

第9期 箱根町
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
(2024(令和6)年度～2026(令和8)年度)



令和6年3月
箱根町

ご あ い さ つ

わが国では、介護保険制度が平成12年度に創設されて、20年が経過し、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）が目前となっております。この年は、国の指針において地域包括ケアシステムの構築と実現の目途としていた節目の年にあたりますが、多様化するニーズへの対応や福祉の担い手の不足等、支援体制の確立には未だ多くの課題が残っています。

このような社会情勢の中、本町では、「高齢者が元気で安心して暮らしいきいきと活動できる社会」を長寿福祉社会像として掲げ、高齢者を取り巻く諸課題に対し、解決に向けた方策と目指す目標を定め、具体的な施策を展開するため『箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画《第9期：令和6年度から令和8年度》』を策定しました。

今回の計画では、第7期・第8期計画で整備を進めてきた支援体制の基盤を活用し、地域包括ケアシステムの一層の深化・推進を図るとともに、国の指針に基づき情報基盤の整備やデータの利活用を促進するための方向性を盛り込みました。併せて、本町が推進する「エイジフレンドリーシティ」の実現に向けた方策や、「認知症施策推進計画」として認知症の予防と共生に向けた取組を盛り込み、一体的に推進していくこととしております。

高齢者や介護を必要とされる方、そのご家族の方がさらに安心して生活を送ることができるよう、本計画に基づいた高齢者福祉の推進と効率的・効果的な介護保険事業の運営に努めてまいります。

結びに、本計画の策定にあたり、それぞれの専門分野や被保険者のお立場から貴重なご意見・ご提言をいただきました「箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会」の委員の皆さま、また貴重なご意見をお寄せくださいました町民・事業者等の皆さまに心からお礼申し上げます。

令和6年3月

箱根町長 勝俣 浩行

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の期間	2
3 計画の位置づけ	2
4 計画の策定体制について	3
5 第9期介護保険事業計画策定のポイント	4
第2章 高齢者を取り巻く箱根町の現状	6
1 高齢者の現状	6
2 アンケート結果からみられる状況	14
3 高齢者等の将来推計	20
4 主な課題（重点課題）	22
第3章 計画の基本的な考え方	24
1 計画の基本理念	24
2 計画の基本目標	25
3 日常生活圏域の設定	28
4 計画の体系	29
第4章 高齢者福祉の理念に基づく分野別施策（高齢者保健福祉計画）	30
1 健康づくりの推進	30
2 介護予防や重度化防止施策の推進	39
3 安心して暮らせる環境づくり	45
4 エイジフレンドリーシティの取組	56
第5章 介護保険サービスの事業量 及び事業費の見込み（介護保険事業計画）	58
1 介護保険サービスの推進	58
2 介護保険サービス提供見込量・保険給付費の推計	62
3 地域支援事業	86
4 介護保険料の見込み	103
第6章 計画の推進	107
1 計画の推進方策	107
2 目標指標の設定	110
資料編	113
1 箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会規則	113
2 箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会委員名簿	115
3 箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定の過程	116
4 用語説明	117

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

わが国における少子高齢化の進行は深刻な問題となっています。令和7年には団塊の世代のすべてが75歳以上の後期高齢者となり、令和22年（2040年）においては団塊ジュニア世代がすべて65歳以上の高齢者となるため、今後の社会保障制度における課題は「高齢者の急増」から「現役世代の急減・後期高齢者の急増」へと変化していくことが予想されます。これにより、労働力不足が深刻となり、社会保障財源を逼迫し、介護人材についても深刻な不足を招くと推測されるほか、地域経済や防災、公共交通、まちの賑わい等の様々な面に影響を与え、地域の活力を低下させる可能性があります。今後増加する高齢者の福祉・介護ニーズにどう対応していくか、また高齢者を支える支え手の減少をどのように解決していくかが今後の高齢者福祉において重要な課題となっているといえます。

このような中で本町では、箱根町における地域包括ケアシステムをさらに充実させ、高齢者が元気で安心して暮らし、いきいきと活動できる社会を実現するために、令和3年3月に令和5年度までを計画期間とする「第8期箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、高齢者福祉に関する様々な施策を展開してきました。しかし、国と同様に本町においても高齢者数の増加や支え手の減少は深刻な課題となっており、更なる連携と協働による高齢者福祉の推進が必要となっています。

この度、令和5年度で第8期計画の計画期間が終了すること、また、近年の福祉課題を踏まえ町民のニーズや社会情勢の変化に対応するため、地域包括ケアシステムの更なる深化、健やかで幸せないきいき高齢社会を実現するために新たな計画を策定します。

2 計画の期間

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定に基づく老人福祉計画と介護保険法第117条第1項の規定に基づく介護保険事業計画を一体のものとし、3年を1期として策定するものであり、第9期計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間です。

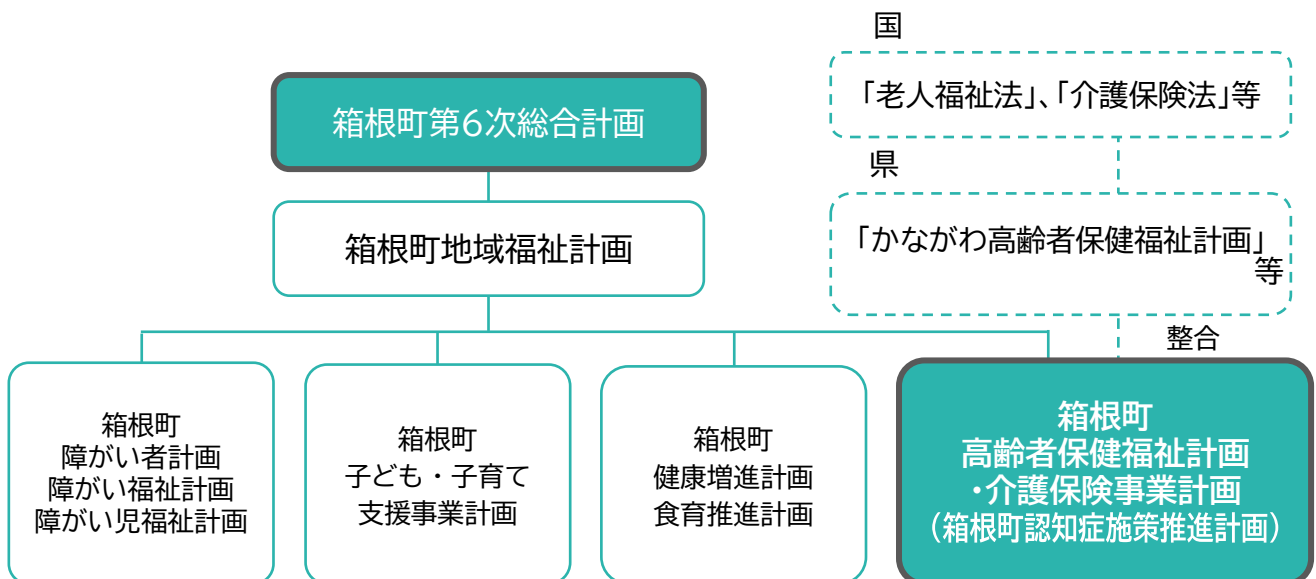
本計画では、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22(2040)年までの中長期的な視野に立ち、計画を推進していきますが、計画期間中において社会情勢の変化等が生じた場合は、必要に応じて見直しを行うこととします。

2021 令和3年度	2022 令和4年度	2023 令和5年度	2024 令和6年度	2025 令和7年度	2026 令和8年度	2027 令和9年度	2028 令和10年度	2029 令和11年度
第8期 高齢者保健福祉計画 第8期 介護保険事業計画			第9期 高齢者保健福祉計画 第9期 介護保険事業計画			第10期 高齢者保健福祉計画 第10期 介護保険事業計画		

3 計画の位置づけ

策定にあたっては第8期計画の基本的な考え方を継承し、継続性のある計画とするとともに、老人福祉事業と介護保険事業の円滑な運営を図るために、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」、さらに令和5年度から「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」において新たに、策定が努力義務化された「認知症施策推進計画」を一体的に策定・推進していきます。また、総合計画を上位計画とし、高齢者福祉に関係する「地域福祉計画」やその他の福祉に関連する計画と整合性を図りながら施策の方向性を検討しています。

【計画の位置付け】



4 計画の策定体制について

本計画を策定するにあたっては、国や県が示す指針等を踏まえて検討を重ねるとともに、現行計画の進捗状況の確認や住民のニーズ等の把握、高齢者福祉や介護保険に携わる関係者の意向等を収集するため、以下の取組を実施しています。

(1) アンケート調査の実施

計画を策定するにあたり、65歳以上の高齢者や在宅で介護を受けている方とその家族を対象とするアンケート調査を実施し、生活状況や、今後の生活と介護に関する意向・要望等を収集しました。

(2) 事業所ヒアリングの実施

令和5年夏から秋にかけて、介護保険サービスを提供する各事業者を対象とするアンケート調査を実施しました。介護人材の確保状況や運営における課題、外国人介護人材の受け入れ意向等について収集し、今後のサービスの持続可能性について検討するための基礎資料としています。

(3) 計画管理委員会による協議

本計画の策定にあたっては、要綱に基づいて設置された「箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会」において協議され、委員等の意見を反映して介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するものとして策定しています。

また、庁内関係課や保健・医療・福祉の関係機関等と連携を図って検討を実施したものとなっています。

(4) パブリックコメントの実施

町民の意見を計画に反映することを目的に、この計画の中間案を担当課の窓口や町のホームページ等で公表するパブリックコメントを実施し、広く町民の意見を募りました。（パブリックコメント期間：令和5年12月11日～令和6年1月17日）

5 第9期介護保険事業計画策定のポイント

(1) 課題

計画期間中の令和7年には、団塊の世代が全員、後期高齢者となります。また、令和22年には団塊ジュニア世代が高齢者となり、高齢者人口がピークを迎えると推計されています。その一方で、生産年齢人口は急減されると見込まれており、人材の不足がより深刻になると考えられています。

ただし、高齢化進行状況や介護サービス基盤の整備状況は地域によって異なるため、それぞれの市町村が今後のニーズを見込んだ上で介護サービス基盤の整備を計画的に行う必要があります。また、地域の状況に応じた地域包括ケアシステムの深化や介護人材の確保等を行うため、優先度の高いものから取り組めるよう、介護保険事業計画に定めることが重要です。

(2) 主な改正内容

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

- ・ 中長期的な人口や介護ニーズを見込み、地域の実情に応じた介護サービス基盤を計画的に整備します。既存施設・事業所等の活用も検討します。
- ・ 医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加に対応するため、医療と介護の連携を強化します。
- ・ サービス提供事業者等の関係者と、介護サービス基盤の在り方について議論します。

⇒ 本計画のサービス事業量推計（P58～）等に反映

(2) 在宅サービスの充実

- ・ 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、地域密着型サービスや通所介護事業所で訪問サービスを提供するといった複合的な在宅サービスの普及・整備に努めます。

⇒ 本計画の地域密着型サービス（P76～）等に反映

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

- ・地域の様々な主体が介護予防等の取組を実施できるよう、総合事業を充実します。
- ・地域包括支援センターの負担軽減を図るとともに、重層的支援体制整備事業による包括的な相談支援等を充実します。
- ・認知症についての啓発事業を推進し、認知症についての社会の理解を深めます。

⇒ 本計画の基本理念・基本目標（P24～）等に反映

(2) 介護事業所間等の連携を推進するためのデジタル技術を活用した医療・介護情報基盤の整備

- ・介護・医療に携わる地域の様々な主体が連携を図り高齢者虐待防止の一層の推進に努めます。
- ・介護サービスの質の確保という観点から、介護現場における事故の発生予防・再発防止等のリスクマネジメントを推進していきます。

⇒ 本計画の包括的支援事業（P93）等に反映

(3) 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取組を見直し、保険者の事務負担の軽減を図りながら、事業の重点化、内容の充実及び見える化により効果的・効率的に事業を実施します。

⇒ 本計画の介護保険運営の安定化（P111）に反映

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

- ・介護人材確保に向け、処遇改善や育成支援、職場環境の改善、外国人介護人材の活用等の取組を総合的に実施します。
- ・都道府県主導で、介護現場の生産性向上を目的とした様々な施策を行います。
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を進めます。

⇒ 本計画の推進方策（P107）に反映

第2章 高齢者を取り巻く箱根町の現状

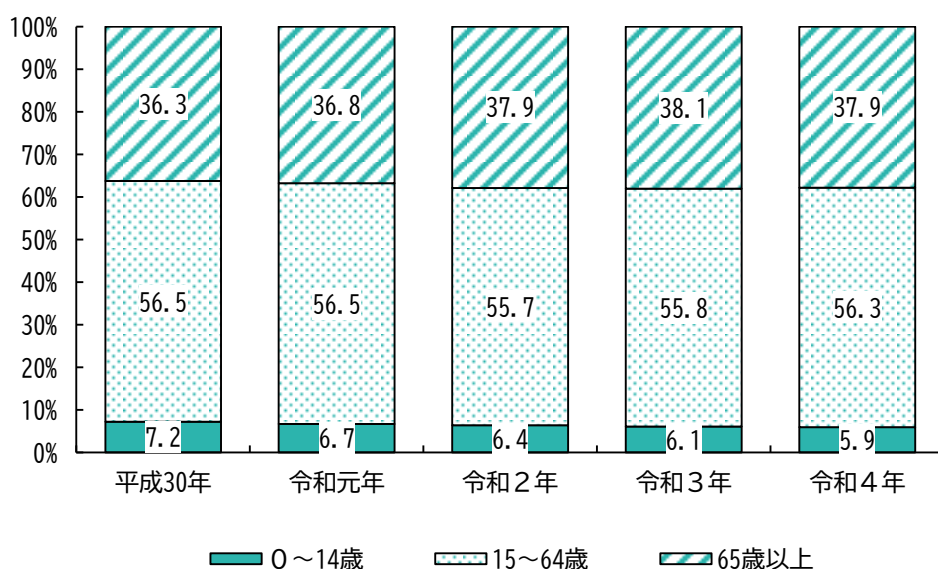
1 高齢者の現状

(1) 年齢3区分別人口の推移

本町の総人口は減少傾向にあり、令和4年には10,928人となり、平成30年からの4年間で827人減少しました。また、65歳以上人口は令和3年以降、減少に転じています。一方、75歳以上の後期高齢者人口は令和4年には2,255人となり、平成30年からの4年間で144人増加しました。

年齢3区分別の人口比率で見ると、年少人口（0～14歳）は減少傾向で、生産年齢人口（15～64歳）はおおむね横ばい、そして老年人口（65歳以上）は、37.9%まで増加しています。

< 年齢3区分別人口及び人口比率の推移 >



単位：人

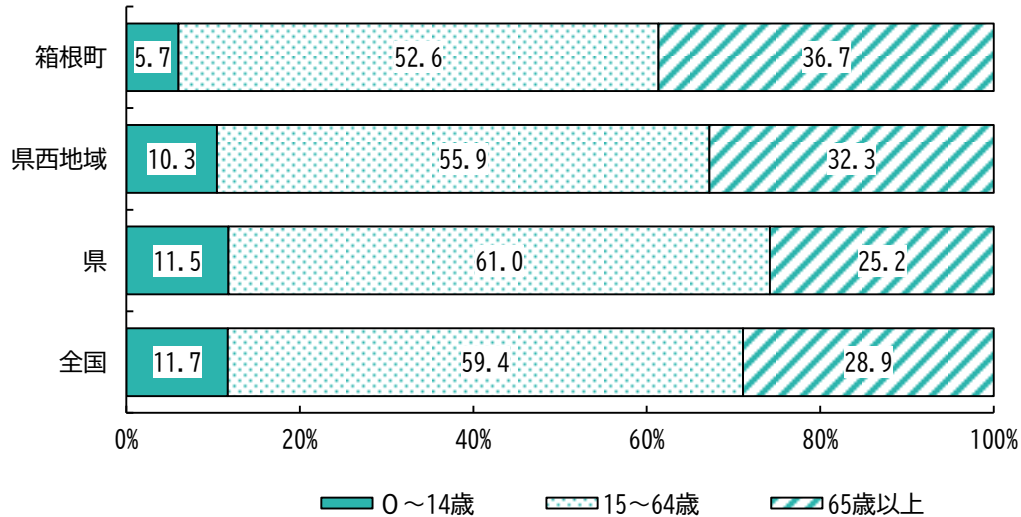
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
総人口	11,755 (100.0%)	11,535 (100.0%)	11,243 (100.0%)	11,124 (100.0%)	10,928 (100.0%)
0～14歳	847 (7.2%)	775 (6.7%)	720 (6.4%)	679 (6.1%)	640 (5.9%)
15～64歳	6,636 (56.5%)	6,513 (56.5%)	6,265 (55.7%)	6,208 (55.8%)	6,147 (56.3%)
65～74歳	2,161 (18.4%)	2,096 (18.2%)	2,068 (18.4%)	2,044 (18.4%)	1,886 (17.3%)
75歳以上	2,111 (18.0%)	2,151 (18.6%)	2,190 (19.5%)	2,193 (19.7%)	2,255 (20.6%)
65歳以上	4,272 (36.3%)	4,247 (36.8%)	4,258 (37.9%)	4,237 (38.1%)	4,141 (37.9%)

資料：住民基本台帳（各年9月末現在）

(2) 人口の比率（年齢3区分別）

令和4年1月1日時点の年齢3区分別人口比率を比較すると、本町の年少人口（0～14歳）比率は5.7%と、全国や県を大きく下回る水準で、県西地域で最も低い一方、老年人口（65歳以上）比率は36.7%と、全国や県を大きく上回り、県西地域では真鶴町や湯河原町、山北町に次ぐ水準となっています。

< 年齢3区分別人口比率の比較 >



単位：%

	0～14歳	15～64歳	65歳以上
小田原市	10.7	57.4	30.2
南足柄市	10.6	55.0	33.4
中井町	8.8	51.3	36.4
大井町	11.5	58.7	29.1
松田町	9.3	55.0	34.5
山北町	8.3	50.6	40.8
開成町	14.6	59.0	26.1
箱根町	5.7	52.6	36.7
真鶴町	6.6	49.0	44.4
湯河原町	7.1	48.7	43.2
県西地域	10.3	55.9	32.3
県	11.5	61.0	25.2
全国	11.7	59.4	28.9

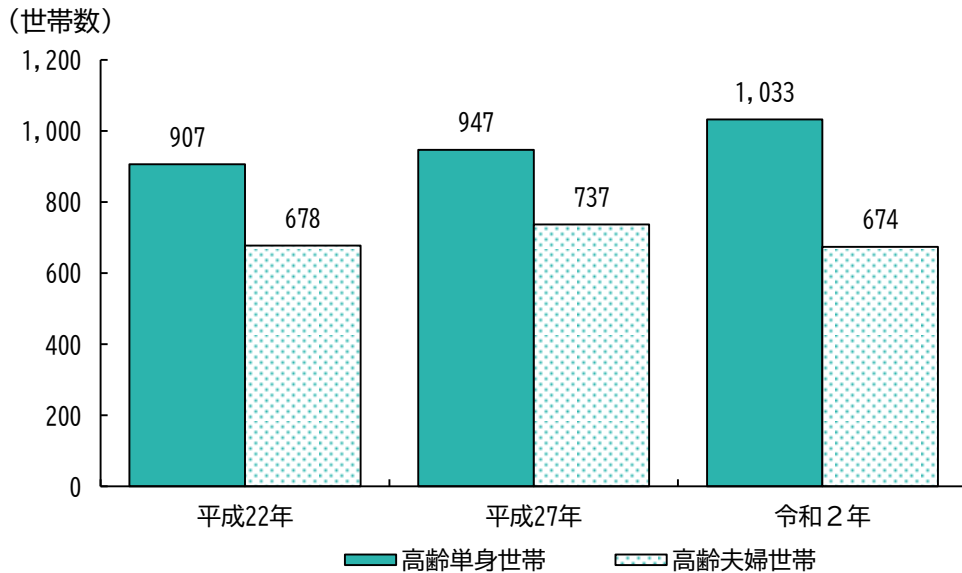
資料：神奈川県年齢別人口統計調査結果（令和4年1月1日時点）、
全国の人口は総務省統計局「人口推計月報（令和4年1月1日現在確定値）」

(3) 世帯数の推移

世帯数の推移をみると、令和2年国勢調査では、一般世帯6,348世帯に対して、65歳以上の高齢者のいる世帯は2,629世帯（41.4%）となっています。高齢単身世帯は1,033世帯（16.3%）となっており、神奈川県と比べて高い結果となっています。

一般世帯数に対する高齢夫婦世帯・高齢単身世帯の割合は年々増加傾向にあり、特に高齢単身世帯の増加が目立ちます。

< 各高齢者世帯数の推移 >



単位：世帯

	平成22年 【箱根町】	平成27年 【箱根町】	令和2年 【箱根町】	令和2年 【県】
一般世帯数	7,257 (100.0%)	6,077 (100.0%)	6,348 (100.0%)	4,210,122 (100.0%)
65歳以上の高齢者のいる世帯	2,593 (35.7%)	2,640 (43.4%)	2,629 (41.4%)	1,497,424 (35.6%)
高齢単身世帯	907 (12.5%)	947 (15.6%)	1,033 (16.3%)	459,724 (10.9%)
高齢夫婦世帯	678 (9.3%)	737 (12.1%)	674 (10.6%)	460,516 (10.9%)
その他の同居世帯	1,008 (13.9%)	956 (15.7%)	922 (14.5%)	577,184 (13.7%)

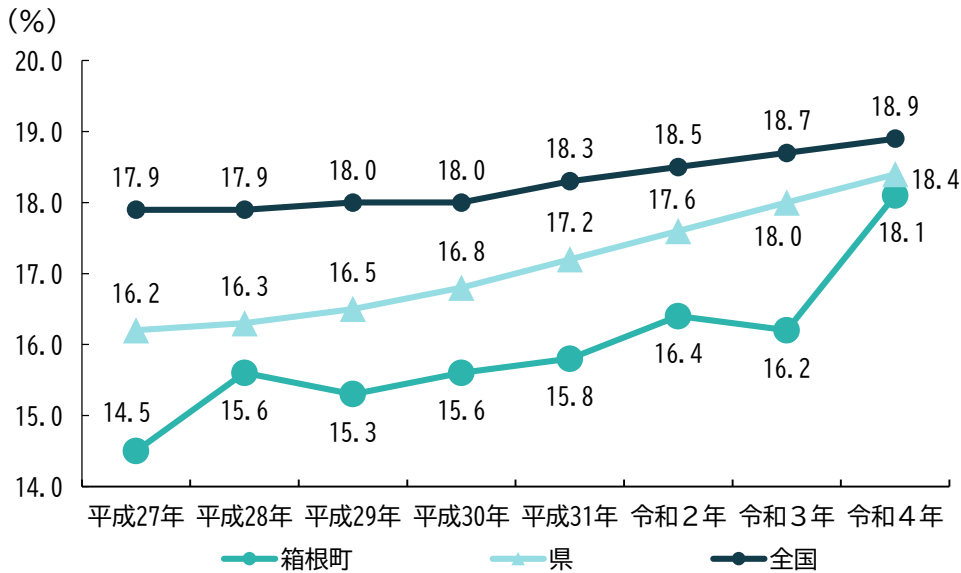
資料：国勢調査

(4) 要支援・要介護認定率

介護保険の要支援・要介護認定者数は、令和4年3月時点で755人となっており、おおむね増加傾向で推移しています。特に、要支援1・2の要支援者の伸びが大きい状況です。

また、要支援・要介護認定率（認定者数／65歳以上人口）は、令和4年3月時点で18.1%となっており、全国や県の水準は下回るものの、おおむね増加傾向で推移しています。

< 要支援・要介護認定率の比較 >



単位：人

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年
要支援1	65	94	79	74	91	77	71	99
要支援2	77	71	64	64	70	78	87	92
小計	142	165	143	138	161	155	158	191
要介護1	117	126	120	129	135	152	154	167
要介護2	106	112	121	118	127	107	109	135
小計	223	238	241	247	262	259	263	302
要介護3	92	102	98	116	95	113	111	98
要介護4	81	88	100	99	94	98	88	94
要介護5	74	70	71	67	60	66	63	70
小計	247	260	269	282	249	277	262	262
合計	612	663	653	667	672	691	683	755

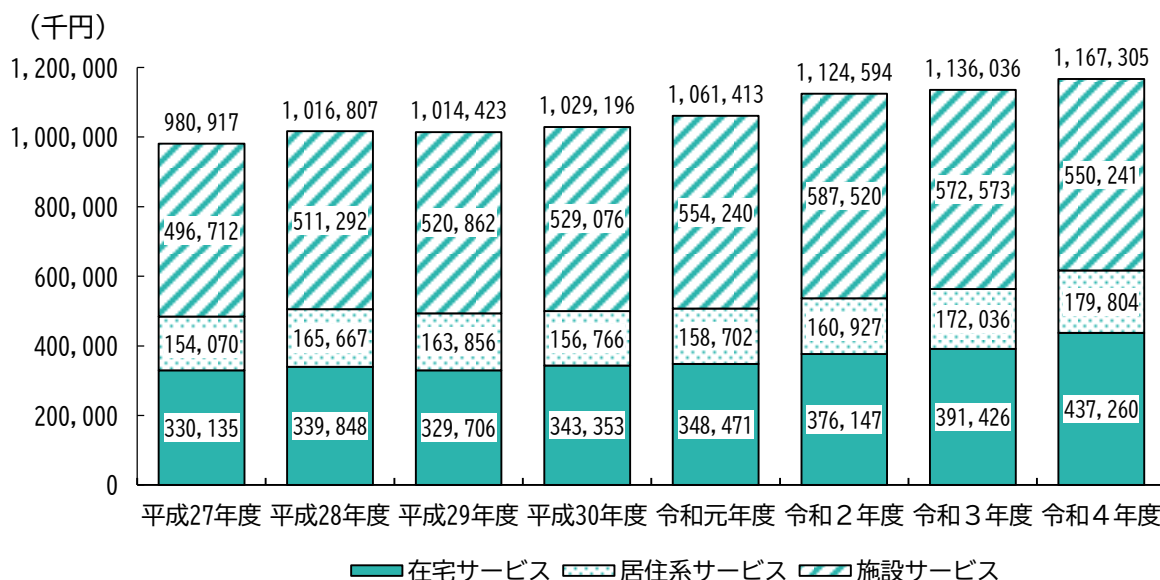
資料：介護保険事業状況報告月報（各年3月末現在）、介護保険事業状況報告（暫定）

(5) 介護保険給付費の構造

本町の介護保険給付費は、令和4年度実績で1,200,000千円近くまで増加しています。給付の内訳は、施設サービスが給付全体の47.1%、在宅サービスが37.5%、居住系サービスが15.4%となっており、施設サービスの比率が高い状況です。

第1号被保険者1人1月あたりの費用額は、令和4年度実績で約25,000円であり、令和2年度からの3年間はほぼ横ばいで推移しています。

< 介護保険給付費の推移 >



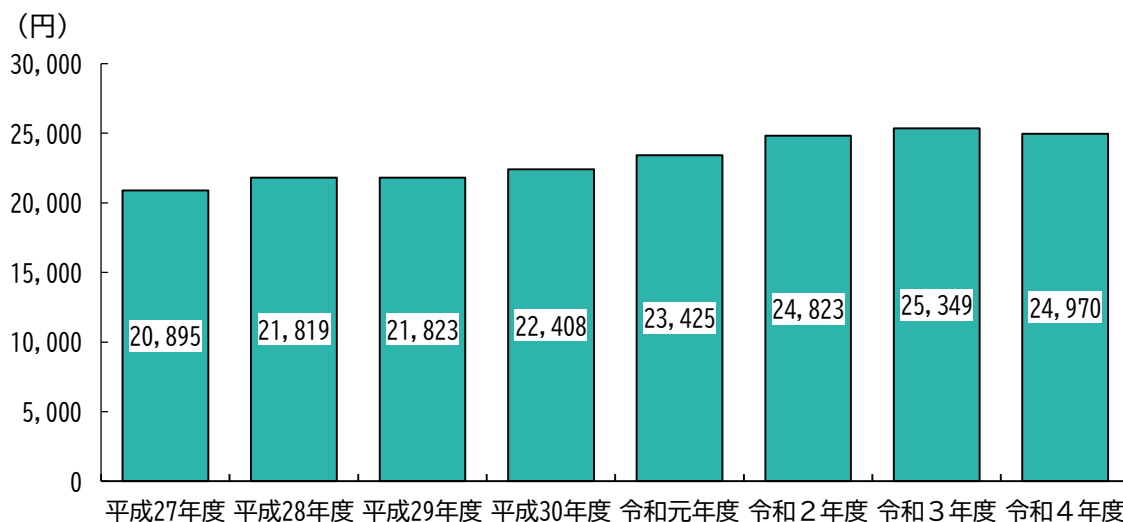
資料：介護保険事業状況報告年報（令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

※施設サービス…介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

※居住系サービス…「グループホーム」、「軽費・有料老人ホーム」などの施設サービス以外の施設サービス

※在宅サービス…訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、福祉用具など

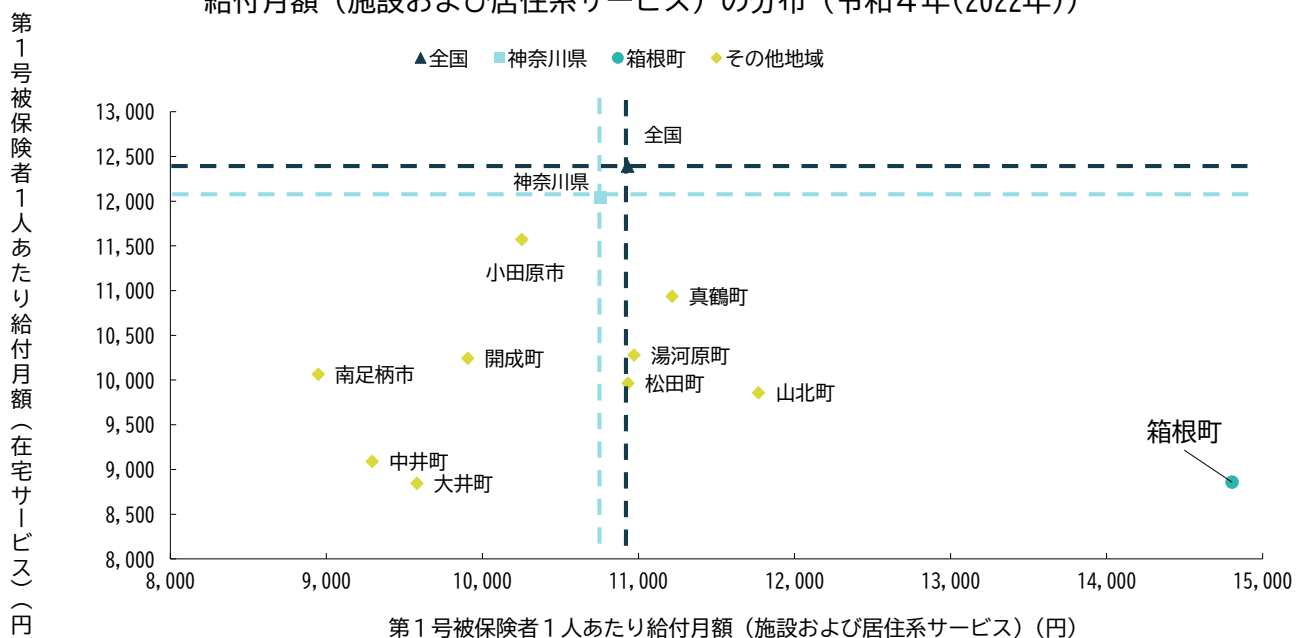
< 第1号被保険者1人1月あたり費用額の推移 >



資料：介護保険事業状況報告

第1号被保険者1人あたりの給付月額について、在宅サービスと施設及び居住系サービスの関係を全国平均と神奈川県、県西地域の他市町と比較したところ、本町は、在宅サービスの給付額が小さく、施設及び居住系サービス給付月額が大きい傾向が顕著です。

第1号被保険者1人あたり給付月額（在宅サービス）と第1号被保険者1人あたり給付月額（施設および居住系サービス）の分布（令和4年(2022年)）



（時点）令和4年(2022年)

（縦軸の出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

（横軸の出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(6) 高齢者の関連団体

① ボランティア団体

ボランティア団体数は、10団体となっています。

ボランティア登録人数は、令和5年度は73人となっており、増加傾向にあります。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
ボランティア団体数(団体)	10	10	10	10	10
ボランティア登録人数(人)	67	67	71	72	73

資料：箱根町社会福祉協議会事務局

② シルバー人材センター関連

登録人数は、136人となっており、おおむね横ばいで推移しています。

受託事業収入は、令和5年度は54,659千円となっており、過去5年間は50,000～60,000千円で推移しています。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
登録人数(人)	120	126	136	136	136
受託事業収入(千円)	55,474	51,132	56,764	57,456	54,659

資料：箱根町シルバー人材センター事務局

③ 老人クラブ加入者数

加入者数は、369人となっており、減少傾向がみられます。

クラブ数は、令和5年度は、11クラブとなっており、減少傾向にあります。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
加入者数(人)	593	534	493	395	369
クラブ数(団体)	14	13	13	11	11

資料：箱根町老人クラブ連合会事務局

④老人クラブ連合会事業の概要（令和4年度）

老人クラブ連合会は、各地域にある単位老人クラブで構成され、県老人クラブ連合会や近隣市町の老人クラブと連携し、様々な事業を展開しています。

事業名	内容等	時期	参加者数(人)
町老人クラブ連合会総会	新旧年度予算・決算報告等を実施	4月	19
グラウンドゴルフ交流会	町内の老人クラブの健康増進と親睦を図るため、グラウンドゴルフを開催	5月	中止
西湘ブロック交流会グラウンドゴルフ大会	小田原市・真鶴町・湯河原町の老人クラブ連合会との交流と親睦を図る大会	6月	15
中井町老人クラブとのグラウンドゴルフ交流会	グラウンドゴルフを通じ、中井町の老人クラブとの交流	7月	中止
ゆめクラブ大学	西湘ブロック老人クラブ連合会主催健康づくり講座受講	8月	9
町老人クラブ連合会研修	群馬県伊香保方面等視察	10月	22
県西ブロック老連研修会	高齢者訪問支援推進員研修会参加	12月	11
新年会	老人クラブ連合会役員新年会開催	1月	15
県西ブロック老連研修会	リーダー研修会参加	2月	7
役員会	毎月1回老人クラブ連合会役員会を開催	毎月	各11

資料：箱根町老人クラブ連合会事務局

⑤生涯学習・生きがい対策関連・スポーツ・レクリエーション等（令和4年度）

高齢者向けの生涯学習・生きがい対策・スポーツ・レクリエーションなどは、次の内容で実施しています。

事業名	内容等	時期	参加人数(人)
やまなみ趣味の教室	書道・絵手紙教室・レジンクラフト教室	通年 (各1・2回/月)	各10
はつらつスポーツ大会	ニュースポーツの実施	6月	中止
やまなみ文化作品展	手芸・短歌・書道などの作品を展示する	6月～7月	61
グラウンドゴルフ大会	グラウンドゴルフにより健康増進と親睦を図る	10月	57
老人大学	座学を実施	3月	29
やまなみ芸能大会	歌謡・民謡・詩吟・舞踊等の芸能を披露する	3月	中止

資料：福祉課

2 アンケート結果からみられる状況

(1) 調査概要

「第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」策定のため、箱根町にお住まいの65歳以上の町民を対象に高齢者の暮らしや健康の状況をお聞きし、地域の現状や課題等を把握し、基礎資料とすることを目的として実施しました。

●調査対象

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護保険・日常生活支援総合事業対象者のうち、一般高齢者及び要支援認定者(要支援1・2)を対象としています。

2 在宅介護実態調査

在宅で生活している要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請に伴う認定調査を受ける(受けた)方を対象として調査しています。

したがって、例えば、要支援・要介護認定を受けていない方や、施設等に入所・入居している方は調査の対象としていません。

●調査方法 郵送法(郵送による配布・回収)

●調査期間 令和5年6月14日～6月28日

●回収状況

種類	配布数	有効回収数	有効回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,000人 (無作為抽出)	671人	67.1% (前回72.5%)
在宅介護実態調査	300人 (無作為抽出)	181人	60.3% (前回64.3%)

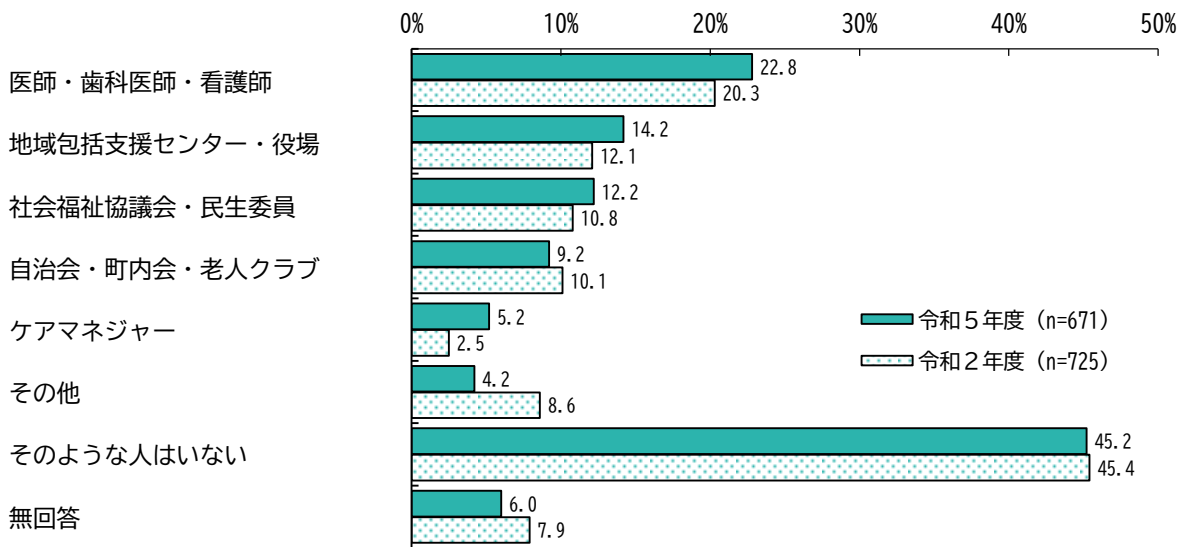
※有効回収票数は白票などの無効票を除いた数

※アンケート調査結果を見る際の注意事項※

- (1) 「n」は各設問の回答者数を表しています。
- (2) 回答結果の割合「%」は、「n」を基数として算出し、それぞれの割合を小数点以下第2位で四捨五入しています。そのため、単数回答(複数の選択肢から1つの選択肢を選ぶ方式)の設問であっても、合計値が100%にならない場合があります。
- (3) 一部のグラフにおいて、回答者がいない項目は数値の掲載を省略しています。
- (4) 複数回答(複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式)の設問の場合、回答結果の割合の合計値が100%を超えることがあります。
- (5) 紙面の都合上、グラフにおいて選択肢を省略して掲載している場合があります。

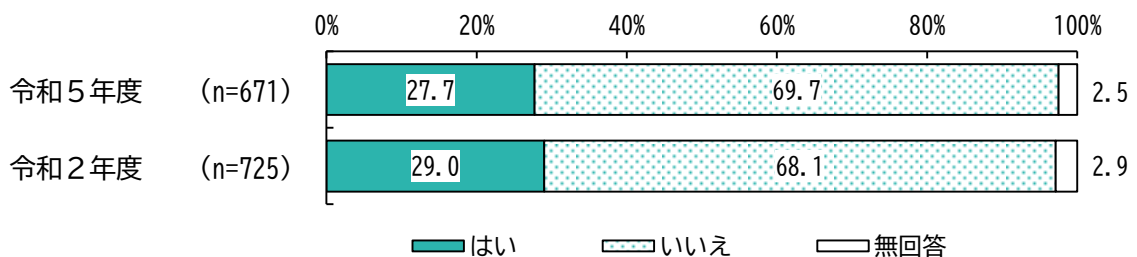
(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

①家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手（〇はいくつでも）



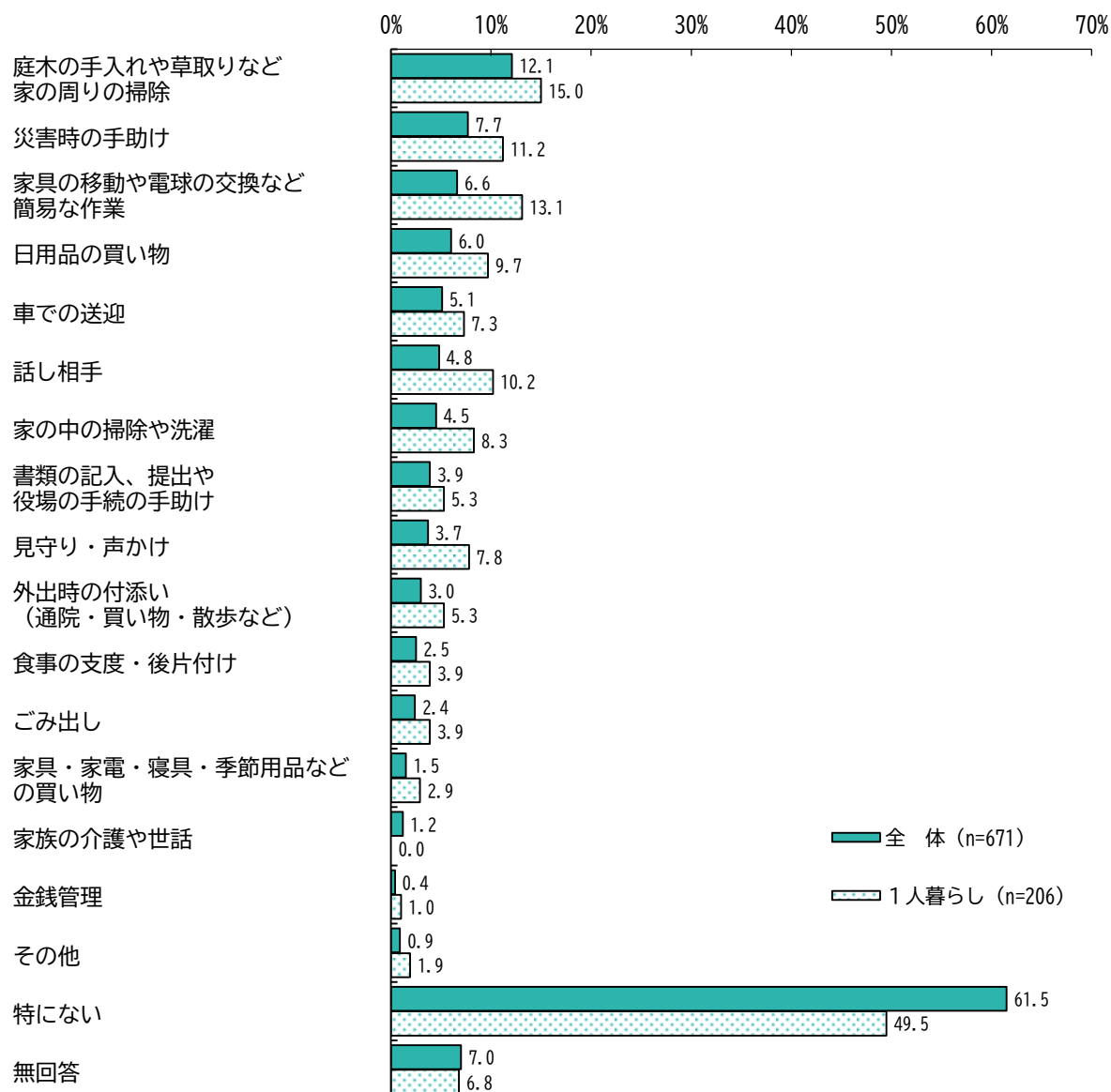
前回調査同様に「そのような人はいない」が45.2%と最も多いことから、家族や友人・知人以外の相談相手がない人の割合が増加していることに着目し、高齢者が孤立しないように地域生活の支援を充実させていきます。

②認知症に関する相談窓口の認知（〇はひとつ）



「はい（知っている）」が27.7%と依然として3割程度に留まっていることから、認知症の相談窓口や認知症に関する知識等の一層の周知を図る必要があるため、認知症総合支援事業のより一層の推進を図ります。

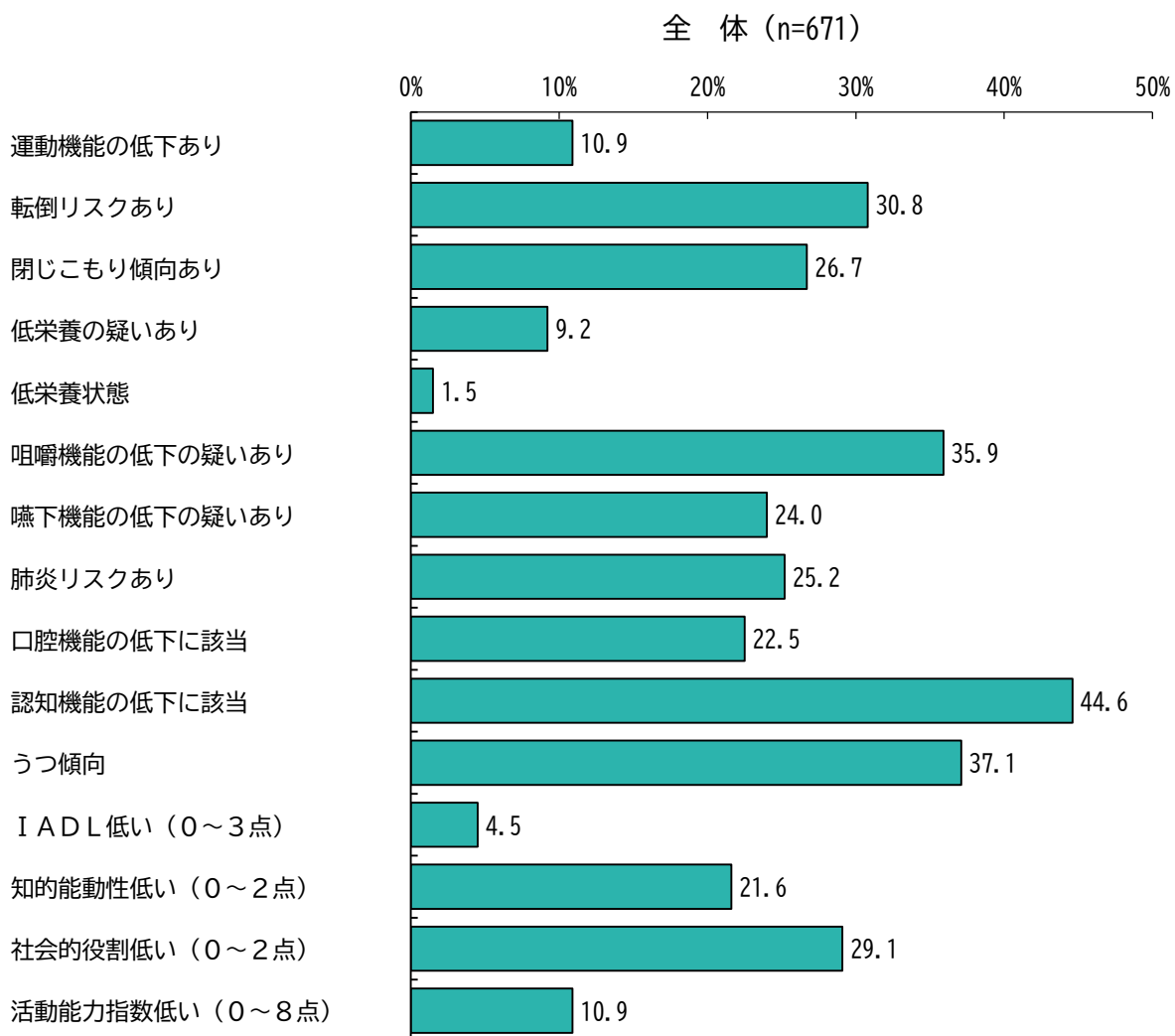
③日常生活で困っているため、誰かに手伝ってほしい又はしてほしいこと（〇はいくつでも）



「庭木の手入れや草取りなど家の周りの掃除」12.1%と最も多く、次いで「災害時の手助け」7.7%、「家具の移動や電球の交換など簡易な作業」6.6%などとなっています。また、「特にない」61.5%となっており、高齢者が人に頼らない傾向が顕著に表れています。

今後は、シルバー人材センターの活用や生活支援ボランティアの育成を喫緊の課題と考え、生活支援コーディネーターを中心に生活支援サービスの充実を目指します。

④生活機能評価及び老研式活動能力指標による評価結果

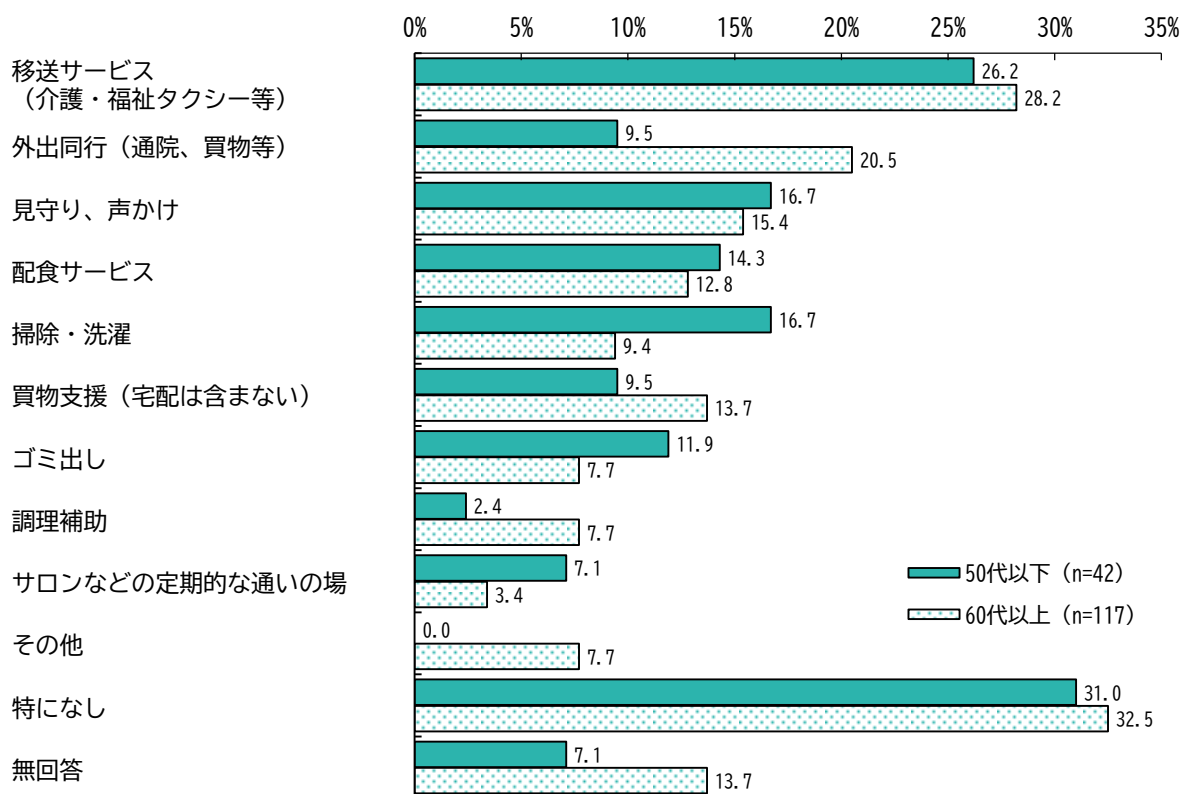


生活機能評価等の結果、「認知機能の低下に該当」、「うつ傾向」、「咀嚼機能の低下の疑いあり」、「転倒リスクあり」に3割以上の方が該当しています。

引き続き、こうした傾向の改善につながる予防事業や対策を強化・推進していきます。

(3) 在宅介護実態調査

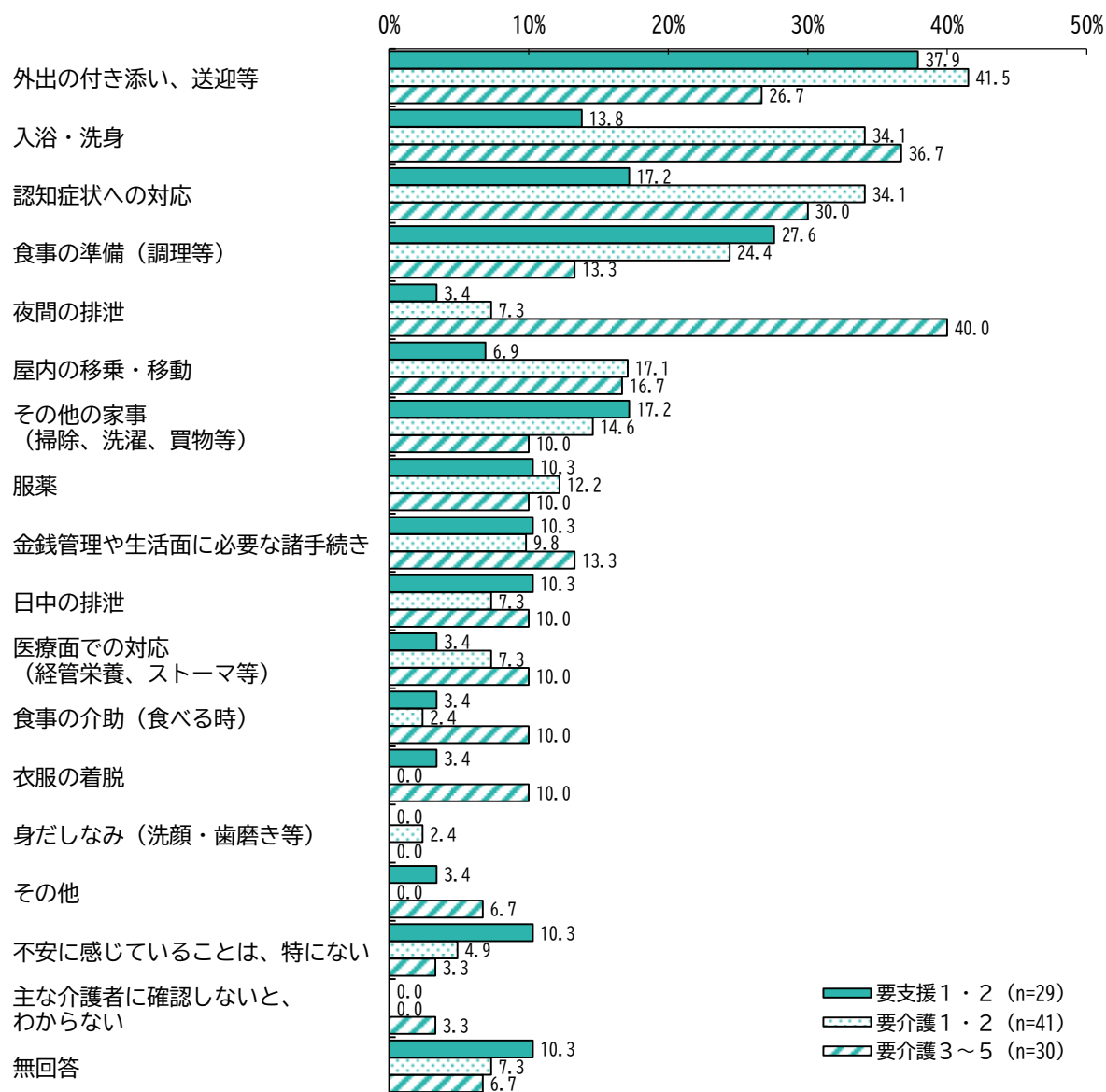
①今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（〇はいくつでも）



主な介護者の年齢に関わらず「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が比較的高く、主な介護者が60代以上の場合は「外出同行（通院、買物等）」も同様に高い傾向があります。

こうした移動支援や外出支援のニーズが高い傾向にあることから、新たな支援策等の導入を検討していきます。

②主な介護者が不安に感じる介護等（〇は3つまで）



要支援1・2と要介護1・2の場合は「外出の付き添い、送迎等」、要介護3～5の場合は「夜間の排泄」が最も多くなっています。

引き続き、外出支援、在宅生活の継続に必要な支援の充実を図ります。

3 高齢者等の将来推計

(1) 第9期計画期間の第1号被保険者数等

人口の推計をみると、総人口は減少傾向にあり、令和8年には10,417人になると推計されています。一方で、75歳以上の人口は2,497人と増加傾向になっており、約4人に1人が75歳以上の高齢者になると推計されています。

< 被保険者数等の実績と推計 >

単位：人

	実績			推計		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
総人口	11,124	10,928	10,917	10,764	10,587	10,417
第2号被保険者 (40～64歳)	3,365 30.2%	3,286 30.1%	3,145 28.8%	3,054 28.2%	2,968 28.0%	2,906 27.9%
第1号被保険者 (65歳以上)	4,237 38.1%	4,141 37.9%	4,167 38.2%	4,134 38.4%	4,071 38.5%	4,024 38.6%
65～74歳	2,044 18.4%	1,886 17.3%	1,818 16.7%	1,716 15.9%	1,596 15.1%	1,527 14.7%
75歳以上	2,193 19.7%	2,255 20.6%	2,349 21.5%	2,418 22.5%	2,475 23.4%	2,497 24.0%

資料：総人口の令和3～5年は住民基本台帳人口（令和3～4年9月末日、令和5年8月末日）、推計は住民基本台帳人口を基にコーホート変化率を用いて算出

(2) 第9期計画期間の要支援・要介護認定者数の推計

認定者数の推計をみると、令和8年の認定者数は771人になっており、増加傾向で推移すると推計されています。認定率についても同様の傾向で、令和8年には19.2%になると推計されています。

< 要支援・要介護認定者数の実績と推計（介護度別） >

単位：人

	実績			推計		
	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年
要支援1	87	95	78	77	80	81
要支援2	90	85	97	96	95	96
小計	177	180	175	173	175	177
要介護1	161	177	178	179	180	181
要介護2	125	126	126	126	127	127
小計	286	303	304	305	307	308
要介護3	104	103	116	118	120	121
要介護4	82	103	91	91	90	91
要介護5	69	71	75	75	74	74
小計	255	277	282	284	284	286
合計	718	760	761	762	766	771
認定率	16.9%	18.4%	18.3%	18.4%	18.8%	19.2%

資料：実績は介護保険事業状況報告（各年9月末日）、推計は地域包括ケア「見える化」システムによる推計
※数字は、第2号被保険者の認定者を含む

(3) 令和7年(2025年)、令和22年(2040年)のまちの姿

本町の総人口は、国の推計によると、令和7年には1万人近くまで減少し、令和12年には1万人を下回っているものと予測されています。

第1号被保険者(65歳以上)の人数は、今後も減少傾向と予測されており、令和7年には4千人近くまで推移している見通しです。

一方、75歳以上人口の割合は、令和12年までは増加傾向で、令和12年には4人に1人が後期高齢者というまちの姿となり、ひとり暮らしの人や認知症高齢者の割合が高まり、令和12年の要支援・要介護認定率は20%近くまで上昇することが予測されています。

なお、令和7年以降は、75歳以上人口も減少する見通しです。

< 高齢者等の人口推計 >

単位：人

	実績	推計		
	令和5年	令和7年	令和12年	令和22年
総人口	10,917	10,587	9,674	8,544
第2号被保険者(40~64歳)	3,145 28.8%	2,968 28.0%	2,660 27.5%	2,502 29.3%
第1号被保険者(65歳以上)	4,167 38.2%	4,071 38.5%	3,743 38.7%	2,967 34.7%
65~74歳	1,818 16.7%	1,596 15.1%	1,308 13.5%	1,125 13.2%
75歳以上	2,349 21.5%	2,475 23.4%	2,435 25.2%	1,842 21.6%

資料：実績は住民基本台帳人口(令和5年8月末日)、推計は住民基本台帳人口を基にコーホート変化率を用いて算出

< 要支援・要介護認定者数の推移(介護度別) >

単位：人

	実績	推計		
	令和5年	令和7年	令和12年	令和22年
要支援1	78	80	78	60
要支援2	97	95	90	72
小計	175	175	168	132
要介護1	178	180	175	135
要介護2	126	127	122	96
小計	304	307	297	231
要介護3	116	120	115	90
要介護4	91	90	87	70
要介護5	75	74	71	57
小計	282	284	273	217
合計	761	766	738	580
認定率	18.3%	18.8%	19.7%	19.5%

資料：実績は介護保険事業状況報告(各年9月末日)、推計は地域包括ケア「見える化」システムによる推計

※数字は、第2号被保険者の認定者を含む

4 主な課題（重点課題）

本町を取り巻く社会環境の変化や、介護保険制度の改正、国や県の方針を踏まえ、次の5つの課題に重点的に取り組んでいくこととします。

課題1 地域包括ケアシステムの深化・推進（地域共生社会の実現）

本町では、高齢者が疾病を抱え介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しています。第9期計画期間中には体制構築の目途とされていた、いわゆる団塊世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を迎えることとなりますが、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援に向けた体制整備のためには、サービス提供体制の拡充を含む様々な面で町の実情に応じた深化が求められます。

また、地域包括ケアシステムのより広義な地域像である「地域共生社会」の実現のためには、介護の分野に限定せず、介護者の負担軽減や生活困窮等と絡み合った複雑化・複合化した生活課題への対応も求められます。子育て支援や障がい福祉等の分野の垣根を超えて連携を図り、総合的な相談支援や包括的な支援体制の強化に努めることが重要です。

課題2 認知症施策の推進

高齢化の進行に伴い認知症高齢者の割合も増加傾向にあります。国の推計では令和7年時点で高齢者の5人に1人が、令和22年には4人に1人が認知症を抱えている状況が見込まれており、認知症サポーターやチームオレンジによる地域での「共生」を目指すための取組や通いの場を拡充することにより発症の「予防」や進行を遅らせるための取組は今後も重要になります。

近年では認知症の症状への理解が広まるにつれて、介護従事者の不安も増加傾向にありますが、本町では認知症に関する相談窓口の認知度が3割未満で横ばいに推移しています。また、国や県と比較して高齢独居世帯が多い地域特性も影響し、認知症高齢者の症状も重度の割合が高くなっている等、課題も多くみられるため、在宅生活の継続に向けた必要な支援と併せて、生きがいの創出や健康づくりに向けた取組も重要となります。

課題3 介護予防・重度化防止と健康づくり施策の充実・推進

高齢化の進行や将来的な現役世代の減少を見据えて、国は介護保険制度をはじめとする社会保障の持続可能性を確保するため、健康寿命の延伸を重点目標に位置づけています。高齢者が自立した生活を継続するとともに、地域で役割を担い、いきいきと暮らしていくためには町民が主体的に地域活動に参加し、健康づくりや介護予防に取り組むことが重要です。

本町では観光業が基幹産業として位置づけられている地域特性もあり、年齢を問わず働き続ける高齢者も多く、また地域ではボランティア活動、スポーツ活動、趣味・学習、老人クラブ等様々な活動を展開しています。コロナ禍においては観光業・地域活動ともに縮小傾向にありましたが、今後の再始動に合わせて、就労や社会参加を後押しし、生きがいの創出や地域の働き手・担い手の確保に努める必要があります。

課題4 高齢者の権利擁護の推進

独居高齢者の増加に伴い、高齢者を狙った犯罪は近年増加傾向にあります。また、介護の現場においては高齢者に対する虐待が問題となっており、早期発見・早期対応とともに、未然の防止策の充実も重要視されています。

本町では独居高齢者が多く在住しているため、認知症施策を含む見守り体制の強化や、成年後見制度の利用促進等を推進してきました。また、近年では、独居高齢者が自身の健康や生活に関心を払わなくなる「セルフ・ネグレクト」が問題となっています。このような生活課題を抱える人の早期発見と必要な支援につなげるために必要な啓発に取り組むとともに、成年後見制度や日常生活自立支援事業を通じて、自己決定権の尊重や本人の保護といった権利擁護を推進していくことが重要です。

課題5 サービスの地域的偏在への対策と人材の確保

介護サービスは民間の事業所等を中心に様々な主体によって提供されていますが、本町では地理的特性も影響し、在宅介護サービスの供給量が少なくなっています。町民の個々のニーズにきめ細かく対応するためには、隣接地内の事業所や代替サービスを活用しサービスの需要と供給のバランスをとることが重要となります。

また今後、生産年齢人口が急減し85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれる中で、地域包括ケアシステムの深化・推進とともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させることによる、介護保険制度の持続可能性の確保を目指して施策を展開していくことが重要になります。本町では既に一部の事業所で外国人介護人材の採用・受入れを始めており、ベトナム・インドネシア・ネパール等多国籍の人材により介護の現場が維持されています。今後はこうした人材の育成や生活の支援を視野に入れるとともに、ICTの活用等を推進することや、近隣市町や県と協議の上、介護の経営の協働化・大規模化により人材や資源を有効活用する方策も検討していく必要があります。

第3章 計画の基本的な考え方

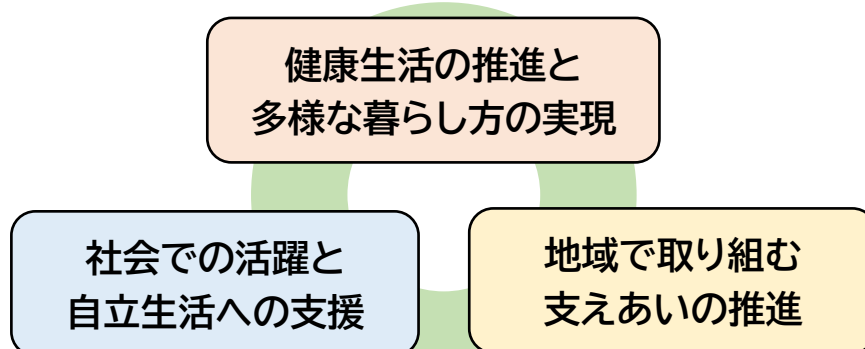
1 計画の基本理念

国際観光地である本町では、基幹産業である観光業に従事している高齢者も多く、また、豊かな自然や温泉を求めて訪れる高齢者も多くいます。人生100年時代において、町民がいつまでも健康で生きがいを持って暮らしていけるよう、また、介護が必要な状態になっても、人権が尊重され、一人ひとりの状態や環境に応じた適切なサービスが提供され、要介護者の自立を支援していくことができる環境づくりを進めます。

本計画では、「箱根町第6次総合計画」で目標として掲げられている「皆が支えあう、誰もが元気なまちづくり」における高齢者福祉の充実に向けて、本町の目指す長寿社会の姿である「高齢者が元気で安心して暮らし、いきいきと活動できる社会」の実現を基本理念とし、これからの高齢者福祉における町民・地域・行政の共通の目標とします。

～高齢者が元気で安心して暮らし、いきいきと活動できる社会～

本計画では、第8期計画で設定した基本理念を踏襲しつつ、行政や関係機関、サービス提供事業者だけではなく、町民一人ひとりが積極的な社会参加を通じて、町民・地域・行政・民間事業者等が担うべき役割を認識し、協働することで、箱根町にふさわしい長寿社会、地域共生社会の実現に努めます。



2 計画の基本目標

基本目標1 地域包括ケアシステムの充実と地域共生社会の実現

本町では、誰もが生涯にわたって住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」の構築を推進しており、間近に迫る令和7年（2025年）、将来的な課題とされる令和22年（2040年）に向けて、更なる効果的な取組が必要となります。

地域の担い手の育成や関係団体との連携による支援体制の強化を図るため、「（1）生活支援体制の充実」、「（2）保健・医療・介護の連携」、「（3）認知症施策の推進」、「（4）地域共生社会に向けた仕組みづくり」を重点事項として、引き続き施策の充実に努めます。

（1）生活支援体制の充実

地域で支援を必要としている人の様々なニーズに対応するためには、同じ地域で生活する人同士で、きめ細かな支援が可能な体制を構築していく必要があります。

地域住民が主体となって実施する生活支援サービスの充実と地域住民同士のつながりの再構築を図ります。

（2）保健・医療・介護の連携

在宅介護を希望する割合は全国的に増加傾向にあり、本町においても同様となっています。見える化システムや国保データベースのデータ等各種医療や介護データを引き続き活用し、全体像の把握に努めるとともに、医療関係者との連携による、在宅での看取りや認知症への対応強化を推進していきます。

（3）認知症施策の推進

高齢化の進行に伴い、全国的にも認知症患者の数は増加傾向となっています。また、近年では症状への理解が広まるにつれて、将来の介護において、認知症への対応を不安に思う若年層も増加しています。

本町では引き続き、認知症初期集中支援チームによる初期の支援とともに、認知症地域支援推進員による支援団体の連携づくりや相談対応のほか、認知症サポーター養成等の担い手の育成を推進していきます。

また令和5年に市町村での「認知症施策推進計画」の策定が努力義務化されたことを踏まえ、認知症高齢者の生活支援や医療・福祉サービスの提供体制、権利擁護等の総合的な施策を展開することで、本計画を高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画と連携して推進する「箱根町認知症施策推進計画」として位置づけ、一体的に策定・推進することとします。

（4）地域共生社会に向けた仕組みづくり

地域包括ケアシステムの深化・推進においては、高齢者の自立支援に主眼が置かれていますが、支援を必要とする人々への対応を地域の中で包括的に担い、いつまでも自立した生活を支援するという考え方は、障がい福祉や子育て支援においても重要な視点となります。

近年では複雑化・複合化した生活課題の解消に向けて、分野の垣根を超えた対応が求められていることを踏まえ、包括的な支援体制の整備等を含めた地域共生社会の実現を目指します。

基本目標 2 健康増進・介護予防の充実と住民同士が支えあう地域づくり

本計画では、支援を必要とする人への対応や介護サービスの提供に関する具体的な見込み等を定めるほか、本町で暮らす、すべての人々が生涯にわたっていきいきと生活できる環境づくりに向けて、介護予防や健康づくりの推進にも重点を置き、町民の健康寿命の延伸に努めます。

また、高齢者の生きがい創出や孤独・孤立対策とあわせて社会参加の機会拡充を図ります。

(1) 健康づくりの支援

高齢者の寝たきりや認知症への不安に対し、「自分の健康は自分で守る」ということを基本に、町民の健康寿命の延伸を図るため、健康づくりや介護予防の取組を推進します。

要介護状態の前段階にあたる「フレイル」の予防のほか、社会参加の促進や認知症の予防を軸に様々な取組を展開し、介護予防に資する基本的な知識の普及啓発の実施、リハビリ専門職との連携強化等を行い、介護予防の充実を図っていきます。

(2) 社会参加の促進等

地域活動は世代間交流や地域住民同士のつながりの再構築のほか、健康づくりや介護予防の取組を継続して実施する上でも重要な要素となります。

社会参加の機会拡充に努めるとともに、高齢者が長年培ってきた知識や経験を活かし、就労や就労的活動につながるような仕組みづくりも検討していきます。

(3) 高齢者を支える家族等への支援充実

本町では介護に携わる家族等の負担軽減を推進するため、介護者の交流の機会の提供等、高齢者を支える家族への支援を行ってきました。

今後は介護者の就労継続や介護者同士のつながりの強化、ヤングケアラーへの対応等を進め、家族が安心して介護できる環境の充実を図ります。

基本目標3 持続可能な介護保険サービスの充実

高齢者の増加や介護度の重度化、少子化による現役世代の減少等が重なり、財源や人材の不足が深刻な問題となっています。今後は介護給付等適正化の取組を通じて介護保険制度の持続可能性を確保しつつ、多様化するニーズに対応できるよう、必要な介護人材やサービス提供事業所の確保等を通じてサービスの量と質の向上を図ります。

(1) 情報の開示と提供体制

サービス利用者が適切な情報を取得できるように体制を強化し、なおかつ情報を得やすい環境を整えます。それとともに事業者については個人情報の保護の指導を行い、情報の適切な運用を行っていきます。

(2) 福祉サービスの充実

在宅・入所系サービスの充実、成年後見制度についての周知を行い、ハード・ソフト両面の強化を行ってきました。課題としては、現在よりも住民に寄り添った、よりきめ細かなサービスを行うことが挙げられます。サービスを必要とする方への周知、利用しやすい制度への見直し、関係各所との連携強化等を行っていきます。

(3) 福祉人材の確保と資質の向上

人材の確保として、ハローワークやシルバー人材センターと連携し、元気な高齢者の介護現場への参入促進、介護職員初任者研修の費用助成等に取り組みました。今後は担い手を積極的に活用するための組織や有償ボランティアの創出等の新しい取組を行います。

さらに介護職員等の負担軽減のためロボットやICTの導入を検討し、職員の就労環境の改善を図り、サービスの質の確保・向上に努めます。

3 日常生活圏域の設定

本町では、地理的特性や事業所等の立地状況、人口規模などを考慮し、「日常生活圏域」については、第8期計画の考え方を継承し、「全町1圏域」と設定します。

1 地理的特性と公共交通等の状況

本町は神奈川県南西部に位置し、北は南足柄市、東は小田原市、南は湯河原町とそれぞれ接しています。町の西側は静岡県3市2町と接していますが、町の大部分は高原と山岳地帯となっており、隣接の市町村とは地形的に隔てられていることから、移動や交流は、主に小田原、三島及び御殿場の3方向において、それぞれ国道を主な経路として行われています。

移動交通手段については、鉄道は強羅・小田原間の1路線で、その他、国県道を主経路とした路線バスはあるものの、住民の足というよりは観光路線の色合いが濃く、専ら自家用車などを移動手段としているのが現状です。

日常生活用品の調達や医療機関への通院・入院も、隣接市にある大型店舗や総合病院などを利用している方が多くみられます。

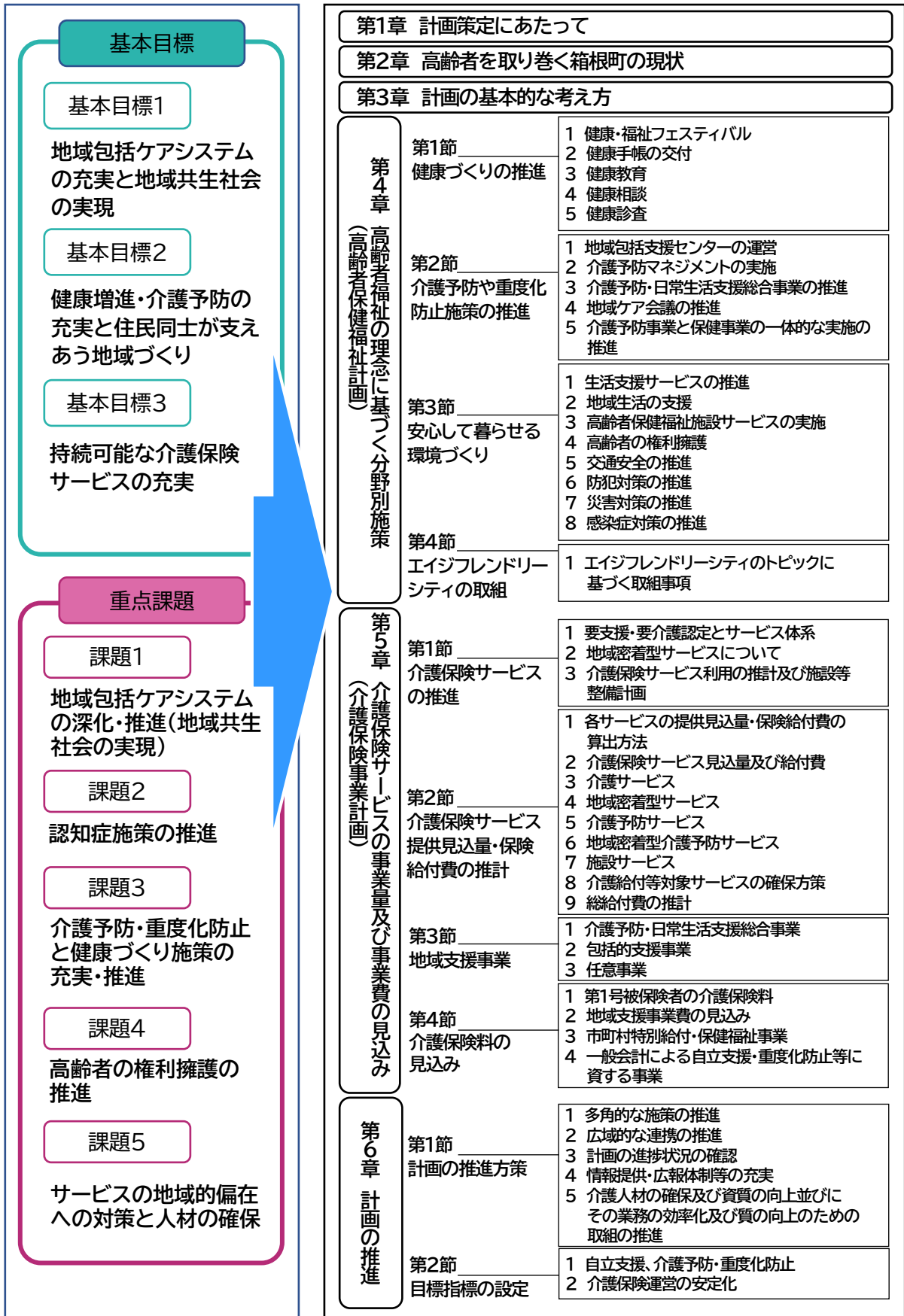
2 介護サービス提供事業所等の状況

介護施設サービス提供面では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院が開設されており、これら施設サービスの受給率が比較的高い一方、山岳地形という地理的事情により交通の利便性に欠けることから、居宅サービスが充実されていない状況があります。

居宅サービスについては、町内に指定事業所はあるものの、地域ごとの開設はなく、加えてサービスの種類に欠けており、隣接市内の事業所を利用していることが多々ありますが、山岳地形で移動距離も長く、移動に時間がかかることから、十分な提供を受けることができていない現状にあります。

4 計画の体系

～高齢者が元気で安心して暮らし、いきいきと活動できる社会～



第4章 高齢者福祉の理念に基づく分野別施策

(高齢者保健福祉計画)

1 健康づくりの推進

未病を改善するための取組として、健康教室やイベントの開催等の地域活動、健康相談の実施等を推進し、介護予防とともに生活の質の向上を目指した積極的な健康づくりを推進します。また、地域活動に関する広報啓発や、教室・講演会等で取り上げる学習内容の拡充を図り、住民の健康への関心を高めることで健康寿命の延伸を図ります。

1 健康・福祉フェスティバル

現状

自身の健康への関心を高めるとともに、福祉の心の醸成を図るため、9月30日の「町健康の日」の周知と併せて「健康・福祉フェスティバル」を開催しています。第8期計画期間中の令和3年度、令和4年度は感染症対策として、大規模なイベントではなく、健康測定に焦点を当てた「健康ミニフェス」を開催しました。

●健康・福祉フェスティバル

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加者数(人)	57	163	147	160	160	160

第9期計画の目標

- 参加者が増えるよう、事業内容の充実と環境づくりに努めます。
- 「町健康の日」の周知に努めつつ、高齢者が参加しやすいプログラムを検討します。

2 健康手帳の交付

現状

集団検診に参加した町民を対象に、健康診査の受診記録やその他の健康に関する情報を記載できる「健康手帳」を交付し、健康状態のセルフチェックを推進しています。

●健康手帳交付数

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
交付数(冊)	130	200	280	300	300	300

第9期計画の目標

- 町民の健康管理の一助となるよう、引き続き健康手帳の交付と活用を推進していきます。
- また、手帳を受診の経過記録以外にも役立たせるよう、町事業での活用方法を検討していきます。

3 健康教育

現状

健康づくりや疾患予防に関する教室・セミナー等の健康教育を実施しています。生活習慣の見直しを目的とした「はつらつ健康教室」では、働く世代（概ね20歳代から60歳代）を対象とした教室等を展開しているほか、さくら館温水プールでは水中運動教室などを開催し、健康づくりを推進しています。

●集団健康教育の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加者数(人)	756	867	889	900	920	940
延べ実施回数(回)	73	77	84	85	90	95

第9期計画の目標

- ウォーキングや健康診査等と併せて教室を開催することで、気軽に参加できる環境づくりに努めます。

4 健康相談

現状

町民の健康に関する悩みに対して必要な指導・助言を行うため、日程を決めて開催する相談会のほか、電話等による個別面談を実施してきました。

第8期計画期間中はコロナ禍での開催となり、事業の実施自体が困難でしたが、現在においても地域の集会は減少傾向にあり、相談実施の方法を再検討していく必要があります。

●重点健康相談の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加者数(人)	0	0	0	80	80	80
延べ実施回数(回)	0	0	0	9	9	9

●総合健康相談の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
参加者数(人)	8	0	0	180	180	180
延べ実施回数(回)	7	0	0	15	15	15

第9期計画の目標

- より多くの人に参加できるよう、地域のイベントと同日に開催する等、日程の調整を図ります。
- 地域活動や集会の減少に合わせて、電話対応やICTの活用を軸に切り替えられるよう、体制の整備に努めます。

5 健康診査

(1) 特定健康診査・特定保健指導

現状

生活習慣病予防の一環として、国民健康保険に加入している40～74歳の方を対象に、メタボリックシンドロームの発見・予防に重点を置いた「特定健康診査」、健診結果から発症リスクが特に高い方へ指導を行う「特定保健指導」を実施しています。

受診率・指導の参加率ともに低い水準で横ばいに推移しており、第7期計画以降は受診者へのインセンティブ付与等を実施し受診者数の増加に努めています。

●特定健康診査の内容

目的	「内臓脂肪型肥満」に着目した早期介入・行動変容 →リスクの重複がある対象者に、医師、保健師、管理栄養士などが 早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う。
対象	箱根町国民健康保険に加入する40歳から74歳の方
実施方法	個別健康診査と集団健康診査のどちらかを選択できる。
内容	〈基本的な健診の項目〉 質問項目（問診）、身体計測（身長・体重、BMI、腹囲〔内臓脂肪面積〕）、 理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液生化学検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（AST、ALT、 γ-GT）、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c）、尿検査（尿糖・尿蛋白） 〈詳細な健診項目〉 心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素、ヘマトクリット値）、 血清クレアチニン（eGFR含む）→医師が必要と認めた場合に実施 〈追加項目〉 血小板、白血球、総コレステロール、尿酸、LDH、ALP、総蛋白、 クレアチニン、BUN、尿潜血

●特定健康診査の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	1,795	1,609	1,608	1,479	1,405	1,335
受診者数(人)	654	575	576	577	576	561
受診率(%)	36.4	35.7	35.8	39.0	41.0	42.0

●特定保健指導の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	75	58	51	52	52	50
受診者数(人)	11	2	8	8	9	9
受診率(%)	14.7	3.4	15.7	15.4	17.3	18.0

第9期計画の目標

- 引き続き、未受診者への受診勧奨通知の送付や、町内の医療機関と連携しての周知啓発を強化していきます。

(2) 後期高齢者健康診査・一般健康診査

現状

75歳以上を対象とする「後期高齢者健康診査」、40～74歳及び生活保護受給者を対象とする「一般健康診査」を実施しています。特定検診と同様の内容に加え、がん検診車の配置が可能な会場の場合はがん検診と同時実施の「総合健診」として実施しています。

●後期高齢者健康診査の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	2,101	2,128	2,139	2,134	2,145	2,131
受診者数(人)	777	759	763	761	765	760
受診率(%)	37.0	35.7	35.7	35.7	35.7	35.7

第9期計画の目標

- 総合健診の形式で実施することで、利便性の向上と受診者の増加を図ります。
- 現状ではがん検診車の配置が困難な役場において、総合健診の実施方法を検討していきます。

(3) がん検診

現状

がんの早期発見・早期治療を目的として、国の推奨する5大がん（胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がん）のほか、前立腺がんも含めた検診を展開しています。

医療機関で実施する年間を通して受診できる個別検診や、各地域で実施する集団検診の併用、イベント時に託児付きで実施する子宮がん検診等、受診率の向上を図るために工夫しております。

●各種がん検診の内容

	対象	実施方法	内容
胃がんバリウム検診	41歳以上 ※内視鏡、リスク検診対象者を除く	集団検診	バリウム検査
胃がん内視鏡検診	50～70歳の偶数歳	個別検診	内視鏡検査
胃がんリスク検診	40歳、45歳、 55歳、65歳で 受診歴のない方	個別検診と 集団検診の どちらかを 選択できる	血液検査
大腸がん検診	40歳以上		便潜血反応検査
肺がん検診	40歳以上		胸部エックス線検査 ※喀痰検査については 対象者のみ
子宮頸がん検診	20歳以上		頸部（視診・細胞診） ※体部については、医師 の判断により個別検診 のみ実施
前立腺がん検診	50歳以上		血液（P S A）検査
乳がん検診	40歳以上の奇数年齢	個別検診	医師による視診、触診
	40歳以上の偶数年齢		医師による視診、触診 及び乳房エックス線 撮影検査
	40歳以上の偶数歳	集団検診	医師による視診、触診 及び乳房エックス線 撮影検査 ※ただし、乳房エックス 線撮影検査は受診会場 ごとに定員あり

●胃がんバリウム検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254
受診率(%)	7.7	6.7	7.5	7.5	7.7	7.8
精検受診率(%)	100.0	80.0	85.0	85.0	85.0	85.0

●大腸がん検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254
受診率(%)	40.8	37.8	38.1	39.6	40.0	40.5
精検受診率(%)	59.4	67.3	68.3	69.8	70.3	70.8

●肺がん検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254	3,254
受診率(%)	40.7	41.5	41.1	41.6	41.9	42.2
精検受診率(%)	75.0	77.0	78.5	80.0	81.0	82.0

●子宮頸がん検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	2,105	2,105	2,105	2,105	2,105	2,105
受診率(%)	23.7	22.7	24.9	26.6	27.1	27.6
精検受診率(%)	40.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

●乳がん検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	1,924	1,924	1,924	1,924	1,924	1,924
受診率(%)	15.4	15.7	13.7	16.4	15.8	15.7
精検受診率(%)	85.7	78.9	85.0	85.0	85.0	85.0

●前立腺がん検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	2,979	2,962	2,936	2,976	2,986	2,996
受診率(%)	18.4	17.2	18.6	19.1	19.4	19.7
精検受診率(%)	42.4	51.5	53.5	54.5	55.5	56.5

●胃がんリスク検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	412	880	482	494	480	480
受診率(%)	10.4	6.0	7.9	8.4	8.9	9.4
精検受診率(%)	61.5	87.5	88.0	88.0	89.0	89.0

第9期計画の目標

- 医療機関との協力体制を強化し、個別検診・集団検診の併用実施を継続します。
- 健康相談や介護予防教室等を活用し、がん検診の重要性について啓発を続けます。

(4) 肝炎ウイルス検診

現状

肝炎や肝硬変、肝がんの一因となり得るB型・C型肝炎ウイルスの早期発見のため、40歳以上で受診歴のない方を対象に「血液検査」を実施しています。本町では受診券に受診歴を記載して医療機関での確認の手間を省略するなど、手続きの簡略化に取り組んでいます。

受診者数はコロナ禍で一時的に減少しましたが、元の水準に戻りつつあります。

●肝炎ウイルス検診の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	1,007	993	1,035	1,080	1,100	1,100
受診者数(人)	175	158	151	170	175	180
受診率(%)	17.4	15.9	14.6	15.7	15.9	16.4

第9期計画の目標

- 検診の実施体制を維持し、受診者数の維持を図ります。
- 健康相談や介護予防教室等を活用し、肝炎ウイルスに対する理解促進を図ります。

(5) 成人歯科健康診査

現状

う歯及び歯周疾患予防を目的として40～80歳の住民を対象に歯科の個別検診を実施しています。

集団検診の予約受付時に歯科検診の受診勧奨を行い、広報紙やその他の掲示・配架物による啓発を展開していますが、受診者は高齢者の割合が多くなっています。

●成人歯科健康診査の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
対象者数(人)	1,289	1,318	1,356	1,386	1,416	1,446
受診者数(人)	15	13	8	13	16	19
受診率(%)	1.2	1.0	0.6	0.9	1.1	1.3

第9期計画の目標

- 受診者の増加に向けて、受診勧奨を強化していきます。
- 従来の広報・回覧記事の掲載に加え、受診勧奨はがきの送付、電話での受診勧奨も実施していきます。

2 介護予防や重度化防止施策の推進

介護保険制度は高齢者が可能な限り自立した生活を継続できるよう、要介護状態等になることの予防・軽減及び重度化防止に重点を置いて推進しております。本町では、地域包括支援センターを中心に、高齢者一人ひとりの心身の状態や要介護認定区分等に応じて、総合事業や地域支援事業等、様々な取組を展開していきます。

1 地域包括支援センターの運営

地域包括支援センターは、介護予防サービスの実施と地域の高齢者の生活を総合的に支えていくための拠点として設置された中核機関です。公正・中立な立場から、地域における①総合相談・支援、②介護予防ケアマネジメント、③包括的・継続的マネジメント、④虐待の早期発見・防止などの権利擁護という4つの機能を担います。本町においては、第3期計画時から、日常生活圏域を1圏域として設定し、地域包括支援センターについても、町社会福祉協議会に委託し1か所開設しています。令和4年度より担当者を1名増員し5人体制で臨んでおり、以下の方針に基づいて運営を行っています。

- 高齢者の尊厳ある生活の継続のために、多様なニーズや相談を総合的に受け止めるとともに、見守り等の必要な支援につなげます。
- 介護保険サービスだけでなく、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支えあいなどの多様な社会資源を効果的に組み合わせて支援します。
- 高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供します。
- 専門職員として、社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師などの有資格者を各1名配置するとともに必要に応じて増員を図り、体制強化と円滑な業務の運営を図ります。
- 同センターの運営の中立性を確保するとともに様々な社会資源のネットワーク化を図る観点から、町では「地域包括支援センター運営協議会」を設置します。協議会の構成員は、福祉・医療の専門家、学識経験者、介護保険関係事業所の代表、利用者、被保険者の代表などです。
- 地域ケア会議を有効に活用し、個別事例の支援方法の改善はもとより、地域課題の解決や介護サービスの質の向上にもつなげていきます。
- 同運営協議会による評価、PDCAの充実等を図り、継続的な評価・点検の取組を推進するとともに情報提供に努めます。
- 重層的支援体制整備事業の検討状況を踏まえつつ、他の相談窓口と連携した包括的で、スムーズな相談支援の実現を目指します。

2 介護予防ケアマネジメントの実施

高齢者の自立支援を目的として、心身の状況や生活環境、社会経済状況等を考慮し、対象者本人の希望も踏まえ、状況にあった適切なサービスが、包括的かつ効率的に提供されるよう、介護予防に向けたケアマネジメントを検討していきます。

ケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員等の関係者で共有するため、以下の通り基本方針を定めます。

1 基本方針

(1) 介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防ケアマネジメントは、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・介護予防ケアマネジメントの提供については、利用者の意思や人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正かつ中立に行われなければならない。
- ・介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、必要な保健医療サービス及び福祉サービスが当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ・介護予防ケアマネジメント事業の運営については、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- ・総合事業においては、高齢者が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点を重視し利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを提供するのではなく、利用者の自立支援に資するよう心身機能の改善はもとより地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

(2) 居宅介護ケアマネジメント

- ・居宅介護ケアマネジメントは、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・居宅介護ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、必要な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ・居宅介護ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正かつ中立に行われなければならない。
- ・指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定居宅介護支援事業者等との連携に努めなければならない。

2 基本取扱方針

(1) 介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- ・指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の維持・改善を実現するための適切なサービスを選べるよう、目標志向機能の維持・改善を実現するための適切なサービスを選択し、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- ・指定介護予防支援事業者は、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(2) 居宅介護ケアマネジメント

- ・居宅介護ケアマネジメントは、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- ・指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する居宅介護ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活総合支援事業は、65歳以上のすべての高齢者及び要支援者が対象となる、自立支援や介護度の重度化を防ぐためのサービスを提供します。高齢者本人へのアプローチだけでなく、本人を取り巻く環境や地域の課題も踏まえて自立支援に関する取組を推進します。

(1) 訪問型サービス・通所型サービスの推進

- 要支援1・2の方及び基本チェックリストで、要支援相当と判定された方を対象に、訪問介護相当サービスと通所介護相当サービスを実施します。
- 訪問型サービスは、地域の実情に合わせた仕組みを検討していきます。
- 通所型サービスは、重度化防止を中心とした運動や口腔ケア等の短期集中ケアのサービスの創設を検討していきます。

(2) 一般介護予防事業・介護予防普及啓発事業の活用

- 運動機能の向上を目的とした「にこにこ運動教室（筋力トレーニング教室）」を開催します。
- 認知症予防効果を期した「脳と体の若返り教室」を開催します。
- 運動機能向上に加えて、栄養改善や口腔機能向上を盛り込んだ内容の「ゆっくりゆったり教室」を開催します。
- 一般介護予防事業を効果的・効率的に実施するために、介護予防・自立支援のための地域ケア会議や生活支援体制整備事業といった他の事業との連携を進めます。

(3) 見守りを兼ねたごみ出し支援サービスの実施

現状

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等、見守りが必要な方のごみ出し支援を実施しています。地域の支援協力団体が主体となって、利用者の見守り、高齢者の孤独・孤立の防止を兼ねて訪問による支援を展開しています。

現状では、サービスの利用者・協力団体ともに少ないため、サービスに関する周知と実施体制の強化が求められます。

●ごみ出し支援サービスの実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用実人員(人)	6	8	7	8	9	10

第9期計画の目標

- 制度の目的や内容の周知を図り、利用しやすい環境づくりに努めます。
- サービスの周知とあわせて地域の支援協力団体の確保に努め、どの地区の利用者も速やかに支援を受けられる体制づくりに努めます。
- 地域の協力団体と利用者の信頼関係から生まれる互助意識の醸成に努めます。

(4) 配食サービス（要支援1・2の方など）

ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等を対象に、訪問による配食サービスを実施し、食生活の改善や健康増進とともに孤独・孤立の防止を図り、利用者の安否確認を行っています。

なお、要支援1・2の方及び基本チェックリストで要支援相当と判定された方のほか、町独自事業として、要介護の方や要介護認定を受けていない方にも実施しています。

また配食だけでなく、高齢者に不足しがちな栄養素やその補給方法についても周知を行っています。

第9期計画の目標

- 在宅の高齢者が健康で自立した生活を送ることができるよう、栄養改善についての情報を提供していきます。
- 既存の配食サービス以外にも高齢者の食生活を改善できる多様な事業主体を検討し、持続可能なサービス調整を行います。
- 高齢者の食生活改善や訪問栄養指導などを実施し、より効果的な食生活・栄養の改善を図るとともに、見守りを強化していきます。

4 地域ケア会議の推進

現状

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、多様化するニーズへの対応方法や地域課題の検討、保険・医療・福祉・介護等の地域関係者の連携強化や役割分担、地域資源に関する協議等を行う「地域ケア会議」を開催しています。

●地域ケア会議の開催回数

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
開催回数（回）	5	7	6	6	6	6

第9期計画の目標

- 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者、介護予防支援事業者、介護予防サービス提供事業者、介護保険施設事業者などによる「地域ケア会議」を開催し、支援を必要としている高齢者がタイムリーに必要なサービスを受け、困難事例を解決するための具体的な支援策が導けるよう取り組んでいきます。
- 地域ケア会議や生活支援・介護予防体制整備推進協議会を活用し、地域でできることを具現化するとともに、地域の課題の解決に向けた取組や高齢者の地域ケアの向上を促進します。
- 地域ケア会議を開催し、地域力の向上を目指すとともに、多職種で連携して困難事例を解決へ導くため、地域の協力を得られるよう開催方法を改善していきます。
- 令和4年度から実施している介護予防のためのケアプラン検討会議では、高齢者の生活行動の課題を明らかにし、リハビリテーション等の専門職の専門的な意見を得て、自立支援に資するケアマネジメントの実践を目指します。

5 介護予防事業と保健事業の一体的な実施の推進

国では、75歳以上の高齢者に対する保健事業を介護保険の地域支援事業等と一体的に市町村が実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等が進められてきました。

本町では、令和3年度から口腔ケア、栄養改善を目的とした個別指導を導入するとともに、フレイル（虚弱体質）予防などを取り入れた健康教室の開催など、健康づくりと介護予防を一体的に実施する取組を推進しています。今後も引き続き啓発活動と健康づくりの実践を通じて健康寿命の延伸を目指します。

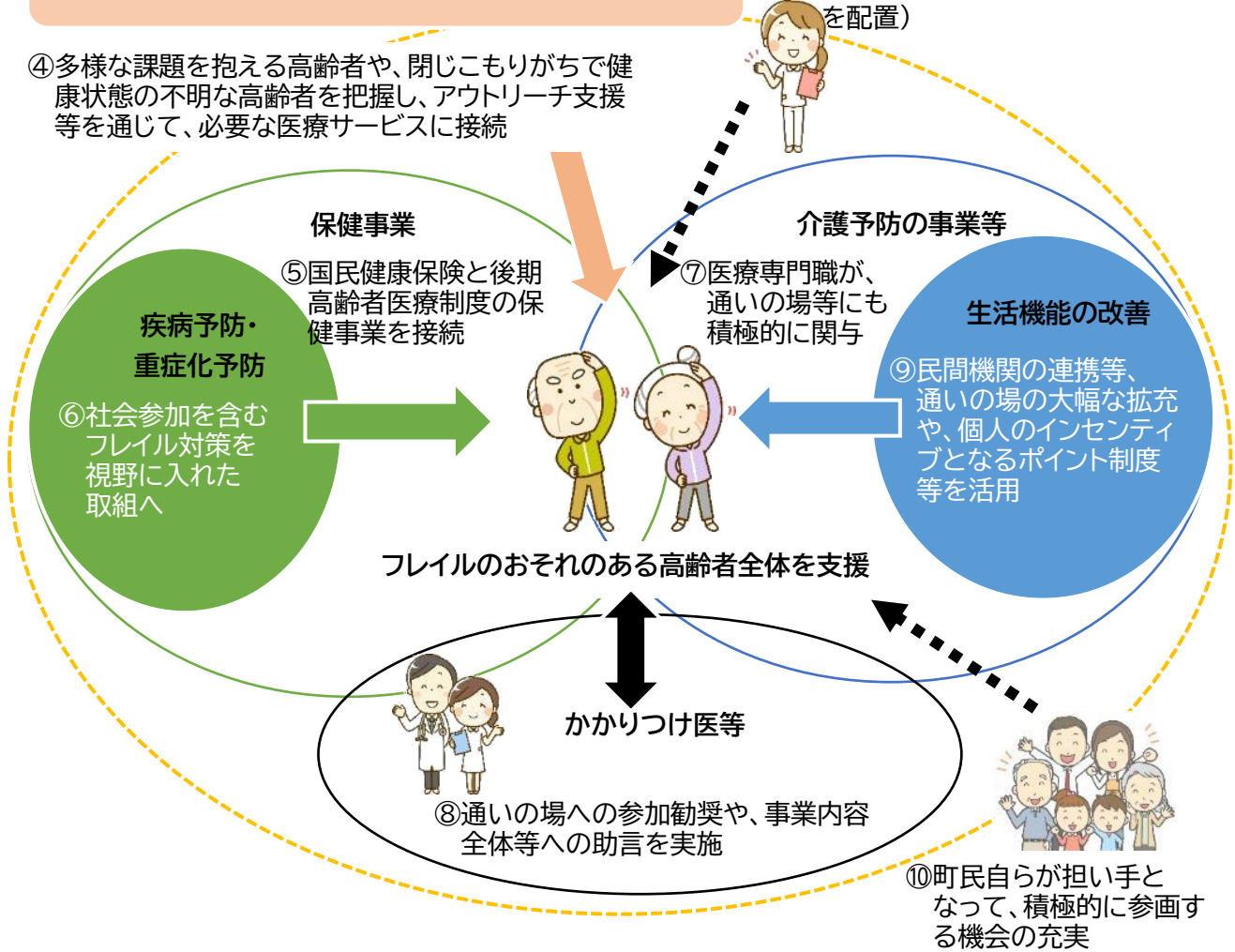
【介護予防事業と保健事業を一体的に実施できる体制整備イメージ】

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析

- ④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続

- ①町は医療専門職を配置(保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置)



出典: 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について[概要版]
 (令和2年4月厚生労働省保険局高齢者医療課)の図を元に作成

3 安心して暮らせる環境づくり

高齢者等が、住み慣れた地域で自立した日常生活が安心して営めるように支援する体制を整備するとともに在宅生活が継続できるよう必要な生活支援サービスを充実させます。

また、地域のあらゆる住民が支えあいながら、自分らしく活躍できるコミュニティの維持・向上を図り、すべての町民が地域でいきいきと安心して暮らせる「地域共生社会」の実現を目指します。

1 生活支援サービスの推進

生活支援サービスの主要事業は、介護保険事業により実施していますが、要支援認定に至らなくても生活支援サービスを必要とする方も少なからず存在しており、在宅生活を維持・継続していくためには、介護保険給付の枠を超えた他の生活支援サービスも必要となります。

このような状況を踏まえて、保健・医療・福祉などの連携を図り、サービスが総合的・効果的に提供できるよう、調整機能や相談体制をより充実させていくほか、今後も引き続き、高齢者の権利擁護、交通安全、防犯対策、災害対策に取り組んでいきます。

(1) 地域自立生活支援事業（緊急通報システム事業）

現状

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯で、慢性疾患などにより日常生活に注意を要する方を対象に、緊急事態発生時に臨機の処置が速やかに行われるよう、緊急通報装置を貸与しています。

利用手続きにあたって、近隣の支援者の登録が難しいケースについては民生委員・児童委員が対応していますが、件数の増加に伴い対応が困難になると予想されます。

●緊急通報システム事業の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用世帯数（世帯）	34	31	32	33	34	35

第9期計画の目標

- 緊急通報システムの事業内容を高齢者の集まるイベントや各種会議、介護支援専門員（ケアマネジャー）等を通じ周知します。

(2) 配食サービス

現状

ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯などに、見守りを兼ねた配食による食事サービスを実施し、食生活の改善及び健康の増進を図るとともに、安否の確認などを行っています。

要支援1・2の方や基本チェックリストで要支援相当と判定された人については、介護予防・日常生活支援総合事業として本事業を実施しています。

●配食サービスの実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用実人員(人)	41	34	33	40	45	50
延べ配食数(食)	4,912	4,875	3,981	5,047	5,670	6,300

第9期計画の目標

- 在宅の高齢者が健康で自立した生活を送ることができるよう、栄養改善についての情報を提供するとともに、既存の配食サービス以外にも高齢者の食生活を改善できる多様な事業主体を検討し、持続可能なサービス調整を行います。
- 高齢者の食生活改善や訪問栄養指導などを実施し、より効果的な食生活・栄養の改善を図るとともに、見守りを強化していきます。

(3) はり・きゅう・マッサージ券の交付

現状

町単独事業として、はり・きゅう・マッサージ券を交付しています。

第8期計画期間中は、広報紙や町ホームページ等を用い、制度の内容や利用方法等について周知しました。

●はり・きゅう・マッサージ券の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数(人)	131	142	150	150	150	150

第9期計画の目標

- 広報紙や町ホームページ等を用い、制度の内容や利用方法等について周知していきます。

(4) 認知症見守り支援事業

現状

近隣市町や関係機関との連携による「認知症等行方不明SOSネットワーク」について周知するとともに、登録者には、見守りシール等の配布とGPS機器の貸し出し事業について案内し、行方不明時の早期発見につながるよう支援しています。

また、9月のアルツハイマー月間に合わせての広報や「認知症をにんちしよう会」を通じて認知症への理解を求める啓発活動を行いました。平成30年度から認知症の介護者を支援する「おだわら家族会」を開催しており、令和元年度からは、「おだわら・はこね家族会」として、情報交換や相談できる体制を整えています。

●認知症等行方不明SOSネットワークへの登録状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
登録件数（件）	10	8	8	10	10	10

第9期計画の目標

- 今後見込まれる後期高齢者の増加に合わせ、認知症に対する家族や地域住民の偏見・無理解の解消を図るため、広報・啓発活動を強化していきます。
- 「認知症等行方不明SOSネットワーク」への登録を促進するとともに、ネットワークの活用を図ります。
- 見守り支援の拡充を図るとともに、認知症患者本人や家族にとっても利用しやすい方法を検討していきます。

2 地域生活の支援

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる令和7年（2025年）が間近に迫っており、元気な高齢者が社会を支える側として活躍できる地域づくりの推進が一層重要視されています。現役時代の経験・知識を生かせるような生きがいつくり及び就労の場の提供を支援する等、体制の整備と強化に努めます。

(5) 生きがいつくりの促進

現状

高齢者の生きがいつくりや社会参加の促進を図る目的で、次の事業を実施しています。

- スポーツ大会の開催
- 芸能大会の開催
- グラウンドゴルフ大会の開催
- 趣味の教室の開講
- 老人大学の開講
- 自主サークルの促進

家に閉じこもりがちな高齢者に対し、老人福祉センターやまなみ荘や公民館等において趣味などの活動機会や各種のサービスを提供するとともに、社会適応が困難な高齢者に対しても訪問などによる指導・支援をしています。

町内にある老人クラブは、会員数の減少や会員の高齢化が見られます。

● 老人クラブ会員数

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
会員数（人）	493	395	369	380	390	400

第9期計画の目標

- 高齢者の生きがいつくりや社会参加を促進するため、先進事例の紹介や興味を引く話題を提供したり、相談、趣味・学習、スポーツ・レクリエーション活動の機会を充実させたりするなど、介護予防・生活支援の観点からも生きがい対策事業を積極的に推進します。
- 会員数の減少や会員の高齢化がみられるため、若い世代が会員となるよう、積極的な参加勧奨を進めるとともに様々な機会を活用して、活動の周知を行います。
- 高齢者が本当に心から楽しめるイベントや生きがいつくりができる事業内容を老人クラブ連合会等と連携し検討していきます。
- 地域活動や交流の場として、老人クラブ活動の育成に努めます。
- 高齢者と世代間交流の機会を確保するとともに、高齢者が生きがいをもって多様なボランティア活動に参加できるような仕組みづくりを検討します。

(6) 就労及び就労的活動の支援

現状

高齢者の就労意欲は高く、生きがいや社会参加、健康の促進という観点からも、就労対策を充実させることが求められています。

本町は、観光関連サービス業に携わる高齢者も多く、高齢になってもできるだけ働き続けたいという就労意欲に対応できるよう、シルバー人材センターの登録数を今後増やし、高齢者の就労支援を充実させることが求められています。

第8期計画期間中は、広報紙や町ホームページ等を用い、シルバー人材センター制度の内容や利用方法等について適切に周知しました。

第9期計画の目標

- 就労を通じた高齢者の社会参加を支援するため、シルバー人材センターの体制を充実させ、新会員の加入促進、受注の拡大などに努めます。
- シルバー人材センター等の活用により、高齢者の活躍の場を増やしていきます。
- 高齢者の就業ニーズと事業所が求める人材との格差を是正できるよう、事業所に対して高齢者雇用の働きかけに努め、雇用を促進します。
- 関係機関と連携し、高齢者に就業に関する情報の提供や相談を行う機会の確保を図っていきます。

(7) 福祉のまちづくり（高齢者の住みやすいまちづくり）の推進

現状

高齢者の自立、「生活の質」の向上、社会参加の促進を進め、高齢者が住みやすい福祉のまちを実現していく上で、ソフト面では、町内の各地域において、日頃の近所づきあいや地域の活動などを通じて町民相互の支えあい、助けあいの地域社会をつくっていくことがより一層重要となっています。

相談の機会としては、各地域で年間合計20回、民生委員・児童委員や行政相談委員、教育相談センター職員の方々と協力して、人に打ち明けられない悩みを抱えている方の問題解決の手助けとして「心配ごと相談」を実施しています。

また、幅広い年齢層にボランティア体験活動や福祉教育の講座等を開催し、「福祉の心」の醸成や、町民・地域・行政が一体となった住環境・自然環境の整備を推進しています。

ハード面については、住まいや道路、公共施設、公共交通機関をはじめとする移動手段などの「福祉のまちづくり」について啓発・広報を行っています。

とりわけ本町は、山岳地形で、各地域間の移動に時間がかかるため、高齢者の移動手段の確保を図るとともに、誰もが安心して活動できるよう、歩道の整備や公共交通機関のアクセス改善など、外出しやすい環境づくり、利用しやすい公共施設の整備を推進しています。

高齢者の移動支援として、バスの回数券の購入費助成を行うとともに、令和4年度に実施したハコモビ実証実験などを通じて町内における移動支援の在り方について検討しています。

第9期計画の目標

- 町、社会福祉協議会、老人クラブ及びボランティアなど、様々な活動との連携により、高齢者の介護予防と要援護高齢者の早期発見に努めるほか、民生委員・児童委員、老人クラブなどによる、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯などへの訪問活動を支援します。
- 各地域の民生委員・児童委員や相談員などから協力を得ながら、気軽に相談できる体制及び必要な対応を推進します。
- 「地域共生社会」の理念や「福祉のまちづくり」の普及を図るため、広報活動やフォーラムなどの啓発事業を推進します。
- 幅広い年齢層にボランティア教育を推進します。
- 社会福祉協議会と連携しながら、既存のボランティア団体の活動内容や、ボランティアに関する相談窓口についての情報提供を積極的に行い、意欲のある人が参加しやすい環境づくりに努めます。
- 社会福祉協議会と連携し、各種福祉団体の交流活動を促進します。
- 高齢者の自立を促進するとともに、快適な住環境のもとで暮らせるよう、住宅改修整備など住まいに関する相談・情報提供体制の充実を図ります。
- 権利擁護事業などとの連携により、高齢者が日常生活の契約等において詐欺などの被害に遭わないよう、必要な情報提供に努めます。
- 高齢者の免許返納促進を踏まえつつ、公共交通の在り方や利用方法、移動支援の方策について検討します。
- 高齢者の外出支援を図り、介護予防につなげるため、バス代の支援を継続して実施します。

3 高齢者保健福祉施設サービスの実施

高齢者向けの保健福祉施設について適切な利用を促進するほか、安心して暮らせる環境づくりの役割として、総合保健福祉センター「さくら館」を活用し、保健・医療・福祉の総合的なサービスを展開します。

また、生活に困窮する高齢者に対しては、生活困窮者対策や養護老人ホーム等の活用を推進します。そのほか、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などについても県や関係市町村と情報連携の強化を図り、住まいと生活の支援を一体的に実施していきます

(1) 養護老人ホーム

現状

養護老人ホームは、常に介護が必要ではないものの心身機能の低下のため日常生活に支障があったり、経済的な理由などにより家庭での生活が困難になっている高齢者のための入所施設です。町内には、養護老人ホームはありません。

第9期の目標

- 計画期間内での整備は見込んでいませんが、日常生活に支障のある人や家庭での生活が困難なケースに対応できるよう、広域的な確保を図ります。

(2) ケアハウス等

現状

ケアハウス等（軽費老人ホームA型・B型、ケアハウス、シルバーハウジング、高齢者生活福祉センター）は、身体機能の低下などのため独立して生活するには不安のあるひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦を対象に、自立した生活が継続できるよう各種相談や食事などのサービスを低額な料金で利用できる入所施設です。町内には、ケアハウスなどはありません。

第9期の目標

- 計画期間内での整備は見込んでいませんが、地域での自立した生活の継続や、住まいに関する多様なニーズに対応できるよう、広域的な確保を図ります。

(3) 有料老人ホーム

現状

介護付き有料老人ホームは介護が必要な高齢者が安心して暮らせるよう配慮された環境・設備を備え、食事の提供や生活相談などの生活援助サービスを提供している施設です。

町内には、介護付き有料老人ホームが1施設（定員150名）あり、町内外の介護サービス受給者が入所し、自宅での介護が難しい高齢者を支える重要な役割を果たしています。

●有料老人ホーム施設数

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
施設数（箇所）	1	1	1	1	1	1

第9期の目標

- 現在の施設を確保しながら、民間活力による適切な施設整備のあり方について検討を進めていきます。

(4) サービス付き高齢者向け住宅

現状

サービス付き高齢者向け住宅は、主に民間事業者が運営するバリアフリー対応の賃貸住宅で、サ高住とも呼ばれます。有料老人ホームと異なり、主に要介護認定が自立又は要支援等の方を受け入れる施設です。

日中は生活相談員が常駐し、入居者の安否確認や様々な生活支援サービスを受けることができます。なお、町内には、サービス付き高齢者向け住宅はありません。

第9期の目標

- 介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供する拠点の一つとして、県や近隣市町村との情報共有を図り、情報連携の強化に努めます。

(5) 老人福祉センター やまなみ荘

現状

老人福祉センター やまなみ荘は、高齢者に関する各種の相談に応じるとともに、健康の増進・教養の向上及びレクリエーションなどのための便宜を総合的に提供することを目的として設置されています。利用対象者は原則として60歳以上の方です。

第8期計画期間中は、趣味の教室（絵手紙、書道）や健康相談を開催し、利用促進を図っています。また、令和5年度からは音響設備機器の更新を行い、コロナ禍後の利便性の向上に努めています。

第9期の目標

- 生きがいづくり、健康づくりの更なる推進を図るなど、施設の利用促進に努めます。

(6) 総合保健福祉センター「さくら館」

現状

箱根町総合保健福祉センター「さくら館」は、保健・医療・福祉の総合的なサービスを提供する場として、平成13年10月に開設しました。建物は、地震災害にも耐え得るよう免震構造を採用し、館内はすべてバリアフリーを導入するなど、高齢者や障がいのある人にもやさしい施設となっています。

各種健診や健康相談等を実施するほか、高齢者が参加しやすい温水プールを活用した水泳教室を開催する等、社会参加の場としての役割も担っています。

第9期の目標

- 保健福祉サービスの実施及び関係機関の連携拠点として、健康づくりの推進等を実施していくとともに、関係各課と地域が連携して高齢者が参加しやすい事業を検討します。

4 高齢者の権利擁護

今後も引き続き増加が見込まれている75歳以上の後期高齢者及び認知症高齢者を地域全体で支援していくにあたって、高齢者の虐待防止を徹底する等、権利擁護の取組も重要になります。

近年ではひとり暮らし高齢者の増加に伴い、自身の生活や健康状態に関心を持たず自己管理ができなくなる「セルフ・ネグレクト」も問題視されています。見守り体制の強化や高齢者、介護者が相談しやすい環境づくりに努めていきます。

(1) 認知症高齢者への支援

認知症初期集中支援チーム員会議を通じて、地域包括支援センター、専門医、認知症地域支援員等と連携し、認知症の方の初期対応の充実に努めるとともに、認知症に関する相談や精神保健相談などの充実を図ります。

令和5年度から、認知症高齢者を積極的に支援するチームオレンジを立ち上げました。認知症サポーターを養成するとともに、オレンジサポーターの育成を推進することで、ネットワークの充実を図り、早期支援につなげていきます。

また、令和5年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき、認知症の予防に向けた取組だけでなく、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できる共生社会の実現に向けて、社会参加や意思決定の支援等をはじめとする、生活におけるバリアフリー化を推進していきます。

(2) 権利擁護の推進

認知症高齢者をはじめ、すべての高齢者の人権が尊重され擁護されるよう、社会福祉協議会による権利擁護事業、日常生活自立支援事業等の様々な施策を講じていきます。

令和4年度から地域包括支援センターとともに、成年後見制度利用促進に係る中核機関を設置しています。成年後見制度の利用促進に努めるとともに、民生委員・児童委員など地域の担い手との連携を密にし、高齢者の見守りを促進します。

(3) 高齢者の虐待防止

自治会や民生委員・児童委員など町民の協力を得ながら、地域包括支援センターと連携をとり、高齢者の虐待防止及び早期発見・対応のためのネットワークの充実を図ります。

また、県との連携により、身体拘束を含む高齢者虐待防止についての普及・啓発を図るとともに、相談しやすい環境づくりを進めます。

5 交通安全の推進

関係機関と連携し、高齢者ドライバーなどへの交通安全教育、指導を実施するとともに、運転免許証自主返納について広報を行っていきます。

また、高齢者の交通安全対策として創設した「自動車急発進等防止装置設置費補助金」とともに、高齢者の外出支援としてバス回数券購入費の助成を実施しています。

6 防犯対策の推進

自治会、老人クラブなどと連携し、地域における防犯対策の充実を図ります。

また、高齢者を標的とした詐欺などの被害に遭わないよう、警察をはじめとする関係機関と連携し啓発活動を行うとともに、町の広報紙やホームページの活用により周知を行い、防犯意識の高揚を図ります。

7 災害対策の推進

各地域で防災訓練を実施し防災意識向上を図るほか、定期的に広報や回覧で災害時の安全確保について周知していきます。また、各地域の持ち回りで実施している土砂災害避難訓練や、夜間避難訓練において、避難行動要支援者の避難行動を訓練に取り入れて実施していきます。

また、高齢者の適切な避難判断を促すため、戸別受信機の普及や多様な手段による災害情報の発信を推進します。

今後も地域が主体となる共助の災害対策を推進するとともに、個別避難計画の作成や要配慮者への支援を図ります。また公助の取組として地域のニーズに応じて福祉避難所の整備・拡充も検討していきます。

8 感染症対策の推進

第8期計画策定時に定めた指針に伴い、今後新型コロナウイルスの再流行や新興感染症が発生した場合は、国及び県のガイドラインに沿った感染予防、感染拡大防止策に基づき、関係機関や介護関係の事業所等に対策を促していきます。

4 エイジフレンドリーシティの取組

エイジフレンドリーシティとは

世界保健機関（WHO）が世界的に進行している高齢化と都市化を踏まえて立ち上げた、高齢者に優しい都市づくりを推進するプロジェクトです。

地域づくりに積極的に取り組む自治体等による国際的なネットワークが構築されており、本町は平成29年からネットワークへの参加を通じて連携と情報共有を図っています。

本町では、本計画の基本理念に合わせ、長寿社会の姿「高齢者が元気で安心して暮らし、いきいきと活動できる社会」を実現するために、エイジフレンドリーシティ行動計画を展開しています。

なお、取組にあたっては、本計画に合わせ、効果的・計画的に推進していくこととしています。

1 エイジフレンドリーシティのトピックに基づく取組事項

本計画内で示されている高齢者の状況及び取組を進める上での基本理念を踏まえ、今後、本計画に合わせた令和6年から令和8年の3年間において、世界保健機関（WHO）が提唱する8つのトピックに基づき、次の事項を推進していきます。

（1）屋外スペースと建物

高齢者向けの保健福祉施設について適切な利用を促進するほか、安心して暮らせる環境づくりの役割として、老人福祉センターやまなみ荘や総合保健福祉センター「さくら館」を活用し、保健・医療・福祉の総合的なサービスを展開します。

誰もが安心して活動できるよう外出しやすい環境づくり、利用しやすい公共施設の整備を推進しています。

（2）交通機関

本町は、山岳地形で、各地域間の移動に時間がかかるため、高齢者の移動手段の確保を図ることとともに、高齢者が活動しやすいまちづくりが大きな課題となっています。そこで、既存の公共交通機関までの移動支援サービスの創設に向けた検討を行い、関係機関と連携し、自動車運転者などへの交通安全教育、指導を実施するとともに、運転免許証自主返納について広報を行っていきます。

また、高齢者の外出支援として実施しているバス代の助成制度の優遇措置を継続していきます。

（3）住居

高齢者にとっての住宅は自立した生活の基盤であり、福祉用具と併せ高齢者の日常生活行動の観点から総合的なサービスの提供を図ることが必要です。

そこで、介護保険による住宅改修を推進するため、事前にサービス利用者へのアドバイス、利用者と事業者との調整などを図ります。

また、保健・福祉及び事業者団体との連携を強化し、住宅改修相談サービスを充実させるとともに、改修後の確認体制の強化を図ります。加えて、ケアマネジャーと連携した相談・指導体制の整備に努めます。

(4) 社会参加

家に閉じこもりがちな高齢者に対し、老人福祉センターやまなみ荘や公民館等において趣味などの活動機会や各種のサービスを提供するとともに、社会適応が困難な高齢者に対しても訪問などによる指導、支援を行っていきます。

また、生きがいづくりや社会参加を促進するため、高齢者の活動に関する情報提供や相談、趣味やレクリエーション活動の機会等を充実させるとともに、介護予防・生活支援の観点から生きがい対策事業を積極的に推進します。

(5) 尊厳と社会の構成員としての取組

75歳以上の後期高齢者の増加に伴い、増加が見込まれる認知症高齢者を地域で支援していくほか、虐待の防止を図るなど、高齢者の権利を擁護していきます。

認知症に対する支援としては、地域包括支援センター、専門医、認知症地域支援員等と連携し、認知症の方の初期対応の充実に努めるとともに、認知症に関する相談や精神保健相談などの充実を図ります。

また、認知症高齢者をはじめ、すべての高齢者の人権が尊重され擁護されるよう、権利擁護支援のための地域連携ネットワークの要となる中核機関において、成年後見制度をはじめとした権利擁護や人権尊重の施策を講じていきます。

加えて、高齢者に対する虐待には、自治会や民生委員・児童委員などの協力を得ながら、地域包括支援センターを中心に高齢者の虐待防止及び早期発見・対応に努めます。

(6) 住民参加と雇用

就労を通じた高齢者の社会参加を支援するため、シルバー人材センターの体制を充実させ、新会員の加入促進、受注の拡大などに努めます。また、シルバー人材センター等の活用により、高齢者の活躍の場を増やしていきます。

(7) コミュニケーションと情報

高齢者が、住み慣れた地域で自立した日常生活を安心して営めるように支援する体制を整備するとともに、在宅生活が継続できるよう必要な生活支援サービスを充実させます。

また、地域のあらゆる住民が支えあいながら、自分らしく活躍できるコミュニティの維持・向上を図り、すべての町民が地域でいきいきと安心して暮らせる「地域共生社会」の実現を目指します。

(8) 地域社会の支援と保健サービス

高齢者が住み慣れた地域で、要支援・要介護状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態になった場合においても、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことを可能とすることを目的とし、地域における包括的な相談や支援体制を推進していきます。

地域包括支援センターを中心に、高齢者一人ひとりの心身の状態や要支援・要介護認定の度合いによって、高齢者のニーズや生活支援を中心に「地域支援事業」などさまざまな事業を実施していきます。

第5章 介護保険サービスの事業量 及び事業費の見込み（介護保険事業計画）

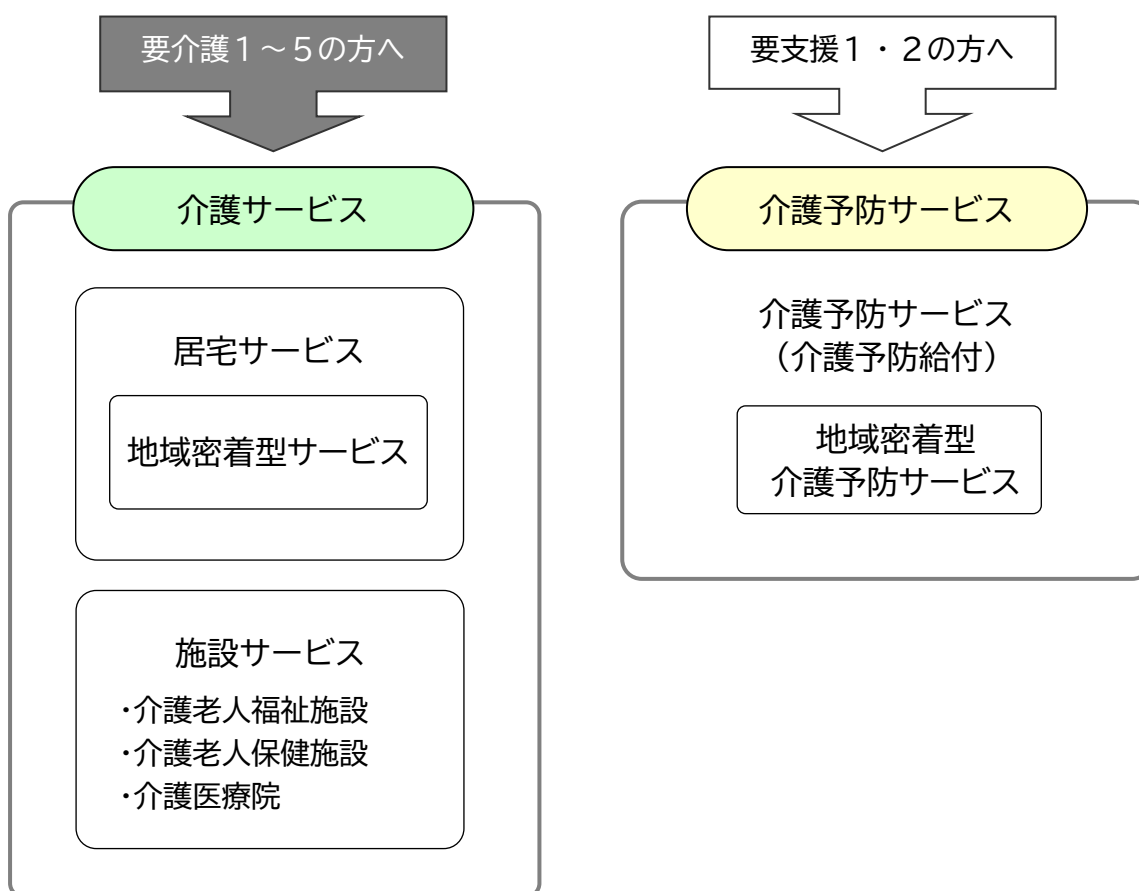
1 介護保険サービスの推進

1 要支援・要介護認定とサービス体系

介護保険サービスの利用には、市町村が行う「要支援・要介護認定」を受ける必要があります。要支援・要介護認定の結果、要支援1・2の方には「介護予防サービス」、要介護1～5の方には「介護サービス（居宅サービス又は施設サービス）」が提供されます。

さらに、介護予防サービス、介護サービスの中には、町が主体となって町民の身近な地域において提供される「地域密着型サービス」があります。

要支援・要介護認定と提供されるサービス



介護保険サービスの種類

要介護1～5の方へ

介護サービス

(1) 居宅サービス
①訪問介護
②訪問入浴介護
③訪問看護
④訪問リハビリテーション
⑤居宅療養管理指導
⑥通所介護
⑦通所リハビリテーション
⑧短期入所生活介護
⑨短期入所療養介護
⑩福祉用具貸与
⑪特定福祉用具購入費
⑫住宅改修
⑬特定施設入居者生活介護
(2) 地域密着型サービス
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
②夜間対応型訪問介護
③地域密着型通所介護
④認知症対応型通所介護
⑤小規模多機能型居宅介護
⑥認知症対応型共同生活介護
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
⑨看護小規模多機能型居宅介護
(3) 施設サービス
①介護老人福祉施設
②介護老人保健施設
③介護医療院
(4) 居宅介護支援

要支援1・2の方へ

介護予防サービス

(1) 介護予防サービス
①介護予防訪問入浴介護
②介護予防訪問看護
③介護予防訪問リハビリテーション
④介護予防居宅療養管理指導
⑤介護予防通所リハビリテーション
⑥介護予防短期入所生活介護
⑦介護予防短期入所療養介護
⑧介護予防福祉用具貸与
⑨特定介護予防福祉用具購入費
⑩介護予防住宅改修
⑪介護予防特定施設入居者生活介護
(2) 地域密着型介護予防サービス
①介護予防認知症対応型通所介護
②介護予防小規模多機能型居宅介護
③介護予防認知症対応型共同生活介護
(3) 介護予防支援

2 地域密着型サービスについて

「地域密着型サービス」は、住民の身近な生活圏内において提供される地域に密着した居宅系のサービス（地域での生活を24時間体制で支えるもの）で、原則として、その事業所を指定した市町村の被保険者が利用できるサービスです。

要介護1～5に認定された方が利用できる介護サービス及び要支援1・2に認定された方が利用できる介護予防サービスの2種類の地域密着型サービスがあります。

これらのサービスの提供については、「箱根町地域密着型サービス運営委員会」を設置し、サービスを提供する事業所の審査・指定・指導監督を行います。また、地域の実情に応じた弾力的な利用基準や報酬設定を行うことになっています。

住み慣れた地域で質の高い介護サービスが提供できるよう引き続き事業所支援に努めていきます。

地域密着型サービスの種類

介護サービスの地域密着型サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②夜間対応型訪問介護
- ③地域密着型通所介護
- ④認知症対応型通所介護
- ⑤小規模多機能型居宅介護
- ⑥認知症対応型共同生活介護
- ⑦地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑨看護小規模多機能型居宅介護

介護予防サービスの地域密着型サービス

- ①介護予防認知症対応型通所介護
- ②介護予防小規模多機能型居宅介護
- ③介護予防認知症対応型共同生活介護

3 介護保険サービス利用の推計及び施設等整備計画

(1) サービス利用者数（町外施設の利用を含む）

サービスの利用者数は、居宅サービスでは、増加傾向で推移する見込みで、施設・居住系サービスでは、第8期計画期間中の実績に基づき、第9期計画期間中は横ばいで推移する見込みです。

	令和6年度		令和7年度		令和8年度	
	実数 (人)	構成比 (%)	実数 (人)	構成比 (%)	実数 (人)	構成比 (%)
要支援・要介護認定者	762		766		771	
介護保険サービス利用者	588	100.0	582	100.0	587	100.0
介護予防サービス利用者	88	15.0	86	14.8	88	15.0
介護サービス利用者	500	85.0	496	85.2	499	85.0
居宅サービス	261	44.4	257	44.2	259	44.1
施設・居住系サービス	239	40.6	239	41.1	240	40.9
介護保険サービス利用率	77.2%		76.0%		76.1%	

(2) 施設等整備計画（町内のみ）

介護保険施設と居住系サービスは、第9期計画期間中における町内への新たな施設の整備を見込んでいないため、定員は横ばいで推移する見込みです。

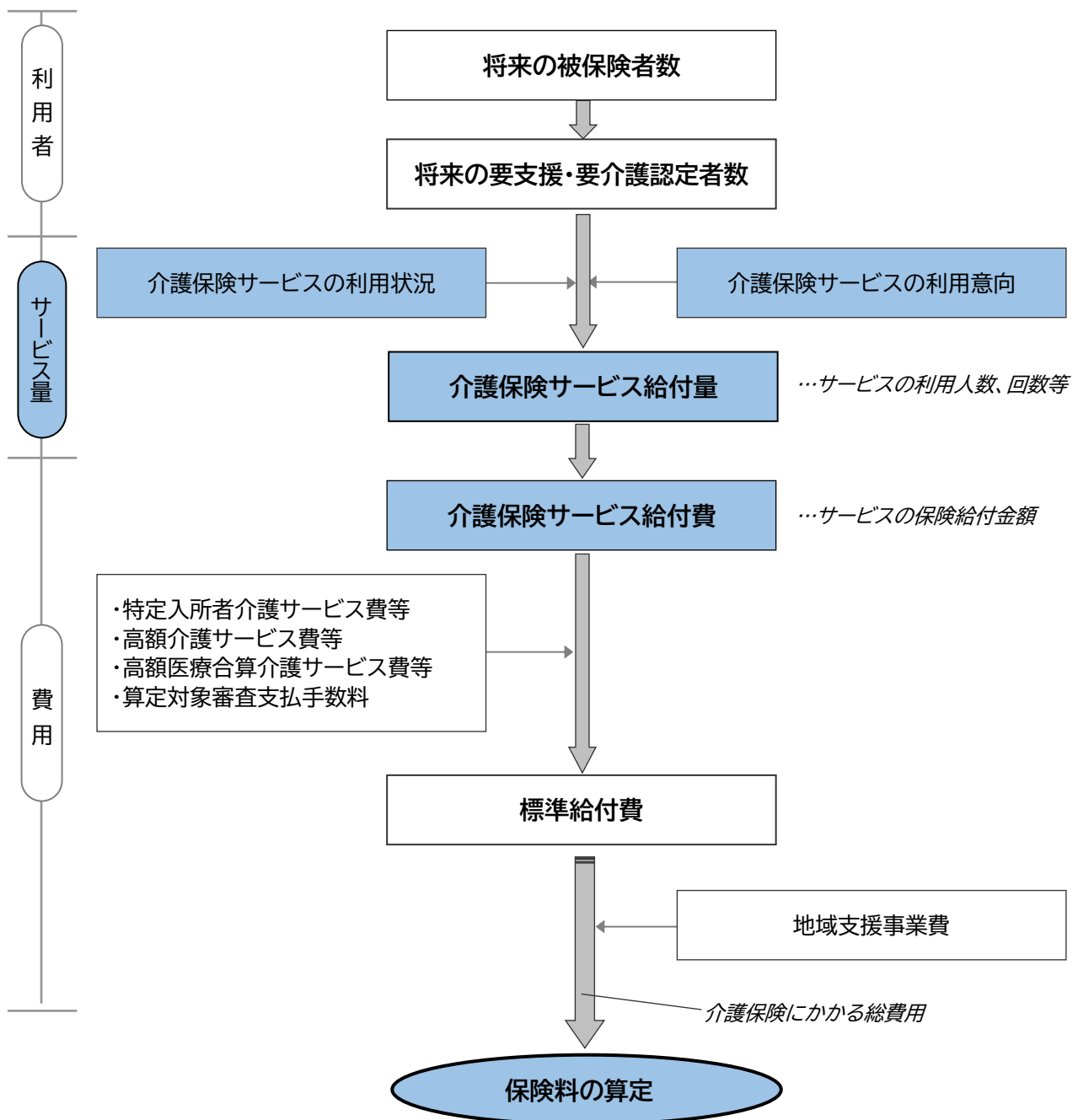
	項目・単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	施設数(か所)	2	2	2
	定員数(人)	166	166	166
介護老人保健施設	施設数(か所)	1	1	1
	定員数(人)	54(72)	54(72)	54(72)
介護医療院	施設数(か所)	1	1	1
	定員数(人)	82	82	82
認知症対応型共同生活介護事業所 (認知症高齢者グループホーム)	施設数(か所)	1	1	1
	定員数(人)	18	18	18
有料老人ホーム	施設数(か所)	1	1	1
	定員数(人)	150	150	150
サービス付き高齢者向け住宅	施設数(か所)	0	0	0
	定員数(人)	0	0	0

2 介護保険サービス提供見込量・保険給付費の推計

1 各サービスの提供見込量・保険給付費の算出方法

各サービスの提供見込量・保険給付費の算定については、先に推計された要支援・要介護認定者数を基に、これまでのサービス利用実績、将来の利用者数などを勘案して設定します。この設定にサービスの単価を掛け合わせて介護保険給付費を算出します。

サービス提供見込量・保険給付費算定の流れ



2 介護保険サービス見込量及び給付費

(1) 介護サービス

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護	給付費(千円)	61,562	58,551	57,474
	回数(回)	1,769	1,677	1,647
	人数(人)	66	65	64
訪問入浴介護	給付費(千円)	6,540	6,548	6,548
	回数(回)	43	43	43
	人数(人)	10	10	10
訪問看護	給付費(千円)	19,723	19,748	18,984
	回数(回)	306	306	293
	人数(人)	48	48	46
訪問リハビリテーション	給付費(千円)	37,549	36,769	35,994
	回数(回)	1,097	1,073	1,050
	人数(人)	83	83	82
居宅療養管理指導	給付費(千円)	19,335	19,232	19,232
	人数(人)	122	121	121
通所介護	給付費(千円)	30,405	30,403	30,494
	回数(回)	322	322	323
	人数(人)	28	28	28
通所リハビリテーション	給付費(千円)	34,786	47,887	48,503
	回数(回)	386	534	542
	人数(人)	68	94	94
短期入所生活介護	給付費(千円)	25,980	25,874	24,916
	日数(日)	262	261	252
	人数(人)	20	20	20
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	5,068	5,074	5,074
	日数(日)	35	35	35
	人数(人)	5	5	5
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0
	日数(日)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	430	430	430
	日数(日)	3	3	3
	人数(人)	1	1	1
福祉用具貸与	給付費(千円)	27,192	26,553	26,251
	人数(人)	181	177	176
特定福祉用具購入費	給付費(千円)	615	615	615
	人数(人)	2	2	2
住宅改修費	給付費(千円)	1,680	1,680	1,680
	人数(人)	1	1	1
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	125,711	128,505	128,505
	人数(人)	52	53	53
居宅介護支援	給付費(千円)	41,140	40,565	40,070
	人数(人)	260	256	253

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数(以降も同様)

(2) 地域密着型サービス

		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	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費(千円)	38,513	38,562	38,562
	回数(回)	387	387	387
	人数(人)	49	49	49
認知症対応型通所介護	給付費(千円)	1,969	1,972	1,972
	回数(回)	16	16	16
	人数(人)	2	2	2
小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	52,951	49,608	49,608
	人数(人)	16	15	15
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	69,423	69,510	69,510
	人数(人)	22	22	22

(3) 介護予防サービス

		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	給付費(千円)	0	0	0
	回数(回)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費(千円)	1,028	1,029	1,029
	回数(回)	13	13	13
	人数(人)	4	4	4
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)	13,152	13,035	12,565
	回数(回)	374	370	357
	人数(人)	34	34	33
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)	2,925	2,928	2,928
	人数(人)	16	16	16
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)	14,339	19,582	20,099
	人数(人)	30	41	42
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)	0	0	0
	日数(日)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)	0	0	0
	日数(日)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)	0	0	0
	日数(日)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)	0	0	0
	日数(日)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)	4,372	4,362	4,289
	人数(人)	62	62	61
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)	217	217	217
	人数(人)	1	1	1
介護予防住宅改修	給付費(千円)	926	926	926
	人数(人)	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	8,515	8,526	8,526
	人数(人)	9	9	9
介護予防支援	給付費(千円)	4,970	4,866	4,866
	人数(人)	90	88	88

(4) 地域密着型介護予防サービス

		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	給付費(千円)	0	0	0
	回数(回)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	0	0	0
	人数(人)	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	5,917	5,925	5,925
	人数(人)	2	2	2

(5) 施設サービス

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護老人福祉施設	給付費(千円)	265,337	265,673	265,673
	人数(人)	84	84	84
介護老人保健施設	給付費(千円)	179,477	179,704	179,704
	人数(人)	49	49	49
介護医療院	給付費(千円)	152,277	152,469	152,469
	人数(人)	39	39	39

3 介護サービス

(1) 訪問介護

現状

訪問介護は、居宅サービスの中でも多く利用されている介護サービスです。

このサービスは、町内外の事業所で提供されており、今後の利用ニーズも高く、在宅における介護サービスの中心として、質の高いきめ細かなサービスの提供が求められます。

ホームヘルパーの人材確保など、サービス提供基盤の充実が課題です。

●訪問介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	1,738	1,920	1,904	1,769	1,677	1,647
人数（人/月）	67	69	64	66	65	64

第9期の目標

- 訪問介護については、今後もニーズの増加が見込まれることから、サービス供給体制の拡充を図るとともに、さらに民間事業者の参入を促進します。
- 生活援助の適正な利用を促進するとともに、一貫した継続的なサービスの提供、身体介護等専門的サービスの質の向上を促します。
- ホームヘルパーの確保と質の向上に向けて、県や圏域市町と連携・調整しながら、養成・研修体制の充実を図ります。
- 夜間、早朝などの利用ニーズへの対応を促進します。随時、個別相談に対応できる健康相談窓口の維持、充実を図ります。

(2) 訪問入浴介護

現状

訪問入浴介護は、介護が必要な方でホームヘルパーや看護師の介助なしでは自宅の浴槽に入ることができない方を対象に、自宅に浴槽などを運び入れてサービスを提供するものです。

本町では、町外事業者によりサービスが提供されており、通所介護の中での入浴サービスの利用が多くなっています。

●訪問入浴介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数(回/月)	43	49	43	43	43	43
人数(人/月)	7	10	10	10	10	10

第9期の目標

- 今後も利用ニーズに基づき、サービス事業者の参入を促進します。
- 保健サービスとの連携や感染予防など、サービスの質の向上に努めます。

(3) 訪問看護

現状

訪問看護は、医療機関から直接看護師が訪問する場合と、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師などが要介護者等の居宅を訪問する場合があります。療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービスで、医師の指示に基づいて行われます。

●訪問看護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数(回/月)	325	318	310	306	306	293
人数(人/月)	43	51	45	48	48	46

第9期の目標

- 介護保険と医療保険での利用の調整を図り、適切な利用を促進します。
- 利用ニーズに基づき、今後も既存の訪問看護ステーションの活用やサービス事業者の参入を促進します。

(4) 訪問リハビリテーション

現状

訪問リハビリテーションは、自宅で専門的なリハビリテーションを受けるサービスで、利用の増加傾向が続いています。

訪問リハビリテーションは医師の指示に基づいて理学療法士（PT）又は作業療法士（OT）が行うことになっており、人材の面などからサービス提供事業者の確保が難しい状況になっています。

●訪問リハビリテーションの利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	607	847	1,010	1,097	1,073	1,050
人数（人/月）	40	63	79	83	83	82

第9期の目標

- 医師会や圏域市町と協力して、広域的にサービス事業者の確保を図ります。

(5) 居宅療養管理指導

現状

居宅療養管理指導は、病院、診療所、薬局などの医師、歯科医師、薬剤師等によって定期的な療養上の管理指導が行われるサービスです。町内には診療所、薬局を中心に多くのサービス事業者があります。

●居宅療養管理指導の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	88	110	123	122	121	121

第9期の目標

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会などと連携し、円滑なサービス提供を促します。

(6) 通所介護

現状

通所介護は、介護の必要な方が通所介護事業所で社会的な交流や食事、入浴、リハビリテーションなどの目的でサービスを受けるものです。

通所介護は、利用されている方が比較的多く、町外の事業所で提供されています。

通所介護は、介護サービスを提供するだけでなく、要介護者の孤立を解消し、社会的な交流や他人とのふれあいを持つ場として、介護度の悪化防止の観点からも重要なサービスであり、サービス提供事業者の育成・指導を図ることが課題です。

●通所介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	248	288	331	322	322	323
人数（人/月）	27	31	29	28	28	28

第9期の目標

- 保健や福祉の事業との連携のもと、地域性に配慮しつつ、出張デイサービス（サテライト型）などの多様な実施方法を検討し、供給量の確保と利用者の利便性の向上を図ります。

(7) 通所リハビリテーション

現状

通所リハビリテーションは、医療機関や介護老人保健施設においてリハビリテーションなどを受けるサービスで、介護老人保健施設を中心に提供されています。

●通所リハビリテーションの利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	294	283	370	386	534	542
人数（人/月）	50	57	65	68	94	94

第9期の目標

- 通所リハビリテーションについては、今後も必要性を見極めながら適切な規模の提供を図っていきます。
- 介護老人保健施設における受入れの拡大を促進するなど、必要な供給量の確保を図ります。

(8) 短期入所生活介護・短期入所療養介護

現状

短期入所には「短期入所生活介護」、「短期入所療養介護」があります。

短期入所生活介護は、介護老人福祉施設などで利用者の介護や機能回復訓練を行うとともに、介護者である家族の介護負担を軽減させることを目的に行われるサービスです。

短期入所療養介護は、同様のサービスが医療機関や介護老人保健施設で行われるものです。

町内外の介護老人福祉施設及び介護老人保健施設、介護医療院等で提供されており、短期入所療養介護に比べ、短期入所生活介護の利用が多くなっています。

施設入所を希望する方が入所されるまでの間、利用するケースもみられます。

●短期入所生活介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
日数(日/月)	141	250	255	262	261	252
人数(人/月)	12	20	20	20	20	20

●短期入所療養介護(老健)の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
日数(日/月)	53	44	35	35	35	35
人数(人/月)	7	6	5	5	5	5

●短期入所療養介護(介護医療院)の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
日数(日/月)	3	3	3	3	3	3
人数(人/月)	1	1	1	1	1	1

第9期の目標

- 広域的な連携のもとに、サービスの質の向上に努めるとともに、提供、利用の調整を促進します。

(9) 福祉用具貸与

現状

日常生活を支える又は機能訓練のための福祉用具を貸与するサービスです。福祉用具には、利用者自身が利用する場合と、その介護者が利用する場合があり、介護保険で利用できる福祉用具は以下の表のとおりです。

福祉用具にはいろいろな種類があり、利用者がその機能や性能を判断することが難しいため、適切な用具の利用に向けて相談体制を整備していきます。一方、レンタル料は事業者や用具の種類・機能によって異なり、利用者に過大な負担を招くおそれもあることから、適正な利用を促すことが必要です。

介護保険で利用できる福祉用具（貸与）

・車いす（付属品を含む）	・歩行器
・特殊寝台（付属品を含む）	・歩行補助杖
・床ずれ防止用具	・認知症老人徘徊感知機器
・体位変換器	・移動用リフト（吊り具の部分を除く）
・手すり	・スロープ
・自動排泄処理装置	

●福祉用具貸与の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	153	171	180	181	177	176

第9期の目標

- 民間事業者の参入を促進するとともに、利用者の適正な用具の選択、利用を促進します。
- 情報提供を充実し、総合的・専門的に対応できる相談体制の整備に努めます。

(10) 特定福祉用具購入費

現状

腰掛便座や入浴補助用具など、貸与になじまない用具を販売するものです。

介護保険で利用できる福祉用具（販売）

- | | |
|---------|----------------|
| ・腰掛便座 | ・簡易浴槽 |
| ・特殊尿器 | ・移動用リフトの吊り具の部分 |
| ・入浴補助用具 | |

●特定福祉用具購入費の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	2	2	2	2	2	2

第9期の目標

- 情報提供の充実を図るとともに、総合的・専門的に対応できる相談体制の整備に努めます。

(11) 住宅改修

現状

介護保険における住宅改修は、大規模なものではなく、簡便で軽微なものが対象となっています。具体的には、①手すりの取り付け、②床段差の解消、③浴室床の滑り止めや移動のための床材の変更、④引き戸への扉の取り替え、⑤洋式便器への取り替えなどです。

高齢者が住みよく、使いやすい住宅は自立した生活の基盤であり、福祉用具と併せ高齢者の日常生活行動の観点から総合的なサービスの提供を図ることが必要となっています。

現在、このサービスを利用するには事前申請が必要であり、事前にサービス利用者へのアドバイス、利用者と事業者との調整などを図ります。

●住宅改修の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	2	2	1	1	1	1

第9期の目標

- 保健・福祉及び事業者団体との連携を強化し、住宅改修相談サービスを充実させるとともに、改修後の確認体制の強化を図ります。
- ケアマネジャーと連携し住宅改修に関する相談・指導体制の整備に努めます。

(12) 特定施設入居者生活介護

現状

特定施設入居者生活介護は、指定を受けた有料老人ホームや介護対応型軽費老人ホーム(ケアハウス)などに入居している方が、生活上の介護や機能訓練などを受けることができるサービスです。

●特定施設入居者生活介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	47	50	53	52	53	53

第9期の目標

- 適切なサービスが提供されるよう、広域的な連携と調整を図ります。

(13) 居宅介護支援（ケアプラン作成）

現状

ケアマネジャーは、月々の居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成する以外にも多くの業務を抱え、その負担が大きくなっています。

したがって、多忙な業務を抱えるケアマネジャーの支援や、困難事例等に対処できるようケアマネジャー自身の資質向上のための対策が引き続き課題となります。

●居宅介護支援（ケアプラン作成）の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	218	248	260	260	256	253

第9期の目標

- 利用者本位のケアプランの作成が行われるよう、ケアマネジャーの相互交流の支援に努めます。
- ケアマネジャーの抱える対応困難事例に際し、適切なアドバイスが求められる主任ケアマネジャーを始めとする地域包括支援センターの質の向上を図ります。

4 地域密着型サービス

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

現状

重度者をはじめとした要介護認定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、又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サービスです。

●定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	1	0	0	0	0	0

第9期の目標

- 認知症高齢者の増加に対応できるよう、サービス提供事業者の育成・指導を図るとともに事業内容の周知に努めます。

(2) 夜間対応型訪問介護

当面、「夜間対応型訪問介護」を必要とするニーズは、同様のサービスを提供する「訪問介護」による対応を想定します。

(3) 地域密着型通所介護

現状

定員18人以下の小規模な事業所が実施する通所介護サービスで、介護の必要な方が小規模通所介護事業所で社会的な交流や食事、入浴、リハビリテーションなどの目的でサービスを受けるものです。

通所介護と同様に、介護サービスを提供するだけでなく、要介護者の孤立を解消し、社会的な交流や他人とのふれあいを持つ場として、介護予防や介護度の悪化防止の観点からも重要なサービスであり、サービス提供事業者の育成・指導を図ることが課題です。

●地域密着型通所介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	435	391	393	387	387	387
人数（人/月）	58	52	44	49	49	49

第9期の目標

- 各種保健事業や福祉事業との連携のもと、地域性に配慮しつつ、出張デイサービス（サテライト型）などの多様な実施方法を検討し、供給量の確保と利用者の利便性の向上を図ります。

(4) 認知症対応型通所介護

現状

認知症の方が可能な限り自宅で自立した生活を送れるように、機能訓練やレクリエーションを提供し、心身機能の維持・向上を目指すサービスです。一般の通所介護と異なり認知症の方のみを対象としています。

●認知症対応型通所介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数(回/月)	6	11	13	16	16	16
人数(人/月)	1	1	1	2	2	2

第9期の目標

- 今後見込まれている認知症高齢者の増加に対応できるよう、サービス提供事業者の育成・指導を通じて人材と提供体制の確保に努めます。

(5) 小規模多機能型居宅介護

当面、「小規模多機能型居宅介護」を必要とするニーズは、同様のサービスを提供する「看護小規模多機能型居宅介護」による対応を想定します。

(6) 認知症対応型共同生活介護

現状

認知症対応型共同生活介護は、グループホームで見守りや補助があれば日常生活を営むことが可能な認知症高齢者が、少人数で共同生活を行い、症状の回復や維持を図るものです。

●認知症対応型共同生活介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	16	15	16	16	15	15

第9期の目標

- 今後、認知症高齢者が増加していくことが予測され、地域密着型サービスとして対応を強化するため、サービス提供事業者の育成・指導を図ります。

(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護

当面、「地域密着型特定施設入居者生活介護」を必要とするニーズは、同様のサービスを提供する「特定施設入居者生活介護」による対応を想定します。

(8) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

当面、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」を必要とするニーズは、同様のサービスを提供する「介護老人福祉施設」による対応を想定します。

(9) 看護小規模多機能型居宅介護

現状

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るサービスで、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図るものです。

●看護小規模多機能型居宅介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	22	23	22	22	22	22

第9期の目標

- 看護と介護の一体的なサービス提供が可能であることを周知します。

5 介護予防サービス

(1) 介護予防訪問入浴介護

第8期計画期間におけるこのサービスの利用実績はありません。
今期においても、このサービスの利用はないものと見込みます。

(2) 介護予防訪問看護

●介護予防訪問看護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	8	14	13	13	13	13
人数（人/月）	2	4	4	4	4	4

(3) 介護予防訪問リハビリテーション

●介護予防訪問リハビリテーションの利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
回数（回/月）	328	411	360	374	370	357
人数（人/月）	28	37	33	34	34	33

(4) 介護予防居宅療養管理指導

●介護予防居宅療養管理指導の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	13	16	17	16	16	16

(5) 介護予防通所リハビリテーション

●介護予防通所リハビリテーションの利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	21	16	29	30	41	42

(6) 介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護

●介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	1	0	0	0	0	0

(7) 介護予防福祉用具貸与

●介護予防福祉用具貸与の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	60	57	62	62	62	61

(8) 特定介護予防福祉用具購入費

●特定介護予防福祉用具購入費の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	1	1	1	1	1	1

(9) 介護予防住宅改修

●介護予防住宅改修の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	1	1	1	1	1	1

(10) 介護予防特定施設入居者生活介護

●介護予防特定施設入居者生活介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	10	10	9	9	9	9

(11) 介護予防支援(介護予防プラン作成)

●介護予防支援(介護予防プラン作成)の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	88	89	89	90	88	88

第9期の目標

- 利用者のニーズに合わせて、適切にサービスを提供します。

6 地域密着型介護予防サービス

(1) 介護予防認知症対応型通所介護

第8期計画期間におけるこのサービスの利用実績はありません。
今期においても、このサービスの利用はないものと見込みます。

(2) 介護予防小規模多機能型居宅介護

第8期計画期間におけるこのサービスの利用実績はありません。
今期においても、このサービスの利用はないものと見込みます。

(3) 介護予防認知症対応型共同生活介護

現状

軽度の認知症の方を対象に、老人デイサービスセンターなどにおいて、入浴、排せつ、食事に関する介護や、機能訓練を実施します。第8期より月あたり2名の利用実績があります。

●介護予防認知症対応型共同生活介護の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	2	2	2	2	2	2

第9期の目標

- 認知症施策の一環として、地域での共生と進行の抑制のための手段として活用するとともに、介護や相談支援、機能訓練等のニーズにきめ細かな対応ができるよう努めます。

7 施設サービス

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

現状

特別養護老人ホームは、寝たきりや認知症で日常生活に常時介護が必要で、自宅での適切な介護が困難な人が入所する施設です。町内に2か所、『箱根老人ホーム』と、『なごみの郷』が整備されています。入所対象者は重度認知症高齢者を優先に考慮されているため、特に問題行動のない方については圏域市町と連携を図っています。

●介護老人福祉施設の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	94	87	84	84	84	84

第9期の目標

- 県や圏域市町と連携し、保健福祉圏域における調整のもと、広域的に必要な量の確保に努めます。

(2) 介護老人保健施設

現状

介護老人保健施設は、病院で治療を終えて、自宅に戻るために介護や機能訓練（リハビリテーション）を行う“中間施設”です。

町内にはこの施設として『デンマークイン箱根』があります。

●介護老人保健施設の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数（人/月）	52	47	49	49	49	49

第9期の目標

- 医療機関の退院後、在宅で円滑な生活を送れるように、広域的な連携と調整を図ります。
- 円滑な利用に向けて、利用できる機関の情報提供などに努めます。

(3) 介護医療院

現状

介護医療院は、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」の機能を持つ、長期療養を目的とした施設です。

町内にはこの施設として『介護医療院箱根リハビリテーション病院』があります。

●介護医療院の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	26	30	37	39	39	39

第9期の目標

- 長期療養のための医療と日常生活上の支援を一体的に提供する施設として、円滑な利用を支援します。

(4) 介護療養型医療施設

現状

介護療養型医療施設は、介護保険で利用できる療養型病床群、老人性認知症疾患療養病棟、介護力強化病院を持つ病院や診療所で、長期の療養が必要な方のための施設です。

制度改正により令和6年3月をもって廃止が決まっているため、施設の廃止によって行き場のなくなるような利用者が出ないように、きめ細やかな相談・情報提供・助言などに努める必要があります。

●介護療養型医療施設の利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/月)	1	0	0			

8 介護給付等対象サービスの確保方策

(1) 居宅サービスの充実

町内及び近隣の事業者と継続的な情報交換と課題等の共有及び連携を図るとともに、町の指定事業者に対しては、指定情報の管理を行い、指導権限のある事業者に対して実地指導等を通じ、質の確保に努めていきます。

(2) 地域密着型サービスの充実

サービス提供事業者の育成・指導を図るとともに事業内容の周知に努めます。

また、保健や福祉の事業との連携のもと、地域性に配慮した多様な実施方法を検討し、供給量の確保と利用者の利便性の向上を図ります。

(3) 施設サービスの充実

県や圏域市町と連携し、保健福祉圏域における調整のもと、広域的に必要な量の確保に努めるとともに、利用者に対するきめ細やかな相談・情報提供・助言などを図っていきます。

9 総給付費の推計

第9期計画期間中の総給付費は、12億円を超える額で推移する見込みです。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費（千円）	1,254,024	1,267,328	1,263,638
在宅サービス	463,839	476,918	473,228
居住系サービス	193,094	192,564	192,564
施設サービス	597,091	597,846	597,846

3 地域支援事業

地域支援事業は、高齢者ができる限り住み慣れた地域で、要支援・要介護状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態になった場合においても、地域において自立した日常生活を営むことを可能とすることを目的とし、地域における包括的な相談や支援体制を推進していくものです。

地域支援事業には、「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」の3つの事業があり、地域の特性に応じて多種多様な施策を市町村が主体となって取り組むこととされています。

本町においても高齢者のニーズや生活支援を中心に引き続き地域支援事業を展開していきます。

1 介護予防・日常生活支援総合事業

本事業は、機能回復訓練などの高齢者本人への提供だけではなく、高齢者本人を取り巻く環境や地域も含めてアプローチができるように従来の介護予防事業を見直した事業です。

年齢や心身の状態を考えて自立支援に関する取組を推進するために、地域力を活用した総合的な介護予防事業を展開し、重度化防止を図るように構成されています。

また、総合事業の目的、内容、手続方法等を町民や事業者に周知し、その利用状況等を把握・確認するとともに利用促進を図り、介護予防を重点的に進めていきます。

i 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定を受けた方と基本チェックリストの該当者等が利用できる事業で、以下のサービスで構成されています。

(1) 訪問型サービス

現状

訪問により掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供し、要介護状態にならないよう、生活機能の維持・向上を図っています。コロナ禍でサービス利用が減少傾向となっています。

●訪問型サービスの実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/年)	288	267	285	280	280	280

第9期の目標

- 需要に応じたサービス基盤の確保に努めます。

(2) 通所型サービス

現状

通所により機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供します。コロナ禍でサービス利用が減少傾向となっています。

●通所型サービスの利用状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
人数(人/年)	251	260	294	290	290	290

第9期の目標

- 需要に応じたサービス基盤の確保に努めます。

(3) その他の生活支援サービス

- ◆ごみ出し支援サービス（再掲） ※42ページに掲載
- ◆配食サービス（再掲） ※42ページ、46ページに掲載

ii 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、65歳以上のすべての方が利用できます。

介護予防の知識を学び、通いの場や地域サロンなど、地域の身近な場所で人と人のつながりを通して日常生活の自立を継続できるように支援するための事業です。

(1) 介護予防普及啓発事業

◆ゆっくりゆったり教室（運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上）

現状

寝たきりになる原因の一つに、転倒による骨折が挙げられ、特に高齢者の骨折は寝たきりになるばかりではなく、認知症に進展することもあります。本事業は、転倒事故を未然に防ぎ、いつまでも要介護状態にならず、自立した生活を送ることができるよう、身体機能の維持や社会性の回復を目的とした事業です。

第8期計画期間中は、総合的に介護予防を推進するために、「運動機能向上」、「栄養改善指導」、「口腔機能向上」に焦点をあてた「ゆっくりゆったり教室」を、年ごとに会場を持ち回り、12回（おおむね3か月）を1コースとして実施しています。

◇運動機能向上

運動機能向上のために事前アセスメントを行い、集団及び個別の目標設定や支援計画の作成を行います。その上で、目標設定や支援計画に基づき、ストレッチ、有酸素運動、簡単な器具を使った運動などを実施し、生活環境や生活習慣の改善を支援しています。

◇栄養改善指導

高齢者の栄養改善相談を実施し、食生活の改善を支援しています。

現在、栄養改善指導は、運動機能の向上、口腔機能の向上と合わせた複合プログラムとして実施しています。

◇口腔機能向上

健全な食生活は、高齢者が健康でいきいきとした生活を送るために大切な要素であり、食の確保という意味において口腔機能の維持が不可欠です。高齢者の摂食、えん下機能の低下を早期に発見するとともに、口腔機能改善のための事前アセスメントを行い、これを基に個々の状態にあった支援計画を作成し、口腔機能向上のための教育（口腔ケア教室）や口腔清掃の指導、摂食・えん下機能に関する個別指導を行っています。

現在、口腔機能向上は、運動機能の向上、栄養改善相談と合わせた複合プログラムとして実施しています。

● ゆっくりゆったり教室の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数(コース)	12 (1)	12 (1)	12 (1)	12 (1)	12 (1)	12 (1)
延べ参加者数(人)	151	149	150	200	200	200

第9期の目標

◇運動機能向上

- よりリスクの高い高齢者が参加しやすい事業内容（例えば、教室への送迎を行うなど）とともに、高齢者の保健事業等と事業間連携を図り、対象の把握と対象の状況に合わせた指導方法を検討し実施します。
- 運動機能だけでなく、栄養改善や口腔機能向上を含めた複合プログラムとして開催していきます。

◇栄養改善指導

- 高齢者の低栄養状態を早期に発見するとともに、栄養改善のための事前アセスメントを行います。
- 高齢者の保健事業等と事業間連携を図り、対象の把握と対象の状況に合わせた指導方法を検討し実施します。

◇口腔機能向上

- 運動機能の向上、栄養改善相談と合わせた複合プログラムとして実施し、参加しやすい体制を整備します。

◆にこにこ運動教室（筋力トレーニング教室）

現状

姿勢を安定させるための体幹部や下肢の筋力強化、不安定な姿勢に対応する平衡機能の向上を目的として筋力トレーニングを実施しています。

第8期計画期間中は、新型コロナウイルス感染症の影響があったものの、町内5地域（9会場）で年間計150回（1コース15回を10コース）の教室を開催し、事業終了後も高齢者自らが運動を継続するよう動機づけするため、反復した指導内容で知識の普及を図りました。

●にこにこ運動教室の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数(コース)	150 (10)	150 (10)	150 (10)	150 (10)	150 (10)	150 (10)
延べ参加者数(人)	1,855	1,828	1,838	2,000	2,000	2,000

第9期の目標

- 町内5地域（9会場）で年間計150回（1コース15回を10コース）の教室を引き続き開催し、事業終了後も高齢者自らが運動を継続するよう動機づけするため、反復した指導内容で知識の普及を図っていきます。

◆脳と体の若返り教室

現状

運動で体の健康を促すと同時に、脳の活動を活発にする機会を増やし、認知症発症の遅延を目的としたトレーニング教室を実施しています。

第8期計画期間中は、年1回、1コース10回の教室を地域で巡回する形で実施しました。

●脳と体の若返り教室の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施回数(コース)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	10 (1)
延べ参加者数(人)	133	59	72	80	100	100

第9期の目標

- 地域での自立した活動になるよう、サロン等通いの場でコグニサイズを指導(ボランティア)できる人材の育成と活動の場の確保を図ります。
- 事業終了後も引き続き、高齢者自らが認知症予防を続けられるよう支援していきます。

◆訪問指導

現状

疾病や要介護状態になることを予防するために、地域包括支援センターなどと連携を図りながら、適宜、訪問指導を実施しています。

第8期計画期間中は、対象者の状態に合わせて、保健師などが連携を図りながら訪問指導を実施しました。必要な方には「ゆっくりゆったり教室」などの介護予防事業への参加を勧奨しました。

●訪問指導の実施状況

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実人数(人)	55	22	30	30	30	30
延べ訪問者数(人)	167	187	200	200	200	200

第9期の目標

- 訪問等で得られた高齢者のニーズを事業や施策へのタイムリーな反映に努めます。
- 訪問指導の必要のある方の年齢や状態、必要とされるサービスに応じて、各担当課や関係機関と連携し指導を行います。
- 今後の高齢化率の上昇を踏まえると、訪問等による支援が必要な方は増加していくと考えられるため、事業間の連携を図りながらタイムリーな支援に努めます。

◆その他の介護予防普及啓発事業

現状

広報紙、町ホームページ、パンフレットなどの媒体や、講演会、各種の事業などの機会を通じて、介護予防に資する知識・情報の普及・啓発を図っています。

中高年者の健康づくり（介護予防）を目的に作成した『いきいきHAKONE体操』の講習会を実施しています。

第9期の目標

- 今後の高齢化率の上昇を踏まえると、介護予防（高齢者の健康づくり）に向けて、庁内の複数課と連携し広報媒体や事業間の連携をさらに進めます。

(2) 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・支援を進めていきます。

これまでに地域のサロン活動が、介護予防の自主サークルの発足につながったケースなどがあります。

第9期の目標

- ボランティアや自主グループの育成は、きめ細やかな支援が求められます。社会福祉協議会等関係機関との連携の中で支援を進めます。

2 包括的支援事業

高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきとした生活を送っていくためには、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉の専門職やボランティアなどの地域の様々な資源を統合したケアが必要となります。

高齢者の在宅での生活を支え、安心して地域生活が送れるよう、地域包括支援センターが実施している事業です。

(1) 介護予防ケアマネジメント事業

- 地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に関するケアマネジメント

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
候補者数(人)	192	183	179	185	185	185
プラン作成者数(人)	147	138	139	140	140	140
サービス利用者数(人)	130	123	133	130	130	130

- 介護予防支援に関するケアマネジメント及び給付管理

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
予防プラン作成数(人分)	1,251	1,247	1,250	1,250	1,250	1,250

第9期の目標

- 引き続き、地域包括支援センターと連携し、必要な人に必要なサービスが受けられるようケアマネジメントを実施します。

(2) 総合相談・支援事業

●総合相談業務

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数(新規) (件)	262	340	342	345	345	345

第9期の目標

- 高齢者が抱える様々な問題や悩みごとの相談に対応するとともに、介護保険サービスと県や町の福祉サービスなどと調整し、適切な利用を促進します。
- 利用者が気軽に相談や支援を受けられるよう、関係機関との連携と相談体制の充実に努めます。

(3) 権利擁護事業

●権利擁護業務

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数(新規) (件)	10	17	17	15	15	15
虐待対応件数(件)	1	1	1	1	1	1

●支援困難事例などへの指導・助言

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
担当者会議開催 (件)	23	15	15	15	15	15

第9期の目標

- 主任ケアマネジャーにより支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言を行うとともに、地域のケアマネジャーのネットワークづくりなどを進めます。
- 引き続き、地域包括支援センター等と連携しながら対応します。

- ◆認知症高齢者への支援（再掲） ※54ページに掲載
- ◆権利擁護の推進（再掲） ※54ページに掲載
- ◆高齢者の虐待防止（再掲） ※54ページに掲載

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

現状

本町は、平成27年度から、小田原医師会や小田原市、真鶴町、湯河原町と連携し、医療関係者、介護サービス事業所、地域包括支援センター、小田原保健福祉事務所、自治体職員等が連携を深めることを目的に、多職種共同研修を開催しています。また、小田原医師会地域医療連携室では、医療相談や医療機関案内を始めとした幅広い相談に応じています。

●多職種共同研修

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
開催回数	4	4	4	4	4	4
延べ参加者数(人)	350	310	320	320	350	350

●在宅医療・介護連携相談窓口業務

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
相談件数(件)	390	606	609	610	620	620

※ 小田原医師会地域医療連携室受付分

第9期の目標

- 高齢者が疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活が続けられるよう、次のアからクに掲げる在宅医療・介護連携の推進を図ります。
- 研修等を通じて、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組の強化に努めます。

- ア 地域の医療・介護の資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 医療・介護関係者の研修
- カ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- キ 地域住民への普及・啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

(5) 認知症総合支援事業

現状

今後の認知症施策は、認知症になっても本人の意思が尊重され、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を目指しています。

認知症には早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援など、総合的かつ継続的な支援体制づくりを進めています。

◆認知症初期集中支援チーム

平成30年度に複数の専門職が認知症専門医の指導のもと、認知症の初期段階で認知症の方や家族を訪問し、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」を設置しました。

●認知症初期集中支援チーム員会議

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
開催回数	4	5	5	6	6	6

第9期の目標

- 認知症初期集中支援チームの積極的な活動を推進し、早期支援につなげるため、十分な普及啓発を図ります。

◆認知症地域支援推進員

認知症の方が住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう医療機関や介護サービス事業所など地域の関係機関へつなぐ支援や本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」を地域包括支援センターに配置しました。

なお、令和4年度から1名体制を2名体制とし、強化を図っています。

●認知症地域支援推進員

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
配置数(人数)	1	2	2	2	2	2

第9期の目標

- 認知症地域支援推進員が認知症に関する相談窓口となり、必要な医療につなげるとともに、認知症の家族に対するケアや認知症の方の介護をより身近なものになるよう努めます。
- 認知症の方の意見を把握し、有効な施策の企画・立案につながるよう本人視点の反映に努めます。

◆認知症ケア向上推進事業

認知症サポーターの養成を進めており、近年は、町職員や中学生にも認知症サポーターになっていただき、地域全体で認知症の方を見守るとともに、認知症に関する正しい知識の普及啓発を図っています。

また、「認知症をにんちしよう会」や「一市三町若年性認知症を考える会」の構成員として、医師会や薬剤師会等と連携し、啓発活動を推進しています。

チームオレンジについては、各市町村において令和6年中の設置が求められていますが、本町では令和5年度に3チームが設置されています。

第9期の目標

- 認知症に関する正しい知識と理解を深めるため、認知症サポーター養成講座の幅広い年齢層や職種の方の受講を図るとともに、認知症サポーターが活躍できる環境づくりを目指します。
- 認知症当事者も分け隔てなく活動に参加できる環境の保持を図り、認知症に関する正しい知識を身につけてもらうことにより、どのような状態になっても関係性を崩さず、継続してチームオレンジとしての活動が続けていける支援をしていきます。

(6) 生活支援体制整備事業

現状

高齢者の在宅生活を支えるための生活支援サービスについて、地域の生活支援・介護予防サービス等を担う事業主体等と連携しながら、多種多様な日常生活の支援体制の充実強化を図ることを目的にした箱根町生活支援・介護予防体制整備推進協議会を設置しています。

また、関係者間のネットワークや既存の取組・組織等を活用し、不足しているサービスの構築や地域のニーズと支援活動のマッチングを図ることを目的に「生活支援コーディネーター」を配置しました。

平成29年度からは、地域の支援協力団体の協力を得て、高齢者の見守りを兼ねたごみ出し支援サービスを創設したほか、ツアー型買い物支援の試行実施や移動支援サービスの構築を目指しています。

●生活支援・介護予防体制整備推進協議会

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
開催回数	2	2	2	2	2	2

◆地域力を活用した移動支援サービスの推進

買い物や通院など高齢者が外にでる機会を積極的に進めていくためには、公共交通機関だけでなく、地域のボランティアの力を借りた移動支援が必要となってきています。

こうした中で、仙石原地域では地元の声を反映し、令和3年度からコミュニティバス「にこにこ号」を域内で毎週木曜日に運行しています。

第9期の目標

- 移動支援コミュニティバス「にこにこ号」のような事業を他の地域で展開できるよう、地元の要望を踏まえた調整を図っていきます。

◆福祉有償運送制度の検討

福祉有償運送とは、NPO等が乗車定員11人未満の自動車を使用して、他人の介助によらずに移動することが困難であり、単独でタクシー等の公共交通機関を利用することが困難な身体障がい者、要介護者、要支援者、その他障がいを有する者等の運送を行うものです。

第9期の目標

- 近隣市町での利用実績等を検証し、本町での導入の可否について検討します。

◆生活支援サービスの充実と生活支援ボランティアの育成

高齢者の生活を支えるために必要なちょっとした困りごと（家具の移動や草むしりなど）を地域で解決する仕組みが求められています。

地域でできることは地域で解決していくよう生活支援コーディネーターがリーダー的な存在となって、生活支援サービスの開発や生活支援ボランティアの育成を図っています。

第9期の目標

- 生活支援コーディネーターと連携し、買い物支援やちょっとした困りごとに対応できる生活支援ボランティアの育成を進めていきます。
- ボランティア団体の大平台あじさいの会のような団体を他の地域でも育成していきます。

(7) 介護情報基盤の整備（新規）

医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協同して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤の整備を推進します。

(8) 地域包括支援センターの運営（再掲） ※39ページに掲載

(9) 地域ケア会議の推進（再掲） ※43ページに掲載

3 任意事業

(1) 介護給付等費用適正化事業

保険者として、国の「介護給付適正化計画」の指針を基に、介護サービスの質の向上、不適切な給付の削減を図るため、適正化事業を推進する必要があります。

また、保健福祉事務所と連携し、介護サービス提供事業者の指導や、事業者の資質向上のための研修会等を実施し、介護給付の適正化に努めます。

◆介護給付費の通知

●通知発送

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
発送件数(件)	2,358	2,620	2,630	全対象者 へ送付	全対象者 へ送付	全対象者 へ送付

第9期の目標

- 利用者本人（又は家族）に対してサービスの請求状況及び費用などについての通知を年4回実施する予定ですが、全国介護保険担当課長会議において、適正化事業の見直しに伴い3事業に変更となることから、実施そのものの見直しを行います。

◆住宅改修の点検

●住宅改修

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
点検件数(件)	38	32	32	実施率 100%	実施率 100%	実施率 100%

第9期の目標

- 利用者が必要とする改修か否か、理由書及び調査票等から読み取れないこともあるため、訪問の機会などに合わせて実施している利用者の状態や施工状況についての事実確認を、一層強化します。また、全国介護保険担当課長会議において、適正化事業の見直しに伴い3事業に変更となることから、ケアプラン点検と一本化できるよう見直しを行います。

◆要支援・要介護認定等の適切な実施

●認定調査員及び審査会委員の研修等

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
実施件数(件)	4	4	4	4	4	4

第9期の目標

- 被保険者の要支援・要介護認定申請に際して、認定調査（訪問調査）、介護認定審査会による審査判定、認定結果の通知など一連の業務が円滑に行われるよう、実情に即して体制やシステムの運用改善を図り、審査会委員の研修機会などを充実させます。
- 要支援・要介護認定区分について町民の一層の理解を促進します。
- 訪問調査の実施にあたって調査が円滑に行われるよう、訪問調査員の研修体制の充実を図ります。
- 地域支援事業対象者を適切に把握するとともに、認定結果によるサービスの円滑な提供に努めます。
- 認定者の福祉用具利用について、必要理由の確認を行ったうえで承認します。

◆医療情報との突合・縦覧点検

●医療情報との突合・縦覧点検

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
点検件数(件)	15	21	15	15	15	15

第9期の目標

- 今後も引き続き国民健康保険団体連合会へ委託をし、介護給付実績帳票を活用して、費用対効果が期待される帳票に重点化します。

◆ケアプランの点検

●ケアプランの点検

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン分析 件数(件)	9	9	20	20	20	20

第9期の目標

- 国民健康保険団体連合会の「ケアプラン分析システム」等を用い、各居宅介護支援事業所が作成するケアプランの内容などについて分析します。また、全国介護保険担当課長会議において、適正化事業の見直しに伴い3事業に変更となることから、住宅改修の点検等と一本化できるよう見直しを行います。
- 保健福祉事務所及び近隣市町との連携による介護サービス事業所指導においてケアプランを確認し、適切なケアプランの作成について、分析結果を活用しながら指導・助言を行います。

(2) 成年後見制度利用支援事業

●成年後見町長申立て

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
利用者数(人)	3	6	6	6	6	6

第9期の目標

- 認知症高齢者などの人権尊重・権利擁護のための成年後見制度を経済的理由等により利用できないと認められる場合、必要となる費用を助成することで利用支援を図ります。
- 成年後見制度利用促進協議会を年1回開催し、関係者と町の状況について共有するとともに、町地域包括支援センターと共同で成年後見制度利用促進に係る中核機関を適切に運営していきます。

(3) 住宅改修（再掲） ※74ページに掲載

(4) 地域自立生活支援事業（再掲） ※45ページに掲載

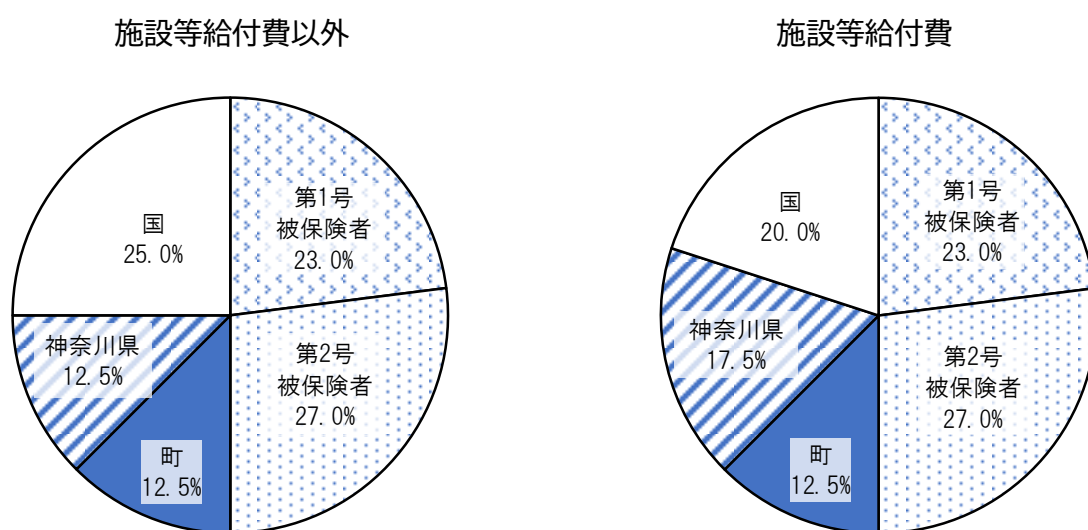
4 介護保険料の見込み

1 第1号被保険者の介護保険料

第1号被保険者の介護保険料は、総給付費に特定入所者介護サービス費等給付額や高額介護サービス等給付費などを加えた標準給付費、さらに地域支援事業費を加えた総費用額のうち、第1号被保険者が負担する分（23%）について、調整交付金や保険料収納率などを加味し、所得段階に応じた被保険者数により算定します。

● 保険給付費の負担割合

※国から交付される調整交付金の交付率によって実質の負担割合は変化します。




単位 千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付見込額	1,332,590	1,346,475	1,342,183	4,021,248
総給付費	1,254,024	1,267,328	1,263,638	3,784,990
特定入居者介護サービス費等給付額	35,529	35,822	35,512	106,863
高額介護サービス等給付費	39,486	39,747	39,487	118,720
高額医療合算介護サービス費等給付費額	2,714	2,739	2,708	8,162
算定対象審査支払手数料	837	839	837	2,513
地域支援事業費（政令に基づく額）	62,076	62,563	62,726	187,365

- **第1号被保険者負担分相当額** = 総費用額 × 第1号被保険者負担分 (23%)
 ※ 第1号被保険者、第2号被保険者の負担割合は、それぞれ23%、27%となります。
- **調整交付金相当額** (標準給付費 + 介護予防・日常生活支援総合事業費の5%)
- **調整交付金見込額** (標準給付費 + 介護予防・日常生活支援総合事業費の3.86%)
 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業費は令和6～8年度の平均。
- **財政安定化基金拠出金見込額** = 標準給付費 × 財政安定化基金拠出率
 ※ 神奈川県では第9期中の財政安定化基金拠出率を0%としています。
- **準備基金取崩額**
 ※ 本町では、準備基金のうち61,000千円を取り崩すこととします。
- **保険料収納必要額** = 第1号被保険者負担分相当額 + 調整交付金相当額 - 調整交付金見込額
 - 準備基金取崩額
- **保険料年額** = 保険料収納必要額 ÷ 予定保険料収納率 (97.75%) ÷
 所得段階別加入割合補正後被保険者数
- **保険料月額** = 保険料年額 ÷ 12か月

これにより、第9期介護保険事業計画期間中における第1号被保険者の介護保険料を、年額(基準額) 76,800円、月額(基準額) 6,400円として設定します。

第8期 第1号被保険者保険料 (基準額)		第9期 第1号被保険者保険料 (基準額)
6,200円 (月額)		6,400円 (月額)

● 介護保険料段階について

介護保険料の負担割合は、被保険者の所得段階に応じて調整するものですが、国の標準が13段階と変更となることから、本町においても第9期から12段階を13段階に変更します。また、「第5段階」の保険料を基準額として、各段階の保険料の負担割合を調整します。

【第9期における介護保険料の多段階化】

所得段階	負担割合	月額	年額	対象者
第1段階	基準額 ×0.455 (0.285)	2,912円 (1,824円)	34,944円 (21,888円)	生活保護の受給者又は、老齢福祉年金の受給者で世帯全員が住民税非課税又は、世帯全員が住民税非課税で本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が80万円以下
第2段階	基準額 ×0.685 (0.485)	4,384円 (3,104円)	52,608円 (37,248円)	世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が80万円を超え120万円以下
第3段階	基準額 ×0.690 (0.685)	4,416円 (4,384円)	52,992円 (52,608円)	世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が120万円を超え
第4段階	基準額 ×0.90	5,760円	69,120円	本人が住民税非課税（世帯内に住民税課税者がいる場合）で、本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が80万円以下
第5段階	基準額	6,400円	76,800円	本人が住民税非課税（世帯内に住民税課税者がいる場合）で、本人の課税年金収入とその他の合計所得金額の合計が80万円を超え
第6段階	基準額 ×1.20	7,680円	92,160円	本人が住民税課税で、合計所得金額が120万円未満
第7段階	基準額 ×1.30	8,320円	99,840円	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
第8段階	基準額 ×1.50	9,600円	115,200円	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
第9段階	基準額 ×1.70	10,880円	130,560円	本人が住民税課税で、合計所得金額が320万円以上420万円未満
第10段階	基準額 ×1.90	12,160円	145,920円	本人が住民税課税で、合計所得金額が420万円以上520万円未満
第11段階	基準額 ×2.10	13,440円	161,280円	本人が住民税課税で、合計所得金額が520万円以上620万円未満
第12段階	基準額 ×2.30	14,720円	176,640円	本人が住民税課税で、合計所得金額が620万円以上720万円未満
第13段階	基準額 ×2.40	15,360円	184,320円	本人が住民税課税で、合計所得金額が720万円以上

注1：「負担割合」とは、基準保険料（第5段階）に対する比率

注2：「負担割合」、「月額」、「年額」にあるカッコ内の数値は、軽減措置後の負担割合及び金額

注3：「合計所得金額」とは、税法上の合計所得金額から土地や建物の売却に係る長期・短期譲渡所得に係る特別控除を差し引いた金額

注4：「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から、公的年金等に係る雑所得を差し引いた金額

2 地域支援事業費の見込み

	第8期計画実績			第9期計画見込		
	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
地域支援事業（千円）	48,252	54,740	57,194	62,076	62,563	62,726
介護予防事業・日常生活支援総合事業	15,927	15,864	17,244	18,325	18,469	18,517
包括的支援事業・任意事業	19,208	19,783	19,745	20,162	20,320	20,373
包括的支援事業（社会保障充実分）	13,117	19,093	20,205	23,589	23,774	23,836

3 市町村特別給付・保健福祉事業

市町村特別給付・保健福祉事業については、実施しても費用対効果が少ないことから、第9期計画期間についても行わず、町の一般福祉施策で対応することとします。

4 一般会計による自立支援・重度化防止等に資する事業

一般会計による自立支援・重度化防止等に資する事業については、保健事業と介護予防の一体化事業との整合性を図りつつ検討することとし、第9期計画期間中は実施しないこととします。

第6章 計画の推進

1 計画の推進方策

1 多角的な施策の推進

高齢者の健康づくりや生きがいづくり、安心や安全の確保など、本計画の理念を具現化し、地域包括ケアシステムを展開していくためには、福祉、保健、医療、教育、まちづくり、防災など広範な分野の多角的な取組が必要になります。したがって、関係課はもちろんのこと、様々な関係機関と連携し、施策の推進を図っていきます。

2 広域的な連携の推進

県の「かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進等委員会」、県西保健福祉圏域における「地区保健医療福祉推進会議」などを通じて、介護保険施設サービス、地域密着型サービスなどの効果的な提供を促進します。

また、本町においては、地理的条件などから事業者不足となっており供給が難しいサービスもあります。このため、基準該当サービスの確保を推進するとともに、圏域内の市町と連携しながら、サービス提供事業者の進出促進策を検討し、必要なサービスが公平に供給されるよう工夫を図ります。

3 計画の進捗状況の確認

介護保険事業については、サービスの種類ごとに事業目標を設定していることから、毎年度の事業者の参入状況、サービス供給量などについて把握し、達成状況を点検するとともに、必要に応じて目標達成に向けた方策を講じていくものとします。

このため、地域の保健・医療・福祉関係者で組織する「箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会」における意見などを踏まえ、PDCAサイクルを利用した計画の進行管理、評価等を行っていくこととします。

また、計画の進行管理にあたっては、次のような点に留意して行っていきます。

- ① 保険料水準に対応したサービス水準を確保すること
- ② 基盤整備の向上を図ること
- ③ 計画の遅滞部分を早期に発見し、解決策を講じること
- ④ 計画の達成状況を広く公表すること
- ⑤ 利用者のニーズの把握と適切な反映を図ること

4 情報提供・広報体制等の充実

計画を円滑に推進するためには、町民一人ひとりの理解と協力を得ることが不可欠であり、介護保険制度に関する理解を深めるとともに、サービスについて十分な情報提供がされることが必要です。

また、被保険者が必要なサービスを多様な供給主体からより良く選択できるように町ホームページや広報紙などの既存の情報媒体を活用することはもとより、高齢者等の集まる機会を活用し、情報提供等を行っていきます。

(1) 広報活動の推進

町民が気軽に、いつでも、必要な情報を入手できるように、町ホームページや広報紙、パンフレットなどを通じて情報を提供します。

利用者が適切にサービスを選択できるよう、事業者情報の開示を促進します。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置制度の法人への周知を図ります。

地域包括支援センターをはじめ、各種介護関係施設・機関などにおいて被保険者への相談対応・情報提供が適切に進められるよう、必要な情報を共有できるような機会や仕組みの検討を進めます。

(2) 介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援

利用者に必要なサービスを盛り込んだ介護サービス計画の作成が行われるよう、地域のサービス資源情報提供の推進とケアマネジャーの資質向上のため、主任ケアマネジャーを中心に、ケアマネジャーの連携体制強化への支援に努めます。

また、介護人材の観点から新たに就職する介護支援専門員を対象に、就労支援補助金を交付することにより、介護支援専門員の不足の解消・定着を図ることとします。

(3) 介護サービス情報の公表

介護保険制度は、利用者の選択を基本としています。そのため、地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービス等について、生活支援・介護予防体制整備推進協議会での評価等や実施状況等の情報公表に努め、利用者やその家族が適切なタイミングで的確な選択ができるようにしていきます。

5 介護人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上のための取組の推進

「団塊の世代」が後期高齢者の年齢に近づくとともに在宅介護を支える現役世代の人口が減少していくため、今後、介護サービスの提供が急速に難しくなることが見込まれます。そのため、これまで以上に介護職員や看護職員、生活相談員などを含めた介護従事者の確保に関する有効な取組が必要となります。

高齢者の介護・福祉ニーズは、今後さらに多様化していくため、これらに対応できる介護人材の安定的な確保、地域包括支援センターの専門職員の資質向上、対応力の強化に努めるとともに、引き続き事業所の意見を取り入れながら、より良いサービスの提供を目指します。

(1) 必要な介護サービスの提供をするための介護従事者の確保

介護従事者を安定的に確保するため、多様な人材の活用や確保及び資質の向上に向けた取組を講じます。

(2) 業務効率化に取り組むモデル施設の取組の周知

介護ロボットや見守りセンサー等のICTを活用した有用な事例をもとに調査・研究を行い、介護現場における業務の効率化を目指します。

(3) 文書負担軽減

介護現場の業務効率化を支援するため、国や県と連携し、申請様式・添付書類や手続に関する簡素化や電子申請、ICT等の活用等によるペーパーレス化等を推進していきます。

2 目標指標の設定

計画の客観性を確保するために本計画においては、計画期間を通じた取組によって達成しようとする成果指標を設定します。

また、ここに掲げる目標は、PDCAサイクルにより、毎年度点検・評価し、その結果により計画に掲げる諸施策・事業等の見直しに活用します。

したがって、本計画全体の目標として次の指標を掲げ、目標達成に向けて点検・評価体制を確立して各種事業を進めていくこととします。

1 自立支援、介護予防・重度化防止

いつまでも健康で住み慣れた地域で安心して過ごしていくために、元気なときからの切れ目のない介護予防に取り組み、生活機能全体を向上させることで、介護認定に至らない、健康で元気な高齢者の増加を図ります。また、自立した生活を支えることのできる地域づくりを進めていきます。

指標名	指標の説明	令和5年度	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の機能強化のための必要人員の確保	地域包括支援センター運営協議会与協議し適正な人員を配置する。	5	5	5	5
介護認定を受けていない高齢者の割合	各年度10月1日現在における(65歳以上人口-要支援1~要介護5の人数)/65歳以上人口	81.7	81.6	81.2	81.1
1人当たりの給付費(円)	総給付費/65歳以上人口	291,597	303,344	311,306	314,025
ごみ出し支援サービス等の利用実績(利用者数)	介護予防・生活支援サービス事業におけるその他の生活支援サービスの実施	7	8	9	10
老人クラブ会員数の推移	生きがい対策の一環である老人クラブへの加入促進	369	380	390	400
認知症サポーターの数	各年度の認知症サポーター養成講座の受講者数	100	100	100	100
生活支援コーディネーターを配置し、具体的な取組を実施	生活支援・介護予防体制整備推進協議会で実績を評価する。	1 協議会で 実績報告を 実施	1 協議会で 実績報告を 実施	1 協議会で 実績報告を 実施	1 協議会で 実績報告を 実施

2 介護保険運営の安定化

保険者として、介護給付の適正化に努めることで介護保険運営の安定化を図り、保険者機能の強化につなげていきます。

主要事業を3事業に再編した国の指針に基づいて指標の内容を見直しています。

指標名	指標の説明	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
要介護認定の適正化	認定調査員及び審査会委員の研修等	4	4	4	4
ケアプラン点検数	プランの点検	20	20	20	20
住宅改修費点検数	住宅改修の点検	32	実施率 100%	実施率 100%	実施率 100%
医療情報との突合	請求内容のチェック等	15	15	15	15
介護給付費通知の発送数	利用者本人（又は家族）に対し、サービスの請求状況及び費用等を通知する。	2,630	全対象者へ送付	全対象者へ送付	全対象者へ送付

※主要5事業の再編の方向性

事業	見直しの内容	見直し後
要介護認定の適正化	・要介護認定の平準化を図る取組を更に進める。	要介護認定の適正化
ケアプランの点検	・一本化する。	ケアプランの点検 住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査
住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査	・国保連からの給付実績帳票を活用し、費用対効果が期待される帳票に重点化する。 ・小規模保険者等にも配慮し、都道府県の関与を強める。（協議の場で検討）	
医療情報との突合・縦覧点検	・費用対効果が期待される帳票に重点化する。 ・小規模保険者等にも配慮し、国保連への委託を進める。（協議の場で検討）	医療情報との突合 ・縦覧点検
介護給付費通知	・費用対効果が見えにくいいため、主要事業から除外し任意事業とする。	

資料：社会保障審議会介護保険部会（令和4年12月20日）

資料編

資料編

1 箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会規則

(趣旨)

第1条 この規則は、箱根町附属機関設置条例(令和元年箱根町条例第17号)第2条の規定に基づき設置された箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会(以下「委員会」という。)の所掌事務、組織、運営等について必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第2条 委員会は、町長の諮問に応じて老人福祉法(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及び介護保険法(平成9年法律第123号)第117条の規定に基づく介護保険事業計画に関する次の事項について調査審議し、その結果を報告し、又は意見を建議するものとする。

- (1) 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定に関する調査研究
- (2) 高齢者保健福祉事業・介護保険事業の施策の評価に関すること。
- (3) 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の進捗状況に関すること。
- (4) その他高齢者保健福祉事業・介護保険事業の実施に関し必要な事項

(委員)

第3条 委員会の委員(以下「委員」という。)は、次の各号に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 医師
- (2) 歯科医師
- (3) 薬剤師
- (4) 介護保険の被保険者
- (5) 民生委員児童委員
- (6) 社会福祉協議会の職員
- (7) 介護老人福祉施設の職員
- (8) 介護老人保健施設の職員
- (9) 箱根町の職員
- (10) その他町長が必要と認めた者

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

3 委員は、再任することができる。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員会に委員長1人及び副委員長1人を置く。

2 委員長は、委員の互選により定め、副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときはその職務を代理し、委員長が欠けたときはその職務を行う。

(会議)

第5条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員会の会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

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

4 委員長は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、福祉部福祉課において処理する。

(委任)

第7条 この規則に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、令和2年4月1日から施行する。

2

箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画管理委員会委員名簿

氏名	選出区分等	備考
石井 博司	医師 第3条第1項第1号	(委員長)
海賀 正男	歯科医師 第3条第1項第2号	
小村 みな	薬剤師 第3条第1項第3号	
上田 春江	被保険者(地域包括支援センター運営協議会委員) 第3条第1項第4号	
村上 ちず子	民生委員児童委員協議会会長 第3条第1項第5号	(副委員長)
小川 拓哉	箱根町社会福祉協議会事務局長 第3条第1項第6号	
三浦 克英	箱根老人ホーム所長 第3条第1項第7号	
川久保 一徳	デンマークイン箱根事務局長 第3条第1項第8号	
中條 和子	小田原保健福祉事務所保健福祉課長 第3条第1項第10号	
安藤 正博	箱根町福祉部長 第3条第1項第9号	
関田 充生	箱根町企画観光部企画課長 第3条第1項第9号	

3 箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定の過程

日時	内容	備考
令和5年6月14日～6月28日	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、 在宅介護実態調査	
令和5年8月2日	第1回箱根町高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画管理委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の概要について ・箱根町の現状について ・計画策定スケジュールについて ・アンケート調査結果の速報値について
令和5年11月9日	第2回箱根町高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画管理委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・計画素案の内容について ・保険料の改定について
令和5年12月11日～ 令和6年1月17日	パブリックコメント	
令和6年2月8日	第3回箱根町高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画管理委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・パブリックコメントの結果について ・計画書の最終案について ・計画書概要版について

4 用語説明

あ行

ICT

「Information and Communication Technology」の略で、情報通信技術のこと。

アセスメント

介護や障がいのサービス提供や生活困窮者等への支援にあたり、その人の身体状況、精神状況や生活環境、背景や要因を含め、ケアプラン等の作成や、今後の支援に必要な見通しをたてるために、事前に把握・評価・分析を行うこと。

インセンティブ

特定の行動を促す刺激や動機、誘因を表す言葉。介護予防や健康づくりにおいては、各種健康診断や地域活動への参加を通じて身近で活用できるポイントを付与する制度を導入するなど、住民が生活の改善に取り組むための動機付けに関する事業を指す。

エイジフレンドリーシティ

世界保健機関(WHO)が立ち上げた高齢者に優しい都市づくり(エイジフレンドリーシティ)を指す。こうした取組を積極的に実施している世界各国の各都市と連携を図り、高齢者対策の様々な施策について情報共有を図ることを目的に設立されたネットワークがエイジフレンドリーシティグローバルネットワークで、本町は平成29年から参加している。

か行

介護医療院

今後、増加が見込まれる慢性的な医療的・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な要介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たに創設された介護保険施設。

介護給付

要介護状態と認定された被保険者に提供される介護サービス、介護に関わる費用の支給のこと。5段階の給付区分があり、訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリテーション・訪問看護などの居宅サービスや、介護保険施設を利用した施設サービス、市町村が行う地域密着型サービスなどがある。

介護保険サービス

介護保険制度では居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援をいう。

介護サービス計画

「ケアプラン」参照。

介護支援専門員

「ケアマネジャー」参照。

介護者

要支援・要介護認定者を介護する人こと。

国保データベース（KDBシステム）

国保連合会が運用するシステムのこと。健診・保健指導、医療、介護に関する各種データを活用することで、地域特性や課題の把握、各種健診の受診勧奨等の効果的な取組を検討することが可能になる。

介護保険施設

介護保険法に基づいて都道府県知事の指定を受けた介護保険サービスが利用可能な施設。介護保険施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院がある。

介護予防

高齢者が要介護状態になるのを防いだり、要支援・要介護状態の人が悪化するのを防ぎ、改善を図ること。

介護予防支援

要支援1・2の認定者が、介護予防サービス等を適切に利用できるよう、ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成、サービス事業所等との連絡調整などを行う。

介護予防・日常生活支援総合事業

市町村の判断で利用者の状態・意向を踏まえ、介護予防、生活支援（配食・見守り等）、権利擁護、社会参加も含めて総合的で多様なサービスを提供する事業。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい要介護認定者のための施設。入所により、食事・入浴・排せつなどの介護、機能訓練、健康管理、療養上の支援などが受けられる。介護保険法では、介護老人福祉施設、老人福祉法では、特別養護老人ホームと呼ばれている。

介護老人保健施設（老人保健施設）

入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設。利用者の状態に合わせたケアプラン（施設サービス計画）に基づき、医学的管理のもとで、看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを併せて受けることができる。

看護小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービスの一つで、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせたサービス。家庭的な環境のもとで行う、通い・訪問・宿泊のサービスを提供する。

機能訓練

疾病や負傷等により心身の機能が低下している人に対し、その維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる訓練のこと。訓練の内容としては、歩行、起き上がり等の基本動作の訓練、レクリエーション等（社会的機能訓練）がある。

基本チェックリスト

要介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性について、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもり等の全25項目でチェックするもの。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

令和5年6月に成立した、認知症の方を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、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）の実現を目的とする法律。

第十三条において、市町村における「認知症施策推進計画」の策定を努力義務化することが明記されている。

居宅介護支援

居宅サービス等を適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等を定めたケアプラン（居宅サービス計画）を作成するとともに、サービス事業者等と連絡調整その他の便宜を行う。介護保険施設へ入所する場合は施設への紹介等を行う。

居宅介護支援事業所

ケアマネジャー（介護支援専門員）が常駐し、要介護者や家族の依頼を受けて、要介護者の心身の状況、環境、希望等を考慮してケアプラン（居宅サービス計画）の作成やその他の介護に関する相談を行う。

居宅療養管理指導

医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが在宅で介護を受ける人の家庭を訪問し、薬の服用についてのアドバイスや栄養面での指導、歯の衛生管理のために歯みがき指導や入れ歯の洗浄など、日常の健康管理チェックを行うこと。

ケアハウス

「軽費老人ホーム」参照。

ケアプラン

要介護認定者等が介護サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境等を勘案し、サービスの種類・内容・担当者等を定めた計画。

ケアマネジャー

ケアマネジメントの機能を担うために厚生労働省令で定められた専門家のことで、要支援・要介護認定者本人やその家族の希望を聞きながら、どのような介護が必要かを検討し給付限度額を目安に、ケアプランを作成する。サービスの利用について介護サービス事業者との調整を行い、また、ケアプランの継続的な管理や評価を行う。

軽費老人ホーム

高齢者が低額な料金で入所し、日常生活を送ることを目的とする施設。

A型、B型、ケアハウスの3種類がある。原則として60歳以上の人が対象。A型は、高齢等のため独立して生活するには不安のある人であって家族による援助が困難な人。B型はA型の要件に加えて自炊が可能な人。ケアハウスは、身体機能の低下により自立した日常生活を営むことに不安がある人で家族の援助を受けることが困難な人。

健康寿命

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のこと。現在では、単に寿命の延伸だけでなく、この健康寿命をいかに延ばすかが大きな課題となっている。

権利擁護

認知症高齢者や知的障がい者等で判断能力が十分でない人に対して、福祉サービスの利用援助や金銭管理等の援助などを行うこと。

後期高齢者

75歳以上の高齢者のこと。

後期高齢者医療制度

75歳以上の人及び65歳以上で一定の障がいがあり、認定を受けた人を対象とした医療制度。

高齢化率

高齢者の人口比率。65歳以上の人口を総人口で除した比率のこと。

高齢者虐待

高齢者の心身に傷を負わせる人権侵害の行為を意味する。殴る蹴るなどの身体的虐待、ののしる、無視するなどの心理的虐待、食事を与えないなどの介護や世話の放棄・放任、財産を勝手に使うなどの経済的虐待、性的虐待がある。

さ行

サービス付き高齢者向け住宅

高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有した住宅で、介護・医療と連携した高齢者を支援するサービスが提供される。

自動車急発進等防止装置設置費補助金

自動車のアクセルとブレーキを踏み間違いによる交通事故の防止及び事故時の被害軽減を目的に、町内に居住する高齢者に対して費用の一部を補助している。

社会福祉協議会

社会福祉の増進を図るために組織された民間団体で、社会福祉の基本的な事項を定めている社会福祉法に規定されている。地域福祉事業推進の中心的役割を担っている。

社会福祉士

社会福祉士国家試験に合格し、厚生労働省から認可を受けた専門職。日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談に応じ、助言・指導・その他の援助を担う。

重層的支援体制整備事業

市町村において、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する断らない包括的な支援体制を整備するため、①相談支援（包括的相談支援事業、多機関協働事業、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業）、②参加支援事業、③地域づくり事業を一体的に実施する事業。

住宅改修

手すり取り付け、段差解消、滑り止め、和式便器から洋式便器への取り替え等住宅改修を行った場合に改修費を支給している。

シルバー人材センター

定年退職者などの高齢者に、そのライフスタイルに合わせた「臨時的かつ短期的又はその他の軽易な業務」を提供する組織。

生活支援コーディネーター

「地域支え合い推進員」とも呼ばれ、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備の推進にあたり、地域におけるネットワークづくり、資源開発、調整役を担う。

生活支援体制整備事業

「生活支援コーディネーター」が「協議体（地域で高齢者を支援する関係者間のネットワークづくりを目的とし、定期的な情報共有・連携強化の場）」のネットワークを生かしながら、地域の互助を高め、住民主体のサービスが活性化されるよう、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりを進める事業。

成年後見制度

認知症等のために判断能力が不十分であると家庭裁判所が認めた場合に、成年後見人等が財産管理等を行い、本人を保護・支援する制度。

セルフ・ネグレクト

自分自身の健康や生活への関心がなくなり、自己管理できなくなる状態のこと。

た行

第1号被保険者

介護保険制度における被保険者のうち、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の住民のこと。

第2号被保険者

介護保険制度における被保険者のうち、市町村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のこと。

団塊の世代

戦後の第一次ベビーブーム期（昭和22年から昭和24年頃）に生まれ、日本の高度成長期とともに育った世代とされる。令和7（2025）年には、すべての団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、他の世代と比較してその人口規模が大きいことから、年金や保険、医療費など様々な分野に影響が出るものと考えられている。

団塊ジュニアの世代

第二次ベビーブーム期（昭和46年～49年生まれ）に生まれ、65歳以上となる令和22年（2040年）には、労働人口の大幅な減少が見込まれることから、経済や社会保障など様々な分野に影響が出るものと考えられている。

短期入所生活介護（ショートステイ）

一般的に「ショートステイ」と呼ばれ、在宅で介護を受けている人が短期間施設に入所すること。日常的に在宅介護をしている家族の都合や、リフレッシュ、また本人の施設でのリハビリ目的でも利用できる。

短期入所療養介護（ショートケア）

介護老人保健施設等で短期入所し、介護予防を目的として、看護、医学的管理のもとに介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の支援を行う。

地域共生社会

制度・分野ごとの縦割りや支え手・受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会である。

地域ケア会議

医療、介護、福祉等の多職種が協働して、高齢者個人に対する支援の充実や高齢者に対する支援とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めるための会議である。

地域支援事業

65歳以上の人を対象に、要介護状態（要支援や要介護）にならないよう、効果的な介護予防サービスを提供すること等を内容とする。また、介護が必要となるおそれのある高齢者や一般の高齢者に対して、地域包括支援センターが中心となって推進する。

地域包括ケアシステム

介護が必要になった高齢者も、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まい等の5つの分野で一体的に受けられる支援体制のこと。

地域包括支援センター

地域における高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。

主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握などで、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が配置されている。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

市町村が事業者指定を行い、原則として当該市町村の住民のみが保険給付の対象となる定員が29名以下の小規模な介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）のこと。

地域密着型サービス

要介護認定者等の住み慣れた地域での生活を支えるという観点から、提供されるサービスのこと。

地域密着型通所介護

老人デイサービスセンターなどで提供される、食事・入浴・排せつなどの介護、その他の日常生活を送るうえで必要となる支援及び機能訓練をいう（ただし、利用定員が19名未満のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除く）。

チームオレンジ

認知症サポーターなどで構成する支援チームが認知症の方やその家族を支援できるようにする仕組みである。

通所介護（デイサービス）

在宅で介護を受けている人が、日帰りで施設サービスを利用すること。行き帰りの送迎や食事、入浴、レクリエーションや機能訓練を受けることもできる。

通所リハビリテーション（デイケア）

在宅で介護を受けている人が、日帰りで医療機関や介護老人保健施設にて、リハビリテーションを受けること。心身の機能に低下がみられる人が対象となる。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通して、訪問介護と訪問看護が一体的又は密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う。

特定介護予防福祉用具購入費

介護予防に資すると定められた、入浴、排せつの用に供する福祉用具を購入した場合に購入費を支給している。

特定健康診査

40歳以上75歳未満の人に対してメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の早期発見を目的として医療保険者が行う健康診査のこと。

特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム、軽費老人ホームなどに入居している要介護認定を受けた利用者に対して、食事・入浴・排せつ等の介護、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活を送るうえで必要となる支援を行う。

特定保健指導

特定健康診査によりメタボリックシンドローム、あるいはその予備群であることが判明した人に対して、医師・保健師・管理栄養士等が実践的なアドバイスを行う保健指導をいう。

な行

日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、市町村内にいくつか設定される生活圏域のこと。

日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な人が地域において自立した生活が送れるよう、契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う事業である。

認知症

一度獲得した知能が、後天的に脳や身体疾患を原因として慢性的に低下をきたした状態で、社会生活、家庭生活に影響を及ぼす状態と定義されている。

認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」を受けた人が「認知症サポーター」となる。認知症を正しく理解し、認知症の方や家族を温かく見守る応援者となり自分のできる範囲で活動を行う。認知症サポーターには認知症を支援する目印となる「オレンジリング」を配付している。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の方及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと。

認知症施策推進大綱

認知症施策推進関係閣僚会議において、令和元年6月18日にとりまとめられたもので、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組を政府一丸となって進めていくもの。

認知症対応型共同生活介護

認知症高齢者に対し、共同生活を営む住居において、食事・入浴・排せつ等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うサービスである。

認知症対応型通所介護

認知症高齢者を対象に、指定された施設において、入浴や食事の提供その他の日常生活上の支援や機能訓練を行う。

認知症地域支援推進員

地域における医療及び介護の連携強化並びに、認知症の方やその家族に対する支援体制の強化を図る役割を担う専門職員。厚生労働省が実施する「認知症地域支援推進員研修」を受講し、地域包括支援センター等に配置される。

認知症等行方不明SOSネットワーク

近隣市町や小田原警察署・県小田原保健福祉事務所と協力して、認知症等のために行方不明となった高齢者を早期に発見するネットワーク。

認定率

高齢者に占める要支援・要介護認定者の割合のこと。

は行

バリアフリー

高齢者・障がいのある人等が社会生活をしていくうえで、物理的、社会的、制度的、心理的な障壁、情報面での障壁等すべての障壁（バリア）を除去する必要があるという考え方。

PDC Aサイクル

プロジェクト管理やサービスの品質改善に用いられるフレームワークのこと。「Plan（計画）」、「Do（実行）」、「Check（評価）」、「Action（改善）」の4つのステップを順番に繰り返し、目指すべき方向性や改善すべき点を明らかにする。本計画に限らず、多くの行政計画でも評価検証の手法として導入されている。

福祉有償運送制度

NPO法人や社会福祉法人などが、障がいのある人や高齢者など一人で公共交通機関を利用することが困難な方を対象に行う、ドア・ツー・ドアの有償移送サービスのこと。

福祉用具貸与

高齢者の身体機能の変化に対応するため、福祉用具指定を受けた用具が借りられる。

フレイル

加齢に伴う筋力や心身の活力の低下など、要介護の前段階にあたる虚弱な状態のこと。症状は身体的要素、精神的・心理的要素、社会的要素など、様々な要素が複雑に絡み合って進行する。

訪問介護（ホームヘルプ）

訪問介護員（ホームヘルパー）が介護を受ける人の自宅を訪問し、日常生活をサポートする。

訪問看護

在宅で介護を受ける高齢者等に主治医の指示に基づき看護師等を派遣し、病状の確認や医療処置を行うこと。

訪問入浴介護

在宅にて介護を受けている人が、自宅浴室等での入浴が困難な場合に、巡回入浴車で各家庭を訪問し、居間等での入浴及び介助を行う。

訪問リハビリテーション

理学療法士等から、身体の機能回復のために専門的な訓練を在宅で受けること。

保険給付費

介護保険サービスの総費用から、利用者負担によりまかなわれる部分を除いた、介護保険でまかなう費用。要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付、条例により市町村が独自に実施する市町村特別給付に区分される。

保険料基準額（月額）

事業計画期間における保険給付費、地域支援事業費等の事業費支出のうち、第1号被保険者保険料でまかなうべき費用（保険料収納必要額）を、補正第1号被保険者数及び保険料予定収納率で除し、さらに12か月で除したものの。

ま行

民生委員・児童委員

民生委員法に基づき、厚生労働大臣から委嘱され、地域の人々の福祉に関する問題（生活上の問題、高齢者・障がい者福祉等福祉全般）についての相談を受ける人。児童福祉法による児童委員も兼ねており、児童の福祉に関する相談にも応じている。

見える化システム

厚生労働省が運用する地域包括ケア「見える化」システムの通称。都道府県及び市町村における介護保険事業計画の策定支援のため、平成27年より本格稼働を開始した。

介護保険に関連する情報や、地域包括ケアシステムの構築に関する情報が一元化されており、国・県平均との比較分析や、近隣市町村、同規模自治体との比較を踏まえた地域分析が可能となっている。

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）

内臓脂肪型肥満に加え、高血圧・高血糖・脂質代謝異常のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態を指す。動脈硬化のリスクが高まり心臓病や脳卒中など深刻な病気を引き起こしやすい状態とされている。

や行

夜間対応型訪問介護

地域密着型サービスで、夜間の定期的な巡回訪問介護サービスと、通報に応じて随時来てもらうサービスを組み合わせて利用する訪問介護サービス。

ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どものこと。責任や負担の重さにより、学業や友人関係などに影響が出てしまうことがある。

有料老人ホーム

食事の提供、介護の提供、洗濯や掃除等の家事、健康管理のいずれかの便宜を供与することを目的とする施設。

要介護認定

どの程度の介護を必要としているかを要支援1・2、要介護1～5の7段階にランク分けしたもの。訪問調査の結果をコンピュータで判断する一次判定と、主治医の意見書を加えて医療や福祉の専門家が判断する二次判定の結果によって決定される。

養護老人ホーム

環境上の理由や経済的な理由で、在宅で養護を受けることが困難な高齢者を入所させ、養護するとともに、高齢者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練、その他の援助を行うことを目的とする施設のこと。

特別養護老人ホームと違い、介護保険施設ではなく、行政による措置施設であり、入所の申込みは施設ではなく市町村に行う。

要配慮者

災害の発生時に、必要な情報の収集や単独での避難行動、避難生活が困難な人を表す言葉で、持病や障がいのある人、乳幼児、高齢者等が含まれる。

なお、要配慮者のうち、円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を必要とする方を「避難行動要支援者」という。

箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
《第9期：令和6年度～令和8年度》

令和6年3月

発行 箱根町

編集 箱根町福祉部福祉課

〒250-0398

神奈川県足柄下郡箱根町湯本256番地

電話 0460-85-7790

FAX 0460-85-8124