
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 (第9期)



令和6年3月

開成町

目 次

第1章 計画の概要	1
I 計画策定の背景及び趣旨	3
II 法令等の根拠	4
III 計画の位置付け	4
IV 計画の策定体制	5
V 計画の期間	6
VI 計画の推進	6
第2章 高齢者を取り巻く状況	7
I 高齢者の現状	9
II 介護給付費の動向	15
III アンケート調査結果に見る現状	18
IV 現状と課題・取組みの方針	36
第3章 計画の基本的な考え方	39
I 基本理念	41
II 基本目標	42
III 施策の体系	43
第4章 高齢者保健福祉計画	45
I 自分らしくいきいきと暮らせるまち	47
II 住み慣れた地域でお互いさまで支えあうまち	55
III 介護が必要になっても住み続けられるまち	63
IV 安全・安心なまち	66
V 各施策を構成する事業の指標一覧	68
第5章 介護保険事業計画	69
I 介護保険事業の円滑な実施	71
資料編	97
I 開成町高齢者保健福祉事業運営協議会規則	99
II 開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会設置要綱	101
III 開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会委員	103
IV SDGsについて	104

第1章 計画の概要

I 計画策定の背景及び趣旨

2025 年には団塊の世代¹が 75 歳以上となり、2040 年には団塊ジュニア世代²が 65 歳以上となるのに伴い、本町においても、今後ますます高齢化が進行していくことが予測されています。

高齢化の進行に伴い、一人暮らし高齢者・高齢者のみ世帯の増加や孤立化、認知症高齢者の増加、介護する家族の負担増やそれに伴う介護離職の増加、高齢者虐待などの問題、高齢者の看取りや人生の最終段階における意思決定支援などへの対応が課題となっています。

また、平均寿命が伸びている一方、介護が必要な期間も増加しており、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間（健康寿命）を延伸していくことも求められています。

このような課題に直面する中で、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤として、地域包括ケアシステムの構築を引き続き推進していくことが必要になります。

この仕組みを構築していくため、支援を必要とする住民が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による把握と関係機関との連携等による解決が図られる包括的な支援体制づくりを進めることが重要視されています。

こうした背景を踏まえ、本町は「開成町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期）」を策定し、基本指針の内容に円滑に対応するとともに、2040 年を見据えて、地域包括ケアシステムを構成する「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」の整備・充実のための取組みや、認知症施策の推進、保険者機能の強化、介護人材の確保などを総合的に図っていきます。

【第9期介護保険事業計画の基本指針のポイント】

- 1. 介護サービス基盤の計画的な整備
- 2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み
- 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

¹ 団塊の世代…昭和 22 年（1947 年）から昭和 24 年（1949 年）にかけて生まれた世代。

² 団塊ジュニア世代…昭和 46（1971）年から昭和 49（1974）年にかけて生まれた世代。

II 法令等の根拠

本計画は、老人福祉法第 20 条の8に定める「老人福祉計画」及び介護保険法第 117 条に定める「介護保険事業計画」に基づく両計画を一体として策定するものです。

III 計画の位置付け

本計画の策定に当たっては、『開成町総合計画』並びに『開成町福祉コミュニティプラン』を上位計画とします。また、厚生労働省の告示した『介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針』及び『かながわ高齢者保健福祉計画』『神奈川県保健医療計画』とも整合性を図ることとします。

【開成町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の位置づけ】



IV 計画の策定体制

本計画の策定に当たっては、計画に盛り込まれる高齢者に対する各種サービスや介護保険料の設定などが、高齢者のみならず町民全体の生活に影響が及ぶことから、町民の計画策定への参加や、計画策定段階・内容についての周知を図りました。

I 計画策定体制

本計画の策定に当たっては、町民や関係者の幅広い意見を集約できるよう、学識経験者のほかに被保険者代表、保健医療団体の関係者、介護サービス事業者などで構成する「開成町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を設置し、計画の策定に関し、必要な事項の協議及び検討を行いました。

2 計画策定への町民の意見反映及び周知

(1) アンケート調査の実施

一般高齢者、要介護認定者、介護事業所、居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査を実施し、計画策定の基礎資料としました。

なお、高齢者に対するアンケート調査の結果は次のとおりでした。

		配布数	回収数	回収率(%)
1	一般高齢者	3,832	2,689	70.2%
2	要介護認定者	614	365	59.4%

		事業者数	介護サービス数	回収率(%)
3	介護事業所	25	28	93.3%

		ケアマネ人数(5事業所)	利用者数(自宅等)	利用者数(サ高住等)
4	在宅生活改善調査	17	246	93

(2) パブリックコメント¹の実施

令和6年1月に計画案を公開し、意見を募るパブリックコメントを実施しました。

¹ パブリックコメント…行政機関が意思決定を下す際に、多様な意見を反映させるために行う手続き。

V 計画の期間

本計画は3年を1期として定めることになっています。

第9期計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

なお、状況に急激な変化がある場合には、計画期間内に改定することもあります。

【計画の期間】

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	令和9年度	令和10年度	令和11年度
第8期計画								
	見直し 		第9期計画					
				見直し 		第10期計画（予定）		

VI 計画の推進

1 庁内推進体制の確保

関係各課相互の連携を強化し、各種施策の総合的かつ効果的な実現を図ります。

2 計画の進行管理

計画の実施状況の検証や評価分析をし、保健・福祉・介護にかかる効果的な事業の実施に努め、その内容については広く市民に周知します。

計画の進行管理や評価、地域包括支援センターの運営や評価については、高齢者保健福祉事業運営協議会及び地域包括支援センター運営協議会に報告し意見聴取を行うとともに、その結果の反映に努めます。

3 他自治体・県・国との連携

高齢者を巡る諸問題について、広域的な取組みが必要な事項に関しては、他自治体や県と密接に連携して取り組みます。

また、本計画を推進していくに当たっては、県や国の役割も大きな位置を占めることから、必要に応じて、県や国に対して各種の要望を行います。

第2章 高齢者を取り巻く状況

I 高齢者の現状

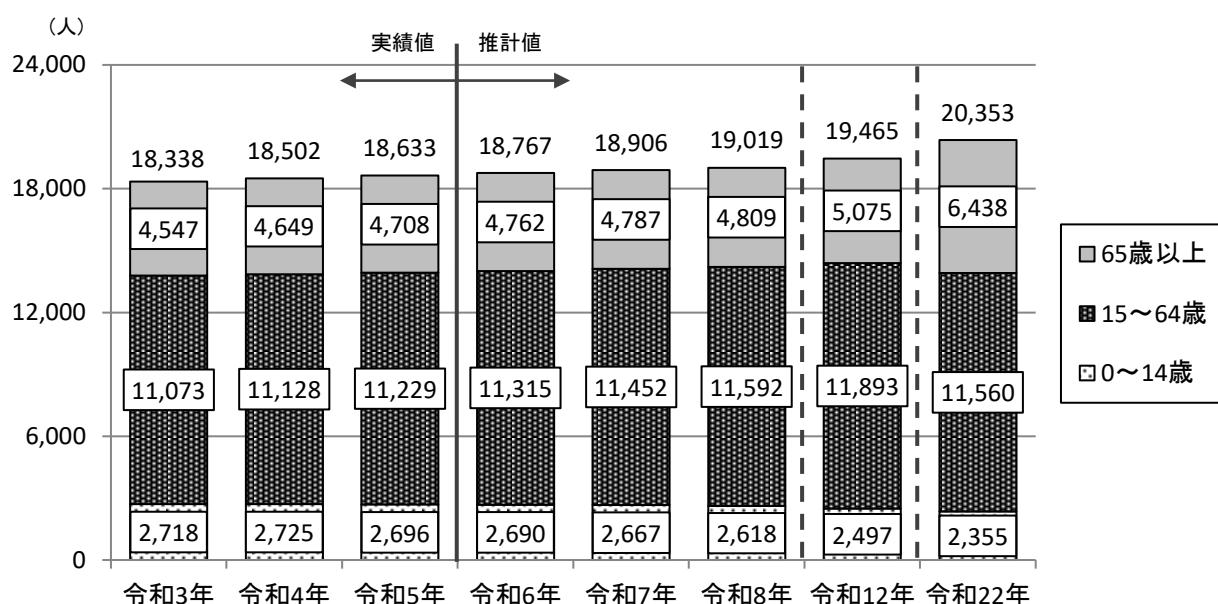
I 高齢者人口等

(1) 高齢者人口・高齢化率

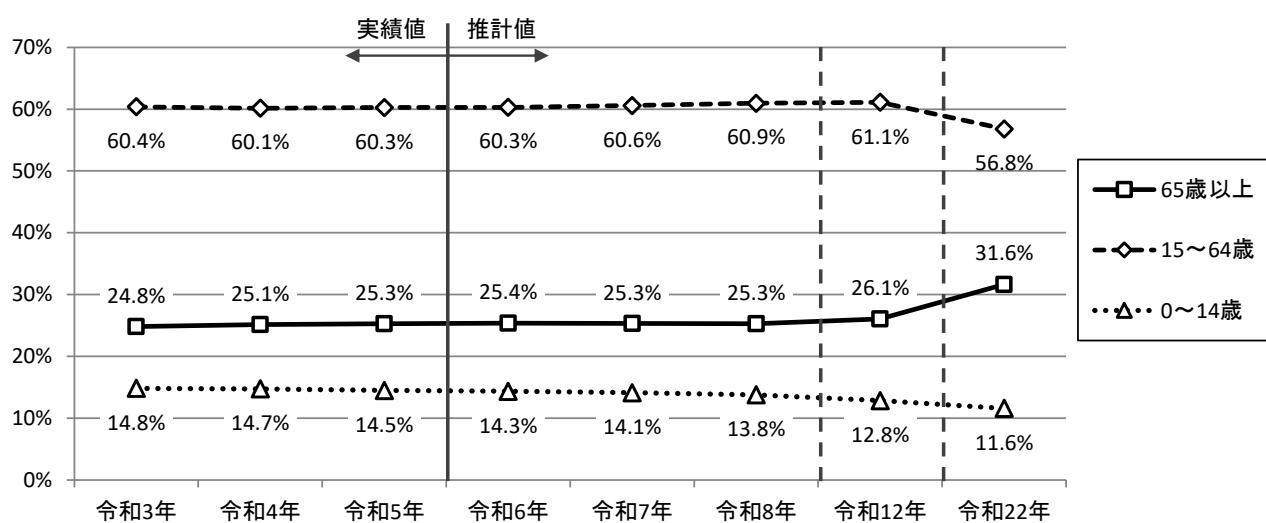
人口は年々増加しており、令和8年には19,019人、令和12年には19,465人、令和22年には20,353人まで増加することが見込まれます。

年齢別人口の割合は、15~64歳及び65歳以上は横ばい傾向、0~14歳はやや減少傾向で推移していくことが予測されています。

【人口の推移】



【年齢別人口の割合】



※令和3年から令和5年：住民基本台帳（毎年9月末）／令和6年以降：コーホート法による推計値

(2) 高齢者世帯

令和2年における高齢者のいる世帯は2,773世帯となり、平成22年(2,109世帯)よりも664世帯増加しています。

高齢者のいる世帯のうち、高齢者の一人暮らし世帯は、令和2年は605世帯となり、平成22年(329世帯)よりも276世帯増加しています。また、一般世帯数に占める割合をみると、令和2年は8.7%となり、神奈川県(10.9%)及び全国(12.1%)を大きく下回っています。

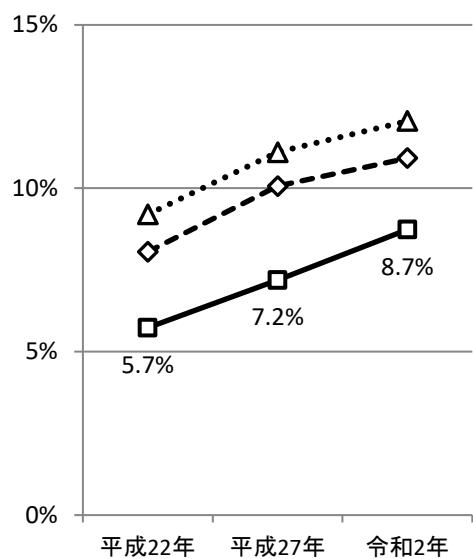
高齢者夫婦のみの世帯は、令和2年は789世帯となり、平成22年(462世帯)よりも327世帯増加しています。一般世帯数に占める割合をみると、令和2年は11.4%となり、神奈川県(9.8%)及び全国(10.5%)をやや上回っています。

【高齢者世帯の推移】

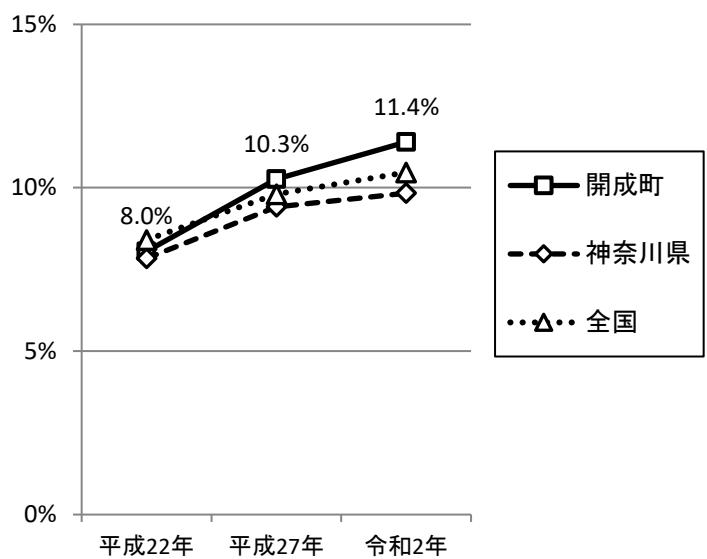
単位:世帯

	平成22年	平成27年	令和2年
総世帯	5,741	6,161	6,924
高齢者のいる世帯	2,109	2,516	2,773
高齢単身世帯	329	443	605
高齢夫婦世帯	462	632	789

【高齢者の一人暮らし世帯の割合の推移】



【高齢者夫婦のみの世帯の割合の推移】



※国勢調査:各年10月1日現在

2 要介護(支援)認定者

(1) 要介護(支援)認定者数と要介護(支援)認定率(第1号被保険者)

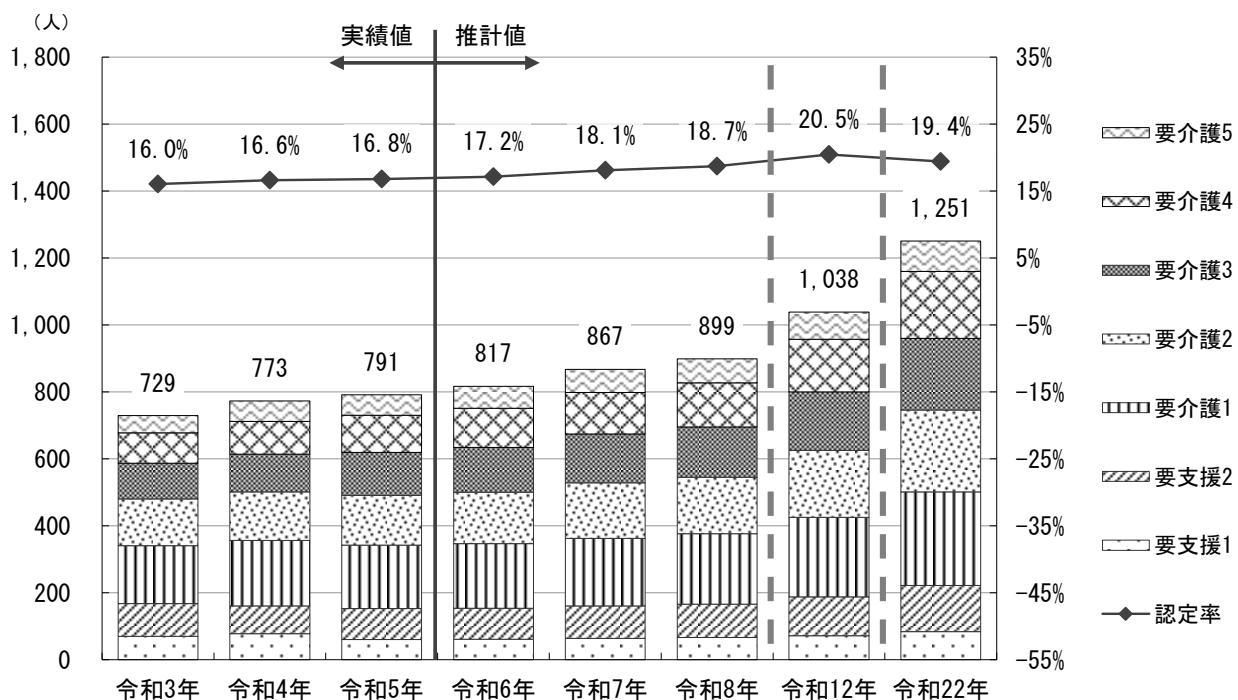
要介護認定者数については、令和8年で899人、令和12年で1,038人、令和22年で1,251人となっており、増加傾向で推移していくことが予測されています。

要介護認定率については、令和8年で18.7%、令和12年で20.5%、令和22年で19.4%となっており、令和5年までは横ばい傾向、その後はおおよそ増加傾向で推移していくことが予測されています。

【介護別認定者数と認定率の推移と推計】

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12年	令和22年
認定者数	729	773	791	817	867	899	1,038	1,251
要支援1	70	78	60	61	64	66	72	84
要支援2	98	83	93	93	97	100	116	138
要介護1	173	195	189	193	201	210	237	279
要介護2	139	145	149	153	166	169	200	245
要介護3	107	113	128	134	146	150	175	214
要介護4	91	98	111	117	124	132	157	200
要介護5	51	61	61	66	69	72	81	91
認定率	16.0%	16.6%	16.8%	17.2%	18.1%	18.7%	20.5%	19.4%



*令和3年から令和5年は実績値(各年9月末現在)／令和6年以降は見える化システムによる推計値

(2) 地区ごとの高齢者人口及び要介護(支援)認定率

高齢化率が一番高い地区は岡野地区の 50.4%で、一番低い地区はみなみ地区 8.4%となっています。

また、認定率が一番高い地区は下延沢地区の22.5%で、一番低い地区はみなみ地区で 9.2%となっており、高齢化率と認定率は必ずしも一致していないことがわかります。

【行政区ごとの高齢者人口及び要介護(支援)認定率】

単位:世帯数、人、%

行政区	世帯数	人口	65 歳以上 人口	高齢化率	認定者数	認定率
岡野	54	133	67	50.4	10	14.9
金井島	304	757	296	39.1	46	15.5
上延沢	982	2,410	666	27.6	115	17.3
下延沢	552	1,241	360	29.0	81	22.5
円中	758	1,833	552	30.1	99	17.9
宮台	439	1,208	276	22.8	49	17.8
牛島	362	938	291	31.0	39	13.4
上島	616	1,537	422	27.5	88	20.9
河原町	204	458	178	38.9	39	21.9
榎本	229	545	191	35.0	34	17.8
中家村	738	1,787	394	22.0	59	15.0
下島	1,460	3,130	614	19.6	87	14.2
パレットガーデン	476	1,097	270	24.6	42	15.6
みなみ	571	1,559	131	8.4	12	9.2
合計	7,745	18,633	4,708	25.3	800	17.0

※令和5年 10月1日現在(住民基本台帳)

(3) 認知症の割合

要介護(要支援)認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡa以上(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られる状態)の人数は平成29年には387人でしたが、令和4年には461人に増加しています。

【認知症の人数】

単位:人

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
自立	101	114	114	131	126	132
I	167	193	193	196	217	217
Ⅱa	56	58	55	52	50	50
Ⅱb	131	152	175	188	193	217
Ⅲa	142	151	173	155	144	154
Ⅲb	29	20	24	22	14	20
Ⅳ	27	26	23	15	15	20
M	2	2	3	2	2	0
Ⅱa以上	387	409	453	434	418	461

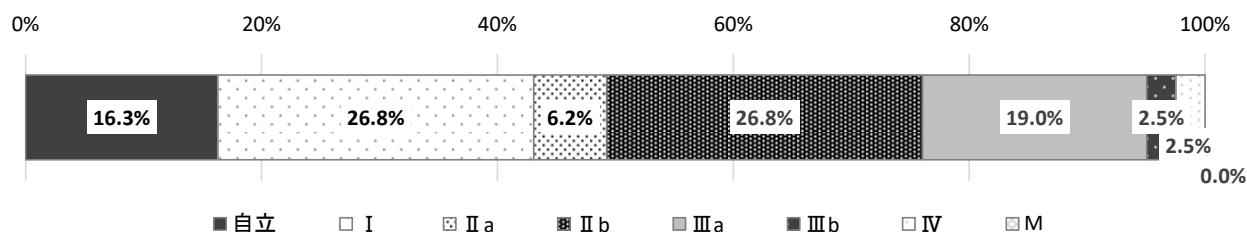
※各年10月1日現在(介護認定調査票)

(4) 認知症高齢者の日常生活自立度の割合

要介護(要支援)認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度の分布割合は、I(何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態)が217人(26.8%)、Ⅱb(日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られる状態)が217人(26.8%)であり、ともに最も多くなっています。

全体に対してⅡ以上に判定された人は56.9%を占めています。

【認知症の割合】



※令和4年10月1日現在(介護認定調査票)

(5) 認定者の診断名

平成 29 年度から令和元年度及び令和2年度から令和4年度の新規認定者の認定にかかる主治医意見書の診断名(1項目目)をみると、どちらの3か年でも認知症、癌、骨折・転倒、脳血管疾患の割合が多くを占めています。

また、3年ごとに見ると認知症の割合が増加しており、関節・整形外科疾患と合計した運動器(骨や関節、筋肉)の原因は全体の約 20%を占めています。

【認定者の疾患名】

単位:人、%

区分	集計値		構成比		増減
	H29～ R1年度	R2～ R4年度	H29～ R1年度	R2～ R4年度	
全体	461人	480人	100.0%	100.0%	-
認知症	63人	81人	13.7%	16.9%	3.2%
癌	69人	79人	15.0%	16.5%	1.5%
骨折・転倒	54人	62人	11.7%	12.9%	1.2%
脳血管疾患	59人	55人	12.8%	11.5%	-1.3%
高血圧	39人	37人	8.5%	7.7%	-0.8%
関節・整形	60人	28人	13.0%	5.8%	-7.2%
心疾患	18人	23人	3.9%	4.8%	0.9%
精神	7人	19人	1.5%	4.0%	2.5%
呼吸器疾患	11人	13人	2.4%	2.7%	0.3%
糖尿病	7人	8人	1.5%	1.7%	0.2%
パーキンソン	7人	6人	1.5%	1.3%	0.2%
高脂血症	5人	6人	1.1%	1.3%	0.2%
脊髄損傷	2人	3人	0.4%	0.6%	0.2%
衰弱	5人	1人	1.1%	0.2%	-0.9%
慢性腎不全	6人	0人	1.3%	0.0%	-1.3%
その他	49人	59人	10.6%	12.3%	1.7%
整形外科疾患 (関節・整形+転倒・骨折)	114人	90人	24.7%	18.8%	-5.9%
生活習慣病 (高血圧+高脂血症)	44人	43人	9.6%	9.0%	-0.6%

※ 構成比は四捨五入をしているため、合計値が必ずしも 100%にならないことがあります。

II 介護給付費の動向

I 給付実績の推移

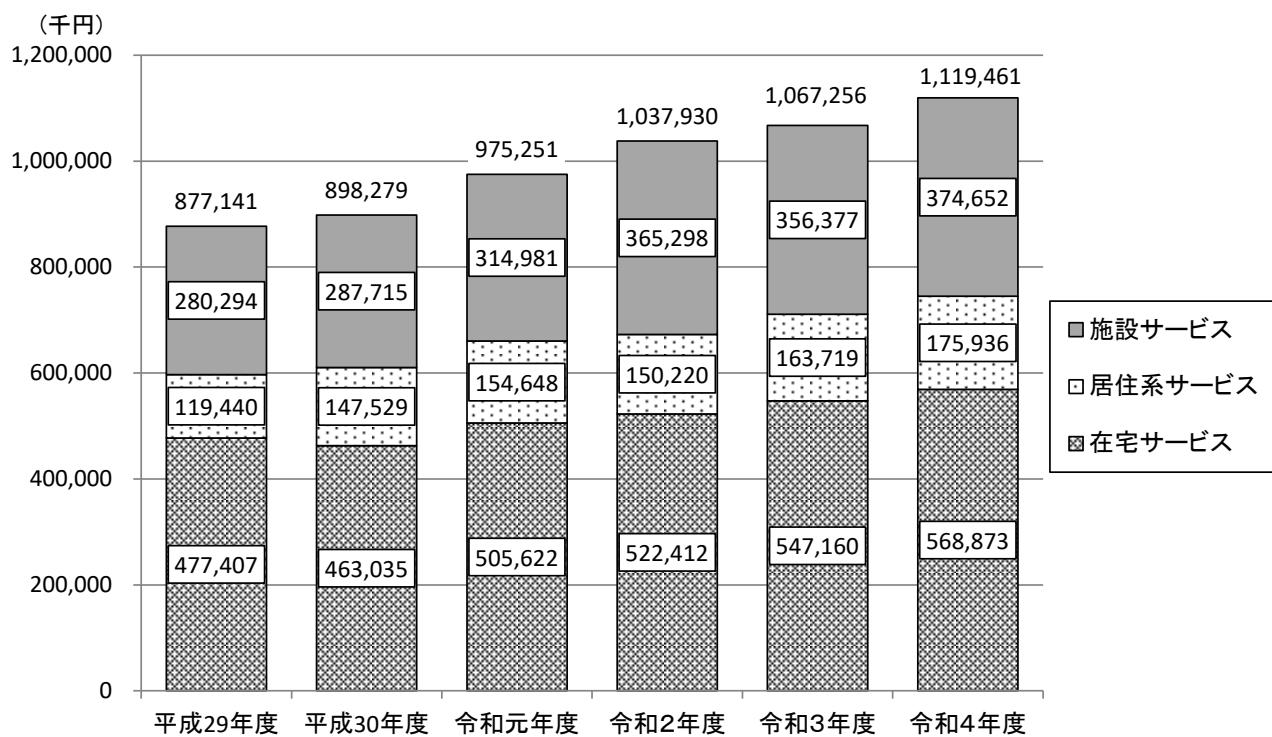
給付実績は増加傾向で推移しており、令和4年度は11億1,946万1千円であり、平成29年度（8億7,714万1千円）よりも2億4,232万円増加しています。

サービス別でみると、居住系サービス、在宅サービスは増加傾向で推移していますが、施設サービスに関しては、令和2年度ごろから横ばい傾向となっています。

【給付実績の推移】

単位:千円

	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
施設サービス	280,294	287,715	314,981	365,298	356,377	374,652
居住系サービス	119,440	147,529	154,648	150,220	163,719	175,936
在宅サービス	477,407	463,035	505,622	522,412	547,160	568,873
合計	877,141	898,279	975,251	1,037,930	1,067,256	1,119,461



2 納付実績値と計画値の比較

総給付費の実績値と計画値の比は 90.2%であり、想定よりサービスの使用が少なかったことがうかがえます。

対計画比が70%を下回ったサービスは、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」、「介護医療院」、「訪問入浴介護」、「訪問リハビリテーション」、「短期入所生活介護」、「短期入所療養介護（老健）」、「住宅改修」、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の8サービスとなっています。

一方、120%を超えているサービスは、「居宅療養管理指導」のみとなっています。

【給付実績値と計画値の比較（令和4年度）】

単位：千円、%

		令和4年度		対計画比 (実績値／計画値)
		計画値	実績値	
施設サービス	小計	445,272	374,652	84.1%
	介護老人福祉施設	148,988	140,604	94.4%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	111,937	70,864	63.3%
	介護老人保健施設	166,830	159,167	95.4%
	介護医療院	17,517	3,990	22.8%
	介護療養型医療施設	0	24	-
サ居・住サービス	小計	179,188	175,936	98.2%
	特定施設入居者生活介護	67,481	76,178	112.9%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	-
	認知症対応型共同生活介護	111,707	99,758	89.3%
在宅サービス	小計	616,141	568,873	92.4%
	訪問介護	73,458	81,912	111.5%
	訪問入浴介護	13,963	9,369	67.1%
	訪問看護	46,622	48,008	103.0%
	訪問リハビリテーション	11,668	6,158	52.8%
	居宅療養管理指導	9,990	14,956	149.7%
	通所介護	136,048	128,080	94.1%
	地域密着型通所介護	77,231	64,586	83.6%
	通所リハビリテーション	29,319	27,950	95.3%
	短期入所生活介護	44,363	29,560	66.6%
	短期入所療養介護（老健）	14,052	8,105	57.7%
	短期入所療養介護（病院等）	0	0	-
	短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	-
	福祉用具貸与	41,256	46,583	112.9%
	特定福祉用具販売	1,440	1,641	114.0%
	住宅改修	5,004	3,134	62.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	17,227	9,584	55.6%
	夜間対応型訪問介護	0	0	-
	認知症対応型通所介護	7,727	9,105	117.8%
	小規模多機能型居宅介護	19,026	13,948	73.3%
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-
	介護予防支援・居宅介護支援	67,747	66,193	97.7%
合計（総給付費）		1,240,601	1,119,461	90.2%

3 サービス別利用者数の推移

平成30年度と令和4年度を比較して、利用者が100人以上増加しているサービスは、「介護老人福祉施設」、「訪問介護」、「訪問看護」、「居宅療養管理指導」、「福祉用具貸与」、「介護予防支援・居宅介護支援」の6サービスとなっています。

一方、利用者が減少したサービスは、「介護療養型医療施設」、「地域密着型通所介護」、「小規模多機能型居宅介護」の3サービスとなっています。

【サービス別の利用実績の推移】

単位:人

		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	傾 向
施設サービス	介護老人福祉施設	403	430	492	489	537	増加
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	248	269	306	314	327	増加
	介護老人保健施設	476	486	547	535	548	横ばい
	介護医療院	0	11	22	7	13	横ばい
	介護療養型医療施設	20	35	15	3	1	減少
サードサービス	特定施設入居者生活介護	379	335	279	359	420	増加
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	—
	認知症対応型共同生活介護	343	384	385	389	393	横ばい
在宅サービス	訪問介護	766	800	790	943	1,020	増加
	訪問入浴介護	126	174	186	156	148	横ばい
	訪問看護	964	1,042	1,259	1,303	1,246	横ばい
	訪問リハビリテーション	147	178	203	191	178	横ばい
	居宅療養管理指導	579	770	955	1,081	1,279	増加
	通所介護	1,658	1,755	1,687	1,663	1,729	横ばい
	地域密着型通所介護	990	935	964	898	961	横ばい
	通所リハビリテーション	413	432	417	459	426	横ばい
	短期入所生活介護	413	453	431	398	413	横ばい
	短期入所療養介護(老健)	67	107	135	124	96	横ばい
	短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0	0	—
	短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0	0	—
	福祉用具貸与	3,019	3,352	3,402	3,538	3,743	増加
	特定福祉用具販売	60	51	47	69	69	横ばい
	住宅改修	33	40	30	30	36	横ばい
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	10	88	89	84	73	横ばい
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	—
	認知症対応型通所介護	71	42	45	58	82	増加
	小規模多機能型居宅介護	103	83	67	51	88	横ばい
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	—
	介護予防支援・居宅介護支援	4,409	4,657	4,846	5,061	5,184	増加

III アンケート調査結果に見る現状

I 調査結果の概要

(1) 運動機能について

以下の5つの設問は、運動機能の低下を問う設問です。

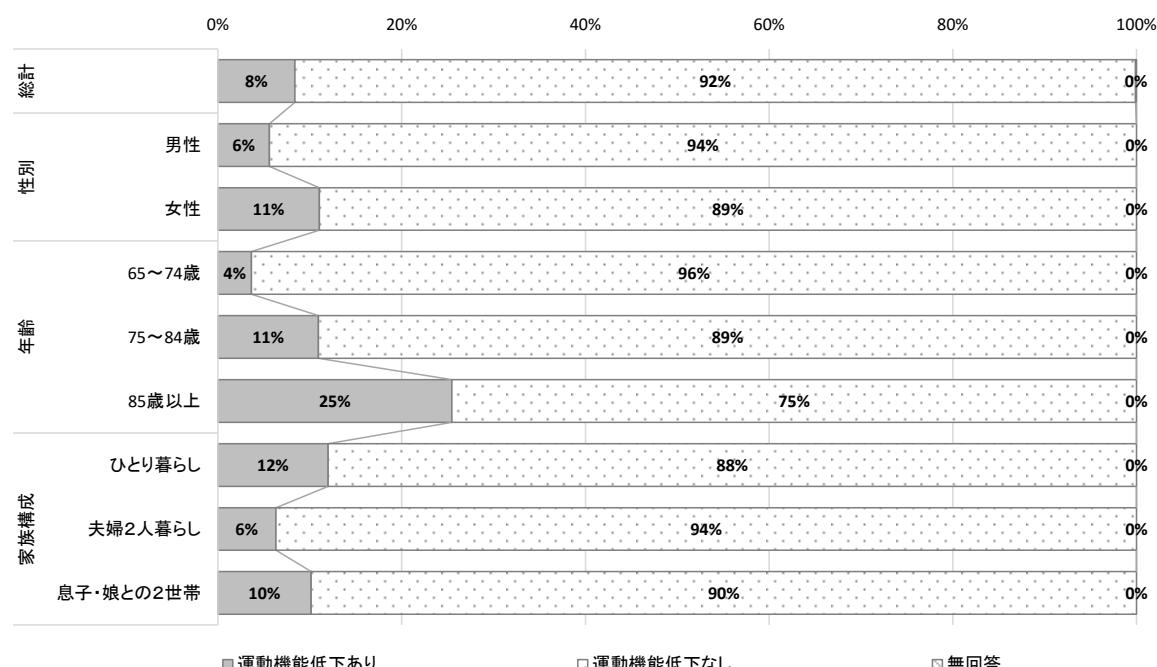
この設問で3問以上、該当する選択肢（表の網掛け箇所）が回答された場合は、運動機能の低下している高齢者となります。

No	設問内容	選択肢
問2(1)	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(2)	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(3)	15分位続けて歩いていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
問2(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない
問2(5)	転倒に対する不安は大きいですか	1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

◆「運動機能低下あり」の割合について

- ・「男性(5.6%)」と比べて「女性(11.0%)」の方が、割合が高くなっています。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっています、「85歳以上」では25.5%となっています。
- ・家族構成では、「ひとり暮らし」が12.0%で最も高く、次いで「息子・娘との2世帯(10.1%)」「夫婦2人暮らし(6.3%)」と続いています。

	割合(%)		
	運動機能低下あり	運動機能低下なし	無回答
全体	8.4	91.5	0.1
男性	5.6	94.4	0.0
女性	11.0	89.0	0.0
65~74 歳	3.7	96.3	0.0
75~84 歳	10.9	89.1	0.0
85 歳以上	25.5	74.5	0.0
ひとり暮らし	12.0	88.0	0.0
夫婦2人暮らし	6.3	93.7	0.0
息子・娘との2世帯	10.1	89.9	0.0



(2) こころの健康について

以下の2つの設問は、うつ傾向を問う設問です。

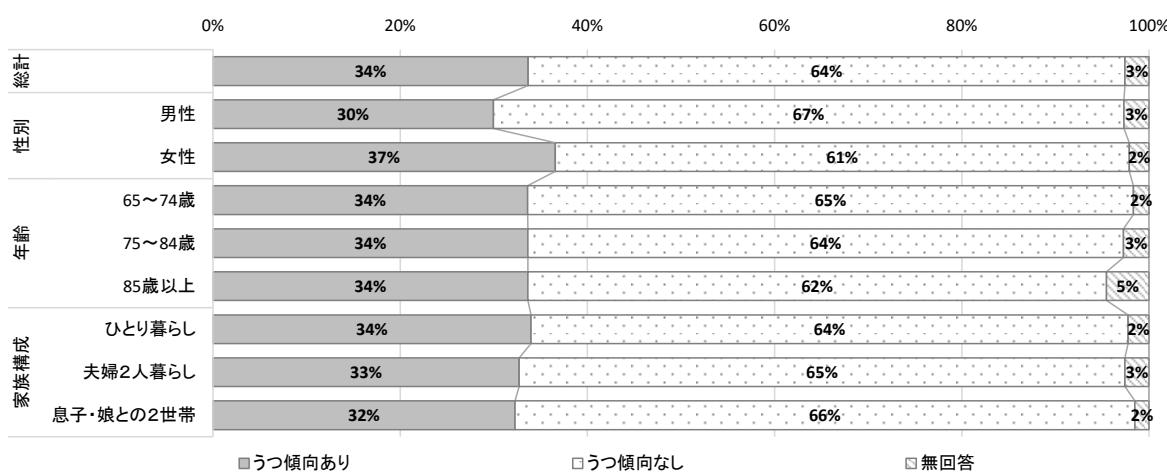
いずれか1つでも「1. はい」に該当する選択肢が回答された場合は、うつ傾向の高齢者となります。

No	設問内容	選択肢
問7(3)	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	1. はい 2. いいえ
問7(4)	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1. はい 2. いいえ

◆「うつ傾向あり」の割合について

- ・「男性(29.9%)」と比べて「女性(36.6%)」の方が、割合が高くなっています。
- ・年齢による差はほとんどありません。
- ・家族構成では、「ひとり暮らし」が34.0%で最も高くなっています。

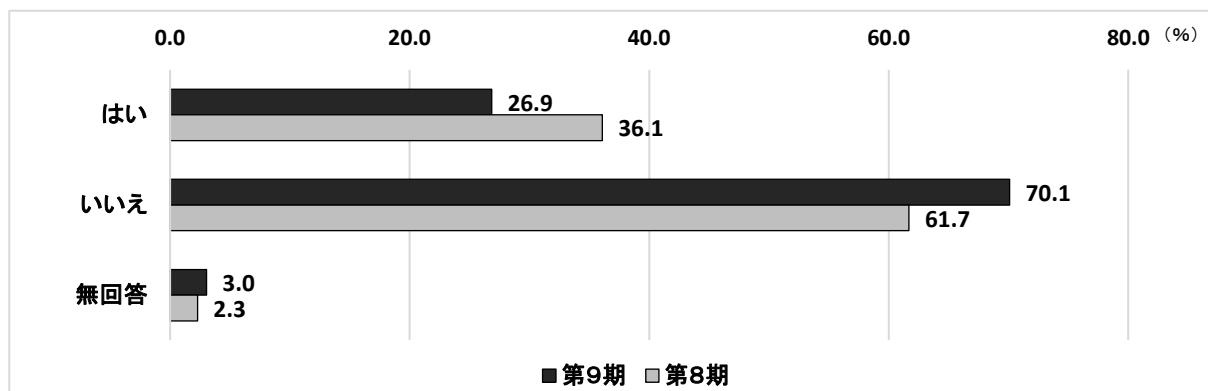
	割合(%)		
	うつ傾向あり	うつ傾向なし	無回答
全体	33.7	63.8	2.6
男性	29.9	67.4	2.7
女性	36.6	61.3	2.1
65~74歳	33.6	64.7	1.7
75~84歳	33.6	63.6	2.7
85歳以上	33.6	61.8	4.5
ひとり暮らし	34.0	63.8	2.2
夫婦2人暮らし	32.7	64.7	2.6
息子・娘との2世帯	32.3	66.2	1.5



(3) 認知症施策について

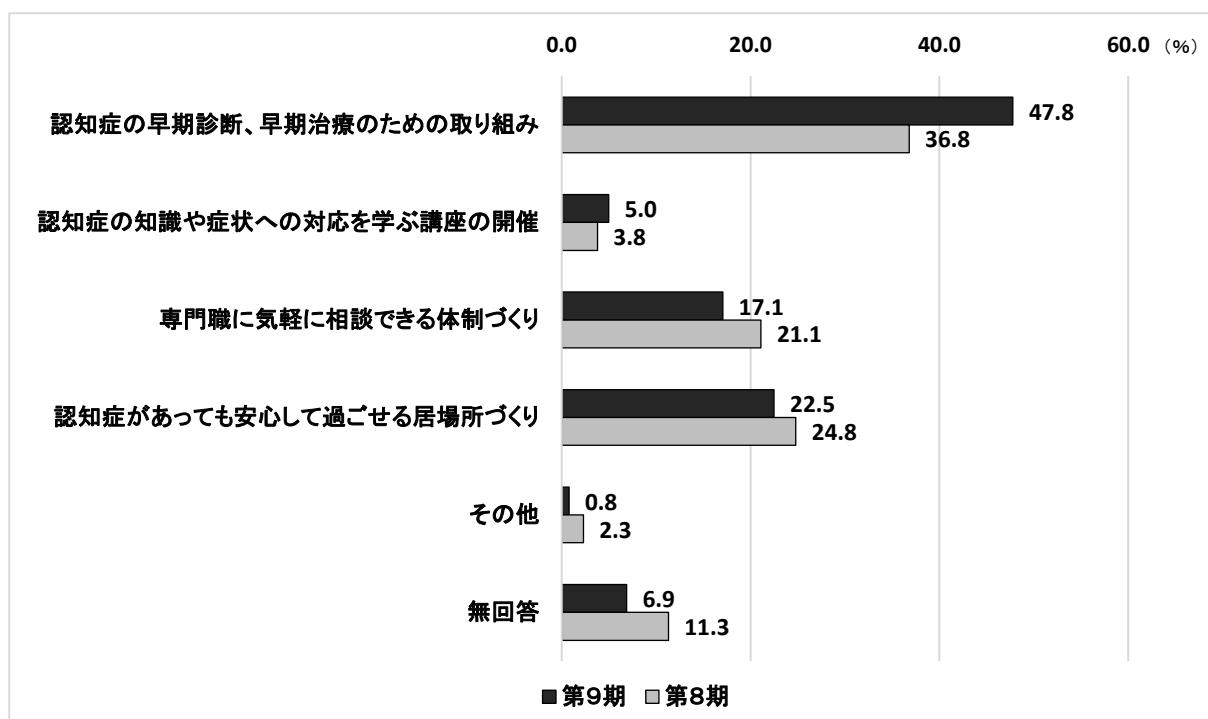
◆認知症に関する相談窓口を知っているか

- ・「はい」が26.9%、「いいえ」が70.1%となっています。
- ・前回調査と比較すると、「はい」の割合が減少し、「いいえ」の割合が増加しています。



◆認知症施策で力を入れて取り組む必要があると思うもの

- ・「認知症の早期診断、早期治療のための取り組み」が47.8%で最も高く、次いで、「認知症があっても安心して過ごせる居場所づくり(22.5%)」、「専門職に気軽に相談できる体制づくり(17.1%)」と続いています。
- ・前回調査と比較すると、「認知症の早期診断、早期治療のための取り組み」が増加しています。

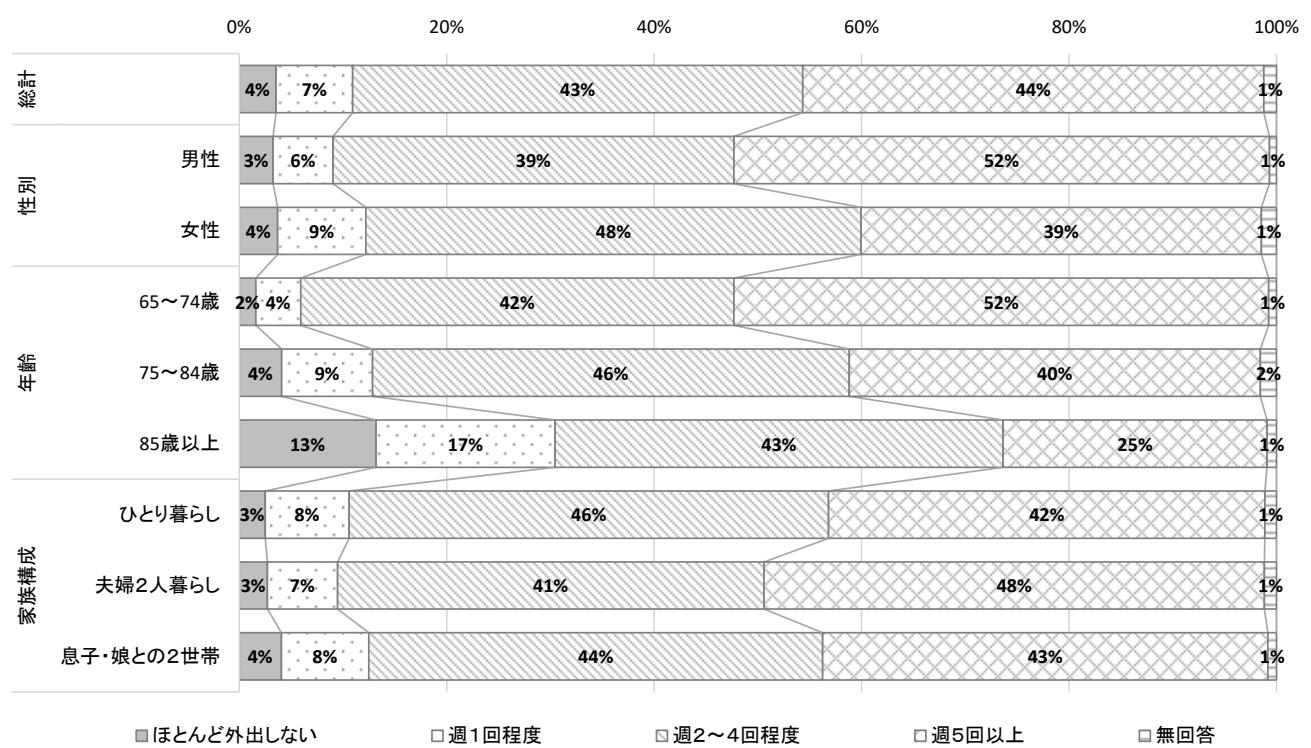


(4) 外出について

◆「ほとんど外出しない」割合について

- ・性別による差はほとんどありません。
- ・年齢に比例して、割合が高くなっています、「85歳以上」では13.2%となっています。
- ・家族構成による差はほとんどありません。

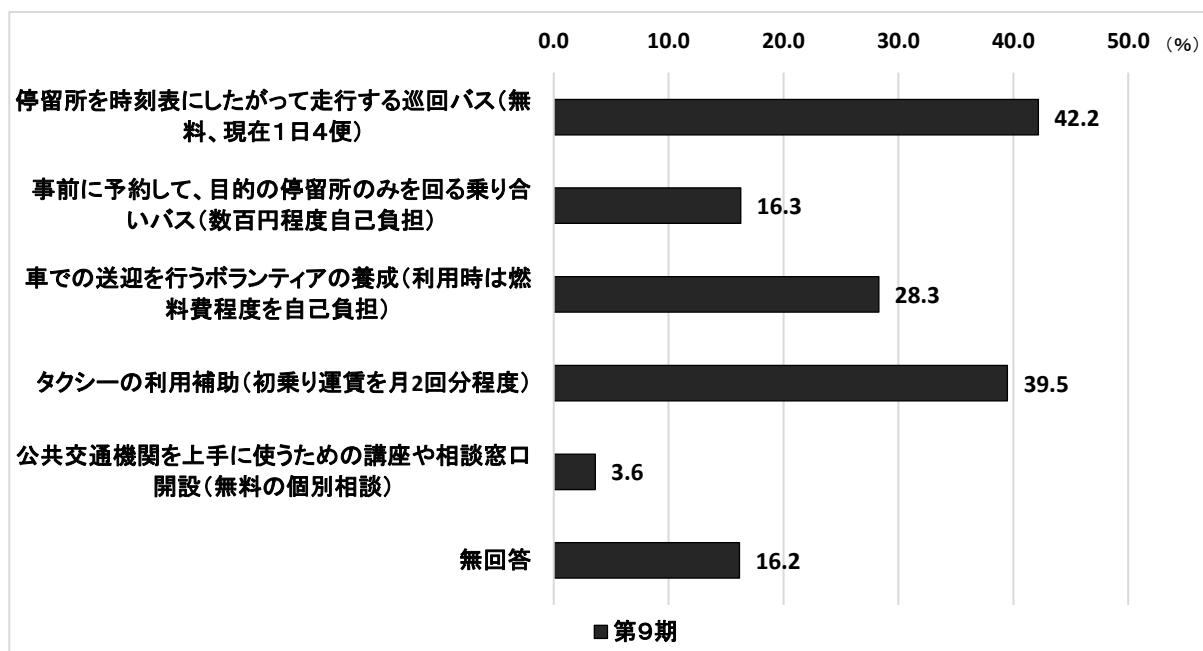
	割合(%)				
	ほとんど 外出しない	週1回程度	週2~4回 程度	週5回以上	無回答
全体	3.5	7.4	43.4	44.4	1.2
男性	3.3	5.8	38.6	51.6	0.7
女性	3.7	8.5	47.7	38.6	1.5
65~74 歳	1.6	4.3	41.7	51.6	0.8
75~84 歳	4.1	8.8	45.9	39.7	1.5
85 歳以上	13.2	17.3	43.2	25.5	0.9
ひとり暮らし	2.5	8.1	46.2	42.1	1.1
夫婦2人暮らし	2.7	6.8	41.1	48.2	1.2
息子・娘との2世帯	4.1	8.4	43.8	42.9	0.8



(5) 移動支援について

- 「停留所を時刻表にしたがって走行する巡回バス」が 42.2%で最も高く、次いで、「タクシーの利用補助(39.5%)」、「車での送迎を行うボランティアの養成(28.3%)」と続いています。

	割合(%)						
	4便) 停留所を時刻表にしたがって走 る巡回バス(無料、現在1日 4便)	事前に予約して、目的の停留所の みを回る乗り合いバス(数百円程 度自己負担)	車での送迎を行うボランティアの 養成(利用時は燃料費程度を自 己負担)	タクシーの利用補助(初乗り運賃 を月2回分程度)	公共交通機関を上手に使うため の講座や相談窓口開設(無料の 個別相談)	無回答	
全体	42.2	16.3	28.3	39.5	3.6	16.2	
男性	42.3	15.2	27.1	39.8	4.0	16.4	
女性	42.7	17.3	29.3	39.6	3.2	15.1	
65~74 歳	45.2	17.0	30.0	42.7	3.9	11.6	
75~84 歳	41.3	16.3	26.4	35.6	3.2	19.3	
85 歳以上	30.9	10.9	26.8	41.8	3.6	24.1	
ひとり暮らし	43.2	16.2	30.9	35.7	5.8	18.1	
夫婦2人暮らし	43.3	16.9	25.3	39.6	3.8	14.0	
息子・娘との2世帯	38.2	18.2	29.1	39.7	4.1	14.4	

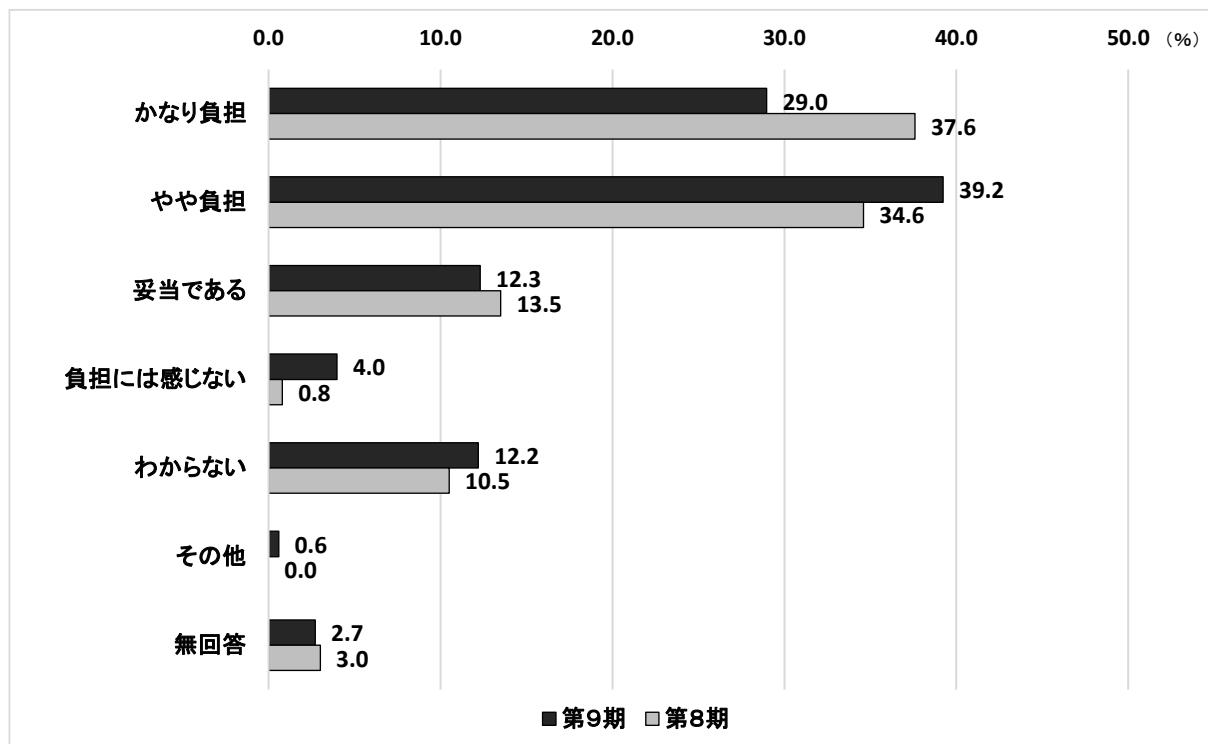


(6) 介護保険料について

◆介護保険料についてどのように感じていますか

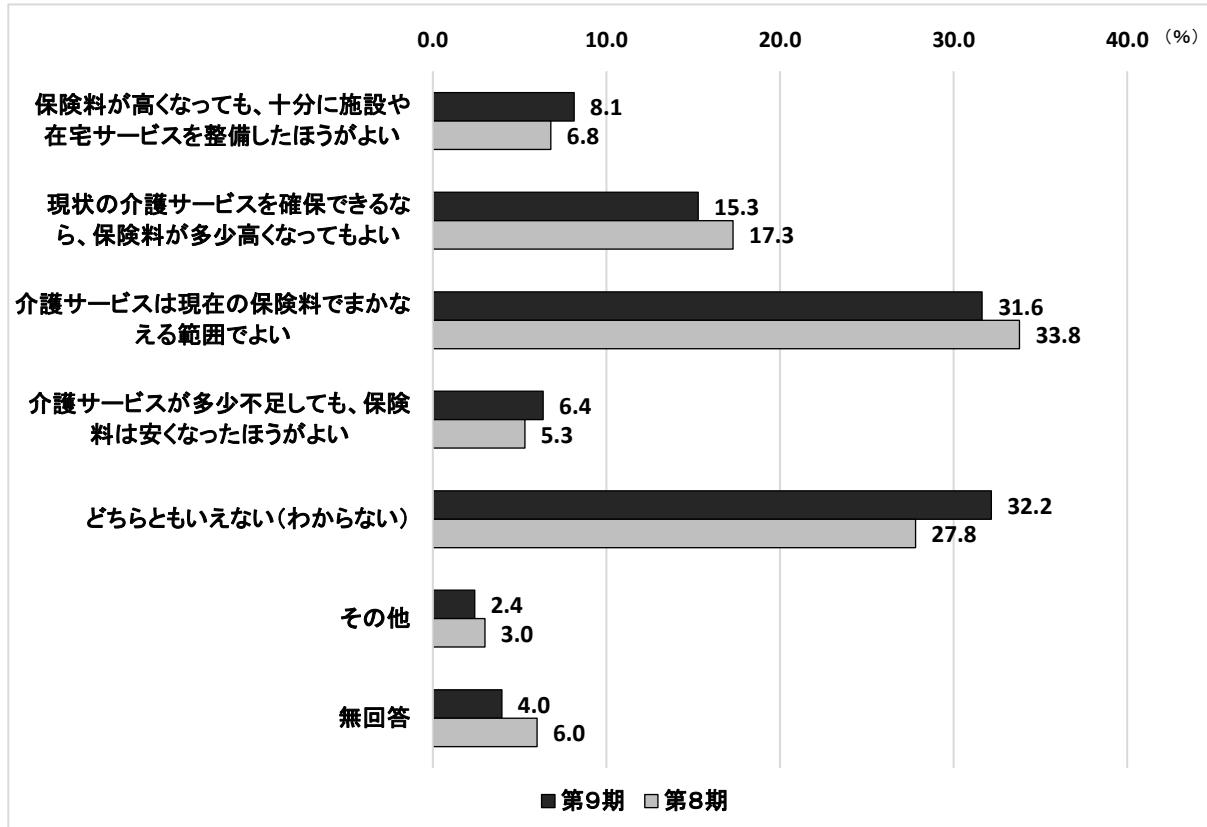
・「やや負担」が39.2%で最も高く、次いで、「かなり負担(29.0%)」、「妥当である(12.3%)」と続いている。

・前回調査と比較すると、「やや負担」がやや増加し、「かなり負担」が減少しています。



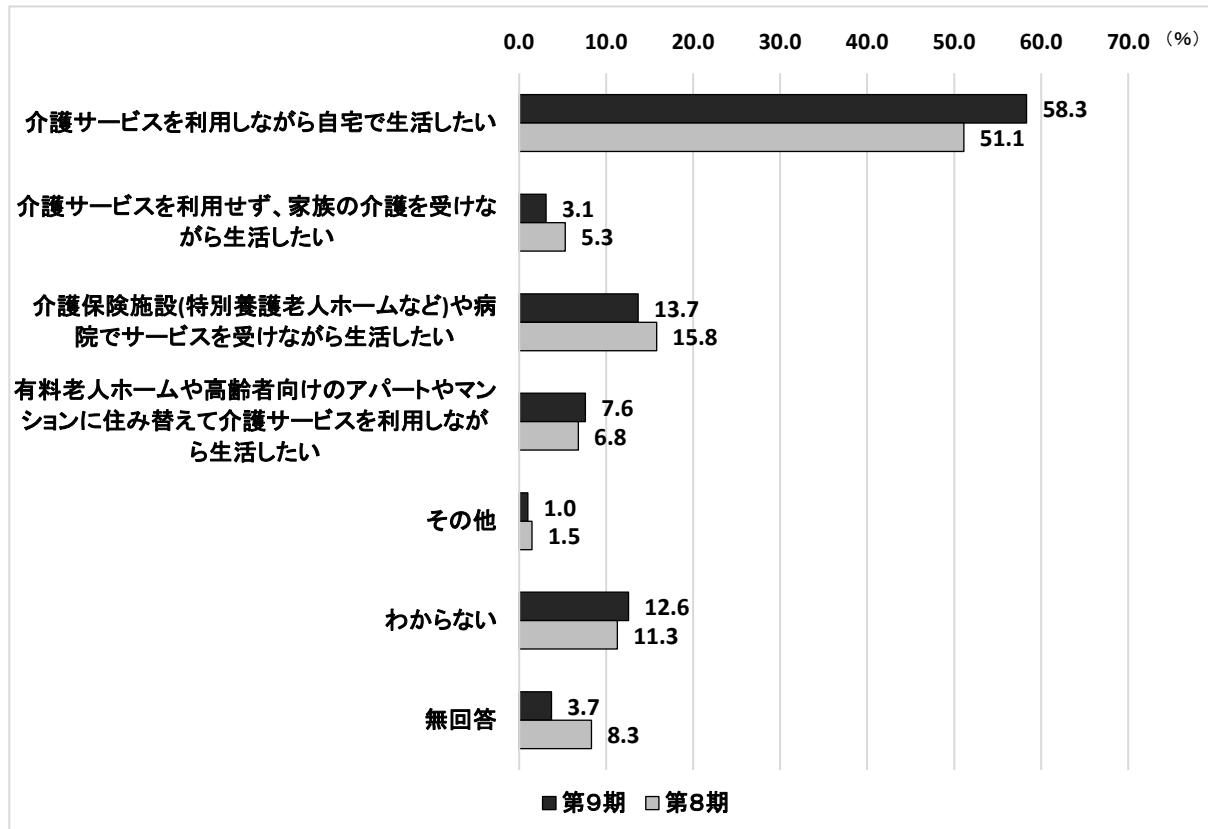
◆介護保険サービスと保険料の関係について

- ・「どちらともいえない(わからない)」が32.2%で最も高く、次いで、「介護サービスは現在の保険料でまかなえる範囲でよい(31.6%)」、「現状の介護サービスを確保できるなら、保険料が多少高くなてもよい(15.3%)」と続いています。
- ・前回調査と比較し、大きな変化は見られません。



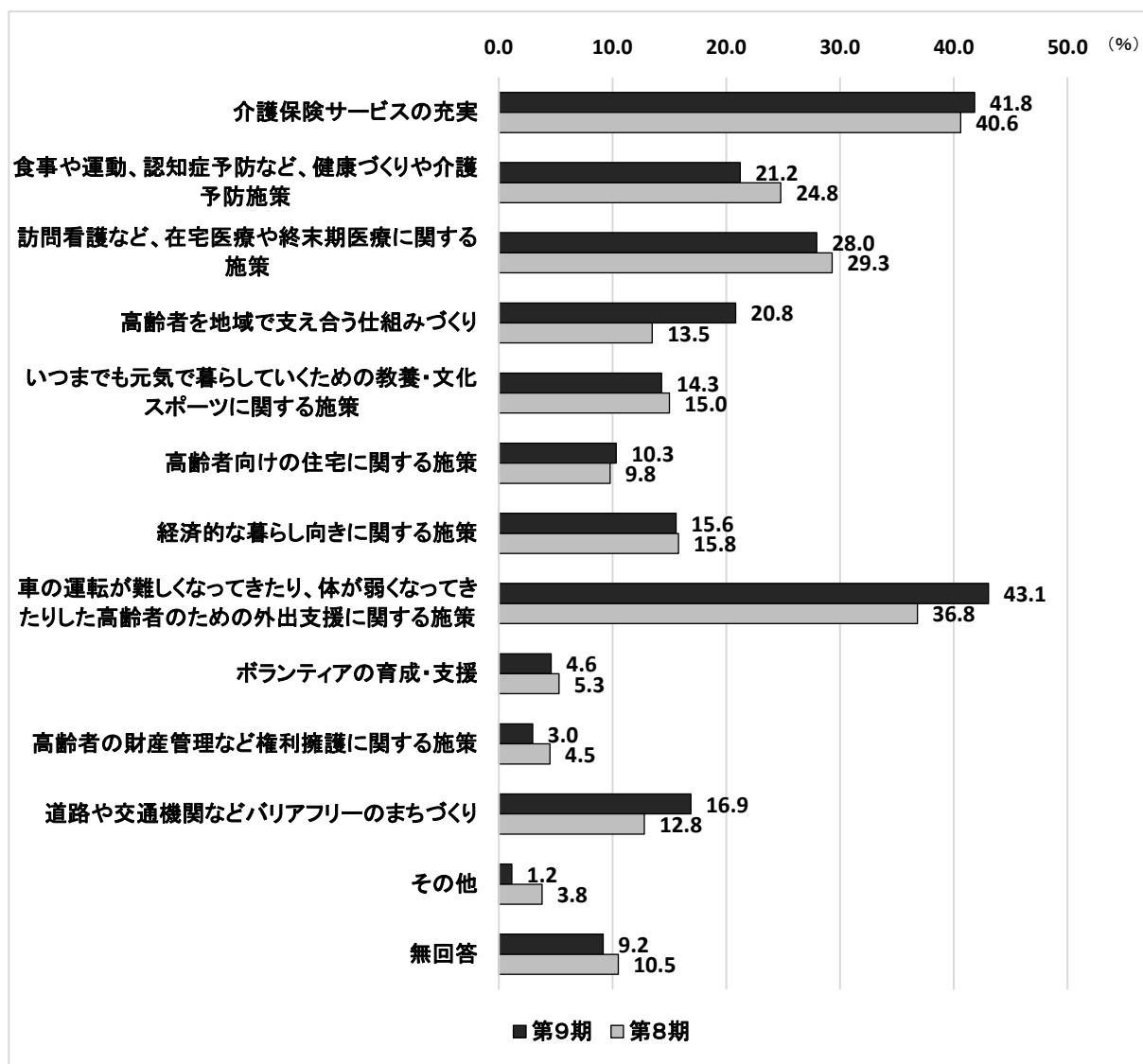
(7) 介護が必要になった場合の生活について

- ・「介護サービスを利用しながら自宅で生活したい」が 58.3%で最も高く、次いで、「介護保険施設(特別養護老人ホームなど)や病院でサービスを受けながら生活したい(13.7%)」、「わからない(12.6%)」と続いています。
- ・前回調査と比較すると、「介護サービスを利用しながら自宅で生活したい」がやや増加しています。



(8) これからの中高齢社会に対応していくため、行政などが力を入れてほしいこと

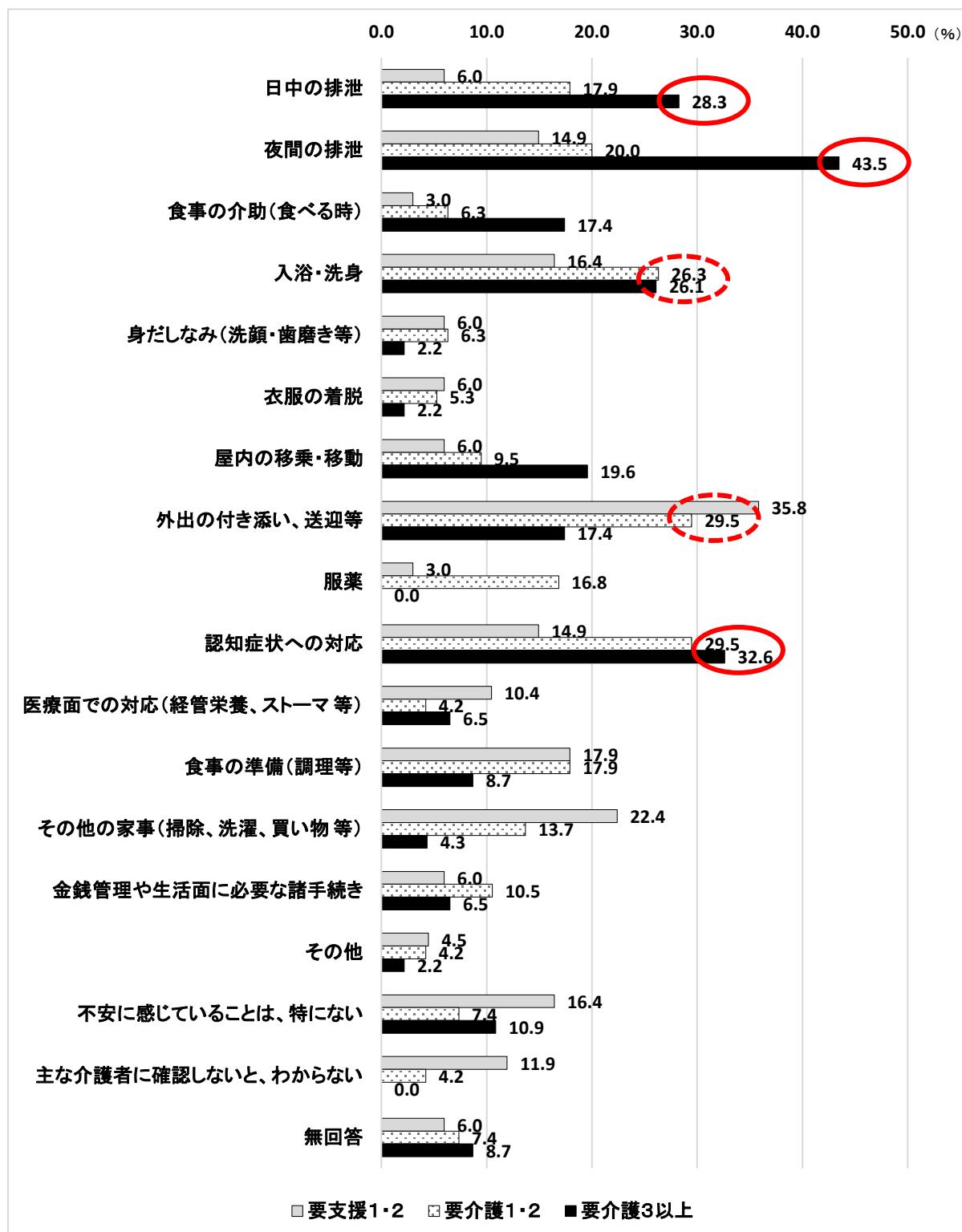
- ・「車の運転が難しくなってきたり、体が弱くなったりした高齢者のための外出支援に関する施策」が 43.1%で最も高く、次いで、「介護保険サービスの充実(41.8%)」、「訪問看護など、在宅医療や終末期医療に関する施策(28.0%)」と続いています。
- ・前回調査と比較すると、「高齢者を地域で支え合う仕組みづくり」、「車の運転が難しくなってきたり、体が弱くなったりした高齢者のための外出支援に関する施策」、「道路や交通機関などバリアフリーのまちづくり」がやや増加しています。



(9) 主な介護者が不安を感じる介護について

- ・「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」で、要介護3以上では、「認知症状への対応」と「排泄」について、主な介護者の不安が大きい傾向がみられます。
- ・従って、要介護3以上では、主な介護者が「在宅生活の継続が困難」と判断する特に重要なポイントとして、「認知症」と日中及び夜間の「排泄」の2点が挙げられると考えられます。
- ・また、要介護1・2では「認知症状への対応」のほか「入浴・洗身」「外出・送迎」についても、主な介護者の不安が大きくなっています。
- ・在宅限界点に影響を与える要素として得られた介護者の「認知症状への対応」と「排泄」に係る介護不安を如何に軽減していくかが、在宅限界点の向上を図るために重要なポイントと考えられます。

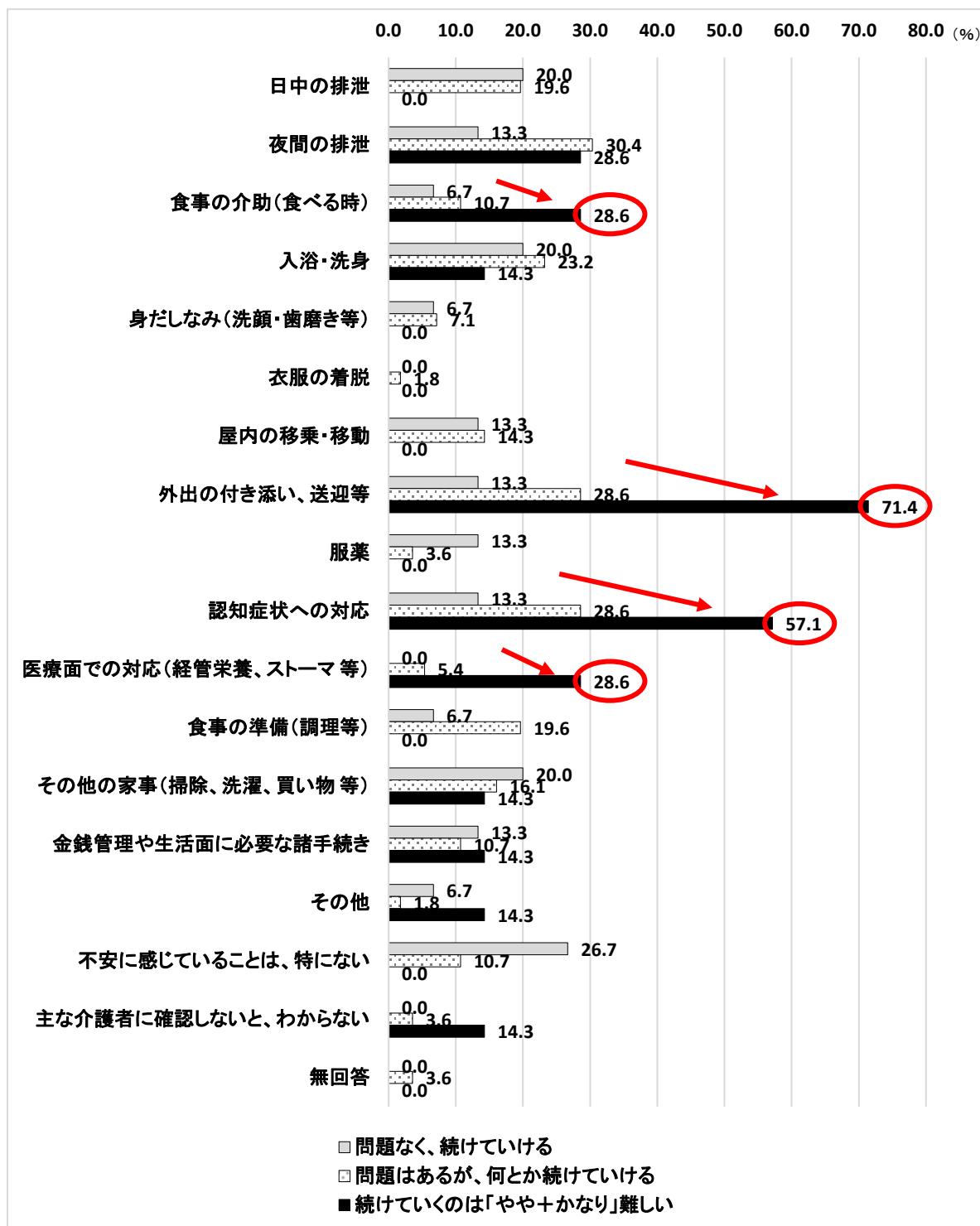
【要介護度別 介護者が不安を感じる介護】



(10) 主な介護者が就業困難となる主な原因について

- ・要介護者が在宅で生活を続けていくことが難しくなる人ほど、「食事の介助」「外出の付き添い、送迎等」「認知症状への対応」「医療面での対応」について、主な介護者が不安に感じる傾向が高くなっています。
- ・これらの介護が「在宅生活を継続しながらの就労継続」について、介護者が可否を判断するポイントとなっている可能性があります。

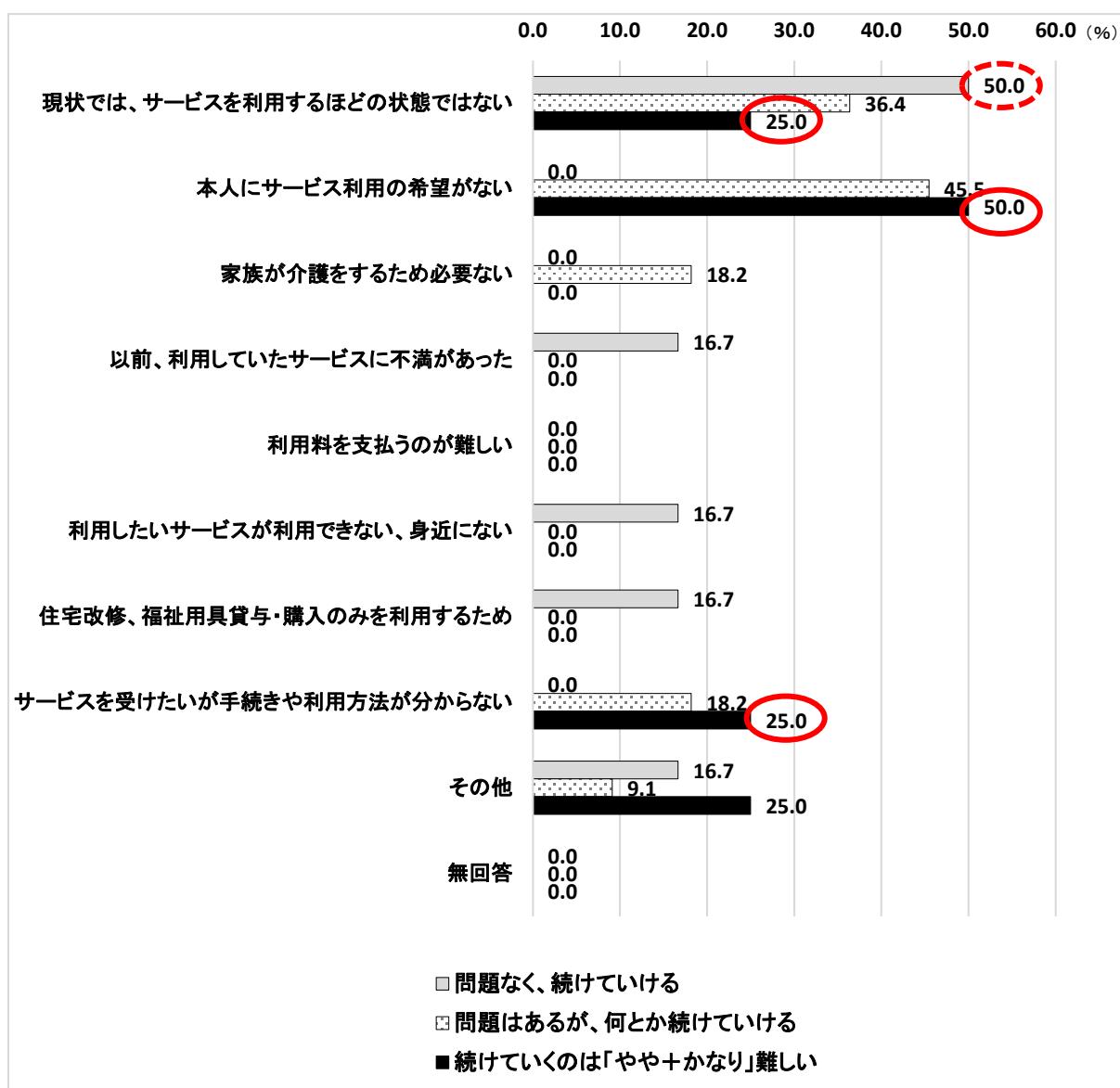
【就労継続見込別 介護者が不安に感じる介護】



(II) 介護サービスの利用について

- ・サービスを利用していない人に未利用の理由を聞くと、在宅生活を「問題なく、続けていける」では、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」との回答が 50.0%と過半数にのぼります。
- ・一方、「続けていくのはやや難しい+かなり難しい」では、同選択肢の回答割合が 25.0%にとどまる。つまり、就労継続が困難な介護者では、サービスの必要性が高いにも関わらず、サービスを利用している割合が低いといえます。
- ・また、本人にサービス利用の希望がないことや、利用方法が分からることも主な理由となっています。

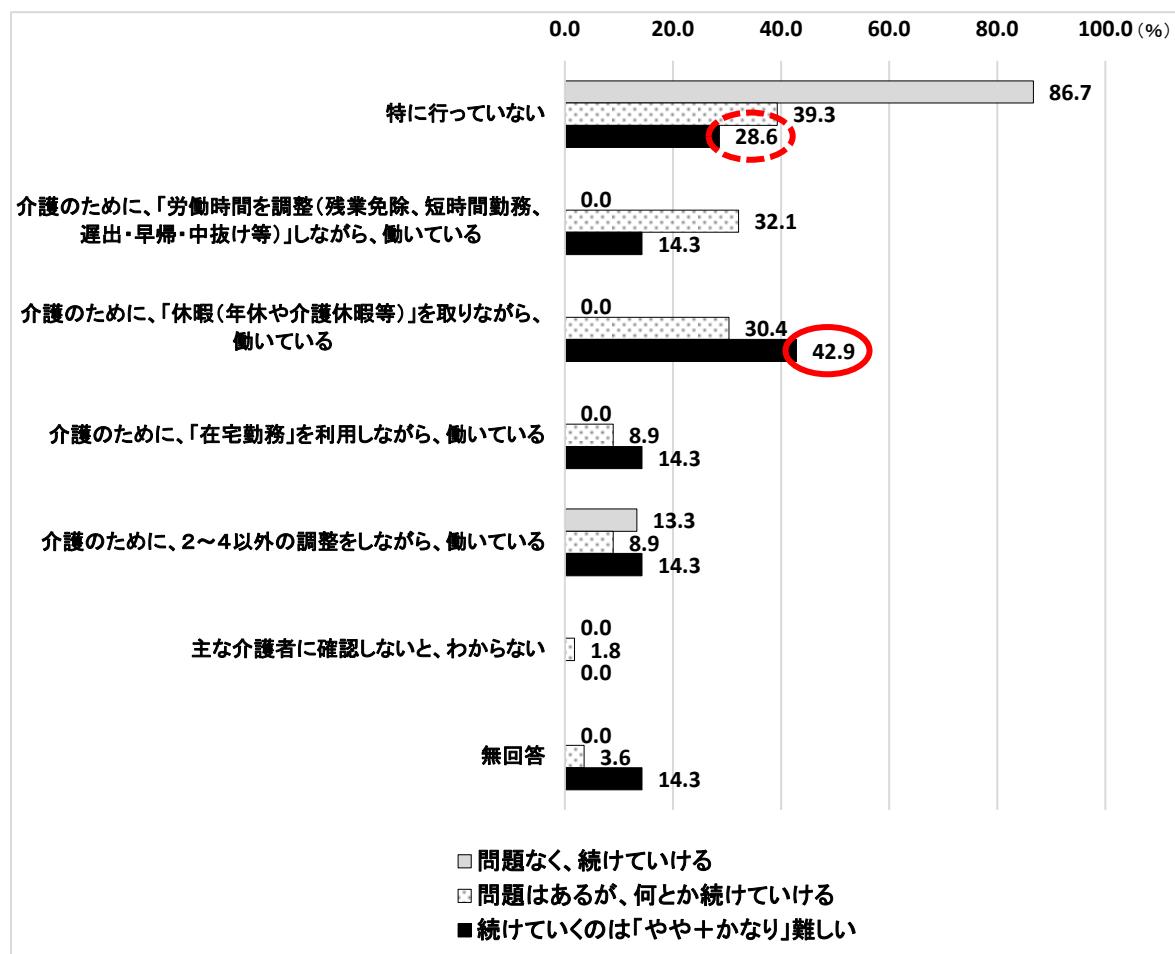
【就労継続見込別 サービス未利用の理由】



(12)働き方の調整について

- ・「続けていくのは「やや+かなり」難しい」とする人の働き方の調整について、「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」が42.9%で最も高くなっています。
- ・一方、「続けていくのは「やや+かなり」難しい」状態においても、働き方の調整を「特に行っていない」が28.6%となっており、働き方の調整をすること自体が難しい状況も考えられる。そのため、介護の状況に応じて必要な制度が、必要な期間、利用できるような環境を整備していく事業所の取組みを促進していくことが必要とされています。

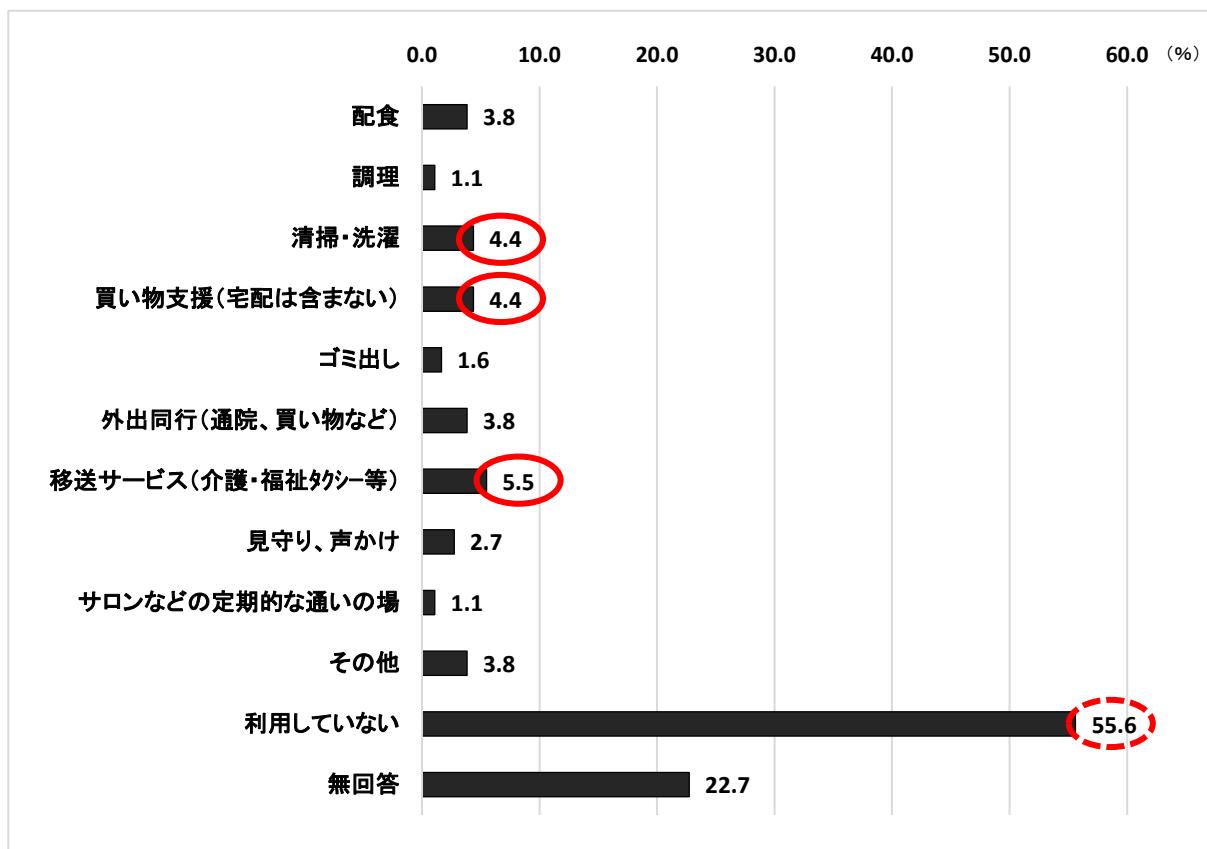
【就労継続見込別 介護のための働き方の調整】



(13) 保険外の支援・サービスについて

- ・保険外の支援・サービスの利用状況をみると、最も利用している割合が高いのは、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）（5.5%）」で、次いで、「清掃・洗濯（4.4%）」、「買い物支援（宅配は含まない）（4.4%）」と続いています。
- ・一方で、「利用していない」の割合は 55.6%と、要支援・要介護者の約6割が保険外の支援・サービスが未利用の状況にあります。

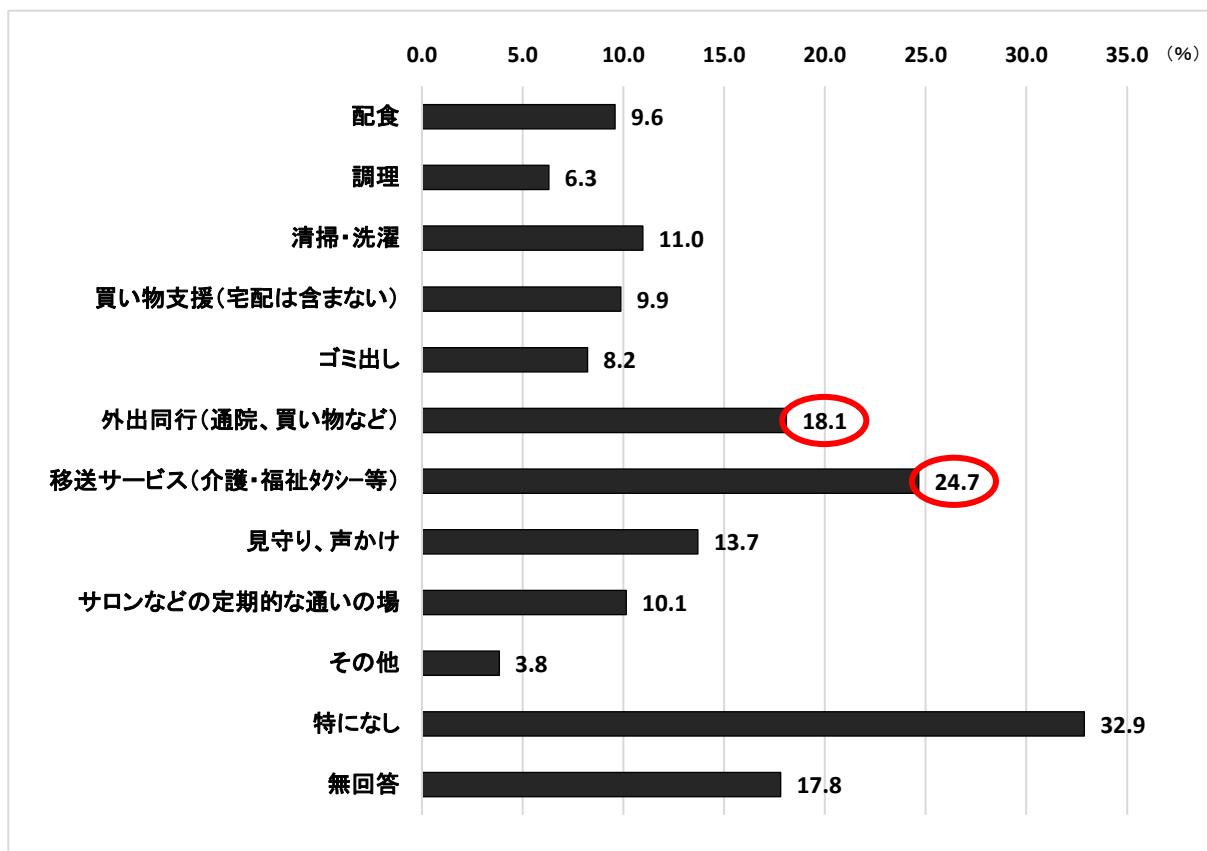
【保険外の支援・サービスの利用状況】



(14) 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスについて

- ・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスで、「特になし」「無回答」を除けば、約5割の方が何らかの支援・サービスの利用、もしくはさらなる充実を希望していると考えられます。
- ・特に、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」、「外出同行（通院、買い物など）」といった外出に係る支援・サービスの利用に対する希望が多くみられました。
- ・外出に係る支援・サービスは、「買い物」や「サロンへの参加」など、他の支援・サービスとの関係も深いことから、「外出に係る支援・サービス」を充実させていくことが重要であるといえます。

【在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス】

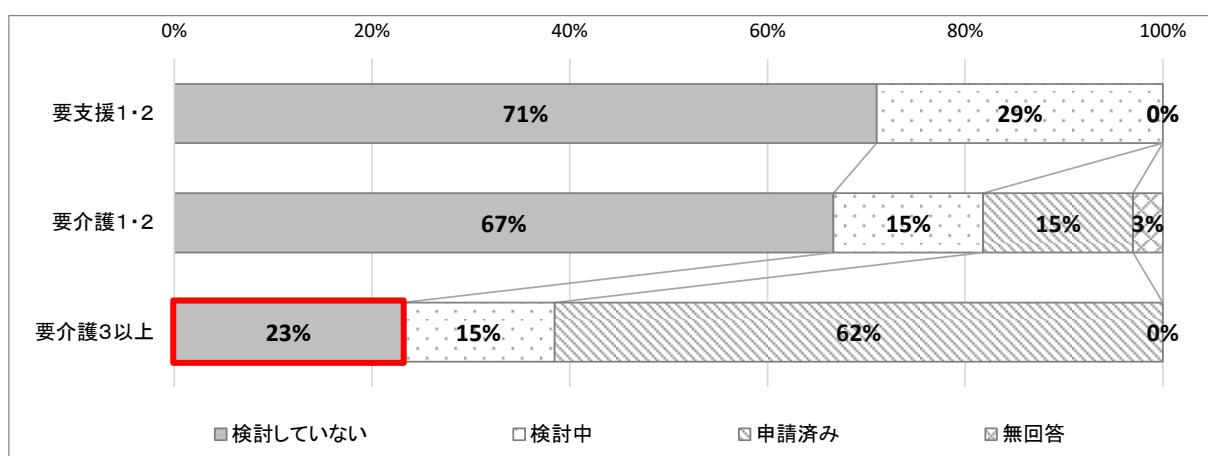


(15) 施設等の検討について

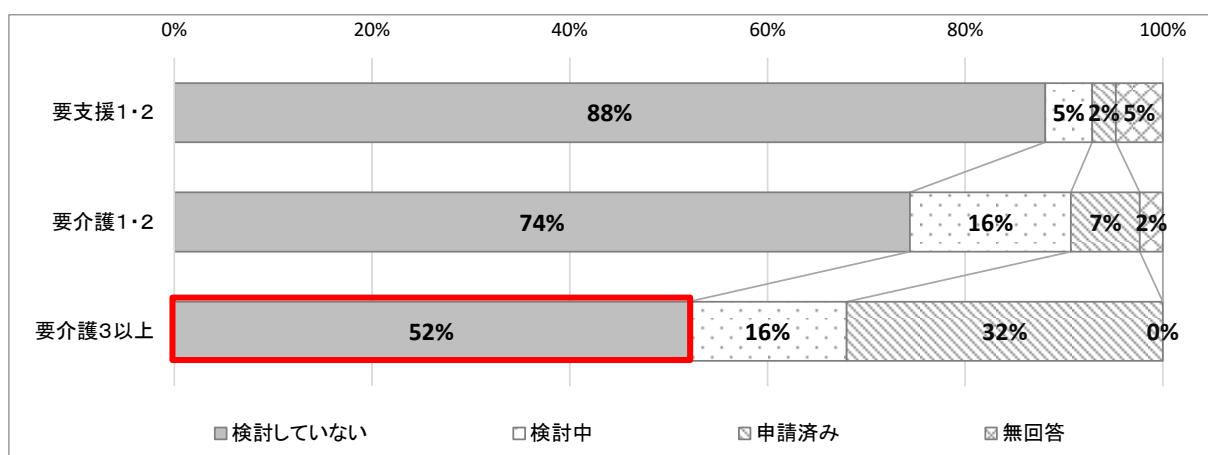
- ・要介護度別・世帯類型別で施設等検討の状況をみると、要介護の重度化に伴い「検討していない」の割合が徐々に減少していますが、「夫婦のみ世帯」では要介護度が重度化しても「検討していない」の割合は「単身世帯」に比べて高くなっています。
- ・「夫婦のみ世帯」では、他の世帯類型と比較して、在宅生活の継続に向けた希望が高い傾向があるものと推測されるが、家族等の介護者の負担が過大となる懸念があります。

【要介護度別 施設等検討の状況】

■ 単身世帯



■ 夫婦のみ世帯



IV 現状と課題・取組みの方針

I 人口動態・今後の傾向

- ・高齢者人口の増加とともに高齢化率も増加しています。本町では特に後期高齢者人口の割合が多く、近隣の市町村と比較しても顕著になっています。この傾向は今後も強まっていくと予想されます。
- ・高齢化の進む社会にあっては多くの方が自分の価値観を持って多様な人生を過ごし、高齢期を迎えるようになっています。今後 2025 年、2040 年の社会を迎えるにあたっては、一人ひとりが自分的人生は自分で決定し、その実現に向けた取組みが支援され、またその選択が尊重される社会を構築することが大切です。
- ・そのため、本人の選択に基づい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、医療・介護・介護予防・住まい及び生活支援が地域の実情に応じて一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の重要性が更に増していると言えます。

2 介護予防・健康づくり

- ・今後は人生・価値観の多様性は更に増し、一般的に想像される高齢者・家族像によって個人の意思を十分に尊重することは困難になると予想されます。自分らしくいきいきとした生活を続けていくためには、どのように生活していきたいか自分で選択することが重要です。一人ひとりがどのような生活を望むかを考え、自己決定していくことを支援する取組みが必要です。
- ・全国的に要支援・要介護認定率は徐々に増加しており、今後も増加が見込まれます。本町では特に要支援1から要介護2までの軽度認定者の割合が多くなっています。介護が必要になった原因としては認知症、癌、骨折・転倒、脳血管疾患が多くなっており、特に転倒・骨折などを含めた運動器（骨や関節、筋肉）の原因は約 20% にのぼっています。
- ・健康管理では、自分の健康状態をとてもよいと思う人の割合は約 1 割にとどまっています。脳血管疾患や糖尿病などの生活習慣病も介護の必要になった大きな原因のひとつとなっており、健康寿命延伸のため、高血圧や高血糖等の未病改善の取組みが必要です。
- ・介護予防や健康増進のための活動として、介護予防のための通いの場に週1回以上の参加がある人は約 1 割程度となっています。足腰の痛みや外出する用事がない等が原因で外出が減ることが多く、定期的な運動のためには運動する場所や一緒に運動する仲間が求められています。足腰を強く保つ取組みや、運動のできる通いの場の整備が必要です。
- ・高齢化率の上昇は避けられない事態であり、介護保険事業の持続可能性は、介護予防によって介護給付費をいかに抑制できるかにかかっています。高齢者の身近な地域で行われる地域サロンなどの介護予防事業・健康づくり事業の強化、連動を図り、健康寿命の延伸（フレイル改善）を図る必要があります。

3 認知症

- ・内閣府の認知症施策推進大綱では、認知症になっても意思が尊重され、住み慣れた地域で生活できる「共生」と認知症の発症を遅らせる、進行を緩やかにする「予防」の取組みが必要であることが示されています。
- ・共生社会の実現を推進するための認知症基本法（認知症基本法）では、認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めるとともに、共生社会の実現に寄与するよう努めることが、住民の責務と定められました。
- ・アンケートでは介護者の不安としては「認知症の対応」が多くなっています。早期発見の取組みや居場所づくり、専門家へ相談しやすい体制づくりが望まれており、認知症施策の充実に取り組むことが必要です。
- ・認知症の相談窓口を知らない方が約7割、施策としては早期発見や早期治療のため取組みが求められています。高齢者が増えているため、認知症を患う方も増えてくることが予想されます。認知症予防への取組みや認知症になっても住み慣れた地域で生活できるように、正しい知識や理解の普及啓発や居場所づくり、専門家へ相談しやすい体制づくりが望まれており、認知症施策の充実に取り組むことが必要です。

4 生活支援

- ・日常生活上の手助けが必要と答えた人は1割程度にとどまりますが、手助けが必要な内容としては「買い物」が最も多く、次いで、「外出」、「役場や銀行などの手続き」と続いています。幅広く柔軟な生活支援体制のため、住み慣れた地域で住民同士が互いに支え合い、支えあう活動の中で自分自身の介護予防にも取り組むことができる体制づくりの推進が必要です。また、困りごとを早期に相談して支えあいができるよう、日ごろからの地域とのつながりを強化することが重要です。
- ・地域包括ケア強化の中核的機関であり、総合相談、介護予防ケアマネジメント、権利擁護等の役割を持つ地域包括支援センターの機能強化に引き続き取り組む必要があります。

5 介護支援

- ・家族介護の担い手はほとんどが配偶者か子どもで、60～70代が半数を占めており、60～70代の介護者が同年代の配偶者や親を介護していることが多いと推測されます。介護が必要になった際にはサービスを利用しながら自宅で生活することを希望している人の割合が最も多く、住み慣れた地域で生活を続けられる体制づくりが必要です。
- ・アンケートでは介護者の不安としては「外出の付き添い、送迎等」が最も多く、次いで、「夜間の排泄」、「入浴・洗身」と続いています。全体的に回答割合が増加しており、不安を抱えながら介護生活を行っていることが分かります。
- ・介護度が重度になっても住みたい地域に住み続けるためには療養生活を支える多様な専門職の連携が欠かせず、医療サービスと介護サービスの連携強化を推進する必要があります。
- ・介護する家族の困りごととして、介護者の身体的精神的負担が半数を占めており、介護負担軽減の取組みを継続する必要があります。
- ・要支援・要介護状態になっても、状態に応じて自立した生活を続けられるよう、介護保険サービスの提供、給付が円滑に実施される必要があります。公平な負担の下、介護サービスを必要とする人が計画的に質の高いサービスを受けるため、基盤整備と質の向上に取り組む必要があります。
- ・認知症高齢者の家族やヤングケアラー、老老介護、ダブルケア、8050問題等に対応した家族介護者への支援に加え、包括的な支援体制を構築するため、児童福祉分野や障がい福祉分野など他分野との横断的な連携を推進していく必要があります。

6 安全・安心

- ・住み慣れた地域で生活を続けていくためには、健康なときも介護が必要になってからも安心して生活ができ、災害等の困難に直面しても安全に保護されるようなしくみや住まいに関する取組みを推進する必要があります。
- ・災害時の対策として、災害発生時に備えた要配慮者利用施設の対策を強化するとともに、災害時の避難支援が円滑に行われるよう、避難行動要支援者等に係る避難の支援体制を整備していく必要があります。

第3章 計画の基本的な考え方

I 基本理念

『開成町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第9期）』では、第8期までの理念を引き継ぎ、「健やかにいきいきと、自分らしく暮らせる生涯健康福祉のまちづくり」を基本理念として、高齢者に関する施策を総合的かつ計画的に推進していきます。

これまで長年社会に貢献してきた高齢者が、住み慣れた地域で、ともに見守り支え合いながら、健康を保ち、自立し充実した暮らしができるように環境を整備するとともに、介護が必要になった場合でも安心して生活できるまちづくりを目指します。



基本理念

健やかにいきいきと、自分らしく暮らせる生涯健康福祉のまちづくり



基本目標

基本目標 1 自分らしくいきいきと暮らせるまち

基本目標 2 住み慣れた地域でお互いさまで支えあうまち

基本目標 3 介護が必要になっても住み続けられるまち

基本目標 4 安全・安心なまち

基本目標 5 介護保険事業の円滑な実施

II 基本目標

1 自分らしくいきいきと暮らせるまち

高齢者が自己決定に基づき、住み慣れた地域で自分らしくいきいきと暮らしていくことができるまちを目指します。

そのために、一人ひとりが自らの人生を考え、適切に意思を決定していく支援を行います。

また、その意思決定を支えるため、健康寿命の延伸、介護予防や自立支援の推進に取り組みます。充実した生活が送れるよう、働く場の確保やボランティア活動の推進、生涯学習・スポーツ・レクリエーションなど、多様な社会参加機会の充実に努めます。



2 住み慣れた地域でお互いさまで支えあうまち

一人ひとりが自分の能力を発揮し、お互いに関わり合い支えあうこと、高齢になっても役割を持ちながらいきいきと暮らせるまちを目指します。

住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されるよう地域包括ケアシステムを更に発展させ、その中核的機関である地域包括支援センターの機能強化に取り組みます。

また、地域のコミュニティを生かした支えあい活動を推進し、生活支援体制の整備を行います。地域での「共生」が重要である認知症関連施策についても充実に努めます。



3 介護が必要になっても住み続けられるまち

日常生活に介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で生活を続けることができるまちを目指します。

介護や医療がスムーズに連携し、在宅生活を支える体制づくりに取り組むとともに、介護家族の負担軽減に努めます。



4 安全・安心なまち

安全が確保され、安心して暮らし続けられるまちを目指します。



生活の基盤である安全な住まいの整備や情報提供を行います。また、災害や緊急時に備えるための支援や、感染症への対応に取り組みます。

5 介護保険事業の円滑な実施

日常生活圏域はこれまでと同様に、全町で「1圏域」を維持します。

高齢者が要支援や要介護状態になっても自立した生活を送るように、介護サービスに関する情報を提供するとともに、相談体制の充実を図ります。

また介護保険サービスが必要な際にも、公平な負担のもと、質の高い介護が受けられるよう介護サービスの質の向上・給付の適正化に取り組みます。

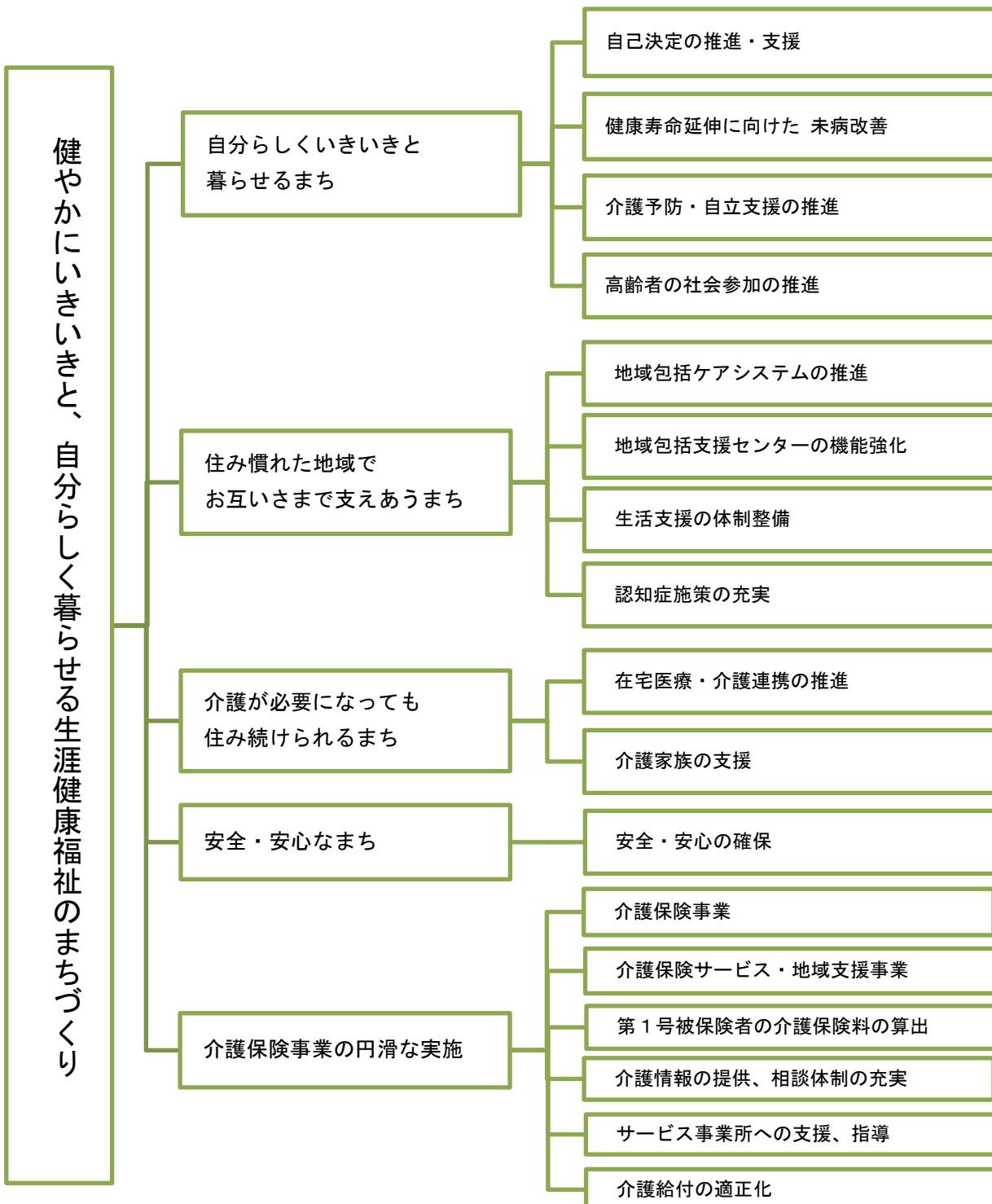
III 施策の体系

基本理念・基本目標に基づき、高齢者が住み慣れた地域で、元気で、安心して生活できる環境を創り上げるために、次の体系のもとに計画を展開します。

基本理念

基本目標

基本施策



第4章 高齡者保健福祉計画

I 自分らしくいきいきと暮らせるまち

I 自己決定の推進・支援

(1) 現状及び課題

人生100年時代が到来し、人々は自分の価値観をもって人生を過ごし、高齢期を迎えてます。自分らしい暮らしを続けるためには、どのように生き、人生の最後を迎えたいかを一人ひとりが自ら考え、選択し、準備できるような支援が求められています。

また、本人が自らの意思を伝えられない状況になった場合、本人の意思に沿った最善と考えられる方針を家族等が代わりに選択することになります。本人の意思が十分に尊重され、自分らしい人生を送るために、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、家族等の信頼できる者へ自らの意思を伝えておくことも必要です。

心身の状態の変化等に応じて本人の意思是変化していくものであるため、どのような生き方を望むか、医療・ケアの方針を日頃から考え、繰り返し話し合うことが大切です。

(2) 今後の方向性

本人を中心に据えた地域包括ケアシステムを構築するために、対象者の意思の確認・意向の確認を行っていきます。また、話し合うきっかけとして、「アドバンス・ケア・プランニング—これからの治療やケアに関する話し合い(愛称:人生会議)」について普及啓発を図り、町民一人ひとりが、自分の人生は自分で決め、周囲からも個人として尊重される社会の構築を推進します。自分自身の人生の最終段階における介護や医療、延命措置について考えたり、家族と話し合ったりするきっかけとするため、また、在宅療養や在宅看取りについて町民に知つてもらうため、在宅療養に関する講演会や地域における健康教育を実施し、啓発を行います。

(3) 施策を構成する事業・取組み

① 人生会議に関する普及啓発事業

【福祉介護課】

万が一のときに備えて、大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で考えたり、あなたの信頼する人たちと話し合ったりする「人生会議」を推進します。

コラム「人生会議」

「人生会議」とは、

アドバンス・ケア・プランニング(Advance ·Care· Planning)の愛称です。

アドバンス・ケア・プランニングとは、自分が大切にしている望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自ら考え、また、信頼する人たちと話し合うプロセス(過程)のことを言います。

医療やケアについて決めておくことではなく、どのように最期を過ごしたいかを話し合うことを指しています。

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気や怪我をする可能性があり、また、年齢を重ねれば人生の終末期に入ります。

命の危険が迫った状態では、約70%の人が医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。そのような状況になったとき、家族などがその人の気持ちを想像しながら、医療やケアについて決定することになります。その場合に、家族などの信頼できる人に、自分の価値観や気持ちをよく知っておいてもらうことが、本人の意思を尊重した医療やケアの重要な助けとなります。

人生会議を重ねることは、自分の気持ちを話せなくなった「もしものとき」に、自分の望みを伝えるための重要な手段であり、また、家族などの大切な人の心の負担を軽くすると言われています。

厚生労働省の調査では、話し合いの重要性については多くの人が賛同していますが、実際に行動に移す人はまだまだ少ないので現状です。

※このような取組みは個人が主体的に考え、進めるものです。知りたくない、考えたくないという人への十分な配慮が必要です。

出典:厚生労働省ホームページ



2 健康寿命延伸にむけた未病改善

(1) 現状及び課題

高齢者がいきいきと自分らしい生活を送るようにするために、高齢者自身が健康であることは不可欠な要素であり、一人ひとりが自分自身の健康状態を把握し、健康的な生活習慣を獲得して維持継続していくことが大切です。

高齢期の健康は、前段階の青壮年期からの生活習慣や健康づくりへの取組みが大きく影響します。青壮年期より健康づくりに向けた意識づくりや健康相談や健康診査による健康指導・管理を実施することで、「自分の健康は自分で守る」意識を高め、健康づくりに関する関心の底上げを図ることが重要です。

また、高齢期では生活習慣病や複合的に持病があることが多く、健康に不安を抱えながら生活する人が増えます。加齢やライフステージの変化による身体的・精神的・社会的变化に寄り添った健康支援を行い、生活習慣病の早期発見・重症化予防への取組みが必要です。

(2) 今後の方向性

「開成町健康増進計画」や「開成町食育推進計画」等に基づき、健康寿命の延伸に向けた取組みを行います。生活習慣病の発症予防及び重症化予防、介護予防、その他健康に関する事項について、正しい知識の普及を図るとともに、適切な指導や支援を行い、健康の保持増進に努めます。高齢者のもつ複合的な健康課題に対応するため、健診・医療・介護データの分析・活用を行い、医療保険・健康づくり担当部局と連携して高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施していきます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①健康教育

【保険健康課】

保健センターに設置されている健康機器を活用した未病運動推進事業や歯周病予防講座、骨の健康づくり講座、各種検診・健康診査の機会を捉えた健康教育を実施します。また、地域の各種団体等からの依頼により、出前講座や企業と連携した健康教育を実施します。

②健康相談

【保険健康課】

健康に関する様々な相談をうけ、生活習慣病予防のための保健指導や栄養相談を行うことにより、健康の保持増進を図ります。

③健康診査

【保険健康課】

生活習慣病予防対策及び生活習慣病の早期発見・早期治療のために行い、健康診査を実施します。実施後は、適切な受診行動、生活習慣の改善などの健康の維持・管理行動がとれるよう正しい知識の普及をしていきます

④保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

【保険健康課・福祉介護課】

高齢者の多様な健康課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、フレイル予防や生活習慣病の重症化予防など、保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。

3 介護予防・自立支援の推進

(1) 現状及び課題

介護保険需要は増しており、特に軽度者認定者（要支援1～要介護2）の割合が増加傾向にあります。介護が必要になった原因疾患を見てみると、骨や筋肉、関節等の運動器の疾患によるものが約20%に上っています。3年ごとの傾向から見ると、虚弱（何らかの疾病や怪我による大きな障害ではなく、加齢による全体的な機能低下が原因で介護が必要になった状態）と併せて全体の中での割合も大きくなっています。認知症は約17%であり、3年ごとの傾向は増加しています。

サービスの利用状況を他地域と比較してみても、身体的な介護を受けるサービスよりも、通所介護を少しき回や福祉用具を利用する方が多く、膝痛や腰痛などの運動器の障害や体力の低下によりフレイル（健常な状態から要介護へ至る中間の状態）になる町民が増えてきていると言えます。

(2) 今後の方向性

フレイル状態は、そのままだと徐々に要介護状態に移行してしまいますが、適切な取組みによって、健常な状態に戻ることができる時期とされています。認知症においても、発症・進行を遅らせる予防の取組みが必要となっています。

現在元気で健康な状態にある方がフレイル状態へ至るのを防ぐとともに、フレイル状態にある方が要介護状態に陥らずに健常な状態に戻れるよう、介護予防の支援に取り組んでいきます。また、体力や機能低下があっても自分の持てる力を活用して生活できるよう、自立支援の取組みを進めています。

高齢者一人ひとりが自ら介護予防に取り組めるよう、身近な地域の通いの場へ積極的に関与し、健康増進や介護予防、認知症予防についての普及啓発を行います。また、高齢者のもつ複合的な健康課題に対応するため、健診・医療・介護データの分析・活用を行い、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施していきます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①一般介護予防事業の実施

【福祉介護課】

町民一人ひとりが自分の状態に気づき、適切な介護予防活動のきっかけとなるよう、高齢者の状況把握を行うとともに体力チェックやフレイルチェックの実施に取り組みます。

また、高齢者が参加することができる住民運営の通いの場が、人と人とのつながりを通じて、充実していくような地域づくりを推進します。

②かいせい いきいき健康体操の普及・推進

【福祉介護課】

高齢者の健康増進、介護予防のための町のオリジナル体操「かいせい いきいき健康体操」の更なる普及に取り組みます。

体操指導員の定例会や研修会、養成講習会を行い、各地区の集会施設等で体操サロンが継続実施できるよう支援に努めます。

③地域リハビリテーション活動支援事業の推進

【福祉介護課】

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進し、在宅でのリハビリ強化に努めます。

4 高齢者の社会参加の推進

(1) 現状及び課題

高齢期に入ると多くの方が生活の場を職場から地域へ移し、地域での生活を基盤とする時間が長くなります。地域とのつながりを構築しながら、一人ひとりが生きがいや楽しみを持つことがいきいきと暮らしていくために重要です。豊富な知識や経験を持つ高齢者等が趣味や教養を生かし、地域活動に参画することで、個人の人生の充実を図るだけでなく、地域活動が活性化されます。

高齢者がそれぞれの知識や経験を生かして、地域共生社会の重要な支え手、担い手として活躍することができる環境を構築するため、高齢者の多様な社会参画を支援するとともに、就労を促進していく必要があります。

(2) 今後の方針性

生涯にわたって、学習の提供の機会や居場所、つながりを持てる機会を拡充します。また、豊富な知識や経験を持つ高齢者等の地域コミュニティネットワークへの主体的な参画を推進します。

だれもが学習する機会を持ち、趣味や教養など個人の価値観を実現する機会があり、身近な場所で、気軽に学習でき、学習成果が生きがいとして評価されるような取組みを推進します。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①高齢者の働く機会の確保・拡大

【福祉介護課】

シルバー人材センターで、高齢者の豊かな経験や知識、技能を地域に生かすことにより、高齢者の生きがいづくりと健康づくりにつなげるため、シルバー人材センターの活動及び体制強化に対する支援を図ります。

②ボランティア活動の推進

【地域防災課、社会福祉協議会】

町民公益活動の活性化を図るため、町民による自主的・自発的なボランティア活動を支援します。

町民活動サポートセンターとボランティアセンター、生活支援体制整備事業など既存の社会資源と協働し事業を推進します。

担い手の確保（生活支援体制整備事業との有機的連携の強化）地域福祉推進・福祉教育事業との連携を含めた活動展開（コーディネート機能の充実）を図ります。

③老人クラブの活性化

【福祉介護課】

高齢者の生きがいづくりや健康づくり、世代間・地域間交流などの多種多様な事業を展開する老人クラブの活動を支援します。

④生涯学習講座や文化祭の開催

【生涯学習課】

町民の健康で生きがいのある生活を送れるように、学習や交流の場、情報の提供の充実を図ります。

高齢者が自らの経験や知識、意欲を生かして行う生涯学習活動を支援し、学習機会の提供を行います。

⑤高齢者にあったスポーツの推進

【生涯学習課】

高齢者の健康・生きがいづくりの支援と普及、運動習慣の定着のために、開成町総合型スポーツクラブやスポーツ推進員と、ニュースポーツやユニバーサルスポーツの普及啓発を図ります。

II 住み慣れた地域でお互いさまで支えあうまち

I 地域包括ケアシステムの推進

(1) 現状及び課題

アンケートでは介護が必要な状態になったとき、介護サービスを利用しながら自宅で生活したいと希望する人の割合が最も多くなっています。しかし、介護保険給付のサービスだけで個別の事情や支援の希望に完全に応えることは困難であり、様々な担い手による柔軟な支援が必要です。アンケートで「ボランティアも必要に応じて受け入れる」と回答した人も8割に上っており、健康課題が複合的になりやすい高齢期においては、生活圏域に必要な医療・介護・生活支援を提供するサービスが過不足なく整備されることが重要です。

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくため、地域包括ケアシステム（住まい・医療・介護・予防・生活支援が必要に応じて一体的に提供される体制）が構築され、機能していることが重要であり、町の特徴を把握し、それに合わせて深化・発展させることが必要です。

(2) 今後の方向性

本町の特徴に応じた地域包括ケアシステムとなるよう、地域ケア会議にて総合相談の状況や多様な事例の検討・振り返りを積み重ね、個別ケースへの支援を充実させるとともに、不足している社会資源等の地域課題を見出し、関係機関や団体のネットワークづくりや資源開発、必要な政策形成につなげる取組みを継続していきます。

町単独での整備の難しい社会資源については周辺市町村と協調して取り組む必要があるため、足柄上地区や県西地域の地域包括ケアに関する調整を重ねていきます。

また、高齢・障がい・子ども・生活困窮といった分野別の支援体制では対応しきれないような「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズ」に対応する包括的な支援体制を構築するため、必要に応じて、重層的支援体制整備事業の実施を検討していきます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①地域ケア会議の推進

【地域包括支援センター】

地域課題の把握と解決にむけて、個別課題の解決、関係者の調整・ネットワーク化、新たな資源開発や施策化を目指した会議を継続して実施します。

②介護予防のための地域ケア個別会議の実施

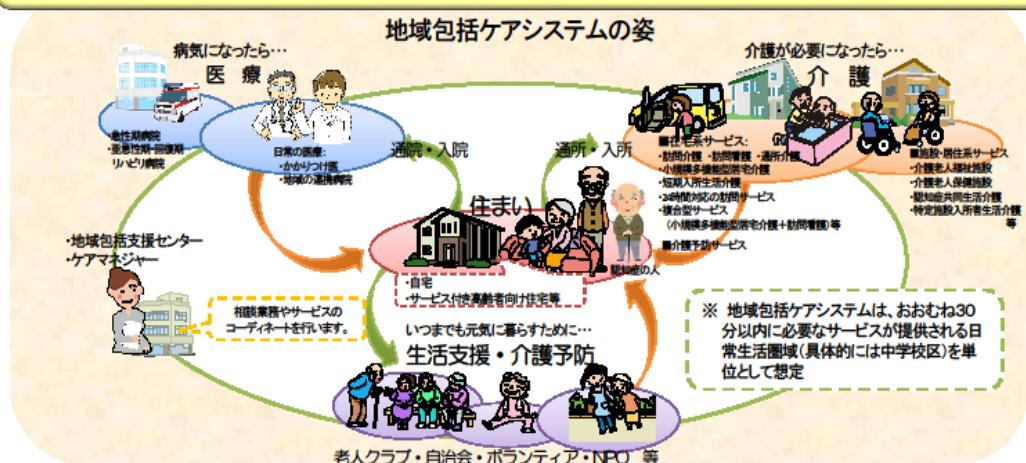
【福祉介護課】

介護予防・自立支援に着目し、多職種の視点で個人の状態の改善を図ります。また、課題分析やケアマネジメント支援の積み重ねを通じ、地域に共通する課題や有効策を明らかにし、地域に不足する資源開発や有効策について検討していきます。

コラム「地域包括ケアシステム」

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指し、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供される**地域包括ケアシステムの構築**を実現していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



出典 厚生労働省ホームページ

地域包括ケアシステムを構成する要素



本人の選択が最も重視され、本人・家族の心構えがシステム全体を支える皿部分であり、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的サービスである「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」を葉として描きます。

土部分である介護予防・生活支援は地域の様々な主体によって養分を蓄えた土となり、葉部分を担う専門職が効果的に関わることで、尊厳ある自分らしい暮らしの実現が支援されます。

出典：三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング「<地域包括ケア研究会> 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016 年

2 地域包括支援センターの機能強化

(1) 現状及び課題

地域包括支援センターはおおむね中学校区に1か所設置されることとなっており、主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師の3職種がそれぞれの専門性を生かして地域の高齢者の総合的な相談支援や介護予防を実施している、地域包括ケアシステムの中核的組織です。

現在町では1か所設置し、①総合相談支援業務 ②権利擁護業務 ③介護予防ケアマネジメント ④包括的・継続的マネジメント支援事業を実施しています。高齢者に関する総合的な相談先として、質の向上や認知度向上に取り組んでいます。

アンケートでは認知度は前回調査よりも向上し、約6割が地域包括支援センターを知っていると回答しています。

(2) 今後の方向性

地域包括ケアシステムの深化・推進にあたり、地域包括支援センターの機能強化が求められます。専門職スタッフを適切に配置し、地域包括支援センター業務のスムーズな実施及び質の向上に取り組みます。

また、介護予防・自立支援の視点を強化し、本人の強みやインフォーマルサービスにも着目した個別性の高いケアマネジメントの実施を推進するとともに、介護支援専門員が質の高いケアマネジメントを実施できるよう支援を行います。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施

【地域包括支援センター】

要支援者・総合事業対象者に対して介護予防サービスに関するケアマネジメントを実施します。心身の状況に応じて介護予防・日常生活総合事業やインフォーマルサービスを効率的に活用し、本人の強みを生かした生活機能の維持・向上に努めます。

②総合相談支援事業

【地域包括支援センター】

地域の高齢者の生活全般の総合的な相談を受け付け、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、どのような支援が必要かを把握し、適切なサービスや関係機関の利用につなげる支援を行います。地域の包括的なネットワークの実態把握や構築に取り組みます。

③権利擁護・高齢者虐待防止の取組み

【地域包括支援センター】

地域の高齢者等への身体的・精神面、財産面の権利侵害の予防や対応を行います。地域の関係機関と連携を図り、成年後見制度や日常生活自立支援事業等を活用しながら、高齢者虐待の防止及び対応、消費者被害の防止及び対応、判断能力を欠く状況にある人への支援を行います。

また、居宅介護支援事業者に対して周知啓発活動を行います。

高齢者虐待防止の取組みに関しては、警察など関係機関で構築されたネットワークを活用し、高齢者虐待の防止や早期発見、虐待を受けた高齢者に対する支援を行うとともに、発生した虐待の要因等を分析し、再発防止に取組むほか、県と連携して、介護事業所に対し、介護従事者等への研修実施を求めるなど、高齢者虐待防止対策を推進します。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援

【地域包括支援センター】

介護支援専門員が個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的で継続的なケアマネジメントができるようにサポートを行います。また、適切なケアマネジメントを行えるよう、地域の基盤整備に取り組みます。介護支援専門員への相談体制の充実を図り、地域ケア会議や居宅介護支援専門員連絡会などの機会を通して研修や事例検討を行っていきます。

3 生活支援の体制整備

(1) 現状及び課題

超高齢社会を迎え介護サービスを必要とする人が増加する中、介護の専門的な知識・技術を有する人材は慢性的な不足状況にあります。また、サービス需要量が増加するとそれをまかなうための介護保険料の負担が増加してしまいます。高齢者が住み慣れた地域での生活を続けるためには、公助・共助のみではなく、地域のつながりを生かした互助（お互いさまで支えあう、助けあい）の活動や、企業や商店なども含めた多様な担い手による柔軟なインフォーマルサービスの整備が必要です。

アンケートでは、地域住民の有志による健康づくり等のグループ活動による地域づくりに「既に参加している」「参加したい」「してもよい」と答えた人は58%になる一方で、運営役として参加してもよいと答えたのは34%にとどまっています。また、今後参加したいボランティア等の活動について、何かしらの活動に参加したいと回答した人の割合は65%でした。

また、支えあいの活動を行うためには、地域とのつながりがあることが大切ですが、住んでいる地域の特性や転入者である等の理由で、つながりが持てない住民がいることも課題です。

(2) 今後の方向性

地域でお互いに支えあい、必要な人に必要なサービスが行きわたることにより、住み慣れた場所での生活が続けられるまちづくりに取り組み、「お互いさまで支えあうやさしいまちづくり」をスローガンに、持続可能な生活支援体制整備を目指します。

住民や地域の担い手の主体的な活動を支援し、一人ひとりが自分の能力を発揮して生活することができるよう、担い手養成や活動の普及啓発に努めます。また、地域にある多様なサービスの把握・整理に取り組みます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①生活支援体制整備事業の実施

【福祉介護課、社会福祉協議会】

生活支援コーディネーターを設置し、地域住民がお互いに支えあう地域づくりを推進します。持続可能な体制を構築するため、個人や団体の支えあい活動の担い手を養成するとともに、支援を必要とする高齢者ニーズとのマッチングや活動の機会の創出などの主体的な活動を支援します。生活支援や見守りに限らず、担い手自身の介護予防や楽しみ・生きがいにつながるような幅広く柔軟な活動を推進します。

また、地域の関係者の協議体を持ち、関係者同士のネットワーク構築や地域に必要な社会資源の検討を行います。

②地域による支え合いの体制づくりの推進

【福祉介護課、社会福祉協議会、地域防災課】

ボランティア、NPO、民間企業等多様な地域の主体が、生活支援の担い手と捉え、情報共有など連携を強化し、有機的な結びつきを構築し高齢者を地域全体で見守り支え合う体制をつくります。

③福祉機器貸与事業

【社会福祉協議会】

高齢者や障がいのある方々に対し、必要とする福祉機器を貸与し、その在宅生活を支援します。

④ふくし移送サービス事業

【社会福祉協議会】

歩行困難な高齢者や障がいのある方に対し、通院や入退院、施設の入退所の移動支援を行い、利便性を提供します。新規登録時には自宅に伺い身体状況や生活環境について確認します。

⑤福祉コミュニティバス事業

【福祉介護課】

移動手段の確保が難しい方に日常的な移動手段として町内を巡回するバスを運行し、利便性、外出機会、コミュニティの場の提供を行います。

⑥生活援助ヘルパー派遣事業（軽度生活援助事業）

【社会福祉協議会】

日常生活で支援が必要な世帯に対し、買い物や掃除など軽易な生活援助をすることにより、自立した生活を継続できるように支援を行います。サービス提供にあたっては、アセスメント・モニタリングにより適切なサービスを提供するとともに、必要に応じ関係機関との情報連携を図ります。

4 認知症施策の充実

(1) 現状及び課題

認知症は、だれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になる可能性もあります。国の推計では、軽度認知障害を含めると 65 歳以上の方の4人に1人が認知症になると言われています。令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」においては、認知症の方が希望と尊厳を持って認知症とともに生きる・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の「共生」、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の「予防」を車の両輪として施策を推進していくこととされました。

また、令和5年6月に公布された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（認知症基本法）」では、認知症の方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、認知症施策を総合的かつ計画的に実施し、認知症の方を含めた住民一人ひとりがその個性と能力を十分に發揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（=共生社会）の実現を推進していくこととされました。

本町では新規で要介護等の認定を受けた方の介護が必要になった原因のうち約 17%を占めています。アンケートでは、認知症施策で取り組む必要のあるものについては「早期診断・早期治療のための取組み」が一番多い一方で、認知症の相談窓口の認知度は 27%にとどまっています。次いで「認知症があっても安心して過ごせる居場所づくり」「気軽に専門職に相談できる体制づくり」が多くなっており、認知症を理解している人の中で安心して過ごせる場があることが望まれています。

(2) 今後の方向性

認知症の早期診断・治療や、地域で安心して過ごすためには、認知症についての正しい知識を持つ人が増えることが必要です。認知症についての普及啓発や認知症サポーター養成講座、認知症サポートステップアップ講座を行い、地域での理解者を増やすことに取り組みます。

また、専門職に気軽に相談することができ、認知症を正しく理解してくれる人がいて安心して過ごせる居場所づくりのため、相談窓口の周知や通いの場の整備に努めます。

認知症地域支援推進員を配置し、連携しながら各事業を一体的に進めています。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①認知症地域支援推進員の配置

【福祉介護課】

認知症地域支援推進員を配置し、推進員を中心に、医療・介護・生活支援を含む認知症ケア体制が充実していくよう関係機関や住民とネットワークを構築します。また、町民ボランティアとの連携強化を図り、ニーズに合った資源の発掘や開発を進めています。

②認知症サポーター・ボランティアの養成**【福祉介護課】**

認知症になっても本人・家族が安心して暮らすことができ、認知症の人を含めた町民一人一人がその個性と能力を十分に発揮する機会を提供できるよう、「チームオレンジ（認知症サポーターによる地域支援活動）」を主体とした支援体制をつくります。

認知症サポーターを養成するため、住民や学校、企業等へ認知症を正しく理解していただくための講座や、認知症サポーター養成講座修了者向けのステップアップ講座を開催します。

③早期発見・早期対応に向けた取組み**【福祉介護課】**

世界アルツハイマーなどの機会や認知症ケアパスを活用し、認知症や若年性認知症の正しい知識や相談先の普及啓発を行います。定期的に町民や認知症の本人、医療・介護の専門職の意見を取り入れ、内容を見直します。

また、認知症初期集中支援チームを運用し、医療機関等と連携し、早期に治療や介護サービス等にスムーズにつながるよう支援します。

④認知症ケア向上事業の実施**【福祉介護課】**

認知症の方が安心して生活できる環境整備として、まず地域住民等に認知症の正しい理解の普及啓発に努めます。その上で本人や家族等が専門職に気軽に相談できる場としての認知症カフェや、家族や地域住民が認知症への対応などを学習し、本人からの発信ができるような教室を開催します。また、家族に対するサポートして、相談支援や支援体制の構築に取り組みます。

⑤若年性認知症の早期発見**【福祉介護課】**

若年性認知症については、職場などで気づく機会が多いことから、認知症サポーター養成講座や啓発媒体の活用などを通じて企業等への普及啓発を行い、職場における理解の拡大や雇用の確保につなげます。

III 介護が必要になっても住み続けられるまち

I 在宅医療・介護連携の推進

(1) 現状及び課題

高齢化に伴い認定者数、認定率ともに増加しており、日常生活の介護を受けながら生活していく方が今後も増えていくことが予想されます。アンケートでも介護が必要になった際の生活の希望は「介護サービスを利用しながら自宅で生活を続けたい」が半数を超え、最も多くなっています。

一方で、8割以上の高齢者が持病を有し、うち6割が持病を2つ以上抱えていることからもわかるように、高齢期では管理の必要な病気を持つ人が多く、疾患が複合しやすい状態となります。生活にあたっては医療的なサポートも重要であり、介護が必要な状態になっても本人の意思決定に基づき住み慣れた地域で生活を続けるには、医療分野と介護分野が適切に連携して支援が行われることが必要です。

足柄上地区では共同で足柄上医師会に事業委託し、平成29年に「足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター」が開設されています。センターを中心に関係機関と連携し、町民への普及啓発や医療・介護の連携推進に取り組んでいます。

(2) 今後の方向性

複合的な疾患を抱え、介護が必要な状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくため、対象者の医療・介護に関わるスタッフや機関が適切に連携し、チームで支援する体制づくりを維持・推進します。

また、町民が利用する医療機関や介護事業所は町内にとどまらず、足柄上地区や県西地域の機関の関わりがあるため、医師会や近隣市町村との連携・協働が必要になります。「足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター」を中心に関係機関と連携しながら、包括的で継続的に在宅医療・介護が提供される体制整備を推進します。

(3) 施策を構成する事業・取組み

在宅医療・介護連携推進事業の実施

【足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター、

福祉介護課・小田原保健福祉事務所足柄上センター】

足柄上地区在宅医療・介護連携支援センター、近隣市町村と連携し、PDCAサイクルに沿って以下の取組みを実施します。

① 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の情報を収集・整理し、「足柄上地域 医療機関等・介護サービス機関マップ」の更新を適宜行います。また、在宅医療・介護の情報提供を行います。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

関連データや相談事例、事業所の状況等の分析から、取り組むべき課題を抽出し、足柄上地区在宅医療・介護連携支援連携支援センターや近隣市町村、県と対応策を検討します。

③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

④医療・介護関係者の情報提供の支援

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

⑥医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護を担う事業所間の連携を推進し、住民への一体的なサービス提供体制の構築に取り組みます。事業所に対する情報提供及び医療・介護連携に関する相談支援を実施するとともに、関係者への研修を実施することで質の向上に取り組みます。

⑦地域住民への普及啓発

在宅医療・介護について、地域住民向けの講演会等を開催し、普及啓発に取り組みます。

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

足柄上地区及び県西地域の市町村、小田原保健福祉事務所等と定期的な打ち合わせや会議を実施し、広域連携を図ります。

2 介護家族支援

(1) 現状及び課題

高齢者が住み慣れた地域や在宅で暮らし続けるに当たって、介護者への支援は不可欠です。介護者からのアンケートでは「介護者の身体的・精神的負担が大きい(43%)」「介護者に何かあったとき、どうしたらよいかわからない(32%)」が挙げられました。また、介護のために介護者の働き方について何らかの調整をした方は 66%となっています。介護が必要な状態になつても住み慣れた地域で暮らし続けるためには家族等の支援が必要となります。介護者の負担が大きくなりすぎれば、生活を維持することが困難になります。介護の身体的・精神的負担を軽減し、介護者も安心して過ごせる地域づくりが必要です。

(2) 今後の方向性

介護保険サービスだけでなく、地域住民の支えあい活動や民間独自サービス等の適切な活用を支援し、家族の介護負担軽減に取り組む必要があります。

介護保険サービスに限らず、介護負担を軽減できるような様々な支援の情報を提供し、柔軟な介護ができるよう介護者を支援するとともに、介護者自身の介護力向上に取り組みます。

また、介護費用負担についても負担軽減や費用助成の事業を継続して実施していきます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①家族介護教室の実施

【福祉介護課】

介護を行っている家族の身体的・精神的負担の軽減につながる知識や技術の講習を実施し、サービスや制度の紹介や介護者の介護力の向上に取り組みます。効果的な講習会を開催するため介護者が特に不安を感じている内容を的確に捉えるよう努めます。

また、同じ介護者同士で交流できる機会を設け、精神的負担の軽減に取り組むとともに、関係機関と連携し、介護者の相談支援を実施します。

②紙おむつ購入費助成事業

【福祉介護課】

在宅介護が必要で紙おむつを購入する方に対し、その購入費用の一部を助成し、衛生的で健全な生活の保持と介護者の経済的負担の軽減を行います。

③ケアラー支援の強化

【福祉介護課・こども課】

認知症高齢者の家族やヤングケアラー、老老介護、ダブルケア、8050 問題等に対応した家族介護者の負担軽減や支援を図るため、相談や介護サービス等に関する情報提供を実施して必要な支援につなぐとともに、必要な介護サービスの提供体制の確保に取り組みます。

IV 安全・安心なまち

I 安全・安心の確保

(1) 現状及び課題

高齢者のみの世帯や高齢者単身世帯は増加しており、緊急時や災害時に安全を確保し、安心して過ごすことの困難感は増していると思われます。介護や支援が必要な状態になった高齢者が住み慣れた地域で安全・安心を感じて過ごせることが求められます。

アンケートでは、介護保険制度のあり方についての希望では「緊急時に利用できるサービスを充実する(34%)」が多く、介護者の困りごととしても「介護者に何かあったとき、どうしたら良いかわからぬい(32%)」が2番目に多い状況であることから、不安を抱えて生活している方も多いことがわかります。

近年は、地震や台風による風水害などの災害が増加しており、地域や介護事業所における防災の取組みの推進が必要です。また、インフルエンザ等に加え、新型コロナウイルス感染症など、感染症への対応の重要性が増しています。

様々な困難に直面したとき、安全が守られ、安心して生活できるよう、関係機関と連携して備えておくことが必要です。

(2) 今後の方向性

日ごろから介護事業所等と連携を図り、防災に関する計画の策定や見直し、避難訓練や物資の備蓄について定期的に確認し、日ごろの備えを促していきます。

感染症については、町民や介護事業所が正しい知識を持って感染予防や対応ができるよう普及啓発に取り組むとともに、介護事業所等が安定して事業を継続できるよう、適切な感染対策のための物資調達体制や整備に努めます。

また、高齢者が安心して暮らし続けるために府内担当部局等と連携し高齢者自身に合った住まいの確保を支援するとともに、緊急通報装置の貸与など様々な在宅支援サービスの提供や地域による見守り体制の強化に取り組みます。

(3) 施策を構成する事業・取組み

①開成町ようこそ訪問事業

【福祉介護課】

開成町に転入をされた75歳以上の方、要介護認定等を受けている方、各種障害者手帳を所持されている方に対して民生委員が訪問を行います。新たに生活を始めるにあたり、必要な情報提供を行います。

②日常生活自立支援事業

【社会福祉協議会】

日常生活を営むうえで支障がある認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者、身体障がい者等の権利擁護を図り、地域で自立した生活を送れるよう、利用者又は法定代理人との契約に基づき、福祉サービスの適切な利用のための一連の援助を一体的に行います。

利用者が抱える課題を的確に判断及び支援を行えるような専門員の資質向上や体制整備を進めます。

③緊急通報装置貸与事業**【福祉介護課】**

ひとり暮らしの高齢者、又は重度障がい者、高齢者のみの世帯で虚弱な方等に対して急病、災害時に適切な対応がとれるよう、電話回線を活用した装置を貸与します。

④救急医療情報キット配布事業**【福祉介護課】**

急に体調が悪くなり救急で医療機関にいく場合などに、救急隊員が情報を収集できるよう、かかりつけ医や内服している薬の内容などをあらかじめ記載して自宅に保管しておく「救急医療情報キット（救急医療情報記載シートと保存用筒、ステッカー）」を配布します。

⑤認知症等行方不明 SOS ネットワーク事業**【福祉介護課】**

認知症高齢者の徘徊による行方不明等に迅速に対応するため、県下全市町村が連携してネットワークを形成（登録）し、迅速な発見・保護に努めます。

⑥避難行動要支援者登録制度**【福祉介護課】**

要介護認定を受けている方や障害者手帳（身体・療育・精神）を所持している方、3歳未満の乳幼児、外国籍の方など災害時に支援が必要な方を把握し、日頃の見守り活動や防災訓練を通じて被害を最小限に防ぐ仕組みづくりを進めるものです。

登録名簿は自治会、民生委員、社会福祉協議会、町の四者で共有し、災害時の支援を行います。

⑦避難行動要支援者等に係る避難支援**【地域防災課・福祉介護課】**

災害危険区域内に立地し、高齢者等が利用する要配慮者利用施設について、事業継続計画及び避難確保計画の策定、避難訓練の実施等について支援するとともに、災害発生時には着実に避難情報を要配慮者利用施設へ伝達することにより、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難の確保を図ります。

また、高齢者等の要配慮者が安心して避難生活ができるよう配慮がなされた福祉避難所の整備を推進します。

⑧高齢者が安心して暮らせる住まいの整備と住まいに関する情報提供**【都市計画課・福祉介護課】**

高齢者が安心して暮らせる住まいの整備の支援と住まいに関する情報提供を継続していきます。

V 各施策を構成する事業の指標一覧

指 標	現状値	目標
I 自分らしくいきいきと暮らせるまち		
主観的健康観「とてもよい」または「まあよい」と回答した人の割合	79.5%*	85%
65歳以上要介護認定者数の出現率	16.5%	18%以下
地域住民の有志による地域づくり活動に「参加したくない」と回答した人の割合	33.3%*	30%以下
II 住み慣れた地域でお互いさまで支えあうまち		
地域ケア推進会議の開催回数	10回	10回
地域包括支援センターの認知度	58%*	60%
地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか。に「是非参加したい」「参加してもよい」「既に参加している」回答の割合の合計	58.1%*	60%以上
認知症に関する相談窓口を知っている人の割合	26.9%*	40%以上
III 介護が必要になっても住み続けられるまち		
居宅介護支援事業者の足柄上地区在宅医療・介護連携支援センターの認知度	80%*	100%
介護者として困っていること「介護者の身体的・精神的負担が大きい」の回答割合	42.8%*	40%以下

※令和4年度アンケート調査より

第5章 介護保険事業計画

I 介護保険事業の円滑な実施

I 介護保険事業

(1) 介護予防給付

要支援1・2の方が利用できる給付内容は次のとおりです。

なお、実績値の令和5年度は推計値、人数は月あたりの利用人数となっています。

① 介護予防サービス

高齢者の増加に伴い要支援認定者数も増加しています。第9期においては、認定者数の増加からサービス利用者数もやや増加傾向と見込みます。

A 介護予防訪問入浴介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、自宅において、移動用の浴槽で入浴の介護を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防訪問入浴介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

B 介護予防訪問看護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、自宅において、訪問する看護師等により、療養生活の支援、必要な診療の補助を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防訪問看護	14人	12人	11人	13人	14人	15人

C 介護予防訪問リハビリテーション

本人の生活機能の維持・向上の観点から、自宅において、訪問する理学療法士や作業療法士等により、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防訪問リハビリテーション	3人	1人	2人	3人	3人	3人

D 介護予防居宅療養管理指導

本人の生活機能の維持・向上の観点から、栄養改善・口腔機能向上等のために、自宅において、訪問する医師、歯科医師、薬剤師等により、療養上の管理や指導を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防居宅療養管理指導	2人	3人	13人	3人	3人	4人

E 介護予防通所リハビリテーション

本人の生活機能の維持・向上の観点から、日帰りの形態で介護老人保健施設、病院等において実施される、運動器の機能向上等の個別プログラムを重視したサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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 通所リハビリテーション	1人	1人	2人	3人	3人	3人

F 介護予防短期入所生活介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、短期入所施設等に短期間入所して、当該施設において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防短期入所生活介護	2人	1人	0人	2人	2人	2人

G 介護予防短期入所療養介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、介護老人保健施設、療養型病床群等に短期間入所している方が、当該施設において、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支援を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防短期入所療養介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

H 介護予防特定施設入居者生活介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）等に入所して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の支援を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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 特定施設入居者生活介護	4人	6人	6人	7人	8人	9人

I 介護予防福祉用具貸与

本人の生活機能の維持・向上の観点から、福祉用具の貸与を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防福祉用具貸与	71人	64人	59人	63人	65人	67人

J 特定介護予防福祉用具購入

本人の生活機能の維持・向上の観点から、腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽などの購入費が支給されるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
特定介護予防福祉用具購入費	1人	2人	0人	2人	2人	2人

K 介護予防住宅改修

本人の生活機能の維持・向上の観点から、住宅の手すりの設置、床段差の解消、引き戸など扉の取り替え、洋式便器への取り替えなど、住宅改修の費用が支給されるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護予防住宅改修費	1人	1人	4人	1人	1人	1人

②地域密着型介護予防サービス

高齢者の増加に伴い要支援認定者数も増加していますが、地域密着型介護予防サービスの利用者には大きな変動はないと見込んでいます。

A 介護予防認知症対応型通所介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、認知症の方が、日帰り介護施設において、入浴、食事の提供などの日常生活の世話や、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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 認知症対応型通所介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

B 介護予防小規模多機能型居宅介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、施設に日帰りでの通いを中心として、状況に応じて施設に泊まったり、自宅に訪問してもらったりしながら、入浴、食事の提供等の日常生活上の世話、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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 小規模多機能型居宅介護	0人	3人	0人	4人	4人	4人

C 介護予防認知症対応型共同生活介護

本人の生活機能の維持・向上の観点から、認知症の方が、施設で共同生活を営みながら、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援または世話、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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 認知症対応型共同生活介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

③介護予防支援

高齢者の増加に伴い要支援認定者数も増加しています。第8期においては、認定者数の増加からサービス利用者数も増加していくと見込んでいます。

要支援の方に対する介護予防サービス計画を作成するサービスです。アセスメントを通じて心身の状況や環境、本人・家族の希望を把握し、必要なサービスの種類、内容等を定めた計画を作成します。

また、サービス提供事業者との連絡調整等も行います。

原則、地域包括支援センターにおいて提供されますが、指定居宅介護支援事業者への一部委託も可能です。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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	77人	70人	62人	75人	77人	79人

(2) 介護給付

要介護1～5の方が利用できる給付内容は次のとおりです。

なお、実績値の令和5年度は推計値、人数は月あたりの利用人数となっています。

①居宅サービス

第8期期間中の利用者数は、全体的には増加傾向です。今後も認定者の伸びが見込まれるため、第9期期間中も利用者数は増加傾向と見込みます。

A 訪問介護

訪問介護員(ホームヘルパー)が家庭を訪問して、入浴、排せつ、食事などの身体介護や、掃除、洗濯、食事づくりなどの生活支援をするサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
訪問介護	79人	85人	93人	106人	115人	123人

B 訪問入浴介護

自宅において、移動用の浴槽で入浴の介護を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
訪問入浴介護	13人	12人	13人	13人	14人	15人

C 訪問看護

医学的な管理が必要な在宅で療養生活を送る方が対象のサービスで、看護師などが家庭を訪問し、医師の指示に基づいて病状の観察や、床ずれの手当などを行うサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
訪問看護	95人	92人	91人	105人	105人	110人

D 訪問リハビリテーション

医師の指示に基づいて理学療法士や作業療法士などが家庭を訪問して、必要なりハビリテーションをするサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
訪問リハビリテーション	13人	14人	17人	13人	14人	15人

E 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師などが、通院困難な方の家庭を訪問し、療養上の管理や介護方法の相談指導をするサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
居宅療養管理指導	88人	103人	115人	127人	133人	143人

F 通所介護

介護施設において、入浴、食事の提供などの日常生活の世話、機能訓練を日帰りで行うサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
通所介護	139人	144人	141人	161人	172人	180人

G 通所リハビリテーション

医師の指示に基づいて、理学療法士や作業療法士などが介護老人保健施設、病院などにおいて、必要なりハビリテーションをするサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
通所リハビリテーション	38人	34人	35人	39人	40人	43人

H 短期入所生活介護

介護者の一時的理由により自宅での介護が困難となったとき、介護老人福祉施設などの介護施設に短期間入所し、入浴、排せつ、食事などの介護を受けることができるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
短期入所生活介護	31人	33人	31人	31人	32人	34人

I 短期入所療養介護

介護老人保健施設、介護療養型医療施設などに短期間入所し、医学的管理下で看護、介護、リハビリテーションなどの介護を受けることができるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
短期入所療養介護	10人	8人	5人	10人	11人	12人

J 特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウスなど）等に入所している方が、入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活上の世話を受けることができるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
特定施設入居者生活介護	26人	29人	33人	35人	35人	35人

K 福祉用具貸与

心身の機能が低下して日常生活に支障がある人の自立を支援するための、ベッド、車椅子、歩行器、体位変換器、移動用リフトなどの福祉用具を借りることができるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
福祉用具貸与	224人	248人	262人	281人	305人	319人

L 特定福祉用具購入

腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽などの福祉用具購入費が支給されるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
特定福祉用具購入費	5人	4人	4人	5人	5人	5人

M 住宅改修

住宅の手すりの設置、床段差の解消、引き戸など扉の取り替え、洋式便器への取り替えなど、住宅改修の費用が支給されるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
住宅改修費	2人	2人	0人	2人	2人	2人

②地域密着型サービス

第8期期間中の利用者数は、サービスの種別によって増加傾向に差がある状況となっています。第9期期間中も同様の増加傾向と見込みます。ただし、地域密着型サービスについては、計画期間内で町内での整備計画はありません。

A 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

要介護者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、1日複数回の定期訪問と随時の対応を介護と看護が一体的にまたは密接に連携しながら提供するサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	7人	6人	4人	8人	8人	9人

B 夜間対応型訪問介護

夜間において、定期的巡回や通報での訪問により、排せつ等の日常生活の支援が受けられるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
夜間対応型訪問介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

C 認知症対応型通所介護

認知症の方が、日帰り介護施設等に通い、当該施設において、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
認知症対応型通所介護	5人	7人	8人	10人	10人	10人

D 小規模多機能型居宅介護

施設への日帰りでの通いを中心として、状況に応じて施設に泊まったり、自宅に訪問してもらったりしながら、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援、機能訓練を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
小規模多機能型居宅介護	4人	5人	13人	16人	16人	16人

E 認知症対応型共同生活介護

認知症の方が、施設で共同生活を営みながら、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援、機能訓練などを受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
認知症対応型共同生活介護	32人	33人	33人	32人	32人	32人

F 地域密着型特定施設入居者生活介護

定員が29名以下の有料老人ホーム等で、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
地域密着型特定施設入居者生活介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

G 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員が29名以下の特別養護老人ホームで、入浴、食事の提供等の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援を受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	26人	27人	25人	27人	27人	27人

H 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能居宅介護と訪問看護の機能を持ち、利用者の状態に応じた通い・泊まり・訪問(介護・看護)を柔軟に受けることができるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
看護小規模多機能型居宅介護	0人	0人	0人	0人	0人	0人

I 地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模な施設で、日中の食事・入浴の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等、日常生活上の支援と機能訓練をします。

	第 8 期の実績値			第 9 期の計画値		
	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
地域密着型通所介護	75 人	80 人	89 人	91 人	99 人	103 人

③居宅介護支援

要介護 1 以上の方に対する介護サービス計画を作成するサービスで、認定者の伸びとともに利用者数も増加しており、今後も伸びが見込まれます。アセスメントを通して心身の状況や環境、本人・家族の希望を把握し、必要なサービスの種類、内容等を定めた計画を作成します。指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員（ケアマネジャー）が提供し、必要に応じ介護保険施設入所利用のアドバイスもします。

	第 8 期の実績値			第 9 期の計画値		
	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
居宅介護支援	345 人	362 人	369 人	411 人	441 人	462 人

④施設サービス

第8期期間中の利用者数は、全体的には増加傾向で、より高齢の方の利用が多くなっています。第9期期間中は、利用者数は横ばい傾向で推移すると見込んでいます。

A 介護老人福祉施設

常に介護が必要で自宅での介護が困難な方が入所し、介護等の日常生活の支援、機能訓練、健康管理などが受けられるサービスです。

ただし、サービスを利用できるのは原則要介護3~5の方となります。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護老人福祉施設	41人	45人	60人	58人	58人	58人

B 介護老人保健施設

病気やけがなどの治療後、リハビリテーションなどを必要とする方が入所し、医学的管理下における介護、看護、リハビリテーションなどを受けるサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護老人保健施設	45人	46人	51人	49人	49人	49人

C 介護医療院

介護療養型医療施設が持つ「医療」「介護」「生活支援」に加え「住まい」の機能を持った長期療養を目的とした新たなサービスです。

	第8期の実績値			第9期の計画値		
	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
介護医療院	1人	1人	0人	1人	1人	1人

(3) 地域支援事業

この事業には、サービスのほかに、サービス展開を支える事業も含まれています。

サービスの種類	サービス内容
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業	<p>介護予防・生活支援サービス事業</p> <p>①介護事業所が行う身体介護・生活援助の訪問型のサービスや機能訓練等を行う通所型のサービス、②NPO・事業者が行う掃除・洗濯等の生活支援サービスやミニデイサービス、③住民ボランティアによるごみ出し等の簡易な生活支援サービスや地域のサロン、運動・交流の場、④リハビリ・栄養・口腔ケア等の専門職等が関わる取組みを行っています。利用者のケアマネジメントを行い、それぞれにふさわしいサービスを提供します。 要支援者及び総合事業対象者(チェックリストをもとに判定)と認められた方が利用できます。</p>
一般介護予防事業	<p>全ての高齢者が対象者です。</p> <p>① 介護予防把握事業 収集した情報の活用により、閉じこもりなどの何らかの支援を要する方を把握し、介護予防活動につなげます。</p> <p>② 介護予防普及啓発事業 介護予防に関する事業や活動の普及・啓発をします。</p> <p>③ 地域介護予防活動支援事業 住民主体の介護予防活動の育成・支援をします。</p> <p>④ 一般介護予防事業評価事業 介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価をします。</p> <p>⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業 介護予防の取組みを機能強化するため、通所・訪問・地域ケア会議・住民主体の通いの場などへ、リハビリ専門職などによる助言をします。</p>
(2) 包括的支援事業	<p>地域包括支援センターの運営 介護予防ケアマネジメント、総合相談事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメントのほか、地域ケア会議を開催します。</p> <p>在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護連携支援をする連携支援センターを設置し、地域医療・介護の状況把握・情報提供を行います。また、医療や介護関係者の連携体制の構築、在宅医療に関する地域住民向け・関係者向けの講演会や研修を開催し、在宅医療の推進に努めます。</p> <p>認知症総合支援事業 認知症地域支援推進員を中心に、医療・介護等の連携強化・地域の支援体制の整備などを行い、認知症ケアの向上を図ります。また、「認知症初期集中支援チーム」が認知症初期に集中的に関わり、早期診断・早期対応の支援を行います。</p> <p>生活支援体制整備事業 生活支援コーディネーターを配置し、地域に必要な生活支援の構築のため、支援関係者のネットワークづくり、地域住民への啓発活動や支援の担い手の養成を行います。また、協議体(支えあい活動推進会議)にて、地域に必要な支援を検討し、取り組んでいきます。</p>

(3)任意事業	
家族介護支援事業	高齢者などを介護している家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、家族介護教室等を開催しています。
介護サービス相談員事業	介護サービスの質の向上に資する事業として、介護サービス利用者のための相談に応じる介護サービス相談員が、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者と意見交換をします。
介護給付費適正化事業	真に必要なサービスを提供し、妥当な介護保険料の水準が保てるよう、適正な介護保険サービスの給付の適正化を図ります。
福祉用具・住宅改修支援事業 (理学療法士による訪問指導)	理学療法士と保健師が訪問し、介護予防・自立支援とともに給付の適正化を目的として、家庭での機能訓練方法や住宅改修および福祉用具利用に関する助言・指導を行います。

サービスの種類	第8期の実績値			第9期の計画値		
	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度
訪問型サービス延べ利用人数(人)	236	227	260	280	300	310
通所型サービス延べ利用人数(人)	733	803	970	1,080	1,100	1,130

※ 令和5年度は推計値

総合事業については、現在介護予防の訪問介護及び通所介護相当のみの実施となっていますが、他のサービスについてもニーズの把握などに努め、事業展開の検討を行います。

また、一般介護予防事業や包括的支援事業についても、保険者機能強化推進交付金や保険者努力支援交付金の有効な活用に取り組んでいきます。

(4) 利用者負担および低所得者への配慮

介護保険制度において、所得の少ない方などに対して負担が重くなりすぎないように、次のような経済的配慮があります。

①高額介護(予防)サービス費の支給

- 一定額以上のサービスを利用した場合に、超えた分の自己負担額が高額サービス費として支給されます。

②高額医療・高額介護合算制度

- 医療保険と介護保険の自己負担額の合計が著しく高額になる場合に負担軽減されるもので、新たに設定された自己負担限度額を超えた場合に支給されます。

③特定入所者介護(予防)サービス費による食費および居住費(滞在費)の負担軽減

- 施設利用時などの食費および居住費(滞在費)を、所得に応じた負担限度額により、減額相当分について、利用者負担軽減されるものです。

④社会福祉法人による軽減

- 低所得で生計困難な利用者に対し、介護保険サービスを提供する社会福祉法人がその社会的役割として利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用を促進するものです。
- すべての社会福祉法人で軽減制度が実施されるよう、この制度の趣旨を周知します。

(5) 必要利用定員総数及び整備計画

サービスの種類		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	(必要利用定員総数)	36人	36人	36人
	(整備計画)	—	—	—
地域密着型特定施設入 居者生活介護	(必要利用定員総数)	0人	0人	0人
	(整備計画)	—	—	—
地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護	(必要利用定員総数)	29人	29人	29人
	(整備計画)	—	—	—

※地域密着型サービスのうち、施設に係るサービスのみを記載しています。

2 介護保険サービス・地域支援事業

(1) 給付額・総費用・地域支援事業費の実績と計画

① 給付額の実績

第8期期間中（令和3年度～令和5年度）における給付費の実績は次のとおりです。

予防給付、介護給付ともに増加傾向で推移しています。

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度
予防給付	19,910千円	23,894千円	25,950千円
在宅サービス	16,677千円	18,531千円	20,442千円
居住系サービス	3,233千円	5,363千円	5,507千円
介護給付	1,047,346千円	1,095,567千円	1,215,276千円
在宅サービス	530,482千円	550,342千円	625,657千円
居住系サービス	160,487千円	170,573千円	167,493千円
施設サービス	356,377千円	374,652千円	422,126千円
合計	1,067,256千円	1,119,461千円	1,241,226千円

※令和5年度は推計値

② 給付額の計画値

第9期期間中（令和6年度～令和8年度）における給付費の計画値は次のとおりで、令和6年度は13億3,116万9千円、令和7年度は13億7,954万円8千円、令和8年度は14億2,250万1千円と推移する見込みです。

このうち、予防給付は認定者の増加に伴いサービス利用者も増加することが見込まれることから、令和6年度は2,815万7千円、令和7年度は3,001万2千円、令和8年度は3,186万7千円と推移する見込みです。

介護給付においても予防給付と同様の考え方から、令和6年度は13億301万2千円、令和7年度は13億4,953万6千円、令和8年度は13億9,063万4千円と推移する見込みです。

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	28,157千円	30,012千円	31,867千円
在宅サービス	21,333千円	22,007千円	22,690千円
居住系サービス	6,824千円	8,005千円	9,177千円
介護給付	1,303,012千円	1,349,536千円	1,390,634千円
在宅サービス	681,425千円	727,163千円	768,261千円
居住系サービス	186,136千円	186,372千円	186,372千円
施設サービス	435,451千円	436,001千円	436,001千円
合計	1,331,169千円	1,379,548千円	1,422,501千円

③総費用の計画値

総費用とは、予防給付と介護給付の合計である総給付費に、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費及び審査支払手数料を加えたものになります。

第9期期間中（令和6年度～令和8年度）における総費用は次のとおりで、令和6年度は13億9,431万6千円、令和7年度は14億4,643万円、令和8年度は14億9,173万6千円と推移する見込みで、第9期総額では43億3,248万2千円となっています。

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	1,331,169千円	1,379,548千円	1,422,501千円
特定入所者介護サービス費	27,195千円	28,841千円	29,872千円
高額介護サービス費	29,666千円	31,468千円	32,592千円
高額医療合算	5,264千円	5,516千円	5,677千円
審査支払手数料	1,022千円	1,058千円	1,094千円
総費用	1,394,316千円	1,446,430千円	1,491,736千円
第9期総額	4,332,482千円		

④地域支援事業の計画値

第9期期間中（令和6年度～令和8年度）における地域支援事業の計画値は次のとおりで、令和6年度は7,604万9千円、令和7年度は7,746万9千円、令和8年度は7,888万9千円と推移する見込みで、第9期総額では2億3,240万7千円となっています。

区分	計画値		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費	76,049千円	77,469千円	78,889千円
内訳	介護予防・日常生活支援総合事業費	42,150千円	43,550千円
	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	26,329千円	26,349千円
	包括的支援事業（社会保障充実分）	7,570千円	7,570千円
第9期総額	232,407千円		

3 第Ⅰ号被保険者の介護保険料の算出

(1) 介護保険料の設定

① 保険料の設定手順

介護保険事業に必要な費用は、被保険者が利用する介護サービスや地域支援事業等に応じて決まり、これらの水準が保険料に反映されます。

財源構成については、介護給付、予防給付の提供に要した総事業費用から利用者負担を除いた保険給付費と、地域支援事業のうち介護予防・日常生活支援総合事業に要した費用については、原則として、50%を公費で賄い、残り50%を被保険者の保険料で賄うこととなります。

なお、地域支援事業のうち包括的支援事業・任意事業に要した費用については、第Ⅰ号被保険者の保険料(23%)と公費(77%)で賄うこととなっています。

【保険給付費・地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の財源構成】

財 源	<保険料:50%>		<公費:50%>			
	第Ⅰ号 被保険者 保険料 23%(定率)	第Ⅱ号 被保険者 保険料 27%(定率)	調整 交付 金 5%	国 居宅給付費 20%(定率) 施設等給付費 15%(定率)	県 居宅 給付費 12.5% (定率) 施設等 給付費 17.5% (定率)	町 12.5% (定率)
利用者負担						

【地域支援事業（包括的支援事業及び任意事業）の財源構成】

<保険料:23%>	<公費:77%>		
第Ⅰ号被保険者 保険料 23%	国 38.5%	県 19.25%	町 19.25%

第Ⅰ号被保険者の保険料は、第Ⅰ号被保険者の負担部分を第Ⅰ号被保険者数（推計）で除して、収納率を98%と想定し積算したものを、保険料基準額（月額）としています。

【費用負担の割合】

保険料収納必要額	約10億6,775万円
保険料基準額（月額）	5,600円

②介護給付費準備基金の取り崩し

令和5年度末の介護給付費準備基金残高はおよそ3億円の見込みで、第9期中に 8,940 万円を取り崩し、第9期保険料の上昇抑制に充てることとし、その影響額は、月額 471 円となります。

(2) 所得段階区分

所得水準に応じてきめ細やかな保険料を設定するため、多くの自治体で多段階化をしている現状を踏まえ、国の標準の段階設定が、これまでの 9 段階から 13 段階に設定されました。

本町においては国基準に 1 段階追加した 14 段階に設定し、調整率は一部第 8 期の調整率を採用し、所得や負担能力に応じた保険料額としました。

(3) 低所得者の軽減強化

国では第1号被保険者の保険料について公費を投入し、低所得者の保険料に係る軽減強化を実施しています。具体的な軽減内容は次のとおりで、非課税世帯に対する負担軽減が図られています。

区分	保険料基準額に対する割合
第1段階	現行 0.455 を 0.285 (公費投入は 0.17)
第2段階	現行 0.685 を 0.485 (公費投入は 0.2)
第3段階	現行 0.690 を 0.685 (公費投入は 0.005)

(4) 第9期所得段階別保険料

保険料の設定にあたっては、被保険者の負担能力に配慮し、次に示すような所得段階区分を設定します。

第9期 所得段階別保険料			
所得段階	調整率	対象者	保険料(円)
第1段階	0.455 [公費投入後:0.285]	・生活保護受給者	30,570 [19,150]
		・世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金受給者	[19,150]
第2段階	0.685 [公費投入後:0.485]	世帯全員が 市町村民税非課税	30,570 [19,150]
			本人の前年の課税年金収入金額と 合計所得金額の合計が80万円以下
第3段階	0.690 [公費投入後:0.685]		本人の前年の課税年金収入金額と 合計所得金額の合計が80万円超 120万円以下
			46,030 [32,590]
第4段階	0.95	本人は市町村民税 非課税だが世帯の 中に課税されてい る方がいる	本人の前年の課税年金収入金額と 合計所得金額の合計が120万円超
			46,360 [46,030]
第5段階 (基準額)	1.0		本人の前年の課税年金収入金額と 合計所得金額の合計が80万円超 67,200 (月額 5,600)
第6段階	1.2	本人が 市町村民税課税	本人の前年の合計所得金額が 120万円未満
第7段階	1.25		本人の前年の合計所得金額が 120万円以上 210万円未満
第8段階	1.55		本人の前年の合計所得金額が 210万円以上 320万円未満
第9段階	1.7		本人の前年の合計所得金額が 320万円以上 420万円未満
第10段階	1.9		本人の前年の合計所得金額が 420万円以上 520万円未満
第11段階	2.1		本人の前年の合計所得金額が 520万円以上 620万円未満
第12段階	2.3		本人の前年の合計所得金額が 620万円以上 720万円未満
第13段階	2.4		本人の前年の合計所得金額が 720万円以上 820万円未満
第14段階	2.5		本人の前年の合計所得金額が 820万円以上
			168,000

4 介護情報の提供、相談体制の充実

(1) 現状及び課題

介護保険サービスのニーズの高まりを受け、介護を必要とする方が適切な介護保険サービスを利用することができるよう介護保険制度の普及・啓発が必要です。

高齢者の相談は、地域包括支援センターの総合相談事業等で対応し、必要に応じ福祉介護課など関係各所が連携し対応しています。

介護保険施設の入所者には、介護サービス相談員を施設に派遣し相談に対応していますが、相談体制の充実を図るために増員が必要です。

(2) 今後の方向性

利用者やその家族が、適切なサービスや事業者を選択し利用できるように、介護サービスに関する情報を提供するとともに各種相談体制の充実を図ります。

地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービスについても、広く町民に周知していきます。

介護サービス相談員がより活動しやすいように必要な相談員を確保するとともに、養成研修や現任研修による質の向上を図ります。

(3) 基本施策を評価する指標

指標	現状値	目標値
介護サービス相談員数	4人※	6人
派遣回数	29回※	44回

※令和4年度実績

(4) 施策を構成する事業・取組み

①介護サービス相談員派遣事業

【福祉介護課】

介護サービス相談員が介護保険施設を訪問し、サービス利用者などの話を聴き、利用者の疑問や不満、不安の解消、介護サービスの質的向上を図ることを目的に活動しています。

5 サービス事業者への支援、指導

(1) 現状及び課題

高齢者やその家族に対するサービスの質の向上に努めるため、事業者に対する支援及び指導に努めています。また、介護サービスの適切な給付のために、介護サービス事業者に対して、県と連携し、改善に向けての指導・支援をしています。

また、介護人材を確保・育成するための取り組みに加え、将来にわたって安定的な介護サービスの提供体制を確保していく観点から、介護従事者の負担軽減、職場環境の改善などの介護現場の生産性向上に取組む必要があります。

地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所の指定権限が町にあることから、町内事業所に対する適正な指定を行うとともに、施設の設備や備品などの衛生管理状況をはじめ、介護従事職員の配置基準、実際の生活の様子、契約書などの書類関係、ケアプランとの整合性、報酬関係などを運営指導により確認し、適正な運営が行われるように指導をしています。

さらに、水害・土砂災害を含む各種災害や新型コロナウイルス感染症などの感染症に対する十分な対策を講じる必要があります。

(2) 今後の方向性

介護サービス事業者に対しては、実地指導によって安全・安心なサービスの提供をはじめ、虐待防止に向けた取組みなどの指導や助言を行います。

また、災害については非常災害対策計画の策定を促すとともに、新型コロナウイルス感染症などの感染症についても運営指導などを通じて感染症予防に対する指導や助言を行います。

介護人材の確保についても情報収集に努め、必要に応じてその情報を提供します。中長期的な人材の確保や資質の向上に関しては、若者、潜在介護福祉士、元気高齢者の参入促進に加えて、外国人介護人材の確保及び定着に向けた介護福祉士の国家資格取得支援等の学習環境の整備、オンライン申請システムの活用、職場環境等の改善に向けた研修、介護ロボットやICTの活用等の重要性が高まっています。また、介護事業所におけるハラスメント等への対策を実施していくことも重要になります。

事業所の負担軽減の一環として、指定等の申請に必要な添付書類等の削減を検討します。

(3) 基本施策を評価する指標

指標	現状値	目標値
運営指導事業所数(年間)	4事業所※	4事業所

※令和4年度実績

(4) 施策を構成する事業・取組み

①運営指導実施事業

【福祉介護課】

介護サービス事業者に対して安全・安心なサービスの提供に努めるよう指導・監督とともに、施設サービス事業所に対しては、入所者の意志及び人格を尊重しながら自立を支援し、身体拘束など虐待防止に向けた取組みを徹底するよう、おおむね 3 年に 1 回指導します。

6 介護給付の適正化

(1) 現状及び課題

要支援・要介護認定の適正化では、適切かつ公平な要介護認定が行われるように、職員が認定審査にかかる資料を点検しています。

ケアマネジメントの適正化では、介護支援専門員が作成した居宅介護計画が個々の受給者が真に必要とするサービスの確保につながっているか、ケアプラン点検を実施し、その状態に適合したサービス提供となるように改善します。

サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化では、医療情報との突合や縦覧点検を行う必要があります。

(2) 今後の方向性

要支援・要介護認定にかかる審査資料の点検強化を継続し、認定の適正化に努めます。

居宅介護支援事業所においては、ケアプラン点検による適正なケアプラン並びに給付の適正化に向けた取組みの指導や助言を行います。

サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化では、医療情報との突合や縦覧点検を実施しています。

また、住宅改修や福祉用具の適正給付、ケアマネジメントにおいて、機能訓練の要素を取り入れていくとともに、理学療法士の確保に努めます。

(3) 基本施策を評価する指標

指標	現状値	目標値
ケアプラン点検実施事業所数	3事業所	3事業所

(4) 施策を構成する事業・取組み

①ケアプラン点検

【福祉介護課】

居宅介護支援事業者に対しては、利用者の状態に合った適正な介護計画となっているか、介護サービスの給付が適正化など、おおむね 2 年に 1 回程度助言や指導を行います。

②理学療法士などによる訪問指導事業

【福祉介護課】

住宅改修や福祉用具購入も含め、認定者の状態に適した給付が行われるように、月 2 回訪問による助言を行っています。また、訪問時はホームプログラム（自宅でトレーニングができるように作成したもの）も併せて助言し、介護予防・重症化予防の取組みも行っています。

資料編

I 開成町高齢者保健福祉事業運営協議会規則

平成12年7月10日規則第17号

改正

平成18年3月30日規則第11号

平成18年6月16日規則第18号

平成22年3月31日規則第7号

平成26年4月30日規則第6号

令和2年3月6日規則第19号

(目的)

第1条 この規則は、開成町介護保険条例（平成12年開成町条例第6号。以下「条例」という。）第4条に規定する開成町高齢者保健福祉事業運営協議会（以下「運営協議会」という。）に関し、必要な事項を定める。

(組織)

第2条 運営協議会は委員12人以内で組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる団体等の中から町長が委嘱する。

- (1) 社団法人足柄上医師会
- (2) 足柄歯科医師会
- (3) 町民生委員児童委員協議会
- (4) 町内在住の要介護者の家族
- (5) 町内居宅介護支援事業者
- (6) 被保険者の代表
- (7) 神奈川県小田原保健福祉事務所足柄上センター
- (8) 社会福祉法人開成町社会福祉協議会
- (9) 社団法人神奈川県社会福祉士会西湘支部
- (10) その他町長が認める者

(任期)

第3条 委員の任期は2年とする。ただし再任することができる。

2 補欠委員の任期は、前任者の在任期間とする。

(役員)

第4条 運営協議会に次の役員を置く。

- (1) 会長 1名
- (2) 副会長 1名

2 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

3 会長は会議を総理し、委員会を代表する。

4 副会長は会長を補佐し、会長に事故があったときはその職務を代理する。

(運営協議会の定数)

第5条 運営協議会は、委員の定数の半数以上の委員が出席しなければ開催することができない。

(分科会)

第6条 運営協議会は、条例第4条第1項各号に定める内容のうち、会長が特に指示する課題について検討するため、分科会を置くことができる。

2 分科会の委員は、運営協議会の出席委員の過半数の同意を得てこれを選任するものとする。

(庶務)

第7条 運営協議会及び分科会（以下「協議会等」という。）の庶務は、福祉介護課において処理する。

(委任)

第8条 この規則に定めるもののほか、協議会等の運営に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

(施行期日)

| この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、改正後の開成町高齢者保健福祉事業運営協議会規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

| この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、改正後の開成町高齢者保健福祉事業運営協議会規則の規定は、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この規則は、令和2年5月1日から施行する。

II 開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会設置要綱

改正 令和2年10月9日訓令第24号

(目的)

第1条 この要綱は、開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会の設置に関し、必要な事項を定める。

(設置)

第2条 介護保険法(平成9年法律第123号)第117条の規定に基づく介護保険事業計画及び老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8の規定に基づく高齢者保健福祉計画(以下「計画」という。)の改定のために必要な調査及び審議を行うため、開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事項)

第3条 委員会は、次に掲げる事項について審議を行う。

- (1) 高齢者等の現状把握及びサービス実施の現状の分析
- (2) 介護(予防)給付サービスの種類ごとの見込み及び見込量の確保の方策
- (3) サービス供給体制の整備
- (4) その他計画改訂等に関連して必要な事項

(組織)

第4条 委員会は委員12人以内で組織する。

2 委員は、次の各号に掲げる団体等の中から町長が委嘱する。

- (1) 社団法人足柄上医師会
- (2) 足柄歯科医師会
- (3) 町民生委員児童委員協議会
- (4) 町内在住の要介護者の家族
- (5) 町内居宅介護支援事業者
- (6) 被保険者の代表
- (7) 神奈川県小田原保健福祉事務所足柄上センター
- (8) 社会福祉法人開成町社会福祉協議会
- (9) 社団法人神奈川県社会福祉士会西湘支部
- (10) その他町長が認める者

(任期)

第5条 委員の任期は1年とする。ただし再任することができる。

2 補欠委員の任期は、前任者の在任期間とする。

(役員)

第6条 委員会に次の役員を置く。

(1) 会長 1名

(2) 副会長 1名

2 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

3 会長は会議を総理し、委員会を代表する。

4 副会長は会長を補佐し、会長に事故があったときはその職務を代理する。

(会議)

第7条 委員会の会議は、会長が招集する。

2 委員会は、委員の定数の半数以上の委員が出席しなければ開催することができない。

3 委員会は、審議のため、町職員又は町に委嘱を受けた者を出席させ説明を求めることができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、福祉介護課において処理する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則

1 この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

2 開成町介護保険事業計画策定委員会設置要綱は廃止する。

附 則

この訓令は、公表の日から施行し、改正後の開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会設置要綱の規定は、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この訓令は、公表の日から施行し、改正後の開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会設置要綱の規定は、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この訓令は、公表の日から施行し、改正後の開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会設置要綱の規定は、令和2年5月1日から適用する。

III 開成町高齢者保健福祉計画等策定委員会委員

連番	条文	選出区分	氏名
1	2項1号	社団法人足柄上医師会(推薦)	笠木 靖夫
2	2項2号	足柄歯科医師会(推薦)	小坂田 純一郎
3	2項3号	町民生委員・児童委員協議会(推薦)	高井 ひとみ
4	2項4号	町内在住の要介護者の家族(公募)	南里 文紀
5	2項5号	町内居宅介護支援事業者(3事業者の中から指名)	勝俣 晴英
6	2項6号	被保険者代表(老人クラブ連合会推薦)	佐藤 孝吉
7	同上	被保険者代表(公募)	西川 能治
8	同上	被保険者代表(公募)	岡本 元子
9	2項7号	県小田原保健福祉事務所 足柄上センター 保健福祉課長	志波 直子
10	2項8号	社会福祉法人 開成町社会福祉協議会	高橋 政幸
11	2項9号	公営社団法人 神奈川県 社会福祉士西湘支部(推薦)	岡本 淳子

IV SDGsについて

2015年9月の第70回国連総会において全会一致で採択された「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のための、2030年までの間に達成すべき17の国際目標で、持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals:SDGs)と呼ばれています。

開成町のSDGsへの取組み

町では第五次開成町総合計画後期基本計画において、SDGsの17のゴールから地域課題を見つめなおすことによって、開成町の持続可能なまちづくりや町民の満足度を高めるための戦略的なまちづくりを推進するとともに、様々な関係者とのパートナーシップにより、新たな公共サービスの創出や地域の課題解決を図ります。

SDGsはグローバルな課題解決に向けて世界的に取り組むものですが、それを達成するには一人ひとりの行動、さらには自治体レベルでの取組みが必要です。本計画の基本理念である「健やかにいきいきと自分らしく暮らせる生涯健康福祉のまちづくり」を実現する施策を推進することは、SDGsが定める17の目標のうち次の目標達成に貢献することになります。

目標(Goal)	自治体行政の果たし得る役割
3 すべての人に 健康と福祉を 	3. すべての人に健康と福祉を 住民の健康維持は自治体の福祉保健行政の根幹です。国民皆保険制度の運営も住民の健康維持に貢献しています。都市環境を良好に保つことが住民の健康状態の維持・改善に必要であるという研究も報告されています。
11 住み続けられる まちづくりを 	11. 住み続けられるまちづくりを 包摂的で、安全、レジリエントで持続可能なまちづくりを進めることは、首長や自治体行政職人にとって究極的な目標であり、存在理由そのものです。都市化が進む成果の中で自治体行政の果たし得る役割は益々大きくなっています。
16 平和と公正を すべての人に 	16. 平和と公正をすべての人に 平和で公正な社会を作るうえでも自治体は大きな責務を負っています。地域内の多くの市民の参加を促して参加型の行政を推進して暴力や犯罪を減らすのも自治体の役割といえます。
17 パートナーシップで 目標を達成しよう 	17. パートナーシップで目標を達成しよう 自治体は公的/民間セクター、市民、NGO/NPOなど多くの関係者を結びつけ、パートナーシップの推進を担う中核的な存在になり得ます。持続可能な世界を構築していく上で多様な主体の協力関係を築くことは極めて重要です。

開成町高齢者保健福祉計画
介護保険事業計画(第9期)

令和6年3月

編集:開成町 福祉介護課

〒258-8502 神奈川県足柄上郡開成町延沢 773 番地

TEL:0465-84-0316

FAX:0465-82-5234