

# 越生町高齢者保健福祉計画 及び介護保険事業計画

第9期計画  
(令和6年度～令和8年度)



越生町のマスコット「うめりん」

令和6年3月  
越生町



## ごあいさつ

21世紀の超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして創設された介護保険制度も、8期24年が経過しようとしています。

その間、持続可能な制度とするため、予防重視型システムの導入や地域包括支援センターの創設、費用負担の公平化など、様々な制度の変遷を経て今日に至っております。

我が国は、少子高齢化により、総人口が減少する一方、高齢化率は上昇を続ける現状にあり、特に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる令和7年（2025年）、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる令和22年（2040年）を見据えた対応が必要となっています。

国においては、世代を超えて地域住民や地域の多様な主体が参画し共に支え合うことで、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創造する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市区町村の包括的な支援体制の構築の支援、中長期的な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などの推進、医療・介護の連携の推進、介護人材確保及び介護現場における生産性の向上の取組の強化等を推進することが重要であるとしています。

そのような中、町では、新たに令和6年度から8年度の3か年を計画年度とする「第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定したところでございます。この計画では、「誰もが健康で生きがいを持ち、介護が必要になっても安心して暮らせるまちづくり」、「地域と一体となって進める地域共生社会の実現」を基本理念に掲げ、保健・医療・福祉に関する各施策を計画的かつ総合的に推進することにより、高齢者ができる限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営めることができる地域社会の実現を目指すものであります。地域の皆様や関係団体との連携・協働の下、本計画の推進に努めてまいりたいと考えておりますので、今後ともご理解、ご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたり越生町介護保険事業計画推進委員会の委員の方々を始め、関係団体の皆様、多くの町民の皆様に多大なるご尽力を賜ったことに対しまして、心から感謝申し上げご挨拶といたします。

令和6年3月

越生町長 新井康之

# — 目 次 —

第1章 計画の概要.....	1
第1節 計画の概要.....	2
1 計画改定の趣旨 .....	2
2 計画の性格及び位置づけ .....	3
3 計画の期間 .....	4
4 日常生活圏域の設定 .....	4
5 計画策定後の点検・評価体制.....	4
第2節 高齢化及び要介護認定者数等の現状.....	5
1 高齢化及び要介護認定者数等の現状.....	5
2 国・県との比較 .....	9
第3節 高齢者実態調査の結果.....	11
1 調査の概要 .....	11
2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果に基づくリスクの判定 .....	12
3 主な介護者の状況（在宅介護実態調査） .....	19
4 ケアマネジャー調査の主な結果.....	23
5 在宅生活改善調査の主な結果.....	27
第4節 第8期計画の成果と今後の課題 .....	30
1 施策・事業評価の結果 .....	30
2 まとめ ～第8期計画の成果と今後の課題～ .....	41
第2章 基本理念と基本目標 及び施策の体系.....	47
第1節 計画の基本理念と基本目標 .....	48
基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	49
基本目標2 生きがいづくりから介護予防までの総合的な施策の展開.....	50
第2節 施策の体系.....	51
第3章 基本目標実現に向けた施策の内容 .....	53
基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進 .....	54
1-1 地域包括支援センターの充実・強化 .....	54
1-2 在宅医療・介護連携の推進.....	58
1-3 認知症施策の推進 .....	62
1-4 総合的な介護予防・生活支援事業の推進 .....	66
1-5 支え合いの仕組みづくり .....	69
1-6 安全で快適な住環境の確保.....	72
1-7 多様なサービスの充実.....	74
基本目標2 生きがいづくりから介護予防までの総合的な施策の展開.....	76
2-1 健康づくり事業の推進 .....	76
2-2 介護予防事業の推進 .....	80
2-3 生きがいづくり事業の推進 .....	83
第4章 サービスの見込量及び確保策等 .....	85
第1節 介護保険サービスの見込量及び確保策.....	86
1 居宅サービス .....	86
2 地域密着型サービス .....	92

3 施設サービス .....	96
第2節 標準給付費の見込み .....	98
第3節 地域支援事業費の見込み .....	101
第4節 老人福祉計画において記載すべき見込量等 .....	104
第5章 計画推進のために .....	105
第1節 計画の実施・進行管理体制と達成状況の点検及び評価 .....	106
1 P D C Aサイクルによる点検・評価の実施 .....	106
2 地域包括支援センターの事業評価の実施 .....	106
3 県との連携の強化 .....	106
第2節 市町村特別給付等に関する方針 .....	107
第3節 介護保険制度の円滑な運営を図るための方策 .....	108
第4節 介護給付適正化の推進 .....	110
第5節 地域包括ケアシステムを支える人材の確保 .....	112
1 地域包括ケアシステムを支える人材の確保 .....	112
2 「介護離職ゼロ」の取組の推進 .....	112
3 介護家族等（ケアラー）支援の推進 .....	113
関連資料 .....	115
1 策定体制 .....	116
越生町介護保険事業計画推進委員会設置要綱 .....	116
越生町介護保険事業計画推進委員会委員名簿 .....	118
越生町介護保険庁内推進会議設置要綱 .....	119
2 策定経過 .....	121



# 第1章 計画の概要

## 第1節 計画の概要

### 1 計画改定の趣旨

本町では、令和3年3月に「越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画第8期計画」（以下「第8期計画」といいます。）を策定し、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される体制（以下「地域包括ケアシステム<sup>※1</sup>」）の構築を進めてきました。

介護保険事業計画は、第6期計画以降、令和7年を目途に地域包括ケアシステムを段階的に構築するという中長期的な目標を掲げており、本計画の計画期間中に令和7年を迎えます。

また、地域共生社会<sup>※2</sup>の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律により、我が国の85歳以上人口がピークを迎える令和22年を見据え、地域共生社会の実現を目指して、包括的な支援体制の構築等の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構築と強化推進や地域づくり等に一体的に取り組んでいくことが求められています。

さらに、令和22年には、85歳以上の増加に伴い、介護ニーズも急速に増加することが見込まれます。

「越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 第9期計画」（以下「第9期計画」といいます。）の策定にあたっては、以上のことを踏まえながら、第8期計画の進捗状況を評価し、地域包括ケアシステムの強化推進に向けた具体的な取組を示すとともに、令和22年度までの中長期的な視点からサービス基盤の整備に関する方策を示す計画として策定しました。

※1 「地域包括ケアシステム」については、48ページを参照してください。

※2 「地域共生社会」とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会のことです。



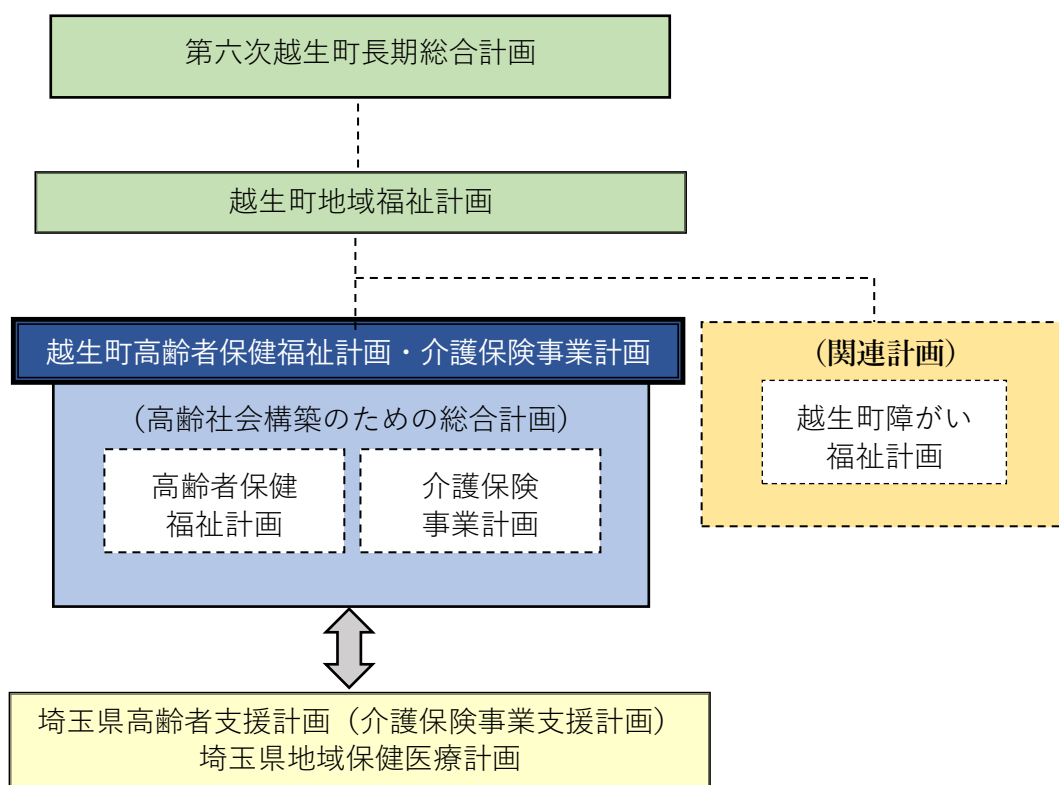
## 2 計画の性格及び位置づけ

この計画は、医療・介護・福祉をはじめとする高齢者施策に関する総合計画として、介護保険法第117条（市町村介護保険事業計画）及び老人福祉法第20条の8（市町村老人福祉計画）に基づき、「介護保険事業計画」と「老人福祉計画」を一体の計画として策定するものであり、本町における介護保険制度の計画的・効果的な運営を規定するとともに、高齢者一般施策との調和を図りながら、すべての高齢者に対応した施策を展開するものです。

また、上位計画である越生町長期総合計画及び越生町地域福祉計画との整合性を図るとともに、関連計画との調和を図りながら、地域包括ケアシステムの構築に向けた総合的な施策の推進を図るものです。

なお、埼玉県が策定する高齢者支援計画（介護保険事業支援計画）や埼玉県地域保健医療計画などの計画との整合及び調和も図っています。

### ■ 計画の位置づけ



### 3 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

■ 計画の期間

年度	平成30年 2018	令和元年 2019	2年 2020	3年 2021	4年 2022	5年 2023	6年 2024	7年 2025	8年 2026	9年 2027	10年 2028	11年 2029
計画期間	第7期計画 (平成30～令和2年度)											
	見直し		第8期計画 (令和3～5年度)									
	見直し					第9期計画 (令和6～8年度)						
	見直し								第10期計画 (令和9～11年度)			

### 4 日常生活圏域の設定

介護保険法では、環境変化への適応が難しい認知症高齢者やひとり暮らしの高齢者の増加等を踏まえ、高齢者一人ひとりができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、市町村をさらに細かく分けた「日常生活圏域」単位（概ね人口2万～3万人に1箇所）で、サービスの必要量を見込むこととなっています。

本町では、地理的条件、人口、交通事情、介護サービス基盤の状況等を総合的に勘案し、町全域を一つの日常生活圏域に設定しています。

### 5 計画策定後の点検・評価体制

本計画は、施策の実施状況及び目標の達成状況に関する調査・分析を行うとともに、介護保険サービスの給付状況等に関する評価を各年度に行うほか、介護を必要としない高齢者に対しても健康、生きがい、まちづくり等の施策を推進するため、施策全体に係る定期的な評価、見直しを行います。また、それらの結果については速やかな公表に努めます。

## 第2節 高齢化及び要介護認定者数等の現状

### 1 高齢化及び要介護認定者数等の現状

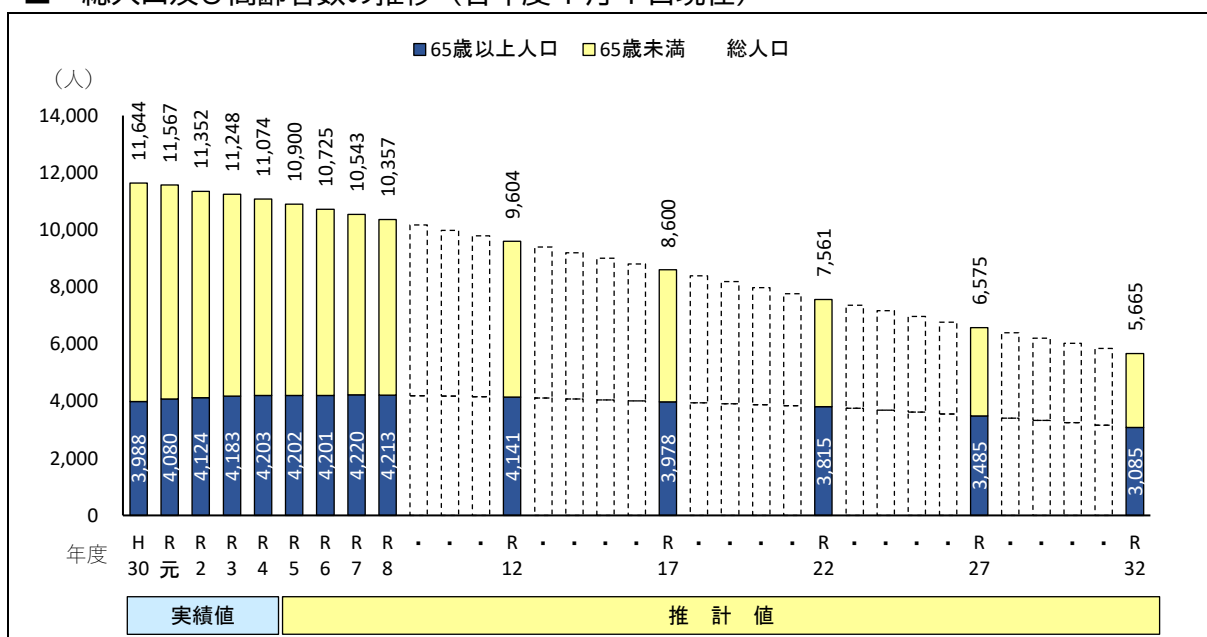
#### (1) 総人口及び高齢者数の推移

総人口は一貫して減少し、高齢者数は令和7年度がピークとなる

令和4年度（令和5年1月1日）の本町の総人口は11,074人で、年々減少していくことが予測されます。また、高齢者数は令和7年度の4,220人をピークに、以降、減少に転じることが予測されます。

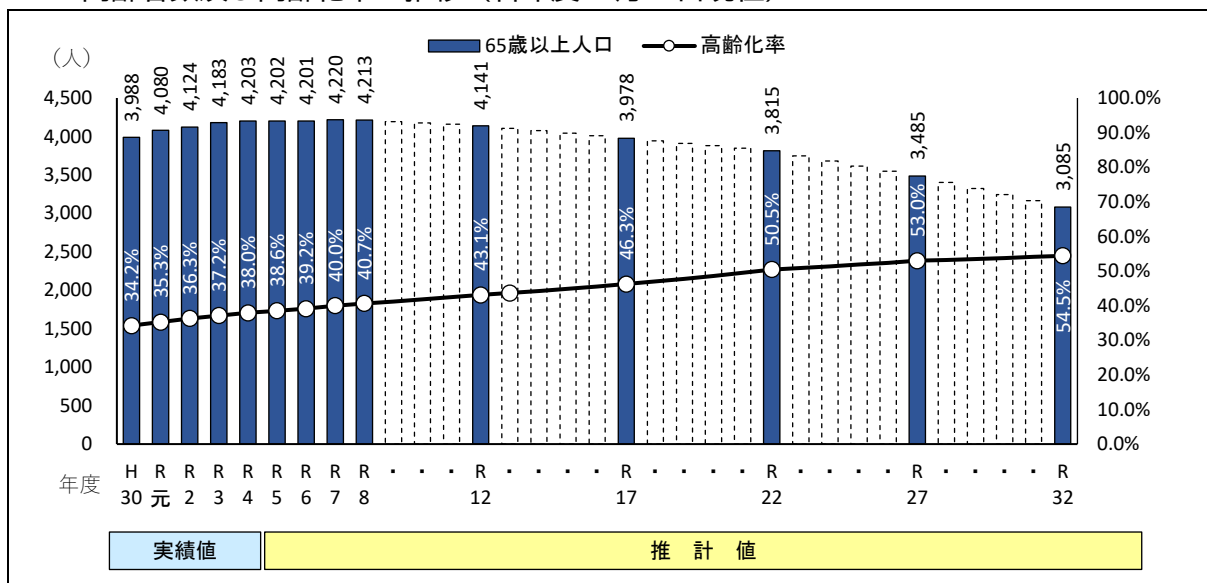
高齢化率は一貫して上昇し続け、令和32年度には54.5%になることが予測されます。

#### ■ 総人口及び高齢者数の推移（各年度1月1日現在）



資料：実績値は埼玉県町丁字別人口、推計値は健康福祉課

#### ■ 高齢者数及び高齢化率の推移（各年度1月1日現在）



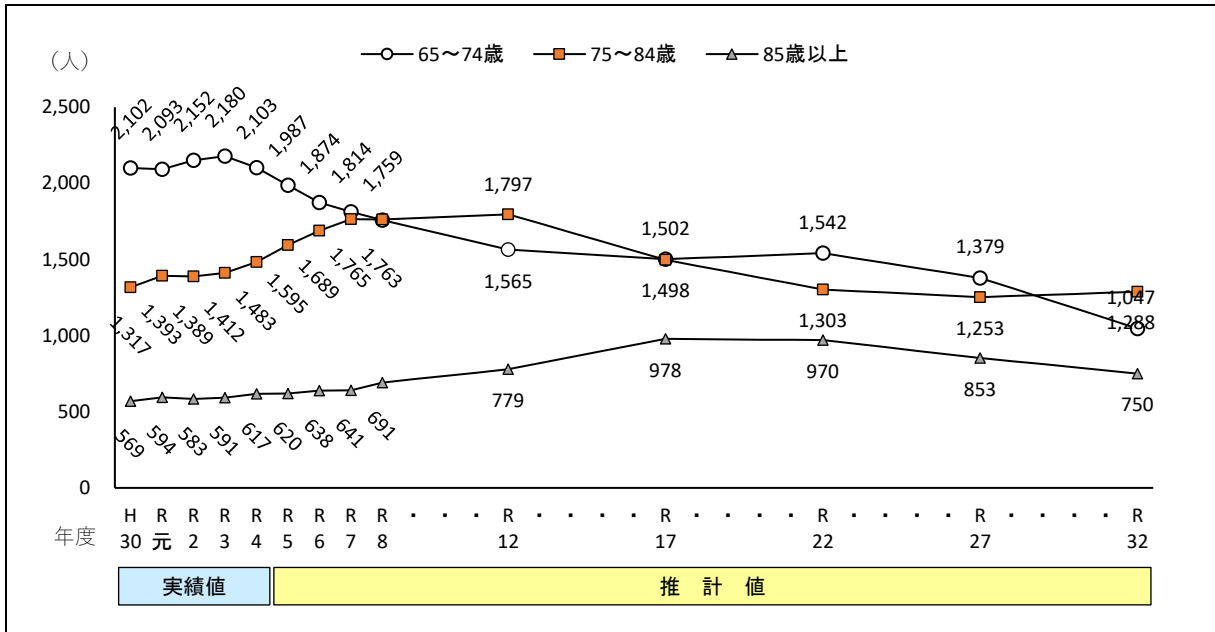
資料：実績値は埼玉県町丁字別人口、推計値は健康福祉課

## (2) 年齢別高齢者数の推移

85歳以上人口は令和17年度まで増加傾向にある

高齢者数の推移を年齢別に分けてみると、65～74歳は令和3年度、75～84歳は令和12年度がピークとなって減少に転じていますが、85歳以上人口はしばらく増加を続け、令和17年度がピークとなっています。

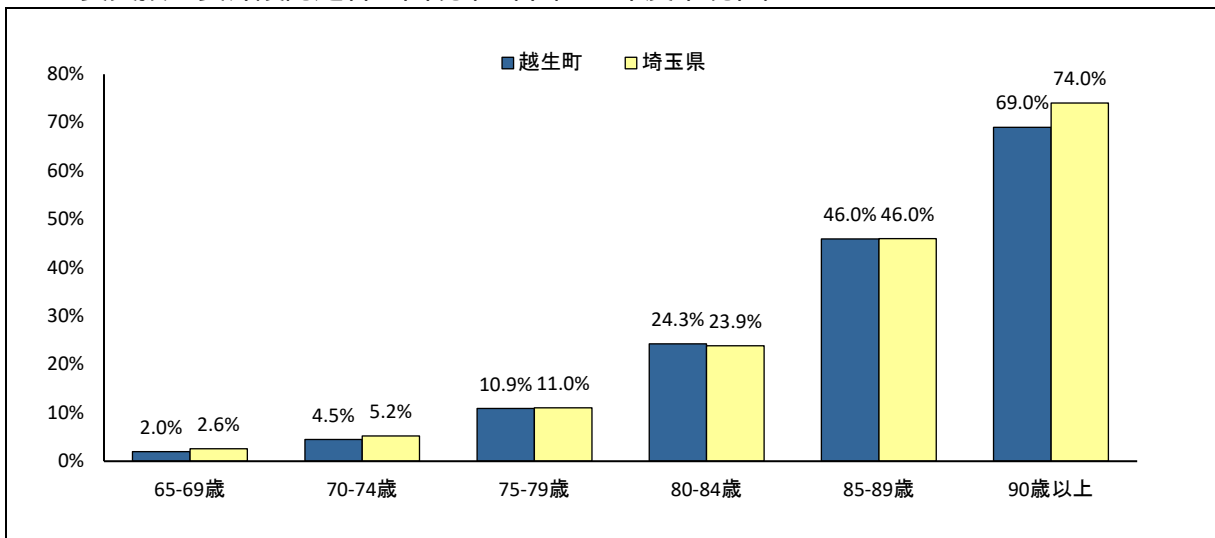
### ■ 年齢別高齢者数の推移（各年度1月1日現在）



資料：実績値は埼玉県町丁字別人口、推計値は健康福祉課

要支援・要介護認定者の出現率を年齢別・性別にみると、男性、女性ともに85歳以上で大きく高まっています。これを埼玉県と比較すると、90歳以上は埼玉県より低く、その他の年齢層では埼玉県とほぼ同じ水準となっています。

### ■ 要支援・要介護認定者の出現率（令和4年度末現在）



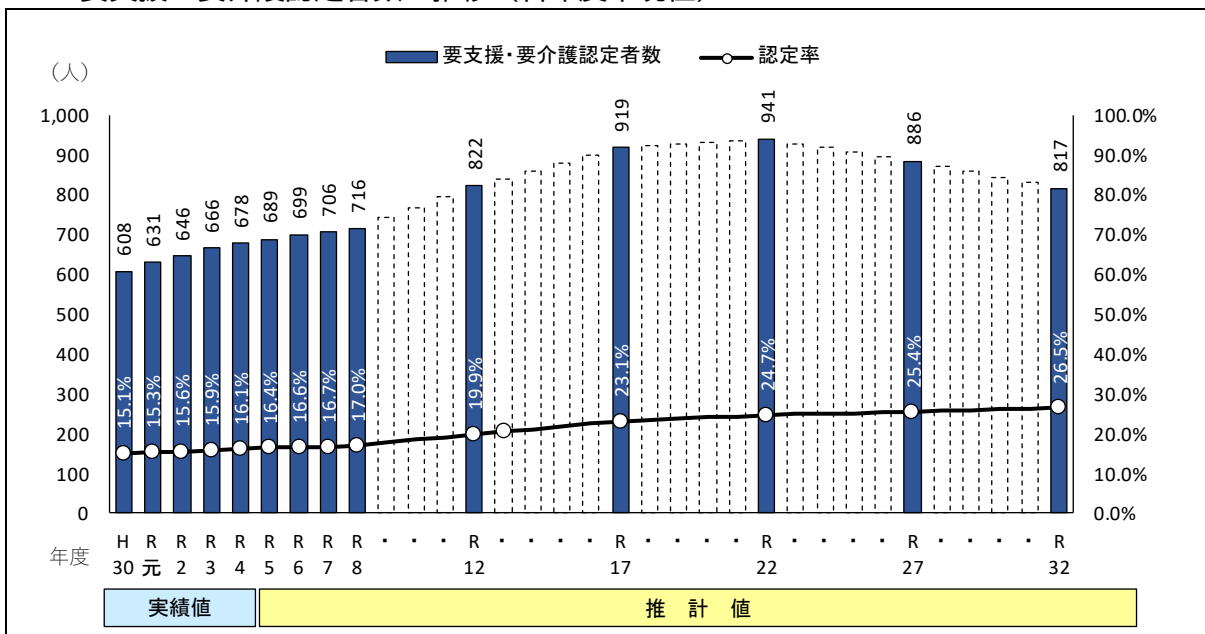
資料：人口は埼玉県町丁字別人口、要支援・要介護認定率は介護保険事業状況報告（年報）

### (3) 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は一貫して増加傾向にある

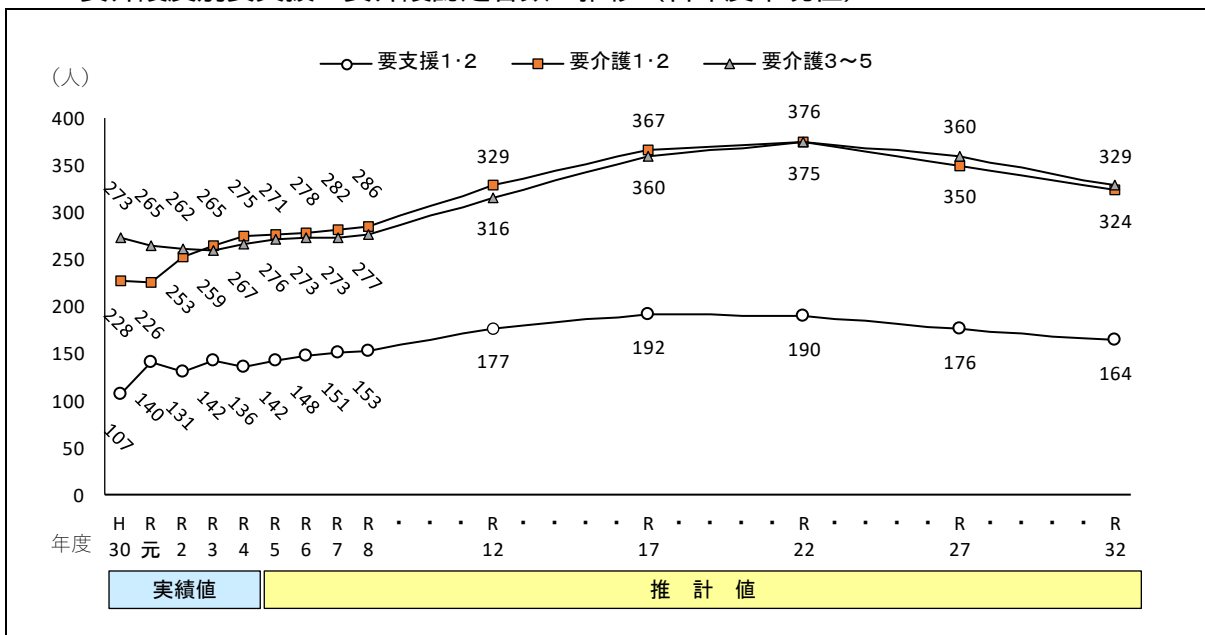
令和4年度末現在の要支援・要介護認定者数は678人で、しばらく増加を続け、令和22年度がピークとなっています。

#### ■ 要支援・要介護認定者数の推移（各年度末現在）



資料：実績値は介護保険事業状況報告（年報）、推計値は健康福祉課

#### ■ 要介護度別要支援・要介護認定者数の推移（各年度末現在）



資料：実績値は介護保険事業状況報告（年報）、推計値は健康福祉課

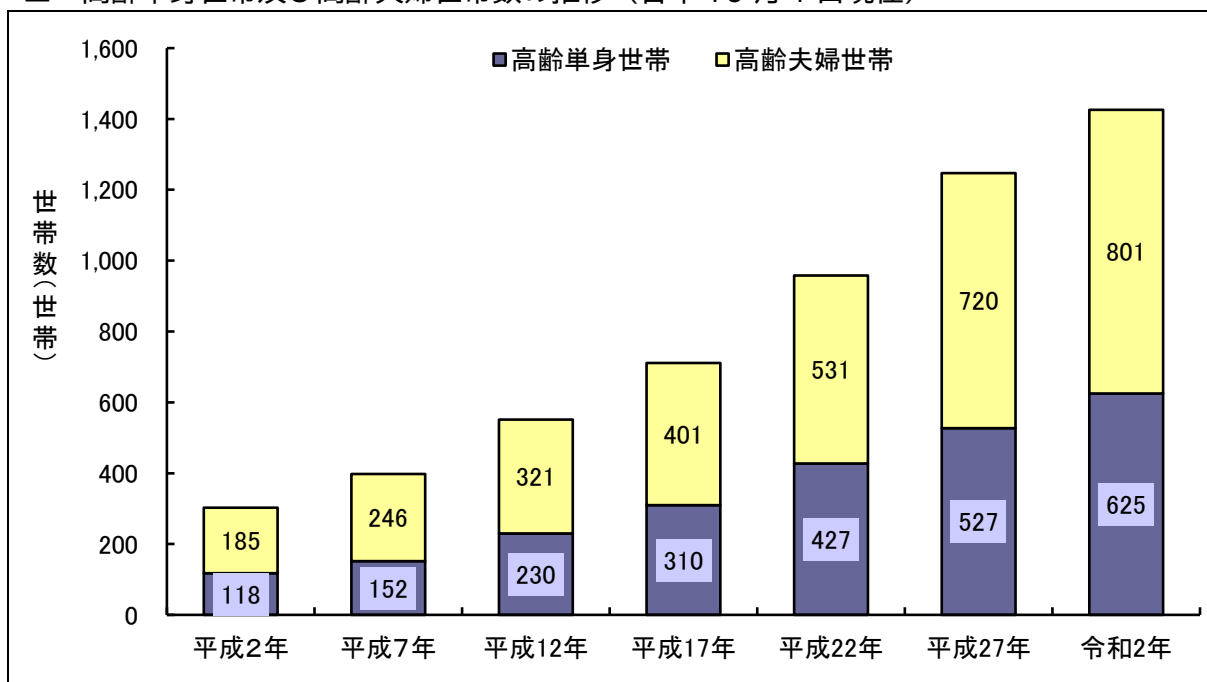
## (4) 高齢者のいる世帯の状況

高齢単身世帯や夫婦のみ世帯の増加が続いている

国勢調査結果によると、令和2年10月1日現在の高齢単身世帯が625世帯、高齢夫婦世帯が801世帯となっています。

これを平成2年からの推移で見ると、高齢単身世帯、高齢夫婦世帯ともに大きく増加し続けています。

### ■ 高齢単身世帯及び高齢夫婦世帯数の推移（各年10月1日現在）



資料：国勢調査

## 2 国・県との比較

介護保険事業をめぐる本町の特徴を把握するため、主な指標について埼玉県及び全国平均との比較を行いました。

### ①高齢化率（前期・後期）

総人口に占める 65 歳以上人口の割合（高齢化率）は、埼玉県・全国よりも高くなっています。また、後期高齢者についても、75～84 歳及び 85 歳以上ともに埼玉県・全国よりも高くなっています。

■ 高齢化率の状況（令和4年10月1日現在） 単位：人（％）

区分	越生町	埼玉県（千人）	全国（千人）
総人口	10,732 (100.0)	7,337 (100.0)	124,947 (100.0)
65歳以上人口	4,204 (39.2)	1,972 (26.9)	35,891 (28.7)
65～74歳	2,107 (19.6)	933 (12.7)	16,780 (13.4)
75～84歳	1,475 (13.7)	750 (10.2)	12,663 (10.1)
85歳以上	622 (5.8)	289 (3.9)	6,448 (5.2)

出典：総人口は埼玉県人口推計及び総務省統計局人口推計（令和4年10月1日現在）、65歳以上人口は介護保険事業状況報告（令和4年9月月報、令和4年9月末現在）

### ②要支援・要介護認定者の出現率

要支援・要介護認定者の出現率は、埼玉県・全国より低くなっています。

■ 要介護認定者の出現率（令和4年10月1日現在） 単位：人（％）

区分	越生町	埼玉県	全国
65歳以上人口	4,204 (100.0)	1,972,000 (100.0)	35,891,000 (100.0)
要支援・要介護認定者	670 (15.9)	335,060 (17.0)	6,972,055 (19.4)
要支援1・2	141 (3.4)	81,863 (4.2)	1,947,462 (5.4)
要介護1・2	267 (6.4)	135,524 (6.9)	2,616,508 (7.3)
要介護3～5	262 (6.2)	117,673 (6.0)	2,408,085 (6.7)

出典：介護保険事業状況報告（令和4年9月月報）

### ③サービス利用者と未利用者の割合

要支援・要介護認定者をサービス利用者とサービス未利用者に分け、それぞれの割合を求めたところ、本町のサービス利用者の割合は埼玉県・全国に比べて低くなっています。

また、サービス利用者が利用しているサービスの種類を居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービスに分けてみると、本町は埼玉県・全国に比べて居宅サービス及び地域密着型サービスの割合が低く、施設サービスの割合が高くなっています。

■ サービス利用者と未利用者の割合 (令和4年10月利用分) 単位:人(%)

区 分	越生町	埼玉県	全国
要介護認定者	670 (100.0)	335,060 (100.0)	6,972,055 (100.0)
サービス利用者	507 (75.7)	276,272 (82.5)	5,946,993 (85.3)
居宅サービス	355 (53.0)	195,723 (58.4)	4,085,210 (58.6)
地域密着型サービス	23 (3.4)	31,519 (9.4)	900,866 (12.9)
施設サービス	129 (19.3)	49,030 (14.6)	960,917 (13.8)
サービス未利用者	163 (24.3)	58,788 (17.5)	1,025,062 (14.7)

出典：介護保険事業状況報告（令和4年12月月報）

### ④サービス別支給額の割合

支給額のサービス別割合のうち、居宅サービスの割合は埼玉県に比べてやや低く、全国とほぼ同じ水準となっています。

これに対し、地域密着型サービスの割合は埼玉県・全国に比べて低く、施設サービスの割合が高くなっています。

■ サービス別の支給額の割合 (令和4年10月利用分)

区 分	越生町	埼玉県	全国
居宅サービス	50.8%	53.7%	50.7%
訪問系サービス	9.9%	13.0%	15.5%
通所系サービス	17.5%	16.7%	15.6%
短期入所サービス	3.3%	4.5%	4.2%
福祉用具・住宅改修サービス	3.3%	4.2%	4.1%
特定施設入居者生活介護	12.0%	9.6%	5.8%
介護予防支援・居宅介護	4.8%	5.7%	5.6%
地域密着型サービス	4.4%	11.6%	17.2%
施設サービス	44.9%	34.6%	32.0%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%

出典：介護保険事業状況報告（令和4年12月月報）

※端数処理の関係で、構成比の和が合計と一致しない場合があります。



## 第3節 高齢者実態調査の結果

### 1 調査の概要

#### (1) 調査の目的

この調査は、高齢者の生活状況や意見、さらに介護保険制度で重要な役割を担うケアマネジャーの活動状況や課題等をうかがい、施策の改善や充実を図るとともに、「越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 第9期計画（令和6年度～令和8年度）」策定の基礎資料とすることを目的に実施しました。

#### (2) 調査の対象者

調査名	対象者	対象者数
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	令和4年12月31日現在で65歳以上の一般高齢者、要支援認定者及び総合事業対象者から無作為に選ばせていただいた方	1,600人
②在宅介護実態調査	令和4年12月31日現在、要支援・要介護に認定されている在宅の方（新規認定の方を除く）	377人
③ケアマネジャー調査	過去1年の間（令和4年1月1日～12月31日）または令和5年1月1日以降に越生町の介護保険事業に携わっている居宅介護支援事業所等のケアマネジャー	—※1
④在宅生活改善調査	過去1年の間（令和4年1月1日～12月31日）または令和5年1月1日以降に越生町の介護保険事業に携わっている居宅介護支援事業所等及びケアマネジャー	19事業所※1

※1 ③及び④の対象となるケアマネジャー数は特定することができません。

#### (3) 調査方法及び調査期間

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

#### (4) 回収結果

調査区分	対象者数	有効回収数	有効回収率
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	1,600人	1,207人	75.4%
②在宅介護実態調査	377人	262人	69.5%
③ケアマネジャー調査	—	37人	—
④在宅生活改善調査	19事業所	13事業所（25人※2）	68.4%

※2（ ）内は、回答いただいたケアマネジャーの人数

## 2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果に基づくリスクの判定

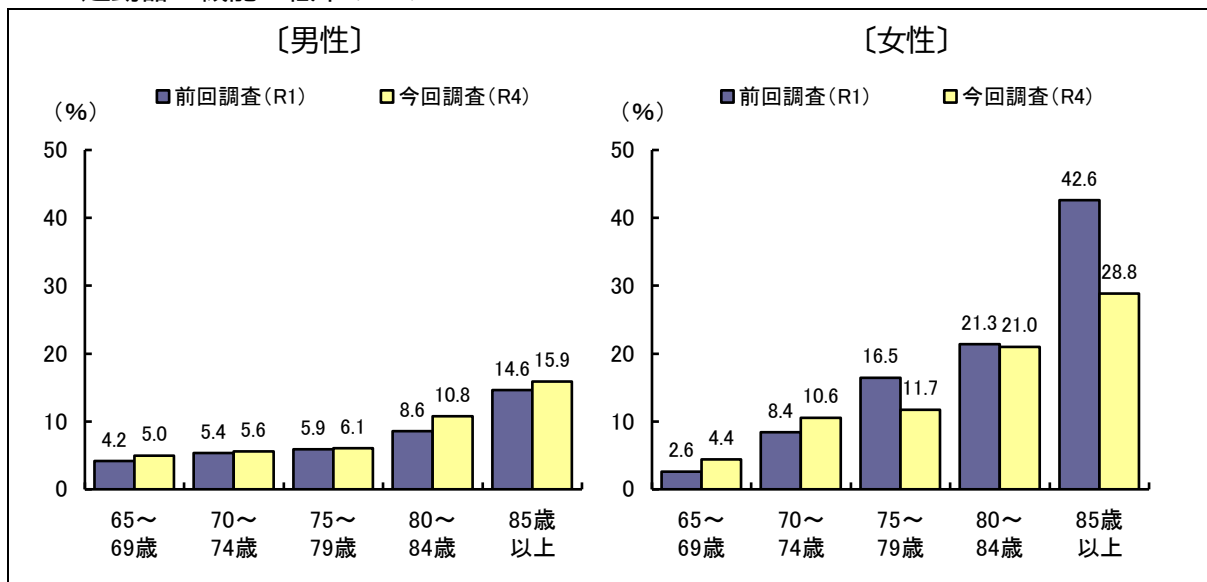
### (1) 運動器の機能の低下

【リスク判定方法】

下記の設問で3問以上、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. <u>できない</u>
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. <u>できない</u>
15分位続けて歩いていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. <u>できない</u>
過去1年間に転んだ経験がありますか	1. <u>何度もある</u> 2. <u>1度ある</u> 3. ない
転倒に対する不安は大きいですか	1. <u>とても不安である</u> 2. <u>やや不安である</u> 3. あまり不安でない 4. 不安でない

#### ■ 運動器の機能の低下リスク



男性、女性ともに年齢が上がるにつれてリスク保有者の割合が高くなる傾向が見られますが、70歳以上の各年齢層では男性に比べて女性の方がリスク保有者の割合が高くなっています。

また、前回調査に比べて、女性の85歳以上はリスク保有者の割合が低くなっています。

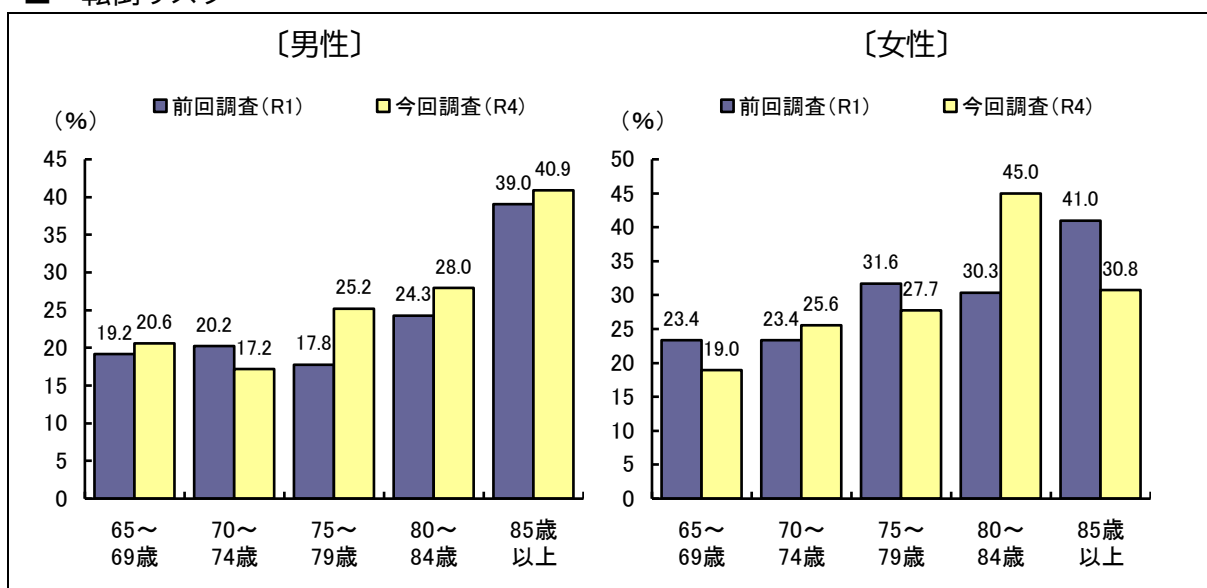
## (2) 転倒リスク

### 【リスク判定方法】

下記の設問で、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
過去1年間に転んだ経験がありますか	1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

### ■ 転倒リスク



男性は85歳以上、女性は80~84歳でリスク保有者の割合が高くなっています。

また、前回調査に比べて、女性の80~84歳はリスク保有者の割合が高く、女性の85歳以上は低くなっています。

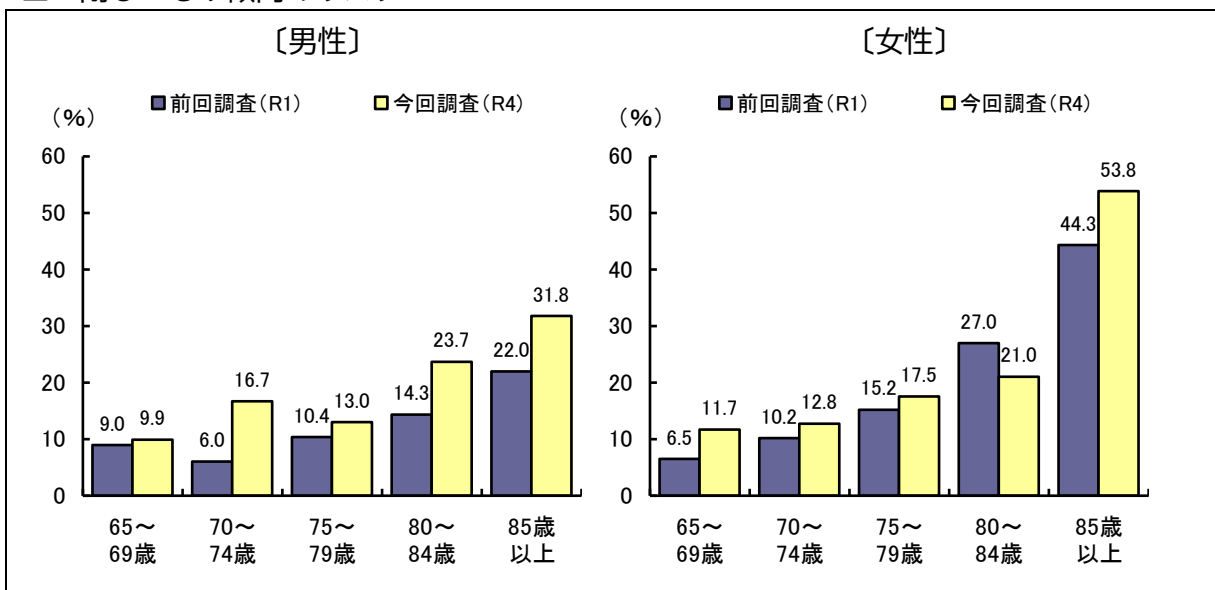
### (3) 閉じこもり傾向

#### 【リスク判定方法】

下記の設問で、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
週に1回以上は外出していますか	1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2~4回 4. 週5回以上

#### ■ 閉じこもり傾向のリスク



前回調査に比べて、男性、女性ともにリスク保有者の割合が高くなっています。

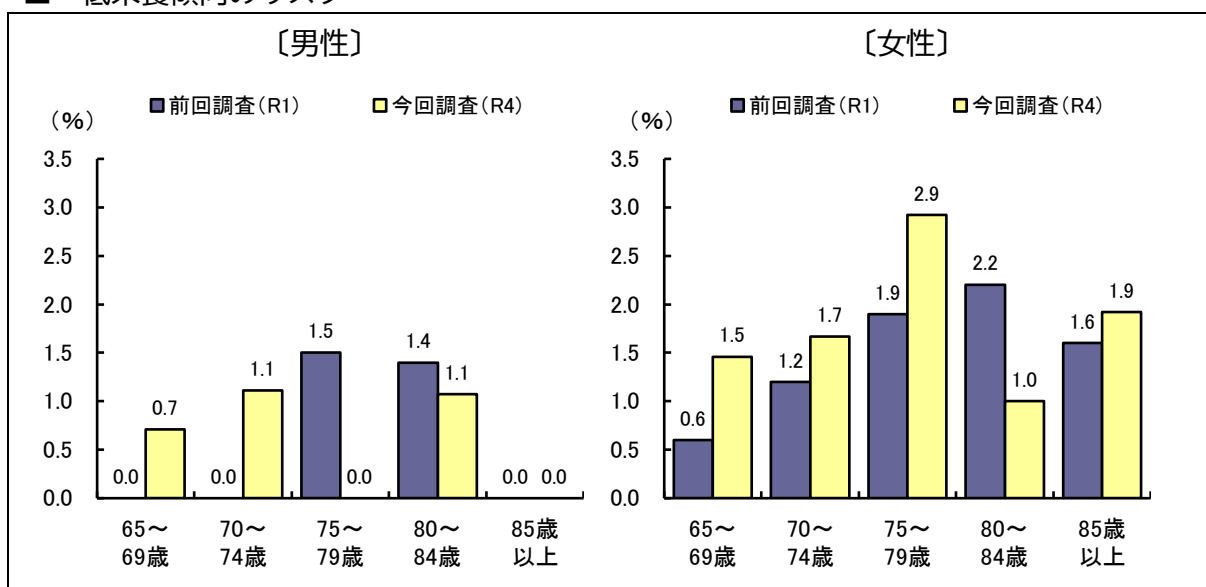
## (4) 低栄養傾向

### 【リスク判定方法】

下記の設問で、BMIが18.5以下となり、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
身長・体重	身長・体重から算出されるBMI（体重(kg) ÷ {身長(m) × 身長(m)}）が18.5以下の場合、低栄養が疑われる
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<u>1. はい</u> 2. いいえ

### ■ 低栄養傾向のリスク



前回調査に比べて、女性は65～79歳でリスク保有者の割合が高くなっています。

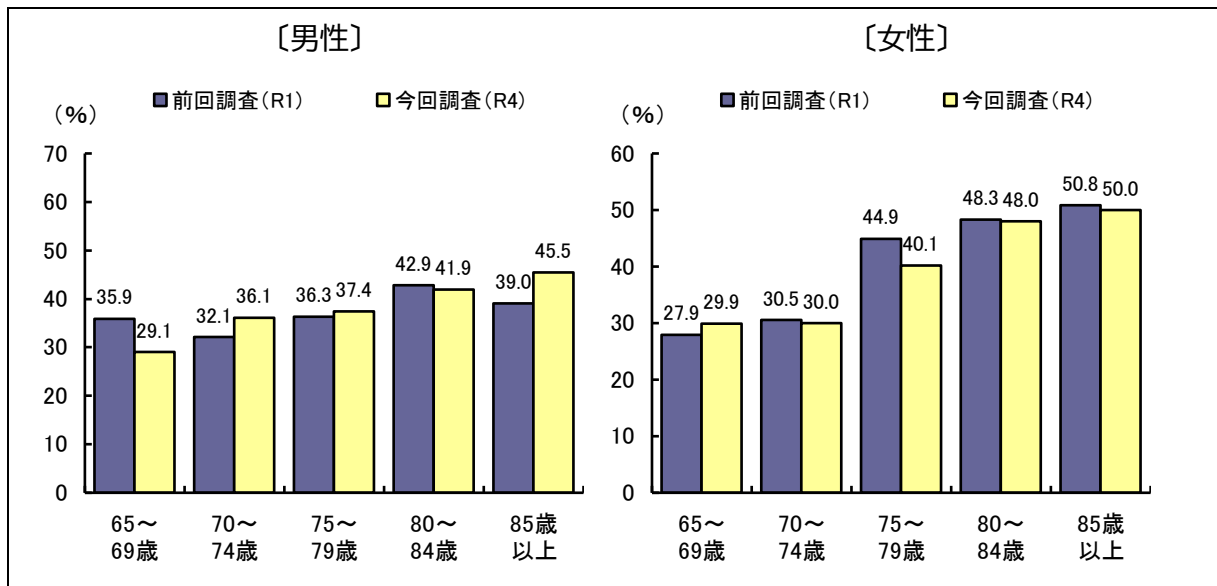
## (5) 認知機能の低下

### 【リスク判定方法】

下記の設問で、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
物忘れが多いと感じますか	1. はい 2. いいえ

### ■ 認知機能の低下リスク



男女ともに年齢層が高くなるほどリスク保有者の割合が高くなる傾向がみられます。また、前回調査に比べて特に顕著な違いはみられません。

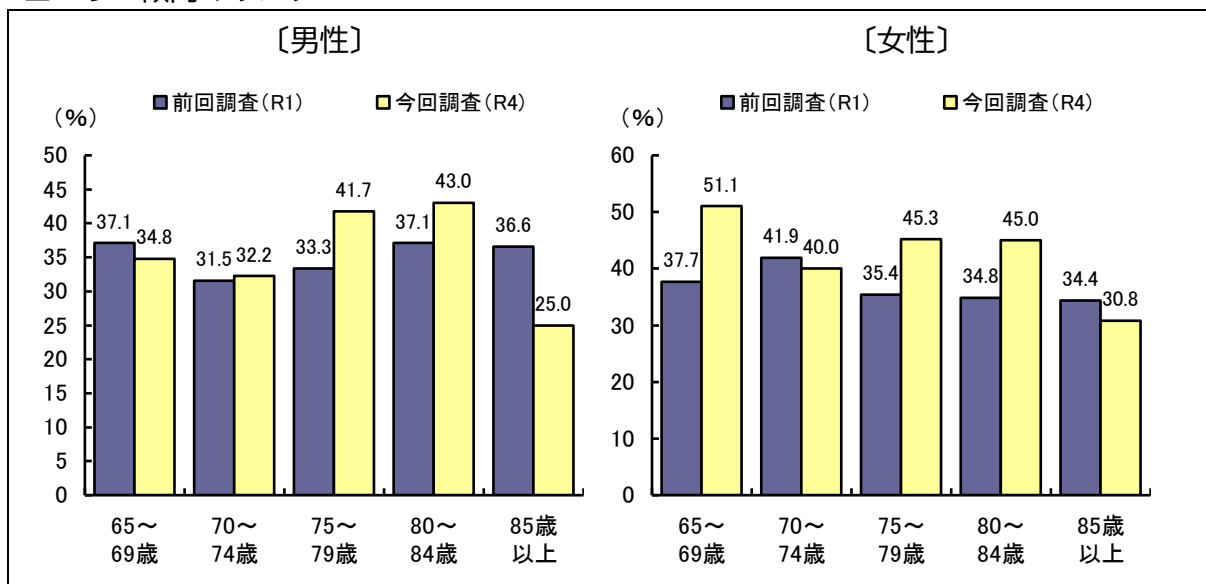
## (6) うつ傾向

## 【リスク判定方法】

下記の設問で1問以上、該当する選択肢（網掛け箇所）が回答された場合は、リスクありと判定されます。

設問内容	選択肢
この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	1. はい 2. いいえ
この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1. はい 2. いいえ

## ■ うつ傾向のリスク



リスク保有者の割合は、男性の75～84歳、女性の65～69歳で高くなっています。

また、前回調査に比べて、男性の75～84歳、女性の65～69歳及び75～84歳でリスク保有者の割合が高くなっています。

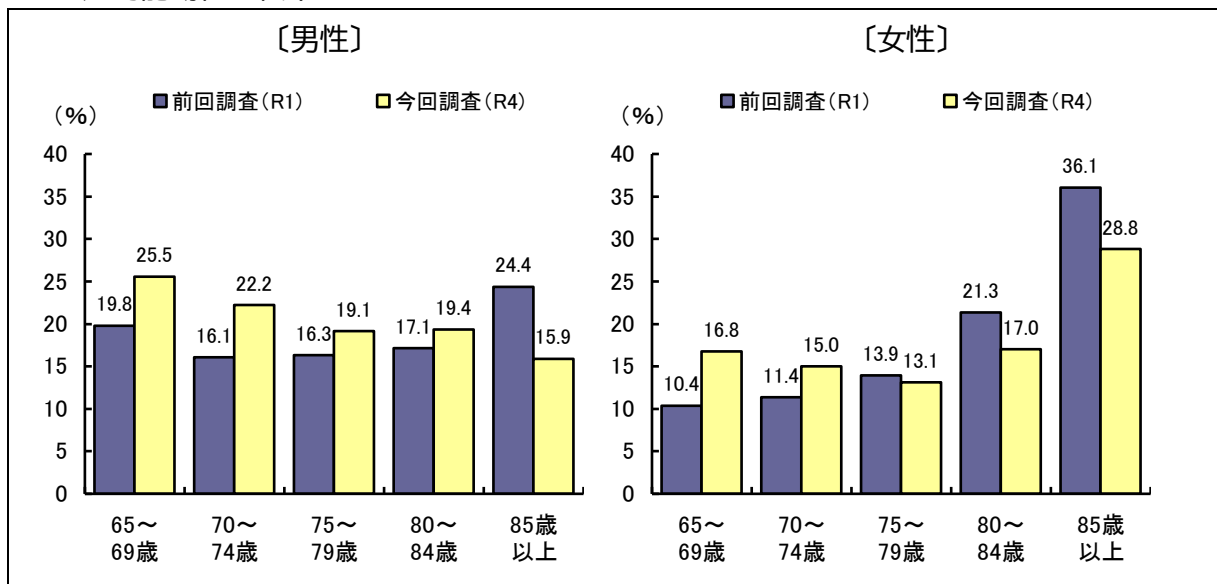
## (7) 知的能動性の低下

### 【リスク判定方法】

下記の設定で、4点満点中、2点以下を「低下」として評価します。

設問内容	選択肢
年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	1. はい 1点 2. いいえ 0点
新聞を読んでいますか	1. はい 1点 2. いいえ 0点
本や雑誌を読んでいますか	1. はい 1点 2. いいえ 0点
健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 1点 2. いいえ 0点

### ■ 知的能動性の低下リスク



男性は年齢による違いが小さく、女性は85歳以上でリスク保有者の割合が高くなる傾向がみられます。

また、前回調査に比べて、男性の65～74歳、女性の65～69歳でリスク保有者の割合が高くなっています。



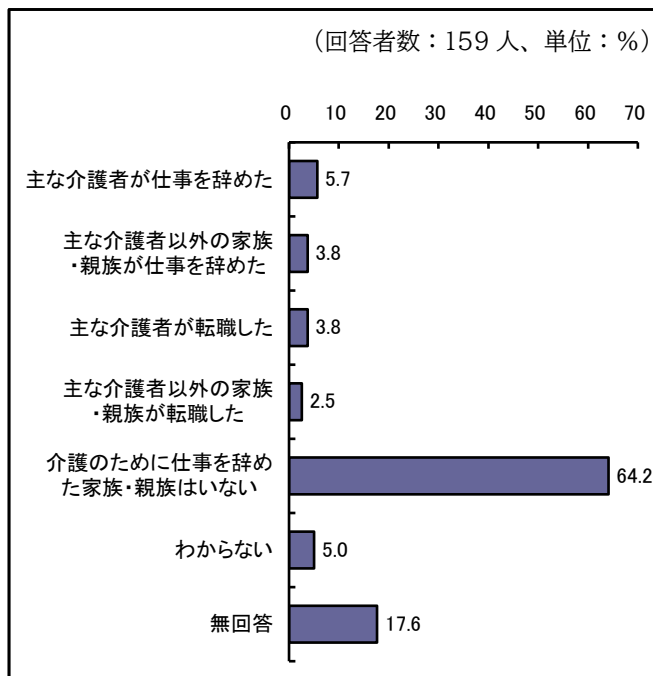
### 3 主な介護者の状況（在宅介護実態調査）

#### (1) 介護を理由に仕事を辞めた経験

“いる”は13.2%

介護による離職の有無については、回答者総数から「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」（64.2%）、「わからない」（5.0%）及び無回答（17.6%）を除く13.2%が“いる”と回答しています。

■ 介護による離職者の有無（複数回答）

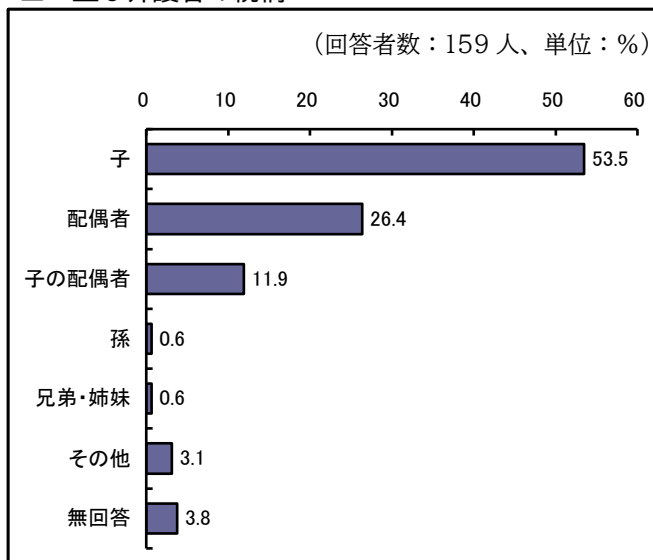


#### (2) 主な介護者の続柄

「子」が53.5%

主な介護者の続柄については、「子」が53.5%で最も多く、次いで「配偶者」が26.4%、「子の配偶者」が11.9%で続いています。

■ 主な介護者の続柄

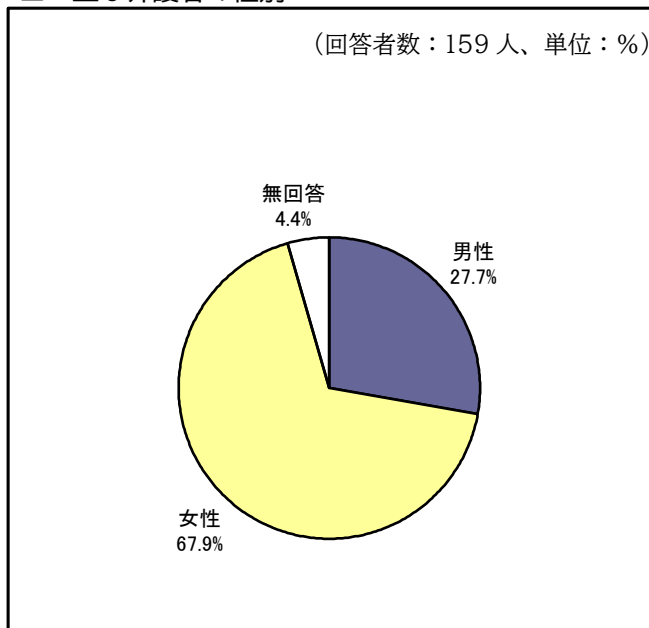


### (3) 主な介護者の性別

「女性」が67.9%

主な介護者の性別については、「男性」が27.7%、「女性」が67.9%となっています。

■ 主な介護者の性別



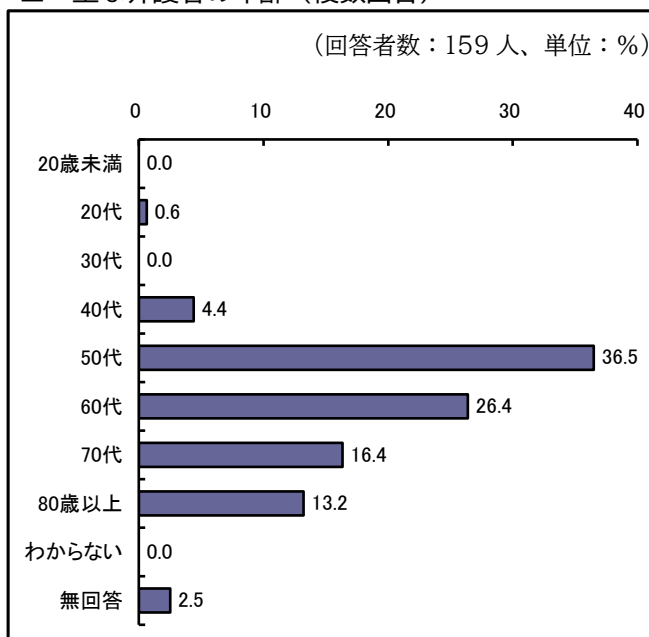
### (4) 主な介護者の年齢

“70歳以上”は29.6%

主な介護者の年齢は「50代」が36.5%で最も多く、次いで「60代」が26.4%となっています。

また、「70代」が16.4%、「80歳以上」が13.2%であり、これらを合わせると29.6%が“70歳以上”と回答しています。

■ 主な介護者の年齢（複数回答）

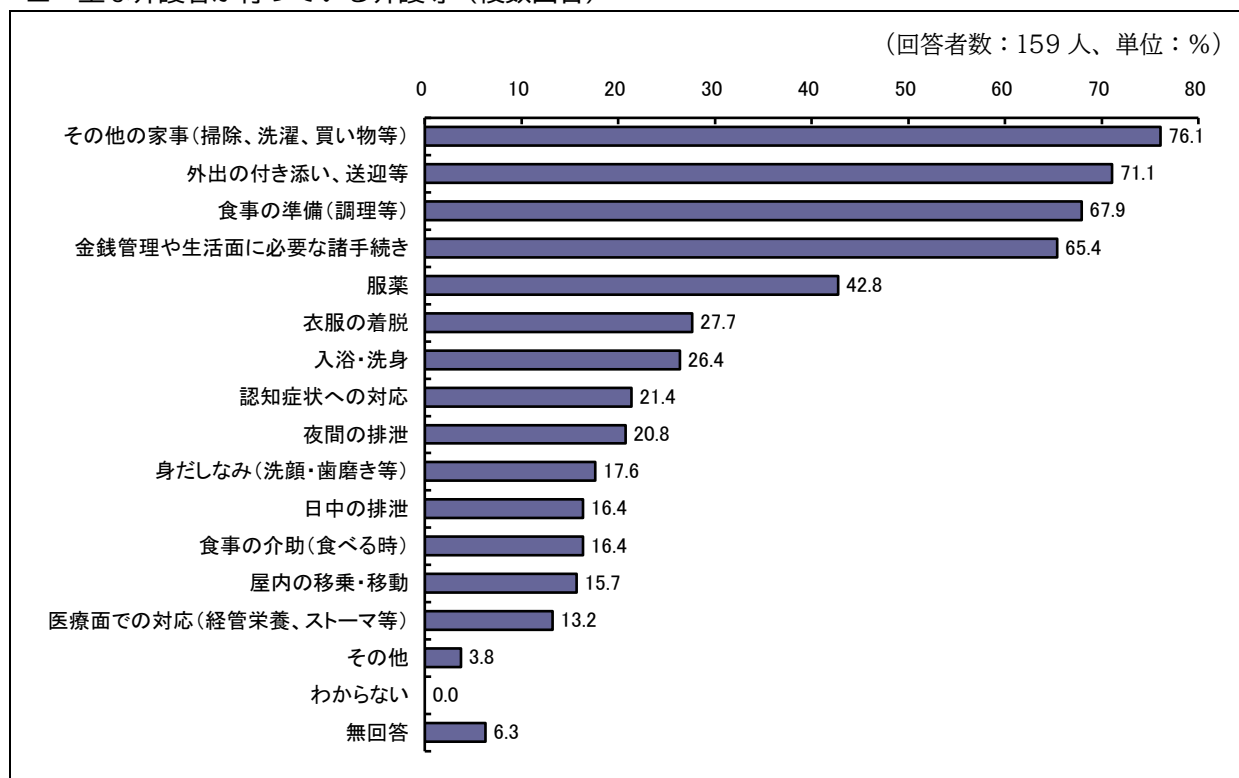


## (5) 主な介護者が行っている介護

「その他の家事」、「外出の付き添い、送迎等」などが多くみられる

主な介護者が行っている介護等については、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が76.1%で最も多く、次いで「外出の付き添い、送迎等」が71.1%、「食事の準備」が67.9%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が65.4%で続いています。

### ■ 主な介護者が行っている介護等（複数回答）

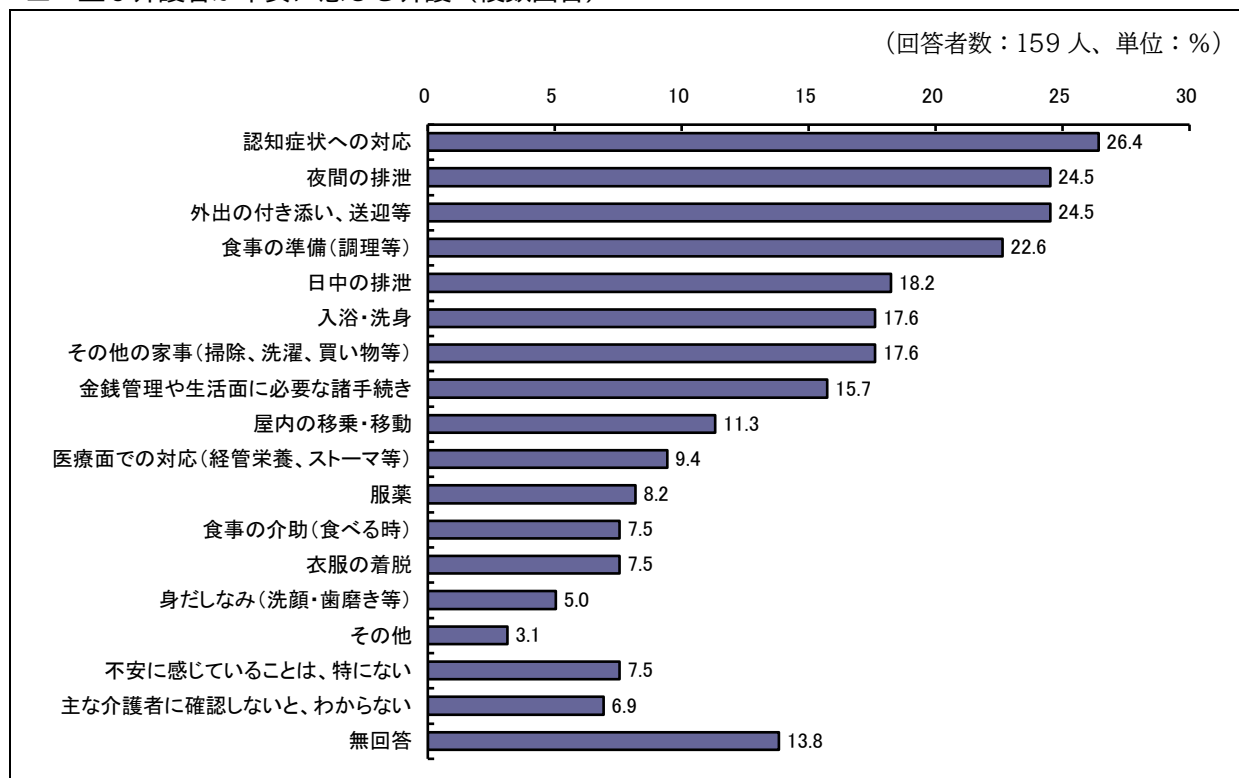


## (6) 主な介護者が不安に感じる介護

「認知症状への対応」が最も多い

主な介護者が不安に感じる介護については、「認知症状への対応」が26.4%で最も多く、次いで「夜間の排泄」及び「外出の付き添い、送迎等」がともに24.5%が続いています。

### ■ 主な介護者が不安に感じる介護（複数回答）



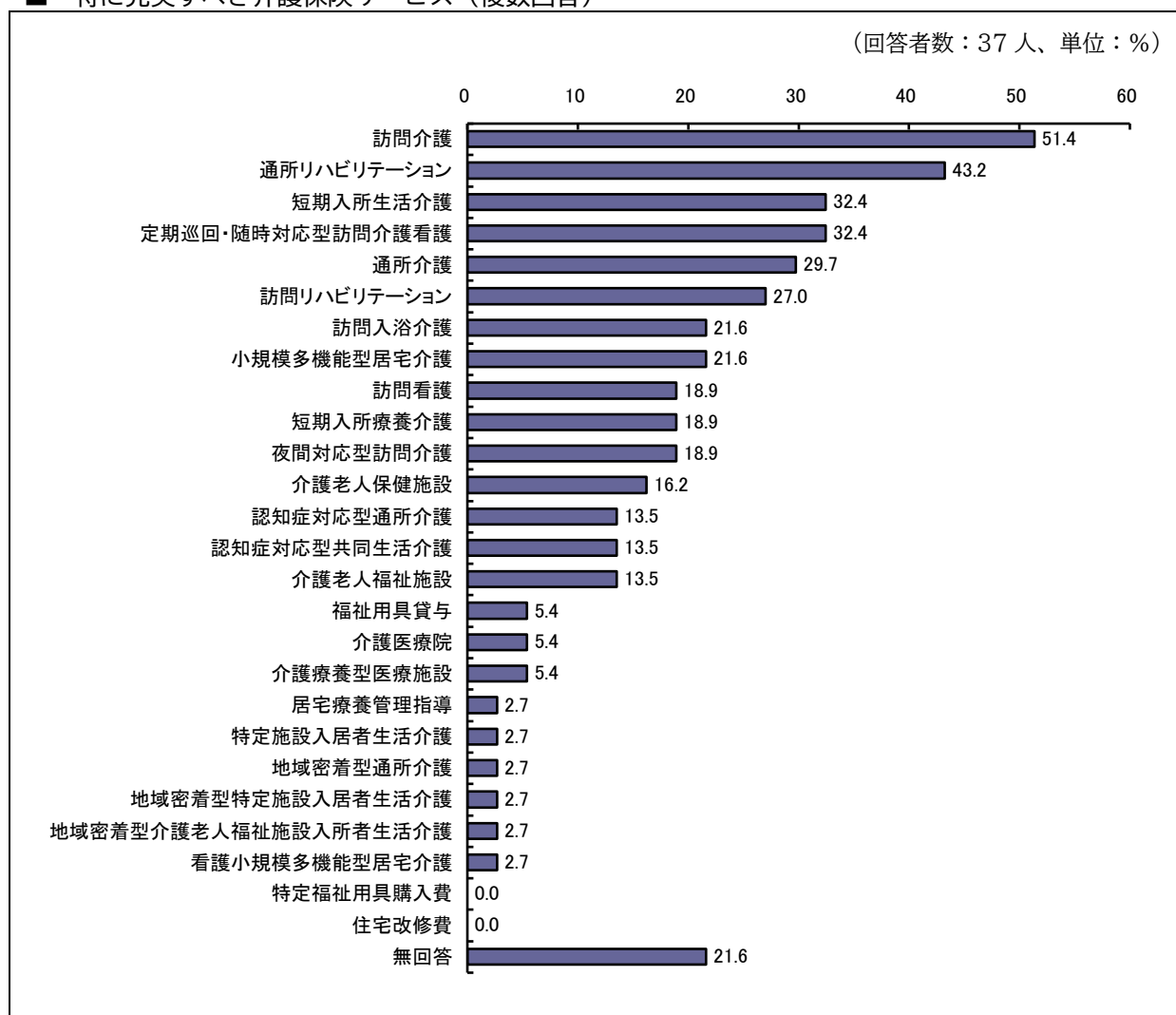
## 4 ケアマネジャー調査の主な結果

### (1) 特に充実すべき介護保険サービス

「訪問介護」、「通所リハビリテーション」が多い

特に充実すべき介護保険サービスについては、「訪問介護」が51.4%で最も多く、次いで「通所リハビリテーション」が43.2%、「短期入所生活介護」及び「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」がともに32.4%で続いています。

#### ■ 特に充実すべき介護保険サービス（複数回答）

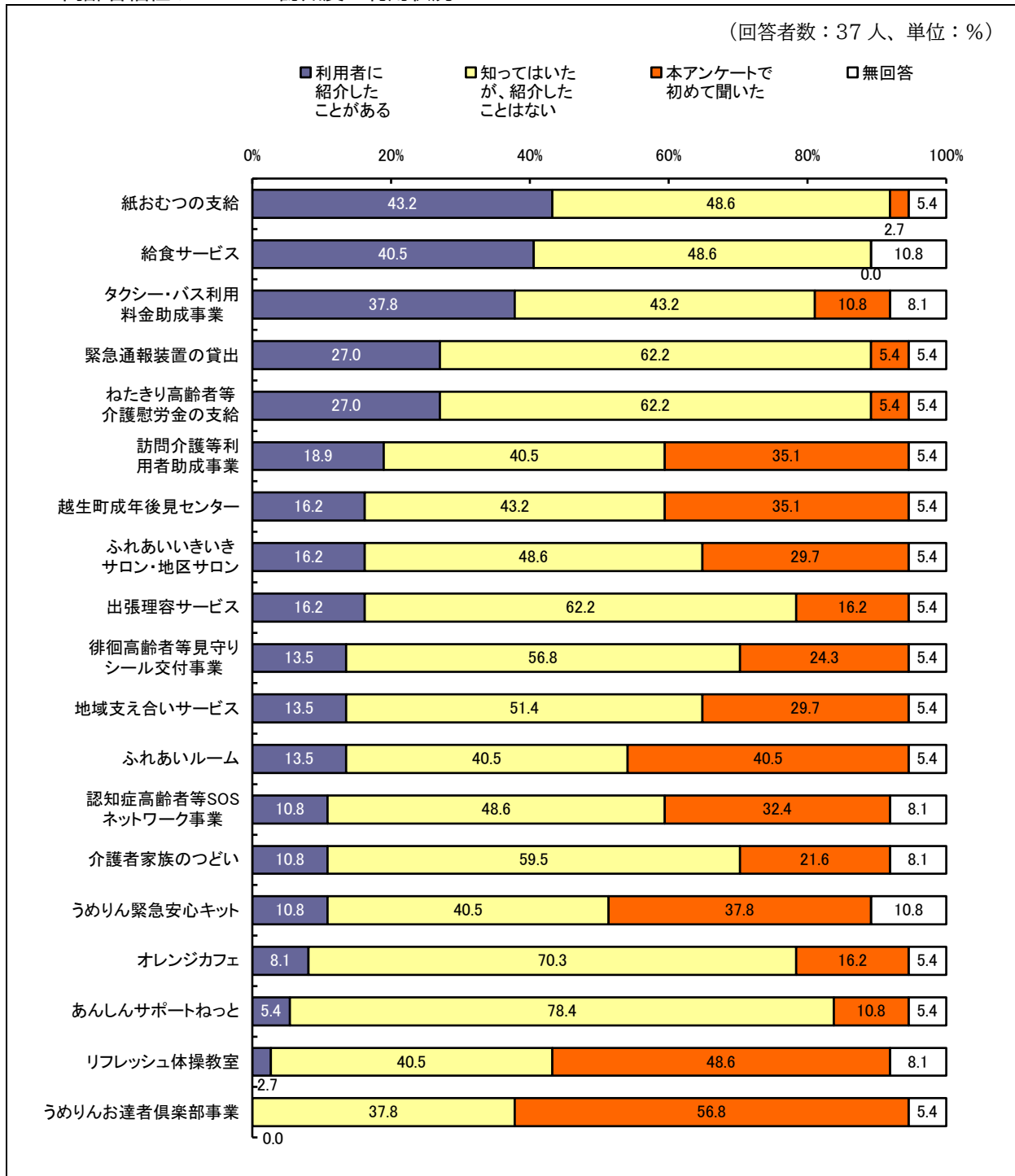


## (2) 高齢者福祉サービスの認知度・利用状況

利用者に紹介したことがあるサービスは、「紙おむつの支給」や「給食サービス」が多い

高齢者福祉サービスの認知度・利用状況について、「利用者に紹介したことがある」の割合をみると、「紙おむつの支給」が43.2%で最も多く、次いで「給食サービス」が40.5%、「タクシー・バス利用料金助成事業」が37.8%が続いています。

### ■ 高齢者福祉サービスの認知度・利用状況

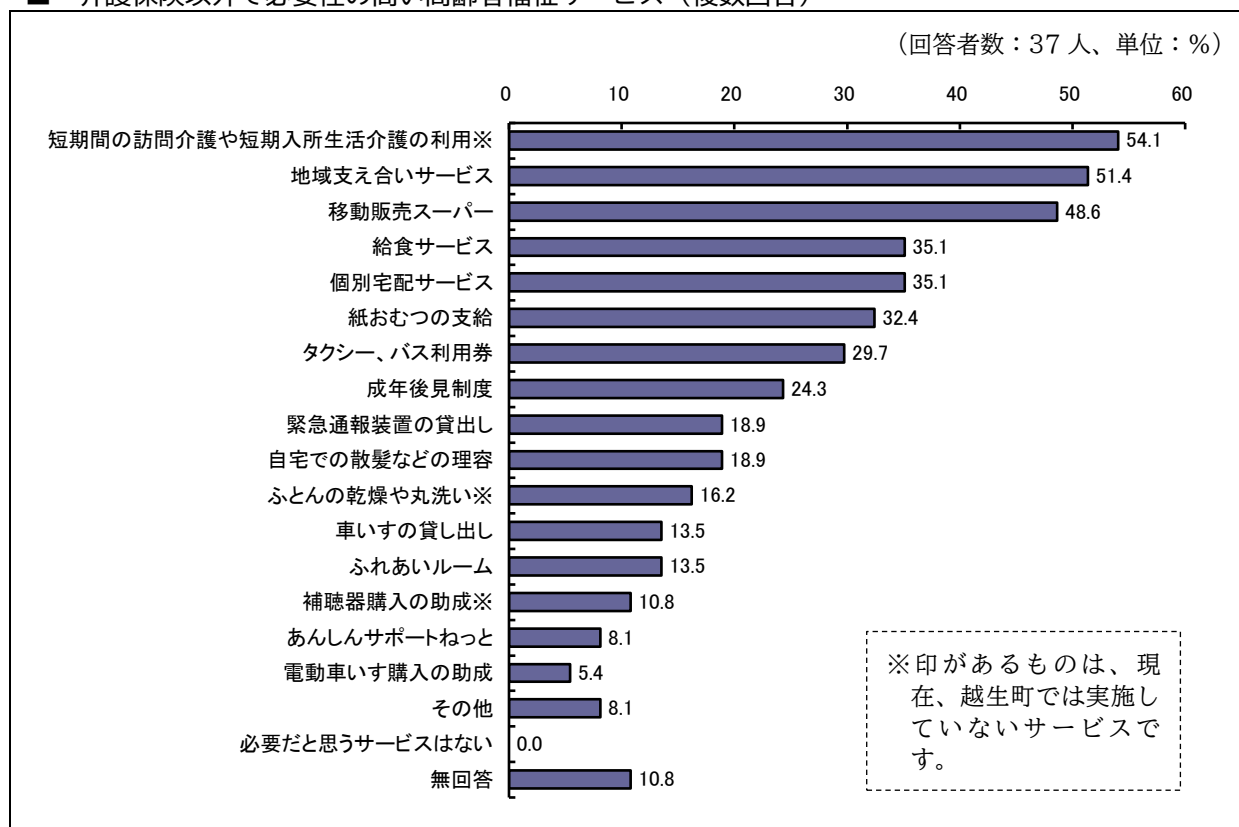


### (3) 介護保険以外で必要性の高い高齢者福祉サービス

「短期間の訪問介護や短期入所生活介護の利用」や「地域支え合いサービス」、「移動販売スーパー」が多くみられる

介護保険以外で必要性の高い高齢者福祉サービスについては、「短期間の訪問介護や短期入所生活介護の利用」が54.1%で最も多く、次いで「地域支え合いサービス」が51.4%、「移動販売スーパー」が48.6%で続いています。

#### ■ 介護保険以外で必要性の高い高齢者福祉サービス（複数回答）

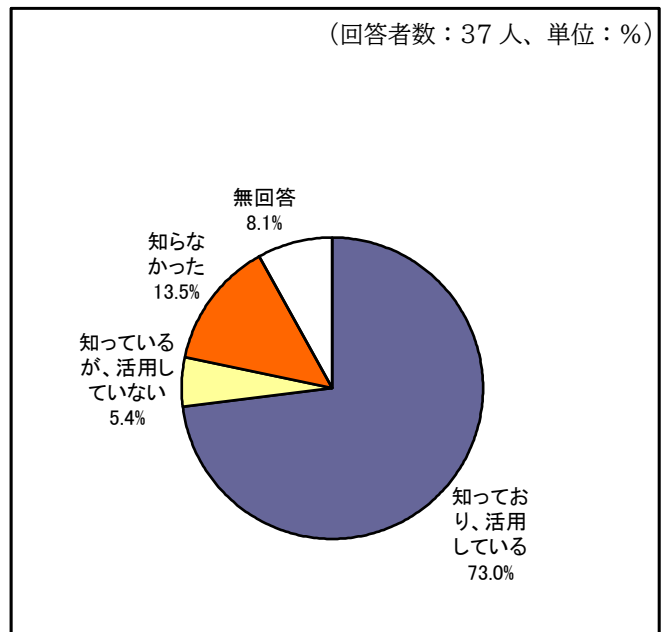


#### (4) 「医療・介護関係者の情報共有ツール」(MCS)※1の認知度・活用状況

「知っており、活用している」が73.0%

「医療・介護関係者の情報共有ツール」(MCS)の認知度・活用状況については、「知っており、活用している」が73.0%、「知っているが、活用していない」が5.4%、「知らなかった」が13.5%、「無回答」が8.1%で続いています。

■ 「医療・介護関係者の情報共有ツール」の認知度・活用状況

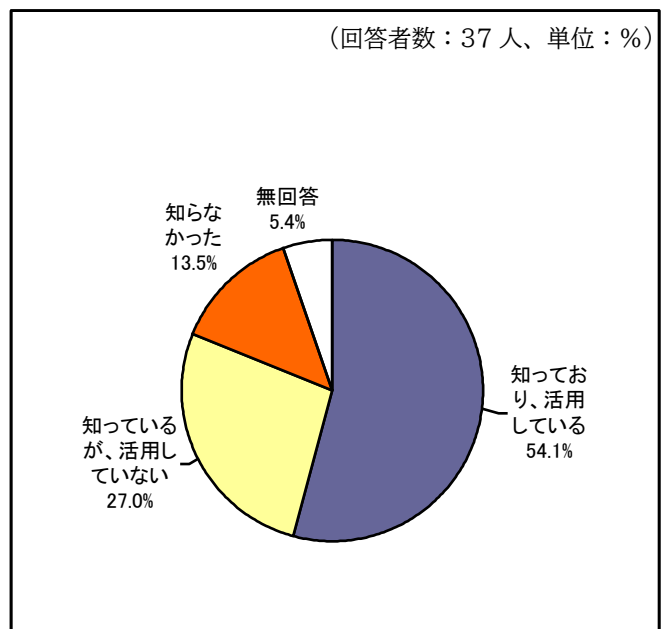


#### (5) 「毛呂山越生在宅医療支援センター」※2の認知度・活用状況

「知っており、活用している」が54.1%

「毛呂山越生在宅医療支援センター」の認知度・活用状況については、「知っており、活用している」が54.1%、「知っているが、活用していない」が27.0%、「知らなかった」が13.5%で続いています。

■ 「毛呂山越生在宅医療支援センター」の認知度・活用状況



※1 「医療・介護関係者の情報共有ツール」MCS(メディカルケアステーション)とは、病院、クリニック、薬局、介護施設などで働く医療介護従事者の多職種連携をサポートする非公開型医療介護連携コミュニケーションツールのことです。

※2 「毛呂山越生在宅医療支援センター」とは、越生町が毛呂山町と共同で設置した在宅医療の連携拠点で、医療や看護・介護などのさまざまなサービスを利用して住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、医療・療養に関する相談窓口を開設しています。



## 5 在宅生活改善調査の主な結果

在宅生活改善調査は、自宅等に住む高齢者で、現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている人の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するための基礎資料とすることを目的としています。

### (1) 生活の維持が難しくなっている理由のうち本人の状態等に属する理由

「認知症の症状の悪化」が45.0%

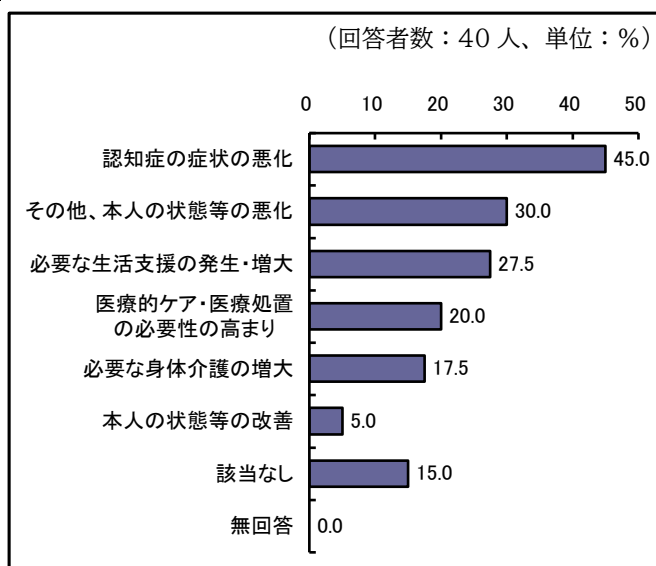
生活の維持が難しくなっている理由のうち本人の状態等に属する理由については、「認知症の症状の悪化」が45.0%で最も多く、次いで「その他、本人の状態等の悪化」が30.0%で続いています。

なお、注視すべき項目として、「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」は20.0%、「必要な身体介護の増大」は17.5%となっています。

#### 【要介護度別】

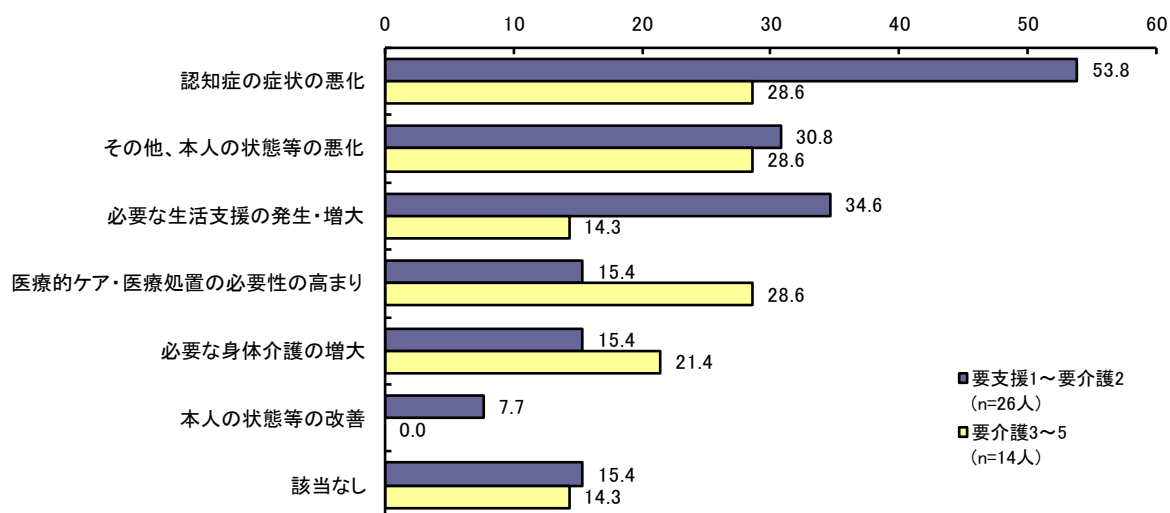
これを要介護度別にみると、要支援1～要介護2の回答者は要介護3～5の回答者に比べて「認知症の症状の悪化」及び「必要な生活支援の発生・増大」の割合が高く、要介護3～5の回答者は「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」及び「必要な身体介護の増大」の割合が高くなっています。

■ 本人の状態等に属する理由（複数回答）



■ 要介護度別にみた本人の状態等に属する理由（複数回答）

(単位：%)

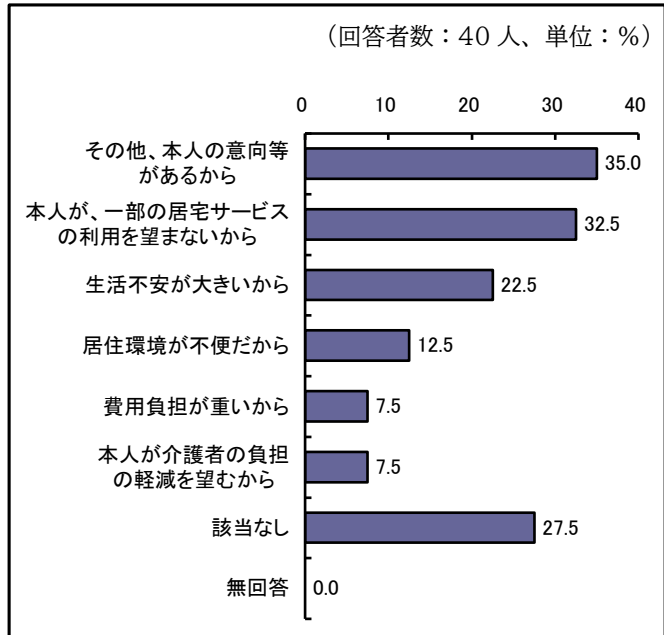


## (2) 生活の維持が難しくなっている理由のうち本人の意向等に属する理由

「その他、本人の意向等があるから」が最も多い

生活の維持が難しくなっている理由のうち本人の意向等に属する理由については、「その他、本人の意向等があるから」が35.0%で最も多く、次いで「本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから」が32.5%、「生活不安が大きいから」が22.5%が続いています。

■ 本人の意向等に属する理由（複数回答）

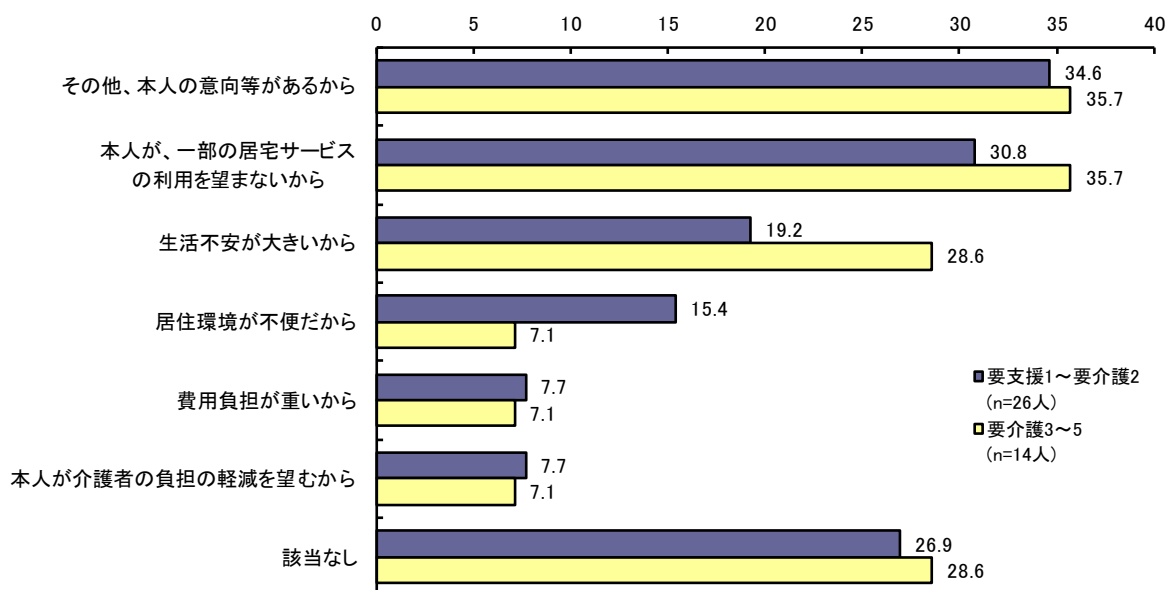


### 【要介護度別】

これを要介護度別にみると、要介護3～5の回答者は要支援1～要介護2の回答者に比べて「本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから」及び「生活不安が大きいから」の割合が高くなっています。

■ 要介護度別にみた本人の意向等に属する理由（複数回答）

(単位：%)

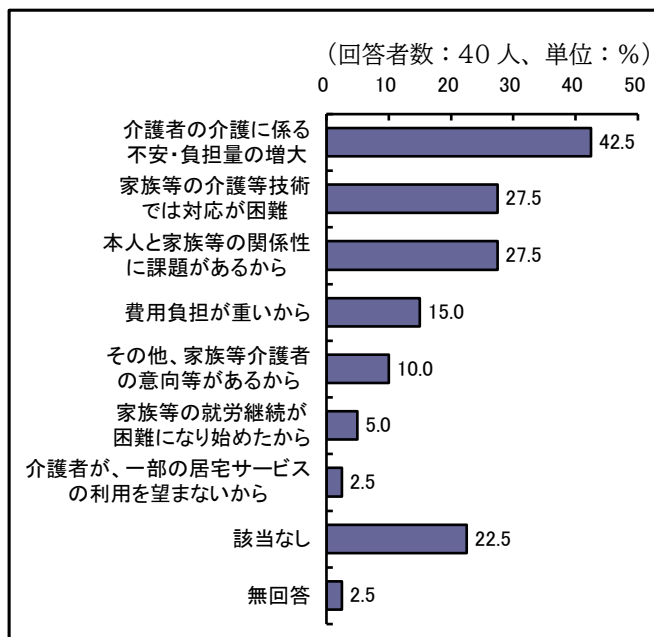


### (3) 生活の維持が難しくなっている理由のうち介護者の意向・負担等に属する理由

「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」が最も多い

生活の維持が難しくなっている理由のうち介護者の意向・負担等に属する理由については、「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」が42.5%で最も多く、次いで「家族等の介護等技術では対応が困難」及び「本人と家族等の関係性に課題があるから」がともに27.5%で続いています。

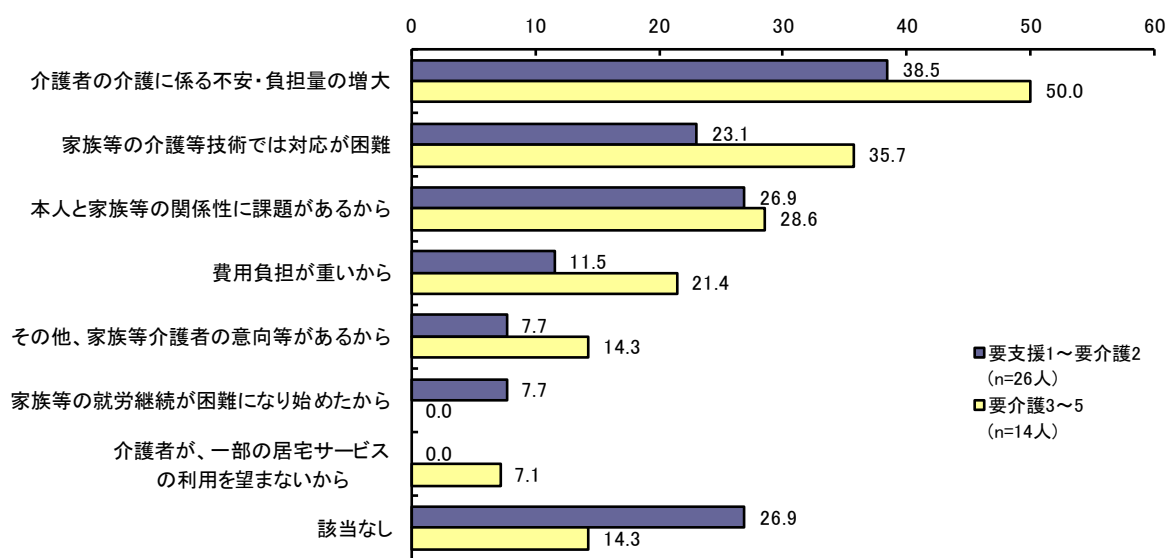
■ 介護者の意向・負担等に属する理由（複数回答）



#### 【要介護度別】

これを要介護度別にみると、要介護3~5の回答者は要支援1~要介護2の回答者に比べて「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」、「家族等の介護等技術では対応が困難」及び「費用負担が重いから」の割合が高くなっています。

■ 要介護度別にみた介護者の意向・負担等に属する理由（複数回答） (単位：%)



## 第4節 第8期計画の成果と今後の課題

### 1 施策・事業評価の結果

#### 【評価の考え方と方法】

この評価は、「越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画第8期計画」に示された個々の施策について、“どれだけの成果が得られたか”に着目して行いました。そのため、計画の目標数値に対する事業実績が同じ場合でも、その施策が期待した以上の成果があげられた場合には高い評価を与え、逆に期待した成果が得られなかった場合には低い評価を与えています。

ここでは、事業の成果や今後の方針が「A」または「C」であった施策について、その根拠を説明しています。

なお、事業の成果等で用いている指標は、次のとおりです。

#### 〔指標の凡例〕

##### 【事業の成果】

- A：期待以上の成果をあげた
- B：期待どおりの成果をあげた
- C：期待どおりの成果をあげられなかった
- D：実施していない

##### 【今後の方針】

- A（拡 充）：対象の拡大や手段の充実により事業を拡大すること
- B（継 続）：現在の事業の枠組みを維持・改善しつつ継続すること※1
- C（見直し）：事業の縮小や統合、または他の施策や新たな施策で対応すること
- D（廃 止）：社会情勢の変化等により事業を廃止すること

※1 事業の成果が「C（見直し）」であり、今後とも計画書に示した目標を継続する場合は「B（継続）」としました

## 基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1-1 地域包括支援センター<sup>※1</sup>の充実・強化

「1-1-①地域ケア会議の充実」については、地域ケア会議の会議内容強化を図り、会議の質の向上を図ることができました。今後も、地域ケア会議でまとめた地域課題等を政策に反映する仕組みづくりを含め取組を強化していきます。また、更なる地域ケア推進会議の役割強化や生活支援体制整備推進協議会<sup>※2</sup>との連携強化を図る必要があります。

「1-1-③総合相談支援事業の充実」については、令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において地域包括支援センターの認知度が向上（49.4%→59.0%）し、相談件数も増加したことから評価を「A」としました。今後は、関係機関とのより強固な連携を図り、複雑化・多様化する福祉ニーズへの対応が求められています。

「1-1-④権利擁護相談の充実と虐待防止対策の実施」については、市民後見人<sup>※3</sup>フォローアップ研修を毎年開催し、2名が法人後見<sup>※4</sup>支援員、1人が市民後見人として活動していることから評価を「A」としました。社会福祉協議会では成年後見監督人<sup>※5</sup>として市民後見人の活動を支援しています。また、令和2年4月に開設した「越生町成年後見センター<sup>※6</sup>」を中心とした普及啓発により、令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において成年後見制度を「知っている」と回答した人の割合が、21.6%→37.4%に上昇しました。

※1 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、そ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とする施設のことで、本町では、越生町保健センター内に設置しています。

※2 「生活支援体制整備推進協議会」とは、高齢者の生活を支える地域づくりについて話し合う場のことです。

※3 「市民後見人」とは、弁護士や司法書士などの資格は持たないものの、成年後見に関する一定の知識や態度を身に付けた市民で、家庭裁判所から成年後見人などとして選任された人です。

※4 「法人後見」とは、社会福祉法人や社団法人、NPOなどの法人が成年後見人、保佐人もしくは補助人（以下、「成年後見人等」といいます。）になり、親族等が個人で成年後見人等に就任した場合と同様に、判断能力が不十分な人の保護・支援を行うことを言います。

※5 「成年後見監督人」とは、「後見人が行う事務を監督するために、家庭裁判所によって選任された人」のことです。家庭裁判所は、必要と認めるときは、後見監督人を選任して、後見人につけることができます。選任された後見監督人は、後見人が行う事務の内容をチェックし、定期的に家庭裁判所に報告します。

※6 「越生町成年後見センター」とは、成年後見制度の利用促進を目的とした広報業務、相談業務、後見人受任者調整業務、市民後見人養成研修の開催・育成・活動の促進、後見人支援業務等を行う機関のことで、町が越生町社会福祉協議会に委託して実施しています。

「1-1-⑤包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実」については、町内の介護事業所や居宅介護支援事業所等からなる「介護保険サービス関係者専門部会」を年3回開催しました（令和4年度）。今後、事例検討会や、民生委員・児童委員<sup>※1</sup>との交流等にも取り組むなど内容の充実を図る必要があります。

中項目	施策名	成果	方針
1-1 地域包括支援センターの充実・強化	①地域ケア会議の充実【重点】	A	A
	②介護予防ケアマネジメントの充実	B	B
	③総合相談支援事業の充実【重点】	A	B
	④権利擁護相談の充実と虐待防止対策の実施【重点】	A	B
	⑤包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実	B	A
	⑥在宅介護支援センターの充実	B	B

<sup>※1</sup> 「民生委員・児童委員」とは、地域住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行う無報酬のボランティアです。厚生労働大臣から委嘱された非常勤の地方公務員で、任期は3年です。



## 1-2 在宅医療・介護連携の推進

「1-2-①地域の医療・介護の資源の把握」については、「毛呂山町・越生町 医療と介護のガイドブック」を毎年 500 部作成・更新し、窓口、医療・介護関係者への配布、ホームページでの公開を行いました。今後は、より多くの町民に情報を提供できるよう事業のあり方を検討していく必要があります。

「1-2-②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催」については、在宅医療・介護連携推進会議を年 4 回開催していますが、令和 5 年度から地域包括支援センターも委員として参画し、地域の医療・介護の連携体制が強化されたことから評価を「A」としました。

「1-2-③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築」については、在宅療養者の急変時対応について、普及・啓発が充分に行えていないことから評価を「C」としました。今後は、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を強化していくことが求められています。

「1-2-④医療・介護関係者の情報共有の支援」については、「医療・介護関係者の情報共有ツール」(MCS)※1で運営している「毛呂山越生ケアネット※2」に令和 4 年度末時点で 97 事業所 241 名の方が登録しています。また、令和 4 年度に実施したケアマネジャー調査において、MCS の活用状況は 73.0%に達していることから評価を「A」としました。

「1-2-⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援」については、「毛呂山越生在宅医療支援センター」※3の相談件数が伸び悩んでおり、令和 4 年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において町民への周知度は 31.0%と低いことから評価を「C」としました。周知についてはホームページへの掲載や、年に 1 回チラシの全戸配付等を行っていますが、今後は、定期的に広報に特集を組むなど積極的な対応を行っていく必要があります。

「1-2-⑦地域住民への普及啓発」については、在宅医療・介護連携に関する講演会・シンポジウムを年 1 回開催するとともに、出前講座を実施しています。このうち出前講座は令和 4 年度実績で 1 回となっていますが、今後は、民生委員・児童委員協議会など関係機関・団体のほか介護予防事業など人が集まる機会を捉えた出前講座を開催するなど、回数増加に努める必要があります。

中項目	施策名	成果	方針
1-2 在宅医療・介護連携の推進	①地域の医療・介護の資源の把握	B	A
	②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催	A	B
	③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築	C	A
	④医療・介護関係者の情報共有の支援	A	B
	⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援	C	A
	⑥医療・介護関係者の研修	B	B
	⑦地域住民への普及啓発【重点】	B	A
	⑧在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	B	B

※1 「医療・介護関係者等の情報共有ツール」(MCS)については、26 ページを参照してください。

※2 「毛呂山越生ケアネット」はMCSのグループ名で、医師、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の多職種が参加しています。

※3 「毛呂山越生在宅医療支援センター」については、26 ページを参照してください。

### 1-3 認知症施策の推進

「1-3-①認知症ケアパス<sup>※1</sup>の普及」については、認知症ケアパスを認知症ガイドブックという名称に変更し、若年性認知症についての記述を追加するなど、毎年内容の充実を図ったことから評価を「A」としました。

「1-3-④認知症カフェ（オレンジカフェ）<sup>※2</sup>の充実」については、評価を「C」としました。その理由としては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響のほか、事業の周知不足や周囲の方に認知症を知られたくないと思う方が多数いることなどが考えられます。今後、必要性は高まっていくものと思われるため、認知症に関する正しい理解を促進するとともに、参加しやすい場となるよう工夫していく必要があります。

「1-3-⑤認知症サポーター<sup>※3</sup>養成講座の充実」については、一般住民、小・中学校を対象に継続的に実施していますが、今後、高校生に向けた講座や、修了者へのステップアップ講座の実施が求められています。

中項目	施策名	成果	方針
1-3 認知症施策の推進	①認知症ケアパスの普及	A	B
	②認知症初期集中支援推進事業の充実【重点】	B	B
	③認知症地域支援体制の強化【重点】	B	B
	④認知症カフェ（オレンジカフェ）の充実【重点】	C	A
	⑤認知症サポーター養成講座の充実【重点】	B	A
	⑥認知症検診事業の推進	B	B

※1 「認知症ケアパス」とは、認知症の発症予防から人生の最終段階まで、状態に応じたケアの流れを地域ごとに示したもので、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。

※2 「認知症カフェ（オレンジカフェ）」とは、認知症の人やご家族、地域住民、医療・介護関係者の専門職など、だれでも気軽に参加できる「つどいの場」です。本町には2か所が開設されています。

※3 「認知症サポーター」とは、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守る支援者として自分のできる範囲で活動する人のことを言います。



## 1-4 総合的な介護予防・生活支援事業の推進

「1-4-①健康長寿を目指した事業の推進」については、リフレッシュ体操教室<sup>※1</sup>をやまぶき公民館・地域交流センター・梅園コミュニティ館で参加者を分散して開催しています。各会場において運動サポーター<sup>※2</sup>による運営が定着し参加者も増加したことから評価を「A」としました。今後とも、専門的な講義を受けられる機会の増加や介護予防の推進に努める必要があります。

「1-4-②訪問型サービスの実施」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響で住民主体による地域支え合いサービス事業が休止していた影響などもあり、訪問型サービス B<sup>※3</sup>（地域支え合いサービス<sup>※4</sup>のうち高齢者に提供するもの）が令和2年度以降利用実績がないことから評価を「C」としました。ごみ捨てや買物に関する相談が多く寄せられていることから、今後は、ボランティアの育成・確保に努めながら安定的なサービス提供体制の確立を図る必要があります。

中項目	施策名	成果	方針
1-4 総合的な介護予防・生活支援事業の推進	①健康長寿を目指した事業の推進【重点】	A	A
	②訪問型サービスの実施	C	A
	③通所型サービスの実施	B	B

※1 「リフレッシュ体操教室」とは、高齢者の介護予防を目的とした本町の事業です。ストレッチや演歌に合わせて体操を行うエンカサイズなど、さまざまな運動を取り入れた教室で、運動サポーターを中心として住民が実施しています。

※2 「運動サポーター」とは、越生町が実施する「運動サポーター養成講座」を修了した人のことで、介護予防のための運動を習得して、運動の楽しさや心地よさを広めることを目的に、体操教室で活躍しています。

※3 「訪問型サービス B」とは、介護保険法改正によって創設された「介護予防・日常生活支援総合事業」の一つで、住民主体による生活援助サービスです。独居高齢者や高齢者夫婦世帯など、地域における生活支援等が必要な人に対し、地域住民等が訪問し、家事等の生活支援サービスを提供します

※4 「地域支え合いサービス」とは、越生町社会福祉協議会が実施する事業で、町内に住む高齢者や子育て世帯（利用会員）が、家事などの手助けをボランティア（協力会員）に依頼できます。

## 1-5 支え合いの仕組みづくり

「1-5-②生活支援体制整備推進協議会の推進」については、生活支援体制整備推進協議会を毎年開催しています。一人ひとりが役割を持って社会参加し、互いに助け合う地域づくりを進めるため、多様な主体（町民や地域団体、NPO、民間企業、ボランティア、社会福祉法人等）の参画を得ながら、多様な生活支援・介護予防サービスが提供される基盤の整備を推進する必要があります。

「1-5-⑤地域住民による活動の育成と連携」については、高齢者の地域デビューを促進するためボランティア入門講座を開催していますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響により参加者数は少ない状況にあったため、評価を「C」としました。今後も新たな受講者の確保に努める必要があります。

中項目	施策名	成果	方針
1-5 支え合いの仕組みづくり	①生活支援コーディネーター※1の推進	A	B
	②生活支援体制整備推進協議会の推進	B	A
	③民生委員・児童委員との連携強化【重点】	B	B
	④住民参加型福祉サービスの充実	B	B
	⑤地域住民による活動の育成と連携	C	A

## 1-6 安全で快適な住環境の確保

※すべての項目で成果、方針ともに「B」でした。

中項目	施策名	成果	方針
1-6 安全で快適な住環境の確保	①住まいの安定的な確保	B	B
	②公共施設等の改善	B	B
	③災害に備え、安心して暮らせる環境の整備【重点】	B	B

※1 「生活支援コーディネーター」とは、高齢者の生活支援や介護予防の基盤整備を目的として、地域で生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築するコーディネート機能を果たす職種のことです。具体的には、高齢者の生活の中の困りごとを「地域課題」として把握し、高齢者に優しい地域づくりや地域の高齢者向けの資源開発を行います。

## 1-7 多様な高齢者福祉サービスの充実

「1-7-①3) 地域交通バス利用料金助成事業・地域交通タクシー利用料金助成事業」については、日常生活で必要とされる買い物や医療機関などへの交通手段の確保と利便性の高い公共交通サービスを提供するため、令和4年度にタクシー利用券を36,000円から42,000円に増額したことから評価を「A」としました。

「1-7-①5) 認知症高齢者等SOSネットワーク事業<sup>※1</sup>」については、ケアマネジャーから認知症高齢者の家族等への周知や利用勧奨が期待される中、ケアマネジャー調査における周知度が59.4%にとどまっていることから評価を「C」としました。今後は、介護保険サービス関係者専門部会等を活用した周知を強化していく必要があります。

「1-7-①12) 地域福祉推進支援事業『ふれあいいいききサロン事業』」及び「1-7①13) 地域福祉推進支援事業『地区サロン事業』<sup>※2</sup>」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響により住民同士で集まること自体が困難な状況にありましたが、令和5年度に入り徐々に活動が戻りつつある状況です。今後は、再開を促すとともに、より活発な活動ができるよう支援していくことが求められています。

「1-7-①14) 越生地域支え合いサービス事業」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響により協力会員数・派遣時間ともに減少したため評価を「C」としました。今後は、新規協力会員を増加し、活動を再開していける体制を確保することが求められています。

「1-7-①15) ふれあいルーム事業<sup>※3</sup>」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響によりふれあいルームを閉所する時期があるほか、人数制限を行っていた影響で参加者数とボランティア数も減少したため、評価を「C」としました。

※1 「認知症高齢者等SOSネットワーク事業」とは、認知症の高齢者で行方不明になる心配がある方の氏名や写真を事前に行政・警察署で登録しておくことで、行方不明になった場合に早期発見・保護につながる仕組みのことです。

※2 「ふれあいいいききサロン事業」及び「地区サロン事業」とは、越生町社会福祉協議会が実施する事業で、地域住民が運営するサロンに対し、補助金を交付する事業のことです。このうち「地区サロン事業」は地区内の高齢者等を対象にしたサロンを週1回以上、「ふれあいいいききサロン」は年2回以上開催していただく事業です。

※3 「ふれあいルーム事業」とは、越生町社会福祉協議会が実施している常設の高齢者サロンです。梅園コミュニティ館内にふれあいルームを設置し、概ね60歳以上の人が自由な時間に来て、お茶飲み話やゲーム・手芸など、お好みに合わせて自由に過ごしています。

中項目	施策名	成果	方針
1-7 多様な高齢者福祉サービスの充実	①高齢者生活支援、家族介護支援、介護予防支援の充実	B	B
	1) ショートステイ事業	B	B
	2) 緊急通報装置貸出事業	B	B
	3) 地域交通バス利用料金助成事業・地域交通タクシー利用料金助成事業	A	B
	4) 要介護者見守り支援事業	B	B
	5) 認知症高齢者等SOSネットワーク事業	C	A
	6) 介護者家族のつどい（地域支援事業）	B	B
	7) ねたさき高齢者等介護慰労金支給事業	B	B
	8) ねたさき老人等紙おむつ支給事業	B	B
	9) 給食サービス事業（地域支援事業）（社会福祉協議会との連携事業）	B	B
	10) 理容サービス（社会福祉協議会事業）	B	B
	11) 日常生活用具貸出事業（社会福祉協議会事業）	B	B
	12) 地域福祉推進支援事業「ふれあいいきいきサロン事業」（社会福祉協議会事業）	C	B
	13) 地域福祉推進支援事業「地区サロン事業」（社会福祉協議会事業）重点	C	A
	14) 越生地域支え合いサービス事業（社会福祉協議会事業）重点	C	B
	15) ふれあいルーム事業（社会福祉協議会事業）	C	B
	16) 福祉サービス利用援助事業（あんしんサポートねっと事業）（社会福祉協議会事業）	B	B
	17) 法人後見事業（社会福祉協議会事業）	B	B
	18) 要介護者ふれあいネットワーク事業（社会福祉協議会事業）	B	B
19) 買い物弱者支援事業（個別宅配サービス事業）（商工会）	B	B	

## 基本目標 2 生きがいづくりから介護予防までの総合的な施策の展開

### 2-1 健康づくり事業の推進

「2-1-④健康診査等の充実」については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、受診率が大幅に減少していることから評価を「C」としました。令和5年度より総合健診と称し、特定健康診査<sup>※1</sup>・後期高齢者健康診査と5がん検診<sup>※2</sup>が同日に受診できる日を設定しました。今後とも、利便性の向上による受診率の向上を図ることが求められています。

中項目	施策名	成果	方針
2-1 健康づくり事業の推進	①健康手帳の活用の促進	B	B
	②健康教育の充実	B	B
	③健康相談・訪問指導の充実	B	B
	④健康診査等の充実	C	A
	⑤健康づくり協力員制度の充実【重点】	B	B
	⑥健康づくりマイレージ事業の推進	B	B

### 2-2 介護予防事業の推進

「2-2-②後期高齢者医療部門との連携による介護リスクの把握」については、KDBシステム<sup>※3</sup>を活用した新たな取組として町として試行錯誤をしている状況にあります。今後は、本町の実情に即した有効な対策を確立していく必要があります。

「2-2-③運動サポーターの養成と活用の充実」については、運動サポーター養成講座及びフォローアップ講座を開催していますが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和3、4年度に養成講座を実施できなかったことから評価を「C」としました。次代のリフレッシュ体操教室の担い手の確保に努める必要があります。

中項目	施策名	成果	方針
2-2 介護予防事業の推進	①介護予防意識の普及・啓発	B	B
	②後期高齢者医療部門との連携による介護リスクの把握【重点】	B	A
	③運動サポーターの養成と活用の充実【重点】	C	A
	④一般介護予防事業に対する評価の実施	B	B
	⑤リハビリテーション専門職による地域活動等への支援	B	B

※1 「特定健康診査」とは、40～75歳未満の国民健康保険加入者を対象とした糖尿病や高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病を予防するための保健指導（特定保健指導）を必要とする人を抽出することを目的に実施する健康診査です。「後期高齢者健康診査」とは75歳以上の後期高齢者医療制度加入者を対象とした生活習慣病の予防および早期発見・早期治療を目的に実施する健康診査です。

※2 「5がん検診」とは、胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診の5種類の検診です。

※3 「KDBシステム」（国保データベースシステム）とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成し提供するシステムのことです。

## 2-3 生きがいづくり事業の推進

「2-3-②高齢者を対象にした学習機会の充実」については、ラジオ体操実践教室を開催し、ラジオ体操人口も増加したことから評価を「A」としました。今後は、ラジオ体操を本町の健康づくり・介護予防の資源としての位置付けを明確にし、ラジオ体操人口の把握を行うなど振興に努めることが求められています。

中項目	施策名	成果	方針
2-3 生きがいづくり事業の推進	①生涯学習に関する意識の啓発	B	B
	②高齢者を対象にした学習機会の充実【重点】	A	A
	③たかとりクラブの活動の活性化	B	A
	④シルバー人材センター活動の充実【重点】	B	A

## 2 まとめ ～第8期計画の成果と今後の課題～

### (1) 第8期計画の主な成果

①地域包括支援センターの相談窓口としての周知度が向上した

〔第8期計画の施策・事業〕

1-1-③総合相談支援事業の充実

②成年後見制度利用促進の強化が図られた

〔第8期計画の施策・事業〕

1-1-④権利擁護相談の充実と虐待防止対策の実施

③在宅医療・介護連携体制が強化され、「医療・介護関係者の情報共有ツール」(MCS)<sup>※1</sup>の普及が進んだ

〔第8期計画の施策・事業〕

1-2-②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催

1-2-④医療・介護関係者の情報共有の支援

④介護予防につながる多様な取組（リフレッシュ体操・ラジオ体操）が進んだ

〔第8期計画の施策・事業〕

1-4-①健康長寿を目指した事業の推進

2-3-②高齢者を対象にした学習機会の充実

※1 「医療・介護関係者等の情報共有ツール」(MCS)については、26ページを参照してください。



## (2) 第9期計画の課題

### ①地域課題を検討し、地域の実情に応じた資源を創設する仕組みを強化する必要がある

今後、地域ケア会議、地域ケア推進会議及び生活支援体制整備推進協議会で抽出、まとめた地域課題等を施策に反映する仕組みづくりを含め見直しを行い、地域ケア会議、地域ケア推進会議及び協議会の役割を強化していく必要があります。

#### 【重点施策】

1-1-①地域包括支援センターの体制整備、機能強化.....	(P.54)
1-1-② 地域ケア会議の充実 .....	(P.54)
1-5-② 生活支援体制整備推進協議会の推進.....	(P.69)

### ②ケアマネジャーや介護保険サービス事業者との更なる連携を強化する必要がある

介護保険サービス関係者専門部会において、制度改正の内容や地域資源の情報共有、事例検討会を行うなど、介護支援専門員及び関係事業者との更なる連携や支援体制の充実を図る必要があります。

また、認知症高齢者等SOSネットワーク事業<sup>※1</sup>について、高齢者の在宅生活を支える重要なキーパーソンであるケアマネジャーから認知症高齢者の家族等への周知や利用勧奨が期待される中、ケアマネジャーの周知度は59.4%にとどまっていることから、今後は、ケアマネジャーへの周知を強化していく必要があります。

#### 【重点施策】

1-1-⑥ 包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実.....	(P.57)
1-7-① 5) 認知症高齢者等SOSネットワーク事業.....	(P.74)

<sup>※1</sup> 「認知症高齢者等SOSネットワーク事業」とは、徘徊により行方不明になった方の情報を関係機関が共有し、捜索に協力していただくことで早期発見につなげる仕組みのことです。



## ③在宅・医療介護連携を推進する必要がある

「毛呂山町・越生町 医療と介護のガイドブック」をはじめ、より多くの町民に在宅医療・介護連携に関する情報を提供できる事業を検討していく必要があります。

また、「毛呂山越生在宅医療支援センター」の相談件数が伸び悩んでおり、令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において町民への周知度も31.0%と低い状況にあります。今後は、より積極的な周知を行っていく必要があります。

在宅医療・介護連携に関する出前講座は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響もあり、令和4年度実績で1回にとどまっております。今後は、回数増加に努める必要があります。

## 【重点施策】

1-2-③ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築.....	(P.59)
1-2-⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援.....	(P.60)
1-2-⑦ 地域住民への普及啓発.....	(P.61)

## ④高齢者の生きがいを高め、介護リスクの把握・軽減を推進する必要がある

特定健康診査等の受診率向上を図るため、健康診査等の利便性の向上に努めることが求められています。

後期高齢者の介護リスクを把握するため、令和2年度より後期高齢者医療部門と介護予防・保健部門が連携し、KDBシステム<sup>※1</sup>を活用した新たな取組に着手しました。今後は、本町の実情に即した有効な対策を確立していく必要があります。

また、介護予防を進めるとともに日常生活の支援体制を強化する上で、高齢者が生きがいを持って地域社会に参画し、高齢者自身が支え手となっていくことも大切となります。そのため、ラジオ体操の普及や学習機会の充実を図るとともに、シルバー人材センター、たかとりクラブ（老人クラブ）の活動を促進していくことが求められています。

## 【重点施策】

1-5-⑤ 地域住民による活動の育成と連携.....	(P.71)
2-1-④ 健康診査の充実.....	(P.78)
2-2-② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施.....	(P.80)
2-3-② 高齢者を対象にした学習機会の充実.....	(P.83)
2-3-③ たかとりクラブ（老人クラブ）の活動の活性化.....	(P.84)
2-3-④ シルバー人材センター活動の充実.....	(P.84)

<sup>※1</sup> 「KDBシステム」については、39ページを参照してください。

⑤チームオレンジ<sup>※1</sup>の整備・推進が求められている

認知症カフェ（オレンジカフェ）<sup>※2</sup>については、新型コロナウイルス感染症の影響により、参加者の増加がみられない状況にあります。また、事業の周知不足や、周りの方に認知症を知られたくないという思いから、参加を躊躇している方もいらっしゃると思われられます。今後、必要性は高まっていくと思われるため、認知症に関する理解を促進するとともに、誰もが参加しやすく、魅力的な内容の事業となるよう工夫していく必要があります。

認知症サポーター養成については、一般住民、小・中学校を対象に認知症サポーター養成講座を実施していますが、今後、高校生に向けた養成講座の実施や、修了者へのステップアップ講座の実施を検討する必要があります。

さらに、令和7年度までに本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」の体制整備が求められており、そのことから認知症サポーター等の育成・確保に力を入れていくことが求められています。

【重点施策】

1-3-④ 認知症カフェ（オレンジカフェ）の充実 .....	(P.63)
1-3-⑥ チームオレンジの整備・推進 .....	(P.64)

⑥住民主体の介護予防や生活支援の担い手（運動サポーター・地域支え合いサービス協力会員等）の確保が求められている

65歳以上のすべての方を対象としたリフレッシュ体操教室の充実が第8期計画の大きな成果の一つとなっています。一方で、担い手となる運動サポーターの高齢化により継続性の確保が課題となっています。そのため、新たな運動サポーターの育成・確保が求められています。

また、訪問型サービスB（地域支え合いサービスのうち高齢者に提供するもの）は令和2年度以降利用実績がなく、協力会員の確保も難しい状況にあります。ごみ捨てや買物に関する相談が多く寄せられていることから、ボランティアの育成・確保が求められています。

【重点施策】

1-4-① 健康長寿を目指した事業の推進 .....	(P.66)
1-4-② 訪問型サービスの実施.....	(P.66)
2-2-③ 運動サポーターの養成と活用の充実 .....	(P.81)

<sup>※1</sup> 「チームオレンジ」とは、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です。

<sup>※2</sup> 「認知症カフェ（オレンジカフェ）」については、34ページを参照してください。

**⑦地域における集いの場の再開・充実・強化を支援していく必要がある**

地域における集いの場として「ふれあいいいききサロン事業」（年2回以上開催）及び「地区サロン事業」（週1回以上開催）を実施しています。いずれの事業も新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響により住民同士で集まること自体が困難な状況にありましたが、令和5年度に入り徐々に活動が戻りつつあります。今後は、再開を促すとともに、「ふれあいいいききサロン」を「地区サロン」に移行できるよう支援していくことが求められています。

**【重点施策】**

1-7-① 13) 地域福祉推進支援事業「地区サロン事業」（社会福祉協議会事業）（P.74）



## 第 2 章 基本理念と基本目標 及び施策の体系

# 第1節 計画の基本理念と基本目標

## 【基本理念】

この計画の基本理念は、第8期計画の成果と近年の社会動向の変化を踏まえ、次のとおりとします。

- ①誰もが健康で生きがいを持ち、介護が必要になっても安心して暮らせるまちづくり
- ②地域と一体となって進める地域共生社会の実現

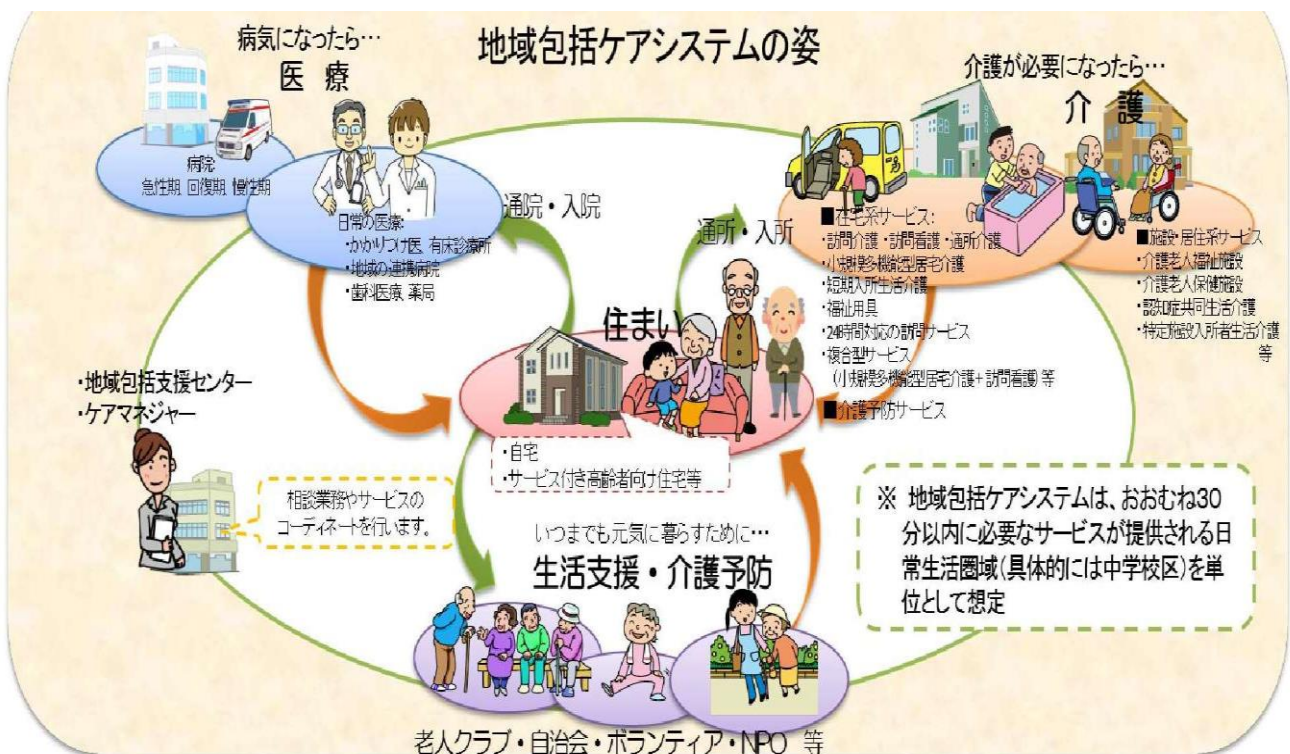
## 【基本理念実現のための基本目標】

基本理念を実現するため、第9期計画では、第8期計画に引き続いて次の2つの基本目標を掲げます。

- 基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進
- 基本目標2 生きがいづくりから介護予防までの総合的な施策の展開

### ■地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域において、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される仕組みのことをいいます。





## 基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進

この計画の期間中に団塊の世代が75歳以上となる令和7年を迎え、さらに我が国において介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれる令和22年に向け、介護、医療を必要とする高齢者や認知症高齢者の増加が予想されていることから、在宅医療と介護の連携や、認知症施策推進大綱<sup>※1</sup>を踏まえた認知症施策の取組を推進します。

また、高齢化が進行する中で、高齢者の自立支援・重度化防止を行いながら介護保険制度の持続可能性を確保するため、データに基づく地域課題の分析や指標に基づく事業評価・公表など、保険者機能の強化を図ります。

地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保に向け、国や県と連携し、介護の仕事の魅力の向上、多様な人材の確保及び育成等の総合的な取組を推進し、介護人材の確保及び資質の向上を進めます。

これまで、要介護認定者等に対するサービスは、公助としての行政サービスと共助である介護保険事業を中心に取り組んできましたが、多様化するニーズに対応するためには、地域住民が主役となって、利用対象者であり支援者でもあるという互助が必要となってきます。そのため、地域住民による支え合いを進めながら地域共生社会<sup>※2</sup>づくりを進めるとともに、多様な高齢者住宅や施設の整備を促進し、安全で快適な住環境の確保を進めます。

また、地域包括ケアシステムは、健康づくりや生きがいづくり、住宅など生活のあらゆる局面に関わることから、企画・総務をはじめ教育、労働など関連部署との連携により構築していきます。

### 【地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた重点的取組】

- (1) 地域包括支援センターの充実・強化
- (2) 在宅医療・介護連携の推進
- (3) 認知症施策の推進
- (4) 総合的な介護予防・生活支援事業の推進
- (5) 支え合いの仕組みづくり
- (6) 安全で快適な住環境の確保
- (7) 多様なサービスの充実

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



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

<sup>※1</sup> 「認知症施策推進大綱」とは、平成27年1月に策定された「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)の後継にあたるプランのことで、平成元年6月に策定されました。認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進することを目的としています。

<sup>※2</sup> 「地域共生社会」については、2ページを参照してください。

## 基本目標2 生きがいつくりから介護予防までの総合的な施策の展開

埼玉県では、誰もが、毎日健康で、医療費が少なく、生き生きと暮らすことができる「健康長寿社会」の実現を目指し、平成24年度から「健康長寿埼玉プロジェクト」を推進しています。

本町でも、健康教育、健康相談、健康診査等の既存事業に加え、平成26年度から新たに始めた健康づくりマイレージ事業<sup>※1</sup>を推進していきます。

また、介護予防事業については、身近な地域において多様な介護予防活動が行われるよう、運動サポーター<sup>※2</sup>養成講座を拡充するとともに、地域介護予防活動支援事業<sup>※3</sup>や地域リハビリテーション活動支援事業<sup>※4</sup>などの事業を展開していきます。

生きがいつくりについては、ふれあいルーム事業<sup>※5</sup>や地区サロン事業<sup>※6</sup>、たかとりクラブ（老人クラブ）、シルバー人材センター、公民館等における生涯学習活動をはじめ、いわゆる団塊の世代の退職に伴い、住み慣れた地域での主体的な活動やボランティア活動などを含めた多様な活動への参加が期待されます。

なお、長期的には、高齢期にいたる前の若い年代からの生活習慣病予防から介護予防につなげていくことが大切です。そのため、特定健康診査<sup>※7</sup>を行う越生町国民健康保険や、町民全般の健康づくりを行う保健センター、介護予防活動を行う地域包括支援センター、ボランティア育成を行う社会福祉協議会及び生涯学習課との連携を強化し、高齢期にいたる前の若い年代の健康づくりから介護予防までを総合的に展開できる体制づくりを進めます。

### 【生きがいつくりから介護予防までの総合的な施策の展開に向けた重点的取組】

- (1) 健康づくり事業の推進
- (2) 介護予防事業の推進
- (3) 生きがいつくり事業の推進

※1 「健康づくりマイレージ事業」とは、健康づくりに関する自己目標の設定と町が指定した健康づくり関連事業に参加して「ポイント」を獲得できる事業のことです。

※2 「運動サポーター」については、35ページを参照してください。

※3 「地域介護予防活動支援事業」とは、高齢者の生活を健康で心豊かなものにするため、スポーツやレクリエーション、生涯学習活動などにより、楽しく遊び、あるいは学びながら地域社会との交流を深め、会員の生きがいと健康づくりを図る活動を行う事業です。

※4 「地域リハビリテーション活動支援事業」とは、地域における介護予防を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

※5 「ふれあいルーム事業」については、37ページを参照してください。

※6 「地区サロン事業」については、37ページを参照してください。

※7 「特定健康診査」とは、39ページを参照してください。

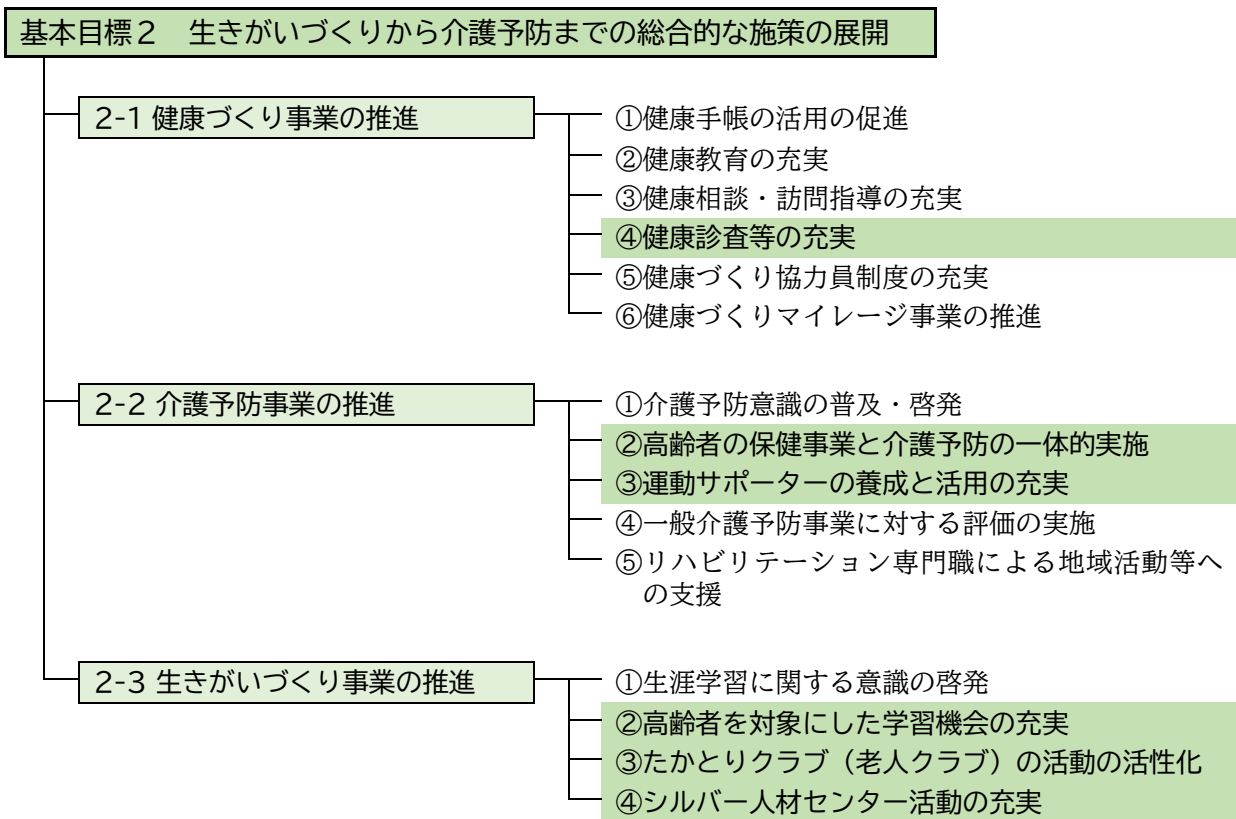


## 第2節 施策の体系

### 基本目標1 地域包括ケアシステムの深化・推進



## 基本目標2 生きがいづくりから介護予防までの総合的な施策の展開



## 第3章 基本目標実現に向けた施策の 内容

# 基本目標 1 地域包括ケアシステムの深化・推進

## 1-1 地域包括支援センターの充実・強化

### 1-1-① 地域包括支援センターの体制整備、機能強化

〔重点〕

- 地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムにおいて中心的役割を果たし、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるよう様々な支援を行っています。
- 近年、高齢化率の上昇などにより、相談件数の増加や相談内容の多様化、困難化が進んでいます。また、世代や属性を問わない包括的な支援を担うことも期待されています。これらのニーズに対応するために支援の質の向上を図るとともに、地域包括支援センターの業務の円滑化を図るための体制整備等を推進します。また、障がい福祉分野、児童福祉分野などの様々な他分野との連携強化を図っていきます。

#### 【具体的内容】

- ・地域包括ケアの実現に向けた職員（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等）の適正な確保
- ・居宅介護支援事業所等の地域資源との更なる連携強化
- ・幅広い専門知識の研修による職員の資質向上

### 1-1-② 地域ケア会議の充実

〔重点〕

- 自立支援・重度化防止に向けた効果的な地域ケア会議を理学療法士、管理栄養士、薬剤師などの専門職の参画を得て開催します。
- 地域ケア会議における個別ケースの課題解決を蓄積することにより地域課題を明らかにし、地域課題の整理、課題に対する支援、取組の検討を行う地域ケア推進会議を開催します。
- 地域ケア会議、地域ケア推進会議でまとめた地域課題等に対する支援、取組などを生活支援体制整備推進協議会で検討し、地域の実情に応じたサービス資源を創設する機能の強化に努めます。

#### 【具体的内容】

- ・自立支援型地域ケア会議<sup>\*1</sup>の開催による個別ケースの課題解決、地域課題の抽出
- ・地域ケア推進会議の開催による地域課題の整理を行い、共通する地域課題や不足する地域資源等を整理し、生活支援体制整備推進協議会と連携を図りながら必要な地域資源の検討等を行う

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア推進会議における地域課題の整理・支援、取組の検討	課題の整理	課題の整理	課題の整理・とりまとめ	取組検討	取組検討

<sup>\*1</sup> 「自立支援型地域会議」とは、高齢者の自立（介護が必要な状態の改善または悪化防止）を支援するため、地域の多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討する会議のことで、地域ケア個別会議の1つに位置づけられます。

### 1-1-③ 介護予防ケアマネジメントの充実

- 介護予防ケアマネジメントは、要支援者や介護予防・日常生活支援総合事業対象者のケアマネジメントを地域包括支援センターで実施しています。
- 今後、更なる件数の増加が予測される中で、自立支援・重度化防止に向けた介護予防ケアマネジメントの充実を図ります。

#### 【具体的内容】

- ・介護予防ケアマネジメントの充実
- ・プラン策定後の定期的なモニタリングの実施
- ・ボランティアや町の高齢者福祉サービス、地域資源等の幅広いサービスを組み込んだプランの作成

### 1-1-④ 総合相談支援事業の充実

- 広報紙、ホームページ等への掲載など、様々な媒体を通じて地域の高齢者が気軽に地域包括支援センターへ相談できるような環境づくりや更なる周知に努めます。
- 本人や家族、福祉部門、地域のネットワーク等（民生・児童委員、近隣住民、ケアマネジャー、医療機関、社会福祉協議会、警察など）を通じた様々な経路からの相談に対して、電話、来所、訪問等による支援を行います。

#### 【具体的内容】

- ・相談窓口としての地域包括支援センターの更なる周知度の向上
- ・庁内の関係部署や関係機関、民生委員・児童委員などの地域のネットワーク等との連携や総合相談等を通し、地域包括支援センターによるひとり暮らし高齢者等への訪問活動の継続実施、サービス支援や見守り活動の実施

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域包括支援センターの認知度	67.3%※1	—	—	—	80%※2
総合相談実件数	255件	260件	270件	275件	280件

※1 令和4年度の数値は、「越生町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（令和4年度）において、知っている保健福祉・介護に関する機関として「地域包括支援センター」を「知っている」、「名前は聞いたことがある」と回答した高齢者の割合。

※2 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

1-1-⑤ 権利擁護相談の充実と虐待防止対策の実施

- 地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、介護サービス事業所及びケアマネジャーなど、介護に係る機関相互が連携し、権利擁護の支援が必要な対象者の情報の速やかな把握に努めます。
- 「埼玉県虐待禁止条例」は、権利擁護・虐待防止（禁止）について定めております。そのため、高齢者虐待対応のフローチャートに基づき、関係機関と連携し、虐待の防止、早期発見及び早期対応に努めます。
- 成年後見制度や権利擁護事業を身近なものとして利用できるよう、地域包括支援センター等の相談窓口の充実に加え、令和2年4月に社会福祉協議会に委託し開設した「越生町成年後見センター」の更なる充実により、成年後見制度のより一層の普及、活用を促進します。
- 「認知症ガイドブック（ケアパス）」など、認知症施策に係る他の事業も十分に活用し、総合的に権利擁護の充実を図っていきます。

【具体的内容】

- ・成年後見制度及び越生町成年後見支援センターに関する更なる周知度の向上
- ・市民後見人フォローアップ研修の継続実施
- ・市民後見人養成講座修了者の活用（独立した後見人及び後見監督人としての活動等）

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
市民後見人フォローアップ研修開催（年1回）	開催	開催	開催	開催	開催
越生町成年後見センターの周知度	34.3%※1	—	—	—	60%※2

※1 令和4年度の数値は、「越生町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（令和4年度）において、知っている保健福祉・介護に関する機関として「越生町成年後見センター」を「知っている」、「名前は聞いたことがある」と回答した高齢者の割合。

※2 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

1-1-⑥ 包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実

**〔重点〕**

○高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護保険サービス関係者専門部会を開催し、事例検討会、制度や施策、本町の地域資源に関する情報共有、専門職等による研修を行うことで、介護支援専門員及び関係事業者への支援体制の充実を図ります。

**【具体的内容】**

- ・介護保険サービス関係者専門部会の開催
- ・地域包括支援センターと関係事業者の事例検討会・合同研修会の開催

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護保険サービス関係者専門部会	3回	3回	3回	3回	3回
上記専門部会に合わせて地域包括支援センターと関係事業者の合同研修会・勉強会	1回	1回	1回	1回	1回

1-1-⑦ 在宅介護支援センター<sup>※1</sup>の充実

○在宅介護支援センターは、町内の特別養護老人ホーム「光の丘」を運営する社会福祉法人に委託しており、緊急時には24時間体制で相談対応が可能であることから、高齢者のみならずその介護者にも安心感を与え、本町の地域包括ケアシステムを構築する上で重要な役割を果たしています。

○今後とも地域包括支援センターと連携しながら、身近な地域の相談拠点（ランチ）としての機能強化を図ります。

**【具体的内容】**

- ・在宅介護支援センターの更なる周知度の向上
- ・地域包括支援センター、介護支援事業所、民生委員・児童委員等との連携による相談支援の充実

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅介護支援センターの周知度	67% <sup>※2</sup>	—	—	—	80% <sup>※3</sup>
在宅介護支援センターの相談件数	61件	80件	90件	100件	110件

※2 令和4年度の数値は、「越生町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（令和4年度）において、知っている保健福祉・介護に関する機関として「在宅介護支援センター（光の丘）」を「知っている」、「名前は聞いたことがある」と回答した高齢者の割合。

※3 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

※1 「在宅介護支援センター」とは、高齢者の在宅介護に関する相談を受け、情報提供、総合調整を行う機関のことです。



## 1-2 在宅医療・介護連携の推進

### 1-2-① 在宅医療と介護の連携すべき4つの場面を意識した取り組み

○在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携が求められる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）に沿った取組を進めていきます。

#### 【具体的内容】

- ・在宅医療連携拠点、地区医師会等と連携しながら、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）を意識し、課題の抽出、検討
- ・地域での暮らしを支えるための事業として、地域支援事業（認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活総合事業）や障害福祉サービス等との連携、課題解決

### 1-2-② 地域の医療・介護の資源の把握

○在宅医療・介護連携に関する情報収集を行い、介護サービス事業者及び医療機関等の情報を基にリスト等を作成し、地域の医療・介護関係者や住民との情報の共有を行います。

#### 【具体的内容】

- ・医療機関及び介護サービス事業者のリスト等の作成
- ・リスト等の窓口配置、ホームページへの掲載による町民への周知
- ・医療機関、介護サービス事業所等への配布による情報共有

### 1-2-③ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催

○地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行います。

#### 【具体的内容】

- ・地域の医療・介護関係者等が参画する在宅医療介護連携推進会議の開催（年4回）
- ・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）別に、連携体制のあり方を協議

指標名	実績値		目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
在宅医療介護連携推進会議	4回	4回	4回	4回	4回



1-2-④ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

**〔重点〕**

○地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、多職種連携による地域において顔の見える関係を構築し、切れ目なく医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けた協議をし、取組みを推進します。

**【具体的内容】**

- ・介護保険サービス関係者専門部会等において、地域資源の情報共有や事例検討会を行い、介護支援専門員等との更なる連携や支援体制の充実を図る
- ・入退院支援、急変時の対応や看取りについて、地域の医療・介護関係者に情報提供していく

1-2-⑤ 医療・介護関係者の情報共有の支援

○情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者等の間で、医療、介護等に関する情報を共有できるよう支援します。

**【具体的内容】**

- ・「医療・介護関係者等の情報共有ツール」(MCS)<sup>※1</sup>の運用による情報共有の推進

指標名	実績値	実績見込値	目標値(第9期計画期間)		
	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
MCSを活用したことがあるケアマネジャーの割合	73% <sup>※2</sup>	—	—	—	85% <sup>※3</sup>

※2 令和4年度の数値は、「ケアマネジャー調査」(令和4年度)において、MCSを「知っており、活用している」と回答したケアマネジャーの割合。

※3 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

※1 「医療・介護関係者等の情報共有ツール」(MCS)については、26ページを参照してください。

1-2-⑥ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

**〔重点〕**

○地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域住民、医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護に関する相談支援を行います。

**【具体的内容】**

- ・在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口である「毛呂山越生在宅医療支援センター」の運営
- ・地域住民、医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応
- ・広報紙やホームページを活用した「毛呂山越生在宅医療支援センター」の周知度向上

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
毛呂山越生在宅医療支援センターの周知度	31%※1	—	—	—	60%※2

※1 令和4年度の数値は、「越生町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（令和4年度）において、知っている保健福祉・介護に関する機関として「毛呂山越生在宅医療支援センター」を「知っている」、「名前は聞いたことがある」と回答した高齢者の割合。

※2 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

1-2-⑦ 医療・介護関係者の研修

○地域の医療・介護関係者による多職種連携に関するグループワーク等の研修を行います。

**【具体的内容】**

- ・医療・介護関係者に対する「多職種連携研修会」及びワーキンググループの実施

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
多職種連携研修会	1回 30人	1回 100人	1回 120人	1回 120人	1回 130人
ワーキンググループ	—	1回 30人	1回 30人	1回 30人	1回 40人

1-2-⑧ 地域住民への普及啓発

**〔重点〕**

○地域住民に対する在宅医療・介護連携や在宅の看取り等に関する普及啓発を行い、在宅医療・介護連携に対する理解を促進します。

【具体的内容】

- ・講演会・シンポジウムの開催
- ・体操教室や老人クラブなどの集いの場を積極活用した出前講座の開催
- ・広報紙やホームページを活用した普及啓発

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
講演会・シンポジウム	1回※1	1回	1回	1回	1回
出前講座	1回	1回	3回	3回	4回

※1 新型コロナウイルス感染症対策のため、令和2年度から令和4年度は在宅医療やACPに関する動画を作成し、ケーブルテレビでの放映、町ホームページでの動画公開を実施した。

1-2-⑨ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

○二次医療圏内にある市町村と連携し、病院から退院する事例等に関して、埼玉県、保健所等の支援のもと、当該病院と協力して、在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう協議を行います。

【具体的内容】

- ・坂戸保健所管内における入退院支援ルールの周知と活用
- ・入退院支援に関して、より強固な連携構築のため、病院関係者、坂戸保健所、地域包括支援センター、在宅医療支援センター等と定期的な意見交換会を開催

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
入退院支援ルールの周知と活用	周知、活用	周知、活用	見直し	改訂	周知、活用
入退院支援ルールの認知度・活用状況	32.4%※2	—	—	—	60%※3

※2 令和4年度の数値は、「ケアマネジャー調査」（令和4年度）において、「坂鶴毛呂山越生版入退院支援ルール」を「知っており、活用している」と回答したケアマネジャーの割合。

※3 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

## 1-3 認知症施策の推進

### 1-3-① 「認知症ガイドブック（ケアパス）※1」の普及

○認知症についての基礎知識やサービス、相談先等を網羅した「認知症ガイドブック（ケアパス）」を毎年更新し、適切な対応と相談支援につながるよう活用を推進します。

#### 【具体的内容】

- ・ 認知症ケアパスの更新（定期的な内容の見直し、情報の更新）
- ・ 窓口配布、ホームページへの掲載による周知
- ・ 個別配布による普及啓発

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症ケアパスの普及と更新	普及	更新・普及	更新・普及	更新・普及	更新・普及
認知症に関する相談窓口の認知度	32.6%※2	—	—	—	60%※3

※2 令和4年度の数値は、「越生町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（令和4年度）において、認知症に関する相談窓口を「知っている」と回答した高齢者の割合。

※3 令和8年度の数値は、計画改定時にアンケートを実施する際の目標値。

### 1-3-② 認知症初期集中支援推進事業の充実

○認知症専門医の指導のもと、複数の専門職が初期支援を包括的、集中的に行い、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問・観察・評価・家族支援などの自立支援のサポートを行います。現状では、地域包括支援センターの総合相談において早期に対応していることから、主に困難ケースを対象としています。

#### 【具体的内容】

- ・ 認知症初期集中支援チームにおける支援対象者の把握と利用促進

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症初期集中支援チーム支援件数	1件	1件	1件	1件	1件

※1 「認知症ガイドブック（ケアパス）」とは、認知症ケアパスの内容を充実した本町独自の呼称です。認知症ケアパスについては、34ページを参照してください。

1-3-③ 認知症地域支援体制の強化

- 地域の認知症高齢者やその家族からの相談に対応する「認知症地域支援推進員」を配置し、医療及び介護関係機関とネットワークを構築し、効果的な支援を行います。
- 若年性認知症や高次脳機能障がいへの理解が深まるよう啓発活動に努め、埼玉県や関係機関と連携を図りながら、総合的な支援を行います。

【具体的内容】

- ・認知症地域支援推進員の活動の充実
- ・認知症疾患医療センター、介護サービス事業者、認知症サポーターなど、地域において認知症を支援する関係者との連携強化
- ・認知症に関する相談支援の実施

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症地域支援推進員配置数	2人	2人	2人	2人	2人
認知症に関する相談件数	28件	30件	50件	50件	50件

1-3-④ 認知症カフェ（オレンジカフェ）<sup>※1</sup>の充実

**〔重点〕**

- 認知症の人やその家族が、地域住民や介護・福祉・医療の専門家と気軽に身近な場所で集い、交流できる認知症カフェ（オレンジカフェ）の運営の充実と利用の促進に努めます。

【具体的内容】

- ・広報、インターネットを活用した認知症及び認知症カフェ（オレンジカフェ）に関する正しい理解の普及啓発
- ・運営内容の充実による認知症カフェ（オレンジカフェ）の利用促進、参加者の増加
- ・物忘れ相談会の開催

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェ設置数	2か所	2か所	2か所	2か所	3か所

※1 「認知症カフェ（オレンジカフェ）」については、34ページを参照してください。

### 1-3-⑤ 認知症サポーター※1 養成講座の充実

○町民が認知症に関する正しい知識と理解を身に付け、日常生活の中で認知症の人と出会ったときにも、適切な対応をすることで認知症の人と介護する家族の見守り、応援者になれるよう、認知症サポーター養成講座を開催します。

#### 【具体的内容】

- ・一般向け及び小学生・中学生向け講座の継続実施
- ・高等学校における認知症サポーター養成講座の開催

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
養成講座開催数	4回	4回	4回	5回	5回

### 1-3-⑥ チームオレンジ※2 の整備・推進

**【重点】**

○認知症サポーターが地域で活躍するために、認知症に対する知識と認知症の人に対しての対応方法等をより深く学ぶためのステップアップ講座を開催いたします。

○認知症の人やその家族が必要とする支援ニーズと、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）等をつなげる仕組みである「チームオレンジ」を構築し、認知症の人が安心して暮らし続けられる地域づくりを進めます。

#### 【具体的内容】

- ・認知症サポーター講座修了者へのステップアップ講座の開催
- ・地域の認知症の方等のニーズを把握し、既存の地域資源を活用するなどして、チームオレンジの設置

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ステップアップ講座	－	実施検討	開催	開催	開催
チームオレンジの設置	－	検討	検討	設置	設置

※1 「認知症サポーター」については、34 ページを参照してください。

※2 「チームオレンジ」については、44 ページを参照してください。

## 1-3-⑦認知症検診事業の推進

○認知症の早期発見・早期診断・早期治療につなげることを目的とした認知症検診を実施します。

## 【具体的内容】

・検診の実施年度内に 70 歳に達する方に特定健康診査（集団受診または個別受診）に併せて実施（認知症と診断されている方は除く）

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症検診受診者数	集団 41 人 個別 9 人	集団 43 人 個別 10 人	集団 45 人 個別 10 人	集団 45 人 個別 10 人	集団 45 人 個別 10 人



## 1-4 総合的な介護予防・生活支援事業の推進

### 1-4-① 健康長寿を目指した事業の推進

**【重点】**

- 高齢者が元気でいきいきとした「健康長寿」を目指すために、介護予防に対する積極的な普及啓発に努め、運動や認知症予防などを中心とした介護予防事業を展開します。
- ボランティアや理学療法士等専門職種の関与を進めながら、地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行っていきます。

#### 【具体的内容】

- ・介護予防講演会の開催や広報紙、ホームページ等を活用した介護予防普及啓発事業の推進
- ・リフレッシュ体操教室の継続開催と開催場所の増加
- ・地域住民主体による多様な取組の支援

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防講演会	1回	1回	1回	1回	1回
リフレッシュ体操教室	100回 参加者延べ 853名	110回 参加者延べ 900名	110回 参加者延べ 900名	110回 参加者延べ 910名	110回 参加者延べ 920名
リフレッシュ体操教室 における講話（栄養・ 口腔・フレイル・薬・ 体力測定）	39回	14回※1	14回	14回	14回

※1 令和5年度は会場の対象地区を統合したため回数が減少。

### 1-4-② 訪問型サービス※2の実施

**【重点】**

- 平成28年3月から要支援1・2の予防給付のうち訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行したため、従来の訪問介護に準ずるサービスを継続して提供しています。
- 訪問型サービスB（住民主体による支援）を提供しています。ごみ捨てや買物等の日常生活上のニーズに対応するため、ボランティアの育成・確保に努めながら安定的なサービス提供体制の確立を図ります。

#### 【具体的内容】

- ・訪問介護相当サービスの提供
- ・訪問型サービスB（住民主体による支援）の提供
- ・多様なサービスの検討、整備

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
訪問介護相当サービス	239件	250件	250件	250件	260件
訪問型サービスB	—	1件	2件	3件	3件

※2 「訪問型サービス」の詳細については、68ページを参照してください。



1-4-③ 通所型サービス<sup>※1</sup>の実施

○平成28年3月から要支援1・2の予防給付のうち訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行したため、従来の通所介護に準ずるサービスを継続して提供するとともに、通所型サービスC（短期集中予防サービス）を提供しています。今後は、通所型サービスBなど多様なサービスの整備に努めます。

【具体的内容】

- ・通所介護相当サービスの提供
- ・通所型サービスC（短期集中予防サービス）参加者のADLが向上した場合、リフレッシュ体操教室につなげるなど切れ目のない支援の実施
- ・通所型サービスC終了者の多様な受け皿の整備
- ・体操、運動だけでなく、茶話会などを通じた要支援者等の日中の通いの場である通所型サービスB（住民主体による支援）の検討、創設

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護相当サービス	441件	450件	460件	480件	490件
通所型サービスC （短期集中予防サービス）	延べ278人	延べ300人	延べ300人	延べ310人	延べ320人
通所型サービスB	—	—	検討	準備	創設

※1 「通所型サービス」の詳細については、68ページを参照してください。

## 〔参考〕通所支援事業における訪問型サービス及び通所型サービスのイメージ

### ■訪問型サービスのイメージ

※市町村は、この例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討することとされている。

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

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(平成26年)

### ■通所型サービスのイメージ

※市町村は、この例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討することとされている。

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

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(平成26年)

## 1-5 支え合いの仕組みづくり

### 1-5-① 生活支援コーディネーターの推進

- 高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進するため、生活支援の担い手の養成や関係機関のネットワーク化、ニーズとサービスのマッチング等を図ります。

#### 【具体的内容】

- ・生活支援コーディネーターが地区サロンに参加し、各地区の高齢者の現状や課題の把握を行う
- ・地区サロンにおいて把握した課題等について、地域ケア会議等で情報共有を図る

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
生活支援コーディネーター配置数	1人	1人	1人	1人	1人
地区サロン実施地区数	8地区	8地区	9地区	10地区	11地区

### 1-5-② 生活支援体制整備推進協議会の推進

**【重点】**

- 一人ひとりが役割を持って社会参加し、互いに助け合う地域づくりを進めるため、多様な主体（町民や地域団体、NPO、民間企業、ボランティア、社会福祉法人等）の参画を得ながら、多様な生活支援・介護予防サービスが提供される基盤の整備を推進します。
- 今後は、地域ケア個別会議、地域推進ケア会議で抽出された地域課題を整理し、サービスや資源開発等を検討していく場としての体制づくりを推進します。

#### 【具体的内容】

- ・地域ケア会議等で抽出された地域課題、地域ニーズの整理
- ・地域に必要なサービスや資源、施策等の検討

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
生活支援体制整備推進協議会の開催	開催	開催	取組等検討	取組等検討	取組等とりまとめ

### 1-5-③ 民生委員・児童委員との連携強化

○民生委員・児童委員は、地域福祉の推進役として地域福祉ニーズの掘り起こし、課題の把握、相談・援助活動を担うなど重要な役割を果たしています。特に、本町の民生委員・児童委員は、地域住民について細かく把握するとともに、地域包括支援センターや社会福祉協議会との密接な連携体制も確立しています。

#### 【具体的内容】

- ・ 民生委員・児童委員協議会定例会の開催と情報共有等の充実
- ・ 定例会の中で町の高齢者福祉サービスに関する研修、専門職による講演会、事例検討会など研修機会の充実を図る
- ・ 地域包括支援センター、社会福祉協議会、在宅介護支援センター等の関係機関と民生委員・児童委員協議会との更なる連携の強化

指標名	実績値		目標値（第9期計画期間）		
	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
民生委員・児童委員協議会の開催	12回	12回	12回	12回	12回
民生委員・児童委員協議会において高齢者福祉等に関する講演・研修の実施	－	1回	1回	2回	2回

### 1-5-④ 住民参加型福祉サービスの充実

○本町では、家事援助や外出の付き添いを中心とした住民相互の越生地域支え合いサービス事業を実施しています。また、介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスB（住民主体による支援）としても実施しています。この事業は、元気な高齢者等ボランティアが援助を必要とする高齢者を支えるとともに、ボランティア自身の介護予防も目的としています。

○シルバー人材センターによる家事援助サービス（生活支援サービス）も実施しています。高齢者を支える多様な社会資源の1つとして、シルバー人材センターの重要性は更に高まっていくため、現会員の育成や新規協力会員の確保に努めていきます。

#### 【具体的内容】

- ・ 越生地域支え合いサービス事業の周知度の向上による利用促進
- ・ ボランティアの高齢化に伴う新たなボランティアの確保
- ・ シルバー人材センターによる多様な生活支援サービスの促進

指標名	実績値		目標値（第9期計画期間）			
	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	
越生地域支え合いサービス事業	派遣時間	435時間	500時間	500時間	600時間	700時間
	利用会員数	73人	80人	80人	90人	100人
	協力会員数	38人	40人	40人	50人	60人
シルバー人材センターによる生活支援サービス	136件	164件	170件	170件	180件	

1-5-⑤ 地域住民による活動の育成と連携

**〔重点〕**

- 地域住民の主体的な地域づくり活動が継続的・定期的に行われることによって、地域の活性化と福祉力の向上が期待されています。また、高齢者自身が地域のボランティア活動に積極的に参加することは、地域の活性化につながるとともに、地域の福祉力の向上に寄与しています。
- それぞれの地域における活動やボランティア活動を育成するとともに、地域活動、ボランティア活動を地域の社会資源として捉え、地域の支え合いの仕組みの推進を図ります。

**【具体的内容】**

- ・ ボランティア入門講座の充実（新たな受講者の確保）
- ・ 他市町村ボランティアとの交流会の開催

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
ボランティア保険加入者数	166人	170人	170人	180人	190人
活動延べ人数	1,781人	1,800人	1,800人	1,900人	2,000人

## 1-6 安全で快適な住環境の確保

### 1-6-① 住まいの安定的な確保

- ひとり暮らし世帯や高齢者世帯の増加が見込まれている中で、高齢者に住みやすい住宅の整備が求められています。
- 本町は、持ち家の一戸建て住宅に住む高齢者が多いことから、転倒などによる事故を防止するため、段差解消や手すりの設置など、バリアフリー化を促進します。
- 令和4年度末現在、サービス付き高齢者向け住宅<sup>※1</sup>は2戸計48室が整備され、現在は充足している状況にあることから、今後は、中長期的な視点から利用者のニーズの動向を把握し、施設を主管する県との情報連携を強化して、施設の適切な設置に努めます。  
※令和4年9月より、住宅型有料老人ホーム1施設5室が休止しています。

#### 【具体的内容】

- ・ 個人住宅等リフォーム補助金交付制度の周知、利用促進
- ・ サービス付き高齢者向け住宅等のニーズの把握

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
越生町個人住宅リフォーム補助事業（円）	100,000	700,000	700,000	700,000	700,000

### 1-6-② 公共施設等の改善

- 高齢者に配慮したまちづくりを進めていくことは、すべての人が住みやすい社会になっていくことにつながります。また、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送り、自由に社会参加できるようにするためには、公共施設をはじめとする建物や道路のバリアフリー化を図り、安心して外出することのできる環境づくりを引き続き推進します。

#### 【具体的内容】

- ・ 各種公共施設や道路・公園等について、高齢者や障がい者も利用しやすいような公共施設等の改善

<sup>※1</sup> 「サービス付き高齢者向け住宅」とは、安否確認・生活相談をはじめとする高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅で、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）の登録制度に基づいて登録されたものをいいます。



1-6-③ 災害・感染症に備え、安心して暮らせる環境の整備

- 災害が発生したときや災害発生のおそれがあるとき、支援が必要な高齢者や障がい者などに対する安否の確認や避難の手助けが、地域の中で速やかに安全に行われるように、民生委員・児童委員等の支援者・関係者機関で情報を共有する制度「越生町災害時避難行動要支援者登録制度」を実施しています。今後とも、地域防災計画との調和に配慮しながら、災害時に自力での避難が困難な避難行動要支援者への対応を推進します。
- 災害時に配慮が必要な方(高齢者や障がい者など)への福祉避難所の開設を目的に「越生町福祉避難所設置・運営マニュアル」を策定しています。平時から施設関係者と連携して福祉避難所の開設、運営方法の確認など、災害、感染症に対する備えを進めていきます。
- 日常生活における緊急事態の不安を解消するため、うめりん救急あんしんキット<sup>※1</sup>やヘルプカード<sup>※2</sup>の利用促進に努めます。

【具体的内容】

- ・避難行動要支援者登録者の増加
- ・避難行動要支援者を支援するための民生委員・児童委員、自治会など地域における連携体制の強化
- ・窓口や民生委員・児童委員等の訪問による75歳到達者へのうめりん救急あんしんキットの配布・利用促進
- ・ヘルプカードの普及・利用促進
- ・介護保険サービス関係者専門部会において、介護保険サービス関係者等に対して災害・感染症発生時の備えに関する普及・啓発を行う

指標名	実績値	実績見込値	目標値(第9期計画期間)		
	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
避難行動要支援者登録者数(高齢者)	92人	95人	95人	100人	105人
うめりん救急あんしんキット配布者数	210人	250人	250人	260人	260人

※1 「うめりん救急あんしんキット」とは、持病やかかりつけ医療機関、緊急連絡先、介護保険などの情報を容器に入れて冷蔵庫に保管するものです。もしものときに本人や家族、救急隊などがその容器を本人とともに医療機関や避難所などに持参することで、救急隊や医師などから適切で迅速な処置を受けることができます。

※2 「ヘルプカード」とは、障がいのある人や高齢者などが災害時や日常生活の中で困ったときに、周囲に自己の障害への理解や支援を求めするためのカードのことです。

## 1-7 多様なサービスの充実

### 1-7-① 高齢者生活支援、家族介護支援、介護予防支援の充実

**【重点】**

- 高齢者世帯や高齢者を介護する家族からは負担の軽減や支援に対する期待が高まり、介護する家族等への支援は必要不可欠となっています。また、家族を支援する事業が進めば介護離職の防止につながります。
- 高齢者世帯が増えてきており、さらに認知症高齢者の増加に伴い、成年後見制度などの権利擁護が今後ますます重要になります。そのため、市民後見人養成や法人後見を進めながら、相談の充実による成年後見制度の利用促進に努める必要があります。
- 在宅福祉の推進を図るためには、社会福祉協議会等の協力を得ながらボランティア等の地域資源の活用を進めるとともに、住み慣れた居宅で生活が続けられるよう高齢者やその家族の支援を充実させていかなければなりません。また、高齢者の自立した生活を支えるため、多様化する高齢者ニーズを的確に捉えて、きめ細かな福祉サービスを提供する必要があります。こうしたことを踏まえ、更なる福祉の充実を図るため、次の事業を積極的に進めます。
- 「5）認知症高齢者等SOSネットワーク事業」については、ケアマネジャーの認知度が6割にとどまっていることから、介護保険サービス関係者専門部会等を有効活用した周知を強化します。また、「13）地域福祉推進支援事業『地区サロン事業』」については、第8期計画期間中は新型コロナウイルスの感染拡大により開催が困難な状況にありましたが、今後は、再開を促すとともに、地区サロン等に移行できるよう支援に努めます。

事業名	内 容
1) ショートステイ事業	介護保険を利用していない方を対象に、要援護高齢者の介護者に代わって一時的に養護する必要がある場合、特別養護老人ホーム等に入所させるサービスを提供します。
2) 緊急通報装置貸出事業	ひとり暮らし高齢者等で、発作性の疾患、重度の疾病等により日常生活を営むうえで常時注意を要する方等を対象に、緊急通報装置の貸し出しをします。
3) 地域交通バス利用料金助成事業・地域交通タクシー利用料金助成事業	高齢者の経済的な負担軽減及び交通手段の確保を図るため、70歳以上の高齢者や運転免許証を返納した人を対象に、地域交通バス及びタクシーの利用料金を助成します。
4) 要援護者見守り支援事業	配達や検針業務等を行っている郵便局や新聞店、ガス、電力会社などの事業所と協定を締結し、新聞や牛乳が取り込まれていないなど要援護者の異変を発見した際に町に通報をいただき、適切な福祉サービス等の支援につなげます。
5) 認知症高齢者等SOSネットワーク事業 <b>【重点】</b>	認知症による徘徊のおそれのある高齢者及び若年性認知症や高次脳機能障がいの方などが行方不明になった場合、早期に発見できるよう関係機関との連絡体制を構築し、認知症高齢者等の安全と家族への支援を行います。
6) 介護者家族のつどい(地域支援事業)	要介護高齢者を介護する家族同士の交流機会を提供するとともに、適切な介護知識・技術を高めるための介護教室等を開催し、介護家族の支援を行います。



事業名	内 容
7) ねたきり高齢者等介護慰労金支給事業	ねたきり高齢者や重度の認知症高齢者を常時在宅で介護している同居家族を対象に、ねたきり高齢者等介護慰労金を支給します。
8) ねたきり老人等紙おむつ支給事業	常にねたきりの状態にあることに加え、失禁状態にある高齢者を対象に、紙おむつを支給します。
9) 給食サービス事業（地域支援事業）（社会福祉協議会との連携事業）	心身機能の低下等により調理ができないひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯の方を対象に、給食を配食し安否確認します。
10) 理容サービス（社会福祉協議会事業）	在宅のねたきり高齢者等を対象に、自宅への出張散髪サービスを提供します。
11) 日常生活用具貸出事業（社会福祉協議会事業）	車椅子を必要な方へ貸し出します。
12) 地域福祉推進支援事業「ふれあいいきいきサロン事業」（社会福祉協議会事業）	地域福祉ネットワークの構築を目的とした地域住民相互の支えあいを推進する事業です。住民主体で高齢者会食会や茶話会を地域の集会所等で実施しています。
13) 地域福祉推進支援事業「地区サロン事業」（社会福祉協議会事業） <b>【重点】</b>	高齢者の孤立防止を目的とした週1回以上開催を目指す高齢者サロン事業です。住民主体で茶話会や介護予防実践などを地域の集会所等で実施しています。
14) 越生地域支え合いサービス事業（社会福祉協議会事業）	日常生活の中で困った時の助け合いとして、住み慣れた家や地域で、安心して暮らしていくための在宅福祉サービスです。
15) ふれあいルーム事業（社会福祉協議会事業）	仲間づくりを進めたい高齢者の方を対象に、ミニデイサービス形式の集いの場と各種情報提供を行っています。
16) 福祉サービス利用援助事業（あんしんサポートねっと事業）（社会福祉協議会事業）	生活をしていくうえで、一人で判断することに不安のある高齢者や知的障がい、精神障がいなどがある方に対し、福祉サービスの利用援助等を行います。
17) 法人後見事業（社会福祉協議会事業）	判断能力の低下が見られるにもかかわらず、成年後見人候補者が確保できない方のために、社会福祉協議会が成年後見人に就任し生活を支援します。
18) 要介護者ふれあいネットワーク事業（社会福祉協議会事業）	町内等の自営業者等の協力を得て、認知症の発症が疑われる高齢者等を発見した際に社会福祉協議会に通報をいただき、適切な福祉サービス等の支援につなげます。
19) 買い物弱者支援事業（個別宅配サービス事業）（商工会）	お買い物にお困りの方（様々な理由により、お店までお買い物に行くことが困難な方）を対象にご自宅まで商品・サービスをお届けします。

指標名		実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
		令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地区サロン実施地区数（再掲）		8地区	8地区	9地区	10地区	11地区
越生地域支え合いサービス事業	派遣時間	435時間	450時間	500時間	600時間	700時間
	利用会員数	73人	80人	80人	90人	100人
	協力会員数	38人	40人	40人	50人	60人

## 基本目標2 生きがいきづくりから介護予防までの総合的な施策の展開

### 2-1 健康づくり事業の推進

#### 2-1-① 健康手帳の活用の促進

○自らの健康の記録として手帳を交付し、利用者自身の健康管理に役立てるよう活用を促進します。

##### 【具体的内容】

- ・40～74歳の人に健康相談や地区の学習会等の機会を通して交付
- ・75歳以上の人に後期高齢者被保険者証と併せて交付
- ・様々な機会を通じた健康手帳の活用方法についての啓発と促進

指標名		実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
		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
健康手帳 交付数	40～74歳	22件	50件	50件	50件	50件
	75歳以上	242件	250件	250件	250件	250件

#### 2-1-② 健康教育の充実

○従来から実施していた集団健康教育については、健康寿命の延伸、疾病予防および重症化予防の観点から年間を通して健康づくりに取り組むために、「ハイキングのまちおごせ健康長寿プロジェクト」事業を継続実施しています。

○こころの健康を保つための普及・啓発に取り組みます。

##### 【具体的内容】

- ・ハイキングのまちおごせ健康長寿プロジェクトの充実
  - a) 健康長寿講座（栄養・運動・こころ・歯科など）
  - b) コバトンALKOOマイレージ
  - c) 腎臓にやさしい食事教室の開催
  - d) 多様化するニーズに対応した健康づくりに関する普及啓発に取り組む・自殺対策関連事業
- ・自殺対策関連事業
  - a) 町民をはじめ、関係機関や団体、町職員にゲートキーパー養成研修を実施。
  - b) 9月の自殺予防週間、3月の自殺対策強化月間週間を中心に、普及・啓発活動を行う

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
健康長寿講座	2回	2回	8回	8回	8回
腎臓にやさしい食事教室	4回	4回	3回	3回	3回
ゲートキーパー養成研修	3回	3回	3回	3回	3回

2-1-③ 健康相談・訪問指導の充実

- 保健センター内での定期的健康相談や健康診査後の結果説明会、がん検診時の血圧測定などを実施しています。
- 腎臓病・糖尿病の疑いのある方への受診勧奨のための訪問指導を継続して実施します。
- 腎臓病・糖尿病などの専門的な内容の相談について、保健師に加え管理栄養士による栄養相談についても実施しています。また、個人が自分の健康づくりを実現するための相談や助言がいつでも気軽に相談ができるような体制の充実に努めます。

【具体的内容】

- ・専門性の高い相談内容に対応するため、管理栄養士による栄養相談の継続実施
- ・特定健康診査後の事後指導での個別面接の継続
- ・腎臓病・糖尿病のリスクに着目した訪問指導内容の充実

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
栄養相談	11回	12回	12回	12回	12回

2-1-④ 健康診査の充実

**〔重点〕**

- 越生町特定健康診査等実施計画に基づき、40～74歳の越生町国民健康保険被保険者に対しては特定健康診査・特定保健指導を、75歳以上の方には後期高齢者医療保険の健康診査を実施しています。
- これらの健診について、令和5年度から「総合健診」として、特定健康診査と5がん検診が同日に受診できる日を設定し、利便性の向上を図りました。
- 国の目標値水準である受診率60%には及ばない状況にあることから、今後も健診のPRや未受診者対策を強化することにより、受診率向上に努めます。
- 国のガイドラインに基づき実施している各種がん検診・歯周病検診・骨粗しょう症検診への受診とその後の精密検査の受診向上に努めます。
- 健康診査については、受診しやすい環境の整備に努めます。

**【具体的内容】**

- ・ 広報紙、ホームページ等による健診周知度の向上
- ・ 未受診者に対して、ハガキや電話による受診勧奨の継続実施
- ・ 健診結果に基づく受診勧奨者への働きかけの強化
- ・ 一定年齢の人を対象とした子宮頸がん検診・乳がん検診の無料クーポン券の送付
- ・ 各種がん検診について、一定の年齢の人に対し、受診勧奨の実施
- ・ がん検診における精密検査未受診者への受診勧奨
- ・ 安心して受診できる感染症対策や環境整備を行う

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
特定健康診査受診率※1	33.0%	35%	40%	44%	48%
5がん検診における精密検査受診率※2	85.1%	90%	90%	90%	90%

※1 特定健康診査受診率の目標値は、「第4期 特定健康診査等実施計画」から引用。

※2 精密検査受診率は、健康増進法に基づく5がん検診における精密検査対象者数に占める精密検査受診者数の割合。

2-1-⑤ 健康づくり協力員制度の充実

- 健康づくり協力員は、地域において町と連携しながら、健康づくり活動を行っています。また、町が開催する健康長寿講座やハイキング・ウォーキング大会に参加するなどの自主活動も実施しています。
- 現在、健康づくり協力員は、町内に29名いますが、原則として任期が2年で活動しています。任期が短いことにより、多くの町民が協力員を経験できる一方で、ノウハウの蓄積が進みにくいことが課題となっています。
- 今後とも、健康づくり協力員による健康づくり地区活動を推進するとともに、他の組織との連携等も視野に入れた活動環境の充実・強化を検討します。

【具体的内容】

- ・健康づくり地区活動推進のため、協力員の研修会の開催
- ・健康づくりマイレージ事業との連携による活動の強化（各地区2事業まで）
- ・地区サロン活動との連携の推進

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
健康づくり協力員による活動件数（マイレージ対象事業）	21件	40件	50件	50件	50件

2-1-⑥ 健康づくりマイレージ事業の推進

- 健康づくりに関する目標を立て、町が指定した関連事業に参加した者にポイントを付与する健康づくりマイレージ事業を実施しています。関連事業に参加し、ポイントの確保を励みとし、自主的・継続的に楽しみながら事業に積極的に参加してもらえよう、今後も継続していきます。

【具体的内容】

- ・健康づくりマイレージ事業の継続

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
健康づくりマイレージ事業登録者数	2,627人	2,650人	2,700人	2,700人	2,700人

## 2-2 介護予防事業の推進

### 2-2-① 介護予防意識の普及・啓発

○介護予防の大切さを住民に知っていただき、自ら活動できるよう、介護予防活動の普及・啓発を行います。

**【具体的内容】**

- ・介護予防講演会の開催
- ・認知症や栄養、口腔などにとどまらず、ヒアリングフレイル<sup>※1</sup> など内容の多様化、充実等による参加人数の増加

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防講演会（再掲）	1回	1回	1回	1回	1回

### 2-2-② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

**〔重点〕**

○医療・介護・保健予防・包括などの関係部局・関係機関と連携し、高齢者のフレイル<sup>※2</sup> 予防、生活習慣病予防や重度化予防を行うことにより、高齢者の健康維持・増進を推進します。

**【具体的内容】**

- ・KDB システム<sup>※3</sup> 等を活用したポピュレーションアプローチ（地域の健康課題を共有し、通いの場などを活用したフレイル予防等）やハイリスクアプローチ（医療、健診の未受診者への訪問、支援等）の実施・充実

指標名		実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
		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
KDB システムを活用した取組	ポピュレーションアプローチ	実施	実施	充実	充実	充実
	ハイリスクアプローチ	実施	実施	充実	充実	充実

※1 「ヒアリングフレイル」とは、聴き取る機能の衰えのことです。聴こえにくさから会話に参加することが困難になると人とのつながりが低下し、フレイルや認知症の原因になります。65歳以上の約半数の方に聴こえの問題があると言われていています。

※2 「フレイル」とは、医学用語である「frailty（フレイルティー）」の日本語訳で、病気ではないけれど、年齢とともに、筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のことです。

※3 「KDB システム」については、39 ページを参照してください。



2-2-③ 運動サポーター<sup>※1</sup>の養成と活用の充実

**〔重点〕**

- 介護予防に関する知識や活動方法を習得できる講座等を実施し、住民主体による介護予防活動が行われるよう、中核的担い手の育成及び活動への支援を行います。
- 育成後は、介護予防事業のサポートや一般介護予防教室の定期的な開催、自主グループ、希望地区への派遣等に協力していただきます。また、活動10回で健康づくりマイレージ事業<sup>※2</sup>へポイントが移行できる活動ポイントを付与し、楽しみながら活動を継続していただきます。

**【具体的内容】**

- ・運動サポーターを育成するための養成講座等の開催
- ・各地区への運動サポーターの配置による自立した運営体制の整備
- ・修了後の活動場所の提供（リフレッシュ体操教室<sup>※3</sup>等）
- ・活動の継続を図るため、フォローアップ講座の毎年開催（年2回）

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
養成講座	1クール	1クール	1クール	1クール	1クール
フォローアップ講座	6回	2回 <sup>※4</sup>	2回	2回	2回

※4 令和5年度は会場を統合したため回数が減少。

2-2-④ 一般介護予防事業に対する評価の実施

- 介護保険事業計画に定める目標値の達成状況の検証を通じ、一般介護予防事業の事業評価を行い、その結果に基づき事業の改善を図ります。また、国で示す指標を参考に、要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標の設定について検討します。

**【具体的内容】**

- ・健康づくり事業と一般介護予防事業の切れ目のない取組に対する事業評価方法について検討
- ・一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点からPDCAサイクル<sup>※5</sup>により総合事業全体を評価し、事業全体の改善を行う

※1 「運動サポーター」については、35ページを参照してください。  
 ※2 「健康づくりマイレージ事業」については、50ページを参照してください。  
 ※3 「リフレッシュ体操教室」については、35ページを参照してください。  
 ※5 「PDCAサイクル」とはPlan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する手法のことです。

### 2-2-⑤ リハビリテーション専門職による地域活動等への支援

○自立支援・重度化防止に向けた地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

#### 【具体的内容】

- ・地域ケア会議等への理学療法士等の参加の継続
- ・地区サロンやリフレッシュ体操教室など住民主体の通いの場への理学療法士等による支援
- ・リフレッシュ体操教室において体力測定の実施

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア会議への理学療法士の参加	12回	12回	12回	12回	12回
地域ケア推進会議への理学療法士の参加	2回	2回	2回	2回	2回
地区サロンやリフレッシュ体操教室への派遣	8回	6回	6回	6回	6回



## 2-3 生きがいづくり事業の推進

### 2-3-① 生涯学習に関する意識の啓発

- 高齢者の生きがい活動は、たかとりクラブ（老人クラブ）やシルバー人材センターにおける活動が中心となっていますが、団塊世代の定年退職者の増加に伴い、高齢者の生きがい活動も多様化しているため、更なる生涯学習活動の充実に努めます。
- 退職後や余暇時間の増大を活用し、積極的に生涯学習活動に取り組めるよう、生涯学習に関する意識の啓発に努めます。

#### 【具体的内容】

- ・体験型学習ができる「粋生学級<sup>※1</sup>」や公民館事業の充実
- ・生涯学習情報紙「まなびあい」（広報掲載）を通じて、高齢者の生涯学習活動に関する意識の啓発
- ・壮年期から高齢期にかけて、継続的に生涯学習活動に取り組めるよう、壮年期からの生涯学習活動の促進

指標名	実績値		目標値（第9期計画期間）		
	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
「まなびあい」の発行	5,100部	5,100部	5,100部	5,100部	5,100部

### 2-3-② 高齢者を対象にした学習機会の充実

**【重点】**

- 公民館などで開かれる各種学級・講座においては、定員を超える申込みがあるなど、町民の学習活動は旺盛です。こうした積極的な学習意欲に応えるため、学習ニーズを把握するとともに、魅力ある講座等の提供に努めます。
- ラジオ体操を正しく学ぶラジオ体操実践教室を開催し、ラジオ体操人口も増加しています。今後は、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用してラジオ体操人口やニーズを定期的に把握しながら、ラジオ体操人口の増加を目指します。

#### 【具体的内容】

- ・高齢者の生涯学習活動に関するニーズの把握
- ・公民館事業において、高齢者が参加しやすい講座等の充実
- ・継続的な講座の開催による高齢者の仲間づくりの促進
- ・身近な地域で学習する機会を充実するため、「おごせまなび亭出前講座」の利用促進
- ・スポーツ推進委員などスポーツ指導者の活用
- ・手軽に身につけられる運動習慣の促進

指標名	実績値		目標値（第9期計画期間）		
	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
ラジオ体操実践教室	1回 計100人	1回 計100人	1回 計100人	1回 計100人	1回 計120人
ラジオ体操人口に関する調査	—	—	—	アンケート実施	取組改善

※1 「粋生学級」とは、本町において高齢者を対象に開催する学級のことで。

### 2-3-③ たかとりクラブ（老人クラブ）の活動の活性化

**〔重点〕**

- たかとりクラブ（老人クラブ）は、高齢者の生きがい活動の主な担い手として、様々な活動を行っています。
- 地域福祉力向上の担い手として、たかとりクラブ構成員自らの生きがいを見だしつつ、地域福祉の原動力として、今後とも活動の活性化に努めます。

#### 【具体的内容】

- ・各地域の単位クラブ活動の活性化
- ・たかとりクラブ連合会における単位クラブ活動の情報交換
- ・グラウンド・ゴルフやゲートボール大会の開催を通じて、健康増進を図る

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	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
単位クラブ数	13クラブ	14クラブ	14クラブ	14クラブ	15クラブ

### 2-3-④ シルバー人材センター活動の充実

**〔重点〕**

- シルバー人材センターは、高齢者の就業機会の拡大や社会参加などの就労的活動を図ることを目的として活動しており、令和4年度末現在の会員数は115人となっています。
- 草刈り、植木の剪定などのほか、新たな受注及び就業の確保や近場での研修機会の確保など、高齢者の豊かな知識や経験、能力を活かした活力ある地域づくりとシルバー人材センター活動の活性化に努めます。

#### 【具体的内容】

- ・シルバー人材センターの周知度の向上と加入の促進（加入率3.6%以上）

指標名	実績値	実績見込値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
会員数	115人	125人	133人	138人	143人

## 第4章 サービスの見込量及び確保策等

## 第1節 介護保険サービスの見込量及び確保策

### 1 居宅サービス

居宅サービスとは、介護保険サービスのうち自宅で生活を受けながら受けられる介護サービスのことです。

#### (1) 訪問介護

○訪問介護／介護予防訪問介護とは、ホームヘルパーが居宅を訪問して入浴や排泄、食事等の身体介護や日常生活上の援助を行うサービスのことです。

○今後も在宅サービスを支援していくため、サービス事業者との連携を保ち、このサービスを必要とする人が確実に利用できるよう供給体制の確保を図るとともにサービスの向上をめざします。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	72	81	91	100	117	132	147	

#### (2) 訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

○訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護とは、訪問入浴車が居宅を訪問して入浴の介護を行うサービスのことです。

○今後も在宅生活を支援していくため、サービス事業者との連携を保ち、このサービスを必要とする人が確実に利用できるよう供給体制の確保を図るとともに、サービスの向上をめざします。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	0	0	0	0	0	0	0	
介護給付 (要介護1～5)	6	10	11	12	15	18	18	

(3) 訪問看護／介護予防訪問看護

- 訪問看護／介護予防訪問看護とは、医療機関や訪問看護ステーションなどの看護師や保健師等が家庭を訪問し、主治医の指示にもとづき、病状を観察したり褥<sup>じよく</sup>そうの手当などを行うサービスのことです。
- 今後も医療的なケアが必要な方が在宅生活を継続できるよう、サービス事業者との連携を保ち、このサービスを必要とする人が確実に利用できるよう供給体制の確保を図るとともに、サービスの向上をめざします。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	8	12	14	16	23	27	28	
介護給付 (要介護1～5)	52	63	72	80	95	111	118	

(4) 訪問リハビリテーション／介護予防訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーション／介護予防訪問リハビリテーションとは、理学療法士や作業療法士が家庭を訪問し、機能訓練を行うサービスのことです。
- これまで、理学療法士など専門的人材の確保が難しく、サービスが不足している状態にあるため、事業者と連携しながら訪問リハビリテーションのサービス供給基盤の整備に努めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	1	3	5	5	8	10	10	
介護給付 (要介護1～5)	10	13	14	16	26	29	30	

(5) 居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導とは、医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。
- 今後とも、医師会など関係団体の理解と協力を得ながら、利用の促進に努めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	4	6	6	6	6	9	11	
介護給付 (要介護1～5)	95	112	115	118	127	144	158	

### (6) 通所介護

○通所介護とは、デイサービスセンターにおいて入浴や食事、日常動作訓練、レクリエーションなどを提供するサービスのことです。

○在宅生活を継続していくには外出機会や交流の場を確保することが重要であることから、今後も需要の増加が見込まれるため基盤強化に努めます。また、サービス提供事業所と連携し、利用者の希望や心身の状況に応じたサービスを利用できるような環境づくりに努めます。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護給付 (要介護1～5)	138	170	178	186	207	221	228

### (7) 通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション

○通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーションとは、病院や介護老人保健施設において機能訓練などを提供するサービスのことです。

○今後とも近隣市町と連携して基盤整備を図り、利用者の希望や心身の状況に応じたサービスを利用できる環境づくりに努めます。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
予防給付 (要支援1・2)	17	15	17	17	20	21	19
介護給付 (要介護1～5)	34	44	46	55	64	76	81

(8) 短期入所サービス

- 短期入所サービス（短期入所生活介護・短期入所療養介護／介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護）とは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設に短期間入所し、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を提供するサービスのことです。
- 今後とも需要の増加が見込まれるため、短期入所施設の基盤強化に努め、身近な地域で利用できる環境の整備を進めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

〔短期入所生活介護〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
予防給付 (要支援1・2)	1	1	1	1	1	1	1
介護給付 (要介護1～5)	20	29	31	32	37	40	41

〔短期入所療養介護〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
予防給付 (要支援1・2)	0	0	0	0	1	2	3
介護給付 (要介護1～5)	3	10	10	13	14	17	19

(9) 福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与

- 福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与とは、特殊寝台や車いす、歩行器などを貸与するサービスのことです。
- 今後とも、適切なサービスの利用を促進するため、サービス利用者へのPRやケアマネジャーに対する情報提供に努めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
予防給付 (要支援1・2)	31	38	38	43	48	50	52
介護給付 (要介護1～5)	163	183	194	203	212	226	244

(10) 特定福祉用具購入費／特定介護予防福祉用具購入費

- 特定福祉用具購入費／特定介護予防福祉用具購入費とは、貸与になじまない腰掛便座や入浴補助用具等、厚生労働大臣が認める福祉用具を要支援・要介護者が購入する際の費用の介護保険負担割合証に応じて支給する事業のことで、年間10万円が上限額となっています。
- 今後とも、適切なサービスの利用を促進するため、サービス利用者へのPRを行うとともに、ケアマネジャーに対する情報提供に努めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	1	1	2	3	4	5	6	
介護給付 (要介護1～5)	4	4	6	8	10	12	14	

(11) 住宅改修費／介護予防住宅改修費

- 住宅改修費／介護予防住宅改修費とは、要支援・要介護者が手すりの取付や段差の解消等厚生労働大臣が定める小規模な住宅改修を行う際の費用の介護保険負担割合証に応じて支給する事業のことで、介護保険制度では20万円が上限額となっています。
- 今後とも、ケアマネジャーや改修事業者に対する研修の開催等により、適切な改修が行われるよう努めます。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	0	1	1	2	2	3	3	
介護給付 (要介護1～5)	2	3	6	7	9	15	21	



(12) 特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護

- 特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームやケアハウスに入所している要支援・要介護者が入浴、排泄、食事など必要なサービスを介護保険から利用するサービスです。
- 令和 22 年度に向けて需要の増加が見込まれるため、このサービスを必要とする人が確実に利用できるよう中長期的な視点から供給体制の確保に努めます。

■ サービス見込量 〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	4	5	5	5	6	6	6	
介護給付 (要介護1～5)	48	52	53	54	57	63	61	

(13) 居宅介護支援／介護予防支援

- 居宅介護支援／介護予防支援とは、要支援・要介護者が居宅介護サービスを適切に利用できるように、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者の依頼を受けて、本人や家族の希望、心身の状態、生活環境等を勘案し、利用する居宅サービス等の種類、内容等を含めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するサービスのことで、
- 今後とも、対象者数の増加に対応し、サービス供給基盤の整備に努めるとともに、ケアマネジャーの質的向上に努めます。

■ サービス見込量 〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	46	55	55	57	59	64	64	
介護給付 (要介護1～5)	249	280	288	295	333	363	388	

## 2 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、高齢者が中重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活できるよう、平成18年の介護保険制度改正によって創設された公的介護保険のサービスです。

地域密着型サービスには次の特徴があります。

- ・ サービスを提供する事業者の指定・指導・監督は、市区町村が行うこと
- ・ 地域に密着した身近で細やかなサービスを受けられること
- ・ 地域の実態に即したサービスが提供されること
- ・ 地域ごとにサービス内容や費用が異なること

基本的には利用者は事業所のある市区町村の住民に限定されますが、県や近隣市町村と連携を図りつつ、適正なサービス量の確保のため広域利用に関する事前同意等の調整を行います。

### (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が連携しながら短時間での定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。

○平成30年度に毛呂山町と共同して同一の事業者を指定しました。今後とも近隣市町と連携して基盤整備を図り、利用者の希望や心身の状況に応じたサービスを利用できる環境づくりに努めます。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	1	3	4	5	6	8	10	

### (2) 夜間対応型訪問介護

○夜間対応型訪問介護とは、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と通報に基づき随時対応する訪問介護を組み合わせる包括的にサービス提供を行う訪問介護のことです。

○このサービスを安定的に提供するためには相応の事業規模が必要であり、概ね人口20万～30万人程度に1事業所が想定されています。第9期計画期間におけるサービス提供は困難であると見込まれますが、近隣市町と共同して同一の事業者を指定する等も検討し、事業者の参入に努めます。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	0	0	0	0	0	0	0	

## (3) 地域密着型通所介護

○地域密着型通所介護とは、利用定員 18 人以下の小規模なデイサービスセンターにおいて食事や入浴、機能訓練、レクリエーションなどを提供するサービスです。

○今後、利用者の需要の動向に応じてサービス事業者の参入に努めます。

## ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	6	8	10	12	17	20	24	

## (4) 認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護

○認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護とは、認知症高齢者を対象に専門的なケアを提供する通所介護サービスのことです。

○今後、需要の動向に注視しつつ、このサービスを必要とする人が確実に利用できるよう供給体制の確保に努めます。

## ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	0	0	0	0	0	0	0	
介護給付 (要介護1～5)	0	0	0	0	0	0	0	

## (5) 小規模多機能型居宅介護／介護予防小規模多機能型居宅介護

○小規模多機能型居宅介護／介護予防小規模多機能型居宅介護とは、「通い（日中ケア）」を中心として、要介護認定者の様態や希望に応じて随時「訪問（訪問ケア）」や「泊まり（夜間ケア）」を組み合わせて提供するサービスのことです。

○令和5年度末現在、町内に事業者はいないため、近隣市町の施設の利用がみられます。要介護高齢者を支えるための重要なサービスとして、サービス事業者の参入に努めます。

## ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	0	0	0	0	0	0	0	
介護給付 (要介護1～5)	3	4	5	6	7	8	9	

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

- 認知症対応型共同生活介護／介護予防認知症対応型共同生活介護とは、認知症の状態にあり、要介護認定を受けた人が5～9人で共同生活をし、家庭的な雰囲気の中で食事、入浴、排泄など日常生活の支援や機能訓練を提供するサービスのことで、このサービスを提供する施設の名称を一般に「グループホーム」と呼んでいます。
- すでに町内には1施設18床が整備されており、現状としてサービス基盤は充足しています。今後、需要動向を見極めながら、供給基盤の充実に対応していくものとします。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
予防給付 (要支援1・2)	0	0	0	0	0	0	0	
介護給付 (要介護1～5)	9	11	12	12	12	13	13	
必要利用定員	18	18	18	18	18	18	18	

(7) 地域密着型特定施設入居者生活介護

- 地域密着型特定施設入居者生活介護とは、定員が30人未満の小規模介護専用型特定施設で提供される介護サービスのことで、
- 第9期計画における「地域密着型特定施設入居者生活介護サービス」は見込んでいません。「特定施設入居者生活介護」により対応できることを見込み、当面このサービスの需要は発生しないものと想定し、利用者の需要の動向を踏まえて検討します。

■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	0	0	0	0	0	0	0	

(8) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護とは、定員が30人未満の介護老人福祉施設のことです。
- 第9期計画期間における「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービス」は、「介護老人福祉施設」により対応できることを見込み、当面このサービスの需要は発生しないものと想定し、利用者の需要の動向を踏まえて検討します。

■ サービス見込量 〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護給付 (要介護1~5)	0	0	0	0	0	0	0

(9) 看護小規模多機能型居宅介護

- 看護小規模多機能型居宅介護とは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護などを組み合わせて一体的に提供するサービスです。
- 県内に事業所数が少なく、町内及び近隣自治体に事業所はないことから、今後のサービス量は見込んでいません。しかしながら、在宅介護と医療の連携強化の下で有効なサービスの1つとして考えられるため、利用者ニーズ等を踏まえながら整備に向けた対応を図ります。

■ サービス見込量 〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護給付 (要介護1~5)	0	0	0	0	0	0	0

### 3 施設サービス

施設サービスは、要介護認定で要介護1から5の認定を受けた人が、介護保険法で定められた施設にて利用できるサービスです。介護が中心か、治療が中心かなどによって入所する施設を選択します。

#### (1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とは、居宅において適切な介護を受けることが困難な要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う施設のことです。
- 令和5年度に100床の施設が開設し、待機者の解消が図られました。今後とも、サービスを必要とする人の円滑な入所を進めるとともに、長期入院精神障がい者の地域移行を踏まえながら、きめ細かな対応に努めます。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	100	116	120	123	125	132	135	

#### (2) 介護老人保健施設

- 介護老人保健施設とは、病状が安定期にある要介護者が入所し、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他必要な医療、並びに日常生活の世話を提供する施設のことです。
- 町内に介護老人保健施設は整備されておらず、毛呂山町、坂戸市、日高市、鶴ヶ島市など近隣地域の施設を利用する状況となっています。
- 今後ともサービス提供事業者との連携を保ち、サービス必要量の確保を図るとともに、サービスの向上をめざします。また、在宅療養支援機能の充実を図ります。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
介護給付 (要介護1～5)	21	24	25	26	31	32	34	

### (3) 介護医療院

- 介護医療院とは、今後増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設のことです。
- 今後ともサービス提供事業者との連携を保ち、サービス必要量の確保を図るとともに、サービスの向上をめざします。

#### ■ サービス見込量

〔月当たり平均利用者数〕

区分	実績値	第9期計画期間			長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護給付 (要介護1～5)	2	3	4	6	15	17	19

## 第2節 標準給付費の見込み

令和6年度から令和8年度までの第9期計画期間及び令和22年を見据えた標準給付費は、次のとおりです。

### (1) 介護（予防）給付の見込み

#### ①介護予防給付費の見込み

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防サービス 計	24,669	27,314	30,323	37,772	43,174	43,972
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	5,850	6,898	7,937	11,386	13,466	13,986
介護予防訪問リハビリテーション	810	1,357	1,357	2,168	2,714	2,731
介護予防居宅療養管理指導	1,022	1,023	1,023	1,023	1,535	1,873
介護予防通所リハビリテーション	7,042	7,808	7,808	9,069	9,573	8,566
介護予防短期入所生活介護	354	354	354	354	354	354
介護予防短期入所療養介護	0	0	0	463	463	926
介護予防福祉用具貸与	3,543	3,543	3,943	4,400	4,590	4,781
特定介護予防福祉用具購入費	276	553	829	1,106	1,382	1,658
介護予防住宅改修	1,294	1,294	2,588	2,588	3,882	3,882
介護予防特定施設入居者生活介護	4,478	4,484	4,484	5,215	5,215	5,215
地域密着型サービス 計	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0	0
介護予防支援 計	3,111	3,115	3,228	3,340	3,622	3,622
介護予防給付費見込額（合計）	27,780	30,429	33,551	41,112	46,796	47,594

※端数処理の関係で、項目の和が合計と一致しない場合があります。



## ②介護給付費の見込み

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
居宅サービス 計	543,349	582,682	623,685	700,361	784,962	833,103
訪問介護	84,294	94,635	102,667	120,679	137,390	154,269
訪問入浴介護	6,991	7,906	8,813	10,753	12,693	12,693
訪問看護	39,177	44,865	49,754	59,641	70,201	74,491
訪問リハビリテーション	3,447	3,688	4,197	6,854	7,628	7,865
居宅療養管理指導	16,417	16,850	17,268	18,523	20,893	22,784
通所介護	155,153	163,327	172,468	195,719	208,681	216,397
通所リハビリテーション	24,413	25,400	29,641	34,168	40,034	41,883
短期入所生活介護	27,597	31,675	32,275	37,178	40,712	42,589
短期入所療養介護	26,625	26,659	32,237	30,510	35,882	42,519
福祉用具貸与	32,660	34,800	37,249	37,587	40,109	43,380
特定福祉用具購入費	1,252	1,847	2,443	3,039	3,635	4,231
住宅改修費	4,324	7,843	8,985	11,304	19,147	26,990
特定施設入居者生活介護	120,999	123,187	125,688	134,406	147,957	143,012
地域密着型サービス 計	60,199	69,938	77,927	86,300	99,388	110,171
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	9,380	12,522	15,652	18,783	24,552	30,321
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	5,144	6,364	9,235	12,818	14,884	17,910
認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	9,104	11,103	13,091	15,078	17,066	19,054
認知症対応型共同生活介護	36,571	39,949	39,949	39,621	42,886	42,886
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
施設サービス 計	462,187	481,681	502,316	565,929	597,222	622,211
介護老人福祉施設	362,858	375,575	384,298	389,572	409,014	417,936
介護老人保健施設	85,823	89,117	92,407	110,408	114,124	121,337
介護医療院	13,506	16,989	25,611	65,949	74,084	82,938
居宅介護支援 計	47,513	48,799	50,202	56,690	61,813	66,186
介護給付費見込額(合計)	1,113,248	1,183,100	1,254,130	1,409,280	1,543,385	1,631,671

※端数処理の関係で、項目の和が合計と一致しない場合があります。

## (2) 総給付費の推計（年額）

## ■ 給付区分別

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防給付費	27,780	30,429	33,551	41,112	46,796	47,594
介護給付費	1,113,248	1,183,100	1,254,130	1,409,280	1,543,385	1,631,671
総給付費	1,141,028	1,213,529	1,287,681	1,450,392	1,590,181	1,679,265

※端数処理の関係で、項目の和が合計と一致しない場合があります。

## ■ サービス区分別

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
居宅サービス	516,793	564,228	615,244	705,221	796,901	865,941
居住系サービス	162,048	167,620	170,121	179,242	196,058	191,113
施設サービス	462,187	481,681	502,316	565,929	597,222	622,211
総給付費	1,141,028	1,213,529	1,287,681	1,450,392	1,590,181	1,679,265

※端数処理の関係で、項目の和が合計と一致しない場合があります。

## (3) 標準給付費の見込み

## ■ 標準給付費

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
総給付費	1,141,028	1,213,529	1,287,681	1,450,392	1,590,181	1,679,265
特定入所者介護サービス費※1 給付額（財政影響額調整後）	28,030	28,344	29,417	32,375	36,195	37,062
高額介護サービス費※2 等給付額（財政影響額調整後※3）	21,892	22,141	22,981	25,122	28,087	28,759
高額医療合算介護サービス費等給付額	2,932	2,961	3,073	4,381	4,898	5,016
審査支払手数料	626	632	656	705	789	807
計※4	1,194,508	1,267,608	1,343,809	1,512,976	1,660,150	1,750,909

※1 特定入所者介護サービス費とは、低所得の要介護者が施設サービス等を利用したときに、食費・居住費を補足給付として支給される費用をいいます。

※2 高額サービス費とは、要介護者が一月に支払った利用者負担が一定の上限額を超えたときに、その超えた分が申請により支給される費用をいいます。

※3 財政影響額調整後とは、「特定入所者介護サービス費等給付額」及び「高額介護サービス費等給付額」の見直しに伴う影響額を調整した費用をいいます。

※4 端数処理の関係で、項目の和が合計と一致しない場合があります。

## 第3節 地域支援事業費の見込み

### (1) 地域支援事業の概要

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態（以下、「要介護状態等」といいます。）となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的としています。

介護保険法の改正に基づき、要支援1・2の方に対する訪問介護と通所介護は地域支援事業に移行され、介護予防・日常生活支援総合事業として実施されることになりました。

本町では、平成28年3月から事業を開始しました。今後は、多様な主体による介護予防・生活支援サービス提供体制の充実を図ります。また、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、事業への参加者が減少したことから、事業への参加意欲を取り戻すとともに、継続して参加できる体制づくりを進めます。

地域支援事業の全体像	
【財源構成】 国：25% 都道府県：12.5% 市町村：12.5% 1号保険料：23% 2号保険料：27%	<p style="text-align: center;"><b>介護給付(要介護1～5)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>予防給付(要支援1～2)</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>介護予防・日常生活支援総合事業</b> (要支援1～2、それ以外の者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>介護予防・生活支援サービス事業</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービス</li> <li>・通所型サービス</li> <li>・生活支援サービス(配食等)</li> <li>・介護予防支援事業(ケアマネジメント)</li> </ul> </li> <li>○<b>一般介護予防事業</b></li> </ul>
【財源構成】 国：38.5% 都道府県：19.25% 市町村：19.25% 1号保険料：23%	<p style="text-align: center;"><b>包括的支援事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>地域包括支援センターの運営</b> (介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実)</li> <li>○<b>在宅医療・介護連携推進事業</b></li> <li>○<b>認知症総合支援事業</b> (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援事業、ケア向上事業 等)</li> <li>○<b>生活支援体制整備事業</b> (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>任意事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>介護給付費適正化事業</b></li> <li>○<b>家族介護支援事業</b></li> <li>○<b>その他の事業</b></li> </ul>

出典：厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会（第178回）資料」（令和2年6月）

(2) 地域支援事業費の見込額

■ 介護予防・日常生活支援総合事業

単位：千円

区分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
訪問介護相当サービス	5,493	5,548	5,642	6,239	6,647	6,537
訪問型サービスA	0	0	0	0	0	0
訪問型サービスB	60	61	62	68	73	71
訪問型サービスC	0	0	0	0	0	0
訪問型サービスD	0	0	0	0	0	0
訪問型サービス(その他)	0	0	0	0	0	0
通所介護相当サービス	17,054	18,759	20,635	22,816	24,308	23,907
通所型サービスA	0	0	0	0	0	0
通所型サービスB	0	0	0	0	0	0
通所型サービスC	2,492	2,517	2,560	2,830	3,015	2,965
通所型サービス(その他)	0	0	0	0	0	0
栄養改善や見守りを目的とした配食	0	0	0	0	0	0
定期的な安否確認、緊急時の対応、住民ボランティア等の見守り	0	0	0	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等	0	0	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	545	550	560	619	659	648
介護予防把握事業	0	0	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	171	172	175	194	206	203
地域介護予防活動支援事業	3,484	3,519	3,579	3,957	4,216	4,147
一般介護予防事業評価事業	0	0	0	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	0	0	0	0	0	0
計	29,299	31,127	33,213	36,723	39,125	38,478

■ 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

単位：千円

区分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)	15,799	15,957	16,228	17,943	19,117	18,801
任意事業	2,550	2,575	2,619	2,896	3,085	3,034
計	18,349	18,532	18,847	20,839	22,202	21,835

■ 包括的支援事業（社会保障充実分）

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
在宅医療・介護連携推進事業	1,900	1,900	1,900	2,090	2,227	2,190
生活支援体制整備事業	5,309	5,363	5,454	6,030	6,424	6,318
認知症初期集中支援推進事業	159	161	164	181	193	189
認知症地域支援・ケア向上事業	70	71	72	80	85	83
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	87	88	90	99	106	104
地域ケア会議推進事業	369	373	379	419	447	439
計	7,895	7,955	8,058	8,899	9,481	9,325

■ 地域支援事業費計

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	29,299	31,127	33,213	36,723	39,125	38,478
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	18,349	18,532	18,847	20,839	22,202	21,835
包括的支援事業（社会保障充実分）	7,895	7,955	8,058	8,899	9,481	9,325
計	55,543	57,614	60,117	66,461	70,808	69,638

■ 訪問型サービス及び通所型サービスの利用者数の見込み

〔月当たり平均利用者数〕

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
訪問介護相当サービス	22	23	23	24	25	25
訪問型サービス A	0	0	0	0	0	0
通所介護相当サービス	55	56	56	59	63	62
通所型サービス A	0	0	0	0	0	0

## 第4節 老人福祉計画において記載すべき見込量等

老人福祉法第20条の8の規定に基づき「市町村老人福祉計画」において記載すべきサービス等の目標量は、次のとおりです。

### (1) 老人福祉サービス

#### ①養護老人ホーム

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
施設数(か所)	0	0	0	0	0	0	0	
入所定員(人)	0	0	0	0	0	0	0	
利用者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	

#### ②ケアハウス

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
施設数(か所)	1	1	1	1	1	1	1	
入所定員(人)	30	30	30	30	30	30	30	
利用者数(人)	20	21	22	23	25	27	29	

#### ③生活支援ハウス(高齢者生活福祉センター)

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
施設数(か所)	0	0	0	0	0	0	0	
入所定員(人)	0	0	0	0	0	0	0	
利用者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	

#### ④老人福祉センター

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
施設数(か所)	0	0	0	0	0	0	0	

#### ⑤地域包括支援センター及び在宅介護支援センター

区分	実績値	第9期計画期間				長期推計		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	
地域包括支援センター(か所)	1	1	1	1	1	1	1	
在宅介護支援センター(か所)	1	1	1	1	1	1	1	

## 第5章 計画推進のために



# 第1節 計画の実施・進行管理体制と達成状況の点検及び評価

## 1 PDCAサイクルによる点検・評価の実施

高齢化が進展する中で、介護保険制度の持続可能性を維持し、また、目標達成に向けた事業を継続的に改善する取組みである「地域マネジメント」を推進するため、本計画の進捗状況を点検・評価することが重要となります。このため、各年度において、計画（Plan）の目的を達成するために、計画に基づく取組（Do）の達成状況を継続的に把握・評価（Check）し、その結果を踏まえた計画の改善（Act）を図るといった、PDCAサイクルによる適切な進行管理を行い、保険者機能の強化を図ります。

## 2 地域包括支援センターの事業評価の実施

地域包括支援センターは、町が直営で運営しています。今後とも、専門職が対応することで、質の高い事業が行えるよう、地域包括支援センターによる事業の自己評価を実施します。また、保険者による地域包括支援センターの事業の実施状況の評価を行います。

## 3 県との連携の強化

都道府県は市町村に対して介護保険事業計画の作成上の技術的事項についての助言や施設の整備等に関する広域的調整を図る役割を有していることから、次の事項を中心に連携を強化します。

### ■県との連携によって推進する事項

- ①高齢者向け住まいの質の確保、適切な介護基盤整備
- ②介護保険事業計画の作成上の技術的事項についての必要な助言
- ③介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備等に関する広域的調整
- ④県医療計画との整合性の確保
- ⑤保険者機能強化推進交付金等の評価結果の活用による本町の実情及び地域課題の分析並びに高齢者の自立支援及び重度化防止に向けた必要な取組の推進
- ⑥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等の活用促進及び介護事業者及び自治体の業務効率化



## 第2節 市町村特別給付等に関する方針

介護保険法では、いわゆる上乗せ<sup>※1</sup>、市町村特別給付<sup>※2</sup>及び保健福祉事業<sup>※3</sup>がありますが、従来、地域支援事業の任意事業として実施していた紙おむつ支給事業を、令和3年度から市町村特別給付として実施します。

### ■ サービス見込量

単位：千円

区 分	第9期計画期間			長期推計		
	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 17年度	令和 22年度
市町村特別給付 (紙おむつ支給事業)	1,000	1,100	1,200	1,200	1,200	1,200

※1 上乗せ 要支援・要介護度ごとに定められた居宅サービス区分ごとの限度額を超えてサービスを給付すること。上乗せに要する費用の財源は、第1号被保険者から徴収する保険料を充てることになり、都道府県の負担金や第2号被保険者の負担による介護給付費交付金を充てることはできません。

※2 市町村特別給付 要介護者等に対しての介護給付および予防給付の保険給付のほかに、条例で定めることにより独自のサービスを行うもの。市町村特別給付に要する費用の財源は、第1号被保険者から徴収する保険料を充てることになり、都道府県の負担金や第2号被保険者の負担による介護給付費交付金を充てることはできません。

※3 保健福祉事業 介護保険法では、市町村が介護保険制度を機能的に運営するため、保健福祉事業として①介護方法の指導や②要介護状態になることを予防するための事業、③指定居宅サービスおよび指定居宅介護支援の事業、④介護保険施設の運営、⑤被保険者が利用する介護給付等対象サービスなどのための費用に係る資金の貸付等を行うことができます。保健福祉事業の財源は、上乗せ及び市町村特別給付と同様となります。

## 第3節 介護保険制度の円滑な運営を図るための方策

### 1 町民への情報提供体制の整備

介護保険制度の健全かつ円滑な運営を図るためには、町民の十分な理解や協力が不可欠となります。このため、町民に対し、広報紙、ホームページ等の活用やパンフレットの作成などにより介護保険事業に関する情報提供の充実に努め、趣旨の普及啓発を図ります。

また、要介護者等が多様なサービスを自由に選択できる環境を確保するため、指定居宅サービス事業者や指定居宅介護支援事業者に関する情報提供を図ります。

### 2 相談・苦情処理体制の整備

要介護認定、保険給付、介護保険料、各種保健福祉サービス提供等に関する様々な相談や苦情に迅速に対応するため、各種関係機関と連携しながら、苦情に対する被保険者への説明、居宅介護支援事業者や居宅介護サービス事業者に対する調査・指導を行います。

### 3 各種団体との連携

要介護者の居宅生活を支えるうえで、介護給付対象サービスに加え、一般保健福祉事業として町が実施するサービスと医療サービス、地域福祉活動が連携し、多様なサービスを総合的に提供できることが大切です。

このため、地域包括支援センター、社会福祉協議会、医療機関をはじめ、民生・児童委員、シルバー人材センター、たかとりクラブなどの地域福祉活動との連携の強化に努めます。

### 4 事業者に対する情報提供体制の整備

サービス需要の増加に合わせ、民間事業者など多様なサービス提供主体の円滑な参入を促進するため、サービスごとの必要量等に関する情報の提供を図ります。

### 5 個人情報保護の保護

介護保険サービスを利用する際の要介護認定や介護予防が重点的に必要な高齢者の抽出には、個人情報の収集が不可欠となります。これら情報収集にあたっては、必ず本人や家族の同意を得るとともに、越生町個人情報の保護に関する法律施行条例に基づき適正な取り扱いに努めます。

また、データ利活用に当たって個人情報の取扱いへの配慮等を含めた活用促進を図るための環境整備を進めます。

## 6 感染症対策の推進

埼玉県新型インフルエンザ等対策行動計画との調和を図りながら、介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の普及啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を促進します。

## 第4節 介護給付適正化の推進

### 1 介護給付適正化の意義

本町の保険者としての機能を強化し、介護給付の適正化を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保し、不適切な給付が削減されることが可能となるもので、このことは介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

### 2 今後の方針

埼玉県介護給付適正化計画に基づき、介護給付の適正化の推進を図ります。

また、要支援・要介護高齢者がその心身の状態に応じて適切な介護サービスを利用者の選択によって、多様な事業者または施設から総合的かつ効果的に提供される体制の確保に努めます。

#### ①要介護認定の適正化（認定調査状況チェック）

要介護・要支援認定における訪問調査について、事後点検を実施します。

指標名	実績値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事後点検実施率	100%	100%	100%	100%

#### ②ケアプランの点検

介護サービスの質の向上のため、ケアプランについて町職員などによる確認を実施し、確認の結果、必要と判断される場合には、事業者等への指導を行います。

また、住宅改修や福祉用具に係る支給の必要性と妥当性をより正確に判断するため、書類審査に加え、必要に応じて実地調査等を実施します。

指標名	実績値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ケアプラン点検の実施	実施	実施	実施	実施
住宅改修実地調査実施率	100%	100%	100%	100%

### ③医療情報との突合・縦覧点検

国保連により作成される医療情報との突合帳票、縦覧点検帳票、給付実績データ等を活用し、請求内容の点検を実施します。

点検により、誤り又は不適正と認められる請求を発見した場合には、速やかに過誤調整の手続をするよう事業者へ指導します。

指標名	実績値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療情報との突合・縦覧点検の実施	実施	実施	実施	実施

## 第5節 地域包括ケアシステムを支える人材の確保

### 1 地域包括ケアシステムを支える人材の確保

必要な介護人材の確保のため、国や県と連携し、次の取組を進めていきます。

#### ■総合的な人材確保策

- ・地域の関係者とともに、処遇改善
- ・若年層、中高年齢層、子育てを終えた層、高齢者層等の各層や他業種からの新規参入促進
- ・離職した介護福祉士等の届出制度も活用した潜在的人材の復職・再就職支援
- ・離職防止・定着促進のための働きやすい環境の整備
- ・介護現場革新の取組の周知広報を進め、介護の仕事のイメージ・魅力の向上
- ・外国人介護人材の受入れ環境の整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICT、電子申請・届出システムの活用など業務の効率化
- ・元気高齢者の参入による業務改善
- ・複数法人による協同組合の推進等による生産性の向上や介護現場の革新等
- ・ハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくりに向けた取組推進

### 2 「介護離職ゼロ」の取組の推進

家族の介護を理由とした離職を防止するため、必要な介護サービスの確保を図るとともに、働きながら介護に取り組む家族等や、今後の仕事と介護の両立に不安や悩みを持つ就業者の実情等の把握に努めます。

そのため、介護離職の防止に有効なサービスを「介護離職ゼロサービス」<sup>※1</sup>として位置づけ、必要整備量の確保を目指します。

また、介護離職防止の観点から、労働担当部局と連携した職場環境の改善に関する普及啓発等に取り組みます。

#### ■介護離職ゼロサービスのサービス見込量と必要整備量

区分	実績値	目標値（第9期計画期間）		
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
本計画における見込量	188	218	228	237
必要整備量 <sup>※2</sup>	—	228	239	248

※2 必要整備量は、介護離職ゼロサービスの令和4年度平均利用者数に対する令和4年度の最大月の利用者数の比率1.05をサービス見込量に乗じて算出したものです。

※1 「介護離職ゼロサービス」には、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護が含まれます。

### 3 介護家族等（ケアラー）支援の推進

家族等介護者が抱える課題は、介護と仕事、育児・療育の両立、生活困窮の状況、自分の生活との両立など多岐にわたっています。

家族介護者等が地域の中で孤立することなく、家族に対する介護と自身の仕事、社会参加、心身の健康維持、生活の両立などが確保されるとともに、要介護者の介護の質、生活・人生の質もまた同時に確保される「介護家族等支援」を推進していきます。

また、様々な課題を抱える介護者に対する支援体制の充実に努めます。





## 関連資料

# 1 策定体制

## 越生町介護保険事業計画推進委員会設置要綱

(設置)

第1条 介護保険制度の円滑なる推進を図るため、越生町介護保険事業計画推進委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項を所掌し、必要があると認めるときは、町長に意見を述べることができる。

(1) 介護保険事業計画及び老人保健福祉計画の見直しに関すること。

ア 介護保険事業計画及び老人保健福祉計画の見直しに関すること。

イ 介護保険事業及び老人保健福祉についての調査、検討に関すること。

(2) 地域密着型サービスに関すること。

ア 地域密着型サービスの指定に関すること。

イ 地域密着型サービスの指定基準及び介護報酬の設定に関すること。

ウ その他地域密着型サービスの適正な運営を確保するため、必要と認める事項

(3) その他介護保険制度の円滑なる推進のため、必要と認める事項に関すること。

(組織)

第3条 委員会は、委員15名以内で構成し、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

(1) 識見を有する者

(2) 保健、医療及び福祉の関係者

(3) 町民の代表者

(4) 町の職員

(任期)

第4条 委員の任期は、3年以内とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任することができる。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員の互選によってこれを定める。

2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、会務を代理する。

(会議)

第6条 委員会は、委員長が招集し、委員長が会議の議長となる。

2 委員長は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求めて、説明又は意見を聞くことができる。

(部会)

第7条 委員会に、次の事項を検討させるため、部会を置くことができる。

- (1) 在宅医療・介護連携推進事業に関する事。
- (2) 生活支援体制整備事業に関する事。
- (3) 認知症施策推進事業に関する事。
- (4) 地域ケア会議推進会議に関する事。

2 部会に属すべき委員は、委員長が指名する。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、健康福祉課において処理する。

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成12年10月10日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年12月1日から施行する。

## 越生町介護保険事業計画推進委員会委員名簿

(敬称略)

選出区分	氏名	所属団体等	備考
1号	木村 好美 (~令和5年7月31日)	越生町議会議員 (文教福祉常任委員会 委員長)	委員長
	島野 美佳子 (令和5年8月1日~)		
	岩澤 ミエ子	越生町民生・児童委員協議会 (高齢者福祉部会 部会長)	
	斉藤 順子	医療関係有識者	
	福田 祐子	医療関係有識者	
2号	市川 正之	越生地区医師会	
	荒井 洋充	越生町歯科医師会	
	吉田 あつみ	町内介護老人福祉施設	
	伊藤 光枝	越生町民生・児童委員協議会	副委員長
	坂口 淳	越生町社会福祉協議会	
3号	松岡 徳一 (~令和5年3月31日)	越生町区長会	
	田川 幸子 (令和5年4月1日~)		
	本郷 建治	越生町たかとりクラブ連合会	
	樽川 明男	越生町身体障害者福社会	
	岡村 まゆみ	越生町赤十字奉仕団	
	岩崎 寿美江	越生町健康づくり協力委員会	

## 越生町介護保険庁内推進会議設置要綱

(設置)

第1条 介護保険制度の円滑なる運営を推進するため、越生町介護保険庁内推進会議（以下「推進会議」という。）を置く。

(所掌事務)

第2条 会議は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 介護保険制度の総合的な実施体制の整備に関すること。
- (2) 介護保険事業計画の作成及び老人福祉計画の見直しに関すること。
- (3) その他介護保険制度の円滑なる運営のため、必要と認める事項に関すること。

(組織)

第3条 推進会議は、別表1に掲げる委員をもって組織し、町長が任命する。

- 2 推進会議に委員長及び副委員長を置く。
- 3 委員長は、副町長をもって充てる。
- 4 副委員長は、委員長が指名する者をもって充てる。

(委員長及び副委員長)

第4条 委員長は、推進会議を代表し、会務を総理する。

- 2 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

(部会)

第5条 所掌事務に係る必要な事項を検討するため、推進会議に部会を置くことができる。

- 2 部会員は、別表2に掲げる職にある者をもって充て、町長が任命する。
- 3 部会に部会長を置く。
- 4 部会長は、部会員の互選により定め、部会を総理する。

(会議)

第6条 推進会議は、委員長が必要に応じて招集し、その議長になる。

- 2 委員は、会議に出席できないときは、代理者を会議に出席させることができる。
- 3 委員長は、必要に応じて町の関係職員及び関係機関の出席を要請することができる。

(庶務)

第7条 推進会議の庶務は、健康福祉課において処理する。

- 2 部会の庶務は、健康福祉課において処理し、会議の報告を委員長に行う。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は委員長が定める。

附 則

この要綱は、平成10年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年1月21日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

別表1（第3条関係）

<職名>

副町長 総務課長 企画財政課長 町民課長 まちづくり整備課長 生涯学習課長
--

別表2（第5条関係）

<職名>

健康福祉課 社会福祉協議会 在宅介護支援センターから必要と認めた職員
--

## 2 策定経過

期 日	内 容	備 考
令和 5 年 1月17日(火) ～1月31日(火)	高齢者実態調査の実施	
6月13日(火) ～6月14日(水)	第8期計画の実施状況に関する各課ヒアリング実施	役 場 301 会議室
6月29日(木)	作業部会(第1回) ・高齢者実態調査結果について ・第9期計画策定までのスケジュール(案)について ・第8期計画の評価結果まとめ(案)について	役 場 委員会室
7月20日(木)	第1回介護保険事業計画推進委員会 ・高齢者実態調査結果について ・第9期計画策定までのスケジュール(案)について ・第8期計画の評価結果まとめ(案)について ・高齢者及び要介護認定者等の現状について	役 場 委員会室
10月17日(火)	作業部会(第2回) ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 骨子(案)について	保健センター 集団指導室
10月19日(木)	第2回介護保険事業計画推進委員会 ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 骨子(案)について	役 場 委員会室
11月24日(金)	作業部会(第3回) ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 (素案)について ・介護保険料の推計について	保健センター 保健指導室1
11月27日(月)	第3回介護保険事業計画推進委員会 ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 (素案)について ・介護保険料の推計について	役 場 委員会室
12月25日(月)	第1回介護保険庁内推進会議 ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 (素案)について ・介護保険料の推計について	役 場 201 会議室
12月27日(水) ～令和6年 1月26日(金)	第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 (素案)にかかるパブリックコメント実施	
2月15日(木)	第4回介護保険事業計画推進委員会 ・第9期越生町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 (素案)について ・第9期計画期間における介護保険料について ・地域密着型サービス事業所の指定について ・越生町地域包括支援センターの運営状況について	役 場 委員会室





---

---

**越生町高齢者保健福祉計画  
及び介護保険事業計画  
第9期計画**

(令和6年度～令和8年度)

—令和6年3月発行—

発行 越生町  
編集 越生町 健康福祉課  
〒350-0494  
埼玉県入間郡越生町大字越生 900 番地 2  
Tel 049 (292) 3121 (代表)  
Fax 049 (292) 6405

---

---