

南部町高齢者保健福祉計画
第9期南部町介護保険事業計画
(案)

パブリックコメント用

- ※ 現段階では、介護報酬の改定等の見直しは反映しておりません。
そのため、本計画の内容は、数値等未記載があります。今後の
国の動向によっては内容も変わる可能性があります。

令和●年●月

南 部 町

目次

第1章 計画策定の概要	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の性格	2
第3節 計画の期間	2
第4節 計画策定の経過と策定後の推進体制	3
第2章 計画の基本的な考え方	4
第1節 基本理念	4
第2節 基本目標	4
第3節 計画の体系と施策の目標	6
第4節 前回の計画から引き続き盛り込む事項	7
第5節 アンケート調査結果による振り返り	9
第6節 日常生活圏域の考え方	15
第7節 計画に基づく介護保険事業の体系	16
第3章 高齢者を取りまく現状	18
第1節 人口の状況	18
第2節 世帯の状況	20
第3節 認知症高齢者の状況	21
第4節 高齢者の就業状況	22
第5節 介護・福祉人材に関するアンケート調査抜粋	23
第4章 要支援・要介護者の状況	24
第1節 認定者の状況	24
第5章 介護サービス	26
第1節 居宅サービス	26
第2節 施設サービス	31
第3節 地域密着型サービス	32
第4節 サービス見込量一覧	35
第6章 地域支援事業	37
第1節 地域支援事業の概要	37
第2節 地域包括支援センター	37
第3節 介護予防・日常生活支援総合事業	38
第4節 包括的支援事業	43
第5節 任意事業	53

第7章 介護保険事業費	58
第1節 介護保険事業費の算定	58
第2節 所得段階別第1号被保険者の第9期の保険料	61
第8章 福祉サービス	62
第1節 生活支援サービス	63
第2節 家族介護支援サービス	66
第3節 見守り支援サービス	68
第4節 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	69
第9章 健康づくり	70
第1節 健康づくりの推進	70
第2節 介護予防の促進	71
第10章 生きがいづくり	72
第1節 シニアクラブ活動の促進	72
第2節 生涯学習の推進	73
第3節 スポーツ・レクリエーションの振興	74
第4節 就業等の支援	75
第5節 社会活動への参加の支援	76
第11章 高齢者支援の関連施策	77
第1節 広報・啓発事業	77
第2節 ボランティア活動等への支援	78
第3節 ユニバーサルデザインのまちづくり	79
第4節 交通安全・防犯防災対策	80
第5節 感染症対策	81
第12章 計画を推進するための施策	82
第1節 情報提供体制の整備	82
第2節 相談援助体制の整備	83
第3節 地域福祉の推進	84
第4節 要介護認定の適正な実施	85
第5節 福祉人材の質の向上・確保	86
第6節 連絡協議体制の充実	87

第1章 計画策定の概要

第1節 計画策定の趣旨

我が国では、令和7年に団塊の世代が全て75歳以上となり、さらに令和22年には団塊ジュニア世代が65歳以上となることにより、高齢者人口はピークを迎え、介護ニーズの高い85歳以上人口も急増することが見込まれています。また、人口減少傾向が継続することにより、高齢者を支える現役世代の減少も見込まれます。令和7年には高齢者1人に対し1.9人の現役世代、令和22年には1.5人の現役世代が支える構図になるとされ、介護や高齢者福祉に携わる人材の不足が大きな課題となっています。

このような予測のもと、保険者においては令和7年を見据え、住み慣れた地域で自立した生活を送ることができる地域づくりに向けて、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援の5つのサービスを切れ目なく一体的に提供していく地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

また、介護保険制度は、創設から20年以上経過し、介護給付費の増加、介護保険料の上昇、地域医療と介護の連携、認知症対策など、様々な課題が顕在化しており、持続可能な制度としていくために、介護予防の重要性が増してきています。

令和3年4月から施行された「改正高年齢者雇用安定法」において、雇用する労働者について、現行法で定められている65歳までの雇用確保義務に加え、70歳までの就業確保措置をとることが努力義務として追加されるなど、高齢者の就労継続の取り組み強化が求められています。また、令和5年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう共生社会の実現という視点から認知症の理解促進や支援の充実が求められています。

さらに、第8期計画期間においては、新型コロナウイルス感染症の蔓延や災害の発生により、介護サービスを提供する現場へも大きな影響をもたらし、対策を講じることが求められました。

こうした中、南部町高齢者保健福祉計画・第8期南部町介護保険事業計画が令和6年3月で満了を迎えることに伴い、南部町高齢者保健福祉計画・第9期南部町介護保険事業計画を策定します。この計画は、高齢者を取り巻く状況の変化を踏まえ、南部町地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進と高齢者福祉施策の効率的・効果的な運営を図り、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを営むことができることを目指すために策定するものです。

第2節 計画の性格

この計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく市町村老人福祉計画と介護保険法第117条第1項の規定に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定するものです。

また、南部町総合計画、南部町地域福祉計画及び他の福祉部門計画との整合を持ったものとします。

◎高齢者保健福祉計画

老人福祉法第20条の8第1項に基づく市町村老人福祉計画であり、南部町の高齢者保健福祉施策に関する基本的な計画として位置付けます。

◎介護保険事業計画

介護保険法第117条第1項に基づく市町村介護保険事業計画であり、南部町の介護保険事業運営に係る保険給付の円滑な実施等に関する基本的な計画として位置付けます。

第3節 計画の期間

この計画は、令和6年度を初年度とし、令和8年度を目標年度とする3か年を期間とします。

	令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度	令和12 年度	令和13 年度	令和14 年度
第9期	→								
第10期				→					
第11期							→		

第4節 計画策定の経過と策定後の推進体制

この計画の策定にあたっては、被保険者代表や保健・福祉・医療機関代表などからなる南部町地域包括支援センター運営協議会において、これまでの介護保険給付実績を参考にしながら検討しました。また、地域包括支援センター、地域密着型サービスに関する事項についても協議を行いました。

策定後は、これらの推進組織を活用し、計画の点検・評価を行います。また、計画の実施状況を把握して課題分析及び必要な対策を講じるPDCAサイクルを確立し、効率的・効果的な運営を目指します。

第2章 計画の基本的な考え方

第1節 基本理念

令和7年には団塊世代が後期高齢者である75歳以上となることで、医療や介護を必要とする高齢者が増加することが予想されており、地域包括ケアシステムのさらなる充実が求められています。本町でも、高齢者が要介護状態になることなく、健康で生き生きとした生活を送ることができるよう、第8期介護保険事業計画を効率的・効果的に推進してきました。

高齢者になっても南部町で自立した生活を最期まで送ることができるように、必要な医療・介護・福祉サービスなどを一体的に提供し、すべての世代で支え、支えられる町を目指すことができるよう、第9期介護保険事業計画においても、以下を基本理念とします。

高齢者が住み慣れた南部町で
最期まで暮らしていけるために

第2節 基本目標

基本目標 1

互いに支えあって
暮らす

◎地域住民の相互援助による高齢者福祉の推進

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もち、助け合いながら暮らしていくことのできる、共生社会の実現に向けて、高齢者の地区組織やボランティアへの積極的な参加を促進し、様々な活動の支援に努めます。

◎サービスの基盤整備

多様化するニーズや地域の特色を踏まえ、適切なサービス提供ができるように基盤整備を行います。特に、高齢者が慣れ親しんだ家庭で生活を続けていくために必要なサービスについて重点的に整備を進めるとともに、迅速かつ効率的・効果的なサービス展開を図ります。また、医療と介護の連携強化に取り組みます。

基本目標 2

安心して
暮らす

◎介護予防の推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して充実した生活を送るために、介護予防や疾病予防を積極的に推進していく必要があります。地域の特色を活かしたサービスやリハビリテーションの充実に努め、地域包括支援センターを中心に、健康長寿を目指し、高齢者一人ひとりが健康づくりや介護予防などに主体的に取り組むことができるよう支援します。また、介護予防と保健事業を一体的に実施するための整備を行います。

◎個人の能力を十分に引き出すサービスの提供

保健・医療・福祉・介護が連携して利用者ニーズに沿った高齢者保健・福祉サービスの提供に努めるとともに、介護支援にとどまることなく、個人が持つ能力を十分に引き出し、能力に応じて自立した生活を営むことができるよう支援します。

◎認知症の人への支援対策の推進

認知症の人とその家族が安心して社会生活を営むためには、医療・福祉等の専門家による支援と、認知症に対する地域住民の正しい理解が必要です。

住民の啓発活動や介護者支援の充実、地域の見守りネットワークの確立に努めるとともに、認知症の人を早期発見し、早期対応につなげるシステムの充実を進めていきます。また、認知症の人が安心して暮らし社会参加が実現できる地域の実現に向けて支援対策を推進します。

基本目標 3

自分らしく
暮らす

◎個人の尊厳の尊重

住民一人ひとりが個人として尊重されながら、健康で生きがいを持った暮らしができることが第一です。高齢者が自己選択・自己決定のもとに、住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう支援します。

また、判断能力の不十分な高齢者の権利が守られ、安心して尊厳のある生活を維持することができるよう、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用していきます。

◎生きがいのある生活の創造

明るく活力ある社会を実現するためには、高齢者の社会活動への参加が重要です。子どもたちとのふれあい、ボランティア活動、高齢者の生きがいづくり、生涯学習活動、地域の社会活動への高齢者の参加を促進します。

また、高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を活かすことのできる環境の整備を進めるとともに、地域活動に関する情報提供や就労支援等を通じ、高齢者が生きがいを持って暮らすことのできる地域づくりに取り組みます。

第3節 計画の体系と施策の目標

本町では、基本理念「高齢者が住み慣れた南部町で最期まで暮らしていけるために」の実現を目指し、以下の体系で計画を推進します。

基本目標	施策項目	実施事業等
1. 互いに支えあって暮らす	(1) 地域住民の相互援助による高齢者福祉の推進	① 地域ケア会議 P45
		② 生活支援体制整備事業 P52
		③ 家族介護支援事業 P56
		④ 見守り支援サービス P68
		⑤ ボランティア活動等への支援 P78
		⑥ 緊急連絡先の作成支援 P46
	(2) サービスの基盤整備	① 居宅サービス P26～P30
		② 施設サービス P31
		③ 地域密着型サービス P32～P34
		④ 訪問型サービス P38
		⑤ 通所型サービス P39
		⑥ 介護予防ケアマネジメント P40
		⑦ 介護給付費適正化事業 P53
	2. 安心して暮らす	(1) 介護予防の推進
② 介護予防ケアマネジメント業務 P43		
(2) 個人の能力を十分に引き出すサービスの提供		① 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 P44
		② 在宅医療・介護連携推進事業 P47
		③ 生活支援サービス P63～P65
		④ 家族介護支援サービス P66・P67
		⑤ ユニバーサルデザインのまちづくり P79
		⑥ 交通安全・防犯防災対策 P80
(3) 認知症の人への支援対策の推進		⑦ 感染症対策 P81
		① 認知症総合支援事業 P48～P51
		・認知症初期集中支援チーム
		・認知症地域支援推進員
		・認知症ケアパス
・ほっとカフェ		
・高齢者見守り SOS ネットワーク		
・介護教室		
・認知症サポーター養成講座		
3. 自分らしく暮らす	(1) 個人の尊厳の尊重	① 総合相談支援業務/権利養護業務 P43
		② 虐待一時保護事業 P56
		③ 成年後見制度利用支援事業 P57
		④ 地域自立生活支援事業 P57
		⑤ 養護老人ホーム・軽費老人ホーム P69
	(2) 生きがいのある生活の創造	① 健康づくり P70・P71
		② 生きがいづくり P72～P76
		③ 広報・啓発事業 P77

●本計画期間には次の目標の実現を目指します●

基本目標	評価指標	第8期実績	第9期計画
1. 互いに支えあって暮らす	家族や友人・知人以外で相談する相手について「そのような人はいない」と回答する割合 ※減らす	30.0%	25.0%
	介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない ※増やす	84.6%	85.0%
2. 安心して暮らす	主観的健康観で「とてもよい」「まあよい」と回答する割合 ※増やす	78.6%	79.0%
	外出を控えていない方の割合 ※増やす	64.4%	65.0%
3. 自分らしく暮らす	認知症相談窓口を知っている割合 ※増やす	34.5%	38.0%
	平均自立期間（要支援・要介護になる平均年齢） ※KDB システムより	男 79.7 歳	男 80.0 歳
	※KDB システムより ※伸ばす	女 83.9 歳	女 85.0 歳
	生きがいがある方の割合 ※増やす	53.2%	55.0%

第4節 前回の計画から引き続き盛り込む事項

1 前回の計画から引き続き盛り込む事項

前回の計画から引き続き盛り込むことが必要な事項は次のとおりです。

◎日常生活圏域の設定◎

地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を設定します。

◎介護保険事業の目標値◎

次のサービスについて目標値を設定します。

- ・居宅サービス、介護予防サービス ・施設サービス
- ・地域密着型介護サービス、地域密着型介護予防サービス ・地域支援事業

2 第9期介護保険事業計画のポイント

基本的考え方

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

見直しのポイント（案）

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

②在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

②デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療

- ・介護情報基盤を整備

③保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

第5節 アンケート調査結果による振り返り

調査の目的

本調査は、「南部町高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」策定の基礎資料とするため、町内の65歳以上の方々の身体状況や日常生活における課題を把握するための調査を実施しました。

調査の方法

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査地域	南部町内全域	
調査対象	65歳以上の高齢者 (一般高齢者、総合事業対象者、 要支援認定者)	要介護認定(1～5)を受けている方
標本数	1,221人	(訪問) - ・(郵送) 109人
調査方法	郵送調査	訪問調査 郵送調査の併用
調査期間	令和4年12月23日～令和5年1月10日	

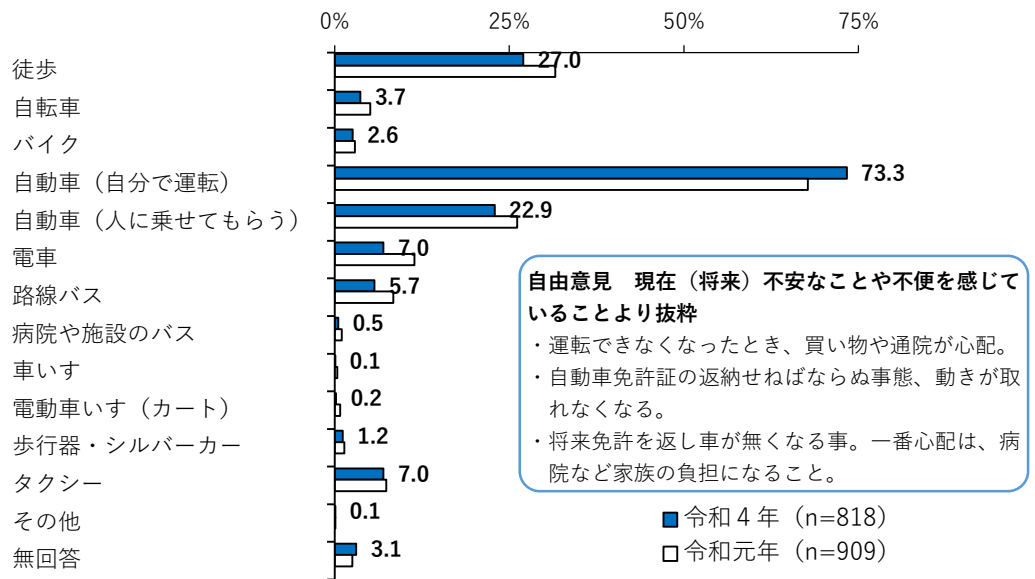
回収状況

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
発送数	1,221	-
有効回収数※	818	208
有効回収率	67.0%	-

※有効回収数とは、回答が著しく少ないものを除いた数です。

①外出時の移動手段

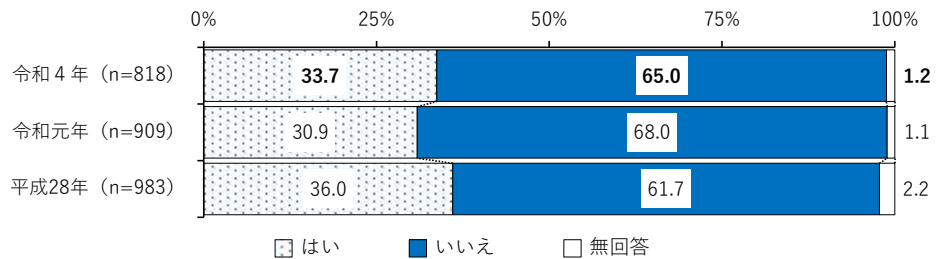
<問12 外出時の移動手段>でも明らかなように、南部町民にとっての自動車（運転）は生活の足として欠かせない。一方で、自由意見でもわかるように、将来運転ができなくなったときへの不安を抱えている高齢者は多い。将来運転ができなくなったときへの不安を拭うことのできる施策を検討する時期にきている。



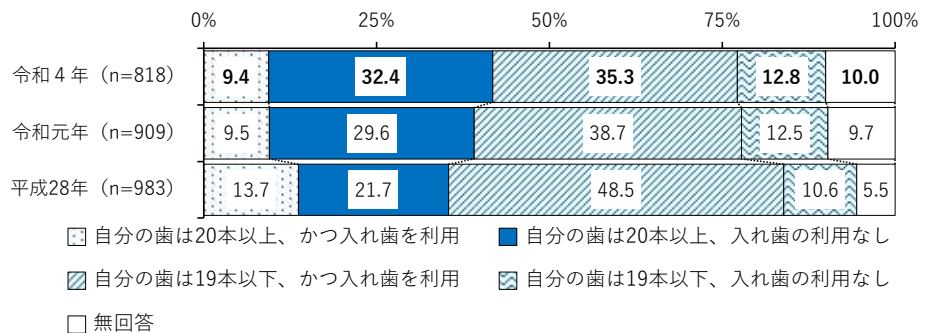
②口腔機能

口腔機能は、介護状態に影響するポイントであるが<問18 歯の数と入れ歯の利用状況>が前回結果より多少好転している。これについては8020運動の普及・啓発により、高齢者の口腔ケアの意識向上につながった。

問14
半年前に比べ固いものが食べにくくなったか



問18
歯の数と入れ歯の利用状況

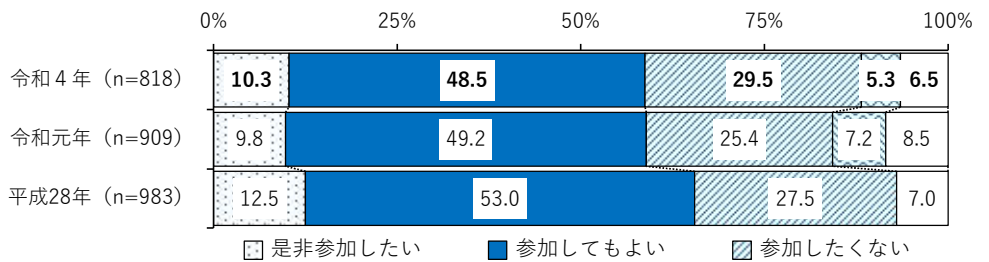


③地域での活動

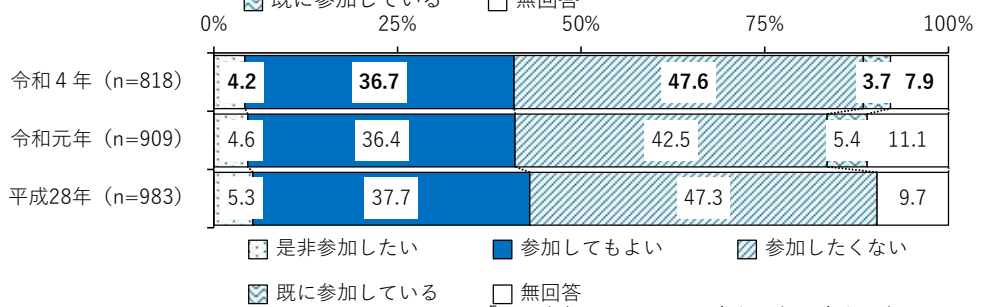
<問38 地域住民の有志による活動に参加者として参加したいか>で、「是非参加したい」「参加してもよい」「既に参加している」を合わせた、潜在的な参加意向は64.1%、<問39 地域住民の有志による活動に企画・運営として参加したいか>で「是非参加したい」「参加してもよい」「既に参加している」を合わせた、潜在的な参加意向は44.6%となっている。

サロン活動は一般介護予防事業として大切な位置づけである。また、生産年齢人口の急減による担い手不足や災害などの緊急時に身近な地域住民との相互扶助が助けになることなどを念頭に置き地域活動へ参加意向があり、参加していない人を身近な地区活動への参加を促す環境づくりが求められている。

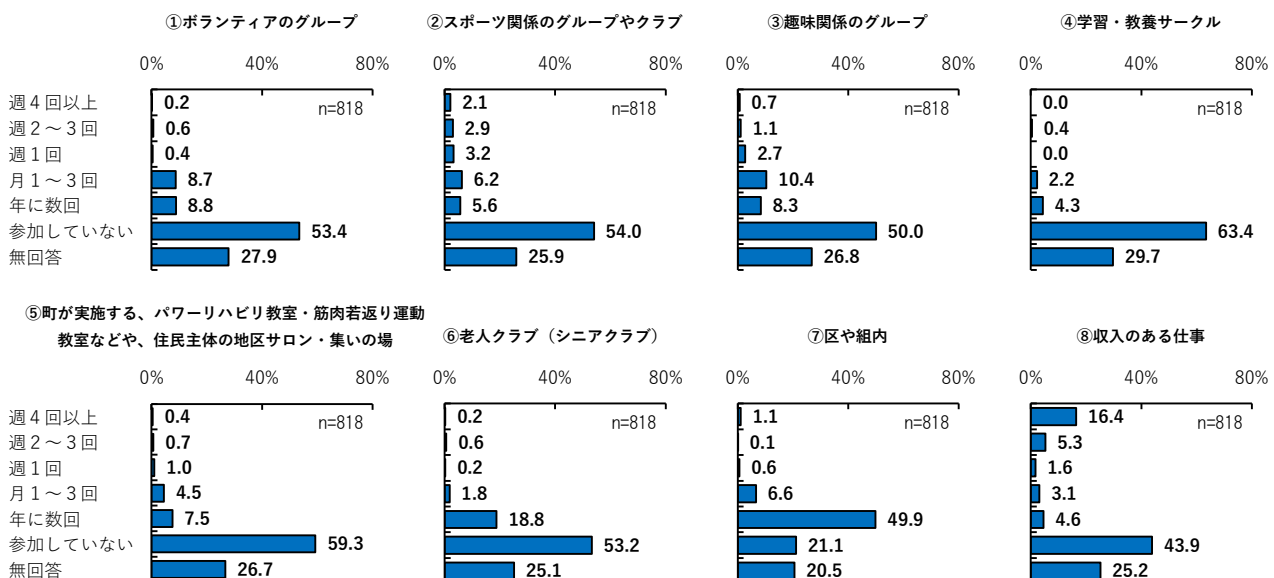
問 38
地域住民の有志による活動に参加者として参加したいか



問 39
地域住民の有志による活動に企画・運営として参加したいか



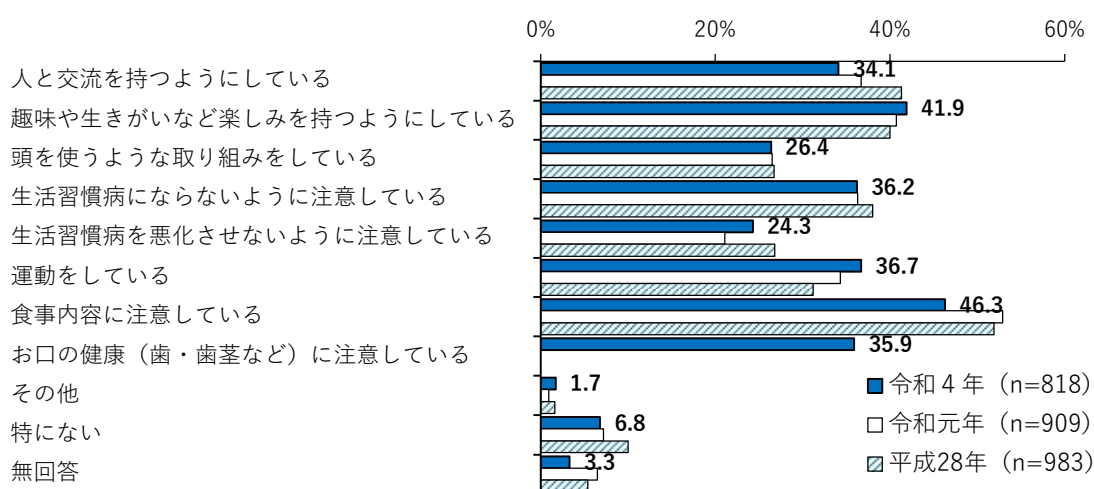
<参考> 会・グループ等への参加頻度 令和4年



④健康づくり

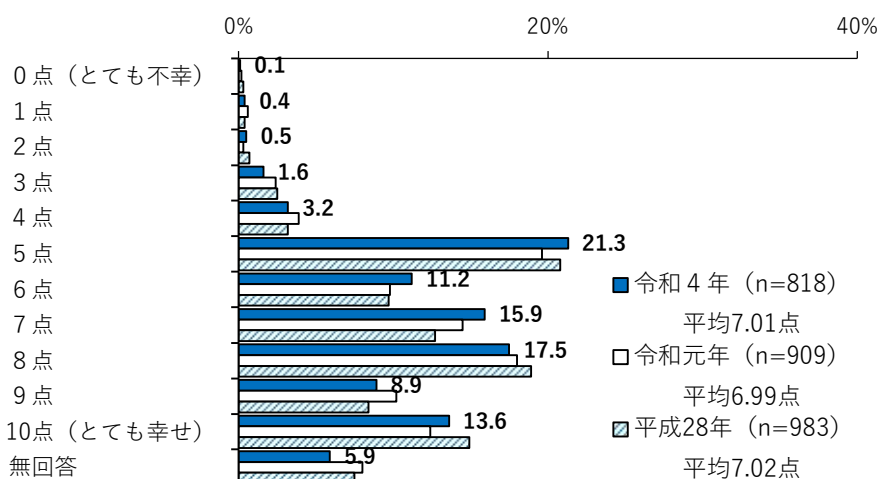
健康づくりは、介護予防の第一歩であるが、＜問52 健康づくりのために取り組んでいること＞で、「食事内容に注意している」「人と交流を持つようにしている」との回答が前回結果より低くなっている。また、「運動をしている」の回答では、前回より高い結果となった。

自立支援・重度化防止に向けた取り組みのひとつとして、町民一人ひとりの健康づくりと介護予防の取り組みの一層の充実が求められている。



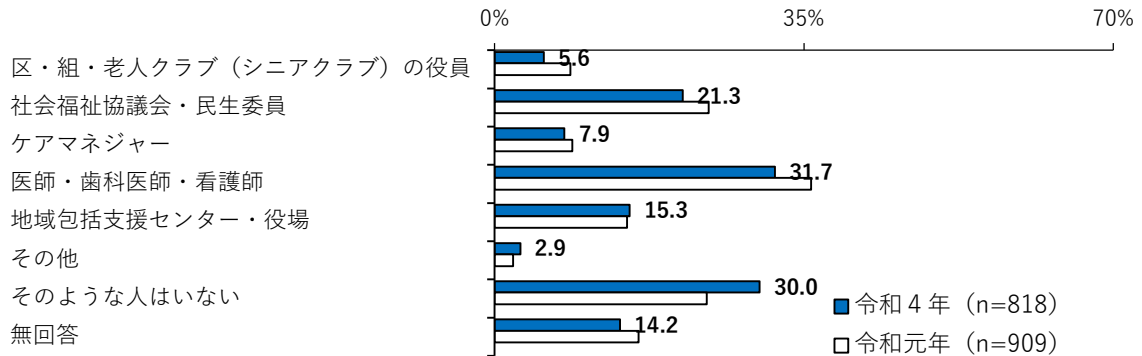
※「お口の健康（歯・歯茎など）に注意している」は令和4年のみ

<参考> 現在の幸せ度



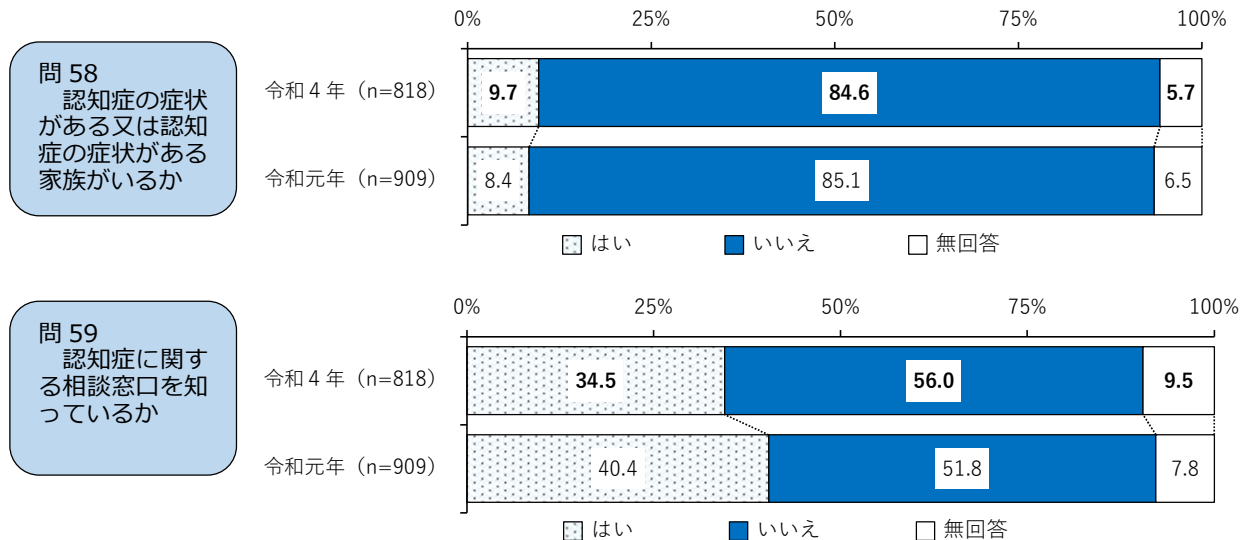
⑤相談先

＜問47 家族や友人・知人以外で相談する相手＞で、そのような人はいないと回答した人が30.0%となっている。近年社会問題となっている、老々介護や誰にも頼らずにひとりで介護をしている環境から引き起こされる事故等を未然に防ぐため、社会福祉協議会・民生委員、ケアマネジャー、医師・歯科医師・看護師、地域包括支援センター・役場など相談先のさらなる周知が求められている。



⑥認知症

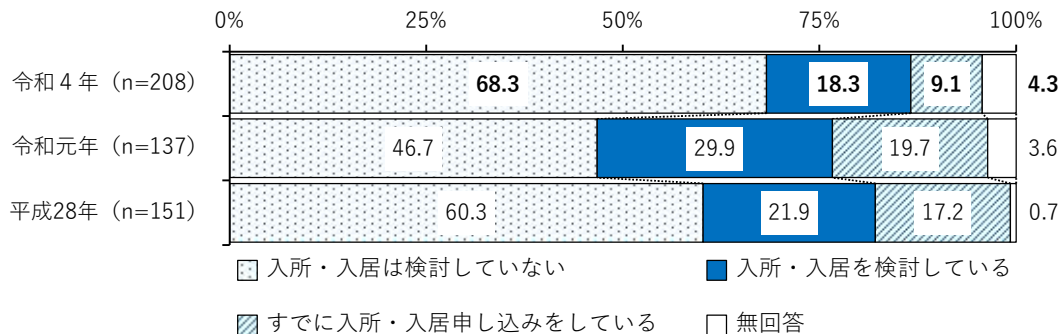
＜問58 認知症の症状がある又は認知症の症状がある家族がいるか＞で、はいと回答した人は約1割、＜問59 認知症に関する相談窓口を知っているか＞で、いいえと回答した人は半数を超える。認知症の方を抱える家族は介護の負担も大きい。第7期・第8期計画でも、認知症施策の推進がポイントであったように、認知症の方の意思が尊重され住み慣れた地域で自分らしく暮らせることが大切である。第9期計画では、認知症の予防・相談・対応の一層の充実が求められるとともに、地域で支えあう社会の実現を目指す。



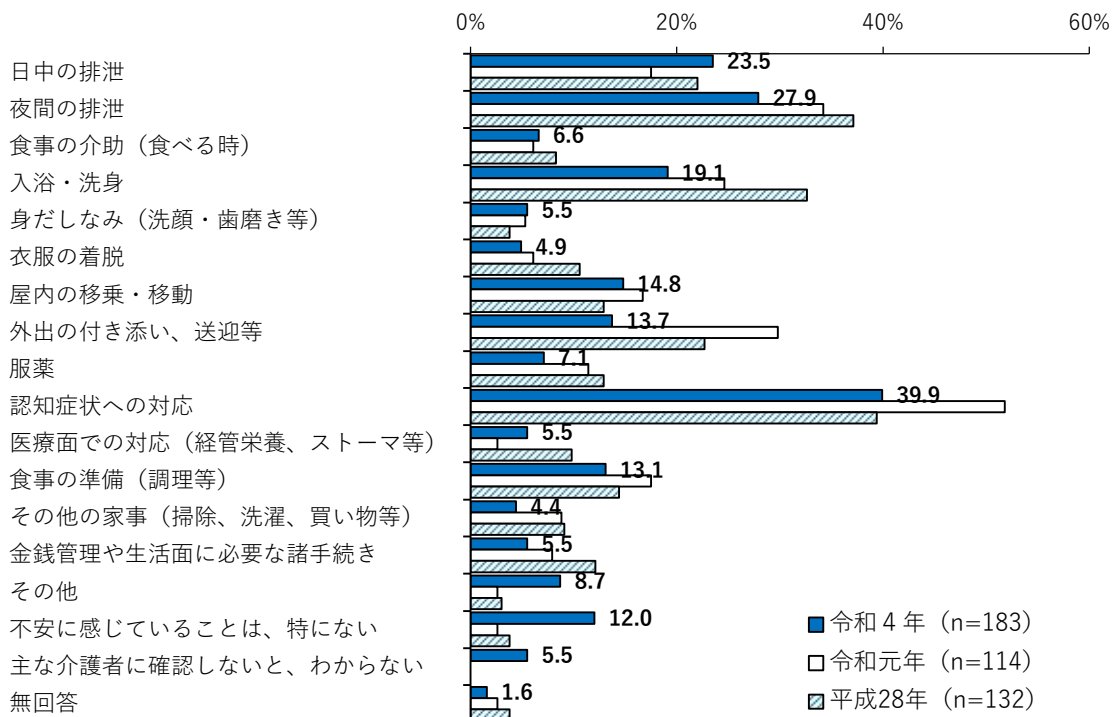
在宅介護実態調査より抜粋

調査対象者：A票・本人 B票・介護者

< A票 問10 施設等への入所・入居の検討状況 >で、「入所・入居を検討している」、「すでに入所・入居申し込みをしている」を合わせた、入所希望が27.4%と4人に対し1人の割合となっている。



< B票 問5 現在の生活を継続していく上で介護者が不安に感じる介護 >では、「認知症状への対応」「夜間の排泄」「日中の排泄」との回答が多い。



第6節 日常生活圏域の考え方

本町は、県庁所在地の甲府市より南へ約60km離れた山梨県の最南端に位置し、北東から南西方向へ約21km、北西から南東方向へ約16.5kmで、総面積は200.63km²と県土の約4.5%を占めています。北は山梨県身延町に、南と西は静岡県静岡市に、東は静岡県富士宮市に接した県境の町です。また、国道52号、国道469号、JR身延線など山梨県と静岡県を結ぶ主要幹線が町内を貫いています。中部横断自動車道が開通し、静岡県から山梨県、あるいは長野県、新潟県方面にアクセスする玄関口としての機能がますます高まることが予想されます。

介護保険事業計画においては、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を設定する必要があります。

本町の日常生活圏域は、第8期介護保険事業計画における考え方を踏襲し、第9期介護保険事業計画においても1圏域です。



第7節 計画に基づく介護保険事業の体系

本計画は事業を中心とした構成となっています。事業の内容は以下の通りです。

第5章 介護サービス	第1節 居宅サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 通所介護（デイサービス） 7 通所リハビリテーション（デイケア） 8 短期入所生活介護（ショートステイ） 9 短期入所療養介護（医療型ショートステイ） 10 福祉用具貸与 11 特定福祉用具購入費 12 住宅改修 13 特定施設入居者生活介護 14 居宅介護支援・介護予防支援
	第2節 施設サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護医療院
	第3節 地域密着型サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 2 夜間対応型訪問介護 3 地域密着型通所介護 4 認知症対応型通所介護 5 小規模多機能型居宅介護 6 認知症対応型共同生活介護 7 地域密着型特定施設入居者生活介護 8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 9 看護小規模多機能型居宅介護 10 地域密着型サービス必要利用定員総数

第6章 地域支援事業	第1節 地域支援事業の概要	
	第2節 地域包括支援センター	
	第3節 介護予防 ・日常生活支援総合事業	1 介護予防・生活支援サービス事業 (1) 訪問型サービス (2) 通所型サービス (3) 介護予防ケアマネジメント 2 一般介護予防事業 (1) 介護予防把握事業 (2) 介護予防普及啓発事業 (3) 地域介護予防活動支援事業（サロン事業） (4) 一般介護予防事業評価事業 (5) 地域リハビリテーション活動支援事業
	第4節 包括的支援事業	1 地域包括支援センター運営事業 (1) 介護予防ケアマネジメント業務 (2) 総合相談支援業務／権利擁護業務 (3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 (4) 地域ケア会議 (5) 緊急連絡票の作成支援 2 在宅医療・介護連携推進事業 3 認知症総合支援事業 (1) 認知症初期集中支援チーム (2) 認知症地域支援・ケア向上推進事業 4 生活支援体制整備事業
	第5節 任意事業	1 介護給付費適正化事業 (1) 要介護認定の適正化（認定調査状況チェック） (2) ケアプランの点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査 (3) 医療情報との突合・縦覧点検 (4) 給付実績の活用 2 家族介護支援事業 3 虐待一時保護事業 4 成年後見制度利用支援事業 5 地域自立生活支援事業

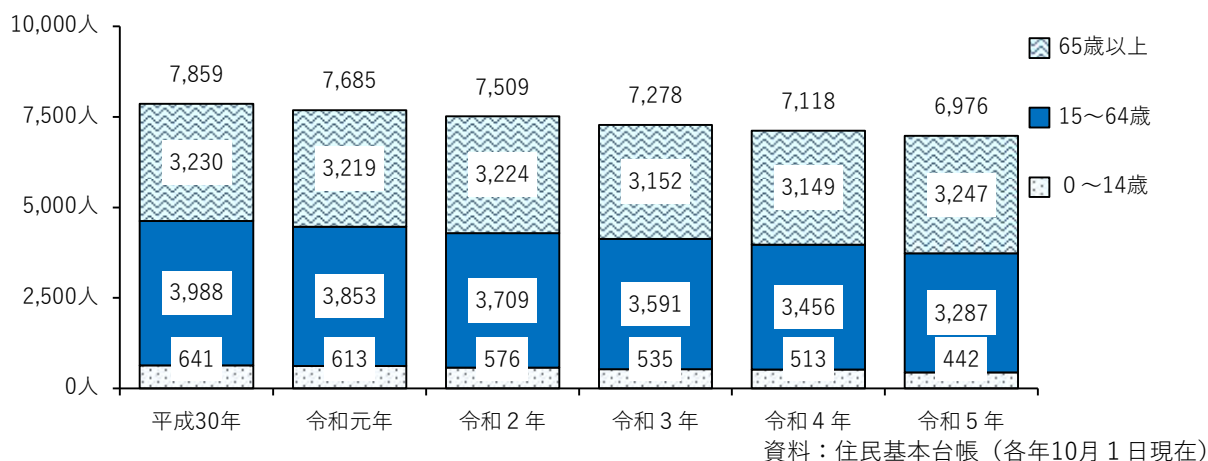
第3章 高齢者を取りまく現状

第1節 人口の状況

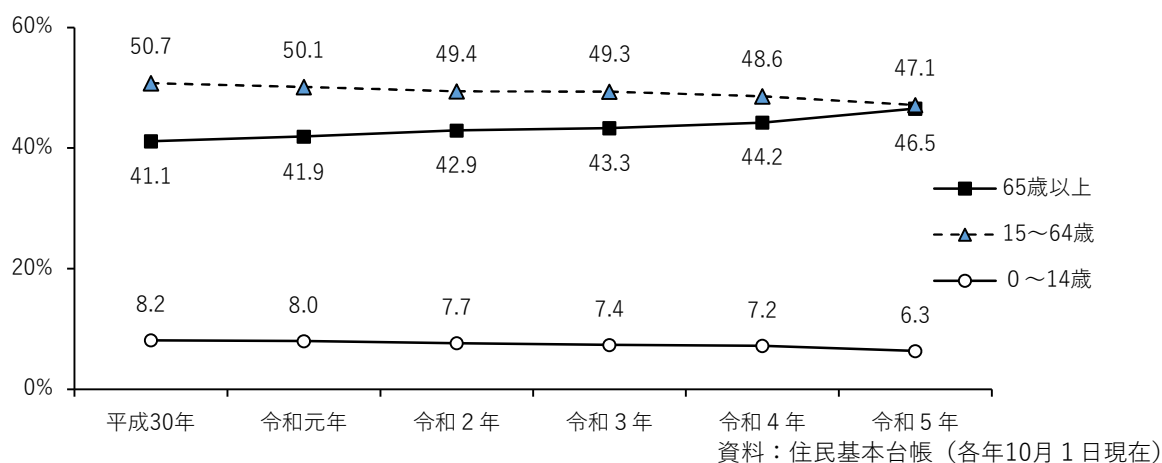
1 現状

総人口の推移をみると、減少傾向が続いています。65歳以上人口は微減で推移し、15～64歳人口が減少傾向にあるため、両者の差をみると、平成30年に約758人あったものが、令和5年には40人に縮まってきています。

①総人口（年齢3区分別人口）の推移



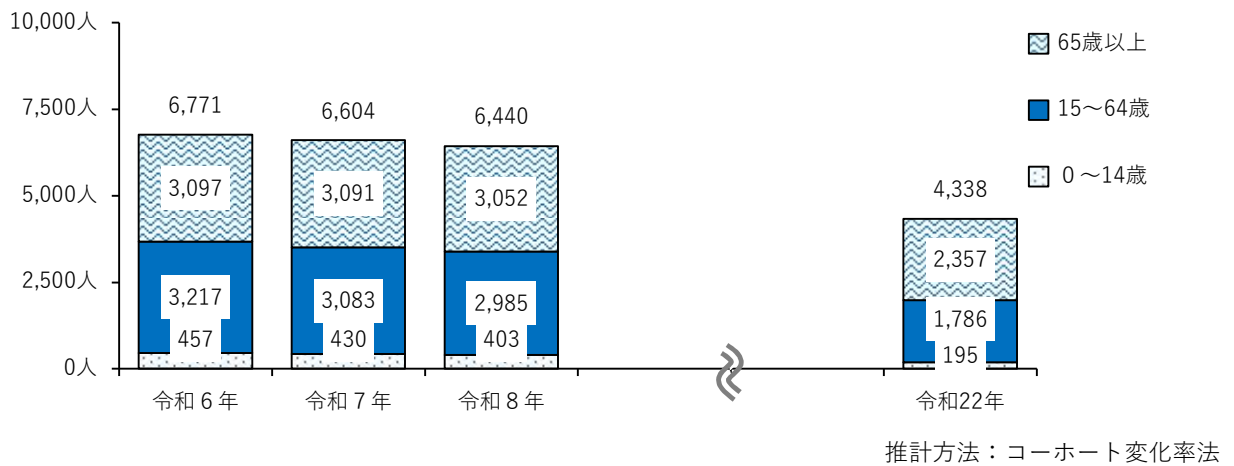
②年齢3区分別人口割合の推移



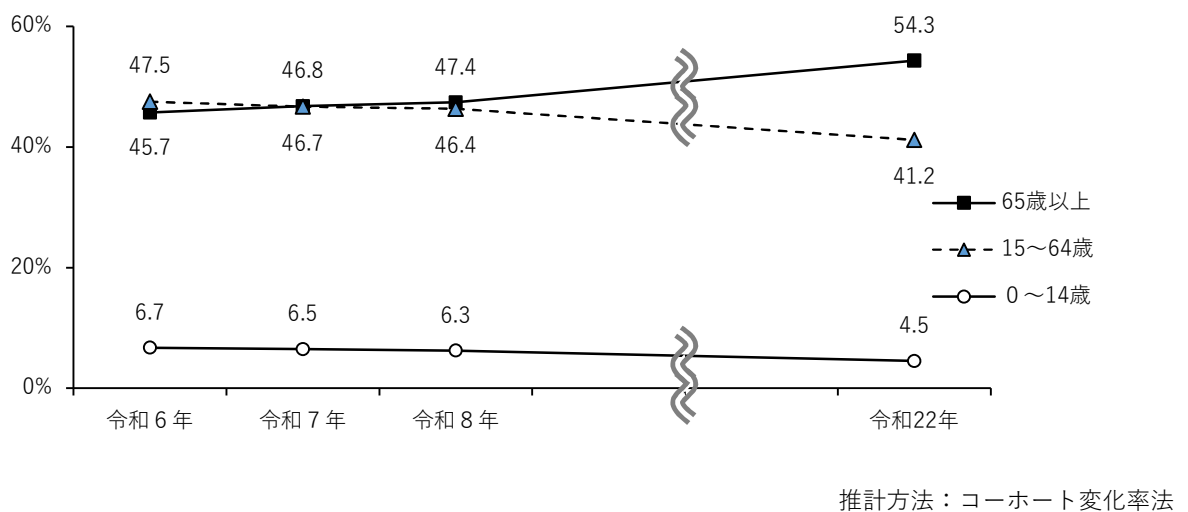
2 推計

総人口の推移をみると、令和6年以降も減少していき、令和22年には4,338人まで減少する見込みとなっています。総人口の減少に伴い、3区分別人口もそれぞれ減少していき、令和22年には0～14歳が195人（4.5%）、15～64歳が1,786人（41.2%）、65歳以上が2,357人（54.3%）になると見込まれます。

①人口推計結果 総人口（年齢3区分別人口）の推移



②人口推計結果 年齢3区分別人口割合の推移



第2節 世帯の状況

世帯の状況を見ると、やや減少傾向がみられます。在宅ひとり暮らし高齢者世帯、高齢者夫婦世帯ともやや増加しています。

①総世帯数と各高齢者世帯の状況

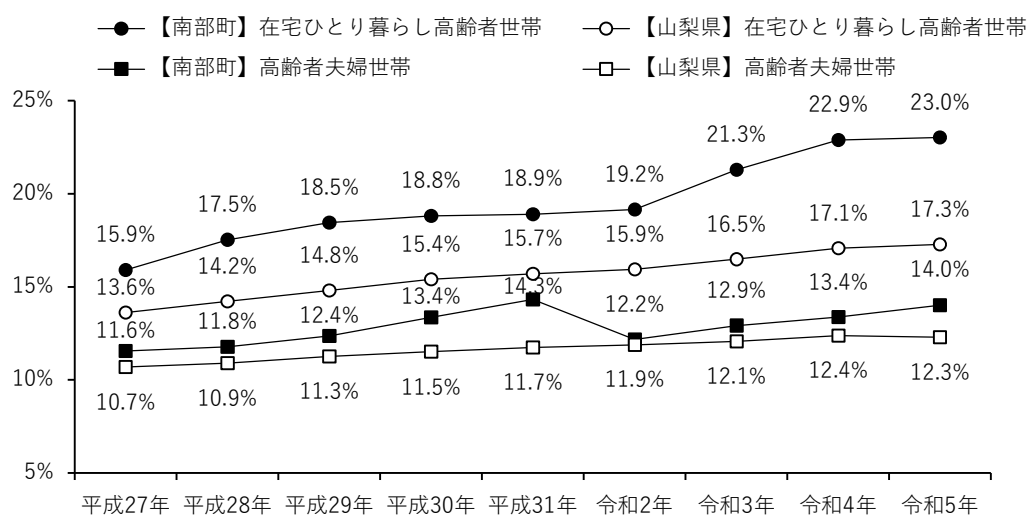
(世帯)

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
総世帯数	3,245	3,242	3,230	3,173	3,148	3,138	3,095	3,058	3,032
在宅ひとり暮らし 高齢者世帯	516	568	596	597	595	601	659	700	698
高齢者夫婦世帯	375	382	399	424	451	382	400	409	425
その他高齢者世帯	54	63	66	69	77	71	63	51	61

資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

在宅ひとり暮らし高齢者世帯・高齢者夫婦世帯割合の推移を県の値と比較してみると、本町では、県の値よりやや高い水準で推移していることがわかります。

②在宅ひとり暮らし高齢者世帯・高齢者夫婦世帯割合の推移（県比較）

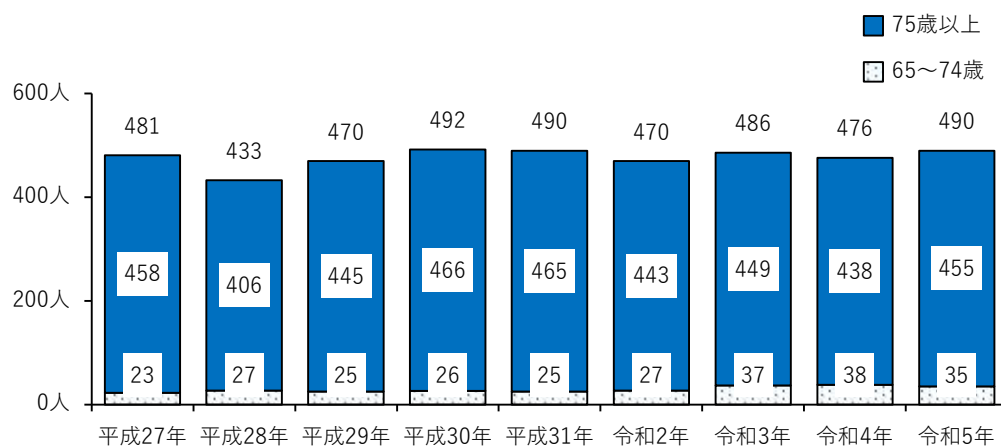


資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

第3節 認知症高齢者の状況

認知症高齢者数の推移をみると、400人台後半で推移しています。また、そのほとんどが75歳以上の後期高齢者であることがわかります。

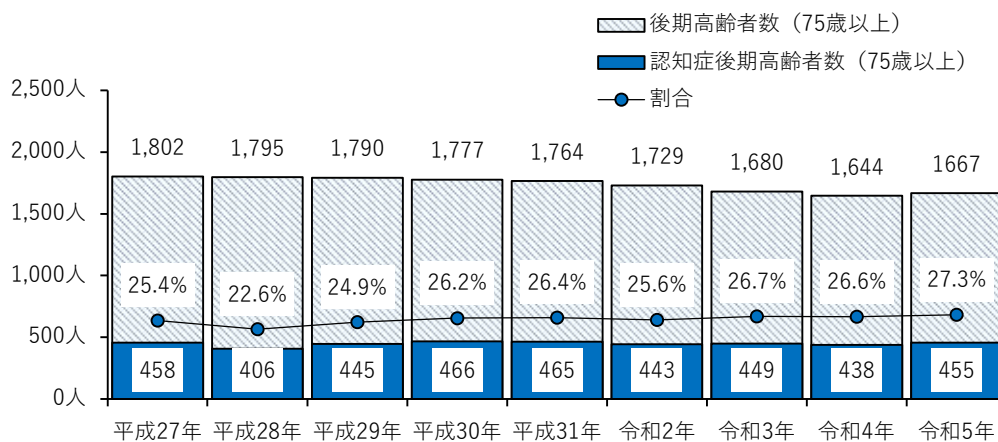
① 認知症高齢者数の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

前期高齢者数と後期高齢者の認知症高齢者数をみると、後期高齢者の約25%、4人に1人が認知症という状況にあることがわかります。

② 認知症後期高齢者の状況



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

第4節 高齢者の就業状況

高齢者の就業状況を見ると、65歳以上の労働力人口の割合は24.2%となっており、山梨県の30.7%よりも低くなっています。一方、非労働力人口の割合は75.8%で、約8割が非労働力人口となっています。

(上段：人、下段：%)

	総数	労働力人口			非労働力人口
		就業者	完全失業者		
65歳以上	3,124	757	720	37	2,367
	100.0%	24.2%	23.0%	1.2%	75.8%
男性	1,372	482	448	34	890
	100.0%	35.1%	32.7%	2.5%	64.9%
女性	1,752	275	272	3	1,477
	100.0%	15.7%	15.5%	0.2%	84.3%
山梨県	245,884	75,544	73,266	2,278	159,994
	100.0%	30.7%	29.8%	0.9%	65.1%

資料：国勢調査（令和2年）

※不詳者がいるため、労働力人口と非労働力人口の合計は総数と一致しない

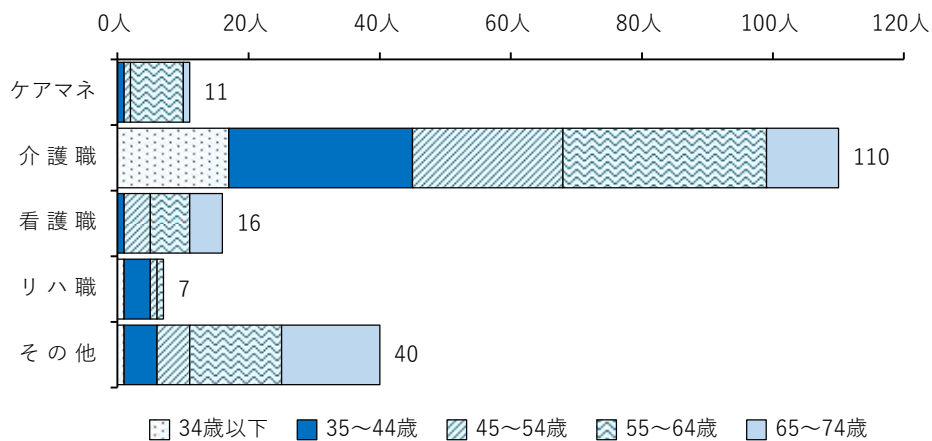
第5節 介護・福祉人材に関するアンケート調査抜粋

職種別人数をみると、現在は、「介護職」が110人、「看護職」が16人、「ケアマネ」が11人「リハ職」が7人、「その他」が40人となります。現在も採用を進めていますが、「介護職」や「看護職」で不足を感じている事業所があります。

①回答状況

	送付数	回答数	回収率
サービス数	15	15	100%

②職種別年齢別人数（令和5年10月1日時点）



③令和5年度採用した職員数

職種	34歳以下	35~44歳	45~54歳	55~64歳	65~74歳	計
ケアマネ	0	0	0	0	0	0
介護職	0	4	1	2	1	8
看護職	0	0	0	1	0	1
リハ職	0	1	0	0	0	1
その他	0	0	1	0	3	4

③現在不足を感じている職種

介護職や看護職

④令和5年に退職した職員の主な理由

仕事・職場になじめない

定年など年齢的理由 など

第4章 要支援・要介護者の状況

第1節 認定者の状況

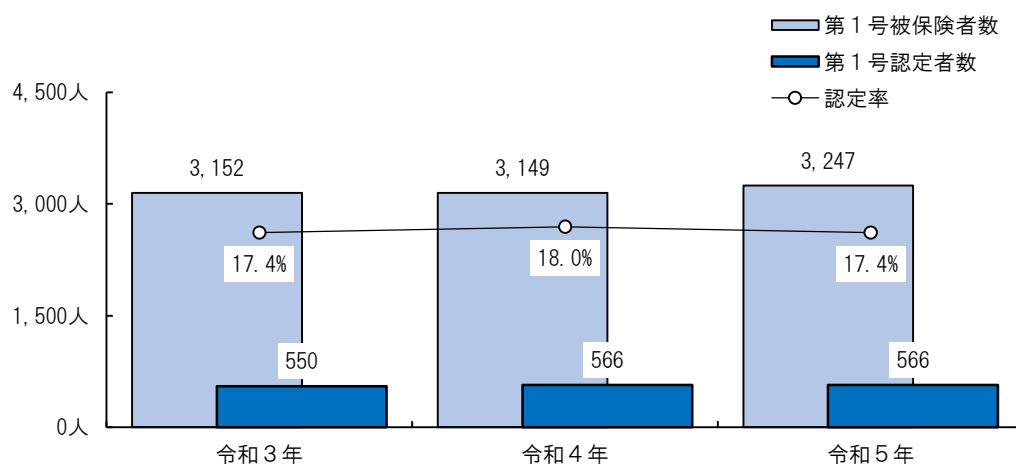
1 現状

要介護認定者は、令和5年の総数が569人となっており、介護度別では「要介護1」が120人と最も多くなっています。認定率は18.0%前後を推移しています。

(人)

	令和3年	令和4年	令和5年(見込み)
要支援1	61	63	66
要支援2	63	74	73
要介護1	114	120	120
要介護2	89	89	85
要介護3	75	69	83
要介護4	81	84	77
要介護5	69	70	65
合計	552	569	569
第1号被保険者数	3,152	3,149	3,247
うち第1号の認定者数	550	566	566
認定率	17.4%	18.0%	17.4%

資料：見える化システム（各年9月末日現在）（※認定者数は、第1号被保険者数と第2号被保険者数を合わせた数）

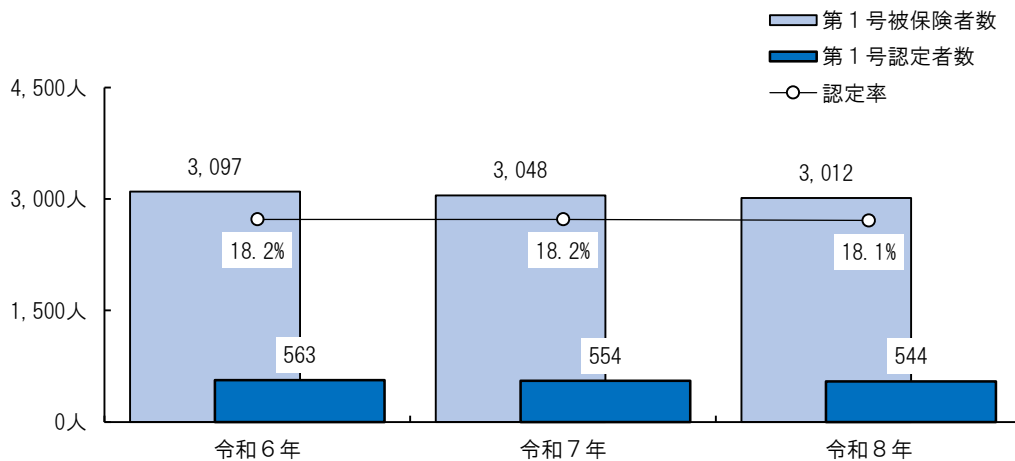


2 推計

要介護認定者の総数は、令和6年の563人からゆるやかに減少していき、令和8年には547人になると見込まれます。

	(人)		
	令和6年	令和7年	令和8年
要支援1	70	70	69
要支援2	76	75	74
要介護1	118	114	111
要介護2	81	79	76
要介護3	72	73	72
要介護4	87	86	85
要介護5	62	60	60
合計	566	557	547
第1号被保険者数	3,097	3,048	3,012
うち第1号の認定者数	563	554	544
認定率	18.2%	18.2%	18.1%

資料：見える化システム（各年9月末日時点）（※認定者数は、第1号被保険者数と第2号被保険者数を合わせた数）



第5章 介護サービス

本町の介護保険給付費は約9億5千万円前後で推移しており、第9期介護保険事業計画においては、3年間で約●●億円を見込んでいます。そのような現状の中、介護サービスの充実を図りながら介護給付の適正化を推進し、持続可能な介護保険制度の運営を確保していくことが重要課題です。

また、地域の支援、福祉・介護、医療連携を図り、南部町地域包括ケアシステムの運用をさらに推進し、介護サービスもその中の位置付けにおいて運用していく必要があります。

地域支援事業においては、本町の実情に応じて多様なサービスを充実することで、地域の支えあい体制づくりを推進し、効率的・効果的な支援等を目指します。

第1節 居宅サービス

計画の体系No. 1-(2)-① (P6 第3節 計画の体系参照)

1 訪問介護

訪問介護は、訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、入浴、排せつ等の身体介護や、食事の世話等の生活援助を行うものです。

施策の方向

- 町全域におけるサービス提供が維持されるよう、事業者に要請します。
- 高齢者のニーズに応じて効率的・効果的なサービスが提供されるよう、事業者へ働きかけます。
- 在宅医療機関等と連携を図りながら研修会などを実施し、訪問介護員（ホームヘルパー）の質の向上と新たな人材の確保を図ります。

2 訪問入浴介護

訪問入浴介護は、居宅を訪問して、浴槽を提供して入浴の介護を行うものです。

施策の方向

- 高齢者の要望に応じた施策展開を図るため、サービス提供事業者の確保等、基盤整備を進めます。

3 訪問看護

訪問看護は、看護師等が居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行うものです。

施策の方向

- 訪問看護ステーション等の訪問看護指定事業者と、医療機関との連携を促進します。
- 臨時や緊急の訪問看護に対応できる体制を継続していきます。

4 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）等が居宅を訪問して、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うものです。

施策の方向

- 理学療法士（PT）や作業療法士（OT）等の専門職員を確保するため、県の指定を受けた新規民間事業者等の参入を促進します。
- 急性期から慢性期まで連携したリハビリテーションが実施されるよう、側面的な支援に努めます。

5 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問して、療養上の管理や指導を行うものです。

施策の方向

- 在宅で一貫した療養管理指導が受けられるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員（ケアマネジャー）の連携強化を図ります。

6 通所介護（デイサービス）

通所介護（デイサービス）は、デイサービスセンターにおいて、食事の提供や入浴等の日常生活上の世話、機能訓練を行うものです。

施策の方向

- 機能強化や必要なマンパワーの確保を要請します。
- 高齢者のニーズに応じて効率的・効果的なサービスが提供されるよう、事業者へ働きかけます。
- 休日の利用や利用時間の延長など、利用者のさらなる利便性向上について検討を進めます。
- 研修機会を充実し、質の向上と新たな人材の確保を図ります。
- 高齢人口の減少等を踏まえ、効率的・効果的なサービスが提供されるよう、検討していきます。

7 通所リハビリテーション（デイケア）

通所リハビリテーション（デイケア）は、介護老人保健施設、病院等に通り、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うものです。

施策の方向

- 基本的なリハビリテーションに加えて、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上等、利用者にあった選択的サービスの提供を促進します。
- あらゆる年齢層や要介護度に対応できるリハビリテーションのメニューの検討を引き続き要請します。
- 近隣市町に受け入れを要請します。
- 急性期から慢性期まで連携したリハビリテーションが実施されるよう、側面的な支援に努めます。

8 短期入所生活介護（ショートステイ）

短期入所生活介護は、高齢者を介護している家族が疾病、冠婚葬祭、出産、事故等の理由により介護が困難になった場合に、高齢者を一時的に特別養護老人ホーム等に短期入所させ、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練を行うものです。

施策の方向

- 適正なショートステイの利用を促進します。
- 介護老人福祉施設等事業者の情報を確保するとともに、峡南圏域や静岡県との近隣市との連携を強化します。

9 短期入所療養介護（医療型ショートステイ）

短期入所療養介護は、介護老人保健施設等に短期入所させ、当該施設において、看護、医学的な管理のもとで介護や機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話をを行うものです。

施策の方向

- 介護老人保健施設等事業者の情報を確保するとともに、峡南圏域や静岡県
の近隣市との連携を強化します。

10 福祉用具貸与

福祉用具貸与は、日常生活の自立を助けるために、福祉用具（車いす、特殊寝台等）の貸与を行うものです。

施策の方向

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）、理学療法士（PT）、保健師等の専門職の意見を参考にして福祉用具を選定し、利用者が福祉用具を有効的に使えるよう支援します。
- 利用者の身体状況に適した福祉用具の貸与を促進します。

11 特定福祉用具購入費

特定福祉用具購入費は、特定の福祉用具を指定販売事業者で購入した際、その購入費の一部を支給するものです。

施策の方向

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）、理学療法士（PT）、保健師等の専門職の意見を参考にして福祉用具を選定し、利用者が福祉用具を有効的に使えるよう支援します。
- 利用者の身体状況に適した福祉用具の購入を促進します。

12 住宅改修

住宅改修は、手すりの取付け、段差解消等の工事をした際、その工事費の一部を支給するものです。

施策の方向

- 事前審査の段階で適切、効果的な利用を促進するため、理学療法士（PT）、保健師等の専門職の意見を参考にし、介護支援専門員（ケアマネジャー）や事業者への情報提供や指導を徹底します。
- 住宅改修事業者との連携を図り、住宅改修について広く周知に努め、適正な利用を促進していきます。

13 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）等に入所している要介護者等について、計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行うものです。

施策の方向

- 町内への事業者の参入は促進しないことから、県内や近隣県における施設情報の提供に努めます。

14 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援・介護予防支援は、居宅で介護を受ける人の心身の状況、希望等を踏まえ、保健医療サービス、福祉サービスの利用等に関し、サービス利用計画書（ケアプラン）を作成し、サービスが確実に提供されるよう、介護サービス提供機関等との連絡調整などを行うものです。

施策の方向

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保に努めます。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象に、定期的な研修を行い、質の向上に努めます。
- 適正なケアプランが作成されているか、ケアプランチェックを定期的に行い、不都合な点については、介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡し、調整・指導していきます。
- 自己作成でケアプランを作成する場合に備えて、地域包括支援センターで相談に対応します。

第2節 施設サービス

計画の体系No. 1-(2)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

1 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設では入所者に、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行います。

施策の方向

- 在宅での介護が困難な要介護認定者が入所できるよう、必要なサービス量を確保するなど、関係機関との調整を図ります。
- より質の高いサービスを提供するため、施設職員の技術の向上を促します。

2 介護老人保健施設

介護老人保健施設では入所者に、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行います。

施策の方向

- 在宅での介護が困難な要介護認定者が入所できるよう、必要なサービス量を確保するなど、関係機関との調整を図ります。
- より質の高いサービスを提供するため、施設職員の技術の向上を促します。

3 介護医療院

介護医療院は、重度の介護者を受け入れ、日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の医療機能及び生活施設としての機能も兼ね備えています。

施策の方向

- 医療の必要性が高い要介護認定者に必要なサービス量が確保できるよう、関係機関との調整を図ります。

第3節 地域密着型サービス

計画の体系No. 1-(2)-③ (P.6 第3節 計画の体系参照)

1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に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行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

2 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護は、夜間の定期的な巡回訪問により、または通報を受けて、要介護者の居宅で要介護者にケアを行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

3 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護は、利用定員18人以下の小規模な事業所による通所介護（デイサービス）です。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。
- 高齢者のニーズに応じて効率的・効果的なサービスが提供されるよう、事業者へ働きかけます。
- より質の高いサービスを提供するため、施設職員の技術の向上を促します。

4 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、認知症の症状がある居宅要介護者に、デイサービスセンター等において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

施策の方向

- 機能強化や必要なマンパワーの確保を要請します。
- 高齢者のニーズに応じて効率的・効果的なサービスが提供されるよう、事業者へ働きかけます。
- より質の高いサービスを提供するため、施設職員の技術の向上を促します。

5 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、要介護者の居宅でのケア、もしくは当該拠点に通うか短期間宿泊するなどして、日常生活上のケアを行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

6 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護は、認知症の症状がある要介護者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活の世話及び機能回復訓練を行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要については、既存の事業所において対応を図ります。
- 高齢者のニーズに応じて効率的・効果的なサービスが提供されるよう、事業者へ働きかけます。
- より質の高いサービスを提供するため、施設職員の技術の向上を促します。

7 地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護は、定員が29名以下で入居者が要介護者、その配偶者等に限定されている有料老人ホームに入所している要介護者に対してケアを行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、定員が29名以下の特別養護老人ホームに入所している要介護者に対してケアを行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

9 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、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て提供する複合型のサービスを行うものです。

施策の方向

- 利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業者の指定を行い、事業を実施していきます。

10 地域密着型サービス必要利用定員総数

本町における地域密着型サービスにかかる必要利用定員総数の計画値は以下のとおりとします。

必要利用定員総数

(人)

	計画		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症対応型共同生活介護	18	18	18
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3	3	3

第4節 サービス見込量一覧

●介護予防サービス見込量

※回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
●介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	回数(回)	0.0	0.7	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防訪問看護	回数(回)	43.3	114.3	75.8			
	人数(人)	7	11	9			
介護予防訪問リハビリテーション	回数(回)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防居宅療養管理指導	人数(人)	1	1	0			
介護予防通所リハビリテーション	人数(人)	1	1	2			
介護予防短期入所生活介護	日数(日)	24.7	22.0	30.1			
	人数(人)	3	5	9			
介護予防短期入所療養介護 (老健)	日数(日)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	日数(日)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	日数(日)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防福祉用具貸与	人数(人)	40	44	47			
特定介護予防福祉用具購入費	人数(人)	1	1	1			
介護予防住宅改修	人数(人)	1	1	1			
介護予防特定施設入居者生活介護	人数(人)	1	1	0			
●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	回数(回)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数(人)	0	0	0			
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数(人)	0	0	0			
●介護予防支援	人数(人)	47	53	62			

●介護サービス見込量

※回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
●居宅サービス							
訪問介護	回数(回)	1,006.3	1,061.9	1,097.1			
	人数(人)	50	53	52			
訪問入浴介護	回数(回)	76	73	69			
	人数(人)	13	12	12			
訪問看護	回数(回)	151.0	181.9	271.0			
	人数(人)	25	29	34			
訪問リハビリテーション	回数(回)	24.0	15.8	20.4			
	人数(人)	3	2	3			
居宅療養管理指導	人数(人)	30	26	23			
通所介護	回数(回)	1,317	1,353	1,413			
	人数(人)	127	132	143			
通所リハビリテーション	回数(回)	53.8	48.7	46.7			
	人数(人)	6	6	6			
短期入所生活介護	日数(日)	551.6	510.8	387.3			
	人数(人)	64	59	52			
短期入所療養介護（老健）	日数(日)	3.8	3.4	0.0			
	人数(人)	0	1	0			
短期入所療養介護（病院等）	日数(日)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
短期入所療養介護（介護医療院）	日数(日)	0.0	0.0	0.0			
	人数(人)	0	0	0			
福祉用具貸与	人数(人)	135	146	156			
特定福祉用具購入費	人数(人)	3	2	3			
住宅改修費	人数(人)	2	1	1			
特定施設入居者生活介護	人数(人)	14	12	10			
●地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数(人)	0	0	0			
夜間対応型訪問介護	人数(人)	0	0	0			
地域密着型通所介護	回数(回)	341.3	335.9	279.0			
	人数(人)	34	33	27			
認知症対応型通所介護	回数(回)	184.9	152.8	187.3			
	人数(人)	21	18	19			
小規模多機能型居宅介護	人数(人)	2	2	2			
認知症対応型共同生活介護	人数(人)	17	18	17			
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数(人)	0	0	0			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数(人)	0	0	0			
看護小規模多機能型居宅介護	人数(人)	0	0	0			
●施設サービス							
介護老人福祉施設	人数(人)	99	98	95			
介護老人保健施設	人数(人)	33	27	28			
介護医療院	人数(人)	1	2	1			
●居宅介護支援	人数(人)	224	225	233			

第6章 地域支援事業

第1節 地域支援事業の概要

地域支援事業は、要支援・要介護状態になることを予防するとともに、要支援・要介護状態になっても、住み慣れた地域で自立した日常生活を行うことができるよう支援する事業です。介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業の3種類に大きく区分されます。

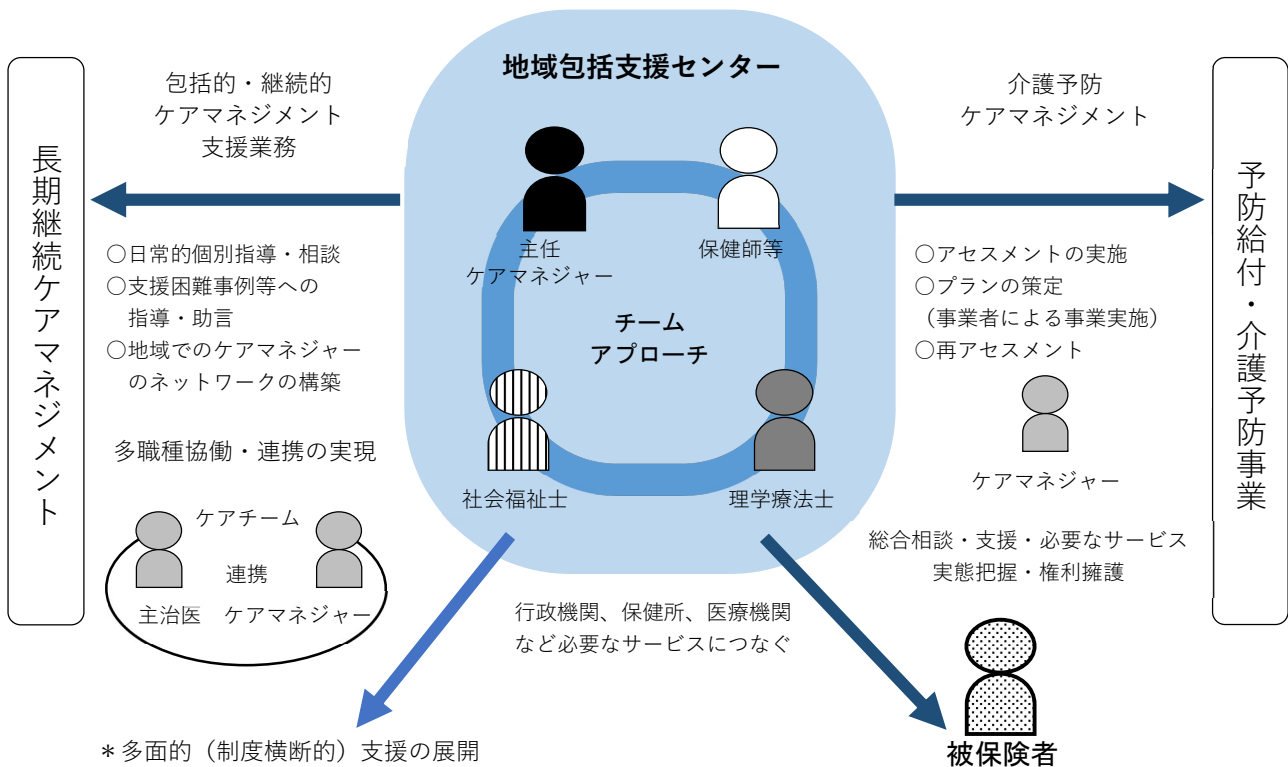
第2節 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを営むことができるよう、介護支援だけでなく多面的な支援を行うことを目的としており、地域支援事業を推進する要になります。

主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）、保健師、社会福祉士、理学療法士等が相互に連携をとって、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業を展開します。

現在、町の直営で、地域包括支援センターを南部分庁舎内に1箇所設置しています。今後も地域包括支援センター運営協議会との連携のもとに運営します。

南部町地域包括支援センターのイメージ



第3節 介護予防・日常生活支援総合事業

1 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 訪問型サービス

計画の体系No. 1-(2)-④ (P.6 第3節 計画の体系参照)

①介護予防訪問介護相当サービス

現在サービスが必要な利用者を対象に、訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、入浴、排せつ等の身体介護や、食事の世話等の生活援助を行います。

実績と計画

(月平均人数)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護 (現行の訪問介護 相当)	24	22	21			

②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、一定基準の研修受講者やNPO等による調理や食材の確保、洗濯、室内の掃除、布団干し、ごみ出し、その他の日常生活上の生活援助を行います。

③訪問型サービスB（住民主体による支援）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となって生活援助を行います。

④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、保健師等専門職による居宅での相談指導等を行います。

⑤訪問型サービスD（移動支援）

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となって移動支援を行います。

施策の方向

- サービスの需要量を把握し、サービスを必要とする人の適切な利用につなげます。
- サービスを提供している事業者に対して適切な情報提供を行います。
- 訪問型サービスA、訪問型サービスB、訪問型サービスC、訪問型サービスDについては、令和9年に向けて実施を検討していきます。

(2) 通所型サービス

計画の体系No. 1-(2)-⑤ (P.6 第3節 計画の体系参照)

① 介護予防通所介護相当サービス

現在サービスが必要な利用者を対象に、デイサービスセンターにおいて、入浴、食事の提供等の日常生活上の世話、機能訓練を行います。

実績と計画

(月平均人数)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通所介護 (現行の通所介護相当)	46	45	44			

② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)

(睦合ふれあいセンター・万沢ふれあいセンター)

- 要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、閉じこもりの予防や自立支援のため、ミニデイサービス、運動、レクリエーション等の活動を行います。

実績と計画

(年間延人数)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	2,120	2,035	2,000			

③ 通所型サービスB (住民主体による支援)

- 要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティアが主体となって、体操、運動等の自主的な通いの場における活動を行います。

④通所型サービスC（短期集中予防サービス）

基本チェックリスト該当者、要支援認定者を対象に、リハビリ専門職による生活機能を改善するための機能向上や栄養改善等のプログラムを行います。

施策の方向

- サービスの需要量を把握し、サービスを必要とする人の適切な利用につなげます。
- サービスを提供している事業者に対して適切な情報提供を行います。
- 通所型サービスAについては、万沢ふれあいセンター・睦合ふれあいセンターで2次的予防の観点を重視した重度化防止を目的として実施していきます。
- 通所型サービスB・通所型サービスCについては、令和9年に向けて実施を検討していきます。

（3）介護予防ケアマネジメント

計画の体系No. 1-(2)-⑥（P.6 第3節 計画の体系参照）

施策の方向

- 介護予防・生活支援を目的に、心身の状況等に応じて、適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるよう、ケアマネジメントするものです。利用者の状態等を踏まえ、原則的なケアマネジメント、簡略化したケアマネジメント、初回のみケアマネジメントに分けて行います。
- 介護予防事業の利用が必要な一人ひとりに応じたケアプランの作成と実施後の評価を行い、利用者の自立支援につなげます。

2 一般介護予防事業

計画の体系No. 2-(1)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

(1) 介護予防把握事業

本町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が必要な人を把握し、介護予防活動へつなげるものです。

施策の方向

- 後期高齢者健康診査対象者に基本チェックリストを実施し、機能の低下がみられる高齢者を地域包括支援センターへつなげる仕組みづくりを進めます。
- より効果的な介護予防への仕組みと併せた実施方法を検討していきます。
- K D Bシステムや国保連データなど、複数のデータを取り入れた分析を行い、介護予防と一体的に取り組みをしていきます。

(2) 介護予防普及啓発事業

住民が主体的に介護予防に取り組み、自分らしい暮らしを営むことができるように支援するものです。

名称	内容
パワーリハビリ教室	マシントレーニングを中心に体操や運動を実施しています。
筋肉若返り運動教室	一般高齢者を対象に、フレイル予防を目指した体操を実施しています。
つどいの場	体操の動画を観ながら筋肉若返り体操をすることをはじめ、住民運営による小集団のつどいの場づくりをすすめています。
ひばりの会 (言語リハビリ教室)	言語障害を有する者を対象に、コミュニケーション能力の維持・向上を目指して、言語聴覚士によるグループ訓練を実施しています。
リハビリ ボランティア研修	ボランティアの資質向上、活動継続のための支援を実施しています。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度		令和5年度	令和6年度	令和7年度
パワーリハビリ教室	28	32	27			
筋肉若返り運動教室	372	406	400			
つどいの場	820	812	800			
ひばりの会	31	41	50			
リハビリボランティア研修(回)	1	1	1			

施策の方向

- 既存の教室を引き続き実施し、より効率的・効果的な介護予防・重度化防止が図られるよう支援します。
- 充実した内容となるよう検討し、参加者の増加を促します。
- より多くの住民が参加できるよう、各種教室の開催時期や内容の検討を進めます。
- つどいの場については、継続に向けた支援を実施していくとともに、開催されていない地域については立ち上げの支援を実施していくことで、住民主体の取り組みを後押ししていきます。

(3) 地域介護予防活動支援事業（サロン事業）

住民が主体となり、地域の高齢者や住民の交流の場として全地区でサロン活動が行われています。要請に応じて保健師・理学療法士・管理栄養士等による支援を行っています。

施策の方向

- 高齢者の交流の場づくり、居場所づくりとしての機能を支援します。
- 健康増進担当、関係部署と連携を図りながら支援します。
- 社会福祉協議会に委託して実施していきます。

(4) 一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業の達成状況等の検証を通じて、一般介護予防事業の評価を行い、その結果に基づき、事業の実施方法等の改善を図るものです。

施策の方向

- 状態の保持、改善に向け、アウトプット評価、アウトカム評価、プロセス評価により、介護予防事業の効果の把握と検証を行います。

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーション専門職を、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派遣するなどして、地域における介護予防の取組の強化を図るものです。

施策の方向

- リハビリテーション専門職や地域包括支援センターなどが連携を図りながら、事業を推進します。

第4節 包括的支援事業

1 地域包括支援センター運営事業

(1) 介護予防ケアマネジメント業務

計画の体系No. 2-(1)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

介護予防ケアマネジメント業務は、高齢者が要介護状態等となることを予防するため、心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じてケアプラン（計画）を作成するものです。対象者自らの選択に基づき、介護予防事業、その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう、必要な援助（①アセスメント、②目標設定、③モニタリング、④評価）を行います。

施策の方向

- 介護予防事業の利用が必要な一人ひとりに応じたケアプランの作成と実施後の評価を行い、高齢者の自立支援につなげます。

(2) 総合相談支援業務／権利擁護業務

計画の体系No. 3-(1)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

総合相談支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の必要な支援等を幅広く把握し、地域における適切なサービス、関係機関または制度の利用につなげる等の支援を行うものです。

権利擁護業務は、高齢者が地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活できるよう、専門的・継続的な視点から支援を行うものです。

施策の方向

- サービス提供機関や専門相談機関等からなる総合相談支援業務に必要なネットワークを構築し、相談への初期対応と、課題を明確にした継続的、専門的相談を実施します。
- 成年後見制度の活用や虐待、困難事例への対応を図り、高齢者等の権利擁護に対しての、支援事業を実施します。
- 消費者被害を未然に防ぐため、関係機関を含め、情報発信に努めます。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

計画の体系No. 2-(2)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

包括的・継続的マネジメント支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）、主治医、関係機関等の地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員（ケアマネジャー）に対する支援等を行うものです。多職種相互の協働により、高齢者一人ひとりの状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していくことが重要です。

施策の方向

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）を中心に、地域の関係機関等との連携のもとに、包括的・継続的なケアマネジメントを実施します。
- ケアプラン点検や事例検討会などを通じ、介護支援専門員（ケアマネジャー）に対する日常的個別指導・相談業務を実施します。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）が抱える支援困難事例について、関係機関と連携し、指導、助言等を行います。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）ネットワークを構築し、相互の情報交換の場の設定等を通じて、介護支援専門員（ケアマネジャー）の日常的な業務の円滑な実施を支援します。
- 予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメント相互の連携を図ります。

(4) 地域ケア会議

計画の体系No. 1-(1)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

地域ケア会議は、地域に必要な取組や課題を把握・共有することで、地域包括支援ネットワークの構築や新たな施策形成へとつなげることを目的として開催します。

個別地域ケア会議や自立支援のためのケア会議は、個別事例の課題検討を目的に開催します。多職種からの専門的な助言を得て生活行為の課題等を明確化し、介護予防や自立に資するケアプラン作成、ケア等の提供につなげます。

実績と計画

(回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア推進会議	3	3	2	2	2	2
個別地域ケア会議	8	6	5	5	5	5
自立支援のための ケア会議	1	2	2	2	2	2

施策の方向

- 地域の住民や地域の関係機関等との協働により、地域ケア会議を実施します。
- ケア会議の中で検討された住民同士の支え合いに向けた活動を推進していきます。
- 多職種連携による地域包括支援ネットワークの構築に努めます。
- 個別課題の解決を通じて、地域包括支援センター職員や介護支援専門員（ケアマネジャー）等の資質向上へつなげます。

(5) 緊急連絡票の作成支援

計画の体系No. 1-(1)-⑥ (P.6 第3節 計画の体系参照)

地域ケア推進会議での「家族・住まい」の部会において、近所同士での高齢者の見守り体制の必要性について検討を深めた結果、緊急連絡票を活用した取り組みが試行されました。

緊急連絡票は、緊急搬送時や災害発生時など万が一の際に医療機関や家族への連絡が速やかに行なえるために設置されており、設置の支援体制の構築を通じて地域の互助の仕組みとして活用していきます。また、緊急連絡票の作成支援活動を通じて声掛けや安否確認等の地域での定期的な見守り体制の構築を目指していきます。

実績と計画

(件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
緊急連絡票設置数	-	404	50	50	50	50

施策の方向

- 急搬送時や災害時の避難誘導の際に、医療機関や家族への連絡が速やかに行なえる連絡体制を個々に備えていく自助の仕組みづくりとして緊急連絡票作成の取り組みをすすめていきます。
- 日頃より見守りが必要な方や有事の際に支援が必要な方に対して、福祉推進員をはじめとする地域での支援者や有志の協力者に緊急連絡票の作成支援を依頼することで、地域での見守り活動につなげることを目指すといった互助の仕組みづくりとして取り組みをすすめていきます。

2 在宅医療・介護連携推進事業

計画の体系No. 2-(2)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

在宅医療・介護連携推進事業は、高齢者が疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるよう、在宅医療・介護連携を推進するものです。

●在宅医療・介護連携に関する相談支援

実績と計画 (件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携支援窓口の相談	16	25	20	20	20	20

●医療・介護関係者の研修

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療・介護連携多職種研修会の開催	1	1	1	1	1	1

●地域住民への普及啓発

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
普及啓発のための研修会開催	1	1	1	1	1	1

●医療・介護関係者の情報共有の支援

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療・介護連携検討会の開催	2	2	2	2	2	2

施策の方向

- 南部町地域包括支援センター及び峡南在宅医療支援センターへの委託を通じて実施します。
- 地域の関係機関の連携については医療圏域での広域的連携に関し峡南保健福祉事務所の支援を受け、多職種協働により、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築に努めます。

3 認知症総合支援事業

計画の体系No. 2-(3)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

(1) 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が認知症専門医の指導のもとに、認知症の初期段階で認知症の人や家族を訪問し、包括的・集中的に支援して自立生活をサポートするものです。

実績と計画

(件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対応件数	0	0	0	1	1	1

施策の方向

- 峡南在宅医療支援センターへの委託を通じて実施します。
- 認知症が疑われる人を訪問し、初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートします。
- 令和5年6月「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、国や県の認知症施策推進基本計画に沿って認知症施策を策定・実施していきます。

(2) 認知症地域支援・ケア向上推進事業

認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進するものです。

①認知症地域支援推進員

認知症の人が、住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、地域の実情に応じて医療機関や介護サービス事業所等、地域の関係機関へつなぐ支援や、認知症の人と家族を支援する相談業務等を行っています。

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症地域支援推進員の配置	2	1	2	2	2	2
認知症相談会開催	0	0	0	1	1	1

②認知症ケアパス

認知症の人の生活機能障害の進行に合わせ、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受けることができるのかを示したものです。

実績と計画 (冊)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症ケアパス年間配布数	-	88	70	3,000 (改定)	50	50

③ほっとカフェ

認知症の人が、住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活ができるよう、仲間づくり、生きがいつくり、居場所づくり、介護する家族の負担軽減、地域住民への啓発、見守り等を行っています。

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ほっとカフェ開催	3	-	9	12	12	12
参加者(延人)	15	-	70	120	120	120

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、令和3年度～5年度は縮小又は休止。

④高齢者見守りSOSネットワーク

見守り高齢者等が行方不明になった場合に、関係機関と情報を共有し、早期に発見して安全に保護するためのネットワークを構築しています。

実績と計画 (人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
登録者数	2	2	2	3	4	5
再掲：新規	0	0	0	1	1	1

⑤介護教室

認知症の人の介護のために、必要な知識や技術を提供しています。

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護教室開催	3	-	0	1	2	2
参加者(人)	15	-	0	5	10	10

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、令和3年度～5年度は縮小又は休止。

⑥認知症サポーター養成講座

認知症に対する知識を持って地域で活躍できる認知症サポーターを養成する講座を行います。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加者	-	78	60	50	50	50
認知症サポーター養成人数	1,191	1,269	1,329	1,379	1,429	1,479

施策の方向

- 医療機関や介護サービス事業所等、地域の関係機関へつなぐ支援や、認知症の人と家族を支援する相談業務等を行う、認知症地域支援推進員を配置します。
- 認知症の早期発見・早期診断へつなげ、認知症または認知症の疑いのある人やその家族が安心して生活できるよう支援します。
- 若年性認知症の方の実態把握と、その支援体制の構築を進めます。
- 認知症の人とその家族の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができることを目指し、認知症ケアパスの作成・普及・活用を図ります。
- 住民に対し、認知症に対する正しい知識の普及と、認知症の人とともに地域で暮らすことの理解が深まるよう認知症サポーター養成講座や認知症講演会等を開催します。
- 認知症に対する知識を持って地域で活躍できる認知症サポーター及びキャラバン・メイトを育成し、活動の場を提供します。また、チームオレンジの結成を目指します。
- 認知症の人やその家族が気軽に立ち寄り地域の方との交流が維持できるよう、ほっとカフェを推進します。
- 高齢者見守りSOSネットワーク事業を活用し、認知症高齢者見守りネットワークを構築します。
- 介護教室の充実により介護者の負担軽減をはかり虐待予防につなげます。

4 生活支援体制整備事業

計画の体系No. 1-(1)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

生活支援体制整備事業は、コーディネーターの配置、協議体の設置を通じて、住民主体の地域における支えあいを促進し、生活支援・介護予防サービスの体制を整備するものです。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ちょっくりボランティア (利用会員数)	35	43	45	45	45	45
ちょっくりボランティア (協力会員数)	46	33	34	36	38	40
就労的活動支援 コーディネーター	-	-	-	1	1	1

施策の方向

- 介護保険制度でのサービスだけではなく、町実施事業や民間事業所等のサービスを含めて町内の資源を把握します。
- 住民主体による地域での支えあいを基本とし、協力会員数の確保に向けた周知を図りながら、ちょっくりボランティア事業を推進します。
- 高齢者の在宅生活を支えるための生活支援サービスについて、既存事業も含め検討するとともに、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を目指します。
- 就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、役割がある形での高齢者の社会参加等の促進のため、就労的活動支援コーディネーターの配置を検討します。

第5節 任意事業

1 介護給付費適正化事業

計画の体系No. 1-(2)-⑦ (P.6 第3節 計画の体系参照)

介護給付費適正化事業は、不要なサービスが提供されていないかの検証、制度趣旨や良質な事業展開のために必要な情報の提供、連絡協議会の開催等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付費の適正化を図るものです。

(1) 要介護認定の適正化（認定調査状況チェック）

要介護・要支援認定について、認定調査状況チェック等を委託訪問調査により実施します。

実績と計画

(件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定調査の結果についての保険者による点検	707	774	750	750	750	750

施策の方向

- 認定調査状況を確認し、適正な認定調査を目指します。
- 研修等の実施により、職員等調査員の資質の向上を図ります。

(2) ケアプランの点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査

居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者からの提出、または事業者への訪問等により確認を行い、確認結果に基づく指導等を行います。

住宅改修費申請時に、改修理由の確認や利用者の居宅訪問、工事見積書の点検を行い、利用者の状態にあった改修が行われているか施工状況等の確認を行います。

また、購入した福祉用具が利用者の状態にあっているか、利用方法や利用状況の確認を行います。

実績と計画

(件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検の実施	21	40	10	10	10	10
書面点検	5	4	3	5	5	5
現地調査	25	23	20	25	25	25

施策の方向

- 介護を受ける人や介護者の状況等を踏まえ、自立支援・重度化防止につながるサービスが提供できるよう、適切な指導等を実施します。
- 住宅改修費の申請時に住宅の実態確認や利用者の状況確認を行います。
- 福祉用具利用者に対し訪問調査等を実施し、福祉用具の必要性や利用状況等を点検します。
- 利用者の状態にあっているか点検するため、理学療法士等と連携して確認を行います。

(3) 医療情報との突合・縦覧点検

介護給付適正化システムから提供される「医療情報との突合」「縦覧点検」情報の確認等について点検を行います。

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療情報との突合・縦覧点検の実施	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回

施策の方向

- 後期高齢者医療制度及び国民健康保険の入院情報等と介護保険の給付情報を突合し、整合性の点検を行います。

(4) 給付実績の活用

山梨県国民健康保険団体連合会による「介護給付適正化システム」から出力される帳票を点検して、請求内容が適正であるか確認します。

確認帳票

- ① 認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- ② 中山間地域等提供加算算定受給者一覧表
- ③ 適正化等による申立件数・効果額（総括・明細）

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付適正化システムから出力される帳票の点検	3 帳票 月 1 回	3 帳票 月 1 回	3 帳票 月 1 回	3 帳票 月 1 回	3 帳票 月 1 回	3 帳票 月 1 回

施策の方向

- 介護給付適正化システムから出力される帳票を点検して、請求内容が適正であるか確認します。
- 研修等の実施により、点検のできる職員等を増やします。

2 家族介護支援事業

計画の体系No. 1-(1)-③ (P.6 第3節 計画の体系参照)

家族介護教室は、要介護高齢者を介護する家族等に対し、適切な介護知識・技術を習得することを内容とした教室を開催するものです。

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
家族介護教室開催	3	-	0	2	4	4
家族介護教室参加者(人)	15	-	0	10	20	20

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、令和3年度～5年度は縮小又は休止。

施策の方向

- 講座や講演会等を通じて、家庭で介護を行う人の介護知識や技術の習得を支援します。
- 介護者同士の交流の場を積極的につくり、介護負担の軽減に努めます。

3 虐待一時保護事業

計画の体系No. 3-(1)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

虐待一時保護事業は、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、養護者による虐待を受けた高齢者の居場所を確保し、緊急一時的に保護するものです。

実績と計画 (千円)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
一時保護費	0	0	0	280	280	280

施策の方向

- 高齢者虐待の発生を予防するために関係機関のネットワーク構築を図ります。
- 地域の身近な対応窓口として相談や通報を受けつけ、虐待の早期発見・早期対応につなげます。
- 高齢者虐待の通報・届出に基づき、虐待を受けている高齢者の安全確保や虐待の事実確認を行います。
- 高齢者の生命または身体に重要な危険が生じている恐れがあると認められるときは、立入調査を行います。また、必要に応じて南部警察署に援助を求めます。
- 高齢者の安全確保のために、居場所を確保して一時的に保護します。

4 成年後見制度利用支援事業

計画の体系No. 3-(1)-③ (P.6 第3節 計画の体系参照)

成年後見制度利用支援事業は、身寄りのない高齢者等が、判断能力が不十分であるため財産の管理ができない場合などに、財産管理などを代わりに行う成年後見人選任の申立てを町長が家庭裁判所に行う制度です。

実績と計画

(千円)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用支援費	0	0	0	329	329	329

(件)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談対応件数	0	0	0	5	5	5

施策の方向

- 中核機関を設置して体制の整備と制度の周知、相談対応に努めます。

5 地域自立生活支援事業

計画の体系No. 3-(1)-④ (P.6 第3節 計画の体系参照)

地域自立生活支援事業は、高齢者の地域における自立した生活を継続させるため、①高齢者住宅に対する生活援助員の派遣等、②介護相談員の活動支援、③栄養改善が必要な高齢者（介護予防特定高齢者施策の対象者を除く）に対する配食サービスを活用したネットワーク形成、④グループリビングに対する支援、⑤家庭内の事故等に夜間も随時対応できる通報体制の整備等を行うものです。

施策の方向

- 高齢者の要望に応じた施策展開を図るため、必要に応じて事業を実施していきます。

第7章 介護保険事業費

第1節 介護保険事業費の算定

1 サービス別給付費

●介護サービス給付実績と見込み

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 見込み	令和6年度	令和7年度	令和8年度
●居宅サービス							
訪問介護	(千円)	34,227	36,356	38,567			
訪問入浴介護	(千円)	11,227	10,723	10,267			
訪問看護	(千円)	13,682	13,527	18,065			
訪問リハビリテーション	(千円)	870	547	705			
居宅療養管理指導	(千円)	3,833	2,999	2,659			
通所介護	(千円)	120,100	125,078	131,540			
通所リハビリテーション	(千円)	5,165	4,342	4,345			
短期入所生活介護	(千円)	54,305	51,714	38,909			
短期入所療養介護(老健)	(千円)	523	430	0			
短期入所療養介護(病院等)	(千円)	0	0	0			
短期入所療養介護(介護医療院)	(千円)	0	0	0			
福祉用具貸与	(千円)	23,180	25,175	26,613			
特定福祉用具購入費	(千円)	847	704	1,060			
住宅改修費	(千円)	1,668	1,485	1,481			
特定施設入居者生活介護	(千円)	32,348	28,767	24,251			
●地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(千円)	0	0	0			
夜間対応型訪問介護	(千円)	0	0	0			
地域密着型通所介護	(千円)	35,375	37,813	31,940			
認知症対応型通所介護	(千円)	23,288	19,618	23,810			
小規模多機能型居宅介護	(千円)	4,040	4,338	4,941			
認知症対応型共同生活介護	(千円)	53,763	54,843	54,400			
地域密着型特定施設入居者生活介護	(千円)	0	0	0			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(千円)	0	0	0			
看護小規模多機能型居宅介護	(千円)	0	0	0			
●施設サービス							
介護老人福祉施設	(千円)	316,692	315,078	309,438			
介護老人保健施設	(千円)	106,809	89,770	89,334			
介護医療院	(千円)	2,759	7,802	4,738			
●居宅介護支援	(千円)	37,914	38,780	41,207			

●介護予防サービス給付実績と見込み

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度 見込み	令和6年度	令和7年度	令和8年度
●介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	(千円)	0	23	0			
介護予防訪問看護	(千円)	2,152	4,539	3,159			
介護予防訪問リハビリテーション	(千円)	0	0	0			
介護予防居宅療養管理指導	(千円)	76	98	0			
介護予防通所リハビリテーション	(千円)	714	500	930			
介護予防短期入所生活介護	(千円)	1,772	1,527	2,063			
介護予防短期入所療養介護 (老健)	(千円)	0	0	0			
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	(千円)	0	0	0			
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	(千円)	0	0	0			
介護予防福祉用具貸与	(千円)	3,558	4,677	4,895			
特定介護予防福祉用具購入費	(千円)	368	258	361			
介護予防住宅改修	(千円)	855	845	1,351			
介護予防特定施設入居者生活介護	(千円)	537	880	0			
●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	(千円)	0	0	0			
介護予防小規模多機能型居宅介護	(千円)	0	0	0			
介護予防認知症対応型共同生活介護	(千円)	0	0	0			
●介護予防支援	(千円)	2,556	2,968	3,522			

2 地域支援事業費

(円)

	合計	第9期 計画		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費				
介護予防・日常生活支援総合事業費				
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)及び任意事業費				
包括的支援事業(社会保障充実分)				

3 保険料収納必要額

(円)

	第9期 計画			
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額				
総給付費				
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)				
特定入所者介護サービス費等給付額				
特定入所者介護サービス費等の見直しに 伴う財政影響額				
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)				
高額介護サービス費等給付額				
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政 影響額				
高額医療合算介護サービス費等給付額				
算定対象審査支払手数料				
審査支払手数料一件あたり単価				
審査支払手数料支払件数				
地域支援事業費				
第1号被保険者負担分相当額				
調整交付金相当額				
調整交付金見込額				
調整交付金見込交付割合				
後期高齢者加入割合補正係数				
所得段階別加入割合補正係数				
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額				
保険料収納必要額				

第2節 所得段階別第1号被保険者の第9期の保険料

本町の第1号被保険者の介護保険料基準月額●●●円となります。これは令和8年度まで3年間統一の額となります。なお、実際に支払っていただく額は、下記のとおり収入の状況等によって異なります。

また、第1段階～第3段階は、公的な費用を投入し、低所得の高齢者の保険料軽減を強化します。公費負担については、国が2分の1、県と町が4分の1ずつ負担します。

段階	対象者	保険料率	月額	年額
第1段階	・生活保護を受けている人 ・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金を受けている人 ・世帯全員が住民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	×0.445 (×0.275)	●,●●● 円	●●,●●● 円
第2段階	・世帯全員が住民税非課税で課税年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の人	×0.68 (×0.48)	●,●●● 円	●●,●●● 円
第3段階	・世帯全員が住民税非課税で課税年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円超の人	×0.69 (×0.685)	●,●●● 円	●●,●●● 円
第4段階	・本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者がいる人で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下の人	×0.90	●,●●● 円	●●,●●● 円
第5段階	・本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者がいる人で、第4段階以外の人	(基準額) ×1.00	●,●●● 円	●●,●●● 円
第6段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円未満の人	×1.20	●,●●● 円	●●,●●● 円
第7段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	×1.30	●,●●● 円	●●,●●● 円
第8段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	×1.50	●,●●● 円	●●,●●● 円
第9段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が320万円以上410万円未満の人	×1.70	●,●●● 円	●●,●●● 円
第10段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が410万円以上500万円未満の人	×1.90	●,●●● 円	●●,●●● 円
第11段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が500万円以上590万円未満の人	×2.10	●,●●● 円	●●,●●● 円
第12段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が590万円以上680万円未満の人	×2.30	●,●●● 円	●●,●●● 円
第13段階	・本人が住民税課税で、合計所得金額が680万円以上の人	×2.40	●,●●● 円	●●,●●● 円

※ () 内は保険料軽減を強化した減免賦課の保険料になります。

第8章 福祉サービス

本町の高齢化率は令和5年には44.3%となっており、5人に2人が65歳以上の高齢者です。令和7年には、高齢化率は46.8%に達するものと予測され、高齢者単身世帯の増加や介護者の高齢化など、高齢者をとりまく状況は大きく変動しています。要介護高齢者や認知症高齢者の増加も見込まれており、一層の介護予防や生活支援サービスの充実が必要です。

特に、介護のために家族等がこれまでの働き方を続けられなくなり、離職することが社会問題となっています。介護を理由に離職することなく、自分らしい暮らしを営むことができるよう、家族介護支援サービスを充実させることが重要です。

また、快適な居住環境の確保は、高齢者の生活を支える重要な基盤であり、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、多様なニーズの受け皿としての役割を担っています。このため、これらの情報は山梨県からの情報提供を受けるとともに生活圏でもある静岡県の情報をも的確に把握していきます。

ニーズ調査では、将来的に買い物、通院時の交通手段など介護保険以外のサービスのニーズが高まっています。これからのニーズを分析し、それらに応えるための施策を検討します。

町では、高齢者が住み慣れた南部町で最期まで暮らしていただけるために、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「南部町地域包括ケアシステム」を構築、運用してきました。保健・医療・福祉が連携してサービスを的確かつ迅速に提供できる体制のさらなる充実を図ります。

第1節 生活支援サービス

計画の体系No. 2-(2)-③ (P.6 第3節 計画の体系参照)

1 福祉タクシーシステム事業

福祉タクシーシステム事業は、70歳以上のみの世帯、75歳以上の方、障害のある方等、日常生活での交通手段の確保が困難な方にタクシー券を交付するものです。

実績と計画 (人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
交付対象数	2,221	2,297	2,159	2,220	2,220	2,220
利用者数	466	464	470	480	480	480

施策の方向

- 日常生活での交通手段を必要とする対象者に対し、事業の充実を図ります。

2 在宅福祉送迎サービス事業

在宅福祉送迎サービス事業は、70歳以上の虚弱な一人暮らし、高齢者のみの世帯、透析を必要とする方、重度心身障害者の方で、一般の公共交通機関を利用することが困難な方に送迎のサービスを行うものです。

実績と計画 (回)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
延利用回数	130	146	160	170	170	170

施策の方向

- ニーズが増えている状況を踏まえ、運用について更なる充実を目指して、事業を検討・実施していきます。

3 外出支援サービス事業

外出支援サービス事業は、一般の交通機関を利用することが困難な人に、居宅と指定先の医療機関等への送迎に要するタクシー利用料金の一部を助成するものです。

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実利用人数（人）	1	1	0	3	3	3
延利用回数（回）	6	1	0	36	36	36

施策の方向

- 外出に介助が必要な人を対象に実施し、事業の充実を図ります。
- サービス内容、利用要件等の周知に努めます。

4 訪問理美容サービス事業

訪問理美容サービス事業は、高齢者や心身の障害及び傷病等により、理美容院に出向くことが困難である高齢者に対して、居宅でサービスを受けられるよう理美容院へ出張料を助成するものです。

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実利用人数（人）	8	7	11	13	14	14
延利用回数（回）	33	25	35	40	45	45

施策の方向

- 理美容事業者との連携により、増加すると考えられるサービス需要に対応します。
- 利用方法や要件等について周知に努めます。

5 配食サービス事業

配食サービス事業は、単身世帯や夫婦のみ世帯等、調理が困難である高齢者に対して、バランスの良い栄養補給や配達の際の安否確認などを目的に、月曜から日曜の夕食を届けるものです。

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実利用人数（人）	73	68	70	75	75	75
延利用回数（回）	10132	12186	13,000	14,000	14,000	14,000

施策の方向

- サービスの担い手、特に配達の担い手の確保に努めます。
- 民間事業者と連携し、サービスが行き届くようにしていきます。

6 生活管理指導短期宿泊事業

生活管理指導短期宿泊事業は、基本的な生活習慣が欠如していたり、対人関係が成立しないなど、社会適応が困難な人が緊急的・突発的に体調不良に陥った場合、養護老人ホームに宿泊させ、生活習慣等の指導を行うとともに体調調整を図るものです。

実績と計画

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実利用人数（人）	1	2	22	2	2	2
延実施回数（回）	14	14	11	14	14	14

施策の方向

- 増加すると考えられる高齢者単身世帯や夫婦のみ世帯を対象に、生活習慣等の指導を行うとともに、体調調整を支援します。

第2節 家族介護支援サービス

計画の体系No. 2-(2)-④ (P.6 第3節 計画の体系参照)

1 在宅介護用品助成事業

在宅介護用品助成事業は、在宅で介護している人に対しての介護用品を支給することにより、その介護者の経済的負担を軽減して、高齢者の在宅での生活を支援していくものです。

実績と計画 (人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
年間実人数	240	236	220	230	230	210

施策の方向

- 高齢者の在宅での生活を支援することに努めます。
- 介護者の負担を軽減することに努めます。

2 見守り高齢者等家族支援事業

見守り高齢者等家族支援事業は、徘徊症状のある認知症高齢者を介護している家族に対して、高齢者が徘徊した場合に早期に発見できる徘徊探知システムを活用して居場所を伝え、事故防止を図るものです。

実績と計画 (人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
SOS年間実人数	2	2	2	3	3	3

施策の方向

- 利用方法や要件等について周知に努めます。
- 認知症高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう支援します。

3 家族介護慰労事業

家族介護慰労事業は、在宅で寝たきりの高齢者等を介護する家庭に対して、介護手当を支給し、慰労するものです。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数	81	81	90	90	90	85

施策の方向

- 在宅で寝たきりの高齢者等を介護する家庭に対して、引き続き介護手当を支給します。

第3節 見守り支援サービス

計画の体系No. 1-(1)-④ (P.6 第3節 計画の体系参照)

1 緊急通報体制等整備事業（ふれあいペンダント）

緊急通報体制等整備事業は、ひとり暮らしの高齢者宅で体調不良などの緊急事態が発生した場合、非常ボタンを押すことにより、あらかじめ登録してある通報先へ緊急を知らせることができるシステムです。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
年間実人数	60	60	60	70	80	80

施策の方向

- サービスの周知を図るとともに、利用方法の周知を行います。
- ひとり暮らしの高齢者に対して本システムの導入を促進することで、緊急時の連絡体制を整備します。
- スマートフォン等を活用した利用を併用して行います。

第4節 養護老人ホーム・軽費老人ホーム

計画の体系No. 3-(1)-⑤ (P.6 第3節 計画の体系参照)

養護老人ホームは、おおむね65歳以上を対象に、環境上の理由及び経済的な理由により、居宅において生活することが困難な人を入所により養護するものです。

軽費老人ホームは、おおむね65歳以上を対象に、無料または低額な料金で食事の提供その他日常生活に必要な便宜を供与する施設で、ケアハウスなどがあります。

実績と計画

(人)

	実績		見込み	計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
養護老人ホーム 年間人数	14	16	16	17	17	17
軽費老人ホーム 年間人数	14	14	13	15	15	15

施策の方向

- 養護老人ホームや軽費老人ホームの利用等について、近隣市町と調整を図ります。
- 事前調査を行い、入所判定会を開催し、適切な措置を実施します。

第9章 健康づくり

計画の体系No. 3-(2)-① (P.6 第3節 計画の体系参照)

第1節 健康づくりの推進

高齢期になると、若者と比べて疾病にかかりやすく、完治するまでに時間がかかるようになります。疾病から要介護状態に移行するケースが多いことから、介護予防のためには、疾病予防や疾病の早期発見・早期治療が欠かせません。

また、近年増加傾向にある高血圧や糖尿病、脳卒中などの疾病予防のためには、若い世代から健康への意識を高める必要があります。高齢者だけではなく、各世代に応じた健康づくりへの取組が大切です。

健康づくりは一人ひとりが意識して自分で行うことが基本ですが、町全体で健康づくりに取り組むことも重要です。本町では、健康・長寿日本一を目指して、なんぶ健康会議を中心に、各ライフステージに応じた健康づくり事業を展開しているところです。

施策の方向

- 特定健康診査、後期高齢者健康診査等、各種検診の受診を促進し、疾病予防、早期発見・早期治療に努めます。
- 特定健康診査の受診後、特定保健指導を通じて、生活習慣改善を支援し、健康増進につなげます。また、現在治療中の人には重症化予防の視点から、生活習慣改善の支援とともに適切に医療を受診するよう支援します。
- 毎月15日の「スマイルなんぶの日」を通じて、健康について見つめ直し、改善するきっかけをつくり、町民の更なる健康意識の向上に努めます。
- 愛育会・食生活改善推進員会等の地域における健康づくり組織活動を促進し、地域における健康づくり活動の活性化を図ります。
- 広報や各種事業等、様々な機会を通じて、健康増進のための生活習慣改善の意識高揚を図ります。
- 医師会や薬剤師会と協力しながら、かかりつけ医やかかりつけ薬局の重要性の啓発に努めます。
- 歯科医師会や歯科衛生士との連携のもと、8020運動（80歳で自分の歯が20本以上残るようにする取組）を推進します。
- ウォーキングやストレッチングなど、高齢者でも参加できる各種運動教室を開催し、筋力の維持・改善を図り、健康増進につなげます。

第2節 介護予防の促進

要介護状態になると各種介護保険サービスを受給することができますが、本人だけではなく介護者にも、肉体的、精神的、経済的な負担となります。医療費や介護保険料の高騰も社会問題となっており、要介護状態にならないための取組を推進する必要があります。

今後、全国的に高齢化が進行すると予測され、高齢者の増加が見込まれていますが、その中で介護を必要としない元気な高齢者をいかに増やすかが課題です。

住民一人ひとりが介護予防の意識を高めるとともに、地域のネットワークを充実させ、地域の認知症の疑いのある高齢者を早期発見し、早期対応につなげるシステムの充実が必要です。本町では、地域包括支援センターに主任介護支援専門員（主任ケアマネ）、保健師、社会福祉士の3職種に加えて、理学療法士を配置し、介護予防を必要とする高齢者の把握と、より効果的な施策の展開に努めているところです。

施策の方向

- 地域包括支援センターを中心に、関係機関との情報交換や調査を通じて、介護予防施策を早期に実施する必要がある高齢者の把握に努めます。
- 介護予防の施策が必要な高齢者については、地域支援事業への参加を呼びかけます。また、必要により医療機関（かかりつけ医・専門医）や関係機関との連携により、適切な対応を図るとともに更なる重度化防止に取り組んでいきます。
- 事業運営に協力できるボランティアの育成、確保を図り、機能訓練が必要な高齢者は誰でも参加できるように努めます。
- 機能訓練を実施する理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門的人材の確保に努めます。
- 高齢者と同居している家族などを対象に、介護予防についての知識の普及や意識の高揚を図る事業を開催します。

第10章 生きがいづくり

計画の体系No. 3-(2)-② (P.6 第3節 計画の体系参照)

第1節 シニアクラブ活動の促進

シニアクラブは、高齢者の生きがい創出を目的として発足しました。シニアクラブでは、高齢者が培ってきた知識や経験を活かして活動しています。

本町におけるシニアクラブ加入者数は、人口に比例して減少しています。

シニアクラブ加入者数の推移

(人)

	実績		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
男性	650	644	592
女性	917	860	723
合計	1,567	1,504	1,315
クラブ数 (クラブ)	26	26	25

施策の方向

- 現在実施している事業を可能な限り継続するとともに、時代とクラブ会員のニーズに合った新しい活動に取り組めるよう積極的な支援を図ります。
- ボランティア活動や地域での活動への参加を促すとともに、リーダーシップのある人材育成に努め、持続可能な組織体制づくりを図ります。

第2節 生涯学習の推進

世界的な長寿国となった我が国では、高齢者の学習意欲が高く、高齢期を心豊かに生きがいを持って暮らすために、各種講座を開設するなど、生涯学習活動を促進しています。生涯学習は学習意欲を満たす生きがいづくりだけではなく、社会参加を促し、閉じこもり防止や身体機能の向上など、健康づくりと介護予防にもつながります。

多様化する高齢者の学習ニーズに応えるため、各種講座の開催時期や内容の検討が必要です。

本町でも、高齢者が主体的に学び、これまで培ってきた知識や経験を活かすことのできる環境の整備に努めているところです。

施策の方向

- 各種講座を充実させ、学習機会を提供します。
- 各種講座の情報提供を充実させ、より多くの高齢者が参加できるよう努めます。
- 各種講座の開催時期や内容を検討し、多様化する高齢者の学習ニーズに対応できる体制づくりに努めます。
- 豊かな知識、経験、技術、生活の知恵などを備えた高齢者の協力を要請し、指導者として育成、確保するとともに、指導的役割の場の創出を図ります。
- 高齢者が知識や技能、経験を学校や地域で活かすことのできる機会の提供に努めます。

第3節 スポーツ・レクリエーションの振興

ライフスタイルの変化や健康志向の高まりなどを背景に、身近な場所において気軽にスポーツができる環境づくりが求められています。誰もが生涯にわたってスポーツやレクリエーションに取り組むことができるように、ライフステージに応じたスポーツ教室や大会を充実させることが必要です。

本町では、アルカディアスポーツセンターを中心に、各ライフステージに応じた健康づくりの場を提供し、多様化するニーズへの対応を推進しているところです。

施策の方向

- 『スマイルなんぶ』～健康・長寿日本～を目指して～をスローガンに、健康で活力ある生活を送れるよう、幼児期から高齢者までのライフステージに応じたスポーツ・レクリエーション活動を推進・支援します。
- 高齢者が気軽に参加できる軽スポーツやニュースポーツ、ファミリースポーツ等の積極的な導入、普及に努めます。
- 各種スポーツ教室、大会等の開催、多様なスポーツ・レクリエーション活動を充実させ、町民一人1スポーツ推進や高齢者のスポーツ機会の充実に努めます。

第4節 就業等の支援

就労の第一線から退いても就労意欲の高い高齢者が多くなっていますが、高齢者を取りまく雇用環境は厳しいのが現状です。高齢者の就労は、収入を得るだけでなく、社会参加や生きがいつくりにもつながり、元気な高齢者を増やすためには重要です。

就労意欲のある高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を活かすことのできる環境づくりが求められています。

本町でも、就労相談や就労情報の提供による支援を通じて、就労意欲のある高齢者が地域で活躍できる仕組みづくりを推進しているところです。

シルバー人材センターの状況

(人)

	実績		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録人数	413	392	383
受託事業収入(千円)	144,434	149,158	145,733
南部町登録人数	56	48	48

施策の方向

- 公共職業安定所（ハローワーク）や商工団体との連携を強化し、高齢者への就労情報の充実を図るとともに、職場での安全性の向上を啓発します。
- 仕事量や人材の確保、職種の拡大など、働くことを通じて社会参加を助長し、地域社会に貢献するシルバー人材センターの機能強化に努めます。

第5節 社会活動への参加の支援

人口減少と高齢化が進む中で、町民の考え方や価値観も多様化してきました。それに伴う、地域コミュニティの希薄化が地域課題の根本原因とも言われています。

本町においても、単身世帯や夫婦のみ世帯の増加などにより、地域から孤立してしまうようなケースが見受けられるようになりました。

地域からの孤立を防ぐためにも、住民同士が顔を合わせる機会を増やし、手助けが必要な人には手を差し伸べ、困った方には安心を与える支援など、地域コミュニティを活性化させる取り組みを進めていかなければなりません。

本町でも、地域活動に関する情報提供や、高齢者の日常生活を維持するためのボランティア事業を創設し、誰もが住み慣れた地域で、豊かに安心して健康で暮らし続けられるための仕組みづくりを推進しています。

施策の方向

- 地域福祉の推進組織である福祉推進員の活動を充実させ、地域サロン、アルファースロンへの積極的な参加を促進します。
- 高齢者とのつながりを深めるための、多世代参加型の交流事業の充実に努めます。
- 地域の伝統行事や神社の祭典など、高齢者の経験を生かせる場への参加を促します。

第11章 高齢者支援の関連施策

第1節 広報・啓発事業

計画の体系No. 3-(2)-③ (P.6 第3節 計画の体系参照)

高齢者が住み慣れた地域で安心して充実した生活を送るためには、高齢者支援についての情報提供が不可欠です。

本町では、相談事業や福祉ガイドブックのほか、福祉推進員研修会やなんぶシニアクラブ総会など、機会あるごとに広報・啓発に努めています。高齢者本人だけでなく介護者にもわかりやすい情報提供を図るとともに、地域全体で高齢者を支えるために、各世代に応じた広報・啓発を進めているところです。

施策の方向

- 広報「なんぶ」や「社協だより」に高齢者保健福祉に関する記事を掲載し、わかりやすく情報を提供します。
- 「福祉ガイドブック」を活用し、広報・啓発活動に努めます。
- 民生委員、児童委員、保健師など、人を通じた広報・啓発活動を推進します。
- 福祉推進員研修会やなんぶシニアクラブ総会など、機会あるごとにサービス内容等についての広報・啓発活動に努めます。
- 南部町ホームページには、高齢者福祉や介護保険に関する情報等を掲載し、随時更新します。

第2節 ボランティア活動等への支援

計画の体系No. 1-(1)-⑤ (P.6 第3節 計画の体系参照)

高齢者が住み慣れた地域で安心して充実した生活を送るためには、地域住民の協力が不可欠です。本町では、様々な年代のボランティアが活動を展開しています。

令和2年4月には、9団体、583人のボランティアの登録があり、高齢者の生活を支えるための積極的な活動を推進していましたが、人口減少と共に年々ボランティア団体と登録者数が減少してきました。

今後は、ボランティア団体と登録者数の維持のための支援をしていくことが重要になります。

ボランティアの状況

(人)

	実績		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
団体数 (団体)	6	6	5
登録延人数	258	243	230

施策の方向

- ボランティア活動の充実を図り、住民の積極的な参加を促進します。
- ボランティア団体やその活動などを広報誌に掲載し、住民の理解と協力を要請します。
- ボランティアコーディネーターの育成を推進し、住民のボランティア登録への支援をします。
- ボランティア活動グループのネットワークづくりを支援し、ボランティア団体の充実強化を図ります。

第3節 ユニバーサルデザインのまちづくり

計画の体系No. 2-(2)-⑤ (P.6 第3節 計画の体系参照)

外出は社会参加のために重要であり、外出機会が減ると、閉じこもりや身体機能の低下につながる恐れがあります。行政だけでなく、民間企業も一体となり、高齢者が安心して外出できる環境を整えることが重要です。

本町では、国の「移動円滑化法」や県の「障害者幸住条例」を基本として、誰もが利用しやすいと感じられるユニバーサルデザインの考え方に基づいた公共施設の整備、改善に取り組んできました。また、設計段階からユニバーサルデザインの考え方を取り入れたまちづくりを進めているところです。

施策の方向

- 既存の公共施設等について、ユニバーサルデザインの考え方に基づいた整備・改善を計画的に進めます。
- 設計段階からユニバーサルデザインの考え方に基づいた公共施設の整備を計画的に進めます。
- 公共性の高い建築物整備に係わる民間事業者へユニバーサルデザインの考え方について啓発し、ユニバーサルデザインに配慮したものとなるよう指導します。
- 歩道の段差等を改善し、誰もが安心・安全に通行できる道路環境を整備します。

第4節 交通安全・防犯防災対策

計画の体系No. 2-(2)-⑥ (P.6 第3節 計画の体系参照)

高齢化の進行に伴い、交通死亡事故者数に占める高齢者の割合は上昇し、高齢運転者が関与する交通事故の割合も年々高くなっています。高齢者の特性を踏まえた交通安全の普及・啓発、安全運転の推進が重要です。

本町では、高齢者の交通安全教育に努めるとともに、より一層の交通安全意識の高揚を図ることを目的に、移動交通教室を開催しています。また、事故発生の危険箇所を把握し、歩道やカーブミラー等の交通安全施設の整備に努めているところです。

近年、地震や大雨などによる被害が全国各地で発生し、災害弱者と言われる高齢者の安全を確保していくことが重要となります。また、高齢者が被害者となりやすい悪質商法も全国的に後を絶たず、犯罪被害の防止に努めていくことも必要です。

本町では、防災計画に基づく体制整備や避難支援のほか、様々な機関との協定締結による高齢者の安全を確保する仕組みづくりを進めているところです。

施策の方向

- 交通安全教室の充実を図り、高齢者の交通安全意識の高揚に努めます。
- 歩道や信号機、カーブミラーなどの交通安全施設の整備を計画的に実施します。
- 避難行動要支援者名簿を毎年更新し、災害時の避難を支援します。
- 被災時に福祉避難所を設置し、高齢者等に配慮した避難場所を提供します。
- 介護サービスや福祉サービスを提供する事業所に、業務継続計画や避難確保計画の作成、防災訓練の実施などを要請します。
- 広報誌や地域組織等を通じて防犯意識の高揚に努めます。
- 単身高齢者世帯への緊急通報システムの設置を促進します。
- 高齢者が被害者となりやすい悪質商法などの犯罪被害の防止に、警察などと連携して地域全体で取り組みます。
- 「犯罪のない町・火災のない町・交通事故のない町」実現のため、青色回転灯装備車による防犯パトロールに努めます。
- 高齢者の免許返納について広報・啓発を行います。

第5節 感染症対策

計画の体系No. 2-(2)-⑦ (P.6 第3節 計画の体系参照)

第8期計画期間中は新型コロナウイルス感染症が蔓延し、住民の生活に大きな影響を与えました。こうしたウイルスによる感染症については、必要な体制を構築し、迅速に対応することが重要です。

施策の方向

- 新型コロナウイルス感染症は第5類感染症に移行しましたが、高齢者は重症化しやすいため感染状況にあわせた感染予防対策を継続していきます。
- 新興感染症の発生時には衛生部門と連携し、まん延予防対策等を迅速に行っていきます。
- 介護サービスや福祉サービスを提供する事業所等と連携を図りながら、感染症の発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制の整備を行います。

第12章 計画を推進するための施策

第1節 情報提供体制の整備

必要とする人が適切に各種サービスを選択し、利用できる環境を整えるために、住民への情報提供が不可欠です。法律の改正に基づく制度改革が進められていることから、新しい仕組みについての周知も重要となっています。

また、介護保険制度の給付と負担の関係を明確にし、住民の理解を得るためにも、情報提供体制の整備が必要です。

本町では、広報「なんぶ」や「社協だより」、「福祉ガイドブック」を活用し、住民の立場に立ったサービスの種類、内容の広報を推進しているところです。

◎「福祉ガイドブック」の活用

「福祉ガイドブック」を活用して、広く住民に情報提供していきます。

◎広報誌による情報提供の充実

広報「なんぶ」や「社協だより」に介護保険に関する記事をより多く掲載し、制度内容や実施状況等の広報に努めます。

◎ホームページによる情報提供の充実

南部町のホームページを通じて、高齢者福祉や介護保険に関する情報を、わかりやすく提供していきます。

第2節 相談援助体制の整備

サービス利用者の不平・不満の解消を図り、サービスの質の向上や利用者の権利擁護のため、苦情処理、相談体制を確立していく必要があります。また、高齢者の権利を守る取組も重要となります。

本町では、高齢者福祉サービスの総合相談窓口である地域包括支援センターの周知を行うことにより、広く住民からの相談に応じ、介護サービス利用者とその家族を支援しているところです。南部分庁舎には福祉保健課や専門職が配置されており、ワンストップサービスを実現しています。

◎地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターを中心にして、介護予防に重点を置き、要支援1、要支援2の人や一般高齢者、その家族に対し、一人ひとりにあったマネジメントができるように対応します。運営にあたっては、関係者、被保険者などを交えた運営協議会を設置して運営します。

◎相談及び苦情処理窓口の充実

各種の相談、苦情、不服等に対して、適正かつ迅速に対応するため、山梨県で定めた「介護保険サービス相談・苦情対応要領」に基づき、地域包括支援センターで相談に対応するとともに、苦情処理については、福祉保健課で適切に対応します。

◎権利擁護の推進

判断力に不安のある高齢者や障害のある人と契約し、地域での生活を支えることを目的に福祉サービスの利用の援助や日常の金銭管理を支援するため、社会福祉協議会に委託して日常生活自立支援事業を進めます。併せて、成年後見制度の利用支援や虐待通報に伴う迅速かつ適切な対応に努めます。今後、権利養護の支援を必要とする住民に、迅速かつ適切な支援を行うために、中核機関を設置して対応します。

◎重層的支援体制構築の検討

現在本町では、各機関が連携し各種の相談に対応しています。これは、重層的支援体制整備事業での、市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトとした、「属性を問わない相談支援」に近い取り組みを進めています。

今後、相談に対する対応を一層推進していくとともに、重層的支援体制の構築についても検討していきます。

第3節 地域福祉の推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して充実した生活を送るためには、隣近所の支えあいや地域におけるボランティア活動が必要不可欠です。介護保険制度や町の保健福祉施策だけでは手の届かない高齢者のニーズにきめ細かく対応するため、地域での取組が重要な役割を担ってきています。社会福祉協議会と連携し、地域福祉を推進していくことが求められます。

また、高齢者自身も地域活動に積極的に参加し、地域交流を通じて、社会意識の高揚や伝統文化の継承などの役割を担うことが期待されます。

◎福祉意識の高揚

高齢者や障害のある人への理解を深め、福祉活動への参加に対する住民の意識が高まるように、情報提供や各種講座を充実し、地域ぐるみで支えあい、見守りのできる体制につなげます。

◎高齢者のボランティア活動への参加促進

高齢者の豊かな経験と知識、技能を活かし、シルバーボランティアとして地域で活動しやすい環境づくりに努めます。

◎地域福祉推進体制の充実

社会福祉協議会を中心に、地域の保健福祉活動を行う各関係団体との連携を強化しつつ、地域の福祉力を高めていきます。

◎地域共生社会の実現

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく地域共生社会の実現を目指します。

第4節 要介護認定の適正な実施

要介護認定のための調査は、介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を有する認定調査員等の訪問調査により行われています。この調査結果をコンピュータ処理した一次判定結果は、要介護認定のもととなる重要なものです。現在、峡南広域行政組合において認定業務を実施しているところであり、今後も継続して実施する予定です。

◎適正な要介護認定申請の受付

新規申請にあっては、地域包括支援センターと連携し、適正な要介護認定申請の受付に努めます。

◎峡南広域行政組合による認定業務の実施

認定業務の効率化、公平化を目的に、引き続き峡南広域行政組合で認定調査、主治医意見書回収、認定審査の一連の業務を実施します。

◎近隣町との連携強化

介護保険認定審査会を共同設置した峡南圏域各町との連携を強化し、円滑な制度運営のための打合せ会議を開催します。

第5節 福祉人材の質の向上・確保

各種サービスが円滑・適切に提供されるためには、サービスの質の向上・確保に努めていく必要があります。高齢者一人ひとりの心身の状態に応じた良質なサービスが提供される体制の整備が求められます。

本町では、様々な事業者がサービスを提供しているため、第三者評価や情報開示などを通じて、サービスの質の確保・向上に努めているところです。

◎福祉人材の質の確保・向上

事例研修などを通じて介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質の向上を促進し、一人ひとりにあったケアプランを作成できる体制づくりに努めます。現在、介護人材の新規採用は非常に困難な状況にあり、現状働く介護人材も高齢化してきていることから、介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとして、福祉に携わる有資格者やボランティアなどの人材確保に努めます。

◎地域包括支援センターに必要な人材の確保

地域包括支援センターの運営に必要な主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）、保健師、社会福祉士、理学療法士等の有資格者の確保、資質の向上に努めます。

◎第三者評価、情報開示の促進

介護サービス事業者の第三者評価等各種サービスの情報開示を促進し、利用者への情報提供とサービスの質の向上に努めます。

第6節 連絡協議体制の充実

一人ひとりの状態に応じて必要とする保健・医療・福祉サービスを的確かつ迅速に提供できるよう、保健・医療・福祉の連携の強化が求められています。また、計画の進捗状況を把握し、計画の実施状況について毎年度とりまとめ、専門家や関係機関などと協議を重ねながら、状況に応じた柔軟な対策を講じていくことが求められます。

本町では、地域ケア会議や南部町地域包括支援センター運営協議会を実施し、サービスの種類ごとの利用状況等、計画の進捗状況を把握し、新たな課題の検討や効率的・効果的な運営に努めているところです。

◎保健・医療・福祉の連携

保健・医療・福祉の関係機関との連携を密にし、高齢者に対する総合的なサービスの提供体制を充実します。

高齢者の状況やサービスの利用状況を把握し、必要なサービスを的確かつ迅速に提供できるよう、個人情報保護に留意しながら関係機関での情報の共有を図ります。

◎南部町地域包括支援センター運営協議会の運営

南部町地域包括支援センター運営協議会において、介護保険サービスや各種サービス事業の進捗状況を把握して計画の検証を進めます。また、南部町地域包括支援センターの運営状況、人員配置等について検討し、円滑な事業運営に努めます。さらに、地域密着型サービス運営委員会の役割も担い、地域密着型サービスの創設趣旨に照らし、住み慣れた地域で多様なサービスを提供できるよう努めます。

南部町高齢者保健福祉計画

第9期南部町介護保険事業計画

発行日 令和●年●月

発行 南部町
編集 南部町 福祉保健課 介護保険係

〒409-2398

山梨県南巨摩郡南部町内船4 4 7 3 番地1

南部分庁舎

tel 0556 - 64 - 4836

fax 0556 - 64 - 3116

ホームページ <https://www.town.nanbu.yamanashi.jp/>