

第6期
黒潮町高齢者福祉計画・
介護保険事業計画

2015(平成 27)年3月

黒 潮 町

目次

第1章 計画策定の趣旨と位置付け	1
1. 計画策定の趣旨	2
2. 計画の位置づけ	3
3. 計画の期間	4
4. 計画策定の体制	4
5. 計画の推進について	5
第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移	7
1. 人口・要支援・要介護認定者の推移	8
2. 人口および要介護等認定者の将来推計	10
第3章 第6期計画の基本理念と目標	15
1. 現状と課題	16
2. 基本的考え方	18
3. 基本理念	21
4. 基本目標	21
5. 施策の体系	22
6. 日常生活圏域の設定	24
第4章 施策の展開	25
事業区分	26
基本目標1. 健康な高齢者があふれるまちづくり	27
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	27
2. 介護予防・生活支援サービス事業	28
3. 一般介護予防事業	33
4. 生活管理指導短期宿泊事業	43
5. 介護予防ケアマネジメント業務	45
6. 総合相談支援業務	45
7. 生活支援サービス体制整備	46
基本目標2. 高齢者が元気に暮らせる生活環境づくり	47
1. 高齢者の就労支援	47
2. 高齢者の社会参加活動への支援	48
3. 老人クラブ等への支援	49
4. 生活環境の整備	50
5. 認知症高齢者支援の推進	59

基本目標3. 高齢者を見守り、支え合うシステムづくり	61
1. 地域包括ケアシステムの構築.....	61
2. 在宅医療と介護の連携	62
3. 住まいの確保策	63
4. 地域ケア会議.....	65
5. ケアマネジメント	66
6. 日常生活圏域の設定	24
7. 地域包括支援センターの充実.....	67
基本目標4. 住み慣れた地域で暮らすための介護サービスの充実.....	68
1. 地域密着型サービス	68
2. 居宅サービス.....	72
3. 施設サービス.....	87
4. 包括的・継続的マネジメント支援業務.....	90
第5章 介護保険制度の円滑な運営	91
1. 標準給付見込額.....	92
2. 本町における保険料設定の考え方.....	93
3. 第1号被保険者の保険料基準額の算定.....	94
4. 介護保険制度の適切な運用	97
巻末資料	991

第1章 計画策定の趣旨と位置付け

1. 計画策定の趣旨
2. 計画の位置づけ
3. 計画の期間
4. 計画策定の体制
5. 計画の推進について

1. 計画策定の趣旨

本町の高齢化率は、2008（平成 20）年の 33.3%から 2013（平成 25）年には 37.7%と、4.4 ポイントの上昇となっており、高齢化はより一層進展しています。今後の高齢者人口の推計をみると、2016（平成 28）年の 4,844 人をピークに 2017（平成 29）年から減少に転じると予測されていますが、総人口の減少幅が大きく、高齢化率は本計画の終了年度にあたる 2017（平成 29）年には 41.5%、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年には 45.2%と 5 割近くに達するものと予測されます。

高齢化の進展に伴い、ひとり暮らし高齢者の増加、高齢者が高齢者を介護する老老介護や地域で支え合う人と人とのつながりの希薄化などの問題が顕在化し、高齢者を取り巻く環境は大きく変化しています。

一方、高齢期も趣味やサークル活動で過ごす方が増え、働くことや社会奉仕活動への関心の高まりなど、高齢者の生活志向や関心は多様化しています。

少子高齢化が進行していく状況において、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくためには、若い世代による支えだけではなく、高齢者自身ができるだけ健康を維持し、その活力を地域のなかで活かしていくことも重要と考えられます。そのため、高齢者の健康管理の取組みや、生きがいづくりに、引き続き取り組み、互いに支え合う「自助・互助・共助・公助」の考え方に立って、地域全体で支え合う仕組みづくりを推進していくことが今後も重要性を増していくものと思われます。

介護保険制度においては、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを構築し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活をおくることができるような環境を整備していく重要性がより高まっており、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年を見据えた地域包括ケアシステムの構築、高齢者を支える介護保険事業の充実が求められています。

そこで、本計画では、引き続き、「介護・医療・予防・生活支援・住まい」などのサービスを一体的かつ継続的に提供する「地域包括ケア」の考え方を念頭に置きつつ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるまちを目指していきます。

本町では、高齢者に関する保健・福祉施策と介護保険施策を密接な連携のもと、総合的、体系的に実施していくため、高齢者福祉計画と介護保険事業計画を一体的に策定します。

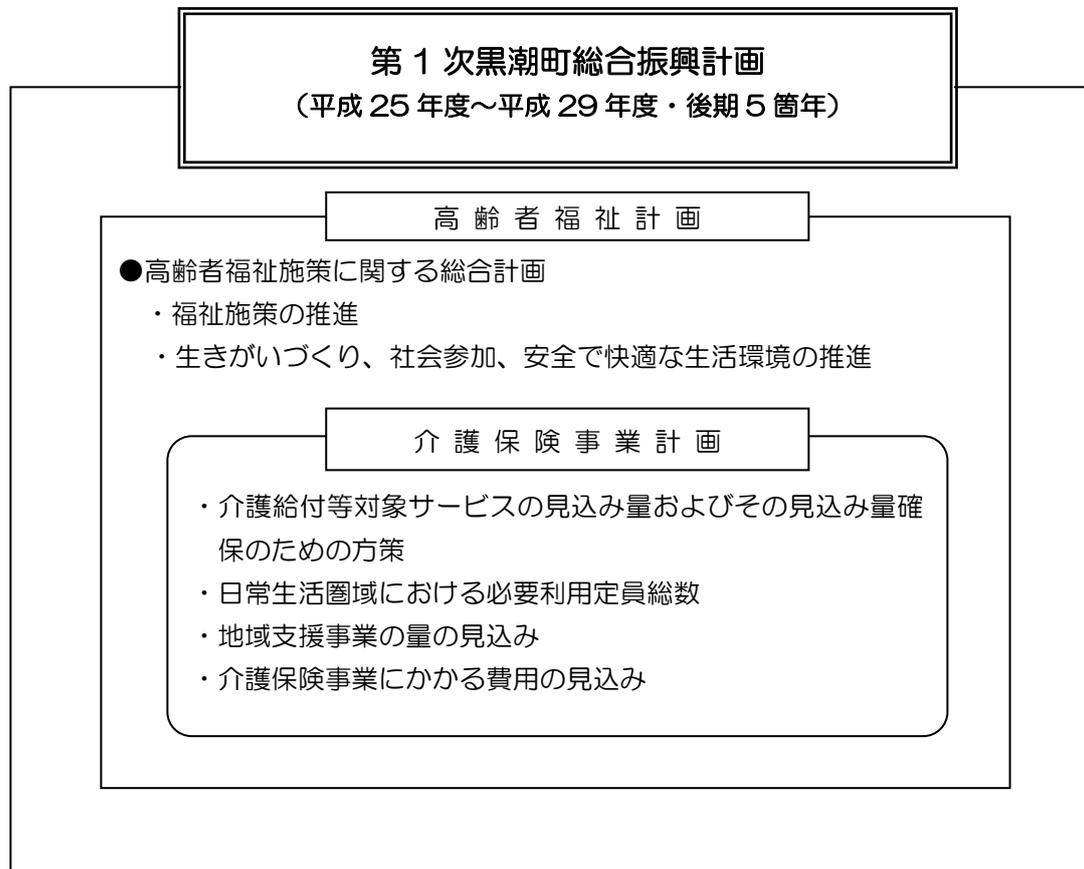
2. 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法第 20 条の 8 の規定に基づく「高齢者福祉計画」と、介護保険法第 117 条の規定に基づく「第 6 期介護保険事業計画」を一体的に策定したものです。

第 1 次黒潮町総合振興計画を基礎とした高齢者福祉計画は、その内容として介護保険事業計画を包含しており、介護保険対象者に限らず、すべての高齢者施策全般にわたる計画です。また、介護保険事業計画は、国の基本指針に基づいて、県の支援計画や黒潮町の総合計画等との整合をはかりながら、介護給付等対象サービス提供体制の確保などを定める計画です。

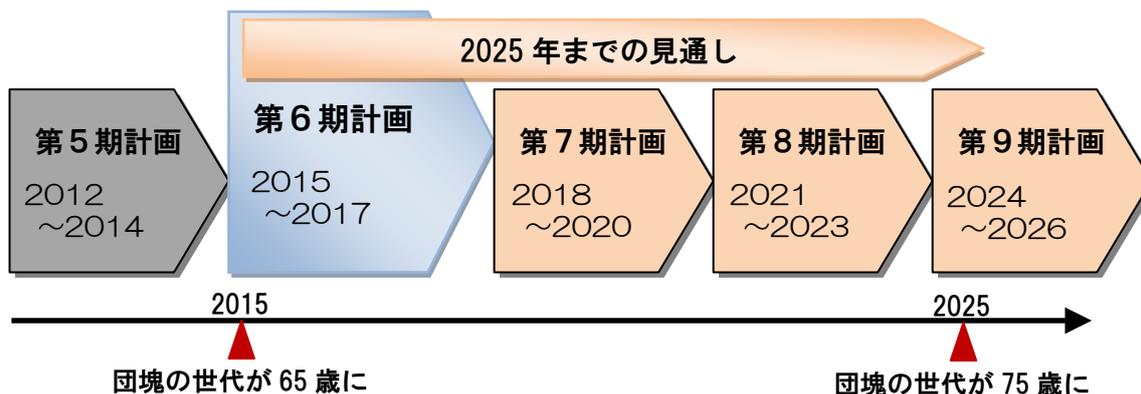
人口規模の最も大きな団塊世代が後期高齢期を迎える 2025（平成 37）年の高齢者介護の姿を念頭に置き、2017（平成 29 年）度〔第 6 期介護保険事業計画の最終年度〕の目標を立てたうえで、介護保険サービス見込み量等を設定しました。

第 6 期計画以後の計画は、2025（平成 37）年に向け、第 5 期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組みを本格化していくものとなります。



3. 計画の期間

第6期の計画期間は、2015（平成 27）年度から 2017（平成 29）年度までの3年間で、計画期間は3年ですが、2025（平成 37）年の高齢者介護のあるべき姿を見据えて計画するものです。



4. 計画策定の体制

(1) 日常生活圏域ニーズ調査の実施

計画の策定にあたり、町民の生活状況や健康状態、自立した生活をおくるうえでの課題、今後の意向等をよりの確に把握するために、高齢者を対象にアンケート調査を実施しました。

このアンケート調査は、個々の生活環境や心身状況等を把握することで、各種施策を展開していくなかで、事業に応じた優先順位等を判断し、効果的な事業展開に結びつけていくことを目的としています。

調査対象	本町に居住している 65 歳以上の方 (要介護 4 以上及び施設入所者を除く)
調査期間	平成 26 年 6 月中旬から 7 月 4 日
調査方法	郵送による配布・回収
配布数	4,314 件
有効回収数	2,513 件
有効回収率	58.3%

(2) 事業者ヒアリングの実施

計画の策定にあたり、町内の介護関連サービス事業者に対して、高齢者が抱える課題や不安、今後、地域や行政がどのように支援に関わっていくかなどについて、ヒアリング調査を行いました。（平成26年8月22日実施）

(3) 計画委員会での審議

本計画の策定にあたり、有識者、保健・医療・福祉分野の担当者、被保険者代表等からなる黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会を設置し、今後の高齢者福祉、介護保険事業等の在り方について協議し、広い視野からの検討審議を受けて、計画を取りまとめました。

5. 計画の推進について

本計画については、担当課が中心となり、黒潮町役場内各課、社会福祉協議会、黒潮町シルバー人材センターとの連絡調整をおこなうとともに、本町における介護保険事業・保健福祉サービス運営上の諸問題を協議し、計画の実効性と介護保険事業の健全運営の維持を目指します。

(1) 計画の周知

本計画の周知を図るため、本計画を公表するとともに、本町における高齢者福祉、介護保険事業の考え方や施策内容をわかりやすく紹介する広報誌やホームページ等による情報発信をはかり、高齢者福祉施策、介護保険事業への町民の理解を深め、積極的な町民参加と施策の活用の促進に努めます。

また、高齢者等の情報が得られにくい環境にある高齢者等への周知を高めるため、関係機関と連携した啓発活動・広報等に努めます。

(2) 関係機関との連携

計画を全町的・総合的な観点から推進するためにも、担当課のみならず、庁内各課との連携体制を強化します。

また、高齢者の多様なサービスに対応するため、介護保険事業者、保健・医療・福祉関係機関、さらには県の機関や他の市町村等との、きめ細かな連携をはかりながら円滑な事業の実施に努めます。

(3) 計画の進行管理と評価

本計画の推進体制として、各年度における達成状況の評価をおこなうことにより、計画の円滑な進行管理に努めます。

特に地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防については、その対象者数や認定者数などの見込数と実績を比較するなど、達成状況を分析・評価し、目標達成や改善へと繋げていきます。

また、「黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会」に、本計画の進捗状況について年次報告を行い、意見聴取を行います。

第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移

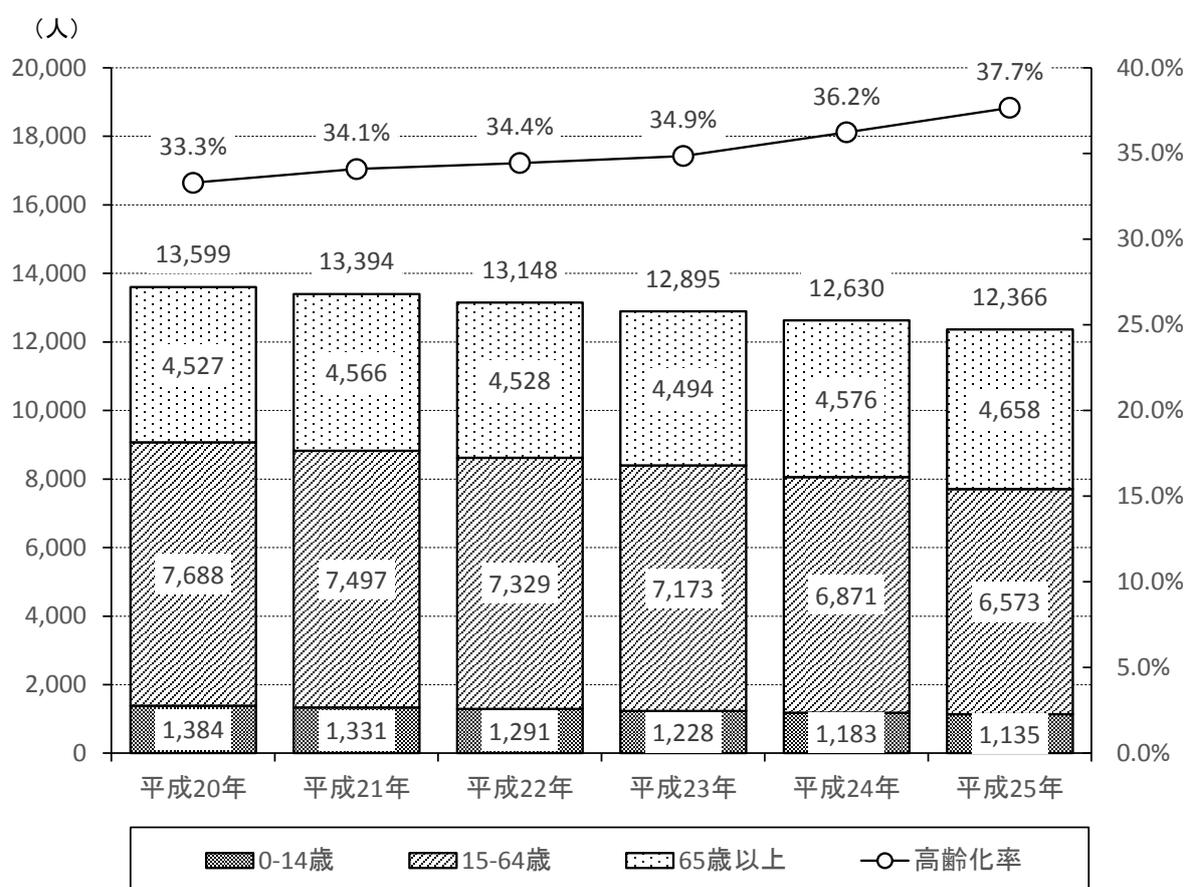
1. 人口・要支援・要介護認定者の推移
2. 人口および要介護等認定者の将来推計

1. 人口・要支援・要介護認定者の推移

(1) 総人口の推移

2008（平成 20）年からの人口の推移をみると、総人口は減少傾向にあり、2013（平成 25）年には 12,366 人となっています。

0-14 歳人口、15-64 歳人口も総人口と同様に減少傾向にありますが、65 歳以上人口はやや増加傾向を示しています。



住民基本台帳、外国人登録者数の合計

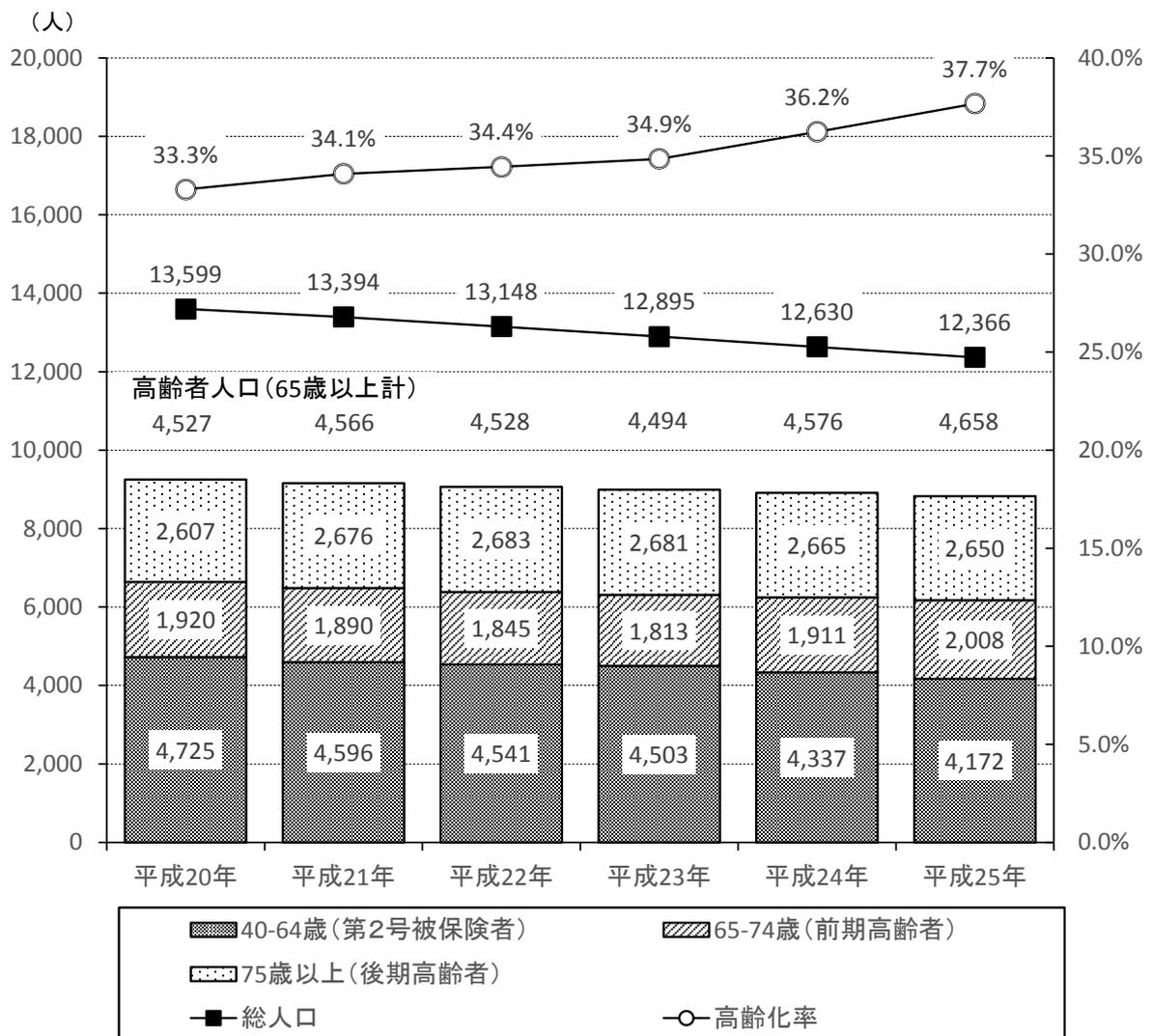
各年 10 月 1 日時点

(2) 高齢者人口の推移

高齢者人口の推移をみると、2008（平成20）年の4,527人から2013（平成25）年には4,658人と131人の増加となっています。内訳としては65-74歳の前期高齢者が88人の増加、75歳以上の後期高齢者が43人の増加となっています。

高齢化率（総人口に占める高齢者数の割合）も2013（平成25）年には37.7%となっており、総人口の3割以上が高齢者となっています。

一方、40-64歳の第2号被保険者は減少傾向にあります。



住民基本台帳、外国人登録者数の合計

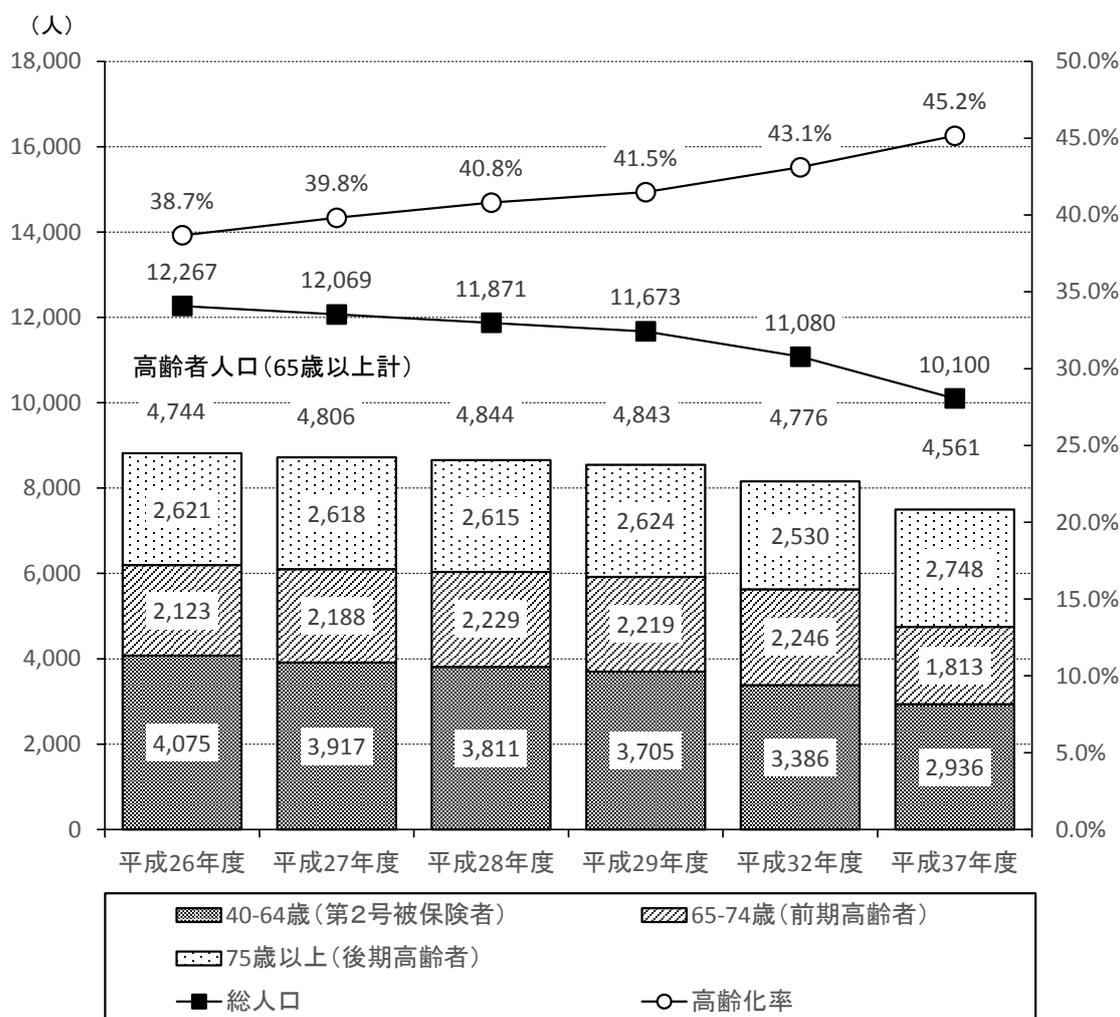
各年10月1日時点

2. 人口および要介護等認定者の将来推計

(1) 高齢者人口の推計

2014（平成 26）年度以降の推計人口をみると、総人口は引き続き減少傾向のまま推移するものと試算され、2017（平成 29）年度は 11,673 人、2025（平成 37）年度には 10,100 人まで減少するものと想定されます。

高齢者人口は 2016（平成 28）年度には 4,844 人まで増加するものの、その後は緩やかに減少し、2017（平成 29）年度には 4,843 人、2025（平成 37）年度には 4,561 人と試算されています。内訳としては、2017（平成 29）年度まで 65-74 歳の前期高齢者がやや増加傾向で推移し、75 歳以上の後期高齢者がほぼ横ばいで推移するものと想定されていますが、2020（平成 32）年度から 2025（平成 37）年度にかけては前期高齢者が減少し、後期高齢者が増加に転じ、2025（平成 37）年度には前期高齢者が 1,813 人、後期高齢者が 2,748 人に増加となっています。



資料：介護保険事業計画ワークシートより

(2) 要介護（支援）高齢者の推計

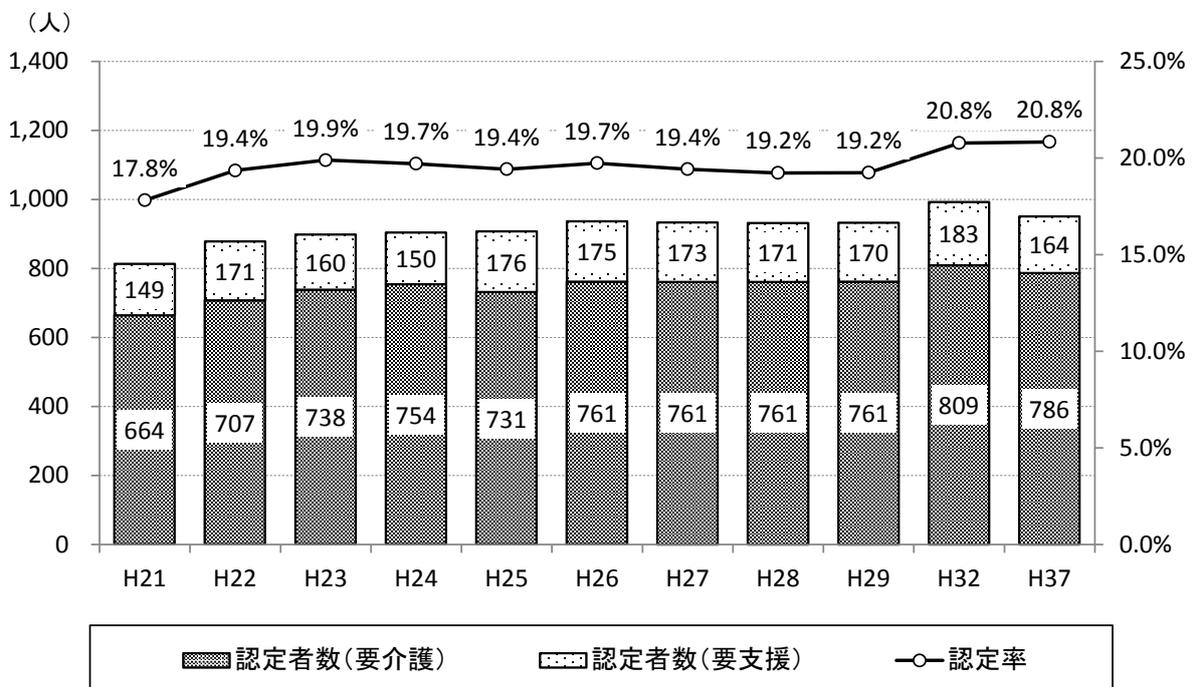
本町の要支援・要介護者数のこれまでの実績および2025（平成37）年度までの推計値は以下の図のとおりとなっています。

第1号被保険者の要介護（支援）高齢者数の推計は、要支援、要介護ともに現状と同規模で推移するものと見込んでいます。〈P.11 グラフ①参照〉

前期高齢者の要介護（支援）認定率は、計画期間中は増加傾向にあり、2015（平成27）年度4.2%から2017（平成29）年度には5.6%まで上昇すると見込んでいます。特に、要支援高齢者は要介護高齢者の増加数を上回ると見込んでおり2017（平成29）年度には要支援高齢者52人、要介護高齢者73人を見込んでいます。〈P.12 グラフ②参照〉

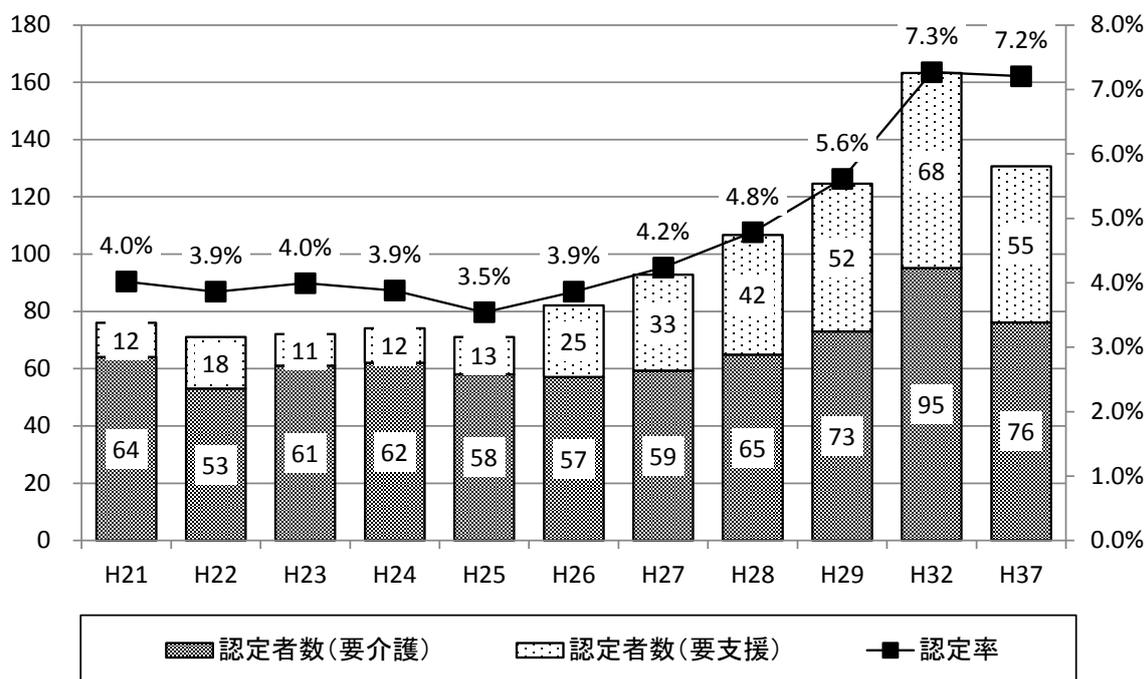
後期高齢者の要介護（支援）認定率は、計画期間中は減少傾向にあると見込んでおり、2015（平成27）年度32.1%から2017（平成29）年度には30.8%程度になると見込んでいます。また、2020（平成32）年度には一端認定率は上がるものの、2025（平成37）年度にかけては再び減少傾向になると見込んでいます。〈P.12 グラフ③参照〉

【第1号被保険者の要介護高齢者等数の推移】グラフ①

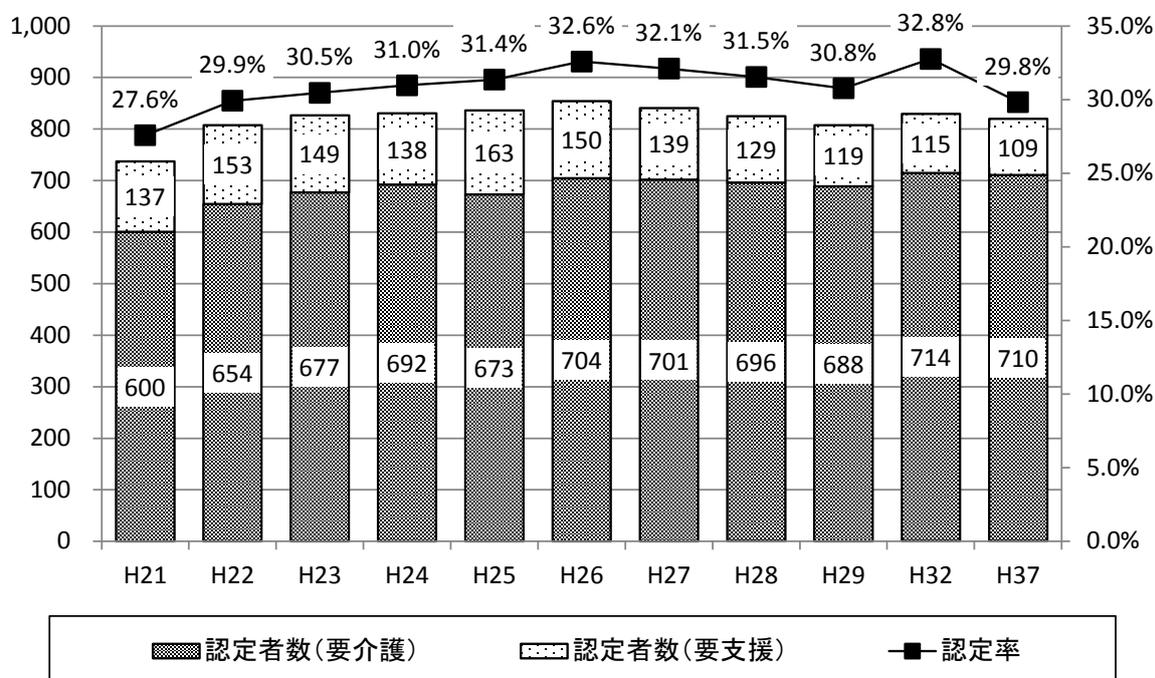


資料：介護保険事業計画ワークシートより

【前期高齢者の要介護高齢者等数の推移】グラフ②



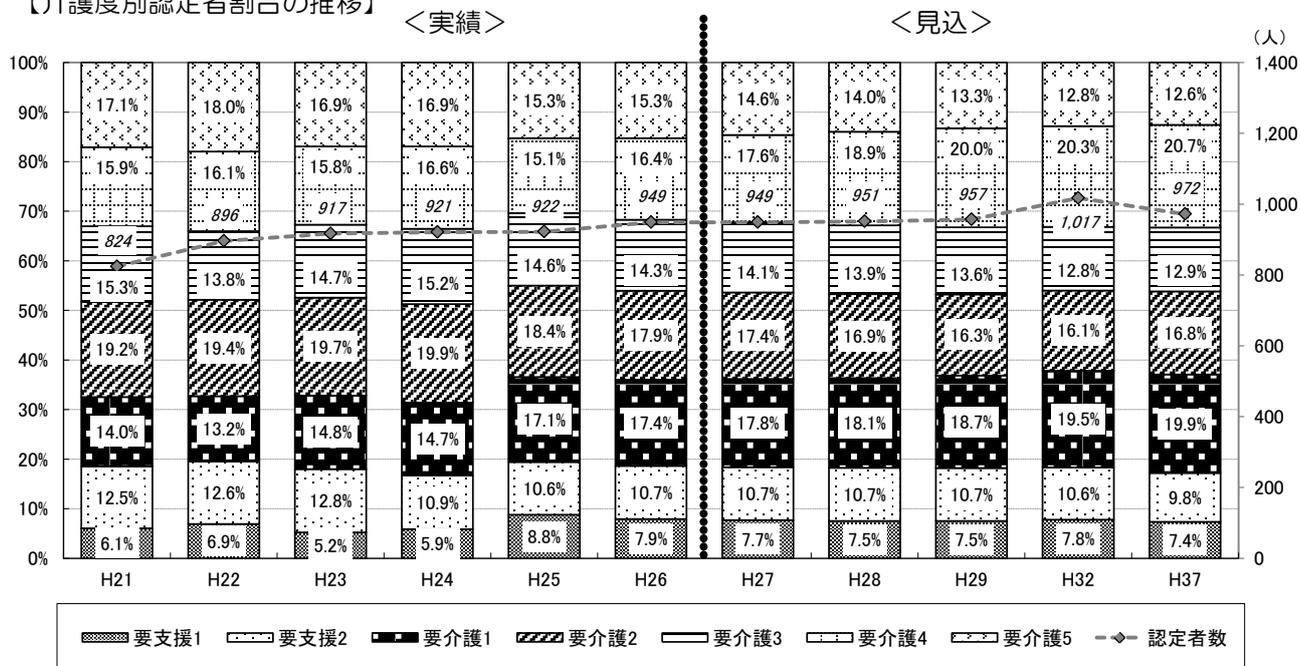
【後期高齢者の要介護高齢者等数の推移】グラフ③



資料：介護保険事業計画ワークシートより

要介護度別に推移をみると、実績値としては、要介護度1が増加傾向にあり、要介護5で減少傾向がみられることから、計画期間の推計にあたっては、要介護1が増加傾向、要介護5で減少傾向にあると見込んでいます。

【介護度別認定者割合の推移】



資料：平成 21 年～26 年は 9 月の実績値、平成 27 年度以降はワークシートによる推計値

第3章 第6期計画の基本理念と目標

1. 現状と課題
2. 基本的考え方
3. 基本理念
4. 基本目標
5. 施策の体系
6. 日常生活圏域の設定

1. 現状と課題

■全国的な傾向

- ① 65歳以上の高齢者数は、2025（平成37）年には3,657万人となり、2042（平成54）年にはピークを迎える予測（3,878万人）。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055（平成67）年には、25%を超える見込み。
- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。
- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。
- ⑤ 要介護率が高くなる75歳以上人口は、介護保険創設の2000（平成12）年以降、急速に増加してきたが、2025（平成37）年までの10年間も、急速に増加。2030（平成42）年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。
- ⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口は、介護保険創設の2000（平成12）年以降、増加してきたが、2025（平成37）年以降は減少する。

■黒潮町の現状

①人口の減少と高齢化率の上昇

黒潮町の人口は、長期減少傾向にあり、2008（平成20）年から2013（平成25）年にかけて1,000人以上減少し、平成25年度は12,366人となっています。一方、65歳以上の高齢者は4,500～4,600人前後で推移しており、高齢化率は増加傾向にあります。

後期高齢者の要介護認定率は30%を超えており、今後、認定者も増加していくものと考えられ、高齢者世帯、単独世帯も増えていくことが予想されることから、高齢者世帯を支えていく仕組みの構築が重要となります。

②介護が必要になった場合には、“自宅”での生活を希望

日常生活圏域ニーズ調査の結果では、介護が必要な状態となった場合の生活としては、「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスであれば自宅で受けたい」と回答した方が2割以上を占め、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」「自宅で家族中心に介護を受けたい」を合わせて、自宅での生活を希望する方が6割を占めています。

③目指すべき将来像は「住み慣れた地域での自立した生活」

事業者ヒアリング調査結果からは、日常生活支援を充実させることで、閉じこもり等の介護を必要とする状態になる悪循環を断ち、周囲の理解と支え合い意識の醸成によって、住み慣れた地域で自立した生活を送るという理想的な暮らし方に近づける、地域のなかでの活動の重要性が指摘されています。

また、そのためには、介護や医療の連携をより緊密なものとし、高齢者の健康の維持、改善に結びつけ、できるだけ医療サービスを利用しなくても元気に過ごすことができるようにしていくことも必要であるとの指摘もあります。

④事業の周知と高齢者施策の評価

町の高齢者施策に対する評価をみると、“満足”という回答は、前期高齢者よりも後期高齢者で、介護認定を受けていない人よりも認定を受けている人、介護保険サービスを利用していない人よりも利用している人、現行計画を知らない人よりも知っている人で割合が高くなっています。したがって、施策に対する満足度を高めていくためには、まず計画や取組みについてより多くの人に知ってもらい、サービスや各種事業の利用促進を図ることが重要になるものと考えられます。

また、事業者ヒアリングにおいても、高齢者施策で用意されたサービスの利用促進が重要だと指摘されており、効果的な情報提供や家族や地域住民に対する啓発、介護情報の共有、一元管理、高齢者の集いの場の確保、高齢者の生活を支える担い手の育成など、地域全体で高齢者を支えるネットワークや仕組みづくりを進めていくことが重要だと指摘されています。高齢者や要介護者の増加が見込まれる中、介護に携わる人材の確保についても対策が必要であるとの認識から、国では「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」という3つのアプローチによる総合的な政策対応を図ることとしています。黒潮町においても、県・国と協力した人材確保への取組みが重要になります。



<課題>

- 高齢者・高齢者世帯の増加にともなう住民参加による地域福祉の充実
- 高齢者が安心して暮らせる生活環境の整備
- 医療との連携による健康寿命の増進とケア体制の構築
- 高齢者福祉・介護保険事業の各種サービスの適切な利用促進

2. 基本的考え方

(1) 第6期介護保険事業計画の基本的な考え方

国は、後期高齢者が2,000万人（人口の約18%）に達する2025（平成37）年を見据えて、あらゆる分野で「21世紀（2025年）日本モデル」に向けた社会保障制度改革を進めています。

医療・介護分野では、在宅・地域で人生を全うする「地域完結型」の医療とともに、保健・医療・福祉・介護・生きがいつくり・住民参画を連携させる、地域独自の「地域包括ケアシステム」を強化する方向です。

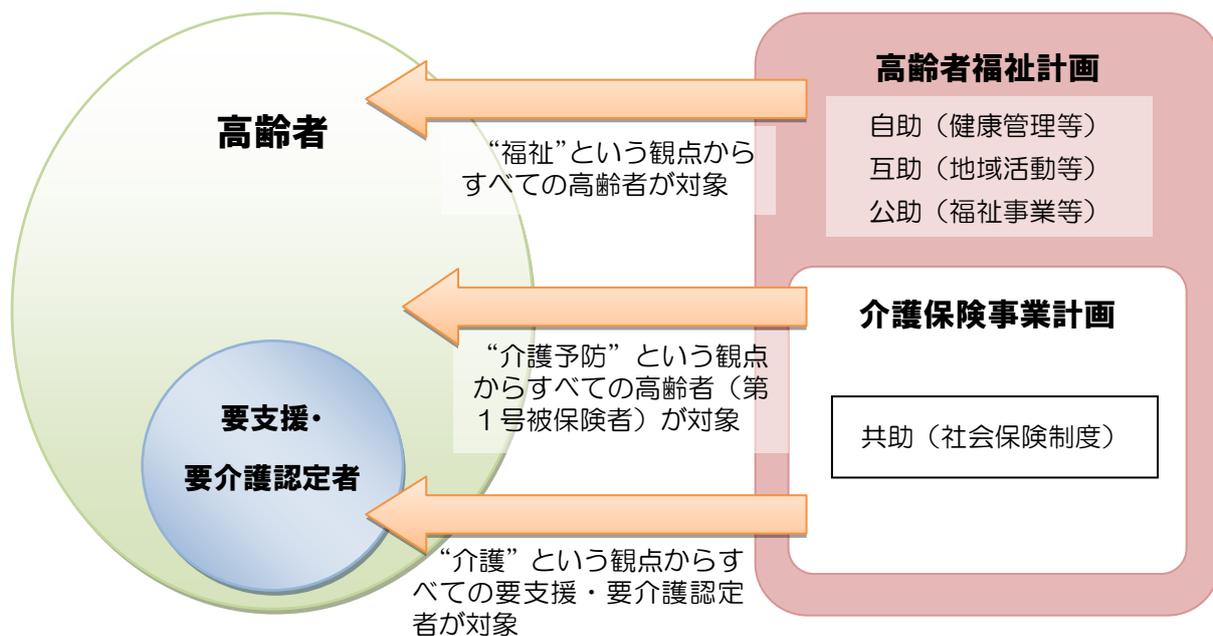
こうしたなかで、町では高齢者の人権尊重を前提に、新たな事業計画に対応した地域包括ケア体制を構築するとともに、住民ボランティアやNPOなどの多彩な活動と連動する「黒潮版21世紀型ケアコミュニティ」の構築が重要になります。



(2) 高齢者福祉計画と介護保険事業計画のあり方

高齢者福祉計画は、“介護（予防）”を含む“福祉”という観点から高齢者を対象とする計画であり、介護保険事業計画を内包する計画として位置づけられます。

自助・互助・共助・公助という観点から、両計画の扱う範疇^{はんちゆう}を整理すると次のように捉えることができます。



急速に進む高齢化を背景に、社会保険制度としての介護保険財政は増大の一途を辿っています。

こうした共助としての介護保険制度の長期的設計に不可欠な人口構造の観点からは、少子化等による逆ピラミッド化が進んでいることなどから、制度の持続的・安定的運営に向けた改革が不可欠となっています。

そのため、共助に関する財政的拡充は長期的に見ても難しく、今後は自助や互助の果たすべき役割が一層大きくなっていくことが予想されます。

介護保険制度創設以来、役割・機能の観点から、高齢者福祉計画のなかでの責務の拡大を続けてきた介護保険事業計画ですが、これからの計画のあり方としては自助・互助の力を再生・創出・活性化するための取組みとして、介護保険事業計画と連携した高齢者福祉計画の担うべき役割・機能が重要になってきます。

(3) 自助・互助および介護予防の観点からの社会参加の促進

今般の制度改正においては、一次予防・二次予防の区別が廃止され、地域の実情・特性に応じた一般介護予防事業として展開されることとなります。

これまでのいわゆる共助としての介護予防事業だけでは、これからの局面を打開することは難しいと考えられ、自助・互助による介護予防の観点からの社会参加の促進が求められます。

今後ますますひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加していくことが予測される中、こうした高齢者がいつまでも社会・地域とつながりを持ちながら、いきいきと暮らしていけるよう、身近な地域活動への参加を促すなどの社会参加を促進していくことが、介護予防の観点からだけでなく、高齢者自身の自己実現・生きがいつくりや地域における互助体制づくりの観点からも極めて重要になってきます。

(4) 2025（平成37）年を見据えた地域包括ケア

団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を目処に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することが今後10年間の最重要課題とも言えます。

「黒潮町高齢者福祉計画・第5期介護保険事業計画」では、地域包括ケアシステム構築の検討が進められており、本計画においては、こうした方向性のなかで実現可能性のあるシステム構築に向けた具体的な取組みを行っていきます。

3. 基本理念

第1次黒潮町総合振興計画では、『思いやりのある健康・医療・福祉のまちづくり（保健・医療・福祉の充実）』を基本理念と位置づけ、高齢者福祉の充実を謳っています。

本計画では、前期計画同様、高齢者が元気で安心して活動的な毎日をおくれるように、「高齢者の健康の保持増進」、「医療の充実」や「満ち足りた生活環境の充実」を図ることを目指します。また、介護が必要な状態になっても、住み慣れた家庭や地域で、必要なケアを受けながら価値観や生き方が尊重された自分らしい人生をおくることができるように、支え合い、思いやる心を大切にした社会を目指して、「思いやりのある健康・医療・福祉のまちづくり」を基本理念とします。

思いやりのある健康・医療・福祉のまちづくり

4. 基本目標

基本理念をふまえ、以下の4つの基本目標にむかって第6期計画を推進します。

目標1 健康な高齢者があふれるまちづくり

介護予防と重症化の予防に力点を置きながら、自らことをなす“自助”と地域の人たちなどが互いに力を合わせて助け合う“互助”という観点からの支えあいによる地域づくりを目指します。

目標2 高齢者が元気で安心して暮らせる生活環境づくり

高齢者ができるだけ住み慣れた地域で、安全・安心な生活ができるよう、生活支援サービスを推進します。また、認知症になっても安心して暮らすことのできる地域づくりを目指します。

目標3 高齢者を見守り、支え合うシステムづくり

重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指します。

目標4 住み慣れた地域で暮らすための介護サービスの充実

必要な時に必要なサービスを受けられるよう、介護保険事業の各種サービスの提供体制を強化していくとともに、適切なサービスの利用促進を図っていきます。

5. 施策の体系

【基本理念】

思いやりのある健康・医療・福祉のまちづくり

基本目標1. 健康な高齢者があられるまちづくり

- 
- 1 介護予防・日常生活支援総合事業の推進
 - 2 介護予防・生活支援サービス事業
 - 3 一般介護予防事業
 - 4 生活管理指導短期宿泊事業
 - 5 介護予防ケアマネジメント業務
 - 6 総合相談支援業務
 - 7 生活支援サービス体制整備

基本目標2. 高齢者が元気に暮らせる生活環境づくり

- 
- 1 高齢者の就労支援
 - 2 高齢者の社会参加活動の支援
 - 3 老人クラブ等への支援
 - 4 生活環境の整備
 - 5 認知症高齢者支援の推進

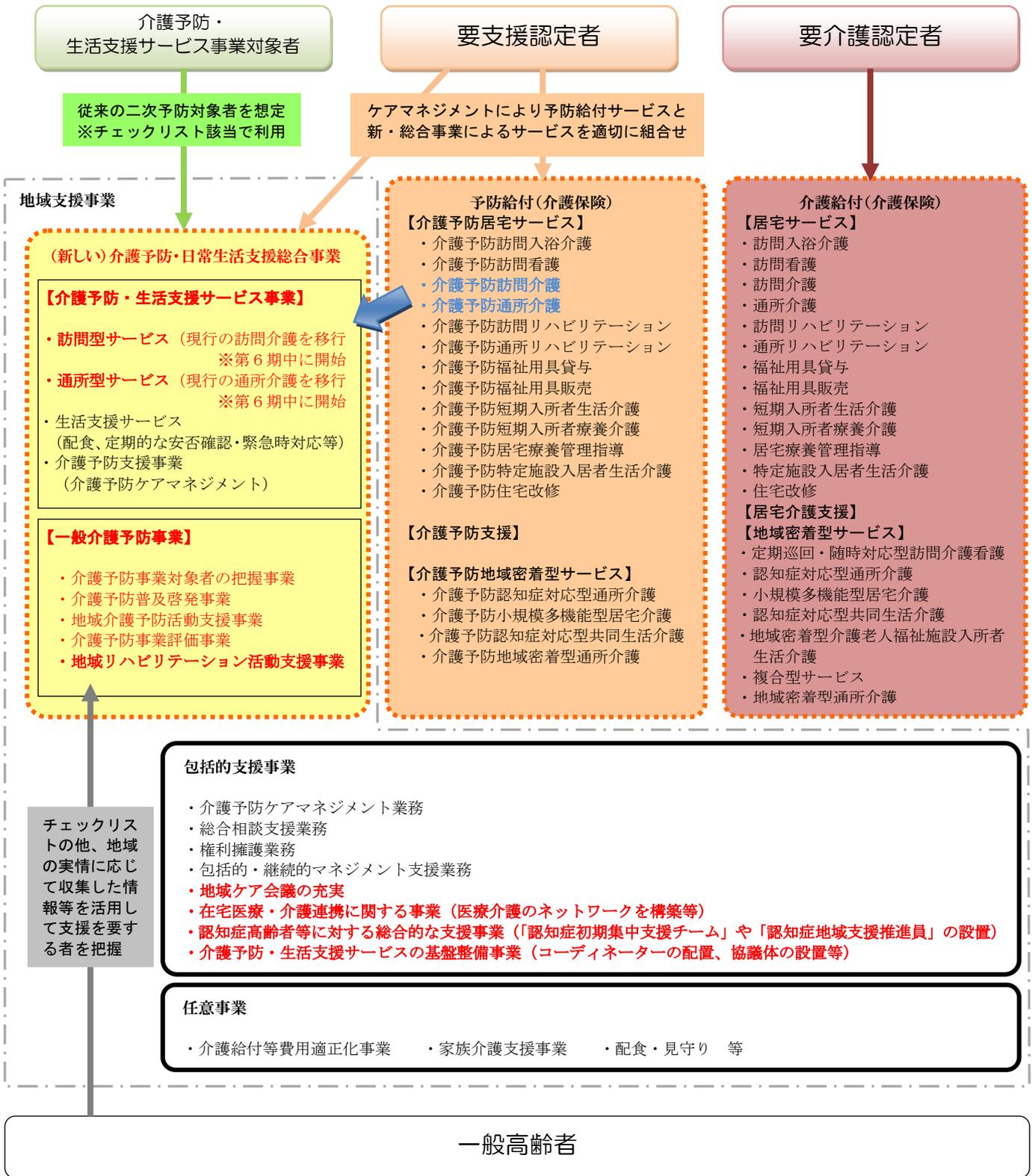
基本目標3. 高齢者を見守り、支え合うシステムづくり

- 
- 1 地域包括ケアシステムの構築
 - 2 在宅医療と介護の連携
 - 3 住まいの確保策
 - 4 地域ケア会議
 - 5 ケアマネジメント
 - 6 地域包括支援センターの充実

基本目標4. 住み慣れた地域で暮らすための介護サービスの充実

- 
- 1 地域密着型サービス
 - 2 居宅サービス
 - 3 施設サービス
 - 4 包括的・継続的マネジメント支援業務

【介護保険事業の枠組み】



財源構成

	=国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%、第1号保険料 22%、第2号保険料 28%
	=国 39%、都道府県 19.5%、市町村 19.5%、第1号保険料 22%

6. 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、住み慣れた地域で安心して高齢者が生活できる環境を整備するため、日常の生活で結びつきのある地域を範囲として、その区域単位に必要なサービスを整備していこうというものです。

第6期介護保険事業計画においても、これまでに設定した日常生活圏域を引き継ぐものとし、本町全体を1圏域として設定します。

第4章 施策の展開

- 基本目標1. 健康な高齢者があふれるまちづくり
- 基本目標2. 高齢者が元気に暮らせる生活環境づくり
- 基本目標3. 高齢者を見守り、支え合うシステムづくり
- 基本目標4. 高齢者が安心して暮らすためのサービスの充実

事業区分

基本目標1. 健康な高齢者があ られるまちづくり	介護予防・日常生活支援総合事業の推進		
	介護予防・ 生活支援サービス事業	訪問型サービス	訪問介護
			NPO・民間企業等の参入による訪問型サービス
			訪問型の短期集中予防サービス
		住民主体による訪問型サービス	
		通所型サービス	通所介護
	NPO・民間企業等の参入による通所型サービス		
	通所型の短期集中予防サービス		
	住民主体による通所型サービス		
	その他の生活支援サービス		
	一般介護予防事業	介護予防把握事業	介護予防事業対象者の把握事業 三世代ふれあい健診（運動能力測定）
		介護予防普及啓発事業	健康相談
			健康教育
			訪問指導
			いきいき☆ロココロ倶楽部（運動器の機能向上：寝たきり予防教室・黒潮げんき教室）
			介護予防に関する講演会（認知症に関する講演会・うつ予防に関する講演会）
			栄養改善
		口腔機能の向上	
		閉じこもり、認知症、うつ予防・支援	
		地域介護予防活動 支援事業	地区ふれあいサロン
	黒潮げんき体操		
	にこにこウォーキング		
	ボランティア研修会		
	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		
生活管理指導短期宿泊事業（ショートステイ）			
介護予防ケアマネジメント業務			
総合相談支援業務			
生活支援サービス体制整備			
基本目標2. 高齢者が元気に暮ら せる生活環境づくり	高齢者の就労支援		
	高齢者の社会参加活動への支援		
	老人クラブ等への支援		
	生活環境の整備	あったかふれあいセンター事業	
		生きがい活動支援通所事業（デイサービス）	
		軽度生活援助事業（ホームヘルパー派遣）	
		日常生活の安全対策 （自動消火器、緊急通報装置等の設置）	
		移送サービス	
		見守りネットワーク（配食サービス）	
		家族介護支援特別事業	
		在宅介護手当	
		成年後見制度利用支援事業	
	認知症高齢者支援の推進	権利擁護事業	
		認知症ケアパスの作成・普及	
		早期診断・早期対応	
認知症相談体制の整備			
地域での支援の強化			
基本目標3. 高齢者を見守り、支え 合うシステムづくり	地域包括ケアシステムの構築		
	在宅医療と介護の連携		
	住まいの確保策	住宅改造支援事業	
		住宅改修支援事業	
	地域ケア会議		
	ケアマネジメント		
	地域包括支援センターの充実	地域包括支援センターによる支援体制	
地域包括支援センターの適切な運営			
基本目標4. 住み慣れた地域で暮 らすための介護サー ビスの充実	地域密着型サービス		
	居宅サービス		
	施設サービス		
	包括的・継続的マネジメント支援業務		

基本目標 1. 健康な高齢者があふれるまちづくり

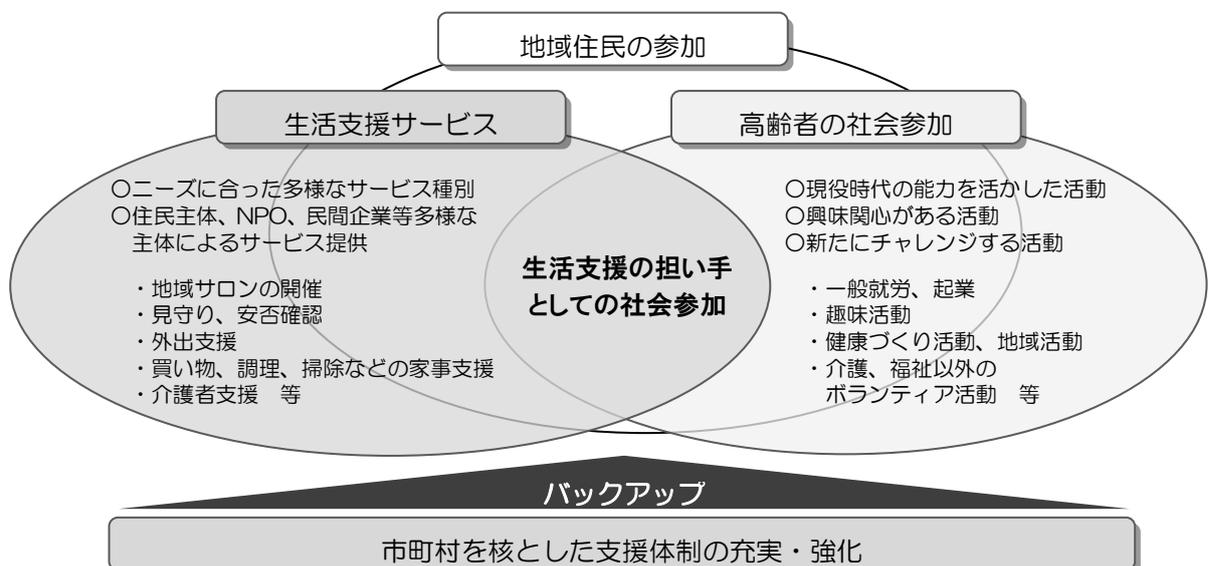
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、町が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進めます。あわせて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていきます。

また、高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動をおこなう高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組みを推進していきます。生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要であり、リハビリテーション専門職等を活かした自立支援のための取組みを推進していきます。

今後も増加が見込まれる認知症に対しては、ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組んでいきます。

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障がい者、児童等がともに集える環境づくりを心がけていきます。



2. 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定を受けた方、基本チェックリスト（※1）の該当者を対象として、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を実施していきます。

（1）訪問型サービス

訪問型サービスは第6期計画期間中に開始されるサービスで、要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するものです。第5期計画の訪問介護に相当するサービスと、民間事業者等がおこなう緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中でおこなうサービス、移動支援があります。

■訪問介護（現行の訪問介護相当）

予防給付で既にサービスを利用している方を対象として、サービスの利用の継続が必要な場合、訪問介護員による身体介護、生活援助を行います。また、認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動をとる方や退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な方たちも対象としています。

【今後の方向性】

従来の予防訪問介護サービスを継続して提供していきます。

■NPO・民間企業等の参入による訪問型サービス

生活に密着したサービス業の企業に対して、人員等の基準の緩和によって事業参入を促し、買い物支援、調理・掃除の一部介助など生活支援に関する多様なサービスを展開していきます。

※1 基本チェックリスト：介護認定を受けていない方で、近い将来、要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者を選定するために、25問程度の設問へのチェックで、今後必要となる介護予防の取組みを知ることができるツール。

【今後の方向性】

NPO・民間企業等に訪問型サービスへの参入を働きかけ、まずは、多様なサービスが提供できる体制を構築します。従来の予防訪問介護で対応できなかった「隙間」を埋めていくサービスを提供していきます。

■訪問型の短期集中予防サービス

体力の改善に向けた支援が必要な方を対象に保健師等による居宅での相談指導等を実施します。ADL（※2）・IADL（※3）の改善に向けた支援が必要な場合で、3～6か月の短期間で集中的に予防サービスを実施していきます。

【今後の方向性】

ニーズを的確に把握してサービスを実施します。将来的には、住民主体の通いの場などに移行していくことを目指します。

■住民主体による訪問型サービス

住民主体の自主的活動としておこなう生活援助等のサービスで、町ではボランティアや町内会などの主体別によるサービスの実施を検討していきます。

また、サービス提供にともなう移送前後の生活支援も検討していきます。

【今後の方向性】

主体別にどのようなサービスの実施が可能なのか検討していきます。ボランティア等の支援の担い手に対する研修を実施し、人材育成に努めます。

※2 ADL：ADL（Activities of Daily Living）は日常生活動作と訳され、食事・更衣・移動・排泄・入浴・寝起きなど日常の生活を送るために必要な基本動作のことで、身体活動能力や障害の程度をはかる上で重要な指標の一つ。

※3 IADL：IADL（Instrumental Activities of Daily Living）は手段的日常生活動作と訳され、買物・電話・外出などADLよりも高い自立した日常生活をおくる能力をはかる指標。

(2) 通所型サービス

通所型サービスは第6期計画期間中に開始されるサービスで、要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供するものです。第5期計画の通所介護に相当するものと、民間企業等がおこなう緩和した基準によるサービス、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中でおこなうサービスがあります。

■通所介護（現行の通所介護相当）

予防給付で既にサービスを利用している方を対象として、サービスの利用の継続が必要な場合、通所介護と同様のサービスを行い、生活機能の向上のための機能訓練を行います。また、集中的に生活機能の向上のトレーニングをおこなうことで改善・維持が見込まれる方も対象にしています。

【今後の方向性】

従来の予防通所介護サービスを継続して提供していきます。

■NPO・民間企業等の参入による通所型サービス

人員等の基準の緩和によって事業参入を促し、デイサービス、運動教室、レクリエーションなどのサービス展開を支援していきます。

【今後の方向性】

NPO・民間企業等に訪問型サービスへの参入を働きかけ、まずは、多様なサービスが提供できる体制を構築します。従来の予防通所介護で対応できなかった「隙間」を埋めていくサービスを提供していきます。

■通所型の短期集中予防サービス

ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な方を対象に、生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを、3～6か月の短期間で集中的に実施していきます。

【今後の方向性】

寝たきり予防運動教室、黒潮げんき教室のノウハウを活かして、生活機能を改善するための新たな通所型の短期集中予防サービス「いきいき☆ロココロ倶楽部」を平成28年度より実施します。

■住民主体による通所型サービス

住民主体の自主的活動としておこなうサービスで、体操、運動等の活動など、自主的な通いの場の設置を支援していきます。

【今後の方向性】

主体別にどのようなサービスの実施が可能なのか検討していきます。ボランティア等の支援の担い手に対する研修を実施し、人材育成に努めます。将来的には、高齢者だけでなく、障がい者や子ども、要支援者以外の高齢者も加わる共生型を目指していきます。

(3) その他の生活支援サービス

要支援者等に対し、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していきます。

【今後の方向性】

NPO・民間企業等に生活支援サービスへの参入を働きかけ、サービスの提供体制を構築していきます。

3. 一般介護予防事業

元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進していきます。また、リハビリテーション専門職等を活かした自立支援のための取り組みを推進し、介護予防の機能を強化していきます。

(1) 介護予防事業対象者の把握事業

■介護予防事業対象者の把握事業

平成 26 年度までは、二次予防対象者把握事業として実施しました。

地域の実情に応じて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人を把握し、介護予防活動へつなげていきます。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (延べ)	1134 人	1127 人	2513 人
計画値	1600 人	1600 人	1600 人
計画対比	70.9%	70.4%	157.1%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	450 人	455 人	2450 人

【今後の方向性】

対象者を効率的に把握するため、ふれあいサロン等を活用するなど、把握方法について検討を行い精度の高い介護予防のスクリーニング(※4)を実施していきます。

※4 スクリーニング：選別すること、選別するという意味。

■三世代ふれあい健診（運動能力測定）

高知大学医学部（整形外科・環境医学教室）と連携して、高齢者と小学生の世代間交流や、高齢者が自己の体力・健康を見直し筋力向上・維持へとつなげていけることを目的として、町内の小学校高学年をスタッフに交えて「三世代ふれあい健診」を実施しています。本町全域で実施できていないことが課題となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値（延べ）	153 人	154 人	144 人
計画値	100 人	120 人	140 人
計画対比	153.0%	128.3%	102.9%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	145 人	150 人	150 人

【今後の方向性】

今後、本町全域の住民の方が利用できるように実施方法について検討し、実施に向けて努めていきます。また介護予防のスクリーニングとして実施し、運動機能の向上等が必要な参加者を通所型の短期集中予防サービス等、適切な事業へつなげていきます。

（2）介護予防普及啓発事業

■健康相談

生活習慣病予防、介護予防を目的として、保健師等の専門職による血圧測定や健康に関する健康相談等を実施しています。現状では、健康相談のみでは参加者が少ない状況となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (述べ)	2,121 人	2,023 人	2,100 人
計画値	2,500 人	2,500 人	2,500 人
計画対比	84.8%	80.9%	84.0%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	2130 人	2150 人	2150 人

【今後の方向性】

地区ふれあいサロンを活用するなど、引き続き参加者確保をはかり、健康づくりや相談機会の提供を行います。

■健康教育

健康相談・ふれあいサロン等の場でパンフレットや介護予防手帳等を活用して、健康づくりや介護予防についての正しい知識の普及を行います。現状は、必ずしも黒潮町の課題や参加者のニーズに応じた内容となっていない点が課題となっています。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
健康教育	実績値 (延べ)	875 人	1,805 人	1,600 人
	計画値	750 人	750 人	750 人
	計画対比	116.7%	240.7%	213.3%
歯科教室	実績値 (延べ)	124 人	117 人	120 人
	計画値	100 人	100 人	100 人
	計画対比	124.0%	117.0%	120.0%

【計画値】	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
健康教育	1620 人	1630 人	1630 人
歯科教室	120 人	125 人	125 人

【今後の方向性】

今後も既存の事業に合わせて実施し、黒潮町の課題や参加者のニーズに応じた情報の提供ができる機会を増やしていきます。

■訪問指導

在宅で生活している寝たきり者、要支援・要介護認定者の心身機能の低下予防および閉じこもり、認知症予防を図ることを目的として各家庭を訪問しています。地域のひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯、認知症、寝たきり高齢者などへの対応が充分できていないことが課題となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (延べ)	493 人	502 人	400 人
計画値	400 人	400 人	400 人
計画対比	123.3%	125.5%	100.0%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	400 人	410 人	410 人

【今後の方向性】

今後は各関係機関と連携し個々のニーズに応じた支援につなげていきます。

■いきいき☆ロクロ倶楽部

(運動器の機能向上：寝たきり予防運動教室、黒潮げんき教室)

平成 27 年度までは、寝たきり予防運動教室、黒潮げんき教室として実施します。転倒による骨折は、寝たきりの原因のひとつで、筋力低下が原因のひとつといわれています。

寝たきり予防運動教室は、「三世代ふれあい健診」の事後フォローとして実施している転倒予防を目的とした筋力向上トレーニングです。保健センターにて 5・6・7 月と

11・12・1月の6か月間（毎週2回）、寝たきり予防運動教室スタッフの協力のもと実施しています。

黒潮げんき教室は、二次予防事業対象者を対象にした転倒予防目的の筋力向上トレーニングです。平成24・25年度は、地域での受け皿作りのため、通所型の教室は休みました。平成26年は、通所型を再開し、保健福祉センターにて11・12・1月の3ヶ月間（毎週1回）、健康づくり推進委員の協力のもと実施しました。

寝たきり予防運動教室、黒潮げんき教室どちらも、必要性の高い人への参加アプローチや、教室終了後の受け皿づくりが課題となっています。

また、平成25年度からは黒潮ケーブルテレビにおいて、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を予防するために作成した黒潮町独自の体操「ロコクロ体操」を1日4回放送しています。

【黒潮げんき教室】		平成24年度	平成25年度	平成26年度 (見込み)
実績値	延人数	0人	48人	181人
計画値	延人数	240人	240人	240人
計画対比	延人数	0.0%	20.0%	75.4%

【黒潮げんき教室】 (平成28年度以後、いきいき☆ ロコクロ倶楽部)		平成27年度	平成28年度	平成29年度
計画値	延人数	185人	190人	190人

【寝たきり予防運動教室】		平成24年度	平成25年度	平成26年度 (見込み)
実績値	延人数	895人	912人	809人
計画値	延人数	875人	875人	875人
計画対比	延人数	102.3%	104.2%	92.5%

【寝たきり予防運動教室】 (平成28年度以後、いきいき☆ ロココロ倶楽部)		平成27年度	平成28年度	平成29年度
計画値	延人数	815人	830人	830人

【今後の方向性】

平成28年度からは、寝たきり予防運動教室、黒潮げんき教室のノウハウを活かした新たな通所事業「いきいき☆ロココロ倶楽部」を、介護予防・生活支援サービス事業の通所型短期集中予防サービスとして実施すると共に、その後の受け皿として地域介護予防活動支援事業の黒潮げんき体操のような、地区主体の事業を全町的に広めていきます。

■介護予防に関する講演会

(認知症に関する講演会・うつ予防に関する講演会)

認知症やうつについての理解や、知識の普及啓発、予防を目的に講演会を実施しています。「うつ予防」に関する講演会については、講演会の実施では参加者の確保が難しい状況です。

		平成24年度	平成25年度	平成26年度 (見込み)
認知症に関する 講演会	実績値(延べ)	82人	89人	170人
	計画値	180人	180人	180人
	計画対比	45.6%	49.4%	94.4%
うつ予防に関する 講演会	実績値(延べ)	0人	20人	50人
	計画値	15人	15人	15人
	計画対比	0%	133.3%	333.3%

【計画値】	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
介護予防に関する研修会 (認知症に関する講演会、うつ予 防に関する講演会)	220 人	230 人	240 人

【今後の方向性】

より効果的に知識の普及啓発を図るため、既存の事業に合わせて実施し、介護予防に関する知識の普及に努めていきます。

■栄養改善

低栄養状態にある高齢者に、個別的な栄養相談、栄養教育をおこなう事業です。
現在は、個別的な対応が難しく、事業として具体的に組み立てていない状況です。

【今後の方向性】

今後は、各関係機関と連携し、総合的に個々の状況に応じて栄養改善に向けた相談・指導や、必要な支援方法を検討し実施に努めます。

■口腔機能の向上

高齢者の摂食・嚥下機能の低下を早期に発見し、その悪化を予防するための教育や口腔清掃の指導、摂食、嚥下に関する機能を向上させるための口腔機能の向上プログラムとして、黒潮げんき教室と寝たきり予防運動教室時に、口腔体操「かみかみ百歳体操」を実施しています。

通所型の実施では利用者も限られ、終了後のフォローも十分にできないため、口腔機能向上の必要性の説明や実技指導を地域で実施していくことが課題となっています。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値	延人数	5 人	2 人	9 人
計画値	延人数	220 人	220 人	220 人
計画対比	延人数	2.3%	0.9%	4.1%

		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	延人数	10 人	10 人	10 人

【今後の方向性】

平成 28 年度からは、介護予防・生活支援サービス事業の通所型短期集中予防サービスの内容の一つとして実施します。

■閉じこもり、認知症、うつ予防・支援

高齢者の閉じこもり予防、介護予防を目的として、地区ふれあいサロンを実施しています。現在は、対象者の実情が把握できていない状況です。

【今後の方向性】

今後は、地区ふれあいサロンのような既存の事業を活用し、閉じこもり予防、知識の普及や個別での支援につなげていきます。

(3) 地域介護予防活動支援事業

■地区ふれあいサロン

高齢者の閉じこもり予防、介護予防を目的とし、各種勉強会やレクリエーション、昼食会等を地区ボランティアの協力のもと行っており、げんき体操や、食生活改善推進員の伝達講習会の会場になる等、高齢者の健康づくりの場になっています。

現状では、男性の参加が少ないことや、ボランティアの高齢化が課題となっていま

す。

地区ふれあいサロン組織づくりとは、地区ふれあいサロンがない地区に、3年を目途にサロン開設のための基礎・組織をつくる事業で、社会福祉協議会に委託しております。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
地区 ふれあいサロン 佐賀	実績値 (延べ)	531 人	541 人	600 人
	計画値	600 人	600 人	600 人
	計画対比	88.5%	90.2%	100.0%
地区 ふれあいサロン 大方	実績値 (延べ)	1,820 人	2,295 人	1,800 人
	計画値	1,600 人	1,600 人	1,600 人
	計画対比	113.8%	143.4%	112.5%

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
地区 ふれあいサロン 組織づくり	実績値 (延べ)	152 人	131 人	130 人
	計画値	500 人	500 人	500 人
	計画対比	30.4%	26.2%	26.0%

【計画値】	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
地区ふれあいサロン佐賀	600 人	600 人	600 人
地区ふれあいサロン大方	1,800 人	1,800 人	1,800 人

【計画値】	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
ふれあいサロン組織づくり	150 人	150 人	150 人

【今後の方向性】

行政主体から住民主体へと移行できるように、地域のリーダーやボランティアの育成、あったかふれあいセンターや地区組織との連携を図るとともに、実施していない地区には情報提供を行い、実施に繋げることができるよう支援を行っていきます。

■黒潮げんき体操

平成 24 年度から通所型運動教室終了後の受け皿として、地域主体型運動教室の実施希望の合った地区を対象に保健師が体操指導に入り、地区ボランティアの協力のもと、転倒予防を目的とした筋力向上のための体操を実施しています。

平成 26 年度には、12 地区で実施されています。今後は、全町的な展開が課題となっています。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値	延人数	1,819 人	2,023 人	2,788 人
計画値	延人数	70 人	70 人	70 人
計画対比	延人数	2598.6%	2890.0%	3982.9%

		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値		2,825 人	2,850 人	2,850 人

【今後の方向性】

今後は、希望を聞きながら主体的に体操を実施できる地区を増やしていきます。

■にこにこウォーキング

年間を通して継続した健康づくりができる場として、健康づくり推進委員が中心となり、入野松原をウォーキングコースにして毎週月曜日にウォーキングを実施しています。本町全域で実施できていないことが課題となっています。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (延べ)		336 人	634 人	700 人
計画値		550 人	550 人	550 人
計画対比		61.1%	115.3%	127.3%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	700 人	710 人	710 人

【今後の方向性】

今後は、全町的な取組みを検討していきます。

■ボランティア研修会

地区ふれあいサロンを実施している地区のボランティアを対象に、サロン活動において実施可能な情報提供を行い、介護予防に関する技術向上を目的としたボランティア研修会を年 1 回実施しています。

年 1 回の研修会であり、年間を通した取組みができていないことが課題となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (延べ)	57 人	63 人	58 人
計画値	50 人	50 人	50 人
計画対比	114.0%	126.0%	116.0%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	60 人	60 人	60 人

【今後の方向性】

今後も研修会を通じて健やかな地域づくりのための知識や技術の普及を行い、新たな地区ボランティア育成に努めていきます。

(4) 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います。

【今後の方向性】

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い、効果的な事業実施に努めます。

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業については、新しい事業であり、地域における介護予防の取組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進していきます。

【今後の方向性】

新規事業のため、ニーズを的確に把握し、事業体制の構築を目指します。

4. 生活管理指導短期宿泊事業（ショートステイ）

介護保険給付対象外の高齢者を対象に、生活環境の悪化や身体的精神的に療養を必要とするときに、一時的施設に宿泊（ショートステイ）し、基本的な生活習慣の指導や体調調整を図ることを目的として介護保険短期入所生活介護事業所の空きベッドを利用することにより実施しています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (延べ)	0 日	0 日	0 日

【今後の方向性】

体調調整が必要な高齢者はもとより、高齢者を介護する者にも安心感を与えていることから今後も継続してきます。

5. 介護予防ケアマネジメント業務

介護予防ケアマネジメントは、要支援者および介護予防・生活支援サービス事業対象者に、自立保持のために身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標として、総合事業によるサービス等が適切に提供できるよう実施するもので、地域包括支援センターで対象者に適した総合事業（介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせるケアプランを作成します。

課題としては、介護予防スクリーニングをどのように行っていくか、また、参加できる教室の開催と対象者のマッチングがあります。要支援の認定を受けた人については、介護予防を効果的に高めながら、生活支援ニーズに対応していくことが必要です。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値	実人数	119 人	129 人	122 人
	延人数	185 人	193 人	171 人

【今後の方向性】

今後は、自立支援のためのケアプランの質的向上を図るとともに、生活の改善や状態悪化の予防に努めます。

6. 総合相談支援業務

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行っており、継続的・専門的な関与が必要な場合は、関係機関にてケース検討会等を開催し、適切なサービスや制度につなぎ、支援を行っています。

		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値	延人数	1,281 人	1,716 人	1,800 人

【今後の方向性】

今後もワンストップ（1か所であらゆる相談に応じる）相談窓口の充実をはかり、高齢者等からの各種相談のニーズに適切に対応していきます。

また、多様化・複雑化した相談に対して、それぞれの専門職が連携・協働しながら多様な視点から問題解決がはかれるようレベルアップを図ります。

7. 生活支援サービス体制整備

介護予防・生活支援サービスを充実させていくためには、地域全体で多様な主体（住民ボランティア、NPO、社会福祉法人、シルバー人材センター、民間企業等）によるサービス提供を推進していくことが重要となります。そのため、第6期計画期間中に、軽微な生活支援を調整することを目的として、「コーディネーター＝主に資源開発やネットワーク構築の機能を果たす者」と「協議体」を設置し、住民同士による互助を基本とした地域（ネットワーク）づくりを行います。

【今後の方向性】

第6期計画期間中にコーディネーター及び協議体の体制を構築し、生活支援サービスの体制を整備していきます。

コーディネーター及び協議体を中心として、地域のニーズと資源の状況の見える化を行い、生活支援の担い手の養成やサービスの開発を支援・推進していきます。また、関係者のネットワーク化をすすめ、目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一を図っていきます。

基本目標 2. 高齢者が元気に暮らせる生活環境づくり

明るく活力に満ちた高齢社会を確立していくためには、高齢者自身が地域社会のなかで自らの経験や知識を十分に活かして、積極的な役割を果たしていくような社会づくりが課題となっています。

このため、高齢者の多様性・自発性を尊重しながら、充実した生活を営むことができるように関係機関と連携をはかりながら、生きがいを高め、社会参加の促進を図る施策を展開していく必要があります。

1. 高齢者の就労支援

「黒潮町シルバー人材センター」では、高齢者がこれまで培ってきた技術や経験を生かし、生きがいのある生活が送れるよう就労意欲のある高齢者に対する臨時的・短期的な就業機会を提供します。

高齢者にとって「生きがいと社会参加」「働く喜びと健康保持」「補完収入の確保」等を目的に庭木剪定、草刈り、大工仕事等を行っており、就労を通じて、活力ある地域社会への貢献と高齢者自身の健康増進、介護予防としても効果が期待できます。

年度	実績値		
	会員数	受注件数	就業延人員
平成 24 年度	209 人	1,339 人	10,923 人
平成 25 年度	185 人	1,292 人	9,495 人
平成 26 年度（見込）	182 人	1,661 人	9,780 人

年度	計画値		
	会員数	受注件数	就業延人員
平成 27 年度	190 人	1,700 人	9,850 人
平成 28 年度	190 人	1,800 人	9,850 人
平成 29 年度	190 人	1,900 人	9,850 人

【今後の方向性】

会員数等は年々減少傾向にありますが、利用ニーズ（草刈り、清掃等）は増加しています。高齢化に伴い、利用者のニーズも多様になる一方、元気高齢者が地域活動を担うことにより、自らの生きがいや健康維持、介護予防につながる取組みとなります。

2. 高齢者の社会参加活動への支援

高齢者の社会参加の活動や民生児童委員をはじめ近隣の協力員やボランティアの組織活動を支援します。一人暮らしの高齢者宅への安否確認の声かけ、訪問、見守りなどを行っています。また、集落単位でのふれあいサロンの実施、施設訪問、各種の奉仕活動や世代の交流事業等も行っています。

また、本町で活動するボランティア組織の「ボランティアくじら」は、これまでの活動実績もあり、経験豊富な会員も多いことから、新しいボランティア活動に対する助言や指導を行っています。

年 1 回開催しているボランティア総会では、当該年度の活動の総括を行い、課題等を次年度の活動計画に反映させることにより、自立した活動に繋いでいます。

ボランティアの登録者数は一定あるものの、ボランティアニーズと支援のマッチング等の調整ができておらず、運用方法が課題となっています。

年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
会員数（実績）	152 人	173 人	152 人

年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
会員数（計画）	170 人	170 人	170 人

【今後の方向性】

「ボランティアくじら」は任意団体ですが、社会福祉協議会がとりまとめ等などを行っており、これまでの実績や取組み内容から、必要性は十分にあります。今後も社会福祉協議会が事務局を担い、課題を整理しながら組織を拡充（若い世代の参加）し、ニーズと支援のマッチングを行い取組みを進めていきます。

3. 老人クラブ等への支援

各地域にある老人クラブは、奉仕活動として公共の場の清掃や花の植栽、簡易スポーツ、親睦旅行など、高齢者の健康づくりや生きがいづくりに繋がる活動を行っています。

また、黒潮町老人クラブ連合会は、老人クラブがおこなう花の植栽のための花の配布活動、先進地視察、他市町村との交流事業や高齢者自らの健康増進を目指した健康づくり事業を取り入れ、ニュースポーツ大会、健康づくり講演会、健康づくり料理教室、健康ウォーキングなどを実施しています。

老人クラブ活動を通じて、高齢者の健康増進や介護予防への関心を高めることができるとともにレクリエーションやスポーツを楽しむなかで、仲間同士のつながりを構築・強化することにより、地域で支えあう体制づくりに繋がっています。

事業のとりまとめや補助金等の申請や報告書の作成に苦慮しているという意見もあり、今後、地域のなかでの支援体制も必要になってくると考えられます。

年度	実績値	
	単位老人クラブ数	会員数
平成 24 年度	41	1,615 人
平成 25 年度	39	1,503 人
平成 26 年度	39	1,465 人

年度	計画値	
	単位老人クラブ数	会員数
平成 27 年度	40	1,500 人
平成 28 年度	40	1,500 人
平成 29 年度	40	1,500 人

【今後の方向性】

各老人クラブの広報活動（IWKや広報等を活用した取組み状況の報告）をしながら、各地域で老人クラブ活動へ参加し、生きがい活動や楽しみにつながっているということを、それぞれの地域で認識してもらい、各老人クラブで会員増員へ向けた取組みを行います。また、全体（町老連）においても活動報告をおこなうなど、会員増強へ向けた取組みを行います。

4. 生活環境の整備

高齢者の社会参加とともに、高齢者ができるだけ住み慣れた地域で、安全・安心な生活ができるよう、身の回りの生活環境を整え、関連するサービスを推進していきます。

（1）あったかふれあいセンター事業

高齢者から子ども、障がいのある方など地域の誰もが気軽に集い、憩う場として、各種サービスを展開します。

平成 25 年度は、10 月 1 日錦野地区に3か所目となる「よりあい」を開所し、介護予防の拠点となる取組みを行っています。運営は、「こぶし」を社会福祉協議会に、「北郷」と「よりあい」をNPO しいのみに委託し実施しています。

導入から3年が経過し、対象エリアでの事業ニーズや事業内容、取組み状況については、一定成果が出ています。しかし、センター内での活動を主としているため、地域ニーズや困りごとへの支援、地域活動への参加など、地域へのアプローチが課題となっています。

あったかふれあいセンター こぶし

		平成 25 年度	平成 26 年度	備考
集う	実績	4,476 人	4,100 人	延べ人数
訪問	実績	112 人	350 人	延べ人数
相談	実績	5 件	25 件	件数
つなぎ (ニーズや課題を関係 機関へつなぐ)	実績	24 回	80 回	回数
生活支援	実績	1,572 人	1,000 人	延べ人数

あったかふれあいセンター 北郷

		平成 25 年度	平成 26 年度	備考
集う	実績	4,228 人	1,772 人	延べ人数
訪問	実績	218 人	150 人	延べ人数
相談	実績	18 件	10 件	件数
つなぎ (ニーズや課題を関係 機関へつなぐ)	実績	0 回	10 回	回数
生活支援	実績	892 人	400 人	延べ人数

あったかふれあいセンター よりあい

		平成 25 年度	平成 26 年度	備考
集う	実績	1,145 人	3,100 人	延べ人数
訪問	実績	61 人	350 人	延べ人数
相談	実績	13 件	36 件	件数
つなぎ (ニーズや課題を関係 機関へつなぐ)	実績	26 回	100 回	回数

生活支援	実績	139人	700人	延べ人数
------	----	------	------	------

【今後の方向性】

各センターにおいて活動目標を設定し、事業実施し、定期的に事業方針等の確認、課題整理、目標に対する進捗状況等を話し合い、年2回を目標に地域のなかで運営推進会議を行い事業を進めます。また、町内の介護事業所、保健事業と情報共有し、介護予防につながる取組みを進めます。

(2) 生きがい活動支援通所事業（デイサービス）

要支援・要介護認定を受けていない在宅の高齢者を対象に佐賀地域は通所介護事業所「鹿島ヶ浦」、大方地域は通所介護事業所「しおかぜ」に通所し、簡単な体操や趣味活動などを行い、生き生きとした時間を過ごすことで、要介護状態への進行を予防することを目的としています。

平成22年度からは、対象年齢を「おおむね65歳以上」に引き下げて実施していますが、利用者数は増加しておらず、利用促進が課題となっています。

実績値	平成24年度	平成25年度	平成26年度 (見込み)
登録者数	150人	130人	130人
延利用者数	1,154人	986人	986人

計画値	平成27年度	平成28年度	平成29年度
登録者数	150人	150人	150人
延利用者数	1,000人	1,000人	1,000人

【今後の方向性】

登録者状況は、佐賀地域・大方地域ともに減少していますが、利用者には喜ばれているサービスであるため、対象者の拡充や、事業者とともに取組み内容の見直しを行いながら事業実施していく必要があります。

(3) 軽度生活援助事業（ホームヘルパー派遣）

要支援・要介護認定を受けていない方や病気や怪我等により日常生活上の支援を必要とする方に、掃除、洗濯、調理、買い物等の家事援助を行い、自立した日常生活の継続と要支援・要介護状態への進行防止を図ることを目的に社会福祉協議会に委託してヘルパー派遣を行っています。

急な事業申請や早急なサービス提供等に柔軟な対応をおこなう必要がありますが、高齢者の在宅生活支援として一定の効果があります。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実利用者数	3 人	1 人	1 人
延利用時間	24 時間	16 時間	16 時間

【今後の方向性】

昨年は、実利用者が1名（怪我による利用）であったが、要介護認定を受けることなく必要期間、必要時間でサービス利用につながったことから、今後も必要に応じ、サービスを利用できるよう取組みを進めていきます。

(4) 日常生活の安全対策（自動消火器、緊急通報装置等の設置）

ひとり暮らしの高齢者世帯等を対象に、在宅で安全な生活が送れ、急病等の緊急時に適切な対応をするため電話回線を利用した「緊急通報装置」の設置および火の消し忘れによる火災を防ぐため「自動消火装置」の設置を民生・児童委員と連携し実施しています。

緊急通報装置については、通報ボタンの押し間違いによる誤報が多く、その都度協力者や町職員が通報者の安否確認をしています。また 24 時間の緊急体制が必要なため、

今後は新しいシステムの構築や緊急時の対応が課題となっています。

実績値		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
自動消火器	設置件数	12 件	14 件	9 件
	設置済数	132 件	144 件	153 件
緊急通報装置	設置件数	33 件	30 件	31 件
	設置済数	228 件	244 件	262 件

計画値		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
自動消火器	設置件数	10 件	10 件	10 件
	設置済数	140 件	140 件	140 件
緊急通報装置	設置件数	30 件	30 件	30 件
	設置済数	250 件	250 件	250 件

※取替え・撤去も勘案しております。

【今後の方向性】

毎年 30 件前後の設置希望があり、近年は協力者の登録先として遠方にいる親族の携帯が多くなっていることから、支援方法についての見直しを検討し、今後の取組みにつなぐ必要があります。

(5) 移送サービス

在宅の高齢者が外出するための移動手段を確保し、生活支援、社会参加の促進を図ります。

移送サービスの主体は、公共交通機関であるバス及び鉄道となっていますが、利用者減少によりバス・鉄道ともに運行本数が減少している状況を受け、「黒潮町地域公共交通総合連携計画」を平成 21 年度に策定し、これまでの公共交通空白地域にバスの運行をおこなう等、移動手段の確保に努めてきました。

平成 25年度は大井川線で北郷加持エリアデマンドバスの実証運行を行っています。デマンドバス（※5）は、利用したい便を電話予約することで自宅の近くで乗降することができ、入野駅周辺の目的地近くまで運行をするため、雨の日や買い物をするときなどはとても便利なものとなっています。

【今後の方向性】

各関係機関で取り組み内容を協議中

（6）見守りネットワーク（配食サービス）

社会福祉協議会への委託により、高齢者宅を訪問する配食サービスを活用して高齢者の見守りを行っています。食生活の改善が必要な高齢者の見守り活動を兼ねておこなう配食サービスは、毎週水曜日に実施しています。

民生・児童委員、ボランティアなどの協力を得ながら実施しているため、ボランティア活動の面からも有効な事業となっていますが、佐賀地域において利用者が増加したことにより配食ボランティアの確保が課題となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値（述べ）	3,715 食	4,000 食	4,100 食
計画値	4,990 食	4,990 食	4,990 食
計画対比	74.4%	80.2%	82.2%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	4,200 食	4,200 食	4,200 食

【今後の方向性】

利用者台帳を整理し、ニーズを洗い出す（高齢者等の低栄養防止目的）と同時に、社会福祉協議会を通じてボランティアの確保にも努めていく必要があります。

※5 デマンドバス：定まった路線を走るのではなく、利用者の呼出しに応じて適宜ルートを変えて運行されるバス。

(7) 家族介護支援特別事業

要介護 4 または 5 の方で町民税非課税世帯の在宅高齢者を介護している家族に対し、介護用品（紙おむつ、尿取りパット等）を支給し家族の負担軽減を図っています。

平成 24 年度から支給要件について、「入所があった月は支給しない」から「在宅で介護した日数が 5 割未満の月は支給できない」と支給要件を緩和しました。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値（述べ）	127 人	117 人	130 人
計画値	145 人	150 人	155 人
計画対比	87.6%	78.0%	83.9%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	150 人	150 人	150 人

【今後の方向性】

他市町村では、クーポン券を配布しているところもあるので、参考にしながらより介護者に寄り添った内容にしていくことを検討していきます。

(8) 在宅介護手当

在宅介護手当は、寝たきりや認知症等の高齢者で介護を必要とする方、または要介護 4・5 の方を 1 か月の半数以上在宅で介護している方に、家族介護支援として月額 1 万円を 6 か月に 1 回支給するものです。

介護サービスの利用が少なく在宅での介護が多い方について、特にその介護の労をねぎらうために、平成 25 年度から「福祉用具購入費及び住宅改修費を除く介護給付費の総額が 10 万円未満の月については 1 万円を増額する」と改正しました。制度の周知につい

て、新規要介護 4・5の方へは通知や広報誌により周知を行っています。

実績値	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実利用人数	57 人	59 人	52 人
給付額	7,610,000 円	6,470,000 円	6,250,000 円

計画値	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
利用人数見込	50 人	50 人	50 人
給付額見込	6,300,000 円	6,300,000 円	6,300,000 円

【今後の方向性】

福祉用具購入費及び住宅改修費を除く介護給付費の総額が10万円未満の月については1万円を増額する」と改正したことによる効果の検証を行いながら、介護者の労をねぎらうため事業を継続していきます。

(9) 成年後見制度利用支援事業

認知症高齢者等の自分で十分判断のできない方の財産管理や介護サービス契約等について、後見人等の援助を受けられるよう、本人に代わって町が家庭裁判所に後見人等選任のため、申立ての手続きを支援する際に、費用を負担することが困難と認められる人に対し、審判の請求に係る費用及び後見人への報酬の助成を行っています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値 (述べ)	0 人	0 人	0 人

【今後の方向性】

少子高齢化およびそれにもなう要介護（支援）高齢者や認知症高齢者の増加、加えて単独および高齢者のみの世帯の増加が予測されるなか、成年後見制度の普及、活用への取組みを行っていきます。

（10）権利擁護事業

高齢者の虐待防止や成年後見制度など権利擁護を目的とするサービスや制度を活用して、安心して生活できるよう、必要な支援を行います。

虐待への対応としては、関係機関と連携のうえサービスの利用につなげたり家族への支援を行っています。虐待に限らず、社会福祉協議会と連携し、地域福祉権利擁護事業（高知県社会福祉協議会）の利用へつなげることで、認知症高齢者等の日常生活上の金銭管理や福祉サービスの利用援助及び各種申請手続を社会福祉協議会の生活支援員が実施しています。

消費者行政の取り組みとして、産業推進室との連携を図り消費者被害情報の周知等を行い、被害の防止に努めています。また、各種研修会へ参加し担当職員のスキルアップを図り、相談窓口としての機能の充実を図っています。

【今後の方向性】

引き続き、研修会の開催や啓発パンフレット等による住民への周知を図るとともに、各関係機関と連携しながら高齢者虐待防止に向けて取り組みを進めていきます。

また、社会福祉協議会等との連携を強化し、高齢者の権利擁護に努めていきます。

消費者行政についても関係機関との連携を図り、情報収集や情報提供を行うことで被害の未然防止に努め、被害にあった場合の相談窓口の周知を図るとともに、警察や消費者生活センターにつなぐ等の対応を行っていきます。

5. 認知症高齢者支援の推進

今後の急速な高齢化に伴い、認知症の人はさらに増加していくことが見込まれています。このような中、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう本人やその家族への一層の支援を図ります。

「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指します。この実現のため、保健医療および福祉に関する専門的知識を有する経験者等による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援、その他の総合的な支援を行います。

国では、『認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）』を平成27年1月に策定し、認知症高齢者支援の充実を図ることとしていますが、本計画と密接に関係して行くことから、町では新オレンジプランとの連携を図りながら認知症高齢者の支援の充実に努めていきます。

（1）認知症ケアパスの作成・普及

認知症高齢者やそのご家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どの様な医療や介護サービスを受ければよいか理解できるように、標準的な認知症ケアパス（※6）を平成28年度中に作成し、普及することに努めます。

（2）早期診断・早期対応

かかりつけ医、認知症サポート医、物忘れの相談ができる医師等と連携し、認知症の早期発見や早期診断ができ、早期支援につながる体制づくりに努めます。

認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症のアセスメントや家族の支援などおこなう

※6 認知症ケアパス：認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ。

認知症初期集中支援チーム（※7）の体制づくりに努めます。

（3）認知症相談体制の整備

地域包括支援センターをはじめ各種認知症相談窓口の充実を図ります。

認知症地域支援推進員（※8）を配置し、医療機関や介護サービス事業所等の関係機関等の連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

（4）地域での支援の強化

認知症の方への日頃の見守りや困りごとの支援等をおこなえるような地域見守りシステム体制の構築に努めていきます。

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けをする認知症サポーターを地域住民、民生委員等の地域リーダー、学校関係者、日常生活に係るさまざまな企業・団体を対象として積極的に養成していきます。

<参考> 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

基本目標 3. 高齢者を見守り、支え合うシステムづくり

1. 地域包括ケアシステムの構築

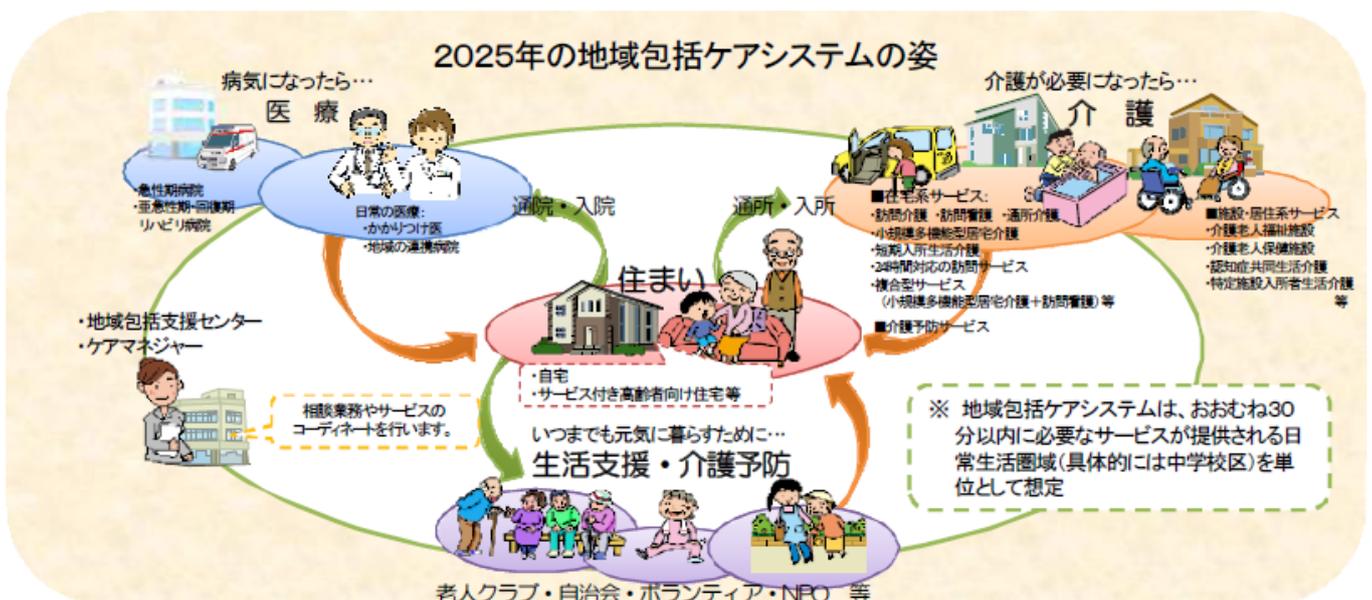
地域包括ケアシステムは、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスと、生活の基本としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えていくシステムです。

地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、身体的能力やライフスタイルに応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築に努めます。

団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を目途に、医療と介護の連携により、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等さまざまな局面で連携を図ることのできる体制を整備していきます。

介護給付等対象サービスについては、地域における継続的な支援体制の整備をはかり、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者の増加等をふまえたサービスの提供を進めていきます。

高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチによって介護予防を推進していきます。



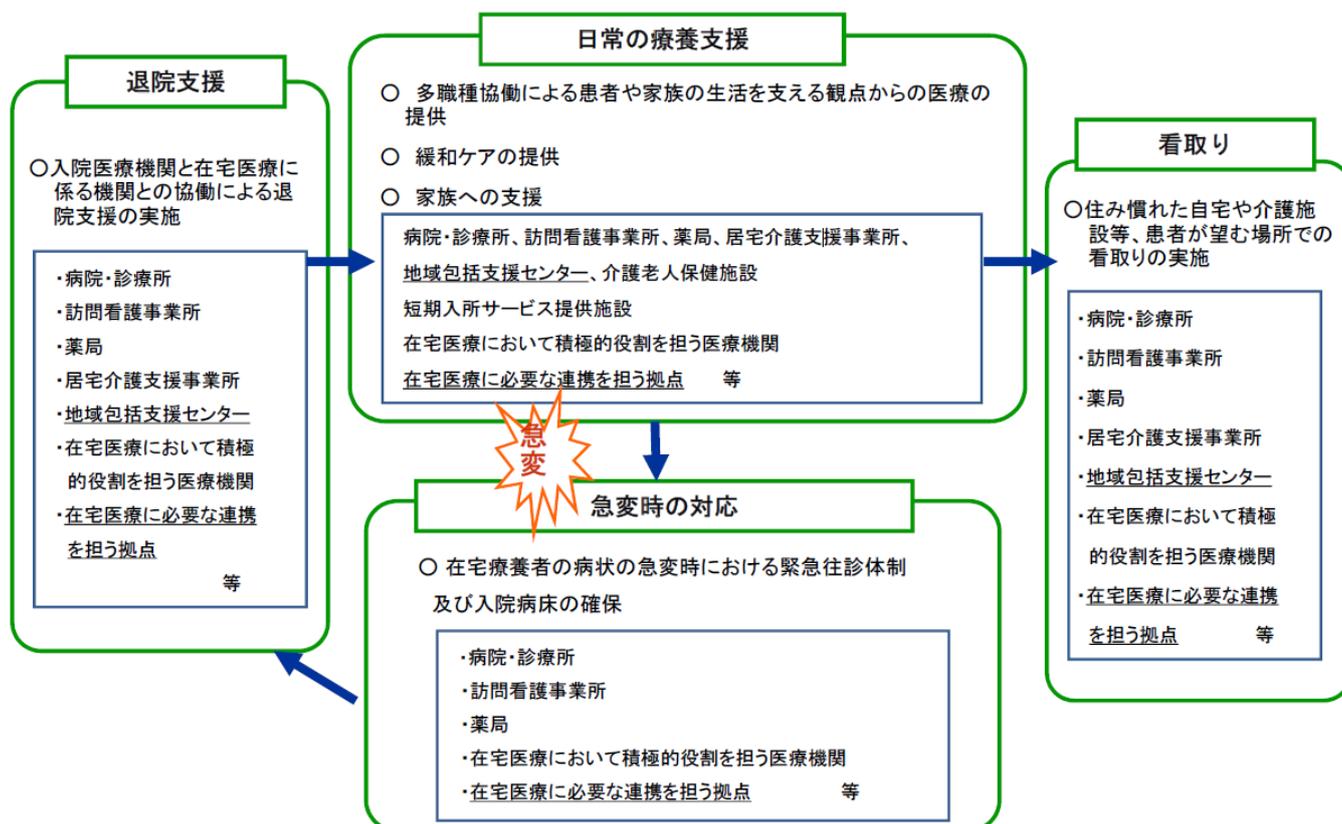
2. 在宅医療と介護の連携

今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加し、特に、単身高齢者、認知症高齢者が増加していくことが見込まれており、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携がますます重要となります。在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要です。

在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等さまざまな局面で求められます。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、重度な高齢者に対しては自宅での看取りも視野に入れつつ、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化を図っていきます。そのなかで、介護支援専門員や介護支援専門員を支援する機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きく、医療面での対応強化や認知症高齢者への対応強化など体制の充実が求められるとともに、在宅医療に関する拠点機能との連携の強化が必要となります。

在宅医療と介護を一体的に提供できる体制整備を図るために、地域の医師会等と連携しつつ、都道府県の支援のもと、町が積極的に関与して地域包括ケアシステムの早期実現に努めます。

在宅医療の体制



3. 住まいの確保策

住まいの提供と住まいでの生活支援サービスは保健・医療・介護サービスの前提となるものです。

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、住まいやまちづくりにおいて安全・快適さを確保することが必要です。

(1) 住宅改造支援事業

要介護認定を受けた方、または身体に障がいがある方などが、在宅での生活が可能となるよう、対象額 100 万円を限度として 3 分の 2 を助成します。

補助金の関係から、申請から改修をおこなうまで時間がかかるので、完成まで申請者は不便な状態で在宅生活を強いられることが課題となっています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込)
実績値	2 人	3 人	1 人
計画値	3 人	3 人	5 人
計画対比	66.7%	100.0%	33.3%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	5 人	5 人	5 人

【今後の方向性】

町での事務処理時間の短縮に向けて、ケアマネや住宅改修業者と協力して取り組んでいきます。

(2) 住宅改修支援事業

介護保険の住宅改修に関する相談、広報やパンフレットによる情報提供、住宅改修費に関する助言を行っています。

また、住宅改修費の支給申請に係る理由書を居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した場合の経費を助成しています。

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度 (見込み)
実績値	5 件	7 件	5 件
計画値	10 件	10 件	10 件
計画対比	50.0%	70.0%	50.0%

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
計画値	10 件	10 件	10 件

【今後の方向性】

申請された改修が適切であったかどうか、介護給付費の適正化のためにも今後検証していきます。

4. 地域ケア会議

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためには、医療との連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムの構築が必要であり、地域ケア会議はその実現のための重要役割を担います。

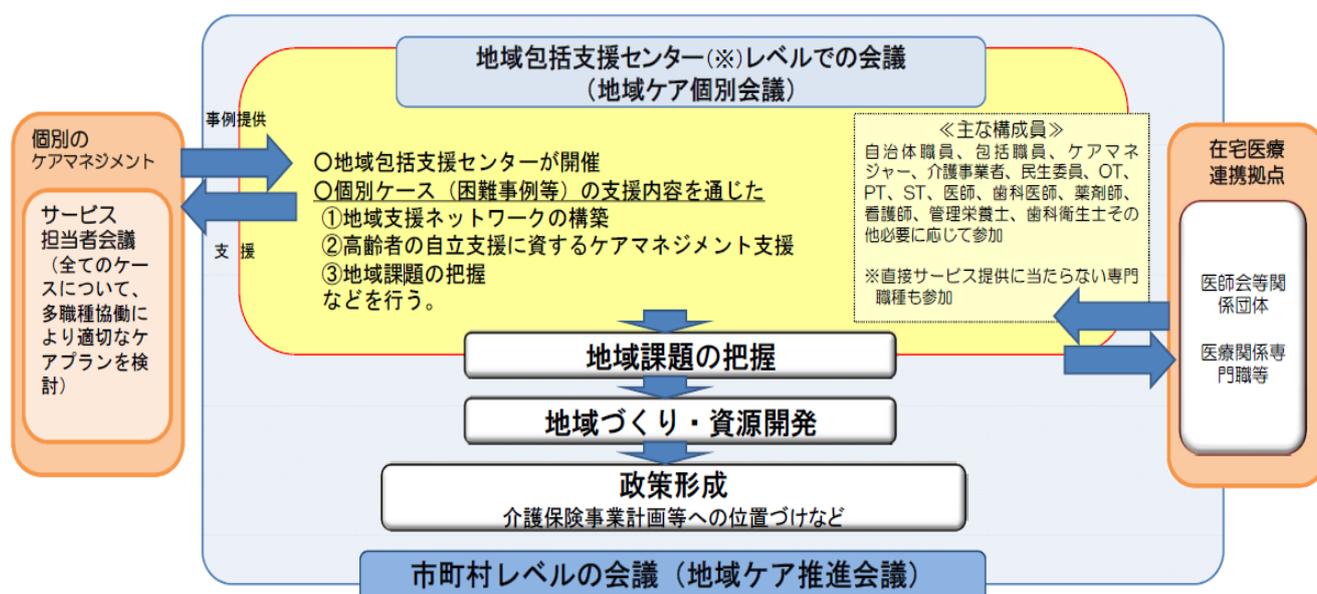
地域ケア会議は多職種により個別事例の検討を行います。それを積み重ねることを通じて、

- ・ 高齢者の課題解決の支援と介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上
- ・ 高齢者の実態把握や課題解決を図ることを可能とする地域の関係機関等の相互の連携による地域包括支援ネットワークの構築
- ・ 個別の課題を解決するなかで浮かび上がってくる地域の資源不足やサービス量の課題などについて、地域で必要な取組みを明確化し、それを政策へ反映させること

などの効果が期待できます。

個別事例の検討にあたっては、介護支援専門員の協力を得ることや、守秘義務の取り扱いなど、円滑な検討のための環境を整えていきます。

町では、個別事例の検討によって明らかになった地域課題の解決に向けて、政策形成につなげていきます。個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、圏域単位での地域包括支援センターで開催し、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は町で開催していきます。



※OT：作業療法士 (occupational therapist)。障害者の身体運動機能や精神心理機能の改善を目指す治療 (作業療法) を行う専門職。
 PT：理学療法士 (Physical Therapist)。ケガや病気などで身体に障害のある人や障害が残る可能性のある人に対して、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職。
 ST：言語聴覚士 (Speech-Language-Hearing Therapist)。ことばによるコミュニケーションに問題がある方に、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行う専門職。

5. ケアマネジメント

自立支援のためのケアマネジメント（※9）を推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくなかで、多職種協働や医療との連携を推進していくことが重要になります。

そのため、介護支援専門員自身の資質向上と自立支援に資するケアマネジメントのための環境整備を図ることにより、ケアマネジメントの機能強化を図っていきます。

■ケアマネジメントの質の向上

アセスメント（※10）やモニタリング（※11）が十分でないといった課題や、サービス担当者会議での多職種協働が十分に機能していないといった課題に対応するため、介護支援専門員の資質向上をはかり、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

■保険者機能の強化

介護支援専門員の資質向上に向けた取組みが効果的なものとなるよう、保険者である町による支援体制を充実していくなど、自立支援のためのケアマネジメントが実現できるような環境を整えます。

■医療との連携の促進

医療関係職種との連携が十分でないといった課題があることから、医療との連携に必要な知識を習得する機会の充実や医療関係職種と連携しやすい環境整備などにより、医療との連携を促進していきます。

■介護保険施設の介護支援専門員

施設においても、多職種協働によるケアマネジメントを進めていくため、施設においてその役割を担う者について、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

※9 ケアマネジメント：介護の必要な高齢者に適切な介護計画を立て、それに従って十分なサービスを提供すること。

※10 アセスメント：利用者に関する情報を収集・分析し、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握すること。

※11 モニタリング：ケアプランに照らして状況把握を行い、決められたサービスや支援が提供されているかどうかを観察、監視すること。

6. 地域包括支援センターの充実

高齢者が住み慣れた地域で尊厳のあるその人らしい生活を継続できるよう日常生活圏域毎の地域包括支援センターを中心として、高齢者の実態把握に努めながら、介護予防ケアマネジメント、高齢者に対する総合的な相談・支援、権利擁護ならびにケアマネジャーに対する指導・助言等をおこなう包括的・継続的ケアマネジメント支援を推進します。

(1) 地域包括支援センターによる支援体制

地域包括支援センターは、各地域において地域支援事業のうちの包括的支援事業を一体的に実施する役割を担います。

第6期においても、地域包括支援センターを地域包括ケアの核として位置づけ、高齢者福祉と介護の中軸を担っていくものとします。

(2) 地域包括支援センターの適切な運営

地域包括支援センターの設置および運営に関しては、中立性・公平性の確保や人材確保支援等の観点から、「地域包括支援センター運営協議会」が関与します。

運営協議会は、介護保険の被保険者、介護サービスの利用者、介護サービスの事業者および地域における保健・医療・福祉関係者等から構成されており、地域包括支援センターの設置、運営、職員の確保等について協議を行います。

なお、町は地域包括支援センター設置の責任主体として、地域の実情をふまえ、運営協議会の議を経て、適切に関与していきます。

基本目標4. 住み慣れた地域で暮らすための介護サービスの充実

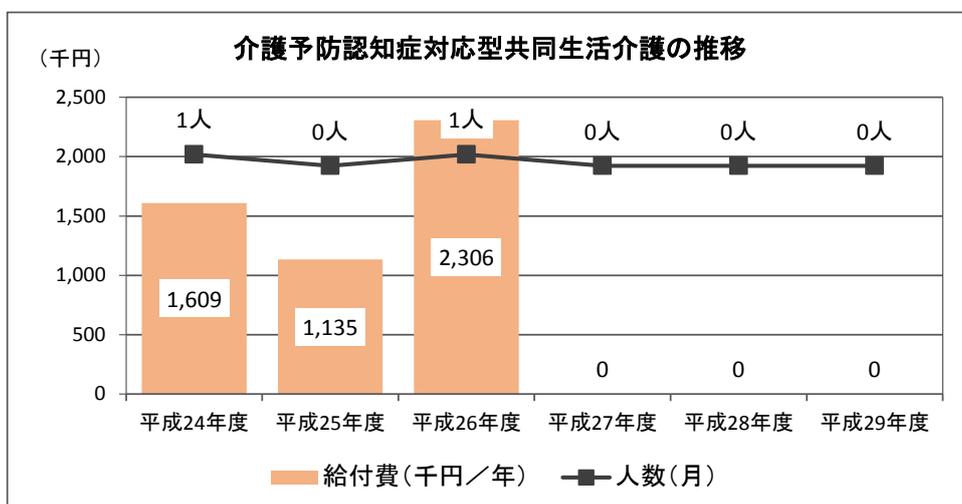
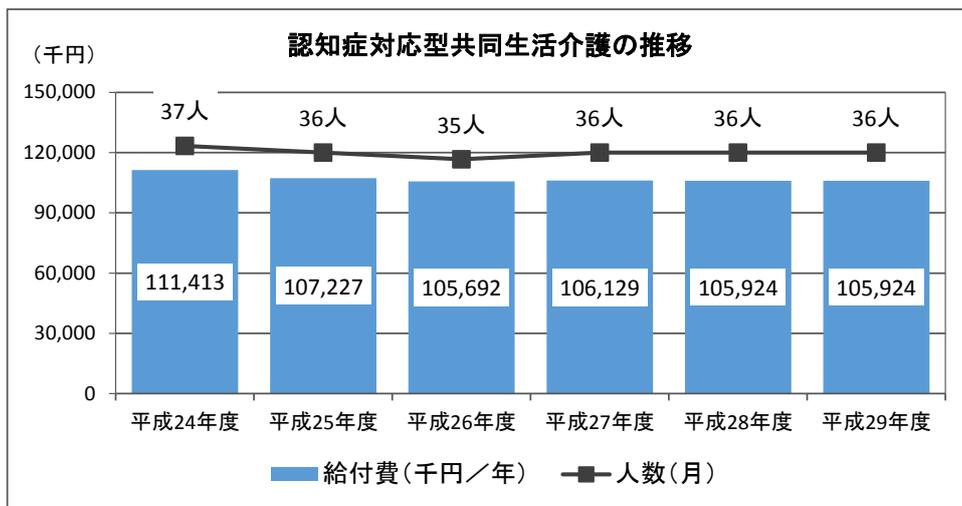
1. 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、基本的に黒潮町民のみが利用できるもので、認知症高齢者をはじめ要介護者等の地域での生活を支援するサービスです。黒潮町が事業者の指定および指導・監督を行います。

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症の状態にある高齢者が共同生活住居において、入浴・排せつ・食事等の介護、その他日常生活上の支援や機能訓練をおこなうことにより、能力に応じ、自立した日常生活を営むことができることを目指すものです。

町内の認知症対応型共同生活介護は4事業所となっています。各事業所では2か月に1回、地域代表者や家族代表者を交えて運営推進会議を開催し、意見交流などを行っています。



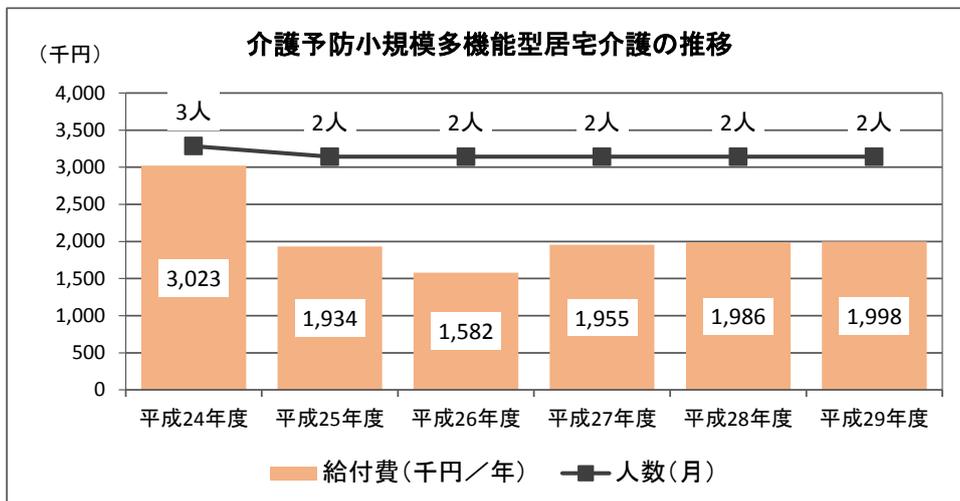
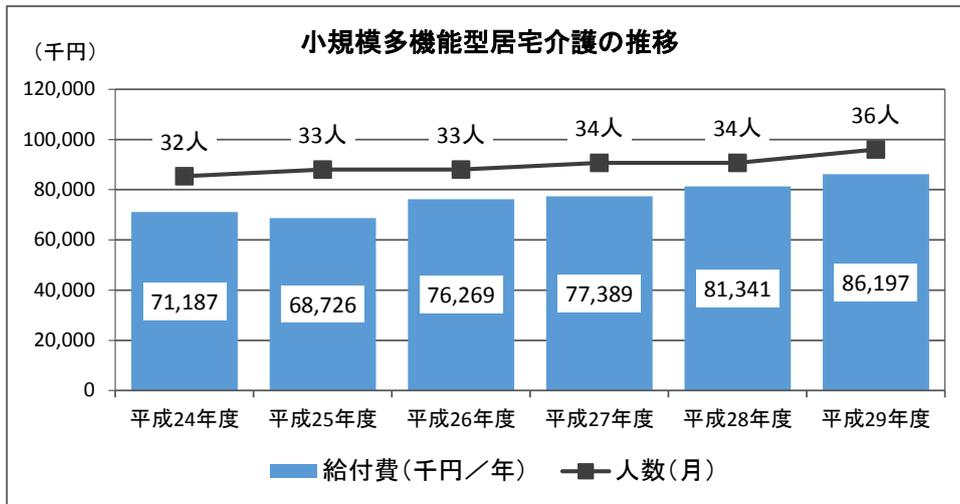
【今後の方向性】

第6期中の新規施設の整備予定はありません。運営委推進会議をとおして、実態を把握し、地域に根ざした開かれた事業所運営が引き続き行えるように連携をはかり、協力していきます。

(2) 小規模多機能型居宅介護／介護予防小規模多機能型居宅介護

「通い」(デイサービス)を基本に、必要に応じて随時、「訪問」(ホームヘルプサービス)や「泊まり」(ショートステイ)を組み合わせ、身近な地域で「なじみの」介護職員による多様な介護が受けられるサービスです。

町内に2事業所あり、小規模多機能型居宅介護の利用者はほぼ横ばいの状況となっています。2か月に1回地域代表者や家族代表者を交えて運営推進会議を開催し、意見交流などを行っています。



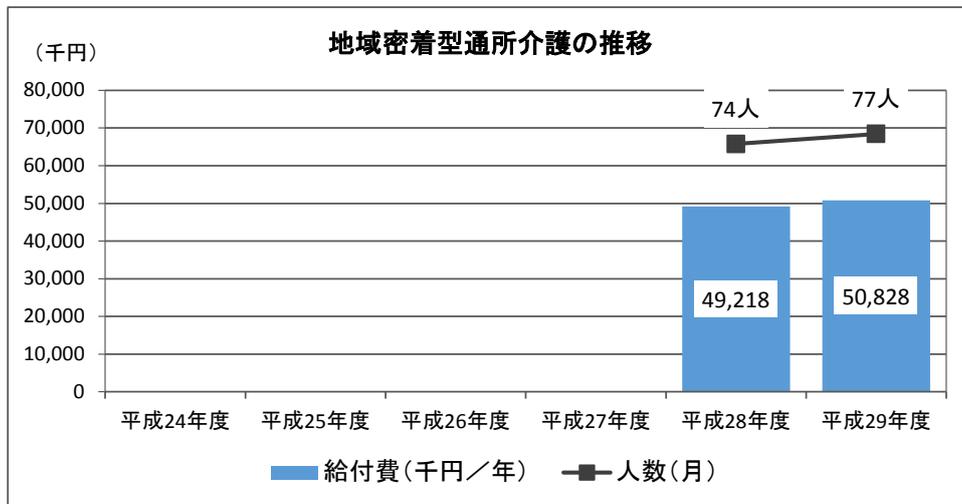
【今後の方向性】

第6期中の新規施設の整備予定はありません。「通い」を中心として時に「訪問」や「泊まり」を組み合わせという小規模の特徴を生かしていきます。また、小規模多機能型居宅介護サービスの知名度が低いため、広報にも注力していきます。

(3) 地域密着型通所介護／介護予防地域密着型通所介護

小規模な通所介護事業所（利用定員 18 名以下）については、少人数で生活圏域に密着したサービスであり、地域包括ケアシステムの構築を図る観点から整合性のあるサービス基盤の整備をおこなう必要があるため、町が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけられました。

地域密着型サービス等へ移行する時期については、平成 28 年4月に施行することとし、条例制定についても施行から1年間の経過措置があります。



【今後の方向性】

地域密着型サービスへの円滑な移行を進めていきます。

(4) 夜間対応型訪問介護

夜間の定期的な巡回訪問により、又は通報を受けて、要介護者の居宅へ訪問し、排せつ等の介護その他日常生活上の支援を行うサービスです。

(5) 認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護

デイサービスセンター等において認知症高齢者を対象として認知症予防のための訓練や、その他の日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。

(6) 地域密着型特定施設入居者生活介護

入居者が要介護者とその配偶者に限定される定員 29 人以下の有料老人ホーム等に入所している要介護者に対して、施設が提供するサービスの内容などを定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活での支援、機能訓練、療養上の支援を行うものです。

(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員が 29 名以下の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している要介護者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援を行うものです。

(8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

訪問介護と訪問看護の両サービスを 24 時間体制で提供するサービスです。具体的には、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回を実施すると同時に、利用者からの要望に応じたサービスも行われます。サービス提供体制については、1 事業所に訪問介護と訪問看護を併設する方式でも、訪問介護事業所と訪問看護事業所が緊密に連携を取り合いながら提供する方式でもよいとされています。

(9) 複合型サービス

訪問看護と小規模多機能型居宅介護の両サービスを同一の事業所で提供するサービスです。

上記の(4)～(9)のサービスについては、本計画期間での実施予定はありませんが、2025（平成 37）年を見据えて検討を行っていきます。

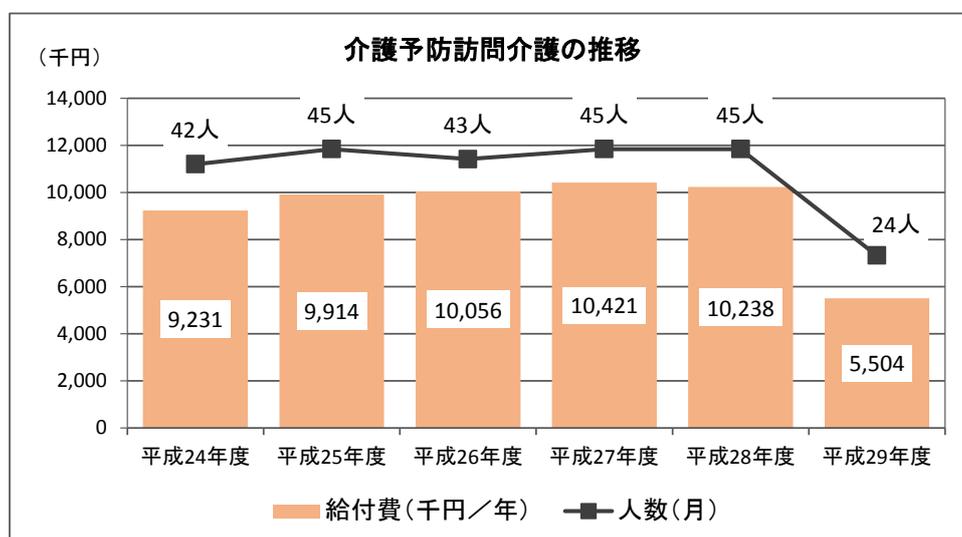
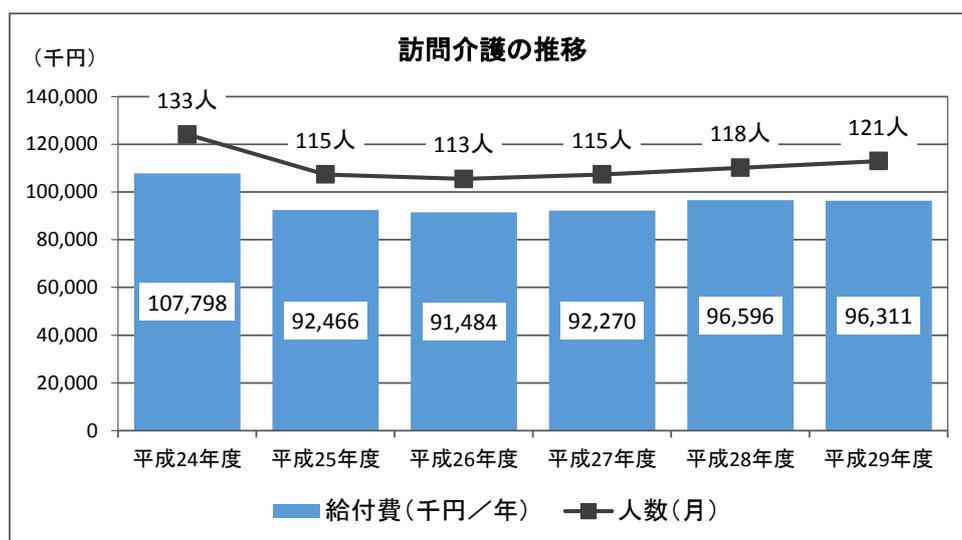
2. 居宅サービス

健康寿命の延伸に寄与できるよう、町民が介護予防に取り組める環境を整備していきます。また、居宅サービスの適切な提供と質の向上に努めます。

(1) 訪問介護／介護予防訪問介護

訪問介護は、介護福祉士や訪問介護員（ホームヘルパー）等が要介護・要支援者の自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等、必要な日常生活上の支援をおこなうサービスです。

町内は2事業所あり主に町内の事業所と近隣市町の事業所を利用しています。利用者数は減少傾向にあります。在宅での介護を希望する方は今後も見込まれることから、減少が続くことを見込んではいません。また、第6期中に介護予防訪問介護は地域支援事業へ移行することを踏まえた推計となっています。



【今後の方向性】

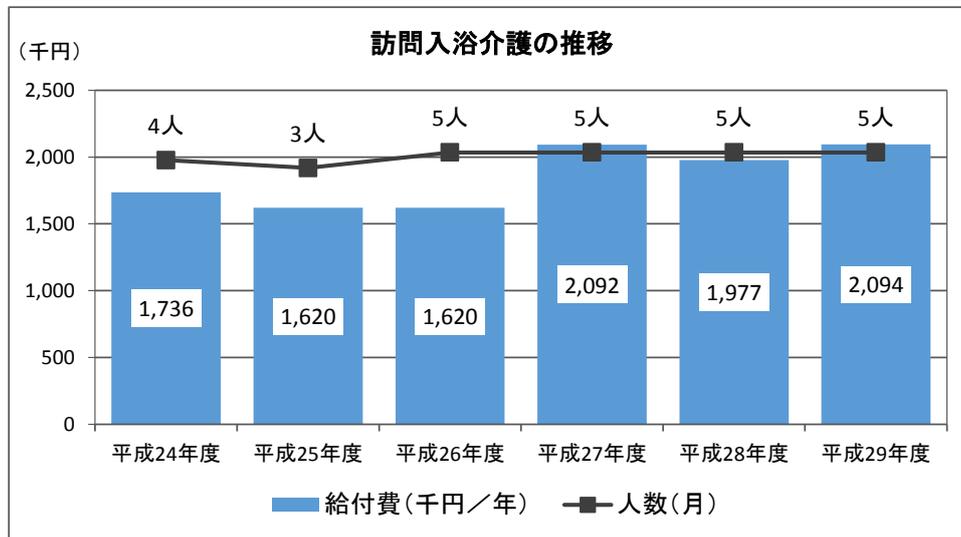
介護予防訪問介護の地域支援事業への円滑な移行を進め、サービスの質が低下しないよう事業所と協力し、サービスを提供していきます。

(2) 訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

要介護・要支援者の自宅を入浴車等で訪問し、浴槽を家庭に持ち込んで入浴の介護を行い、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るサービスです。自宅の浴槽では入浴することが困難な比較的重度な要介護の方が、在宅においてできるだけ自立した生活を送るうえで重要な役割を果たしています。

町内にある1つの事業所で主に要介護3～5の方が利用しています。平成26年度に利用者が数人増加したものの、訪問介護や通所介護を利用する方が多いことから、利用者の伸びはないと推計します。

介護予防訪問入浴介護は過去に利用実績はないため、見込みません。



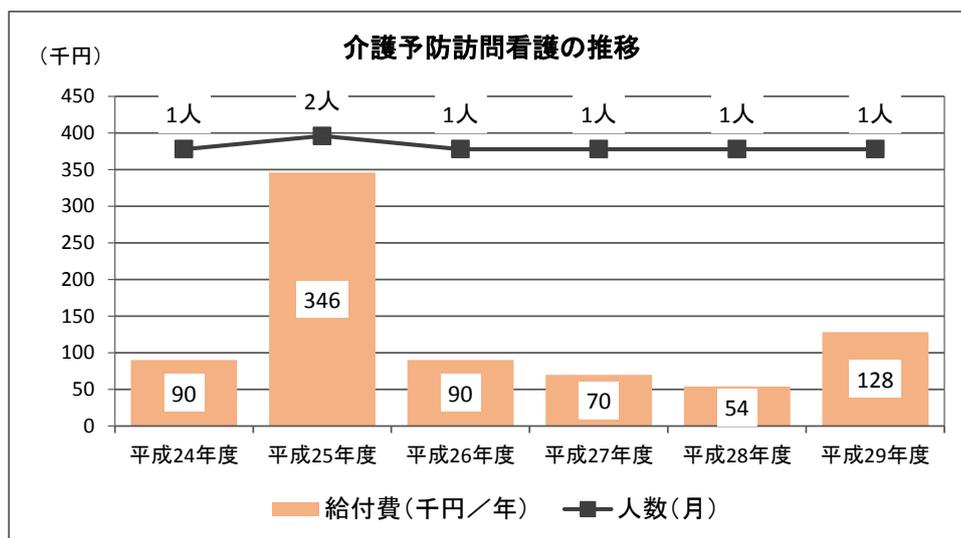
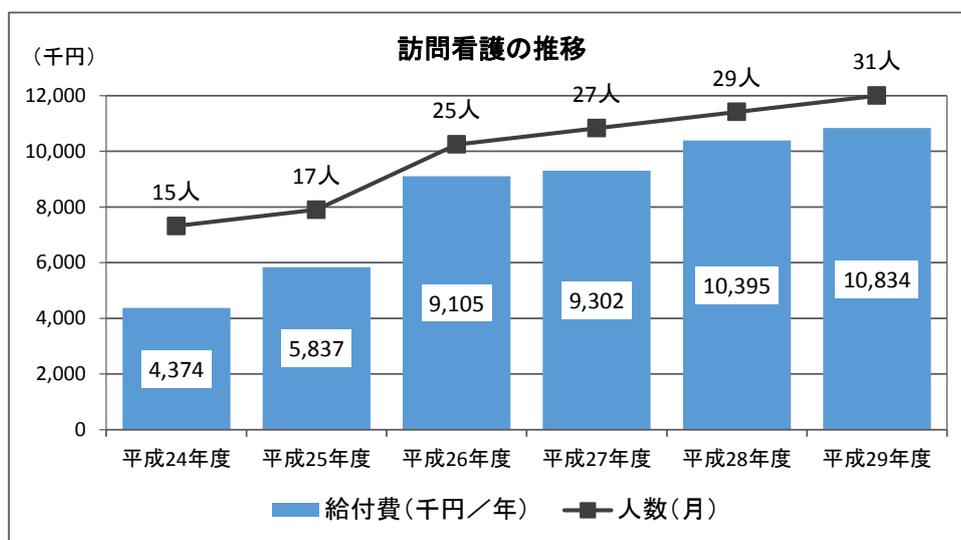
【今後の方向性】

現状維持。

(3) 訪問看護／介護予防訪問看護

主治医の判断にもとづき、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が、要介護・要支援者の自宅を訪問して、療養上の支援や必要な診療の補助をおこなうサービスです。町内に事業所がなく近隣市町の事業所を利用しています。在宅で療養しながら生活を継続するために必要なサービスとして利用を見込んでいます。

平成 24 年度より、給付・人数とも認定者数の増加とともに増えていますが、平成 27 年以降は認定者数はほぼ横ばいになるという推計に基づき、第 6 期中の給付・人数ともに大幅な増加は見込んでおりません。



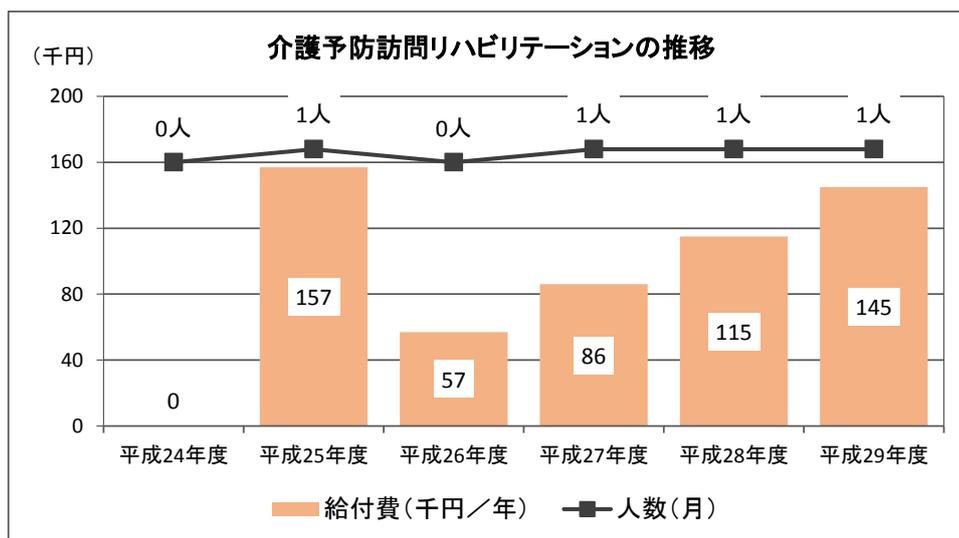
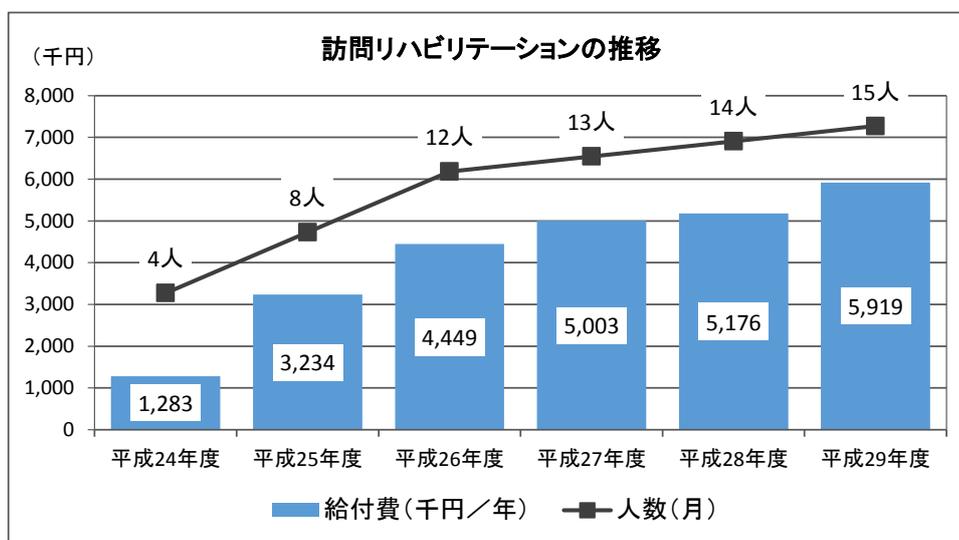
【今後の方向性】

町内に事業所がないことから、広域的な介護と医療の連携を推進していきます。

(4) 訪問リハビリテーション／介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づき、病院・診療所の理学療法士・作業療法士等が、要介護・要支援者の自宅を訪問して、心身の機能の維持・回復をはかり、日常生活の自立を助けるため、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションをおこなうサービスです。

町内には事業所がなく、近隣市町の事業所を利用しています。認定者数の増加に伴い、給付・人数ともに平成24年度から大幅に増加しております。平成27年以降は認定者数はほぼ横ばいになるという推計に基づき、第6期中の給付・人数ともに大幅な増加は見込んでおりません。



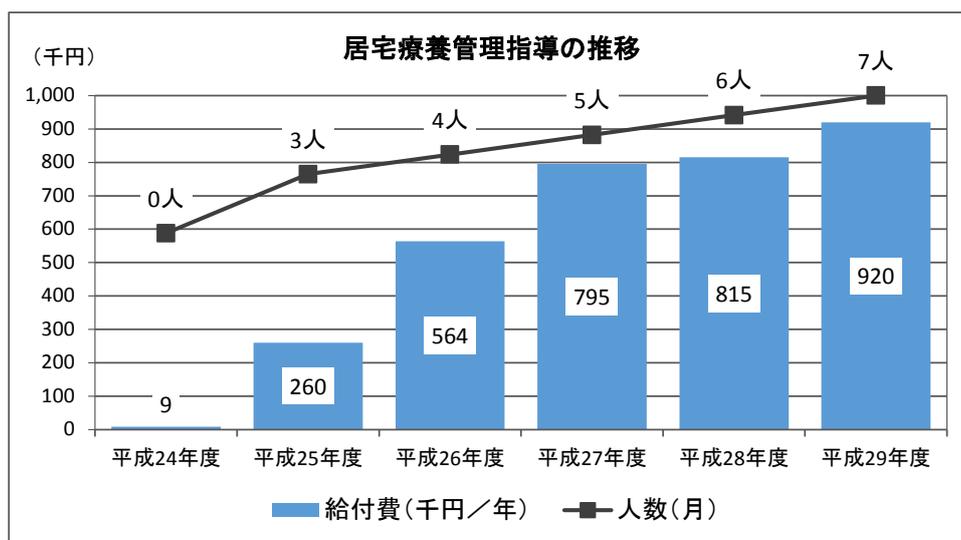
【今後の方向性】

町内に事業所がないことから、広域的な介護と医療の連携を推進していきます。

(5) 居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導

病院や診療所等の医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが定期的な療養上の管理・指導をおこなうサービスです。

在宅生活継続のために必要なサービスですが、平成24年度の利用者は1人でしたが、平成25年度以降利用者が伸びましたので、それを見込んだ給付・人数となっております。



【今後の方向性】

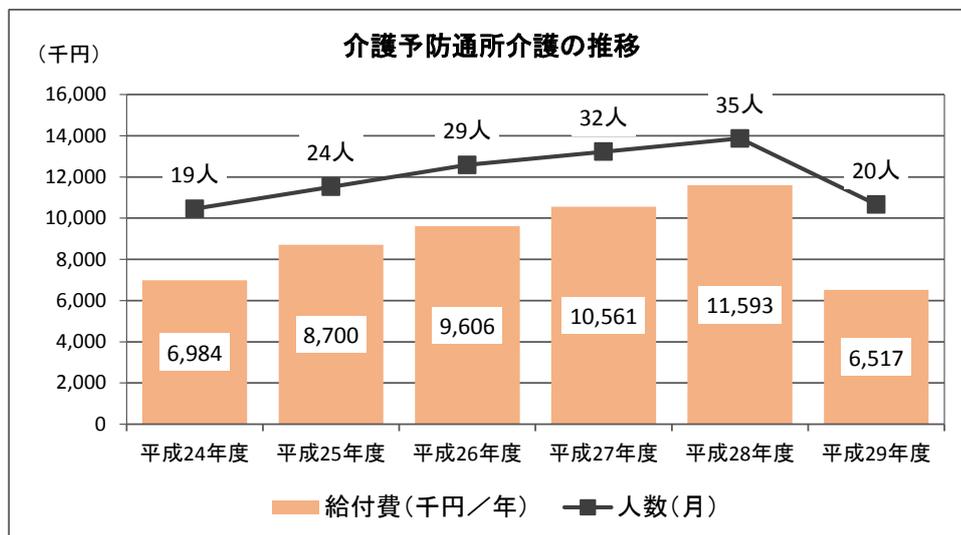
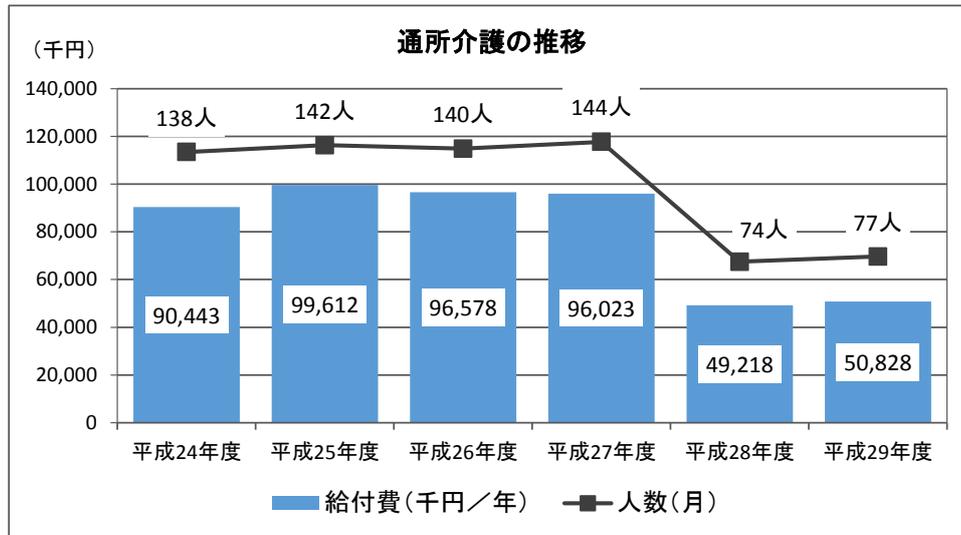
現状維持。

(6) 通所介護／介護予防通所介護

デイサービスセンター等へ、在宅の要介護・要支援者に通ってきてもらい（送迎し）、入浴・食事の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の支援と機能訓練を提供するサービスです。

主に町内の4事業所を利用しています。

また、第6期中に介護予防通所介護は地域支援事業へ移行することと、小規模な通所介護事業所が地域密着型サービスへ移行することを踏まえた推計となっております。



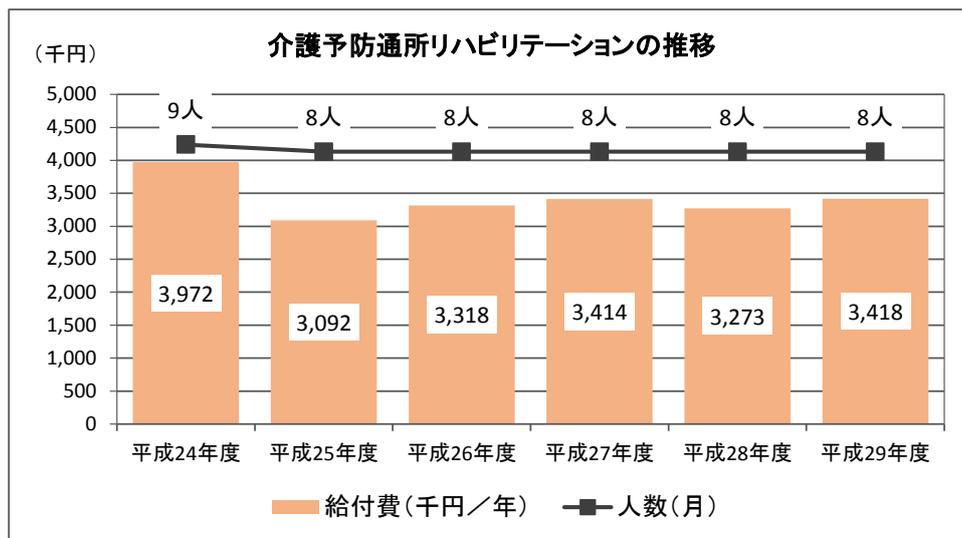
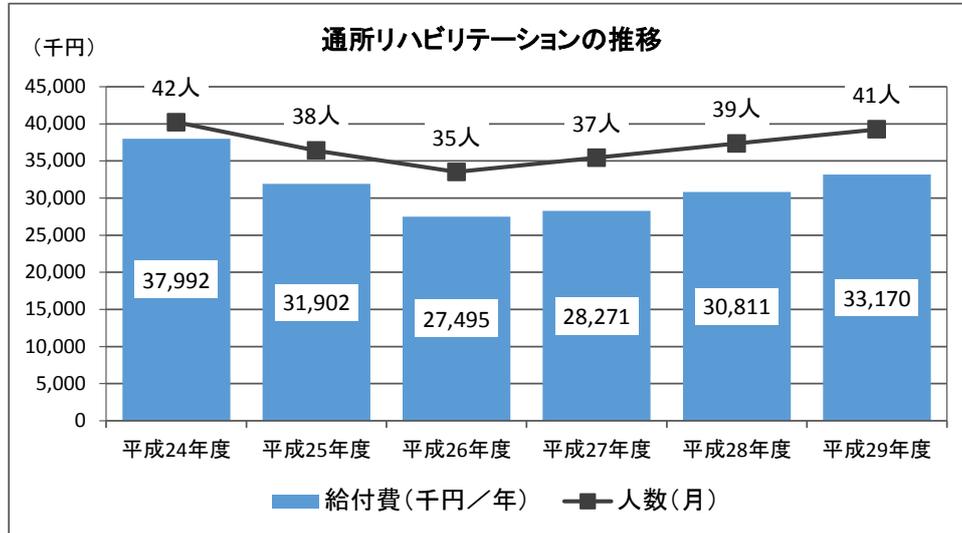
【今後の方向性】

介護予防通所介護の地域支援事業への移行及び小規模事業所の地域密着型サービスへの移行を円滑に進めていきます。

(7) 通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション

介護老人保健施設や病院・診療所が、在宅の要介護・要支援者に通ってきてもらい(送迎)、心身の機能の維持回復をはかり、日常生活の自立を助けるための、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを提供するサービスです。

町内に事業所はなく近隣市町の事業所を利用しています。平成 24 年度以降、利用者の減少が見られますが、退院直後や介護重度化防止のために一定の利用者を見込みます。



【今後の方向性】

町内に事業所がないことから、広域的な介護と医療の連携を推進していきます。

(8) 短期入所生活介護／介護予防短期入所生活介護

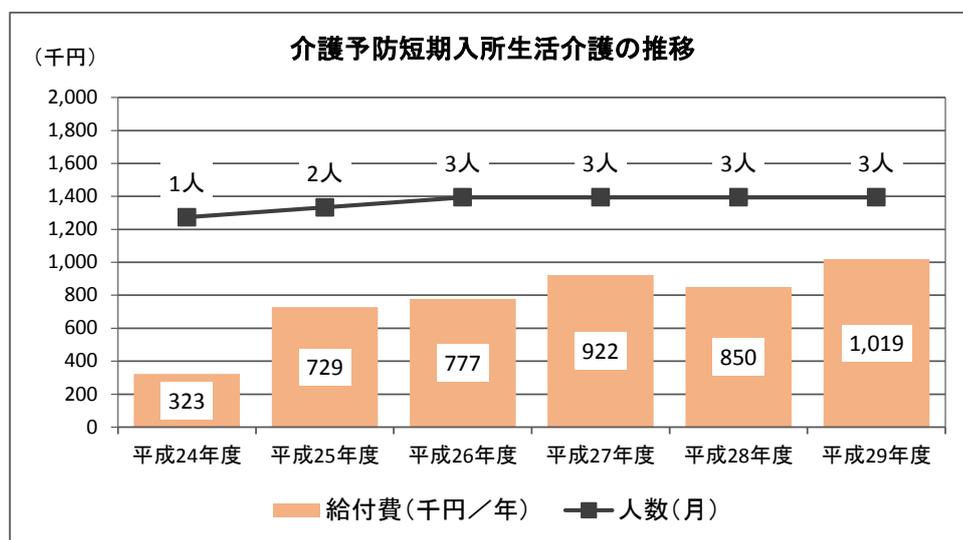
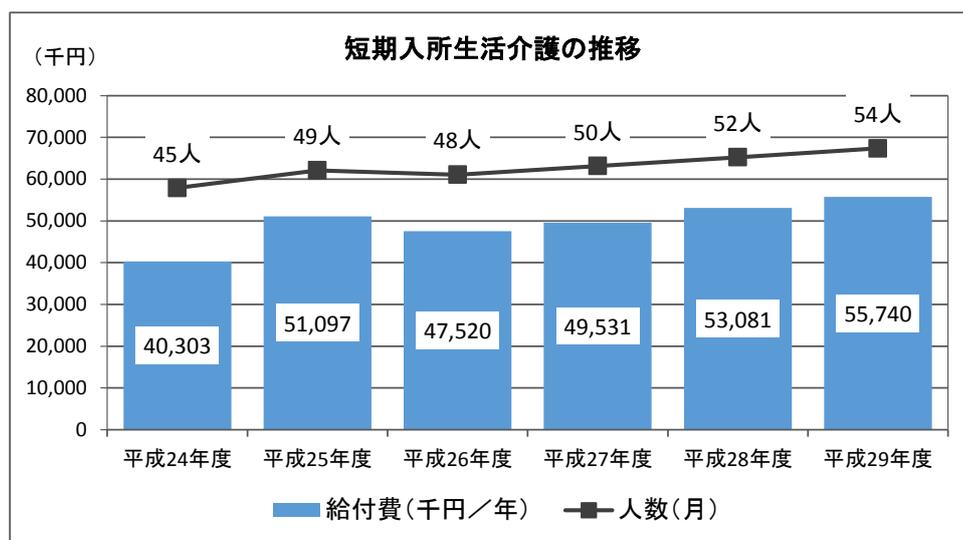
在宅の要介護・要支援者を介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等に短期間入所して、入浴・排せつ・食事等の介護等日常生活等の支援や機能訓練をおこなうサービスで

す。

主に町内の2事業所を利用しています。要介護者を介護する家族にとっては介護負担の軽減効果もあります。

町内の1事業所が平成25年度から10床増床し、給付・人数とも増加すると見込んでいましたが、それほどの増加はありませんでした。原因としては、介護職員の不足にあると思われます。

第6期中は一定量を見込んでいますが、大幅な増加はないと見込んでいます。



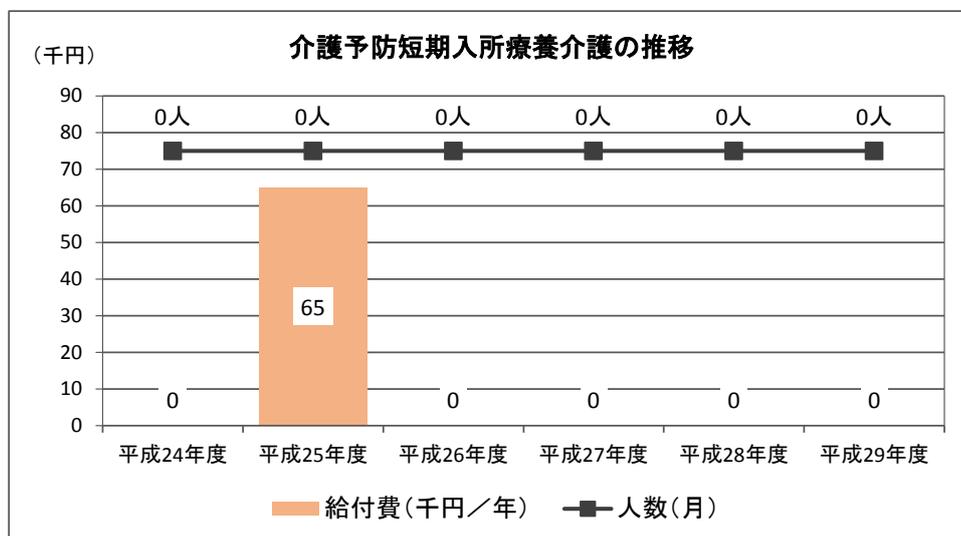
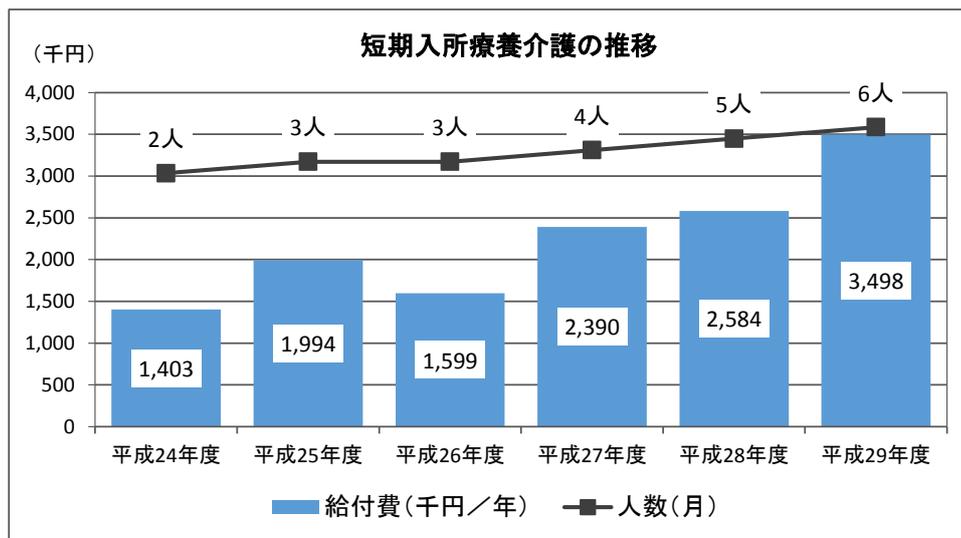
【今後の方向性】

必要な人にサービスが提供できないということがないように、県・国と連携して安定した介護職員の確保に努めます。

(9) 短期入所療養介護／介護予防短期入所療養介護

在宅の要介護・要支援者を介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に短期間入所して、介護・医学的管理のもとでの介護・機能訓練等の必要な医療や日常生活の支援をおこなうサービスです。

町内に1事業所と、近隣市町の施設の利用となっています。今後も利用者は増加すると見込んでいましたが、平成24年度は利用者が減少、平成25年度には増加、平成26年度は再び減少しておりますので、平成25年度の実績をベースに若干の増加を見込んでいます。介護予防短期入所療養介護については、利用者がいない状況となっていますので、第6期中も見込んでおりません。



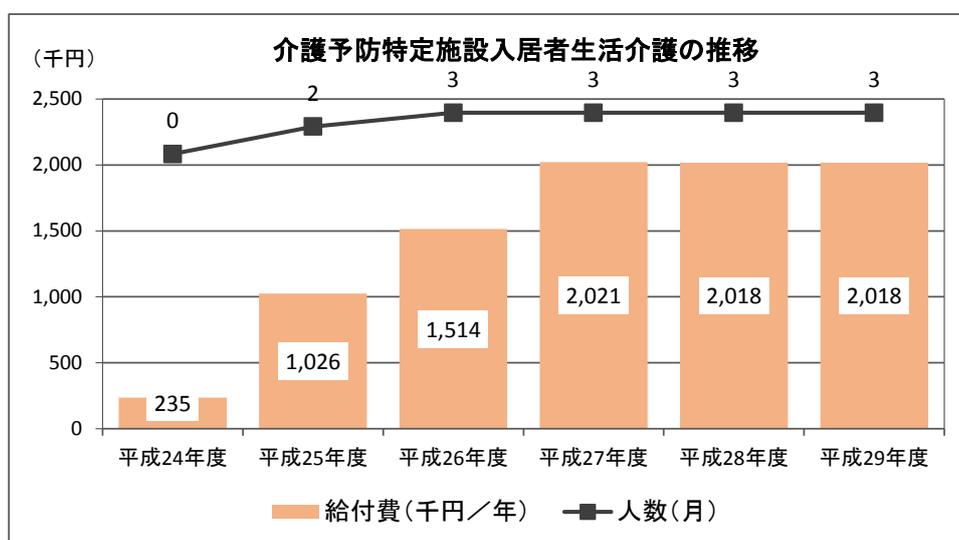
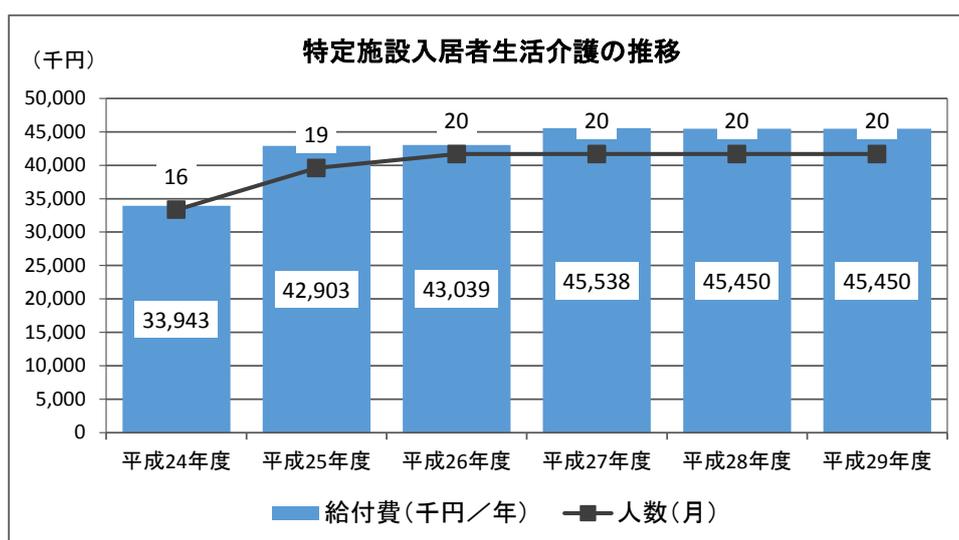
【今後の方向性】

現状維持。

(10) 特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホームや軽費老人ホーム、ケアハウスなどに入所している要介護者・要支援者に対して、特定施設サービス計画（施設ケアプランに相当）に沿って、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談・助言等の日常生活上の支援や、機能訓練・療養上の世話をおこなうサービスです。

町内に施設はなく、近隣市町の施設を利用しています。第6期中には、町内および近隣市町村に新たな施設整備の予定はないことから、給付・人数ともに増加は見込んでおりません。



【今後の方向性】

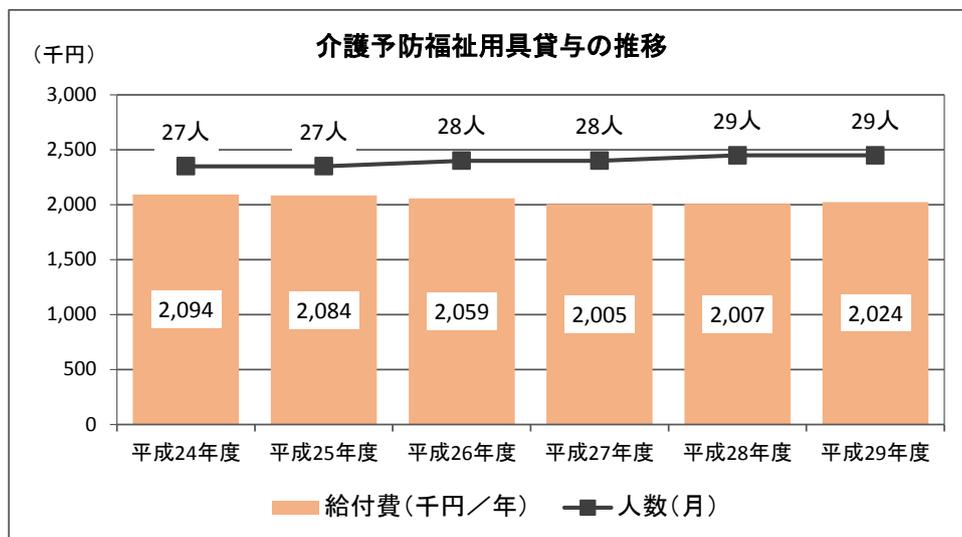
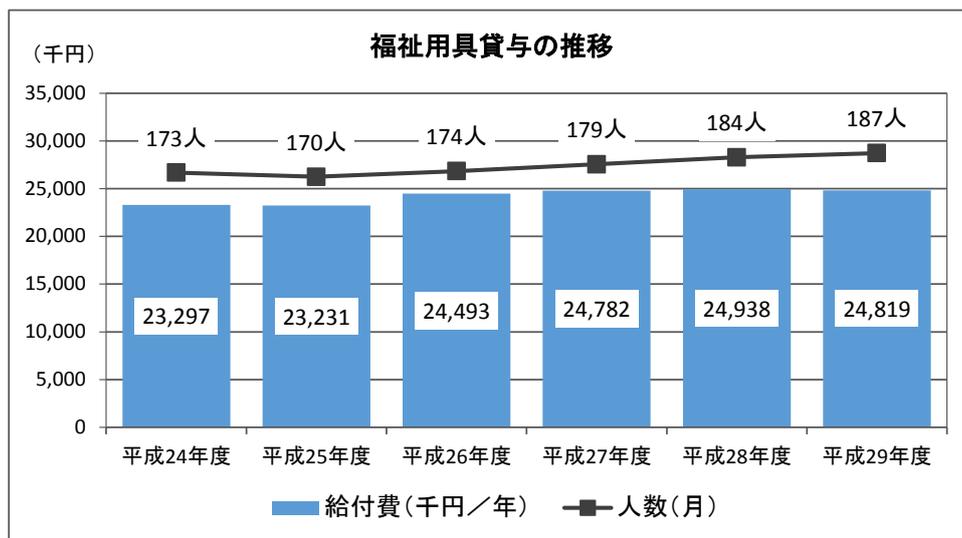
現状維持。

(11) 福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与

心身の機能が低下し、日常生活に支障のある要介護・要支援者に、日常生活上の便宜や機能訓練のための福祉用具を貸し出すサービスです。

貸与の対象となる品目は、厚生労働大臣が定めることになっています。その対象用具には、車いす・じょくそう予防用具・歩行器・つえ等があります。

町内にサービス提供事業所はなく、近隣市町の事業所を利用しています。在宅生活を継続するにあたって必要なサービスですが、第5期中も大幅な増加はなかったことから、第6期も大幅な増加は見込んでおりません。



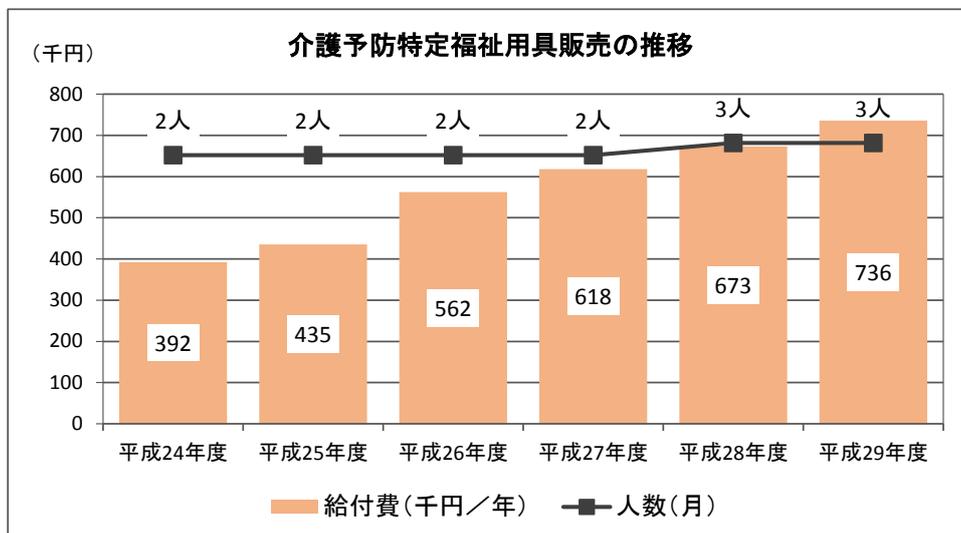
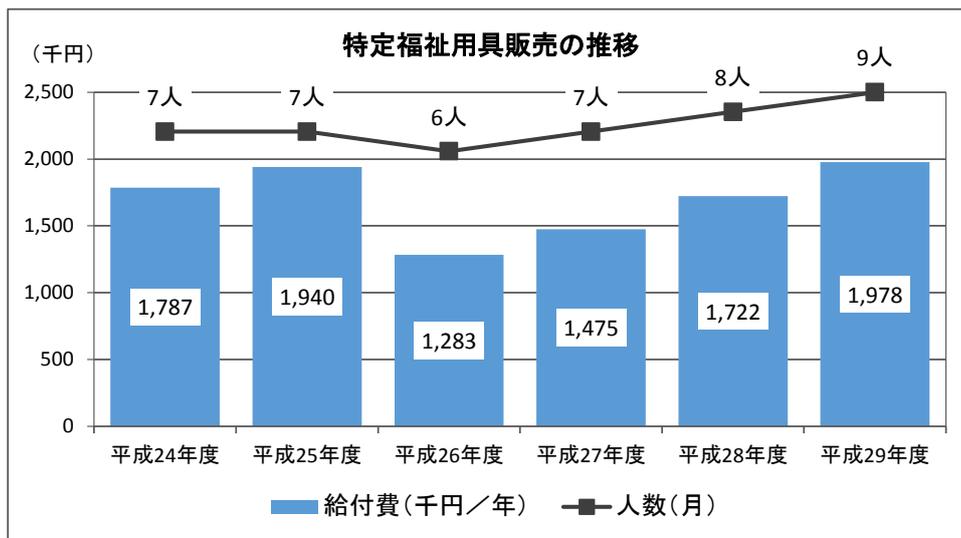
【今後の方向性】

不必要な福祉用具の貸与がないよう適正化を図り、健全な介護保険事業を運営します。

(12) 特定福祉用具販売／介護予防特定福祉用具販売

在宅の要介護・要支援者が、入浴補助用具または排せつ用などに使用する福祉用具を購入した時、同一年度 10 万円を上限として、購入費用の9割を支給するサービスです。

町内に事業所はなく、近隣市町の事業所を利用しています。福祉用具は日常の生活動作の手助けをし、介護の負担軽減もはかれることから在宅生活を継続するために必要なサービスですが、第5期中も大幅な増加はなかったことから、第6期も大幅な増加は見込んでおりません。



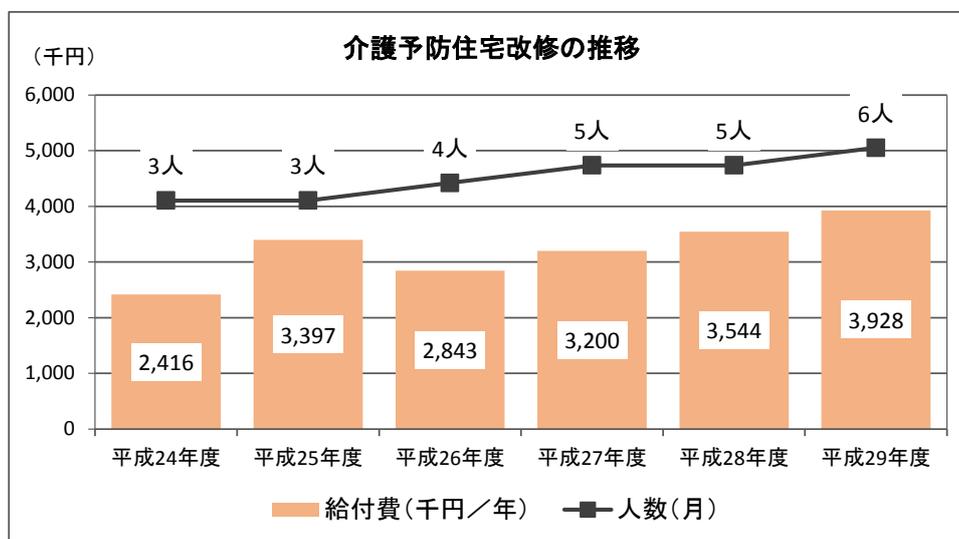
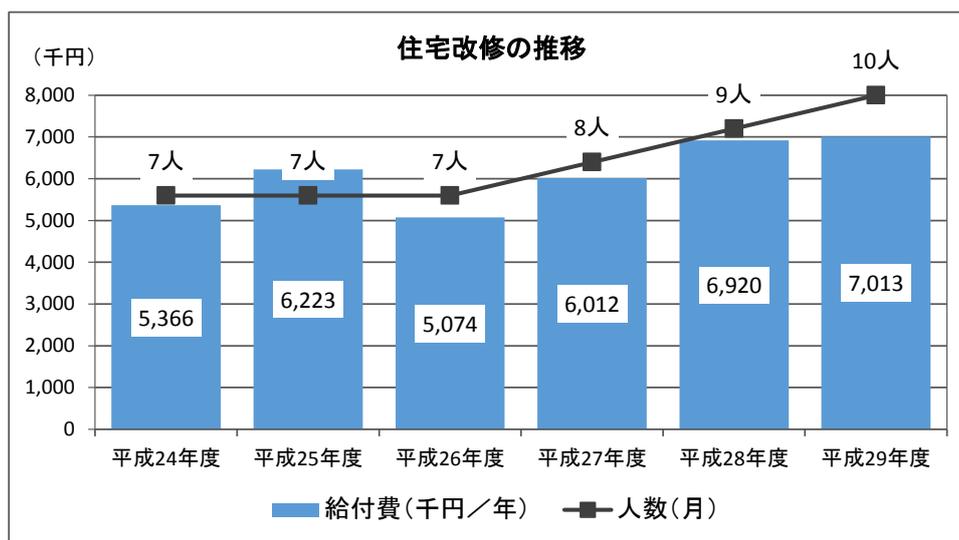
【今後の方向性】

現状維持。

(13) 住宅改修／介護予防住宅改修

在宅の要介護者・要支援者の日常生活を支援し、介護の負担を軽減するために、手すりの取付けや段差解消、洋式便器への取り替えなど小規模な住宅改修を行った場合に、20万円を上限として、実際の改修費の9割を支給するサービスです。

在宅生活を継続するうえで利用者の身体機能に応じた手助けとして必要なサービスです。利用者は年々増加しており、それを見込んだ推計となっております。

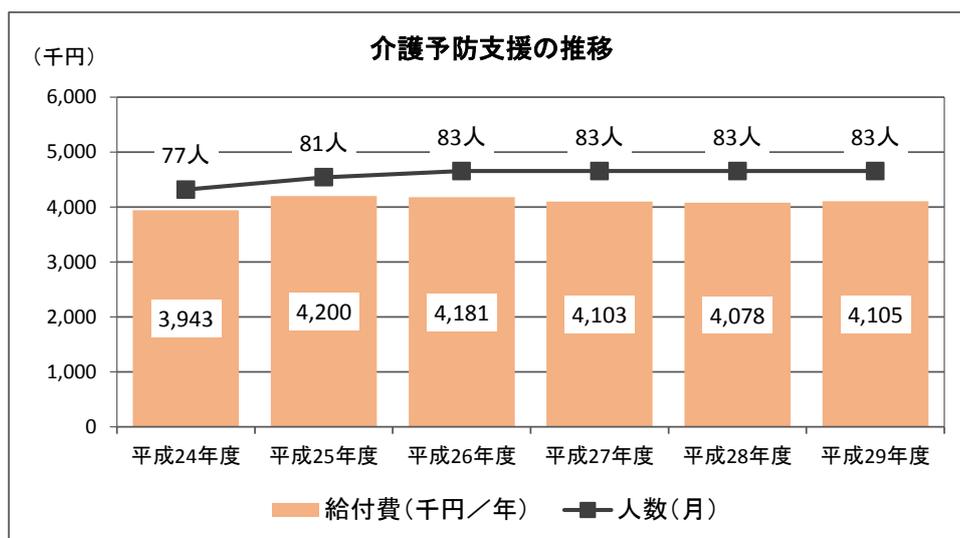
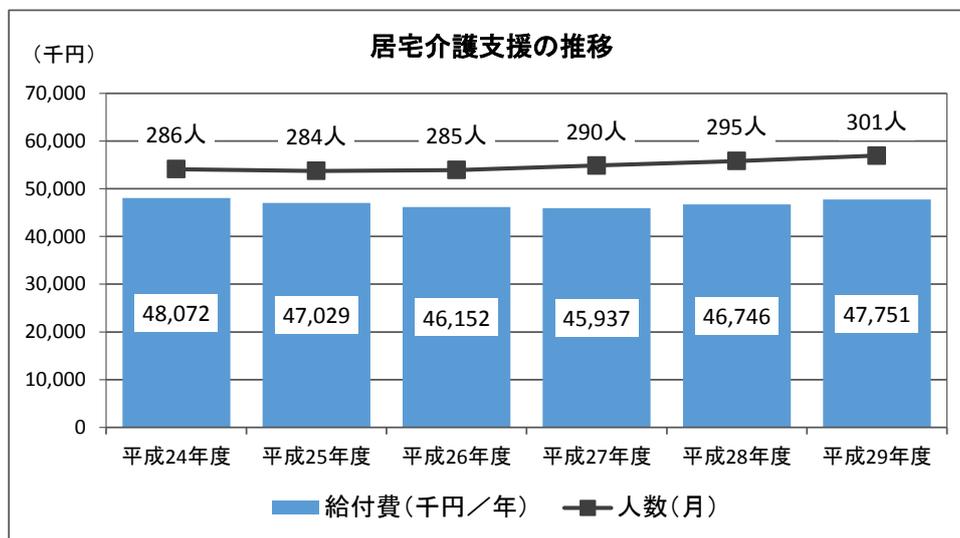


【今後の方向性】

申請された改修が適切であったかどうか、介護給付費の適正化のためにチェック機能を強化していきます。

(14) 居宅介護支援／介護予防支援

在宅の要介護・要支援者が在宅サービス等を適切に利用できるように、介護支援専門員が心身の状況や環境、本人や家族の希望を受けて、利用するサービスの種類や内容を示す居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービスを利用するためにサービス提供者等との連絡・調整をおこなうサービスです。また、介護予防支援は介護予防サービスを提供するための予防計画の作成及び支援をおこなうサービスです。



【今後の方向性】

利用者本位のプランが立てられているかなど、適正なケアプランにて介護サービスが提供されるよう町内居宅事業所のケアプラン作成能力の標準化を図っていきます。

3. 施設サービス

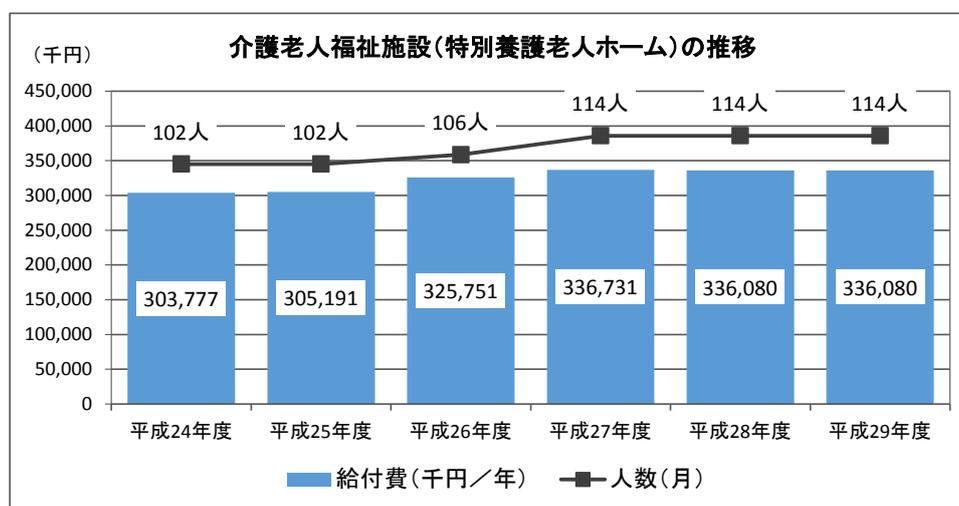
施設サービスとは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設および介護療養型医療施設に入所している要介護者に対して、これらの施設が提供するサービスです。

当町では、施設サービスにかかる給付費の増加が介護保険財政を圧迫している一因となっていることから、介護予防の強化と、事業所と連携して介護給付費の適正化を図っていきます。

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

要介護者に対し、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理や療養上の支援をおこなうことを目的とした施設です。

町内の2施設と、近隣市町の施設を利用しています。平成27年4月、近隣市町村にて1施設が新規開所されることから、それを見込んだ推計となっております。



【今後の方向性】

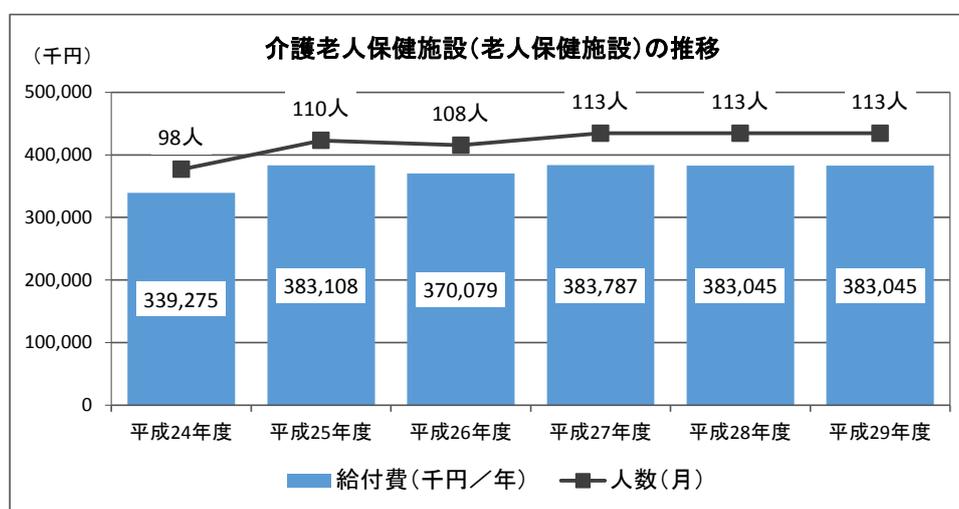
特別養護老人ホームの入所対象者が原則要介護3以上となることから、事業所と連携し、適切な運営がなされるよう協力していきます。

(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）

要介護者に対し、看護、医学的管理下での介護、機能訓練、その他必要な医療や日常生活上の支援をおこなうとともに、在宅生活への復帰を図ることを目的とした施設です。

町内の1施設と近隣市町村の施設を利用しています。平成24年に町内の介護療養型医療施設は介護老人保健施設へ転換しています。

高い利用率と給付費は維持されるものと推計します。また、平成27年4月に近隣市町村の1施設が増床予定であることから、増加を見込んでおります。



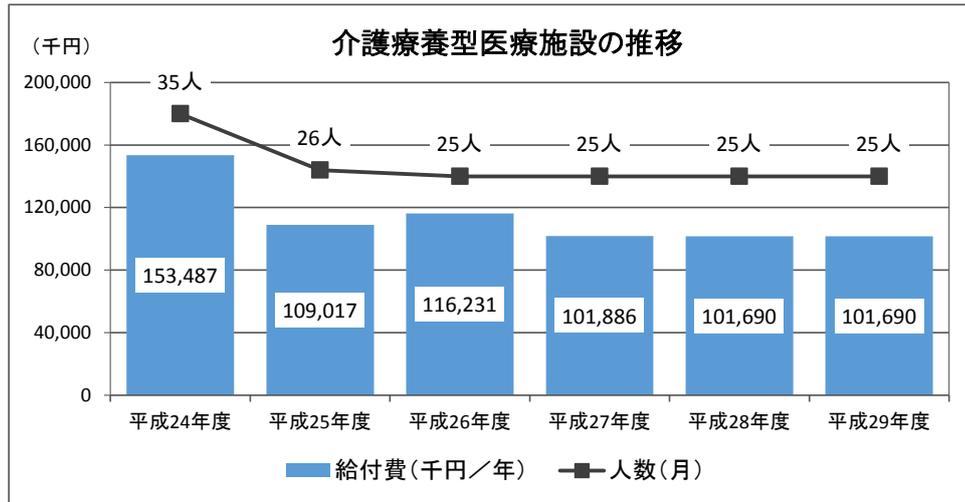
【今後の方向性】

介護と医療の連携を推進し、給付費の適正化を図っていきます。

(3) 介護療養型医療施設

療養病床等を持つ病院・診療所で指定介護療養型医療施設の指定を受けた施設です。ここでは要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下での介護等の支援、機能訓練やその他必要な医療を行います。

町内にある介護療養型医療施設は介護老人保健施設に平成24年度より転換しておりますので、近隣市町村の利用のみの見込となります。



【今後の方向性】

現状維持。

4. 包括的・継続的マネジメント支援業務

地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実践することができるように、介護支援専門員へのサポートを行います。

自立支援型アセスメントや地域ケア個別会議などの考え方・方向性について、ケアマネジャーで統一した意識が共有できていないことが課題となっております。

■ケアマネジャー等連絡会

隔月に1回開催しております。町内の介護支援専門員相互の情報交換会で、支援困難事例について関係機関と連携し、具体的な支援方針の検討・指導・助言を行います。

■ケアマネジメント連絡調整会議

年に1回開催しております。研修会を開催し、ケアマネジャーのスキルアップを図ります。また、近隣市町村のケアマネジャーも参加し、情報交換などを通して広域的な連携を強化しております。

■地域ケア個別会議

隔月に1回開催しております。ケアプランや支援内容について専門職よりアドバイスを受けることで、多職種との連携を図り、自立支援に向けたケアマネジメントが行えるよう支援していきます。また、地域包括ケアを実現するために、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員・児童委員、ボランティアなどインフォーマルサービス関係者や住民などによって構成される人的ネットワークの構築を図っていきます。

第5章 介護保険制度の円滑な運営

1. 標準給付見込額
2. 本町における保険料設定の考え方
3. 第1号被保険者の保険料基準額の算定
4. 介護保険制度の適正な運用

1. 標準給付見込額

介護給付費は、介護サービス費用から利用者の自己負担分を除いて、保険給付される額です。この他に、施設入所者の食費等補助（特定入所者介護サービス費等給付額）などを計上したものが標準給付費見込み額となります。

この標準給付費見込額について、平成27年度から29年度の3か年合計でおよそ48億円の給付を見込みました。地域支援事業費について3か年合計でおよそ1億円を見込んでいます。

■標準給付費見込み額

(単位：千円)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	合計
標準給付費見込額	1,599,477	1,620,577	1,640,555	4,860,606
総給付費（一定以上所得者負担の調整後）	1,451,905	1,469,826	1,477,265	4,398,996
在宅サービス給付費	478,624	499,947	507,422	1,485,993
居住系サービス給付費	153,688	153,392	153,392	460,472
施設サービス給付費	822,404	820,815	820,815	2,464,034
一定以上所得者の利用者負担の見直しに伴う財政影響額	2,811	4,328	4,364	
特定入所者介護サービス費等給付額（資産等勘案調整後）	95,542	96,184	104,964	296,691
特定入所者介護サービス費等給付額	105,262	114,549	126,652	346,463
補足給付の見直しに伴う財政影響額	9,719	18,365	21,687	
高額介護サービス費等給付額	45,744	47,957	51,245	144,946
高額医療合算介護サービス費等給付額	4,720	4,948	5,287	14,955
算定対象審査支払手数料	1,563	1,662	1,793	5,018

■地域支援事業費見込み額

(単位：円)

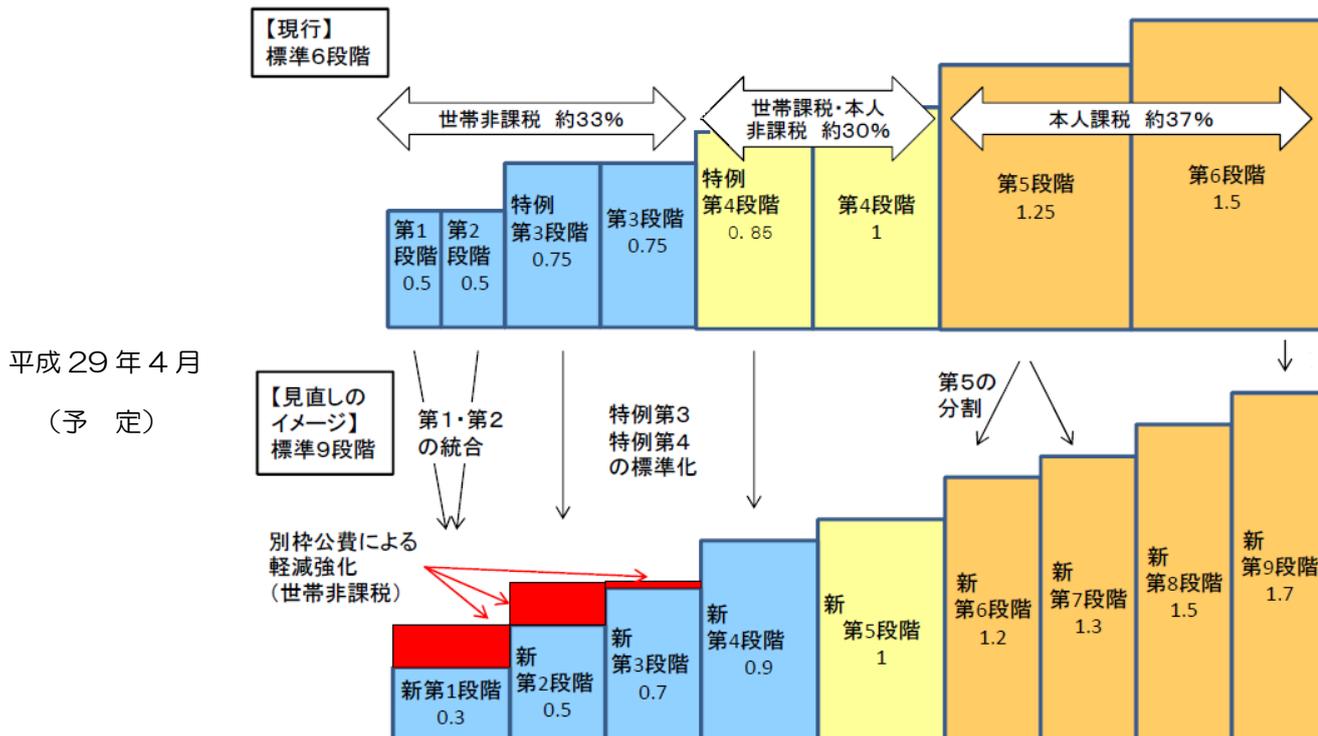
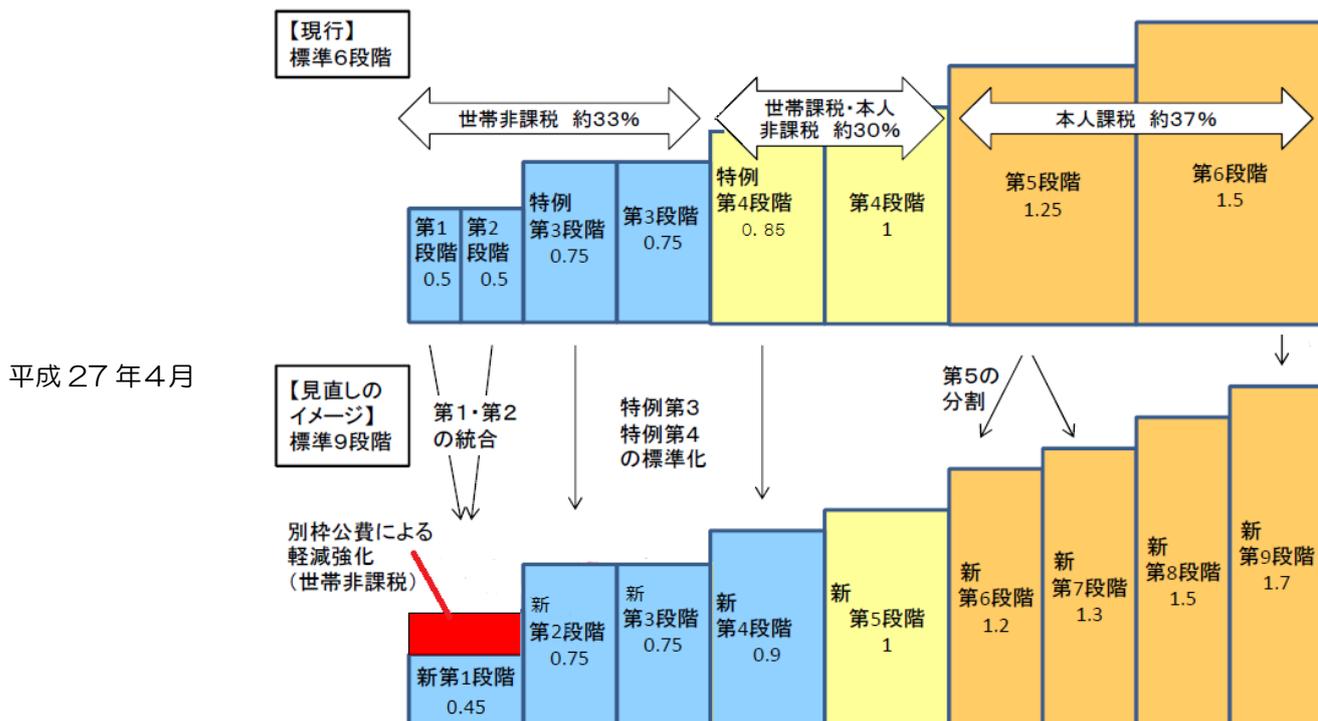
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	合計
地域支援事業費	32,484,113	33,887,945	45,558,815	111,930,873
介護予防・日常生活支援総合事業費	7,291,193	8,269,098	19,506,841	35,067,132
包括的支援事業・任意事業費	25,192,920	25,618,847	26,051,974	76,863,741

※小数点第1位以下の端数をもつ数であり、内数の計と総数が一致しないことがある。

2. 本町における保険料設定の考え方

第6期の第1号介護保険料については、標準段階をこれまでの6段階から、標準9段階に見直しをおこなうこととされています。介護保険料は所得に応じた保険料を設定しており、第5期においては、被保険者の所得段階の分布や、近隣市町の保険料設定状況などを勘案し、第4段階を2段階に分けた第7段階を採用しました。

第6期においては、9段階で設定し、低所得者の高齢者の保険料の軽減を強化します。



3. 第1号被保険者の保険料基準額の算定

(1) 第1号被保険者保険料基準額の算出方法

第1号被保険者の保険料基準額は、平成27～29年度の3か年における標準給付費見込額（約48億6千万円）と地域支援事業費見込額（約1億1千万円）の合計額の一定割合（22%）を、所得段階別負担割合で調整した平成27～29年度の第1号被保険者延べ人数で除して求められます。

標準給付費などの基本的財源比率

標準給付費＋地域支援事業費の3か年合計額 約49億7千万円					
市町村 負担	都道府県 負担	国 負担	調整 交付金	第1号被保険者 の保険料	第2号被保険者の 保険料
12.5%	12.5% (17.5%)	20% (15%)	5%	22%	28%

※ () 内の数値は施設サービスにかかる財源構成になります。

※ 地域支援事業費の財源構成は、P.23 を参照ください。

(2) 所得段階別加入割合

第6期計画中の第1号被保険者保険料基準額を算定する際に必要となる、所得段階別の加入者割合は、平成26年10月1日現在の被保険者数を基準に算定しました。所得段階別加入割合補正後の第1号被保険者数は12,871人（3か年延べ人数）と見込まれます。

(3) 保険料基準額

1) 保険料試算額

前記した保険料算出方法に、国からの調整交付金交付率や保険料収納率を調整して保険料を算出すると、第6期事業計画中の1か月当たりの保険料基準額は5,900円となり、第5期保険料基準額5,908円より8円下回ることとなります。

2) 保険給付費支払準備基金の取り崩し

保険給付費支払準備基金は、各年度の第1号被保険者保険料の余剰金を積み立てておくもので、平成27年3月時点の積立額（見込み）は7,300万円あります。

第6期中の基金の取崩し予定はありません。

3) 保険料基準額

今回、保険料基準額については、現段階で想定される報酬単位の地域区分の見直し（案）および報酬改定の影響を考慮して試算を行いました。

第6期計画中の1か月当たりの保険料基準額を以下のとおり算定します。

第6期計画中の第1号被保険者保険料基準額（月額）：5,900円（年額70,800円）

◆第1号被保険者の保険料基準額算定

標準給付費見込額（A）	4,860,606,107円
地域支援事業費（B）	111,930,873円
第1号被保険者負担分相当額（ $C=(A+B) \times 22\%$ ）	1,093,958,135円
調整交付金相当額（ $D=A \times 5\%$ ）	244,005,647円
調整交付金見込額（E）	438,586,000円
準備基金取崩額（F）	0円
保険料収納必要額（ $G=C+D-E-F$ ）	899,377,783円
予定保険料収納率（H）	98.70%
所得段階別加入割合で補正した被保険者数（I）	12,871人
第6期介護保険料基準年額（ $J=G/H/I$ ）	70,797円
第6期介護保険料基準月額（ $K=J/12$ 月）	5,900円

第6期介護保険料基準年額	70,800円
--------------	---------

【所得段階別保険料（年額）】

	対象者	保険料率	保険料 (年額)
第1段階 ※別途軽減有	生活保護被保護者 世帯全員が町民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.5 ×12か月	35,400円
第2段階	世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	基準額×0.75 ×12か月	53,100円
第3段階	世帯全員が町民税非課税かつ本人年金収入120万円超	基準額×0.75 ×12か月	53,100円
第4段階	本人が町民税非課税（世帯に課税者がいる） かつ本人年金収入等80万円以下	基準額×0.9 ×12か月	63,700円
第5段階	本人が町民税非課税（世帯に課税者がいる） かつ本人年金収入等80万円超	基準額×1.0 ×12か月	70,800円
第6段階	町民税課税かつ合計所得金額120万円未満	基準額×1.2 ×12か月	85,000円
第7段階	町民税課税かつ合計所得金額120万円以上 190万円未満	基準額×1.3 ×12か月	92,000円
第8段階	町民税課税かつ合計所得金額190万円以上 290万円未満	基準額×1.5 ×12か月	106,200円
第9段階	町民税課税かつ合計所得金額290万円以上	基準額×1.7 ×12か月	120,400円

※実際には、軽減強化により、第1段階は基準額×0.45×12か月=31,900円となります。

4. 介護保険制度の適切な運用

(1) 低所得者対策

要介護者等が在宅で生活するために必要な訪問介護サービスが安心して受けられるよう、低所得者に対して訪問介護の利用者負担を10%から5%へ軽減する「訪問介護利用者負担軽減措置事業」を行っています。

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度 (見込)
減額認定者数	43人	36人	29人	30人
軽減額	401,724円	361,903円	319,625円	326,000円

【今後の方向性】

介護支援専門員の協力を得ながら、事業の周知を広報等を通じて図っていきます。

(2) 要介護認定の適正化

認定調査員3名により要介護認定調査の実施や調査票の点検・指導、調査員研修への参加を行っています。

訪問調査内容の平準化のため、疑義や困難事例などについては打合せしながら行っています。また、調査内容についてチェック誤りや内容について、調査員以外による確認も行っています。

【今後の方向性】

技能の平準化を図るために、e-ラーニングや研修を通して能力向上に努めます。また、調査員以外による確認も継続して行います。

(3) ケアマネジメント等の適正化

利用者の自立支援に向けた適切なプランであるかどうか等に着目し、介護支援専門員に対してケアプランの提出を求め、内容の確認・点検を行っています。

平成 26 年度には町内のケアマネジャー全員に点検を実施し、そのうち 1 人に対してヒアリングを行いました。第 6 期中も引き続きケアプラン点検を実施します。

また、軽度認定者（要支援 1・2、要介護 1）の福祉用具貸与については、介護支援専門員にケアプランの提出を義務付け、福祉用具の必要性を確認しています。

【今後の方向性】

研修等を通じて、点検側（保険者）の能力も向上していき、実効性のある適正化事業をおこなっていきます。

(4) サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化

3 か月に 1 度、介護保険サービス受給者に介護給付費通知書を発送し、不正請求の有無について確認や国保連合会より提供される縦覧点検表を確認し、過誤請求や不正請求の把握に努めています。

【今後の方向性】

介護給付費通知書の発送および縦覧点検を引き続き実施し、介護報酬請求の適正化に努めます。

(5) 情報提供・苦情相談

住民に対する情報提供として、広報誌に「介護保険ガイド」シリーズを毎月掲載し、介護保険制度の説明、介護保険の運営状況、保険料、利用者負担軽減事業など各サービス内容等を掲載しています。

また、保険給付に関する減額申請の手続きなどは、対象時期に合わせて掲載するなど、掲載時期を工夫した周知を行っています。

新しく 65 歳になった方や転入者に対して、介護保険証や保険料の通知や要介護認定

結果通知の送付時にチラシやパンフレットを同封し、制度について周知を行っています。

介護保険担当係や地域包括支援センターが介護保険に対する苦情・相談窓口になり、介護保険料に対する問い合わせや、サービスの利用方法や軽減措置などについて対応しています。

【今後の方向性】

パンフレット、広報、町内ケーブルテレビなどあらゆる手段を用いて介護保険制度の周知を図ります。

卷末資料

■黒潮町高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定状況

年度	開催日		主な議題
26	第1回計画委員会	平成26年 10月21日	第6期計画の策定にあたって
			人口及び高齢者数等の現状と推移
			第5期事業計画（現行計画）の評価
			日常生活圏域ニーズ調査結果報告
	介護保険制度の改正について		
	第2回計画委員会	平成27年 1月28日	第6期計画の素案について
			第1章 計画策定の趣旨と位置付け
			第2章 人口及び高齢者数等の現状と推移
			第3章 第6期計画の基本理念と目標
	第4章 施策の展開（基本目標1～3）		
	第3回計画委員会	平成27年 2月17日	第6期計画の素案について
			第4章 施策の展開（基本目標4）
第5章 介護保険制度の円滑な運営			

■黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会設置要綱

平成18年3月20日

訓令第64号

改正 平成20年7月15日訓令第15号

(設置)

第1条 老人福祉法（昭和38年法律第133号）に基づく老人福祉計画（以下「高齢者福祉計画」という。）及び介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく介護保険事業計画を検討するため、黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(任務)

第2条 委員会は、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画に関する次の事項について審議する。

(1) 高齢者の現状、高齢者福祉サービス及び介護給付等対象サービスの状況についての点検、評価及び対策に関すること。

(2) サービスの質的な観点や地域の保健、医療及び福祉などの関係機関（委員会）や住民からの意見の反映に関すること。

(3) 介護保険制度の円滑な運営、実施を図るため必要な事項

(4) 指定居宅サービス事業者及び高齢者福祉サービス事業者相互間の連携状況等についての点検、評価及び対策に関すること。

(5) 黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画の策定に関すること。

(6) サービス実施の目標年次及び目標量の設定に関すること。

(7) サービス供給体制の整備に関すること。

(8) その他計画に関して必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、委員20人以内で組織する。

2 委員は、保健、医療、福祉及び行政等の各関係団体等の役職員並びに学識経験者及び被保険者代表のうちから町長が必要と認めるものを委嘱し、又は任命する。

3 委員の任期は3年とし、委員に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。

(会長及び副会長)

第4条 委員会は、会長1人、副会長1人を置き、委員の互選により選出する。

2 会長は、会務を総括し、委員会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 会議は、必要に応じて会長が招集し、会長が議長となる。

2 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求めることができる。

(作業部会)

第6条 委員会の円滑な運営及び保健、医療、福祉の連携を促進し、委員会に付する事項を検討するため作業部会を置くことができる。

(事務局)

第7条 委員会の運営上必要な事務は、健康福祉課において行う。

(その他)

第8条 この訓令に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、会長が定める。

附 則

この訓令は、平成18年3月20日から施行する。

附 則(平成20年7月15日訓令第15号)

(施行期日)

1 この訓令は、公表の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 この訓令の施行日の前日までに、黒潮町高齢者保健福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会設置要綱(平成18年黒潮町訓令第64号)の規定により委嘱された黒潮町高齢者保健福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会委員は、黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員会委員と読み替えるものとする。

■黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画委員名簿

役職	氏名	選任区分	所属団体等
会 長	土居 英三	学識経験者	元介護サービス事業所長
副会長	田村 真人	福祉関係者	特別養護老人ホームシーサイドホーム施設長
	小谷 芙美子	学識経験者	民生委員
	濱田 佐恵	学識経験者	食生活改善推進員
	酒井 隆昌	被保険者代表	1号被保険者、民生委員
	矢野 常光	被保険者代表	2号被保険者
	松本 春子	被保険者代表	2号被保険者
	西脇 穂積	被保険者代表	2号被保険者
	福島 まり子	福祉関係者	特別養護老人ホームかしま荘施設長
	矢野 博幸	福祉関係者	黒潮町社会福祉協議会会長
	木俵 光一	保健医療関係者	木俵病院院長
	矢野川 禎子	行政関係者	幡多福祉保健所長

第6期 黒潮町高齢者福祉計画 介護保険事業計画

発行：2015（平成27）年3月

編集：黒潮町 健康福祉課 介護保険係

〒789-1992 高知県幡多郡黒潮町入野 2019 番地 1

TEL 0880-43-2116

FAX 0880-43-2778