

三股町

高齢者福祉計画及び 第7期介護保険事業計画



2018 年 3 月

宮崎県 三股町

目 次

第1章 計画の概要

1. 計画の背景と趣旨	1
2. 計画の性格と位置づけ	2
3. 計画の期間	3
4. 計画の策定体制	3
5. 制度改正の主な内容	5

第2章 三股町を取り巻く高齢者の現状

1. 総人口・高齢者人口と高齢化率の推移	9
2. 要介護（要支援）認定者数・認定率	12
3. 高齢者のいる世帯の状況	14
4. 高齢者の就業状況	16
5. 高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画の達成状況	18
6. 高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画 検証	25

第3章 アンケート調査結果

1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	32
2. 在宅要介護者調査結果	48

第4章 計画の基本的な考え方

1. 基本理念	52
2. 基本目標	53
3. 重点施策	54
4. 施策体系	55

第5章 高齢者保健福祉・介護保険事業の展開

1. 生き生きと暮らせる まちづくり	58
2. 支え合って暮らせる まちづくり	64
3. 安心して暮らせる まちづくり	72
4. 充実したサービスを受けて暮らせる まちづくり	75
5. 成果目標	79

第6章 介護保険事業計画

1. 人口及び被保険者数の推計	80
2. 認定率・要介護(要支援)認定者数の推計	81
3. 日常生活圏域の設定	82
4. 介護保険給付費推計	85

参考資料

第 1 章 計画の概要

1. 計画の背景と趣旨

近年、我が国の人口構造の高齢化は急速に進み、2015年10月1日現在（国勢調査）、1億2,711万人で、65歳以上の高齢者人口は、3,392万人となり、高齢化率は26.7%となりました。また、国立社会保障・人口問題研究所が公表している「将来推計人口」によると、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者、5人に1人が75歳以上となることが予測されています。

本町においても、65歳以上の高齢者人口は増加しており、高齢化率は2017年10月1日現在25.1%に達し、今後も増加傾向が続くと予想されます。また、要介護者も、2017年9月末現在の要支援・要介護者数（第1号被保険者）は1,123人、認定率（65歳以上の高齢者に占める要介護・要支援者認定者の割合）は17.3%となっています。

2000年度の介護保険制度の開始以降、本町では6期にわたって高齢者計画及び介護保険事業計画を策定してきました。

第6期計画では、「介護」・「予防」・「医療」・「生活支援」・「住まい」の5つのサービスを一体的に提供し、高齢者一人ひとりの状態に応じて、地域の様々な支援・サービスを活用しながら、住み慣れた地域で安心して暮らせる環境づくりの充実に取り組む「地域包括ケア」の考え方を重視した高齢者施策を推進してきました。

こうした状況の中、高齢化がますます進むうえ、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯、認知症高齢者等はさらに増加することが予測されており、団塊の世代が75歳以上となる平成37年を見据え、「地域包括ケアシステム」の構築を進めるための地域づくりが必要です。

これらを踏まえ、第7期計画（2018年度～2020年度）においては、2025年度の「地域包括ケアシステム」の構築に向け、介護予防・日常生活支援総合事業や認知症施策、多様な生活支援サービス等の推進が必要となります。

本計画は中長期的な視点に立った計画として、高齢者計画と介護保険事業計画を一体的に策定し、本町が目指す「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを推進します。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**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**を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、**地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



2. 計画の性格と位置づけ

(1) 法令等の根拠

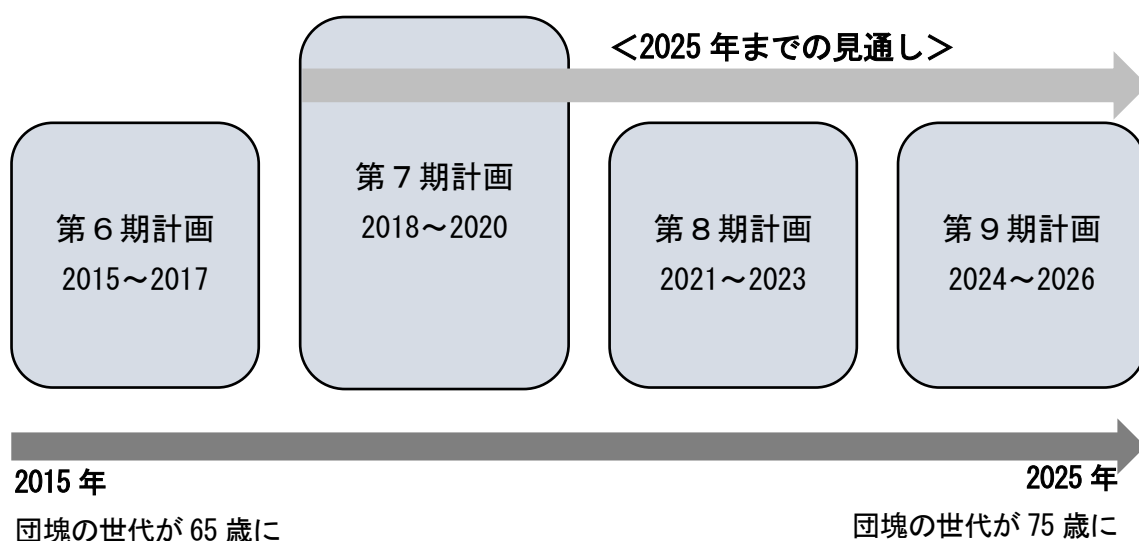
この計画は、老人福祉法第20条の8及び介護保険法第117条の規定に基づく、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体のものとして策定することで、介護保険及び保健福祉サービスを総合的に展開することを目指すものです。

(2) 計画の性格

第6期計画以後の計画は、「2025年を見据えた地域包括ケア計画」により地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、地域包括ケアシステムを一層深化・推進するものであることから、「三股町高齢者福祉計画及び第6期介護保険事業計画」の後継計画として、理念や考え方を引き継いで策定するものです。

「高齢者保健福祉計画」は、本町における高齢者の保健福祉に関する施策全般にわたる計画であり、高齢者に対する保健福祉事業における総合的な計画です。

「介護保険事業計画」は、高齢者保健福祉計画のうち、介護・支援を必要とする高齢者及び要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者に対し、介護保険事業において実施する施策を担う計画です。



(3) 上位計画・関連計画との関係

本計画は、本町の総合的な行政運営の方針を示した総合計画を上位計画とし、その方針に沿って策定されるものです。また、高齢者保健福祉に関連する他分野の計画との整合を図りながら策定するものとします。

3. 計画の期間

介護保険事業計画は3年ごとに見直しを行うこととなっているため、三股町高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画の計画期間は2018～2020年度となります。

4. 計画の策定体制

本計画の策定は、三股町高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画策定委員会のほか、各種アンケート調査など、住民や関係者の参画により策定しています。

(1) 策定委員会の開催

策定委員会においては、学識経験を有する者、保険・医療・福祉関係者、介護保険事業者、住民代表等に委員を委嘱し、計画内容について協議いただきました。

(2) 各種アンケート調査の実施

本計画の策定にあたっては、65歳以上の高齢者等を対象とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」や65歳以上の要介護認定を受けている方を対象とした「在宅要介護者実態調査」を実施し、高齢者の現状について把握しました。

(3) パブリックコメントの実施

本計画は、2018年2月13日～2018年2月26日の期間中、パブリックコメントを実施しました。

(4) 計画の進捗状況

本計画の進行状況を管理するために、高齢者保健福祉事業・介護保険事業の各事業について、「三股町高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画策定委員会」において、毎年の進捗状況を把握・整理し、PDCA サイクルを活用し、計画の点検・評価に努めます。

また、次年度以降の計画推進及び施策内容の改善につなげるために、課題の抽出や優先順位などの検討を行い、効果的かつ継続的な計画の推進を図ります。



5. 制度改正の主な内容

第7期計画に合わせて行われる今回の制度改正は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることを目的としています。

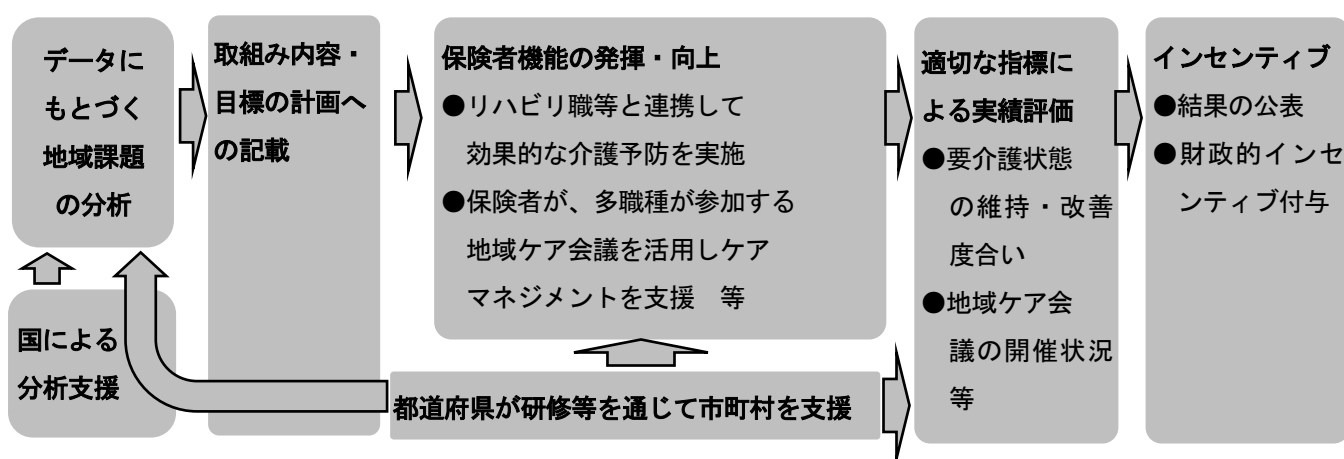
(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

①保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

【現状保険者機能の抜本強化】

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに制度の持続可能性を確保するためには、地域の実情に応じた高齢者の自立支援や重度化防止の取組を進める必要があることから、区市町村等が保険者機能を発揮して、地域の課題を分析して自立支援・重度化防止に取り組むよう、下記の事項が制度化されました。

- ◆データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業計画への記載）
- ◆適切な指標による実績評価
- ◆インセンティブの付与



【地域包括支援センターの機能強化】

地域包括支援センターの機能強化のため、区市町村による評価の義務付け等の取組が規定されました。また、これらの評価を通じ、必要な人員体制等を明らかにすることで、適切な人員体制の確保を促すこととされています。

【居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化】

居宅サービス事業者の指定に対する保険者の関与強化について規定されました。（小規模多機能型居宅介護等の普及の観点から、地域密着型通所介護が介護保険事業計画で定める見込量に達しているときなど事業所の指定を拒否できる仕組みが導入されました。）

【認知症施策の推進】

認知症施策の推進について、新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発の推進、介護者への支援、本人及び家族意思の尊重への配慮など）が法に位置付けられました。

②医療と介護の連携の推進等

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設（介護医療院）を創設することが介護保険法に規定されました。

医療・介護の連携に関し、都道府県による区市町村に対する必要な情報の提供その他の支援について規定されました。

③地域共生社会の実現に向けた取組の推進

【「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備】

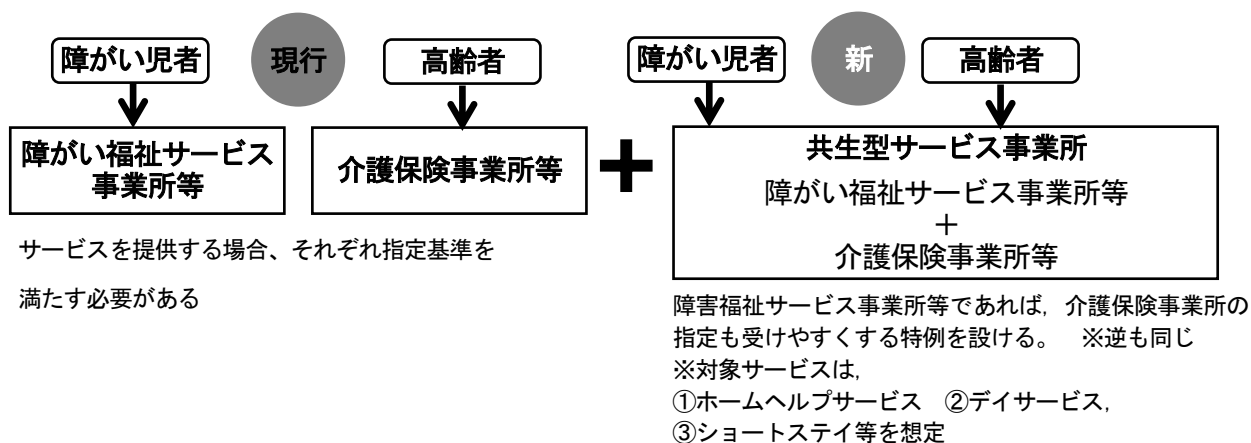
他人事ではなく我が事として住民等が主体的に地域づくりへ参加し、縦割りでなく分野をまたがっての支援が行われる「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念の実現のため、市町村が包括的な支援体制づくりに努め、地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備や、分野を超えた総合相談支援体制、複合化した地域課題を解決するための体制づくりを推進することとされました。介護保険事業の運営も、これを踏まえて行われることとなります。また、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定が努力義務化されました。

【新たに共生型サービスを位置づけ】

高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくなるよう、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスが位置づけられました。

有料老人ホームの入居者保護のための施策が強化されました。（業務停止命令の創設、前払い金の保全措置の義務の対象拡大等）

障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者が見直されました。



(2) 介護保険制度の持続可能性の確保

④ 2割負担者のうち特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、利用者負担割合が2割の方のうち特に所得の高い層の負担割合が3割とされました。

【2018年8月施行】

負担割合	
区 分	負担割合
年金収入等 340 万円以上	2 割⇒ 3 割
年金収入等 280 万円以上	2 割
年金収入等 280 万円未満	1 割

※1 具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220 万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額 340 万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合 463 万円以上）」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合 344 万円以上に相当

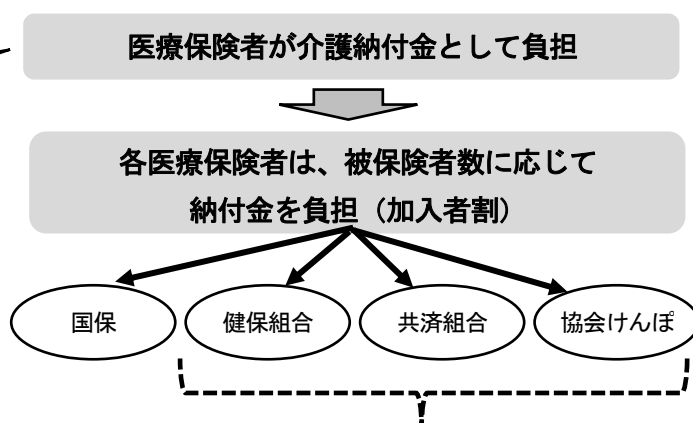
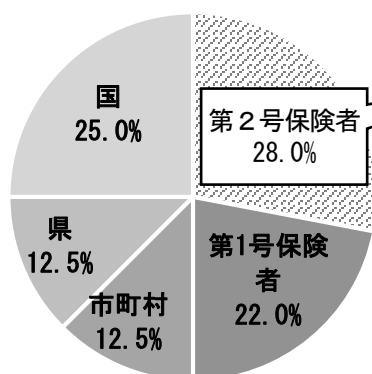
※2 「合計所得金額 160 万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額 280 万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合 346 万円以上）」⇒単身で年金収入のみの場合 280 万円以上に相当

⑤ 介護納付金における総報酬割の導入

第2号被保険者（40～64 歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課されており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付しています。現在は、各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者の人数に応じて負担』していますが、これを変更し、医療保険のうち被用者保険（健康保険等）の保険者間では『報酬額に比例した負担』とすることとなりました。（激変緩和の観点から段階的に導入）

【2017年8月分より実施】

介護給付費財源構成



総報酬割導入スケジュール

区分	2017年度		'18年度	'19年度	'20年度
	～7月	8月～			
総報酬割分	なし	1／2	1／2	3／4	全面



被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組み（総報酬割）を導入

第2章 三股町を取り巻く高齢者の現状

1. 総人口・高齢者人口と高齢化率の推移

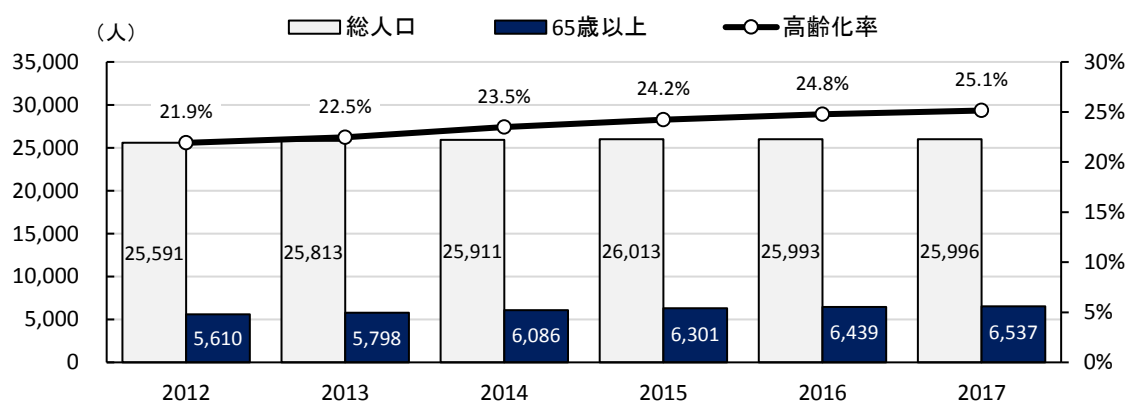
(1) 総人口・高齢者人口と高齢化率の推移

本町の総人口は、2012年の25,591人からゆるやかな増加傾向にあり、2017年には405人多い25,996人となっています。

高齢者人口(65歳以上人口)も2012年の5,610人から年々増加し、2017年には927人多い6,537人となっており、高齢化率(総人口に占める65歳以上人口割合)は2012年の21.9%から2017年には25.1%と3.2ポイント増加しています。

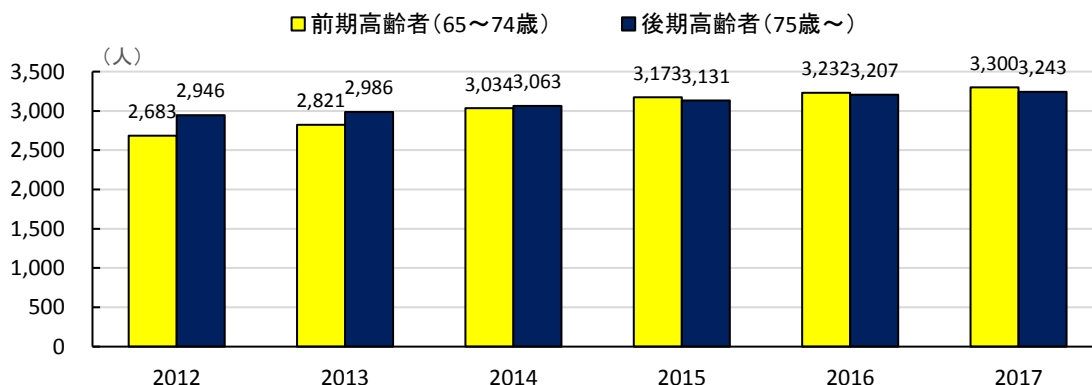
また、高齢者人口の推移を前期高齢者、後期高齢者別でみると、2012年から2017年の5年間で、前期高齢者数が後期高齢者の数を上回ってきています。前期高齢者数は2012年の2,683人に対して2017年には3,300人と、617人増加しているのに対して、後期高齢者数は2012年の2,946人から、2017年には3,243人と、297人の増加に留まっています。

図表2-1 総人口・高齢者人口・高齢化率の推移



資料：宮崎県「宮崎県の推計人口」「年齢3区分別人口及び構成比」各年10月1日時点

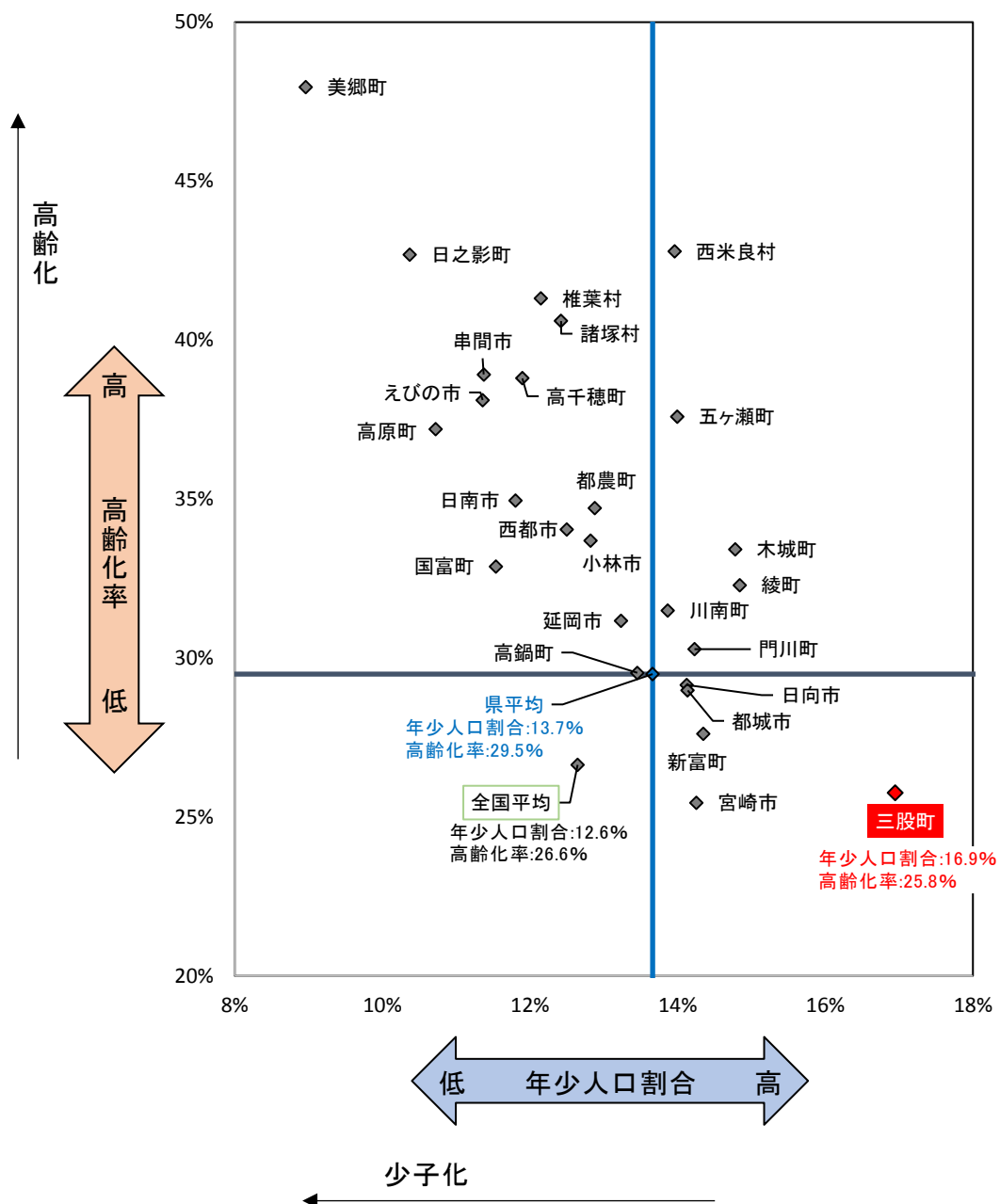
図表2-2 前期・後期別高齢者数



資料：厚生労働省 HP「介護保険事業状況報告」各年9月末時点

本町の高齢化率と年少人口割合を、全国平均及び県平均と比較すると、高齢化率は25.8%と、全国及び県平均を下回っています。年少人口割合は、16.9%と全国及び県平均を大きく上回っています。

図表 2 - 3 年少人口割合と高齢化率（2015 年）



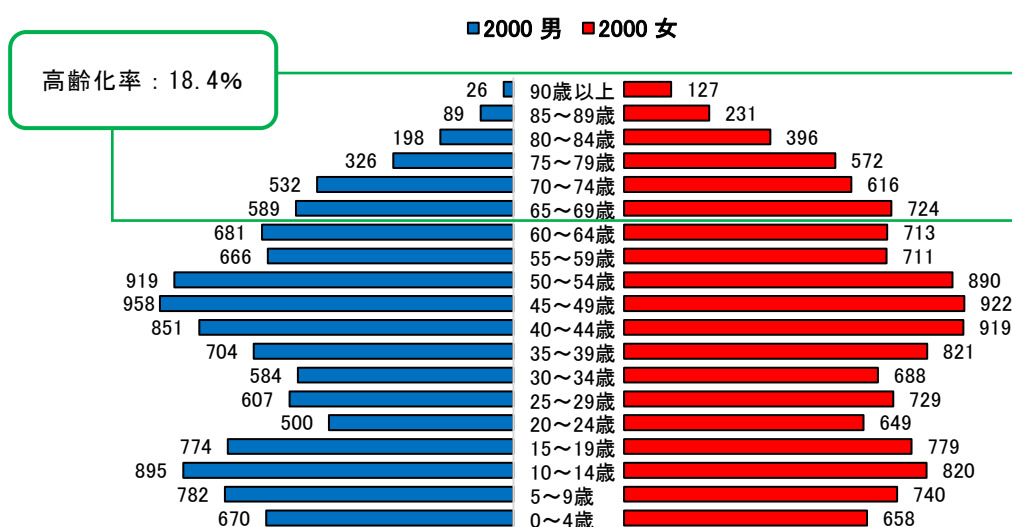
資料：総務省「国勢調査」

(2) 年齢階級別人口構成

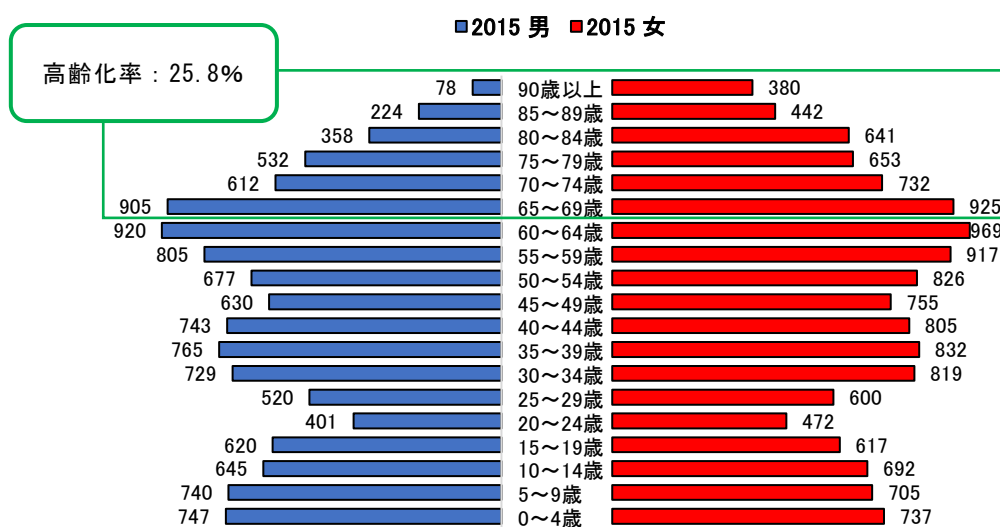
本町の高齢者人口は、2000年は4,426人でしたが、2015年には6,482人と、2,056人と増加していることから高齢化率が進んでいることがうかがえます。

高齢者人口は増加し、年少人口・生産年齢人口は減少していることから、本町の高齢化率は2000年の18.4%から2015年には25.8%と、15年間で7.4ポイント増加しています。

図表2-4 5歳階級別人口（2000年）



図表2-5 5歳階級別人口（2015年）



資料：総務省「国勢調査」

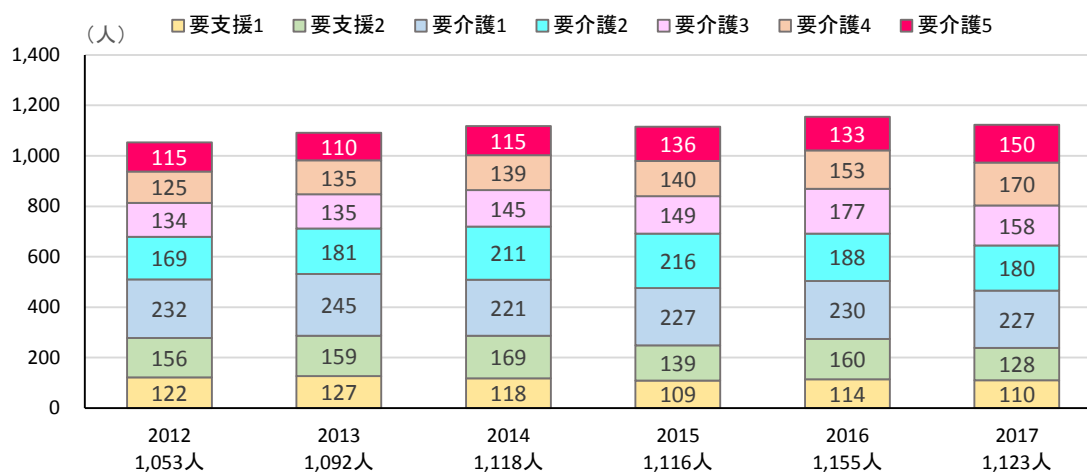
2. 要介護（要支援）認定者数・認定率

（１）要介護（要支援）認定者数・認定率の推移

本町の第１号被保険者（65歳以上）の要介護（要支援）認定者数は2012年の1,053人から増加傾向にあり、2017年は1,123人となっています。

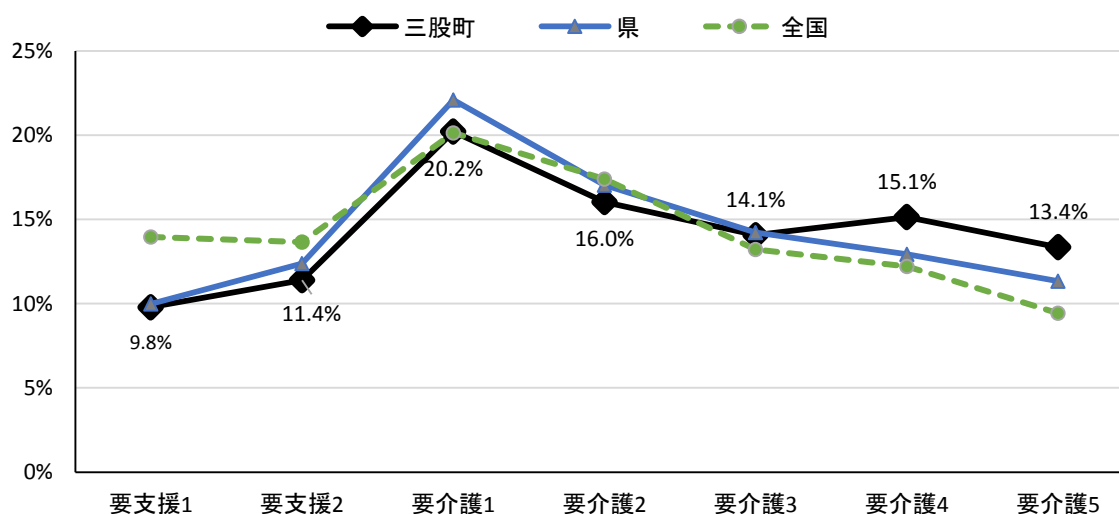
2017年9月末時点での要介護（要支援）認定者数割合を宮崎県及び全国と比較すると、本町の認定者は全国や県と同じように要介護１の割合が最も高いことがわかります。

図表２－６ 要介護（要支援）度別認定者数の推移（第１号被保険者）



資料：厚生労働省 HP「介護保健事業状況報告」各年9月末時点

図表２－７ 要介護（要支援）度別認定者数割合（第１号被保険者）



資料：厚生労働省 HP「介護保健事業状況報告」（2017年9月末時点）

（２）年齢別認定者の出現率の推移

要介護（要支援）認定者を５歳階級別でみると、認定者の出現率（各年齢区分の人口に占める認定者の割合）は、８０歳以上になると急激に増加する傾向にあります。

認定者出現率を、前期高齢者・後期高齢者でみると、前期高齢者の認定者出現率は４％以下であるのに対し、後期高齢者の認定者出現率は３０％強となっています。

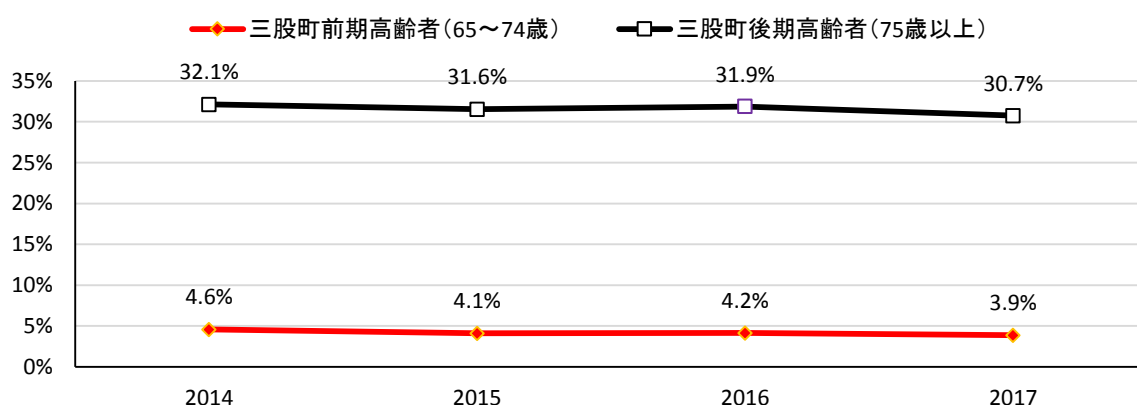
図表２－８ 要介護（要支援）認定者出現率の推移

年齢区分		第 2 号 被保険者	第 1 号被保険者						
			前期高齢者			後期高齢者			
		40～64 歳	65～69 歳	70～74 歳	合計	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	合計
2014 年 9 月	認定者数	38	57	82	139	157	242	580	979
	構成割合	3.3%	4.9%	7.1%	12.0%	13.6%	20.9%	50.2%	84.7%
	※出現率	0.5%	3.4%	6.1%	4.6%	13.1%	27.7%	59.7%	32.1%
2015 年 9 月	認定者数	40	52	78	130	157	254	575	986
	構成割合	3.5%	4.5%	6.7%	11.2%	13.6%	22.0%	49.7%	85.3%
	※出現率	0.5%	2.8%	5.9%	4.1%	13.5%	26.7%	57.2%	31.6%
2016 年 9 月	認定者数	32	65	70	135	156	256	608	1,020
	構成割合	2.7%	5.5%	5.9%	11.4%	13.1%	21.6%	51.2%	85.9%
	※出現率	0.4%	3.3%	5.6%	4.2%	13.1%	26.8%	57.7%	31.9%
2017 年 9 月	認定者数	27	58	70	128	152	261	582	995
	構成割合	2.3%	5.0%	6.1%	11.1%	13.2%	22.7%	50.6%	86.5%
	※出現率	0.3%	3.0%	5.2%	3.9%	12.8%	26.2%	55.5%	30.7%

※出現率：当該年齢区分の人口に占める要介護（要支援）認定者

資料：三股町 HP「三股町人口統計」、厚生労働省 HP「介護保健事業状況報告」

図表２－９ 第１号被保険者 要介護（要支援）認定者出現率の推移



資料：厚生労働省 HP「介護保健事業状況報告」各年 9 月

3. 高齢者のいる世帯の状況

本町の世帯総数の経年変化をみると、1995年の7,949世帯から2015年には9,935世帯と、大幅に増加しています。

世帯総数に占める高齢者(65歳以上)のいる世帯割合の経年変化をみると、1995年は31.5%でしたが、2015年には40.5%と9ポイントの増加となっています。

図表2-10 三股町の世帯の推移

区 分	1995	2000	2005	2010	2015
世帯総数	7,949 100%	8,565 100%	9,041 100%	9,485 100%	9,935 100%
高齢者のいる世帯	2,505 31.5%	2,934 34.3%	3,246 35.9%	3,596 37.9%	4,020 40.5%
一人暮らし世帯	688 8.7%	855 10.0%	1,010 11.2%	1,139 12.0%	1,276 12.8%
夫婦のみ世帯	630 7.9%	775 9.0%	938 10.4%	1,058 11.2%	1,226 12.3%
その他の世帯	1,187 14.9%	1,304 15.2%	1,298 14.4%	1,399 14.7%	1,518 15.3%

【世帯数】：一般世帯数

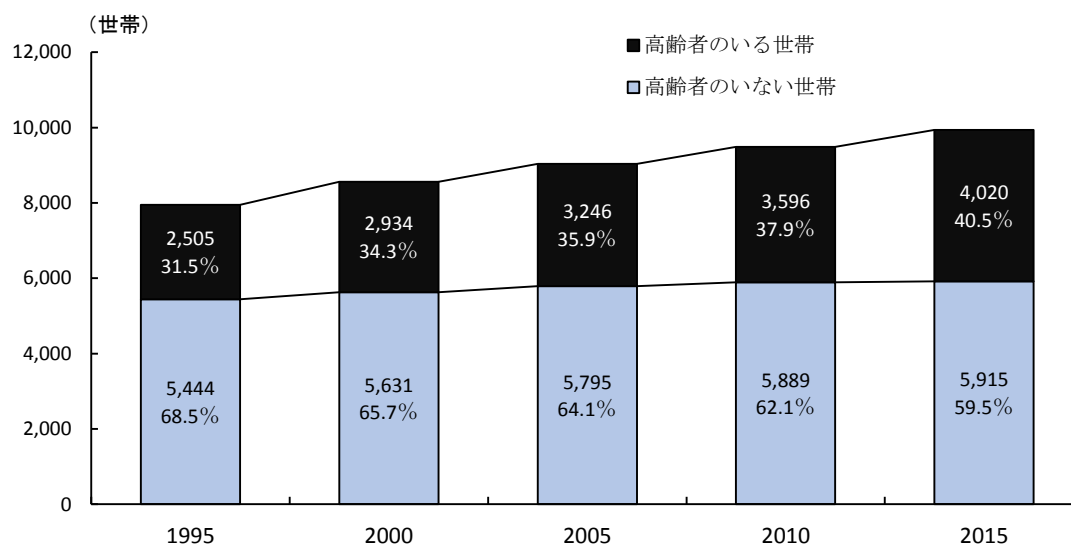
【高齢者のいる世帯】：65歳以上の親族のいる世帯

【一人暮らし世帯】：65歳以上の者1人のみの一般世帯（他の世帯員がいないもの）

【夫婦のみ世帯】：夫65歳以上、妻65歳以上の夫婦（他の世帯員がいないもの）

資料：総務省「国勢調査」

図表2-11 三股町世帯数（高齢者有無）の推移



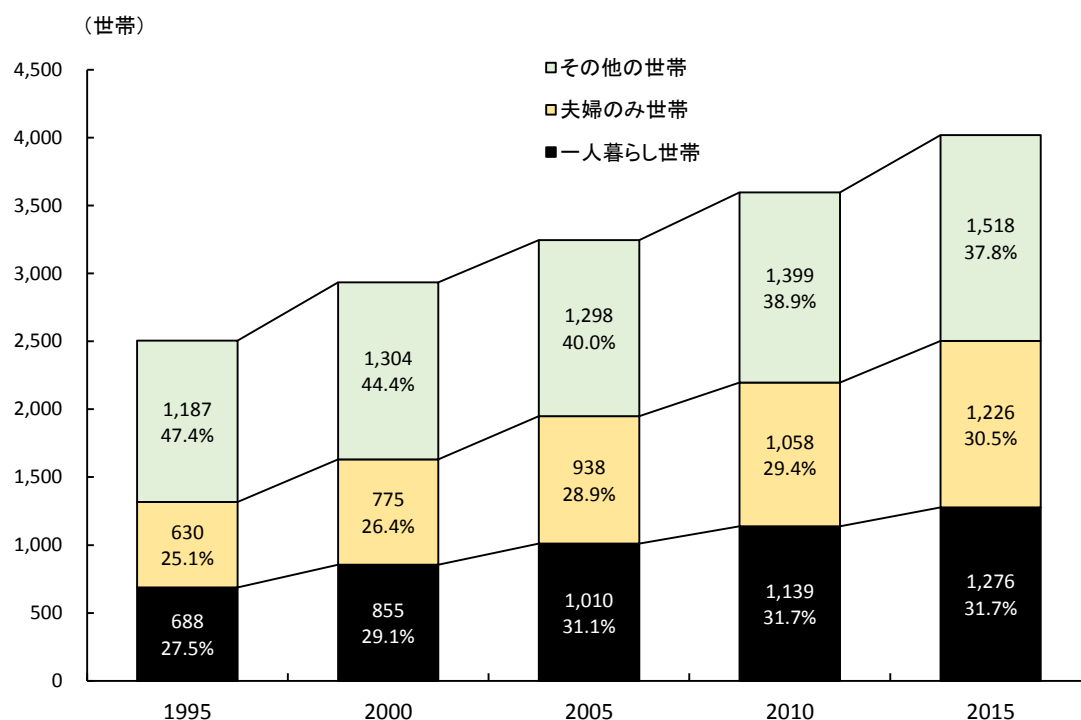
資料：総務省「国勢調査」

高齢者のいる世帯の内訳をさらに詳しくみると、高齢者のいる世帯全体に占める「一人暮らし世帯」の割合は、1995年には27.5%でしたが、2015年には31.7%と4.2ポイント増加しております。「一人暮らし世帯」の世帯数は、1995年から2015年までの20年間で約1.8倍に増加しています。

同様に、高齢者のいる世帯全体に占める「夫婦のみ世帯」の割合は、1995年には25.1%でしたが、2015年には30.5%と5.4ポイント増加しております。「夫婦のみ世帯」の世帯数は1995年から2015年までの20年間で約1.9倍に増加しています。

その結果、2015年には、高齢者のいる世帯のうち6割強が「一人暮らし世帯」あるいは「夫婦のみ世帯」となっています。今後も「一人暮らし世帯」や「夫婦のみ世帯」が増加していくことが予測され、家族介護の体制から社会的な介護体制への移行が進んでいくものと考えられます。

図表 2－1 2 高齢者のいる世帯の内訳



資料：総務省「国勢調査」

4. 高齢者の就業状況

本町の就業者総数は、1995年の11,022人から2015年には11,927人と905人増加しています。

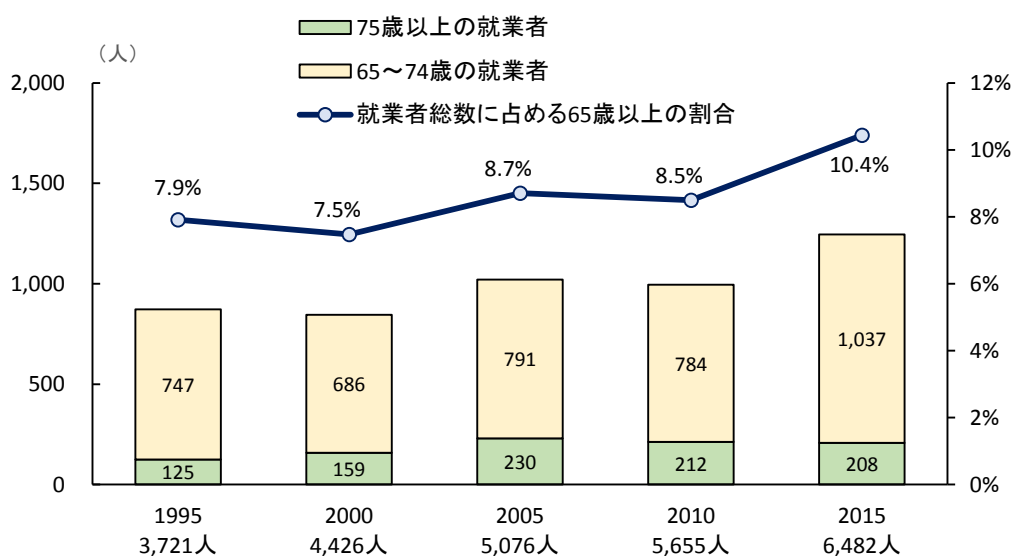
さらに65歳以上就業者数と就業者総数に占める65歳以上就業者数の割合も増加しており、1995年の872人（7.9%）から2015年には1,245人（10.4%）となっています。

図表2-13 高齢者の就業状況の推移

	1995	2000	2005	2010	2015
三股町の就業者総数	11,022	11,309	11,722	11,727	11,927
男	6,131	6,233	6,351	6,234	6,274
女	4,891	5,076	5,371	5,493	5,653
65歳以上就業者数	872	845	1,021	996	1,245
就業者総数に占める割合	7.9%	7.5%	8.7%	8.5%	10.4%
男	534	498	609	587	749
女	338	347	412	409	496
65～74歳	747	686	791	784	1,037
男	444	398	463	456	616
女	303	288	328	328	421
75歳以上	125	159	230	212	208
男	90	100	146	131	133
女	35	59	84	81	75

資料：総務省「国勢調査」

図表2-14 高齢者の就業者数の推移（前期・後期年齢区分）



資料：総務省「国勢調査」

高齢者の就業率(65歳以上総数に占める65歳以上就業者数)は、1995年の23.4%から2015年には19.2%と4.2ポイント減少しています。

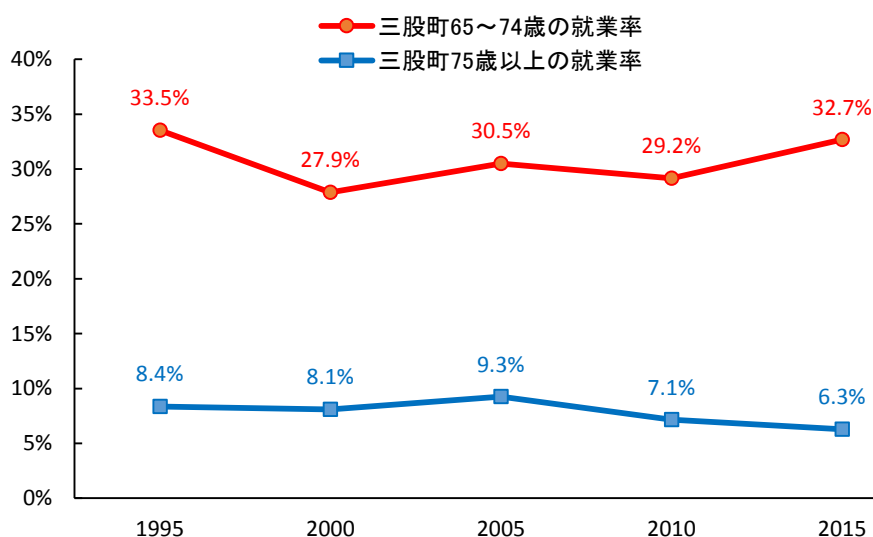
さらに前期高齢者・後期高齢者の年齢区分でみると、前期高齢者(65～74歳)の就業率は、1995年の33.5%から2015年には32.7%とやや減少し、後期高齢者(75歳以上)の就業率は、1995年の8.4%から2005年には9.3%とやや上昇したものの、2015年には6.3%と減少傾向にあります。

図表2-15 高齢者の就業率の推移

	1995	2000	2005	2010	2015
65歳以上総数	3,721	4,426	5,076	5,655	6,482
65歳以上就業者数	872	845	1,021	996	1,245
就業率	23.4%	19.1%	20.1%	17.6%	19.2%
65～74歳総数	2,227	2,461	2,593	2,689	3,174
65～74歳就業者数	747	686	791	784	1,037
就業率	33.5%	27.9%	30.5%	29.2%	32.7%
75歳以上総数	1,494	1,965	2,483	2,966	3,308
75歳以上就業者数	125	159	230	212	208
就業率	8.4%	8.1%	9.3%	7.1%	6.3%

資料：総務省「国勢調査」

図表2-16 高齢者の就業状況の推移（前期・後期年齢区分）



資料：総務省「国勢調査」

5. 高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画の達成状況

(1) 介護保険サービス

①居宅介護（介護予防）サービス等

○介護予防訪問介護・訪問介護（ホームヘルプ）

		2015年度 計画	2016年度 計画	2016年度 実績	2016年度 達成度
予防給付	人数/年	960人	1,056人	943人	89.3%
介護給付	回数/年	38,717回	39,600回	43,682回	110.3%
	人数/年	1,776人	1,800人	2,078人	115.4%

○介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

		2015年度 計画	2016年度 計画	2016年度 実績	2016年度 達成度
予防給付	回数/年	—	—	0回	—
	人数/年	0人	0人	0人	—
介護給付	回数/年	907回	1,454回	456回	31.4%
	人数/年	108人	144人	64人	44.4%

○介護予防訪問看護・訪問看護

		2015年度 計画	2016年度 計画	2016年度 実績	2016年度 達成度
予防給付	回数/年	260回	356回	177回	49.7%
	人数/年	84人	108人	27人	25.0%
介護給付	回数/年	1,421回	1,367回	3,060回	223.9%
	人数/年	192人	204人	339人	166.2%

○介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

		2015年度 計画	2016年度 計画	2016年度 実績	2016年度 達成度
予防給付	回数/年	—	—	0回	—
	人数/年	0人	0人	0人	—
介護給付	回数/年	648回	835回	1,091回	130.6%
	人数/年	60人	72人	81人	112.5%

○介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	0 人	0 人	0 人	—
介護給付	人数/年	132 人	192 人	157 人	53.1%

○介護予防通所介護・通所介護(デイサービス)

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	1,620 人	1,620 人	1,528 人	94.3%
介護給付	回数/年	57,991 回	60,480 回	51,833 回	85.7%
	人数/年	3,972 人	4,032 人	3,655 人	90.6%

○介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション(デイケア)

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	396 人	336 人	573 人	170.5%
介護給付	回数/年	11,856 回	11,088 回	10,296 回	92.9%
	人数/年	1,140 人	1,008 人	1,258 人	124.8%

○介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護(ショートステイ)

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	日数/年	—	—	7 回	—
	人数/年	0 人	0 人	2 人	—
介護給付	日数/年	10,937 回	14,652 回	6,573 回	44.9%
	人数/年	744 人	888 人	568 人	64.0%

○介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護(老健)

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	日数/年	—	—	0 回	—
	人数/年	0 人	0 人	0 人	—
介護給付	日数/年	864 回	1,210 回	123 回	10.2%
	人数/年	180 人	252 人	42 人	16.7%

○介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	48 人	60 人	36 人	60.0%
介護給付	人数/年	576 人	732 人	319 人	43.6%

○介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	828 人	912 人	765 人	83.9%
介護給付	人数/年	3,924 人	4,512 人	3,920 人	86.9%

○特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	36 人	36 人	32 人	88.9%
介護給付	人数/年	60 人	48 人	62 人	129.2%

○介護予防住宅改修・住宅改修

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	60 人	72 人	40 人	55.6%
介護給付	人数/年	48 人	60 人	69 人	115.0%

○介護予防支援・居宅介護支援

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	2,844 人	2,916 人	2,630 人	90.2%
介護給付	人数/年	6,192 人	6,156 人	6,492 人	105.5%

②地域密着型サービス等

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

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	人数/年	0 人	0 人	0 人	—
介護給付	人数/年	624 人	660 人	550 人	83.3%

○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
介護給付	人数/年	0 人	0 人	0 人	—

○地域密着型通所介護（仮）

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
予防給付	回数/年	0 回	0 回	—	—
	人数/年	0 人	0 人	0 人	—
介護給付	回数/年	—	—	15,977 回	—
	人数/年	0 人	0 人	981 人	—

③施設介護サービス等

○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
介護給付	人数/年	1,284 人	1,284 人	1,376 人	107.2%

○介護老人保健施設（老人保健施設）

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
介護給付	人数/年	840 人	840 人	971 人	115.6%

○介護療養型医療施設（療養病床等）

		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2016 年度 実績	2016 年度 達成度
介護給付	人数/年	84 人	84 人	64 人	76.2%

(2) 介護保険事業に係る費用の計画と実績

①介護給付費

(単位：円)

介護給付		2015 年度 計画	2016 年度 計画	2017 年度 実績値見込
居宅サービス				
訪問介護		101,679,000	101,938,000	107,692,733
訪問入浴介護		6,285,000	8,154,000	5,250,618
訪問看護		7,763,000	7,962,000	15,042,494
訪問リハビリテーション		1,691,000	2,147,000	2,922,534
居宅療養管理指導		1,129,000	1,538,000	1,074,225
通所介護		453,800,000	481,112,000	394,954,780
通所リハビリテーション		94,253,000	85,868,000	79,928,796
短期入所生活介護		96,420,000	127,949,000	51,705,604
短期入所療養介護(老健)		7,095,000	10,014,000	1,293,296
短期入所療養介護(病院等)		0	0	0
特定施設入居者生活介護		110,140,000	140,486,000	59,643,856
福祉用具貸与		53,384,000	62,182,000	55,321,334
特定福祉用具入費		2,495,000	1,111,000	1,715,361
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		0	0	0
夜間対応型訪問介護		0	0	0
認知症対応型通所介護		386,000	0	2,110,383
小規模多機能型居宅介護		0	0	0
認知症対応型共同生活介護		140,178,000	145,390,000	132,144,466
地域密着型特定施設入居者生活介護		0	0	0
地域密着型通所介護		0	0	120,818,265
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		0	0	0
住宅改修		9,736,000	13,025,000	5,880,557
居宅介護支援		76,337,000	75,433,000	80,398,237
介護保険施設サービス				
介護老人福祉施設		311,482,000	306,719,000	333,082,972
介護老人保健施設		220,619,000	217,245,000	242,275,779
介護療養型医療施設		23,948,000	23,581,000	18,245,268
介護給付費計(A)		1,718,820,000	1,811,854,000	1,590,683,293

②予防給付費

(単位：円)

介護給付	2015 年度 計画	2016 年度 計画	2017 年度 実績値見込
居宅サービス			
介護予防訪問介護	17,909,000	19,347,000	17,706,714
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	796,000	1,078,000	891,729
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0
介護予防通所介護	50,562,000	49,912,000	39,708,617
介護予防通所リハビリテーション	14,833,000	11,765,000	16,727,150
介護予防短期入所生活介護	0	0	41,427
短期入所療養介護(老健)	0	0	0
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	2,332,000	2,787,000	2,829,456
介護予防福祉用具貸与	5,448,000	6,007,000	4,481,388
特定介護予防福祉用具入費	694,000	681,000	758,304
地域密着型サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	72,900
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
住宅改修	3,333,000	3,626,000	3,345,368
介護予防支援	11,917,000	12,050,000	11,687,100
予防給付費計(B)	107,824,000	107,253,000	98,250,153

③標準給付費

(単位：円)

区分	2015 年度 計画	2016 年度 計画	2017 年度 実績値見込
介護給付費 (A)	1,718,820,000	1,811,854,000	1,711,501,558
予防給付費 (B)	107,824,000	107,253,000	98,250,153
総給付費 (C) = (A) + (B)	1,826,644,000	1,919,107,000	1,809,751,711
特定入所者介護サービス費等給付額 (D)	64,573,694	59,382,403	78,887,860
高額介護サービス費等給付額 (E)	36,000,000	36,000,000	39,981,709
高額医療合算介護サービス費等給付額 (F)	8,000,000	8,000,000	8,000,000
保険給付費 (G) = (C) + (D) + (E) + (F)	1,935,217,694	2,022,489,403	1,936,621,280
算定対象審査支払手数料 (H)	1,028,600	2,363,000	2,363,000
標準給付費 = (G) + (H)	1,936,246,294	2,024,852,403	1,938,984,280

④地域支援事業費

(単位：円)

区分	保険給付費見込額 (G)に対する割合	2015 年度 計画	2016 年度 計画	2017 年度 実績値見込
①介護予防事業 (総合事業費)	1.4%	27,675,000	27,675,000	27,675,000
②包括的支援事業	1.1%	22,325,000	22,325,000	22,325,000
③任意事業				
計 (地域支援事業費)	0	50,000,000	50,000,000	50,000,000

6. 高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画 検証

(1) 生涯現役で暮らせるまちづくりの推進

①高齢者の健康づくりの推進

【第6期における取組】

家に閉じこもりがちな高齢者に対し、福祉サービスの生きがいデイサービス（2017年4月から総合事業へ）の紹介や高齢者サロンの紹介をしています。また、健康づくりの担当課と介護予防事業等の情報共有をし、協力体制をつくっています。

【残された課題】

生活習慣病対策に加え、身体虚弱、転倒、認知症、低栄養、口腔機能低下など多方面に渡るため、普及啓発の方法が大事であり、健康づくりと生きがいづくりがリンクした事業の取り組みが必要となっています。

②切れ目のない医療と介護のサービス提供体制

【第6期における取組】

医療と介護の連携は、都城市、都城市北諸県郡医師会とで2015年度から協議を重ねており、同年度には都城市三股町医療介護連携推進協議会を設置し、多職種で協議を行いました。

【残された課題】

深夜帯の訪問看護等の利用ニーズの把握に至っていないため、その把握が必要となっています。

③生活支援サービスの充実

【第6期における取組】

2016年4月に社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置し、生活支援コーディネーターを中心に高齢者の通いの場（高齢者サロン）の推進や移動・買い物支援等の社会資源をつくり、高齢者へ情報提供を行っています。

【残された課題】

どのような生活支援サービスが必要であるのか、ニーズの把握が課題となっています。

(2) 高齢者福祉事業

①軽度生活援助事業

【第6期における取組】

社会福祉協議会に委託し、本人、家族、民生委員等の関係機関からの相談等で、住み慣れた地域でできるだけ自立した生活を支援するために軽度生活援助事業利用の紹介等を行っています。

【残された課題】

生活支援員が不足しており、さらに高齢者のニーズは多種多様となっているため、行政主体の福祉サービスの他、サービスの担い手として住民組織等の参加を図る必要があります。

②配食サービス

【第6期における取組】

社協委託で実施しており、見守りを兼ねての配食サービスを提供しています。現在は、日・祭日や介護食のニーズがある場合は、民間のサービスを紹介しています。

【残された課題】

平日の昼食のみで、食事の形態も普通食のみであるため日・祭日や介護食等の高齢者ニーズに対応した配食サービスが必要です。

③養護老人ホーム

【第6期における取組】

相談者に対して、適切なアドバイスができるよう取り組んできました。適宜、保護、措置が必要な高齢者の相談に応じ、本人にとって養護老人ホームの入所が最も妥当なのか他により良い方法があるのではないかと、本人の立場になって考えて寄り添いながら取り組んでいます。

【残された課題】

施設の老朽化が進んでおり、建替えの検討をしていく必要があります。また、身元引受人のいない入所者がいることから、早急に選定する必要がありますが、身寄りのいない人が多く、決定に至っていない状況です。

（３）介護予防・日常生活支援総合事業

①介護予防把握事業

【第６期における取組】

基本チェックリストを 65 歳以上の町民へ郵送し返送してもらっていましたが、費用対効果が低いため把握方法を変更し、関係機関や民生委員等からの情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し介護予防事業へ繋げています。

【残された課題】

支援を要する者の把握方法について、変更はしましたが、さらに効果的な把握の方法を見つける必要があります。

②介護予防普及啓発事業

【第６期における取組】

地域で開催している介護予防教室で、介護予防の普及啓発を実施しています。また、パンフレットの作成は、必要時に担当者が作成しており、認知症の理解を深めるための普及啓発として、町内にある認知症疾患センターに講演会の講師を依頼しています。

【残された課題】

認知症への理解を深めるための効率的な普及啓発の方法が必要です。

③地域介護予防活動支援事業

【第６期における取組】

地域で自主的に介護予防の活動をする介護予防サポーター養成講座を開催しています。また、体操をきっかけとした通いの場づくりのため、こけないからだ体操講座を開催しています。

【残された課題】

効率的な介護予防事業の実施を行う必要があり、介護予防事業の必要性を理解してもらうための普及啓発の方法と事業の効率的な P R 方法を確立しなければなりません。

また、サポーター（ボランティア）の養成と活動の支援も重要な課題となっています。

④一般介護予防事業評価事業

【第6期における取組】

地域で開催している介護予防教室（足もと元気教室・骨コツ貯筋教室）では、体力測定を行い評価しています。

【残された課題】

評価するにあたって分析することが難しく、また、その評価の結果の活用の仕方についても検討する必要があります。

（４）包括的支援事業

①地域ケア会議の充実

【第6期における取組】

2012年度から自治公民館長、民生委員、老人クラブ会長、地域包括支援センター職員で、顔の見える関係づくりを兼ねて、地域の高齢者の情報共有や地域課題の把握等のため地域支援会議を開催しており、2016年度からは障害者担当部門や社会福祉協議会担当者もメンバーに加え、地域支援会議で出た地域課題は課長へ報告しています。

また、困難事例の多職種協議は必要に応じて開催しています。

【残された課題】

介護支援専門員の自立支援につなげるケアマネジメントのスキルアップや地域課題・ニーズの把握、インフォーマルな社会資源の開発が課題となっています。

②在宅医療・介護連携の推進

【第6期における取組】

2016年度から2カ年で、県モデル事業である『入退院調整ルール策定事業』を実施し、医療介護連携のためのルールを策定予定しています。

2015年度から都城北諸県郡医師会が事務局となり、毎月開催の医療介護連携推進会議に都城市、訪問看護ステーション代表等と参加しています。

【残された課題】

在宅医療（訪問診療、みとり）を担う医療機関数が不足しており、異なる職種間での相互理解や町民の理解を深めるための普及啓発が必要となっています。

③認知症初期集中支援チームの設置（新規事業）

【第6期における取組】

地域包括支援センター職員が、認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、平成28年度に地域包括支援センターにチーム員を配置し、検討委員会を開催しています。また、事業の周知を図るため、民生委員や自治公民館長、さんさんクラブ（老人クラブ）等が参加する地域支援会議において事業内容の説明を行っています。

三股町内に認知症疾患センターがあり、協力体制が整っており、早期対応ができています。

【残された課題】

かかりつけ医との連携や親族のいない認知症高齢者への対応（支援）が今後の課題となっています。

④認知症地域支援推進員の配置（新規事業）

【第6期における取組】

2014年度に認知症地域支援推進員を配置しました。

また、認知症の理解を深めるため、認知症キャラバン・メイト養成講座やサポーター養成講座を開催し、認知症サポーターリーダーの養成、サポーター養成講座開催等の地域活動支援を行っています。さらに、相談対応をし、効果的な支援を行うために認知症疾患センターやかかりつけ医、介護サービス、関係機関をつなぐ、コーディネーターの役割を担っています。

【残された課題】

若年性認知症の患者の把握と対応や介護家族の負担軽減のための施策が必要となっています。

⑤認知症ケアパス

【第6期における取組】

現在、認知症ケアパス作成は未着手ですが、町内にある認知症疾患センターと連携を取り、認知症についての理解を深めるための町民対象の講演会講師派遣依頼を行っています。

【残された課題】

認知症に対応できる社会資源の整備と適切なケアマネジメントや地域にある社会資源の把握が必要となっています。

(5) 任意事業

①ねたきり老人等介護手当

【第6期における取組】

申請に対して、寝たきり老人や高齢者と在宅で同居し、介護している方のお宅に訪問し、聞き取り、実態調査を実施し、対象者に介護手当を支給しました。

【残された課題】

対象となるのは、月に20日以上介護している家族となっていますが、要綱では、「施設等への入所及び入院等によるところ」に限られており、デイサービス等の利用に制限がかかっていません。そのため、デイサービスを週5日利用していても対象となっている人がおり、対象者によっては家族の負担に大きな隔たりが生じています。

②介護用品支給事業

【第6期における取組】

広報誌に掲載したり、ケアマネジャー会議で制度説明を実施したりして、対象者の方に利用していただけるよう周知してきました。年度によって実績は異なりますが、徐々に利用者が増えてきている傾向にあります。

【残された課題】

利用状況として、特定の店舗での購入が目立ち、実績のない店舗も存在しており、偏りが見られます。

要綱では、要介護高齢者は町内に住所を有する住民税非課税世帯の者となっていますが、これに該当させるために世帯分離をされる人もいますので、住民税非課税世帯の部分は検討が必要です。

③住宅改修支援事業（住宅改修理由書作成等助成）

【第6期における取組】

介護保険認定者に対して、住宅改修がケアマネジャーにより必要と判断され、事前申請が提出された場合、理由書及び図面から必要性を判断し、他書類と不備がない場合は着工を許可し、事業完了後に事後申請書の書類にて事業完了を確認しています。

【残された課題】

書類審査にて事業を行っているのですが、今後住宅改修が適切なものとなっているか又は、適正に実施されたか事後確認による点検が必要となっています。

第3章 アンケート調査結果

1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

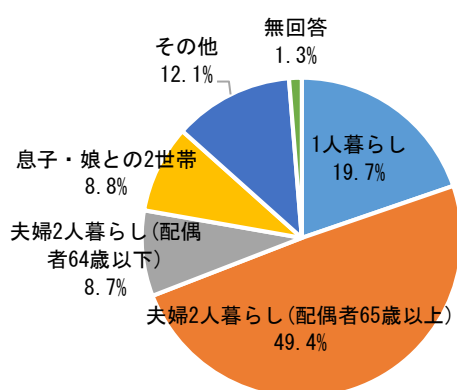
(1) 基本情報

①ご家族や生活状況

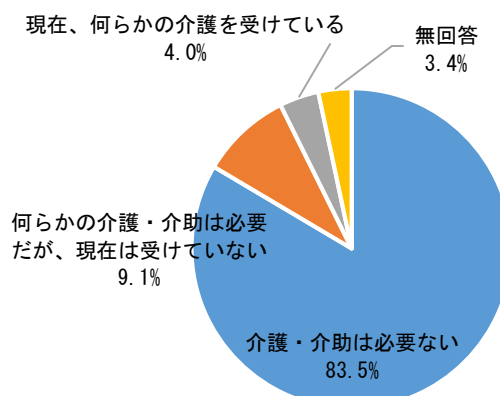
家族構成について、「夫婦 2 人暮らし(配偶者 65 歳以上)」が 49.4%と最も多く、次いで「1 人暮らし」の 19.7%となっている。高齢者のみの世帯(「夫婦 2 人暮らし(配偶者 65 歳以上)」 + 「1 人暮らし」)は、全体の 69.1%となっている。

介護・介助の必要性について、「介護・介助は必要ない」が 83.5%であり、介護・介助が必要な方(「介護・介助は必要だが、現在は受けていない」 + 「現在、何らかの介護を受けている」)は 13.1%となっている。

図表 3-1 家族構成



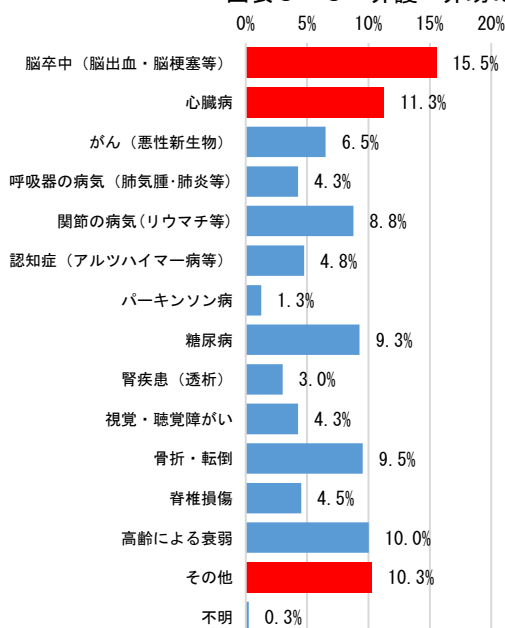
図表 3-2 介護・介助の必要性



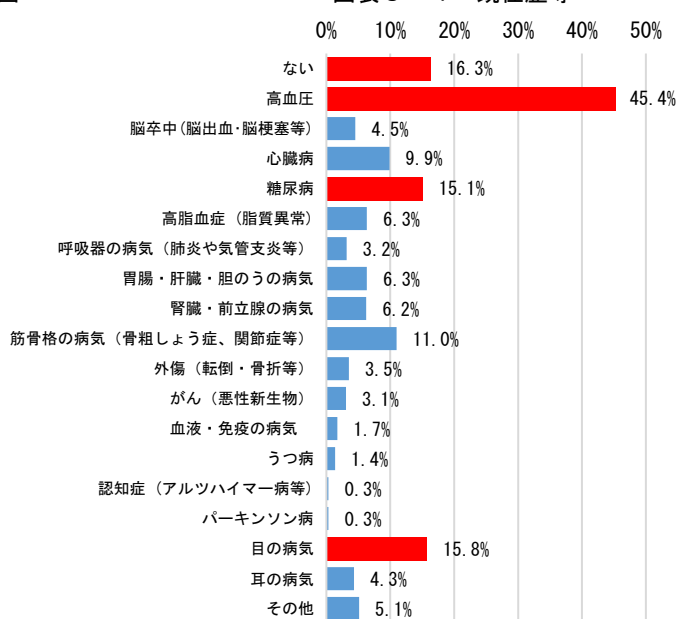
②介護・介助の原因・既往歴等

介護・介助の主な原因上位 3 位は「脳卒中」、「心臓病」、「その他」となっており、既往歴の上位 3 位は「高血圧」、「目の病気」、「糖尿病」となっており、「高血圧」は「脳卒中」や「心筋梗塞」を引き起こすリスクがあることから、これらの既往歴がある方を中心とした介護予防対策が必要である。

図表 3-3 介護・介助の主な原因



図表 3-4 既往歴等



(2) 機能

①機能別評価

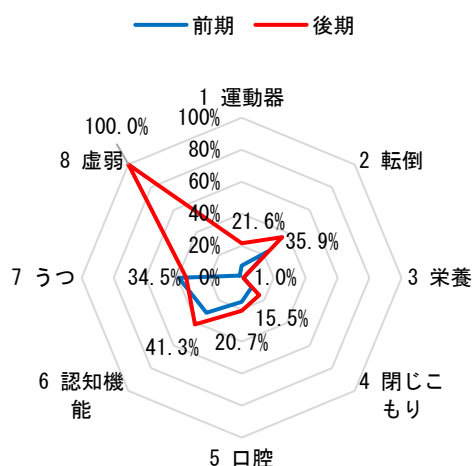
生活機能の評価項目ごとの該当者(リスクあり)の割合を表したのが以下の図となる。

評価を行うにあたり、それぞれの評価項目で対象設問すべてに解答している方を母数とし該当者の割合を算出している。

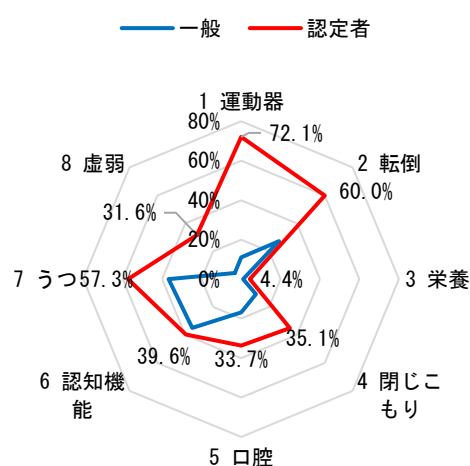
該当者(リスクあり)の割合を年齢別(前期・後期)にみると、「虚弱」において前期と後期の差異が最も大きい。

認定状況(一般・認定者)にみると、「運動器」や「虚弱」において一般と認定者の差異が大きくなっている。

図表 3-5 年齢別(前期・後期)リスク者割合



図表 3-6 認定状況別(一般・認定者)リスク者割合



図表 3-7 機能評価の対象者数及び該当者割合

評価項目	年齢別				認定状況別			
	前期高齢者 回答数	該当者割合	後期高齢者 回答数	該当者割合	一般高齢者	該当者割合	認定者	該当者割合
1 運動器	456	7.5%	386	21.6%	817	11.1%	25	72.1%
2 転倒	467	23.1%	408	35.9%	849	27.2%	26	60.0%
3 栄養	459	1.2%	392	1.0%	827	1.0%	24	4.4%
4 閉じこもり	468	8.7%	409	15.5%	851	10.7%	26	35.1%
5 口腔	466	15.2%	406	20.7%	846	16.8%	26	33.7%
6 認知機能	463	31.0%	403	41.3%	842	35.0%	24	39.6%
7 うつ	446	39.2%	376	34.5%	797	36.7%	25	57.3%
8 虚弱	750	1.7%	33	100.0%	763	4.4%	20	31.6%

②各機能別評価結果

◆運動器

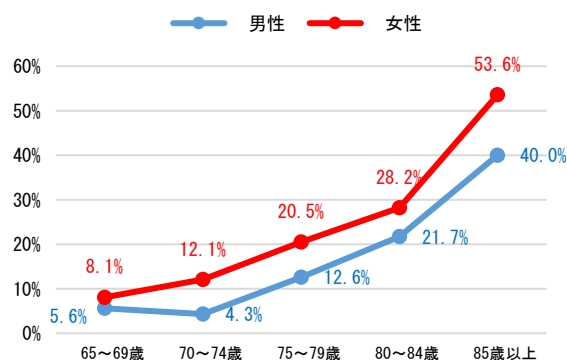
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく運動器の評価結果をみると、全体平均で13.0%がリスクありとなっており、リスク者割合は、男性よりも女性のほうが高くなる傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、年齢とともに高くなる傾向にある。

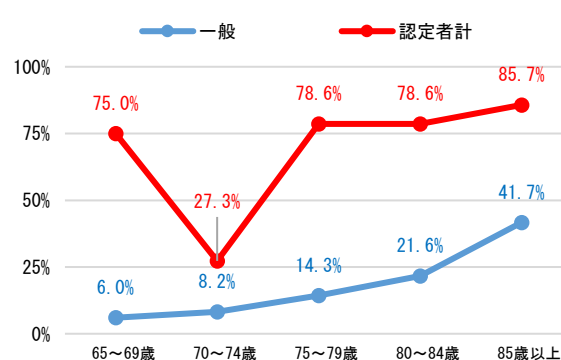
図表 3-8 運動器の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	年 齢		性 別					認定状況		
		男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,813	1,280	1,533	1,010	716	628	416	43	2,727	39	47
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,448	1,161	1,287	941	655	520	310	22	2,424	12	12
	87.0%	90.7%	84.0%	93.2%	91.5%	82.8%	74.5%	51.2%	88.9%	30.8%	25.5%
リスクあり	365	119	246	69	61	108	106	21	303	27	35
	13.0%	9.3%	16.0%	6.8%	8.5%	17.2%	25.5%	48.8%	11.1%	69.2%	74.5%

図表 3-9 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-10 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-11 対象設問

区分	問番号	設問	評価
運動器	問2-Q1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「3. いいえ」⇒該当
	問2-Q2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	「3. いいえ」⇒該当
	問2-Q3	15分位続けて歩いていますか	「3. いいえ」⇒該当
	問2-Q4	この1年間に転んだことがありますか	「1. 何度もある」または「2. 1度ある」⇒該当
	問2-Q5	転倒に対する不安は大きいですか	「1. とても不安である」または「2. やや不安である」⇒該当

※3/5以上で該当

◆転倒

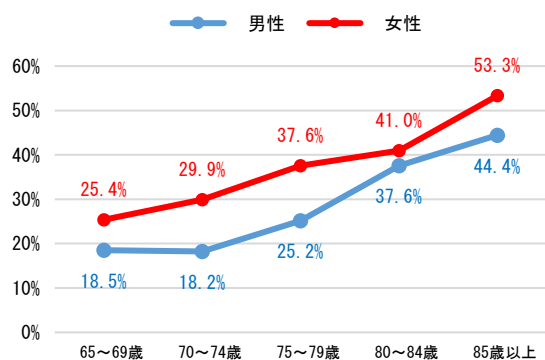
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく転倒の評価結果をみると、全体平均で28.2%がリスクありとなっており、リスク者割合は、男性よりも女性のほうが高くなる傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、年齢とともに高くなる傾向にあるが、「80～84歳」のリスク者の割合は45.5%と、他の年齢よりも低くなっている。

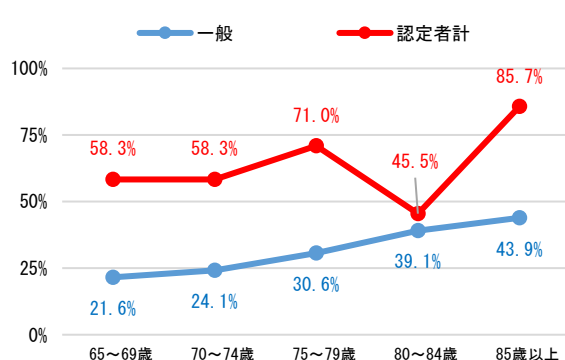
図表3-12 転倒の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,995	1,350	1,645	1,037	758	684	468	48	2,900	45	50
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,149	1,040	1,109	809	571	462	283	24	2,111	21	17
	71.8%	77.0%	67.4%	78.0%	75.3%	67.5%	60.5%	50.0%	72.8%	46.7%	34.0%
リスクあり	846	310	536	228	187	222	185	24	789	24	33
	28.2%	23.0%	32.6%	22.0%	24.7%	32.5%	39.5%	50.0%	27.2%	53.3%	66.0%

図表3-13 性別・年齢階級別のリスク者



図表3-14 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-15 対象設問

機能	問番号	項目	評価
転倒	問2-Q4	この1年間に転んだことがありますか	「1. 何度もある」または 「2. 1度ある」 ⇒該当

※1/1で該当者

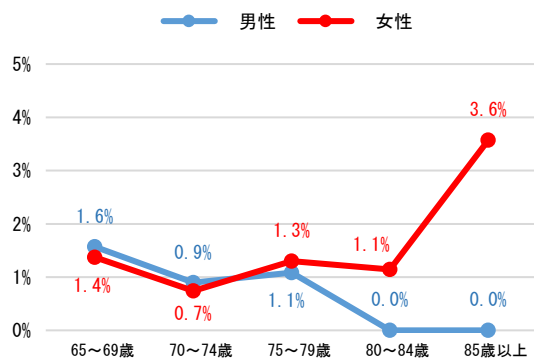
◆栄養

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく栄養の評価結果をみると、全体平均で 1.1% がリスクありとなっており、リスク者割合は他の項目に比べて非常に低い。

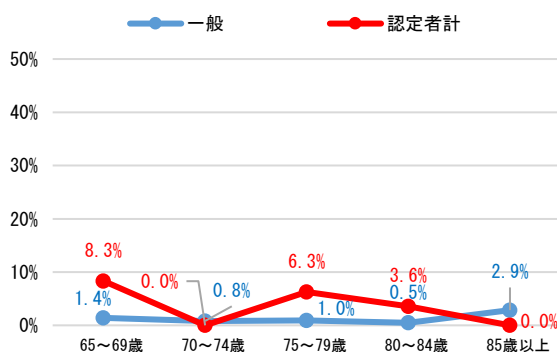
図表 3-16 栄養の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	一般	要支援 1	要支援 2
全体	2,912	1,320	1,592	1,021	740	662	447	42	2,821	43	48
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,879	1,306	1,573	1,006	734	654	444	41	2,792	41	46
	98.9%	98.9%	98.8%	98.5%	99.2%	98.8%	99.3%	97.6%	99.0%	95.3%	95.8%
リスクあり	33	14	19	15	6	8	3	1	29	2	2
	1.1%	1.1%	1.2%	1.5%	0.8%	1.2%	0.7%	2.4%	1.0%	4.7%	4.2%

図表 3-17 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-18 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-19 対象設問

機能	問番号	項目	評価
栄養	問 3-Q 1	身長・体重 (BMI)	BMI 18.5 未満 ⇒ 該当
	問 3-Q 7	6 カ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	「1. はい」 ⇒ 該当

※2/2 以上で該当

◆閉じこもり

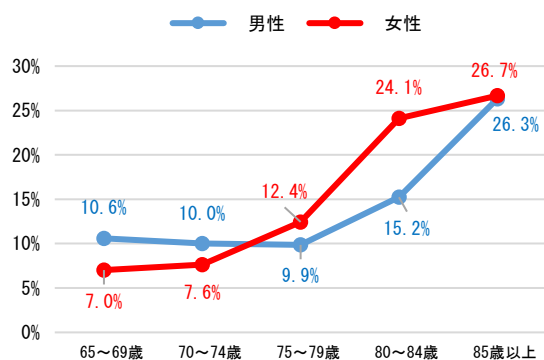
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく閉じこもりの評価結果をみると、全体平均で 11.5% がリスクありとなっており、女性のリスク者割合が男性を上回る傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、「85 歳以上」が 23.8%、「75～79 歳」が 10.6%、認定者では「85 歳以上」が 42.9%となっている。

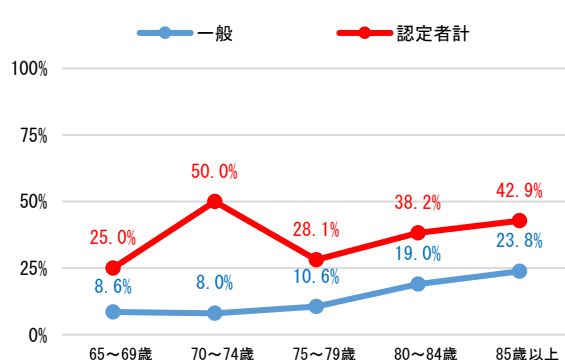
図表 3-20 閉じこもりの対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	一般	要支援 1	要支援 2
全体	3,006	1,350	1,656	1,037	759	686	475	49	2,909	46	51
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,661	1,199	1,462	946	693	608	378	36	2,598	35	28
	88.5%	88.8%	88.3%	91.2%	91.3%	88.6%	79.6%	73.5%	89.3%	76.1%	54.9%
リスクあり	345	151	194	91	66	78	97	13	311	11	23
	11.5%	11.2%	11.7%	8.8%	8.7%	11.4%	20.4%	26.5%	10.7%	23.9%	45.1%

図表 3-21 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-22 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-23 対象設問

機能	問番号	項目	評価
閉じこもり	問 2-Q 6	週に 1 回以上は外出していますか	「1. ほとんど外出しない」または「2. 週 1 回」⇒該当

※1/1 で該当

◆口腔

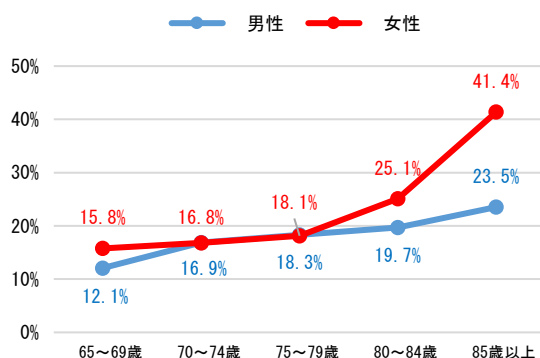
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく口腔の評価結果をみると、全体平均で 17.4%がリスクありとなっており、リスク者割合は、男性よりも女性のほうが高い。また 80 歳以上になると、リスク者割合に対する性別の差異が大きくなっている。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、「85 歳以上」で 30.8%となっている。

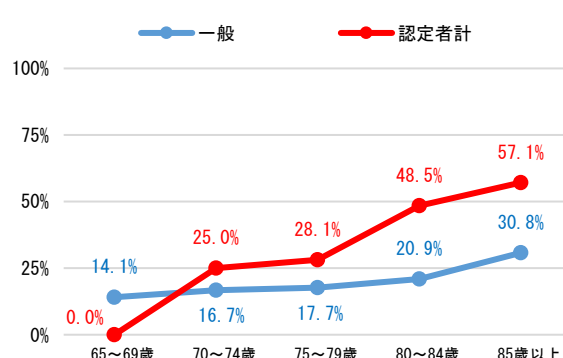
図表 3-2 4 口腔の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	一般	要支援 1	要支援 2
全体	2,966	1,339	1,627	1,033	748	675	464	46	2,871	44	51
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,451	1,127	1,324	889	622	552	358	30	2,388	30	33
	82.6%	84.2%	81.4%	86.1%	83.2%	81.8%	77.2%	65.2%	83.2%	68.2%	64.7%
リスクあり	515	212	303	144	126	123	106	16	483	14	18
	17.4%	15.8%	18.6%	13.9%	16.8%	18.2%	22.8%	34.8%	16.8%	31.8%	35.3%

図表 3-2 5 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-2 6 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-2 7 対象設問

機能	問番号	項目	評価
口腔	問 3-Q 2	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「1. はい」⇒該当
	問 3-Q 3	お茶や汁物等でむせることがありますか	「1. はい」⇒該当
	問 3-Q 4	口の渇きが気になりますか	「1. はい」⇒該当

※2/3 以上で該当

◆認知機能

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく認知機能の評価結果をみると、全体平均で35.1%がリスクありとなっている。

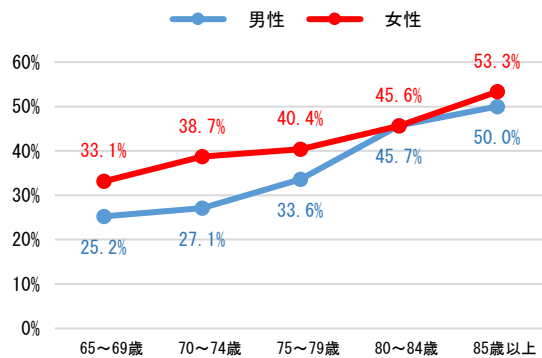
認知機能を性別でみると男性は「85歳以上」で最も高く、50.0%。女性も同様に「85歳以上」で最も高く、53.3%となっている。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、「85歳以上」で53.7%、認定者では「85歳以上」で42.9%となっている。

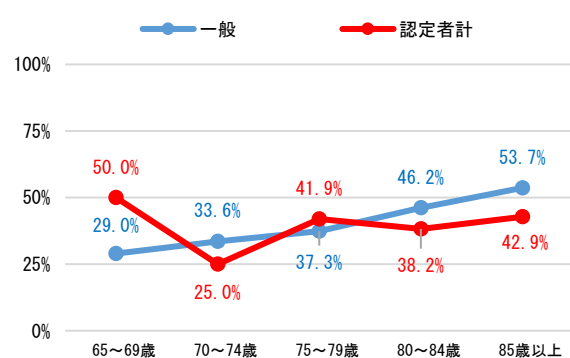
図表3-28 認知機能の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計	性別		年齢					認定状況		
	全体	男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,994	1,356	1,638	1,037	759	679	471	48	2,898	45	51
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	1,942	939	1,003	734	505	424	256	23	1,884	29	29
	64.9%	69.2%	61.2%	70.8%	66.5%	62.4%	54.4%	47.9%	65.0%	64.4%	56.9%
リスクあり	1,052	417	635	303	254	255	215	25	1,014	16	22
	35.1%	30.8%	38.8%	29.2%	33.5%	37.6%	45.6%	52.1%	35.0%	35.6%	43.1%

図表3-29 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-30 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-31 対象設問

機能	問番号	項目	評価
認知機能	問4-Q1	物忘れが多いと感じますか	「1. はい」⇒該当

※1/1で該当

◆うつ

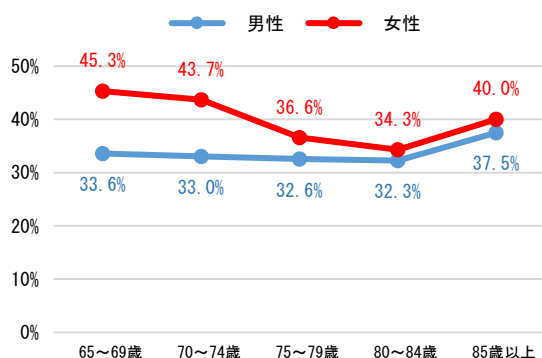
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく「うつ」の評価結果をみると、全体平均で7.5%がリスクありとなっており、「80～84歳」で男性が女性を上回っている。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、「65～69歳」を除いて、年齢による差異はほとんどみられない。

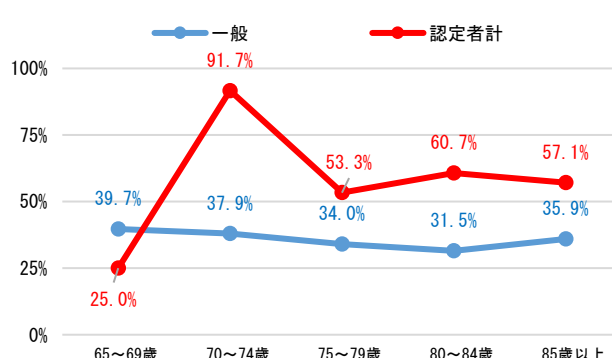
図表3-32 うつ対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,835	1,287	1,548	1,007	713	641	428	46	2,746	43	46
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	1,775	861	914	609	436	417	285	28	1,737	19	19
	62.6%	66.9%	59.0%	60.5%	61.2%	65.1%	66.6%	60.9%	63.3%	44.2%	41.3%
リスクあり	1,060	426	634	398	277	224	143	18	1,009	24	27
	37.4%	33.1%	41.0%	39.5%	38.8%	34.9%	33.4%	39.1%	36.7%	55.8%	58.7%

図表3-33 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-34 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-35 対象設問

機能	問番号	項目	評価
うつ予防	問7-Q3	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	「1. はい」⇒該当
	問7-Q4	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	「1. はい」⇒該当

※1/2 以上で該当

◆虚弱

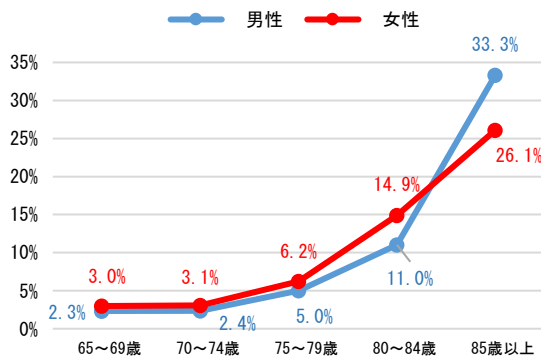
今回、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」において、「虚弱」に係るリスク者割合の算出方法は示されていないことから、これまで基本チェックリストにおいて「虚弱」を算出する際の同様の対象設問を用い独自方式にて「虚弱」のリスク者割合を算出する。独自算出に基づく「虚弱」の評価結果をみると、全体平均で5.2%がリスクありとなっており、リスク者割合は80歳以上において、男女による差が見られる。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、年齢とともに増加する傾向にあり、認定者のリスク者割合は「80～84歳」で40.9%となっている。

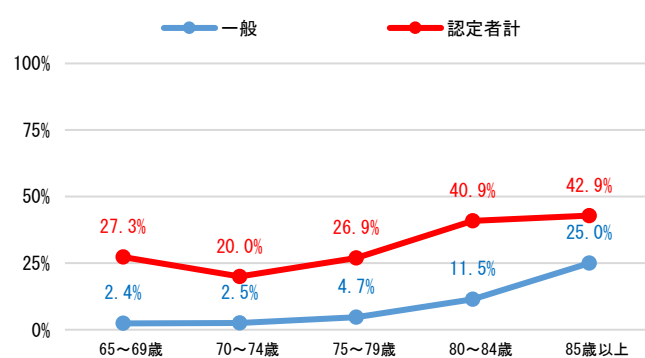
図表3-36 虚弱の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計	性別		年齢					認定状況		
	全体	男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,554	1,174	1,380	1,148	1,316	32	48	10	2,478	35	41
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
リスクなし	2,421	1,123	1,298	1,123	1,298	0	0	0	2,369	28	24
	94.8%	95.7%	94.1%	97.8%	98.6%	0.0%	0.0%	0.0%	95.6%	80.0%	58.5%
リスクあり	133	51	82	25	18	32	48	10	109	7	17
	5.2%	4.3%	5.9%	2.2%	1.4%	100.0%	100.0%	100.0%	4.4%	20.0%	41.5%

図表3-37 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-38 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-39 対象設問

機能	問番号	項目	評価
虚弱	問4-Q4	バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）	「3. できない」⇒該当
	問4-Q5	自分で食品・日用品の買物をしていますか	「3. できない」⇒該当
	問4-Q8	自分で預貯金の出し入れをしていますか	「3. できない」⇒該当
	問4-Q13	友人の家を訪ねていますか	「2. いいえ」⇒該当
	問4-Q14	家族や友人の相談にのっていますか	「2. いいえ」⇒該当
	問2-Q1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	「3. できない」⇒該当
	問2-Q2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	「3. できない」⇒該当
	問2-Q3	15分位続けて歩いていますか	「3. できない」⇒該当
	問2-Q4	この1年間に転んだこと経験がありますか	「1. 何度もある」または「2. 1度ある」⇒該当
	問2-Q5	転倒に対する不安は大きいですか	「1. とても不安である」または「2. やや不安である」⇒該当
	問3-Q7	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	「1. はい」⇒該当
	問3-Q1	身長・体重（BMI）	BMI 18.5未満⇒該当
	問3-Q2	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	「1. はい」⇒該当
	問3-Q3	お茶や汁物等でむせることがありますか	「1. はい」⇒該当
	問3-Q4	口の渇きが気になりますか	「1. はい」⇒該当
	問2-Q6	週に1回以上は外出していますか	「1. ほとんど外出しない」または「2. 週1回」⇒該当
	問2-Q7	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	「1. とてもへっている」または「2. 減っている」⇒該当
	問4-Q1	物忘れが多いと感じますか	「1. はい」⇒該当
	問4-Q2	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	「2. いいえ」⇒該当
	問5-Q3	今日が何月何日かわからない時がありますか	「1. はい」⇒該当

※10/20以下で該当者

(3) 日常生活

①手段的自立度 (IADL)

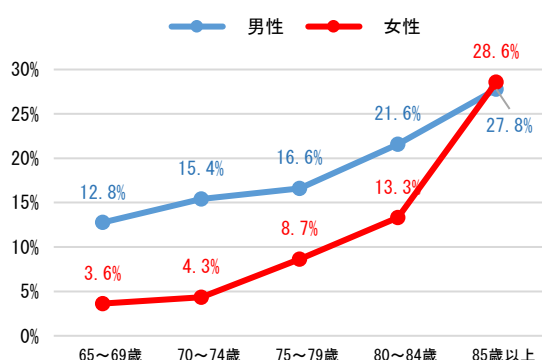
活動的な日常生活を送るための動作能力を測る手段的自立度(IADL)について「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」に基づく評価結果(各設問において該当項目が2問以上で低下者)をみると、全体平均(「やや低い」+「低い」)で10.9%がリスクありとなっており、リスク者割合は、女性・男性ともに85歳以上で高くなる傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、年齢とともに高くなる傾向にある。認定者は「85歳以上」で71.4%となっている。

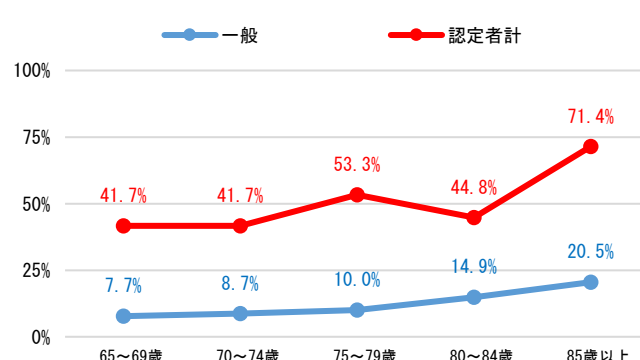
図表3-40 手段的自立度(IADL)の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計	性別		年齢					認定状況		
	全体	男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,946	1,325	1,621	1,032	745	670	453	46	2,856	43	47
	95.8%	94.6%	96.8%	97.3%	97.2%	94.8%	92.3%	89.1%	96.5%	88.4%	59.6%
高い	2,624	1,117	1,507	948	676	590	377	33	2,578	31	15
	89.1%	84.3%	93.0%	91.9%	90.7%	88.1%	83.2%	71.7%	90.3%	72.1%	31.9%
やや低い	198	136	62	56	48	45	41	8	178	7	13
	6.7%	10.3%	3.8%	5.4%	6.4%	6.7%	9.1%	17.4%	6.2%	16.3%	27.7%
低い	124	72	52	28	21	35	35	5	100	5	19
	4.2%	5.4%	3.2%	2.7%	2.8%	5.2%	7.7%	10.9%	3.5%	11.6%	40.4%

図表3-41 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-42 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-43 対象設問

項目	問番号	項目	評価
手段的自立度 (IADL)	問6-Q4	バスや電車を使って一人で外出していますか (自家用車でも可)	「3. できない」⇒該当
	問6-Q5	自分で食品・日用品の買物をしていますか	「3. できない」⇒該当
	問6-Q6	自分で食事の用意をしていますか	「3. できない」⇒該当
	問6-Q7	自分で請求書の支払いをしていますか	「3. できない」⇒該当
	問6-Q8	自分で預貯金の出し入れをしていますか	「3. できない」⇒該当

2/5 以上で低下者

②知的能動性

今回、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」において、余暇や創作などの積極的な知的活動能力を測る「知的能動性」の算出方法は明確に示されていないことから、これまで基本チェックリストにおいて「知的能動性」を算出する際と同様の設問にて独自算出を行った。

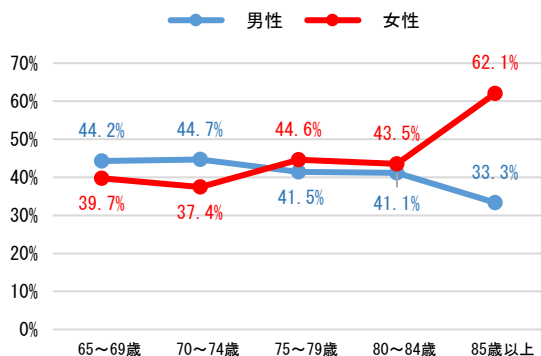
独自算出に基づく評価結果(各設問において該当項目が 2 問以上で低下者)をみると、全体平均で 42.2%がリスクありとなっており、性別でみると、女性は年齢とともにリスク者割合が高くなる傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、年齢とともに増加傾向にある。

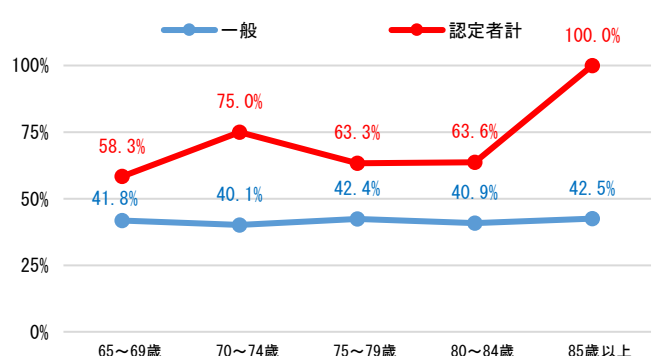
図表 3-4-4 知的能動性の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計	性別		年齢					認定状況		
	全体	男性	女性	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	一般	要支援 1	要支援 2
全体	2,961	1,336	1,625	1,034	752	674	454	47	2,867	42	52
	82.9%	83.3%	82.6%	83.2%	83.9%	83.8%	79.7%	78.7%	83.9%	69.0%	40.4%
高い	1,712	759	953	600	446	382	261	23	1,681	21	10
	57.8%	56.8%	58.6%	58.0%	59.3%	56.7%	57.5%	48.9%	58.6%	50.0%	19.2%
やや低い	743	354	389	260	185	183	101	14	724	8	11
	25.1%	26.5%	23.9%	25.1%	24.6%	27.2%	22.2%	29.8%	25.3%	19.0%	21.2%
低い	506	223	283	174	121	109	92	10	462	13	31
	17.1%	16.7%	17.4%	16.8%	16.1%	16.2%	20.3%	21.3%	16.1%	31.0%	59.6%

図表 3-4-5 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-4-6 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-4-7 対象設問

項目	問番号	項目	評価
知的能動性	問 4-Q 9	年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 10	新聞を読んでいますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 11	本や雑誌を読んでいますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 12	健康についての記事や番組に関心がありますか	「2. いいえ」⇒該当

2/4 以上で低下者

③社会的役割

今回、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」において、地域で社会的な役割をはたす能力を測る「社会的役割」の算出方法は明確に示されていないことから、これまで基本チェックリストにおいて「社会的役割」を算出する際と同様の設問にて独自算出を行った。

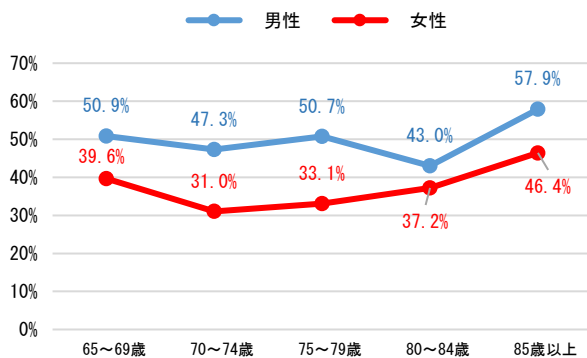
独自算出に基づく評価結果(各設問において該当項目が 2 問以上で低下者)をみると、全体平均で 41.7%がリスクありとなっており、性別でみると、男性が女性より高いリスク者割合にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は「85 歳以上」で 47.5%、認定者のリスク者割合は「70～74 歳」で 80.0%となっている。

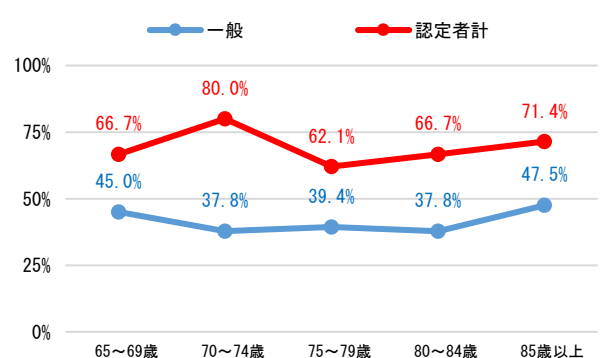
図表 3-48 社会的役割の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	一般	要支援 1	要支援 2
全体	2,917	1,329	1,588	1,019	742	658	451	47	2,829	39	49
	81.4%	77.5%	84.7%	80.3%	83.3%	82.8%	80.0%	70.2%	82.4%	64.1%	40.8%
高い	1,702	679	1,023	558	457	392	272	23	1,673	18	11
	58.3%	51.1%	64.4%	54.8%	61.6%	59.6%	60.3%	48.9%	59.1%	46.2%	22.4%
やや低い	673	351	322	260	161	153	89	10	657	7	9
	23.1%	26.4%	20.3%	25.5%	21.7%	23.3%	19.7%	21.3%	23.2%	17.9%	18.4%
低い	542	299	243	201	124	113	90	14	499	14	29
	18.6%	22.5%	15.3%	19.7%	16.7%	17.2%	20.0%	29.8%	17.6%	35.9%	59.2%

図表 3-49 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-50 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表 3-51 対象設問

項目	問番号	項目	評価
社会的 役割	問 4-Q 1 3	友人の家を訪ねていますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 1 4	家族や友人の相談にのっていますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 1 5	病人を見舞うことができますか	「2. いいえ」⇒該当
	問 4-Q 1 6	若い人に自分から話しかけることがありますか	「2. いいえ」⇒該当

2/4 以上で低下者

④生活機能総合評価

日常生活動作(ADL)ではとらえられない高次の生活能力を評価するため、手段的自立度(IADL)に、知的能動性(独自算出)、社会的役割(独自算出)を加えた老研式活動能力指標(13項目)を基にした生活機能評価結果を表したのが以下の図となる。

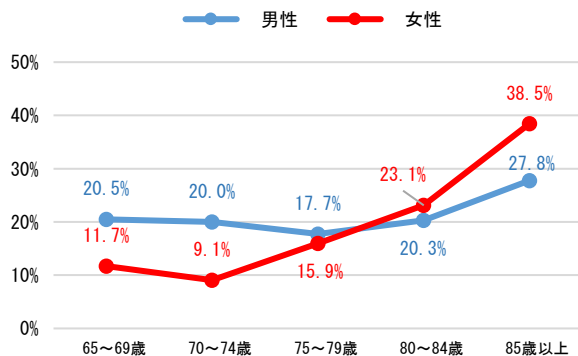
独自算出に基づく評価結果(評価点10点以下で低下者)をみると、全体平均で16.8%がリスクありとなっており、性別で見ると、女性は年齢とともに増加傾向にある。

認定状況別にみると、一般のリスク者割合は、「85歳以上」で27.0%、認定者のリスク者割合は、「85歳以上」で71.4%となっている。

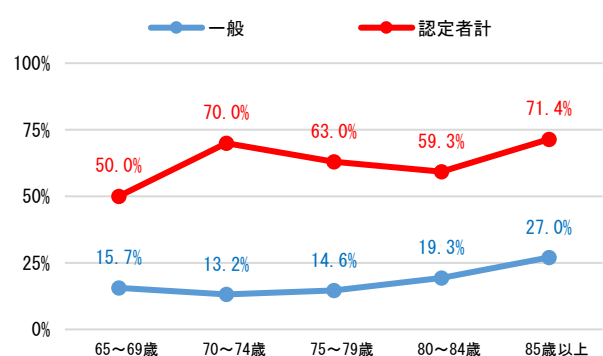
図表3-52 生活機能総合評価の対象者数及びリスクの有無

区 分	単純集計 全体	性別		年齢					認定状況		
		男性	女性	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	一般	要支援1	要支援2
全体	2,818	1,283	1,535	1,002	717	635	420	44	2,735	37	46
	94.5%	93.6%	95.2%	96.2%	96.1%	93.4%	90.2%	84.1%	95.5%	83.8%	41.3%
高い	2,344	1,028	1,316	841	617	529	328	29	2,312	22	10
	83.2%	80.1%	85.7%	83.9%	86.1%	83.3%	78.1%	65.9%	84.5%	59.5%	21.7%
やや低い	318	173	145	123	72	64	51	8	300	9	9
	11.3%	13.5%	9.4%	12.3%	10.0%	10.1%	12.1%	18.2%	11.0%	24.3%	19.6%
低い	156	82	74	38	28	42	41	7	123	6	27
	5.5%	6.4%	4.8%	3.8%	3.9%	6.6%	9.8%	15.9%	4.5%	16.2%	58.7%

図表3-53 性別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-54 認定状況別・年齢階級別のリスク者割合



図表3-55 対象設問

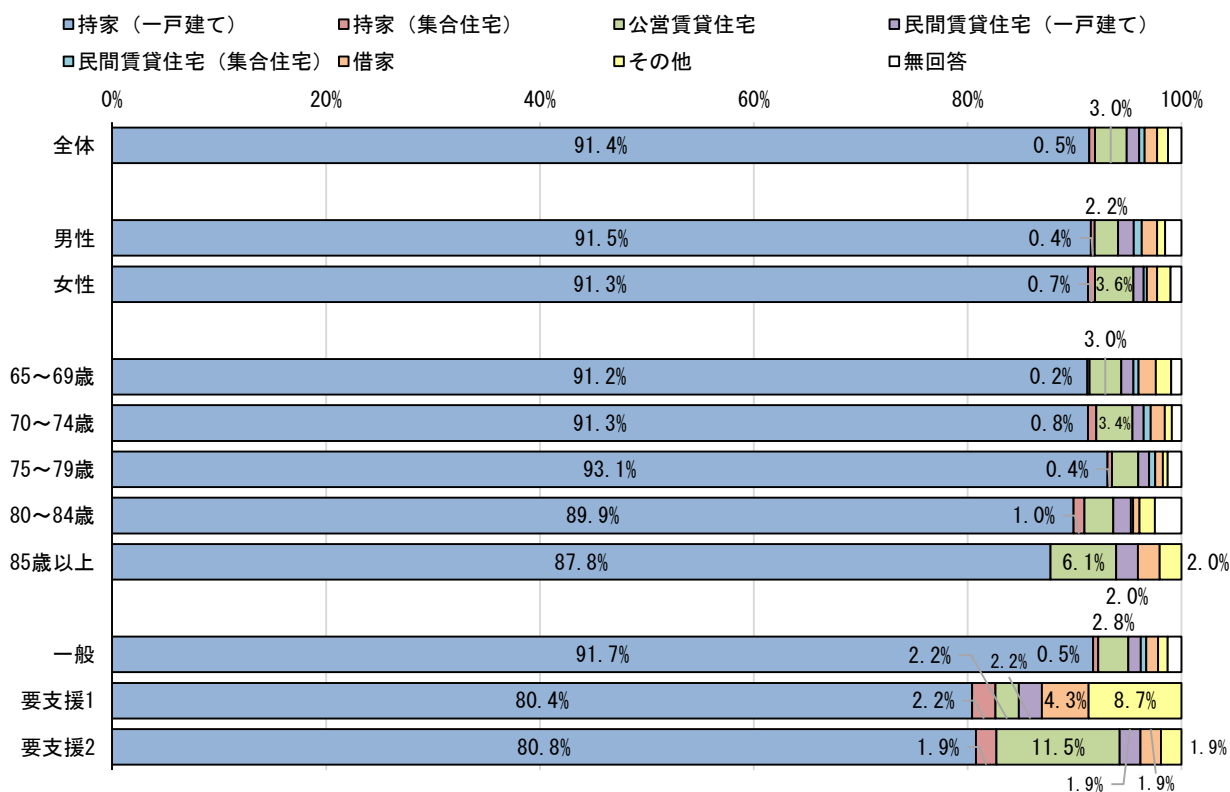
項目	問番号	項目	評価
手段的自立度 (IADL)	問6-Q1	バスや電車で一人で外出していますか (自家用車でも可)	「1. できるししている」または「2. できるけどしていない」⇒1点
	問6-Q2	日用品の買物をしていますか	「1. できるししている」または「2. できるけどしていない」⇒1点
	問6-Q3	自分で食事の用意をしていますか	「1. できるししている」または「2. できるけどしていない」⇒1点
	問6-Q4	請求書の支払いをしていますか	「1. できるししている」または「2. できるけどしていない」⇒1点
	問6-Q5	預貯金のおし入れをしていますか	「1. できるししている」または「2. できるけどしていない」⇒1点
知的能動性	問7-Q1	年金などの書類(役所や病院などに出す書類)が書けますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q2	新聞を読んでいますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q3	本や雑誌を読んでいますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q4	健康についての記事や番組に関心がありますか	「1. はい」⇒1点
社会的役割	問7-Q5	友人の家を訪ねていますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q6	家族や友人の相談にのっていますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q7	病人を見舞うことができますか	「1. はい」⇒1点
	問7-Q8	若い人に自分から話しかけることがありますか	「1. はい」⇒1点

※10/13 以下が低下者

（４）その他

①住まいの状況

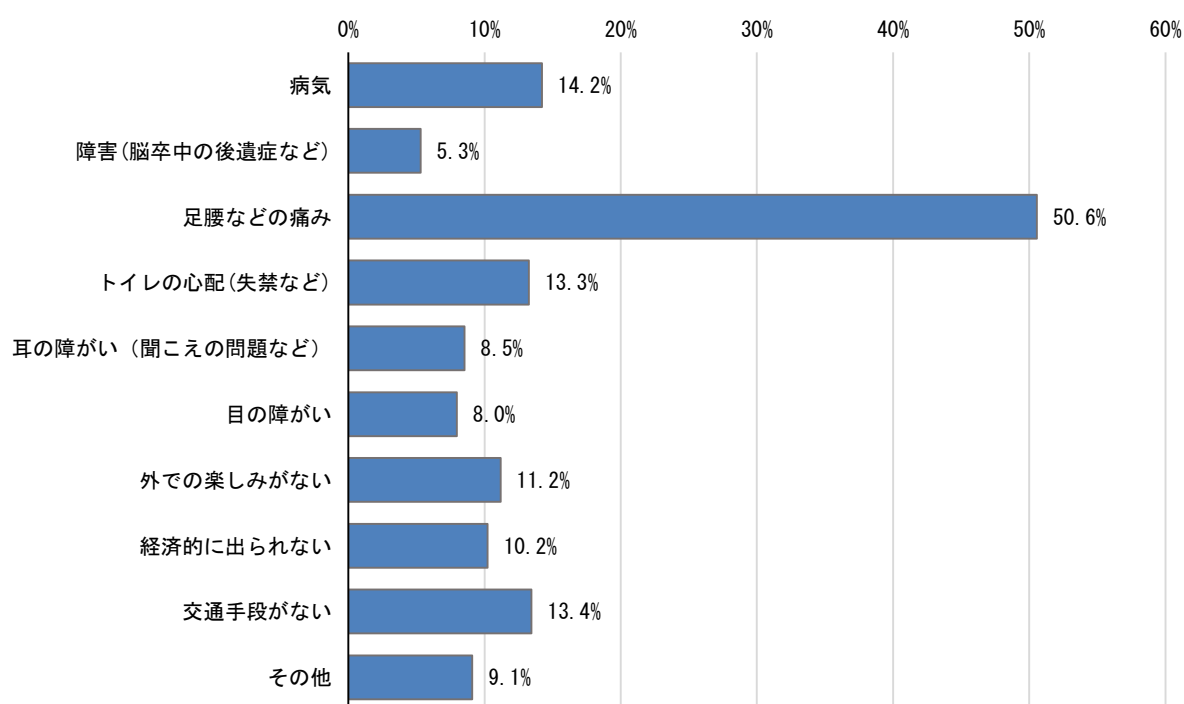
住まいについて、「持家（一戸建て）」が 91.4%と最も多く、次いで「公営賃貸住宅」の 3.0%となっている。



N=3, 040

②外出を控えている理由

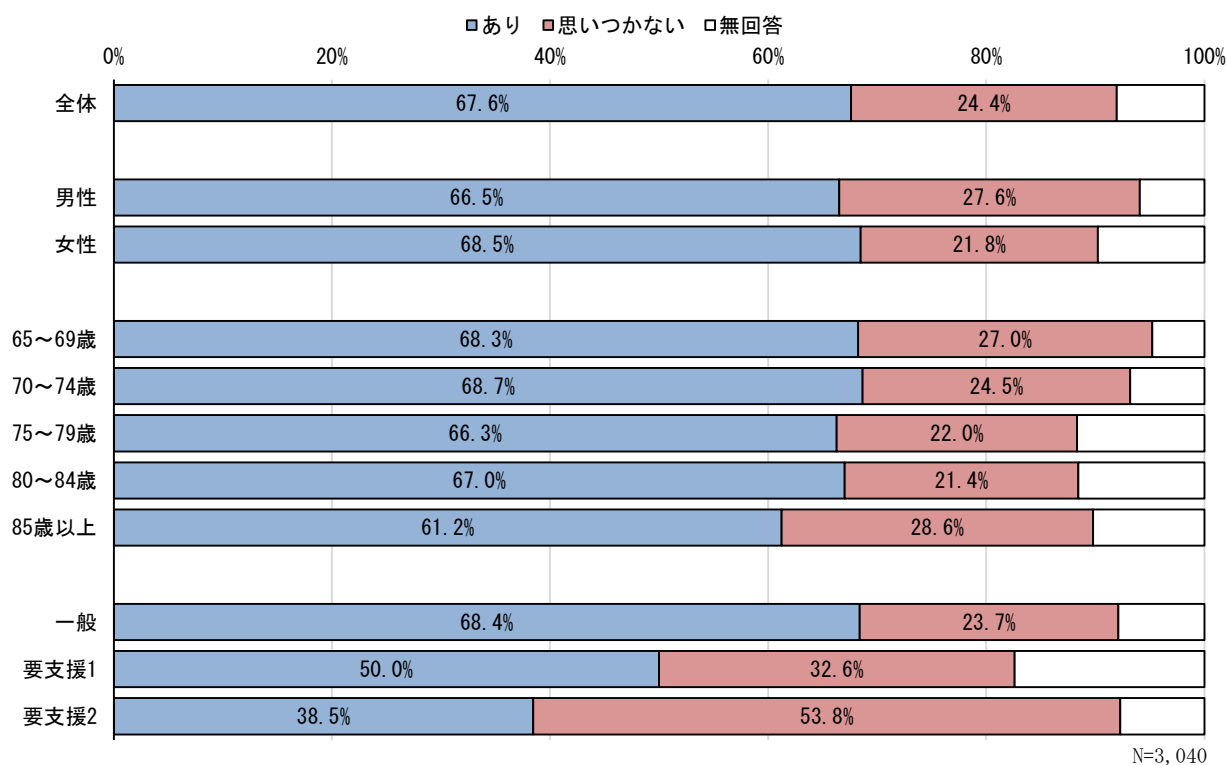
外出を控えている理由について、「足腰などの痛み」が 50.6%と最も多く、次いで「病気」の 14.2%、「交通手段がない」の 13.4%となっている。



N=528

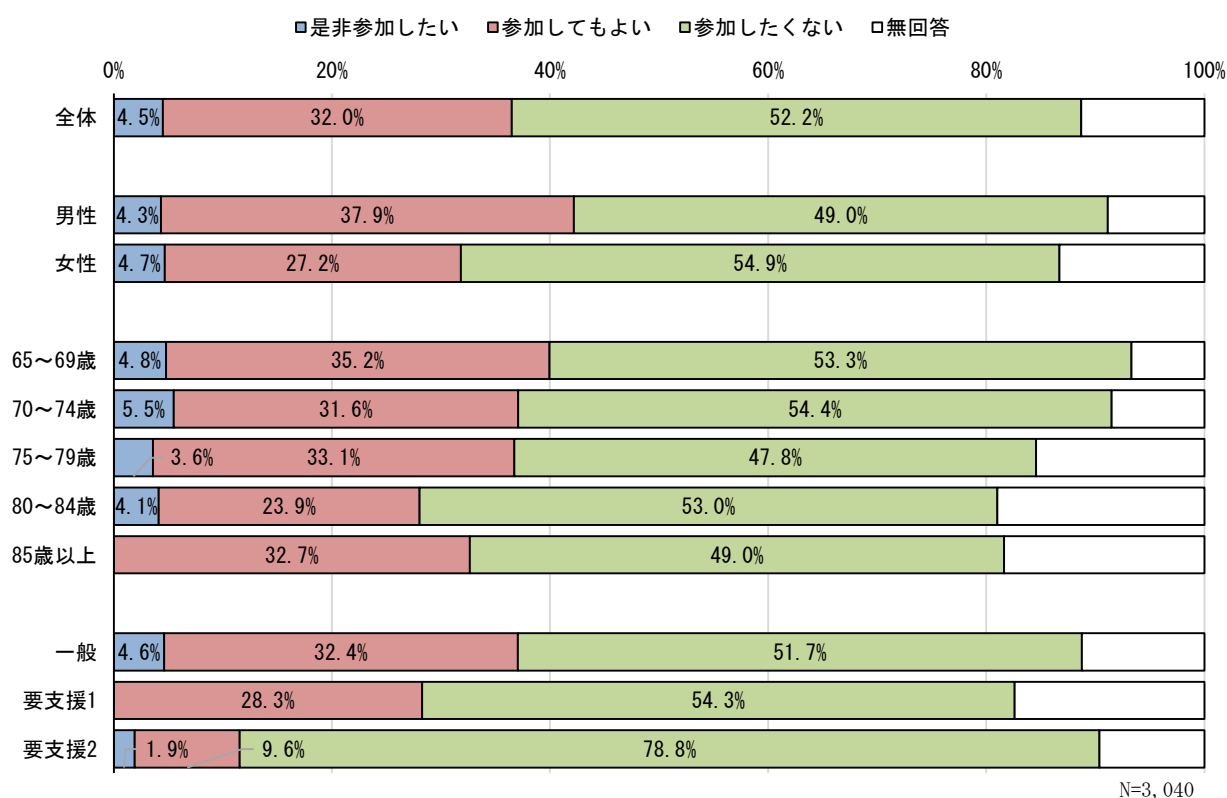
③生きがいがありますか

生きがいの有無について、「生きがいあり」が67.6%、「思いつかない」が24.4%となっている。



④地域づくりに対する企画・運営(お世話役)としての参加意思

地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加について、「無回答」を除くと、「参加したくない」が52.2%と最も多く、次いで「参加してもよい」の32.0%、「是非参加したい」の4.5%となっている。

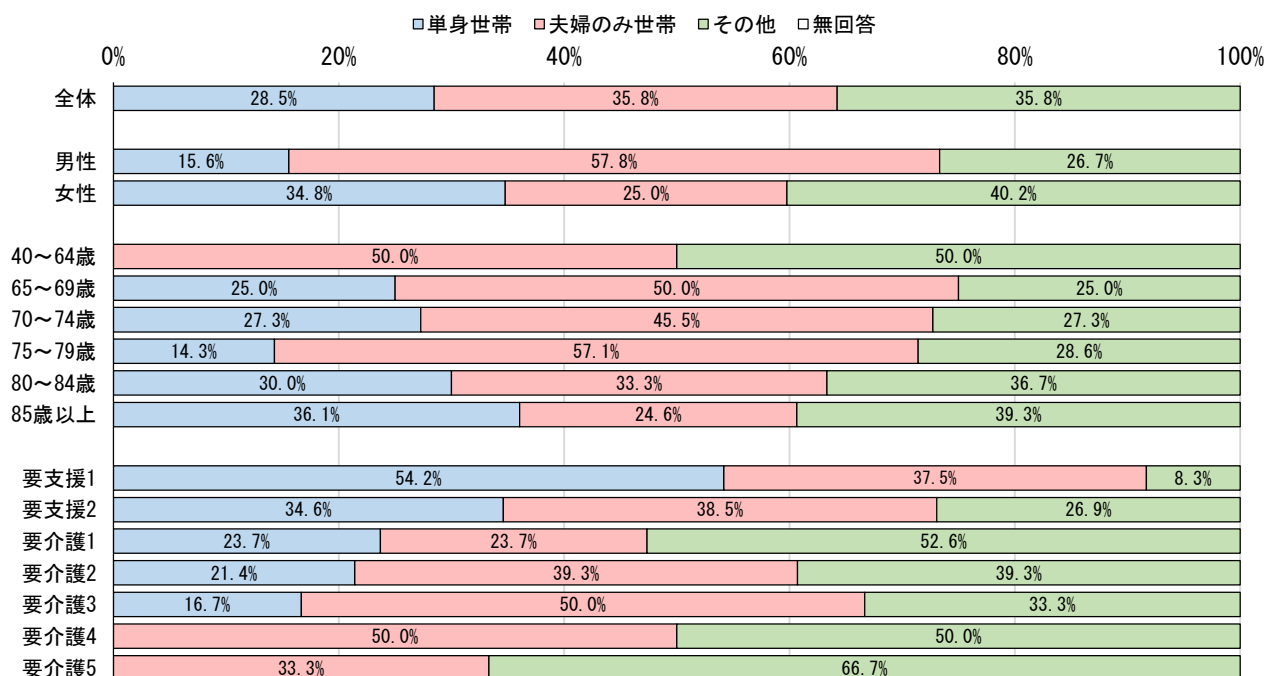


2. 在宅要介護者調査結果

(1) 要介護(要支援)者ご本人

①世帯類型

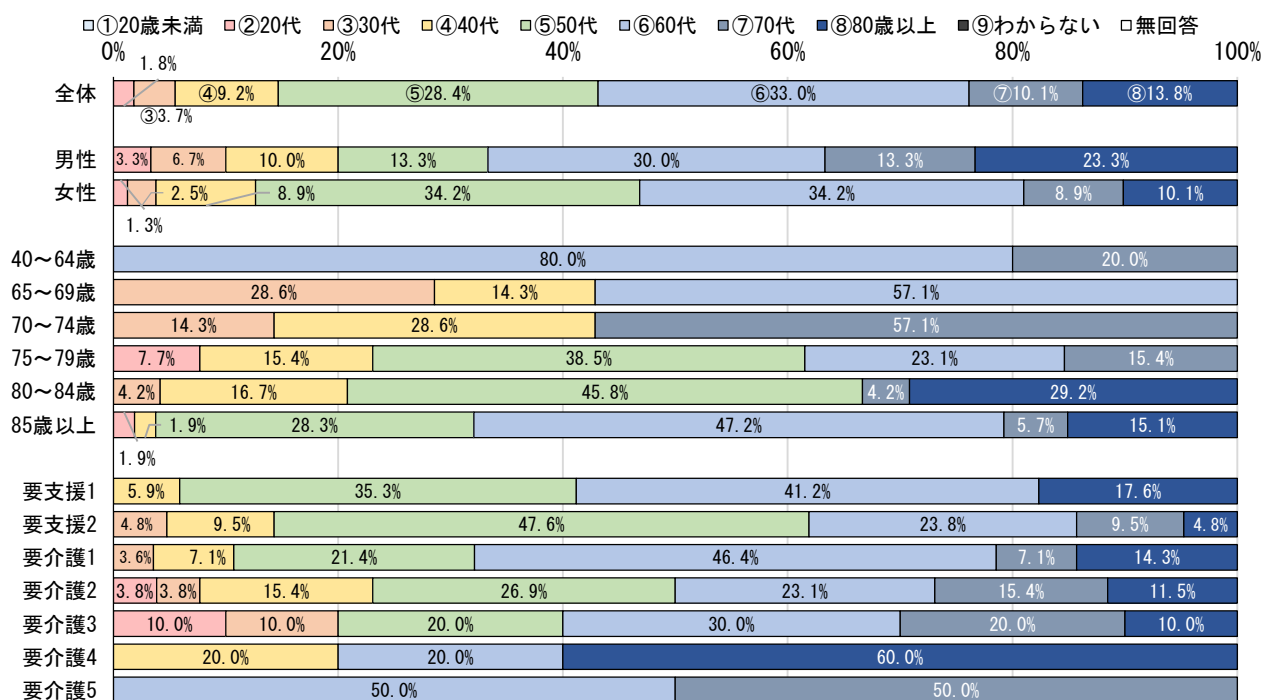
世帯の類型について、「夫婦のみ世帯」、「その他」が35.8%と最も高く、次いで「単身世帯」が24.4%、が28.5%となっている。



N=137

②主な介護者の方の年齢

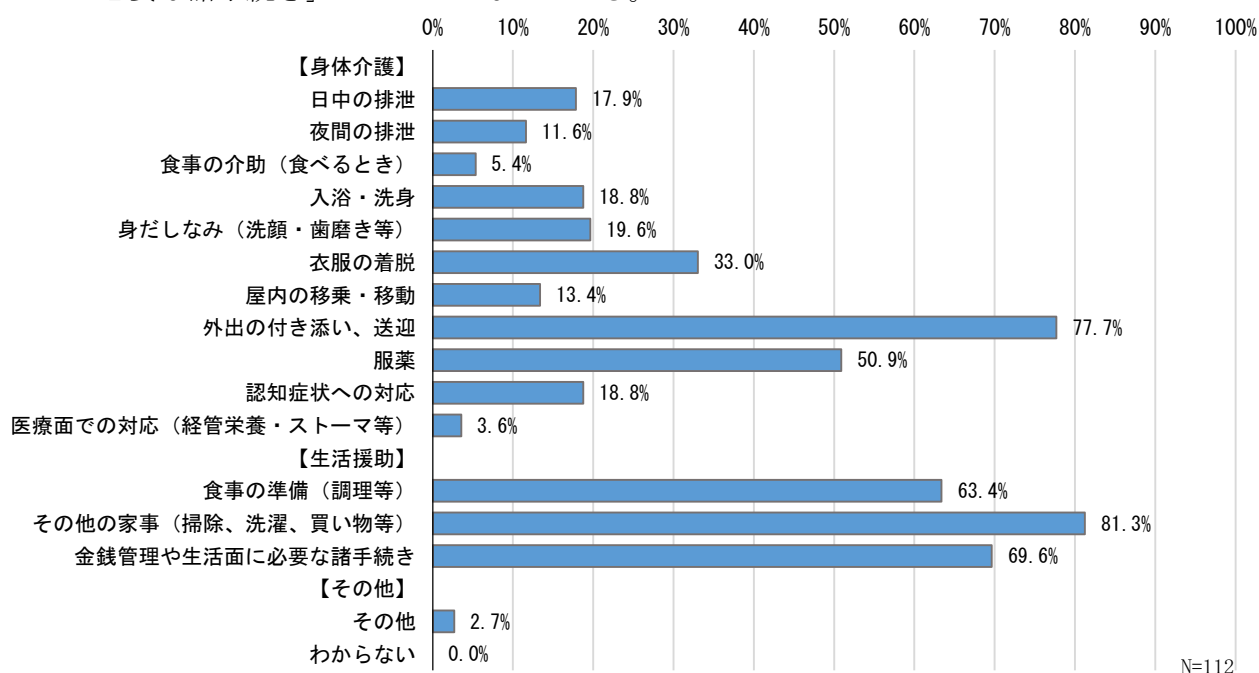
主な介護者の方の年齢について、「60代」が33.0%と最も高く、次いで「50代」の28.4%、「80歳以上」の13.8%となっている。20代以下は0%である。



N=109

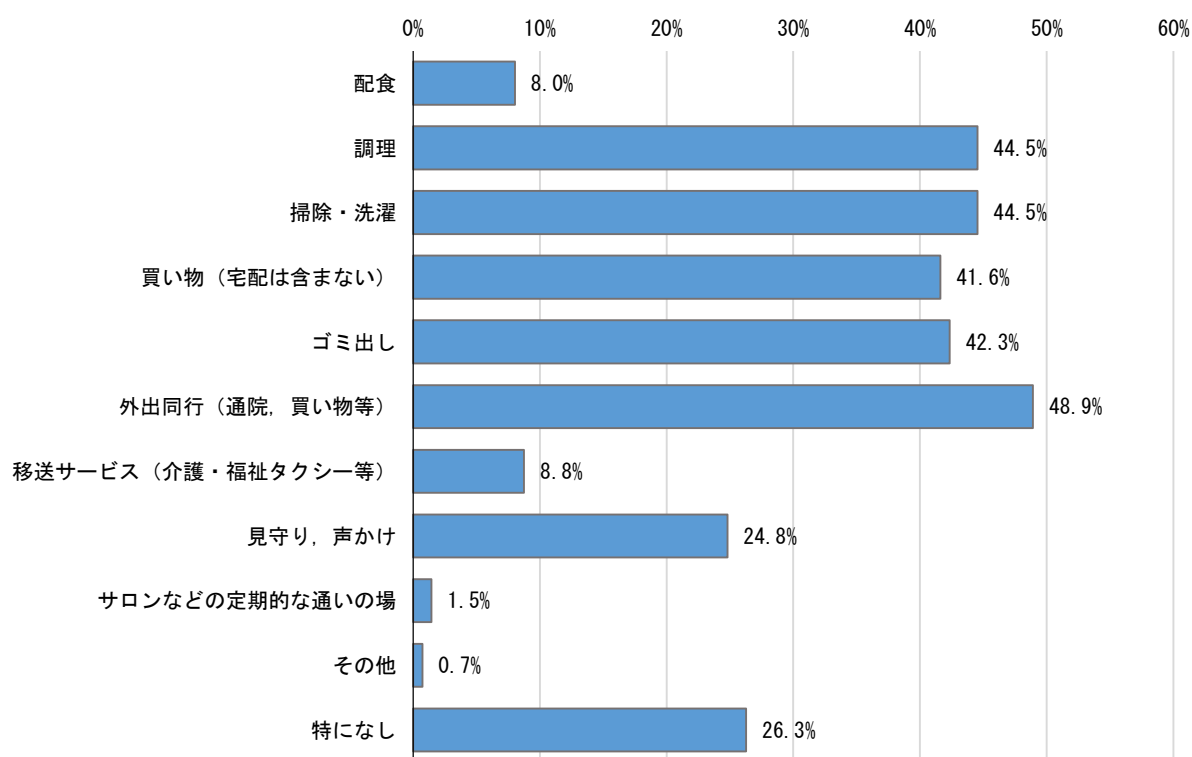
③主な介護者の方が行っている介護等について

主な介護者の方が行っている介護について、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」が81.3%と最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎」の77.7%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」の69.6%となっている。



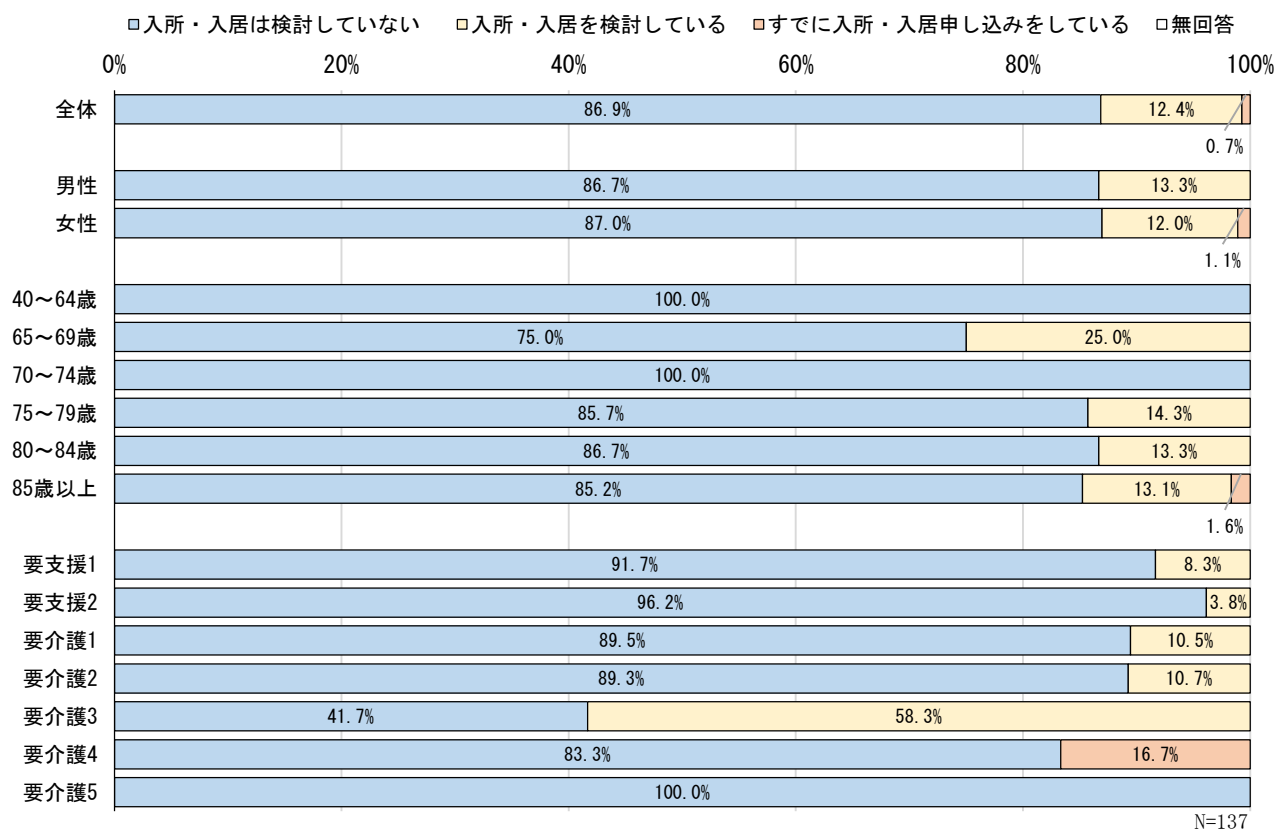
④今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

今後、在宅生活の継続のために必要と感じる支援・サービスについては、「特になし」を除くと、「外出同行(通院、買い物など)」が48.9%で最も高く、次いで「調理」・「掃除・洗濯」の44.5%、「ゴミ出し」の42.3%となっている。「特になし」と回答した割合は42.3%となっている。



⑤施設等への入所・入居の検討状況

現時点での施設等への入所・入居の検討状況について、「検討していない」が86.9%と最も高く、次いで「検討中」が12.4%、「申請済み」が0.7%となっている。

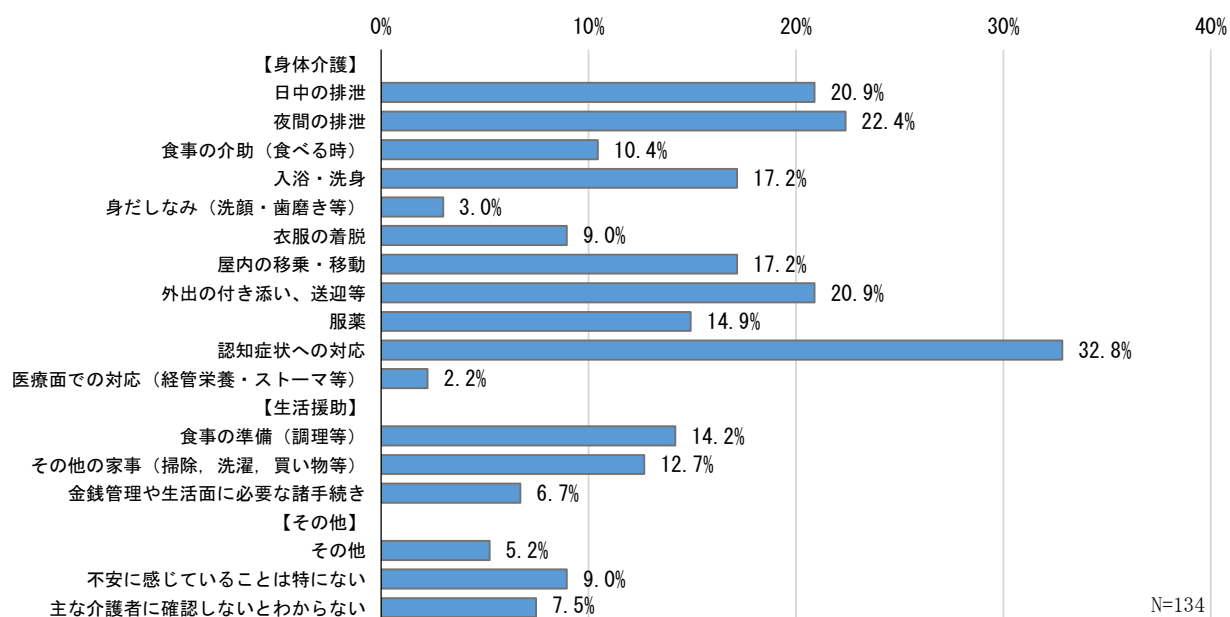


N=137

(2) 要介護(要支援)認定者を介護している方

①現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護

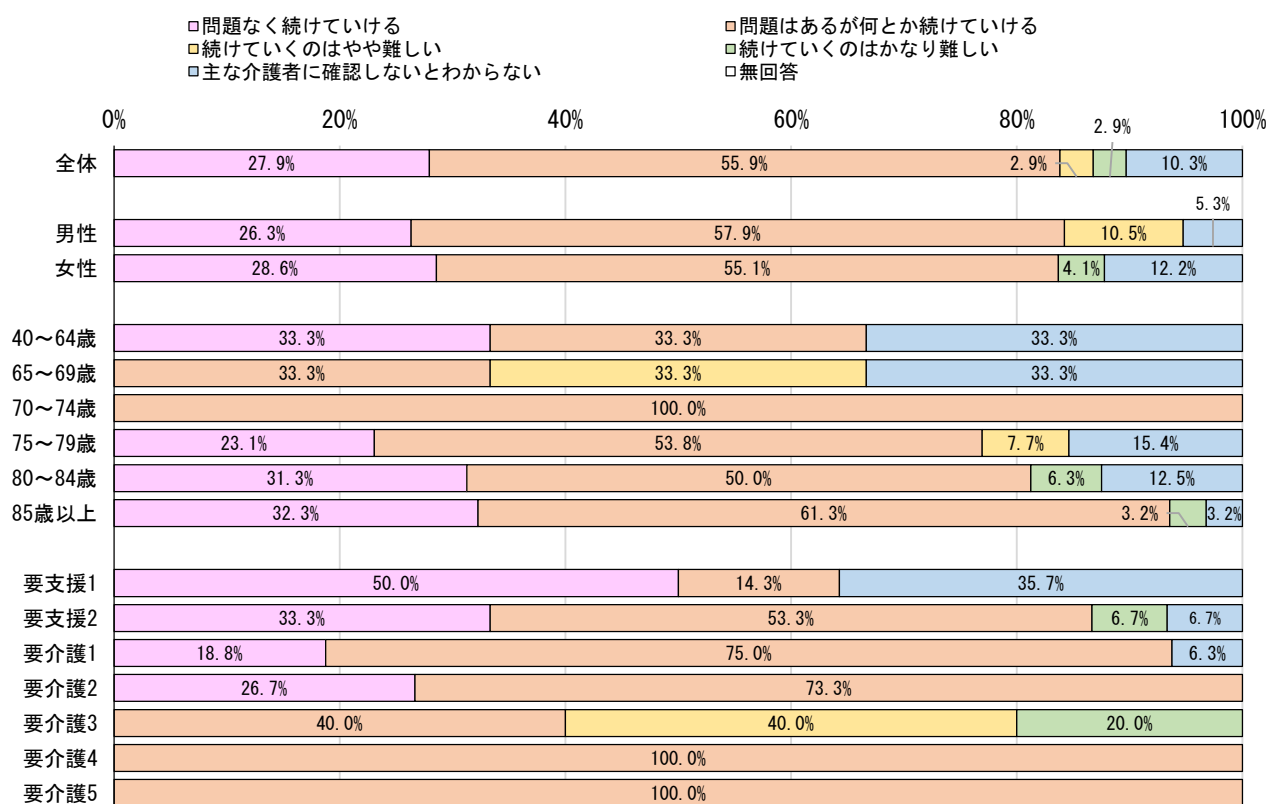
現在の生活を継続していくにあたり主な介護者が不安に感じる介護等について、「認知症状への対応」が32.8%と最も高く、次いで「夜間の排泄」の22.4%、「日中の排泄」・「外出の付き添い、送迎等」の20.9%となっている。



N=134

②働きながらの介護継続の可能性

今後も働きながら介護を続けられるかについて、「問題はあるが何とか続けていける」が 55.9%と最も高く、次いで「問題なく続けていける」の 27.9%であり、続けていくのが難しい(やや難しい+かなり難しい)は 5.8%となっている。



N=68

第 4 章 計画の基本的な考え方

1. 基本理念

本町では、第6期にかけて、『地域』で守る高齢者の安全・安心 見守りと気づきのまち みまた」を基本理念に掲げ、高齢者福祉施策や介護保険サービスを展開してきました。

この基本理念は、平成37年までの中長期的な視野にあたり、地域の人材や社会資源を活かして地域の将来の姿を踏まえたまちづくりの普遍的な目標だと考えられます。

国の今後の基本指針においても地域包括ケアシステムを深化・推進していくことを重要視しており、第7期においてもこの基本理念を踏襲し、高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続して営むことができるよう、「住まい」・「医療」・「介護」・「予防」・「生活支援」の5つのサービスを切れ目なく提供する「地域包括ケア」の実現を念頭に、保健、医療、福祉の関係機関・団体の連携により、地域全体で高齢者を支える体制づくりを進めます。

また、すべての高齢者が尊厳を保ちながら健康づくりや生きがいづくりなど、多様な社会参加を果たし、必要とするサービスを受けながら、生涯にわたってできるだけ住み慣れた地域で生活することができる住みよいまちの実現を目指します。

【基本理念】

「地域」で守る高齢者の安全・安心
見守りと気づきのまち みまた

2. 基本目標

第7期計画の基本理念である「『地域』で守る高齢者の安全・安心 見守りと気づきのまち みまた」の達成に向け、4つの基本目標を掲げ、総合的に施策を推進します。

基本目標1 生き生きと暮らせる まちづくり

- (1) 生きがいつくりの推進
- (2) 社会活動への参加の推進
- (3) 健康づくり及び疾病予防
- (4) 一般介護予防事業の充実

基本目標2 支え合って暮らせる まちづくり

- (1) 地域包括支援センターの機能の充実
- (2) 生活を支援するサービスの充実
- (3) 認知症施策の推進
- (4) 権利擁護の推進

基本目標3 安心して暮らせる まちづくり

- (1) 医療介護の連携
- (2) 住まいの選択
- (3) 安心・安全対策

基本目標4 充実したサービスを受けて暮らせる まちづくり

- (1) 事業所の指定・指導
- (2) 家族介護支援事業等の充実
- (3) 介護給付等費用適正化推進事業

3. 重点施策

(1) 高齢者が活躍する町づくりの推進

高齢者が健康で生き生きと暮らし続けられるよう、高齢者の活躍できる場づくりや社会参加のきっかけづくりに取り組み、高齢者が自らの能力を十分に発揮し、地域を支える一員として活躍できる町づくりを推進します。

(2) 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

今後ますます高齢化率が上昇していくなかで、一人でも多くの高齢者が要介護状態にならず、また要介護状態になっても悪化させずに元気に暮らせるように、地域ケア会議における個別ケース検討において自立支援に向けたアプローチを行います。

また、リハビリテーション専門職等と連携した効果的な介護予防の実施や、地域密着型サービス、介護保険事業所への支援を行います。合わせて、地域ケア会議等から把握された地域課題を分析し、サービスの質の向上及び高齢者が自立した生活を送れるための施策の推進を図ります。

(3) 認知症施策の推進

認知症の人とその家族、地域の人々と医療・介護の関係者が、認知症を正しく理解し、住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることができるように支援を推進します。

また、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携して認知症の予防・早期発見・支援を行えるよう努めます。

(4) 医療と介護の連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが求められています。このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる関係機関の連携体制の構築を推進します。

(5) 介護サービス基盤の充実

高齢者が介護を要する状態になっても、介護サービス等を利用し、住み慣れた地域や家庭で暮らし続けることができるよう、サービスの充実を図ります。

さらに、適切な介護サービスの提供に繋げるための適正化事業の推進に努めます。

4. 施策体系

基本目標1 生き生きと暮らせる まちづくり

施策内容	具体的事業
(1) 生きがいづくりの推進	◆生きがい活動支援通所事業 ◆外出支援事業 ◆総合福祉センター 元気の杜 ◆老人クラブ活動 ◆シルバー人材センター
(2) 社会活動への参加の推進	◆みまたんえき ◆高齢者の社会参加の促進 ◆ボランティア活動の促進
(3) 健康づくり及び疾病予防	◆高齢者の健康づくりの推進 ◆健康管理センター
(4) 一般介護予防事業の充実	◆介護予防把握事業 ◆介護予防普及啓発事業 ◆地域介護予防活動支援事業 ◆一般介護予防事業評価事業 ◆地域リハビリテーション活動支援事業

基本目標2 支え合って暮らせる まちづくり

施策内容	具体的事業
(1) 地域包括支援センターの機能の充実	◆地域ケア会議の充実 ◆総合相談支援 ◆実態把握 ◆地域におけるネットワーク形成事業 ◆包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ◆介護予防支援事業（ケアマネジメント）
(2) 生活を支援するサービスの充実	◆生活支援サービスの充実 ◆軽度生活援助事業 ◆配食サービス ◆寝具類洗濯乾燥消毒サービス ◆特定高齢者等住宅改修 ◆訪問型サービス ◆通所型サービス ◆生活支援サービス（配食等） ◆生活支援サービスの体制整備
(3) 認知症施策の推進	◆認知症初期集中支援チームの設置 ◆認知症地域支援推進員の配置 ◆認知症ケアパス ◆認知症高齢者見守り事業および認知症サポーター養成事業
(4) 権利擁護の推進	◆権利擁護業務 ◆成年後見制度利用支援事業

基本目標３ 安心して暮らせる まちづくり

施策内容	具体的事業
(１) 医療介護の連携	◆在宅医療・介護連携の推進
(２) 住まいの選択	◆養護老人ホーム
(３) 安心安全対策	◆緊急通報システム貸与事業

基本目標４ 充実したサービスを受けて暮らせる まちづくり

施策内容	具体的事業
(１) 事業所の指定・指導	◆介護福祉サービス事業者等の指定・指導監査の実施
(２) 家族介護支援事業の充実	◆敬老祝い金 ◆ねたきり老人等介護手当 ◆介護用品支給事業 ◆家族介護慰労金支給事業 ◆住宅改修支援事業
(３) 介護給付等費用適正化推進事業	◆介護給付費用適正化事業

第 5 章 高齢者保健福祉・介護保険事業の展開

1. 生き生きと暮らせる まちづくり

【基本施策】

- (1) 生きがいつくりの推進
- (2) 社会活動への参加の推進
- (3) 健康づくり及び疾病予防
- (4) 一般介護予防事業の充実

(1) 生きがいづくりの推進

①生きがい活動支援通所事業

【事業内容と今後の方向性】

2017 年 4 月から総合事業の緩和した基準によるサービスとして実施しており、家に閉じこもりがちな高齢者が要介護状態にならないよう、生きがい活動支援通所事業所（総合福祉センター）にて日常動作訓練や趣味活動、入浴、健康指導等を行う事業です。

本事業は、介護給付費の増加が予想される中、介護予防の視点からも重要な事業と考えられ、介護予防に積極的に取り組んでいる方や、対象と思われる方への利用の促進を行っています。参加者の高齢化も進んでおり、今後は、介護保険への移行時期を見きわめながら行っていきます。

②外出支援事業

【事業内容と今後の方向性】

生きがい活動支援通所事業利用者を対象に、利用者宅と生きがい通所事業実施施設との送迎を行う事業です。高齢化により、運転免許証の返納者の増加に伴い、外出支援は今後、一層必要となってきます。安全に外出しやすい環境づくりに努めます。

③総合福祉センター 元気の杜

【事業内容と今後の方向性】

高齢者に憩いの場を提供するとともに、ボランティアをはじめとした各種団体等の活動拠点、趣味・健康管理などの事業や福祉サービスの拠点となる施設です。

児童、社会、高齢者福祉の中核施設として、あらゆる可能性を追求します。さらに要援護者管理システムの導入に伴い、福祉避難所としても有効に活用します。

④老人クラブ活動

【事業内容と今後の方向性】

自主的な地域住民組織であり、高齢者の社会参加等の活動促進により、高齢者の孤独感を解消し、生きがいを高め、社会の中で役割の向上を目的としている事業です。地域交流の場として、あるいは仲間づくりの場として、大切な役割を果たしている老人（さんさん）クラブの活動を支援する観点から、加入者の増加に向けた啓発を行うことで、活動への参加を促進します。また、介護予防を踏まえた健康づくり活動の充実やひとり暮らし高齢者に対する声かけ、閉じこもりの予防、認知高齢者への支援など、地域社会を支える活動の充実に向けた支援を行います。

⑤シルバー人材センター

【事業内容と今後の方向性】

法律の規定に基づき設立された公益法人であり、高齢者の能力の活用と雇用の確保、就業を通した生きがいづくりを目指している事業です。新たな就業の場の拡充と、会員相互の技術や知識の向上に向けた支援を行います。

まずは会員拡大を図り、就業機会の開拓・拡大、そして就業に関する技術・知識向上の推進を行います。また、同時に、安全・適正就業を推進し、事務効率向上を図ります。

（２）社会活動への参加の推進

①みまたんえき

【事業内容と今後の方向性】

創作品の展示スペースや介護予防に係る情報提供、ボランティアによる高齢者向けのミニコンサート等を開催できるよう、本町の駅舎を高齢者が気楽に立ち寄れるサロンのな場所として整備された施設です。

幼児から高齢者までが気楽に立ち寄れる交流サロンのな事業を推進していきます。

②高齢者の社会参加の促進

【事業内容と今後の方向性】

老人クラブをはじめとする高齢者自身による自主的なグループ活動や生涯学習活動は、いきいき・はつらつとした生活に大いに寄与するものであることから、高齢者が自主的・主体的に取り組むグループ活動を支援していきます。また、地域での支えあいの輪づくりとして、高齢者の経験や知識の共有が進むような環境づくりのため、地域のサロン等での自主的な活動を支援します。高齢者の就労については、豊富な経験や技術を活かした就業機会を確保するとともに、高齢者が自らの社会参加の拡大と生きがいの充実を図るための事業を実施する、シルバー人材センターの活動を継続して支援します。

③ボランティア活動の促進

【事業内容と今後の方向性】

関係機関との連携の中で、ボランティアに対する意識を高め、ボランティア活動の活性化を図るとともに、様々な地域活動においてボランティアの活動の場を広げていくことができるよう支援します。

(3) 健康づくり及び疾病予防

①高齢者の健康づくりの推進

【事業内容と今後の方向性】

本町では町民一人ひとりが健やかに暮らし、心豊かに健康寿命を延ばしていくことを基本に、ライフステージに応じた健康づくり運動を推進していくためには、生活習慣の改善による疾病の予防を目的とした一次予防の重視や、メタボリックシンドロームの概念を導入した対策を推進しています。健康で活力のある高齢期を過ごしてもらうため、これらの取組を計画的かつ総合的に進めていきます。

介護保険制度改正により二次予防事業はなくなり、一次予防事業と二次予防事業を合わせて、一般介護予防事業となっています。(一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的な介護予防の取り組みを推進)

健康診査やがん検診、保健指導等とあわせて、生活習慣病の予防や疾病の早期発見・早期治療により健康の増進を図っていきます。

健康づくり担当課と情報共有をし、連携しながら健康づくりの推進を行います。

高齢者の孤立化や閉じこもりの防止、認知症の早期発見等のため、居場所づくりの支援を行います。

②健康管理センター

【事業内容と今後の方向性】

健康診断等による疾病の早期発見、健康相談、各種健康教室の開催などの総合的な保健事業を実施する施設です。乳幼児から高齢者に至るまでの町民全体の心身の健康管理に関する事業並びに、児童福祉から社会福祉、高齢者福祉など、福祉課との連携の強化に取り組みます。

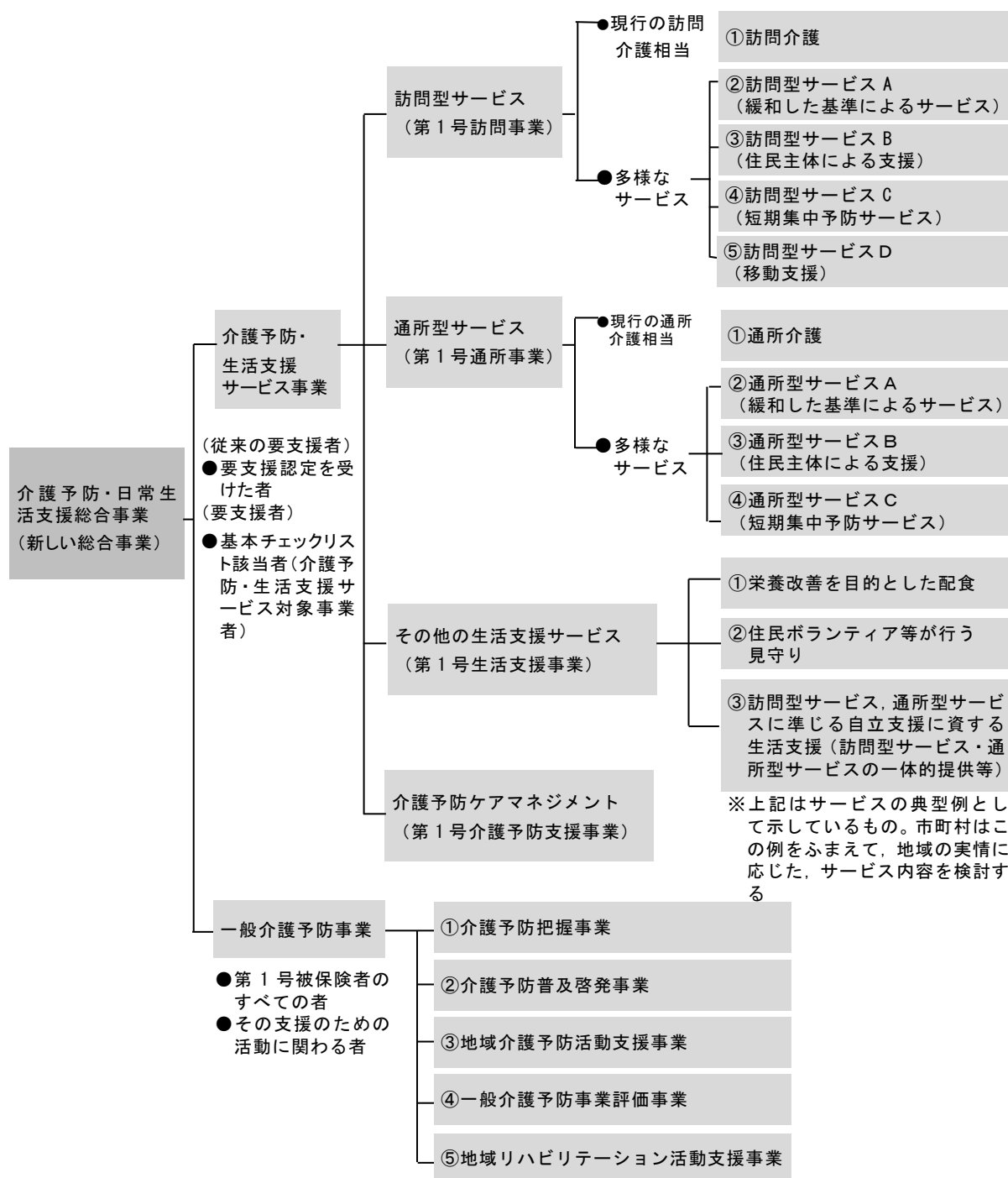
(4) 一般介護予防事業の充実

【介護予防・日常生活支援総合事業】

介護予防・日常生活支援総合事業は予防給付のうち訪問介護、通所介護について、地域支援事業に移行し、既存の介護事業所によるサービスに加えて、ボランティア、NPO、民間企業など地域の多様な主体を活用して高齢者を支援するものです。

また、介護予防・日常生活支援総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の2つに分類され、本町では、「一般介護予防事業」について、以下の様に取り組んでいきます。

【介護予防・日常生活支援総合事業体系図】



①介護予防把握事業

【事業内容と今後の方向性】

2016年度までは、主に基本チェックリスト（日常生活の状況に関する 25 項目の質問票）の実施により要介護状態等になるおそれの高い状態にある二次予防対象者を把握していました。

今後は、地域包括支援センター等での相談を通じた把握や、保健師等による健康づくり関連の訪問活動での把握、民生委員等地域住民及び医療機関等関係機関からの情報提供による把握、本人・家族等からの相談による把握等を中心に、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者を早期に把握し、早期に介護予防活動へつなげていきます。

（※2017年度から、三股町の二次予防事業はなくなりました）

②介護予防普及啓発事業

【事業内容と今後の方向性】

介護予防に関するパンフレット等の作成・配布、介護予防に関する出前講座や運動教室等の介護予防教室等を開催し、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「認知症・心の健康」など介護予防に関する情報の普及啓発を行っています。

今後も、高齢者が身近な地域で介護予防について気軽に学べるよう、地域と連携して出前講座を開催します。また、参加促進を図るとともに、自宅でも継続していけるように介護予防パンフレットの配布や実技指導を行うなど、効果的及び多くの方に参加してもらえる普及啓発方法を検討します。また、地域活動組織の育成・支援につながるよう検討していくとともに、介護予防に関する有識者等による講演会や相談会の開催等も検討していきます。

③地域介護予防活動支援事業

【事業内容と今後の方向性】

現在、年齢や心身の状況等によって、高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加できる介護予防活動の地域展開を目指し、介護予防に資する住民主体の通いの場の活動を支援しています。

今後も、より多くの高齢者が積極的に参加したいと思えるような多様なメニューを実施し、参加者が教室で学んだことを家族・友人・地域に広められるように、また、参加者同士の交流を図るに留まらず、自主的な取組みにつながるような支援をしていきます。具体的には、下記の①～③の事業を検討していきます。① 介護予防に関するボランティア等の育成と活動支援 ② 介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援 ③ 社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施

④一般介護予防事業評価事業

【事業内容と今後の方向性】

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行うため、本町福祉課、地域包括支援センター、受託事業者等が連携して、プロセス評価（事業の実施過程に関わる評価）、アウトプット評価（事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する評価）、アウトカム評価（事業成果の目標に関する評価）等を実施し、事業の評価・検証に努めます。

維持できていることが介護予防の効果があることも参加者に知ってもらえるよう努め、また、参加者自身が目標設定し、自己評価できるよう工夫していきます。

⑤地域リハビリテーション活動支援事業

【事業内容と今後の方向性】

介護予防の取組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施する事業です。地域における介護予防の取組みの機能強化や、高齢者の自立支援に資する取組みを推進するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の憩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することが求められており、本町としても積極的に取り組んでいきます。

2. 支え合って暮らせる まちづくり

【基本施策】

- (1) 地域包括支援センターの機能の充実
- (2) 生活を支援するサービスの充実
- (3) 認知症施策の推進
- (4) 権利擁護の推進

(1) 地域包括支援センターの機能の充実

①地域ケア会議の充実

【事業内容と今後の方向性】

重度の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、医療・介護・予防・住まい・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実現のために、介護保険制度としての位置付けになる地域ケア会議は有効なツールです。個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築に繋げるなど、地域ケア会議を実行性あるものとして定着・普及させ、地域包括支援センターが開催する地域ケア個別会議により、地域課題の把握や地域づくり・資源開発を行い、政策を形成し、町レベルの会議に繋げていくことが求められています。

個人レベルから町レベルまでの階層ごとの会議を設け、個人や支部の課題の積み上げを町の政策形成に、一本軸として繋げていく『ボトムアップ方式』を採用します。また、一般的に地域ケア会議とは別に組織する協議体を一つの階層として位置づけ、一体として会議を構築することで、全ての町民の生活課題・福祉課題に対応した広義な『三股町地域包括ケアシステム推進会議』として、発展的な会議を目指します。

②総合相談支援

【事業内容と今後の方向性】

現在、本人、家族、近隣住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な情報把握を行い、専門的・継続的な関与又は緊急対応の必要性を判断しています。専門的・継続的な関与又は緊急対応が必要と判断した場合には、実態把握や支援をしています。

今後も、相談内容に応じた適切な支援ができるよう職員のスキルアップや関係機関との密な連携等相談体制の充実に図ります。さらに、高齢者に係る総合相談として、サービスに関する情報提供等の初期的相談対応や継続的・専門的な相談支援の充実に努めるとともに、相談につながっていない潜在的な支援ニーズへの対応も強化していく必要があるため、これまで構築してきた地域の関係機関・団体等との情報交換をより密にすることで、ネットワーク機能の強化につなげ、支援体制の充実に努めます。

支援を必要とする高齢者に対し、適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行い、さらなる問題の発生を防止するため地域における関係者や関係機関のネットワーク構築を図ります。

さらに、様々な社会資源との連携、高齢世帯への戸別訪問、近隣住民からの情報提供等により、実態把握を行います。

③実態把握

【事業内容と今後の方向性】

現在は、総合相談窓口で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断した家庭等を中心に訪問して、高齢者や家族を支援しています。

今後は、様々なネットワークの活用その他、高齢者世帯への定期訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行い、特に地域から孤立している要介護者(支援)者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯など、支援が必要な世帯を早期に把握し、必要なサービスを提供していきます。

④地域におけるネットワーク形成事業

【事業内容と今後の方向性】

支援を必要とする高齢者を見だし、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、さらなる問題の発生を防止するため、介護サービス事業所、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活に関する活動に携わるボランティアなど、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図っています。

今後も更なる地域におけるネットワークの構築を実施するとともに、引き続き、認知症高齢者やその家族を見守り、支えることができる地域づくりを推進するため、認知症に関するパンフレットの配布や説明会・相談会の開催等により、認知症に対する理解促進と、地域での支援ネットワークの強化に努めます。

さらに、認知症高齢者やその家族の見守り支え、また孤立化を防ぐ等、高齢者が地域で安心して生活できる地域づくりを推進するため、今後も更なる地域におけるネットワークの構築を実施します。

⑤包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

【事業内容と今後の方向性】

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく事業です。事業内容としては「包括的・継続的なケア体制の構築」「地域における介護支援専門員のネットワークの活用」「日常的個別指導・相談」「支援困難事例等への指導・助言」があります。今後も、効果的なマネジメントに努めます。

⑥介護予防支援事業（ケアマネジメント）

【事業内容と今後の方向性】

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成することです。今後は、既存のサービスのみならず、住民主体の支援等の多様なサービスの利用を図っていきます。また、サービスの提供をケアプランに位置づけるに当たっては、単に支援につなげるだけでなく、本人がその能力を活かして、自ら積極的に参加していくなど、社会とのつながりをつくっていくことができるよう支援していきます。

また、要介護状態になることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、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援助を実施しています。今後も、効率的な支援方法の検討及びサービス提供後の再アセスメントの実施を検討していきます。

(2) 生活を支援するサービスの充実

①生活支援サービスの充実

【事業内容と今後の方向性】

高齢者のひとり暮らし世帯や要介護高齢者の情報を地域包括支援センターで集約し、高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して生活できるよう、住まいに関する情報や適切な生活支援サービスの提供を行っていきます。

また、生活支援サービスの供給は行政だけでは困難であるため、地域住民やNPO、事業者などと協働で取り組みます。

②軽度生活援助事業

【事業内容と今後の方向性】

在宅で身体の虚弱な高齢者に対し、生活援助員を派遣し、食事の支度や洗濯等軽易な日常生活上の援助を行う事業です。利用者の多くがひとり暮らしの高齢者であり、人口動態の動向からも、ニーズの高まりが予想されます。住み慣れた地域での生活を支援する観点から、ケアマネジメントに基づくサービスの提供を図ります。また、見守りや地域のネットワークづくりと合わせた制度の構築など、サービス内容の見直しを行っていきます。

今後は、総合事業の緩和した基準によるサービスへの移行を検討するとともに、住民主体による生活支援をつくります。

③配食サービス

【事業内容と今後の方向性】

在宅で調理が困難な高齢者や身体障害者に対し、栄養のバランスのとれた食事を提供するとともに、安否確認を行う事業です。

低栄養状態にある高齢者を適切な支援に繋げていくためには重要な事業となるため、対象者のニーズを把握して、サービス内容等見直しを行っていきます。また、民生委員・児童委員を中心とした事業の広報を行うなど、新規需要の掘り起こしに努め、事業の継続を図ります。さらに、地域支援事業（介護保険制度）の新介護予防・日常生活支援事業の生活支援サービス（配食）開始による移行も検討します。

④寝具類洗濯乾燥消毒サービス

【事業内容と今後の方向性】

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯の方を対象に、寝具類の衛生管理のため無料で寝具類の洗濯乾燥消毒を行う事業です。利用者はほぼ横ばいとなっていますが、清潔で健康的な生活を支援していくためには重要な事業です。民生委員・児童委員やケアマネジャー及び地域のボランティア等に協力を求め、事業の広報を行うなど、新規需要の掘り起こしに努め、事業の継続を図ります。

⑤特定高齢者等住宅改修

【事業内容と今後の方向性】

町の特定高齢者と認められた人が、手すりの取り付けなどの改修を行う場合に、その費用の一部を助成する事業です。改修工事については、町内に住所があり、あらかじめ必要な研修を受講した施工事業者が行います。要介護状態への移行を遅らせる上でも、高齢者の居住環境の改善を図ることは効果的であることから、今後も継続して実施していきます。また、改修箇所によっては福祉用具の併用が望ましい場合もあるため、同じ対象者に対する福祉用具の購入補助についても検討を進め、事業拡大を図ります。

⑥訪問型サービス

【事業内容と今後の方向性】

閉じこもり、うつ、認知機能の低下の恐れがある等、心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難な方に対して、保健師、看護師等がその方の居宅を訪問してその生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導等を実施しています。

総合事業では、対象者は制度改正前の要支援者に相当する状態の方となり、本町では 2017 年 4 月から総合事業を開始しております。現行の介護予防訪問介護相当のサービスのほか、緩和した基準によるサービス、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援など多様なサービスを構築していきます。

閉じこもり、うつ、認知機能の低下の恐れがある人、心身の状況により通所形態による事業への参加が困難な人に対して、地域包括支援センター職員等が居宅訪問して、相談や支援を継続、また地域での見守りを推進します。

⑦通所型サービス

【事業内容と今後の方向性】

通所型サービスは要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供する事業です。

総合事業では、対象者は制度改正前の要支援者に相当する状態の方となり、本町では 2017 年 4 月から現行の介護予防訪問介護相当のサービス、緩和した基準によるサービスとしてみまたんデイサービス及び生きがいデイサービスを開始しております。今後は住民主体による支援、短期集中予防サービスなど多様なサービスによる取組も検討します。

⑧生活支援サービス（配食等）

【事業内容と今後の方向性】

要支援者に対して、栄養改善を目的とした配食やひとり暮らし高齢者等への見守りを提供するなど、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる事業です。

本事業は、介護予防・日常生活支援総合事業の生活支援サービスによる取組も検討します。

⑨生活支援サービスの体制整備

【事業内容と今後の方向性】

今後、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者の増加が見込まれることにより、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援、日常生活上の支援が必要になってきます。そのような高齢者が、地域で安心して在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援サービスを整備していくために、市町村が中心となって、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の活用等を通じ、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援・協働体制の充実・強化を図ります。また、介護予防は、その推進に当たり機能回復訓練などの高齢者へのアプローチだけではなく、生活機能全体を向上させ、高齢者を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれた支援が重要であり、地域におけるリハビリテーション専門職等を活用し、高齢者の自立支援に資する取組みを推進することで、要介護状態になっても、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指します。

地域住民が住み慣れた地域で、最後まで安心して暮らし続けるため、三股町独自の地域包括ケアシステムを構築するために、個別地域ケア会議や地域支援会議を通して裏付けされた地域課題に対して、関係者のネットワークを図り、町域で生活支援サービスや地域に必要な社会資源等の構築、生活支援の担い手の養成等を図ります。

これからの介護予防事業は、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、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して、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ます。またリハビリ医療専門職を活かした自立支援に資する取組を推進し介護予防の機能強化に努めます。

（３）認知症施策の推進

①認知症初期集中支援チームの設置

【事業内容と今後の方向性】

本町においても認知症高齢者の今後の増加が予測されています。また、国によると認知症高齢者の半数は在宅で生活しており、各介護サービスにおいても認知症への対応が求められています。

今後目指すべきケアは、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置き、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ように、具体的な方策を推進することが必要です。本町では、認知症やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を2016年度に地域包括支援センターに配置し、早期診断・早期対応に向けた支援に取り組んでいます。

②認知症地域支援推進員の配置

【事業内容と今後の方向性】

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療・介護及び生活支援を行う様々なサービスが連携したネットワークを形成し、認知症の人たちにとって効果的な支援を行うことが重要です。そのため、市町村において認知症疾患医療センターや医療機関、介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担うのが認知症地域支援推進員です。本町においては、すでに認知症地域支援推進員を配置しており、今後は、さらに医療・介護等の連携強化等により地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ります。

また、介護家族の支援を行うと同時に認知症ケアの質の向上のためにサービス事業所職員や介護支援専門員に対する研修会を開催します。

③認知症ケアパス

【事業内容と今後の方向性】

認知症ケアパスとは、「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」のことです。認知症の方を支えるためには、医療や介護保険の法定サービスにとどまらず、民間サービスや地域住民によるボランティアサービスなど様々なサービスが必要です。認知症ケアパスが機能するためには、「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」と、「認知症の人への適切なケアマネジメント」が不可欠です。地域で培われてきた認知症の人を支える取り組みを地域住民と協議しながら整理し、体系的に分かりやすく示していく必要があります。

今後は、認知症高齢者等の介護家族への支援を行うと同時に、認知症ケアの質の向上のために、介護支援専門員や介護保険サービス提供事業所職員に対する研修を積極的に実施します。また、認知症ケアパスの作成及び普及を推進します

④認知症高齢者見守り事業および認知症サポーター養成事業

【事業内容と今後の方向性】

現在まで、本町では、認知症の人や家族が安心して暮らし続けることのできる地域づくりをするために、認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職場において認知症の人や家族を支援する認知症サポーターを養成しています。今後は、個人向けの講座も積極的に開催するなど、養成対象者の拡大を図るほか、キャラバン・メイトと認知症サポーター相互の情報交換を行う組織を構築していくことや、介護者と認知症サポーターとの交流促進などに努めます。

(4) 権利擁護の推進

①権利擁護業務

【事業内容と今後の方向性】

本町においても、認知症高齢者や高齢者のみの世帯の増加等の要因で、地域住民、民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービスにつながる方法が見つからない等の困難事例の増加がみられます。現在まで、高齢者の虐待等については、本町担当窓口（福祉課、地域包括支援センター）と、関係機関等による情報共有・連携体制の構築を図ってきました。

今後も継続して、困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるように、通報窓口のさらなる周知を図り、虐待等の権利擁護に係る問題の早期発見・早期対応に努めるとともに、「成年後見制度利用支援事業」等の支援制度を活用した利用促進に努めます。

②成年後見制度利用支援事業

【事業内容と今後の方向性】

平成 24 年 12 月から開始した事業で、低所得の高齢者に係る成年後見人制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成等、認知症高齢者等が成年後見制度を利用するにあたって必要となる支援を行う事業です。認知症高齢者が後見、補佐及び補助を利用するにあたり、その支援を行うことにより、認知症高齢者がその有する能力を活用し、自らが希望する自立した日常生活を営むことができる環境を整備することが大切です。

今後も高齢者の権利擁護対策の一環として必要な事業であるため、広報等を通じた事業の周知を図るとともに、地域包括支援センターや地域の関係機関等と連携して、利用者の把握と利用促進に努め、継続して実施します。

3. 安心して暮らせる まちづくり

【基本施策】

- (1) 医療と介護の連携
- (2) 住まいの選択
- (3) 安心・安全対策

(1) 医療介護の連携

①在宅医療・介護連携の推進

【事業内容と今後の方向性】

現在、医療ニーズや介護ニーズを併せ持つ慢性疾患、認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り住み慣れた地域において自分らしい暮らしを人生の最期までできるよう在宅医療・介護連携体制の整備を図るとともに、国、県との連携のもと、都城市地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進します。

医師会、都城市、関係機関と連携し、下記の8事業を順次実施していきます。

在宅医療・介護連携推進事業

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携推進協議会の設置と運営
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 都城市・三股町・医師会等関係団体による定期協議の開催

(2) 住まいの選択

①養護老人ホーム

【事業内容と今後の方向性】

高齢者のうち、環境上および経済的な理由により居宅での生活が困難な場合に入所する施設です。ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加傾向にあることから、今後対象となる高齢者も増加することが予想されます。低所得者の救済や虐待対策等を含め、養護老人ホームの果たすべき役割を改めて確認し、介護予防の充実、介護サービスの適正な利用並びに特定施設としての整備について検討していきます。また、指定管理者制度による実施について再検討します。

2018 年度に指定管理期間が終了するため、それまでに、町では施設の建て直しについて民間譲渡を考えており、今後、譲渡実行に向け検討を進め、方向性を示していきます。また、新規で入所する人には、エンディングノートの記入を義務付け、身元引受人が入所者より先に逝去されても、迅速に対応が図れるよう制度を改めていきます。

(3) 安心・安全対策

①緊急通報システム貸与事業

【事業内容と今後の方向性】

日常生活に不安のあるひとり暮らしや高齢者のみの世帯等に対し、緊急通報システムを貸与することにより緊急事態の発生時に適切に対処するとともに、安否確認や各種相談を行う事業です。利用者の評価が高いことから、操作等の適切な指導の徹底を図るとともに、民生委員・児童委員などへの広報等を通じた普及啓発を図ります。また、新たなニーズに対応できるよう、貸与条件の見直しを検討していきます。あわせて、高齢者の生活全般を支える日常的な見守りを地域でシステム化し、住民によるネットワークの形成を支援していきます。

今後は、課題をもとに機器の変更の検討など様々な緊急事態に対応できるような事業にしていきます。

4. 充実したサービスを受けて暮らせる まちづくり

【基本施策】

- (1) 事業所の指定・指導
- (2) 家族介護支援事業等の充実
- (3) 介護給付等費用適正化推進事業

(1) 事業所の指定・指導

①介護福祉サービス事業者等の指定・指導監査の実施

【事業内容と今後の方向性】

平成 30 年度から居宅介護支援事業所の指定・指導権限が移譲されることなどを踏まえ、下記内容で事業所の指定・指導に取り組みます。

◆指導監督業務の資質向上

自治体間による指導内容の差異を標準化するため、厚生労働省が実施する「介護保険指導監督等市町村職員研修」に積極的に参加し、指導監督業務の資質向上を目指します。

◆集団指導の実施

指導にあたっては、集団指導等を実施し、介護サービス事業所の適正な運営とサービスの質の確保に向け、効果的な指導に取り組みます。

◆実地指導の実施及び介護サービス事業者の事務負担の軽減

介護保険法に基づき、介護サービス事業者等に対し、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬の請求等に関する事項について周知徹底することを目的に、3 年に 1 度実地指導を行います。

◆不正事案等における厳正な対応

重大な指定基準違反や介護報酬の請求に関する不正・不当がある場合等には、事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置をとることを目的に監査を実施します。

(2) 家族介護支援事業等の充実

①敬老祝い金

【事業内容と今後の方向性】

高齢者に対し敬老祝金を給付することにより、長寿を祝福するとともに、敬老の意を表し、その福祉の増進を図る事業です。今後も継続して事業を行っていきませんが、利用者の増加にあわせて、規模の縮小を視野に入れた検討を進めていきます。

2015 年度に事業の見直しをし、給付額の引き下げや口座振替にしたこともあり、当面は、その傾向を注視しつつ、改善が必要な点があれば都度取り組むこととします。

②ねたきり老人等介護手当

【事業内容と今後の方向性】

在宅で要介護 4・5 の高齢者を月に 20 日以上介護している家族に対し、介護手当を支給することにより、家族のやすらぎと福祉の向上を目指す事業です。ニーズの把握など事業継続のための調査等を実施し、事業継続の可能性について検討していきます。

今後は、介護用品支給事業同様、アンケート等を実施し、対象者のニーズ把握などに努めます。今後、高齢化社会になるにつれて、対象者の増加が見込まれるため対象者の実態に沿った対応を図っていきます。

③介護用品支給事業

【事業内容と今後の方向性】

施設等介護の利用が 15 日未満の要介護度 4・5 の非課税世帯の高齢者を、在宅で介護している家族に対して、毎月 6,000 円（年額 72,000 円）のクーポン券を支給し、介護する家族の心身の負担軽減を図り、介護者を継続的に支援する事業です。要介護高齢者が必要とするものを支給し、支援の幅を広げていきます。また、サービスの公平性を確保する観点から、対象者の範囲や支給額等について検討を進めます。

今後は、対象者が何の品目をどれだけ購入したかなど、事後調査を実施し、事業目的に沿った使われ方をしているか、また、家族の心身、経済的な負担軽減がいかほどのものなのかアンケート等を通じて検証し、より対象者が本事業を利用しやすいよう適宜検討します。

④家族介護慰労金支給事業

【事業内容と今後の方向性】

要介護度 4・5 で、年に通算 7 日以内の短期入所以外は介護給付を受けていない高齢者を介護している非課税世帯の家族に対して、家族介護慰労金を支給し、介護する家族の身体的、精神的及び経済的負担の軽減を図る事業です。ニーズの把握など事業継続のための調査等を実施し、事業継続の可能性について検討していきます。

⑤住宅改修支援事業

【事業内容と今後の方向性】

住宅改修に関する相談助言・情報提供をしています。住宅改修費の支給の申請に係る必要な書類及び必要な理由がわかる書類を作成した場合の経費の助成を行い、住宅改修事業の適切な利用を支援しています。今後も適切な相談助言・情報提供ができるよう努めます。

住宅改修が本当に必要なのかケアマネジャーの判断だけではなく、担当者会議で決定します。

（３）介護給付等費用適正化推進事業

①介護給付費用適正化事業

【事業内容と今後の方向性】

介護（予防）給付について真に必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証、本事業の主旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供等、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、介護給付等に要する費用の適正化のための事業です。事業内容としては、「介護給付費通知」「住宅改修等の点検」「医療情報との突合・縦覧点検」「ケアプランの点検」「認定調査状況チェック」等です。今後、介護給付費用の適正化は、介護サービスを見直し、公平な給付水準の確立や、介護保険料の負担の適正化にもつながることから、さらなる体制の整備に努めます。

ケアプラン点検では、適正な給付かという視点だけではなく、自立支援に向けた適正なケアプランの作成を目標として、居宅支援専門員・各事業者等と検証・確認し合い、共に高めあっています。

5. 成果目標

基本目標の取組にあたって次の目標を定め、その達成に向けて取組み、介護認定率の抑制、一人当たり保険給付費の抑制、歳出抑制による基金造成を目指します。

取組に当たっては、認定者数、受給者数、サービスの種類ごとの給付実績を定期的にモニタリングし、策定委員会等で公表し、PDCAサイクルを活用し、事業の推進を図ります。

区分	内容	2016 年度実績	2020 年度目標
I. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進			
地域包括支援センター	地域ケア会議会議回数 (地域支援会議)	(29 回)	増加
在宅医療・介護連携	地域の医療・介護関係者 等が参画する会議回数	24 回	24 回
認知症施策	認知症サポーター 養成講座開催数	4 回	増加
	認知症サポーター 養成人数	134 人	増加
	認知症 キャラバンメイト数	28 人(延べ)	増加
介護予防／日常生活支援	高齢者サロン開催場所	27 か所	増加
	住民主体の通いの場への 65 歳以上の方の参加者数	5 箇所・71 人	増加
II. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進			
	ケアプランチェック	0 件	3 事業所 10 件
	医療情報との突合	919 件	全件
	介護給付費通知	全件	全件

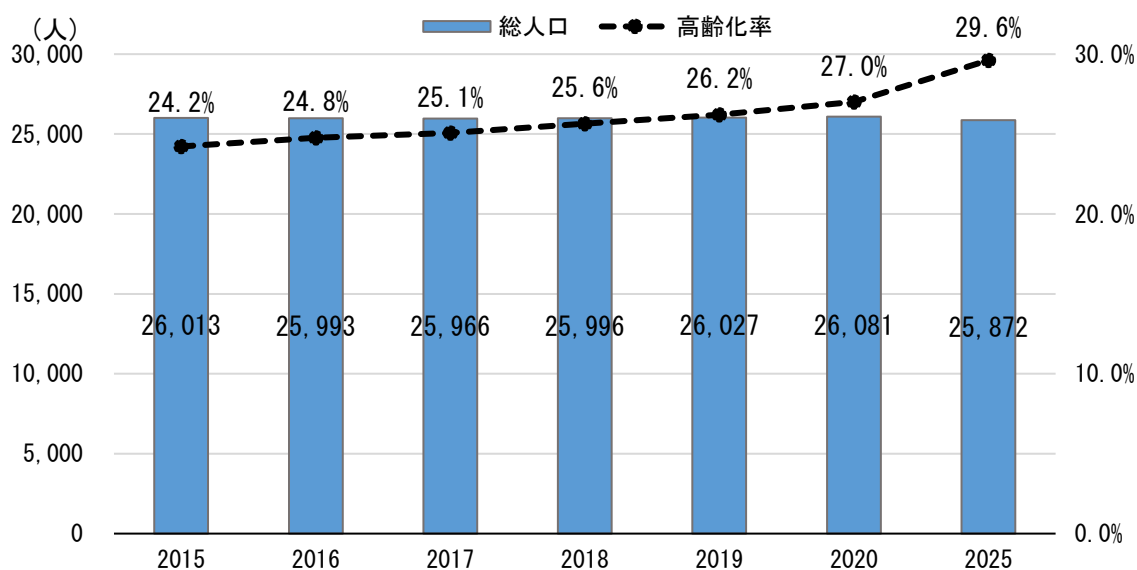
第 6 章 介護保険事業計画

1. 人口及び被保険者数の推計

(1) 人口推計

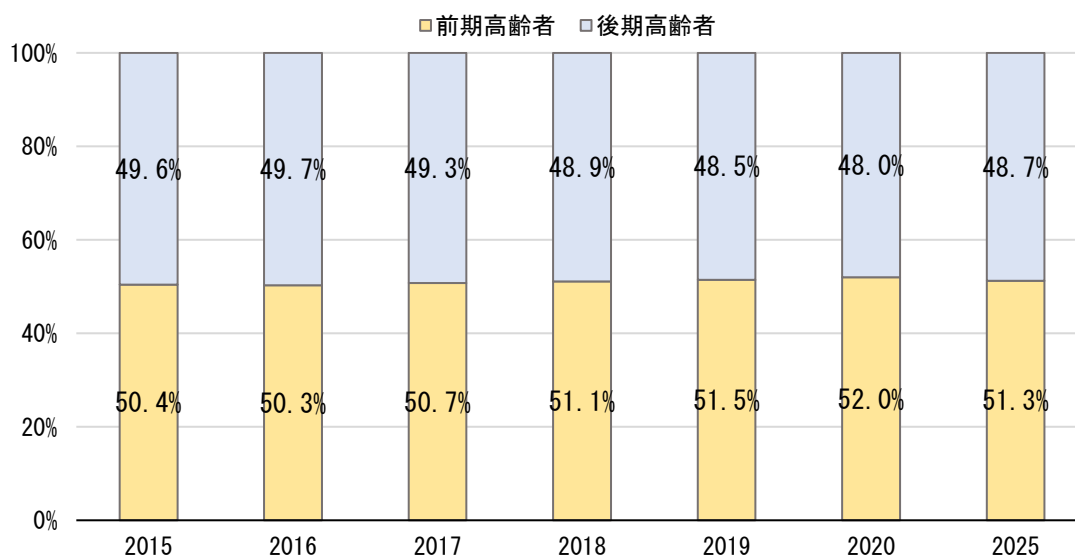
①総人口・高齢化率の推移

三股町の総人口は、今後も減少する傾向が続き、第7期計画中の最終年度の2020年には26,081人になる予定です。また、高齢化率は最終年度の2020年には27%台まで上昇することが見込まれます。



②前期高齢者・後期高齢者割合の推移

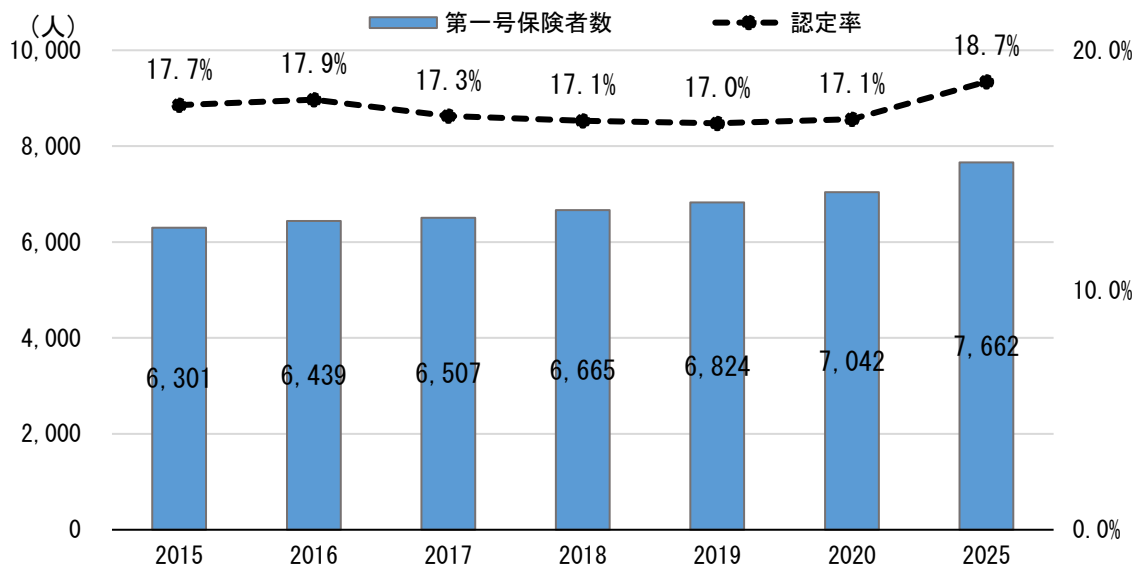
三股町の第1号被保険者を、前期高齢者と後期高齢者に区分してその割合をみた場合、当面の間は前期高齢者と後期高齢者がほぼ同じ割合で推移する見込みです。



2. 認定率・要介護(要支援)認定者数の推計

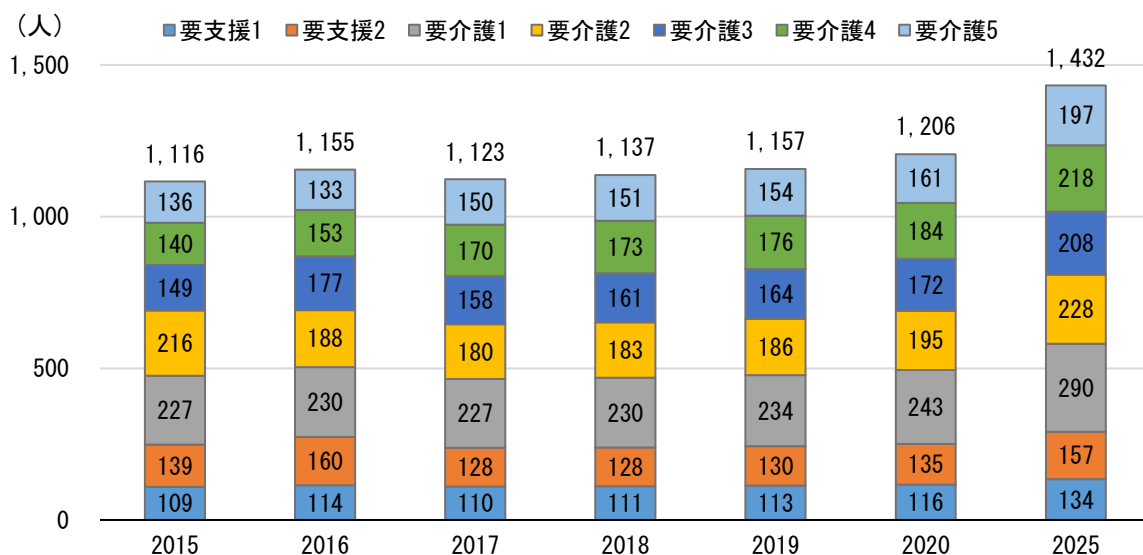
(1) 認定率の推移

三股町の第1号被保険者数は増加し、認定率は微増傾向、第7期計画期間中の最終年度2020年には認定率は17.0%程度で推移することが見込まれます。



(2) 要介護(要支援)認定者数の推移

三股町の認定者数は、第7期計画期間中の最終年度(2020年には1,206人と推計され、要介護1の認定者数が最も多く243人、次いで要介護2の195人と推計されます。



3. 日常生活圏域の設定

本町における生活圏域は、前計画の考え方を踏襲しつつ地域福祉計画との整合性を図り、以下のように設定します。

(1) 日常生活圏域の考え方

日常生活圏域については、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付費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定して、各市町村の高齢化のピーク時までには目指すべき地域包括ケアシステムを構築する区域を念頭において、中学校区単位等、地域の実情に応じた日常生活圏域を定めるとされています。

(2) 日常生活圏域の設定

本町においては、町の地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況その他の条件を勘定して、今後とも、町域全体を1つの日常生活圏域とし、地域に密着したサービス提供の充実を図ります。

4. 介護保険給付費推計

(1) 介護保険事業の推計手順

将来高齢者人口等の推計から、介護サービス見込み量及び給付費、保険料算定までのおおまかな流れを示すと、下図のとおりとなります。

【介護保険料算定までの流れ】

