認定を受けたかたが各種サービスを利用することができます

1. 訪問介護

介護福祉士等の訪問介護員が、家庭を訪問し、入浴・排せつ・食事等の身体介護や調理・洗濯・掃除等の生活援助を行うものです。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、今後も高齢者の増加に伴い、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯が増加傾向にあるため、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

町内には、事業所が1か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	12,011	12,883	13,375	14,992	15,328	15,750	17,935
	実績	回/年	17,080	13,898	13,849				
	達成率	%	142.2	107.9	103.5				

2. 訪問入浴介護

介護職員と看護師等が家庭に訪問し、自宅に浴槽を運び入れて入浴の介助を行うサービスです。

サービスの特性上、介護度が重度化するほど利用率が高い傾向にあります。在宅サービス利用者数と施設サービス利用者数のバランスを考慮し、見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	480	480	480	733	733	733	851
	実績	回/年	399	390	395				
	達成率	%	83.1	81.3	82.2				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	12	12	12	48	48	48	48
	実績	回/年	0	0	0				
	達成率	%	0.0	0.0	0.0				

3. 訪問看護

医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が家庭を訪問し、療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスです。

在宅医療・介護連携の推進に伴い、在宅生活における医療ケアが今後も増加すると見込まれることから、医療機関等と調整を図りながら、提供量を確保します。

町内には、事業所が1か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	2,861	2,969	3,125	5,444	5,444	5,791	7,324
	実績	回/年	4,092	4,191	4,372				
	達成率	%	143.0	141.2	139.9				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	674	790	790	792	792	792	893
	実績	回/年	1,199	998	907				
	達成率	%	177.9	126.3	114.8				

4. 訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が家庭に訪問し、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立のためのリハビリテーションを行うサービスです。

サービスの利用量は極端に増えていませんが、第8期計画期間中の傾向が続くものとして、医療機関等と調整を図りながら、提供量を確保します。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	1,416	1,416	1,416	940	940	1,025	1,448
	実績	回/年	836	1,057	1,147				
	達成率	%	59.0	74.6	81.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	48	48	48	12	12	12	0
	実績	回/年	0	0	0				
	達成率	%	0.0	0.0	0.0				

5. 居宅療養管理指導

病院、診療所、薬局等の医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士等が定期的に家庭を訪問して、医学的な管理や指導を行うサービスです。

重度の要介護者の増加及び在宅医療・介護連携の進展とともに、利用も伸びる傾向があります。第8期計画期間中の実績を踏まえ、提供量を見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	828	852	876	756	780	804	864
	実績	人/年	735	666	684				
	達成率	%	88.8	78.2	78.1				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	36	36	36	12	12	12	12
	実績	人/年	9	8	0				
	達成率	%	25.0	22.2	0.0				

6. 通所介護

介護の必要なかたが老人デイサービスセンターへ通い、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サービスです。

平成28年度から利用定員数が18人以下の事業所は、地域密着型通所介護へ移行しています。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

町内には、事業所が4か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	20,004	20,928	21,816	20,141	20,468	21,188	23,978
	実績	回/年	20,285	20,175	19,327				
	達成率	%	101.4	96.4	88.6				

7. 通所リハビリテーション

医療機関や介護老人保健施設において心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行うサービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、町内に事業所がないことから、提供量が減少で推移するものと見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	回/年	4,980	5,328	5,556	3,818	4,140	4,140	5,153
	実績	回/年	4,470	3,771	4,541				
	達成率	%	89.8	70.8	81.7				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	24	24	24	48	48	48	60
	実績	人/年	22	31	84				
	達成率	%	91.7	129.2	350.0				

8. 短期入所生活介護

介護者が一定期間、家を離れるために介護ができなくなったとき及び家族介護の軽減のために、特別養護老人ホーム等に短期間入所させ、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、サービスの利用が微増するものと見込み、施設等と連携して提供量を確保します。

町内には、事業所が1か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	5,988	6,360	6,714	9,826	9,826	10,150	11,155
	実績	日/年	7,425	7,424	8,490				
	達成率	%	124.0	116.7	126.5				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	36	36	36	48	48	48	48
	実績	日/年	3	12	0				
	達成率	%	8.3	33.3	0.0				

9. 短期入所療養介護（老健）

介護老人保健施設で実施する短期入所（ショートステイ）で、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うサービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、サービスの利用が減少するものと見込み、施設等と連携して提供量を確保します。予防給付は0で見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	636	636	636	96	96	96	144
	実績	日/年	242	304	273				
	達成率	%	38.1	47.8	43.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	日/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

10. 短期入所療養介護（病院等）

病院等の医療施設で実施する短期入所（ショートステイ）で、介護老人保健施設と同様、医療上のケアを含む介護や機能訓練等を行うサービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、介護給付及び予防給付ともに0で見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	日/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	日/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

11. 短期入所療養介護（介護医療院）

介護医療院で実施する短期入所（ショートステイ）で、介護老人保健施設と同様、医療上のケアを含む介護や機能訓練等を行うサービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、予防給付は0で見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	120	120	120	48	48	48	48
	実績	日/年	0	0	0				
	達成率	%	0.0	0.0	0.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	日/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	日/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

12. 福祉用具貸与

歩行補助つえ、車椅子、特殊寝台等要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具又は機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるための用具である福祉用具の貸出をするサービスです。

在宅生活を継続するためのサービスであり、今後も利用が増える見込まれることから、提供量の確保を図るとともに、過度な利用は心身機能低下につながることを踏まえ、心身の状態及び要介護度に応じた適正なサービス利用を図ります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	2,316	2,364	2,424	2,496	2,520	2,568	3,036
	実績	人/年	2,459	2,549	2,400				
	達成率	%	106.2	107.8	99.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	360	384	384	456	468	480	540
	実績	人/年	346	433	444				
	達成率	%	96.1	112.8	115.6				

13. 特定福祉用具購入費

入浴や排せつ等に用いる特定福祉用具の購入費を支給するサービスです。

利用者数は増加しており、第8期計画期間中の実績を踏まえて提供量の確保を図るとともに、過度な利用は心身機能低下につながることを踏まえ、心身の状態及び要介護度に応じた良質で適正な用具の利用を図っていきます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	36	36	36	72	72	72	72
	実績	人/年	41	56	48				
	達成率	%	113.9	155.6	133.3				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	12	12	12	24	24	24	24
	実績	人/年	6	12	24				
	達成率	%	50.0	100.0	200.0				

14. 住宅改修費

手すりの取付け、段差解消、引き戸等への扉の取替え等、軽微な住宅改修に要した費用を支給するサービスです。ケアマネジャーや施工業者に対し、制度の趣旨を理解してもらい、過度な利用は心身機能低下につながることを踏まえ、利用者の心身の状態を踏まえて利用者の自立支援に資する改修工事を行っていくよう努めます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	48	48	48	36	36	36	36
	実績	人/年	26	36	35				
	達成率	%	54.2	75.0	72.9				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	12	12	12	12	12	12	12
	実績	人/年	9	10	9				
	達成率	%	75.0	83.3	75.0				

15. 特定施設入居者生活介護

有料老人ホームや介護付き高齢者住宅に入居しているかたへ、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。

今後も事業者の申請状況や入所希望状況等の把握に努めつつ、当町の持家率を踏まえて適正な提供量の確保を図ります。

町内には、事業所が1か所あり、定員は20人です。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	180	180	180	192	204	216	312
	実績	人/年	195	164	180				
	達成率	%	108.3	91.1	100.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	36	36	36	24	24	24	12
	実績	人/年	24	22	12				
	達成率	%	66.7	61.1	33.3				

第3節 地域密着型サービスの充実

第8期計画で見込んだ地域密着型サービス量の実績及び達成率を踏まえて、第9期計画のサービス量を見込みました。なお、原則として町内に住所を有する要支援又は要介護認定を受けたかたのみが地域密着型サービスを利用することができます。

1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中、夜間を通じた短時間の定期巡回や利用者からの通報による随時訪問により、訪問介護事業所と訪問看護事業所が連携し、介護福祉士等が入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行い、看護師等が療養上の世話又は必要な診療の補助等のサービスを行います。要介護1以上の認定を受けたかたが利用できます。第9期計画では、更なる普及が求められています。

平成29年3月から開始したサービスであり、サービスの需要と供給のバランスが一定せず、利用実績はまだ少ないですが、在宅医療・介護連携の推進に伴い、利用者ニーズも高まることが予測されることから、提供量を確保します。

町内には、事業所が1か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	36	36	48	12	12	12	0
	実績	人/年	10	7	0				
	達成率	%	27.8	19.4	0.0				

2. 夜間対応型訪問介護

夜間の定期的な巡回訪問により、また通報を受けて、介護福祉士等が入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。要介護1以上の認定を受けたかたが利用できます。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、第9期計画での実施予定はありません。利用者の動向を把握し、ニーズがあれば設置に向けて第10期計画以降に検討を行うものとします。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	人/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

3. 地域密着型通所介護

身近な地域でサービス提供を行う定員 18 人以下の小規模な通所介護サービスで、平成 28 年度から創設されたサービスです。要介護 1 以上の認定を受けたかたが利用できます。

第 8 期計画期間中の実績を踏まえて、提供量を見込んでいます。

町内には、事業所が 1 か所あります。

◆介護給付（令和 5 年度の実績は見込量）

項目	単位	第 8 期計画（実績）			第 9 期計画（見込み）			中長期	
		令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 22 年度	
サービス量	計画	回/年	3,218	3,320	3,446	2,416	2,502	2,588	3,205
	実績	回/年	2,971	2,899	2,435				
	達成率	%	92.3	87.3	70.7				

4. 認知症対応型通所介護

認知症のあるかたに対し、老人デイサービスセンター等において、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行うサービスです。

第 8 期計画期間中の実績を踏まえるとともに、認知症高齢者の増加も予測されていることから、人数及び実態を把握しながら、提供量を確保します。

町内には、事業所が 1 か所あります。

◆介護給付（令和 5 年度の実績は見込量）

項目	単位	第 8 期計画（実績）			第 9 期計画（見込み）			中長期	
		令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 22 年度	
サービス量	計画	回/年	4,019	4,019	4,019	2,006	2,006	2,006	2,777
	実績	回/年	1,530	1,391	1,591				
	達成率	%	38.1	34.6	39.6				

◆予防給付（令和 5 年度の実績は見込量）

項目	単位	第 8 期計画（実績）			第 9 期計画（見込み）			中長期	
		令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 22 年度	
サービス量	計画	回/年	12	12	12	48	48	48	48
	実績	回/年	0	9	0				
	達成率	%	0.0	75.0	0.0				

5. 小規模多機能型居宅介護

利用者の状況、その置かれている環境等に応じて、随時、訪問・通所・泊まりを柔軟に組み合わせ、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を提供するサービスで、中・重度の介護状態になっても在宅での生活が継続できるよう支援するサービスです。第9期計画では、更なる普及が求められています。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、特に軽度の利用者の増加が予測されることから、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

町内には、事業所が1か所あり、登録定員は29人です。

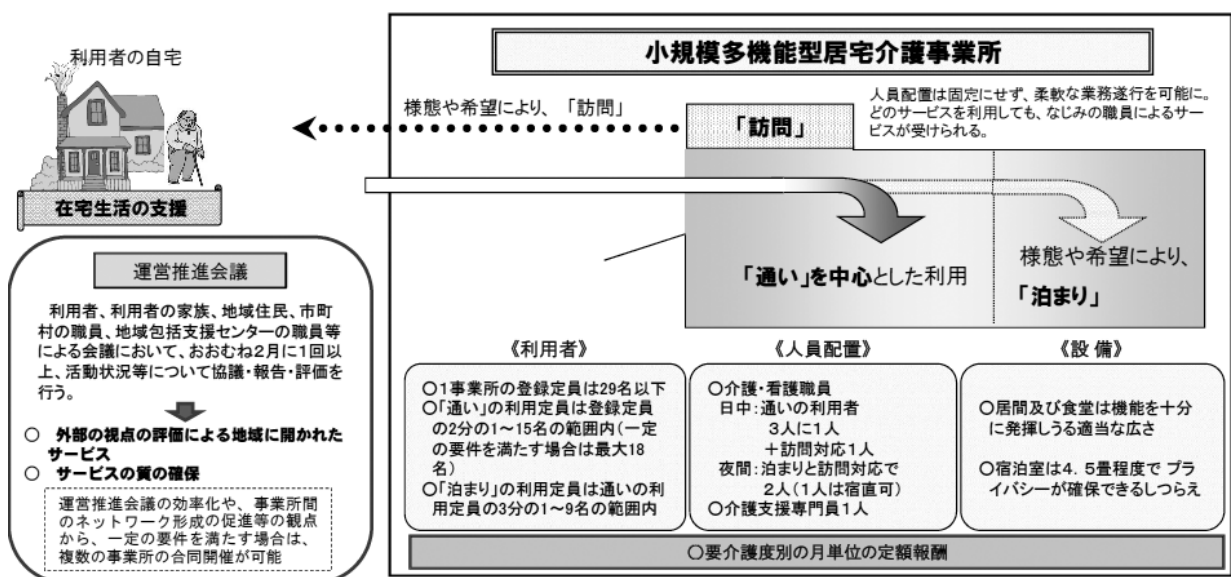
◆介護給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	336	336	336	192	192	192	240
	実績	人/年	229	207	168				
	達成率	%	68.2	61.6	50.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込み）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	36	36	36	72	72	72	96
	実績	人/年	48	53	60				
	達成率	%	133.3	147.2	166.7				

<小規模多機能型居宅介護の概要>



6. 認知症対応型共同生活介護

認知症高齢者が小人数で共同生活を営みながら、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能回復訓練を受けられるサービスです。要支援2以上の認定を受けたかたが利用できます。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、認知症高齢者の増加も予測されていることから、人数及び実態を把握しながら、提供量を確保します。

町内には、現在1ユニット（定員9人）の事業所が3か所あり、合わせて定員は27人です。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	300	300	300	276	288	300	312
	実績	人/年	254	249	276				
	達成率	%	84.7	83.0	92.0				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	0	12	12	0	0	0	0
	実績	人/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

7. 地域密着型特定施設入居者生活介護

入居者が要介護者又はその配偶者に限定されている定員29人以下の有料老人ホーム等で、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をするサービスです。要介護1以上の認定を受けたかたが利用できます。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、第9期計画での実施予定はありません。利用者の動向を把握し、ニーズがあれば設置に向けて第10期計画以降に検討を行うものとしてします。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
サービス量	計画	人/年	0	0	0	0	0	0
	実績	人/年	0	0	0			
	達成率	%	-	-	-			

8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人以下の特別養護老人ホームに入所している要介護者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をするサービスです。原則として要介護3以上の認定を受けたかたが利用できます。

令和2年度までは町内に事業所が1か所ありましたが、運営上の理由により令和3年度から広域型の介護老人福祉施設に移行しました。このため、第9期計画での実施予定はありません。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	12	12	12	0	0	0	0
	実績	人/年	15	0	0				
	達成率	%	125.0	0.0	0.0				

9. 看護小規模多機能型居宅介護

居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスで、小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護等を組み合わせ、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービス等を、利用者に対し柔軟に提供するサービスです。要介護1以上の認定を受けたかたが利用できます。

町内には本サービスの提供事業所はなく、町外にある事業所を利用することになります。

第8期計画期間中の実績を踏まえ、第9期計画での実施予定はありません。利用者の動向を把握し、ニーズがあれば設置に向けて第10期計画以降に検討を行うものとします。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	0	0	0	0	0	0	0
	実績	人/年	0	0	0				
	達成率	%	-	-	-				

第4節 施設サービスの充実

第8期計画で見込んだ施設サービス量の実績及び達成率を踏まえて、第9期計画のサービス量を見込みました。なお、要介護1以上の認定を受けたかた（介護老人福祉施設は、原則として要介護3以上）が各種サービスを利用することができます。

1. 介護老人福祉施設

特別養護老人ホームのことで、居宅では適切な介護を受けられないかたを対象に、施設サービス計画に基づいて、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う施設サービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、高齢者の増加に伴い、施設利用を希望する高齢者も予測されることから、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

町内には、事業所が1か所あり、定員は80人（通常型59人、ユニット型11人）です。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	1,056	1,068	1,080	1,032	1,056	1,080	1,332
	実績	人/年	940	1,007	996				
	達成率	%	89.0	94.3	92.2				

2. 介護老人保健施設

常時介護が必要な要介護者で、看護・医学的な管理のもと、施設サービス計画に基づいて、介護及び機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の世話を行う施設サービスです。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、高齢者の増加に伴い、施設利用を希望する高齢者も予測されることから、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	720	720	720	732	756	780	912
	実績	人/年	556	531	648				
	達成率	%	77.2	73.8	90.0				

3. 介護医療院

医療と介護の連携を推進する観点から、日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を兼ね備える施設です。

第8期計画期間中の実績を踏まえるとともに、介護療養型医療施設が介護医療院等に転換されることから、サービスの利用も増加すると見込んでいます。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	24	24	60	48	48	48	96
	実績	人/年	24	2	0				
	達成率	%	100.0	8.3	0.0				

- これまで「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」の3施設だった介護保険施設に、平成30年（2018年）4月から「介護医療院」が追加されました。「介護医療院」は、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ要介護高齢者を対象として以下の条件を兼ね備えた施設です。



資料：厚生労働省ホームページより

4. 介護療養型医療施設

療養病床を有する病院・診療所に入院している要介護者に対し、療養上の管理・看護及び医学的管理のもと、施設サービス計画に基づいて、介護等の世話・機能訓練・その他必要な医療を行う入院施設でのサービスです。

介護療養型医療施設は令和6年度末までに介護医療院等に転換され、新規開設が認められないことから、第9期計画期間以降は見込まないものとします。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	72	72	36				
	実績	人/年	26	41	60				
	達成率	%	36.1	56.9	166.7				

第5節 居宅介護支援・介護予防支援の充実

第8期計画で見込んだ居宅介護支援及び介護予防支援サービス量の実績及び達成率を踏まえて、第9期計画のサービス量を見込みました。なお、要介護認定を受けたかたは、居宅介護支援を、要支援認定を受けたかたは、介護予防支援を利用することができます。

1. 居宅介護支援・介護予防支援

ケアマネジャーが在宅で要介護又は要支援となったかたの心身の状況や生活環境、本人や家族の希望等を踏まえて居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、介護サービスの提供が確保されるようサービス事業者との連絡・調整等を行います。なお、要支援となったかたについては原則として地域包括支援センターがこうした支援を行います。

高齢者人口の増加に伴い、要支援者及び要介護者の増加が予測されることから、提供量も増加するものと見込んでいます。

また、引き続き介護給付適正化事業におけるケアプラン点検、事業者への運営指導及び各種研修を通じて、ケアマネジャーが適正な介護計画を作成できるようスキルアップを図るほか、適正な居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されるよう、定期的にケアプランチェックを行っていきます。

町内には、事業所が3か所あります。

◆介護給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	3,600	3,672	3,744	3,696	3,684	3,684	4,380
	実績	人/年	3,613	3,666	3,564				
	達成率	%	100.4	99.8	95.2				

◆予防給付（令和5年度の実績は見込量）

項目	単位	第8期計画（実績）			第9期計画（見込み）			中長期	
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度	
サービス量	計画	人/年	432	456	468	624	660	684	720
	実績	人/年	408	523	588				
	達成率	%	94.4	114.7	125.6				

第6節 給付費と保険料の推計

1. 給付費の推計

これまでのサービス量の実績及び将来のサービス量の見込みをもとに、各サービスにおける給付費は次のように推計されます。

◆介護給付費の推計

単位：千円

サービスの種類	第9期			中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
(1) 居宅サービス	462,493	472,506	486,805	573,007
訪問介護	44,403	45,444	46,688	53,322
訪問入浴介護	9,226	9,238	9,238	10,764
訪問看護	28,634	28,670	30,249	38,326
訪問リハビリテーション	2,694	2,698	2,944	4,161
居宅療養管理指導	8,394	8,691	8,968	9,552
通所介護	161,747	164,599	170,354	190,844
通所リハビリテーション	32,572	35,971	35,971	44,645
短期入所生活介護	82,799	82,904	85,424	93,774
短期入所療養介護（老健）	1,093	1,094	1,094	1,642
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	605	606	606	606
福祉用具貸与	38,162	38,510	39,328	45,745
特定福祉用具購入費	2,016	2,016	2,016	2,016
住宅改修費	5,361	5,361	5,361	5,361
特定施設入居者生活介護	44,787	46,704	48,564	72,249
(2) 地域密着型サービス	164,121	168,809	173,287	195,651
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,492	1,494	1,494	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	18,278	19,148	19,994	24,331
認知症対応型通所介護	21,509	21,537	21,537	29,525
小規模多機能型居宅介護	41,806	41,859	41,859	52,166
認知症対応型共同生活介護	81,036	84,771	88,403	89,629
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
(3) 施設サービス	479,994	492,760	504,631	621,593
介護老人福祉施設	252,028	257,969	263,591	326,167
介護老人保健施設	209,748	216,550	222,799	258,945
介護医療院	18,218	18,241	18,241	36,481
(4) 居宅介護支援	49,554	49,429	49,192	58,053
合計	1,156,162	1,183,504	1,213,915	1,448,304

※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

◆予防給付費の推計

単位：千円

サービスの種類	第9期			中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
(1) 介護予防サービス	13,597	13,691	13,775	13,815
介護予防訪問入浴介護	436	436	436	436
介護予防訪問看護	2,752	2,756	2,756	3,160
介護予防訪問リハビリテーション	34	34	34	0
介護予防居宅療養管理指導	71	71	71	71
介護予防通所リハビリテーション	1,743	1,745	1,745	2,240
介護予防短期入所生活介護	423	424	424	424
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,148	3,232	3,316	3,728
特定介護予防福祉用具購入費	395	395	395	395
介護予防住宅改修	2,124	2,124	2,124	2,124
介護予防特定施設入居者生活介護	2,471	2,474	2,474	1,237
(2) 地域密着型介護予防サービス	5,327	5,333	5,333	6,956
介護予防認知症対応型通所介護	464	464	464	464
介護予防小規模多機能型居宅介護	4,863	4,869	4,869	6,492
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
(3) 介護予防支援	2,978	3,153	3,267	3,443
合計	21,902	22,177	22,375	24,214

※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

◆総給付費（介護給付費＋予防給付費）

単位：千円

	第9期			中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
総給付費	1,178,064	1,205,681	1,236,290	1,472,518
伸び率	—	2.3%	2.5%	—

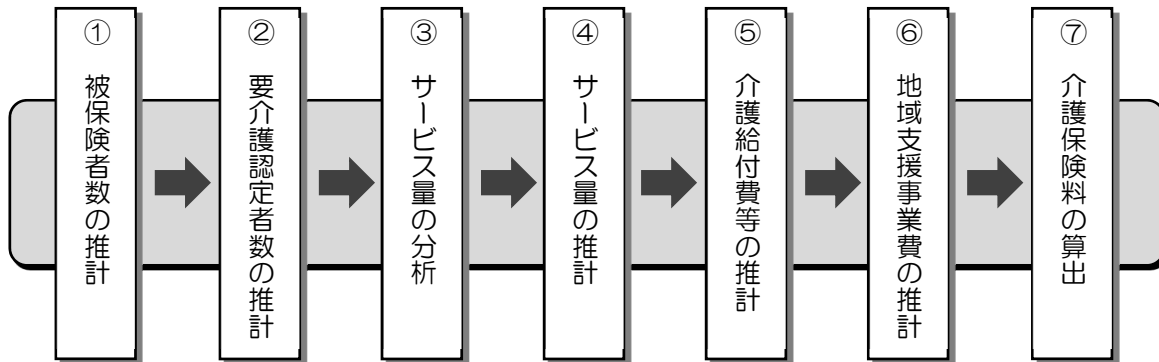
※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

2. 介護保険料の推計

(1) 介護保険料推計の流れ

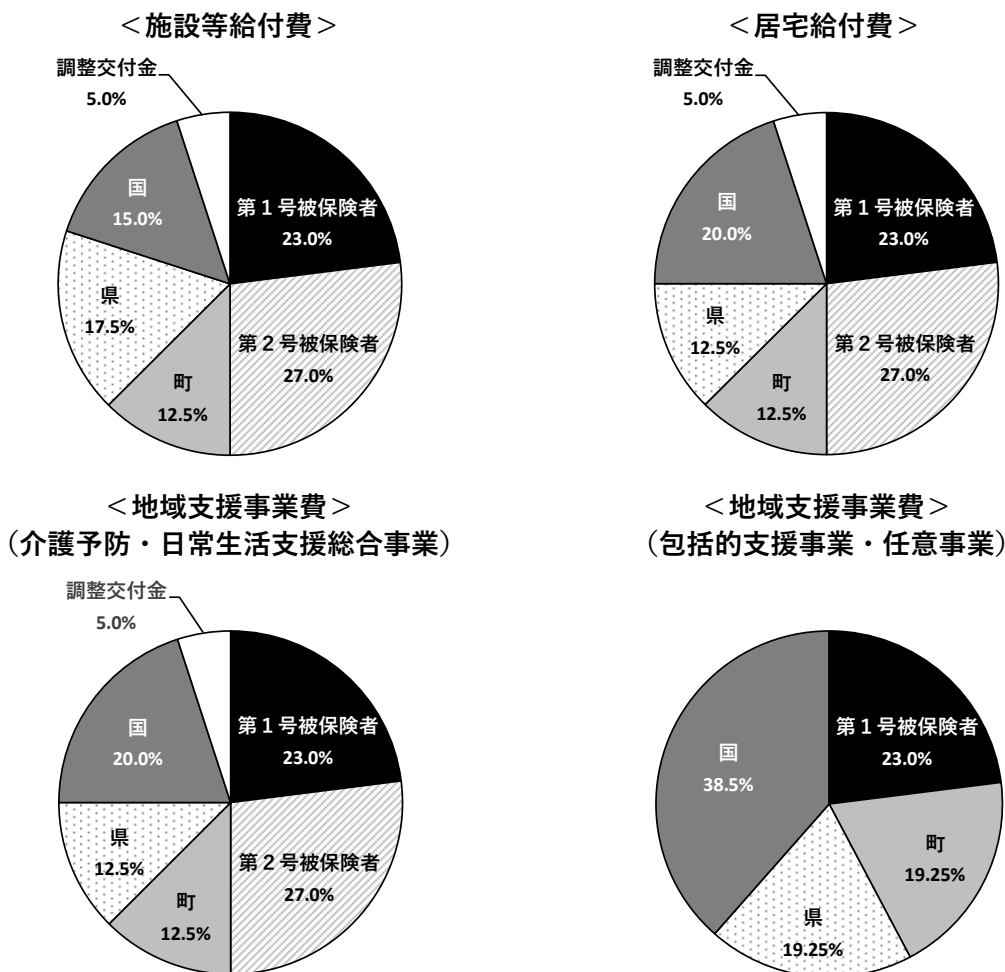
第1号被保険者（65歳以上）の介護保険料については、次のような流れで推計されます。

◆保険料算出の流れ



(2) 介護保険料の負担割合

第1号被保険者の介護保険料は、総費用額の約23%を負担します。



(3) 標準給付費の推計

給付費合計（総給付費）に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額、高額医療合算介護サービス費等給付額及び算定対象審査支払手数料が加算され、標準給付費見込額は以下のように推計されます。

なお、各サービス費の内容は次のとおりです。

- 特定入所者介護サービス費

低所得のかたが施設サービス又は短期入所サービスを利用したときに、食費及び居住費について、限度額を超える費用を支給します。

- 高額介護サービス費

1か月ごとに支払った利用者負担額が限度額を超えたときに限度額を超えた費用を支給します。

- 高額医療合算介護サービス費

世帯の1年間の介護保険の利用者負担額と医療保険・後期高齢者医療の一部負担金等を合算した額が、限度額を超えたときに限度額を超えた費用を支給します。

◆標準給付費の推計

単位：千円

サービスの種類	第9期				中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計	令和22年度
総給付費 A	1,178,064	1,205,681	1,236,290	3,620,035	1,472,518
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後) B	34,388	35,008	35,165	104,561	42,167
特定入所者介護サービス費等給付額	33,909	34,477	34,632	103,018	42,167
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	479	531	533	1,543	0
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後) C	21,131	21,516	21,612	64,259	25,860
高額介護サービス費等給付額	20,796	21,144	21,239	63,178	25,860
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	335	372	374	1,081	0
高額医療合算介護サービス費等給付額 D	2,953	3,002	3,016	8,971	3,672
算定対象審査支払手数料 E	933	949	953	2,835	1,083
標準給付費見込額 A+B+C+D+E	1,237,469	1,266,156	1,297,036	3,800,661	1,545,300

※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

(4) 地域支援事業費の推計

地域支援事業費の介護予防・日常生活支援総合事業費、包括的支援事業・任意事業費は、以下のように推計されます。

◆地域支援事業費の推計

単位：千円

	第9期			中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業	34,895	37,375	40,880	31,922
介護予防・生活支援サービス	29,100	31,510	33,820	23,482
訪問介護相当サービス	6,600 (30)	7,040 (32)	7,480 (34)	4,425 (24)
通所介護相当サービス	19,800 (60)	21,500 (63)	23,100 (65)	15,656 (46)
介護予防ケアマネジメント	2,700	2,970	3,240	3,401
一般介護予防事業	5,795	5,865	7,060	8,440
介護予防把握事業	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	2,154	2,200	2,250	2,830
地域介護予防活動支援事業	2,929	2,950	3,000	3,775
一般介護予防事業評価事業	10	10	1,100	1,370
地域リハビリテーション活動支援事業	402	405	410	132
上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業	300	300	300	334
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	21,635	21,900	22,050	21,387
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	19,423	19,600	19,700	17,426
任意事業	2,212	2,300	2,350	3,962
包括的支援事業（社会保障充実分）	4,216	4,260	4,315	4,120
在宅医療・介護連携推進事業	1,562	1,600	1,650	1,486
生活支援体制整備事業	2,000	2,000	2,000	2,000
認知症初期集中支援推進事業	400	400	400	341
認知症地域支援・ケア向上事業	226	230	235	265
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0	0	0	0
地域ケア会議推進事業	28	30	30	28
合計	60,746	63,535	67,245	57,429

※端数処理の関係で、計算が一致しないことがあります。

※訪問介護相当サービス、通所介護相当サービスの（ ）内は利用者数（人）の見込みとなります。

(5) 第1号被保険者の介護保険料の算定

各事業の給付費の推計額に基づき、今後3年間の総費用を算出し、第1号被保険者の負担割合、調整交付金、町の介護保険準備基金の取崩し等の要素を加味し、介護保険料として収納すべき金額（保険料収納必要額）を算出します。その金額に、保険料収納率、所得段階別加入割合補正後被保険者数等の要素を加え、第9期第1号被保険者保険料基準額を第8期と同額の月額5,300円（年額63,600円）と算定しました。また、令和22年度の推計では、第1号被保険者保険料基準額は月額6,795円（年額81,529円）となることが推計されます。

◆第1号被保険者保険料基準額の算定

単位：円

	第9期				中長期
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計	令和22年度
第1号被保険者数	4,958	4,979	4,958	14,895	4,796
前期（65～74歳）	2,494	2,411	2,305	7,210	1,971
後期（75歳以上）	2,464	2,568	2,653	7,685	2,825
後期（75～84歳）	1,728	1,819	1,876	5,423	1,450
後期（85歳以上）	736	749	777	2,262	1,375
所得段階別加入割合補正後被保険者数A	4,979	4,999	4,979	14,956	4,981
標準給付費見込額 B	1,237,468,729	1,266,155,600	1,297,036,193	3,800,660,522	1,545,300,136
総給付費	1,178,064,000	1,205,681,000	1,236,290,000	3,620,035,000	1,472,518,000
特定入所者介護サービス費等	34,387,978	35,007,974	35,165,196	104,561,148	42,167,263
高額介護サービス費等	21,130,871	21,515,647	21,612,274	64,258,792	25,860,003
高額医療合算介護サービス費等	2,952,880	3,002,319	3,015,803	8,971,002	3,671,998
算定対象審査支払手数料	933,000	948,660	952,920	2,834,580	1,082,872
地域支援事業費見込額 C	60,746,000	63,535,000	67,245,000	191,526,000	57,429,049
介護予防・日常生活支援総合事業D	34,895,000	37,375,000	40,880,000	113,150,000	31,921,823
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	21,635,000	21,900,000	22,050,000	65,585,000	21,387,226
包括的支援事業（社会保障充実分）	4,216,000	4,260,000	4,315,000	12,791,000	4,120,000
総費用見込額 E = B + C	1,298,214,729	1,329,690,600	1,364,281,193	3,992,186,522	1,602,729,185
第1号被保険者負担分相当額 F = E × 23%（令和22年度は26%）	298,589,388	305,828,838	313,784,674	918,202,900	416,709,588
調整交付金相当額 G = (B + D) × 5%	63,618,186	65,176,530	66,895,810	195,690,526	78,861,098
調整交付金交付割合 H	0.14%	0.08%	0.36%		6.73%
調整交付金見込額 I = (B + D) × H	1,781,000	1,043,000	4,816,000	7,640,000	106,147,000
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額 J				15,000,000	
準備基金取崩額 K				147,600,000	
保険料収納必要額 L = F + G - I - J - K				943,653,426	389,423,686
予定保険料収納率 M				99.2%	99.2%
保険料基準額					
保険料（年額）N = (L ÷ M ÷ A)				63,600	81,529
保険料（月額）= N ÷ 12				5,300	6,795

3. 第1号被保険者の所得段階別保険料の設定

第1号被保険者の所得段階及び負担割合に応じて、納付いただく介護保険料が決定します。第9期計画期間については、第8期計画期間までの9段階の所得段階から、国の示す標準的な13段階の所得段階及び負担割合を採用します。各所得段階の保険料を以下のとおり設定します。

◆第9期計画期間の第1号被保険者保険料の設定

段階	所得区分	負担割合と標準乗率	保険料(月額)	保険料(年額)	令和3年度から令和5年度までの保険料(年額)	備考(差引等)
第1段階	世帯全員が町民税非課税で老齢福祉年金受給者、生活保護受給者または課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下のかた	本人負担分基準額×0.285	1,511円	18,200円	19,100円	▲900円
第2段階	世帯全員が町民税非課税で、課税年金収入と合計所得金額の合計が120万円以下のかた	本人負担分基準額×0.485	2,571円	30,900円	31,800円	▲900円
第3段階	世帯全員が町民税非課税で、上記以外のかた	本人負担分基準額×0.685	3,631円	43,600円	44,600円	▲1,000円
第4段階	世帯の誰かに町民税が課税されているが、本人は非課税のかたで、課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下のかた	基準額×0.9	4,770円	57,200円	57,200円	0円
第5段階	世帯の誰かに町民税が課税されているが、本人は非課税のかたで、第4段階に該当しないかた	基準額	5,300円	63,600円	63,600円	0円
第6段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が120万円未満のかた	基準額×1.2	6,360円	76,300円	76,300円	0円
第7段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が210万円未満のかた	基準額×1.3	6,890円	82,600円	82,600円	0円
第8段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が320万円未満のかた	基準額×1.5	7,950円	95,400円	95,400円	0円
第9段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が420万円未満のかた	基準額×1.7	9,010円	108,100円	108,100円	0円
第10段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が520万円未満のかた	基準額×1.9	10,070円	120,800円	—	新設
第11段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が620万円未満のかた	基準額×2.1	11,130円	133,500円	—	新設
第12段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が720万円未満のかた	基準額×2.3	12,190円	146,200円	—	新設
第13段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が720万円以上のかた	基準額×2.4	12,720円	152,600円	—	新設

※第1～3段階の年額保険料は、基準額に負担割合を乗じて算出した額に100円未満を切り上げた金額です。

※第4～13段階の年額保険料は、基準額に負担割合を乗じて算出した額に100円未満を切り捨てた金額です。

※第1～8段階の所得区分の変更はありません。第9段階の所得区分は「合計所得金額320万円以上」から変更になりました。

※第1～3段階の本来の標準乗率は下記のとおりですが、公費負担により軽減されています。なお、公費負担は、国1/2、県と町が1/4ずつとなっています。

第1段階：0.455(公費負担0.17) → 0.285

第2段階：0.685(公費負担0.2) → 0.485

第3段階：0.69(公費負担0.005) → 0.685

第7節 介護人材の確保等に向けた取組

1. 介護人材の確保

人口減少社会に突入し、サービスごと、職種ごとの人手不足等の状況も踏まえ、介護職に限らず介護分野で働く人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人手不足対策を進めることが重要です。特に、地域医療介護総合確保基金による入門的研修、元気高齢者等参入促進セミナー事業（介護助手の取組）、ボランティアポイント、地域の支え合い・助け合いのための事務手続き等支援事業の活用等により人材の裾野を広げることも重要です。

生活支援等の担い手については、高齢者やその家族が地域において安心して日常生活を営むことができるように、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）や協議体を中心となり、サービス提供者と利用者との「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりを進めていくことが重要です。

また、都道府県と連携しながら新規介護人材の確保及び介護人材の定着支援（特に外国人介護人材の確保・定着に当たっては、多文化共生や日本語教育等の担当部局との連携にも十分留意）を両輪で進め、子どもから高齢者まで幅広い世代の地域住民に対して介護の職場が持つ魅力を発信し、介護の職場のイメージ刷新に向けた取組を推進します。

【取組内容】

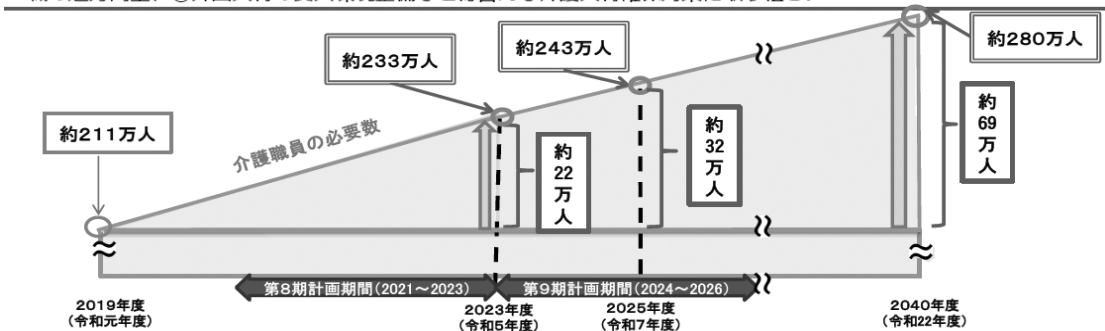
- ・介護サービス事業者への介護人材に関するヒアリング：年1回
- ・介護サービス事業者への介護人材確保に関する好事例の情報共有
- ・町内介護人材に関するインセンティブの検討

<第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について>

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
- ・2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））
- となった。

※（）内は2019年度（211万人）比
 ※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 2019年度(令和元年度)の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。
 注2) 介護職員の必要数(約233万人・243万人・280万人)については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したものである。
 注3) 介護職員数は、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。
 注4) 2018年度(平成30年度)分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

2. 介護現場の生産性の向上の推進等

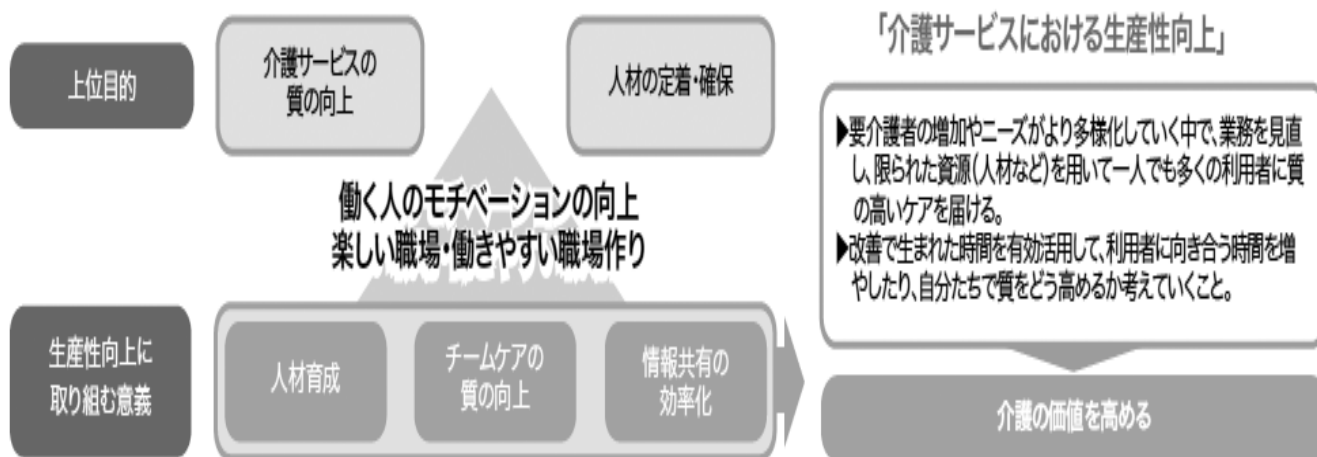
少子高齢化が進展し、介護分野の人的制約が強まる中、介護職員が働きやすい職場環境の改善等の取組を通じ、職員の負担軽減を図るとともに、ケアの充実等の介護サービスの質の向上へつなげていくなどの生産性の向上の推進に取り組んでいくことが不可欠となっています。この取組が慢性的な介護人材不足を改善する有効な手法となります。

生産年齢人口が減少する中においても、介護現場が地域における介護ニーズに応え、介護人材が利用者や家族からも感謝され、やりがいを持って働き続けられる環境づくりを進めるためには、職場の良好な人間関係づくりや、結婚や出産、子育てを経ても働ける環境整備を図ることが重要です。また、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取組を推進していくことも重要となります。介護現場における業務仕分けや、課題に応じた介護ロボットやICTの活用、元気高齢者を含めた介護人材の確保・定着、介護という仕事の魅力発信等の介護現場革新の取組について、地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備を図った上で、県と連携しながら関係者と協働で進めていくとともに、介護現場革新の取組の周知広報等を進めていきます。

【取組内容】

- ・介護サービス事業者への生産性向上に関するヒアリング：年1回
- ・介護サービス事業者への生産性向上に関する好事例の情報共有

<介護サービスにおける生産性向上のとらえ方>



資料：介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン 改訂版より

第8節 介護給付適正化計画

介護保険制度の健全な運営には、介護給付を必要とする利用者を適切に認定した上で、利用者が真に必要なサービスを、事業者が適切に提供するように促すことが重要です。「地域包括ケアシステム」の深化・推進においても適正化事業を推進していくことが必要となります。介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なサービスを、事業者が適切に提供するように促すことです。適切なサービスの確保とその結果としての費用効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。介護保険法では、市町村介護保険事業計画に介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされています。

このため、国が示した「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」及び「介護給付適正化計画に関する指針」をもとに、群馬県が策定する「第6期群馬県介護給付適正化計画」とも整合性を図り、本県では、国が推奨する給付費適正化3事業（①要介護認定の適正化、②ケアプラン点検、③医療情報との突合・縦覧点検）に取り組めます。その他の取組として、任意事業として位置づけられた介護給付費通知や介護サービス事業者に対し、毎月国保連から提供される介護サービス苦情処理業務の状況の共有について引き続き実施していきます。

また、県第5期計画の実績と課題の検証を踏まえて、適正化事業の実施体制、認定者数やサービスの利用状況、適正化事業のこれまでの実施状況、事業者の状況や取り巻く環境等について、現状把握と分析を行い、県第6期計画期間中において実施する具体的な事業の内容及びその実施方法並びに毎年度ごとの実施目標を定め、介護サービス事業者と共有し、適正化事業の推進を図ります。

1. 給付費適正化事業

(1) 給付費適正化3事業

給付費適正化3事業の趣旨は次のとおりです。

①要介護認定の適正化

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、保険者が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

②ケアプランの点検、住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

ア ケアプランの点検

ケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画又は介護予防サービス計画の記載内容について、居宅介護支援事業者に資料提出を求め、又は訪問調査を行い、保険者や地域包括支援センターが点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供の改善を図ります。

イ 住宅改修の点検・福祉用具購入・貸与調査

○住宅改修の点検

保険者が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施行状況を点検することで受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修の排除を図ります。

○福祉用具購入・貸与調査

保険者が福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することで不適切又は不要な福祉用具購入・貸与の排除を図り、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

③縦覧点検・医療情報との突合

ア 縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性及び算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見してサービス事業者等における適切な請求の促進を図ります。

イ 医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療又は国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ります。

(2) 任意事業

①介護給付費通知

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果をあげます。

2. 第8期計画における取組

第8期計画期間中では、介護給付の適正化として、①要介護認定の適正化、②ケアプラン点検、③住宅改修等の点検、④医療情報との突合・縦覧点検、⑤介護給付費通知の主要5事業を実施しました。

◆第8期の介護給付適正化の取組（令和5年度の実績は見込）

事業名	①要介護認定の適正化		
実施方法	職員全員が、認定調査員の資格を有し、地域包括支援センターの職員と共同して、新規及び変更申請者の認定調査票の点検を全件実施しました。		
実績（件）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	227	259	260

事業名	②ケアプラン点検		
実施方法	町内の居宅介護支援事業所を訪問し、ケアマネジャー全員と面談し、ケアプラン点検を実施しました。		
実績（件）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	9	9	9

事業名	③住宅改修等の点検		
実施方法	住宅改修及び福祉用具購入は事前調査を行い、福祉用具貸与を含めて、疑義のある場合、ケアマネジャーに確認を行いました。また、住宅改修は全件実地による事後調査を実施しました。		
実績（件）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	40	42	43

事業名	④医療情報との突合・縦覧点検		
実施方法	国保連から毎月提供される各種リストを確認しました。疑義のある場合、サービス事業所や医療機関に確認を行い、過誤請求の発見につなげました。		
実績（件）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	0	0	30

事業名	⑤介護給付費通知		
実施方法	給付内容を確認してもらうため、介護（予防）サービス費受給者へ年4回（3か月に1回）給付費通知並びに給付費通知及び医療費控除の説明文書を送付しました。		
実績（件）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	2,487	2,458	2,461

3. 第9期計画における取組

「介護給付適正化計画に関する指針」を踏まえて、主に給付費適正化3事業及び任意事業である介護給付費通知に取り組み、PDCAサイクルを意識した適正化事業の実施を目指します。また、町、群馬県又は国民健康保険団体連合会に寄せられた事業者に関する不適切なサービス提供、介護報酬不正請求等の苦情等の適切な把握及び分析を行い、こうした苦情等について他の事業所への情報提供を通じて不適正なサービスの抑止を図ります。

介護サービス事業所は、事業を継続する場合、新規指定から6年ごとに指定の更新を受ける必要があります。本取組を通じて、町が指定権者となっている介護サービス事業所（居宅介護支援事業所、地域密着型（介護予防）サービス事業所等）に対して3年に1回を目安として実地による運営指導を行います。

◆第9期の介護給付適正化の取組

1. 要介護認定の適正化

事業名	①-1 要介護認定の適正化（新規及び変更申請）		
実施目標	職員全員が、認定調査員の資格を有し、地域包括支援センターの職員と共同して、保険者が実施する新規及び変更申請者の認定調査票の点検を全件実施します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	280	290	300
事業名	①-2 要介護認定の適正化（更新申請）		
実施目標	職員全員が、認定調査員の資格を有し、地域包括支援センターの職員と共同して、指定居宅介護支援事業所に委託している更新申請者の認定調査票の点検を全件実施します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	220	230	240

2. ケアプランの点検、住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査

事業名	②-1 ケアプラン点検（実地点検）		
実施目標	国保連からの給付実績の帳票を活用してケアプランを抽出し、居宅介護支援事業所を訪問してケアマネジャー全員との面談によるケアプラン点検を実施します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	9	9	9
事業名	②-2 ケアプラン点検（文書点検）		
実施目標	国保連からの給付実績の帳票を活用してケアプランを抽出し、定期的に文書による点検を行います。点検結果は、居宅介護支援事業所と共有します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	9	9	9

【 ケアプランの点検において有効性が高いと見込まれる帳票 】

- ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- ・支給限度額一定割合超一覧表（推奨数値70%）

事業名	②-3 住宅改修等の点検		
実施目標	書面及び実地での事前及び事後調査を全件行い、疑義のある場合、ケアマネジャーに確認を行います。また、リハビリテーション専門職と共同し、実地による調査を実施します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	40	42	44
事業名	②-4 福祉用具購入・貸与調査		
実施目標	福祉用具購入前に書面での事前調査を全件行い、疑義のある場合、ケアマネジャーに確認を行います。福祉用具貸与は、国保連からの給付実績の帳票を活用して事後点検を実施します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	50	60	70

【 福祉用具貸与調査において有効性が高いと見込まれる帳票 】

- ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表

3. 縦覧点検・医療情報との突合

事業名	③-1 縦覧点検		
実施目標	国保連からの給付実績の帳票を活用して、毎月サービスの整合性等を確認します。疑義のある場合、介護サービス事業所や医療機関に電話等で確認を行い、過誤請求の発見につなげます。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	60	60	60
事業名	③-2 医療情報との突合		
実施目標	国保連からの給付実績の帳票を活用して、毎月サービスの整合性等を確認します。疑義のある場合、介護サービス事業所や医療機関に電話等で確認を行い、過誤請求の発見につなげます。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	60	60	60

【 縦覧点検において有効性が高いと見込まれる帳票 】

- ・重複請求縦覧チェック一覧表
- ・算定期間回数制限縦覧チェック一覧表
- ・単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表
- ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表

【 医療情報との突合において有効性が高いと見込まれる帳票 】

- ・突合区分01
- ・突合区分02

4. 介護給付費通知

事業名	④-1 介護給付費通知（通知送付）		
実施目標	給付内容を確認してもらうため、介護（予防）サービス費受給者へ年4回（3か月に1回）給付費通知並びに給付費通知及び医療費控除の説明文書を送付します。		
目標件数（件）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	2,600	2,640	2,680
事業名	④-2 介護給付費通知（ケアマネジャー等への周知）		
実施目標	給付費通知の送付についてケアマネジャー及び介護サービス事業所に周知し、過誤請求の発見につなげます。		
目標件数（回）	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	20	20	20

資料編

1. 板倉町高齢者福祉計画策定懇談会設置要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）に基づく老人福祉計画の見直し並びに介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく介護保険事業計画を策定するため、板倉町高齢者福祉計画策定懇談会（以下「懇談会」という。）の設置について必要な事項を定めるものとする。

(組織)

第2条 懇談会は、委員15人以内で構成し、委員は次の各号に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 保健・医療関係の代表者
- (2) 福祉関係団体の代表者
- (3) 町内介護保険事業者の代表者
- (4) 学識経験者又は識見を有する者
- (5) 介護保険法に基づく被保険者の代表者

(協議事項)

第3条 懇談会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 板倉町老人福祉計画の見直しに関する事項
- (2) 板倉町介護保険事業計画策定に関する事項
- (3) その他高齢者が安心して暮らせるまちづくりに関する必要な事項

(役員)

第4条 懇談会に会長1人、副会長1人を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。
- 3 会長は、会務を総理し、会議の議長となる。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 懇談会は、会長が招集する。

- 2 懇談会は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。
- 3 懇談会には、必要に応じて委員以外の事案に関係する者を出席させ、意見を聞くことができる。

(任期)

第6条 委員の任期は、第3条の事項についての協議が終了した日までとする。

(庶務)

第7条 懇談会の庶務は、健康介護課において処理する。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

2. 板倉町高齢者福祉計画策定懇談会委員名簿

	氏名	役職等
1	井上 研次	医師 (保健・医療関係の代表者)
2	石山 悟	歯科医師 (保健・医療関係の代表者)
3	高瀬 康彦	柔道整復師 (保健・医療関係の代表者)
4	峯崎 俊雄	社会福祉協議会長 (福祉関係団体の代表者) (板倉町高齢者福祉計画策定懇談会会長)
5	堀越 健寿	特別養護老人ホームミモザ荘施設長 (町内介護保険事業者の代表者)
6	広瀬 純子	グループホームおひさま管理者 (町内介護保険事業者の代表者)
7	飯塚 春男	サクラデイサービス開設者 (町内介護保険事業者の代表者)
8	荻原 和美	めぐグループホーム板倉施設長 (町内介護保険事業者の代表者)
9	今井 三枝子	行政区長会長 (学識経験者又は識見を有する者)
10	小谷野 泰一	民生委員・児童委員協議会長 (学識経験者又は識見を有する者)
11	荒井 富次	老人クラブ連合会長 (学識経験者又は識見を有する者)
12	大久保 好和	介護保険法に基づく被保険者の代表者 (板倉町高齢者福祉計画策定懇談会副会長)
13	春山 和之	介護保険法に基づく被保険者の代表者
14	根岸 敦子	介護保険法に基づく被保険者の代表者
15	岸本 光子	介護保険法に基づく被保険者の代表者

3. 計画策定の経過

年 月 日	策 定 の 経 過	
令和4年12月1日～ 令和5年7月31日	板倉町 在宅介護実態調査	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で生活している要介護認定者 <p>【調査方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定調査員による聞き取り調査 <p>【回収件数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・60件
令和5年 7月1日～7月31日	板倉町 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の要介護認定を受けていない高齢者 ・介護予防・生活支援サービス事業対象者 ・要支援認定者 <p>【調査方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・郵送配布、郵送回収 <p>【回収件数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・配布：1,634件 回収：1,230件 (回収率：75.3%)
令和5年10月30日	第1回策定懇談会	<p>(1)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の結果について</p> <p>(2)その他各種調査の結果について</p> <p>(3)板倉町高齢者福祉計画(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)の策定について</p>
令和5年12月26日	第2回策定懇談会	<p>(1)第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の介護保険料について</p> <p>(2)板倉町高齢者福祉計画(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)概要版及び素案について</p>
令和6年2月13日	第3回策定懇談会	<p>(1)第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の介護保険料について</p> <p>(2)板倉町高齢者福祉計画(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)素案に関するパブリックコメントの実施及び結果について</p> <p>(3)板倉町高齢者福祉計画(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)素案及び概要版の変更点について</p>

4. 用語の解説

【ア行】

◆アセスメント

介護サービス利用者の身体機能や環境等を事前に把握、評価することで、ケアプランの作成等、今後のケアに必要な見通しをたてるために必要な評価のことを意味します。

【カ行】

◆介護給付、予防給付

平成12年（西暦2000年）に始まった介護保険制度で、要介護状態、要支援状態と認定された被保険者に提供される介護サービス、介護に関わる費用の支給のこと。要介護5段階、要支援2段階の給付区分があり、訪問介護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、訪問看護等の居宅サービス、介護予防サービスや、介護保険施設を利用した施設サービス、市区町村が行う地域密着型サービス等が受けられます。

◆介護保険事業計画

市町村介護保険事業計画は、市町村における介護保険の給付対象となる高齢者数や給付対象サービスの事業量・事業費を示すとともに、介護保険事業を円滑に推進していくための施策を体系的に示すものです。

◆介護予防

要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、また、そして要介護状態であっても、状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）と定義されています。

◆介護予防サポーター

高齢者自らの積極的な健康づくりや介護予防への取組を促進するため、地域でその普及啓発等に協力する支援者のことです。

◆居宅サービス

介護保険制度によって利用できるサービスです。介護保険を利用するときは、まず市町村が行う「要介護認定」を受けます。要介護度に応じて、利用できるサービスや介護保険で認められる月々の利用限度額等が異なります。居宅サービスは在宅での介護を中心にしたサービスです。希望するサービスを組み合わせて利用することもできます。

◆ケアプラン

要支援、要介護に認定された高齢者が希望に添った介護サービスを利用できるように、本人や家族の心身の状況や生活の環境等に配慮し、利用する介護サービスの種類や内容を定めた「介護サービスの利用計画」のことです。

◆ケアマネジャー（介護支援専門員）

要介護者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるようケアプランを作成し、市町村、サービス事業者、施設等との連絡調整等を行う人のことです。

◆言語聴覚士

Speech-Language-Hearing Therapist、略してSTとも呼ばれます。ことばによるコミュニケーションに問題があるかたに専門的サービスを提供し、自分らしい生活を構築できるよう支援する専門職です。また、摂食・嚥下の問題にも専門的に対応します。

◆権利擁護

自己の権利を表明することが困難な寝たきりの高齢者や、認知症の高齢者、障害者の代わりに、代理人が権利を表明することです。

◆高額医療合算介護サービス費

世帯内の同一の医療保険の加入者のかたについて、毎年8月から1年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を申請により給付します。基準額は世帯員の年齢構成や所得区分に応じて設定されています。

◆高額介護サービス費

1か月に利用した介護サービスの利用者負担額が、上限額を超えた場合、申請により超過額を給付します。

◆高齢者福祉計画

高齢者福祉計画（市町村老人福祉計画）は、老人福祉法に基づき策定する計画で、すべての高齢者を対象に、確保すべき高齢者福祉施策、事業、その確保方策を定める計画です。介護保険事業計画と一体のものとして策定することとされています。

【サ行】**◆在宅サービス**

介護が必要な高齢者が、いつも住んでいる居宅で介護を受ける場合に、提供されるサービスのことです。

◆作業療法士

「理学療法士及び作業療法士法」にもとづく国家資格で、OT（Occupational Therapist）と呼ばれることもあります。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることとされており、作業療法士は厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示のもとに作業療法を行なうことを業とする者と位置づけられています。

◆算定対象審査支払手数料

市町村と都道府県国民健康保険団体連合会との契約により定められる介護サービス利用料の審査に係る費用に対する手数料のことです。

◆施設サービス

施設に入所して受けるサービスで、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院の3種の施設で受けられます。

◆社会福祉協議会

社会福祉法の規定に基づき組織される地域福祉の推進を目的とする団体で、略称で「社協」とも呼ばれます。市区町村を単位とする市区町村社会福祉協議会、指定都市の区を単位とする地区社会福祉協議会、都道府県を単位とする都道府県社会福祉協議会があります。

◆社会福祉士

「社会福祉士及び介護福祉士法」にもとづく国家資格です。在宅、施設で生活しているかたがたの相談に応じ、必要な助言や利用可能な制度・サービスの紹介をはじめ、サービスの利用調整や関係者間の連絡等、相談者を支え、その抱える課題を解決するために様々な仕事をしています。

【夕行】

◆第1号被保険者

市区町村に居住する65歳以上の人です。ただし、適用除外施設入所者は除きます。

◆第2号被保険者

市区町村に居住する40歳以上65歳未満の人で、医療保険に加入している人です。

◆団塊の世代

昭和22年から昭和24年まで（西暦1947年～1949年）に生まれた世代（第1次ベビーブーム）のことです。

【ナ行】

◆認知症

いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために様々な障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態（およそ6か月以上継続）を指します。

◆認知症ケアパス

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるためのものです。

◆認知症サポーター

認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、支援する「応援者」です。地域や職域でも活躍しています。

【ハ行】**◆フレイル**

加齢に伴い体や心のはたらき、社会的なつながりが弱くなった状態を指します。要介護状態に至る前段階として位置づけられますが、適切な介入により、改善できる可能性があります。

【マ行】**◆民生委員**

厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めるかたがたであり、「児童委員」を兼ねています。

【ヤ行】**◆養介護施設**

老人福祉法に規定される老人福祉施設、有料老人ホーム、介護保険法に規定される介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センターのことをいいます。

◆要介護認定、要支援認定

介護給付、予防給付を受けようとする被保険者が、給付要件を満たしているかどうかを確認するために行われる認定です。保険者である市町村が、全国一律の客観的基準（要介護認定基準）に基づいて行います。認定の手順は、被保険者からの申請を受けた市町村が被保険者に対し認定調査を行うと同時に、被保険者の主治医に意見書を求め、これらの調査結果等を認定審査会に通知し、要介護状態、要支援状態への該当、要介護、要支援状態の区分等について審査・判定を行います。

【ラ行】**◆理学療法士**

Physical Therapist (PT) とも呼ばれます。ケガや病気等で身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力（座る、立つ、歩く等）の回復や維持、及び障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法（温熱、電気等の物理的手段を治療目的に利用するもの）等を用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職です。

板倉町高齢者福祉計画
(板倉町老人福祉計画・板倉町第9期介護保険事業計画)

～ 地域でともに支え合い、元気を共有できるまち いたくら ～

発 行 令和6年3月 板倉町
企画・編集 板倉町役場 健康介護課 介護高齢係
〒374-0192
群馬県邑楽郡板倉町大字板倉2682番地1
TEL 0276-82-1111
FAX 0276-82-3341