

第八次遠野市高齢者福祉計画・第8期遠野市介護保険事業計画

遠野ハートフルプラン 2021

令和3（2021）年度～令和5（2023）年度

令和3年3月
遠野市

はじめに



平成12年4月にスタートした介護保険制度は、介護が必要な高齢者の生活を支える仕組みとして定着してまいりました。

本市の人口は年々減少し、その一方で高齢化率は上昇を続け、令和2年には40%を超えました。国立社会保障・人口問題研究所による将来見通しでは、令和7年には42.8%、令和12年には43.8%になると推計されています。

高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者が今後も増加することが見込まれ、日常生活を営む上での様々な不自由さに対する介護や生活支援への対応が大きな課題となっています。

また、個人や世帯を取り巻く環境の変化により、市民の抱える福祉ニーズも多様化・複雑化しています。

このことから、これまでの取組の方向性を引き継ぎつつ、国における制度改正や本市における高齢者の実情を踏まえた見直しを行い、高齢福祉のさらなる充実と、持続可能で安定した介護保険事業の推進に向け、令和3年度から令和5年度までの3カ年を計画期間とする「遠野ハートフルプラン2021」（第八次遠野市高齢者福祉計画・第8期遠野市介護保険事業計画）を策定いたしました。

前期計画である遠野ハートフルプラン2018（第七次遠野市高齢者福祉計画・第7期遠野市介護保険事業計画）では、「福祉で夢のあるまちづくり・健康で明るく暮らせる住みよいまちづくり」を基本理念とし、医療や介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、国が示す「住まい」、「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」の5つの分野が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の進化・推進に向けた取組を進めてまいりました。

本計画では、国が示す5つの分野に「地域づくり」、「権利擁護」、「健康づくり」を加えた8つの分野を「遠野型地域包括ケアシステム」とし、その実現に向けた取組を進めてまいります。

結びに、本計画の策定にあたり、多くのご提言をいただきました計画策定委員の皆様をはじめ、地域課題の抽出とその課題解決に向けた方策の検討をいただいたワーキンググループの皆様、調査やパブリックコメントにご協力をいただいた市民の皆様、ご指導いただいた関係機関・団体の皆様に心から感謝申し上げます。

令和3年3月

遠野市長 本田 敏秋

目 次

第 1 章	計画の策定にあたって	1
1	計画策定の背景と目的	1
2	計画の位置付け	2
3	計画の策定体制	4
4	介護保険法の主な改正内容	5
第 2 章	高齢者等の状況について	7
1	人口等の状況	7
2	高齢者と認定者の推移	9
3	介護保険サービスの利用状況	13
4	ニーズ調査結果	17
第 3 章	第 7 期計画の取組状況と課題	31
1	健康づくり・介護予防の総合的な推進	31
2	介護・福祉サービスの充実	33
3	在宅医療と介護の連携強化	35
4	地域における支え合い活動の推進	36
5	安心できる居住の場の確保	38
6	介護保険制度の円滑な運営と質の向上	39
第 4 章	計画の基本的な考え方	40
1	計画の基本理念	40
2	施策展開の考え方	41
3	基本目標	43
4	計画における施策体系	47
5	重点的に取り組む事項	48
6	日常生活圏域の設定	51
第 5 章	施策の展開	52
1	健康づくり・介護予防の総合的な推進	52
2	介護・福祉サービスの充実	58
3	安心して暮らせるまちづくりの推進	66
4	認知症にやさしいまちづくりの推進	72
5	介護保険制度の円滑な運営と質の向上	76

6	災害や感染症対策に係る体制整備	79
第6章	介護サービスの見込み量と介護保険料	81
1	介護保険サービスの整備計画	81
2	介護サービス量の見込み	81
3	介護保険サービスの見込み量	83
4	介護保険サービスの事業費	95
5	第1号被保険者の介護保険料	98
第7章	計画の推進体制	101
1	計画の推進体制	101
2	計画に関する啓発・広報の推進	103
3	計画の進捗状況の把握と評価	104
資料編	106
1	計画策定委員会要綱	106
2	計画策定委員会委員名簿	107
3	計画策定ワーキンググループ設置要領	108
4	計画策定ワーキンググループメンバー名簿	109
5	計画策定の経過	110
6	用語解説	112

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景と目的

団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）には、高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者がさらに増加することが見込まれており、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることのできる地域社会を形成していくことが大きな課題となっています。

また、今後、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）を見据え、地域包括ケアシステムの一層の推進と介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）、「共生」と「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進、介護現場の革新（人材確保・生産性の向上）等の取組を進めることが求められています。

本市では、「福祉で夢のあるまちづくり・健康で明るく暮らせる住みよいまちづくり」を基本理念に、「遠野ハートフルプラン2018（第七次遠野市高齢者福祉計画・第7期遠野市介護保険事業計画）（以下「第7期計画」という。）」を策定し、住まい・医療・介護・予防・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築・深化に向けた取組を進めてきました。

これまでの取組の方向性を引き継ぎつつ、国における制度改正や本市における高齢者の実情を踏まえた見直しを行い、高齢者福祉のさらなる充実と、持続可能で安定した介護保険事業の推進に向け、基本的な方向性と具体的な施策を明らかにすることを目的として、「遠野ハートフルプラン2021（第八次遠野市高齢者福祉計画・第8期遠野市介護保険事業計画）（以下「本計画」という。）」を策定しました。

2 計画の位置付け

(1) 法的位置付け

本計画は、老人福祉法（昭和 38 年法律 133 号）第 20 条の 8 に規定する「高齢者福祉計画」および介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 117 条に規定する「介護保険事業計画」を一体のものとして策定しています。

高齢者福祉計画は、地域における高齢者を対象とした高齢者施策に関する基本的方向や目標を設定し、その実現に向けて取り組むべき施策を定めたものです。

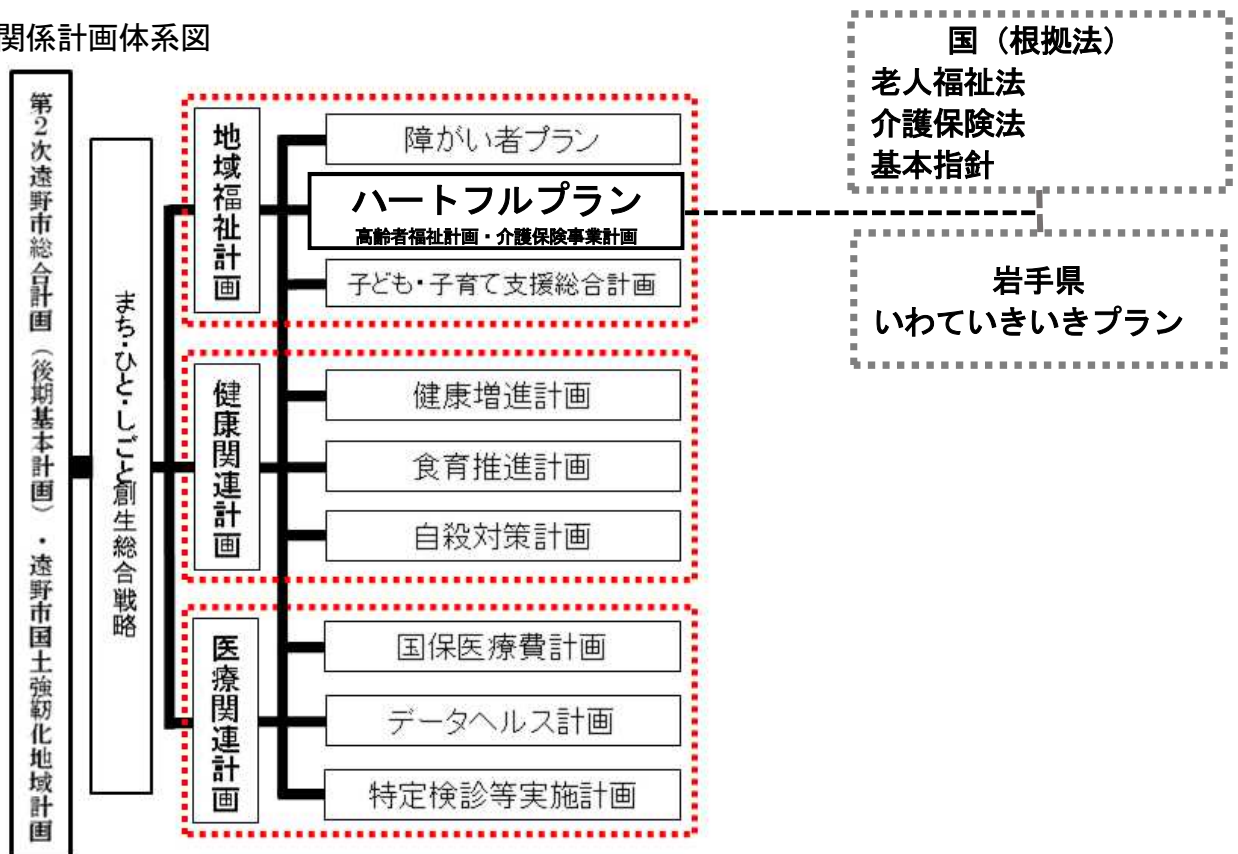
介護保険事業計画は、介護保険の対象サービスの種類やサービス見込み量を推計し、保険料を算定するなど、保険給付の円滑な実施を確保するために定めたものです。

なお、本計画策定後に、社会状況の変化等に伴い計画の見直しが生じた場合は、必要な変更を行うものとします。

(2) 他計画との関係

本計画は、国の定める策定指針を踏まえ、岩手県の「いわていきいきプラン」、本市のまちづくりの総合的指針である「遠野市総合計画」、遠野スタイル創造・発展総合戦略「まち・ひと・しごと創生総合戦略」および遠野市総合計画の部門別計画としての「遠野市地域福祉計画」等の関連計画との整合性を図ります。

■関係計画体系図



■市関係計画と計画期間

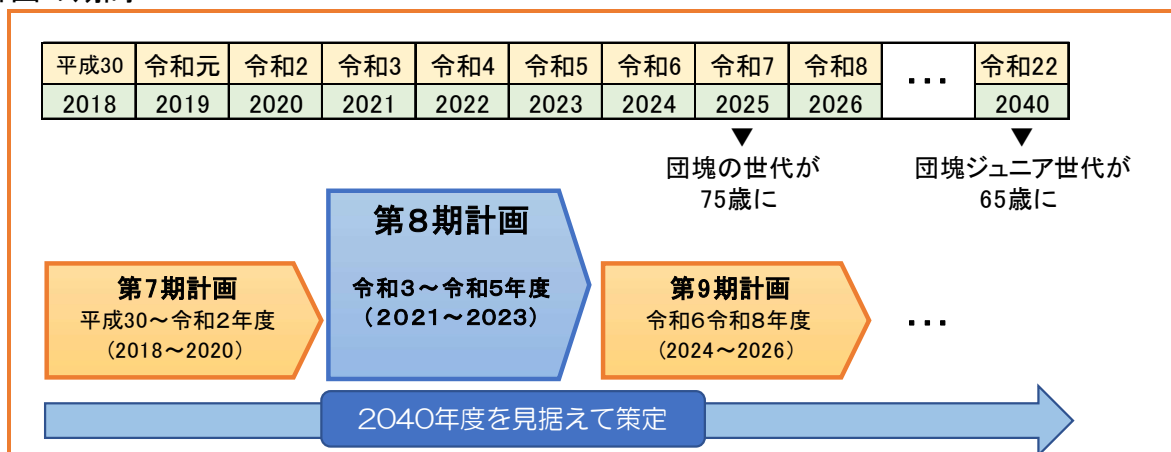
年度 計画名	H28	H29	H30	H31 (R元)	R2 (H32)	R3	R4	R5	R6	R7	
市総合計画	第2次総合計画基本構想前期基本計画					後期基本計画					
市国土強靱化地域計画					当初計画(R2～)						
まち・ひと・しごと創生総合戦略	当初計画(H27～)				第2期計画						
地域福祉計画	第3期計画				第4期計画						
ハートフルプラン(高齢者福祉計画・介護保険事業計画)	第6期計画	第7期計画			第8期計画						
障がい者プラン(基本)計画	障がい者プラン2015(第3期障がい者、第4期障がい福祉計画)		障がい者プラン2018(第4期障がい者、第5期障がい福祉、第1期障がい児福祉)			障がい者プラン2021(第5期障がい者、第6期障がい福祉、第2期障がい児福祉)					
障がい福祉計画											
障がい児福祉計画											
健康増進計画	第3次計画				第4次計画						
自殺対策計画				第1期計画							
少子化対策・子育て支援総合計画(遠野わらすっこプラン)	第1期計画				第2期計画						
食育推進計画	第2期計画				第3期計画						

(3) 計画の期間

本計画は、令和3年度から令和5年度までの3カ年を計画期間としています。

団塊の世代が後期高齢者となる令和7年(2025年)、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年(2040年)を見据え、地域包括ケアシステムの推進と持続可能なサービス基盤、人的基盤の整備を図ります。

■計画の期間



3 計画の策定体制

(1) アンケート調査の実施

本計画を策定するにあたり、高齢者等を対象に日常生活の状況、健康状態、福祉・介護保険事業に関する意見などを伺い、策定の基礎資料、今後の保健福祉施策に生かすため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」「地域の実態把握調査」のアンケート調査を実施しました。

(2) 計画策定の体制

①策定委員会の設置

幅広い視点での協議を行うため、市民、介護保険事業所の職員、関係機関・団体の職員からなる策定委員会を設置し、計画の協議・検討を行いました。

②ワーキンググループの設置

計画の分野ごとに実務上の協議および検討を行うため、市民、介護保険事業所の職員、市職員からなるワーキンググループを設置し、テーマに基づき地域の現状や課題を検討しました。

ワーキンググループ名	検討事項
① 介護サービスの基盤整備	人材の育成と確保、日常生活圏域の設定、施設整備・介護保険料の関係
② 生活支援・介護予防等サービス支援	介護予防・日常生活支援総合事業の在り方
③ 地域包括ケアシステムにおける認知症支援施策の推進	認知症に対する総合的な支援体制

③パブリックコメントの実施

本計画の内容について市民から広く意見や提案をいただくため、市ホームページに掲載したほか、遠野健康福祉の里及び市内各地区センターにおいて、令和3年1月12日から1月22日までパブリックコメントを実施しました。

4 介護保険法の主な改正内容

地域共生社会の実現	<p>①地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援【社会福祉法、介護保険法】</p> <p>○市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業およびその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。</p>
	<p>②地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進【介護保険法、老人福祉法】</p> <p>○認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国および地方公共団体の努力義務を規定する。</p> <p>○市町村の地域支援事業における関連データの活用努力義務を規定する。</p> <p>○介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。</p>
	<p>③医療・介護のデータ基盤の整備の推進【介護保険法、地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律】</p> <p>○介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求められることができることと規定する。</p> <p>○医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。</p> <p>○社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。</p>
	<p>④介護人材確保および業務効率化の取組の強化【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士および介護福祉士法等の一部を改正する法律】</p> <p>○介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保および業務効率化の取組を追加する。</p> <p>○有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。</p> <p>○介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。</p>
	<p>⑤社会福祉連携推進法人制度の創設【社会福祉法】</p> <p>○社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。</p>

第1号事業	①第1号事業の対象者の弾力化【介護保険法】
	○第1号事業の対象者に、要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービスおよび施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける前から市町村の補助により実施される第1号事業のサービスを継続的に利用する居宅要介護被保険者を追加する。
在宅医療・介護連携推進事業	②在宅医療・介護連携推進事業【介護保険法】
	○第1号事業のサービス価格について、国が定める額を勘案して市町村が定める。
在宅医療・介護連携推進事業	①市町村は、在宅医療および介護が円滑に切れ目なく提供される仕組みの構築を目的として、他の地域支援事業等と連携して以下の事業を実施する。【介護保険法】
	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護連携に関して、必要な情報の収集、整理および活用、課題の把握、施策の企画および立案、医療・介護関係者に対する周知を行う事業 ○地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供および助言その他必要な援助を行う事業 ○在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業 ○医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得および当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

※「地域共生社会の実現」は令和2年6月12日公布。順次施行。

「第1号事業」「在宅医療・介護連携推進事業」は令和3年4月1日から施行。

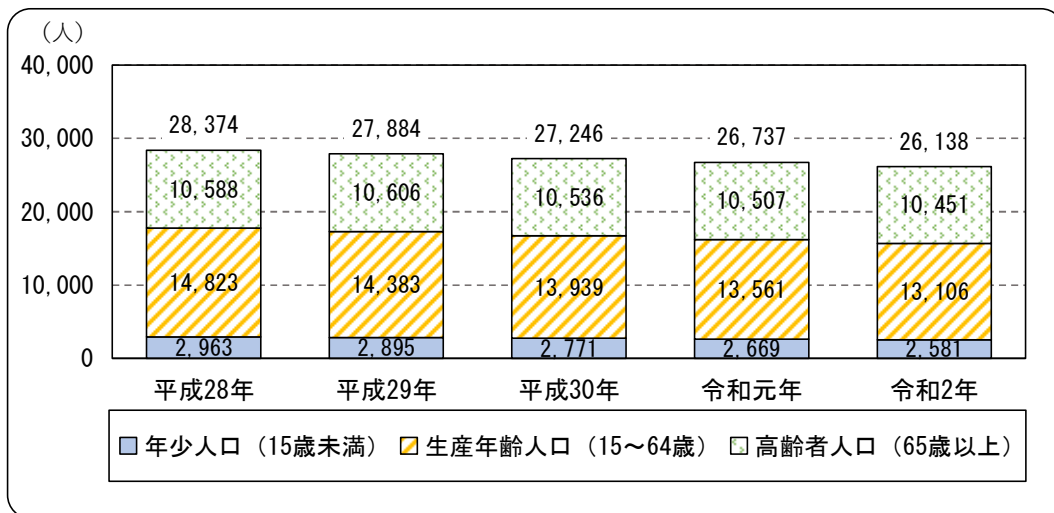
第2章 高齢者等の状況について

1 人口等の状況

(1) 人口の推移

総人口は減少傾向で推移し、平成28年は28,374人、令和2年は26,138人となっており、4年間で2,200人程度減少しています。

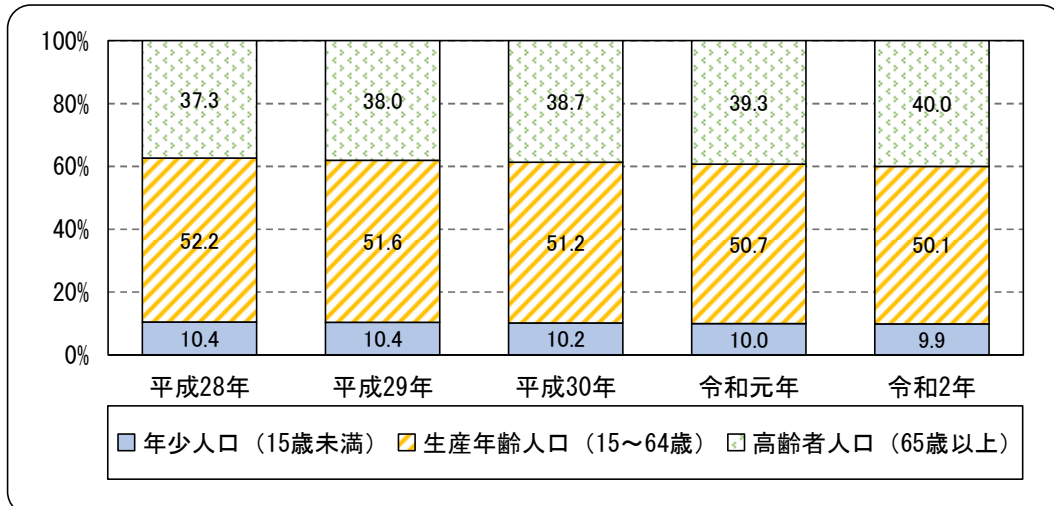
■年齢3区分別人口の推移



資料:住民基本台帳人口(各年10月1日現在)

年齢3区分別人口割合をみると、総人口に対する高齢者人口の割合は増加傾向で推移し、年少人口割合、生産年齢人口割合は減少傾向にあり、少子高齢化が進行しています。

■年齢3区分別人口割合の推移

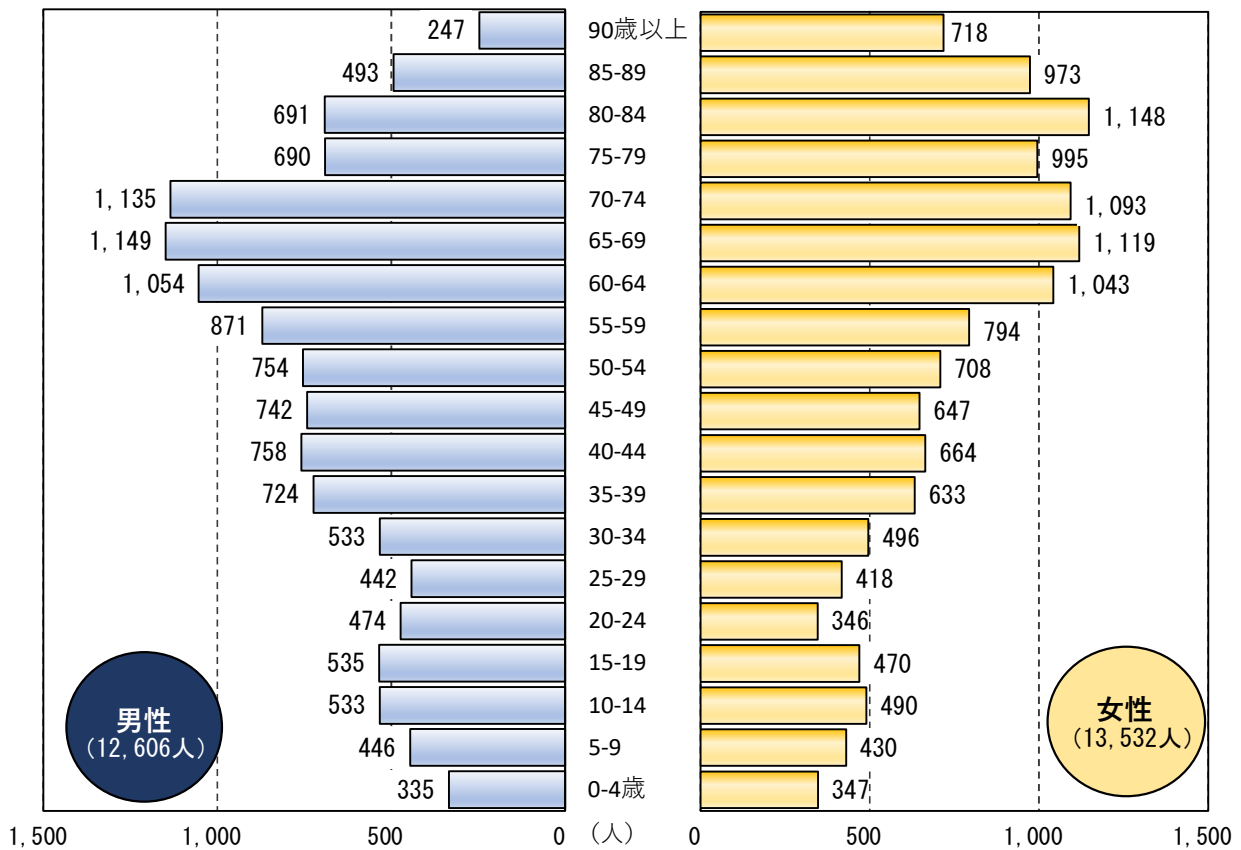


資料:住民基本台帳人口(各年10月1日現在)

(2) 年齢階層別人口構成

令和2年10月1日現在における本市の住民基本台帳の人口構成を5歳階層別にみると、男性、女性ともに「65～69歳」の構成が最も多く、「60～64歳」以下の人口は少ないことから、今後、徐々に高齢者数も減少していくものと予測されます。

■年齢階層別人口構成



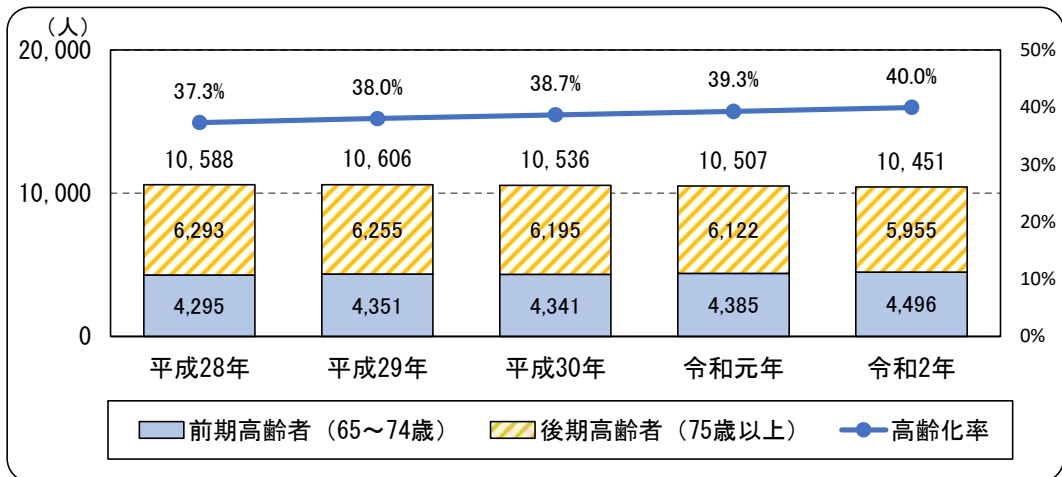
資料:住民基本台帳人口(令和2年10月1日現在)

2 高齢者と認定者の推移

(1) 高齢者人口の推移

前期高齢者は増加傾向で推移しており、高齢化率は、令和2年で40.0%となっています。

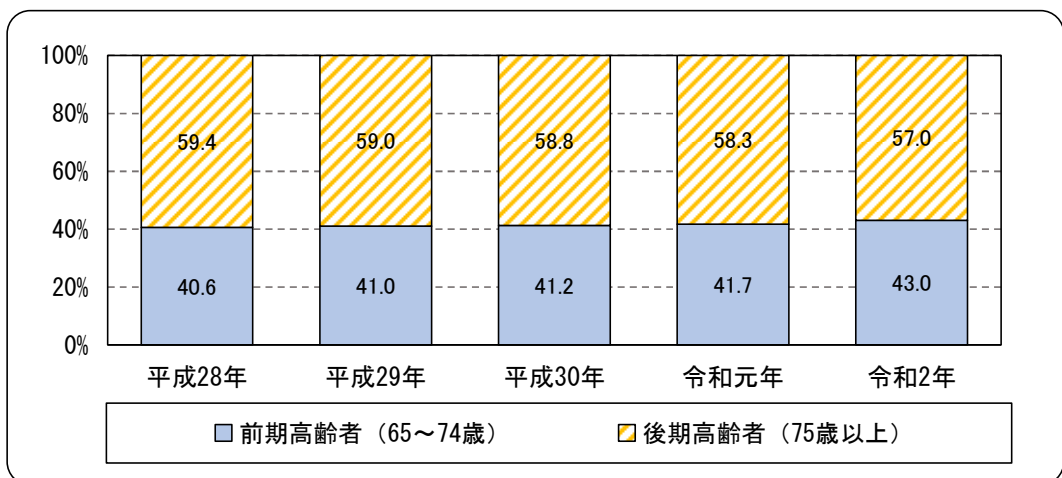
■前期高齢者、後期高齢者の人口の推移



資料:住民基本台帳人口(各年10月1日現在)

前期高齢者と後期高齢者の割合は、平成28年では、後期高齢者が18.8ポイント上回っていました。平成28年以降後期高齢者数は減少で推移しており、令和2年には前期高齢者との差は14ポイントとなっています。

■前期高齢者、後期高齢者の人口割合の推移



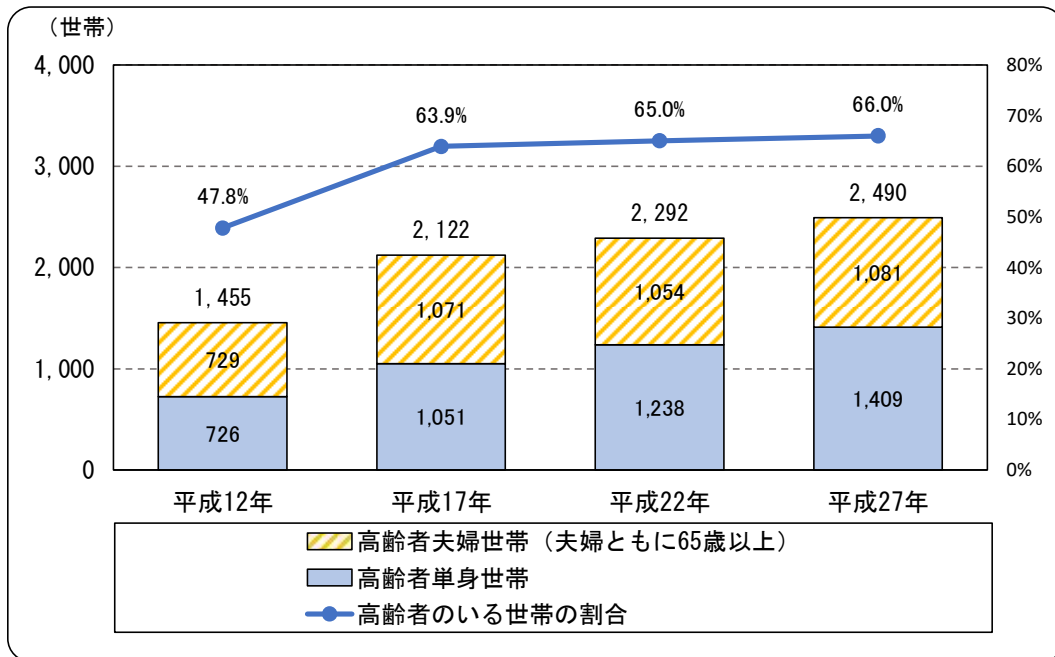
資料:住民基本台帳人口(各年10月1日現在)

(2) 高齢者世帯の状況

高齢者世帯は増加傾向で推移しており、平成27年は平成12年と比較して、1,035世帯増加しています。

平成12年の高齢者単身世帯数と高齢者夫婦世帯数は、同程度となっていました。平成27年には高齢者夫婦世帯の1,081世帯に対して、高齢者単身世帯は1,409世帯と高齢者単身世帯が328世帯多くなっており、高齢者単身世帯が大幅に増加しています。

■高齢者世帯の状況



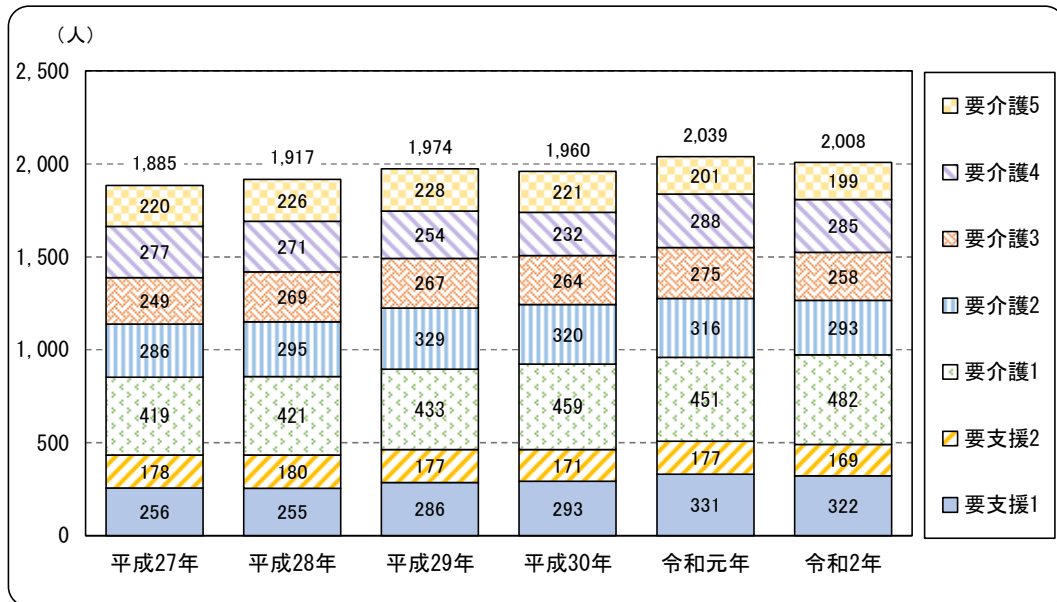
資料: 国勢調査(各年10月1日現在)

(3) 認定者の推移

①要支援・要介護者数の推移

要支援・要介護認定者数は増加傾向で推移し、令和2年は2,008人となっています。

■要介護度別認定者数の推移

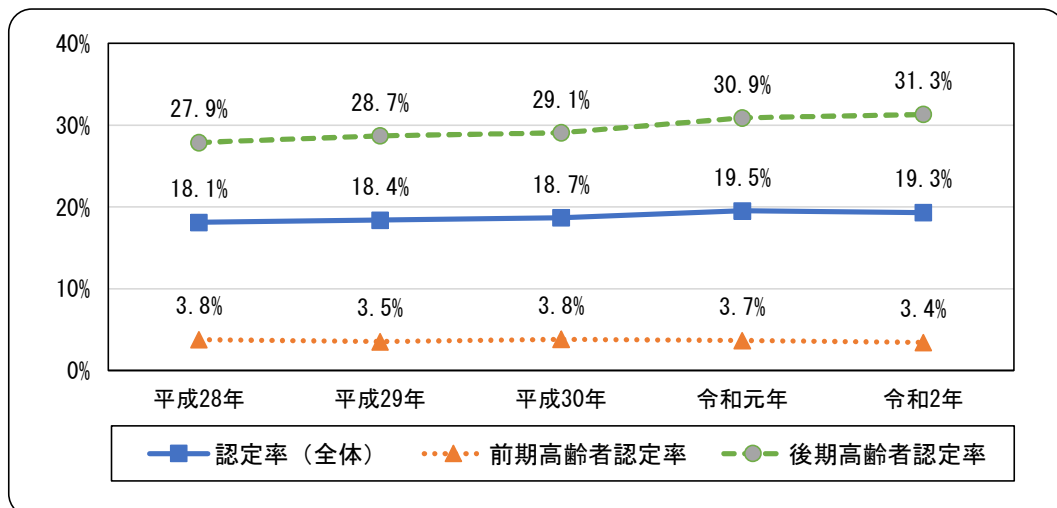


資料：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

②要支援・要介護認定率の推移

要支援・要介護認定率は、後期高齢者の認定率は増加傾向、前期高齢者の認定率は横ばい傾向、全体の認定率は増加傾向で推移しています。

■要介護度別認定者数の推移

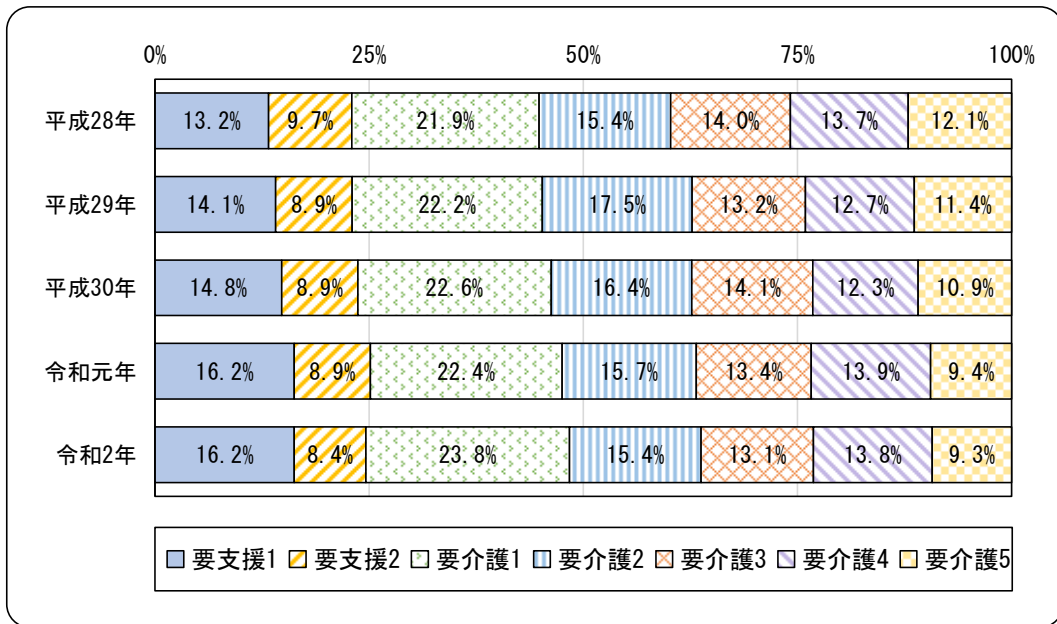


資料：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

③要支援・要介護認定者割合の推移

令和2年において、要支援1が16.2%、要支援2が8.4%、要介護1が23.8%、要介護2が15.4%、要介護3が13.1%、要介護4が13.8%、要介護5が9.3%となっており、軽度者の占める割合が増えています。

■要支援・要介護認定者割合の推移



資料：介護保険事業状況報告（各年9月末現在）

3 介護保険サービスの利用状況

(1) 給付費の推移

平成30年度の給付費は、総給付費が2,900,590,853円（対計画比97.4%）、施設サービス給付費は1,278,868,865円（対計画比96.6%）、居住系サービス給付費は224,547,037円（対計画比105.0%）、在宅サービス給付費は1,397,174,951円（対計画比92.3%）となっており、おおむね計画どおりに推移していますが、居住系サービスが計画値を上回っています。

■給付費の推移

	6期			7期
	H27	H28	H29	H30
第1号被保険者数（人）	10,514	10,578	10,604	10,508
要介護認定者数（人）	1,885	1,972	2,023	2,044
要介護認定率（%）	17.9	18.6	19.1	19.5
総給付費（円）	2,799,554,714	2,868,594,295	2,909,120,703	2,900,590,853
施設サービス（円）	1,207,951,711	1,253,986,467	1,271,017,525	1,278,868,865
居住系サービス（円）	223,502,520	204,004,431	213,277,338	224,547,037
在宅サービス（円）	1,368,100,483	1,410,603,397	1,424,825,840	1,397,174,951
第1号被保険者1人あたり給付費（円）	266,269	271,184	274,341	276,036

資料：「第1号被保険者数」、「要介護認定者数」、「要介護認定率」は厚生労働省「介護保険事業報告」9月月報。「総給付費」は厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報。

(2) サービス別給付費の推移

対計画比±10%となっているサービスは、合計14サービスとなっています。

○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- ・月平均の利用を施設サービスで1人と見込んでおり、実績も1人でしたが、平成30年度の介護報酬単価の増額改定が要因と考えられます。

○介護療養型医療施設

- ・月平均の利用を施設サービスで12人と見込んでいましたが、月平均1人に満たない実績となっており、介護医療院への移行も進んでいないことから、利用者が減少したことが考えられます。

○特定施設入居者生活介護

- ・月平均の利用を居住系サービスで33人と見込んでいましたが、実績は月平均44人となっており、利用者の増加によると考えられます。

○訪問介護

- ・月平均の利用を在宅サービスで143人と見込んでいましたが、実績は月平均167人となっており、計画より大幅に利用者が増えていることが影響していると考えられます。

○訪問入浴介護

- ・月平均の利用を介護予防サービスで2人、在宅サービスで32人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス1人、在宅サービス22人となっており、計画より利用者が減少していることが影響していると考えられます。

○訪問看護

- ・月平均の利用を介護予防サービスで28人、在宅サービスで101人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス20人、在宅サービスは計画とほぼ同じ101人となっていることから、介護予防サービスの利用者の減少が影響していると考えられます。

○訪問リハビリテーション

- ・月平均の利用を介護予防サービスで4人、在宅サービスで18人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス6人、在宅サービス23人となっていることから、在宅サービスの利用者の増加が影響していると考えられます。

○居宅療養管理指導

- ・月平均の利用を介護予防サービスで3人、在宅サービスで67人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス3人、在宅サービス60人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられます。

○地域密着型通所介護

- ・月平均の利用を在宅サービスで95人と見込んでいましたが、実績は75人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられ、平成30年度中に1施設が廃止となったことも要因となっていると考えられます。

○短期入所療養介護（老健）

- ・月平均の利用を介護予防サービスで1人、在宅サービスで35人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス1人、在宅サービス46人となっていることから、在宅サービスの利用者の増加が影響していると考えられます。

○特定福祉用具購入

- ・月平均の利用を介護予防サービスで2人、在宅サービスで9人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス1人、在宅サービス7人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられます。

○住宅改修

- ・月平均の利用を介護予防サービスで2人、在宅サービスで12人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス1人、在宅サービス4人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられます。

○認知症対応型通所介護

- ・月平均の利用を介護予防サービスで2人、在宅サービスで33人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス1人、在宅サービス24人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられます。

○小規模多機能型居宅介護

- ・月平均の利用を介護予防サービスで8人、在宅サービスで72人と見込んでいましたが、実績は介護予防サービス5人、在宅サービス51人となっていることから、利用者の減少が影響していると考えられ、平成30年度中から1施設が休止していることも要因となっていると考えられます。

■給付費の推移

単位：(円)

		6期			7期
		H27	H28	H29	H30
施設サービス	小計	1,207,951,711	1,253,986,467	1,271,017,525	1,278,868,865
	介護老人福祉施設	551,694,299	573,664,312	584,293,610	606,261,322
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2,414,754	2,717,082	2,853,927	3,241,458
	介護老人保健施設	623,656,397	653,082,989	679,268,909	668,293,969
	介護療養型医療施設	30,186,261	24,522,084	4,601,079	1,072,116
居住系サービス	小計	223,502,520	204,004,431	213,277,338	224,547,037
	特定施設入居者生活介護	61,185,010	42,440,116	65,690,391	79,054,990
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	162,317,510	161,564,315	147,586,947	145,492,047
在宅サービス	小計	1,368,100,483	1,410,603,397	1,424,825,840	1,397,174,951
	訪問介護	100,720,284	113,897,666	130,278,255	133,745,742
	訪問入浴介護	24,561,229	23,216,797	18,824,660	15,025,520
	訪問看護	49,391,656	48,410,138	50,458,544	44,670,520
	訪問リハビリテーション	5,588,997	6,560,724	9,207,348	10,187,332
	居宅療養管理指導	5,896,482	5,659,911	4,789,679	5,291,770
	通所介護	479,870,491	434,312,552	428,710,739	390,789,611
	地域密着型通所介護	-	47,167,947	56,954,819	54,507,759
	通所リハビリテーション	124,751,792	127,300,849	127,937,486	126,019,078
	短期入所生活介護	143,317,701	148,269,170	147,204,355	155,566,163
	短期入所療養介護(老健)	34,911,085	35,913,322	39,119,877	53,929,752
	短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	195,111
	福祉用具貸与	80,676,620	84,550,598	84,838,376	86,466,701
	特定福祉用具購入	3,383,781	2,867,344	3,574,973	2,538,278
	住居改修	5,977,560	7,522,243	8,226,439	8,533,343
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	266,769	5,027,432	0	1,987,001
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
	認知症対応型通所介護	31,129,565	37,176,040	35,224,089	29,944,651
	小規模多機能型居宅介護	120,424,690	122,251,234	120,130,858	115,886,195
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防支援・居宅介護支援	157,231,781	160,499,430	159,345,343	161,890,424	

4 ニーズ調査結果

令和元年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査の結果を抜粋して掲載します。

(1) 調査対象・調査方法・調査実施時期

①調査対象

調査票種別	対象者	配布数	回収数	回収率
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	要介護認定者を含まない 65歳以上の高齢者	800件	599件 (白紙回答1件)	74.9%
在宅介護実態調査	要支援・要介護認定者	1,000件	749件	74.9%

②調査方法

郵送による配布・回収

③調査の実施時期

令和2年1月～2月

④図表の表記について

- ・2つ以上の回答を求めている設問のグラフは、割合を合計すると100%を超える場合があります。
- ・端数処理の関係で、回答の割合を合計して100%にならない場合があります。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（判定結果）

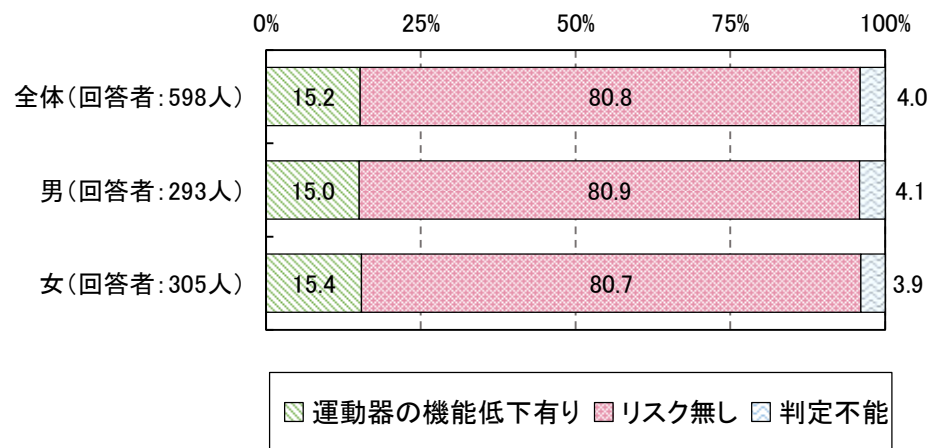
①運動器の機能低下について

運動器の機能低下のある高齢者は、全体の15.2%となっており、男女別にみると女性が15.4%と男性の15.0%をわずかに上回っています。

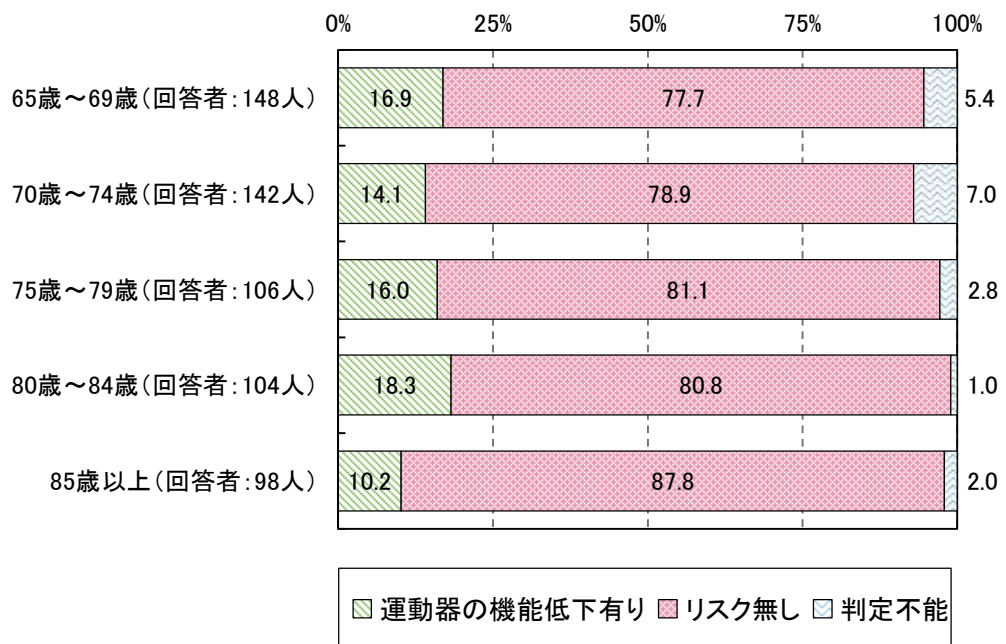
年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて機能低下した者の割合が高くなる傾向となっています。

■運動器の機能低下のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



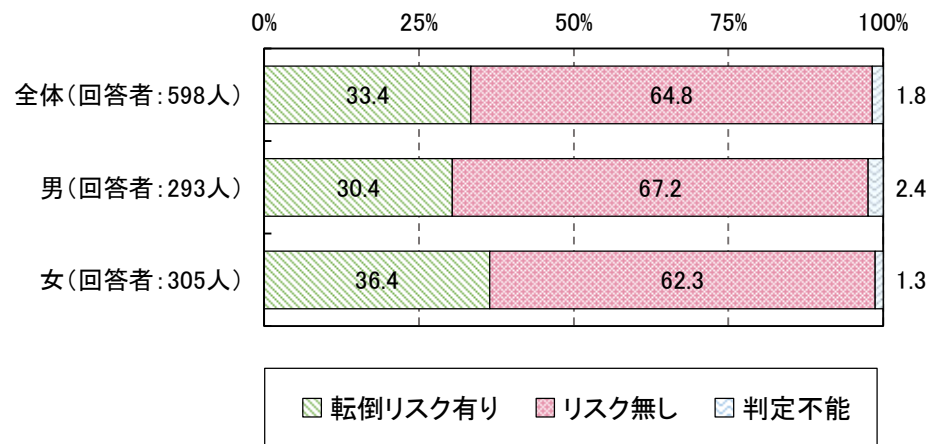
②転倒リスクについて

転倒リスクのある高齢者は、全体の 33.4%となっており、男女別にみると女性が 36.4%と男性の 30.4%を 6.0 ポイント上回っています。

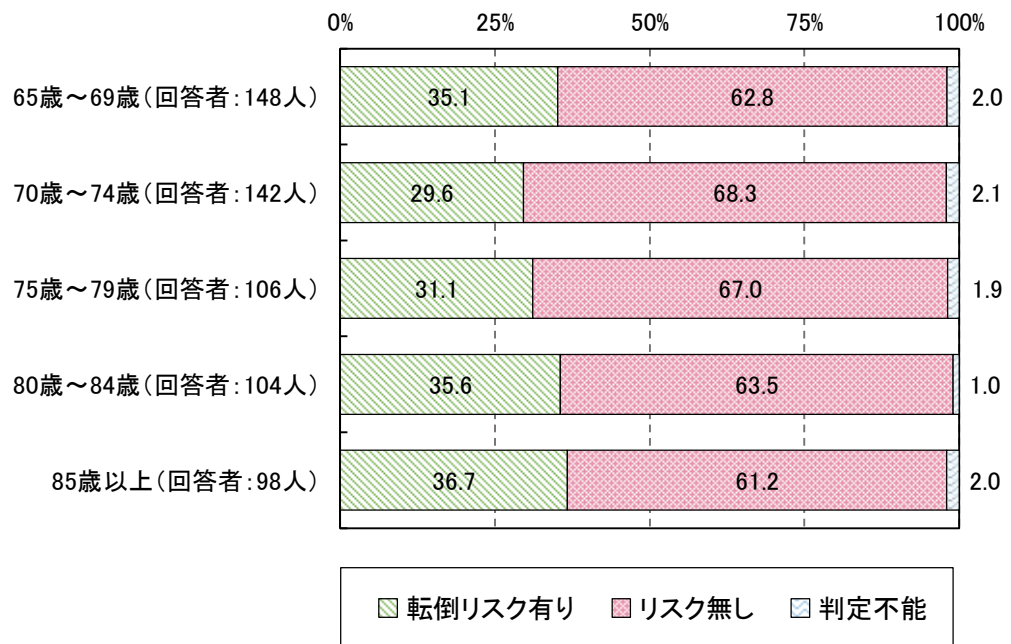
年齢別にみると、年齢が高くなるにつれて転倒リスクのある高齢者の割合が高くなる傾向となっており、85歳以上で 36.7%となっています。

■転倒リスクのある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



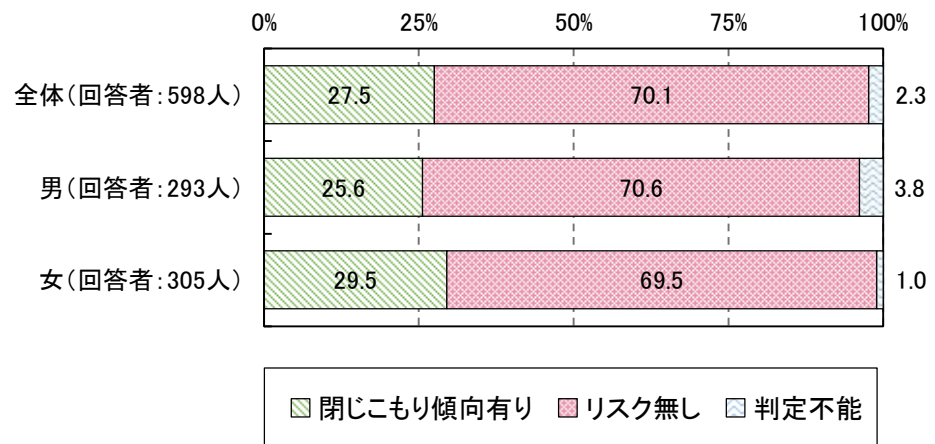
③閉じこもり傾向について

閉じこもり傾向のある高齢者は、全体の27.5%となっており、男女別にみると女性が29.5%と男性の25.6%を3.9ポイント上回っています。

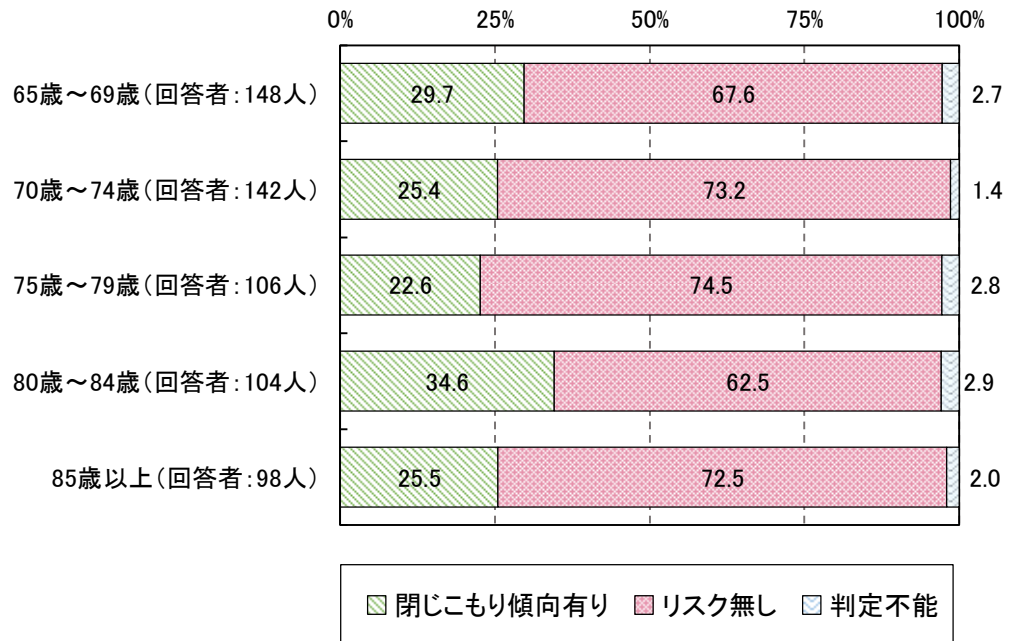
年齢別にみると、80歳～84歳が34.6%と最も高く、次いで65歳～69歳が29.7%となっています。

■閉じこもり傾向のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



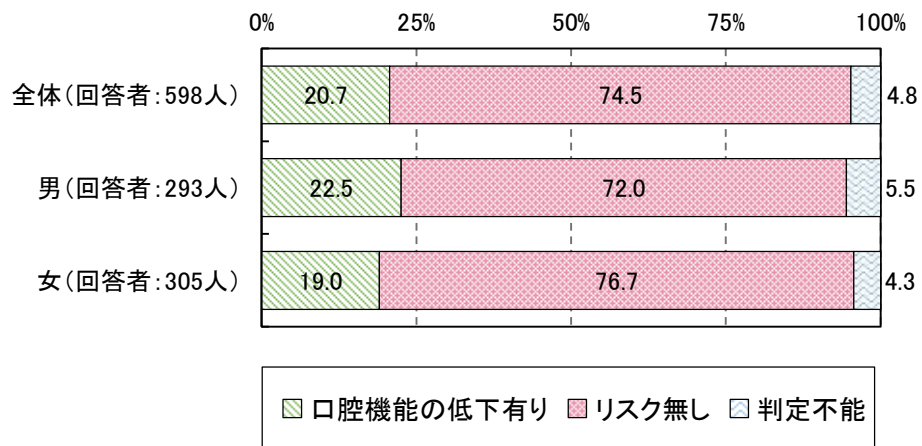
④口腔機能の低下について

口腔機能の低下のある高齢者は、全体の 20.7%となっており、男女別にみると男性が 22.5%と女性の 19.0%を 3.5 ポイント上回っています。

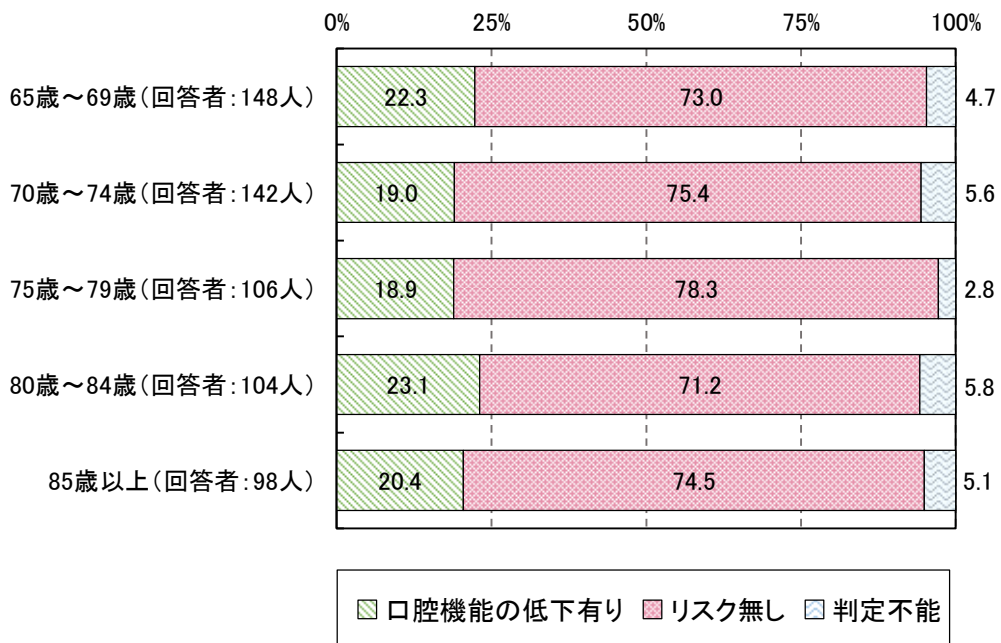
年齢別にみると、80 歳～84 歳が 23.1%と最も高く、次いで 65 歳～69 歳の 22.3%となっています。

■口腔機能の低下のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



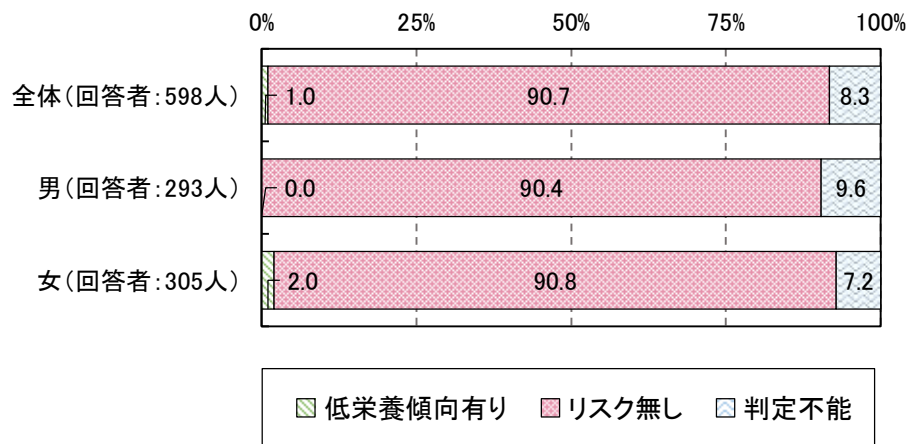
⑤低栄養傾向について

低栄養傾向のある高齢者は、全体の1.0%となっており、男女別にみると女性は2.0%、男性は0.0%となっています。

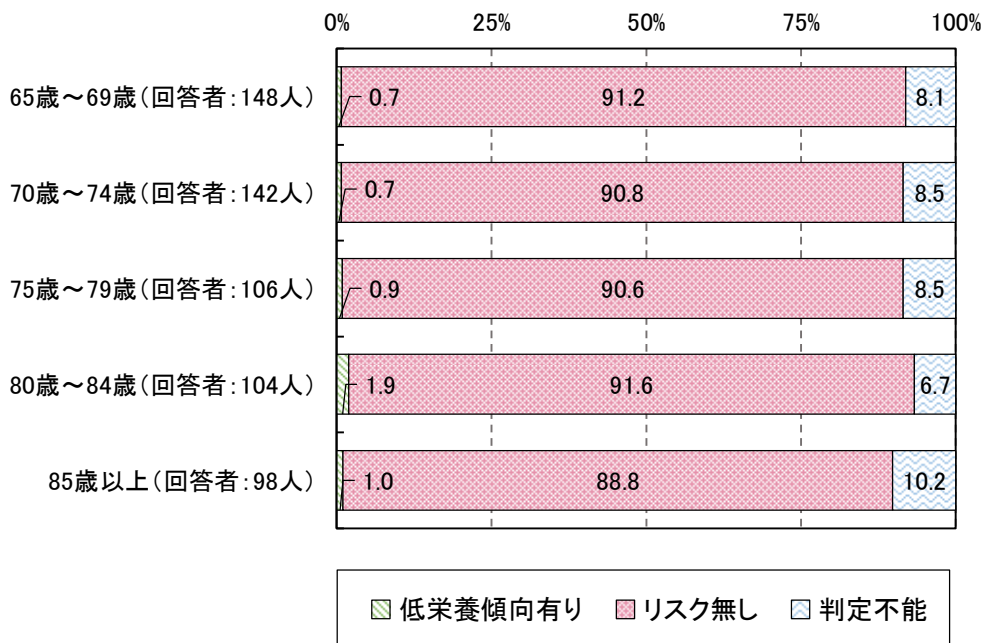
年齢別にみると、80歳～84歳が1.9%と最も高く、次いで85歳以上が1.0%となっており、79歳以下は1.0%以下となっています。

■低栄養傾向のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



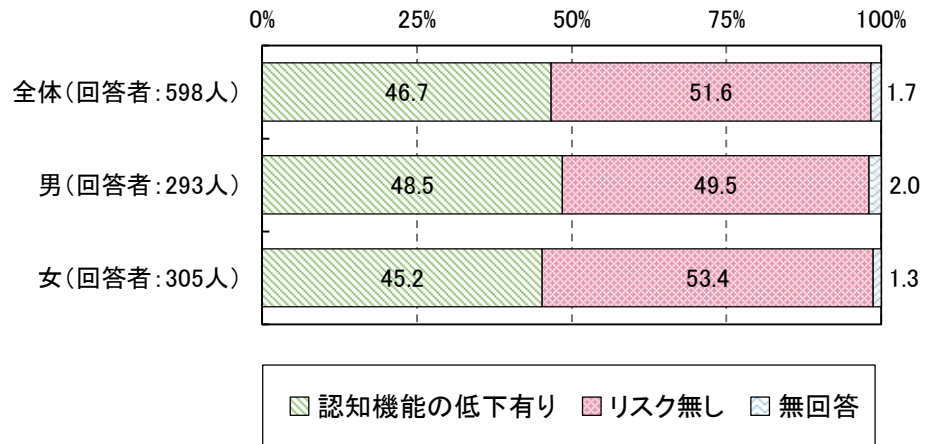
⑥認知機能の低下について

認知機能の低下のある高齢者は、全体の46.7%となっており、男女別にみると男性は48.5%で女性の45.2%を3.3ポイント上回っています。

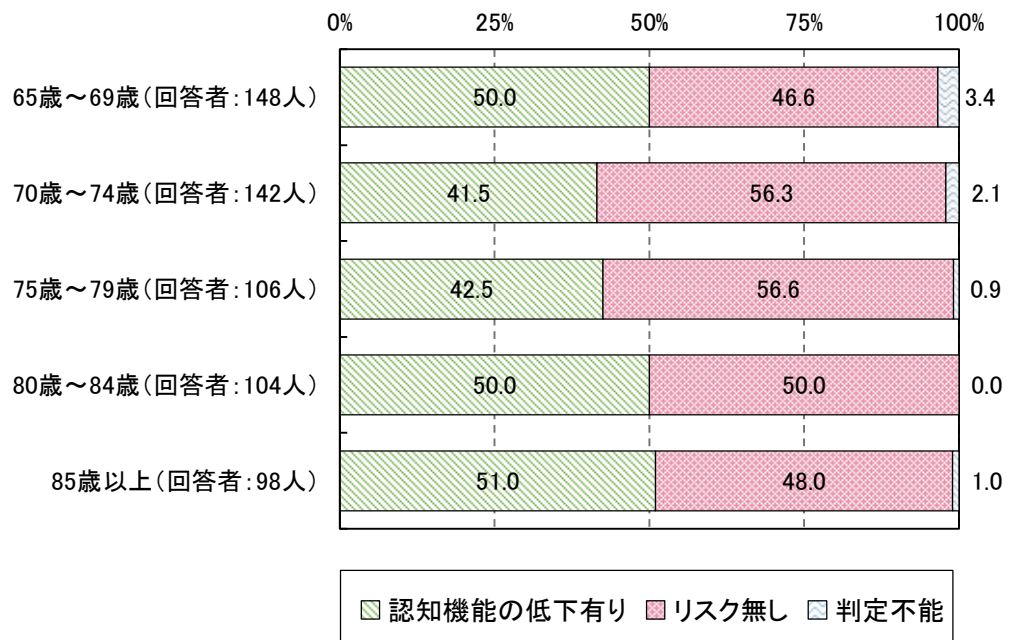
年齢別にみると、65歳～69歳、80歳以上で50%以上となっています。

■認知機能の低下のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



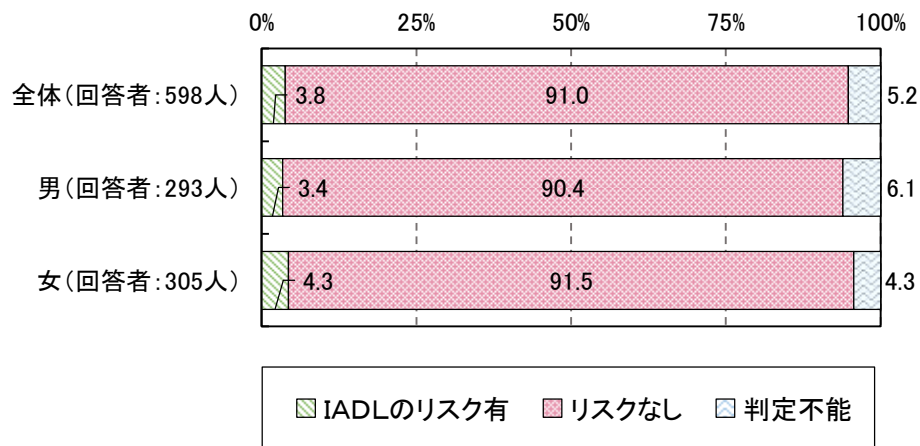
⑦ IADL^{※1}の低下について

IADLの低下のある高齢者は、全体の3.8%となっており、男女別にみると男性は3.4%、女性は4.3%でほぼ同じ割合となっています。

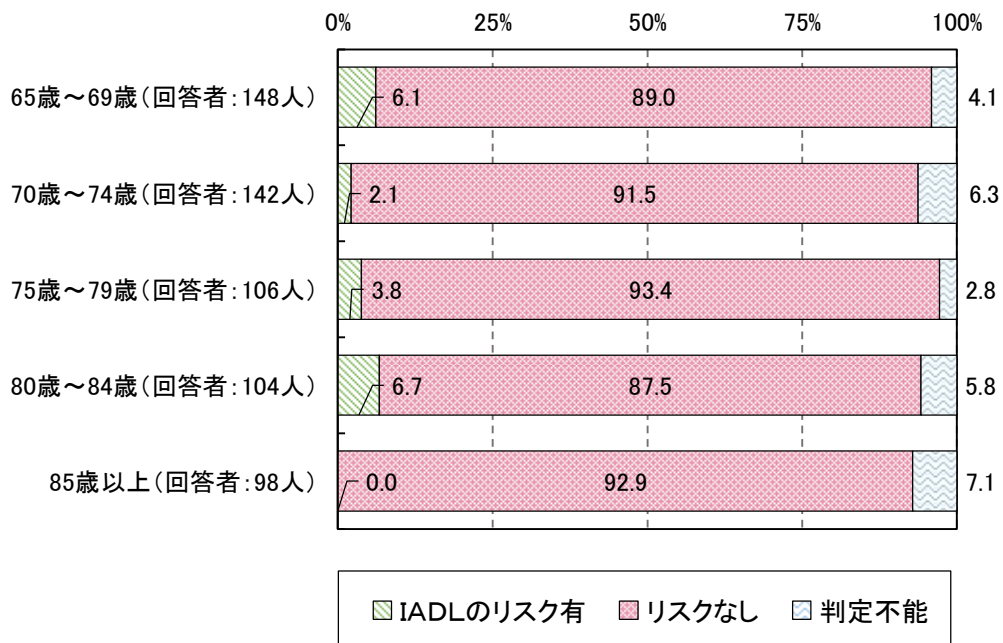
年齢別では、65歳～69歳が6.1%、80歳～84歳が6.7%と他の年齢層と比較して高くなっています。

■IADLの低下のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別



※1 IADL: 買い物、調理、洗濯、服薬管理など ADL より一段階複雑な行動
ADL: 食事、トイレ、入浴、整容、移動などの生活の中で行っている行動

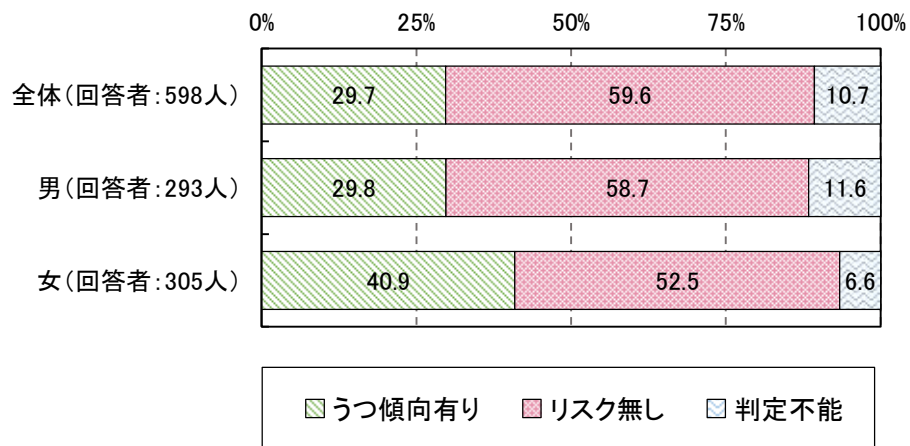
⑧うつ傾向について

うつ傾向のある高齢者は、全体の29.7%となっており、男女別にみると女性が40.9%で男性の29.8%を11.1ポイント上回っています。

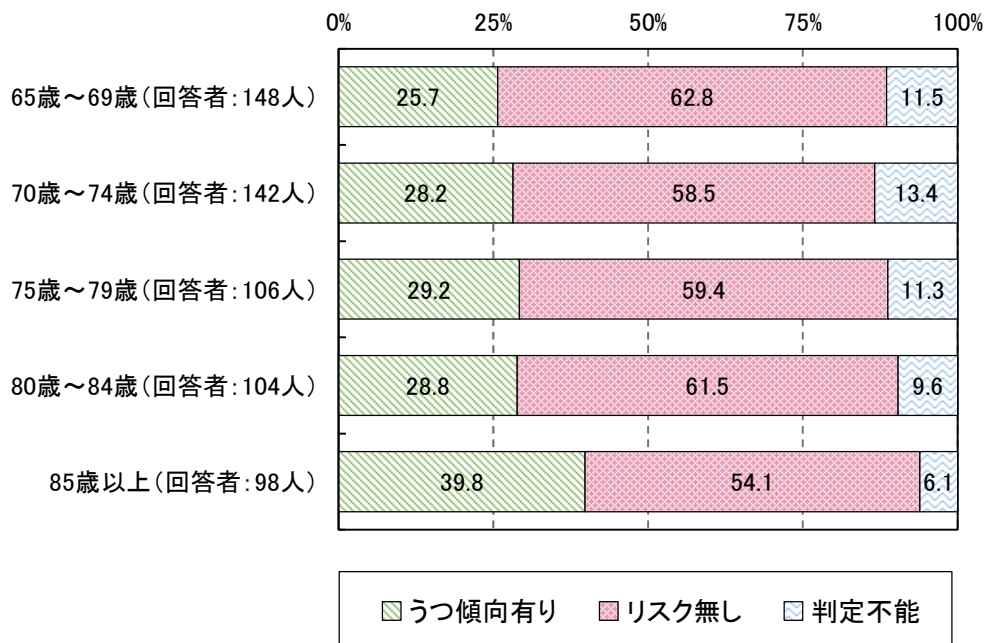
年齢別にみると、年齢が高くなるにつれてうつ傾向のある高齢者の割合が高くなっており、85歳以上で39.8%となっています。

■うつ傾向のある高齢者の状況

◇男女別



◇年齢別

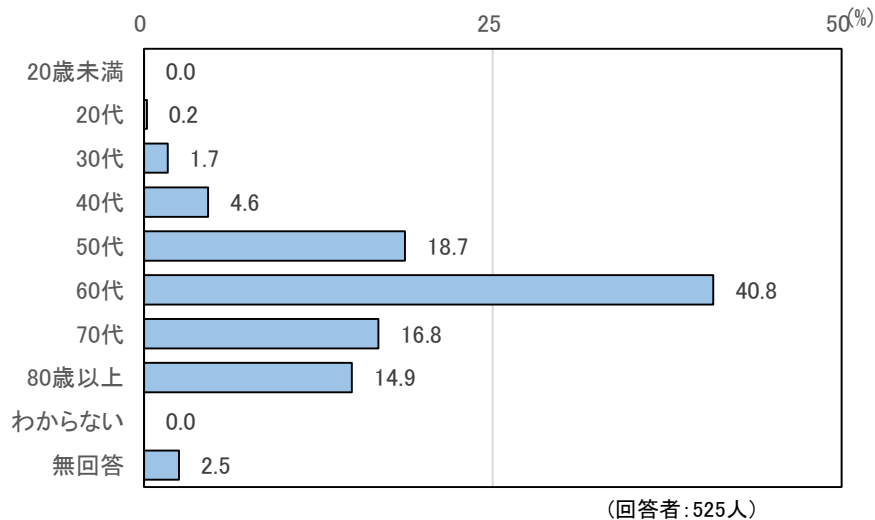


(3) 在宅介護実態調査結果

①介護者の年齢について

介護者の年齢は、60代が40.8%で最も高く、次いで50代18.7%、70代16.8%、80歳以上14.9%で、70代以上は31.7%となっています。

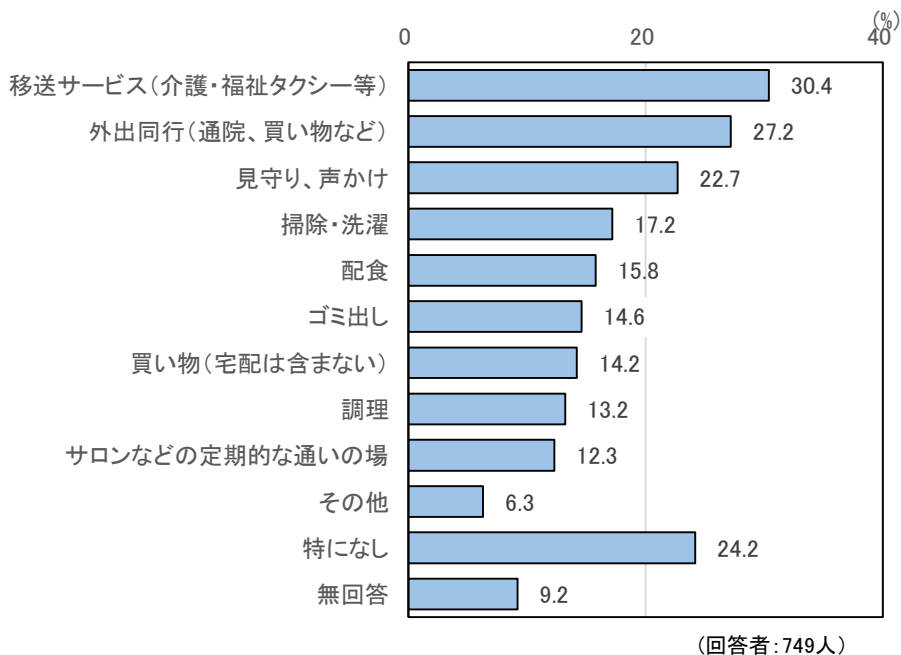
■介護者の年齢



②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・サービスは、移送サービスが30.4%、外出同行が27.2%と外出に関連する支援・サービスが上位に挙げられています。

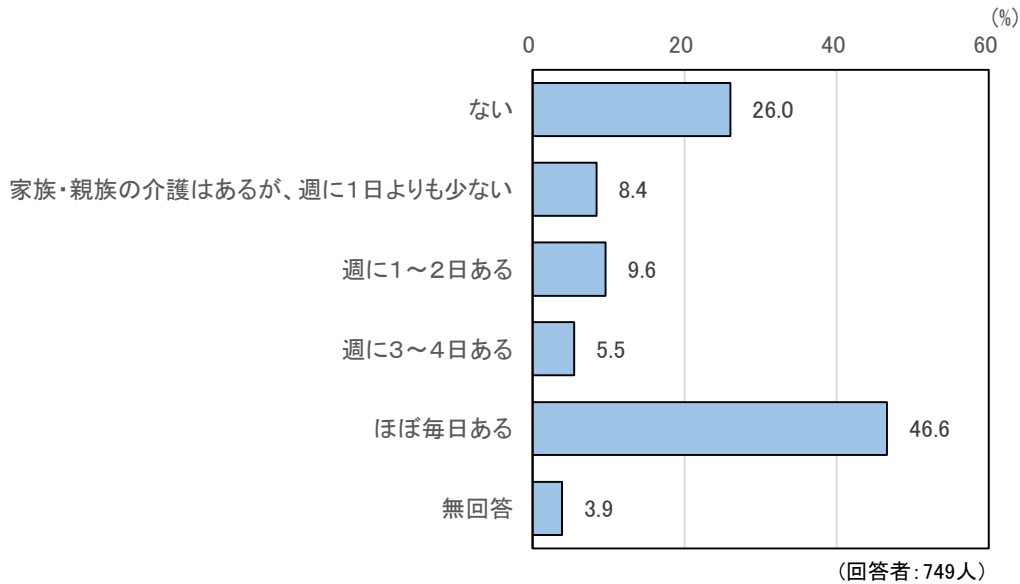
■在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス



③家族からの介護の状況について

家族からの介護の状況は、ほぼ毎日あるが46.6%となっています。

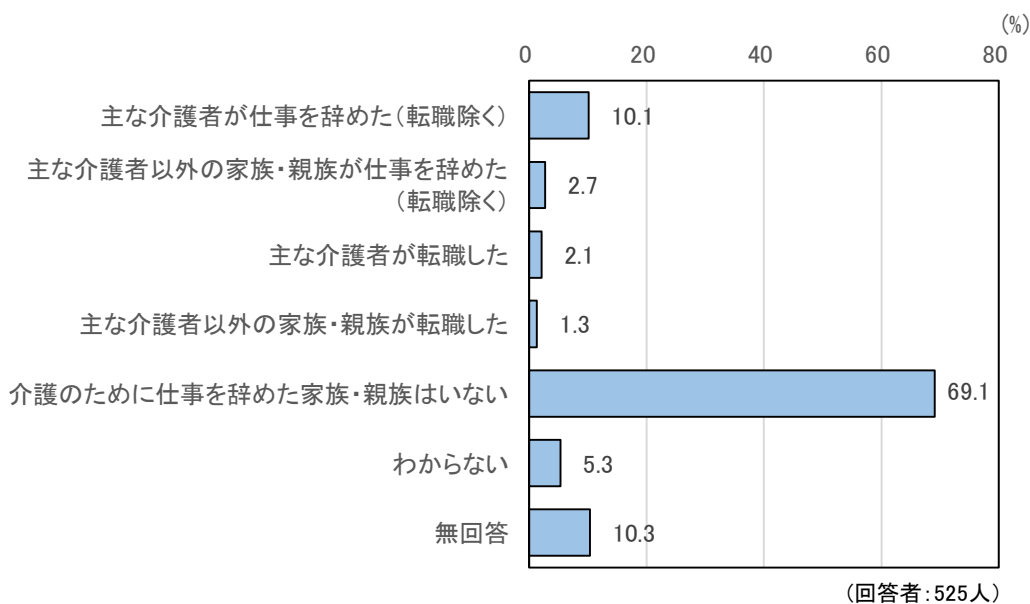
■家族や親族からの介護について



④介護を理由とした退職の状況について

介護を主な理由として、過去1年の間で、主な介護者が仕事を辞めたが10.1%、主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めたが2.7%など、離職や転職をした割合は16.2%となっています。

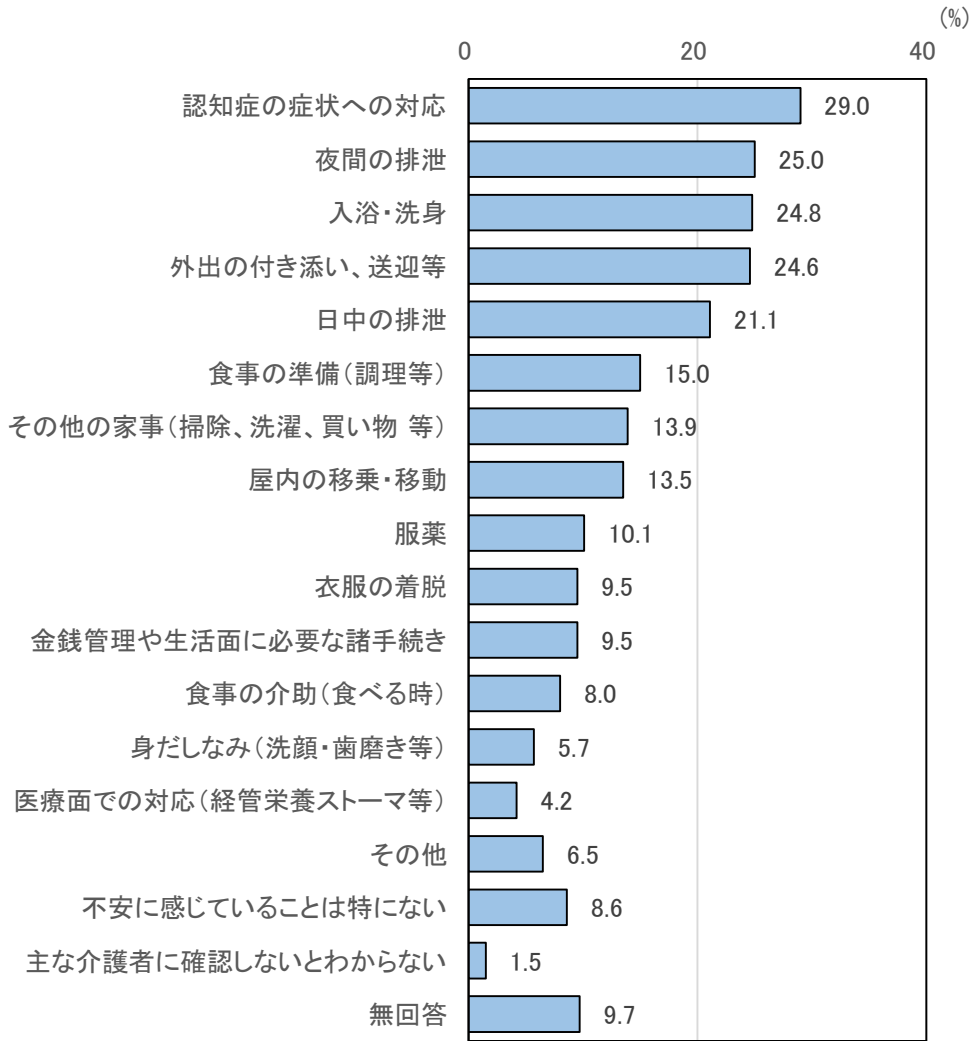
■介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方がいるか



⑤介護者が不安に感じる介護等について

介護者が不安に感じる介護として、認知症の症状への対応が 29.0%、夜間の排泄が 25.0%、入浴・洗身 24.8%、外出の付き添い、送迎等が 24.6%となっています。

■介護者が不安に感じる介護等について

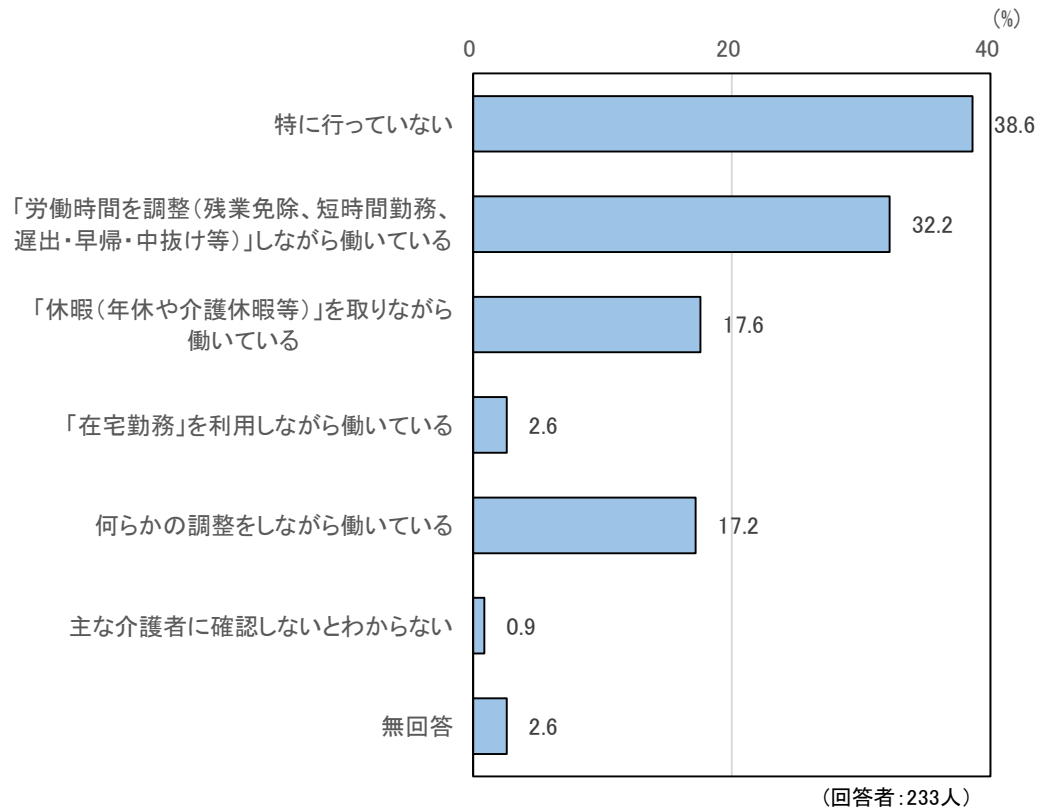


(回答者:525人)

⑥主な介護者の働き方の調整について

介護をするにあたって、働き方の調整を行ったかについては、労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）しながら働いているが32.2%、休暇（年休や介護休暇等）を取りながら働いているが17.6%など、働き方を調整している割合は69.6%となっています。

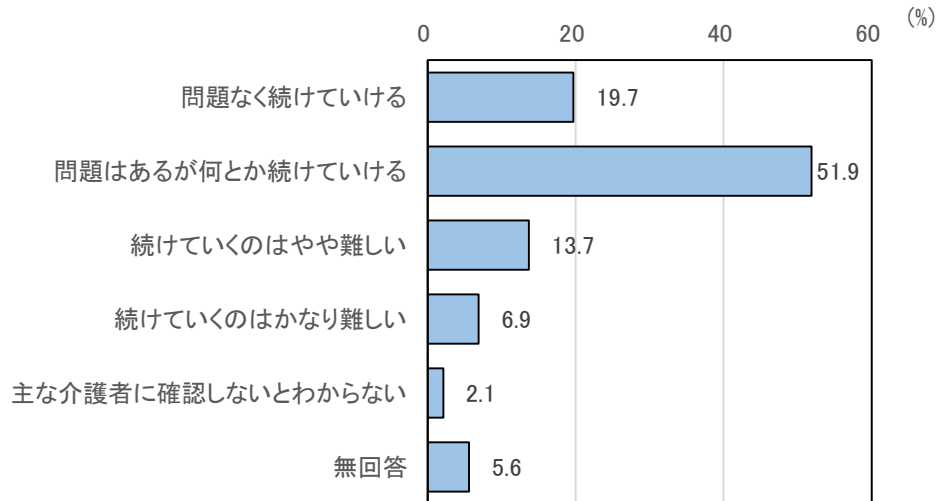
■介護をするにあたって、働き方についての調整等をしたか



⑦働きながらの介護の継続性について

今後も働きながら介護を続けていけそうかについては、問題なく続けていけるが19.7%、問題はあるが何とか続けていけるが51.9%と、続けていける割合は全体で71.6%となっています。

■今後も働きながら介護を続けていけそうか



(回答者:233人)

第3章 第7期計画の取組状況と課題

1 健康づくり・介護予防の総合的な推進

現 状

第7期の取組の振り返り

■多様な健康づくりの推進

- 生活の質を低下させ要介護状態を招く要因となる脳卒中や心疾患、人工透析を要する糖尿病など重症疾患の予防を図るため、特定健康診査など各種検診を推進しました。また、特定保健指導や糖尿病性腎症重症化予防事業などを行い、生活習慣病の予防、早期介入、重症化予防に努めました。
- 遠野すずらん振興協同組合と連携し、健（検）診受診時やICTを活用した健康づくり事業において、インセンティブとしてポイントの付与を行うなど、健康づくり部門とは異なる地域の関係団体と共同で健康増進を図る仕組みづくりを推進しました。
- 令和2年に世界的な蔓延を見せている新型コロナウイルス感染症の出現に伴い、感染対策を取りながらの新たな保健事業の仕組みづくりが求められています。

■介護予防の総合的な推進

- 介護予防・日常生活支援総合事業における地域住民などの多様な主体による新たなサービスの実施については、第7期計画を検討および体制整備期間としニーズを集約したものの、議論を深めることができず、実現には至りませんでした。
- 介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象に、3年ごとの郵送による生活機能評価調査（基本チェックリスト）を実施しました。この回答結果から、生活機能の低下が見られた高齢者を対象に「元気・楽しく高齢者体力アップ教室」を実施し、運動機能の改善につなげました。このほか、介護予防に関する健康教育等を実施し、介護予防の普及啓発に努めました。
- 持続可能な介護予防活動の地域展開を目指す一般介護予防事業の中心的取組として位置付ける「介護予防に資する住民主体の通いの場」の支援を平成29年度から開始していますが、思うように拡大できていないのが現状です。
- 令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、各種介護予防教室を休止せざるを得ず、通いの場やふれあい・いきいきサロンに対し、再開に向けた感染症対策の説明等の支援を行っています。

ニーズ調査結果

- ★転倒に対する不安がある（「とても不安」＋「やや不安」）は46.4%
- ★幸福度（「とても幸せ」10点（満点）＋9点）は21.9%
- ★健康づくり活動等への参加意向（「是非参加したい」＋「参加してもよい」）は44.4%。
- ★健康づくり活動等への企画・運営としての参加意向（「是非参加したい」＋「参加してもよい」）は27.9%
- ★生活機能評価で、リスクがあると判定された割合：認知機能低下リスクが46.7%、転倒リスクが33.4%、うつ傾向リスクが29.7%、閉じこもりリスクが27.5%、口腔機能低下リスクが20.7%、運動機能低下リスクが15.2%、IADL低下リスクが3.8%、低栄養リスクが1.0%
- ★ICT健康づくり事業や公民館等でのサロン、生きがい活動支援通所事業（デイ型・サテライト型）等介護予防のための通いの場に週1回以上参加している割合は5.2%、月1～3回が5.3%、年に数回が5.2%、参加していないが58.6%

課題

- ▶高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、日常生活を支える仕組みづくり、元気な高齢者が担い手となる人づくり、地域で共に生きる社会をつくる地域づくりを目指して、地域ケア会議等で把握してきたニーズにどう対応していくか、地域ごとに検討を進めていく必要があります。
- ▶介護予防把握事業（実態把握）について、これまでの3年ごとの生活機能評価では、隠れた虚弱高齢者をタイムリーに把握することは困難であり、より効果的な調査方法や対象者の選定・支援、虚弱高齢者の早期把握から支援までの一連の仕組みの構築が必要です。
- ▶「元気・楽しく高齢者体力アップ教室」の実施により、運動機能の改善効果は見られましたが、効果を維持する場（受け皿）がないこと、支援が必要な時期に介入できないことなどから、通所型サービスC（短期集中型）への移行も含め、重度化予防事業の強化について検討が必要です。
- ▶高齢者が住み慣れた地域で元気に過ごせるよう、市民自身が主体的かつ持続的に取り組むことが可能な、介護予防に資する通いの場の拡大と充実の検討が必要です。

2 介護・福祉サービスの充実

現 状

第7期の取組の振り返り

■相談・支援体制の強化

- 地域包括支援センターを市直営で1カ所、さらに地域の相談窓口として在宅介護支援センターを6カ所設置し、主に高齢者の相談支援を行っています。近年、相談の内容は多様化、複雑化してきており、専門的な視点で対応する機会が増えてきています。
- 医療、介護等の多職種が協働し、高齢者の個別検討を通じてケアマネジメントの質の向上を図るために実施する地域ケア会議推進事業は、令和元年度から従来行ってきた地域ケア個別会議を「地域ケア個別会議」と「自立支援型地域ケア会議」に分け、「小地域ケア会議」、「地域ケア推進会議」を併せた4つの会議で実施しました。なお、地域ケア推進会議は、遠野健康福祉の里運営審議会に位置付けて開催しています。

■在宅生活の支援

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活が送れるよう、配食や移動支援など様々な高齢者福祉サービスを提供しています。

■認知症施策の総合的な推進

- 認知症高齢者やその家族を支援するために、認知症の早期発見、早期診断による適切な受診および介護サービスにつなげる認知症初期集中支援チームを設置しました。また、認知症地域支援推進員の配置や家族介護者の集いを開催し、直接的な支援を行い、認知症に対する不安や介護の負担軽減に努めてきました。
- 認知症を正しく理解してもらうために、認知症サポーター養成講座を全世代対象に開催し、認知症高齢者やその家族を地域で支え合う意識の向上を図りました。

■介護に取り組む家族等への支援の充実

- 高齢者を介護している家族又は援助者を対象に、介護方法等の知識習得、介護者間の交流等を目的とした教室を開催したほか、在宅介護者を一時的に介護から解放しリフレッシュを図ることを目的とした交流事業（元気回復事業）を実施しました。
- 介護者の精神的、経済的負担を軽減するために介護用品（紙おむつ等）支給事業を継続し、介護に取り組む家族等への支援に努めました。

ニーズ調査結果

- ★在宅介護者が考える在宅生活の継続のために必要な支援は、「移送サービス」が30.4%、「外出同行（通院・買い物など）」が27.2%、「見守り、声かけ」が22.7%、「掃除・洗濯」が17.2%、「配食」が15.8%
- ★介護・介助が必要になった主な要因では、「高齢による衰弱」が27.3%と最も多く、次いで「糖尿病」「骨折・転倒」「関節の病気」の順となっている。
- ★介護者が不安に感じることでは、「認知症の症状への対応」が29.0%と最も多い。

課 題

- ▶ 相談支援では、支援が困難なケースであればあるほど専門性が求められ、効率的・効果的に機能を発揮するためには、専門職の確保など体制の強化が必要です。専門職一人ひとりが援助者であるという意識をもって対応するために、情報の共有化、意識の統一を図りながら進めていく必要があります。
- ▶ 地域ケア会議は4つの会議で構成されており、その機能と役割を十分理解したうえで取り組んでいく必要があります。
- ▶ ライフスタイルの多様化により、複合的な課題を抱える事例が増えており、そのニーズと課題に対して、関係機関の横断的な相談・支援体制の構築が必要です。
- ▶ 認知症に関して多くの市民の理解と協力を得るために、認知症サポーターの養成や認知症施策の周知を図り、認知症高齢者と家族を地域で支援する仕組みづくりの推進とサポーター自身が活躍できる場づくりを行うことが必要です。
- ▶ 家族介護教室および交流事業は、介護者の身体的、精神的負担の軽減を図ることができる数少ない場であり、事業の周知・啓発と企画を工夫しながら参加者の拡充に努めていく必要があります。
- ▶ 介護用品支給事業は、国交付金の制度改正に合わせて令和3年度より本市の支給要件も見直しすることから、従前の支給対象者や関係者に対するきめ細やかな周知を行う必要があります。

3 在宅医療と介護の連携強化

現 状

第7期の取組の振り返り

■地域の医療介護連携の推進

- 医療関係者と介護関係者の顔の見える関係づくりや、医師、歯科医師、薬剤師、病院ソーシャルワーカー、介護支援専門員等の多職種が参加する在宅医療支援の体制づくりを推進するため「新しい地域の医療と介護を考える会（以下、「考える会」という。）」を平成31年3月に設置しました。
- この会は、医師会、歯科医師会らの代表者も参加する考える会と、運営を円滑にするため実務担当者による運営委員会の2つで構成されています。令和元年度は考える会を1回、運営委員会を5回開催し、運営委員会では、医療と介護の連携における課題解決に向けた方策を確認しました。

ニーズ調査結果

- ★在宅生活継続するために必要な支援について、移送サービス 30.4%、外出同行 27.2%の割合が高い。
- ★認知症の有無に関わらず、外出時の付き添いに6割以上の介護者が不安を感じている。

課 題

- ▶医療機関受診の継続が必要であっても、様々な理由から受診や服薬を中断するなど、地域で生活していく上での課題を医療機関、関係者と情報を共有することが必要です。
- ▶多職種による連携の必要性を共有した上で、医療・介護それぞれの現場で感じる課題の整理を行い、体制整備を進める必要があります。
- ▶人生100年時代と言われ、平均寿命は延び続けています。必要となる医療や介護の受け方を含め、その人らしい人生を送るためにACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する市民への意識啓発が必要です。

4 地域における支え合い活動の推進

現 状

第7期の取組の振り返り

■支え合い活動の推進

- 「生活支援コーディネーター」を在宅介護支援センター6カ所に配置し、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備に意欲のある地域住民・団体を支援しました。
- 綾織、土淵、青笹地区センターに「丸ごと相談員」を配置し、地域の関係者、生活支援コーディネーター等と連携して、地域における新たなサービスの創出や既存の社会資源と地域とのマッチングに取り組みました。

■高齢者見守り施策の推進

- 高齢者の見守りについては、認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業や地域見守り協定により、民生委員や在宅介護支援センターと連携して取組を進めてきました。
- 地域見守り活動に関する協力協定については、令和2年度に二法人と新たに協定を締結し全体の協定数は24となり、地域における一人暮らし高齢者、生活困窮者等の見守り体制の充実を図りました。
- 一人暮らし高齢者見守り支援事業は、これまで市老人クラブ連合会に委託して実施してきましたが、地域における見守りやサロンなどの定期的な集まりの機会の創出などが取り組まれてきていることから、新規の利用希望が少なくなり、近年実績がない状況となっています。
- 心疾患等を抱える高齢者世帯に対し、急病等の緊急事態が発生した場合でも迅速な救助、救急活動を行うことができるよう緊急通報装置を貸与し、緊急時の通報体制を確保しました。

■権利擁護の推進

- 令和元年7月に遠野市、釜石市、大槌町の2市1町で構成する釜石・遠野地域成年後見センターを開所し、判断能力が不十分な認知症高齢者に対する成年後見制度の利用相談に応じました。
- 令和2年度には後見人の担い手となる「市民後見人」の養成講座を開催し、遠野市から6人が受講しました。
- 高齢者の虐待は通報件数、判断件数とも全国的に増加傾向ですが、本市では横ばいで推移しています。地域包括支援センターが中心となり、介護サービス事業者、在宅介護支援センター、警察署等の関係機関と連携し、高齢者虐待の予防、早期発見・対応に努めました。

ニーズ調査結果

- ★健康づくり活動等への企画・運営としての参加意向（「是非参加したい」＋「参加してもよい」）は27.9%
- ★施設等へ入所せず、在宅生活を継続したいという意向は51.8%
- ★病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人がいない高齢者は4.5%
- ★在宅介護者が考える在宅生活の継続のために必要な支援は、「外出同行（通院、買い物など）」が27.2%で2番目に多い。
- ★主な介護者が不安に感じる介護について、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」は9.5%。

課 題

- ▶生活支援コーディネーターの活動を周知し、地域住民のさらなる理解を図り、共に活動していくための仕組みづくりが必要です。また、地域が持続的に活動するための担い手の発掘、活用できる補助金等の情報提供に努めることが必要です。
- ▶一人暮らし高齢者見守り支援事業は、事業のあり方を見直し、地域活動の一つとして見守り体制の構築が図られるよう、生活支援コーディネーターと地域が協働して推進していく必要があります。
- ▶見守りの活動の支え手である地域見守り活動に関する協力協定締結事業者と連携し、一層の充実を図っていくことが必要です。
- ▶緊急通報システム事業は、電波法改正に伴う経過措置満了（令和4年11月末）により使用できなくなる機器があることから、適切な更新により高齢者の見守り体制を継続して確保していく必要があります。
- ▶成年後見制度においては、地域包括支援センターと釜石・遠野地域成年後見センターが連携し、利用促進に向けた体制の充実、担い手の育成等、一層の連携強化に努めていくことが必要です。
- ▶高齢者に対する虐待は、個人や環境など様々な要因があります。個々の要因を分析し、虐待を未然に防ぐ取組が必要です。

5 安心できる居住の場の確保

現 状

第7期の取組の振り返り

- 公営住宅の供給については、災害公営住宅を平成30年度に穀町団地16戸、令和元年度に稲荷下団地5戸を整備しました。これにより、令和2年3月1日現在の公営住宅は12地区195棟（433戸）で、このうち八幡福祉住宅は6棟（26戸）となっています。相談業務を通じ、公営住宅等の住まいや施設等の情報提供を行いました。
- 高齢者住宅支援では、第7期計画でサービス付き高齢者向け住宅の設置を推進しましたが、設置には至りませんでした。
- 生活支援ハウスは、特別養護老人ホーム遠野長寿の郷内に設置されており、冬季を中心に利用されています。

ニーズ調査結果

- ★在宅介護実態調査において、施設等への入所・入居の検討状況は、「入所・入居は検討していない」が51.8%、「入所・入居を検討している」が24.6%、「すでに入所・入居申し込みをしている」18.0%と4割の人が施設入所を希望している。また、要介護2までは施設入所を希望しない人が5割を超えている。

課 題

- ▶高齢者のニーズや状況に合った多様な住まいを、民間事業者や関連する機関と連携を図り確保、整備することが必要です。
- ▶在宅意向に対応するために、住宅改修等在宅生活を継続できる支援が必要です。
- ▶軽度者の施設入所希望が多く、短期入所や生活支援ハウスの利用、養護老人ホームへの入所措置等の既存サービスが適正に利用できる支援が必要です。

6 介護保険制度の円滑な運営と質の向上

現 状

第7期の取組の振り返り

- 介護保険事業の適正な運営では、サービス受給者の適切な認定と事業者が適切なサービスを提供するよう努めました。主にケアプラン点検の実施・住宅改修および福祉用具の購入貸与の調査・介護給付費の通知・住宅改修と福祉用具購入への市特別給付等を実施しました。予定していた「定期巡回・随時対応型介護看護」の整備については、公募しましたが、参画予定事業者の人員確保が難しく応募はありませんでした。
- 福祉・介護サービスの質の向上では、支援やサービスを必要とする被保険者が、介護保険の給付や各種サービスを安心して受けられるように、サービスを提供する事業者へ適切な支援と助成を行いました。また、地域密着型サービス事業者に対して実地指導等を行い、サービスの質の向上に努めました。
- 福祉・介護の人材確保および育成では、事業所に各種研修会への参加を促進するとともに市企画研修会の開催に努めました。
- 不足する人材確保に向け、令和元年度から開始した奨学金返還支援補助事業に関する説明会を若者定着促進家賃補助事業、外国人材受入企業等支援事業補助事業の制度周知と併せて行いました。
- 市内の介護・福祉・医療等に従事する若者で組織し、市民に介護の魅力を発信するイベントや福祉教育などを行っている遠野ケアイノベーション会議を支援しました。

ニーズ調査結果

- ★ 介護サービスを利用しない理由としては、「利用したいサービスが利用できない、身近にない」が4.2%となっている。

課 題

- ▶ 適時・適切な介護認定と公平・公正な介護保険事業を維持するために、継続して要介護認定の適正化に努める必要があります。
- ▶ 受給者が真に必要としているサービスと提供を受けるサービスの整合性を図ることが必要です。
- ▶ 既存施設を活用し、軽度者に向けて不足している入所・居住系サービスの提供の可能性を調査・検討することが必要です。
- ▶ 「今」を支える人材としてのパートタイム雇用や人材バンクの活用と、「将来」の介護福祉の仕事を担う人材確保のため、義務教育期からの育成事業の展開が必要です。

第4章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

福祉で夢のあるまちづくり・健康で明るく 暮らせる住みよいまちづくり

- 1 共に生きるため、自立と参加をめざして
- 2 共に生きるため、個人の尊厳と人間性の尊重をめざして
- 3 共に生きるため、理解と共同の輪の広がりをめざして
- 4 共に生きるため、新しい遠野福祉文化の創造をめざして

本計画は、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年および団塊のジュニア世代が前期高齢者となる 2040 年問題を見据えて、第7期計画の施策をさらに充実・展開し、地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められます。

このため、本計画の基本理念は、第7期計画の4つの基本理念を継承するとともに、その上で目指すべきまちの姿を掲げます。

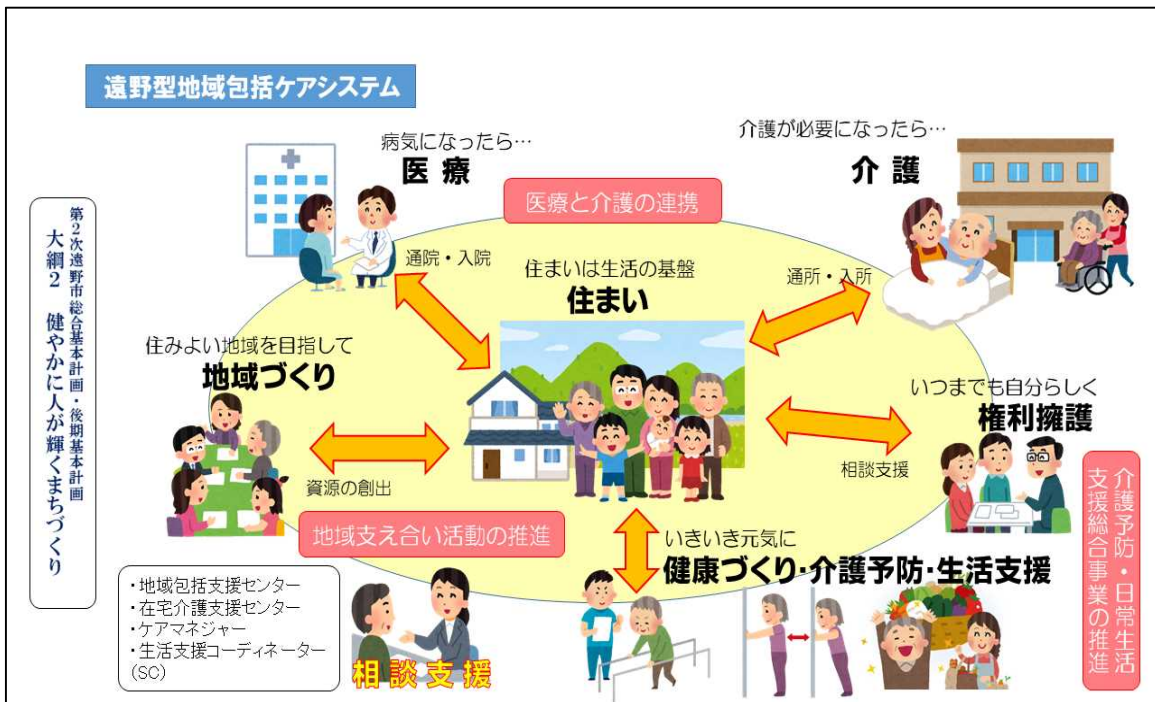
2 施策展開の考え方

遠野型地域包括ケアシステムの実現を目指して

第7期計画では、高齢者が住み慣れた地域で安心して人生の最後まで暮らし続けられる社会を目指していくため、「住まい」「医療」「介護」「介護予防」「生活支援」の5つの分野が包括的に確保される体制である「地域包括ケアシステム」の実現に向け取組が進められてきました。

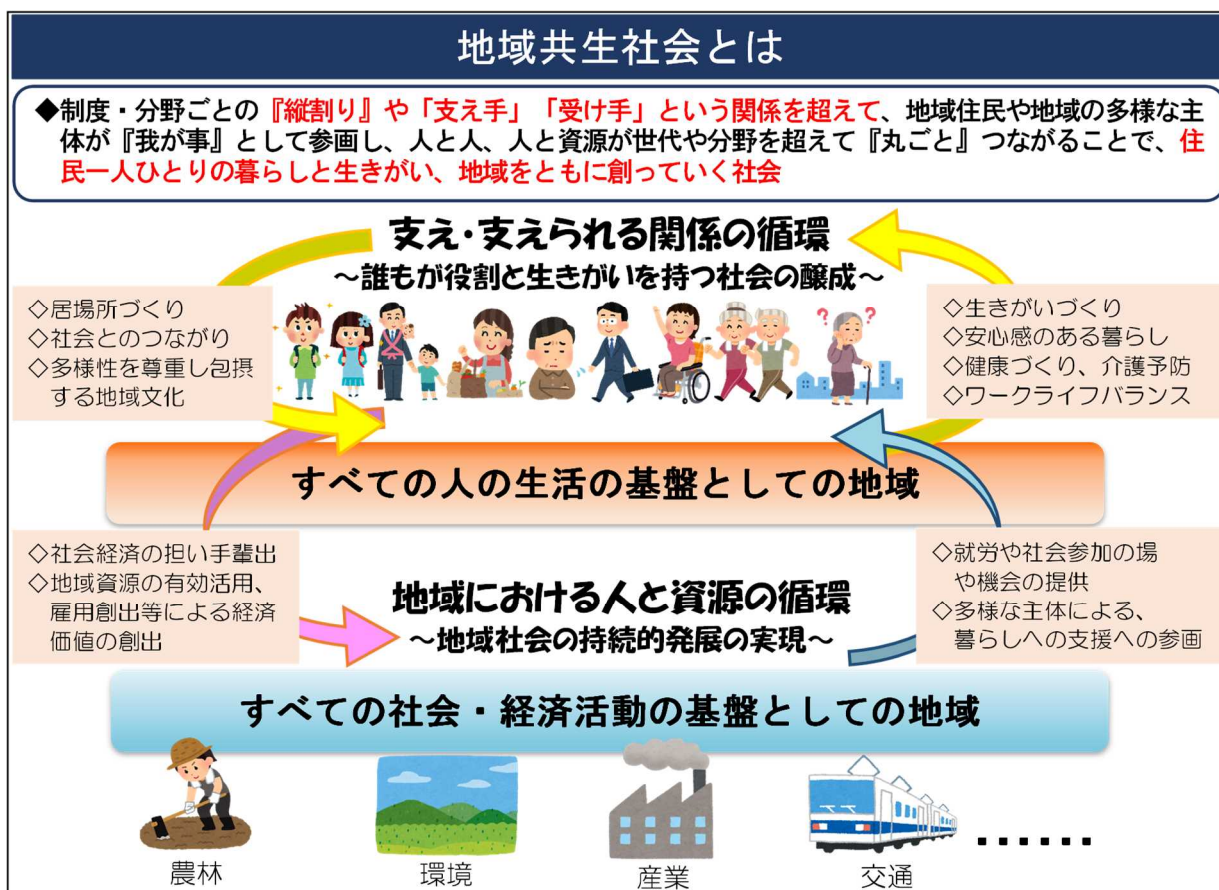
しかしながら、少子高齢化が進展する中で、高齢者の生活における困難さが一層増加することが見込まれ、それに対応する支え手や資源の不足が懸念されます。

このことから本市においては、国が示す5つの分野に、地域を主体とした支え合い活動を市民自らが取り組んでいく「地域づくり」、認知症になっても家族などに支えられながら自らが望む人生を送ることができるよう人権や財産を守る「権利擁護」、そして市民一人ひとりが地域の中で健康で豊かな人生を送るための「健康づくり」を加えた8つの分野としたものを「遠野型地域包括ケアシステム」とし、その実現に向けた施策を展開していきます。



また、要介護者等や世帯が抱える課題は近年複雑化・複合化しており、要介護者等の生活全般の課題を解決するには、障がい者、子育て、生活困窮など福祉に関する施策との有機的な連携を図ることが必要です。地域のあらゆる市民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できるコミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して、助け合いながら暮らすことのできる地域共生社会を実現していくことが必要です。

令和2年の法改正により、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する重層的支援体制整備事業が創設されました。これまでの介護、障がい、子育て、生活困窮の相談支援等の取組を活かしつつ、制度の横断的な支援が必要な場合は、作成されたプランに基づき相談者・家族への支援を行います。小さな拠点(地区センター)には順次、相談員を置き、相談、住民主体の地域づくりの支援などに取り組みます。



今後、この事業と連動しながら、さらなる遠野型地域包括ケアシステムの実現に向け、関係機関と連携し全庁を挙げて取り組んでいきます。

3 基本目標

基本理念の実現に向け、以下の6つの基本目標を設定し取組を推進します。

基本目標1 健康づくり・介護予防の総合的な推進

人生100年時代を迎え、誰もがより長く元気に活躍し豊かな人生を送るためには、「健康寿命の延伸」が重要となります。国が示す「健康寿命延伸プラン」の骨子である「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣の形成」「疾病予防・重症化予防」「介護予防・フレイル対策・認知症予防」を主軸に、健康増進・介護予防・重度化防止など予防を重視した取組を推進します。

なお、重点施策である介護予防については、高齢期における「機能低下を抑止する」という狭義の視点に捉われることなく、全ては市民一人ひとりの健やかで「豊かな人生」を目指す「ヘルスプロモーション」の理念のもと、ライフステージに合わせた健康づくりを推進し、人生100年時代の基盤づくりを図ります。

平成29年度から介護予防・日常生活総合支援事業（以下「総合事業」という。）を実施しています。地域住民の主体による新たなサービスの創出ができる制度となり、利用者の視点に立った柔軟な対応やサービスの提供が可能となりました。

第7期計画では、介護予防訪問介護、介護予防通所介護の従前相当サービスのみ総合事業で対応してきましたが、多様なニーズに応じていくためには、新たなサービスの導入が不可欠です。そのため、生活機能の向上と維持を重点に置いた介護予防事業と生活支援サービスの充実に努めていきます。

健康づくりの推進／介護予防・日常生活支援総合事業の推進／生きがいづくりや社会参加の推進

基本目標2 介護・福祉サービスの充実

相談支援では、より身近なところで相談ができる環境を整え、高齢者一人ひとりの困りごとや悩みなどの相談からニーズ把握を行い、暮らしを支える必要な情報提供やサービスにつなげ、相談者本人の自己実現が図れるよう支援していくことが大切です。

地域包括支援センターは、介護支援専門員、介護サービス事業所、在宅介護支援センターなどの多様な機関と連携し、訪問や相談でのニーズ把握ならびに自立支援・介護予防の観点を踏まえ、地域ケア個別会議、自立支援型地域ケア会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ながらケアマネジメントを実施します。また、高齢者や介護をしている家族への支援として、効果的かつ適切な資源を創出できるよう努めていきます。

8050 問題、ヤングケアラーなど、地域住民の複合・複雑化したニーズに効果的に対応するため、ケースに主体となって支援する機関と他の機関が協働して対応を検討し、解決に向けた支援（参加支援・地域づくり）を行う「重層的支援体制整備事業」の取組を行います。

地域の介護力を担う介護人材の確保については、全国的な問題となっています。人材確保はもとより、ボランティアの活用や介護現場における業務仕分けなど、業務効率化に向けた取組や、介護職として長く勤めることができる人材育成支援を進めていきます。

高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らし続けていけるよう、遠野型地域包括ケアシステムの構築に向けた深化・推進を図りながら支援体制づくりに取り組みます。

相談・支援体制の強化／高齢者福祉サービスの充実／介護に取り組む家族等への支援の充実
／介護・福祉人材の確保および育成の支援

基本目標3 安心して暮らせる地域づくりの推進

少子高齢化が進展する中、いつまでも安心して暮らせる地域を目指していくためには、地域住民の手による支え合い活動の充実と新たな支え合いの創出が必要です。在宅介護支援センター職員が兼務する生活支援コーディネーターは、地域活動への関わりを通して、地域に必要な社会資源の創出支援やネットワークの構築を推進します。

高齢者虐待や消費者被害など、高齢者を取り巻く権利侵害は深刻なものとなっています。認知症になっても、生活を家族や周囲の人々に依存しなければならない状況になっても、その人の権利は守られなければなりません。権利擁護は、高齢者の生活・権利をその人の立場に立って代弁し、あるいは本人が自ら意思を主張し、その権利を行使できるよう支援することです。高齢者の権利擁護について広く理解を求めていくほか、必要と判断される場合は成年後見制度につなぐことが重要です。

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題を見据えた地域包括ケアシステムの実現に向けた一つの施策として、「在宅医療と介護の連携強化」があります。疾病を抱えても住み慣れた地域で療養しながら生活を送れるよう、医療と介護に関わる全ての者が協働で支援する体制を充実させる必要があります。

高齢者が安心して暮らせる住まいのあり方については、住宅改修などによる住まいの機能の充実、住み替えや施設入所により新たな住まいの提供を受けるなど、個々のニーズに応じた支援を展開できる体制づくりを推進します。

東日本大震災や台風などの自然災害は、近年大きな被害をもたらしている現状にあり、避難支援にあっては日頃の見守り活動など地域で支え合う仕組みづくりを推進します。

地域支え合い活動の推進／高齢者権利擁護の推進／地域の医療・介護連携の推進／安心できる住まいの確保／災害に対する備えと支援体制の強化

基本目標4 認知症にやさしいまちづくりの推進

高齢化に伴い認知症となる人の数は年々増加しており、2025年には65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になると予測されています。

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とうまく付き合いながら生きていける環境をつくるのが大切です。そのためには誰もが認知症についての理解を深め、地域で見守り、支え合うという「認知症にやさしいまちづくり」を推進していく必要があります。

本市においても、国が定めた認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に示す7つの柱に沿って施策を推進していきます。

認知症の正しい理解の促進／地域における医療・介護の連携の推進／認知症の人と介護者への支援

基本目標5 介護保険制度の円滑な運営と質の向上

介護や支援が必要になった高齢者が自らの意思でサービスを選択し、尊厳をもって住み慣れた地域で生活できるよう、ニーズに応じた各種サービスの充実を図ります。

そのためには、サービスの量的確保と介護人材の育成による質的確保といったハード・ソフトの両面から整備を図る必要があります。

また、高齢者やその家族が安心して相談できる支援体制づくりや利用者が適時・適切な介護サービスを受けられるよう介護保険事業の安定的運営と円滑なサービス提供に努めます。

介護保険事業の適正な運営／介護・福祉サービスの質の向上

基本目標6 災害や感染症対策に係る体制整備

東日本大震災をはじめとする自然災害からの教訓や新型コロナウイルス感染症への対策の経験を踏まえ、災害や感染症への平時からの備えが極めて重要です。

介護事業所等は、災害等への備えについての研修や想定訓練を実施し、必要な物資の備蓄・調達・輸送についての体制整備を市関係部局と連携して進める必要があります。

このことから、市では遠野市地域防災計画や遠野市国土強靱化地域計画に基づき、県、関係市町村、関係団体と連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制の構築に努めます。

災害や感染症対策の基盤整備

4 計画における施策体系

本計画は、以下の施策体系に基づき取組を推進します。

基本目標	施策
1 健康づくり・介護予防の総合的な推進	(1) 健康づくりの推進 (2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進 (3) 生きがいつくりや社会参加の推進
2 介護・福祉サービスの充実	(1) 相談・支援体制の強化 (2) 高齢福祉サービスの充実 (3) 介護に取り組む家族等への支援の充実 (4) 介護・福祉人材の確保および育成の支援
3 安心して暮らせるまちづくりの推進	(1) 地域支え合い活動の推進 (2) 高齢者権利擁護の推進 (3) 地域の医療・介護連携の推進 (4) 安心できる住まいの確保 (5) 災害に対する備えと支援体制の強化
4 認知症にやさしいまちづくりの推進	(1) 認知症の正しい理解の促進 (2) 地域における医療・介護の連携の推進 (3) 認知症の人と介護者への支援
5 介護保険制度の円滑な運営と質の向上	(1) 介護保険事業の適正な運営 (2) 介護・福祉サービスの質の向上
6 災害や感染症対策に係る体制整備	(1) 災害や感染症対策の基盤整備

5 重点的に取り組む事項

ワーキンググループで議論された内容をもとに、本計画期間中は次の事項に重点的に取り組めます。

介護サービスの基盤整備

現状の介護サービスにおける「日常生活圏域のあり方」「不足しているサービス」「不足の要因」などについて、検討を行いました。

【主な意見等】

- 日常生活圏域のあり方として、複数圏域の設定は、各種サービスの利用状況やニーズから圏域ごとのきめ細かな介護サービスの必要量や提供状況などを比較検討するうえで重要である。しかし、ニーズが乏しい地域に事業者は参入しないことから、圏域設定の判断は保険者に委ねる。
- 市内で必要とされるサービスは、「軽度者が入所・利用できる施設」「土日等休日に利用できるサービス」「定期巡回サービス」などであり、サービス事業者が参入しない要因は、主に「介護人材の不足」にある。
- 将来の人材確保のため、小中学生等義務教育期から事業者が行う各種行事への参加を通じて、福祉の仕事や職に対する興味を持つことや理解を深めるための福祉教育の機会が必要である。

【主な取組事項】

- ①きめ細かな介護サービスの実施・検討のためサービスの利用状況の把握に努め、ニーズの分析に取り組めます。
- ②不足しているサービスのうち、「軽度者が入所・利用できる施設」について、既存の公営住宅や民間の宿泊施設等の利活用に向けた取組を推進します。
- ③介護人材不足による介護サービスの低下を防ぎ、より良い介護事業を展開するための福祉介護人材の育成と確保に努めます。また、将来の人材確保のため小中学生等義務教育期からの福祉介護職場の見学やボランティア活動等を通し、専門職（有資格者）がどのような役割を担って働いているのかなど、より深く仕事を理解できるようアプローチの工夫を図るほか、パートタイム雇用等による人材の確保、シルバー人材センター等人材バンク組織の活用による人材不足の解消に取り組めます。

生活支援・介護予防等サービス支援

住み慣れた地域で安心して生活を送るために、「生活上での困りごと」「困りごとに対しての支援」「介護予防を軸とした通所型サービスの在り方」などについて、検討を行いました。

【主な意見等】

- 生活上の困りごとは軽度な作業がほとんどであるが、多様で数も多く介護保険事業のヘルパーが対応しきれない状況から、地域住民が主体となった助け合いを促進すべきではないか。
- 決まりごとの少ない自由な集いの場、一緒に食事をとることができる場や生活機能を低下させないために集まれる場が必要である。
- 趣味の集まりでもリハビリテーション専門職の介入があれば、少しずつ機能訓練の意識を持つようになり効果が表れると思う。
- 運動目的の集まりの場というのが浸透してくれば、通いの場の活動に厚みが出てくるのではないかと。体に弱いところができても運動などで良くなったというサイクルが確立してくることに期待したい。

【主な取組事項】

- ①日常生活における支援については、地域住民が主体となった助け合い活動の充実を図るため、ボランティア養成を含めた担い手の確保に努めるとともに、サービス事業者の参入を促進するため、基準緩和型による生活支援サービスの導入を検討します。
- ②一般介護予防事業における通いの場の普及啓発に努めるとともに、リハビリテーション専門職の参画により効果的な事業を展開します。
- ③生活機能が低下しても身体機能を上げるトレーニングを集中して行う「通所型サービスC（短期集中型）」の導入を見据えて、基本チェックリストの傾向からその必要性和効果的な運営体制を整備します。
- ④一般介護予防事業による通いの場や集中してトレーニングを行う通所型サービスCなどの取組を一体的に実施し、サイクル化を構築します。

地域包括ケアシステムにおける認知症支援施策の推進

認知症になっても支え合って暮らせる住みやすいまちづくりをテーマとし、「認知症についての理解を深め認知症ケアに関心を持たせる方法」「家族介護者の支援者として身近な市民が協働して行動できる仕組みづくり」「誰もが支え合うことができる地域共生社会の実現に向けた意識啓発」について検討を行いました。

【主な意見等】

- ヘルパー等の専門職でなくても対応できる支援を身近な地域で担う人がいれば、在宅生活が保たれ、介護者の負担も軽減されるのではないかと。
- 個々の認知症の状態や家庭状況により必要とする支援は異なることから、ニーズの把握のためにも当事者とその家族から直接話を聞く機会や場を増やしてほしい。
- 認知症について学ぶ機会は増えているが、家族が認知症になった時にどこに相談すればいいのか、どの医療機関をどのように受診すればいいのかなど基本的な情報を知らない人が多い。
- 窓口となる地域包括支援センターは、率先して市民への周知方法を工夫するなど、安心して相談できる環境づくりに取り組んでほしい。
- 認知症の人と一緒に買い物に出かけた時に、店舗の方の見守り支援があれば安心して買い物ができる。介護者が気軽に語り合える集いの場や公共施設への環境づくりに取り組んでほしい。

【主な取組事項】

- ①認知症の人やその家族が地域で安心して暮らせるよう地域や職域、学校など幅広い年齢層に認知症を正しく理解してもらうため、認知症サポーター養成講座を開催し、サポーターの拡大を図ります。
- ②地域全体で認知症の人やその家族を見守り支えるために、地域の商店、企業などを含めたネットワークの構築を推進します。
- ③認知症の人も参加できる地域共生社会の実現に向け、認知症サポーターの活動の場の提供と地域で見守り支え合うことのできる体制づくりに取り組みます。

6 日常生活圏域の設定

(1) 日常生活圏域の基本的な考え方

「日常生活圏域」とは、その地域に住む市民が日常生活を営む地域を、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して市が定める地域のことをいいます。

第3期以降の介護保険事業計画において、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、日常生活をベースに市町村をいくつかの圏域に分け、その圏域ごとに地域密着型サービスのサービス量を見込むこととされています。

(2) 日常生活圏域の設定

本市は、広大な面積を有していますが、人口が少なく、介護等サービスを提供する施設も限られており、その多くは市内中心部に集中しています。全国例の1圏域の規模に近づくことや施設整備の推進、介護サービス利用の利便性向上などの観点から、第4期計画（平成21年度～23年度）より市全体で1つの日常生活圏域と設定してきました。

本計画においても日常生活圏域を市全体で1圏域とします。

本計画を策定するにあたり、人口及び生産年齢人口が大きく減少する令和22年（2040年）を見据え、より身近できめ細かな介護サービスの利用や介護予防・日常生活総合支援事業の推進のため、日常生活圏域のあり方をワーキンググループで検討しました。

介護保険事業者としては、地域密着型サービスの提供について、経営の観点からサービス利用者が少ない地域への施設整備・事業参入は難しいことなどから、人口動態やサービス利用の状況等を今後も分析しながらも、現時点では圏域は1つとして取り組むこととしました。

第5章 施策の展開

1 健康づくり・介護予防の総合的な推進

(1) 健康づくりの推進

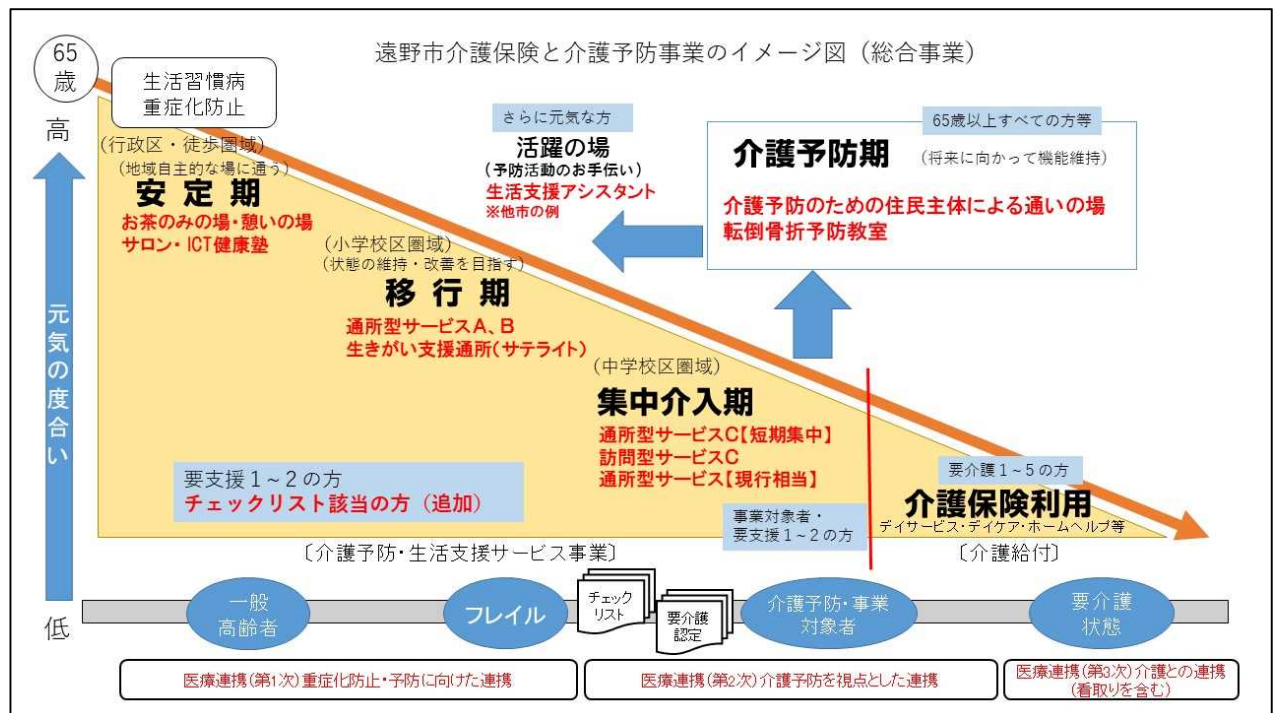
誰もが住み慣れた地域で、生涯にわたり可能な限り心身ともに健康でいきいきと暮らせるよう、それぞれが描く健やかで豊かな人生の実現に向けて、健康の保持増進や疾病の予防、重症化予防、介護予防に取り組みます。

特に、脳卒中や心疾患、人工透析を伴う糖尿病などの重症疾患は、自立を妨げ、生活の質の低下、医療費や介護費の負担増などにつながります。また、加齢等に伴い心身の活力が低下した状態（フレイル）は、引きこもりや心身機能の低下を加速させ、介護を要する状態を招くだけでなく、健やかで豊かな人生を妨げる要因ともなります。

これらの状態を抑止するために、第4次遠野市健康増進計画と整合性を図りながら、健康づくりサポーター等地域の関係組織、民間事業所を含めた関係機関等と連携のもと健康づくりを推進します。

①健康寿命の延伸

- 健やかな生活の維持のために、自らが選択し実践できる健康増進に関わる学習や体験・習得の機会を創出し、自主的かつ持続的な健康づくりができるよう支援します。
- がん検診、特定健康診査など各種検診を実施し、疾病の早期発見、早期改善、早期治療を目指します。
- 特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防対策、脳卒中・心疾患等の予防対策を行い、生活習慣に係る重症化リスクを軽減します。
- 健康無関心層を含む市民全ての健康意識の向上と運動習慣の定着を図るため、ICT健康づくり事業により自身の健康状態をチェックし、健康づくりに取り組める環境をつくります。
- 社会参加、運動、栄養（口腔を含む）の要素を取り入れた、フレイル対策に特化した介護予防を実施するとともに、健康づくりと介護予防の連動性のある取組を進めます。
- 将来、介護や障がいの要因ともなる重篤な疾病を早期に予防するため、市民の健康データ等に基づく健康課題の抽出を行い、就労世代のハイリスク者にターゲットを絞り、個別性に特化した効率的・効果的な事業を展開します。



②こころの健康づくり

- こころの健康づくりの一環として、メンタルヘルスに関する健康教育・啓発活動を実施します。
- 相談機関や医療機関などの関係機関と連携を図り、支援体制を強化します。
- ゲートキーパー、傾聴ボランティア等の育成および養成を行います。

③生涯スポーツの推進

- 健康の保持増進に向けてスポーツの必要性を啓発するとともに、市民センター等を活用した運動教室を開催し、市民が定期的に運動する機会を提供します。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

平成29年度から介護予防・日常生活総合支援事業（以下「総合事業」という。）が開始されました。これにより、利用者の視点に立った地域住民の主体による多様なサービスの創出が可能となりました。

このサービスの創出につなげるためには、病気や加齢に伴う身体機能の低下などによる生活上の困りごとなど、個々のニーズと同一のニーズが地域内にあることを把握し、必要なサービスを検討する必要があります。地域ケア会議の機能を最大限に生かし、自立支援・重度化防止を重点とした介護予防事業と、地域を主体とした支え合い活動の推進による生活支援サービスの充実に努めます。

また、市民が地域で健康づくりや介護予防、生きがいづくり等に気軽に継続して活動できる場を支援します。

①介護予防・日常生活支援総合事業の対応

- 現行相当サービスに加え、要支援認定者、事業対象者に必要な多様なサービスおよびその提供体制の整備を図ります。
- 訪問型サービスA～C、通所型サービスA～Cの実施については、現状を見据えたいうで本計画中に実施できるよう体制を整備していきます。

②一般介護予防事業

- 全ての高齢者がいつまでも自分らしく生きがいと役割を持って生活できるよう、「介護予防に資する住民主体の通いの場」を中心とした一般介護予防事業を推進します。
- 機能低下の見られる高齢者の早期発見・支援、介護予防の普及啓発、「通いの場」の育成支援、健康づくりサポーターやリハビリテーション専門職および生活支援コーディネーター等関係機関との連携により、フレイル（健常から要介護へ移行する中間の段階）対策に取り組めます。
- 健康寿命延伸のため、保健事業と介護予防事業の一体的な実施方法等について検討します。
- 介護予防把握事業による、基本チェックリストを有効に活用できるよう、令和3年度に調査・活用方法を見直し、機能低下の見られるフレイルの前段階にある高齢者を水際でくい止める仕組みの構築を目指します。
- 介護予防普及啓発事業では、介護予防の3本柱である「運動」「栄養（口腔）」「社会参加」の普及啓発を目的に、各種介護予防教室の開催、地域の集会等での健康教育や健康相談を行います。また、市民が主体的に持続可能な介護予防活動を展開できるよう、地域の健康づくりサポーターと連携し、「通いの場」の周知を図ります。
- 令和3年度を高齢者の重症化予防事業の見直し期間とし、介護予防・生活支援サービス事業「通所型サービスC」への移行の検討も含め、効果的な事業実施を目指します。
- 地域介護予防活動支援事業では、地域住民が持続的かつ主体的に介護予防を行う「通いの場」の拡大を目指し、育成および継続の支援を行います。
「いきいき百歳体操」に週1回以上取り組む団体に対し、初回重点支援（5回）、継続支援（年1～2回）、定期的な体力測定による評価・セルフモニタリング支援、体操に使用する重り等の貸出支援を行います。
- リハビリテーション専門職の通いの場への参画、生活支援コーディネーター等の関係機関との連携、介護予防・生活支援事業による重度化予防事業との一体的取組により、地域の介護予防活動の強化を図ります。

■「介護予防に資する住民主体の通いの場」の実施グループ数の実績および計画

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
団体数	3	5	5	15	25	30
参加実人数	60	88	88	150	250	300

○地域リハビリテーション活動支援事業では、リハビリテーション専門職に通いの場や重度化予防の取組に対する参画を求め、介護予防事業の充実・強化を図ります。

③市民の自主活動支援

○介護予防に資する市民の自主的な活動や地域自治組織、地区社協等が運営している「ふれあい・いきいきサロン」の活動を支援します。

④介護予防ケアマネジメント業務（包括的支援事業）

○地域包括支援センターが中心となり、要支援者および要介護認定者以外の高齢者を対象として介護予防・生活支援サービスの調整を行います。自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標とし、「生活機能評価（65歳以上が対象）」により把握された一般介護予防事業対象者に対し、一次アセスメント、サービス調整、サービス提供後の再アセスメント、事業評価を実施します。

⑤指定介護予防支援事業

○介護予防支援事業所として「要支援1、要支援2」の認定者へ介護予防支援および「介護予防・日常生活支援総合事業対象者」へ介護予防ケアマネジメントを併せて実施し、サービス調整、生活支援のためのマネジメントを実施します。

第5章 施策の展開

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討する。

○ 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース等 ※3～6ヶ月の短期間で実施	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

③その他の生活支援サービス

○ その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食 ②住民ボランティア等が行う見守り
③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

(3) 生きがいきづくりや社会参加の推進

高齢者が生きがいをもって住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、各種活動を通じた健康づくりや生きがいきづくりを支援します。

また、高齢者がこれまで培ってきた能力や技能を次世代に引き継ぐ場や高齢者を中心とした世代間交流、地域活動やボランティア活動など社会参加・貢献ができるように支援を行います。

さらに、就業意欲のある高齢者の多様な働き方に対応した、就業機会の創出の支援を行います。

①老人クラブ活動の支援

- 地域を基盤とする高齢者の自主的な組織である老人クラブのより一層の活性化を図り、健康・生きがいきづくりを促進します。
- 地域での友愛訪問やボランティア活動の啓発を図り、高齢者の社会参加・貢献を促進します。
- 高齢者の豊富な知識や経験、技能等を次世代に継承する生涯学習の場や指導者としての活躍の場の創出を図ります。

②シルバー人材センターの支援

- 高齢者がその意欲や能力に応じ、地域の担い手として生きがいを持って就労できる雇用機会の創出と多様化する就業形態に対応した雇用の促進と就業開拓の取組に対し支援を行います。
- 市民に対して、シルバー人材センターの周知を図り、会員の加入促進の支援を行います。

③ふれあい・いきいきサロン事業

- 遠野市社会福祉協議会が高齢者の孤独感の解消や生きがいきづくりのために実施する、ふれあい・いきいきサロン事業の運営費用の一部を支援します。

④高齢者慶祝事業

- 多年にわたり地域社会に貢献してきた高齢者に敬意を表し、長寿を祝うため、各地域において実施される敬老会の開催に要する経費の一部を負担します。
- 喜寿、米寿、百歳到達者を対象に記念品を贈り、長寿を祝います。

2 介護・福祉サービスの充実

(1) 相談・支援体制の強化

近年、多様化、複雑化する相談内容に対し、専門的な視点をもって適切に対応するため、地域包括支援センターの機能充実を図るとともに、市民の身近な地域にある在宅介護支援センターをはじめとする関係機関と連携を図り、いつでも相談ができる体制を整備します。

さらに、高齢者等の地域住民が住み慣れた地域で安心して自分らしく生活を送れるよう、地域ケア会議を通じて、地域課題を把握し、その地域において解決できる体制を支援します。

①地域包括支援センターの体制強化

○地域包括支援センターには保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を配置しています。相談件数や業務量の増加に対応するために、適切な職種や人員体制を確保していきます。支援困難ケースについては、専門性が求められることから、地域包括支援センター以外の多職種によるチームアプローチが展開できるよう、関係機関と情報共有を図り、その役割を明確にしていきます。

○本市では地域包括支援センターを市内1カ所に設置していますが、市の広大な面積において相談に対応していくためには、アウトリーチに重点を置いた事業の推進が不可欠です。このため、市内6カ所に在宅介護支援センターを配置して、地域を基盤とした相談支援体制を整備してきました。検討が進められている行政区再編において、各地区センターが「小さな拠点」として位置付けられることから、地域づくりに関わる機関・団体と庁内関係部署が相互に連携を図り、小さな拠点における相談やその解決に向けた体制の構築を進めていきます。

②地域ケア会議の機能充実

○地域包括ケアシステムの実現に向けた手法の一つである地域ケア会議を「地域ケア個別会議」、「小地域ケア会議」、「自立支援型地域ケア会議」、「地域ケア推進会議（遠野健康福祉の里運営審議会に位置付け）」の4つに位置付け、地域ケア会議推進事業を展開します。

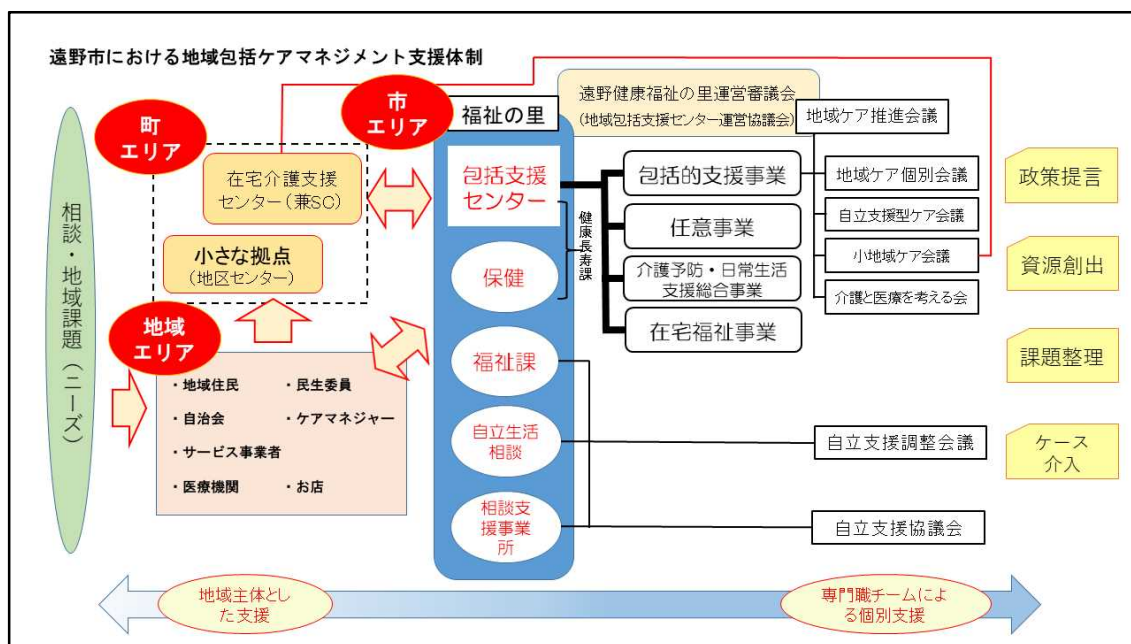
○地域ケア会議の個別検討から抽出された地域課題を、関係機関や活動団体と検討し、住民同士が支え合う仕組みづくりにつなげていきます。さらに、個別課題を継続的に評価・見直し・分析し、地域に共通した課題の対応策を、地域ケア推進会議として位置付けている遠野健康福祉の里運営審議会に政策提案するよう努めます。

■遠野市地域ケア会議推進事業の種類

会議の種類	対象範囲	会議の概要	①個別課題解決	②ネットワーク構築	③地域課題発見	④地域づくり・資源開発	⑤政策形成
地域ケア個別会議	個別	個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題発見	○	○	○		
小地域ケア会議	町	個別ケースの積み重ねから発見される地域の課題についての整理・解決策の検討		○	○	○	
自立支援型ケア会議	個別	多職種協働、支援による自立が図られているかの確認および多角的な視点による支援法の検討	○	○	○	○	
地域ケア推進会議	市	政策的検討が必要な課題、複数の圏域に共通する課題についての政策形成や資源開発		○	○	○	○

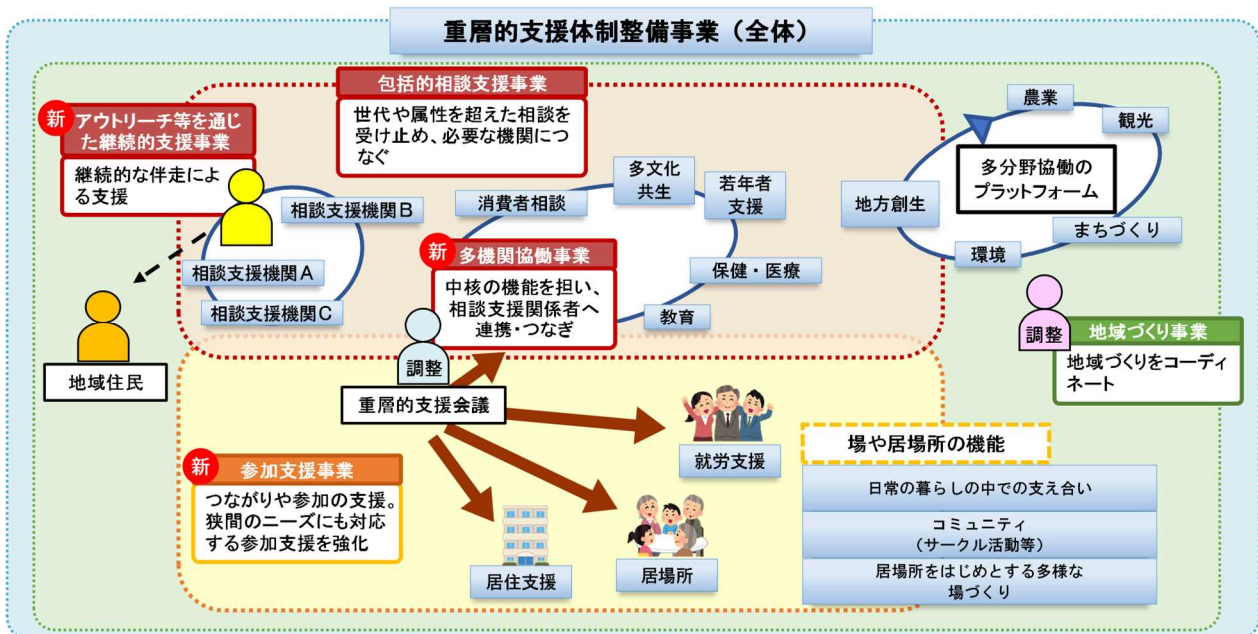
③包括的・継続的ケアマネジメント業務

○高齢者本人や家族が望む生活を維持するため、あらゆる社会資源をコーディネートし、必要な時に支援が活用できるように援助していくのが包括的・継続的ケアマネジメントです。地域包括支援センターの主任介護支援専門員が中心となり、主治医、介護支援専門員等の多職種、地域の関係機関が連携し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等に対する個別相談、ケアプラン作成の技術指導、支援困難事例への助言を行うほか、釜石広域介護支援専門員連絡協議会と研修会を開催します。



④重層的支援体制整備事業

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化する中、一つの世帯に複数の課題が存在している状態（8050世帯、介護と育児のダブルケアなど）、世帯全体が孤立している状態への対応が重要です。この事業は、高齢者、障がい者、生活困窮などの属性を問わない包括的な支援体制を市町村の創意工夫により構築するため、国が新たに創設したものです。
- 本市では、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、①相談支援（属性を問わない相談支援、多機関協働による支援、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業）、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を事業創設年度の令和3年度から一体的に実施します。



（2）高齢者福祉サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域社会で、いつまでも自立した生活を送れるよう多様な在宅サービスを提供し、高齢者の在宅生活の継続を支援します。

また、地域との交流が少なく閉じこもりがちな高齢者に対しては、集いの場を提供し地域とのつながりが持てるよう支援するとともに、高齢者等の日常生活の困りごとや生活交通の確保については、遠野市社会福祉協議会や遠野市シルバー人材センター等と連携して、生活支援サービスを提供します。

①要援護高齢者等実態把握事業

- 高齢者の生活状態等から生活上における課題や心身の状態を確認し、孤立化の予防や早期発見、早期対応をするために在宅介護支援センター職員が訪問等により実態把握を実施します。これに基づき、民生児童委員、自治会その他地域住民と連携し、高齢者のニーズに合った介護予防等の支援につなげます。

②「食」の自立支援（配食サービス）事業

○一人暮らしや高齢者のみの世帯等で、調理が困難な高齢者、栄養状態の改善が必要な高齢者に対し、配食サービスを実施するとともに、配食時に安否確認を行います。

■「食」の自立支援（配食サービス）事業の実績および計画（単位：人、食）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
登録者数	82	91	95	100	100	100
配食数	4,470	4,065	4,600	4,600	4,600	4,600

③在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業

○歯科医院を受診することが困難な寝たきり等の要援護高齢者を対象に、歯科医師が在宅において義歯の不具合、歯周疾患、残存歯の治療を行います。

■在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業の実績および計画（単位：人）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
実利用人数	5	5	5	5	5	5
延べ利用人数	7	7	7	7	7	7

④生きがい活動支援通所事業

○要支援・要介護認定を受けていない高齢者を対象に、デイサービスセンター、地区センター、集会所等で毎月1、2回生きがい活動支援通所事業を実施し、利用者の社会参加や生きがいの創出に努めます。

○健康チェック、趣味活動、日常動作訓練およびスポーツ活動等を定期的実施し、閉じこもり予防、うつ予防のほか介護予防を行います。

■生きがい活動支援通所事業の実績および計画（単位：人）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
登録者数	520	493	490	470	470	470
延べ利用人数	6,232	5,594	5,400	5,600	5,600	5,600

⑤外出支援サービス事業

○受診のために医療機関へ行く場合など、寝たきり等により一般の交通機関を利用することが困難な要援護高齢者を対象に、移送車両（リフト付き車両、ストレッチャー付き車両）による送迎を行います。

■外出支援サービス事業の実績および計画 (単位:人、回)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録者数	134	144	110	130	130	130
延べ利用回数	1,003	835	700	800	800	800

⑥軽度生活援助事業

○高齢者が在宅で自立した生活が持続できるよう、家屋内の整理整頓、庭の清掃や草取り、除雪等日常生活上の軽度な援助を行います。

■軽度生活援助事業の実績および計画 (単位:人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録者数	204	209	215	220	220	220
延べ利用人数	606	537	600	600	600	600

⑦生活管理指導短期宿泊事業

○養護老人ホームなどの施設に一時的に宿泊し、在宅生活の継続に向けた基本的な生活習慣の指導や退院直後の体調調整のほか、虐待事例等の緊急受入れをします。

■生活管理指導短期宿泊事業の実績および計画 (単位:人、日)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実利用人数	2	4	6	7	7	7
延べ利用日数	33	71	80	100	100	100

⑧高齢者地域生活サポート事業（緊急通報システム事業）

○高齢者の見守りの一環として、病弱な一人暮らし高齢者等に対し、急病等の緊急事態が発生した場合にも簡易な操作で通報することができる緊急通報装置を貸与するとともに、専門職による救急出動要請や相談対応が可能な体制を整備します。

■高齢者地域生活サポート事業（緊急通報システム事業）の実績および計画（単位：人）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
新規利用者数	20	11	20	20	20	20
利用者数	297	221	220	220	220	220

⑨日常生活用具給付等事業

○低所得の一人暮らし高齢者の在宅生活を支援するため、電磁調理器、火災警報器、自動消火器の給付、老人用（福祉）電話の貸与を行います。

■日常生活用具給付等事業の実績および計画（単位：件）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
日常生活用具給付数	0	0	0	5	5	5
老人用電話設置数	0	0	0	1	1	1

⑩生活支援ハウス運営事業

- 体調不良や冬季の積雪、寒冷などの理由により在宅での生活が困難となった60歳以上の一人暮らし高齢者等に、一時的に生活支援ハウスを利用（利用期間6カ月以内）させ、支援員による指導援助や在宅生活へ向けてのサービス調整等の支援を行います。
- 設置場所は、特別養護老人ホーム遠野長寿の郷内とし、居室9室（個室8室、2人居室1室）により最大10人の入所が可能です。
- 冬期間の利用希望者が定員を超える場合は、利用希望者の心身の状態および居住環境、地理的要因等を総合的に検討し、利用者の決定を行います。

■生活支援ハウスの実績および計画（単位：人、日）

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
実利用人数	17	18	20	20	20	20
延べ利用日数	1,621	1,526	1,800	2,000	2,000	2,000

(3) 介護に取り組む家族等への支援の充実

介護者が地域の中で孤立することなく、また、介護をしながら働き続けられるよう適切なサービスを提供し、介護者の身体的、精神的な負担の軽減を図ります。

①家族介護教室開催事業

○高齢者を介護している家族又は援助者を対象に、介護方法や介護予防、健康づくり等に関する知識・技術を習得するための教室を開催し、身体的・精神的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続および質の向上に努めます。

■家族介護教室開催事業の実績および計画 (単位:回、人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施回数	21	7	10	20	20	20
参加者数	331	225	200	230	240	250

②家族介護者交流事業(元気回復事業)

○介護者を一時的に介護から解放することでリフレッシュを図るほか、介護者相互の情報交換や支援の場となるよう交流会を開催します。

■家族介護者交流事業の実績および計画 (単位:回、人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施回数	2	0	2	2	2	2
参加者数	29	0	30	50	50	50

③家族介護用品支給事業

○要介護1以上かつ一定の要件を満たす在宅の高齢者で、常時おむつを使用する者を対象に介護用品(紙おむつ、尿とりパッド等)を年2回支給します。

■家族介護用品支給事業の実績および計画 (単位:人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
要介護1～5	1,092	1,100	1,100	計画設定なし		
要介護4・5(非課税世帯)	70	72	70	計画設定なし		

(4) 介護・福祉人材の確保および育成の支援

介護・福祉の職場では、人材が不足しているという課題があります。事業者独自の人材の確保に向けた取組と従事者の資質、能力向上に向けた活動を支援し、人材の育成に向けて取り組みます。

「今」を担う人材と「将来」の活躍を期待する人材の双方の確保に努めます。

①介護・福祉人材確保および育成

- 保健・医療・介護・福祉人材の確保に向け、職業訓練校で行っている介護、福祉人材向けの資格取得講習への講師派遣による支援を行い、新たな人材の確保に努めます。
- 教育委員会と連携し、将来の人材育成に向けたキャリア教育の実践カリキュラムである「遠野市キャリア・パスポート」を活用し、小中学生等義務教育期からの段階的なキャリア形成に取り組みます。
- 地域の施設等の各種行事を通じ、お年寄りや介護・福祉職員と触れ合うことで、介護・福祉の仕事や職に興味や理解を深める福祉教育の場を増やします。
- 遠野ケアイノベーション会議等、事業者間の連携による独自の取組を支援し、介護従事者の研修の場の確保、人材の確保に向けて取り組みます。
- シルバー人材センターと介護・福祉で働く人材確保に向けた協議を行うほか、関係機関から職員の定着支援や働きやすい職場環境整備に関する情報収集を行い、その提供に努めます。
- 市就労支援担当課と連携し、就労や就労後の定着支援に向け、奨学金返還支援、若年者定着促進家賃補助、外国人材受入企業等支援などの周知を図ります。

②介護・福祉人材育成の支援

- 専門性を高めるため、介護サービス事業所所属職員への研修費助成を検討するほか、市主催の研修会や他団体主催の研修会について周知を図ります。
- 介護分野の従事者の負担軽減やサービスの向上等につなげるため、介護ロボットの導入について、補助制度の情報提供など制度活用の支援を行います。

3 安心して暮らせるまちづくりの推進

(1) 地域支え合い活動の推進

少子高齢化が進む中、いつまでも住み慣れた地域で暮らしたいというニーズがあります。住民が共に支え合う地域のつながりや地域力の強化が不可欠です。

そのためには、住民一人ひとりが自身の生活する地域に興味・関心を持って、地域の活動に参加することが大切です。地域づくりの中核となる小さな拠点（地区センター）を中心に、これまで活動に携わらなかった住民の参加を促し、持続可能な仕組みづくりに努めます。

①生活支援体制整備事業

- 高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進するため「生活支援コーディネーター」を在宅介護支援センター6カ所に配置し、地域に必要な社会資源の開発やネットワークの構築を推進します。
- 生活支援コーディネーターは、地域活動のネットワークづくり、支えられる側と支える側とのマッチング、地域に必要な資源の創出（開発）を進めます。
- 活動に多くの住民が参加することで、地域の様々な課題に対する住民の相互理解が進み、住民自らが新しい資源の創出に取り組むきっかけとなることから、この一連の取組を、新たな地域人材の発掘・育成につながるよう支援します。

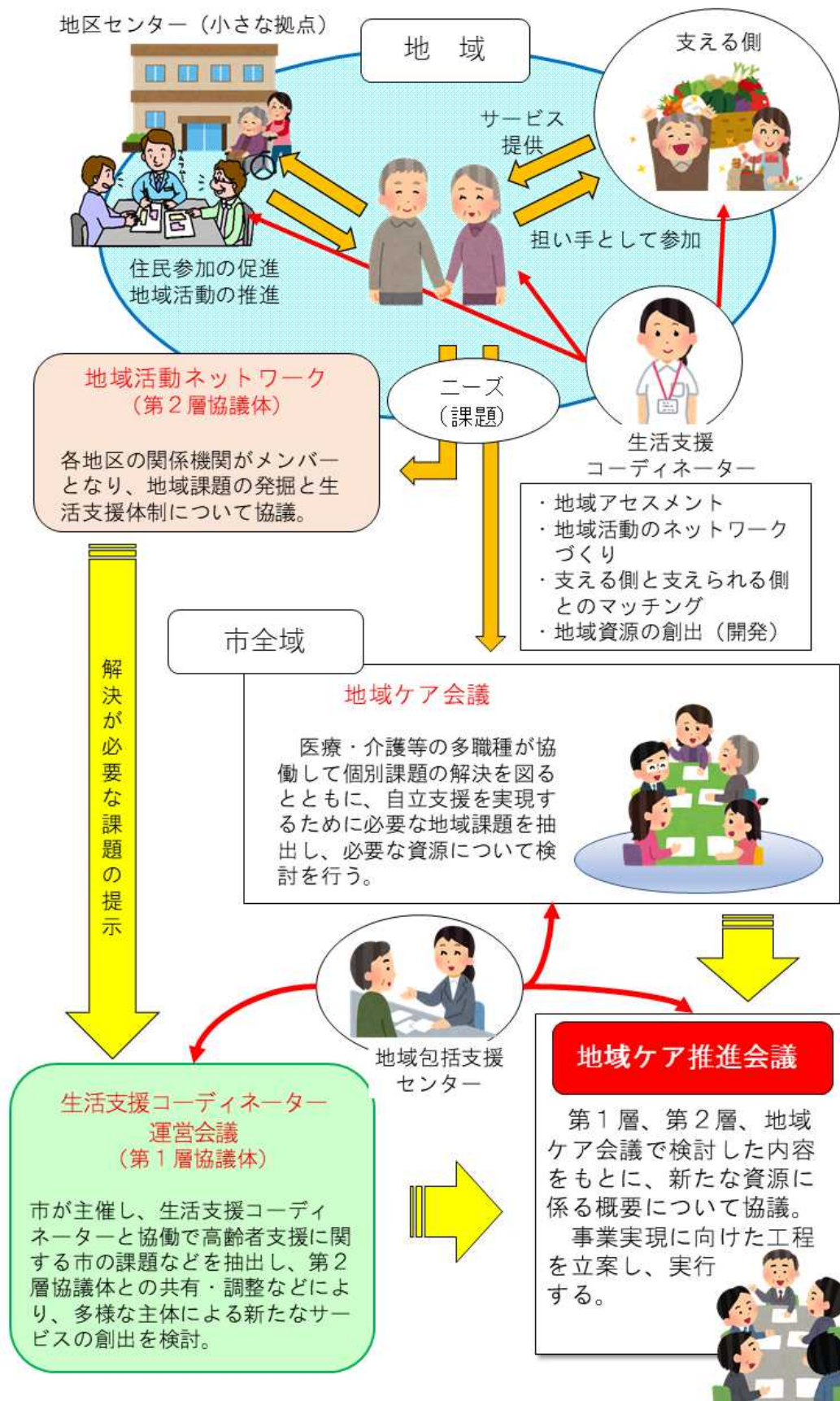
■生活支援体制整備事業の実績および計画

(単位:人、ヶ所)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援コーディネーター	9	9	9	9	9	9
第1層協議体 ※1	3	3	3	3	3	3
第2層協議体	6	6	6	6	6	6

※1 協議体：生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有および連携強化を図るためのネットワーク。第1層は市全域、第2層は地区センター圏域とする。

生活支援体制整備事業のイメージ



(2) 高齢者権利擁護の推進

地域包括支援センターの社会福祉士等が中心となり、判断能力が不十分な認知症高齢者などに対する成年後見制度の相談支援や利用促進に取り組んでいます。また、日常生活自立支援事業を行う社会福祉協議会や、法律相談を担うひまわり基金法律事務所、盛岡家庭裁判所遠野支部などの関係機関と連携し、高齢者の権利擁護支援の充実に努めます。

① 高齢者虐待防止の対応

- 高齢者の虐待は、様々な要因が複雑に絡み合って発生しますが、未然に防止すること、早期発見・早期対応が重要です。対応に時間を要すると、高齢者本人の生命や身体への危険性が高まることから、迅速な情報収集と対応のため、医療機関、介護サービス事業者、民生児童委員および警察署等と連携を図っていきます。
- 高齢者虐待防止の対応にあたり、児童、障がい者への虐待、配偶者等に対する暴力の事実を把握した場合、速やかに、これら被害者の支援および保護を行う機関へ情報提供します。

② 成年後見制度の利用促進

- 認知症や精神疾患等により、判断力・意思決定能力が不十分な高齢者等に契約行為や財産管理等の必要が生じた場合は、地域包括支援センターと釜石・遠野地域成年後見センターが連携し、成年後見制度の相談や手続を支援します。
- 成年後見センターと協力して担い手となる「市民後見人」を養成し、実際の実務に携わることができるようフォローに努めます。
- 家庭裁判所に成年後見制度の申立てを行う親族等がない場合は、市長が申立人となって手続を行います。
- 低所得者に対する成年後見人への報酬助成等を行う「成年後見制度利用支援事業」について、実情に合わせた制度運用となるよう見直しを行います。
- 社会福祉協議会の日常生活自立支援事業（高齢者や障がい者等を対象にした金銭管理支援）利用者のうち、判断能力が低下するなど移行が必要なケースにあつては、成年後見制度の利用につなげます。

■ 成年後見制度利用支援事業の実績および計画

(単位:件)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市長申立件数	0	2	2	2	2	2
後見人等報酬扶助	0	0	0	1	2	2
申立手数料等扶助	0	2	2	2	2	2

③消費者被害防止

悪質商法や特殊詐欺による被害防止のため、警察、消費生活センターなどの関係機関と連携し、高齢者等が集う場や訪問時に、商法・詐欺の手口やその対処法を広く周知し、市民の権利擁護の推進に努めます。

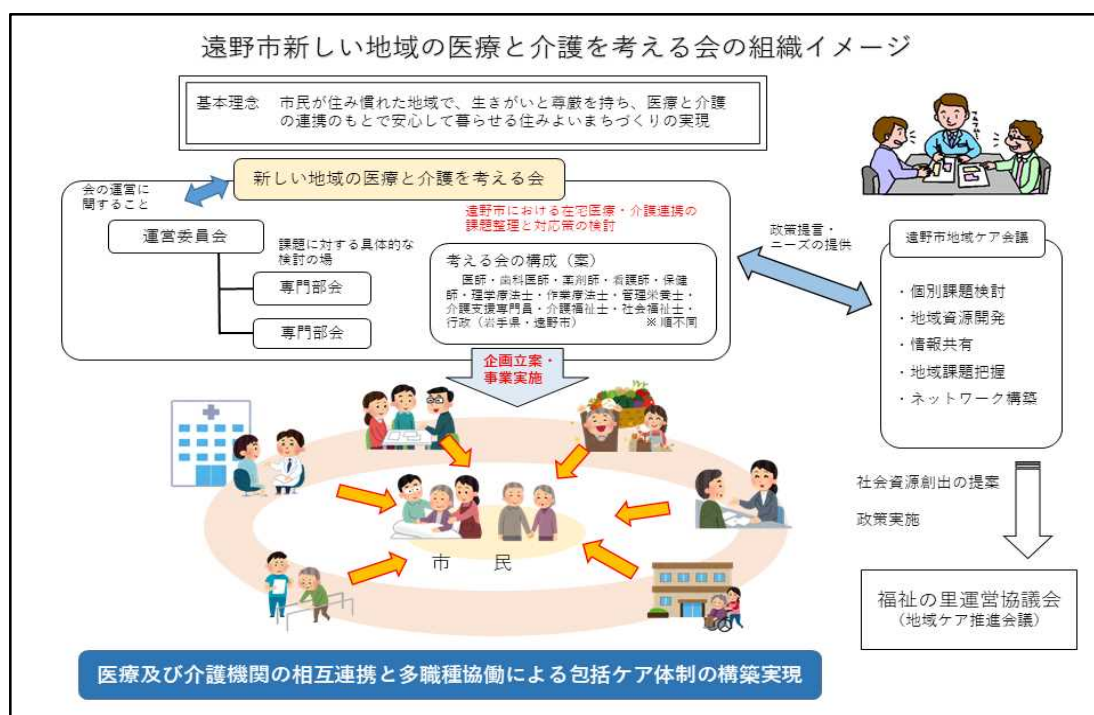
(3) 地域の医療・介護連携の推進

地域包括ケアシステムの実現に向けた「高齢者が住み慣れた地域で安心して人生の最後まで暮らし続けられる社会」を目指して、切れ目のない地域の医療、介護の提供体制の構築を推進していくことが必要です。

医療関係者と介護関係者の顔の見える関係づくりをさらに推進するため、前身の「地域と医療を考える会」から平成31年3月に「新しい地域の医療と介護を考える会（以下「考える会」という。）」を発足しました。

考える会は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、病院ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、保健師、管理栄養士、介護支援専門員等で構成されており、医療と介護の円滑な連携の実現に向けて取り組みます。

- 医療・介護それぞれの現場で生じている課題を把握し、その課題解決に向けた方策を検討していきます。
- 円滑な連携を実現するために、医療・介護関係者相互の専門性や役割を理解する研修会を開催します。
- 本計画期間中に、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について、市民への意識啓発を行うとともに、市内におけるACP推進の検討を進めます。
- 考える会で検討された医療・介護の連携課題の具体的対応策を、遠野健康福祉の里運営審議会に政策提案するよう努めます。



(4) 安心できる住まいの確保

地域生活の基盤となる住まい（居住の場）について、高齢者のニーズや状況に合った多様な住まいを民間事業者や関係機関と連携し、整備・確保を推進します。

①公営住宅の供給

- 老朽化した市営住宅の改修等、高齢者や障がい者が安心して生活できる住宅の整備を進めます。
- 相談業務を通じて公営住宅の利用支援を行うほか、民間賃貸住宅の情報提供等を関係機関と連携して行います。

②高齢者住宅支援

- 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいについて、情報の収集と発信を行うとともに、経済状況、生活環境、家族環境等から在宅生活に事情を抱える高齢者等の相談に対応していきます。
- 心身の状態の変化により住み替えが必要な高齢者のニーズを把握・分析し、既存の公営住宅や民間の宿泊施設を活用した住まいの確保に向けた取組を進めます。

③養護老人ホーム入所措置

- 環境上の理由および経済的理由等により、在宅で養護を受けることが困難な高齢者等を養護老人ホームへ入所させ、安心して暮らせるよう措置します。

■養護老人ホーム入所措置の実績および計画

(単位:人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
入所者数	54	53	54	55	55	55

現在の施設

○長寿の森吉祥園（遠野市） ○宝寿荘（花巻市） ○祥風苑（大船渡市） ○清寿荘（宮古市）

④高齢者等生活支援（住宅改修支援）事業

- 在宅の要支援・要介護認定者が、手すりの取り付けや段差解消、引き戸等への扉の取替え、洋式への便器の取替え等、身体状況に合わせた住宅改修を行う際に必要となる理由書の作成支援を行い、在宅生活の継続を図ります。

(5) 災害に対する備えと支援体制の強化

遠野市地域防災計画および遠野市国土強靱化地域計画に基づき、地震や水害等の災害に備えるとともに、発生時には市災害対策本部と連携して対応します。

自ら避難することに支障がある高齢者や障がい者等を把握した避難行動要支援者名簿は、令和2年度に再整備しました。

災害からの避難には、自治会、自主防災組織、消防・消防団、警察などの関係機関と域の幅広い協力が不可欠です。地域における住民同士の見守りを推進していくために、日ごころからの支援の体制や備えについて防災部局と連携し進めます。

また、指定避難所等での生活が困難な高齢者や障がい者等については、災害対策本部の指示のもと、協定を結ぶ福祉施設等に福祉避難所を開設し対応します。

4 認知症にやさしいまちづくりの推進

(1) 認知症の正しい理解の促進

高齢化に伴い、2025年には65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になると言われています。

認知症は誰もがなりうる病気であり、認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる「認知症にやさしいまちづくり」を推進するために、認知症に関する正しい知識と理解の促進を図ります。

①認知症サポーター養成事業

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族に対して、できる範囲で手助けをする「認知症サポーター」を養成します。
- 学校や児童館・児童クラブ等と連携を図り、「キッズサポーター」を養成します。
- 地域全体で認知症の人やその家族を見守り支えるため、地域の商店、企業などを対象とした養成講座の実施の働きかけを行います。
- 生活支援コーディネーター等と連携し、地域の集まる機会を活用した出前講座に取り組みます。

■認知症サポーター養成事業

(単位:人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
新規サポーター数	190	261	100	220	230	240
累積サポーター数	3,272	3,519	3,619	3,839	4,069	4,309
新規メイト数	3	3	1	1	1	1
累積メイト数	82	85	86	87	88	89

②認知症キャラバン・メイトの養成と活用

- 認知症サポーター養成講座の講師役を担うキャラバン・メイトの養成を計画的に実施します。
- キャラバン・メイトは講師役のほか認知症に関する正しい知識などを身近な人に伝える役割を持っていることから、そのスキルアップを図ります。また、メイト同士の交流を図り、地域で活躍できるよう支援します。

③世界アルツハイマーデーへの取組

- 「世界アルツハイマーデー」および「世界アルツハイマー月間」に合わせた認知症に関する啓蒙活動の一つとして、認知症支援の色であるオレンジ色にライトアップする「オレンジライトアップ」を市内で行い、認知症への理解を呼びかけます。

(2) 地域における医療・介護の連携の推進

日常生活の中での変化により、認知症が疑われる場合は、早期に医師の診断につながる事が大切です。認知症のような症状を示す別の病気もあります。認知機能改善の可能性もあることから、早期発見・早期治療により重篤化を防ぐために、医療と介護が連携した体制を推進していきます。

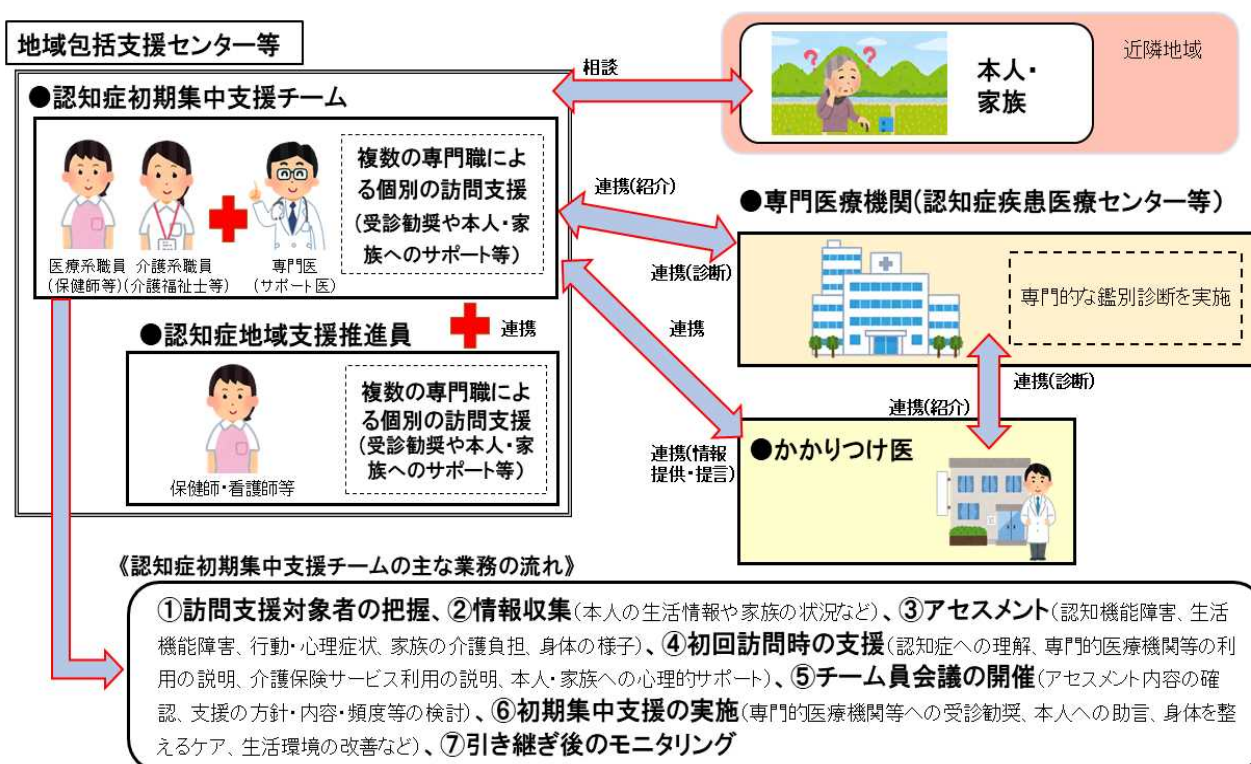
①認知症ケアパスの普及と情報提供

- 認知症の発症から進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを示した「認知症ケアパス」を作成しています。社会資源の変化に応じた定期的な内容の見直しを行い、必要な情報を提供できるよう努めます。

②認知症初期集中支援チーム

- 認知症の症状がみられ、受診や介護等の支援が必要な方に対して、必要なサービスにつなげるために、認知症サポート医を含めた専門職がチームとなり支援を実施します。

■認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員のイメージ



③認知症地域支援・ケア向上

- 認知症の方やその家族を支援し、認知症に関する地域での活動を支援する「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、個別支援や普及啓発活動を実施します。認知症に関する相談が増加していることから、今後推進員の増員について検討していきます。
- 認知症の早期発見、早期受診につながることができるスクリーニングプログラムである「物忘れ相談プログラム」を訪問やイベント等で活用し、本人又は家族への気づきにつなげます。
- 認知症等により、自身での服薬管理が困難になり、支援を必要とする方を対象に、見守り機能付き服薬支援装置の貸与を行います。主治医、薬剤師、介護支援専門員等の専門職と連携を図りながら在宅生活を支援します。

(3) 認知症の人と介護者への支援

認知症になっても暮らしやすい地域づくりが求められています。認知症になると、今まで普通にできていたことが難しくなり、周りのサポートや見守りが必要となります。地域全体がお互いに支え合う取組が求められます。

①認知症高齢者等SOSネットワーク事業

- 徘徊の危険性がある認知症高齢者等の個人情報事前に登録し、登録者が行方不明になった時に事前登録情報をもとに、警察署や消防署、社会福祉協議会等が協力し、早期発見・保護に努めます。

■認知症高齢者等SOSネットワーク事業 (単位:人)

	実績(年度)			計画(年度)		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録者数	27	32	37	45	45	45

②認知症の人を介護している家族の交流事業

- 認知症の人を介護している家族等を対象に「認知症の人と家族の会」からアドバイザーを招き、定期的な交流会を開催しています。同じ悩みを持つ介護者のピアサポートとして活動に取り組みます。

③認知症カフェ（オレンジカフェ）

- 認知症の人や介護をしている家族等が、日ごろの介護についての悩みや相談などを気軽に語り合える場である認知症カフェの開催を支援します。また、通いの場やサロン等を活用し、身近な地域で開催できるよう取り組みます。

④チームオレンジの活動

- チームオレンジとは、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ取組です。
- 認知症サポーター養成講座修了者を対象としたスキルアップ研修を実施し、受講者のチームオレンジへの登録を進め、認知症の人や家族に対する生活面を中心としたサポートを行う仕組みづくりに取り組みます。
- 地域の生活支援コーディネーターと連携し、地域づくり事業を活用するなど認知症サポーターの活躍の場を検討していきます。

⑤若年性認知症への支援

- 若年性認知症は、周りが変化に気付いていても医療機関への受診が遅れ、症状が進んだ状態で診断されるケースが多い傾向にあります。このことから、地域や企業での認知症サポーター養成講座等の機会を通して周知を図るなど、本人と家族が適切な情報を得て、早期発見・早期受診につながるよう啓発活動を実施していきます。
- 岩手医科大学附属病院内にある岩手県認知症疾患医療センターの若年性認知症支援コーディネーターと連携し、本人とその家族の支援に努めます。

5 介護保険制度の円滑な運営と質の向上

(1) 介護保険事業の適正な運営

介護給付を必要とする受給者を適時・適切に認定し、受給者が真に必要なサービスを、事業者が適切に過不足なく提供するように促します。また、これらの取組により適切なサービスの確保と適正な介護給付を行うことで、介護保険制度への信頼の向上と持続可能な運営に努めます。

併せて、市内介護保険事業者への指導、支援を行い、サービスの質の向上に取り組みます。

①要介護認定の適正化

- 要介護認定申請にあたり実施される要介護認定調査について、適切かつ公平な認定を行うため、点検・確認の人的体制を確保します。
- 要介護認定調査の内容については、指定居宅支援事業所等に委託するものおよび保険者が直営で実施する全ての件数の点検・確認を行います。

②ケアプラン点検の実施

- 介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画について点検を行い、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、保険者が介護支援専門員とともに検証確認し、介護支援専門員の資質向上に努めます。

③住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査

- 住宅改修の申請については、施工前に受給者宅の実態確認や工事見積書等の点検と施工後に訪問調査等による確認を行います。このことにより、適切な給付と受給者の状態に応じた在宅生活を支援します。
- 必要に応じて、福祉用具購入・貸与の利用者等に対する訪問調査を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を点検し、受給者の身体の状況に応じた適切な福祉用具の利用を勧めます。

④縦覧点検・医療情報との突合

- 受給者ごとに複数月に及ぶ介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を縦覧点検で確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行います。
- 受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行います。

⑤介護給付費通知

- 受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求および費用の給付状況等について通知します。

⑥介護保険サービス利用者支援事業

- 介護保険サービス利用の推進・支援のために低所得者を対象者とした利用料の軽減措置を介護保険制度施行時から講じています。市独自対策として、国の制度における軽減率に2%の上乗せを図り、低所得者が経済的理由で介護保険サービス利用を自己制限することがないように、本計画においても引き続き実施します。

⑦市町村特別給付

- 介護保険法では、市の条例で定めることにより、独自の市町村特別給付として必要なサービスを実施することができます。本計画においても住宅改修、在宅介護支援福祉用具購入費について、継続実施します。
- 住宅改修において、支給限度基準額（20万円）の9割（一定以上所得者は8割又は7割）を上限として支給するものをさらに20万円上乗せして、支給限度基準額を40万円とします。
- 在宅介護福祉用具購入費の対象用具を拡大して「在宅介護支援福祉用具購入費」とし、支給限度基準額を年間5万円とします。

【支給対象用具】

- ・歩行補助杖（一点杖）
- ・滑り止めマット（屋内において利用する滑り止めマット）
- ・踏み台（段差の緩和を目的とした固定しない台）

（2）介護・福祉サービスの質の向上

支援を必要とする高齢者等が、介護保険や保健福祉サービスを安心して利用できるように、介護・福祉サービス提供事業者への適切な支援・助言を行い、サービスの質の向上に向けた事業者の取組を支援するとともに、適切な事業者指導を行うことで制度の適正な運営を図ります。

①介護・福祉サービスの質の向上に向けた事業者への支援

- 事業所の運営やサービス提供の状況把握に一層努めるとともに、苦情相談対応の充実や事故防止に向けた適切な助言を行い、事業者のサービスの質の向上を図ります。
- 介護サービス事業者の技術向上を図るため、研修の実施や先進的な取組について、事業者を紹介するなどの情報提供を行います。
- 地域密着型サービス事業者に対して、実地指導等を実施し、事業者のサービスの質の向上を図ります。

②市民へのわかりやすい情報提供

- 保健・医療・福祉制度が多様化・複雑化しており、利用者や家族、地域住民等が必要なサービスに関する情報を正しく理解し、活用できる相談窓口体制を充実するとともに、わかりやすい情報提供を行います。
- ホームページ、広報等を活用し、制度に関する周知を進めます。

6 災害や感染症対策に係る体制整備

(1) 災害や感染症対策の基盤整備

近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、介護事業所等と連携し、防災や感染症対策についての周知啓発、研修、想定訓練の推進を図ります。

また、介護事業所等で災害や感染症が発生した場合に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制について、介護事業所等での体制整備を進めていただくことに加え、市関係部局と連携して対応、支援を行います。

県や関係団体と連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制については、遠野市地域防災計画等に基づき対応するほか、災害発生を想定するなかで致命的な被害を避け、速やかな復旧・復興につなげるため、遠野市国土強靱化地域計画に基づき体制整備を進めます。

①災害および感染症対策の周知・啓発の推進

- 地域密着型サービス事業所の実地調査は保険者（市）が、県指定介護保険事業所等の実地調査は県が行うことになっています。災害・感染症対策の周知啓発や想定訓練の実施、非常災害対策や衛生管理等に係る実地調査で取組状況を確認するほか、関係機関と連携して必要な研修を開催します。
- 水防法に基づく浸水想定区域に立地又は土砂災害防止法に基づく急傾斜地等に立地する介護保険事業所等（要配慮者利用施設）にあつては、非常災害対策計画の策定、避難訓練の実施が義務化されていることから、その指導・助言を行います。
- 感染症について、介護保険事業所では従来から季節性インフルエンザへの対策を通じて衛生管理等が行われています。新型コロナウイルス感染症では、早い段階で介護保険事業所等の関係者が集まり、対策に関する情報交換等により初期の適切な準備・対応がなされたことから、必要に応じて情報共有の場を設けます。

②災害発生時の対応と備え

- 台風など発生を事前に予測することが可能な災害については、発生前の市災害警戒本部の指示及びタイムラインに基づき、必要に応じて介護保険事業所等への注意喚起など具体的な準備を進めます。また、予測不可能な災害については、災害発生時に設置される市災害対策本部の指示や初動時の迅速な被害状況などの情報収集・集約、応急対策を行います。
- 災害発生に備えた食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達について、介護保険事業所等が対応及び体制整備を進めるとともに、地域防災計画に基づき市関係部局と連携して物資の備蓄・調達を図り、介護保険事業所等への対応・支援を行います。

○介護保険事業所等は、感染症の発生を想定した訓練や感染拡大防止策を平時から講じておくほか、感染症発生時においてはサービス継続や代替サービス確保に向けた連携体制の構築が求められるため、その支援に努めます。

③災害・感染症発生時の支援・応援態勢の構築

災害や感染症が発生し、市単独では応急対策が困難なときは、遠野市地域防災計画等に基づき県、他市町村、民間、自衛隊及び防災関係機関等の協力を得て応急対策を行い、災害・感染症拡大の抑止に努めます。なお、市は事前に県内市町村、県外都市等と相互応援協定を締結し、災害・感染症発生時時の応援協力体制を構築しており、随時体制を強化していきます。

第6章 介護サービスの見込み量と介護保険料

1 介護保険サービスの整備計画

第8期介護保険事業計画期間である令和3年度から令和5年度までの基盤整備については、以下を目標とします。

(1) 地域密着型サービスの基盤整備

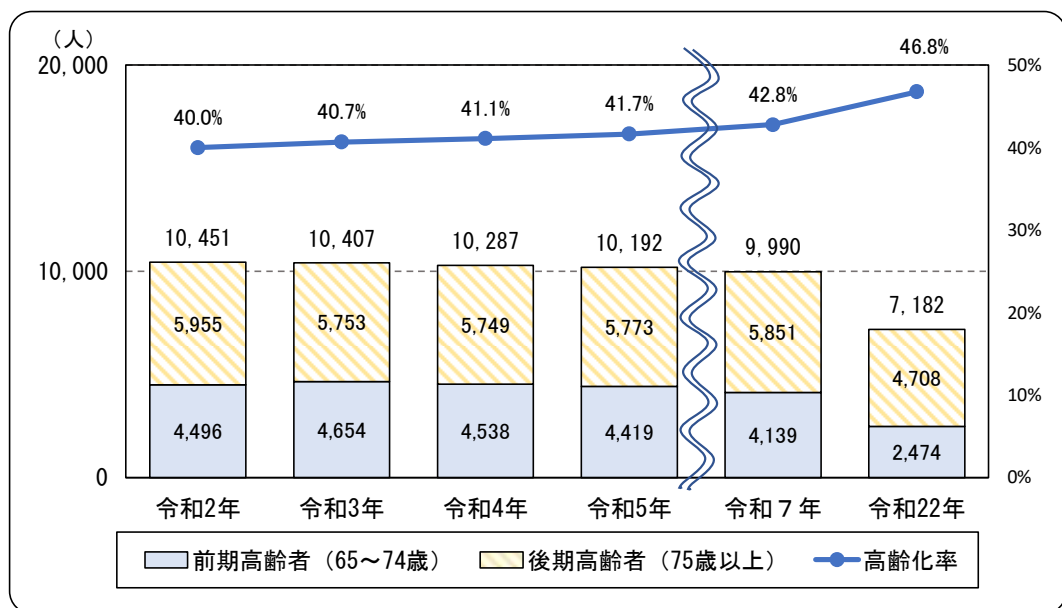
住み慣れた地域で生活するために「地域密着型通所介護」、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の整備を進めます。

2 介護サービス量の見込み

(1) 被保険者の推計

被保険者数の推計では、コーホート変化率法による市の人口推計(外国人含む。)をもとに、高齢者数を推計します。

■前期高齢者、後期高齢者の推計人口の推移

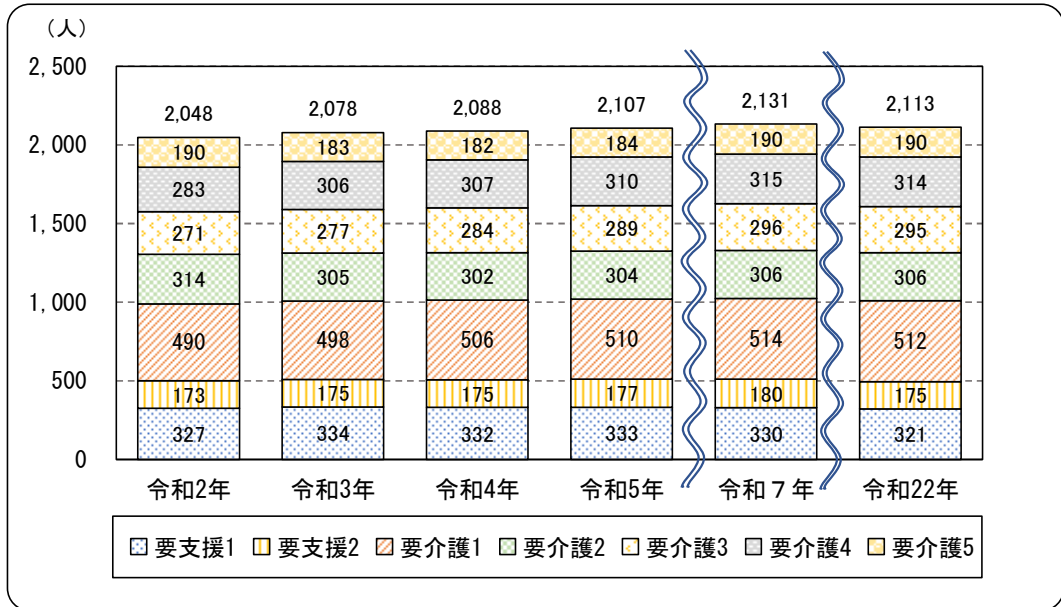


資料：令和2年は住民基本台帳 令和3年以降以降はコーホート変化率法による推計値

(2) 要支援・要介護認定者の推計

要介護・要支援認定者数について、各年の性別・年齢階級別被保険者数の見込みをもとに、地域包括ケア「見える化」システムより推計します。

■要支援・要介護者の推計



資料：地域包括ケア「見える化」システム

3 介護保険サービスの見込み量

(1) 居宅サービス

①訪問介護

訪問介護（ホームヘルプサービス）は、要介護者等の家庭を訪問し、できるだけ居宅で本人の能力に応じ、入浴・排せつ・食事等の介護（身体介護）、調理・買い物・掃除・その他の日常生活の世話（生活援助）を行うサービスです。

●訪問介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	2,068	2,299	2,278	2,300	2,250	2,250
介護給付利用回数 (回数/年)	29,862	34,468	36,090	37,500	37,500	37,500

②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護は、家庭において入浴が困難な方を対象に、巡回入浴車等で要介護（要支援）認定者のいる家庭を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。

●訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	269	298	258	265	270	270
介護給付利用回数 (回数/年)	1,238	1,303	1,152	1,200	1,230	1,230
予防給付利用者数 (人/年)	7	3	12	10	10	10
予防給付利用回数 (回数/年)	21	6	53	30	30	30

③訪問看護・介護予防訪問看護

訪問看護・介護予防訪問看護は、症状の安定した要介護者等の家庭を訪問し、看護師等がかかりつけ医の指示に基づいて、療養生活上の世話や必要な診療補助となる看護を行うサービスです。

●訪問看護・介護予防訪問看護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	1,220	1,243	1,172	1,220	1,220	1,220
介護給付利用回数 (回数/年)	5,788	5,755	5,271	5,600	5,660	5,700
予防給付利用者数 (人/年)	237	249	258	250	250	250
予防給付利用回数 (回数/年)	907	918	932	920	920	920

④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

訪問リハビリテーション・介護予防リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士などの専門家が家庭を訪問し、心身機能の維持・回復に必要なリハビリテーションを行うサービスです。

●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実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	288	324	312	320	310	320
介護給付利用回数 (回数/年)	1,688	1,732	1,585	1,550	1,500	1,600
予防給付利用者数 (人/年)	70	82	54	60	70	70
予防給付利用回数 (回数/年)	311	412	277	300	310	320

⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師、栄養管理士等が要介護等の家庭を訪問し、定期的に療養上の管理および指導を行うサービスです。

●居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	967	903	872	870	880	890
予防給付利用者数 (人/年)	68	114	157	150	150	160

⑥通所介護

通所介護（デイサービス）は、利用者が食事、入浴等の介護サービスや機能訓練を日帰りで行うサービスです。

●通所介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	6,051	6,215	6,188	6,100	6,150	6,200
介護給付利用回数 (回数/年)	51,983	51,551	52,800	52,800	52,800	52,800

⑦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

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は、介護老人保健施設や病院・診療所等において、心身機能の維持・回復に必要なリハビリテーションを行うサービスです。

●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実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	1,677	1,733	1,688	1,700	1,700	1,700
介護給付利用回数 (回数/年)	12,934	13,302	13,532	13,500	13,500	13,500
予防給付利用者数 (人/年)	479	425	365	420	420	430
予防給付利用回数 (回数/年)	2,431	2,071	1,753	2,000	2,100	2,200

⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）は、家族介護者等が疾病や介護疲れ等家族の身体的、精神的負担の軽減を図るため、介護老人福祉施設等において、短期の入所を受け入れ、家族介護者に代わって入浴・排せつ・食事等の介護サービスやその他の日常生活の世話、機能訓練等のサービスです。

●短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	2,067	2,158	1,990	2,000	2,000	2,100
介護給付利用日数 (日数/年)	19,019	19,836	19,126	19,100	19,100	19,200
予防給付利用者数 (人/年)	66	55	60	60	60	60
予防給付利用日数 (日数/年)	341	274	495	350	350	350

⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）は、介護老人保健施設において、短期の入所を受け入れ、看護や医学的管理下における介護、機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話等を行い、家族介護者の身体的・精神的負担の軽減を図るサービスです。

●短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	555	567	529	550	560	565
介護給付利用日数 (日数/年)	4,738	4,850	4,669	4,740	4,850	4,950
予防給付利用者数 (人/年)	14	28	8	15	20	25
予防給付利用日数 (日数/年)	69	182	90	70	80	85

⑩短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）は、病院等において、短期の入所を受け入れ、看護や医学的管理下における介護、機能訓練、その他の必要な医療や日常生活上の世話等を行うサービスです。

●短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	—	1	5	5	5	5
介護給付利用日数 (日数/年)	—	5	42	35	40	40

⑪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

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は、有料老人ホームやケアハウスに入居の要介護者が、ケアプランに基づく入浴、排せつ、食事など日常生活の介護や機能訓練を行い、能力に応じた生活が可能となるよう支援するサービスです。なお、入居定員が29人以下である場合は、地域密着型施設となります。

●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実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	537	458	406	460	440	430
予防給付利用者数 (人/年)	15,847	13,345	12,116	13,400	12,800	12,500

⑫福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与は、要介護者等利用者の心身の状態、希望を踏まえ、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえなどを貸与するサービスです。

●福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	6,182	6,341	6,277	6,250	6,200	6,300
予防給付利用者数 (人/年)	1,235	1,045	1,186	1,200	1,200	1,200

⑬特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

特定福祉用具・特定介護予防福祉用具購入は、要介護者等利用者の心身の状態、希望を踏まえ、腰掛便座、入浴補助用具など5種類について、購入費を支給するサービスです。

●特定福祉用具購入・介護予防特定福祉用具購入の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	87	111	109	110	110	115
予防給付利用者数 (人/年)	15	28	20	25	25	30

⑭住宅改修・介護予防住宅改修

住宅改修・介護予防住宅改修は、住環境の整備が必要な要介護者等に、自宅の廊下やトイレ等に手すりの取り付けや段差を解消など、住宅改修にかかった費用を支給するサービスです。

●住宅改修・介護予防住宅改修の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	52	73	70	70	70	75
予防給付利用者数 (人/年)	17	15	32	25	30	30

⑮居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護・介護予防支援（ケアプラン作成等支援）は、介護支援専門員が要介護等の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、適切な居宅介護サービスを受けられるよう、介護サービス計画（ケアプラン）を作成するサービスです。

●居宅介護支援・介護予防支援の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	10,006	10,386	10,254	10,300	10,350	10,350
予防給付利用者数 (人/年)	1,514	1,617	1,661	1,600	1,650	1,650

(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

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、重度の要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が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ものです。

なお、本市では、夜間対応が可能なヘルパーの確保や要介護者が広範囲に居住しているなど課題が多く、該当サービスを提供する事業者も見通しが立っていないことから、新規開設を見込んでいません。

②夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問介護は、夜間に定期的にヘルパーが巡回して介護を行う訪問介護と、緊急時に利用者が通報するとヘルパーが急行する24時間体制の訪問介護サービスです。

なお、本市には該当サービスを提供する事業者がなく、新規開設を見込んでいません。

③認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護は、認知症の要介護者等に入浴・食事等のサービスだけでなく、日常生活を通じた機能訓練等が含まれているサービスです。

●認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	287	315	310	305	310	310
介護給付利用回数 (回数/年)	2,552	2,791	2,850	2,700	2,800	2,850
予防給付利用者数 (人/年)	11	27	25	20	25	25
予防給付利用回数 (回数/年)	45	118	109	100	110	110

④小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護は、あらかじめ登録された利用者が、デイサービス等「通り」を中心としますが、利用者の希望により「泊まり」や「訪問」も行うサービスです。

●小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	619	641	706	650	700	710
予防給付利用者数 (人/年)	56	50	56	55	55	60

⑤認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護は、比較的安定した状態にある認知症の要介護者等を共同で生活できる場において、家庭的な環境と地域住民との交流のもと、入浴・排せつ・食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練等を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするサービスです。

●認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	652	619	504	550	600	650

⑥地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設入居者生活介護は、指定を受けた入居定員が29人以下の介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅へ入居している利用者に対して入浴・排せつ・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を行うサービスです。

なお、利用対象となる要介護1から5までの認定者の利用については、計画期間内では見込んでいません。

⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、定員が29人以下の特別養護老人ホームへ入所している利用者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護といった日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を行うサービスです。

●地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	12	13	12	12	12	14

⑧看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせ、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を行うサービスです。

なお、利用対象となる要介護1から5までの認定者の利用については、計画期間内では見込んでいません。

⑨地域密着型通所介護

地域密着型通所介護は、利用定員18人以下の小規模な通所介護事業所で地域密着型サービスに位置付けられています。利用者がデイサービスセンターで食事、入浴等の介護サービスや機能訓練を日帰りで行うサービスです。

●地域密着型通所介護の利用計画

	実績			計画		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付利用者数 (人/年)	924	840	817	830	850	900

(3) 施設サービス

①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設は、身体上又は精神上著しい障がいがあり、自宅で介護を受けながら生活を続けることが困難な要介護者等を対象として、施設において介護を受けるサービスです。

●介護老人福祉施設の利用実績および計画

	実績			計画		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付利用者数 (人/年)	2,342	2,402	2,468	2,530	2,590	2,650

②介護老人保健施設

介護老人保健施設は、入院治療により症状が安定した要介護者等に対して、看護・医学的管理下における介護および機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の介護を受け、在宅生活への移行を促進するサービスです。

●介護老人保健施設の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	2,547	2,486	2,394	2,300	2,300	2,290

③介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、長期にわたり入院医療を必要とする介護者等に対して、看護、医学的管理下における介護および機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上必要なケアを行うサービスです。

また、国の方針で令和2年度末までに老人保健施設等に転換し、制度が廃止されることになっていましたが、平成30年度以降に創設される介護医療院への転換も含め検討されることとなり、その準備期間として転換期限を令和5年度末まで6年間延長しています。

●介護療養型医療施設の利用実績および計画

	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
介護給付利用者数 (人/年)	5	5	3	5	5	5

④介護医療院

介護医療院は、慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、日常的な医学管理が必要な重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長期療養のための医療と日常生活上の世話（介護）を一体的に行う新たなサービスです。

なお、利用対象となる要介護1から5までの認定者の利用については、計画期間内では見込んでいません。

(4) 介護予防・日常生活総合支援事業

市町村が中心となり、地域の実情に応じて、市民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

●介護予防・日常生活総合支援事業の利用実績および計画

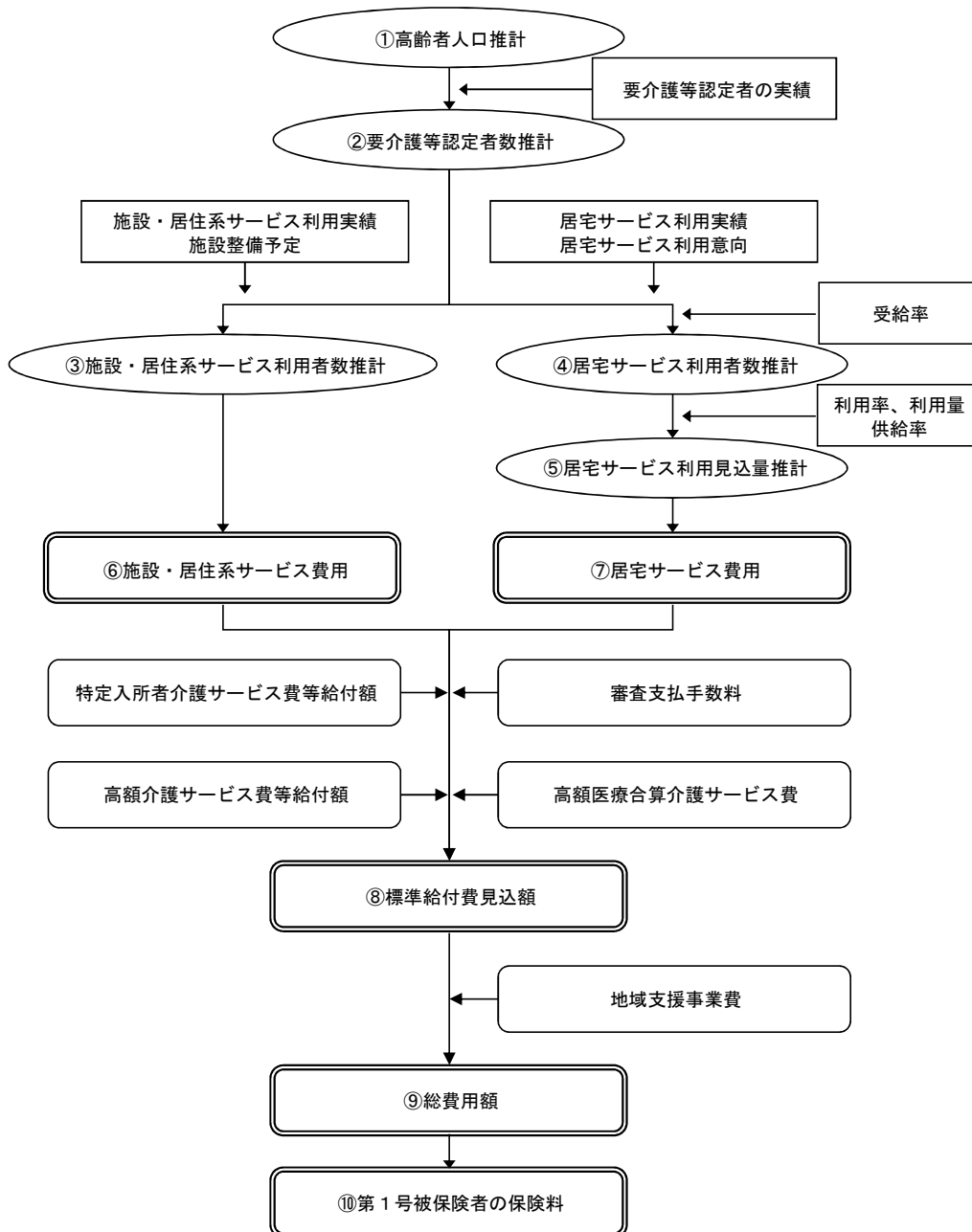
	実 績			計 画		
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
訪問型サービス(現行相当) (人/年)	761	800	767	800	800	700
訪問型サービスA	多様なサービス事業の実施に向けた 検討及び体制整備期間					50
訪問型サービスB						50
訪問型サービスC						50
訪問型サービスD						
通所型サービス(現行相当) (人/年)	2,401	2,600	2,447	2,500	2,500	2,400
通所型サービスA	多様なサービス事業の実施に向けた 検討及び体制整備期間					100
通所型サービスB						100
通所型サービスC						50
生活支援サービス				80	160	250
介護予防ケアマネジメント事業(人/年)	2,117	2,344	2,206	2,300	2,300	2,400

4 介護保険サービスの事業費

(1) 介護保険事業費算定手順

計画期間の要介護認定者および各種サービス量の見込みにあたっては、国の指示に従い、以下の手順で介護保険事業量を推計し、介護保険料を算定します。

■算定手順



(2) 介護サービスの事業費

介護予防給付費、介護給付費、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、審査支払手数料、地域支援事業費を合わせたものがサービス総費用となり、本計画3年間（令和3年度～令和5年度）の総費用額は10,446,363千円となります。

●介護給付費

（単位：千円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
(1) 居宅サービス	1,137,432	1,142,881	1,200,619	3,480,932
訪問介護	201,046	202,982	208,164	612,192
訪問入浴介護	16,932	17,213	17,185	51,330
訪問看護	34,335	34,600	35,154	104,089
訪問リハビリテーション	8,926	8,448	8,453	25,827
居宅療養管理指導	4,622	4,847	48,447	57,916
通所介護	388,010	385,543	385,758	1,159,311
通所リハビリテーション	123,355	124,353	126,098	373,806
短期入所生活介護	153,395	153,175	154,252	460,822
短期入所療養介護（老健）	53,338	54,816	56,540	164,694
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
福祉用具貸与	83,573	85,033	86,825	255,431
特定福祉用具購入費	1,855	1,855	1,855	5,565
住宅改修費	5,185	5,185	5,185	15,555
特定施設入居者生活介護	62,860	64,831	66,703	194,394
(2) 地域密着型サービス	368,612	378,138	381,247	1,127,997
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	46,927	48,153	48,347	143,427
認知症対応型通所介護	37,949	38,623	38,572	115,144
小規模多機能型居宅介護	125,179	129,627	132,593	387,399
認知症対応型共同生活介護	155,178	158,354	158,354	471,886
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活介護	3,379	3,381	3,381	10,141
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
(3) 施設サービス	1,337,460	1,354,761	1,370,325	4,062,546
介護老人福祉施設	680,397	697,333	712,897	2,090,627
介護老人保健施設	657,063	657,428	657,428	1,971,919
介護医療院	0	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0	0
(4) 居宅介護支援	166,685	166,323	167,589	500,597
介護給付費計（小計）→（Ⅰ）	3,010,189	3,042,103	3,119,780	9,172,072

●介護予防給付費

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
(1) 介護予防サービス	33,822	33,316	33,923	101,061
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	4,998	4,943	5,172	15,113
介護予防訪問リハビリテーション	1,633	1,680	1,699	5,012
介護予防居宅療養管理指導	1,498	1,498	1,498	4,494
介護予防通所リハビリテーション	8,650	8,382	8,655	25,687
介護予防短期入所生活介護	1,835	1,836	1,836	5,507
介護予防短期入所療養介護(老健)	601	601	601	1,803
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	7,645	7,413	7,499	22,557
特定介護予防福祉用具購入費	611	611	611	1,833
介護予防住宅改修	4,399	4,399	4,399	13,197
介護予防特定施設入居者生活介護	1,952	1,953	1,953	5,858
(2) 地域密着型介護予防サービス	3,361	3,385	3,385	10,131
介護予防認知症対応型通所介護	908	930	930	2,768
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,453	2,455	2,455	7,363
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
(3) 介護予防支援	7,498	7,502	7,555	22,555
介護給付費計(小計)→(Ⅱ)	44,681	44,203	44,863	133,747

●標準給付費見込額

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
(a) 総給付費(合計)→(Ⅲ)=(Ⅰ)+(Ⅱ)	3,054,870	3,086,306	3,121,043	9,262,219
(b) 特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	113,931	105,664	106,615	326,210
(c) 高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	64,629	64,705	65,294	194,628
(d) 高額医療合算介護サービス費等給付額	5,850	5,877	5,930	17,657
(e) 算定対象審査支払手数料	3,298	3,314	3,344	9,956
(A) 標準給付費見込額	3,242,578	3,265,866	3,302,226	9,810,670

●地域支援事業費見込額

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
(a) 介護予防・日常生活支援総合事業費	134,706	120,056	134,706	389,468
(b) 包括的支援事業及び任意事業費	71,250	71,250	71,250	213,750
(c) 包括的支援事業(社会保障充実分)	10,825	10,825	10,825	32,475
(B) 標準給付費見込額	216,781	202,131	216,781	635,693

●総費用額

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
総費用額(A)+(B)	3,459,359	3,467,997	3,519,007	10,446,363

5 第1号被保険者の介護保険料

(1) 介護保険事業費の負担割合

事業費用の大部分を占める介護保険給付費については、利用者負担（原則1割）を除いた給付費の半分を公費でまかない、残りの半分会を被保険者から徴収する保険料を財源としています。保険料については、第1号被保険者（65歳以上の者）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満の者）の平均的な1人あたりの負担がほぼ同じ水準になるよう、1号と2号の負担割合が定められています。

第1号被保険者の保険料負担割合は介護給付費の23%、第2号被保険者は27%、介護保険費用の半分が被保険者の負担となります。

国、県、市の負担割合は、居宅サービス給付費と施設サービス給付費で若干異なります。なお、国負担部分である居宅サービス給付費の25%、同じく国負担部分の施設サービス給付費の20%についてそれぞれ5%にあたる額は、市町村間の財政力格差を調整するための調整交付金として交付されます。調整交付金の割合は標準的には5%ですが、各市町村の後期高齢者の割合や第1号被保険者の所得水準に応じて5%を増減します。その結果、第1号被保険者の負担割合も変わることになります。

(2) 所得段階別被保険者数

介護保険料は、所得段階によって異なることから、所得段階別被保険者数を算出するため、所得段階別被保険者の構成比を求めることが必要となり、令和2年度当初の所得段階別被保険者数を基本数値としています。

また、本計画においても引き続き、段階設定を9段階としました。

(3) 低所得者の介護保険料の軽減

介護保険料の上昇に伴う低所得者の負担増を軽減するため、介護保険料の軽減を実施します。なお、軽減した介護保険料分の財源については、国、県、市の公費により補てんします。

(4) 介護給付費準備基金取り崩し

介護保険給付費準備基金は、給付費が見込みを下回る場合は剰余金を基金に積み立て、給付費が見込みを上回る場合は、前年度以前に積み立てられた基金から必要額を取り崩し、計画期間の最終年度において残高がある場合には、次期介護保険料を見込むにあたって基金を取り崩すことになっています。

本計画期間においては、介護保険料の上昇による第1号被保険者の負担を抑えるため、令和3年度に21,200,000円、令和4年度に25,000,000円、令和5年度に25,000,000円の基金を活用する見込みです。

(5) 基準月額保険料と所得段階別年額保険料

本計画の調整交付金の見込み等から、令和3年度から令和5年度までの3年間の第1号被保険者の基準月額保険料は5,425円となります。

■所得段階別年額保険料

所得段階	対象となる方	負担割合	月額 (円)	年額 (円)
第1段階	生活保護受給の方、老齢福祉年金受給者で、世帯の全員が市町村民税非課税の方、世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計（公的年金所得を除く）が <u>80万円以下</u> の方	0.45 (0.30)	2,433	29,200 (19,500)
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計（公的年金所得を除く）が <u>80万円を超え120万円以下</u> の方	0.75 (0.50)	4,066	48,800 (32,500)
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計（公的年金所得を除く）が <u>120万円を超える</u> 方	0.75 (0.70)	4,066	48,800 (45,500)
第4段階	市町村民税課税世帯であるが、本人は非課税で前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計（公的年金所得を除く）が <u>80万円以下</u> の方	0.90	4,875	58,500
第5段階	市町村民税課税世帯であるが、本人は非課税で前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計（公的年金所得を除く）が <u>80万円を超える</u> 方	1.00	5,425	65,100
第6段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が <u>120万円未満</u> の方	1.20	6,508	78,100
第7段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が <u>120万円以上210万円未満</u> の方	1.30	7,050	84,600
第8段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が <u>210万円以上320万円未満</u> の方	1.50	8,133	97,600
第9段階	本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が <u>320万円以上</u> の方	1.70	9,216	110,600

※ 負担割合・年額のカッコ書き数値は、減額賦課に係る令和3年度における保険料率及び年額の保険料です。

(6) 社会福祉法人等による利用者負担軽減

本市では、介護保険サービス利用の推進・支援のために低所得者を対象とした利用料の軽減措置を介護保険制度施行時から講じています。市独自対策として、国制度における軽減率に2%上乗せし、低所得者が介護保険制度の1割利用者負担により利用が制限されることなく、誰もが必要な介護保険サービスを利用できるよう本計画においても引き続き実施します。

■社会福祉法人等による利用者負担軽減

サービス種類	利用者負担 (10%⇒5.5%※)	対象範囲
①訪問介護（予防）	国の対策（国・県・市・法人で負担）で7.5%に 市独自対策（市で負担）で5.5%に	<ul style="list-style-type: none"> ・市民税世帯非課税者 ・年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること等
②通所介護（予防）		
③短期入所生活介護（予防）		
④訪問入浴介護（予防）	市独自対策（市・法人で負担）で5.5%に	
⑤訪問看護（予防）		

※国の対策で2.5%、市独自対策で2%、合わせて4.5%の軽減。

(7) 市町村特別給付等

市町村特別給付は、介護保険法による居宅介護サービス費の支給限度基準額に上乗せした額を市の条例で定めるものです。本計画においても、以下の事業において継続実施します。この給付は、第1号被保険者の保険料のみを財源としています。

①住宅改修

在宅の要介護者が手すりの取り付け等の一定の住宅改修を行った場合、支給限度基準額20万円の9割（一定以上所得者は8割又は7割）を上限として支給するものをさらに20万円上乗せし、支給限度基準額を40万円とします。

②在宅介護支援福祉用具購入

特定福祉用具・特定介護予防福祉用具購入は対象品目を拡充して実施しています。なお、支給限度基準額は5万円です。

■在宅介護支援福祉用具の対象用具

種類	機能又は構造等
①歩行補助杖	一点杖
②滑り止めマット	屋内において利用する滑り止めマット
③踏み台	段差の緩和を目的とした固定しない台

第7章 計画の推進体制

本市では、今後も高齢化の進行が見込まれていることから、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らすための支え手や資源の不足が懸念されています。そのため、高齢者を対象とした自立支援・重度化防止に向けた体制の充実、地域を主体とした支え合い活動の推進、医療と介護の連携、そして複雑化・複合化したニーズに対応するための包括的な支援体制の構築が求められます。

これらを踏まえ、本計画の推進にあたっては、市民、地域をはじめ、医療、保健、福祉などの関係機関、行政がそれぞれの立場で役割を果たしながら力を合わせ、一体となって取り組みます。

1 計画の推進体制

(1) 各主体の役割

①市民

- 市民一人ひとりが、住み慣れた地域で可能な限り心身ともに健康でいきいきと暮らすことができる健やかで豊かな人生の実現に向けて、ライフステージに対応した生涯設計を立てることが望まれます。
- 脳卒中や心疾患、人工透析を伴う糖尿病など重症疾患は、自立を妨げ、生活の質の低下、医療費や介護費の負担増などにつながります。また、加齢等に伴い心身の活力が低下した状態（フレイル）は、引きこもりや介護を要する状態を招くなど、健やかで豊かな人生を妨げる要因となります。積極的な健康の保持増進や疾病の予防、重症化予防、介護予防を意識することが重要です。
- 住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしくよりよく生きるために、自身が望む最期の迎え方の選択と家族や周りの人々にそれを伝えておくことが大切です。

②地域社会

- 高齢者の生活課題や福祉ニーズの多様化に対応するために、高齢者、障がい者、生活困窮などの属性を問わない包括的な支援体制の構築に本市では取り組んでいます。公的なサービスで補えない部分は、住民同士の支え合いによる役割が大きくなってきています。
- 地域で安心して暮らすためには、日ごろから地域での関わりが大切です。地域福祉に関心を持ち、主体的に関与できる開かれた環境をつくっていくことが必要になっています。
- 生活上の困りごとなどの個々のニーズに対し、豊富な経験や技能を持つ地域の支え手となる人が、その能力を発揮し活躍できる地域を主体とした支え合い活動の推進による生活支援サービスの創出が期待されます。

③医療・介護・福祉関係者

- 社会福祉協議会と市は、福祉を推進する「車の両輪」として、これまで協力・連携してきました。地域生活課題を抱える住民およびその世帯に対する支援体制ならびに住民等による地域福祉のさらなる推進のために、令和2年8月、「新たな地域支え合い」の連携協定を締結しました。専門性のある職員の配置による、新たな地域支え合い支援を通じて地域の連帯と協働の輪を広げることが望まれます。
- 民生児童委員は、地域住民と行政のパイプ役として大きな役割を果たしています。「新たな地域支え合い」による専門性のある職員との連携により、地域福祉活動の意識が高まることが期待されます。
- 医師会、歯科医師会等は、地域包括ケアシステムの実現に向けた「高齢者が住み慣れた地域で安心して人生の最後まで暮らし続けられる社会」を目指して、切れ目のない地域の医療、介護の提供体制の構築が望まれています。
- サービス事業者は、支援を必要とする高齢者等が、安心してサービスを利用できるよう職員研修等によるサービスの質の向上を図り、良質なサービスを提供することが求められています。

④行政

- 市民の福祉の向上を目指し、市民ニーズなどの現状把握や施策・事業の進行管理などを通して、本計画に位置付けられた施策・事業を総合的・一体的に推進していきます。
- 住まい・医療・介護・予防・生活支援によるこれまでの地域包括ケアシステムに、「地域づくり」、「健康づくり」、「権利擁護」を加えた「遠野型地域包括ケアシステム」を実現するため、医療と介護の円滑な連携を図ります。
- 「新たな地域支え合い」による市民や関係団体に取り組む主体的な支え合いの活動を支援することにより、誰もが安心して暮らせる「地域共生社会」の実現を目指します。
- 住民との関わりの中で、生活状況の変化や福祉ニーズを把握し、本人やその家族などへの必要な情報、日常における生活支援サービスを提供します。
- 地域における高齢者の活動の場づくりを促進し、つながりを持続させる支援を行います。
- 本計画の推進のため、市民、地域、医療福祉関係機関との連携を図るとともに遠野健康福祉の里運営審議会から意見をいただきながら、計画目標の着実な達成と円滑な運営を図ります。

2 計画に関する啓発・広報の推進

本計画ならびに基本施策については、市民への周知・啓発を図るため、概要版を作成し全世帯に配布します。

また、広報やホームページへの掲載、市の行事、関係する各種団体・組織等が参集する機会を活用し、市民に幅広く周知・啓発を行います。

3 計画の進捗状況の把握と評価

計画目標の着実な達成と円滑な運営を図り、高齢者福祉、介護保険事業サービス利用者の満足度調査等を実施し、計画実施状況評価などを行う進行管理体制を整備します。

また、次期計画策定に向けた目標設定等の協議を行います。

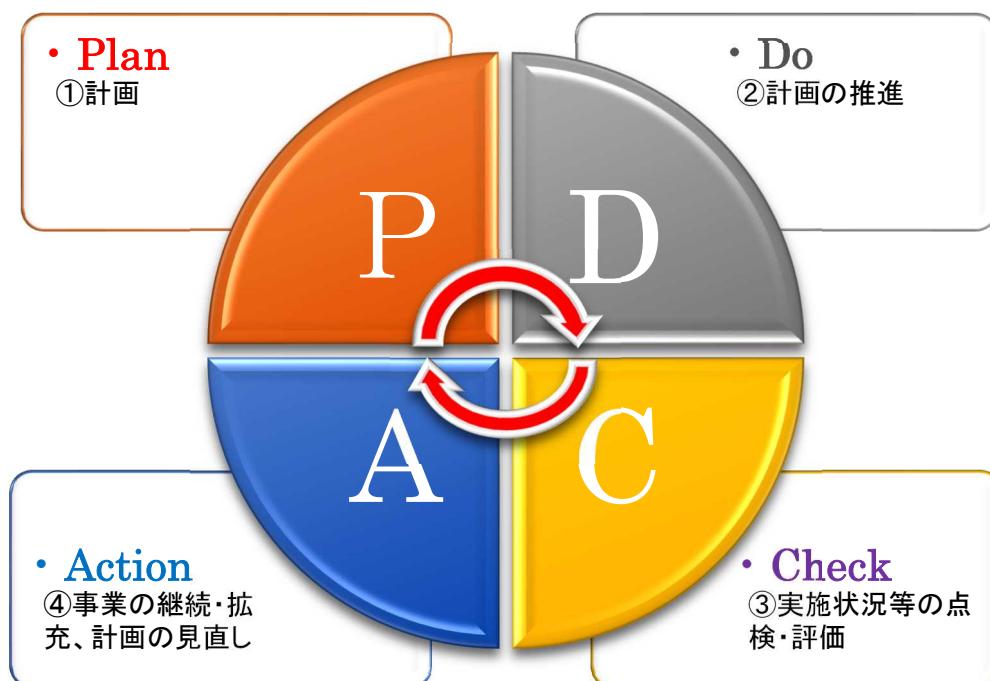
(1) 高齢者福祉計画・介護保険事業運営管理

計画目標の着実な達成と円滑な運営を図るため、本計画の実施状況の進捗管理を「遠野健康福祉の里運営審議会」において行います。

(2) 計画の評価

本計画で定めた内容を年度ごとに点検・評価し、その結果を「遠野健康福祉の里運営審議会」に報告します。また、いただいた提言を事業に反映させるため、計画（Plan）、実施・実行（Do）、点検・評価（Check）、処置・改善（Action）のサイクルにより、計画の進行管理を行います。

■PDCAサイクルの概念図



- ① **Plan（計画）**：従来の実績や将来の予測などをもとにして業務計画を作成する
 - 計画の策定
 - 目標の設定
- ② **Do（実施・実行）**：計画に沿って業務を行う
 - 様々な主体との連携・協働による事業の実施
- ③ **Check（点検・評価）**：業務の実施が計画に沿っているかどうかを確認する
 - 事業の実施状況を毎年点検・評価
- ④ **Action（処置・改善）**：実施が計画に沿っていない部分を調べて処置する
 - 予算編成過程における事業検討
 - 必要に応じて、計画中間年を目処に量の見込み・確保方策の見直し

資料編

1 計画策定委員会要綱

遠野市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8第1項の規定に基づき策定する遠野市高齢者福祉計画及び介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項の規定に基づき策定する遠野市介護保険事業計画（以下「計画」という。）の策定に当たり、市民の意見及び関係機関の意向を反映させるため、遠野市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会（以下「策定委員会」という。）を置く。

(所掌事項)

第2条 策定委員会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 計画の基本的事項に係る意見及び提言に関すること。
- (2) その他計画の素案のとりまとめに関すること。

(組織)

第3条 策定委員会は委員15名以内をもって組織し、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 関係機関及び団体の代表者
- (2) 関係機関及び団体から推薦された者
- (3) 前2号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、委嘱の日から令和3年3月31日までとする。

(委員長及び副委員長)

第5条 策定委員会に委員長及び副委員長を置き、それぞれ委員のうちから互選する。

- 2 委員長は、策定委員会を代表し、会務を総理する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 策定委員会は、市長が招集し、会議の議長は委員長とする。

(意見の聴取)

第7条 委員長は、必要と認めるときは、委員以外の者を会議に出席させてその説明又は意見を聴くことができる。

(ワーキンググループの設置)

第8条 計画の素案のとりまとめに当たり、計画の分野ごとに実務上の協議及び検討を行うため、策定委員会に遠野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定ワーキンググループを置く。

(庶務)

第9条 策定委員会の庶務は、健康福祉部において処理する。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、策定委員会の運営に関し必要な事項は、健康福祉部長と委員長が協議して定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和2年6月25日から施行する。
- (この告示の失効)
- 2 この告示は、令和3年3月31日限り、その効力を失う。

2 計画策定委員会委員名簿

計画策定委員会委員名簿

(任期：令和2年9月18日～令和3年3月31日)

No.	推薦機関・団体	職名	氏名
1	遠野市医師会	会長	千葉 純子
2	遠野歯科医師会	会長	佐藤 圭士郎
3	遠野市民生児童委員協議会	会長	佐藤 正市
4	公益社団法人遠野市シルバー人材センター	理事	佐々木 ヒロ子
5	社会福祉法人遠野市社会福祉協議会	事務局長	高橋 洋子
6	遠野市老人クラブ連合会	会長	留場 榮一
7	養護老人ホーム長寿の森吉祥園	施設長	菊池 浩之
8	特別養護老人ホームみやもり荘	施設長	多田 浩
9	介護老人保健施設とおの	介護支援 専門員	浅沼 裕樹
10	在宅介護支援センター遠野	市民代表	白金 久四郎
11	在宅介護支援センター上郷・青笹	市民代表	佐々木 定則
12	在宅介護支援センター宮守	市民代表	佐々木 宗子

(敬称略)

3 計画策定ワーキンググループ設置要領

遠野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定ワーキンググループ設置要領
(趣旨)

第1条 遠野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会要綱（令和2年遠野市告示第162号）第7条に規定する遠野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定ワーキンググループ（以下「ワーキンググループ」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(ワーキンググループ)

第2条 設置するワーキンググループは、次のとおりとする。

- (1) 生活支援・介護予防・高齢者の社会参加ワーキンググループ
- (2) 介護サービスの基盤整備等（サービス量・保険料）ワーキンググループ
- (3) 地域包括ケアシステムの推進ワーキンググループ

(所掌事項)

第3条 ワーキンググループの所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 高齢者等が慣れ親しんだ地域で生活を継続していくための地域課題を抽出すること。
- (2) 地域課題の解決に向けた具体的方策及び新たなサービスの検討を行うこと。
- (3) 新たなサービスの担い手の育成及び確保に向けた方策の検討を行うこと。
- (4) 前3項の検討結果を遠野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会に報告すること。

(組織)

第4条 各ワーキンググループは、それぞれ7名以内のメンバーにより構成する。

2 各ワーキンググループに座長を置き、メンバーの互選によりこれを定める。

3 座長は、ワーキンググループの会務を総理する。

(会議)

第5条 ワーキンググループの会議は、各座長が召集する。

(意見の聴取)

第6条 座長は、必要と認めるときは、メンバー以外の者を会議に出席させてその説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 ワーキンググループの庶務は、健康福祉部において処理する。

(その他)

第8条 この告示に定めるもののほか、ワーキンググループの運営に関し必要な事項は、健康福祉部長と各座長が協議し定める。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和2年6月25日から施行する。

(この要領の失効)

2 この要領は、令和3年3月31日限り、その効力を失う。

4 計画策定ワーキンググループメンバー名簿

計画策定ワーキンググループメンバー名簿

(任期：令和2年7月29日～令和3年3月31日)

No.	WGの別	所属・職名	氏名
1	基盤整備WG	特別養護老人ホームみやもり荘 介護主任兼生活相談員	似田貝 裕範
2		老人保健施設とおの 主任	今淵 琴美
3		小規模多機能型居宅介護事業所長寿庵 管理者	佐々木 貴洋
4		指定居宅介護支援事業所宮守 所長	及川 広子
5		デイサービスシリウスつちぶち 施設長	小水内 幸枝
6		ケア・グラント株式会社 代表取締役	唯是 光裕
7		訪問看護ステーションまごころ 管理者	昆 篤子
8	介護予防WG	在宅介護支援センター遠野 相談員	一ノ渡 雅子
9		在宅介護支援センター松崎 ソーシャルワーカー	菊池 薫
10		遠野市社会福祉協議会 在宅福祉課長	菊池 純伸
11		訪問看護ステーションとおの 主任作業療法士	菊池 孝
12		みやもり荘デイサービスセンター 介護主任兼生活相談員	菊池 剛
13		株式会社かわうち 代表取締役	河内 正好
14		遠野市健康福祉部健康長寿課 主任兼保健師	佐々木 あゆ美
15	地域包括ケアWG	遠野市地域包括支援センター（推薦）	長村 英博
16		在宅介護支援センター松崎 所長	佐藤 恵利佳
17		遠野市地域包括支援センター（推薦）	千葉 典子
18		松崎地区民生児童委員協議会 副会長	糠森 俊子
19		在宅介護支援センター上郷・青笹 相談員	昆野 淑美
20		居宅介護サポートセンター長寿園 管理者	湊 拓也
21		遠野市地域包括支援センター 認知症地域支援推進員	佐々木 郁子

(敬称略)

5 計画策定の経過

年 月 日	内 容	概 要
令和元年12月10日 ～ 令和元年12月26日	介護保険事業者あて各種実態調査を実施	○利用者の現状と介護人材等に関する課題把握のための実態調査
令和2年1月6日 ～ 令和2年3月19日	住民アンケート調査および分析の実施	○高齢者の意識やニーズ調査・分析 ○福祉・介護サービスの利用動向調査・分析
令和2年6月25日	遠野市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定委員会設置要綱およびワーキンググループ設置要領を制定	○市民・関係機関からの意見の反映および地域課題等を抽出し、解決に向けたサービスや方策を検討
令和2年7月8日 ～ 令和2年7月31日	計画期間中における介護保険サービス等意向を調査	○介護サービス事業量を推計する基礎資料とするため、事業所へ計画期間中の新設又は定員等の変更に係る意向を調査
令和2年7月29日	第1回ワーキンググループの開催 21人出席	○計画策定にあたっての留意事項 ○今後のスケジュール ○分野別グループワーク
令和2年8月26日	第2回ワーキンググループの開催 20人出席	○計画の骨子案 ○分野別グループワーク
令和2年9月18日	第1回策定委員会の開催 11人出席	○計画策定にあたっての留意事項 ○今後のスケジュール ○ワーキンググループでの検討内容
令和2年9月30日	第3回ワーキンググループの開催 20人出席	○策定委員会の意見に係る検討 ○分野別グループワーク
令和2年11月26日	第2回策定委員会の開催 12人出席	○ワーキンググループの検討結果 ○計画素案、介護保険料の基準額（見込み）
令和2年12月21日	第2回遠野健康福祉の里運営審議会	○計画素案の概要説明
令和3年1月12日 ～ 令和3年1月22日	パブリックコメントの実施	○計画素案に対する市民からの意見募集
令和3年1月25日	地域経営会議協議	○計画素案および介護保険料基準額算定方針

令和3年2月4日	第3回策定委員会の開催 11人出席	○第2回策定委員会における計画に対する意見への回答 ○パブリックコメントへの回答 ○介護保険料の基準額の改定 ○今後のスケジュール
令和3年2月18日	第3回遠野健康福祉の里運営審議会	○計画案および介護保険料基準額案の審議
令和3年2月22日	市議会3月定例会に議案上程（議案第18号）	○介護保険条例の一部改正について
令和3年2月24日	市議会への説明	○計画案と介護保険条例の一部改正案について
令和3年3月12日	市議会3月定例会（本会議）	○介護保険条例の一部改正案の可決
令和3年3月	計画決定	
令和3年4月	第八次遠野市高齢者福祉計画・第8期遠野市介護保険計画概要版全戸配布	

6 用語解説

A～Z、数字

ICT【アイシーティー】

Information and Communication

Technology の略。

情報通信技術のこと。IT とほぼ同義。日本では、情報処理や通信に関する技術を総合的に指す用語として IT が普及しましたが、国際的には ICT が広く使われます。

2040 年問題

1971 年～74 年の第二次ベビーブームに生まれた「団塊ジュニア世代」が 65～70 歳になる 2040 年に少子化・高齢化が進展し、65 歳以上の高齢者の人口がピークになることで起こりうる問題の総称のことです。65 歳以上の高齢者が約 3,900 万人に増加し、逆に就業者人口（現役世代）が約 5,600 万人に減少します。これに伴い社会保障費・医療費等の増大が見込まれ、早急な対策が必要です。

8050 問題

80 代の親と、引きこもりの状態にある 50 代の子からなる世帯が抱える、さまざまな問題。無収入世帯となり困窮するほか、要介護となった親と社会的に孤立した子が、どちらも公的支援を受けられずに死亡するなどの例もあります。

あ行

アウトリーチ

援助が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々に対して、公共機関などが

積極的に働きかけて支援の実現を目指すこと。医療機関が在宅の患者や要介護者を訪問して、社会生活を支援する活動などをいいます。訪問支援。

アドバンスケア - プランニング

【Advance Care Planning】

主に終末医療における患者の意思決定能力が低下した場合に備えた治療計画。

患者とその家族、医師・看護師・介護従事者が話し合いを通じて患者の意思を共有し、積極的な延命治療の継続や中止についての選択などを行います。

インセンティブ

やる気を起こさせるような刺激。動機付け。

うつ

無気力・無感動・不安感・興奮などに伴い、不眠や食欲の低下などの症状が現れること。自宅に閉じこもらずに積極的に人に会う、日中に活動し夜間により睡眠をとる、生活リズムを整えるなど、生活習慣を改善することで予防に努めます。

か行

介護給付費

介護保険の被保険者が介護保険サービスを利用した際、サービスを提供した事業者に対し、利用者の自己負担分を除いた金額を保険者である市町村が支払う費用のことです。

介護支援専門員

要介護者の相談に応じて、要介護者とその心

身状態に応じて適切な居宅サービスや施設サービスを利用できるよう、市町村、居宅サービス事業者、施設との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むために必要な援助に関する専門的知識や技術を有する者です。

介護給付費準備基金

介護保険事業の安定した運営に向けて、サービス利用量の急増などに備える目的で、年度ごとの事業会計のうち第1号被保険者の保険料に剰余金があった場合に積み立てておくことです。基金額が多い場合には、新しい介護保険事業計画が策定される際、全額または一部を取り崩して介護保険料の負担軽減を図ります。

介護認定審査会

認定支援ソフトによる介護度の判定、主治医意見書、訪問調査の結果をもとに、介護の必要性や程度について審査する組織。医師、歯科医師、薬剤師、保健、福祉等の学識経験者で構成され、市では月に4回（それぞれ5名の委員）開催されています。

介護福祉士

専門的な知識や技術により、身体が不自由な高齢者や障がい者に、入浴・排泄・食事・衣服の着脱や移動など身の回りの介護を行い、介護者への助言・指導を行う資格を有する介護の専門家です。

介護報酬

介護保険制度において、事業所が利用者に介護サービスを提供した場合、その対価として保険者が事業所に支払う金額のことです。サービス利用額の自己負担分を除いた費用のことです。

介護保険料

介護保険事業の運営は、介護保険法に基づき、事業費の50%を第1号被保険者および第2号被保険者の保険料で負担することになっています。原則として、第1号被保険者は公的年金から、第2号被保険者は加入している医療保険料に上乗せして支払うことになっています。

介護予防

高齢者が要支援・要介護状態になることを防ぐ、あるいはできるだけ遅らせる、既に要支援・要介護状態である場合は、状態がそれ以上悪化（重度化）することのないようにする取組のことです。

介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の認定を受け、介護予防サービスの利用を必要としている高齢者に対して適切なサービスが効果的かつ効率的に提供されるよう、地域包括支援センターの職員が中心となり介護予防ケアプラン（サービスの利用計画）を作成して総合的に調整することです。

介護予防事業

近いうちに要介護・要支援状態になる可能性の高い高齢者を把握し、運動・栄養・口腔などの機能改善を図る事業（通所型）。通所による参加が難しい状態の高齢者には、配食・閉じこもり・うつ・認知症予防の支援を行っています。事業の実施は管内の市町村が主体となり行っています。

介護予防・日常生活支援総合事業

従来予防給付として提供されていた介護予防訪問介護および介護予防通所介護を、市町村が実施する介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業からなる総合事業へ移行し、地域の実情に応じて多様なサービスを提供するこ

とにより、要支援者の自立支援へつなげていく制度です。法改正により、平成 29 年 4 月から実施しています。

介護予防・日常生活圏域高齢者ニーズ調査

地域に住む高齢者がどのような生活状況にあるか生活機能の状態を把握し、介護予防事業の対象者の発見や、将来の介護サービスの展開に向け、管内全体や日常生活圏域ごとの特徴や傾向を把握するための調査です。

キッズサポーター

「認知症キッズサポーター」のこと。子どもたちが認知症の方や高齢者に対する理解を深め、地域で認知症の方やその家族を温かく見守り応援できるよう、認知症を正しく理解し、関わり方を学ぶ講座を受講して活動します。本市では、若年層や現役世代など幅広い世代に認知症に関する正しい知識と理解促進のため、市内の企業・学校・子ども会・老人クラブ・自治会などの地域団体を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、「認知症サポーター」を養成しています。

基本チェックリスト

運動・栄養・口腔などの生活機能や短期記憶など、認知機能の低下リスクがある高齢者を把握するため国が作成した 25 項目の質問のことです。生活機能評価と併せて介護予防事業の対象者を把握するのに重要な役割を果たしています。

また、高齢者ニーズ調査の中にもこの質問が組み込まれており、チェックの機会を多くすることでより確実な対象者把握につなげることにしています。

虐待

高齢者を養護（介護）する立場の家族や施設の職員などが高齢者に対して行う暴力行為やいやがらせなどの総称のことです。高齢者虐待防止法により、①身体的虐待（殴る、蹴るなど）、②介護や世話の放棄、③心理的虐待（威圧的な態度をとるなど）、④性的虐待、⑤経済的虐待（年金を本人に渡さないなど）が虐待行為と定められています。

キャリアパス

介護職員等の職位・職責・職務内容・経験等に応じた処遇、賃金体系を明確かつ適切に設定することで、業務に対するスキルを高めていくことです。

居住系サービス

特定施設入居者生活介護施設や認知症対応型行動生活介護（グループホーム）など、施設に居住しながら居宅介護サービスを提供するものです。

居宅介護サービス

在宅の利用者に提供される介護保険サービスの総称。なお、通所介護（デイサービス）や短期入所（ショートステイ）は自宅で受けるサービスではありません

んが、利用者の生活の本拠は自宅であることから居宅介護サービス扱いとしています。

ケアプラン（サービス計画）

要支援・要介護の方の心身の状況や置かれている環境、本人や家族の希望を踏まえて、どのようなサービスを、いつどれだけ利用するかを計画（プラン）として書面にまとめたものです。

ケアマネジメント

主に介護等の福祉分野で、福祉や医療などの

サービスと、それを必要とする人のニーズをつなぐ手法のことをいいます。

軽度者

要支援・要介護認定を受けている人のうち、介護度の低い要支援1～要介護2に該当している人のことです。

ゲートキーパー

内閣府が主導する自殺防止活動の一つ。職場・学校や家庭などで自殺の兆候がみられる人に対し、声をかけて話を聞いたり、専門家を紹介したりして悩みを軽減してもらおうというもの。また、その役割を担う人。

健康寿命

健康上のトラブルにより日常生活が制限されずに暮らせる期間のことです。類似する言葉の「平均寿命」は、人がいけられる年齢の平均値のことです。「健康寿命」は、病気等による入院、介護など日常生活で制限される期間を差し引いた期間を表し、近年は生活習慣病、介護状態等の影響により短くなっています。

コーホート変化率法

「コーホート」とは、同じ年（または同じ期間）に生まれた人々の集団のことを指します。変化率法は、各コーホートについて、過去における実績人口の動態から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法を言います。

口腔機能

咀嚼（そしゃく＝噛むこと）、嚥下（えんげ＝飲み込むこと）、発音のほか、かみ合わせによる姿勢保持、表情を作る、呼吸する機能のことです。

幸福度

一人ひとりの幸福を所得などの経済的要素に限ることなく、家族や社会との関わりあいなどの要素も含めて評価する考え方のことです。幸せの度合いを「見える化」する指標を、幸福度指数といいます。国際的には1970年代からその重要性が指摘され、南アジアのブータン王国のように政策の中心に据えている国もあります。

さ行

在宅介護実態調査

高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として、主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方を対象とした調査です。

施設介護サービス

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、介護医療院、介護療養型医療施設の入所者に提供される介護サービスです。

社会福祉協議会

社会福祉法に基づき設置された団体で各市町村に常設されている民間福祉団体です。

住宅改修

居宅の要介護（支援）者が、手すりの取り付けや段差解消のために行う住宅改修に係る給付です。

重度者

要介護・要支援認定を受けている人のうち、要介護3～5に該当する人のことです。寝たきりの状態に近い場合が多く、在宅介護の場合は

介護者（家族）にとって大きな負担となっています。

新オレンジプラン

厚生労働省が、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するために、「認知症施策推進5か年計画」（2012年9月公表のオレンジプラン）を改め、2015年1月に策定したものを「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」といいます。

スクリーニングプログラム

ある一定の条件を見つけ出すための審査や選考、ふるい分けを行うことです。

生活機能評価（介護予防健診）

介護保険法における第1号被保険者（要支援・要介護認定を受けている人を除く）に対し、問診・身体計測・理学的検査・血圧測定・循環器検査・貧血検査および血液化学検査を行い、日常生活を維持するための生活機能が衰えている高齢者を把握するため、健康診査時に併せて実施します。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援および介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす人のことです。

成年後見制度

認知症や障がいによって判断能力が不十分な状態となり、自分一人では契約や財産の管理が難しくなった人に対し、権利を守るために後見人を選定し、判断能力を補うことについて法

的に支援する制度のことです。家庭裁判所が後見人を選任する場合（法定後見制度）と、将来に備えてあらかじめ契約しておく場合（任意後見制度）があります。

世界アルツハイマーデー

1994年国際アルツハイマー病協会が、WHO（世界保健機関）と共同で毎年9月21日を「世界アルツハイマーデー」と制定し、この日を中心に認知症の啓蒙を実施しています。

セルフモニタリング

ある目標に対して、その経過を記録し、客観的に自分自身の行いを評価していく方法のことです。

た行

第1号被保険者

介護保険法により、満40歳以上の人は全員が被保険者となりますが、そのうち満65歳以上の人を第1号被保険者とし、保険料は原則として公的年金から徴収されることになっています。要支援・要介護認定を受けることで、いつでも介護サービスを利用することが可能です。

第1層協議体

構成市町村全域で生活支援サービスが利用できるよう活動主体を把握し、中間支援組織（第2層協議体等）やサービス提供組織と協働して活動を行う協議体です。

第2号被保険者

介護保険法における被保険者のうち、満40歳以上65歳未満で医療保険に加入している人（生活保護を受けている場合を除く。）のことです。介護保険制度はその全員を第2号被保険者と

定めていて、保険料は医療保険の保険料と併せて徴収されています。なお、法律で定める特定疾病（脳血管疾患、若年性認知症、末期がんなど）がある場合は要支援・要介護認定を受けることができ、介護サービスを利用することが可能です。

第2層協議体

各市町村内で小地域ごとにニーズを明らかにし、利用者、地域の支援者、居宅介護支援事業所等に情報提供することにより、サービスへの結びつきを行う協議体です。

タイムライン

予定表や年表の意味。本事業計画では、災害時の防災において、防災行動を時系列にまとめた計画を指したものです。

ダブルケア

広義には、家族や親族等、親密な関係において複数のケアが必要となった状態をいい、特に育児と介護の同時進行の状況のことをいいます。

団塊ジュニア世代

1971年（昭和46年）から1974年（昭和49年）に生まれた世代のこと。1947年（昭和22年）から1949年（昭和24年）生まれの団塊の世代に次いで多い世代で、「第2次ベビーブーム世代」とも呼ばれる。

地域共生社会

制度・分野ごとの縦割りや支え手、受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が我が事として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて丸ごとつながることで、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を目指すものです。

地域支援事業

高齢者が要支援・要介護状態となることを予防することに重点を置いた事業で、主に生活機能の低下防止を目的としています。具体的には、介護予防日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業を市町村が展開しています。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、安心・安全・健康を確保するための医療、介護、介護予防、生活支援サービスが切れ目なく提供される仕組みです。日常生活の場（日常生活圏域）ごとに整備するのが望ましいとされています。

地域包括支援センター

市町村に設置され、保健師（または経験のある看護師）・社会福祉士・主任介護支援専門員を配置して、地域の高齢者の心身の健康維持と安定した生活のための中核として、包括的な支援を行う機関のことです。

地域密着型サービス

介護が必要である高齢者が、できるだけ住み慣れた地域で暮らし続けられるよう日常生活圏域の単位で提供されるサービスです。保険者が事業者の指定や指導監督の権限を持つこととされ、原則として圏域内の住民だけが利用できることとなっています。

通所型サービスA～C

通所型サービスAは、主に雇用労働者やボランティアが事業所内でミニデイサービスや運動・レクリエーション等を行うサービスです。通所型サービスBは、ボランティア主体（住民主体）で通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービスです。通所型サービスCは、

市町村の保健師等が公民館等で生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを3～6か月間の短期間で行うサービスです。

低栄養傾向

栄養が不足している傾向。高齢者では、たんぱく質・エネルギー低栄養状態に注意が必要。歯の欠損、嚥下機能の低下、食物の摂取不足や消化・吸収機能の低下などで起こりやすい。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

在宅で、単身または重度の要介護高齢者を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回と要望があった場合の随時対応を原則として24時間いつでも提供されるサービスです。地域密着型サービスとして位置付けられており、保険者が圏域ごとに整備できるとされていますが、サービスの提供に向けては事業者の発掘や人材確保等の課題を抱えています。

な行

日常生活圏域

管内の高齢者が普段生活している地域について、地理的条件、人口、行政区域、交通の状況などを考慮して設定している生活区域です。地域密着型のサービス整備などの際の参考としています。

日常生活自立支援事業

自己決定能力の低下等により金銭管理や福祉サービスの契約に不安がある高齢者や障がい者を対象に、成年後見制度を補完する制度です。社会福祉協議会の職員（専門員や生活支援員）が支払い管理や利用手続きを支援する事業

です。なお、地域によっては「地域福祉権利擁護事業」と呼ばれることもあります。

任意事業

地域支援事業のうち、高齢者や介護者（家族）などに向けて安心かついきいきとした生活を送れるよう市町村が行う事業です。家族介護支援（介護教室など）、認知症高齢者見守り事業（サポーター養成事業など）および家族介護継続支援事業（介護用品の支給など）などを行っています。

認知症キャラバン・メイト

地域の住民、学校、職域等を対象とした認知症に関する学習会を開催するにあたり、講師となって認知症サポーターの育成を行うボランティアのことです。

認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業

本市において、徘徊の危険性がある認知症高齢者の個人情報事前に登録し、万が一徘徊事故等が発生した場合に警察署や消防署等が協力して早期に発見するための体制の事業です。

認知症サポーター

認知症への理解を深めるための講座を受講した安心して暮らしていける地域社会のための担い手です。

認定調査員

認定申請（新規・更新）の際、自宅や病院、施設に向いて現在の身体・認知機能等の状況について調査を行う専門職員です。

は行

ハイリスク者

呼吸器疾患、心臓血管系疾患等生活習慣病の方など健康問題を抱えている方のことです。将来的に介護や障害の要因ともなる重篤な疾病を発症する可能性のある方のことを指します。

パブリックコメント

公衆の意見。また、公的機関等が命令・規制・基準などを制定・改廃する際に、事前に広く一般から意見を募ること。

フレイル

加齢とともに運動機能や認知機能が低下してきた状態。

ヘルスプロモーション

WHO（世界保健機関）が1986年のオタワ憲章で提唱し、2005年のバンコク憲章で再提唱した新しい健康観に基づく21世紀の健康戦略で、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス（過程・行程・方法）」と定義されています。

包括的支援事業

地域包括支援センターを中心として、総合相談窓口としての機能を持ち、地域で安心して暮らせるよう高齢者の生活支援を行う事業のことです。なお、事業展開は管内市町村が行っています。

訪問型サービスA～D

訪問型サービスAは、主に雇用事業者が対象者の自宅に訪問し、生活援助等を行うサービスです。訪問型サービスBは、ボランティア・住民主体の自主活動として生活援助等を行うサービスです。訪問型サービスCは、市町村の保健師等が居宅で相談指導等を行うサービスで

す。訪問型サービスDは、病院や施設等への移送の前後に行う生活支援サービスです。

保険料率

介護保険料の基準額に対し、前年の所得や課税の状況に応じて調整を行う割合のことです。市では所得段階を、基準額に対して0.5倍から1.7倍までの9段階の幅で設定しています。

なお、実際の介護保険料は年額で計算して徴収することから、月額を12倍した額の100円未満を切り捨てたものが年間の介護保険料になります。

ら行

ライフステージ

人間の一生における幼年期、児童期、青年期、壮年期、老年期などのそれぞれ段階。

老老介護

高齢者を介護する介護者が65歳以上であることです。

や行

ヤングケアラー

家族の介護、ケア、身の回りの世話を担っている18歳未満の子どものことです。

有料老人ホーム

主に民間が運営する高齢者向けの居住施設のことです。介護が必要になった場合は施設自体が行う介護サービスや、外部の介護サービスを利用することにより、自分専用の居室での生活が継続できます。

要支援・要介護認定

被保険者が介護保険制度における介護サー

ビスを利用するため、利用者の状態がどのようなものかその段階を決定することです。認定段階は非該当から要介護5までの8区分があり、非該当となった場合でも、市町村が行う介護予防事業や介護保険外のサービスを利用することが可能です。

要介護認定率

第1号被保険者（満65歳以上）のうち、要支援・要介護認定を受けている人の割合を表したものです。

**第八次遠野市高齢者福祉計画
第8期遠野市介護保険事業計画
遠野ハートフルプラン 2021
(令和3(2021)年度～令和5(2023)年度)**

発行年月 令和3年3月
発行 遠野市
編集 遠野健康福祉の里 健康長寿課
〒028-0541
岩手県遠野市松崎町白岩字薬研淵4-1
TEL 0198-62-5111
FAX 0198-62-1599
ホームページアドレス
<https://www.city.tono.iwate.jp/>
