御嵩町

高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ

みんなで　つくろう　安心と支え愛のまち

～地域包括ケアシステムの構築を目指して～

2021（令和３）年３月

御嵩町

はじめに

新型コロナウイルス感染症の拡大により、私たちの生活様式は大きく変わってしまいました。人の接触を減らせば蔓延を止められるということで、介護予防のための「つどいの場」が思うように開催できなかったり、外出の機会が少なくなってしまったり、特に高齢者にとっては、心身機能の低下や社会的な孤立につながっています。また、本町においては高齢化が急速に進行しており、2020（令和２）年10月１日現在、全町民に占める高齢者の割合は31.1%となっています。さらに、ひとり暮らし高齢者をはじめ高齢者のみの世帯が増加しており、地域で高齢者を支える体制づくりが必要不可欠となっています。

こうした背景のもと、「御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ」を策定いたしました。本計画は、介護保険サービスの基盤整備や高齢者施策の方向性を示すものであり、今後３年間の計画期間中はもとより、団塊世代が75歳以上になる2025年、その子どもの世代である団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年を見据えた中長期的な計画です。

本計画では、介護保険サービスの充実は当然のことながら、高齢者が生きがいを感じながら健康づくりやフレイル（虚弱）対策に取り組める施策を盛り込みました。特に各地域における「つどいの場」づくりなど高齢者を中心に地域住民が主体となって活躍できる取組を重点的に進め、地域共生社会の実現を目指していきます。

本町は「環境モデル都市」として、ＣＯ２の大幅な削減をめざすまちです。環境への高い意識を持ち、未来を見据えたまちづくりを進めています。豊かな自然を背景に、誰もがこのまちでいつまでも元気で暮らせるよう努めてまいりますので、町民の皆さまにも計画遂行のために一層のご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、計画策定にあたり、ご審議をいただきました御嵩町高齢者福祉・介護保険事業計画等策定委員会の委員の皆さまをはじめ、ご協力いただきました関係者の皆さまに感謝を申し上げます。

2021（令和３）年３月

御嵩町長　　渡　邊　公　夫

目　次

Ⅰ　計画の策定について

1　計画策定の背景……1

2　第８期介護保険事業計画のポイント（基本指針の概要）……3

3　計画の性格と期間……5

4　計画策定の方法……6

5　圏域の設定……7

Ⅱ　計画の基本的な考え方

1　基本理念……8

2　基本目標……9

3　施策の柱……10

4　計画の体系……11

5　将来推計……12

Ⅲ　基本計画

施策の柱１　みたけで暮らし続けるために

1　地域包括ケアシステムの充実……15

2　医療と介護の連携体制の構築……19

3　生活支援の充実……22

4　相談体制の充実……24

5　住環境づくりの推進……26

6　高齢者の安全確保の推進……27

7　人にやさしいまちづくりの推進……31

施策の柱２　みたけでいきいきと活動するために

1　健康づくり・介護予防の推進……33

2　生きがいづくりの推進……44

3　就労・ボランティア活動に関する支援の充実……45

4　居場所づくりの推進……47

施策の柱３　みたけで認知症の人を見守るために（認知症施策推進計画）

1　認知症支援体制の構築 49

2　認知症の理解と予防の啓発 51

3　家族に対する支援の充実 53

4　権利擁護の推進（御嵩町成年後見制度利用促進基本計画） 56

施策の柱４　みたけで介護が必要となっても安心して暮らすために

1　居宅サービスの充実 58

2　施設・居住系サービスの充実 76

3　介護保険事業費の見込みと保険料 83

4　介護保険事業の円滑な運営と給付の適正化の推進 89

5　家族介護者支援の充実 93

6　介護人材の確保と育成 94

7　自立支援・重度化予防の取組 96

Ⅳ　計画の推進

1　計画の推進体制 99

2　計画の進行管理 100

Ⅴ　資料

1　アンケート結果の概要と課題 103

2　用語解説 128

3　策定委員会 139

Ⅰ　計画の策定について

1　計画策定の背景

⑴　高齢化の進展

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、2020（令和２）年９月15日現在、総務省統計局の推計では、総人口は前年に比べ29万人減少している一方、65歳以上の高齢者人口は、3,617万人と、前年（3,587万人）に比べ30万人増加し、過去最多となりました。総人口に占める割合（高齢化率）は28.7%と、前年（28.4%）に比べ0.3ポイント上昇し、こちらも過去最高となっています。さらに、国立社会保障・人口問題研究所の推計では、65歳以上の高齢者人口は2042（令和24）年の3,935万人でピークを迎えますが、その後も、75歳以上の人口は増加し続けることが予想されています。

このような状況の中、団塊世代が75歳以上となる2025(令和７)年以降は医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。また、団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040（令和22）年における地域の状況と介護需要の変化を視野に入れ、サービスの基盤や、それを支える人的基盤の整備を進めていく必要があります。

こうした状況は、本町においても例外ではなく、2020（令和２）年４月１日現在、高齢化率は31.1%で町民の約３人に１人が高齢者となっています。また、75歳以上の人口割合は15.4%であり、今後さらに、高齢者人口および75歳以上の人口は増加するものと予測されます。

⑵　計画策定の趣旨

こうした背景のもと、本町では、高齢者の保健福祉に関する施策を総合的に推進するため、３年を１期とする「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、町民一人ひとりが、いつまでも安心して、いきいきと暮らせる地域づくりを進めています。

しかし、高齢化の進展に伴い、地域社会では高齢者をめぐる様々な問題が浮かび上がっています。ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加、介護する家族の負担増やそれに伴う離職の増加、介護者の孤立などの問題への対応が課題となっています。

また、平均寿命が延びている一方、介護が必要となる期間が増加しており、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる健康寿命の延伸も求められています。

このような課題を解決し、本町の住民が医療や介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まいおよび生活支援が包括的に提供される「地域包括ケアシステム」の充実が求められており、本計画は、その実現を目指すものです。

⑶　地域共生社会の実現を目指して

2016（平成28）年６月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」では、子ども、高齢者、障がいのある人など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現が掲げられました。高齢期のケアを地域で包括的に提供するという地域包括ケアシステムの考え方を、障がいのある人、子どもなどへの支援や、複合的な課題にも広げたものが「地域共生社会」の考え方であり、支援の「支え手」と「受け手」を分離して固定化することなく、医療・介護・福祉の専門職を含む地域住民が相互で支え合う地域コミュニティを構築しなければなりません。

本計画は、その実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備も念頭に策定し、推進する必要があります。

2　第８期介護保険事業計画のポイント（基本指針の概要）

市町村は、国が示した基本指針に即して介護保険事業計画を定めることとされています。「第８期介護保険事業（支援）計画」の基本指針では、団塊の世代が75歳以上に到達する2025（令和７）年と、生産年齢人口が急速に減少する2040（令和22）年に向けたサービス基盤や人材基盤の整備や、災害や感染症への備えについての記載などが求められています。

【基本指針の概要】

①　2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

②　地域共生社会の実現

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

③　介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクルに沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組の例示として就労的活動等について記載

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定

〇保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。

〇在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載

〇要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載

○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

④　有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

〇住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

〇住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して今後の方向性を検討

⑤　認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

○認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、５つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）

○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

⑥　地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

〇介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載

○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

⑦　災害や感染症対策に係る体制整備

○近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

3　計画の性格と期間

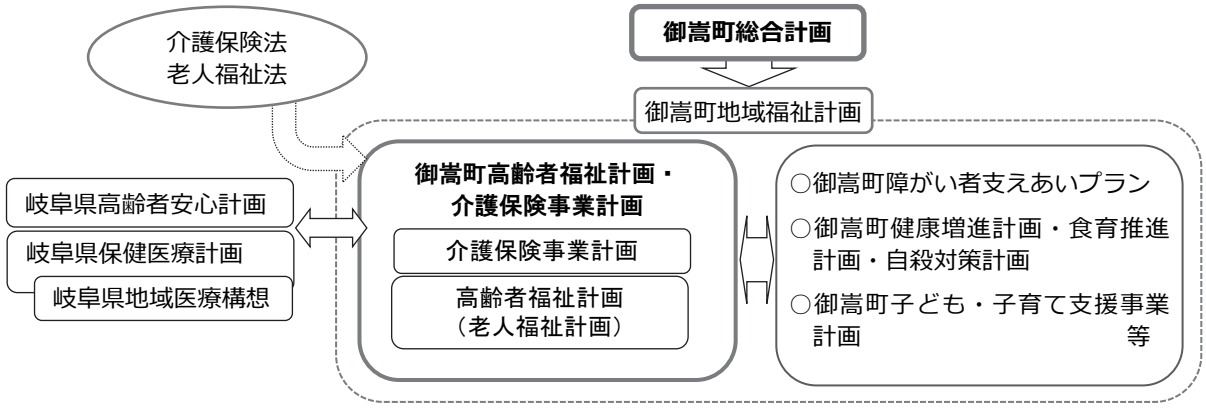
(1)　計画の法的な位置づけ

本計画は、介護保険法第117条に定められている市町村介護保険事業計画および老人福祉法第20条の８に基づく市町村老人福祉計画を一体化した計画です。

(2)　他計画等との整合性

本計画は、「御嵩町第５次総合計画」「御嵩町地域福祉計画」「御嵩町障がい者支えあいプラン」「御嵩町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」「御嵩町子ども・子育て支援事業計画」など町の関連計画および岐阜県高齢者安心計画並びに岐阜県保健医療計画の一部である岐阜県地域医療構想との整合性を図り策定しました。

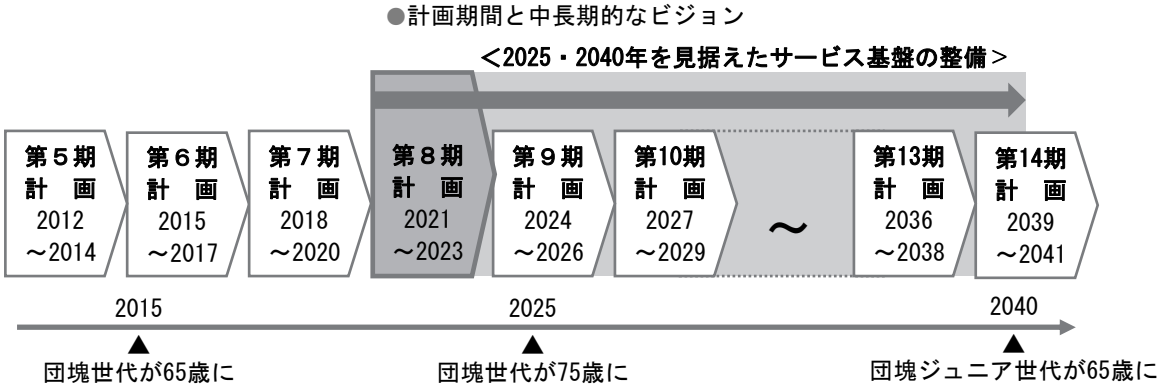
●計画の位置づけ



(3)　計画の期間

本計画の対象期間は、2021（令和３）～2023（令和５）年度の３年間です。被保険者数、要介護・要支援認定者数、介護給付等対象サービスの種類ごとの量、給付費、保険料等の推計にあたっては、団塊世代が75歳以上に到達する2025（令和７）年度と、団塊ジュニア世代が65歳以上に到達する2040（令和22）年度を見据えました。

●計画期間と中長期的なビジョン



4　計画策定の方法

(1)　策定体制

介護保険事業をはじめ高齢者福祉事業の円滑な運営を図るためには、幅広い関係者の協力を得て、本町の実情に応じた計画を策定する必要があります。このため、保健医療関係者、福祉関係者、被保険者代表、行政関係者等からなる「御嵩町高齢者福祉・介護保険事業計画等策定委員会」を本計画の審議機関として位置づけしました。

(2)　ニーズ等の把握

本計画の策定にあたって、対象者の健康状態や生活習慣、介護保険サービス、保健福祉サービスの利用状況やニーズ等を把握するために、アンケート調査を実施しました。

また、地域の現状等を把握するために、民生委員・児童委員および介護支援専門員を対象に記述式調査を実施しました。

●アンケート調査の概要

調査の種類	調査対象者	調査基準日	調査期間	調査方法
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	要介護１～５以外の65歳以上の人から無作為抽出	令和元年12月１日	令和元年12月24日～令和２年１月17日	郵送による配布・回収
在宅介護実態調査	要支援・要介護認定者（施設・居住系サービス利用者を除く）		平成31年１月４日～令和２年１月31日	認定調査員による聞き取り調査
民生委員・児童委員記述式調査	町内の民生委員・児童委員		令和２年５～６月	町職員が直接配布・回収
介護支援専門員記述式調査	町内で活動する介護支援専門員		令和２年５～６月	町職員が直接配布・回収

5　圏域の設定

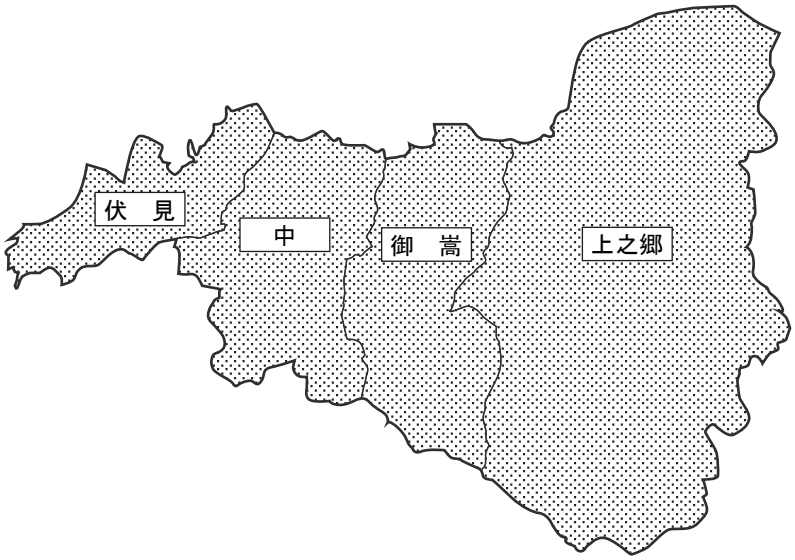
(1)　日常生活圏域

日常生活圏域とは、高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるように、地理的条件・人口・交通事情その他の社会的条件、施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて市町村内を区分するものです。

本町では、〈上之郷〉〈御嵩〉〈中〉〈伏見〉の４地域を日常生活圏域とします。

ただし、高齢者の活動範囲や介護サービスの提供範囲は、この地区内にとどまるものではありません。そこで、地域密着型サービスの提供にかかるサービス圏域は、町域全体として設定し、サービスの整備を進めていきます。

●日常生活圏域



(2)　老人福祉圏域

広域的な対応を必要とする事項については、都道府県の定める老人福祉圏域で調整することとされています。岐阜県の老人福祉圏域は、５圏域に分かれており、本町は、関市、美濃市、郡上市、美濃加茂市、可児市、加茂郡７町村および本町で構成する中濃圏域に属しています。

なお、この老人福祉圏域は、「岐阜県保健医療計画」等との調和を図る観点から、二次保健医療圏域と同じ圏域として設定されています。

Ⅱ　計画の基本的な考え方

1　基本理念

令和元年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査と在宅介護実態調査の結果によると、多くの高齢者が心身の状態などに関わらず、住み慣れた「自宅」での生活を希望していることがわかりました。また、ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯などの増加により、たとえ介護が必要な状態でなくても、日常生活に不自由を感じている人、自分や家族の健康に関する不安や災害など緊急時の不安を感じている人が増えていることも推察されます。

一方、活発に活動したいと考えている高齢者も多くなっており、地域での交流や趣味活動はもとより、働くことなど高齢者が自身の存在価値を実感できる場が求められています。高齢者は支えられるだけの存在ではなく、地域を支えていく大切なマンパワーとなります。地域の福祉課題が多様で複雑になっていく中、今後、こうした課題を解決する中心的な存在となるのは、経験や時間を豊富に有した高齢者であるといえます。

御嵩町第５次総合計画では、目指すべきまちの将来像を『つながる・あふれる・輝くまち』と定めるとともに、福祉分野では「誰もが安心して暮らせるまちにする」を施策の方向性として、住民と行政の協働のもと、様々な取組を行っています。

総合計画に掲げたまちの将来像を実現するために、本計画においては、高齢者ができる限り住み慣れた地域でその有する能力を最大限に発揮して自立した日常生活を営むことができるよう、専門職の連携と住民同士の支え合いにより、医療、介護、介護予防、住まいおよび生活支援が包括的に確保される「みたけ版地域包括ケアシステム」の構築を、第７期計画に引き続き、目指していきます。

みんなで　つくろう　安心と支え愛のまち

～地域包括ケアシステムの構築を目指して～

高齢者をはじめすべての住民が、地域コミュニティを育み、世代を超えた交流をすることで、
人と人、地域と地域のつながりを大切にし、ふれあい・支えあいにより
安心して暮らせる社会をつくります

2　基本目標

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」および「在宅介護実態調査」の結果から明らかになった課題の解決に向けて、次の５つを基本目標として掲げます。

①　地域住民による支え合い活動の推進

高齢者が日常生活を送る上で、不自由を感じることがないように、介護保険サービスや町の提供するサービスに加え、地域住民による見守りなど住民主体の支援体制を確立していきます。

②　社会参加の促進とフレイル対策の充実

高齢者が健康で生きがいを感じながら生活を送れるように、各地域における交流の場である「つどいの場」の充実を図るとともに、ウイルス感染拡大防止を念頭に、家で気軽にできるフレイル予防の取組を検討します。

③　高齢者が安心して暮らせる環境づくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、住宅の改修や高齢者向けの住宅に関する情報提供など「住まい」に関する支援を行います。また、移動手段について地域全体で検討していきます。

④　認知症対策の推進

認知症に対する理解が深まるよう啓発活動を強化するとともに、認知症の人とその家族の居場所づくりや見守りのネットワークの充実を図ります。

⑤　家族介護者への支援の充実

家族介護者の高齢化も視野に入れながら、介護者のレスパイト（負担軽減）につながるサービスの利用を促進するとともに、地元企業なども巻き込んだ仕事と介護の両立支援を検討します。

3　施策の柱

基本目標の実現を目指し、次の４つの柱に沿って各種施策・事業を推進していきます。

施策の柱１：みたけで暮らし続けるために

誰もが安心して住み慣れた地域に暮らし続けられるよう、「みたけ版地域包括ケアシステム」の充実を目指すとともに、住民と行政の協働による支え合いの仕組みづくりを進め、住民への情報提供や相談体制の充実を図ります。

施策の柱２：みたけでいきいきと活動するために

高齢者の生活機能を高め、介護が必要な状態にならないよう、地域ぐるみの支援を推進します。また、高齢者の地域活動を積極的に支援し、地域における活動の場づくりを推進します。

施策の柱３：みたけで認知症の人を見守るために

認知症に関する正しい知識の普及と予防対策を推進し、認知症の人とその家族が安心して地域で暮らすことができるよう、見守りのネットワークづくりを進めていきます。

施策の柱４：みたけで介護が必要となっても安心して暮らすために

誰もが自らの意思で介護保険サービスを選択できる環境を整備するとともに、重度化を予防し要介護度が改善するような取組や、介護人材の確保・育成について検討していきます。

4　計画の体系

基本理念	基本目標	施策の柱	施策の方向性
みんなで　つくろう　安心と支え愛のまち～地域包括ケアシステムの構築を目指して～	①　地域住民による支え合い活動の推進 ②　社会参加の促進とフレイル対策の充実 ③　高齢者が安心して暮らせる環境づくりの推進 ④　認知症対策の推進 ⑤　家族介護者への支援の充実	施策の柱１：みたけで暮らし続けるために	■地域包括ケアシステムの充実 ■医療と介護の連携体制の構築 ■生活支援の充実 ■相談体制の充実 ■住環境づくりの推進 ■高齢者の安全確保の推進 ■人にやさしいまちづくりの推進
		施策の柱２：みたけでいきいきと活動するために	■健康づくり・介護予防の推進 ■生きがいづくりの推進 ■就労・ボランティア活動に関する支援の充実 ■居場所づくりの推進
		施策の柱３：みたけで認知症の人を見守るために	■認知症支援体制の構築 ■認知症の理解と予防の啓発 ■家族に対する支援の充実 ■権利擁護の推進
		施策の柱４：みたけで介護が必要となっても安心して暮らすために	■居宅サービスの充実 ■施設・居住系サービスの充実 ■介護保険事業費の見込みと保険料 ■介護保険事業の円滑な運営と給付の適正化の推進 ■家族介護者支援の充実 ■介護人材の確保と育成 ■自立支援・重度化予防の取組

5　将来推計

介護保険事業計画においては、介護保険サービスの事業量・事業費の見込みを推計します。したがって、認定者数やサービス利用者数の推計基礎となる将来人口を把握する必要があります。本計画では、団塊の世代が、介護保険サービスを利用するリスクが高まる75歳以上の後期高齢者になる2025年、65歳以上人口がピークを迎える2040年を見据えた中長期的な視野に立った計画としなければなりません。したがって、関連する推計については2025年、2040年までの推計を行います。

(1)　人口推計

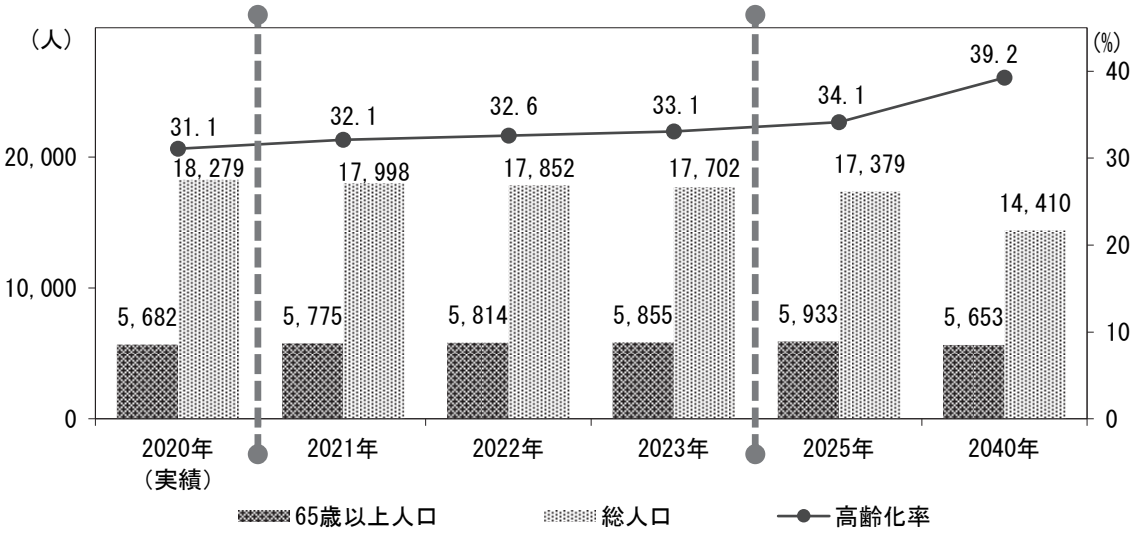
人口推計にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所の地域別将来推計人口（日本の地域別将来推計人口（平成30年３月推計））をベースに、2020(令和２)10月１日現在の住民基本台帳人口および2019（令和元）年度における第１号被保険者数との乖離状況を考慮して補正した数値を使用しました。

本町における2021（令和３）年から2023（令和５）年および2025(令和７)年、2040（令和22）年の推計人口は次のとおりです。

図表Ⅱ－１　推計人口　　単位：人

	2020（令和２）年（実績）	2021（令和３）年	2022（令和４）年	2023（令和５）年	2025（令和７）年	2040（令和22）年
総人口	18,279	17,998	17,852	17,702	17,379	14,410
40～64歳	5,918	5,820	5,763	5,706	5,614	4,525
65歳以上	5,682	5,775	5,814	5,855	5,933	5,653
65～74歳	2,874	2,839	2,771	2,701	2,560	2,069
75歳以上	2,808	2,936	3,043	3,154	3,373	3,584
高齢化率	31.1%	32.1%	32.6%	33.1%	34.1%	39.2%

図表Ⅱ－２　推計人口と高齢化率の推移



(2)　認定者数の推計

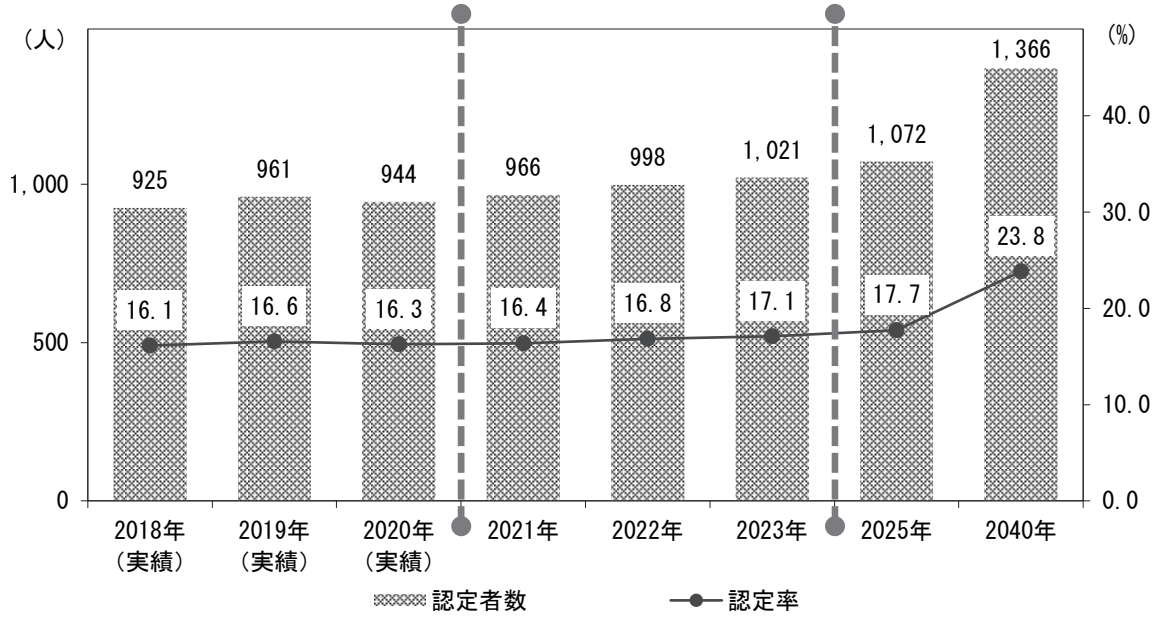
要支援・要介護認定者数は、2020（令和２）年９月末時点の要介護度別・性別・年齢階級別認定率をもとに設定した要介護度ごとの年齢階層別出現率に、性別・年齢階層別推計人口を乗じて算出しました。

図表Ⅱ－３　推定認定者数　　単位：人

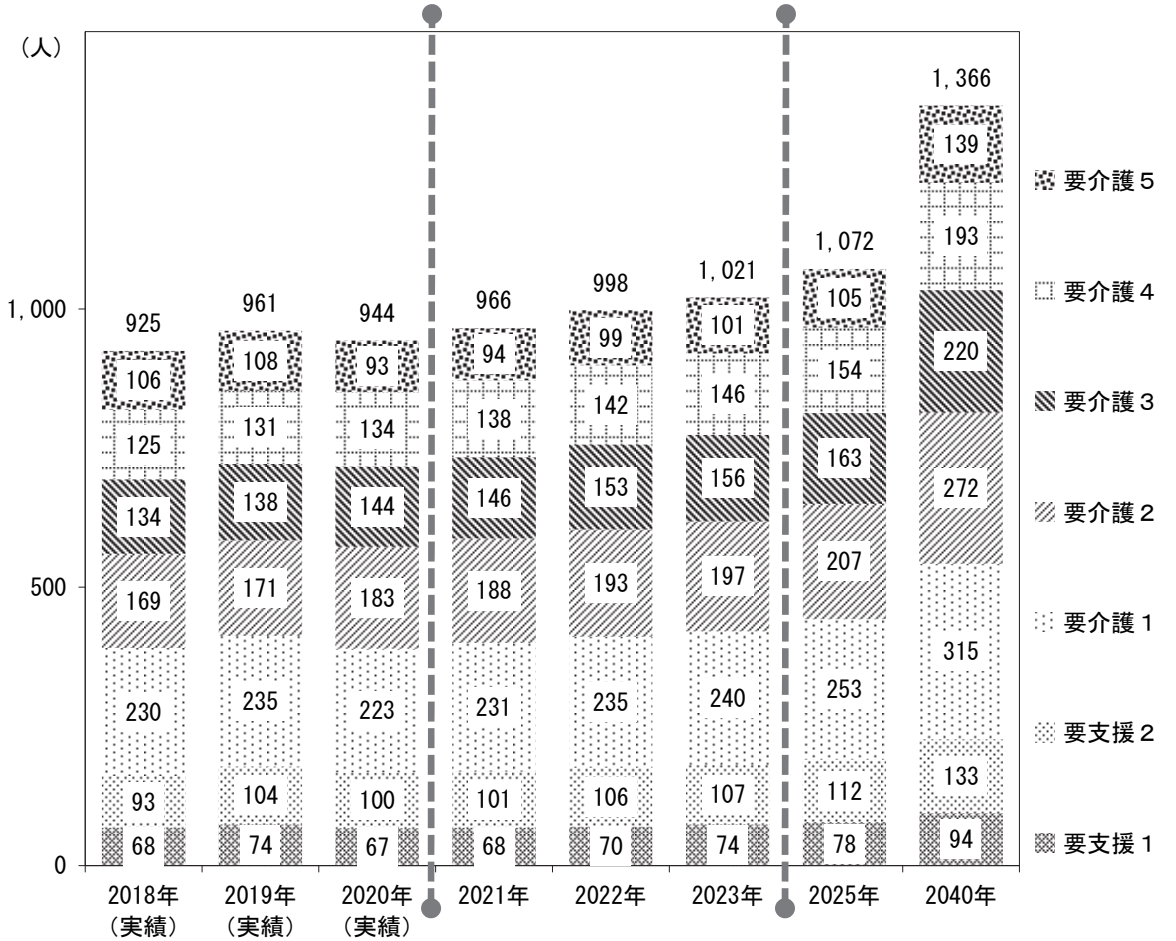
	2020（令和２）年（実績）	2021（令和３）年	2022（令和４）年	2023（令和５）年	2025（令和７）年	2040（令和22）年
総数	944	966	998	1,021	1,072	1,366
要支援１	67	68	70	74	78	94
要支援２	100	101	106	107	112	133
要介護１	223	231	235	240	253	315
要介護２	183	188	193	197	207	272
要介護３	144	146	153	156	163	220
要介護４	134	138	142	146	154	193
要介護５	93	94	99	101	105	139
うち第１号被保険者	924	946	978	1,001	1,052	1,348
要支援１	66	67	69	73	77	93
要支援２	98	99	104	105	110	131
要介護１	214	222	226	231	244	308
要介護２	181	186	191	195	205	270
要介護３	142	144	151	154	161	218
要介護４	131	135	139	143	151	190
要介護５	92	93	98	100	104	138
認定率	16.3%	16.4%	16.8%	17.1%	17.7%	23.8%

注：認定率＝第１号被保険者数に対する65歳以上の認定者数の割合

図表Ⅱ－４　推定認定者数と認定率の推移



図表Ⅱ－５　介護度別認定者数の推移



Ⅲ　基本計画

施策の柱１　みたけで暮らし続けるために

１　地域包括ケアシステムの充実

団塊の世代が、介護リスクの高い75歳以上になる2025（令和７）年には、介護保険の認定者も大幅に増加すると予測されます。こうした背景のもと、高齢者ができる限り住み慣れた地域でその有する能力を最大限に発揮して自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび生活支援が、専門職の連携と住民同士の支え合いによる重層的な支援のもと包括的に確保されるみたけ版地域包括ケアシステムの深化・充実を目指します。

(1)　地域共生社会の理念の普及

2016（平成28）年に厚生労働省は「地域共生社会」という新しい福祉の概念を公表し、その実現に向けた検討を開始しました。地域共生社会とは、高齢者、障がいのある人、子どもなどすべての人が、一人ひとりの暮らしと生きがいを、ともに創り、高め合う社会であるとされています。

▶第８期の展開

高齢化の進展を背景に、介護保険制度をはじめわが国の社会保障制度が、将来的に持続が困難になってきている中、「自助」や「互助」の重要性と、自分のこととして地域の課題に取り組む姿勢の大切さを、多くの住民に理解してもらうために、「地域共生」という考え方を、様々な機会を利用して周知していきます。

また、「つどいの場」など地域において保健・福祉・介護の専門職と住民が一緒に活動する機会を創出し、地域ぐるみで地域課題を解決する体制を構築します。

⑵　伴走型支援体制の構築

8050問題※をはじめ地域の福祉課題が複合化・複雑化している中、厚生労働省は、2019（令和元）年５月に「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」（地域共生社会推進検討会）を設置し、市町村における包括的な支援体制の整備を推進する方策について検討を進めています。その中で、福祉政策の新たなアプローチとして、支援を必要としている人に対し、継続的につながり、関わりながら、本人と周囲との関係を広げていく伴走型支援が示されました。

▶第８期の展開

本町における社会資源の状況や住民のニーズを把握しながら、専門多職種が連携・協働して、支援を必要とする人と継続的につながり、関わりながら、本人と周囲との関係を広げていく伴走型の支援体制を構築するよう検討していきます。

⑶　地域包括支援センターの機能強化

高齢者の地域での生活を支援していくためには、医療・介護・保健・福祉などの公的な支援と、地域の支え合いやボランティア等が行うインフォーマルな支援が、高齢者の状態・状況に応じて重層的に行われる必要があります。

このため、地域包括支援センターを設置し、高齢者の総合相談支援、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント支援など、高齢者の自立した生活の支援のために必要な業務を総合的に行っています。

なお、３か月に１度、「包括レンジャーだより」を発行して、地域包括支援センターの活動や、介護予防に関する情報を提供しています。

▶第８期の展開

地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、そ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する施設」（介護保険法第115条の46）とされています。言い換えれば、地域包括ケアシステムを実現するための中心的役割を果たすための機関です。

今後も、地域包括支援センターを地域包括ケアシステムの中心に位置づけ、各種関係団体の連携を強化することにより、本町における地域包括ケアシステムの構築を図ります。

※**8050問題：**「80」代の親が「50」代の子どもの生活を支えるという社会問題。若者の引きこもりが長期化すれば親も高齢となり、収入に関してや介護に関してなどの問題が発生するようになること。

⑷　地域ケア会議の充実

地域包括支援センターにおいて、介護サービス提供事業者、地域包括支援センター職員、町職員など関連機関の連携により、高齢者およびその家族などに対し、個別に支援する方法などを検討しています。2019（令和元）年度は６回開催しました。

▶第８期の展開

引き続き、地域包括ケアシステムが具体的に機能するよう、行政および地域包括支援センターを中心に、地域課題の解決に向け、医療・介護・保健・福祉に関わる専門機関の多職種連携を強化するとともに、確実な事例の振り返りと結果の追跡、政策形成への提言ができるよう体制の充実に努めます。

⑸　協議体の設置および生活支援コーディネーター

介護予防・生活支援サービスの体制整備にあたっては、市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、社会福祉協議会、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体によるサービス提供体制を構築し、高齢者を含め地域の支えあいの体制づくりを推進していく必要があります。

本町では、2017（平成29）年度から町全体を対象とした第１層協議体を設置するとともに、ゴミ捨て等の軽い家事援助や交通弱者への対応等について議論を進めました。また、各地区を対象とした第２層協議体の立ち上げについて検討しました。

2018・2019（平成30・令和元）年度は、特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンターと連携し、第２層の立ち上げに向けて勉強会や各地区でのお宝探し講座を行い、各地区のお宝に関するパンフレットを作成しました。

なお、介護予防・生活支援サービスの体制整備を円滑に推進していくために社会福祉協議会に委託して生活支援コーディネーターを１人配置しています。

▶第８期の展開

生活支援コーディネーターと協議体は、本町における高齢者の生活支援・介護予防の基盤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・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たすことが求められます。

生活支援コーディネーターが、地域の多様な主体と連携しながら、第２層における協議体を設置し、地域の課題解決に向けた取組を進めていきます。また、生活支援の担い手の養成に取り組むとともに、住民主体の「つどいの場」の運営にかかる調整等

を行っていきます。

(6) 地域共生を目指した包括的な庁内体制の整備

地域包括ケアシステムは、医療・介護・保健・福祉に関わる多職種の連携はもとより、広く住民の日常生活に関わる多くの部門・機関に関係する取組です。また、複合化・複雑化した福祉の課題を適切に解決するためには包括的な支援体制の整備が求められています。

▶第８期の展開

本計画の上位計画にあたる「御嵩町地域福祉計画」と連動しながら、地域包括ケアシステムを医療・介護・保健・福祉に限定したネットワークとせず、多職種連携のまちづくりの取組と捉え、庁内においても横のつながりを意識して、関連するすべての部署が当事者意識を持って取り組める体制を構築します。

2　医療と介護の連携体制の構築

少子高齢化社会に対応して、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が重要であり、在宅介護と連携した在宅医療を推進することが求められています。

このため、御嵩町では、近隣市や医師会、歯科医師会等と連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築を進めていきます。

⑴　在宅医療・介護連携の推進

本町と可児市の協働により、多職種間の相互理解と各種情報（地域資源）の把握・共有を図るために、2015（平成27）年度には、情報共有ツールとして医療機関・介護事業所等を一覧できる「【可児市・御嵩町】在宅医療・介護等地域資源マップ」を作成し、2019(令和元)年度にはその第２版を作成しました。

また、在宅医療介護連携推進のため、2017（平成29）年８月から医療の専門職（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）と介護の専門職（ケアマネジャー、地域包括支援センター等）による在宅医療・介護連携推進プロジェクトチーム（かけそばネット）を立ち上げ、多職種交流会・勉強会、住民向けの講演会等を実施するとともに、専門職による事例検討とチーム会議（専門職向け研修チーム、専門職向け連携チーム、住民向け広報チーム）に分かれ取組の検討を行っています。

▶第８期の展開

在宅医療・介護連携の推進により、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、引き続き、町、医師会、歯科医師会等が協力して、御嵩町において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させます。

①　医療・介護関係者の情報共有・連携体制の充実

患者・利用者の在宅療養生活を支えるため、状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう、在宅医療・介護連携プロジェクトチームの充実を図り、連携体制を強化します。

②　医療・介護連携に関する相談窓口体制等の充実

医療・介護関係者や地域住民からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、関係機関との調整や情報提供を実施する相談窓口の必要性を医療・介護関係者と協

議します。また、歯科受診困難者が適切な歯科治療を地域で受けることができるよう「可児地域在宅歯科医療連携室」との連携を強化します。

さらに、あらゆる相談事項に対応するため、各種専門職によるコーディネーターの配置について検討します。

③　医療・介護関係者の研修と住民への普及啓発

医療・介護関係者の連携に向け、相互理解のための取組を実施します。相互の業務における現状や課題を研修会や勉強会を通じて共有することにより、円滑な連携関係を構築します。

また、住民が、在宅医療に対する理解を深められるよう、引き続き、周知・啓発のためのフォーラムを開催するとともに、町広報紙「ほっとみたけ」、ホームページへ関連記事を掲載していきます。

④　地域との連携との推進

医療・介護関係者が地域と関わる場づくりを推進します。地域ケア会議に、医療・介護関係者が参画し、地域における課題の共有や必要なニーズの把握ができる体制の構築に向けた協議をしていきます。

⑵　「御嵩町版エンディングノート」と人生会議（ＡＣＰ）の普及

厚生労働省では、もしものときのために、自身が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング)」を推進しています。

本町では、2019(令和元)年度に「御嵩町版エンディングノート」を作成し、普及を進めています。

▶第８期の展開

人生の最終段階において、本人の意思決定を基本とした上で適切な医療・介護サービス等が提供されるよう、医療機関や介護保険サービス事業所等と連携し、「御嵩町版エンディングノート」および人生会議の普及を進めます。

(3) 訪問看護等の充実

医療的ケアを必要とする要介護者が安心して在宅生活を送ることができ、家族介護者の負担を軽減するためには、訪問看護をはじめとする医療系の介護サービスや、訪問リハビリテーションなど機能回復を目的とした介護サービスの利用が有効です。

▶第８期の展開

在宅介護の可能性を高め、誰もが住み慣れた地域や自宅で暮らし続けられるよう、訪問看護や、機能回復を目指した訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどのサービスについてケアマネジャー等との連携のもと、利用の促進を図っていきます。

また、従来の居宅サービスに加え、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護など、施設機能を地域で展開するタイプのサービスの展開について需要動向を考慮しながら研究していきます。

3　生活支援の充実

ひとり暮らし高齢者をはじめ高齢者のみの世帯の人は、たとえ介護が必要でなくても、日常生活において様々な不自由を感じている場合が少なくありません。住民の誰もが地域において自立した生活を送ることができ、安心して自宅で暮らせるよう、生活上の支援等を、必要に応じて提供していきます。

⑴　高齢者等配食サービス事業

ひとり暮らし等の高齢者世帯の人の見守りや、食生活を改善し、健康増進を図り在宅生活を維持するため、配食サービスを実施しています。

2019(令和元)年度は、49～57人の対象者に対し、延べ17,877食提供しました。

▶第８期の展開

ひとり暮らし等の高齢者世帯の人の栄養バランスのとれた食事の確保と在宅生活の維持のため、引き続き実施します。申請時のアセスメントを的確に行い、自立支援の観点から適正にサービスを提供していきます。

⑵　高齢者サポーター派遣事業

在宅において高齢者が自立した生活を継続できるように、日常生活で支援や援助を必要とする高齢者にサポーターを派遣し、家事援助を行っています。

2019(令和元)年度は、延べ696件（生活サポート：612件、安否確認：84件）派遣しました。

▶第８期の展開

高齢者の自立した生活を支えるとともに、要介護状態への進行を予防することを目的として、引き続き、事業を実施します。

⑶　高齢者ショートステイ事業（介護保険対象外）

日常生活に支障があり、一時的な保護が必要と認められる介護認定を受けていない高齢者を対象に、養護老人ホームで短期間の入所サービスを提供しています。

2019(令和元)年度は、１件、14日間の利用がありました。

▶第８期の展開

日常生活に支障のある人の在宅生活を支援するために、引き続き、実施します。

⑷　らくだネット

目や体が不自由になったことで、車の運転ができなくなり、生活に必要な物品の購入や、日常の行為が難しくなった人に対し、商品配達や送迎、訪問によって日常生活を補う「らくだネット」を2015（平成27）年１月から開始しました。2020（令和２）年12月１日現在、44店舗の登録があります。協力店には、この事業への参加を示す目印として、「らくだネット」のシール、マグネットを貼ってもらっています。また、「御嵩町送迎配達店舗ガイド」を作成し、加盟店舗の情報を掲載しています。

▶第８期の展開

日常生活に支障のある人や運転免許証を返納した人等の在宅生活の継続を支援するため、制度の周知を図るとともに協力店の確保に努めます。

また、店舗だけでなく、住民主体による商品配達や送迎も行えるよう、周知・啓発をしていきます。

4　相談体制の充実

高齢者や障がいのある人をはじめ住民にとって身近な場所で質の高い相談支援が提供できるよう、相談支援の充実を図るとともに、関係機関の連携を強化します。

(1)　相談窓口の充実

御嵩町地域包括支援センター（保険長寿課）の窓口において、高齢者に関する住民からの相談に応じています。

▶第８期の展開

高齢者、児童、生活困窮者など複合化・複雑化した課題に対応できるよう、庁内横断的な相談支援体制づくりに向けて取り組んでいきます。

また、相談の内容が、適切なサービス利用につながり、手続きがスムーズに行われるよう、研修会や勉強会等により、職員の能力向上を図っていきます。

(2)　民生委員・児童委員への活動支援

地域においては民生委員・児童委員が、高齢者、障がいのある人等の相談に応じたり、地域の福祉活動を推進したり、さらには関係行政機関との協力等の幅広い活動をしています。

2019(令和元)年度においては、38人の民生委員・児童委員が延べ3,867日活動しています。

▶第８期の展開

民生委員・児童委員は、住民の身近な相談相手として、また、具体的な援助者として様々な活動を展開しており、地域の高齢者の福祉を推進するにあたっての中心的な役割を担っています。今後も住民の立場に立った地域福祉の要として、多岐にわたる活動全般を支援していきます。

(3) 情報提供の充実

高齢者の生活の質を維持するために高齢者福祉サービスに関する情報提供は重要です。現在、町広報紙「ほっとみたけ」やホームページ等を利用した情報提供を行っています。

▶第８期の展開

町広報紙「ほっとみたけ」やホームページ等の充実を図ることはもとより、高齢者自身にも理解しやすいよう、職員による出前講座を実施するなど、人を介した情報提供・広報の方策を検討していきます。

(4) 福祉オンブズパーソン制度の充実

福祉サービスに関して、利用者等に苦情や不満がある場合、福祉オンブズパーソンが、実態の調査や所要の勧告などを行う制度を実施しています。

現在、福祉オンブズパーソンは、地域包括支援センター運営推進会議、介護保険運営推進会議、地域密着運営推進会議等に出席し、その意見を町の施策に反映させています。

▶第８期の展開

福祉オンブズパーソンが、制度本来の趣旨である福祉サービスに関する苦情解決システムとして機能し、福祉サービスを利用して生活している高齢者の尊厳が保たれるよう、町広報紙「ほっとみたけ」やホームページ等に掲載、また、申請時等にチラシを配布し制度の周知に努めます。

5　住環境づくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、安定した居住環境を確保する必要があります。生活を支援するためのサービスに加え、住宅の改修や、高齢者向けの住宅に関する情報提供など、住居に関する支援を行います。

(1)　高齢者に配慮した住宅に関する情報提供

日常生活や介護に不安を抱くひとり暮らし高齢者等が施設入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすための高齢者住宅については、「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」に基づくサービス付き高齢者住宅や住宅型の有料老人ホーム等があります。

現在町内には該当する住宅はありませんが、世帯状況の変化や価値観の多様化により、高齢者向け住宅へのニーズが高まることが予測されます。

▶第８期の展開

高齢者が安心して老後を生活するために、サービス付き高齢者住宅や住宅型の有料老人ホーム等のニーズを把握し整備方針を検討するとともに、情報提供に努めます。

(2)　養護老人ホーム

養護老人ホームは、環境上の理由や経済的理由により自宅で生活することが困難な高齢者の入所施設です。町内には１か所整備されています。

▶第８期の展開

町内の養護老人ホーム「さわやか長楽荘」との連携を強化し、入所者の社会復帰の促進および自立のために必要な指導、支援等を行っていきます。

6　高齢者の安全確保の推進

地震などの災害が発生した時、高齢者をはじめ避難行動要支援者の安全確保が地域の課題となっています。また、高齢者が犠牲となる犯罪や交通事故に対する不安が、高齢者の行動を不自由にしています。住み良い地域とは、安心して安全に暮らせることであり、災害、事故、犯罪による被害を防ぐことは、住民の共通した願いです。住民一人ひとりの信頼関係と各種団体等との連携をもとに、地域ぐるみで安全確保を推進していきます。

(1)　避難行動要支援者の支援体制の整備

地震などの災害が発生した時、ひとり暮らし高齢者など避難行動要支援者の安全確保が重要な課題となっています。

2020（令和２）年度現在、町内の８自治会が災害時要援護者支援計画を策定しています。

▶第８期の展開

ひとり暮らし高齢者や障がいのある人などが災害時に支援を受けられるよう、自治会、民生委員・児童委員などを中心に個人情報の保護に留意しながら、避難時に支援を必要とする避難行動要支援者の把握を行います。また、自治会や自主防災組織と連携して、要支援者を避難させる体制の構築を支援します。

加えて、災害時要援護者支援計画を策定する自治会を増やすため説明会の開催や、既存計画の検証をするため模擬訓練を実施します。

(2)　福祉避難所の整備

災害時に避難所での生活が困難な高齢者等を受け入れる福祉避難所については、2020(令和２)年度現在、７か所を整備しています。

▶第８期の展開

引き続き、災害時に要介護者、重度障がいのある人などが安心して避難生活を送れるよう地域の社会福祉施設などと協定を結び、施設を避難所として活用できるよう整備します。

また、福祉避難所運営マニュアルを作成し、避難所の円滑な運営を図ります。

⑶　災害対策の充実

地震や風水害など全国的な災害発生状況を踏まえ、災害時の備え等の重要性について、介護サービス提供事業所等と共有しながら対策を検討する必要があります。

▶第８期の展開

介護サービス提供事業所等と連携のもと、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、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行います。

また、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促します。

⑷　在宅避難に関する支援の充実

災害が発生してライフラインが停止したとしても、自宅建物に倒壊などの危険がなく住み続けられる状態であれば、場合によっては、在宅避難も有効であると考えられます。

▶第８期の展開

ひとり暮らし高齢者等が安心して在宅避難ができるよう、必要な物資、食料等を受け渡せる体制の整備を検討するとともに平時から在宅避難に関する情報提供を行っていきます。

⑸　緊急通報システム事業

介護認定を受けているひとり暮らし等の高齢者世帯の急病・火災等の緊急時に迅速に対処するため、ボタンひとつで連絡がとれる緊急通報装置の貸与を実施しています。

2019（令和元）年度現在、57台設置されており、救急要請が４件ありました。

▶第８期の展開

ひとり暮らし高齢者の増加に伴いサービスの必要度は高くなっており、日常生活の安全確保と不安解消のため設置を促進します。また、地域の支援体制の構築に努めます。

⑹　救急医療情報キット配付事業

高齢者のいる世帯の安心で安全な暮らしを守るため、救急医療情報キットを無料で配布しています。

2019(令和元)年度末現在、613世帯、929人に配布されています。

▶第８期の展開

ひとり暮らし高齢者の在宅生活における安全確保と不安解消のため、事業の周知を行い、利用の促進を図ります。

⑺　感染症対策の充実

2020（令和２）年現在、新型コロナウイルスの脅威に直面しており、介護現場においてもサービスを利用する側・提供する側の双方が深刻な状況に置かれています。こうした背景のもと、感染症の拡大等への備え等の重要性について、介護サービス提供事業所等と共有しながら対策を検討する必要があります。

▶第８期の展開

介護サービス提供事業所等と連携のもと、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、感染症に対する研修の実施等を検討します。

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を整備するとともに、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・輸送体制の整備を進めます。

⑻　防犯体制の整備

窃盗、空き巣など高齢者が被害者となる犯罪が増加しています。また、ひとり暮らし等の高齢者世帯が増加し、地域における防犯機能が低下しています。

▶第８期の展開

地域での声かけ運動、プライバシーに配慮した緊急連絡網の整備・活用などにより地域の安心・安全な生活を支援します。

(9) 消費者被害の防止

近年、消費者を取り巻く環境は大きく変化し、消費者犯罪の手口も巧妙化、複雑化しています。特に高齢者を狙った悪徳商法や医療費・年金の還付をかたった詐欺などの犯罪被害が後を絶ちません。

▶第８期の展開

日頃から安心・安全に対する意識を身に付けられるよう、地域での声かけなどをとおして消費者被害の周知に努めます。また、悪徳商法から高齢者を守るため情報提供に努めます。

(10) 高齢者の交通安全対策の推進

高齢者の交通事故は増加しており、交通死亡事故の半数を占めると言われています。また、近年は高齢ドライバーによる交通事故が全国的に急増しており、運転免許証返納後の移動手段の確保が課題となっています。

▶第８期の展開

高齢者の交通安全の確保および意識の向上を図るため、高齢者向けの交通安全教育、交通指導や、高齢運転者向けの交通安全対策事業について、関係機関と連携しながら推進していきます。

7　人にやさしいまちづくりの推進

年齢や性別、障がいの有無等に関係なく、誰もが使いやすいように配慮するというユニバーサルデザインの考え方に基づき、社会の仕組みなど様々な分野で見直しが進んでいます。高齢者が社会から疎外されることなく、住み慣れた地域において、安全かつ快適に外出し社会生活が行える環境を整えるため、施設整備等のハード面と思いやりの心を育むというソフト面の両面からユニバーサルデザインによるまちづくりを推進します。

(1)　ユニバーサルデザインに基づくまちづくり

バリアフリーに関する法律、条例等の制度面の整備に伴い、徐々に公共施設等のバリアフリー化が進んできました。本町においても、新しく整備される公共施設については、高齢者や障がいのある人の利用に配慮した設計になっています。役場など既存施設においても、スロープや車いす専用駐車場の設置、窓口カウンターの高さの改善等バリアフリー化を進めています。

▶第８期の展開

法律、県の条例等を遵守するとともに、あらゆる人に配慮したユニバーサルデザインの考え方に基づき公共施設等の整備をしていきます。また、まちづくりに住民の意見を反映させられるよう、住民との意見交換の場を設けたり、住民の自主的な活動を支援したりできる体制を整えます。

(2)　公共交通機関のユニバーサルデザイン化の推進

本町には、公共交通機関として名鉄広見線が通っており、御嵩駅、御嵩口駅、顔戸駅の３駅があります。

▶第８期の展開

駅施設のユニバーサルデザイン化を関係機関に働きかけるとともに、公共交通の利便性の向上を目指します。

⑶　御嵩町ふれあいバス・ふれあい予約バスの利便性の向上

本町では、住民の移動手段を確保するためコミュニティバスとしてふれあいバス、タクシー車両を使用するふれあい予約バスを運行しています。

▶第８期の展開

交通弱者である高齢者等の積極的な社会参加を促進するため、利用者の声を反映しながら、ふれあいバス、ふれあい予約バスの利便性の向上を図ります。

⑷　外出支援の促進

ねたきり高齢者等の外出を支援するため、タクシー会社などが運行する専用リフト付き車両の料金の一部を助成するサービスを実施しています。

2019(令和元)年度は。延べ30件の利用がありました。

▶第８期の展開

ねたきり高齢者等の社会参加を支援するため、引き続き、助成を実施します。

また、高齢者や障がいのある人の積極的な社会参加を支援するため、リフト付き車両の送迎など福祉輸送サービスにかかる民間事業者や、福祉有償運送にかかるNPO法人等の参入を促進するとともに、社会福祉協議会と連携して運転ボランティアなど地域の人材育成を図っていきます。

施策の柱２　みたけでいきいきと活動するために

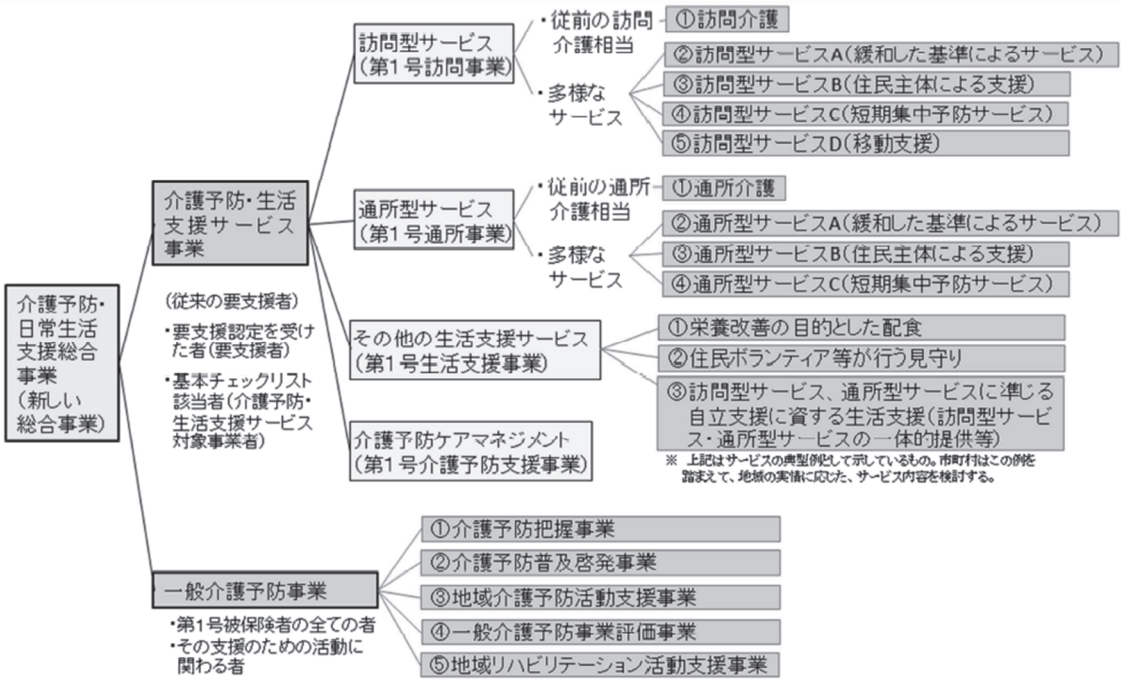
１　健康づくり・介護予防の推進

本町は、2017（平成29）年４月から「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下「総合事業」という。)を開始しました。要支援者に対する介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、全国一律の基準に基づくサービスから、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組による総合事業に位置づけられるとともに、これまでの二次予防事業などの介護予防事業も総合事業に再編されました。

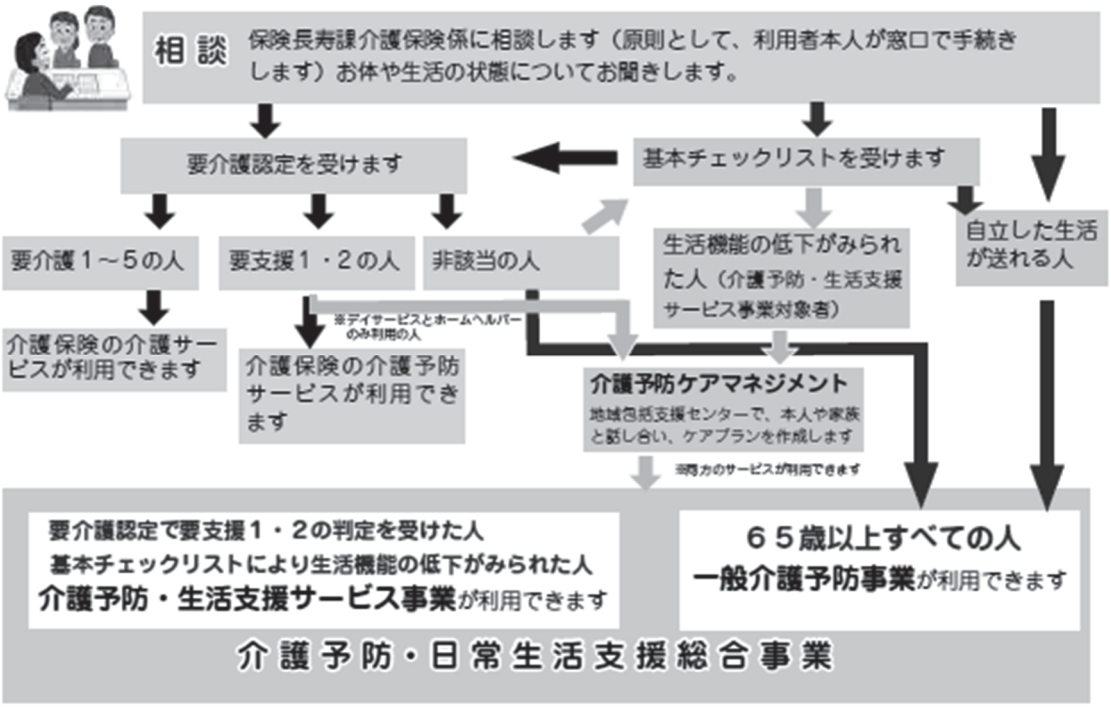
(1)　介護予防・日常生活支援総合事業の概要

総合事業は、訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、介護予防の普及啓発等の「一般介護予防事業」で構成されています。「一般介護予防事業」はすべての高齢者が対象となり、「介護予防・生活支援サービス事業」は、要支援者と要支援者に相当する状態の人でチェックリスト等を用いて判断し、介護予防ケアマネジメントを受けた人が対象となります。

図表Ⅲ－１　総合事業のサービス体系



図表Ⅲ－２　御嵩町における総合事業の利用の流れ



(2)　介護予防・日常生活支援サービス

介護予防・生活支援サービス事業は、「訪問型サービス」、「通所型サービス」、「その他の生活支援サービス」および「介護予防ケアマネジメント」で構成されます。このうち、「訪問型サービス」および「通所型サービス」には、従来の訪問介護や通所介護に加え、主に雇用労働者が提供するサービスＡ、ボランティア主体のサービスＢ、保健・医療の専門職が提供するサービスＣなどの類型があります。多様な内容であり、サービスの基準や単価は、町が決定します。利用者は、それらのサービスから希望のサービスを選ぶことができます。

「その他の生活支援サービス」は、配食、見守り、訪問型サービスおよび通所型サービスの一体的提供等の３つのサービスです。

①　訪問型サービス

介護予防・生活支援サービス事業の対象者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供しています。

＜御嵩町における訪問型サービス＞

区　　分	サービス内容等	実施方法
介護予防訪問介護相当サービス （従来の介護予防訪問介護に相当）	■身体介護 ■掃除、洗濯、買い物等の生活援助	・指定事業者

図表Ⅲ－３　訪問型サービスの実績

区　　分		2018（平成30）年度	2019（令和元）年度
介護予防訪問介護相当サービス	実利用者数(人)	31	38

▶第８期の展開

介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。

利用者ニーズの把握に努めるとともに、住民主体の多様なサービス提供体制を整えていきます。

＜第８期に想定される訪問型サービスの類型＞

区　　分	サービス内容等	実施方法
訪問型サービスＡ （緩和した基準によるサービス）	■掃除、洗濯、買い物等の生活援助	・指定事業者
訪問型サービスＢ （住民参加によるサービス）	■掃除、洗濯、買い物等の生活援助 ■ごみ出し、電球交換等の軽易な生活援助	・シルバー人材センター ・ボランティア

図表Ⅲ－４　訪問型サービスの見込み

区　　分		2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
介護予防訪問介護相当サービス	実利用者数（人）	38	38	38
訪問型サービスＡ	実利用者数（人）	0	0	5
訪問型サービスＢ	実利用者数（人）	0	10	25

② 通所型サービス

介護予防・生活支援サービス事業の対象者に対し、機能訓練や「つどいの場」など日常生活上の支援を提供しています。

＜御嵩町における通所型サービス＞

区　　分	サービス内容等	実施方法
介護予防通所介護相当サービス （従来の介護予防通所介護に相当）	■生活機能向上のための機能訓練	・指定事業者

図表Ⅲ－５　通所型サービスの実績

区　　分		2018（平成30）年度	2019（令和元）年度
介護予防通所介護相当サービス	実利用者数（人）	57	75

▶第８期の展開

介護予防・生活支援サービス事業対象者に対し、機能訓練や「つどいの場」など日常生活上の支援を提供します。利用者ニーズの把握に努めるとともに、地域の事情に合った住民主体の「つどいの場」の整備を進めていきます。

＜第８期に想定される通所型サービスの類型＞

区　　分	サービス内容等	実施方法
通所型サービスＡ （緩和した基準によるサービス）	■ミニデイサービス ■運動・レクリエーション等	・事業者指定
通所型サービスＢ （住民主体による支援）	■サロン活動等の通いの場（レクリエーション・茶話会・つどいの場）	・補助（地域・住民）
通所型サービスＣ （短期集中予防サービス）	■生活機能を改善するための手足の機能・口腔機能の向上を目的とした教室（３～６か月）	・町 ・事業所委託

図表Ⅲ－６　通所型サービスの見込み

区　　分		2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
介護予防通所介護相当サービス	実利用者数（人）	75	75	75
通所型サービスＡ	実利用者数（人）	0	5	5
通所型サービスＢ	実利用者数（人）	0	6	10
通所型サービスＣ	実利用者数（人）	3	5	5

③　その他の生活支援サービス

食事を作ることが困難なひとり暮らし高齢者等に対し、栄養改善を目的とした配食、住民ボランティア等が行うひとり暮らし高齢者等への見守り、買い物支援と運動機能向上を目的とした買い物リハビリテーション事業を総合事業として実施しています。

▶第８期の展開

自立支援の観点から、サービス提供にあたってはアセスメントを的確に行い、適切にサービスを提供します。また、より効果的に実施できるよう、提供体制を検討していきます。

⑵　介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス事業およびその他のサービスが包括的・効率的に提供されるよう御嵩町地域包括支援センターにおいてケアプランの作成を行っています。

▶第８期の展開

今後も、利用者の心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じ、高齢者自身が自分でできることは、自分で行うことを前提に、過不足のないサービス提供を基本として、御嵩町地域包括支援センターにおいて専門的な視点からケアプランの作成を行っていきます。

⑶　一般介護予防

元気な高齢者が、できる限り元気なまま、いきいきと暮らせるよう65歳以上の人、全員を対象とした介護予防事業を充実します。

①　介護予防普及啓発事業

65歳以上の介護保険を利用していない高齢者全員を対象とした介護予防事業として、みたけ健康館、伏見にこにこ館、御嵩町防災コミュニティセンターの筋力トレーニング施設を活用して筋力トレーニング事業、公民館での介護予防体操体験講座、口腔機能向上事業、商業施設での介護予防教室等を実施していきます。

▶第８期の展開

イ　筋力トレーニング事業

要支援・要介護状態になることの予防はもとより、社会的孤立感の解消、自立生活の助長を目指し、引き続き、みたけ健康館、伏見にこにこ館、御嵩町防災コミュニティセンターの筋力トレーニング施設を使用し、運動機能の向上のため筋力トレーニング教室を実施します。

また、教室終了後も継続して介護予防が図れるよう筋力トレーニングフォローアップ教室への参加を周知していきます。

図表Ⅲ－７　筋力トレーニング教室の見込み

区　　分	第８期の見込み		
	2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
実施会場数	3	3	3
実施回数（回）	48	48	48
参加実人数（人）	40	40	40
参加延人数（人）	336	336	350

ロ　筋力トレーニングフォローアップ教室

引き続き、運動機能の維持のため、筋力トレーニングフォローアップ教室を実施します。

また、高齢者サポーターをさらに育成し、高齢者ボランティアポイント制度を併用しながら元気に過ごせるようにします。

図表Ⅲ－８　フォローアップ教室の見込み

区　　分	第８期の見込み		
	2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
実施会場数	3	3	3
実施回数（回）	1,260	1,265	1,270
参加実人数（人）	220	260	300
参加延人数（人）	12,360	14,000	16,000

ハ　介護予防体操体験講座

高齢者の身体機能低下の予防を目指し、介護予防のための講話、ダンス、ストレッチ、健康体操などを内容とした介護予防体操体験講座を実施するとともに、地域における介護予防活動を推進していきます。

また、送迎など参加しやすい地域での活動を推進していきます。

図表Ⅲ－９　介護予防体操体験講座の見込み

区　　分	第８期の見込み		
	2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
実施会場数	4	4	4
実施回数（回）	75	75	75
参加延人数（人）	600	675	750

ニ　口腔機能向上事業

摂食・嚥下機能の低下やその悪化を予防する観点から、口腔ケアの重要性について、広く周知するとともに、口腔ケアを習慣化できるよう、口腔機能向上教室の充実に努めます。

また、要介護３～５の在宅の人を対象に、訪問診療を実施していきます。

図表Ⅲ－10　口腔機能向上教室の見込み

区　　分	第８期の見込み		
	2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023(令５)年度
実施会場数	4	4	4
実施回数（回）	7	7	7
参加実人数（人）	10	11	12
参加延人数（人）	80	88	96

②　地域介護予防活動支援事業（げんきボランティア65）

2017（平成29）年度から、げんきボランティア65（高齢者ボランティアポイント制度）を開始しました。

この制度は、65歳以上の人がボランティア活動を行った場合、活動実績に応じてポイントが付与され、蓄積したポイントを換金することができる事業です。

高齢者の介護予防および健康増進に取り組むことを応援するとともに、社会活動や地域貢献活動への参加を増やし、いきいきと元気で活力ある地域社会をつくることを目指しています。

▶第８期の展開

高齢者の活動の場を広げ、生きがいづくりや介護予防につなげるため、登録者の増加を目指し制度の周知を図ります。

また、高齢者の日常生活が支援できるボランティア活動を検討していきます。

図表Ⅲ－11　げんきボランティア65の見込み

区　　分	第８期の見込み		
	2021（令３）年度	2022（令４）年度	2023（令５）年度
登録団体数（団体）	27	28	29
登録者数（人）	350	360	370
活動回数（回）	1,580	1,600	1,620
活動時間（時間）	7,000	7,100	7,200

③　地域リハビリテーション活動支援事業

2016（平成28）年度から、地域ケア会議でリハビリ専門職が介護予防に関するアドバイスをしています。

▶第８期の展開

引き続き、地域ケア会議、通所・訪問・サービス担当者会議でリハビリ専門職が、介護予防に関するアドバイスをするとともに、「つどいの場」でもアドバイスが提供できるよう検討します。

④　在宅介護予防の推進

2020（令和２）年現在、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、地域住民が気軽に集まることが難しくなっており、各種介護予防教室の開催や「つどいの場」の活動に支障を来しているのが現状です。

また、様々な理由で、引きこもりがちな高齢者も少なからずおり、在宅でできる介護予防の取組が求められています。

▶第８期の展開

高齢者が家にいながら身体機能や認知機能の低下を予防できるよう、訪問による在宅介護予防の取組を検討します。

具体的には、御嵩町オリジナルの介護予防体操「夢いろ体操」のＤＶＤ等を訪問によ

り配布するとともに、話し相手となることで、当該高齢者が社会との接点を持てるような取組を想定しています。

担い手としては、元気な高齢者をはじめ地域住民が主体となるような仕組みを考え、最終的には、介護予防・生活支援サービスの訪問型サービスＢとして提供することを目指します。

(4) 健康づくりと疾病予防

高齢者がいきいきと暮らしていくためには、身体と精神がともに健康であることが大切です。いつまでも健康で介護を必要としない状態を維持するための保健施策を充実します。

また、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行うため、介護予防の取組と「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」第125条第１項に規定する高齢者保健事業との一体的な実施を進めます。

① 特定健康診査・特定保健指導

40～74歳までの住民で、国民健康保険に加入している人を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者および予備群が減少することを目的に、身体計測、血圧、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、腎機能血液検査、尿検査などを内容とした特定健康診査を実施しています。この結果、メタボリックシンドローム発生のリスクの高い人には生活習慣改善のための特定保健指導を行っています。

また、75歳以上の後期高齢者医療保険加入者を対象に、後期高齢者健康診査（ぎふ・すこやか健診）も実施しています。

▶第８期の展開

要支援・要介護状態になるリスクが高くなるメタボリックシンドロームの予防を目的に、特定健康診査および特定保健指導並びに後期高齢者健康診査を継続して実施します。

② 各種検診

各種がん検診、肝炎ウイルス検診、結核検診、歯周病検診、骨粗しょう症検診など、各種検診を実施しています。

▶第８期の展開

高齢者をはじめ住民の生涯を通じた健康保持・増進を支援するため、継続して実施します。なお、できるだけ多くの人に受診してもらえるよう検診の周知、受診勧奨をするとともに、結果をわかりやすく情報提供し、指導を充実させます。

③　健康教育

「御嵩町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」に基づき、栄養バランスのとれた食事や、薄味の工夫、運動を楽しむ仲間づくり、タバコの健康に及ぼす影響、生きがいづくりなどの正しい知識や実践の方法を、多くの町民に、健康づくりの集団健康教育などで普及や啓発をしています。

▶第８期の展開

住民一人ひとりが、「自分の健康は自分で守り、つくる」という積極的な意識を持って健康の維持増進を図れるよう、今後も健康教育を実施していきます。

④　健康相談（いきいき健康相談）

心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導および助言を行っています。

▶第８期の展開

糖尿病・心疾患・脳卒中等の予防を重点的な目標として、特定健診等の結果に基づき、栄養、運動等、日常生活における生活習慣改善についての助言・指導を行います。

また、電話・面接等による健康相談を随時行い、町民の健康管理の一助となるとともに、健康についての最新情報が提供できるよう努めます。

⑤　高齢者等インフルエンザ予防接種

65歳以上の人等を対象とした予防接種法に基づくインフルエンザの予防接種を実施しています。

▶第８期の展開

インフルエンザが重症化するリスクの高い高齢者等のインフルエンザの感染予防・重症化予防を目的に、高齢者等インフルエンザ予防接種を推奨し、予防意識の啓発に努めます。

⑥　重症化予防（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

御嵩町は、人工透析患者が２~3か月に1～2人ずつ増えています。

また、男女ともに県と比較して、糖・尿酸・脂質(LDLコレステロール)の有所見者が多く、糖尿病医療費割合も増加しています。

▶第８期の展開

糖尿病（予防）教室を毎年実施し、糖尿病についての知識の普及と生活習慣改善を図ります。

総合判定の数値が非常に高い人に対しては、文書や電話での説明（受診勧奨）にて確実に医療機関へ受診できるようにつなげます。

また、国民健康保険の加入者だけでなく、社会保険など加入者の受診を促すため、商工会や町内事業所に周知・啓発を図ります。

飲酒が原因により、病気にかかっている場合も想定されるため、適正な飲酒量になるよう、町広報紙「ほっとみたけ」等で町民の現状を伝え、知識の普及を図ります。

さらに、地域のボランティアなどと連携して「つどいの場」の創出など、地域における糖尿病に関する知識の普及を図る取組を検討します。

2　生きがいづくりの推進

高齢者が地域のつながりの中で、生活の質を高めたり、能力を向上させたり、自分自身の人生を充実させる努力を続けることは、生きがいのある人生を送る上で重要なことであるとともに、活気ある地域づくりにも有効です。高齢者が自分のライフスタイルにあった生きがいを見つけ、積極的に社会参加できるような環境を整えていきます。

(1)　高齢者団体への活動支援

本町には、いわゆる老人クラブ連合会がありませんが、地域によっては高齢者が主体的に老人クラブ等を組織して、仲間づくりを通じた生きがいづくり、健康づくり、レクリエーション活動などを実施しています。

▶第８期の展開

高齢者団体の活動が会員相互の趣味・娯楽にとどまらず、社会や地域での役割を果たせるように、地域ごとの団体の活動状況に応じた組織活動の支援を行います。

(2)　生涯学習・スポーツの充実

高齢者等の生きがいの創出や社会参加の促進を図るため、成人講座を中心に高齢者の学習活動、スポーツ活動、文化活動等を進めています。

▶第８期の展開

高齢者の学習意欲を満たすとともに、仲間づくりの場として、成人講座等の開催をしていきます。なお、運営や講座の内容等について、高齢者が主体的に参加できる体制により、高齢者のニーズに応じたものになるよう努めます。

また、高齢者が、グラウンドゴルフ、マレットゴルフなどの軽スポーツのほか、体操・ゲーム等のレクリエーションを生きがい・健康づくりとして楽しむことができ、仲間づくりの場となるよう、各種軽スポーツおよびレクリエーションの普及を図るとともに、適切な指導ができる人材の育成と確保に努めます。

3　就労・ボランティア活動に関する支援の充実

社会とのつながりを失うことがフレイル(虚弱)の入り口と言われており、高齢者が地域をはじめ社会の中で役割を担い、積極的に社会貢献することは、本人の生きがいと介護予防につながります。また、高齢者のいきいきとした活動は、地域社会の活性化を図る上で大きな力となることも期待されます。就労を中心に社会参加のできる機会づくりや場づくりを積極的に推進していきます。

(1)　御嵩町シルバー人材センターの活性化

御嵩町シルバー人材センターは、自己の能力を活かし、生きがいをもって社会参加ができるよう設立された組織です。定年退職者の増加とともに、その果たす役割がますます重要となってきています。

▶第８期の展開

高齢者の生きがいづくりの場として、御嵩町シルバー人材センターへの加入を呼びかけていくとともに、高齢者の多様な価値観に対応し、魅力的で社会的貢献度が高い活動、特技・技能を生かした活動を展開できるよう情報提供等の支援を行い、センターの活性化を図ります。

また、介護予防・生活支援サービスの担い手として協議していきます。

(2)　高齢者の就労・雇用促進

就労は、高齢者にとって、収入を得るだけでなく、生きがいとしても重要です。「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」では、事業主に対し、定年の引上げ等の措置を求めていますが、定年の実態は事業所により様々であると考えられます。

▶第８期の展開

高齢者の就労・雇用促進については、関係機関との連携を強化するとともに、町内企業に対しては、各種助成制度の情報提供を図ることにより、高齢者の継続雇用等を働きかけていきます。

(3) 高齢者のボランティアの促進

高齢者は地域社会を支える重要な人材であり、地域において経験や知識を活かして活動できるような支援が重要となります。こうした活動は高齢者の心身両面における健康の保持・介護予防に有効であり、ひいては地域の活性化につながるものと考えられます。御嵩町では、総合事業の一環として、げんきボランティア65（高齢者ボランティアポイント制度）を開始しましたが、それ以外にも、高齢者には気軽にできる地域貢献の場が求められています。

▶第８期の展開

げんきボランティア65のみならず、地域における健康づくりや福祉サービスの展開にあたって、高齢者の協力を得ていくとともに、子どもの登下校の見守り、認知症高齢者等の見守り、総合事業における担い手など高齢者のボランティア活動を促進していきます。

4　居場所づくりの推進

高齢者同士、または高齢者と他の世代が交流できるよう、「つどいの場」づくりに努めるとともに、高齢者が自分にあった生きがいを見つけ、積極的に社会参加できるような環境を整えていきます。

(1)　地域における「つどいの場」づくりの推進

地域には、「つどいの場」をはじめ多くの地域貢献活動が根付いており、住民主体の「つどいの場」がたくさんあります。御嵩町地域包括支援センターでは、こうした取組を「見える化」することにより、活動の輪が広がるよう、2017（平成29）年度に「つどいの場ガイド」を作成し、公表しました。

地域に気軽に通える「つどいの場」があるのは、生きがいはもとより、介護予防にもつながります。しかし、参加者は女性が多く、男性が少ないのが現状です。

▶第８期の展開

地域における既存の良い取組が、町全体に積極的に広がっていくよう、具体的に活動を紹介（『見える化』）しながら、専門職の派遣など運営を支援していくとともに、総合事業の通所型サービスの担い手づくりを推進していきます。

また、特に男性が気軽に通える「つどいの場」づくりに焦点をあて、支援の一つとして、健康づくりを目的とした健康マージャン教室を開催していきます。

(2)　多世代交流等の促進

世代を超えた地域住民同士のふれあいや対話を通じて、お互いの理解が進み、支え合いの基盤ができるよう、子どもから高齢者まで多世代にわたる交流の場づくりが求められています。

▶第８期の展開

地域での行事などを中心に、高齢者と子どもや他の世代との「つどいの場」づくりに努め、多世代間の交流を促進します。また、地域における子育て支援など高齢者の経験や知識が活かされる場については、高齢者の参加を積極的に求め、生きがいづくりの場とするとともに、住民同士が支え合う豊かな地域づくりの場として支援してい

きます。

さらに、障がいのある人や外国人など、日常生活において何らかの支援を必要とする人が、地域で安心して暮らせるよう地域共生の視点で交流機会を創出していきます。

(3) 高齢者いきがい活動支援センター等の活用

介護保険制度の対象とならない高齢者の生きがいと社会参加を促進するとともに、閉じこもり防止や身体機能の維持向上、生活支援や介護予防を目的として、高齢者いきがい活動支援センターを２か所（あっと訪夢、ふらっとハウス）設置しています。また、高齢者の教養の向上、レクリエーションの場、世代間交流の場として「老人憩の家」を１か所設置しています。

▶第８期の展開

高齢者の生きがい活動の拠点として、要支援・要介護状態になることの予防はもとより、社会的孤立感の解消、自立生活の助長を目指します。今後はこれらの施設へ健康づくりの専門職を派遣することで、施設活用の充実を図ります。

施策の柱３　みたけで認知症の人を見守るために（認知症施策推進計画）

１　認知症支援体制の構築

国は、2019（令和元）年に「認知症施策推進大綱」を公表しました。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て、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発等を５つの柱として施策を推進していくことがまとめられています。本町においても「認知症施策推進大綱」に基づき、地域の実情に即した認知症支援体制を構築していきます。

⑴　認知症ケアパスの普及

本町では、2020（令和２）年に「認知症ケアパス(初版)」を作成しました。認知症ケアパスとは、認知症と認知症が疑われる症状が発生したときから生活するうえで様々な支障が出てくる中で、その進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいかをまとめた冊子です。

▶第８期の展開

「認知症ケアパス(初版)」を、住民や医療・介護関係者に対し、様々な機会を活用し積極的に普及を図ります。

また、更新にあたっては、認知症の人本人や家族の意見を反映したものを作成します。

⑵　認知症初期集中支援チームの充実

多職種協働により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活の支援をするための認知症初期集中支援チームを2018（平成30）年３月から設置しています。

▶第８期の展開

今後は、認知症初期集中支援チームで見守り対象者の状況を整理するとともに、増加が予測される新たな支援者に対し、迅速かつ的確に対応できるよう、個別の事例等を振り返り検証する体制を整えていきます。

(3) 認知症地域支援推進員の配置

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、医療、介護、生活支援が円滑に連携した体制を整える必要があります。そこで、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を2018（平成30）年３月から配置しています。

▶第８期の展開

引き続き、認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、適切な支援を検討するとともに、関係機関の連携調整等の支援を行います。また、認知症地域支援推進員の周知を図ります。

(4) 若年性認知症の人に対する支援の充実

若年性認知症の人は、仕事や生活において高齢者と異なる課題や負担があり、本人や家族の状況に合わせた、地域ぐるみのきめ細やかな支援が必要です。

▶第８期の展開

若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、若年性認知症支援に関する周知啓発を積極的に行っていきます。特に、地元企業に対するサポーター養成講座や啓発活動を通して、職場における理解と雇用の確保を行います。

また、その社会参加を支援するために、関係機関等と連携を強化し、障害福祉サービスの就労系サービスの利用を促進するとともに、ピアサポート（同じような立場の人によるサポート）活動を支援するなど地域活動等に参加しやすい環境を整えていきます。

2　認知症の理解と予防の啓発

認知症は、加齢に伴う物忘れと判断されて放置される傾向にあり、重症化してから顕在化することがあります。認知症を早期発見し、早期ケアにつなげるために、認知症に関する正しい理解や介護技術について、本人や介護者をはじめ地域住民に幅広く普及させるよう積極的な啓発活動を行います。

(1)　認知症サポーターの養成

認知症サポーターとは、認知症サポーター養成講座を受け、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り応援するボランティアの人をいいます。

2020（令和２）年11月17日現在、本町には、認知症サポーターが1,213人、講師役となるキャラバン・メイトが17人います。

▶第８期の展開

認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトの養成を図り、認知症を理解し、認知症の人やその家族を見守り支援するサポーターを養成するための講座を開催します。また、小中学生を対象とした養成講座も開催していきます。

さらに、ステップアップ講座を開催することにより、認知症サポーターが地域の見守り支援の担い手として活躍できるよう、認知症の人や家族の支援ニーズと認知症サポーターをつなげる仕組みである「チームオレンジ」の立ち上げを推進していきます。

図表Ⅲ－12　認知症サポーターの目標

区　　分	第８期の目標		
	2021（令和３）年度	2022（令和４）年度	2023（令和５）年度
サポーター数（人）	1,400	1,600	1,800

(2)　啓発活動と本人発信支援の充実

1994年「国際アルツハイマー病協会」（ADI）は、世界保健機関（WHO）と共同で毎年9月21日を「世界アルツハイマーデー」と制定し、この日を中心に認知症の啓蒙を実施しています。また、９月を「世界アルツハイマー月間」と定め、様々な取組を行っています。わが国でも公益社団法人「認知症の人と家族の会」がポスターやリーフレットを作成し、認知症への理解を呼びかけるなどの活動を行っています。

▶第８期の展開

世界アルツハイマーデーおよび月間などの機会を捉えた認知症に関するイベント等の普及啓発の取組を実施します。

また、認知症の人本人から発信する機会を作ります。さらに、認知症の人本人の意見を把握し、施策の企画・立案、評価へ本人視点が反映されるよう、認知症の人本人同士が語り合う「本人ミーティング」の実施を検討します。

3　家族に対する支援の充実

家族介護者にとって「認知症」が大きな介護不安となっています。こうした介護者の精神的・肉体的負担を軽減するため、見守りや介護サービス等による支援の充実を図ります。

⑴　行方不明高齢者等早期発見システム端末機貸与事業

認知症高齢者等が行方不明になった場合に、その位置を早急に把握できる位置情報探索システムの発信機の貸し出しを実施しています。

2019(令和元)年度は３件の貸出を行いました。

▶第８期の展開

事故の防止と高齢者の安全確保を図るとともに、行方不明高齢者等の家族の介護負担を軽減するために、継続して実施するとともに、サービスの周知を図っていきます。

また、早期発見に有効な新たなツールについて研究します。

⑵　行方不明高齢者等ＳＯＳネットワーク「ほっとねっと」

行方不明者の事故を防止するため、行政機関内部や事前に協力を得た介護保険サービス事業者や医療機関、一般住民等に迅速・正確に必要な情報を発信し、日常業務・生活を通じた目配りによって行方不明者を早期に発見し、警察や家族への連絡、本人の保護が図られるネットワークの構築を進めています。

2020(令和２)年度現在、300機関の協力を得ており、年１回の模擬訓練も実施しています。

▶第８期の展開

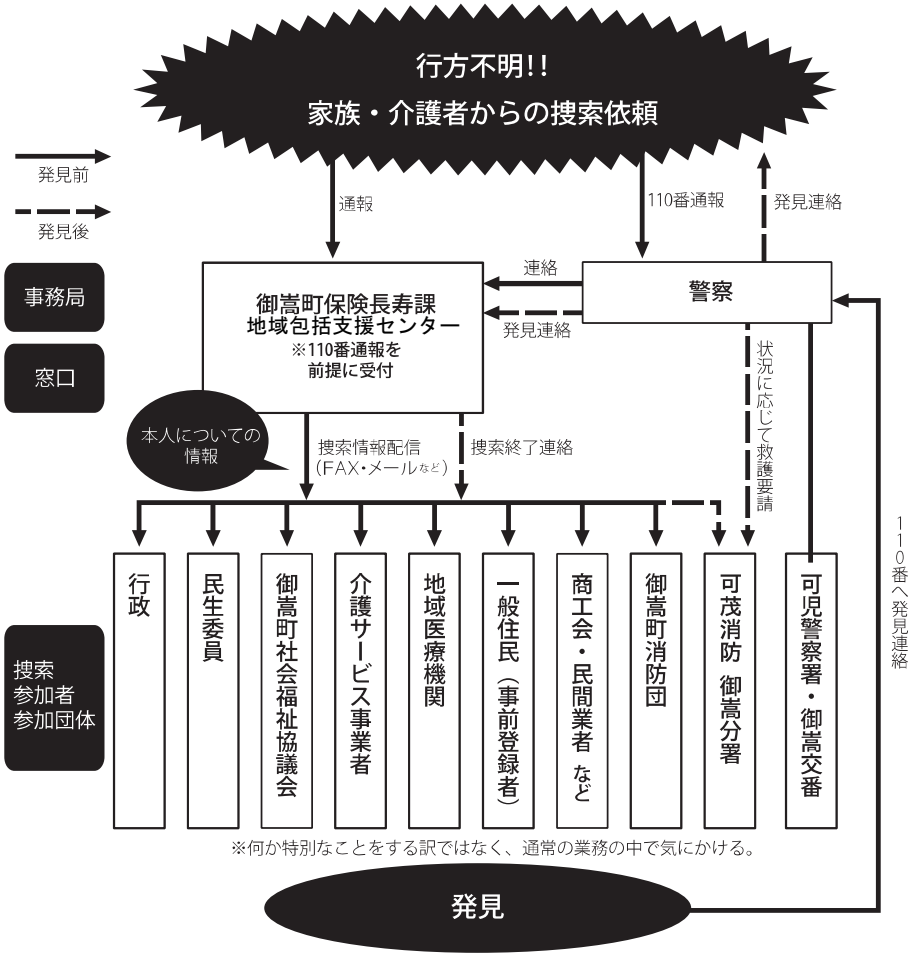
認知症高齢者等の安全の確保と家族介護者の負担軽減を図るため、制度の普及を進めるとともに、ネットワークの充実を図り、認知症や高齢者虐待など高齢者の抱える課題についての基本的な理解が浸透し、困りごとを抱えた高齢者の発見・連絡・支援がスムーズに行われ、全ての住民にとって安心して生活できる地域づくりを目指します。

また、行方不明高齢者等に対する関心を高めるとともに、ネットワークの充実を図るため、模擬訓練を実施します。

図表Ⅲ－13　行方不明高齢者等ＳＯＳネットワーク「ほっとねっと」の目標

区　　分	第８期の目標		
	2021（令和３）年度	2022（令和４）年度	2023（令和５）年度
協力機関数（機関）	310	330	350

図表Ⅲ－14　行方不明高齢者等ＳＯＳネットワークのイメージ



(2)　認知症の人と介護者の居場所づくり

「認知症カフェ」とは「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、つどう場」とされており、将来的には認知症ケアの中で大きな役割を担うものであると考えられます。本町では、場所は固定されていませんが、「あっと訪夢」、「御嵩町老人憩いの家」等で実施しています。

図表Ⅲ－15　認知症カフェの実績

区　　分	2018（平成30）年度	2019（令和元）年度
開催回数　　（回）	12	16

▶第８期の展開

上之郷、御嵩、中、伏見の４地域に各１か所の認知症カフェの設置を目指します。認知症の人本人と家族、地域住民、専門職等が、気軽に集まり、交流できる「つどいの場」を、多くの地域に開設できるよう、関係機関と連携し支援していきます。

４　権利擁護の推進（御嵩町成年後見制度利用促進基本計画）

国は、成年後見制度の利用の促進に関する法律に基づく「成年後見制度利用促進基本計画」を2017(平成29)年３月に閣議決定しました。この基本計画に基づき、関係機関が連携して成年後見制度に関する施策に取り組むこととなりました。また、法律では、市町村が成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画（成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画））を定める努力義務が規定されています。このため、御嵩町では、本計画の本項において、この成年後見制度利用促進基本計画を定めます。

(1)　成年後見制度利用支援事業

判断能力が不十分な認知症高齢者等の財産管理などを行うための成年後見制度利用時において、必要により町長による後見開始の審判請求とその費用の助成を行っています。

▶第８期の展開

判断能力が不十分な身寄りのない高齢者等を支援するため、必要により町長による後見開始の審判請求とその費用の助成を行っていきます。また、関連機関との連携を図りながら成年後見制度の周知を図ります。

今後は、権利擁護に関する様々なケースが現れてくるものと考えられ、専門職による支援のみならず、専門職以外の住民による支援も含めた権利擁護システムの構築を目指します。

(2)　日常生活自立支援事業

日常生活に不安を抱えている認知症高齢者等が地域で安心して生活を送れるよう、日常生活における福祉サービスの利用相談、利用料支払い等の福祉サービスの利用援助とそれに付随した日常的な金銭管理事務手続き等を行う日常生活自立支援事業を社会福祉協議会が実施しています。

▶第８期の展開

判断能力に不安のある認知症高齢者等が、地域で自立した生活が送れるよう、町社会福祉協議会との連携を強化しながら、制度のさらなる周知と利用促進を図ります。

⑶　御嵩町権利擁護センターの充実と権利擁護に係るネットワークの構築

成年後見制度の利用を必要とする人が、適切に制度を利用できるよう、中核機関として御嵩町権利擁護センターを2020(令和２)年４月に設置しました。

▶第８期の展開

判断能力に不安のある高齢者等が、地域で安心して自立した生活が送れるよう、御嵩町権利擁護センターを強化し、成年後見制度に関する相談、成年後見制度の利用支援、権利擁護に関わる人材の育成など、権利擁護に関する各種事業を推進します。

また、広域的な連携により、法律・福祉・医療の専門職や関係機関等が連携するネットワークを構築します。

⑷　高齢者虐待防止の推進

高齢者の人権を守ることを目的として、2006（平成18年）４月に「高齢者の虐待、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行されました。

▶第８期の展開

①　予防と発見

高齢者虐待と疑われる時は、相談・通報してもらえるよう住民の関心を高めるため、高齢者虐待防止の啓発や高齢者虐待相談窓口等の周知をするとともに、介護支援専門員など関係機関に対して、虐待の早期発見、通報についての周知・啓発に努めます。

②　早期対応と支援

虐待や虐待の兆候が発見された場合、早期に相談や救済支援が行えるよう、地域包括支援センターをはじめ関係機関が連携して早期に相談や救済支援が行えるよう体制を整えます。

③　介入と緊急対応

虐待の状況が深刻で、このまま放置できないと判断した場合は、引き続き、関係機関と連携・協議し、高齢者ショートステイ事業などを利用し、避難という対応をしていきます。

施策の柱４　みたけで介護が必要となっても安心して暮らすために

１　居宅サービスの充実

推計した要支援・要介護認定者数から、施設・居住系サービス受給者の推計値を引いたのが居宅サービス受給対象者数です（図表Ⅲ－16）。

この居宅サービス受給対象者数に、2019（令和元）～2020（令和２）年度の利用率の伸びをベースに高齢者のみの世帯の増加など居宅介護をめぐる情勢の変化などを勘案して設定した受給率を乗じて、各居宅サービス受給者数を推計しました。

図表Ⅲ－16　居宅サービス受給対象者数　　単位：人

区　分	実　績			見込み				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
要支援	161	178	167	167	174	179	188	225
要介護	554	587	575	568	583	592	617	814
合　計	715	765	742	735	757	771	805	1,039

(1)　訪問介護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付137人で、１人あたりの月平均利用回数は30.3回です。

【見込みと第８期の展開】

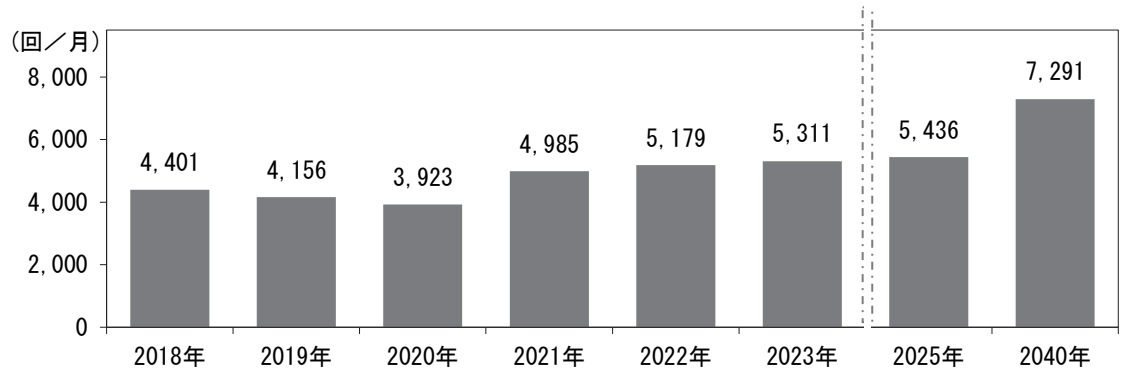
認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には1.28倍、2025年度には1.31倍、2040年度には1.75倍になる見込みです。

サービス利用にあたっては、利用者が自らできることは可能な限り自ら行うことを基本として適切なケアマネジメントのもと利用されるよう助言・指導を行います。

図表Ⅲ－17　訪問介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護給付	利用者数（人／月）	139	137	136	162	167	171	177	233
	サービス量（回／月）	4,401	4,156	3,923	4,985	5,179	5,311	5,436	7,291

図表Ⅲ－18　訪問介護のサービス量の推移（介護給付）



(2)　訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付14人、予防給付1人です。介護給付の１人あたりの月平均利用回数は6.1回です。

【見込みと第８期の展開】

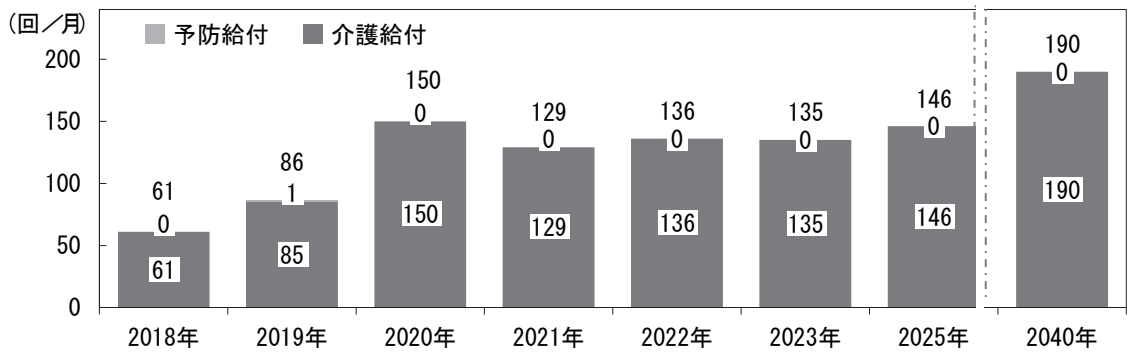
予防給付はこれまでの実績から、今後も利用はほとんどないものと見込まれます。

介護給付は認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には1.59倍、2025年度には1.72倍、2040年度には2.24倍になると見込まれます。

図表Ⅲ－19　訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	0	1	0	0	0	0	0	0
	サービス量（回／月）	0	1	0	0	0	0	0	0
介護給付	利用者数（人／月）	9	14	19	21	22	22	24	31
	サービス量（回／月）	61	85	150	129	136	135	146	190

図表Ⅲ－20　訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護のサービス量の推移



(3)　訪問看護・介護予防訪問看護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付９人、介護給付103人です。１人あたりの月平均利用回数は、予防給付5.0回、介護給付5.3回です。

【見込みと第８期の展開】

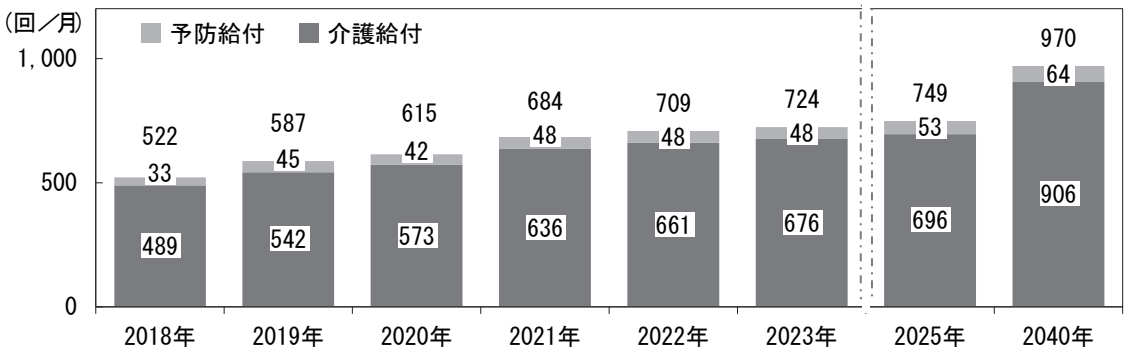
在宅介護における医療的ケアの必要性が高まるにしたがいサービス量は増加すると考えられ、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には予防給付1.07倍、介護給付1.25倍、2025年度には予防給付1.18倍、介護給付1.28倍、2040年度には予防給付1.42倍、介護給付1.67倍になると見込まれます。

在宅介護を推進する上で重要なサービスであり、サービス提供事業者との連携のもと、利用の促進を図っていきます。

図表Ⅲ－21　訪問看護・介護予防訪問看護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	6	9	9	9	9	9	10	12
	サービス量（回／月）	33	45	42	48	48	48	53	64
介護給付	利用者数（人／月）	87	103	108	119	124	127	131	170
	サービス量（回／月）	489	542	573	636	661	676	696	906

図表Ⅲ－22　訪問看護・介護予防訪問看護のサービス量の推移



(4)　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付３人、介護給付30人です。１人あたりの月平均利用回数は、予防給付7.7回、介護給付11.2回です。

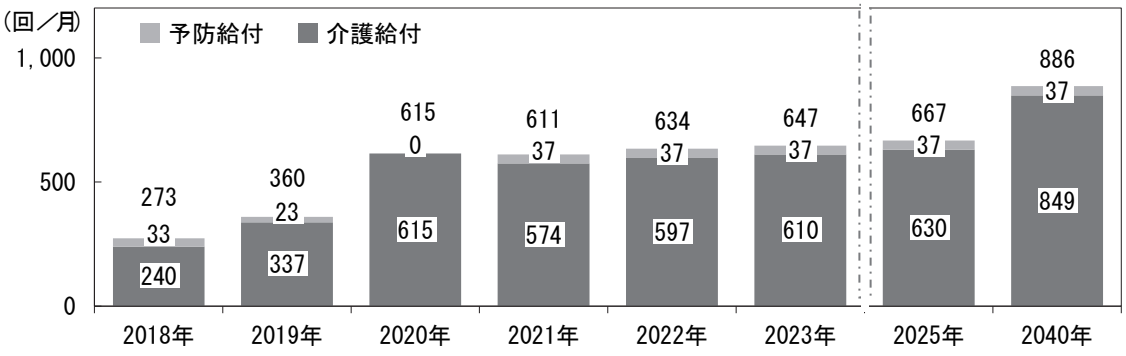
【見込みと第８期の展開】

認定者数の増加にともないサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、予防給付は2023年以降1.61倍、介護給付は2023年には1.81倍、2025年度には1.87倍、2040年には2.52倍となる見込みです。利用者の身体機能の維持向上を図り、自立生活への復帰をめざせるよう利用を促進するとともに、供給体制の確保に努めます。

図表Ⅲ－23　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	2	3	0	4	4	4	4	4
	サービス量（回／月）	33	23	0	37	37	37	37	37
介護給付	利用者数（人／月）	24	30	44	48	50	51	53	71
	サービス量（回／月）	240	337	615	574	597	610	630	849

図表Ⅲ－24　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションのサービス量の推移



(5)　居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付５人、介護給付141人です。

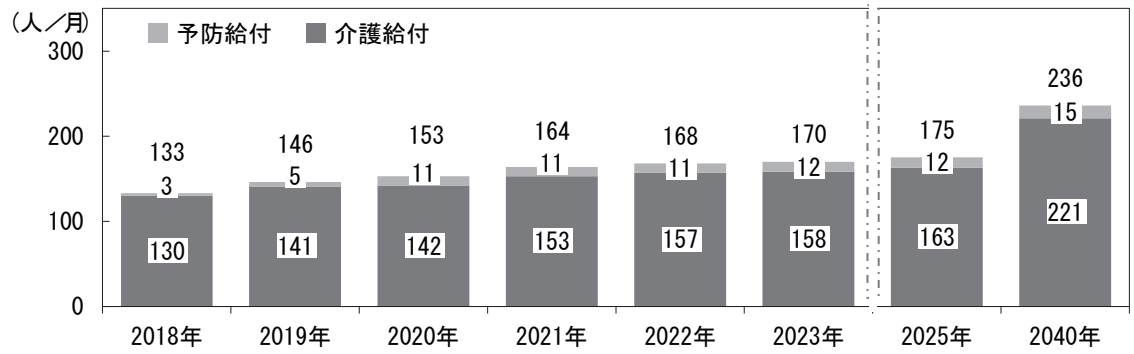
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴いサービス量は増加し、2019（令和元）年度と比較して、予防給付は2023年度及び2025年度には2.40倍、2040年度には3.00倍、介護給付は2023年度には1.12倍、2025年度には1.16倍、2040年には1.57倍になると見込まれます。在宅介護を推進するため、医療的支援を要する人でも安心して自宅で生活が継続できるよう利用の促進を図っていきます。

図表Ⅲ－25　居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	3	5	11	11	11	12	12	15
介護給付	利用者数（人／月）	130	141	142	153	157	158	163	221

図表Ⅲ－26　居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導のサービス量の推移



(6) 通所介護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付253人で、１人あたりの月平均利用回数は10.1回です。

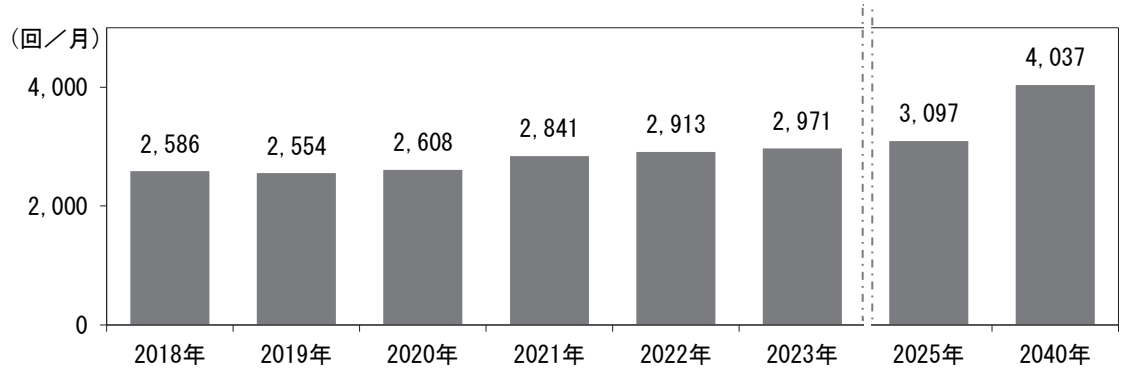
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴いサービス量は増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には介護給付1.16倍、2025年度には1.21倍、2040年度には1.58倍になると見込まれます。家族介護者の負担軽減に有効なサービスであるため安定した供給体制の確保に努めます。

図表Ⅲ－27　通所介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護給付	利用者数（人／月）	250	253	255	282	289	295	308	400
	サービス量（回／月）	2,586	2,554	2,608	2,841	2,913	2,971	3,097	4,037

図表Ⅲ－28　通所介護のサービス量の推移（介護給付）



(7)　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付28人、介護給付111人です。介護給付の１人あたりの月平均利用回数は9.1回です。

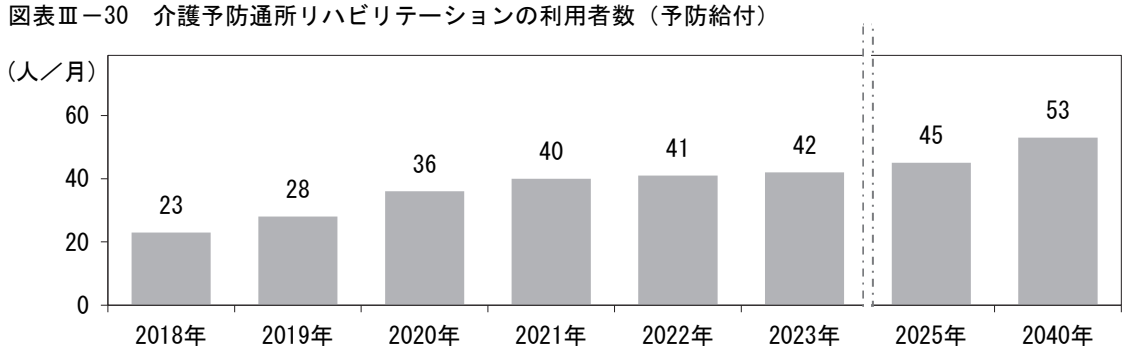
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には予防給付は利用者数ベースで1.50倍、介護給付はサービス量ベースで1.23倍、2025年度は予防給付1.61倍、介護給付1.26倍、2040年度には予防給付1.89倍、介護給付1.66倍になるものと見込まれます。通所介護と同様に、家族介護者の負担軽減または利用者の身体機能の維持向上の観点から有効なサービスであるため安定した供給体制の確保に努めます。

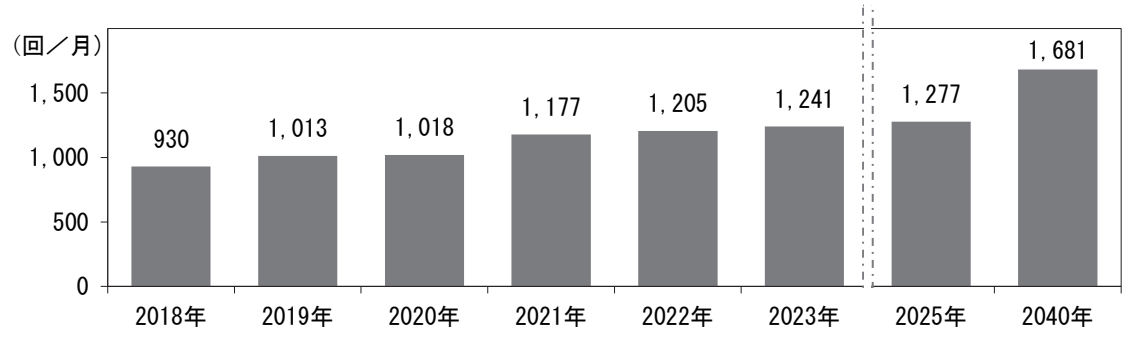
図表Ⅲ－29　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	23	28	36	40	41	42	45	53
介護給付	利用者数（人／月）	103	111	118	129	132	136	140	184
	サービス量（回／月）	930	1,013	1,018	1,177	1,205	1,241	1,277	1,681

図表Ⅲ－30　介護予防通所リハビリテーションの利用者数（予防給付）



図表Ⅲ－31　通所リハビリテーションのサービス量（介護給付）



(8)　認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に当該事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

通所介護など類似したサービスで代替できると考えられるため、第８期は整備を行いませんが、認知症ケアに有効なサービスであるため、今後、認知症の人の増加の傾向や需要動向に注視しながら、整備を検討していきます。

図表Ⅲ－32　地域密着型通所介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	0	0
	サービス量（回／月）	0	0	0	0	0	0	0	0
介護給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	12	16
	サービス量（回／月）	0	0	0	0	0	0	144	192

(9)　地域密着型通所介護【地域密着型サービス】

【現状】

2016（平成28）年度から定員が18人以下の通所介護事業所は、地域密着型サービスに移行しました。2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付24人で、１人あたりの月平均利用回数は10.6回です。

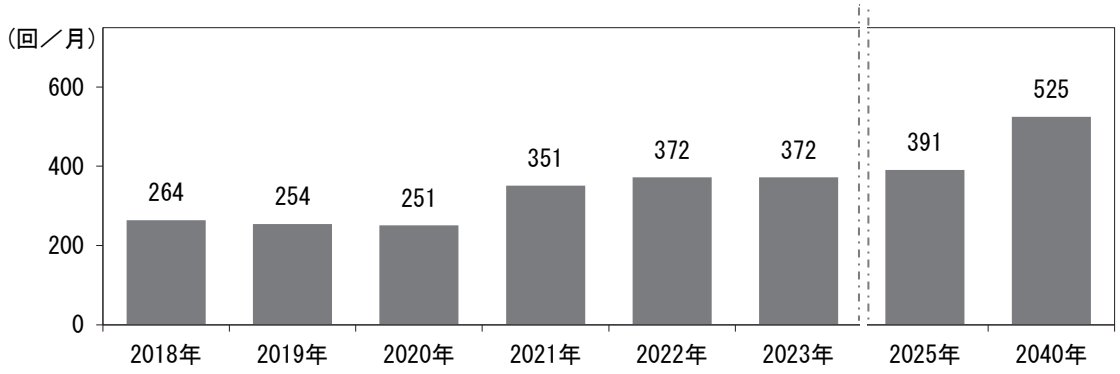
【見込みと第８期の展開】

サービス量は、町内にある通所介護事業所の定員を考慮して推計しました。認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には1.46倍、2025年度には1.54倍、2040年度には2.07倍になると見込まれます。

図表Ⅲ－33　地域密着型通所介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績		見込み					
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護給付	利用者数（人／月）	28	24	23	33	35	35	37	49
	サービス量（回／月）	264	254	251	351	372	372	391	525

図表Ⅲ－34　地域密着型通所介護のサービス量の推移



(10) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に当該事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を予定していないため、サービス量は見込みませんが、地域包括ケアシステムの構築と在宅介護の限界点を高めるという観点から、重要なサービスであり、今後、需要動向に注視しながら、本町における必要性について研究していきます。

図表Ⅲ－35　定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	6	7

(11) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に当該事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を予定していないため、サービス量は見込みませんが、地域包括ケアシステムの構築と在宅介護の限界点を高めるという観点から、重要なサービスであり、今後、需要動向に注視しながら、本町における必要性について研究していきます。

図表Ⅲ－36　小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	6	7

(12) 看護小規模多機能型居宅介護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に当該事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を予定していないため、サービス量は見込みませんが、地域包括ケアシステムの構築と在宅介護の限界点を高めるという観点から、重要なサービスであり、今後、需要動向に注視しながら、本町における必要性について研究していきます。

(13) 夜間対応型訪問介護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に当該事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を予定していないため、サービス量は見込みませんが、地域包括ケアシステムの構築と在宅介護の限界点を高めるという観点から、重要なサービスであり、今後、需要動向に注視しながら、本町における必要性について研究していきます。

(14) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付１人、介護給付73人です。１人あたりの月平均利用日数は、予防給付2.0日、介護給付13.4日です。

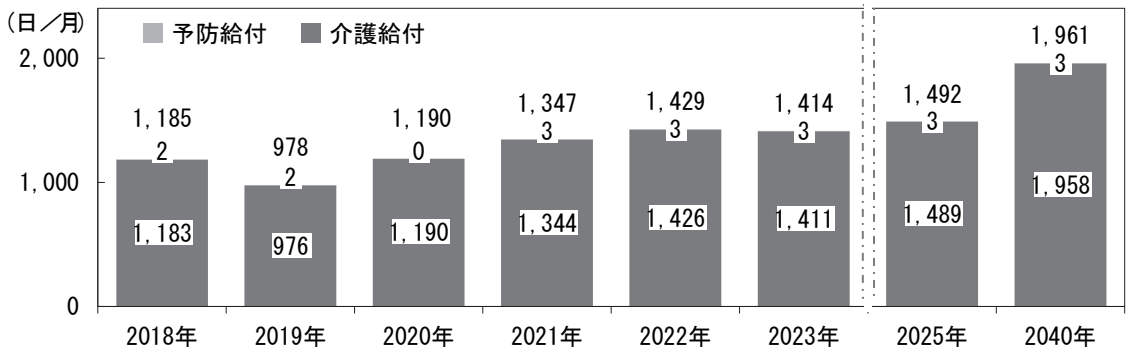
【見込みと第８期の展開】

予防給付はこれまでの実績から概ね横這いとなる見込みです。介護給付は認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には1.45倍、2025年度には1.53倍、2040年度には2.01倍になると見込まれます。家族介護者の負担軽減の観点からも有効なサービスであり、緊急なニーズに対応できる提供体制が整うよう事業者との連携を図ります。

図表Ⅲ－37　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	1	1	0	1	1	1	1	1
	サービス量（日／月）	2	2	0	3	3	3	3	3
介護給付	利用者数（人／月）	88	73	70	103	109	108	114	149
	サービス量（日／月）	1,183	976	1,190	1,344	1,426	1,411	1,489	1,958

図表Ⅲ－38　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のサービス量の推移



(15) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付４人で、１人あたりの月平均利用日数は5.3日です。予防給付は利用がありません。

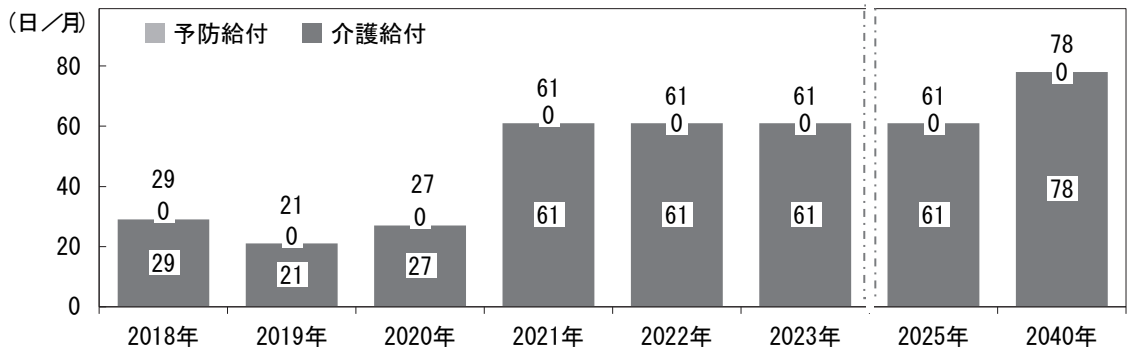
【見込みと第８期の展開】

介護給付は、認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度及び2025年度には2.90倍、2040年度には3.71倍になると見込まれます。短期入所生活介護と同様に、家族介護者の負担軽減の観点からも有効なサービスであり、緊急なニーズに対応できる提供体制が整うよう事業者との連携を図ります。

図表Ⅲ－39　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の利用者数とサービス量

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	0	0
	サービス量（日／月）	0	0	0	0	0	0	0	0
介護給付	利用者数（人／月）	5	4	4	11	11	11	11	14
	サービス量（日／月）	29	21	27	61	61	61	61	78

図表Ⅲ－40　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護のサービス量の推移



(16) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付61人、介護給付291人です。

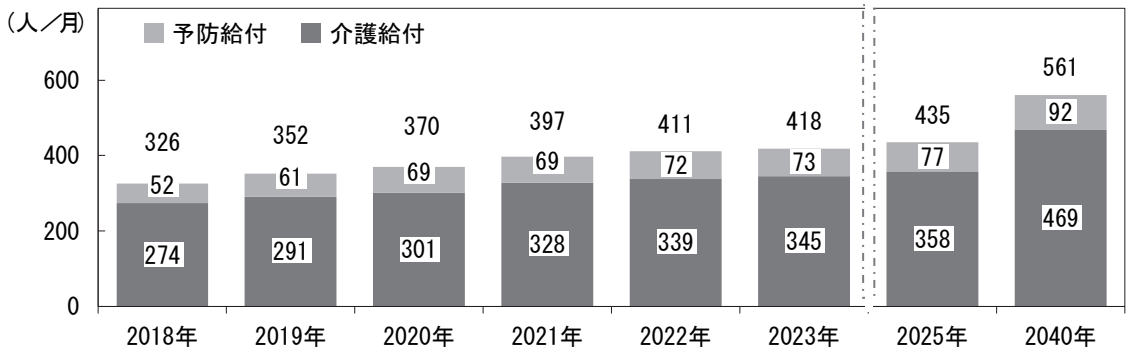
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴いサービス量も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には予防給付1.20倍、介護給付1.19倍、2025年度には予防給付1.26倍、介護給付1.23倍、2040年度には予防給付1.51倍、介護給付1.61倍になると見込まれます。

図表Ⅲ－41　福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	52	61	69	69	72	73	77	92
介護給付	利用者数（人／月）	274	291	301	328	339	345	358	469

図表Ⅲ－42　福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与のサービス量の推移



(17) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付１人、介護給付３人です。

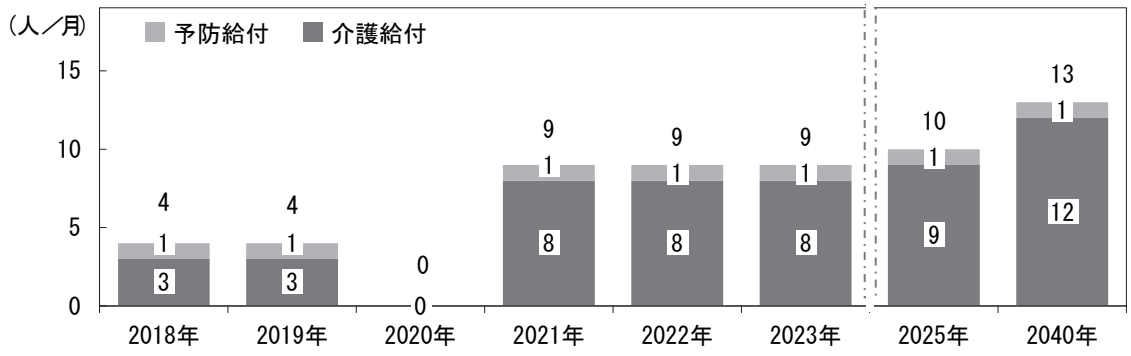
【見込みと第８期の展開】

予防給付はこれまでの実績から、今後の利用者数はほぼ横這いと見込まれます。介護給付は認定者の増加に伴い利用者数も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度には2.67倍、2025年度には3.00倍、2040年度には4.00倍になると見込まれます。

図表Ⅲ－43　特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	1	1	0	1	1	1	1	1
介護給付	利用者数（人／月）	3	3	0	8	8	8	9	12

図表Ⅲ－44　特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費のサービス量の推移



(18) 住宅改修費・介護予防住宅改修

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、予防給付２人、介護給付４人です。

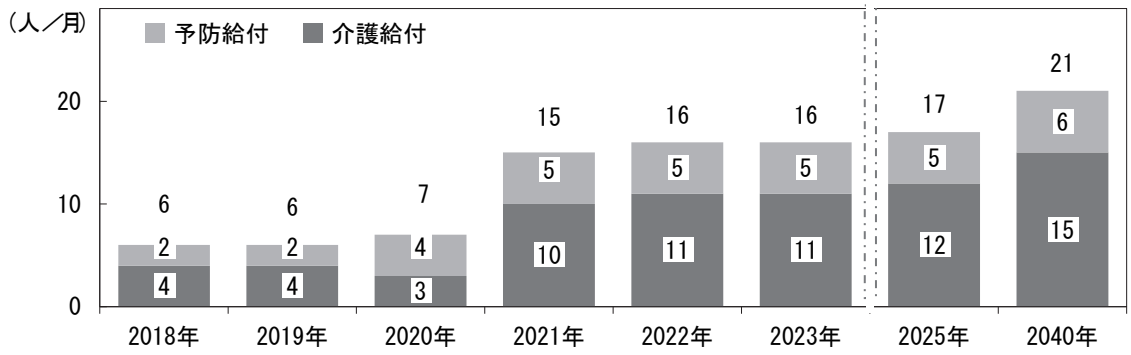
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴い利用者数も増加し、2019（令和元）年度と比較して、予防給付は2023年度及び2025年度には2.50倍、2040年度には3.00倍、介護給付は2023年度には2.75倍、2025年度には3.00倍、2040年度には3.75倍になると見込まれます。介護に適した住環境の整備を進めるために利用の促進を図ります。

図表Ⅲ－45　住宅改修費・介護予防住宅改修の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	2	2	4	5	5	5	5	6
介護給付	利用者数（人／月）	4	4	3	10	11	11	12	15

図表Ⅲ－46　住宅改修費・介護予防住宅改修のサービス量の推移



(19) 居宅介護支援・介護予防支援

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護予防支援84人、居宅介護支援486人です。

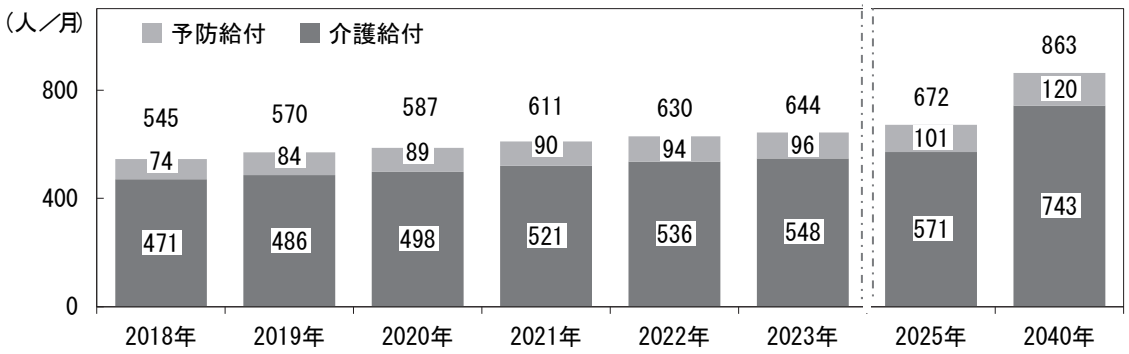
【見込みと第８期の展開】

認定者の増加に伴い利用者数も増加し、2019（令和元）年度と比較して、2023年度は介護予防支援1.14倍、居宅介護支援1.13倍、2025年度には介護予防支援1.20倍、居宅介護支援1.17倍、2040年度には介護予防支援1.43倍、居宅介護支援1.53倍となる見込みです。

図表Ⅲ－47　居宅介護支援・介護予防支援の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
介護予防支援	利用者数（人／月）	74	84	89	90	94	96	101	120
居宅介護支援	利用者数（人／月）	471	486	498	521	536	548	571	743

図表Ⅲ－48　居宅介護支援・介護予防支援のサービス量の推移



2　施設・居住系サービスの充実

施設・居住系サービス量を見込むにあたっては、町内にある既存施設の定員を考慮して推計しました。

図表Ⅲ－49　施設・居住系サービスの利用者数の推計　　単位：人

区　　分	2020年度（実績）	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
施設利用者数　（Ａ）	165	184	188	192	200	241
介護老人福祉施設	99	115	117	119	123	145
介護老人保健施設	60	62	64	66	70	88
介護療養型医療施設	4	5	5	5		
介護医療院	0	0	0	0	5	6
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2	2	2	2	2	2
居住系サービス利用者数　（Ｂ）	37	47	53	58	67	86
認知症対応型共同生活介護	34	36	41	45	53	68
特定施設入居者生活介護	3	9	10	11	12	16
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	0	2	2	2	2	2
合　　計　（＝Ａ＋Ｂ）	202	231	241	250	267	327

(1)　特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

【現状】

2019（令和元）年度の1月あたりの利用者数は、介護給付６人です。予防給付は利用がありません。

2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設はなく、近隣市町の施設を利用しています。

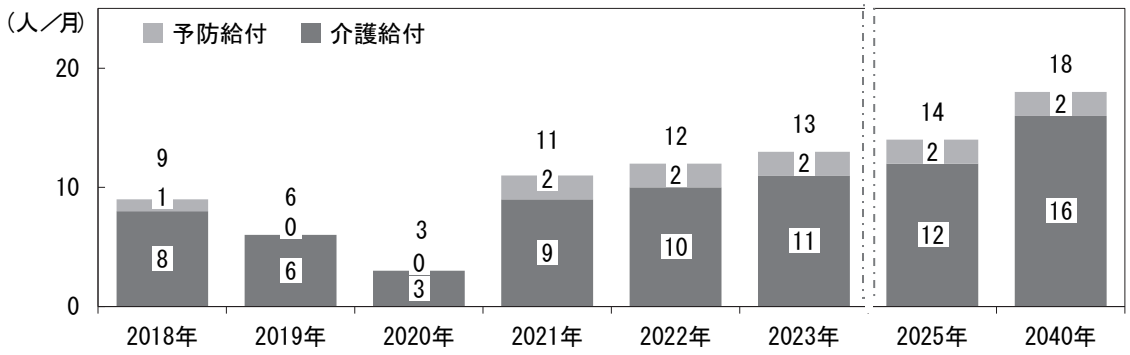
【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備は行いませんが、現在の利用状況を勘案して、2023年度の利用者は、予防給付２人、介護給付11人と見込みます。

図表Ⅲ－50　特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	1	0	0	2	2	2	2	2
介護給付	利用者数（人／月）	8	6	3	9	10	11	12	16

図表Ⅲ－51　特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護のサービス量の推移



(2)　地域密着型特定施設入居者生活介護【地域密着型サービス】

【現状】

2020（令和２）年12月現在、本町に地域密着型特定施設入居者生活介護提供事業所はありません。

【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を予定していないため、サービス量は見込みません。

(3)　認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

【地域密着型サービス】

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は、介護給付29人です。予防給付は利用がありません。

2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設が２か所（定員26人）整備されています。

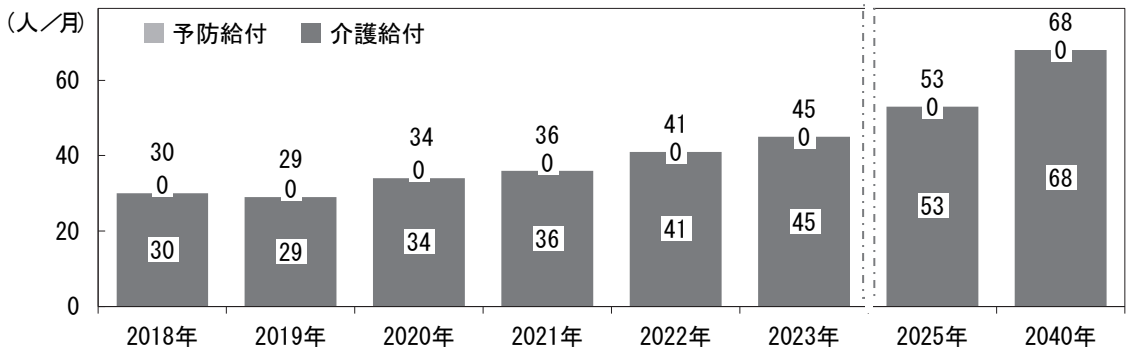
【見込みと第８期の展開】

第８期は、新たな整備は行いませんが、町内既存施設の定員等を勘案して、2023年度の利用者は、介護給付45人と見込みます。第８期以降は、需要動向に注視しながら、新たな整備方針を検討していきます。

図表Ⅲ－52　認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
予防給付	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	0	0
介護給付	利用者数（人／月）	30	29	34	36	41	45	53	68

図表Ⅲ－53　認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス量の推移



(4)　介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は105人です。

2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設が１か所（定員80人）整備されています。

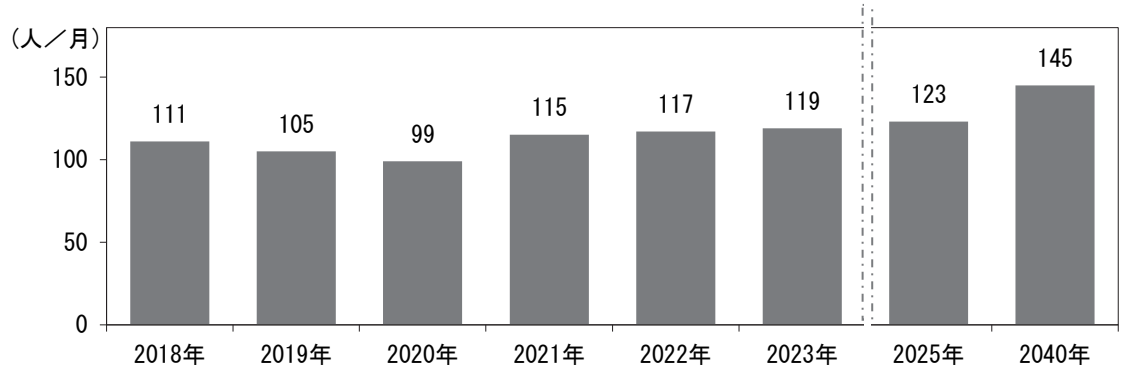
【見込みと第８期の展開】

第８期は、新たな整備は行いませんが、町内既存施設の定員および近隣市の整備状況等を勘案して、2023年度の利用者は119人と見込みます。

図表Ⅲ－54　介護老人福祉施設の利用者数

区　分	実　績			見込み				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
利用者数（人／月）	111	105	99	115	117	119	123	145

図表Ⅲ－55　介護老人福祉施設のサービス量の推移



(5)　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護【地域密着型サービス】

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は２人です。

2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設はありません。本サービスは、地域密着型サービスであり、町内施設での利用が原則ですが、特例として他市町の施設を利用することができます。

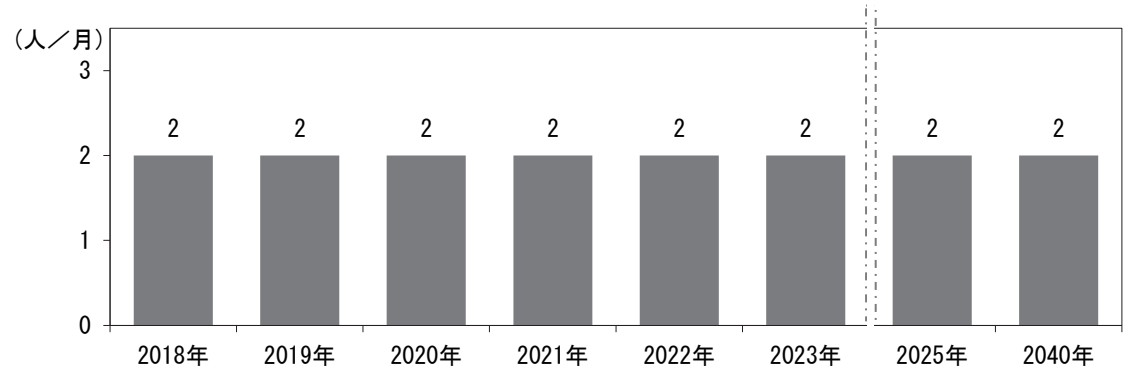
【見込みと第８期の展開】

第８期は、整備を行いませんが、これまでの利用実績を勘案して、2023年度の利用者は２人と見込みます。

図表Ⅲ－56　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者数

区　分	実　績			見込み				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
利用者数（人／月）	2	2	2	2	2	2	2	2

図表Ⅲ－57　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のサービス量の推移



(6) 介護老人保健施設

【現状】

2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数は51人です。

2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設はなく、近隣市町の施設を利用しています。

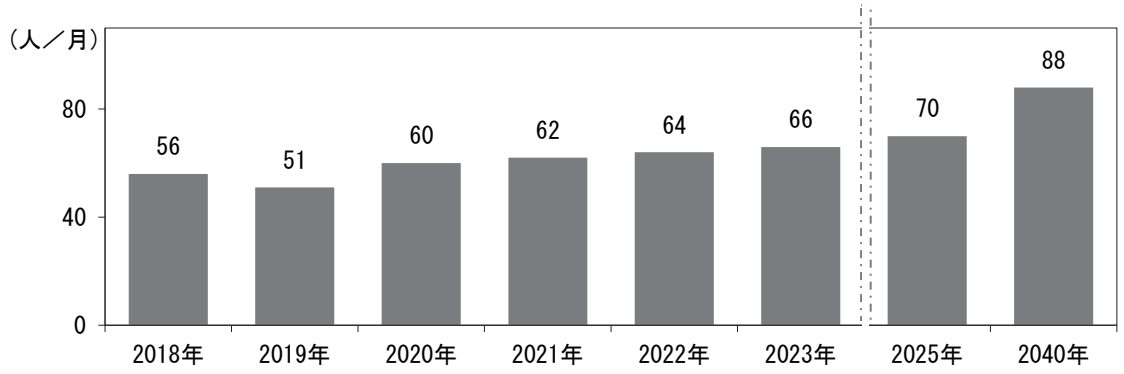
【見込みと第８期の展開】

第８期は、新たな整備を行わないため、これまでの利用実績を勘案して、2023年度の利用者は66人と見込みます。

図表Ⅲ－58　介護老人保健施設の利用者数

区　分	実　績			見込み				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
利用者数（人／月）	56	51	60	62	64	66	70	88

図表Ⅲ－59　介護老人保健施設のサービス量の推移



(7)　介護療養型医療施設／介護医療院

【現状】

介護療養型医療施設は、2019（令和元）年度の１月あたりの利用者数が３人です。2020（令和２）年12月現在、町内には当該施設が１か所整備されています。

介護療養型医療施設は2018（平成30）年度以降廃止され、新しく生活の場としての機能を兼ね、日常的に医療ケアが必要な重介護者も受け入れる介護医療院への転換が進められます。

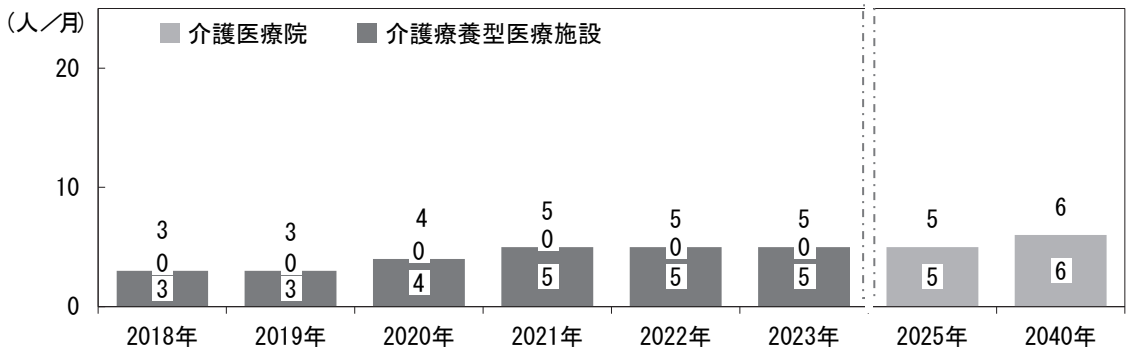
【見込みと第８期の展開】

第８期は、新たな整備を行わないため、これまでの利用実績を勘案して、2023年度の利用者は５人と見込みます。

図表Ⅲ－60　介護療養型医療施設／介護医療院の利用者数

区　分		実　績			見込み				
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
療養型	利用者数（人／月）	3	3	4	5	5	5		
介護医療院	利用者数（人／月）	0	0	0	0	0	0	5	6

図表Ⅲ－61　介護療養型医療施設／介護医療院のサービス量の推移



3　介護保険事業費の見込みと保険料

(1)　介護保険事業費の見込み

①　介護給付費・予防給付費

介護サービス・介護予防サービス利用者の一部負担を除いた介護給付費・予防給付費の見込みは、図表Ⅲ－62のとおりです。

図表Ⅲ－62　介護サービス・介護予防サービス給付費の見込み　　単位：千円

区　　分		2021年度	2022年度	2023年度	2025年度	2040年度
(1) 居宅サービス						
訪問介護	介護	156,119	161,974	166,048	170,065	227,904
訪問入浴介護	予防	0	0	0	0	0
	介護	18,579	19,461	19,353	21,002	27,339
訪問看護	予防	2,255	2,256	2,256	2,513	3,026
	介護	44,588	46,460	47,565	48,939	63,635
訪問リハビリテーション	予防	1,274	1,275	1,275	1,275	1,275
	介護	20,564	21,424	21,889	22,624	30,460
居宅療養管理指導	予防	1,002	1,003	1,091	1,091	1,372
	介護	16,493	17,004	17,122	17,687	23,941
通所介護	介護	259,712	266,862	271,577	282,270	370,450
通所リハビリテーション	予防	14,998	15,477	15,723	16,911	19,777
	介護	112,489	115,273	119,149	121,828	162,015
短期入所生活介護	予防	250	250	250	250	250
	介護	137,360	145,981	144,360	152,202	200,414
短期入所療養介護	予防	0	0	0	0	0
	介護	7,110	7,114	7,114	7,114	9,118
福祉用具貸与	予防	5,097	5,299	5,396	5,695	6,825
	介護	48,419	50,267	51,177	52,745	69,904
特定福祉用具購入費	予防	234	234	234	234	234
	介護	2,941	2,941	2,941	3,294	4,290
住宅改修費	予防	4,270	4,270	4,270	4,270	5,151
	介護	12,422	13,734	13,734	15,082	18,650
特定施設入居者生活介護	予防	1,850	1,851	1,851	1,851	1,851
	介護	19,165	21,573	23,125	25,429	34,190
(2) 地域密着型サービス						
認知症対応型通所介護	予防	0	0	0	0	0
	介護	0	0	0	18,974	25,345
小規模多機能型居宅介護	予防	0	0	0	0	0
	介護	0	0	0	13,311	14,817
認知症対応型共同生活介護	予防	0	0	0	0	0
	介護	110,187	126,087	138,695	163,752	210,454
地域密着型通所介護	介護	35,300	37,364	37,364	39,093	53,391
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護	0	0	0	9,455	10,334
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	介護	6,395	6,398	6,398	6,398	6,398
(3) 施設サービス						
介護老人福祉施設	介護	361,407	367,643	373,678	386,268	458,014
介護老人保健施設	介護	197,706	204,655	210,611	223,865	280,947
介護療養型医療施設／介護医療院	介護	20,929	20,941	20,941	23,997	28,797
(4) 居宅介護支援	予防	4,851	5,069	5,177	5,447	6,471
	介護	91,194	93,944	96,039	99,870	130,456
合　　計	予防	36,081	36,984	37,523	39,537	46,232
	介護	1,679,079	1,747,100	1,788,880	1,925,264	2,461,263
総　　計（総給付費）		1,715,160	1,784,084	1,826,403	1,964,801	2,507,495

② 標準給付費

標準給付費は、要介護認定者に対する介護給付費と要支援認定者に対する予防給付費を合わせた総給付費（制度改正に伴う一定以上所得者負担の調整を行います）、特定入所者介護サービス費等、高額介護サービス費等、高額医療合算介護サービス費等、算定対象審査支払手数料を合算したものです。本計画期間中の標準給付費は約55億3,510万円になると見込みました。

図表Ⅲ－63　標準給付費の見込み　　単位：千円

区　　分	2021年度	2022年度	2023年度	合　　計
①総給付費（一定以上所得者負担の調整後）	1,715,160	1,784,084	1,826,403	5,325,647
②特定入所者介護サービス費等給付額	40,401	36,744	37,589	114,734
③高額介護サービス費等給付額	25,472	26,188	26,791	78,451
④高額医療合算介護サービス費等給付額	3,692	3,814	3,902	11,408
⑤算定対象審査支払手数料	1,574	1,626	1,664	4,864
標準給付費見込額	1,786,299	1,852,456	1,896,349	5,535,104

2025年度、2040年度の標準給付費の見込み　単位：千円

2025年度	2040年度
2,038,246	2,601,065

③ 地域支援事業費

介護予防・日常生活支援総合事業費と包括的支援事業・任意事業費は、今後の事業の展開および75歳以上人口の伸びを考慮して推計しました。

図表Ⅲ－64　地域支援事業費の見込み　　単位：千円

区　　分		2021年度	2022年度	2023年度	合　　計
地域支援事業費		71,808	79,696	88,658	240,162
	①総合事業	33,278	37,496	43,038	113,812
	②包括的支援事業・任意事業	38,530	42,200	45,620	126,350

図表Ⅲ－65　2025年度、2040年度の地域支援事業費の見込み　　単位：千円

区　　分		2025年度	2040年度
地域支援事業費		67,090	63,548
	①総合事業	29,664	27,529
	②包括的支援事業・任意事業	37,426	36,019

(2)　第１号被保険者の保険料

①　介護保険財源の仕組み

介護保険に関する費用負担は、保険料（第１号被保険者および第２号被保険者）と公費（国、都道府県及び市町村）でまかなわれ、次のとおり区分されます。

イ　居宅サービスおよび地域密着型サービス（特定施設入居者生活介護および介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）

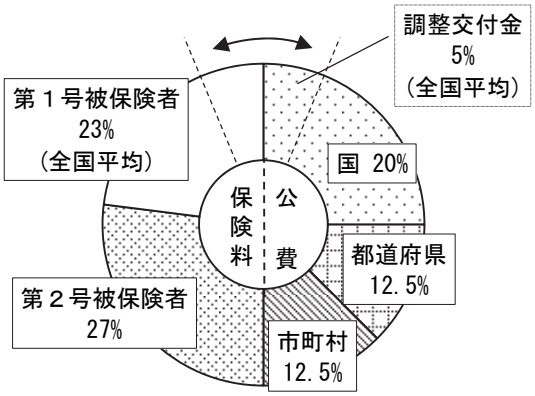
ロ　施設サービスおよび特定施設入居者生活介護並びに介護予防特定施設入居者生活介護

ハ　地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業

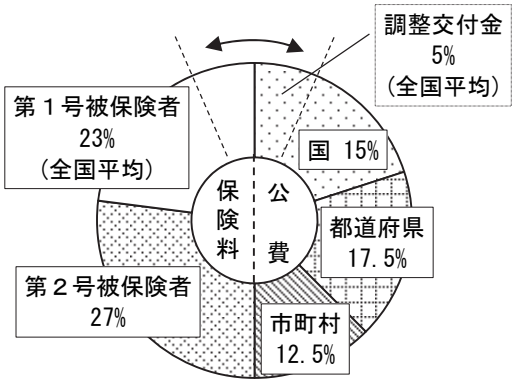
ニ　地域支援事業における包括的支援事業及び任意事業介護サービス

図表Ⅲ－66　標準給付費及び地域支援事業費の財源構成

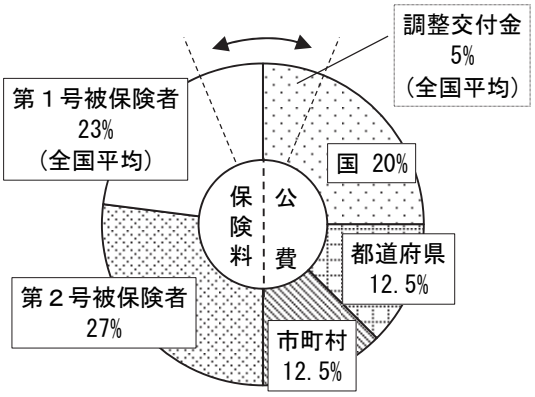
イ　標準給付費／居宅サービス等



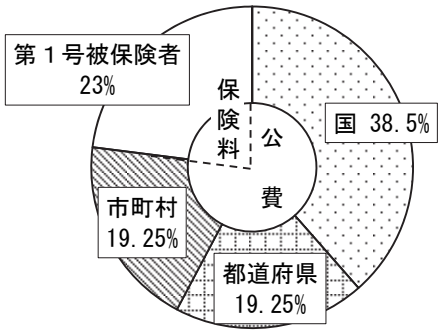
ロ　標準給付費／施設サービス等



ハ　地域支援事業費／介護予防事業、総合事業



ニ　地域支援事業費／包括的支援事業・任意事業



② 調整交付金

第１号被保険者に占める75歳以上の高齢者の割合や、第１号被保険者の所得水準といった、市町村の責に帰すべきものではない要因で生じる介護保険財政の不均衡を是正するため、国は負担分のうち５％を調整交付金として、上記の２項目に基づいて市町村毎に交付率を定めて交付しています。

第８期期間中の交付率は3.07～2.68%と見込みました。

③ 財政安定化基金

市町村が通常の努力を行ってもなお生じる保険料未納や、予想を上回る給付費の伸びによる財政不足については、都道府県に設置された「財政安定化基金」から資金の貸付・交付を受けることができます。この制度は、財源不足が生じても、直ちに一般財源を繰り入れなくてもよいように設けられたものです（介護保険法第147条に規定)。

基金の財源は、国、都道府県、市町村が１／３ずつ負担をするものとされており、市町村の負担分は第１号被保険者保険料でまかなわれています。市町村が負担する財政安定化基金拠出率は、国の拠出率を標準として都道府県が定めますが、岐阜県の場合、第８期計画期間における拠出金の負担はありません。

交付の場合は、３年ごと（事業運営期間最終年度）に、財政不足額のうち、原則として保険料収納不足額の１／２を交付します。また、貸付の場合は、毎年、原則として保険料収納不足及び給付費増による財政不足額の全額（交付があるときは交付額を除いた額）を貸し付けます。貸付額の償還は、次の事業運営期間に、保険料を財源として行います。

なお、本町では、第７期計画期間中における交付・貸付はありませんでした。

④ 介護給付費準備基金の取り崩し

介護給付費準備基金（以下、「準備基金」という）とは、３年間の事業年度での財源を安定させるため、介護保険事業特別会計において発生した余剰金等を積み立て、財源に不足が生じた場合に取り崩して充当するためのものです。事業運営期間の最終年度において残高がある場合には、次期保険料を見込むにあたり、必要と認められる額を除き、取り崩すことが基本とされています。

第７期計画期間中において積み立てた準備基金は、2020（令和２）年度末で約

295万円の見込みです。

なお、第８期計画の第１号被保険者保険料の原資として全額を取り崩し充当します。

⑤　第１号被保険者の保険料基準額

標準給付費見込額と地域支援事業費を合計した額に、第１号被保険者の標準的な負担割合を乗じ、標準的な調整交付金から、本町における調整交付金見込額を差引いた額を加えた額が、保険料収納必要額となります。

第１号被保険者の保険料は、保険料収納必要額に保険料の収納率を見込み、所得段階別加入者割合に応じて、補正した第１号被保険者数で除して算出します。

図表Ⅲ－67　第１号被保険者の保険料基準額の算出

区　　分		金　　額
標準給付費	（Ａ）	5,535,104千円
地域支援事業費	（Ｂ）	240,162千円
第１号被保険者負担分［（Ａ＋Ｂ）×23%］	（Ｃ）	1,328,311千円
調整交付金相当額との差額	（Ｄ）	114,987千円
保険料収納必要額［（Ｃ＋Ｄ）］	（Ｅ）	1,443,298千円
介護給付費準備基金取崩額	（Ｆ）	2,949千円
基金等取崩後の保険料収納必要額［（Ｅ－Ｆ）］	（Ｇ）	1,440,349千円
÷		
保険料収納率	（Ｈ）	98.5%
÷		
補正後被保険者数	（Ｉ）	18,351人
≒		
保険料基準額(年額)	（Ｊ）	79,685円
保険料基準額(月額)［（Ｊ÷12月）］		6,640円

⑥　保険料所得段階の設定

介護保険料は低所得者への配慮により、所得に応じた保険料が設定されています。

本町では、国の基準である９段階方式を細分化し、11段階としています。

図表Ⅲ－68　保険料の所得段階

所得段階	基準額に対する割合	対象者	
第１段階	（×0.50※）	町民税世帯非課税	生活保護受給者または老齢福祉年金受給者
			合計所得と課税年金収入の合計が 80 万円以下
第２段階	（×0.75※）		合計所得と課税年金収入の合計が 120 万円以下
第３段階	（×0.75※）		合計所得と課税年金収入の合計が 120 万円超
第４段階	（×0.90）	町民税世帯課税 かつ 本人非課税	合計所得と課税年金収入の合計が 80 万円以下
第５段階	×1.00		合計所得と課税年金収入の合計が 80 万円超
第６段階	（×1.20）	町民税本人課税	前年合計所得が 120 万円未満
第７段階	（×1.30）		前年合計所得が 120 万円以上 210 万円未満
第８段階	（×1.50）		前年合計所得が 210 万円以上 320 万円未満
第９段階	（×1.60）		前年合計所得が 320 万円以上 400 万円未満
第 10 段階	（×1.70）		前年合計所得が 400 万円以上 600 万円未満
第 11 段階	（×1.95）		前年合計所得が 600 万円以上

※消費税を財源とした国の低所得者に対する保険料軽減策により、第１段階は0.50が0.45、第２段階は0.75が0.50、第３段階は0.75が0.70に、それぞれ基準額に対する割合が軽減されます。

4　介護保険事業の円滑な運営と給付の適正化の推進

介護保険事業を円滑に運営するとともに、介護保険サービスの質を確保するため、適正な認定調査の実施、相談体制の整備、サービスに関する情報開示、給付の適正化等に取り組みます。

(1)　介護保険事業の円滑な運営

①　適切な認定調査

要介護認定の客観性や公平性を高めるため、施設サービスをはじめサービス基盤を同じくするなど関連が深い可児市と共同で介護認定審査会を運営します。

なお、訪問調査では、要介護認定の統一性と公平性を確保するため調査員に対する研修や勉強会の充実を図ります。

②　介護保険運営協議会

介護保険制度が、住民の意見を十分に反映しながら円滑かつ適正に運営されるために、介護保険に関する施策の推進、各種サービスの在り方等について御嵩町介護保険運営協議会において審議します。また、本計画の進捗状況を客観的に把握、評価することで適正な計画の進行管理を行います。

③　地域包括支援センターの公正な運営

地域包括支援センターが中立性を確保し、公正な運営が継続できるよう、御嵩町地域包括支援センター運営協議会において御嵩町地域包括支援センターの事業活動をチェックし、必要に応じて是正・改善を求め、また要望・提言を行うとともに関係諸機関と連携し、必要な支援を行います。

④　地域密着型サービスの適正な推進

地域密着型サービスが適正に運営され、利用者本位のサービスが提供されるよう、御嵩町地域密着型サービス運営委員会において地域密着型サービスの指定に関する意見をまとめ提言を行います。ここでの提言を踏まえ、事業所の指定および指導監督を行っていきます。

⑤　情報開示の促進

県と連携して、認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）の第

三者評価の情報開示を進めるとともに、すべての介護サービスにおいて第三者評価・自己評価が行われ、それに基づく情報の開示が行われるよう働きかけます。

⑥　居宅介護支援事業所の運営管理・指導

居宅介護支援事業所の運営管理・指導について適切に対応します。また、事業所の運営等を確認するため実地指導を実施します。

(2)　介護給付の適正化の推進（御嵩町第５期介護給付適正化計画）

介護保険制度の信頼を高め、給付費と保険料の増加を抑制するため、介護給付適正化事業を実施します。

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、訪問又は書面等の審査を通じて町職員が点検します。

認定後の訪問チェックを月１回実施します。

図表Ⅲ－69　第４期適正化計画目標達成状況　　単位：件（③を除く）

区分	認定件数		①目標		②実績		③達成率	
	更新申請	変更申請	書面チェック	訪問チェック	書面チェック	訪問チェック	書面チェック	訪問チェック
2018年度	417	79	517	12	20	0	3.9%	0.0%
2019年度	549	109	649	12	20	0	3.1%	0.0%
2020年度	501	93	594	12	20	0	3.4%	0.0%
合計	1､467	281	1,760	36	60	0	3.4%	0.0%

（注）2020年度は、見込み

図表Ⅲ－70　第５期適正化目標　　単位：件

区分	①書面チェック		②訪問チェック		③軽重度変更率の分析		④認定項目選択状況
	形態	件数	形態	件数	地域差	合議体間	全国比較
2021年度	抽出	60	抽出	12	未実施	未実施	未実施
2022年度	抽出	60	抽出	12	未実施	未実施	未実施
2023年度	抽出	60	抽出	12	未実施	未実施	未実施
合計		180		36			

②　ケアプランの点検

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、点検および支援を行

います。

町内事業所の主任ケアマネジャーにも同席してもらい、ケアプラン点検を実施し、ケアプラン作成に関し、町内事業所で情報共有を図ります。

図表Ⅲ－71　第４期適正化計画目標達成状況　　単位：件(③を除く)

区分	①目標		②実績		③達成率	
	書面チェック	訪問チェック	書面チェック	訪問チェック	書面チェック	訪問チェック
2018年度	7	7	8	8	114.3%	114.3%
2019年度	7	7	5	5	71.4%	71.4%
2020年度	9	9	9	0	100.0%	0.0%
合計	23	23	22	13	95.7%	56.5%

（注）2020年度は、見込み

図表Ⅲ－72　第５期適正化目標　　単位：件

区分	①書面チェック		②訪問チェック	
	形態	件数	形態	件数
2021年度	抽出点検	9	抽出点検	4
2022年度	抽出点検	9	抽出点検	4
2023年度	抽出点検	9	抽出点検	4
合計		18		12

③　住宅改修等の点検

イ　住宅改修の点検

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・確認、竣工時の訪問調査等を行って施工状況を点検・確認します。

ロ　福祉用具購入・貸与調査

福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について確認します。

図表Ⅲ－73　第４期適正化計画目標達成状況　　単位：件

区分	住宅改修の点検				福祉用具購入・貸与調査	
	①目標		②実績		①目標	②実績
	事前チェック	訪問チェック	事前チェック	訪問チェック	必要性のチェック	
2018年度	12	12	0	3	12	1
2019年度	12	12	0	0	12	1
2020年度	12	12	0	0	12	0
合計	36	36	0	3	36	2

図表Ⅲ－74　第５期適正化目標　　単位：件

区分	①住宅改修の点検		②福祉用具購入・貸与調査	
	形態	件数	形態	件数
2021 年度	抽出点検	12	抽出点検	12
2022 年度	抽出点検	12	抽出点検	12
2023 年度	抽出点検	12	抽出点検	12
合計		36		36

④　縦覧点検・医療情報との突合

イ　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、算定回数・算定日数等の点検を、国民健康保険団体連合会に委託して行います。

ロ　医療情報との突合

医療担当部署との連携を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や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、国民健康保険団体連合会に委託して行います。

⑤　介護給付費通知

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ため、事業者からの介護報酬の請求および費用の給付状況等を、受給者本人又は家族に対して通知することを検討します。

⑥　介護給付制限

新規認定申請、更新申請、変更申請時に介護保険料の未納状況などを確認し、未納などがあった場合は、未納期間に応じた厳しい対応を実施します。

5　家族介護者支援の充実

問題を抱えながらも仕事と介護を両立している家族介護者は多く、介護をするのを機に仕事をやめたり、働き方を調整したりしている介護者もいます。いわゆる介護離職者ゼロを目指して、関係機関等と連携して、家族介護者に対する支援を行います。

(1)　介護者のつどいへの協力

要支援・要介護認定者を在宅で介護している家族が介護から一時的に解放され、介護者同士が交流することで、心身のリフレッシュができるよう、御嵩町社会福祉協議会が、年１～２回、講座や外出等を内容とした介護者同士の交流会を実施しています。

▶第８期の展開

高齢者等を介護している家族の悩みや苦労を分かち合い、介護に関する情報を交換することなどにより介護者のリフレッシュを図るため、今後も、御嵩町社会福祉協議会の実施する介護者のつどいの開催について協力していきます。

(2)　ねたきり高齢者等介護者手当支給事業の充実

要介護４以上の人を、在宅で介護している家族等を対象として、月額6,000円の介護者手当を支給しています。

▶第８期の展開

要介護４以上の人を介護している家族等の日頃の介護に対する労をねぎらい、在宅における介護の継続を支援するため、引き続き、介護者手当を支給します。

(3)　両立支援制度の普及

厚生労働省では、家族の介護を抱えている労働者が仕事と介護を両立できる社会の実現を目指して、仕事と介護の両立にあたっての課題や企業の両立支援策の状況を把握し、介護休業制度等の周知を行う等の対策を総合的に推進しています。

▶第８期の展開

家族介護者が仕事と介護の両立ができるよう、町内の企業や介護者本人に対し、介護休業制度や両立支援策の普及啓発を行います。

6　介護人材の確保と育成

高齢化が進む中、介護を担う人材の不足が課題となっています。厚生労働省の推計によれば、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和７）年には34万人の介護人材の不足が生じると予測しています。本町においてもそれは例外ではありません。そこで、介護人材の確保と育成を、地域全体で取り組まなければならない課題と捉え、町内のサービス提供事業者等と連携して取組を進めます。

(1)　福祉・介護の仕事の魅力をＰＲ

福祉・介護の仕事の現場については、勤務条件や給与面において一面的な負のイメージばかりが先行し、本来の仕事の魅力が正しく認識されていない状況があります。

▶第８期の展開

町広報紙やホームページなど様々な機会を活用して、福祉・介護の仕事の魅力をＰＲし、多くの住民に知ってもらうことで、福祉・介護に携わる人材の増加を図ります。

また、町内の高校に協力を求め、高校生が福祉・介護の魅力や意義を正しく理解できるよう、介護の現場における体験や高齢者との交流機会を設けていきます。

(2)　町内の介護人材の発掘

介護福祉士や看護師の資格を持ちながら介護等の現場から離れた人を支援するため、岐阜県社会福祉協議会福祉人材総合対策センター（岐阜県社会福祉協議会）に届出、登録することで、介護の最新情報の提供や研修による技術の維持・向上のサポート、就業場所の紹介といった支援を受けることができる離職介護福祉士等届出制度があります。

▶第８期の展開

介護の最新情報の提供や研修による技術の維持・向上のサポート、就業場所の紹介といった支援を受けることができる離職介護福祉士等届出制度の周知を図るとともに、町内の潜在的な介護人材の発掘に努めます。

(3)　福祉教育による将来の人材の確保と育成

御嵩町社会福祉協議会が、児童・生徒の福祉への関心を高めるために、町内の小中学校および高校の８校を福祉協力校に指定して各学校の実施する福祉活動を支援しています。また、児童・生徒を対象に夏休み福祉体験学習として福祉施設での１日体験学習を実施しています。

▶第８期の展開

将来の介護・福祉人材の確保と育成を図るため、御嵩町社会福祉協議会が学校において児童・生徒に実施する福祉教育の内容等に関する提案や助言をするとともに、実施について協力していきます。

7　自立支援・重度化予防の取組

2018（平成30）年度の介護保険制度改正により、介護保険事業計画に、高齢者の地域における自立した日常生活の支援、介護予防又は重度化防止の取組とその目標を設定することが規定されました。そこで、第７期計画の事業のうち、高齢者の自立支援・重度化防止に資する事業について、その事業量を表す活動（アウトプット）指標と、その成果を表す成果（アウトカム）指標を設定して評価を行いました。

■第７期の評価

<アウトプット指標>

本町では、第７期において、介護予防および住民の支えあいに資する事業等の参加者等をアウトプット指標として設定しました。

訪問型サービスＢおよび通所型サービスＢの実施には至りませんでしたが、「つどいの場」の実施箇所は順調に増加しており、引き続き、介護予防・生活支援サービスとしての展開を模索していきます。

一般介護予防の各事業については、概ね順調に増加しています。

図表Ⅲ－75　事業量を表すアウトプット指標の目標と実績

指　標	基準値	目標	実　績		
	2016 (平28)年度		2018 (平30)年度	2019 (令元)年度	2020 (令２)年度
訪問型サービスＢ（住民参加によるサービス）利用者数	0人	増加	0人	0人	
通所型サービスＢ（住民主体による支援）利用者数	0人	増加	0人	0人	
実施箇所数（つどいの場）	0か所	増加	0か所	0か所	
筋力トレーニング教室利用者数	505人	増加	568人	544人	
筋力トレーニングフォローアップ教室利用者数	10,372人	増加	14,232人	13,721人	
いきいき体操自主教室利用者数	約4,600人	増加	1,187人	1,113人	
口腔機能向上事業利用者数	68人	増加	63人	141人	
げんきボランティア65登録者数	313人	増加	306人	329人	

※2016（平成28年度）の「いきいき体操自主教室利用者数」は、「いきいき体操教室」と「いきいき体操自主教室」の合計です。

<アウトカム指標>

本町では、第７期において、要支援・要介護認定率および「自立高齢者ニーズ調査」結果における老研式活動能力指標※１をアウトカム指標として設定しました。

要支援・要介護認定率は、2019(令和元)年度において16.6%となっており、目標の「17.0%維持」を達成しています。

老研式活動指標については、手段的自立度は目標を達成していますが、知的能動性と社会的役割については、いずれも未達成です。

※１：老研式活動能力指標とは、1986年に東京都老人総合研究所（現東京都健康長寿医療センター研究所）において開発された指標。評価の基礎となる13の設問の回答を点数化し、その点数に応じて「高い」「やや低い」「低い」などと評価します。本項では、「やや低い」と「低い」を「低下者」として評価しました。

図表Ⅲ－76　成果を表すアウトカム指標の目標と実績

指　標	基準値	目標	実　績		
	2016 (平28)年度		2018 (平30)年度	2019 (令元)年度	2020 (令２)年度
要支援・要介護認定率（９月末時点）	17.0%	17.0% を維持	16.2%	16.6%	
手段的自立度（ＩＡＤＬ）※2の低下者の割合	11.9%	低下	－	11.0%	
知的能動性※3の低下者の割合	32.6%	低下	－	34.5%	
社会的役割※4の低下者の割合	50.3%	低下	－	53.0%	

※２：手段的自立度とは、交通機関の利用や電話の応対、買物、食事の支度、家事、洗濯、服薬管理、金銭管理など、活動的な日常生活をおくるための動作の能力をいいます。

※３：知的能動性とは、役所の書類を書く、新聞や本などの読書、健康情報への関心など、余暇や創作など生活を楽しむ能力をいいます。

※４：社会的役割とは、主に友人宅への訪問、他人の相談、見舞いなど、地域で社会的な役割をはたす能力をいいます。

▶第８期の展開

<アウトプット指標>

本町における第８期の高齢者の地域における自立した日常生活の支援、介護予防又は重度化防止の取組とその目標は、国の基本指針において、通いの場の推進目標として掲げられた、「通いの場に参加する高齢者の割合を2025年までに８％とする」という努力目標を勘案するとともに、計画の継続性を考慮し、アウトプット指標は第７期と同様の項目とします。

なお、第７期において「いきいき体操教室」が終了し、地域での介護予防活動をより推進するための事業として「介護予防体操体験講座」を開始したため、指標も介護予防体操体験講座参加者数に変更しました。

図表Ⅲ－77　事業量を表すアウトプット指標

評価指標	基準値 2019（令和元）年度実績	目標
訪問型サービスＢ（住民参加によるサービス）利用者数	0人	増加
通所型サービスＢ（住民主体による支援）利用者数	0人	増加
実施箇所数（つどいの場）	0か所	増加
筋力トレーニング教室利用者数	554人	増加
筋力トレーニングフォローアップ教室利用者数	13,721人	増加
いきいき体操自主教室参加者数	1,113人	―
介護予防体操体験講座参加者数	0人	増加
口腔機能向上事業利用者数	141人	増加
げんきボランティア65登録者数	329人	増加

※2021（令和３）年度より、いきいき体操自主教室から介護予防体操体験講座へ変わります。

<アウトカム指標>

本町における第８期の高齢者の地域における自立した日常生活の支援、介護予防又は重度化防止の取組とその目標のアウトカム指標は、アウトプット指標と同様に、計画の継続性を考慮し、第７期の指標を継承します。

図表Ⅲ－78　成果を表すアウトカム指標

評価指標	基準値 2019（令和元）年度実績	目標
要支援・要介護認定率（９月末時点）	16.6%	17.0%以下を維持
手段的自立度（ＩＡＤＬ）の低下者の割合	11.9%	低下
知的能動性の低下者の割合	32.6%	低下
社会的役割の低下者の割合	50.3%	低下

Ⅳ　計画の推進

1　計画の推進体制

⑴　住民と行政の協働による推進

高齢者を取り巻く問題・課題は、当事者の努力や行政の支援だけで解決できるものではありません。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域住民による様々な支援が必要です。この計画をできる限り多くの住民に知っていただき、住民一人ひとりがこの計画の推進役となっていただく必要があります。そこで、計画の推進にあたっては、住民に協力を求め協働による施策の展開を目指します。

⑵　庁内体制の整備

この計画は福祉の分野に限らず、広範囲な分野にまたがった計画であるため、計画の推進にあたっては、保険長寿課が中心となって関係部署との横断的な連携・調整を図ります。

⑶　関係機関との連携

保健・医療・福祉の視点から計画を総合的に推進するため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会等関係機関との連携を強化します。

また、広域的に取り組む必要のある事項については、県および老人保健福祉圏域内の市町と連携して推進していきます。

⑷　計画の周知等

ホームページへの掲載等を通じて、本計画の内容等について積極的に普及啓発を図ります。

2　計画の進行管理

(1)　保険者機能強化推進交付金等を活用した取組の推進

2017（平成29）年に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」による介護保険法の改正により、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組が実施されるよう、ＰＤＣＡサイクルによる取組が制度化されました。この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県のさまざまな取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金が創設されました。

本町では、国が示す指標項目に沿って、評価・検証・分析を行い、次年度事業および第９期計画へ反映していきます。

評価指標については、国の示す以下の項目に沿って評価・検証・分析を行っていきます。

① ＰＤＣＡサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築
② 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進
▶介護支援専門員・介護サービス事業所等
▶地域包括支援センター・地域ケア会議
▶在宅医療・介護連携
▶認知症総合支援
▶介護予防／日常生活支援
▶生活支援体制の整備
▶要介護状態の維持・改善の状況等
③ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進
▶介護給付の適正化等
▶介護人材の確保

(2) 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの評価指標及び目標

リハビリテーションにより、単なる心身機能の向上だけでなく、活動能力の向上や社会参加の可能性を高めることなどにバランスよく働きかけることで、自立を促すことが重要であり、自立支援に向けてリハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制を構築する必要があります。

本町の介護保険サービスにおけるリハビリテーション専門職員数は、理学療法士が１人、作業療法士が２人で、言語聴覚士はおりません。これらを認定者１万人あたりに換算すると、本町は、全国および岐阜県に比べ、理学療法士は少なく、作業療法士は多くなっています。

また、訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションにおける短期集中リハビリテーション算定者数（早期かつ集中的なリハビリテーション提供の指標）を認定者１万人あたりに換算すると、全国および岐阜県に比べ、訪問リハビリテーションは多く、通所リハビリテーションは少なくなっています。

さらに、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数（「心身機能」「活動」「参加」にバランス良く働きかけるリハビリテーション提供の指標）を認定者１万人あたりに換算すると、訪問リハビリテーションは実績がありませんが、通所リハビリテーションは、全国を上回っているものの、岐阜県を下回っています。

こうした状況を踏まえ、第８期においては、地域におけるリハビリテーションの推進を図っていきます。

図表Ⅳ－１　リハビリテーションサービス提供体制の指標　　単位：人

区　分		人　数	認定者１万人あたり		
			御嵩町	岐阜県	全　国
リハビリテーション専門職数	理学療法士	1	11.04	33.27	29.42
	作業療法士	2	22.08	13.70	16.35
	言語聴覚士	0	－	2.37	3.06
短期集中リハビリテーション算定者数	訪問リハビリテーション	1	12.42	5.79	8.42
	通所リハビリテーション	0.3	3.55	25.51	32.43
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数	訪問リハビリテーション	－	－	8.27	15.24
	通所リハビリテーション	14	150.87	172.81	146.11

資料：地域包括ケア「見える化」システム

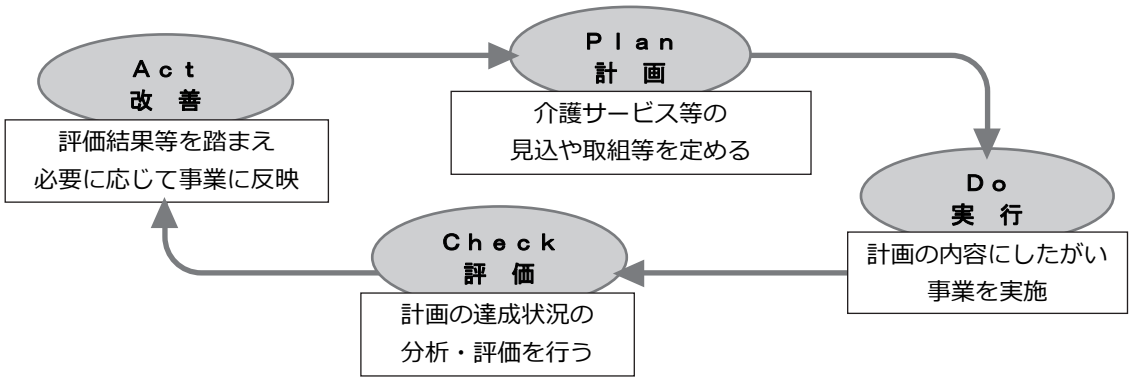
(3)　ＰＤＣＡサイクルによる計画の進捗管理

計画の実効性を高め、目標を達成していくためには、計画の進捗状況を把握し、評価することが重要になります。このため、御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会において客観的に進捗状況をチェックするとともに、法改正や社会情勢等の変化に対応して施策等の方向性を検討していきます。

進行管理は、計画に掲げる目標や施策が高齢者のニーズに応じて的確に実行されているかなど、その達成状況を点検、評価し、次年度以降の施策・事業の実施に反映するＰＤＣＡサイクルにより行います。

なお、指標については、(1)に掲げる国の示す評価指標を考慮します。

●計画の進行管理（ＰＤＣＡサイクル）



Ⅴ 資 料

1 アンケート結果の概要と課題

○調査方法等

調査の種類	調査対象者	調査基準日	調査期間	調査方法
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	要介護１～５以外の65歳以上の人から無作為抽出	令和元年12月１日	令和元年12月24日～令和２年１月17日	郵送による配布・回収
在宅介護実態調査	要支援・要介護認定者（施設・居住系サービス利用者を除く）		平成31年１月４日～令和２年１月31日	認定調査員による聞き取り調査

○回収結果

調査票の種類	配布数	回収数	回収率	有効回答数	有効回答率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,550	1,022	65.9%	959	61.9%
在宅介護実態調査		251		251	

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

【家族構成と日常生活】

［調査結果のまとめ］

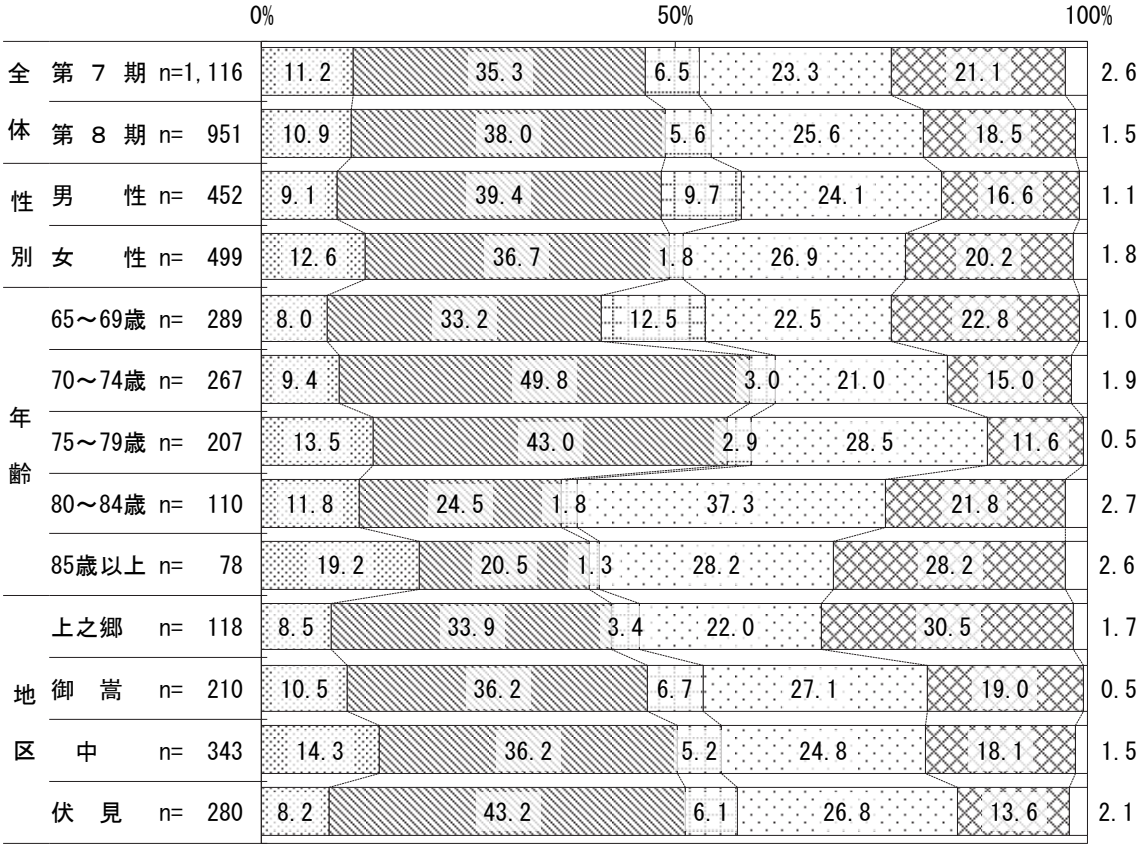
■家族構成をみると、「夫婦２人暮らし」「ひとり暮らし」の占める割合が高い（図表１）

■ひとり暮らしの場合、食事の用意や買い物は「できるし、している」が90%以上を占めるが、「できるけどしていない」「できない」人は、食事については「弁当や惣菜を買ってくる」などさまざまな方法をとっている。買い物は「別居の家族」が多い（図表Ⅴ－２～５）

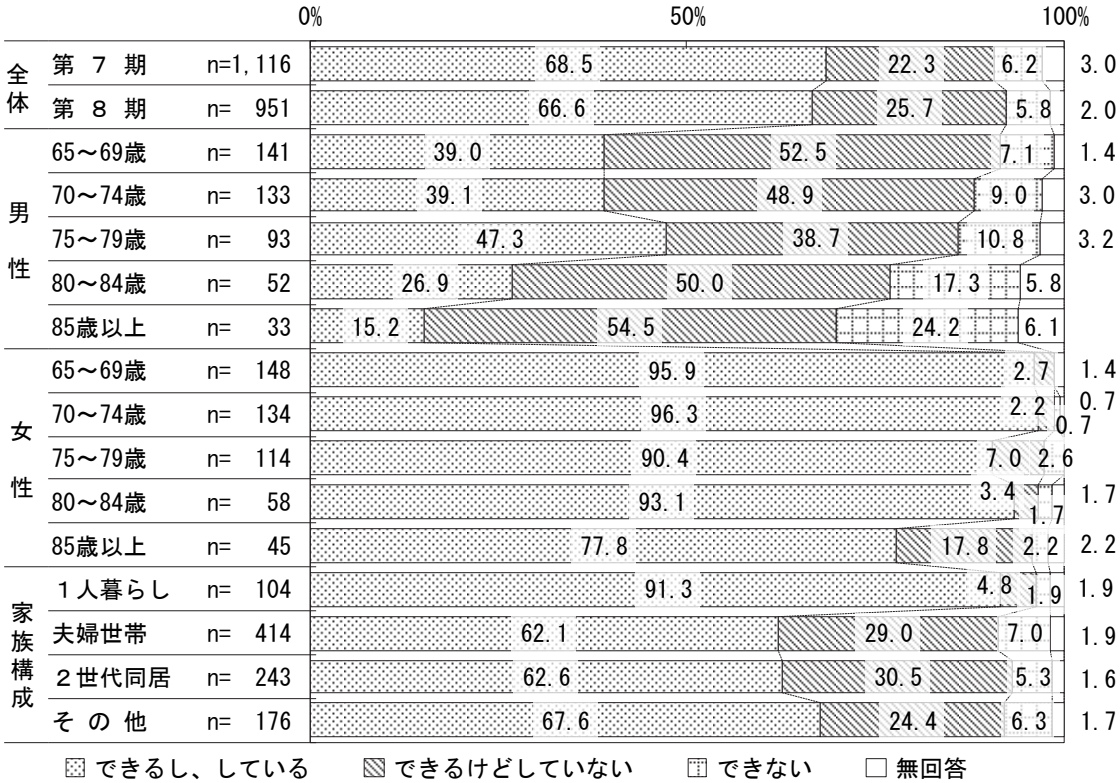
■ひとり暮らしでは、日常生活で家族以外の誰かに手助けしてもらいたいことがある人が30%以上を占めている。手助けしてもらいたいこととしては「タンスなど重い物の移動」「高い所の作業（蛍光灯の取替など）」「買い物」「家の周りの草刈り・剪定」などが多い（図表Ⅴ－６・７）

※以下、図表中の「ｎ」は比率算出の基数であり、100%が何人の回答者数に相当するかを示しています。

図表Ｖ－１　家族構成



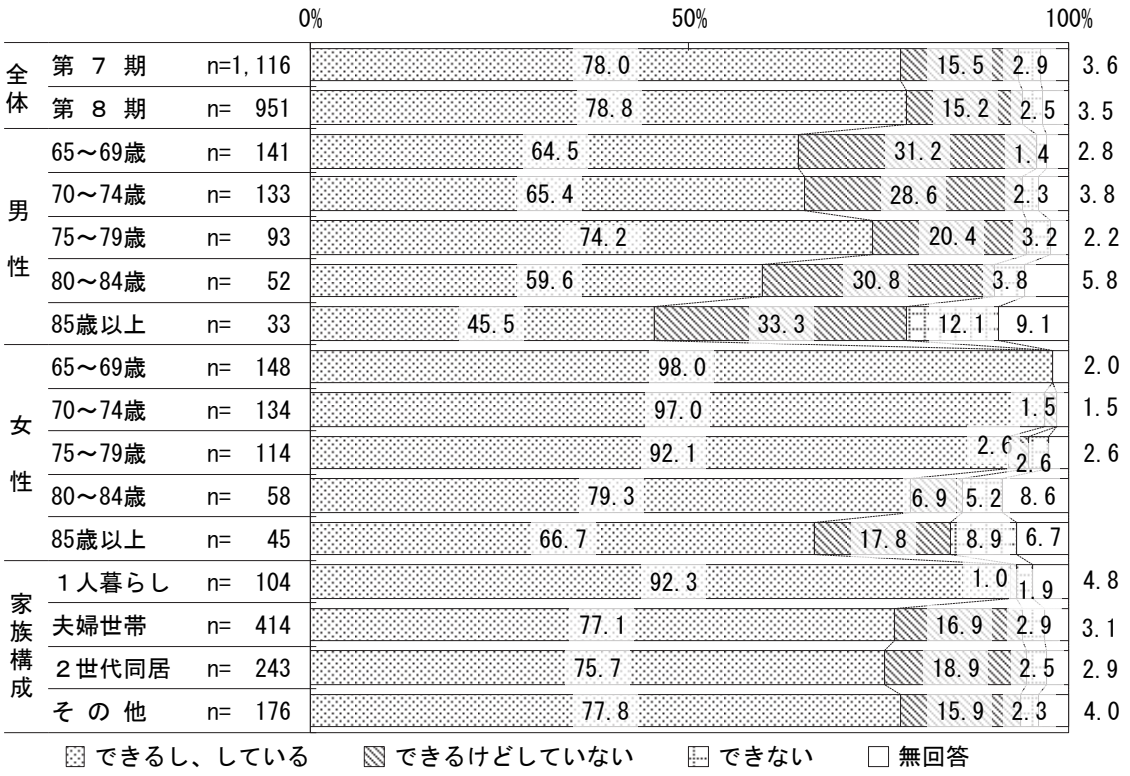
図表Ｖ－２　食事の用意



図表Ｖ－３　食事の用意は誰がしているか　　単位：％（nは人）

区　分		n	同居の家族	別居の家族	弁当や惣菜を買ってくる	外食	配食サービス	その他	無回答
第　７　期		318	94.0	1.6	1.9		1.3	0.9	0.3
第　８　期		299	95.0	1.3	1.3	0.7	0.7	－	1.0
家族構成	１人暮らし	7	14.3	14.3	28.6	14.3	14.3	－	14.3
	夫婦世帯	149	97.3	0.7	0.7	0.7	－	－	0.7
	２世代同居	87	94.3	2.3	1.1	－	1.1	－	1.1
	その他	54	100.0	－	－	－	－	－	－

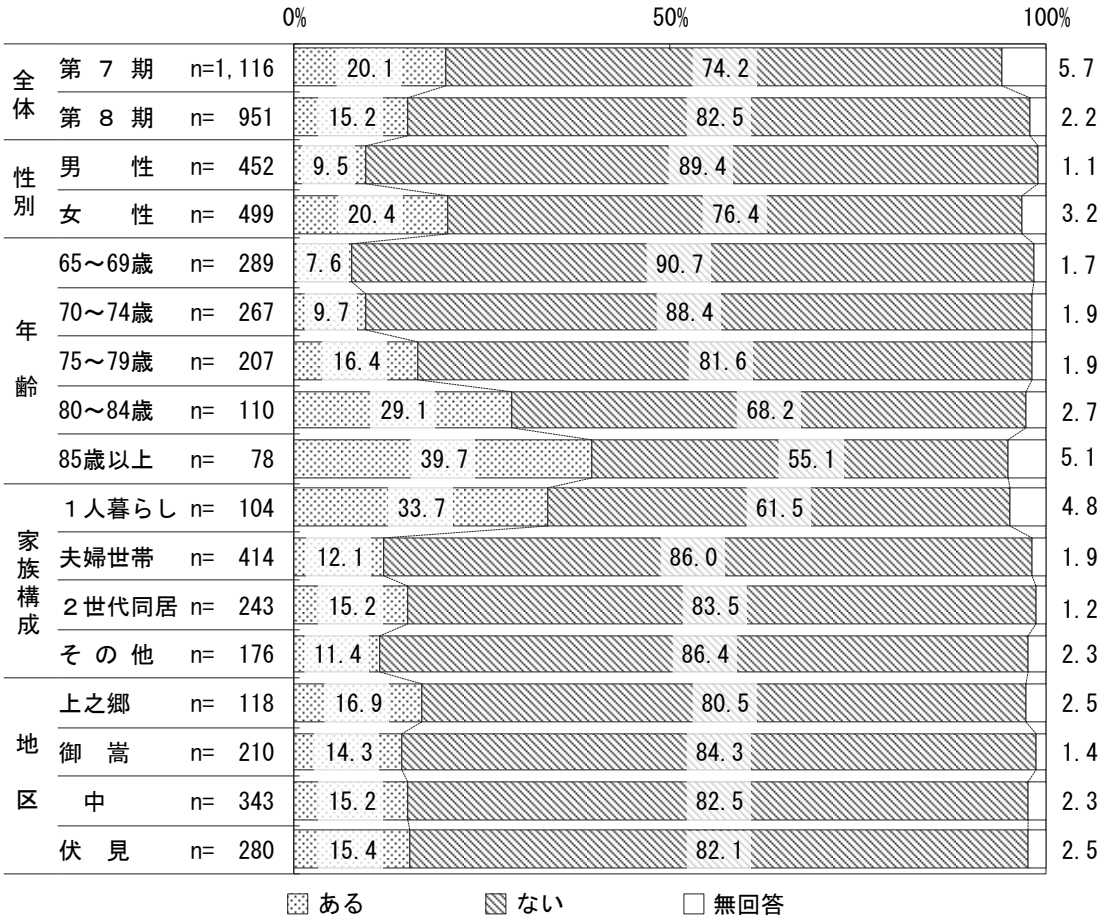
図表Ｖ－４　食品・日用品の買い物



図表Ｖ－５　食品・日用品の買い物は誰がしているか　　単位：％（nは人）

区　分		n	同居の家族	別居の家族	隣人や知人	配達を依頼	その他	無回答
第　７　期		205	88.3	8.3	0.5	1.5	0.5	1.0
第　８　期		169	94.7	4.1	－	0.6	－	0.6
家族構成	１人暮らし	3	－	66.7	－	33.3	－	－
	夫婦世帯	82	96.3	2.4	－	－	－	1.2
	２世代同居	52	94.2	5.8	－	－	－	－
	その他	32	100.0	－	－	－	－	－

図表Ｖ－６　誰かに手助けしてもらいたいことはあるか



図表Ｖ－７　手助けしてもらいたいこと（複数回答）　　単位：%（nは人）

区分		n	外出	買い物	通院	掃除	洗濯	ごみ捨て・ごみ出し	役場等での手続き	銀行や郵便局でのお金の出し入れ	タンスなど重い物の移動	高い所の作業（蛍光灯の取替など）	家の周りの草刈り・剪定	その他	無回答
全体	第７期	224	16.1	24.6	24.1	14.3	4.5	10.7	12.5	7.6	29.0	37.5	48.2	5.4	－
	第８期	145	17.9	22.1	22.8	11.7	2.8	11.7	9.0	6.9	29.7	40.7	51.0	4.1	1.4
性別	男性	43	14.0	9.3	11.6	16.3	4.7	11.6	4.7	7.0	23.3	23.3	48.8	7.0	2.3
	女性	102	19.6	27.5	27.5	9.8	2.0	11.8	10.8	6.9	32.4	48.0	52.0	2.9	1.0
年齢	65～69歳	22	9.1	13.6	13.6	9.1	4.5	9.1	9.1	4.5	40.9	27.3	40.9	9.1	4.5
	70～74歳	26	11.5	19.2	19.2	11.5	－	11.5	3.8	3.8	15.4	19.2	57.7	3.8	3.8
	75～79歳	34	14.7	17.6	14.7	11.8	－	8.8	8.8	2.9	29.4	50.0	64.7	5.9	－
	80～84歳	32	21.9	28.1	31.3	9.4	－	9.4	12.5	6.3	37.5	50.0	40.6	3.1	－
	85歳以上	31	29.0	29.0	32.3	16.1	9.7	19.4	9.7	16.1	25.8	48.4	48.4	－	－
家族構成	１人暮らし	35	17.1	34.3	25.7	11.4	－	22.9	14.3	11.4	34.3	65.7	65.7	2.9	－
	夫婦世帯	50	16.0	16.0	14.0	18.0	2.0	4.0	4.0	4.0	32.0	34.0	46.0	6.0	2.0
	２世代世帯	37	21.6	27.0	32.4	5.4	5.4	13.5	8.1	8.1	24.3	35.1	45.9	－	2.7
	その他	20	20.0	10.0	20.0	10.0	5.0	10.0	10.0	5.0	30.0	25.0	50.0	10.0	－
地区	上之郷	20	10.0	25.0	15.0	10.0	5.0	15.0	5.0	－	40.0	40.0	65.0	5.0	－
	御嵩	30	16.7	23.3	16.7	20.0	3.3	10.0	10.0	10.0	33.3	50.0	53.3	3.3	－
	中	52	21.2	25.0	25.0	3.8	－	11.5	7.7	7.7	25.0	42.3	48.1	3.8	1.9
	伏見	43	18.6	16.3	27.9	16.3	4.7	11.6	11.6	7.0	27.9	32.6	46.5	4.7	2.3

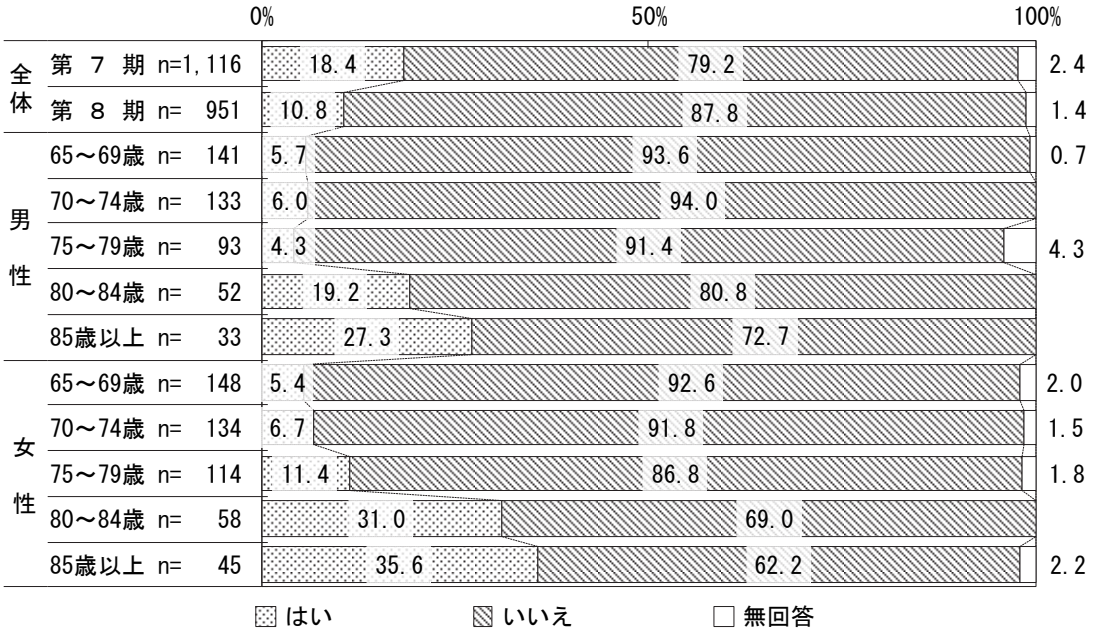
【外出・社会参加】

［調査結果のまとめ］

■「足腰などの痛み」「トイレの心配」「交通手段がない」などを理由に外出を控えている人が多い（図表Ｖ－８・９）

■外出する際の移動手段としては「自動車（自分で運転）」が高くなっている（図表Ｖ－10）

図表Ｖ－８　外出を控えているか



図表Ｖ－９　外出を控えている理由（複数回答）　　単位：％（nは人）

区分		n	病気	障がい（脳卒中の後遺症など）	足腰などの痛み	トイレの心配（失禁など）	耳の障がい（聞こえの問題など）	目の障がい	外での楽しみがない	経済的に出られない	交通手段がない	その他	無回答
全体	第７期	205	15.1	5.4	46.8	13.7	6.3	7.3	16.1	11.2	20.0	9.3	1.5
	第８期	103	16.5	4.9	42.7	25.2	6.8	5.8	14.6	11.7	21.4	13.6	－
性別	男性	39	15.4	7.7	38.5	33.3	5.1	7.7	25.6	7.7	10.3	12.8	－
	女性	64	17.2	3.1	45.3	20.3	7.8	4.7	7.8	14.1	28.1	14.1	－
年齢	65～69歳	16	12.5	－	18.8	12.5	－	18.8	31.3	43.8	18.8	18.8	－
	70～74歳	17	35.3	17.6	23.5	41.2	－	－	5.9	11.8	－	17.6	－
	75～79歳	17	11.8	5.9	17.6	29.4	5.9	5.9	5.9	11.8	35.3	29.4	－
	80～84歳	28	17.9	3.6	64.3	28.6	10.7	－	14.3	－	25.0	7.1	－
	85歳以上	25	8.0	－	64.0	16.0	12.0	8.0	16.0	4.0	24.0	4.0	－
区分	一般高齢者	84	16.7	3.6	36.9	21.4	3.6	6.0	15.5	14.3	17.9	16.7	－
	要支援	19	15.8	10.5	68.4	42.1	21.1	5.3	10.5	－	36.8	－	－

図表Ｖ－10　外出する際の移動手段（複数回答）　　単位：%（nは人）

区分		n	徒歩	自転車	バイク	自動車（自分で運転）	自動車（人に乗せてもらう）	電車	路線バス	病院や施設のバス	車いす	電動車いす（カート）	歩行器・シルバーカー	タクシー	外出できない	その他	無回答
全体	第７期	1,116	39.2	16.8	1.6	64.5	28.0	17.9	2.7	0.5	0.3	0.4	1.0	7.5	－	1.0	1.4
	第８期	951	40.3	17.2	2.1	72.6	27.8	14.2	2.9	0.1	0.2	0.2	1.3	5.3	0.1	0.6	0.8
性別	男性	452	42.5	18.8	2.2	87.8	14.6	14.6	1.3	－	0.2	0.2	－	3.5	－	0.2	0.9
	女性	499	38.3	15.8	2.0	58.7	39.7	13.8	4.4	0.2	0.2	0.2	2.4	6.8	0.2	1.0	0.8
年齢	65～69歳	289	32.9	17.3	3.5	88.6	19.4	13.8	1.0	－	－	－	－	2.4	－	－	0.3
	70～74歳	267	43.1	15.4	1.9	82.0	26.2	14.6	1.1	－	0.4	－	－	3.0	－	－	0.7
	75～79歳	207	41.5	18.4	1.0	71.0	25.1	14.0	2.4	－	0.5	－	1.9	4.8	－	1.9	1.0
	80～84歳	110	47.3	23.6	1.8	44.5	42.7	15.5	6.4	－	－	0.9	1.8	11.8	0.9	0.9	1.8
	85歳以上	78	44.9	11.5	1.3	24.4	50.0	12.8	12.8	1.3	－	1.3	7.7	15.4	－	1.3	1.3
区分	一般高齢者	921	40.9	17.7	2.2	74.0	26.2	14.4	3.0	－	0.1	0.2	0.5	4.5	0.1	0.5	0.9
	要支援	30	20.0	3.3	－	26.7	76.7	6.7	－	3.3	3.3	－	23.3	30.0	－	3.3	－
地区	上之郷	118	25.4	5.9	1.7	78.0	25.4	9.3	1.7	－	－	1.7	0.8	1.7	－	1.7	0.8
	御嵩	210	41.9	17.1	3.3	75.7	28.6	15.7	1.0	－	0.5	－	1.0	5.7	－	－	0.5
	中	343	47.8	20.7	1.5	70.3	27.7	19.2	4.4	0.3	0.3	－	1.5	5.2	－	0.9	1.2
	伏見	280	36.1	17.9	2.1	70.7	28.2	8.9	3.2	－	－	－	1.4	6.4	0.4	0.4	0.7

【生きがいづくり・地域活動】

［調査結果のまとめ］

■生きがいについて「生きがいあり」が低下し、「思いつかない」が上昇している。「思いつかない」は、85歳未満の各年齢層で女性に比べ男性が高くなっている。（図表Ｖ－11）

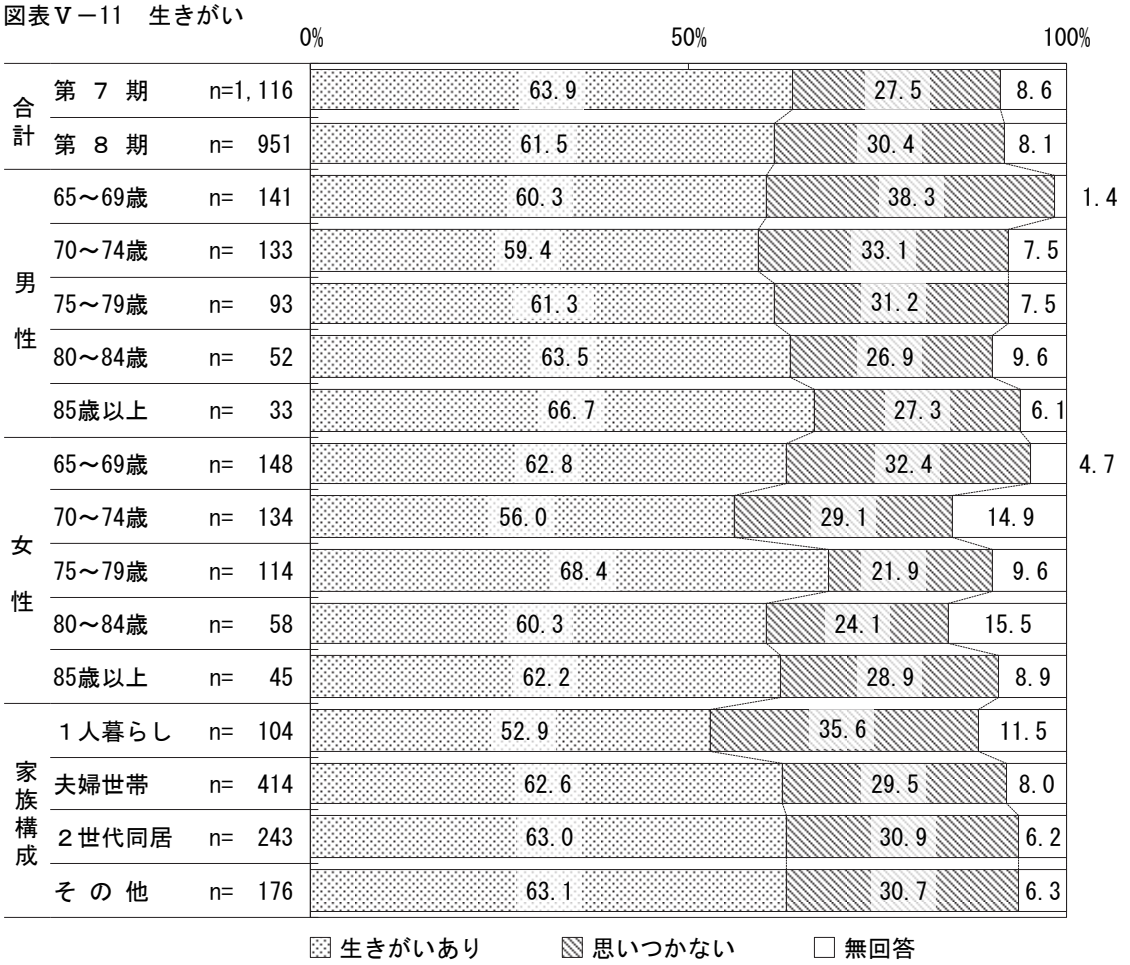
■「高齢者」に対するイメージは、「時間にしばられず、好きなことに取り組める」が最も高く、次いで「経験や知恵が豊かである」となっている。（図表Ｖ－12）

■地域のグループ活動の企画・運営の担い手（お世話役）としての参加意向は低くない。また、女性より男性の意向が高い(図表Ｖ－14)

■地域支え合い活動への参加意向をみると、「ぜひ参加したい」はわずかだが、「時間があれば～」「友人などが一緒なら～」といった条件付き参加意向を合わせると50%を超える。（図表Ｖ－15）

■幸福感を点数化すると、女性に比べ男性が低く、同居世帯に対しひとり暮らしは低くなっている（図表Ｖ－16）

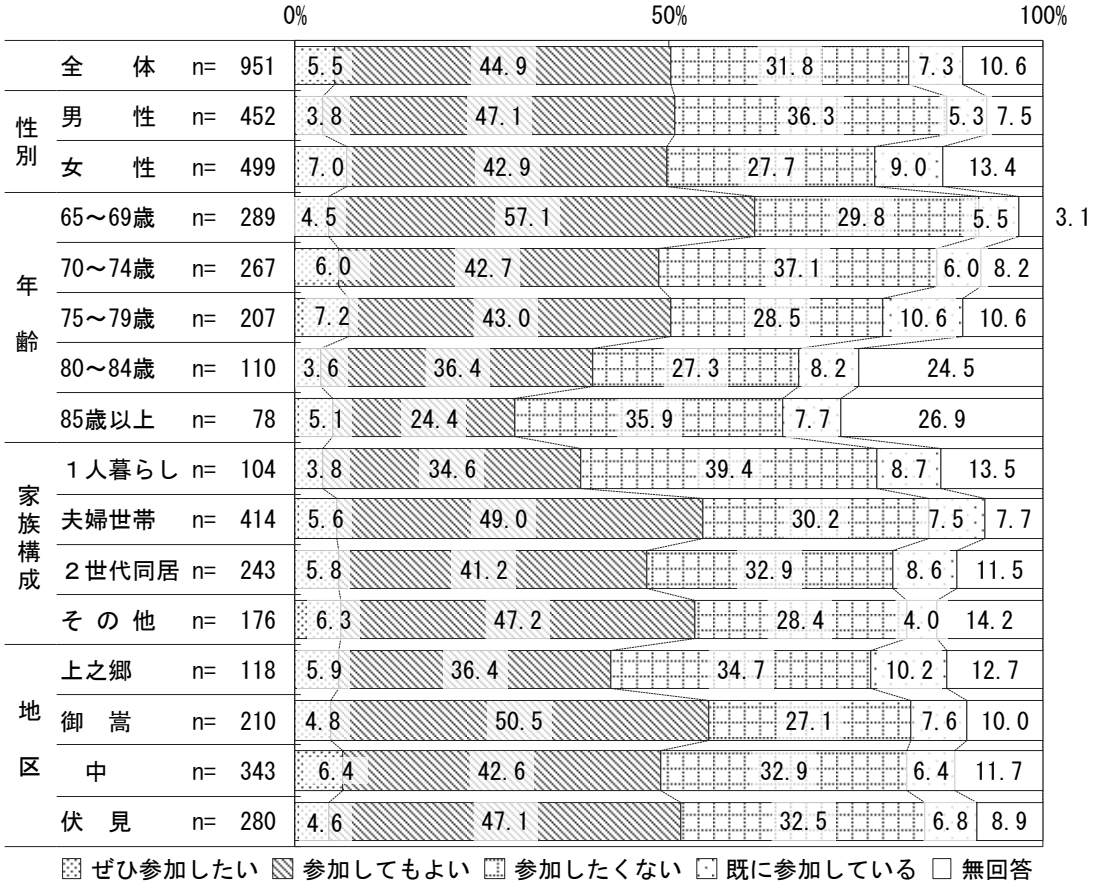
図表Ｖ－11　生きがい



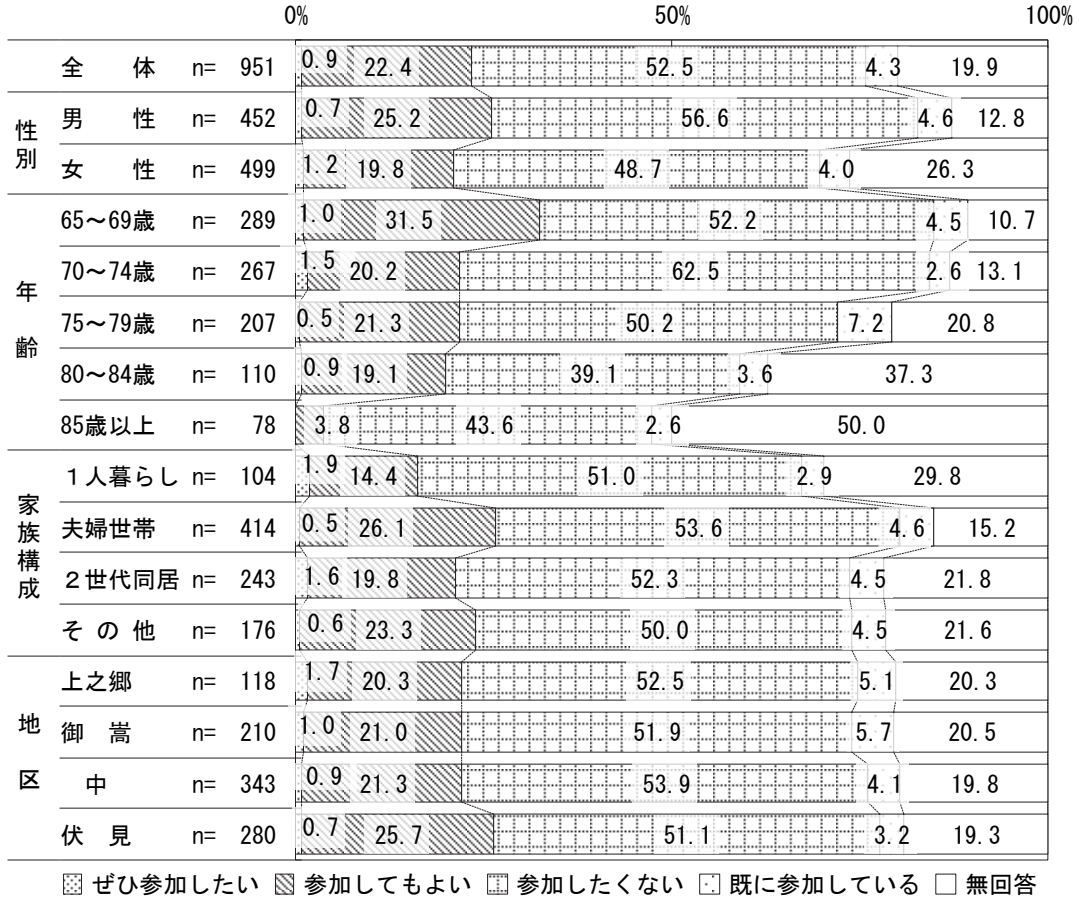
図表Ｖ－12　高齢者のイメージ（複数回答）　　単位：％（nは人）

区分		n	経験や知恵が豊かである	ボランティアや地域の活動で、社会に貢献している	時間にしばられず、好きなことに取り組める	貯蓄や住宅などの資産があり、経済的にゆとりがある	心身がおとろえ、健康面での不安が大きい	古い考え方にとらわれがちである	周りの人とのふれあいが少なく、孤独である	収入が少なく、経済的な不安が大きい	仕事をしていないため、社会の役に立っていない	その他	無回答
全体	第７期	1,116	42.2	27.4	64.0	10.8	47.0	17.1	12.9	27.7	15.1	2.8	3.7
	第８期	951	48.6	29.0	61.8	11.1	44.0	20.5	13.4	25.3	15.9	2.3	2.6
年齢	65～69歳	289	54.3	37.4	58.8	11.4	47.8	25.3	15.9	28.4	9.7	1.0	1.7
	70～74歳	267	53.2	29.2	61.0	10.9	40.4	17.6	15.4	28.1	12.7	1.9	3.0
	75～79歳	207	46.4	31.9	67.1	13.5	37.7	15.9	9.2	25.1	15.9	4.8	2.4
	80～84歳	110	33.6	11.8	69.1	11.8	47.3	22.7	10.9	17.3	27.3	2.7	4.5
	85歳以上	78	38.5	14.1	51.3	3.8	53.8	21.8	11.5	16.7	33.3	1.3	2.6
家族構成	１人暮らし	104	39.4	23.1	61.5	9.6	46.2	16.3	14.4	31.7	16.3	3.8	3.8
	夫婦世帯	414	47.3	32.4	60.6	10.4	45.4	22.0	15.7	23.9	15.0	2.4	2.7
	２世代世帯	243	48.6	26.7	64.2	14.8	40.3	19.8	10.7	24.7	18.1	2.5	3.3
	その他	176	56.3	29.0	61.4	9.7	44.9	19.9	11.9	27.3	15.3	1.1	0.6

図表Ｖ－13　健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向＜①参加者として＞

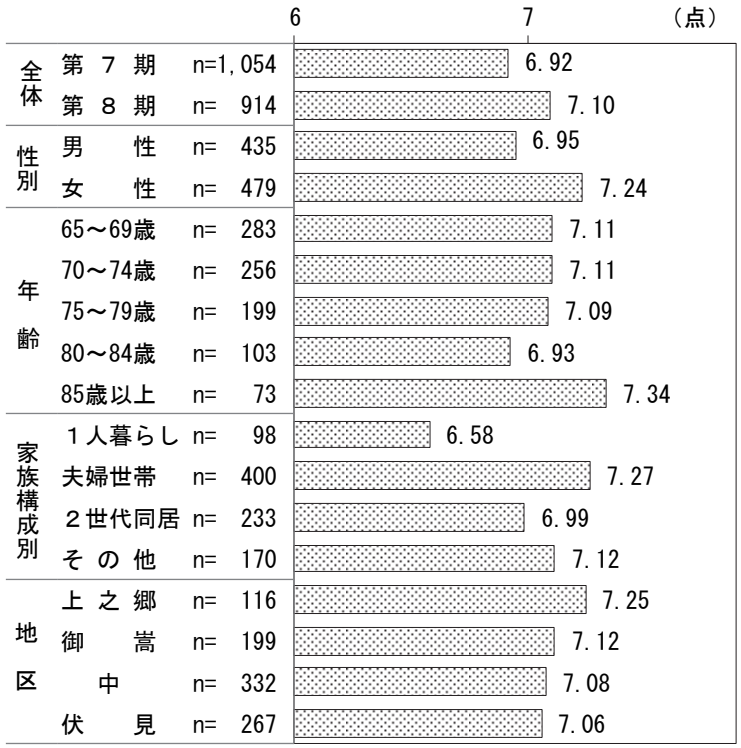


図表Ｖ－14　健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向＜②企画・運営（お世話役）として＞



図表Ｖ－15　地域支え合い活動への参加意向

図表Ｖ－16　幸福感（平均点）



【フレイル対策】

［調査結果のまとめ］

■健康づくり活動等への参加意向は50%以上ある（図表Ｖ－13）

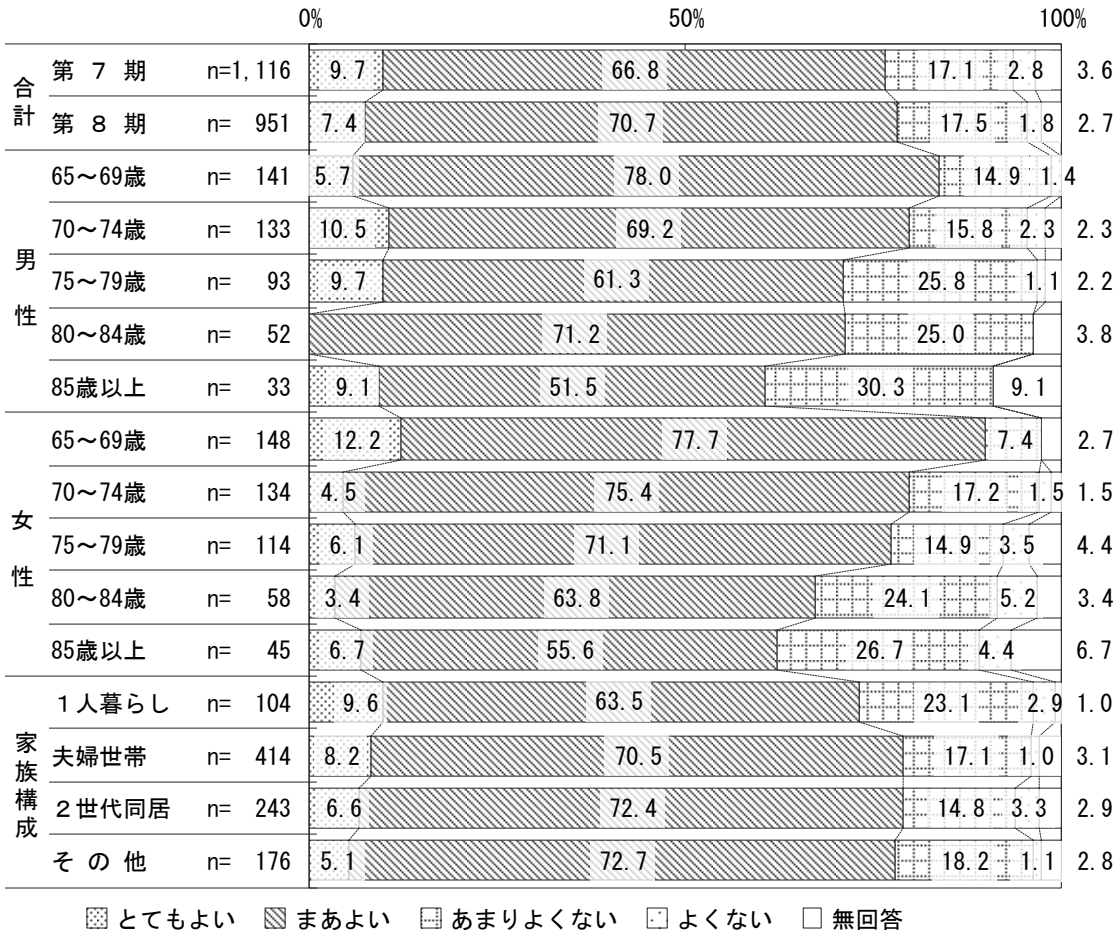
■主観的な健康感として《健康でない》ことを自覚している人が20%近くいる(図表Ｖ－17)

■治療中または後遺症のある病気をみると、高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病など生活習慣に起因する病気が多い(図表Ｖ－18)

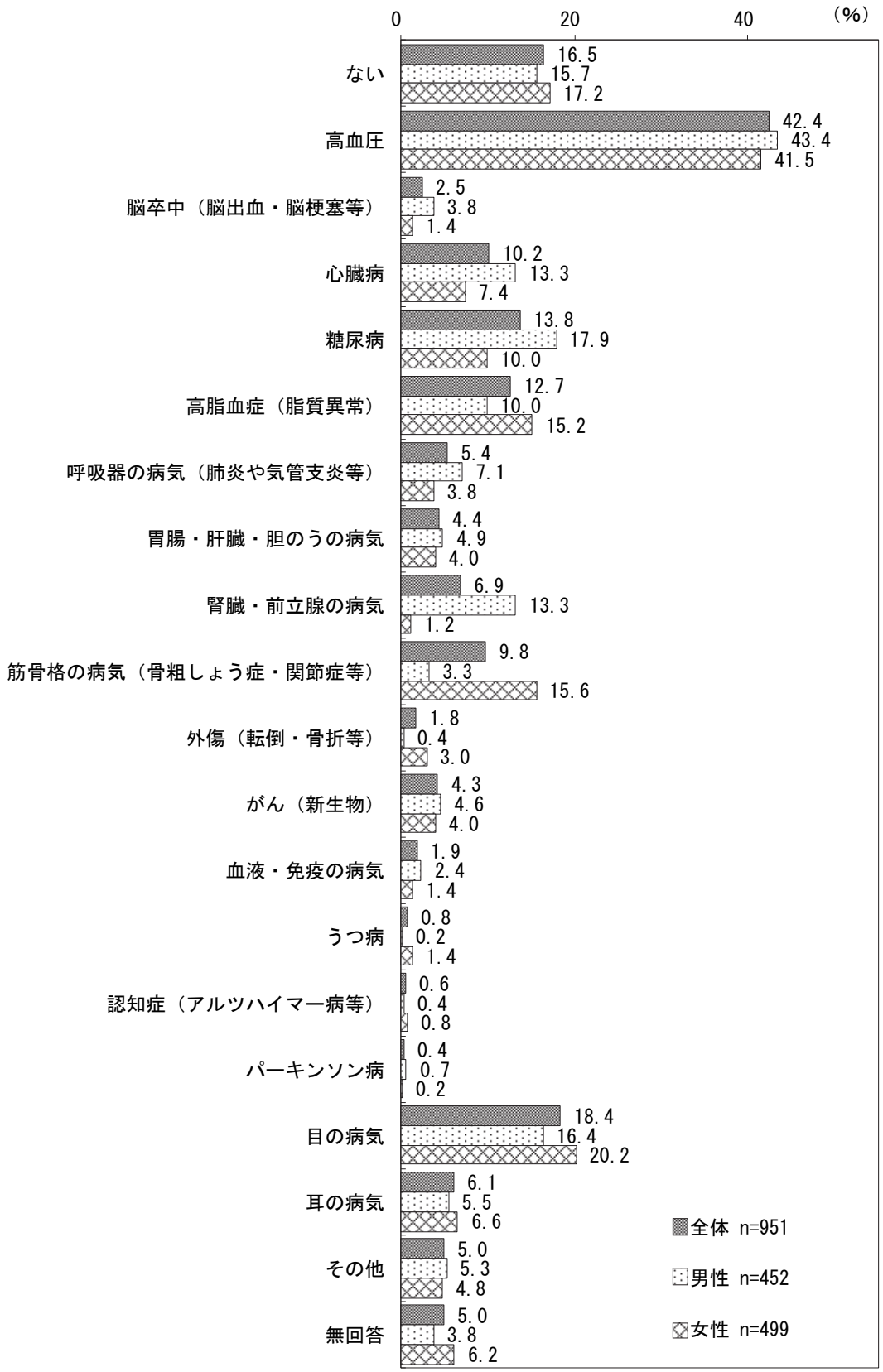
■活動能力は加齢にしたがい低下していく傾向にある。特に手段的自立度の低下が顕著（図表Ｖ－19）

■要介護認定者以外の高齢者は、高齢者施策として「医療機関」や「年金」の充実に次いで、「健康づくり」や「介護予防」を重点におくべきと考えている人が多い（図表Ｖ－20）

図表Ｖ－17　現在の健康状態

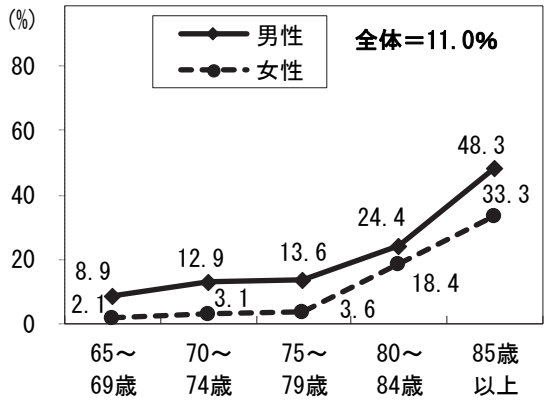


図表Ｖ－18　現在治療中または後遺症のある病気

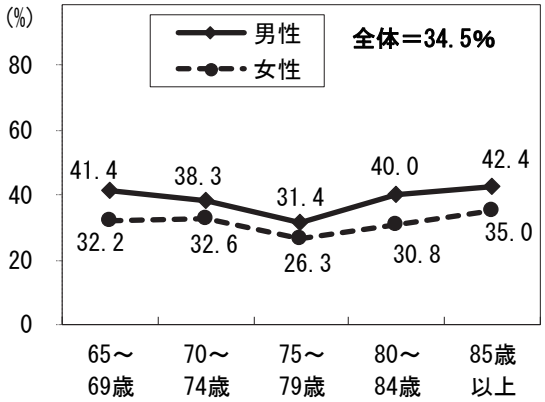


図表Ｖ－19　活動能力の指標

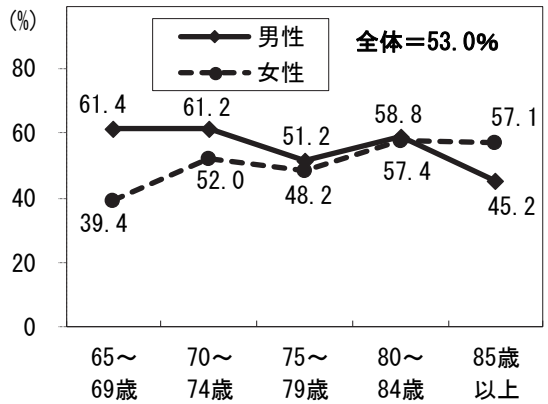
①手段的自立度（ＩＡＤＬ）低下者の割合



②知的能動性低下者の割合



③社会的役割低下者の割合

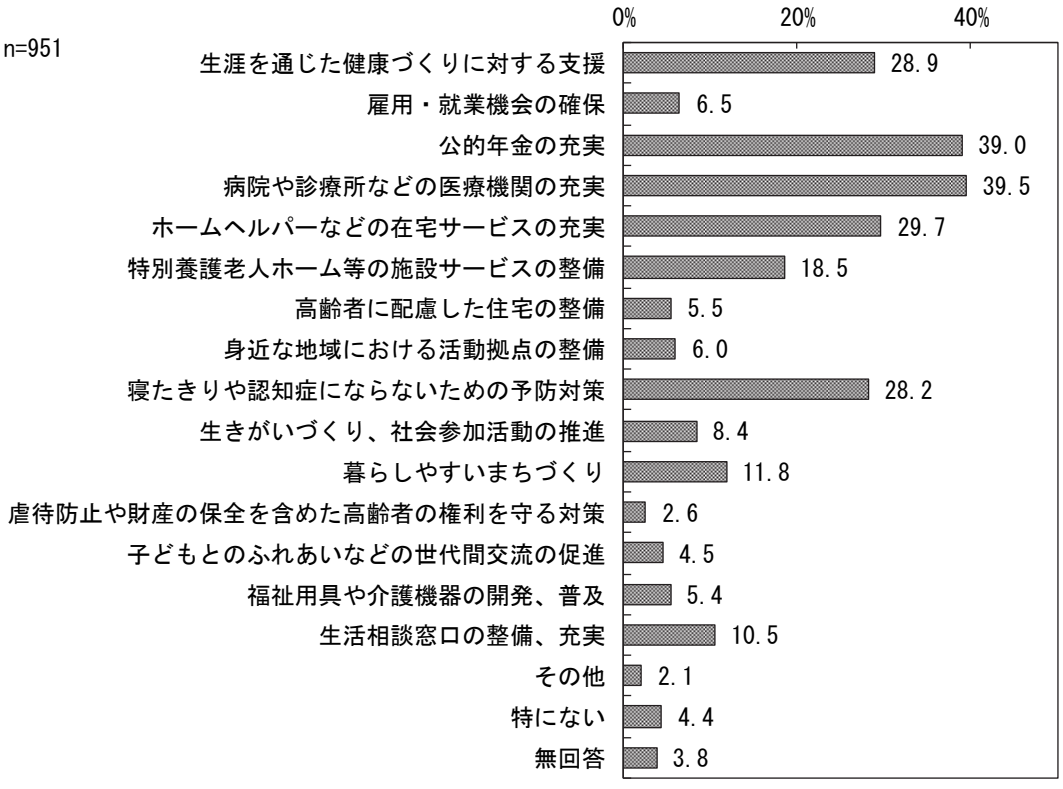


手段的自立度：交通機関の利用や電話の応対、買物、食事の支度、家事、洗濯、服薬管理、金銭管理など、活動的な日常生活をおくるための動作の能力

知的能動性：役所の書類を書く、新聞や本などの読書、健康情報への関心など、余暇や創作など生活を楽しむ能力

社会的役割：主に友人宅への訪問、他人の相談、見舞いなど、地域で社会的な役割をはたす能力

図表Ｖ－20　これからの高齢者施策の重点（複数回答・３つまで）



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果からの課題】

＜課題１：地域住民と行政の連携による支援体制の構築＞

○ひとり暮らしや高齢夫婦世帯など高齢者のみの世帯が増え、日常生活を送る上で、家の周りの作業、高い所の作業、重い物の移動、買い物などさまざまな不自由を感じている人がいる。介護保険サービスや町の提供するサービスに加え、地域住民による見守りなど住民主体の支援体制を確立していく必要がある。

○真に支援を要する人が必要なサービスを利用できるよう、相談体制・情報提供の強化を図るとともに、地域住民と行政の連携によるニーズを見逃さない体制を構築していく必要がある。

＜課題２：社会参加の促進＞

○高齢者や障がいのある人が気軽に外出できる環境を整えていく必要がある。

○高齢者の社会参加を促進するために、自宅から歩いて行ける場所での交流の場や相談窓口の充実を図る必要がある。

○高齢者が自動車で安全に移動できる環境や支援を整えるとともに、高齢ドライバーの運転免許証返納後の移動手段の確保を検討する必要がある。

＜課題３：生きがいづくり＞

○高齢者が、自身の存在価値を実感でき、生きがいを感じられる場や機会を創出する必要がある。

○高齢者の地域活動は、本人の心身両面における健康の保持に有効であり、地域住民との交流を通じて、地域全体の活性化につながる。高齢者が自らの知識や経験を活かし活動できるような支援が必要。

○住民が主体的に企画・運営する活動の立ち上げや継続を支援する必要がある。特に、第７期の取組を継承し、潜在的ニーズの高い男性の活動の支援に重点を置く必要がある。

＜課題４：フレイル対策＞

○健康に不安を抱えている人が少なからずおり、生活習慣病などにより医療機関に受診している人も多い。比較的元気なうちからのフレイル対策が重要。

○社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入り口と言われており、フレイル対策の取組として「つどいの場」づくりをさらに充実させる必要がある。

(2)　在宅介護実態調査

【世帯の状況と在宅生活の継続】

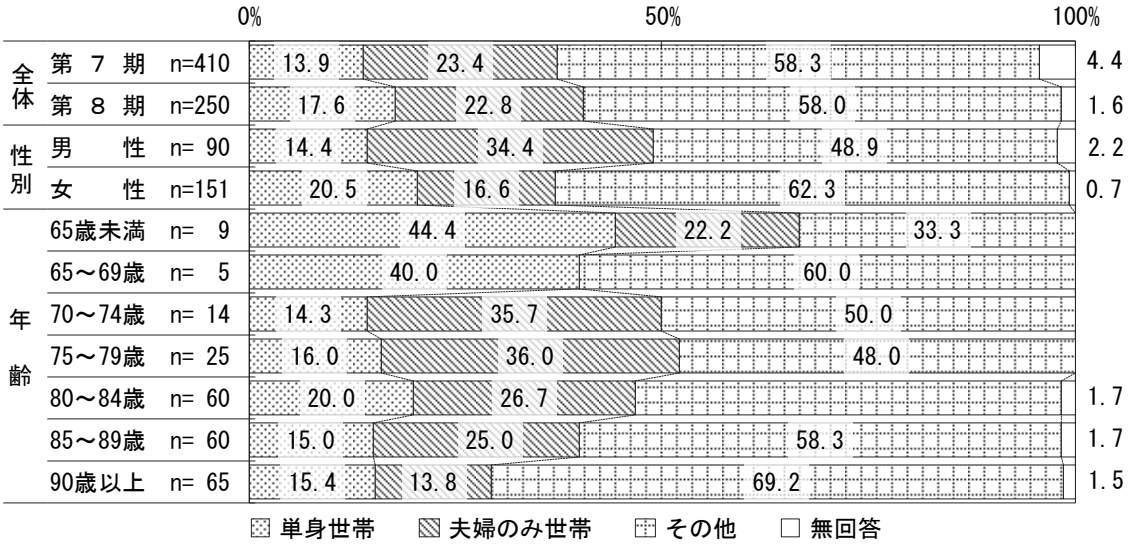
［調査結果のまとめ］

■要介護認定者にも単身世帯（ひとり暮らし）の人が少なからずいる（図表Ｖ－21）

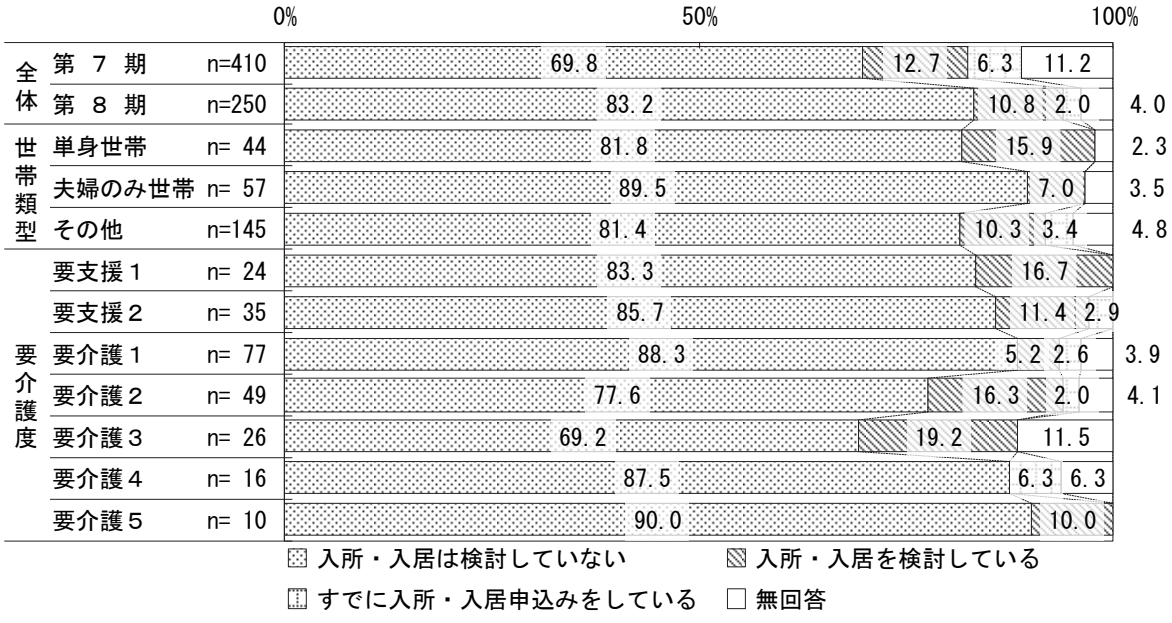
■施設・居住系サービスの希望者には、「当面は希望しないが、とりあえず申し込んでいる（検討している）」人が多い(図表Ｖ－22・23)

■要介護認定者の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サ―ビスとしては「配食」「見守り、声かけ」「外出同行」等があげられている（図表Ｖ－24）

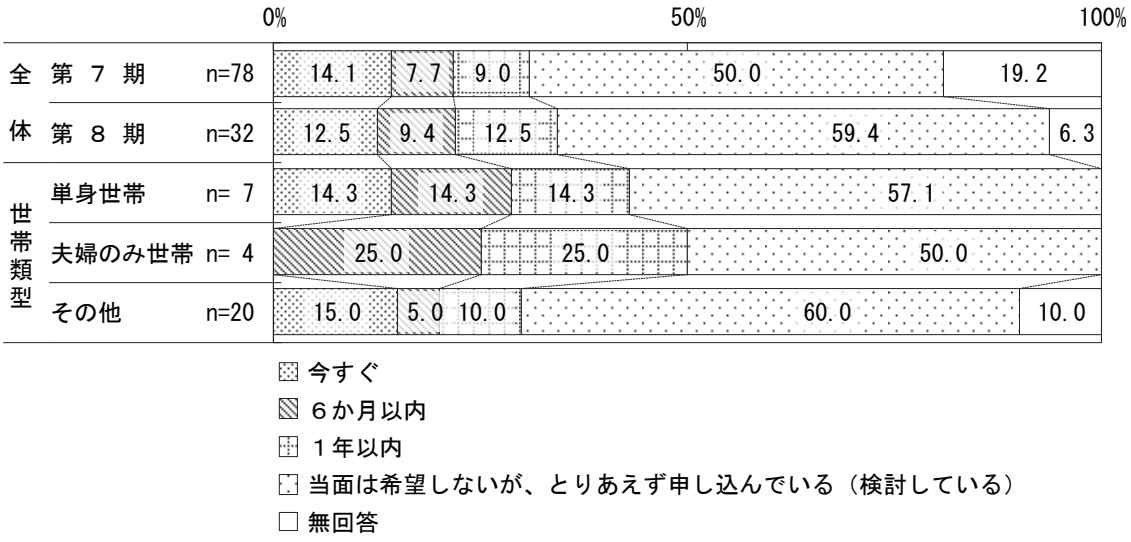
図表Ｖ－21　世帯類型



図表Ｖ－22　施設等への入所・入居の検討状況



図表Ｖ－23　施設等への入所・入居希望時期



図表Ｖ－24　今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（複数回答）　単位：％（nは人）

区分		n	配食	調理	掃除・洗濯	買い物（宅配は含まない）	ゴミ出し	外出同行（通院、買い物など）	移送サービス（介護・福祉タクシー等）	見守り、声かけ	サロンなどの定期的な通いの場	その他	特になし	無回答
全体	第７期	410	12.7	9.5	9.8	10.0	6.8	17.1	21.5	13.4	7.3	1.5	34.1	19.3
	第８期	250	14.4	9.2	9.6	5.6	8.8	11.2	7.2	12.0	4.0	5.2	49.2	9.2
世帯	単身世帯	44	25.0	15.9	20.5	9.1	20.5	13.6	11.4	25.0	9.1	6.8	31.8	6.8
	夫婦のみ	57	14.0	15.8	10.5	7.0	8.8	15.8	12.3	8.8	7.0	7.0	43.9	8.8
	その他	145	11.0	4.8	6.2	4.1	5.5	9.0	4.1	9.7	1.4	4.1	57.2	9.0
要介護度	要支援１	24	12.5	12.5	8.3	4.2	4.2	4.2	12.5	16.7	4.2	4.2	50.0	4.2
	要支援２	35	11.4	14.3	11.4	14.3	22.9	14.3	8.6	8.6	5.7	2.9	51.4	8.6
	要介護１	77	14.3	5.2	7.8	6.5	10.4	11.7	5.2	6.5	6.5	6.5	48.1	7.8
	要介護２	49	22.4	14.3	18.4	6.1	6.1	22.4	12.2	18.4	2.0	6.1	40.8	12.2
	要介護３	26	15.4	3.8	7.7	－	3.8	3.8	7.7	19.2	3.8	－	53.8	7.7
	要介護４	16	6.3	－	－	－	－	－	－	6.3	－	18.8	68.8	－
	要介護５	10	－	－	－	－	－	10.0	－	20.0	－	－	60.0	20.0

【地域包括ケアシステムの構築と在宅医療・介護・福祉の連携強化】

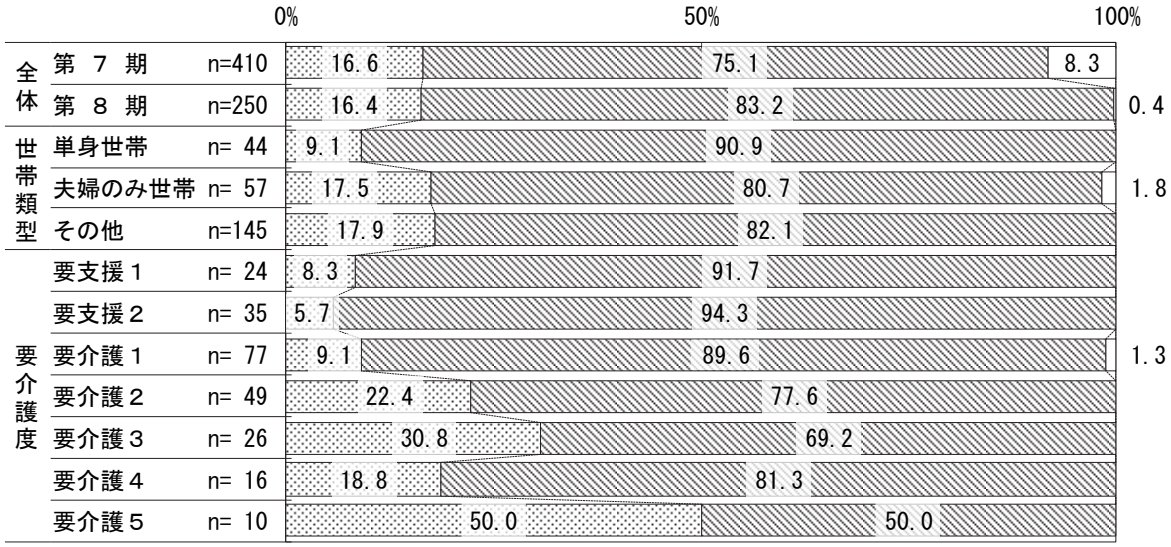
［調査結果のまとめ］

■在宅の重度認定者の多くが訪問診療を利用している（図表Ｖ－25)

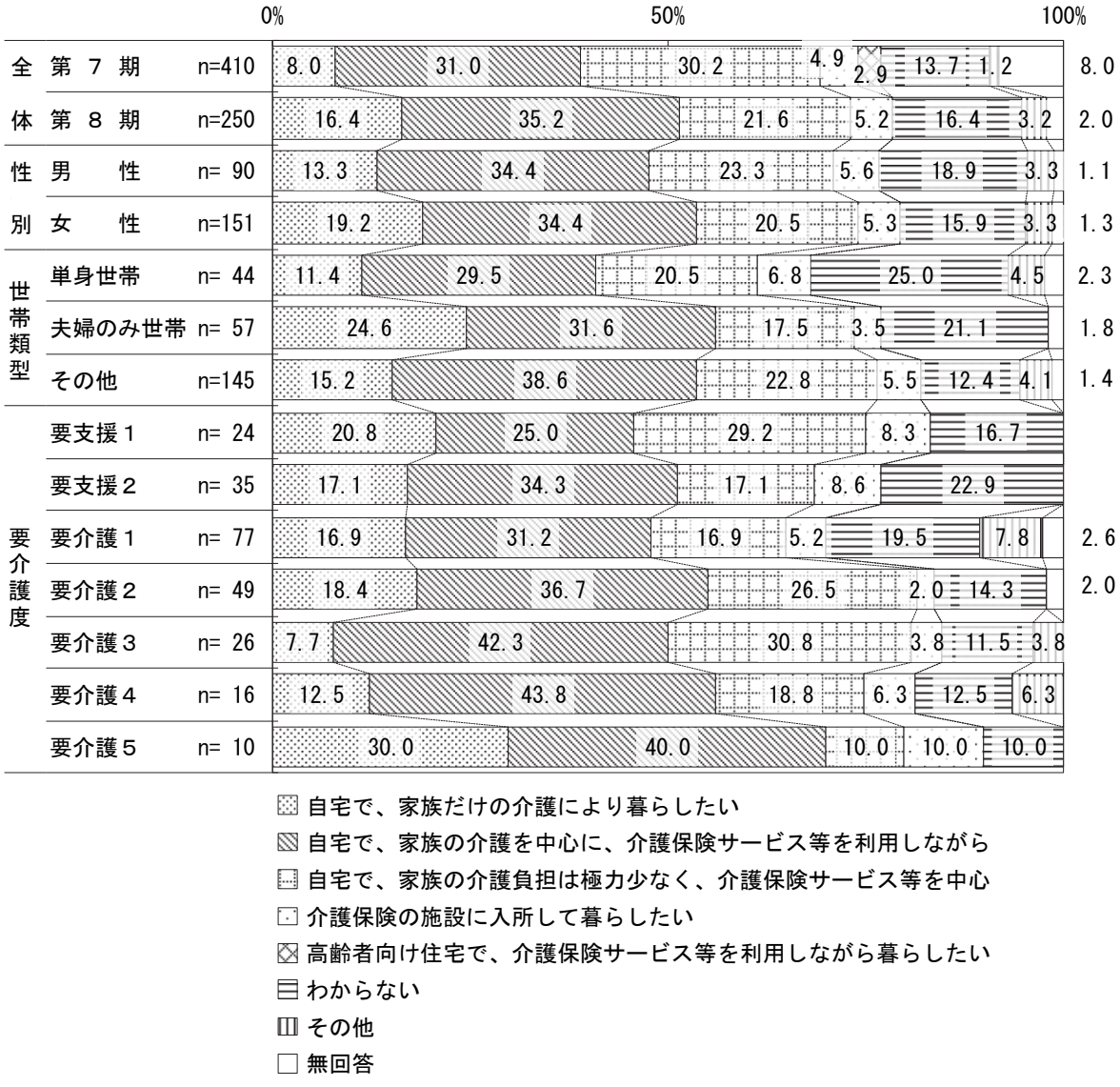
■「自宅」での介護を望んでいる人が多い（図表Ｖ－26）

■人生の最期を「自宅」で迎えたい人が多い。また、自宅で最期を迎えるための条件として「家族の理解や協力が得られること」と「いつでも医師や看護師が訪問してくれる体制が整っていること」をあげている人が多い（図表Ｖ－27・28）

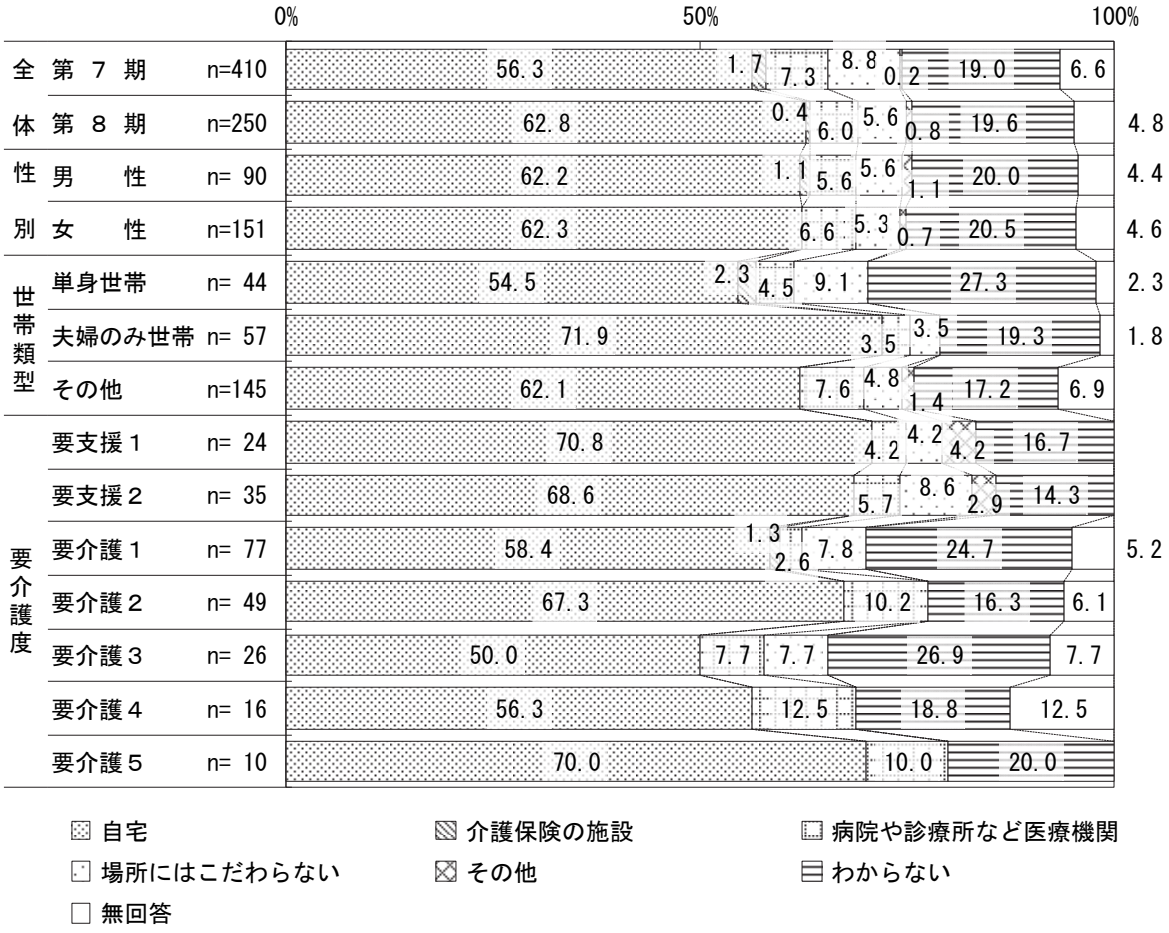
図表Ｖ－25　訪問診療の利用状況



図表Ｖ－26　これからの生活をどこでどのように送りたいか



図表Ｖ－27　人生の最期をどこで迎えたいと考えるか

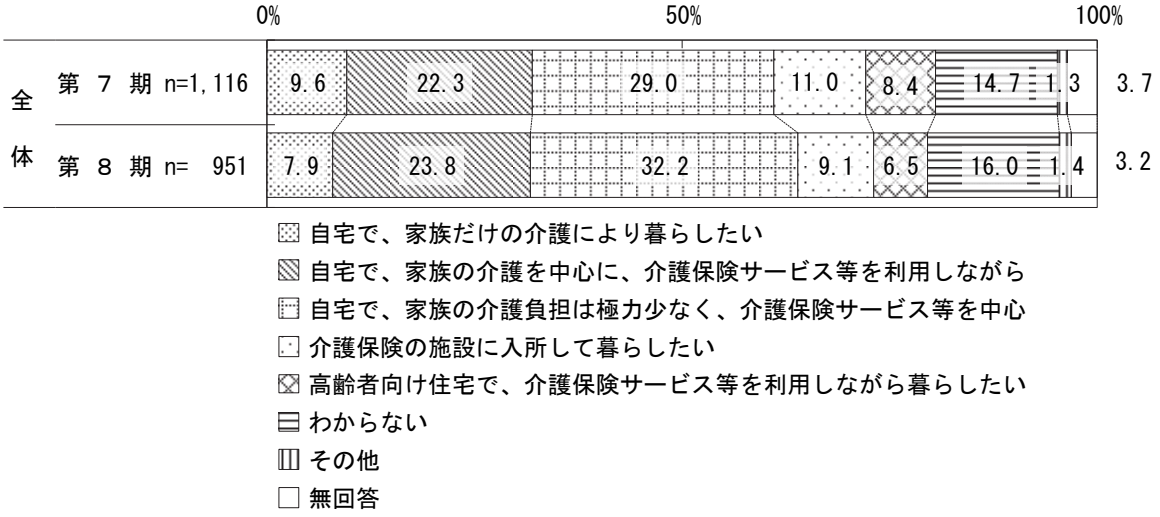


図表Ｖ－28　自宅で安心して人生の最期を迎えるための条件（複数回答）　　単位：％（nは人）

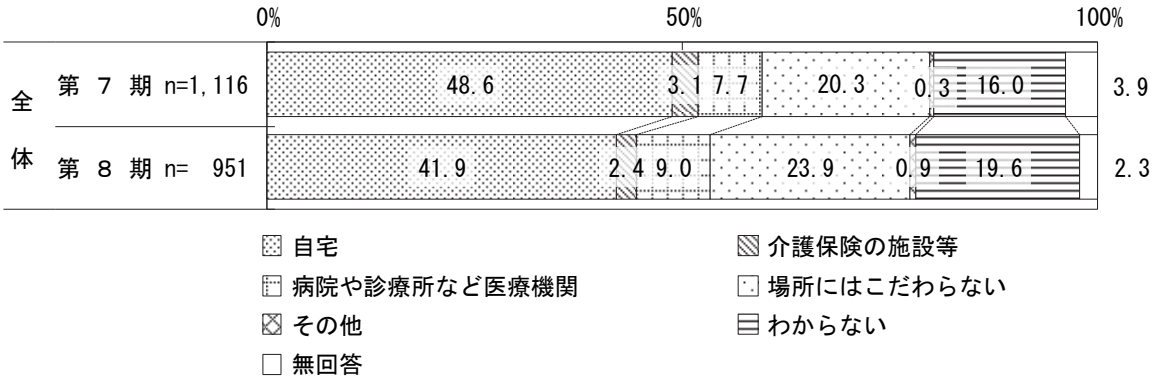
区分		n	家族の理解や協力が得られること	いつでも医師や看護師が訪問してくれる体制が整っていること	訪問介護など日常生活を支える介護サービスの充実していること	容態の急変時など受け入れてくれる病院などが整っていること	療養に適した住宅環境が整っていること	家族に対する精神的なケアがあること	地域の見守り体制が整っていること	その他	無回答
全体	第７期	231	74.0	57.1	43.3	46.8	15.6	27.7	9.1	0.4	2.2
	第８期	157	55.4	46.5	35.0	33.1	5.7	17.2	8.3	3.8	8.3
世帯	単身世帯	24	54.2	33.3	37.5	16.7	4.2	16.7	12.5	8.3	8.3
	夫婦のみ	41	53.7	51.2	29.3	41.5	7.3	19.5	14.6	－	12.2
	その他	90	56.7	47.8	36.7	34.4	5.6	16.7	4.4	4.4	6.7
要介護度	要支援１	17	52.9	47.1	41.2	47.1	5.9	11.8	17.6	－	11.8
	要支援２	24	66.7	41.7	37.5	29.2	12.5	33.3	16.7	－	4.2
	要介護１	45	57.8	42.2	28.9	26.7	4.4	13.3	6.7	8.9	11.1
	要介護２	33	45.5	48.5	39.4	33.3	9.1	12.1	6.1	3.0	12.1
	要介護３	13	69.2	53.8	53.8	53.8	－	30.8	7.7	－	－
	要介護４	9	44.4	55.6	22.2	22.2	－	33.3	－	－	11.1
	要介護５	7	42.9	57.1	28.6	28.6	－	－	－	－	－

＜介護予防・日常生活圏域ニーズ調査＞

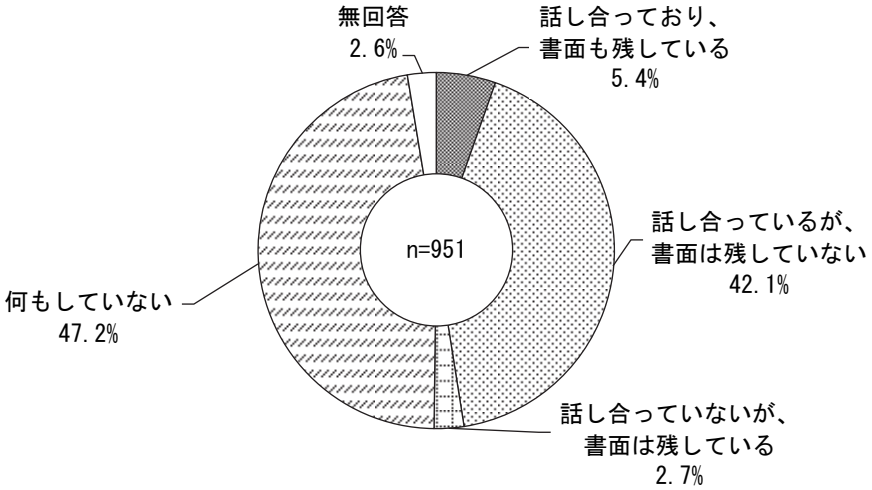
図表Ｖ－29　これからの生活をどこでどのように送りたいか



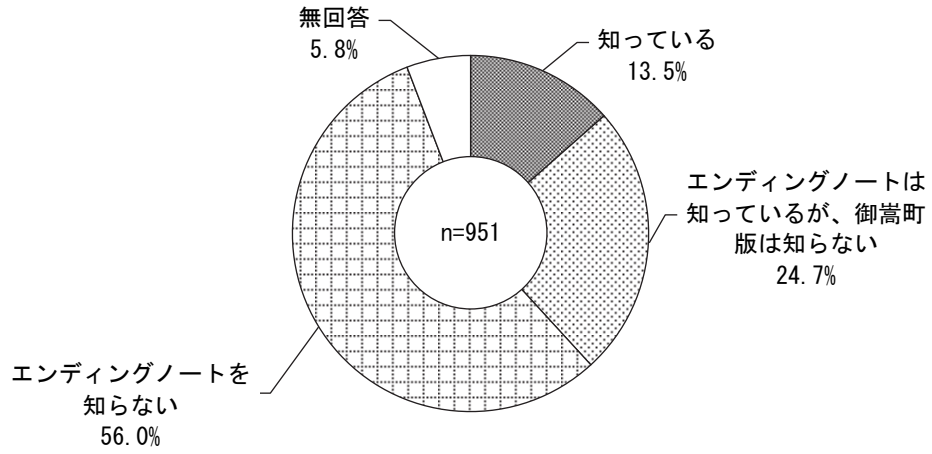
図表Ｖ－30　人生の最期をどこで迎えたいか



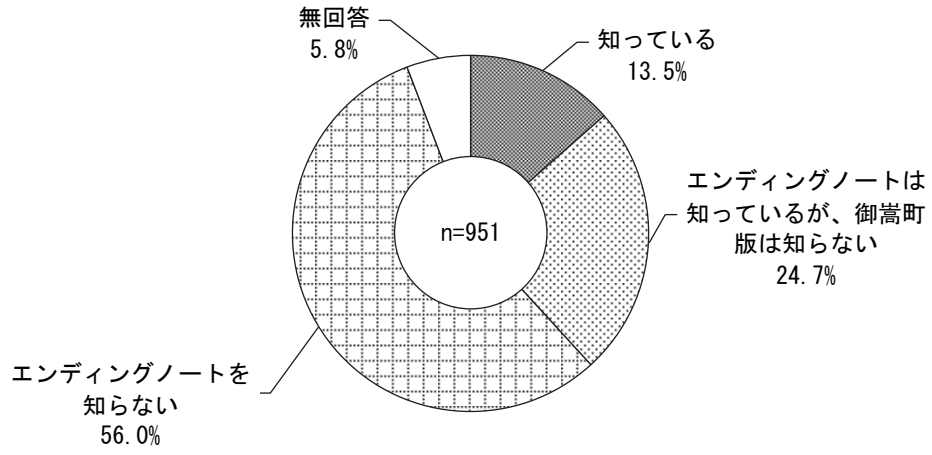
図表Ｖ－31　自身にもしものことがあった場合を考えて家族と話し合ったりしているか



図表Ｖ－32　「御嵩町版エンディングノート」の周知度



図表Ｖ－33　エンディングノートを書いているか



【認知症対策の推進】

［調査結果のまとめ］

■現在抱えている傷病として、認知症は18%を占めている（図表Ｖ－34）

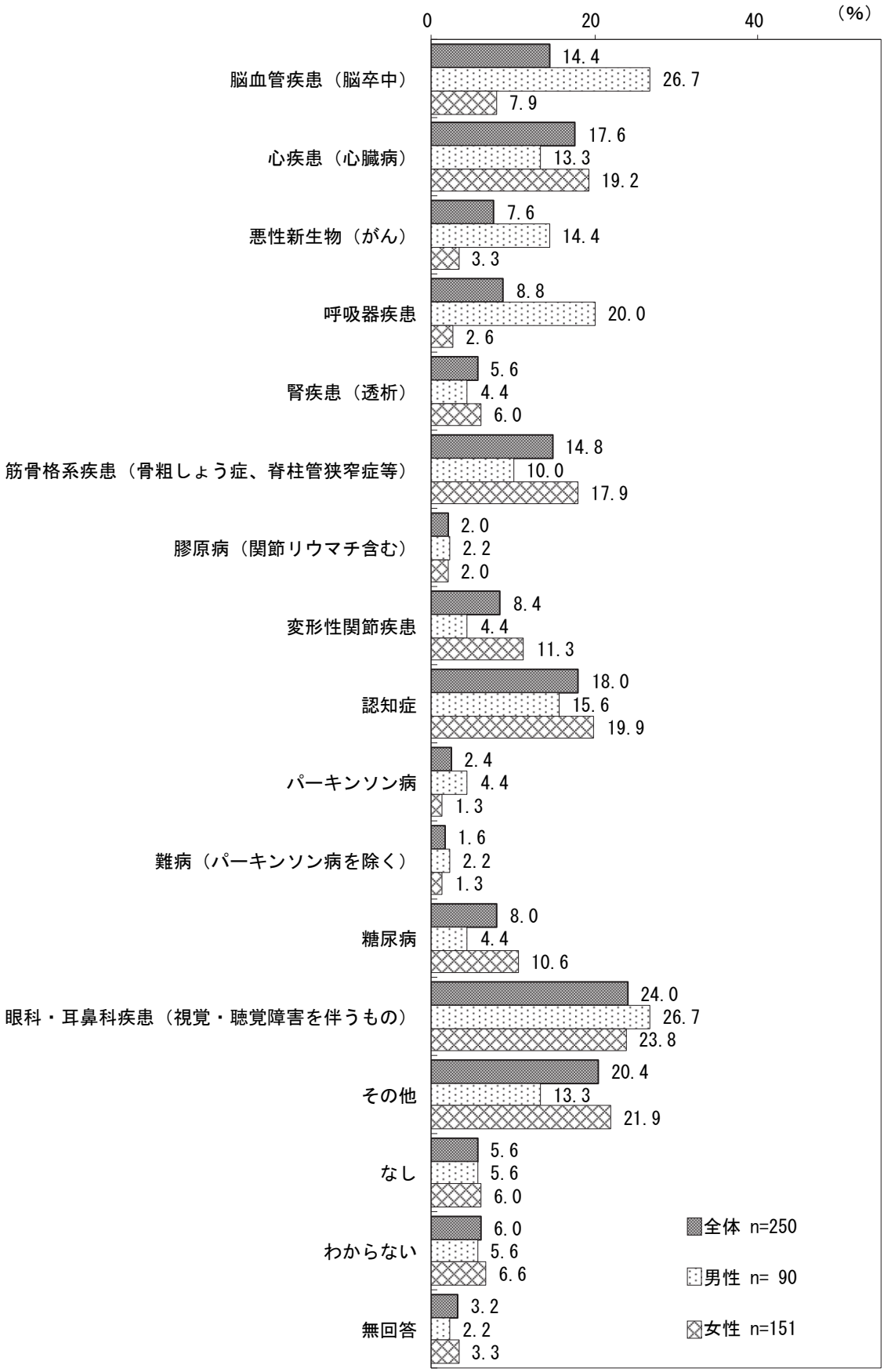
■介護者が不安を感じる介護等として、「認知症への対応」は28.9%と最も高くなっている（図表Ｖ－35）

<介護予防・日常生活圏域ニーズ調査>

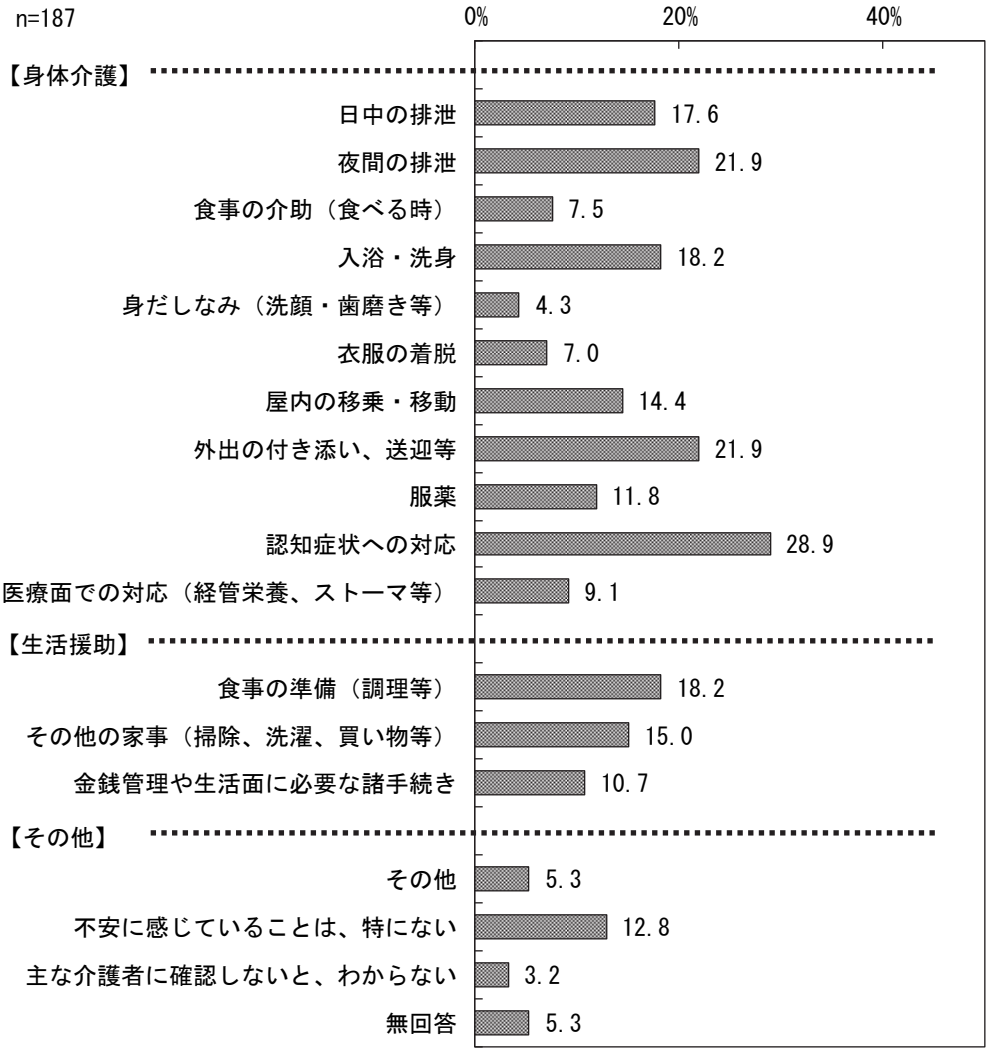
■本人（要介護認定者以外）又は家族に認知症の症状のある人が6.3%ある（図表Ｖ－36）

■認知症に関する相談窓口の認知度は30%弱（図表Ｖ－37）

図表Ｖ－34　現在抱えている傷病

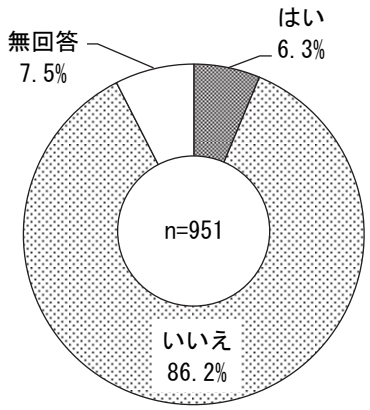


図表Ｖ－35　主な介護者が不安に感じる介護等(複数回答)

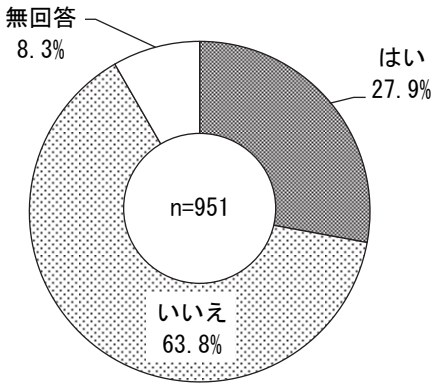


＜介護予防・日常生活圏域ニーズ調査＞

図表Ｖ－36　自分や家族に認知症の症状があるか



図表Ｖ－37　認知症に関する相談窓口を知っている



【介護者の対する支援】

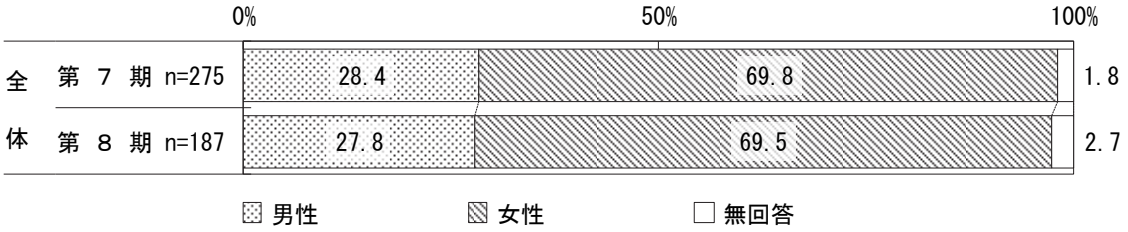
［調査結果のまとめ］

■介護者が不安を感じる介護等としては「認知症への対応」「夜間の排泄」「外出の付き添い、送迎等」等が高くなっている（図表Ｖ－35）

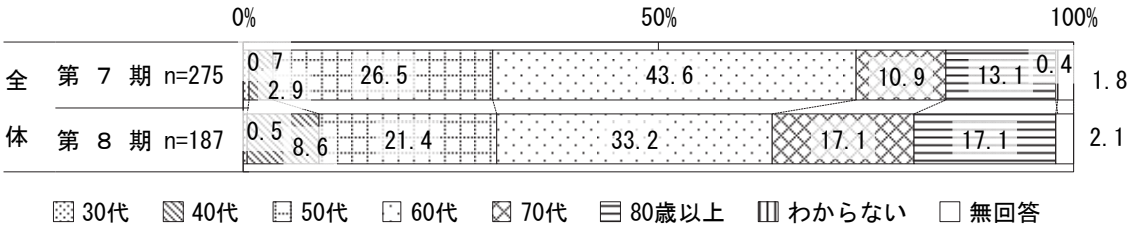
■“老老介護”が増えている。また、介護者本人が健康上の問題を抱えている場合が多い(図表Ｖ－39・40)

■介護をするのを機に仕事をやめたり、働き方を調整したりしている介護者がいる。また、問題を抱えながらも仕事と介護を両立している介護者は多く、勤め先からの支援に対する期待も大きい（図表Ｖ－41～43）

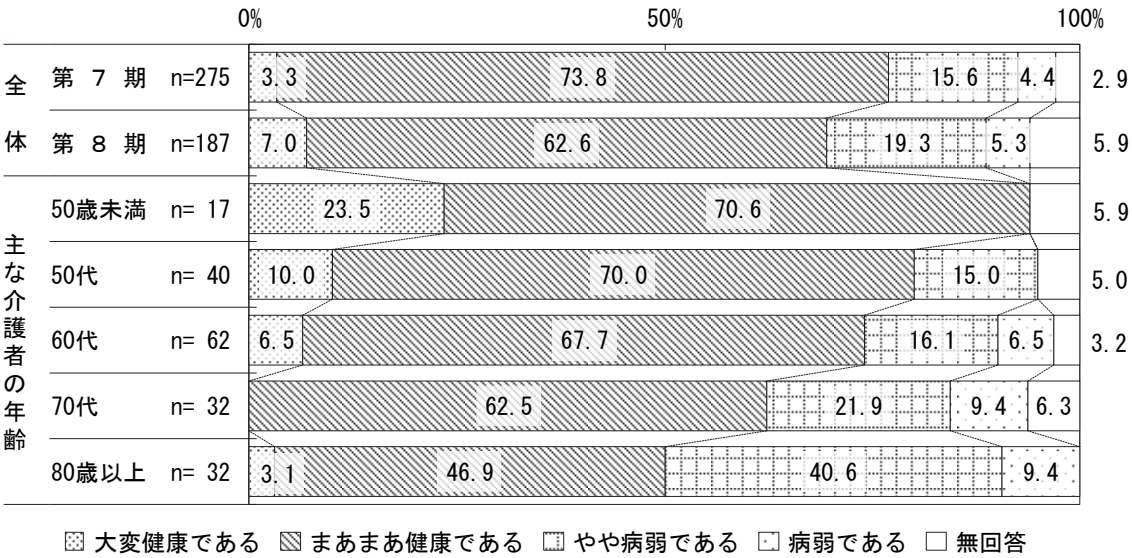
図表Ｖ－38　主な介護者の性別



図表Ｖ－39　主な介護者の年齢



図表Ｖ－40　主な介護者の健康状態



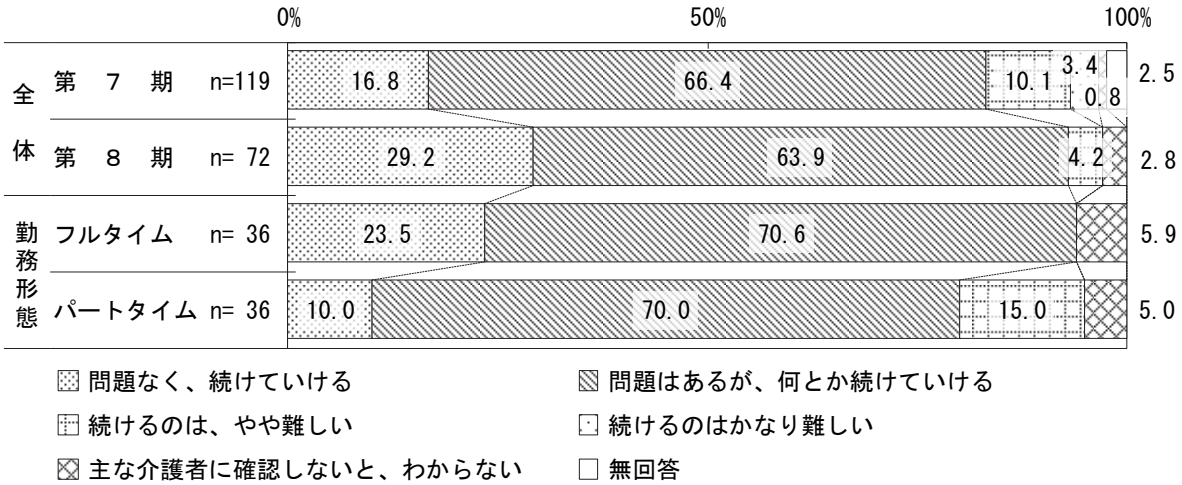
図表Ｖ－41　介護を主な理由とした離職（複数回答）　　単位：％（nは人）

区　分		n	主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）	主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）	主な介護者が転職した	主な介護者以外の家族・親族が転職した	介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない	無回答
全体		187	9.1	1.1	2.1	1.6	75.9	10.7
主な介護者の年齢	50歳未満	17	5.9	－	－	5.9	88.2	－
	50代	40	12.5	－	10.0	2.5	70.0	5.0
	60代	62	14.5	1.6	－	－	72.6	11.3
	70代	32	3.1	3.1	－	3.1	81.3	12.5
	80歳以上	32	3.1	－	－	－	87.5	9.4

図表Ｖ－42　主な介護者は、介護のために働き方を調整しているか（複数回答）　単位：％（nは人）

区　分		n	特に行っていない	「労働時間を調整」しながら、働いている（A）	「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている（B）	「在宅勤務」を利用しながら、働いている（C）	A～C以外の調整をしながら、働いている	主な介護者に確認しないと、わからない
全体		72	54.2	30.6	15.3	2.8	9.7	－
勤務形態	フルタイム	36	58.3	27.8	19.4	5.6	8.3	36
	パートタイム	36	50.0	33.3	11.1	－	11.1	36

図表Ｖ－43　仕事と介護の両立



【在宅介護実態調査結果からの課題】

＜課題１：在宅介護を支える体制づくり＞

○要介護認定者の中にもひとり暮らしや夫婦世帯の人がいる。要介護者本人の生活の質の向上と、近居の家族等介護者、同居の配偶者の負担を軽減するため訪問系サービスの整備と利用を促進する必要がある。

○2025年の医療提供体制を示した岐阜県地域医療構想の進捗により、入院の必要性が低い高齢の患者が在宅に移行し、比較的重度の在宅療養者の増加が予測される。その受け皿として訪問看護など医療的ニーズに対応したサービスの拡充を図る必要がある。

○施設サービスの整備にかかるニーズは高いが、方向性を検討する際には、家族の状況などニーズの背景を詳細に分析する必要がある。

○本町における介護保険サービスの質を担保するため、人材の育成と確保は、国における制度の充実とともに、地域社会全体で取り組む必要がある。

＜課題２：地域包括ケアシステムの充実・深化＞

○介護保険のサービス提供理念である、誰もができる限り住み慣れた自宅で暮らし続けられることをめざし、本町において地域包括ケアシステムが構築されるよう、保健・福祉・医療の連携体制を強化していく必要がある。

○高齢者のみならず、障がいのある人、子育て家庭、生活困窮者など支援を必要とするすべての住民が地域で安心して暮らし続けられるよう、専門多職種が連携・協働して、困りごとを抱えた人と継続的につながり、関わりながら、本人と周囲との関係を広げていく伴走型の支援体制を構築する必要がある。

○最期まで在宅で生活し続けるためには、家族の理解や協力が得られることが重要であり、在宅医療・介護全般に関する情報提供や看取りに関する啓発はもとより、家族介護者の負担を軽減できる地域密着型サービス等の提供体制を整えていく必要がある。

○在宅医療と介護の連携をさらに進め、多様なケースに対応可能な訪問診療ができる体制を整える必要がある。

＜課題３：認知症対策の推進＞

○できるだけ多くの住民に認知症に対する理解を深めてもらうため啓発活動はもとより、認知症の人と家族の地域における居場所づくりや見守りネットワークづくりを

進めていく必要がある。

○住民の認知症に対する不安を軽減するため、正確な情報提供と相談窓口の充実を図る必要がある。

＜課題４：介護者支援の充実＞

○高齢の介護者が自らも健康に不安を抱えながら介護や支援しているという、“老老介護”や“8050問題”の現実は、深刻な問題であり、介護者の高齢化も視野に入れつつ介護者の負担の軽減を図る支援策を検討する必要がある。

○家族介護者にとって「認知症状への対応」や「排泄」などが大きな介護不安となっている。介護者の精神的・肉体的負担を軽減することにより、施設ではなく、在宅において介護をできる限り継続できるよう、介護者のレスパイト（負担軽減）に有効なサ―ビスの利用を促進していく必要がある。

2　用語解説

【あ行】

ＩＣＴ　情報通信技術（Information and Communication Technology）。医療・介護関係機関の情報連携等に活用されている。

アセスメント　サービス利用者や利用しようとする者の心身の状態、家族の状況などを踏まえ、利用者が自宅で生活を続けるために、どのような問題を抱えているか、解決しなければならない課題は何かを明らかにするために行われる情報収集・課題分析のこと。

インセンティブ〔incentive〕　報奨、奨励、刺激を意味する。高齢者の自立支援・重度化防止等に取り組み成果を上げた自治体に、その努力に応じて交付される保険者機能強化推進交付金をインセンティブ交付金という。

一般高齢者　介護や支援を必要としない元気な高齢者。

ＮＰＯ法人　⇒　特定非営利活動法人

【か行】

介護医療院　慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた介護保険施設。

介護給付　要介護認定により要介護と判定された被保険者に対する保険給付。①居宅介護サービス費、②地域密着型介護サービス費、③居宅介護福祉用具購入費、④居宅介護住宅改修費、⑤居宅介護サービス計画費、⑥施設介護サービス費、⑦高額介護サービス費、⑧高額医療合算介護サービス費、⑨特定入所者介護サービス費についての保険給付が行われる。⑤⑦⑧⑨以外は、原則としてサービスの種類ごとに設定される介護報酬の90%が保険給付され、10%は利用者負担となる（一定以上の所得者の負担割合は20%又は30%）。

介護給付費準備基金　第１～７期介護保険事業計画期間の第１号被保険者（65歳以上）の保険料の剰余金をいう。準備基金は、次期以降の第１号被保険者の保険料の高騰をさけるためや、計画より実際が上回り保険料不足に陥った時等のため取り崩す性質のものである。

介護支援専門員（ケアマネジャー）　要介護認定者等の相談に応じ、要介護認定者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう、市町村、居宅サービス事業者及び介護保険施設等との連絡調整を行う人。その資格は、受験資格を有する人が都道府県知事の行う介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、かつ、介護支援専門員実務研修を修了したものとされている。介護支援専門員は、要介護認定者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものであり、介護サービスの要となることから、その倫理性や質が求められる。

介護保険施設　介護保険法による施設サービスを行う施設。指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）及び介護医療院の３種類がある。なお、2017（平成29）年度末で設置期限を迎えることとなっていた指定介護療養型医療施設（療養病床等）については、その経過措置期間が６年間延長された。

介護保険法　1997（平成９）年12月に公布された社会保険としての介護保険制度を創設し、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とした法律。介護保険による保険

給付の対象となるのは、要支援・要介護と認定された高齢者等の訪問介護、通所介護、短期入所等の利用、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等への入所などである。超高齢社会に備え、①安定した財源の確保、②保険システム導入により各種サービスを利用しやすくする、③介護サービスにおける民間活力の導入、④療養型病床群や介護老人保健施設と介護老人福祉施設との整合を図る等を目的として、介護保険制度が創設され、2000（平成12）年度から施行された。

介護予防ケアマネジメント　要介護状態になることの予防と悪化防止を図るため、要支援認定者等に対して、総合事業によるサービス等が適切に提供できるためのケアマネジメントをいう。

介護予防支援　⇒　居宅介護支援

介護予防・日常生活支援総合事業　介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（2011（平成23）年法律第72号）により、地域支援事業の中に創設された事業。市町村の主体性を重視し、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者等に対して、介護予防や生活支援サービス等を、市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供することができる事業である。

介護療養型医療施設　療養病床等に入院する要介護認定者に、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他の必要な医療を行うことを目的とする介護保険施設。なお、2017（平成29）年度末で設置期限を迎えたが、介護医療院の創設に伴い、経過措置期間が６年間延長された。

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

協働　複数の主体が、何らかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動することをいう。

居住系サービス　認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護をいう。

居宅介護支援　居宅要介護認定者の依頼を受けて、その心身の状況や置かれている環境、要介護認定者や家族の希望を勘案して、居宅サービス計画を作成するとともに、その居宅サービス計画に基づいて居宅サービス事業者などとの連絡調整などの支援を行うことをいう。また、居宅要介護認定者が介護保険施設への入所を要する場合にあっては、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいう。居宅介護支援はケアマネジメントともいわれ、介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防支援という。

居宅サービス　介護保険法における居宅サービスとは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の12種類の居宅要介護認定者（要支援認定者に対する給付にはサービス名の前にそれぞれ「介護予防」が付される）が利用可能なサービスをいう。また、居宅サービスを行う事業を「居宅サービス事業」という。

居宅療養管理指導　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅要介護認定者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士等が、通院の困難な利用者を訪問し、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行い、在宅療養生活の質の向上を図るものをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防居宅療養管理指導という。

グループホーム　⇒　認知症対応型共同生活

介護

ケアマネジメント　⇒　居宅介護支援

ケアマネジャー　⇒　介護支援専門員

権利擁護　自らの意志を表示することが困難な知的障がい者や認知症高齢者等に代わって、援助者等が代理としてその権利やニーズの獲得を行うことをいう。

高額医療合算介護サービス費　１年間に支払った医療保険と介護保険の自己負担額の合計が一定額を超えた場合に、越えた分を、各保険者が按分し支給する高額医療・高額介護合算制度において、介護保険から支給される給付のことをいう。なお、医療保険からは高額介護合算療養費が支給される。

高額介護サービス費　要支援・要介護認定者が居宅サービスや施設サービスを利用して保険給付を受け、支払った自己負担額が一定額を超えた場合に支給される介護給付。超えた分が払い戻されることにより負担が一定額を上回らないよう自己負担額の軽減が図られる。

後期高齢者　高齢者を65歳以上と定義する場合、90歳、100歳以上に至るまでの幅広い年齢層を包含することになるが、そのうち75歳以上の人（オールド・オールド）をいう。それに対して65歳以上75歳未満は前期高齢者（ヤング・オールド）と区分している。後期高齢者は要介護の発生率が高いことから、介護保険の調整交付金の算定には各市町村の高齢者中の後期高齢者の割合が考慮される。

高齢化率　高齢者人口（65歳以上人口）が総人口に占める割合をいう。

国勢調査　人口の静態統計を把握するために５年ごとに行われる調査。調査対象は全国民、全世帯であり、調査事項は世帯及び世帯員に関する様々な事項からなる。全数調査の代表的な例である。

【さ行】

サービス付き高齢者住宅　高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する住宅。

施設サービス　要援護者が施設に入所して受けるサービス。施設の種類は、老人福祉法では、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホームが該当し、介護保険法では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設及び介護医療院等が該当する。以上のほかに、生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法等に規定されている施設がある。

住宅改修費　介護保険においては、居宅での自立支援を積極的に支援するために、居宅の要支援・要介護認定者が現に居住する住宅でその心身と住宅の状況を考慮し必要な場合、その工事費の70～90%が支給される。住宅改修の種類は、手すりの取付け、床段差の解消、滑り防止等のための床材の変更、引き戸等への扉の取替え、洋式便器等への便器の取替えなど､小規模な改修であり、その支給限度額は20万円（自己負担を含む）となっている。

小規模多機能型居宅介護　地域密着型サービスの一つで、要介護認定者が地域の小規模な施設において、デイサービス、宿泊、ホームヘルプサービスを受けるサービス。利用定員は１か所あたり29人、うちデイサービスの１日定員は18人とされている。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防小規模多機能型居宅介護という。

シルバー人材センター　一定地域に居住する定年退職者等を会員として、その希望に応じた臨時的・短期的な就業の機会を確保、提供することを目的として設立された都道府県知事の指定する公益法人。シルバー人材センターは、厚生労働大臣に届け出て、職業紹介事業を行うことができるとされている。会員は、健康保険、厚生年金保険、雇用保険等の被用者保険の被保険者となることはできない。

審査支払手数料　介護保険法においては、介護サービス提供事業者が行ったサービスの費用の請求に関する審査及び支払を都道府県国民健康保険団体連合会に委託して行うことができるとされている。この委託料を審査支払手数料という。

人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・ プランニング）　もしもの時のために、本人が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組。「人生会議」はアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の愛称。

成年後見　知的障がい者、精神障がい者、認知症高齢者等で、主として意思能力が十分でない人を対象として、その人の財産がその人の意思に即して保全活用され、また日常生活の場面において、主体性がよりよく実現されるように、財産管理や日常生活での援助をすること。民法の禁治産、準禁治産制度を改正し、「補助」「保佐」「後見」の３類型に制度化された。成年後見体制を充実するために、法人・複数成年後見人等による成年後見事務の遂行、選任の考慮事情の明文化や本人の身上に配慮すべき義務の明文化、法人成年後見監督人の選任、保佐監督人、補助監督人などが規定されている。

成年後見制度利用支援事業　判断能力の不十分な知的障がい者、精神障がい者、認知症高齢者等のために、家庭裁判所に成年後見制度の後見等の審判を申し立て、財産管理や身上監護ができるよう支援するとともに、必要に応じて審査請求の費用や後見人等の報酬の一部を助成する事業。

総合事業　⇒　介護予防・日常生活支援総合事業

【た行】

第１号被保険者・第２号被保険者　⇒　被保険者

団塊ジュニア世代　日本において、昭和46（1971）年から昭和49（1974）年に生まれた世代。団塊世代の子ども世代にあたり、第二次ベビーブーム世代とも呼ばれる。

団塊世代　日本において、第一次ベビーブームが起きた時期に生まれた世代。または第二次世界大戦直後に生まれた文化的思想的に共通している世代のこと。第一次ベビーブーム世代とも呼ばれる。

短期入所（ショートステイ）　介護者が、疾病、出産、冠婚葬祭、事故等その他の社会的理由又は私的理由により家庭において介護できない場合に、要介護者等を福祉施設等に短期間入所させることができる。制度化されているものとして、要支援・要介護認定者、障がいのある人等に対する短期入所事業がある。

短期入所生活介護　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。介護老人福祉施設又は老人短期入所施設で行う短期入所。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防短期入所生活介護という。

短期入所療養介護　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、医療法による療養病床を有する病院又は診療所等で行う短期入所。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防短期入所療養介護という。

地域ケア会議　地域包括支援センター又は市町村が主催し、医療・介護・福祉などの多職種が連携して、高齢者に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

地域支援事業　高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業。2005（平成17）年６月に公布された「介護保険等の一部を改正する法律」により、老人保健福祉制度の介護予防・地域

支え合い事業と65歳以上の保健事業を再編して、介護保険制度に組み込まれた。地域支援事業は、高齢者が要介護状態等になることを予防する介護予防事業、介護予防拠点である地域包括支援センターに関する包括的支援事業、家族介護者等を支援する任意事業から成っていたが、2014（平成26）年度の介護保険法の改正により、全国一律の予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）が地域支援事業に移行されることにともない、従来の介護予防事業は「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」として実施されている。

地域福祉　社会福祉法においては、「社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者が、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」こととしている。

地域包括ケアシステム　高齢者や障がいのある人など何らかの支援を必要とする人が、身近な地域で生涯を安心して暮らしていけるよう、保健・医療･福祉・介護などの社会資源やマンパワー（人財（材））を広く活用し、支援を要する人を地域社会全体で支えるしくみ。

地域包括支援センター　地域包括支援センターは、保健師又は経験のある看護師、主任ケアマネジャー及び社会福祉士を置き、介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント等を業務として介護保険法に規定された機関である。地域包括支援センターは、生活圏域を踏まえて設定され、市町村又は市町村に委託された法人が運営する。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　地域密着型サービスの一つで、入所定員29人以下の介護老人福祉施設において受ける介護サービスをいう。

地域密着型サービス　介護保険法に定める「地域密着型サービス」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護､夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護､小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）をいう。地域密着型サービスの指定及び介護報酬の決定は、保険者である市町村が行う。

調整交付金　市町村間の介護保険の財政力の格差を調整するために国が交付するもの。国が負担する給付費の25%のうち５%が、第１号被保険者の年齢階級別分布状況、所得分布状況等を考慮し、調整して配分される。

通所介護（デイサービス）　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護認定者をデイサービスセンターに通わせ、入浴や食事の提供、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うことをいう。リフト付き車両等による送迎サービスも行われる。

通所リハビリテーション　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護認定者を介護老人保健施設、病院及び診療所のデイ・ケア施設に通わせ、心身の機能の維持回復を図り、理学療法、作業療法等必要なリハビリテーションを行うことをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防通所リハビリテーションという。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護　重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス。

特定施設　介護保険法第８条第11項及び、施行規則第15条により定められた、有料老人

ホーム、介護対応型軽費老人ホーム等のこと。

特定施設入居者生活介護　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム等に入所している要介護認定者に、その施設が定める計画に基づき行われる入浴、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、療養上の世話をいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防特定施設入居者生活介護という。

特定入所者介護サービス費　一定の所得以下の介護保険施設入所者及び短期入所利用者の食事及び居住又は滞在に要した費用の一部を保険給付すること。補足給付ともいう。

特定非営利活動法人（ＮＰＯ法人）　特定の非営利活動を行うことを目的として、特定非営利活動促進法の定めるところにより設立された法人。法人格を取得できる団体は、営利を目的としないものであること、特定非営利活動を行うことを主たる目的とすること等の要件を満たすことが必要である。

特別養護老人ホーム　老人福祉法に規定する老人福祉施設の一種で、介護保険法においては、介護老人福祉施設とされている。原則として65歳以上であって、身体上又は精神上著しい障がいがあるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な人を入所させて、養護することを目的とする入所施設。

【な行】

二次予防事業　要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の人を対象として実施される介護予防事業。総合事業に再編された。

日常生活圏域　「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」においては、「市町村は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を定める必要がある」としており、地域介護・福祉空間整備等交付金が交付される日常生活圏域と同じと考えられる。

認知症　脳の器質的障害により、いったん獲得された知能が持続的に低下すること。認知症には、脳梗塞、脳出血等による脳血管障害の結果生ずる脳血管性認知症及びアルツハイマー病、原因不明の脳の変性により脳の萎縮が認められる老年認知症等があるが、未解明の事項も多い。

認知症カフェ　認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、つどう場。家族の会、自治体、社会福祉法人などによって運営されている。

認知症ケアパス　認知症の進行状況に合わせて提供される医療や介護のサービスの標準的な流れを示したもの。

認知症サポーター　厚生労働省は、2005（平成17）年度から「認知症を知り地域をつくる10カ年」キャンペーンを開始している。その一環として、認知症サポーターを全国で100万人養成する「認知症サポーター100万人キャラバン」を展開し、認知症になっても安心して暮らせるまちを住民の手によってつくっていくことをめざしている。認知症サポーターは、認知症の人と家族への応援者であり、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かい目で見守るなど、自分のできる範囲で活動する人であり、市町村等が開催する認知症の勉強会を受講すれば、誰でもなることができる。

認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）　2012（平成24）年9月、厚生労働省が、認知症対策として2013（平成25）～2017（平成29）年度に重点的に進める取組みをまとめた計画。早期診断・早期対応や「認知症ケアパス」の普及、「地域支援推進員」の

配置などが盛り込まれている。2015（平成27）年１月、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）として改められた。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）　厚生労働省は、2025（令和７）年には、認知症患者が約700万人（約5人に1人）まで増加すると推計した。こうした背景のもと、2015（平成27）年１月、認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）を改め、認知症施策推進総合戦略を公表した。柱となる施策は、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、の7つである。対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和７）年までとしているが、数値目標は2017（平成29）年度末として設定し、具体的な対策が進められた。

認知症施策推進大綱　2019(令和元）年６月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の後継となる認知症施策推進大綱をとりまとめた。認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組を進めるとしている。大綱では、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開」の5つの柱に沿って施策を推進するとしており、対象期間は団塊世代が75歳以上となる2025（令和７）年までとし、策定後３年を目途に、施策の進捗が確認される。

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）　介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。要介護認定者で比較的軽度の認知症の状態にある人が５～９人で共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。要支援認定者に対するものは介護予防認知症対応型共同生活介護という。なお、障がいのある人のグループホームも制度化されている。

認知症対応型通所介護　地域密着型サービスの一つで、認知症の要介護認定者を対象とするデイサービス。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防認知症対応型通所介護という。

【は行】

バリアフリー〔barrier free〕　住宅建築用語として、障がいのある人が社会生活をしていく上でバリア（障壁）となるものを除去するということをいい、具体的には段差等の物理的障壁の除去をいう。より広くは、障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的な全ての障壁の除去という意味でも用いられる。

ＰＤＣＡサイクル　事業活動における管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の４段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

避難行動要支援者　要配慮者のうち災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な人。

被保険者　保険に加入している本人をいう。介護保険制度においては、①市町村の区域内に住所を有する65歳以上の人（第１号被保険者）、②市町村の区域内に住所を有する40

歳以上65歳未満の医療保険加入者（第２号被保険者）を被保険者としている。

複合型サービス　複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて、1つの事業所が一体的に提供するサービス。介護保険法施行規則により「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」の組み合わせが提供可能なサービスとして定められており、平成27（2015）年４月から「看護小規模多機能型居宅介護」という名称で呼ばれている。

福祉用具　心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具。特殊寝台などの起居関連用具、車いすなどの移動関連用具、排せつ関連用具、入浴関連用具などが含まれる。介護保険制度では福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与による品目と特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売対象となる品目がそれぞれ定められている。

フレイル　加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下した「虚弱」な状態を指し、健康な状態と日常生活で介護が必要な状態の中間の状態をいう。海外の老年医学の分野で使用されている英語のfrailtyが語源。Frailtyは日本語の「虚弱」「老衰」「脆弱」等を意味する。

包括的・継続的ケアマネジメント　高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携等、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援を行うこと。

訪問介護（ホームヘルプサービス）　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。要介護認定者の居宅で訪問介護員により行われる入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等をいう。

訪問看護　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定期にある要介護認定者の居宅において看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士等により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問看護という。医療保険にも同様の訪問看護制度がある。

訪問入浴介護　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。要介護認定者の居宅を訪問して、浴槽を提供して行われる入浴の介護をいい、身体の清潔の保持や心身機能の維持向上を図る。通所サービスによる入浴介護を利用できない場合や家庭の浴槽では入浴が困難な場合に利用される。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問入浴介護という。

訪問リハビリテーション　介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定期にある要介護認定者の居宅において、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、診療に基づく計画的な医学管理の下に行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問リハビリテーションという。

保険者　保険事業を行う主体をいう。介護保険の保険者は、市町村（特別区を含む）と規定されている。保険者としての役割は、被保険者の管理、要介護認定、保険給付の支払事務、サービス基盤整備を推進するための市町村介護保険事業計画の策定、介護保険特別会計の設置・運営、普通徴収による保険料の徴収などがある。

保険料　保険加入者（被保険者）が保険者に支払う代金。市町村が徴収すべき介護保険事業に要する保険料は、公費負担分と第２号被保険者が負担すべき保険料を除いた第１号被保

険者分である。第２号被保険者については、医療保険の保険料と一括徴収される。また、第１号被保険者と第２号被保険者の保険料の負担割合は、全国平均の１人当たりの保険料が同じ水準となるよう設定されている。第１号被保険者の保険料の徴収方法は、年金からの特別徴収（天引き）と市町村が直接徴収する普通徴収の方法がある。

ボランティア〔volunteer〕　本来は、有志者、志願兵の意味。社会福祉において、無償性、善意性、自発性に基づいて技術援助、労力提供等を行う民間奉仕者をいうが、近年になって「有償ボランティア」という言葉も使われている。個人又はグループで、①手話・点訳、学習指導、理美容、電気、大工、茶・華道、演芸（劇）指導等の技術援助、②障がいのある人・児童・高齢者等の介護や話し相手、おむつたたみ、施設の清掃等の自己の労力・時間の提供、③一日里親、留学生招待、施設提供、献血・献体、旅行・観劇招待等、の奉仕を行う。

【ま行】

民生委員　民生委員は、民生委員法に基づき各市町村に置かれる民間奉仕者。都道府県知事又は指定都市・中核市の市長の推薦により厚生労働大臣が委嘱する。民生委員の任期は３年である。市町村の区域内において、担当の区域又は事項を定めて、①住民の生活状態の把握を必要に応じ行うこと、②援助を要する人の相談に応じ、助言その他の援助をすること、③社会福祉事業施設と密接に連絡し、その事業又は活動を支援すること、④福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること、等を職務とする。民生委員は、児童福祉法による児童委員を兼務する。

【や行】

ユニバーサルデザイン　「すべての人のためのデザイン」をいう。障がいのある人や高齢者、外国人、男女など、それぞれの違いを越えて、すべての人が暮らしやすいように、まちづくり、ものづくり、環境づくりなどを行っていこうとする考え方である。ユニバーサルデザインは、障がいのある人や高齢者に対するバリアフリーの考え方をさらに進めて、例えば施設やものをつくるときに、始めからできるだけすべての人が利用できるようにしていくことである。

要介護　介護保険法では、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、６か月継続して、常時介護を要すると見込まれる状態」とされている。要介護状態は、要支援状態よりも介護の必要の程度が重度であり、その区分は介護の必要度により５段階に区分（要介護状態区分）されている。

要介護認定　介護給付を受けようとする被保険者の申請によって、市町村が行う要介護状態区分の認定のこと。全国一律の客観的な方法や基準に従って行われる。心身の状況等に関する認定調査の結果と疾病や負傷の状況に関する主治医意見書に基づき、介護認定審査会において審査判定が行われ、その結果に従い、市町村が要介護認定を行う。市町村は原則として申請から30日以内に結果を通知しなければならない。要支援認定と同一の方法を用いて一体的に行われることから、要支援認定を含めて指す用語として使われることが多い。

養護老人ホーム　老人福祉法に規定する老人福祉施設の一種。原則として65歳以上の人であって、環境上の理由及び経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な人を入所させて、養護することを目的とする入所施設。福祉の措置により施設への入所を行う措置施設で、措置の権限は市町村にある。介護保険法では、養護老人ホームに入所して

いる要支援・要介護認定者は、居宅サービス等が受けられる。また、介護保険法に規定する従業員、設備及び運営に関する基準を満たせば、特定施設入居者生活介護等を行う指定居宅サービス事業者等の指定を受けることができる。

要支援　要介護状態区分を指す「要介護１～５」に対応して、要支援認定を指し、「要支援１・要支援２」に区分される。要支援は、要介護より介護の必要の程度が軽度であり、介護予防サービスが給付（予防給付）される。

予防給付　要支援認定を受けた被保険者に対する保険給付。介護給付と比べると施設サービスと一部の地域密着型サービスが給付対象とならない点で異なる。また、平成27（2015）年度の制度改正に伴い、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が給付対象から外れ、地域支援事業の総合事業として再編された。①介護予防居宅サービスの利用、②特定介護予防福祉用具販売、③介護予防住宅改修費、④介護予防認知症対応型通所介護、⑤介護予防小規模多機能型居宅介護、⑥介護予防認知症対応型共同生活介護、⑦介護予防支援の利用、⑧高額介護予防サービス費、⑨高額医療合算介護サービス費、⑩特定入所者介護予防サービス費についての保険給付が行われる。⑦～⑩以外は、原則としてサービスの種類ごとに設定される介護報酬の90%が保険給付され、10%は自己負担となる（一定以上の所得者の負担割合は20%又は30%）。

【ら行】

レスパイト〔respite〕　休息、息抜き、小休止を意味する。レスパイトケアとは、要介護者が、介護サービス等を利用している間、家族介護者等が一時的に介護から解放され、休息をとれるようにする支援。

老人クラブ　会員相互の親睦を深めるとともに、社会奉仕等の社会参加により、生きがいを高めようとする高齢者による自主的な組織。ゲートボール、歌、踊り、地域奉仕、地域交流等の活動が行われている。老人クラブの対象年齢は、多くが60歳以上としている。なお、2021（令和３）年３月現在、本町には老人クラブ連合会は存在しない。

老人福祉法　老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を行うことにより、老人の福祉を図ることを目的とする法律。市町村は、要援護高齢者がやむを得ない事由により、介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるときは、居宅における介護、特別養護老人ホームへの入所等の措置を採ることができるとされている。さらに、養護老人ホームへの入所措置、老人健康保持事業の実施等が定められ、都道府県及び市町村に老人福祉計画の策定を義務づけている。

老人ホーム　老人福祉法に規定されている入所施設として、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームがある。介護保険法においては、特別養護老人ホームは介護保険施設とされ、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームは居宅とみなされる。

老人保健施設　病状が安定期にある要介護認定者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設として、都道府県知事の許可を受けたもの。従来は老人保健法に規定されていた老人保健施設について、介護保険法に移されたもので、医療法上の病院や診療所ではないが、医療法や健康保険法上は同様に取り扱われ、例えば、管理者や開設者の規定は医療法を準用するとされている。

3　策定委員会

(1)　策定委員会名簿

（敬称略・順不同）

役　職	氏　　名	所属団体等
委 員 長	田 原　士 朗	医療関係団体の代表者 （たはら心臓血管クリニック　医師）
副委員長	秋 松　孝 之	福祉関係団体の代表者 （社会福祉法人慈恵会　御嵩エリア長）
委　　員	齊 藤　貞 子	福祉関係団体の代表者 （民生委員・児童委員　高齢福祉部会）
委　　員	長 瀬　　隆	医療関係団体の代表者 （長瀬歯科　歯科医師）
委　　員	岸 本　泰 樹	福祉関係団体の代表者 （岐阜県理学療法士会）
委　　員	谷口　みゆき	福祉関係団体の代表者 （ＪＡめぐみのみたけ居宅介護支援事業所　主任介護支援専門員）
委　　員	鍵 谷　淳 司	福祉関係団体の代表者 （生活支援コーディネーター・御嵩町社会福祉協議会）
委　　員	三 代　正 彦	識見を有する者 （ふらっとハウス指定管理者　技研サービス）
委　　員	須 田　宣 子	識見を有する者 （ボランティア団体　代表）

(2) 計画策定の経緯

月　日	主な内容
2019（平成31)年 1月４日～ 2020（令和２)年 1月31日	■在宅介護実態調査の実施
2019（令和元)年 12月24日～ 2020（令和２)年 1月17日	■介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施
2020（令和２)年 ５～６月	■民生委員・児童委員記述式調査 ■介護支援専門員記述式調査
2020（令和２)年 ６月	第１回御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ策定委員会 【新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、書面開催による意見聴取】 ○アンケート調査結果の報告
2020（令和２)年 11月６日	第２回御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ策定委員会 ○第８期計画の素案について ○介護サービス事業量等の推計について
2020（令和２)年 12月16日	第３回御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ策定委員会 ○第８期計画の素案について
2021（令和３)年 １月	第４回御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ策定委員会 【新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、書面開催による意見聴取】 ○第８期計画の案について
2021（令和３)年 ２月11日～ ３月２日	■パブリックコメントの実施

御嵩町高齢者福祉計画・介護保険事業計画Ⅷ

2021（令和３）年３月

発行：御嵩町

編集：民生部　保険長寿課

〒505-0192
岐阜県可児郡御嵩町御嵩1239番地1
TEL 0574-67-2111
FAX 0574-67-1875
E-mail kaigo@town.mitake.lg.jp