

身延町介護保険事業計画

身延町高齢者福祉計画

令和6年3月

身 延 町

目 次

第1編 総論	1
第1章 計画策定の概要	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置付け	2
第3節 計画の期間	2
第4節 計画策定の経過と策定後の推進体制	3
第2章 高齢者を取り巻く現状	4
第1節 高齢者の状況	4
第2節 介護保険に関する状況	8
第3節 アンケート調査（介護予防・日常圏域ニーズ調査・在宅介護実態調査）	10
第3章 計画の基本的な考え方	11
第1節 目指す姿と基本理念	11
第2節 計画を見直す上でのポイント	12
第3節 日常生活圏域	13
第4節 計画に基づく事業の体系	14
第2編 各論	15
第1章 住み慣れた地域で支え合う地域社会の実現	15
第1節 各種サービスの充実	15
第2節 地域で支える体制の推進	40
第3節 認知症施策の推進	49
第2章 生きがいを持ち元気に生活を送ることができる地域社会の実現	56
第1節 一般介護予防事業	56
第2節 健康づくりの推進	63
第3節 自立支援・重度化防止に向けた取り組み	67
第4節 生きがいづくりの推進	70
第3章 安心して暮らせる地域社会の実現	75
第1節 高齢者が住みやすいまちづくり	75
第2節 地域包括ケアシステムの推進	80
第3節 計画の円滑な運営に向けて	89
資料編	97
身延町介護保険運営協議会委員名簿	97
用語解説	98

第1編 総論

第1章

計画策定の概要

第1節 計画策定の趣旨

近年、高齢化が急速に進行しており、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、令和7年には、65歳以上が人口に占める割合は30%となることが予測されています。また、令和7年においては、団塊の世代が後期高齢者である75歳となり、高齢者の急増による医療や介護などの社会保障費の急増が懸念され、制度そのものの持続可能性が危惧される中で各社会保障制度の安定性・持続可能性のための見直しも進められています。

令和22年には、団塊ジュニア世代が高齢者となり、1人の高齢者を1.5人の現役世代で支える状況が推定されており、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化すると言われていたのですが、本町においてはすでに令和5年に65歳以上が人口に占める割合は49.4%であり、75歳以上の後期高齢者の割合は26.4%です。本計画期間中である令和7年には団塊の世代が後期高齢者である75歳以上となります。

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

このような状況の中で、本町においては、高齢になっても、要介護状態となっても、生きがいをもって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目指し、高齢者に関する各種施策を展開してきました。今後も、『誰もが生きがいを持ち 支え合い 元気で暮らせる町』を目指し、高齢者の生きがいづくり、家族支援や支援体制の充実、住民主体の支え合い・地域づくりなど地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図ります。

このような時代の潮流と本町の現状を踏まえ、今後の介護保険事業の運営、各種高齢者施策の推進、地域包括ケアシステムのさらなる深化を目指し、本計画を策定しました。

第2節 計画の位置付け

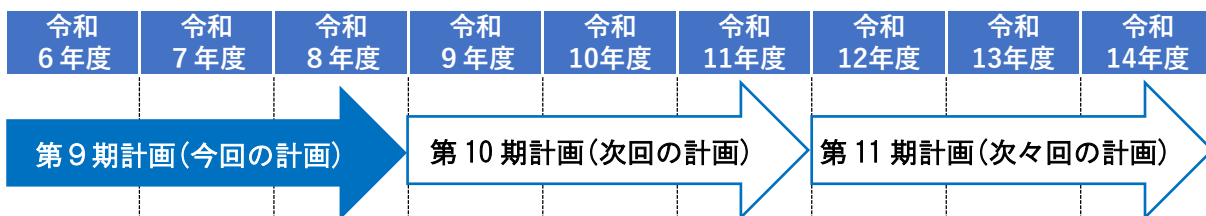
1. この計画は、介護保険法第117条第1項に基づく「身延町介護保険事業計画」であり、身延町の介護保険事業運営に係る保険給付の円滑な実施等に関する基本的な計画として位置付けます。
2. この計画は、老人福祉法第20条の8第1項に基づく「身延町高齢者福祉計画」であり、身延町の高齢者福祉施策に関する基本的な計画として位置付けます。
3. この計画は、身延町総合計画・身延町地域福祉計画等の上位計画と整合を持ったものとしします。

第3節 計画の期間

平成12年度に介護保険制度がスタートしてから20年が経過し、その間平成16年9月には町の合併がありました。

介護保険事業計画は3年ごとに見直しを行うことになっており、高齢者人口や要介護高齢者、介護保険サービスの利用、高齢者の生活等に係る各種動向の推移や社会背景に合わせて見直しを繰り返してきました。

今回の計画は、令和6年度を初年度とし、令和8年度を目標年度とする3か年を計画の期間とします。また、本計画期間においては団塊の世代が後期高齢者である75歳以上となる令和7年を迎えます。本計画策定に当たっては団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年を見据え、中長期的な視点から施策を展開します。



第4節 計画策定の経過と策定後の推進体制

この計画の策定にあたっては、被保険者代表、知識経験者、福祉・保健医療機関代表などからなる「介護保険運営協議会」において、これまでの介護保険給付実績や高齢者の実態を踏まえた上で検討しました。

策定後の点検体制としても、これらの組織を推進組織として活用し、施策の進捗状況を検証し、改善する仕組み（PDCAサイクル）を確立し、計画を推進する上での課題分析、及び必要な対策を講じるものとします。

第2章

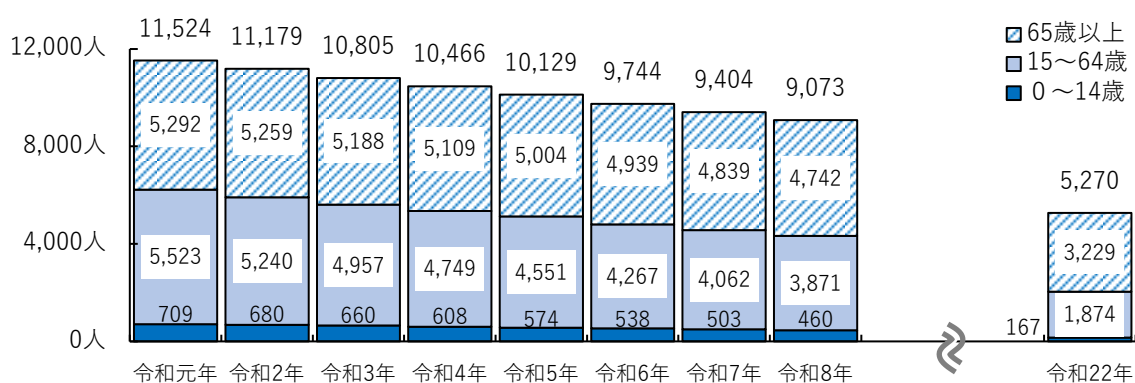
高齢者を取り巻く現状

第1節 高齢者の状況

身延町の総人口は、令和元年に11,524人となっており、令和5年には10,129人と、5年間で1,395人減少しています。年齢3区分別人口をみるといずれも減少しており、令和5年には「0～14歳」が574人（5.7%）、「15～64歳」が4,551人（44.9%）、「65歳以上」が5,004人（49.4%）となっています。

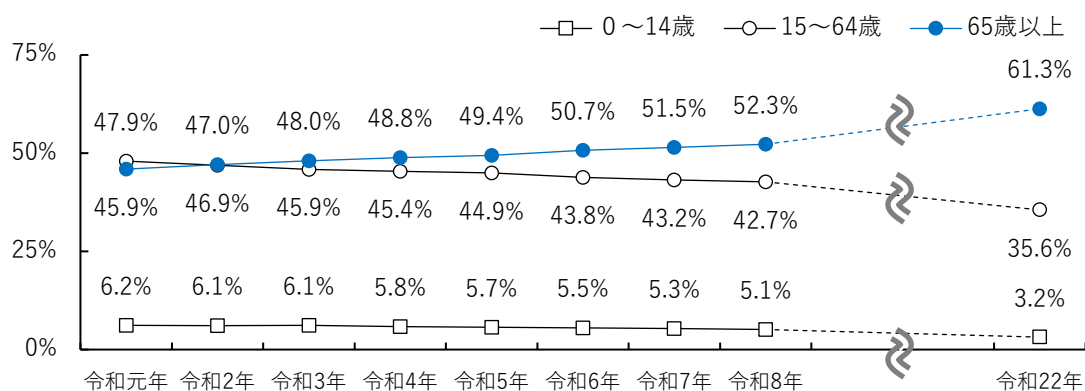
令和6年以降の推計を見ると、これまでの減少傾向と同様に、今後も減少を続けていくと見込まれています。

総人口（年齢3区分別人口）の推移



各年 10月1日時点

年齢3区分別人口割合の推移

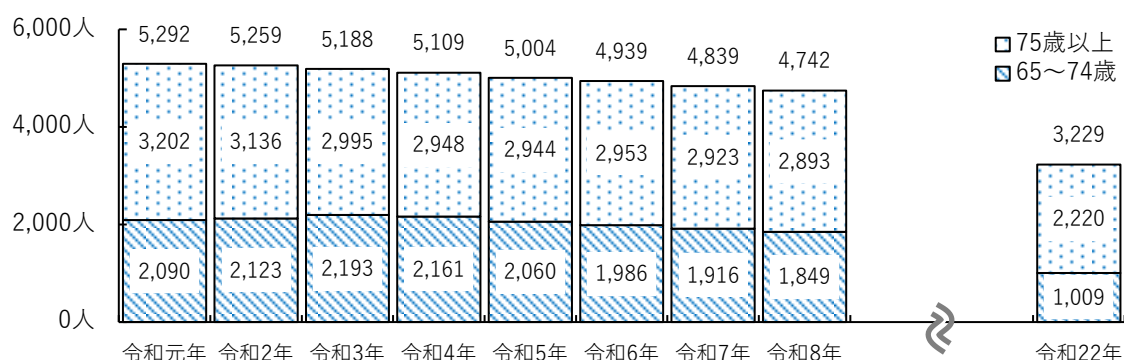


各年 10月1日時点

前期高齢者（65～74歳）人口、後期高齢者（75歳以上）人口は、令和5年の人口10,129人のうち「前期高齢者」が2,060人（20.3%）、「後期高齢者」が2,944人（29.1%）となっており、今後も高齢化率の増加は続くと見込まれます。

本計画期間においては、団塊の世代が後期高齢者になる令和7年を迎えますが、中長期的な視点に立ち、団塊ジュニア世代が前期高齢者になる令和22年も見据えて施策を展開していく必要があります。

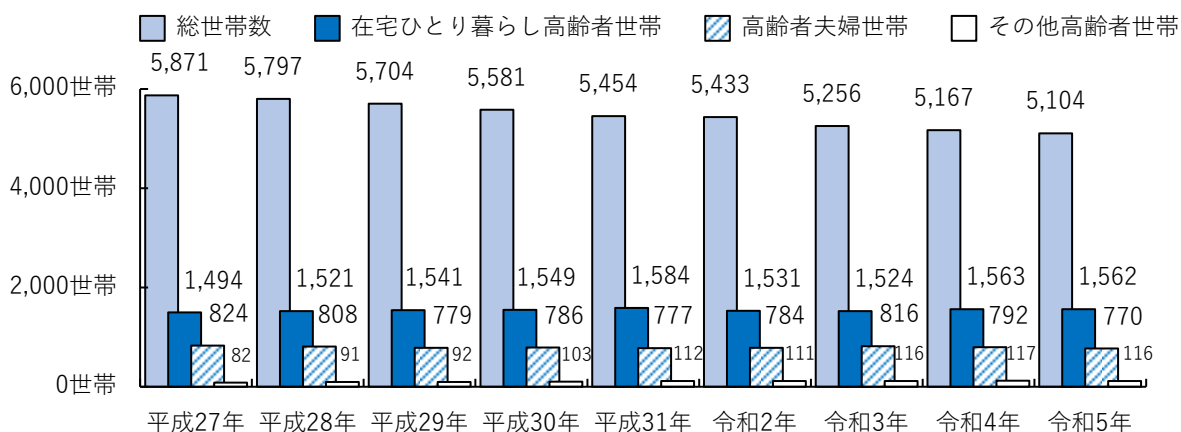
前期高齢者（65～74歳）、後期高齢者（75歳以上）人口の推移



各年 10月1日時点

総世帯数は、平成27年の5,871世帯から令和5年の5,104世帯と、8年間で767世帯減少しています。令和5年は在宅ひとり暮らし高齢者世帯が1,562世帯（30.6%）、高齢者夫婦世帯が770世帯（15.1%）と、割合が多くなっています。

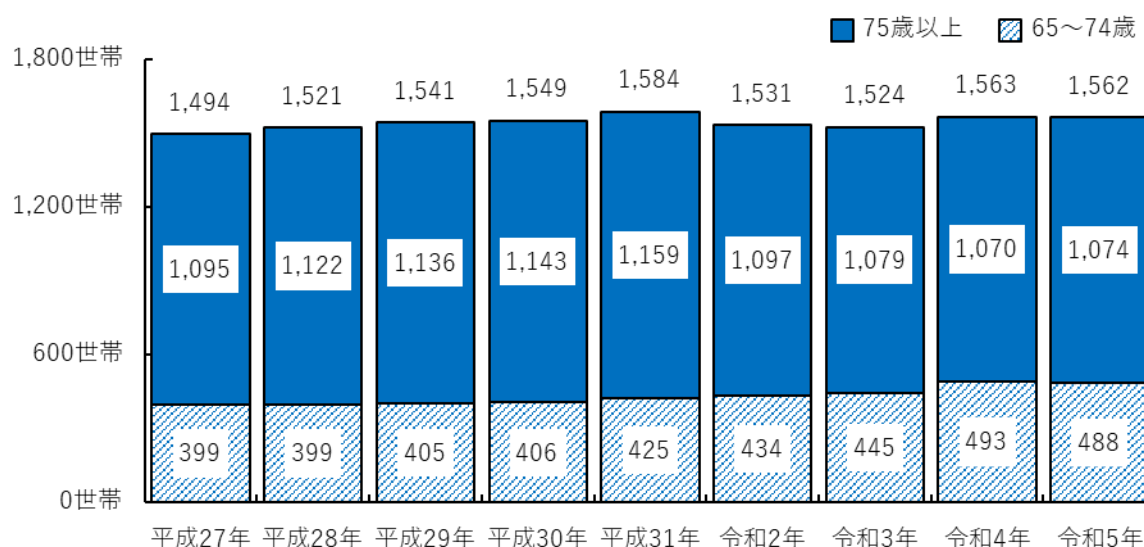
総世帯数・在宅ひとり暮らし高齢者世帯・高齢者夫婦世帯の推移



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

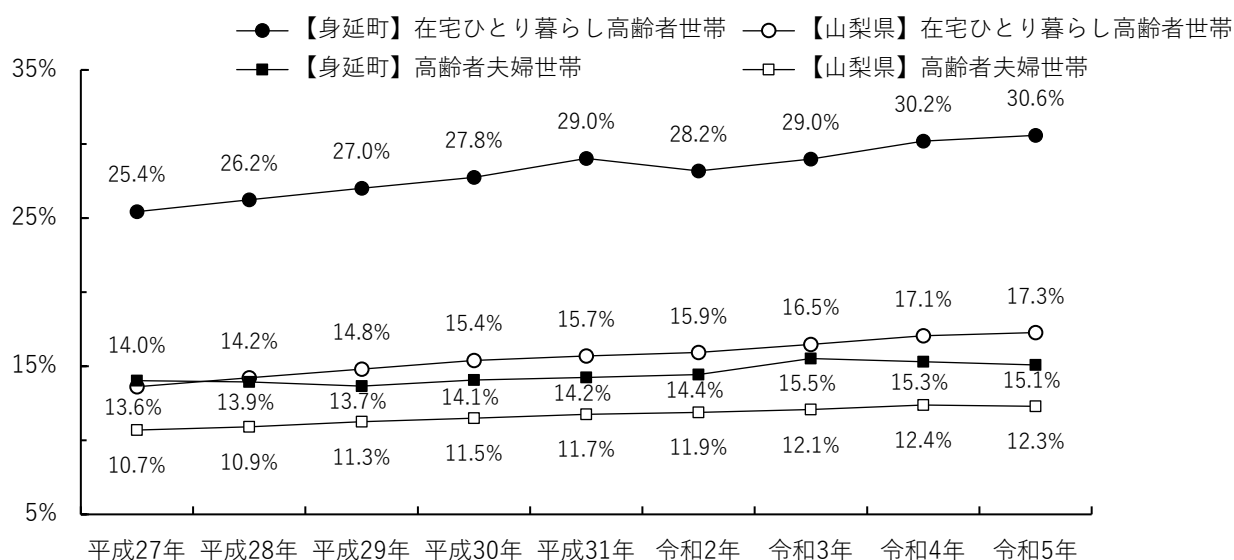
在宅ひとり暮らし高齢者世帯は、令和5年は「65～74歳」が488世帯、「75歳以上」が1,074世帯となっており、在宅ひとり暮らし高齢者世帯の7割が「75歳以上」の世帯となっています。山梨県平均と比べても割合が多くなっています。

在宅ひとり暮らし高齢者世帯



資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

在宅ひとり暮らし高齢者世帯・高齢者夫婦世帯の割合の推移（県比較）

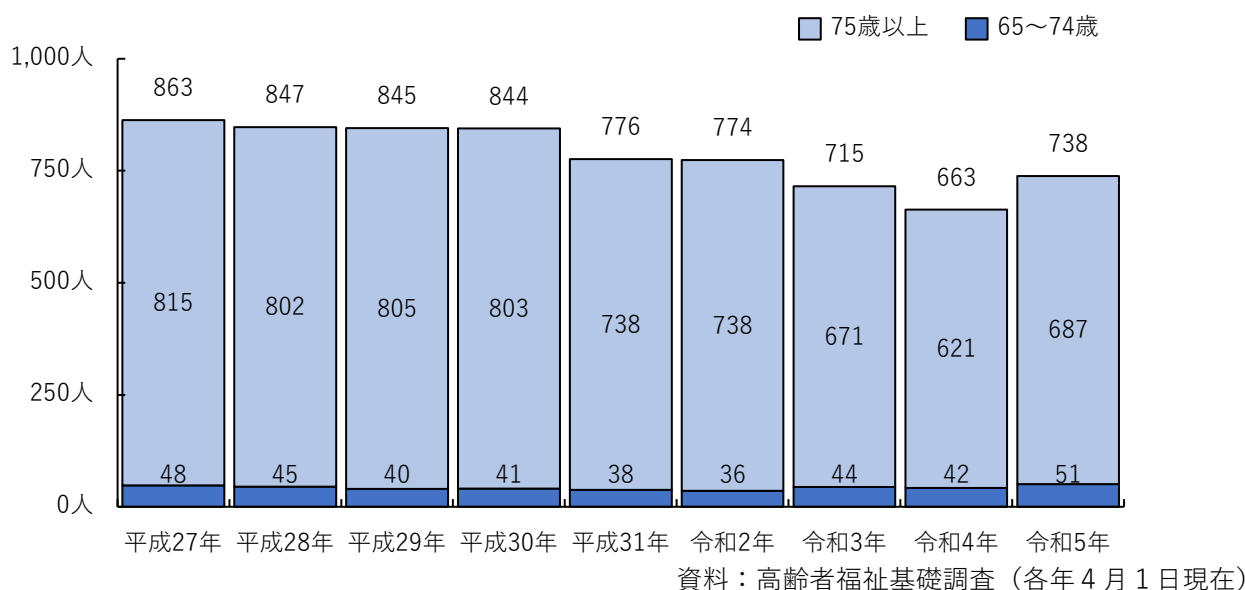


資料：高齢者福祉基礎調査（各年4月1日現在）

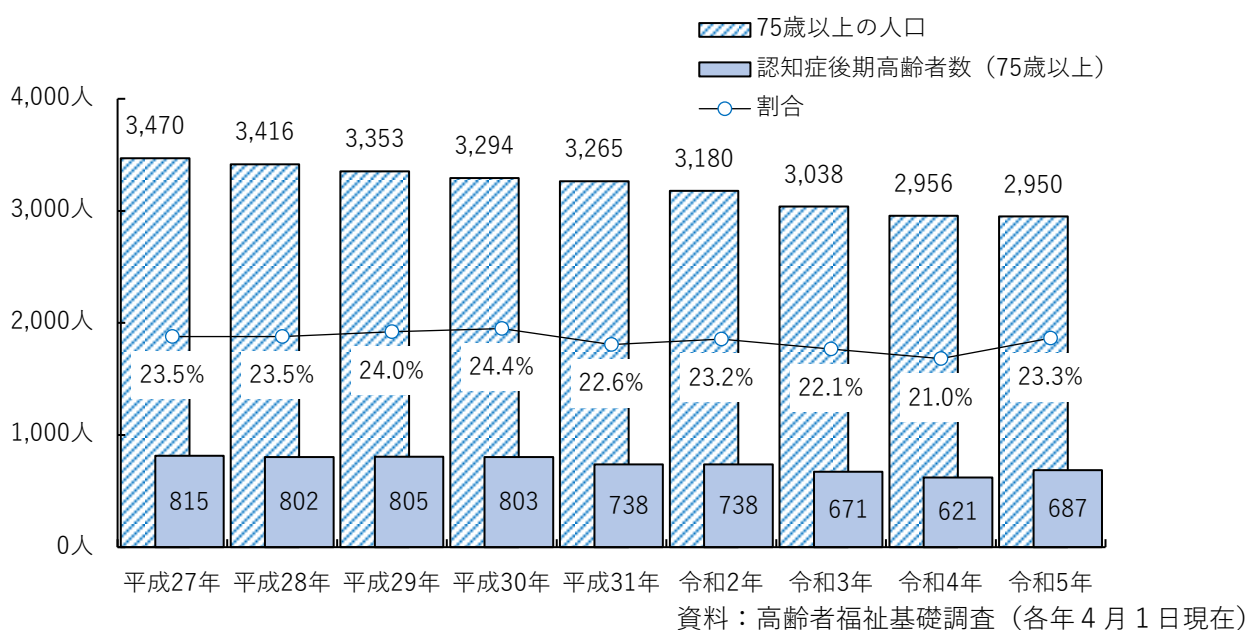
認知症高齢者全体の状況は、令和5年は全体が738人で、うち「65～74歳」が51人、「75歳以上」が687人となっています。

認知症後期高齢者（75歳以上）の状況は、令和5年は「75歳以上の人口」2,950人のうち、「認知症後期高齢者（75歳以上）」は687人（23.2%）となっており、約4人に1人が認知症となっています。

認知症高齢者全体の状況



認知症後期高齢者（75歳以上）の状況



第2節 介護保険に関する状況

1 認定者数・認定率の推移

認定者の総数は、令和3年以降年々減少していき、令和5年には999人、令和22年には700人になると見込まれています。

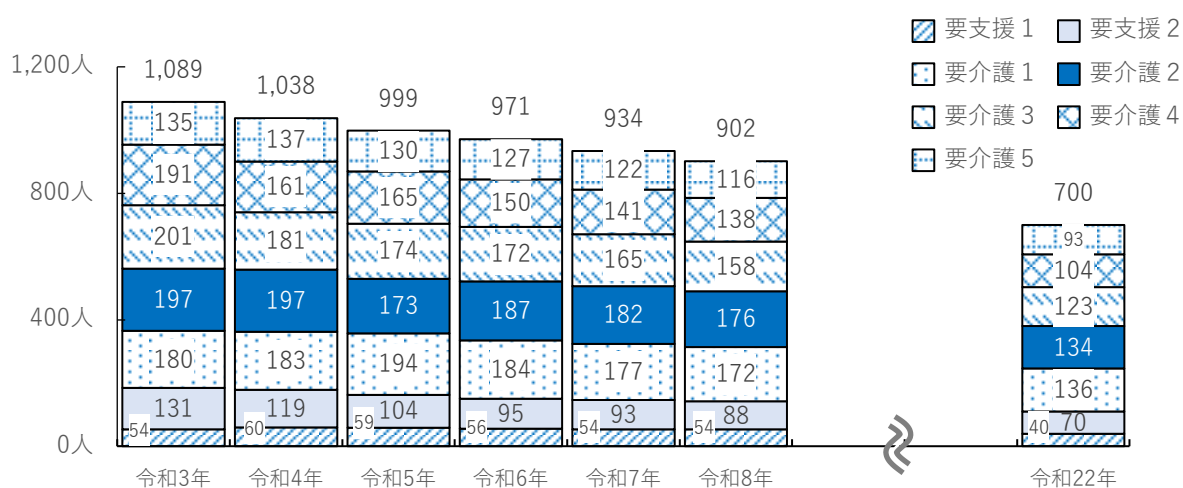
第1号被保険者数は減少していくものの、認定率は横ばい傾向にあり、令和22年には21.6%になるものと見込まれています。

(単位：人)

	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和22年
要支援1	54	60	59	56	54	54	40
要支援2	131	119	104	95	93	88	70
要介護1	180	183	194	184	177	172	136
要介護2	197	197	173	187	182	176	134
要介護3	201	181	174	172	165	158	123
要介護4	191	161	165	150	141	138	104
要介護5	135	137	130	127	122	116	93
合計	1,089	1,038	999	971	934	902	700
第1号認定者数	1,082	1,031	994	964	927	895	696
認定率	20.9%	20.2%	19.9%	19.5%	19.2%	18.9%	21.6%

資料：見える化システム

※認定者数は、第1号被保険者数と第2号被保険者数を合わせた数



2 介護費用の推移（国、県と比較する表）

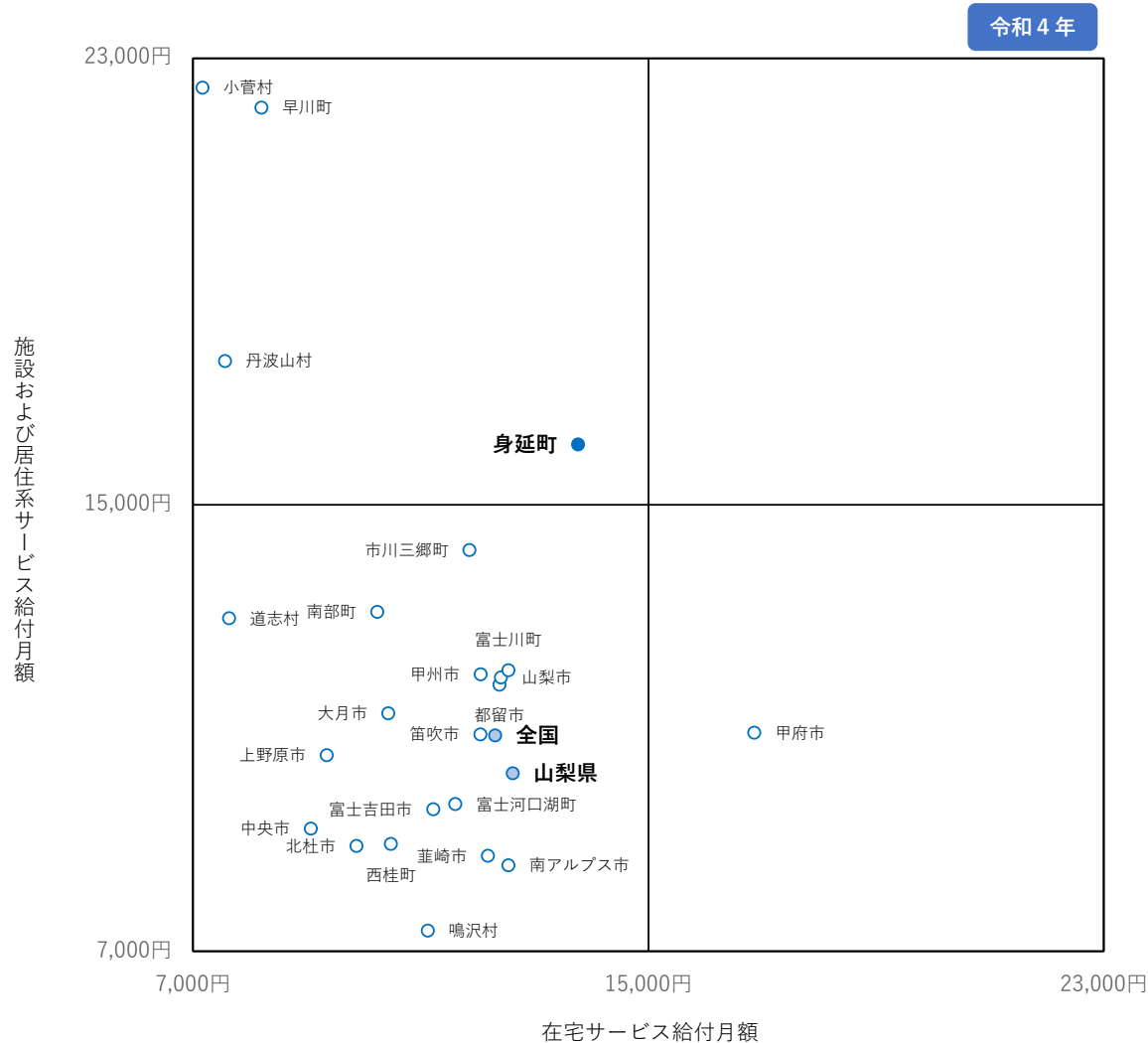
第1号被保険者1人あたり給付月額 of 在宅サービスは、身延町の令和3年度が14,754円、令和4年度が13,763円となっており、いずれの年度も全国や山梨県より高くなっています。

施設および居住系サービスは、身延町の令和3年度が15,956円、令和4年度が16,081円となっており、いずれの年度も全国や山梨県より高くなっています。

第1号被保険者1人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）（単位：円）

	令和3年度			令和4年度			令和5年度		
	身延町	山梨県	全国	身延町	山梨県	全国	身延町	山梨県	全国
在宅サービス	14,754	12,644	12,104	13,763	12,618	12,311	13,612	12,851	12,757
施設および居住系サービス	15,956	10,087	10,756	16,081	10,187	10,865	16,679	10,226	11,069

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報 令和5年は5月時点



第3節 アンケート調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査・在宅介護実態調査）

1 調査の目的

この調査は、身延町介護保険事業計画・身延町高齢者福祉計画を策定するにあたり、高齢者がどのような支援を必要としているか、どのような生活をしているか、地域の高齢者等の課題を明確にし、高齢者の意見を取り入れることを目的として実施しました。

調査結果は抜粋して各施策に掲載してあります。

2 調査の設計など

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	65歳以上の高齢者 （一般高齢者、総合事業対象者、 要支援認定者） ※令和元年度調査 一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者 ※令和4年度調査 一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者	要介護認定（1～5）を受けている人 ※令和元年度調査 在宅要介護認定者 ※令和4年度調査 在宅要介護認定者
標本数	800人	—
抽出方法	無作為抽出	要介護認定者
調査方法	郵送配布・郵送回収	認定調査員による聞き取り調査
調査期間	※令和元年度調査 令和元年12月11日～令和元年12月25日 ※令和4年度調査 令和4年12月23日～令和5年1月12日	※令和元年度調査 平成31年2月～令和2年2月 ※令和4年度調査 令和4年8月～令和4年12月
有効回収数	※令和元年度調査 618 ※令和4年度調査 595	※令和元年度調査 613 ※令和4年度調査 263

第3章

計画の基本的な考え方

第1節 目指す姿と基本理念

目指す姿

誰もが生きがいを持ち 支え合い 元気で暮らせる町

本計画は、身延町に住む「誰もが生きがいを持ち 支え合い 元気で暮らせる町」を目指し、「住み慣れた地域で支え合う地域共生社会の実現」「生きがいを持ち元気に生活を送ることができる地域社会の実現」「安心して暮らせる地域社会の実現」の3つを基本理念に設定します。

基本理念1 住み慣れた地域で支え合う地域共生社会の実現

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現するためには、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される本町の地域特性に合った地域包括ケアシステムを推進していく必要があります。地域包括支援センターを中心に、保健・医療・福祉の関係者及び地域住民が協働し、支え手側と受け手側の区別なく、すべての地域住民が役割を持ち、支え合いながら、地域コミュニティを育成し、自助、互助、共助、公助の中で暮らすことのできる地域共生社会の実現を目指します。

基本理念2 生きがいを持ち元気に生活を送ることができる地域社会の実現

高齢になっても、これまでの経験や知識を生かし、社会的役割や生きがいを持って活動、活躍できる地域社会であることが望まれます。また、普段からの健康づくりをはじめ、自ら介護予防に関する活動を行うことも必要です。自立している時から、また要介護状態となっても、自律心や生きがいを持ち生活を送ることができる地域社会の実現を目指します。

基本理念3 安心して暮らせる地域社会の実現

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現するためには、安心して暮らせる環境の整備が必要です。そのためには、福祉の考え方に基づいたまちづくり、緊急時の対応の整備、個人の尊厳が尊重されることが重要です。高齢者が安心・安全に生活できる環境整備や認知症施策、権利擁護施策等を通じた個人の尊厳が尊重されるまちづくりを通じて、安心して暮らせる地域社会の実現を目指します。

第2節 計画を見直す上でのポイント

第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント（案）

基本的考え方

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

見直しのポイント（案）

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の実情に応じたサービス基盤の整備

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

②在宅サービスの充実

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

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

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

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

③保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

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

第3節 日常生活圏域

日常生活圏域は、地理的条件、人口、社会的条件、サービス提供施設や今後の整備予定、地域包括支援センターの状況等、様々な状況を総合的に勘案し、設定する必要があります。

本計画においては、これまでの考え方を受け継ぎ、サービス利用者の利便性を考え、引き続き町内全域を1つの日常生活圏域として設定します。



第4節 計画に基づく事業の体系

目指す姿

誰もが生きがいを持ち 支え合い 元気で暮らせる町

▶ [基本理念1] 住み慣れた地域で支え合う地域共生社会の実現

第1節 各種サービスの充実

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1 居宅サービス | 2 施設サービス |
| 3 地域密着型サービス | 4 介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 5 家族介護者支援事業 | 6 生活支援サービス |

第2節 地域で支える体制の推進

- | | |
|----------------|---------------|
| 1 生活支援体制整備事業 | 2 ボランティア活動の充実 |
| 3 包括的相談支援体制の整備 | |

第3節 認知症施策の推進

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1 普及啓発・本人発信 | 2 早期診断・早期対応(予防) |
| 3 医療・介護関係者との連携、介護者への支援 | 4 認知症当事者への支援・社会参加支援 |

▶ [基本理念2] 生きがいを持ち元気に生活を送ることができる地域社会の実現

第1節 一般介護予防事業

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1 介護予防把握事業 | 2 介護予防普及啓発事業 |
| 3 地域介護予防活動支援事業 | 4 地域リハビリテーション活動支援事業 |

第2節 健康づくりの推進

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 1 生活習慣病予防健診・歯科検診の受診促進 | 2 健康相談・健康教室の充実 |
|-----------------------|----------------|

第3節 自立支援・重度化防止に向けた取り組み

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1 介護予防の啓発及び推進 | 2 保健事業と介護予防の一体的実施 |
|---------------|-------------------|

第4節 生きがいづくりの推進

- | | |
|--------------------|-----------|
| 1 老人クラブ活動の促進 | 2 生涯学習の推進 |
| 3 スポーツ・レクリエーションの振興 | 4 就業等の支援 |

▶ [基本理念3] 安心して暮らせる地域社会の実現

第1節 高齢者が住みやすいまちづくり

- | | |
|------------|--------------|
| 1 福祉のまちづくり | 2 交通安全・防災・防犯 |
| 3 感染症対策 | |

第2節 地域包括ケアシステムの推進

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1 在宅医療・介護連携の推進 | 2 介護予防ケアマネジメント事業 |
| 3 総合相談支援事業・権利擁護事業 | 4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 |
| 5 地域ケア会議の推進 | 6 情報提供体制の整備 |

第3節 計画の円滑な運営に向けて

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1 介護給付等費用適正化事業 | 2 介護保険事業の効果的・効率的な運営 |
| 3 サービスの質の向上・確保 | 4 介護保険事業費の算定 |
| 5 介護人材の充実に向けた取り組み | |

第2編 各論

第1章

住み慣れた地域で支え合う地域社会の実現

第1節 各種サービスの充実

介護の認定を受けたため、または介護保険給付を受けるほどではないものの自立した生活を送るため、自立した生活が困難となったが安心して日常生活を送るため、必要な支援として、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業、家族介護者支援事業、生活支援サービスなど各種サービスがあります。

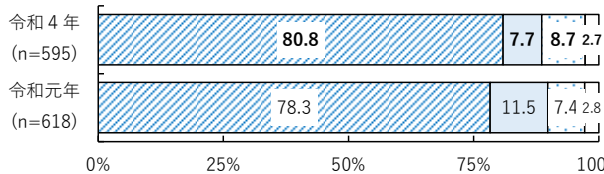
各種サービスは、介護度やその人の生活様式、家族構成などに合わせて、組み合わせて利用することができます。

1 居宅サービス

居宅サービスは、在宅での介護を中心とし、自立した生活を送ることを目的としたサービスです。

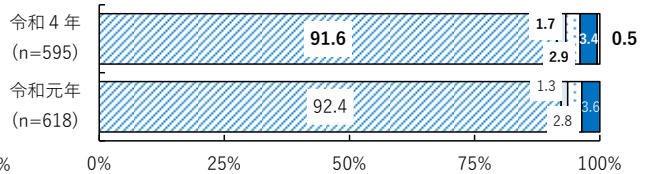
【ニーズ】問2 介護・介助が必要

- ☒ 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



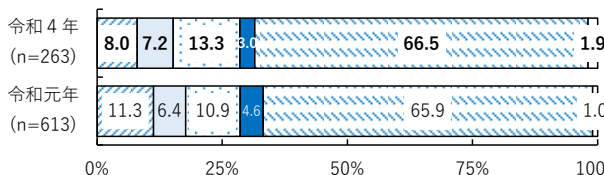
【ニーズ】要介護状態区分

- ☒ 一般高齢者
- ☐ 総合事業対象者
- ☐ 要支援1
- ☒ 要支援2
- ☐ 無回答



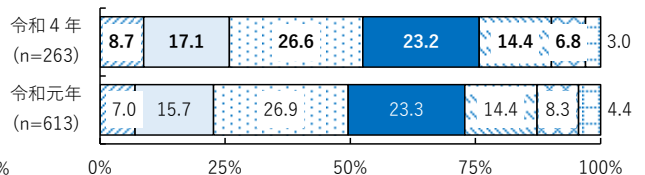
【在宅】A票問2 家族や親族からの介護の頻度

- ☒ ない
- ☐ 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない
- ☐ 週に1～2日ある
- ☒ 週に3～4日ある
- ☐ ほぼ毎日ある
- ☐ 無回答

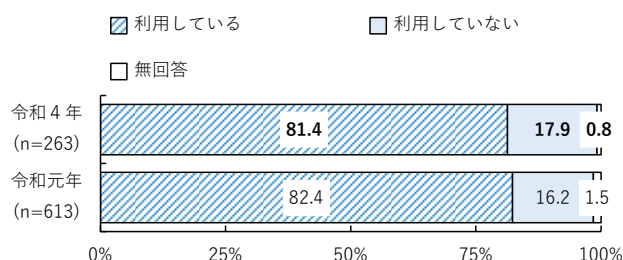


【在宅】要介護度

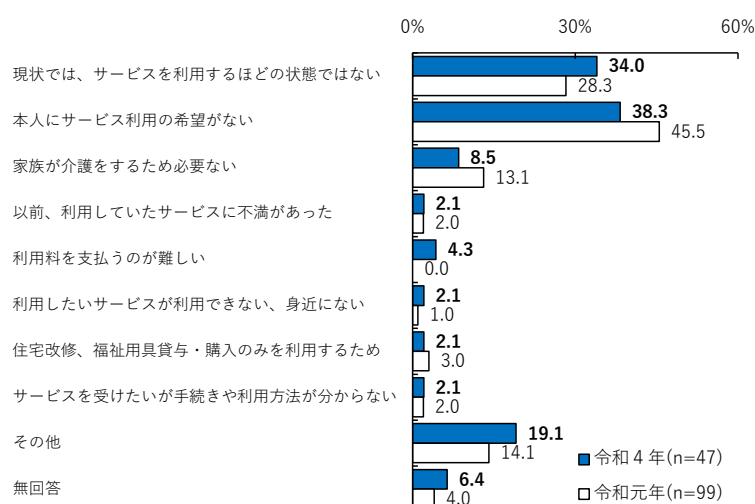
- ☒ 要支援1
- ☐ 要支援2
- ☐ 要介護1
- ☒ 要介護2
- ☐ 要介護3
- ☒ 要介護4



【在宅】A票問13 介護保険サービスを利用しているか



【在宅】A票問14 介護保険サービスを利用していない理由



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

①訪問介護（ホームヘルプサービス）

訪問介護（ホームヘルプサービス）は、要介護者等の居宅（軽費老人ホームまたは有料老人ホーム等を含む）に訪問し、介護福祉士または訪問介護員が入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話等を行うものです。

②訪問入浴介護

訪問入浴介護は、介護者が自宅で入浴させることが困難な在宅の寝たきり高齢者宅へ移動入浴車で訪問し、専門のスタッフが入浴させるものです。

③訪問看護

訪問看護は、居宅で介護を受ける人を対象に、看護師、保健師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）により行われる療養上の世話、または必要な診療の補助を行うものです。

④訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、高齢者の自立した日常生活に必要なリハビリテーションのため、理学療法士（PT）や、言語療法士等が居宅を訪問するものです。

⑤居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、通院困難な要介護者等を対象に、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等によって行われる療養上の管理及び指導のことです。

⑥通所介護（デイサービス）

通所介護（デイサービス）は、虚弱等により、家の中で過ごしがちな高齢者が施設に通所し、機能低下を防ぐための訓練のほか、入浴や食事のサービスを実施するものです。また、利用者の自宅と施設間の送迎も行っています。

⑦通所リハビリテーション（デイケア）

通所リハビリテーション（デイケア）は、老人保健施設、病院、診療所等に通所し、心身機能の維持・回復や日常生活の自立を助けるため、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）等がリハビリテーションを行うものです。

⑧短期入所生活介護（ショートステイ）

短期入所生活介護は、介護老人福祉施設に短期間入所し、当該施設において入浴、排せつ、食事等の支援、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うものです。

⑨短期入所療養介護（ショートステイ）（老健）

短期入所療養介護は、介護老人保健施設に短期間入所し、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものです。

⑩短期入所療養介護（ショートステイ）（病院等）

短期入所療養介護は、介護療養型医療施設等に短期間入所し、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものです。

⑪福祉用具貸与

福祉用具貸与は、居宅において介護を受ける人を対象に、自立を助けるための福祉用具を貸与するものです。

⑫特定福祉用具購入費

特定福祉用具購入費は、在宅の要介護者が入浴や排せつに用いる特定福祉用具を購入したときにその購入費が償還払いで支給されるもので、購入費の一部（9割～7割）が支給されます。

⑬住宅改修費

住宅改修費は、居宅での自立生活を積極的に支援することを目的に、住宅の居室を住みやすく改造する際（手すりの取り付け、段差解消等）の改修費を支援するもので、工事費の一部（9割～7割）が支給されます。

⑭特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームや軽費老人ホーム等で一定の計画に基づいて提供される、入浴・排せつ・食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けるものです。

⑮居宅介護支援（介護予防支援）

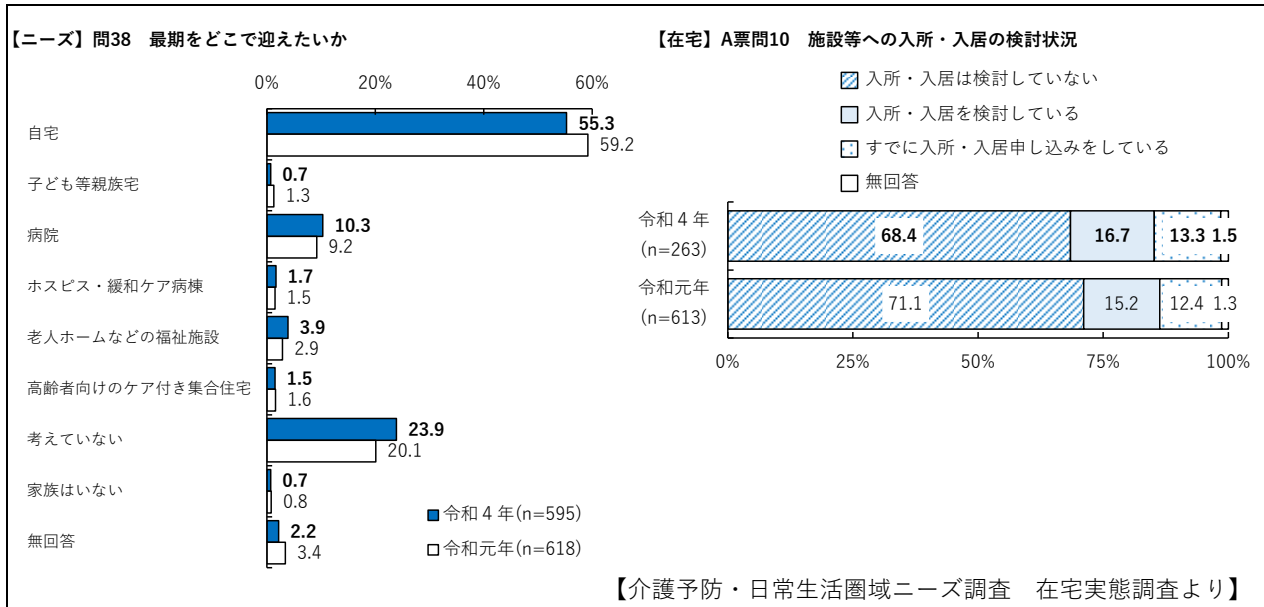
居宅介護支援（介護予防支援）は、在宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況・環境・本人や家族の希望を受けて、利用するサービスの種類・内容等の介護サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、サービス提供確保のために事業者等との連絡、施設への紹介等を行うものです。

施策の方向

- ☐ 介護の認定を受けても、今いるところ、住み慣れた地域で生活したいと考えている方を、支援していきます。
- ☐ 住み慣れた我が家で長く生活できるように介護保険の制度により住環境を整えるなど、自立した生活を送ることができるよう支援していきます。
- ☐ 事業者やケアマネジャーとの連携を図り、利用者のニーズにあったサービス提供に努めます。

2 施設サービス

施設サービスは、在宅での介護が困難になった人が、施設に入所して支援を受けることで安心して生活を送ることができるサービスです。



①介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、身体上、精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者に対して、施設サービス計画に基づき、日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行う施設です。

②介護老人保健施設

介護老人保健施設は、寝たきり等の高齢者に対し、医学的管理のもと介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話を行うことを目的とする施設です。

③介護医療院

介護医療院は、日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや、看取り、ターミナル等の機能と、生活支援としての機能を一体的に提供する施設です。

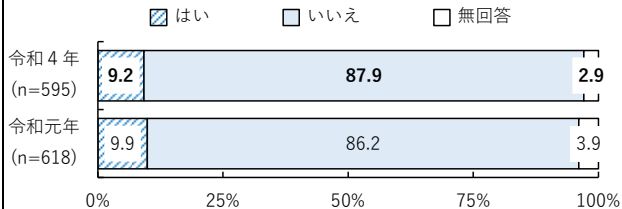
施策の方向

- 利用者のニーズにあったサービス提供に結び付けるため、近隣事業者との連携を図ります。

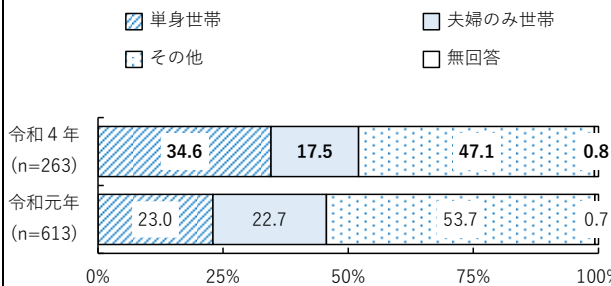
3 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、可能な限り住み慣れた地域や自宅での生活の継続を支援するもので、身延町に住所のある方が優先的に利用できるサービスです。

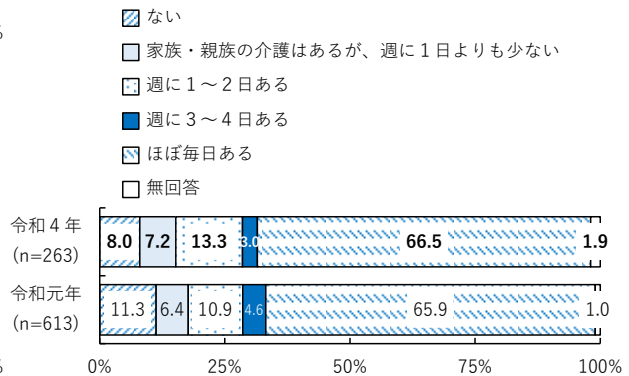
【ニーズ】問36 認知症の症状がある又は認知症の症状がある家族がいるか



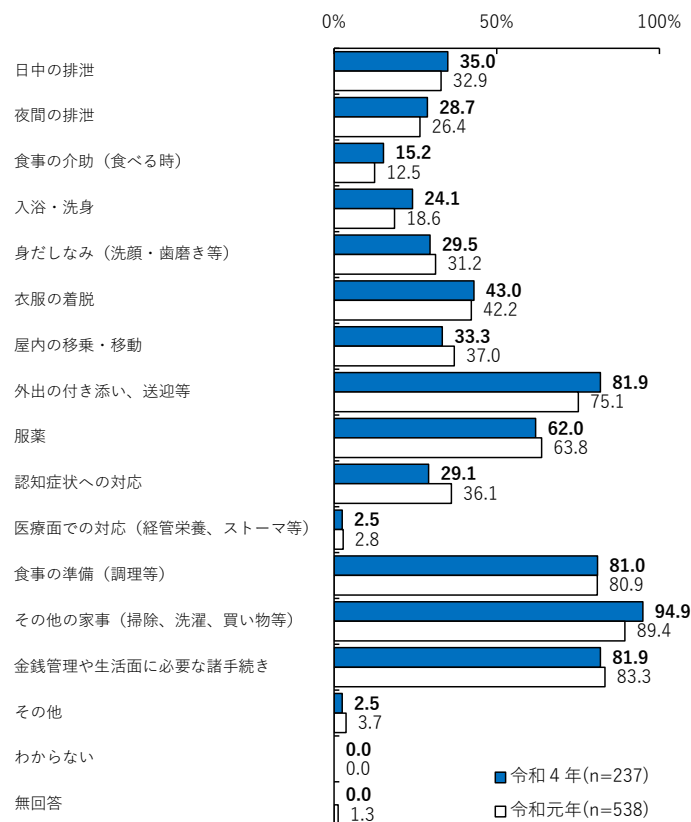
【在宅】A票問1 世帯の状況



【在宅】A票問2 家族や親族からの介護の頻度



【在宅】A票問6 主な介護者が行う介護



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的にまたはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うものです。

②夜間対応型訪問介護

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

③地域密着型通所介護

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

④認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、居宅要介護者であって、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態であるものについて、デイサービスセンター等において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

⑤小規模多機能型居宅介護

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

⑥認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、認知症の要介護者について、共同生活を営むべき住居において、入浴・排せつ・食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けるものです。

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護

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

⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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

⑨看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせてサービスを提供するものです。

施策の方向

- ☐ 利用者のニーズを把握し、事業者やケアマネジャーと連携を図ります。
- ☐ 地域に根差し適正な運営が行われるよう支援します。

* 地域密着型サービス必要利用定員総数 *

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

	第9期 計画		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症対応型共同生活介護(人)	18	18	18
地域密着型特定施設入居者生活介護(人)	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人)	56	56	56

●介護予防サービス見込量

※回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
●介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	回数(回)	6.3	4.4	3.4	3.9	3.9	3.9
	人数(人)	2	1	1	1	1	1
介護予防訪問看護	回数(回)	24.7	21.3	43.3	29.5	27.0	27.0
	人数(人)	8	8	10	11	10	10
介護予防 訪問リハビリテーション	回数(回)	63.7	57.9	50.0	58.6	58.6	58.6
	人数(人)	8	8	7	8	8	8
介護予防 訪問リハビリテーション	人数(人)	19	16	21	15	12	11
介護予防 通所リハビリテーション	回数(回)	21.3	15.8	4.2	9.6	9.6	9.6
	人数(人)	4	4	1	3	3	3
介護予防 短期入所生活介護	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防 短期入所療養介護 (老健)	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防 短期入所療養介護 (病院等)	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防 短期入所療養介護 (介護医療院)	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防 福祉用具貸与	人数(人)	77	73	82	81	79	76
介護予防 福祉用具購入費	人数(人)	2	2	0	2	2	2
介護予防 住宅改修	人数(人)	1	1	1	1	1	1
介護予防 特定施設入居者生活介護	人数(人)	1	1	0	1	2	2
●地域密着型介護予防サービス							
介護予防 認知症対応型通所介護	回数(回)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
介護予防 小規模多機能型居宅介護	人数(人)	1	0	0	0	0	0
介護予防 認知症対応型共同生活介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
●介護予防支援	人数(人)	84	81	89	84	78	76

●介護サービス見込量

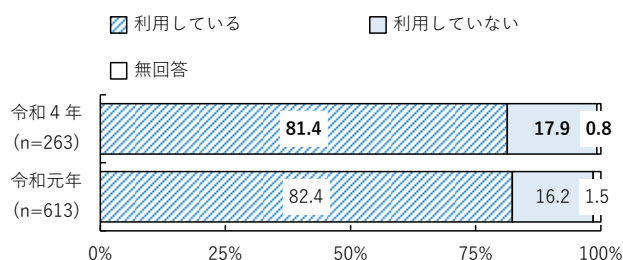
※回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数。

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
●居宅サービス							
訪問介護	回数(回)	2,058.6	1,975.1	1,994.5	2,323.5	2,098.2	1,946.2
	人数(人)	116	127	125	133	125	118
訪問入浴介護	回数(回)	159	141	147	123.8	111.9	103.0
	人数(人)	23	22	23	22	20	19
訪問看護	回数(回)	167.8	183.8	204.3	194.7	183.3	154.8
	人数(人)	34	33	34	35	33	28
訪問リハビリテーション	回数(回)	196.2	190.5	159.0	161.2	148.9	136.6
	人数(人)	19	19	17	16	15	14
居宅療養管理指導	人数(人)	21	19	20	16	11	8
通所介護	回数(回)	1,830	1,672	1,634	1,630.8	1,536.2	1,436.1
	人数(人)	165	162	164	153	144	135
通所リハビリテーション	回数(回)	642.8	526.3	483.8	515.2	429.7	407.3
	人数(人)	78	66	61	68	57	54
短期入所生活介護	日数(日)	1,595.0	1,490.1	1,484.3	1,340.4	1,196.5	1,117.1
	人数(人)	111	104	100	94	85	80
短期入所療養介護 (老健)	日数(日)	41.3	35.1	21.9	39.1	32.8	32.8
	人数(人)	8	5	4	6	5	5
短期入所療養介護 (病院等)	日数(日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護 (介護医療院)	日数(日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人数(人)	330	316	297	278	262	248
特定福祉用具購入費	人数(人)	3	3	4	2	2	2
住宅改修費	人数(人)	2	2	2	2	1	1
特定施設入居者生活介護	人数(人)	6	6	4	8	17	17
●地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回数(回)	1,792.1	1,525.9	1,219.4	1,573.0	1,481.9	1,427.9
	人数(人)	163	143	115	144	136	131
認知症対応型通所介護	回数(回)	11.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人)	1	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	人数(人)	14	13	14	13	12	12
認知症対応型共同生活介護	人数(人)	19	19	19	18	18	18
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数(人)	57	57	60	56	56	56
看護小規模多機能型居宅介護	人数(人)	0	0	0	0	0	0
●施設サービス							
介護老人福祉施設	人数(人)	137	131	129	131	135	135
介護老人保健施設	人数(人)	94	90	90	91	91	91
介護医療院	人数(人)	0	0	0	0	0	0
●居宅介護支援	人数(人)	486	460	456	449	410	386

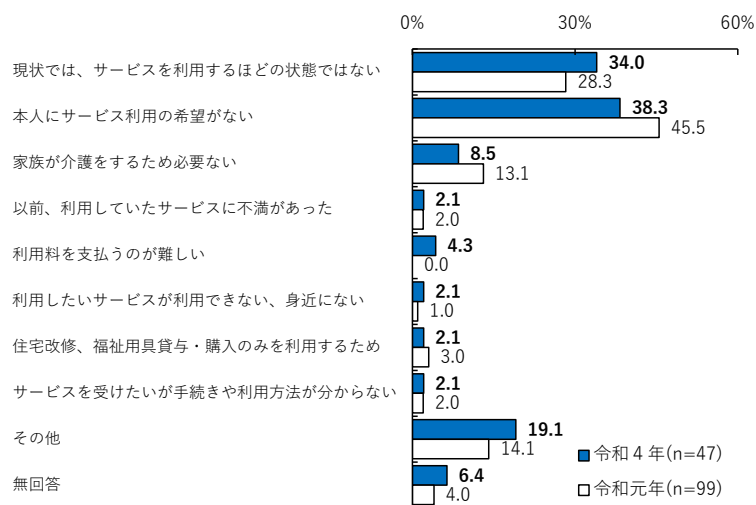
4 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、地域支援事業の1つで介護保険制度の大きな枠組みの中にある事業ではありますが、全国一律の介護保険サービスとは異なり、各市区町村が主体となって行う事業の1つで、要支援認定者、基本チェックリスト該当者（事業対象者）の方が利用できます。

【在宅】A票問13 介護保険サービスを利用しているか



【在宅】A票問14 介護保険サービスを利用していない理由



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

(1)訪問型サービス

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、指定訪問介護事業所の訪問介護員が生活機能向上のための身体介護・生活援助を提供します。

施策の方向

- 要支援認定者、基本チェックリスト該当者に対し、保健師や関係機関との連携のもと訪問型介護予防事業を支援します。

(2)通所型サービス

要支援認定者、基本チェックリスト該当者を対象に、指定通所介護事業所に通所し、入浴、食事サービス（自費）、運動、レクリエーション等の機能訓練等を行います。

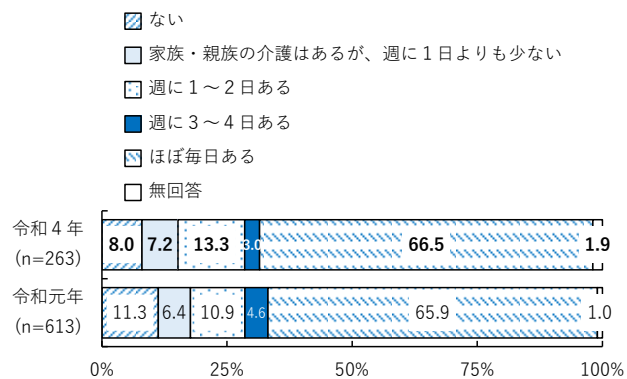
施策の方向

- 要支援認定者、基本チェックリスト該当者の状況をみて、閉じこもり予防、自立支援の視点で支援を行います。

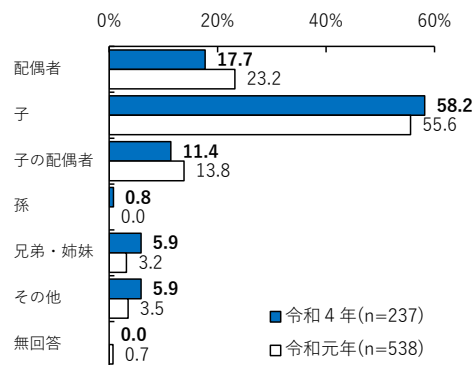
5 家族介護者支援事業

家族介護者支援事業は、要介護被保険者が住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を継続していけるよう介護する家族を、身体的、精神的、経済的に支援をするサービスです。

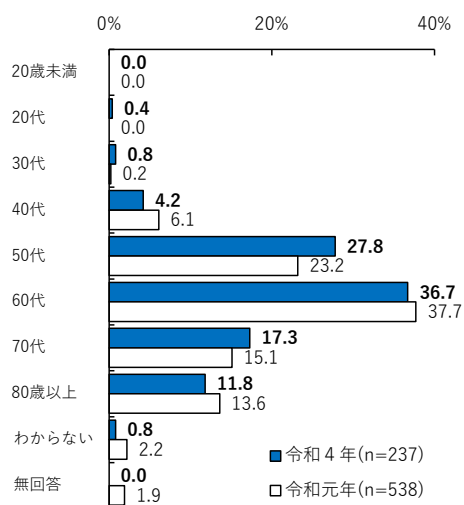
【在宅】A票問2 家族や親族からの介護の頻度



【在宅】A票問3 主な介護者



【在宅】A票問5 主な介護者の年齢



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

在宅介護実態調査を見ると、対象者（要介護認定者）の年齢は80代が41.5%、90歳以上が40.7%でした。対象者の年齢から主な介護者の子や配偶者の年齢も60代以上と夫婦の老老介護、親子の老老介護、きょうだいの老老介護等の実態であることがわかります。

一方、現役世代の30代から50代の介護者も32.8%いますが、介護を主な理由として仕事を辞めた・転職したと回答した人も10.9%いました。

介護する家族等が深刻な状況に陥らないように、また、高齢者の尊厳、安全を守るためにも、介護する家族等を支える取り組みは重要です。

①家族介護慰労事業

在宅において、寝たきりの高齢者及び認知症高齢者を介護している家族に対して、介護見舞金を支給することにより、要介護者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るものです。

施策の方向

☐ 介護にかかる家族の負担軽減を目的に、継続して実施していきます。

②介護用品等助成事業

介護用品等助成事業は、本町に住所を有する要介護者及び介護者ともに町民税非課税世帯で、要介護3～5の高齢者を在宅において介護している家族及び本人に対して、介護用品等について助成することにより、在宅介護を支援するものです。

施策の方向

☐ 経済的負担を軽減するため、介護用品等について助成します。

6 生活支援サービス

生活支援サービスは、住み慣れた地域や家庭で暮らし続けるために、多様なニーズに対応した介護保険サービス以外の生活支援サービスです。

①寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業は、65歳以上の寝たきりや認知症の方、その他必要と認めた方に対し、高齢者の寝具類等の衛生管理のための水洗い及び乾燥消毒サービスを業者に依頼し実施するものです。

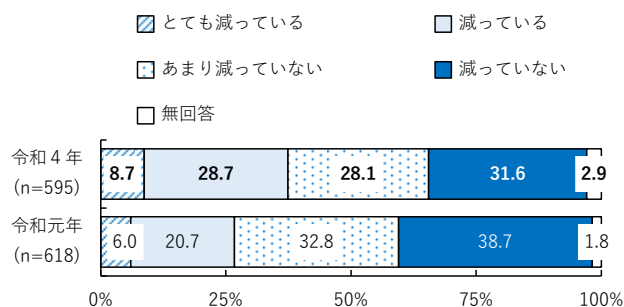
施策の方向

- サービスそのものの周知と利用方法の周知を図ることで、サービス利用を促進します。

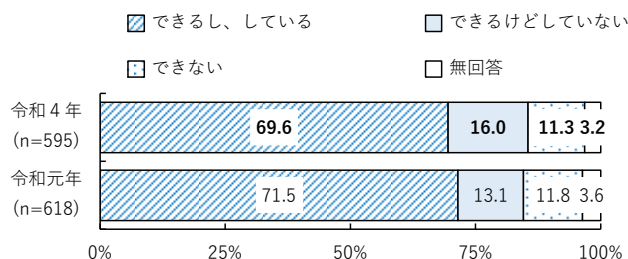
②軽度生活援助事業（自立ヘルパー訪問事業）

軽度生活援助事業は、概ね65歳以上のひとり暮らし高齢者等を対象とし、安否確認、健康管理等の助言及び、食材の買い物等、高齢者が自立した生活を継続できるよう援助するものです。社会福祉協議会に業務委託を行い、実施していきます。

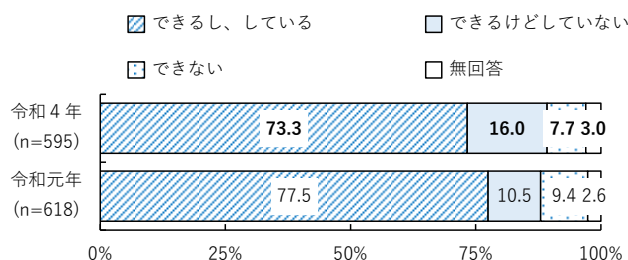
【ニーズ】問10 昨年と比べ外出の回数は減っているか



【ニーズ】問17 バスや電車、自家用車を使って1人で外出しているか



【ニーズ】問18 自分で食品・日用品の買物をしているか



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

施策の方向

- サービスそのものの周知と利用方法の周知を行うことで、利用を促進していきます。

③訪問理美容サービス事業

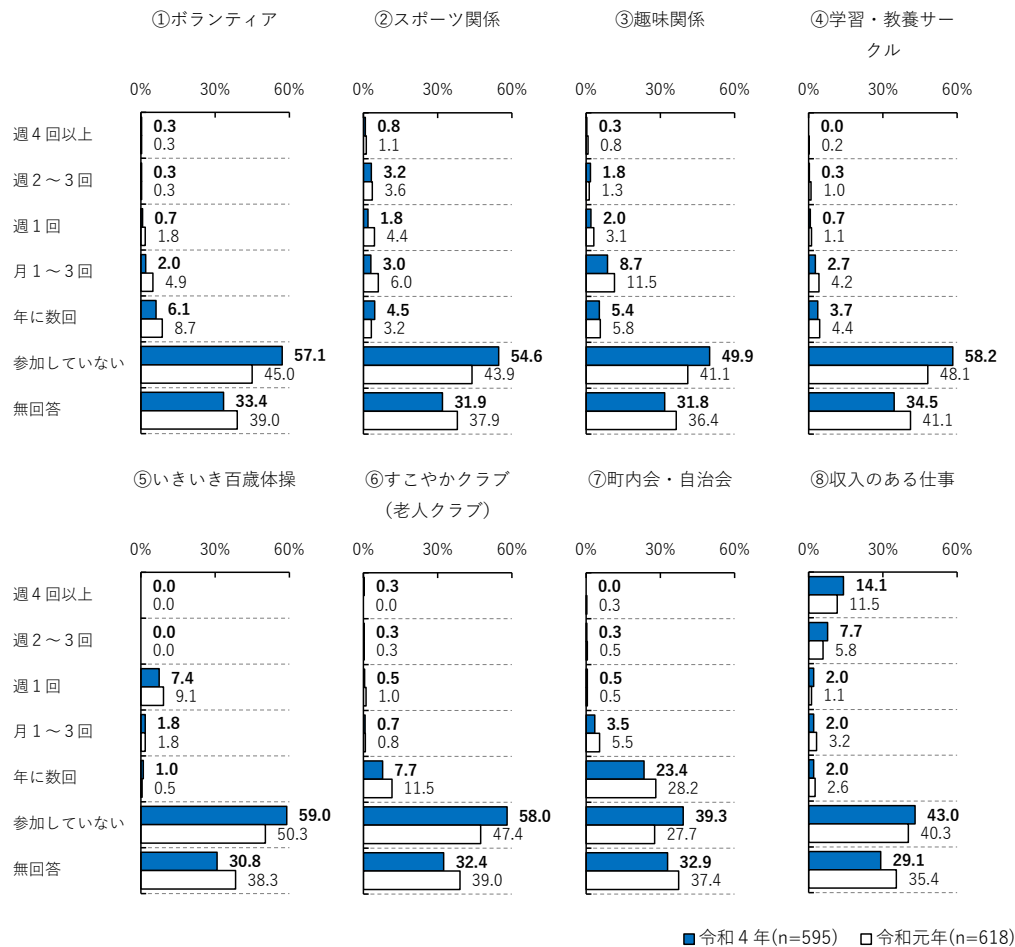
訪問理美容サービス事業は、理容院や美容院に出向くことが困難な高齢者を対象に、理美容師等が利用者宅を訪問して、理美容サービスを提供するものです。

施策の方向

- サービスの利用方法や要件等の周知を図ることで、サービス利用を促進します。

④生きがい活動支援通所事業（生きがい広場）

【ニーズ】問22 会・グループ等の参加頻度



■ 令和4年(n=595) □ 令和元年(n=618)

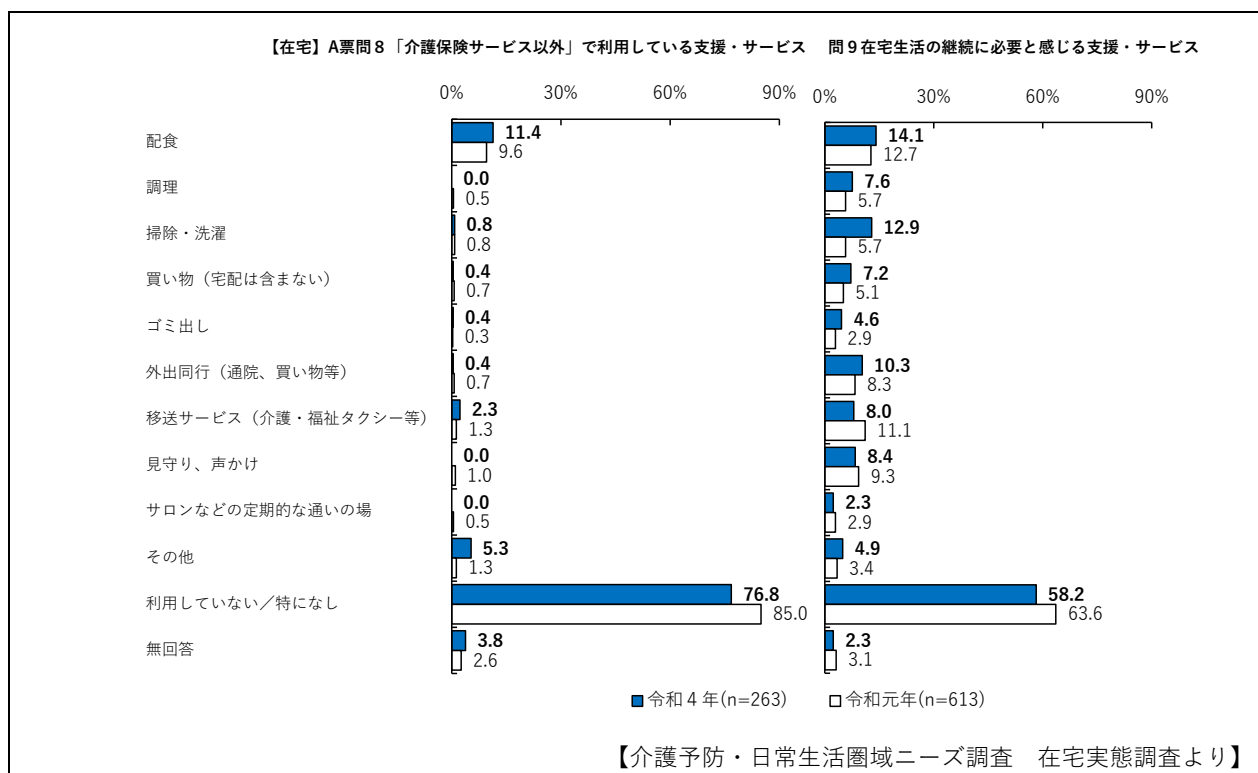
【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

生きがい活動支援通所事業（生きがい広場）は、高齢者のみの世帯または日中独居となる高齢者で、介護保険給付の対象となっていない高齢者等のうち家に閉じこもりがちな人に対して、レクリエーション、日常動作訓練、健康チェック、趣味、創作活動等の各種サービスを提供するものです。社会福祉協議会に業務委託を行い、実施していきます。

施策の方向

- ☐ 介護予防を目的に、利用者のニーズの把握に努め、サービス内容の充実を図ります。
- ☐ サービスそのものの周知を図ります。

⑤「食」の自立支援事業（配食サービス）



「食」の自立支援事業（配食サービス）は、65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準じる世帯であって、老衰、傷病等の理由により食事の調理が困難な人に対して、1日1食の食事を提供するものです。このサービスは高齢者の安否確認も目的としています。アンケートからも介護保険サービス以外で利用しているサービスは配食が14.1%で、在宅生活の継続に必要と感じる支援として配食・掃除、洗濯はほかの項目より高くなっています。

社会福祉協議会に業務委託を行い、実施していきます。

施策の方向

- 社会福祉協議会、民生委員等との連携を強化し、サービス対象者の把握に努めます。
- 対象者及びその家族のニーズの把握に努め、サービス内容の充実を図ります。

⑥緊急通報体制等整備事業（ふれあいペンダント）

緊急通報体制等整備事業は、ひとり暮らし高齢者宅で体調不良などの緊急事態が発生した場合、非常ボタンを押すことにより、あらかじめ登録してある通報先へ緊急を知らせることができるものです。民生委員等と連携し、緊急時の連絡体制が整っていない高齢者を把握し、本システムの導入を促進します。

施策の方向

- サービスそのものの周知と利用方法の周知を図ることで、サービス利用を促進します。
- 民生委員等と連携し、緊急時の連絡体制が整っていない高齢者を把握し、本システムの導入を促進します。

⑦小地域福祉活動助成事業

小地域（区）において、住民による介護予防を目的とした福祉の推進を図るための活動に要する経費を支援します。

施策の方向

- お茶のみ会活動（高齢者放談会、高齢者生活指導、高齢者と子どものふれあい会）、ひとり暮らし高齢者・要援護者等訪問・見守り活動、要援護者の生活支援活動、健康相談会等に要する経費の一部を助成します。
- 各区の代表者や民生委員児童委員等地域の関係者が連携し、活動を行っていただきます。

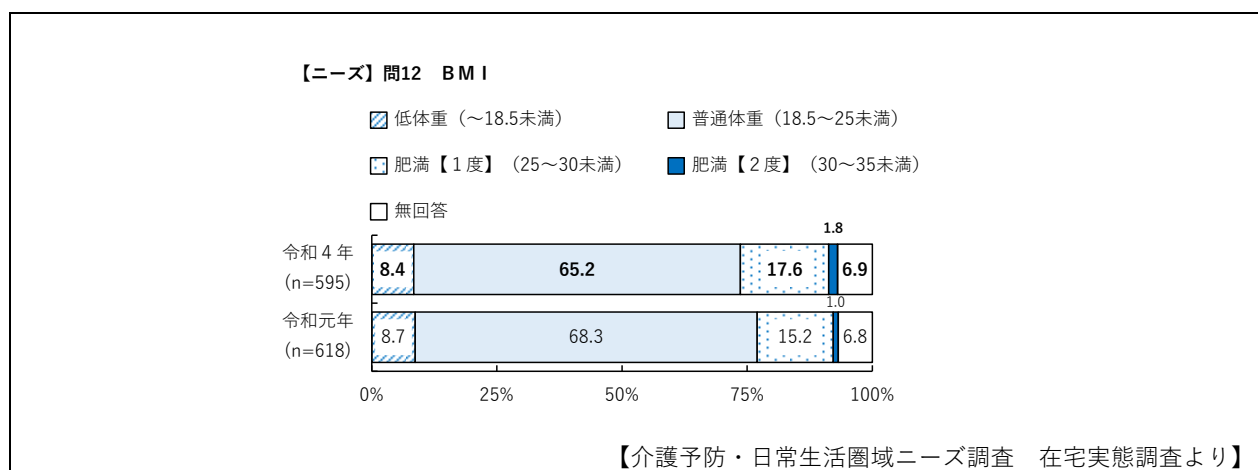
⑧軽運動教室

軽運動により普段から体を動かす習慣を身に付け、健康で生き生きした生活を送ることができるように支援します。また、事業を通して支え合う地域づくりを目指します。

施策の方向

- 参加者主体の自主運営により、事業を実施していくなかで参加者のニーズを把握し、事業の充実を図ります。

⑨高齢者食生活改善事業

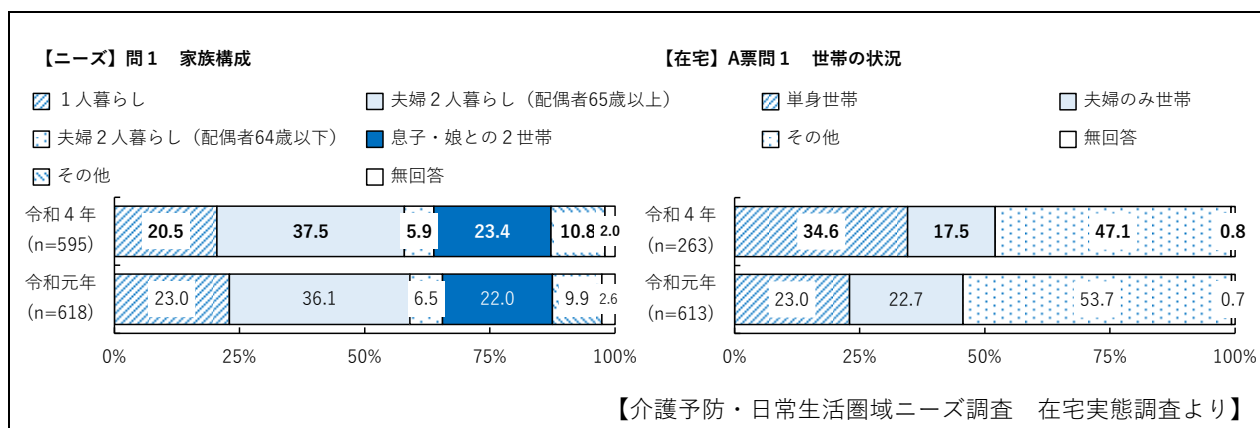


高齢者食生活改善事業は、高齢者の食生活の改善と支援を行うことにより、高齢者ができるだけ介護状態に陥ることがなく、生き生きとした老後生活を送れるよう、生活機能の自立を目的としています。

施策の方向

- ❑ 食生活改善推進員等との連携を強化し、事業の充実を図るとともに、事業の周知に努めます。
- ❑ 地域に根づいた活動を行う食生活改善推進員と管理栄養士等との連携を図り、高齢者への声かけや見守りなどとともに、高齢期の正しい食のあり方（高齢期に不足しがちなたんぱく質や脂質は十分にとり、多様な食品摂取に留意する）を普及啓発し、高齢者の低栄養傾向を改善するための施策に努めます。
- ❑ 食生活改善推進員が地区単位で行う「減塩・低栄養を予防する健康的な食生活の支援」等、地域課題に合った料理教室の開催内容の充実を図り、介護予防や自立した生活の支援、食生活への関心の向上を目的とした事業内容の充実を図ります。

⑩生活管理指導短期宿泊事業

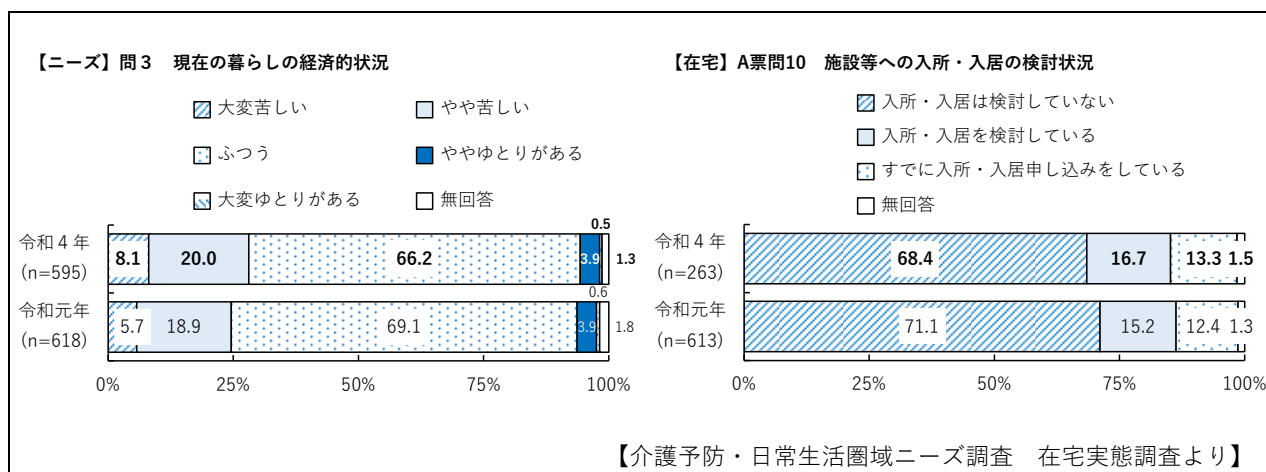


生活管理指導短期宿泊事業は、ひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯で、介護保険給付の対象となっていない高齢者等が一時的に体調不良に陥った場合等に、養護老人ホーム等に宿泊し、体調調整を行うものです。

施策の方向

- ☐ サービスそのものの周知と利用方法の周知を図ります。

⑪高齢者の住居の安定にかかる施策との連携



地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、かつ、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保された生活が実現されるよう、保健、医療、介護等のサービスが提供されるよう努めていくものです。

養護老人ホームは、概ね65歳以上を対象に、環境上の理由及び経済的な理由により、居宅において生活することが困難な人を入所させて養護するものです。入所判定会を開催し、法律に基づき、入所判定を行います。

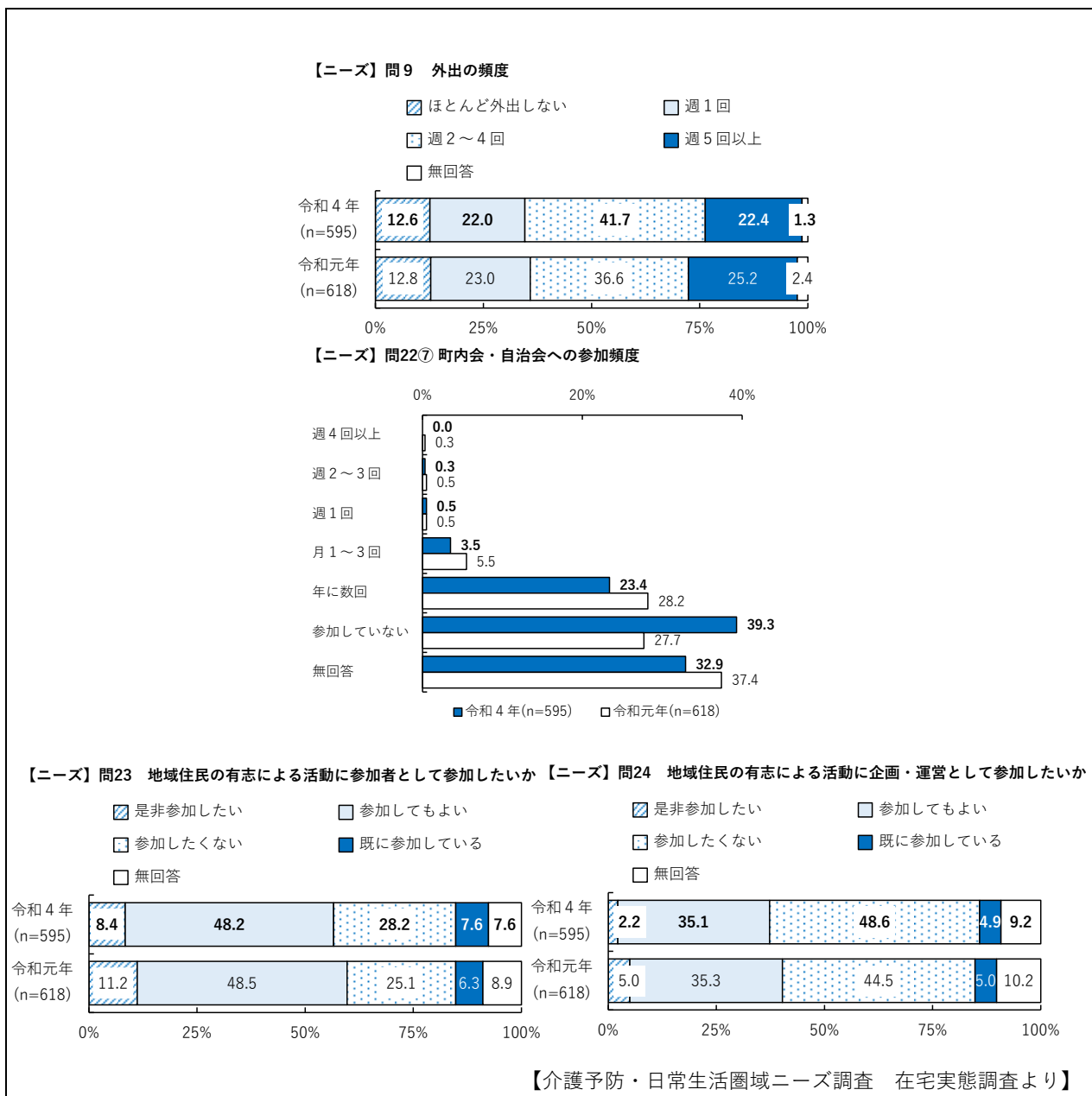
軽費老人ホームは、家庭環境、住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難な高齢者のための施設です。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
養護老人ホーム年間人数(人)	22	17	18	18	18	18
軽費老人ホーム年間人数(人)	28	25	22	22	22	22

施策の方向

- ☐ 相談事業等を通じて、家庭環境や住宅事情等により、在宅生活が困難な高齢者を把握し、情報提供していきます。

⑫ 集落敬老事業

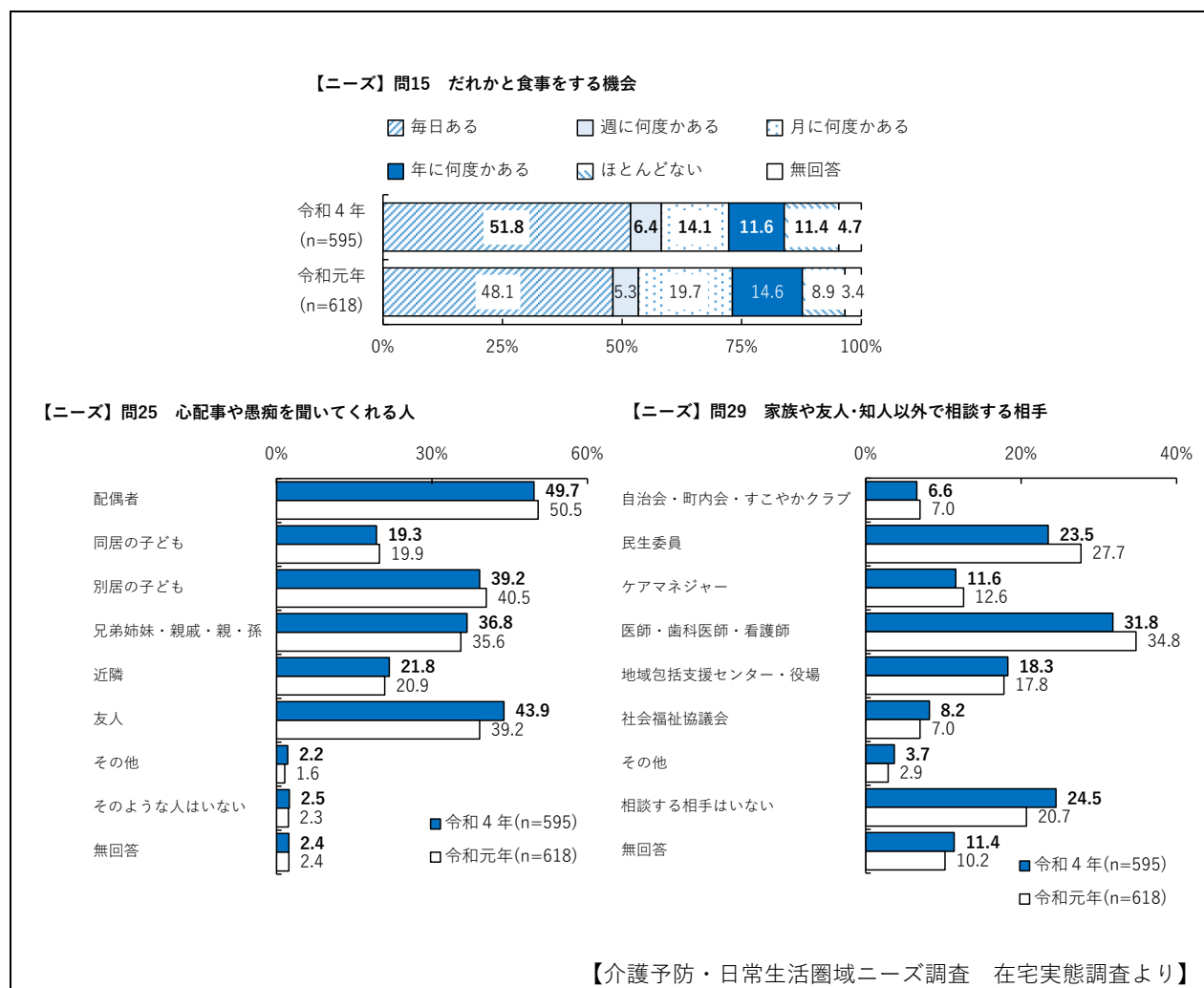


集落敬老事業は、（外出機会の少ない）高齢者に対し、集落住民がその集落に住む高齢者との交流を通して高齢者の福祉についての関心と理解を深めるため、また高齢者が暮らしの中の自分の存在を意識でき、尊厳が得られるような、集落主催によるふれあいの場を設けるための補助事業です。区長、公民館長、民生委員等と連携し、集落主催の実施を支援します。

施策の方向

- ☐ 区長、公民館長、民生委員等と連携し、集落主催の実施を支援します。

⑬ふれあいコール



ふれあいコールは、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等に対して、ボランティアが週1回電話をかけて、高齢者の安否確認や孤独感の解消、対話不足の解消を図るものです。

健康状態等の日常生活の把握や、ひとり暮らしの悩みや不安及び孤立感を解消することを目的としています。

施策の方向

- ☐ サービスそのものの周知と利用方法や要件等の周知を図ります。

第2節 地域で支える体制の推進

少子高齢化の進展と、町民の社会生活活動への意識の変化や価値観の多様化などを背景に、ひとり暮らしや高齢者世帯割合の増加、生産年齢人口の減少、地域活動に関わる町民の減少、老人クラブの加入率の低下など、近隣同士や地域との関係性の希薄化が考えられます。

また、このような社会的背景に加え、町民の保健福祉ニーズはより多様化、複雑化し、行政による共助、公助のサービス支援だけでは限界があります。

このため、地域で支える体制として互助である生活支援体制整備、ボランティア活動を推進し、住民主体の活動や、地域住民と行政や関係機関が協働して取り組む活動を展開していきます。

	第6期 実績 平成28年度	第7期 実績 令和元年度	第8期 実績 令和4年度	第9期 計画 令和7年度
地域住民の有志による活動に参加者として是非参加したい・参加してもよい人の割合	62.0%	59.7%	56.6%	57.0%
愚痴を聞いてくれるような人はいない人の割合	4.2%	2.3%	2.5%	2.0%
(家族等以外の)相談相手がいない人の割合	22.6%	20.7%	24.5%	20.0%

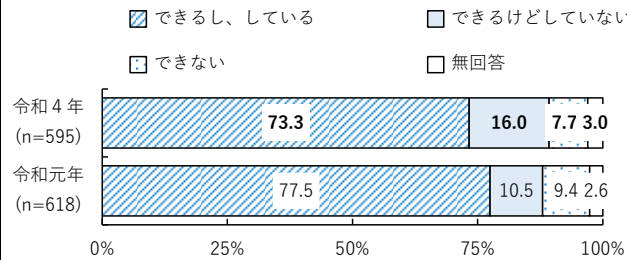
※介護予防日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より

●地域包括支援センター職員

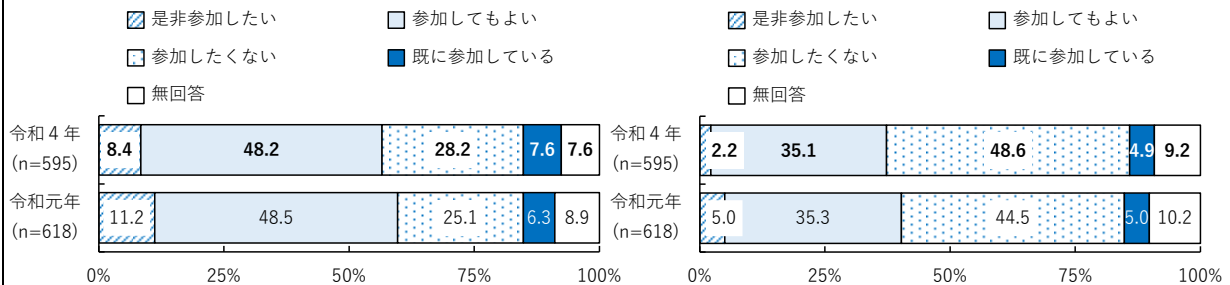
	第9期 計画		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括支援センター(か所)	1	1	1
管理者・事務担当者(人)	2	2	2
主任ケアマネジャー(相当)(人)	1	1	1
保健師(人)	1	1	1
社会福祉士(相当)(人)	1	1	1
介護予防・ケアマネジメントケアマネジャー(人)	1	1	1
生活支援コーディネーター(人)	1	1	1

1 生活支援体制整備事業

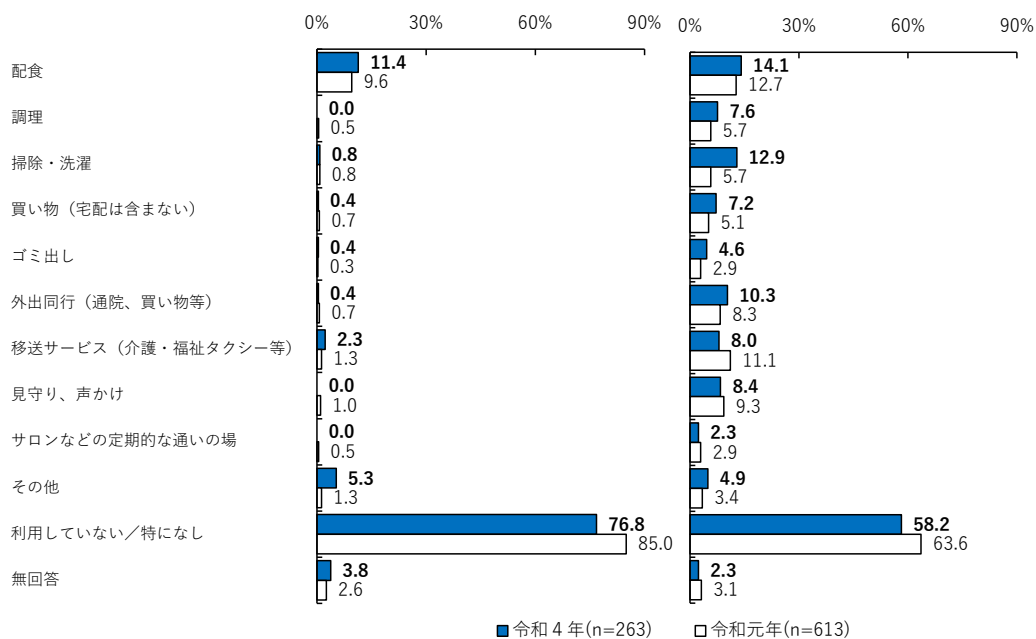
【ニーズ】問18 自分で食品・日用品の買物をしているか



【ニーズ】問23 地域住民の有志による活動に参加者として参加したいか 【ニーズ】問24 地域住民の有志による活動に企画・運営として参加したいか



【在宅】A票問8「介護保険サービス以外」で利用している支援・サービス 問9在宅生活の継続に必要とを感じる支援・サービス



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

少子・高齢化、人口減少が進む町の今後のまちづくりの一つの方向性として、地域住民等が連携して高齢者等の日常生活を支援するための仕組みを創ることを目的に、平成30年度に「身延町生活支援体制整備事業実施要綱」を制定しました。これに基づき、生活支援コーディネーターを配置し、第1層及び第2層地域支え合い協議会（協議体）を立ち上げました。

事業としては、3地区（下部・中富・身延）ごとに地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握しながら、地域課題や目指す地域像、助け合いや支え合いについて話し合いを重ねています。

主な取り組みとして、「買い物支援」については、ニーズ調査では7.7%が「買い物ができない」と答えています。令和2年度に実施した買い物環境等調査の結果をもとに各地区で話し合い、「買い物支援」を地域で解決可能な方法で実践に繋げる取り組みを始めた地区があります。

また、令和4・令和5年度には地域住民の交流拠点施設として「住民の集いの場」が2地区で開設されました。ニーズ調査では、「住民有志による活動に企画・運営として参加したい」が37.3%、「住民有志による活動に参加者として参加したい」が56.6%でした。

この結果から、さらに地域支え合い活動の普及啓発を強化し、多くの住民の参加を促して住民主体で考え、困りごとに対応できる地域づくり「地域支え合い活動」を町全体に推進していく必要があります。

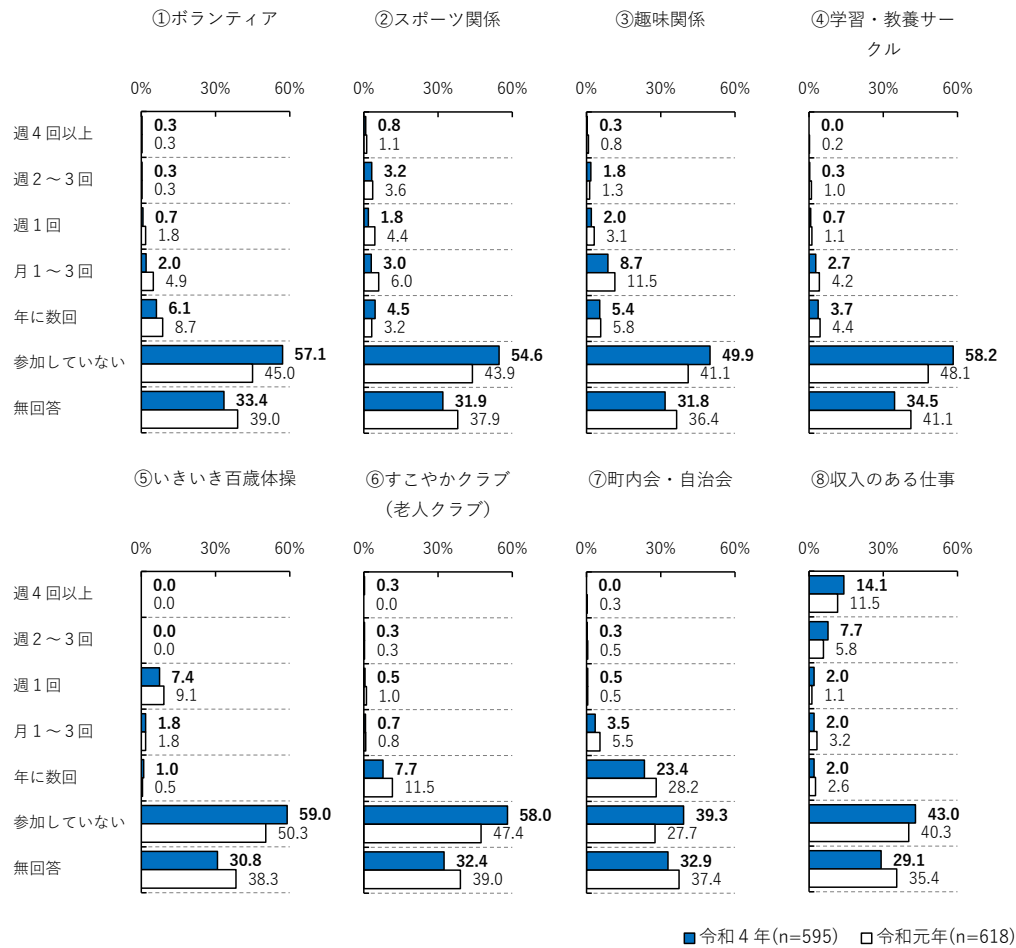
	第8期 実績			第9期 計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
生活支援コーディネーター設置数(人)	3	3	3	3	3	3
第1層地域支え合い協議会(回)	1	2	2	2	2	2
第2層地域支え合い協議会(回)	6	9	9	9	9	9
第2層メンバー数(人)	18	19	22	23	24	25
支え合い協議会から立ち上がった具体的な支え合い事業数	0	1	1	1	1	1

施策の方向

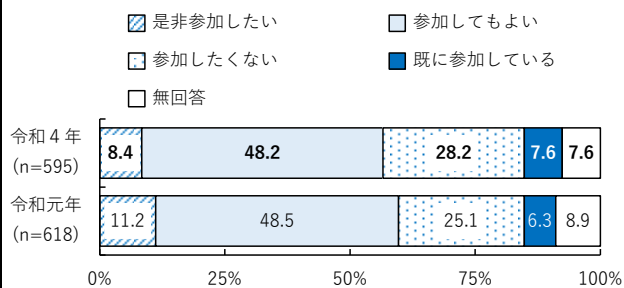
- 生活支援コーディネーターを中心に、関係機関・関係職員が連携し、地域の課題を集約しながら、多様な生活支援サービスの発掘・開発を検討していくための場として中核となる協議会（協議体）機能の充実を図り、地域支え合い協議会の取り組みを支援していきます。
- 第1層と第2層生活支援コーディネーターが連携協働を図りながら、第1層及び第2層地域支え合い協議会の活動支援を強化していきます。
- 住民ニーズの把握等を行い、地域における足りない助け合い活動を把握し、必要な活動を検討していきます。
- 第1層地域支え合い協議会の開催により、構成員の情報交換、連携を強化します。
- 第2層地域支え合い協議会を3地区（下部・中富・身延）ごとに開催し、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握しながら、地域課題や支え合いについて話し合いを重ねていきます。
- 地域支え合い活動を啓発・事業周知のため、希望集落に出張説明会を実施するほか、広報「みのぶ」や社会福祉協議会のボランティア情報誌「おてんでえ身延」により住民に活動の周知を行います。

2 ボランティア活動の充実

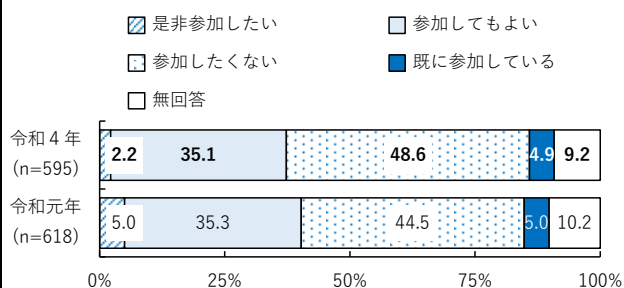
【ニーズ】問22 会・グループ等の参加頻度



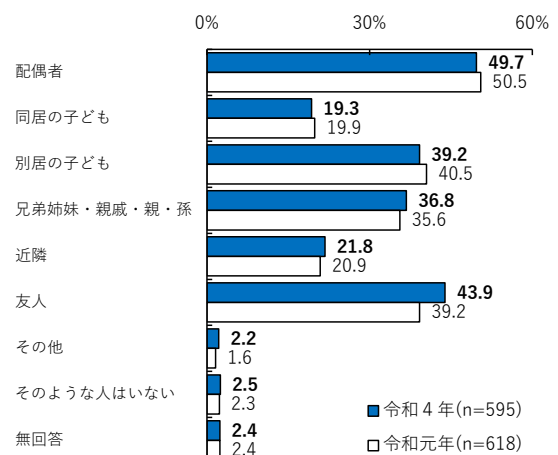
【ニーズ】問23 地域住民の有志による活動に参加者として参加したいか



【ニーズ】問24 地域住民の有志による活動に企画・運営として参加したいか



【ニーズ】問25 心配事や愚痴を聞いてくれる人



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

住みよい地域をつくっていくための地域福祉を推進していく担い手は、一人ひとりの町民であり、その中で自主的に福祉活動などを推進しているボランティア活動はその主役を担うものです。

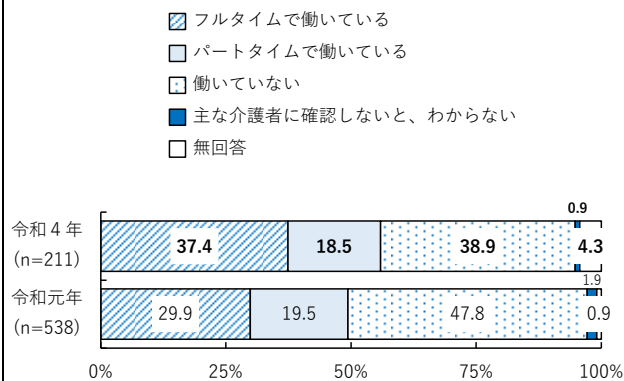
ボランティアを担う人材の高齢化や新たなボランティア人材の不足等の課題もありますが、年齢を問わない話し相手など、できそうな役割から担っていくことも、互助の地域づくりにつながります。

施策の方向

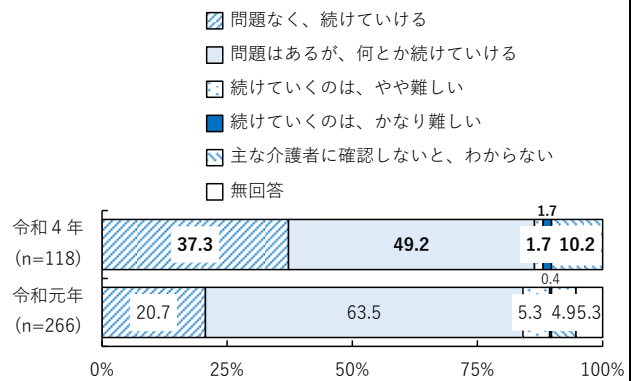
- ボランティア団体やその活動内容などを広報「みのぶ」に掲載し、ボランティアへの理解や協力についての啓発をします。
- 地域での支え合いの意識啓発をするとともに、ボランティア活動の場の整備や、社会福祉協議会を中心にボランティアの育成に取り組み、地域で出来る事、ボランティアが出来る事を見つけていきます。
- 社会福祉協議会との連携を強化し、ボランティア活動の充実を図ります。
- 高齢者の知識と経験を活かして、地域や学校等でボランティアとして積極的に参加できるシステムづくりを進め、高齢者の健康や生きがいづくりを促進します。
- 高齢者の豊かな経験と知識、技能を活かし、シルバーボランティアとして地域で活動しやすい環境づくりに努めます。
- 高齢者や障害のある人への理解を深め、福祉活動への参加に対する住民の意識が高まるように、情報提供や各種講座を充実し、地域ぐるみで支えあい、見守りのできる体制につなげます。
- 社会福祉協議会を中心に、地域の福祉活動を行う各関係団体との連携を強化しつつ、地域の福祉力を高めていきます。
- 地域での支え合い体制を構築するとともに、ボランティアを担う人材の育成、確保に努めます。
- 個人及び団体ボランティアの募集を周知して登録者を増やし、社協が行う事業や福祉施設等でのボランティアの仲介などの情報提供やボランティア体験、講座などの事業を企画・運営し、ボランティアセンターの事業推進、機能強化に努めます。

3 包括的相談支援体制の整備

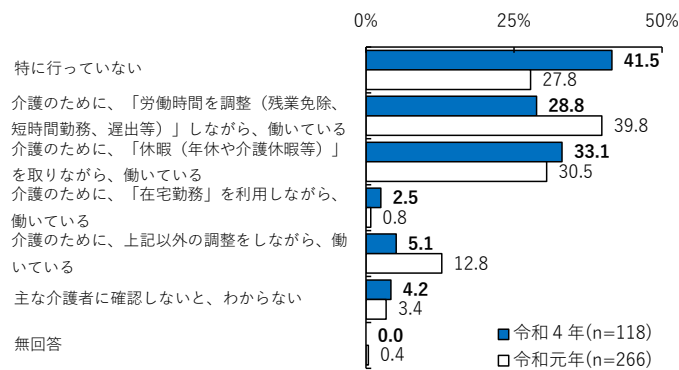
【在宅】B票問1 主な介護者の勤務形態



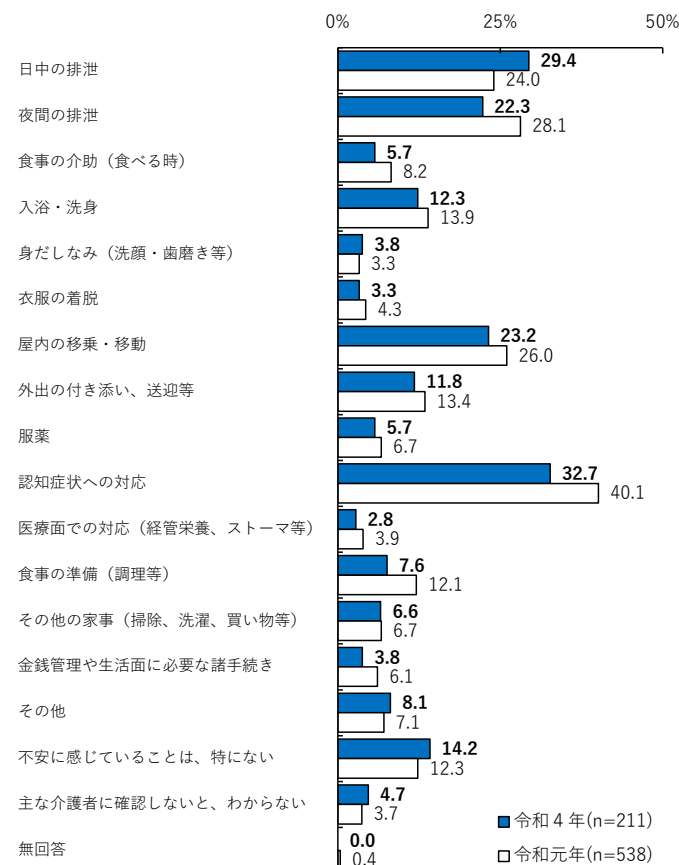
【在宅】B票問4 今後も働きながら介護を続けていけるか

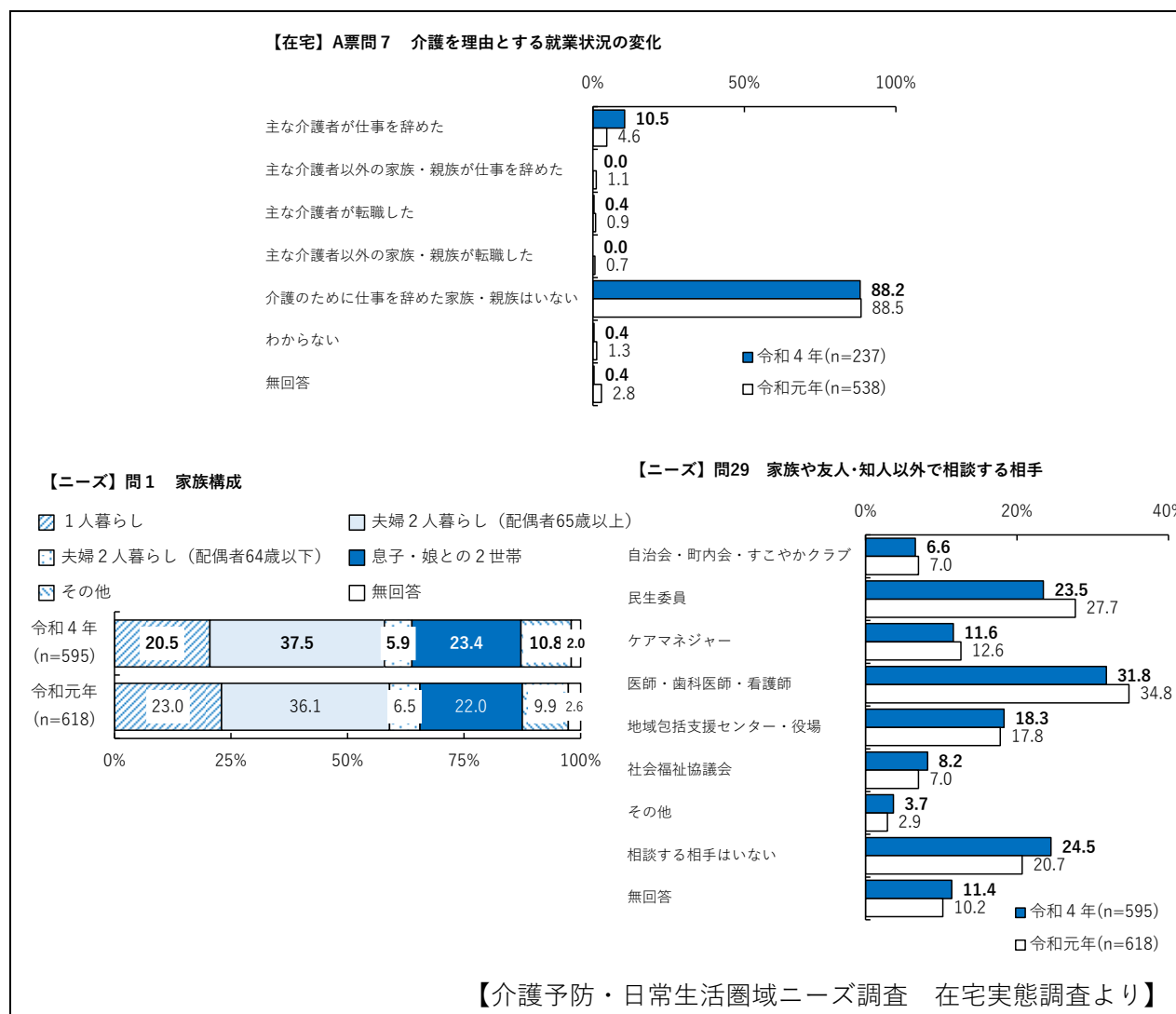


【在宅】B票問2 働き方について調整等をしているか



【在宅】B票問5 現在の生活を継続していく上で介護者が不安に感じる介護





《 現状と課題 》

福祉保健課や地域包括支援センターには、様々な相談が寄せられています。高齢者、障害者など支援が必要な人を適切な支援に結び付けていくためには、相談体制の整備は必要不可欠で、来庁者が安心して相談ができる窓口対応が必要です。また、電話での相談についても、相談者に寄り添ったきめ細やかな対応が重要です。

相談事業においては、対象者本人の家族構成、相談者・主介護者の勤務形態など、日常生活の背景を正確に把握することが求められます。介護を理由に家族介護者が仕事を辞めることになる介護離職も問題となっており、家族介護者に対するケアや精神面での支援も必要です。

本町においては、山間地で暮らす高齢者が多く、サービスの供給や生活支援に関する課題が顕著となっています。今後も、地域の特性を踏まえつつ、関係機関と連携しながら、一人ひとり、一家族一家族に応じた相談支援に取り組むことができる組織的な体制整備が必要です。

施策の方向

- ❑ 地域包括支援センターの運営に必要な保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員（ケアマネジャー）などの有資格者の確保を行うとともに、県主催の研修会等の積極的な参加を通じて資質の向上に努めます。
- ❑ 地域包括支援センターが相談の総合窓口として、住民等からの相談に対して断らない相談体制を推進します。
- ❑ 広報「みのぶ」などを利用し相談窓口の周知を図るとともに、専門的な相談にも対応できるよう、相談窓口の充実を図ります。
- ❑ 家族介護者の相談にも対応した窓口の充実を図ります。
- ❑ 身近な相談者である民生委員に地域包括支援センターや相談機能について周知・研修を行い、支援の必要な人の早期発見や早期相談に結び付くようなつながりの役割も担っていただくよう働きかけを行います。
- ❑ 民生委員や医療機関等、地域の様々なネットワークからの相談・報告に対応します。
- ❑ 各種の相談、苦情、不服等に対して、適正かつ迅速に対応するため、山梨県で定めた「介護保険サービス相談・苦情対応要領」に基づき、地域包括支援センターで相談に対応するとともに、特に介護保険関係の苦情処理については、福祉保健課で適切に対応します。
- ❑ 判断力に不安のある高齢者や障害のある人に対し、社会福祉協議会に委託して日常生活自立支援事業を進め、福祉サービスの利用や金銭管理を支援し、地域での生活を支えます。
- ❑ 権利擁護支援において、成年後見制度の利用支援や虐待通報に伴う迅速かつ適切な対応に努めます。
- ❑ 相談内容に応じて、福祉担当、健康増進担当、子育て支援課、各種関係機関と連携し、相談が途切れることなく、必要な部署・機関へつなげていく役割を担います。

第3節 認知症施策の推進

令和元年6月、国において認知症施策推進大綱が出され、「共生」と「予防」の柱が示されました。また、令和5年6月、認知症基本法が成立し、共生社会の実現の推進という目的に向けて、基本理念に基づき認知症施策を一体的に講じていくことを定めています。

認知症施策推進大綱を踏まえた「共生」と「予防」を基に、普及啓発や本人発信の場として認知症サポーター養成や地域の理解を求めるための認知症予防教室、認知症を考えるつどいの事業を進めています。

また、早期診断、早期対応として、多職種チームで支援する認知症初期支援チームの活用や、認知症サポート医の周知、医療・介護関係者との連携を進め、本人・家族支援を進めます。

認知症はだれもがなる可能性があります。認知症に関する正しい知識や認知症の人に関する正しい理解を深め、認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限りなじみのある地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指します。

	第6期 実績 平成28年度	第7期 実績 令和元年度	第8期 実績 令和4年度	第9期 計画 令和7年度
不安を感じる介護(認知症)の割合	41.5%	40.1%	32.7%	31.0%
窓口を知っている人の割合	—	34.6%	32.8%	35.0%

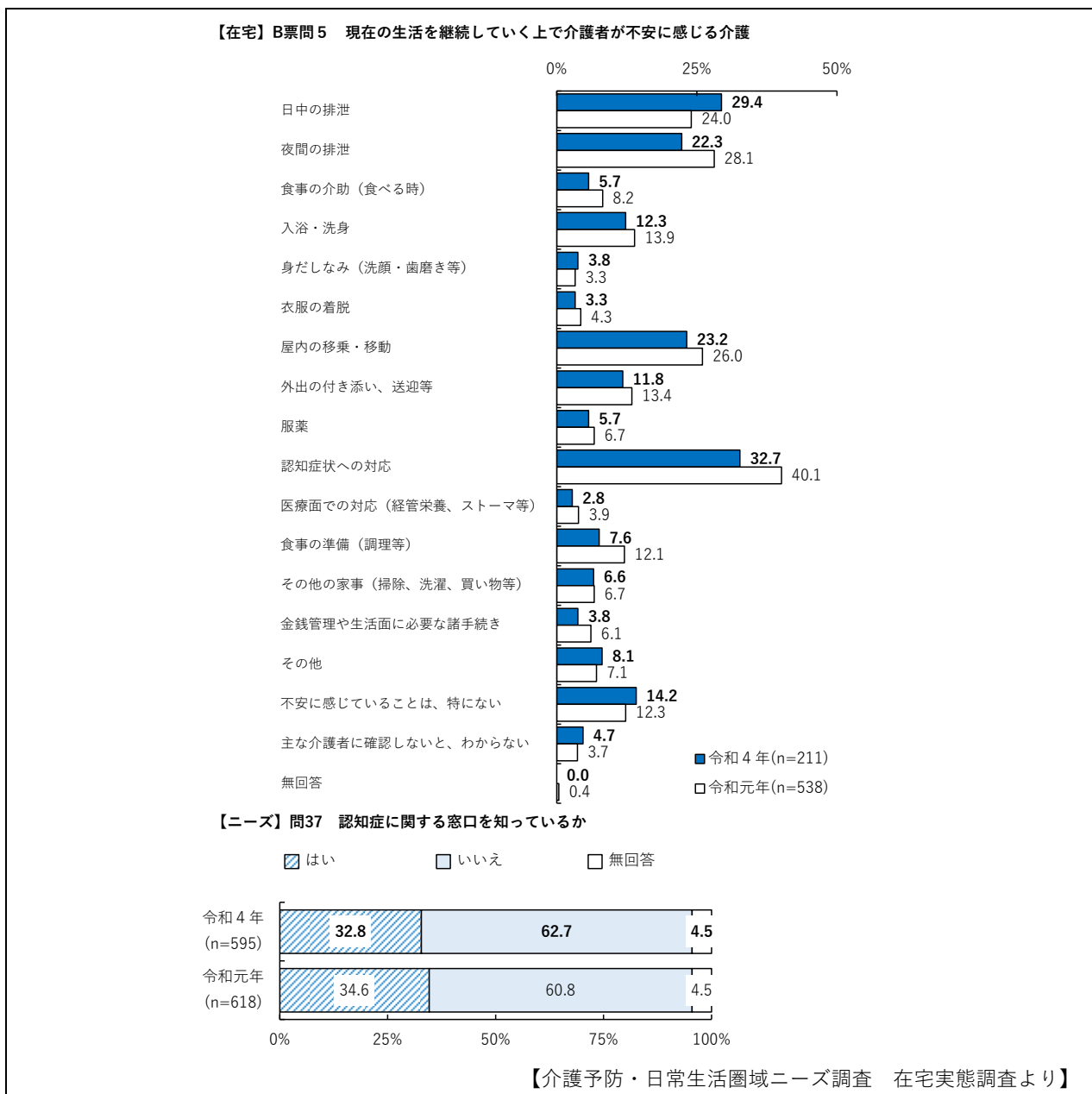
※介護予防日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より

1 普及啓発・本人発信

《 現状と課題 》

認知症サポーター養成講座、認知症予防教室、認知症のつどいや広報「みのぶ」などを通じ、認知症の正しい知識の普及と相談窓口の周知を行い、地域での理解が進むことを目指します。また、峡南地区認知症家族の会（ともしびの会）の周知や活動の支援を行います。

①認知症サポーター養成講座



	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
講座数(回)	3	3	1	3	3	3
受講者数(人)	29	31	10	30	30	30
受講者数累計(人)	2,110	2,141	2,151	2,181	2,211	2,241

施策の方向

- 在宅で生活している認知症の方やその家族を地域で見守りができるよう、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に関する正しい知識や認知症の人に関する正しい理解を深めます。また、身延山大学等と協力し、中・高校生や大学生にも声をかけ広く養成します。
- 様々な場面で認知症の方やその家族と接する機会を持つ公共施設や町内企業の職員への講座開催も目指します。

②認知症予防教室

施策の方向

- 各集落など住民に身近な場で集まれる場所へ出向き認知症予防教室を開催し、認知症に関する知識の普及や認知症予防、相談窓口の周知を行い、地域での認知症理解を広めます。また、正しい知識の普及から認知症の介護についての不安軽減を目指します。

③認知症のつどい

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
実施数(回)	0	1	1	1	1	1
参加人数(人)	0	76	75	80	80	80
参加後、地域で支える必要性を 考えることができた人の割合※	—	—	98.6%	90.0%	90.0%	90.0%

※「できた」「どちらかというときできた」と回答した人の割合

資料：つどい後アンケート

施策の方向

- 広く住民を対象として、認知症の「共生」と「予防」について考えられるよう開催します。認知症は誰でもなりうる可能性があり、認知症の人を含めた一人一人がお互いに尊重しつつ支え合いながら共に地域で生活を送る意識を高めることを目指します。

④相談窓口の周知

施策の方向

- 当事者または介護者が悩みを抱え込まず、早期に相談機関や医療機関に結びつくよう、相談窓口の周知を講座や教室、認知症のつどい開催時、広報「みのぶ」掲載などで行います。
- 医療機関等と連携し、医療機関からも情報周知してもらえるよう働きかけます。
- 認知症あんしんサポートブック（ケアパス）の配布や活用を通じて相談窓口の周知を実施し、さらに住民の相談に日頃から応じている民生委員にも周知を行います。

2 早期診断・早期対応（予防）

《 現状と課題 》

認知症については、早期診断と早期の適切な対応が求められます。

認知症の疑いのある高齢者の早期対応や相談、医療機関との連携に取り組めます。

①認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が認知症専門医の指導のもとに、認知症の初期段階で認知症の人や家族を訪問し、包括的・集中的に支援して自立生活をサポートする「認知症初期集中支援チーム」を設置します。平成29年度から実施している峡南在宅医療支援センターへの業務委託し体制の整備を継続します。

施策の方向

- ☐ 受診困難な場合や専門医の指導が必要な場合など、必要に応じて認知症初期集中支援チームで支援を行います。
- ☐ 認知症地域推進員との連携に努めます。

②認知症サポート医の周知と連携

町内2医療機関において認知症サポート医が相談に対応しています。

施策の方向

- ☐ 身近な医療機関で受診ができることの周知を行い、早期受診に結びつけるよう努めます。

3 医療・介護関係者との連携、介護者への支援

《 現状と課題 》

医療と介護が相互の役割・機能を理解して総合的なケアにつなげていけるよう、認知症ケアに携わる多職種協働の研修会等の実施を目指します。さらに、認知症地域支援推進員を中心に、関係機関の協力を得ながら、認知症ケア向上の取り組みを進めます。

施策の方向

- 認知症認定看護師や認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム員、認知症サポート医と連携することで適切な支援を行います。
- 認知症のつどいを開催することで認知症の本人や介護者への理解を広げることや、地域住民・職域サポーターとともにチームオレンジ等につながり、早期から継続して本人や家族を支援できることを目指します。
- 介護支援専門員と連携を図り、適宜、個別地域ケア会議を開催し、当事者や介護者への支援を検討します。

4 認知症当事者への支援・社会参加支援

《 現状と課題 》

地域包括支援センターの職員3名が認知症地域支援推進員を兼務し、支援機関との連携を図り、認知症の本人や家族を支援する相談業務等を行っています。

町内2か所の認知症カフェは支援者や学生が中心となり自主的に運営しています。認知症の人や家族の参加だけでなく、地域住民の交流の場にもなっており、継続支援を行っています。

①認知症地域支援推進員

認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう、地域の実状に応じて医療機関や介護サービス事業所等、地域の関係機関へつなぐ支援や、認知症の人と家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」を配置します。

施策の方向

- ☐ 認知症当事者やその介護者に山梨県若年認知症相談支援センターの周知や研修開催の情報提供を行い、当事者支援につなげます。
- ☐ 当事者やその介護者だけでなく、地域住民の方も一緒に集える場の支援を行うことや、当事者への社会参加を支援するために認知症カフェの周知や継続支援を行います。

②認知症カフェ

認知症の人や家族、地域住民、専門職が集う「認知症カフェ」等を開設し、認知症の人や家族介護者を支える地域のつながりを強めることで、家族の介護負担の軽減に努めます。また、認知症の理解や人と人とを結ぶ居場所として認知症カフェを多くの人に周知をします。

施策の方向

- ☐ チラシの掲示や配布、広報「みのぶ」などを通じて周知を行います。
- ☐ 認知症カフェ設置者の相談に応じ、活動継続の支援を行います。

第2章

生きがいを持ち元気に生活を送ることができる地域社会の実現

第1節 一般介護予防事業

高齢者が住み慣れた地域や家庭で元気に安心して生活できるように、地域における介護予防の取り組みが必要です。高齢者を年齢や心身の状況などによって分け隔てることなく、住民主体の集いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じた地域づくりを推進します。

また地域において栄養や歯科及びリハビリテーション等の専門職を活用して自立に向けた支援を推進し、要介護状態になっても生きがいや役割をもち生活できる地域の実現を目指します。

	第6期 実績 平成28年度	第7期 実績 令和元年度	第8期 実績 令和4年度	第9期 計画 令和7年度
過去1年間に転んだ経験がない人の割合	66.3%	67.2%	67.4%	70.0%
ほとんど外出しない人の割合	10.4%	12.8%	12.6%	11.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より

1 介護予防把握事業

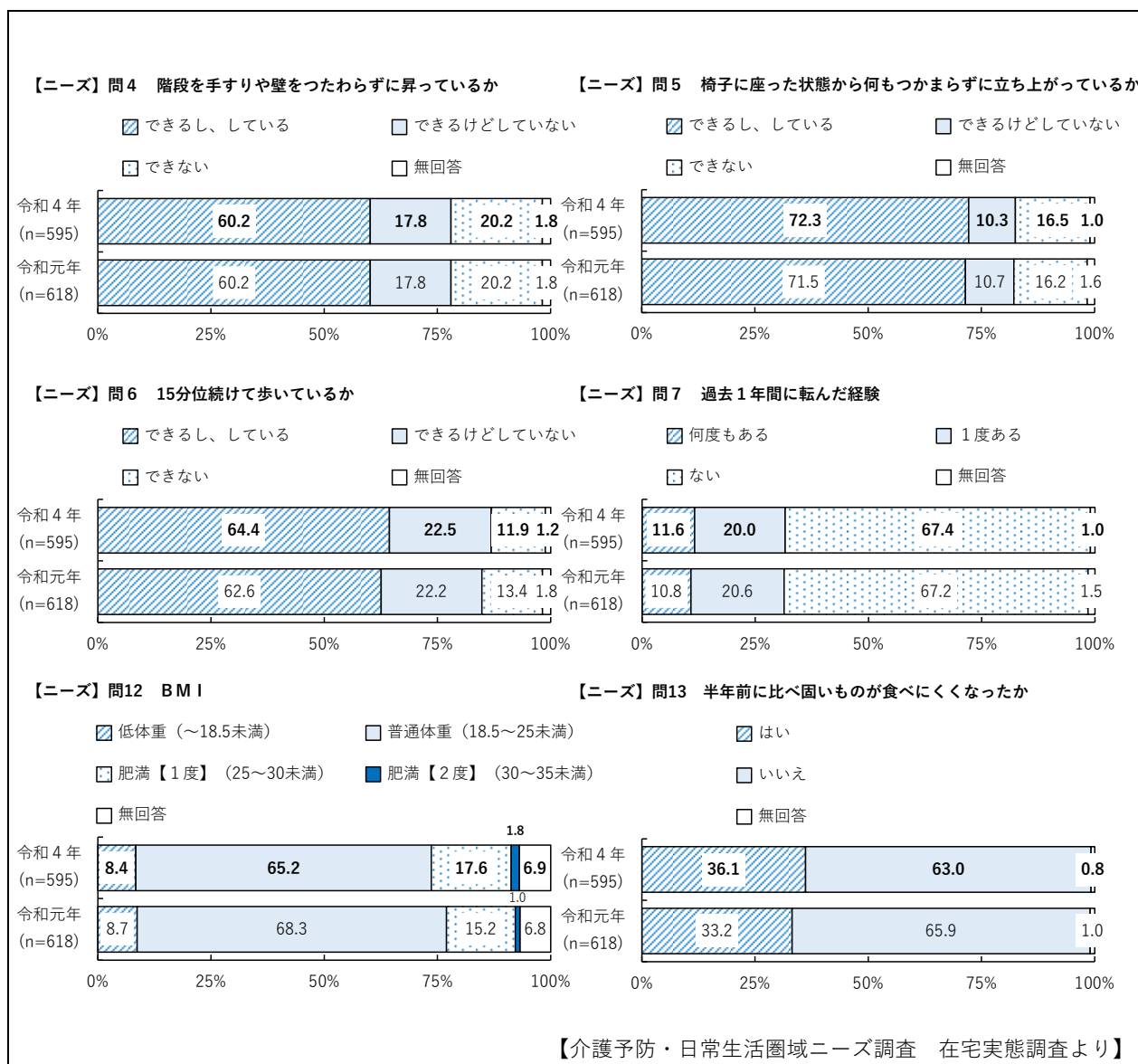
民生委員や家族からの相談等を通じて、基本チェックリストを実施することで、支援が必要な高齢者や潜在的な介護予防事業対象者を把握します。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施件数(件)	5	10	10	15	15	15

施策の方向

- ☐ 基本チェックリストの結果に基づき、関係者と連携した適切な支援へとつなげます。

2 介護予防普及啓発事業



高齢者が介護を必要とする前から介護予防に取り組み、地域でより健康な生活を続けていくために、地域に出向いて介護予防に関する各種運動教室や講座を開催し、介護予防に関する普及・啓発活動を行います。

これまでの教室参加者の実績を見ると、女性に比べ男性の参加者が少ない傾向があります。今後、広く介護予防について周知を図っていくためにも、多くの方が参加しやすい教室内容を検討していく必要があると思われます。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
運動教室(回)	19	31	41	41	41	41
対象地区	全地区					
参加者(人)	126	211	476	470	470	470
うち男性参加者 (人)	24	43	75	75	75	75
うち女性参加者 (人)	102	168	395	395	395	395
栄養指導教室(回)	5	12	11	11	19	11
対象地区	中富	身延	下部	中富	身延	下部
参加者(人)	32	89	108	138	224	108
うち男性参加者 (人)	4	9	30	21	24	30
うち女性参加者 (人)	28	80	78	117	200	78
口腔機能向上教室(回)	8	9	19	11	11	19
対象地区	下部	中富	身延	下部	中富	身延
参加者(人)	53	65	224	70	70	100
うち男性参加者 (人)	18	12	24	30	21	24
うち女性参加者 (人)	35	53	200	78	117	200

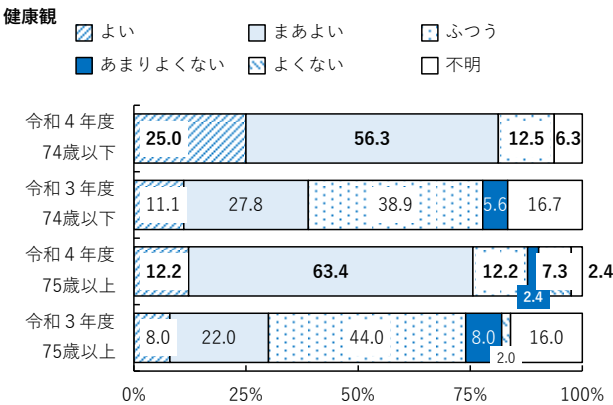
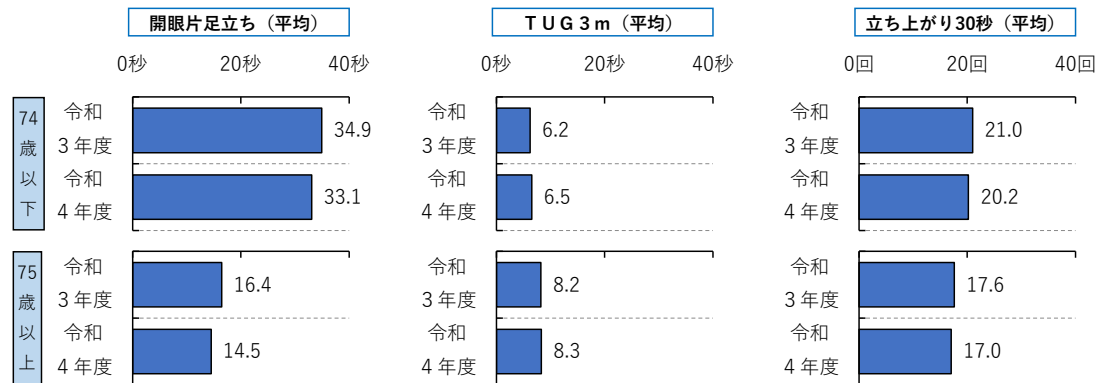
※令和3年はコロナウイルス感染拡大防止から一時活動制限あり

施策の方向

- ❑ 町内のニーズに合わせて実施内容の充実を図るとともに、維持・改善の効果が期待できるプログラムを実施していきます。
- ❑ 各種教室や講座は、住民のより身近で多くの会場において実施されている「いきいき百歳体操」の場や公民館等を活用し普及啓発を図ります。
- ❑ 男性も参加しやすい介護予防教室の内容を検討し、広く介護予防の普及啓発を図ります。

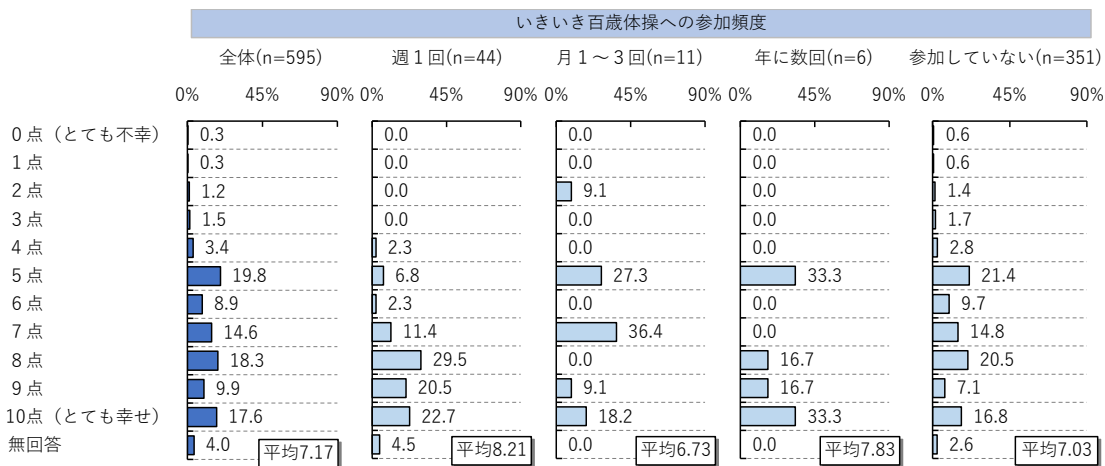
3 地域介護予防活動支援事業

【福祉保健課資料】 体力測定結果



【いきいき百歳体操参加者へ実施する体力測定の結果（令和3年度～令和4年度）】
※全ての時期に体力測定をした68名の記録

【ニーズ】問31 現在の幸せ度 × 【ニーズ】問22⑤ いきいき百歳体操への参加頻度



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

地域の高齢者や住民の交流の場として実施しているサロン活動やいきいき百歳体操等の地域における活動を支援するとともに、各種講座や研修会、情報提供などを通じて、介護予防に関するボランティアの育成・支援を行います。

特にいきいき百歳体操の活動は町内に広がっており、地域包括支援センターでは、この自主的なグループ支援に重点を置いています。新型コロナウイルスの感染拡大に伴い活動グループ数は減少したものの、40グループを下回ることはなく、活動を再開したグループの割合もコロナ前に戻りつつあります。今後は、いきいき百歳体操の活動再開の促進、新規グループ立上げの呼びかけ・支援など、介護予防の底上げに向けた事業を進めていきます。あわせて、一般介護予防事業の達成状況等の検証を通じて事業評価を行い、その結果に基づき事業の実施方法等の改善を図ります。

いきいき百歳体操の参加者の身体機能状況を把握するため、現在活動中のグループに対し、年1回体力測定の実施を依頼しています。令和3年度と令和4年度の全ての時期に体力測定を行った人数は68名でした。平均記録はいずれの種目も前年度に比べ若干及ばなかったものの、身体機能の大幅な減退は見られませんでした。また、健康観について「よい」「まあよい」と回答した参加者は、大きく増加していました。さらに、参加頻度が週1回の参加者の幸福度（平均値）は、参加していない人に比べ1点以上上回る結果となりました。

このことから、身近に通いの場があり、頻回ではなくとも近隣住民と顔を合わせて話をしたり、運動をしたりすることが、幸福度の充実だけでなく、身体機能の維持に繋がるのではないかと考えられます。

●いきいき百歳体操の状況

		第8期 実績			第9期 計画		
		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
①	いきいき百歳体操グループ 数(グループ)	48	46	41	42	43	44
②	①のうち活動実績があった グループ数(グループ)	33	25	38	42	43	44
③	いきいき百歳体操参加者数 (人)(64歳以下含む)	589	558	470	480	490	500
④	高齢人口に対する65歳以上 の参加割合(%)	10.8	10.8	9.0	9.3	9.7	10.0

※令和3年度はコロナウイルス感染拡大防止による外出自粛要請あり

施策の方向

- ❑ いきいき百歳体操が運動機能向上とともに、住民同士の身近な集いの場・交流の場となり地域のつながりが深まるように、実施グループの活動支援を行います。
- ❑ 地域包括支援センターが、いきいき百歳体操世話人の相談に応じていきます。
- ❑ いきいき百歳体操において参加者が主体的に参加することや、地域で生活する元気な高齢者がいきいき百歳体操の世話人として社会的役割をもつことなど、住民主体の取り組みを支援します。
- ❑ いきいき百歳体操参加者に年1回の体力測定を行い、個人評価及び事業評価を実施していきます。
- ❑ いきいき百歳体操に参加していない人に対し、世話人や民生委員、ケアマネジャーと連携し、参加への啓発を図ります。
- ❑ 医療機関にチラシ等を置き、外来時、退院時等いきいき百歳体操の情報提供をしていきます。また、広報「みのぶ」や町のホームページを活用し、町民に広く周知します。
- ❑ 介護予防・フレイル予防に対する意識向上をねらいとして、いきいき百歳体操の効果を検証し、事業の方針の策定に繋がります。

4 地域リハビリテーション活動支援事業

《 現状と課題 》

高齢者が住み慣れた地域や家庭においていきいきとした生活を送ることができるように、リハビリテーション専門職を通所・訪問・地域ケア会議・サービス担当者会議・住民運営の通いの場等へ派遣を継続し、地域における介護予防の取り組みの強化を図ります。

施策の方向

- ❑ いきいき百歳体操の普及や活動継続支援のため、リハビリテーション専門職（山梨県密着アドバイザー）を活用していきます。
- ❑ 地域のリハビリテーション専門職等との連携を図り、事業を進めていきます。

第2節 健康づくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現するには、要介護状態になることを出来るだけ遅らせるための普段からの健康づくりは必要です。しかし、高齢期になると体力の低下等により疾病にかかりやすくなったり、完治までに時間を要するようになります。

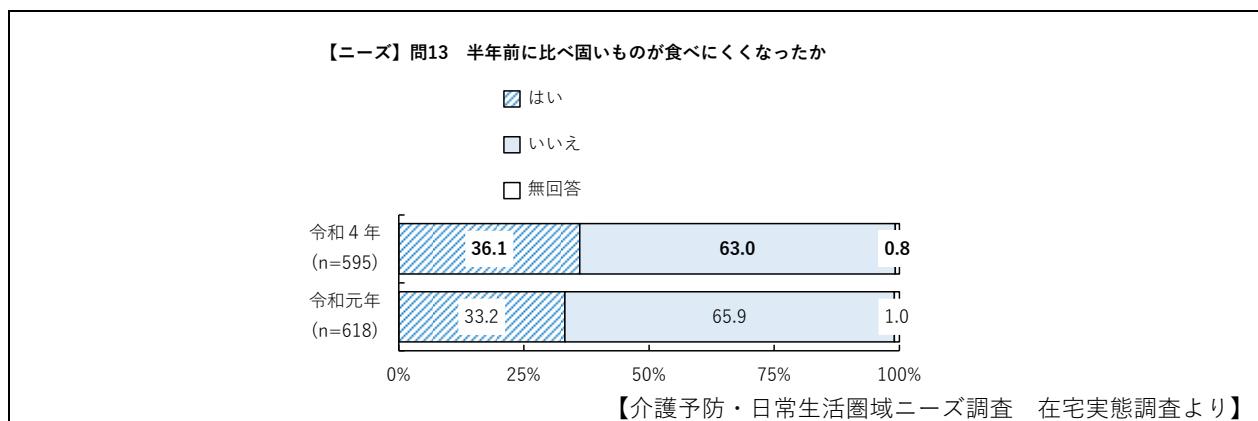
そのため、日頃からの健康づくりに合わせ定期的な健診を受診し、自分の体の状態を知ることが必要です。

高齢者が住み慣れた地域で、健康な生活を送ることができるよう、健康を支えるサービスの展開や組織活動支援、また保健部門と介護予防部門が連携して取り組む高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（第3節）も進めていきます。

	第6期 実績 平成28年度	第7期 実績 令和元年度	第8期 実績 令和4年度	第9期 計画 令和7年度
一般高齢者で健康状態が「まあ良い」「とても良い」人の割合	77.6%	81.0%	79.7%	81.0%
興味がわからない心から楽しめない感じがかった人の割合	23.5%	23.8%	21.3%	20.0%

※介護予防日常生活圏域ニーズ調査より

1 生活習慣病予防健診・歯科検診の受診促進



《 現状と課題 》

特定健康診査及び特定保健指導は、高血圧や糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、生活習慣の改善を図り、健康な生活を送るために重要な保健事業となっています。また、後期高齢者健診は、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣を改善し、健康維持増進及び生活の質の向上を図り、より豊かな老後を過ごすために必要となっています。後期高齢者健診の受診率は、コロナ禍の令和2年度は29.6%と低下したものの令和5年度には33.8%と向上しました。

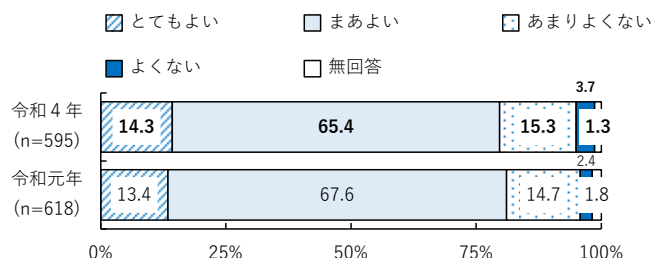
令和元年度から高齢者の歯科検診も実施し、口腔機能低下や肺炎等の疾病予防に取り組んでいます。

施策の方向

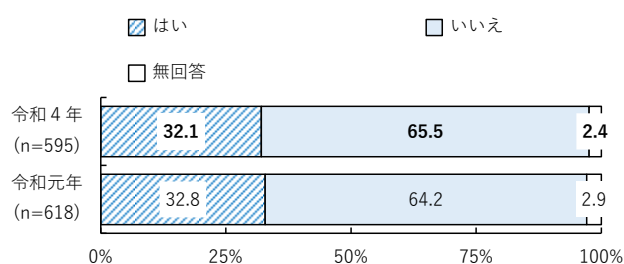
- 健診希望調査を実施し、健診への関心を高め受診促進を図ります。
- 広報「みのぶ」やチラシ、ポスター、防災無線等で健診の周知や受診促進に努めます。
- 生活習慣病予防健診（特定健康診査・後期高齢者健診やがん検診）の受診促進と受診後の特定保健指導の促進を図り、健康づくりと疾病の早期発見に努めます。
- 特定保健指導、健診結果説明会を通じて、生活習慣の改善を図ります。
- 高齢者の歯科検診を進め、口腔への意識を高めます。

2 健康相談・健康教室の充実

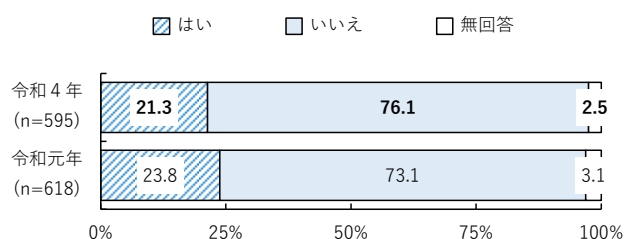
【ニーズ】問30 健康状態



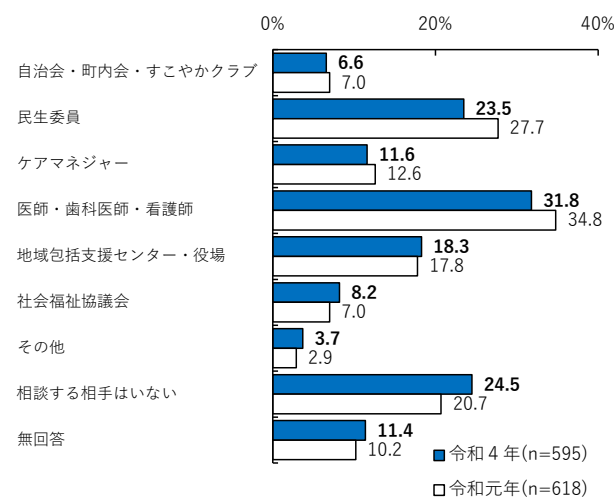
【ニーズ】問32 気分が沈んだりすることがあったか



【ニーズ】問33 物事に興味がわかないなどがあったか



【ニーズ】問29 家族や友人・知人以外で相談する相手



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

ニーズ調査から一般高齢者で健康状態が「まあ良い」「とても良い」人の割合は、第6期・7期計画時に比べ低くなっています。しかし興味がわかない心から楽しめない感じがあった人の割合は低くなりました。

うつ傾向を問う質問では一般高齢者は31.4%、要支援認定者は43.2%がうつ傾向を示していました。これまでも健康づくりの活動を支援する様々な施策を展開してきましたが、健康づくり活動の担い手になる身近な人が高齢になっているなど支え合いの脆弱化等の課題もあります。

今後も、身体的な健康状態を把握する健診受診だけでなく、心の健康を把握し、早期に支援につながるようにする必要があります。

高齢者が住み慣れた地域で、健康な生活を送ることができるよう、健康を支えるサービスの展開や、地域における健康づくり活動の支援等を行います。

施策の方向

- ❑ 医療機関等と連携し、生活習慣病の予防に向けた取り組みを推進します。
- ❑ 健康相談や健康教室の充実を図ります。
- ❑ 食生活改善推進員会、愛育会活動の組織活動を支援することで、地域のつながりを基本とした健康づくりを推進します。
- ❑ 広報「みのぶ」や社協だよりだけではなく、様々な機会を通じて、「自分の健康は自分でつくる」等の健康意識の高揚を図ります。
- ❑ 民生委員や地域と協力した見守り活動を通じて、高齢者の「心の病気」の早期発見・早期支援を図ります。また、「心の健康づくり」や「心の病気」に関する相談事業の充実を図ります。
- ❑ 組織への研修や様々な機会を通して喪失感などへの対処方法や心の健康づくりについて学んだり、相談する機会を設けます。
- ❑ 自殺予防対策について、「第2期身延町自死対策推進計画」に基づき対策に取り組めます。
- ❑ 8020運動（80歳で自分の歯が20本以上残るようにする取り組み）を推進します。

第3節 自立支援・重度化防止に向けた取り組み

高齢者の自立した日常生活の支援や要介護状態等となることの予防、また、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止に向けた取り組みを推進します。

	第7期 実績 令和元年度	第8期 実績 令和4年度	第9期 計画 令和7年度
調整済み認定率	14.4%	15.1%	15.1%
前期高齢者で要介護(要支援)認定を受けていない高齢者の割合	96.3%	96.6%	96.8%

1 介護予防の啓発及び推進

《 現状と課題 》

介護保険制度は、高齢者が自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態や要支援状態となることを予防または重度化の防止を理念としています。また、高齢化に伴い、介護保険制度の持続可能性についても問題となっているため、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取り組みを推進する必要があります。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
いきいき百歳体操参加者数(人)	589	558	470	480	490	500
通いの場(か所) (いきいき百歳体操以外)	3	4	5	6	6	6
生きがい広場実利用者数(人)	77	67	65	70	70	70
自立支援型地域ケア会議(回)	1	1	3	3	3	3

施策の方向

- ❑ 介護予防・日常生活支援総合事業をはじめとする介護予防事業を効果的に展開することで、高齢者の自立支援・重度化防止に取り組みます。
- ❑ 生活支援コーディネーターを中心とした協議体設置によるニーズの把握、サービスの開発等を地域支え合い協議会とともに推進します。
- ❑ いきいき百歳体操のさらなる普及を図ります。
- ❑ 専門職の助言をもとに要支援者の自立支援に向けた自立支援型地域ケア会議を開催し、ケアマネジャーの資質向上につなげます。
- ❑ 質の評価やデータ活用を行いながら、効果的な介護予防事業に取り組みます。

2 保健事業と介護予防の一体的実施

《 現状と課題 》

保健事業と介護予防事業については、今までも福祉保健課内で、地域診断や情報共有をしながら、それぞれ役割分担し集落健康教室や相談事業を実施しており、その中でも介護予防事業としては、通いの場に出向いての運動や栄養指導、口腔ケア等の介護予防教室を実施しています。

身延町における高齢者の健康課題として、高血圧症や糖尿病のリスク保有者が多いこと、筋骨格系疾患にかかる医療費が高く、介護保険新規申請理由としても運動機能低下や骨折によるもの多いことが挙げられています。そのため、健康寿命の延伸に向けて、生活習慣病の重症化予防とフレイル予防を中心とした介護予防の取り組みを今後はさらに強化していく必要があると考えられます。

引き続き、庁内関係部署や各種医療専門職者と連携を図りながら、保健事業と介護予防事業の一体的実施事業に取り組み、高齢者が住み慣れた地域でいきいきとした生活が送れることを目指していきます。

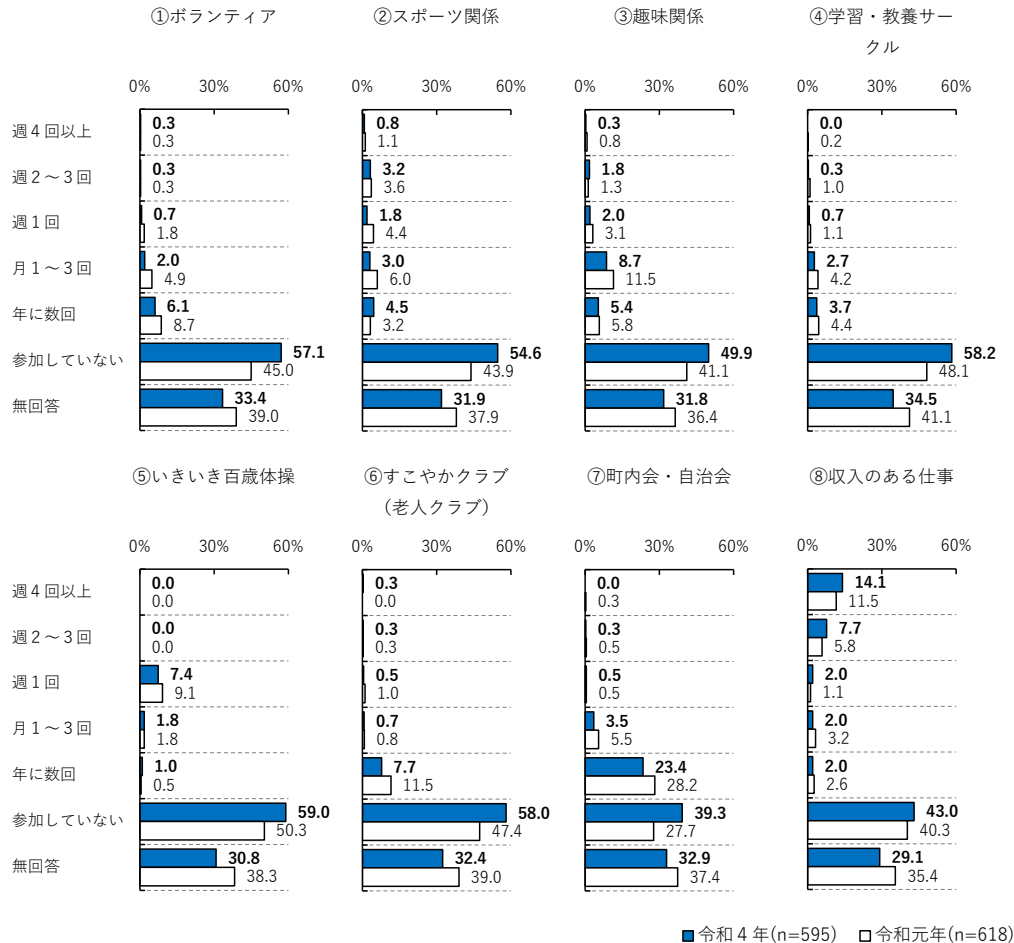
施策の方向

- ❑ 国保データベース（KDBシステム）や後期高齢者医療、介護保険データ、見える化システム等のデータおよび質問票等を活用し、高齢者の実態を把握・分析します。それらの結果をもとに、個人や地域の特性に合わせた生活習慣病重症化予防やフレイル予防に向けたアプローチを行います。効果的な高齢者保健事業を検討、実施します。
- ❑ フレイル予防の重要性について幅広く周知を図っていきます。
- ❑ 効果的な支援が行えるよう、庁内の関係する部署や医療専門職と連携を図っていきます。

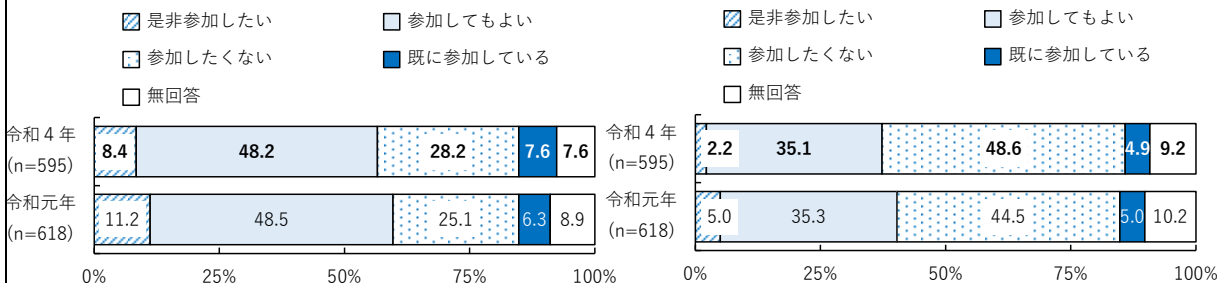
第4節 生きがいつくりの推進

1 老人クラブ活動の促進

【ニーズ】問22 会・グループ等の参加頻度



【ニーズ】問23 地域住民の有志による活動に参加者として参加したいか 【ニーズ】問24 地域住民の有志による活動に企画・運営として参加したいか



【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 在宅実態調査より】

《 現状と課題 》

老人クラブ活動は、高齢者の生きがいと健康づくりのため多種多様な活動を行っています。クラブ活動を通じて社会活動に積極的に参加・参画し、ともに様々な活動を楽しむなかで周りとのつながりを持ち、高齢者が孤立することなくいきいきと暮らせる「明るい長寿社会づくり」と「保健福祉の向上」を目指しています。

身延すこやかクラブにおいては、高齢者同士の交流を促進するため老人クラブ活動を活性化していくことが重要となります。

しかし、老人クラブ参加者の高齢化や新たな参加者の減少等の課題もあります。
ニーズに応じた事業内容の充実を促進し、参加したいと思ってもらえる活動の支援や参加者の確保、リーダーの育成支援を通じて、老人クラブ活動を促進していきます。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
老人クラブ加入者数(人)	20	20	18	17	17	17
老人クラブクラブ数(件)	1, 011	931	726	660	660	660

●老人クラブ事業の状況（令和4年度）

事業名
友愛訪問 社会奉仕の日（9月20日 社会奉仕の日に合わせて、全国の老人クラブで奉仕活動を行っている）

資料：身延町社会福祉協議会

施策の方向

- ❑ 住民のニーズを把握しながら、ニーズに合った事業内容の充実を図れるよう支援します。
- ❑ ボランティア活動や自治会活動等への参加を促進し、リーダーシップのある人材の育成に努めます。

2 生涯学習の推進

《 現状と課題 》

生涯学習活動は、高齢者の生きがいづくりにもつながる一方で、高齢者が持つ経験や知識、地域文化を若い世代に伝える役割も持ちます。

しかし、参加者の固定化や高齢者だけではなく、幅広い世代に生涯学習の情報を伝える方法の検討等の課題があります。

生涯学習活動の指導者の確保に努めるとともに、幅広い世代の参加を促し、ニーズに応じた事業内容の充実を図ることで、生涯学習を推進していきます。

●高齢者の学習講座の状況（令和4年度）

事業名	実施主体	内容等
中富学級	中富地区公民館	開級式、交通安全教室と太神楽
		タブレット教室
		音楽鑑賞会とやさしい気功
		グラウンドゴルフ大会
		歴史探訪教室
		発表会（一芸会）と いわさきけんいちコンサート
自主企画講座	一般	筋力向上教室
		3B体操
		ピラティス
		ZUMBA
		あすなろ塾やさしい経済教室
		ヨガ教室
		論語を語る会

資料：身延町生涯学習課

施策の方向

- ☐ 多様化する学習活動ニーズに対応するため、豊かな知識、経験、技術、生活の知恵などを備えた高齢者の協力を要請し、指導者として育成、確保します。
- ☐ 子どもから高齢者まで幅広い世代が参加できるよう、ニーズに応じた事業内容の充実を図ります。
- ☐ 各種講座やグループ団体等の情報を広報「みのぶ」や回覧のほか、ICT技術の活用を通じて、周知していきます。
- ☐ 高齢者が知識や技能、経験を学校や地域で活かせる機会の提供に努めます。

3 スポーツ・レクリエーションの振興

《 現状と課題 》

スポーツ・レクリエーション活動は生きがいづくりだけではなく、心身の健康保持にもつながるため、重要な意味を持っているといえます。

個人の趣味が多様化している中、ニーズに応じた事業展開の必要があるなどの課題がありますが、関係機関との連携を強化しながら、好評を得ている既存事業に加えて、多様化する高齢者のニーズに応えるべく、軽スポーツやニュースポーツの普及を進めていきます。

●スポーツ・レクリエーションの状況（令和4年度）

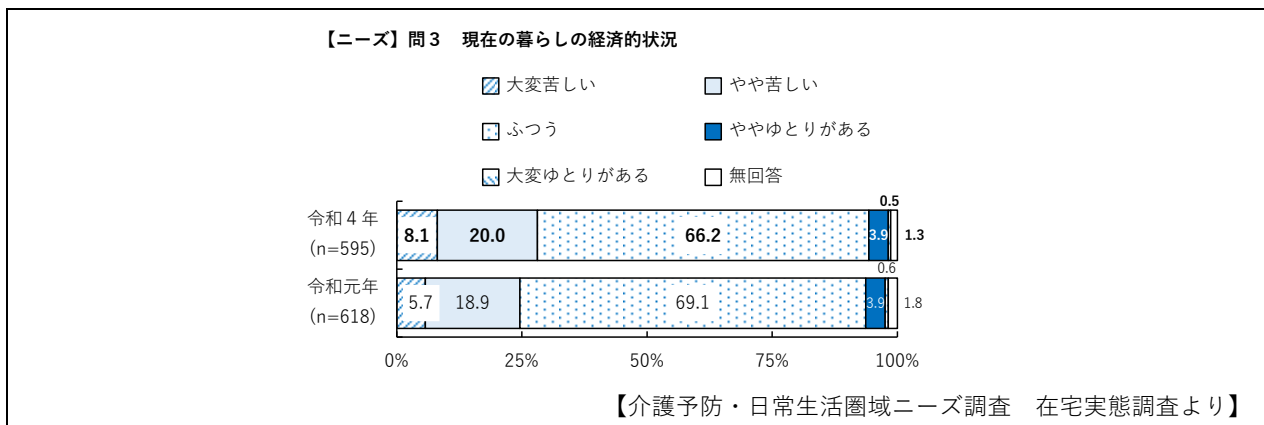
事業名
グラウンド・ゴルフ大会
県労連主催グラウンド・ゴルフ大会
いきいきねりんピック
ゴルフ大会
峡南地域高齢者作品展

資料：身延町社会福祉協議会

施策の方向

- ❑ 住民のニーズの把握に努めるとともに、各種教室、講座、研修会、実技指導会等の充実を図り、参加者の拡大に努めます。
- ❑ スポーツ協会等の関係機関や、ボランティアなどとの連携のもと、高齢者がスポーツやレクリエーションを安全に楽しめるよう、指導者の育成、確保に努めます。
- ❑ 大会や、催し物、グループ団体等の情報提供の充実を図ります。
- ❑ 高齢者が気軽に参加できる軽スポーツやニュースポーツ、世代間の交流を促進するファミリースポーツの導入、普及に努めます。

4 就業等の支援



《 現状と課題 》

ニーズ調査では、現在の暮らしを大変苦しい、やや苦しいと回答している人が28.1%でした。

また、高齢者の就労は経済的な基盤の確保だけでなく、生きがいづくりや社会参加にもつながります。

就労の第一線から退いても、なお就労意欲の高い高齢者が多くなっていますが、高齢者を取り巻く就労環境は厳しい状況にあるといえます。

経済的な基盤の確保と生きがいづくりという2つの視点を踏まえた就労支援施策の展開を図っていきます。

	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
シルバー人材センター登録 人数(人)	205	209	194	204	182	178

資料：峡南広域シルバー人材センター（身延事務所総計）

施策の方向

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

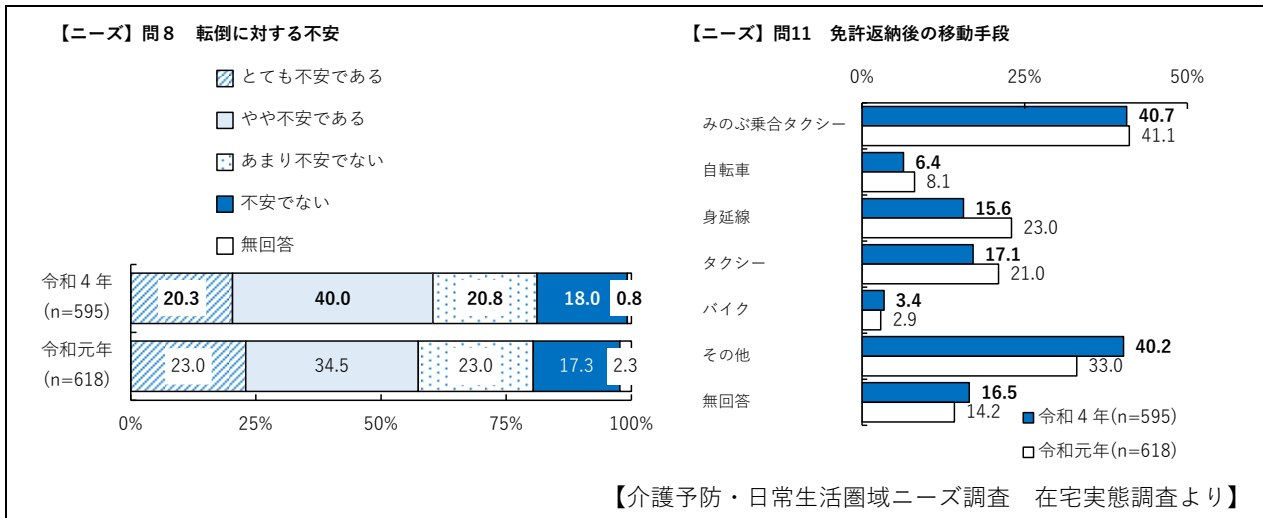
第3章

安心して暮らせる地域社会の実現

第1節 高齢者が住みやすいまちづくり

要介護高齢者や85歳以上高齢者等が増加していくことが見込まれる中、高齢者が生活しやすい環境づくりに努めます。また、高齢者が孤立することがないように、地域で見守る体制づくりを推進するとともに、近年の災害発生状況や新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、災害や感染症予防対策を充実させます。

1 福祉のまちづくり



《 現状と課題 》

誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現するためには、安心・安全に外出できる福祉のまちづくりを推進していくことが必要です。安心・安全なまちづくりは、高齢者の外出を促すため、高齢者の社会参加等にもつながります。

ユニバーサルデザインの考え方に基づく福祉のまちづくりを推進するとともに、高齢者の外出環境の整備にも努めます。

●みのぶ乗合タクシー利用実績

	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
身延地区(人)	8,033	8,203	8,099	7,310	7,037	6,719
下部地区(人)	5,331	6,167	6,151	5,177	5,378	5,449
中富地区(人)	2,369	2,535	3,413	3,277	3,420	3,869
計	15,733	16,905	17,663	15,764	15,835	16,037

資料：交通防災課

施策の方向

- 現在実施している町営バスやみのぶ乗合タクシーの利便性の向上、運行範囲の拡大に努めます。

2 交通安全・防災・防犯

《 現状と課題 》

急速な過疎化及び少子高齢化の進展、また地域や家庭等の生活環境が変化する中で、高齢者は身体能力や認知機能が低下し、各種支援等を必要とする高齢者が増加しています。

本町における高齢者の交通事故等の件数は少ないものの全国的に65歳以上の交通事故、また高齢者の運転する車の事故発生件数は増加しており、本町においても発生する懸念があります。また、首都直下地震や今起きても不思議ではない南海トラフ大地震、台風被害や低気圧の発達と前線活動の活発化による局地的短時間豪雨等、自然災害に備え、高齢者等に対する防災支援体制の整備が必要です。さらに、オレオレ詐欺や架空請求詐欺などの特殊詐欺の巧妙化に伴い、高齢者が犯罪に巻き込まれるケースが増えています。

このため、地域における交通安全意識の高揚や、防災体制の整備と強化、また防犯意識の高揚等をさらに推進します。

●年齢別令和4年中 免許自主返納者数

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合 計
免許自主返納者数(人)	1	4	8	9	19	41

資料：南部警察署

①交通安全

施策の方向

- ☐ 交通安全教室を中心に交通安全教育の充実を図り、高齢者の交通安全意識の高揚に努めます。
- ☐ 広報「みのぶ」や回覧を活用し、交通安全教室に参加していない高齢者の交通安全意識を高めます。
- ☐ 歩道や信号機、カーブミラーなどの交通安全施設の整備を関係機関と連携し実施します。
- ☐ 免許自主返納者には、みのぶ乗合タクシー1年間の無料券を配布します。

②防災

施策の方向

- ❑ 災害が起きた時に、高齢者を安全に避難させたり、居場所を確認したりするために重要な災害時要支援者名簿の更新や情報の共有に努めます。
- ❑ 介護支援専門員等への研修を行います。
- ❑ 平常時から災害時における備えについて学ぶことができる健康教室の実施を検討します。
- ❑ 災害時の避難所においては、交通防災課と連携し、3密回避に配慮した避難者の受け入れ対策を検討します。
- ❑ 避難所の衛生管理や感染症予防対策を実施します。
- ❑ 避難が長期化する場合は、高齢者の健康状態や心の健康状態も確認し対応します。
- ❑ 災害発生時に、避難生活の拠点となる福祉避難所が円滑に開設できるよう、関係機関と連携協力し体制整備に努めます。

③防犯

施策の方向

- ❑ 広報「みのぶ」や自治会組織を通じて防犯意識の高揚に努めます。
- ❑ 単身高齢者世帯への緊急通報システムの設置を促進します。
- ❑ 南部警察署・駐在所、防犯協会、行政区、その他の地域ボランティア等との連携を深め、高齢者が被害者となりやすい悪質商法など、犯罪の被害防止や相談体制の充実に努めます。
- ❑ 設置した国家資格を有する消費生活相談員を活用し、被害防止と救済体制の充実に努めます。
- ❑ 広報「みのぶ」や自治会組織を通じて消費生活相談窓口設置を周知します。
- ❑ 広報「みのぶ」や高齢者学級等において、消費生活相談事例を公表するとともに、啓発活動を推進します。

3 感染症対策

①高齢者の感染症予防

《 現状と課題 》

高齢者は、新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染症に感染すると重症化するおそれが高くなります。日頃から、高齢者及びその家族や高齢者施設等は感染症の予防に努め、感染症対策を検討しておくことが重要です。

また、高齢者介護施設は、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者が、集団で生活する場であるため、感染が広がりやすく重症化するおそれがあります。日頃から、介護施設等と連携をとり、感染症の予防に取り組んでいくことが必要です。

施策の方向

- 手洗い、手指消毒、咳エチケット(マスクの着用)、換気の実施、3密を避けるなど新型コロナウイルスやインフルエンザ等について基本的な感染症対策の実践を働きかけます。また、ノロウイルスについても感染症対策の周知を実施します。
- 集落健康相談・健康教室や広報「みのぶ」で、新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染症の予防について保健指導します。
- 新型コロナワクチン・高齢者インフルエンザや高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を周知し、接種勧奨を実施します。
- 結核検診の必要性について、知識の普及を図り受診勧奨を実施します。
- 結核検診精密検査未受診者への受診勧奨を検診機関と連携しながら進めます。
- 住民に身近な場で実施されているいきいき百歳体操の会場での感染予防など、各集落での感染症の予防を呼びかけます。

第2節 地域包括ケアシステムの推進

高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者等が増加する中で、高齢者が住み慣れた地域で、生きがいを持って暮らしていくために、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される本町の地域特性に合った地域包括ケアシステムを推進してきました。また、保健、医療、福祉・介護関係者が連携を取り、高齢者のニーズ把握と地域ケアの総合調整を図っています。

今後も、認知症の人や、医療ニーズの高い中重度の高齢者を含め、住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、在宅医療・介護連携の推進、地域ケア会議、介護予防マネジメント、総合相談支援、権利擁護、ケアマネジメント支援等を行い、地域の様々な主体や専門職が参画した高齢者を支える地域包括ケアシステムを推進していきます。

在宅医療・介護の連携については、峡南在宅医療支援センターに委託を行い、「峡南地域医療・介護情報誌」の作成・配布や、協働し検討会、研修会、講演会等を開催し連携の推進を図ります。

●地域住民への普及啓発

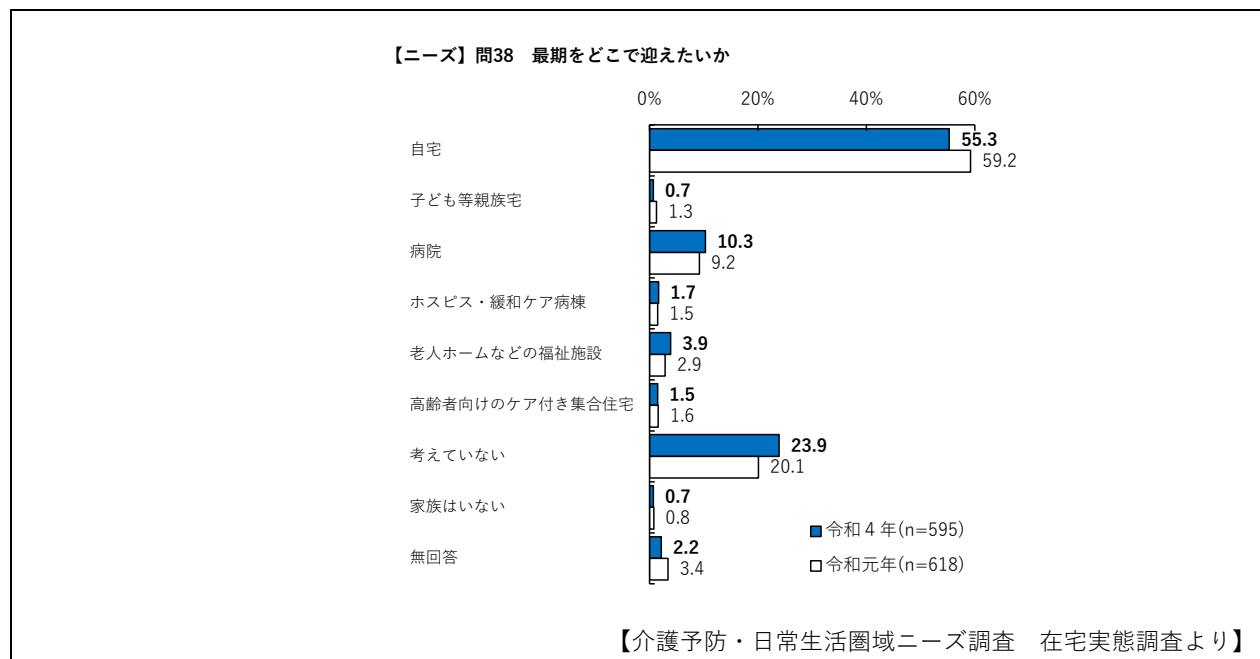
	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
地域住民公開講座等の開催(回)	1	1	1	1	1	1

●医療・介護関係者間の情報共有

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
在宅医療・介護連携検討会(回)	1	1	1	1	1	1
早川町・身延町顔の見える関係づくりの会(回)	2	1	1	1	1	1

※上記の公開講座・検討会・関係づくりの会は、令和3年度・4年度は新型コロナウイルスの感染状況に応じて、オンライン開催や会場・オンライン同時開催など工夫しながら実施した。

1 在宅医療・介護連携の推進



《 現状と課題 》

平成28年度峡南5町で立ち上げた、峡南在宅医療支援センターの運営委員会や定期的な実務者会議、峡南地域在宅医療・介護連携検討会等において事業を推進しています。

令和4年度は、峡南在宅医療支援センターと5町及び医師会が主催し、住民公開講座「今こそ話そう！もしもの時のこと～人生の集大成に向けて～」を開催しました。

高齢者が疾病を抱えても、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができ、自分が希望する場所で最後を迎えられるよう、地域の関係機関の連携強化や多職種協働等により、医療と介護の連携を推進します。

また連携評価シートにより連携ルールに沿った連携についての評価を行い、事業の振り返りや今後に向けた検討を行っています。

施策の方向

- 保健、医療、福祉・介護等の関係機関・多職種との連携を密にすることで、高齢者に対する総合的なサービス提供体制の充実・強化を図ります。
- 峡南在宅医療支援センターへの委託を継続し、定期的な実務者会議や検討会において、在宅医療・介護の連携についての現状、課題、課題解決のための取り組みについて話し合いを行います。
- 在宅医療・介護連携に関して、必要な情報収集、整理及び活用、課題の把握、施策の企画及び立案、医療・介護関係者に対する周知を行います。
- 住民や地域の医療介護関係者等からの在宅医療・介護の連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行います。
- 「峡南地域医療・介護情報誌」の作成・配布により、医療・介護情報の周知・活用に務めます。
- 在宅医療・介護に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行います。
- 医療・介護関係者などの多職種が、顔の見える関係づくりをしながら情報共有情報交換会をし、ともに知識の習得及び知識の向上のために必要な研修を行います。
- 「峡南地域入退院時の病院とケアマネジャー連携ルール」の活用推進に務めます。
- 在宅医療の4つの場面（①退院支援 ②日常の療養支援 ③急変時の対応 ④看取り）の体制構築に向け、「第8次山梨県地域保健医療計画」による広域的な施策と連携し、提供体制の充実を図ります。

2 介護予防ケアマネジメント事業

《 現状と課題 》

予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるよう、総合的なケアマネジメントを実施しています。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
介護予防支援数(人)	1,066	1,073	1,100	1,100	1,100	1,100
介護予防ケアマネジメント数 (人)	589	460	380	380	380	380

施策の方向

□

介護予防事業が必要な一人ひとりに応じたケアプランの作成とサービス提供後の評価を行い、高齢者の自立支援につなげます。

3 総合相談支援事業・権利擁護事業

《 現状と課題 》

地域の高齢者に対し、介護保険サービスにとどまらない様々な形での支援を可能とするため、地域における様々な関係者とのネットワーク構築、ネットワークを通じた高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握、サービスに関する情報提供等の初期相談対応や継続的・専門的な相談支援（支援方針に基づく様々なサービス等の利用へのつなぎ）、権利擁護の観点からの対応が必要な人への支援を行っています。

高齢者成年後見人制度の町長申立件数は、令和3～4年度にかけて0件でした。また、高齢者虐待については、居宅事業所や介護保険サービス提供事業所、家族等から相談があり毎年対応を行っています。

包括への相談件数は平成30年度以降年1,000件以上を超えており、包括の窓口周知が図られていることも考えられますが、ひとり暮らし高齢者世帯の町外県外の子どもからの相談や、身寄りのない高齢者の相談なども増えています。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
包括への総合相談数(件)	1,419	1,320	1,450	1,500	1,500	1,500

施策の方向

- 介護保険制度、介護予防、権利擁護等に関する様々な問題や課題に対応した相談体制の整備を図ります。第二期成年後見制度利用促進基本計画に基づき、広報・相談窓口・制度利用促進・後見人支援など、地域連携ネットワークの機能構築を目的とした、中核機関の体制整備を実施します。
- サービス提供事業所や専門相談機関等と連携し、相談への初期対応と、課題を明確にした継続的、専門的相談を実施します。
- 高齢者の虐待を防止するために、広報「みのぶ」などによる周知・啓発を行います。
- 成年後見制度の活用や、虐待、困難事例への対応を図り、高齢者の権利を擁護します。
- 高齢者虐待の早期発見のために、関係機関等との連携を図り、法律に沿った適切な対応につなげていきます。
- ケアマネジャーや介護サービス事業者等に対し、「身延町高齢者虐待対応マニュアル」の確認を促し、高齢者虐待への対応・支援に対する理解を深め、連携し、虐待防止・早期発見に努めます。
- 消費者被害を未然に防ぐため、関係機関を含め、情報発信をしていきます。

4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

《 現状と課題 》

主治医やケアマネジャー等との多職種協働や、地域の関係機関との連携を通じたケアマネジメントの後方支援を行うことを目的としています。地域のケアマネジャー等に対する個別相談窓口の設置による日常的個別指導・相談、支援困難事例への指導助言等を行います。また、医療機関、関係施設、ボランティアなど地域における様々な社会資源との連携・協力体制の整備など、包括的・継続的なケア体制等を構築します。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
スーパービジョン形式事例検討会(回)	3	4	4	3	3	3
居宅介護支援事業者とのケース検討会(回)	30	31	30	32	32	32

施策の方向

- ❑ 事例検討会などを通じて課題を共有し、地域のケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談業務を実施します。
- ❑ 地域のケアマネジャーが抱える困難事例についての情報共有を促進し、関係機関の連携のもと指導、助言等を行います。
- ❑ ケアマネジャーに対するケース支援や在宅医療・介護連携推進事業の取り組みを通じて、地域のケアマネジャーと関係機関との連携を支援します。
- ❑ スーパービジョン形式事例検討会を開催し、ケアマネジャーが他者の実践に触れ自身の支援を振り返りながら資質向上を図ります。

5 地域ケア会議の推進

《 現状と課題 》

令和元年から、要支援者がより自立した生活を送れるように、多職種からの専門的助言をもとに検討する自立支援型地域ケア会議を開催しています。

また地域包括ケアシステムの実現を目指し、町の地域課題を把握し、地域ケア推進会議において住民や多職種と問題解決に向けた検討を行っています。

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
自立支援型地域ケア会議（回）	1	1	3	3	3	3
地域ケア推進会議（回）	1	1	1	1	1	1

施策の方向

- ❑ 地域ケア推進会議（身延町地域包括支援センター運営協議会）を開催し、町の課題や地域包括ケアシステムの構築について検討します。
- ❑ 困難事例について、個別地域ケア会議を開催し、関係者で情報共有しながら、支援の方針や具体策について検討します。
- ❑ 各専門職の助言をもとに要支援者の自立支援に向けた自立支援型地域ケア会議を開催します。

6 情報提供体制の整備

《 現状と課題 》

介護保険サービスをはじめとする様々な高齢者福祉に関するサービスを効果的に推進していくためには、必要な時に必要なサービスを受けられるような体制を整備していくことが必要です。そのためには、様々なサービスに関する情報を住民に伝えることが必要不可欠です。また、情報をただ伝えるだけではなく、わかりやすく伝える等の工夫をすることも重要です。また、介護保険制度は、サービスの利用者とサービス提供者の契約により利用できる制度であり、利用者がより良いサービスを受けるためには、利用者が不利益を被らないように情報発信を充実させていく必要があります。

広報「みのぶ」などを活用した情報提供に加え、若い世代にも伝わるようホームページやSNS等の様々な媒体を活用した情報発信を行います。

施策の方向

- ❑ 広報「みのぶ」（ささえあい）や社協だよりに高齢者保健福祉に関する記事を定期的に掲載し、わかりやすく情報を提供します。
- ❑ 若い世代にも情報の共有化を促進するため、ホームページやSNS等の様々な媒体を利用した情報提供を進めます。
- ❑ 民生・児童委員、保健師、ケアマネジャーなど、人を通じた広報、啓発を推進します。
- ❑ 転入者が各種サービスを利用できるよう、情報提供の強化を図ります。
- ❑ 多くの町民が集まる機会を利用し、サービス内容等について広報、啓発に努めます。
- ❑ 基本的なサービス情報についてサービスガイドブックである「わたしたちの介護保険（身延町）」等を作成し、広く住民に情報提供していきます。

第3節 計画の円滑な運営に向けて

1 介護給付等費用適正化事業

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

①要介護認定の適正化

要介護認定の新規、更新、変更に係る認定調査について、判断基準に照らして点検を行います。

②ケアプランの点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査等

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画の内容について、点検及び助言・指導を行います。

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

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

③医療情報との突合・縦覧点検

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

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
認定調査の結果についての保険者による点検(件)	1,331	1,336	1,330	1,300	1,300	1,300
ケアプランの点検(件)	302	395	300	300	300	300
住宅改修の点検(件)	39	33	30	30	30	30
医療情報との突合・縦覧点検(件)	5,090	4,816	4,500	4,200	4,200	4,200

2 介護保険事業の効果的・効率的な運営

《 現状と課題 》

高齢化の進行に伴い、要支援・要介護認定者や介護給付費の増加が予想されています。このような中で、介護保険事業の効果的・効率的な運営が求められています。

要介護認定は、介護保険サービスを受給できるかどうかを決める重要なものであり、迅速で公平・公正な認定業務の実施が求められます。また、介護給付の適正化は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことや、適切なサービスの確保とその結果として費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高めます。こうした取り組みにより、持続可能な介護保険制度を構築することが必要です。

施策の方向

- 新規申請については、地域包括支援センターと連携し、適正な要介護認定申請の受付に努めます。
- 認定業務の効率化、公平化を目的に、引き続き峡南広域行政組合で認定調査、主治医意見書回収、認定審査の一連の業務を実施します。
- 身延町の介護保険事業の運営全般が適切に実施されるよう、身延町介護保険運営協議会を開催します。
- 介護給付の適正化を行うため、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」を実施します。

3 サービスの質の向上・確保

《 現状と課題 》

高齢化が進行し、支援が必要な高齢者が増加する中で、サービスの質の向上や福祉人材の確保は重要な課題です。福祉人材の不足については、本町だけではなく、全国的な課題となっており、早急な対応が必要となります。

施策の方向

- 居宅介護支援事業所連絡会、研修会、事例検討会等の実施を通じて、介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質の向上を促進します。
- 福祉サービスに携わる人材の育成・確保に努めます。
- 介護保険事業の質の向上や事業者の抱える問題等を把握するために、介護保険事業者の連絡会の充実を図ります。
- 高齢者の状況やサービスの利用状況を把握し、必要なサービスを迅速に提供できるよう、個人情報保護に留意しながら、関係機関での情報共有を図ります。

4 介護保険事業費の算定

①介護予防給付費の見込み

(千円)

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
●介護予防サービス						
介護予防訪問入浴介護	640	444	344	397	398	398
介護予防訪問看護	1,535	1,455	2,192	2,119	1,959	1,959
介護予防訪問リハビリテーション	2,298	2,152	1,855	2,190	2,193	2,193
介護予防居宅療養管理指導	432	324	0	354	125	125
介護予防通所リハビリテーション	8,332	6,306	9,416	6,025	4,868	4,410
介護予防短期入所生活介護	1,724	1,264	389	778	779	779
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	6,320	6,451	7,234	7,162	6,984	6,721
特定介護予防福祉用具購入費	464	496	0	634	634	634
介護予防住宅改修	1,520	1,345	691	1,263	1,263	1,263
介護予防特定施設入居者生活介護	615	517	0	629	1,802	1,802
●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	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	681	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0	0
●介護予防支援	4,668	4,481	4,961	4,713	4,380	4,271

②介護給付費の見込み

(千円)

	第8期 実績			第9期 計画		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度 (見込)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
●居宅サービス						
訪問介護	64,415	65,009	67,761	77,419	70,203	65,193
訪問入浴介護	23,401	20,741	21,755	18,513	16,754	15,437
訪問看護	14,660	14,720	17,108	15,960	15,006	12,662
訪問リハビリテーション	7,120	6,953	5,918	5,962	5,547	5,124
居宅療養管理指導	2,572	2,158	2,454	1,799	1,279	893
通所介護	178,671	163,970	159,302	159,142	149,300	138,510
通所リハビリテーション	68,994	56,790	54,426	55,398	45,178	42,682
短期入所生活介護	159,991	150,084	148,504	136,735	121,499	113,116
短期入所療養介護（老健）	5,383	4,378	2,845	4,884	3,994	3,994
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	52,021	51,554	48,925	43,269	40,132	37,633
特定福祉用具購入費	845	938	1,097	576	576	576
住宅改修費	2,320	1,955	2,618	2,203	1,051	1,051
特定施設入居者生活介護	13,052	14,046	9,482	19,425	41,956	41,956
●地域密着型サービス						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	181,237	155,059	128,057	158,802	149,218	143,611
認知症対応型通所介護	1,379	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	36,229	33,783	34,181	34,168	31,037	31,037
認知症対応型共同生活介護	59,628	58,120	58,963	56,795	56,867	56,626
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	192,380	199,657	206,605	197,464	197,713	197,713
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
●施設サービス						
介護老人福祉施設	426,109	413,508	417,235	418,475	432,783	432,783
介護老人保健施設	296,584	285,837	298,366	285,920	286,282	286,282
介護医療院	0	2,029	0	0	0	0
●居宅介護支援	86,047	80,566	77,845	78,917	71,687	67,236

③標準給付費

(円)

	合計	第9期 計画		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額	5,670,725,875	1,933,068,491	1,893,444,094	1,844,213,290
総給付費	5,280,207,000	1,798,090,000	1,763,447,000	1,718,670,000
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	245,400,106	84,818,822	81,690,043	78,891,241
特定入所者介護サービス費等給付額	241,783,968	83,638,130	80,451,096	77,694,742
特定入所者介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	3,616,138	1,180,692	1,238,947	1,196,499
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	127,082,940	43,920,695	42,305,848	40,856,397
高額介護サービス費等給付額	125,025,147	43,248,813	41,600,815	40,175,519
高額介護サービス費等の見直しに伴う財政影響額	2,057,793	671,882	705,033	680,878
高額医療合算介護サービス費等給付額	12,564,051	4,346,168	4,180,557	4,037,326
算定対象審査支払手数料	5,471,778	1,892,806	1,820,646	1,758,326
審査支払手数料一件あたり単価		82	82	82
審査支払手数料支払件数	66,729	23,083	22,203	21,443
地域支援事業費	198,078,589	68,895,499	66,163,103	63,019,987
第1号被保険者負担分相当額	1,349,825,027	460,451,718	450,709,655	438,663,654
調整交付金相当額	288,547,560	98,375,621	96,341,456	93,830,484
調整交付金見込額	526,524,000	188,684,000	174,763,000	163,077,000
調整交付金見込交付割合		9.59%	9.07%	8.69%
後期高齢者加入割合補正係数		0.8276	0.8513	0.8681
所得段階別加入割合補正係数		0.9670	0.9670	0.9670
保険料収納必要額	1,030,848,587			

④地域支援事業費

(円)

	第9期 計画			
	合計	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費	198,078,589	68,895,499	66,163,103	63,019,987
介護予防・日常生活支援総合事業費	100,225,331	34,443,924	33,385,016	32,396,391
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	89,496,902	31,666,123	29,992,635	27,838,144
包括的支援事業（社会保障充実分）	8,356,356	2,785,452	2,785,452	2,785,452

⑤所得段階別第1号被保険者の第9期の介護保険料

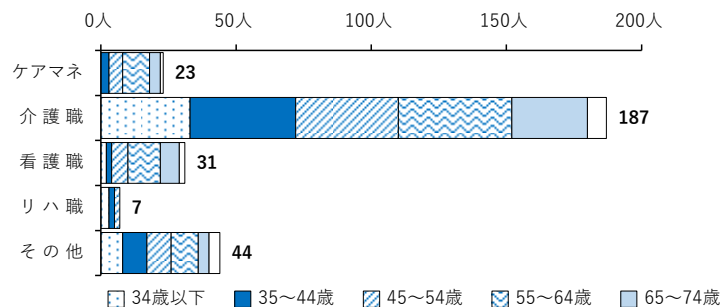
本町の第9期の第1号被保険者の介護保険料基準月額が6,250円となります。実際に支払っていただく額は、所得などにより異なり、下記のとおりになります。

また、公費を投入して低所得者の保険料軽減を行う仕組みを設けており、第1段階0.445を0.285に、第2段階0.685を0.485に、第3段階0.69を0.685にしており、その差額については、国1/2・県と町で1/4を負担することとなります。

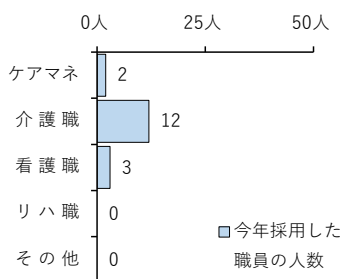
所得段階	所得段階の説明	保険料率
第1段階	生活保護を受給している人。 世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給している人。世帯全員が市区町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	×0.445 (×0.285)
第2段階	世帯全員が市区町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の人	×0.685 (×0.485)
第3段階	世帯全員が市区町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超える人	×0.69 (×0.685)
第4段階	本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者がいる人で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下の人	×0.90
(基準額) 第5段階	本人が住民税非課税で、世帯に住民税課税者がいる人で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円を超える人	6,250円 ×1.00
第6段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円未満の人	×1.20
第7段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円以上210万円未満の人	×1.30
第8段階	本人が住民税課税で、合計所得金額が210万円以上320万円未満の人	×1.50
第9段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が320万円以上420万円未満の人	×1.70
第10段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が420万円以上520万円未満の人	×1.90
第11段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が520万円以上620万円未満の人	×2.10
第12段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が620万円以上720万円未満の人	×2.30
第13段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が720万円以上の人	×2.40

5 介護人材の充実に向けた取り組み

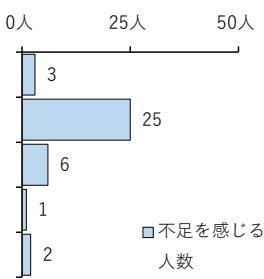
職種別人数推計（25事業所が回答）



今年採用した人数



不足を感じる人数



退職理由

- ・ 定年など年齢的理由
- ・ 収入が少ない
- ・ 人間関係
- ・ 出産育児 など

【介護・福祉人材に関するアンケート調査（25事業所が回答）より】

《 現状と課題 》

福祉教育学校等へ進学した場合、学生（学生が未成年者の場合は保護者）に基金から就学奨励金を支給する身延町福祉教育学校等就学奨励金の支給などを行い、将来にわたる福祉活動の推進と基盤づくりを図っています。

今後も高齢化が進むことが見込まれる本町においては、介護人材の充実は重要な課題です。

一方で、介護人材の新規採用は非常に困難な状況にあり、また現状働く介護人材も高齢化していることから、持続性確保に向けた検討が必要です。

施策の方向

- ❑ 教育委員会と連携し、介護現場における学生の体験事業や実習を実施していきます。
- ❑ 県とも連携しながら、介護サービスの持続性確保に向けて検討を進めていきます。

資料編

身延町介護保険運営協議会委員名簿

(地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会兼務)

任期：令和３年４月１日～令和６年３月31日

	氏 名	役 職 名	区 分
1	深沢 道康	社会福祉協議会長	福祉関係
2	上田 本幸	民生委員児童委員協議会会長	福祉関係
3	秋山 裕一	介護福祉施設 しもべ荘理事	福祉関係
4	田中 一泰	町議会教育厚生常任委員長	町議会議員
5	朝比奈 利明	身延町早川町組合立 飯富病院	保健医療関係
6	望月 強志	知識経験者	被保険者代表
7	佐野 一雄	介護認定審査会委員	知識経験者
8	笠井 京子	知識経験者	被保険者代表

用語解説

頁	用 語	説 明
P 1	地域包括ケア	高齢者の生活上の安全・安心・健康を確保するために、予防、介護、医療、生活支援、住まいに関するサービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制のことです。
P 3	P D C A	計画（Plan）をたて、それを実行（Do）し、実行の結果を評価（Check）して、さらに計画の修正・実行（Action）を行うという一連の流れをシステムとして進めていく方法のことです。
P 8	第 1 号被保険者	市町村・特別区の区域内に住所を有する 65 歳以上の人を言います。
P 8	第 2 号被保険者	市町村・特別区の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者を言います。
P 10	日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件などを総合的に勘案して、住民が日常生活を営んでいる地域を「日常生活圏域」として設定し、その中で高齢者への居宅系サービス、介護予防サービスを提供していこうとするものです。本町では地理的条件や交通事情などを考慮して町全体を 1 圏域として設定しています。都市部では、数圏域に設定しているところがあります。
P 10	要介護認定	介護保険制度の中で保険の適用を受けて介護サービスを利用するには、要支援状態や要介護状態にあるかどうかの市町村（介護認定審査会）の認定を受ける必要があります。要介護認定は、その状態の程度に応じ要支援 1・2、要介護 1～5 の 7 段階に区分して認定され、それぞれの段階でサービスを利用する限度額が決められています。
P 11	地域包括支援センター	高齢者への総合的な相談・支援や介護予防のマネジメント、ケアマネジャーのネットワーク化や支援困難事例などへの指導・助言など、地域における高齢者への総合的な支援を行う機関です。
P 11	自助・互助・共助・公助	自分のことを自分で行うことを自助、家族や近隣の人たちと助け合うことを互助、年金や介護保険などの制度化された相互扶助のことを共助、国や自治体などが行う支援を公助、と言います。
P 11	権利擁護	知的障害や精神障害がある人、または高齢者が認知症などによって自ら物事を判断できなくなってしまう際に、その人の人権や財産などの権利を守ることです。
P 12	地域密着型サービス	認知症高齢者やひとり暮らし高齢者などの増加を踏まえ、高齢者が要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として町民の身近な日常生活圏域において、圏内（町内）の方が優先して利用できる介護及び介護予防サービスです。「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」「認知症対応型通所介護（デイサービス）」などのサービスがあります。

頁	用 語	説 明
P 16	軽費老人ホーム	軽費老人ホームには、食事の提供や日常生活上必要な便宜を提供する A 型、自炊が原則の B 型、そして車いす生活になっても自立した生活を送れるように配慮した介護利用型（ケアハウス）の 3 種類があります。家庭での生活に不安や困難のある高齢者が低料金で日常生活のサポートを受けられる施設です。
P 16	有料老人ホーム	主に民間企業が運営し、食事その他の日常生活上必要な便宜を提供する施設で、都道府県知事に届出を行うこととされています。有料老人ホームが介護サービスを提供し、それが一定の要件に該当すれば、介護保険制度における居宅サービスの「特定施設入所者生活介護」として、保険給付の対象になります。
P 17	理学療法士（P T）	医師の指示のもとに、身体に障害のある人に、治療体操、電気刺激、マッサージ、温熱など物理的療法を行うことにより、基本的動作能力の回復を支援する人のことです。
P 17	作業療法士（O T）	医師の指示のもとに、心身に障害のある人に手芸、工作などを行わせたり、レクリエーションを行うなどして、動作能力や社会的適応能力の回復を支援する人のことです。
P 17	機能訓練	心身の機能回復や維持を図るために、医師の指示のもとに理学療法士や作業療法士が行うリハビリや、日常生活動作訓練の一環であるレクリエーションなどをいいます。介護保険法に基づく通所介護や通所リハビリテーション、老人保健法に基づく機能訓練などがあります。
P 18	特定福祉用具	福祉用具購入費の支給対象となる特定福祉用具は、貸与になじまないものとして、①腰掛便座、②特殊尿器、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分、が示されています。なお、対象となる用具の詳細な形態について、要件が定められています。
P 19	介護サービス計画（ケアプラン）	要介護者等の心身の状況、環境、本人や家族の希望をふまえ、利用するサービス等の種類・内容・担当者等を定めた計画のことです。
P 19	ケアマネジャー	要支援者、要介護者からの相談に応じて適切なサービスが受けられるように、居宅サービス事業者や介護保険施設等との連絡調整を行う人です。
P 26	地域支援事業	要支援・要介護状態になる前から介護予防を推進し、または介護が必要となった場合でも、できるだけ住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業のこと。要支援及び要介護状態になるおそれのある虚弱な高齢者に対し、運動機能や口腔機能の向上、栄養改善、認知症・うつ・閉じこもりの予防を行う介護予防事業や、高齢者に関する総合的な相談・生活支援、権利擁護や成年後見制度の活用支援などを行います。
P 26	基本チェックリスト	要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げることを目的として、厚生労働省が作成した 25 項目の質問票のことです。質問に回答することで、その人に必要な介護予防の取り組みを知ることができます。

頁	用 語	説 明
P 27	閉じこもり	一日のほとんどを家で過ごし、外出しない状態のことです。閉じこもりがちな生活が続くと、筋力や食欲が低下し、認知症やうつなどになりやすくなります。閉じこもりの原因は身体的原因、精神的原因、社会環境原因に分類され、これら3つが相互に関係して閉じこもりになると考えられています。閉じこもりは寝たきりになる原因のひとつと言われており、閉じこもりを予防することが大切です。
P 40	ケアマネジメント	利用者のニーズに対応し、各種サービスを調整して適切で効果的なケアを行うことです。
P 40	生活支援コーディネーター	地域における助け合い・支え合いの仕組みづくりの調整役を担う人材のことで、地域をより良いものとするために、地域の様々な活動をつなげ、組み合わせる役割を担います。
P 48	成年後見制度	認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な人は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があるがあっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害に遭うおそれもあります。このような判断能力の不十分な人を保護し、支援するための制度です。
P 48	虐待通報	高齢者虐待とは一般に高齢者に対する身体虐待・介護放棄（ネグレクト）・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待等のことを言い、平成18年4月1日施行の「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」では「虐待を発見した者は市町村に速やかに通報する努力義務があり、特に養介護施設、病院、保健所、医師、保健師、弁護士などは虐待の早期発見に努めなければならない。通報を受けた市町村は安全確認をし、必要な場合は地域包括支援センターの職員などによる立入調査や入所措置を講じる。」と規定されています。
P 52	認知症あんしんサポートブック（ケアパス）	もともと多職種の連携パスであり、かかりつけ医から専門医、専門医からかかりつけ医、かかりつけ医から介護支援専門員、薬剤師、介護サービスなどと経過を追って、様々な多職種がどうにかかわるか等の情報交換を行うための工程表（ツール）です。このケアパスを用いることで認知症の人が地域で安心して暮らせるために必要な医療と福祉の連携を一目でわかるように示したものです。
P 54	認知症地域支援推進員	認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援体制の構築、支援者の連携促進等を行う人のことです。
P 54	チームオレンジ	認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組みのことです。
P 54	地域ケア会議	地域包括支援センターまたは市町村が主催し、多職種協働で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とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。

頁	用 語	説 明
P 55	認知症カフェ	認知症の人やその家族の孤立の防止と居場所の確保をすることや、より多くの人に認知症に対する正しい理解を広めること、専門家による初期の物忘れや認知症に関する相談、専門的知識の学習の場を作することを目的としています。
P 61	フレイル	平成 26 年に日本老年医学会が「Frailty（虚弱）」の日本語訳として提唱したもので、加齢とともに心身が衰えた状態になることを意味しています。健康な状態から要介護状態へと移行する段階だと考えられています。
P 69	国保データベース (KDB システム)	国保連合会が、健診・保健指導、医療、介護の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステムのことです。
P 72	生涯学習	生きがいのある生活の創造や職場能力の向上等を目指し、家庭、学校、地域社会、職場等の様々な場において、学習者が自発的に行う活動のことです。意図的・組織的な学習活動として行われるものだけでなく、個人が自主的に行うボランティアやスポーツ活動、芸能・文化活動、趣味、教養等も含む広い概念のことです。
P 72	I C T	「Information and Communication Technology」の略で、通信技術を活用したコミュニケーションのことです。
P 76	ユニバーサルデザイン	「すべての人のためのデザイン」を意味し、年齢や障害の有無などにかかわらず、最初からできるだけ多くの人が利用可能であるようにデザインすることを言います。
P 87	地域包括支援センター 運営協議会	地域包括支援センターの運営が公正・中立に行われるよう、また、人材確保等を支援するために設置される機関で、町、県、介護保険サービスの関係者、地域医師会、及び被保険者などから構成されます。
P 88	S N S	ソーシャル・ネットワーキング・サービス。インターネット上で社会的ネットワーク（個人と個人のつながり）の構築ができるサービスです。

身延町介護保険事業計画・身延町高齢者福祉計画

令和6年度～令和8年度

発行日 令和6年3月

発行者 身延町 福祉保健課

〒409-3304 山梨県南巨摩郡身延町切石117-1

『中富すこやかセンター』

電 話 : 0556-20-4611 F A X : 0556-20-4554

ホームページ : <https://www.town.minobu.lg.jp/>