

パンジープラン 21 第 8 期計画

令和 3 年 3 月

苅 田 町

はじめに

わが国では、少子高齢化の急速な進展により、総人口に占める割合（高齢化率）は28.4%となり、超高齢社会を迎えています。

本町の高齢化率は、2020年10月1日現在24.8%ですが2040年には35%まで達する見込みであり、町民の皆様の3人に1人が高齢者となる時代がやってきます。

また、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯、要介護認定者、認知症の方などが増加することにより、医療や介護の需要がますます増加する一方で、現役世代の急減により、介護・福祉分野における人材不足や、社会保障費の更なる増大が危惧され、介護保険サービスだけでなく、地域での支え合いが今まで以上に求められます。

こうしたなか、本町では、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい人生を全うできる社会を目指し、医療・介護・介護予防・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取り組んでまいりました。

このたび策定しました「パンジープラン 21 第8期計画」では、高齢者を取り巻く環境の変化や多様化する地域課題に対応しながら、更なる「地域包括ケアシステム」の深化・推進や地域共生社会の実現を目指しています。

人生100年時代に向けて、一人ひとりの尊厳を大切に、高齢者だけでなく、あらゆる世代の方がお互いを認め合い、支えあい、元気と優しさにあふれ、笑顔が輝くまちづくりを進めてまいります。

本計画をより実効性のあるものにするためには、行政はもとより、各関係機関、そして町民の皆さまが互いに協力・連携して取り組んでいくことが大切です。本計画の推進について、なお一層のご理解とご協力をお願いいたします。

最後に、本計画の策定にあたり、貴重なご意見やご提言を頂きました高齢者福祉施策推進委員会の皆様をはじめ、関係各位に心より感謝申し上げます。

令和3年3月

菟田町長 遠田 孝一



目次

第1章 計画の概要	1
1. 計画策定の背景と趣旨	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画の期間及び進行管理	3
4. 計画の策定体制	3
(1) 各種調査の実施	3
(2) 苅田町高齢者福祉施策推進委員会の実施	4
(3) 計画素案の公表、町民からの意見募集	5
5. 国の動向	6
(1) 介護保険制度の流れ	6
(2) 第8期介護保険事業計画の基本指針について	7
第2章 高齢者をめぐる状況	8
1. 人口構成と高齢化の状況	8
2. 高齢化率及び高齢者数の推計	9
3. サービス受需動向の類型	10
4. 要介護認定者の状況	11
5. 要介護度別要介護認定者数の推移	12
第3章 第7期計画の実施状況	15
1. 第7期計画の実施状況	15
(1) 基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために	15
(2) 基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために	15
(3) 基本方針Ⅲ 自律して安心できる高齢期を過ごすために	16
(4) 基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために	16
2. 介護給付サービスの計画値と実績値	17
(1) 介護給付費	17
(2) 介護予防給付費	18
第4章 苅田町の目指すべき姿	19
1. 計画の基本理念・基本目標	19
(1) 基本理念	19
(2) 基本目標	19
2. 基本方針	20
3. 計画の体系	22
第5章 具体的な施策	23
基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために	23
(1) 健康づくりの推進	23
(2) 自立支援・介護予防・重度化防止の推進	28
(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み	31
基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために	32
(1) 生きがいの場づくりの促進	32
(2) つながりの場づくりの拡充	34

基本方針Ⅲ 自分らしく安心できる高齢期を過ごすために	36
(1) 地域包括ケア体制の強化.....	36
(2) 生活支援体制整備事業の推進	41
(3) 認知症施策「共生」と「予防」の推進.....	43
(4) 在宅医療・介護連携の推進.....	48
(5) 在宅生活支援サービスの充実・強化	50
(6) 高齢者の権利擁護の促進.....	51
基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために.....	54
(1) 高齢者を取り巻く環境の整備	54
(2) 災害、感染症対策の推進.....	58
第6章 介護保険事業計画	60
1. 介護保険事業の推計の概要	60
2. 被保険者数、認定者数の推計.....	61
(1) 被保険者数.....	61
(2) 要介護認定者数の推移（2号含む）	61
3. サービス量の見込み	62
(1) 居宅サービス見込量の推計	62
(2) 地域密着型サービス見込量の推計	69
(3) 施設サービス見込量の推計	72
4. 介護給付費の見込み	74
(1) 介護給付費の推計.....	74
(2) 予防給付費の推計.....	75
(3) 標準給付費の推計.....	76
(4) 地域支援事業費の推計	76
5. 第8期介護保険料の設定.....	77
(1) 介護保険制度の財源構成.....	77
(2) 財政調整交付金	77
(3) 介護保険給付費準備基金の活用.....	78
(4) 保険料収納必要額.....	78
(5) 保険料基準月額	79
6. 介護保険事業の基盤整備及び適正な運営	81
(1) 介護人材の確保及び業務効率化・介護現場革新	81
(2) 介護サービスの質の確保.....	82
(3) 介護保険制度に関する情報提供の充実.....	83
(4) 介護保険制度に関する相談・苦情への対応	84
第7章 計画推進の体制と連携.....	85
1. 計画の推進体制	85
(1) 推進組織	85
(2) 庁内の推進体制	85
(3) 計画の進行管理	86
2. 計画推進のための連携.....	87
(1) 関係団体、事業者、地域等との連携	87
(2) 近隣市町との連携.....	87
(3) 住民との連携.....	88

第1章 計画の概要

1. 計画策定の背景と趣旨

介護保険制度創設から20年が経ち、全国の介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきました。

介護保険制度においては、いわゆる団塊の世代全てが75歳以上となる2025年（令和7年）を見据え、制度の持続可能性を維持しながら、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日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、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・推進してきたところではあります。

今後、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれ、これまで、高齢化率が25%未満で推移し続けてきた本町でも、2040年（令和22年）には35%に達することが見込まれます。

令和3年3月をもって現行計画である「パンジープラン21 第7期計画（第8期苅田町高齢者福祉計画・第7期苅田町介護保険事業計画）」の計画期間が満了することから、2040年（令和22年）までの本町の状況を見通しながら、地域の状況をこれまで以上に細やかに把握し、本町の抱える諸課題を解決する道筋をつけるために、新たに「パンジープラン21 第8期計画（第9期苅田町高齢者福祉計画・第8期苅田町介護保険事業計画）」（以下、本計画という）を定めます。

2. 計画の位置づけ

第9期苧田町高齢者福祉計画は老人福祉法第20条の8に基づくすべての高齢者を対象とした保健福祉事業全般に関する総合計画です。この計画の目的は、すべての高齢者が住み慣れた地域で健康でいきいきと安心して暮らせる社会の構築にあります。

第8期苧田町介護保険事業計画は介護保険法第117条に基づく要介護高齢者、要支援高齢者及び要介護・要支援となるリスクの高い高齢者を対象とした介護サービス等の基盤整備を計画的に進めるための基本となる実施計画です。介護及び介護予防を必要とする被保険者が自立した生活を送るためのサービス基盤の整備を目的としています。

図表 1 計画の位置づけ

計画名称	根拠法	主な対象者	計画の性格
第9期苧田町 高齢者福祉計画	老人福祉法 第20条の8	すべての高齢者	保健福祉事業全般に 関する総合計画
第8期苧田町 介護保険事業計 画	介護保険法 第117条	要介護高齢者 要支援高齢者 要介護・要支援となる リスクの高い高齢者	介護サービス等の基 盤整備を計画的に進 めるための実施計画

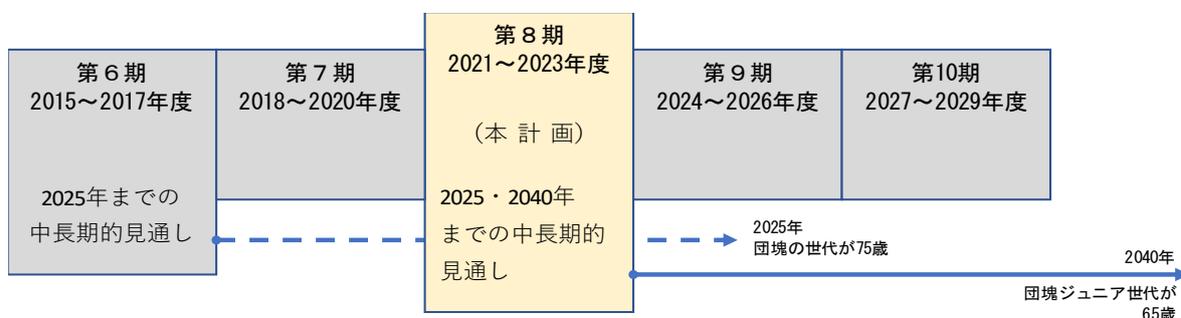
両計画の見直しに当たっては、国の定める策定指針を踏まえ、「福岡県高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「福岡県医療計画（地域医療構想）」との整合を図るとともに、本町における最上位計画「第5次苧田町総合計画」や「第2次苧田町地域福祉計画、第4次苧田町地域福祉活動計画」、「苧田町障害者長期計画」、「苧田町障がい者福祉計画」、「いきいきかんだ21 第2次苧田町健康づくり計画」等、町の各種関連計画との整合を図りました。

3. 計画の期間及び進行管理

この計画は、2040年までの長期的な動向を踏まえつつ、第6期介護保険事業計画策定時に盛り込まれた「地域包括ケアシステム」の目標や具体的な施策を踏まえ、本町における地域包括ケア計画として、2021年度（令和3年度）を初年度として2023年度（令和5年度）を目標年度とする3か年計画として策定するものです。

毎年度点検・評価を行い、課題の把握や分析、課題解消に向けた今後の対応の検討等を行うことで、本計画の実施状況の把握と進行管理を実施します。

図表 2 計画の期間



4. 計画の策定体制

(1) 各種調査の実施

高齢者に対する保健福祉施策や介護サービスのあり方の検討に当たって、本町の課題や町民のニーズを把握する必要があります。

そのため、本町に在住する高齢者の日常生活の状況や健康状態、介護サービスの利用状況等を把握し今後の高齢者保健福祉施策に生かすため「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を行いました。

図表 3 調査の概要

調査名称	調査対象	調査方法 調査期間	回収結果
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	令和2年1月末現在、要介護認定を受けていない65歳以上の方	郵送配付・回収 令和2年2月29日～ 令和2年3月25日	発送5,600人 回収4,028人 有効回収率 71.9%
在宅介護実態調査	令和2年1月末現在、要支援・要介護認定を受けている方のうち在宅で生活されている65歳以上の方	郵送または訪問による配布・回収 令和2年2月29日～ 令和2年3月25日	対象者371人 回収208人 有効回収率 56.1%

(2) 苅田町高齢者福祉施策推進委員会の実施

計画案を検討する場として、「苅田町高齢者福祉施策推進委員会」を開催し、令和2年7月から令和3年2月まで計5回の会議を行いました。

この会議には、保健・医療・福祉・介護の関係者のほか、学識経験者、公募による町民の代表にも参画いただき、17名の委員にさまざまな見地からの議論をいただきました。



図表 4 委員会開催概要

委員会名称	開催日時	議事内容
第1回 苅田町高齢者福祉施策推進委員会	令和2年7月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・諮問 ・令和2年度 苅田町高齢者福祉施策推進委員会の構成について ・今後のスケジュールについて ・第8期介護保険事業計画の概要、調査報告について
苅田町高齢者福祉施策推進委員会 ～第1回計画見直作業部会～	令和2年8月5日	<ul style="list-style-type: none"> ・「パンジープラン第7期計画」進捗状況の報告 ・ニーズ調査・在宅介護実態調査の考察・分析について ・関係機関・団体へのアンケートについて ・現状・課題等に関する意見交換
苅田町高齢者福祉施策推進委員会 ～第2回計画見直作業部会～	令和2年9月2日	<ul style="list-style-type: none"> ・苅田町高齢者保健福祉に関する調査（関係機関・団体へのアンケート）結果について ・居所変更実態調査結果について ・具体的施策の検討
第2回 苅田町高齢者福祉施策推進委員会	令和2年9月23日	<ul style="list-style-type: none"> ・計画骨子案の確認について ・今後の流れについて
苅田町高齢者福祉施策推進委員会 ～第3回計画見直作業部会～	令和2年11月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・事業量等推計（暫定値）の報告 ・計画骨子の確定 ・第8期計画の素案について
苅田町高齢者福祉施策推進委員会 ～第4回計画見直作業部会～	令和2年12月23日	<ul style="list-style-type: none"> ・第8期計画の素案について
苅田町高齢者福祉施策推進委員会 ～第5回計画見直作業部会～	令和3年1月22日～ 令和3年1月28日 (書面会議)	<ul style="list-style-type: none"> ・第8期計画の素案全般に検討について
第3回 苅田町高齢者福祉施策推進委員会	令和3年2月24日	<ul style="list-style-type: none"> ・第8期計画最終案について

(3) 計画素案の公表、町民からの意見募集

令和3年2月に計画素案を公表し、町民からの意見募集を行いました。

5. 国の動向

(1) 介護保険制度の流れ

第1期 (平成12年度～平成14年度)

- ・ 介護保険サービス（利用者1割負担）の開始
- ・ ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの利用増加＋多様なサービスの実施

第2期 (平成15年度～平成17年度)

- ・ 施設入所の適正化を図る
- ・ 要支援、要介護1の軽度者が増加
- ・ 在宅介護力の強化を図る（ケアマネジャー等の質の向上など）

第3期 (平成18年度～平成20年度)

- ・ 介護予防システムの構築（要支援1・2区分、予防給付、地域支援事業の創設）
- ・ 高齢者の尊厳を考えたケアの確立
- ・ 地域密着型サービスの創設
- ・ 「量」から「質」、「施設」から「在宅」へ 市町村主体の地域福祉力による地域ケアの視点を重視
- ・ 要支援予備群の要支援（介護）化ならびに要支援者の要介護化を予防する様々な施策のもと、その効果を考慮して適正な保険料を算出

第4期 (平成21年度～平成23年度)

- ・ 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進
- ・ 介護給付の適正化（要介護認定やケアマネジメント等の適正化）
- ・ 介護サービス事業者に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督等の適切な実施
- ・ 介護サービス従事者の処遇改善への対応（介護報酬のプラス改定）
- ・ 地域包括支援センターを核とした地域福祉との連携
- ・ 介護療養病床廃止に向けた取り組み（平成23年度末までに廃止）

第5期 (平成24年度～平成26年度)

- ・ 医療、介護、予防、生活支援、住まいが連携した包括的な支援（地域包括ケア）を推進
- ・ 24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- ・ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施（介護予防・日常生活支援総合事業）
- ・ 介護療養病床の廃止期限を猶予（平成30年3月末までに延期）

第6期（平成27年度～平成29年度）

- ・ 介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付け、平成37年度を目標に地域包括ケアシステムの構築を推進
- ・ 要支援者のサービスを「新しい総合事業」に移行し、地域支援事業を改変
- ・ 市町村に認知症初期集中支援チームを設置し、認知症高齢者への相談支援を強化
- ・ 負担の公平化を進めるため、高所得者の自己負担2割を実施 など

第7期（平成30年度～令和2年度）

- ・ 予防に力を置く「自立支援介護」の強化に向けた財政制度の創設
- ・ 介護医療院の創設
- ・ 自己負担の引き上げ（3割負担の導入）
- ・ 消費増税で区分支給限度基準額を引き上げ
- ・ 低所得者の保険料軽減拡充
- ・ 予防に向けた「通いの場」の拡充
- ・ 高額介護サービス費、補足給付の見直し

（2）第8期介護保険事業計画の基本指針について

厚生労働省は令和2年7月27日の社会保障審議会介護保険部会において、第8期介護保険事業計画の基本指針を提示しました。基本指針は市町村が介護保険事業計画を策定する際のガイドラインとなるもので、計画策定にあたって大変重要なものです。近年の社会動向や他自治体の策定事例を踏まえつつ現行計画の内容に基本指針で示された下記の事項を追加・充実します。

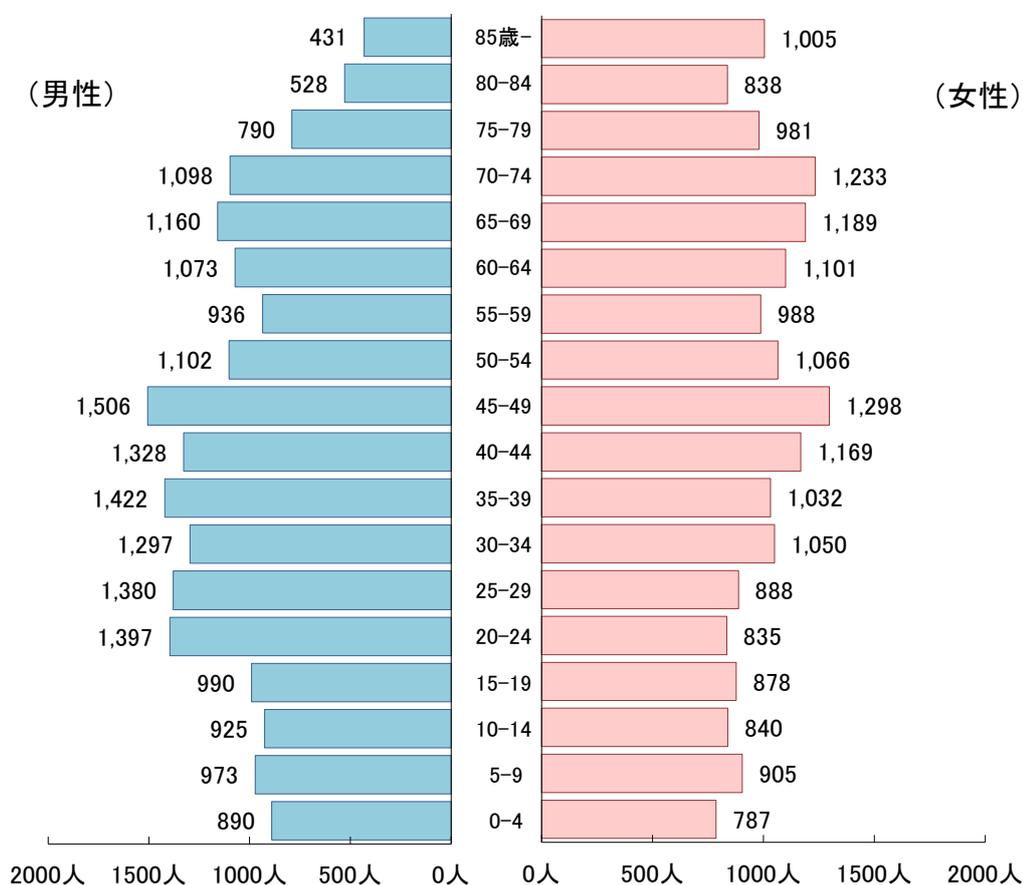
- ① 2025年・2040年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整理
- ② 地域共生社会の実現
- ③ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
- ④ 有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
- ⑤ 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
- ⑥ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- ⑦ 災害や感染症対策に係る体制整備

第2章 高齢者をめぐる状況

1. 人口構成と高齢化の状況

令和2年9月末現在の本町の総人口は37,309人であり、男性は19,226人、女性は18,083人となっています。そのうち、高齢者の人口は9,253人であり、総人口に対する高齢者の割合（高齢化率）は24.8%と、本町民の約4分の1は65歳以上です。高齢化率は男性（20.8%）よりも女性（29.0%）の方が高くなっています。

図表5 人口ピラミッド

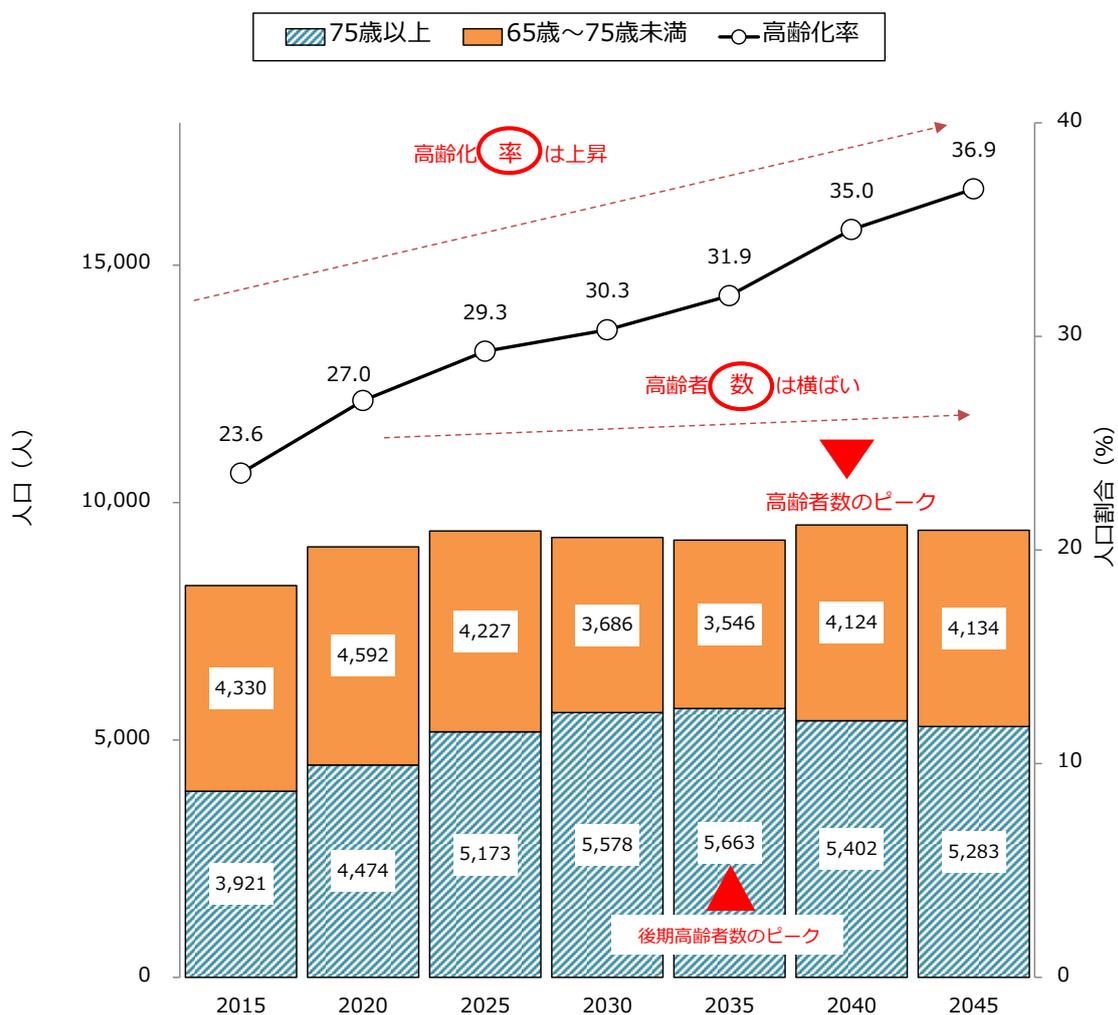


資料：住民基本台帳（令和2年9月末現在）

2. 高齢化率及び高齢者数の推計

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本町の高齢化率は今後も上昇する見込みです。高齢者数は2020年以降ほぼ横ばいに推移しており、2040年に高齢者数がピークとなる見込みです。後期高齢者数は2035年以降、減少する見込みです。

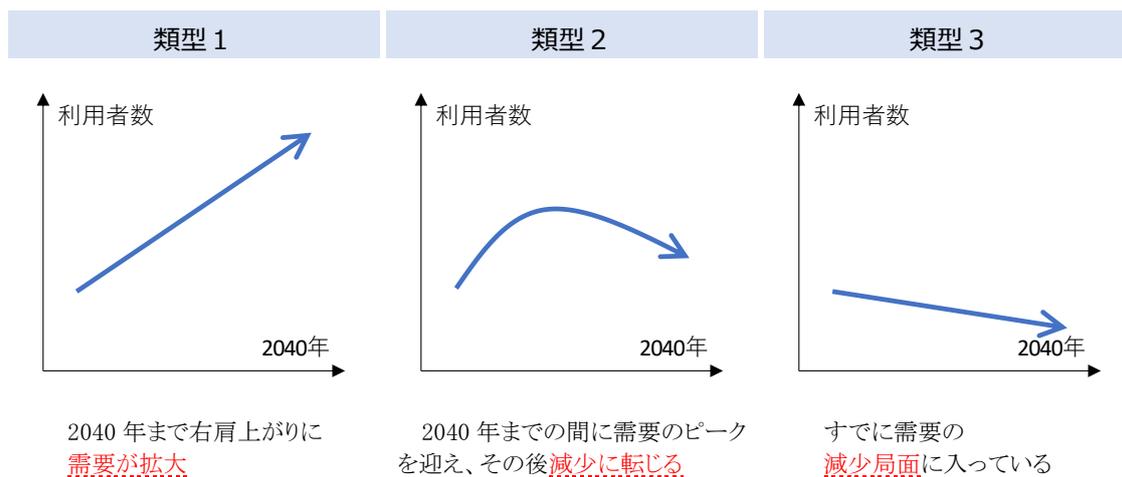
図表 6 高齢者の将来推計



(出典) 2000年～2015年まで：総務省「国勢調査」、2020年以降：
 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
 (平成30(2018)年推計)」をもとに作成

3. サービス受需動向の類型

第8期介護保険事業（支援）計画（2021～23年度）の基本指針によると、サービス基盤・人的基盤の整備に関連して、今後の地域におけるサービス需要動向は下記3つの類型に分けられると指摘しています。



図表6では、2040年まで緩やかではありますが高齢者人口の増加が見込まれていることから本町は上記類型のうち「類型1」に相当するものと判断できます。

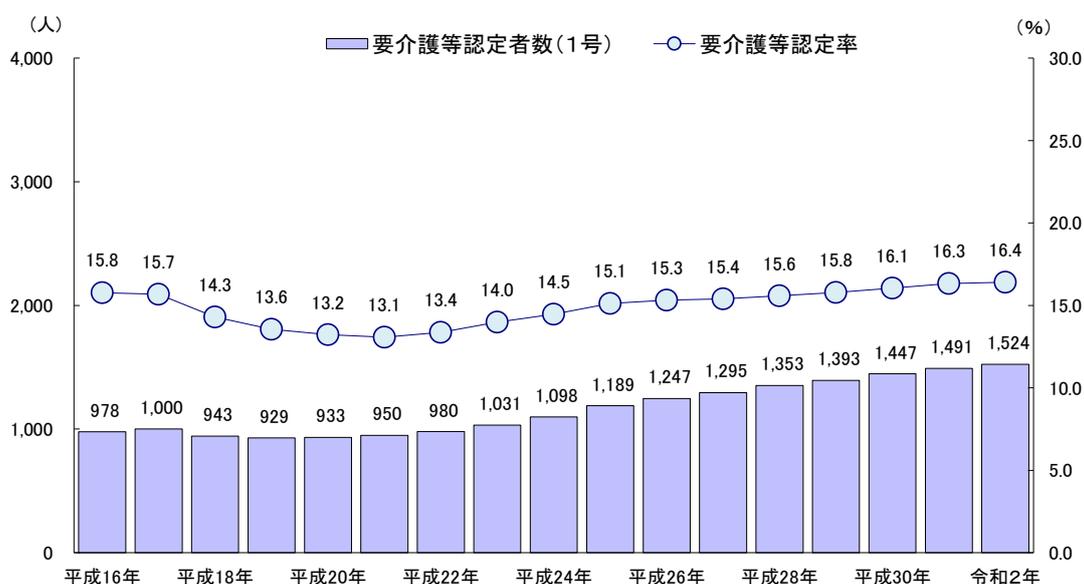
今後も、拡大する需要に合わせてサービスの基盤を整備するとともに、介護予防について町民に広く推進していく必要があります。



4. 要介護認定者の状況

要介護認定者数は、多少の増減はありますが、平成20年以降、年々増加傾向にあり、令和2年では1,524人となっています。要介護認定率（高齢者人口に占める65歳以上の要介護認定者数の割合）は、ほぼ横ばいで推移しています。

図表7 要介護認定者数及び要介護認定率の推移



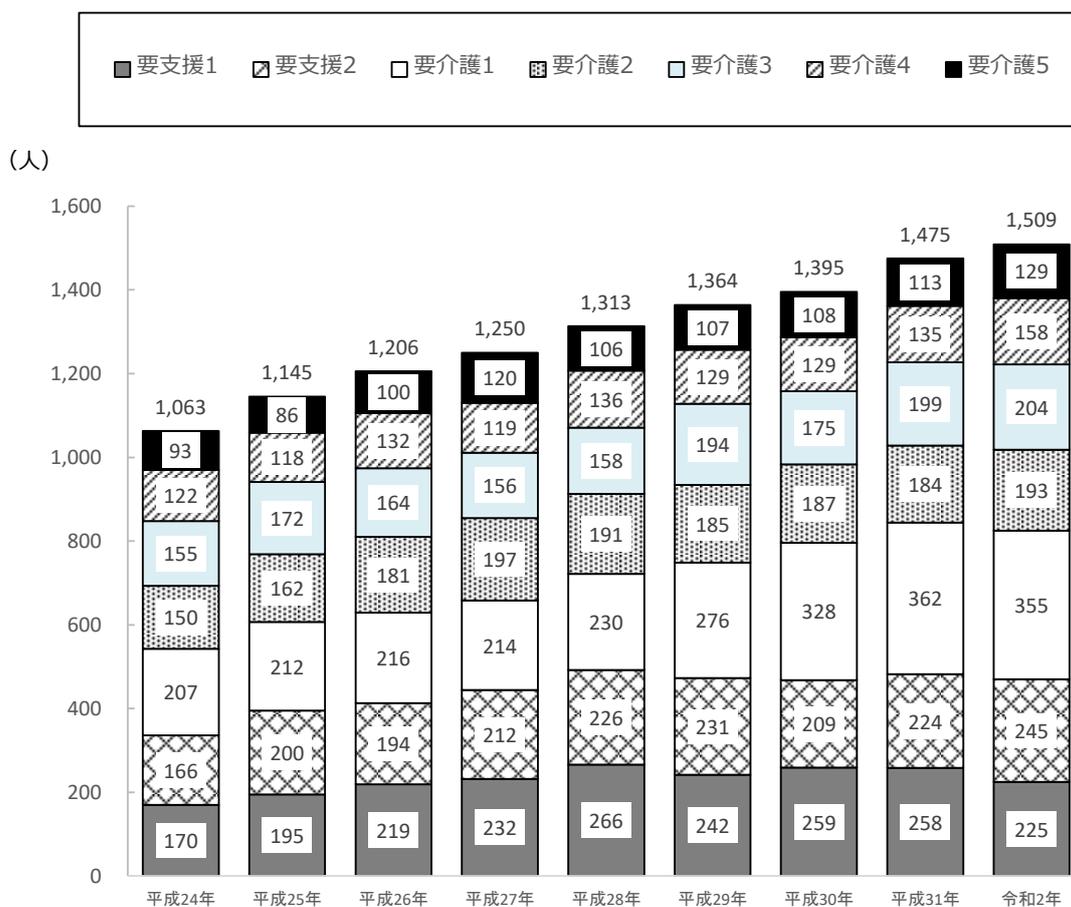
資料：介護保険事業状況報告月報（各年9月末日現在）



5. 要介護度別要介護認定者数の推移

本町の要介護認定者数は下記に示すとおりであり、年々増加傾向にあります。ただし、要介護度によって傾向が異なることから、平成24年の認定区分ごとの認定者数を基準として、令和2年までの推移（比率）をグラフ化しました（図表9）。

図表 8 要介護度別要介護認定者数の推移

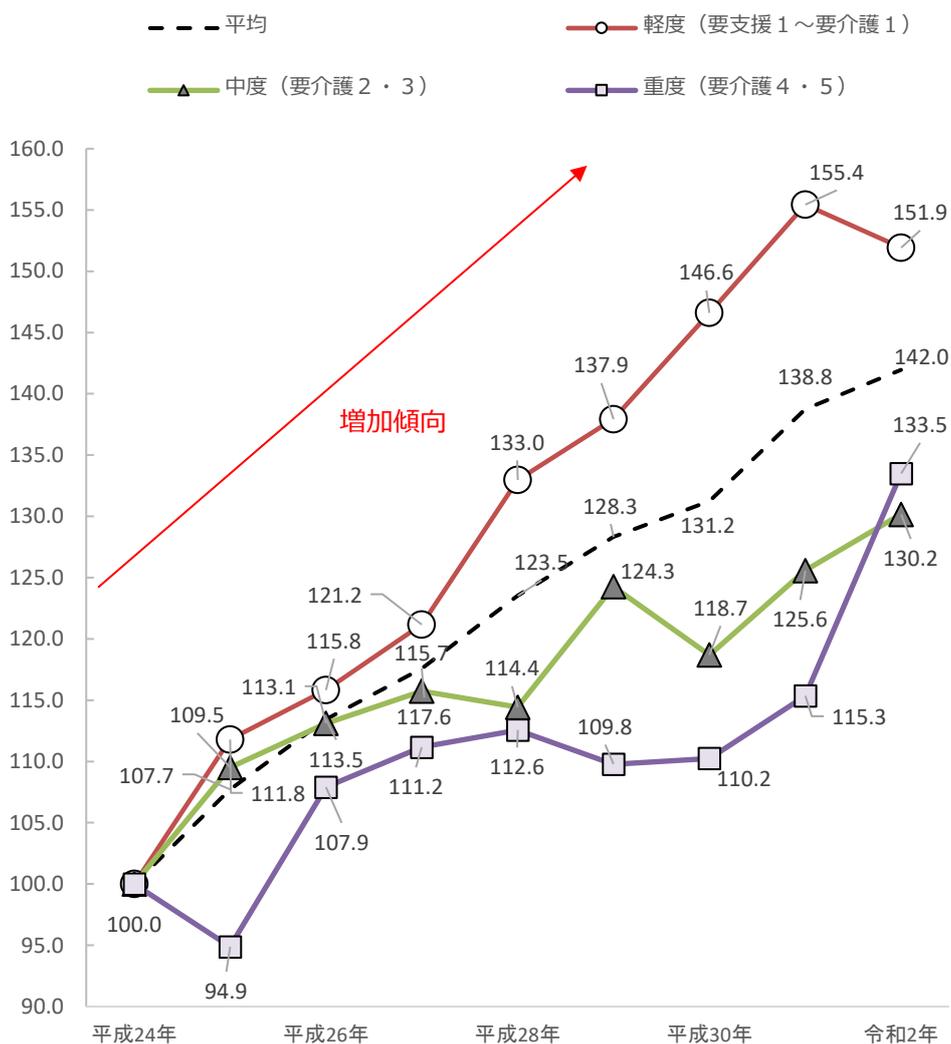


(出典) 地域包括ケア「見える化」システム 各年3月末時点

その結果、軽度者（要支援1～要介護1）、中度者（要介護2・3）、重度者（要介護4・5）すべてにおいて年によって増減はありますが、増加傾向にあります。

軽度者（要支援1～要介護1）は令和元年から令和2年にかけて減少していることが分かります。しかし、軽度者（要支援1～要介護1）の増加は著しく、平成24年から令和2年の間に151.9%の水準まで増加しています。

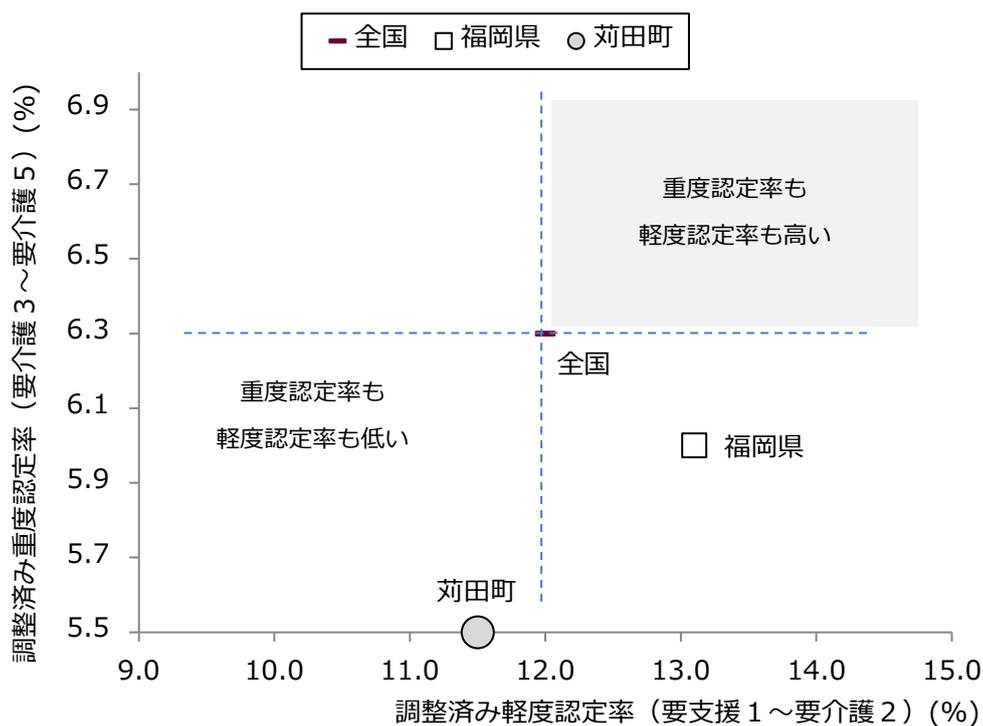
図表 9 認定区分ごとの認定者（比率）の推移



(出典) 厚生労働省；地域包括ケア「見える化」システムのデータをもとに作成
 ※上記のグラフは、平成24年3月末現在の軽度、中度、重度のそれぞれの要介護認定者数を100としたときに、その後の年の要介護認定者数の比率を折れ線グラフとしたものです。

調整済み重度認定率[※]と調整済み軽度認定率の分布をみると、本町は国、県平均と比べて、要介護2以下の調整済み認定率も要介護3以上の調整済み認定率も低くなっていることが分かります（図表10）。引き続き、重度認定率も軽度認定率も低い増減に留まるよう各種施策を実施していきます。

図表10 調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率の分布



(出典)「介護保険事業状況報告」月報(令和元年)をもとに作成

※ 調整済み(重度・軽度)認定率

要介護認定率は、第1号被保険者の性及び年齢構成によって大きく影響を受けます。国や県、他自治体と比較する際には、自治体がコントロールすることができない性、年齢構成の要素による影響を排除し分析しています。

第3章 第7期計画の実施状況

1. 第7期計画の実施状況

(1) 基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために

健康づくりの分野では、「第2次苅田町健康づくり計画（いきいきかんだ21）」や「第2期データヘルス計画」に沿って事業を実施し、町民の自主的な健康づくりの支援に努めました。支援を行う上で、健康情報を必要な人に分かりやすく発信していくことが課題としてあげられます。

介護予防の分野では、運動器の向上を目指した「足ちから養成講座」、認知機能向上や介護予防サポーターの育成を目指す「脳も身体も元気！教室」、3包括地域で医師や専門職を講師として招き実施する「介護予防出前講座」を新たな取り組みとして始めました。6期計画より引き続き「すてきにマンデーサロン」「火曜日サロン」「うた・レク若さアップクラブ」「ニコニコエルゴ事業」「ニコニコ体操普及事業」は好調に進んでいます。

新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、各事業が実施できない時期もありましたが、高齢者の閉じこもりによる身体機能や認知機能の低下を防ぐために、感染防止対策を徹底し、新しい生活様式を守りながら介護予防事業を再開しました。また、介護予防サポーターの高齢化がすすんでおり、担い手の養成が課題となっています。

(2) 基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために

高齢者のいきがいくつくりと社会参加を促すため、「生涯学習・スポーツ活動の促進」「シルバー人材センターの支援」「老人クラブ活動の支援」「ボランティア・NPO活動の支援」に努めました。

シルバー人材センターでは、更なる就業機会の増加、会員数の確保をめざし、取り組みを行いました。

老人クラブでは、運動やイベントを通じて会員間の交流を深めました。新型コロナウイルス感染症の影響で様々な活動が中止になりましたが、「苅老連会報」の特集号を発行し、会員の近況や作品を載せるなど会員同士のつながりを感じてもらい取り組みを行いました。

退職年齢の高齢化が進み、シルバー人材センターや老人クラブの会員数が低調となっているため、会員拡大に向けた取り組みが課題となっています。

(3) 基本方針Ⅲ 自律して安心できる高齢期を過ごすために

一人暮らしや認知症高齢者などが地域で継続して暮らしていけるよう、地域の中で支えあう環境づくりを推進するため、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業に力を入れてきました。

生活体制整備事業については、第2層つながり隊を各小学校区で展開し、生活支援コーディネーターとともに地域での支えあいの体制づくりを推進しました。また、第1層、第2層つながり隊と地域ケア会議や地域福祉計画をつなげ、よりよい町づくりをすすめていけるような体制整備を行いました。

認知症総合支援事業については、平成31年度に開催した「オレンジフェスタ」をきっかけに、認知症地域支援推進員が中心となり、「世界アルツハイマー月間」において幅広い年代の方へ、認知症に対する理解を深める普及啓発活動を実施しました。

その他にも、認知症初期集中支援チームを設置し、認知症になっても住み慣れた地域で安心した生活を続けられるような体制づくりをすすめています。

高齢者の権利擁護の推進については、高齢者の生活に関りのある介護事業所や地域包括支援センターの職員を対象とした「虐待における早期対応のための学習会」や、定期的に事例検討会を開催するなど、早期発見・早期対応に向けた取り組みを行いました。高齢者や障がいがある方が地域で安心して暮らせるよう、成年後見制度の利用促進や、相談窓口である地域包括支援センターの更なる周知が必要です。

(4) 基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために

防災対策については、自然災害や新型コロナウイルス感染症等に関する町からのお知らせをいち早く伝えるために新たにLINEでの情報発信を始めました。

外出移動手段の整備については、「コミュニティバス」では低床バスの導入や、一部区間においてフリー降車を導入しました。また、「移動サロン」の対象地域を拡大するなど、高齢者の利便性の向上に取り組みました。

高齢者の消費者被害を防止するため、地域包括支援センターを通じて「ホットな消費者ニュース」や「消費生活トラブル注意報」の周知を行いました。

情報技術の活発化により、高齢者の間でもパソコンやスマートフォンなどの情報ツールが一般化してきていることから、ICT技術を活用した施策も新たな課題となっています。

2. 介護給付サービスの計画値と実績値

介護給付費・介護予防給付費の合計に関しては、平成30年度、平成31年度ともに、給付実績が計画値を下回っています。

また、一つひとつのサービスで見えていくと、計画値を超過したもの、反対に不足するものが見られます。これら計画値と乖離のあったサービスに関してはその要因を検証し、より正確な計画値を設定できるよう努めます。

(1) 介護給付費

単位：千円

サービスの種類	平成30年度			平成31年度		
	計画値	給付実績	計画対比	計画値	給付実績	計画対比
居宅サービス給付費	913,263	819,045	89.7%	1,026,872	907,573	88.4%
①訪問介護	129,098	103,314	80.0%	134,223	106,248	79.2%
②訪問入浴介護	4,531	2,862	63.2%	5,352	2,440	45.6%
③訪問看護	31,869	20,124	63.1%	41,627	20,685	49.7%
④訪問リハビリテーション	12,022	6,947	57.8%	14,576	8,482	58.2%
⑤居宅療養管理指導	23,147	20,182	87.2%	24,948	21,877	87.7%
⑥通所介護	188,452	188,362	100.0%	212,317	217,922	102.6%
⑦通所リハビリテーション	129,605	114,964	88.7%	137,445	120,883	88.0%
⑧短期入所生活介護	53,430	27,360	51.2%	64,557	29,380	45.5%
⑨短期入所療養介護	19,894	16,288	81.9%	24,814	12,904	52.0%
⑩特定施設入居者生活介護	209,456	210,501	100.5%	243,250	249,479	102.6%
⑪福祉用具貸与	36,887	36,747	99.6%	41,447	39,264	94.7%
⑫特定福祉用具購入	2,561	1,491	58.2%	3,004	1,752	58.3%
⑬住宅改修	5,572	5,390	96.7%	5,572	6,017	108.0%
⑭居宅介護支援	66,739	64,513	96.7%	73,740	70,240	95.3%
地域密着型サービス給付費	373,200	334,702	89.7%	389,241	349,812	89.9%
①夜間対応型訪問介護	0	0	-	0	0	-
②認知症対応型通所介護	22,244	14,015	63.0%	24,991	16,684	66.8%
③小規模多機能型居宅介護	19,261	18,139	94.2%	19,270	14,314	74.3%
④認知症対応型共同生活介護	205,355	173,952	84.7%	216,759	193,722	89.4%
⑤地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	-	0	0	-
⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	86,612	84,423	97.5%	86,651	84,490	97.5%
⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	-	0	0	-
⑧看護小規模多機能型居宅介護	0	0	-	0	0	-
⑨地域密着型通所介護	39,728	44,173	111.2%	41,570	40,602	97.7%
施設サービス給付費	875,320	833,152	95.2%	875,711	858,788	98.1%
①介護老人福祉施設	203,857	197,768	97.0%	203,948	205,451	100.7%
②介護老人保健施設	658,086	624,238	94.9%	658,380	627,141	95.3%
③介護医療院	0	693	-	0	8,175	-
④介護療養型医療施設	13,377	10,453	78.1%	13,383	18,021	134.7%
介護給付合計	2,161,783	1,986,899	91.9%	2,291,824	2,116,173	92.3%

(2) 介護予防給付費

単位：千円

サービスの種類	平成30年度			平成31年度		
	計画値	給付実績	計画対比	計画値	給付実績	計画対比
介護予防サービス給付費	117,008	117,874	100.7%	130,650	116,891	89.5%
①介護予防訪問介護	0	0	-	0	0	-
②介護予防訪問入浴介護	0	0	-	0	0	-
③介護予防訪問看護	3,904	6,295	161.2%	5,846	5,949	101.8%
④介護予防訪問リハビリテーション	8,602	2,722	31.6%	11,424	3,610	31.6%
⑤介護予防居宅療養管理指導	2,961	3,448	116.4%	3,366	4,269	126.8%
⑥介護予防通所介護	0	0	-	0	0	-
⑦介護予防通所リハビリテーション	26,798	29,269	109.2%	29,063	30,724	105.7%
⑧介護予防短期入所生活介護	2,739	4,635	169.2%	3,607	3,048	84.5%
⑨介護予防短期入所療養介護	1,418	1,331	93.9%	1,634	1,057	64.7%
⑩介護予防特定施設入居者生活介護	36,518	35,187	96.4%	40,246	32,743	81.4%
⑪介護予防福祉用具貸与	11,020	11,342	102.9%	11,407	11,930	104.6%
⑫特定介護予防福祉用具購入	2,072	1,689	81.5%	2,072	1,107	53.4%
⑬介護予防住宅改修	10,142	8,792	86.7%	11,306	8,858	78.3%
⑭介護予防支援	10,834	13,164	121.5%	10,679	13,596	127.3%
地域密着型介護予防サービス給付費	14,087	10,568	75.0%	15,770	9,418	59.7%
①介護予防認知症対応型通所介護	4,056	2,605	64.2%	5,668	3,553	62.7%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	2,041	0	0.0%	2,109	0	0.0%
③介護予防認知症対応型共同生活介護	7,990	7,963	99.7%	7,993	5,865	73.4%
介護予防給付合計	131,095	128,442	98.0%	146,420	126,309	86.3%



第4章 苅田町の目指すべき姿

1. 計画の基本理念・基本目標

(1) 基本理念

本町に住むすべての人が、最後の時まで笑顔で生活していくためには、住民全員で支えあう地域共生社会の実現が必要になってきます。

本町のパンジープランでは、第6期計画（平成27年～平成29年）から日常生活圏域におけるサービス提供を図り、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるように、地域包括ケアシステムの構築を目指し「『尊厳ある、自律した生活。』をまもるまち」を基本理念に掲げ計画を推進してきました。第8期計画においても、この基本理念を踏襲し、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、そして地域共生社会の実現を目指します。

「尊厳ある、自律した生活。」をまもるまち

※自律・・・自「立」というと、すべての事柄を自分で行うような意味合いになりがちのため、すべてのことを自身で行う必要はないが、自主的に地域とつながりながら、自らの生活について、できないことはサービスを利用するなどして自らマネジメントができる人になって欲しいという意味合いで使用しています。

(2) 基本目標

基本理念の実現に向け、今期の計画では、自らの意思決定が尊重され、心身共に健康で幸福感をもって最後まで自分らしく暮らし続けることができ、それを支える人々も安心と安全を実感できる福祉のまちづくりを目指します。

**人と人とが認めあい、支えあい、元気と優しさあふれ、
笑顔が輝くまちづくり！**

～このまちで、最後まで自分らしく、暮らし続けるために～

2. 基本方針

基本方針の4つの方向性は第4期から継承しています。計画期間の3年間で実現すべきこととして、次の項目を基本方針と定め、様々な事業を推進します。

基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために

感染症の流行により、町民の健康に対する意識が高まる一方で、外出機会や人との交流が減る等の状況も見られることから、高齢者の心身機能低下への影響が懸念されています。

住み慣れた地域でいつまでも、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう、心身や生活の状況に応じた健康づくりに高齢者が自ら取り組む環境を整備するとともに、地域における介護予防の自主的な活動や取組の継続を推進していきます。

基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために

本町の調査から、町に住む多くの高齢者が地域づくり活動に参加したいと考えていることが明らかになりました。

高齢者が、それぞれの能力や経験を生かして積極的に社会参加し、地域社会等で様々な役割を担い、活躍することが期待される中、高齢者自身が直接、地域福祉に資する活動の企画立案に携わることのできる体制を整備する必要があります。

高齢者の孤立を防ぐためにも、主体的に様々な人との交流の機会を持つことの重要性が注目されています。

関係課や社会福祉協議会、シルバー人材センター、老人クラブなどを中心に高齢者の社会参加活動の場を広げていきます。

基本方針Ⅲ 自分らしく安心できる高齢期を過ごすために

高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の関係機関や協力機関、地域住民との連携により地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが必要です。

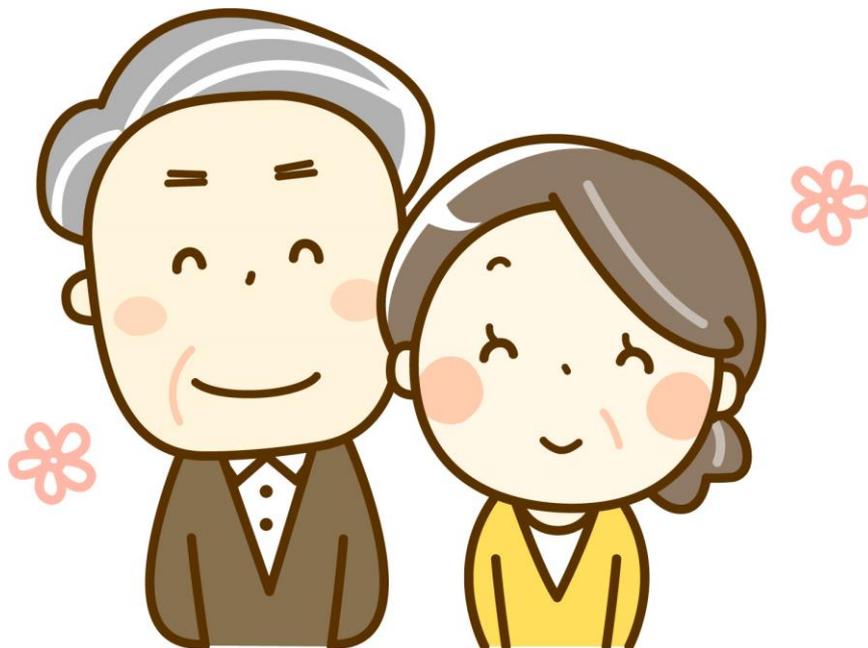
高齢者の権利擁護の観点を基軸に、在宅生活と家族介護者を支援する体制強化に取り組めます。

基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために

近年、高齢者が引き起こす交通事故や、高齢者を狙った犯罪が多発するなど、支援や見守りが必要とされる状況が増えてきました。

また、大きな災害、新型コロナウイルス感染症など、これまで経験したことのない大きな脅威が次々と起こり、非常事態の体制も含め、地域の見守り体制の強化が求められています。

高齢者の住みよいまちづくりは、すべての人に住みよいまちとなるよう、「福祉のまちづくり」の体制整備を推進します。



3. 計画の体系

【基本理念】

「尊厳ある、自律した生活。」をまもるまち

【基本目標】

人となとが認めあい、支えあい、元氣と優しさあふれ、
笑顔が輝くまちづくり！
このまちで、最後まで自分らしく、暮らし続けるために

【基本方針】

基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために

1. 健康づくりの推進
2. 自立支援・介護予防・重度化防止の推進
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み

基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために

1. 生きがいの場づくりの促進
2. つながりの場づくりの拡充

基本方針Ⅲ 自分らしく安心できる高齢期を過ごすために

1. 地域包括ケア体制の強化
2. 生活支援体制整備事業の推進
3. 認知症施策「共生」と「予防」の推進
4. 在宅医療・介護連携の推進
5. 在宅生活支援サービスの充実・強化
6. 高齢者の権利擁護の促進

基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために

1. 高齢者を取り巻く環境の整備
2. 災害、感染症対策の推進

第5章 具体的な施策

基本方針 I 健康で元気な高齢期を過ごすために

(1) 健康づくりの推進

基本理念である「尊厳ある、自律した生活。」をまもるまち」を実現するためには本町に居住する高齢者が健康で居続けることは大前提であるといえます。

加齢に伴って筋力、神経伝導速度、肺活量、病気に対する抵抗力などが低下することは当然のことです。生体機能が衰えつつあるとしても自らを健康だと思いう「主観的健康感」の高い人は、そうでない人に比べて要介護状態になるリスクが低くなると言われています。

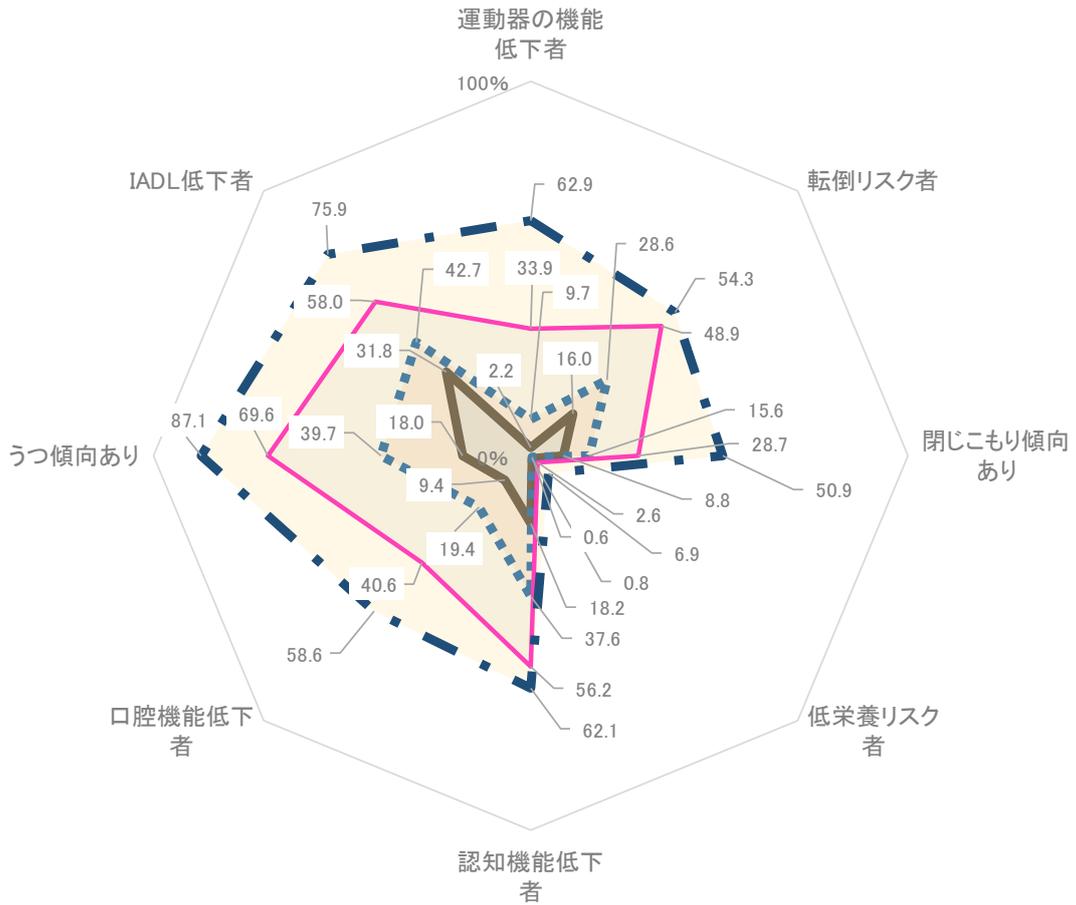
本計画の策定に先立ち実施した、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果によると、「主観的健康感」の高い人は、運動機能低下リスク、転倒リスク、閉じこもりのリスクに留まらず、うつや認知機能についても明らかにリスク者の割合が低くなっていることが分かります（図表 11 参照）。

本町では、町民の自主的な健康づくりを支援するとともに、健やかで心豊かな暮らしが実感できる社会の実現をめざし「苧田町健康づくり計画（いきいきかんだ21）」に基づき、健康づくりに関するサービスを提供するとともに計画の推進に努めてきました。

健康づくりは自助努力によるべきであるという考えもありますが、1人で実施するよりも地域の身近な人たちもしくはそれに類する集団の中で行うことにより継続しやすく、コミュニティの力も強まるため、町民一人ひとりが健康に対する意識を高め、主体的に健康づくりに取り組めるよう支援します。

図表 11 主観的健康観と各リスクとの関係

■ とてもよい(n=362)
 ■ まあよい(n=2700)
 ■ あまりよくない(n=726)
 ■ よくない(n=116)



(出典) 苅田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

[具体的な取組]

① 健康教育の充実

生活習慣病の予防など健康に関する正しい知識を広めることによって「自らの健康は自ら守る」という認識と自覚を高め、壮年期からの健康づくりに役立たせようとするものです。

No.	施策	具体的内容
1	集団健康教室	生活習慣病予防を目的とした講演会や教室を開催しています。受講者の増加を図るため、今後も広報等でのPR及び特定健診受診者について教室の案内を積極的に実施します。参加者の健康意識が高まるようテーマの選定内容の充実を図ります。

② 健康相談の充実

健康相談は、心身の健康に関する個別の相談について、必要な保健指導や助言を行い、家庭における健康管理に役立てようとするものです。

No.	施策	具体的内容
1	健康相談	常時相談窓口を開設し、心身の健康や病気に関する悩み等について、保健師、管理栄養士等が、必要な保健指導、助言を行います。なお、相談時においては、プライバシー保護に留意した環境を確保して実施します。

③ 健康診査・がん検診等の充実

健康診査は、生活習慣病の発症予防と重症化予防のために、必要な検査と健診結果に基づく指導を行い、壮年期からの健康管理と高齢期の健康保持に役立たせようとするものです。

また、がん検診は、がんの早期発見・早期治療を目的として実施されています。

No.	施策	具体的内容
1	特定健康診査	「特定健康診査等実施計画」に基づき実施します。また、健診の重要性を周知徹底し、受診率の向上を目指します。
2	がん検診	年1回集団検診方式で町内数ヶ所を巡回して実施し、その重要性をPRすることで受診率の向上を目指します。 女性特有のがん検診として乳がん・子宮がんの無料クーポン券を配布し、受診率の向上を目指します。また、受診しやすい環境の整備に努めます。
3	肝炎診査	40歳以上の方に医療機関個別方式で実施します。重要性をPRすることで受診率の向上を目指します。
4	歯周疾患検診	40歳、45歳、50歳、60歳以上の方に、医療機関個別方式で実施します。重要性をPRすることで受診率の向上を目指します。

④ 保健指導の充実

特定健康診査の要指導者等を中心に個々の健康に関する問題を総合的に把握し、個人に適した生活指導・栄養指導等を的確に行うことにより、疾病の予防や健康の保持に役立てようとするものです。今後も指導体制の充実を図ります。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定健診	受診率	48.5%	54%	56%	58%	60%
	対象者数	4,732人	4,890人	4,550人	4,520人	4,450人
	受診者数	2,293人	2,641人	2,548人	2,622人	2,670人
特定保健指導	受診率	30.5%	45%	50%	55%	60%
	対象者数	236人	280人	265人	267人	267人
	受診者数	72人	126人	133人	147人	160人

⑤ 運動による生活習慣病予防の推進

パンジープラザの健康増進室を中心に、ニコニコペース運動*理論をベースとしたトレーニング指導を行うことによって、生活習慣病予防を図ってまいります。

※ニコニコペース運動とは、心拍数や血圧が危険なほど上昇せず、数時間楽に続けられる比較的軽い全身運動でメタボリック症候群（内臓脂肪症候群）の改善に効果がある運動のことです。本町ではパンジープラザの健康増進室を拠点として実施しています。

No.	施策	具体的内容
1	健康増進教室	教室利用者のトレーニング効果を定期的に分析し、個別に、より効果的な運動指導を行います。また、より多くの方に参加していただけるよう、教室実施方法の見直しを行い、特定保健指導の一環としての教室の活用方法を考えます。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
健康増進教室	実人数	321人	190人	330人	340人	350人
	延人数	14,745人	8,700人	16,000人	16,100人	16,200人

(2) 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

本町の高齢化率は、見える化システム（国立社会保障・人口問題研究所）によると、2040年には35.0%となり、町民の3人に1人が高齢者となる見込みです。高齢化の進行に伴い、今後介護を必要とする高齢者は増加する見込みです（図表 12 参照）。

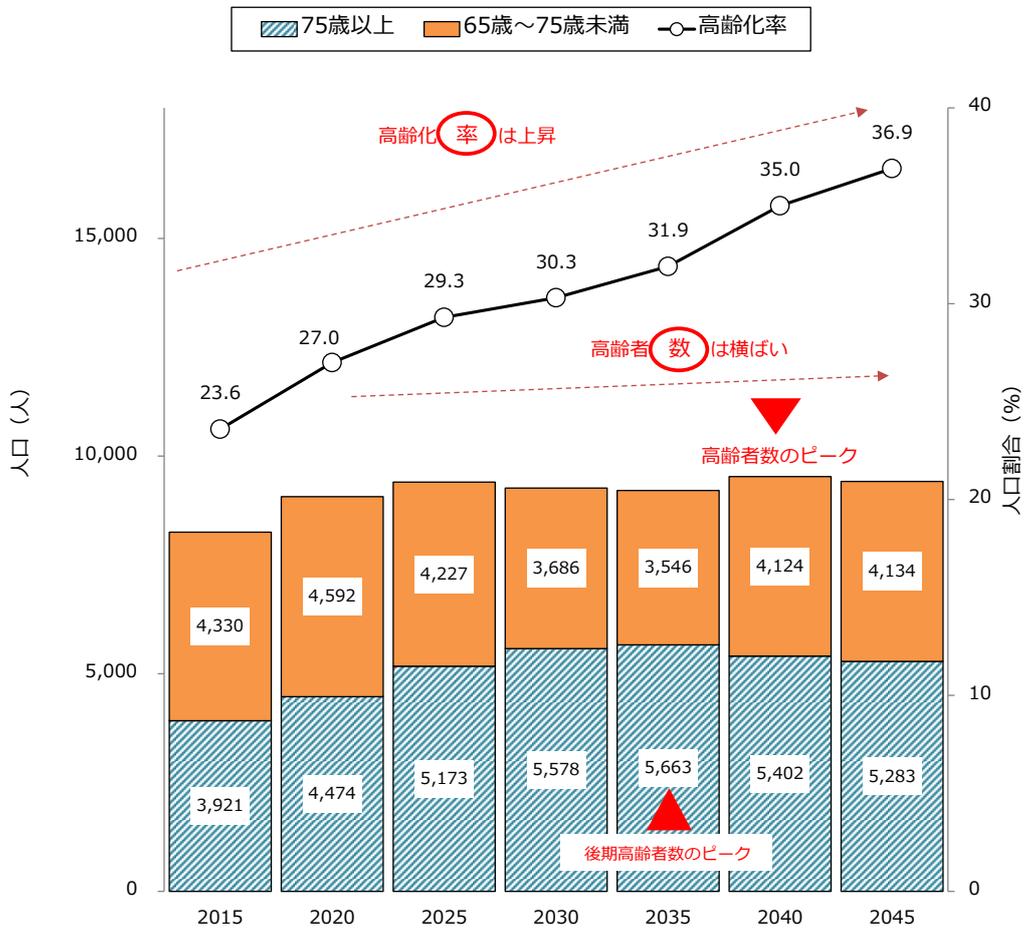
高齢者が住み慣れた地域でいつまでも活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるように、高齢者一人ひとりが生きがいや自己実現に向けた取り組みの支援をすることを目的とし、介護予防・日常生活支援総合事業において、重度化防止と自立支援に資する介護サービスを充実していく必要があります。

また、新型コロナウイルス感染症の流行により、外出機会や人との交流が減る等の状況の中で、閉じこもりや身体・認知機能の低下など、高齢者の健康への影響が懸念されています。事業の実施に当たっては、感染症予防に十分配慮し工夫を図りながら、高齢者の心身機能低下の予防と健康の維持を図っていきます。

さらには、2024年度までにすべての市町村において「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み」を展開することになりました。全ての高齢者が心身や生活の状況に応じて健康づくりに自ら取り組む環境を整備するとともに、地域における介護予防の自主的な活動や取組の継続を推進していきます。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
自立高齢者の割合	%	83.5	82.6	81.8	82.3	82.8
介護保険利用者で在宅生活している高齢者の割合	%	59.9	60.9	61.9	62.9	63.9
前期高齢者で介護認定を受けずに生活している高齢者の割合	%	96.4	96.8	97.2	97.6	98.1
介護予防に取り組む高齢者の割合	%	6.1	6.7	7.4	8.0	8.7

図表 12 高齢者の将来推計（再掲）



資料：見える化システムをもとに作成

[具体的な取組]

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援認定を受けた方や、基本チェックリストによりサービス事業対象者に該当した方が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と65歳以上の方が利用できる「一般介護予防事業」から構成されています。

① 介護予防・生活支援サービス事業

基本チェックリストにより、運動機能・口腔機能・栄養改善など高齢者の心身の状況ならびに置かれている環境やその他の状況等を把握し、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送ることができるよう、多様な主体によるサービスや、社会参加の視点を取り入れた介護予防ケアマネジメントにより、一人ひとりに合った必要なサービスを提供しています。

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応できるよう、国の基準によるサービスや独自サービスに加え、住民主体による支援や、保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービスなど、内容の見直しや充実化を図ります。

訪問型サービス A
ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯に対し、利用者の補助的行為を中心に、日常生活に必要な生活支援（身体介護を含まない）を行い、自分でできることを増やし、生きがいつくり、出番づくり、役割づくりなど、目的意識を持ち自立した生活ができるよう支援します。
通所型サービス A（身体機能向上型デイサービス）
引きこもりがちな高齢者や軽度認知症等のリスクのある高齢者に対し、身体機能及び生活機能の維持又は向上を図り、利用者自身の自発性を高め、仲間づくりや生きがいを見つけられるよう支援します。
通所型サービス A（ミニデイサービス）
体操やレクリエーション等の介護予防を通して、利用者自身の自発性を高め、仲間作りや生きがいを見つけられるよう支援します。

② 一般介護予防事業

一般介護予防事業では、高齢者の運動機能や栄養状態などの心身機能の改善だけでなく、居場所づくりや社会参加の場の充実など、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることによって、高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的としています。

一般介護予防事業を構成する以下5つの事業の効果的かつ効率的な取り組みにより、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

介護予防把握事業
本人や家族からの相談や、地域包括支援センターや医療機関、民生委員・児童委員、自治会等の関係機関から収集した情報を、効果的かつ効率的に活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者を早期に把握し介護予防活動へつなげます。
介護予防普及啓発事業
元気なうちからの介護予防の実践を促すため、広報紙・ホームページ、パンフレットなどによる広報や、地域での出前講座等を通じて、地域住民を対象とした介護予防に資する知識・情報の普及啓発を行う事業です。

地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業は、年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目的としています。

本町では、町内4か所の公民館で実施している朝のラジオ体操など、身近な地域において住民が主体となった通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していきける地域づくりを推進していきます。

一般介護予防事業評価事業

「荇田町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」で定めた総合事業全体（一般介護予防事業も含む。）の取り組み状況等を評価し、その評価結果に基づき、事業の実施方法等の改善を図ります。

地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防を効果的に展開するには、心身機能の回復を主目的とした高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の整備や地域において生きがいや役割をもって生活できる居場所や出番づくりなど、高齢者を取り巻く環境も含めた、バランスの取れたアプローチが重要となります。地域における住民の集いの場などにリハビリテーション専門職の関与を進め、介護予防につながる多様な取り組みを推進します。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組み

後期高齢者の疾病の重症化予防やフレイル予防等のため、国保データベース（KDB）システムを活用し、後期高齢者の健診データや医療機関の受診状況等から地域の健康課題の分析・対象者の把握を行います。

保健師等の医療専門職が中心となり、高齢者に対する個別的支援と併せて、通いの場等への関与など、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に取り組んでいきます。

基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために

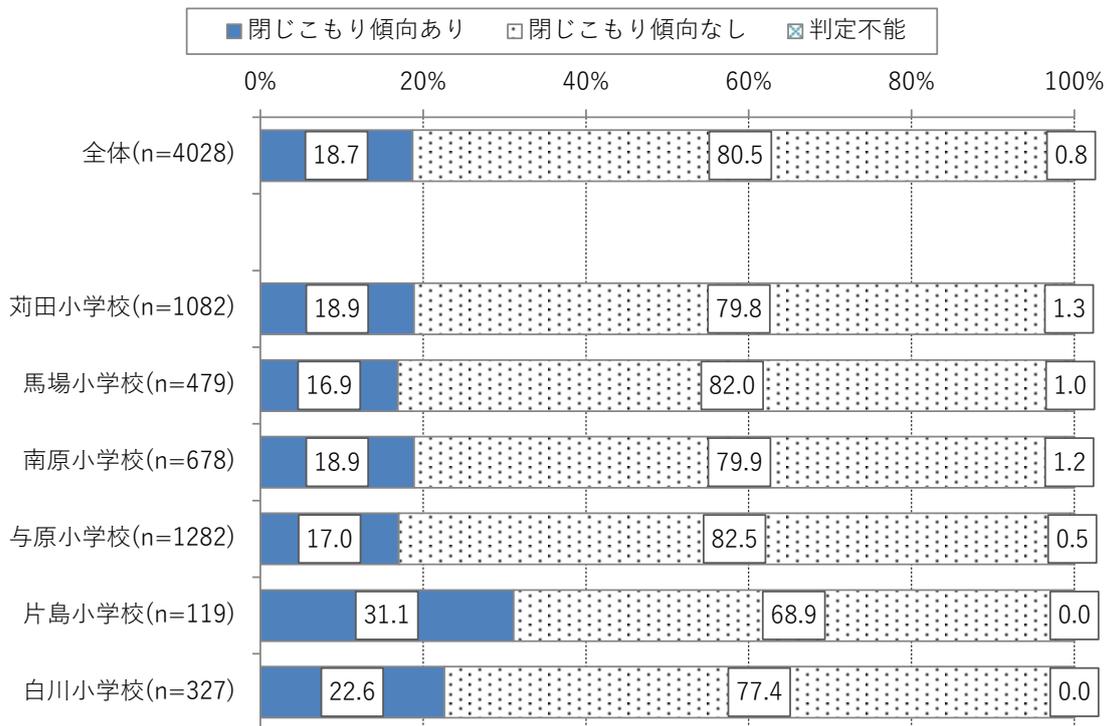
(1) 生きがいの場づくりの促進

1人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増え続ける中、高齢者の孤立を防ぐためにも、仕事のみならず趣味やスポーツなどの生きがいの場に参加し、主体的に様々な人との交流の機会を持つことの重要性が注目されています。

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の「閉じこもり傾向」では、全体の18.7%がリスク者となっています。男女ともに年齢階層が高くなるにしたがってリスク者の割合が高くなる傾向から、高齢期の孤立化リスクを軽減するためにも、若く活動的な年齢から興味や関心を持つことを学習したり、スポーツやレクリエーションを楽しむ機会を通じて、仲間を作り共に活動する機会が十分にある環境が理想的です。

また、退職年齢が延びる一方で、自由度の高い臨時的、短期的または軽易な業務を選択できる就業の機会を提供できる体制も必要です。

図表 13 閉じこもり傾向（小学校別）



(出典) 苅田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

[具体的な取組]

① 生涯学習・スポーツ活動の促進

本町では、生涯学習基本計画をもとに教育委員会が中心となり、生涯学習・スポーツ事業を推進しています。現在、中央公民館、北公民館、小波瀬コミュニティセンター、西部公民館の4つの町立公民館における各種教室・講座の開催や図書館等における読書活動の推進、また、体育館での生涯スポーツ活動事業等を展開しています。

生涯にわたる学習、多世代交流の場として、町立公民館や図書館、三原文化会館、体育館、町民プール等の利用を促進するため、広報紙や町ホームページ等を活用し、各種活動の周知を図ります。

元気なうちから、身近な地域でできる介護予防のための公民館講座等を担当部署と連携し、積極的に開催します。

② シルバー人材センターの支援

シルバー人材センターは、定年退職者等の高齢者の希望に応じて「臨時的かつ短期的な就業又は、その他軽易な業務」に係る就業の機会を確保・提供することにより、高齢者自身の生きがいや生活の充実、地域社会の担い手として福祉の増進を図り、活力ある地域社会をつくりだすことを目的としています。

本町のシルバー人材センターは、福祉会館を拠点に活動していますが、定年の廃止や延長、働き方改革の影響により、センターの会員拡大が最重要な課題となっています。状況等の広報などによりセンターの活動に理解を深め会員の拡大につながるよう支援します。シルバー人材センターに対して補助金を交付し、センターの育成と円滑な事業運営を支援します。

No.	施策	具体的内容
1	シルバー人材センター	高齢者の就労・雇用の場としてのシルバー人材センターへ事業運営の状況を考慮しながら運営費を助成します。高齢者が持つ多様な経験や知識が活かせるよう、シルバー人材センターが行う就業先の開拓・拡大活動を支援するとともに、資格や技術を習得するための各種研修会等の開催に協力していきます。また、この一環として、高齢者、障がい者、子育て家庭への生活支援事業を連携しながら拡充していきます。

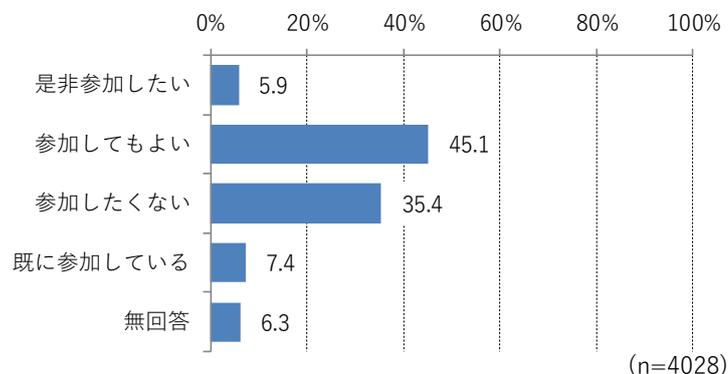
(2) つながりの場づくりの拡充

高齢者がはつらつと生きがいのある生活を送るためには、長い人生の中で培われた知識や技能が日常生活や地域社会で発揮でき、社会の重要な構成員として活躍できるような社会づくりが必要です。

近年、高齢者の人口が増加していますが、このことは、様々な経歴を有する貴重な人材が地域に豊富に存在しているとも言えます。高齢者が、それぞれの能力や経験を活かして積極的に社会参加し、地域社会等で様々な役割を担い、活躍することが期待されています。

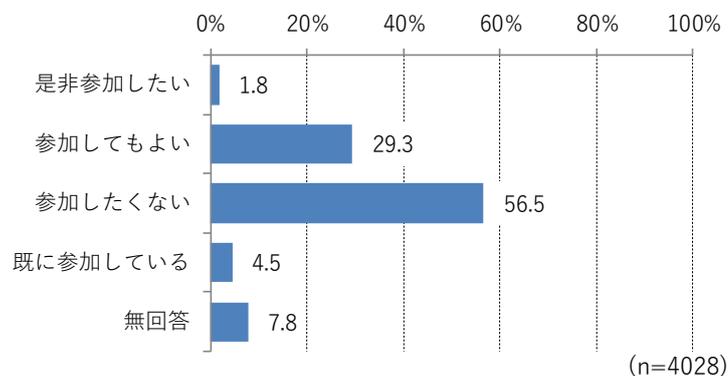
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、地域の様々な活動に参加する意向のある高齢者は 51.0%と 5割を超えており、本町に住む多くの高齢者が地域づくり活動に参加したいと考えていることが分かります（図表 14 参照）。また、企画・運営（お世話役）としての参加意向も 31.1%であり、少なからぬ人が地域づくりを自らの手で企画・運営したいと考えていることが分かります（図表 15 参照）。これらの高齢者の意向を踏まえ、高齢者自身が直接、地域福祉に資する活動の企画立案に携わることのできる体制を整備する必要があります。

図表 14 地域づくりの場への参加意向（参加者として）



(出典) 菟田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

図表 15 地域づくりの場への参加意向（お世話役として）



(出典) 菟田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

① 老人クラブ活動の支援

老人クラブは、原則 60 歳以上の方を対象とし、高齢者の仲間同士がクラブ活動を通じ、暮らしを豊かなものにするとともに、これまでに培った知識と経験を活かして社会の一員としての役割を果たすことを目的とした自主団体です。本町には、令和 2 年 4 月時点において 33 単位クラブとその連合体である老人クラブ連合会が組織されており、連合会やそれぞれの単位クラブが積極的に地域の実情に合った福祉活動やスポーツレクリエーション活動などを展開しています。老人クラブが行う活動を助成することにより、高齢者の地域や社会への参加の促進や、孤立化の解消を図ります。

No.	施策	具体的内容
1	単位老人クラブ	<p>老後の生活を豊かなものにするため、老人クラブの役割や意義、重要性を評価し、健全な育成を図るための支援や活動費の助成等を行います。</p> <p>老人クラブ活動は、高齢者の価値観やライフスタイルの多様化に伴い全国的に衰退傾向にあるため、思い切った組織・事業内容の見直し等、老人クラブ連合会と連携し、今後の老人クラブのあり方を検討します。</p>

② ボランティア・NPO活動の支援

高齢者の生きがいや社会参加の推進のため、ボランティア、NPO活動を支援します。本町におけるボランティアの養成・育成は、社会福祉協議会が積極的に行っており、今後も社会福祉協議会と連携して、ボランティア養成講座等の開催を行い、地域で気軽にボランティア活動を行える環境整備に努めます。

“まちづくりに資するひとづくり”を目的とし、公民館講座として開催されている「荇田まちづくりカレッジ」を推進し、ボランティア活動やNPO活動の担い手となるリーダー養成を積極的に行うことにより、社会貢献の場の拡大を図ります。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		H31 年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
社会参加している 高齢者の割合	%	33.8	34.8	35.8	36.8	37.9

基本方針Ⅲ 自分らしく安心できる高齢期を過ごすために

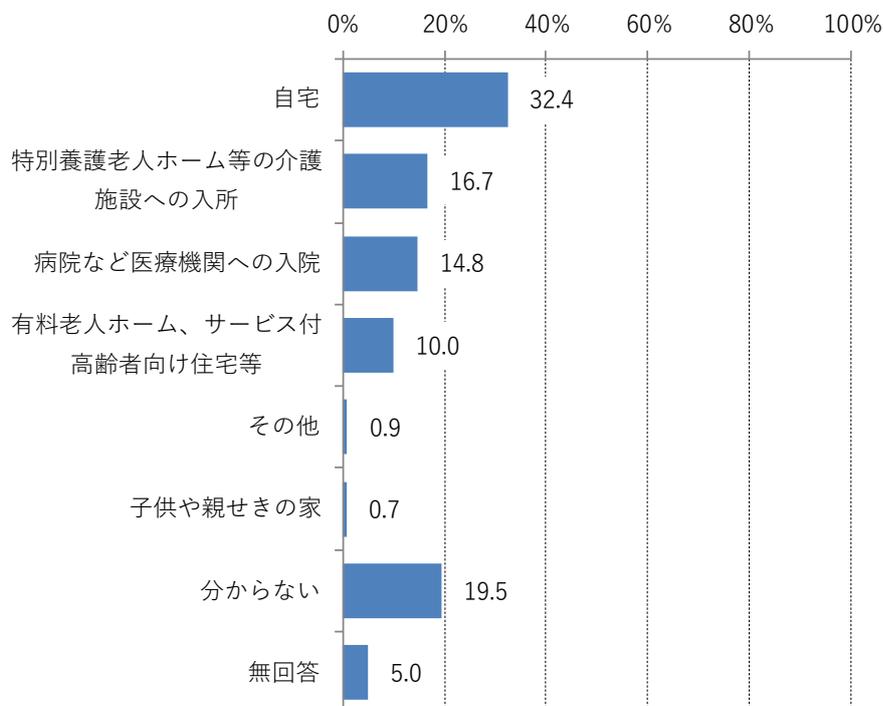
(1) 地域包括ケア体制の強化

国は、本格的な高齢社会となる 2025 年及び 2040 年に向け、「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援」の 5 つのサービスを一体的に提供して、高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう地域包括ケアシステムの構築を目指すこととしています。

本町においても「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、将来、医療や介護が必要になった時に自宅で暮らしたいと答えた高齢者は 32.4%と最も多くなっており、住み慣れた地域で長く暮らしたいと思っている高齢者が多いことが分かります(図表 16 参照)。今後、高齢化の進展や要支援・要介護者の増加に伴い、医療や介護に関する相談や困難事例への対応等の増加が見込まれ、地域包括ケアシステムの拠点となる地域包括支援センターの果たす役割が一層求められています。地域の関係機関や協力機関、地域住民との連携により地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが必要です。

また、高齢者の看取りや人生の最終段階における意思決定支援などの、新たな課題に取り組んでいく必要があります。

図表 16 医療や介護が必要になったときに過ごしたいと思う場所



(n=4028)

(出典) 苅田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

[具体的な取組]

① 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健・医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置されています。

本町では、平成 30 年 4 月より、地域の特性に合わせ 3 ヶ所の地域ごとに地域包括支援センターを設置・運営しています。

地域包括支援センターでは保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーを中心として、包括的支援事業及び指定介護予防支援業務、介護予防事業、地域の高齢者の実態把握、在宅介護や生活支援等に関する総合的な相談、必要な福祉サービスの紹介や申請手続きの代行、関係機関との連絡調整等を行っています。広報紙やホームページをはじめ、様々な機会を通じて、地域包括支援センターの認知度を高めるとともに、地域包括支援センター業務の量的・質的充実を図ります。また、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターを配置し、地域の高齢者が抱える様々な生活課題を多様な手法を用いて解決していけるよう、地域包括支援センターの機能強化に努めます。

図表 17 苅田町の概況

	町全体	包括かんだ	包括おばせ	包括しらかわ
総人口	37,309 人	13,966 人	20,329 人	3,014 人
高齢者人口	9,253 人	3,438 人	4,686 人	1,129 人
高齢化率	24.8%	24.6%	23.1%	37.5%

資料：住民基本台帳（令和 2 年 1 0 月 1 日現在）

② 地域包括支援センターの事業評価・点検の実施

地域包括支援センターが、公正かつ中立性の確保のもと、地域において求められる機能を十分に発揮できるよう、地域包括支援センター運営協議会において、業務の状況を定期的に把握・評価を行い、業務の改善や体制整備の推進など必要な支援を行います。

③ 自律支援型地域ケア会議の開催

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、また多様化する相談内容に対応できるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要があります。

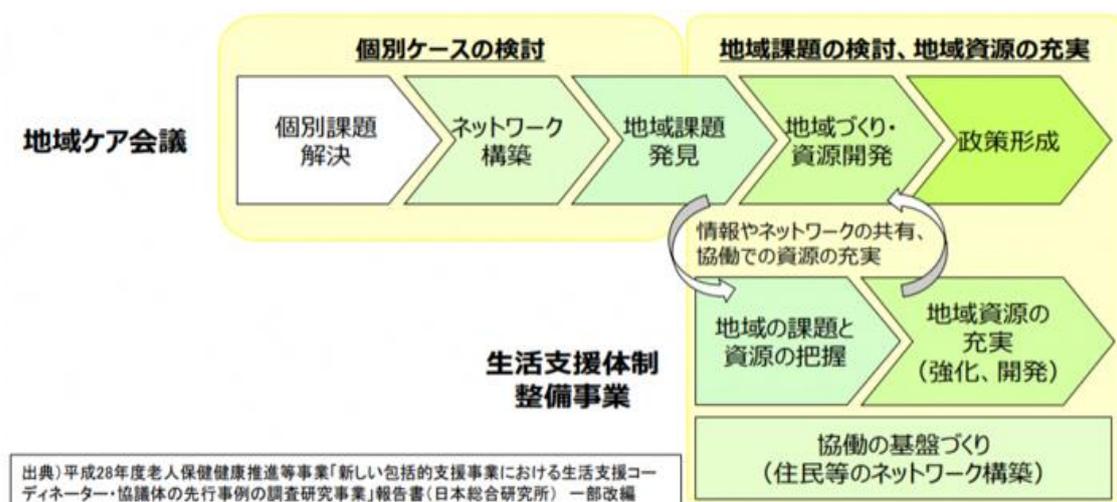
荏田町では、その手法のひとつとして自律支援型地域ケア会議を月に一回開催し、医療、介護の専門職をはじめ計画作成者、サービス提供事業者、行政、利用者、家族、地域住民など全員で共有し、介護保険制度の理念のもと自立支援に向けた目標設定、生活支援サービスの整備・充実等、高齢者を取り巻く環境の整備をまちづくりの視点で行っています。

また地域包括ケアの推進に向けて、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの質の向上を図ります。

④ 地域ケア推進会議の開催

自律支援型地域ケア会議の個別事例から地域課題の抽出や、地域包括支援センターが業務上知り得た地域住民の声や意見を整理し、必要な支援や不足している資源の検討など課題解決に向けた一体的な取り組みを推進することが求められています。

自律支援型地域ケア会議開催後、生活支援コーディネーターや地域包括支援センターが主体となり地域ケア推進会議を開催し、生活支援体制整備事業と連動した取り組みを行います。



(出典) 厚生労働省

⑤ 地域共生社会の推進

「地域共生社会」とは、高齢者介護、障がい福祉、児童福祉及び生活困窮者支援等の制度及び分野の枠、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができる、包摂的な社会のことをいいます。

高齢化が進む中、本町では「人と人とが認めあい、支えあい、元気と優しさあふれ、笑顔が輝くまちづくり」を目指し、「地域共生社会」の基盤となる地域包括ケアシステムの強化と地域福祉計画との連動により包括的な支援体制の構築を推進していきます。

⑥ 小地域福祉活動の拡充

地域福祉の推進を図るため、社会福祉協議会とともに小地域福祉活動の支援を行います。

「地域ふれあい・支えあい事業補助金」という名称で、社会福祉協議会を通じて小地域福祉活動実施地区に対し、必要な経費の一部を助成しています。きめ細かな支援・助言ができるよう地区別担当職員（社会福祉協議会）を配置するとともに、懇談会や連絡会、研修会等を行い、活動の活性化を促進します。

また、社会福祉協議会において「見守りモデル地区」を指定し、地区住民の意識の高揚や有効な見守り活動の推進をすすめ他地区への波及を図ります。

No.	施策	具体的内容
1	小地域福祉活動	小地域福祉活動は、行政区を活動範囲に、そこに生活する住民が、地域の福祉問題を自分たちの問題として捉え支え合うことで、すべての人が住み慣れた地域で安心して生活できるような生活環境を一緒につくりあげていこうとする活動です。 主な取り組み内容は、見守り活動・ふれあいきいきサロン活動（交流の場づくり）・敬老会活動であり、高齢者や障がい者・子育て中の親子等が地域から孤立しない地域づくりを進めています。

No.	施策	具体的内容
2	見守りネットワーク活動	一人暮らし高齢者をはじめ、地域での見守りや支援が必要な人に対して、各地域において様々な団体等で行われている見守り活動をネットワーク化し、見守り体制を充実させることによって、地域住民との日常的な交流や地域福祉の推進を図っていこうとするものです。 町が社会福祉協議会に委託し、民生委員・児童委員、老人クラブ、小地域福祉活動等の協力を得ながら推進します。
3	ふれあいいきいきサロン	高齢者の交流の場となっている「ふれあいいきいきサロン」事業の活動メニューの見直し等を行い、充実するとともに、一人暮らし高齢者等の安否確認や防災時の取り組みへの拡大を図ります。

⑦ 福祉教育の推進

福祉教育は、「福祉」を学習・体験し、命の大切さ、他人を思いやる心の優しさなど「共に生きる力」を育むことによって、地域福祉を推進する力を強化していこうとするものです。

本町では、社会福祉協議会と教育委員会を中心に町内の小学校、中学校、高等学校と連携しながら、また、広く住民を対象として福祉教育を推進しています。

No.	施策	具体的内容
1	福祉教育推進校	町内の小中学校、高等学校が福祉教育推進校に指定されており、車いすの体験や高齢者との交流等が授業に取り入れられています。 各学校での学習が充実するよう、教育委員会や学校側と十分協議するとともに、「福祉教育プログラム作成」や「福祉教育サポーターによる支援」など環境整備に努めます。

⑧ ボランティアの養成・育成の推進

ボランティア活動は、住民一人ひとりの自発的な意志に基づき、地域社会を住みよくする活動や他者を支える活動などの社会的活動などに携わることであり、地域福祉を進めるうえで重要な活動のひとつとなっています。

本町では、社会福祉協議会が中心となり、住民や企業等を対象としてボランティアの養成・育成を図っています。

No.	施策	具体的内容
1	ボランティアの養成・育成	社会福祉協議会が中心となり、住民や企業等に対し、ボランティア活動参加への啓発や働きかけを行うとともに、住民や福祉施設等のボランティアニーズを把握し、対応できるボランティアを養成する講座を開催します。 社会福祉協議会が担うボランティアコーディネーター機能を強化することにより、ボランティア活動の需給調整や情報提供等業務の拡充を図るとともにボランティア団体に対する指導・助言等、ボランティア育成に力を注ぎます。

(2) 生活支援体制整備事業の推進

今後、団塊の世代が75歳以上となる2025年や、高齢者数がピークに達する2040年に向け、単身や夫婦のみの高齢者世帯や認知症高齢者が増加すると考えられています。それに伴い、高齢者が生活を送っていく上でのニーズも急増・多様化すると予測されており、介護保険サービスに加え、地域での支え合いが今まで以上に必要となってきます。

生活支援体制整備事業では、町内全域（第1層）及び各小学校区（第2層）に生活支援コーディネーターを配置し、支えあいの地域づくりについて話し合う協議体を設置しました。

高齢者の多様な日常生活を支える仕組みの充実と、生きがいや介護予防につながる社会参加の機会を確保することを一体的に推進します。

[具体的な取組]

① 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

高齢者の生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービス」という。）の体制整備を推進していくため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を第1層、第2層に配置しています。

生活支援コーディネーターが中心となり、高齢者の生活課題をできるだけ地域の中で解決できるような働きかけや、今ある地域資源を活用し、高齢者が住みやすい地域づくりを目指し、地域における一体的な生活支援等サービスの提供体制の整備を推進します。

第8期計画では、更なる連携・協働を推進するため、第1層協議体と第2層協議体との連携を強化するため、第2層の課題や取り組みの共有や支援、また第2層で具体化された取り組み等を町全域に広めるなど、高齢者が住みやすい地域づくりとともに、高齢者、障がい者、子どもを含めた全ての方が暮らしやすい地域共生社会の実現に向けた地域づくりを推進していきます。

具体的なコーディネート機能	
1	地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
2	地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
3	関係者のネットワーク化
4	目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
5	生活支援の担い手の養成やサービスの開発
6	ニーズとサービスのマッチング

② 協議体の設置

本町では、住民のニーズや課題を共有し、地域づくりをする場として、平成29年7月に第1層協議体を立ち上げ、地域の情報共有・連携強化の場である協議体を設置し、地域の支えあいによる生活支援の体制づくりを進めてきました。

また、より多くの住民の方に興味・関心をもってもらえるよう、協議体に「つながり隊」という愛称をつけ、平成31年度には各小学校区に第2層協議体を設置し、より地域の実情にあった課題解決に向けた取り組み等を行っています。このような活動や、地域の中にある「お宝」（支え合いの活動等）を「“お宝探し”で見つけた苜田町の支え合い」を発行し、地域の高齢者や団体等に向けて情報を発信していきます。

主な取り組み内容は次頁のとおりです。

主な取り組み内容	
第1層	第2層で解決できない課題や町全体で対応すべき課題について協議や政策に繋げる。
	定期的な勉強会により、自助や互助で支え合う仕組みの必要性について繰り返し伝えていくことで、地域づくりにおける意識の統一を図る。
第2層	地域ケア推進会議により振り分けされた、地域や住民同士の支え合いにより解決できそうな高齢者の生活課題を、できるだけ地域の中で解決できるような働きかけを行い、地域での助け合いの拡充を図る。
	地域課題と地域資源のマッチングや、インフォーマルサービスなど、今ある地域資源を活用して高齢者が住みやすい地域づくりを進める。

(3) 認知症施策「共生」と「予防」の推進

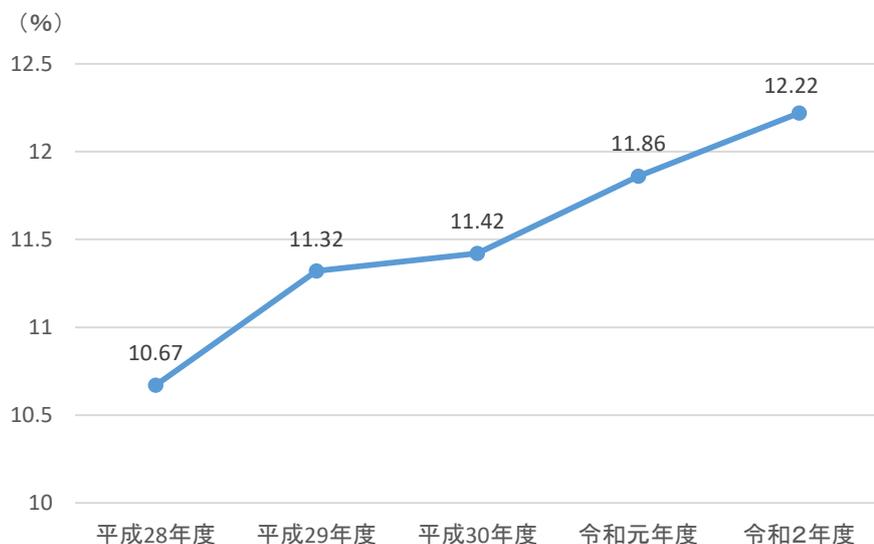
わが国の認知症高齢者の数は、2025年には約700万人となり、65歳以上の高齢者の約5人に1人となることを見込まれています。認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、町民全てが認知症について正しく理解し、地域全体で認知症高齢者とその家族の生活を支えていくことが必要です。

認知症高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活をおくり、家族も安心して日常生活を営むことができるようにするためには、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる地域を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪とした施策を推進します。

※「共生」とは、「認知症の人が尊厳と希望をもって、認知症とともに生きる」また、「認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」という意味です。

※「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

図表 18 菟田町の認知症有病率



※認知症有病率については、次により算出しています。

各年3月31日現在の65歳以上の高齢者人口… (A)

同日現在の要介護(要支援)認定者のうち、「認知症高齢者日常生活自立度」Ⅱ以上の者… (B)

認知症有病率 = (B) ÷ (A)

[具体的な取組]

① 認知症についての正しい知識と理解の促進

認知症への住民の理解や関心は徐々に高まっていますが、まだ十分に理解されているとはいえません。認知症を、医療や介護、福祉に携わる者だけでなく、住民が広く理解することが、誤解や偏見をなくし、本人や家族等を支えることにつながります。

認知症に対する正しい理解を促進するため、認知症の原因とその予防、適切な介護のあり方等に関する正しい知識や各種施策の普及啓発を図ります。

また、将来的な介護人材を育てていくうえでも、小・中学生のうちから認知症について学べる機会を推進します。

No.	施策	具体的内容
1	認知症普及啓発	認知症を正しく理解し、認知症になっても住み慣れた地域で、安心して自分らしく暮らせる地域づくりを目指し、認知症サポーター養成講座を各地域で開催します。また、小・中学生から認知症について理解を深めるために、学校と協力しながら講座を開催していきます。 養成した認知症サポーターに対し、ステップアップ講座、フォローアップ講座等により内容を充実させ、認知症サポーターが地域の担い手として活躍できるチームオレンジとしての活動を支援します。
2	認知症の人本人からの発信や活動の支援	認知症地域支援推進員が中心となり、地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進めることで、認知症を発症してから進行していく過程において発信している声を活かし、認知症になっても希望をもって前向きに暮らすことができるよう認知症との共生を図ります。

②認知症予防に資する取り組み

運動不足の改善、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、通いの場等による認知症予防に資する知識・情報の普及啓発や、認知症予防プログラムを取り入れた「認知症予防教室」を開催し、町民が継続的に認知症予防に取り組めるよう推進していきます。

③ 認知症支援体制の整備

高齢化の進行に伴い、今後も認知症高齢者の増加が見込まれています。認知症は早期の訓練や認知症につながりやすい脳血管疾患の予防、閉じこもり防止などにより、ある程度予防が可能であり、発症しても早期の適切な治療により進行の抑制や、原因疾患を治療することにより改善することが可能です。認知症予防活動や認知症の初期段階から各段階に応じた適切な対応を図るため、早期発見・早期対応の仕組みづくりや相談窓口の充実など各種の施策を推進するとともに、認知症高齢者や家族が住み慣れた地域で尊厳を持ち安心して暮らせるよう、認知症支援体制の整備に取り組めます。

No.	施策	具体的内容
1	認知症初期集中支援チームの設置	複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行います。また、生活のサポートを行うチームを作成し、認知症の初期段階でのサポート体制の強化を行います。
2	認知症地域支援推進員の配置	認知症の疑いがある人の早期把握の推進を行い、介護事業者等からの認知症に関する相談の受付、医療機関へ受診が困難な方への支援、地域への出前講座を実施する地域支援推進員を配置し、前述の認知症初期集中支援チームと協力しながら地域の認知症高齢者の支援を行います。
3	認知症ケアパスの作成	認知症ケアパスとは認知症を発症しても地域の中で自分らしく暮らし続けることができるよう「認知症の人の状態に応じた対応や適切なサービスの流れ」を見える化したものです。認知症の人とその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスでどのような支援を受けることができるのか早めに知ることで、その後の生活に対する安心感につながります。 認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム、その他関係機関と連携をとりながら認知症ケアパスの普及に取り組みます。

④ 認知症地域支援推進員の活動

本町の在宅介護実態調査では、介護者が不安を感じる介護として、要介護1・2の「認知症への対応」に4割の方が不安を感じています。

認知症高齢者を介護する家族の多くは、他の人になかなか介護の悩みや大変さを打ち明けられず、同じ家族でさえもなかなか理解してもらえないといった悩みを抱えています。

認知症地域支援推進員が、啓発活動や認知症サポーター養成講座などを行いさらに、認知症カフェ等の活動を通して当事者や介護家族が問題を抱え込んでしまうことのないよう、気軽に相談できる体制を整備します。

また、行政、医療、介護のみならず地域とも連携することにより、早期発見・早期対応に努めます。

⑤ SOS 徘徊ネットワーク活動の推進

SOS徘徊ネットワーク活動とは、認知症などにより徘徊のおそれがある高齢者等が行方不明になった時、警察だけでなく、地域の関係機関や事業所が、捜索に協力することにより、できるだけ早く発見し保護するためのネットワークです。

本町では、平成28年度より町が実施主体となり運営しています。関係機関との日頃からの連携が必要であるため、平成30年7月に、行橋警察署、苅田町区長連合会、苅田町民生委員・児童委員協議会、苅田町社会福祉協議会と苅田町の間で協定を交わし、活動の充実や連携の強化を図っています。

No.	施策	具体的内容
1	SOS徘徊ネットワーク活動	SOS徘徊ネットワークは、SOS協力員や近隣の警察署にも協力いただき、登録している方の日常的な見守り活動や行方が分からなくなった際の捜索活動を行っています。 今後も活動のPRを図り、登録者数を増やすとともに、関係機関に働きかけ、SOS協力員の増員を図ります。また、認知症高齢者が所在不明になった場合を想定した模擬訓練や認知症への理解を深めるための学習会を定期的開催するなど、よりスムーズな捜索活動に取り組みます。
2	認知症高齢者等見守りGPS機器購入費等助成制度	行方不明になる恐れのある認知症高齢者の方などを介護するご家族の介護負担の軽減を図るため、GPS（位置情報検索機器）の購入またはレンタルにかかる初期費用助成の制度化を行います。

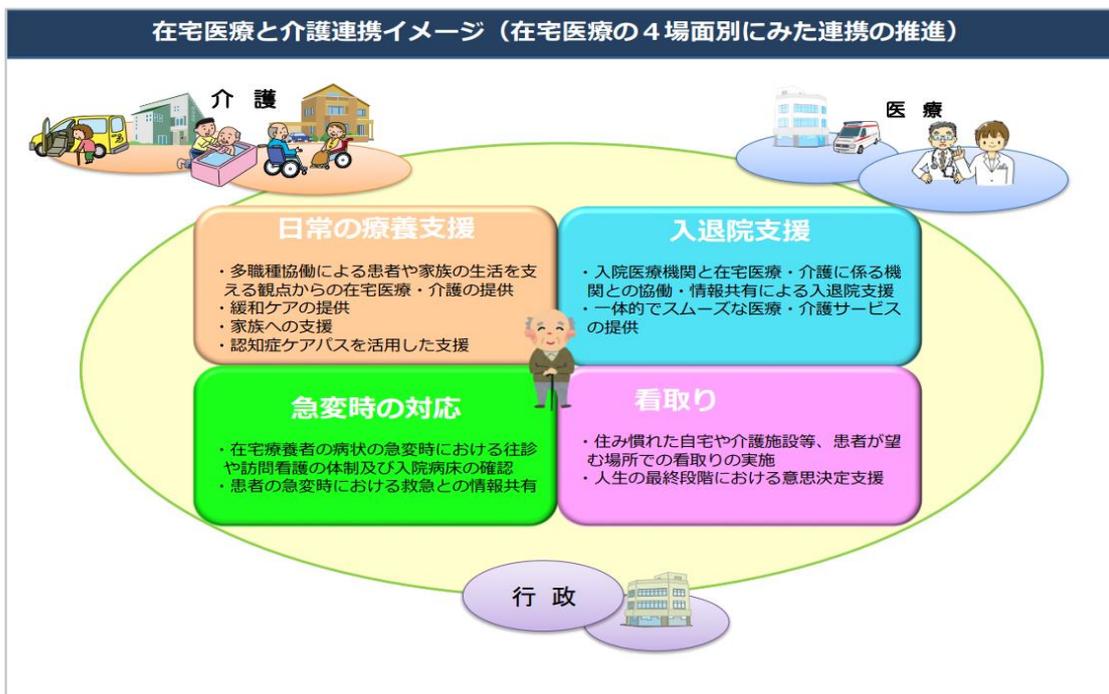
区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
認知症に関する学習会の開催回数・参加人数	回	3	4	6	8	10
	人	87	50	75	100	125

(4) 在宅医療・介護連携の推進

団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に向け、在宅医療や介護サービスの需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により増加する見込です。地域で暮らす高齢単身世帯も増加傾向にあることから、地域における医療・介護の関係機関が連携し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を図ることが必要となります。

医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域等で自分らしい暮らしを、人生の最後まで安心して在宅療養生活を送ることができるよう、退院支援や日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、今後さらに充実した地域の在宅医療・介護連携の体制整備を推進します。

ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最後まで生活することができるように支援していく必要があります。



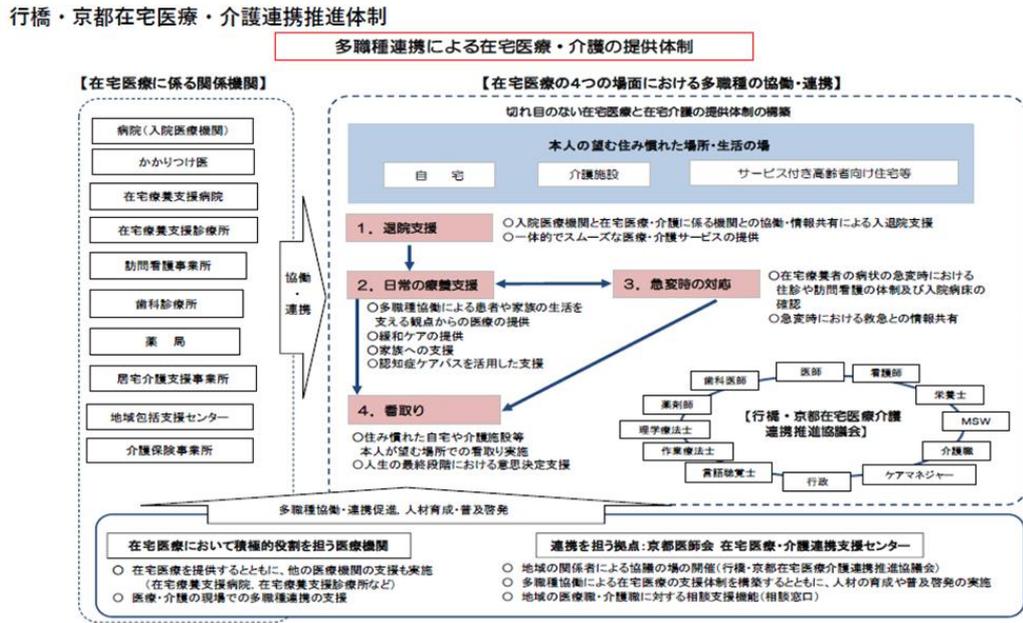
(出典) 厚生労働省

[具体的な取組]

① 地域における在宅医療・介護連携体制の推進

本町では、医療と介護の連携体制を円滑に推進するため、平成 25 年度より「在宅医療・介護連携拠点事業」として京都医師会を中心とした取り組みを引き継ぎ、平成 28 年 4 月に「苅田町在宅医療・介護連携推進事業実施規定」を定め、行橋市・みやこ町と共同で事業を実施しています。また、平成 29 年 3 月に「行橋・京都在宅医療介護連携推進協議会」を設置し、在宅医療・介護連携の現状把握や課題の抽出を行うとともに、多職種における研修会や情報共有が効率的に行える体制整備等に取り組んでいます。

図表 19 行橋・京都在宅医療・介護連携推進体制のイメージ



② 地域住民への普及啓発

超高齢社会を迎え、人生の最終段階において、家族や医療・ケア関係者が、どのように寄り添うか、今後大きな課題となっています。住み慣れた地域で医療や介護を受けながら生活する「在宅医療」についての普及啓発とともに、もしもの時のために、自らが望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、住民自らが決定していくACP（人生会議）※について、パンフレットの作成・配布により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進に取り組みます。



※厚生労働省では、今まで「APC：アドバンス・ケア・プランニング」として普及啓発を進めてまいりましたが、より馴染みやすい言葉となるよう「人生会議」という愛称で呼ぶことに決定しました。

(5) 在宅生活支援サービスの充実・強化

本町の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、最期の時を過ごす場所の希望について「自宅」と回答した人の割合は(35.1%)でした。その内、自宅で最期まで療養することが「困難である」と回答した人の割合は(22.8%)であり、その理由として、最も割合が高かったのは「介護する家族に負担がかかる」(78.0%)、次いで「経済的な負担が大きい」(37.5%)となっています。

高齢化と家族の変化により、家族介護を取り巻く問題も多様化しています。働き盛りの介護者の介護離職、老老介護、介護者が子育て中のダブルケアに加え、通学や仕事のかたわら、家族の介護や看護を行うヤングケアラー等、家族介護の問題は、ひとくくりにできない多様な課題を抱えています。

介護保険サービス等を利用しながら自宅での生活を希望する人が多い中、高齢者が住み慣れた地域でその人らしく、安心して生活ができるよう、在宅支援サービスの充実・強化に取り組むとともに、介護家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図ります。

また、サービスの利用状況を踏まえるとともに、高齢者本人及び介護家族のニーズに応じたサービス内容の見直しを進めていきます。

[具体的な取組]

① 食の自立支援事業

心身機能の低下等に伴い調理が困難となっている一人暮らしの高齢者の方などに対し、栄養バランスの取れた弁当を配食することにより、健康の保持を図り、あわせて安否確認を行います。

② 緊急通報システム整備事業

一人暮らしの高齢者の方などに対し、急病等の緊急時に迅速かつ適切な対応がとれるように、緊急通報装置による緊急時の連絡体制を整備します。

③ 介護予防住宅改修事業

転倒の危険性が高い高齢者の方などの居宅に、手すりなどを取り付け、転倒を予防することにより、骨折等による要支援・要介護状態になるリスクの軽減を図ります。

④ 在宅生活支援短期宿泊事業

一人暮らしの高齢者の方などが、一時的に体調不良となった場合、介護保険施設等の空きベッドを活用して、短期宿泊することにより、体調回復等を図ります。

⑤ 介護家族支援介護用品給付事業

在宅で要介護高齢者の方などを介護しているご家族に対し、紙おむつ等を給付することにより、介護家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図ります。

⑥ 介護家族支援元気回復事業

元気回復サロン型では、在宅で要介護高齢者の方などを介護しているご家族に対し、介護から一時的に開放し、介護者どうしの交流事業等を実施することで、介護者の心身の元気回復を図ります。

今後は、荻田町介護を考える会「なの花」の後方支援を行いながら、在宅介護を終えた家族が身に付けた介護の技術や、経験した看取りについて伝えていくことなど、地域の介護支援の担い手として活躍できる仕組みづくりや、同じ境遇の人同士が交流でき、身近な地域で気軽に話し合える認知症カフェなどの場づくりなどを検討していきます。

(6) 高齢者の権利擁護の促進

高齢者が安心して、尊厳を持って暮らしていくためには、高齢者やその家族、さらには地域社会全体が、高齢者の人権や財産等を守るための知識や理解を深めることが重要です。

本町では、「高齢者福祉のしおり」やホームページ等を活用し、地域包括支援センターや社会福祉協議会が実施する各種相談窓口や、成年後見制度についての周知とともに、身寄りのない高齢者等には、町長申し立てによる成年後見制度の利用など、高齢者の権利擁護の視点に立った取り組みを引き続き推進します。

[具体的な取組]

① 虐待早期発見と適切な対応の推進

町民の高齢者虐待防止に対する理解を深めるため、パンフレット等を用いた広報・啓発活動を行います。また、介護保険事業所等の関係機関へ「苧田町高齢者虐待対応マニュアル」の周知や、地域包括支援センターを中心とした関係機関の職員等に対し、その資質の向上を図るため、「虐待における早期対応のための学習会」の実施など、虐待事例への対応を迅速に行うことができるような体制作りを行います。

さらに、民生委員・児童委員や小地域における見守り活動等との連携を密にとりながら、地域住民等による見守りネットワークの強化・充実に努めます。

② 権利擁護に関する啓発と関係機関との連携強化

本町では、地域包括支援センターをはじめ、社会福祉協議会の設置する「あんしんセンター」という権利擁護セクションとの協力体制により、法律相談、心配ごと等の相談窓口の周知に努め、町民や介護事業者等の職員が虐待について相談しやすい環境を整えることで高齢者の在宅生活の維持・継続を支援しています。

高齢者の権利擁護に関する総合的な相談窓口として位置付けている、地域包括支援センターの周知とともに、関係機関や専門職との連携強化に取り組みます。

③ 成年後見制度利用促進基本計画の策定

認知症高齢者等に対する権利擁護体制の充実に努めるために、市町村は成年後見制度の利用促進に関する法律（以下「促進法」という。）に基づき、成年後見制度の利用促進に関する基本的な計画を策定することとなりました。

苧田町では、促進法の目的、基本理念の趣旨や苧田町地域福祉計画に基づき、認知症高齢者や知的障がいのある人など総合的に対応していくこととします。

④ 成年後見センターとの連携

今後、高齢化の進展に伴い、認知症や単身の高齢者の増加が見込まれ、権利擁護のセーフティネットとして、全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築が進められています。

苅田町、行橋市、みやこ町の住民が利用できる相談窓口として、「行橋・京都成年後見センター（行橋・京都成年後見センターおれんじ）」が、令和2年7月にウイズ行橋（行橋市内）に開所しました。

各関係機関と成年後見センターとの連携により、成年後見制度の適切な利用を推進します。

⑤ 日常生活自立支援事業の利用・促進

本町では、認知症や知的障がい、精神障がいのために判断能力が十分でない方々が、地域で安心して暮らせるように、社会福祉協議会が「あんしんセンター」を設置し、各種福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等の援助を行っています。

住民や福祉関係者等に対し、日常生活自立支援事業のPRを積極的に行うとともに、地域包括支援センターと連携しながら、高齢者や障がいを持った方が地域で安心して暮らせるよう事業の推進を図っていきます。



基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために

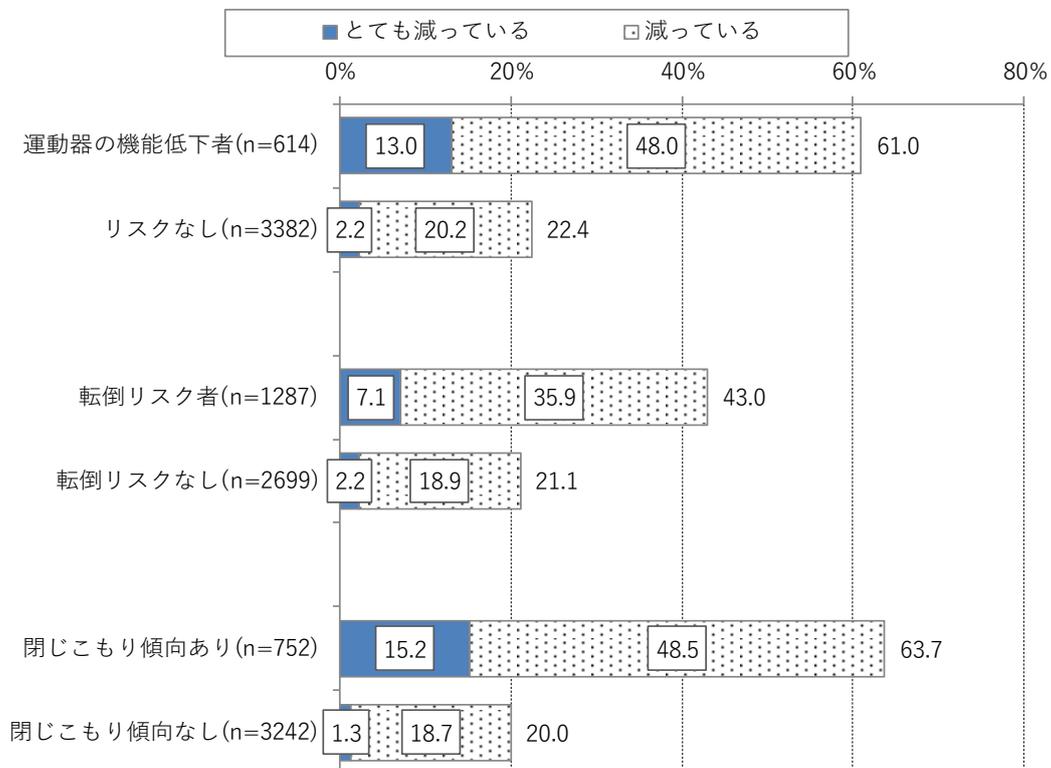
(1) 高齢者を取り巻く環境の整備

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、外出回数が減少している人は、運動器、転倒、閉じこもりリスク者の割合が著しく高くなることが分かっています。(図表 20) 高齢者が気軽に出かけられる環境づくりは、高齢者の生きがいづくりだけでなく、介護予防の側面からも非常に大切であると考えられます。

高齢者が積極的に社会参加し、いつまでもいきいきと暮らすことのできるまちをつくるためには、施設や歩行空間のバリアフリー化などの「福祉のまちづくり」を推進するとともに、高齢者にとって安全で利便性の高い移動手段を確保する必要があります。交通施策との連携を図りながら、先進事例を踏まえて検討を行います。

また、近年高齢者を狙った犯罪は年々増加しており、地域全体で防犯対策の充実を図ることが大切です。本町では、消費者を取りまく厳しい環境に対応するため、消費生活相談の窓口を役場内に設置しています。悪質商法等の消費者被害を防ぐために相談員が出張講座を行い、町民が抱える様々な悩みや不安を的確に把握するとともに、問題解決に向けた相談体制の充実が求められています。

図表 20 各リスクと外出回数減少の関係



(出典) 荻田町介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書

[具体的な取組]

① 高齢者に配慮した住まいの確保と情報提供

できる限り自宅で住み続けたいというニーズに加え、安全で安心して生活できる施設・住宅に住み替えたいというニーズが増えてきています。このことから、身体機能が低下した高齢者がいる居宅の住宅改修事業をはじめ、公営住宅建替え時におけるバリアフリー化の推進、民間事業者による介護保険・介護保険外の高齢者向け施設・住宅整備の促進などにより、高齢者に配慮した多様な住まいの確保と住み替えニーズに応えるための情報提供等に努めます。

No.	施策	具体的内容
1	介護保険対象外施設サービス	民間事業者による有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等、高齢者向け施設・住宅の整備を促進します。身体状況、精神状況、家族状況、経済的理由等により、在宅生活が困難な高齢者に対して、養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホーム等の情報提供及び入居相談を行います。

② ユニバーサルデザインの推進

高齢者、障がい者だけではなく誰もが安心して利用できる道路環境の整備や公共施設等のバリアフリー化を推進し、誰もが自由に行動し、安全かつ快適に生活できるユニバーサルデザインのまちづくりを推進します。

No.	施策	具体的内容
1	ユニバーサルデザイン	高齢者など多くの人々が利用する建築物・道路・公園・交通機関の施設などを新たに整備する場合や改修を行う場合は、ユニバーサルデザインの視点に立った整備を行い、より快適で安全な移動を確保するための環境整備に努めます。

③ 外出移動手段の整備

本町では、住民の移動手段の確保のため、コミュニティバスを運行しています。また、福祉サービスとして、「外出支援サービス事業」「ハンディキャブ事業」や、介護保険サービスの「介護保険・通院等乗降介助」などがあります。

高齢者の身体レベルに応じた安全でスムーズな外出移動手段を確保することで、高齢者の自立支援と社会参加の促進を図ります。

No.	施策	具体的内容
1	コミュニティバス運行事業	交通空白地帯の解消、交通弱者の方々の移動手段の確保などを目的に運行しています。低床バスや、一部区間のフリー降車制を導入するなど、利便性の向上に取り組んでいます。
2	外出支援サービス	身体機能が車椅子レベルで公共交通機関の利用が困難な方など、居宅と医療機関等との間を移送用車両により移送します。今後は、通院等乗降介助やハンディキャブとの棲み分けを行い、効果的・効率的な運行に努めます。
3	ハンディキャブ (社会福祉協議会)	住民税非課税者で、公共交通機関の利用が困難な対象者は、申請することにより利用できます。通院等乗降介助や外出支援サービスとの棲み分けを行い、効果的・効率的な運行に努めます。
4	移動サロン (社会福祉協議会)	スーパーや商店街が近隣になく自動車をもっていないために買い物に支障をきたしている方や思うように外出ができない方を対象に、買い物と交流の場を目的として、移動サロンを実施しています。
5	通院等乗降介助 (介護保険サービス)	通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助を行います。要介護1以上の方で居宅サービス計画に位置付けられている必要があります。

④ 消費者被害防止の啓発と救済対策の推進

高齢者の消費者被害防止対策として、高齢者への啓発だけではなく、地域ぐるみで被害防止活動を促進するため、高齢者に身近な存在である地域住民や福祉関係者等を対象とした啓発活動を行うことにより、悪質商法等に関する情報提供や消費者被害防止の連携について理解を促し、消費者被害防止と早期救済に役立たせていきます。

住民への啓発は、広報紙やホームページ等を通じて行うとともに、消費者相談窓口と地域包括支援センターや高齢者見守りネットワーク協議会が情報を共有し、高齢者の振り込め詐欺の被害等、悪質商法被害防止の啓発に取り組みます。

また、庁舎にて、町所属の消費生活専門相談員が毎週月・水・金曜日の9時から17時の間、消費トラブルに関する相談を行います。

No.	施策	具体的内容
1	消費者安全確保地域協議会	消費生活上特に配慮を要する消費者（高齢者等）の見守り等必要な取組みを行うために行橋警察署をはじめとした関係機関・団体との連携を深め、消費者被害の現状や対象となる高齢者等の情報共有を図ります。
2	消費者出前講座	高齢者の消費者被害防止対策として、小地域福祉活動等の機会に、町所属の消費生活相談員を講師とした住民向けの「消費者出前講座」を開催します。また、福祉関係者等への情報提供として各種研修会に講師として出向きます。

⑤ 防犯と交通安全の啓発と対策の推進

高齢者等に対し防犯や交通安全に関する啓発を行うとともに、犯罪や交通事故を未然に防ぐため、危険箇所の調査を行い、防犯灯や交通安全設備の整備・維持改善を図ることにより、高齢者等が安全で安心かつ快適に生活できるように努めます。

No.	施策	具体的内容
1	交通安全講座	高齢者が地域の中で安心した生活ができるよう、苜田町老人クラブ連合会、警察署・交通安全協会等と連携して、高齢者向けの交通安全講座を開催します。今後は講座の開催地域の拡充や参加人数の増加を図るため、啓発活動を充実します。

(2) 災害、感染症対策の推進

近年の集中豪雨や大型台風などにより、九州各地において甚大な被害が出ており、町民の中でも災害に対する意識が高まっています。高齢者をめぐる防災対策としては、自主防災組織の設立や情報伝達のための環境づくりなど、必要な基盤整備を図るとともに、町民一人ひとりの災害に対する意識、知識の向上や、関係機関と地域住民との連携による高齢者への緊急時の対応、救援体制づくりについて、苜田町地域防災計画との整合の下に、充実を図る必要があります。

新型コロナウイルス感染症の拡大は、これまで経験したことのない大きな脅威であったことをふまえ、感染拡大の中で本町が実施した対応策の振り返りを行うとともに、今後の備えと対応の体制整備について具体的に検討することが求められています。特に重症化しやすいとされる高齢者に対し、新型コロナウイルス感染症や新型インフルエンザなどの感染症対策について、関係機関と連携し、感染症予防に資する資料等の配布や、相談・訪問事業と併せた啓発に努めます。

[具体的な取組]

① 災害等非常時の地域支援体制の整備

本町では、地域防災計画に基づき、防災対策の推進を図っています。災害等非常時に備えて、防災無線の整備や地域住民との連携による高齢者や障がいのある人など災害時の避難にあたって、支援が必要な方（要配慮者）を対象とした要配慮者安全確保体制整備計画の整備に努めます。

また、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、障がいのある人等、災害時に支援の必要な方々を把握するため、「避難行動要支援者台帳」への登録・更新の促進に取り組み、災害時の活用により高齢者等の安全確保の充実を図ります。今後も、避難行動要支援者台帳を活用するとともに、消防本部等との連携を強化し、自主防災組織や地域の協力を得ながら災害時の避難体制を強化します。

No.	施策	具体的内容
1	自主防災組織	地域において避難支援が行えるように地域住民の協力を得ながら、災害等非常時の地域支援体制（自主防災組織）を整備していきます。令和2年9月現在、町内には34地区の整備が済んでいます。今後も町内全地区に自主防災組織を設置すべく、啓発・支援を行います。
2	防災無線・災害情報メール配信システム	平成20年度に全町に防災無線を整備し、防災情報の一斉伝達を実施しています。また、防災無線以外の伝達手段として、「防災メールまもるくん」や「エリアメール（携帯3社）」の他に、令和2年4月より公式LINEによる伝達手段も活用し、迅速かつ正確な情報伝達を目指します。

② 高齢者への感染症対策の整備

世界中で猛威を振るう新型コロナウイルス感染症の影響により、町民の生活は大きく変化しました。また、新型コロナウイルス感染症の拡大による自粛によって外出の機会が減少したことで高齢者の健康への影響が懸念されています。引き続き、国が示す「新しい日常（生活様式）」により、個人や各機関が、身体的距離の確保や、3つの密（密閉・密集・密接）を避けた取組を行う必要があります。

また、介護事業所等の事業継続計画（BCP）や、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認、感染症に対する研修、協力医療機関等と連携した支援体制の整備を記載するよう求められています。

さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大を防ぐため、高齢者への健康の影響を勘案した健康や衛生面での予防対策と併せて、高齢者が地域の中で孤立しないような支援や、情報にアクセスできる支援、機器の利用支援なども積極的に取り組みます。

第6章 介護保険事業計画

1. 介護保険事業の推計の概要

厚生労働省が作成した地域包括ケア「見える化」システムの活用により、第8期計画（令和3年度～5年度）における各サービスの見込み量や給付費を推計しました。推計の流れは、以下のとおりです。

介護保険事業量・給付費の推計手順

■ 被保険者及び要介護等認定者数の推計

高齢者人口の推計と直近の要介護等認定率から、将来の要介護等認定者数を推計します。

■ 施設・居住系サービス利用者数の推計

施設・居住系サービスの給付実績を基に、施設・居住系サービス利用者数（利用見込量）を推計します。

■ 居宅サービス対象者数の推計

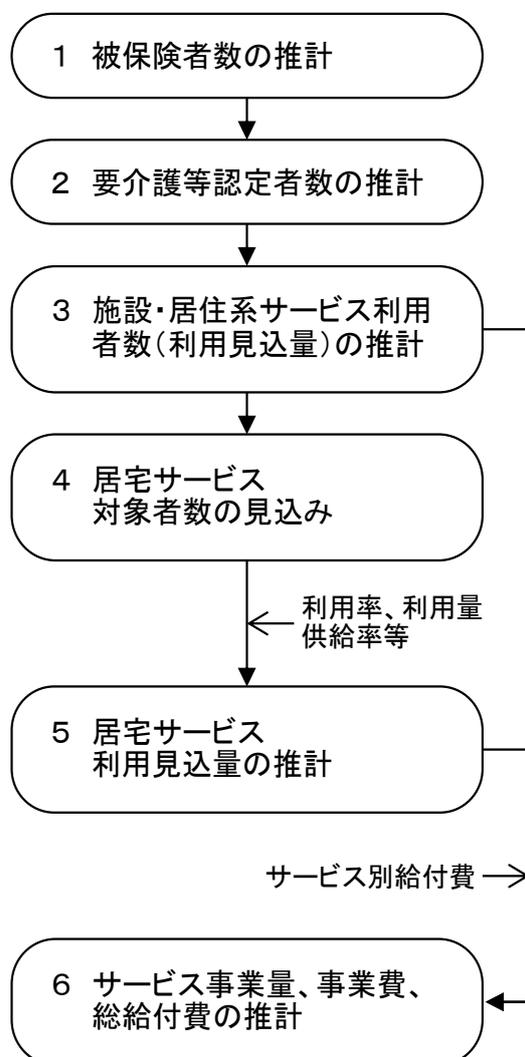
居宅サービスの利用実績を基に、認定者数から施設・居住系サービス利用者数を除いた標準的居宅サービス等受給対象者数を推計します。

■ 居宅サービス利用見込量の推計

居宅サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス対象者数に各サービスの利用率、利用者1人当たり利用回数（日数）等を勘案して、各サービスの利用量を推計します。

■ 給付費の推計

将来のサービス利用量に、施設・居住系サービスの場合は給付実績を基に1月当たりの平均給付費を、居宅サービスの場合は1回（日）当たり平均給付費をそれぞれ乗じて給付費を算定します。



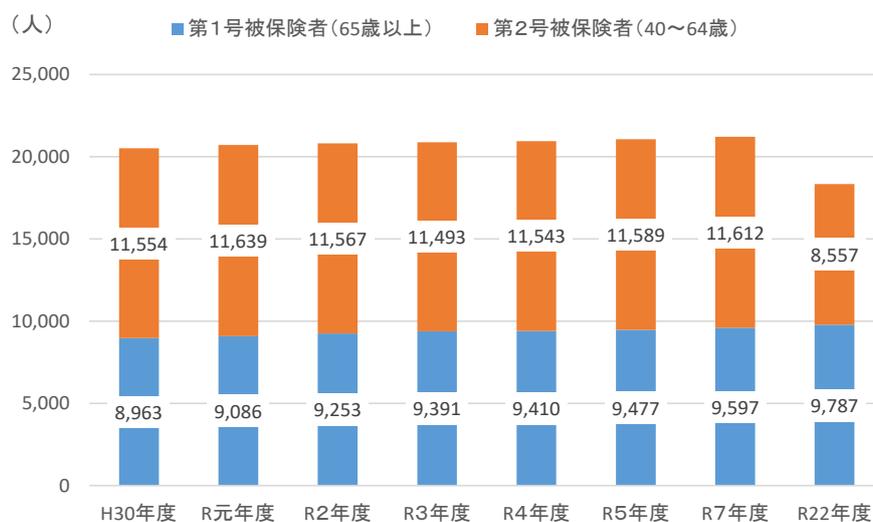
2. 被保険者数、認定者数の推計

(1) 被保険者数

令和22年度までの被保険者数の推移は下記の通りです。

第1号被保険者(65歳以上)は増加傾向で推移する見通しですが、一方で第2号被保険者(40～64歳)は令和22年度までに減少に転じる見込みです。

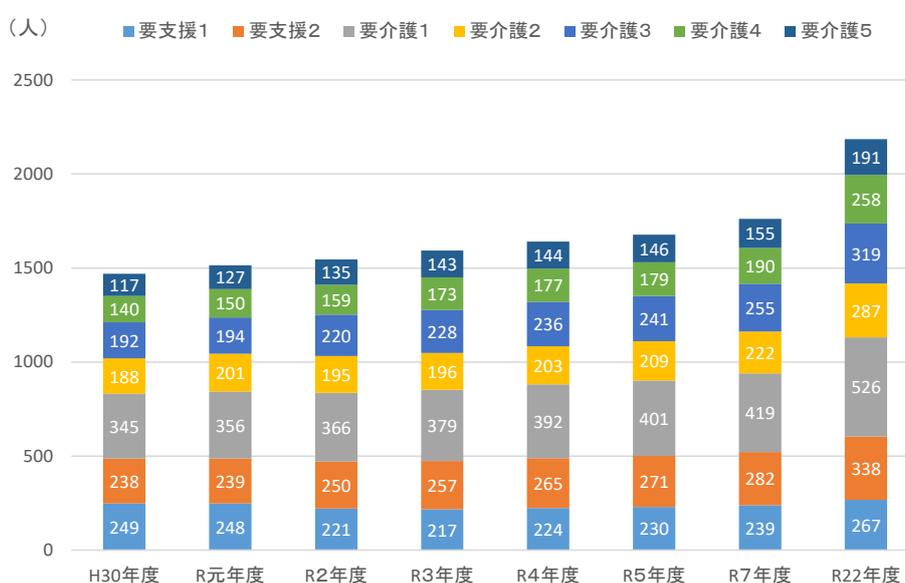
図表 21 介護保険者数の推移



(2) 要介護認定者数の推移(2号含む)

要介護(支援)認定者は、年々増加傾向にあります。

図表 22 認定者数の推移



3. サービス量の見込み

(1) 居宅サービス見込量の推計

① 訪問介護

訪問介護員（ホームヘルパー）などが家庭を訪問して、食事・入浴・排せつなどの身体介護、調理・洗濯・掃除などの日常生活上の援助をします。

【訪問介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	3,366	3,444	4,025	3,979	4,063	4,151
利用人数 (人/月)	153	159	175	170	171	176

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

介護職員と看護職員が移動入浴車などで家庭を訪問し、入浴の介助をします。

【訪問入浴介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	21	18	15	15	14	14
利用人数 (人/月)	4	3	3	3	3	3

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

疾患などを抱えている人へ、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師などが、家庭を訪問して、療養上の世話や必要な診療の補助を行います。

【訪問看護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	363	408	536	542	600	601
利用人数 (人/月)	45	45	50	51	54	54

【介護予防訪問看護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	133	144	90	90	102	102
利用人数 (人/月)	18	17	15	14	16	16

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

病院・診療所又は介護老人保健施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が家庭を訪問して理学療法・作業療法などのリハビリテーションを行います。

【訪問リハビリテーション】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	197	255	317	338	338	338
利用人数 (人/月)	14	16	21	21	21	21

【介護予防訪問リハビリテーション】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	80	109	87	107	107	107
利用人数 (人/月)	9	11	8	9	9	9

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士などが通院困難な利用者に対し、心身の状況と環境などを把握し、療養上の管理や指導をします。

【居宅療養管理指導】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	158	176	198	207	214	220

【介護予防居宅療養管理指導】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	28	32	25	27	29	29

⑥ 通所介護

デイサービスセンターなどに通い、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や、機能訓練などを日帰りで行います。

【通所介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	2,272	2,619	3,001	3,197	3,291	3,417
利用人数 (人/月)	169	192	216	225	232	240

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

介護老人保健施設や病院・診療所に通い、食事・入浴・排せつなどの介護や、生活機能向上のためのリハビリテーションを日帰りで行います。

【通所リハビリテーション】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	1,220	1,300	1,311	1,291	1,281	1,305
利用人数 (人/月)	119	132	135	138	138	141

【介護予防通所リハビリテーション】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	80	83	74	77	79	81

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに短期間入所している人へ、日常生活上の支援や機能訓練などを行います。

【短期入所生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	301	330	457	463	491	509
利用人数 (人/月)	36	38	29	30	32	33

【介護予防短期入所生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	72	45	7	37	49	55
利用人数 (人/月)	12	8	1	6	8	9

⑨ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設などに短期間入所し、日常生活上の支援や機能訓練などを行います。

【短期入所療養介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	111	87	54	52	62	67
利用人数 (人/月)	20	17	10	10	12	13

【介護予防短期入所療養介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	11	9	2	10	11	11
利用人数 (人/月)	3	2	1	2	3	3

⑩ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

日常生活の自立を助けるための福祉用具の選定の援助・取り付け・調整を行い、貸与します。

【福祉用具貸与】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	244	274	325	330	337	348

【介護予防福祉用具貸与】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	193	205	193	204	221	229

⑪ 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

福祉用具のうち、入浴や排せつに用いる貸与になじまない性質の特定福祉用具の購入費を年間10万円の利用額を限度とし、かかった費用の7～9割（所得に応じる）支給します。

【特定福祉用具購入費】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	3	4	4	4	4	4

【特定介護予防福祉用具購入費】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	5	3	2	2	2	2

⑫ 住宅改修・介護予防住宅改修

手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修を行ったときに、20万円を限度としてかかった費用の7～9割（所得に応じる）の改修費を支給します。

【住宅改修】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	5	6	5	5	5	5

【介護予防住宅改修】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	7	7	5	5	5	5

⑬ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

介護付有料老人ホームなどに入居している人へ、日常生活の世話、機能訓練などを行います。

【特定施設入居者生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	100	116	122	141	147	154

【介護予防特定施設入居者生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	41	37	36	38	36	33

⑭ 居宅介護支援・介護予防支援

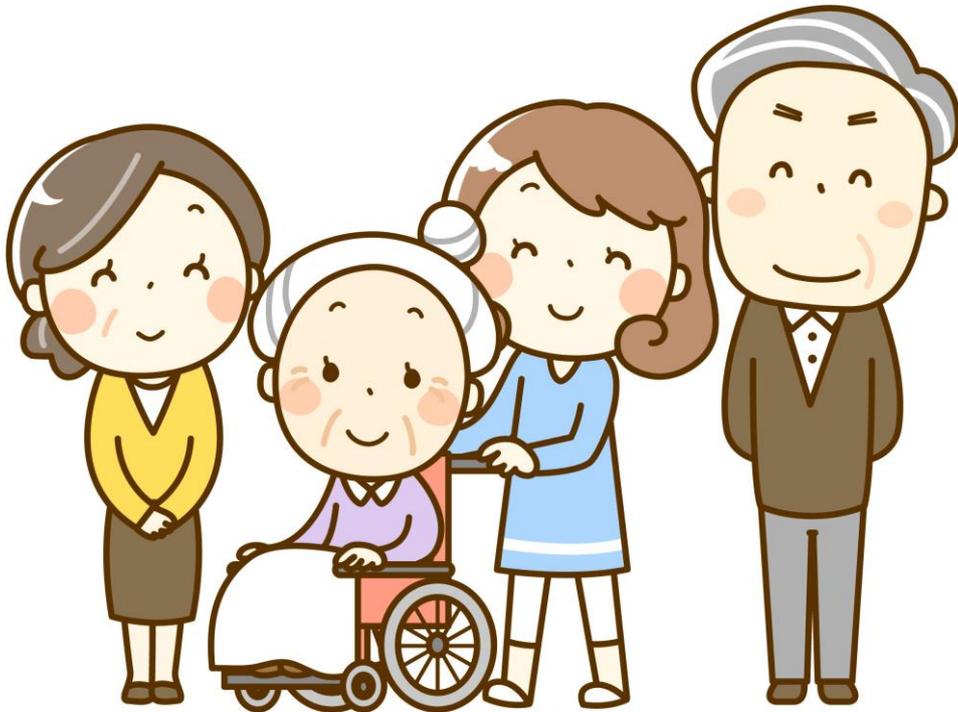
居宅サービス・地域密着型サービスなどを適切に利用できるように、ケアマネジャーが利用者や家族の相談に応じアドバイスを行い、ケアプラン（介護サービス計画）を作成します。

【居宅介護支援】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	398	432	482	481	491	509

【介護予防支援】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	250	258	238	246	261	275



(2) 地域密着型サービス見込量の推計

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者をはじめとした要介護認定者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、定期的な巡回と随時の通報により家庭を訪問し、食事・入浴・排せつなどの介護や、日常生活上の緊急時の対応を行います。

令和3年度から令和5年度の整備計画はありません。

② 夜間対応型訪問介護

夜間に定期的な巡回又は通報により、介護福祉士などが利用者の家庭を訪問し、食事・入浴・排せつなどの介護や日常生活上の支援、緊急時の対応などを行います。

人口規模 20～30 万人の都市部での利用を想定するサービスであり、事業所の参入意向もないため、令和3年度から令和5年度の整備計画はありません。

③ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の人へ、食事・入浴・排せつなどの介護や機能訓練などを日帰りで行います。

【認知症対応型通所介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	119	143	106	111	112	121
利用人数 (人/月)	13	14	13	13	13	14

【介護予防認知症対応型通所介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	26	35	15	16	16	16
利用人数 (人/月)	5	5	4	4	4	4

④ 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

施設への通いを中心として、利用者の選択に応じて、家庭への訪問や短期間の宿泊を組み合わせ、多機能な支援を行います。

【小規模多機能型居宅介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	7	5	3	3	3	3

【介護予防小規模多機能型居宅介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	0	0	0	0	0	0

⑤ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症の人が共同生活する住居で、家庭的な環境と地域住民との交流のもと、食事・入浴・排せつなどの介護や機能訓練などを行います。

第8期においては、下記のとおり利用者の増加を見込んでいます。

【認知症対応型共同生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	61	66	65	72	72	73

【介護予防認知症対応型共同生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	3	2	3	3	4	4

⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護

定員が29人以下の介護付有料老人ホームで、食事・入浴・排せつなどの介護や日常生活上の支援、機能訓練などを行います。

令和3年度から令和5年度の整備計画はありません。

⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員が 29 人以下の小規模な介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で、介護や日常生活上の世話、機能訓練などを行います。

【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	29	28	27	27	27	27

⑧ 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護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・看護のケアを提供します。

令和3年度から令和5年度の整備計画はありません。

⑨ 地域密着型通所介護

定員が 18 人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴・排せつなどの日常生活上の支援や機能訓練などを日帰りで行います。

【地域密着型通所介護】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用回数 (回数/月)	510	484	502	446	443	450
利用人数 (人/月)	43	42	45	41	41	42

(3) 施設サービス見込量の推計

① 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所している要介護認定者に対し、施設サービス計画に基づいて、食事・入浴・排せつなどの介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行います。

【介護老人福祉施設】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	71	71	70	100	115	115

② 介護老人保健施設

介護老人保健施設に入所している要介護認定者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理のもと、介護、機能訓練、その他必要な医療及び日常生活上の支援を行います。

【介護老人保健施設】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	182	178	180	182	182	182

③ 介護療養型医療施設

急性期の治療を終え、長期間にわたる療養が必要な人が対象です。医学的な管理のもとで介護や機能訓練などが受けられます。

【介護療養型医療施設】

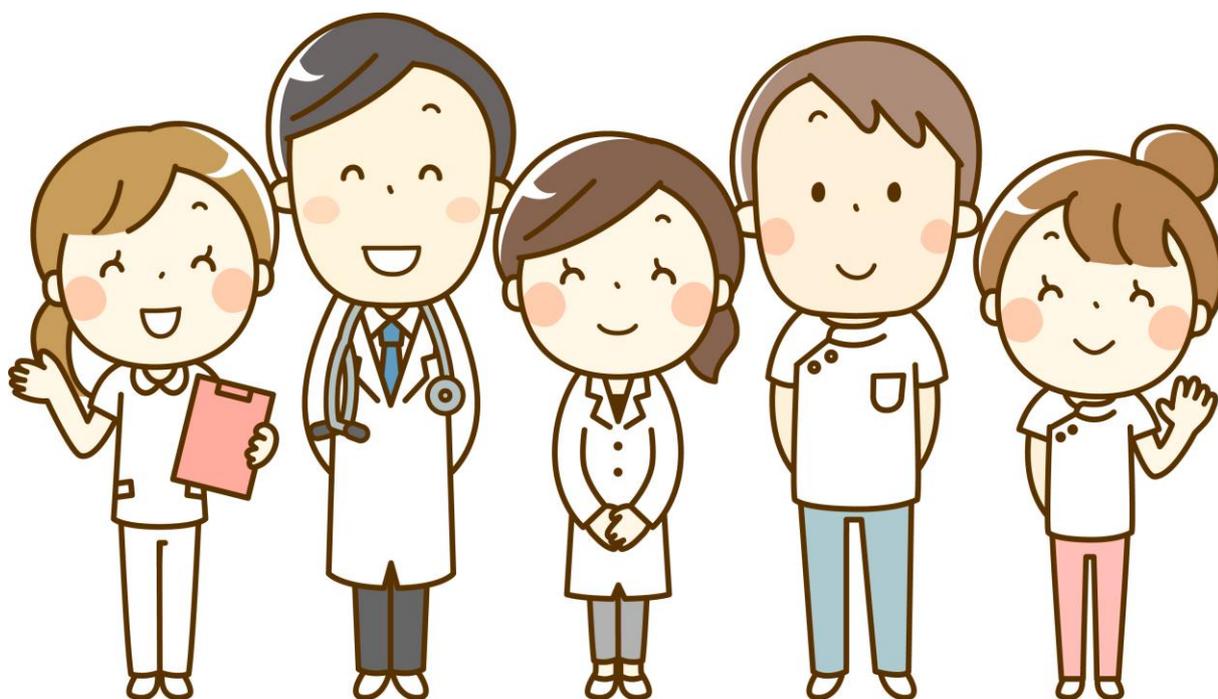
	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	3	4	2	2	2	2

④ 介護医療院

日常的な医学管理が必要な重度介護者を受入れるための施設です。長期療養のための医療と日常生活上の介護などを一体的に受けられます。

【介護医療院】

	第7期			第8期		
	H30年度	H31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
利用人数 (人/月)	0	2	8	7	7	7



4. 介護給付費の見込み

(1) 介護給付費の推計

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付費 計	2,453,257	2,525,770	2,569,571
居宅サービス	1,018,022	1,048,564	1,085,120
訪問介護	128,797	131,600	134,387
訪問入浴介護	2,036	1,953	1,925
訪問看護	27,107	30,106	30,164
訪問リハビリテーション	11,996	12,003	12,003
居宅療養管理指導	22,934	23,689	24,316
通所介護	277,662	286,417	298,126
通所リハビリテーション	122,773	122,098	124,308
短期入所生活介護	42,318	45,267	47,220
短期入所療養介護	7,651	9,054	9,931
特定施設入居者生活介護	319,799	329,821	344,538
福祉用具貸与	46,606	48,213	49,859
特定福祉用具購入費	2,446	2,446	2,446
住宅改修	5,897	5,897	5,897
居宅介護支援	80,786	82,696	85,744
地域密着型サービス	357,633	358,287	362,484
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	12,441	12,570	13,491
小規模多機能型居宅介護	7,881	7,886	7,886
認知症対応型共同生活介護	213,786	214,213	217,013
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	86,503	86,551	86,551
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
地域密着型通所介護	37,022	37,067	37,543
施設サービス	996,816	1,036,223	1,036,223
介護老人福祉施設	289,292	328,306	328,306
介護老人保健施設	665,205	665,574	665,574
介護医療院	34,131	34,150	34,150
介護療養型医療施設	8,188	8,193	8,193

※ 端数処理の関係で、合計金額が合わないことがあります。

(2) 予防給付費の推計

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
予防給付費 計	121,550	127,502	127,922
介護予防サービス	98,296	100,568	100,244
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	4,064	4,590	4,590
介護予防訪問リハビリテーション	3,675	3,677	3,685
介護予防居宅療養管理指導	3,615	3,872	3,872
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	31,511	32,253	32,978
介護予防短期入所生活介護	2,949	3,934	4,426
介護予防短期入所療養介護	1,300	1,405	1,405
介護予防特定施設入居者生活介護	33,583	32,266	30,262
介護予防福祉用具貸与	11,687	12,659	13,114
特定介護予防福祉用具購入費	828	828	828
介護予防住宅改修	5,084	5,084	5,084
介護予防支援	13,058	13,862	14,606
地域密着型介護予防サービス	10,196	13,072	13,072
介護予防認知症対応型通所介護	1,591	1,592	1,592
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	8,605	11,480	11,480

※ 端数処理の関係で、合計金額が合わないことがあります。

(3) 標準給付費の推計

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
標準給付費見込額	2,708,317	2,785,535	2,832,699
保険給付費見込額	2,706,892	2,784,066	2,831,199
総給付費	2,574,807	2,653,272	2,697,493
介護給付費	2,453,257	2,525,770	2,569,571
予防給付費	121,550	127,502	127,922
特定入所者介護サービス費等給付額	64,617	62,404	63,815
高額介護サービス費等給付額	60,749	61,469	62,818
高額医療合算介護サービス費等給付額	6,719	6,921	7,073
算定対象審査支払手数料	1,424	1,467	1,500

※ 端数処理の関係で、合計金額が合わないことがあります。

(4) 地域支援事業費の推計

単位：千円

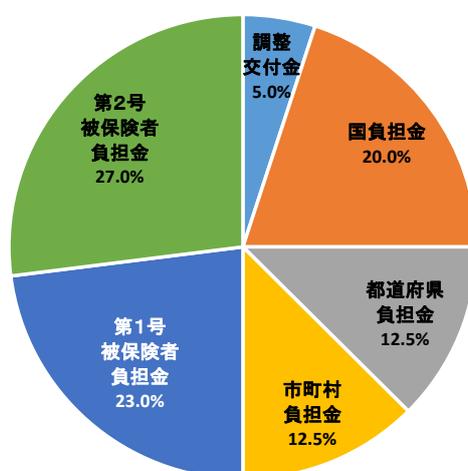
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域支援事業費見込額	208,430	210,265	212,130
介護予防・日常生活支援総合事業費	112,000	113,745	115,520
包括的支援事業費・任意事業費	96,430	96,520	96,610

※ 端数処理の関係で、合計金額が合わないことがあります。

5. 第8期介護保険料の設定

(1) 介護保険制度の財源構成

介護保険制度においては、介護給付費に対する財源割合が介護保険法によって、原則として50%を被保険者の保険料、50%を公費と定められています。また、被保険者の保険料のうち、原則として23%を第1号被保険者、27%を第2号被保険者が負担することとされています。



(2) 財政調整交付金

市町村間の後期高齢者比率、被保険者の所得水準による第1号保険料の格差の調整に用いられており、全国平均と各市町村の後期高齢者比率、被保険者の所得水準を比較し、国の定めた算定式に沿って、調整交付金交付割合が決定します。

5%を基本割合としており、後期高齢者比率が高い、被保険者の所得水準が低い自治体（主に地方）ほど、交付割合が高く、第1号保険料が軽減されます。一方、後期高齢者比率が低い、被保険者の所得水準が高い自治体（主に都市部）ほど、交付割合が低く、第1号保険料が加重されます。

(3) 介護保険給付費準備基金の活用

介護保険給付費準備基金は、町の介護保険事業に要する費用の財源に充てるため、給付費が見込額を下回る場合は剰余金を基金に積み立て、給付費が見込額を上回る場合は、前年度以前に積み立てられた基金から必要額を取り崩します。計画期間の最終年度において残高がある場合には、次期介護保険料を見込むにあたって基金を取り崩すこととなっています。

○基金保有額 令和2年度末 298,421,957円

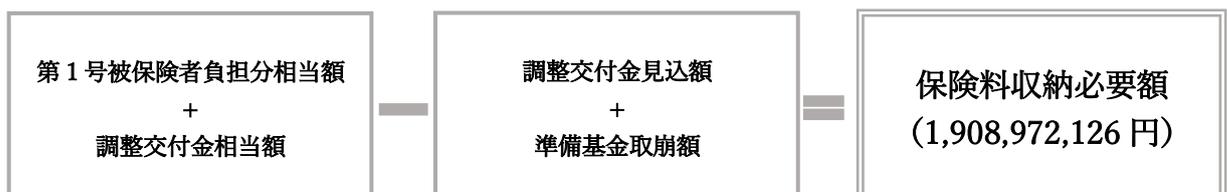
第8期の標準給付費見込額は、高齢者の増加や法改正に伴い増加しています。

給付額の増加による保険料の増額を少しでも抑えるため、第8期計画期間中に250,000,000円の基金の取崩しを行う予定としています。

(4) 保険料収納必要額

第1号被保険者の保険料収納必要額は、標準給付額の第1号被保険者負担分に調整交付金見込額等を減じて算出され、令和3年度から令和5年度3年間の保険料収納必要額の合計は1,908,972,126円となります。

【保険料収納必要額の算定】

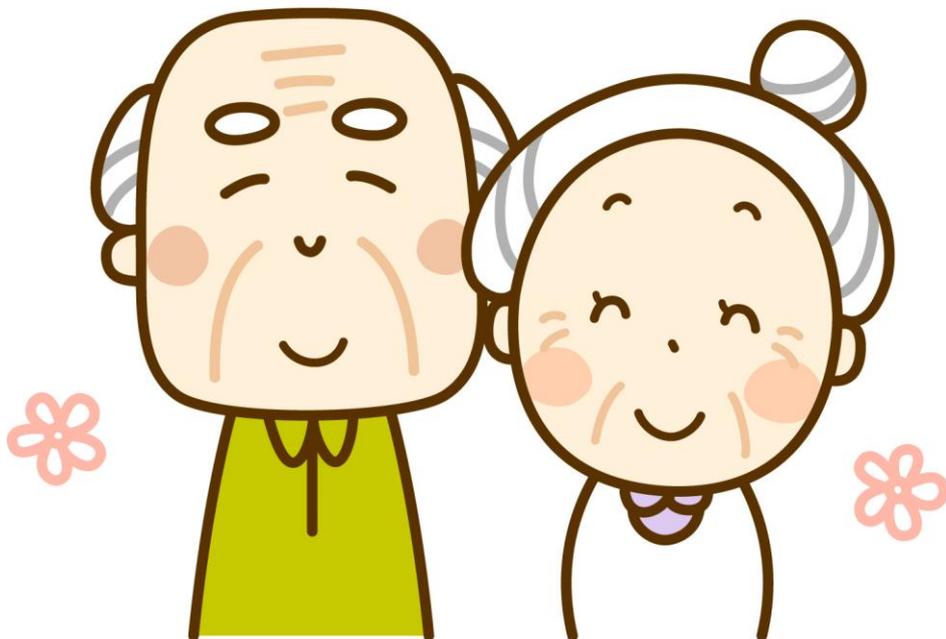
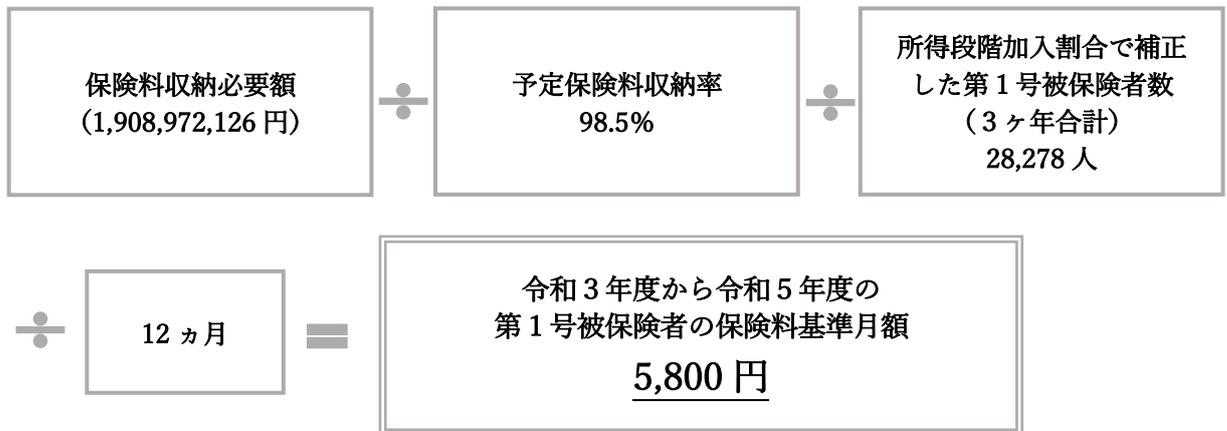


(5) 保険料基準月額

保険料基準月額は以下の方法で算出され、本町の第8期（令和3年度から令和5年度）の第1号被保険者保険料基準月額は、5,800円となります。

【参考】第7期（平成30年度から令和2年度）第1号被保険者保険料基準月額5,600円

【第1号被保険者の保険料基準月額の算定】



【第1号被保険者介護保険料所得段階】

所得段階	対象者	保険料設定方法	保険料月額	保険料年額
第1段階	○生活保護受給者 ○町民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者 ○町民税世帯非課税かつ合計所得金額から年金所得金額を控除した金額+課税年金収入額 80万円以下	基準額×0.3 (0.5) ※1	1,740円	20,880円
第2段階	○町民税世帯非課税かつ合計所得金額から年金所得金額を控除した金額+課税年金収入額 80万円超 120万円以下	基準額×0.5 (0.75) ※1	2,900円	34,800円
第3段階	○町民税世帯非課税かつ合計所得金額から年金所得金額を控除した金額+課税年金収入額 120万円超	基準額×0.7 (0.75) ※1	4,060円	48,720円
第4段階	○町民税本人非課税かつ合計所得金額から年金所得金額を控除した金額+課税年金収入額 80万円以下 (世帯内に町民税課税者がいる)	基準額×0.9	5,220円	62,640円
第5段階	○町民税本人非課税かつ合計所得金額から年金所得金額を控除した金額+課税年金収入額 80万円超 (世帯内に町民税課税者がいる)	基準額	5,800円	69,600円
第6段階	○町民税課税者かつ合計所得金額 120万円未満	基準額×1.2	6,960円	83,520円
第7段階	○町民税課税者かつ合計所得金額 120万円以上 210万円未満	基準額×1.3	7,540円	90,480円
第8段階	○町民税課税者かつ合計所得金額 210万円以上 320万円未満	基準額×1.5	8,700円	104,400円
第9段階	○町民税課税者かつ合計所得金額 320万円以上	基準額×1.7	9,860円	118,320円

※1 公費による保険料軽減前の保険料の割合です。

6. 介護保険事業の基盤整備及び適正な運営

(1) 介護人材の確保及び業務効率化・介護現場革新

① 介護人材の今後の需要見通し

厚生労働省における推計では、団塊世代が後期高齢者となる2025（令和7）年に必要とされている介護人材253万人に対し、供給される介護人材は約215万人程度。単純計算でもこのまま時間が経過した場合、約38万人も不足する、と予測されています。また、今後は介護職員だけではなく、介護施設等で従事する看護師や理学療法士等の専門職の確保も課題になることが予測されますので、これらの専門職を含めた介護人材の確保の取組について調査研究を進めていきます。

② 介護人材確保への取組

今後、急速な高齢化による介護保険サービス需要の増大と、生産年齢の減少が見込まれることから、介護保険サービスの担い手となる人材の確保は厳しい状況が続くことが見込まれます。

今後も、福岡県介護福祉士会の協力の下、他市町村とも連携しながら、介護の担い手の養成を目的とする「訪問型サービスA従事者養成研修」を継続して行います。

また、介護事業所の求人を支援する「就職フェア」について広報を行い、介護の仕事の魅力の発信と、人材発掘に取り組み、就業につなげる取組を行います。

さらに、介護職員の就労継続や離職防止の観点から、就労中の介護職員への支援の取組について調査研究を進めます。

③ 介護ロボットやICT機器の活用

介護の現場で働く職員が長く働き続けることができるよう、介護現場の革新及び生産性の向上を図り、本来業務に注力できる環境づくりを支援します。介護の質を維持しながら、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、国や県と連携しながら介護ロボットやICT機器の活用を推進します。

また、業務効率化を進めるためには、介護分野の文書に係る負担を軽減することが必要であることから、国が示す方針に基づき、手続の簡素化や様式例の標準化を進めていきます。

(2) 介護サービスの質の確保

① サービス従事者の質の確保

介護サービスは「人が支えるサービス」であり、サービスの質の確保と向上を図るためには、介護サービスを支える人材の資質向上が不可欠です。

利用者や家族の状況を踏まえた質の高い介護サービスが提供されるよう、本町の介護支援専門員（ケアマネジャー）で構成する「苅田町ケアマネ連絡協議会」と連携した研修会の実施や、町内の介護事業所職員を対象とした各種研修会を開催し、介護サービスの質の確保に努めます。

県内では、認知症介護の実践者研修や喀痰吸引研修などの専門的な研修も行われており、スキルアップをする機会がありますが、参加費の負担などの問題で、研修を受けたくても受けられないとの意見もあります。介護人材のスキルアップは介護サービスの質の向上のためには欠かせないことから、参加費の助成等も検討していきます。

また、地域包括支援センターにおいて、主任ケアマネジャーを中心に地域のケアマネジャーに対する相談体制を整備し、支援困難事例等への指導・助言を行うとともに、地域におけるケアマネジャーのネットワーク形成に努めます。

② サービス事業者への指導

介護サービスが本来の目的である高齢者の自立支援に資するものとして提供されるためには、①介護サービスが適切な効果をあげているか（サービス内容の適正化）、②不適正・不正な介護サービスはないか（介護費用の適正化）、という2つの観点から、国、県、市町村をはじめ、高齢者介護に関わる様々な主体が連携して介護給付の適正化に取り組んでいく必要があります。

本町における適正化の取組みは次のとおり行います。

○ 要介護認定の適正化

遠隔地の方の場合等で認定調査を当地の機関へ委託したものについて、町においても、全件について調査票のチェックを行います。

○ ケアマネジメントの適正化

ケアプランチェックについては、毎年3事業所程度を対象として実施し、3年間で町内の全事業所が対象となるように実施します。

住宅改修については、見積り書、図面、写真及びその他の情報から判断し疑義が生じたものについては、関係者からの聞き取りや現地調査を行い、適正化を図ります。

○ 医療情報との突合・縦覧点検

入院等の医療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を点検します。

また、受給者ごとに複数月にまたがる給付状況を確認し、提供されたサービスの整合性を確認します。

○ 介護給付費通知

毎年度4回（4月、7月、10月及び1月）、サービスの利用者に3ヶ月分のサービス利用内容を通知して給付の内容を確認いただくことにより、給付の適正化を図ります。

また、地域密着型サービスについては、市町村が事業者の指定及び指導監督権を持つため、事業者に対して適正な指導監督を行うとともに、必要に応じて立入調査を実施し、本町の方針に即した質・量両面でのサービスの確保を図ります。

(3) 介護保険制度に関する情報提供の充実

介護保険制度の仕組みや制度改正の内容、介護サービスの利用方法等の介護保険に関する情報等が住民に正しく理解され、適切な利用につながるよう、広報紙や町ホームページ、WAMNET（社会福祉・医療事業団が運営する保健・福祉・医療の総合情報サイト）、出前講座などにより、わかりやすい情報提供に努めます。

また、特に情報不足になりがちな一人暮らし高齢者等に対しては、民生委員や介護サービス従事者等のマンパワーを有効に活用した情報提供を行い、心身の状況に応じたきめ細かな対応に努めます。

(4) 介護保険制度に関する相談・苦情への対応

① 役場（地域福祉課）や地域包括支援センターを中心とした相談・苦情対応

介護保険制度に関する相談・苦情に対しては、役場（地域福祉課）や町内3ヶ所の地域包括支援センター等で適切に対応するとともに、各相談窓口の連携体制を確立し、相談内容に迅速かつ的確に対応できる体制づくりに努めます。

また、身近な地域で気軽に介護保険制度やサービスに関する相談ができるよう、民生委員等の地域の関係者・団体との連携に努めます。

② 県と連携した苦情対応

介護保険制度上では、要介護認定への不服申し立ては県に設置されている介護保険審査会、サービスに関する苦情はサービス事業者や居宅介護支援事業者、福岡県国民健康保険団体連合会で対応しています。

今後も、行政窓口や地域包括支援センター等での対応が困難であり、上記の各機関での対応が適当な事例については、各機関と連携して問題解決に努めます。

また、サービスに関する苦情の相談があった場合は、居宅介護支援事業者やサービス事業者と連絡をとり、利用者と事業者との間で円滑に問題解決できるように支援します。



第7章 計画推進の体制と連携

高齢者が住み慣れた地域で「尊厳ある、自律した生活」を営むためには、住民、地域、保健・医療・福祉関係機関、行政等が共通理念の下、それぞれの立場で連携しながら、協力し合い、努力することが不可欠です。

本計画に掲げた方針、施策及び事業等が円滑に推進されるよう、住民、保健・医療・福祉関係者、介護サービス提供事業者、学識経験者等からなる推進組織を設置し、進行管理、評価及び課題の整理・検討等を行います。

1. 計画の推進体制

(1) 推進組織

地域福祉課が所管する「高齢者福祉施策推進委員会」において、本計画の進捗状況の分析・評価、施策や事業の推進に係る課題の整理・検討等を継続的に行うことにより、高齢者保健福祉施策の推進、介護保険事業の健全な運営等に努めていきます。

(2) 庁内の推進体制

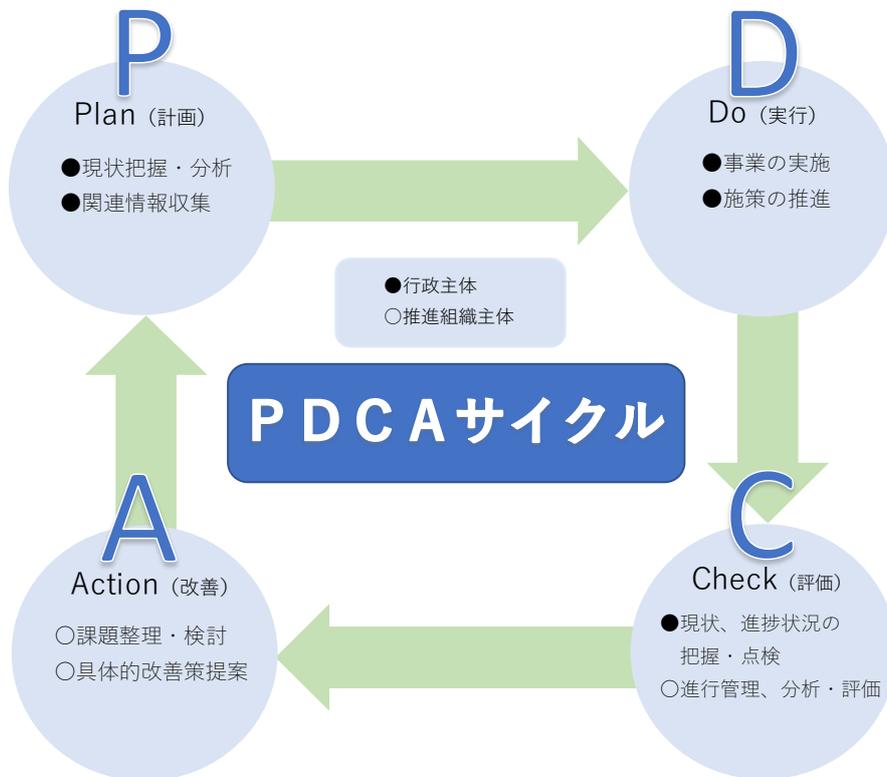
本計画に掲げる事業は、保健福祉分野だけではなく、就労、生涯学習、住宅、防犯・防災、まちづくり等多岐にわたります。このため、本計画を推進するにあたっては、関係部署の主体的な取り組みはもとより、関係部署間の連携体制の構築が求められています。

このことから、地域福祉課を中心に関係各課などが連携した取り組みを進めることで、本計画の円滑な推進を図ります。

(3) 計画の進行管理

本計画の進行管理に関しては、PDCAサイクルの考え方に基づき、関係各課及び関係機関による進行管理を行い、「高齢者福祉施策推進委員会」による評価、施策や事業に係る課題の整理・検討を基に、推進方法等を適宜、強化・見直しを行います。

図表 23 PDCAサイクルイメージ



2. 計画推進のための連携

(1) 関係団体、事業者、地域等との連携

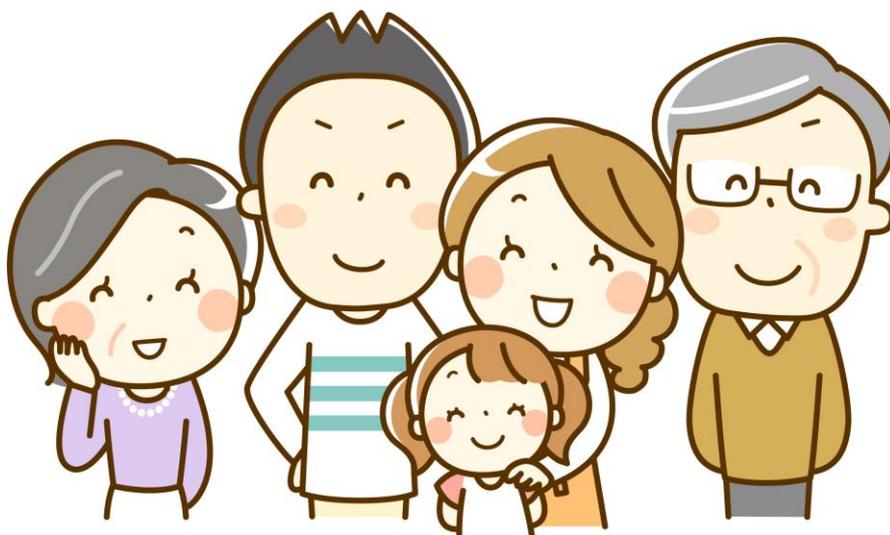
本計画を着実かつ効果的に推進していくためには、幅広い関係者の協力を得ることが重要となります。そのため、関係団体等の代表者から構成される「苅田町高齢者福祉施策推進委員会」において、広く意見を求めることはもとより、役場、地域包括支援センターを中心に保健・医療・福祉関係機関、介護サービス事業所、社会福祉協議会、福祉・ボランティア団体、地域等との連携強化に努めます。

また、関係団体等を対象とした各種研修会等を開催することにより、高齢者福祉施策推進に向けての理念や方針、課題等について共有できるよう努めます。

(2) 近隣市町との連携

介護保険制度では、広域的なサービス利用が見込まれることから、近隣市町と連携を図りながら、効果的・効率的なサービス基盤の整備等に努めます。

- 介護認定審査会を共同設置している行橋市、みやこ町とは、これまでも介護保険制度のみならず高齢者福祉施策全般の諸課題について、連携しながら対応してきました。今後も連携を密にしながら、効果的・効率的なサービス基盤の整備等を図っていきます。



(3) 住民との連携

本計画を円滑に推進するためには、住民一人ひとりの理解と協力を得ることが不可欠です。そのため、地域組織と協働しながら、広聴・広報活動や啓発活動の充実を図ることにより、住民一人ひとりの理解と協力が得られるよう努めます。また、地域の互助的な活動やひとり暮らし高齢者等の見守りや声かけをふくむ地域とのつながりやふれあいの中で、高齢者が安心して生活を営むことができるような関係づくりを推進します。

- ① 広報かんだや社協だより、町ホームページ等をこれまで以上に積極的に活用し、高齢者が理解しやすいように、内容に配慮した住民向け情報提供体制の強化を図ります。また、情報技術の活発化に伴い、パソコンやスマートフォンなどの情報ツールが一般化してきていることから、情報の格差が広がることのないよう、高齢者がICT機器やサービスをより活用できる支援を行います。
- ② 小地域福祉活動、老人クラブ活動等に積極的に出向き、住民一人ひとりの思いや意見等を聞くとともに、健康づくり、介護予防、権利擁護等の重点課題についての啓発活動を行います。また、民生委員・児童委員、自治会や社会福祉協議会、ボランティア等の地域住民との情報共有を図り、行政及びサービス提供者との連携に努めます。
- ③ 高齢者の生きがいがいづくりに関連し、多様な分野においての社会貢献を果たす機会の提供や高齢者のニーズに合わせた地域活動等に参加ができるように支援します。
- ④ 認知症予防として、認知症サポーター養成講座等、住民が認知症の正しい知識を学ぶ場を設けることで、それぞれの立場に合わせた助け合いの輪を広げていきます。

パンジープラン 21 第 8 期計画
第 9 期苅田町高齢者福祉計画・第 8 期苅田町介護保険事業計画
(令和 3 年度～令和 5 年度)

令和 3 年 3 月

発行：苅田町

編集：苅田町 地域福祉課

〒800-0392 福岡県京都郡苅田町富久町 1 丁目 19 番地 1

TEL : 093-434-1111 FAX : 093-435-0023
