

総社市高齢者福祉計画・
第9期介護保険事業計画
【素案】

令和6年 1 月

総社市

目次

第1章 計画策定の概要	1
1. 計画策定の趣旨と位置づけ	1
2. 計画の期間	4
3. 計画の策定体制と市民参画	5
第2章 高齢者をめぐる総社市の現状	7
1. 高齢者の現状	7
2. 要支援・要介護認定者の状況	17
3. 介護保険サービス等の利用状況	22
4. 介護予防・日常生活圏域二エズ調査結果	23
5. 在宅介護実態調査結果	46
6. 介護人材実態調査結果	56
7. 第8期計画の取り組みと評価	60
第3章 計画の基本的な考え方	62
1. 基本理念と基本目標	62
2. 施策の体系	64
3. 2025年・2040年を見据えた総社市の地域包括ケアシステム	65
第4章 施策の展開	70
基本目標1 ひとりにしない・誰もが笑顔でいられるまち総社	70
1. 地域包括支援センターの機能の充実と強化	71
2. 地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり	78
3. 地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進	81
基本目標2 災害とコロナを乗り越え安心をつなぐまち総社	87
1. 切れ目のない医療と介護の連携	88
2. 在宅生活の支援と生活環境の整備	91
3. 災害・感染症対策	98
基本目標3 自分らしさを大切に暮らせるまち総社	100
1. 認知症高齢者等を支える施策の推進	101
2. 高齢者の権利擁護、虐待防止の推進	107
基本目標4 安定した介護サービスが受けられるまち総社	111
1. 介護給付適正化（総社市第6期介護給付適正化計画）	112
2. 事業者への指定・指導・助言及び資質の向上	115
3. 介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実	120
4. 計画の進行管理	122
5. 重点事業及び指標	123

第5章 介護保険事業の展開.....	125
1. 介護保険事業の概要	125
2. 日常生活圏域と基盤整備.....	128
3. 介護サービス給付費の見込み	133
第6章 地域支援事業の展開.....	140
1. 地域支援事業の取り組みについて	140
第7章 介護保険料の見込み.....	147
1. 標準給付費見込額の推計.....	147
2. 第1号被保険者の保険料の推計	147

第1章 計画策定の概要

1. 計画策定の趣旨と位置づけ

(1) 計画策定

本市の総人口及び高齢者数はともに増加傾向にあり、第7期計画の初年度である平成30（2018）年9月末から令和5（2023）年9月末にかけて、総人口は692人、高齢者は819人増加しています。また、令和元（2019）年には、高齢者に占める前期高齢者と後期高齢者の割合が逆転し、後期高齢者の割合が前期高齢者の割合を上回りました。

また、いわゆる団塊の世代（1947～1949年生まれ）全てが75歳以上となる令和7（2025）年をむかえること、令和22（2040）年にはいわゆる団塊ジュニア世代（1971～1973年生まれ）が65歳以上となることから、後期高齢者数の増加、高齢化の進行及び要支援・要介護認定者・認知症高齢者・在宅医療や看取りのニーズの増加が見込まれます。また、それと並行して、少子化による介護現場を担う現役世代の減少も見込まれます。

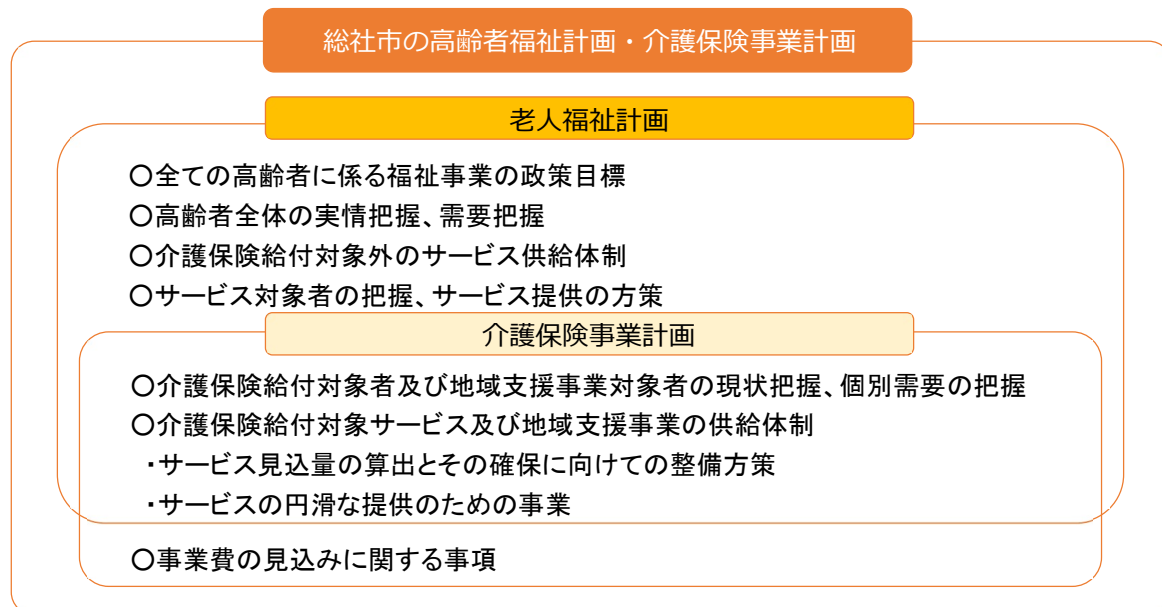
このような状況のなか、高齢になっても可能な限り住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくとともに、「地域包括ケアシステム」を支える介護人材の確保や業務の効率化などにも取り組んでいく必要があります。

これらの社会や地域の状況を踏まえ、「総社市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画（以下、「本計画」または「第9期計画」という。）は、本市の実情に応じた地域包括ケアシステムをさらに深化・推進していくための指針とする趣旨として策定します。

(2) 計画の位置づけ

老人福祉法第20条の8第1項に基づき策定する「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第116条第1項による国の基本指針に沿って、介護保険法第117条第1項の規定に基づき策定する「市町村介護保険事業計画」の二つの計画を、老人福祉法第20条の8第7項及び介護保険法第117条第6項の規定に基づき、一体的に策定するものとなります。

〔図表 1-1-1: 老人福祉計画と介護保険事業計画の関係〕



(3) 他計画との整合性

国の定める基本指針、「岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」と整合を図ります。

「第9次岡山県保健医療計画」との整合を図り、医療病床の機能分化・連携に伴い生じる、介護サービスの追加的需要を見込みます。

上位計画である「総社市総合計画」及び「総社市地域福祉計画」、並びに関連計画である「健康そうじゃ 21」及び「総社市障がい福祉計画」等、各種計画と整合を図ります。

ただし、人口推計については、介護サービス利用者数や給付費の推計にも関係することから、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の独自推計とし、「総社市総合計画」の人口推計値と異なる数値を使用します。

(4) 全国屈指福祉文化先駆都市（第2次総社市総合計画の将来都市像）を目指す取り組み

第2次総社市総合計画の最重要課題である福祉文化先駆都市を実現するため、平成27年12月3日に全国屈指福祉会議を設置し、毎年、「福祉王国プログラム」を策定しています。本計画においても、「福祉王国プログラム」との整合を図り、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組めます。

(5) 計画の見直しにおける基本的な考え方について

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和5年7月31日）より

①介護サービス基盤の計画的な整備

(ア)地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・第9期計画においては、中長期的な人口動態等を踏まえたサービス需要の見込みや生産年齢人口の動向を踏まえ、介護サービス基盤の整備を進めることが重要となります。
- ・具体的には、「医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加」に対しては、医療・介護を効率的かつ効果的に提供できるよう施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランス良く組み合わせて確保するなど、医療・介護の連携強化が重要といえます。また、「中長期的なサービス需要の見込みを踏まえた介護サービス基盤整備」を行うためには、サービス提供事業者を含め、地域の関係者とサービス提供体制の構築方針を共有し、地域の実情に応じたサービス基盤の整備の在り方を議論することが重要です。この際、必要に応じて、周辺保険者のサービス需要を踏まえ都道府県等とも連携して広域的な整備を進めることが必要となります。

(イ)在宅サービスの充実

- ・単身・独居や高齢者のみの世帯の増加、介護ニーズが急増する大都市部の状況等を踏まえ、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要となります。その際、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護を普及することで対応を進めることに加え、国において現在（2023年5月現在）、例えば、大都市部における居宅要介護者のさまざまな介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供する複合型サービスの類型などを設けること、訪問リハビリテーション等介護老人保健施設による在宅療養支援の充実等も検討が進められています。

②地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み

(ア)地域共生社会の実現

- ・第9期計画期間中に2025年を迎え、さらに2040年を展望するに当たっては、地域包括ケアシステムのさらなる深化並びに地域共生社会への発展につなげる効果的な施策の展開を進めることが重要です。その際、各保険者（市町村）は地域包括支援センターと一体となって地域課題の把握やその対応策の検討等を行うことが重要となります。
- ・また、地域住民をはじめとする多様な主体による地域づくりや日常生活の自立に向けた支援、介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるよう、総合事業の充実化を推進することが重要です。

(イ)デジタル技術を活用した介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備

- ・国において、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）のクラウド間連携を実現し、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームの構築が進められています。

(ウ)保険者機能の強化

- ・介護給付費の地域差改善と給付適正化については一体的に進めていくことが重要となります。給付適正化の取り組みを推進する観点では、介護給付適正化主要5事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取り組みを含めた事業の重点化・内容の充実・見える化の手法が国・都道府県において議論されています。
- ・第8期計画策定時に調整交付金の見直しに際して導入された、保険者に一定の取り組みを求める措置について、自治体によって地域資源や体制等、地域の実情が異なることや本来の調整交付金の調整機能に留意しつつ、引き続き一定の取り組みを行う必要があります。

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

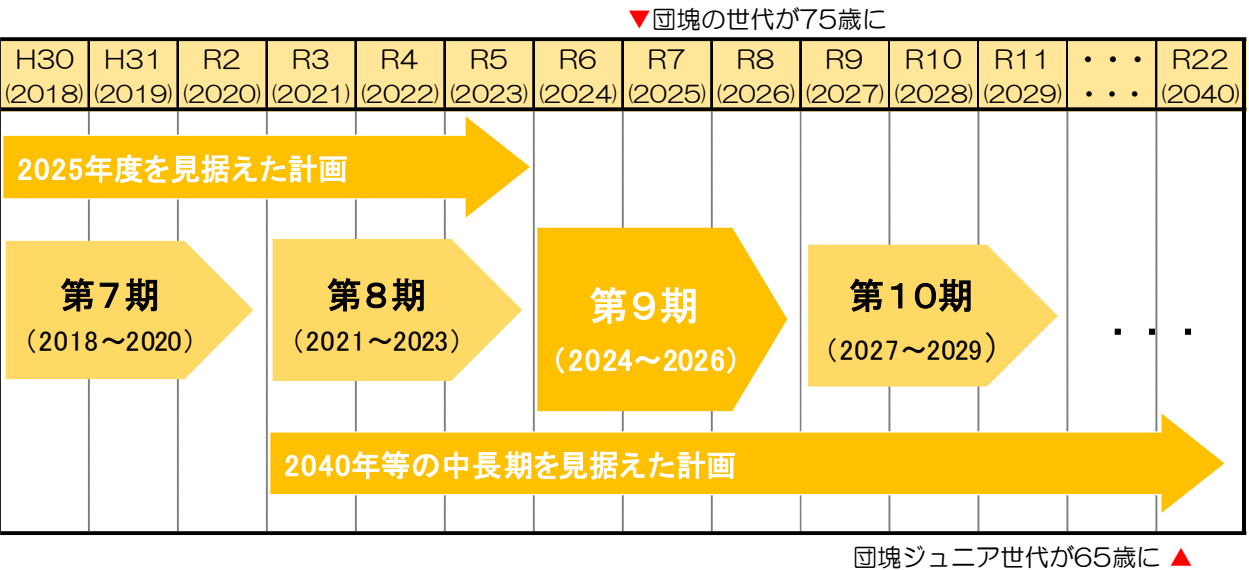
今後、高齢化のさらなる進展、現役世代の急速な減少が生じるなか、介護人材を安定的に確保・維持していくことが求められています。介護人材確保のため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受け入れ環境整備などの取り組みを総合的に実施していくことが必要となります。また、都道府県主導の下で介護職員の離職を防止するための支援や、生産性向上に資する支援・施策等を総合的に推進し、介護の経営の協働化・大規模化による、人材や資源を有効に活用していくことが重要となります。

2. 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3カ年とします。

本計画は、いわゆる団塊の世代が後期高齢者に到達する令和7（2025）年をむかえることを踏まえるとともに、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えた計画とし、中長期的な視野に立った施策の展開を図ります

〔図表 1-2-1:計画の期間〕



3. 計画の策定体制と市民参画

(1) アンケート調査の実施

計画策定に当たり、今後の高齢者福祉サービスや健康づくりの方策を検討するために、日頃の生活や介護の状況、サービスの利用意向などの実態を把握することを目的として「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施しました。

また、これまでの“地域包括ケアシステムの構築”という観点に加え、“介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要”といった観点も盛り込むため、“高齢者等の適切な在宅生活の継続”と“家族等介護者の就労継続”の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として「在宅介護実態調査」を実施しました。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査			
対象者	令和4年10月31日現在、65歳以上の人から無作為抽出した8,000人		
実施期間	令和4年12月8日（木）～令和4年12月28日（水）		
実施方法	郵送配布、郵送回収		
配布数	8,000件	有効回答数	5,705件
回収数	6,027件	有効回答率	71.3%

在宅介護実態調査	
対象者	在宅で生活している要支援・要介護者のうち「要支援・要介護認定の更新申請・区分変更申請」を行い、対象期間中に認定調査を受けた人
実施期間	令和4年7月1日（金）～令和5年5月23日（火）
実施方法	訪問聞き取り調査法
有効回答数	348件

介護人材実態調査			
対象	市内の施設・居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービス事業所		
実施期間	令和5年6月20日（火）～令和5年7月21日（金）		
実施方法	メール配布、メール回収		
配布数	94件		
有効回答数	72件	有効回答率	76.6%

(2) 計画素案の公表、住民からの意見募集

令和6年 月 日から 月 日までの期間に計画素案をホームページ等へ掲載し、住民からの意見募集（パブリックコメント）を行いました。

(3) 総社市介護保険運営協議会での検討

計画策定において、被保険者をはじめとする住民各層の意見を反映させるため、「総社市介護保険運営協議会」に諮りました。この会議には、保健・医療・福祉の関係者のほか、学識経験者、公募による被保険者代表などが委員（委員名簿は資料編参照）として参画し、さまざまな見地から本計画について議論されました。

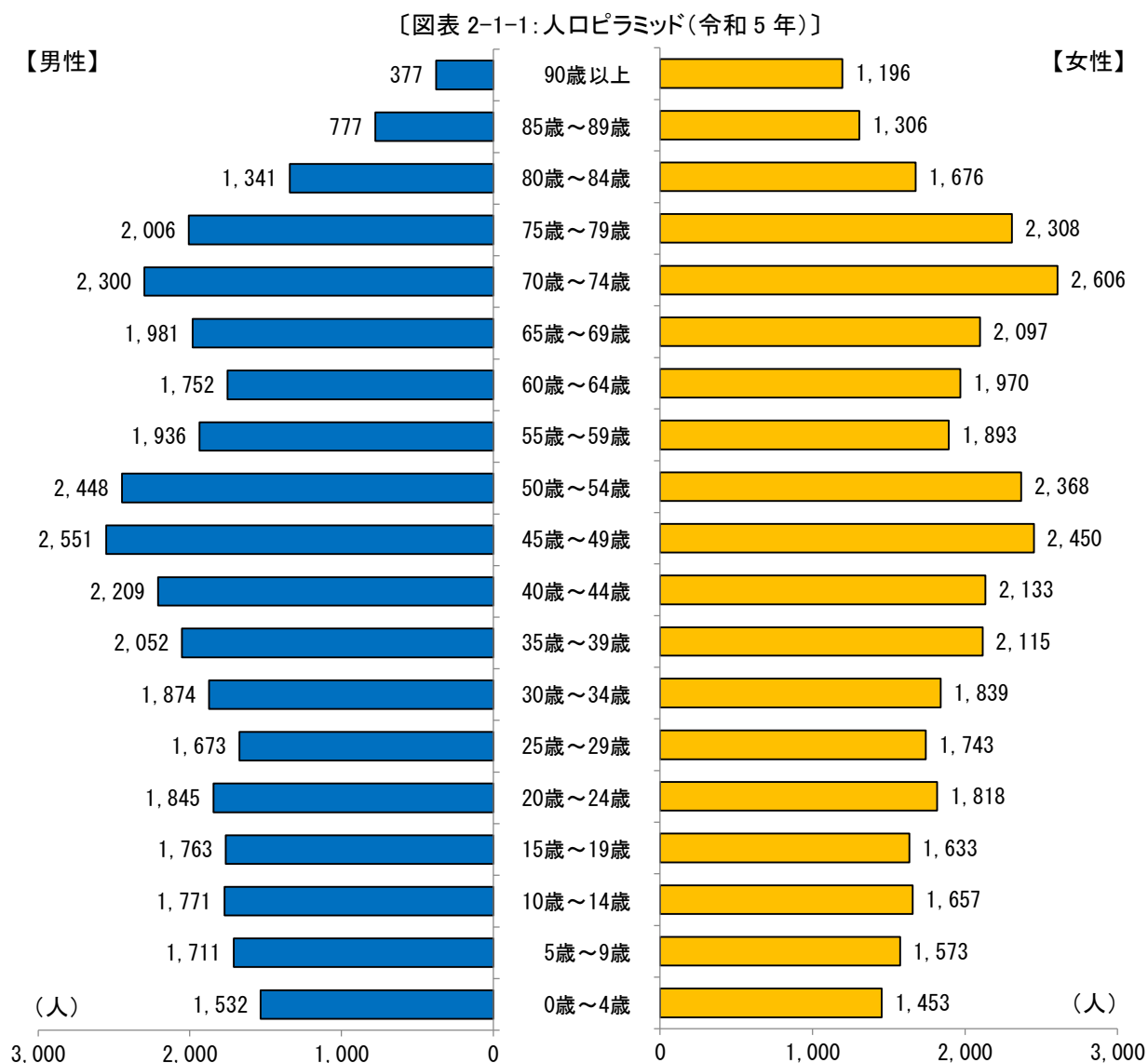
第2章 高齢者をめぐる総社市の現状

1. 高齢者の現状

(1) 高齢者数と高齢化率

①現在の人口

令和5年（2023年）9月末の人口は、男性 33,899 人、女性 35,834 人、総人口 69,733 人となっています。5歳ごとの分布をみると、男性は45～49歳、50～54歳、70～74歳の順で多く、女性は70～74歳、45～49歳、50～54歳の順で多くなっています。高齢者数は19,971人で男性（8,782人）より女性（11,189人）が多くなっています。



〔図表 2-1-2: 人口ピラミッド(令和5年)〕 単位: 人

	40歳未満	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計
男性	14,221	10,896	4,281	4,501	33,899
女性	13,831	10,814	4,703	6,486	35,834
総人口	28,052	21,710	8,984	10,987	69,733

※資料：住民基本台帳 令和5年（2023年）9月末日現在

②人口の推移

(ア)人口構成の推移

人口の推移をみると、総人口は令和4年（2022年）に減少するものの、増加傾向で推移し、令和5年（2023年）では69,733人と、平成30年（2018年）の69,041人から5年間で692人増加しています。

また、高齢者数（65歳以上）も増加傾向にあり、令和5年（2023年）では19,971人と、平成30年（2018年）の19,152人から819人増加しています。

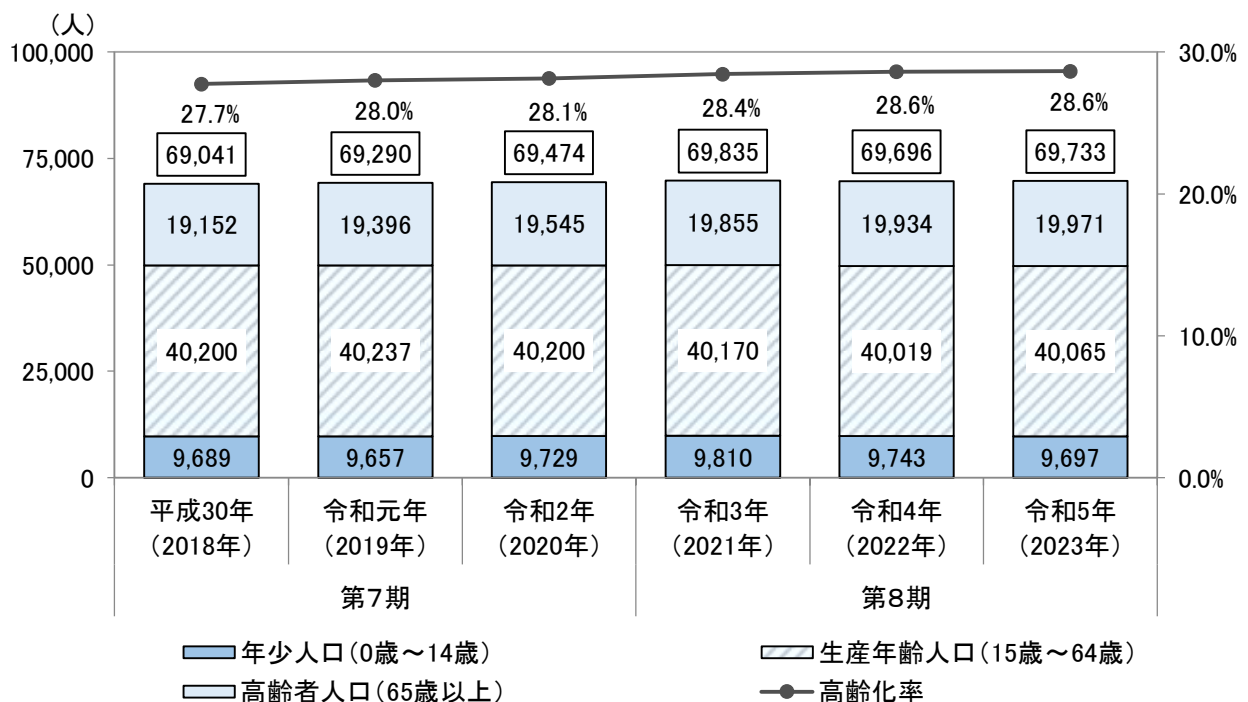
高齢者数の増加により高齢化率も上昇傾向で、令和5年（2023年）では28.6%となっており、総人口に占める75歳以上の割合は15.8%となっています。

〔図表 2-1-3: 人口の推移〕

単位: 人

区分	第7期			第8期		
	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
総人口	69,041	69,290	69,474	69,835	69,696	69,733
年少人口(0歳～14歳)	9,689	9,657	9,729	9,810	9,743	9,697
生産年齢人口(15歳～64歳)	40,200	40,237	40,200	40,170	40,019	40,065
40歳～64歳	21,331	21,431	21,564	21,479	21,612	21,710
高齢者人口(65歳以上)	19,152	19,396	19,545	19,855	19,934	19,971
65歳～74歳(前期高齢者)	9,739	9,685	9,724	9,870	9,430	8,984
75歳以上(後期高齢者)	9,413	9,711	9,821	9,985	10,504	10,987
高齢化率	27.7%	28.0%	28.1%	28.4%	28.6%	28.6%
総人口に占める75歳以上の割合	13.6%	14.0%	14.1%	14.3%	15.1%	15.8%

〔図表 2-1-4: 人口の推移〕



※資料：住民基本台帳 各年9月末日現在

(イ)高齢者数の推移

高齢者数の推移をみると、前期高齢者（65歳～74歳）は増減を繰り返しており、後期高齢者（75歳以上）は年々増加しています。令和5年（2023年）では前期高齢者が8,984人、後期高齢者が10,987人となっています。後期高齢者は平成30年（2018年）の9,413人から1,574人増加しています。

高齢者数に占める前期高齢者の割合は下降傾向、後期高齢者の割合は上昇傾向で推移しており、令和5年（2023年）では前期高齢者が45.0%、後期高齢者が55.0%となっています。

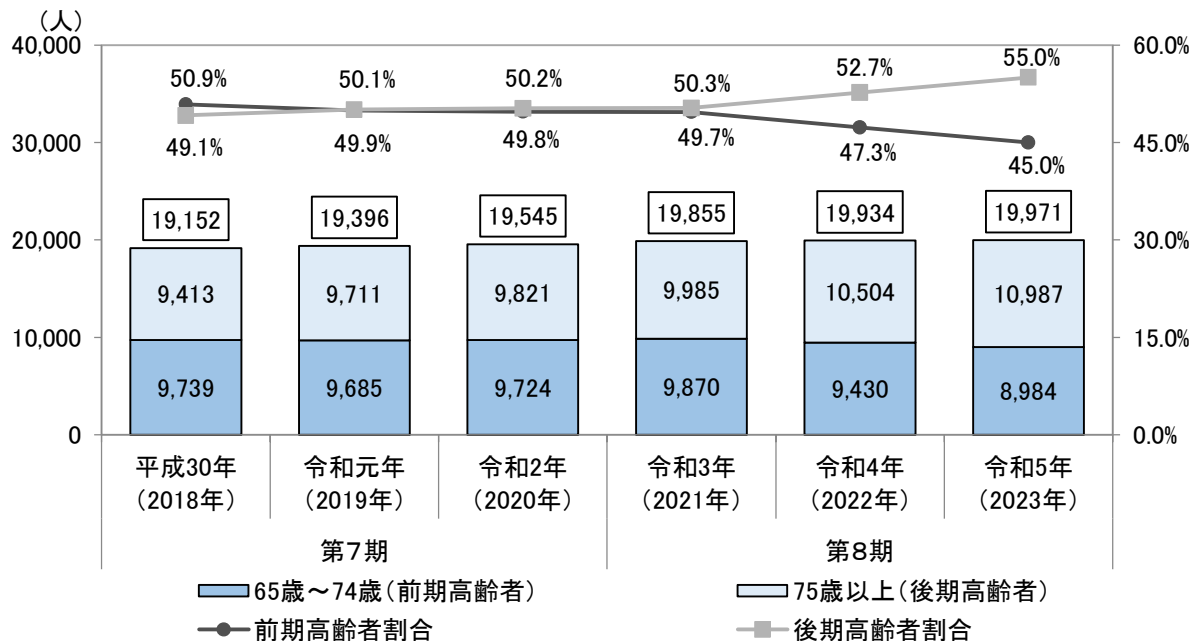
第8期計画における推計値と比べると、おおむね計画どおりの推移となっています。

〔図表 2-1-5: 高齢者数・前期高齢者・後期高齢者数の推移〕

単位: 人

区分	第7期			第8期		
	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
高齢者人口(65歳以上)	19,152	19,396	19,545	19,855	19,934	19,971
65歳～74歳(前期高齢者)	9,739	9,685	9,724	9,870	9,430	8,984
75歳以上(後期高齢者)	9,413	9,711	9,821	9,985	10,504	10,987
高齢者人口に占める前期高齢者割合	50.9%	49.9%	49.8%	49.7%	47.3%	45.0%
高齢者人口に占める後期高齢者割合	49.1%	50.1%	50.2%	50.3%	52.7%	55.0%

〔図表 2-1-6: 高齢者数・前期高齢者・後期高齢者数の推移〕



〔図表 2-1-7: 高齢者数・前期高齢者・後期高齢者数の計画対比〕

単位: 人

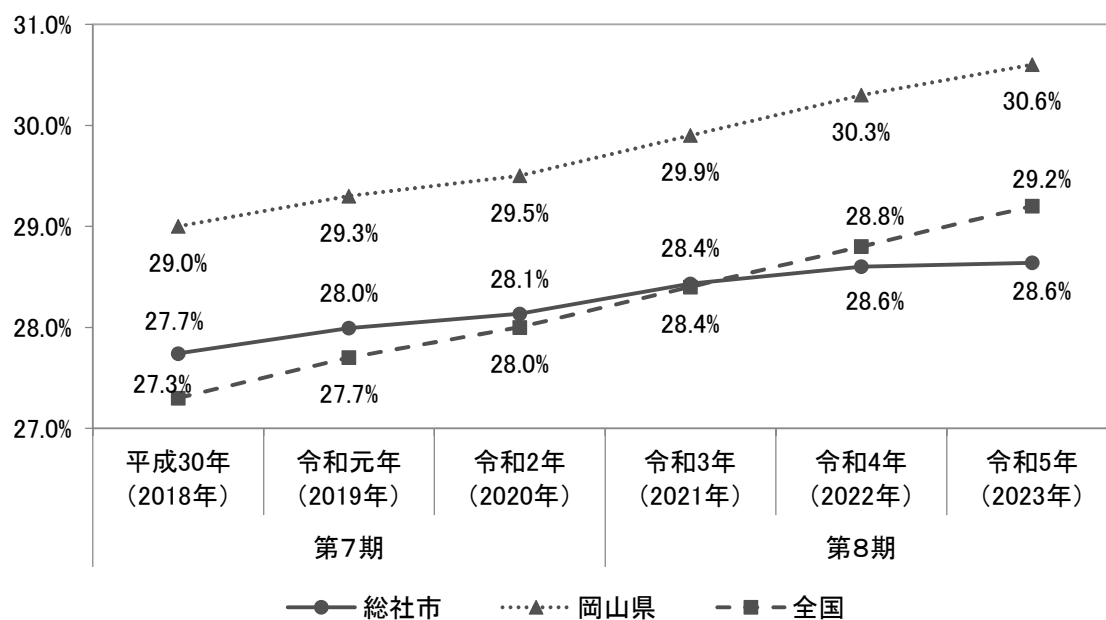
区分	令和3年 (2021年)		令和4年 (2022年)		令和5年 (2023年)	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
総人口	69,767	69,835	70,037	69,696	70,282	69,733
高齢者人口(65歳以上)	19,784	19,855	19,897	19,934	19,995	19,971
65歳～74歳(前期高齢者)	9,859	9,870	9,455	9,430	9,008	8,984
75歳以上(後期高齢者)	9,925	9,985	10,442	10,504	10,987	10,987
高齢者人口に占める前期高齢者割合	49.8%	49.7%	47.5%	47.3%	45.1%	45.0%
高齢者人口に占める後期高齢者割合	50.2%	50.3%	52.5%	52.7%	54.9%	55.0%

※資料: 住民基本台帳 各年9月末日現在

(ウ)高齢化率の比較

本市の高齢化率は、岡山県よりは低く、全国とは令和 3 年（2021 年）を境に入れ替わり、令和 4 年（2022 年）以降は本市が全国より低くなっています。

〔図表 2-1-8: 高齢化率/全国・岡山県との比較〕



※資料：市は住民基本台帳 各年 9 月末日現在

岡山県、全国は総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

(2) 将来推計人口

①人口構成の推計

将来人口の推計をみると、総人口は令和8年（2026年）まで増加し、その後は減少する見込みとなっています。令和8年（2026年）では69,890人と、令和5年（2023年）の69,733人から157人増加する見込みとなっています。その後、令和12年（2030年）で69,875人、令和22年（2040年）で68,729人と減少していく見込みとなっています。

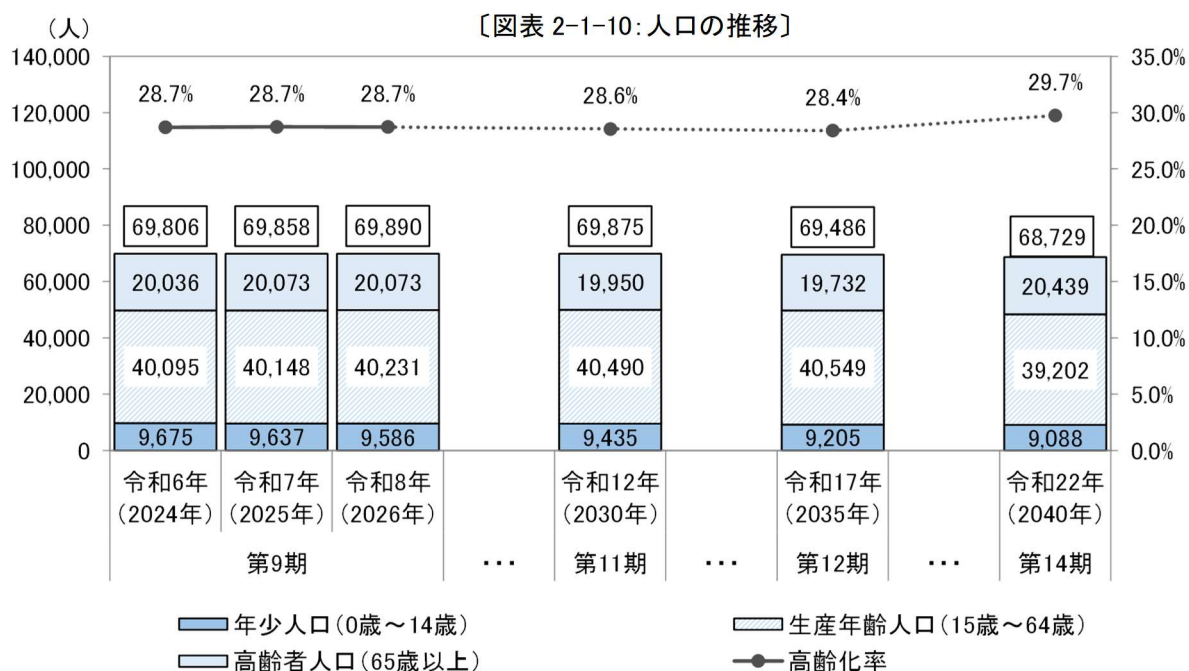
高齢者数も同様に令和8年（2026年）まで増加し、その後令和17年（2035年）まで減少する見込みであるものの、令和22年（2040年）にかけて増加する見込みとなっています。内訳をみると、前期高齢者は令和17年（2035年）まで減少、後期高齢者は令和12年（2030年）まで増加する見込みとなっています。

高齢化率は令和17年（2035年）まで横ばいの見込みで、高齢者数の増加に伴い令和22年（2040年）には上昇し29.7%となる見込みとなっています。

また、総人口に占める75歳以上の割合は、令和8年（2026年）は17.4%、令和22年（2040年）では16.8%となる見込みとなっています。

〔図表 2-1-9: 人口の推移〕

区分	第9期			第11期	第12期	第14期
	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)
総人口	69,806	69,858	69,890	69,875	69,486	68,729
年少人口(0歳～14歳)	9,675	9,637	9,586	9,435	9,205	9,088
生産年齢人口(15歳～64歳)	40,095	40,148	40,231	40,490	40,549	39,202
40歳～64歳	21,885	22,004	22,163	22,732	22,850	21,814
高齢者人口(65歳以上)	20,036	20,073	20,073	19,950	19,732	20,439
65歳～74歳(前期高齢者)	8,512	8,173	7,886	7,523	7,470	8,891
75歳以上(後期高齢者)	11,524	11,900	12,187	12,427	12,262	11,548
高齢化率	28.7%	28.7%	28.7%	28.6%	28.4%	29.7%
総人口に占める75歳以上の割合	16.5%	17.0%	17.4%	17.8%	17.6%	16.8%



※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計。

※「コーホート変化率法」は、同年に出生した集団（コーホート）の過去における実績人口の変化率に基づき将来人口を推計する方法。

②高齢者数の推計

高齢者数に占める前期高齢者と後期高齢者の割合は、後期高齢者の割合が高い見込みとなっています。

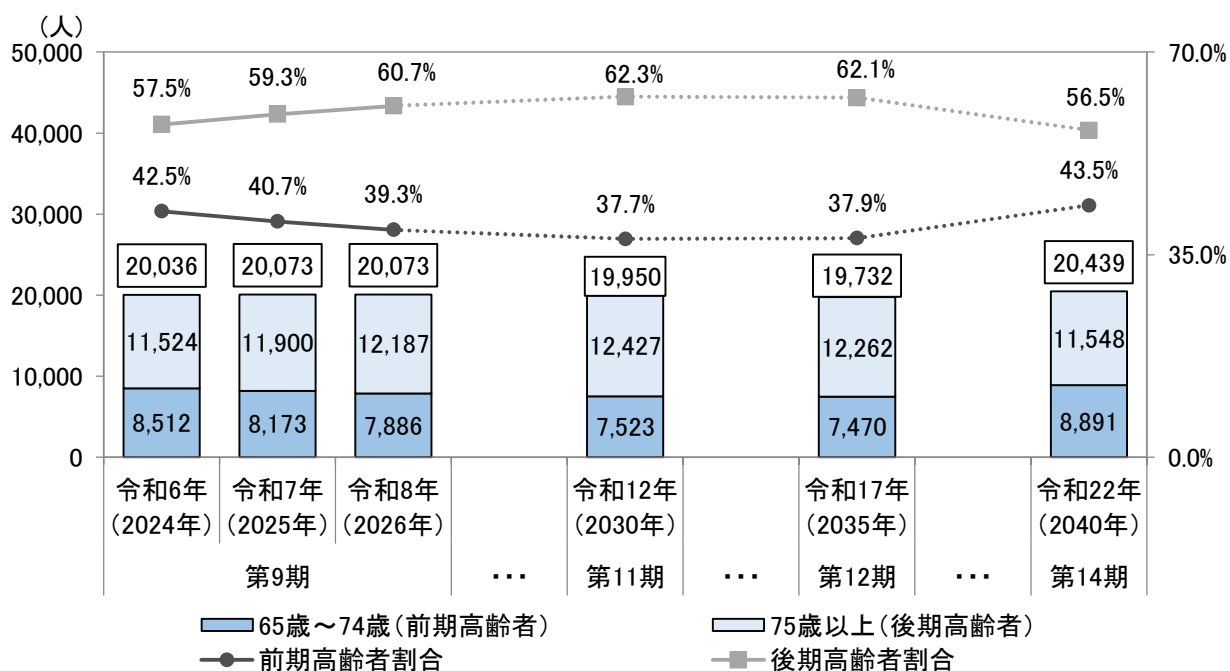
また、それぞれの世代における人数のピークは、第1号被保険者が令和32年（2050年）で21,023人、後期高齢者が令和13年（2031年）で12,513人、85歳以上が令和18年（2036年）で5,498人の見込みとなっています。

〔図表 2-1-11: 人口の推移〕

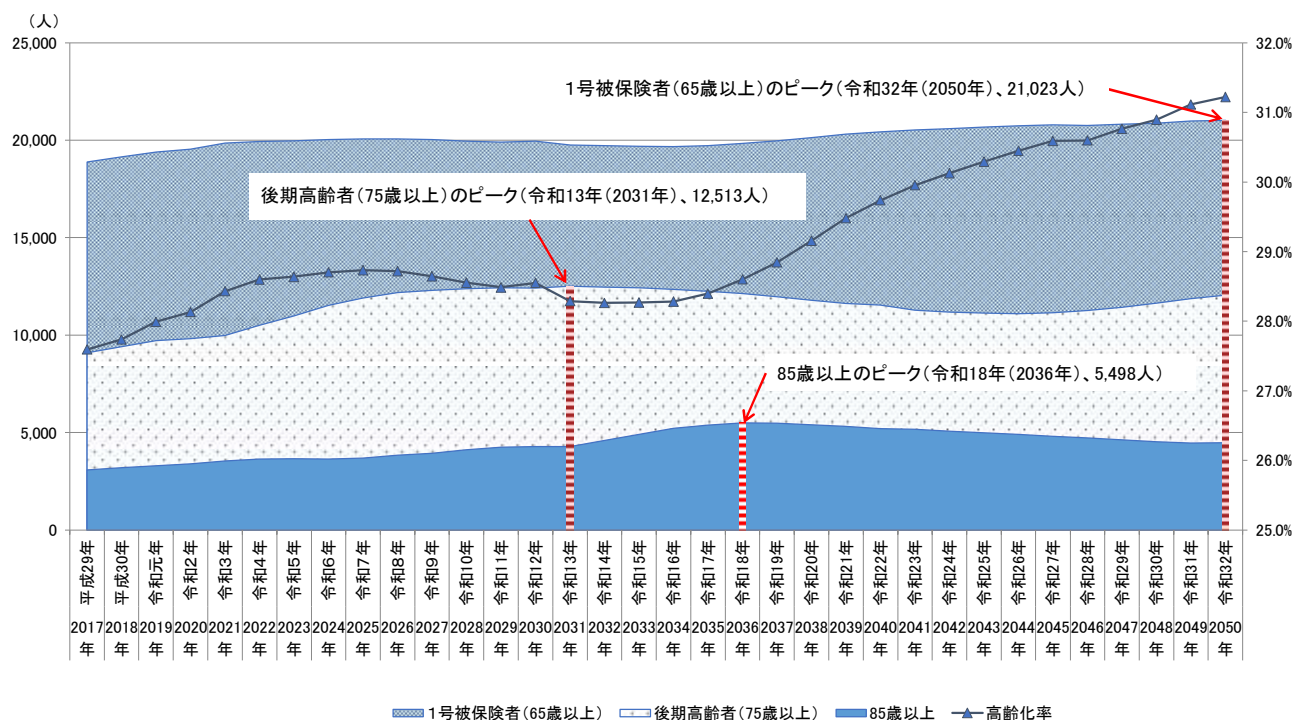
区分	第9期			第11期	第12期	第14期
	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)
高齢者人口(65歳以上)	20,036	20,073	20,073	19,950	19,732	20,439
65歳～74歳(前期高齢者)	8,512	8,173	7,886	7,523	7,470	8,891
75歳以上(後期高齢者)	11,524	11,900	12,187	12,427	12,262	11,548
前期高齢者割合	42.5%	40.7%	39.3%	37.7%	37.9%	43.5%
後期高齢者割合	57.5%	59.3%	60.7%	62.3%	62.1%	56.5%

単位:人

〔図表 2-1-12: 高齢者数の推計〕



〔図表 2-1-13: 高齢者数の推計〕



※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計

(3) 世帯数の推移

世帯数の推移をみると、一般世帯数は増加傾向にあり、令和2年（2020年）では27,066世帯と、平成27年（2015年）の24,821世帯から2,245世帯増加しています。

高齢者を含む世帯も増加傾向にあり、令和2年（2020年）では11,914世帯と、平成27年（2015年）の11,241世帯から673世帯増加しています。令和2年（2020年）では高齢独居世帯は2,563世帯、高齢夫婦世帯は3,145世帯となっています。

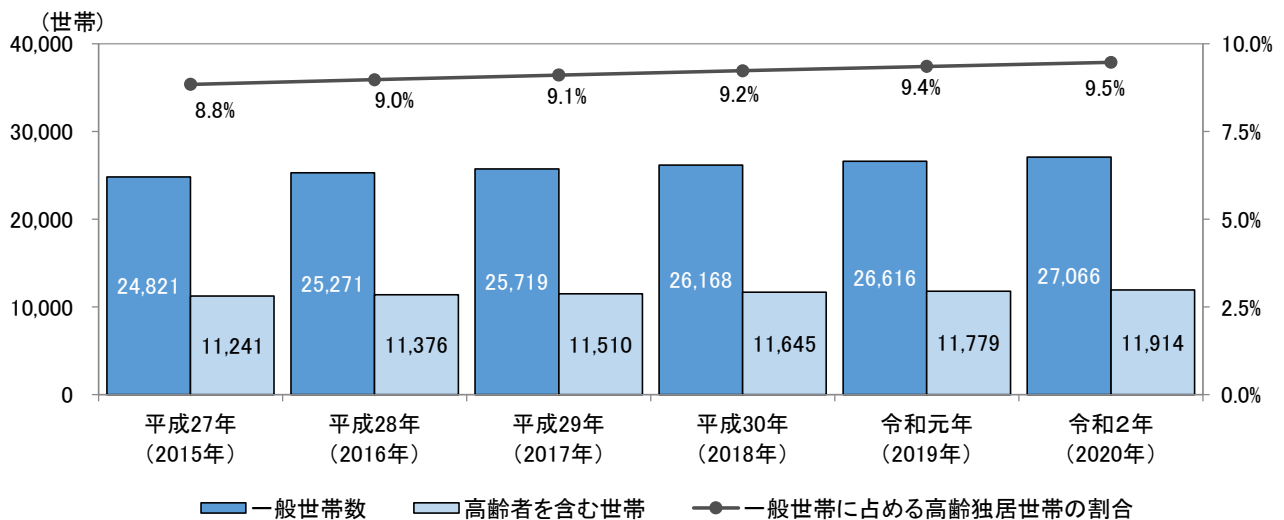
一般世帯に占める高齢独居世帯の割合も年々上昇し、令和2年（2020年）では9.5%となっています。

〔図表 2-1-14: 一般世帯数・家族類型別高齢者がいる世帯数〕

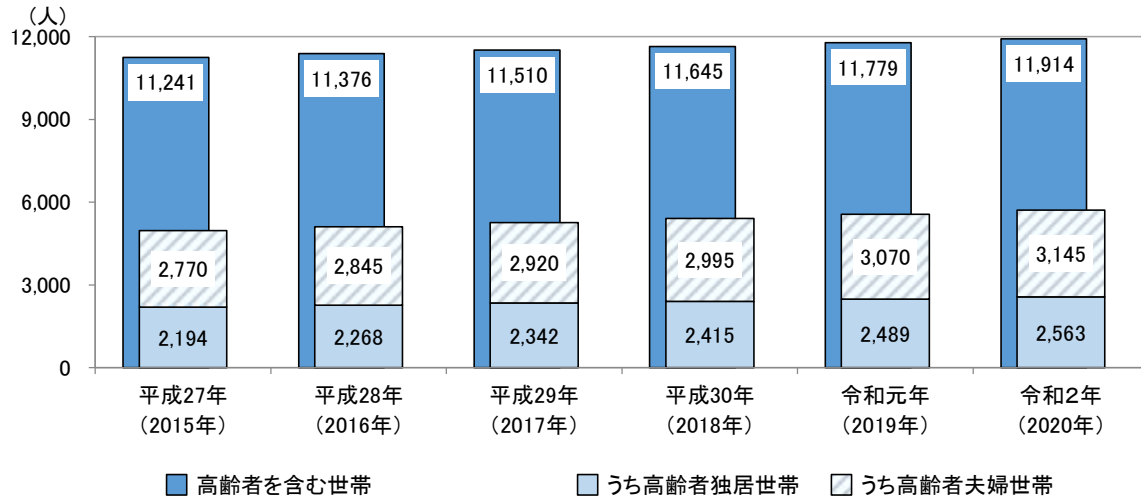
単位: 世帯

	平成27年 (2015年)	平成28年 (2016年)	平成29年 (2017年)	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)
一般世帯数	24,821	25,271	25,719	26,168	26,616	27,066
高齢者を含む世帯	11,241	11,376	11,510	11,645	11,779	11,914
高齢者のみ世帯	4,964	5,113	5,262	5,410	5,559	5,708
高齢独居世帯	2,194	2,268	2,342	2,415	2,489	2,563
高齢夫婦世帯	2,770	2,845	2,920	2,995	3,070	3,145
一般世帯に占める高齢独居世帯の割合	8.8%	9.0%	9.1%	9.2%	9.4%	9.5%

〔図表 2-1-15: 一般世帯数・家族類型別高齢者がいる世帯数〕



〔図表 2-1-16:高齢者世帯の内訳〕



※資料：総務省「国勢調査」ただし、国勢調査は5年ごとの指標値のみが公表されているため、それ以外の年度については各指標値を直線で結んだ際に算出される値となっている。

※一般世帯数は、世帯総数から学校の寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所などの入院者、社会施設の入所者、矯正施設の入所者等から成る施設等の世帯を除いた世帯数。

※高齢者を含む世帯数は、一般世帯のうち、65歳以上の世帯員が1人以上いる世帯数。

※高齢者独居世帯数は、高齢者を含む世帯のうち、世帯員が65歳以上の高齢者1名のみの世帯数。

※高齢夫婦世帯数は、世帯員が夫婦のみの世帯のうち、夫及び妻の年齢が65歳以上の世帯数。

(4) 就労

高齢者の労働力人口※の推移をみると、令和 2 年（2020 年）は 4,896 人、労働力率※は 26.5%であり、年々上昇しています。

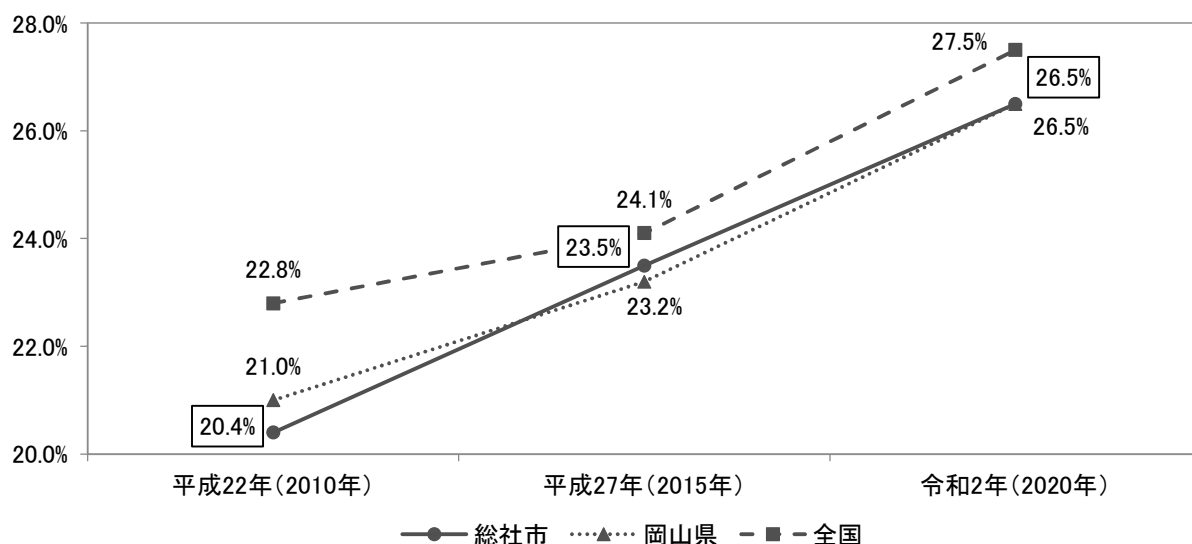
令和 2 年（2020 年）の労働力率は、全国より低く、岡山県と同じ値となっています。

〔図表 2-1-17:労働力人口・労働力率〕

単位:人

	平成22年(2010年)	平成27年(2015年)	令和2年(2020年)
高齢者人口	15,536	18,175	19,408
高齢者の労働力人口(労働力率)	3,153 20.4%	4,230 23.5%	4,896 26.5%
岡山県労働力率	21.0%	23.2%	26.5%
全国労働力率	22.8%	24.1%	27.5%

〔図表 2-1-18:労働力/全国・岡山県との比較〕



※資料：総務省「国勢調査」

※労働力人口とは、15歳以上で、就業している者、失業しているが就業が可能であり積極的に仕事を探している者を合わせた人口

※労働力率とは、人口（労働力状態の不詳を除く）に占める労働力人口割合

2. 要支援・要介護認定者の状況

(1) 要支援・要介護認定者の推移

① 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数の推移をみると、平成30年（2018年）の3,583人から令和5年（2023年）の3,916人にかけて333人増加しています。

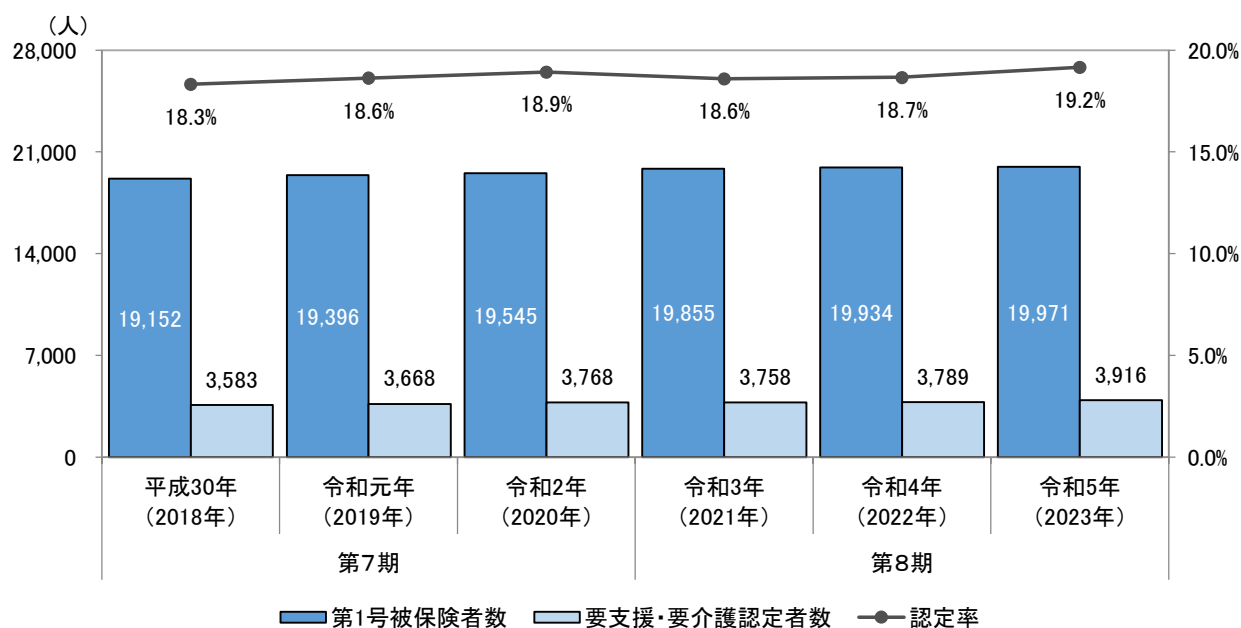
認定率は令和5年（2023年）で19.2%となっています。

〔図表 2-2-1: 要支援・要介護認定者数の推移〕

単位: 人

区分	第7期			第8期		
	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
第1号被保険者数	19,152	19,396	19,545	19,855	19,934	19,971
要支援・要介護認定者数	3,583	3,668	3,768	3,758	3,789	3,916
第1号被保険者	3,509	3,613	3,700	3,692	3,721	3,826
第2号被保険者	74	55	68	66	68	90
認定率	18.3%	18.6%	18.9%	18.6%	18.7%	19.2%

〔図表 2-2-2: 要支援・要介護認定者数の推移〕



※資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより） 各年9月末日現在
「第1号被保険者数」は、住民基本台帳 各年9月末日現在
「認定率」は、第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した数。

②要支援・要介護認定者の内訳の推移

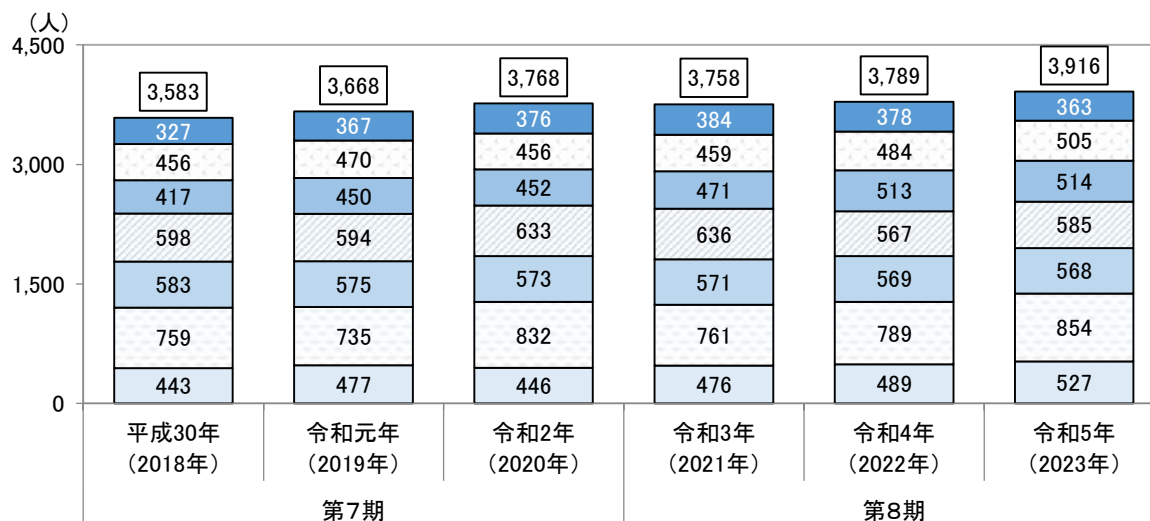
要支援・要介護認定者の内訳の推移をみると、ほとんどの介護度で平成30年（2018年）から令和5年（2023年）にかけて増減を繰り返していますが、要介護1については、平成30年（2018年）から令和5年（2023年）にかけて減少しており、要介護3については増加しています。

〔図表 2-2-3: 要支援・要介護度別認定者数の推移〕

単位: 人

区分	第7期			第8期		
	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
要支援・要介護認定者数	3,583	3,668	3,768	3,758	3,789	3,916
要支援1	443	477	446	476	489	527
要支援2	759	735	832	761	789	854
要介護1	583	575	573	571	569	568
要介護2	598	594	633	636	567	585
要介護3	417	450	452	471	513	514
要介護4	456	470	456	459	484	505
要介護5	327	367	376	384	378	363

〔図表 2-2-4: 要支援・要介護度別認定者数の推移〕



□ 要支援1 □ 要支援2 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5

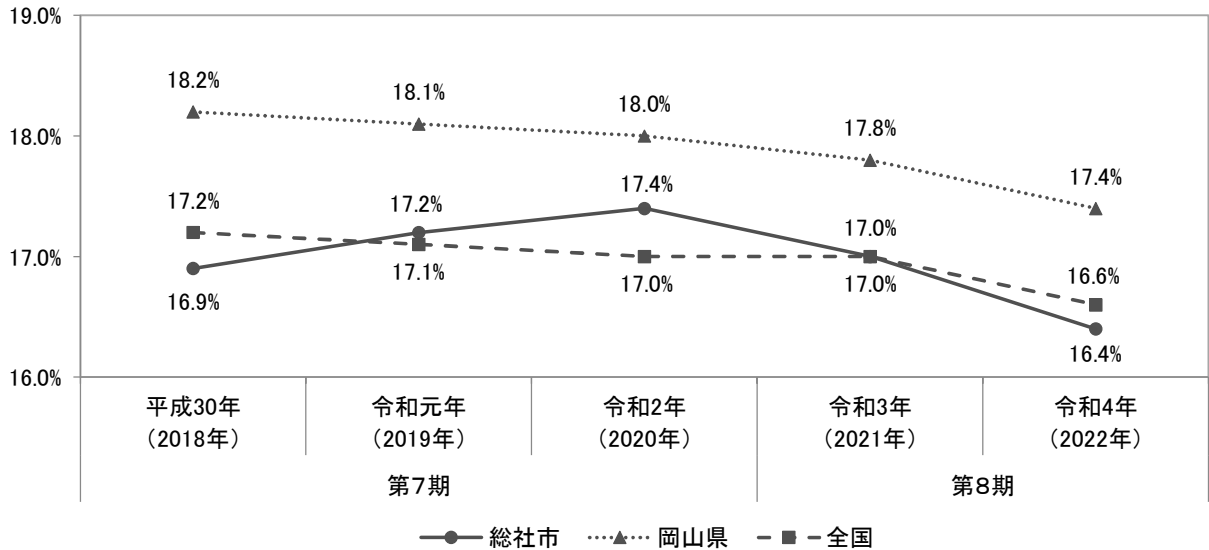
※資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより） 各年9月末日現在

③調整済み認定率の比較

本市の調整済み認定率は、令和 2 年（2020 年）まで上昇し、その後低下しています。全ての年で岡山県より低い水準で推移しており、全国とは上下を繰り返し、令和 4 年（2022 年）では全国より低い水準となっています。

また、県内 27 市町村中、6 番目の低さとなっています。

〔図表 2-2-5: 調整済み認定率/全国・岡山県の推移〕



※資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和 3 年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

及び総務省「住民基本台帳人口・世帯数」 各年 3 月末日現在

※調整済み認定率：性・年齢構成の影響を除外した認定率。計算に用いる標準的な人口構造は平成 27 年 1 月 1 日時点の全国平均の構成

④要支援・要介護認定者数の推計

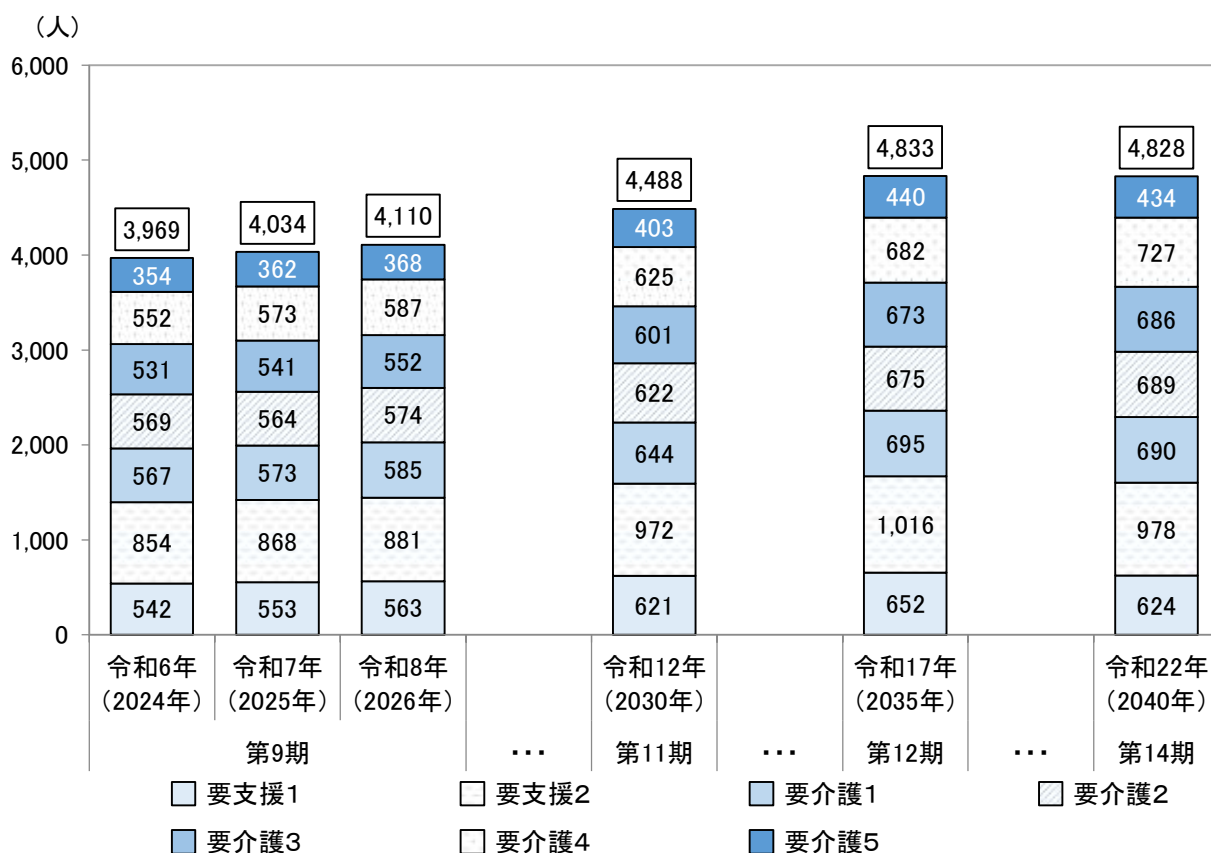
要支援・要介護認定者数の推計をみると、令和8年（2026年）では4,110人の見込みとなっており、要支援・要介護認定者数は今後も増加傾向の見込みとなっています。

〔図表 2-2-6: 要支援・要介護度別認定者数の推移〕

単位: 人

区分	第9期			第11期	第12期	第14期
	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)	令和22年 (2040年)
要支援・要介護認定者数	3,969	4,034	4,110	4,488	4,833	4,828
要支援1	542	553	563	621	652	624
要支援2	854	868	881	972	1,016	978
要介護1	567	573	585	644	695	690
要介護2	569	564	574	622	675	689
要介護3	531	541	552	601	673	686
要介護4	552	573	587	625	682	727
要介護5	354	362	368	403	440	434

〔図表 2-2-7: 要支援・要介護度別認定者数の推移〕



※資料：地域包括ケア「見える化」システムによる推計結果

※小数点以下を非表示にしているため、合計が合致しない場合あり

(2) 認知症高齢者数の推移

認知症高齢者数（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上）の推移をみると、平成30年度の2,044人から令和4年度の2,135人にかけて91人増加しています。

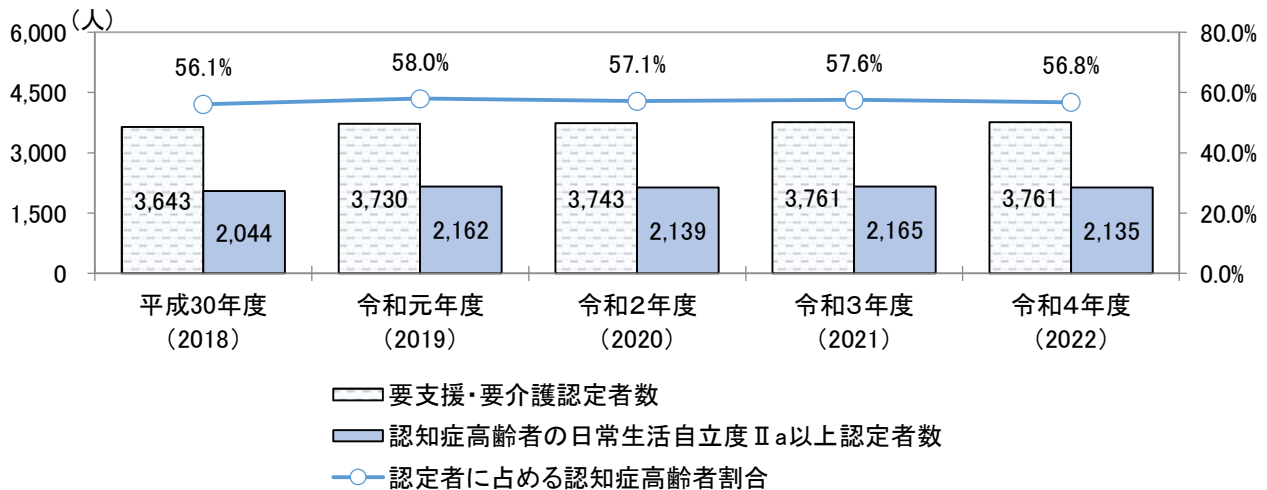
認定者に占める認知症高齢者割合は、令和4年度には56.8%を占めており、近年は横ばいとなっています。

〔図表 2-2-8: 認知症高齢者の推移〕

単位: 人

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)
要支援・要介護認定者数	3,643	3,730	3,743	3,761	3,761
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上認定者数	2,044	2,162	2,139	2,165	2,135
認定者に占める認知症高齢者割合	56.1%	58.0%	57.1%	57.6%	56.8%

〔図表 2-2-9: 認知症高齢者の推移〕



※各年度3月末現在

※要支援・要介護認定者数は第2号被保険者を含む。

※本指標の「認知症高齢者の日常生活自立度」は、認定調査時の認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度	
Ⅱa	家庭外でⅡ（日常生活に支障を来すような症状・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）の状態が見られる（道に迷うなど）
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる（1人で留守番ができないなど）
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする（着替え、排便排尿、食事が上手にできないなど）
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・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
M	著しい精神症状や問題行動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（遷延性意識障がい(重度の昏睡状態)等あり）

3. 介護保険サービス等の利用状況

(1) 計画値との対比

令和3（2021）年度、令和4（2022）年度の各サービスの第8期計画値と実績値との比較を行いました。サービスの合計の計画対比は、令和3年度は99.5%、令和4年度は99.3%とおおむね見込みどおりとなっています。

〔図表 2-3-1：介護保険サービスの利用状況〕

（単位：千円）

	令和3（2021）年度			令和4（2022）年度		
	計画値	実績値	対計画値	計画値	実績値	対計画値
居宅サービス給付費 （予防含む）	2,199,607	2,251,780	102.4%	2,281,968	2,270,579	99.5%
地域密着型サービス給付費 （予防含む）	1,049,364	1,087,732	103.7%	1,091,832	1,104,084	101.1%
施設サービス給付費 （予防含む）	1,917,692	1,778,572	92.7%	1,918,755	1,857,747	96.8%
居宅介護サービス計画 給付費（予防含む）	250,269	261,205	104.4%	259,714	272,152	104.8%
住宅改修費 （予防含む）	34,611	21,682	62.6%	34,611	26,548	76.7%
高額介護サービス費 （予防含む）	108,032	130,370	120.7%	109,319	130,442	119.3%
特定入所者サービス費 （予防含む）	119,814	120,463	100.5%	108,337	106,320	98.1%
審査支払手数料	6,760	6,504	96.2%	6,919	5,706	82.5%
合計	5,686,149	5,658,308	99.5%	5,811,455	5,773,578	99.3%

〔図表 2-3-2：地域支援事業の状況〕

（単位：千円）

	令和3（2021）年度			令和4（2022）年度		
	計画値	実績値	対計画値	計画値	実績値	対計画値
介護予防・日常生活総合 事業	149,510	129,707	86.8%	152,687	140,917	92.3%
包括的支援事業・任意事業	180,790	134,300	74.3%	181,823	134,318	73.9%
合計	330,300	264,007	79.9%	334,510	275,235	82.3%

※ 対計画値は実績値÷計画値で割合を算出（端数処理の関係で、率が一致しない場合あり）

4. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

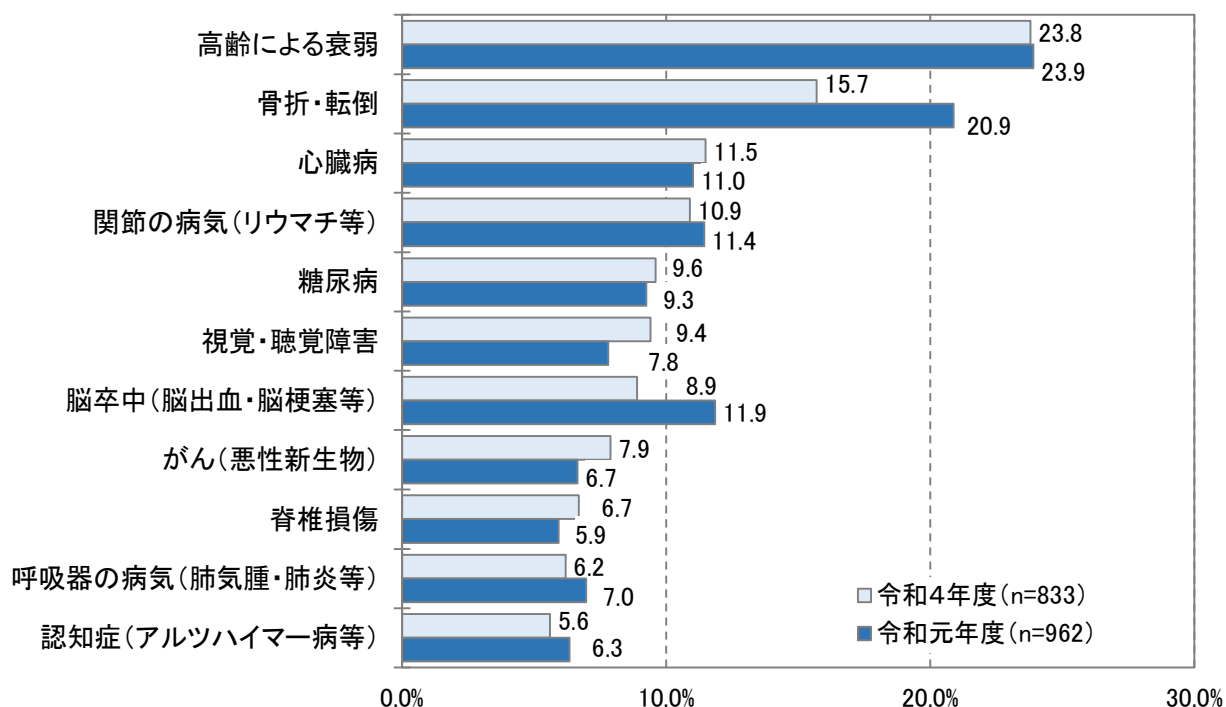
(1) 介護・介助の必要性

介護・介助が必要な方は、女性・後期高齢者に多くなっています。

介護・介助が必要になった原因は、「高齢による衰弱」が最も多いものの、「骨折・転倒」や、「心臓病」「糖尿病」等の生活習慣病も同様に多くなっています。日頃からの運動習慣を身につけることで「骨折・転倒」等を防ぐと同時に、食や睡眠、歯の健康等も含めた生活習慣全般を見直すことで、「心臓病」「糖尿病」をはじめとした生活習慣病にならないような意識づけが必要です。

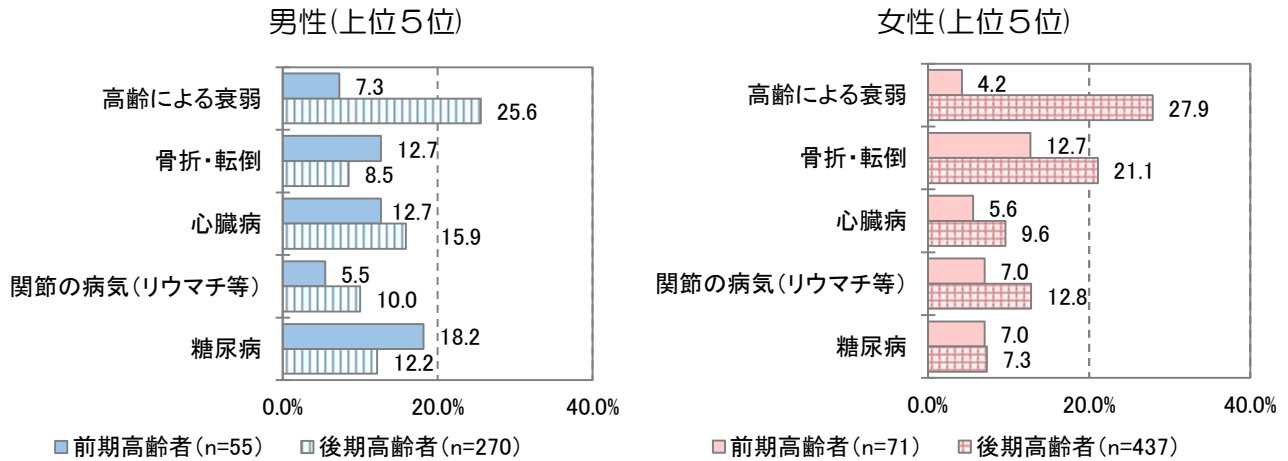
- 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要な方は、全体の 14.6%を占めており、そのうち、現在、何らかの介護を受けている方は 7.7%となっています。令和元年度と比較すると割合は減少しています。また、介護・介助が必要な方は男性より女性に多く、前期高齢者より後期高齢者に多くなっています。認定該当状況別にみると、一般高齢者の 8.1%に対し、要支援 1・2 では 71.4%を占めています。
- 介護・介助が必要になった主な原因は、高齢による衰弱、骨折・転倒の順で多くなっています。令和元年度と比較すると心臓病、糖尿病、視覚・聴覚障害、がん（悪性新生物）、脊椎損傷が微増し、骨折・転倒、脳卒中（脳出血・脳梗塞等）の割合は特に減少しています。

〔図表 2-4-1: 介護・介助が必要になった主な原因(上位 10 位)〕



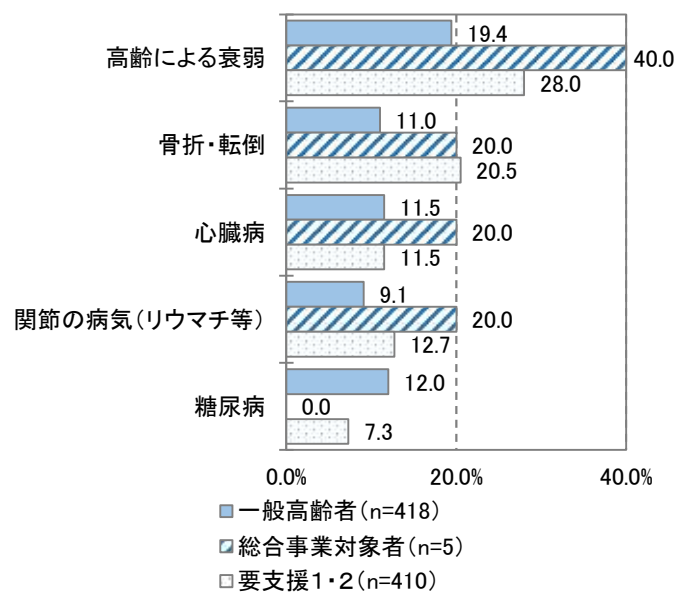
- 介護・介助が必要になった主な原因は、男性の後期高齢者では、高齢による衰弱や心臓病の割合が高く、女性の後期高齢者では、高齢による衰弱や骨折・転倒の割合が高くなっている。

〔図表 2-4-2: 介護・介助が必要になった主な要因〕〔図表 2-4-3: 介護・介助が必要になった主な要因〕



〔図表 2-4-4: 介護・介助が必要になった主な要因〕

認定該当状況別(上位5位)



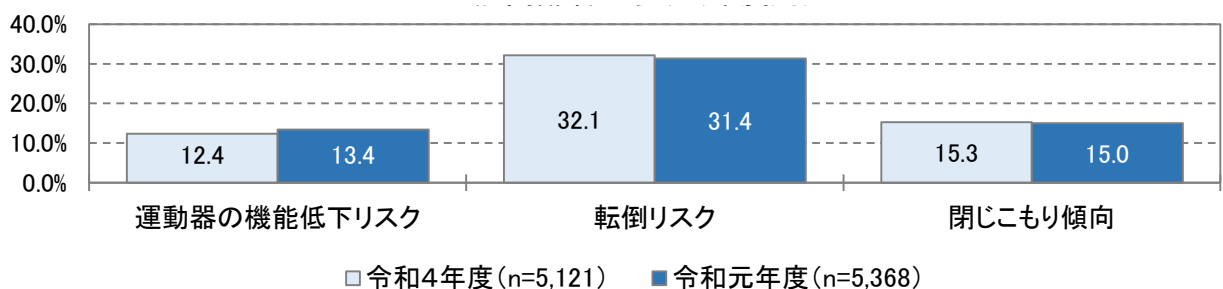
(2) からだを動かすことについて

運動器の機能低下リスク、転倒リスク、閉じこもりリスクの割合は、女性・後期高齢者に多くなっています。さらに、外出を控えている高齢者としても女性・後期高齢者が多く、外出を控えている理由である「足腰などの痛み」を解消できるように、年齢を重ねても無理なく継続できる運動等を積極的に周知していく必要があります。

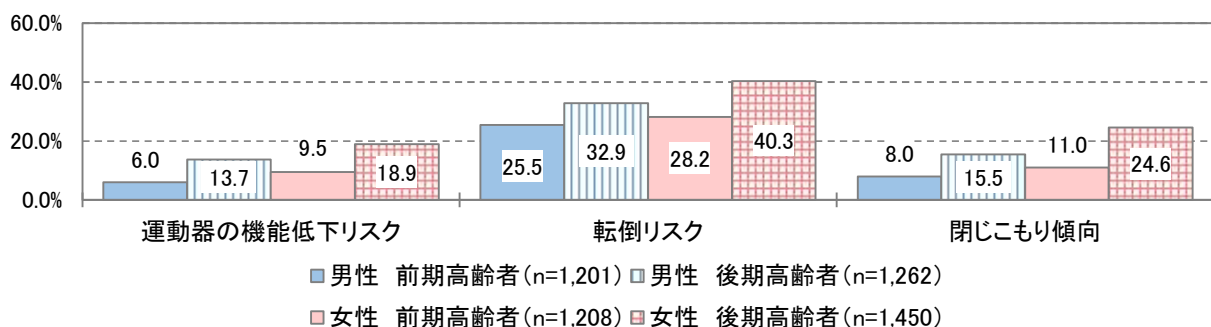
また、外出を控えている高齢者の約2割が外出する際の「交通手段がない」と回答していることから、高齢者がいつでも好きなタイミングで外出できる移動支援の体制を検討する必要があります。外出する際の移動手段として、電車やバス等の公共交通機関の割合が低い東部や西部では特に、「自動車（自分で運転）」や「徒歩」、「自転車」等の高齢者自身が動く（または運転する）手段に代わる移動手段も併せて検討する必要があります。それによって、高齢者自身が動く（または運転する）ことに困難を抱えてからも、住み慣れた地域でできる限り長く暮らしていくような支援が必要です。

- 運動器の機能低下リスクの該当者は、一般高齢者の 12.4%を占めており、女性の後期高齢者では 18.9%を占めています。
- 転倒リスクの該当者は、一般高齢者の 32.1%を占めており、令和元年度とほぼ横ばいです。
- 閉じこもりのリスク該当者は、一般高齢者の 15.3%を占めており、女性の後期高齢者では 24.6%を占めています。

〔図表：2-4-5：一般高齢者の状況(年度別)〕



〔図表：2-4-6：一般高齢者の状況(性別・年代別)〕



運動器の機能低下リスク判定方法

以下の設問に対して5問中3問以上該当する場合は、運動器の機能低下リスク該当	
段階を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	できない
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	できない
15分位続けて歩いていますか	できない
過去1年間に転んだ経験がありますか	何度もある/1度ある
転倒に対する不安は大きいですが	とても不安である/やや不安である

転倒リスク判定方法

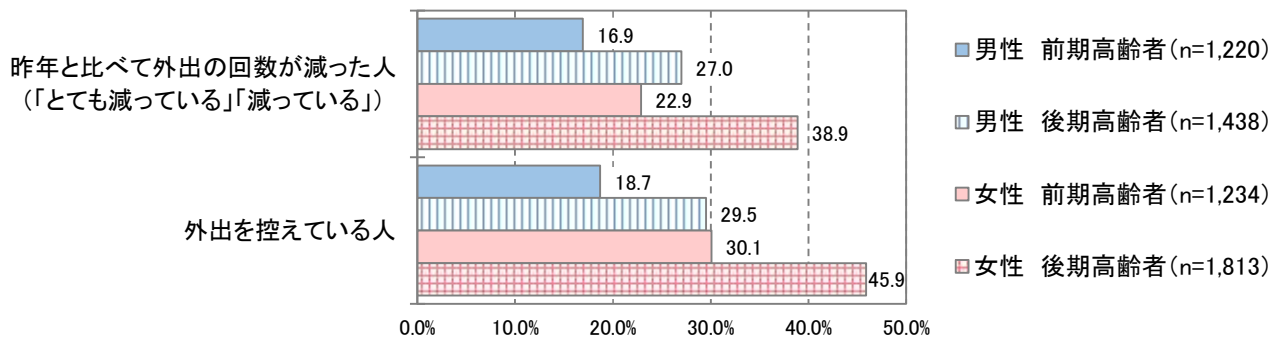
以下の設問に対して該当する場合は、転倒リスク該当	
過去1年間に転んだ経験がありますか	何度もある/1度ある

閉じこもり傾向判定方法

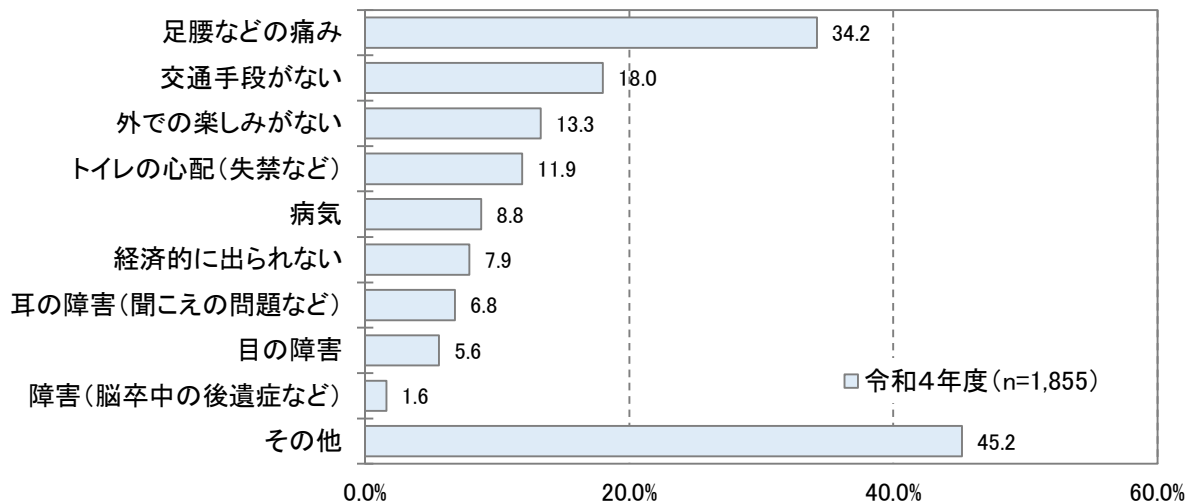
以下の設問に対して該当する場合は、閉じこもり傾向	
週に1回以上は外出していますか	ほとんど外出しない/週1回

- 昨年と比べて外出の回数が減っている方、外出を控えている方は、いずれも女性の後期高齢者に多くなっており、外出を控えている理由は、足腰などの痛みが最も多く、3割を超えています。

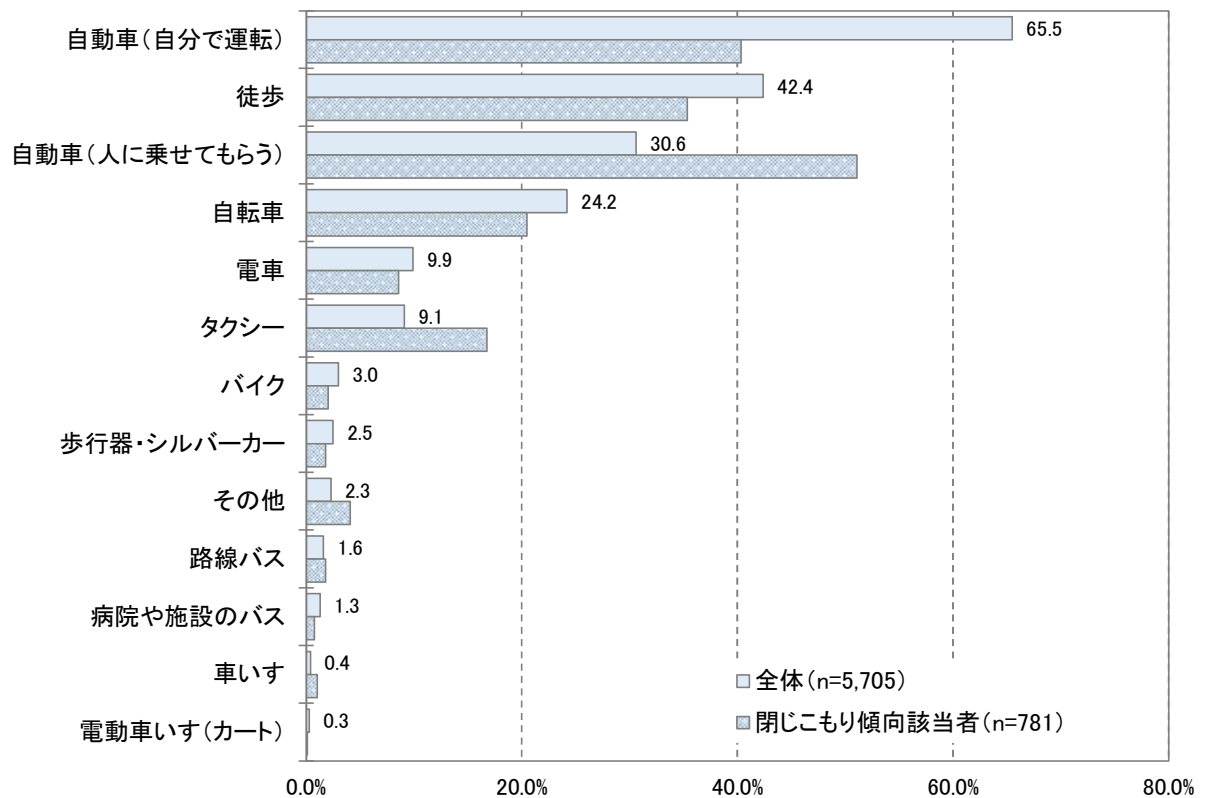
〔図表 2-4-7: 外出の状況〕



〔図表 2-4-8: 外出を控えている理由〕



〔図表 2-4-9:外出する際の移動手段〕



〔図表 2-4-10:外出する際の移動手段(圏域別)〕

	徒歩	自転車	バイク	自動車(自分で運転)	自動車(人に乗せてもらう)	電車	路線バス	病院や施設のバス	車いす	電動車いす(カート)	歩行器・シルバーカー	タクシー	その他	無回答
中央部 (n=3,151)	47.4	28.8	2.9	63.5	30.3	12.8	1.8	0.8	0.3	0.3	2.6	10.9	2.0	1.1
東部 (n=1,234)	41.6	22.3	3.6	64.8	31.8	5.8	1.1	1.9	0.6	0.2	3.0	7.7	2.5	1.5
西部 (n=909)	30.8	15.8	2.8	72.5	29.8	4.5	1.5	2.0	0.6	0.3	1.4	5.5	2.2	2.2
北部 (n=411)	31.4	12.9	2.4	66.7	30.9	12.4	1.0	1.2	-	-	1.7	7.1	4.1	1.0

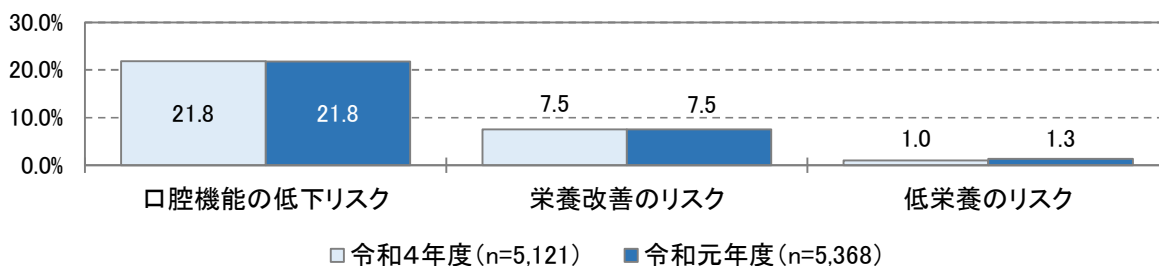
- 外出する際の移動手段は、自動車（自分で運転）が最も多くなっていますが、交通手段がないは 18.0%を占めており、閉じこもり傾向の該当者は、自動車（人に乗せてもらう）が最も多くなっています。また、圏域別にみると、中央部・北部では、電車の割合が東部・西部に比べて2倍以上を占めています。病院や施設のバスは西部と東部で、タクシーは中央部で割合が高くなっています。

(3) 口腔・栄養について

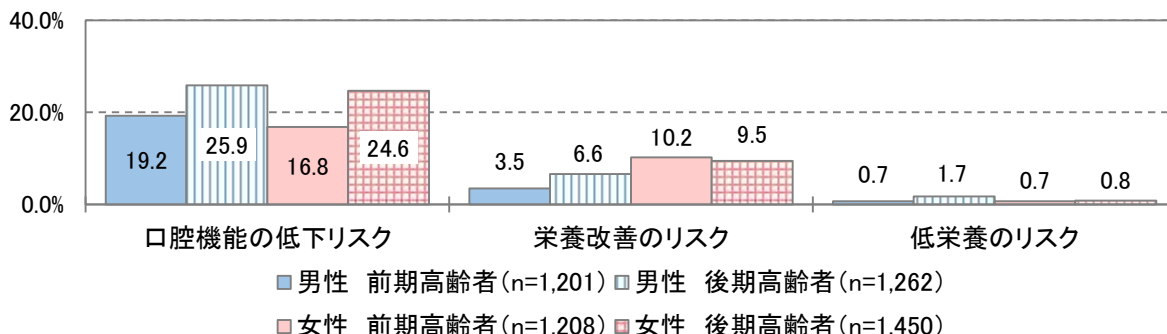
口腔機能が低下している方は、高齢者全体の 21.8%を占めており、年齢別では後期高齢者が特に多くなっています。また、歯の数と入れ歯の利用状況をみると、後期高齢者では「自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用」が約半数を占めており、若い頃から定期的な歯科検診を受診したり、積極的に歯の手入れをしたりすることが重要です。口腔衛生を維持することで、生活習慣病をはじめとした他の病気のリスクを下げると言われており、歯の健康が私たちの健康にとっていかに重要なことなのか、広く周知していく必要があります。

- 口腔機能の低下リスクの該当者は、一般高齢者の 21.8%を占め、男性・女性ともに前期高齢者より後期高齢者に多くなっています。
- 栄養改善のリスクの該当者は、全体の 7.5%を占めています。
- 低栄養のリスクの該当者は、一般高齢者の 1.0%を占めています。

〔図表 2-4-11: 一般高齢者の状況(年度別)〕



〔図表 2-4-12: 一般高齢者の状況(性別・年度別)〕



口腔機能の低下リスク判定方法

以下の設問に対して3問中2問該当する場合は、口腔機能の低下リスク該当	
【咀嚼機能低下】半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい
【嚥下機能低下】お茶や汁物等でむせることがありますか	はい
【肺炎発症リスク】口の渇きが気になりますか	はい

低栄養のリスク判定方法

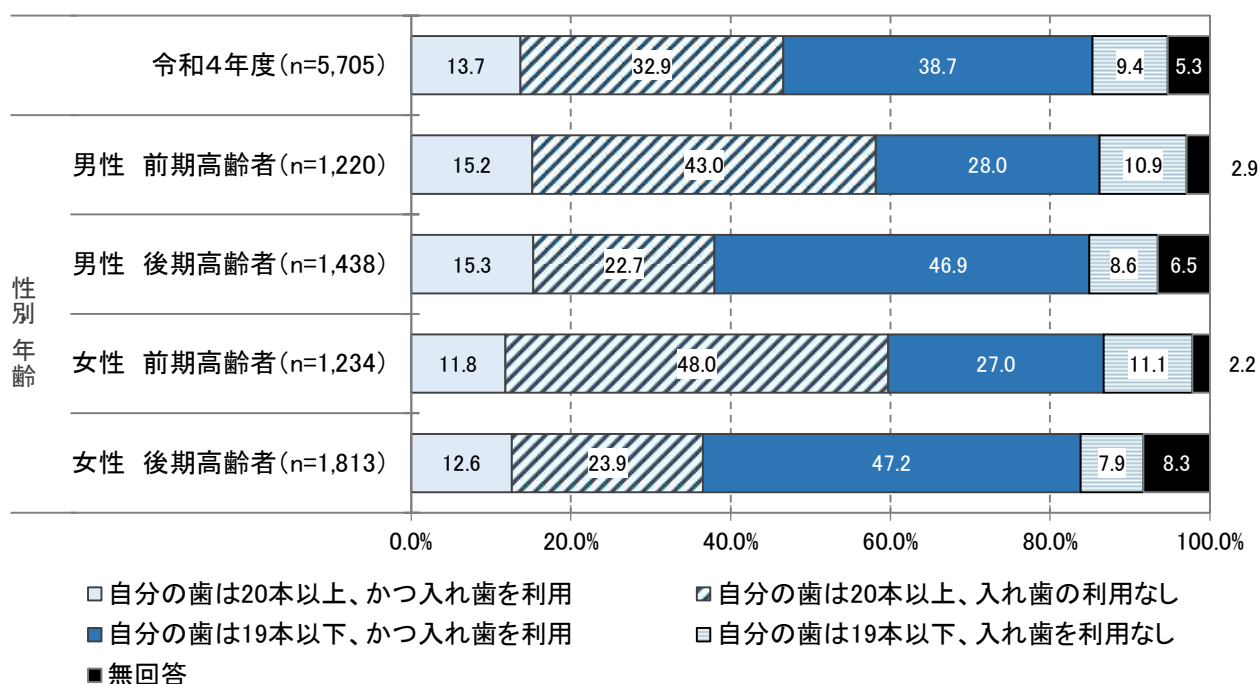
以下の設問に該当する場合は、栄養改善のリスク該当	
身長・体重から算出されるBMI (体重 (kg) ÷ 身長 (m) ²)	18.5 未満

低栄養のリスク判定方法

以下の設問に対して2問中2問該当する場合は、低栄養のリスク該当	
身長・体重から算出されるBMI (体重 (kg) ÷ 身長 (m) ²)	18.5 未満
6か月間で2～3 kg 以上の体重の減少がありましたか	はい

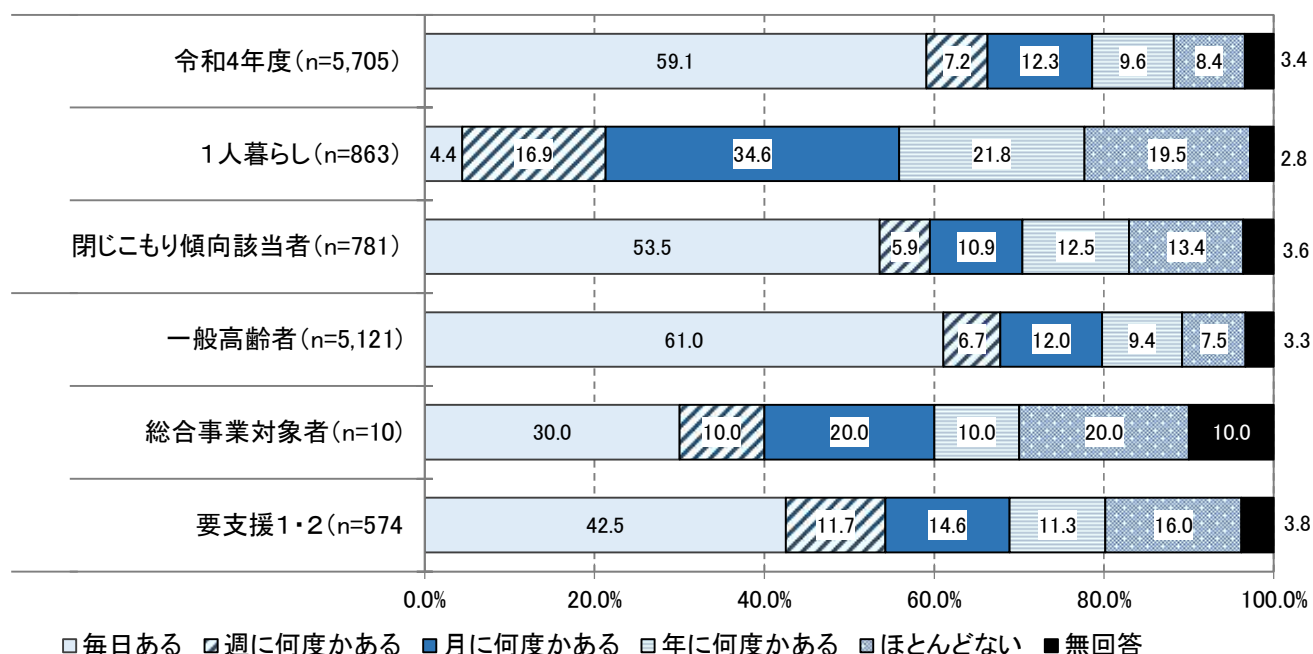
- 歯の数と入れ歯の利用状況をみると、自分の歯は 19 本以下、かつ入れ歯を利用が 38.7%と最も多くなっており、男性・女性ともに前期高齢者より後期高齢者に多くなっています。

〔図表 2-4-13: 歯の数と入れ歯の利用状況〕



- どなたかと食事をとにもする機会が毎日ある方は全体の 59.1%を占めており、年に何度かある、ほとんどないと答えた孤食傾向の人は全体の約 20%を占めています。1 人暮らしの人は月に何度かある方が 34.6%と最も多くなっています。また、閉じこもり傾向のある方は孤食傾向にあることが分かります。
- どなたかと食事をとにもする機会が毎日ある方は一般高齢者では 61.0%を占めていますが、「ほとんどない」と回答した割合は、一般高齢者に比べ、総合事業対象者、要支援 1・2で多くなっています。

〔図表 2-4-114: 共食の有無〕

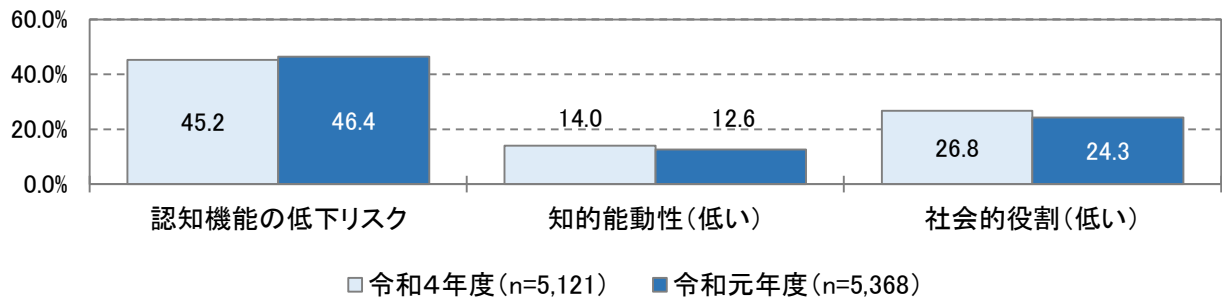


(4) 毎日の生活について

認知機能の低下リスク、手段的自立度（IADL）で3点以下（低い）の割合は、年齢別では後期高齢者、認定該当状況別では要支援1・2が特に多くなっています。また、日常生活に支援を必要とする高齢者ほど、趣味や生きがいを「思いつかない」割合が多くなっていることから、身体機能の衰えが日常生活に支障を来すだけでなく、高齢者自身の生きがいにも影響を与えていると言えます。

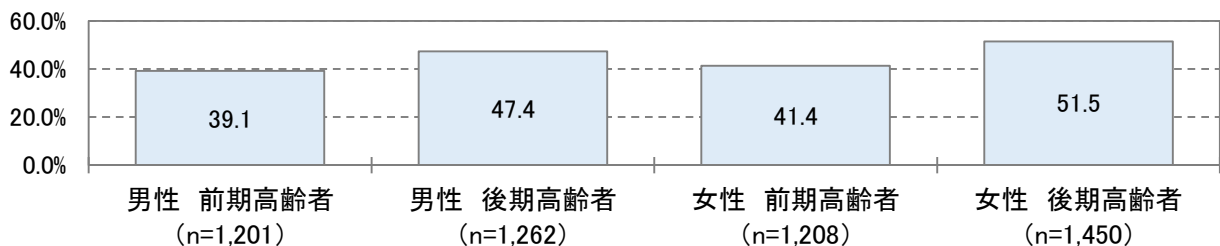
- 認知機能の低下リスクの該当者は、一般高齢者の45.2%を占めており、令和元年度と比較するとやや減少しています。
- 新聞や本などを積極的に読むかどうかなどを指す「知的能動性」、友人の家を訪ねているかどうかなどを指す「社会的役割」の点数の低い人の割合は、どちらも令和元年度より増加しています。

〔図表 2-4-15: 一般高齢者の状況(年度別)〕



- 認知機能低下リスクは、男性・女性ともに前期高齢者は約4割、後期高齢者では約5割が該当しています。

〔図表 2-4-16: 認知症リスク(一般高齢者)〕



認知機能の低下リスクの判定方法

以下の設問に対して該当する場合は、認知機能の低下リスク該当	
物忘れが多いと感じますか	はい

知的能動性の判定方法

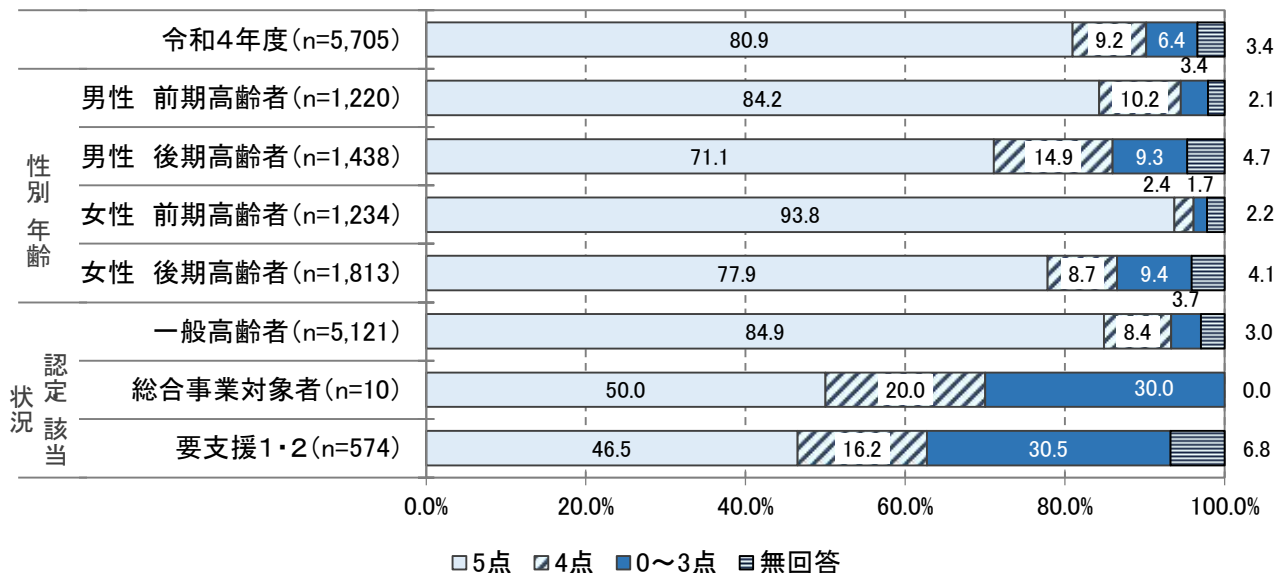
以下の設問に「はい」と回答した場合を1点として、4点を「高い」2点以下を「低い」と評価		
年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか	はい	1点
新聞を読んでいますか	はい	1点
本や雑誌を読んでいますか	はい	1点
健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	1点

社会的役割の判定方法

以下の設問に「はい」と回答した場合を1点として、4点を「高い」2点以下を「低い」と評価		
友人の家を訪ねていますか	はい	1点
家族や友人の相談にのっていますか	はい	1点
病人を見舞うことができますか	はい	1点
若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	1点

- 日常生活を送る上で必要な動作のうち、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗ることなどを指す「手段的自立度（IADL）」は、前期高齢者では男性より女性に5点（高い）が多くなっていましたが、後期高齢者では性別による差が縮まっています。また、一般高齢者では8割以上が5点となっていますが、要支援1・2になると3点以下が3割を占めています。

〔図表 2-4-17: 手段的自立度 (IADL)〕

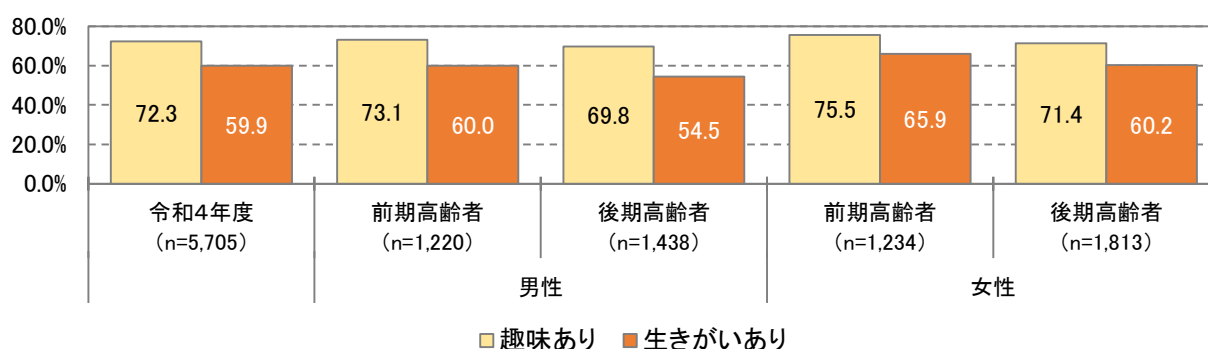


手段的自立度（IADL）の判定方法

以下の設問を5点満点で判定し、5点を「高い」、4点を「やや低い」、3点以下を「低い」と評価		
バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	できるし、している／ できるけどしていない	1点
自分で食品・日用品の買い物をしていますか	できるし、している／ できるけどしていない	1点
自分で食事の用意をしていますか	できるし、している／ できるけどしていない	1点
自分で請求書の支払いをしていますか	できるし、している／ できるけどしていない	1点
自分で預貯金のおし入れをしていますか	できるし、している／ できるけどしていない	1点

- 趣味や生きがいがある方は全体の約 60～70%を占めており、男性・女性ともに後期高齢者より前期高齢者に多くなっています。

〔図表 2-4-18:趣味や生きがいがある人〕

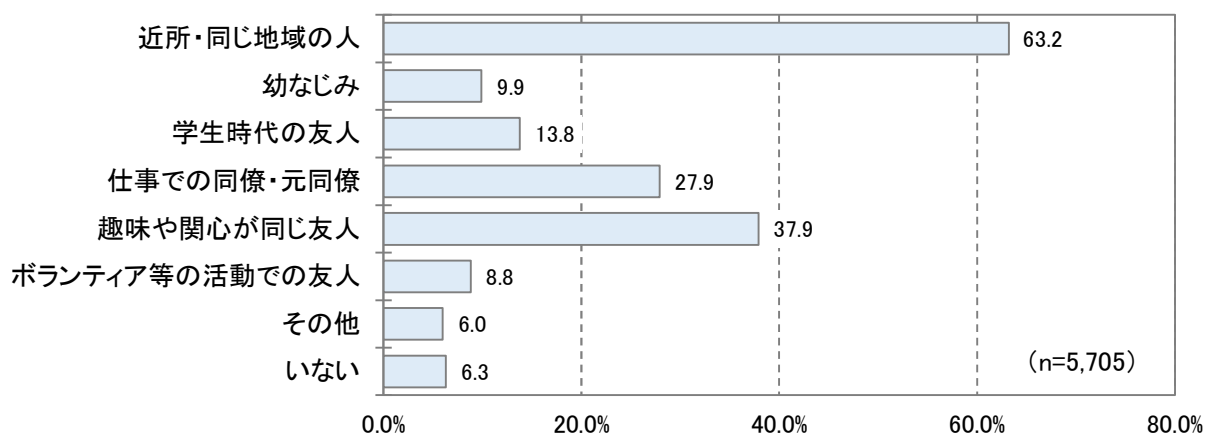


(5) 地域での活動について

男性の後期高齢者では、よく会う友人・知人に近所・同じ地域の人が少ないことから、リタイア後の男性が地域に居場所を見つけられるよう支援が必要であると考えられます。

参加している地域活動として、年に数回以上「町内会・自治会」に参加する割合が約3割と比較的高くなっている一方、「学習・教養サークル」や「介護予防のための通いの場」等は年に数回以上参加する割合を合計しても2割を満たす、介護予防につながる場を確保すると同時に、多くの高齢者が参加できる開催方法を検討する必要があります。

〔図表 2-4-19:よく会う友人・知人との関係〕



〔図表 2-4-20:よく会う友人・知人との関係〕

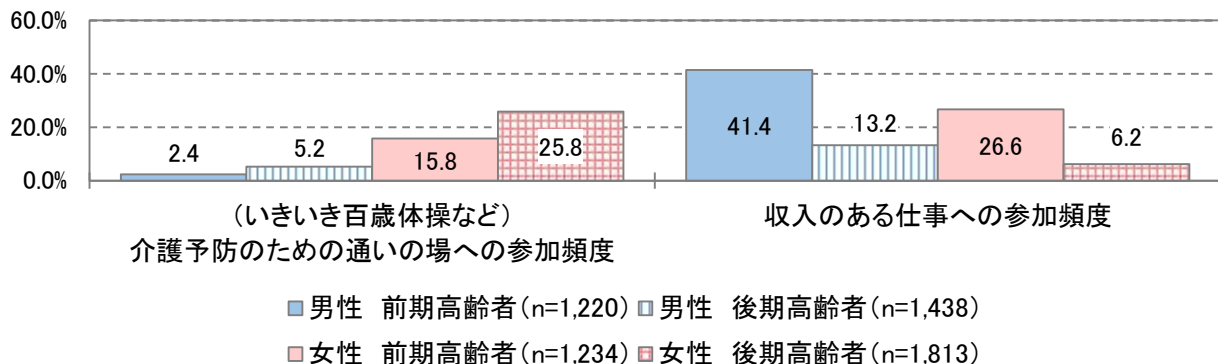
	の近 人 所 ・ 同 じ 地 域	幼 な じ み	学 生 時 代 の 友 人	元 仕 事 で の 同 僚 ・ 元 同 僚	同 趣 味 や 関 心 が 同 じ 友 人	の ボ ラ ン テ ィ ア 等 の 活 動 で の 友 人	そ の 他	い な い	無 回 答
男性 前期高齢者 (n=1,220)	52.9	14.0	18.2	42.8	36.9	10.7	5.7	7.1	1.5
男性 後期高齢者 (n=1,438)	59.5	9.0	9.4	23.4	35.8	7.5	5.2	8.8	4.5
女性 前期高齢者 (n=1,234)	63.7	9.3	16.9	35.0	40.1	10.7	7.1	3.6	1.9
女性 後期高齢者 (n=1,813)	72.6	8.2	12.2	16.5	38.7	7.3	6.0	5.5	3.7

- 月1～3回以上参加している方が多い地域活動をみると、趣味関係のグループ、スポーツ関係のグループやクラブ、収入のある仕事は約2割と他の地域活動に比べて多くなっていますが、ボランティアのグループ、学習・教養サークル、老人クラブ、町内会・自治会はいずれも1割未満となっています。介護予防のための通いの場については、月1～3回以上参加している方は13.4%となっており、さらなる周知が必要と考えられます。また、収入のある仕事については、前期高齢者と後期高齢者の差が大きく、前期高齢者では男性は4割、女性は2割以上の方が参加しているのに対し、後期高齢者では1割前後となっています。

〔図表 2-4-21：地域活動への参加状況〕

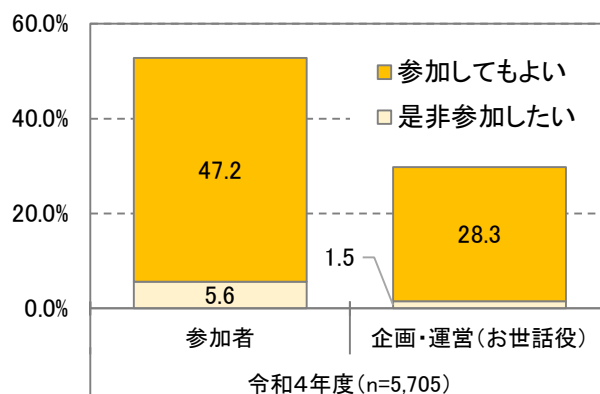
		週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない	無回答
①ボランティアのグループ	令和4年度(n=5,705)	1.5	1.1	1.1	5.3	9.3	54.6	27.1
	令和元年度(n=5,839)	1.3	1.3	1.6	6.4	9.7	51.2	28.5
②スポーツ関係のグループやクラブ	令和4年度(n=5,705)	3.9	6.7	3.9	4.1	3.2	53.4	24.9
	令和元年度(n=5,839)	3.9	6.3	5.2	4.4	4.0	49.3	26.9
③趣味関係のグループ	令和4年度(n=5,705)	2.3	4.3	4.5	11.3	6.0	47.7	23.9
	令和元年度(n=5,839)	2.4	5.2	4.8	13.5	7.4	42.1	24.6
④学習・教養サークル	令和4年度(n=5,705)	0.4	0.6	0.9	3.6	4.2	61.3	29.0
	令和元年度(n=5,839)	0.4	0.9	1.4	4.4	5.5	56.0	31.5
⑤(運動クラブ、サロンなどの) 介護予防のための通いの場	令和4年度(n=5,705)	1.5	1.6	5.3	5.0	2.8	59.8	24.0
	令和元年度(n=5,839)	1.5	2.0	6.9	3.6	2.2	57.0	26.8
⑥老人クラブ	令和4年度(n=5,705)	0.2	0.3	0.5	1.5	6.2	63.2	28.1
	令和元年度(n=5,839)	0.3	0.4	0.7	2.4	8.8	58.1	29.3
⑦町内会・自治会	令和4年度(n=5,705)	0.6	0.4	0.8	6.0	29.7	37.4	25.2
	令和元年度(n=5,839)	0.4	0.5	0.9	7.2	31.2	33.8	26.0
⑧収入のある仕事	令和4年度(n=5,705)	11.1	5.6	1.0	2.2	2.9	51.9	25.4
	令和元年度(n=5,839)	10.3	5.3	1.4	1.8	2.9	51.0	27.2

〔図表 2-4-22：月1～3回以上参加している方(性別・年齢別)〕



- 地域づくり活動については、参加者として参加可能である人は約5割、お世話役として参加可能である人は約3割となっています。

〔図表 2-4-23: 地域づくり活動への参加意向〕

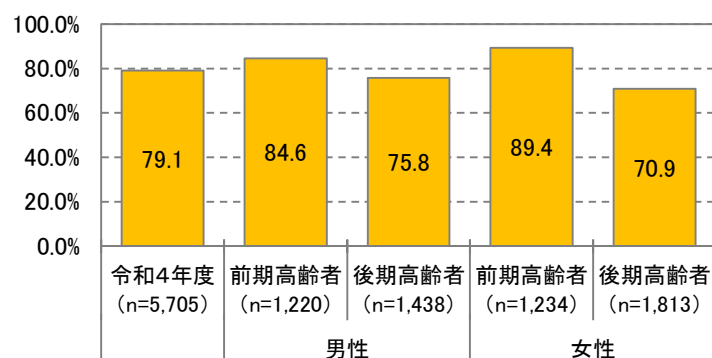


(6) たすけあいについて

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手として、「医師・歯科医師・看護師」が3割強と多い一方、「そのような人はいない」割合も同様に約3割と多くなっています。相談相手がない高齢者は、男性の前期高齢者に特に多く、自治会・町内会をはじめとした、地域のなかで住民同士が困りごとを解決していける仕組みを検討すると同時に、地域包括支援センター・役所等の公的機関における窓口の周知が必要です。

- 地域住民同士のたすけあいについて、全体でたすけあいの合計点が4点と高い方は約8割を占めていますが、女性の後期高齢者は約7割となっています。

〔図表 2-4-24: たすけあいの合計点(4点)〕



たすけあいについての判定方法

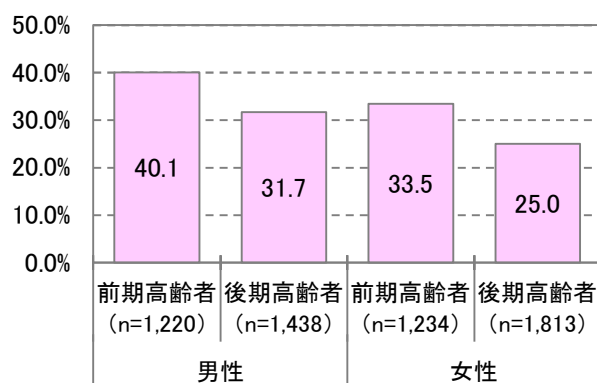
以下の設問に「配偶者」「同居の子ども」「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「近隣」「友人」「その他」のいずれかと回答した場合を1点として、4点満点で評価。
あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人
反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人
あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人
反対に、看病や世話をしてくれる人

- 回答者が、家族や友人・知人以外で相談する相手は、全体では「医師・歯科医師・看護師」が 35.0%で最も多く、次いで「地域包括支援センター・役所」「社会福祉協議会・民生委員」となっています。
- 相談相手がいないと回答した方は 31.8%を占めており、特に男性の前期高齢者に最も多くなっています。

〔図表 2-4-25: 相談相手〕

	自治会・町内会・老人クラブ	社会福祉協議会・民生委員	ケアマネジャー	医師・歯科医師・看護師	地域包括支援センター・役所	その他	そのような人はいない	無回答
令和4年度 (n=5,705)	9.4	16.2	8.4	35.0	18.8	5.2	31.8	8.8
一般高齢者 (n=5,121)	10.1	16.2	5.5	35.3	17.4	5.4	33.4	8.7
要支援1・2 (n=574)	3.3	16.6	34.3	32.6	31.0	2.8	17.9	9.1

〔図表 2-4-26: 相談相手がいらない方〕

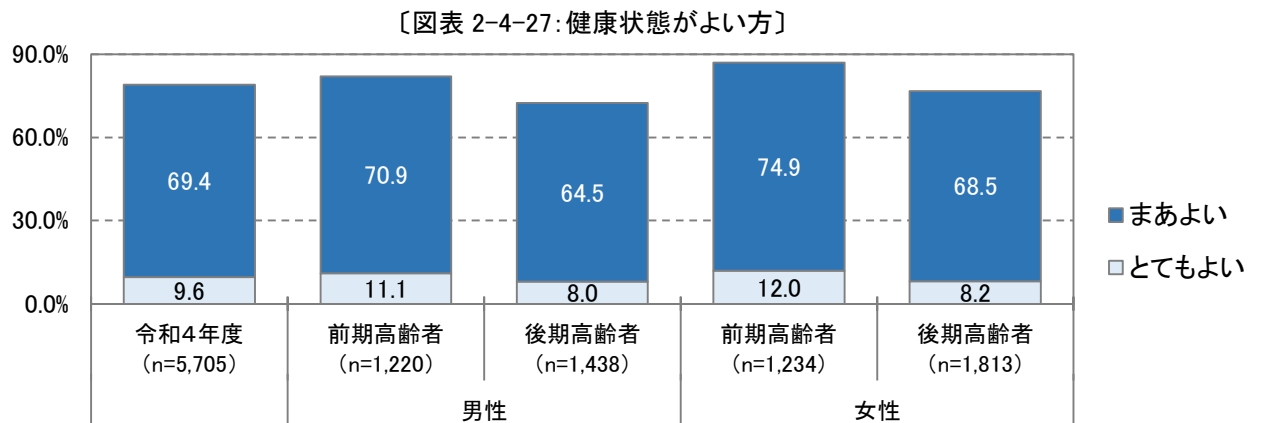


(7) 健康について

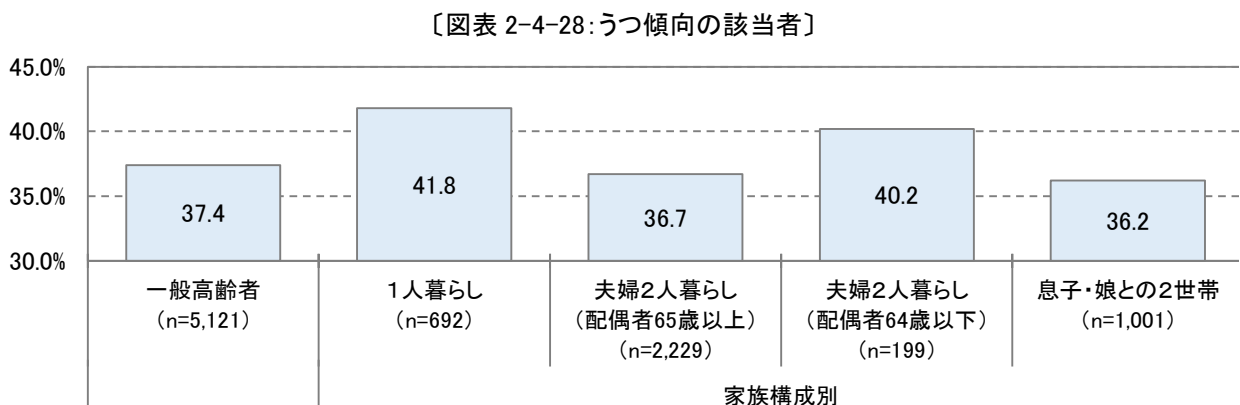
健康状態がよい方は、高齢者全体の約8割を占めていますが、現在治療中、または後遺症のある病気がある方も同様に約8割を占めています。多くの高齢者が病気等を抱えながら生活していると言えます。

うつリスクの該当者は、高齢者全体の約4割を占めており、高齢者が心の健康を維持できるような相談支援体制を充実させると同時に、社会参加の機会を増やす等、高齢者が自身の役割を持っていきいきと暮らしていけるような地域づくりが必要です。

- 現在の健康状態がよい（「とてもよい」＋「まあよい」）と答えた方は全体の約8割を占めています。男性・女性ともに、前期高齢者から後期高齢者になるにつれて健康状態がよい方が減少しています。



- うつリスクの該当者は、一般高齢者の37.4%を占めています。家族構成別にみると、1人暮らしに最も多く、4割を超えています。

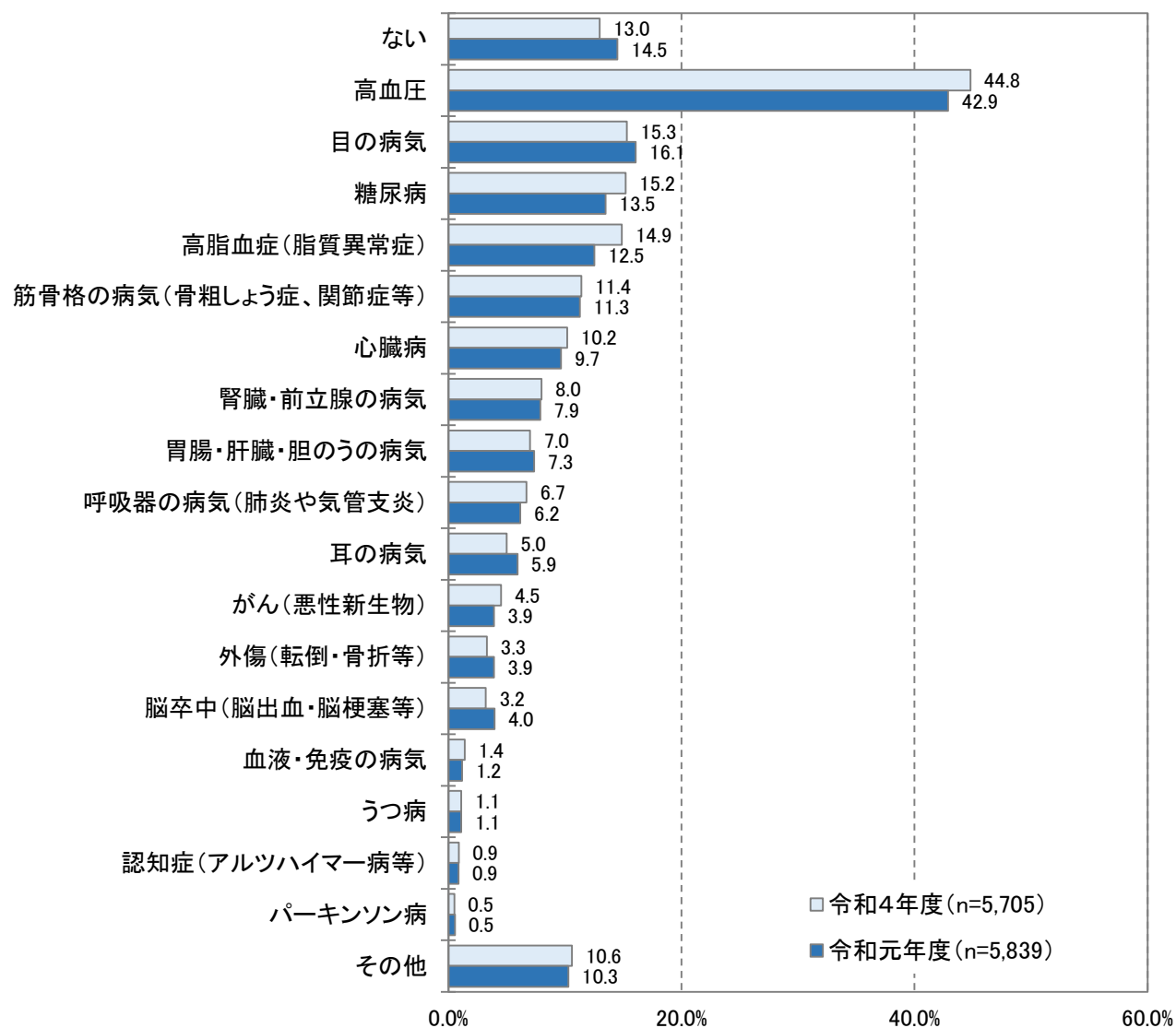


うつ傾向の判定方法

以下の設問に対して2問中いずれか1つでも該当する場合は、うつ傾向該当	
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	はい
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	はい

- 現在治療中、または後遺症のある病気がないと答えた方は 13.0%となっており、高血圧が4割を超え最も多くなっています。糖尿病や高脂血症（脂質異常症）などの生活習慣病も上位を占めています。

〔図表 2-4-29: 現在治療中、または後遺症のある病気〕

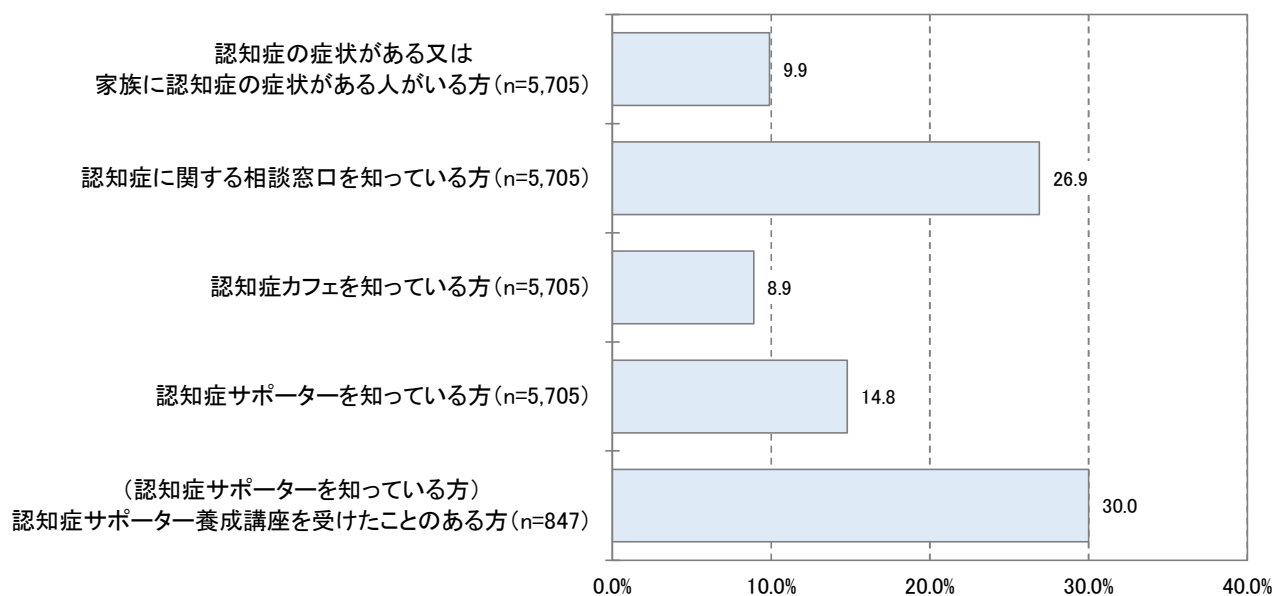


(8) 認知症に係る相談窓口について

認知症に関する相談窓口、認知症カフェ、認知症サポーターの認知度はいずれも女性・前期高齢者で高いものの、全体としては依然として低くなっています。これらの認知症に関する取り組みについて広く周知していくと同時に、今後も増加が見込まれる認知症高齢者を地域全体で支えていくための連携体制を構築することが急務です。

- 認知症の症状があるまたは家族に認知症の症状がある人がいる方は全体の1割程度となっています。
- 認知症に関する相談窓口を知っている方は26.9%となっています。
- 認知症カフェを知っている方は全体の8.9%となっており、更なる周知が必要となっています。
- 認知症サポーターを知っている方は14.8%、そのうち認知症サポーター養成講座を受けたことのある方は30.0%となっています。

〔図表 2-4-30: 認知症に関すること〕

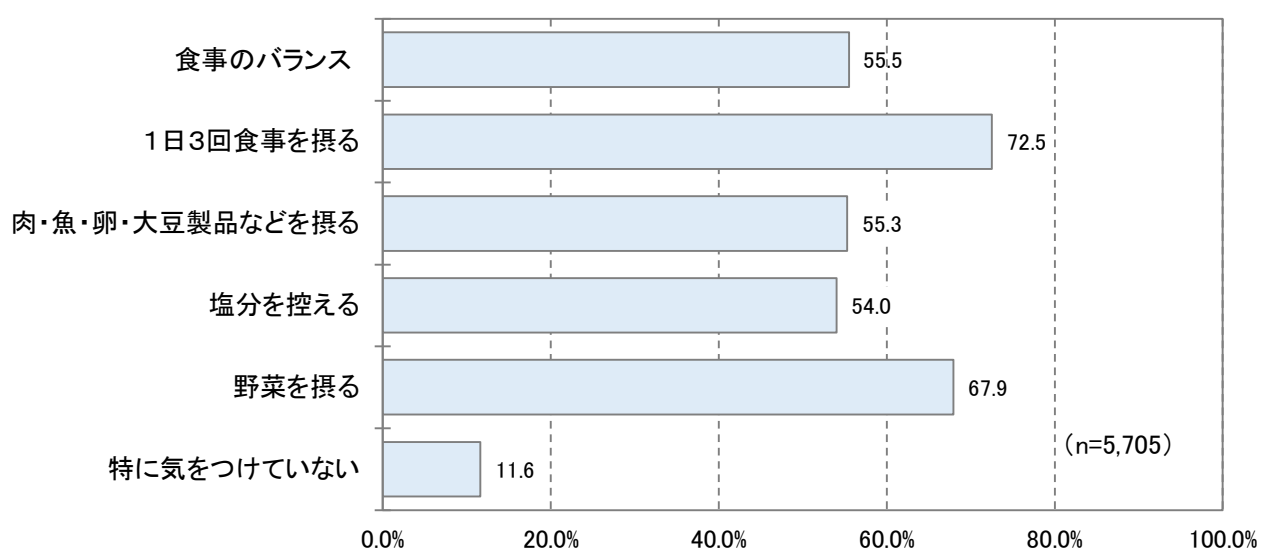


(9) 食習慣について

食事で気を付けていることとして、食事の回数や、野菜の摂取等の特定の品目を摂ることは約7割と多くなっています。また、栄養バランスの取れた食事をほぼ毎日、1日1回以上摂取している割合も約7割と多く、今後も高齢者一人一人が健康的な食習慣を意識していけるようにさまざまな手段を活用した啓発活動が必要です。

- 食事で気を付けていることがある方は全体の約9割を占めています。特に、1日3回食事を摂る、野菜を摂るに関しては約7割となっています。

〔図表 2-4-31: 食事に関すること〕



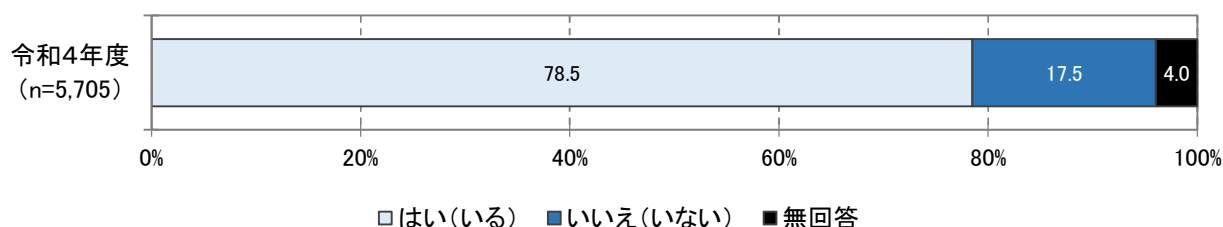
(10) 介護に対する希望について

介護・介助が必要になったとき、及び終末期について、自宅で過ごしたい方が多い一方、女性は男性より施設や病院・診療所等の自宅以外で過ごすことを希望する人が多くなっています。

また、エンディングノートなどの準備をしている方は女性に多い一方、ACP（人生会議）については男性・女性ともに実施率・認知度が低くなっています。

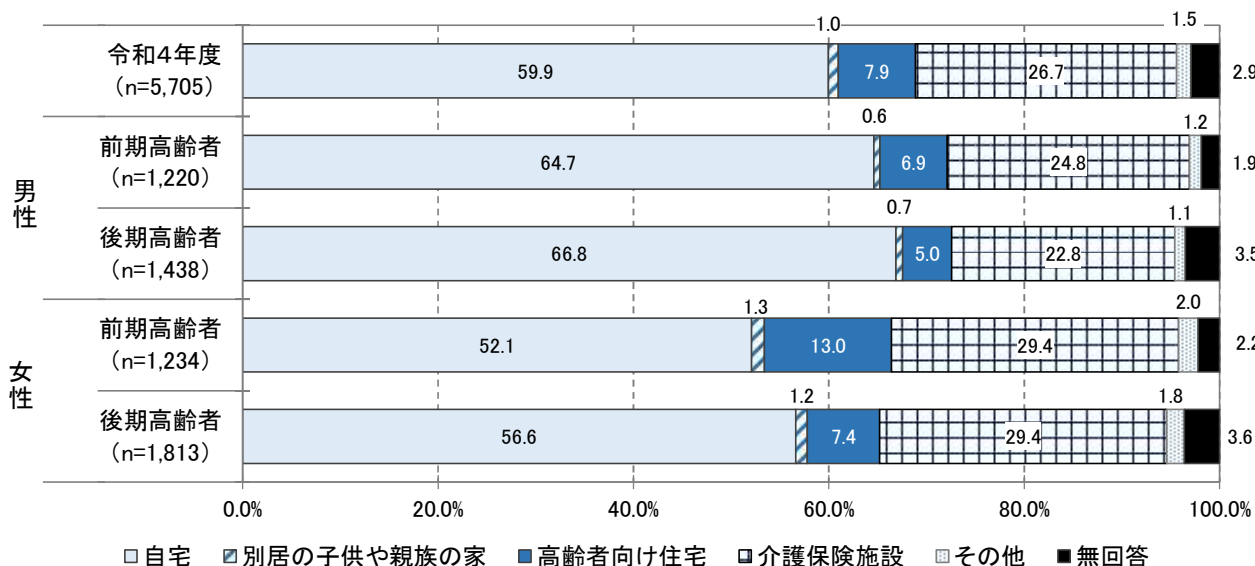
- 身の回りのことが自分でできなくなった（介護・介助が必要となった）ときに、手助け（支援）してくれる家族・親族がいる方は全体の約8割を占めています。

〔図表 2-4-32: 身の回りのことがしづんでできなくなった(介護・介助が必要となった)ときに、手助け(支援)してくれる家族・親戚の有無〕



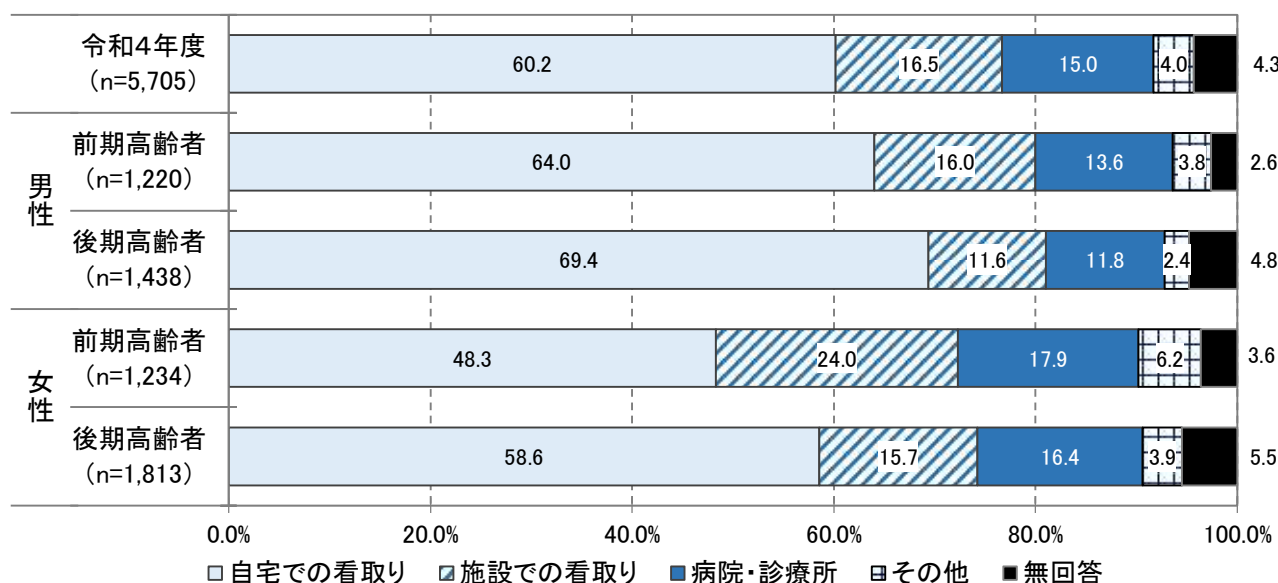
- 身の回りのことが自分でできなくなった（介護・介助が必要となった）ときに、どこで生活したいかみると、自宅が過半数を占め、次いで、介護保険施設、高齢者向け住宅、その他、別居の子供や親族の家の順となっています。自宅と答えた方は女性より男性に多くなっています。

〔図表 2-4-33: 身の回りのことがしづんでできなくなった(介護・介助が必要となった)ときに、生活したい場所〕



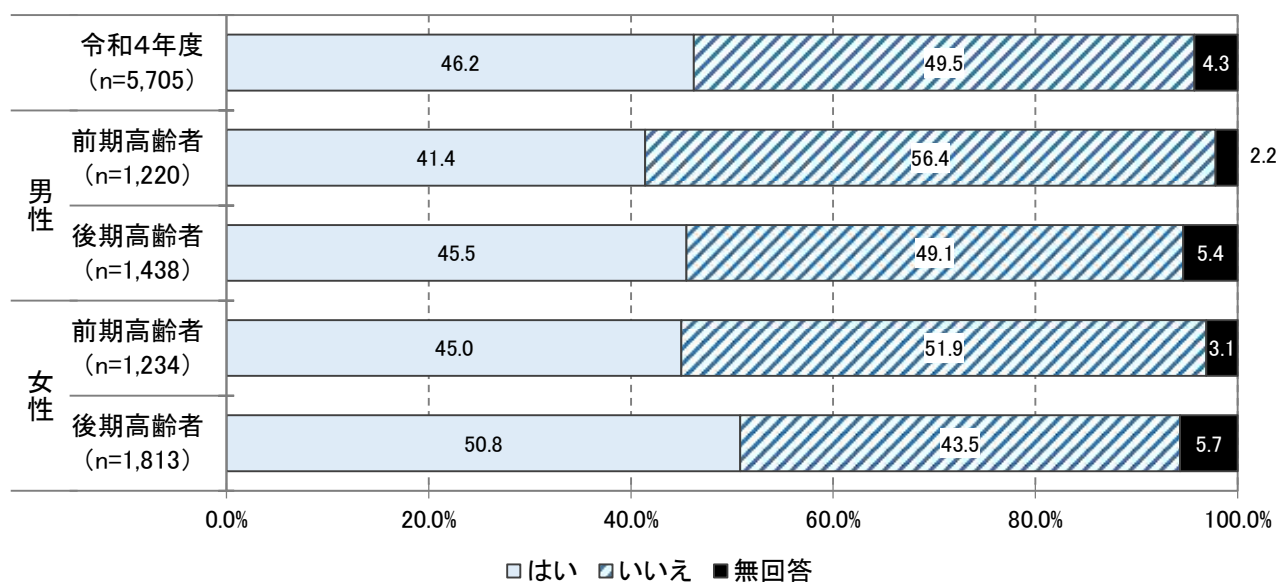
- 人生の最後をどこで過ごしたいかをみると、自宅での看取りが6割を超えています。施設での看取りと答えた方は、男性・女性ともに後期高齢者より前期高齢者に多くなっています。

〔図表 2-4-34: 人生の最後を過ごしたい場所〕



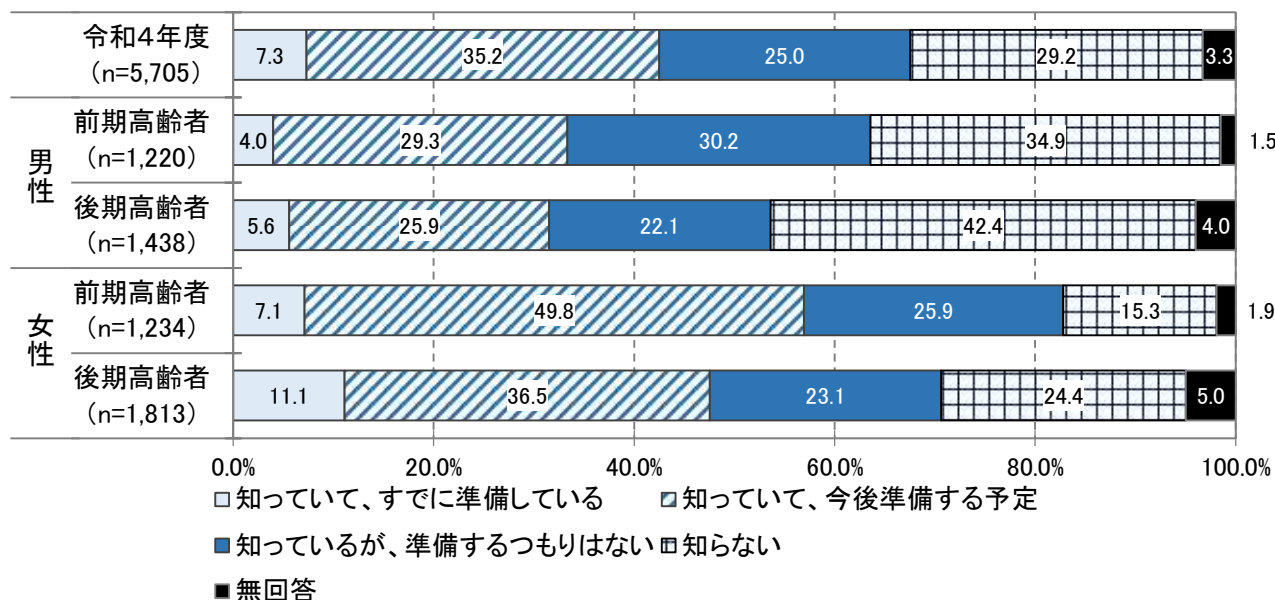
- 自分自身で医療やケアに関する判断ができなくなったときの希望を、家族や信頼している人と話をしている方は全体の 46.2%を占めており、男性・女性ともに前期高齢者より後期高齢者に多くなっています。

〔図表 2-4-35: 自分自身で医療やケアに関する判断ができなくなったときの希望を、家族や信頼している人と話をしているか〕



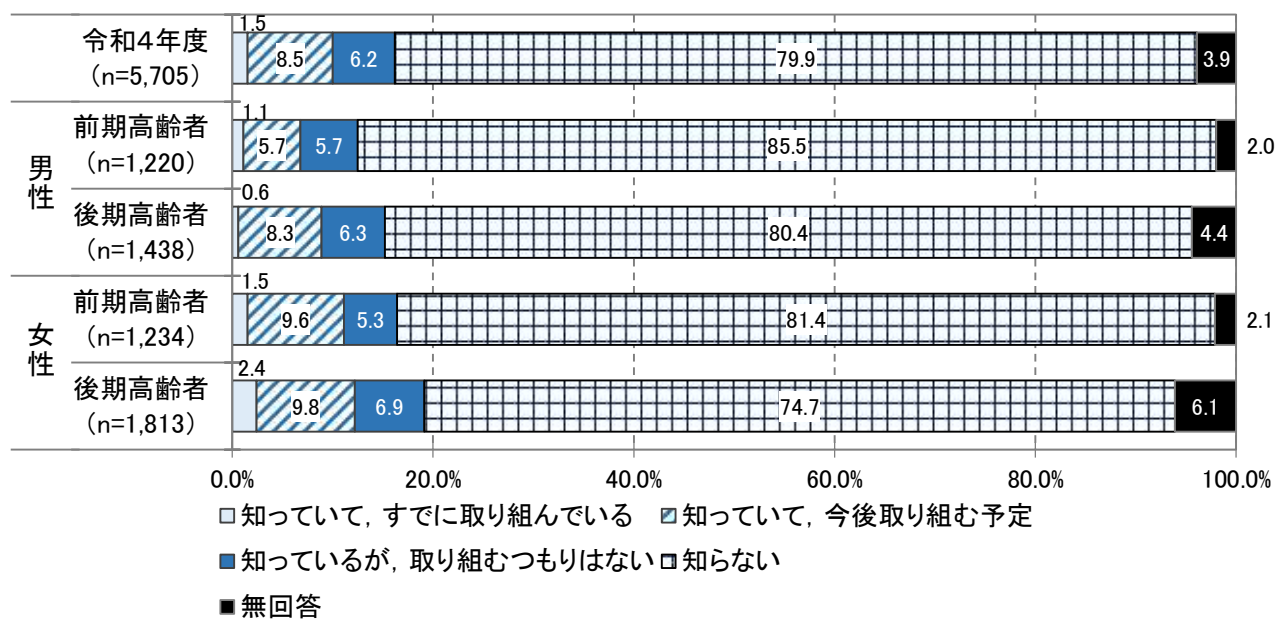
- 「エンディングノート」(もしくは、それに類するもの)を知っている方は全体の約7割を占めています。既に準備している方や今後準備する予定のある方は男性より女性に多くなっています。

〔図表 2-4-36:「エンディングノート」(もしくは、それに類するもの)の認知度〕



- ACPを知っている方は全体の2割以下となっており、実施率は最も多い女性の後期高齢者でもわずか2.4%となっています。

〔図表 2-4-37: ACP(アドバンス・ケア・プランニング)愛称「人生会議」の認知度〕

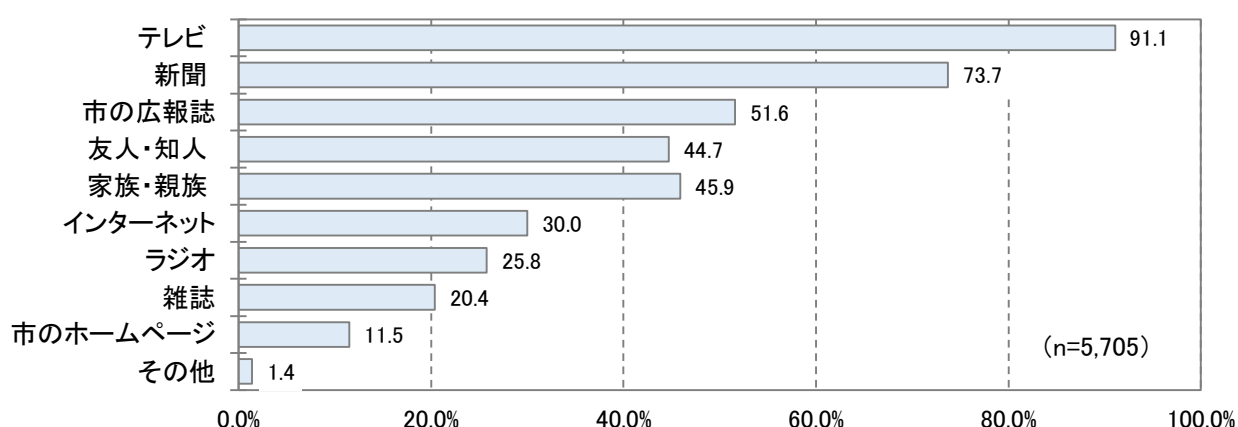


(11) 情報収集について

日常生活に関する情報の収集手段として、テレビや新聞が高い割合を占めている一方、市の広報は約5割、市のホームページは1割未満となっており、さまざまな媒体を活用して、広く情報を周知していく必要があります。特にパソコンやスマートフォン等の機器は前期高齢者の利用が多い一方、後期高齢者では約半数が「利用する予定はない」と回答しており、年齢層で異なった手段を活用する等の工夫が必要です。

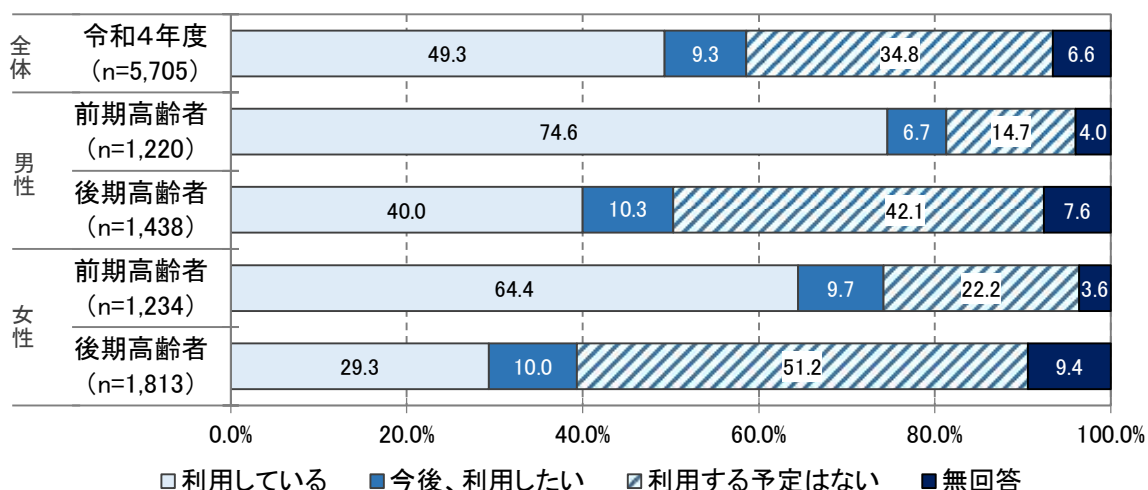
- 日常生活に関する情報の収集手段はテレビが9割以上を占めており、次いで、新聞、市の広報誌の順となっています。市のホームページと答えた方は全体の約1割未満となっています。

〔図表 2-4-38: 日常生活に関する情報の収集手段〕



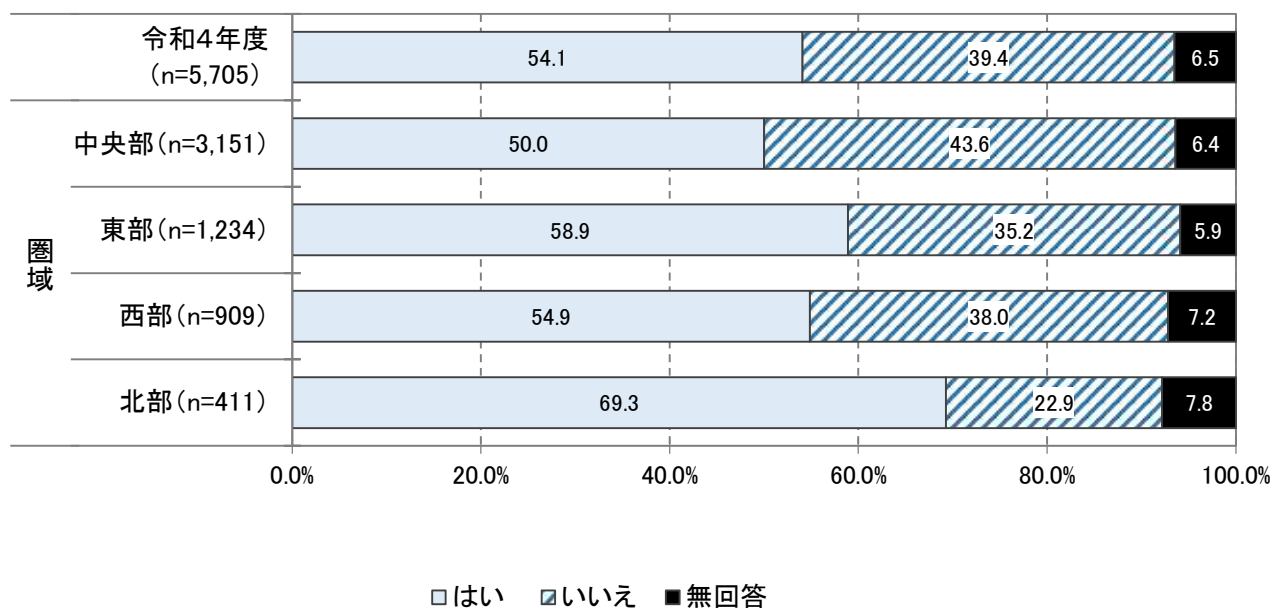
- 情報収集手段として、パソコン、タブレット端末、スマートフォンなどを利用している方は約半数、今後利用したい方は約1割、利用する予定はない方が約3割を占めています。男性は女性に比べて利用している方が多くなっています。年齢が上がるにつれて利用している方は減少傾向にあります。

〔図表 2-4-39: パソコン・タブレット・スマートフォンの使用状況〕



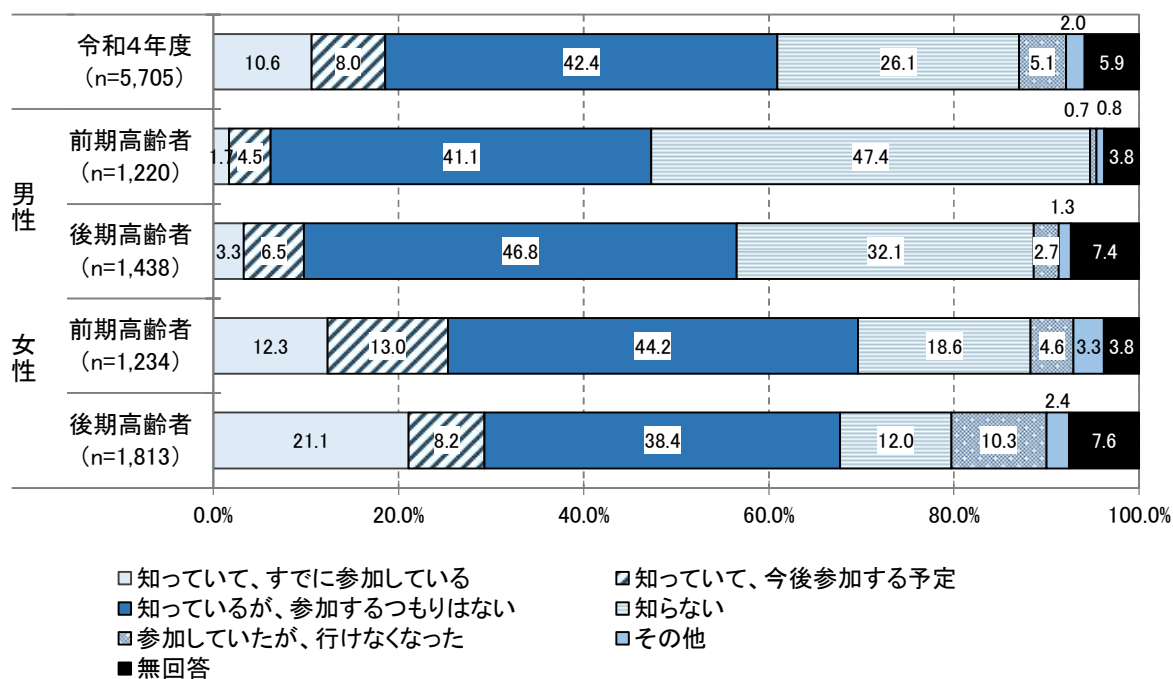
- 地域包括支援センターの認知度は 54.1%となっています。性別では男性、認定該当状況別では一般高齢者の認知度が低くなっています。

〔図表 2-4-40: 地域包括センターの認知度〕



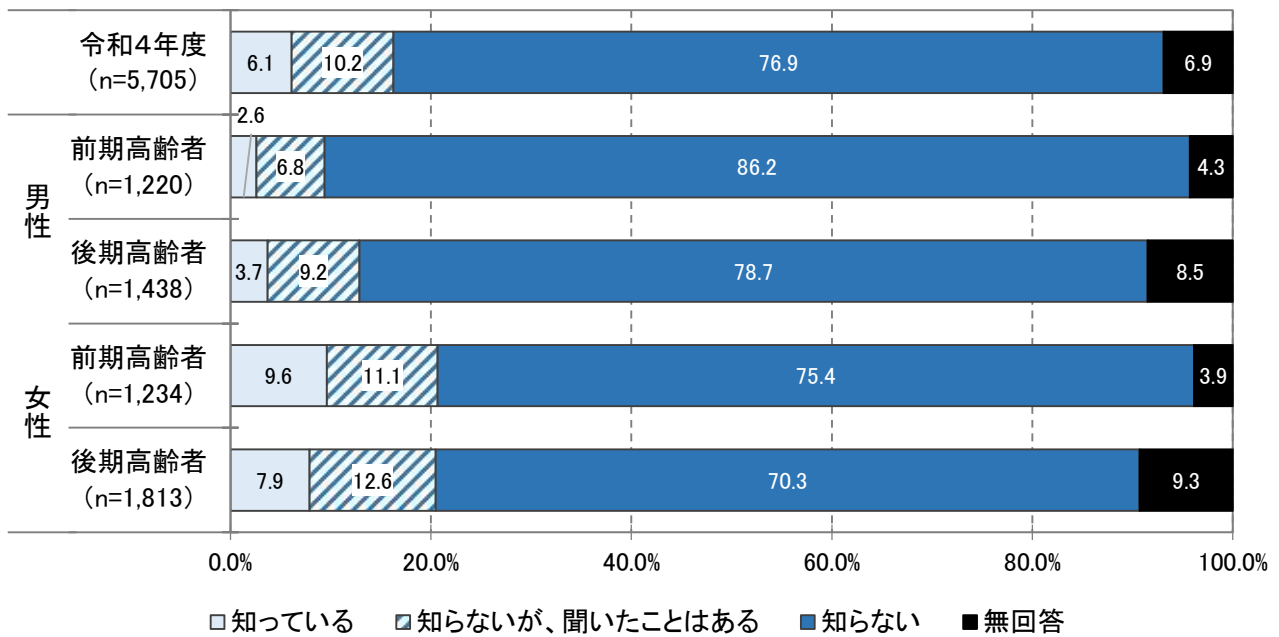
「いきいき百歳体操」の認知度は約6割ですが、参加率は約1割と非常に低くなっています。

〔図表 2-4-41: いきいき百歳体操の認知度〕



- 「チームオレンジ」の認知度は1割を満たさない状況です。性別では女性がやや高くなっています。

〔図表 2-4-42: チームオレンジの認知度〕



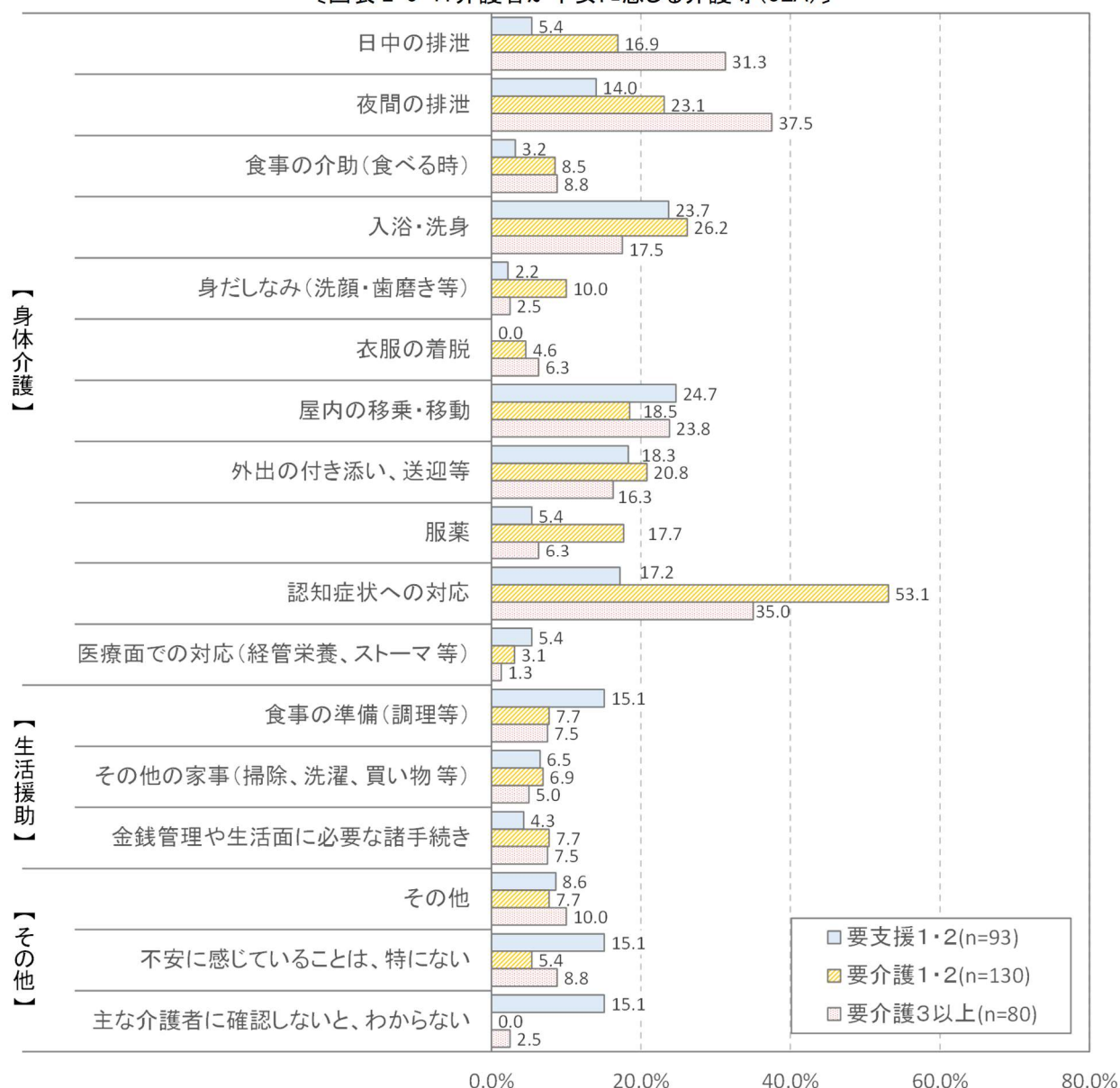
5. 在宅介護実態調査結果

(1) 在宅介護の状況について

要介護3以上の中重度者の主な介護者は、日中・夜間の排泄に不安を感じる割合が高くなっています。サービスの利用は通所系サービスの利用割合が高いものの、軽度者に比べると通所＋短期、訪問系を含むサービスを組み合わせて利用する割合も高くなっています。施設等の検討・申請状況は要介護3以上で約3割となっており、要介護度が高くなるほど、在宅生活の継続が困難になっていると言えます。排泄や食事、衣服の着脱といった介護者が不安を感じる介護についても、適切なサービス量を確保できるようにサービスの提供体制を見直す必要があります。

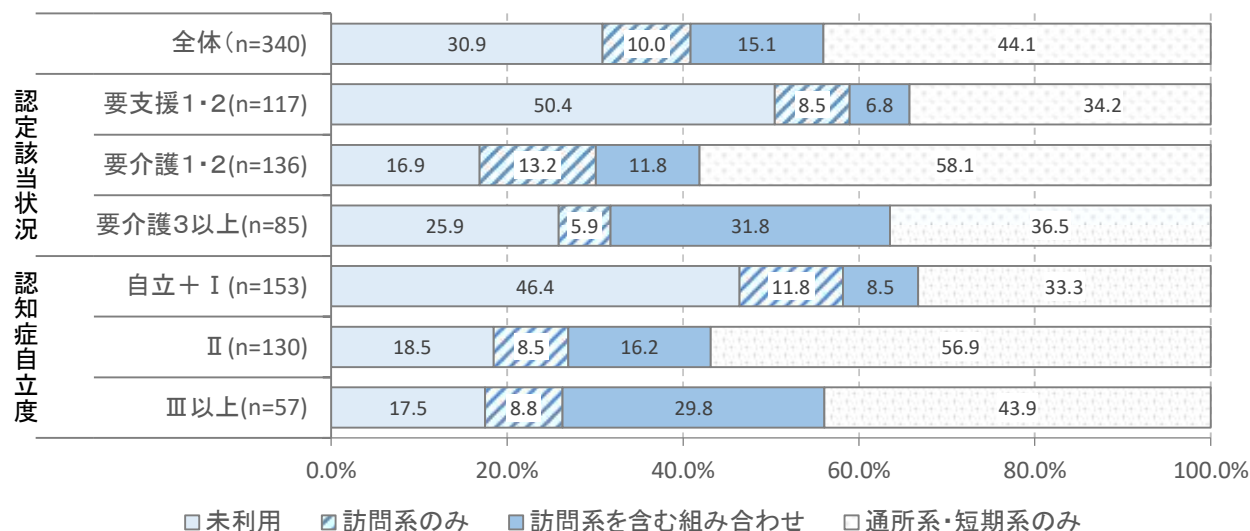
- 介護者が不安を感じる介護は、介護度が重度化するにつれ日中の排泄、夜間の排泄、食事の介助（食べる時）、衣服の着脱の割合が高く、要介護3以上では、日中の排泄、夜間の排泄の割合が高くなっています。また、介護者が不安を感じる介護は、要支援1・2では屋内の移乗・移動が24.7%で最も多く、要介護1・2では認知症への対応が53.1%で最も多く、要介護3以上の割合を上回っています。

〔図表 2-5-1: 介護者が不安を感じる介護等(3LA)〕



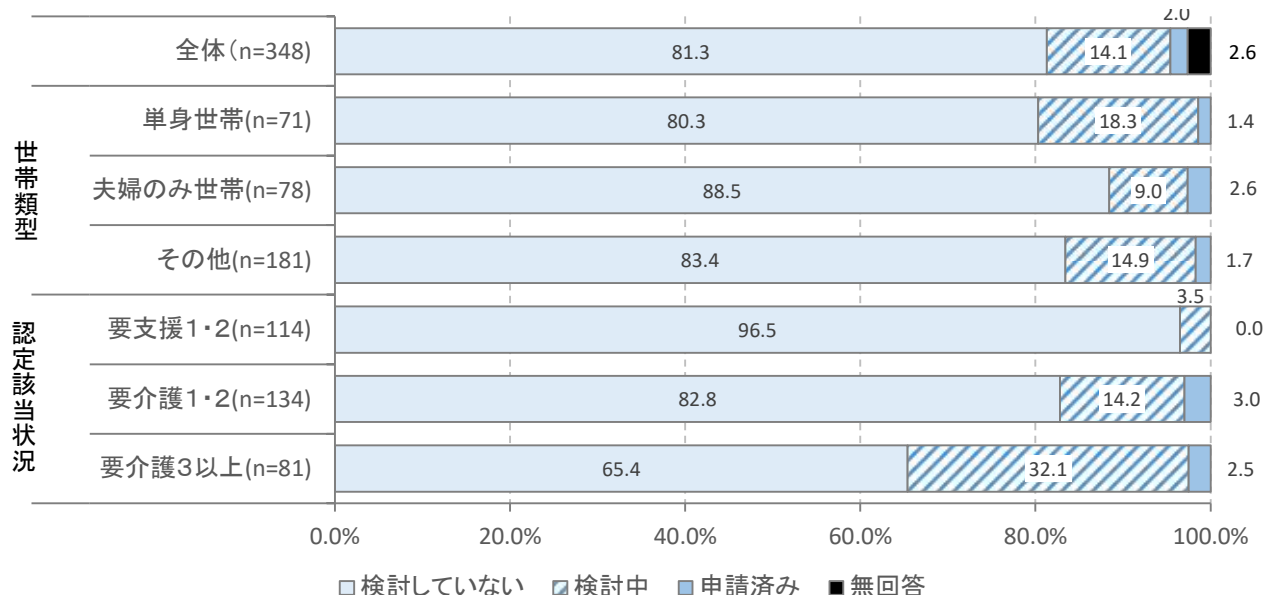
- サービス利用の組み合わせは、未利用を除くと、いずれの介護度も通所系・短期系のみ
の割合が最も高く、要介護3以上では通所+短期、訪問系を含む組み合わせが要支援1・
2、要介護1・2に比べ高くなっています。

〔図表 2-5-2: サービス利用の組み合わせ〕



- 施設等の検討及び申請を行っている割合は 16.1%となっており、介護度が重度化するにつれ割合が高くなり、要介護3以上で 34.6%となっています。

〔図表 2-5-3: 施設入居の検討希望〕

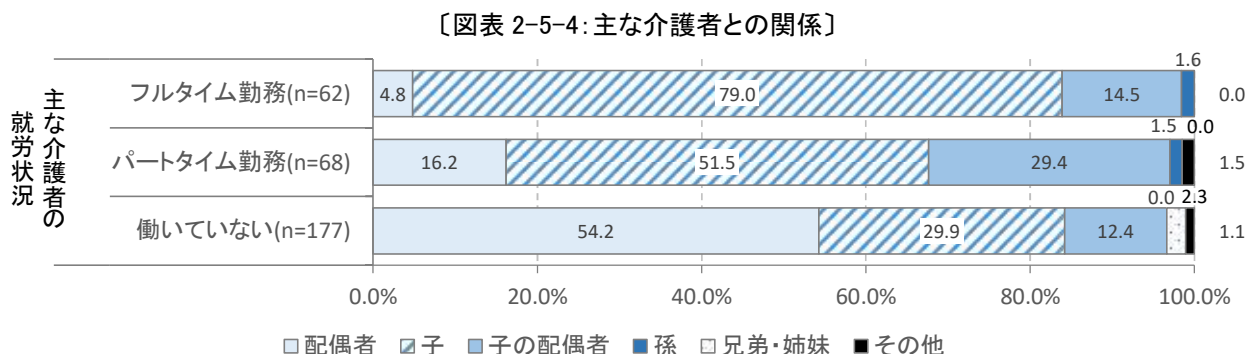


(2) 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスについて

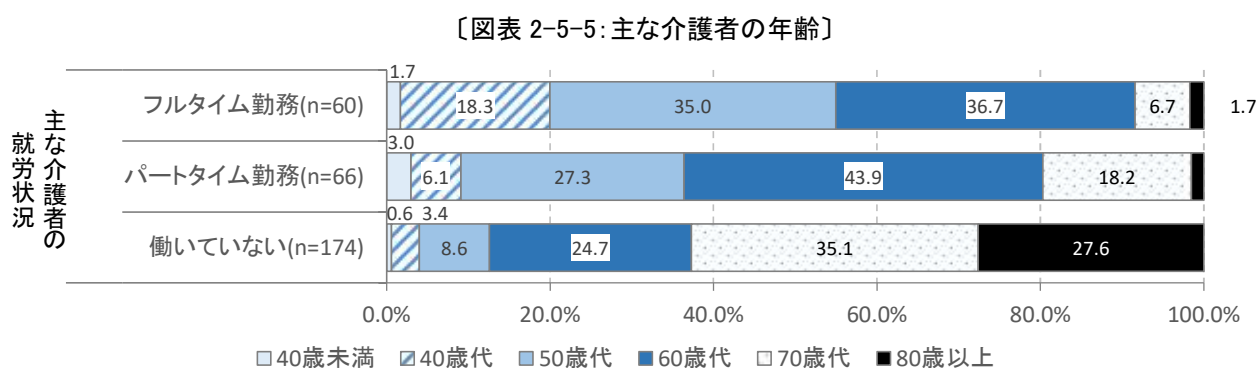
主な介護者がフルタイム勤務またはパートタイム勤務で働いている世帯について、主な介護者は本人の子または子の配偶者の割合が高く、介護をほぼ毎日実施している割合が6割以上となっています。要介護度が上がることで就労継続が“難しい”と考えている割合も多く、日常的に介護を行いながら就労も継続する必要がある中年層が、介護と就労を両立できる働き方を検討する必要があります。特に勤め先からの効果的な支援として、「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」の割合が高くなっており、介護者に対する職場の理解を促す必要があります。また、主な介護者がパートタイム勤務で働いている世帯では、就労継続が“難しい”と考えている割合がフルタイム勤務よりも高く、正社員のみならずパートタイム勤務をはじめとした非正規雇用の介護者に対する支援も重要です。

その一方、主な介護者が働いていない世帯では、高齢の配偶者が介護をする“老老介護”の状態になっている場合が多く、介護者の勤務形態に応じた適切な支援を検討する必要があります。

- 主な介護者がフルタイム勤務、パートタイム勤務で働いている世帯では、主な介護者と本人の関係が子、子の配偶者の割合が高くなっています。介護の頻度は週2日以下の割合が、働いていない世帯に比べ高くなっていますが、ほぼ毎日の割合も6割以上を占めています。

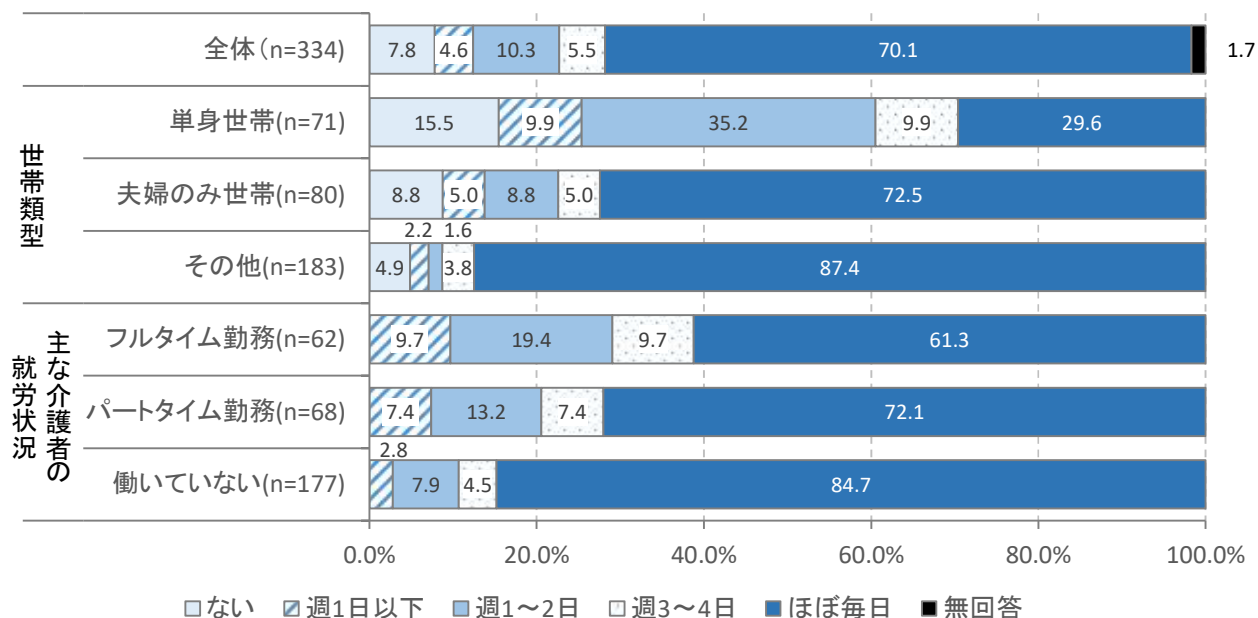


- 主な介護者が働いていない世帯では、主な介護者と本人の関係が配偶者である世帯が約5割を占め、主な介護者の年齢も70歳代以上が6割以上を占めています



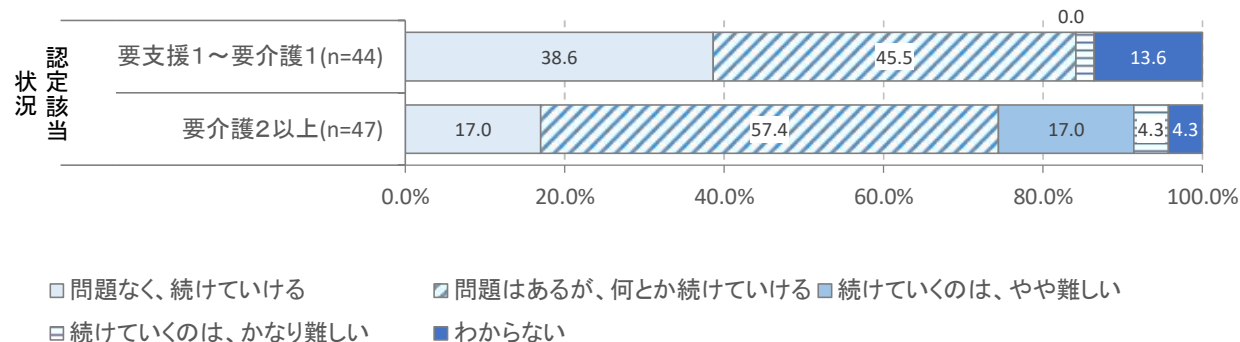
- 主な介護者がフルタイム勤務、パートタイム勤務で働いている世帯では、介護の頻度は週2日以下の割合が、働いていない世帯に比べ高くなっていますが、ほぼ毎日の割合も8割以上を占めています。

〔図表 2-5-6: ご家族やご親族からの介護の頻度〕



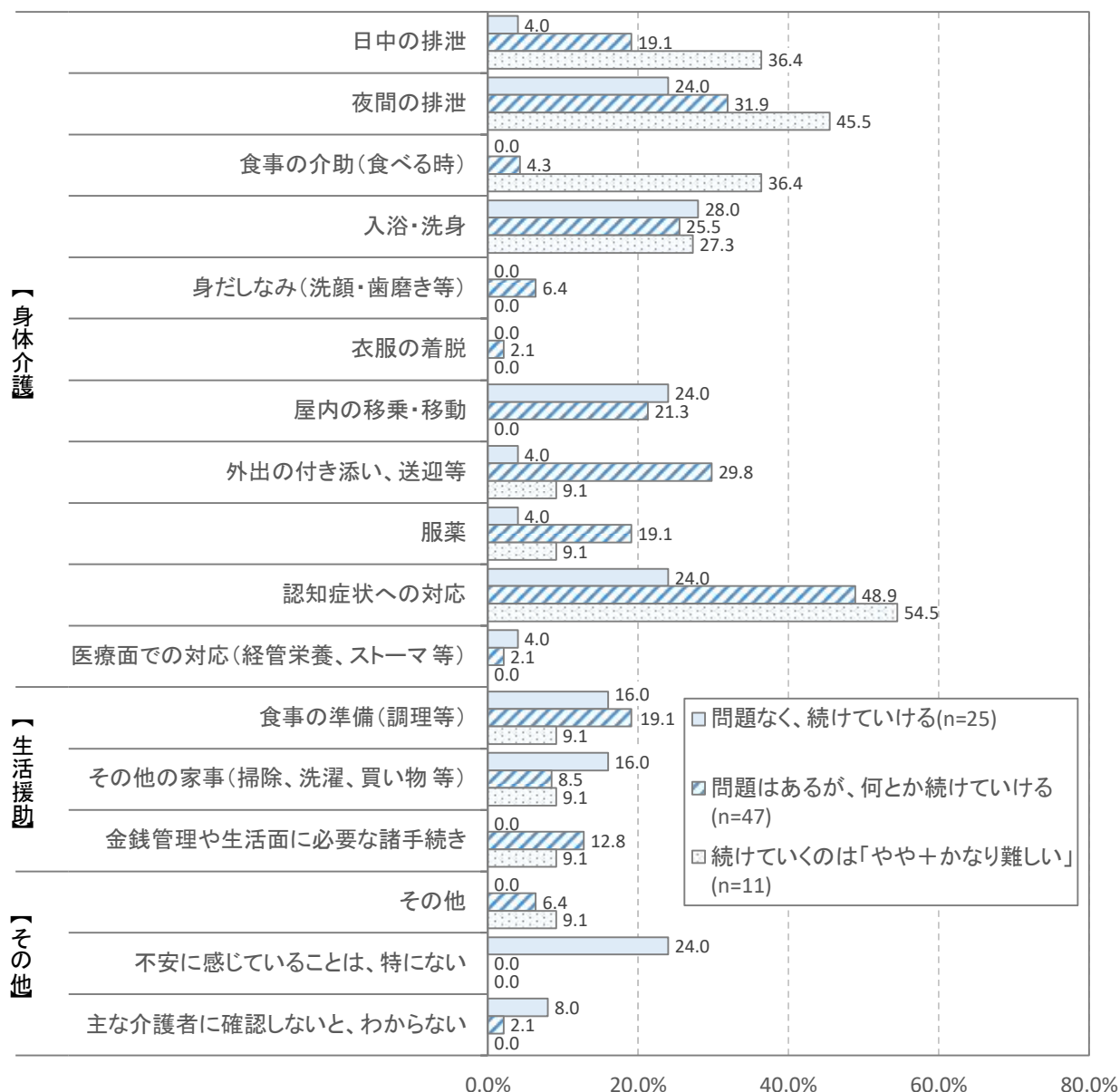
- 主な介護者がフルタイム勤務、パートタイム勤務で働いている世帯では、本人の要介護度が2以上の場合は、就労継続が“難しい”と考えている割合が21.3%と要介護1以下より高くなっています。

〔図表 2-5-7: 認定該当状況別の主な介護者の就労状況と就労継続見込み〕



- 就労継続が“難しい”と考えている世帯は、日中の排泄、夜間の排泄、食事の介助（食べる時）、認知症状への対応に不安を感じている割合が高くなっています。

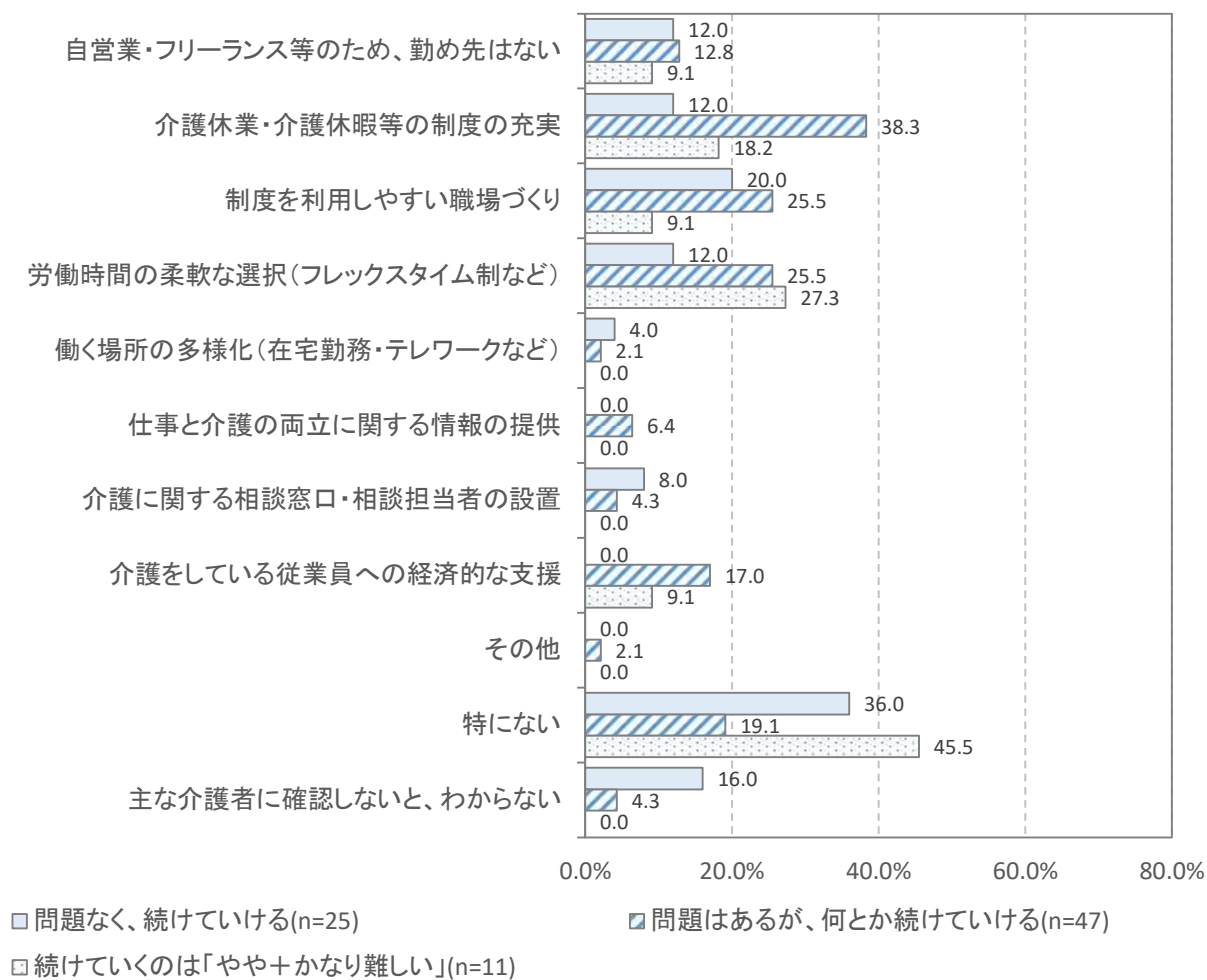
〔図表 2-5-8:就労継続見込み別の介護者が不安を感じる介護等(3LA)〕



※複数回答（複数の選択肢から2つ以上の選択肢を選ぶ方式）の設問の場合、選択肢ごとの回答数については、図表にMA（=いくつでも回答可）、3LA（=3つまで回答可）、2LA（=2つまで回答可）で記載しています。

- 勤め先からの効果的な支援として、労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）の割合が“続けていける”（「問題なく続けていける」＋「問題はあるが、何とか続けていける」）と考える世帯より高くなっています。

〔図表 2-5-9: 勤め先からの効果的な支援(3LA)〕



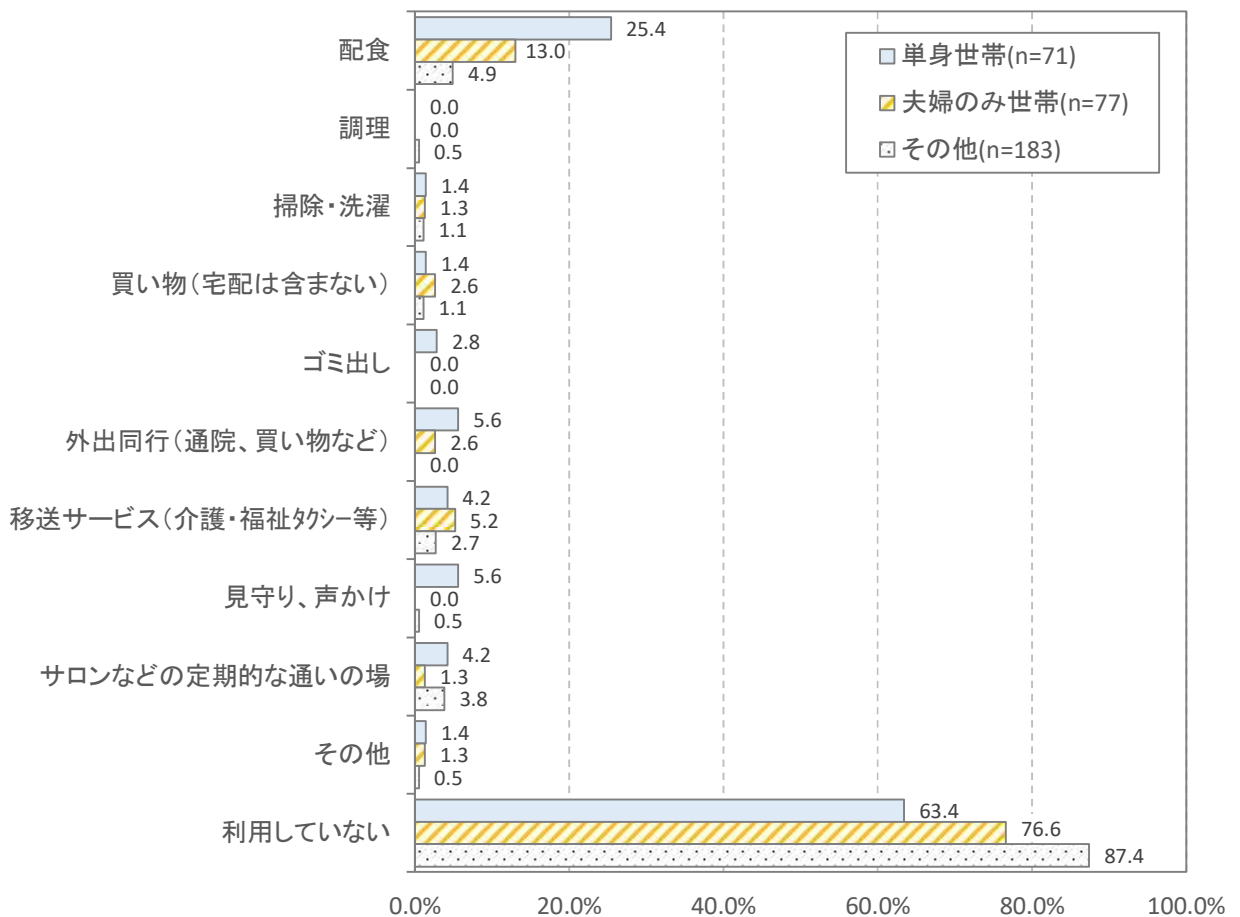
(3) 世帯の状況と支援・サービスの利用状況について

高齢者単身世帯において、保険外の支援・サービスの利用が多いことから、高齢者夫婦世帯をはじめとして介護者が同居している世帯でも同様に、保険外の支援・サービスを適切に利用できるための支援が必要です。

在宅生活の継続に向けて、移動支援や見守り支援に関連する介護保険サービスの利用だけでなく、自治会・町内会や民生委員・児童委員活動と関連付けた地域住民主体の見守り活動や移動支援も積極的に活用していく必要があります。

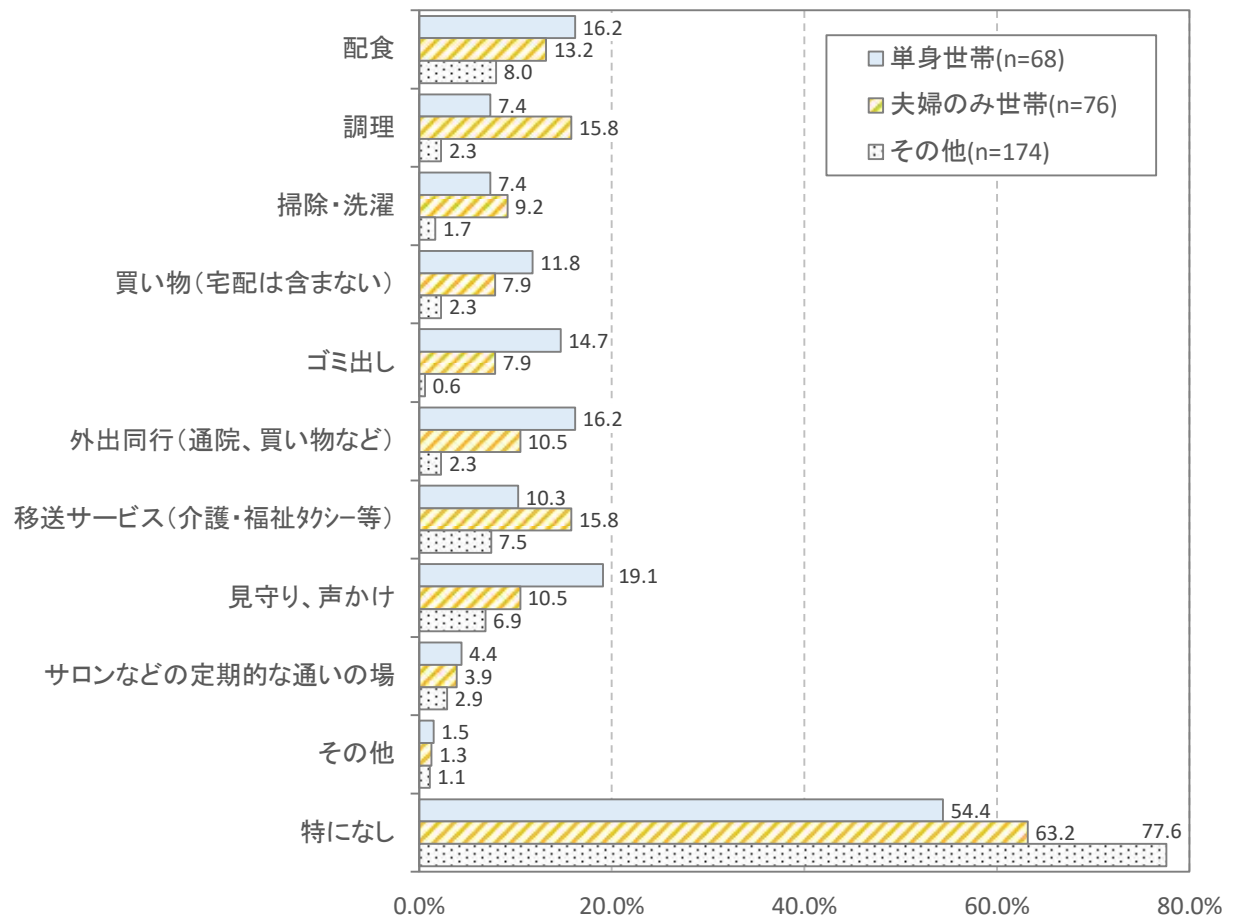
- 保険外の支援・サービスの利用状況を世帯の状況別にみると、単身世帯では利用している割合が高く、配食の割合が2割を超えています。夫婦のみ世帯でも、配食の割合が1割を超えています。

〔図表 2-5-10: 現在利用している介護保険サービス以外の支援・サービス(MA)〕



- 在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスを世帯の状況別にみると、単身世帯、夫婦のみ世帯ともに利用率が低い外出同行（通院、買い物など）、移送サービス（介護・福祉タクシー等）、見守り、声かけの割合が高くなっています。その他の世帯においても利用状況に比べ全体的に割合が高くなっています。

〔図表 2-5-11：在宅生活の継続に必需と感じる支援・サービス(MA)〕



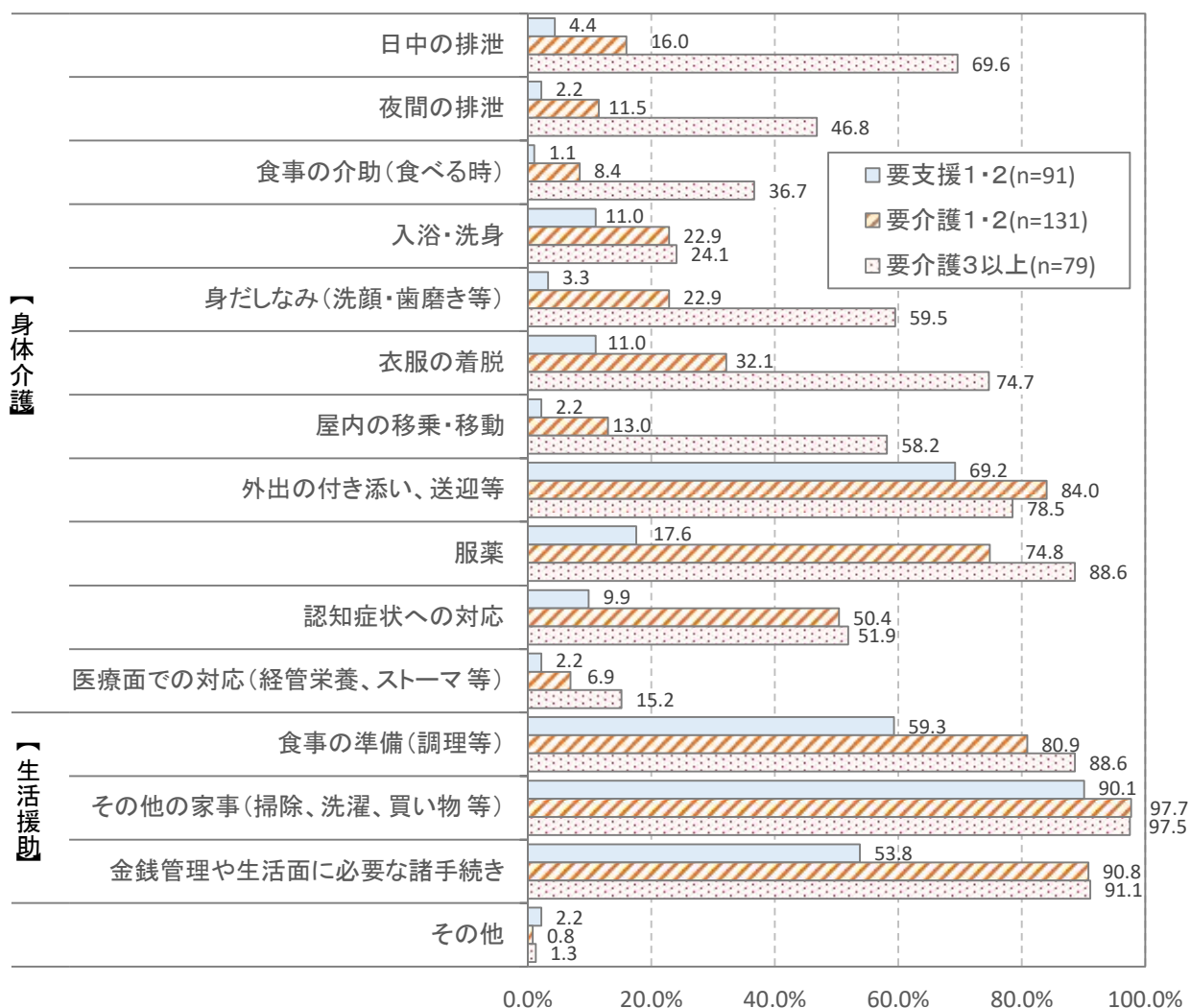
(4) 医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスの提供

主な介護者が行っている介護の多くは介護度が重度化するにつれ割合が高くなっています。また、外出時の支援はいずれの介護度でも6割を超えており、在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスにもあったとおり、高齢者の移動支援を地域全体でどのように実施していくか検討する必要があります。

訪問診療については要介護度が上がるほど利用率も大幅に増加しています。今後、要介護3以上の中重度の要介護者の増加が見込まれることから、「介護と医療の両方のニーズを持つ在宅療養者」に、適切なサービス提供体制をどのように確保していくかが重要な課題になると考えられます。

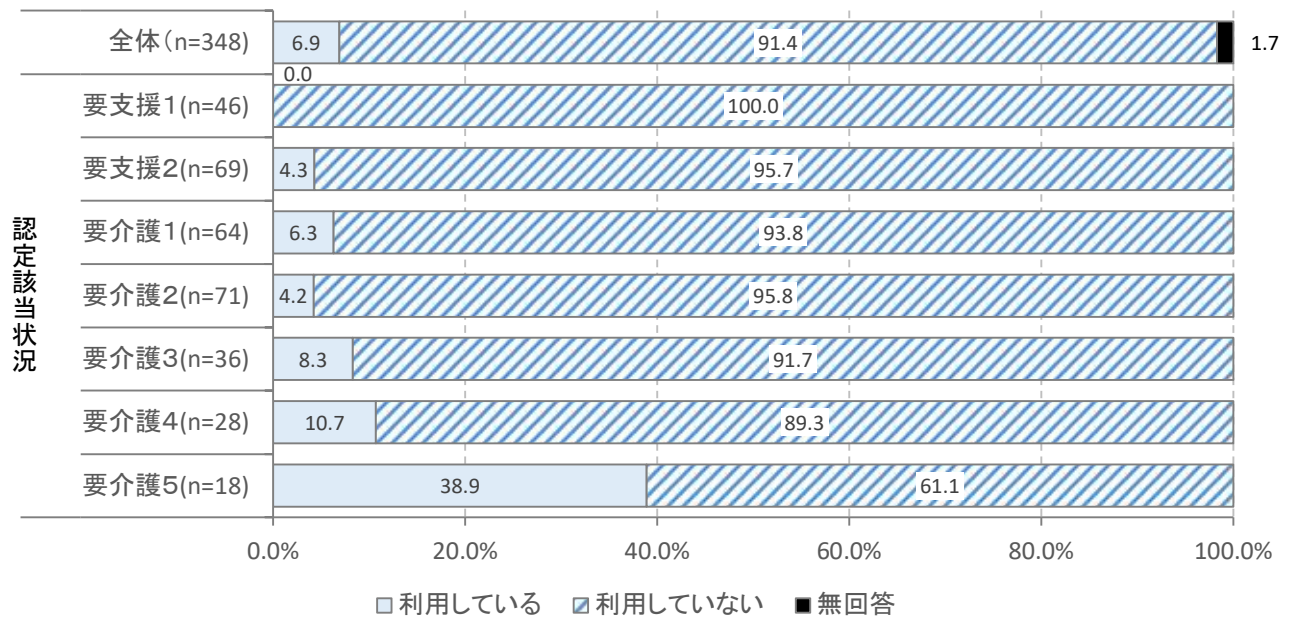
- 主な介護者が行っている介護は、外出の付き添い・送迎等、その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）以外は介護度が重度化するにつれ高くなっています。外出の付き添い・送迎等、食事の準備（調理等）、その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）、金銭管理や生活面に必要な諸手続きは介護度に関係なく高くなっています。

〔図表 2-5-12: 認定介護者が行っている主な介護サービス(MA)〕



- 訪問診療の利用状況を要介護度別にみると、要介護4以上では利用者が1割を超え、要介護5では約4割を占めています。

〔図表 2-5-13: 現在の訪問診療利用の有無〕



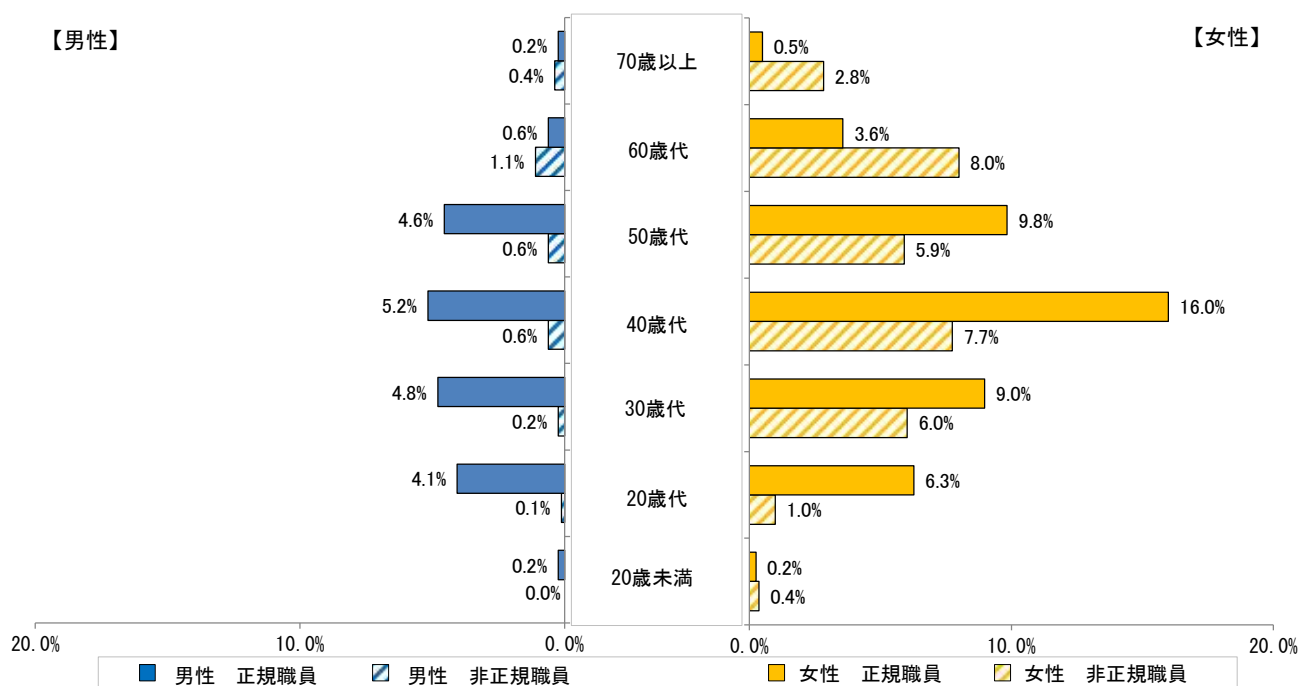
6. 介護人材実態調査結果

全サービス系統で女性の雇用が多く、特に訪問系は女性の60歳以上が3割以上を占めていることから、訪問系サービスを担う介護人材の高齢化が懸念されます。

(1) 性別・年齢別の雇用形態の構成比について

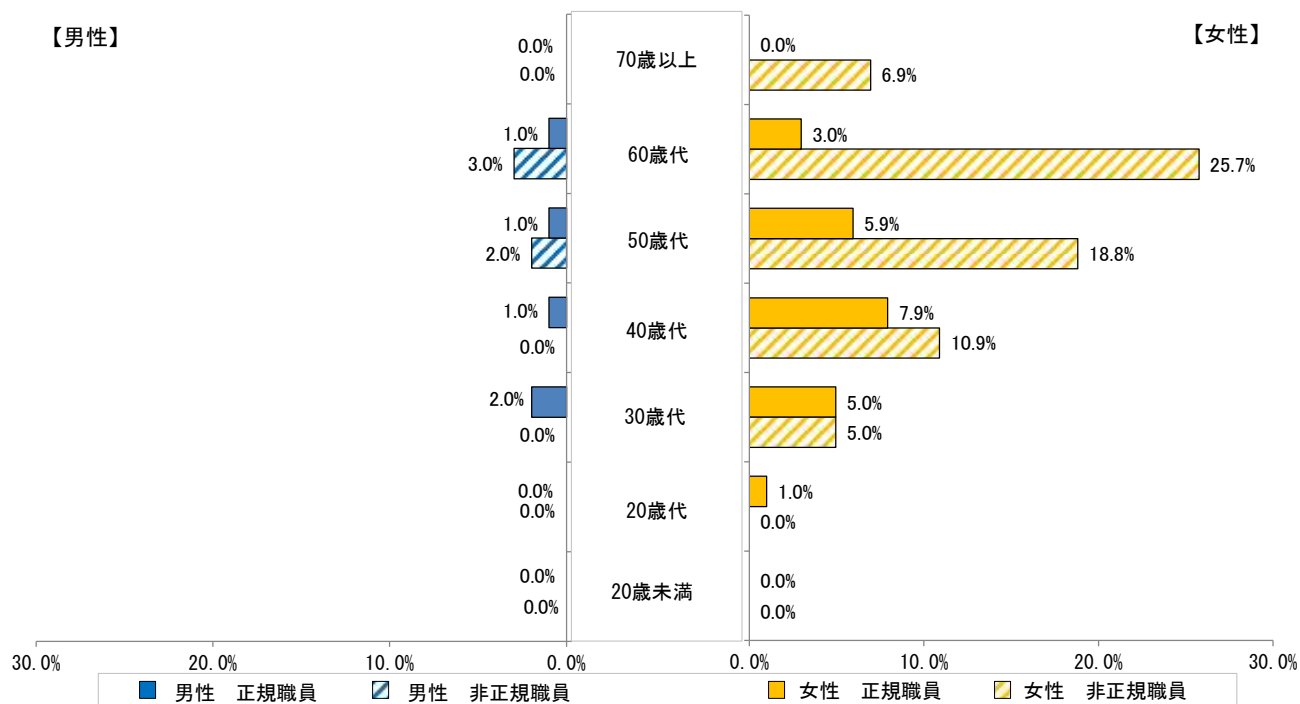
- 全サービス系統の性別・年齢別の雇用形態の構成比をみると、男性に比べ女性の割合が高くなっています。男女ともに20から50歳代の占める割合が高く、いずれも正規職員が非正規職員を上回っています。

〔図表 2-6-1：全サービス系統〕



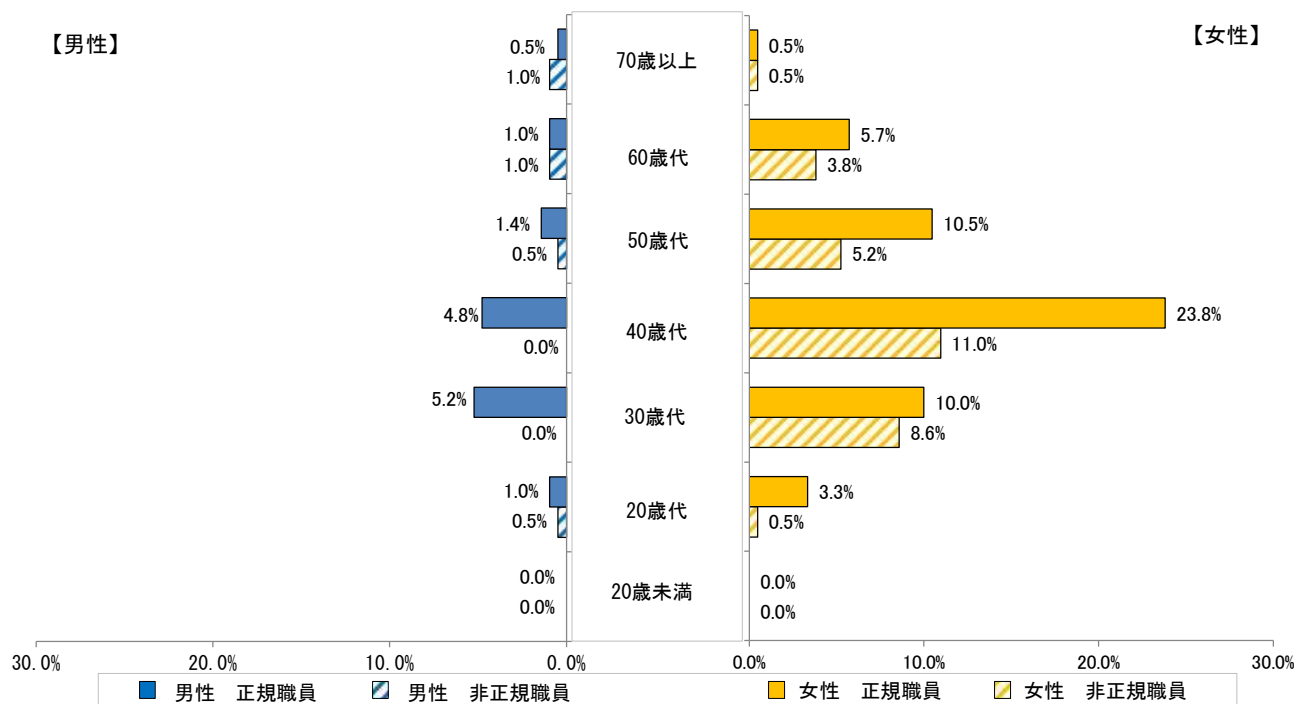
- 訪問系の性別・年齢別の雇用形態の構成比をみると、男性に比べ女性の割合が高くなっています。特に、女性の40歳代から70歳以上では、非正規職員が正規職員を大きく上回っています。

〔図表 2-6-2: 訪問系〕



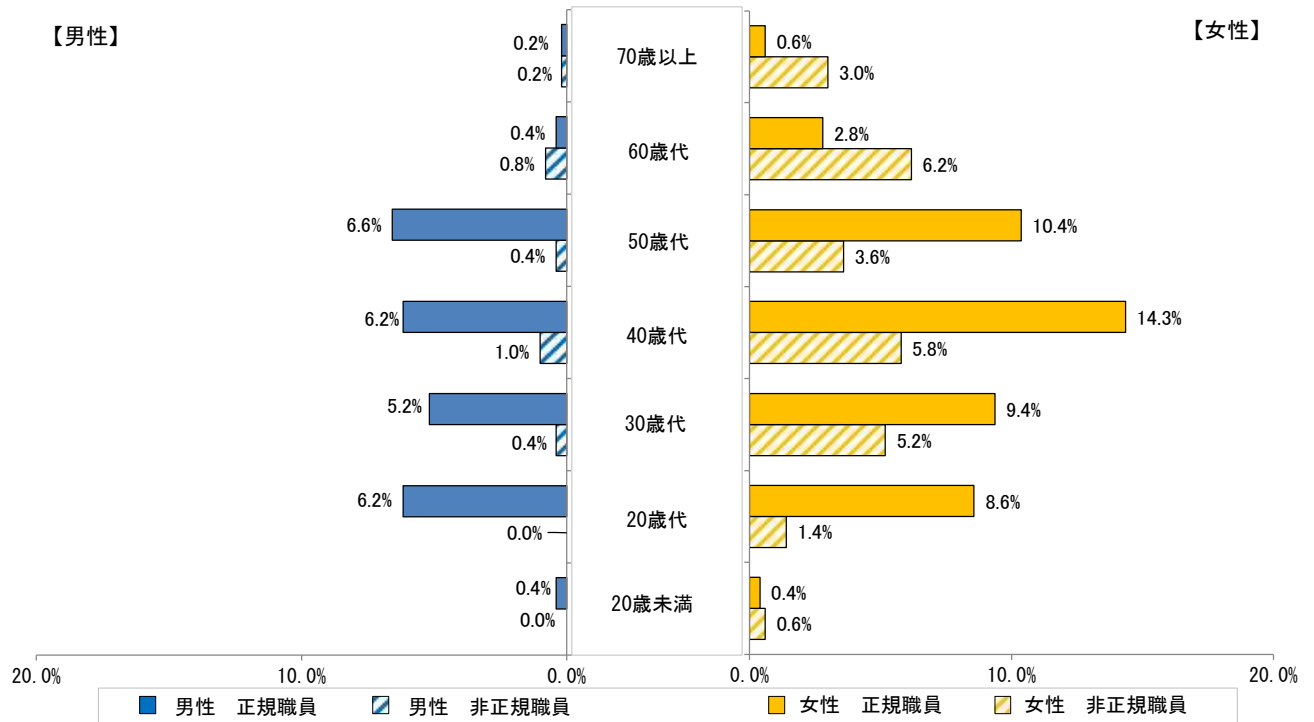
- 通所系の性別・年齢別の雇用形態の構成比をみると、男性に比べ女性の割合が高くなっています。特に、女性の30歳代から60歳代の占める割合が高く、いずれも正規職員が非正規職員を上回っています。

〔図表 2-6-3: 通所系〕



- 施設・居住系の性別・年齢別の雇用形態の構成比をみると、男性に比べ女性の割合が高くなっています。特に、女性の20歳代から50歳代の占める割合が高く、いずれも正規職員が非正規職員を上回っています。

〔図表 2-6-4: 施設・居住系〕



(2) 介護職員数の変化

- 介護職員数の変化をみると、訪問系の正規職員数は昨年比でマイナス1人となっていますが、全サービス系統で昨年比プラスとなっています。

〔図表 2-6-5: 介護職員数の変化〕

サービス系統 (該当事業所数)	採用者数			離職者数		
	正規職員	非正規職員	小計	正規職員	非正規職員	小計
全サービス系統 (n=72)	102人	84人	186人	75人	66人	141人
訪問系(n=13)	7人	16人	23人	8人	11人	19人
通所系(n=29)	19人	15人	34人	8人	14人	22人
施設・居住系 (n=30)	76人	53人	129人	59人	41人	100人

サービス系統 (該当事業所数)	職員総数			昨年比		
	正規職員	非正規職員	小計	正規職員	非正規職員	小計
全サービス系統 (n=72)	571人	314人	885人	+27	+18	+45
				105.0%	106.1%	105.4%
訪問系(n=13)	69人	89人	158人	-1人	+5人	+4人
				98.6%	106.0%	102.6%
通所系(n=29)	142人	77人	219人	+11人	+1人	+12人
				108.4%	101.3%	105.8%
施設・居住系 (n=30)	360人	148人	508人	+17人	+12人	+32人
				105.0%	108.8%	106.7%

※資料：昨年比の上段は「採用者数-離職者数」、下段は「職員総数÷昨年の職員総数」で算出
 ※令和5年6月1日現在の状況について回答

7. 第8期計画の取り組みと評価

第8期計画の評価指標の達成状況は以下のとおりです。

基本目標	施策の方向性	重点事業
住み慣れた地域でいきいきと暮らせるまちづくり	地域包括支援センターの機能の充実と強化	介護支援専門員への支援実施
		地域ケア個別会議の定期的な開催
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
	地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり	そうじゃ台帳の整備
		そうじゃみんなで見守るネットワークの充実
		生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化
		そうじゃ 60 歳からの人生設計所の機能強化
	地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進	いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき講座の実施
		“歩得”による認知症予防
		生活習慣病発症予防と重症化予防の推進
		高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化
いつまでも安心して暮らせるまちづくり	切れ目のない医療と介護の連携	医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の研修
		地域住民への普及啓発
自分らしさを大切に暮らせるまちづくり	認知症を支える施策の推進	認知症初期集中支援チームの充実
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進
		SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進
		認知症支援ボランティアの養成
		認知症カフェの拡大
		認知症の人の就労支援に向けた取り組み
効果的な介護サービス等が安定して受けられるまちづくり	介護給付適正化	認知症の人の就労支援に向けた取り組み
		要介護認定の適正化
		要介護認定の適正化
		ケアプランの点検
		住宅改修等の点検
		住宅改修等の点検
		縦覧点検・医療情報との突合
	事業者への指定・指導・助言及び資質の向上	介護給付費通知
		集団指導
		実地指導
		地域密着型サービス運営委員会の開催
	介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実	介護サービス相談員の派遣
		介護サービス相談員連絡会議の実施

指標	第8期策定時 現況（実績）	各年度の 目標・実績 掲載ページ	達成状況 （A・B・C）	備考 （達成状況の理由等）
介護支援専門員から受けた相談件数	119 件	66 ページ	C	
開催回数	185 回	68 ページ	B	臨時で開催を行った
専門職派遣回数	42 回	69 ページ	B	
派遣職種数	2 職種	69 ページ	B	
そうじゃ台帳登録者実態把握率	99%	70 ページ	C	
見守りネットワーク参画事業所数	118 力所	70 ページ	B	事業所の減少（廃業）
生活支援サポーター数	140 人	73 ページ	C	サポーター登録につながらない
そうじゃ60歳からの人生設計所を通じた 就職・創業・ボランティア数	200 人	74 ページ	A	
いきいき百歳体操に取り組む高齢者数	1,760 人	75 ページ	B	コロナ禍、高齢化のため
いきいき百歳体操会場数	133 力所	75 ページ	B	コロナ禍、高齢化のため
かみかみ百歳体操会場数	85 力所	75 ページ	B	コロナ禍、高齢化のため
いきいき講座参加人数	1,467 人	76 ページ	B	コロナ禍のため
“歩得”健康商品券事業参加者全員の歩数の増加	8,558 歩	79 ページ	B	
高血圧の有病率（アンケート結果）	42.9%	79 ページ	B	
高齢者給食配食数	2,534 食／月	80 ページ	A	
ケアキャピネット加入施設数	143 力所	83 ページ	B	
ケアキャピネット登録者数	414 人	83 ページ	B	
ケアキャピネット患者同意数	511 人	83 ページ	B	
医療・介護従事者研修開催回数	1 回	84 ページ	B	コロナ禍のため
市民向け講座実施回数	4 回	84 ページ	C	コロナ禍のため
認知症初期集中支援チーム対応数	0 人	93 ページ	C	相談件数が少ない
認知症サポーター養成数	8,847 人	94 ページ	B	コロナ禍のため
認知症サポーター養成講座開催数	21 回	94 ページ	B	コロナ禍のため
小学校での認知症サポーター養成講座開催校数	10 校	94 ページ	B	コロナ禍のため
SOSメール受信登録者数	1,195 人	95 ページ	B	
SOSメール本人登録者数	192 人	95 ページ	B	
認知症支援ボランティア数	29 人	96 ページ	B	
認知症カフェ設置数	12 力所	97 ページ	B	
本人ミーティング開催数	1 回	99 ページ	C	対象者を把握しづらいことが課題
若年性認知症患者の就労数	0 人	99 ページ	C	対象者把握が不十分
認定調査員の研修実施回数	12 回	103 ページ	A	
判定調整会議の実施回数	1 回	103 ページ	A	
ケアプラン点検件数	41 件	104 ページ	B	
住宅改修点検件数	291 件	104 ページ	B	
福祉用具貸与・購入点検件数	10 件	104 ページ	B	
縦覧点検・医療情報との突合件数	811 件	105 ページ	B	
介護給付費通知送付回数	-	105 ページ	B	
集団指導の実施回数	1 回	109 ページ	B	オンライン等の集団指導の実施
実地指導の実施事業所数	0 事業所	109 ページ	B	
地域密着型サービス運営委員会の開催回数	1 回	109 ページ	B	
介護サービス相談員の派遣事業所数	0 事業所	111 ページ	C	コロナ禍のため
介護サービス相談員連絡会議の開催回数	0 回	112 ページ	B	

※ は福祉王国プログラム掲載事業

※達成状況：「A＝成果あり、計画策定時より大きく改善」「B＝成果はどちらともいえない、変化なし」

「C＝成果なし、取り組みが不十分・未実施」

第3章 計画の基本的な考え方

1. 基本理念と基本目標

(1) 基本理念

やさしさでつながる地域で

自分らしく安心・笑顔で暮らせるまち そうじゃ

総社市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画では、「住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまち」を基本理念に取り組みを推進してきました。

この基本理念は、令和7（2025）年を見据え設定し、本市の地域包括ケアシステムの目指す姿を表していたものですが、さらに、その先の令和22（2040）年も見据え、引き続き、地域包括ケアシステムを深化・推進していく必要があることから、第9期計画では、第8期計画の基本理念を継承した上で、一層の「そうじゃ」らしさを表すため、基本理念を「やさしさでつながる地域で自分らしく安心・笑顔で暮らせるまち そうじゃ」とします。

(2) 基本目標

基本理念の実現を目指すに当たり、4つの基本目標を設定しました。なお、具体的な取り組み内容については、第4章で示します

基本目標1. ひとりにしない・誰もが笑顔でいられるまち総社

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、孤独を感じることなく、自立した生活が送れるよう、要介護状態にならないための介護予防の取り組み、介護が必要になっても尊厳をもって自立した生活を送れるよう支援する取り組み、要介護状態の重度化防止の取り組みが重要となっています。地域包括支援センターを中心に、介護予防や健康づくりの取り組みの充実や、高齢者自身が地域の担い手となり、活動に積極的に参画できる仕組みづくりを推進するとともに、地域の多様な主体が参画し、世代を超えてつながる地域共生社会の実現を意識した地域包括ケアシステムを深化・推進していきます。

基本目標2. 災害とコロナを乗り越え安心をつなぐまち総社

本市は、平成30年7月豪雨災害や新型コロナウイルス禍等の困難な局面を乗り越えてきました。これから、高齢になっても、障がいがあっても、また、さまざまな困難を抱えていても、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療と介護の連携体制や在宅での生活を支援する取り組みを推進します。

また、多様化する高齢者のニーズに対応する住まいの確保や生活環境の整備を推進するとともに、災害や感染症対策などの防災体制等の充実を図ります。

基本目標3. 自分らしさを大切に暮らせるまち総社

「認知症施策推進大綱」及び令和5年に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の内容を踏まえ、認知症の発症予防や認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を軸とした施策を推進していきます。

また、高齢者の虐待防止に関する啓発や高齢者の権利を守る取り組みについては、地域包括支援センター・権利擁護センターを中心に問題の早期発見、早期対応に努め、必要に応じ権利擁護事業の活用を推進します。

基本目標4. 安定した介護サービスが受けられるまち総社

高齢化が進行し、介護や支援を必要とする高齢者が増加していくなかで、介護保険制度の持続可能性を維持し、要介護状態となっても適切な介護保険サービスを受けながら住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、介護給付の適正化、介護保険サービス事業者の育成・支援、介護人材の確保や生産性の向上、介護サービス情報公開の推進、相談体制の充実などを推進します。

2. 施策の体系

本計画は、次の体系で施策を展開していきます。

基本理念 やさしさでつながる地域で 自分らしく安心・笑顔で暮らせるまち そうじゃ

基本目標		施策の方向性	
		基本的施策	
1	ひとりにしない・誰もが笑顔でいられるまち 総社	1 地域包括支援センターの機能の充実と強化	(1)地域包括支援センターの機能強化 (2)地域包括支援センターにおける相談体制の充実 (3)地域ケア会議の推進 (4)自立支援に向けたケアマネジメントの推進
		2 地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり	(1)地域における見守りネットワークの構築 (2)生活支援サービス提供体制整備 (3)地域を支える担い手の確保と育成
		3 地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進	(1)住民主体の介護予防活動の推進と普及啓発 (2)高齢者の生きがいづくりと社会参加 (3)生活習慣病発症予防と重症化予防の推進 (健康そうじゃ2! 重点施策) (4)高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施 (フレイル予防・口腔ケア)
2	災害とコロナを乗り越え安心をつなぐまち 総社	1 切れ目のない医療と介護の連携	(1)医療・介護連携の推進
		2 在宅生活の支援と生活環境の整備	(1)食生活の安定と見守りによる孤独感の解消 (2)福祉サービスの充実と家族介護の支援 (3)高齢者の生活環境の整備
		3 災害・感染症対策	(1)災害・感染症発生時に向けた連携体制の構築
3	自分らしさを大切に暮らせるまち 総社	1 認知症高齢者等を支える施策の推進	(1)適切な医療・介護サービスの提供 (2)認知症に関する理解の促進と見守り体制の構築 (3)認知症高齢者を介護する家族等への支援 (4)若年性認知症の人への支援
		2 高齢者の権利擁護、虐待防止の推進	(1)権利擁護事業の推進 (2)高齢者虐待防止の推進
4	安定した介護サービスが受けられるまち 総社	1 介護給付適正化 (総社市第6期介護給付適正化計画)	(1)要介護認定の適正化 (2)ケアプランの点検、住宅改修等の点検 (3)縦覧点検・医療情報との突合 (4)給付実績の活用
		2 事業者への指定・指導・助言及び資質の向上	(1)居宅介護支援事業者等の育成 (2)サービス提供事業者への支援 (3)介護人材の確保、育成、定着 (4)介護保険サービス事業者の指導・監査
		3 介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実	(1)情報提供の充実 (2)相談体制の充実

3. 2025 年・2040 年を見据えた総社市の地域包括ケアシステム

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、自立した生活を営んでいくためには、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、いわゆる団塊の世代全てが75歳以上となる2025年はもちろんのこと、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年を見据えた、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「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが求められています。

第9期計画においては、基本理念を「やさしさでつながる地域で自分らしく安心・笑顔で暮らせるまち そうじゃ」とし、地域共生社会の実現を目指し、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に取り組みます。

(1) 本市の目指す地域包括ケアシステム

本市では、「①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援」という5つの視点からの取り組みが、「①早期発見機能、②早期対応機能、③連携強化機能、④専門的支援機能、⑤施策化・社会資源開発機能、⑥社会教育・地域づくり機能」という6つの機能を果たし、包括的（利用者のニーズに応じた適切な組み合わせによるサービスの提供）かつ継続的（切れ目のないサービスの提供）に行われるよう、地域包括ケアシステムを構築してきました。

今後、さらに多様化する世代や分野を越えたニーズに対応できるよう、6つの機能をさらに強化していくとともに、その活動内容を評価・分析し、改善につなげていく「⑦活動評価機能」や、これらの機能を果たしていくなかでそれぞれが専門性を高めていくことができる「⑧専門力（性）育成・向上機能」の2つの機能も重視し、8つの機能を推進していきます。そして、これらの機能が一環したものであるとして包括的・体系化され、それぞれの生活圏において統合されて機能するようなシステムを目指し、深化・推進していきます。

【5つの視点】

①医療（医療・介護連携）

「住まい」と「生活支援」によって自立した生活を確保するとともに、一層の安心、いざというときの備えとして、専門的サービスを必要とする市民にしっかりと提供できる環境を整備します。

「医療」と「介護」については、医療機関や訪問看護ステーション、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどが協働して連携を図る関係を構築します。

②介護

高齢者が要介護状態等になっても、自分の意思で自分らしい生活を営むことができる「高齢者の自立と尊厳を支えるケア」を実現することが重要です。重度の要介護者、単身または夫婦のみの高齢者世帯、認知症の人の増加、働きながら要介護者等を在宅で介護している家族等の就労継続や負担軽減に対応するための継続的な支援体制の整備を進めます。

③介護予防

地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発、介護予防の通いの場の充実、保健事業及びリハビリテーション専門職等との連携、地域ケア個別会議の多職種連携による取り組みの推進、地域包括支援センターの機能強化等により、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指します。

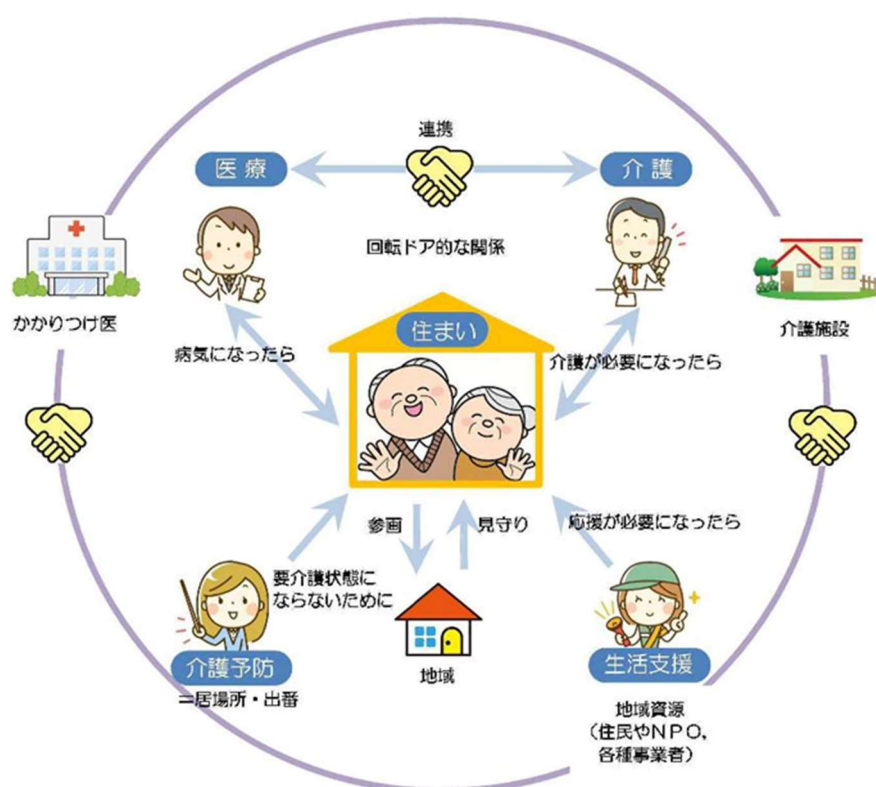
④住まい

まず何よりも「住まい」が確保されていることが前提です。保健福祉施策と住宅施策を連携させ、住み慣れた住居のほか、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等、一人一人の身体や財産の状況にふさわしい「住まい」が用意され、「なじみの関係」のなかで自分らしく生活できる環境や望めば最後まで住み続けることができる環境の実現を目指します。

⑤生活支援（自立した日常生活の支援）

「生活支援」は、専門事業者によるサービスだけでなく、見守りや交流の機会、出かける場の確保、地域住民同士のちょっとした手助けなどさまざまです。互助・共助を基本とした多様な生活支援がどこの地域でも行われ、必要とする方がその支援を受けられるように、生活支援コーディネーターや協議体による地域のニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を通じ、生活支援を担う事業主体の支援、協働体制の充実・強化を図ります。

〔図表：地域包括ケアの仕組み〕



【8つの機能】

①ニーズの早期発見機能

地域住民や関係機関により発見された高齢者や家族のニーズが、早期に専門職や行政のワンストップの窓口等に届けられる機能です。ニーズが早期に発見できるよう地域の多様な主体による連携体制を構築するとともに、その情報が早期に支援機関に届けられる仕組みづくりを推進します。

②ニーズへの早期対応機能

早期に専門職が訪問、問題把握、解決に向けて支援する機能です。専門職が積極的に地域に出ていき、地域住民との信頼関係を築いていくことが重要です。

③ネットワーク機能（連携強化機能）

地域住民や専門職、地域の企業や事業者等が連携・協働し支援する機能です。地域住民間、専門職間、またそれらを結びつけたものなど、多様なネットワークがつながっていくことが重要です。

④困難ケースへの対応（コンサルテーション）機能（専門的支援機能）

専門的な職種や機関に的確かつ技術的な指導・助言を得る機能です。専門職に必要なときに気軽に相談できる体制づくりが求められます。

⑤社会資源の改善・改良・開発機能（施策化・社会資源開発機能）

地域課題の解決のため、既存サービスを活用するとともに、利用しにくいものは改善、不足しているものはインフォーマルな取り組みや制度・サービス等の開発につなげていく機能です。三層構造の会議体（「小地域ケア会議」「圏域地域包括ケア会議」「地域包括ケア会議」）を有機的につなげ、必要な社会資源の開発・発掘を進めることが重要です。

⑥福祉教育機能（社会教育・地域づくり機能）

高齢者や家族が早期に必要な情報を得て適切な対応ができる機能と、地域での見守りや生活支援体制を構築する機能です。地域住民が共に支え合う地域づくりを進める上では、地域の課題を他人事ではなくわが事として捉え、「お互いさま」と考える地域住民の意識を醸成していくことが重要であり、地域福祉の基盤となります。

⑦活動評価機能

活動内容が的確な支援となっているかを継続的に評価する機能です。漠然と活動を進めるだけでなく、地域住民の参加を基本としたPDCAサイクルによる評価により、活動を見直し、新たな活動につなげていくことが重要です。

⑧専門力（性）育成・向上機能

各主体がそれぞれの専門性を高め、地域の福祉人材を育成していく機能です。①～⑦の機能に基づく取り組みを経験するなかで、専門性を向上していくことが期待されます。

【多様な主体ごとの役割】

■地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者に関わる問題の総合相談窓口としての機能を果たすとともに、高齢者の状態に応じて、包括的・継続的なケアマネジメントを適切に実施することで、地域における介護予防の拠点としての役割を担います。

また、高齢者が適切な保健福祉サービスを受けることができるよう、関係機関との調整を図るコーディネーターとして、地域包括ケアシステムの中核的役割を担います。

■社会福祉協議会

市から委託し総社市社会福祉協議会に設置した各相談窓口において、高齢者が抱える複雑かつ多様な問題に対応するため、専門職が早期に対応し、必要な相談・援助につなげます。

また、総社市社会福祉協議会は、地域社会における多様な住民活動の橋渡し役となり、住民主体による支え合いの地域社会の実現、地域の福祉力の向上を支援し、住民が自らの持てる力を発揮できるよう、協働を基調としながら地域福祉を推進します。

■地区社会福祉協議会

地域内のさまざまな組織・団体の代表者を中心に構成され、地域住民主体の互助団体の一つとして活動しており、地域の課題を自分たち自身の問題と受け止め、関係機関と連携しながら解決に向けて協議しています。「地域づくり」を応援し互助活動を活性化します。

■地域の企業・団体等

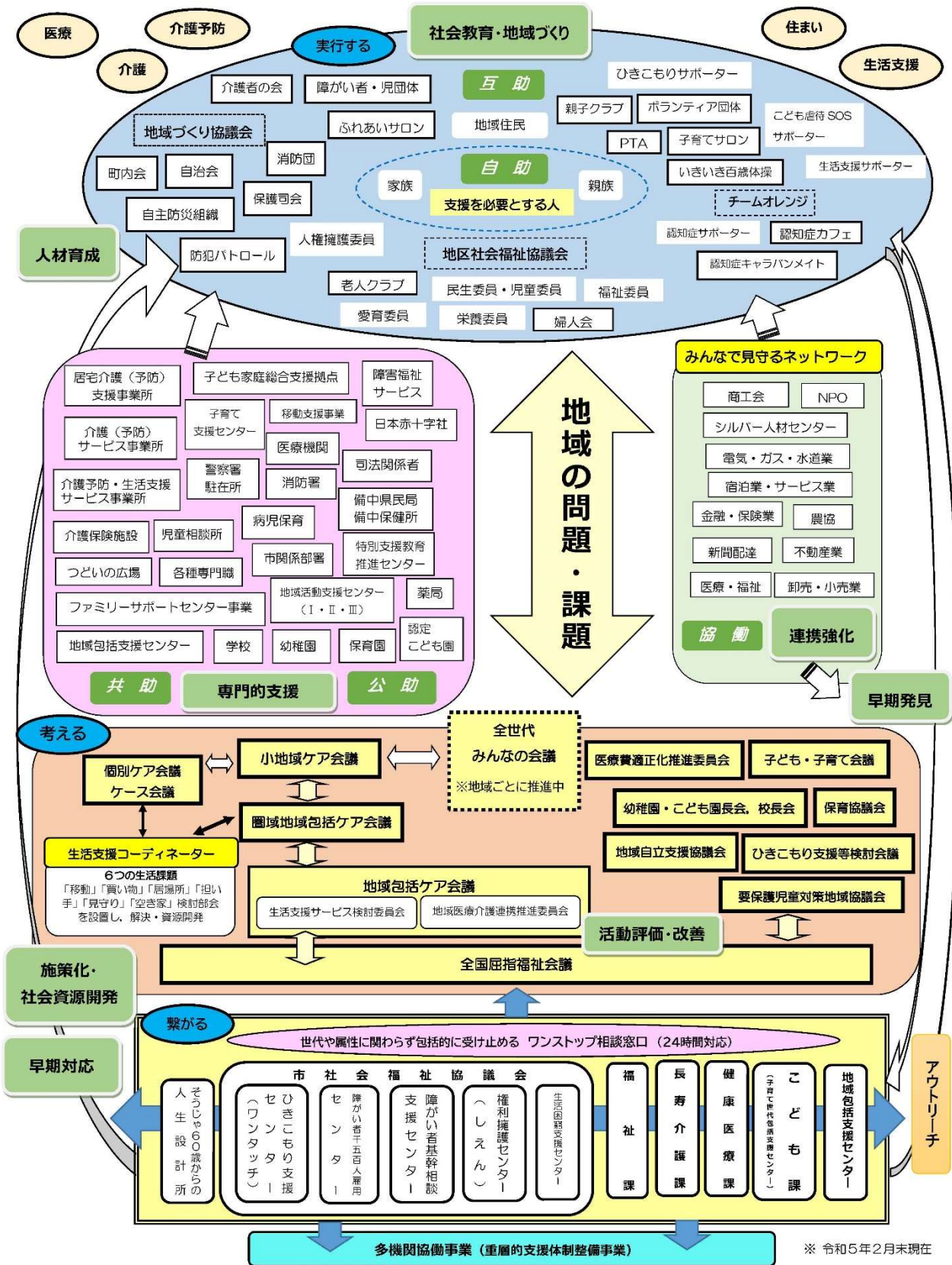
「そうじゃみんなで見守るネットワーク」を活用し、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等、身近な地域のなかで支援を必要としている高齢者に、地域の団体や事業者等が連携して日常生活のなかで見守りや声かけ、生活援助などを行う仕組みづくりを推進します。

■地域住民（地域組織・ボランティア団体・NPO等）

本計画に掲げる基本理念を実現するためには、地域組織やボランティア団体、NPO等、多様な主体がそれぞれの特徴を生かして役割を果たすことが重要です。生きがいづくりや健康づくり、ネットワークづくり、仲間づくり、支え合い・支援活動等、それぞれの取り組みや活動を通じて「地域力」を高め、他の主体と連携しながら地域を支えます。

総社市全世代型地域包括ケアシステム構想図 2023 版

目指す姿 「住み慣れた地域で いきいきと暮らせる まちづくり」



第4章 施策の展開

基本目標1 ひとりにしない・誰もが笑顔でいられるまち総社

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、孤独を感じることなく、自立した生活が送れるよう、要介護状態にならないための介護予防の取り組み、介護が必要になっても尊厳をもって自立した生活を送れるよう支援する取り組み、要介護状態の重度化防止の取り組みが重要となっています。

地域包括支援センターを中心に、介護予防や健康づくりの取り組みの充実や、高齢者自身が地域の担い手となり、活動に積極的に参画できる仕組みづくりを推進するとともに、地域の多様な主体が参画し、世代を超えてつながる地域共生社会の実現を意識した地域包括ケアシステムを深化・推進していきます。

施策の方向性

- 1 地域包括支援センターの機能の充実と強化
- 2 地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり
- 3 地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進

課題

- ・高齢者数が増加傾向にあることから高齢化率は緩やかに上昇しており、1人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯も増加しています。
- ・要支援・要介護認定を初めて受ける方は85歳以上に多く、本市の85歳以上人口は増減を繰り返しつつも令和18年まで増加傾向にあることから、要支援・要介護認定者数も増加傾向にあります。
- ・介護・介助が必要になった原因として、「骨折・転倒」「心臓病」「糖尿病」等の生活習慣病が多くなっています。日頃からの運動習慣を身につけることで「骨折・転倒」等を防ぐと同時に、食や睡眠、歯の健康等も含めた生活習慣全般を見直すことで、「心臓病」「糖尿病」をはじめとした生活習慣病にならないような意識づけが必要です。
- ・女性・後期高齢者に外出を控えている人が多く、外出を控えている理由である「足腰などの痛み」を解消できるように、年齢を重ねても無理なく継続できる運動等を積極的に周知していく必要があります。
- ・口腔機能が低下している方は後期高齢者で特に多く、口腔衛生を維持することで、生活習慣病をはじめとした他の病気のリスクを下げるとされており、歯の健康が私たちの健康にとっていかに重要なことなのか、広く周知していくことが必要です。
- ・認知機能の低下リスク、手段的自立度（IADL）が3点以下（低い）の割合は後期高齢者に多く、日常生活に支援を必要とする高齢者ほど、趣味や生きがいを「思いつかない」割合が多くなっていることから、身体機能の衰えが日常生活に支障を来すだけでなく、高齢者自身の生きがいにも影響を与えていると言えます。
- ・男性の後期高齢者では、よく会う友人・知人に近所・同じ地域の人が少ないことから、リタイア後の男性が地域に居場所を見つけられるよう支援が必要であると考えられます。
- ・「学習・教養サークル」や「介護予防のための通いの場」等の参加者は約20%です（厚生

労働省は「2025（令和7）年度までに通いの場の参加率を8%まで高める」ことを目標として掲げている）。引き続き、介護予防につながる場を確保すると同時に、さらに多くの高齢者が参加できるよう促していきます。

- ・家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手として、「そのような人はいない」人は約3割と多くなっています。特に男性の前期高齢者に多く、自治会・町内会をはじめとした、地域のなかで住民同士が困りごとを解決していける仕組みを検討すると同時に、地域包括支援センター・役所等の公的機関における窓口の周知が必要です。
- ・現在治療中、または後遺症のある病気がある方は約8割を占めており、多くの高齢者が病気を抱えながら生活していると言えます。
- ・うつリスクの該当者は、高齢者全体の約4割を占めており、高齢者が心の健康を維持できるような相談支援体制を充実させると同時に、社会参加の機会を増やす等、高齢者が自身の役割を持っていきたいと暮らしていけるような地域づくりが必要です。
- ・食事で気を付けていることとして、「食事の回数」や、「野菜の摂取等の特定の品目を摂ること」「栄養バランスの取れた食事をほぼ毎日、1日1回以上摂取している」は約7割と多く、今後も高齢者一人一人が健康的な食習慣を意識していけるようにさまざまな手段を活用した啓発活動が必要です。
- ・通いの場の介護予防の効果を高めるために、運動・栄養・社会参加の3つの実践を意識した働きかけが必要です。

1. 地域包括支援センターの機能の充実と強化

(1) 地域包括支援センターの機能強化

職種別連絡会議・3職種合同連絡会議の開催

【現状と課題】

地域包括支援センターの職種ごとの連絡会議（主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士）を定期的実施し、それぞれが果たすべき専門的役割の共有及び質の向上を図っています。コロナ禍でも対面とWEB会議の併用開催で会議を実施し、密に連携を図ることができました。

【今後の方向性】

今後は、専門職ごとに課題と感していることを明確にし、より地域包括支援センターの専門性を高め、機能強化を図っていきます。

また、定期的に職種ごとの連絡会議を実施し、職種ごとでの研修会実施を進めるとともに、職員の異動等があることも踏まえ、専門性の維持を図っていきます。

【評価指標】

		実績		見込み	目標		
		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
職種別連絡 会議開催 回数(回)	主任ケアマネジャー	6	6	6	6	6	6
	保健師	10	12	12	12	12	12
	社会福祉士	10	8	10	12	12	12
3職種合同連絡会議開催回数 (回)		6	6	6	6	6	6

事業評価の実施

【現状と課題】

地域包括支援センター業務が円滑に効果的に進むよう、地域包括支援センターとの対話を重視した事業評価を継続し、連携と機能強化に努めています。

平成30年度から加わった全国基準と独自基準を合わせて評価を実施し、評価結果及び包括支援センターから提出の事業実績を基にヒアリングを行っています。包括支援センターの状況把握・課題・悩み、工夫している点等も把握し、コミュニケーションを図るとともに、機能強化を推進しています。

また、課題があれば地域包括支援センターの連絡会議やセンター長会議において共有し、意見交換することで質の向上に役立てています。

【今後の方向性】

地域包括支援センターと対話を重視した事業評価を継続します。

国及び市が作成の調査結果を活用し、求められている地域包括支援センターの機能について具体的な改善を図ります。また、課題についてはタイムリーに検討・協議を行うなど、柔軟な対応で改善に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
ヒアリングの実施	1	1	1	1	1	1
包括連絡会議の開催	6	6	6	6	6	6

地域包括支援センター運営委員会の開催

【現状と課題】

総社市介護保険運営協議会内に設置した地域包括支援センター運営委員会を定期的開催し、地域包括支援センターの運営方針、支援・指導の内容を検討・改善し、事業の公正・中立的な運営の確保、円滑な運営と機能強化に努めています。

また、報告が多岐にわたるので、委員が理解しやすい資料作成に努めています。

【今後の方向性】

定期的な開催を続けるとともに、検討資料作成の際には地域包括支援センターの成果と課題が十分に伝わるよう努めます。市の施策を反映した内容になるよう、評価から結果までをしっかりと具体的に示します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
地域包括支援センター運営委員会開催回数(回)★	2	2	2	2	2	2

★第8期計画では設定していない項目

介護支援専門員への支援実施

【現状と課題】

地域包括支援センターの機能の一つとして、地域の介護支援専門員に対する相談窓口を設置し個別指導・相談に対応しています。

虐待や認知症等の支援困難事例について、連携・支援を行っています。地域の介護支援専門員が相談しやすくするために、ケアマネカフェを開催する地域包括支援センターもあり、参加者からは好評を得ています。

【今後の方向性】

地域の介護支援専門員に対する総合窓口として周知を図っていくとともに、ケアマネカフェ等の開催や研修会の機会を活用して、お互いの情報交換を促進し、相談しやすい関係性の構築を目指します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
介護支援専門員から受けた相談件数（件）	239	127	200	250	250	250
研修会・ケアマネカフェの開催数（回）★	0	3	1	6	6	6

(2) 地域包括支援センターにおける相談体制の充実

3 職種の専門性を生かした相談体制の強化

【現状と課題】

地域包括支援センターが地域で気軽に相談できる高齢者の身近な総合相談窓口であるということの周知を図っています。事例によっては3職種で相談・対応を行っていますが、対応～経過～終結の流れの条件の共有が課題となっています。

【今後の方向性】

引き続き、地域包括支援センターの周知に努め、受けた相談事例の対応を整理します。必要に応じて、解決に向けて適切な機関へつなぐことができるよう、終結の条件を共有し、体制の強化に努めます。また、連絡会議等を活用し、各地域包括支援センターで対応に差がないようスキルアップに努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
総合相談件数（件）★	7,598	8,080	8,100	8,100	8,200	8,300

家族介護者に対する相談体制の充実

【現状と課題】

地域包括支援センターにおいて、関係機関の連携の下、地域における適切なサービスや制度の利用につなげるなど、家族介護者の不安を解消するための総合相談や支援を行っています。

地域包括支援センターが受けた相談の半数近くが介護に関する相談となっています。

【今後の方向性】

今後も、相談しやすい体制づくり・広報等を工夫しながら相談体制の充実を図ります。また、子どもが介護等を行うヤングケアラーの問題については、ヤングケアラーは支援機関等に自ら支援を求めることが難しく、発見が困難と考えられますが、本市では、学校や関係機関等と連携し、早期発見・適切な支援につながる仕組みづくりを構築しています。今後も連携が必要なケースの対応に当たっては、速やかに情報共有等を進め、早期対応を図っていきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
介護に関する相談 件数（件）	3,077	3,824	3,900	3,900	3,950	4,000

重層的支援体制整備事業による包括的相談支援体制の整備

【現状と課題】

令和3年度から総社市社会福祉協議会に委託し、重層的支援体制整備移行準備事業を市と社会福祉協議会の協働で進めてきました。令和6年度の事業開始を目標に委員会の開催・研修会・模擬会議の開催をし、関係者の理解を深めるとともに、周知・啓発を図っています。

さまざまな部署が関係する事業であり、子どもから高齢者までの専門職団体・機関の〈横の連携〉の構築が課題となっています。

【今後の方向性】

令和6年度から事業を開始します。各事業について理解を促進するとともに、課題が複雑化・複合化した事例について、関係者や関係機関が機能的・効果的に連携し対応できる体制整備を目指します。

(3) 地域ケア会議の推進

小地域ケア会議の開催

【現状と課題】

地域包括支援センターが中心となり、市内を 21 地区に分けて、各地区が抱える地域課題の抽出・解決策の検討、社会資源の把握等を行っています。

令和 3 年度からは、下記 3 点の問題を踏まえ、全ての世代に対応できるような仕組みとして、「全世代型地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んでいます。

①一つの世帯に子どもから高齢者・障がいのある人の問題全てを抱えているケースが増加（背景）

②世帯全体の問題を捉えて、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『丸ごと』つながる地域を創っていく＝「地域共生社会」の実現を目指す

③少子高齢化などにより人口減少、担い手不足が顕在化

【今後の方向性】

引き続き、各地区の課題の抽出・解決策の検討、社会資源の把握等を行うとともに、重層的な支援が必要なケースが増加しているため、全ての世代を意識した取り組みも継続します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
小地域ケア会議の開催 (回)	130	127	130	130	130	130

圏域地域包括ケア会議の開催

【現状と課題】

社会福祉協議会が中心となり、各小地域ケア会議から抽出された地域の問題・課題の解決策を市内 5 圏域（中央部南・中央部北・東部・西部・北部）で検討し、圏域内の支援体制の整備を図っています。また、圏域の生活課題を共有することにより、総社市が抱える問題・課題を明らかにしています。令和 4 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、15 回中 5 回は書面で開催しました。

各圏域の課題を出し合いながら、自分たちで取り組めることは何かを考えながら、移動・買い物・災害・見守り等について話し合いを実施しています。

【今後の方向性】

話し合いを継続していくとともに、対象を高齢者だけではなく、幅広い世代を意識した取り組みを検討していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
圏域地域包括ケア会議 の開催 (回)	15	15	15	15	15	15

地域包括ケア会議の開催

【現状と課題】

市が中心となり、全国屈指福祉文化先駆都市を目指し、保健・医療及び福祉サービスの代表者、学識経験者、関係行政機関の職員等の参加により、医療・介護・福祉の連携や、地域課題の明確化、施策反映を図っています。

令和３年度からは、地域共生社会を意識した「全世代型地域包括ケアシステム」の構築について検討を行い、各小地域ケア会議でも高齢者だけではなく、全世代を対象とした会議を開催しています。

【今後の方向性】

今後も小地域ケア会議、圏域ケア会議での課題を中心に検討していく体制づくりの構築に努めます。

また、高齢者のみではなく、複合的な多世代に渡る課題が多くあるなかで、各組織での連携を図れるよう、多世代・多職種を意識した全世代型地域包括ケアシステムの構築を目指します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
地域包括ケア会議の開催	3	3	3	3	3	3

(4) 自立支援に向けたケアマネジメントの推進

地域ケア個別会議の定期的な開催

【現状と課題】

各地域包括支援センターを拠点に、医療・介護の専門職などの多職種とケアマネジャー等が協働し、要支援認定者及び事業対象者に対するケアマネジメントについて意見交換をし、その状態や置かれている環境等に応じて本人が自立した生活を送ることができるよう、定期的（月１回以上）に地域ケア個別会議を開催し、必要に応じて臨時開催も行っています。

ケアプランは定期的にアセスメントを行い、明らかになった地域課題については小地域ケア会議での検討につなげています。

【今後の方向性】

地域課題の発見や社会資源の開発という視点も意識して会議を開催します。

また、“本人が自立した生活を送るために”という目標を意識しながら会議を継続します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
地域ケア個別会議の開催回数（回）	131	118	120	120	120	120

地域ケア個別会議のアセスメント機能強化

【現状と課題】

地域ケア個別会議にリハビリテーション専門職等を派遣し、個別事例の評価、事業所スタッフやケアマネジャーへの助言を専門職の視点から行う体制の強化を図っています。岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会の協力を得ながら会議を開催しており、多職種の視点からアセスメントができ、本人の自立を促すような計画を立てることができています。

【今後の方向性】

引き続き、リハビリテーション専門職等の協力を得ながらアセスメント機能強化を図ります。また、自立支援を理解するための研修会を開催し、共通理解を促進します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
専門職派遣回数（回）	67	67	75	75	75	75
派遣職種数（職種）	2	2	2	2	2	2

介護予防ケアマネジメントに関する研修会の開催

【現状と課題】

地域包括支援センター職員やケアマネジャーが高齢者の自立支援に向けた適切なケアマネジメントを実施するため、自立支援の理念・目的の共有、研修会で得た知識を実務に生かせるような地域ケア個別会議のスキルアップ等に関する研修会を実施しています

令和 3 年度は、個別ケア会議において、対象者への具体的な目標設定や、状況に合わせてできそうな生活行為を検討することに対して苦手意識を持っている地域包括支援センター職員やケアマネジャーが多いことが分かったため、ケアマネジャー等のスキルアップを目的に研修会を実施しました。また、コロナ禍であったことから、ICT ツールを活用して開催しました。

令和 4 年度は、2 回研修会を開催し、1 回は権利擁護をテーマとし、虐待の早期発見及び適切な対応について学び、成年後見制度についても理解を深めました。もう 1 回では、認知症をテーマとし、関わりのなかでの困り感を多職種で共有することで、アセスメント能力の向上や多職種連携の推進を図ることを目的に実施いたしました。

【今後の方向性】

地域包括支援センター職員やケアマネジャーから課題として上がっていることについて聴取し、住民の住み慣れた地域での安心した暮らしにつながることを意識した研修の計画に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
研修会開催回数（回）	1	2	1	1	1	1

2. 地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり

(1) 地域における見守りネットワークの構築

そうじゃ台帳の整備

【現状と課題】

公的サービスを利用せず、制度の狭間等で社会的に孤立している高齢者等の個々のニーズを把握し、手を差し伸べられるように、制度の狭間者台帳「そうじゃ台帳」を整備する事業に取り組んでいます。対象を検討しながら広げたことで、細やかな制度の狭間者の把握に役立っています。

【今後の方向性】

制度の狭間等で社会的に孤立し、孤独を抱えている高齢者等を見逃すことがないように、対象者を見直しながら、効果的な把握を進めていきます。特に認知症の人、認知症等が心配な人、介護保険認定者のうちサービス未利用者などを対象に、見守りと実態把握につなげていきます。孤独を抱える人を見逃さないため、見守りの際の視点として、評価の視点を改めて周知します。（特に高齢者世帯で配偶者を亡くされた場合等）

【評価の視点】

- ① 週3回以上外出無し ② 週4回以上家でひとり ③ 誰とも話さない日がある
- ④ 家に食べ物が無い日がある ⑤ 過去1年間病院へ行っていない

そうじゃみんなで見守るネットワークの充実

【現状と課題】

地域の企業や事業者・団体等と市が連携し、地域ぐるみで高齢者等を見守る事業です。体調不良、虐待、行方不明、消費者被害等の早期発見に向けて、地域包括支援センターをはじめ、市の関係部署や権利擁護センターが連携し、迅速・適切な対応に努めています

廃業となった事業所もありますが、新たな事業所からの申し出もあります。SOS メルマガ配信・SNSの活用とともに事業所への搜索協力依頼を随時実施しています。令和4年度の行方不明者については、事業所からも情報が得られました。協力事業者への認知症サポーター養成講座の開催についても働きかけ、理解を促進しています。

【今後の方向性】

今後さらに、新たに協定が締結できる事業所を検討していきます。また、引き続き、認知症について理解が深まるよう啓発していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
見守りネットワーク 参画事業所数（カ 所）	119	116	119	120	125	130

(2) 生活支援サービス提供体制整備

協議体の機能強化

【現状と課題】

生活支援等サービスの体制整備に向けて、第2層協議体である日常生活圏域ごとに設置する「圏域地域包括ケア会議」（市内5カ所）で生活課題や地域性のある生活支援サービスのニーズを集約しています。

第1層協議体である「生活支援サービス検討委員会」（市内全域で1カ所）では、第2層協議体で明らかになった生活課題の解決と資源開発などの具体的な取り組みについて、課題ごとに検討部会（2カ所）・情報交換会（2カ所）を設置して協議を行っています。

【今後の方向性】

会議を開催しているものの、住民の声や事業者の意見・取り組みから住民主体の生活支援サービス事業の検討・開発にはつながりにくい状況であることから、各協議体の役割の見直しを行います。また課題ごとの検討部会等で協議し、「生活支援サービス検討委員会」の場において生活課題の解決につながる住民主体の取り組みについて、引き続き検討します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
一層協議体の開催回数 (回)	2	2	2	2	2	2
住民主体の活動が うまれた場(カ所)	-	1	1	1	1	1

生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化

【現状と課題】

軽度な生活支援を必要とする高齢者の需要に対応するため、地域の実情に合わせた多様な生活支援サービスを供給する生活支援サポーターの増員を目指し、サポーター養成講座を開催しています。

若い人の参加を促進するため、県立大学で開催しましたが、活動できるサポーターの登録につながりにくいことが課題となっています。

【今後の方向性】

若い世代を含む幅広い世代の人が参加できるよう、開催方法・内容の見直しを行います。

また、活動の多様化に対応できるよう、現任のサポーターに対する研修を行い、活動できるサポーターの掘り起こし、ニーズを把握するとともに、幅を持たせた活躍の場を検討し、活動の充実強化に努めます。

評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
生活支援サポーター数 (人)	137	106	110	130	150	170

生活支援コーディネーターの役割強化

【現状と課題】

生活支援コーディネーターを中心に、地域の住民組織や関係団体と連携・協議しながら、ボランティアなどの担い手の確保、地域課題・ニーズの見える化による地域資源の発信及び社会資源の開発、住民主体の支え合い活動等との連携を図り、生活支援を充実させています。

【今後の方向性】

生活支援コーディネーターの役割を意識し、地域課題・ニーズに対応するため、住民主体の支え合い活動等のネットワーク化等を働きかけ、生活支援の充実につなげます。

また、就労的活動支援コーディネーターを配置し、役割を意識した多彩な形で高齢者の社会参加等を促進します。

介護予防・日常生活総合支援事業の周知

【現状と課題】

地域包括支援センターで実施している講座や地域ケア個別会議等で介護予防・日常生活総合支援事業について周知・共有します。

コロナ禍で事業所研修会や情報交換会議等が開催できない時期もありましたが、令和4年度は国の事業を活用し、事業所や地域包括支援センター職員が介護予防・日常生活総合支援事業について意見交換し、互いに理解を深めました。

【今後の方向性】

引き続き、介護予防・日常生活総合支援事業の事業所研修や情報交換会等を開催し、周知を図ります。また、サービスの質の向上につながるよう、互いの情報交換を図ります。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
情報交換会・研修会開催回数(回)	-	3	0	1	1	1

(3) 地域を支える担い手の確保と育成

そうじゃ 60 歳からの人生設計所との連携

【現状と課題】

シルバー人材センターやハローワークと連携し、高齢者の就労、創業、社会参加等の希望を気軽に相談できる窓口「そうじゃ 60 歳からの人生設計所」を高齢者や市内企業へ広く周知し、高齢者の就労ニーズと企業のマッチングが図られるよう連携に努めています。

【今後の方向性】

引き続き、「そうじゃ 60 歳からの人生設計所」との連携強化に取り組むとともに、高齢者の就労、社会参加につなげていきます。

3. 地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進

(1) 住民主体の介護予防活動の推進と普及啓発

高齢者把握事業の強化

【現状と課題】

地域の見守り活動等、住民からの情報も活用しながら、閉じこもり等の何らかの支援を要する可能性のある人を早期に把握し、重点的に介入する仕組みづくりに努めるとともに住民主体の介護予防活動へつなげています。

コロナ禍においては、実態把握事業に取り組みにくい時期がありました。

【今後の方向性】

活動の低下した高齢者を早急に把握する必要があることから、地域の状況や施策での取り組み等を考慮しながら、積極的に、支援を要する人の早期発見及び適切な支援につなげていきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
高齢者実態把握数（人）	1,235	1,166	1,250	1,300	1,300	1,300

【現状と課題】

地域包括支援センターの職員が要支援認定者や事業対象者を訪問して、住民主体の身近な通いの場として実施している「いきいき百歳体操」の参加を促しています。また、「いきいき百歳体操」の活動立ち上げ時に地域で主体的に継続して取り組めるよう、実施に関する情報の提供や支援を行っています。

「いきいき百歳体操」を1年以上継続している会場に対しては「かみかみ百歳体操」、認知症予防を取り入れたい会場に対しては「しゃきしゃき百歳体操」の普及啓発も行っており、備中保健所主催のオーラルフレイル予防として、愛育委員も「かみかみ百歳体操」の普及啓発に取り組んでいます。

新型コロナウイルス感染症の影響及び参加者の高齢化により、会場数及び参加者数が減少しました。参加者に対しては、コロナ禍であっても運動をすることの有効性（フレイル予防）について、チラシを定期的に送付し、可能な範囲での運動の継続を促しました。

令和5年度からは、地域包括支援センター保健職の協力を得ながら、各会場を訪問して運動の有用性を再度周知、またいきいき百歳体操による効果について伝えてきました。

【今後の方向性】

引き続き、地域包括支援センター保健職の協力を得ながら、各種いきいき体操による効果を周知し、参加を促進していきます。

住民主体の通いの場へのリハビリ専門職等の派遣や、通いの場で活動するリーダー等に対する研修会の開催などを通じて取組の重要性について周知し、人材の育成支援を行っていきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
いきいき百歳体操に取り組む高齢者数 (人)	1,404	1,279	1,300	1,350	1,400	1,450
いきいき百歳体操会場数(力所)	123	119	120	122	124	126
かみかみ百歳体操会場数(力所)	76	71	80	85	90	95

地域で自主的に活動できる人材の育成支援の実施

【現状と課題】

住民主体の通いの場へのリハビリ専門職等の派遣や、通いの場で活動するリーダー等に対する研修会の開催などを通じて人材の育成支援を行っています。保健事業と介護予防事業の一体的取り組みを活用し、令和4年度はオーラルフレイルについて周知啓発を実施しました。ポピュレーションアプローチとして、いきいき百歳体操リーダー向けの研修会（歯科医師）やいきいき百歳体操会場を巡回し、オーラルフレイルについての講話を実施しました。

【今後の方向性】

健康医療課によるデータ分析により、総社市は筋骨格系の疾患が多いことが判明したため、今後は骨折・骨粗鬆症、転倒予防等をテーマにした研修会を計画します。また、整形外科医・理学療法士・薬剤師・歯科医師・管理栄養士と多職種での研修会を実施します。

いきいき講座の実施

【現状と課題】

生活習慣病予防や口腔機能の向上などをテーマに、地域のサロンや「いきいき百歳体操」の会場等に出向き、介護予防に関する講座（いきいき講座）を実施し、自ら介護予防に取り組めるよう正しい知識の普及啓発を行っています。

新型コロナウイルス感染症の影響により、会場数及び参加者数が減少しました。

参加者に対しては、コロナ禍であっても運動をすることの有効性（フレイル予防）や新型コロナウイルス等感染症に関する普及啓発をしながらの開催となりました。

【今後の方向性】

今後もさらに介護予防を推進していく必要があることから、地域包括支援センター保健職の協力を得ながら、いきいき百歳体操による効果等、フレイル予防に関する知識の普及に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
いきいき講座の実施 回数(回)	103	121	130	130	130	130

体力づくりの促進

【現状と課題】

グラウンド・ゴルフ大会、ペタンク大会等の支援等を行い、健康、体力維持・増進等を図る取り組みを推進しています。毎年多くの参加者があり、健康増進だけでなく高齢者同士の交流を深めることにもつながっています。

競技人口増加等を考慮し、令和2年度までは年1回開催していたグラウンド・ゴルフ大会を、令和3年度からは年2回開催しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、実施を見送った大会や、参加者数の減少がみられました。

【今後の方向性】

今後もスポーツイベントを通じて、高齢者の健康づくりと介護予防を行っていきます。

イベント開催情報を広報等の紙媒体だけではなく、SNS等も利用し広く周知できるよう発信していきます。また、高齢者のニーズを把握しながら、多くの人に参加してもらえるような大会づくりに取り組みます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
大会参加者数(人)★	210	423	424	450	450	450

要介護（支援）者に対するリハビリテーション

【現状と課題】

利用者の自立支援に向けて、個々の利用者に適したリハビリテーションが提供できるよう、介護予防に資するケアマネジメントの強化に努めています。

居宅サービスのみならず、通いの場への参加等、介護予防への取り組み、必要に応じてリハビリテーション専門職の派遣を行い、介護予防を推進しています。

【今後の方向性】

引き続き、リハビリテーション専門職の派遣等により、地域ケア個別会議での介護予防に資するケアマネジメントの検討や通いの場の活性化等、在宅においても、また、居宅サービスを利用される場合においても介護予防の取り組みを推進していきます。

(2) 高齢者の生きがいづくりと社会参加

介護予防拠点施設の活用（さんあいの家・やすらぎの家・ひだまりの家）

【現状と課題】

高齢者が要介護状態に陥らないよう、地域とのふれあいのなかでいきいきとした生活を送る場を確保するために、介護予防拠点施設の有効活用を推進しています。

コロナ禍の影響はあるものの、地域の高齢者が集い、ふれあうことができる場として介護予防拠点施設の利用者数は回復してきました。

【今後の方向性】

今後も、介護予防に資するさまざまな取り組みの拠点となるよう、関係機関等への周知を行い、積極的な利用促進に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
利用者数（人）	11,564	18,303	18,500	18,500	19,000	19,500

社会参加の促進

【現状と課題】

地域のサロンや公民館講座、老人クラブ活動等を通じて、高齢者自身が役割や目標を持てる場への参加を促進しています。

投稿者減少のため令和 3 年度末で文集「かえで」を廃止しました。また、新型コロナウイルス感染症の拡大により、囲碁大会など屋内イベントについては廃止となりました。

【今後の方向性】

引き続き、事業を継続することで高齢者の生きがいづくりと社会参加促進に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
サロン会場数（カ所）	172	207	210	220	220	220
老人クラブ登録者数 （人）	3,368	3,142	3,071	3,500	3,500	3,500

(3) 生活習慣病発症予防と重症化予防の推進（健康そうじゃ 21 重点施策）

“あるとく” “歩得” による認知症予防

【現状と課題】

生活習慣病及びフレイルの予防として、「歩く」ことを中心とした健康づくりを推進しています。継続して歩数に応じてポイントが貯まり、貯まったポイントに応じて市内で使える商品券と交換できる“歩得”健康商品券事業を実施しています。「いきいき百歳体操」や講演会、健診受診等の介護予防活動もポイント対象となることから、正しい知識の普及啓発につながっています。

【今後の方向性】

今後は、健康づくりに加え、認知症予防の一つの指標とされる1日 5,000 歩以上歩くことで、運動不足を解消する参加者を増やし、認知症対策にも努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
“歩得”健康商品券事業参加者数（人）	4,550	4,433	4,749	5,500	5,500	5,500
“歩得”健康商品券事業平均歩数（歩）	7,874	7,877	7,744	8,000	8,000	8,000

(4) 高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施（フレイル予防・口腔ケア）

【現状と課題】

高齢者がいきいきと健康で長生きできるまちの実現のため、健康医療課と長寿介護課が連携することにより保健事業から介護予防事業までを一体的に実施し、後期高齢者のフレイル予防対策を推進します。これにより、後期高齢者の医療費及び介護給付費の増加を抑制すると同時に、地域の活性化を目指します。

保健事業と介護予防事業の一体的取り組みを活用し、令和 4 年度はオーラルフレイルについて周知啓発を実施しました。

ポピュレーションアプローチとして、いきいき百歳体操リーダー向けの研修会（歯科医師）やいきいき百歳体操会場を巡回し、オーラルフレイルについての講話を実施しました。

【今後の方向性】

健康医療課によるデータ分析により、本市は筋骨格系の疾患が多いことが判明したため、今後は骨折・骨粗鬆症、転倒予防等をテーマにした研修会を計画します。また、整形外科医・理学療法士・薬剤師・歯科医師・管理栄養士と多職種での研修会を実施、いきいき百歳体操参加者に対しては、動機付け支援を実施していきます。

基本目標2 災害とコロナを乗り越え安心をつなぐまち総社

本市は、平成30年7月豪雨災害や新型コロナウイルス禍等の困難な局面を乗り越えてきました。これから、高齢になっても、障がいがあっても、また、さまざまな困難を抱えていても、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療と介護の連携体制や在宅での生活を支援する取り組みを推進します。

また、多様化する高齢者のニーズに対応する住まいの確保や生活環境の整備を推進するとともに、災害や感染症対策などの防災体制等の充実を図ります。

施策の方向性

- 1 切れ目のない医療と介護の連携
- 2 在宅生活の支援と生活環境の整備
- 3 災害・感染症対策

課題

- 主な介護者がフルタイム勤務またはパートタイム勤務で働いている世帯について、主な介護者は本人の子または子の配偶者の割合が高く、介護をほぼ毎日実施している割合が6割以上となっています。
- 要介護度が上がることで就労継続が“難しい”と考えている割合も多く、日常的に介護を行いながら就労も継続する必要がある中年層が、介護と就労を両立できる働き方を検討する必要があります。特に勤め先からの効果的な支援として、「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」の割合が高くなっており、介護者に対する職場の理解を促す必要があります。
- 主な介護者がパートタイム勤務で働いている世帯では、就労継続が“難しい”と考えている割合がフルタイム勤務よりも高く、正社員のみならずパートタイム勤務をはじめとした非正規雇用の介護者に対する支援も重要です。
- 主な介護者が働いていない世帯では、高齢の配偶者が介護をする“老老介護”の状態になっている場合が多く、介護者の勤務形態に応じた適切な支援を検討する必要があります。
- 高齢者単身世帯において、保険外の支援・サービスの利用が多いことから、高齢者夫婦世帯をはじめとして介護者が同居している世帯でも同様に、保険外の支援・サービスを適切に利用できるための支援が必要です。
- 在宅生活の継続に向けて、移動支援や見守り支援に関連する介護保険サービスの利用だけでなく、自治会・町内会や民生委員・児童委員活動と関連付けた地域住民主体の見守り活動や移動支援も積極的に活用していく必要があります。
- 訪問診療については要介護度が上がるほど利用率も大幅に増加しています。今後、要介護3以上の中重度の要介護者の増加が見込まれることから、「介護と医療の両方のニーズを持つ在宅療養者」に、適切なサービス提供体制をどのように確保していくかが課題となります。

1. 切れ目のない医療と介護の連携

(1) 医療・介護連携の推進

総社市地域医療介護連携推進委員会を活用した
切れ目のない医療と介護の提供体制の構築推進

【現状と課題】

医療関係者や訪問看護・福祉施設代表者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、学識経験者等の参加による総社市地域医療介護連携推進委員会を開催し、本市の現状や課題などの共通認識を図り、医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討しています。

総社市地域医療介護連携推進委員会については、年2回実施し、令和3年度からはコロナ禍ということもありハイブリッド（WEBと対面）にて会議を継続しています。市外医療関係者も参加し、本市の現状や課題を共有しながら、医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討しています。

【今後の方向性】

今後も顔の見える関係性を維持しながら連携を図ります。

また、高齢者数が増えていくなかで、医療・介護サービスの不足も考えられるため社会資源等についても検討していきます。

医療・介護関係者の情報共有の支援

【現状と課題】

平成29年度に立ち上げた総社市地域医療介護連携推進委員会 ICT 部会を中心に、医療・介護関係機関の効率的な情報共有のツールである、ケアキャビネット「きびきび」の利用促進を図ってきましたが、令和4年度に晴れやかネットについては、晴れやかネットを運営する一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会において、晴れやかネットの収支が著しく悪化している現状を踏まえ、晴れやかネット事務局は解散し、晴れやかネットについては終了することとなりました。

【今後の方向性】

ケアキャビネット「きびきび」自体の利用は継続しますが、随時運用方法等を見直しながら、効果的な活用についての議論を続けます。

ケアキャビネットの運用方法等については、自治体間でも共有が必要であることから検討を継続します。また、利用意義を高めるために、ICT を活用した会議や業務のオンライン化を推進し、利便性の向上や活用の多様性について今後も検討を継続していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
ケアキャビネット加入 施設数（力所）	77	74	80	85	90	95

医療・介護連携に関する相談支援

【現状と課題】

医療・介護連携を支援する相談窓口を長寿介護課内に設置し、地域の医療・介護関係者などからの医療・介護連携に関する相談に対応し、連携調整や情報提供などを行っています。

適宜連携及び情報共有を行い、各団体からの研修会等についての情報も関係機関に周知する等の連携を実施しています。

【今後の方向性】

今後も、医療・介護連携に関しての相談等については、情報共有及び連携調整を行うとともに、取り組みを継続します。

医療・介護関係者の研修

【現状と課題】

医療介護連携推進委員会等で協議し、介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練を実施しています。

令和 3 年度は、医療・介護サービスを必要とする地域住民が、適切なサービスを利用しながら、住み慣れた地域で安心して生活し最期を迎えることができるまちをつくるため、ICTの効率的な活用について学び、一層の利用促進に向け研修を実施しました。また自立支援に向けたケアプランの立案の仕方というテーマでも実施しました。（ケアキャビネットの WEB 機能の活用）令和 4 年度は、認知症をテーマとして、市の施策や初期集中支援チームについての研修を実施しました。（現地での開催）

【今後の方向性】

今後も、専門職のニーズを把握しながら、研修の開催を実施します。コロナ禍で研修会の回数も減少しているため、基本的な内容も含めながら、顔の見える関係を築けるよう、現地での開催を実施していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
医療・介護従事者研修 開催回数（回）	2	1	2	2	2	2

地域住民への普及啓発

【現状と課題】

市民向け公開講座の開催やエンディングノートやACPパンフレットの活用推進等により、かかりつけ医の重要性や在宅での看取りなど医療・介護連携に関する取り組みの普及啓発を推進しています。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、市民を集めての講座が実施できない状況でしたが、令和5年度からは再開し、ACP や基本的な介護予防等の普及啓発に取り組んでいます。

【今後の方向性】

引き続き、ACP についての普及啓発に取り組むとともに、コロナ禍にてフレイル傾向となっている住民も多いと考えられるため、介護予防に関する講座を検討します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
市民向け講座実施回数 (回)	0	0	2	5	5	5

医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

【現状と課題】

高梁川流域の市町と合同での保健所主催の会議や研修会へ参加し、他市との連携、情報交換を実施しています。県、市、関係団体が連携した災害・感染症発生時の地域課題を検討し、支援・応援体制を構築してきました。

令和5年度には在宅医療・介護連携における備中県民局管内行政連絡会議に参加し、コロナ禍での各自治体の取り組みについて共有し、ケアキャビネットについても意見交換をしました。

【今後の方向性】

今後も他自治体の状況を参考にしながら、本市の取り組みについて検討していきます。

2. 在宅生活の支援と生活環境の整備

(1) 食生活の安定と見守りによる孤独感の解消

高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化

【現状と課題】

一人暮らし高齢者または高齢者のみの世帯に対し、配食と見守りのサービスを週数回行い、地域包括支援センターやケアマネジャーと相談しながら、高齢者の食生活の安定及び改善、安否確認による孤独感の解消を図っています。

利用者数・食数ともに増加傾向にありますが、低栄養及び見守りに対応する事業という目的の認識が薄く、食費の補助と捉えられていることが懸念されています。

【今後の方向性】

独居高齢者数の更なる増加が見込まれるなか、給食サービス事業が高齢者の食生活の安定・改善や孤独感の解消といった目的に、より沿ったものとなるよう、対象者等について再度見直しを検討し、効果的な事業を推進します。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
高齢者給食 配食数（食/月）	2,775	3,181	3,200	3,300	3,400	3,500

緊急通報装置事業

【現状と課題】

75 歳以上の一人暮らし高齢者等に対し、緊急通報装置を貸与し、急病や災害などの緊急時に迅速かつ適切な対応を図っています。安否確認、孤独感の解消及び近隣の協力員を登録していることから、地域での見守り強化にも役立っています。

令和 4 年度には、プロポーザルによる委託業者の選定を行いました。

固定電話が自宅にない高齢者等に対しては携帯型の端末をレンタルして対応していますが、電波が入らない場合は利用できないという事例や、認知症が進んでいる高齢者等については端末を正しく操作できず撤去するという事例がありました。

【今後の方向性】

安否確認や孤独感の解消、見守りのため、今後も普及啓発します。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
緊急通報装置貸与数 (力所)	283	267	268	280	280	280

そうじゃみんなで見守るネットワークの充実（再掲）

【現状と課題】

地域の企業や事業者・団体等と市が連携し、地域ぐるみで高齢者等を見守る事業です。また、体調不良、虐待、行方不明、消費者被害等の早期発見に向けて、地域包括支援センターをはじめ、市の関係部署や権利擁護センターが連携し、迅速・適切な対応に努めています

廃業となった事業所もありますが、新たな事業所からの申し出もあります。SOS メルマガ配信・SNSの活用とともに事業所への搜索協力依頼を随時実施しています。令和4年度の行方不明者については、事業所からも情報が得られました。協力事業者への認知症サポーター養成講座の開催についても働きかけ、理解を促進しています。

【今後の方向性】

今後さらに、新たに協定が締結できる事業所を検討していきます。また、引き続き、認知症について理解が深まるよう啓発していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
見守りネットワーク参画事業所数（力所）	119	116	119	120	125	130

(2) 福祉サービスの充実と家族介護の支援

高齢者支援ガイドの作成と普及

【現状と課題】

高齢者福祉に関する制度やサービス、各種相談窓口等を紹介した「高齢者支援ガイド」を作成し、制度の普及・啓発等に活用しています。

【今後の方向性】

給食サービス等の説明内容の見直し等を行いながら、今後も「高齢者支援ガイド」を作成・活用することで制度の普及・啓発に活用していきます。

重度要介護者介護用品等引換クーポン券交付事業

【現状と課題】

在宅介護者の経済的負担を軽減するため、令和2年3月末で①重度要介護者介護用品引換クーポン券交付事業、②介護用品購入助成事業、③在宅介護激励金支給事業、④在宅高齢者訪問理容サービス事業を廃止し一本化し、令和2年4月1日から重度要介護者介護用品等引換クーポン券交付事業を開始しました。対象商品や重度要介護者介護用品等引換クーポン券を利用できる事業所の拡大など、内容を見直していきながら、利用者のニーズに合った事業となるように努めています。

【今後の方向性】

在宅で重度要介護者を介護する場合は経済的負担も大きく、今後も継続が必要な事業であることから、引き続き利用者のニーズを把握しつつ、在宅介護者の経済的負担を軽減していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
クーポン利用率(%)	83.3	83.6	85.3	90.0	90.0	90.0

いきいきチケット事業

【現状と課題】

身体的条件等により総社市新生活交通（雪舟くん）の利用ができない高齢者等が、介護タクシー等の利用時にいきいきチケットを活用しています。

【今後の方向性】

雪舟くんを利用できない高齢者等の移動の課題に対する助成として、今後も継続します。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
チケット利用率(%)	53.0	51.0	50.0	70.0	70.0	70.0

家族介護者に対する相談体制の充実（再掲）

【現状と課題】

地域包括支援センターにおいて、関係機関の連携の下、地域における適切なサービスや制度の利用につなげるなど、家族介護者の不安を解消するための総合相談や支援を行っています。

地域包括支援センターが受けた相談の半数近くが介護に関する相談となっています。

【今後の方向性】

今後も、相談しやすい体制づくり・広報等を工夫しながら相談体制の充実を図ります。また、子どもが介護等を行うヤングケアラーの問題については、ヤングケアラーは支援機関等に自ら支援を求めることが難しく、発見が困難と考えられますが、本市では、学校や関係機関等と連携し、早期発見・適切な支援につながる仕組みづくりを構築しています。今後も連携が必要なケースの対応に当たっては、速やかに情報共有等を進め、早期対応を図っていきます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
介護に関する相談件数（件）	3,077	3,824	3,900	3,900	3,950	4,000

老人短期入所運営事業

【現状と課題】

65 歳以上の高齢者が自宅での生活が困難となった場合に、一時的に入所し、生活習慣の改善または体調の改善を図っています。

虐待や火事等により自宅での生活が困難となった場合は速やかに短期入所ができるよう対応しています。入所の期間については連続 7 日以内という定めがありますが、場合によっては延長できるような制度設計をしています。

【今後の方向性】

引き続き、適正利用に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
利用者数（人）★	2	1	1	2	2	2

老人保護措置事業

【現状と課題】

在宅での生活に支障があり、かつ経済的に困窮している 65 歳以上の人を養護老人ホームへ入所措置し、生活の場を確保しています。入所者の高齢化が進み、介護度の高い人が増えています。

【今後の方向性】

引き続き、支援が必要な高齢者の適正な利用に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
入所措置者数（人）★	27	22	21	25	25	25

養護老人ホーム及び軽費老人ホーム等の整備

【現状と課題】

要介護認定の該当にならない高齢者のうち、経済的理由等で在宅での生活が困難な高齢者の住まいについては、養護老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）の活用を図っています。

入所者の身体的な状況が重度化、環境上及び経済的理由により自宅で生活できない 65 歳以上の人が増えています。

【今後の方向性】

今後も環境上及び経済的理由により自宅で生活できない 65 歳以上の人の住まいについて、ニーズが高まると考えられることから、適正な利用に努めます。

	実績		見込み	見込み		
	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
養護老人ホーム施設数 (力所)	1	1	1	1	1	1
定員（人）	50	50	50	50	50	50
軽費老人ホーム（力所）	3	3	3	3	3	3
定員（人）	60	60	60	60	60	60
老人福祉センター (力所)	1	1	1	1	1	1

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の入居定員総数の適切な把握

【現状と課題】

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、自宅や介護施設のほかに、その状態やニーズに応じた多様な住まいが必要です。

こうした状況をまえ、都道府県・市町村間の情報連携を強化しながら、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居定員数について、高齢者やその家族への情報提供を行うなど、高齢者が安心して生活できるための支援を行っています。

令和3年に有料老人ホームが1ヶ所新設され、高齢者が安心して生活できる場が増えました。

【今後の方向性】

引き続き、情報提供に努め、高齢者やその家族が安心して生活できるように支援を行います。

	実績		見込み
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み)
特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームの入居定員総数（人）	205	205	205
サービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数（人）	77	77	77

総社介護者の会への参加

【現状と課題】

介護者が孤立しないよう、在宅での介護者が集い、気軽に話し合い相談し合える場、情報交換ができる場である「総社介護者の会」への参加を促し、孤立しやすい男性介護者の参加拡大を図っています。

孤立しやすい男性介護者等を把握した場合には「男性料理教室」や「公民館講座」等へのお誘いを増やし、孤立しないよう見守っています。男性が前向きに参加しやすい取り組みが少ない状況となっています。

【今後の方向性】

集い・体操等のみでない、男性も参加しやすい社会活動の場の提供について検討していきます。

(3) 高齢者の生活環境の整備

福祉用具・住宅改修支援事業

【現状と課題】

高齢者向けに居室などの住宅改修を希望する住民に対し、住宅改修指導専門員（住環境コーディネーター）を派遣し、住宅改修に関する相談・助言を行っています。

【今後の方向性】

引き続き、適正な住宅改修ができるよう相談・助言を行います。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
住宅改修指導専門員 派遣回数（回）	3	2	3	3	3	3

高齢者住宅改造助成事業

【現状と課題】

在宅の高齢者がいる世帯に対し、住宅改造に必要な経費を助成することにより、高齢者の自立促進、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図っています。

【今後の方向性】

高齢者の自立促進や介護者の負担軽減をし、在宅生活の延長を図るのため、引き続き、事業を継続していきます。

高齢者等住宅手すり、段差解消支援事業

【現状と課題】

要介護状態等でない高齢者が、手すりの設置や段差解消などの簡易な改修により、要介護状態を予防し、自宅で安心して長く元気に暮らせるよう居住環境の整備を推進しています。

【今後の方向性】

高齢者ができる限り自宅での生活を続けられるよう、引き続き、事業を継続していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
改修件数（件）	42	29	35	40	40	40

3. 災害・感染症対策

(1) 災害・感染症発生時に向けた連携体制の構築

介護保険関係施設事業所ネットワークを活用した情報共有

【現状と課題】

コロナ禍においては「介護保険関係施設事業所ネットワーク」を活用し、介護保険事業所と連携し、物資の配分、情報共有を行いました。

【今後の方向性】

B C P の共有等の現場の課題解決について検討し、感染症や災害が発生した場合においても、速やかに情報を発信、共有できるネットワークを維持・継続していきます。

災害時避難行動要支援者名簿の整備・活用

【現状と課題】

危機管理室が「避難行動要支援者名簿」を作成し、地元の自主防災組織と共有し、登録者の安否確認や避難支援を行っています。

また、平時の見守り支援の同意が得られた人については、地域の民生委員など、支援関係者で情報を共有し、日頃の見守り活動に活用しています。

【今後の方向性】

引き続き、「避難行動要支援者名簿」を作成し、平時の見守り支援の同意が得られた人については、地域の支援関係者で情報を共有し、日頃の見守りに活用しながら、有事の際に適切に対応できるよう、顔の見える関係づくりを進めます。

医療・介護連携に関する関係市区町村との連携（再掲）

【現状と課題】

高梁川流域の市町と合同での保健所主催の会議や研修会へ参加し、他市との連携、情報交換を実施しています。県、市、関係団体が連携した災害・感染症発生時の地域課題を検討し、支援・応援体制を構築してきました。

令和 5 年度には在宅医療・介護連携における備中県民局管内行政連絡会議に参加し、コロナ禍での各自治体の取り組みについて共有し、ケアキャビネットについても意見交換をしました。

【今後の方向性】

今後も他自治体の状況を参考にしながら、本市の取り組みについて検討していきます。

【現状と課題】

災害時の情報共有という視点からも医療機関・介護サービス事業所が情報共有できるような体制を目指し、晴れやかネット「ケアキャビネットきびきび」の活用・普及啓発を推進してきましたが、令和 4 年度に晴れやかネットについては、晴れやかネットを運営する一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会において、晴れやかネットの収支が著しく悪化している現状を踏まえ、晴れやかネット事務局は解散することとなりました。

【今後の方向性】

今後もケアキャビネット自体の利用は継続するため、ICT ツールを有効に活用した医療・介護の連携について検討していきます。

また、ケアキャビネットを利用した広域連携について自治体間で検討を継続し、総社市医療介護連携推進委員会 ICT 部会では、ICT ツールの活用方法についての検討を継続していきます。

基本目標3 自分らしさを大切に暮らせるまち総社

「認知症施策推進大綱」及び令和5年に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の内容を踏まえ、認知症の発症予防や認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を軸とした施策を推進していきます。

また、高齢者の虐待防止に関する啓発や高齢者の権利を守る取り組みについては、地域包括支援センター・権利擁護センターを中心に問題の早期発見、早期対応に努め、必要に応じ権利擁護事業の活用を推進します。

施策の方向性

- 1 認知症高齢者等を支える施策の推進
- 2 高齢者の権利擁護、虐待防止の推進

課題

- ・認知症高齢者数は増加傾向にあります。
- ・認知症に関する相談窓口、認知症カフェ、認知症サポーターの認知度はいずれも女性・前期高齢者で高いものの、全体としては依然として低くなっています。これらの認知症に関する取り組みについて広く周知していくと同時に、今後も増加が見込まれる認知症高齢者を地域全体で支えていくための連携体制を構築することが急務です。

1. 認知症高齢者等を支える施策の推進

(1) 適切な医療・介護サービスの提供

認知症初期集中支援チームの充実

【現状と課題】

地域包括支援センターと複数の専門職がチームを組んで、認知症が疑われる人や認知症高齢者、その家族に対応することで、包括的、集中的に支援する体制の強化を図っています。

令和元年度からチーム利用の同意が得られない困難事例についても相談ができる仕組みを創設しており、令和3年度以降、初期集中支援チームへの相談件数は3件となっています。令和4年度は認知症に関する研修会を専門職向けに開催し、そこで改めて周知を図ったため、普及啓発効果についても評価しました。

【今後の方向性】

研修会の開催等を行いながら、専門職への普及啓発を図ります。また、相談件数が少ないことについての評価を内部で実施し、検討会にて協議していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
認知症初期集中支援 チーム対応数(人)	3	0	1	2	2	2

認知症疾患医療センターとの連携

【現状と課題】

認知症疾患医療センター等の参画により「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を開催し、認知症初期集中支援チームの活動をサポートする体制を整備しています。検討会を年に2回開催していますが、令和4年度は相談件数が0件であったこともあり、2回目の開催については中止となりました。検討会では、相談件数が延10件と少ない状況についての評価を内部で実施する必要があると指摘を受けているため、原因について検討し、検討会にて協議しました。

【今後の方向性】

継続して検討会を実施します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
認知症初期集中支援チ ーム検討委員会(回)	2	1	1	2	2	2

認知症ケアパスの普及・活用

【現状と課題】

認知症の状態に応じて受けられるサービスや相談機関など適切なケアの流れを明らかにした「認知症ケアパス」を作成し、普及啓発を図るとともに、有効に活用し、認知症の人が能力を生かしながら地域で暮らせる基盤づくりを推進しています

令和5年4月には改訂版を作成し、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、認知症カフェ設置者、民生委員、福祉委員にケアパスを配布しました。

【今後の方向性】

引き続き、利用者の意見も取り入れながら、支援者だけでなく本人も活用できるケアパスを目指します。

(2) 認知症に関する理解の促進と見守り体制の構築

認知症地域支援推進員を中心とした啓発活動の推進

【現状と課題】

認知症地域支援推進員を中心に認知症相談や認知症サポーター養成講座を実施し、チームオレンジと連携をとり、認知症に関する正しい知識の普及啓発や家族支援の取り組みの充実を図っています。

【今後の方向性】

認知症相談や認知症サポーター養成講座の実施など、今後も引き続き、活動を継続していきます。

認知症に対する地域での理解の促進

【現状と課題】

地域住民や企業社員を対象とし、認知症の人やその家族をあたたく見守り支援する「認知症サポーター」の増加に努めています。

地域包括支援センター職員と連携し、小学校や地域のサロンなどで認知症サポーター養成講座を実施しています。令和3年度については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり開催数が減少しましたが、その後は改善傾向にあります。令和4年度には養成者数が1万人を超えました。

【今後の方向性】

引き続き、活動を継続するとともに、周知方法について検討していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
認知症サポーター養成講座受講者数（累積延べ人数）	9,617	10,671	11,000	12,000	13,000	14,000
認知症サポーター養成講座開催数（回）	19	33	60	50	60	70
小学校での開催校数（校）	11	14	15	15	15	15

SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進

【現状と課題】

そうじゃみんなで見守るネットワークと併せ、認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進する取り組みを「SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システム」とし、住民、地域団体や企業等に高齢者の見守り、行方不明高齢者の早期発見・支援のためのネットワークづくりを推進しています。

ケアマネジャーや地域包括支援センター職員のすすめによって、外出し自宅に戻れなくなる可能性のある対象者を早期に本人登録につなげることができています。小地域ケア会議や他団体の集まり等でも周知を実施し、登録数の増加につながっています。

また、警察署とも連携を行っているため、自宅に戻れなくなっている方を保護した際に登録がない方に対しては警察署でも声かけを実施するよう依頼をしています。

【今後の方向性】

ケアマネジャーや地域包括支援センター職員により対象者の早期発見・支援のため、認知症高齢者の本人登録へつなげていきます。また、警察署に対しても継続して依頼を行い、連携を図っていきます。SOS メール登録については、登録者数の伸び悩みがあるため、周知を強化していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
SOS メール 受信登録者数 (人)	1,211	1,206	1,200	1,250	1,300	1,350
SOS メール 本人登録者数 (人)	233	276	309	400	450	500

そうじゃ認知症 SOS 声かけ訓練の実施

【現状と課題】

認知症に対する理解と協力を住民に広げていくため、地域のなかで困った様子の認知症の人を発見した際に声をかける「そうじゃ認知症 SOS 声かけ訓練」を実施しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、令和 3 年度及び令和 4 年度は実施を見送りましたが、令和 5 年度には再開し、チームオレンジメンバーが圏域ごとに工夫をして実施しています。

【今後の方向性】

チームオレンジメンバーが主体的に包括ごと、地域ごとに実施できるよう、支援を行います。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
訓練開催数 (回)	0	0	5	5	7	9
訓練参加人数 (人)	0	0	100	100	150	200

認知症サポーターの活動促進

【現状と課題】

認知症の人や家族が暮らしやすい総社市を共につくる認知症支援ボランティアを平成28年度から養成し、地域のなかで認知症の理解を深める活動を行っています。

令和3年度から、チームオレンジの整備を行っています。ステップアップ養成講座からチームオレンジメンバーを募り、定期的にチームオレンジ連絡会を実施しました。また、圏域ごとの集まりも行っています。

【今後の方向性】

北部圏域のみチームオレンジメンバー不在のため、サポーター養成講座及びステップアップ講座の普及啓発を図ります。

また、認知症サポーター養成講座及びステップアップ養成講座の広報の仕方を工夫することで周知に努めます。

チームオレンジメンバーと意識統一を図りながら、圏域ごとの特性を生かした活動を支援します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
チームオレンジメンバー数(人)	31	38	53	60	70	80

キャラバン・メイトの拡大

【現状と課題】

「認知症サポーター養成講座」の講師役となる「キャラバン・メイト」の拡大を図っています。養成は県で実施しているため、市職員や地域包括支援センター職員、小地域ケア会議委員などに周知し、受講を勧めています。「チームオレンジ」の整備のため、フォローアップの体制づくりを進めています。

【今後の方向性】

キャラバンメイト拡大のため、今後も引き続き、養成講座への参加等、活動を継続します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
キャラバン・メイト数(人)	95	102	110	115	120	125

(3) 認知症高齢者を介護する家族等への支援

認知症カフェの拡大

【現状と課題】

認知症支援ボランティアや店舗等への「認知症カフェ」の開催の呼びかけなどにより設置数を増やすとともに、学生の参加を促すなど広く住民へ周知し利用者の拡大を図っています。特に、認知症の本人が役割を持つカフェの開設を支援し、認知症に対する地域での理解を促進しています。

また、カフェ主催者間で情報交換や勉強会を行う機会を作り、内容の充実した認知症カフェを作ることに努めています

カフェ主催者間で情報交換や勉強会を行う機会を作り、中身の充実した認知症カフェの運営を目指します。

【今後の方向性】

認知症当事者が役割を持てるカフェの開催を検討します。今後もカフェ主催者による情報交換会を継続し、地域での認知症の理解を促進します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
認知症カフェ 設置数(力所)	13	13	13	14	15	16
認知症本人が役割を持 っているカフェ 設置数(力所)	0	0	1	2	3	4

認知症事故救済制度事業

【現状と課題】

SOS システム登録者及びその家族が地域で安心して生活できる環境を整備するため、SOS システムの登録者が、日常生活における偶然な事故によって、法律上の損害賠償責任を負った場合に、これを補償する個人賠償責任保険について、市が契約者となり加入する制度です。

ケアマネジャーや地域包括支援センター職員によって、対象者を早期に本人登録につなげることができています。認知症事故救済制度に自動加入できるため、その内容についても広報しています。

【今後の方向性】

引き続き、継続して取り組んでいきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
事故救済制度事業対象 者人数(人)	94	103	115	120	125	130

認知症見守り GPS 購入費等助成事業

【現状と課題】

認知症高齢者の事故を未然に防止し、安全を確保するために GPS 購入に係る初期費用を助成しています。令和4年度からは助成対象に専用ケアシューズなどの付属機器及び契約に必要な手数料を含めることとし、事業の利用促進を図っています。

【今後の方向性】

今後も認知症高齢者の安全のため、また、重度介護者を在宅で介護している人の身体的・精神的及び経済的負担を軽減するために、GPS 専用端末の購入等に係る初期費用を助成します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
助成件数(件)	0	4	5	10	10	10

総社介護者の会への参加(再掲)

【現状と課題】

介護者が孤立しないよう、在宅での介護者が集い、気軽に話し合い相談し合える場、情報交換ができる場である「総社介護者の会」への参加を促し、孤立しやすい男性介護者の参加拡大を図っています。

孤立しやすい男性介護者等を把握した場合には「男性料理教室」や「公民館講座」等への誘いを増やし、孤立しないよう見守っています。男性が前向きに参加しやすい取り組みが少ない状況となっています。

【今後の方向性】

集い・体操等だけでなく、男性も参加しやすい社会活動の場の提供について、検討していきます。

(4) 若年性認知症の人への支援

認知症の人の就労支援に向けた取り組み

【現状と課題】

「若年性認知症支援コーディネーター」や地域包括支援センターと連携し、早期にサポート対象者を把握し、可能な範囲で面談するよう努め、認知症についての理解を一般市民へ啓発しています。

市内の若年性認知症の対象者については、早期の把握が難しいことから、若年性認知症支援コーディネーターと連携を図っていきます。

【今後の方向性】

引き続き、研修会や講演会等を通して、若年性認知症に関する理解を促進していくとともに、市内の若年性認知症当事者が思いを表出することができる本人ミーティングの場の創設を検討していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
本人ミーティングの開催数(回)	2	3	2	2	2	2

2. 高齢者の権利擁護、虐待防止の推進

(1) 権利擁護事業の推進

市長申し立て

【現状と課題】

成年後見制度の利用が必要な状況で本人や家族ともに申し立てを行うことが難しく、特に必要がある場合に成年後見制度の市長申し立てを行っています。

関係機関で議論を重ね、適切に市長による申し立てを行うことができます。

【今後の方向性】

真に申し立てが必要な人に対し、市長による申し立てを行います。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
申し立て件数 (件) ★	4	8	5	7	7	7

成年後見制度利用支援事業

【現状と課題】

成年後見制度の利用を支援するため、一定の要件の下で家庭裁判所への申し立て費用や後見人などに支払う報酬について助成を行っています。

【今後の方向性】

要保護者の基準を明確化し、見える化したことで、事業に関する相談が増加することが予測されることから、適切な利用に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
助成件数 (件) ★	9	10	10	10	10	10

日常生活自立支援事業の周知

【現状と課題】

認知症高齢者など判断能力が十分でない人を対象として、福祉サービス利用援助や日常的な金銭管理、重要書類の預かりなどの支援を行う「日常生活自立支援事業」（社会福祉協議会が実施）について周知を図っています。

【今後の方向性】

成年後見制度の利用につながるケースが多いものの、引き続き、日常生活自立支援事業についても周知を継続し、適切な制度の利用につながるよう支援します。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
事業利用者数（人）	20	19	19	20	20	20

市民後見人推進事業

【現状と課題】

認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加に伴い、成年後見制度の必要性が一層高まっており、その需要は、さらに増大することが見込まれるなか、弁護士等の専門職が後見人だけでなく、市民後見人を養成し、支援体制を構築しています。

毎年度市民後見人を養成していますが、登録者数は伸び悩んでいる状況です。

【今後の方向性】

成年後見制度の利用が促進されていくなかで、今後、市民後見人の需要はさらに高まることが想定されるため、引き続き養成を続けるとともに、登録につながるような支援を検討します。また、養成するだけでなく、定期的なフォローアップを行い、市民後見人の専門性も向上させていきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
市民後見人数（人）	21	21	21	25	30	35

(2) 高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止に関する啓発の一層の推進

【現状と課題】

住民一人一人の高齢者虐待防止に対する関心を高めるための啓発を行うとともに、地域で見守り、虐待が発生しにくい地域づくりに取り組んでいます。

年々、虐待の通報件数は増加しています。住民のなかに、疑わしくても通報するという意識が生まれてきたためと思われます。

【今後の方向性】

行政、地域包括支援センター、権利擁護センターとでチームを組み、迅速な対応を行っていきます。また、そうじゃ台帳整備事業や高齢者実態把握事業を推進することで、要支援世帯の孤立を防ぎ、虐待の防止に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	見込み		
	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
高齢者虐待に関する相談件数 (件)	28	33	30	30	30	30

そうじゃみんなで見守るネットワークの充実（再掲）

【現状と課題】

地域の企業や事業者・団体等と市が連携し、地域ぐるみで高齢者等を見守る事業です。また、体調不良、虐待、行方不明、消費者被害等の早期発見に向けて、地域包括支援センターをはじめ、市の関係部署や権利擁護センターが連携し、迅速・適切な対応に努めています

廃業となった事業所もありますが、新たな事業所からの申し出もあります。SOS メルマガ配信・SNSの活用とともに事業所への搜索協力依頼を随時実施しています。令和 4 年度に行方不明者については、事業所からも情報が得られました。協力事業者への認知症サポーター養成講座の開催についても働きかけ、理解を促進しています。

【今後の方向性】

今後さらに、新たに協定が締結できる事業所を検討していきます。また、引き続き、認知症について理解が深まるよう啓発していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
見守りネットワーク参加事業所数 (力所)	119	116	119	120	125	130

高齢者虐待防止に関する関係機関の連携の推進

【現状と課題】

権利擁護センターと連携し、情報を共有するとともに早期発見、的確な対応のための連携強化を図っています。

コアメンバー会議等を招集、開催し、対応について協議しています。

【今後の方向性】

虐待対応のフロー図に従い、受理会議、コアメンバー会議等を開催します。

介護支援専門員及びサービス提供事業者への支援

【現状と課題】

高齢者虐待などの困難事例を抱える介護支援専門員やサービス提供事業者に対する相談対応、研修を行っています。また、必要に応じて、虐待対応のコアメンバー会議に出席を依頼し、対応を検討しています。

必要に応じて、虐待対応のコアメンバー会議に出席を依頼し、対応を検討しています。

【今後の方向性】

高齢者虐待に関する相談があれば、行政、地域包括支援センター、権利擁護センターで対応します。

基本目標4 安定した介護サービスが受けられるまち総社

高齢化が進行し、介護や支援を必要とする高齢者が増加していくなかで、介護保険制度の持続可能性を維持し、要介護状態となっても適切な介護保険サービスを受けながら住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、介護給付の適正化、介護保険サービス事業者の育成・支援、介護人材の確保や生産性の向上、介護サービス情報公開の推進、相談体制の充実などを推進します。

施策の方向性

- 1 介護給付適正化（総社市第6期介護給付適正化計画）
- 2 事業者への指定・指導・助言及び資質の向上
- 3 介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実

課題

- ・介護保険制度の持続可能性を維持し、高齢者が要介護状態となっても、安定的に介護保険サービスを受けながら住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、介護給付の適正化を図る必要があります。
- ・日常生活に関する情報の収集手段として、テレビや新聞が高い割合を占めている一方、市の広報紙は約5割、市のホームページは1割未満となっており、さまざまな媒体を活用して、広く情報を周知していく必要があります。特にパソコンやスマートフォン等の機器は前期高齢者の利用が多い一方、後期高齢者では約半数が「利用する予定はない」と回答しており、年齢層で異なった手段を活用する等の工夫が必要です。
- ・要介護3以上の中重度者の主な介護者は、日中・夜間の排泄に不安を感じる割合が高くなっています。施設等の検討・申請状況は要介護3以上で約3割となっており、要介護度が高くなるほど、在宅生活の継続が困難になっています。排泄や食事、衣服の着脱といった介護者が不安に感じる介護についても、適切なサービス量を確保できるようにサービスの提供体制を検討する必要があります。
- ・訪問系サービスでは60歳代以上の職員が3割以上を占めており、身体介護・生活援助の提供時間の3割程度を60歳代以上が占めています。担い手の高齢化によるサービス提供不足への対応や人材の確保等について検討する必要があります。
- ・全サービス系統で女性の雇用が多く、特に訪問系は女性の60歳以上が3割以上を占めていることから、訪問系サービスを担う介護人材の高齢化が懸念されます。

I. 介護給付適正化（総社市第6期介護給付適正化計画）

国の指針や「岡山県第6期介護給付適正化計画」に基づき、「総社市第6期介護給付適正化計画」を定め、利用者に対する適切な介護サービスの提供と費用の効率化、不適切な給付の削減を通じて、介護給付の適正化を図ります。

国の介護給付適正化主要5事業の再編を受け、総社市第6期介護給付適正化計画においては、主要3事業「要介護認定の適正化」「ケアプラン点検事業（住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査含む）」「縦覧点検・医療情報との突合」を実施します。

（I）要介護認定の適正化

認定調査員の研修の実施

【現状と課題】

認定調査員に対して毎月1回適正化研修を実施し、調査票を記入する上での疑問点を話し合ったり、審査会委員からの意見等の共有を行い、客観性、公平性を確保しています。

【今後の方向性】

引き続き、調査員適正化研修を継続し、客観性、公平性の確保に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
認定調査員の研修の実施回数（回）	12	12	12	12	12	12

判定結果の平準化

【現状と課題】

介護認定審査会の三合議体による判定調整会議を年1回以上開催し、一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域差や合議体間の差等の分析を行い、判定結果の平準化を図っています。

【今後の方向性】

申請に対する関係機関との連携及び合議体ごとの調査・主治医意見書・介護認定などの必要なデータの比較や事例検討を実施することで、均質化を図るとともに適正な認定に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
判定調整会議の実施回数（回）	1	1	1	1	1	1

(2) ケアプランの点検、住宅改修等の点検

ケアプランの点検

【現状と課題】

個々の受給者が真に必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービスを改善するため、本市独自のケアプラン点検の実施を行うとともに、県の支援事業の活用により派遣されたケアプラン点検専門員と連携し、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、点検及び支援を行っています。

【今後の方向性】

引き続き、サービス計画の点検及び支援を行うとともに、必要に応じてケアプラン点検専門員の派遣を受け、点検や支援の強化を図ります。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
ケアプラン点検件数 (件)	33	59	40	40	40	40

住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査

【現状と課題】

住宅改修、福祉用具の点検については、不適切または不要な住宅改修工事や福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の状態に応じた住宅改修や、身体の状態に応じた福祉用具の利用を進めるため、行っています。住宅改修の点検では、改修工事を行う前に理由書や工事見積書などにより改修内容を確認するとともに、疑義のある場合には現地確認などにより施工状況を調査しています。

福祉用具貸与・購入の点検では、福祉用具の必要性や使用頻度、利用状況を調査しています。

【今後の方向性】

住宅改修の点検については、今後も、改修工事を行う前に理由書や工事見積書などにより改修内容を確認し、場合によっては現地確認などにより施工状況を調査するなど、受給者の状態に応じた住宅改修になるよう点検を実施していきます。

福祉用具購入・貸与調査についても、引き続き、福祉用具の必要性や使用頻度、利用状況などを調査点検し、受給者の状態に応じた適正な利用につなげます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
住宅改修点検件数 (件)	261	310	300	300	300	300
福祉用具貸与・購入 点検件数 (件)	11	21	10	20	20	20

(3) 縦覧点検・医療情報との突合

【現状と課題】

国民健康保険団体連合会への委託や活用頻度の高い帳票の点検により、受給者の後期高齢者医療・国民保険の入院情報と介護保険の給付状況を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除などを図っています。

【今後の方向性】

縦覧点検や医療情報との突合は、費用対効果が大きいことから、今後も国民健康保険団体連合会への委託や活用頻度の高い帳票の点検により、効率的な作業に努めます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
縦覧点検・医療情報との突合件数（件）	836	915	800	800	800	800

(4) 給付実績の活用

【現状と課題】

国保連合会の実施する審査支払い結果から得られる給付実績から点検を実施しています。

【今後の方向性】

今後も不適切な給付を発見し、適正なサービス提供と介護費用効率化の指導を行います。

2. 事業者への指定・指導・助言及び資質の向上

(1) 居宅介護支援事業者等の育成

ケアマネジメントに関する研修会の開催

【現状と課題】

高齢者の自立支援に向けた適切なケアマネジメントを実施するため、自立支援の理念・目的の共有、ケアプラン作成支援等に関する取り組みとして、県の事業である介護給付適正化研修会の構成の1つであるアドバイザー派遣において指導を実施しています。

【今後の方向性】

引き続き、県の事業である介護給付適正化研修会の構成の1つであるアドバイザー派遣において指導を実施していき、併せてケアプラン作成に関する研修等を実施していきます。

ケアプランの自己点検の支援

【現状と課題】

ケアマネジャーによるケアプランについて、運営指導や個別の相談にて自己点検を支援しています。

【今後の方向性】

引き続き、相談に応じて支援していきます。

ケアマネジャーの情報共有の場の設定

【現状と課題】

ケアマネジャー相互の情報の共有化を図るため、「総社市介護保険関係事業者連絡協議会」等での情報の共有を行っています。

【今後の方向性】

引き続き、「総社市介護保険関係事業者連絡協議会」での情報共有が行えるよう支援していきます。

(2) サービス提供事業者への支援

サービス提供事業者対象研修会の開催

【現状と課題】

各種介護サービス提供事業者あるいは全体に向け、介護保険の理念や目的、適正な給付について各事業所へ国や県等が案内する各種研修の情報を提供しています。

【今後の方向性】

本来の自立支援のためのサービス提供を促すとともに、サービスの質の確保・向上にむけ、研修会等への参加を促進していきます。

介護現場の職員の負担軽減とサービスの質向上に関する取り組みへの支援

【現状と課題】

介護人材の不足等に対する対策の一つとして、介護現場における働きやすい環境整備、介護の仕事の魅力向上、介護ロボットや ICT 導入等（生産性向上の取り組み）を進めることが求められています。

【今後の方向性】

県介護保険事業支援計画における介護サービス事業所等の生産性向上に資する事業の情報提供や連携を図り、事業所に必要な情報提供及び支援を行っていきます。また、介護分野の文書負担軽減を図るため、電子申請の推進を行っていきます。

(3) 介護人材の確保、育成、定着

各種団体等が行う研修会、セミナー等の周知・受講支援

【現状と課題】

介護従事者の資質向上を図るための研修会やセミナー等の情報提供に努めています。
また、市内事業所においても介護人材の高齢化や人材不足の声があがっています。

【今後の方向性】

引き続き、介護従事者の資質向上のための情報提供に努めるとともに、市などが開催する就職面接会等の情報提供を行い、事業所の介護従事者の採用活動に資するよう努めます。

ハラスメント対策を含めた働きやすい職場づくりに向けた取り組みの推進支援

【現状と課題】

事業所内でのセクシャルハラスメントまたはパワーハラスメントを防止するための方針の明確化等が求められています。また、利用者からの過度な要求等に対する対策が必要となっています。

【今後の方向性】

各事業所でのハラスメント対策を含めた働きやすい環境づくりが実現されるよう、運営指導や介護サービス事業者職員等が集まる各種研修会において、職場におけるセクシュアルハラスメントまたはパワーハラスメント防止に関する周知啓発を行うとともに、情報提供や支援を行っていくよう努めます。利用者からの過度な要求等への対応については、必要に応じて双方の意見を聴取していくよう努めます。

医療・介護関係者の情報共有の支援（再掲）

【現状と課題】

平成29年度に立ち上げた総社市地域医療介護連携推進委員会 ICT 部会を中心に、医療・介護関係機関の効率的な情報共有のツールである、ケアキャビネット「きびきび」の利用促進を図ってきましたが、令和4年度に晴れやかネットについては、晴れやかネットを運営する一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会において、晴れやかネットの収支が著しく悪化している現状を踏まえ、晴れやかネット事務局は解散し、晴れやかネットについては終了することとなりました。

【今後の方向性】

ケアキャビネット「きびきび」自体の利用は継続しますが、随時運用方法等を見直しながら、効果的な活用についての議論を続けます。

ケアキャビネットの運用方法等については、自治体間でも共有が必要であることから検討を継続します。また、利用意義を高めるために、ICT を活用した会議や業務のオンライン化を推進し、利便性の向上や活用の多様性について今後も検討を継続していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
ケアキャビネット加入 施設数（力所）	77	74	80	85	90	95

介護サービスの質の向上支援（再掲）

【現状と課題】

介護サービスの質の確保・向上のため、「総社市介護保険関係事業者連絡協議会」等による活動と連携し、継続支援を行っています。

【今後の方向性】

引き続き、必要な支援を行っています。

(4) 介護保険サービス事業者の指導・監査

集団指導

【現状と課題】

地域密着型サービス提供事業者や居宅介護支援事業所等に対して、原則、1年に1回、集団指導を実施しています。指定事務の制度説明や介護保険法の趣旨、目的の周知及び理解の促進、報酬請求に係る過誤、不正防止の観点から適正な運営・請求指導など制度管理の適正化を図っています。

【今後の方向性】

集団指導の内容を充実させることで、引き続き制度管理の適正化を図ります。

また、事業所の負担軽減等も図るため、オンライン等を活用した方法による集団指導も行っています。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
集団指導の実施回数 (回)	1	1	1	1	1	1

運営指導

【現状と課題】

市内全ての地域密着型サービス事業所を対象に、直接事業所に赴き、書類確認やヒアリング等を行い、高齢者虐待防止・身体拘束廃止などについての理解の促進、防止の取り組み等の運営に関する事項や報酬基準等に基づく体制の確保、個別ケアプランに基づくサービス提供の実施等の介護報酬請求に関する事項について指導・助言を行っています。

事業所においては運営指導のための書類作成等事務負担が課題となっていることや、市の指導対象事業所が年々増加しており、十分な実施頻度の確保が困難となっています。さらに、新型コロナウイルス感染症の流行等により実施を延期もしくは中止することで、計画どおりに実施することが難しい状況にありました。

これらの状況を踏まえ、国においても、運営指導に係る所要時間や文書の削減等事業所と自治体双方の負担軽減を図るよう指針を示しています。

【今後の方向性】

今後は、事業所の指定有効期間内に1回以上の実施を基本としつつ、事業運営に特に問題がないと認められる事業所の頻度を緩和し、集団指導のみとすることも検討するなど、事業者の資質の向上と事務負担軽減のバランスを図りながら実施していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
運営指導の実施事業所数 (事業所)	11	11	11	14	14	14

地域密着型サービス運営委員会の開催

【現状と課題】

地域密着型サービスの新規指定や更新指定に際して、「地域密着型サービス運営委員会」の意見聴取し、地域の状況の変化に応じた対応を推進しています。

【今後の方向性】

事業所の指定の際に委員会の意見を聴取することが重要であることから、引き続き「地域密着型サービス運営委員会」を開催していきます。

【評価指標】

	実績		見込み	目標		
	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
地域密着型サービス運営委員会開催回数 (回)	1	2	2	2	2	2

3. 介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実

(1) 情報提供の充実

介護保険総合案内パンフレットの配布

【現状と課題】

3年に1回の制度改正などの情報を掲載したパンフレットを作成し、市の窓口や地域包括支援センターの窓口で配布することで、住民への介護保険制度の啓発に努めています。

【今後の方向性】

総合的に制度情報を俯瞰できる紙媒体のパンフレットは非常に重要であることから、引き続き、作成及び情報提供に努めます。

介護サービス等の評価の公表

【現状と課題】

事業所選択の一助となるよう、地域密着型サービスである認知症高齢者グループホーム及び小規模多機能型居宅介護事業所が受けた外部評価及び自己評価結果について、市の窓口で公表し情報提供を行っています。

【今後の方向性】

引き続き評価等の結果について情報提供し、適切な事業所が選択されるように努めます。

介護サービス情報公表システムの登録及び利用促進

【現状と課題】

介護保険サービス事業者に対し、介護サービス情報公表システムへの登録を促し、利用者及び家族がサービスの選択に役立つよう支援しています。

【今後の方向性】

情報は掲載されているものの、高齢者の利用は限定的になっていると考えられることから、引き続き、介護サービスの事業者選択の際に、有益な情報提供に努められるようシステムの登録及び利用促進に努めます。

地域包括支援センターの情報公開

【現状と課題】

岡山県介護サービス情報公表システム等において地域包括支援センターの事業内容・運営状況に関する情報を公表し、住民による地域包括支援センターの活用を促進しています。

地域包括支援センターによる相談窓口機能は住民に定着してきています。

【今後の方向性】

今後も地域包括支援センターが、より一層住民の身近な介護等に関する相談窓口として機能するよう情報提供などの周知に努めます。

(2) 相談体制の充実

相談窓口における相談・苦情対応

【現状と課題】

介護保険制度開始から約24年となり、サービスの質を求める声が増えてきています。また、事業者に対する市の権限も強くなってきていることから、市としても介護サービスの相談や苦情に対応する責務が増えてきています。

【今後の方向性】

引き続き、介護保険に関する相談や苦情に対応し、適切な利用につながるよう、窓口対応を行っていきます。また昨今、利用者やその家族から介護従事者に対する要望も強くなってきていることから、双方の意見聴取に努めます。

介護サービス相談員の派遣

【現状と課題】

介護サービス相談員が、サービス提供の場を訪問し、利用者等の話を聞いたり、相談に応じたりすることで、利用者の不満や疑問にきめ細かく対応し、苦情に至る事態を未然に防止します。令和2～3年度はコロナ禍のため事業を中止せざるを得ず、令和4年度から事業を再開しました。

【今後の方向性】

新型コロナウイルス感染症の影響による事業の中止や相談員の減員がありましたが、利用者の不満や疑問にきめ細かく対応し、苦情に至る事態を未然に防止します。また、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅を含めた新たな事業所への訪問や、サービス提供の場への訪問時間帯などを工夫し、広く利用者等の話を聞くことができるよう努めます。

	実績		見込み	目標		
	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
介護サービス相談員の 派遣事業所数（事業所）	0	2	8	12	12	12

4. 計画の進行管理

引き続き 2040 年に向けて、各事業を実施することにより生じるアウトカム（成果）を意識した事業運営、事業等の評価分析に基づく施策の見直し・改善を行います。

（1）評価指標等の設定

本計画の基本理念を実現するため、各基本目標ごとに重点事業・評価指標を設定し、本市の取り組みについて進行管理及びその結果を評価します。

（2）計画の評価

本計画の進行管理として、毎年度、重点事業・評価指標の進捗状況の確認と評価分析を行い、課題の抽出を行います。

（3）施策の見直し・改善

評価分析結果に基づき、施策の見直し・改善を行います。

5. 重点事業及び指標

次のとおり、重点事業・評価指標等を設定しました。

基本目標	施策の方向性	重点事業
ひとりにしない・誰もが笑顔でいられるまち総社	地域包括支援センターの機能の充実と強化	介護支援専門員への支援実施
		介護支援専門員への支援実施
		地域ケア個別会議の定期的な開催
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
		地域ケア個別会議のアセスメント機能強化
	地域力を生かした高齢者を支える仕組みづくり	そうじゃみんなどで見守るネットワークの充実
		生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化
	地域のつながりを通じた健康づくりと介護予防の推進	いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及
		いきいき講座の実施
		“歩得”による認知症予防
災害とコロナを乗り越え安心をつなぐまち総社	切れ目のない医療と介護の連携	医療・介護関係者の情報共有の支援
		医療・介護関係者の研修
		地域住民への普及啓発
	在宅生活の支援と生活環境の整備	高齢者給食サービス事業の充実と栄養改善に向けた取り組みの強化
自分らしさを大切に暮らせるまち総社	認知症高齢者等を支える施策の推進	認知症初期集中支援チームの充実
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		認知症に対する地域での理解の促進
		SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進
		SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進
		認知症カフェの拡大
		認知症の人の就労支援に向けた取り組み
安定した介護サービスが受けられるまち総社	介護給付適正化（総社市第6期介護給付適正化計画）	要介護認定の適正化
		ケアプランの点検
		住宅改修等の点検
		住宅改修等の点検
		縦覧点検・医療情報との突合
	事業者への指定・指導・助言及び資質の向上	集団指導
		地域密着型サービス運営委員会の開催
	介護サービス・制度等の普及啓発及び相談体制の充実	介護サービス相談員の派遣

指標	掲載ページ	令和6年度 (目標)	令和7年度 (目標)	令和8年度 (目標)
介護支援専門員から受けた相談件数(件)	73 ページ	250 件	250 件	250 件
研修会・ケアマネカフェの開催数(回)	73 ページ	6 回	6 回	6 回
地域ケア個別会議の開催回数(回)	76 ページ	120 回	120 回	120 回
専門職派遣回数(回)	77 ページ	75 回	75 回	75 回
派遣職種数(職種)	77 ページ	2 職種	2 職種	2 職種
見守りネットワーク参画事業所数(力所)	78 ページ	120 力所	125 力所	130 力所
生活支援サポーター数(人)	79 ページ	130 人	150 人	170 人
いきいき百歳体操に取り組む高齢者数(人)	82 ページ	1,350 人	1,400 人	1,450 人
いきいき百歳体操会場数(力所)	82 ページ	122 力所	124 力所	126 力所
かみかみ百歳体操会場数(力所)	82 ページ	85 力所	90 力所	95 力所
いきいき講座の実施回数(回)	83 ページ	130 回	130 回	130 回
“歩得”健康商品券事業参加者数(人)	86 ページ	5,500 人	5,500 人	5,500 人
“歩得”健康商品券事業平均歩数(歩)	86 ページ	8,000 歩	8,000 歩	8,000 歩
ケアキャビネット加入施設数(力所)	88 ページ	85 力所	90 力所	95 力所
医療・介護従事者研修開催回数(回)	89 ページ	2 回	2 回	2 回
市民向け講座実施回数(回)	90 ページ	5 回	5 回	5 回
高齢者給食配食数(食/月)	91 ページ	月 3,300 食	月 3,400 食	月 3,500 食
認知症初期集中支援チーム対応数(人)	101 ページ	2 人	2 人	2 人
認知症サポーター養成講座受講者数累積延人数(人)	102 ページ	12,000 人	13,000 人	14,000 人
認知症サポーター養成講座開催数(回)	102 ページ	50 回	60 回	70 回
小学校での開催校数(校)	102 ページ	15 校	15 校	15 校
SOS メール受信登録者数(人)	103 ページ	1,250 人	1,300 人	1,350 人
SOS メール本人登録者数(人)	103 ページ	400 人	450 人	500 人
認知症カフェ設置数(力所)	105 ページ	14 力所	15 力所	16 力所
本人ミーティングの開催数(回)	106 ページ	2 回	2 回	2 回
認定調査員の研修の実施回数(回)	112 ページ	12 回	12 回	12 回
ケアプラン点検件数(件)	113 ページ	40 件	40 件	40 件
住宅改修点検件数(件)	113 ページ	300 件	300 件	300 件
福祉用具貸与・購入点検件数(件)	113 ページ	20 件	20 件	20 件
縦覧点検・医療情報との突合件数(件)	114 ページ	800 件	800 件	800 件
集団指導の実施回数(回)	118 ページ	1 回	1 回	1 回
地域密着型サービス運営委員会開催回数(回)	119 ページ	2 回	2 回	2 回
介護サービス相談員の派遣事業所数(事業所)	121 ページ	12 事業所	12 事業所	12 事業所

第5章 介護保険事業の展開

1. 介護保険事業の概要

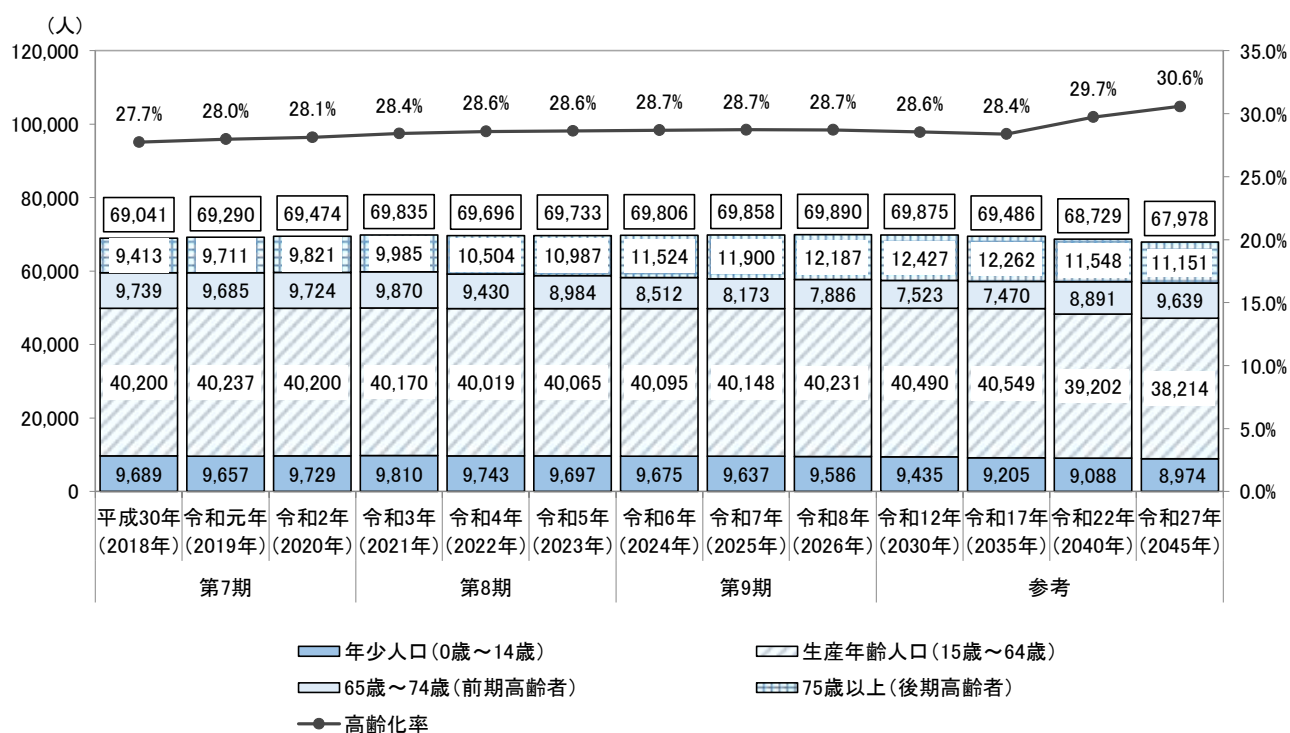
(1) 令和7年(2025年)・令和22年(2040年)・令和27年(2045年)の総社市の姿

人口の推移をみると、総人口は令和7年(2025年)には69,858人、令和22年(2040年)には68,729人、令和27年(2045年)には67,978人となる見込みとなっています。

令和3年(2021年)にはほぼ同数だった前期高齢者と後期高齢者は、令和4年(2022年)以降、後期高齢者が増加し、前期高齢者は減少していく見込みとなっています。

また、団塊の世代全てが75歳以上の後期高齢者となる令和7年(2025年)の高齢化率は28.7%、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)には29.7%に上昇していく見込みとなっています

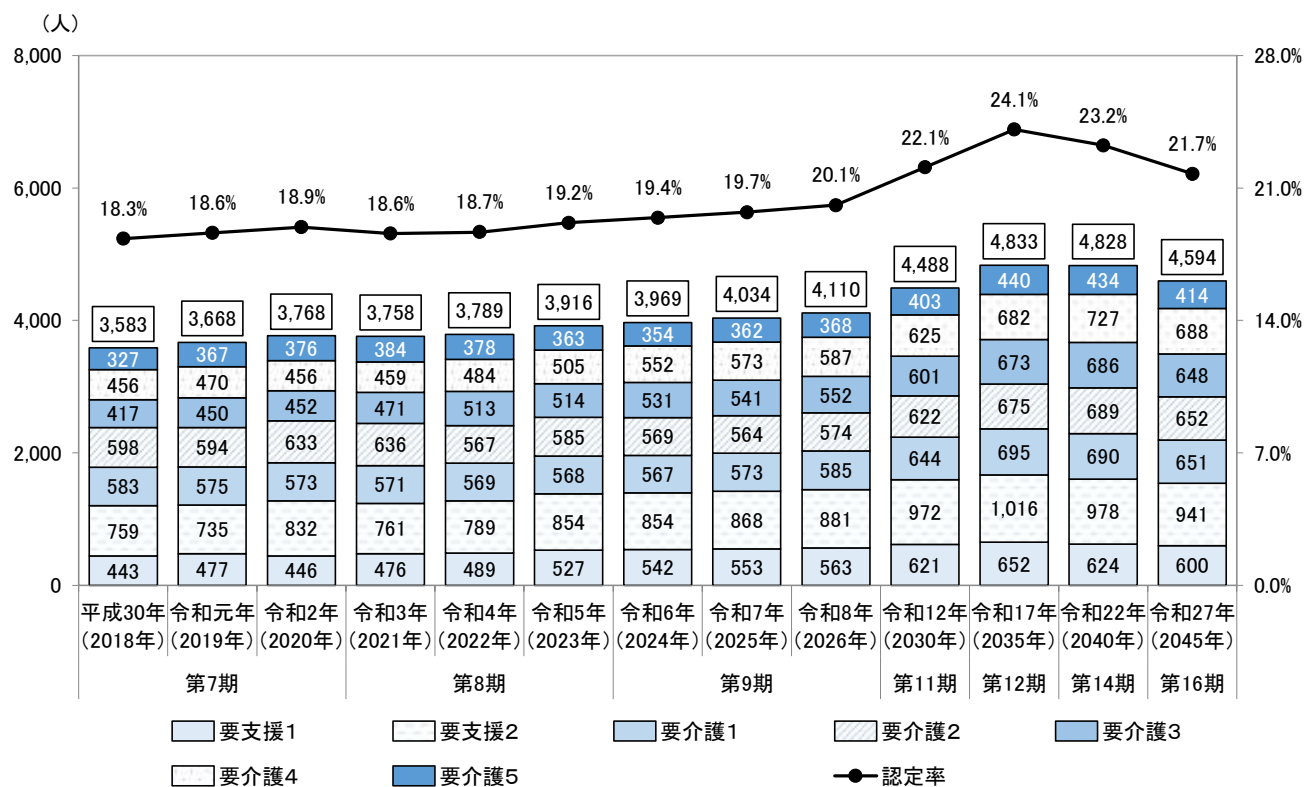
〔図表 5-1-1: 総人口・高齢化率の推移〕



※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計

後期高齢者の増加にともない、要支援・要介護認定者数も増加し、令和8年（2026 年）には、認定率が 20%を超える見込みとなっています。

〔図表 5-1-2: 要支援・要介護認定者数の推計値〕



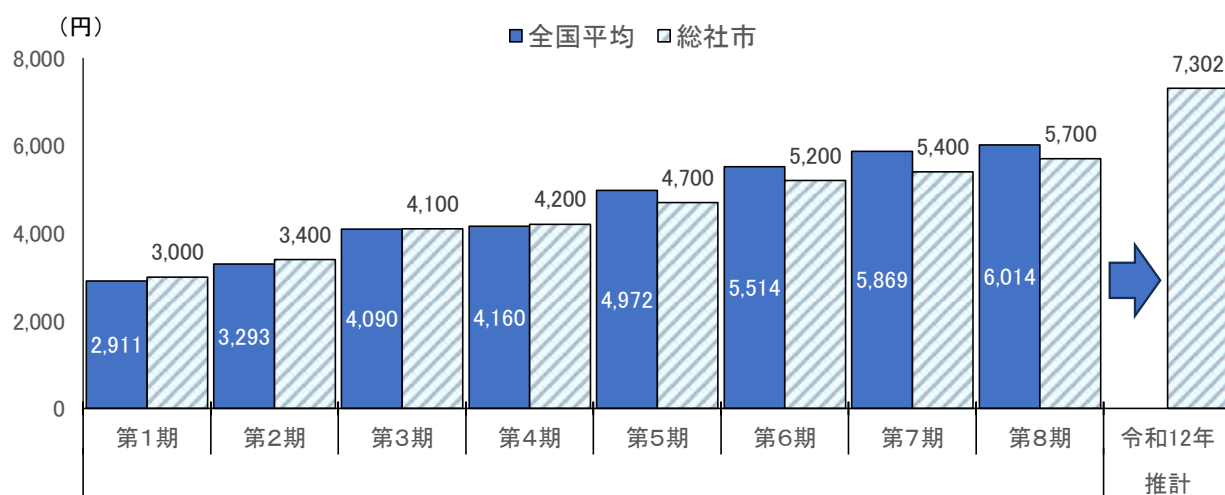
※資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより）各年9月末日現在
※資料：地域包括ケア「見える化」システムによる推計結果

65歳以上の第1号被保険者の介護保険料は、3年を1期とする介護保険事業計画中のサービス（給付費）の利用見込量に応じたものとなります。全国平均の介護保険料基準額（月額）は、第1期の2,911円から第8期計画時には6,014円と2倍以上になっています。

本市においても、第1期の3,000円から第8期計画時には5,700円と1.9倍になっています。

また、現在の介護保険サービス事業所の整備状況の下で要支援・要介護認定者の推移や現在のサービス利用の状況から給付費を試算すると、本市の令和12年度（2030年度）の保険料は7,302円となる見込みです。

〔図表 5-1-3: 介護保険料基準額(月額)の推計〕



2. 日常生活圏域と基盤整備

(1) 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情やその他の社会的条件、身近な日常生活の区域ごとのサービス提供や地域間の均衡のとれた基盤整備等を勘案して設定するものです。

日常生活圏域の設定に当たっては、第8期計画の設定を引継ぎ、「中央部」「東部」「西部」「北部」の4つの圏域を定め、この圏域のなかでサービス供給のバランスをとりつつ、利用者の利便性を高めていきます。

〔図表 5-2-1: 圏域ごとの人口、高齢化率〕

圏域	人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率	後期高齢者数（人）	後期高齢化率
中央部	44,381	11,108	25.0%	6,095	13.7%
東部	13,829	4,094	29.6%	2,273	16.4%
西部	8,829	3,384	38.3%	1,771	20.1%
北部	2,694	1,385	51.4%	848	31.5%
計	69,733	19,971	28.6%	10,987	15.8%

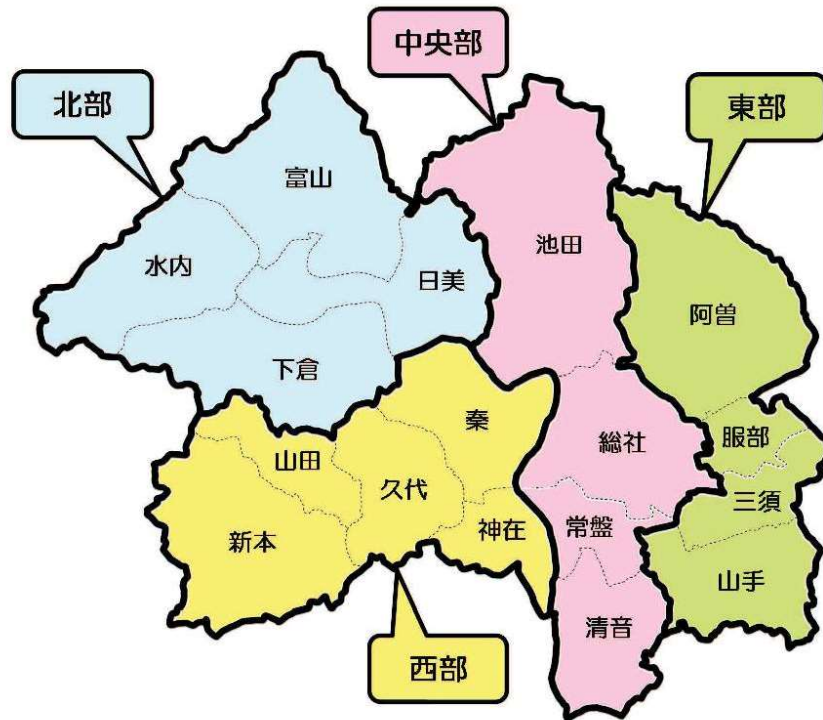
※資料：住民基本台帳 令和5年9月末日現在

〔図表 5-2-2: 圏域ごとの令和12年の高齢者数〕

圏域	人口（人）	高齢者数（人）	高齢化率	後期高齢者数（人）	後期高齢化率
中央部	45,303	11,343	25.0%	6,938	15.3%
東部	14,653	4,018	27.4%	2,559	17.5%
西部	7,779	3,384	43.5%	2,086	26.8%
北部	2,140	1,206	56.3%	844	39.4%
計	69,875	19,950	28.6%	12,427	17.8%

※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計

〔図表 5-2-3: 日常生活圏域〕



〔図表 5-2-4: 地域包括支援センター〕

圏域	名称	担当地区
中央部	総社市中央部北地域包括支援センター	総社 池田
	総社市中央部南地域包括支援センター	常盤 清音
	総社市東部北地域包括支援センター	総社の一部
東部	総社市東部南地域包括支援センター	三須 山手
	総社市東部北地域包括支援センター	服部 阿曾
西部	総社市西部地域包括支援センター	秦 神在 久代 山田 新本
北部	総社市北部地域包括支援センター	日美 下倉 水内 富山

(2) 日常生活圏域ごとに提供するサービス

高齢者が住み慣れた地域で安心してサービスを受けるためには、日常生活圏域ごとにバランスのとれたサービス提供が必要です。

日常生活圏域ごとの特徴や状況を勘案した、地域密着型サービス、またその他のサービスの提供体制は下記のとおりとします。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を問わず、訪問介護と訪問看護を一体的に、または密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスです。

今後益々の増加が予測される高齢者のみの世帯や、一人暮らし高齢者に安心感を与え、介護する家族の負担軽減にも寄与するサービスです。引き続き、高齢者のニーズ、整備意向等を注視しますが、本計画期間中の整備は見送ります。

②夜間対応型訪問介護

夜間にヘルパーが定期的に巡回したり、連絡のあった家庭を訪問して介護を行うサービスです。

1 事業所当たり 300 人程度の利用者を想定したサービスですが、本市における夜間・早朝のみの対応への需要が見込めない現在の状況では目標数を定めて整備する段階ではないと考えるため、本計画期間中の整備は見送り、既存の訪問介護事業所等で対応することとします。

③介護予防認知症対応型通所介護／認知症対応型通所介護

認知症高齢者の人が事業所に通い、入浴、排せつ、食事などの介護、その他日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービスです。

認知症高齢者の増加に対応する施設として有効ですが、現在、地域密着型通所介護の利用者数に余裕があり、認知症高齢者に対応も可能であることから目標数を定めて整備する段階ではないと考えるため、今期では新規整備は見込みませんが、認知症高齢者の増加に対応するために、高齢者のニーズ、整備意向等を注視します。

④地域密着型通所介護

事業所に通い、入浴、排せつ、食事などの介護、その他日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービスで、利用定員が 18 人以下のものです。地域密着型通所介護の利用率等を考慮し、本計画期間中の新たな整備は見送ります。

〔図表 5-2-5: 地域密着通所介護〕 (事業所)

圏域	令和5年度 (現在値)
中央部	12
東部	4
西部	1
北部	2
計	19

⑤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

通い（デイサービス）を中心として、利用者の心身の状況、環境、希望に応じて、訪問（ホームヘルプサービス）や泊まり（ショートステイ）などのサービスを組み合わせ、居宅や事業所において、入浴、排せつ、食事などの介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービスです。今後、ニーズの増加が見込まれることから、1事業所の整備（新設またはサテライト型）を行います。

〔図表 5-2-6: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〕（事業所）

圏域	令和5年度 (現在値)	第9期計画期間					
		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		増分	計	増分	計	増分	計
中央部	2	0	2	0	2	1	5
東部	0	0	0	0	0		
西部	1	0	1	0	1		
北部	1	0	1	0	1		
計	4	0	4	0	4	1	5

⑥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を組み合わせることで、通所・訪問・短期間の宿泊で、介護や医療・看護のケアを複合的に行うサービスです。本計画期間中の整備は見込みませんが、医療ニーズの高い要介護者の増加に対応するために、高齢者のニーズ等を注視します。

⑦介護予防認知症対応型共同生活介護／認知症対応型共同生活介護

認知症高齢者の人が、家庭的な雰囲気の中で、少人数で共同生活を送りながら、介護を受けるサービスです。待機者等の状況により、本計画期間中の整備は見送ります。

〔図表 5-2-7:地域密着型サービス(介護予防認知症対応型共同生活介護／認知症対応型共同生活介護)必要利用定員総数〕（人）

圏域	令和5年度 (現在値)	第9期計画期間					
		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		増分	計	増分	計	増分	計
中央部	99	0	99	0	99	0	99
東部	54	0	54	0	54	0	54
西部	12	0	12	0	12	0	12
北部	0	0	0	0	0	0	0
計	165	0	165	0	165	0	165

⑧地域密着型特定施設入居者生活介護

入居定員が29人以下の介護専用型特定施設（有料老人ホームやケアハウスなど）に入居しながら、食事などの介護、その他日常生活上の世話や機能訓練などを受けるサービスです。施設入居待機者等の状況により、本計画期間中の整備は見送ります。

〔図表 5-2-8: 地域密着型サービス(地域密着型特定施設入居者生活介護)必要利用定員総数〕(人)

圏域	令和5年度 (現在値)	第9期計画期間					
		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		増分	計	増分	計	増分	計
中央部	0	0	0	0	0	0	0
東部	0	0	0	0	0	0	0
西部	0	0	0	0	0	0	0
北部	0	0	0	0	0	0	0
計	0	0	0	0	0	0	0

⑨地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所定員が29人以下の小規模な特別養護老人ホームにおいて、日常生活上の世話や機能訓練などを受けるサービスです。入所待機者等の状況により、本計画期間中の新たな整備は見送ります。

〔図表 5-2-9: 地域密着型サービス(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)必要利用定員総数〕(人)

圏域	令和5年度 (現在値)	第9期計画期間					
		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		増分	計	増分	計	増分	計
中央部	0	0	0	0	0	0	0
東部	0	0	0	0	0	0	0
西部	29	0	29	0	29	0	29
北部	0	0	0	0	0	0	0
計	29	0	29	0	29	0	29

(3) 広域型のサービス

広域型施設については、本市における施設整備率等を勘案し、本計画期間中の整備は見送りますが、待機者数の推移や社会情勢の変化に注視し、今後の整備について検討していきます。

〔図表 5-2-10: 地広域型サービスの整備計画〕(床)

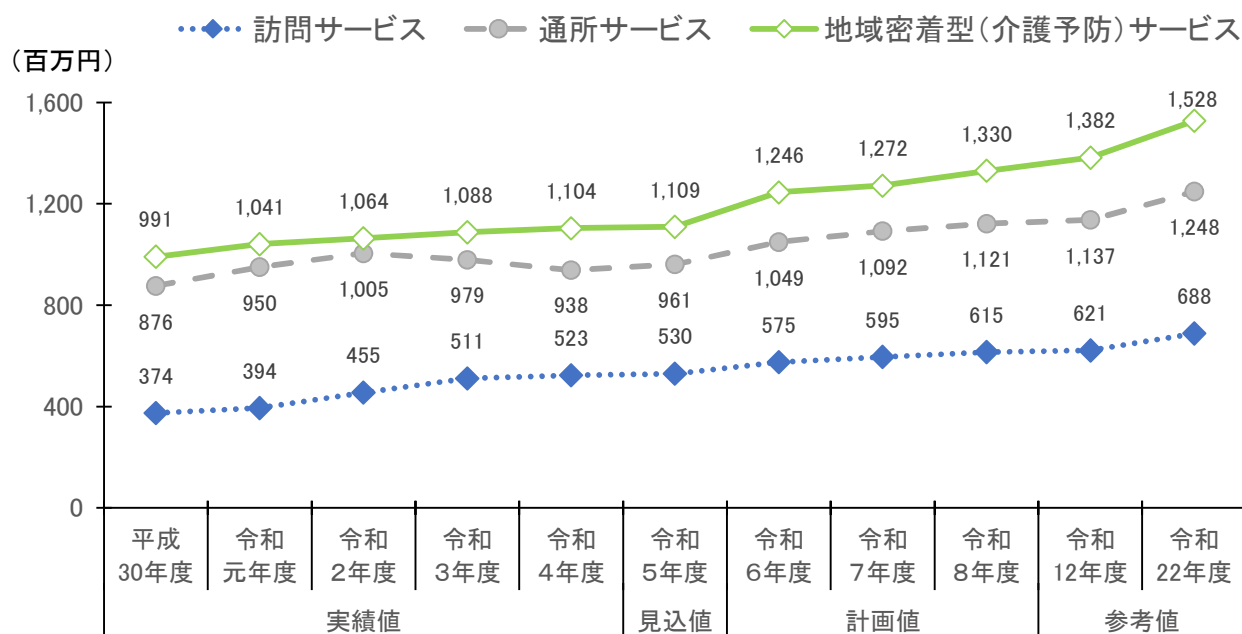
施設種別	令和5年度 (現在値)	第9期計画期間					
		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		増分	計	増分	計	増分	計
介護老人福祉施設	370	0	370	0	370	0	370
介護老人保健施設	182	0	182	0	182	0	182
特定施設入居者	80	0	80	0	80	0	80

3. 介護サービス給付費の見込み

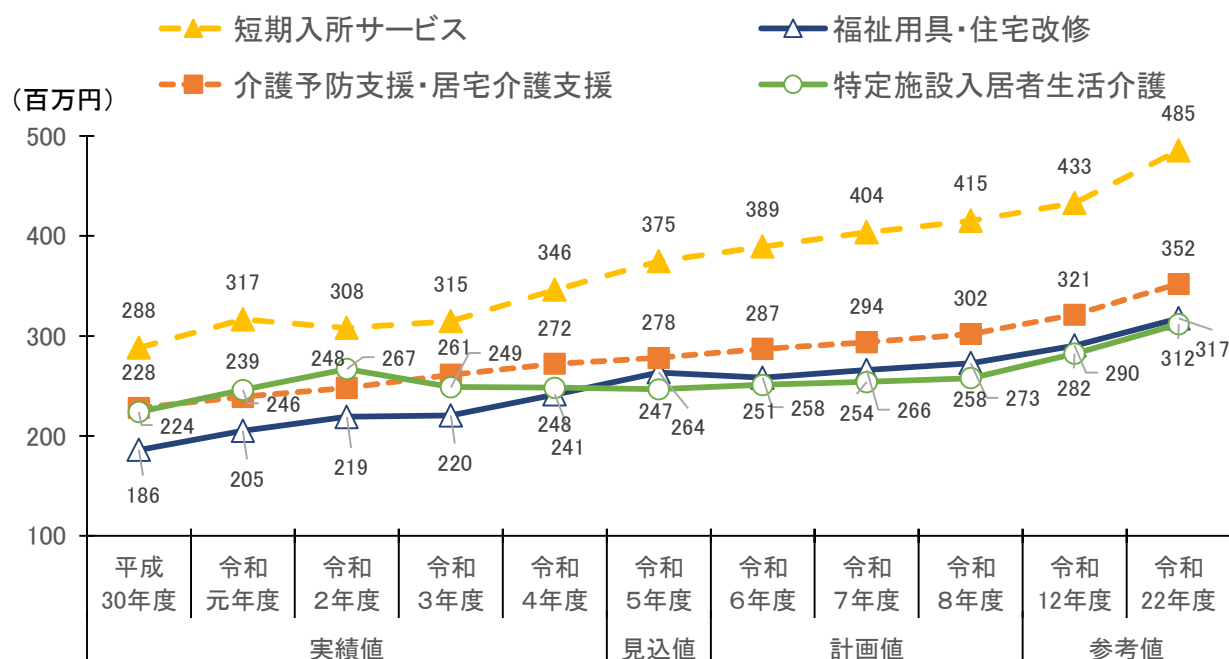
(1) 居宅サービス・介護予防サービス

居宅サービスと介護予防サービスについて、第8期計画以前のサービス給付の状況と今後の要支援・要介護認定者数の推計を基に、サービス利用者数及び給付費を推計しました。

〔図表 5-3-1: 居宅サービス・介護予防サービス給付費の推計〕



〔図表 5-3-2: 居宅サービス・介護予防サービス給付費の推計〕



〔図表 5-3-3: 訪問サービス〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
訪問介護	介護 給付	給付費（千円／年）	267,923	278,493	287,991	275,879	307,650
		回数（回／月）	8,532	8,867	9,176	8,642	9,663
		人数（人／月）	385	394	406	429	478
訪問入浴 介護	予防 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		回数（回／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
	介護 給付	給付費（千円／年）	21,624	23,188	23,188	22,038	25,793
		回数（回／月）	145	155	155	148	173
		人数（人／月）	29	31	31	31	36
訪問看護	予防 給付	給付費（千円／年）	52,927	54,086	54,768	60,366	60,764
		回数（回／月）	1,315	1,342	1,359	1,502	1,512
		人数（人／月）	139	142	144	167	168
	介護 給付	給付費（千円／年）	161,092	165,094	171,984	179,162	201,863
		回数（回／月）	3,330	3,401	3,536	3,730	4,201
		人数（人／月）	299	305	317	349	391
訪問リハビ リテーショ ン	予防 給付	給付費（千円／年）	5,436	5,443	5,443	4,840	4,840
		回数（回／月）	160	160	160	146	146
		人数（人／月）	12	12	12	13	13
	介護 給付	給付費（千円／年）	12,021	12,568	13,063	14,171	14,980
		回数（回／月）	338	353	366	401	424
		人数（人／月）	24	25	26	29	31
居宅療養 管理指導	予防 給付	給付費（千円／年）	3,847	3,984	4,123	3,969	3,969
		人数（人／月）	28	29	30	29	29
	介護 給付	給付費（千円／年）	50,406	52,522	54,287	60,829	67,936
		人数（人／月）	374	389	402	451	503

〔図表 5-3-4: 通所サービス〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
通所介護	介護 給付	給付費（千円／年）	638,814	671,628	689,147	687,214	762,809
		回数（回／月）	6,418	6,720	6,891	6,883	7,622
		人数（人／月）	536	560	574	608	672
通所リハビ リテーショ ン	予防 給付	給付費（千円／年）	111,517	113,685	115,438	127,546	128,040
		人数（人／月）	266	271	275	304	305
	介護 給付	給付費（千円／年）	298,881	306,428	316,854	321,917	357,645
		回数（回／月）	2,773	2,826	2,918	2,995	3,316
		人数（人／月）	298	304	314	336	372

〔図表 5-3-5:短期入所サービス〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
短期入所 生活介護	予防 給付	給付費（千円／年）	9,608	9,620	9,893	15,901	15,901
		日数（日／月）	122	122	125	200	200
		人数（人／月）	16	16	17	43	43
	介護 給付	給付費（千円／年）	352,687	365,271	376,598	398,166	448,261
		日数（日／月）	3,436	3,549	3,658	3,893	4,379
		人数（人／月）	262	270	278	307	344
短期入所 療養介護 （老健）	予防 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		日数（日／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
	介護 給付	給付費（千円／年）	26,963	28,660	28,660	18,975	21,286
		日数（日／月）	183	194	194	134	149
		人数（人／月）	18	19	19	20	22
短期入所 療養介護 （病院等）	予防 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		日数（日／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		日数（日／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
短期入所 療養介護 （介護医療 院）	予防 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		日数（日／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		日数（日／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0

〔図表 5-3-6:福祉用具・住宅改修〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
福祉用具貸与	予防給付	給付費（千円／年）	53,425	54,380	55,243	60,496	60,849
		日数（日／月）	611	622	632	692	696
	介護給付	給付費（千円／年）	163,318	168,719	174,282	185,248	207,644
		人数（人／月）	975	999	1,029	1,099	1,228
特定福祉用具購入	予防給付	給付費（千円／年）	3,815	3,815	4,132	4,093	4,093
		日数（日／月）	13	13	14	14	14
	介護給付	給付費（千円／年）	7,036	7,459	7,459	8,285	9,418
		人数（人／月）	18	19	19	21	24
住宅改修	予防給付	給付費（千円／年）	13,190	14,110	14,110	16,442	16,442
		日数（日／月）	13	14	14	16	16
	介護給付	給付費（千円／年）	17,429	17,429	17,429	15,771	18,961
		人数（人／月）	16	16	16	15	18

〔図表 5-3-7:特定施設入居者生活介護〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
特定施設入居者生活介護	予防給付	給付費（千円／年）	14,184	14,201	15,403	16,168	16,168
		人数（人／月）	14	14	15	16	16
	介護給付	給付費（千円／年）	236,751	239,730	242,409	266,082	295,529
		人数（人／月）	99	100	101	111	123

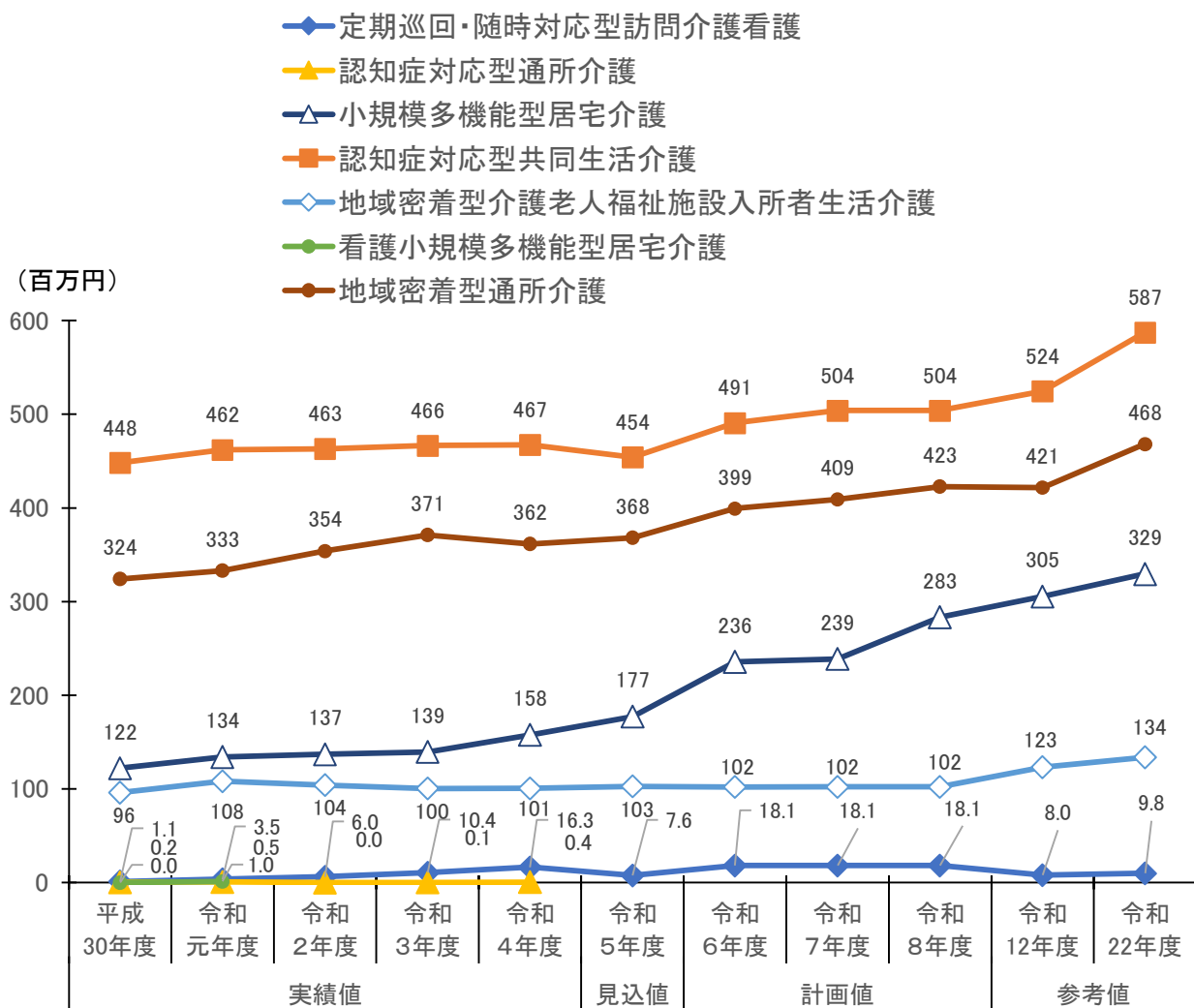
〔図表 5-3-8:介護予防支援・居宅介護支援〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護予防支援・居宅介護支援	予防給付	給付費（千円／年）	42,847	43,668	44,326	49,367	49,641
		人数（人／月）	783	797	809	901	906
	介護給付	給付費（千円／年）	244,168	250,093	257,618	271,902	302,349
		人数（人／月）	1,387	1,410	1,451	1,534	1,702

(2) 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス

地域密着型サービスと地域密着型介護予防サービスについて、第8期計画以前のサービス給付の状況や今後の要支援・要介護認定者数の推計、整備計画を基に、サービス利用者数及び給付費を推計しました。

〔図表 5-3-9: 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス給付費の推計〕



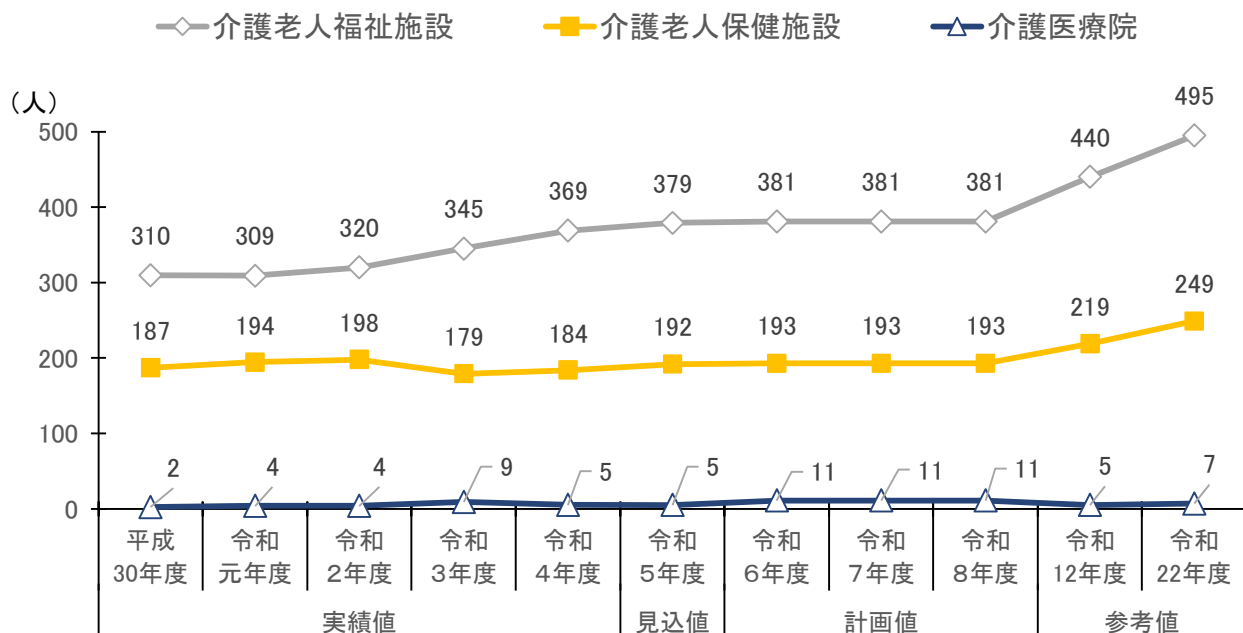
〔図表 5-3-10: 地域密着型サービス〕

			計画値			参考値	
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
定期巡回・ 随時対応型 訪問介護 看護	介護 給付	給付費（千円／年）	18,092	18,115	18,115	7,959	9,825
		人数（人／月）	8	8	8	4	5
夜間対応型 訪問介護	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
認知症対応 型通所介護	予防 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		回数（回／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		回数（回／月）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
小規模多機 能型居宅介 護	予防 給付	給付費（千円／年）	14,816	14,835	16,419	9,506	9,506
		人数（人／月）	19	19	21	12	12
	介護 給付	給付費（千円／年）	220,757	223,939	266,725	295,861	319,783
		人数（人／月）	89	90	107	115	124
認知症対応 型共同生活 介護	予防 給付	給付費（千円／年）	5,378	5,385	5,385	5,385	5,385
		人数（人／月）	2	2	2	2	2
	介護 給付	給付費（千円／年）	485,238	498,389	498,389	519,104	581,792
		人数（人／月）	158	162	162	167	187
地域密着型 特定施設入 居者生活介 護	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	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	介護 給付	給付費（千円／年）	101,982	102,111	1002,111	123,017	133,650
		人数（人／月）	29	29	29	35	38
看護小規模 多機能型居 宅介護	介護 給付	給付費（千円／年）	0	0	0	0	0
		人数（人／月）	0	0	0	0	0
地域密着型 通所介護	介護 給付	給付費（千円／年）	399,304	409,088	422,738	421,450	468,024
		回数（回／月）	3,896	3,970	4,097	4,065	4,503
		人数（人／月）	345	351	362	376	416

(3) 施設サービス

施設サービスについて、第8期計画以前のサービス給付の状況と今後の要支援・要介護認定者数の推計を基に、サービス利用者数及び給付費を推計しました。

〔図表 5-3-11: 施設サービス利用者数の推移〕



〔図表 5-3-12: 施設サービス〕

		計画値			参考値	
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和22年度
介護老人福祉施設	給付費(千円/年)	1,248,367	1,249,947	1,249,947	1,440,853	1,618,814
	人数(人/月)	381	381	381	440	495
介護老人保健施設	給付費(千円/年)	663,225	664,064	664,064	755,517	859,844
	人数(人/月)	193	193	193	219	249
介護医療院	給付費(千円/年)	46,387	46,446	46,446	21,995	30,719
	人数(人/月)	11	11	11	5	7

第6章 地域支援事業の展開

1. 地域支援事業の取り組みについて

地域支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業・任意事業を行うことで、高齢者が要介護状態または要支援状態等になることを予防するとともに、要介護状態等になった場合においても、可能な限り地域で自立した生活を営むことができるよう支援を行うものです。

日常生活圏域ごとの特徴や状況を勘案し、地域支援事業については下記のとおり取り組みます。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、「要支援1・2」の認定者及び基本チェックリスト実施による「事業対象者」です。効果的な介護予防マネジメントと自立支援に向けたサービス展開により、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業です。

①事業の展開

○訪問型サービス

ア 旧介護予防訪問サービス事業（現行相当）

介護予防訪問介護と同様のサービス内容で、それぞれ利用者のニーズに応じて入浴・排せつ・食事等の介助である身体介護、掃除・洗濯等の生活援助を行います。

イ 生活支援サービス事業(住民主体訪問サービス事業)

生活支援サポーターにより、買い物の同行、掃除、洗濯物干し、布団干し、調理補助、ごみ出し等の簡易なサービスを行います。

○通所型サービス

ア 旧介護予防通所サービス事業（現行相当）

介護予防通所介護と同様のサービス内容で、それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ち、日常生活の支援、身体機能・生活機能向上のための機能訓練等を行います。

イ 基準緩和通所サービス事業

閉じこもりがちな者及び運動器の機能もしくは生活機能の向上を図る必要がある者等に対する自立に向けた支援（入浴、食事を除く。）や生活機能の維持・向上のための運動プログラム等を実施します。運動器機能訓練の実施に際しては、利用者の日常生活を拡大させる目標を設定した上で、生活機能の向上を図り、地域とのつながりが期待できる通いの場等へつなげることを目指します。

ウ 短期集中通所サービス事業

短期間での生活機能の改善もしくは向上の意志を明確に持ち、短期間での訓練後において地域活動の促進が期待でき、自己管理による介護予防への取り組みの継続が期待できる者等に対して、リハビリテーション専門職による専門的支援をおおむね 3 か月実施します。

②日常生活圏域ごとに提供するサービス

住民が安心してサービスを受けるためには、日常生活圏域ごとにバランスのとれたサービスを提供する必要があります。

日常生活圏域ごとの特徴や状況を勘案し、介護予防・生活支援サービスについては、下記のとおりの方針とします。

ア 旧介護予防訪問サービス（維持・拡充）

介護予防訪問介護と同様のサービス内容で、それぞれ利用者のニーズに応じて入浴・排せつ・食事等の介助である身体介護、掃除・洗濯等の生活援助を行います。本計画期間中の具体的な整備目標は定めませんが、供給量に不足がないよう、要支援者等のニーズを注視していきます。

〔図表 6-1-1: 旧介護予防訪問サービス〕（事業所）

圏域	令和5年度（現在値）
中央部	7
東部	1
西部	0
北部	1
計	9

イ 生活支援サービス（維持・拡充）

生活支援サポーターにより、買い物の同行、掃除、洗濯物干し、布団干し、調理補助、ごみ出し等の簡易なサービスを行います。本計画期間中の具体的な整備目標は定めませんが、日常生活圏域ごとにバランスの取れたサービスが必要であると考えているため、圏域を意識した担い手の確保等に努めていきます。

〔図表 6-1-2: 生活支援サービス〕（事業所）

圏域	令和5年度（現在値）
中央部	1
東部	0
西部	0
北部	0
計	1

ウ 旧介護予防通所サービス

介護予防通所介護と同様のサービス内容で、それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ち、日常生活の支援、身体機能・生活機能向上のための機能訓練等を行います。利用率等を考慮し、本計画期間中の新たな整備は見送ります。

〔図表 6-1-3:旧介護予防通所サービス〕 (事業所)

圏域	令和5年度（現在値）
中央部	17
東部	7
西部	2
北部	2
計	28

エ 基準緩和通所サービス（維持・拡充）

閉じこもりがちな者及び運動器の機能もしくは生活機能の向上を図る必要がある者等に対する自立に向けた支援（入浴、食事を除く）や生活機能の維持・向上のための運動プログラム等を2～3時間程度実施します。本計画期間中の具体的な整備目標は定めませんが、供給量に不足がないよう、要支援者等のニーズを注視していきます。

〔図表 6-1-4:基準緩和通所サービス〕 (事業所)

圏域	令和5年度（現在値）
中央部	10
東部	2
西部	1
北部	2
計	15

オ 短期集中通所サービス（維持・拡充）

リハビリテーション専門職による専門的支援（運動器機能及び生活機能の維持向上等）をおおむね3か月実施し、地域活動への参加を促進します。本計画期間中の具体的な整備目標は定めませんが、供給量に不足がないよう、要支援者等のニーズを注視していきます。

〔図表 6-1-5:短期集中通所サービス〕 (事業所)

圏域	令和5年度（現在値）
中央部	2
東部	1
西部	0
北部	0
計	3

③事業量の見込み

〔図表 6-1-6:介護予防・生活支援サービス事業量の見込み〕 (人)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
旧介護予防訪問サービス	168	171	174
生活支援サービス	55	60	65
旧介護予防通所サービス	287	292	297
基準緩和通所サービス	76	77	79
短期集中通所サービス	18	21	24

(2) 一般介護予防事業

①介護予防把握事業

地域の実情に応じ、「そうじゃ台帳」等を整備・活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげることを目的に事業を行います。

〔図表 6-1-7:介護予防把握事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
そうじゃ台帳の整備	78 ページ
高齢者把握事業の強化	81 ページ

②介護予防普及啓発事業

生活習慣病予防、口腔機能の向上などをテーマとして、地域のサロン、いきいき百歳体操会場等に出向き、介護予防に関する講座（いきいき講座）を実施し、自ら介護予防に取り組めるよう正しい知識の普及啓発を行います。

〔図表 6-1-8:介護予防普及啓発事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
いきいき講座の実施	83 ページ

③地域介護予防活動支援事業

年齢や心身の状態等によって高齢者を分け隔てることなく、参加することができる介護予防活動の地域展開を目指し、「いきいき百歳体操」等の介護予防に資する住民主体の通いの場づくり等を行います。

〔図表 6-1-9:地域介護予防活動支援事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・しゃきしゃき百歳体操の普及	82 ページ

④一般介護予防事業評価事業

評価指標の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業の評価を行い、事業の実施方法等の改善を図るための事業を行います。

⑤地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防の取り組みを機能強化するために、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等の派遣や通いの場で活動するリーダーの育成支援を行います。

また、地域ケア個別会議に派遣し、個別事例の評価、事業所専門職やケアマネジャーへの助言ができる体制を整備し、介護予防ケアマネジメントの考え方を共有するとともにアセスメント機能の強化を図ります。

〔図表 6-1-10: 地域リハビリテーション活動支援事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
地域ケア個別会議のアセスメント機能強化	77 ページ
介護予防ケアマネジメントに関する研修会の開催	77 ページ

(3) 地域包括支援センター運営事業

地域包括支援センターを市内6カ所に設置し、包括的支援事業（総合相談・支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業等）を実施します。

高齢化の進行や生活課題の複雑化などに伴う業務量や役割の増大に応じて、地域包括支援センターに必要な機能の強化を図ります。

〔図表 6-1-11: 地域包括支援センター運営事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
職種別連絡会議・3職種合同連絡会議の開催	71 ページ
事業評価の実施	72 ページ
地域包括支援センター運営委員会の開催	72 ページ
介護支援専門員への支援実施	73 ページ

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

地域の医療・介護関係機関・関係団体と協力して、地域の医療・介護関係者が参画する「総社市地域医療介護連携推進委員会」の開催、医療・介護連携に関する相談の受付、ケアキャビネット「きびきび」の利用促進、関係者の研修会等を行い、多職種による医療と介護の連携体制を整備します。

また、医療・介護サービスに関する講演会や講座を開催し、理解の促進を図ります。

〔図表 6-1-12: 在宅医療・介護連携推進事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
総社市地域医療介護連携推進委員会を活用した切れ目のない医療と介護の提供体制の構築推進	88 ページ
医療・介護関係者の情報共有の支援	88 ページ
医療・介護関係者の研修	89 ページ

(5) 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターを中心に、これまでに明らかになった生活課題（移動・買い物・居場所・担い手・見守り・空き家）の解決と資源開発などを検討し、本市における生活支援サービス体制の整備を推進します。

また、介護予防・生活支援サービスについては、生活支援サービス検討委員会で実施状況の検証を行い、改善に努めるものとします。

〔図表 6-1-13: 生活支援体制整備事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
協議体の機能強化	79 ページ
生活支援サポーターの養成と活動の多様化による充実強化	79 ページ
生活支援コーディネーターの役割強化	80 ページ
介護予防・日常生活総合支援事業の周知	80 ページ

(6) 認知症総合支援事業

認知症地域支援推進員を中心に、認知症を早期発見・対応する認知症初期集中支援チームの活動や、地域ごとの SOS 声かけ訓練の開催、認知症カフェの充実を図ります。

また、配慮があれば働ける若年性認知症の人が生きがいや役割を持って暮らせるよう、寄り添い支援や就労支援を行います。

〔図表 6-1-14: 認知症総合支援事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
認知症初期集中支援チームの充実	101 ページ
SOS（そうじゃ・おかえり・サポート）システムの推進	103 ページ
そうじゃ認知症 SOS 声かけ訓練の実施	103 ページ
認知症サポーターの活動促進	104 ページ
キャラバン・メイトの拡大	104 ページ
認知症カフェの拡大	105 ページ
認知症の人の就労支援に向けた取り組み	106 ページ

(7) 地域ケア会議推進事業

地域包括支援センターにおいて、多職種協働による地域ケア個別会議を実施します。

また、個別の事例を検討するなかで積み上げられた課題を政策形成に反映させるための会議として、三層構造の地域ケア会議を実施します。

〔図表 6-1-15: 地域ケア会議推進事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
地域ケア個別会議の定期的な開催	76 ページ
小地域ケア会議の開催	75 ページ
圏域地域包括ケア会議の開催	75 ページ
地域包括ケア会議の開催	76 ページ

(8) 任意事業

第6期介護給付適正化計画に基づく介護給付適正化事業、認知症高齢者を介護する家族への支援など、介護や支援が必要な高齢者やその家族が、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、その状態やニーズに応じたサービスを提供する取り組みを推進します。

また、家族介護者が介護についての必要な情報を入手し、効果的にサービスや制度、社会資源を活用することにより、安心して自分自身の生活も継続できるよう、地域の関係機関・団体、企業などとの連携による支援体制を構築します。

〔図表 6-1-16: 任意事業の主な取り組み〕

主な取り組み	第4章記載ページ
ケアプランの点検	113 ページ
住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査	113 ページ
縦覧点検・医療情報との突合	114 ページ
認知症見守り GPS 購入費等助成事業	106 ページ

第7章 介護保険料の見込み

1. 標準給付費見込額の推計

高齢化の進展による自然増や介護報酬改定の影響等を踏まえて見込んだ総給付費に、過去の実績から見込んだ特定入所者介護サービス費等、高額介護サービス費等、高額医療合算介護サービス費等、審査支払手数料を合わせて、標準給付費を見込みました。

〔図表 7-1-1：標準給付費の見込み〕

単位：千円

	計画値				参考値	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計	令和12年度	令和22年度
総給付費	6,013,455	6,136,593	6,274,187	18,424,235	6,685,549	7,440,248
特定入所者介護サービス費等給付額	112,747	114,804	116,980	344,532	125,921	135,750
高額介護サービス費等給付額	117,786	119,929	122,202	359,916	131,628	141,902
高額医療合算介護サービス費等給付額	20,186	20,528	20,917	61,631	22,862	24,647
算定対象審査支払手数料	6,905	7,022	7,155	21,082	7,821	8,431
審査支払手数料支払件数（件）	98,642	100,315	102,216	301,173	111,723	120,444
標準給付費見込額	6,271,078	6,398,876	6,541,441	19,211,395	6,973,781	7,750,979

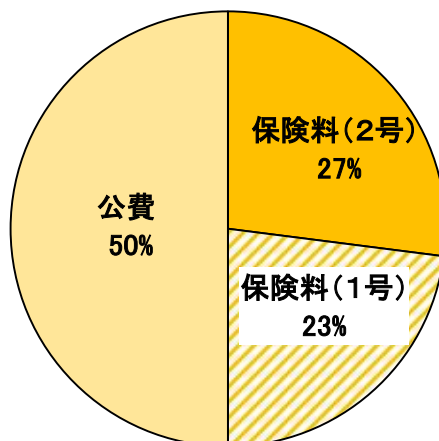
※千円未満の端数処理のため、計が一致しない場合がある（以下同じ）

2. 第1号被保険者の保険料の推計

（1）介護保険の財源と保険料

介護保険の財源は、半分が国・県・市によって公費負担され、残りの半分は被保険者が納める保険料で構成されています。保険料のうち、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者が納める負担割合は、全国ベースの人口比率によって定められ、第1号被保険者の負担割合は23%となっています。

〔図表 7-2-1：介護保険の財源内訳（令和6～8年度）〕



(2) 地域支援事業費の見込み

地域支援事業費について、今後の事業展開に係る事業費を推計しました。

〔図表 7-2-2: 地域支援事業費の見込み〕

単位：千円

	計画値				参考値	
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計	令和12年度	令和22年度
介護予防・日常生活支援総合事業	150,802	153,202	155,888	459,892	172,173	170,894
介護予防・生活支援サービス事業	135,442	137,696	140,136	413,274	154,572	154,538
一般介護予防事業	15,360	15,506	15,752	46,618	17,600	16,355
包括的支援事業・任意事業	146,814	148,202	150,551	445,567	146,216	148,826
地域包括支援センター運営費	100,091	101,038	102,639	303,768	96,340	98,702
在宅医療・介護連携推進事業	182	183	186	551	589	589
生活支援体制整備事業	28,666	28,937	29,396	86,999	27,658	27,658
認知症総合支援事業	3,654	3,689	3,747	11,090	3,992	3,992
地域ケア会議推進事業	7,671	7,743	7,866	23,280	7,516	7,516
任意事業	6,550	6,612	6,717	19,879	10,121	10,369
地域支援事業費	297,616	301,404	306,439	905,459	318,390	319,720

※ 標準給付費及び地域支援事業費の計画値については、令和5年12月時点の試算であり、今後、介護報酬改定分の調整や給付費の精査により、増減する場合があります。

(3) 保険料収納必要額と保険料の基準額

第1号被保険者の保険料は、令和6年度から令和8年度までの第1号被保険者・要介護認定者数の見込み、標準給付費及び地域支援事業費の推計、国が示す保険料算定に必要な係数等を基に設定しました。

〔図表 7-2-3: 保険料収納必要額と保険料の基準額〕

単位：千円

	単位	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付費見込額（A）	千円				
地域支援事業費（B）	千円				
介護予防・日常生活支援 総合事業費（B①）	千円				
包括的支援事業（地域包 括支援センターの運営） 及び任意事業費（B②）	千円				
包括的支援事業（社会保 障充実分）（B③）	千円				
第1号被保険者負担分相当額 （C） $(A+B) \times 23\%$	千円				
調整交付金相当額（D） $(A+B①) \times 5\%$	千円				
調整交付金見込額（E）	千円				
財政安定化基金拠出金見込額	千円				
財政安定化基金償還金	千円				
準備基金取崩額（F）	千円				
市町村特別給付費（G）	千円				
保険料収納必要額（H） $C+D-E-F+G$	千円				
収納率（I）	%				
所得段階別加入割合補正後被 保険者数（J）	人				
保険料基準額（年間）（K） $H \div I \div J$	円				
保険料基準額（月額） $K \div 12$	円				

第9期計画期間中の介護保険料基準額

年額（円）

月額（円）

※ 表の中の数値は現時点で調整中であるため、空欄にしています。

(4) 第1号被保険者の所得段階別保険料

現時点で調整中であるため、掲載していません。

※第1段階から第3段階までの保険料率は低所得者負担軽減後の率

