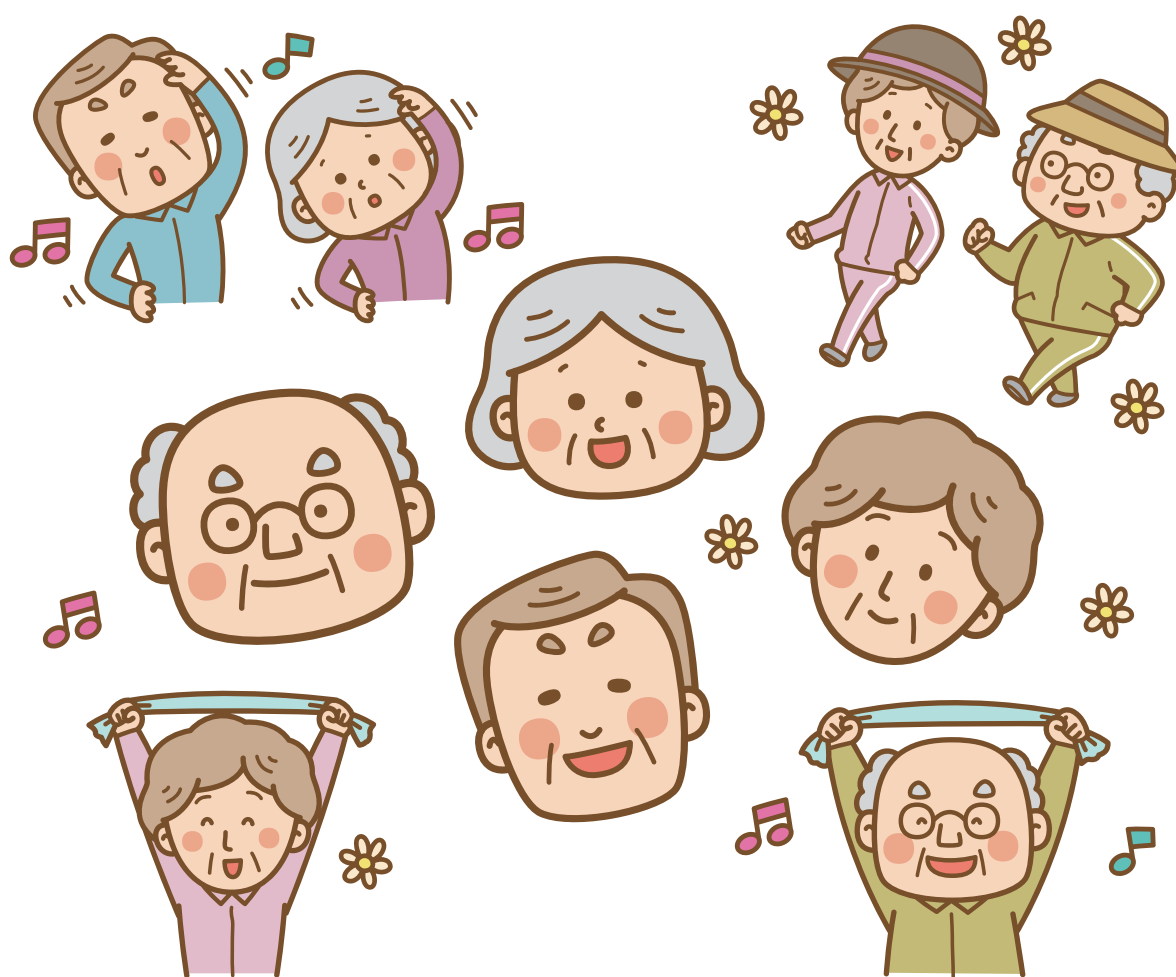


丸森町高齢者保健福祉計画 第9期介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度



いくつになっても元気で支え合い、
安心して笑顔で暮らし続けられるまちづくり

令和6年3月
丸森町

第1章 総 論	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置付け等	2
1 計画の位置付け	2
2 計画期間	4
3 計画策定体制	4
4 本計画の基本方針について	5
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	7
第1節 本町の現況	7
1 人口・世帯の推移	7
2 要介護認定者の状況	11
第2節 アンケート調査による高齢者の状況	13
1 アンケート調査の概要	13
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果	14
3 在宅介護実態調査結果	20
第3節 第8期計画の振り返り	22
1 介護保険事業の運営	22
2 高齢者保健福祉施策の取組	27
第4節 計画課題の整理	30
第3章 計画の基本的な考え方	33
第1節 計画期間の高齢者等の状況	33
1 総人口・高齢者人口推計	33
2 要介護・要支援認定者の推計	34
第2節 第9期介護保険サービス等の見込み	35
1 介護サービス量の推計にあたって	35
2 介護サービス量の見込み	36
3 介護予防・日常生活支援総合事業	38
第3節 基本理念・基本目標	39
1 基本理念	39
2 施策展開の考え方	40
3 計画の基本目標	40
第4節 施策体系	42

第4章 施策の展開43

基本目標1	生きがいをかなえられる身体（からだ）づくり.....	43
1-1	健康寿命を延ばす取組.....	43
1-2	多様な生きがい活動への支援.....	47
1-3	総合事業による介護予防事業の充実.....	48
基本目標2	みんなで支え合う地域づくり.....	49
2-1	地域共生社会の理念啓発.....	49
2-2	尊厳ある暮らしのための支援と成年後見の充実.....	51
2-3	家族介護者への支援.....	52
2-4	認知症施策の推進.....	53
2-5	生活支援サービスの充実.....	55
基本目標3	安心して暮らし続けるための基盤づくり.....	57
3-1	介護保険サービス提供、適正な介護給付.....	57
3-2	在宅医療・介護連携推進体制の充実.....	60
3-3	地域包括ケアシステムの深化・推進.....	63
3-4	地域で暮らし続けるための環境整備.....	65
3-5	災害や感染症対策に係る体制整備.....	66
3-6	介護人材確保及び業務効率化の取組.....	68

第5章 介護保険事業の運営.....69

第1節	日常生活圏域の設定.....	69
第2節	介護給付及び介護予防給付に係る費用の見込み.....	70
第3節	保険料について.....	72
1	事業量及び給付費の推計について.....	72
2	保険料の負担割合.....	73
3	第1号被保険者保険料の推計.....	75
4	所得段階における負担割合.....	78

第6章 計画の推進、評価、見直し79

第1節	計画の推進体制.....	79
1	計画の進行管理.....	79
2	目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表.....	79
3	目標設定.....	79

資料編.....	81
資料1 策定経過.....	81
資料2 丸森町介護保険運営委員会.....	82
資料3 丸森町介護保険運営委員会委員名簿.....	83
資料4 丸森町地域包括ケア推進会議設置要綱.....	84
資料5 地域包括ケア推進会議委員名簿.....	86
資料6 丸森町地域包括ケア推進会議部会設置要領.....	87
資料7 地域包括ケア推進会議 部会委員名簿.....	88
資料8 丸森町における地域包括ケアシステムの推進体制について.....	90
用語集.....	91

第1章 総論

第1章 総 論

第1節 計画策定の趣旨

我が国では高齢化が進行する中で、団塊の世代が後期高齢者になる令和7年（2025年）や団塊ジュニア世代が高齢者になる令和22年（2040年）には、現役世代が減少しているため、人口構造に大きな変化が生じ、これまで以上に医療・介護需要の増加と人材の不足に直面することが見込まれます。

一方で、地域社会では長期化するコロナ禍が、高齢者の外出自粛や地域活動の停滞を招き、人とのつながりの希薄化がさらに進み、社会的な孤立やフレイルの進行が懸念されるとともに、8050問題等、高齢者をめぐる複雑・複合的な課題も懸念されます。

こうした課題に対応するため、本町においては、高齢者ができる限り健康であり続けることはもちろん、支えられるだけでなく、地域を支える一員として活躍ができる「地域共生社会」の実現に向けて、さらに取組んでいくことが求められています。

また、介護や医療、支援が必要となった高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、デジタル技術の活用や人材の確保に積極的に取組みつつ、第6期計画以降継続して深化・推進に取組んでいる「地域包括ケアシステム」については、これまで進めてきた取組みの点検・見直しを進め、より効果的、安定的に取組んでいく必要があります。

現在の計画最終年度が令和5年度となっているため、ポストコロナを見据えるとともに、地域の実情の変化や各種制度の改正等を踏まえ、令和22年を見通した中長期的な展望から、新たに令和6年度を初年度とする「丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下、「本計画」という）を策定します。

第2節 計画の位置付け等

1 計画の位置付け

本計画は、高齢者の自立を支援し、高齢者が尊厳を持って、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けるために、高齢者福祉施策の推進、介護保険のサービス提供体制の整備、円滑な制度運営にかかる基本的な考え方や目標を定め、その実現に向けた施策を体系的に整理するとともに、取組の方向性を明らかにすることを目的としています。

また、本町では、「第五次丸森町総合計画」において、高齢者の暮らしに関する、“誰もがいきいきと安心して暮らせるまちづくり”を基本方針として取組んでおり、加えて福祉分野の個別計画の上位計画である「第2期丸森町地域福祉計画」との整合性を図り、高齢者の社会参加と生きがいづくり、健康寿命の延伸、地域包括ケアシステムの深化・推進に取組む必要があります。

そのため、保健、医療、福祉に関する各種法制度をはじめ、「第2期丸森町地域福祉計画」をはじめとした他の関連計画との施策・事業との整合を図り、老人福祉法に基づく高齢者保健福祉計画、介護保険法に基づく介護保険事業計画を一体のものとして策定します。

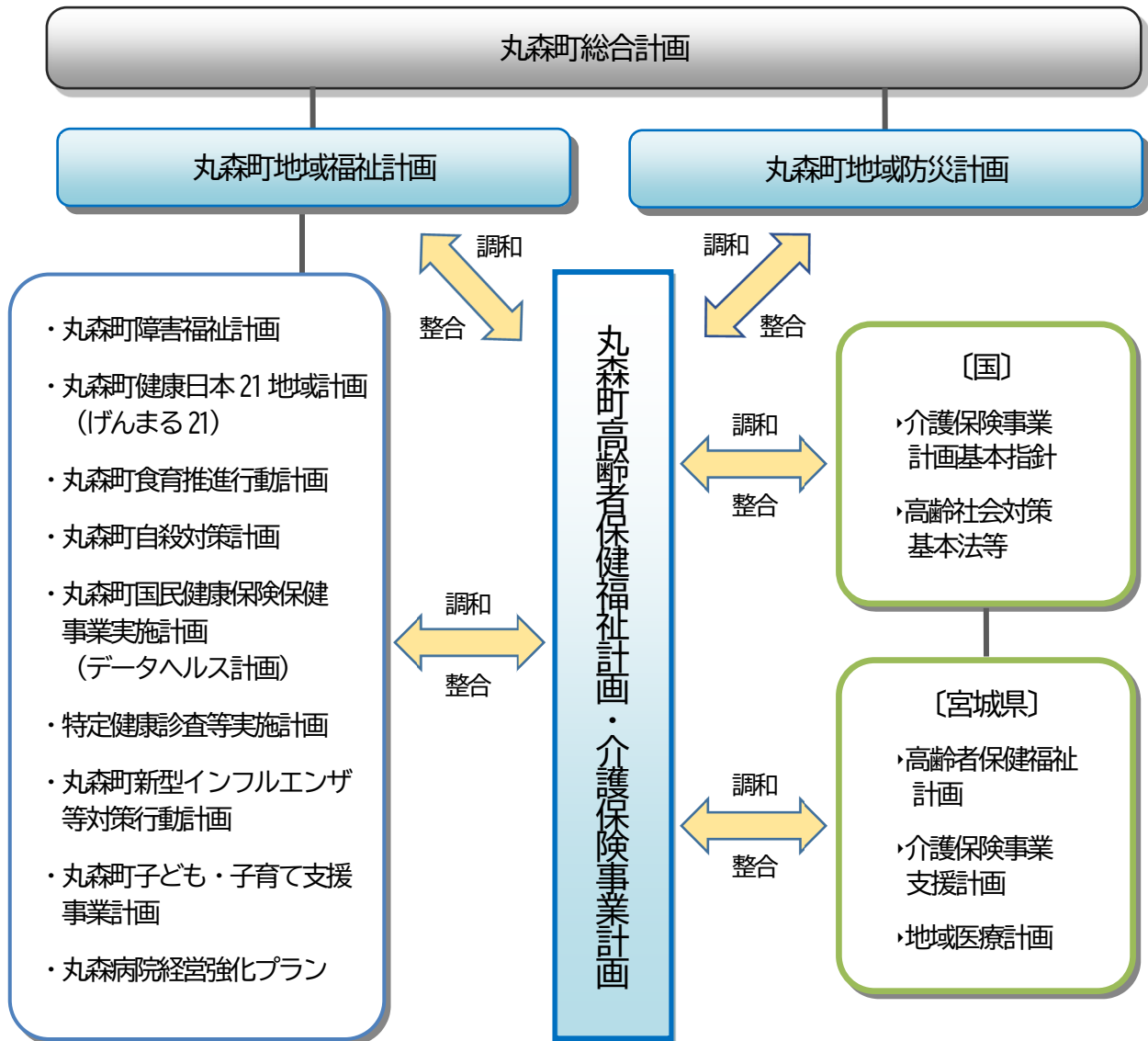
○ 高齢者保健福祉計画

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8の規定に基づき、老人福祉計画を基本に、他の法律に基づく65歳以上を対象とした保健事業、その他の高齢者支援に関わる事業を網羅したものです。

○ 介護保険事業計画

介護保険事業計画は、介護保険法第117条において策定が義務付けられており、介護保険の給付等対象サービスの種類や各サービス量の見込みを定めるとともに、介護保険事業に関わる保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項を定めるものです。

図表 計画の位置付け



なお、2015 年の国連サミットで採択された SDGs（持続可能な開発目標）では、「誰一人取り残さない」持続可能で多様性と包摂性のある社会の実現に向けた 2030 年までの国際目標で、17 のゴールと 169 のターゲットが掲げられています。本計画においても、SDGs のゴールの達成に向け、本町の高齡者福祉を推進していきます。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



2 計画期間

計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

なお、本計画は計画期間にいわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる令和7年（2025年）を含んでおり、引き続き支援の必要な高齢者のニーズの多様化、支える立場となる現役世代の減少が見込まれます。

図表 計画期間

第6期			第7期			第8期			第9期		
平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元 年度	令和 2 年度	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
地域包括ケアシステムの段階的な深化・推進											
高齢者保健福祉計画 第6期 介護保険事業計画			高齢者保健福祉計画 第7期 介護保険事業計画			高齢者保健福祉計画 第8期 介護保険事業計画			高齢者保健福祉計画 第9期 介護保険事業計画		

3 計画策定体制

本計画の策定にあたっては、計画の法的な位置付けや国、県の動向を踏まえつつ、次のように計画策定を進めました。

○ 丸森町介護保険運営委員会による審議

本計画策定にあたり、各分野の関係者により構成する「丸森町介護保険運営委員会」（以下、「運営委員会」とする）において審議を行いました。

○ 地域包括ケア推進会議による検討

本計画を地域特性に応じた計画とするために、「地域包括ケア推進会議」（以下、「推進会議」とする）において、「認知症施策推進部会」、「在宅医療・介護連携推進部会」、「介護予防・生活支援体制推進部会」を設置し、各分野の関係者とともに、施策の検討を行いました。

○ 高齢者を対象とした意向調査の実施

本町の在宅の高齢者、要介護認定者及び介護者を対象に、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査と在宅介護実態調査を行い、日常生活の状況や健康状態を把握するとともに高齢者等の意見やニーズ等を収集しました。

○ パブリックコメントの実施

町民の皆様からのご意見をいただくため、令和6年3月1日から令和6年3月11日までの間、丸森町ホームページ等にて計画の素案を公表し、パブリックコメントを実施しました。

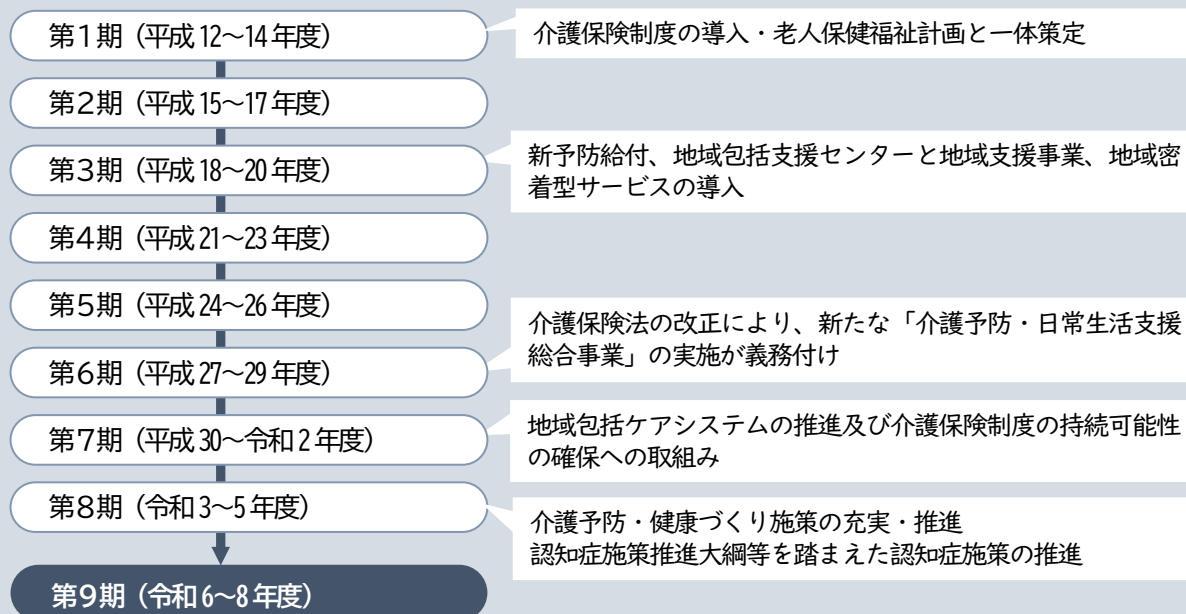
4 本計画の基本方針について

介護保険制度に基づく介護保険事業の推進にあたっては、これまで団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を目途に、地域包括ケアシステムを構築し、深化・推進をさせるための取組を行ってきました。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」においては、令和22年（2040年）に向けて国内の15～64歳の生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれています。

本計画では、令和7年（2025年）に向けて地域包括ケアシステムをさらに深化・推進するとともに、介護ニーズの増大や在宅介護者の労働の継続、家族介護者の負担軽減に向けた支援、介護人材の安定的な確保等、制度の持続可能性を確保する取組が求められます。

本計画策定までの制度改訂の経過



社会保障審議会介護保険部会（令和5年2月27日開催）及び全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和5年3月8日開催）では、第9期計画において記載を充実する事項として次の3項目を見直しのポイントとして挙げています。

- （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
 - ② 在宅サービスの充実
- （2）地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み
 - ① 地域共生社会の実現
 - ② 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・介護情報基盤の整備
 - ③ 保険者機能の強化
- （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

国の基本指針を踏まえ、本計画では、介護保険事業の円滑な実施を図り、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で様々な支援を受けながら安心して暮らし続けることができる地域共生社会を目指して、次の視点から高齢者保健福祉施策及び介護保険事業を展開します。

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

国は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

本計画では、第8期計画の成果を受けながら、デジタル技術の活用や人材の確保、在宅支援の充実、介護予防・重度化防止等に取り組み、団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらには令和22年を見据え、地域包括ケアシステムの深化・推進に努めます。

(2) 地域共生社会の実現

地域共生社会の実現に向けては、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、地域や社会を目指します。

また、8050問題や生活困窮等、複雑化・複合化する地域課題に対応する重層的支援体制を整備するなど、伴走型支援を行い、地域における孤立を防ぐことが重要となります。

本町においては、地域包括支援センター等を中心とした相談支援機関の連携とともに、地域の健康づくりや介護予防の場を充実させ、複合的な課題の相談に対応できる体制の構築に向けて継続的に取り組むこととします。

(3) 介護保険制度の健全な運営

町の介護保険は、これまでの制度改正等に沿って、適正な運営を続けてきました。今後は、後期高齢者の要介護度の重度化とともに、介護保険サービスの需要も多様化することが考えられます。そのほか、ひとり暮らしの方や高齢者のみの世帯が増加することで、これまで以上に生活支援に関するサービスの需要も高まります。

また、今後も介護保険制度を取り巻く環境が変化することが予想されることから、国の定める標準段階の多段階化等、制度への理解を深め、健全な運営を進めます。さらに、ケアマネジメントの質の向上や給付の適正化を進め、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供され、持続可能性のある提供体制の確保と制度運営を目指します。

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

第1節 本町の現況

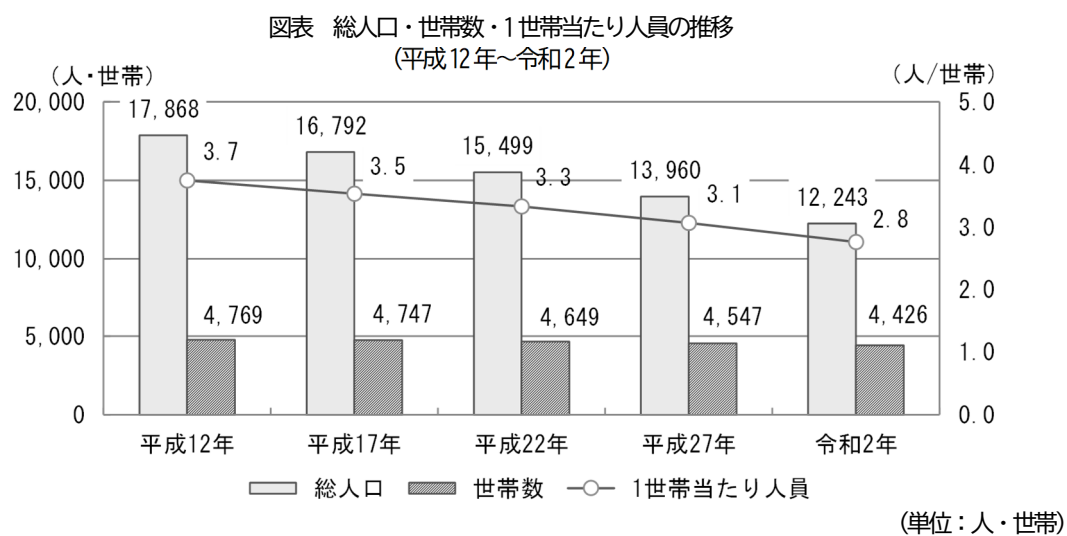
1 人口・世帯の推移

(1) 総人口と高齢者人口の推移

① 総人口・世帯数・一世帯当たり人員の推移

平成12年以降の本町の総人口の推移をみると、毎年およそ280人の減少がみられ、令和2年では、12,243人となっています。

世帯数については、平成12年以降減少がみられ、令和2年の世帯数は4,426世帯となっており、1世帯当たり人員については2.8人と核家族化が進んでいます。



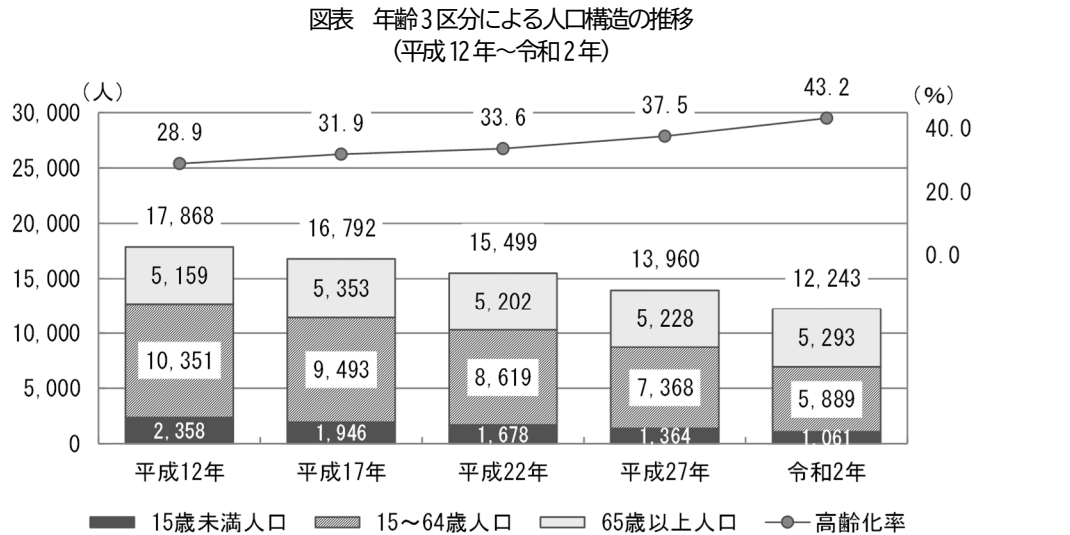
区 分	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総人口	17,868	16,792	15,499	13,960	12,243
世帯数	4,769	4,747	4,649	4,547	4,426
1世帯当たり人員	3.7	3.5	3.3	3.1	2.8

資料：国勢調査

② 年齢3区分による人口構造の推移

平成12年以降の年齢3区分による人口の推移をみると、15歳未満、15～64歳の人口は減少しており、少子高齢化の進行がみられます。

また65歳以上の人口については、平成22年に減少に転じていますが、以降は増加傾向がみられ、令和2年にピークを迎え5,293人となっています。



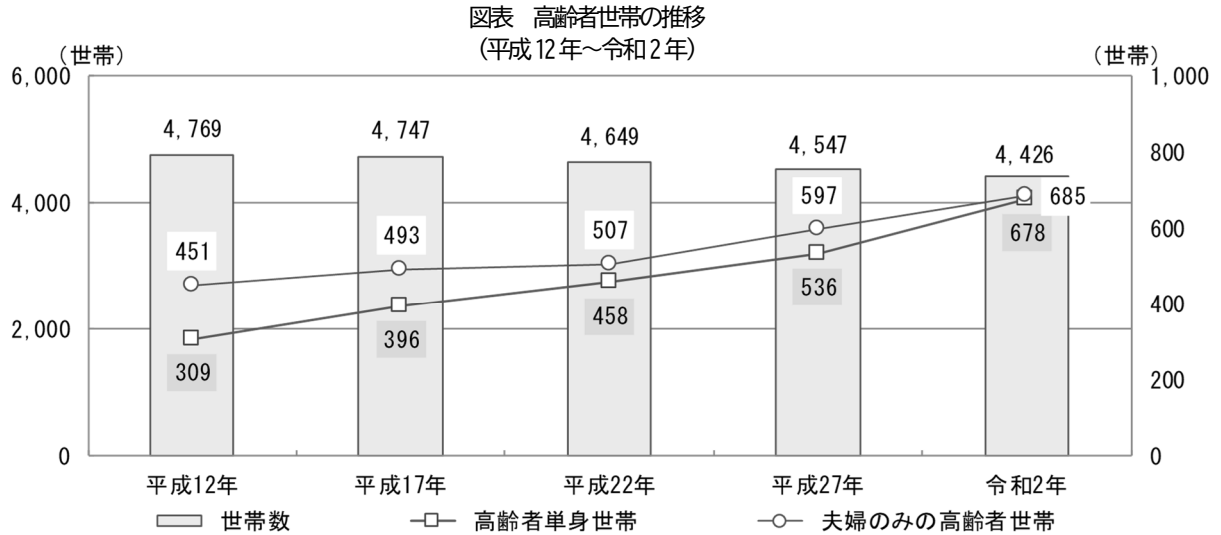
(単位：人・%)

区 分	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総人口	17,868	16,792	15,499	13,960	12,243
15歳未満	2,358	1,946	1,678	1,364	1,061
15～64歳	10,351	9,493	8,619	7,368	5,889
65歳以上	5,159	5,353	5,202	5,228	5,293
高齢化率	28.9	31.9	33.6	37.5	43.2

資料：国勢調査

(2) 高齢者世帯の推移

世帯数が減少する中で、高齢者単身世帯、夫婦のみ的高齢者世帯は増加しており、令和2年の高齢者単身世帯は678世帯、夫婦のみ的高齢者世帯685世帯となっています。



(単位：世帯)

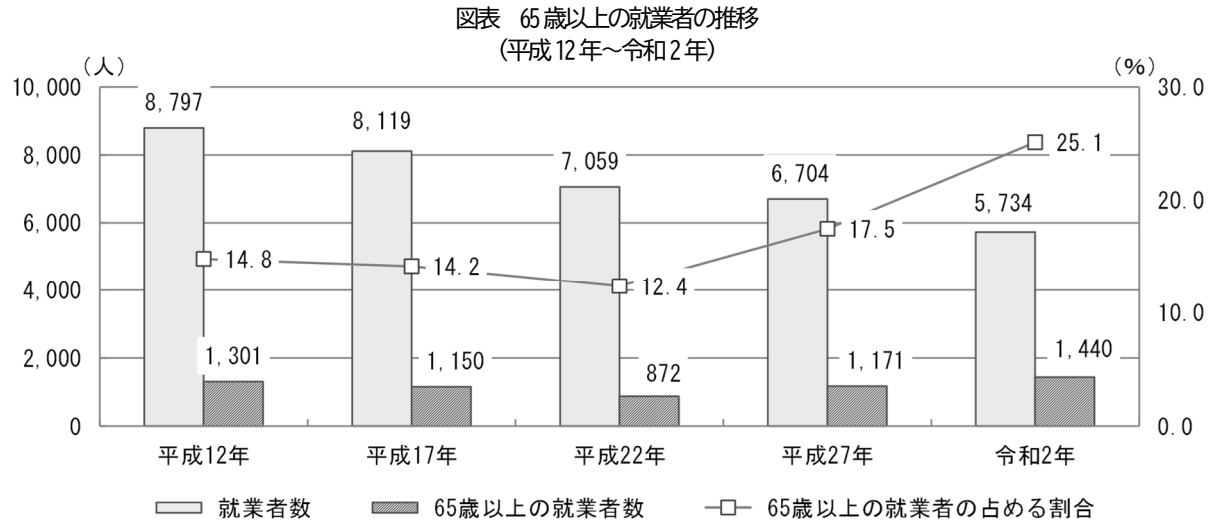
区 分	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
世帯数	4,769	4,747	4,649	4,547	4,426
高齢者単身世帯	309	396	458	536	678
夫婦のみ的高齢者世帯※	451	493	507	597	685

※ 夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯

資料：国勢調査

(3) 65 歳以上の就業者の推移

就業者数が減少する中で、65 歳以上の就業者は平成 12 年以降は減少が続いていたものの、平成 27 年に増加へと転じ、令和 2 年の 65 歳以上の就業者は 1,440 人、就業者全体の約 2 割半ば（25.1％）を占めています。



(単位：人・％)

区 分			平成 12 年	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	令和 2 年
就業者数			8,797	8,119	7,059	6,704	5,734
65 歳以上就業者数			1,301	1,150	872	1,171	1,440
前期高齢者 (65～74 歳)	(男)		685	556	405	596	701
	(女)		338	255	192	276	380
小計			1,023	811	597	872	1,081
後期高齢者 (75 歳以上)	(男)		205	239	202	202	228
	(女)		73	100	73	97	131
小計			278	339	275	299	359
65 歳以上の就業者割合			14.8	14.2	12.4	17.5	25.1

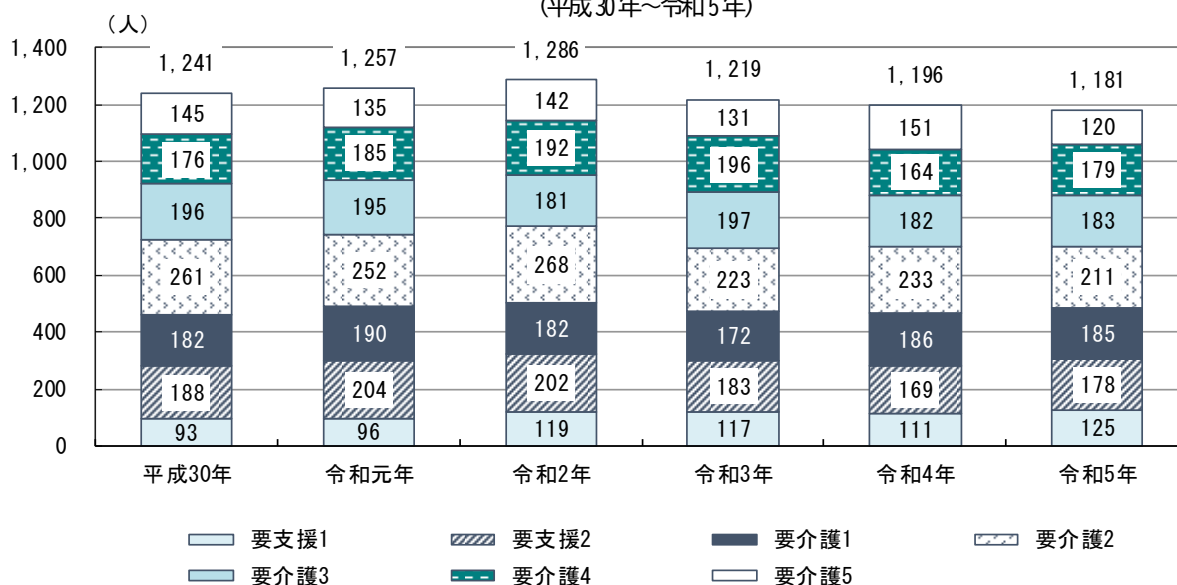
資料：国勢調査

2 要介護認定者の状況

要支援・要介護認定者（以下、「認定者」という）の推移は、令和3年に減少へと転じ、令和5年の認定者は1,181人となっています。

また、要支援・要介護度別の認定者は、各年で増減がみられますが、要介護2の認定者が最も多く、要介護3以上の認定者は、各年ともに40～43%程度を占めています。

図表 要支援・要介護認定者数の推移
(平成30年～令和5年)



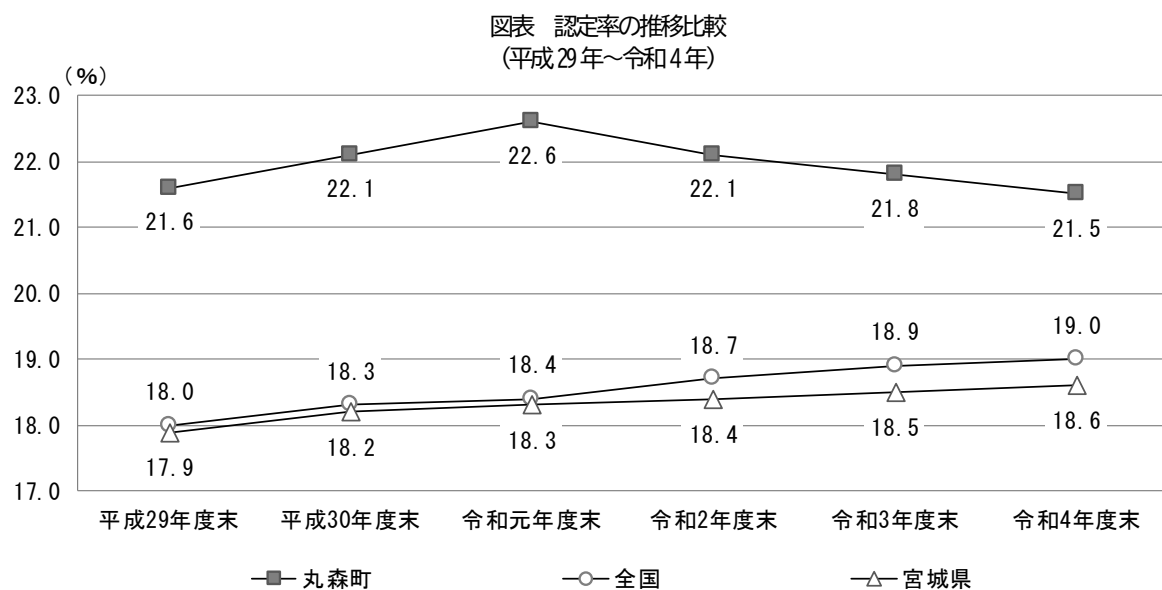
(単位：人・%)

区 分	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
要支援・要介護認定者数	1,241	1,257	1,286	1,219	1,196	1,181
要支援1	93	96	119	117	111	125
要支援2	188	204	202	183	169	178
要介護1	182	190	182	172	186	185
要介護2	261	252	268	223	233	211
要介護3	196	195	181	197	182	183
要介護4	176	185	192	196	164	179
要介護5	145	135	142	131	151	120
要介護3以上の割合	41.7	41.0	40.0	43.0	41.6	40.8

※第2号被保険者を含む

資料：介護保険事業状況報告月報（各年9月末日現在）

本町の認定率は、21～22%程度で推移しており、県、全国と比較すると、各年ともに高くなっています。



※ 第2号被保険者を除く

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

第2節 アンケート調査による高齢者の状況

1 アンケート調査の概要

◎ 調査の目的

高齢者の心身の状況、生活環境の実態、暮らし方への意識、要介護認定者の在宅生活の状況、介護者の就労継続の状況を把握することを目的に実施しました。

◎ 調査の実施概要

区分	介護予防・日常生活圏域二エズ調査	在宅介護実態調査
対象者	65歳以上の方（要介護認定者以外）及び要支援認定者	要介護認定を受けて在宅で生活している方
目的	国の調査項目と町の独自調査項目により、高齢者の心身の状況、生活環境や暮らし方への意識などを把握。	国の調査項目と町の独自調査項目により、要介護認定者の在宅生活と介護者の就労継続の状況、生活環境や暮らし方への意識などを把握。
調査方法	郵送配付・郵送回収	
調査期間	令和5年5月	
基準日	令和5年4月1日現在	
調査項目	○あなたのご家族や生活状況について ○からだを動かすことについて ○食えることについて ○毎日の生活について ○地域での活動について ○助け合いについて ○健康について ○認知症にかかる相談窓口の把握について	○在宅での介護とサービス利用状況 ○主な介護者の就労状況 ○在宅診療の利用状況
配付数	1,500人	850人
回収数	1,019人（回収率67.9%）	534人（回収率62.8%）

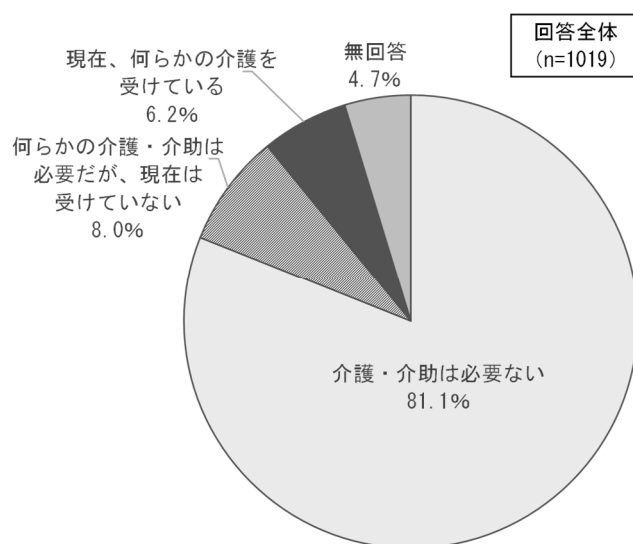
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

(1) 暮らしのなかで介護・介助を要する高齢者の状況

回答者の介護・介助の必要性をみると、回答者全体では、「介護・介助は必要ない」(81.1%)を占めています。

年齢別では、年齢区分が上がるにつれて介護・介助の必要性が高まる傾向がみられます。

図表 介護・介助の必要性



図表 介護・介助の必要性(年齢区分別：該当者割合)

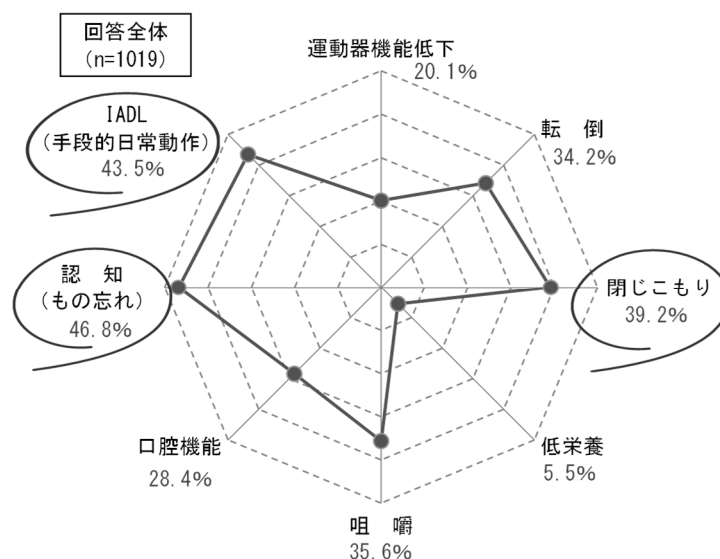
	介護・介助は必要ない	何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない	※現在、何らかの介護を受けている	無回答
回答全体 (n=1019)	81.1%	8.0%	6.2%	4.7%
65～69歳 (n=275)	90.7%	4.0%	2.4%	2.8%
70～74歳 (n=195)	90.5%	4.0%	2.2%	3.3%
75～79歳 (n=142)	84.1%	5.6%	2.6%	7.7%
80～84歳 (n=142)	73.9%	9.2%	9.9%	7.0%
85～89歳 (n=108)	51.9%	26.9%	14.8%	6.5%
90歳以上 (n=49)	51.0%	16.3%	32.7%	0.0%

※介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む

(2) 身体機能・各種リスク状況

回答者の身体機能・各種リスク状況を整理すると、回答者全体では、「閉じこもり傾向」(39.2%)、「認知機能」(46.8%)、「IADL」(43.5%) へのリスクが上位に挙がっています。

図表 各機能の低下状況



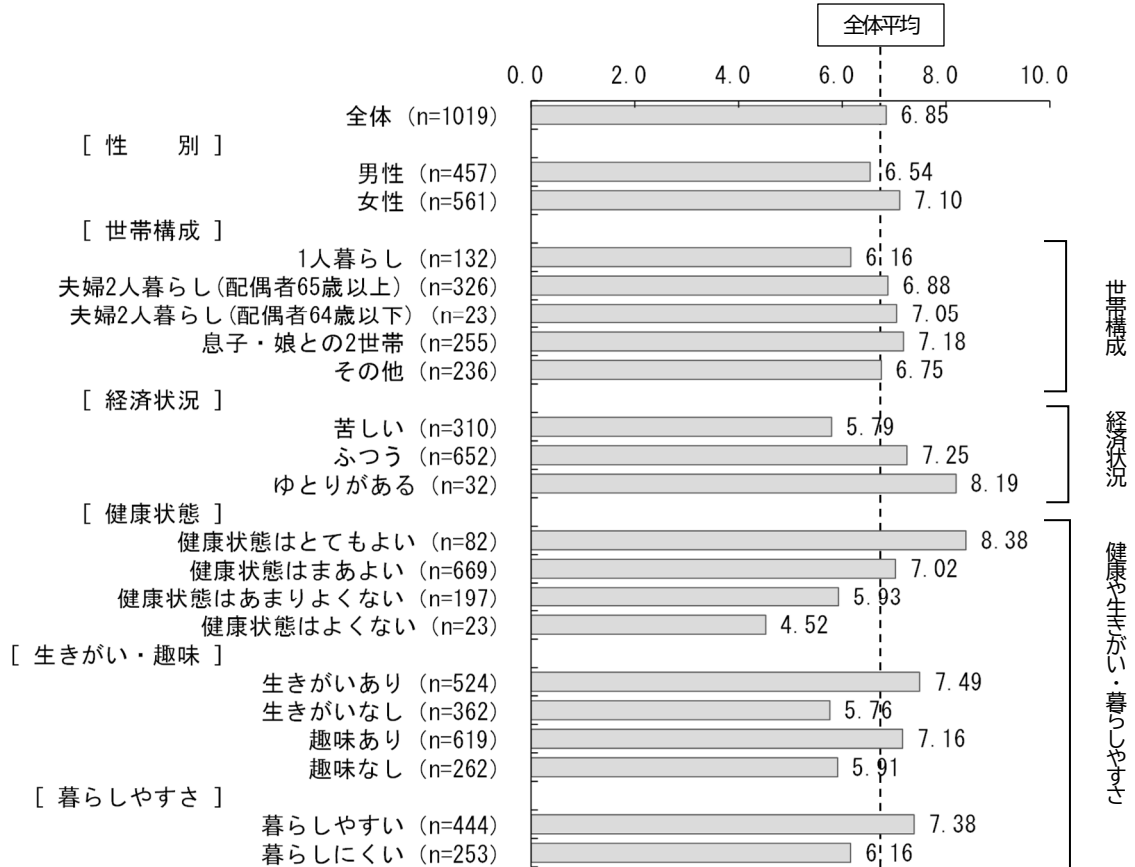
	運動機能の低下	転倒リスク	閉じこもり傾向	低栄養状態	咀嚼機能	口腔機能	認知機能	IADL (4点以下)
65～69歳 (n=247)	7.7%	30.0%	26.3%	4.0%	27.5%	19.8%	40.5%	42.5%
70～74歳 (n=275)	10.9%	35.3%	29.1%	4.7%	33.1%	28.4%	44.4%	41.1%
75～79歳 (n=195)	14.9%	28.2%	42.1%	6.2%	33.8%	23.6%	45.1%	41.0%
80～84歳 (n=142)	35.2%	40.8%	47.9%	5.6%	39.4%	31.7%	53.5%	43.7%
85～89歳 (n=108)	45.4%	41.7%	62.0%	9.3%	51.9%	39.8%	61.1%	46.3%
90歳以上 (n=49)	57.1%	34.7%	71.4%	6.1%	53.1%	55.1%	44.9%	53.1%

項目	内容
運動機能低下	運動器の機能低下を問う5つの設問で、3問以上該当する選択肢が回答された場合は、『運動器機能低下』に該当します。
転倒リスク	過去1年間に転んだ経験が1回以上ある方は『転倒リスク』の該当となります。
閉じこもり傾向	ほとんど外出しない、あるいは、週に1回程度の外出の方は『閉じこもり傾向』の該当となります。
低栄養状態	BMI (体重÷(身長×身長))が18.5未満の方は『低栄養状態』の該当となります。
咀嚼機能低下	半年前に比べて固いものが食べにくくなったと回答した方は『咀嚼機能低下』の該当となります。
認知機能低下	物忘れが多いと感じている方が『認知機能低下』がみられる高齢者になります。
IADL (手段的日常生活動作)	日常生活動作より複雑で高次な動作であるIADL (手段的日常生活動作) の低下を問う5設問で、得られた得点により、以下のように判定しています。 5点：高い、4点：やや高い、3点以下：低い

(3) 主観的な幸福感の傾向

回答者の主観的な幸福感は、健康や生きがい、経済状況、健康や生きがい・暮らしやすさなどへの影響がみられ、暮らしの経済的な安定、介護や予防体制とともに、地域や家庭での関わりが重要であることがうかがえます。

図表 主観的な幸福感の傾向

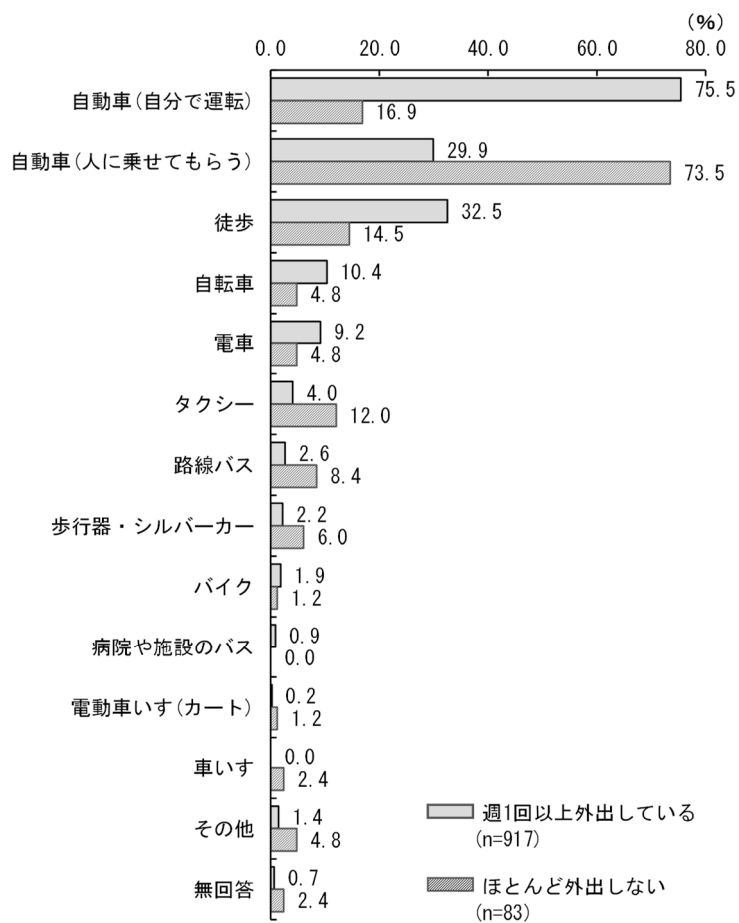


(4) 外出する際の移動手段

外出頻度別に現在利用している移動手段をみると、移動手段はいずれも自動車が最上位に挙がっています。

また、外出頻度が「週1回以上」と回答した方は“自分で運転”していますが、「ほとんど外出しない」と回答した方では、“人に乗せてもらう”と回答しています。

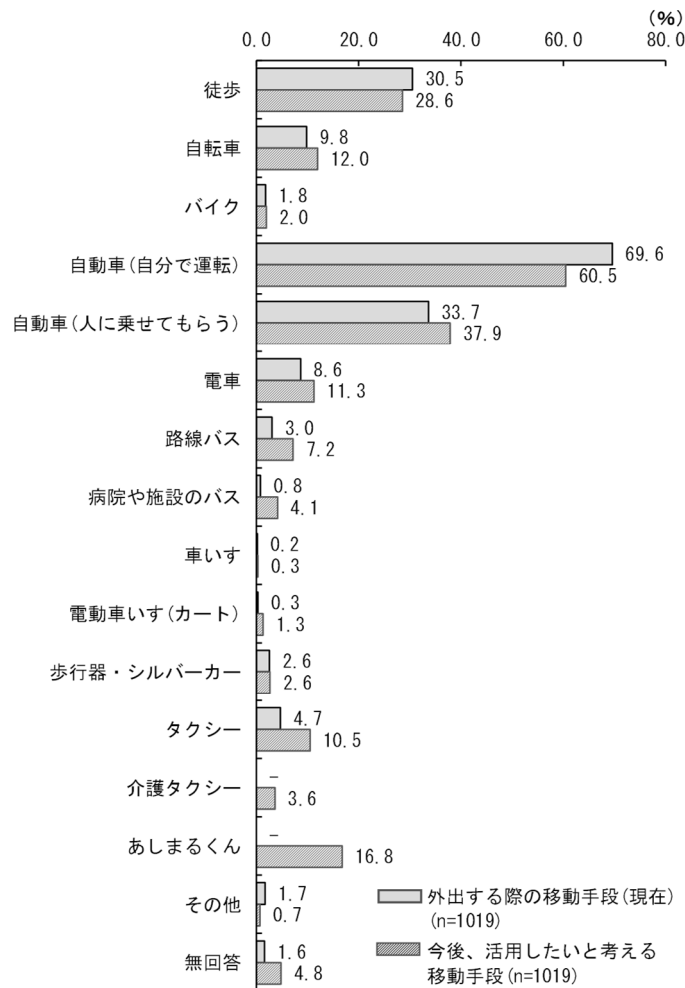
図表 外出する際の移動手段



今後活用したい移動手段と現在利用している移動手段を比較すると、いずれも自動車は今後も主要な移動手段として最上位に挙がっていますが、“自分で運転”する割合は減少、“人に乗せてもらう”割合が増加しており、外出頻度の低下や閉じこもり等の高齢による心身の機能低下が進むことも懸念されます。

なお、今後活用したい移動手段として、「介護タクシー」は3.6%、「あしまるくん」は16.8%を占めています。

図表 外出する際の移動手段
(現在・今後活用したい移動手段)

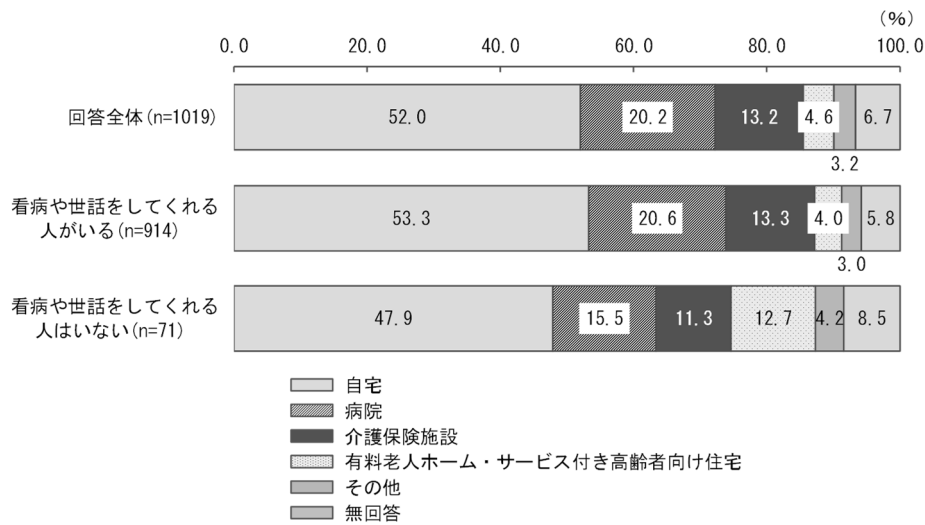


(5) 人生の最期について

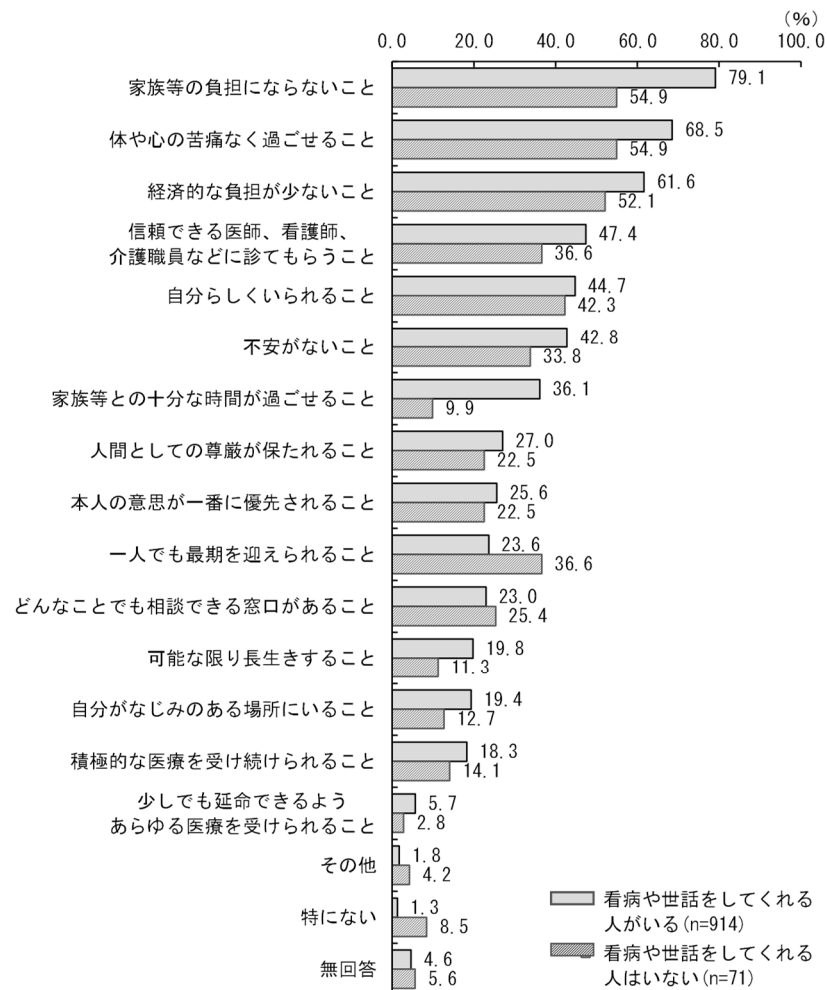
人生の最期をどこで最期を迎えることを希望するかについて、回答全体の半数以上(52.0%)が「自宅」と回答し、看病や世話をしてくれる人の有無に関わらず、「自宅」を希望する割合は、最上位に挙がっています。

また、人生の最期をどこで迎えたいかを考える際、重要なこととして、「家族等の負担にならないこと」を最上位に挙げており、こうした希望に対応できる支援環境を構築していただくことが求められています。

図表 どこで最期を迎えることを希望するかについて



図表 人生の最期をどこで迎えたいかを考える際、重要なこと



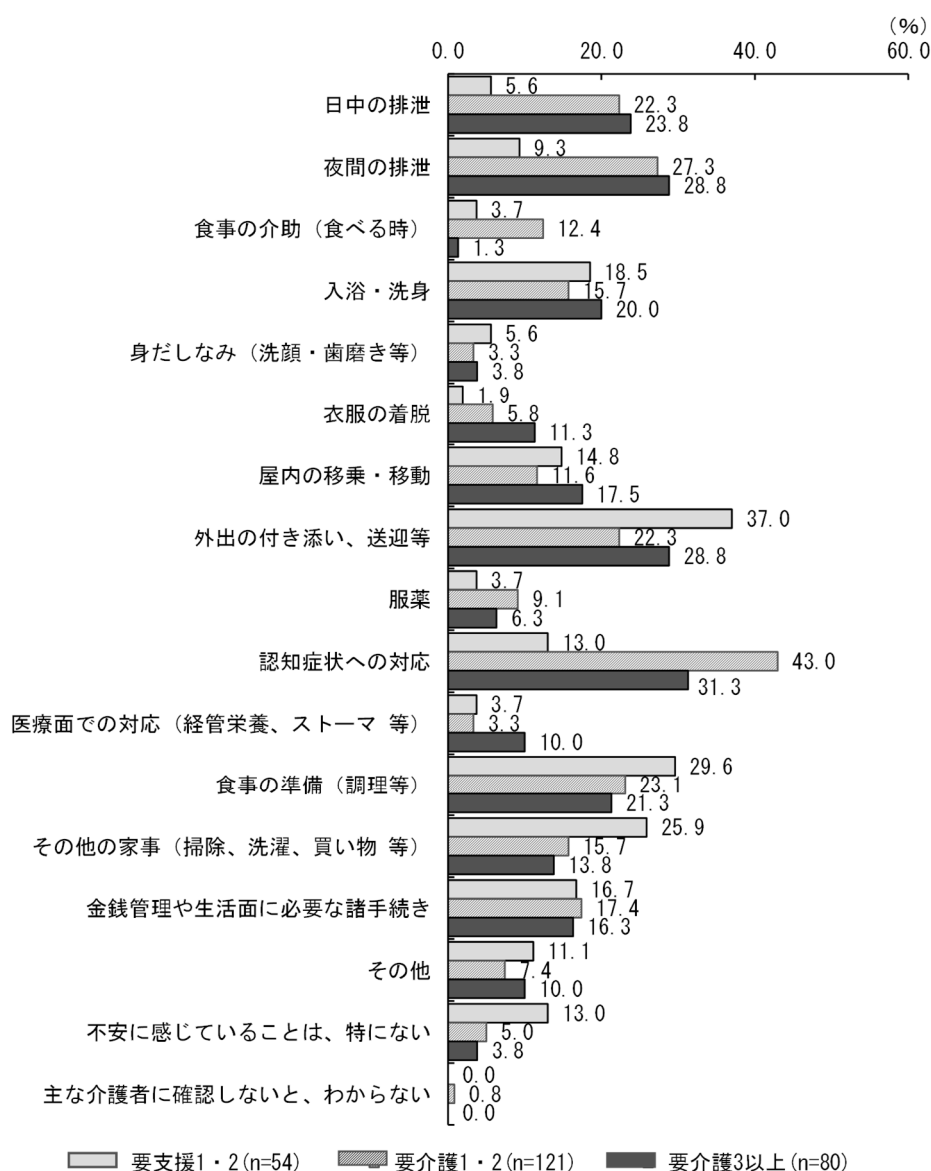
3 在宅介護実態調査結果

(1) 現在の生活を継続していくにあたって主な介護者が不安に感じる介護等

現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方（n=255）が不安に感じる介護として、要支援1・2では、「外出の付き添い、送迎等」、「食事の準備（調理等）」、要介護1・2、要介護3以上では「認知症状への対応」、「夜間の排泄」を上位に挙げています。

こうした、主な介護者の不安を軽減し、在宅限界点を向上させるために必要な支援・サービスの提供体制を構築する際の視点として、主な介護者の方の不安をいかに軽減していくかに焦点を当てることが重要であると考えられます。

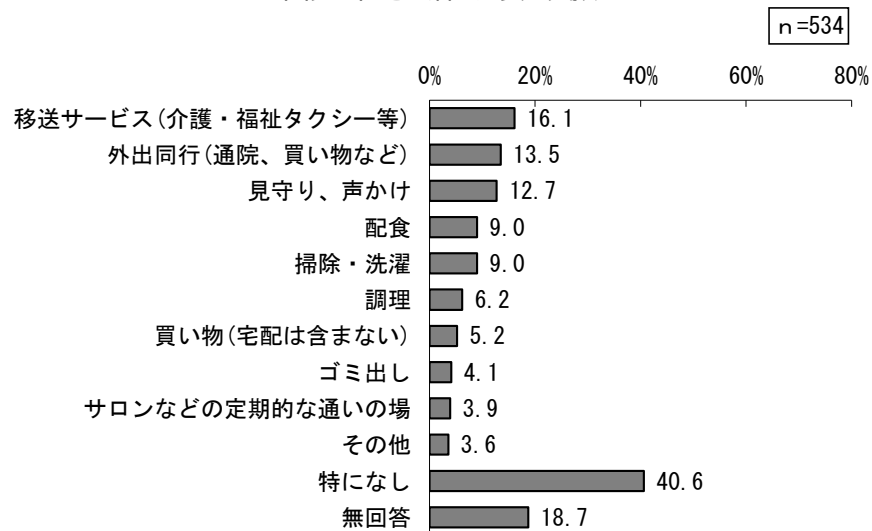
図表 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安に感じる介護等



(2) 在宅生活に必要な支援

在宅生活に必要な支援については、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」が 16.1%と最も多くなっています。次いで「外出同行(通院、買い物など)」が 13.5%、「見守り、声かけ」が 12.7%となっています。また「利用していない」は 40.6%となっています。

図表 在宅生活に必要な支援



第3節 第8期計画の振り返り

1 介護保険事業の運営

(1) 計画値の検証

近年の介護保険事業の運営状況として、令和3年度、令和4年度の実績値は、第1号被保険者数と在宅サービスの給付費を除き、計画値内で推移しています。

図表 計画値における実績値との比較

(単位：人・％・千円)

	第7期					
	令和2年度			累計（平成30年度～令和2年度）		
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
第1号被保険者数	5,401	5,501	101.9	16,121	16,536	102.6
要介護認定者数	1,338	1,218	91.0	3,837	3,638	96.0
要介護認定率	24.8	22.1	89.1	23.8	22.3	93.7
総給付費	1,657,009	1,766,405	106.6	4,900,370	4,987,659	101.8
施設サービス	873,944	991,915	113.5	2,621,117	2,767,610	105.6
居住系サービス	106,172	132,667	125.0	315,950	354,991	112.4
在宅サービス	676,893	641,823	94.8	1,963,303	1,865,058	95.0
第1号被保険者1人当たり給付費	307	321	104.6	304	302	99.3

	第8期					
	令和3年度			令和4年度		
	計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
第1号被保険者数	5,341	5,459	102.2	5,317	5,377	101.1
要介護認定者数	1,257	1,190	94.7	1,249	1,155	92.5
要介護認定率	23.5	21.8	92.8	23.5	21.5	91.5
総給付費	1,786,304	1,728,816	96.8	1,776,473	1,631,946	91.9
施設サービス	1,016,630	964,223	94.8	1,021,101	874,637	85.7
居住系サービス	142,549	131,338	92.1	142,627	135,899	95.3
在宅サービス	627,125	633,255	101.0	612,745	621,410	101.4
第1号被保険者1人当たり給付費	334	317	94.9	334	304	91.0

【実績値】「第1号被保険者数」、「要介護認定者数」、「要介護認定率」は厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」。「総給付費」は厚生労働省「介護保険事業状況報告」

【計画値】介護保険事業計画にかかる保険者からの報告値

※「第1号被保険者1人当たり給付費」は「総給付費」を「第1号被保険者数」で除して算出

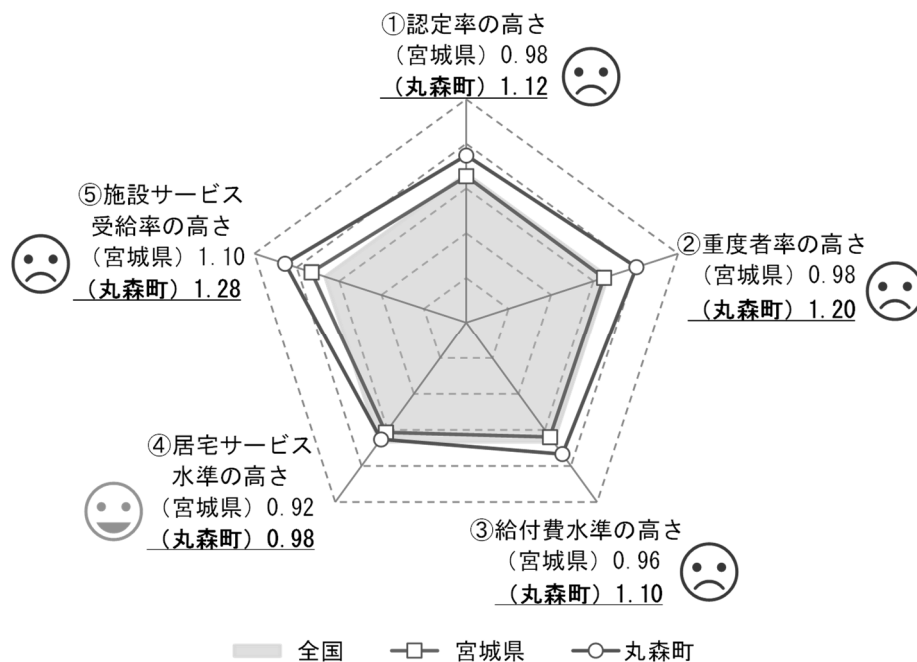
資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(2) 本町の給付状況の位置付けの比較・整理

本町の給付状況に関わる次の5つの指標から全国値、宮城県、本町の状況を比較すると、①認定率の高さ、②重度者率の高さ、③給付費水準の高さ、⑤施設サービス受給率の高さは、全国の水準よりも高くなっており、高齢化の進行により認定者の重度化が進み、給付費についても高まっているとみられます。

また、④居宅サービス水準の高さは全国値と同程度となっています。

図表 各指標について全国を1とした場合の比較



区 分	令和4年9月実績値			全国を1とした場合の比較		
	全国	県	丸森町	全国	県	丸森町
①認定率の高さ	19.4	19.1	21.8	1.00	0.98	1.12
②重度者率の高さ	34.5	33.7	41.6	1.00	0.98	1.20
③給付費水準の高さ	23,045	22,099	25,354	1.00	0.96	1.10
④居宅サービス水準の高さ	101,475	93,456	99,220	1.00	0.92	0.98
⑤施設サービス受給率の高さ	13.7	15.0	17.6	1.00	1.10	1.28

各指標：①第1号被保険者のうち認定を受けている人の割合

④居宅受給者1人当たりの居宅給付費

②認定者のうち要介護3以上の人の割合

⑤認定者のうち施設サービスを受給している人の割合

③第1被保険者1人当たりの給付費

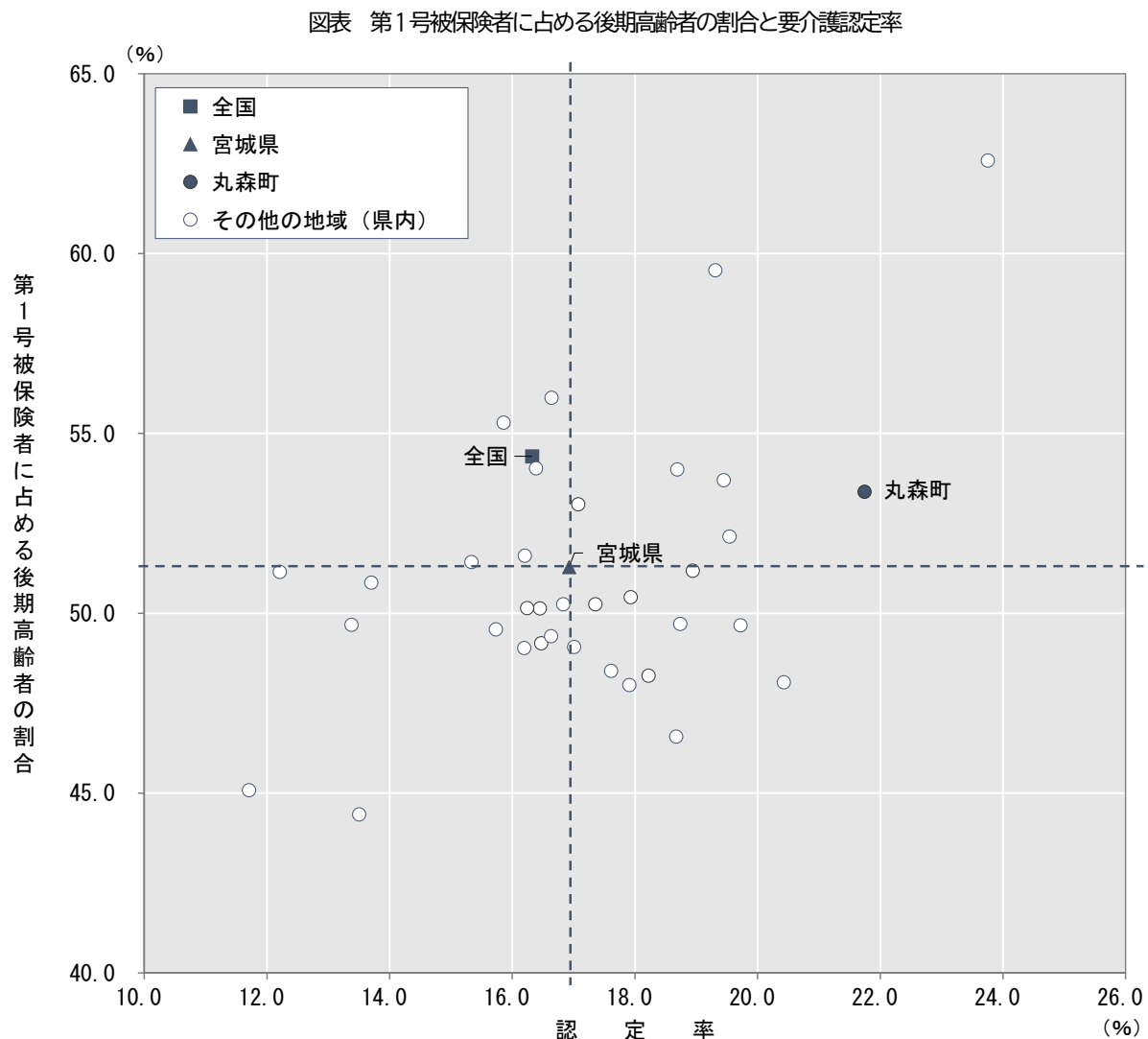
資料：介護保険事業状況報告月報（令和4年9月末日現在）

また、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを用い、本町における給付実績の位置付けとして、全国、宮城県、県内市町村との、①高齢化の進行状況と要介護認定率、②1人当たりの給付月額における在宅・施設サービスのバランス、③1人当たりの給付額から比較を行い、本町の給付状況の位置付けを次のとおり整理します。

① 高齢化の進行状況と認定率

高齢化の進行状況として、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合と認定率から、本町の位置付けを整理します。

一般的に第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が高いほど、認定率も高くなると考えられ、本町の高齢化の進行状況は県平均よりも高く、認定率も県内で特に高くなっています。



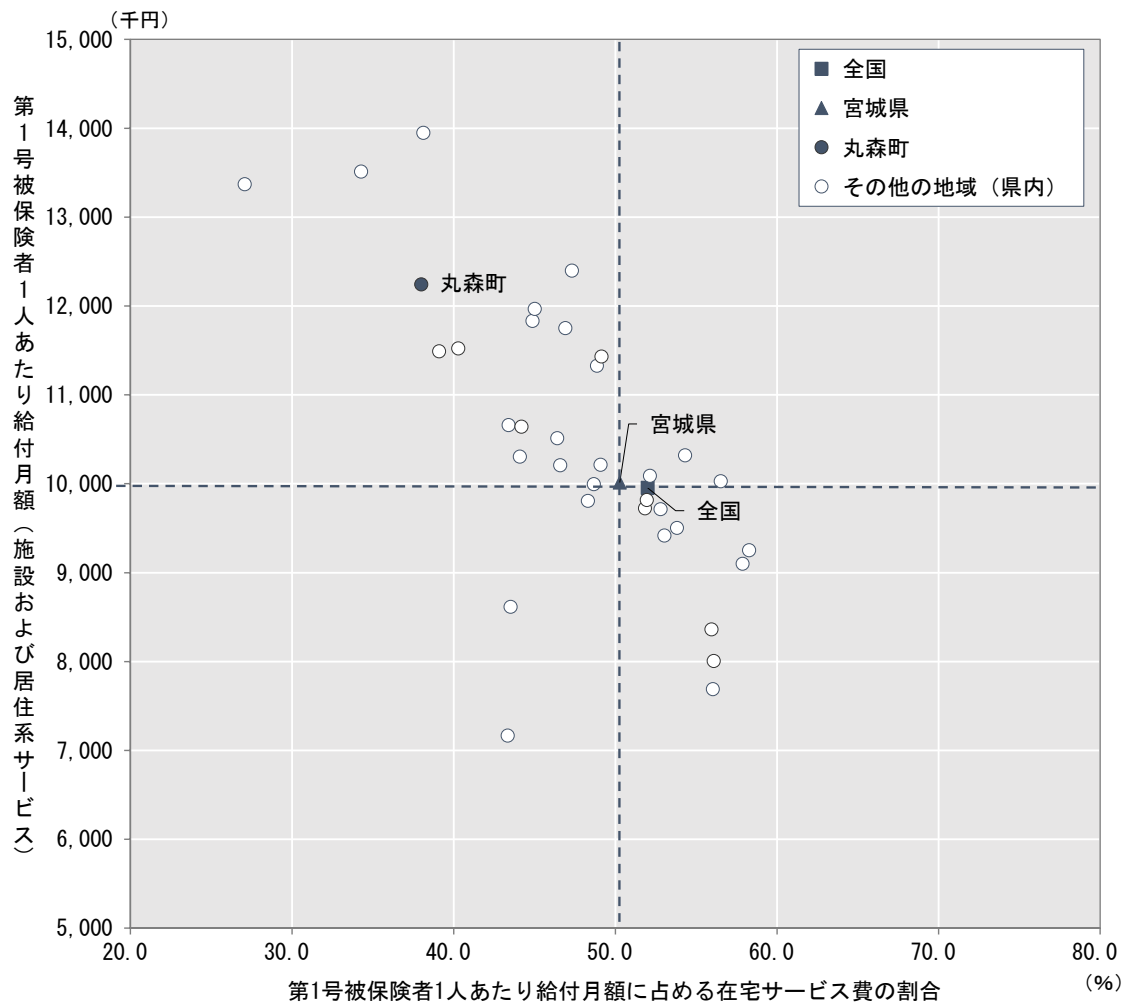
資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（令和4年介護保険事業状況報告（年報））

② 1人当たりの給付月額における在宅及び施設・居住系サービスのバランス

1人当たりの給付月額の状況から在宅及び施設・居住系サービスのバランスから、本町の位置付けを整理します。

本町においては、施設及び居住系サービスの1人当たりの給付月額は県平均よりも高い一方、給付費に占める在宅サービス費は県平均より低くなっており、施設・居住系サービスのニーズが高いことがうかがえます。

図表 1人当たりの給付月額における施設及び居住系サービスと在宅サービス費の割合

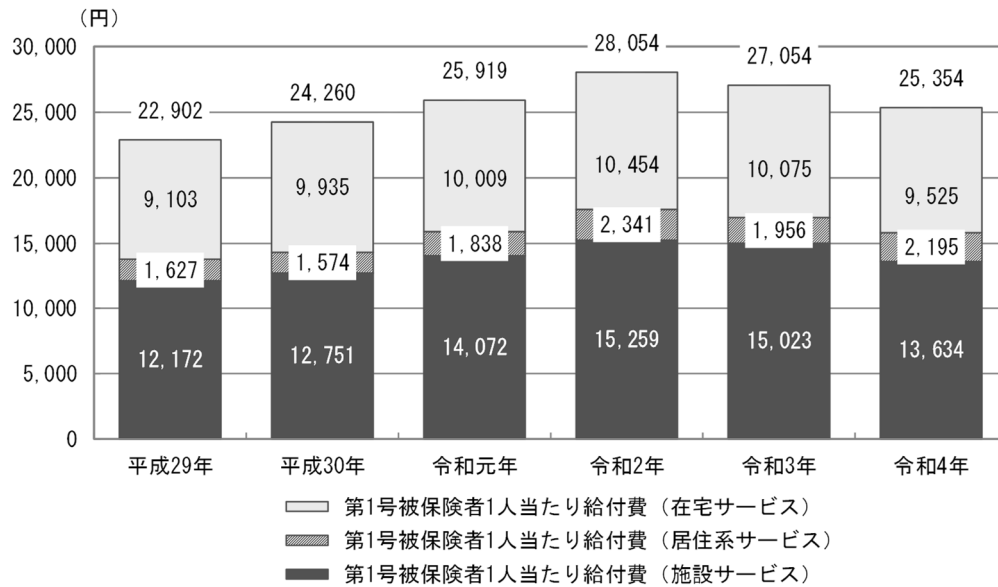


資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（令和4年介護保険事業状況報告（年報））

③ 1人当たりの給付額の推移

1人当たりの給付費の推移は、平成29年以降は増加傾向にありましたが、令和3年には減少に転じ、令和4年現在では25,354円となっております。

図表 1人当たりの給付額の推移
(平成29年～令和4年)



資料：保健福祉課（各年9月現在）

2 高齢者保健福祉施策の取組

第8期の計画期間における取組状況や主な課題を次のとおり整理します。

施策1 健康長寿のための介護予防と健康づくりの推進

- 介護予防では、「すこやか生活応援講座」の実施や「いきいき元気クラブ」による認知症・閉じこもり予防などのプログラムを提供、地域の運動サロンに対する活動支援として実践講座を開催するなど介護予防・重度化防止に取り組めました。今後も介護予防の取組みを継続し、効果的な周知と対象者への積極的な参加を促していく必要があります。
- 健康づくりでは、「健康づくり相談」・「生活習慣病予防教室」・「こころの相談」等の健康づくりへの支援に取り組めました。また健康づくり推進に伴うリーダーの養成・育成として、保健推進員や食生活改善推進員への研修会等を開催しました。
- 町が実施した成人健康診査、国保特定健康診査、後期高齢者健康診査の結果から生活習慣病のリスクが高い方を対象として、特定保健指導や情報提供、受診勧奨を行いました。
- 生きがいづくり活動では、各老人クラブへの自主的に活動できる支援や、シルバー人材会員の技術と求められる作業のマッチングを図るなど、それぞれの特性に応じた支援が求められています。

施策2 地域による支え合いと高齢者支援の推進

- 生活支援体制整備事業において、地域主体の給食サービス等の新たなサービスを創出するなど、地域による支え合いに取り組めました。
- 高齢者見守り体制の確保のため、協力団体の拡充とともに、現存する高齢者見守りネットワークの見直しや再構築が求められます。
- 虐待被害や消費者被害への対策として、高齢者権利擁護講演会の実施や啓発グッズの配付を行いました。早期の相談へつなげられるよう、各相談窓口となる地域包括支援センターの周知が課題となっています。
- 成年後見制度については、制度の正しい理解や制度の普及啓発に加え、多様化・複雑化するケースに対応できるよう、支援者等の連携を強化していく必要があります。

施策3 地域生活を支えるサービスの充実

- 生きがい活動だけでなく、高齢者の自立した生活を目的とした支援として、シルバー人材センターに業務委託し、調理や清掃等の生活支援サービスを実施しました。
- 在宅生活を支えるため、「訪問理美容サービス」や「給食サービス」に取り組み、地域内の移動手段の確保への協議を進めながら、運転免許自主返納支援事業を継続して行います。
- 在宅医療・介護連携の推進に向けて、共通様式を用いた勉強会の実施や、「医療・介護従事者連携のための情報誌」の作成に取り組みました。また、仙南医療圏の地域包括支援センターの情報交換会や研修会に参加し、市町間の連携に努めました。
- 介護者への支援として、「家族介護教室」や「家族介護者交流事業」を開催し、家族介護者の心身のケアやリフレッシュの機会となるよう内容の充実を図り、在宅介護の継続につなげています。

施策4 認知症対策の強化

- 認知症への理解を促すために、「丸森町認知症支援ガイド（認知症ケアパス）」の配付や認知症サポーター養成講座を実施しました。高齢者世代に限らず、幅広い世代への普及啓発をするとともに、複合的な課題に対して対応できるよう、関係機関との連携強化を図る必要があります。
- 認知症初期集中支援チームによる会議や認知症カフェを開催し、認知症早期の発見と受診に向けた取組みに努めました。課題として、支援対象者となるケースが少なく、また早期に医療がつながったあとの介護保険サービス以外の支援が少ないため、現状の把握と検討が求められています。しかしながら支援対象者となるケースが少ないため、事前の総合相談のあり方や支援が必要な高齢者の把握方法については、検討していく必要があります。

施策5 福祉・介護人材の確保・育成と業務効率化の推進

- 福祉・介護人材の確保として、介護資格取得支援事業に取り組みました。今後は人材の資質向上や離職防止を図るため、介護資格取得支援事業の継続をし、仕事へのやりがいや働き続けられる支援について検討します。

施策6 災害・感染症への対応

- 災害時の支援体制の整備として、「避難行動要支援者名簿」の更新を行いました。行政運営推進委員や民生委員・児童委員等からなる避難支援等関係者と連携・協力し、今後も継続した対象者の把握及び名簿登録者の更新を行います。
- 「災害時における避難者受け入れに関する協定」について町内事業所と見直し・締結（更新）し、福祉避難所の設置や運営マニュアルを整備するなど、災害時を想定した事業所との連携に努めました。
- 感染症対策として、介護事業所に対し、感染症対策に関する国や県からの情報を提供し、感染症発生時に備えた物資の備蓄・調達等を行いました。今後も感染症発生時に備えた体制整備を継続するとともに、介護事業所等と連携・協力した感染症対策の普及啓発を図ります。

施策7 地域包括支援センターの運営・評価

- 地域包括支援センターでは、相談窓口の周知や福祉サービスの情報提供、困難事例に対応するための地域ケア会議を開催し、相談体制整備に取り組みました。今後は、多様化・複雑化している相談内容に対応できるよう、職員間や地域の支援者、関係機関との連携を強化すると同時に、業務の効率化を図る必要があります。

施策8 介護保険制度の円滑な運営

- 介護認定の適正化を図るため、認定調査全件の事後確認を行うなど、同じ条件の下で公平に認定が行われるよう努めました。
- 介護保険制度の普及啓発においては、65歳到達の被保険者証発送時のリーフレット配付や、窓口での制度説明時のパンフレット配付を行いました。今後も従来どおりの説明を継続し、必要な場合には会議等での介護保険制度の積極的な説明を行い、仕組みの周知を図ります。
- 高齢化の進行に伴う介護ニーズの増大に合わせた低所得者への配慮として、低所得者保険料軽減負担事業や、高額介護（介護予防）サービス費等利用者負担軽減制度を実施しました。

第4節 計画課題の整理

前項までの現況及び課題を踏まえつつ、本計画期間において取組みが望まれる計画課題を次のように整理します。

課題1：介護予防と保健事業の一体的推進

- 介護予防の取組みについては、引き続き介護予防に対する理解を高め、様々な視点から心身機能が低下したり、生活習慣病、要介護状態にならないよう、介護予防・日常生活支援総合事業をはじめとする事業展開が求められます。フレイル予防については、介護予防の側面からだけでなく、保健事業と一体的に推進することで、より効果的・効率的に進めていく必要があります。
- 生活習慣病をはじめとした各種疾病を発症後も、早期発見・早期治療につなげるよう、受診しやすい体制の確保や受診率向上を目的とした普及啓発が求められます。

課題2：地域で自立して暮らし続ける仕組みづくり

- 高齢化が進展していく中で、「老老介護」、「8050問題」、「ヤングケアラー」など、介護者の介護負担に伴う健康や経済的な問題、学業や友人関係に影響を及ぼすなどの複合的な課題が増えています。これからの生活に不安を感じる方々のうち、自ら支援を求めることができない方や、支援につながることに拒否的な方などを対象として、本人と直接かつ継続的に関わるための支援体制の構築を図り、適切な支援につなげることで、要介護者やその家族が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう包括的な支援の仕組みが求められます。
- 高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、行政や専門職による支援だけでなく、地域による支え合いも含めた生活支援体制の充実を図っていく必要があります。
- 「地域共生社会」の実現のため、高齢者のみならず、障害者や子どもなど生活上の困難を抱える方が地域において、自立した生活を送ることができるよう、伴走型の相談支援、参加支援及び地域づくりに向けた支援を一体的に実施する重層的体制整備事業について、関係部署とともに取り組んでいくことが求められます。

課題3：認知症高齢者への支援

- 認知症になっても本人の意思が尊重されるよう、認知症の方やその家族が尊厳を持ち、地域で自分らしく暮らし続けるために、認知症に対する社会の理解を深め、家族の身体的・精神的負担の軽減を図るとともに、適切な情報発信、在宅生活の継続を目的とした見守りなど、支援の充実を図る必要があります。
- 成年後見制度の利用を必要とする人が尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制の整備等を目指すため、成年後見制度利用促進計画に基づき、相談支援体制の充実や地域連携ネットワークづくり、正しい制度理解のための普及啓発等、本人やその家族に、早い段階から関わり、当事者の視点を重視することを基本としつつ、一人ひとりの状況に応じた適切なサポートにつなげる仕組みづくりが求められます。

課題4：地域包括ケアシステムの深化・推進

- 地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、ケアマネジメントに基づき、多様な主体によるサービスの提供について検討を行うなど、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていく必要があります。同時に、近年の相談内容の多様化・複雑化を受け、迅速な解決を図るため、業務内容の分析・効率化が求められます。
- 医療や介護を受けながら住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには、自らが望む人生の最終段階における医療や介護のあり方について、早い段階から家族などと話し合い、本人が意思を示せなくなった場合でも関係者に伝えられる仕組みづくりが重要であり、引き続き啓発活動を行っていく必要があります。

課題5：持続可能な介護保険制度・サービス提供基盤の維持・確保

- 介護サービスは、利用者やその家族の生活のために欠かせないものであり、災害や感染症の発生時においてもサービス提供の継続が求められます。その時代や生活環境に即した対応を取るためにも、事業所をはじめとした関係機関との密な連携、公正な制度の運営が重要となっています。
- 国内の15歳から64歳までの生産年齢人口の減少による介護人材不足が見込まれ、サービス提供基盤にも大きく影響してくることが懸念されます。そのため、引き続き中長期的な視点に立ってサービス提供基盤や支援体制の構築とともに、デジタル技術を活用した業務の効率化や、安心して働き続けられる環境を提供し、人材の定着を図る必要があります。

- 本町においては、給付費に占める在宅サービス費が国県平均と比較して低い水準となっていますが、住民主体の通いの場や地域内の支え合い等が充実していることもあり、必要なサービスは利用できる状況です。

しかしながら、将来的には少子高齢化の進展に伴い在宅サービスの重要度が高まると予想されるため、必要なサービスが適切に利用できるよう、体制を整備する必要があります。

課題6：健康に暮らせる安全・安心な地域づくり

- 介護予防サークルの支援や、健康づくりリーダーの養成・育成など、活動団体が自主的に活動できるよう、活動の普及啓発が必要です。また、利用者本人にあった活動とサービスをマッチングさせる支援の充実も必要です。
- 加齢により「閉じこもり」のリスクが高まった場合でも、住み慣れた地域で安全・安心な暮らしが続けられるよう、地域主体の通いの場の充実や、移動支援の利便性の向上が必要です。
- 近年の大規模な自然災害や新型コロナウイルス感染症拡大の経験を踏まえた対策が不可欠です。災害時対応の実効性を確保するため、関係機関と連携・協力し、災害避難者の受け入れに関する協定を締結する事業所等の拡大を図る必要があります。

第3章 計画の基本的な考え方

第3章 計画の基本的な考え方

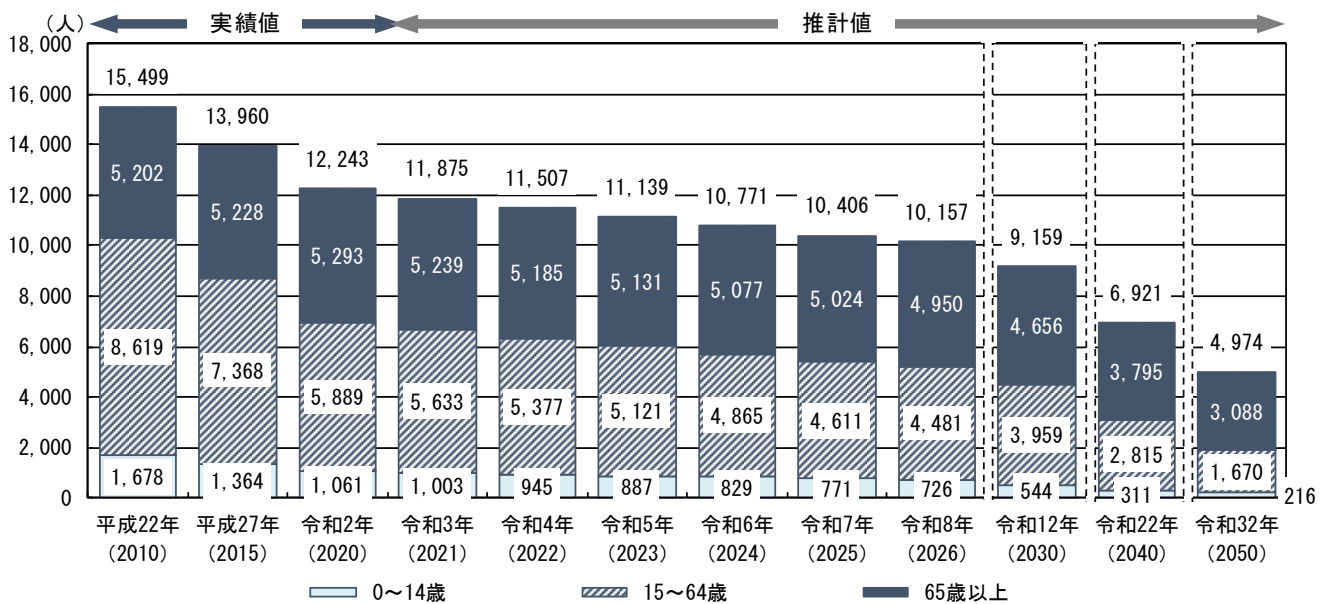
第1節 計画期間の高齢者等の状況

計画期間における高齢者及び要介護認定者等の見込みは次のとおりです。

1 総人口・高齢者人口推計

本町の総人口等を、計画期間（令和6年～令和8年）及び令和12年、令和22年、令和32年について推計すると、本計画最終年度である令和8年の総人口は10,157人、令和22年には6,921人、令和32年には4,974人となる見込みです。

図表 計画期間における総人口・高齢者人口（推計値）
（平成22年～令和32年）

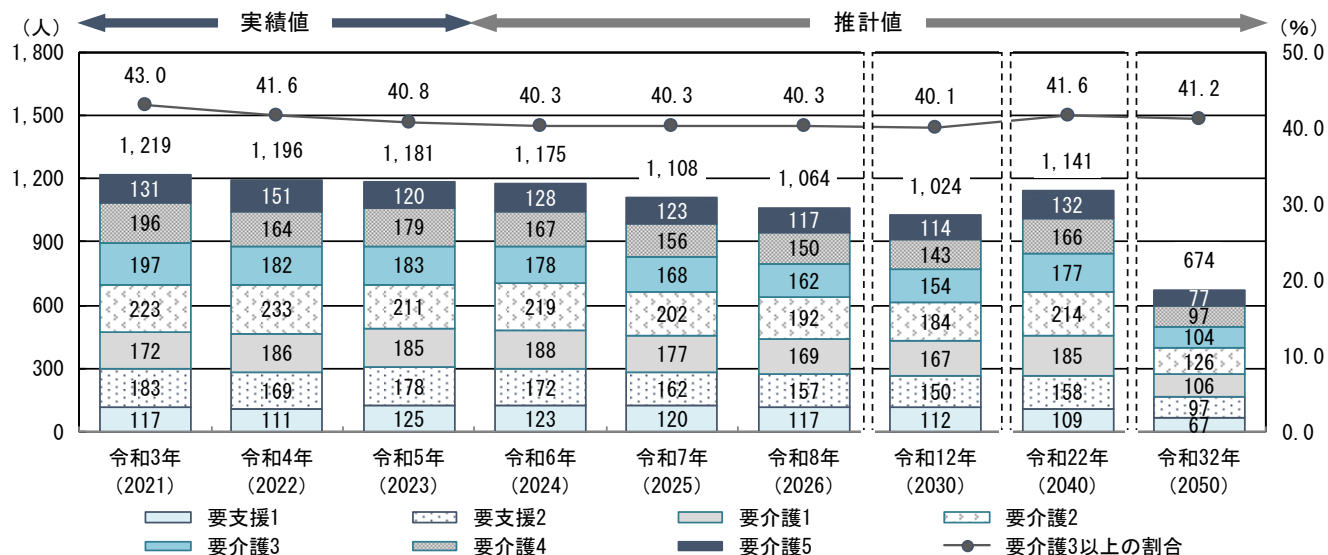


資料：実績値は国勢調査、国立社会保障人口問題研究所（令和5年12月）推計
（推計値はコーホート法に基づく）

2 要介護・要支援認定者の推計

本町における要介護・要支援認定者の推計では、本計画の最終年である令和8年の要介護・要支援認定者は、1,064人となる見込みです。

図表 計画期間における要介護・要支援認定者の見通し（推計値）
（令和3年～令和32年）



資料：介護保険事業状況報告をもとに推計

第2節 第9期介護保険サービス等の見込み

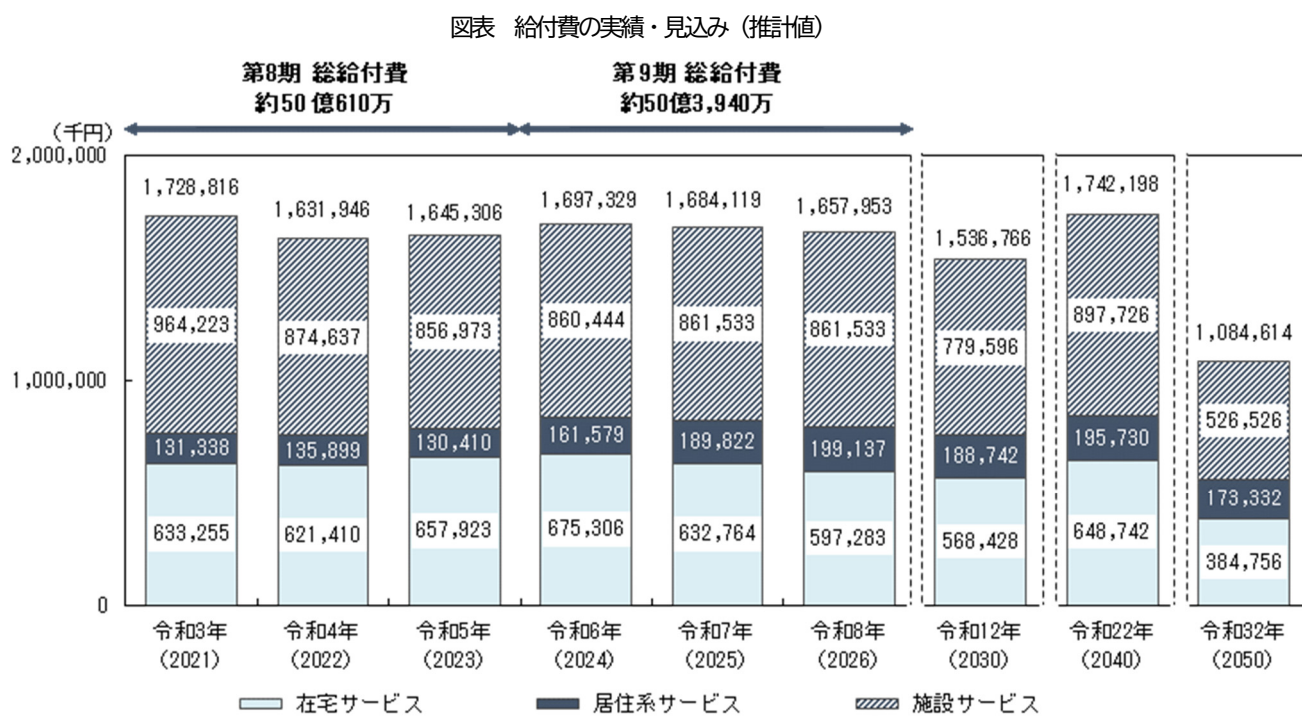
1 介護サービス量の推計にあたって

(1) 事業量及び給付費の推計の考え方

推計にあたっては、令和3年度から令和5年度までの実績を基礎データとし、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムにて事業量及び給付費の見込みを算出しています。

(2) サービスの利用見込み（給付費）

推計結果から、本計画期間における介護サービスの給付費は、3年間で約50億円となる見込みです。



2 介護サービス量の見込み

(1) 介護給付に係るサービス量

図表 介護給付に係るサービス量

(単位：回・人・日/1か月当たり)

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎居宅サービス				
訪問介護	回数	1,907.1	1,801.5	1,666.5
	(人数)	91	85	79
訪問入浴介護	回数	142.5	138.1	128.0
	(人数)	30	29	27
訪問看護	回数	224.9	208.5	195.5
	(人数)	27	25	23
訪問リハビリテーション	回数	121.9	110.1	110.1
	(人数)	10	9	9
居宅療養管理指導	人数	42	41	39
通所介護	回数	1,475.3	1,422.5	1,350.6
	(人数)	164	158	150
通所リハビリテーション	回数	947.9	859.9	819.9
	(人数)	120	109	104
短期入所生活介護	日数	522.9	497.9	472.1
	(人数)	73	69	66
短期入所療養介護(老健)	日数	180.5	170.8	154.2
	(人数)	30	29	27
短期入所療養介護(病院等)	日数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	日数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
福祉用具貸与	人数	296	292	278
特定福祉用具購入	人数	7	6	6
住宅改修	人数	2	2	2
特定施設入居者生活介護	人数	22	22	22
◎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	2	2	2
夜間対応型訪問介護	人数	0	0	0
地域密着型通所介護	回数	126.6	115.5	110.0
	(人数)	17	16	15
認知症対応型通所介護	回数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(単位：回・人・日/1か月当たり)

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
小規模多機能型居宅介護	人数	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	人数	32	41	44
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数	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	56	56	56
看護小規模多機能型居宅介護	人数	4	3	3
◎介護保険施設サービス				
介護老人福祉施設	人数	138	138	138
介護老人保健施設	人数	66	66	66
介護医療院	人数	0	0	0
◎居宅介護支援	人数	423	382	353

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(2) 介護予防給付に係るサービス量

図表 介護予防給付に係るサービス量

(単位：回・人・日/1か月当たり)

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	回数	5.6	5.6	5.6
	(人数)	1	1	1
介護予防訪問看護	回数	17.8	17.8	17.8
	(人数)	2	2	2
介護予防訪問リハビリテーション	回数	41.5	41.5	41.5
	(人数)	5	5	5
介護予防居宅療養管理指導	人数	1	1	1
介護予防通所リハビリテーション	人数	21	21	21
介護予防短期入所生活介護	日数	16.5	16.5	16.5
	(人数)	3	3	3
介護予防短期入所療養介護（老健）	日数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	日数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	日数	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人数	70	68	67
特定介護予防福祉用具購入	人数	2	2	2
介護予防住宅改修	人数	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	人数	4	4	4

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

(単位：回・人・日/1か月当たり)

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎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	0.0	0.0	0.0
	(人数)	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数	2	2	2
◎介護予防支援	人数	82	77	75

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

3 介護予防・日常生活支援総合事業

図表 介護予防・日常生活支援総合事業

(単位：人/1か月当たり)

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎介護予防・日常生活支援総合事業				
訪問介護相当サービス	人数	9	9	9
通所介護相当サービス	人数	66	66	66

資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

第3節 基本理念・基本目標

1 基本理念



いくつになっても元気で支え合い、

安心して笑顔で暮らし続けられるまちづくり



平均寿命の延伸とともに、今後人生 100 年時代を迎える中で、何歳になっても元気で自分らしく生活することは、誰もが望んでいることです。

そのためには、自分自身が健康であることはもちろんですが、持っている知識や経験を地域社会に役立てることができる環境や、お互いに助け合って支え合う、参加と協働の地域づくりを推進することも重要となります。

一方で、核家族や単身世帯の増加、少子高齢化の進行とともに、近所付き合いの薄れなど、地域や暮らしにおける人と人とのつながりが希薄になり、地域で支え合い、助け合う基盤も弱まってきています。そのため、住み慣れた地域で様々な困難に直面した場合に助け合うことで、その人らしい生活を送ることができる「地域共生社会」の実現が求められています。

今後は、日常生活を送る上で様々な支援を必要とする高齢者の増加が予測されることから、住み慣れた地域で安心して生活が続けることができるよう、行政、住民、介護事業者、医療機関などが連携・協力して高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を加速させていく必要があります。

本計画では、これらの状況や第五次丸森町総合計画の基本方針などを踏まえ、第 8 期計画に引き続き「いくつになっても元気で支え合い、安心して笑顔で暮らし続けられるまちづくり」を基本理念とし、第 6 期より続く地域包括ケアシステムの深化・推進に引き続き取組むこととします。

2 施策展開の考え方

介護保険事業計画は、第6期から「地域包括ケア計画」として位置付けられており、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）までの各計画期間を通じて、地域包括ケアシステムを段階的に構築していくこととされています。加えて、現役世代人口の減少が加速する中、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）を念頭に置き、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えることが求められています。

このことから、国の基本指針に基づき、これまで取組んできた高齢者の自立支援と要介護者の重度化防止、介護予防や健康づくりの推進、関係者の連携・協力による地域課題の把握と解決に加え、高齢者の住まいの確保や認知症施策の充実に努めるとともに、近年の新たな課題とされる災害や感染症への対策も踏まえながら、支援を必要とする方を地域で支える体制づくりを着実に進め、地域における安心した生活の実現を目指します。

3 計画の基本目標

基本理念「いくつになっても元気で支え合い、安心して笑顔で暮らし続けられるまちづくり」の実現とともに、生涯にわたり住み慣れた地域で自分らしく生活を営むことができる地域包括ケアシステムの深化・推進にむけて、次のような基本目標を掲げ、高齢者保健福祉施策及び介護保険事業の持続可能な運営に取り組めます。

基本目標1：生きがいをかなえられる身体（からだ）づくり

健康寿命の延伸のためには、生きがいや楽しみを持ち続け、心の健康を保つことが欠かせません。いくつになっても学び、様々な人たちと関わり、自分らしく充実した暮らしができるよう、高齢者の生きがいづくり支援に取り組めます。

また、元気に活動する上で、体の健康も欠かせません。日常の健康づくりや保健事業に加えて、効果的な介護予防の推進に向けて取り組めます。

基本目標2：みんなで支え合う地域づくり

いくつになっても、住み慣れた地域での生活を継続していくことができるよう、地域における身近な支え合いとともに、高齢者のニーズや状態に応じた様々な生活支援サービスを、継続的・包括的に提供できるような体制づくりを推進します。

さらに、長寿社会の進展に伴い、複合的な課題を持つ認知症高齢者の増加も予測されるため、認知症に関する知識の普及啓発に加え、早期発見・診断・対応の仕組みづくり、家族介護者の負担軽減など、認知症高齢者やその家族が安心して生活できる地域づくりに取り組みます。

そのほか、虐待などから高齢者を守り、尊厳ある暮らしを実現していくために、地域での見守り活動など、早期発見のためのネットワークの強化を目指します。

基本目標3：安心して暮らし続けるための基盤づくり

災害時の支援体制の整備や日常の安全対策、感染症への対応力の一層の強化など、高齢者が安心して暮らし続けるための基盤づくりは、住み慣れた地域でいつまでも安心して自立した生活を送る上で重要となります。

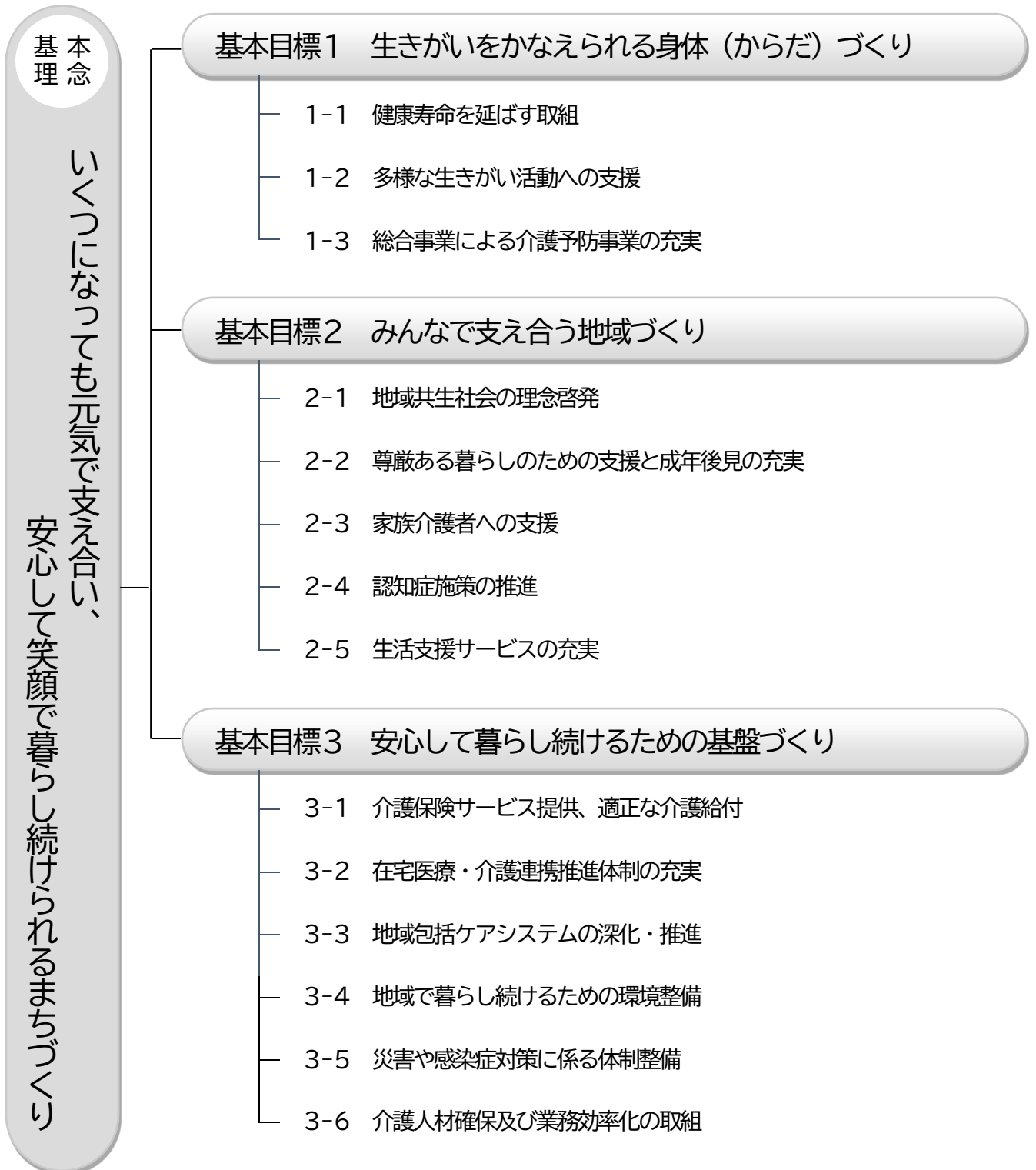
特に本町は集落が広範囲にわたること、多様な地理的条件等もあり、地域での生活を継続していく上で、移動手段の確保が課題であるため、移動手段を持たない高齢者の不安の解消に向けて取り組みます。

また、介護保険制度においては、必要となるサービスの確保や要介護度の重度化等による負担増が懸念されています。そのため、介護給付の適正化に努め、介護を必要とする方の望む支援を適切に提供できるよう、介護保険サービスの充実に取り組んでいくとともに、提供するサービスの質の向上に努めるなど、介護保険制度の円滑で安定した運営を実現します。

第4節 施策体系

本計画の施策体系は次のとおりです。

図表 施策体系



第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標1 生きがいをかなえられる身体（からだ）づくり

1-1 健康寿命を延ばす取組

1. 実施方針

- 高齢者が要介護状態になることの予防、要介護状態の場合は改善や重度化の防止につながるよう、地域の課題やニーズに応じた介護予防へ取組を効果的かつ効率的に行います。
- 高齢者は、複数の慢性疾患に加え、加齢に伴う老年症候群や社会的つながりが低下する状態が混在し、健康状態や生活機能の個人差が大きくなります。疾患管理と、フレイル対策や介護予防を一体的に行うことで健康寿命の延伸を図ります。
- 心身ともに健康な状態を維持し、活力ある高齢期を迎えるためには、生涯を通じた健康づくりや生活習慣病予防が重要です。本町の健康増進計画である「丸森町健康日本 21 地域計画（げんまる 21）」等に基づき、健康寿命の延伸に向けて施策を推進します。

2. 施策での取組

① 一般介護予防事業等、介護予防の推進

1-1-1：介護予防の普及・啓発

- 高齢者が住み慣れた地域でいつまでも元気で自分らしく暮らしていくため、高齢者が、日々の介護予防の取組の必要性について気づき、実践できるよう介護予防に関する普及・啓発の機会を増やしていきます。
- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防や生活習慣病等の重症化予防に取組みます。

1-1-2：介護予防の推進

- 高齢者が地域で健康的な生活を送ることができるよう、加齢に伴う体力低下、低栄養、口腔機能低下や認知機能低下等のフレイル（虚弱）の予防に向けて、効果的な教室運営と、対象者の抽出方法と参加呼びかけの方法を検討し、通いによる介護予防の充実を図ります。

- 地域における介護予防を機能強化するため、リハビリテーション専門職等との連携を図り、地域の場において、運動だけでなく栄養や口腔など総合的な活動の場となるよう、助言・情報提供や講師派遣などの支援に取組みます。

1-1-3：介護予防活動を支える人材の育成

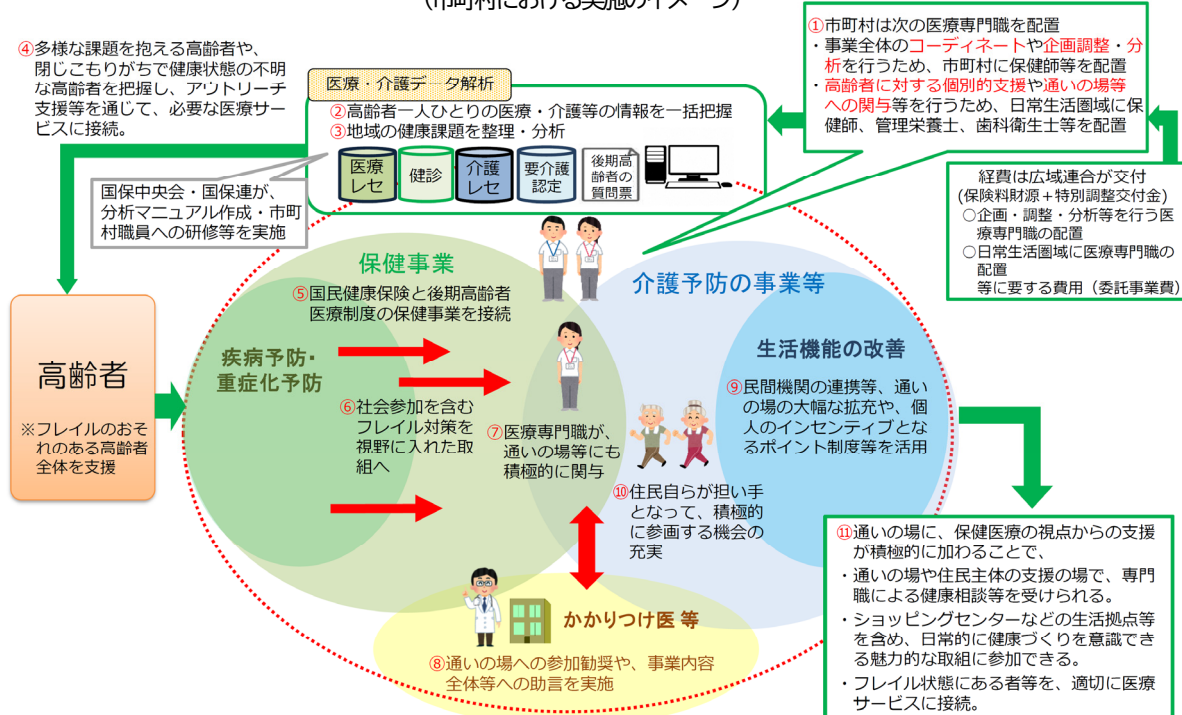
- 住民主体の通いの場を確保するため、健康づくりや介護予防に関心のある地域の団体等の活動状況に応じて支援を継続するとともに、地域に出向き、意欲のある人材の確保に努めます。
- 介護予防運動に関する専門職の派遣やリーダー研修を実施し、地域住民が自主的に継続した介護予防に取り組むことを支援します。

② 保健事業と介護予防の一体的実施

1-1-4：保健事業と介護予防の一体的実施に向けた支援体制の構築

- 健康診査や医療・介護に関するデータから、本町の健康課題に合わせて、75歳以上高齢者に対する保健事業を介護予防の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、実施する仕組みを検討し、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防に取組みます。
- 生活習慣病などの疾病の重症化予防といった保健事業と筋力アップ運動教室やいきいき元気クラブなどの介護予防事業を、高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業において一体的に実施し、高齢者に対して個別支援と通いの場への積極的支援に取組みます。

図表 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
(市町村における実施のイメージ)



資料：厚生労働省資料をもとに作成

③ 疾病予防対策の推進

- 高齢者自らが主体的に健康づくりに取り組めるよう、本町の健康増進計画（第3次丸森町健康日本21地域計画）に基づいて高齢者の健康づくりに資する取組を推進します。

「第3次丸森町健康日本21地域計画」の基本目標と基本方針等

【基本目標】

健康寿命の延伸と健康格差の縮小

【基本方針】

- (1) 生涯を通じた健康づくり
- (2) 生活習慣病の発症・重症化予防を中心とした健康づくり
- (3) 健康をはぐくむ食育の推進
- (4) 互いに気づかい支え合うこころの健康づくり
- (5) 町民と行政との協働による健康づくり

1-1-5：健康管理・健康診査

- 定期的に健診やがん検診を受けることで、生活習慣病などの疾病を早期に発見し早期治療に繋がれることから、関係機関と連携し健診の重要性の啓発に努めるとともに、受診しやすい健診体制を整備するなどの働きかけを行います。
- 健康寿命の延伸を図るためには、脳血管疾患や糖尿病合併症などの重篤な生活習慣病を予防することが重要であり、動脈硬化を引き起こすメタボリックシンドロームの予防・改善や高血圧や糖尿病などの生活習慣病を重症化させないことが必要です。
若い世代から健康的な生活習慣を自ら実践できるように、生活習慣病に関する知識の啓発に努めるとともに、保健指導や健康相談などの事業を実施し生活習慣病の予防・改善を支援します。また、必要な方に対し受診勧奨を行い、適切な治療による疾病の重症化予防に努めます。

1-1-6：栄養・食生活

- 生活習慣病や低栄養を予防するためには、栄養バランスのとれた食事や減塩、野菜の摂取を心がけることが必要です。そのため、主食・主菜・副菜をそろえることや減塩・野菜摂取の工夫を周知し、生活習慣病や低栄養の予防を実践できるよう啓発します。

1-1-7：歯・口腔の健康

- 何歳になっても自分の歯でしっかり噛んで食べることができるようにするには、歯や口腔の健康に対する予防意識を高めていくことが重要であるため、歯や口腔の健康づくりと日々の口腔ケアの大切さ等に関する正しい知識の普及啓発等を充実するとともに、歯周疾患対策や口腔機能の低下予防等のオーラルフレイルへの取組を強化していきます。

1-1-8：身体活動・運動

- 全ての世代において、適度な運動や普段の活動に＋10（プラステン）を加えた身体活動は体力の維持向上に加え、生活習慣病予防やメンタルヘルス等の改善に効果をもたらす

とされています。そのため、自然に歩きたくなる・体を動かしたくなる仕掛けづくりを整備し、子どもから高齢者まで運動習慣の定着と1日平均歩数の増加に向けた取組を推進します。

- 運動習慣の定着に向けては、運動の意義や適切な運動についての普及啓発と「きっかけ」が重要です。自分自身の身体の状態を知る機会を提供し、身体を動かすことの大切さや知識の普及啓発を行います。さらにライフステージに応じて気軽に運動できるよう、生活の中で取り入れられる運動等の普及、関係機関と連携し、運動やスポーツイベントなどを通して、楽しく運動ができる機会を提供します。

1-1-9：こころの健康

- 睡眠は、健康増進・維持に不可欠な休養活動であり、睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の心身愁訴の増加、精神疾患や生活習慣病などさまざまな疾患の発症リスクの増加に影響を及ぼすといわれていることから、健診や健康教育の場を通じて保健指導や普及啓発を行い、生活リズムや睡眠・休養に関する正しい理解を促すとともに、よりよい睡眠習慣の確立に向けた支援を行います。
- 社会環境の変化等によりストレスを抱えやすい状況にあることから、こころの健康についての正しい知識やストレスへの対応方法等について普及啓発を行います。また、ライフステージごとに起こりやすいこころの健康問題について、知識の普及と啓発を図ります。
- こころの健康について相談できる相談窓口や医療機関等の情報を提供します。また、現在行っている相談業務について、さらに相談しやすくなるよう実施内容等を工夫し、適切な支援を受けられる体制の充実を図ります。

1-2 多様な生きがい活動への支援

1. 実施方針

- 高齢者が地域で人とのつながりを持ちながら活躍することは、本人の生きがいや活力につながり、介護予防も期待されます。更に、高齢者の生活を支える地域の担い手不足が懸念される中で、今後、元気な高齢者が生活支援の担い手となって活躍されることが期待されることから、高齢者のボランティア活動や地域活動、就労的活動等の社会参加を推進します。
- 長寿社会とともに、人口減少が進み、地域での関わりはこれからさらに重要性が高まります。そのため、町内の地域間、地域での世代間におけるつながり（絆）を強め、地域で暮らすことへの安心と生きがいにつなげていきます。

2. 施策での取組

① 高齢者の社会参加の推進（高齢者の出番と生きがいづくりの推進）

1-2-1：生きがいづくり活動等への支援

- 筋力アップ運動教室、いきいき元気クラブ等の実施により、高齢者の生きがいや健康づくりと介護予防を目的とした健康体操及びレクリエーション活動を実施し、高齢者の生きがいづくりと社会参加を促進します。
- 各老人クラブが自主的、かつ積極的に活動できるよう、引続き支援します。

② 就業の推進

1-2-2：就労的活動への支援

- 高齢者がこれまでに得た知識や技術、経験を活かしながら就労的活動ができるよう、丸森町シルバー人材センター等と連携しながら、それぞれの特性や希望に沿った就労の場の確保に努めます。

③ 交流活動の推進

1-2-3：地域間・世代間での交流推進

- 高齢者の社会的孤立、ひきこもり等を防ぐため、通いの場や地域行事等を通じて世代間交流や地域における交流を促進し、地域での顔の見える関係づくりを推進します。

1-3 総合事業による介護予防事業の充実

1. 実施方針

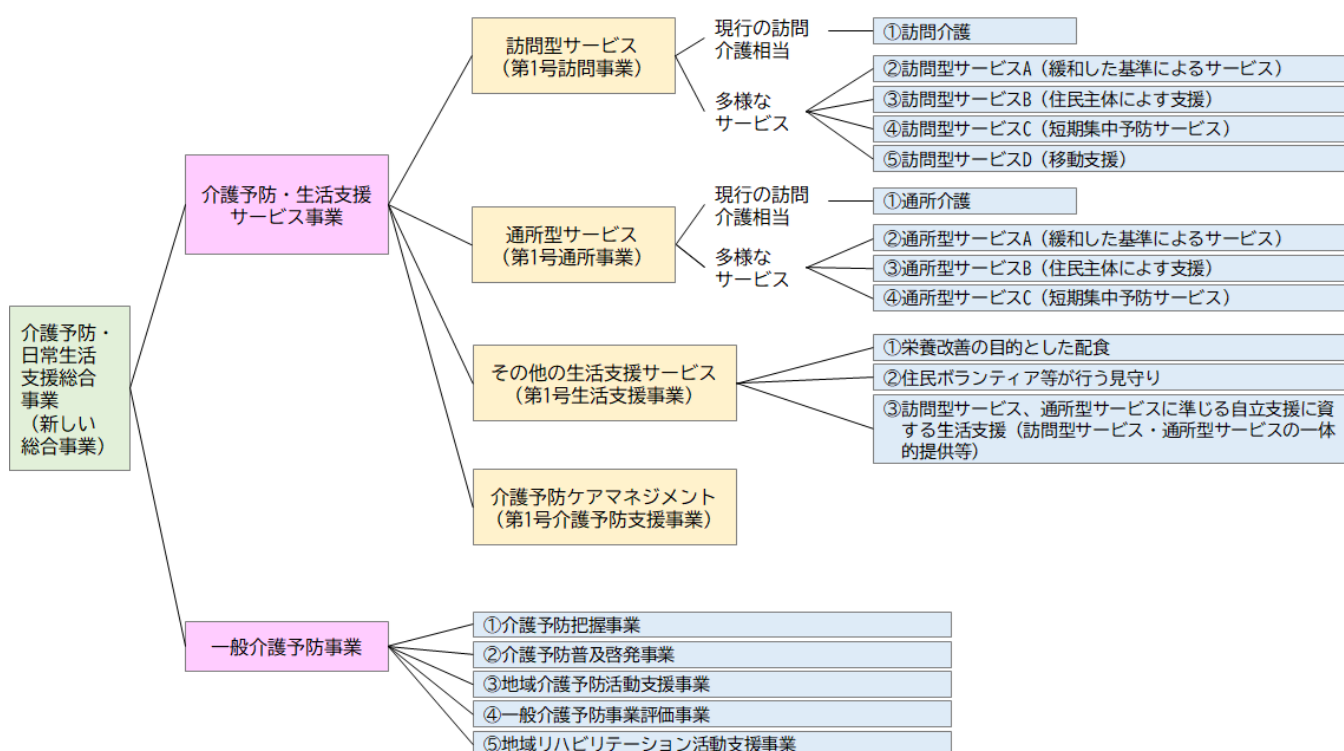
- 介護予防・日常生活支援総合事業は、町が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

2. 施策での取組

1-3-1：介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 既存の介護サービス事業所によるサービスに加え、民間事業者によるサービスや元気な高齢者等の住民が担い手として参加する支援等、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図りながら、高齢者のニーズに適した幅広いサービスや支援の提供に努めます。また、高齢者の自立した生活のため、フレイル等の予防を目的としたサービスを今後も継続して提供するとともに、事業の充実に努めます。
- 生活機能の改善の可能性の高い要支援認定者や基本チェックリストに該当した事業対象者に対し、効果的に機能改善を図り自立を支援するため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中予防サービスを実施します。

図表 （参考）介護予防・日常生活支援総合事業の構成



基本目標2 みんなで支え合う地域づくり

2-1 地域共生社会の理念啓発

1. 実施方針

- 日々の暮らしに生きがいや楽しみを見出すことができるよう、高齢者自身を含む町民、活動団体、関係機関等が相互に連携し、地域による支え合い、居場所づくりを推進するなど、助け合いながら暮らしていくことのできる地域づくりを推進します。
- 特に重点となる高齢者見守り体制の充実を図り、活動を通じて生活への困りごとや機能の低下、疾病、認知症等の早期発見、早期支援につなぐ体制の強化を図ります。

2. 施策での取組

① 地域による支え合いの推進

2-1-1：地域による支え合いの推進

- 丸森町社会福祉協議会や生活支援コーディネーター、住民自治組織と連携し、高齢者の介護予防や見守り、閉じこもり予防等のため実施している「ふれあいサロン事業」の運営を引き続き支援するとともに、地域の住民や様々な活動団体、医療専門職等の関わりを強めながら、より多くの高齢者が年齢や心身の状況等により気軽に参加できる通いの場づくりを推進します。

② 高齢者見守り体制の充実

2-1-2：高齢者見守り体制の充実

- 郵便局、新聞販売所、農業協同組合、金融機関等との間で高齢者の見守りに関する協定を締結し、引き続き協力団体の拡充に努め、見守る「目」を増やす対策を進めることにより、地域で安心して暮らせる環境づくりを構築します。
- 高齢者見守りネットワークの見直しを行うなど、支援体制の再構築に向けた検討を行います。

③ 元気に暮らすためのみんなの居場所づくり

2-1-3：多様な目的に応じた居場所づくりの推進

- 高齢期を迎えるすべての人が、自分らしく生きることができるよう、仕事や趣味、余暇など、日々の暮らしの中で自らの役割や生きがいを感じ、楽しみを見出せる居場所づくりを進めます。
- 趣味や余暇活動に参加する機会を通じて、高齢者同士の交流や地域の人々との交流を深める機会を創出します。

2-2 尊厳ある暮らしのための支援と成年後見の充実

1. 実施方針

- すべての住民が生活の様々な場面で権利を侵害されたり、虐待等により個人の尊厳が冒されることのないよう、一人ひとりの人権を尊重し、虐待を防止するとともに、早期発見、解決に取り組めます。
- 認知症をはじめ、判断能力の低下を支える取組として、丸森町成年後見制度利用促進計画に基づき、成年後見制度をはじめとする権利擁護事業の利用促進を図ります。また、多様化・複雑化するケースに対応できるようにするため、多様な主体による支援体制の構築とともに、支援者間の連携の強化に取り組めます。

2. 施策での取組

① 尊厳ある暮らしのための支援

2-2-1：虐待等の早期発見と適切な対応の確保

- 高齢者の虐待防止について、住民や介護従事者等への啓発に努めるとともに、特に住民への早期相談、対応につなげるため、通報・相談窓口の周知を図ります。
- 住民や民生委員・児童委員、協力団体等との連携により、日常的な高齢者の見守りを行うことにより、虐待を早期に発見して深刻化を防ぐように努めます。
- 虐待や虐待の兆候を確認した時には、早期に関係機関と連携した支援や高齢者の保護を行うとともに、虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等を行い、再発防止に取り組めます。

2-2-2：消費者被害の防止対策の充実

- 巧妙化している消費者被害を未然に防止するため、関係機関等と連携し、悪質商法の手口やその対処法等、消費生活に関する最新の情報を高齢者が集う場等で広く周知し、防犯意識の普及啓発と相談窓口の周知を図ります。

② 成年後見制度の利用促進

2-2-3：成年後見制度の利用支援の促進

- 判断能力が不十分な認知症高齢者等が安全・安心に生活できるよう、成年後見制度利用促進計画に基づき、町民への制度の普及・啓発を図るとともに、相談への対応、申立手続の支援等、制度の有効な活用に向けた取組を推進します。
- 日常生活自立支援事業の活用など、関係機関との連携を強化し、適切な支援につなげていきます。
- 元気なうちからの備えとして、任意後見制度の普及啓発を行い、早めの自己決定を推進する取組に努めます。

2-3 家族介護者への支援

1. 実施方針

- 介護や支援が必要な高齢者の在宅生活等を支える家族介護者(ヤングケアラー含む)の抱える不安や負担等をできるだけ軽減し、家族介護者が自分らしい生活を維持しながら安心して介護が続けられるよう支援します。

2. 施策での取組

① 介護者同士が交流できる機会の創出

2-3-1: 家族介護教室の開催

- 介護者自身の心身の健康を保つため、高齢者を介護している家族等を対象に家族介護教室を開催し、在宅介護に関する様々なテーマを取り入れながら、在宅介護が継続できるよう支援します。また、家族介護教室の周知方法を見直し、新たな参加につながるよう努めます。

2-3-2: 家族介護者交流事業の実施

- 家族介護者の心身のリフレッシュの機会となるよう、家族介護者交流サロンを開催します。実施にあたっては、介護者が一人で悩みを抱え込まないように、介護者同士の情報交換や健康相談を行うなど、内容の充実に努めるほか、周知方法の見直しを行い、より多くの参加を呼び掛けていきます。

② 介護者の休息や介護離職等の防止に向けた支援の実施

2-3-3: 家族介護支援レスパイト事業（ショートステイ）の実施

- 介護をしている家族が病気等のため介護ができず、介護保険制度による利用限度を超えてしまう場合に、短期入所サービスの提供を行います。
- 介護者が心身の負担により、介護離職等につながることを防ぐよう、事業の周知と利用促進に努めます。

2-3-4: 介護用品購入費の助成

- 要介護者・要支援者を介護している家族の経済的負担の軽減を図るため、紙オムツ等の介護用品の購入に要する経費の一部助成を継続します。今後の状況を踏まえながら、必要に応じて財源等を見直しを進めます。

2-3-5: 介護離職防止

- 介護の負担による離職の防止に向け、介護保険制度や介護休業制度などの各種制度について介護者への情報提供等を行います。

2-4 認知症施策の推進

1. 実施方針

- 認知症は誰でもなる可能性があり、高齢化に伴い、今後も認知症の方の数が増加することが見込まれます。本町では、国の「認知症基本法」や「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症の方ができる限り自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、「共生」と「予防」の両面から認知症に関する施策を推進します。
- 認知症施策推進大綱では、「普及啓発・本人発信支援」を認知症施策の柱の一つとして掲げています。認知症の方が自分らしく地域で暮らしていくためには、認知症の方の意思をできるだけ汲取り支援していく必要があります。認知症の方の意思を把握するため、認知症地域支援推進員や介護支援専門員等、関係機関により本人の意思を把握し、認知症施策に反映するための情報収集を行います。
- 認知症を確実に防ぐ方法は現時点では分かっておりません。しかし、様々な研究から、生活習慣病の予防や適度な身体活動、人との関わり等が、認知症を発症しにくくすることがわかってきています。町では一般介護予防の普及啓発と合わせて、これらの内容を意識した取組を進めていきます。

2. 施策での取組

① 認知症の理解の促進

2-4-1：認知症に関する正しい理解の普及・啓発

- 広報紙やパンフレット等を活用し、引き続き認知症に関する正しい理解の普及・啓発に取組みます。
- 子どもから高齢者まで幅広い年代の町民や認知症の方と地域での関わりが多いことが想定される職域の従業員等を対象に認知症サポーター養成講座や出前講座等を開催し、認知症への正しい理解を広めるとともに自身が身近な支援者としてできることを考え、行動に移せるよう普及啓発を行います。
- 身近な人が「認知症かもしれない」と思った時に相談できる窓口の周知に努めます。

② 認知症予防に向けた取組の推進

2-4-2：認知症予防を後押しする取組の推進

- 社会とのつながりでは、ふれあいサロンや継続的な運動などを通じて、地域の人々が交流を深めるとともに、塩分・血压管理、運動、禁煙など、認知症予防につながる健康づくりを通じて、認知症発症を遅らせる、進行を緩やかにする取組を推進します。

③ 認知症支援体制の充実・強化

2-4-3：早期発見と早期受診に向けた支援

- 認知症支援ガイド等を通じて、認知症の進行状況に応じた支援の周知を図るほか、地域のニーズを踏まえて認知症ケアパスを見直すなど、早期支援につながるよう取り組みます。
- 認知症に関する医療と介護の専門職により構成する認知症初期集中支援チームにより、本人や家族のほか、支援者等からの幅広い相談に対応することで、対象者の把握や初期段階での包括的・集中的な支援につなげます。

2-4-4：認知症の方の介護者の負担軽減

- 認知症の方を介護する家族は、周囲に迷惑をかけたくないからと抱え込み、孤立する傾向にあります。家族介護者の心身の安定が、認知症の方へのケアの向上につながっていくことから、認知症の方への支援と並行して介護者の支援を行っていきます。
- 関係機関の協力を得ながら、認知症に関する情報を提供し、介護者同士の交流の場となる「認知症カフェ」を定期的に開催します。
- 認知症に関する相談先や介護サービス、見守りサービスについて知らない方も多いため、認知症支援ガイド等を活用するほか、地域に出向いて PR 活動を行うことで、より多くの人々の認知症に関する理解が深まるよう取り組みます。

④ 地域の支援体制づくり

2-4-5：声掛けを通じた支え合い・見守り体制の充実

- 認知症になっても声を掛け合い、支え合うご近所づきあいを促進するほか、幅広い世代へ認知症サポーターとして関わる機会や、見守り等を通じて関わる主体を増やすことで、支え合う意識を醸成します。
- 認知症の方の外出対策として、警察等と連携した SOS ネットワークやまるもり安心・安全メールの活用について周知を図ります。また、高齢者見守りネットワークや位置検索サービス（GPS）や QR コード等の情報通信技術（ICT）を活用した早期身元確認システムによる見守り体制の充実を引続き図っていきます。

2-4-6：チームオレンジ等による地域全体での取組の推進

- 認知症の方やその家族のニーズを介護保険サービス等へつなげるだけでなく、地域の中での生活やつながりを継続していけるよう、認知症サポーターステップアップ講座を実施し、認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組（チームオレンジ）の構築を図ります。また、医療機関や介護サービス事業所等との連携を図りながら、地域全体で認知症に関する取組を推進していきます。

2-5 生活支援サービスの充実

1. 実施方針

- 介護保険サービスを受けていない高齢者においても、心身の機能低下や世帯構造の変化に伴い日常生活を支える支援は重要です。
- 生活支援サービスについては、介護度が上がることに伴い、利用の対象ではなくなり、新規の利用者が増えていない状況にありますが、機能の低下とともに必要な支援へのスムーズな移行につながるよう、サービスにかかる情報の周知とともに、介護保険サービスと生活支援の連携を密にしていくことで、在宅生活を支援していきます。
- 特に本町では、移動支援をはじめ、生活支援サービスと外出を伴う支援との連携が重要となる場合もあるため、生活支援コーディネーターをはじめ、多様な主体との連携により、提供体制を整備します。

2. 施策での取組

① 生活を支えるサービスの充実

2-5-1：福祉サービス情報の提供

- 高齢者及びそのご家族が適切なサービスを選択し利用できるように、「医療と介護に関するサービスマップ」「介護保険制度周知用パンフレット」などを活用し、定期的に「介護サービス事業所一覧」を改訂し、相談時に情報提供できるよう努めます。また、遠くに住む親戚なども情報を得られるように工夫するとともに、地域の支援者との連携を強化します。

2-5-2：生活支援の充実

- 生活支援においては、引き続き要支援者やサービス事業対象者に対し、現行の訪問介護や通所介護に加え、多様な事業主体による生活支援サービスを提供し、生活機能全体を向上させ、活動的に生きがいを持てる生活環境の調整や地域づくりにより、高齢者を取り巻く環境へのアプローチを行います。

2-5-3：各種サービスの提供

- 高齢者の生活を支える各種サービスの提供を行うとともに、必要なサービスが利用できるよう、住民に対しての周知・広報を行います。
- ① 緊急通報システム：65歳以上の病弱又は障害のある一人暮らし高齢者を対象に、引き続き家庭用緊急通報機器の貸与と援護体制の整備を行うことにより、日常生活上の安全を確保し、精神的負担の軽減を図ります。

- ② 軽度生活支援サービス：日常生活を営むのに軽度の支障がある在宅の一人暮らし高齢者又は高齢者世帯に対し、訪問介護員を派遣して日常生活上の援助を行います。
- ③ 訪問理美容サービス：理容院又は美容院に出向くことが困難な高齢者に対し、理容師や美容師が自宅を訪問して髪のカット等を行います。
- ④ 給食サービス：調理が困難な一人暮らし高齢者又は高齢者世帯に対し、定期的に栄養バランスの取れた食事を配達しながら安否の確認を行います。

② 支援体制の整備・担い手の育成

2-5-4：生活支援サービス体制の整備

- 町民が担い手として参加する住民主体の活動や丸森町社会福祉協議会、丸森町シルバー人材センター、NPO、民間事業者等による多様な生活支援サービスを提供するため、生活支援コーディネーターが中心となって地域のニーズや資源の把握を行い、地域において互助を基本とした介護予防・生活支援サービスが創出されるよう、世代を超えて地域で共に支え合う体制の整備を推進します。

基本目標3 安心して暮らし続けるための基盤づくり

3-1 介護保険サービス提供、適正な介護給付

1. 実施方針

- 介護を必要とする人を地域全体で支えるため、中長期的な視点から介護ニーズの見込み等を適切に捉え、既存施設・事業所のあり方を検討するなど、地域の実情に応じた介護サービス提供基盤を計画的に整備・確保します。
- 介護保険制度の持続可能な運営に向けて、介護保険サービスの質の向上、介護給付の適正化を図ります。

2. 施策での取組

① 介護保険サービス提供

3-1-1：在宅サービスの提供

- 在宅サービスについては、介護が必要な人が自身や家族の能力や状況に応じた適切なサービスを選択し、在宅で自立した日常生活を営むことができるよう、サービス提供事業者の育成・確保に取り組めます。
- 自立支援の観点に立ち、各サービス提供事業者との連携のもと、一人ひとりの状況に応じた適切なサービスが確実に提供される体制の確保に努めます。

3-1-2：地域密着型サービスの提供

- 地域密着型サービスについては、地域における認知症高齢者との共生や多機能型サービスの必要性等を踏まえたサービスの整備を検討するとともに、適正かつ良質なサービスが提供される体制を継続させるよう、引き続き指導監督を行います。

3-1-3：施設サービスの提供

- 施設サービスについては、給付実績状況から、施設・居住系サービスのニーズが高いことを踏まえ、在宅での生活の継続につながる支援体制を強化するとともに、重度者や生活状況に配慮しながら提供体制を確保します。

3-1-4：介護サービスの質の向上

- 介護サービスを提供する各事業所の現状を踏まえたうえで、事業所の質の向上を図るため、人材の確保や育成、コミュニケーションスキルの研修等、必要な研修等を検討するほか、定期的な運営指導を実施し、サービスの質の向上を図ります。また、指定基準違反、介護報酬の不正請求、不適切なサービス提供等が認められた場合は、公正かつ適正な措置をとることを目的に監査を実施します。

② 介護保険制度の適正な運営

3-1-5：要介護認定の適正化

- 認定調査の全件の事後確認は継続します。また、引き続き、介護認定調査員（新規・現任）の外部開催の研修に積極的に参加するなどし、同じ条件のもとで公平に認定を行うよう努めます。

3-1-6：ケアプラン等の点検

- 介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画の記載内容について、点検及び支援を行うことにより、個々の被保険者が必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適していないサービス提供の改善を図ります。
- 利用者の実態に沿って住宅改修が行われるよう、書類審査の全件実施は継続するほか、現地確認の件数を増やし、被保険者の状態に対して不適切または不要な住宅改修の防止を図ります。

3-1-7：医療情報と介護給付の突合・縦覧点検

- 給付実績をもとに、提供されたサービスの整合性の確認や介護保険と医療保険の重複請求の有無の確認等を行い、介護給付の適正化を図ります。

○ 介護給付の適正化への取組／目標設定

項目	取組内容	目標設定
要介護認定適正化	認定調査票の事後確認件数	全件
ケアプラン点検	ケアプラン点検	国保連データと整合性の取れなかったケアプラン全件
	住宅改修の点検件数	全件
医療情報と介護給付の突合・縦覧点検	国保連データ点検回数	12回/年

③ 介護保険制度の周知・サービスの質の向上

3-1-8：介護給付状況の通知

- 利用者本人またはその家族に対して、適正な時期に介護保険サービスの保険請求状況及び利用者負担額等の介護給付についての通知を行い、利用者自ら実際に事業所に支払われている費用を再確認し、適正なサービスの利用を促します。給付通知については、国の動向を踏まえて今後の在り方について検討します。

3-1-9：制度の普及・啓発等

- 介護・支援が必要な高齢者を社会全体で支える介護保険の仕組みを広く周知するため、パンフレットの配布、出前講座、民生委員・児童委員等の各種会合を通じて、普及・啓発活動に努めます。
- 従来通り説明を行いつつ、必要時、各種会議等で介護保険制度の説明を積極的に行っていくよう努め、介護保険の仕組みの周知を図ります。

3-1-10：低所得者への配慮等

- 高齢化の進行に伴う介護ニーズの増大により介護保険料の上昇が続く中、給付費の 5 割の公費負担に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の負担軽減を図るとともに、国が定める高額介護（介護予防）サービス費等利用者負担軽減制度を実施します。

3-2 在宅医療・介護連携推進体制の充実

1. 実施方針

- 在宅医療・介護連携推進体制の充実に向けては、在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、入退院支援や日常生活の場での療養、急変時の対応、看取りを想定し、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面での目標を次のとおり設定します。

目
標

① 入退院支援

・退院時に本人の状態にあった必要なサービスが提供されることで、再発が予防でき、安心して在宅生活を送ることができる。

② 日常の療養支援

・体の不調や気持ちの変化が療養生活を支える関係者の中で共有されることで、その時に必要なサービスが提供される。
・本人と家族が安心して過ごす。

③ 急変時の対応

・急変時に必要な情報が共有されることで、本人の意向を尊重した対応をすることができる。

④ 看取り

・終末期であっても、本人の意向を尊重した療養生活を送ることができる。

2. 施策での取組

- 医療と介護が主に共通する次の4つの場面を意識した取組を推進します。

図表 在宅医療と介護連携イメージ
(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)



資料：厚生労働省 在宅医療・介護連携推進事業の手引き

① 在宅医療・介護連携推進事業の展開

3-2-1：地域の医療・介護の資源の把握

- 角田市と丸森町に所在する医療機関・事業所等に関する情報をまとめた「角田市・丸森町 医療・介護従事者連携のための情報誌」や「介護サービス情報公表システム」等を活用し、町内の医療機関や介護事業所等の機能等を把握します。

3-2-2：在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 「丸森町地域包括ケア推進会議」において、目指すべき姿を共有し、在宅医療・介護の連携が求められる4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）ごとに、在宅医療介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行う等、PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行います。

3-2-3：切れ目のない在宅医療と介護の連携体制の構築推進

- 在宅医療・介護連携状況を踏まえ、効果的な実施に向けて、医療と介護の両方を必要とする高齢者が切れ目のない在宅医療と介護を受けることができる環境を整備します。

② 場面ごとの支援・連携体制の構築

3-2-4：在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 入院医療から在宅医療への円滑な移行や、安定的な在宅療養生活の継続を支援するため、在宅医療・介護連携相談窓口を地域包括支援センターに相談窓口を設置しています。相談窓口は、病院の入退院時や医療と介護の両方が必要な方への連携支援等を行い、当分の間、地域包括支援センターがその役割を担います。

3-2-5：地域住民への普及・啓発

- 在宅医療や介護に関する講演会等の開催など、理解が得られる機会を検討し、相互理解を深めます。
- 自らが望む人生の最終段階における医療や介護の在り方について、早い段階から家族などと話し合い、本人が意思を示せなくなった場合でも関係者に伝えられるよう、医療・介護従事者や町民に向けて、在宅医療や ACP（人生会議）の普及啓発を通じて、人生の最期の選択や看取りについて考えるきっかけづくりを行います。

3-2-6：医療・介護関係者の情報共有の支援

- 町民が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、医療と介護の関係機関の連携推進に向けて、アンケート調査を通じて共通様式利用の評価を行うほか、医療・介護関係者間で情報を共有しながら内容の更新を図ります。

3-2-7：医療・介護関係者の研修

- 医療と介護の両方が必要な高齢者に対する適切なサービスの提供に向けて、医療職と介護職が相互の専門性や役割を学ぶ多職種連携研修会や、職能ごとの勉強会等、現状に応じた研修実施を検討し、医療・介護関係者相互に顔の見える関係づくり、スムーズな情報共有体制の構築に努めます。

3-2-8：在宅医療・介護連携に関する市町村間の連携

- 角田市医師会圏域における在宅医療・介護連携を円滑に行うため、医師会をはじめ、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、角田市等との協議を継続するほか、必要応じた合同会議の開催を検討します。

3-3 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 実施方針

- 本町では地域包括支援センターが中核となって、高齢者に関する相談を受け、ニーズを把握し、適切なサービスにつなげるための支援を行っていますが、近年その役割はますます大きくなっており、相談内容も多様化・複雑化しています。そのため、他の機関や組織との連携や情報発信手段の充実を図るなど、さらに重層的・包括的な支援体制を構築することで、地域の誰もが安心して相談できる環境を整備することが求められています。
- 課題が複雑化、多様化している背景を受け、今後の地域ケア会議の在り方については、介護支援専門員やサービス事業所の気づきにつながる機会となるほか、生活支援コーディネーター等、多様な主体との情報共有、地域課題の把握の機会となるよう検討が必要となっています。

2. 施策での取組

① 地域包括支援センターの機能強化

3-3-1：適切な運営

- 高齢者人口の増加や家族形態の変化、複雑化する相談内容やニーズ等に応じた適切な対応ができるよう、地域包括支援センターの機能及び体制の更なる強化を図ります。また、国の規定による地域包括支援センター運営協議会を兼ねる丸森町介護保険運営委員会の意見を踏まえ、高齢者の総合相談窓口として、事業計画に基づき各種事業を実施します。
- 負担増大となっている原因を分析し、業務負担軽減を図ります。

3-3-2：適正な評価

- 地域包括支援センターの業務を効果的かつ効率的に実施しているかを網羅的に確認するため、事業評価を行います。地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、事業評価の結果を丸森町介護保険運営委員会で報告し、PDCA の取組により効果的な運営の継続を目指します。
- より効果的な運営のため、全国統一評価の報告も検討します。

② 地域ケア会議と適切なケアマネジメントの推進

3-3-3：地域ケア会議の開催

- 丸森町地域包括ケア推進会議を定期的を開催し、継続して地域に共通する課題の検討を行います。

3-3-4：自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上

- 介護支援専門員やサービス事業所間での連携を強化し、ケアマネジメントの全体的な質の向上に努めます。
- 地域ケア個別会議の開催を通じて、多職種間での情報共有、地域課題の把握を行うなど、多様な主体によるネットワークの形成を促し、町民の介護予防や自立支援・重度化防止につながる包括的・継続的なケアマネジメントにつながるよう支援します。

③ 分野を超えた包括的な相談支援体制の整備

3-3-5：相談支援の充実

- 高齢者の多様化する相談内容や困難事例に対応するため、研修の受講等により、職員の資質向上に努め、相談支援の充実・強化を図ります。

3-3-6：多職種連携による相談支援体制の構築

- 地域包括支援センターを中核とし、職員間や地域の支援者等との連携を強化するとともに、既存の支援体制における連携体制や関係機関、介護サービス事業所等との連携等を生かしながら、高齢者とその家族等を取り巻く課題に対して包括的に対応します。
- 高齢福祉施策や介護保険制度の狭間にある課題や分野を超える複雑化・複合化した課題への対応については、必要に応じて適切な相談支援機関と相談内容を共有して課題解決にあたるほか、庁内及び地域包括ケア会議等を活用し、多職種連携による課題解決に取り組めます。

3-4 地域で暮らし続けるための環境整備

1. 実施方針

- 本町は小規模な行政区が多く、地理的にも移動手段に課題があるため、社会参加の様々な場面で、移動手段の確保が障壁になることが想定されます。そのため、施策・事業の実施と併せて移動手段について検討するなど、活動的な高齢者の生きがい活動や生活支援との連携に配慮した整備を進めます。

2. 施策での取組

① 安心できる居住環境の整備

3-4-1：高齢者に優しい生活環境の整備

- 加齢等により身体機能が低下した場合であっても、自宅で自立的な生活を送ることができるよう、住まいや生活環境の整備を進め、バリアフリー化に配慮した住宅改修などを支援します。また、改修後の現地確認を通じて、要介護度に合わせた住環境ニーズの把握に努めます。

3-4-2：安心して生活できる住まいの確保

- 認知症対応型共同生活介護施設や介護老人福祉施設に加え、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等、高齢期を安心して生活できる住まいの確保に努めます。
- 高齢者の状態に応じて適切なケアが受けられる住まいへの住み替えが可能となるよう、相談の機会を通じて、介護の状態に応じた住まいの選択について説明を行うなど、継続して情報を提供します。

② 福祉輸送等の移動手段の確保

3-4-3：移動支援サービス体制の整備

- 移動が困難な高齢者等の移動手段の確保については、丸森町地域公共交通計画を進める中で検討し、デマンド交通あし丸くんや町民バスの在り方の見直しを行うほか、地域主体による地域内の移動手段の確保に向けた検討を進めます。
- 社会参加目的などで外出する際やサービスの利用の際に、移動手段等については、地域課題として、支援を必要とする人も安心して外出できるよう、目的に応じて利用しやすい体制を検討します。

3-5 災害や感染症対策に係る体制整備

1. 実施方針

- 災害や感染症に対し、高齢者の安全を確保できるよう、平時から地域支援者やサービス提供事業所との連携や協力体制の確保に向けた取組を強化し、いざという時も安全安心な地域づくりを推進します。
- 災害や感染症が発生した場合でも、必要なサービスの提供が続けられるようにするため、すべての介護サービス事業者にも事業継続計画（BCP）の策定が義務付けられています。

2. 施策での取組

① 災害に対する備え

3-5-1：避難行動要支援者への支援制度の円滑な運用

- 災害が発生、または発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な方を支援する避難支援等関係者（行政運営推進委員、民生委員・児童委員、自主防災組織等）と連携・協力し、対象者の把握及び「避難行動要支援者名簿・避難行動要支援者個別計画書（あんしんカード）」の更新を図るなど、災害時の円滑かつ迅速な避難支援体制を確保します。

〈避難行動要支援者名簿登録の対象者〉

- ア 65 歳以上の一人暮らし高齢者又は高齢者世帯及び同居者全員が不在により実質的な独居状態となる 65 歳以上の高齢者で、災害時の自力避難に不安がある方
- イ 要介護認定 3 以上の認定を受けている方
- ウ 身体障害者手帳 1 級・2 級を所持する身体障害者の方
- エ 生命を維持するため医療措置を常に必要とする在宅患者の方
（人口呼吸器の使用、人工透析、在宅酸素療法の方）
- オ 療育手帳 A を所持する知的障害者の方
- カ 精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級を所持する方で単身世帯の方
- キ 難病患者（重症認定患者）の方
- ク ア～キ以外で支援が必要と認められる方

3-5-2：事業所との連携の推進

- 介護サービス事業所における災害時の避難確保計画の整備を進め、災害発生時に必要となる物資の備蓄状況の共有を図ります。
- 要配慮者のための福祉避難所の拡充に向けて、事業所等との協議を実施し、災害時の実効性の確保のため、事業所との連携に努めます。

② 感染症に対する備え

3-5-3：正しい知識の周知・啓発

- 高齢者が感染症に対する正しい知識を持ち、感染予防対策を行うことができるよう、日頃から介護サービス事業所等と連携・協力し、感染症対策についての周知・啓発に努めます。

3-5-4：感染予防と運営確保のための取組

- 介護サービス事業所の職員の感染症に関する知識を深めるための研修や訓練への支援を行うほか、感染症発生時の準備や必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備、代替サービスの確保に向けて連携体制を構築するなど、介護サービスの持続可能な運営に向けて必要な備え、体制整備等に継続的に取組みます。

3-5-5：業務継続計画（BCP）への支援

- 令和6年度より義務付けられた業務継続計画（BCP）について、介護サービス事業者に対して必要な助言や援助を行います。

3-6 介護人材確保及び業務効率化の取組

1. 実施方針

- 高齢者を支える保健福祉施策を展開していくためには、介護を担う人材の確保・育成が必要になります。令和22年（2040年）に向け、生産年齢人口の減少と高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大が見込まれており、介護分野で働く人材の確保については厳しい状況が続くと見込まれます。
- 介護現場における人材確保対策として、介護資格取得に要する費用への助成を引き続き行うとともに、介護現場の生産性向上や働きやすい環境の整備につながる支援の検討等を行います。

2. 施策での取組

① 福祉・介護人材の確保・育成

3-6-1：人材確保の取組への支援と人材育成の取組の強化

- 介護サービス事業所等の人材確保への取組を引き続き支援するとともに、関連する専門学校・大学への働きかけや、現在就労していない福祉・介護人材の掘り起こし、育成に引き続き努めます。

② 福祉・介護人材の定着と負担軽減

3-6-2：人材の定着と負担軽減に対する支援

- 介護サービス事業所で働く職員が、仕事に対するやりがいと誇りを持ち、能力を発揮して働き続けることができるよう、経営者等に対する労働環境改善のための研修会等を開催するほか、職場におけるセクシュアルハラスメント又はパワーハラスメントの防止に必要な措置を講ずるよう適切な指導・助言を行います。
- 介護事業者の身体的負担の軽減や介護現場の生産性の向上、業務効率化の促進に向けて、介護ロボット・情報通信技術（ICT）の導入に資する情報を発信していくなど、関係機関と連携し、活用を促進を図ります。
- 介護人材の定着や負担軽減に係る現場の状況の把握するなど、必要な支援を検討します。また、介護職員の資質向上と離職防止を図るため、介護資格取得に要する経費への助成を継続して実施します。

3-6-3：業務の効率化

- 事業所から町に提出する書類などの負担を軽減するため「電子申請届出システム」の使用に向け、申請・届出事務の運用を見直すほか、情報通信技術（ICT）を活用した事業所、関係機関との情報共有など、業務の効率化に係る取組をバランスよく取り込みながら、地域の介護を支える人的基盤の強化、負担軽減を図ります。

第5章 介護保険事業の運営

第5章 介護保険事業の運営

第1節 日常生活圏域の設定

介護保険事業計画における日常生活圏域については、住民が日常生活を営んでいる地域を地理的条件、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等を総合的に勘案し、高齢化のピークを迎える令和7年（2025年）までに地域が目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭に、定めることとされています。

本町においては、第3期計画から町内を1つの日常生活圏域として各種サービスを展開しており、第9期計画においても地域包括ケアシステムの構築に向け、様々な支援を必要とする利用者のニーズに応じた多様なサービスが適切に供給できるよう、引き続き1つの日常生活圏域として設定します。

第2節 介護給付及び介護予防給付に係る費用の見込み

介護給付及び介護予防給付に係る費用の見込み

(1) 介護給付に係る給付費

図表 介護給付の見込み

(単位：千円)

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎居宅サービス			
訪問介護	77,364	73,214	67,712
訪問入浴介護	22,073	21,422	19,863
訪問看護	14,954	13,771	12,876
訪問リハビリテーション	5,235	4,727	4,727
居宅療養管理指導	4,705	4,619	4,354
通所介護	153,008	147,664	140,450
通所リハビリテーション	113,923	102,724	97,847
短期入所生活介護	58,163	55,464	52,360
短期入所療養介護（老健）	27,200	25,796	23,431
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	47,338	46,552	43,898
特定福祉用具購入	2,013	1,776	1,776
住宅改修	1,432	1,432	1,432
特定施設入居者生活介護	53,972	54,040	54,040
◎地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,692	1,694	1,694
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	13,382	12,298	11,824
認知症対応型通所介護	0	0	0
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	99,583	127,748	137,063
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	187,325	187,562	187,562
看護小規模多機能型居宅介護	16,007	12,082	12,082

※ 表中の数値は千円単位で四捨五入しているため、表の各金額の合計値は一致しないことがあります。

(単位：千円)

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎介護保険施設サービス			
介護老人福祉施設	440,397	440,954	440,954
介護老人保健施設	232,722	233,017	233,017
介護医療院	0	0	0
介護療養型医療施設			
◎居宅介護支援	89,680	80,866	74,514
介護給付費計（小計）→（Ⅰ）	1,662,168	1,649,422	1,623,476

※ 表中の数値は千円単位で四捨五入しているため、表の各金額の合計値は一致しないことがあります。

(2) 介護予防給付に係る給付費

図表 介護予防給付の見込み

(単位：千円)

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)
◎介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	597	597	597
介護予防訪問看護	550	551	551
介護予防訪問リハビリテーション	1,545	1,547	1,547
介護予防居宅療養管理指導	87	87	87
介護予防通所リハビリテーション	9,426	9,438	9,438
介護予防短期入所生活介護	1,519	1,521	1,521
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	7,163	6,943	6,833
特定介護予防福祉用具購入	522	522	522
介護予防住宅改修	1,201	1,201	1,201
介護予防特定施設入居者生活介護	2,918	2,922	2,922
◎地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	5,106	5,112	5,112
◎介護予防支援	4,527	4,256	4,146
介護予防給付費計（小計）→（Ⅱ）	35,161	34,697	34,477
総給付費（合計：（Ⅰ）+（Ⅱ））	1,697,329	1,684,119	1,657,953

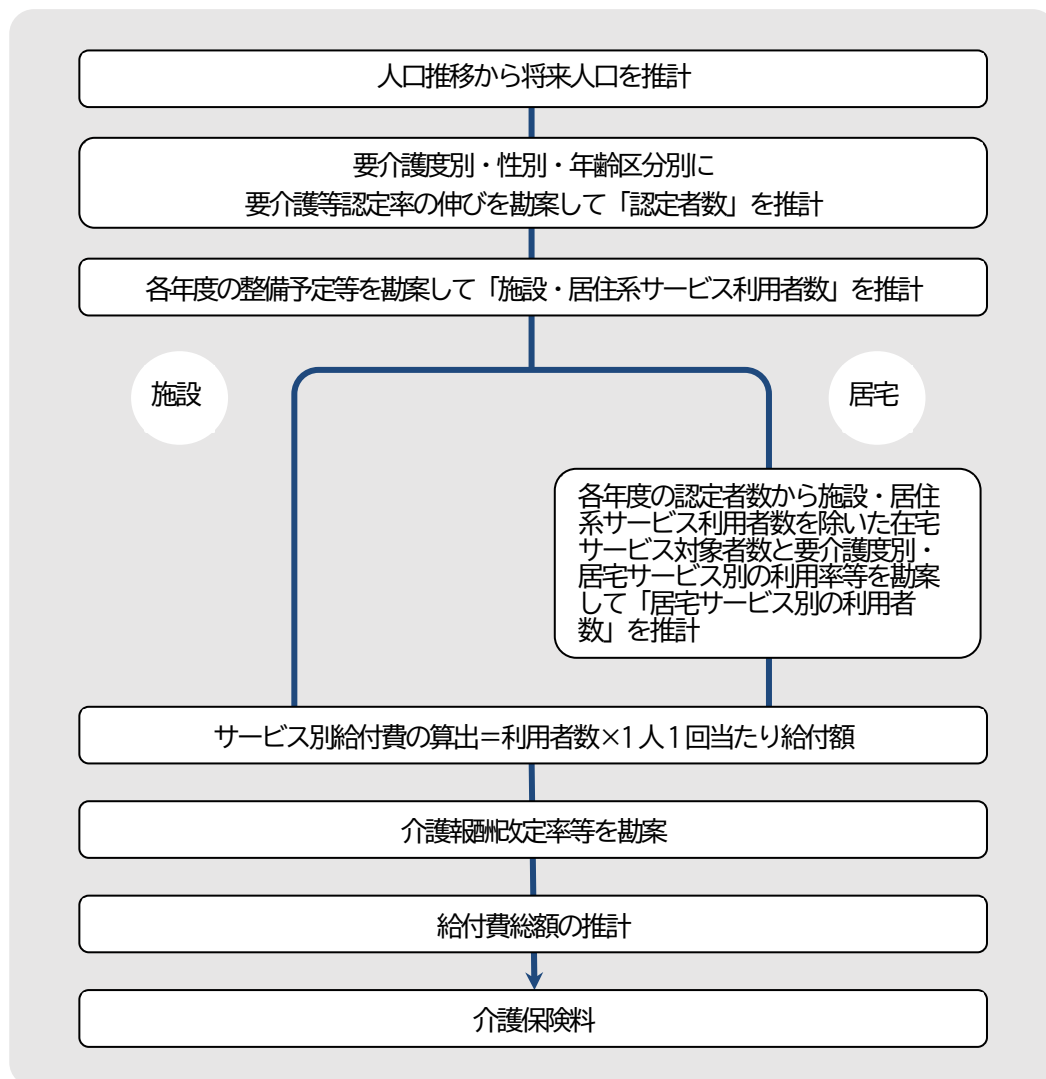
※ 表中の数値は千円単位で四捨五入しているため、表の各金額の合計値は一致しないことがあります。

第3節 保険料について

1 事業量及び給付費の推計について

第1号被保険者（65歳以上の人）の保険料については、概ね次のような流れで算出されます。

図表 保険料算出の流れ



※居住系サービスとは、居宅サービスのうち「特定施設入居者生活介護」、地域密着型サービスのうち「認知症対応型共同生活介護」等のサービスです。

※「施設」「居宅」とも、介護サービス、介護予防サービス、地域密着型サービスを含みます。

保険料算定の基礎となる介護保険事業費は、大きく標準給付費と地域支援事業費に分けられます。

標準給付費は、要介護認定者に対する介護給付費と要支援認定者に対する予防給付費を合わせた総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、審査支払手数料を合算したものです。

図表 介護保険事業費の見込み

(単位：千円)

区 分	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	合 計
総給付費	1,697,329	1,684,119	1,657,953	5,039,401
特定入所者介護サービス費等給付額	123,166	116,289	111,671	351,126
高額介護サービス費等給付額	45,791	43,239	41,521	130,551
高額医療合算介護サービス費等給付額	3,016	2,844	2,732	8,592
算定対象審査支払手数料	1,271	1,199	1,151	3,621
標準給付費計	1,870,573	1,847,690	1,815,028	5,533,291
地域支援事業に係る費用	74,276	73,419	71,578	219,273
介護保険事業費 (計)	1,944,849	1,921,109	1,886,606	5,752,564

2 保険料の負担割合

第1号被保険者は、介護給付費の23%に相当する金額を負担します。

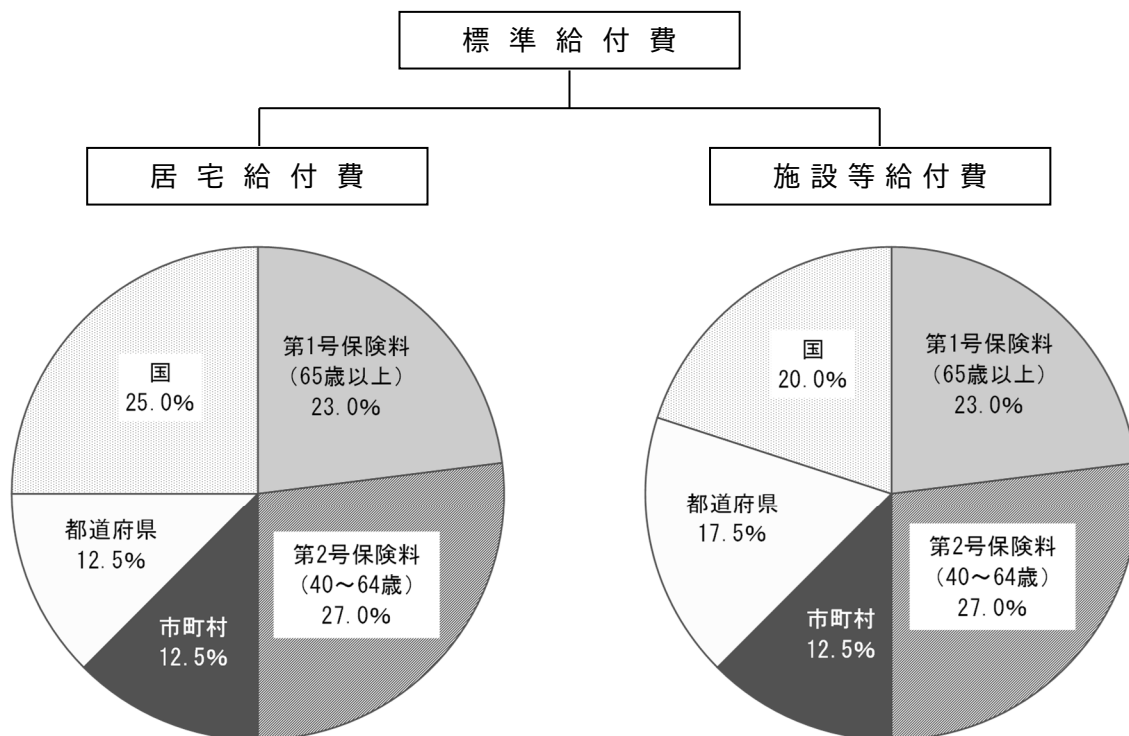
また、第2号被保険者は27%に相当する金額を負担し、介護保険費用の半分を被保険者が負担します。

国、都道府県の負担割合は、居宅給付費と施設等給付費で若干異なっています。

なお、国負担部分である居宅給付費の25%、同じく国負担部分の施設等給付費の20%について、それぞれ5%にあたる額は、市町村間の財政力格差を調整するための調整交付金として交付されます。つまり、調整交付金の割合は各市町村の後期高齢者の割合や、第1号被保険者の所得水準に応じて5%を上下します。その結果、第1号被保険者の負担割合も変わることになります。

また、地域支援事業については、実施する事業によって費用の負担割合が異なります。地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業の費用については居宅給付費の負担割合と同じですが、包括的支援事業、任意事業の費用については第2号被保険者の負担はなく、第1号被保険者の保険料と公費によって財源が構成されています。

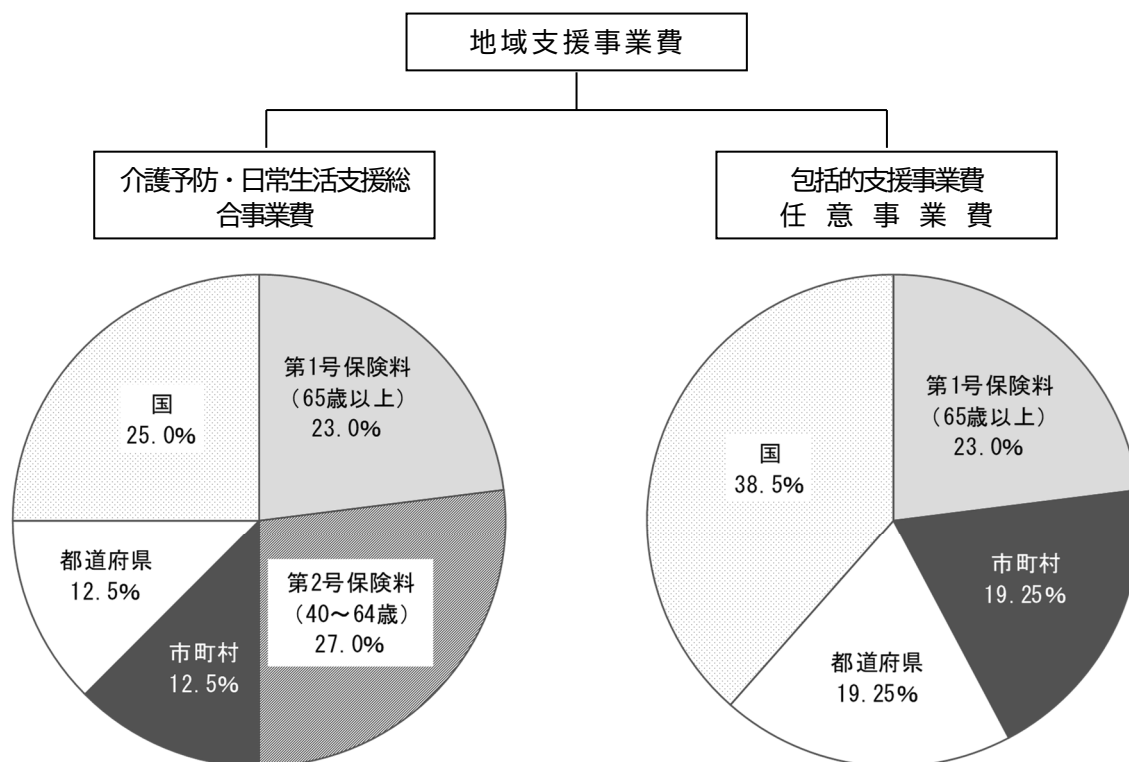
図表 標準給付費の負担割合



※ 施設等給付費とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設に係る給付費。

※ 居宅給付費とは、施設等給付費以外の給付費。

図表 地域支援事業費の負担割合



3 第1号被保険者保険料の推計

本計画期間中における事業ごとの必要量、給付費は減少傾向ですが、一方でそれを上回るペースで第1号被保険者数が減少すると見込まれます。

各事業の給付見込みや第1号被保険者数の推計等に基づき、厚生労働省より示されたワークシートに準じて算定された本町における第9期の保険料基準額（月額）は、6,500円になります。

図表 保険料の見込み

	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	合 計
第1号被保険者数	5,253	5,121	4,986	15,360
前期(65～74歳)	2,389	2,268	2,089	6,746
後期(75歳～)	2,864	2,853	2,897	8,614
所得割特別加割合補正後被保険者数	4,992	4,866	4,738	14,597
総給付費	1,697,329,000	1,684,119,000	1,657,953,000	5,039,401,000
総給付費(財源影響調整後)	123,165,224	116,289,160	111,671,179	351,125,563
特定入所者介護サービス費等給付額	45,791,236	43,238,404	41,521,355	130,550,995
高額介護サービス費等給付額	3,016,306	2,844,312	2,731,361	8,591,979
高額医療合算介護サービス費等給付額	1,271,340	1,198,800	1,151,220	3,621,360
算定対象審査支払手数料	1,870,573,106	1,847,689,676	1,815,028,115	5,533,290,897
標準給付費見込額 (A)	1,697,329,000	1,684,119,000	1,657,953,000	5,039,401,000
地域支援事業費 (B)	74,276,000	73,419,000	71,578,000	219,273,000
第1号被保険者負担分相当額 (C)	447,315,294	441,854,995	433,919,406	1,323,089,696
調整交付金相当額 (D)	95,807,655	94,628,134	92,903,006	283,338,795
調整交付金見込交付割合 (E)	7.89%	7.09%	6.56%	
調整交付金見込額 (F)	151,184,000	134,183,000	121,889,000	407,256,000
財政安定化基金拠出金見込額 (G)				0
財政安定化基金償還金				0
準備基金取崩額				72,000,000
保険料収納必要額 (H)				1,127,172,491
予定保険料収納率 (I)			99.0%	

保険料(基準額) : $H \div I \div 14,597人 \div 12ヵ月$	6,500円 (推計値)
--	--------------

(1) 65 歳以上で賄う介護保険料収納必要額

令和 6 年度から令和 8 年度までの介護保険事業費見込額から 65 歳以上で賄う保険料収納必要額を算出すると、次のようになります。

図表 65 歳以上で賄う介護保険料収納必要額

令和6年から令和8年までの介護保険事業費見込額 5,752,563,897 円 (A)+(B)
×
第1号被保険者で賄う保険料の標準割合 23%
＝
第1号被保険者保険料負担分相当額 1,323,089,696 円 (C)
+
調整交付金相当額 283,338,795 円 (D)
＝
調整交付金見込額 407,256,000 円 (E)
+
財政安定化基金拠出金見込額 0 円 (G)
+
財政安定化基金償還金 0 円
＝
準備基金取崩額 72,000,000 円
＝
令和6年度から令和8年度までの保険料収納必要額 1,127,172,491 円 (H)

(2) 保険料率の算定

令和6年度から令和8年度までの保険料収納必要額から第Ⅰ号被保険者の保険料率を算出すると、次のようになります。

図表 保険料率の算定

令和6年度から令和8年度までの保険料収納必要額 1,127,172,488円 (H)
÷
予定保険料収納率 (令和6年度から令和8年度までの平均予定収納率) 99.0% (I)
÷
補正第1号被保険者数 14,601人 ※補正第1号被保険者数とは65歳以上を所得に応じて1段階から13段階に分けて各段階の割合に被保険者数を乗じて算出します。
Ⅱ
年額 78,000円(基準額) ※ 78,000円÷12か月=6,500円(1か月当たり保険料) 介護保険料(基準額) 月額6,500円

4 所得段階における負担割合

本計画の第1号被保険者の所得段階別保険料及び構成比は、次のとおりです。

図表 計画期間の所得段階における負担割合

段階	対象者	基準額に 対する割合	月額 (円)	年額 (円)
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金受給者 ・世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の人	0.285	1,852	22,224
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円を超え120万円以下の人	0.485	3,152	37,824
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が120万円を超える人	0.685	4,452	53,424
第4段階	本人が住民税非課税で、世帯内に住民税課税者がいる（本人の前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下）	0.90	5,850	70,200
第5段階 (保険料基準額)	本人が住民税非課税で、世帯内に住民税課税者がいる（本人の前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円を超える）	1.00	6,500	78,000
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の人	1.20	7,800	93,600
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	1.30	8,450	101,400
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	1.50	9,750	117,000
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	1.70	11,050	132,600
第10段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	1.90	12,350	148,200
第11段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	2.10	13,650	163,800
第12段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	2.30	14,950	179,400
第13段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上	2.40	15,600	187,200

第6章 計画の推進、評価、見直し

第6章 計画の推進、評価、見直し

第1節 計画の推進体制

1 計画の進行管理

- 本計画の推進を図るため、毎年度適時適切に計画の進行管理及び点検並びに評価を行うことにより、効率的かつ効果的に計画を推進します。

2 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表

- 第7期計画から新たに計画の基本的記載事項の一つとして、被保険者の地域における自立した日常生活における支援、要介護状態などの予防または軽減若しくは悪化の防止及び介護給付などの適正化への取組と目標（設定）を記載することが示されました。また、計画に定めた取組と目標についての自己評価を行い、その結果を県知事へ報告するとともに、公表することとなっています。
- 「3 目標設定」にある取組事項を定め、毎年度、目標の達成状況の点検、調査及び評価を行い、丸森町介護保険運営委員会に報告及び意見聴取した後、宮城県に報告します。

3 目標設定

- 地域マネジメントの取組／目標設定

項目	R6年度	R7年度	R8年度
自立支援のための個別ケア会議における協議件数	3件	3件	3件
地域包括ケア推進会議の開催回数	2回	2回	4回
認知症施策推進部会の開催回数	2回	2回	4回
介護予防・生活支援体制整備推進部会の開催回数	2回	2回	4回
在宅医療・介護連携推進部会の開催回数	2回	2回	4回

資料編

資 料 編

資料1 策定経過

年 月 日	内 容
令和5年5月15日～ 令和5年5月26日	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施 在宅介護実態調査の実施
令和5年8月30日	第1回丸森町地域包括ケア推進会議 ・第9期介護保険事業計画の基本指針について ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査の結果について ・グループワーク「第8期計画の取組について」
令和5年9月21日～ 令和5年10月10日	介護サービス事業所調査の実施
令和5年9月26日	第2回丸森町地域包括ケア推進会議 ・グループワーク「未来の姿について」
令和5年10月30日	第3回丸森町地域包括ケア推進会議 ・基本目標の設定と施策体系について ・グループワーク「目標達成のためにできること」
令和5年11月28日	第4回丸森町地域包括ケア推進会議 ・グループワーク「移動支援事業について」
令和5年12月21日	第2回丸森町介護保険運営委員会 ・丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の概要について
令和5年1月23日	第5回丸森町地域包括ケア推進会議 ・丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（素案）について
令和6年2月9日	第3回丸森町介護保険運営委員会 ・丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（素案）について
令和6年3月1日～ 令和6年3月11日	パブリックコメントの実施
令和6年3月19日	第6回丸森町地域包括ケア推進会議 ・丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（案）について
令和6年3月22日	第4回丸森町介護保険運営委員会 ・丸森町高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（案）について

パブリックコメントの結果

実施期間	令和6年3月1日（金曜日）から3月11日（月曜日）
計画書閲覧方法	町ホームページ及び役場保健福祉課で閲覧
意見提出数	0件

資料2 丸森町介護保険運営委員会

丸森町介護保険条例（抜粋）

第3章 丸森町介護保険運営委員会

（設置）

第13条 介護保険に関する施策を実施するにあたり、町民の意見を十分に反映し、事業の円滑かつ適切な推進に資するため、丸森町介護保険運営委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（所掌事務）

第14条 委員会は、次に掲げる事項について調査審議する。

- （1）法第117条第1項の規定による介護保険事業計画の策定又は変更に関すること。
- （2）介護保険に関する施策及び事務事業の評価に関すること。
- （3）法第42条の2第5項、法第78条の2第6項及び法第78条の4第5項の規定による地域密着型サービスの指定等に関すること。
- （4）法第115条の46の規定による地域包括支援センターの設置及び運営に関すること。

（組織）

第15条 委員会は、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に掲げる人数以内で町長が任命する委員をもって組織する。

- （1）被保険者を代表する者 4人
- （2）介護に関し学識又は経験を有する者 4人
- （3）介護サービスに関する事業に従事する者 4人

2 委員の任期は3年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

3 委員は、再任されることができる。

（委員長等）

第16条 委員会に委員長を置き、委員の互選によって定める。

2 委員長は、会務を総理し委員会を代表する。

3 委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、委員長があらかじめ指名する委員がその職務を代理する。

（会議）

第17条 委員会の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 委員会の会議は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。

3 委員会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは委員長の決するところによる。

資料3 丸森町介護保険運営委員会委員名簿

【任期：令和5年7月7日～令和8年7月6日】

(敬称略)

NO	種 別	氏 名	所属団体
1	被保険者を代表する委員	大河内 暎 子	
2		目 黒 房 子	
3		大 内 千恵子	
4		谷 津 俊 幸	
5	介護に関し学識又は 経験を有する委員	大 友 正 隆	丸森町国民健康保険 丸森病院
6		谷 津 徳 男	仙南歯科医師会
7		森 浩	丸森町社会福祉協議会
8		小 川 喜美子	丸森町民生委員児童委員協議会
9	介護サービスに関する 事業に従事する委員	新 野 義 人	特別養護老人ホーム 仙南ジェロントピア
10		菊 地 邦 幸	介護老人保健施設 丸森ロイヤルケアセンター
11		相 原 明 伸	ツクイ丸森大内
12		高 橋 恵	ショートステイ憩いの森

資料4 丸森町地域包括ケア推進会議設置要綱

平成 26 年 8 月 6 日

告示第 47 号

(設置)

第1条 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域社会の実現を目指し、多様なサービスを総合的に提供するケア体制を構築して高齢者福祉の推進を図るため、丸森町地域包括ケア推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 推進会議は、次に掲げる事項について検討し、意見を述べるものとする。

- (1) 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 8 及び介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 117 条の規定に基づく丸森町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（以下「計画」という。）の策定及び推進に関する事項
- (2) 地域包括ケア体制の構築に向けた地域課題の把握及び対応策に関する事項
- (3) 前2号に掲げるもののほか、前条の目的を達成するため町長が必要と認める事項

(組織)

第3条 推進会議は、20 名以内の委員をもって組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 住民を代表する者
- (2) 介護サービス事業者及び特定非営利活動法人等の職員
- (3) 民生委員児童委員
- (4) 丸森町社会福祉協議会職員
- (5) 丸森町国民健康保険丸森病院職員
- (6) その他町長が適当と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、委嘱又は任命の日から3年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任することができる。

(会長等)

第5条 推進会議に会長及び副会長各1名を置く。

- 2 会長は、委員の互選により選任し、副会長は、委員の中から会長が指名する。
- 3 会長は、推進会議を代表し、会務を総括する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 推進会議の会議は、会長が招集し、その議長となる。

2 会長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

(部会)

第7条 第2条に掲げる所掌事項を検討するのに当たり、必要に応じ、部会を置くことができる。

2 部会の組織、運営その他必要な事項は、会長が会議に諮り別に定める。

(守秘義務)

第8条 委員は、職務上知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。その職を退いた後もまた、同様とする。

(庶務)

第9条 推進会議の庶務は、保健福祉課において処理する。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則

この告示は、平成26年8月6日から施行する。

附 則（平成27年12月9日告示第106号）

この告示は、平成27年12月1日から適用する。

資料5 地域包括ケア推進会議委員名簿

【任期：令和5年8月30日～令和8年8月29日】

(敬称略)

NO	種 別	氏 名	役 職 等
1	住民を代表する者	船 山 久 子	金山地区代表
2		菅 野 ちか子	筆甫地区代表
3		阿 邊 いずみ	大内地区代表
4		齋 藤 浩 子	小斎地区代表
5		佐 藤 睦 子	館矢間地区代表
6		大 槻 美枝子	大張地区代表
7		横 山 順 子	耕野地区代表
8	民生委員児童委員	菊 地 健 二	丸森地区
9	介護サービス事業者及び 特定非営利活動法人等の職員	大 槻 由 美	仙南ジェロントピア在宅介護 支援センター管理者
10		伊 藤 美 和	介護老人保健施設丸森ロイヤル ケアセンター看護部長
11		森 孝 志	ツクイ丸森大内管理者
12		高 橋 恵	ショートステイ憩いの森所長
13		菊 池 秀 子	地域密着型特別養護老人ホーム そよかぜ施設長
14		岩 佐 未 弧	そのつ森機能訓練指導員
15	丸森町社会福祉協議会職員	伊 東 圭 太	福祉活動専門員
16	丸森町国民健康保険 丸森病院職員	滝 井 孝 英	内科医師
17		引 地 由美子	総看護師長
18		目 黒 安 奈	地域連携班主事
19	その他町長が適当と認める者	谷 津 利 明	丸森町住民自治組織連絡協議会 会長

資料6 丸森町地域包括ケア推進会議部会設置要領

(設置)

第1条 丸森町地域包括ケア推進会議設置要綱第7条の規定に基づき、次に掲げる部会を置く。

- (1) 認知症施策推進部会
- (2) 在宅医療・介護連携推進部会
- (3) 介護予防・生活支援体制整備推進部会

(組織)

第2条 部会は、地域包括ケア推進会議委員及び専門委員をもって組織する。

(任期)

第3条 部会委員の任期は、地域包括ケア推進会議委員の任期に準じる。

(所掌事項)

第4条 部会は、次に掲げる事項について討議する。

- (1) 認知症施策推進部会
認知症支援策に関すること
- (2) 在宅医療・介護連携推進部会
医療・介護連携のしくみづくりに関すること
- (3) 介護予防・生活支援体制整備推進部会
介護予防・生活支援体制の整備に関すること

(部会長)

第5条 部会に、部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長及び副部会長は部会委員の互選により定める。
- 3 部会長は、部会の事務を総理する。
- 4 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるとき又は部会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 部会の会議は、地域包括ケア推進会議会長が招集する。

(その他)

第7条 この設置要領に定めるもののほか、部会の運営に関し必要な事項は、部会で定める。

附則

この要領は平成28年11月14日から施行する。

資料7 地域包括ケア推進会議 部会委員名簿

【任期：令和5年8月30日～令和8年8月29日】

◎ 認知症施策推進部会

(敬称略)

NO	氏 名	所属団体 等	備 考
1	加 藤 一 聖	丸森町社会福祉協議会	専門委員
2	菅 野 ちか子	推進会議委員（住民）	
3	菊 地 健 二	推進会議委員（住民）	
4	齋 藤 浩 子	推進会議委員（住民）	
5	佐 藤 睦 子	推進会議委員（住民）	
6	高 橋 恵	推進会議委員（事業所）	
7	船 山 久 子	推進会議委員（住民）	
8	目 黒 安 奈	推進会議委員（丸森病院）	
9	谷 津 俊 幸	有識者	専門委員

(五十音順)

◎ 在宅医療・介護連携推進部会

(敬称略)

NO	氏 名	所属団体 等	備 考
1	伊 藤 美 和	推進会議委員（事業所）	
2	大 槻 由 美	推進会議委員（事業所）	
3	菊 池 秀 子	推進会議委員（事業所）	
4	齋 藤 敦 子	仙南薬剤師会	専門委員
5	滝 井 孝 英	推進会議委員（丸森病院）	
6	引 地 由美子	推進会議委員（丸森病院）	
7	目 黒 一 美	仙南歯科医師会	専門委員
8	谷 津 利 明	推進会議委員 (町長が適当と認める者)	
9	山 本 政 秀	角田市医師会	専門委員

(五十音順)

◎ 介護予防・生活支援体制整備推進部会

(敬称略)

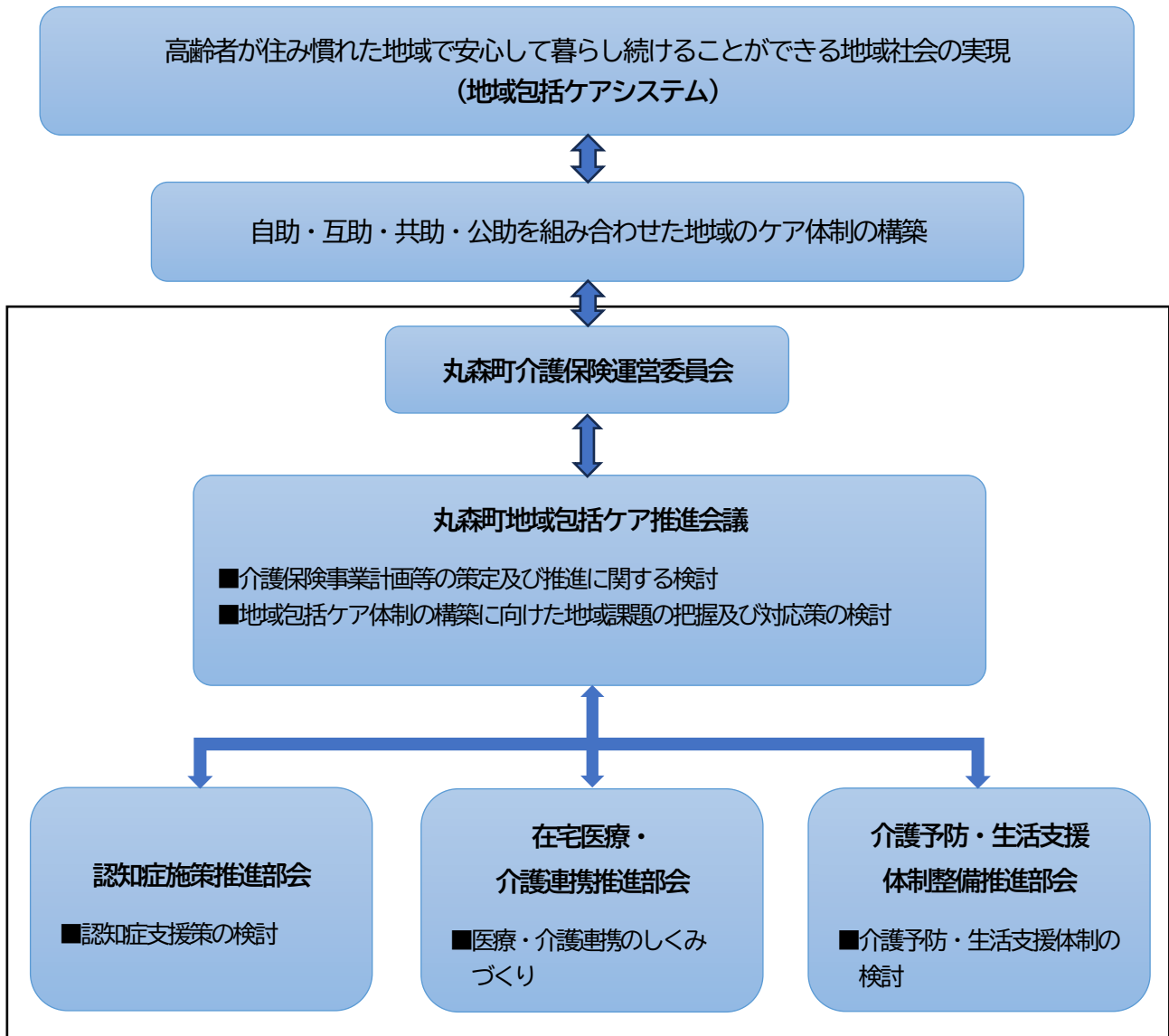
N0	氏 名	所属団体 等	備 考
1	阿 邊 いずみ	推進会議委員（住民）	
2	伊 東 圭 太	推進会議委員 （社会福祉協議会）	
3	岩 佐 未 弧	推進会議委員（事業所）	
4	大 槻 美枝子	推進会議委員（住民）	
5	大 槻 康 浩	自治組織（耕野）	専門委員
6	坂 根 理栄子	生活支援コーディネーター	専門委員
7	穴 戸 寛 人	丸森町シルバー人材センター	専門委員
8	森 孝 志	推進会議委員（事業所）	
9	横 山 順 子	推進会議委員（住民）	

(五十音順)

資料8 丸森町における地域包括ケアシステムの推進体制について

地域包括ケアシステムの構築を一層推進するため、丸森町地域包括ケア推進会議の下に部会を設置しており、課題毎に検討を進めていきます。

図表 体制図



用語集

頭文字	用 語	解 説
あ	I C T	Information and Communication Technology の略。 パソコンやスマートフォンなどの情報通信のこと。
	A C P（アドバンス・ケア・プランニング）	Advance care planning の略。 人生の最終段階における、医療上の希望や受けたいケアなど、医療や療養に関することについて、本人自身が前もって考え、家族や医療従事者等と話し合い共有する取組。「人生会議」ともいう。
か	介護予防・生活支援サービス事業	市町村が主体となって実施する地域支援事業の一つ。要支援者等に対し、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントを提供している。
	介護予防・日常生活総合事業	高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるように、地域全体で高齢者を支えるとともに、高齢者自身も自らの持つ能力を最大限に活かして、要介護状態になることを予防するために創設された仕組み。
	介護離職	家族を介護するために仕事を辞めること。
け	権利擁護	自己の権利やニーズを表明することが困難である人を、あらゆる形態の権利侵害やその可能性から擁護するとともに、生活を送るうえで必要なすべての権利を保障するという考え方やその実践のこと。
こ	高齢者虐待	高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること。主には、身体的暴力、ネグレクト（介護や世話の放棄）、心理的虐待、性的及び経済的虐待などに分類される。
	コーホート法	コーホート法とは、コーホート（同時出生集団）ごとの時間変化を軸に人口の変化を捉える方法。変化率法は、このコーホート（同時出生集団）の一定期間における人口の変化率に着目し、その変化率が年齢別人口変化の特徴であり、将来にわたって維持されるものと仮定して、将来人口を算出する方法。
せ	生活支援コーディネーター	高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のこと。

頭文字	用 語	解 説
せ	成年後見制度	認知症や知的障害、精神障害などで判断能力が十分でない人が、不利益な被害を受けたり、人間としての尊厳がそこなわれたりしないよう、後見人・保佐人・補助人を選任することにより、法律的に支援する制度のこと。 すでに判断能力に不安がある人が財産管理や介護の契約などを行うことをサポートをしてもらう「法定後見制度」と、元気なうちからの備えとしてあらかじめサポートしてもらう人と内容を決めておく「任意後見制度」がある。
	成年後見制度利用促進計画	成年後見制度の利用を必要とする人が尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制を目指して策定されたもの。
た	第1号被保険者	町内に住所を有する65歳以上の高齢者。
	第2号被保険者	町内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者。
	団塊の世代	戦後の第一次ベビーブームの時期（昭和22年から昭和24年頃）に生まれた世代のこと。
	団塊ジュニア世代	第二次ベビーブームの時期（昭和46年から昭和49年）に生まれた世代のこと。団塊の世代に次いで世代人口が多い。
ち	地域共生社会	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、町民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会のこと。
	地域ケア会議	高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に図っていくことを目的に、医療・介護・福祉等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るもの。
	地域支援事業	介護保険制度において、被保険者が要介護状態や要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市町村が行う事業。「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」から構成される。
	地域支援者	避難行動要支援者について、避難の支援、安否の確認その他の避難行動要支援者の生命及び身体を災害から保護するために必要な支援を行う人のこと。
ち	地域包括ケアシステム	高齢者が住み慣れた地域において、できる限り継続して自立した生活ができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援の各サービスが切れ目なく連携して一体的に提供される体制のこと。 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据えて、各地域の実情に応じた体制を構築することを目標としている。

頭文字	用 語	解 説
ち	地域包括支援センター	高齢者の健康維持、生活の安定、保健・福祉・医療の向上と増進のために必要な援助・支援を包括的に担う地域の中核機関。主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師または経験のある看護師の3職種により、介護予防ケアマネジメント業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、総合相談支援業務、権利擁護業務を行う。
に	日常生活自立支援事業	十分な意思決定能力を持たない方々を対象に、社会福祉協議会が実施している事業で、福祉サービス利用手続きに関する相談・援助、日常的金銭管理等を行う制度。
	任意事業	地域支援事業の理念にかなった事業が、地域の実情や特色に応じ、市町村独自の発想や創意工夫した形態で実施される多様な事業。
	認知症支援ガイド（認知症ケアパス）	認知症の方やその家族が安心して、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもの。
	認知症カフェ	認知症の人やその家族、地域の人、専門職が一緒につどい、認知症についての理解を深めることやくらしの工夫などの情報を共有する場。運営スタッフは、認知症の知識を持つ専門職。
	認知症基本法	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」のこと。認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としている。
	認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を受けた人。認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者となり、自分のできる範囲で支援を行う。
	認知症施策推進大綱	令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議が取りまとめた、国の認知症施策を推進する総合戦略のこと。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進する。
	認知症施策における「共生」	認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会で生きるという意味。
	認知症施策における「予防」	認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。
に	認知症初期集中支援チーム	適切な医療やサービスにつながない認知症の人や家族を支援するために、医療・介護の専門職によるチームが、必要な支援を行う。

頭文字	用 語	解 説
に	認知症地域支援推進員	厚生労働省が実施する「認知症地域支援推進研修」を受講した人。認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、効果的な支援を行うことを目的として、地域における認知症の人の支援のネットワーク構築を担う役割を持つ。
は	8050 問題	ひきこもりが長期化し、80 代の親と 50 代のひきこもる子が同居する世帯が、高齢の親の年金などの収入で生活する状況が増えている社会問題のこと。
ひ	PDCA サイクル	計画 (plan)、実行 (do)、評価 (check)、改善 (action) のプロセスを順に実施し、最後の action では check の結果から、最初の plan の内容を見直して、次回の plan に結びつける。この循環のプロセスを繰り返すことによって、継続的な業務改善活動を推進するマネジメント手法のこと。
ふ	+10 (プラステン)	健康のために、日常生活の中で今より 10 分多く体を動かすこと。
	フレイル	加齢にともない、気力や体力など心身の活力が低下しているが、適切な支援による生活機能の維持向上が可能な状態。
ほ	包括的支援事業	地域の高齢者の実態把握やサービスの利用調整を行う「総合相談」、虐待の防止や早期発見を行う「権利擁護事業」、介護支援専門員の支援等を行う「包括的・継続的ケアマネジメント事業」の総称であり、地域支援事業に含まれる。
み	見守りネットワーク	高齢者を見守り、異変等を発見したときに迅速に対応できる体制を確保するため、地域包括支援センターを中心として、民生委員、地域住民、事業者等が相互に連携するもの。
や	ヤングケアラー	年齢や成長の度合いに見合わない重い責任や負担を負って、本来、大人が担うような家族の介護や年下の兄弟の世話などをすることで、自らの育ちや教育に影響を及ぼしている 18 歳未満の子どものこと。
よ	要配慮者	一般の避難所での生活が困難な方のこと。
ろ	老々介護	要介護者、介護者ともに高齢者で、老人が老人を介護すること。その多くの場合、高齢化した子どもが、より高齢化した親を介護するケースであり、介護する側が疲れ果て、結局共倒れになってしまうような事態も生じる場合がある。

丸森町高齢者保健福祉計画
第9期介護保険事業計画
(令和6年度～令和8年度)

発行：令和6年3月

発行者：宮城県丸森町（保健福祉課）

〒981-2192

宮城県伊具郡丸森町字鳥屋 120 番地

TEL：0224-51-9904 FAX：0224-87-7189(直通)

町ホームページ：<https://www.town.marumori.miyagi.jp/>



まあい森の里からこんにちわ

まるもり

