推進：資料１
令和５年度　第５回 菊川市介護保険事業計画等推進委員会 （令和６年１月30日）

（案）

長寿　いきいき　安心プラン

（第10次高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画）

令和６年度～令和８年度

（2024年度～2026年度）

令和６年　月

静 岡 県 菊 川 市

目　次

第１章　計画策定の概要 1
1　計画策定の趣旨 1
2　計画の性格 2
3　計画の期間 4
4　計画策定の経過と策定後の推進体制 5
第２章　高齢者を取り巻く菊川市の状況 6
1　高齢者の現状 6
2　アンケートの調査結果 16
第３章　計画の基本的な考え方 30
1　基本理念 30
2　基本目標 32
3　日常生活圏域の考え方 37
4　法改正及び制度改正の概要 38
5　計画に基づく事業の体系 42
第４章　目標に向けた取組 44
目標１：安心して暮らすことができる基盤の整備 44
施策１：地域包括支援センターの充実 44
施策２：在宅医療・介護連携の推進 50
施策３：認知症施策の推進 54
施策４：生活支援サービスの基盤整備の推進 61
施策５：家族介護支援 65
施策６：権利擁護 68
施策７：高齢者の居住安定に係る施策との連携 77
施策８：災害対策・感染症対策 78
目標２：生きがいづくりと介護予防の促進 80
施策１：生きがいづくりと社会参加の促進 80
施策２：こころとからだの健康づくり 86
施策３：一般介護予防の充実 91
目標３：高齢者を支えるサービスの充実 98
施策１：介護予防・生活支援サービス事業の充実 98
施策２：介護保険サービスの充実 104
施策３：介護サービス事業者の管理・監督 110
施策４：介護給付等費用適正化事業 112
計画の推進に向けて 116
第５章　介護保険料 120
1　給付費の見込み 120
2　第９期介護保険料について 122
資料編 125
●　第８期介護保険事業計画・第９次高齢者保健福祉計画の検証 125

第１章　計画策定の概要

１　計画策定の趣旨

介護保険制度は、高齢化、核家族化や出生率の低下等が進む中、家族だけで介護を行うことが困難であることや、介護離職問題などを背景に、社会保険方式により社会全体で高齢者介護を支えることを目的として創設されました。平成９年12月に「介護保険法」が成立し、平成12年度の制度開始以降、高齢者を取り巻く状況や社会のニーズに合わせて法改正がされてきました。

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、令和25（2043）年に65歳以上人口が3,953万人、令和37（2055）年に75歳以上人口が2,479万人、令和45（2063）年に85歳以上人口が1,189万人と、それぞれピークを迎えるとされています。

特に、団塊の世代(昭和22年～昭和24年生まれ)がすべて75歳以上となる令和７(2025)年以降は、医療や介護の支援を必要とする人の増加が見込まれるとともに「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化することも予想され、膨らみ続ける介護サービス需要への対策と高齢者を地域で支える仕組みづくりを積極的に推進していくことが必要となります。

この状況を踏まえ、国においては、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)を整備し、「令和７（2025）年を見据えた地域包括ケア計画」により地域包括ケアシステムを構築することが示されてきました。

また、平成29年５月に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、地域包括ケアシステムを深化・推進し、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、制度の持続可能性の確保が求められています。

近年では、令和３（2021）年４月から施行された「改正高年齢者雇用安定法」において、70歳までの就業確保を事業主の努力義務とするなど、高齢者の就労継続の取り組み強化が求められているほか、令和５（2023）年６月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、共生社会の実現という視点から認知症の理解促進や支援の充実が求められています。

平成30年３月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した本市の高齢者人口の動向は、令和22年頃にピークを迎え、13,417人、高齢化率は31.7％になると予想されており、団塊の世代が75歳以上になる令和７（2025）年、さらに団塊ジュニア世代(昭和46年～昭和49年生まれ)が65歳以上になる令和22（2040）年の高齢者数の絶対数が多くなる時期を見据え、住み慣れた地域で可能な限り、「だれもが人として尊重され、ともに支え合う地域社会」が実現できるよう、長寿 いきいき 安心プラン（菊川市第８期介護保険事業計画・第９次高齢者保健福祉計画）を策定して、各種施策を推進してきました。

本計画の計画期間中には、団塊の世代が75歳以上になる令和７（2025）年を迎えます。本市の地域包括ケアシステムを一層推進することとし、長寿 いきいき 安心プラン（第10次高齢者保健福祉計画・菊川市第９期介護保険事業計画）を策定し、各種施策を推進します。

2　計画の性格

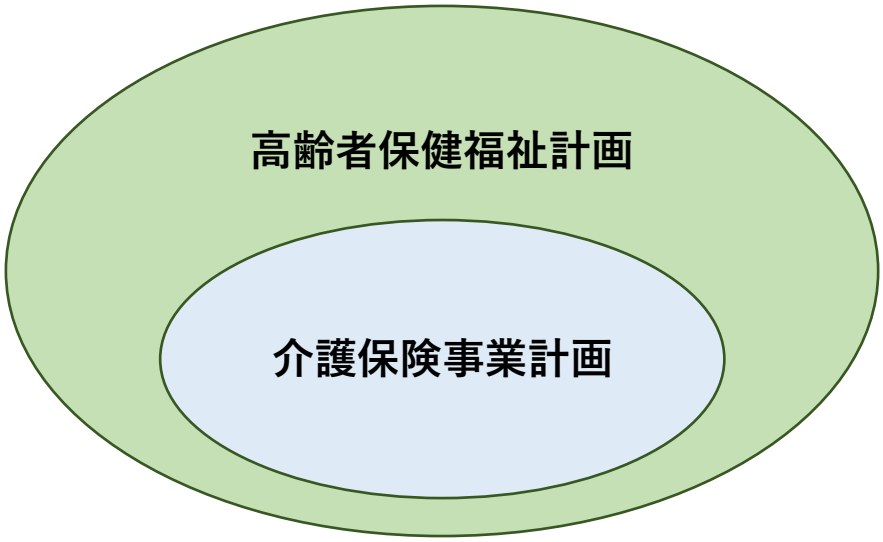
（１）法令等による位置づけ

市町村は、老人福祉法(第20条の８)に基づき、「老人福祉計画(本市においては「高齢者保健福祉計画」といいます。)」を策定することとされています。本市における高齢者保健福祉計画は、全ての高齢者を対象とした保健福祉施策の推進などについて必要な事項を定めるものです。

また、市町村は、介護保険法（第117条第１項）に基づき、国の基本指針(注)に則して、３年を１期とする介護保険事業計画を定めることとされています。この介護保険事業計画は、介護サービスの整備計画であるとともに、各市町村の第１号被保険者に係る保険料の算定基礎となる計画となります。

高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画は、老人福祉法及び介護保険法において、互いの計画と一体のものとして作成されなければならないと定められ、本市では、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の両計画を双方の調和が保たれるよう一体のものとして策定し、本市における高齢者施策推進のための基本計画としています。

図：高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画のイメージ

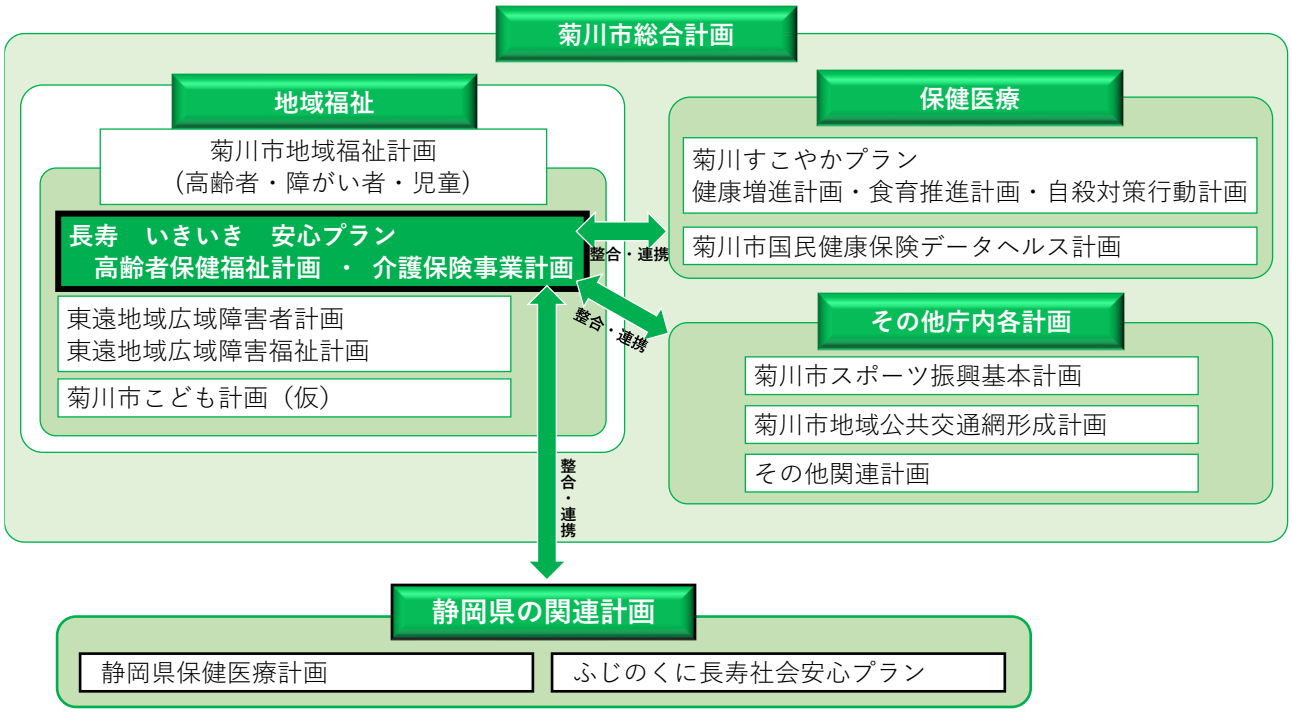


（注）：基本指針･･･「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（厚生労働省告示）

（２）上位計画・関連計画との連携

本計画は、上位計画である菊川市総合計画の基本目標２「健康で元気に暮らせるまち」を具体化し、高齢者保健福祉に関する施策の方針を示したものです。菊川市地域福祉計画をはじめ、高齢者保健福祉に関連する他分野の計画との整合を図り、策定しました。

また、地域における医療及び介護を総合的に確保するため、静岡県の「ふじのくに長寿社会安心プラン(静岡県長寿社会保健福祉計画)」とともに、「静岡県保健医療計画」との整合を図りました。



3　計画の期間

本計画は、令和６年度を初年度とし、令和８年度を目標年度とする３か年を計画の期間とします。

年度	計画	出来事
・ ・ ・		
平成27年度		◀ 団塊の世代が65歳以上に
・ 平成29年度		◀ 第２次菊川市総合計画（～令和７年度）
・		
令和３年度 令和４年度 令和５年度	長寿 いきいき 安心プラン 第８期介護保険事業計画 第９次高齢者保健福祉計画	
令和６年度 **令和７年度** **令和８年度**	**長寿 いきいき 安心プラン(仮)** **第10次高齢者保健福祉計画** **第９期介護保険事業計画**	◀ 菊川市市制20周年 ◀ 団塊の世代が75歳以上に ◀ 第３次菊川市総合計画（～令和15年度）
令和９年度 令和10年度 令和11年度	第11次高齢者保健福祉計画 第10期介護保険事業計画	
・ ・ ・	● ● ●	
令和22年度		◀ 団塊ジュニア世代が65歳以上に
・ ・ ・		

４　計画策定の経過と策定後の推進体制

（１）計画の策定

本計画の策定にあたっては、介護保険法第116条第１項の規定に基づき、国が定める基本指針や、アンケートや関係者等から様々な意見をいただき反映することとしています。

ア　アンケート調査の実施

令和４年度に菊川市の高齢者のふだんの生活実態や健康への意識などの把握や、要支援・要介護認定者のサービス利用の実態を把握するため、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」・「在宅介護実態調査」を実施しました。

イ　計画の策定機関

被保険者代表や保健・福祉・医療機関代表などからなる「菊川市介護保険事業計画等推進委員会」や、施設職員、ケアマネジャー(介護支援専門員)、病院職員、市職員などからなる「菊川市介護保険事業計画等策定ワーキンググループ」において、これまでの介護保険給付実績や高齢者の実態調査結果を参考にしながら計画を検討しました。

ウ　パブリックコメントの実施

本計画の素案について、市民の意見を、本計画に反映していくため、市ホームページなどを通じてパブリックコメントを実施しました。

（２）計画の推進体制

サービスの種類ごとの利用状況など、計画の実施状況について、「菊川市介護保険事業計画等推進委員会」において、毎年度とりまとめ、計画を推進する上での課題分析を行うほか、必要な対策を講じるものとします。

地域包括支援センターの運営については、「菊川市地域包括支援センター運営協議会」、また、地域密着型サービスの運営については、「菊川市地域密着型サービス運営委員会」において点検・評価していきます。

第２章　高齢者を取り巻く菊川市の状況

1　高齢者の現状

（１）総人口・高齢者の推移

市の総人口をみると、令和４年は47,831人となっています。令和８年の総人口は47,296人、さらに令和32年には40,848人まで減少すると推計されます。

第９期計画期間の最終年度である令和８年では、総人口は47,296人、うち65歳以上人口が13,426人、高齢化率は28.4％に上昇することが見込まれます。

表：総人口・高齢化率の推移　（人）

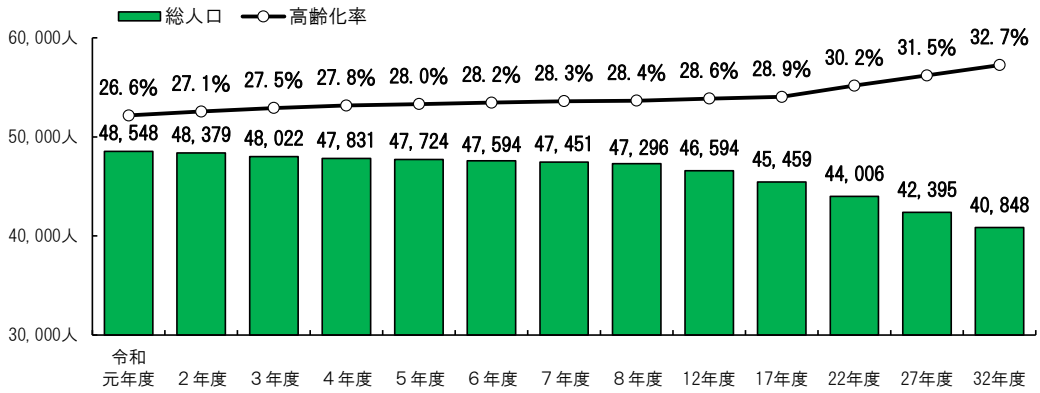
	実績値				
	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	令和５年
総人口	48,548	48,379	48,022	47,831	47,724
高齢化率	26.6%	27.1%	27.5%	27.8%	28.0%
高齢者人口	12,915	13,095	13,207	13,299	13,349
65～74歳	6,617	6,763	6,872	6,788	6,518
75歳以上	6,298	6,332	6,335	6,511	6,831
うち 80歳以上	4,030	4,100	4,159	4,214	4,266
40～64歳人口	15,296	15,220	15,188	15,217	15,289
40歳未満人口	20,337	20,064	19,627	19,315	19,086

（人）

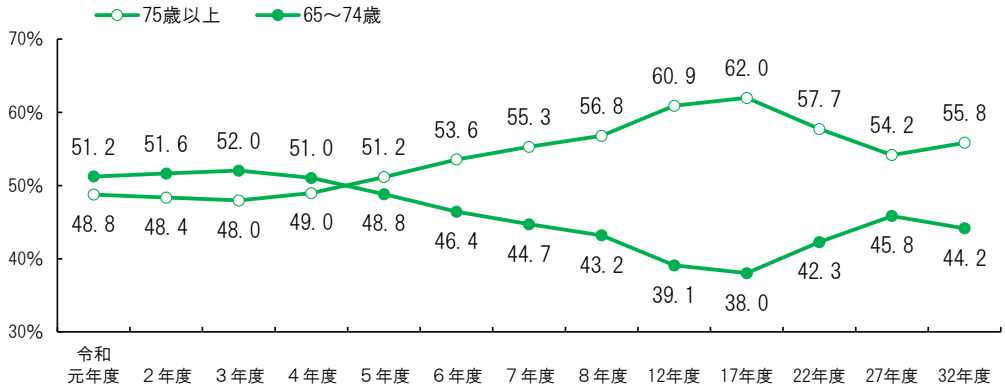
	推計値							
	令和６年	令和７年	令和８年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
総人口	47,594	47,451	47,296	46,594	45,459	44,006	42,395	40,848
高齢化率	28.2%	28.3%	28.4%	28.6%	28.9%	30.2%	31.5%	32.7%
高齢者人口	13,401	13,444	13,426	13,348	13,116	13,294	13,335	13,361
65～74歳	6,223	6,010	5,800	5,219	4,987	5,621	6,112	5,899
75歳以上	7,178	7,434	7,626	8,129	8,129	7,673	7,223	7,462
うち 80歳以上	4,311	4,300	4,267	5,197	5,651	5,453	4,966	4,685
40～64歳人口	15,311	15,361	15,472	15,467	15,183	14,192	13,447	12,918
40歳未満人口	18,882	18,646	18,398	17,779	17,160	16,520	15,613	14,569

※実績値：各年10月1日現在
※推計値：平成30年～令和４年の住民基本台帳（外国人を含む。）を基にコーホート変化率法により推計した値

図：総人口・高齢化率の推移



図：前期・後期高齢者別割合の推移



（２）認定者数の状況

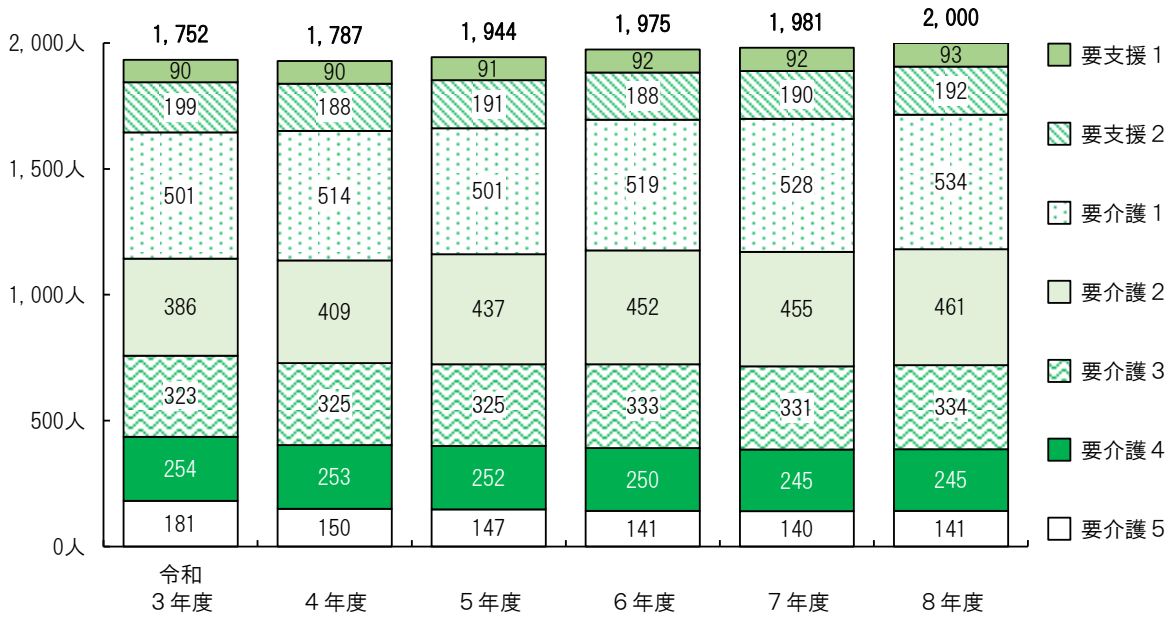
認定者数をみると、年々増加傾向にあり、令和８年度には2,000人となる見込みです。

表：認定者数の推移　　（人）

	実績値			推計値		
	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	90	90	91	92	92	93
要支援２	199	188	191	188	190	192
要支援　小計	289	278	282	280	282	285
要介護１	501	514	501	519	528	534
要介護２	386	409	437	452	455	461
要介護３	323	325	325	333	331	334
要介護４	254	253	252	250	245	245
要介護５	181	150	147	141	140	141
要介護　小計	1,645	1,651	1,662	1,695	1,699	1,715
合計	1,934	1,929	1,944	1,975	1,981	2,000
要介護等認定率	14.4%	14.3%	14.3%	14.5%	14.5%	14.7%

（10月1日現在）
※認定者数は、第１号被保険者数と第２号被保険者数を合わせた数
※要介護等認定率は、第１号被保険者の割合

図：認定者数の推移

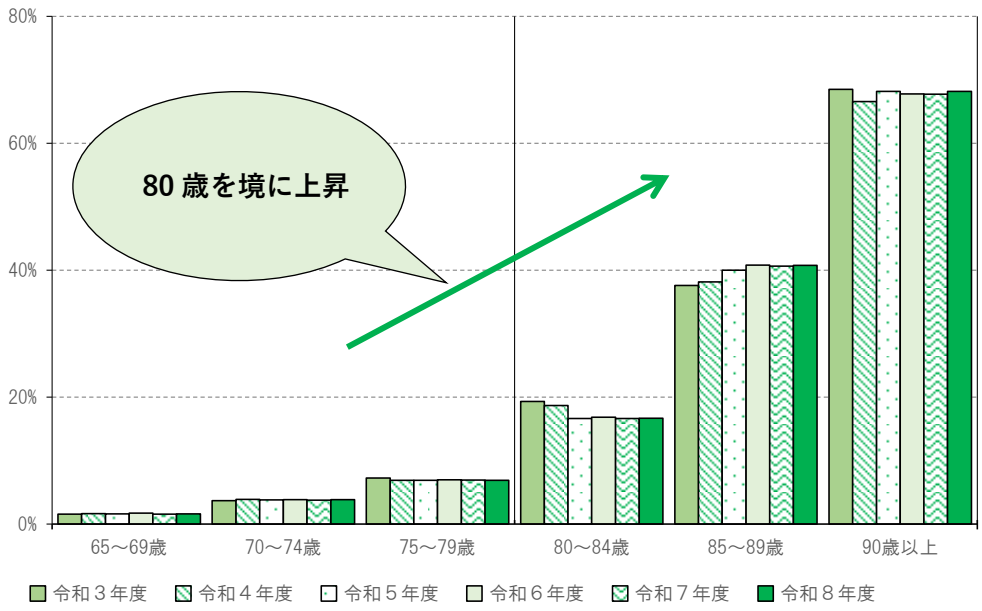


表：認定率の推移　（%）

		実績値			推計値		
		令和３年	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年
第１号被保険者		14.4	14.3	14.3	14.5	14.5	14.7
	65～69歳	1.6	1.6	1.6	1.7	1.6	1.6
	70～74歳	3.7	3.9	3.8	3.8	3.8	3.8
	75～79歳	7.3	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9
	80～84歳	19.3	18.7	16.6	16.8	16.6	16.6
	85～89歳	37.6	38.1	40.0	40.8	40.6	40.7
	90歳以上	68.5	66.6	68.2	67.8	67.7	68.2
第２号被保険者		0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

（10月1日現在）

図：認定率の推移



表：総合事業対象者の推計 **（人）**

	実績値			推計値		
	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	90	90	91	92	92	93
要支援２	199	188	191	188	190	192
要支援　小計	289	278	282	280	282	285
総合事業対象者数	155	162	163	165	165	165
総数	444	440	445	445	447	450

（10月1日現在）

表：総合事業の実施状況（令和４年度）

介護予防・生活支援サービス事業

1　訪問型サービス

○訪問介護相当サービス（従前・ホームヘルプ）
　指定：10事業者（市内６、市外４）で実施
○訪問型軽度生活援助サービス（サービスＡ）
　シルバー人材センター会員による支援
○訪問型元気はつらつ教室（サービスＣ）
　生活機能等の改善のため、専門職による介護予防支援サービスを短期集中的に提供

2　通所型サービス

○通所介護相当サービス（従前・デイサービス）
　指定：34事業者（市内13、市外21）で実施
○元気はつらつ教室（サービスＣ）
　運動コース、認知症予防コース
　生活機能等の改善のため、専門職による介護予防支援サービスを短期集中的に提供

一般介護予防事業

1　介護予防普及啓発事業

○菊川いきいき体操教室
○健やか教室
○脳の健康チェック
○ココ・カラ元気広場
○フレイル予防教室
○出前行政講座（３種類）
○いきいきサロン（けやき・東部・松風苑）

2　地域介護予防活動

○いきいき応援隊養成講座
○地域活動への歯科衛生士・看護師の派遣

3　地域リハビリテーション活動支援事業

○地域活動へのリハビリ専門職の派遣

（３）認知症高齢者の状況

認知症高齢者数をみると、年々増加傾向にあり、令和８年度には2,756人となる見込みです。

表：認知症高齢者の状況　（人）

		実績値					推計値		
		令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	令和５年	令和６年	令和７年	令和８年
自立		294	273	260	279	279	281	283	285
Ⅰ		360	453	472	511	473	476	479	482
	Ⅱａ	181	254	277	270	315	332	349	366
	Ⅱｂ	628	537	614	649	645	679	713	748
	Ⅲａ	486	404	437	476	454	478	502	527
	Ⅲｂ	82	138	163	160	161	169	178	187
	Ⅳ	75	118	125	128	121	127	134	140
	Ｍ	3	17	18	16	18	19	20	21
Ⅱ以上		1,455	1,468	1,634	1699	1714	1,804	1,896	1,989
合計		2,109	2,194	2,366	2,489	2,466	2,561	2,658	2,756
高齢者に占める割合(%)		16.3	16.8	17.9	18.7	18.5	19.3	19.6	20.2

※10月１日時点を基準にしている。申請日から、認定有効期間に10月１日が入る時点を採用。該当が複数ある場合は、10月１日に近い方を採用した。認定結果が非該当の人は、有効期間が取れないので対象外とした。

表：認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク		判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
Ⅱ		日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
	Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
	Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
Ⅲ		日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
	Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
	Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ	
Ⅳ		日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
Ｍ		著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。 専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

資料：平成18年４月３日　老健第135号厚生省老人保健福祉局通知

（４）高齢者の世帯の状況

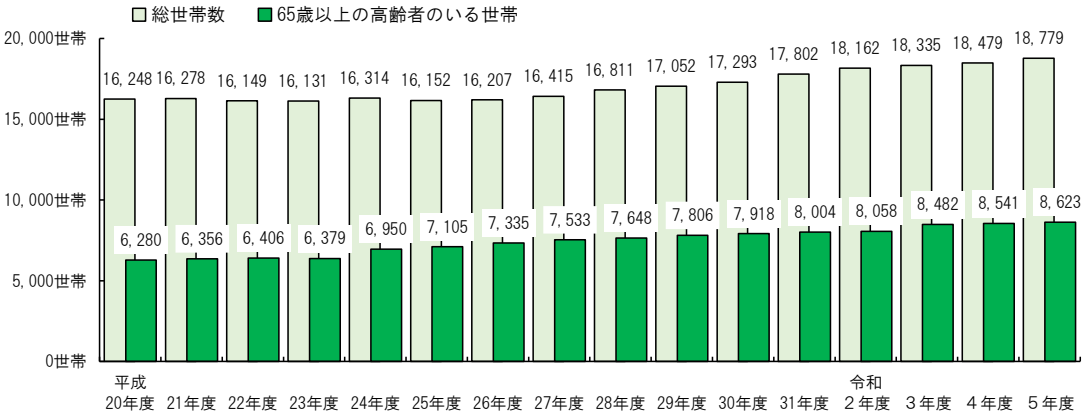
高齢者のいる世帯数は年々増加しており、令和５年度には8,623世帯、市内の総世帯数に占める割合も45.9％となっています。子らとの同居世帯は減少し、ひとり暮らし世帯、夫婦のみ世帯やその他の高齢者のみ世帯は増加しています。

表：高齢者世帯数の推移　　**（上段：世帯　下段：％）**

	総世帯数	65歳以上の高齢者のいる世帯				
			子らとの同居世帯	ひとり暮らし世帯	夫婦のみ世帯	その他の高齢者のみ世帯
平成20年度	16,248	6,280	4,933	534	740	73
	100.0	38.7	30.4	3.3	4.6	0.4
平成21年度	16,278	6,356	4,966	541	765	84
	100.0	39.0	30.5	3.3	4.7	0.5
平成22年度	16,149	6,406	4,942	579	799	86
	100.0	39.7	30.6	3.6	4.9	0.5
平成23年度	16,131	6,379	4,921	600	775	83
	100.0	39.5	30.5	3.7	4.8	0.5
平成24年度	16,314	6,950	4,923	945	977	105
	100.0	42.6	30.2	5.8	6.0	0.6
平成25年度	16,152	7,105	4,936	1,014	1,050	105
	100.0	44.0	30.6	6.3	6.5	0.7
平成26年度	16,207	7,335	4,967	1,084	1,137	147
	100.0	45.3	30.6	6.7	7.0	0.9
平成27年度	16,415	7,533	4,967	1,164	1,237	165
	100.0	45.9	30.3	7.1	7.5	1.0
平成28年度	16,811	7,648	4,869	1,293	1,312	174
	100.0	45.5	29.0	7.7	7.8	1.0
平成29年度	17,052	7,806	4,835	1,342	1,406	223
	100.0	45.8	28.4	7.9	8.2	1.3
平成30年度	17,293	7,918	4,769	1,398	1,518	233
	100.0	45.8	27.6	8.1	8.8	1.3
令和元年度	17,802	8,004	4,721	1,499	1,573	211
	100.0	45.0	26.5	8.4	8.8	1.2
令和２年度	18,162	8,058	4,579	1,694	1,599	186
	100.0	44.4	25.2	9.3	8.8	1.0
令和３年度	18,335	8,482	4,612	1,895	1,689	286
	100.0	46.3	25.2	10.3	9.2	1.6
令和４年度	18,479	8,541	4,498	1,976	1,773	294
	100.0	46.2	24.3	10.7	9.6	1.6
令和５年度	18,779	8,623	4,388	2,084	1,850	301
	100.0	45.9	23.4	11.1	9.9	1.6

資料：高齢者福祉行政の基礎調査（４月１日現在）

図：高齢者世帯数の推移

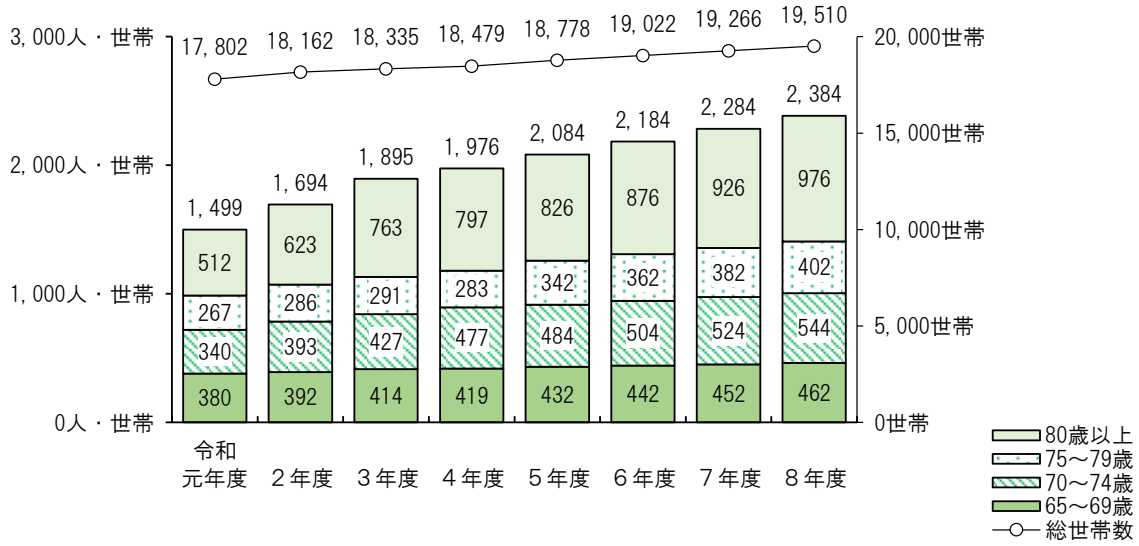


表：ひとり暮らし高齢者数の将来推計　（人）

	実績値					推計値		
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
65～69歳	380	392	414	419	432	442	452	462
70～74歳	340	393	427	477	484	504	524	544
75～79歳	267	286	291	283	342	362	382	402
80歳以上	512	623	763	797	826	876	926	976
総世帯数(世帯)	17,802	18,162	18,335	18,479	18,778	19,022	19,266	19,510

資料：高齢者福祉行政の基礎調査（４月１日現在）

図：ひとり暮らし高齢者数の将来推計



（５）高齢者のいる世帯の住居の状況

高齢者のいる世帯の住居状況をみると、持ち家は９割を超えており、静岡県の86.3％よりも割合が高くなっています。

表：高齢者のいる世帯の住居数の推移　　**（上段：世帯数　下段：％）**

	持ち家	公営等の借家	民営の借家	給与住宅	間借り	住宅以外に住む一般世帯	総数
平成２年	4,209	44	70	15	4	6	4,348
	96.8	1.0	1.6	0.3	0.1	0.1	100.0
平成７年	4,939	41	88	14	7	5	5,094
	97.0	0.8	1.7	0.3	0.1	0.1	100.0
平成12年	5,455	65	112	15	4	10	5,661
	96.4	1.1	2.0	0.3	0.1	0.2	100.0
平成17年	5,832	74	150	15	14	18	6,103
	95.6	1.2	2.5	0.2	0.2	0.3	100.0
平成22年	6,207	85	215	12	11	9	6,539
	94.9	1.3	3.3	0.2	0.2	0.1	100.0
平成27年	6,886	104	327	19	8	10	7,354
	93.6	1.4	4.4	0.3	0.1	0.1	100.0
令和２年	7,251	104	397	24	24	24	7,824
	92.7	1.3	5.1	0.3	0.3	0.3	100.0
静岡県 令和２年	591,152	18,166	68,305	1,826	3,543	1,771	684,763
	86.3	2.7	10.0	0.3	0.5	0.3	100.0

資料：国勢調査
※静岡県は住居の種類「不詳」があるため、合計と一致しない

（６）高齢者の就業状況

高齢者の就業状況をみると、菊川市の高齢者の就業率は4,197人（32.6％）となっており、静岡県の26.6％よりも高くなっています。

表：高齢者の労働人口の状況　　**（上段：世帯数　下段：％）**

		総数	労働人口			非労働力人口	労働力状態「不詳」
				就業者	完全失業者		
65歳以上		12,864	4,303	4,197	106	8,259	302
		100.0	33.4	32.6	0.8	64.2	2.3
	男性	5,923	2,468	2,387	81	3,308	147
		100.0	41.7	40.3	1.4	55.9	2.5
	女性	6,941	1,835	1,810	25	4,951	155
		100.0	26.4	26.1	0.4	71.3	2.2
静岡県		1,084,282	298,270	288,835	9,435	751,118	34,894
		100.0	27.5	26.6	0.9	69.3	3.2

資料：令和２年国勢調査

（７）死亡した場所の状況

死亡した場所の状況をみると、令和２年は病院で亡くなった人が271人（56.1％）と最も多く、次に自宅で亡くなった人が102人（21.1％）、老人ホームで亡くなった人が70人（14.5％）となっています。

病院で亡くなる人は減少傾向となっている一方で、自宅で亡くなる人が増加傾向となっています。

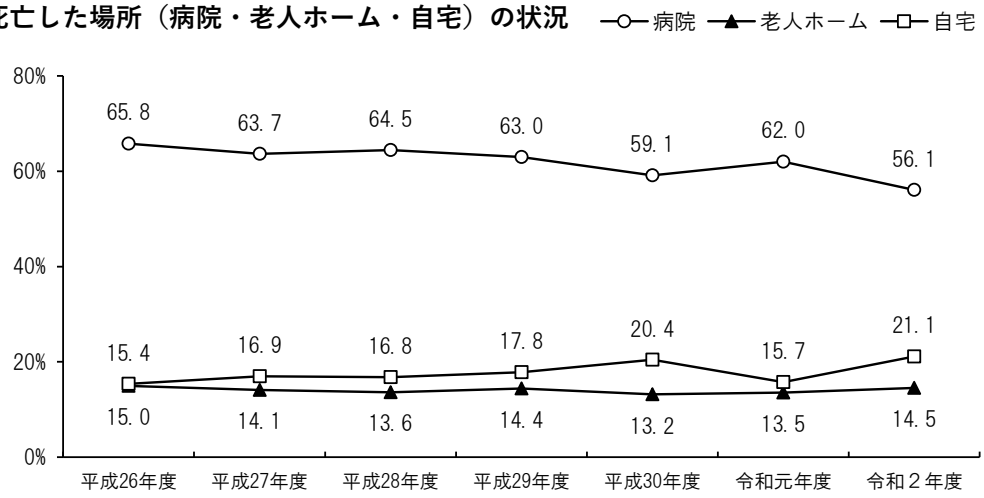
表：死亡した場所の状況　（人）

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和２年度
病院	325	312	303	315	278	284	271
診療所	0	1	1	0	3	2	-
介護医療院・老人保健施設	11	16	15	18	26	30	34
老人ホーム	74	69	64	72	62	62	70
自宅	76	83	79	89	96	72	102
その他	8	9	8	6	5	8	6
総数	494	490	470	500	470	458	483

資料：静岡県人口動態統計

※「老人ホーム」とは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
「自宅」にはグループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。平成30年度分から「老人保健施設」を、「介護医療院・介護老人保健施設」に分類名称変更。

図：死亡した場所（病院・老人ホーム・自宅）の状況



2　アンケートの調査結果

令和４年度　菊川市　高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査
(介護予防・日常生活圏域ニーズ調査／在宅介護実態調査)

◆調査の方法

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	65歳以上の高齢者 （一般高齢者、総合事業対象者、要支援認定者）	要介護認定（１～５）を受けている人
	※平成25年度調査 一般高齢者 **※平成28年度調査** 一般高齢者・要支援認定者 **※令和元年度調査** 一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者 **※令和４年度調査** 一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者	**※平成25年度調査** 在宅要支援・要介護認定者 **※平成28年度調査** 在宅要介護認定者 **※令和元年度調**査 在宅要介護認定者 **※令和４年度調査** 在宅要介護認定者
標本数	1,100人	400人
抽出方法	無作為抽出	
調査方法	郵送配布・郵送回収	
調査期間	令和５年１月17日　～　１月31日	

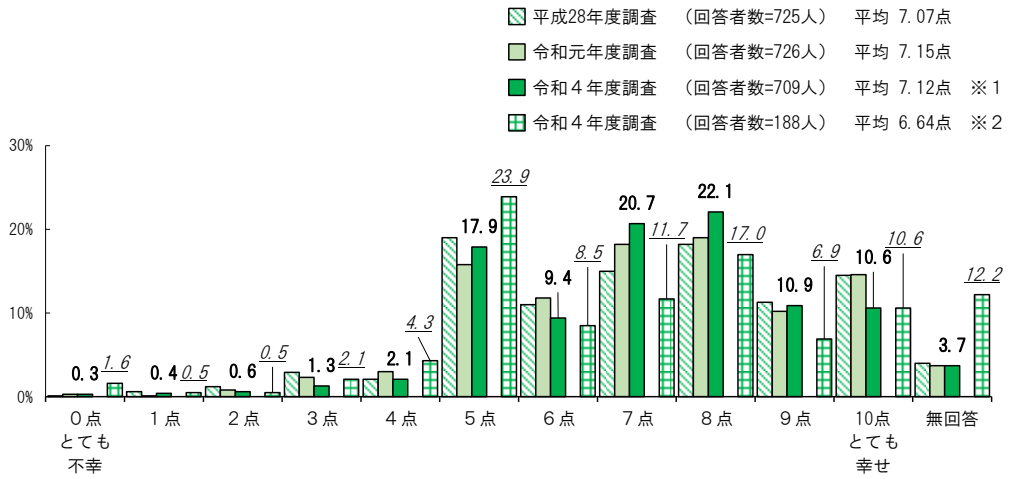
◆回収状況

	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	在宅介護実態調査
発送数	1,100	400
有効回収数	709	188
有効回収率	64.5%	47.0%

（１）現在の幸せ度

あなたは、現在どの程度幸せですか。

＜日常生活圏域ニーズ調査＞



※１介護予防・日常生活圏域ニーズ調査　※２在宅介護実態調査

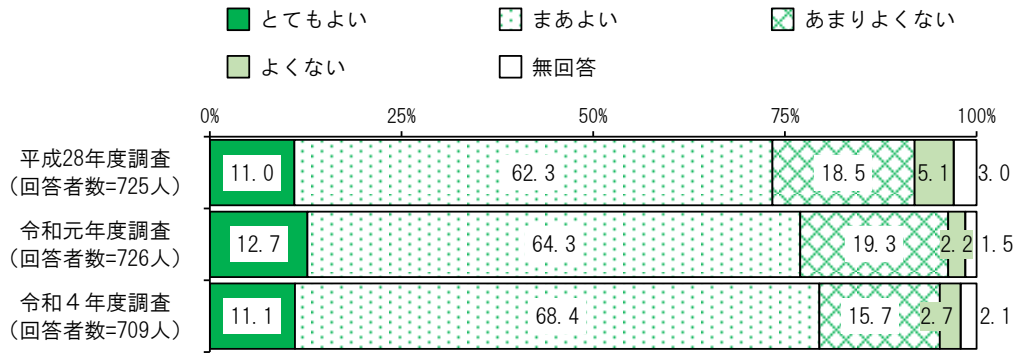
現在の幸せ度は、令和４年度調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）では「８点」22.1％が最も多く、平均は、7.12点となっています。

現在の幸せ度は、令和４年度調査（在宅介護実態調査）では「５点」23.9％が最も多く、平均は、6.64点となっています。

（２）健康状態

現在のあなたの健康状態はいかがですか。

＜日常生活圏域ニーズ調査＞

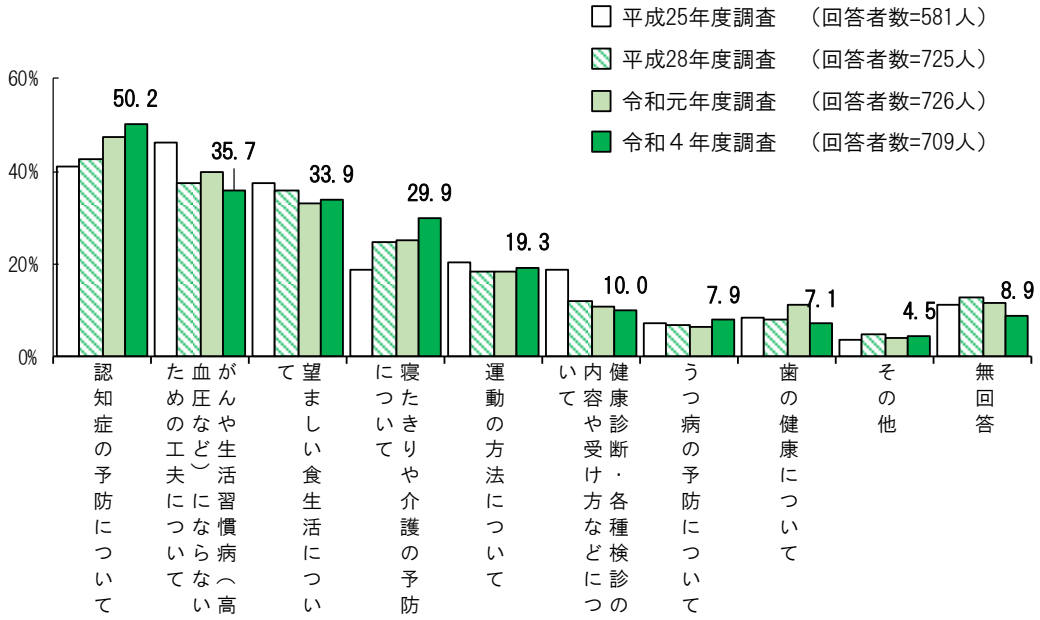


健康状態は、令和４年度調査では、「とてもよい」と「まあよい」を合わせた『よい』が79.5％となっています。

（３）健康について知りたいこと

健康についてどのようなことが知りたいですか。(複数回答)

＜日常生活圏域ニーズ調査＞

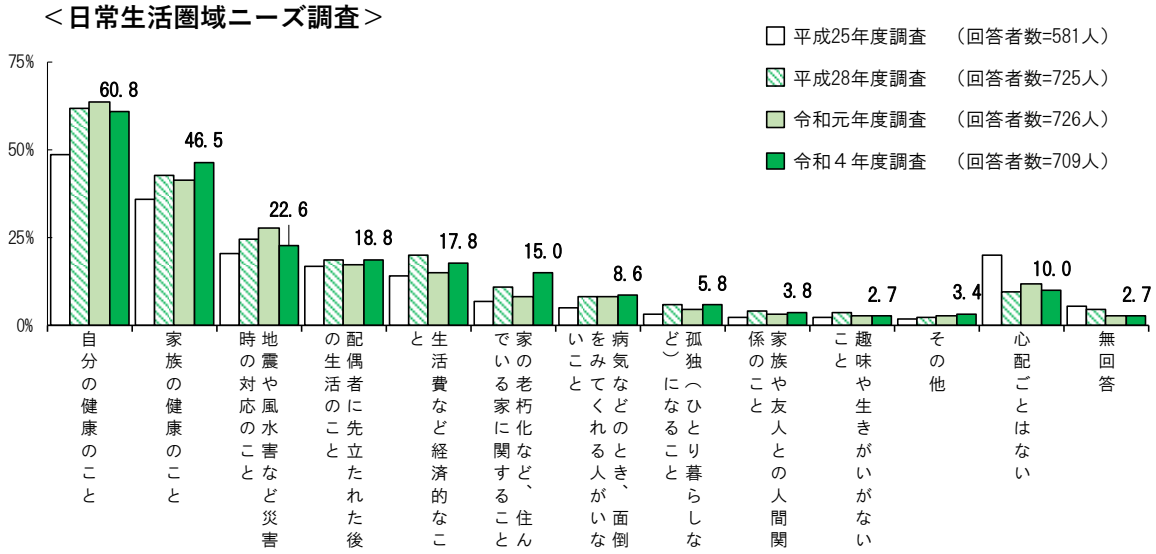


健康について知りたいことは、令和４年度調査では「認知症の予防について」が50.2％で最も多く、以下「がんや生活習慣病（高血圧など）にならないための工夫について」35.7％、「望ましい食生活について」33.9％、「寝たきりや介護の予防について」29.9％となっています。

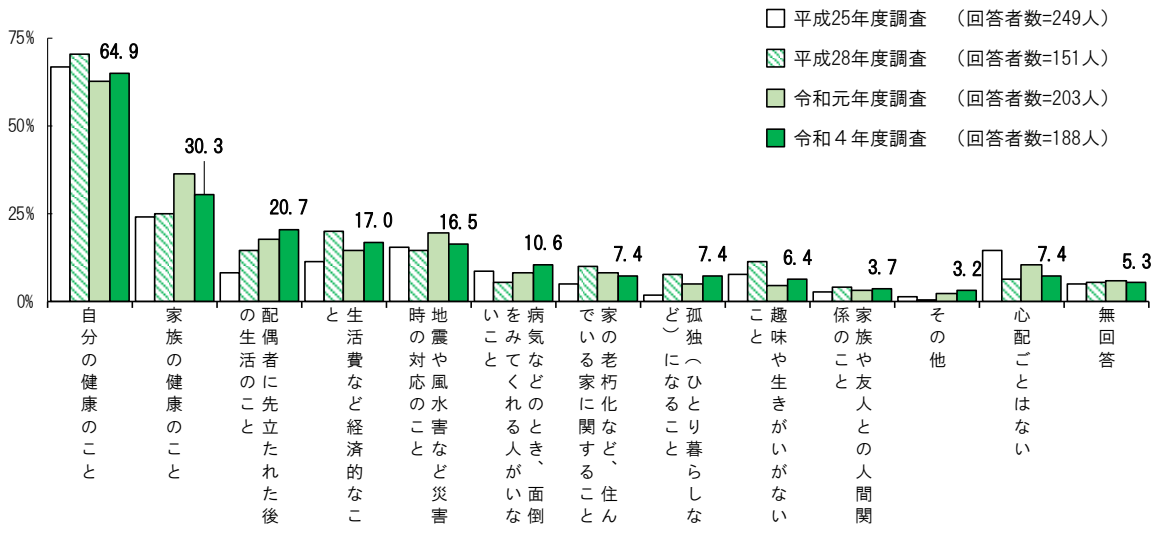
（４）心配ごとや悩みごと

心配ごとや悩みごとがありますか。(複数回答)

＜日常生活圏域ニーズ調査＞



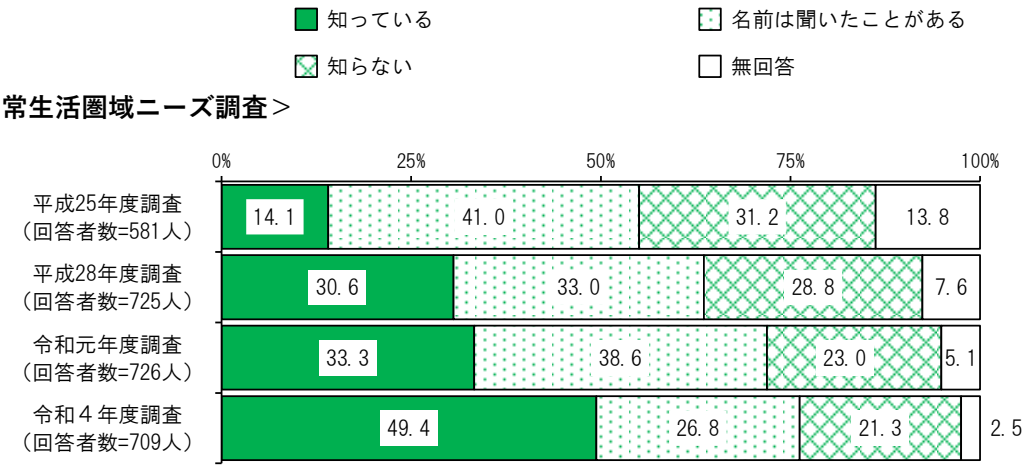
＜在宅介護実態調査＞

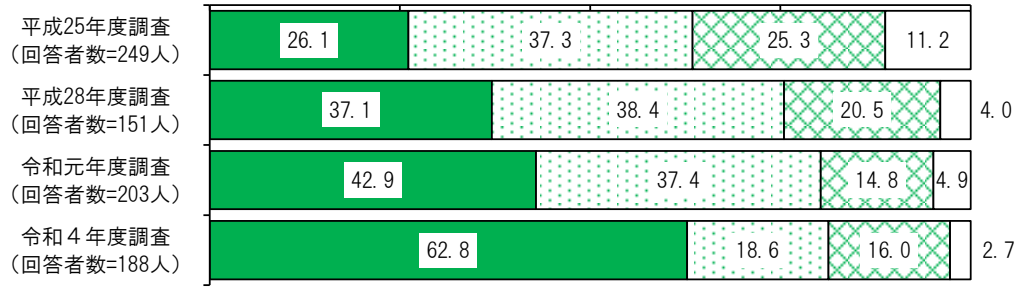


心配ごとや悩みごとは、令和４年度調査では「自分の健康のこと」が日常生活圏域ニーズ調査において60.8%、在宅介護実態調査において64.9%と最も多くなっています。

（５）地域包括支援センターの役割の認知状況

高齢者相談窓口として菊川市に地域包括支援センターがあることを知っていますか。





地域包括支援センターの役割の認知状況は、令和４年度調査では「知っている」が日常生活圏域ニーズ調査において49.4％、在宅介護実態調査において62.8％と最も多くなっています。

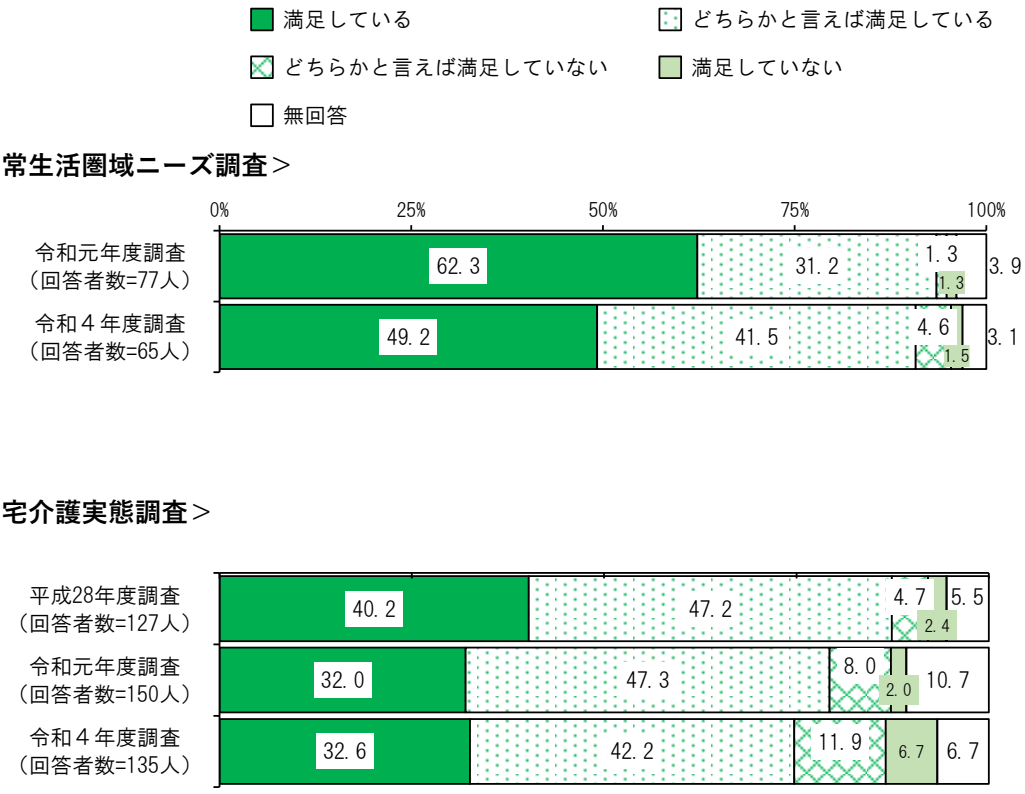
※平成25年～令和元年度調査では、設問の仕方が、令和４年度調査と異なります。
上記グラフにおいては、以下のように対応しています。

設問　地域包括支援センターの役割を知っていますか。
選択肢１　知っている（上記グラフでは「知っている」）
選択肢２　名前は聞いたことがあるが、役割までは知らない（上記グラフでは「名前は聞いたことがある」）
選択肢３　地域包括支援センターの存在を知らない（上記グラフでは「知らない」）

（６）介護保険サービスの満足度

※サービスを利用している人のみ

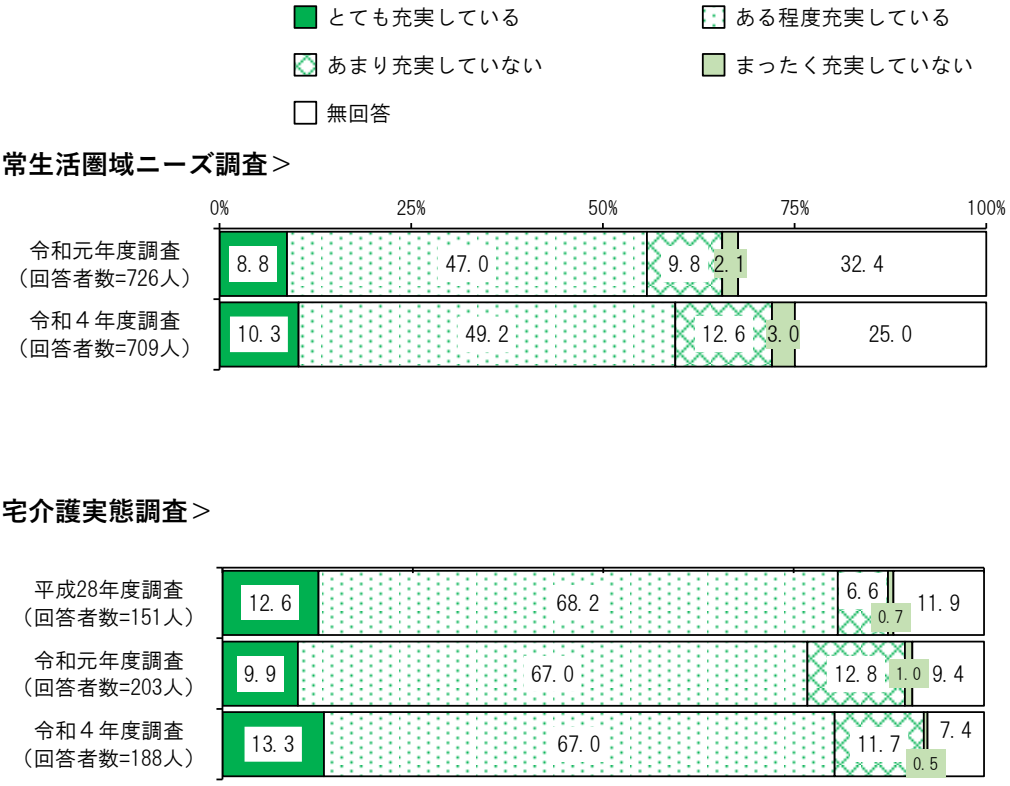
現在利用している介護保険サービスに満足していますか。



介護保険サービスの満足度は、令和４年度調査では「満足している」と「どちらかと言えば満足している」を合わせた『満足している』が、が日常生活圏域ニーズ調査において90.7％、在宅介護実態調査において74.8％と多くなっています。

（７）菊川市の介護保険サービスの充実度

菊川市の介護保険サービスは充実していると思いますか。



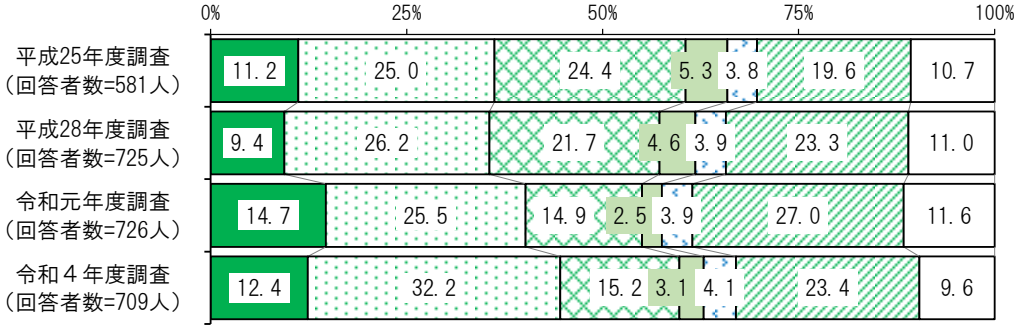
菊川市の介護保険サービスの充実度は、令和４年度調査では「とても充実している」と「ある程度充実している」を合わせた『充実している』が、日常生活圏域ニーズ調査において59.5％、在宅介護実態調査において80.3％と多くなっています。

（８）介護保険サービスを充実させるために、費用負担が増えることについての考え

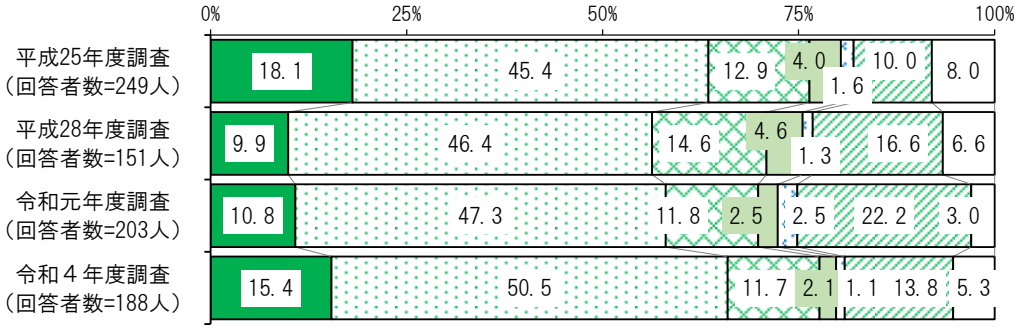
超高齢社会を迎え、介護保険サービスを充実させるために、費用負担が増えることについてどう思いますか。

- 保険料や利用料などの負担がその分増えてもやむを得ない
- 保険料の負担がその分増えることはやむを得ないが、利用料の負担は現状程度とするのがよい
- 保険料の負担は現状程度とし、必要な費用は利用者の自己負担とするのがよい
- 保険料や利用料の負担は現状程度とし、介護保険サービスが低下してもやむを得ない
- 保険料や利用料の負担を減らし、介護保険サービスの充実は望まない
- わからない
- 無回答

＜日常生活圏域ニーズ調査＞



＜在宅介護実態調査＞

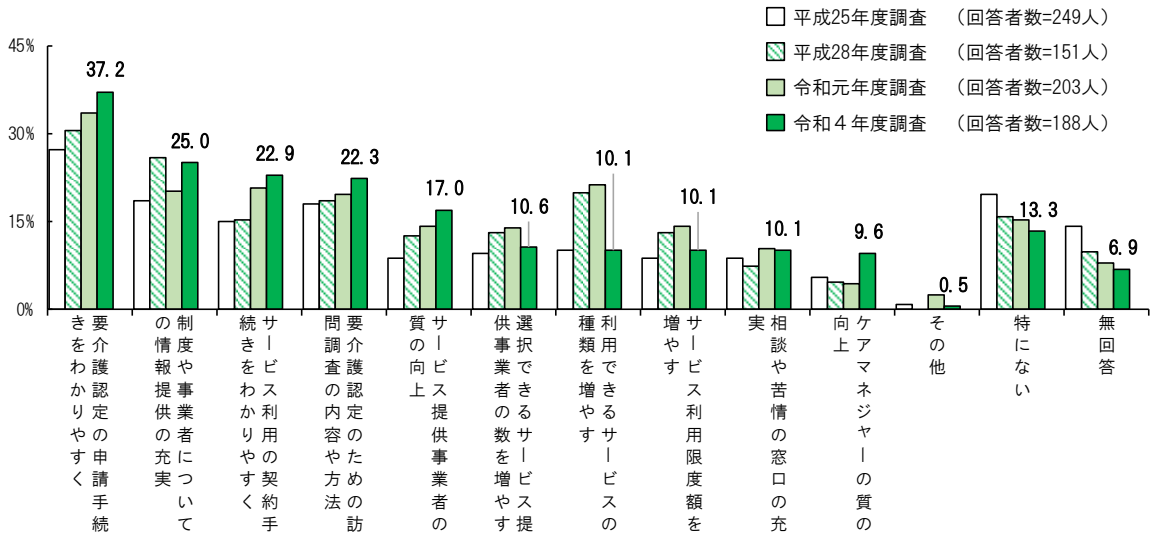


介護保険サービスを充実させるために、費用負担が増えることについての考えは、令和４年度調査では「保険料の負担がその分増えることはやむを得ないが、利用料の負担は現状程度とするのがよい」が日常生活圏域ニーズ調査において32.2％と多く、在宅介護実態調査において50.5％と最も多くなっています。

（９）介護保険サービスの利用や申請手続きに関して、今後改善して欲しいこと

介護保険サービスの利用や申請手続きに関して、今後どのようなことを改善して欲しいと思いますか。(複数回答)

＜在宅介護実態調査＞



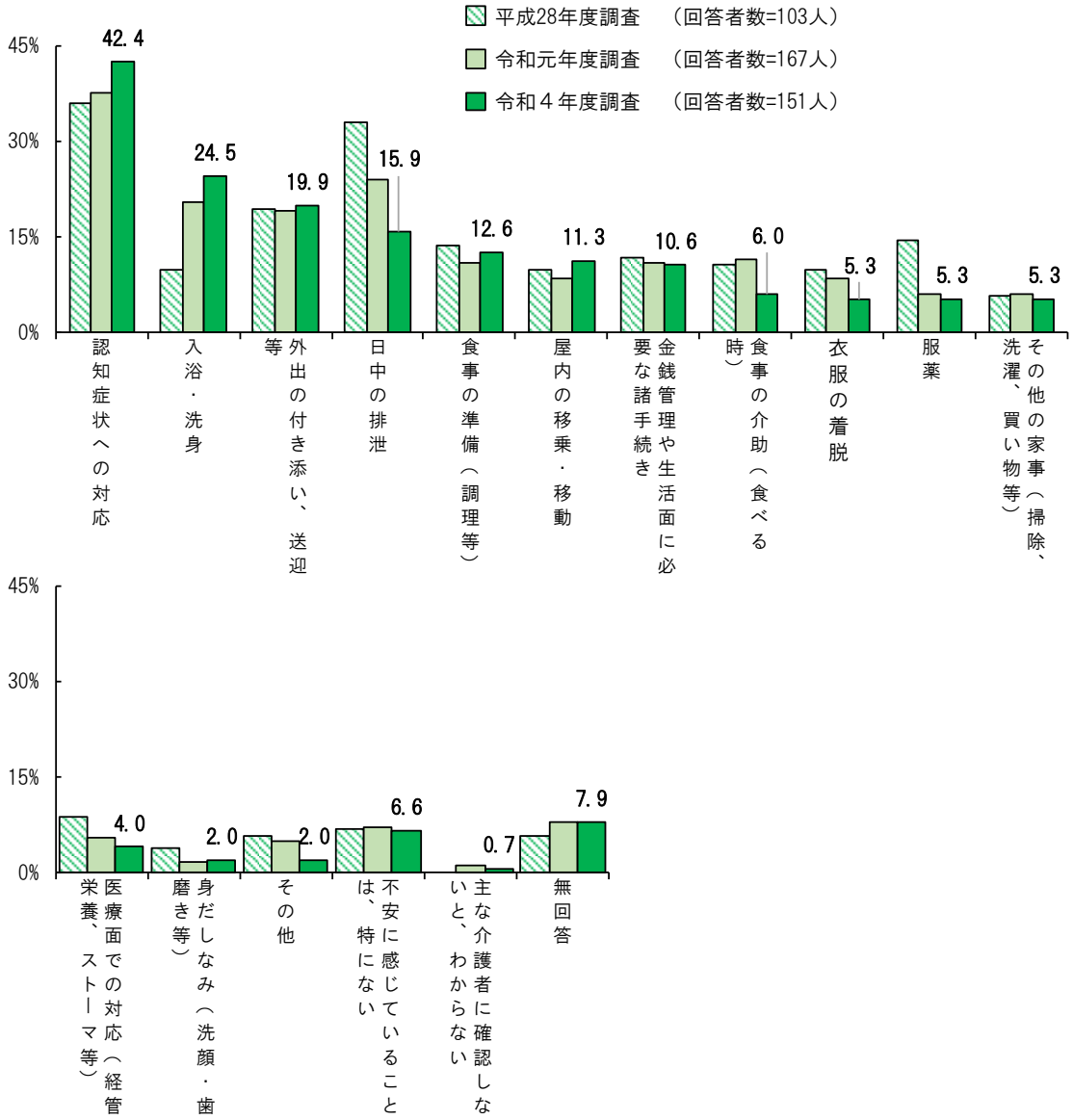
介護保険サービスの利用や申請手続きに関して、今後改善してほしいことは、令和４年度調査では「要介護認定の申請手続きをわかりやすく」が37.2%と最も多く、以下「制度や事業所についての情報提供の充実」25.0%、「サービス利用の契約手続きをわかりやすく」22.9%となっています。

（10）現在の生活を継続していく上で介護者が不安に感じる介護(※主な介護者が回答)

※主な介護者のみ

現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等は何ですか。
現状で行っているか否かは問いません。(複数回答)

＜在宅介護実態調査＞



※「主な介護者に確認しないと、わからない」は、平成28年度調査では選択肢がない。

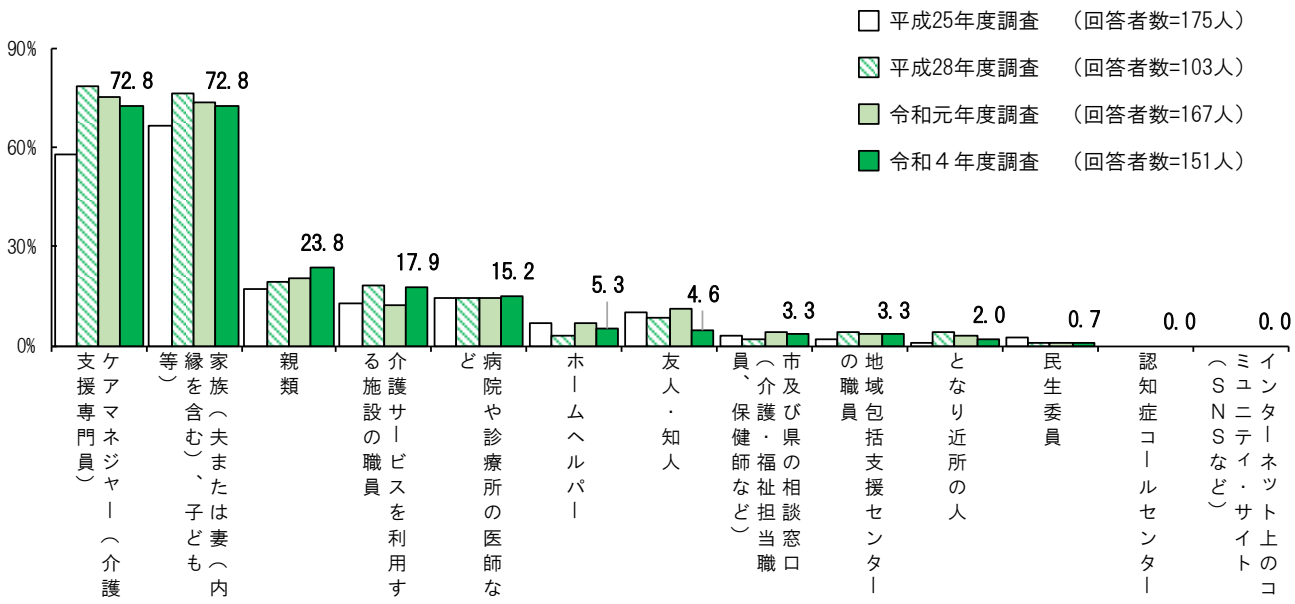
現在の生活を継続していく上で介護者が不安に感じる介護は、令和４年度調査では「認知症状への対応」が42.4%で最も多く、以下「入浴・洗身」24.5%、「外出の付き添い、送迎等」19.9%、「日中の排泄」15.9%となっています。

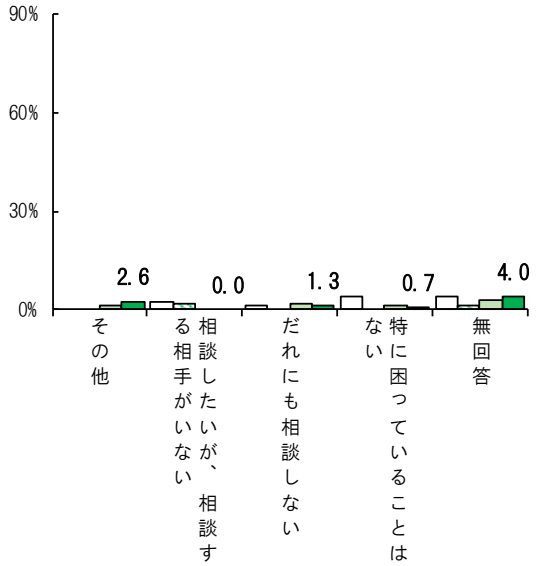
（11）介護に困ったときの相談先(※主な介護者が回答)

※主な介護者のみ

あなたは介護に困ったときだれに相談していますか。(複数回答)

＜在宅介護実態調査＞

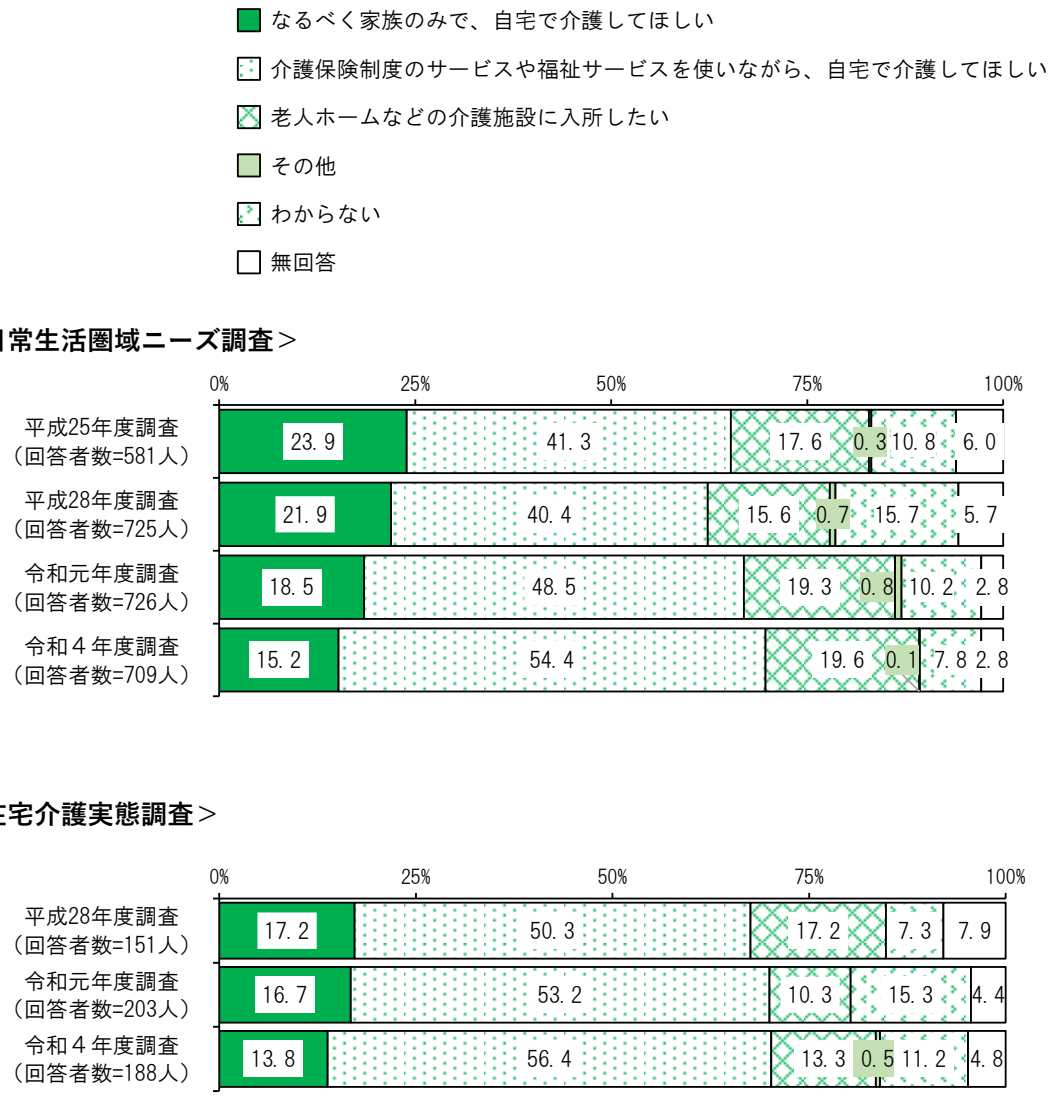




介護に困ったときの相談先は、令和４年度調査では「ケアマネジャー(介護支援専門員)」72.8%と「家族(夫または妻(内縁を含む)、子ども等)」が72.8%と最も多く、以下「親類」23.8%などとなっています。

（12）どこで介護を受けたいか

あなたに介護が必要となった場合、どこで介護を受けたいと思いますか。

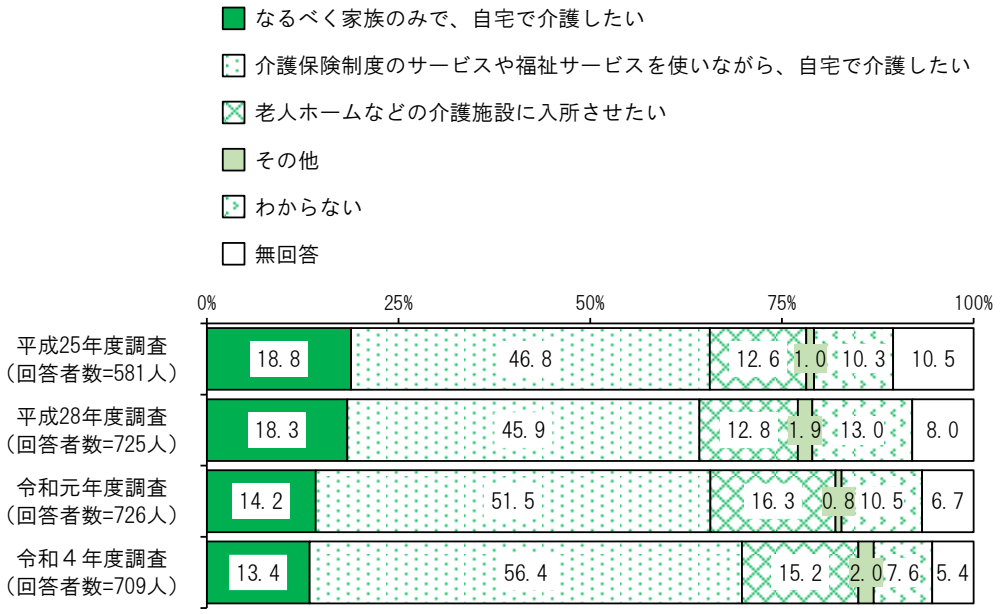


どこで介護を受けたいかは、令和４年度調査では「介護保険制度のサービスや福祉サービスを使いながら、自宅で介護してほしい」が日常生活圏域ニーズ調査において54.4％、在宅介護実態調査において56.4％と最も多くなっています。

（13）どのように介護したいか

あなたの家族に介護が必要となった場合、どのように介護したいと思いますか。

＜日常生活圏域ニーズ調査＞

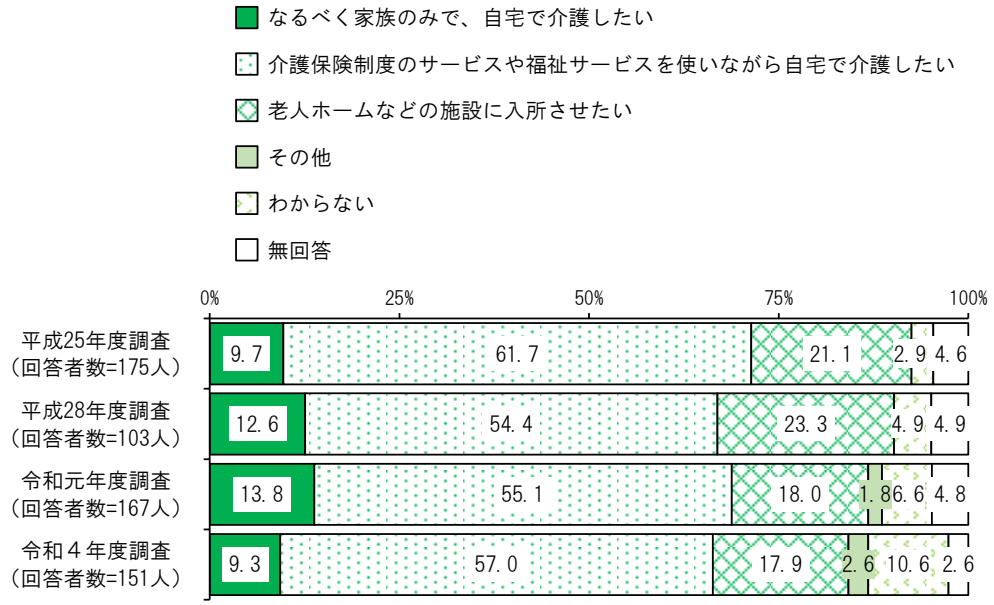


どのように介護したいかは、令和４年度調査では「介護保険制度のサービスや福祉サービスを使いながら、自宅で介護したい」が56.4%で最も多く、以下「老人ホームなどの介護施設に入所させたい」15.2%、「なるべく家族のみで、自宅で介護したい」13.4%となっています。

※主な介護者のみ

あなたは今後、どのように介護したいと思いますか。

＜在宅介護実態調査＞

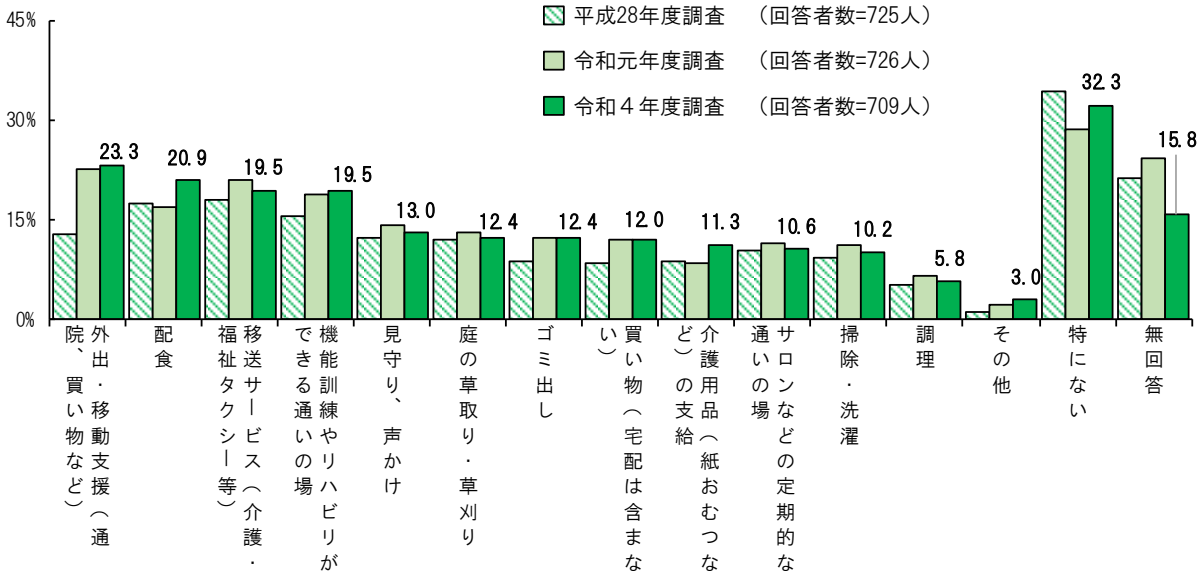


今後、どのように介護したいかは、令和４年度調査では「介護保険制度のサービスや福祉サービスを使いながら自宅で介護したい」が57.0%で最も多く、以下「老人ホームなどの施設に入所させたい」17.9%、「わからない」が10.3%「なるべく家族のみで、自宅で介護したい」9.3%となっています。

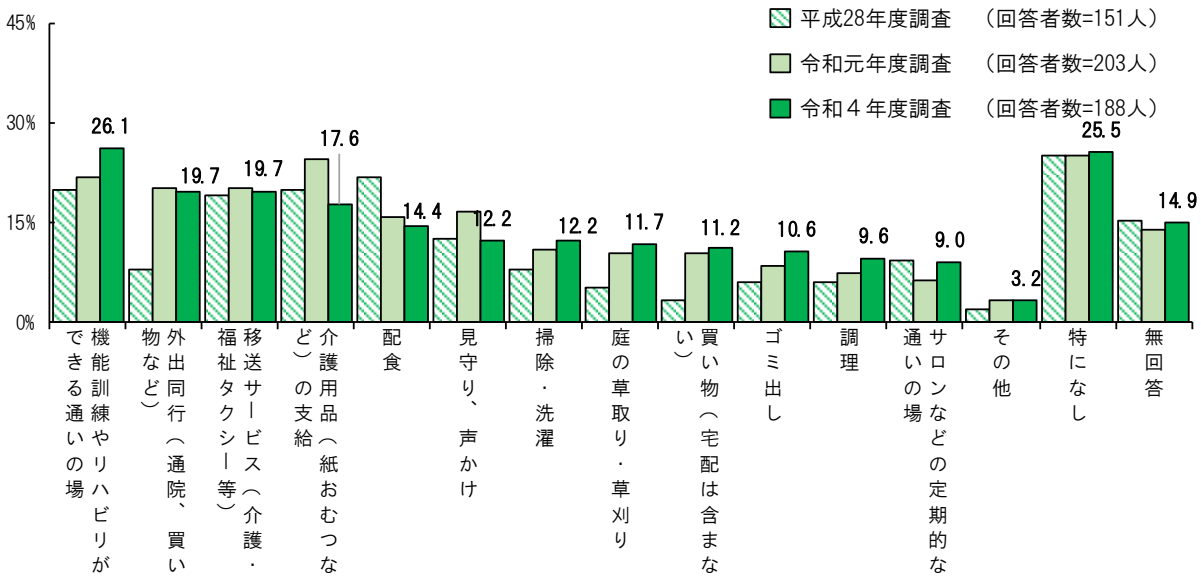
（14）在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスはありますか。現在利用していて、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスも含んでご回答ください。(複数回答)
※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

＜日常生活圏域ニーズ調査＞



＜在宅介護実態調査＞



在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスは、令和４年度調査では、日常生活圏域ニーズ調査において「外出・移動支援(通院、買い物など)」が23.3%で最も多く、以下「配食」20.9%、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」や「機能訓練やリハビリができる通いの場」19.5%となっています。

在宅介護実態調査においては、「機能訓練やリハビリができる通いの場」が26.1%で最も多く、以下、「外出同行(通院、買い物など)」や「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」で19.7%となっています。

第３章　計画の基本的な考え方

１　基本理念

健康で元気に暮らせるまち

～きらきら生きる～

計画は、「第８期介護保険事業計画・第９次高齢者保健福祉計画」の後継の計画として位置づけられるものであり、長期的な目標像である基本理念は、これを引き継ぐものです。

前期計画では、基本理念を第２次菊川市総合計画の基本目標である「健康で元気に暮らせるまち～きらきら生きる～」と定めていました。本計画においても、この基本理念を継承し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、生きがいを感じながら安心していきいきと暮らしていけること、健康づくりや介護予防への参加を促し、福祉・保健・医療・地域など関係機関の連携による、切れ目のない医療や介護を受けられる環境を整え、障がいなどの有無によって分け隔てられることなく、尊重し合いながら共生するまちづくりをすすめます。また、子どもから高齢者まで市民だれもが健康で活動的に暮らせるよう、健康寿命の延伸などの健康増進や医療の充実、生涯学習活動との連携により、市民自らが積極的に健康づくりや生きがいづくりに取り組むまちを目指します。

今後、少子高齢化が進んでいく中で、誰もが住み慣れた地域で自分らしい生活を継続していくためには、地域の支え合いの仕組みである「地域包括ケアシステム」を、本市の地域特性に合わせてより深化・推進していくことが必要となります。

なお、第３次菊川市総合計画が令和８年度を始期として策定されます。このため、必要に応じて、計画期間中においても本計画の見直しを行うことを検討します。

ＳＤＧｓの取組について

持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）とは、平成27年９月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された平成28年から令和12年までの国際目標です。

持続可能な世界を実現するための17のゴール・169のターゲットから構成され、地球上の誰一人として取り残さないこと（leave no one behind）を誓っており、我が国においても国・自治体・団体・企業などが、様々なパートナーシップのもと、その実現に向けて動き始めています。

本計画においてもＳＤＧｓの考え方を取り入れ、高齢者が健康で元気に暮らせるまちに向かって取り組みます。

2　基本目標

本計画では、次の３つの目標と目標を達成するための15の取組(施策)を定めます。

目標１　安心して暮らすことができる基盤の整備
（地域包括ケアシステムの深化・推進）

令和22（2040）年に向けて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、高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするため、身近な地域の中で医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みである地域包括ケアシステムと、本人や介護する家族のニーズに応じた事業の充実が必要とされています。

そのために、地域住民や地域の支援者、福祉に関わる事業者、医療機関、行政が連携し、総合的に高齢者の暮らしを支えることができるよう、引き続き地域のネットワークづくりを推進するとともに、地域包括ケアシステムの深化・推進を進めていきます。

また、高齢者のニーズに応じて、医療・介護・生活支援などの必要なサービスを包括的かつ継続的に提供できるよう、地域包括ケアシステムの中核機関としての地域包括支援センターの一層の機能強化を図っていきます。

国の基本指針に沿って重層的支援体制整備事業などによる障がい者福祉や児童福祉など他分野との連携促進、在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的支援、医療と介護の連携強化、認知症施策や家族を含めた相談支援体制の整備などを進めていきます。

目標

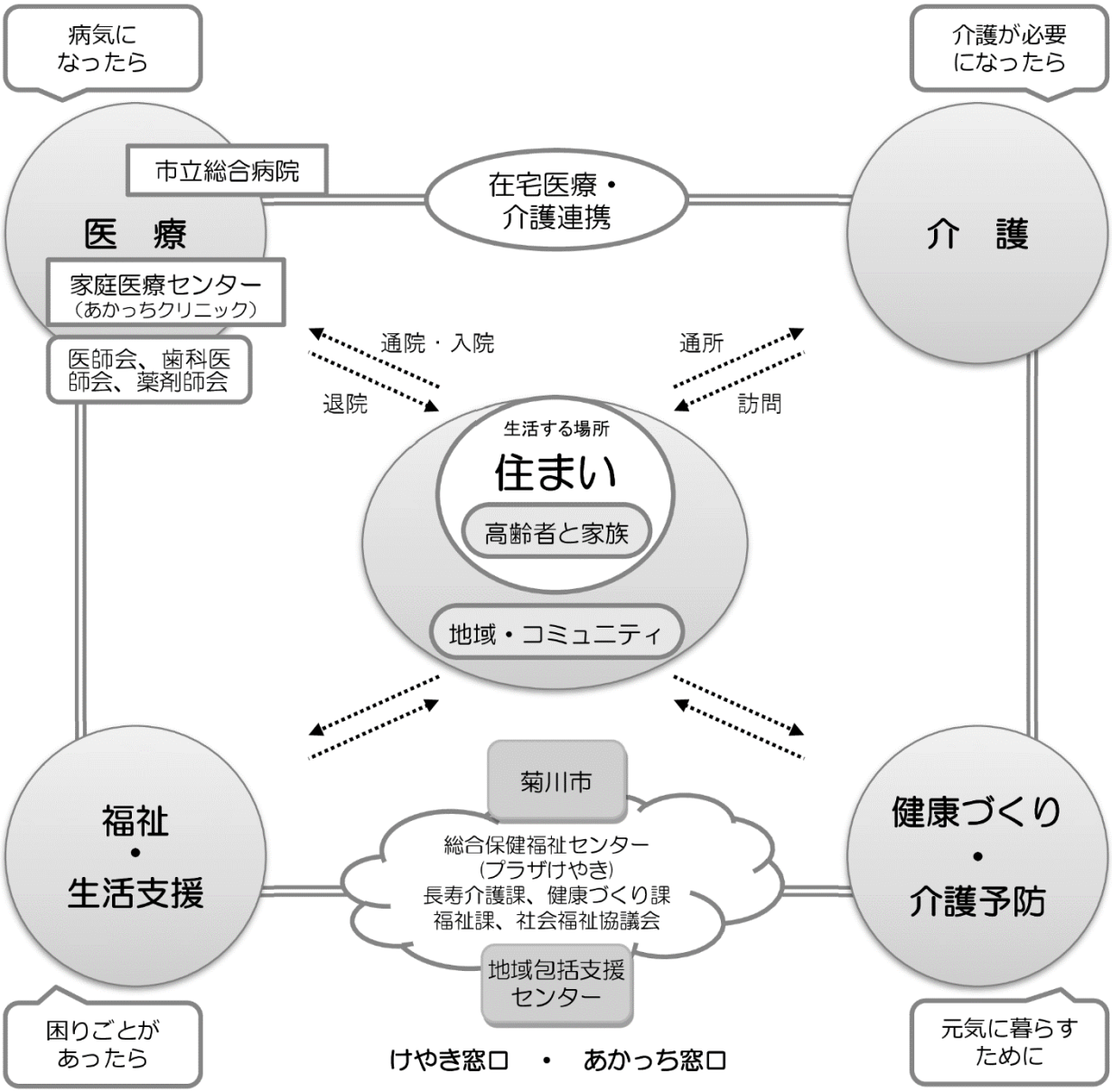
指標(単位)	指標の定義	現状値（基準）	目標
現在の幸せ度（点）	**「とても不幸」を０点、「とても幸せ」を 10 点とした場合の点数の平均点** 【設問】あなたは、現在どの程度幸せですか。	**（ニーズ調査）** **7.12 点** **（介護実態調査）** **6.64 点** **（令和４年度）**	↗
地域包括支援センターの役割を知っている人の割合（%）	**「知っている」と回答した人の割合** 【設問】高齢者相談窓口として菊川市に地域包括支援センターがあることを知っていますか。	**（ニーズ調査）** **49.4%** **（介護実態調査）** **62.8%** **（令和４年度）**	↗

・現在の幸せ度　［参考：17ページ］
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問38/在宅介護実態調査問20（令和４年度調査）

・地域包括支援センターの役割を知っている人の割合　［参考：20ページ］
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問54/在宅介護実態調査問16（令和４年度調査）

取組(施策)

1　地域包括支援センターの充実
2　在宅医療・介護連携の推進
3　認知症施策の推進
4　生活支援サービスの基盤整備の推進
5　家族介護支援
6　権利擁護
7　高齢者の居住安定に係る施策との連携
8　災害対策・感染症対策



目標２　生きがいづくりと介護予防の促進

（自立支援、介護予防・重度化防止の推進）

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと、健康で元気に充実した生活を送るためには、高齢期の特性を踏まえた健康づくりと介護予防などが必要です。自ら健康管理をするために元気なうちから正しい知識の普及啓発や実践に向けた支援を行うとともに、介護予防に取り組むことと、地域社会との関わりを維持するために、生きがいを見つけて活動することが大切です。

令和５年９月に静岡県が公表した令和２年の「お達者度(注)」は県全体で男性18.59年、女性21.57年で、前年に比べ、男性は0.29年、女性は0.19年延伸し、算出を始めた平成21年以降で最長を更新しました。菊川市は、男性19.45年と令和元年に２位でしたが、県内１位となりました。今後は、地域へ出向いての出張健康相談「茶ちゃっと！出張健康チェック」や、地域の通いの場を利用して市独自の介護予防体操「きくがわ体操・菊川いきいき体操」を取り入れるなど、市民自らが積極的に健康増進や介護予防などに取り組める、健康で元気に暮らせるまちを目指します。

高齢者が自らの健康に関心を持ち、健康づくりや介護予防などの取り組みに参加できるように、引き続き高齢者のニーズにあった健康増進・介護予防サービスの基盤整備を進めるとともに、地域の自主的な活動においてより効果的な介護予防の取り組みなどができるよう支援を行います。

また、歳を重ねても健康で働きたい、地域に貢献したい、という思いを持った高齢者の知識や経験を地域社会に活かし、生きがいを持って生活を送ることができるよう、高齢者の就労支援や地域活動・ボランティア活動に関する情報発信を行うとともに、地域の様々な活動への参加を促進します。

介護予防と保健事業の取り組みを強化し、より一層の予防につなげるため、通いの場への専門職派遣事業の継続や健康教育や相談の導入などの検討も行っていきます。

(注)お達者度：65歳で健康で自立している人が、心身共に自立した活動的な状態で生存できる平均期間
（65歳の人が介護度２以上の認定を受けずに自立して生活できる年数）
菊川市の女性は、21.54年(県内17位、令和元年10位、１位御殿場市22.57年)

目標

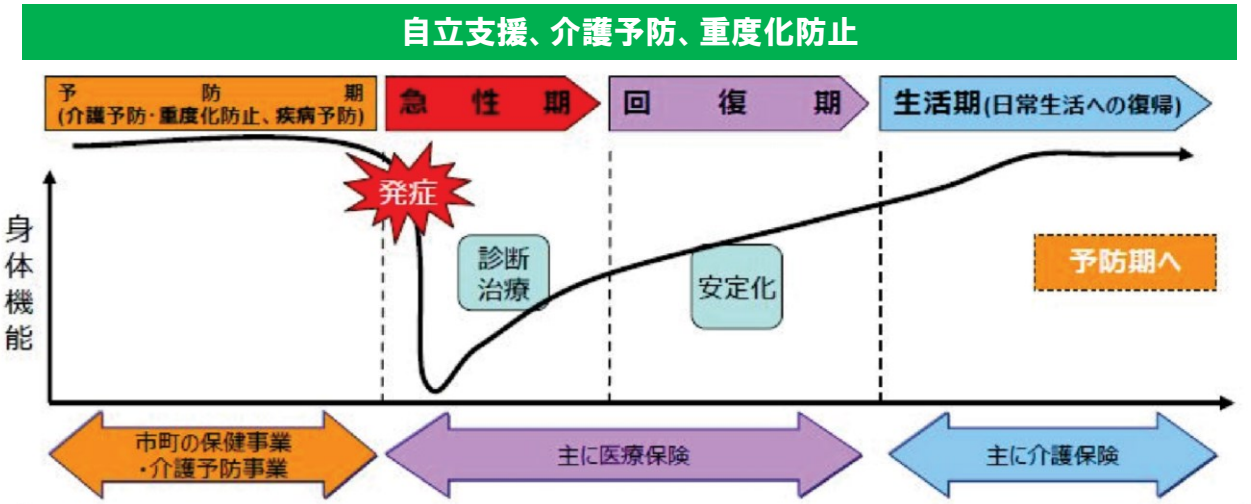
指標(単位)	指標の定義	現状値（基準）	目標
初認定平均年齢（歳）	**要支援･要介護認定を初めて受けたときの年齢の平均**	**83.9 歳（令和４年度）**	↗
健康状態のよい人の割合（%）	**「とてもよい」または「まあよい」と回答した人の割合** 【設問】現在のあなたの健康状態はいかがですか。	**79.5%（令和４年度）**	↗

・健康状態　［参考：18ページ］

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問37（令和４年度調査）

取組(施策)

1　生きがいづくりと社会参加の促進
2　こころとからだの健康づくり
3　一般介護予防の充実



区分	予防期 (介護予防・重度化防止、疾病予防)	急性期	回復期	生活期(日常生活への復帰)
内容	住民主体の介護予防活動や地域づくりを推進、専門職の関与(かかりつけ医、リハ職等)	疾患別の早期リハによる機能回復、早期離床による廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	生活機能の維持・向上、自立生活の推進、社会参加の促進
場所	住民主体の通いの場 地域ケア会議 自治会・シニアクラブ	一般病棟 →	回復期・地域包括ｹｱ病棟 外来ﾘﾊ 介護老人保健施設	訪問リハ・訪問看護・訪問介護 通所リハ・通所介護 短期集中予防

出典：市町介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料

目標３　高齢者を支えるサービスの充実

（介護サービス基盤の計画的な整備）

第１次ベビーブームとされる戦後の昭和22年から24年に生まれた団塊の世代が全て75歳以上となる令和７（2025）年を間近に控え、介護保険サービスを必要とする高齢者が今後も増加すると見込まれ、高齢者のライフスタイルやニーズも多様化し、高齢者一人ひとりとその家族の生活の実態に適したサービスの提供が求められています。

介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、高齢者の生活を支援する各種サービスの質と量の充実を図っていきます。

自立支援・重度化防止の推進のため、現在実施している介護予防・生活支援サービスの内容を見直し、各保険者が独自に整備することができる介護保険サービスである地域密着型サービスを地域包括ケアの推進のため導入について検討していきます。

また、介護保険事業の適正な運用と持続可能な運営を実現するため介護サービス事業者へ公正かつ適切な指導監督を行うとともに、介護の必要度を適切に認定し、必要で過不足のないサービスを事業者が提供することや、利用者が望むサービスを選択できるよう関係機関と連携し、ニーズに即したサービスの提供に努めます。

目標

指標(単位)	指標の定義	現状値（基準）	目標
介護保険サービスの満足度（%）	**「満足している」または「どちらかと言えば満足している」と回答した人の割合** 【設問】現在利用している介護保険サービスに満足していますか。	**（ニーズ調査）** **90.7%** **（介護実態調査）** **74.8%** **（令和４年度）**	↗
介護保険サービスの充実度（%）	**「とても充実している」または「ある程度充実している」と回答した人の割合** 【設問】菊川市の介護保険サービスは充実していると思いますか。	**（ニーズ調査）** **59.5%** **（介護実態調査）** **80.3%** **（令和４年度）**	↗

- **介護保険サービスの満足度　[参考：21ページ]**
  介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問57-1/在宅介護実態調査問12-2（令和４年度調査）
- **介護保険サービスの充実度　[参考：22ページ]**
  介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問59/在宅介護実態調査問15（令和４年度調査）

取組(施策)

1　介護予防・生活支援サービス事業の充実
2　介護保険サービスの充実
3　介護サービス事業者の管理・監督
4　介護給付費等費用適正化事業

３　日常生活圏域の考え方

市が設定する日常生活圏域は、東部地区、西部地区、南部地区の３圏域です。

この日常生活圏域は、概ね中学校区単位となるように設定しています。高齢者数、圏域面積などもほぼ同規模となっています。

▲ 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）
★ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

東部地区
（菊川東中学校区・牧之原中学校区）

北側は森林地帯、東側の丘陵地帯は、全国に誇る一大茶園地帯の牧之原台地です。地区の中央部を東名高速道路とＪＲ東海道線、ＪＲ東海道新幹線が横断し、１級河川菊川が地区を縦断しています。菊川右岸側に商業地と住宅地、左岸側に市営・県営住宅や住宅地、介護老人福祉施設があります。市街地の東側に工業団地が隣接しています。

西部地区
（菊川西中学校区）

東名高速菊川ＩＣ周辺部は、住宅地と商業地が混在した市街地が形成され、ＪＲ東海道線菊川駅から南に広がる市街地と一体的に都市基盤が整備されています。また、駅北側は商業集積などの開発が進められています。市役所や菊川市立総合病院をはじめ介護老人福祉施設、介護老人保健施設も立地しています。

南部の平野部には水田、北西部の丘陵地には茶園が広がっています。

南部地区
（岳洋中学校区）

北側は丘陵地、南側は田園地帯となっており、中央公民館、小笠支所、家庭医療センターや介護老人福祉施設があります。

掛川浜岡線沿線に市街地があり、掛川浜岡線バイパスの整備が進められています。

表：圏域の状況

圏域名称	総人口	高齢者数	高齢化率
東部地区	14,455人	4,516人	31.2%
西部地区	18,739人	4,696人	25.1%
南部地区	14,431人	4,160人	28.8%

資料：住民基本台帳（令和５年10月１日現在）

4　法改正及び制度改正の概要

1　地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和２年法律第52号）

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、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、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

改正の概要

(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】

○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。また、新たな事業及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。

(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推進
【介護保険法、老人福祉法】

①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及び地方公共団体の努力義務を規定する。

②市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。

③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。

(3) 医療・介護のデータ基盤の整備の推進
【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

①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ることができると規定する。

②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。

③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。

(4) 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。

②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。

③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。

(5) 社会福祉連携推進法人制度の創設

【社会福祉法】

○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。

2　第９期計画における国の基本指針

（１）介護サービス基盤の計画的な整備

◆中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要

◆医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要

◆中長期的なサービス需要の見込みについてサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

◆居宅要介護者の在宅生活を支えるための地域密着型サービスの更なる普及や、様々な介護ニーズに柔軟に対応できる複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要

（２）地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

◆地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進

◆地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待

◆認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

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

◆給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化等の保険者機能の強化の取組の推進

（３）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

◆介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施

◆都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用

◆介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

3　地域包括ケアシステムの基本理念

これまで、介護保険制度では「地域包括ケアシステムの推進」、「介護保険制度の持続可能性の確保」に関する制度改正が行われ、本市においても地域包括ケアシステムの深化・推進を目指して様々な事業を推進してきました。今後も高齢化が進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤になるものとされています。

国は、団塊の世代が75歳以上となる令和７（2025）年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えて、社会福祉法に基づく社会福祉基盤の整備と合わせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに取り組み、「地域共生社会」の実現を図るとしています。

地域共生社会の実現に向けた令和２年度法改正では、市町村において、地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を推進するため、「相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に行う「重層的支援体制整備事業」が創設されています。

また、地域福祉計画との整合性を取るため、福祉部局、地域づくり部局、菊川市社会福祉協議会などとの調整が求められています。

4　共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第65号）

基本理念

①全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。

②国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。

③認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。

④認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。

⑤認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。

⑥共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障がいに係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。

⑦教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉やその他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

5　改正高年齢者雇用安定法

65歳までの雇用確保（義務）に加え、65歳から70歳までの就業機会を確保するため、高年齢者就業確保措置として、以下のいずれかの措置を講ずる努力義務を新設。（令和３年４月１日施行）

①70歳までの定年引き上げ
②定年制の廃止
③70歳までの継続雇用制度（再雇用制度・勤務延長制度）の導入（特殊関係事業主に加えて、他の事業主によるものを含む）
④70歳まで継続的に業務委託契約を締結する制度の導入
⑤70歳まで継続的に以下の事業に従事できる制度の導入
　ⅰ　事業主が自ら実施する社会貢献事業
　ⅱ　事業主が委託、出資（資金提供）等する団体が行う社会貢献事業

5　計画に基づく事業の体系

基本理念	基本目標	施策	
健康で元気に暮らせるまち　～きらきら生きる～	目標１ 安心して暮らすことができる基盤の整備 [44]	施策１ 地域包括支援センターの充実	[44]
		施策２ 在宅医療・介護連携の推進	[50]
		施策３ 認知症施策の推進	[54]
		施策４ 生活支援サービスの基盤整備の推進	[61]
		施策５ 家族介護支援	[65]
		施策６ 権利擁護	[68]
		施策７ 高齢者の居住安定に係る施策との連携	[77]
		施策８ 災害対策・感染症対策	[78]
	目標２ 生きがいづくりと介護予防の促進 [80]	施策１ 生きがいづくりと社会参加の促進	[80]
		施策２ こころとからだの健康づくり	[86]
		施策３ 一般介護予防の充実	[91]
	目標３ 高齢者を支えるサービスの充実 [98]	施策１ 介護予防・生活支援サービス事業の充実	[98]
		施策２ 介護保険サービスの充実	[104]
		施策３ 介護サービス事業者の管理・監督	[110]
		施策４ 介護給付等費用適正化事業	[112]

事　業

①地域包括支援センターの運営・基盤整備	（地域支援事業）	[45]
★②総合相談支援事業	（地域支援事業）	[46]
③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	（地域支援事業）	[47]
④介護予防ケアマネジメント事業	（地域支援事業）	[49]
★①在宅医療・介護連携に関する現状分析・課題抽出・施策立案	（地域支援事業）	[52]
★②在宅医療・介護連携に関する対応策の実施	（地域支援事業）	[53]
①認知症サポーター養成	（地域支援事業）	[55]
②認知症ケアパスの普及	（地域支援事業）	[56]
③認知症初期集中支援チーム	（地域支援事業）	[57]
④認知症地域支援推進員	（地域支援事業）	[58]
⑤認知症高齢者捜索支援事業	（地域支援事業）	[59]
★⑥チームオレンジ体制整備	（地域支援事業）	[60]
①生活支援体制整備事業	（地域支援事業）	[62]
②配食サービス事業	（地域支援事業）	[63]
③移送サービス事業	（一般財源）	[63]
④生活管理指導短期宿泊事業	（地域支援事業）	[64]
⑤緊急通報システム整備事業	（一般財源）	[64]
①家族介護教室・家族介護者支援事業	（地域支援事業）	[66]
②在宅ねたきり老人等介護者手当支給事業	（地域支援事業）	[66]
③在宅介護高齢者紙おむつ給付事業	（保健福祉事業）	[67]
④障害者控除対象者認定	（一般財源）	[67]
①高齢者見守りネットワーク	（地域支援事業）	[69]
②権利擁護相談事業	（地域支援事業）	[71]
③権利擁護啓発事業	（地域支援事業）	[72]
④成年後見制度利用促進事業	（地域支援事業）	[73]
⑤成年後見制度利用支援事業	（地域支援事業）	[74]
⑥高齢者虐待防止事業	（一般財源）	[75]
⑦老人保護措置事業	（一般財源）	[76]
高齢者の居住安定に係る施策との連携	（一般財源）	[77]
災害対策・感染症対策（地域包括支援センター）	（一般財源）	[79]
①老人クラブ活動の支援	（一般財源）	[81]
②敬老事業	（一般財源）	[81]
③スポーツ・レクリエーションの振興	（一般財源）	[82]
④生涯学習活動の推進	（一般財源）	[83]
⑤就業等の支援（シルバー人材センター支援）	（一般財源）	[84]
⑥ボランティア活動などへの支援	（一般財源）	[85]
①特定健康診査・特定保健指導	（一般財源）	[87]
②がん検診	（一般財源）	[87]
③歯科検診・歯科保健指導	（一般財源）	[88]
★④健康教育	（一般財源）	[88]
★⑤健康相談	（一般財源）	[89]
⑥訪問指導	（一般財源）	[89]
⑦高齢者予防接種	（一般財源）	[90]
⑧健康マイレージ事業	（一般財源）	[90]
①介護予防把握事業	（地域支援事業）	[92]
②介護予防普及啓発事業	（地域支援事業）	[93]
③地域介護予防活動支援事業	（地域支援事業）	[94]
★④地域リハビリテーション活動支援事業	（地域支援事業）	[95]
⑤一般介護予防事業評価事業	（地域支援事業）	[96]
★⑥保健事業と介護予防事業の一体的実施	（地域支援事業）	[97]
①訪問介護相当サービス	（地域支援事業）	[100]
②訪問型軽度生活援助サービス（訪問型サービスＡ）	（地域支援事業）	[100]
③訪問型元気はつらつ教室（訪問型サービスＣ）	（地域支援事業）	[101]
④移動支援（訪問型サービスＤ）	（地域支援事業）	[101]
⑤通所介護相当サービス	（地域支援事業）	[102]
⑥通所型基準緩和サービス（通所型サービスＡ）	（地域支援事業）	[102]
⑦通所型元気はつらつ教室（通所型サービスＣ）	（地域支援事業）	[103]
(1)居宅サービスの充実	（介護給付）	[105]
(2)地域密着型サービスの充実	（介護給付）	[106]
(3)施設サービスの充実	（介護給付）	[108]
①介護サービス事業者の指導	（一般財源）	[110]
②介護サービス事業者との連携	（一般財源）	[111]
③介護分野における業務の効率化	（一般財源）	[111]
★①要介護認定の適正化	（一般財源）	[113]
②ケアプランの点検	（一般財源）	[113]
③住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査	（一般財源）	[114]
④医療情報との突合、縦覧点検	（一般財源）	[115]
⑤給付実績の活用	（一般財源）	[115]

計画の推進に向けて [116]

人材の確保と資質の向上 [116]

★ 菊川コンシェルジュ [118]

★ 自分の生活をし隊 [118]

★ 住んでて良かった！ 菊川市 住民生レポート [119]

★ 自分らしく暮らし隊 [119]

★は重点事業　[　]は掲載ページ

第４章　目標に向けた取組

‥目標１：安心して暮らすことができる基盤の整備‥

施策１：地域包括支援センターの充実

現状・課題

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的に、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの業務を行っています。また、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業の実施にも関与、協力していくことが求められており、地域包括ケアシステムの中心的役割を担うことが期待されています。

菊川市地域包括支援センターは、プラザけやき内に「けやき窓口」、家庭医療センター内に「あかっち窓口」の２か所に窓口を置き、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー(主任介護支援専門員)がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、相談対応や介護予防に関するマネジメント、地域住民や関係機関とのネットワーク作りなど、高齢者への総合的な支援を行っています。

近年の相談傾向として、認知症高齢者やその家族を含めた支援、障がいや生活困窮など複合的な課題を抱えるケースが増加しています。そのため、既存資源の効果的活用や関係機関との連携をより一層図る等の工夫をしながら業務を行う必要があります。

運営にあたっては、菊川市地域包括支援センター運営協議会を設置し、地域包括支援センターの設置、業務に係る方針、運営、センター職員の確保に関することなどについて、適切、公正かつ中立的な運営を確保しているかどうかの評価や検討を行い、地域包括支援センターの運営が円滑に進むよう努めています。

今後の方針

居宅介護支援事業所や様々な関係機関とのネットワークを構築し、連携を図りながら、両窓口において適切な相談対応に努めます。

運営体制として、職員のケアマネジャーや主任ケアマネジャーの資格取得や、介護予防ケアマネジメント業務の増加に対応するためプランナーの確保など、増加する業務に対応するための人員配置に努めます。また、令和６年度からの制度改正に合わせ、居宅介護支援事業所への総合相談委託や介護予防支援指定についても検討していきます。

①地域包括支援センターの運営・基盤整備（地域支援事業）

菊川市は市直営で地域包括支援センターを運営しています。運営に当たっては、地域の関係者で協議・評価する場として市に運営協議会を置くことが義務付けられており、菊川市地域包括支援センター運営協議会が設置されています。また、地域包括支援センターの人員配置基準としては、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の専門職を配置することとされています。

《　現状・課題　》

菊川市地域包括支援センター運営協議会については、介護保険事業計画等推進委員会などの会議と同時開催で行い、地域包括支援センター業務の実績報告や人員配置についての報告、事業評価の報告を行いました。事業評価の結果を踏まえ、改善に取り組んでいます。

人員配置については、業務委託により実施していた小笠地域相談窓口の職員を、令和４年度から、社会福祉法人からの有資格者出向という形に変更しました。これにより、補助的な位置づけであった小笠地域窓口の機能を拡充することができ、両窓口で連携し、相談・支援を実施しています。連携については、相談記録の電子化による速やかな情報共有や定期的な調整会議を行っています。

今後も両窓口が円滑に機能するよう連携を図っていく必要があります。

《　今後の方針　》

- 地域包括支援センターに関する評価を行い、適正な運営が行われるよう菊川市地域包括支援センター運営協議会を開催します。
- 市民からの相談に対応し、地域包括支援センターの人員配置を維持するため人材確保に努めます。また、市内事業所から有資格者の出向等ができないか協議していきます。
- 両窓口が円滑に機能するよう連携を図っていきます。

※重点事業

②総合相談支援事業（地域支援事業）

総合相談支援事業は、高齢者総合相談窓口として高齢者やその家族に関する相談を訪問・来所・電話などにより受け付け、支援を実施するものです。

《　現状・課題　》

相談内容としては、介護保険や日常生活の支援に関することが主となりますが、年々、認知症や成年後見制度に関するもの、生活困窮や障がい等ひとつの世帯で複数の課題を抱えているといった相談が増加傾向にあり、内容が多様化・複雑化しています。また、近年、全国的にヤングケアラーについても話題となっており、対応が求められています。

多様化・複雑化する相談に対応するため、小笠地域の相談補助窓口「ブランチ」を、令和４年度から地域包括支援センターの機能を持たせた「あかっち窓口」として強化を図り、相談体制を充実させました。

今後も、高齢者やその家族が地域で安心して暮らすことができるよう、「高齢者総合相談窓口」として関係機関と連携を図り、相談支援を行うとともに相談支援体制の強化と周知活動を継続する必要があります。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進において、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応する包括的な支援体制を構築する「重層的体制整備事業」への取り組みが求められており、地域包括支援センターにおいても属性や世代を問わない包括的な相談支援を担うことが期待されています。菊川市地域包括支援センターにおいても、市の重層的体制整備事業の中でどのような役割を担うことができるのか検討していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 多様化・複雑化する相談に対応するため、関係機関と連携した相談支援を行います。
- 高齢者総合相談窓口として地域包括支援センター「けやき窓口」「あかっち窓口」の周知活動を続けていきます。
- 市の重層的体制整備事業における地域包括支援センターの担う役割について、関係課とも協議し、検討していきます。

③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（地域支援事業）

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、高齢者等が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、個々の高齢者等の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々のケアマネジャーに対する支援等を行うものです。

《　現状・課題　》

居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対しては、ケアプランの作成や困難事例に対する助言・対応、資質向上やネットワークづくり支援などを目的とした研修会を実施しています。ケアマネジャーから受けた相談に対し、関係機関と連携して解決を図るとともに必要に応じて協力者の輪を広げて問題を解決できるよう導いています。

また、菊川市ケアマネジャー協議会の中で、ケアマネジャー自ら研修会を企画し、協議会内での資質向上に取り組んでいます。今後もケアマネジャー協議会の取組を支援していく必要があります。

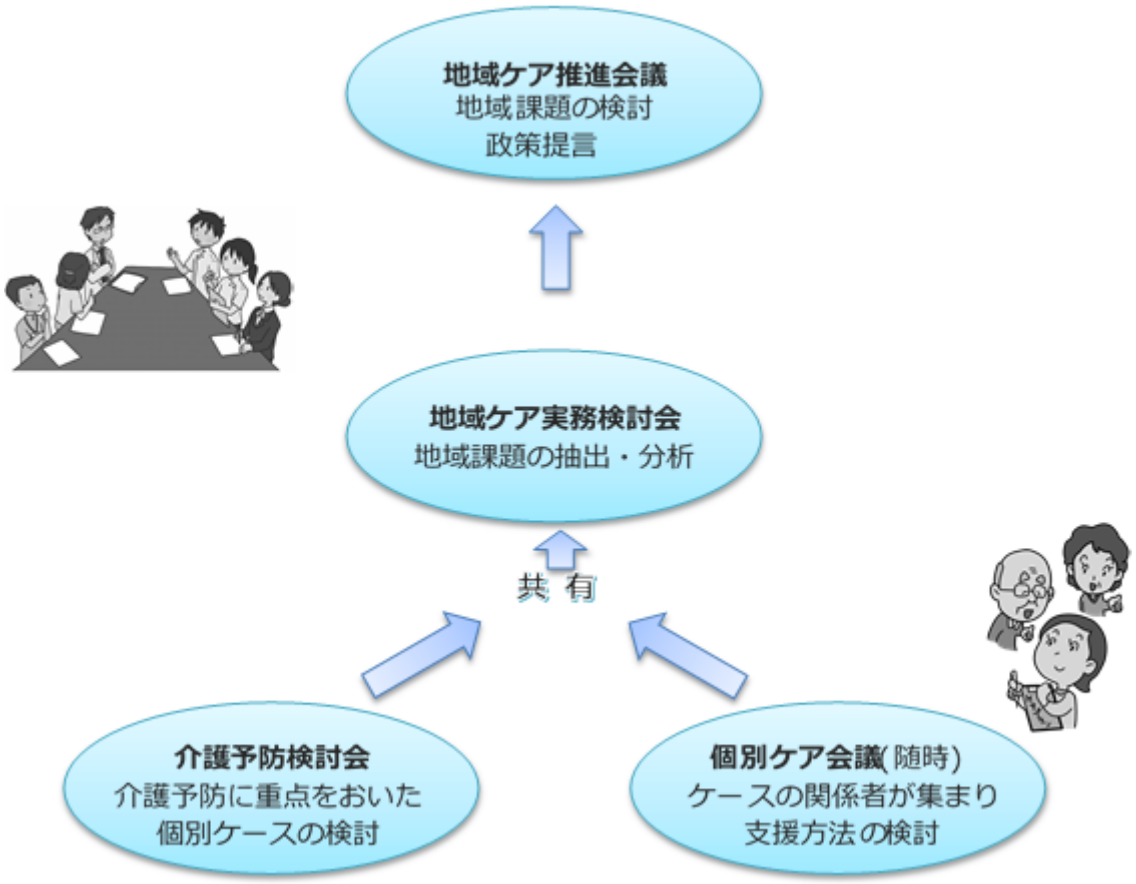
民生委員・児童委員に対しては、定例会を活用した情報提供、日ごろの相談を通じたやりとりの中で連携を図っています。

地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組の１つに地域ケア会議を活用した地域課題の把握や、発見した社会資源の活用などの具体化・明確化が挙げられています。ケアマネジャーや民生委員・児童委員など、多職種と連携しながら取組を進めていく必要があります。

《　今後の方針　》

- ケアマネジャーや民生委員・児童委員などからの相談に対し、関係機関との連携のもと、相談・支援を行います。
- ケアマネジャーに対し、自立支援を目的としたケアプラン作成ができるよう、研修会や事例検討を通じ、相談・支援を行います。
- ケアマネジャーの資質向上や情報交換、連携を深めるための体制づくり、関係機関との連携強化を図るため、ケアマネジャー協議会の活動支援を行います。
- 随時の個別ケア会議、定例の介護予防検討会を実施し、ケアマネジャーが抱える支援困難事例や介護予防を目的とした事例などの検討を行うことで個別支援を行います。また、地域ケア実務検討会で個別事例から地域課題の抽出・分析をし、地域ケア推進委員会で協議し、地域づくりや政策形成につなげていくよう努めます。
- 民生委員・児童委員とは、実態把握や連絡会で情報交換を行い、連携の強化を図ります。

図：菊川市版地域ケア会議の体系



④介護予防ケアマネジメント事業（地域支援事業）

地域包括支援センターでは、要支援認定者や支援や介護が必要となる恐れの高い人に対して、介護予防サービスが利用できるよう介護予防プランを作成しています。介護予防ケアプランの種類としては、利用するサービスにより、従来型ケアプランと簡易型ケアプランがあります。

《　現状・課題　》

介護予防ケアマネジメント業務は、地域包括支援センターが直接行うか、もしくは居宅介護支援事業所へ委託して実施しており、委託の割合は83.7%（令和５年3月31日現在）となっています。介護予防サービス利用者は今後も増加が見込まれ、ケママネジメント業務に対する体制の確保が必要となってきます。

介護予防ケアマネジメントを受けた人のうち軽度化及び維持した者の割合は72.0%（令和５年３月31日現在）となっています。自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの増加が見込まれることから、対象者の状況を適切に把握し、インフォーマルサービスや他職種連携を活用し、介護予防に向けた支援をしていくことがますます重要になります。

業務の実施にあたり、職員の資質向上に取り組むとともに、地域包括支援センターから委託する居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの相談・支援を引き続き行い、困難事例の打開策を共有することで、ケアマネジメントの質の向上がなされるよう、関係機関と情報交換しながら取り組んでいく必要があります。

《　今後の方針　》

- 今後増加が見込まれる要支援認定者及び総合事業対象者に対するケアプラン作成業務に対し、ケアプラン作成やケアマネジャー支援に対応する職員確保と資質向上に努めます。
- 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントが実施できるよう、対象者の状況を適切に把握し、インフォーマルサービスや他職種連携を活用した介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対する相談・支援を引き続き行います。

施策２：在宅医療・介護連携の推進

現状・課題

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との共同・連携を推進することを目的に、介護保険法第115条の45第２項第４号に定める「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。事業の実施に関しては、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を目指し、右図に示す「現状分析・課題抽出・施策立案」から「対応策の実施」のPDCAサイクルに沿って取り組みを進めていきます。

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためには、医療・介護関係者だけではなく、市民自身がどのような生活をしたいのか、もしもの時にどうしてもらいたいのかを考え、家族や身近な人と話しておくことも重要です。高齢者に限らず、命に関わるケガや病気をしたとき、自分の望む生活や医療・ケアを叶えるには、自分の希望や価値観が伝わっていることが重要ですが、厚生労働省は、命の危険が迫った状態に陥ったうちの約７割の人は自分の希望を考えられなくなる、または周囲に伝えられなくなるのが現実だと示しています。また、当市が実施した要支援認定者を含む『高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査（日常生活圏域ニーズ調査）』では、自宅での介護を希望する人が69.6％、死期が迫った時の療養の場に自宅を希望する人が36.5％いるのに対して、終末期の希望を家族に伝えたことがない人は55.1％となっています。

大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、前もって、自ら考え、大切な人や家族と話し合うことを「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ））」といい、この人生会議を行うきっかけとなるよう、令和３年度に菊川市版人生会議ノート「私のこれからノート」を作成しました。しかしながら、このノートを「知っている」人は5.8％と低く、普及に向けての周知が課題となっています。

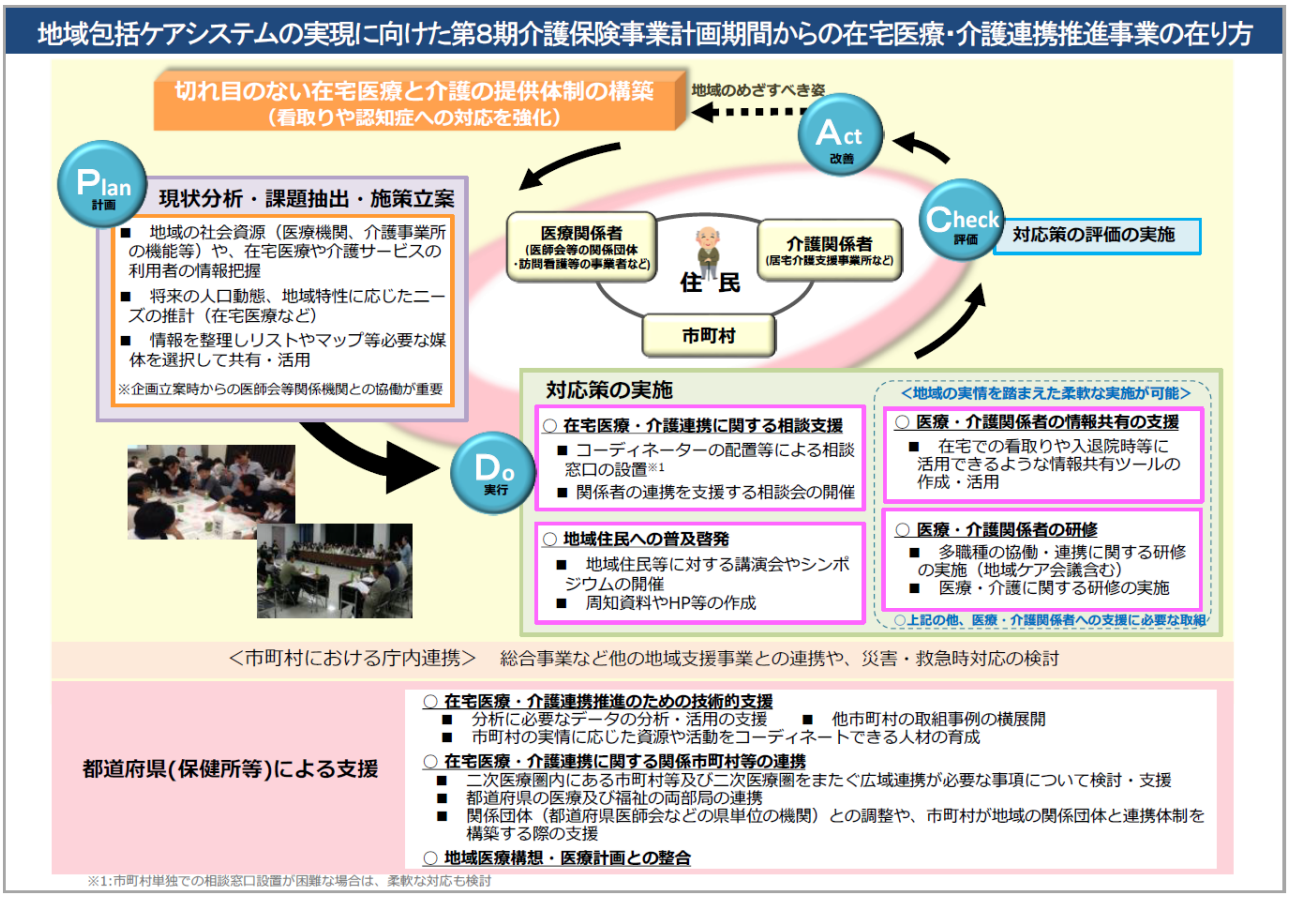
市内の医療機関及び介護保険事業所などが連携し、切れ目のない在宅医療・在宅介護を提供する体制、本人の希望するケアが実現できる体制を整えるとともに、市民への普及啓発・理解促進が進むことで、安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができると考えます。今後も、在宅医療・介護連携推進事業における「市の目指す姿」に基づき、医療・介護の専門職の連携強化とともに、市の目指す姿や取り組みについて市民へ周知していく必要があります。

今後の方針

国から示されている、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、右図に示す「現状分析・課題抽出・施策立案」から「対応策の実施」のPDCAサイクルに沿って取り組みを進めていきます。

市が目指す姿「心安らかに　最期までその人らしく　過ごすことができる」と、キーワード「きくがわ　あ・い・う・え・お」を踏まえ、在宅医療・介護連携が求められる４つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）ごとに推進します。

当市のＡＣＰツールである菊川市版人生会議ノート「私のこれからノート」を通じ、市の目指す姿や取り組みについて市民への周知・普及を推進します。



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き vol.３（令和２年９月）厚生労働省

★在宅医療・介護連携推進事業における本市の目指す姿★

本市における在宅医療・介護連携推進事業について、福祉・保健・医療・地域等が連携し、切れ目のない在宅医療や在宅介護を受けられる生活環境を整えるとともに、市民の誰もが、住み慣れた地域で生きがいを感じながら、安心していきいきと暮らし続けられるよう、次のとおり本市の「目指す姿」を示します。

心安らかに　最期までその人らしく　過ごすことができる

～　目指す姿を達成するためのキーワード　～

きくがわ　あ・い・う・え・お

あ：**あんしん**　「どんなときも　安心して安全に過ごせると　いいね」
い：**いきがい**　「やりたいことができて　生き甲斐を感じられると　いいね」
う：**う　ま　い**　「いつまでも　うまいごはんが食べられると　いいね」
え：**え　が　お**　「みんなの笑顔（しあわせのわ）が広がると　いいね」
お：**おだやか**　「身体も心も快適に　穏やかな日々が送れると　いいね」

※重点事業

①在宅医療・介護連携に関する現状分析・課題抽出・施策立案（地域支援事業）

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に向け、地域の医療・介護の資源の把握、課題の抽出と対応策の検討を行うものです。

《　現状・課題　》

菊川市の地域資源の把握について、医療資源は、市内の医院、歯科医院や薬局の情報を整理・集約した医療マップを作成し、プラザけやき、菊川市立総合病院や家庭医療センターへ冊子を配架するとともに、市ホームページへ情報を公開しています。介護資源については、近隣の介護サービス事業所等をまとめた一覧を作成し、菊川市立総合病院や家庭医療センター、市内居宅支援事業所等へ配布しています。

また、月に１回、菊川市立総合病院、家庭医療センター、地域包括支援センター、長寿介護課にて連絡会を開催し、包括ケア病棟の稼働率、訪問診療や地域包括支援センターへの相談件数の情報共有や事例検討など、連携・協力し地域の現状把握や課題抽出に努めています。

在宅医療・介護連携の推進のため、今後も取り組みを続けていく必要があります。

《　今後の方針　》

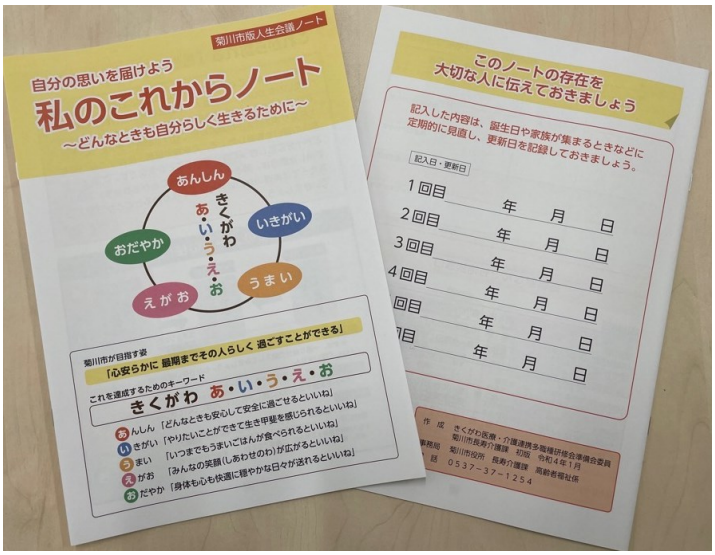
- 作成した医療マップやサービス事業所一覧の情報は随時更新し、地域資源の把握に努めます。
- 菊川市立総合病院、家庭医療センターと医療・介護分野における情報交換を行い、連携に努めます。
- 菊川市立総合病院をはじめ、小笠医師会や小笠掛川歯科医師会などの関係機関との連携に努めます。

※重点事業

②在宅医療・介護連携に関する対応策の実施（地域支援事業）

医療・介護関係者が在宅医療・介護連携について対応できる相談窓口の設置や、住民や医療・介護関係者が在宅医療と介護に関する理解を深め、在宅療養を必要とする人（家族）が適切なサービスを選択できるように普及啓発を実施するものです。

また、医療・介護事業者との協働・連携を深めるため、地域の実情に応じて情報共有や知識の習得等のための研修などの支援も実施します。



《　現状・課題　》

相談窓口に関しては、菊川市立総合病院へ業務委託して地域医療支援課内に「在宅医療・介護連携支援窓口」を設置し、医療・介護関係者からの在宅医療、介護サービスに関する相談に対応しています。

市民への普及啓発については、市民が自分はどのような医療やケア、生活を望むのか話し合ってもらう「人生会議（ACP（アドバンスド・ケア・プランニング））」のきっかけとなるよう菊川市版人生会議ノート「私のこれからノート」を作成しました。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるためには、市民自身が自分はどのような生活をしたいのかを考えておくことが大切であり、「私のこれからノート」を通じて、在宅医療・介護連携推進事業における市の目指す姿や取り組みについて市民への周知・普及啓発に取り組んでいきます。

医療・介護事業者との協働・連携については、専門職の顔の見える関係づくりと連携強化を図るため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者、ケアマネジャー、介護施設従事者、地域包括支援センター等や市内の医療・介護の専門職を対象とした「きくがわ医療・介護連携多職種研修会」を開催しています。研修会では、グループワークなどを通じて様々な職種と意見交換をすることで、お互いの顔の見える関係づくりから日々の業務における課題解決や連携を図っています。今後も継続して、医療・介護間の情報共有及び連携強化を行っていく必要があります。

《　今後の方針　》

- 専門職が業務に利用できるように、市内の医療機関や介護事業所などに対して、在宅医療・介護連携支援窓口の周知に努めます。
- 在宅医療・介護連携推進事業における市の目指す姿や取組について、「私のこれからノート」を通じて、市民への周知・普及啓発に努めます。
- 継続してきくがわ医療・介護多職種研修会を開催し、市内の医療・介護専門職の顔の見える関係づくりと連携強化を図っていきます。

施策３：認知症施策の推進

現状・課題

認知症の人の意思が尊重され、認知症になっても尊厳と希望を持って暮らすことができる、また、認知症の人にやさしい社会を実現するためには、認知症に対する理解、予防、早期発見・早期対応の仕組みづくり、介護サービスの提供や地域資源の活用、権利擁護など、多方面からの支援が必要です。

また、認知症施策は、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チームといった専門職が担う役割と、キャラバン・メイトや認知症サポーター、わんわんパトロール隊、介護予防リーダーなど、市民が担う役割の両方が必要であり、認知症の本人とその家族を多様な主体が連携しながら地域全体で支えていくことが求められています。

『令和４年度菊川市高齢者の暮らしと介護についてのアンケート調査報告書』では、認知症に対するイメージについて、「今まで暮らしてきた地域では、生活することが難しくなる」、「認知症になると何もできなくなってしまう」、「わからない」と回答した割合が52.9％に対し、自身が認知症になったとしたら、どのように暮らしたいかについては、「今まで暮らしてきた地域で暮らしたい」と回答した割合が57.8％でした。

このことから、市民の認知症に関する正しい知識、認知症の人に関する正しい理解を深めることで、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策推進大綱に加え、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沿った取り組みを推進していく必要があります。

今後の方針

認知症施策推進大綱の具体的な施策の柱に沿った取り組みを実施します。

（1）普及啓発・本人発信支援

企業や職域、学校等での認知症サポーター養成講座や世界アルツハイマー月間にイベントを企画するなど、認知症に対する正しい知識と理解について、子どもから高齢者まで幅広い年代に対して普及啓発に努めます。また、認知症の人同士が語り合うための居場所や認知症当事者やその家族の視点や声を把握する機会として本人ミーティング等の開催に努めます。

（2）予防

認知症予防講座、誰もが気軽に通える「通いの場・居場所」の開設、認知症予防に関するリーダーの養成などについて、介護予防・日常生活支援総合事業と連動しながら実施していきます。

（3）医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームによる支援、事業所の認知症対応力の向上、相談会、介護者のつどいなどを行います。

（4）認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

認知症の本人やその家族の意見に基づいた具体的な支援につなげる仕組みであるチームオレンジの運営や、都道府県や庁内関係課及び社会福祉法人などとの連携・調整に努めます。

今後、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より、国が策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえて施策を推進していきます。

①認知症サポーター養成（地域支援事業）

認知症に関する正しい知識を持って、認知症の本人やその家族だけでなく、市民にとっても住みやすい優しいまちとなるよう「認知症サポーター養成講座」を開催しています。講座は、県の養成研修を修了したキャラバン・メイトが講師となり、市民や学生、市内事業所の従業員などを対象とし、認知症・ＭＣＩ（軽度認知障害）についての知識や本人との接し方など、自分にできることなどについて学びます。

《　現状・課題　》

県の養成研修を修了したキャラバン・メイトを市で登録し、認知症サポーター養成講座での講師役の他にも、連絡会・研修会の中で知識の習得や情報の共有、キャラバン・メイト同士の交流を行っています。

平成29年度に発足した、犬の散歩を地域における認知症の人の見守り活動として実施してもらう「わんわんパトロール隊」は、飼い主67人、登録犬86匹が活動しています。（令和５年９月30日現在）

認知症は、今後もさらに増加していくと考えられています。認知症になっても、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きるためには、認知症について正しく理解し、全ての認知症の人が社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる体制整備を行っていくことが重要です。

認知症やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みとして、チームオレンジの活動への参加が増えるよう、今後も認知症サポーター・ステップアップ講座を開催していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 地域で認知症の人に関わる可能性が高いと想定される医療・介護関連の事業所や金融機関などの民間企業にも認知症サポーター養成講座を実施してもらうように働きかけ、認知症に関する正しい理解を促します。
- 教育委員会及び市内小中学校、高等学校と連携し、人格の形成において重要な時期である児童・生徒に対し認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に関する正しい理解を促します。
- 認知症サポーター養成講座受講後の活躍の場として、チームオレンジの活動につなげます。

わんわんパトロール隊

②認知症ケアパスの普及（地域支援事業）

「認知症ケアパス」とは、認知症の人の容態や段階に応じて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受けることができるのかを示すとともに、市内の相談窓口や医療機関の情報を整理しまとめたものです。また、より多くの人に認知症に関する周知啓発を行うことを目的に、令和３年度に「認知症ケアパス概要版」を作成し配布しています。

《　現状・課題　》

今後、認知症の人が増加していくと言われている中、認知症の本人とその家族が、住み慣れた地域の中で自分らしく暮らし続けることができるように、支援に係る情報などを１冊にまとめた認知症ケアパスの普及が必要とされています。また、認知症ケアパス概要版を活用し、より多くの人に認知症について興味や関心を持つためのきっかけとなるよう、長寿介護課の受付窓口や地区センター等での配架のみではなく、介護予防教室などの講座でも配布しています。

市のサービスと市内の医療機関の対応状況を調査し掲載した「認知症安心ガイドブック」（認知症ケアパス）及び同概要版の内容について随時更新を行っています。

《　今後の方針　》

- 随時内容の更新を行い、必要な人の手元に届くように周知を継続していきます。
- 認知症の人やその家族と関わることの多い医療機関や居宅介護支援事業所などにも認知症ケアパスや概要版を配布し、認知症に関する普及啓発に努めます。

③認知症初期集中支援チーム（地域支援事業）

認知症になっても、本人や家族の意思が尊重され、住み慣れた地域で生活し続けることができるまちを目指して設置された専門職チームです。認知症が疑われる方や認知症の方に対し、認知症の専門的な知識を有する医師の指導のもと、複数の専門職で本人・家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行い、医療や介護などの継続的なサポートにつなげます。

《　現状・課題　》

地域包括支援センターで認知症が疑われる人の相談を受けた際、医療と介護の専門職で組織する認知症初期集中支援チームの対応が必要と判断された場合には、チーム員が自宅などへ訪問（アウトリーチ）し、情報収集や観察・評価を行った上で、専門医を含めたチーム員会議により支援の方針を決定します。その決定に基づき、対象者や家族への初期の支援を包括的・集中的（おおむね６か月）に行うことで、対象者が必要とする医療や介護サービスなどにつなげていきます。

支援チームはプラザけやきに設置し、地域包括支援センターを窓口としています。支援チームの体制、支援方法などについては運営マニュアルに定め、認知症初期集中支援チーム検討委員会で活動指針や支援内容等について協議しています。

《　今後の方針　》

- 地域包括支援センターに入った情報から、早期に医療的な判断が必要なケースや、困難事例になり得るケースなどについて、支援チームによる包括的・集中的な支援を行います。
- おおむね６か月という限られた期間の中でより迅速な対応ができるように、チーム員会議の機能や開催方法などについて、随時見直しを行います。
- 認知症初期集中支援チームが必要時に有効に活用されるよう、居宅介護支援事業所などの関係機関などへの周知を行います。

④認知症地域支援推進員（地域支援事業）

認知症地域支援推進員は、市が進めている認知症施策の推進役、そして、認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう地域包括支援センターや医療機関、介護サービス事業所、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための調整を行っており、菊川市では平成29年４月から認知症地域支援推進員を行政及び地域包括支援センターに配置しています。

《　現状・課題　》

認知症地域支援推進員の役割として、①医療・介護等の支援ネットワーク構築、②認知症対応力向上のための支援、③相談支援・支援体制構築が期待されており、菊川市では、地域包括支援センターを中心に認知症に関する相談や介護者等の家族支援を行っています。また、もの忘れ・認知症相談会を開催し、認知症やもの忘れで不安に感じている当事者またはその家族の支援を行ってきました。

他に、アルツハイマー月間イベントの企画や認知症カフェ、認知症地域支援推進員連絡会等で情報収集・共有を行うことで、市の実情に合わせた取り組みを進めていきます。

《　今後の方針　》

- チームオレンジの中心的担い手として、市の実情に応じた取り組みを進めていきます。
- 認知症の早期発見につなげるための住民への情報提供(「認知症安心ガイドブック（認知症ケアパス）」の普及含む)を行います。
- 認知症カフェやアルツハイマー月間イベントでの認知症の周知に取組み、認知症理解の啓発と支える体制づくりを行います。
- 認知症に対する市民の不安軽減を図るため、専門職による認知症相談会の実施について検討します。

⑤認知症高齢者捜索支援事業（地域支援事業）

認知症高齢者探知システム整備事業は、認知症により徘徊行動の見られる高齢者などを介護する世帯への支援として、GPS徘徊探知機器の導入に対する助成を行い、認知症の人の安全を確保するとともに、介護する者またはその家族の不安の軽減を図るものです。また、行方不明高齢者への対応について、市で作成した事前登録名簿を地域包括支援センターと警察署で共有し、その２か所の連絡先が表示されるＱＲコードシールの配付を行っています。

《　現状・課題　》

現在、認知症高齢者探知システムについては、様々な商品が流通していることや、認知症の人が常に機器を持って外出することは難しいとの意見があります。ＱＲコードシールの普及については、ケアマネジャー等を中心に、徐々に広まっている段階です。

行方不明高齢者を見つけるのがどのような人であっても、地域包括支援センターや警察署への連絡に繋げることができるように、認知症の人やその家族以外の人たちにも、ＱＲコードシールの存在の周知が必要になります。ＱＲコードシール活用のため、市で実施している高齢者見守りネットワーク事業に同意いただいている事業所に対して協力を依頼していきます。

《　今後の方針　》

- GPS探索機器導入助成、ＱＲコードシールの周知に努め、適切な事業の実施をしていきます。
- 事前登録名簿を活用し、地域包括支援センターや警察署との連携強化を図ります。
- 見守り事業所に対し、認知症高齢者事前登録事業及びＱＲコードシール配布事業における高齢者の発見・連絡について協力を依頼していきます。

※重点事業

⑥チームオレンジ体制整備（地域支援事業）

認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組みのことをチームオレンジと言います。

《　現状・課題　》

認知症サポーター（ステップアップ講座受講者）を対象に、チームオレンジの立ち上げに向けたチームオレンジ・キックオフミーティングを開催し、検討を重ねてきました。また、本人ミーティングや認知症予防教室参加者などの認知症及びMCI（軽度認知障害）当事者との意見交換を行い、身近な生活支援ニーズ等の把握に努めました。

しかしながら、現状ではリアルタイムで認知症の人やその家族のニーズを把握する仕組みや支援者とつなげる仕組みが構築されていないこと、また、認知症の人やその家族のニーズと必ずしもマッチしていないこと、養成した認知症サポーターの活躍の場が少ないことが課題となっています。

今後もチームオレンジの活動として、認知症の人やその家族のニーズを早期の段階から把握し、身近な生活支援ニーズ等を解決するためのチームとして活動を推進していくことが求められています。

《　今後の方針　》

- 認知症サポーター養成講座修了者を対象とした認知症サポーター・ステップアップ講座を実施し、受講者のチームオレンジへの登録を進めていきます。
- チームオレンジ登録者の活躍の場の把握及び創出に努めます。
- 認知症の当事者やその家族が集い、自らの体験や希望、必要としていることを主体的に語り合う本人ミーティング等の取組みを推進します。

施策４：生活支援サービスの基盤整備の推進

現状・課題

高齢者人口の急激な増加や生活スタイルの多様化とともに、近年、ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯が増加傾向にあり、社会から孤立した高齢者への支援体制の充実が大きな課題となっています。

支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域や家庭で暮らし続けるためには、多様な支援ニーズに対して、その実情に合ったサービスを提供していくことが大事であるとともに、介護保険サービス以外の生活支援サービス、地域住民が主体となる助け合いや見守り活動を拡充し、元気な高齢者にも担い手として活躍してもらうことが、大切であると言われています。

また、近年、高齢者の免許返納問題などで「高齢者の移動」が地域における大きな課題として挙げられており、買い物などの生活を支える活動をはじめ、市内で行われている様々な事業や活動、生きがいづくりや社会参加などに関係しており、地域包括ケアシステムを構築する重要な要素であることから、協議・検討を進めていく必要があります。

今後の方針

生活支援コーディネーターを中心に、地域の支え合い活動や多様な主体による生活支援サービスなどが創出されるよう、引き続き地域における情報の共有、ニーズ調査の実施、担い手の発掘・育成、ネットワークづくりなどを行っていきます。

また、社会福祉法人や民間企業と協力して実施している配食サービス事業を活用し、高齢者のみ世帯などの見守りを行い、日々の状況を定期的に把握する手段とします。

高齢者の移動は、生活を支える活動はもとより、生きがいづくりや社会参加への意欲に繋がります。既存の公共交通機関やコミュニティバス、運転ボランティアなど、関係機関と協力しながら柔軟な対応ができる体制づくりを推進します。

※重点事業

①生活支援体制整備事業（地域支援事業）

日常生活圏域ごとに生活支援コーディネーター（ＳＣ）を配置し、市内全域でニーズの高い「移動支援」、「買い物支援」、「地域サロン・居場所支援」の３つを重点課題として位置づけ、地域でできることを住民と一緒に相談しながら推進しています。

また、地域活動の多様な主体が参画する「協議体」を市全体の第１層と各地区の第２層に設置し、生活支援コーディネーターの取り組みや地域活動の状況などについて共有し、連携・協働による地域づくり活動を推進しています。

《　現状・課題　》

平成29年度から菊川市社会福祉協議会に業務委託をして、市全体の第１層に１人、日常生活圏域である中学校区の第２層に３人の生活支援コーディネーターを配置しています。

コロナ禍で通いの場や地域サロンの閉鎖などにより活動が縮小した一方で、市内に移動販売車の参入があり、移動が困難な高齢者の買い物への選択肢が広がりました。地域の支え合い活動や多様な主体による生活支援サービスなどが創出されるように、生活支援コーディネーターが引き続き地域における情報の共有、ニーズ調査、担い手の発掘・育成、ネットワークづくりなどを継続する必要があります。

また、高齢者の移動は、生活を支える活動はもとより、生きがいづくりや社会参加への意欲に繋がります。令和４年度には先進的な事例の視察を行うなど情報収集に努めました。既存の公共交通機関やコミュニティバス、運転ボランティアなど、関係機関と協力しながら柔軟な対応ができる体制づくりが必要になります。

《　今後の方針　》

- 引き続き生活支援コーディネーターを配置し、「移動支援」、「買い物支援」、「地域サロン・居場所支援」の３つの重点課題について、地域でできることを地域住民と一緒に考えていきます。また、新たなニーズを随時取り上げていきます。
- 生活支援コーディネーターの取り組みを支えるため、第１層（市全域）と第２層（日常生活圏域）に協議体を設置します。
- 第２層協議体は、日常生活圏域（中学校区域）ごとに設置するとされていますが、本市では、概ね小学校区域でコミュニティ組織が整備されているため、状況に合わせて位置づけます。
- 実際に地域で活動されている団体やグループなどの活動の現場へ訪問し、担い手の人達からの相談などを通じて、地域における情報やニーズ、課題などの整理を行います。
- 高齢者の移動支援について、地域活動への送迎や生活支援における買い物や通院などの送迎など、既存の公共交通機関やコミュニティバス、運転ボランティアなどを活用できるように公共交通部門と連携して検討していきます。

②配食サービス事業（地域支援事業）

菊川市内に居住するひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯などで、買い物や食事の調理が困難と判断される人に食事を配達することで、食生活の改善と健康増進を図るとともに、定期的な安否確認を行うことで地域における見守り力の向上を図るものです。

《　現状・課題　》

ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯の増加、自動車運転免許返納の増加などにより、自分で買い物に行けなくなった高齢者が増加していることが考えられます。

今後も、地域における高齢者の見守り活動としても効果が高いと考えられるため、適切な事業実施に努めます。

《　今後の方針　》

- 高齢者のみ世帯などの食生活の改善と健康増進を図るとともに、定期的な安否確認を行うことで地域における見守り力の向上に努めます。

③移送サービス事業（一般財源）

歩行困難な人が通院する場合に、移送車両により自宅と医療機関との間を送迎することで、その家族の負担軽減を図るものです。

移送サービス対象外の人については、菊川市社会福祉協議会の福祉車両の貸出しのほか、社会福祉法人で実施している福祉有償運送の利用を勧めています。

《　現状・課題　》

高齢者の求める移動支援は、要介護認定を持っている人から日常生活には問題がなく自立している高齢者まで、幅広いニーズがあります。

福祉有償運送等の類似サービスも存在するため、近隣市町の事業実施方法を参考にしながら適切な業務に努めます。

《　今後の方針　》

- 対象者の把握に努め、福祉有償運送などの利用も勧めながら、適切に事業を実施していきます。

④生活管理指導短期宿泊事業（地域支援事業）

生活管理指導短期宿泊事業は、対象者を養護老人ホームに一時的に入所させ、生活習慣などの指導を行うとともに健康維持を図るものです。

《　現状・課題　》

養護老人ホームへ入所を検討している人のお試しとしての利用もあり、今後も継続して事業を実施していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 養護老人ホームと連携しながら、適切な対象者の把握や事業の実施に努めます。

⑤緊急通報システム整備事業（一般財源）

65歳以上の高齢者のみ世帯または身体障害者のみの世帯などで、緊急通報システムの設置を希望する世帯を対象に整備し、本人及び家族等の緊急時の不安軽減を図るものです。

第１、２通報先は、近くに住む親戚、近所の人など（市外の人でも可）を登録し、第３通報先は中東遠消防指令センター（119番、出動先：菊川消防本部）を登録します。

《　現状・課題　》

現在、高齢者用携帯電話の高機能化や民間事業者による類似の通報機器が多くある中、緊急時の不安がありながら、初期投資の問題で導入を悩んでいる世帯にとって、安価で機器を設置することができることから、事業の継続が求められています。

《　今後の方針　》

- 民生委員・児童委員などと連携し、設置が必要な人への新規整備に努めます。
- 必要な方がこの事業に繋がるように、事業の周知を行うように努めます。

施策５：家族介護支援

現状・課題

家族介護者の支援に関わる問題としては、ひとり暮らし高齢者、及び高齢者のみ世帯の増加に伴い、老老介護が占める割合が高くなっている現状があること、その他にも介護離職やダブルケア、ヤングケアラー、8050問題があります。家族事情や経済状況によって家族の介護力が異なるため、実情に合ったきめ細やかな介護者支援が求められます。

高齢者ができるだけ住み慣れた地域で暮らしていくためには、その高齢者を介護する介護者への負担を減らし、支援の充実を図ることが必要です。

今後の方針

家族介護教室などの開催により、介護負担の軽減のための相談や支援、介護者同士のつながりや情報交換の場を提供します。ヤングケアラー対策は、行政担当部署、学校、民生委員・児童委員等の関係機関と連携し、相談窓口の周知・広報、対象者の把握と相談対応に努めます。介護離職ゼロに向けて、働く介護者の相談機会の確保に努め、介護休暇などの制度の周知や要支援・要介護認定者などへの適切なサービスの提供を行います。また、介護者への経済的負担を軽減するための支援として、紙おむつの支給などの事業を実施します。

①家族介護教室・家族介護者支援事業（地域支援事業）

家族介護教室は、高齢者を介護している家族や介護に関心のある人を対象に、介護方法や介護者の健康づくりなどについての知識や技術を習得してもらうための教室です。

《　現状・課題　》

市では、介護者への介護知識の普及や介護負担の軽減を図るため「介護者のつどい」を開催し、日常の介護に関する講話や座談会などを実施しています。その他にも、介護に関する相談を受付けるとともに、希望者には介護マーク※の配布を行っています。介護に取り組む家族の支援は今後も継続して実施していく必要があります。

また、支援が必要とされているヤングケアラーに対しても関係機関と連携し情報収集や相談につなげるよう取り組んでいきます。

※介護マークは、男性介護者が介護のために女性の下着を買う際や、女性介護者が男性トイレに付き添う場合などに周囲への理解を求めつつ精神的負担を軽減するために利用されているものです。

《　今後の方針　》

- 介護知識の普及や介護者同士の交流、介護者の精神的負担軽減を図るため、家族介護教室を継続して実施していきます。
- ケアマネジャーなど他職種との連携を図りながら、介護者支援を行っていきます。
- 介護マークについては、相談や講座などを通じ、引き続き周知を図っていきます。
- ヤングケアラーの相談について、関係機関と連携して対応方法を検討していきます。

②在宅ねたきり老人等介護者手当支給事業（地域支援事業）

要介護３以上の認定者を在宅で６か月以上介護している人を対象に、介護の労をねぎらうとともに、福祉の増進に寄与することを目的として、介護者手当を支給するものです。

《　現状・課題　》

在宅での介護を望む高齢者が多いことや、在宅介護サービスなどが充実してきたことにより、対象者の増加が考えられます。事業を継続しながら、必要に応じて対象者の基準や支給金額について検討をしていきます。

《　今後の方針　》

- 適正・公平な手当支給のため、制度の周知に努めます。
- この事業のあり方について検討しながら、適切な事業実施に努めます。

③在宅介護高齢者紙おむつ給付事業（保健福祉事業）

在宅介護高齢者紙おむつ給付事業は、要介護４・５の認定者で非課税世帯の高齢者に対し、在宅介護の援助を目的とし、紙おむつを給付することで、家族の経済的負担の軽減を図るものです。

《　現状・課題　》

在宅で介護を行っている方からの紙おむつ購入の助成事業の要望は多く、継続した事業実施が求められています。また、現品支給から紙おむつ券などへの変更についても検討が必要です。

《　今後の方針　》

- 適正・公平な給付のため、制度の周知と適切な事業実施に努めます。
- 近隣市町の同事業実施状況を調査するとともに、この事業のあり方や支給方法の変更などについて検討していきます。

④障害者控除対象者認定（一般財源）

満65歳以上で、障がいを認める手帳または書類などを持たない人のうち、要介護認定申請における主治医意見書の寝たきり度や認知症高齢者の日常生活自立度などにより、普通障害者または特別障害者に準ずるものと認める事業です。障害者控除対象者認定を受けることにより、所得税や市・県民税の申告において障害者控除を受けることができます。

《　現状・課題　》

随時、申請を受け付け、該当する人に認定書を交付しています。対象者へ制度の周知や認定期間の周知が必要となっています。

《　今後の方針　》

- 制度や認定期間の周知に努め、適切な認定事務を実施します。

施策６：権利擁護

現状・課題

ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯の増加、生活環境の多様化により、高齢者や家庭が抱える課題は様々ですが、そのような中でも、認知症がある場合、虐待や消費者被害など、高齢者の権利侵害が起こるリスクは高くなり、早期発見、早期対応が必要となります。

高齢者の持つ様々な権利を護り、地域において安心して生活することができるよう、菊川市においても「認知症などにより判断能力が不十分な人への相談支援や成年後見制度の活用及び支援」、「介護者や施設職員による暴力や暴言、金銭搾取などの高齢者虐待に対する早期発見・早期対応」、「訪問販売や振込詐欺などの消費者被害に対する相談支援及び未然に被害を防止するための関係機関とのネットワーク構築」、「介入拒否や高齢者及びその家庭に重層的な課題のある事例への相談支援」などの権利擁護に関する支援を実施しています。

権利擁護に関する相談は、発見・介入が遅れることで問題が重大化することもあるため、早期発見・早期対応が重要となります。早期発見のための見守りネットワークの構築、権利侵害発生時における成年後見制度の利用や高齢者虐待の防止に関する取組等、権利擁護への対応を充実させていく必要があります。

今後の方針

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるよう、高齢者の権利擁護に関する啓発や相談を実施していきます。

また、地域の機関、団体へ協力を依頼し高齢者の見守りネットワークを形成するとともに、民生委員・児童委員や福祉・介護関係者との連携を図り情報交換や意見交換の実施など見守り体制を維持強化していきます。

成年後見制度については、福祉課や菊川市社会福祉協議会と連携し、掛川市・御前崎市・菊川市の３市による中核機関が設置され、制度の広報や啓発、相談体制等が整備されています。中核機関を中心に、制度周知や相談を継続して実施するとともに、行政、医療機関、専門職団体等の多職種間で連携を図り、必要な人が適切に制度を利用できるよう取り組んでいきます。

虐待対応については、本人や家族の健康状態、生活環境、経済状況等、個々の抱える様々な問題が重なって発生している事例が多いため、関係機関と連携し、虐待の早期解消が図られるよう取り組んでいきます。

①高齢者見守りネットワーク（地域支援事業）

高齢者見守りネットワークは、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、高齢者の生活や状態の変化に気づきやすい店舗や団体、事業所などを高齢者見守り事業所として登録し、高齢者の見守りや地域包括支援センターの周知に協力いただく事業です。

《　現状・課題　》

高齢者見守り事業所については、同意を得られた市内外の医療機関やスーパー、宅配業者などに協力いただき、令和５年９月時点で302か所が登録されています。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、高齢者が抱える課題の早期発見・早期対応が非常に重要であり、そのためには地域の協力が不可欠です。特に近隣の方との関わりが薄く、地域で孤立している高齢者は課題の早期発見が難しく、日常的に利用のある店舗や団体等に協力いただくことで支援につなげる可能性が高まります。実際に、スーパーや新聞店、銀行からの連絡により、支援につながったケースがありました。

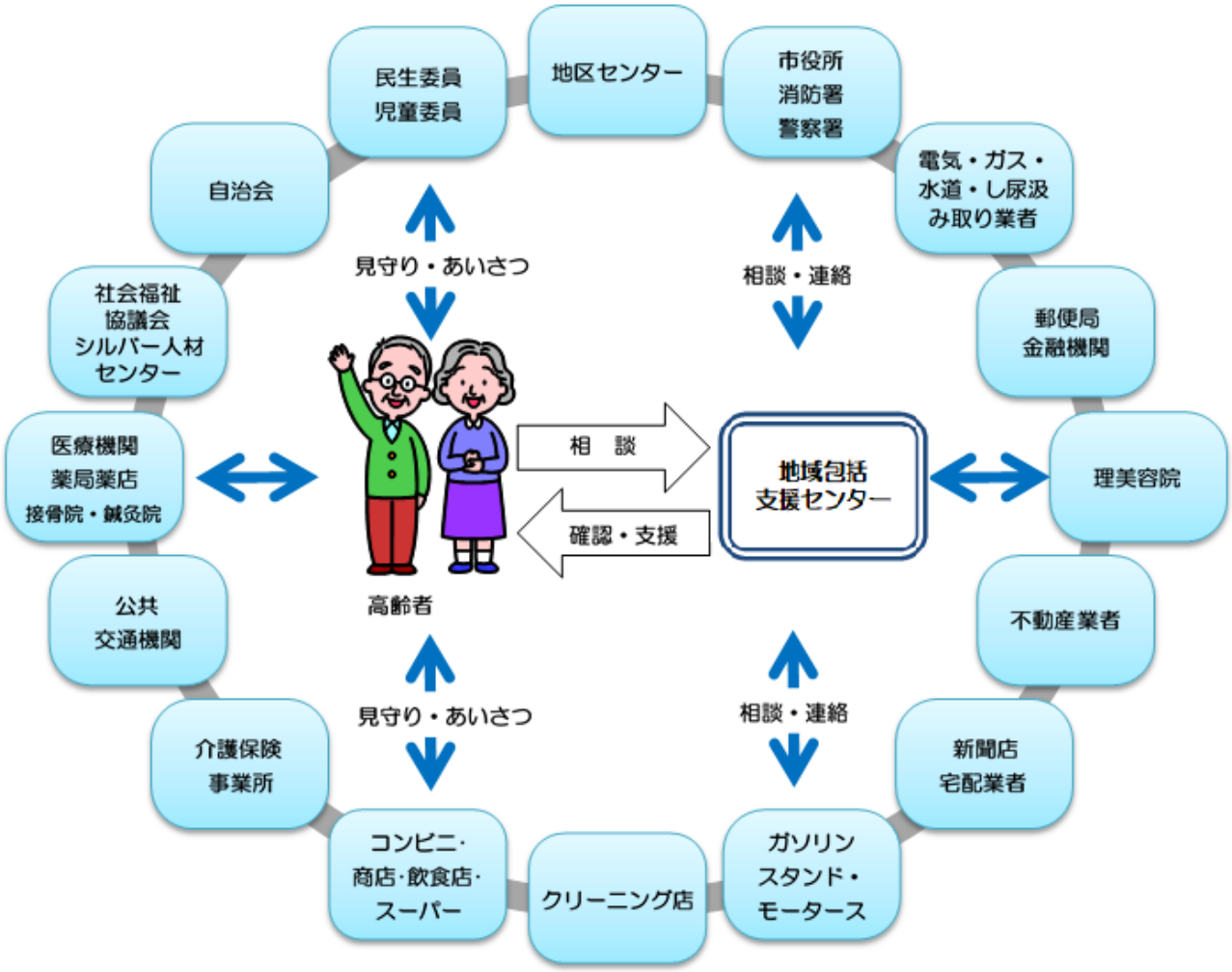
支援が必要な高齢者の早期発見のため、今後も継続して普段から高齢者との関わりがあると思われる事業所に対して見守り事業所への登録を依頼するとともに、登録事業所へ高齢者に関する情報発信を定期的に行い窓口の周知を継続していく必要があります。

また、令和３年度から、認知症により徘徊のおそれのある高齢者等が行方不明になった場合の事故防止、早期発見を目的として、希望者をリストへ登録し関係機関と共有する事前登録事業とリスト登録者の発見・連絡につなげるためのＱＲコードシール配布事業を開始しました。地域の見守りの目が増えることで行方不明となった高齢者の発見につながる可能性が高まることから、見守り事業所の協力が重要であると考えます。

《　今後の方針　》

- 普段から高齢者との関わりがあると思われる事業所に対し、見守り事業所への登録を依頼していきます。
- 見守り事業所に対し、認知症高齢者事前登録事業及びＱＲコードシール配布事業における高齢者の発見・連絡について協力を依頼していきます。

図：高齢者見守りネットワークイメージ



②権利擁護相談事業（地域支援事業）

権利擁護相談事業は、高齢者の持つ様々な権利を護り、地域で安心して生活できることを目的に、①認知症などにより判断能力が不十分な人への相談支援や成年後見制度の活用及びその支援、②介護者や施設職員による暴力や暴言、金銭搾取などの高齢者虐待に対する早期発見、早期対応、③訪問販売や振り込め詐欺などの消費者被害に対する相談支援、未然に被害を防止するための関係機関とのネットワーク構築、④介入拒否や高齢者やその家庭に重層的な課題のある事例への相談支援などを実施します。

《　現状・課題　》

ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯の増加、生活環境の多様化により、高齢者や家庭が抱える課題が複合化しています。中でも、認知症がある場合や、虐待や消費者被害など、高齢者の権利侵害が起こるリスクは高くなり、早期発見、早期対応が必要となります。

今後、障がい、生活困窮、セルフネグレクトによる介入拒否など、単独の支援機関では対応が困難な、複合的課題を抱えている事例も増加することが予測され、関係機関と連携を深め適切な相談支援を行っていく必要があります。

また、増加する相談や困難事例に対して、課題の早期解決や継続的支援を行うことができるよう、職員の専門職としてのスキルアップを図っていきます。

《　今後の方針　》

- 高齢者虐待や成年後見制度、消費者被害など、権利擁護に関する相談に対し、ケアマネジャー、介護サービス事業所、民生委員・児童委員、福祉分野の相談機関、医療機関、警察、地域住民などと連携、協働することにより適切な対応を実施します。
- 職員の専門職としてのスキルアップを図るために、研修会などへの参加を積極的に行います。

③権利擁護啓発事業（地域支援事業）

権利擁護啓発事業は、高齢者の権利を守るための制度や対策を理解してもらうことを目的に、権利擁護に関する制度の周知や研修会の開催を行っています。

《　現状・課題　》

普及啓発に関しては、出前行政講座や権利擁護研修会等で成年後見制度に関するチラシを配布し、制度の周知を図りました。

研修会の開催に関しては、市民、民生委員・児童委員、ケアマネジャー、介護サービス事業所、高齢者見守り事業所等を対象に、成年後見制度や高齢者虐待防止といった権利擁護に関する研修会を開催しています。

消費者被害防止に関しては、消費生活センターと共催で研修会や情報交換会などを実施しています。

今後もひとり暮らし高齢者や認知症の人の増加が予想されるため、権利擁護に関する内容について多くの人に知ってもらうために、市民や関係機関に対して、広く周知していく必要があります。

《　今後の方針　》

- より多くの市民に、高齢者の権利擁護に関する意識を高めてもらうため出前行政講座や広報菊川などで、高齢者の権利擁護に関する情報発信を行います。
- 市民、民生委員・児童委員やケアマネジャー、高齢者見守り事業所などの関係機関に対して、権利擁護に関する研修会を継続して行います。
- 消費生活センターと連携を図り、共同してできる高齢者の消費者被害防止の啓発に取り組みます。

④成年後見制度利用促進事業（地域支援事業）

成年後見制度とは、認知症等により判断能力が低下した場合でも、自分らしく安心して生活できるよう、本人の権利を護る援助者（成年後見人等）を選び、契約行為や財産管理等の支援を行う制度です。

しかしながら、制度が知られていないことや手続きの煩雑さ等により利用につながりづらいことから、適切な制度利用に向けた体制整備や相談事業を行うものです。

《　現状・課題　》

成年後見制度の利用促進を目的として、平成28年５月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」が施行され、平成29年3月に「成年後見制度利用促進基本計画」が策定、令和４年３月から計画の第二期が開始されています。菊川市においても、第４次菊川市地域福祉計画・地域福祉活動計画の中で菊川市成年後見制度利用促進基本計画を定め、制度の利用を必要とする人が適切に利用できるよう、体制整備及び事業実施に取り組んでいます。

事業の実施においては、掛川市・御前崎市及び各市社会福祉協議会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会と連携して令和４年度から東遠地域成年後見制度利用推進委員会を組織し、各市に成年後見制度中核機関を設置して、制度の広報や相談、事例検討を行っています。また、令和５年度に市民後見人養成講座を開催し、後見人担い手の確保に努めました。

認知症高齢者の増加が見込まれ、成年後見制度利用の必要性は年々高まっている中で、制度利用促進に向けて、制度の周知や相談体制の充実、市民後見人の確保や後見人等の支援体制の整備に取り組んでいく必要があります。

《　今後の方針　》

- 成年後見制度を必要とする人が適切に利用できるよう、福祉課・菊川市社会福祉協議会と連携し、相談対応・支援を行います。
- 成年後見制度中核機関の持つ広報、相談、制度利用促進、後見人支援の４つの機能について、掛川市・御前崎市及び福祉課、各市社会福祉協議会と協力し、機能の充実に取り組んでいきます。

⑤成年後見制度利用支援事業（地域支援事業）

成年後見制度利用支援事業は、成年後見制度を利用するにあたり、家庭裁判所への申立てを行う親族がいない場合に市が本人や親族に代わって申立てを行う市長申立ての実施や、申立てに要する費用負担や成年後見人等への報酬支払が経済的に難しい人に対して申立て費用及び報酬を助成するものです。

《　現状・課題　》

成年後見制度の利用に関しては、地域包括支援センターにおいて、制度利用に関する必要性の判断（スクリーニング）や申立て支援を行っています。その中で、対応が困難と思われるケースについては、掛川市・御前崎市及び各市社会福祉協議会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会が参加する成年後見制度中核機関の事例検討会にて対応方法の検討や後見人候補者の選定等を協議しています。成年後見制度に関する相談は増加傾向にあり、それに伴い市長申立ての実施件数も年々増加しています。

成年後見制度の利用支援においては、行政だけではなく、親族やケアマネジャー、医療機関や専門職団体など、関係者間における協力が不可欠であり、診断書の作成や鑑定に関する医療機関、弁護士会、リーガルサポート（司法書士会）、権利擁護センターぱあとなあ（社会福祉士会）等と随時連携を図っています。

また、申立て費用負担及び報酬助成については、令和５年９月から要綱を改正し、助成対象を「市長申立者のみ」から「成年後見制度利用者」へと助成対象を拡大しています。

近隣に親族がいない独居高齢者が認知症となった場合などでも、高齢者の権利が護られ自分らしく安心して生活できるように、適切に制度を運用していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 親族やケアマネジャー、医療機関や専門職団体等の関係者、中核機関と連携し、成年後見制度を必要とする人が適切に利用できるように支援していきます。
- 高齢者の権利が護られ自分らしく安心して生活できるよう、市長申立てについても適切に判断し、実施していきます。

⑥高齢者虐待防止事業（一般財源）

高齢者虐待防止については、相談窓口の周知と早期発見、適切な支援や保護を行うことにより虐待の深刻化を防止するとともに、養護者の介護ストレス軽減を図り、虐待の発生を未然に防止するものです。高齢者虐待への対応は、「老人福祉法」及び「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づいて行います。

《　現状・課題　》

高齢者虐待に関する通報があった場合には、速やかに事実確認を行い、虐待の有無や緊急性の判断、対応方法や支援の方向性について検討するための虐待対応コアメンバー会議を開催します。また、支援を実施している事例や虐待対応終了となったケースについては、月１回虐待評価会議を開催し、支援の進捗管理や評価、支援計画の作成を行っています。

地域包括支援センターを中心に、ケアマネジャーや民生委員・児童委員、介護施設及び事業所、警察、医療機関などとの連携を密にし、虐待の早期発見や解決に向けた窓口の周知、情報共有、個別支援の検討など、虐待に対応できるよう取り組んでいます。

近年、８０５０問題（80歳代の親と50歳代の子どもの組み合わせによる生活問題）と言われる、高齢者だけでなく、家族全体への支援が必要なケースが多くみられ、様々な関係機関との連携がさらに必要になっています。

《　今後の方針　》

- 高齢者虐待防止について、迅速で的確な支援・対応となるよう、虐待対応コアメンバー会議の実施、支援計画の進捗管理、高齢者虐待対応のためのマニュアルの改定などを行います。
- 市民に対し、高齢者虐待防止の理解を深めてもらうための啓発活動や、関係者の資質向上のための研修会を実施します。
- 今後も、高齢者虐待を早期に発見し、迅速で適切な対応をするとともに、関係者の資質向上のための研修や関係機関との連携強化を図っていきます。

⑦老人保護措置事業（一般財源）

心身や環境上の理由、経済的な理由などにより、在宅での生活が困難となった高齢者を支援するため、老人福祉法に基づき老人保護措置事業を実施します。

《　現状・課題　》

養護老人ホームへの保護措置については、入所に関する相談に対し、本人や扶養義務者などの身体状況、経済状況などについて確認し、適切な事業実施に努める必要があります。

近年の保護措置者は減少傾向にありますが、直近３年間では８～９人で推移しており、高齢者数比で0.07％程度となっています。今後、高齢者数の増加が見込まれますので、人数についても同程度の比率での保護措置者数を見込んでいきます。

また、事業実施にあたっては、県が発行する「老人保護措置事務の手引き」に基づき適正な対応に努めるとともに、法令の改正については、随時対応します。

《　今後の方針　》

- 関係機関や民生委員・児童委員などと連携し、対象者の把握に努めます。
- 養護老人ホームや他の市町と連携しながら、適切な老人保護措置事業に努めます。相談者の状況を適切に確認し、適正な措置を行います。
- 県からの通知などに合わせ、適正に事務手続きの改定等を行い、法令に基づいた事業実施に努めます。

施策７：高齢者の居住安定に係る施策との連携

現状・課題

ひとり暮らしや高齢者世帯が増加傾向にある中、高齢者の居住の場を、本人や家族等の身体状況や生活状況などに応じた形で安定的に確保していくことが重要となっていきます。

サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの整備状況については、県から情報提供を受けており、市内だけでなく県内市町の状況を確認することができます。また、市内でこれらの施設整備が計画された場合には、都市計画課と連携し、土地利用の承認や開発行為の許可等で整備内容を確認します。また、公営住宅における高齢者世帯の上層階から下層階への住み替えや下層階への優先入居などについても協力して対応しています。

地域包括支援センターでは、県の「住まいづくり支援ガイド」や「高齢者対応住宅相談員登録名簿」などを活用し、住宅施策担当課とも連携しながら、居住の場に不安を抱える高齢者からの相談に対応しています。

また、社会福祉協議会が令和３年度から「居住支援法人」として活動を始めたことから、住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援等について、相談・連携を図るとともに、社会福祉協議会が令和５年度に立ち上げた居住支援協議会に参加し、居住支援に係る関係者間での情報共有を行っています。

今後の方針

県から提供されるサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームに関する情報、市内及び周辺地域の施設情報を収集し、個人や家族の要望や状況を踏まえた相談対応ができるよう努めます。

社会福祉協議会で実施している住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援を紹介し、低額所得の方、高齢の方等の支援につなげていきます。

高齢者の居住安定に係る施策との連携（一般財源）

高齢者が安心した暮らしを続けるための居住支援を行います。また、介護が必要になった場合にも居住ができるよう相談支援を行います。

《　現状・課題　》

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、適切な住まいと必要な生活支援サービスが受けられる環境を整える必要があります。様々な地域資源の中からその人にあったものを組み合わせて支援するため、社会福祉協議会や福祉課、民生委員・児童委員など関係機関と協力し相談支援を行っています。

《　今後の方針　》

- 高齢者が安心した暮らしができるようにするために、関係機関と協力しながら相談支援を行います。

施策８：災害対策・感染症対策

現状・課題

近年の災害の発生状況や新型コロナウイルス感染症などの流行を踏まえ、介護事業所などと連携し防災や感染症対策についての周知啓発・研修・訓練の実施が必要となります。

また、災害や感染症発生時に必要な物資についての備蓄・調達状況の確認を行い、必要な指導・支援を検討する必要があります。防災に関しては業務継続計画（BCP）を使った避難訓練の実施、感染症については拡大予防のため医療機関や保健所などと連携を検討する必要があります。

なお、平時からICTを活用した会議の実施などによる業務のオンライン化を推進することは、災害・感染症対策としても重要となります。

今後の方針

介護事業所を対象に実施している市の安否確認メールを活用した情報伝達訓練や、ケアマネジャー協議会で取り組んでいる防災対策などを整理し、一体的な防災対策の整備を行います。

介護事業所などと連携し、防災や感染症対策についての周知啓発・研修・訓練を実施していきます。

災害や感染症発生時に必要な物資などの備蓄・調達状況の確認を行い、必要な指導・支援を検討していきます。また、感染症拡大予防のための自宅療養・宿泊療養体制確保に向けた連携を検討していきます。

介護事業所などで策定している避難確保計画を定期的に確認するとともに、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路などの確認を促します。

会議等におけるICTの利活用を進めると共に、介護事業所に対し介護分野のICT利活用に係る情報提供を行います。

災害対策・感染症対策（地域包括支援センター）

昨今、大規模な災害の発生や、感染症の流行が見られる中、災害発生時に適切な対応を行い、その後も対象者に必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するため、BCPを作成し、運用する必要があります。

《　現状・課題　》

感染症の流行や大地震などの災害が発生すると、通常通りに実務を実施することが困難になるため、各課で非常時優先業務が定められています。地域包括支援センターでは、独自のBCPを作成しています。今後、優先業務のすり合わせ、平時から準備・検討しておく事項の確認、発生時の対応訓練など行っていく必要があります。

《　今後の方針　》

- 地域包括支援センターの職員がBCPの内容を把握し、発災時に迅速に対応できるよう、研修を行います。
- BCPが緊急時に、活用できるように、訓練を行い、見直しを継続していきます。

災害対策・感染症対策（地域包括支援センター以外の事業所）

災害発生時にも継続して介護サービスの運営を行うこと、感染症対応を行い介護サービス事業所内での感染症拡大を防止することを目的に、市と事業所、地域との連携を図るものです。

《　現状・課題　》

介護サービス事業所ごとに災害時のBCPを策定し、感染症対策委員会を設置しています。今後平常時に訓練を行い、必要に応じて見直しを図り、計画や委員会について有効性を高めていく必要があります。

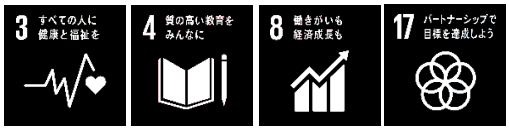
市は災害や感染症にかかる情報を共有し、計画や委員会及び訓練の開催について適切であるか、運営指導を通して確認していきます。また、災害の被災によって介護サービス利用者の利用日数や利用箇所に影響が出た場合の対応を行います。

《　今後の方針　》

- 介護サービス事業所への災害・感染症対策に関する情報共有を行います。
- 運営指導による業務継続計画と感染症対策委員会の確認を行います。
- 災害発生時の介護サービス利用者への対応を検討します。

…… 目標２：生きがいづくりと介護予防の促進 ……

施策１：生きがいづくりと社会参加の促進



現状・課題

少子高齢化により社会の支える側の担い手が減少しており、元気な高齢者にもその役割を担ってもらうことが求められています。高齢者が住み慣れた地域でいきいきと、健康で元気に充実した生活を送るためには、感染症対策をした上で「キョウヨウ(今日用事がある)」と「キョウイク(今日行く所がある)」を維持することが大切です。

これまでの生活で培ってきた地域や社会との関わりを維持し続けることで、社会からの孤立を防ぎ、高齢者の生きがいづくりや社会参加の促進につながり、結果的にその人の介護予防にもつながります。

それを実現するためには、家庭に閉じこもりがちになりやすい高齢者が、やりがいや生きがいを感じ、就労や地域活動、ボランティアなど、積極的に社会参加したいと思うような環境や受け皿を整備することが求められます。

今後の方針

高齢者の積極的な社会参加を促すため、生きがいづくりや社会参加を促進するとともに、高齢者の自主的な活動を支援していきます。

高齢者の知識や経験を活かす場として、世代間、世代内の交流を促進するとともに、地域における高齢者の自主的な活動を支援していきます。

また、生涯学習やスポーツ、レクリエーションをはじめとした生きがいの創出については、多様化していく高齢者のニーズに応えていくことができるよう、既存事業の内容改善や新たなメニューの創設を図っていきます。

①老人クラブ活動の支援（一般財源）

高齢者がこれまで培った知識や経験を生かし、生きがいと健康づくりの多様な社会活動や明るい長寿社会づくりに資する活動を行うシニアクラブ菊川に支援を行っています。

《　現状・課題　》

近年、老人クラブへの新規加入者が伸び悩んでいることが課題となっています。

高齢者のライフスタイルや価値観が多様化する中、共通の趣味を持つ者が集うグループなどは増えていますが、老人クラブの活動は趣味的活動だけでなく、社会貢献活動も含まれていることから、その存続には意義があり、高齢者の生きがいづくり活動における選択肢の一つとなっていることは、とても重要なことといえます。

《　今後の方針　》

- シニアクラブ菊川の活動が活発に行われるよう、今後も支援を行います。
- 老人クラブの加入者が増えるよう、シニアクラブ菊川のＰＲ活動に協力します。

②敬老事業（一般財源）

敬老事業では、長年にわたり社会に貢献されてきた高齢者への感謝や慰労と、同世代の交流や再会の場として、毎年９月に敬老会を開催します。

また、100歳になったお祝いとして、市長が誕生日またはその近い日に自宅や施設を訪問し、お祝いと花束の贈呈を行う100歳祝い事業を実施しています。

《　現状・課題　》

高齢化とともに該当者数は増加していますが出席率は減少傾向にあることや、会場の容量の問題、９月でも猛暑日が多くなり安全安心な開催が難しくなっていることなどが課題となっていました。

こうしたことから、今後の敬老会のあり方や開催方法について、平成30年度から令和２年度にかけて菊川市連合自治会と協議を行い、令和３年度からは、敬老会を市内１か所、文化会館アエルで開催しています。（ただし、令和３年度は新型コロナウイルス感染症の影響により中止となりました。）

《　今後の方針　》

- 令和３年度からの変更点は次のとおりです。
  ・敬老会は、当該年度に祝年である喜寿の77歳、傘寿の80歳、米寿の88歳、白寿の90歳、卒寿の99歳、百寿の100歳、101歳以上となる方を対象者とし、式典への招待及び記念品の配付を行います。
  ・主催及び当日の運営ともに菊川市とします。
  ・市内10会場で地区ごとに開催していましたが、文化会館アエル大ホールに集約します。
- 今後も敬老事業を継続することで、感謝や慰労を表し、同世代の交流等を通じて高齢者の生きがいづくりに努めます。
- 100歳祝いについて、対象者の把握や訪問の日程調整を確実に行い、適切に実施します。

③スポーツ・レクリエーションの振興（一般財源）

高齢になるにつれて、運動機能が低下し、疲労回復に時間がかかるようになります。一方で自由に使える時間が増え、スポーツや運動をする人の割合が増えてきます。高齢者が無理なくスポーツを楽しむことができる機会の提供に加え、生きがいづくりや健康づくり、介護予防の取組を推進します。

《　現状・課題　》

スポーツに「高齢者の健康と介護予防、寝たきり防止」を期待する人が多くなっているため、家族でスポーツをする機会や、スポーツを通じた世代間交流、地域における交流の機会を創出することで、地域の活性化及びつながりの強化に活かしていく視点での取組が求められています。

現在、長寿介護課や総合型地域スポーツクラブ「アプロス菊川」に企画・協力を依頼し、「シニア健康体操教室」を開催しています。

《　今後の方針　》

- 高齢者が楽しめるグラウンドゴルフやニュースポーツ等のスポーツ大会や交流会を開催します。
- シニア健康体操教室やいきいきカレッジ菊川の開催等、健康づくりや介護予防の取組を推進するとともに、高齢者が参加できるスポーツの機会を増やします。

④生涯学習活動の推進（一般財源）

中央公民館を拠点として、市民による生涯学習活動の支援及び住民ニーズにあった各種講座の開設を行います。「いつでも・どこでも・誰でも」気軽に学ぶことを通して、市民一人ひとりの豊かな個性や創造力を伸ばすため、グループの自主的学習を支援します。

《　現状・課題　》

生涯にわたりいきいきと暮らせるように、仲間と交流しながら楽しく知識を得て、生きがいの一つとなるような学習の場を提供するため、各種の生涯学習活動を推進しています。

学習を始めるきっかけとなることを目的として「ステップアップ講座」を開催しています。老若男女が参加可能であり、趣味・学習・運動の講座をバランスよく実施しています。参加者の約50％が60代以上であり、学習意欲の高さが感じられます。

高齢者がいきいきと活動できるよう仲間づくりや趣味を広げるためのプログラム内容を実施する「いきいきカレッジ菊川（旧ことぶき講座）」を５回コースで開設しています。室内で気軽に体を動かせる内容や、脳リフレッシュ講座などを組み込んだ学習を行いました。２会場５講座に延べ28人の参加がありました。

講座で学んだことを活かし、受講生自らが中心となって活動する「自主講座」や、文化協会への加入、または文化祭への出演・出展などにつながっていくことを期待しています。

《　今後の方針　》

- 生涯学習を始める機会を提供し、知識の向上や参加者同士の交流を通じた「ステップアップ講座」や「いきいきカレッジ菊川（旧ことぶき講座）」を引き続き開催します。
- 急速な社会変化の中で、市民の学習に対する意識は高度化、多様化しています。今後も時代のニーズに沿った講座の企画や、市民の自主的・自発的な学習の機械を提供していきます。
- 学習や交流の場を積極的に提供するため、団体の登録、中央公民館の貸出を行います。

⑤就業等の支援（シルバー人材センター支援/一般財源）

働く意欲のある高齢者の就労の機会を確保するため、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律に基づき、公益社団法人菊川市シルバー人材センターへの支援を行っています。

高齢者がこれまでに培った知識や経験を活かし就労することで社会参加の機会を維持し、生きがいのある生活を送ってもらうことを目的としています。

《　現状・課題　》

公益社団法人菊川市シルバー人材センターは、収入を得るということだけではなく、高齢者がこれまでに培った知識や経験を活かし就労することで社会参加の機会を維持し、生きがいのある生活を送ってもらうことを目的としていますが、退職年齢の延長や継続雇用などにより会員の減少、会員の高齢化が進んでいます。

新規会員の確保や、就業機会の開拓・マッチング機能や地域ごとの実情を踏まえた積極的な取組みの強化が求められています。

《　今後の方針　》

- シルバー人材センターが適切に人材を確保できるように、また会員が働くことを通じて社会参加していけるよう、支援に努めます。
- シルバー人材センターの健全な運営のため、市からの発注なども含め、仕事量の確保に努めます。

⑥ボランティア活動などへの支援（一般財源）

高齢者の日常生活を地域全体で支えていくため、自治会やコミュニティ協議会を始め、NPO、ボランティアなど多様な主体による地域づくり活動を支援します。

《　現状・課題　》

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、市民の誰もが地域ぐるみで支えあい、見守りのできる体制をつくる必要があります。その一つの手段として、ボランティア活動が挙げられ、市内では、すでに幅広い年代のボランティアが、様々な活動を行っています。

市では、菊川市社会福祉協議会が推進するボランティア活動のほかに、教育委員会が設置する、小・中学生などのボランティアを支援するボランティア活動支援センター、市民活動の活性化と市民協働の推進を図る市民協働センターがあります。それぞれのセンターがつながりを持ちながら、ボランティア活動・ボランティア育成活動を支えています。

今後も少子高齢化が進むことが予想され、現状でも自治会やコミュニティ協議会の役員や、活動の担い手が不足している状況にありますので、これまであまり活動に参加していない若い世代への働きかけや、ボランティアやＮＰＯなどとの協働による取組みが必要になります。一部地域では、コミュニティ協議会の活動をＮＰＯが実施したり、高校生や大学生が参画するといった事例が生まれています。こうした多様な主体による協働による活動を、どのように高齢者の日常生活を支える活動に広げていくかが課題となります。

《　今後の方針　》

- 幅広い年代（特に学生・若者・勤労者層）に対して、社会福祉活動やボランティア活動への理解及び参加意識を啓発するとともに、地域づくり活動の担い手を育成していきます。
- 団体同士の新たな連携やつながりが生まれるよう、お互いの活動について理解を深めることができる交流の機会や情報共有できる場の提供に努めます。
- ボランティア活動を支える各センターによる連絡会を開催し、相互の連携協力と協働による活動を推進します。

ボランティア活動などへの支援（一般財源）　※小・中学生(児童生徒)対象

各学校及び受入施設と連携し、児童生徒へのボランティア活動実践の場を提供します。

《　現状・課題　》

教育委員会では、ボランティア活動支援センターを設置し、小・中学生などにボランティア活動や社会参加活動への参加を促し、広く社会で活動することを通して社会性や思いやりの心を育て、健やかな青少年の育成を支援しています。少子高齢化が進む中、高齢者が安心して暮らしていくために、福祉施設にボランティア活動を受け入れし、日常生活の支援を行っています。現状、行政・行政関連施設、福祉施設、地区センター、コミュニティ協議会、NPO法人（明社協、ぽれぽれ等）が、青少年ボランティア受け入れ施設として設定されていますが、令和５年度前期の福祉施設等の受入状況は、全体の15％と低く、ボランティアの受け入れをどのように広げていくかが課題となります。

《　今後の方針　》

- 社会福祉協議会と連携し、児童生徒を対象としたボランティア学習会を実施します。
- 「社会性」や「思いやりの心」を育てるため、ボランティア活動を支援し、参加できる活動情報の提供などを行います。
- ボランティア活動を支えるセンターによる連絡会を開催し、相互の連携を進めます。

施策２：こころとからだの健康づくり

現状・課題

健康寿命の延伸や健康格差の縮小を図るため令和５年度に「第３次菊川すこやかプラン」を策定し、健康づくりの目標達成に向けて、健診(検診)や健康相談、健康教育、健康マイレージ事業等の健康増進事業、食育推進事業等の各種事業に取り組んでいます。

今後、さらに高齢化が進展し、生活習慣病の増加により、医療や介護にかかる負担が年々増加していくことが予測されており、平均寿命だけでなく、健康で自立した生活を送ることができる健康寿命の延伸が求められています。

このため、個人の健やかで自立した生活を維持するためにも、健康寿命を延ばすことが緊急の課題となっています。

今後の方針

「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を基本方針にした「第３次菊川すこやかプラン」（令和６年度から17年度）に基づいた様々な取り組みを実施します。

高齢期を元気でいきいきと暮らすために、市民一人ひとりが健康意識を高め、若い時期からの健康づくりと生活習慣病予防を行い、市は市民の一生涯にわたる健康づくりを支援し、人と環境の両面から健康づくり施策を推進します。

①特定健康診査・特定保健指導（一般財源）

高齢者の医療の確保に関する法律により、40歳から74歳の国民健康保険被保険者に対して特定健康診査を実施しています。特定健康診査受診者で特定保健指導対象者となった者に対しては、生活習慣改善に向けた保健指導を実施しています。

特定健診受診率向上を図り、未受診者へ受診勧奨通知を送付するなどの対策をしています。

《　現状・課題　》

ライフスタイルの多様化により、食生活の変化や運動不足などが起こり生活習慣病に罹患するリスクが高くなっています。生活習慣病予防のためには若い頃から健診（検診）を受け、自分の健康状態を把握し、自己の健康を管理する意識づけが重要です。健診（検診）結果を正しく理解し、自身の生活習慣の改善や受診ができるよう知識の普及と情報提供に努める必要があります。

令和３年度の特定健康診査受診率は44.4％、特定保健指導実施率49.1％となっています。（令和３年度法定報告）

《　今後の方針　》

- 特定健康診査受診率や特定保健指導参加率を増やすため、体制整備や内容の検討、啓発活動を行います。
- 健診結果を正しく理解し、早期からの生活習慣改善や適切な医療受診ができるよう健診結果改善教室や病態別教室などを実施し、対象者の支援に努めます。

②がん検診（一般財源）

がんの早期発見・早期治療によるがん死亡の減少を目的に、健康増進法に基づくがん検診を実施します。

《　現状・課題　》

がんは日本人の死亡原因の第１位となっています。がんによる死亡を減少させるためには、がん検診の精度管理と受診率向上が重要です。受診の動機づけと未受診者対策、個別受診勧奨等を実施していますが、受診率は横ばいから低下傾向にあります。

《　今後の方針　》

- 国の指針に沿ったがん検診を実施します。
- 定期的に受診するよう啓発や情報提供に努めます。
- 受診率向上のため、受診しやすい検診体制を整えていきます。
- 節目年齢の人や受診歴がない人への実態把握及び受診勧奨を行います。

③歯科検診・歯科保健指導（一般財源）

歯周疾患検診（歯周病検診）、8020養成研修会及び8020推進員活動などを行い、市民が歯科保健に関する知識や正しいオーラルケア方法などを得られる機会を設けます。

《　現状・課題　》

市では、40･50･60･70歳の人を対象に歯周疾患検診（歯周病検診）を実施していますが、受診率は低迷しています。市民がかかりつけ医をもち、自身のライフステージに合わせた正しいオーラルケアについての知識を得ることが必要です。

《　今後の方針　》

- かかりつけ医での定期的な歯科検診、むし歯や歯周病、オーラルフレイル（口腔機能虚弱）予防といった知識の普及など、歯科保健に関する保健活動に努めます。
- 8020推進員を養成し、推進員による地域でのお口の健康づくり活動を支援します。

※重点事業

④健康教育（一般財源）

健康についての正しい知識の普及・健康の保持増進に資することを目的に、各種健康教育を実施しています。健診結果改善教室、各種栄養教室、出前行政講座「茶ちゃっと！出張健康チェック」、健康チェックの日、などの事業を実施し、対象者に合わせた健康教育を行います。

《　現状・課題　》

市が主催する各種事業への参加者は60～70歳代が多く、高齢者世代への働きかけができている一方、青年期・壮年期といった年代の参加者は少なく、若い世代へ働きかける方法は今後の課題となっています。若いころから、自身の健康について知識を得る機会を提供していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 地域と連携しながら、規則正しい生活習慣の大切さや心の健康づくりなどの知識について学ぶ機会を提供します。
- 出張健康相談・健康チェック等を実施し、地域へ出向いて健康に関連する測定や健康教育を実施します。
- 若い頃から健康意識を高めるため、幅広い年齢層に参加・利用してもらえるよう事業についての周知を行っていきます。

※重点事業

⑤健康相談（一般財源）

心身の健康に関する個別相談に応じて、保健師・管理栄養士による必要な指導や助言を行います。定例健康相談日だけでなく、地域に出向いての健康相談・健康チェックを実施します。また、随時電話や窓口での健康相談にも対応します。

《　現状・課題　》

定例健康相談日を設定し、保健師・管理栄養士による個別相談を実施しています。定例健康相談については、利用しやすいよう広く周知していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 出張健康相談・健康チェックを実施し、地域での健康相談の機会を増やします。
- 定例健康相談は、実施の周知を図ると共に、内容や日程などの検討をしていきます。
- 電話や窓口での健康相談を継続して行います。
- 必要に応じて、関係機関への連絡や紹介を行います。

⑥訪問指導（一般財源）

保健指導が必要であると認められる人及びその家族などに対して、生活習慣改善等の健康保持増進を図ることを目的として、保健師・管理栄養士による訪問指導を行っています。

《　現状・課題　》

国保医療費レセプト情報や健診結果から対象者を抽出し、重複受診（同一疾病による複数医療機関受診）や頻回受診（同一医療機関での頻回受診）、重複服薬（同類医薬品の複数処方を受けている）、重症化予防（要治療者において医療機関未受診となっている）のために被保険者へ訪問し、本人や家族へ生活状況の確認及び必要な保健指導を行っています。

引き続き、訪問指導を行うとともにそれぞれの問題改善に向けて継続的な支援や指導を行う必要があります。

《　今後の方針　》

- 特定健康診査受診者の結果をもとに受診勧奨や生活習慣病改善の指導を行っていきます。
- 国民健康保険被保険者への重複受診や頻回受診、重複服薬者に対し訪問指導を行っていきます。
- 必要に応じて関係機関と連携して実施します。

⑦高齢者予防接種（一般財源）

予防接種法第５条第１項に基づき、65歳以上の高齢者に対してインフルエンザ及び肺炎球菌の予防接種を実施します。

《　現状・課題　》

令和４年度の接種率は、インフルエンザが62.5％、肺炎球菌が27.2％となっています。

高齢者は免疫力が低下しているため、肺炎を併発しやすく重症化しやすいことから、今後も予防接種勧奨を実施する必要があります。

《　今後の方針　》

- 関係機関協力のもと、予防接種勧奨を実施します。

⑧健康マイレージ事業（一般財源）

健康寿命延伸を目的に、市民が自身で健康づくりにつながる意識や生活習慣に取り組むきっかけづくりとして健康マイレージ事業を実施しています。参加者は、健康づくりに関連する目標を自身で設定し、一定のポイントを貯めます。そのポイントに応じて達成者の特典を受けることができます。

《　現状・課題　》

令和４年度における達成者は、638人で年代ごとにみると60歳以上の人が占める割合が約６割でした。男女別では、男性32.1％・女性67.9％となっています。初回参加率は47.5％、２回目以上参加率は56.3％でした。青年期から壮年期世代の参加率は低く、今後の課題となっています。

新規参加者が増えていくよう制度内容や周知方法の見直し、若い世代の方が興味を持ち、取り組みやすい方法を検討していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 誰でも取り組みやすい事業になるよう、内容などを見直すと共に、地区組織などと連携して事業の周知を図ります。
- 新規参加者が増えるよう、様々な機会に事業の周知を行っていきます。

施策３：一般介護予防の充実

現状・課題

介護予防は、高齢者が要介護状態になることの予防や軽減、悪化の防止を目的として行うものです。生活機能が低下した高齢者には、リハビリテーションの理念を踏まえながら、「心身機能・活動・参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが大事です。単に高齢者の運動機能や栄養状態といった、心身の機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭での役割や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援しながら、生活の質の向上を目指すものです。

また、より効果的な介護予防事業を推進するために、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施における医療や保健等のデータを参考にした介護予防教室などの実施や介護予防事業における専門職の関与が重要となります。

今後、少しでも多くの市民に介護予防について関心を持ってもらえるよう、今まで以上に広く介護予防に関する啓発を行い、早い段階から予防活動に取り組めるような機会の創出や地域での介護予防活動を担うことが期待される介護予防ボランティアの養成、リハビリ専門職等との連携を深めていく必要があります。

今後の方針

自宅や地域の通いの場等で気軽に取り組めるご当地体操の「きくがわ体操」や「菊川いきいき体操」の普及啓発や地域で介護予防活動を担うことが期待される介護予防ボランティアの養成、地域活動組織の育成・支援を行います。

また、介護予防に関する知識を深めるための情報提供やイベントを開催するだけでなく、市民の介護予防やリハビリテーションに対する意識改革を図り、予防の教室やサービスなどをうまく活用した介護予防、健康づくりを推進していきます。

地域包括支援センターを中心とした関係機関との情報交換をはじめ、様々な調査を通じて、介護が必要な状態になる前のできるだけ早い段階から身体状態の変化を把握し、介護予防事業への適切な参加に結びつけていきます。

今後も、地域の通いの場等でも介護予防に関する専門的な助言、派遣による指導が行えるよう、菊川市立総合病院リハビリテーション科をはじめ、小笠医師会や小笠掛川歯科医師会等の関係機関と連携を図っていきます。

①介護予防把握事業（地域支援事業）

介護予防把握事業は、高齢者の生活状況をはじめとし、収集した情報などの活用により、閉じこもりなどの何らかの支援を要する人を早期に把握し、介護予防活動へつなげるための事業です。

《　現状・課題　》

高齢者の相談・訪問・健康教育などの場において、相談受付シートや基本チェックリストにより介護予防の必要性を把握し、必要な人には介護予防教室などへの参加を促しています。

対象者の適切な把握が必要であるため、訪問活動などに加え、民生委員・児童委員や医療機関などの関係機関との連携を更に強化していくとともに、高齢者が関係する保健事業などと連携し、医療や介護に係る様々なデータを活用した介護予防対象者の把握に努めます。また、医療機関への受診や社会活動等への参加がない高齢者の状態把握が困難であることから、適切な介護予防活動につなげるための状態把握や介入方法等について検討が必要です。

《　今後の方針　》

- 地域包括支援センターを中心に関係機関との情報交換や情報収集を通じて、また、高齢者の相談・訪問・健康教育などの場において相談受付シートや基本チェックリストなどを活用し、対象者のアセスメントを行うことで、早期から介護予防活動につなげるように努めます。
- 来所相談や電話、郵送、通いの場へ出向くことでの問診など、効果的な手段により基本チェックリストなどを活用し、対象者の把握に努めます。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の中で示されている後期高齢者の質問票や、医療や保健事業の様々なデータも活用していきます。

②介護予防普及啓発事業（地域支援事業）

介護予防普及啓発事業は、介護予防の重要性について理解を深め、介護予防の基本的な知識を普及啓発するため、パンフレットの作成配布や講座等を開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援していくものです。

《　現状・課題　》

ご当地体操として、平成28年３月に「きくがわ体操」、平成30年３月に「菊川いきいき体操」を作成し、介護予防教室や地域の通いの場などで、自分自身の健康維持の重要性を説明しながら普及に努めています。また、自宅や地域の通いの場等において、いつでもご当地体操に取り組めるようCDやDVD、体操カレンダー等を作成し、市の公式アカウントでYouTubeにご当地体操の動画を掲載するなど周知啓発に努めています。長寿介護課の受付カウンター前のモニターで、曜日ごとの菊川いきいき体操を毎日放映し、介護予防に興味関心の少ない市民の目にも触れる機会を作ることで、介護予防に取り組む人が１人でも増えるよう努めています。

介護予防教室では、出前行政講座のテーマを市民が受入れやすい内容で実施し、どの講座でも運動、認知症、お口の内容について取入れ、少しでも介護予防に取り組んでもらえるよう工夫しています。

市内３か所で実施しているいきいきサロンは、閉じこもりがちな高齢者の生きがいの創出、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上をするとともに、通所による運動やレクリエーションにより、生きがいを持って生活を送ってもらえるよう介護予防への取組についての普及啓発を行っています。

《　今後の方針　》

- 介護予防の重要性について気づき、自身が意識して介護予防に取り組むことができるように、講演会や介護予防教室などの内容を工夫しながら基本的な知識の普及啓発に努めていきます。
- 健康づくりと生涯スポーツ（健康づくりのための運動）などの取組を通して、世代ごとに、健康づくりや介護予防の大切さを伝えていくことができるよう関係部署と連携して行います。
- ご当地体操である「きくがわ体操」、「菊川いきいき体操」の更なる普及に努めます。
- 介護予防ボランティアの協力を得て、介護予防教室を開催します。
- 市が実施する介護予防教室は、開催場所を変えるなどして身近な場所で実施することで、介護予防に取り組む高齢者が増えるよう努めていきます。

③地域介護予防活動支援事業（地域支援事業）

地域介護予防活動支援事業は、年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指し、住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的とし、併せて下記について実施することが想定されています。

① 介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修
② 介護予防に資する多様な地域活動組織の育成及び支援
③ 社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施
④ 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

《　現状・課題　》

平成28年度から運動を実施する通いの場等の運営として筋力アップ応援隊養成講座を、認知症予防の教室を行うことができるボランティア養成として脳力アップ応援隊養成講座を開催してきました。令和３年度には、フレイル予防応援隊養成講座という名称に変更し、運動、認知症予防、お口の健康を含めたフレイル予防全般を実施できる人材の養成を行ってきました。応援隊の名称が３種類となり、複雑になってきたことから、令和３年度の養成講座の参加者から意見を募り、「いきいき応援隊」という名称に全ての応援隊の名称を変更し、令和４度から「いきいき応援隊養成講座」として開催し、介護予防ボランティアの人材育成を行っています。また、講座修了者には、総会や定例会、研修会などを開催し、継続した支援を行っています。

今後も、新たに立ち上がった通いの場や支援を必要とする通いの場を中心に訪問し、地域での活動が円滑に効果的な介護予防が実践できるよう助言及び活動支援を行っていく必要があります。

《　今後の方針　》

- いきいき応援隊の養成を行い、地域で介護予防に取り組む体制づくりを行います。
- 各種研修会や講座などを通じて、地域活動が充実するための支援を行います。
- 生活支援コーディネーターと協力し、住民主体の通いの場の状況把握に努めます。
- 引続き、通いの場等に必要に応じて訪問し、地域での活動が円滑に効果的な介護予防が実践されるよう助言及び活動支援を行います。

※重点事業

④地域リハビリテーション活動支援事業（地域支援事業）

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域における介護予防の取組を機能強化していくため、通所サービス、訪問サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場などに対してリハビリテーション専門職の関与を促していくものです。

《　現状・課題　》

地域ケア推進委員会及び地域ケア実務検討会では、菊川市立総合病院のリハビリテーション専門職をそれぞれ委員として委嘱しています。

また、地域で行われている高齢者サロンにおいても、より効果的な介護予防活動ができるよう、菊川市立総合病院の理学療法士及び作業療法士を派遣しています。

本人とその家族が住み慣れた地域社会の中で、安心して、その人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、予防期・急性期・回復期・生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なくリハビリテーションを提供することが必要です。

《　今後の方針　》

- 高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止のため、地域の介護予防などの取組の場である、地域サロンやシニアクラブなどに対して、リハビリテーション専門職の派遣を行います。
- 地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等と連携し、介護予防に取り組むことへの重要性について、市民への啓発方法などについて検討します。

⑤一般介護予防事業評価事業（地域支援事業）

一般介護予防事業評価事業は、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を目的とした事業です。

《　現状・課題　》

講演会の開催回数や内容、ボランティア育成のための研修会の参加者数や実施内容、地域活動組織への担当職員の派遣回数や養成講座の実施効果など、事業に応じた指標を設定し、介護予防事業への評価を行っていきます。

今後は、介護予防に資する住民主体の通いの場の状況についても評価をしていく必要があります。

《　今後の方針　》

- 事業の実施において、介護予防事業の効果の把握と検証をＰＤＣＡサイクルに基づいて行います。また、介護予防事業が適切な手順・過程を経て実施できているか、次の５項目のプロセス評価を中心に実施します。

(1) 介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法などの事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか。
(2) 介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか。
(3) 介護予防事業を推進するにあたり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか。
(4) ボランティアや地域活動組織のリーダーなどを育成するための研修会などを開催しているか。
(5) 地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供などの支援を行っているか。

※重点事業

⑥保健事業と介護予防事業の一体的実施（地域支援事業）

ＫＤＢシステムなどを活用し、通いの場のある地域の特徴や参加者の医療情報及び健診情報を把握した上で、参加者の身体の状態に合わせたリハビリテーションの提供や、健康課題及びフレイル状態の改善を目的とした健康相談、健康教育を実施する事業です。

《　現状・課題　》

高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施では、医療や保健などのデータに基づいた高齢者に対する個別的な支援（ハイリスクアプローチ）に併せて、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を行っています。

地域の通いの場へ定期的に医療系専門職が訪問し、医療情報及び健診情報から分析した結果や、体力測定を実施することで個人の身体状況及び属する地域の通いの場の健康課題について把握し、状況に応じたフレイル状態の改善を目的とした健康相談、健康教育事業を実施しています。

今後も、自身の心身の状態把握や健康教育を通して、介護予防への取組について興味関心を持つ高齢者を増やすための手段の１つとして、地域の通いの場への積極的な関与を継続していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る基本的な方針に基づき、通いの場への積極的な関与を行います。
- 体力測定を行うことでの状態把握や通いの場で実施できる体操などの指導と併せて、ハイリスクアプローチと連動した保健指導などを行います。
- 出前行政講座や介護予防普及啓発事業の介護予防教室などにおいても、本事業を参考にした内容を含めることで、その他の団体や通いの場へも広めていきます。

目標３：高齢者を支えるサービスの充実

施策１：介護予防・生活支援サービス事業の充実

現状・課題

元気な高齢者だけではなく、支援や介護を必要とする人も、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができるようにと、地域包括ケアシステム構築の一つとして平成29年４月から「介護予防・生活支援サービス事業」を開始しました。

現在は、介護予防訪問介護相当サービスと介護予防通所介護相当サービスを中心に、訪問型軽度生活援助サービス（訪問型サービスＡ）や短期集中型の元気はつらつ教室（訪問型・通所型サービスＣ）などを行っています。今後は、総合事業対象者や要支援認定者を対象とする新たなサービスとして、これまでの介護予防サービスから基準を緩和し、高齢者のニーズに沿った市独自サービスの整備が必要となっています。

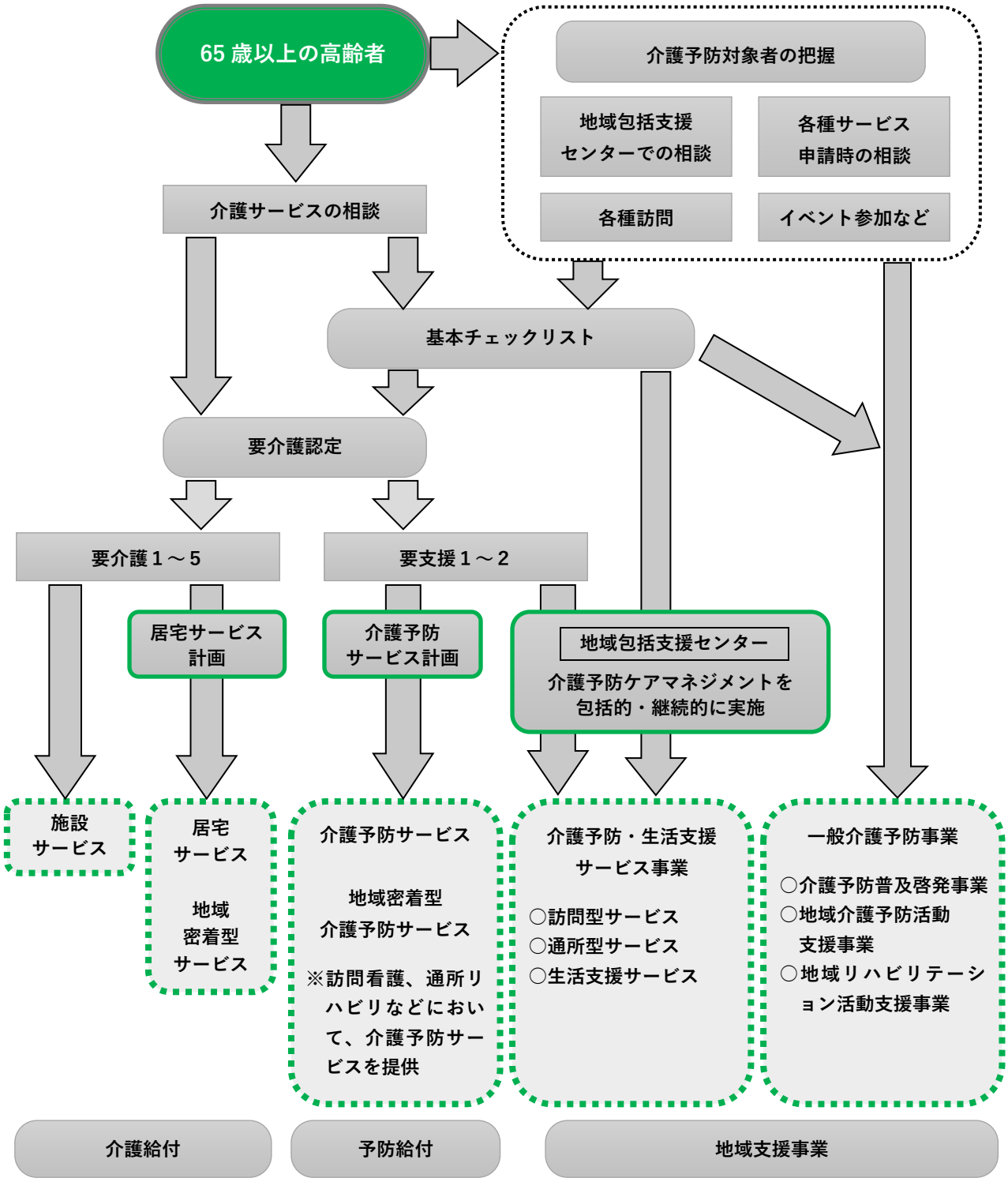
また、事業の充実を図るためには、菊川市立総合病院や小笠医師会をはじめとした医療機関や、市内の介護事業所など、医療・介護の専門職との更なる連携が必要となります。これからも、生活支援サービスの基盤整備を進めながら、段階的な充実を図るとともに、総合事業の対象者の弾力化などについても検討していく必要があります。

今後の方針

自立支援・介護予防・重度化防止の観点から、事業対象者や要支援認定者に対し、より効果的な介護予防サービスを提供できるように、介護予防ケアマネジメントに基づき、適切なサービスへつなげていきます。

介護予防・生活支援サービス事業は、既存の介護サービス事業所だけでなく、ＮＰＯ・ボランティア団体・民間企業・地域住民など、地域における多様な主体によるサービス提供が可能であることから、新たなサービスとして既存の介護予防相当サービスよりも基準を緩和したサービス（通所型サービスＡ）など、高齢者のニーズに沿った市独自サービスの導入に向けた検討を進めます。

図：菊川市の介護予防システム



①訪問介護相当サービス（地域支援事業）

従前の介護予防訪問介護の指定事業所によるサービスを基にした事業です。利用者が自立した生活ができるよう、ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴や食事などの生活支援を実施します。

《　現状・課題　》

事業開始から利用件数が増加傾向にあり、給付費についても増額を続けていることが課題となっています。

《　今後の方針　》

- 要支援認定者などに対し、居宅において日常生活上の支援を提供します。
- 認知機能の低下などにより日常生活に支障があるようなケースや、専門的な身体介護を必要とする場合にサービスを提供します。
- 訪問型相当サービスを基にした基準緩和型サービスの実施について検討を進めます。

②訪問型軽度生活援助サービス（訪問型サービスA）（地域支援事業）

身体的介護を必要としない対象者へ家事支援などの生活援助サービスを提供します。基準緩和型のサービスで、公益社団法人菊川市シルバー人材センターの会員のうち、サービス事業の養成研修の受講者などによりサービスが提供されます。

《　現状・課題　》

対象者把握が難しく、利用率の低さが課題として挙げられます。

《　今後の方針　》

- 潜在的ニーズはあると思われることから、事業内容等の見直しを行い、対象者にとってより利用しやすいサービス内容を検討します。
- 事業内容の見直しに係る期間中については、現行サービスを継続して提供します。

③訪問型元気はつらつ教室（訪問型サービスC）（地域支援事業）

訪問型元気はつらつ教室は、総合事業対象者及び要支援認定者、とりわけ日常生活動作の改善に向けた支援が必要な人のうち、通所型の事業に参加できない人等を対象に、居宅に保健・医療等の専門職が訪問し、介護予防プログラムの柔軟な提供を行う短期集中的に行うサービスです。

《　現状・課題　》

対象者は、社会参加や福祉系サービスの利用に消極的であることや意欲低下が見られることが多く、事業につながるケースは多くありませんが、必要なタイミングで事業を円滑に利用できる体制を確保しています。

《　今後の方針　》

- 通所型の事業に参加できない人などを対象に、リハビリテーション専門職による訪問型の介護予防プログラムを実施します。
- 地域包括支援センター等関係機関と連携することで対象者の把握に努め、対象者が必要時に事業の利用が出来るよう引き続き体制整備を行います。

④移動支援（訪問型サービスD）（地域支援事業）

訪問型サービスＤは、要支援認定者及び総合事業対象者を対象とした介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援と定義されています。

《　現状・課題　》

今後も、単身・高齢者のみ世帯の増加や高齢化が進むことで、高齢者による自動車事故などの増加が懸念されています。また、運転免許証の返納が推奨されており、免許を返還したことで今までどおり自由に外出することが困難になる高齢者についても増加すると予測されるため、地域における高齢者の移動に関する多様なニーズに応えられるよう、訪問型サービスＤを活用した住民主体の移動支援について検討していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 地域における移動ニーズを把握し、住民主体の移動サービスの導入に向けた協議・検討を行います。
- 生活支援コーディネーターや関係機関と協議しながら、担い手の養成や活動などについて協議・検討を行います。

⑤通所介護相当サービス（地域支援事業）

従前の介護予防通所介護の指定事業所によるサービスを基にした事業です。通所介護施設で、食事・入浴などの基本的なサービスや生活行為向上のための支援などのサービスを提供します。

《　現状・課題　》

事業開始から利用件数が増加傾向にあり、給付費についても増額を続けていることが課題となっています。

《　今後の方針　》

- 要支援認定者などに対し、生活機能の向上を目指した機能訓練などを行います。
- 利用者の状態を踏まえながら、その他の多様なサービスの利用につなげます。
- 介護サービス事業所と協議をしながら、緩和型・特化型のサービスの構築を進めます。

⑥通所型基準緩和サービス（通所型サービスA）（地域支援事業）

総合事業対象者など、要介護状態が軽度の人を対象とした緩和基準型サービス（通所型サービスＡ）です。市の実情に合わせて、通所介護相当サービスよりも緩和した基準により多様なサービスを提供するものです。

《　現状・課題　》

今後、高齢者人口の増加や介護人材の不足が予測されており、要介護状態が軽度の人を対象とした通所型サービスや、元気はつらつ教室（サービスＣ）参加者の終了後の通いの場としのサービスが求められています。

現在ある従前相当のサービスだけでなく、より多くの方が介護予防に早期から参加できるように緩和した基準による特色のあるサービスの構築が必要となっています。

《　今後の方針　》

- 通所型サービスＡの導入を目指します。
- 通所型サービスＡでは、市の総合事業において不足している、事業対象者等の軽度な人達の通いの場として、対象となる高齢者のニーズに沿った特色のある多様なサービスを目指します。

⑦通所型元気はつらつ教室（通所型サービスC）（地域支援事業）

通所型元気はつらつ教室は、総合事業対象者及び要支援認定者、とりわけ日常生活動作の改善に向けた支援が必要な人を対象者とし、保健・医療等の専門職が介護予防プログラムの柔軟な提供を行う通所型の短期集中サービスです。

《　現状・課題　》

通所型元気はつらつ教室は、平成29年度からリハビリテーション専門職等が実施する教室として市内の地区センターを拠点に開催しています。保健・医療等の専門職が介護予防プログラムの柔軟な提供を行う必要があることから、市内の介護サービス事業所に委託し３か月間で12回、定員15人程度を１コースとして年間で６コース実施しています。

しかし、市内に運動特化型の通所介護が充実してきていることや、事業対象者となる参加者の確保及び事業を委託できる介護サービス事業所の確保が難しい状況が続いており、今後、参加者や事業所の確保をしていくことで事業を継続しつつ、必要に応じて実情を見ながら事業の在り方について検討していく必要があります。

《　今後の方針　》

- 生活機能や認知機能を向上させ、介護予防・重度化防止につなげるための通所型の介護予防教室「元気はつらつ教室」を開催します。
- 利用者の状況を適切に判断しながら、生活機能の向上が期待できるプログラムを随時工夫し実践します。
- 保健事業等のデータに基づく事業実施について検討します。
- 令和４年３月に改訂された介護予防マニュアル第４版を参考に、実情に合わせた介護予防プログラムの内容について検討していきます。

施策２：介護保険サービスの充実

現状・課題

居宅サービスは、できる限り機能・状態の悪化を防止し、自宅で能力に応じた自立生活を送ることができるように支援するサービスです。

地域密着型サービスは、可能な限り住み慣れた地域や自宅での生活を継続できるよう地域の特性に応じた柔軟な体制で提供されるサービスです。原則として、本市の被保険者のみが利用できます。

施設サービスは、在宅での介護が困難になった人を対象に、対象者の状態と施設ごとの機能に応じて入所し、介護を受けるサービスです。

単独・夫婦のみの高齢者世帯の増加、認知症高齢者や医療と介護の両方を必要とする人の増加など、高齢者を取り巻く現状や多様化するニーズに対応したサービスの充実・推進を図る必要があります。

今後の方針

施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランスよく組み合わせて、住み慣れた地域で安心して暮らしていける体制の構築を目指します。そのために過去の給付実績を踏まえつつ、静岡県、サービス提供事業者、地域の関係者等と情報交換や連携を行い、地域全体の介護への理解促進や介護者を支えるための環境づくりを進めていきます。

また、高齢者は介護と医療のサービスをそれぞれ利用することも多いことから、医療分野との連携にも努めていきます。

（1） 居宅サービスの充実（介護給付）

①訪問介護	訪問介護員（ホームヘルパー）が居宅を訪問して、食事・排せつ・入浴などの身体介護や、掃除・洗濯・買い物・調理などの日常生活における援助を行うものです。
②訪問入浴介護 （介護予防訪問入浴介護）	看護職員と介護職員が居宅を訪問し、持参した浴槽によって入浴の介護を行うものです。
③訪問看護 （介護予防訪問看護）	看護師などが居宅を訪問して主治医の指示に基づき療養上の世話または必要な診療の補助を行うものです。
④訪問リハビリテーション （介護予防訪問リハビリテーション）	理学療法士や作業療法士などが居宅を訪問して、心身機能の維持回復や日常生活の自立に向けたリハビリテーションを行うものです。
⑤居宅療養管理指導 （介護予防居宅療養管理指導）	医師、歯科医師、薬剤師などが居宅を訪問して心身の状態や環境等を把握し、療養上の管理や指導を行うものです。
⑥通所介護	デイサービスセンターにおいて、入浴や食事の提供など日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練を行うものです。施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行います。
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）	介護老人保健施設や病院などに通い、施設において、入浴や食事の提供など日常生活上の支援や、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うものです。
⑧短期入所生活介護 （介護予防短期入所生活介護）	介護老人福祉施設などに短期間（連続で30日まで）入所し、当該施設において入浴、排せつ、食事などの介護、日常生活上の支援や機能訓練を行うものです。
⑨短期入所療養介護 （介護予防短期入所療養介護）	介護老人保健施設、介護医療院などに短期間（連続で30日まで）入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の支援を行うものです。
⑩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）	有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）などに入所している要介護者などについて、入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活上の支援や機能訓練及び療養上の世話を行うものです。
⑪福祉用具貸与 （介護予防福祉用具貸与）	日常生活の自立を助けること、介護する人の負担軽減を目的として、適切な福祉用具（車いす、特殊寝台など）を選ぶための援助・取り付け・調整などを行い、福祉用具の貸与を行うものです。
⑫特定福祉用具購入 （介護予防特定福祉用具購入）	入浴または排せつに使用する福祉用具などの購入費を支給するものです。
⑬住宅改修 （介護予防住宅改修）	日常生活の自立を助けること、介護する人の負担軽減を目的として行う住宅改修（手すりの取り付け、段差解消など）について費用の支給を行うものです。
⑭居宅介護支援 （介護予防支援）	ケアマネジャーが、居宅で介護を受ける者の心身の状況、希望などを踏まえ、保健医療サービス、福祉サービスの利用などに関し、ケアプランを作成し、これらが確実に提供されるように介護保険サービス事業所などの連絡調整などを行うものです。

《　今後の方針　》

- 事業者やケアマネジャーとの連携を図り、利用者のニーズに即した、より質の高いサービス提供に努めます。
- 事業者とケアマネジャーと連携を図り、利用状況を把握していきます。

（2） 地域密着型サービスの充実（介護給付）

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護状態となった場合において、可能な限りその居宅において日常生活を営むことができるよう、居宅への定期的な巡回や随時通報により訪問をし、入浴・排せつなどの援助を行うものです。
②夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な巡回訪問により、または通報を受けて、要介護者の居宅でケアを行うものです。
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）	脳血管疾患、アルツハイマー病、その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度まで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態である人について、デイサービスセンターにおいて、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の支援や機能訓練を行うものです。
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）	要介護認定者の居宅から、サービス拠点に通う、もしくは短期宿泊するなどして家庭的な環境の中で日常生活上のケアを行うものです。
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）	要介護認定者であって認知症の人について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活上の支援や機能訓練を行うものです。
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	定員が29人以下で入居者が要介護者、その配偶者などに限定されている有料老人ホームなどに入所している要介護者に対してケアを行うものです。
⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員が29人以下の介護老人福祉施設に入所している要介護者に対してケアを行うものです。
⑧看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型サービスを行うものです。
⑨地域密着型通所介護	利用定員18人以下のデイサービスセンターにおいて、入浴、食事の提供など日常生活の支援や機能訓練を行うものです。

《 今後の方針 》

- 利用者のニーズに即したサービスが提供できるよう、事業者やケアマネジャーと連携を図るとともに、利用状況を把握していきます。
- 地域に根差したサービスとして適正な運営が行われるよう支援します。
- 地域密着型施設については、利用者の需要を見極めながら、必要に応じて事業を検討していきます。

地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス必要利用定員総数一覧表

地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスについては、市が事業者を指定することになるため、計画期間中の必要利用定員数を次のように定めます。この必要利用定員総数をもとに、地域の状況を踏まえながら事業者を指定していくことが必要です。

（人）

			令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症対応型共同生活介護	東部地区	利用者数	15	15	15
		必要利用定員総数	0	0	0
	西部地区	利用者数	20	20	20
		必要利用定員総数	18	18	18
	南部地区	利用者数	19	19	19
		必要利用定員総数	36	36	36
	菊川市	利用者数	54	54	54
		必要利用定員総数	54	54	54
地域密着型特定施設入居者生活介護	東部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	西部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	南部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	菊川市	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	東部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	西部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	南部地区	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0
	菊川市	利用者数	0	0	0
		必要利用定員総数	0	0	0

（3） 施設サービスの充実（介護給付）

①介護老人福祉施設	常に介護が必要な方の入所を受け入れ、施設サービス計画に基づいて、入浴や食事などの日常生活上の支援や機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うものです。
②介護老人保健施設	在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他に必要な医療並びに日常生活上の支援を行うものです。
③介護医療院	長期にわたって療養が必要である方の入所を受け入れ、利用者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供するものです。

《 今後の方針 》

- 利用者の需要に対応できるよう、関係機関との連携を図ります。
- 利用者のニーズに即したサービス提供のため、近隣事業者との連携を図ります。

（4） サービス量一覧

		実績値			計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
（1）介護予防サービス							
介護予防訪問入浴介護	回数（回）	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	回数（回）	174.1	152.4	157.6	148.2	148.2	148.2
	人数（人）	30	28	32	32	32	32
介護予防訪問リハビリテーション	回数（回）	17.5	16.9	8.2	6.9	6.9	6.9
	人数（人）	2	2	1	1	1	1
介護予防居宅療養管理指導	人数（人）	10	10	10	9	9	9
介護予防通所リハビリテーション	人数（人）	25	22	21	23	23	23
介護予防短期入所生活介護	日数（日）	13.7	13.1	9.6	6.6	6.6	6.6
	人数（人）	4	5	3	3	3	3
介護予防短期入所療養介護（老健）	日数（日）	0.3	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	人数（人）	151	147	135	134	136	138
特定介護予防福祉用具購入費	人数（人）	3	2	2	2	2	2
介護予防住宅改修	人数（人）	3	2	3	2	2	2
介護予防特定施設入居者生活介護	人数（人）	6	8	9	9	9	10
（2）地域密着型介護予防サービス							
介護予防認知症対応型通所介護	回数（回）	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数（人）	1	1	1	1	1	1
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数（人）	0	0	0	0	0	0
（3）介護予防支援	人数（人）	180	171	158	159	160	162

		実績値			計画値		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度(見込み)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
（1）居宅サービス							
訪問介護	回数（回）	2,804.3	3,039.8	3,325.1	3,393.5	3,416.6	3,439.7
	人数（人）	170	181	187	201	203	205
訪問入浴介護	回数（回）	205	137	122	117.3	121.8	128.4
	人数（人）	38	27	23	24	25	26
訪問看護	回数（回）	1,270.4	1,186.3	964.3	898.8	911.8	920.6
	人数（人）	207	200	171	176	178	180
訪問リハビリテーション	回数（回）	150.8	188.8	203.8	259.1	259.1	259.1
	人数（人）	12	14	16	17	17	17
居宅療養管理指導	人数（人）	140	147	133	134	136	137
通所介護	回数（回）	7,874	7,810	7,487	7,772.9	7,841.7	7,901.7
	人数（人）	654	665	666	710	717	723
通所リハビリテーション	回数（回）	996.3	1,078.9	1,200.4	1,226.8	1,235.8	1,255.0
	人数（人）	107	118	118	120	121	123
短期入所生活介護	日数（日）	1,000.5	1,011.3	825.7	867.6	873.4	877.6
	人数（人）	153	158	145	151	152	153
短期入所療養介護（老健）	日数（日）	51.3	53.5	122.8	47.8	47.8	47.8
	人数（人）	7	6	15	6	6	6
短期入所療養介護（病院等）	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	日数（日）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	人数（人）	709	721	696	712	711	720
特定福祉用具購入費	人数（人）	10	12	9	5	5	5
住宅改修費	人数（人）	7	8	8	8	8	8
特定施設入居者生活介護	人数（人）	44	51	58	63	63	63
（2）地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数（人）	2	1	1	1	1	1
夜間対応型訪問介護	人数（人）	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	回数（回）	685.3	638.9	598.0	612.2	612.2	612.2
	人数（人）	72	67	63	64	64	64
認知症対応型通所介護	回数（回）	360.0	333.1	303.9	326.2	326.2	326.2
	人数（人）	34	34	30	33	33	33
小規模多機能型居宅介護	人数（人）	21	20	19	18	19	19
認知症対応型共同生活介護	人数（人）	54	54	54	54	54	54
地域密着型特定施設入居者生活介護	人数（人）	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人数（人）	0	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	人数（人）	0	0	0	0	0	0
（3）施設サービス							
介護老人福祉施設	人数（人）	224	215	235	236	238	241
介護老人保健施設	人数（人）	145	142	161	167	161	161
介護医療院	人数（人）	26	24	33	34	35	36
介護療養型医療施設	人数（人）	0	0	0			
（4）居宅介護支援	人数（人）	1,017	1,050	1,042	1,059	1,063	1,075

※回（日）数は１月当たりの数、人数は１月当たりの利用者数。

施策３：介護サービス事業者の管理・監督

現状・課題

「サービスの質の向上」、「尊厳の保持」、「虐待防止、身体拘束禁止」及び「不適正な介護報酬請求の防止」のため、よりよいケアの実現に向けて、介護サービス事業者に対し管理・監督業務を行うものです。市が指定権限を持つ地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所・指定介護予防支援事業所の指定及び管理・監督業務を行っています。

今後の方針

制度改正に伴う介護保険法など関係法令の周知・理解の促進を図るとともに、以下の方法で、適正な介護保険制度の運営を進めます。

①介護サービス事業者の指導
②介護サービス事業者との連携

①介護サービス事業者の指導（一般財源）

介護サービスの質の確保や介護給付の適正化を図るため、介護サービス事業所の運営基準や介護報酬の算定基準に基づき運営されているかを現地又はオンラインで確認する運営指導を行い、必要に応じて指摘・助言をします。また、著しく基準を外れている事業所や不正が認められる・疑われる事業所に対しては監査を行います。

《　現状・課題　》

利用者が適切で質の高い介護サービスを安心して受けられるよう、介護事業者に対して定期的に運営指導を実施し、介護サービスの質の向上のための「育成」の視点での事業者指導を充実させるとともに、違法や不正に対しては監査を機動的に実施し、厳正に対処します。

《　今後の方針　》

- 市が指定する介護サービス事業所について、原則として２～３年に１回の運営指導を行います。
- 各事業所における利用者の生活実態、サービス提供状況などを直接確認しながら事業者の気づきを促すなど、よりよいケアの実現に努めます。

②介護サービス事業者との連携（一般財源）

地域における現状を把握し、市と介護サービス事業者や介護サービス事業者同士が相互に連携することで、介護サービス提供体制を適切に構築し今後の充実を図っていくことを目的とするものです。

《　現状・課題　》

地域の実情を踏まえた、求められる介護サービスが適切に提供されるためには、介護保険制度の理解促進と現状把握が不可欠です。意識・情報の共有から事業所の抱える問題などを把握し、介護保険事業の質の向上及びサービス提供体制の充実、連携強化を図るものです。

《　今後の方針　》

- 事業所連絡会を開催し、研修会の実施や保険者、事業者及び事業者同士の情報共有の機会を確保します。
- 地域の実情を踏まえたサービス・事業提供を後押しするため、サービスの利用実態把握に努めます。

③介護分野における業務の効率化（一般財源）

生産年齢人口が減少し高齢化が進み、介護人材の減少と介護ニーズの増加が予想される中で、介護サービス事業者の事務負担を軽減することで介護ニーズの対応と介護サービスの質の維持・向上を目指すものです。

《　現状・課題　》

介護サービス事業者の事務負担軽減のため、国が示す方針に基づく個々の申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化及びICTなどの活用を進めていきます。

《　今後の方針　》

- 報酬請求に関する様式・添付資料の簡素化を進めます。
- 運営指導に際し、提出する文書の簡素化を進めます。
- オンライン会議などの実施によるICT化を進めます。
- 市内事業所に対し指定申請に係る手続きオンライン化について周知・推進・質問対応を行います。

施策４：介護給付等費用適正化事業

現状・課題

高齢者数が増加し、その介護者にあたる現役世代の人口数が減少している現状において、介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するよう働きかけるといった介護給付の適正化に取り組んでいます。

今後も限られた資源の効率的・効果的な活用や利用者に対する適切な介護サービスの確保及び不適切な給付の削減を目指すため、現在行っている事業の見直しや充実を図り、信頼の厚い、持続可能な介護保険制度の構築を目指します。

今後の方針

要介護認定の適正化（介護保険制度の入口）、ケアマネジメントなどの適切化（介護保険制度の過程）、サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化（介護保険制度の出口）の３つの要（かなめ）を推進するため、主要３事業（要介護認定の適正化、ケアプラン点検、医療情報との突合・縦覧点検）及び給付実績の活用を実施します。

実施にあたっては静岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」といいます。)の介護給付適正化システム活用や国保連への委託により、件数や実施内容の充実を目指します。

(1) 要介護認定の適正化
　ⅰ認定調査の結果についての保険者による点検など
　ⅱ要介護認定の適正化に向けた取組
(2)ケアマネジメントなどの適切化
　ケアプランの点検
(3)サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化
　ⅰ医療情報との突合
　ⅱ縦覧点検
　給付実績の活用

※重点事業

①要介護認定の適正化（一般財源）

認定調査の結果について点検を行い平準化に繋げること、厚生労働省の要介護認定適正化事業の「業務分析データ」を活用した全国の保険者との比較を行い、調査員へ情報提供を行います。

また、認定結果通知について、適正な時期に通知できるよう努めます。

《　現状・課題　》

要介護認定は微増傾向にあり、申請者の状況も多種多様になってきています。認定調査が適切な時期に全国一律の基準に基づき、公正かつ的確に実施され、認定事務処理が円滑に行なわれる必要があります。認定調査結果については点検を行い平準化につなげ、厚生労働省の要介護認定適正化事業の「業務分析データ」を活用した全国の保険者との比較を行い調査員へ情報提供を行っていくことが重要となります。

認定結果通知の時期は、新規申請と区分変更申請は30日以内、更新申請は認定有効期間満了前までに通知することが適正とされていますが、現在、適正な時期に通知できている割合は６割程度となっています。

《　今後の方針　》

- 主治医意見書・認定調査結果を職員が点検をします。
- 「要介護認定業務分析データ」を活用しながら、年５回以上調査員研修会を実施します。
- 調査日の速やかな調整と主治医との連絡を行い、申請から結果通知までの日数を短縮します。
- 調査員の人員不足が見込まれるため、民間への委託など人材確保に努めます。

②ケアプランの点検（一般財源）

ケアプラン点検は、ケアマネジャーが作成したケアプランについて、ケアマネジメントのプロセスをふまえた適切なものとなっているかを点検するものです。

『自立支援、重度化防止に資するケアマネジメント』によるケアプランが作成されサービスを提供できているかを複数の視点で確認し、市全体のケアマネジャーの資質向上やケアプランの普遍化を図ります。

《　現状・課題　》

利用者が必要とする過不足のない適切なサービスの提供には、ケアプランの作成に向けた支援、ケアマネジャーの資質向上のための支援、ケアマネジャーと多職種との連携促進、市と介護サービス事業所、ケアマネジャーとのコミュニケーションの促進、地域における課題の把握などが必要です。

ケアプラン点検は、利用者の自立支援につながる適切なケアマネジメントが行われるよう、ケアマネジャーとともにプランの検証確認をしています。

《　今後の方針　》

- 市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他関係機関との協働により、ケアプランや課題整理総括表などを、自立支援・重度化防止の視点で対面方式により検証確認し、市内ケアマネジャー全体の資質向上を目指します。
- ケアマネジャーの「気づき」を促すとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追及し、その普遍化を図り、健全な給付の実施を支援します。
- 点検方法や一年あたりの件数について検討を続け、担当する市職員やケアマネジャーが交代しても点検の質が低下することがないよう事業の引継ぎを行っていきます。

③住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査（一般財源）

住宅改修、福祉用具購入、福祉用具貸与の介護給付について、利用者が適切な給付を受けられるように、申請書類や各種帳票の点検、現地調査を行います。

《　現状・課題　》

住宅改修については、申請書類の点検を全件行っています。また、申請内容に疑義等があった場合には、現地調査を行い、必要に応じて指導を行います。

福祉用具購入については、申請書類の点検を全件行っています。

福祉用具貸与については、国保連が作成する帳票を利用して、点検を行っています。

今後も、認定者数が増え住宅改修、福祉用具購入、福祉用具貸与が増えていくことが予想されます。書類点検、問い合わせ、現地調査を行うことで、事業者から利用者に対して適切なサービス提供がされるよう図っていきます。

《　今後の方針　》

- 住宅改修費支給申請書の書類点検を、事務職員とリハビリテーション専門職が連携し、全件行います。
- 申請内容に疑義等があった場合には、多職種連携（事務職員、リハビリテーション専門職、施工業者、担当ケアマネジャー）による現地調査を行い、利用者に対して適切な施工となっているかを確認します。必要に応じて、施工業者、ケアマネジャーに対して指導、提案をします。
- 福祉用具購入申請書の書類点検を全件行い、必要に応じて事業者やケアマネジャーに問い合わせることで、利用者に対する用具の必要性を確認します。
- 国保連が作成する帳票「軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表」を用いて例外給付の要件に該当しているかを審査します。必要に応じてケアマネジャーに問い合わせることで、貸与の状況を確認します。

④医療情報との突合、縦覧点検（一般財源）

医療情報との突合とは、過去に介護給付費を支払った請求について、医療の給付情報と合わせて請求内容を確認するものです。縦覧点検とは、過去に介護給付費を支払った請求について、複数月の請求における算定回数の確認やサービス間・事業所間の給付の整合性を確認して審査を行うものです。審査の結果、請求誤りと判断された請求について事業所へ通知し、過誤処理を行います。

《　現状・課題　》

適正化システムを活用し、提供されたサービスの整合性や日数などの点検を実施し、介護報酬の請求内容の誤りや重複請求などの是正を行います。本事業は国保連に委託しています。

《　今後の方針　》

- 縦覧点検（適正化システム帳票のうち、(ア)算定期間回数制限縦覧チェック一覧表、(イ)重複請求縦覧チェック一覧表、(ウ)居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧及び(エ)単独請求明細書における準受付チェック一覧表の４帳票）について、国保連への業務委託を現状どおり実施して、不適切な請求などを防止します。
- 医療給付情報突合リスト（介護サービスと入院が重複請求、居宅療養管理指導費（Ⅰ）と在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料が重複請求）の点検などについて、国保連への業務委託を現状どおり実施し、不適切な請求などを防止します。

⑤給付実績の活用（一般財源）

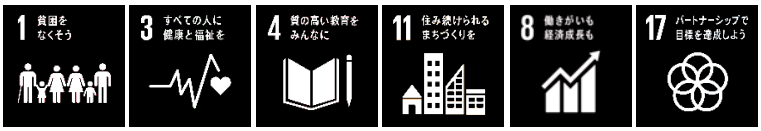
国保連で行う審査支払いの結果として提供される給付実績情報を活用し、不適切・不正な給付の発見を支援する情報を抽出するものです。不適切・不正な給付が発見された場合、事業所に対してヒアリングを行い、必要に応じて指導・監査へとつなげることで、適正なサービスの提供や介護費用の適正化を目指します。

《　現状・課題　》

適正化システムを活用し、給付実績から不適切な請求を行った可能性のある事業者を抽出し、是正を行います。（「④医療情報との突合、縦覧点検」の帳票は除く。）

《　今後の方針　》

- 適正化システム帳票のうち、(ア)介護支援専門員あたり給付管理票作成状況一覧表、(イ)支給限度額一定割合超一覧表、(ウ)調定調査状況と利用サービス不一致一覧表、(エ)通所サービス請求状況一覧表及びその他有効な帳票についての点検を、国保連の支援などを活用し実施していきます。
- 不適正な請求の恐れがある事業所を抽出し、事業所に対する指導・監督につなげます。
- 国保連が開催する研修会への参加や、同会が作成したマニュアルを活用して、点検を実施できる職員の数を増やします。



人材の確保と資質の向上（地域包括支援センター）

菊川市は地域包括支援センターを市が直接運営しています。地域包括支援センターの職員は、主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士の３職種が設置の条件としてあるため、人材の育成、確保が必須です。

《　現状・課題　》

地域包括支援センター業務を継続して運営するため、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどの有資格者の確保のため、職員の資格取得・更新や雇用に努めています

《　今後の方針　》

- 地域包括支援センターの運営に必要な保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどの有資格者の確保に努め、地域包括支援センターの運営基盤を維持します。

人材の確保と資質の向上（地域包括支援センター以外の事業所）

少子高齢化の進行と労働力人口の減少に伴い、介護保険のサービスを利用する人が増加していくことが予想される中で、利用者が継続して介護サービスを利用できるよう、介護人材の確保や育成に向けた取組みについて検討・実施するものです。

《　現状・課題　》

介護サービスなどの従事者の人材不足は全国的な課題となっており、サービスに携わる人材の育成、確保は重要な課題です。また、より良いサービスを提供していくために、介護事業所などで働く専門職員向けの研修など、資質の維持・向上のための機会が必要となっています。

介護予防リーダーの養成に努め、介護予防事業などで活動してもらえるよう取り組んでいます。

また、学生への周知、外国人やシルバー人材の介護人材育成、従業者の離職防止の取組みについて検討していきます。

《　今後の方針　》

- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対しては、研修会の開催やケアマネジャー協議会の活動を支援する中で、ケアマネジャーの資質向上のための研修、情報交換などを行います。
- 介護予防リーダーの育成に努め、介護予防事業などで活動してもらえるよう取り組みます。
- 中高校生やシルバー人材に向けた介護職体験事業、外国人介護人材マッチング、従業者の離職防止の取組みについて検討していきます。

健康で元気に暮らせるまち　～きらきら生きる～

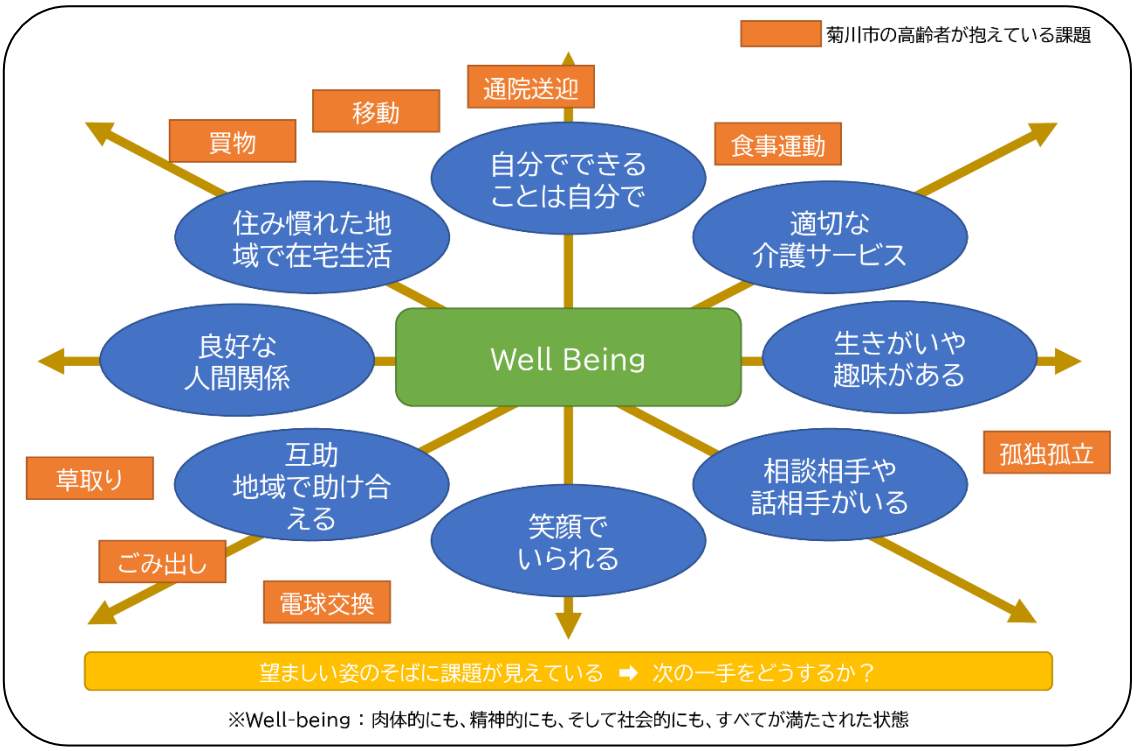
実現のための新規事業検討ワーキング

本市ではSDGsに必要とされるバックキャスト方式(※1)に基づき、ロジックモデル(※2)を使いながら中長期的な未来を見据え新規事業の検討をおこないました。

まず、高齢者福祉関係者が考える望ましい高齢者の姿を明らかにしています。

問　菊川市の高齢者がどのように暮らしていると良いと思うか、理想の姿を具体的に記載してください。
問　健康で元気に暮らせるまち（長寿いきいき安心プランの基本理念）達成の課題は何だと思いますか。
問　「健康で元気に暮らせるまち」や「Well-being」実現に向けあったらいいなと思う事業は何ですか。

以上の問から導き出された高齢者福祉関係者が考える望ましい高齢者の姿は以下のようになりました。



上記に描いた「望ましい高齢者の姿」を共通認識に、４回のワーキングによる検討を経て、４つの新規事業を開発しました。

本計画においては、この４事業を基本理念を実現するための３つの目標を横断的に支える事業として、重点事業と位置付けることとしました。

※１：あるべき未来を描き、そこから逆算して現在おこなうべき活動やその優先順位を決める手法
※２：施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの

※重点事業

新規事業１：菊川コンシェルジュ

目指す姿	ここに相談することで解決の道筋が見える。
事業内容	ワンストップで何でも相談できる窓口の設置
現状・課題など	・困っている内容が多岐に渡り、市役所のどこに相談したらよいかわからないことが多くある状態 ・縦割り・情報共有不足・たらい回し・人材不足・決定権・出向かないといけないなど。
事業対象者	全市民など(市内在住者やそのご家族、市内事業所など)
事業主体	行政
行政の関与	人材育成・相談窓口設置・各課との協力
検討内容など	・相談窓口の体制検討 （子ども、介護、医療、障がい、家族関係、外国人、ゴミなど） ・担当部署や専門職に繋ぐための知識を持った職員育成や相談体制の構築 ・相談内容など個人情報の取扱いや仕組みの検討
費用負担	・市負担（人件費や外部委託とする場合は委託料など）

※重点事業

新規事業２：自分の生活をし隊

目指す姿	車がなくても困らない生活
事業内容	外出を気軽にするための仕組づくり
現状・課題など	・車がなく、外出を我慢している人や、免許を返納後に交通手段がなく同居していない家族など誰かのサポートが必要な状態 ・車などの交通手段がなく、家族など休日に来て対応しているため、負担が大きい状態 ・外出できず、引きこもりになり、認知症が悪化するなどの悪循環 ・タクシーは高い、コミュバスは本数が少なく目的が限られる、交通の利便性が悪い。
事業対象者	市民、高齢者・障がい者など運転免許証や車を持っていない人(要登録) 外出したいけど困難な方、事業対象者～要支援、要介護者
事業主体	行政・社協・企業など
行政の関与	現行の公共交通機関との調整など
検討内容など	・導入の必要性や導入時期など、必要性と必要量の検討 ・既存公共交通機関との利用範囲や利用料の調整 ・事業主体、金額の設定
費用負担	・市負担（新たな公共交通機関を導入する場合の費用(委託料など)） ・一部利用者負担 ・協賛（企業や事業所等）

※重点事業

新規事業３：住んでて良かった！菊川市 ～住民生レポート～

目指す姿	困った事を地域の繋がりで解決する手段やノウハウを共有することで、自分たちで解決する手段の共有
事業内容	事例発表会、事例集作成
現状・課題など	困った事やその解決方法などの成功事例がみんなと共有されていない。個人情報やプライバシーの問題もあり、介入することが難しく、成功事例が広めていくことが難しい。
事業対象者	全市民
事業主体	市民（行政や社協がバックアップ）
行政の関与	報告会の企画・運営費
検討内容など	・民生委員・児童委員やケアマネジャーなどから事例を集める ・共有方法や共有内容を検討 ・市や社協が行うイベント等で開催することで集客の負担を減らすことを検討 ・広く周知するための方法を検討
費用負担	・市負担（１％地域づくり活動交付金など市の補助金・交付金など） ・広告を募集するなどで一部負担

※重点事業

新規事業４：自分らしく暮らし隊

目指す姿	自分らしい生活ができるように、地域(自治会など)単位での生活支援サービスを提供することで互いに助け合える地域づくり
事業内容	すべての人に生活支援サービスの提供
現状・課題など	・地域で生活している人の中で困っている人がいるが十分に把握できていない、また、その支援も不十分な状態 ・地域の生活力がなくなってきている。
事業対象者	全市民(自治会で困っている人など)
事業主体	ＮＰＯ、民生委員・児童委員、自治会役員、60 歳以上の人(公募)、子ども、企業、介護事業所等の複合体、行政、社協など
行政の関与	色々な人をつないでいく組織体のリード◎コーディネート
検討内容など	・地域の困りごとや支援者ができることの把握 ・専門職の確保 ・地域の協力要請、支援者(人員)の確保 ・行政サービス等支援方法の検討
費用負担	・市負担（１％地域づくり活動交付金など市の補助金・交付金など） ・一部利用者負担

第５章　介護保険料

1　給付費の見込み

（千円）

	令和６年度	令和７年度	令和８年度
（1）介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	9,141	9,152	9,152
介護予防訪問リハビリテーション	236	237	237
介護予防居宅療養管理指導	980	981	981
介護予防通所リハビリテーション	9,823	9,835	9,835
介護予防短期入所生活介護	607	607	607
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	11,170	11,339	11,503
特定介護予防福祉用具購入費	556	556	556
介護予防住宅改修	2,804	2,804	2,804
介護予防特定施設入居者生活介護	8,016	8,026	8,842
（2）地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	384	384	384
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
（3）介護予防支援	8,821	8,888	8,998
合　計	52,538	52,809	53,899

（1）居宅サービス			
訪問介護	138,333	139,463	140,418
訪問入浴介護	17,640	18,347	19,330
訪問看護	69,545	70,566	71,248
訪問リハビリテーション	9,284	9,295	9,295
居宅療養管理指導	16,088	16,343	16,464
通所介護	770,302	777,176	782,500
通所リハビリテーション	123,772	124,682	126,973
短期入所生活介護	94,148	94,815	95,246
短期入所療養介護（老健）	5,135	5,141	5,141
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	113,024	112,164	113,521
特定福祉用具購入費	1,658	1,658	1,658
住宅改修費	8,357	8,357	8,357
特定施設入居者生活介護	140,705	140,883	140,883
（2）地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2,124	2,127	2,127
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	60,445	60,521	60,521
認知症対応型通所介護	38,457	38,506	38,506
小規模多機能型居宅介護	30,856	32,017	32,017
認知症対応型共同生活介護	165,847	166,057	166,057
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0

（千円）

	令和６年度	令和７年度	令和８年度
（３）施設サービス			
介護老人福祉施設	785,172	793,186	803,274
介護老人保健施設	527,828	508,113	508,113
介護医療院	152,535	156,830	160,932
介護療養型医療施設			
（４）居宅介護支援	189,965	190,553	192,691
合　計	3,461,220	3,466,800	3,495,272

（円）

	合計	令和６年度	令和７年度	令和８年度
標準給付費見込額	11,075,741,636	3,677,167,433	3,683,719,116	3,714,855,087
総給付費	10,582,538,000	3,513,758,000	3,519,609,000	3,549,171,000
特定入所者介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	281,291,794	93,197,075	93,598,502	94,496,217
特定入所者介護サービス費等給付額	277,141,749	91,899,757	92,178,946	93,063,046
制度改正に伴う財政影響額	4,150,045	1,297,318	1,419,556	1,433,171
高額介護サービス費等給付額（財政影響額調整後）	181,697,570	60,193,355	60,462,158	61,042,057
高額介護サービス費等給付額	178,682,729	59,250,905	59,430,908	60,000,916
高額介護サービス費等の利用者負担の見直し等に伴う財政影響額	3,014,841	942,450	1,031,250	1,041,141
高額医療合算介護サービス費等給付額	22,649,618	7,510,577	7,533,394	7,605,647
算定対象審査支払手数料	7,564,654	2,508,426	2,516,062	2,540,166
審査支払手数料一件あたり単価		46	46	46
審査支払手数料支払件数	164,449	54,531	54,697	55,221
地域支援事業費	587,099,021	185,801,064	194,820,028	206,477,929
介護予防・日常生活支援総合事業費	379,870,235	117,303,354	125,720,790	136,846,091
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費	167,247,192	55,170,512	55,772,040	56,304,640
包括的支援事業（社会保障充実分）	39,981,594	13,327,198	13,327,198	13,327,198
第１号被保険者負担分相当額	2,682,453,351	888,482,754	892,064,003	901,906,594
調整交付金相当額	572,780,594	189,723,539	190,471,995	192,585,059
調整交付金見込額	195,028,000	70,198,000	66,284,000	58,546,000
調整率		1.00000000	1.00000000	1.00000000
特別調整交付金の交付見込額		0	0	0
調整交付金見込交付割合		1.85%	1.74%	1.52%
後期高齢者加入割合補正係数		1.0514	1.0558	1.0646
所得段階別加入割合補正係数		1.0814	1.0814	1.0814
市町村特別給付費等	2,400,000	800,000	800,000	800,000
市町村相互財政安定化事業負担額	0			
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	13,500,000			
保険料収納必要額	2,899,105,945			
予定保険料収納率	99.00%			

2　第９期介護保険料について

（１）費用の負担割合

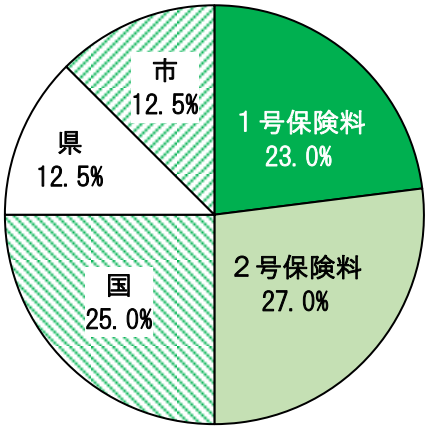
介護保険制度は、高齢者の暮らしを社会全体で支えていく仕組みであり、その財源は、国・県･市による公費と65歳以上の第１号被保険者及び40～64歳の第２号被保険者が納める介護保険料によって賄われています。

財源内訳については、第１号被保険者の介護保険料による負担が23％、第2号被保険者の介護保険料による負担割合が27％となっています。

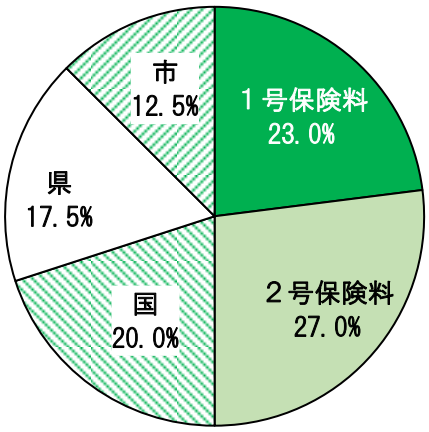
なお、第１号被保険者の介護保険料は３年間を通じて収入と支出の均衡が図られるよう設定されます。

標準給付費の財源内訳

居宅給付費

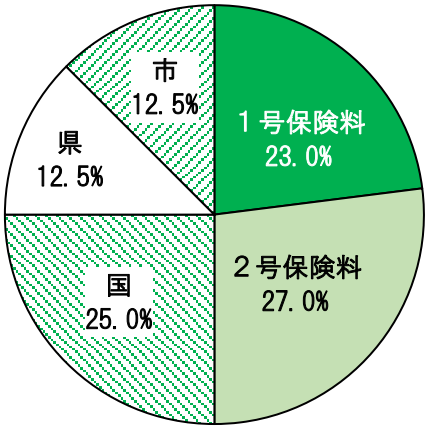


施設等給付費(特定施設を含む)

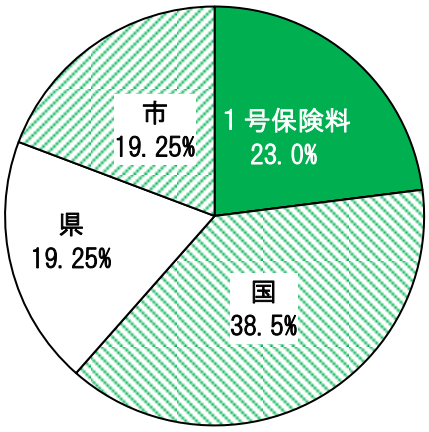


地域支援事業費の財源内訳

介護予防・日常生活支援総合事業費



包括的支援事業・任意事業費



※後期高齢者の割合や高齢者の所得段階の割合により、国の負担金の調整が行われるため、国の負担金や第1号被保険者の保険料の割合は若干異なります。

（２）第１号被保険者の保険料額

保険料額の算定方法

以下の計算方法により保険料を算定しています。

●保険料基準額(月額)

＝保険料基準額(年額)÷12ヶ月

●保険料基準額(年額)

＝保険料収納必要額(Ａ)÷予定保険料収納率÷所得段階別加入割合補正後被保険者数

(Ａ)保険料収納必要額

＝第１号被保険者負担分相当額(Ｂ)＋調整交付金相当額(Ｃ)－調整交付金見込額(Ｄ)
＋財政安定化基金拠出金見込額＋財政安定化基金償還金
－準備基金取崩額＋審査支払手数料差引額＋市町村特別給付費等
＋市町村相互財政安定化事業負担額－市町村相互財政安定化事業交付額
－保険者機能強化推進交付金等の交付見込額

(Ｂ)第1号被保険者負担分相当額

＝(標準給付費見込額＋地域支援事業費)×第１号被保険者負担割合

(Ｃ)調整交付金相当額

＝(標準給付費見込額＋地域支援事業費(介護予防・日常生活支援総合事業費))
×全国平均の調整交付金交付割合５％

(Ｄ)調整交付金見込額

＝(標準給付費見込額＋地域支援事業費(介護予防・日常生活支援総　合事業費))
×調整交付金見込交付割合

これまでの試算により、市の介護保険料基準月額は、●●●円となりますが、これまでに積み立ててきた準備基金があるため、●●●円を取り崩すことにより●●●円と試算されます。

これにより市の第１号被保険者の第9期介護保険料は、●●●円を基準月額として設定します。

○第１号被保険者の保険料は、所得段階によって異なります。

所得段階	所得段階の説明	保険料率
第１段階（標準）	生活保護を受給している人、または世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給している人、または、世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	×0.455
第１段階（減額賦課）		×0.285
第２段階（標準）	世帯全員が市民税非課税で、本人の収入等が80万円より多く120万円以下の人	×0.685
第２段階（減額賦課）		×0.485
第３段階（標準）	世帯全員が市民税非課税で、本人の収入等が120万円より多い人	×0.69
第３段階（減額賦課）		×0.685
第４段階	本人が市民税非課税で、公的年金等収入と合計所得金額が80万円以下の人	×0.90
第５段階	本人が市民税非課税で、公的年金等収入と合計所得金額が80万円より多い人	（基準額）●●●×1.00
第６段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が120万円未満の人	×1.20
第７段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が210万円未満の人	×1.30
第８段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が320万円未満の人	×1.50
第９段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が420万円未満の人	×1.70
第10段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が520万円未満の人	×1.90
第11段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が620万円未満の人	×2.10
第12段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が720万円未満の人	×2.30
第13段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が720万円以上の人	×2.40

資料編

●　第８期介護保険事業計画・第９次高齢者保健福祉計画の検証

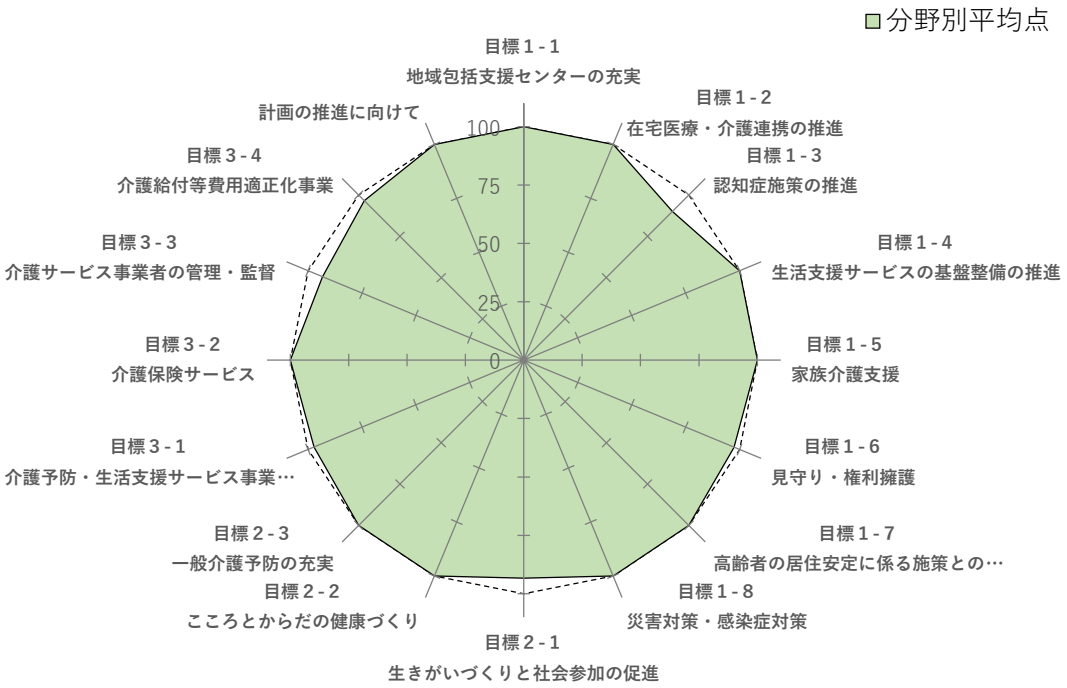
第８期介護保険事業計画・第９次高齢者保健福祉計画の検証を行った結果、分野別平均得点は、16分野中10分野で100点を達成しており、残り６分野が平均90点台となっています。最も得点が低いのは"目標１－３認知症施策の推進"で90点となっています。

項目別達成度得点は、75項目中66項目で100％を達成しており、残り９項目が80％となっています。

＜分野別平均得点＞

			分野別平均点
目標１ 安心して暮らすことができる基盤の整備	1	地域包括支援センターの充実	100.0
	2	在宅医療・介護連携の推進	100.0
	3	認知症施策の推進	90.0
	4	生活支援サービスの基盤整備の推進	100.0
	5	家族介護支援	100.0
	6	見守り・権利擁護	97.5
	7	高齢者の居住安定に係る施策との連携	100.0
	8	災害対策・感染症対策	100.0
目標２ 生きがいづくりと介護予防の促進	1	生きがいづくりと社会参加の促進	93.3
	2	こころとからだの健康づくり	100.0
	3	一般介護予防の充実	100.0
目標３ 高齢者を支えるサービスの充実	1	介護予防・生活支援サービス事業の充実	97.1
	2	介護保険サービス	100.0
	3	介護サービス事業者の管理・監督	93.3
	4	介護給付等費用適正化事業	96.7
計画の推進に向けて			100.0

※自己評価による達成度を得点に換算して算出している。



＜項目別達成度得点＞

基本目標	施策	重点	事業	達成度	方向性
目標1 安心して暮らすことができる基盤の整備	1 地域包括支援センターの充実	★	①地域包括支援センターの運営・基盤整備	100%	継続
			②総合相談支援事業	100%	拡充
			③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	100%	継続
		★	④介護予防ケアマネジメント事業	100%	継続
	2 在宅医療・介護連携の推進		①(ｱ)地域の医療・介護の資源の把握	100%	拡充
			②(ｲ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	100%	拡充
			③(ｳ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	100%	拡充
			④(ｶ)医療・介護関係者の研修	100%	継続
		★	⑤(ｷ)地域住民への普及啓発	100%	拡充
			⑥(ｴ)医療・介護関係者の情報共有の支援	100%	継続
	3 認知症施策の推進	★	①認知症サポーター養成	80%	拡充
			②認知症ケアパスの普及	100%	拡充
			③認知症初期集中支援チーム	80%	拡充
			④認知症地域支援推進員	100%	拡充
		★	⑤認知症高齢者捜索支援事業	100%	拡充
		★	⑥チームオレンジ体制整備	80%	拡充
	4 生活支援サービスの基盤整備の推進		①生活支援体制整備事業	100%	継続
			②配食サービス事業	100%	継続
			③移送サービス事業	100%	拡充
			④生活管理指導短期宿泊事業	100%	継続
	5 家族介護支援		①家族介護教室・家族介護者支援事業	100%	拡充
			②在宅ねたきり老人等介護者手当支給事業	100%	拡充
			③在宅介護高齢者紙おむつ給付事業	100%	拡充
			④障害者控除対象者認定	100%	拡充
	6 見守り・権利擁護		①高齢者見守りネットワーク	80%	継続
			②緊急通報システム整備事業	100%	継続
			③権利擁護相談事業	100%	継続
			④権利擁護啓発事業	100%	継続
			⑤成年後見制度利用促進事業	100%	継続
			⑥成年後見制度利用支援事業	100%	継続
			⑦高齢者虐待防止事業	100%	継続
			⑧老人保護措置事業	100%	継続
	7 高齢者の居住安定に係る施策との連携		・高齢者の居住安定に係る施策との連携	100%	継続
	8 災害対策・感染症対策		・災害対策・感染症対策	100%	継続
目標2 生きがいづくりと介護予防の促進	1 生きがいづくりと社会参加の促進		①老人クラブ活動の支援	100%	継続
			②敬老事業	100%	継続
			③スポーツ・レクリエーションの振興	80%	継続
			④生涯学習活動の推進	80%	継続
			⑤就業等の支援	100%	継続
			⑥ボランティア活動などへの支援	100%	継続
	2 こころとからだの健康づくり		①特定健康診査・特定保健指導	100%	継続
			②がん検診	100%	継続
			③歯科検診・歯科保健指導	100%	継続
			④健康教育	100%	拡充
			⑤健康相談	100%	拡充
			⑥訪問指導	100%	継続
			⑦高齢者予防接種	100%	継続
			⑧健康マイレージ事業	100%	継続
	3 一般介護予防の充実		①介護予防把握事業	100%	継続
			②介護予防普及啓発事業	100%	継続
		★	③地域介護予防活動支援事業	100%	継続
		★	④地域リハビリテーション活動支援事業	100%	拡充
			⑤一般介護予防事業評価事業	100%	継続
			⑥保健事業と介護予防事業の一体的実施	100%	拡充
目標3 高齢者を支えるサービスの充実	1 介護予防･生活支援サービス事業の充実		①訪問介護相当サービス	100%	継続
			②訪問型軽度生活援助サービス（訪問型サービス A）	100%	継続
			③訪問型元気はつらつ教室（訪問型サービス C）	80%	継続
			④移動支援（訪問型サービス D）	100%	継続
			⑤通所介護相当サービス	100%	継続
			⑥通所型基準緩和サービス（通所型サービス A）	100%	新規
			⑦通所型元気はつらつ教室（通所型サービス C）	100%	継続
	2 介護保険サービス		(１)居宅サービスの充実	100%	継続
			(２)地域密着型サービスの充実	100%	継続
			(３)施設サービスの充実	100%	継続
	3 介護サービス事業者の管理・監督		①介護サービス事業者の指導	100%	継続
			②介護サービス事業者との連携	100%	継続
			③介護分野における業務の効率化	80%	継続
	4 介護給付等費用適正化事業		①要介護認定の適正化	80%	継続
		★	②ケアプランの点検	100%	拡充
			③住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査	100%	継続
			④医療情報との突合、縦覧点検	100%	継続
			⑤介護給付費通知	100%	廃止
			⑥給付実績の活用	100%	継続
計画の推進に向けて		★	①高齢者の実態把握	100%	廃止
			②人材の確保と資質の向上	100%	継続

発行：静岡県菊川市

企画・編集：健康福祉部長寿介護課

住所：〒439-0019　静岡県菊川市半済 1865 番地

プラザけやき

電話：0537-37-1253