いきいき

竜王長寿プラン

竜王町高齢者保健福祉計画
第８期介護保険事業計画

令和３年３月
滋賀県 竜王町

はじめに

令和の時代を迎え、全国的に高齢化がますます加速しています。竜王町においても、まもなく高齢化率が３割に到達するとともに、平成 12 年（2000 年）に約 900 人であった 75 歳以上の後期高齢者は、約 1,500 人と 1.7 倍の増加となり、住み慣れた地域で安心して暮らすための「地域包括ケア」を一層深化・発展させていくことが求められています。

このような背景を受けて、このたび、令和３年度（2021 年度）から令和５年度（2023 年度）までの３年間を計画期間とする「いきいき竜王長寿プラン（竜王町高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画）」を策定いたしました。

本計画では、町内の高齢者や介護サービスを提供する事業所の皆様にアンケート調査を行い、日常生活や介護現場における現状やニーズを分析し、今後必要となる施策分野ごとの取組や目標を具体的に定めることをめざしました。

また、介護需要が高まる中、持続可能な介護保険制度運営の視点に立ち、全国的に高齢者数がピークを迎える令和 22 年度（2040 年度）を見据えながら、第８期計画期間における第１号被保険者保険料を定めました。

要介護認定者数の増加により、高齢者施策・サービスに必要な費用は、今後も増大していくものと見込まれます。こうした状況下で、第８期計画では、介護サービス基盤の強化として、介護人材の確保と定着促進に向けた取組や、介護予防の一環として足腰の痛み予防に着目した地域リハビリテーションの取組を新たに推進することにより、本計画の基本理念である「いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王」の実現とともに、社会保障負担の軽減にもつながる施策を進めてまいります。これらと併せて、認知症ケアや、重層的支援の推進、地域の支え合い、口腔ケアの充実など、高齢者の生活に関する課題についても引き続き取り組んでまいります。

新型コロナウイルス感染症の流行が続いておりますが、関係機関とも連携を図りながら早期収束を実現し、町民の皆様が地域で安心して暮らせるまちづくりに努めてまいりますので、一層のご理解とご協力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、本計画の策定にあたり、熱心にご審議を賜りご尽力いただきました竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会の委員の皆様をはじめ、アンケート調査等にご協力いただいた多くの町民の皆様ならびに関係者の皆様に、心から厚く御礼を申し上げます。

令和３年（２０２１年）３月

竜王町長　西　田　秀　治

■■ 目　　次 ■■

第１章　計画策定にあたって 1
第１節　計画策定の背景・目的 3
第２節　計画の位置付け 5
第３節　計画期間 8
第４節　計画策定の方法 9
第５節　日常生活圏域の設定 10

第２章　人口等の動向 11
第１節　人口の推移と推計 13
第２節　要介護認定者数の推移と推計 17
第３節　高齢者の世帯の状況 19
第４節　高齢者の就業の状況 20
第５節　高齢者の生活機能低下の状況 22

第３章　高齢者等の実態・ニーズ 27
第１節　一般高齢者の実態・ニーズ 29
第２節　介護者・要介護者の実態・ニーズ 40
第３節　介護サービス事業所の実態・ニーズ 45
第４節　本町の主要課題 49

第４章　第７期計画の推進状況 51
第１節　施策の推進状況 53
第２節　数値目標の達成状況 56

第５章　基本理念と基本目標 57
第１節　基本理念 59
第２節　基本目標と施策体系 60

第６章　施策の展開 63
基本目標１　地域ぐるみの介護予防・健康づくり 65
基本施策１　介護予防・健康づくりの普及啓発と体制づくり 65
基本施策２　運動・身体活動の向上の促進 66
基本施策３　社会参加と生きがいづくりの推進 68
基本施策４　適切な栄養摂取と食生活の推進 70
基本施策５　介護予防・日常生活支援総合事業の実施 71

基本目標２　認知症の予防とケア ･･ 75
基本施策１　適切な医療・介護の提供 ･････････････････････････････････ 75
基本施策２　普及、啓発の推進 ･････････････････････････････････････ 77
基本施策３　地域の見守り体制づくりと家族等支援 ･････････････････････ 79
基本施策４　若年性認知症支援の充実 ･････････････････････････････････ 80

基本目標３　多機関協働による支援体制の構築 ･･････････････････････････ 83
基本施策１　「丸ごと」の総合相談体制の充実 ･････････････････････････ 83
基本施策２　在宅医療・介護のネットワークづくり ･････････････････････ 86
基本施策３　高齢者虐待防止および高齢者本人をサポートする体制の確保 ････ 88

基本目標４　安全に暮らせる地域づくり ･････････････････････････････････ 90
基本施策１　地域の見守り・支え合いの推進 ･･････････････････････････ 90
基本施策２　住まいの確保および住まい方の啓発 ･･････････････････････ 92
基本施策３　安全に暮らせるための生活環境づくり ･････････････････････ 94

基本目標５　介護サービス等の充実・強化 ･･･････････････････････････････ 97
基本施策１　介護サービスの質の向上 ･････････････････････････････････ 97
基本施策２　ケアマネジメントの質の向上 ･････････････････････････････ 98
基本施策３　介護人材の確保・定着促進 ･･･････････････････････････････ 99
基本施策４　介護給付適正化事業の推進 ･･･････････････････････････････ 101
基本施策５　費用負担の軽減 ･･････････････････････････････････････ 102
基本施策６　介護保険制度に関する啓発・情報提供・苦情相談等 ･･････････ 102

第７章　介護保険事業の推進 ･･ 103

第１節　サービス利用量・給付費の推移と推計 ･･････････････････････････ 105

第２節　サービス基盤整備の方向 ･･････････････････････････････････････ 110

第３節　第１号被保険者保険料の設定 ･･････････････････････････････････ 111

第８章　計画の進捗管理 ･･･ 115

第１節　推進体制 ･･ 117

第２節　評価・点検の手法 ･･ 117

参考資料 ･･ 119

１　用語説明 ･･ 121

２　計画策定の経過 ･･･ 131

３　計画策定委員会提言書 ･･･ 132

４　計画策定委員会設置要綱 ･･････････････････････････････････････ 133

５　計画策定委員会委員名簿 ･･････････････････････････････････････ 135

第１章　計画策定にあたって

第１節　計画策定の背景・目的

高齢者を地域で支えるため、市町村では、平成７年度から高齢者保健福祉計画、平成 12 年度からは高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、施策を推進しています。

本町においても、訪問、通所、施設・居住系サービスなど、様々なタイプの介護基盤が充実するとともに、おたっしゃ教室、コミュニティカフェなど、地域に根ざした介護予防や、りゅうおう健康ベジ７チャレンジ等の健康づくりの取組が進められています。

さて、介護保険制度施行から７期にわたる高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画には、大きく２つの節目がありました。

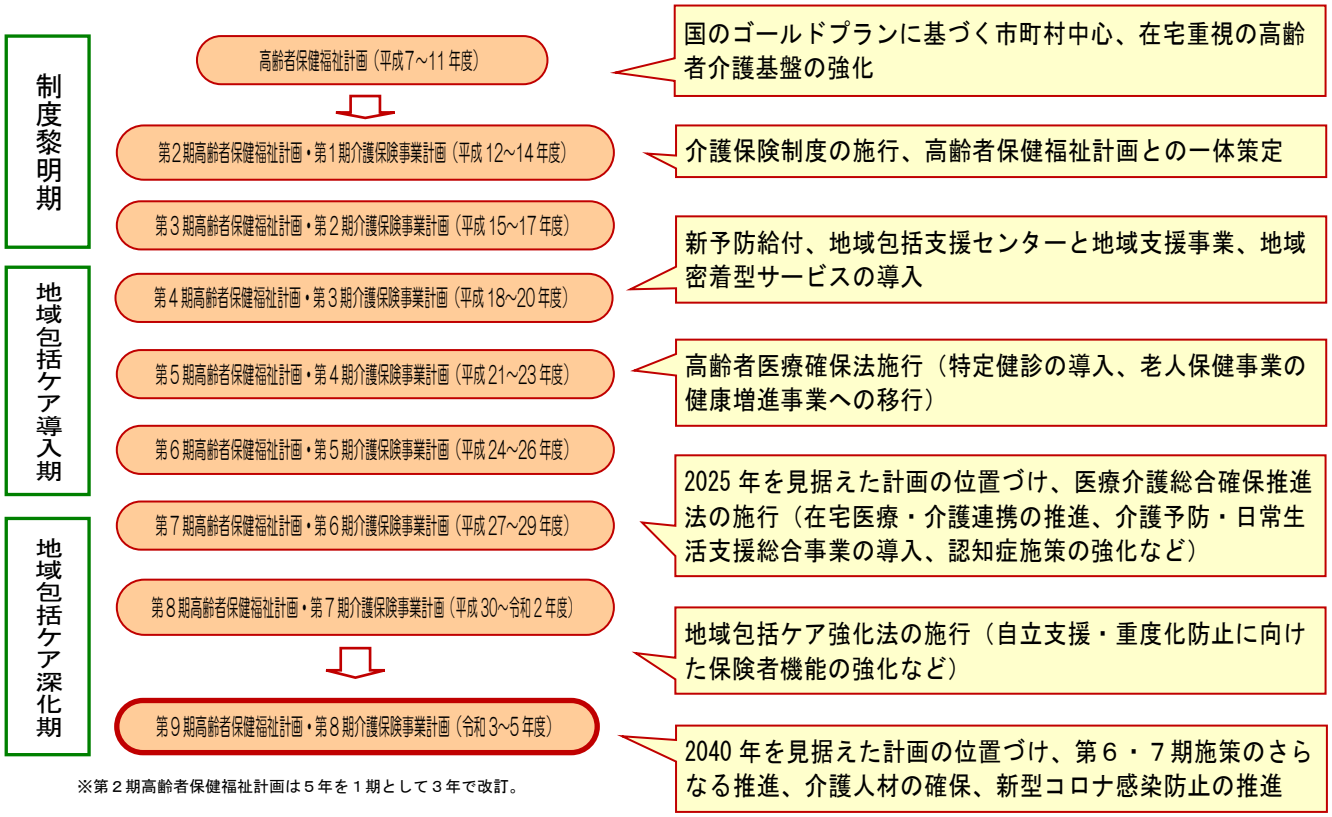
１つ目の節目は、平成 18 年度からの地域包括ケアの理念・制度の導入です。

高齢者が心身の状況に応じて、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援などに関わる切れ目のないサービスを受けながら、地域で安心して暮らしていく「地域包括ケア」を具体化するため、本町においても、地域包括支援センターを設置し、高齢者一人ひとりの状況把握に努めています。

２つ目の節目は、平成 27 年度からの医療介護総合確保推進法の施行です。

長期的な社会保障財源を確保する「社会保障と税の一体改革」により、平成 26 年に消費税が８％に、令和元年には 10%に引き上げられましたが、社会保障制度改革プログラム法の医療・介護分野の個別法として同法が施行され、在宅医療・介護連携の推進、介護予防・日常生活支援総合事業の導入、認知症施策の強化など、介護施策の効果を高める取組を拡大し、本町においても推進しています。

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の流れ



※第２期高齢者保健福祉計画は５年を１期として３年で改訂。

２つ目の節目にあたる、第６期、第７期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画では、長期的視点に立った計画とするため、「団塊の世代」が 75 歳以上に達する令和７年（2025 年）を見据えた目標設定を行い、「社会保障と税の一体改革」を達成するよう、高齢者介護・福祉の分野で、「地域包括ケアの深化」を図る施策を行ってきました。

こうした背景を受け、「いきいき竜王長寿プラン（竜王町高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画）」（以下「本計画」という。）は、高齢化が一層進む本町において、「団塊ジュニア世代」が 65 歳に到達する令和 22 年（2040 年）を見据え、住民、事業所、行政の協働により構築されてきた「地域包括ケア」を持続可能な形で深化・発展させていくため、関連する施策を計画的に推進していくために策定します。

第２節　計画の位置付け

１　老人福祉法、介護保険法の規定

高齢者保健福祉計画は、「老人福祉計画」として老人福祉法で規定され、同法第 20 条の８第１項には、「市町村は、老人居宅生活支援事業および老人福祉施設による事業(以下「老人福祉事業」という。)の供給体制の確保に関する計画(以下「市町村老人福祉計画」という。)を定める」とされています。ここでいう「老人居宅生活支援事業」は介護保険法施行前のいわゆる在宅福祉サービスのことで、介護保険制度施行後は介護保険サービスにスライドすることが、老人福祉法に規定されています（第５条の２、第 10 条の４）。

なお、従来、老人保健法で規定されていた「老人保健計画」の策定義務はなくなっていますが、本町では、保健施策と福祉施策の調和を保つ必要性から、その内容を盛り込むものとし、「老人福祉計画」とあわせ「高齢者保健福祉計画」と呼称します。

一方、介護保険事業計画は、介護保険法で規定され、「市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定める」とされています。

また、老人福祉計画と介護保険事業計画は、一体的に作成されなければならないとされています（老人福祉法第 20 条の８第７項、介護保険法第 117 条第７項)。

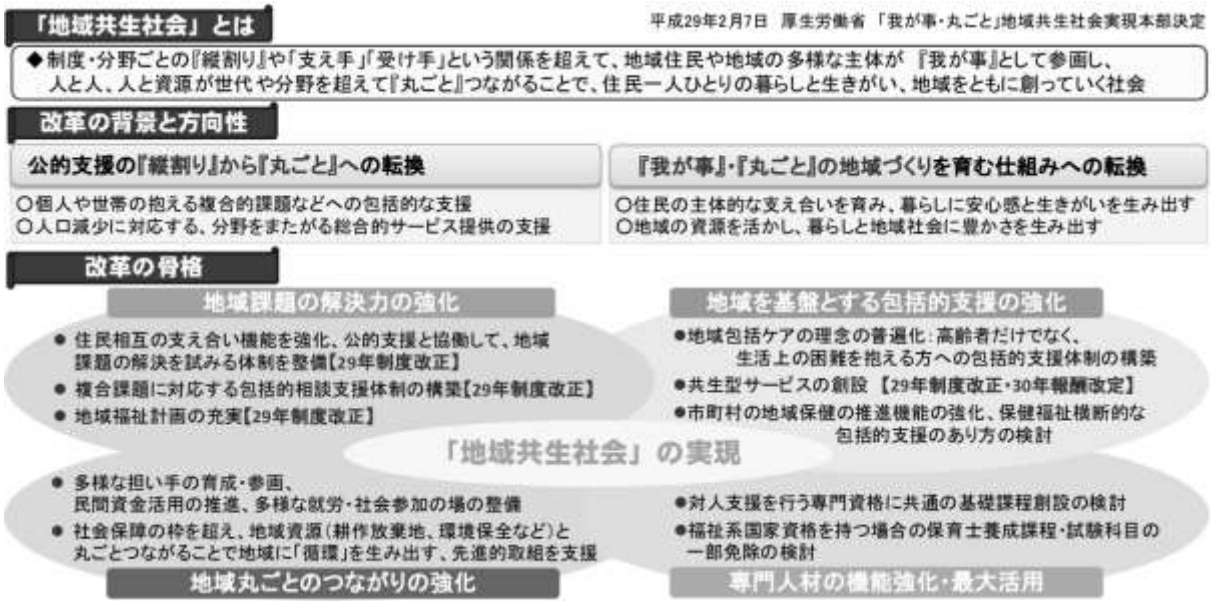
２　社会福祉法の規定

平成 29 年に社会福祉法が改正され、従来高齢者分野に限られていた「地域包括ケア」の理念を普遍化し、「地域共生社会づくり」として、個別福祉分野の縦割りにとらわれない包括的な支援体制を構築していくこととなりました。これは、「全世代型社会保障」をめざす社会保障改革の一環とも言えます。

「地域共生社会づくり」は、「80 代の親とひきこもりの 50 代の子」など、世帯単位で複数の課題を抱えるような「制度のはざま」の課題が顕在化する中で、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながる社会づくりをめざしています。

同法第 107 条では、「市町村地域福祉計画」を「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」など福祉分野における計画の上位計画に位置づけ、各福祉分野で共通して取り組むべき事項を定め、推進していくこととなっています。

〔参考〕「地域共生社会」の実現に向けて



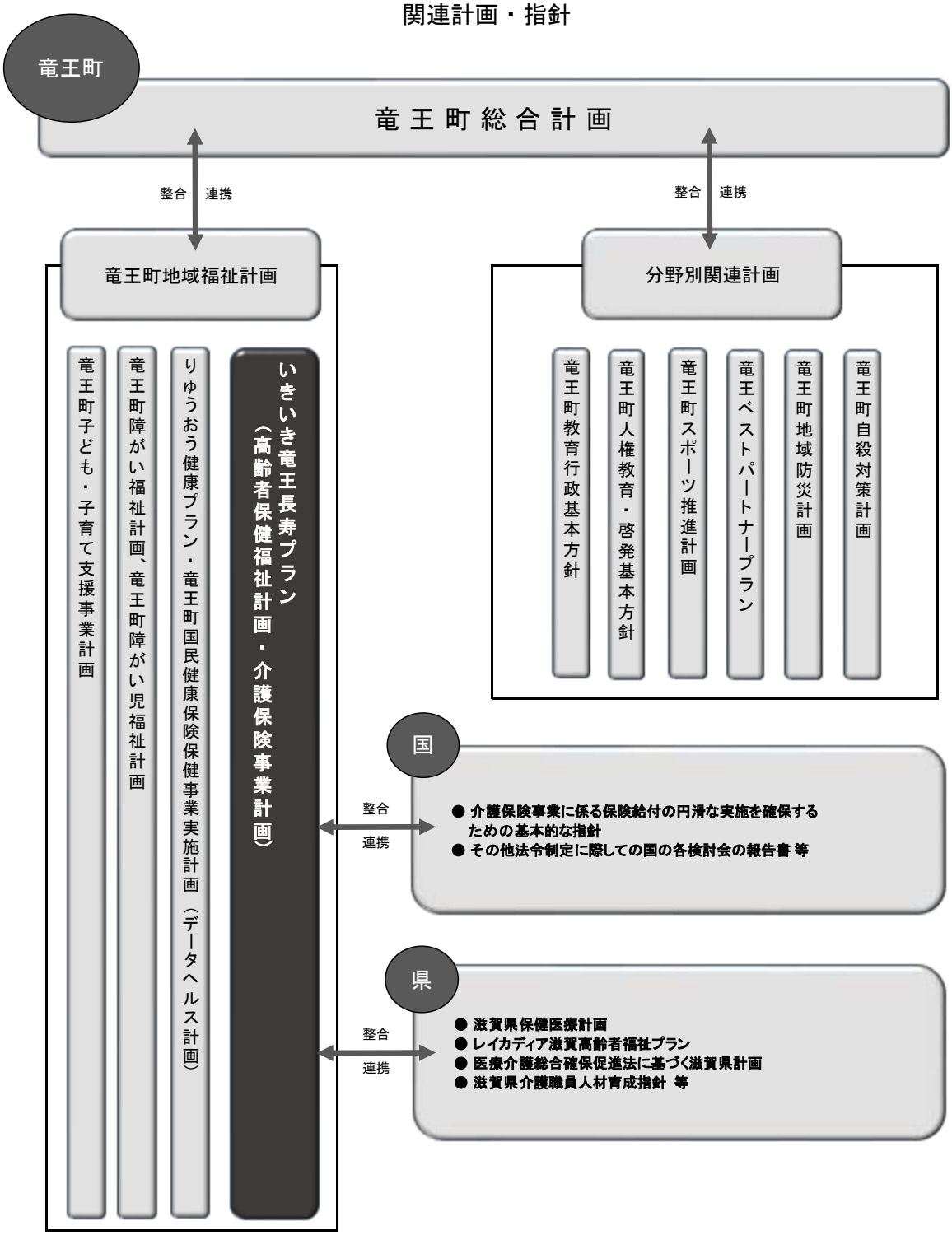
資料：厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部 「『地域共生社会』の実現に向けて」（平成 29 年２月）（抜粋）

３　関連計画・指針

本計画は、竜王町総合計画をはじめとする国・県・町の関連計画・指針との整合を図りながら策定・推進します。

福祉分野では、地域福祉計画が掲げる基本理念『みんなの「あい」でつくる 福祉のまち竜王』をめざし、高齢者・障がい者、子ども・子育てなど、各分野の関連計画と整合を図りながら策定・推進します。

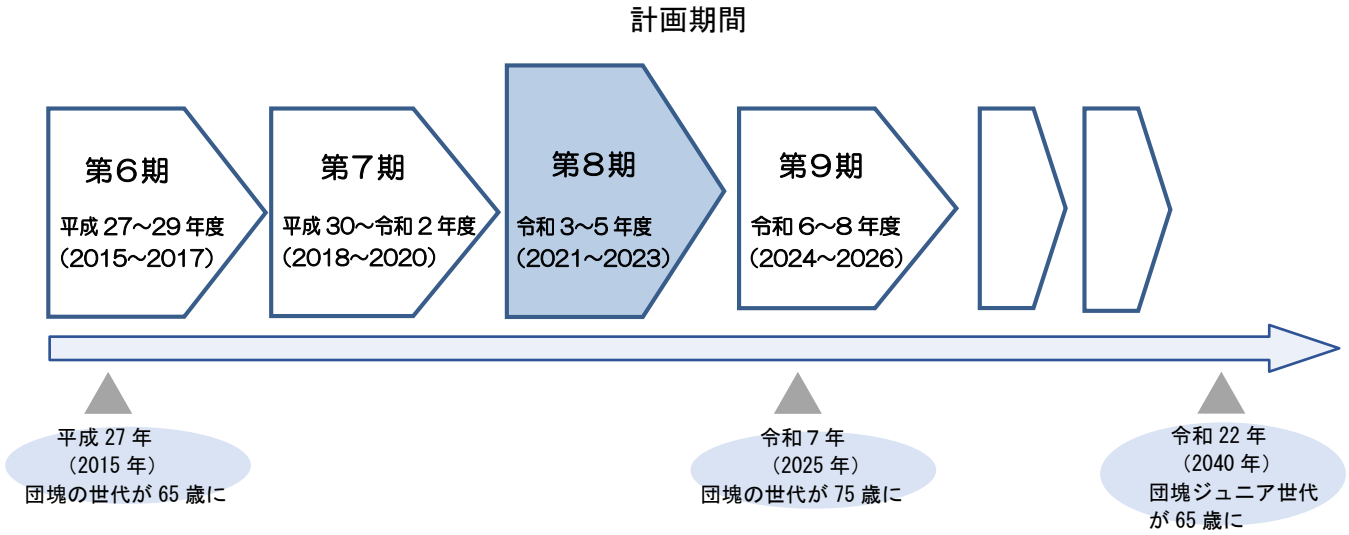
関連計画・指針



第３節　計画期間

本計画の計画期間は、令和３年度（2021 年度）から令和５年度（2023 年度）までの３年間とします。

本町が将来、人口減少や少子高齢化が一層進むことをふまえ、介護給付費の推計など、必要な事項は、令和 22 年度（2040 年度）までの展望を示します。



第４節　計画策定の方法

本計画の策定にあたっては、庁内関係課との連携・協力のもと計画の原案づくりを行うとともに、幅広い意見を計画に反映させるために、町内の高齢者、介護サービス事業所を対象としたアンケート調査や住民を対象としたパブリックコメントを実施し、本計画作成の参考資料としています。

１　アンケート調査の実施

計画の策定にあたっての基礎資料とするために、高齢者や介護サービス事業所を対象に、令和２年１月から２月にかけて、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査、介護人材確保に関する調査を実施しました。

また、介護人材確保に関して、より詳細な実態やニーズを把握するため、令和２年８月に、竜王町介護人材確保に関する再調査（事業所・施設調査、介護職員調査）を実施しました。

アンケート調査の方法

種類	対象	調査方法	配布数	回収数	回収率
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	一般高齢者（65 歳以上の人で、要介護認定を受けていない人や、要支援１・２の認定を受けている人）	郵送による配布・回収	2,818 人	2,097 人	74.4%
②在宅介護実態調査	要介護高齢者（在宅で生活しながら要介護認定を受けている人）	郵送による配布・回収	307 人	212 人	69.1%
③介護人材確保に関する調査	介護サービス事業所の責任者	郵送による配布・回収	21 事業所	21 事業所	100%
④介護人材確保に関する再調査	介護サービス事業所の運営法人（事業所・施設調査）	各法人に持参し、郵送で回収	11 法人	11 法人	100%
	介護サービス事業所の介護職員（介護職員調査）	各事業所で手渡し配布し、郵送で回収	193 人	129 人	66.8%

２　竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会での協議

竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会は、保健医療関係者、福祉関係者、地域活動団体や住民の代表者で構成され、計画の進捗状況等の確認や見直し、介護サービスの需要の見通しと供給量の確保・保険料等の検討を行いました。

３　パブリックコメントの実施

本計画の策定にあたり、住民の皆様等のご意見を聴取し、その意見を計画に反映させるために、令和３年１月から２月にかけてパブリックコメントを実施しました。

第５節　日常生活圏域の設定

地域包括ケアは、「概ね 30 分以内で移動できる人口２万人程度の日常生活圏域を設定して推進していくこと」とされており、本町においては、町域を１つの日常生活圏域として設定し、施策を進めます。

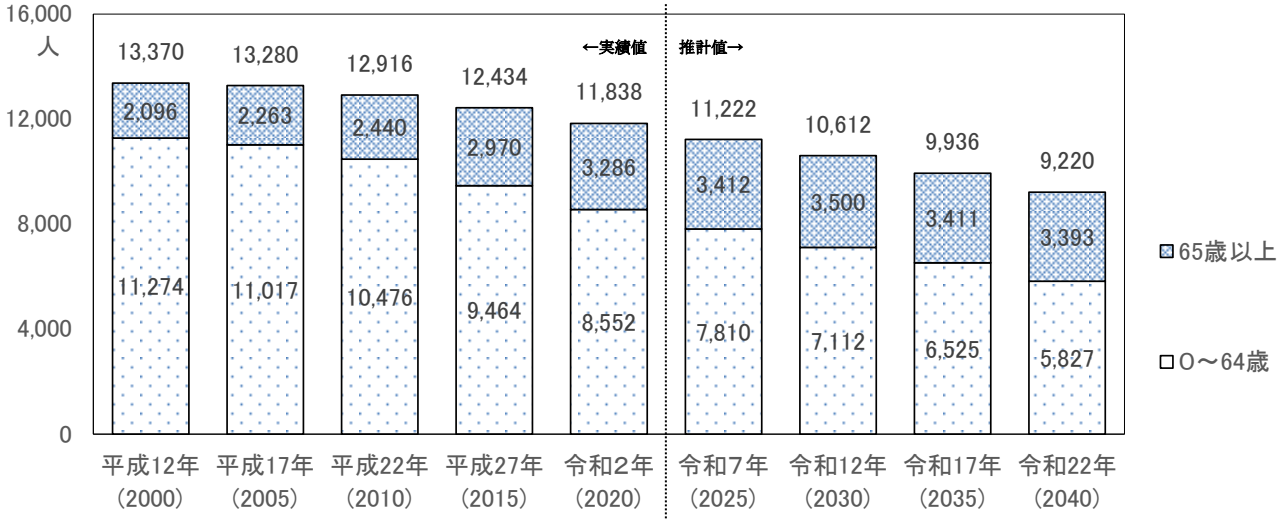
第２章　人口等の動向

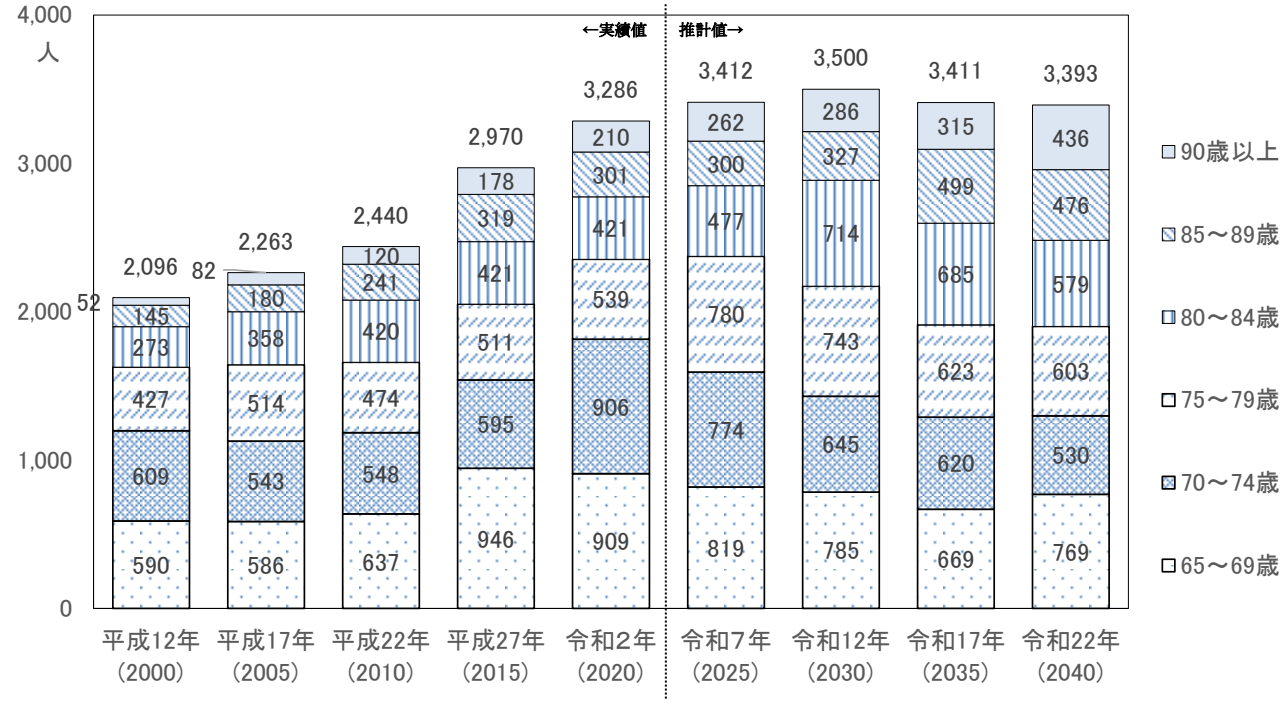
第１節　人口の推移と推計

本町の総人口は、令和２年には約 11,800 人、65 歳以上人口は約 3,300 人で、高齢化率は約 27.8%（全国平均は 28.9%）となっています。国立社会保障・人口問題研究所によると、令和 22 年には、総人口は約 9,200 人に減少し、高齢化率は約 36.8%（全国平均は 35.3%）まで上昇すると予測されています。

65 歳以上人口は緩やかな増加の後、令和 12 年の 3,500 人をピークに減少し、75 歳以上人口は令和 17 年まで増加したのち、減少に転じると予測されています。

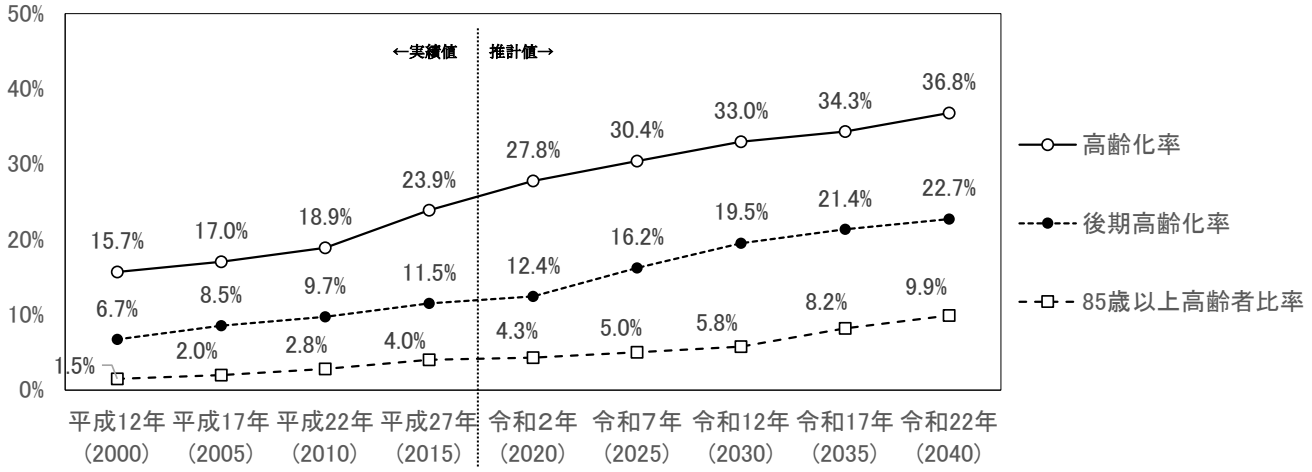
総人口・高齢者人口の推移と推計（長期の傾向）





資料：平成 27 年までは国勢調査、令和２年は 10 月 1 日時点の住民基本台帳（65 歳以上は介護保険事業状況報告（月報）９月月末の第１号被保険者数）、令和７年以降は国立社会保障・人口問題研究所による推計（以下同じ）。

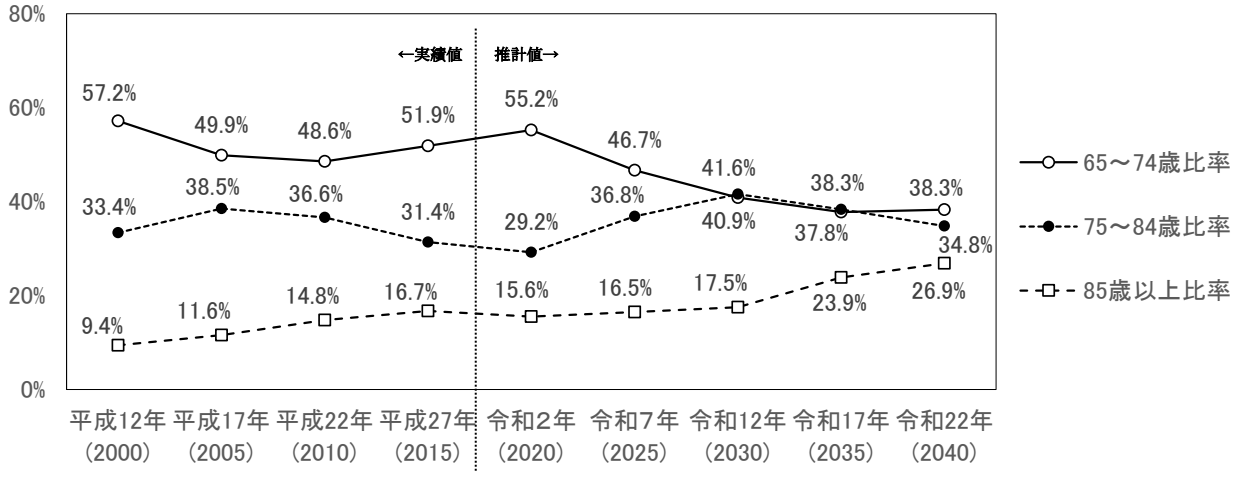
高齢化率の推移と推計（長期の傾向）



65 歳以上人口の推移と推計について、65～74 歳、75～84 歳、85 歳以上の３区分で構成比をみると、85 歳以上の構成比が上昇傾向で推移すること、令和 12 年には 75～84 歳の構成比が 65～74 歳を上回ることがわかります。

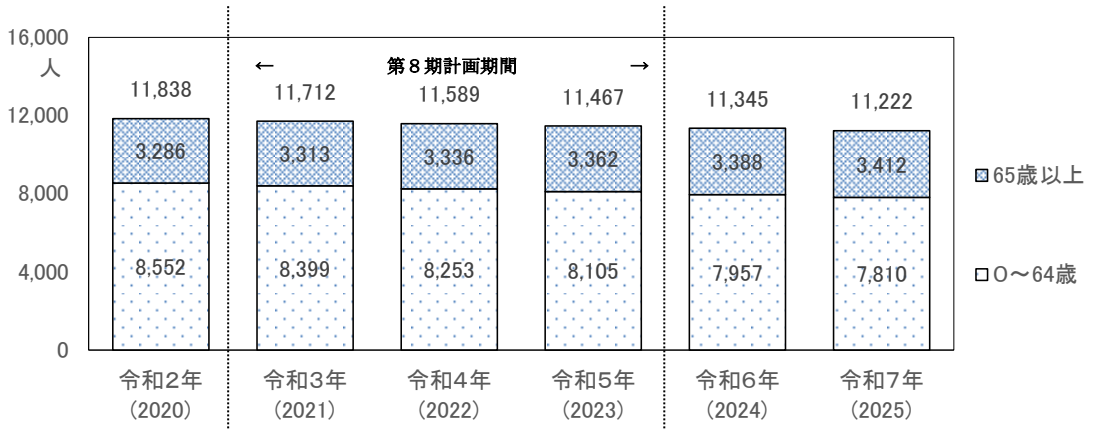
85 歳以上など、要介護者が占める割合が高い層の構成比が高まることで、介護サービスの需要がさらに高まることが想定されます。

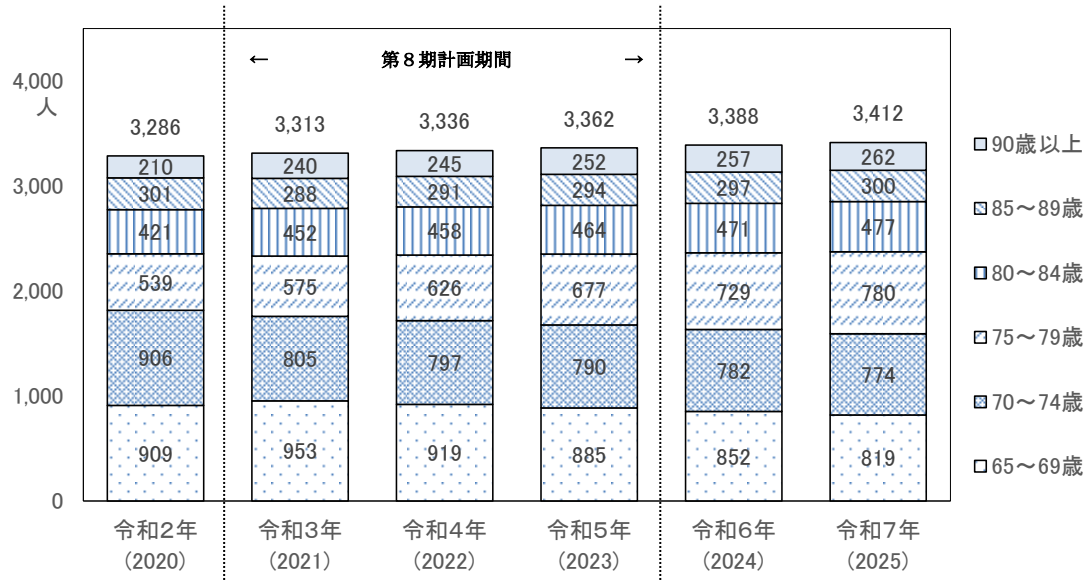
年齢区分ごとの構成比の推移と推計（長期の傾向）



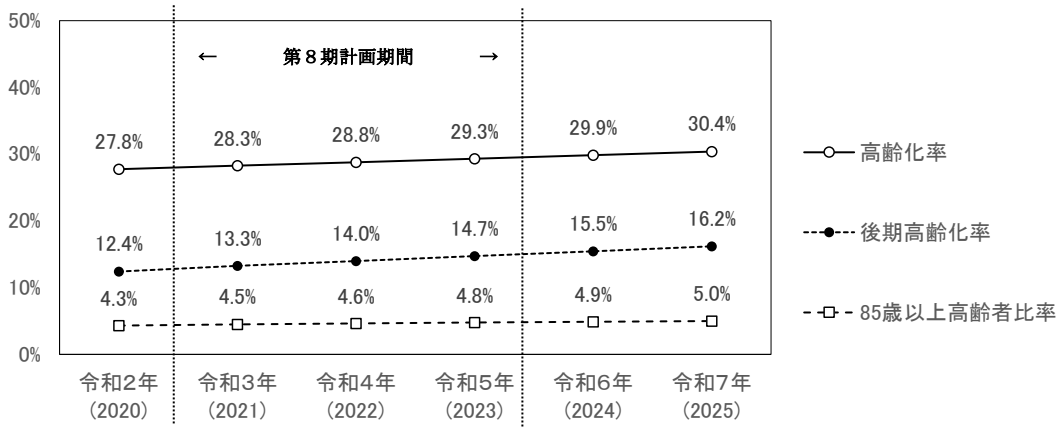
本計画の計画期間である令和３年度から令和５年度の予測をみると、計画の目標年である令和５年は令和２年に比べ、高齢者人口は約 80 人増加し、高齢化率は 1.5 ポイント、後期高齢化率は 2.3 ポイント上昇するものと推計されます。

総人口・高齢者人口の推計（短期の傾向）

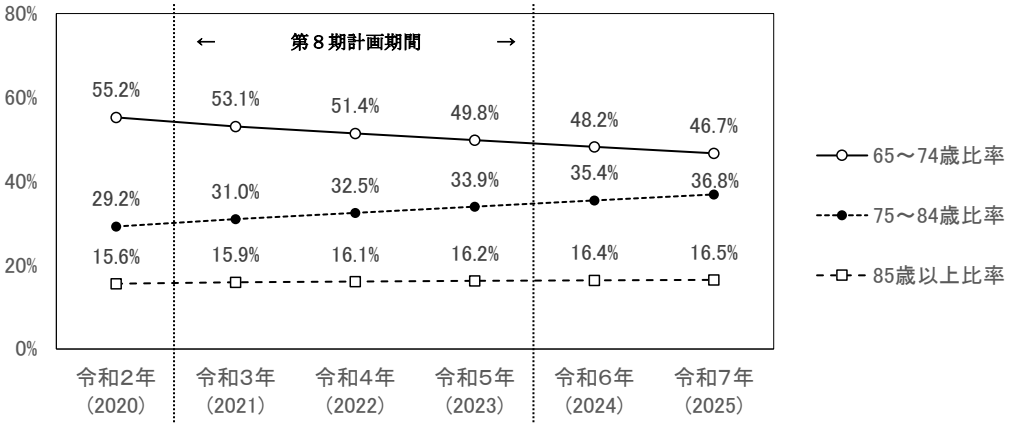




高齢化率の推移と推計（短期の傾向）



年齢区分ごとの構成比の推移と推計（短期の傾向）



第２節　要介護認定者数の推移と推計

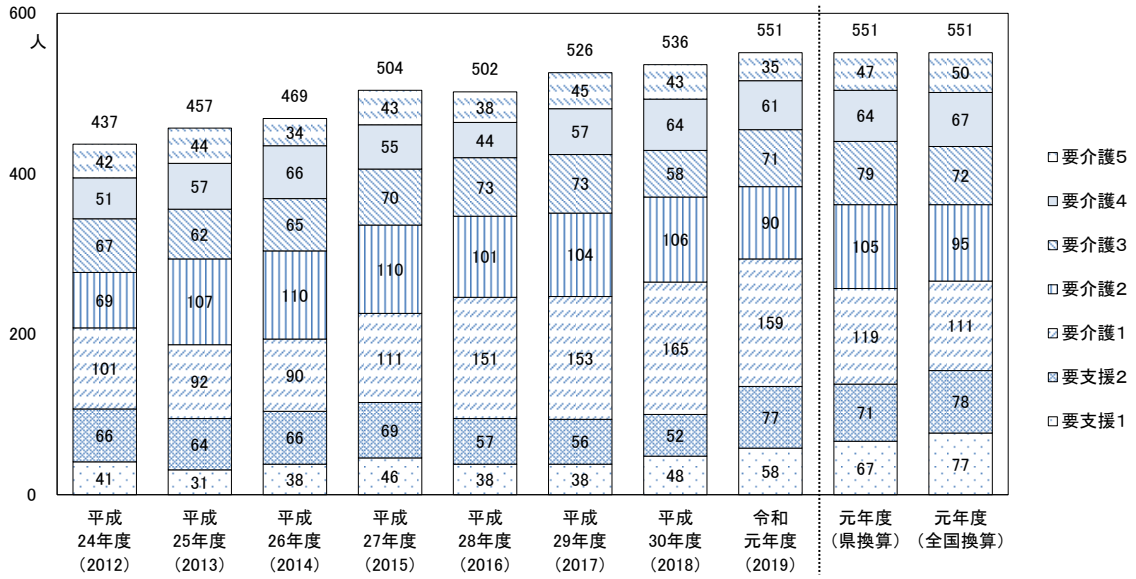
１　要介護認定者数の推移

介護保険制度では、日常生活動作の能力低下や認知症の進行により、要介護・要支援状態になった際、要介護認定を受けることにより、介護サービスを利用することができるようになります。要介護認定区分は、要支援１から要介護５までの７段階に分かれています。

本町の令和元年度末の要介護認定者数は 551 人で、増加傾向にあります。要介護認定者数を第１号被保険者数で除した要介護認定率は 16%台で横ばい傾向で推移しており、県平均や全国平均より低くなっています。

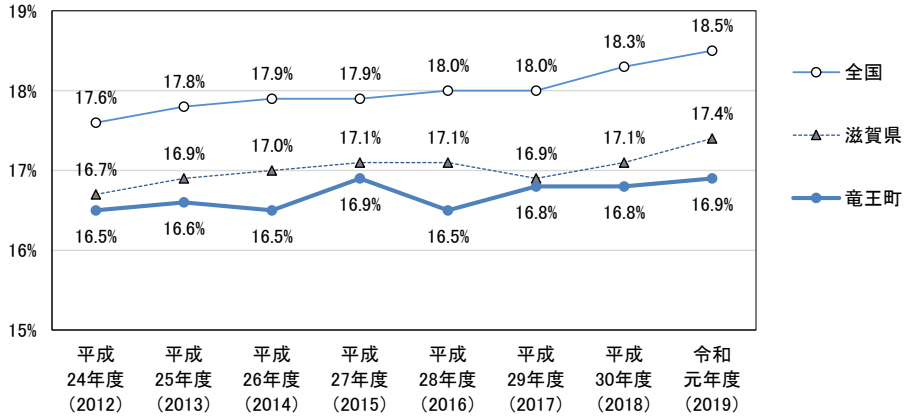
また、要介護度の構成比は、要介護３から要介護５の中重度者が 30%（167 人）で、県平均や全国平均（ともに 34%）より低い状況です。

要介護認定者数の推移（各年度末）



資料：厚生労働省「地域包括ケア見える化システム」より作成。
※令和元年度の県換算値、全国換算値は、町の要介護認定者合計数に、県、全国の要介護度別の要介護認定者数の構成比を乗じたもの。

要介護認定率の推移（各年度末）

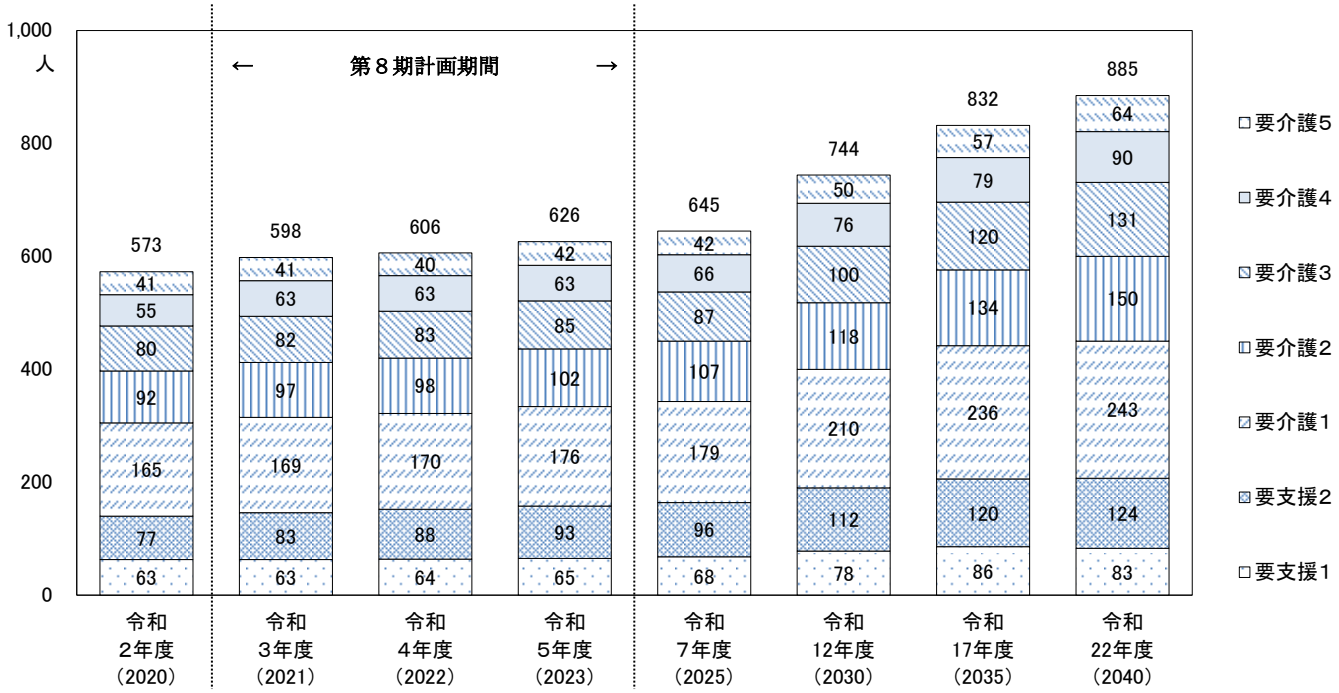


資料：厚生労働省「地域包括ケア見える化システム」より作成。

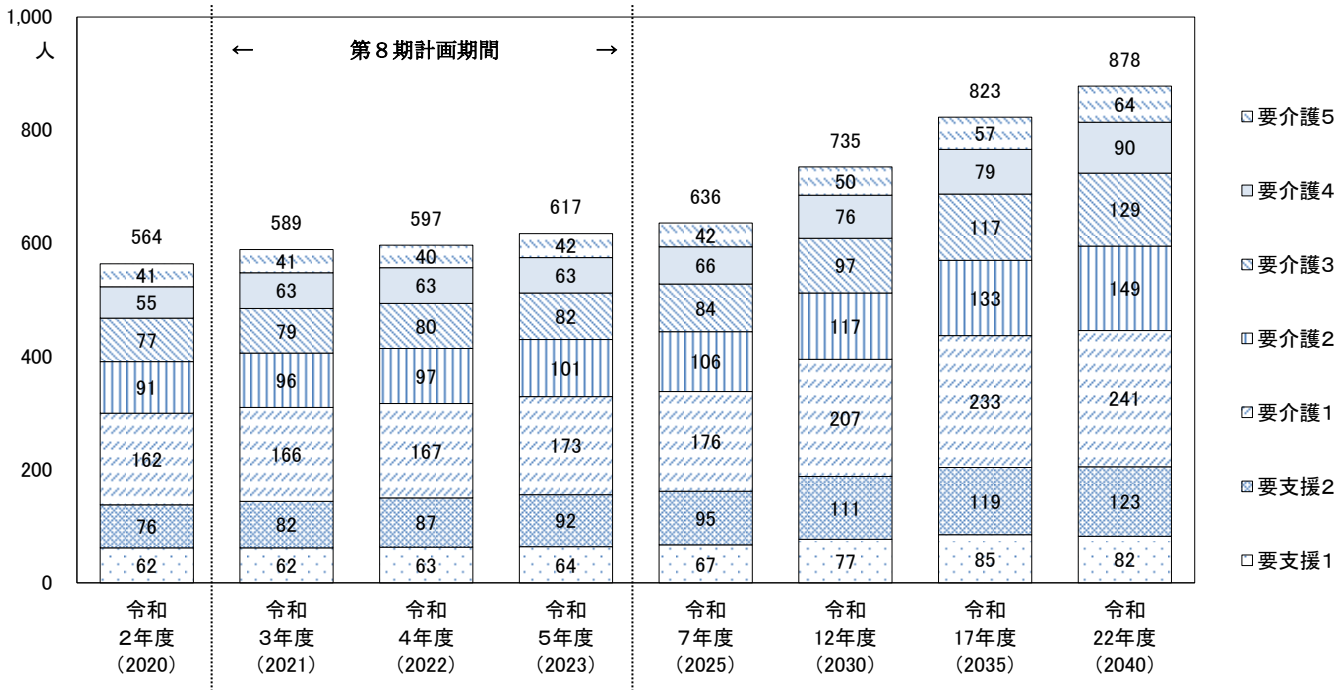
２　要介護認定者数の推計

人口推計や近年の年齢別・男女別の要介護認定率の動向から、第８期計画期間である令和３年度から令和５年度および令和７年度、令和 12 年度、令和 17 年度、令和 22 年度の要介護認定者数を、次のとおり見込みます。

要介護認定者数の見込み（第1号被保険者＋第2号被保険者）（各年度末）



要介護認定者数の見込み（第1号被保険者）（各年度末）



第３節　高齢者の世帯の状況

平成 27 年国勢調査によると、本町の施設・寮等の入居者を除いた一般世帯 4,247 世帯のうち、高齢者のいる世帯は 1,849 世帯で、内訳は、単独世帯が 192 世帯（全一般世帯の 4.5%）、夫婦のみの世帯が 403 世帯（同 9.5%）、その他の世帯が 1,254 世帯（同 29.5%）となっています。高齢者単独世帯や高齢者夫婦のみの世帯の構成比は県平均や全国平均より低く、比較的多世代同居が多いのが本町の特徴と言えます。

平成 17 年と比較すると、単独世帯や夫婦のみ世帯は倍以上に増えています。また、本町においても、独居や昼間独居による生活課題が増えてきていることが想定されます。

高齢者のいる世帯数（平成 17 年・平成 27 年）

〔平成 27 年〕

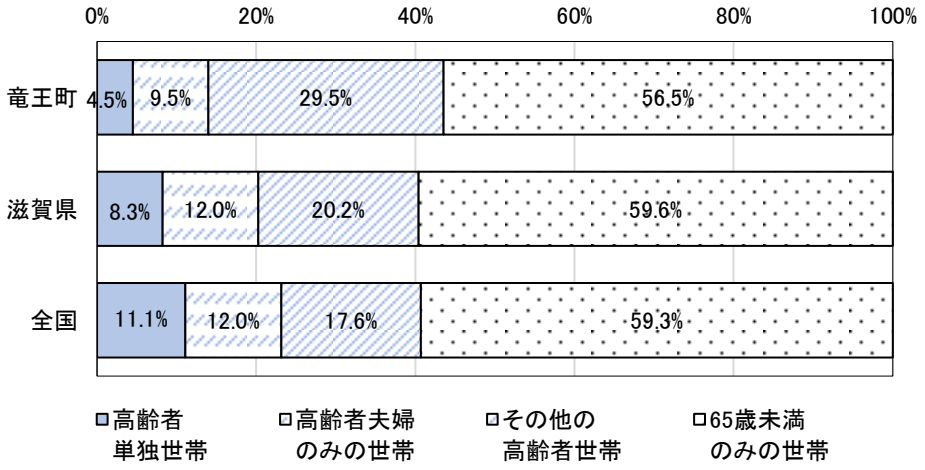
	高齢者のいる世帯				65 歳未満のみの世帯	一般世帯
	単独世帯	夫婦のみの世帯	その他の世帯	合計		
合計	192	403	1,254	1,849	2,398	4,247
65～74 歳	94	277	482	853		
75～84 歳	74	105	449	628		
85 歳以上	24	21	323	368		

〔平成 17 年〕

	高齢者のいる世帯				65 歳未満のみの世帯	一般世帯
	単独世帯	夫婦のみの世帯	その他の世帯	合計		
合計	90	177	1,264	1,531	2,775	4,306
65～74 歳	52	129	469	650		
75～84 歳	34	47	579	660		
85 歳以上	4	1	216	221		

資料：平成 17・27 年国勢調査

全世帯人員に対する高齢者のいる世帯の割合（平成 27 年）



資料：平成 27 年国勢調査

第４節　高齢者の就業の状況

平成 27 年国勢調査によると、本町の高齢者 2,970 人のうち、就業者数（収入を伴わない農業は除く）は 872 人で、就業率は 29%となっています。

主な産業分類別の内訳は、農林業が 286 人（33%）、製造業が 137 人（16%）などとなっています。

就業率を年齢別・男女別にみると、60 歳代においても、男性の 72%、女性の 48%が就業しており、70 歳代でも男性の 41%、女性の 22%が就業しています。

こうした年齢別の就業率は、男女とも、大半の年代で県平均や全国平均より１～２割高く、本町の高齢者の活発な社会参加の実態がみてとれます。

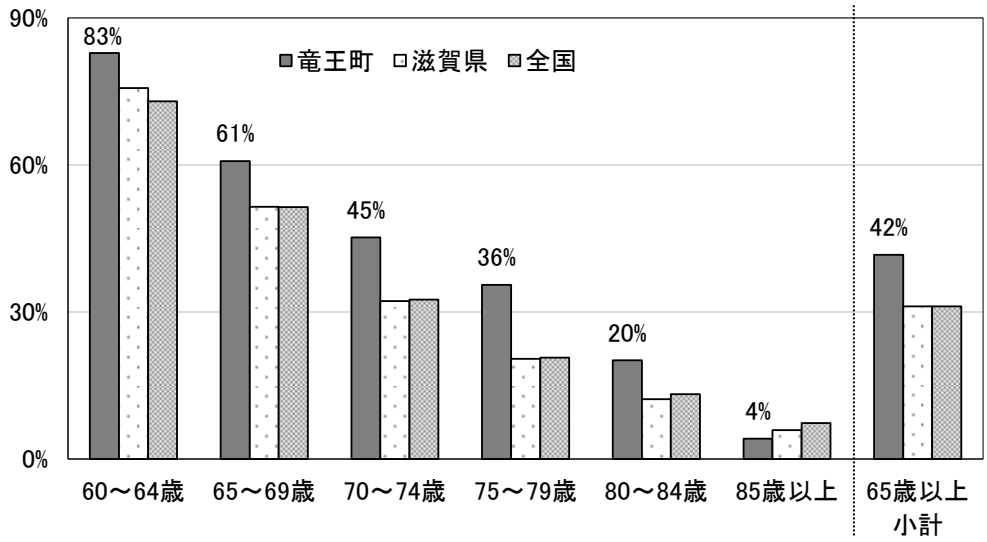
年齢別の就業者数（平成 27 年）

		人口	就業者数						就業率	
		A	合計B	農林業	製造業	卸売･小売業	医療･福祉	その他	B/A	
男性	60～64 歳〔参考〕	456	378	41	134	28	9	166	83%	72%
	65～69 歳	490	298	68	59	33	12	126	61%	
	70～74 歳	303	137	49	22	13	4	49	45%	41%
	75～79 歳	239	85	46	10	4	1	24	36%	
	80～84 歳	164	33	21	2	4	1	5	20%	13%
	85 歳以上	145	6	4	0	1	0	1	4%	
	65 歳以上小計	1,341	559	188	93	55	18	205		42%
女性	60～64 歳〔参考〕	474	274	23	63	54	45	89	58%	48%
	65～69 歳	456	173	37	29	24	17	66	38%	
	70～74 歳	292	80	32	10	5	5	28	27%	22%
	75～79 歳	272	43	21	3	5	2	12	16%	
	80～84 歳	257	10	3	1	1	0	5	4%	3%
	85 歳以上	352	7	5	1	1	0	0	2%	
	65 歳以上小計	1,629	313	98	44	36	24	111		19%
合計	60～64 歳〔参考〕	930	652	64	197	82	54	255	70%	60%
	65～69 歳	946	471	105	88	57	29	192	50%	
	70～74 歳	595	217	81	32	18	9	77	36%	31%
	75～79 歳	511	128	67	13	9	3	36	25%	
	80～84 歳	421	43	24	3	5	1	10	10%	6%
	85 歳以上	497	13	9	1	2	0	1	3%	
	65 歳以上小計	2,970	872	286	137	91	42	316		29%

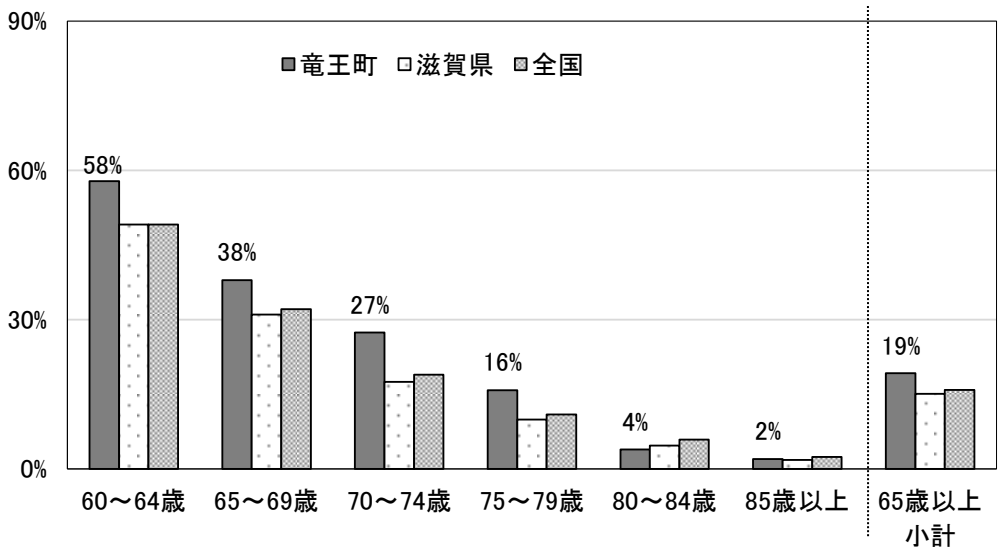
資料：平成 27 年国勢調査

年齢別の就業率（平成 27 年）

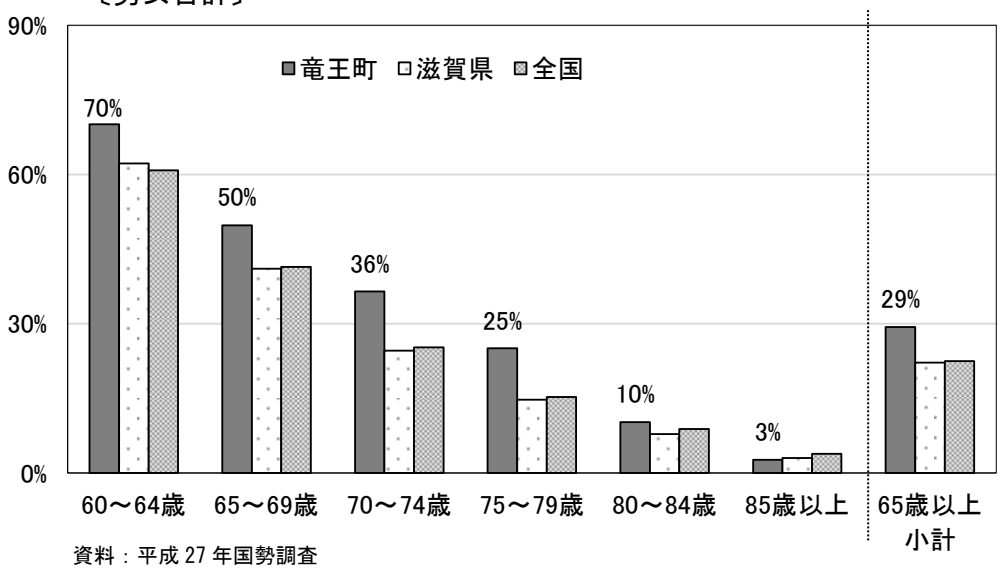
〔男性〕



〔女性〕



〔男女合計〕



資料：平成 27 年国勢調査

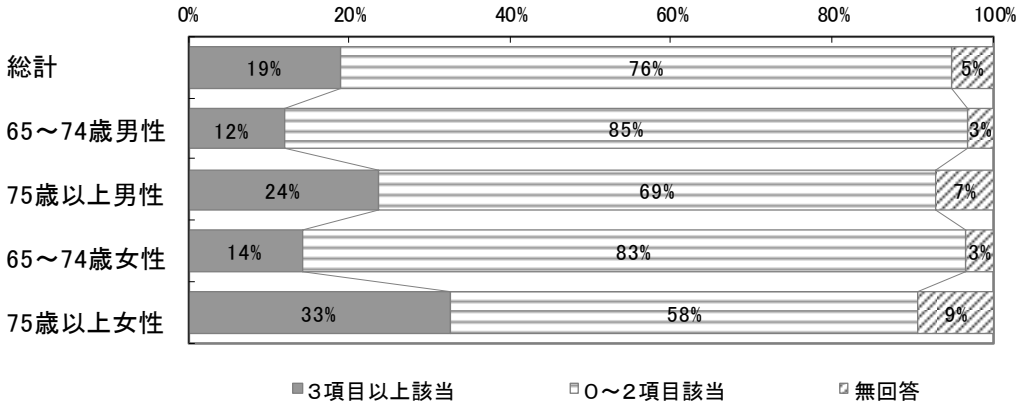
第５節　高齢者の生活機能低下の状況

要介護には至らないものの、老化等により、フレイル（虚弱）状態となっている高齢者に対しては、生活機能の低下リスクを軽減し、要介護への進行を遅らせる介護予防の取組を進めることが有益です。

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」【回答者数＝2,097 人】（以下「令和元年度ニーズ調査」という。）では、運動器機能、閉じこもり、低栄養、口腔機能、認知機能、うつの６つの領域について、生活機能低下のリスクを探っており、国のガイドラインにより、６つのリスクのうち３項目以上に該当する高齢者が、フレイル（虚弱）の該当者と定義しています。

同調査では、回答者の 19%（399 人）がフレイル（虚弱）の該当者という結果でした。これを同調査の回収率 74.4%で割り戻すと、町全体でのフレイル（虚弱）の該当者数の推計値を求めると 537 人で、高齢者の約２割となります。

生活機能低下のリスク者の割合



資料：令和元年度ニーズ調査

フレイル（虚弱）の該当者数の推計値

	アンケートでの該当者数	町全体での推計値
65～74 歳男性	76	102
75 歳以上男性	90	121
65～74 歳女性	92	124
75 歳以上女性	141	190
合計	399	537

また、６つのリスクに該当する割合は、それぞれ次のとおりです。

平成 29 年度に実施した同調査【回答者数＝1,899 人】(以下「平成 29 年度ニーズ調査」という。）と比較すると、令和元年度ニーズ調査、平成 29 年度ニーズ調査に共通する傾向として、運動器機能低下、閉じこもり、低栄養、口腔機能低下、認知機能低下が、加齢とともにリスクが上昇する傾向にあります。また、運動器機能低下、低栄養では、女性の方がリスクが高い傾向がみられます。

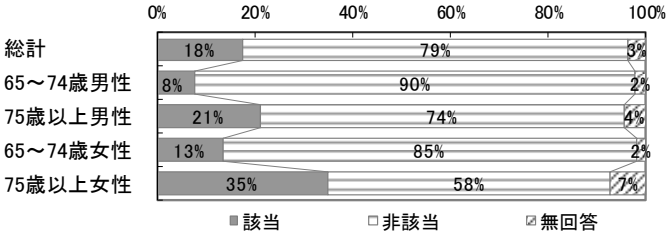
平成 29 年度ニーズ調査からの傾向の推移では、運動器機能低下、うつのリスク該当割合が上昇している一方で、閉じこもりのリスク、認知機能低下のリスク該当割合は低下しており、他の２領域はほぼ前回並みとなっています。

なお、平成 29 年度ニーズ調査では、フレイル（虚弱）に該当する高齢者は 18%でした。

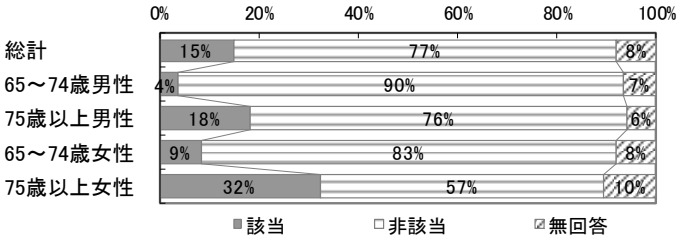
６つのリスクの該当割合

１　運動器機能低下のリスク

〔令和元年度〕

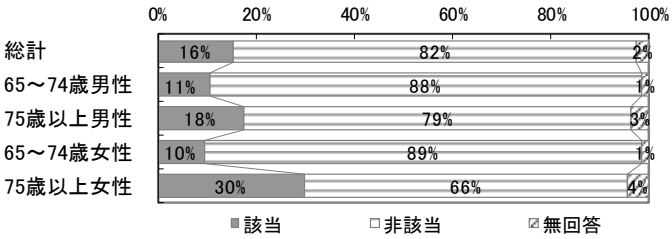


〔平成 29 年度〕

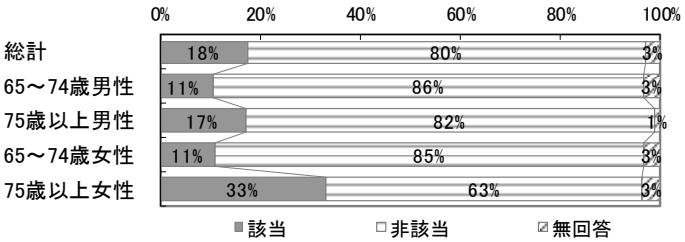


２　閉じこもりのリスク

〔令和元年度〕

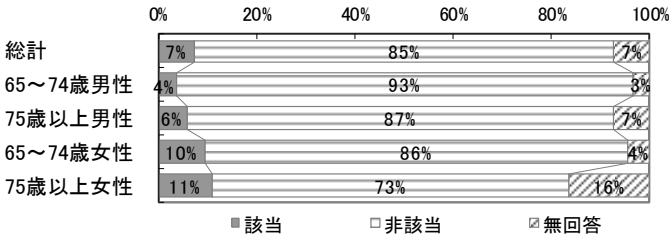


〔平成 29 年度〕

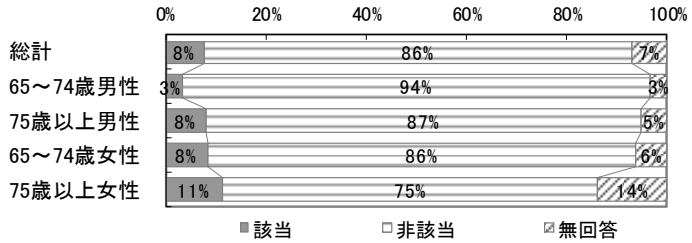


３　低栄養のリスク

〔令和元年度〕

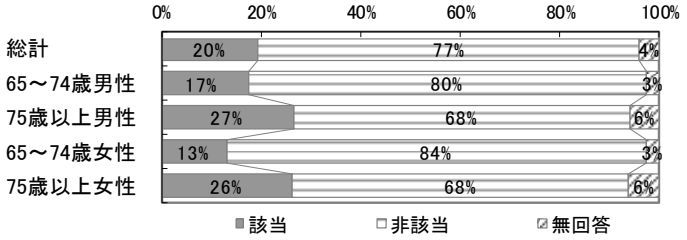


〔平成 29 年度〕

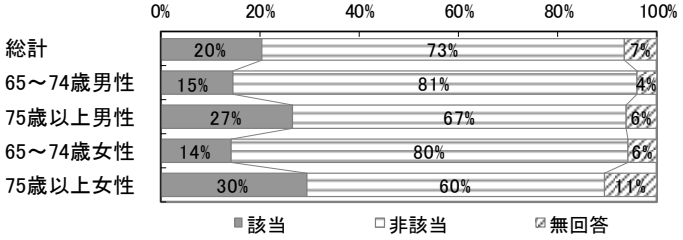


4　口腔機能低下のリスク

〔令和元年度〕

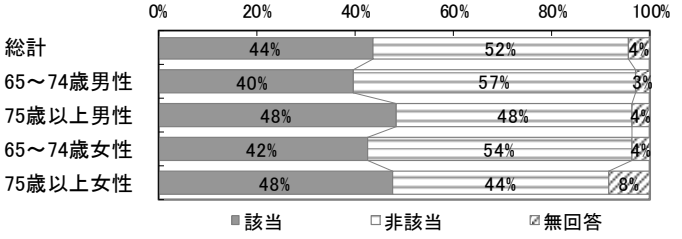


〔平成 29 年度〕

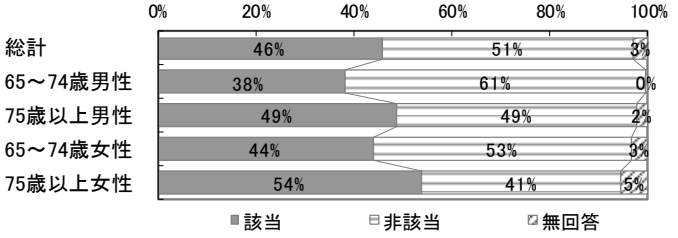


5　認知機能低下のリスク

〔令和元年度〕

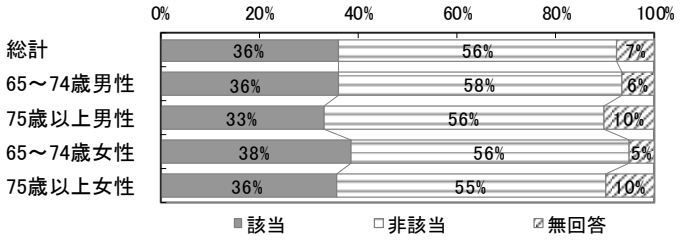


〔平成 29 年度〕

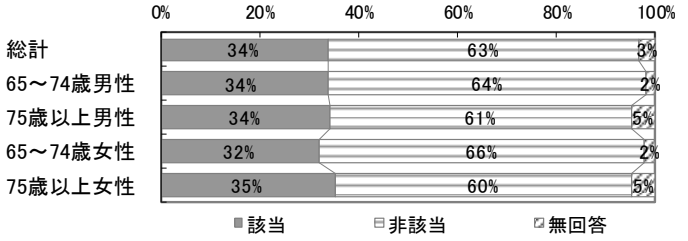


6　うつのリスク

〔令和元年度〕

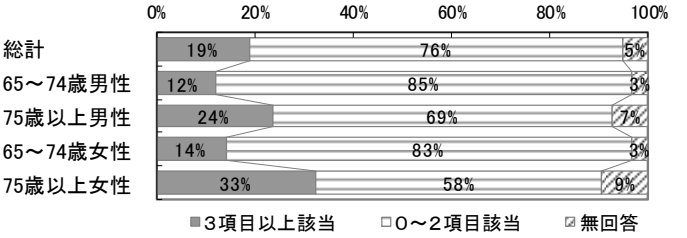


〔平成 29 年度〕

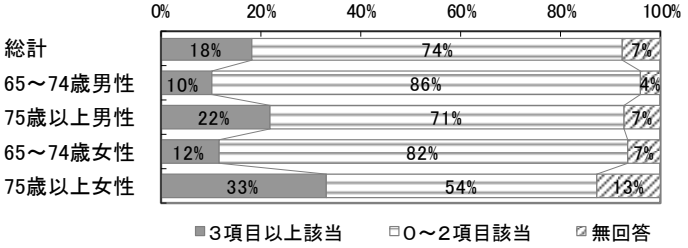


7　生活機能低下のリスク者の割合（１～６の該当数の合計）

〔令和元年度〕



〔平成 29 年度〕



資料：令和元年度ニーズ調査・平成 29 年度ニーズ調査

〔参考〕生活機能低下のリスクの判定基準

領域		判定基準	設問内容
1	運動器機能低下のリスク	問２（1）～（3） 「3.できない」 問２（5） 「1.何度もある」 　または「2.１度ある」 問２（6） 「1.とても不安である」 　または「2.やや不安である」 上記５設問中３問以上該当	問２（1） 　階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか 問２（2） 　椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか 問２（3） 　15 分位続けて歩いていますか 問２（5） 　過去１年間に転んだ経験がありますか 問２（6） 　転倒に対する不安は大きいですか
2	閉じこもりのリスク	問２（7） 「1.ほとんど外出しない」 　または「2.週１回」に該当	問２（7） 　週に１回以上は外出していますか
3	低栄養のリスク	問３（1） ＢＭＩが 18.5 未満 ＢＭＩ ＝体重 Kg÷(身長ｍ×身長ｍ)	問３（1） 　身長と体重をご記入ください ※厚生労働省は、問３（1）＝「18.5 未満」および「問３（2）６か月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか」＝「1.はい」の２設問該当が低栄養素リスクとしていますが、本町では該当者割合が全年齢合計（2097 人）の 1%となったため、問３（1）の設問結果のみを低栄養のリスク対象者としています。
4	口腔機能低下のリスク	問３（6）～（8） 「1.はい」が２問以上該当	問３（6） 　半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 問３（7） 　お茶や汁物等でむせることがありますか 問３（8） 　口の渇きが気になりますか
5	認知機能低下のリスク	問４（1） 「1.はい」を選択	問４（1） 　物忘れが多いと感じますか
6	うつのリスク	問７（3） 「1.はい」 問７（4） 「1.はい」 上記２設問中１問以上該当	問７（3） 　この１か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありますか 問７（4） 　この１か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

※設問番号は、令和元年度ニーズ調査による。

第３章　高齢者等の実態・ニーズ

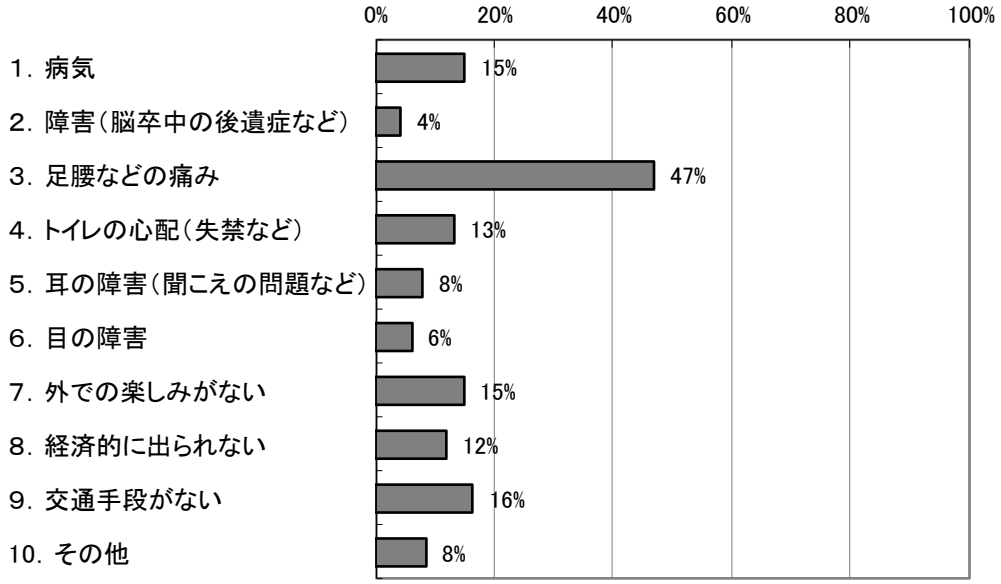
第１節　一般高齢者の実態・ニーズ

令和元年度ニーズ調査による高齢者の実態・ニーズの概要は、次のとおりです。なお、いくつかの設問は、平成 29 年度のニーズ調査結果と、回答の傾向を比較しています。

１　外出の阻害要因

「外出を控えている」と回答した高齢者は、その理由として、47%が「足腰などの痛み」をあげています。この痛みを低減する施策を推進することにより、高齢者の外出機会を増やし、さらなる介護予防の好循環につなげていくことが期待されます。

外出を控えている理由

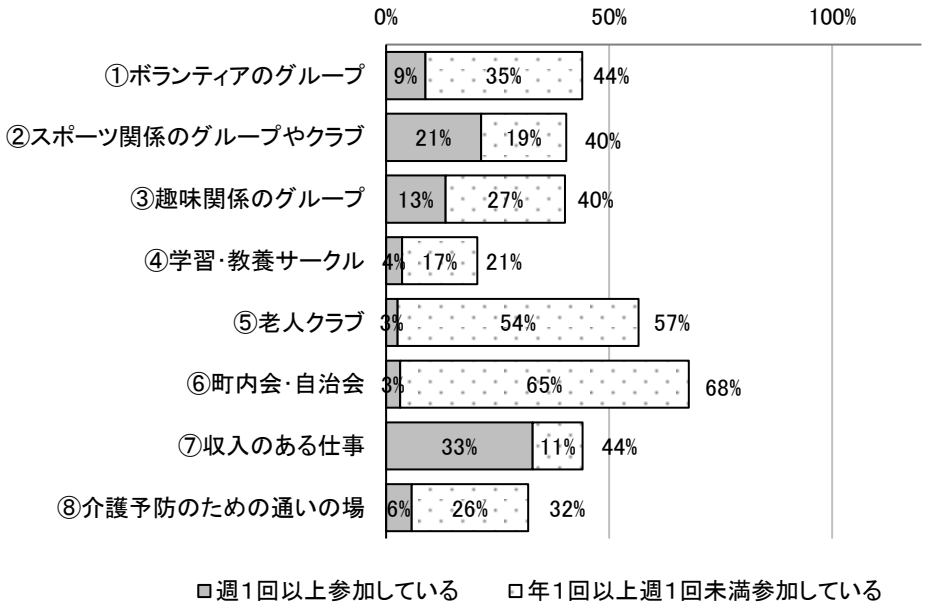


２　地域活動の参加状況・参加意向

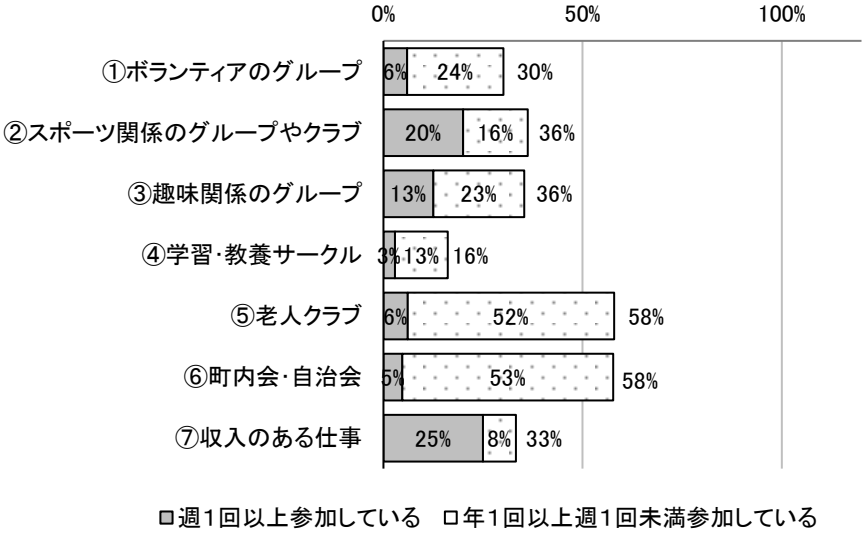
ボランティアグループ、スポーツ関係のグループやクラブなど、８項目の地域活動について、各項目ごとに、年１回以上参加している高齢者の割合をみると、「町内会・自治会」が 68%、「老人クラブ」が 57%、「ボランティアグループ」と「収入のある仕事」がともに 44%などとなっており、様々な活動に参加している実態がみてとれます。

また、この結果を平成 29 年度調査結果と比較すると、「老人クラブ」を除き、各活動の参加率が上昇しています。

何らかの地域活動への年１回以上の参加率（令和元年度）



何らかの地域活動への年１回以上の参加率（平成 29 年度）

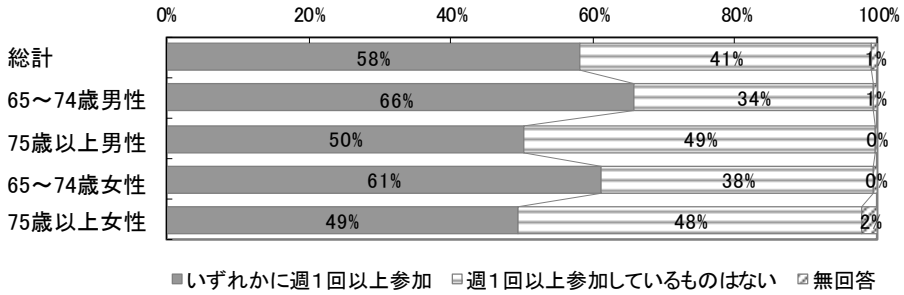


※平成 29 年度ニーズ調査では「介護予防のための通いの活動」は選択肢に設けていません。

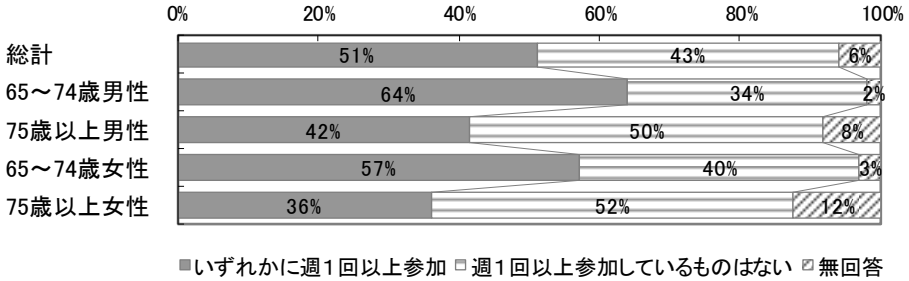
８項目の地域活動に、週１回以上参加している高齢者の割合を年齢別にみると、65～74 歳の層で６割以上、75 歳以上の層で５割前後となっています。

平成 29 年度調査結果とは、「介護予防のための通いの場」という選択肢の有無に違いがあり、単純には比較できませんが、75 歳以上の地域活動への参加率は、男女とも 10 ポイントほど上昇しています。

何らかの地域活動への週１回以上の参加の有無（令和元年度）



何らかの地域活動への週１回以上の参加の有無（平成 29 年度）

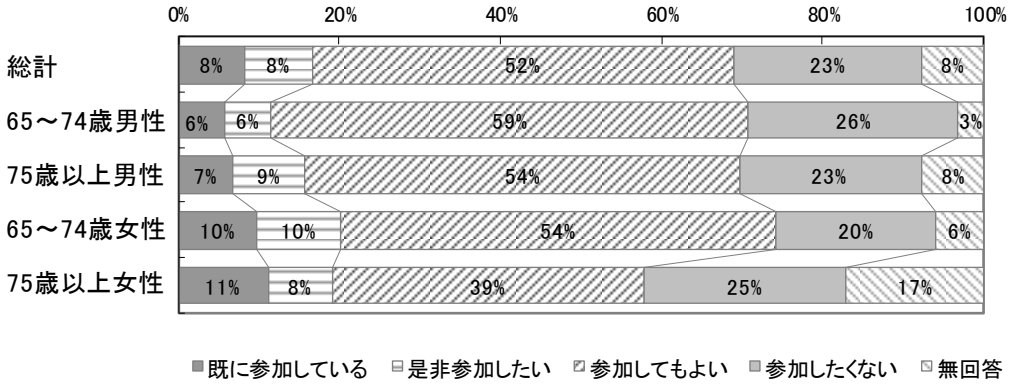


※令和元年度ニーズ調査では「介護予防のための通いの場」という選択肢が加わったため、平成 29 年度ニーズ調査と単純比較はできません。

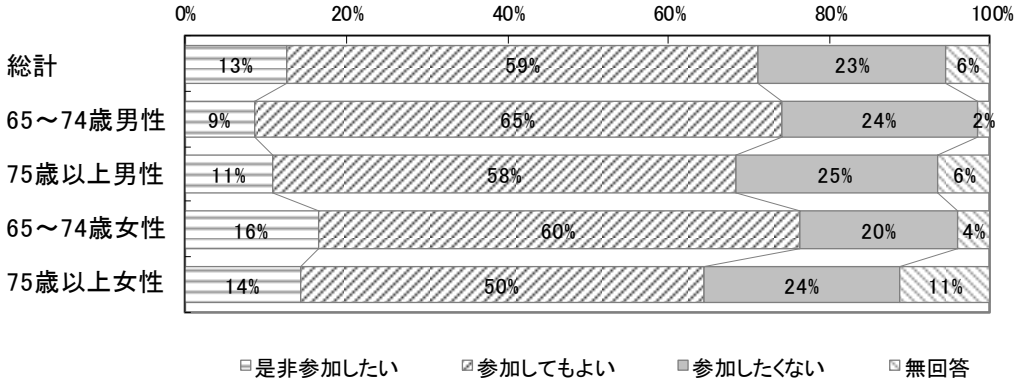
「グループ活動による地域づくり」に対して、60%の高齢者が参加者としての参加の意向を持っていますが、「既に参加している」と答えた高齢者は８％と少ない現状となっています。

平成 29 年度調査結果とは、「既に参加している」という選択肢の有無に違いがあり、単純には比較できませんが、「是非参加したい」と「参加してもよい」、「既に参加している」の３項目をあわせた割合は、回答者全体では 72%から 68%に４ポイント低下しています。

グループ活動による地域づくりへの参加者としての参加意向（令和元年度）



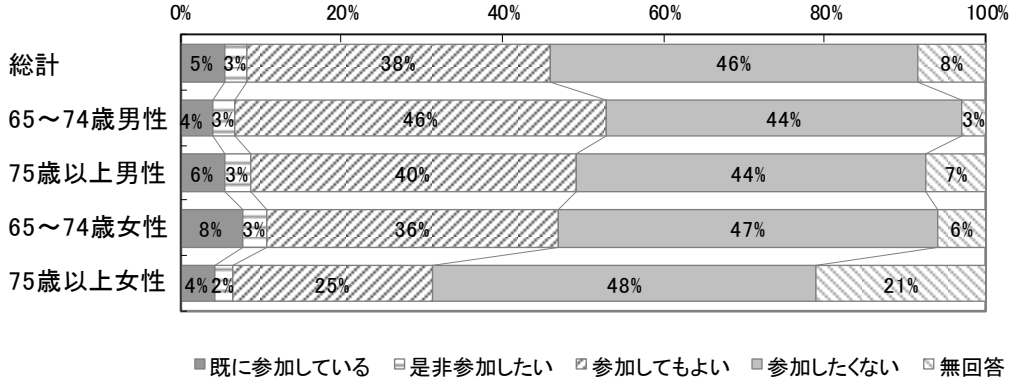
グループ活動による地域づくりへの参加者としての参加意向（平成 29 年度）



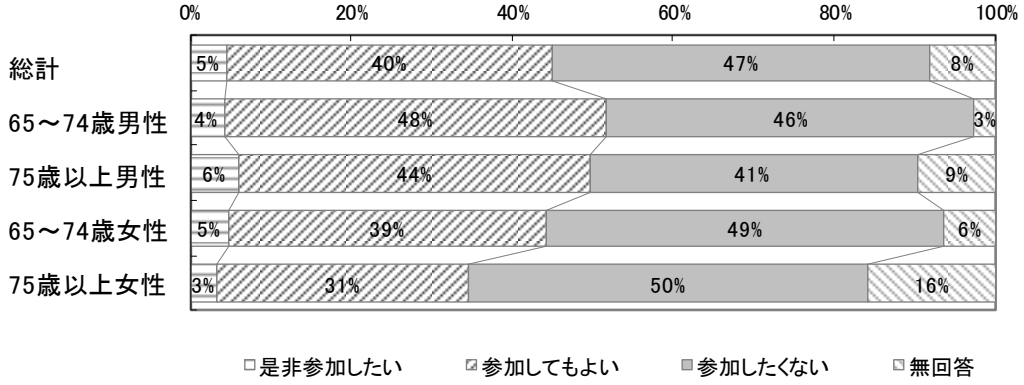
「グループ活動による地域づくり」に対して、41%の高齢者が企画・運営への参加意向を持っていますが、「既に参加している」と答えた高齢者は５%と少ない現状となっています。

平成 29 年度調査結果とは、「既に参加している」という選択肢の有無に違いがあり、、単純には比較できませんが、「是非参加したい」と「参加してもよい」、「既に参加している」の３項目をあわせた割合は、回答者全体では 45%から 46%に１ポイント上昇しています。

グループ活動による地域づくりの企画・運営への参加意向（令和元年度）



グループ活動による地域づくりの企画・運営への参加意向（平成 29 年度）

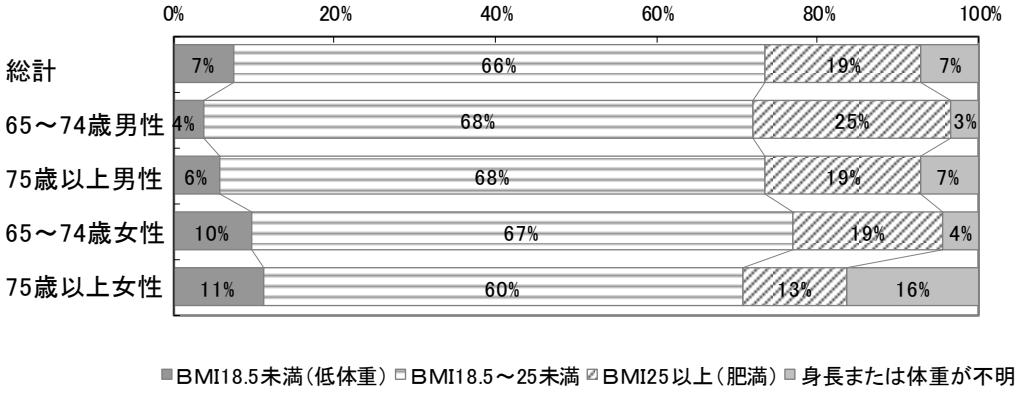


３　栄養摂取・食生活の状況

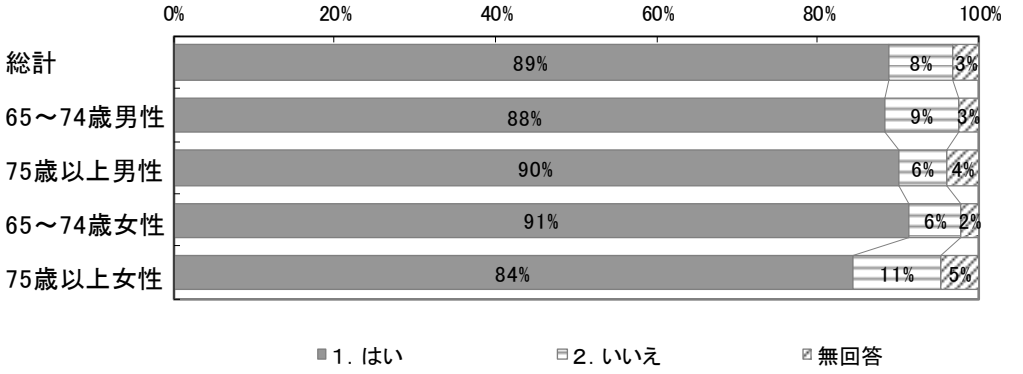
高齢者のうち、低体重の人が７％、肥満の人が 19%、たんぱく質（肉・魚・卵・豆類など）を毎日摂取できていない人が８％となっています。

また、ＢＭＩと病気の関係をみると、肥満と生活習慣病の有無、低体重と筋骨格系の病気の有無に一定の関係がみられます。

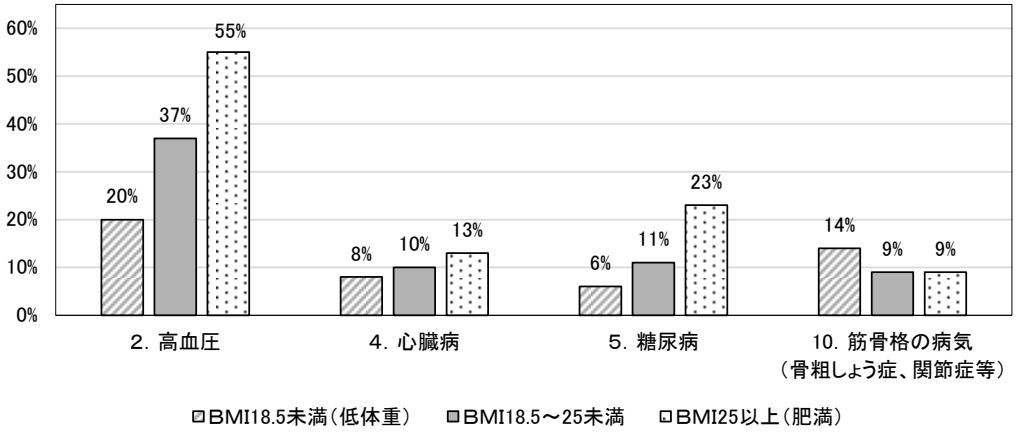
ＢＭＩ



たんぱく質を毎日摂れているか　（栄養摂取の１つの指標）



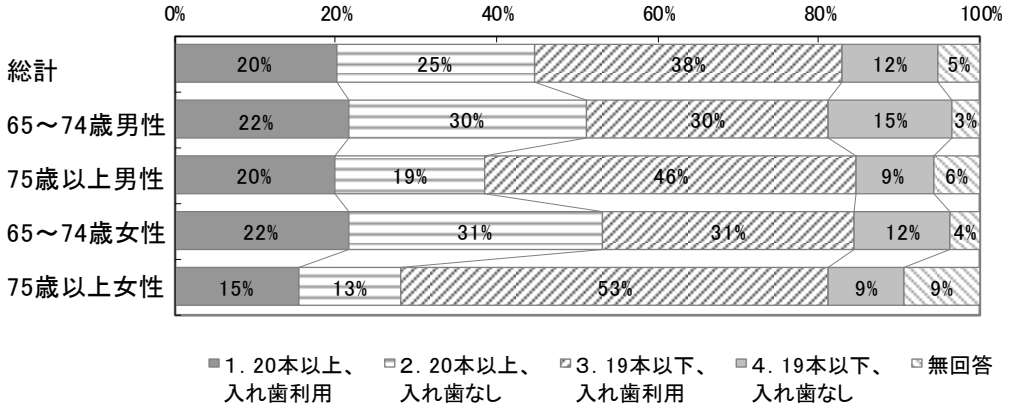
ＢＭＩと病気の有無の関係



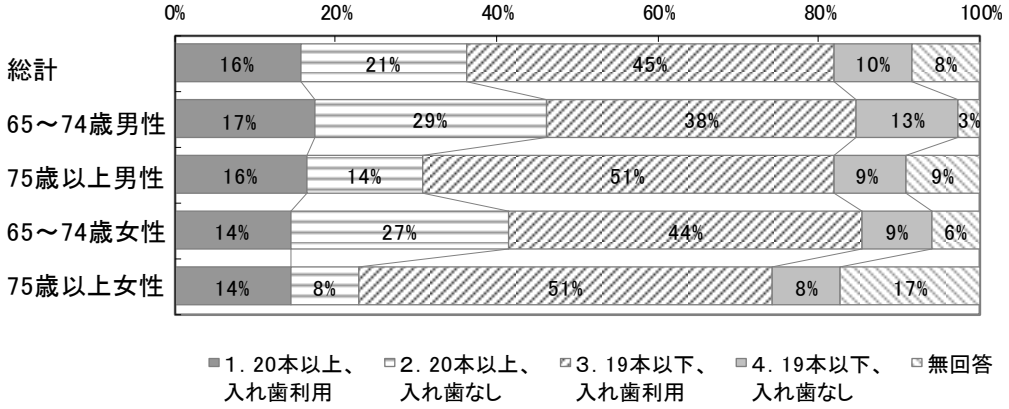
歯の状況については、自分の歯が 19 本以下で、かつ、入れ歯をしていない高齢者が 12%みられました。

また、平成 29 年度調査結果と比較すると、入れ歯の利用に関わらず、「自分の歯が 20 本以上ある」という高齢者の割合は、37%から 45%に上昇しています。

自分の歯の状況（令和元年度）



自分の歯の状況（平成 29 年度）

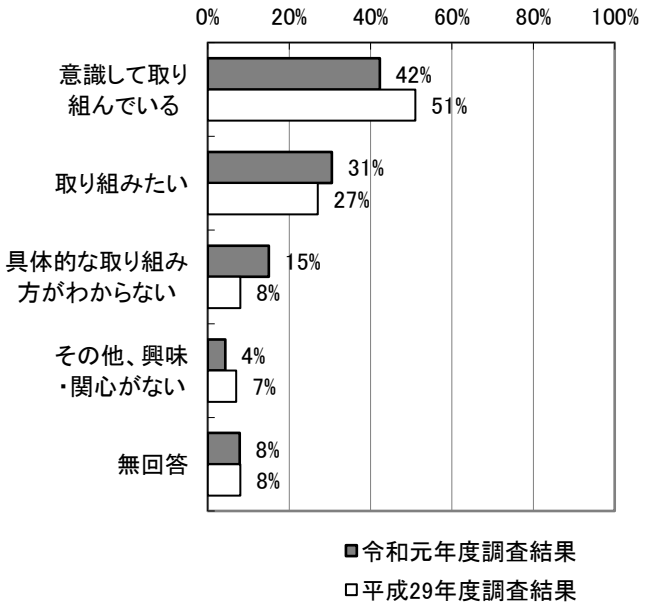


4　介護予防に関する意識

介護予防について、「意識して取り組んでいる」高齢者は 42%で、「取り組みたい」は 31%、「興味があるが、具体的な取り組み方がわからない」が 15%などとなっています。

平成 29 年度調査結果と比較すると、「意識して取り組んでいる」の割合が低下する一方、「興味があるが、具体的な取り組み方がわからない」の割合が上昇しており、具体的な取り組み方をこれまで以上に周知・啓発することが必要と考えられます。

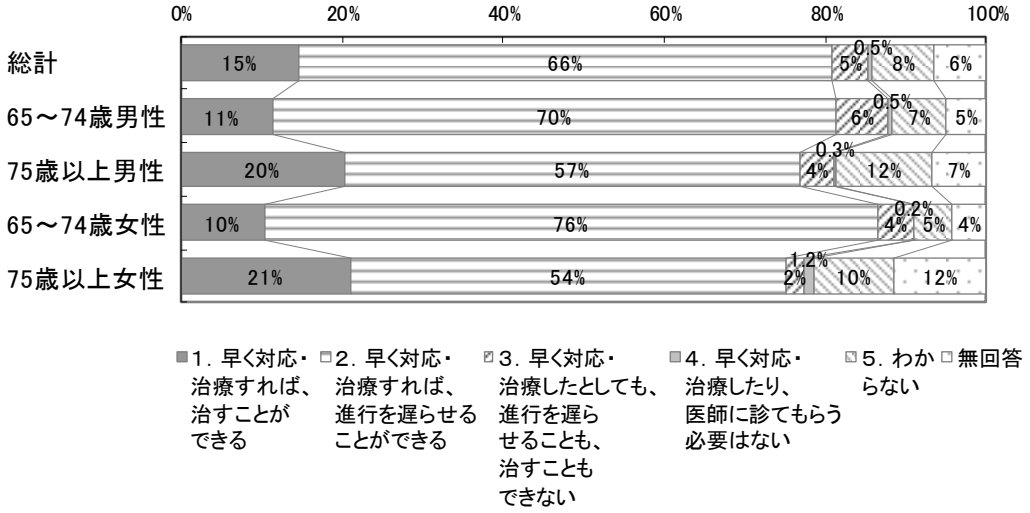
介護予防に関する意識（令和元年度・平成 29 年度）



5　認知症に関する意識

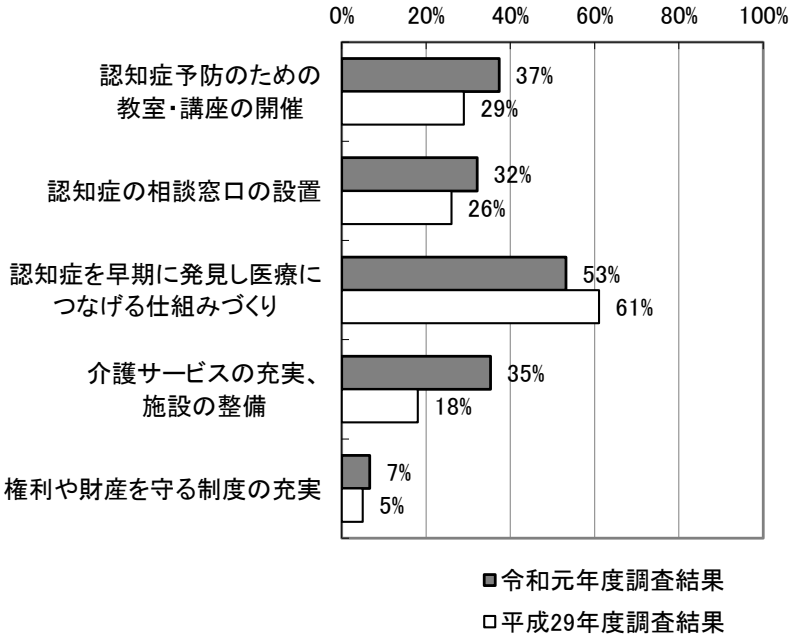
「認知症の対応・治療に関するイメージ」については、「早く対応・治療すれば、治すことができる」や「早く対応・治療すれば、進行を遅らせることができる」といった肯定的なイメージを持つ割合が 81%と多くなっています。

認知症の対応・治療に関するイメージ



「認知症対策を進めるうえで重点を置くべき取組」を平成 29 年度調査結果と比較したところ、「介護サービスの充実、施設の整備」の回答割合が 35%と２倍近くに上昇しています。

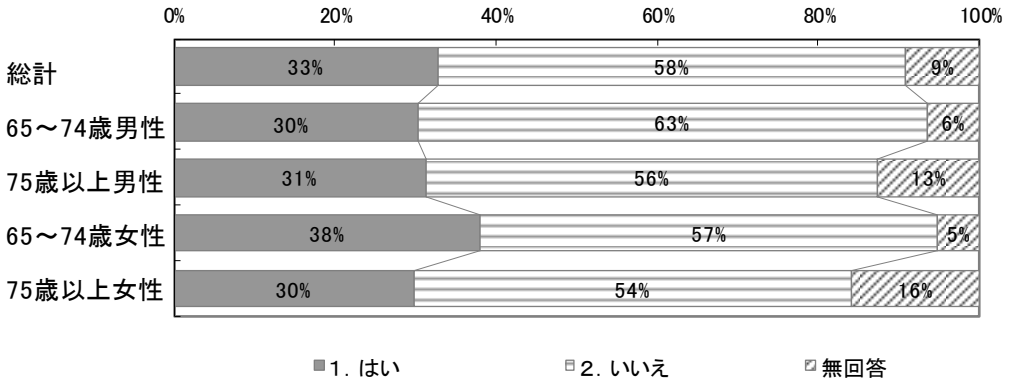
「認知症対策を進めるうえで重点を置くべき取組」（令和元年度・平成 29 年度）



※選択肢が同一のもののみ比較しています。

「認知症に関する相談窓口を知っている」人の割合は 33%で、年齢別・男女別にみると 65～74 歳の女性でやや高い割合となっています。

「認知症に関する相談窓口を知っている」人の割合

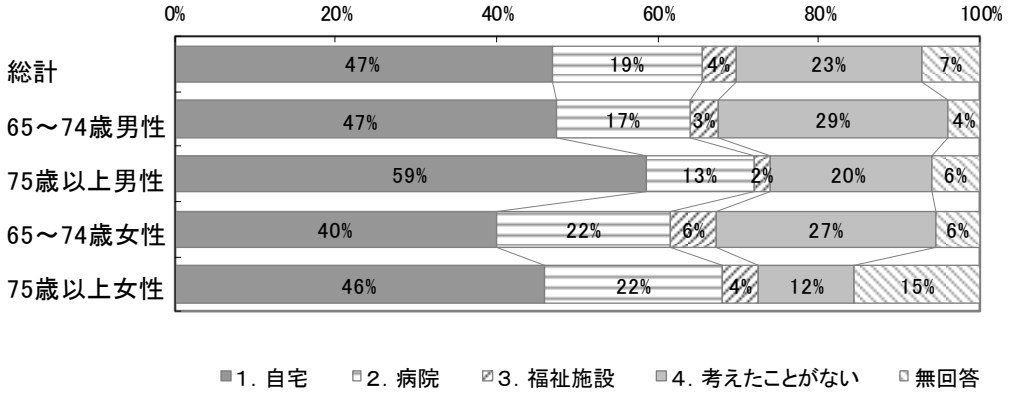


６　看取りに関する意識

「人生の最期を迎えたい場所」については、自宅で最期を迎えたいと思っている人は47%となっており、次いで「考えたことがない」が 23%、「病院」が 19%などとなっています。

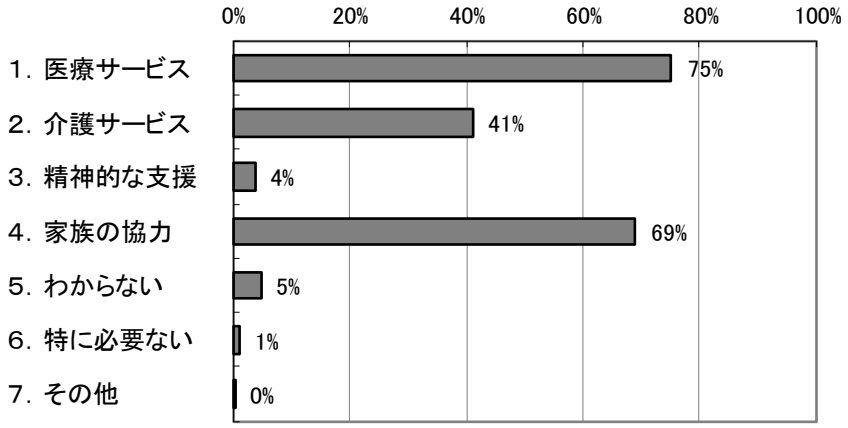
「自宅」は、女性より男性の方が、また、高齢層の方が、割合が高い傾向がみられます。

人生の最期を迎えたい場所



また、「自宅」の回答者に、必要な支援を複数回答でお聞きしたところ、「往診や訪問看護などの医療サービス」が 75%、「家族の協力」が 69%、「介護サービス」が 41%などとなっており、家族の協力や、医療・介護のサービスを受けながら、最期を迎えたいと思っている高齢者が多いことがうかがえます。

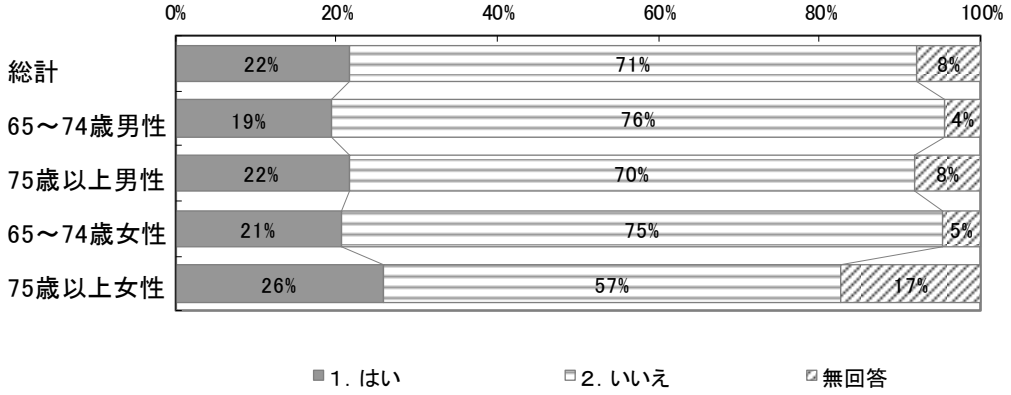
自宅で最期を迎えるために必要な支援



「人生の最期をどう過ごしたいか（どんな医療や介護を受けたいか）を家族などと話し合っているか」という設問については、「話し合っている」が 22%にとどまっています。

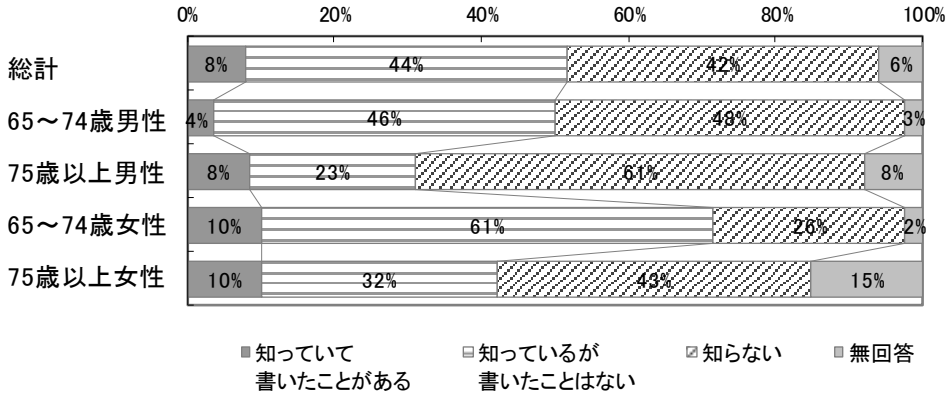
あらかじめ医療や介護等の希望について家族等と話し合っておくことで、家族の協力を得ながら安心して在宅療養を行える環境づくりにつながることから、こうした話し合いを持つよう、さらに啓発していくことが求められます。

人生の最期をどう過ごしたいかを家族などと話し合っているか

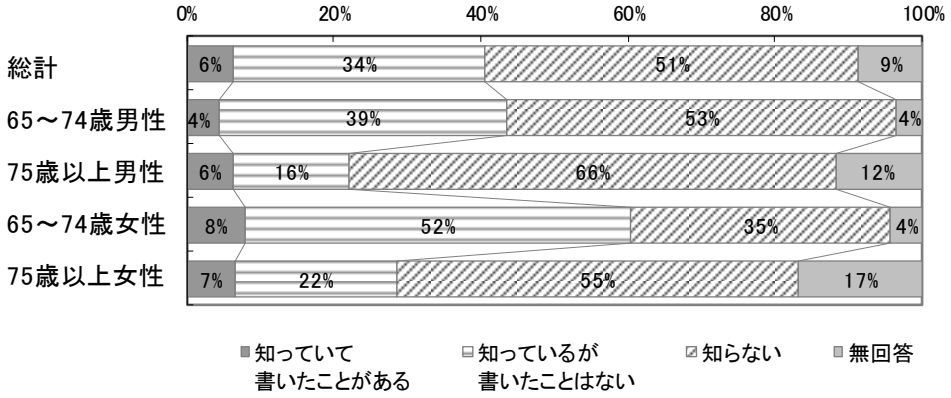


「エンディングノートを書いたことがある」割合は８%、「知っているが書いたことはない」割合は 44%で、いずれも平成 29 年度調査時点より割合が高くなっています。

「エンディングノートを書いたことがある」割合（令和元年度）



「エンディングノートを書いたことがある」割合（平成 29 年度）



第２節　介護者・要介護者の実態・ニーズ

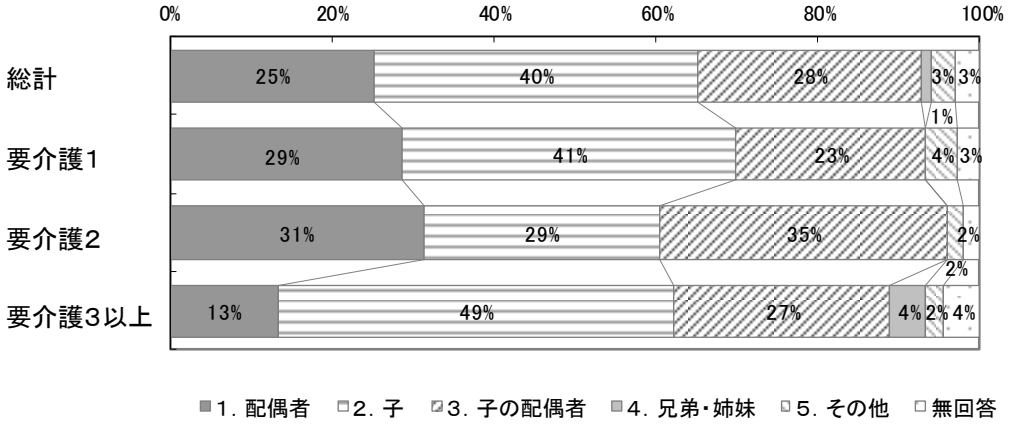
令和元年度在宅介護実態調査による介護者・要介護者の実態・ニーズの概要は、次のとおりです。

１　介護者の状況

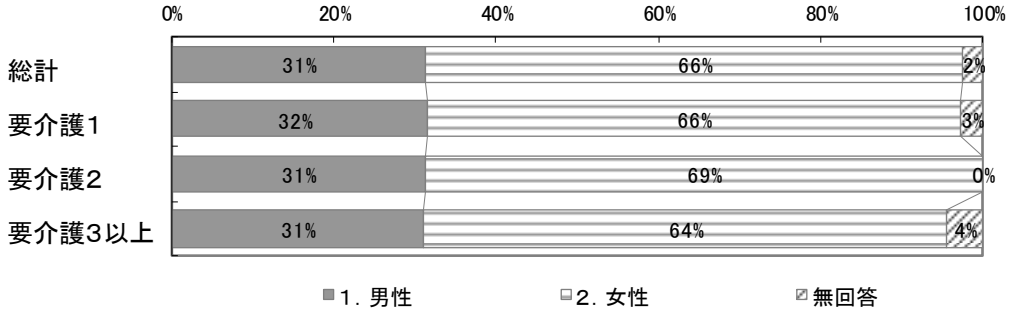
「主な介護者」は、「子」が 40%、「子の配偶者」が 28%、「配偶者」が 25%となっています。要介護３以上の層では「子」の割合が高くなっています。

また、性別は女性が 66%と多く、年齢は 50 代から 70 代にかけてが多くなっています。

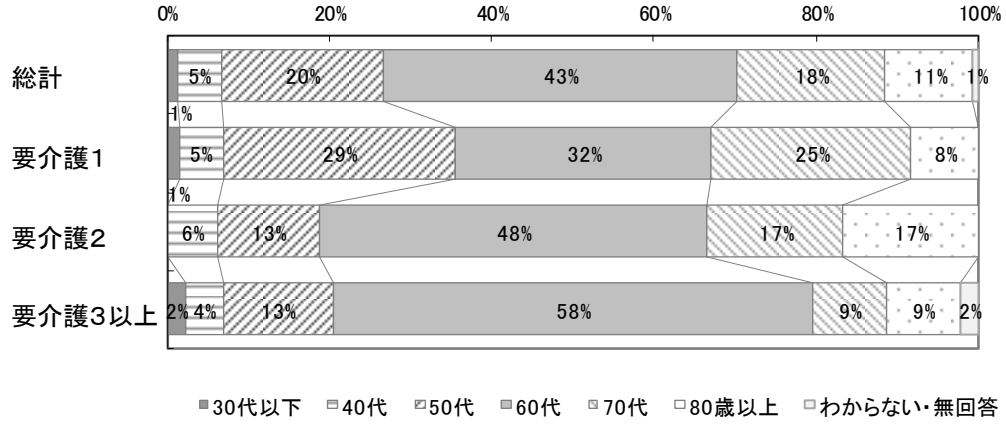
「主な介護者」は誰か



「主な介護者」の性別



「主な介護者」の年齢

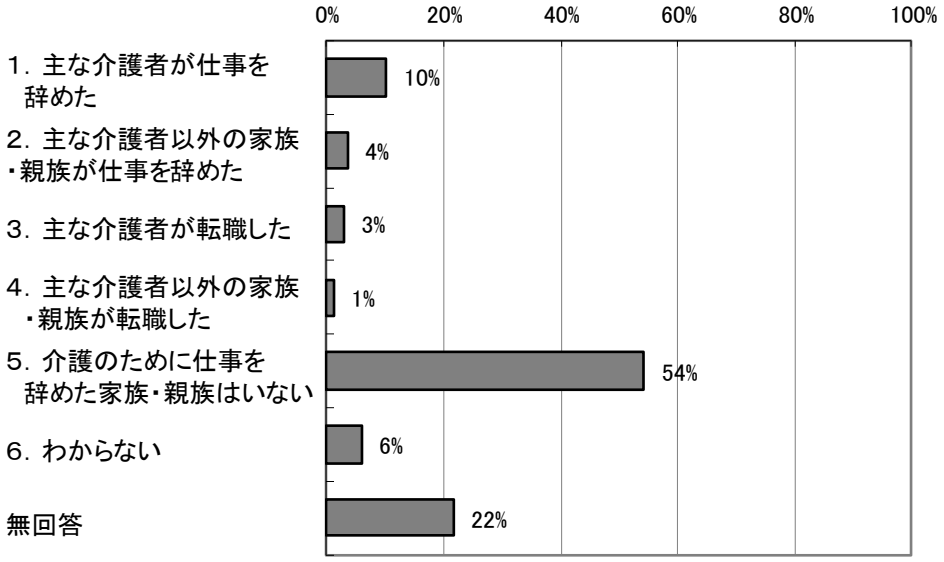


２　介護離職の状況

過去１年の間に、介護者が仕事を辞めたり転職したかについては、「主な介護者が仕事を辞めた（転職を除く）」が 10%、「主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職を除く）」が４%、「主な介護者が転職した」が３%、「主な介護者以外の家族・親族が転職した」が１%などとなっています。

一定の離職者が現実にみられることから、介護離職ゼロにむけた取組を進めることが求められます。

過去１年の間に、介護者が仕事を辞めたり転職したか



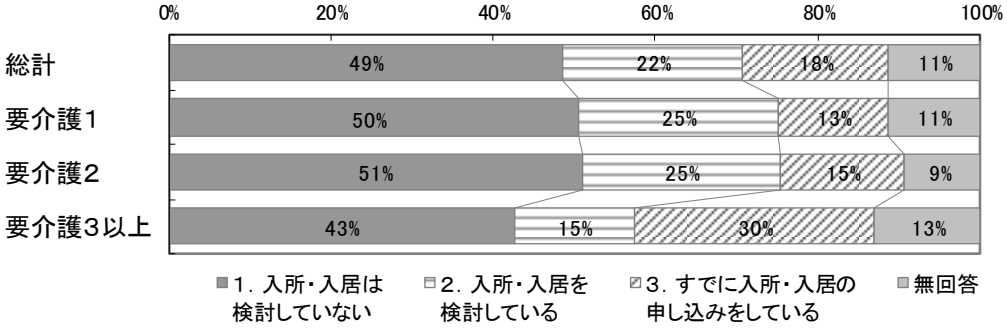
３　施設等への入所・入居の検討状況

施設等への入所・入居の意向は、「すでに入所・入居の申し込みをしている」が 18%となっており、要介護３以上の層では、30%となっています。

希望する施設等に入所・入居できるよう、必要な介護サービス基盤の整備を検討していくことが求められます。

また、要介護３以上であっても、「入所・入居を検討していない」が 43%にのぼることから、家族が介護をしながら、安心して地域で暮らしていけるよう、在宅における介護サービスの充実を一層図っていくことが求められます。

施設等への入所・入居の意向

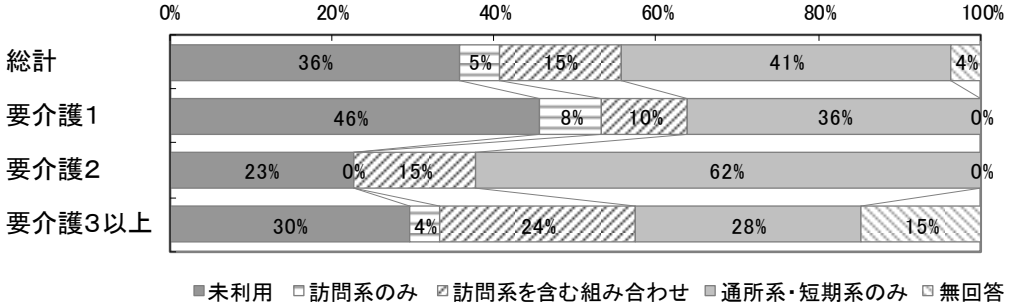


４　在宅療養の状況

「利用している介護サービスの組み合わせ」をみると、回答者全体では、「通所系・短期系のみ」が 41%、「訪問系を含む組み合わせ」が 15%などとなっており、要介護度が高い層ほど、「訪問系を含む組み合わせ」の割合が増え、要介護３以上の層では、24%にのぼります。

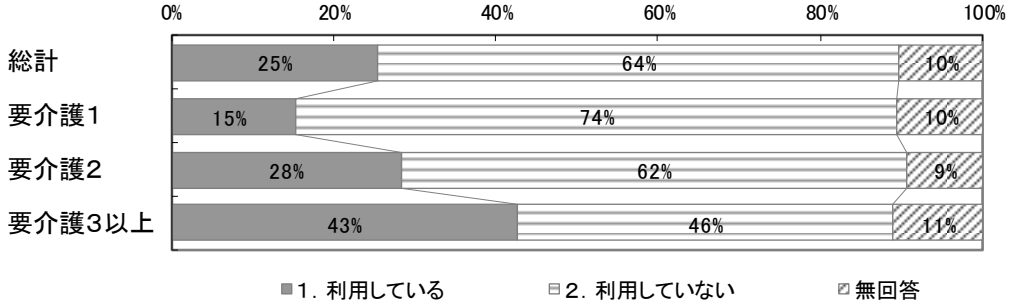
また、訪問診療の利用状況については、「利用している」は 25%で、要介護３以上の層では 43%と高くなっています。要介護者本人の重度化にあわせて、訪問系、通所系、小規模多機能型居宅介護、医療サービス等を組み合わせながら在宅療養を行っている実態がみてとれます。

利用している介護サービスの組み合わせ



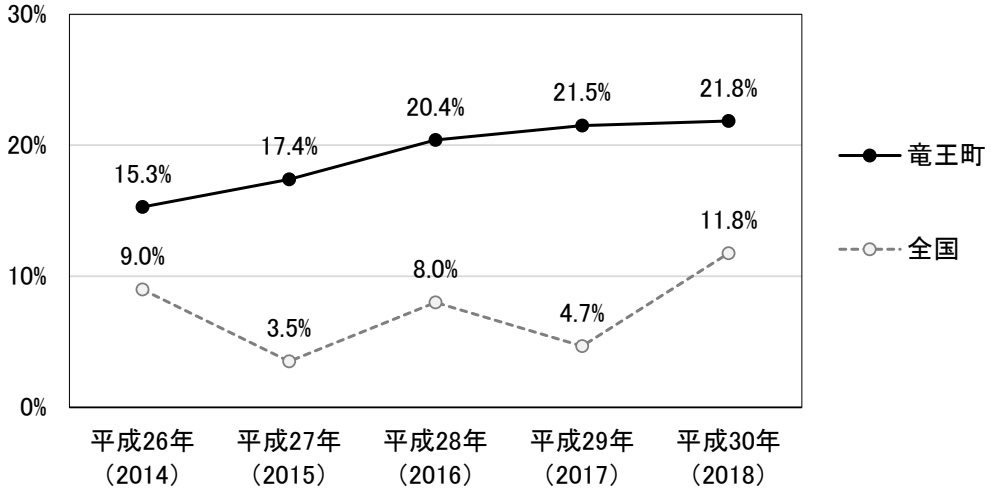
※訪問系、通所系、短期入所系といったサービスの性質に着目して分類しており、福祉用具貸与・購入、住宅改修のみを利用している人は「未利用」に区分しています。
※小規模多機能型居宅介護は、訪問系に区分して集計しています。

訪問診療の利用の有無



参考として、人口動態調査により、自宅で亡くなる人の割合をみると、本町は全国平均と比べ、過去５年間、一貫して全国平均より高く推移しており、その推移も近年上昇傾向であることがわかります。現在でも、病院で亡くなる人が大半ですが、希望する人ができるだけ多く、自宅で最期を迎えることができるよう、在宅療養支援体制を引き続き充実していくことが求められます。

〔参考〕自宅で亡くなる人の割合

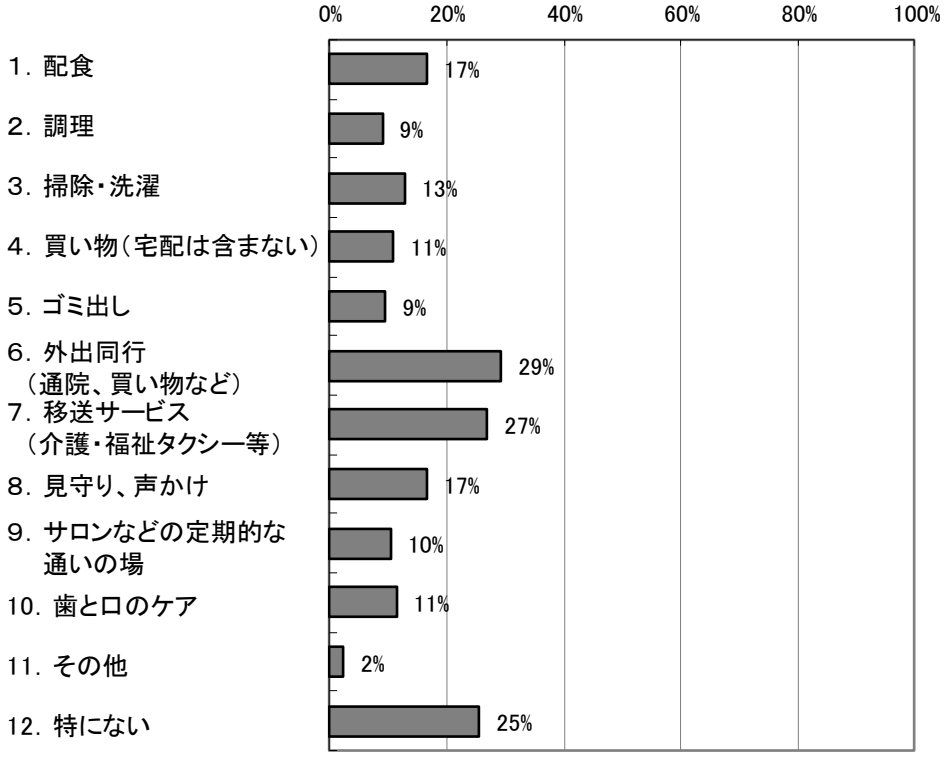


資料：厚生労働省「人口動態調査」をもとに作成

５　介護サービス以外の支援の利用意向

介護サービス以外の支援の利用意向をたずねたところ、「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）」に３割近い意向があるほか、「配食」と「見守り、声かけ」が 17%など、様々な生活支援に一定のニーズがみられました。

介護サービス以外の支援の利用意向



第３節　介護サービス事業所の実態・ニーズ

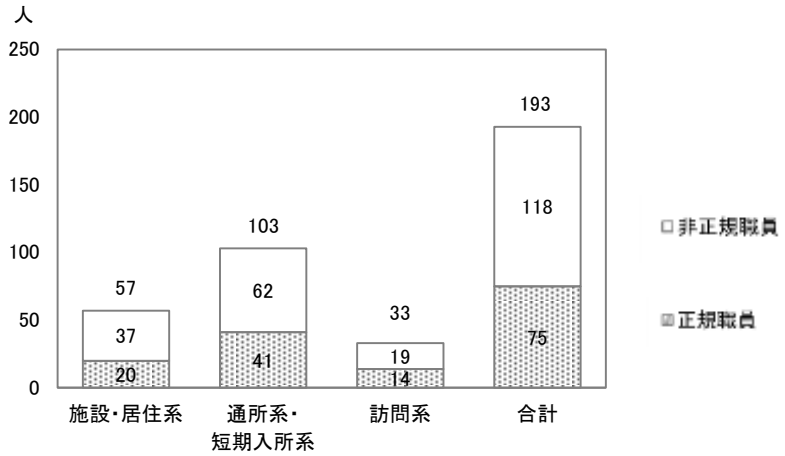
令和元年度竜王町介護人材確保に関する調査（以下「令和元年度介護人材調査」という。）、令和２年度竜王町介護人材確保に関する再調査（事業所・施設調査、介護職員調査）（以下「令和２年度介護人材再調査」という。）による町内の介護サービス事業所の実態・ニーズの概要は、次のとおりです。

１　職員の不足感

令和元年度介護人材調査によると、町内 21 介護サービス事業所の職員総数 193 人に対し、過去１年間の介護職員の採用者数の全事業所合計は 55 人、離職者数の全事業所合計は 18 人となっています。

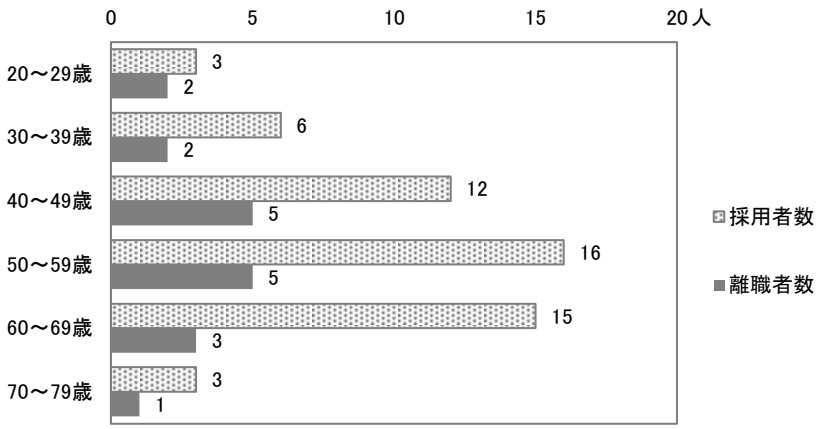
職員の４分の１以上が過去１年以内の入職であり、離職者数が採用者数の３割を占めている状況から、人材確保が厳しい実態がみてとれます。

町内 21 介護サービス事業所の介護職員の合計人数



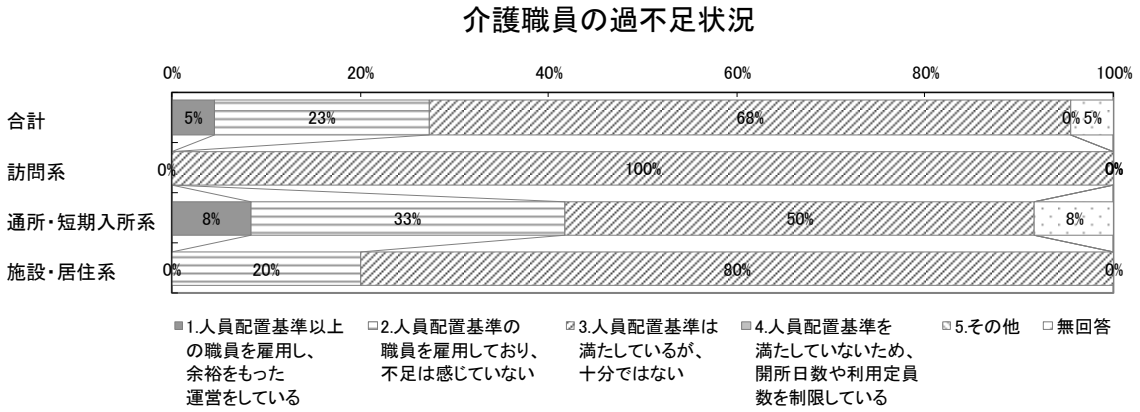
資料：令和元年度介護人材調査

年齢別の採用者数と離職者数



資料：令和元年度介護人材調査

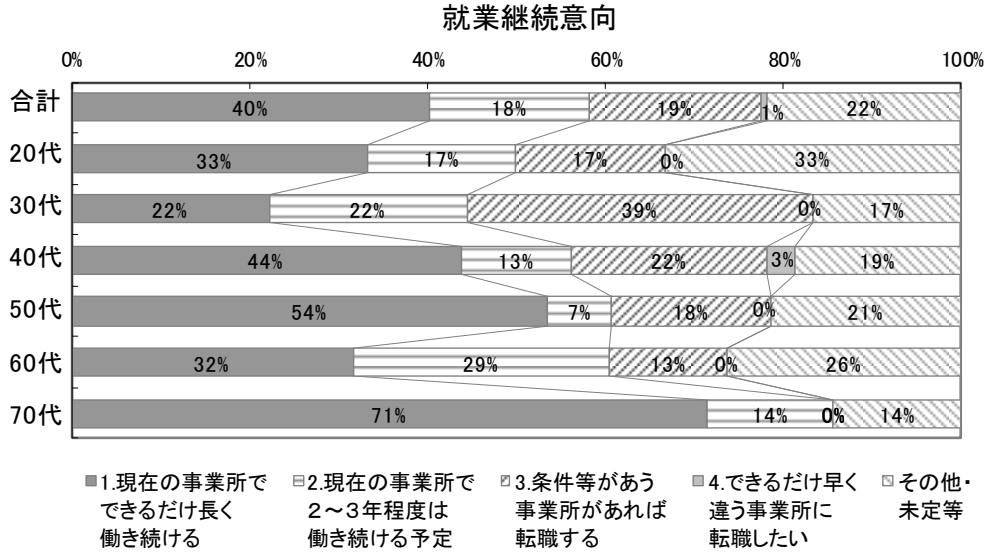
また、令和２年度介護人材再調査によると、約７割の事業所が「人員基準は満たしているものの、十分と言える人員数ではない」と回答しています。



資料：令和２年度介護人材再調査

２　就業継続意向

令和２年度介護人材再調査によると、「現在の事業所で今後もできるだけ長く働き続ける」と回答した介護職員は 40%と半数以下の状況であり、30 代では 22%と低い状況です。同じ事業所で長く働き続ける「定着」を促進していくことが求められます。



資料：令和２年度介護人材再調査

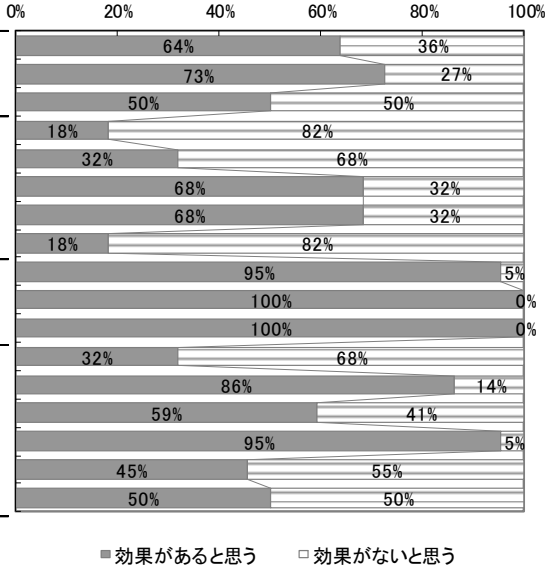
３　職員の確保に効果があると思われる取組

令和２年度介護人材再調査において、「職員の確保に効果があると思われる取組」をたずねたところ、「賃金水準の見直し」、「勤務時間の柔軟な対応」、「職場体験や見学の実施」などは、事業者と介護職員の双方で効果が高いと認識しています。

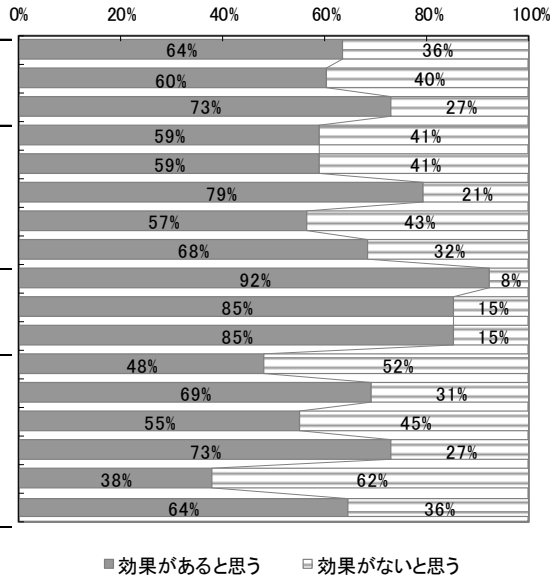
一方、「学校にも訪問して求人活動を行う」、「地域住民との交流を行う」、「地域の事業所・施設間で職員確保に関する情報交換を行う」などには、認識のギャップが生じています。

職員の確保に効果があると思われる取組

事業者



介護職員



資料：令和２年度介護人材再調査

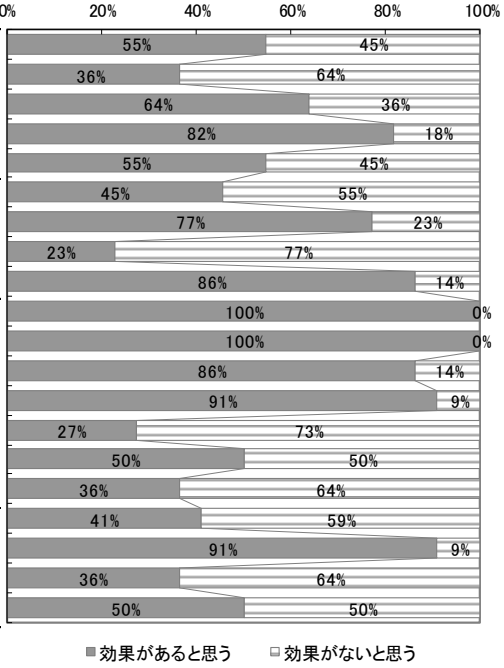
４　職員の定着・離職防止に効果があると思われる取組

令和２年度介護人材再調査において、「職員の定着・離職防止に効果があると思われる取組」をたずねたところ、「賃金水準の見直し」や「勤務時間の柔軟な対応」などは、事業者と介護職員の双方で効果が高いと認識しています。

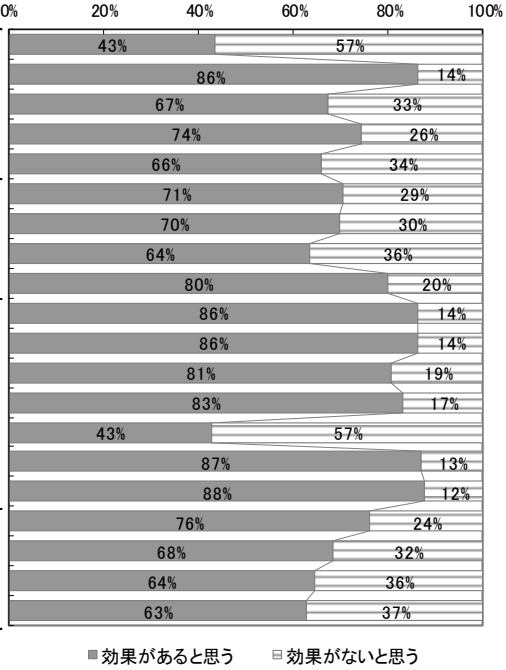
一方、「職員の実践的スキルの評価を行う」、「子育ての場合でも安心して働ける環境を整備する」、「近隣の事業所・施設の職員と交流や情報交換を行う機会を設ける」などには、認識のギャップが生じています。

職員の定着・離職防止に効果があると思われる取組

事業者



介護職員



資料：令和２年度介護人材再調査

第４節　本町の主要課題

第１章から第３章で整理した町の現状やアンケート調査による高齢者等の意識・ニーズ、施策の推進状況から、第８期計画の主要課題は、次のとおりです。

第8期計画の主要課題

国の政策動向

◇医療介護総合確保推進法の施行（第６期）
◇地域包括ケア強化法の施行（第７期）
◇地域共生社会づくりの要請

地域包括ケアの「深化・発展」の必要

本町の基礎的条件

◇人口減少・少子高齢化の進展
◇前期高齢者人口の減少と後期高齢者人口の継続的な増加
◇高齢者のみの世帯の増加
◇高齢者の高い就業率
◇全国平均より低い要介護認定率
◇要介護者における中重度層の占める割合の低さ
◇約 19%のフレイル（虚弱）層
◇介護人材不足の常態化

本町の強みを活かしつつ、後期高齢者人口の増加など課題に対応すべき

近年の社会事象

◇新型コロナウイルス感染症の影響
◇介護人材の不足
◇８０５０問題など重層的な福祉課題の顕在化
◇災害の多発による災害時要援護者対策の充実
◇車社会の一層の進展による公共交通の課題の増加、運転免許を返納する高齢者の増加
◇情報化社会の一層の進展
◇高齢者の就業環境の変化

本町の高齢者等の意識・ニーズ

◇地域活動への参加率が高く、参加意欲も高い
◇足腰の痛みが外出を阻害する最も大きな要因となっている
◇認知症に関する相談先の周知がさらに必要である
◇介護者は介護保険以外の多様なサービスへのニーズを持っている
◇職員の確保や定着・離職防止に効果があると思われる取組について、事業者と介護職員に意識のギャップがみられる

第８期計画の主要課題

1　地域ぐるみの介護予防・認知症支援の一層の強化
2　多職種・多分野協働による地域包括ケアの一層の深化・発展
3　安心して地域で暮らし続けられる生活環境・介護サービス基盤づくり

第４章　第７期計画の推進状況

第１節　施策の推進状況

いきいき竜王長寿プラン（竜王町高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業計画）の施策の推進状況を、庁内関係課、竜王町社会福祉協議会で自己評価しました。

施策の推進状況

施策体系		番号	施策内容	評価
■方針１ 生きがいを持った暮らしの実現	目標１－１ 生きがいづくり、社会参加の促進	1	学習・交流機会の創出	計画通りに実行
		2	学校支援地域本部の高齢者の参画の促進	計画通りに実行
		3	ボランティアの登録および斡旋制度の周知強化	計画通りに実行
		4	老人クラブの加入促進と活動支援	計画通りに実行
		5	高齢者の就労の促進	一部、実行した
	目標１－２ 健康維持と自ら行う介護予防の取組の推進	6	「健康いきいき竜王２１プラン」に基づく啓発および事業の推進	計画通りに実行
		7	口腔機能および嚥下機能維持の促進	計画通りに実行
		8	スポーツの日常化に向けた取組の推進	計画通りに実行
■方針２ 自立生活を支える支援の充実	目標２－１ 相談支援・情報提供の充実	9	地域包括支援センターの機能充実	計画通りに実行
		10	多様な媒体や出前講座などによる制度の周知	計画通りに実行
		11	民生委員児童委員への情報提供の強化	計画通りに実行
	目標２－２ 生活支援・介護予防の充実	12	地域支援事業の包括的支援事業の推進	計画通りに実行
		13	地域ケア会議による連携強化	一部、実行した
		14	生活支援体制整備事業の推進	計画通りに実行
		15	介護予防・日常生活支援総合事業の推進	一部、実行した
		16	地域支援事業の任意事業の推進	計画通りに実行
■方針３ 認知症対策と医療・介護環境の充実	目標３－１ 認知症支援の充実	17	認知症ケアパスの適正な運用	一部、実行した
		18	認知症の理解の促進	計画通りに実行
		19	認知症初期集中支援チーム事業の推進	計画通りに実行
		20	ふきのとうカフェ（認知症カフェ）事業の推進	計画通りに実行
		21	認知症対応型介護サービスの適切な利用の促進	計画通りに実行
	目標３－２ 医療・介護環境の充実	22	包括的・継続的ケアマネジメントの推進	計画通りに実行
		23	地域リハビリテーションの理念の普及	計画通りに実行
		24	かかりつけ医の普及	計画通りに実行
		25	福祉医療ネットワーク会議の推進	計画通りに実行
		26	在宅医療・介護連携推進事業の推進	計画通りに実行
	目標３－３ 適切な介護保険運営	27	利用者負担の軽減制度の推進	計画通りに実行
		28	介護給付適正化事業の推進	計画通りに実行
		29	適正なケアマネジメントの実施	計画通りに実行
		30	苦情等への適切な対応	計画通りに実行
		31	適切な要介護等認定の推進	計画通りに実行
		32	介護サービス評価の周知促進	計画通りに実行
■方針４ 地域の支え合いと社会基盤の整備	目標４－１ 高齢者の権利擁護と虐待防止の推進	33	圏域成年後見サポートセンターと連携した成年後見制度の利用促進	計画通りに実行
		34	成年後見制度利用支援事業の推進	計画通りに実行
		35	地域福祉権利擁護事業の利用促進	計画通りに実行
		36	権利擁護に関する関係団体への啓発	計画通りに実行
		37	高齢者虐待の防止	一部、実行した
		38	措置入所や短期入所による安全確保	計画通りに実行
	目標４－２ 地域の支え合いと社会基盤の整備	39	「地域支え合いしくみモデル事業」の推進	計画通りに実行
		40	共生型サービスの検討および推進	一部、実行した
		41	小地域福祉活動の充実	計画通りに実行
		42	おたっしゃサポーターや介護予防サポーターの育成と活動支援	計画通りに実行
		43	住宅改修の助成	計画通りに実行
		44	認知症の方の緊急時の通報・援護体制の充実	一部、実行した
		45	「命のバトン」（救急情報医療キット）の利用促進	計画通りに実行
		46	防災意識の向上と防災訓練の実施	一部、実行した
		47	防災体制の充実	一部、実行した
		48	犯罪防止の啓発	計画通りに実行

「方針１　生きがいを持った暮らしの実現」の推進状況

「方針１　生きがいを持った暮らしの実現」の「目標１-１　生きがいづくり、社会参加の促進」では、生涯現役事業を継続して実施し、参加者からも活動の効果を感じているという評価を得ています。また、老人クラブの加入率は県内２位を保ち、公民館においても、講座参加者が自主活動を継続し新規の活動グループをつくるなど、施策は成果を上げていると思われます。一方で、令和２年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により町や民間の様々な事業が休止・縮小を余儀なくされており、その再開・回復が課題となっています。

「目標１-２　健康維持と自ら行う介護予防の取組の推進」では、各地区で高血圧症対策の啓発を行う「血圧チャレンジ」、生涯学習部門のウォーキング事業など、「健康いきいき竜王 21 プラン」に沿った取組を着実に推進しました。

「方針１　生きがいを持った暮らしの実現」の主な推進状況

- 生涯現役事業を継続して実施
- 老人クラブの加入率が県内２位を維持
- 公民館講座の実施と自主活動への発展
- 新型コロナウイルス感染症の影響からの回復が課題
- 「健康いきいき竜王 21 プラン」に沿った取組を着実に推進

「方針２　自立生活を支える支援の充実」の推進状況

「方針２　自立生活を支える支援の充実」の「目標２-１　相談支援・情報提供の充実」では、「暮らしのお品書き第二版」や「民生委員活動の目安Ｑ＆Ａ」を作成・配布するなど、情報提供に力を入れるとともに、地域包括支援センターでは年間 1,000 件を超える相談を受け、様々な機関と連携し、対応に努めました。

「目標２-２　生活支援・介護予防の充実」では、生活支援体制整備にむけて、「地域支え合いしくみづくりモデル事業」を導入し、地区ごとの「地域カルテ」の配布により、住民が地域の現状や課題に関心を持つきっかけづくりとするとともに、モデル地区において、住民と共に移動支援の導入など、施策の検討を進めました。

「方針２　自立生活を支える支援の充実」の主な推進状況

- 「暮らしのお品書き第二版」、「民生委員活動の目安Ｑ＆Ａ」の作成
- 地域包括支援センターでの相談対応、連携
- 「地域支え合いしくみづくりモデル事業」の推進

「方針３　認知症対策と医療・介護環境の充実」の推進状況

「方針３　認知症対策と医療・介護環境の充実」の「目標３-１　認知症支援の充実」では、「認知症初期集中支援チーム事業」において、概ね月１回のチーム員会議を開催し、平成 30 年度には 11 名、令和元年度には 17 名の新規対応を行うとともに、「認知症サポーター養成講座」、「ふきのとうカフェ」など、他の事業についても着実に実施しました。

「目標３-２　医療・介護環境の充実」では、「在宅福祉医療ネットワーク会議」を開催し、平成 28 年度からの要介護２認定者の分析を継続して行うなど、専門職・機関のネットワークづくりを進めており、概ね計画どおりに実施しました。

「目標３-３　適切な介護保険運営」では、地域密着型サービス事業所について、運営推進会議等での事業所評価の確認や、指定更新を迎える事業所への実地指導の実施など、適切な介護保険運営に向けた取組を推進しました。

「方針３　認知症対策と医療・介護環境の充実」の主な推進状況

- **「認知症初期集中支援チーム事業」の推進**
- **「認知症サポーター養成講座」、「ふきのとうカフェ」の実施**
- **「在宅福祉医療ネットワーク会議」の実施**
- **適切な介護保険運営に向けた取組の推進**

「方針４　地域の支え合いと社会基盤の整備」の推進状況

「方針４　地域の支え合いと社会基盤の整備」の「目標４-１　高齢者の権利擁護と虐待防止の推進」では、虐待の通報や地域福祉権利擁護事業等の新規利用が計画期間内にもみられ、関係機関と連携しながら適切な対応に努めました。

「目標４-２　地域の支え合いと社会基盤の整備」では、コミュニティカフェの新規立ち上げが進むなどの成果が得られましたが、災害時の要援護者台帳が十分に活用できていないなど、課題も残っています。

「方針４　地域の支え合いと社会基盤の整備」の主な推進状況

- **虐待の通報への対応**
- **地域福祉権利擁護事業等の周知、新規利用への対応**
- **災害時の要援護者台帳のさらなる活用が課題**

第２節　数値目標の達成状況

いきいき竜王長寿プラン（竜王町高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業計画）に掲げた数値目標の達成状況は、次のとおりです。

数値目標の達成状況

めざす成果（各年度末）		計画			実績		
		平成30年度	令和元年度	令和２年度	平成30年度	令和元年度	令和２年度（見込み）
1	主観的幸福感（点）	―	―	８	―	―	7.2
2	主観的健康感（%）	―	―	82	―	―	76
3	老人クラブ加入率（%）	67	67.3	67.6	66.2	64.6	64
4	シルバー人材センター会員数（人）	260	270	280	250	243	240
5	特定健康診査受診率（%）	52	52	54	51.4	49.1	50
6	特定保健指導実施率（%）	50	52	54	64.9	52.5	60
7	新規申請時点の平均年齢（歳）（第1号被保険者）	82	82	82	81.8	83.2	84
8	「暮らしのお品書き」掲載延べ事業所数	100	110	120	92	92	92
9	ふきのとうカフェ参加者の満足度（%）	92	92	92	83.5	76.7	85
10	要介護2の方の在宅療養率（%）	75	77	80	79	84	80
11	要介護認定調査要日数（日）	38.5	38	37.5	39.6	42.9	43
12	地域での活動への参加意欲（%）	―	―	50	―	―	50.2

第５章　基本理念と基本目標

第１節　基本理念

町民憲章

恵まれた自然や古い歴史の中で培われた伝統に誇りと自覚を持ち、明るく住みよい町を築き、後世に受け継いでいく

竜王町の福祉がめざす基本理念

みんなの「あい」でつくる 福祉のまち竜王

高齢者分野の基本理念

いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王

本町は、地域福祉計画において、『みんなの「あい」でつくる 福祉のまち竜王』を基本理念に据え、まちづくりを進めています。

「あい」とは、「他人への思いやり（愛）」「自分の住んでいる地域への“愛”着」を示すとともに、住民、事業所や行政などの本町に関わる全ての人による「つながりあい」を表しています。

本計画では、この基本理念のもと、高齢者分野の基本理念を「いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王」とします。

長い歴史の中で培われてきた竜王の良さである「ふれあい」を中心テーマに据え、高齢者が、自身の知恵や経験を活かして、多様な交流の中で「活躍」し、いきいきと暮らせるまちをめざします。また、支援が必要な状態になっても、周囲の人々の温かな支えのもと、前向きにいきいきと暮らせるまちをめざします。

第２節　基本目標と施策体系

基本理念をはじめ、本町における現状や課題をふまえて、５つの基本目標を設定します。

基本目標１　地域ぐるみの介護予防・健康づくり

健康寿命の延伸を図るため、生活習慣病予防とフレイル予防を両輪として推進するとともに、心身機能の維持改善だけなく、地域での多様な活動や社会参加により生きがいを持ち続けられる取組を推進します。

基本目標２　認知症の予防とケア

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めざし、認知症の人や家族の視点を重視した「共生」と早期対応による「予防」を両輪として施策を推進します。

基本目標３　多機関協働による支援体制の構築

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えた「丸ごと」の総合相談体制づくりおよび多職種・多分野のネットワークの形成に努め、高齢者を包括的に支援する地域づくりを進めます。

基本目標４　安全に暮らせる地域づくり

心身の状態や家庭環境などに合わせて、多様な住まい方を高齢者が選択でき、地域の見守り・支え合いにより、災害などに対しても安心して暮らせる地域づくりを進めます。

基本目標５　介護サービス等の充実・強化

介護サービス、ケアマネジメントの質の向上に努めるとともに、介護人材の確保や定着促進を進めることで、必要な介護・支援を受けながら、安心して地域で暮らし続けられる環境や制度を整えます。

基本目標に対する施策の体系を、次のとおり設定します。

【基本理念】

いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王

【基本目標】	【基本施策】
1　地域ぐるみの介護予防・健康づくり	1　介護予防・健康づくりの普及啓発と体制づくり 2　運動・身体活動の向上の促進 3　社会参加と生きがいづくりの推進 4　適切な栄養摂取と食生活の推進 5　介護予防・日常生活支援総合事業の実施
2　認知症の予防とケア	1　適切な医療・介護の提供 2　普及、啓発の推進 3　地域の見守り体制づくりと家族等支援 4　若年性認知症支援の充実
3　多機関協働による支援体制の構築	1　「丸ごと」の総合相談体制の充実 2　在宅医療・介護のネットワークづくり 3　高齢者虐待防止および高齢者本人をサポートする体制の確保
4　安全に暮らせる地域づくり	1　地域の見守り・支え合いの推進 2　住まいの確保および住まい方の啓発 3　安全に暮らせるための生活環境づくり
5　介護サービス等の充実・強化	1　介護サービスの質の向上 2　ケアマネジメントの質の向上 3　介護人材の確保・定着促進 4　介護給付適正化事業の推進 5　費用負担の軽減 6　介護保険制度に関する啓発・情報提供・苦情相談等

第６章　施策の展開

基本目標１　地域ぐるみの介護予防・健康づくり

基本施策１　介護予防・健康づくりの普及啓発と体制づくり

＜現状と課題＞

◇　**令和元年度ニーズ調査によると、介護予防について、42%の高齢者が「意識して取り組んでいる」と回答している一方、46%の高齢者が「取り組みたいがまだ取り組んでいない」という状況です。介護予防に高い関心はあるものの実践までには至っていない高齢者に対し、心身の状態に応じて実践できる活動や具体的な方法を普及啓発していくことが必要です。**

＜施策の方向＞

◇　**フレイル（生活機能が低下した状態）予防や健康づくりの実践につながるよう、一体的かつ具体的に運動・栄養・口腔等に関する普及啓発を行います。**

◇　**高齢者の介護予防・健康づくりを的確かつ効果的に推進するための体制を整備します。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
介護予防に意識して取り組んでいる人の割合	42%	－	－	60%	ニーズ調査
介護予防普及啓発媒体の全戸配布回数	１回（広報掲載）	１回	１回	１回	

＜具体的事業＞

	事業名	主体者	取組内容・成果目標
1	フレイル予防についての普及啓発	福祉課	フレイルとはどのようなものか、どのように予防できるか等について、生活に取り入れやすいよう具体的な行動や工夫の情報を取り入れて周知します。
2	介護予防・健康づくりの体制整備	福祉課 健康推進課 住民課	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について検討を進めます。ＫＤＢ（国保データベース）や地域包括ケア見える化システムなどを活用し、高齢者の医療・介護等の実態を把握し、抽出した課題に対して的確かつ効果的に対策を図れるよう、関係各課および関係機関との連携を強化していきます。

基本施策２　運動・身体活動の向上の促進

＜現状と課題＞

◇　高齢者は、加齢とともに歩行などに必要な運動機能の低下が生じやすくなるため、できるだけ運動機能の低下を緩やかにしていくよう、生活に支障が出る前の段階から予防活動に取り組むことが効果的です。

◇　令和元年度ニーズ調査によると、外出を控えている理由では、「足腰の痛み」が 47%と他の理由よりも高い割合となっていることから、外出など自分がしたい活動の阻害要因となっている運動器の障がいや運動機能低下を予防するための支援が必要です。

◇　令和元年度ニーズ調査によると、スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者は 40%にのぼり、交流の機会等も兼ねて、引き続きスポーツ活動の振興や普及を図る必要があります。

◇　要介護認定者における寝たきり自立度の分析および要介護認定者経過等の分析調査から、要介護認定者における寝たきり高齢者の割合は低い傾向がみられ、要介護状態になっても一定の運動機能を保っている人が多いことがわかりました。このことから、少し動きづらくなっても社会参加や家事等、日常生活の中で身体活動量を維持向上できる環境づくりが求められます。

＜施策の方向＞

◇　活動や社会参加の阻害要因である「足腰の痛み」に着目し、発症予防や重症化防止を図る啓発活動や実践活動を重点的に展開します。

◇　リハビリテーション専門職などが様々な取組に関わる仕組みや、運動・身体活動量を向上させるための環境づくりを行い、地域での適切な運動習慣や身体活動の普及啓発を図ります。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
外出を控えている人のうち足腰の痛みと答えた人の割合	47%	－	－	35%	ニーズ調査
足腰の痛み予防啓発実施地区数	新規	20地区	20地区	20地区	３年間で全地区に２回ずつ啓発
地域包括支援センターへのリハビリテーション専門職の配置	新規	配置	継続	継続	リハビリテーション提供体制推進にかかる目標

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
３	現役続行プロジェクト・キバラル８（エイト）の推進	福祉課	“80 歳代になっても元気で歩けて、ようきばらる”をスローガンに掲げ、足腰の痛み、特に膝関節の痛み予防に効果的な８つの取組を「現役続行プロジェクト　キバラル８（エイト）」として町民全体に普及啓発します。
４	リハビリテーション専門職が身体機能維持向上の取組に関わる仕組みづくり	福祉課	専門的な観点から的確な助言や働きかけができるよう、集団・個別アプローチや様々な企画や環境整備の助言等、町内のリハビリテーション専門職が身体機能維持向上の取組に関わる仕組みをつくります。
５	適切な運動・身体活動についての普及啓発	福祉課 健康推進課	りゅうおう健康ベジ７チャレンジの１つとして、ラジオ体操の普及啓発を行います。また、日常生活の中で体を動かす機会を増やすための意識づけを行います。
６	高齢者が運動を行える環境づくりの推進	福祉課 生涯学習課	竜王町スポーツ推進計画と連動し、高齢者のスポーツ推進のために必要な情報提供などを行います。

基本施策３　社会参加と生きがいづくりの推進

＜現状と課題＞

◇　本町では、高齢になっても家庭や地域において様々な社会活動や役割を担う住民が多く、個々の健康づくりだけでなく、地域づくりでも大きな役割を担っています。特に令和２年に最大数となり本計画期間中も高い割合を占める前期高齢者が、そうした役割を十分に果たせるよう、活躍の場の量的な充実が求められています。

◇　令和元年度ニーズ調査によると、地域活動に週１回以上参加している高齢者の割合は約 58%と高い状況です。また、グループ活動による地域づくりへの参加意向のある高齢者は60%､その企画運営に参加意向のある高齢者は約41%と多い傾向にあります。こうした意欲のある高齢者が長年培った知識や技術を活かし、地域で活躍できる環境づくりを進める必要があります。

◇　令和元年度ニーズ調査によると、外出を控えている理由では「交通手段がない」が16%で、町内の様々な場所に出かけられるための移動手段の維持や確保が求められます。

◇　本町には、高齢者が交流を深め、社会参加や生きがいづくりの機会を提供する「通いの場」が各字に１か所以上あり、高齢者の活動、社会参加、交流の場としてさらに活性化および質の向上を図っていくことが求められます。

＜施策の方向＞

◇　「通いの場」について、開催場所や活動内容等をわかりやすく整理したうえで情報提供を行い、積極的な参加を働きかけるとともに､「通いの場」の活性化および質の向上を図るための運営支援を行います。

◇　福祉部門、生涯学習・生涯スポーツ部門、商工部門その他環境や防災など各部門が連携し、長年培った知識や技術を活かし、生きがい就労や自ら地域活動等の担い手となるといった高齢者の主体的な活動を推進します。

◇　公共交通部門と連携し、移動手段の維持や確保に努め、高齢者の様々な外出ニーズに対応できる環境づくりを進めます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
週１回以上、地域活動に参加している人の割合	58%	―	―	70%	ニーズ調査
おたっしゃ教室の参加者数（平均参加者数）	336 人	330 人	330 人	330 人	
生涯現役事業の参加者数（実人数）	291 人	320 人	340 人	360 人	
通いの場運営情報交換会の開催回数	１回	１回	１回	１回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
7	通いの場の周知媒体の作成および活用	福祉課 健康推進課 未来創造課	町内で開催されている通いの場について、目的別や地区別などで整理した周知媒体を作成するとともに、住民、民生委員、健康推進員、ケアマネジャー、医療機関などに配布し、それぞれのニーズに合った通いの場への参加勧奨を行います。また、予約制乗合ワゴン（チョイソコりゅうおう）の周知を行い、外出しやすい環境づくりを進めます。
8	各通いの場への運営支援	福祉課 社会福祉協議会	竜王町社会福祉協議会が行う小地域福祉活動の支援と連携しながら、各通いの場の状況を把握し、運営に必要な情報提供などの支援を行います。
9	生涯現役事業の運営	福祉課	前期高齢者の通い･活動の場として生涯現役事業を実施するとともに、他の通いの場の企画運営の参考となる内容を実施するなど、通いの場のモデル的な役割として充実を図ります。
10	高齢者が活躍する活動や役割についての情報発信および普及啓発	福祉課 商工観光課 社会福祉協議会	地域活動（自治会の役職、老人クラブ、ボランティア）、生きがい就労（シルバー人材センター、農業等）、趣味活動などのモデルとなる実践例も紹介しながら普及啓発を行います。

基本施策４　適切な栄養摂取と食生活の推進

＜現状と課題＞

◇　令和元年度ニーズ調査によると、本町の高齢者のＢＭＩは、18.5 未満（低体重）の人が７％、25 以上（肥満）の人が 19%となっています。低体重の背景には、食事への関心の低下や口腔嚥下機能の低下等による栄養の偏りや低栄養状態があり、骨粗しょう症や筋力低下が生じやすい状態と言えます。また、肥満は、膝や足腰などの関節への負担が大きく、痛みや変形を引き起こす要因となります。低体重、肥満はいずれも、運動機能の低下につながることから、高齢者が適正体重を保てるよう、働きかけることが必要です。

◇　本町では、「第２次健康いきいき竜王 21 プラン」、「竜王町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)【第２期】」に基づき、糖尿病と高血圧の予防・重症化予防に重点的に取り組んでいます。本町の高齢者は、糖尿病と高血圧の罹患率が高いものの、食事に気をつけることで発症や重症化を抑えることができるため、バランスの取れた食事や減塩などを意識した食生活を普及啓発していくことが求められます。

＜施策の方向＞

◇　健診結果説明会、出前講座、健康相談および個別指導など様々な機会を通じて、高齢者一人ひとりの状況に応じ、より良い食生活の普及啓発と改善指導を進めます。

◇　食生活の要となる歯と口腔の健康についての普及啓発を進めます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
適正体重の人の割合	66%	―	―	75%	ニーズ調査
後期高齢者健診対象者への適切な栄養摂取等の啓発	新規	100%	100%	100%	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
11	適切な栄養・食生活の普及啓発	健康推進課 福祉課	りゅうおう健康ベジ７チャレンジと連動し、本人に合った食事の内容等についての普及啓発を行います。また、健診結果説明会等の個別の相談の機会を通じて、個々の生活状況に応じた栄養面の保健指導・助言を行います。
12	歯と口腔の健康の普及啓発	福祉課 健康推進課 国保歯科診療所	カミチャレ 30・ブクチャレ 30 の取組について、出前講座や健診結果説明会などの機会に普及啓発を行います。また、チラシやＤＶＤ等の啓発媒体を活用し、オーラルフレイルや口腔体操、かかりつけ歯科医を持つ重要性などを普及啓発します。

基本施策５　介護予防・日常生活支援総合事業の実施

＜現状と課題＞

◇　介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援認定者などフレイル状態にある人が生活機能の維持・改善を目的とした事業です。本町では、平成 28 年度から、①介護予防通所介護相当サービス、②通所型サービスＡ、③介護予防訪問介護相当サービスを実施しています。

◇　要支援認定者の 29.6%が１年後に要支援・要介護度が上がっている状況であることから、これらの要支援認定者が要介護状態に至ることのないよう、効果的なケアマネジメントやサービス提供を行うとともに、利用者が自立をめざして主体的に介護予防に取り組むよう支援することが必要です。

＜施策の方向＞

◇　利用者が自分の望む暮らしを再び送ることができるよう、自立支援を軸とし、ニーズに応じた事業およびサービス量や質の維持向上を図ります。

◇　介護保険制度の予防給付やその他のサービスと連動しながら、サービス利用に依存することなく、自ら主体的に生活機能の維持改善等に取り組めるような事業展開に努めます。

◇　通所型サービスに対し、リハビリテーション専門職が助言を行う機会をつくるとともに、短期集中型サービスの導入についても検討します。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
要支援認定者のうち１年後に悪化した人の割合の減少	29.6%	26%	23%	20%	
通所型サービス実施事業所との情報交換会	実施なし	７か所	７か所	７か所	通所型サービス実施全事業所を毎年訪問

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組の内容・成果目標
13	適切な介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の実施	福祉課	要支援認定者が自立支援に向けて、インフォーマルサポートを含めた様々なサービスを適切に利用できるよう、ケアマネジメントを実施します。また、利用者やその家族等が自立に向けた取組を主体的に行えるよう、意識向上や助言等を行います。
14	通所型サービスの実施	福祉課	入浴支援など専門性の高いサービスや、利用者の運動機能向上や交流、閉じこもり予防など生活機能全般の維持・改善を図るためのサービスを実施します。また、多様なサービス提供を実施するために、内容や提供体制等について検討を進めます。
15	訪問型サービスの実施	福祉課	生活支援に加えて心身の状態の確認や変化の早期発見などを兼ねた専門性の高いサービスを実施します。また、多様なサービス提供を実施するために、内容や提供体制等について検討を進めます。

〔参考〕本町の介護予防・日常生活支援総合事業の内容

	対象者	内容	利用の目安	
			要支援１	要支援２
①介護予防通所介護相当サービス（デイサービス）	日常生活が自力で送りにくく、生活するための機能の維持が必要な人、特に入浴支援の必要な人	町内通所介護サービス事業所による、体操や脳トレ、手作業などの介護予防活動、入浴支援、食事の提供等を受けられる１日型通所サービス（送迎あり）	週１回程度	週２回程度
②通所型サービスＡ（半日型デイサービス）【一部拡大】	ほぼ日常生活は自力で送れるが、閉じこもりがちで活動量が少ない人	町内通所介護サービス事業所による、体操や脳トレ、手作業などの介護予防活動、食事の提供等を受けられる半日型通所サービス（送迎あり）	週１回程度	週２回程度※
③介護予防訪問介護相当サービス	日常生活が自力で送りにくく、身体介護や生活支援が必要な人	町内訪問介護サービス事業所による、食事、入浴、排せつの介助などの身体介護や掃除、洗濯、生活必需品の買い物、薬の受け取りなどの生活援助サービス	状態に合わせて週１回～３回程度	

※令和３年４月１日から通所型サービスＡにおいて週２回程度（要支援２）のサービスを新設

＜現役続行プロジェクト・キバラル８（エイト）＞

高齢者分野の基本理念　「いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王」

スローガン

「**８０歳代**になっても元気で歩けて“**ようきばらる**”」

◆町民さんに提案する８つの取組（主体：町民）

① 立つ、歩くなどで**正しい姿勢を意識**しましょう

② 毎日のストレッチで**体をほぐし**ましょう

③ **痛み予防**に役立つ**日常動作**を知り、実践しましょう

④ **適正体重を維持**しましょう

⑤ 膝の負担を軽くする**住環境を整え**ましょう

⑥ 積極的に**社会参加**しましょう

⑦ **移動手段を確保**しましょう

⑧ 足腰の痛みが出てきたら**早めに受診**しましょう

◆プロジェクト全体の取組（主体：行政・関係機関）

＜町民さん全体に向けて＞

・高齢者が活動を維持・拡大することの大切さの普及啓発
・高齢者が活動を維持・拡大しやすい環境づくり

＜高齢者・プレ高齢者（おおむね 40 歳以上の人）に向けて＞

・足腰の痛みのセルフチェックの普及啓発、個別相談
・足腰の痛み予防・悪化防止のための自分でできる取組の普及啓発
・通いの場の運営支援

＜足腰の痛みがある人に向けて＞

・早期の受診勧奨、必要に応じて住環境の整備や制度利用などのアドバイス
・竜王町介護予防・日常生活支援総合事業の質の向上

自分のしたい活動や社会参加の阻害要因である「足腰の痛み」に着目したプロジェクトの展開

高齢者の現状

・ 外出を控えている理由のうち足腰の痛みが第１位（47%）
・ 就労や老人会、趣味活動などの地域活動へ週１回以上参加している 58%
・ 低体重（BMI18.5 未満）7%、肥満（BMI25 以上）19%と肥満の人の方が多い
・ 「周りに迷惑をかけられない」という思いから活動、役割が縮小していく

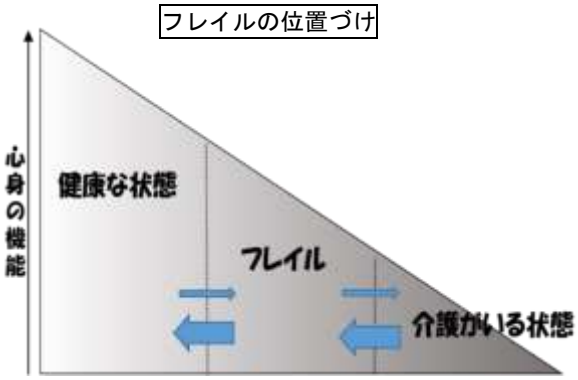
介護予防の鍵「フレイル」

「フレイル」とは、年齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能など）が低下し、生活がしづらくなってきた虚弱な状態のことで、健康な状態と要介護状態の中間に位置します。高齢者は体力にも気力にも「余力」が無くなり始めたり慢性の病気をいくつも持っていることから、フレイルが発症しやすいことがわかっています。

フレイルは、早く気づき、適切な対策を取ることにより、生活するための機能を維持向上し、元の状態に戻ることができる段階でもあります。このことから、フレイル予防が健康寿命を延ばす鍵となります。

フレイル予防では、「栄養・食事」「運動」「社会参加」の３本柱が大切で、相互に影響し合っており、特に、社会参加の機会が低下すると、フレイルの最初に入口になりやすいと言われています。

フレイルの位置づけ



※厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」　掲載図を基に作成

フレイル予防の３本柱

※東京大学高齢社会総合研究機構「フレイルを予防して健康寿命をのばしましょう」掲載図を基に作成

介護予防事業の体系

国が定める地域支援事業では、各市町村で地域の実情に合わせて、次のような介護予防事業を実施することとされています。

介護予防・日常生活総合事業

（1）介護予防・生活支援サービス事業

◆対象者
・要支援認定を受けた人
・基本チェックリストに該当した人（事業対象者）

◆内容

事業	内容
訪問型サービス	掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

○基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た人に対して、簡便にサービスにつなぐために実施する。
○予防給付の介護予防訪問介護、介護予防福祉用具貸与等のサービスを利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

（2）一般介護予防事業

◆対象者
第１号被保険者の全ての人およびその支援のための活動に関わる人

◆内容

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するために通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を推進する

基本目標２　認知症の予防とケア

基本施策１　適切な医療・介護の提供

＜現状と課題＞

◇　令和元年度ニーズ調査によると、「認知症の対応・治療に関するイメージ」について「早く対応・治療すれば、進行を遅らせることができる」および「早く対応・治療すれば、治すことができる」といった正しい認識を持つ人の割合が 81%と多くなっています。

◇　認知症による受診や介護サービスの利用については、本人が拒否するケースもあることから、様々な事例において、適切な医療や介護につながるよう働きかけることが必要です。

◇　令和元年度ニーズ調査では、認知症対策を進めるうえで重点を置くべき取組として、「介護サービスの充実、施設の整備」の回答の割合が 35%と平成 29 年度調査結果の２倍近くに増加しています。

＜施策の方向＞

◇　認知症の疑いのある人が、早期に受診・介護サービスの利用が出来るよう、認知症初期集中支援チームが、かかりつけ医・家族と連携をとり、集中的な支援を行います。また、これまで初期集中支援の対象として携わった事例や対応について評価・分析を行い、関係機関と共有することで、相談支援のネットワークを強化し、適切な医療・介護につながる仕組みづくりを進めます。

◇　質の高い認知症ケアが提供できるよう、認知症ケアに関する研修会を開催します。

◇　住民や医療・介護従事者に対し、本町の認知症ケアパスの周知を図り、認知症になっても適切な医療・介護を受けながら安心して暮らせるネットワークの強化を図ります。

◇　認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、介護サービスのうち、特に地域密着型サービスの役割が重要であることから、既存の認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、地域密着型デイサービス、小規模多機能型居宅介護サービスの各事業所に対し、町が指定権者として認知症ケアの質が高まるための指導・支援を行います。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認定者の在宅比率	72%	75%	78%	80%	東近江圏域共通指標
認知症の対応・治療に関して正しい知識を持っている人の割合	81%	―	―	90%	東近江圏域共通指標ニーズ調査
認知症初期集中支援チーム活動の中で医療・介護につながった割合	57%	65%	70%	75%	
認知症ケア研修の開催回数	１回	１回	１回	１回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
16	認知症初期集中支援チーム活動の促進	福祉課	認知症初期集中チーム員が精神疾患をはじめ認知症に類似した疾患等も視野に入れた多面的な支援を行い、必要な医療や介護につなげます。また、認知症初期集中支援チームの活動により医療や介護につながった事例等を評価・分析し、関係機関と共有することで、相談支援のネットワーク強化を図ります。
17	認知症ケア研修の実施	福祉課	町内の介護職員に対して、認知症に関するアセスメント力の向上や精神疾患等の認知症に類似した疾患等の知識を得るための研修会を開催します。
18	認知症疾患医療センター、かかりつけ医との連携	福祉課	県主催の認知症関連の会議に出席し、国・県・他市町の動向や好事例について情報収集し、認知症施策に反映します。また、県とともに、認知症疾患センターとかかりつけ医との連携が図れるように支援します。
19	地域密着型介護サービスの適正な運用	福祉課	地域密着型サービスの適正適法な運営を確保するために、定期的に行う実地指導や集団指導を通して基礎的な法令等の周知や身体拘束ゼロに向けた啓発に取り組み、利用者本位のサービスが提供されるよう認知症ケアパスに位置付けながら、指導および助言を実施します。

基本施策２　普及、啓発の推進

＜現状と課題＞

◇　令和元年度ニーズ調査では、「認知症に関する相談窓口を知っている」人の割合は３割と少ないため、相談先を多くの住民が知り、早期発見・早期対応につなげていく取組が必要です。

◇　認知症に対する理解が十分でない対応事例が一部みられるため、多世代に繰り返し啓発し、認知症の人や家族が住み慣れた地域で暮らし続けられる地域づくりを進める必要があります。

＜施策の方向＞

◇　専門職、認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターの協力を得ながら、認知症に関する講座や研修会などの啓発活動を行い、住民の認知症に関する知識の普及を図るとともに人材育成を進めます。また、こうした取組を、認知症キャラバン・メイト等のボランティアが自主的に企画・実施できるよう支援していきます。

◇　本人がしたい活動や望む暮らしを実現するための支援を行うとともに、認知症の人の思いや現状を把握し、地域住民等に向けて発信することで認知症の理解を深めます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
認知症の人への適切な接し方について知っている人の割合	17%	－	－	30%	東近江圏域共通指標
認知症に関する相談先を知っている人の割合	33%	－	－	50%	
認知症サポーターの年間養成数	513 人	300 人	300 人	300 人	

※　認知症サポーター延べ養成数　5,632 名　令和２年 12 月現在
※　認知症キャラバン・メイト数　63 名　令和２年 12 月現在

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
20	多方面への啓発活動	福祉課	小・中学校、企業、老人会、自治会等に向けて認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に関する相談窓口や関わり方について周知します。
21	啓発体制の強化	福祉課	東近江圏域の市町と連携して認知症キャラバン・メイト養成講座を開催します。また、認知症キャラバン・メイトが自主的に活動できるように関わります。
22	認知症の人の発信支援および意思決定支援	福祉課	認知症高齢者グループホームなどの介護サービス事業所と連携しながら、認知症の人の思いや声を聴き、家族や地域住民等へ発信支援、代弁を行います。また、認知症の人の自己実現をめざすための個別支援や仕組みづくりについて検討します。

基本施策３　地域の見守り体制づくりと家族等支援

＜現状と課題＞

◇　**認知症の人が行方不明になった時に早期発見できるよう、地域ぐるみでの見守り体制を構築する必要があります。**

◇　**認知症の人の介護者は、認知症特有の症状や行動への適切な関わり方や介護方法について日頃から悩みや負担感を感じていることから、そうした悩みや負担感の軽減を図ることが求められます。**

＜施策の方向＞

◇　**地域住民をはじめ多職種の協力を得ながら、認知症の人への見守り体制を推進していくとともに、認知症の進行に応じて利用できるサービスの一覧を作成し、周知します。**

◇　**認知症の人とその家族、介護者などが交流し、悩みを話したり介護方法等を学べる場を設けることにより、認知症の人の家族への精神的サポートなどの支援を行います。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
ふきのとうカフェの参加者数（延べ人数）	272 人	294 人	316 人	338 人	前年度比 22 人増を目標値とする。

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
23	認知症の人の見守り体制の整備および強化	福祉課	行方不明のリスクのある認知症の人に対し、近隣住民、自治会、民間企業、警察の協力を得て、未然に行方不明を防ぐ、または早期に捜索できるよう、個別に合わせた体制の構築を図ります。また、認知症の進行による行動に対して、家族が予見し、対応策がとれるように認知症ケアパスを周知します。
24	ふきのとうカフェの開催	福祉課	認知症の人を介護する家族の精神的なサポートや認知症を勉強する機会をつくります。
25	介護負担に応じた相談支援	福祉課	昼夜逆転等の家族の介護負担が多大な場合に、ケアマネジャー等が認知症の状態に応じたサービスの情報提供ができるように認知症ケアパスを周知・活用します。

基本施策４　若年性認知症支援の充実

＜現状と課題＞

◇　**本町では若年性認知症と診断され介護サービス等を受けている人は多くないものの、65 歳未満の若年での認知症の発症は、年齢が若いため症状と認知症が自分自身では結びつかないこともあることから、正しい知識の普及を図り、早期発見・早期受診につなげることが求められます。**

◇　**働き盛りの世代での発症もみられ、就労の継続や家庭生活などに支障をきたす恐れがあるため、本人だけでなく、家族を含め、包括的に支援していくことが求められます。**

＜施策の方向＞

◇　**企業等と連携しながら、若年性認知症の人の早期発見、早期受診を図ります。**

◇　**就労・家族関係・経済面・地域社会とのかかわりなど、若年性認知症の人やその家族が抱えている問題を把握し、適切な支援者につなげるよう、多職種で支援していきます。**

◇　**研修会等を通じて、企業、介護サービス事業所、就労コーディネーター、住民などに対して若年性認知症の理解や支援方法に関する普及啓発を進めます。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
若年性認知症に関する勉強会の開催数	０回	１回	１回	１回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
26	若年性認知症に関する勉強会	福祉課	若年性認知症の人、家族、企業、介護や就労支援の事業所、住民に対して若年性認知症の理解や支援方法に関する勉強会を行います。
27	多職種で包括的に関わる体制づくり	福祉課	収入確保等の課題に対して、多職種で連携して支援するとともに、継続的に社会参加できるようにきめ細かい支援体制を構築していきます。

認知症施策推進大綱

国では、令和元年６月に、新しい認知症施策推進大綱を策定しました。

新しい認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を車の両輪として、「普及啓発・本人発信支援」をはじめとする５つの柱で施策が構成されており、各市町村では、この大綱に沿った施策の推進が求められます。

認知症施策推進大綱の概要（抜粋）

【基本的考え方】

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

※1 「共生」とは、**認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる**、また、**認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる**という意味
※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「**認知症になるのを遅らせる**」「**認知症になっても進行を緩やかにする**」という意味

コンセプト

○ **認知症は誰もがなりうるものであり**、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**

○ 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**

○ 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策の５つの柱

① 普及啓発・本人発信支援
- 企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- 「認知症とともに生きる希望宣言」の展開　等

② 予防
- 高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- エビデンスの収集・普及　等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- 早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- 家族教室や家族同士のピア活動等の推進　等

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
- 認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- 企業認証・表彰の仕組みの検討
- 社会参加活動等の推進　等

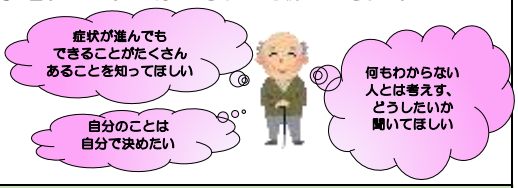
⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
- 薬剤治験に即応できるコホートの構築　等

認知症の人や家族の視点の重視

竜王町の認知症ケアパス

認知症サポート一覧表（認知症ケアパス）

認知症の進行 →

認知症の度合い	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け介護が必要	常に介護が必要
	発症前～MCI（軽度認知障害）	軽　度		中等度	高　度
認知症の主な症状					
生活	□ 探し物が増える □ 同時に二つのことをしようとすると一つを忘れる	□ 料理・片づけ・計算・運転などのミスが多くなった □ 今までと同じことをしていても時間がかかる		□ 着替えや入浴を嫌がる	□使い慣れた道具の使い方が分からなくなる
言葉	□ 同じことを何度も言う	□ 話にまとまりがなくなる □ 言葉が出にくくなる		□ 言葉が減ってくる	□ 言葉によるコミュニケーションが難しくなる
気持ち	□ 物忘れが増えた、考えるスピードが遅くなったと感じる	□ 抑うつ症状やイライラ感が現れる □ 頑固になる	□ 自信を失いがちになる □ すぐに興奮するようになる		
時間場所の感覚	□ 今日の日にちを忘れる	□ 慣れた道でも迷うことがある	□ 季節にあった服が選べない □ 知っている場所で迷子になる □ 徘徊がみられるようになる		□ 家族の顔や続柄が分からなくなる
身体の変化				□ トイレの失敗がある	□ 日中うつらうつらする □ 飲み込みが悪くなる □ 寝たきりになる
家族の心構えと対応	・社会参加や楽しみを続けられるようにしましょう ・本人が出来ることは続けてもらいましょう ・気になることは早めにかかりつけ医や地域包括支援センター等に相談しましょう ・認知症の症状や接し方について理解を深めましょう ・今後の生活設計について本人、家族間で話し合っておきましょう ・本人ができる事を大切にして役割を持てるようにしましょう ・介護者自身の健康管理にも気をつけましょう ・症状の進行に合わせて様々なサービスを利用しましょう			・状況により施設サービスも考えましょう 例）昼夜問わず見守りが必要 暴言・暴力があり介護の負担が大きい 危険な行動をする　…など	
本人のできること	・交流や様々な役割などを持ち活動性のある生活を送りましょう ・生活習慣病予防など健康管理を行いましょう ・持っている役割を工夫しながら続けていきましょう ・困ったことはかかりつけ医や担当ケアマネジャー、地域包括支援センター等に相談しましょう ・身の回りのことなど自分のできることを続けていきましょう 				
認知症の方を支援する体制					
認知症ケア	デイサービス・ショートステイ・ホームヘルパーなど：身体介護や機能訓練、日常生活上の支援など 小規模多機能型居宅介護サービス：「通い」「訪問」「泊り」のサービスを組み合わせた多機能なサービス	認知症対応型デイサービス：認知症に特化したケア、日中活動の支援、機能訓練など 認知症高齢者グループホーム（要支援2以上）：共同で生活できる場（住居）での認知症に特化したケア、日常生活上の支援、機能訓練など			
医療	かかりつけ医・病院：早期発見・早期治療、専門医への紹介、適切な介護サービスの提案、慢性疾患の健康管理など 専門病院・認知症疾患医療センター：かかりつけ医と連携しながらの認知症の専門的な検査、診断、治療、入院など	訪問看護・居宅療養管理指導：体調などの療養上の管理、服薬指導、口のお手入れや相談、アドバイスなど			
地域	生涯現役事業・おたっしゃ教室・コミュニティカフェ・老人クラブ・ふきのとうカフェ（認知症カフェ）など：趣味活動や交流、生きがいづくりなどの活動や通いの場				
仕事役割	シルバー人材センター・自治会など：経験や知識を活かした活躍ができる場				
住まい生活の場	自宅：福祉用具・住宅改修の利用 ケアハウス・サービス付き高齢者向け住宅：個室・食事付きの住まい	認知症高齢者グループホーム（要支援2以上）	老人保健施設・特別養護老人ホーム		
相談	初期集中支援チーム／地域包括支援センター（竜王町役場福祉課）：認知症、介護、暮らし、車の運転に関する事などの相談 ふきのとうカフェ・ケアマネジャー（介護の知識を幅広く持った専門家）：介護の相談、アドバイス、サービスの調整や連絡など				
その他	成年後見制度（地域包括支援センター）・地域福祉権利擁護事業（社会福祉協議会）：契約の手助け、金銭の管理などの支援 民生委員・配食サービス・緊急通報システム・認知症安心ネットワーク・近隣住民・認知症サポーター：安否確認、見守りなど 外出支援ボランティアスマイル・チョイソコりゅうおう：外出・移動の支援				

基本目標３　多機関協働による支援体制の構築

基本施策１　「丸ごと」の総合相談体制の充実

＜現状と課題＞

◇　本町では、高齢、障がい、子ども、生活困窮など、分野ごとに相談体制を整え、高齢分野では、地域包括支援センターが高齢者の心身の状況を的確に把握し、必要な支援・サービスに結びつけることを業務の基本としています。

◇　高齢者本人だけではなく、家族等も含め、生活課題を重層的に抱える世帯が増加していることから、高齢者がひきこもりの子を支援する「８０５０問題」などに対する分野横断的な相談支援を強化していくことが求められます。

◇　行政だけでなく、各関係機関で対応している相談員が、精神疾患、難病等を抱えた人の高齢化、障がい、医療、貧困等の幅広い知識と技術を習得し、多職種ならびに他の分野との連携のもと、相談支援を行っていく必要があります。

◇　一人暮らし高齢者の増加傾向がみられることから、一人暮らし高齢者への相談支援のノウハウを蓄積していく必要があります。

＜施策の方向＞

◇　地域包括支援センターでは、基本業務である総合相談において、重層的な課題を的確にアセスメントし、潜在的な課題を見逃さない包括的な相談支援を進めます。

◇　町内の高齢者相談支援に関わる各機関が、それぞれ、支援の幅を広げていけるよう、精神疾患、難病、ひきこもりなどの現状や支援方法について学ぶ機会を設けます。

◇　相談支援に携わる専門職が、一人暮らし高齢者の増加、後期高齢者の増加など、今後起こりうる地域社会の変化に対応した適切な相談支援が行えるよう、専門職同士の認識やノウハウの共有に努めます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
町内合同勉強会の実施回数	１回	３回	３回	３回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
28	一人暮らし支援ハンドブックの活用	福祉課	多職種のワーキングを通して一人暮らし高齢者支援のノウハウを蓄積し、冊子化して配布します。また、見直しを随時行い、新しいノウハウや手法を取り入れ更新します。
29	高齢者の生活全般の支援に関わる関係機関の合同勉強会	福祉課 健康推進課 発達支援課	８０５０問題等に適切に対応できるよう、行政、関係機関が共に学ぶ機会をつくることにより、発達障がい、精神障がいおよび生活困窮等に関する横断的な知識や支援技術の向上に努めます。

重層的支援事業

地域共生社会づくりをめざす改正社会福祉法により、令和３年度から、重層的支援事業が導入されます。

重層的支援事業は、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、属性や世代を問わない多職種協働の体制で、「Ⅰ　相談支援」、「Ⅱ　参加支援」、「Ⅲ　地域づくりに向けた支援」を実施し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに包括的に対応していくことをめざしています。

重層的支援事業の枠組み

Ⅰ　相談支援

包括的な
相談支援の体制

・属性や世代を問わない相談の受け止め
・多職種の協働をコーディネート
・アウトリーチも実施

Ⅱ　参加支援

既存の取組では対応できない狭間のニーズにも対応（既存の地域支援の活用方法の拡充）
※既存の取組で対応できる部分は、既存の取組を活用

・狭間のニーズへの対応の具体例
就労支援　　見守り等居住支援
生活困窮者の就労体験に、経済的な困窮状態にないひきこもり状態の者を受け入れる　等

Ⅲ　地域づくりに向けた支援

・世代や属性を越えて住民同士が交流できる場や居場所の確保
・交流・参加・学びの機会を生み出すためのコーディネート
※これまで結びつきの無かった人と人とがつながり、新たな参加の場が生まれ、地域活動が高まる。

Ⅰ～Ⅲを通じて継続的な伴走支援を実施

相談支援・地域づくり事業の一体的実施

各支援機関・拠点が、属性を越えた支援を円滑に行うことを可能とするため、国の財政支援に関して、高齢、障がい、子ども、生活困窮の各制度の関連事業について一体的な実施を行う。

現行のしくみ

- 高齢分野の相談・地域づくり
- 障がい分野の相談・地域づくり
- 子ども分野の相談・地域づくり
- 生活困窮分野の相談・地域づくり

重層的支援体制

属性・世代を問わない相談・地域づくりの実施体制

※厚生労働省「改正社会福祉法の概要資料」をもとに作成

基本施策２　在宅医療・介護のネットワークづくり

＜現状と課題＞

◇　令和元年度ニーズ調査によると、看取りに関して、自宅で最期を迎えたいと思っている人は 47%にのぼります。また、自宅での看取りに必要なものは、訪問診療・往診・訪問看護などの医療系サービスや、日頃からかかりつけ医やかかりつけ歯科医を持つこと、家族の協力が多くあげられており、こうした支援の上で自宅で最期を迎えられる環境をつくっていく必要があります。

◇　町内のケアマネジャーの約半数が主任ケアマネジャーの資格を有しており、その専門的スキルを活かしながら、多機関・多職種連携を一層進めることが求められます。

◇　令和元年度ニーズ調査によると、エンディングノートを記入したことがあるとの回答は８%、「人生の最期をどう過ごしたいか（どんな医療や介護を受けたいか）を家族などと話し合っているか」の設問に「話し合っている」と回答したのは 22%にとどまっています。より多くの高齢者に、エンディングノートの記入をはじめ、どのように最期まで過ごしていきたいかを、元気なうちから考えるよう啓発していく必要があります。

◇　要介護・要支援認定者は、口腔機能低下や誤嚥性肺炎のリスクがより高くなるため、口腔機能維持向上の取組が必要です。

＜施策の方向＞

◇　在宅医療・介護連携の各種会議を主催・参画し、在宅医療・介護の専門職のネットワークづくりを進めます。

◇　地域包括支援センターにおける居宅介護支援事業所への支援活動の中で、町内の主任ケアマネジャーとともに、多職種連携や他の分野(障がいなど）との関係づくりを進めます。

◇　地域ケア会議等の仕組みを活かして、医療、介護、福祉の関係者のみならず多分野、多職種での問題解決につなげていきます。

◇　エンディングノートの普及活動を通じて、元気なうちから看取りのことを考え、備えることが本人や家族にとって有効であることを引き続き啓発していきます。

◇　口腔状態の把握や悪化の早期発見のためにかかりつけ歯科医を持つことを引き続き普及啓発するとともに、ケアマネジャー等の在宅療養高齢者に関わる支援者の口腔ケアにおける意識の向上や連携強化を図ります。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
かかりつけ医がいる高齢者の割合	85%	－	－	95%	ニーズ調査
かかりつけ歯科医がいる高齢者の割合	79%	－	－	90%	ニーズ調査
老いの備えの啓発の実施回数	２回	５回	５回	５回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
30	医療・介護関係者の研修・交流会・情報共有	福祉課	ケアマネジャーと民生委員との交流会、在宅福祉医療ネットワーク会議、ぼちぼちねっと竜王の運営支援など、多職種の連携を強める機会を設けます。また、地域ケア会議等での事例検討を通じて、在宅医療・介護連携の円滑な取組を進めます。
31	要介護・要支援認定者の口腔機能改善のための体制整備	福祉課 国保歯科診療所	個別訪問歯科指導事業等を通して、ケアマネジャーへの口腔嚥下に関する情報提供などを実施します。また、かかりつけ歯科医を持ち、口腔の状態や嚥下状態の定期的なチェックを受け、口腔ケアの向上につながるよう啓発を行います。
32	老いの備えの啓発	福祉課	疾病の早期発見・早期治療や、介護が必要になった際に適切なサービスにつながるよう、かかりつけ医を持ってもらえるよう啓発を行います。また、老いの備えの一つとして、エンディングノートを啓発し、ターミナル期にどう対応するかを広く考える機会をつくります。

基本施策３
高齢者虐待防止および高齢者本人をサポートする体制の確保

＜現状と課題＞

◇　高齢者への虐待は重大な人権侵害であり、本町では、高齢者虐待防止法に基づき、早期発見、早期対応に努めています。高齢者への虐待の主な要因として、介護の負担感による精神的な不安定が挙げられることから、そうした要因を取り除いていくことが重要です。

◇　認知症など、判断能力が不十分な状態になった際に、福祉サービスの利用や財産管理等を支える制度として、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業があります。今後、一層の高齢化が進むとともに、一人暮らし高齢者も増加すると想定される中で、こうした制度を周知するとともに、利用しやすい環境づくりを進める必要があります。

◇　人生 100 年時代と言われる中、高齢者が地域でいきいきと暮らせるよう「高齢者の人権」という視点からの人権啓発が必要です。

＜施策の方向＞

◇　高齢者への虐待を防止するため、きめ細かなケアマネジメントと、高齢者本人の尊厳を重視した利用者本位のサービス提供により、介護サービスの利用満足度を高めるとともに、介護負担の軽減を図ります。また、認知症ケアや身体介護をはじめ、養護者（介護や世話をしている人）のパーソナリティの理解や養護者支援について学ぶ機会を設けます。

◇　虐待が発生した場合、関係機関が連携し、高齢者の安全確保を図るとともに、再発防止策に努めます。

◇　判断能力が不十分な状態になっても安心して地域で暮らしていけるよう、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の周知を図るとともに、利用しやすい環境づくりを進めます。

◇　高齢者がいきいき暮らせるよう、誰もが迎える高齢期の状態についての正しい理解や支援のあり方など住民が学習できる機会を設けます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
成年後見制度に関する研修会の開催回数	１回	１回	１回	１回	
町内合同勉強会の実施回数（再掲）	１回	３回	３回	３回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
33	虐待発生時の安全の確保	福祉課	虐待が発生した場合に、重大さを把握し、状況によって分離がスムーズに行えるように、養護老人ホーム、特別養護老人ホームと日頃からの連携を図ります。
34	養護者支援のためのスキルアップ	福祉課	認知症ケアや身体介護をはじめ、精神疾患、発達障がい等のパーソナリティに合わせた支援方法を関係機関が学ぶ機会を設けます。
35	成年後見制度利用促進法における中核機関の設置	福祉課	東近江圏域での成年後見受任がスムーズにできるため中核機関を設置するなどの体制づくりをすすめるとともに、市町の相談機関が権利擁護ニーズを把握、相談しやすくなるため、成年後見チェックリストの作成などの取組を実施します。
36	地域福祉権利擁護事業の体制確保	社会福祉協議会	地域福祉権利擁護事業に携わる人員確保を進めるとともに、相談員の横断的な知識および相談支援のスキルアップを図ります。
37	高齢者の人権の啓発	生涯学習課 未来創造課	人権啓発セミナーや、じんけんを考えるみんなのつどい等を通して、高齢者の人権や尊厳を大切にする意識啓発を行います。

基本目標４　安全に暮らせる地域づくり

基本施策１　地域の見守り・支え合いの推進

＜現状と課題＞

◇　令和元年度ニーズ調査によると、グループ活動による地域づくりへ 60%の高齢者は参加の意向を持っていますが、既に取り組んでいると答えた高齢者は８％という少ない現状となっています。

◇　高齢者は、自治会など地域活動の主要な担い手であり、地域を支える中心存在ですが、今後、人口構成上、前期高齢者の割合が低下し、要介護認定の出現率が高い後期高齢者の割合が上昇することから、地域の見守り・支え合いの力が弱まることが懸念されます。

◇　平成 30 年度に実施された滋賀県立大学「平成 30 年度ＳＤＧｓ特化型地域課題研究」における調査によると、本町の高齢者の親族が近隣市町にいる近居率は 48%と非常に高く、高齢者がいつまでも地域で暮らすことに大きく寄与していると言えます。こうした近居の親族や地域住民、公的サービスによる支援を組み合わせて、在宅生活を継続できるよう、それぞれが役割を果たしていくことが重要です。

◇　本町では、民間事業者による宅配サービスや移動販売等があるほか、町による見守りを兼ねた配食サービスを実施していますが、利用に結びついていないケースもみられるため、制度・サービスの周知や利用しやすい環境づくりを進めることが必要です。

＜施策の方向＞

◇　「ご近助」体制づくり事業をはじめ、各自治会での高齢者の見守り・支え合い活動を推進し、地域の福祉力の維持向上に努めます。

◇　地域包括支援センター等の関係機関のコーディネートにより、親族や地域住民、公的サービスによる支援の役割分担に関する協議を進め、必要な制度・サービスの企画・開発につなげていきます。

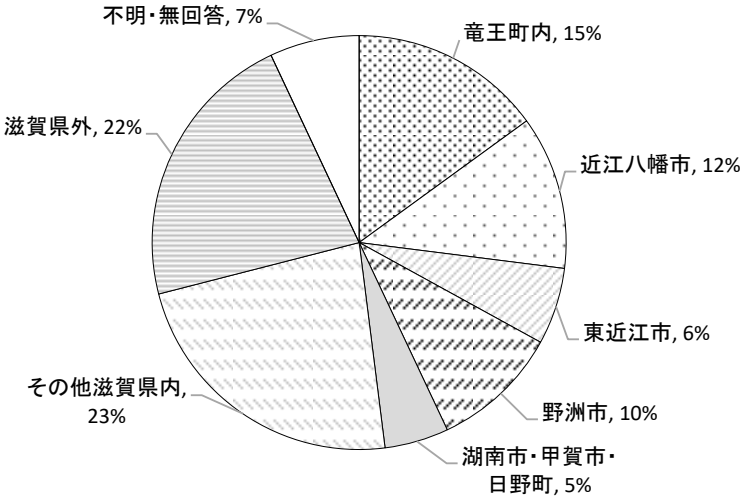
＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
「ご近助」体制づくり事業実施自治会数	９地区	13地区	17地区	21地区	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
38	個別事例からの地域の支え合いの推進	福祉課 総務課 社会福祉協議会	地域ケア個別会議等を通して、高齢者の親族等の関係者や近所の日頃の支え合いを把握し、介護サービスと地域の支え合いを組み合わせながら在宅生活を支援していきます。また、自治会等による地域の支え合い事業の推進について、関連事例・制度の情報提供や交付金等により支援していきます。
39	多様な主体による見守り支援事業	福祉課	町による配食サービス見守り事業や、郵便局など住民に身近な民間事業者等による見守り事業を進めていきます。また、一人暮らし高齢者等の日常の変化に気づき、早急な対応ができるように関係者間での連携を高めます。
40	「ご近助」体制づくり事業	社会福祉協議会	災害時の避難および日頃の見守りを近所同士で行えるような体制づくりを自治会とともに進めていきます。そのためにも、日頃からの地域での声かけ、交流の機会等をつくり、地域での顔の見える関係・つながりを高めるための啓発を行います。
41	命のバトン事業	福祉課	急病等の救急時を想定し、命のバトンを高齢者が備えることを自治会から促してもらえるよう働きかけます。

〔参考〕最も頻繁に帰ってくる非同居家族等の居住地



資料：滋賀県立大学「平成 30 年度ＳＤＧｓ特化型地域課題研究」
（美松台、松陽台、西川、林、弓削、鵜川地区の 500 人に回答。）

基本施策２　住まいの確保および住まい方の啓発

＜現状と課題＞

◇　本町の高齢者の多くは、玄関や敷居の段差、手すりのない階段など、転倒や事故の危険性が高い住宅に住んでいることから、高齢者一人ひとりの状態に合った改修等を促進していくことが必要です。

◇　高齢者本人の心身の状況や配偶者、子どもの状況により、多様な住み替えも生活の質を確保するためには重要であり、町内には、比較的自立度の高い高齢者向けの生活支援ハウス、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅や、介護の必要性が増えた際の認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホームが整備されています。こうした多様な住まいの選択肢があることを周知し、的確な利用につながるよう支援していく必要があります。

◇　施設入所にて現在の住宅に住めなくなること等により、十分に管理されてない空き家が増えることへの対応が求められます。

＜施策の方向＞

◇　住宅改修制度が有効に利用され、在宅生活の継続につながるよう、行政、ケアマネジャー、事業者が事前協議の段階からチームで関わり、技術的な助言など必要な支援を進めます。

◇　一人暮らし高齢者が増加することが想定される中で、本人の状態像に応じた多様な住まいの選択肢があることを、老いの備えとして啓発していきます。

◇　老いの備えとして、住まいの今後について家族等と話し合うことを啓発し、空き家防止につなげていきます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
住宅改修事前協議の参加率	100%	100%	100%	100%	
老いの備えの啓発の実施回数（再掲）	２回	５回	５回	５回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
42	生活支援ハウス等整備事業	福祉課	町内に設置している生活支援ハウスの運営を通して、在宅生活の不安のある人に対して住居の確保を行います。
43	住宅改修事前協議の実施	福祉課	住宅改修の事前協議において、リハビリテーション専門職等の専門的な見地から適切な改修の提案を行うとともに、自宅内での転倒等の事故を未然に防ぐための啓発を行います。
44	老いの備えの啓発	福祉課 建設計画課	高齢期における住まい方に関して啓発を行い、住み慣れた自宅で長く暮らせるための準備、施設の種類、不動産を含む財産のあり方等を老いの備え講座で啓発します。

基本施策３　安全に暮らせるための生活環境づくり

＜現状と課題＞

◇　近年、全国的に風水害や土砂災害が多発しており、大規模地震の危険性も高まっています。本町では、町内を流れる一級河川が天井川であり、水害のリスクも高いことから、高齢者をはじめとする避難行動要配慮者の避難支援など、防災体制の一層の強化が求められます。

◇　加齢による認知機能の衰えが失火につながることも多いため、高齢者がいる家庭への火災予防の一層の啓発を行うとともに、高齢化が進む中で、地域全体で自主防火活動を強化することが求められます。

◇　公共施設については、計画的にバリアフリー化に努めていますが、築年数の経っている地区公民館では、段差が高く利用しにくいところがあります。

◇　加齢とともに、自信を持って自動車の運転ができなくなっている高齢者も増えており、運転免許返納後の移動手段の確保が課題となっています。

＜施策の方向＞

◇　高齢者に避難行動要配慮者名簿への登録を働きかけるとともに、自治会における自主防災組織を中心とした災害時の個別の避難支援体制の充実を促進します。

◇　高齢者が居住する家庭の火災予防のため、火災報知器の設置義務の遵守や、住宅用消火器の設置を啓発するとともに、近江八幡消防署竜王出張所、各消防団、地域住民による地域ぐるみの防火活動を進め、火災から高齢者の生命・身体・財産を守ります。

◇　地区公民館について、地域住民と行政が連携し、手すりや踏み台の取り付けなどバリアフリー化を進めます。

◇　町内の多様な移動支援サービスや地域の支え合いによる移動支援、宅配サービスなどを組み合わせて、免許返納後の生活が維持できる体制づくりを進めます。

◇　多様なニーズに対応できるよう、市場サービスの把握や介護保険サービス事業所が実施する独自サービス等の充実を図ります。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
「ご近助」体制づくり事業実施自治会数（再掲）	９地区	13地区	17地区	21地区	
暮らしのお品書きの掲載事業所数	85事業所	－	90事業所	－	

＜具体的事業＞

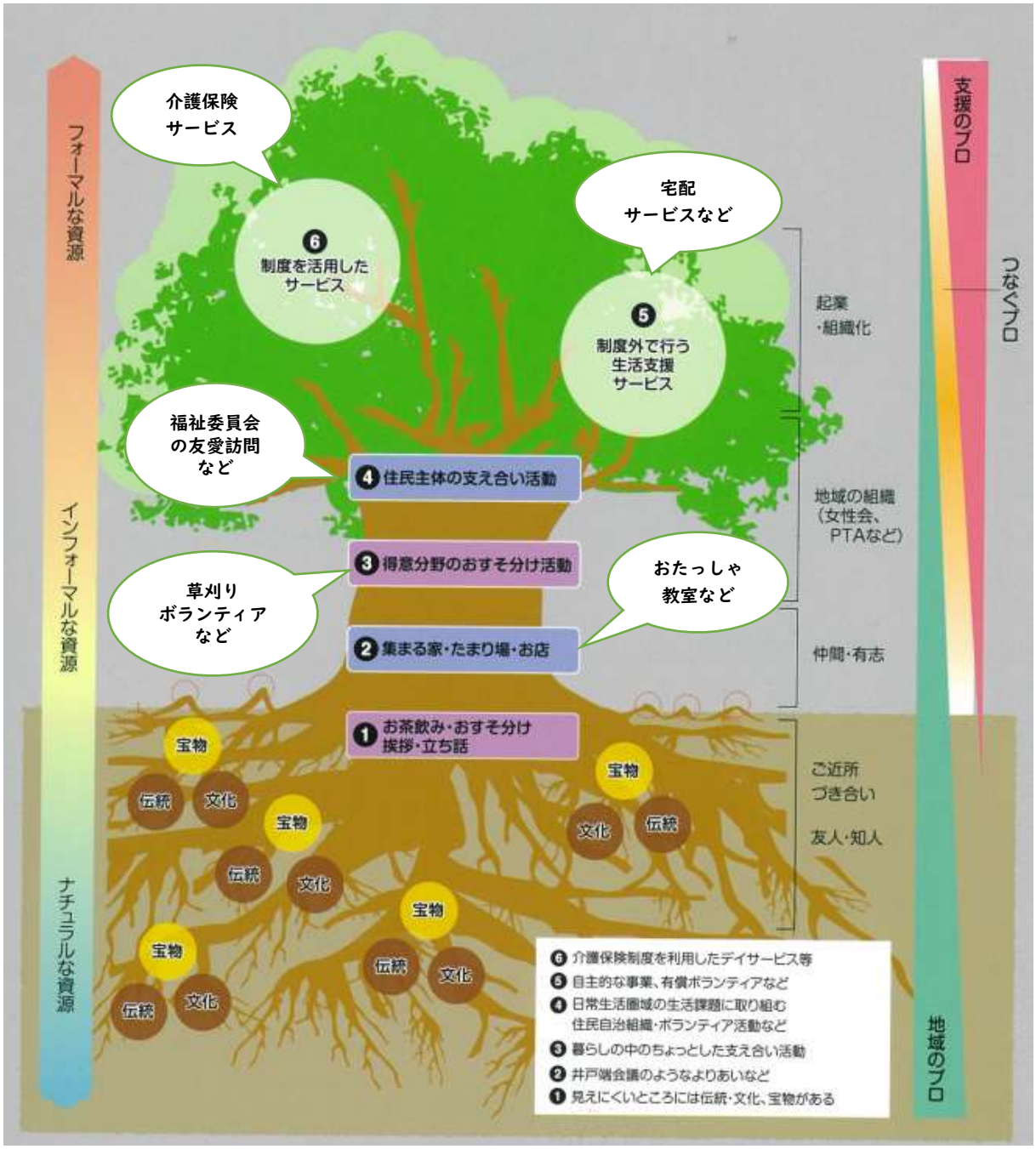
事業名		主体者	取組内容・成果目標
45	「ご近助」体制づくり事業	社会福祉協議会	災害時の避難および日頃の見守りをご近所同士で行えるよう体制づくりを進めます。また、地域の支えあいマップ、ハザードマップを組み合わせながら、個別に合わせた避難方法の検討を行います。
46	防火活動および緊急通報システム	生活安全課 福祉課	消防団による見守り活動を兼ねた防火啓発を行います。また、緊急通報システムの設置（火災報知器との連動）を通して、火災時や緊急時の早急な支援体制を整備します。
47	集う場のバリアフリー化	福祉課	地区公民館のバリアフリー化にむけてリハビリテーション専門職等の専門的見地からのアドバイスを行います。
48	移動手段確保の促進	福祉課 未来創造課	福祉有償運送の運営に対し補助金等の交付を通した支援や予約制乗合ワゴン（チョイソコりゅうおう）の運行を行います。
49	宅配サービス等の周知	福祉課	暮らしのお品書きの配布やホームページの掲載等を通して、町内を対象としている市場サービスの紹介を行います。
50	市場サービス購入による自助の推進	福祉課	介護保険制度に位置づけられていない市場サービスや介護サービス事業所の独自サービス等を組み合わせることで、多様なニーズに対応できるようにコーディネートを行います。
51	地域での感染症拡大防止対策の推進	健康推進課 福祉課 生活安全課	新型コロナウイルス感染症等の地域での蔓延を防止するため、公共施設での衛生対策を徹底するとともに、住民・介護サービス事業所に対し、ソーシャルディスタンス（物理的距離）の確保等、必要な対策の啓発を進めます。

「地域づくりの木」

介護保険や医療保険などの「制度を活用したサービス」だけでは、高齢者が地域で安心して暮らし続けることはできません。

下の図は、生活支援コーディネーターの養成研修で使われる「地域づくりの木」ですが、この図にあるように、木の根っこや幹に描かれている「地域の宝」や「日頃の支え合い」があってこそ、地域で安心して暮らせると言えます。

地域づくりの木



※ＮＰＯ法人 全国コミュニティライフサポートセンター（ＣＬＣ）「生活支援コーディネーター用読本」掲載図をもとに作成。

基本目標５　介護サービス等の充実・強化

基本施策１　介護サービスの質の向上

＜現状と課題＞

◇　**介護保険制度は、町が保険者となり、民間を中心とした介護サービス事業者がサービスを提供する仕組みであり、高齢者が安心してサービスを利用しながら自立した生活が送れるよう、町と事業者が協働でサービスの質を確保・向上させていくことが求められます。**

＜施策の方向＞

◇　**介護サービス事業所への実地指導や集団指導、介護職員を対象とした研修等の情報提供およびＩＣＴ等の導入にかかる支援により、介護サービスの質を高めるとともに、介護現場の負担軽減や業務の効率化に向けた取組を進めます。**

◇　**介護サービス事業所における感染症対策等の衛生管理や感染症発生時の対応についても、関係機関と連携しながら、助言や支援を行います。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
集団指導の実施回数	０回	１回	１回	１回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
52	介護サービス事業所への指導・助言	福祉課	定期的に行う実地指導や集団指導を通じて、適正適法なサービスを確保し、利用者本意のサービスが提供されるよう指導・助言を行います。また、高齢者と障がい者が同一事業所でサービスを受けやすくする共生型サービスの導入についても、各事業所の意向をふまえ、指導・助言を行います。
53	介護現場におけるＩＣＴ等の導入支援	福祉課	介護ロボットや見守りセンサーなどＩＣＴ等の導入に対し、国・県等の補助制度の周知や、先進事例の共有を行うことにより、介護現場の負担軽減や業務の効率化をめざします。
54	介護サービス事業所における感染症対策の推進	福祉課	新型コロナウイルス感染症等の介護サービス事業所における蔓延を防止するため、東近江健康福祉事務所（東近江保健所）と連携しながら、衛生管理に関する指導・助言を行うとともに、感染症発生時における介護サービスの業務継続について関係機関および事業所と連携しながら必要な支援を行います。

基本施策２　ケアマネジメントの質の向上

＜現状と課題＞

◇　**介護保険制度は、利用者にとってふさわしいサービスの組み合わせをコーディネートする「ケアマネジメント」の仕組みが導入されています。**

◇　**利用者の自立支援、介護予防・重度化防止に資するよう、ケアマネジメントの質の一層の向上を図っていくことが求められます。**

＜施策の方向＞

◇　**ケアマネジャー連絡会等を通じて、居宅介護支援事業所等でケアプラン作成業務を行うケアマネジャーとともに、ケアマネジメントの基本方針である自立支援、介護予防・重度化防止に資する効果的なケアマネジメントのあり方を検討し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
ケアマネジャー連絡会の実施回数	６回	４回	４回	４回	
事例検討会巡回相談の実施回数	20 回	20 回	20 回	20 回	
介護給付適正化システムを活用したケアプラン点検の実施回数	新規	４回	４回	４回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
55	ケアマネジャー連絡会の実施	福祉課	介護保険制度運営の要であるケアマネジャーに対して、ケアプラン作成における必要な知識・有用な情報を提供し、さらなる質の向上を図ります。
56	事例検討会巡回相談の実施	福祉課	主任ケアマネジャーが、他の事業所の事例検討の場で指導・助言を行い、主任ケアマネジャーに求められる地域課題の把握や解決に携わる機会を引き続き設けます。
57	ケアプラン点検事業	福祉課	ケアマネジャーに対し、自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを点検し、指導・助言を行います。また、介護給付適正化システムを活用し、利用が想定しにくい福祉用具の多数貸与および軽度者への福祉用具貸与、ショートステイの長期利用について、ケアプラン点検により必要性を確認します。

基本施策３　介護人材の確保・定着促進

＜現状と課題＞

◇　高齢化の進展により、今後５年間に全国で介護人材が新たに 30 万人必要と推計されていますが、体力的、精神的に過酷な労働環境や、賃金水準が他業種と比較して低いことなどから、介護人材不足が顕著となっています。

◇　令和２年度介護人材再調査によると、約７割の事業者が「人員基準は満たしているものの、十分と言える人員数ではない」と回答しています。また、「現在の事業所で今後もできるだけ長く働き続ける」と回答した介護職員は約４割と半数以下の状況であり、本町においても、介護人材確保と定着促進の取組は喫緊の課題と言えます。

◇　令和２年度介護人材再調査によると、介護人材確保と定着につながる取組の効果について、事業者側と介護職員側の認識には多くの項目でギャップが生じています。より密接なコミュニケーションと双方の理解促進によって認識のギャップを解消し、効果的な介護人材確保・定着策を検討・推進していくことが必要です。

＜施策の方向＞

◇　介護の仕事のやりがいや魅力を発信し、介護サービス事業所に就職を希望する人材を増やす取組や、町内の事業所で働く介護職員を対象としたスキルアップ研修および事業所間の情報交換を行う機会の創出など具体的な施策を検討・推進するため、竜王町介護人材確保・定着促進協議会を設置します。また、介護人材確保と定着策における事業者側と介護職員側の認識のギャップを解消するための効果的な取組についても検証します。

◇　県、近隣市町、関係機関および事業者が連携し、介護人材確保と定着促進に向けたスケールメリットのある取組を進めます。

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
竜王町介護人材確保・定着促進協議会の実施回数	新規	２回	２回	２回	
町内介護サービス事業所における介護職員数	193 人	203 人	213 人	223 人	現状値は令和２年度の数値。 前年度比 10 人増を目標値とする。

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
58	竜王町介護人材確保・定着促進協議会の設置	福祉課	介護人材の確保と定着につながる情報交換ならびに具体的な推進施策を検討するため、竜王町介護人材確保・定着促進協議会を設置します。また、最新技術の活用など介護現場における負担軽減や業務の効率化に関する取組についても検討を進めます。
59	介護人材確保の取組	福祉課	関係機関および介護サービス事業所との連携による介護職場の合同説明会等を通じて、介護職の魅力等を幅広い年齢層に向けて発信し、多様な人材の確保に向けた取組を進めます。また、未経験者や無資格者への資格取得支援（取得費用の助成等）を行います。
60	介護人材定着促進の取組	福祉課	キャリアアップの一環であるスキルアップ研修会を実施するとともに、介護職員が事業所を超えて交流する場を設けることで、新たな気づきや、モチベーションを高めるきっかけづくりとなる取組を進めます。
61	事業所への指導・助言	福祉課	介護報酬の加算取得は、サービスの質の向上とともに事業所における収入増にもつながることから、各種加算が取得できるよう、助言や支援を行います。

基本施策４　介護給付適正化事業の推進

＜現状と課題＞

◇　**今後も、介護サービスに対するニーズがさらに増加すると見込まれる中、介護保険制度への信頼性を確保していくためには、財源と人材をより効果的・効率的に活用していくことが重要です。**

＜施策の方向＞

◇　**介護保険制度の信頼性を高め、介護サービスを利用すべき利用者が適正なサービスを受けられるよう、引き続き介護給付適正化事業を推進します。**

＜評価指標＞

指　標　名	現状値（元年度）	令和３年度	令和４年度	令和５年度	備考
給付費通知の送付回数	６回	６回	６回	６回	
介護給付適正化システムを活用したケアプラン点検の実施回数（再掲）	新規	４回	４回	４回	

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
62	要介護認定の適正化	福祉課	認定調査および審査の精度を一層高めるため、認定調査員や認定審査会委員に対する研修等を行います。
63	介護給付費通知の送付	福祉課	介護サービスの利用者に対し、利用したサービス内容や費用に誤りがないかを確認してもらうため、直近の利用実績を記載した給付費通知書を送付します。
64	医療情報との突合	福祉課	介護保険給付実績等について、医療情報との突合を行い、整合性を確認します。
65	住宅改修・福祉用具購入等の適正化	福祉課	福祉用具の購入や貸与ならびに住宅改修が自立支援に即したものとなっているかについて、リハビリテーション専門職等が確認を行います。
66	ケアプラン点検事業（再掲）	福祉課	ケアマネジャーに対し、自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを点検し、指導・助言を行います。また、介護給付適正化システムを活用し、利用が想定しにくい福祉用具の多数貸与および軽度者への福祉用具貸与、ショートステイの長期利用について、ケアプラン点検により必要性を確認します。

基本施策５　費用負担の軽減

＜現状と課題＞

◇　**所得格差により、介護サービスの利用等が抑制されないよう、低所得者に対する負担軽減措置を行うことが必要です。**

＜施策の方向＞

◇　**低所得者などにおいて、介護サービス等にかかる費用負担が過重にならないように、軽減措置など安心して利用できる仕組みを維持していきます。**

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
67	費用負担軽減制度等の適用	福祉課	高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費、社会福祉法人利用者負担軽減制度により、介護保険に係る費用負担が過重にならないように、所得に応じた費用負担を行います。
68	紙おむつ購入費助成事業	福祉課	満 65 歳以上の住民税非課税世帯に属する高齢者で、課税者である親族等に扶養されていない要介護高齢者等に対し、おむつ購入費の助成により介護費用の負担軽減を行います。

基本施策６
介護保険制度に関する啓発・情報提供・苦情相談等

＜現状と課題＞

◇　**高齢者が必要な時に円滑にサービスを利用できるよう、介護保険制度や介護サービスについて、効果的な広報活動を行っていく必要があります。**

＜施策の方向＞

◇　**介護保険制度の周知啓発に引き続き取り組みます。また、介護サービスに関する苦情、相談が当事者同士で解決されない場合、町が苦情相談解決の支援を行います。**

＜具体的事業＞

事業名		主体者	取組内容・成果目標
69	介護保険制度に関する広報活動	福祉課	町ホームページ、広報、パンフレットにおいて介護保険制度の周知を引き続き進めます。
70	苦情相談窓口の設置	福祉課	介護サービスに関する苦情について、福祉課および地域包括支援センターに相談窓口を設置し、解決に向けた支援を行います。

第７章　介護保険事業の推進

第１節　サービス利用量・給付費の推移と推計

厚生労働省が運営する情報システム「地域包括ケア見える化システム」を用いて、平成30年度から令和２年度における要介護認定者数、介護サービスの月平均利用人数・利用回数（日数）および給付費の動向をふまえ、令和３年度から令和５年度および令和７年度におけるサービスの利用人数等を、次のとおり見込みます。

１　サービス利用量

〔介護給付〕

		実績		見込み	推計			
		平成30年度(2018)	令和元年度(2019)	令和2年度(2020)	令和3年度(2021)	令和4年度(2022)	令和5年度(2023)	令和7年度(2025)
（1）居宅サービス								
訪問介護	回／月	567.1	757.6	793.1	793.1	793.1	793.1	793.1
	人／月	39	43	43	43	43	43	43
訪問入浴介護	回／月	22	5	5	14.1	14.1	14.1	14.1
	人／月	4	2	1	3	3	3	3
訪問看護	回／月	158.9	140.3	191.3	155.0	167.0	178.1	202.3
	人／月	27	29	31	31	33	35	37
訪問リハビリテーション	回／月	218.7	165.5	84.8	174.3	174.3	186.0	200.0
	人／月	20	15	8	16	16	17	18
居宅療養管理指導	人／月	75	86	90	90	90	90	91
通所介護	回／月	1,526.7	1,555.2	1,541.3	1,620.0	1,631.5	1,643.0	1,663.0
	人／月	143	141	131	143	144	145	146
通所リハビリテーション	回／月	208.8	217.6	243.8	261.6	261.6	261.6	254.4
	人／月	28	29	28	33	33	33	32
短期入所生活介護	日／月	350.1	350.3	243.7	332.2	323.8	315.4	339.1
	人／月	46	47	35	44	43	42	45
短期入所療養介護（老健）	日／月	27.0	22.9	34.0	73.7	96.2	118.7	118.7
	人／月	3	4	5	10	13	16	16
短期入所療養介護（病院等）	日／月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	日／月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人／月	169	175	176	184	190	196	196
特定福祉用具購入費	人／月	3	3	1	4	4	4	4
住宅改修費	人／月	3	2	2	2	2	2	2
特定施設入居者生活介護	人／月	4	5	6	6	6	6	7

		実績		見込み	推計			
		平成30年度(2018)	令和元年度(2019)	令和2年度(2020)	令和3年度(2021)	令和4年度(2022)	令和5年度(2023)	令和7年度(2025)
（2）地域密着型サービス								
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回／月	274.8	244.5	294.8	289.6	289.6	301.0	300.2
	人／月	22	21	24	24	24	25	25
認知症対応型通所介護	回／月	342.9	341.7	370.3	407.1	407.1	407.1	408.0
	人／月	31	29	30	30	30	30	31
小規模多機能型居宅介護	人／月	21	19	19	23	23	23	25
認知症対応型共同生活介護	人／月	24	24	24	34	34	34	34
地域密着型特定施設入居者生活介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
（3）施設サービス								
介護老人福祉施設	人／月	39	40	40	44	48	49	49
介護老人保健施設	人／月	49	47	41	47	49	51	51
介護医療院	人／月	0	0	0	3	3	3	4
介護療養型医療施設	人／月	3	3	1	1	1	1	―
（4）居宅介護支援	人／月	251	248	237	240	243	246	256

〔介護予防給付〕

		実績		見込み	推計			
		平成30年度(2018)	令和元年度(2019)	令和2年度(2020)	令和3年度(2021)	令和4年度(2022)	令和5年度(2023)	令和7年度(2025)
（１）介護予防サービス								
介護予防訪問入浴介護	回／月	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回／月	13.3	12.0	11.2	21.6	21.6	21.6	21.6
	人／月	2	2	4	4	4	4	4
介護予防訪問リハビリテーション	回／月	14.3	16.3	9.6	14.2	14.2	14.2	14.2
	人／月	2	2	2	2	2	2	2
介護予防居宅療養管理指導	人／月	4	5	5	6	6	6	6
介護予防通所リハビリテーション	人／月	18	22	38	42	44	46	47
介護予防短期入所生活介護	日／月	0.9	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	日／月	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	日／月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	日／月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人／月	38	45	58	74	88	105	105
特定介護予防福祉用具購入費	人／月	1	1	1	1	1	1	1
介護予防住宅改修	人／月	1	0	1	2	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
（２）地域密着型介護予防サービス								
介護予防認知症対応型通所介護	回／月	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人／月	0	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人／月	2	2	1	2	2	2	2
介護予防認知症対応型共同生活介護	人／月	0	0	0	0	0	0	0
（３）介護予防支援	人／月	49	57	61	69	73	75	78

２　サービス給付費

〔介護給付〕

単位：千円

	実績		見込み	推計			
	平成30年度(2018)	令和元年度(2019)	令和2年度(2020)	令和3年度(2021)	令和4年度(2022)	令和5年度(2023)	令和7年度(2025)
（1）居宅サービス							
訪問介護	21,034	25,207	25,572	25,729	25,743	25,743	25,743
訪問入浴介護	3,110	722	543	1,867	1,868	1,868	1,868
訪問看護	9,838	9,343	11,670	11,035	12,140	12,868	15,535
訪問リハビリテーション	7,749	5,943	3,076	6,345	6,348	6,789	7,285
居宅療養管理指導	4,366	5,003	5,241	5,230	5,233	5,233	5,289
通所介護	148,401	152,356	152,414	160,835	162,047	163,169	163,590
通所リハビリテーション	17,430	17,151	18,547	19,812	19,823	19,823	19,355
短期入所生活介護	34,363	35,681	25,512	34,431	33,522	32,593	35,033
短期入所療養介護（老健）	3,627	2,759	4,233	9,403	12,236	15,063	15,063
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	27,813	29,000	28,574	29,591	30,520	31,449	31,449
特定福祉用具購入費	808	775	211	964	964	964	964
住宅改修費	2,413	1,938	1,047	1,047	1,047	1,047	1,047
特定施設入居者生活介護	9,602	11,112	14,129	14,216	14,224	14,224	16,550
（2）地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	28,620	24,243	29,182	28,637	28,652	29,547	29,228
認知症対応型通所介護	45,037	44,413	48,807	54,282	54,312	54,312	53,654
小規模多機能型居宅介護	41,219	37,181	35,276	45,565	45,590	45,590	49,735
認知症対応型共同生活介護	71,759	72,461	80,437	115,287	115,351	115,351	115,351
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0	0
（3）施設サービス							
介護老人福祉施設	111,318	118,955	121,969	136,927	149,635	152,859	152,859
介護老人保健施設	159,708	154,110	143,200	164,759	171,596	179,140	179,140
介護医療院	0	0	0	13,641	13,649	13,649	18,768
介護療養型医療施設	11,670	13,409	4,130	4,155	4,157	4,157	―
（4）居宅介護支援	44,330	43,341	42,260	42,724	43,241	43,792	45,497
合計	804,211	805,103	796,029	926,482	951,898	969,230	983,003

※各サービスの給付費には端数が含まれるため、合計と一致しない場合があります。

〔介護予防給付〕

単位：千円

	実績		見込み	推計			
	平成30年度(2018)	令和元年度(2019)	令和2年度(2020)	令和3年度(2021)	令和4年度(2022)	令和5年度(2023)	令和7年度(2025)
（１）介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	0	8	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	868	629	393	1,318	1,319	1,319	1,319
介護予防訪問リハビリテーション	491	569	334	512	512	512	512
介護予防居宅療養管理指導	197	268	281	343	343	343	343
介護予防通所リハビリテーション	7,025	8,961	16,479	18,292	19,266	20,230	20,496
介護予防短期入所生活介護	71	116	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	44	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,376	2,889	4,528	5,721	6,808	8,121	8,121
特定介護予防福祉用具購入費	179	162	230	230	230	230	230
介護予防住宅改修	1,318	609	713	1,426	1,426	1,426	1,426
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0	0
（２）地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症対応型通所介護	0	135	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	1,349	1,153	760	1,528	1,529	1,529	1,529
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0	0	0
（３）介護予防支援	2,656	3,081	3,297	3,776	3,995	4,102	4,266
合計	16,530	18,623	27,014	33,146	35,428	37,812	38,242

※各サービスの給付費には端数が含まれるため、合計と一致しない場合があります。

第２節　サービス基盤整備の方向

第８期計画期間における町内の「施設・居住系サービス」および「地域密着型施設・居住系サービス」基盤の新たな整備はありませんが、町内の介護老人福祉施設内の短期入所生活介護６床分を介護老人福祉施設に転換することにより、施設サービスのニーズに対応していきます。

施設･居住系サービスの整備量

	実績値と目標値		
	第７期計画末	第８期計画内整備目標	第８期計画末（見込み）
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（※）	54 床	6 床	60 床
介護老人保健施設	0 床	0 床	0 床
介護医療院	0 床	0 床	0 床
介護療養型医療施設	0 床	0 床	0 床
特定施設入居者生活介護	0 床	0 床	0 床

（地域密着型）施設･居住系サービスの整備量

	実績値と目標値		
	第７期計画末	第８期計画内整備目標	第８期計画末（見込み）
地域密着型特定施設入居者生活介護	0 床	0 床	0 床
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0 床	0 床	0 床
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）（※）	4 施設 36 床	0 床	4 施設 36 床

※　特別養護老人ホームおよび認知症高齢者グループホームの一部の施設については、本町と東近江市が共同で整備した経緯から、両市町で概ね半数ずつの利用となるよう調整しています。

第３節　第１号被保険者保険料の設定

令和３年度から令和５年度における介護保険給付費をもとに、第１号被保険者保険料を次のとおり設定します。

１　保険料収納必要額と基準保険料

介護保険サービスの総給付費と地域支援事業費等を合算した総事業費は、３年間で約32億円となります。この23%が第１号被保険者負担分相当額となりますが、自治体の財政力に応じた調整交付金（国費）の交付額、介護給付費準備基金取崩額および予定保険料収納率を想定した結果、第８期計画期間における第１号被保険者保険料収納必要額は約８億円と見込みます。

保険料収納必要額を、第１号被保険者数の補正値（所得段階により保険料基準額に対する割合が異なるため、所得段階別の人数で補正した被保険者数）で割ることにより算定した基準保険料は、年額74,400円（月額6,200円）となります。

なお、介護給付費準備基金は6,070万円を取り崩し、保険料の上昇を472円抑制する算定としています。

総事業費と基準保険料額の算出

単位：円

		合計	令和3年度（2021）	令和4年度（2022）	令和5年度（2023）
標準給付費見込額	a=b+c+d+e+f	3,064,244,798	996,757,182	1,023,509,891	1,043,977,725
総給付費	b	2,953,996,000	959,628,000	987,326,000	1,007,042,000
特定入所者介護サービス費等給付額	c	55,309,920	19,062,859	17,958,461	18,288,600
高額介護サービス費等給付額	d	44,044,705	14,505,280	14,598,823	14,940,602
高額医療合算介護サービス費等給付額	e	7,957,496	2,602,340	2,646,598	2,708,558
算定対象審査支払手数料	f	2,936,677	958,703	980,009	997,965
地域支援事業費	g=h+i+j	147,204,000	49,068,000	49,068,000	49,068,000
介護予防・日常生活支援総合事業費	h	47,826,000	15,942,000	15,942,000	15,942,000
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）および任意事業費	i	63,603,000	21,201,000	21,201,000	21,201,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	j	35,775,000	11,925,000	11,925,000	11,925,000
総事業費	k=a+g	3,211,448,798	1,045,825,182	1,072,577,891	1,093,045,725
第１号被保険者負担分相当額	l=k*23%	738,633,224	240,539,792	246,692,915	251,400,517
調整交付金（国費）相当額	m=(a+h)*5%	155,603,540	50,634,959	51,972,595	52,995,986
調整交付金（国費）見込額	n=(a+h)*p	36,422,000	13,975,000	11,954,000	10,493,000
調整交付金見込額と調整交付金相当額の差額	o=m−n	119,181,540	36,659,959	40,018,595	42,502,986
調整交付金見込交付割合	p		1.38%	1.15%	0.99%
後期高齢者加入割合補正係数			1.0770	1.0858	1.0928
所得段階別加入割合補正係数			1.0746	1.0751	1.0746
介護給付費準備基金取崩額	q	60,700,000			
保険料収納必要額	r=l+o−q	797,114,764			
予定保険料収納率	s	99.0%			
保険料収納必要額（未収納額を見込んだ額）	t=r/s	805,166,428			
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（弾力化後）（人）	u	10,822	3,581	3,606	3,635
基準保険料額（年額）	v=t/u	74,400			
基準保険料額（月額）	w=v/12	6,200			

※各費用の見込みには端数が含まれるため、計算式と一致しない場合があります。

２　各所得段階別の保険料

介護保険料は、所得段階別に保険料率を定めます。本町では、第７期計画まで、所得段階を国の標準段階である９段階に設定してきましたが、第８期計画は、負担能力に応じた保険料率を設定するため 12 段階に細分化します。

所得段階区分や保険料率は、第１段階から第９段階まではこれまでの区分・料率を原則とし、第 10 段階から第 12 段階までは、各段階の対象範囲が概ね均等となるよう設定します。

なお、合計所得金額は、第７段階と第８段階、第８段階と第９段階において、国の基準がそれぞれ 200 万円から 210 万円、300 万円から 320 万円に変更されます。

所得段階別介護保険料

課税状況		所得段階区分	所得段階別対象者	保険料率	保険料年額（月額）
本人が住民税非課税	世帯全員が住民税非課税	第1段階	・生活保護被保護者 ・老齢福祉年金受給者 ・公的年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下	0.5	37,200 円 （3,100 円）
		第2段階	・公的年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円超 120 万円以下	0.75	55,800 円 （4,650 円）
		第3段階	・公的年金収入額と合計所得金額の合計が 120 万円超	0.75	55,800 円 （4,650 円）
	住民税課税の世帯員がいる	第4段階	・公的年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下	0.90	66,960 円 （5,580 円）
		第5段階 （基準額）	・公的年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円超	1.00	74,400 円 （6,200 円）
本人が住民税課税		第６段階	・合計所得金額が 120 万円未満	1.20	89,280 円 （7,440 円）
		第７段階	・合計所得金額が 120 万円以上 210 万円未満	1.30	96,720 円 （8,060 円）
		第８段階	・合計所得金額が 210 万円以上 320 万円未満	1.50	111,600 円 （9,300 円）
		第９段階	・合計所得金額が 320 万円以上 420 万円未満	1.70	126,480 円 （10,540 円）
		第 10 段階	・合計所得金額が 420 万円以上 620 万円未満	1.80	133,920 円 （11,160 円）
		第 11 段階	・合計所得金額が 620 万円以上 820 万円未満	1.90	141,360 円 （11,780 円）
		第 12 段階	・合計所得金額が 820 万円以上	2.00	148,800 円 （12,400 円）

※現時点（令和3年3月時点）での法制度を前提としており、今後の改定等を受けて変更となる可能性があります。

第８期第１号被保険者保険料基準額の算定フロー図

１　保険料収納必要額の算定（３年分）

第１号被保険者負担分相当額
738,633,224 円

＋

調整交付金（国費）相当額
155,603,540 円

－

調整交付金（国費）見込額
36,422,000 円

＋

財政安定化基金拠出金見込額
0 円

＋

財政安定化基金償還金
0 円

－

介護給付費準備基金取崩額
60,700,000 円

＝

保険料収納必要額
797,114,764 円

２　基準保険料額の算定

保険料収納必要額
797,114,764円

÷

予定保険料収納率
99.0%

÷

補正後第１号被保険者数　10,822人（令和３～５年度を合算）

※補正後第１号被保険者数は、第１号被保険者数10,011人の各所得段階別人数に各所得段階の保険料率に乗じて合算したものです。

＝

基準保険料額

年額　74,400円　月額6,200円

３　将来の保険料

団塊の世代が後期高齢者となる令和７年度および全国的に高齢者数がピークを迎える令和 22 年度の基準保険料についても、地域包括ケア見える化システムで暫定的に推計した結果、令和７年度は、年額 84,300 円程度（月額 7,028 円）、令和 22 年度では、年額 106,500 円程度（月額 8,872 円）となっています。

高齢者の増加により、介護保険料の上昇はやむを得ないものの、将来にわたって、住民、行政協働による介護予防や健康づくりの取組を推進することで、将来の介護保険料、社会保障費の負担増を軽減できるよう、より効果的な施策の推進に努めます。

令和 22 年度までの保険料の暫定推計結果

		令和 7年度 （2025）	令和 12 年度 （2030）	令和 17 年度 （2035）	令和 22 年度 （2040）
要介護認定者数（人）		645	744	832	885
介護給付費 （百万円）	（1）在宅サービス	500	578	645	706
	（2）居住系サービス	132	132	137	140
	（3）施設サービス	351	367	423	460
予防給付費（百万円）		38	43	46	46
給付費合計（介護＋予防）（百万円）		1,021	1,120	1,251	1,352
月額基準保険料（円）		7,028	7,763	8,418	8,872

第８章　計画の進捗管理

第１節　推進体制

本計画は、高齢者の生活全般に係る計画であり、介護・福祉・保健・医療・教育・生活環境等と多岐の分野にわたるため、庁内関係課、関係機関・団体などと連携を図りながら、総合的かつ計画的な推進を図ります。

分野横断的な庁内の推進体制を整備し、計画の進捗状況の管理と情報の共有化を図り、各所管の責任や役割を認識し、全庁的な取り組みを進めます。

第２節　評価・点検の手法

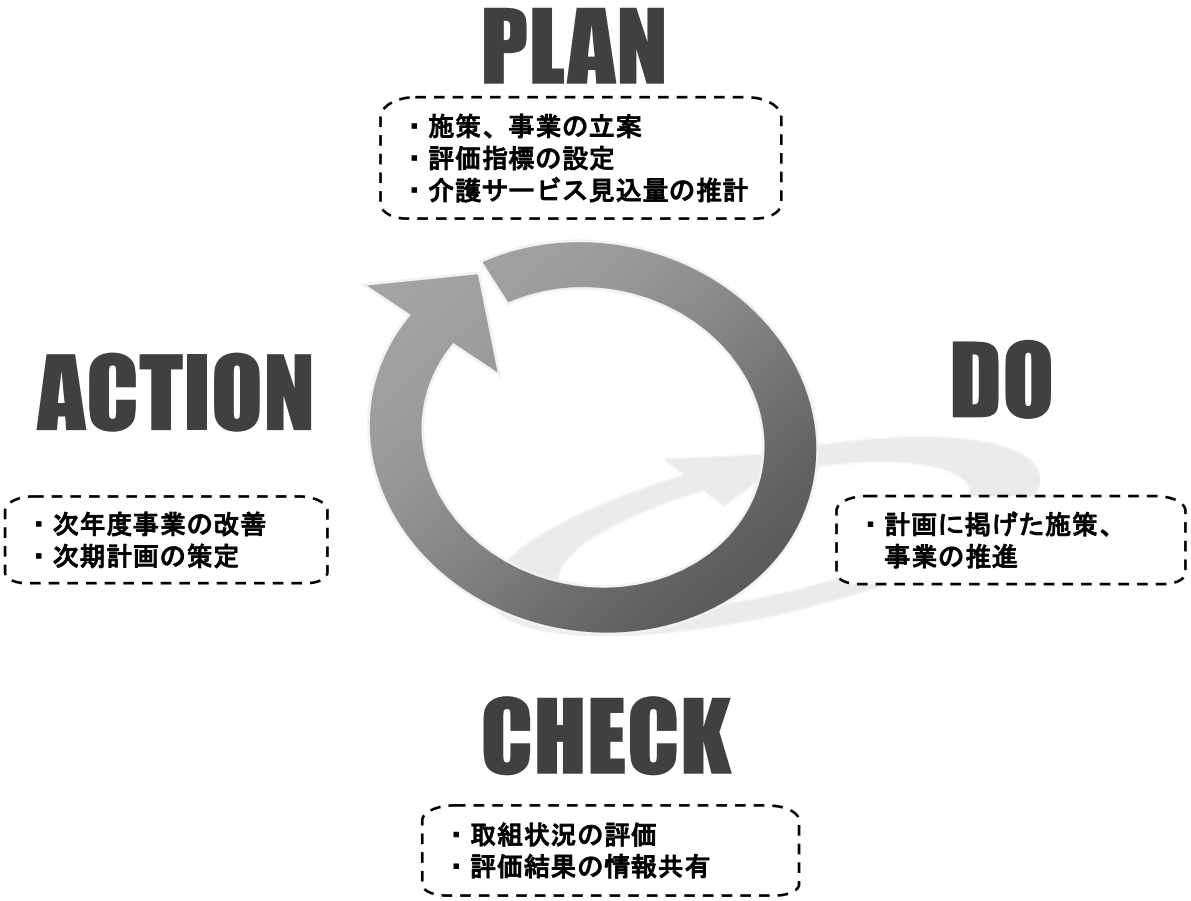
本計画に掲げた施策について、統計資料などにより、サービス利用の状況や財政の状況などを定期的に確認し、進捗状況の把握に努めます。

また、事業の質的な評価を行っていけるよう、相談や苦情等をはじめ、住民・団体・事業者の意見・要望・評価などの定期的な収集・整理に努めます。

これらの情報をもとに、本計画に掲げた施策や評価指標のＰＤＣＡサイクルによる進捗管理を行い、次年度事業の実施計画の立案や実施方法の改善に活かしていきます。

なお、評価・点検事項は、竜王町介護保険運営協議会などに報告し、有識者、事業者、被保険者などの協力を得ながら、幅広い視点からの評価・点検に努めます。

ＰＤＣＡサイクルによる計画の進捗管理



参考資料

１　用語説明

■ア行

一般介護予防事業

　すべての高齢者およびその支援のための活動に関わる人が対象の介護予防事業で、介護予防・日常生活支援総合事業の一部を構成する。介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業の５つに区分される。

運動器

　骨・関節・筋肉・神経などの身体を動かす組織・器官の総称。

ＳＮＳ

　Social Networking Service の略で、Web 上で社会的ネットワーク（ソーシャルネットワーク）を構築可能にするサービス。

ＮＰＯ

　ＮＰＯは、Non Profit Organization の略で、営利を目的としないで社会貢献活動や慈善活動を行う市民活動団体などの「民間非営利組織」を広く指す。

おたっしゃ教室

　地域住民が主体となって実施する地区ごとの介護予防教室。令和２年 12 月現在、25 地区で実施。

■カ行

介護予防

　要介護状態になることをできる限り防ぐこと。また、要介護状態であっても、状態がそれ以上に悪化しないよう心身の健康の維持・改善を図ること。

介護予防・日常生活支援総合事業

　介護予防事業と生活支援サービスを一体としてマネジメントし提供することにより、高齢者が住み慣れた地域で生活していく中で切れ目なく介護予防の効果を受けることができる仕組み。要支援認定者と事業対象者と認定された人が対象の介護予防・生活支援サービスと、全高齢者対象の一般介護予防事業がある。

介護予防・生活支援サービス

　介護予防と生活支援のサービスを組み合わせて提供するサービスで、介護予防・日常生活支援総合事業の一部を構成する。要支援１および２ならびに基本チェックリストにより「事業対象者」と認定された人を対象とする。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、介護予防ケアマネジメントに区分される。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

　要介護者または要支援者本人や家族の希望を取り入れながら、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な介護サービス等が利用できるようケアプランを作成する専門職。サービスの利用について介護サービス事業者と調整を行うともに、ケアプランの継続的な管理や評価を行う。

ケアプラン（介護サービス計画）

介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護者または要支援者の希望および利用者のアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望も取り入れながら、把握した日常生活の課題に対応するために最も適切なサービスの組み合わせについて検討して作成される具体的なサービス計画。公的サービスだけでなく、地域住民やボランティア、民間サービスなどのインフォーマルサポート（非公式な援助）も活用することとされている。在宅では「居宅サービス計画」を、施設では「施設サービス計画」を作成し、計画に基づいてサービスが提供される。

ケアマネジメント

要介護者等に対し個々のニーズや状態に応じて保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的、効率的に提供されることを目的とした援助技術。

健康寿命

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期間のことで、平均寿命から寝たきりや認知症など要介護状態の期間を差し引いたもの。

権利擁護

認知症等により判断能力が不十分な者に対し、成年後見制度等の制度や自己決定支援を通して、本人の人権や財産等の権利を守ること。

基本チェックリスト

65 歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、日常生活に必要な機能が低下していないかをチェックする全 25 項目の質問リスト。生活機能の低下のおそれがある高齢者を早期に把握し、介護予防・日常生活支援総合事業へつなげ、状態悪化を防ぐためのツールとして用いられる。

コミュニティカフェ

地域の公民館などを利用して地域住民が集い、交流し、情報交換する場の総称。竜王町社会福祉協議会が運営する事業として令和２年 12 月現在 24 地区で実施。

■サ行

自立支援

介護保険法第１条に規定された、介護保険制度の目的であり、福祉サービスなどにより、高齢者など支援が必要な人の「自立」を支援すること。高齢者は、加齢とともに心身の状態が悪化していくため、状態の改善よりむしろ、現有能力を活用しつつ、生活の質や心身の状態の維持に努めることが重要となる。また、「自立支援」は、高齢者の分野だけでなく、様々な福祉分野で、本人が望む社会生活を送れるための支援という意味でも用いられる。

若年性認知症

従来から言われてきた 40 歳から 65 歳未満までの間に発症した初老期認知症に、18 歳から 39 歳までに発症した若年期認知症を加えた認知症の総称。発症年齢で区分した概念であり、認知症が引き起こされる原因や疾患は様々である。

生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす人をいう。

生活支援ハウス

概ね60歳以上のひとり暮らしの人や夫婦のみの世帯に属する人および家族による援助を受けることが困難な人であって、高齢などのため独立して生活することに不安のある人が、安心して健康で明るい生活を送れるように、介護支援機能、居住機能および交流機能を総合的に提供する施設。

生活習慣病

食生活や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に大きく関与する慢性の病気のこと。具体的には、高血圧・脳血管疾患・心疾患・糖尿病・脂質異常症・悪性新生物や肥満症など幅広い病気を含む。加齢に着目して用いられてきた「成人病」から生活習慣に着目した「生活習慣病」という名称となった。

成年後見制度

認知症や障がいにより、判断能力が不十分であるために意思決定能力が不十分または困難な人について、第三者の関与を受けることによりその人の自己決定権を尊重しながら障がいの程度や残された能力に応じてサポートする制度。本人の事情に応じて「後見」「保佐」「補助」の３種型がある。

■タ行

地域支援事業

平成 18 年４月から 65 歳以上の高齢者を対象に、介護保険の財源を用い、介護予防や地域の高齢者の見守り、権利擁護などを市町村が主体的に推進する事業。平成 27 年度以降、「介護予防・日常生活支援総合事業」、「認知症総合支援事業」、「生活支援体制整備事業」等の推進を通して、地域包括ケアのさらなる推進が求められている。

地域共生社会

高齢者福祉、障がい者福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度･分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会のこと。平成 30 年度から、他人事ではなく「我が事」として、支援が必要な人を分野ごとではなく「丸ごと」支えていく「地域共生社会」づくりを進める制度改正がなされた。

地域包括ケア

住民の安全・安心・健康を脅かす、急病や病態の急変、虐待、ひきこもり、地域での孤立等様々な問題に対応できるよう、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「生活支援サービス」などを様々な社会資源の組み合わせによって、高齢者等の日常生活の場において有機的かつ一体的に提供する支援の理念。制度として決まった形があるわけでなく、理想的な高齢者支援の理念として、国が提唱しているモデルである。

地域包括ケア見える化システム

厚生労働省が運営する情報システムで、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行に役立てるため、介護サービスの利用実績データなどがデータベース化され、地域間比較による現状分析機能や、介護サービス見込量算出機能などが登載されている。

地域包括支援センター

平成18年４月の介護保険法の改正に伴い導入された高齢者への総合的な相談や支援の機関。社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの３種の専門職を配置し、地域支援事業を中心に業務を行う。

地域密着型サービス

平成18年４月の介護保険法の改正に伴い導入された介護保険サービスの１類型。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）などが含まれる。介護保険サービスは、市町村を超えた広域的な利用が可能であるが、住み慣れた地域で身近に受けるサービスにという考えから、市町村がサービス事業者の指定を行い、原則として当該市町村がサービス提供エリアとなる。

チョイソコりゅうおう

町内の新しい移動手段として、電話による事前予約により、町内の移動ができる乗合サービスで、令和２年度から実証運行している。

特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査は、医療保険者が40～74歳の加入者を対象として実施するメタボリックシンドロームに着目した健康診査。特定保健指導は、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善により予防効果が多く期待できる人に対して医師、保健師、管理栄養士などが行う保健指導。

■ナ行

日常生活動作（ＡＤＬ）・手段的日常生活動作（ＩＡＤＬ）

ＡＤＬ：Activities of Daily Livingの略称で、日常生活を送るために最低限必要な日常的動作のことを指す。具体的には、「起居動作・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作をいう。

ＩＡＤＬ：Instrumental Activities of Daily Livingの略称で、日常的な動作の中でもより判断を求められる動作のことを指す。具体的には、「電話応対、買い物、食事の準備、家事、洗濯、服薬の管理、金銭の管理」動作をいう。

認知症

脳の病気の一つで、脳の機能低下による日常生活への支障がおよそ６か月以上継続している状態のこと。代表的な認知症は４種類あり、最も多いのは、アルツハイマー型認知症で、全体の約６割を占めている。次いで、レビー小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭型認知症がある。

認知症キャラバン・メイト

認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人のことで、キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。

認知症ケアパス

認知症の人とその家族が、出来る限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、認知症の人の状態に応じた適切な対応やケア、サービスの流れをわかりやすく示したもの。

認知症サポーター

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中で支援する人のこと。

認知症初期集中支援チーム

認知症や認知症が疑われる人とその家族を複数の専門職が訪問し、必要な支援を行うチームのこと。具体的な活動内容として、観察や評価を行ったうえで、自立に向けて包括的・集中的に家族支援等の初期支援を行うことや、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐことが挙げられる。

■ハ行

８０５０問題

子どものひきこもり状態が長期化して中高年となる一方、生活を支えてきた親の高齢化に伴う収入減少および病気や要介護状態になることにより、家庭全体が経済的困窮や社会的孤立に陥って生活が成り立たなくなる問題のこと。「80 歳代の親と 50 歳代のひきこもりの子」という象徴的な年代から名称が取られている。

バリアフリー

障がいのある人や高齢者が社会生活をしていく上で障壁（バリア）となるものを取り除こうという考え方。具体的には段差等の物理的障壁の除去をいい、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、心理的なすべての障壁の除去という意味でも用いられる。

ＢＭＩ

Body Mass Index の略語で、適正体重を示す指数。『体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）』で算出し、18.5 未満が低体重、25 以上が肥満とされる。

ふきのとうカフェ

本町の「認知症カフェ」の呼称。認知症カフェとは、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が参加し、飲食をしながらの交流や認知症介護などについて学習会を行う等により、認知症の人や家族の悩みや不安の軽減を図る場のこと。

フレイル

日本老年医学会が平成 26 年に提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指すが、適切な治療や予防を行うことで要介護状態への移行を遅らせることができることに着目する概念である。

保険者

介護保険の保険者は、介護保険法において市町村（特別区を含む）と規定されており、被保険者の資格管理業務、第１号被保険者保険料の賦課・徴収業務、要介護認定業務、保険給付支払業務、地域密着型サービス事業所や居宅介護支援事業所の指定業務、市町村介護保険事業計画策定業務、介護保険特別会計の設置・運営などの役割を担う。

■マ行

民生委員

民生委員法に基づき、厚生労働大臣より委嘱を受け、地域住民の相談役や行政や専門機関につなぐパイプ役。

介護保険サービス関係用語

≪介護サービス≫　※要介護認定者（要介護１～５）が対象

■居宅サービス

訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事などの身体介護、調理、洗濯などの生活援助、通院などを目的とした乗降介助を行うサービス。

訪問入浴介護

居宅に浴槽を持ち込んで入浴の援助を行い、身体の清潔保持、心身機能の維持を図るサービス。

訪問看護

看護師等が主治医の指示により居宅を訪問し、床ずれの手当や点滴の管理等の療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービス。

訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問し、心身の機能の維持回復のため、必要なリハビリテーションを行うサービス。

居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理、指導を行うサービス。

通所介護

通所介護施設（デイサービスセンター）等に通い、入浴､食事等の介護、日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス。

通所リハビリテーション

介護老人保健施設、病院、診療所等に通い、理学療法、作業療法などによるリハビリテーションを受けるサービス。

短期入所生活介護

介護老人福祉施設等に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス。

短期入所療養介護

介護老人保健施設、介護医療院等に短期間入所し、看護、医学的管理下における機能訓練、その他必要な医療および日常生活上の世話を受けるサービス。

福祉用具貸与

日常生活上の便宜、機能訓練、介助者の負担軽減のための福祉用具の貸与を行うサービス。

特定福祉用具購入費

貸与になじまない入浴や排せつ等に使用する福祉用具について、その費用（年間 10 万円を限度）の一部を支給するサービス。

住宅改修

手すりの取付け、段差の解消、洋式便器等への便器の取替え等の小規模な住宅改修に対して、その費用（20 万円を限度）の一部を支給するサービス。

特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホーム、軽費老人ホーム等に入居し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他必要な日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けるサービス。

■地域密着型サービス

夜間対応型訪問介護

ホームヘルパーによる夜間の定期的な巡回訪問、緊急時の通報による訪問により、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話を受けるサービス。

認知症対応型通所介護

認知症の高齢者が、通所介護施設（デイサービスセンター）等に通い、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービス。

小規模多機能型居宅介護

小規模な居住型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービス。

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）

認知症の高齢者が、共同で生活できる場（住居）で、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービス。

地域密着型特定施設入居者生活介護

小規模な有料老人ホーム（入居定員 29 人以下）等に入居し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他必要な日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けるサービス。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

小規模な介護老人福祉施設（入居定員 29 人以下）に入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他必要な日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を受けるサービス。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまた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受けるサービス。

看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、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た複合型事業所で、居宅要介護者のニーズを柔軟に受けるサービス。

地域密着型通所介護（小規模デイサービス）

利用定員 18 人以下の通所介護施設（デイサービスセンター）等に通い、入浴､食事等の介護、日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス。

■居宅介護支援

居宅介護支援

要介護者が居宅サービス､地域密着型サービス等を適切に受けられるよう､心身の状況､置かれている環境、本人や家族の意向等を勘案して、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、当該計画に基づく居宅サービスの提供が確保されるよう、介護サービス事業者等との連絡・調整を行うサービス。また、要介護者が施設に入所を希望する場合、介護施設の紹介等を行う。

■施設サービス

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

常に介護が必要で、居宅での介護が困難な人が対象の施設。入浴、排せつ、食事等の介護、その他必要な日常生活上の介護や機能訓練、健康管理、療養上の世話を受けるサービス。

介護老人保健施設

病状が安定し、リハビリテーションに重点をおいた介護が必要な人が対象の施設。医学的な管理の下での介護や看護、リハビリテーションを受けるサービス。

介護療養型医療施設

急性期の治療が終わり、病状は安定しているものの、長期間にわたり療養が必要な人が対象の施設。介護体制の整った医療施設（病院）で、医療や看護などを受けるサービス。施設制度としては平成 29 年度末に廃止になっており､令和５年度末までに介護医療院等に移行する必要がある。

介護医療院

長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし､「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設。平成 30 年４月から創設。

≪介護予防サービス≫　※要支援認定者（要支援１～２）が対象

■居宅介護予防サービス

介護予防訪問入浴介護

居宅に浴槽を持ち込んで入浴の援助を行い、身体の清潔保持、心身機能の維持を図るサービス。

介護予防訪問看護

看護師等が主治医の指示により居宅を訪問し、床ずれの手当や点滴の管理等の療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービス。

介護予防訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問し、心身の機能の維持回復のため、必要なリハビリテーションを行うサービス。

介護予防居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理、指導を行うサービス。

介護予防通所リハビリテーション

介護老人保健施設、病院、診療所等に通い、理学療法、作業療法などによるリハビリテーションを受けるサービス。

介護予防短期入所生活介護

介護老人福祉施設等に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援や機能訓練を受けるサービス。

介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設、介護医療院等に短期間入所し、看護、医学的管理下における機能訓練、その他必要な医療および日常生活上の支援を受けるサービス。

介護予防特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホーム、軽費老人ホーム等に入居し、入浴、排せつ、食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援、機能訓練、療養上の世話を受けるサービス。

介護予防福祉用具貸与

介護予防に効果があると定められた福祉用具の貸与を行うサービス。

特定介護予防福祉用具購入費

貸与になじまない入浴や排せつ等に使用する福祉用具で、その費用（年間10万円を限度）の一部を支給するサービス。

介護予防住宅改修

手すりの取付け、段差の解消、洋式便器等への便器の取替え等の小規模な住宅改修に対して、その費用（20万円を限度）の一部を支給するサービス。

■地域密着型介護予防サービス

介護予防認知症対応型通所介護

認知症の高齢者が、通所介護施設（デイサービスセンター）等に通い、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービス。

介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模な居住型の施設で、通いを中心としながら訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービス。

介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症の高齢者が、共同で生活できる場（住居）で、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービス。※要支援認定者（要支援２）が対象

■介護予防支援

介護予防支援

要支援者が、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防に効果のある保健医療サービスまたは福祉サービス等を適切に受けられるよう、心身の状況、置かれている環境、本人や家族の意向等を勘案して、介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成し、当該計画に基づく居宅サービスの提供が確保されるよう、事業者等との連絡・調整を行うサービス。

２　計画策定の経過

項　目	年 月 日	備　考
第１回策定委員会	令和元年 12 月 26 日	１　第８期計画の策定について ２　第８期計画の策定にかかる各種実態調査について ３　第８期計画全体スケジュールについて
アンケート調査の実施	令和２年１～２月	①　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ②　在宅介護実態調査 ③　介護人材確保に関する調査
第２回策定委員会	令和２年７月９日	１　第７期計画の進捗状況について ２　第８期計画策定にかかる各種調査結果について ３　第８期計画における主要政策課題（案）について ４　今後のスケジュールについて
アンケート調査の実施	令和２年８月	介護人材確保に関する再調査
第３回策定委員会	令和２年９月 24 日	１　第８期計画取組骨子案 （基本理念・基本目標・基本施策）について ２　介護予防・日常生活支援総合事業について ３　今後のスケジュールについて
第４回策定委員会	令和２年 11 月５日	１　第３回委員会意見等の確認について ２　介護人材確保に関する再調査結果報告について ３　第８期介護保険サービス見込量・保険料の積算結果の概要について ４　今後のスケジュールについて
第５回策定委員会	令和２年 12 月 24 日	１　第４回委員会意見等の確認について ２　第８期計画介護保険サービス見込量・保険料の再積算結果について ３　第８期計画骨子案（追加）について ４　今後のスケジュールについて
第６回策定委員会	令和３年１月 22 日	１　第５回委員会意見等の確認について ２　第８期計画介護保険サービス見込量・保険料の再々積算結果について ３　第８期計画素案について ４　今後のスケジュールについて
パブリックコメント	令和３年１月 25 日～ 令和３年２月５日	意見１名
第７回策定委員会	令和３年２月 18 日	１　第６回委員会意見およびパブリックコメントの結果について ２　第８期計画素案について ３　第８期計画策定経過について
提言書提出	令和３年３月１日	策定委員会会長から町長への提言書の提出

３　計画策定委員会提言書

提　言　書

令和３年（2021 年）３月１日

竜王町長　西田 秀治 様

竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会
会長　勝見　兵治

「いきいき竜王長寿プラン（竜王町高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画）」について

本町における高齢者を取巻く状況について、特に高齢化については今後も進展し、併せて要介護認定者数の増加も見込まれることから、町民、地域、事業所および行政の協働による「地域包括ケア」のより一層の深化・発展が望まれるところです。

このことから、高齢者にかかる保健福祉事業や介護予防事業の推進、また介護サービス基盤の強化については、引き続き喫緊の課題であることから、今般、当計画の策定にあたり、本町における高齢者や介護現場の現状、ニーズなどについて調査・分析を行うとともに、前計画における事業評価をふまえ、令和３年度から令和５年度までの取組について検討を進めてまいりました。

介護予防については、高齢者の外出を阻害する大きな要因である足腰の痛みに着目した地域リハビリテーションの取組が有効と考えられ、特に高齢者の運動意欲の向上について８つの取組に凝縮した「現役続行プロジェクト・キバラル８（エイト）」を推進しながら、本町の強みである地域の「通いの場」と連携することで、効果的な事業展開が図れると考えます。

介護サービス基盤の強化については、介護人材の確保と定着に懸念があることから、行政と介護サービス事業所等で構成する「竜王町介護人材確保・定着促進協議会」を立ち上げられ、介護の仕事に関する魅力発信、圏域レベルでの就職説明会の実施など人材確保につながる取組を推進するとともに、事業所同士の連携、キャリアアップの促進、ＩＣＴの導入による効率化など、やりがいや働きやすさを向上させる定着促進に向けた取組の推進が必要と考えます。

介護施設の整備については、介護が必要になっても住み慣れたまちで暮らし続けられるよう、新たな入所系施設の整備について検討が必要となっています。用地確保の困難さ、多世代交流による介護に対する理解促進などの効果を鑑み、現在、本町において進められている中心核整備事業との連携による整備について検討をお願いします。

これらと併せて、認知症予防とケア、８０５０問題等にかかる重層的支援の推進、地域の見守り・支え合い、口腔ケアの充実その他高齢者の生活に関する課題についても、「いきいき暮らせるふれあいのまち・竜王」の基本理念の下、総合的な取組を今後も一層進められるとともに、こうした取組について、町民や関係者に効果的に周知・啓発されるよう期待します。

なお、令和３年度から令和５年度までの第１号被保険者保険料については、その負担の公平性等を鑑み、保険料段階を９段階から 12 段階に細分化すること、また、後期高齢者の増加を背景に、介護サービス利用の伸びが見込まれるため、基準額を従前の月額 5,900 円から 6,200 円に引き上げることが望ましいと考えます。

以上、計画の実施と運用にあたり、貴職におかれましては、各段の御配意を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

4　計画策定委員会設置要綱

○竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会設置要綱

（平成17年3月18日告示第24号）

改正　平成18年4月1日告示第62号　　平成20年5月21日告示第96号
平成22年9月30日告示第186号　平成23年2月28日告示第26号

（設置）

第1条　高齢者がいつまでも健康で、生きがいをもって、住み慣れた地域で安心して暮らすことができる長寿社会づくりの実現に向けた保健、医療、福祉および介護サービスの提供体制の確立とその具体的方策を検討するため、竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

（所掌事務）

第2条　委員会は、次に掲げる計画について調査研究を行い、その結果を高齢者保健福祉計画として取りまとめ、町長に提言する。

(1)　老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8に規定する老人福祉計画

(2)　介護保険法(平成9年法律第123号)第117条に規定する介護保険事業計画

(3)　介護サービス基盤整備計画

（組織）

第3条　委員会は、委員20名以内をもって組織し、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

(1)　竜王町介護保険運営協議会規則(平成12年竜王町規則第6号)第3条第2項に規定する委員

(2)　竜王町地域包括ケア会議設置運営要綱(平成15年竜王町告示第19号)第3条に規定する委員の代表者

(3)　保健、福祉、医療および介護に関し識見を有する者

(4)　保健医療関係者

(5)　福祉関係者

(6)　その他町長が適当と認める者

2　委員の任期は、3年とする。ただし、欠員が生じた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長および副会長）

第4条　委員会に会長および副会長を置く。

2　会長および副会長は、委員の互選によって定める。

3　会長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4　副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、または会長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）
第5条　委員会の会議(以下「会議」という。)は、会長が招集する。
2　会長は、会議の議長となる。
3　会議は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。
4　会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
5　会長は委員会に諮って、会議を公開することができる。
6　会長は、必要があると認めるときは、関係者および専門家の出席を求めて、その意見を聞くことができる。
（部会）
第6条　会長は、必要があると認めるときは、部会を設けることができる。
2　部会は委員をもって組織し、部会長および副部会長は、当該部会を構成する委員の互選により、これを定める。
3　部会長は、部会における調査研究等の経過および結果を会議に報告するものとする。
（顧問および参与）
第7条　委員会に顧問および参与を置くことができる。
2　顧問および参与は、町長が委嘱する。
（庶務）
第8条　委員会の庶務は、福祉課において処理する。
（委任）
第9条　この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、会長が委員会に諮つて定める。

附　則
この告示は、平成17年4月1日から施行する。
附　則(平成18年4月1日告示第62号)
この告示は、平成18年4月1日から施行する。
付　則(平成20年5月21日告示第96号)
この告示は、平成20年6月1日から施行する。
付　則(平成22年9月30日告示第186号)
この告示は、平成22年9月30日から施行する。
付　則(平成23年2月28日告示第26号)
この告示は、平成23年4月1日から施行する。

５　計画策定委員会委員名簿

〇竜王町高齢者保健福祉計画策定委員会委員

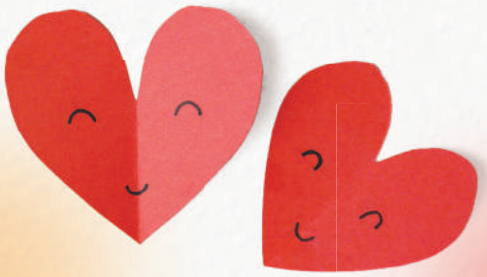
（敬称略）

区　分		氏　名	所　属　等	備 考
1	介護保険運営協議会委員	久野　まさ枝		副会長
2	介護保険運営協議会委員	坂田　一男		
3	介護保険運営協議会委員	圖司　和子		
4	介護保険運営協議会委員	松本　邦稔	特定非営利活動法人遊夢 デイサービスセンター遊夢　管理者	
5	地域包括ケア会議代表者	西村　智恵美	社会福祉法人竜王町社会福祉協議会　事務局長	
6	識見を有する者	中江　一郎	社会福祉法人雪野会万葉の里　施設長	
7	保健医療関係者	雨森　正記	医療法人社団弓削メディカルクリニック　理事長	
8	保健医療関係者	小島　宏司	竜王町国民健康保険診療所（歯科）所長	
9	保健医療関係者	雨森　千恵美	医療法人社団弓削メディカルクリニック 訪問看護ステーションゆげ　所長	
10	福祉関係者	坂口　直司	特定非営利活動法人りゅうおう　理事長	
11	その他町長が適当と認める者	勝見　兵治		会　長
12	その他町長が適当と認める者	西村　たづ子		
13	その他町長が適当と認める者	大内　善則		
14	その他町長が適当と認める者	城居　弥寿彦		

【任期】令和元年 10 月１日から令和４年９月 30 日まで（令和３年３月現在）

いきいき竜王長寿プラン
竜王町高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画

発行年月：令和3年３月
発　　行：竜王町
編　　集：竜王町福祉課
住　　所：〒520-2592 滋賀県蒲生郡竜王町大字小口３番地
電　　話：0748-58-3705
ＦＡＸ：0748-58-8019



滋賀県 竜王町