

# パンジープラン21 第9期計画

第10期苧田町高齢者福祉計画・  
第9期苧田町介護保険事業計画  
(令和6年度～令和8年度)



令和6年3月  
苧田町



## はじめに

わが国では、少子高齢化の急速な進展により、高齢者が総人口に占める割合(高齢化率)は 29.1%となり、超高齢社会となっています。

苅田町の高齢化率は、介護保険制度が導入された平成12年には15.5%でしたが令和5年に25.1%となり4人に1人が高齢者という状況です。

高齢者人口の増加に伴う、介護・福祉分野における人材不足や社会保障費負担の増大による財政リスクの高まりも問題とされております。要介護認定者、認知症の方などの医療と介護の複合化したニーズも増加し、高齢化社会への対応は社会全体の課題となっています。

また令和5年には、認知症への社会的理解を背景とした、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立しました。

このような状況を踏まえ、苅田町では「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」の推進と地域共生社会の実現に向けた取り組みが必要と考え、国の方針、苅田町総合計画に基づき「パンジープラン 21 第9期計画」を策定いたしました。

本計画を、より実効性のあるものにするためには、行政はもちろんですが、各関係機関、そして町民の皆さまが、お互いに協力・連携して取り組むことが大切です。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。

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、高齢者実態調査やパブリックコメントにご協力頂いた町民のみなさまに心より感謝申し上げます。



令和6年3月

苅田町長 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
5 国の動向	5
第2章 高齢者をめぐる状況	9
1 人口構成と高齢化の状況	9
2 高齢化率及び高齢者数の推計	12
3 要介護認定者の状況	13
4 調査結果からみる現状と課題	14
第3章 第8期計画の実施状況	29
1 第8期計画の実施状況	29
2 介護給付サービスの計画値と実績値	31
第4章 苅田町の目指すべき姿	33
1 計画の基本理念・基本目標	33
2 基本方針	34
3 計画の体系	36
4 本計画とSDGsの関連性	37
第5章 具体的な施策	39
基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために	39
基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために	45
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	49
基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために	65
第6章 介護保険事業計画	71
1 介護保険事業の推計の概要	71
2 被保険者数、認定者数の推計	72
3 サービス量の見込み	73
4 介護給付費の見込み	82
5 第9期介護保険料の設定	85
6 介護保険事業の基盤整備及び適正な運営	89
第7章 計画推進の体制と連携	93
1 計画の推進体制	93
2 計画推進のための連携	94
関連資料	97
苅田町高齢者福祉施策推進委員会名簿	97



# 第1章 計画の概要





# 第1章 計画の概要

## 1 計画策定の背景と趣旨

介護が必要になっても社会全体で支える新たな仕組みとして、平成12年4月に導入された介護保険制度は、これまでに介護予防重視型の制度への転換、地域密着型サービスの創設や地域包括支援センターの設置による地域中心の新たなサービス体系の確立、さらには、持続可能な介護保険制度を維持しながら、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、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（以下「地域包括ケアシステム」という。）が、各地域の実情に応じて推進されてきました。

平成29年には、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保のため、保険者機能の強化等による自立支援、重度化防止等に向けた取組の推進、医療及び介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組の推進などの介護保険制度の見直しが行われました。

わが国では、高齢化の進行により、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025（令和7）年度には後期高齢者が2,000万人を突破するといわれており、苅田町でも、同年に、後期高齢者が5,000人を超え、総人口に占める後期高齢化率は14%に近づくと予測されています。また、後期高齢者の増加に伴い、要介護者や認知症高齢者も増加することが予想されています。

このような中、高齢者が、住み慣れた地域での生活を継続するために、国が令和元年6月に策定した認知症施策推進大綱の理念等も踏まえ、当事者の意見を聞きながら、医療、介護、住まい、生活支援・介護予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムの深化を進めていく必要があります。さらに、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年度には高齢者人口が4,000万人に迫ると予想されており、現役世代人口が減少する中での社会活力の維持向上のため、高齢者の多様な就労・社会参加、健康寿命延伸、医療・福祉サービス改革への取組みが求められています。

また、児童、障がい者、高齢者などの個別の制度・サービスによる従来の支援体制では問題解決に至らない地域住民や世帯が増加するなど、地域住民が抱える課題は複雑化・複合化しています。

令和6年3月末をもって現行計画である「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）」の計画期間が満了することから、当該計画に掲げている施策の実施状況や効果を検証し、さらなる「地域包括ケアシステム」の推進を図るため、新たに「パンジープラン21 第9期計画（第10期苅田町高齢者福祉計画・第9期苅田町介護保険事業計画）」を定めます。

## 2 計画の位置づけ

第10期苜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9期苜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。

計画名称	根拠法	主な対象者	計画の性格
第10期苜田町 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9期苜田町 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

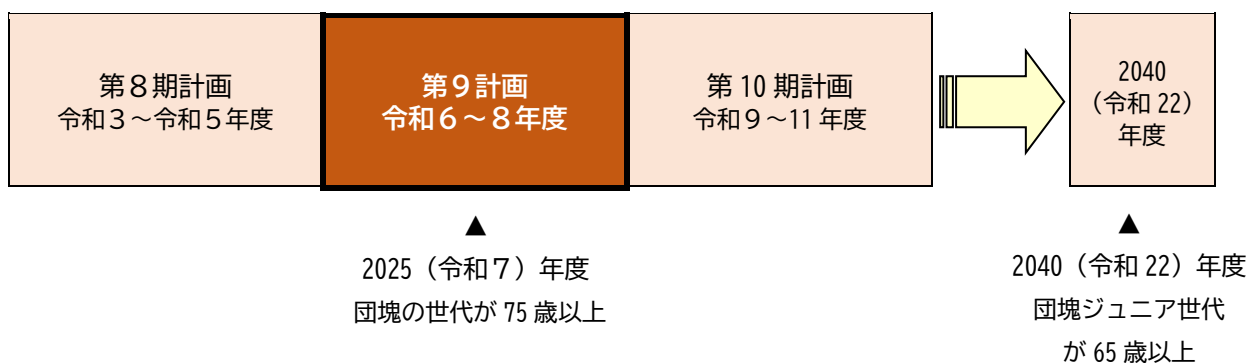
両計画の見直しに当たっては、国の定める策定指針を踏まえ、「福岡県高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」、「福岡県医療計画（地域医療構想）」との整合を図るとともに、苜田町における最上位計画「苜田町総合計画」や「苜田町地域福祉計画、苜田町地域福祉活動計画」、「苜田町障がい者長期計画」、「苜田町障がい者福祉計画」、「いきいきかんだ21 苜田町健康づくり計画」等、苜田町の各種関連計画との整合を図りました。

### 3 計画の期間及び進行管理

本計画の計画期間は、令和6年度から令和8年度までの3か年とします。

同時に、本計画期間中に、団塊の世代が全員75歳以上となる2025（令和7）年を迎えること、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年を見据えて、苅田町における高齢者支援・介護予防・介護サービスのあり方を包括的に整備するという視点から策定します。

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。



### 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、苅田町の課題や住民のニーズを把握する必要があります。

そのため、苅田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。

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4年11月14日現在、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5年1月12日～ 令和5年1月31日	発送5,000人 回収3,755人 有効回収率 75.1%
在宅介護実態調査	令和4年11月14日現在、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	郵送配付・回収 令和5年1月12日～ 令和5年1月31日	対象者640人 回収340人 有効回収率 53.1%

## (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5年6月から令和6年2月まで計7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、公募による住民の代表にも参画いただき、16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。

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5年6月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当委員会、各部会の目的、構成、審議内容等について</li> <li>・令和5年度の開催スケジュールについて</li> <li>・第9期介護保険事業計画の概要・調査報告について</li> <li>・「パンジープラン21第8期計画」令和4年度実績報告及び取組評価について</li> </ul>
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5年7月10日 天候不良のため、 書面開催へ切替	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「パンジープラン21第8期計画」令和4年度実績報告及び取組評価について報告</li> </ul>
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5年9月5日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「パンジープラン21第8期計画」令和4年度実績報告及び取組評価に関する意見・回答について</li> <li>・「パンジープラン21第9期計画」策定に伴う基本指針について</li> </ul>
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5年11月8日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「パンジープラン21第9期計画」素案（第1章から第4章）について</li> </ul>
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5年12月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「パンジープラン21第9期計画」素案（第5章から第7章）について</li> </ul>
第2回苅田町高齢者福祉施策推進委員会	令和6年1月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委員長の選出</li> <li>・「パンジープラン21第9期」（原案）の確認について</li> </ul>
第3回苅田町高齢者福祉施策推進委員会	令和6年2月26日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パブリックコメントについて</li> <li>・答申について</li> </ul>

## (3) 計画素案の公表、住民からの意見募集

令和6年2月5日から2月16日に計画素案を公表し、住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

#### 第8期（令和3年度～令和5年度）

- ・ 地域包括支援センターの役割強化（世代や属性を問わない相談窓口の創設、交流の場の確保など）
- ・ 認知症対策の強化（支援体制の整備、予防のための調査研究の推進、地域住民との共生、他分野との連携など）
- ・ 医療・介護データ基盤の整備
- ・ 介護人材確保・業務効率化に向けた取り組みの強化
- ・ 社会福祉連携推進法人制度の創設

## (2) 第9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5年2月27日の社会保障審議会介護保険部会において、第9期計画の基本方針を提示しました。

第9期計画期間中に、団塊の世代が全員75歳以上となる2025（令和7）年を迎え、高齢者人口がピークを迎える2040（令和22）年を見通すと、今後85歳以上人口が急増することが予測されます。それに伴い医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を、優先順位を検討した上で、介護保険事業計画に定めることが重要となります。

### ①介護サービス基盤の計画的な整備

#### ○地域の実情に応じたサービス基盤の整備

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

具体的には、令和3年度～令和5年度の介護給付等の実績を踏まえつつ、サービス提供事業者を含め、地域関係者と共有し、第9期計画における施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランスよく組み合わせて、介護サービス基盤を計画的に確保していく必要があります。その際、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重要となります。

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

#### ○在宅サービスの充実

地域包括ケアシステムを具体化するために中核をなすサービスといえる地域密着型サービスの更なる普及が重要となっています。特に、定期巡回随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は小地域内でサービス提供を行うため利用者の「住み慣れた地域」での生活継続の支援に適していること、包括報酬型サービスであることから一人ひとりの心身状態の変化に現場レベルで柔軟に対応できるため「自分らしい暮らし」の支援に適しています。国で検討する普及方策も踏まえ、地域の実情に応じて更なる普及を検討し、取り組むことが重要です。

また、居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応するために、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の推進、居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実が求められています。

## ②地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

### ○地域共生社会の実現

地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、「地域共生社会」の実現を目指すことが重要となります。地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進していくことが求められます。

また、地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されることも踏まえ、障害分野や児童福祉分野など他分野と連携促進を図っていくことが重要であり、このようなニーズに対応し適切にその役割を果たすために、地域包括支援センターにおける体制や環境の整備を進めることが重要となります。

認知症施策については、認知症施策推進大綱における施策の各目標の進捗状況の評価を踏まえ、進捗状況が低調な項目については対応策を検討しつつ、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の実現に向け、引き続き「共生」と「予防」を車の両輪として、施策を推進していくことが重要です。

### ○介護事業所間、医療・介護間の連携

デジタル技術を活用した医療・介護の情報基盤の一体的な整備によって、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進め、地域包括ケアシステムの一層の推進を図っていくことが必要となっています。

### ○保険者機能の強化

介護給付の適正化事業は、実施主体が保険者であり、保険者が本来発揮すべき保険者機能の一環として自ら主体的・積極的に取組の重点化、内容の充実、見える化に取り組むことが重要となります。

## 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

高齢者人口は2040（令和22）年に向けてピークを迎えますが、生産年齢人口は今後急速に減少していくことが見込まれています。地域包括ケアシステムを支えるためには、介護人材の安定的な確保と介護サービスの質の向上や職員の負担軽減、職場環境の改善などの生産性の向上の推進を一体的に進めていくことが不可欠となっています。

介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、介護職の魅力向上、外国人材の受入れ環境整備などの取組を総合的に実施する必要があります。

本計画の策定にあたっては、これらの内容を踏まえた見直しを行います。



## 第2章 高齢者をめぐる状況



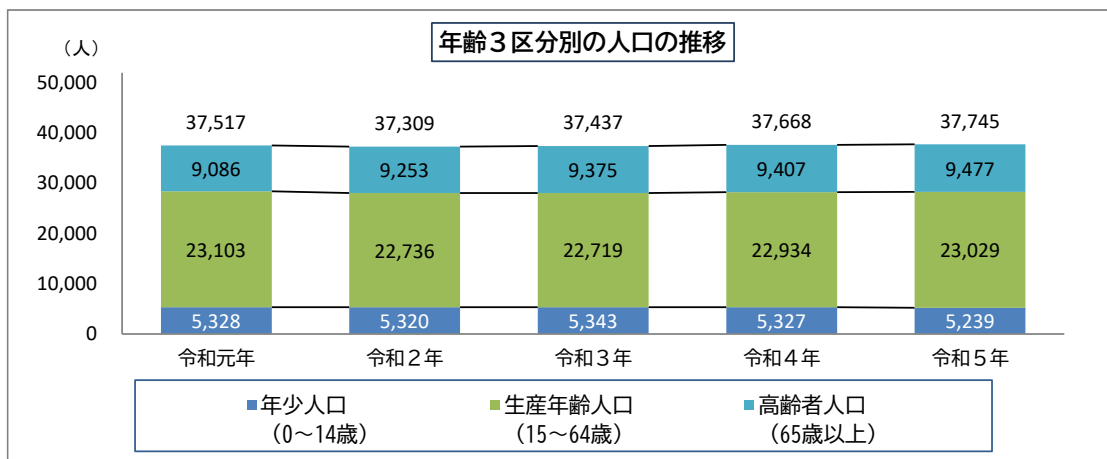
## 第2章 高齢者をめぐる状況

### 1 人口構成と高齢化の状況

#### (1) 人口の推移

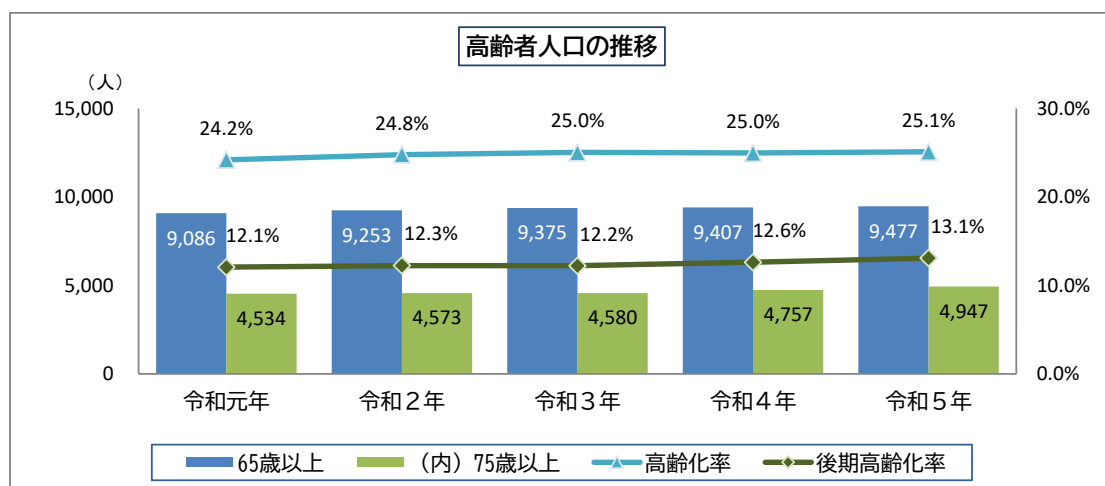
荊田町の総人口は、令和元年の37,517人から令和5年の37,745人と年ごとの増減はあるもののほぼ横ばいで推移しています。

年齢3区分別人口で見ると、0～14歳の年少人口、15～64歳の生産年齢人口はほぼ横ばいで推移していますが、65歳以上の高齢者人口は増加傾向で推移しています。



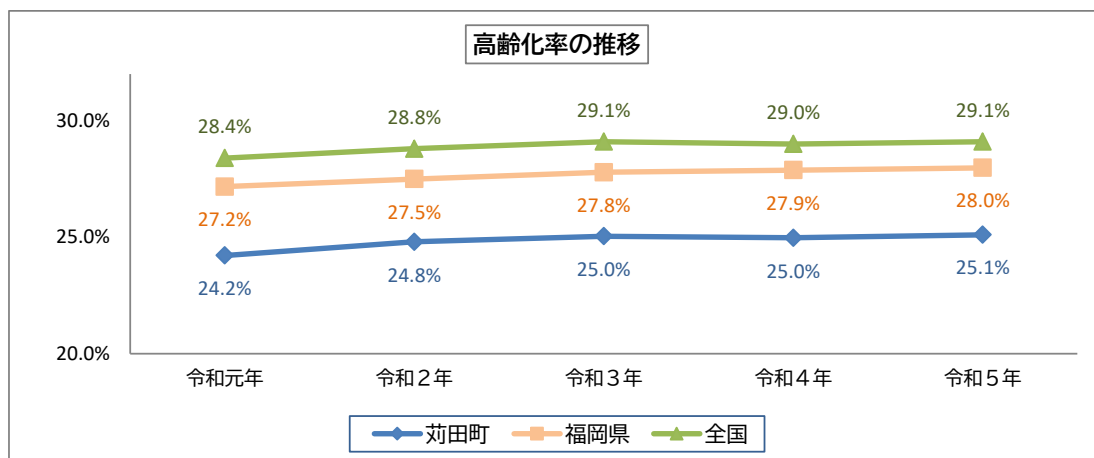
資料：住民基本台帳（各年9月末）

高齢化率（総人口に占める高齢者の割合）は、令和元年の24.2%から、令和5年の25.1%まで増加傾向で推移しています。また、後期高齢化率（総人口に占める後期高齢者の割合）も令和元年の12.1%から、令和5年には13.1%となっており、増加傾向で推移しています。



資料：住民基本台帳（各年9月末）

高齢化率（総人口に占める高齢者の割合）を、全国、福岡県と比較すると、全国及び福岡県より低い水準で推移しています。

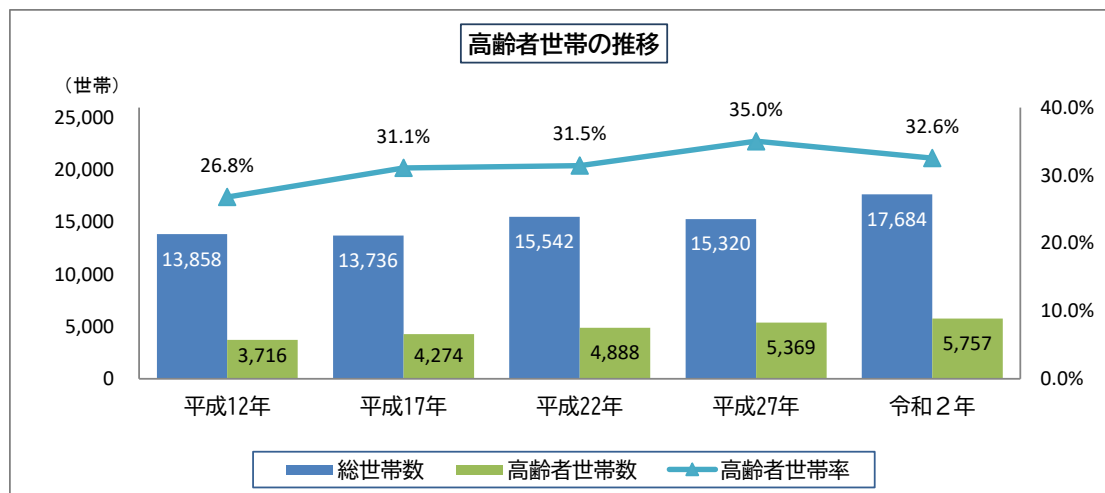


資料：Arita Town 住民基本台帳（各年9月末）  
Fukuoka Prefecture 福岡県ホームページ  
全 国 統計局ホームページ

## (2) 世帯数の推移

総世帯数は、平成12年の13,858世帯から、令和2年の17,684世帯まで年ごとの増減はあるものの、増加傾向で推移しています。

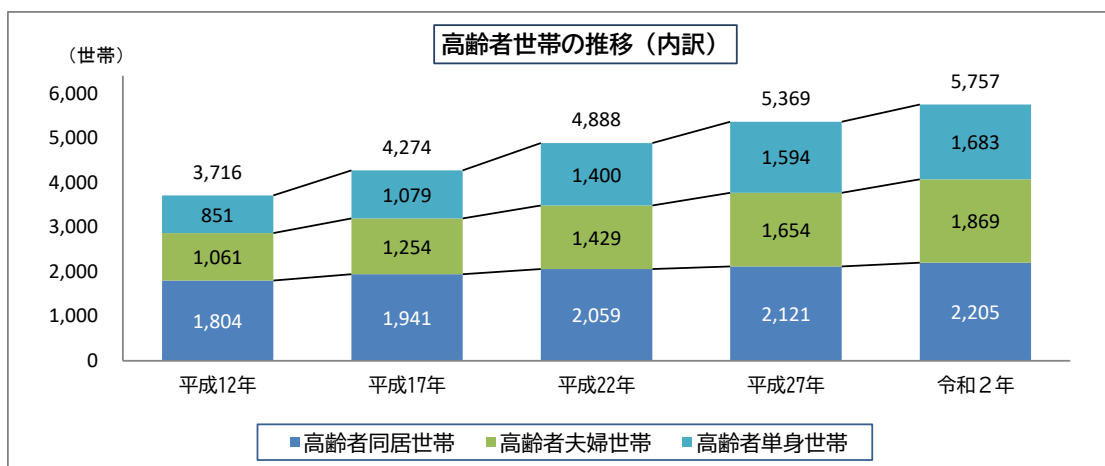
高齢者を世帯員に含む高齢者世帯数も、平成12年の3,716世帯から、令和2年の5,757世帯まで増加傾向で推移しています。



資料：国勢調査

※総世帯数は一般世帯のみ（施設等の世帯を除く）

高齢者世帯の内訳をみると、高齢者と他の年代が同居する「高齢者同居世帯」はゆるやかな増加傾向で推移しているのに対し、「高齢者夫婦世帯」、「高齢者単身世帯」は大幅に増加しています。



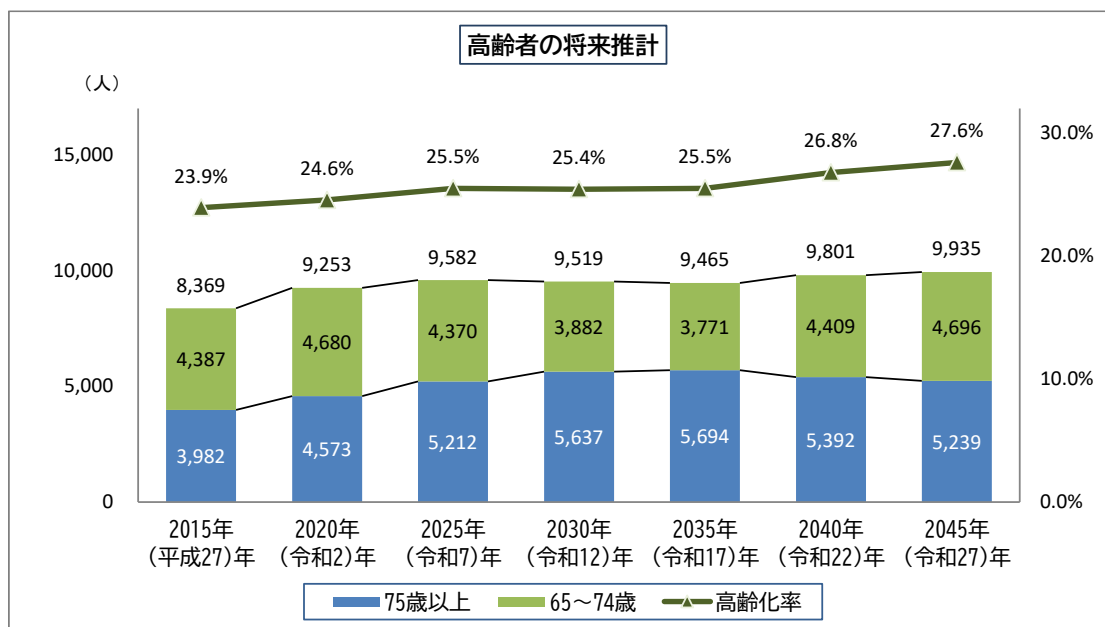
資料：国勢調査

※総世帯数は一般世帯のみ（施設等の世帯を除く）

※高齢者夫婦世帯とは、夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯

## 2 高齢化率及び高齢者数の推計

2018（平成30）～2023（令和5）年の人口実績を使用したコーホート変化率法による推計では、苧田町の高齢化率は今後も上昇する見込みです。高齢者数は2025（令和7）年以降ほぼ横ばいに推移しており、2045（令和27）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（令和17）年以降、減少する見込みです。



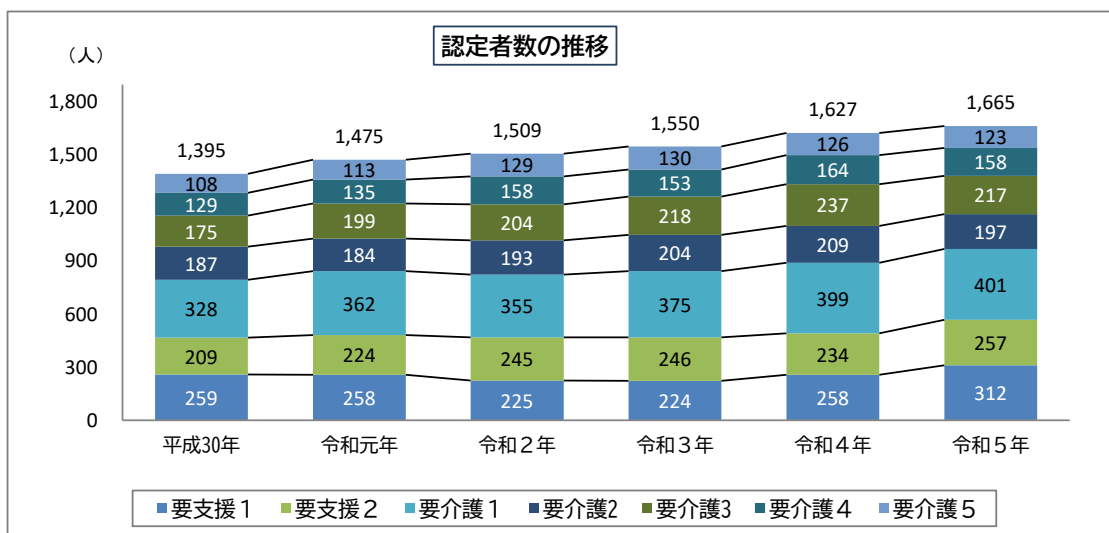
資料：2015（平成27）～2020（令和2）年まで：住民基本台帳（各年9月末）  
2025（令和7）年以降：コーホート変化率法により推計

### 3 要介護認定者の状況

#### (1) 認定者数の推移

要介護（支援）認定者は、平成30年の1,395人から令和5年の1,665人まで増加傾向で推移しています。

要介護（支援）度別の認定者数の推移では、要支援1、要支援2、要介護1の軽度者が増加傾向にあります。

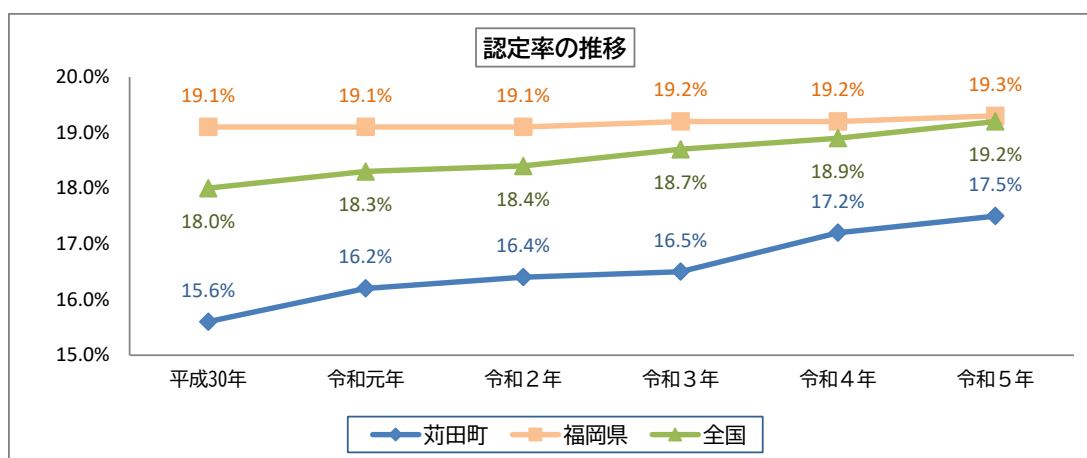


資料：介護保険事業状況報告（各年3月末）

#### (2) 認定率の推移

要介護（支援）認定率は、平成30年の15.6%から令和5年の17.5%まで増加傾向で推移しています。

全国、福岡県と比較すると、全国及び福岡県より低い水準で推移しています。



資料：介護保険事業状況報告（平成30～令和4年：各年3月末、令和5年6月末）

## 4 調査結果からみる現状と課題

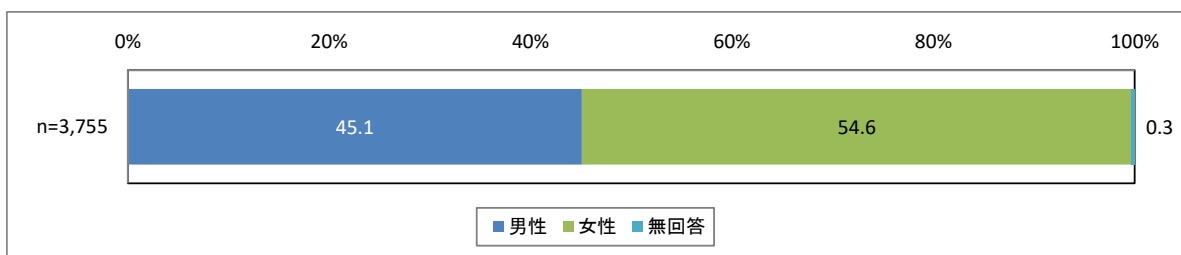
### (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

#### ①回答者の属性・住まいの状況

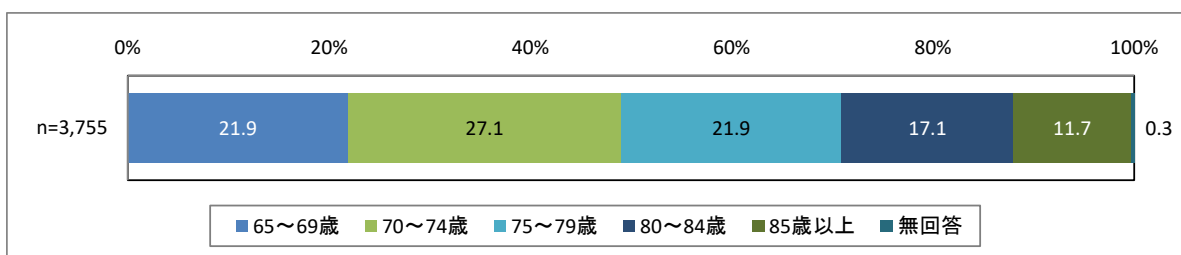
回答者の属性について、男性が45.1%、女性が54.6%と女性のほうが多くなっています。年齢では、70～74歳が最も多く、次いで65～69歳、75～79歳の順となっています。

家族構成については、1人暮らしが22.5%、夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上）が39.8%となっており、合わせると6割以上が高齢者のみの世帯となっており、地域における見守りが必要となっています。

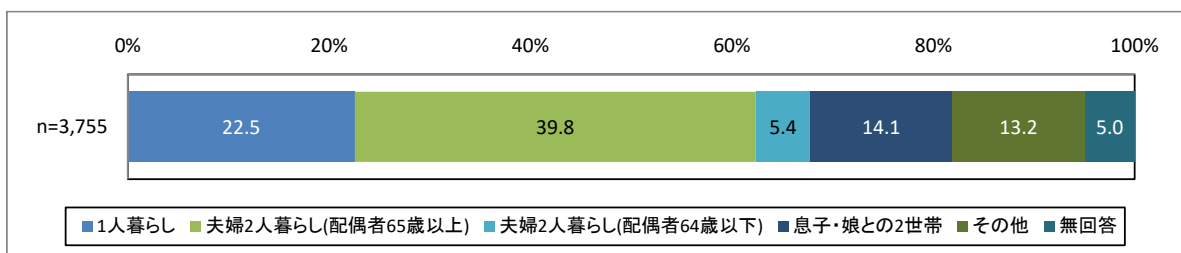
#### 【性別】



#### 【年齢】



#### 【家族構成】





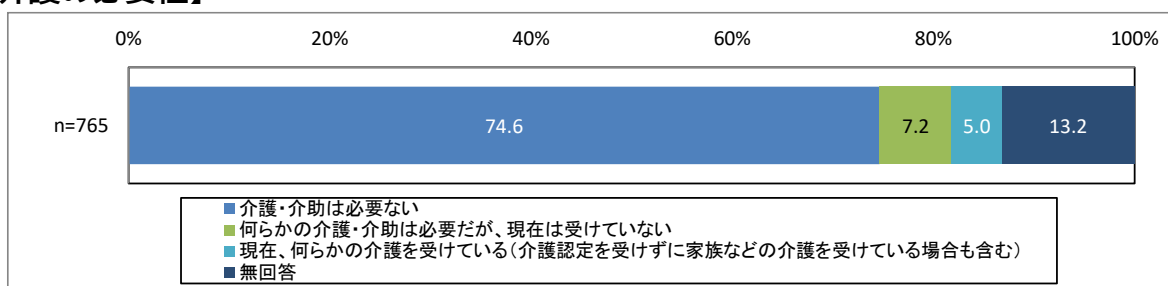
## ②介護の状況

今回調査の回答者のうち介護（支援）認定は受けていないものの、現在、何らかの介護を受けている人は 5.0%、何らかの介護・介助は必要だが現在は受けていない人は 7.2%となっています。

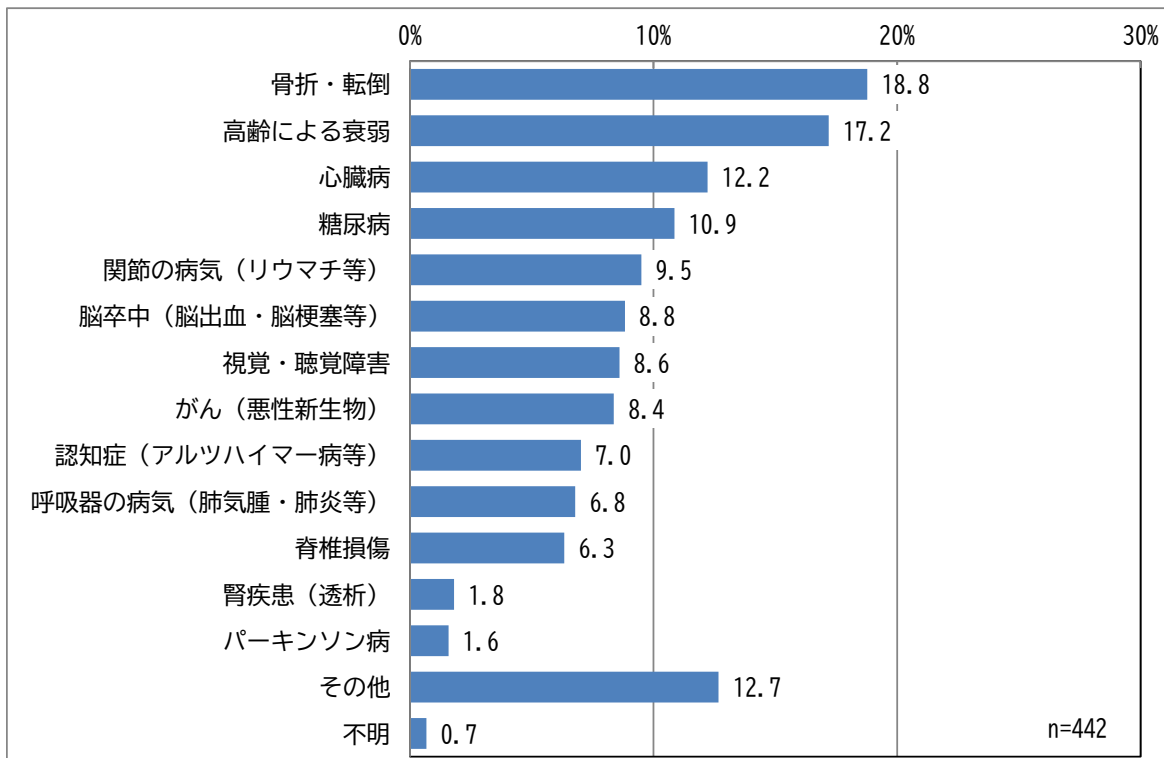
現在、何らかの介護を受けている人及び何らかの介護・介助は必要だが現在は受けていない人が介護・介助が必要になった原因については、「転倒・骨折」が 18.8%と最も多く、次いで「高齢による衰弱」17.2%、「心臓病」12.2%となっています。そのほか、糖尿病や脳卒中など生活習慣病に起因する疾患により介護・介助が必要になっているケースも一定数みられます。要介護状態になる原因には、高齢による身体機能の低下だけでなく、生活習慣病に起因する疾病が多くみられることから、若年からの生活習慣病の予防と悪化防止を図り、外出のきっかけであり身体機能・認知症予防等の効果が期待される通いの場等において、あわせて保健分野の取り組みを進めることが重要です。

また、現在、何らかの介護を受けている人の主な介護者について、最も多いのは娘となっており、配偶者（夫・妻）、息子等の親族の割合が多くなっていることから家族介護者へのフォローも重要です。

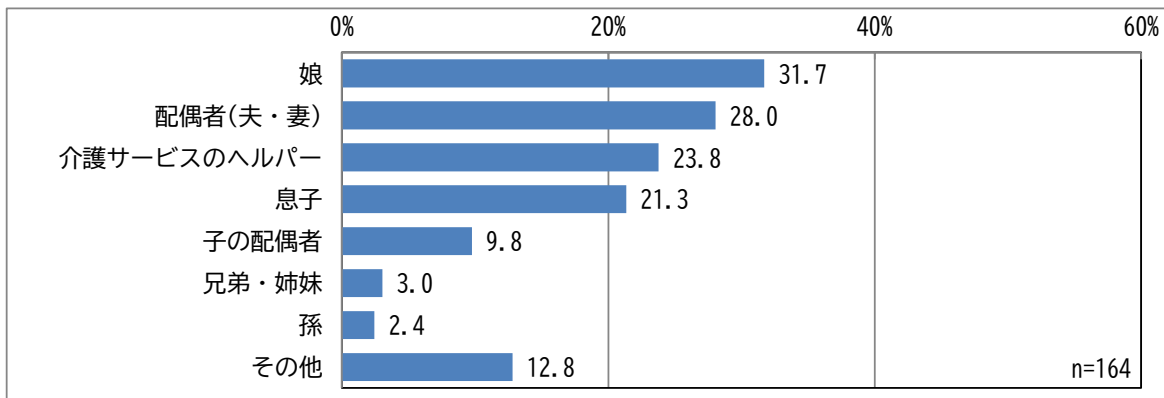
### 【介護の必要性】



【介護・介助が必要になった原因】（介護を受けている人、介護が必要な人）



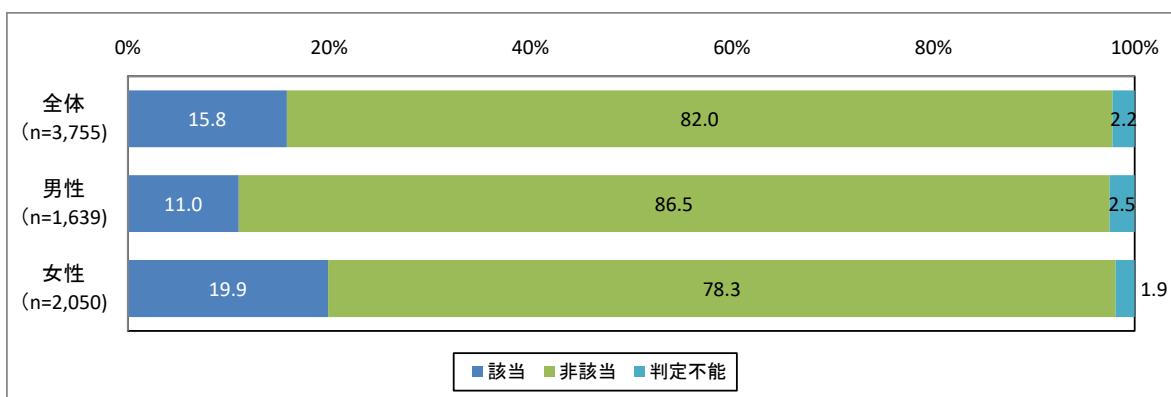
【主な介護者】（介護を受けている人）



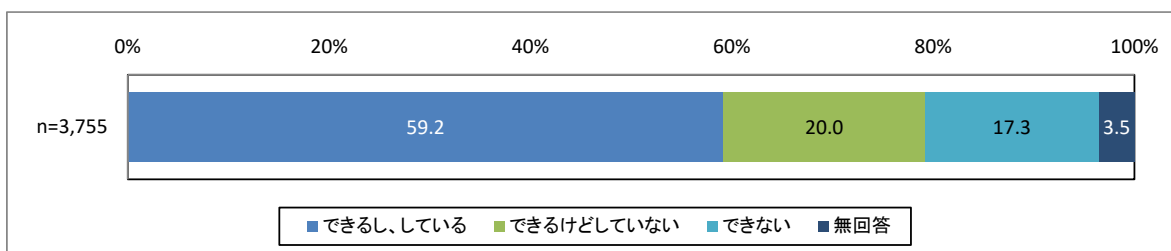
### ③運動について

運動器機能の低下をみると、リスク該当者の割合は全体で 15.8%となっていますが、男性と比較して女性の方が 8.9 ポイント多くなっています。補助なしで階段を昇ることや椅子から立ち上がること、15 分程度歩くことについて、できるにもかかわらずしていない人が 1 割から 2 割近くみられ、日常生活におけるこうした取り組みを積極的に行うことによって、身体機能が維持され、介護予防につながることの意識付けが必要です。

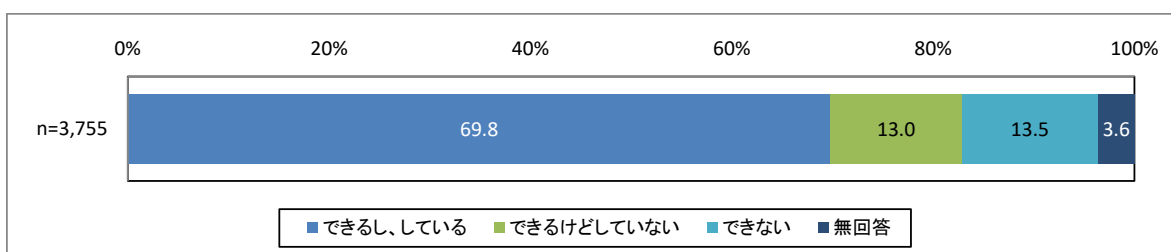
#### 【運動機能評価】



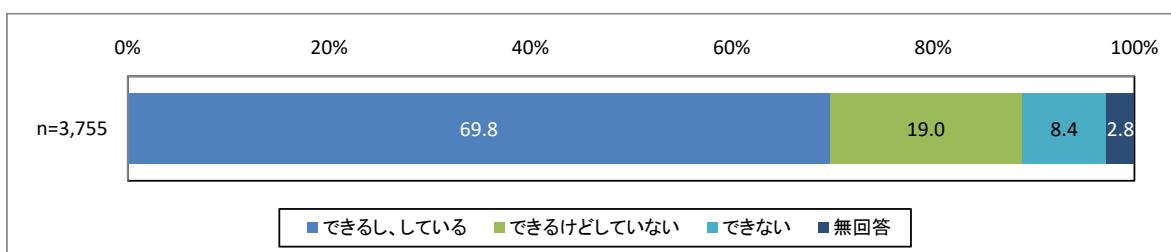
#### 【階段を手すりや壁をつたわずに昇れるか】



#### 【椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれるか】



#### 【15 分位続けて歩けるか】

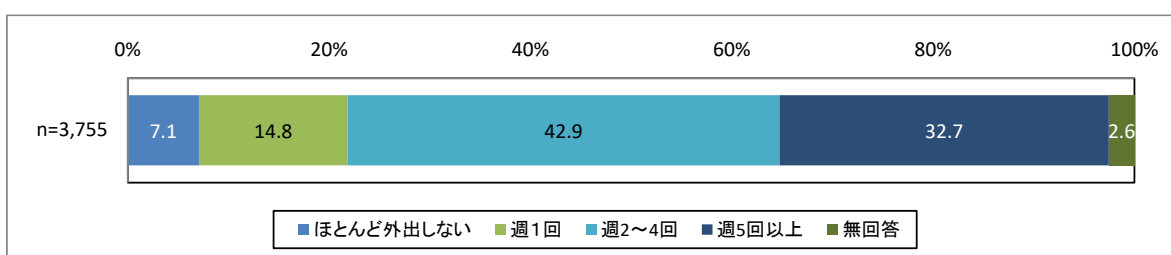


#### ④外出について

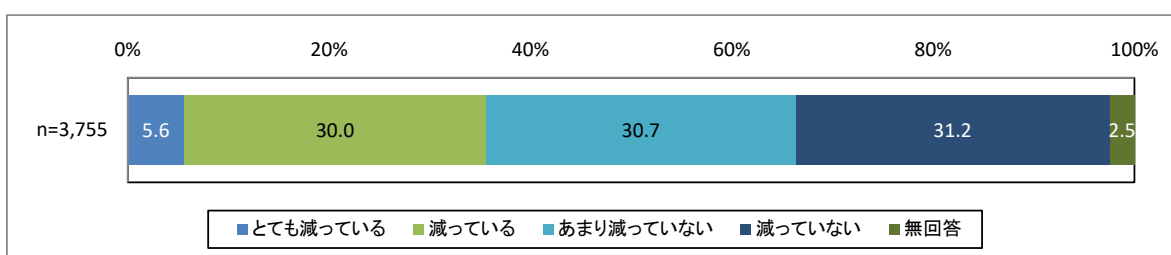
外出の状況については、週1回以上外出する人が9割以上となっており、ほとんどの人が週に1回以上外出していますが、昨年と比べて外出の回数が減った人が4割近くとなっています。外出を控えている理由について、「足腰などの痛み」が3割以上となっており、身体的な理由で外出が億劫になっている人が多く、原因となる関節疾患や運動機能低下への対応が必要です。

また、外出を控えている理由として「交通手段がない」が一定数みられ、足腰などの痛みにより外出が億劫になることに加え、交通手段がないことにより閉じこもり傾向になっている可能性があることから、転倒や足腰の痛み等に配慮した安全な移動手段の確保が求められます。（外出を控えている状況に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響による生活様式の変化などを留意する必要があります。）

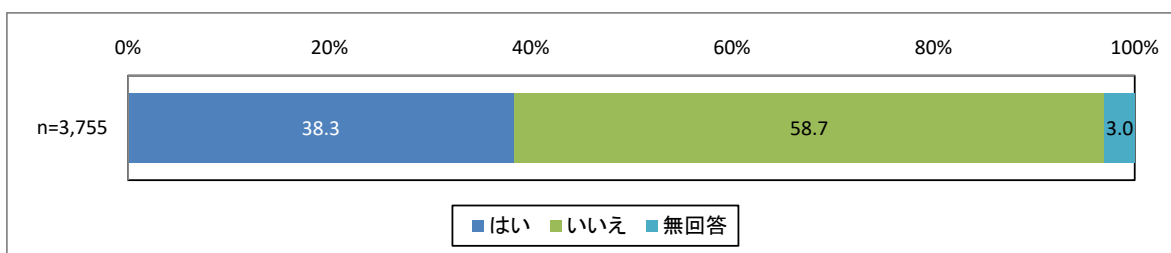
#### 【外出の状況】



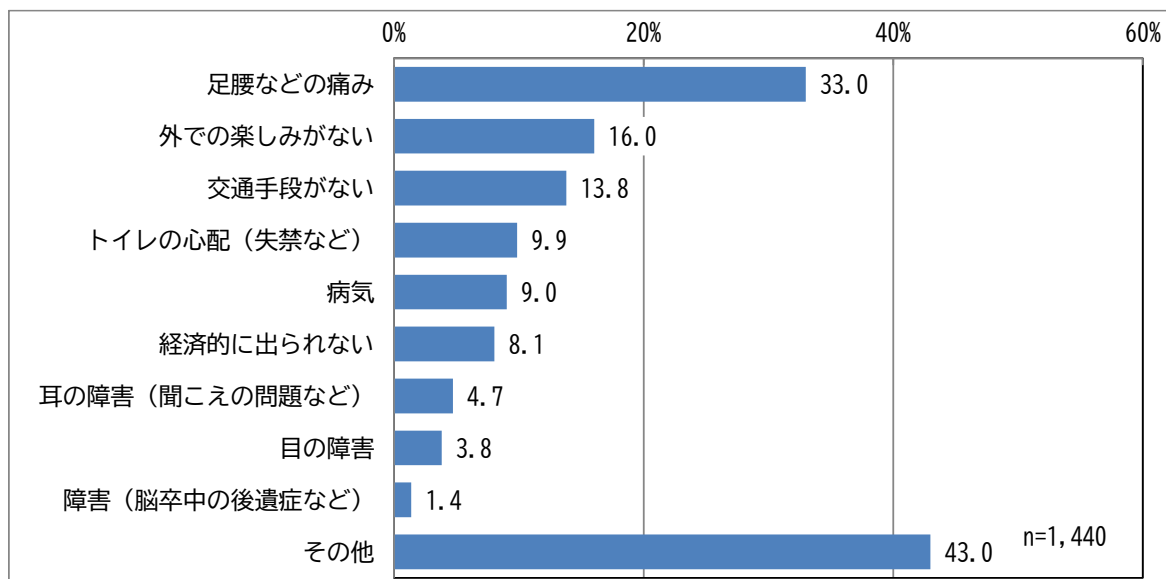
#### 【昨年と比べて外出の回数】



#### 【外出を控えているか】



## 【外出を控えている理由】

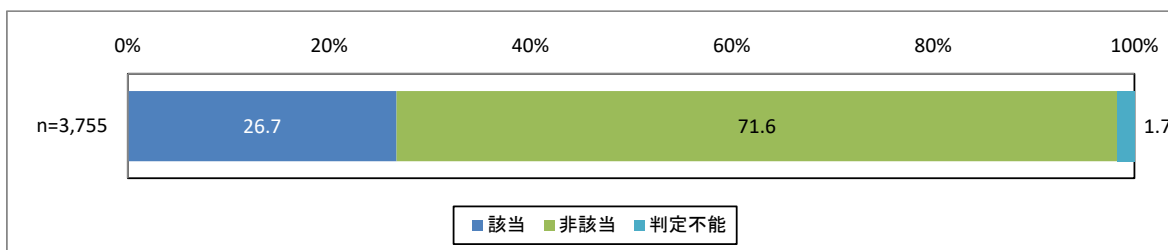


## ⑤口腔・栄養について

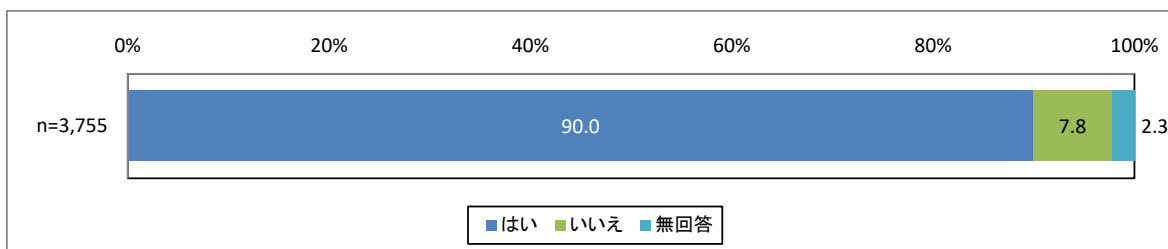
咀嚼機能、嚥下機能等の口腔機能低下のリスクに該当している人は26.7%となっています。また、歯磨きの状況を見ると、毎日行えていない人は7.8%となっています。

口内を清潔に保つことで、口腔機能の維持・栄養状態の改善のほか、肺炎や認知症の予防にもつながるとされていることから、口腔清掃方法の周知と習慣付けを行うことが必要です。

## 【口腔機能低下者】



## 【歯磨きを毎日しているか（人にやってもらう場合も含む）】



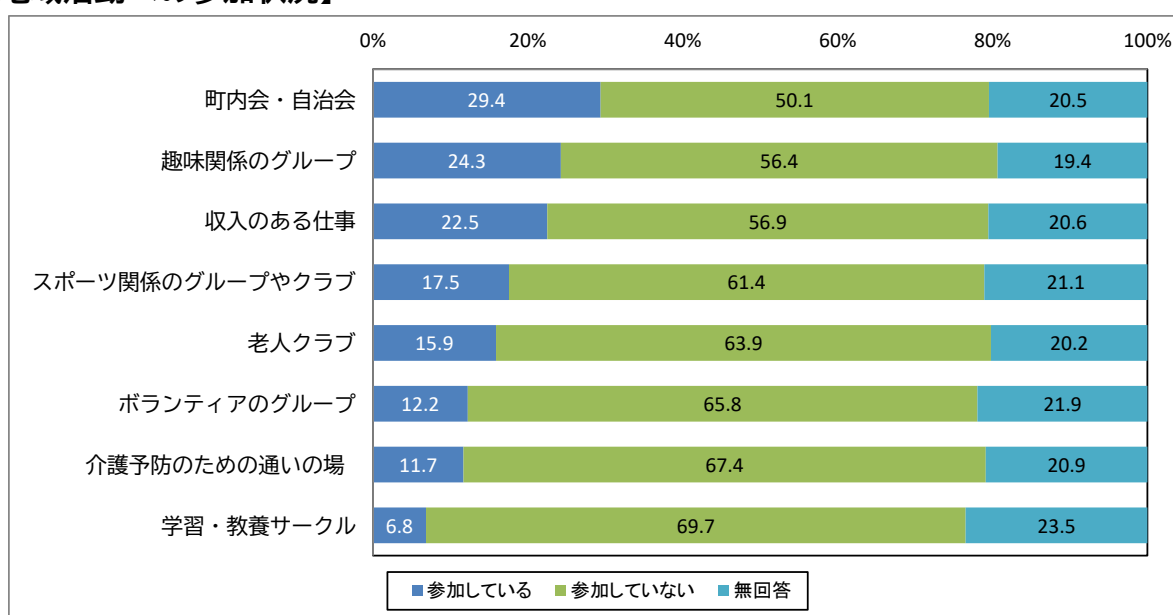
## ⑥社会参加について

今回調査の8項目の地域活動の中では、町内会・自治会、趣味関係のグループに参加している人が比較的多くなっています。介護予防のための通いの場については、参加している人が1割程度と少なくなっています。

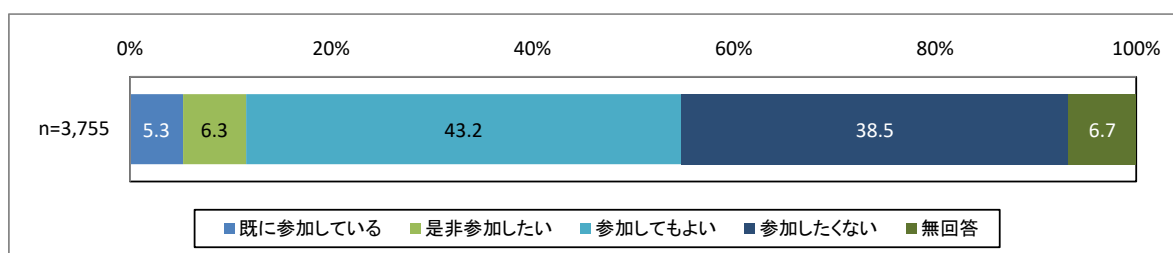
地域づくり活動について、参加者として参加可能である人は49.5%、お世話役として参加可能である人は29.6%となっています。

町内会・自治会、老人クラブや趣味・スポーツ関係のグループなどへの参加を通じて地域の人との関わりの場を持ち、これを地域づくり活動に展開していくよう取り組む必要があります。また、地域づくり活動の担い手となる人材育成を支援し、住民主体の地域づくり活動に繋げていく必要があります。

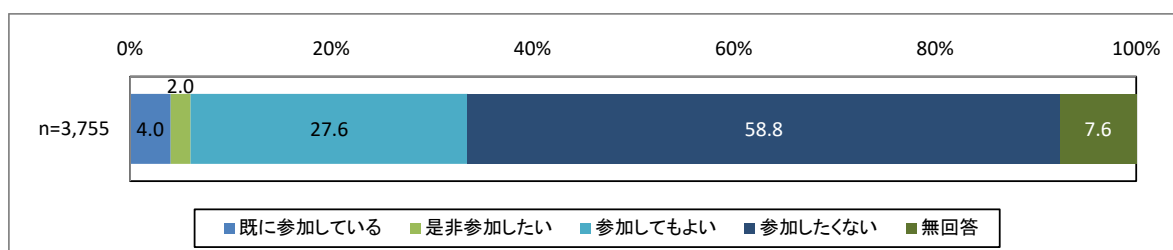
### 【地域活動への参加状況】



### 【地域づくり活動に関する参加者としての参加】



### 【地域づくり活動に関するお世話役としての参加】

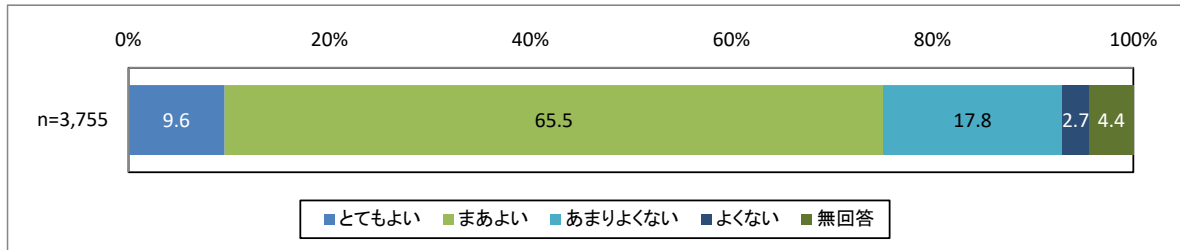


## ⑦健康について

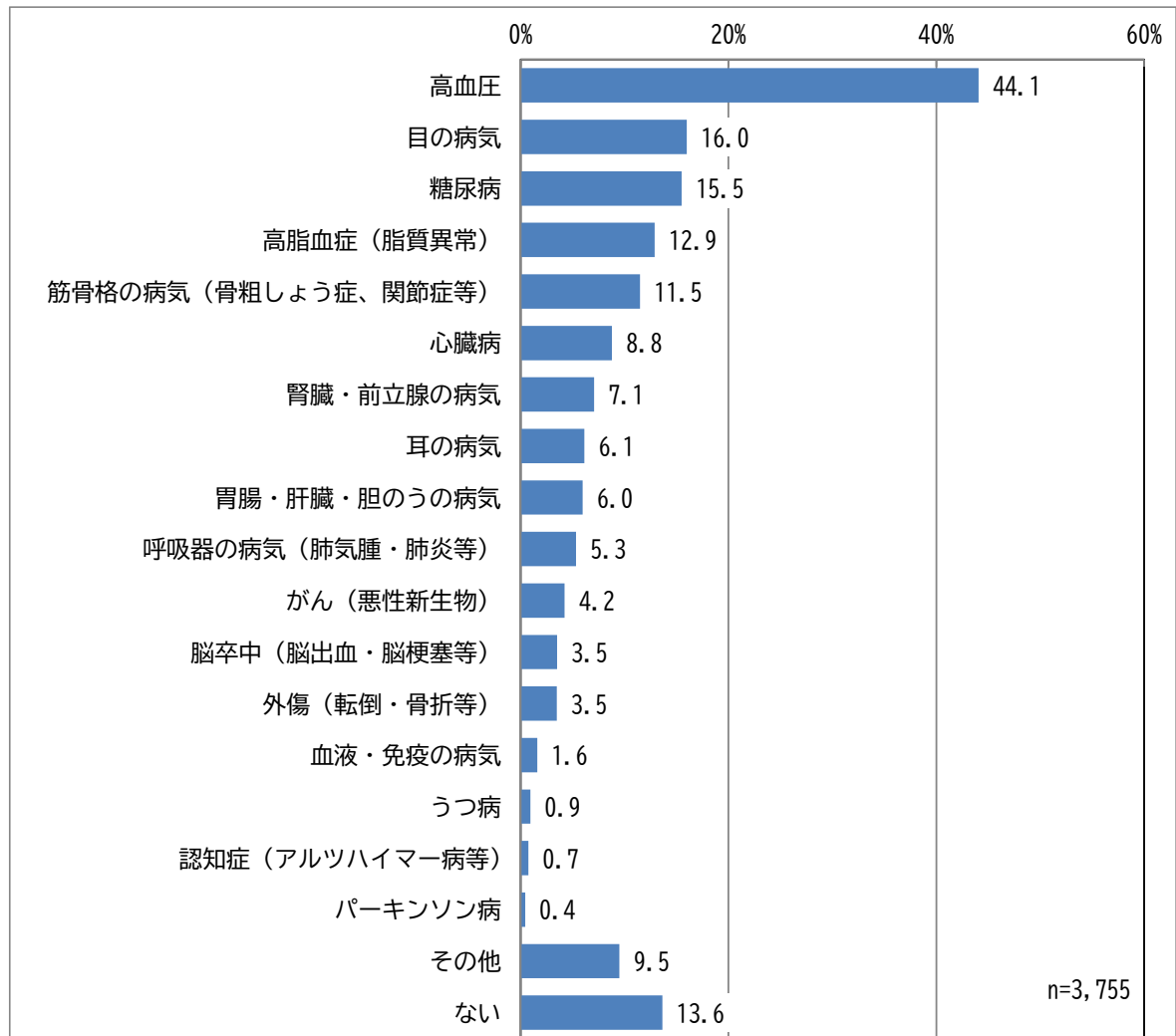
自身の健康状態をよいと感じている人は全体で7割以上となっています。

既往歴に関しては、高血圧、糖尿病、高脂血症等の生活習慣病に起因する疾病が多くみられるため、健診などによる生活習慣病対策が重要であると考えられます。

### 【現在の健康状態】



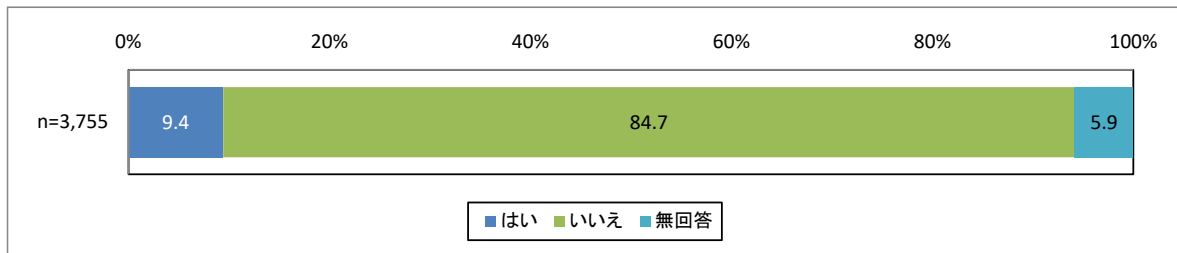
### 【現在治療中、または後遺症のある病気】



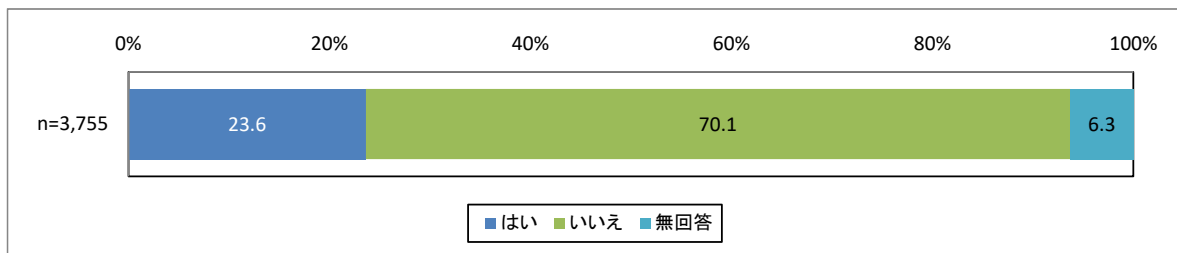
## ⑧認知症について

認知症について、自身や家族に症状がある人は1割弱となっています。また認知症に関する相談窓口を知っている人は2割強となっています。認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」をめざし、認知症バリアフリーの地域づくりを進めるにあたり、認知症の症状の有無にかかわらず、まずは地域で認知症の相談窓口が周知されることが重要であると考えられます。

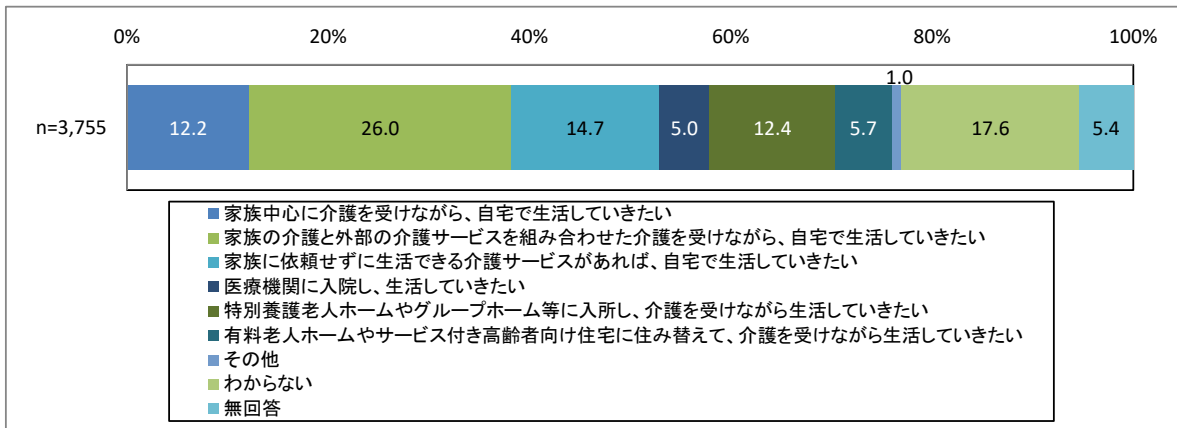
### 【認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるか】



### 【認知症に関する相談窓口を知っているか】



### 【認知症になったらどのように暮らしたいか】





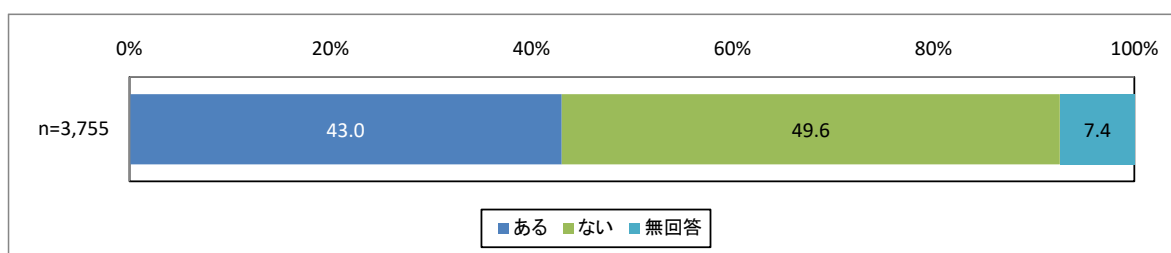
### ⑨人生の終わりに向けた活動について

終末期の過ごし方について考えたことがある人は4割強となっており、終末期の過ごしかたについて家族に伝えるなどしたことがある人も4割強となっています。

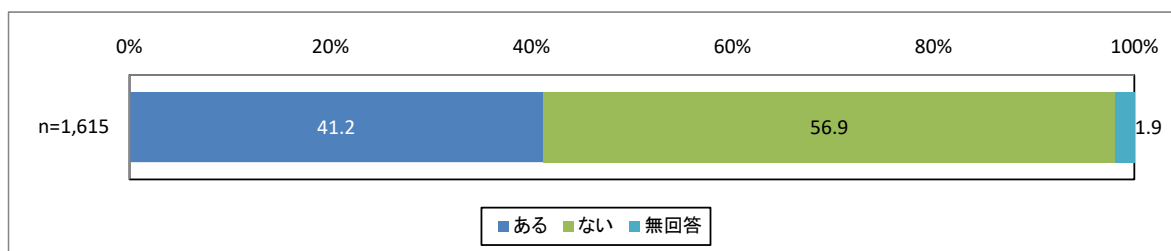
最期の時を過ごす場所の希望では、「自宅」が4割弱と最も高くなっていますが、最後まで自宅で療養できている人は、1割弱と少なくなっています。最後まで自宅で療養することが困難な理由としては、「介護する家族に負担がかかる」(75.8%)、「往診してくれるかかりつけ医がない」(36.9%)、「経済的な負担が大きい」(34.7%)が多くなっています。

望む方が最後まで自宅で療養できるよう、最後まで自宅で過ごすことのできる環境作りへの支援が重要です。

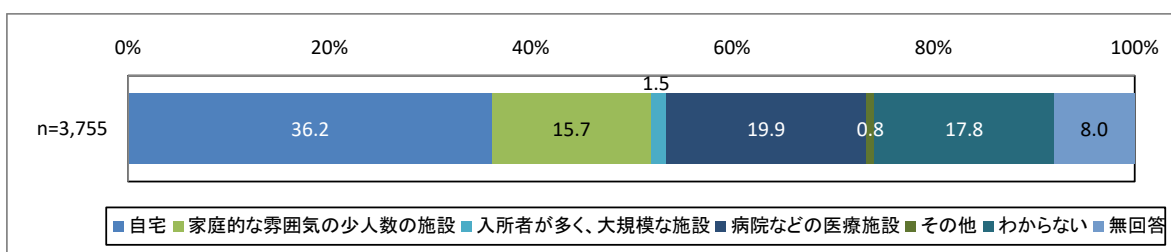
#### 【終末期の過ごし方について考えたことがあるか】



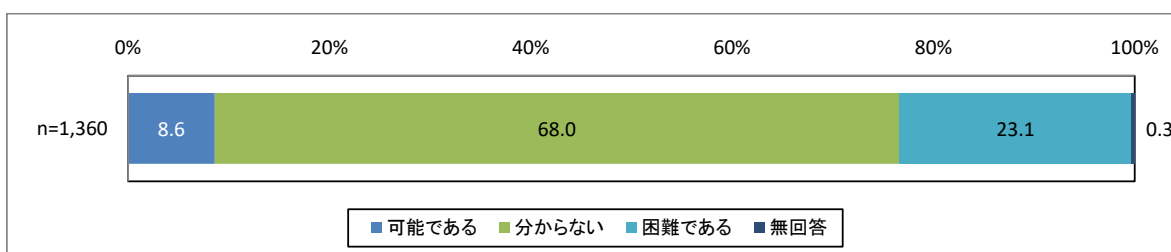
#### 【終末期の過ごしかたについて、家族に伝えたりしたことがあるか】



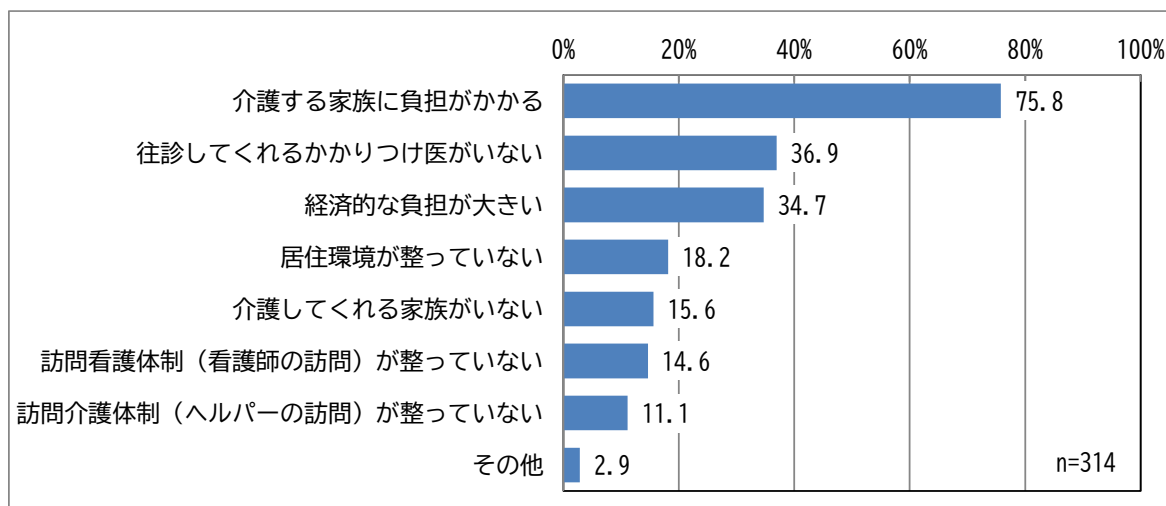
#### 【終末期を迎えた場合に暮らしたい場所】



#### 【終末期において自宅で最後まで療養できると思うか】



### 【終末期において自宅で最後まで療養することが難しいと思う理由】

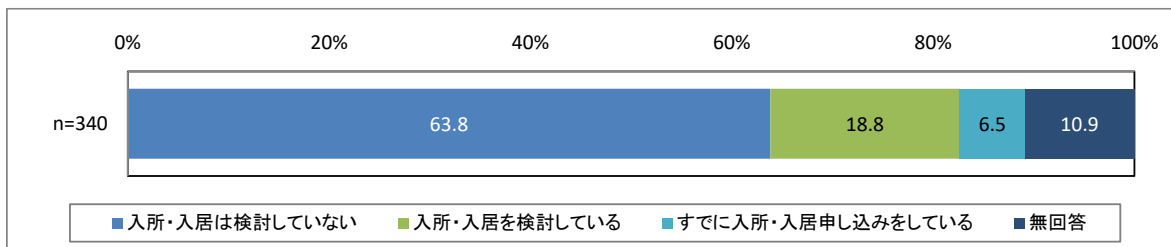


## (2) 在宅介護実態調査

### ①在宅生活の継続を考えている人

施設等への入所・入居の検討状況に関して、「入所・入居を検討している」は18.8%、「すでに入所・入居申し込みをしている」は6.5%、一方、「入所・入居を検討していない」は63.8%と多くの方が在宅生活の継続を希望される状況がうかがえます。

#### 【施設等への入所・入居の検討状況】

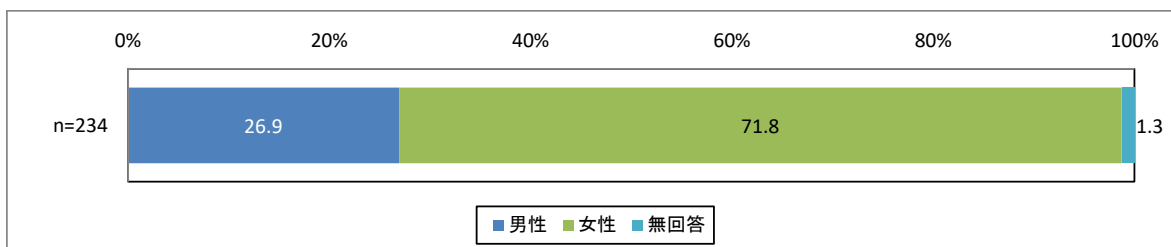


### ②主な介護者の状況

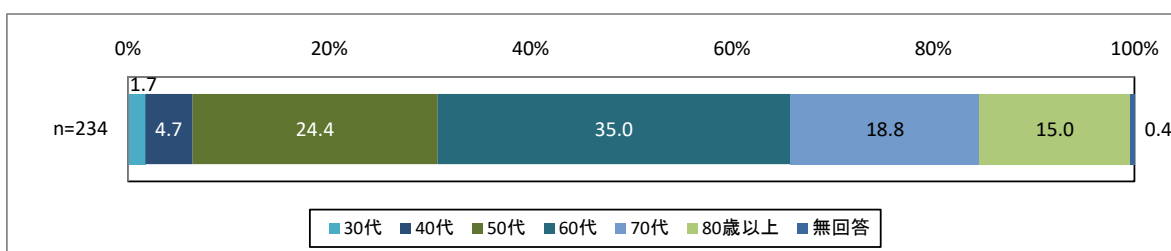
主な介護者に関しては、女性が7割以上を占め、60代が35.0%と最も多く、70代以上も33.8%と多くなっています。なお、20代以下の介護者はいませんでした。

また、主な介護者の就労状況については、フルタイム勤務が23.9%、パートタイム勤務が17.1%と働いている人は4割程度となっています。

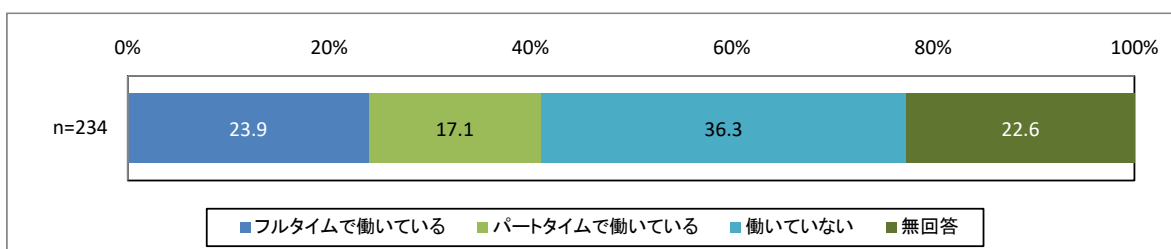
#### 【主な介護者の性別】



#### 【主な介護者の年齢】



#### 【主な介護者の就労状況】

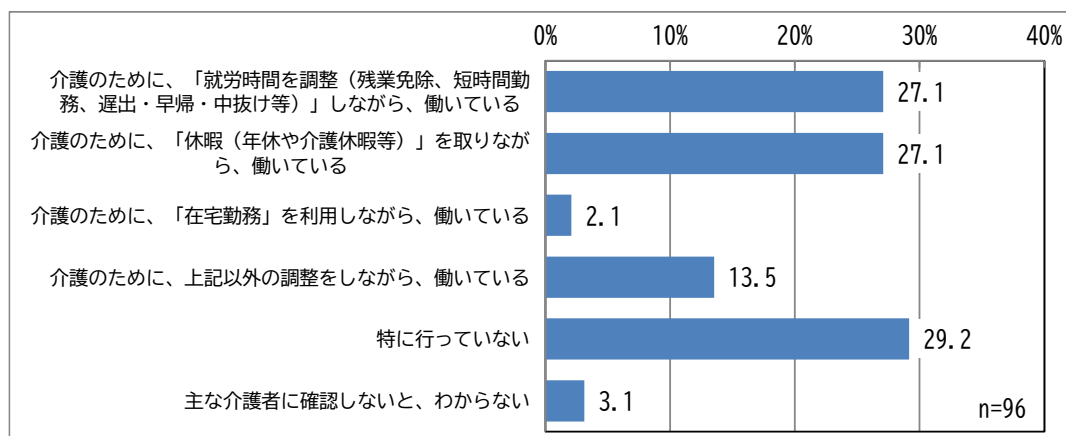


### ③今後の就労継続見込

現在介護のために行っている働き方の調整について、「就労時間の調整」など何らかの調整を行っている人がある程度みられます。

職場での就労時間の調整・柔軟な選択や介護休業・介護休暇等の制度の充実、またそれらの制度等を気兼ねなく行うことのできる職場づくりにより、在宅生活継続の可能性を高めていく必要があります。

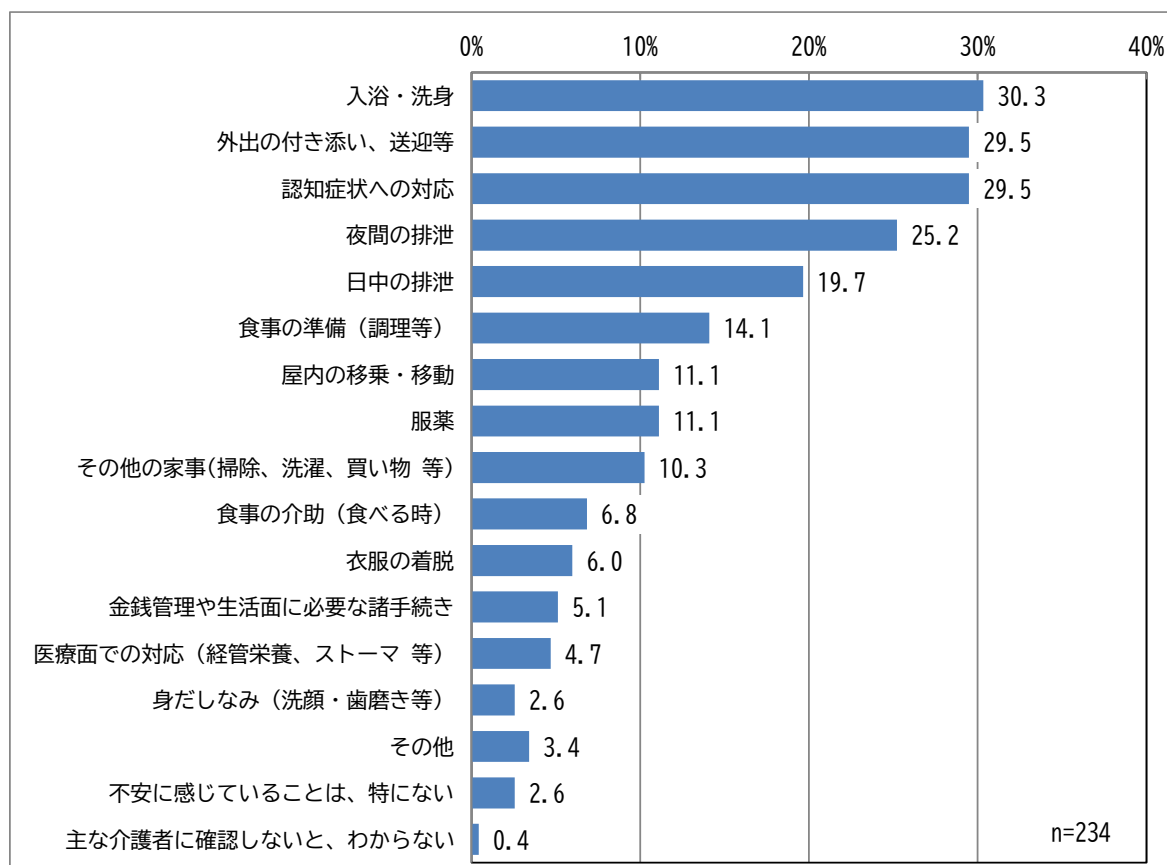
#### 【現在介護のために行っている働き方の調整】



#### ④介護者が不安に感じる介護と訪問系サービスの関係

介護者が不安に感じる介護について、「入浴・洗身」、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」が今回調査の項目の中で多くなっています。介護者不安の側面からみた場合、在宅生活の継続に影響を与える要素といえるため、これらに係る介護不安をいかに軽減していくかが、在宅生活の継続を維持するポイントになると考えられます。

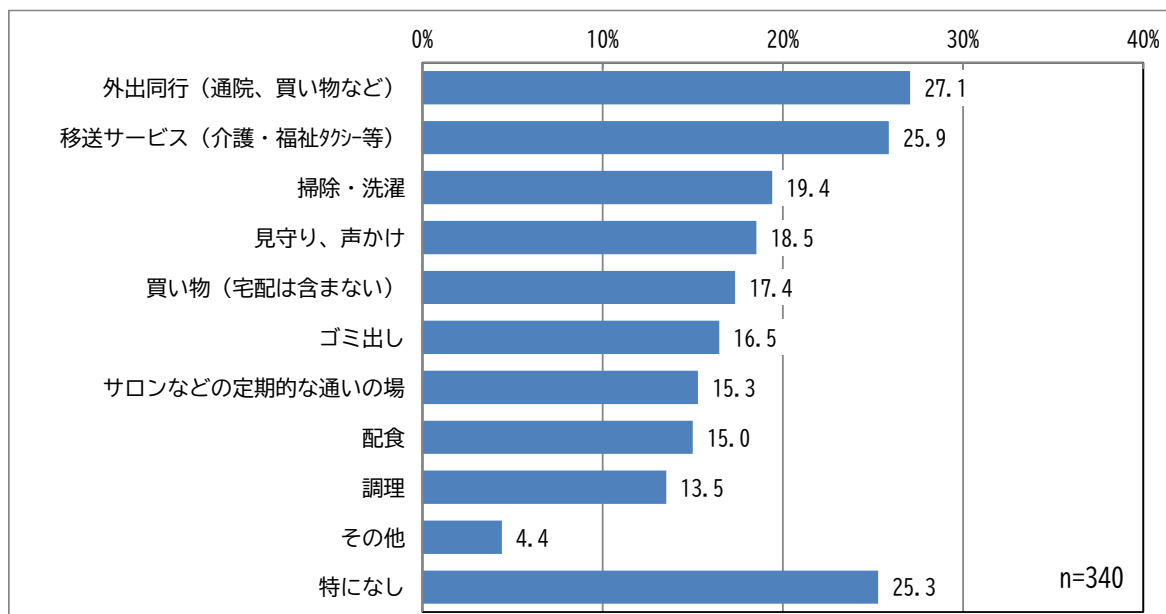
#### 【在宅生活の継続に向けて不安に感じる介護】



### ⑤在宅生活の継続に必要な支援・サービス

在宅生活の継続に必要な支援・サービスについて、「移送サービス」などの支援・サービスが、「調理」などの家事にかかる支援・サービスに比べてニーズが高くなっています。このような外出に係る支援・サービスは、「買い物」や「サロンへの参加」など、他の支援・サービスとの関係も深いことから、「外出に係る支援・サービスの充実」は大きな課題であるといえます。また、「見守り・声かけ」のニーズも高くなっており、孤独死などが社会問題となっている中、一人暮らし高齢者が安心して生活できるよう、地域で見守りや声かけを行うことができる仕組みづくりが必要です。

#### 【今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービス】



## 第3章 第8期計画の実施状況





## 第3章 第8期計画の実施状況

### 1 第8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ました。健康教育や健康教室などでは新型コロナウイルス感染症のために中止を余儀なくされた事業もありましたが、感染状況をみながら対策を行い各種事業を実施しました。課題として、特定保健指導の実施率が低いことなどがあげられます。

介護予防活動の地域展開について、公民館で実施している朝のラジオ体操は、地域に定着し公共主体から民間主体となって活動を継続するとともに、7期計画より引き続き「ニコニコエルゴ事業」「足ちから養成講座」「脳も身体も元気！教室」などは好調にすすんでいます。介護予防事業を含めた高齢者の集いの場としてのサロンも開設し、孤独感や引きこもりの解消につなげるとともに、心身機能低下の予防を行いました。

第8期計画期間においては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取り組みについて、令和6年度開始に向け現状の分析を行い、分析結果をもとに事業計画の作成を行いました。

#### (2) 基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために

高齢者のいきがいづ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、新型コロナウイルス感染症の影響により、一般からの受注が減少したため、地域包括支援センターなどに情報提供を行うなどの支援を行い、活躍の場をなくさないように努めました。

老人クラブでは、新型コロナウイルス感染症の影響で実施できない行事もありましたが、特別号の広報誌を発行するなど工夫をしながら活動を継続してきました。

退職年齢の高齢化が進んでいることや、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、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 自分らしく安心できる高齢期を過ごすために

一人暮らしや認知症、介護を必要とする高齢者などが住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、生活支援体制整備事業などの実施を行うとともに、認知症施策についても推進しました。

生活支援体制整備事業については、地域のつながりを構築するために、生活支援コーディネーターの支援の下、6つの小学校区で立ち上がった協議体「つながり隊」による多世代交流のイベント（防災に関するイベントや芋ほり、ウォーキング交流会等）や区を越えた交流（ポッチャ交流会等）を行っています。加えて、買い物に困っているという地域の課題を解決するための買い物支援の取り組み、気軽に集まれる居場所づくりも行っています。さらに、つながり隊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は全体で協議を行いました。また、社会福祉協議会による支え合い活動についての冊子を毎年作成し、地域の方々や団体へ配布し、支え合い活動の啓発を継続的に行いました。

認知症施策については、認知症講座の開催や、オレンジフェスタやアルツハイマーデーにあわせて、開催した講演会などで、認知症に対する理解を深める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の設置や認知症地域支援推進員の配置などにより、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、高齢者の生活に関わりのある介護事業所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、「荇田町虐待防止マニュアル」の再周知など、早期発見・早期対応に向けた取り組みを行いました。

### (4) 基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために

外出移動手段の整備については、「コミュニティバス」ではバス停留所や接続線の増設、国道10号線上へのバス停留所の設置を行い利便性の向上を図りました。

高齢者の消費者トラブルを防止するため、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」を開催しました。

防災対策については、あらゆる情報伝達手段（防災行政無線、荇田町公式LINE、荇田町ホームページ、テレビのデータ放送）を活用し、迅速かつ正確な情報伝達に努めました。

高齢者への感染症対策の整備として、感染状況等に応じた、広報誌や荇田町ホームページ、荇田町公式LINE、テレビのデータ放送を活用した感染予防対策等の新型コロナウイルス感染症に関する情報提供を行いました。

## 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、令和3年度、令和4年度ともに、給付実績が計画値を下回っています。

また、サービスごとで見えていくと、計画値を大きく超過したのが見られます。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	令和3年度			令和4年度		
	計画値	給付実績	計画対比	計画値	給付実績	計画対比
<b>居宅サービス給付費</b>	1,018,022	960,730	94.4%	1,048,564	975,289	93.0%
訪問介護	128,797	142,443	110.6%	131,600	146,004	110.9%
訪問入浴介護	2,036	3,958	194.4%	1,953	3,540	181.3%
訪問看護	27,107	29,071	107.2%	30,106	30,010	99.7%
訪問リハビリテーション	11,996	11,057	92.2%	12,003	12,952	107.9%
居宅療養管理指導	22,934	24,466	106.7%	23,689	27,720	117.0%
通所介護	277,662	250,423	90.2%	286,417	244,031	85.2%
通所リハビリテーション	122,773	131,365	107.0%	122,098	135,671	111.1%
短期入所生活介護	42,318	28,619	67.6%	45,267	29,465	65.1%
短期入所療養介護（老健）	7,651	16,522	215.9%	9,054	11,438	126.3%
短期入所療養介護（病院等）	0	0	—	0	0	—
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	—	0	0	—
福祉用具貸与	46,606	47,261	101.4%	48,213	50,331	104.4%
特定福祉用具購入費	2,446	2,449	100.1%	2,446	2,526	103.3%
住宅改修費	5,897	7,502	127.2%	5,897	5,759	97.7%
特定施設入居者生活介護	319,799	265,593	83.0%	329,821	275,843	83.6%
<b>地域密着型サービス給付費</b>	357,633	345,613	96.6%	358,287	338,308	94.4%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	—	0	915	—
夜間対応型訪問介護	0	0	—	0	0	—
地域密着型通所介護	37,022	34,323	92.7%	37,067	38,240	103.2%
認知症対応型通所介護	12,441	15,851	127.4%	12,570	13,380	106.4%
小規模多機能型居宅介護	7,881	18,186	230.8%	7,886	14,779	187.4%
認知症対応型共同生活介護	213,786	191,051	89.4%	214,213	187,173	87.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	—	0	0	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	86,503	86,202	99.7%	86,551	83,821	96.8%
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	—	0	0	—
<b>施設サービス給付費</b>	996,816	891,493	89.4%	1,036,223	897,300	86.6%
介護老人福祉施設	289,292	193,611	66.9%	328,306	198,097	60.3%
介護老人保健施設	665,205	675,657	101.6%	665,574	679,591	102.1%
介護医療院	34,131	22,144	64.9%	34,150	19,612	57.4%
介護療養型医療施設	8,188	81	1.0%	8,193	0	0.0%
<b>居宅介護支援</b>	80,786	82,323	101.9%	82,696	84,340	102.0%
<b>介護給付合計</b>	2,453,257	2,280,158	92.9%	2,525,770	2,295,237	90.9%

資料：地域包括ケア「見える化システム」将来推計機能による将来推計総括表

## (2) 介護予防給付費

単位：千円

サービスの種類	令和3年度			令和4年度		
	計画値	給付実績	計画対比	計画	給付実績	計画対比
<b>介護予防サービス給付費</b>	98,296	98,954	100.7%	100,568	104,067	103.5%
介護予防訪問入浴介護	0	0	—	0	0	—
介護予防訪問看護	4,064	5,367	132.1%	4,590	5,908	128.7%
介護予防訪問リハビリテーション	3,675	2,376	64.6%	3,677	2,570	69.9%
介護予防居宅療養管理指導	3,615	4,239	117.3%	3,872	4,533	117.1%
介護予防通所リハビリテーション	31,511	28,846	91.5%	32,253	27,978	86.7%
介護予防短期入所生活介護	2,949	1,722	58.4%	3,934	2,434	61.9%
介護予防短期入所療養介護（老健）	1,300	447	34.4%	1,405	184	13.1%
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	—	0	0	—
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	—	0	0	—
介護予防福祉用具貸与	11,687	11,734	100.4%	12,659	14,173	112.0%
特定介護予防福祉用具購入費	828	1,634	197.3%	828	1,961	236.8%
介護予防住宅改修	5,084	8,816	173.4%	5,084	8,733	171.8%
介護予防特定施設入居者生活介護	33,583	33,774	100.6%	32,266	35,593	110.3%
<b>地域密着型介護予防サービス給付費</b>	10,196	10,286	100.9%	13,072	7,633	58.4%
介護予防認知症対応型通所介護	1,591	1,623	102.0%	1,592	2,373	149.0%
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	—	0	0	—
介護予防認知症対応型共同生活介護	8,605	8,663	100.7%	11,480	5,260	45.8%
<b>介護予防支援</b>	10,196	13,289	130.3%	13,862	14,350	103.5%
<b>介護予防給付合計</b>	118,688	122,529	103.2%	127,502	126,050	98.9%

	令和3年度			令和4年度		
	計画値	給付実績	計画対比	計画	実績	計画対比
<b>介護給付合計</b>	2,453,257	2,280,158	92.9%	2,525,770	2,295,237	90.9%
<b>介護予防給付合計</b>	118,688	122,529	103.2%	127,502	126,050	98.9%
<b>給付費合計</b>	2,571,945	2,402,688	93.4%	2,653,272	2,421,287	91.3%

資料：地域包括ケア「見える化システム」将来推計機能による将来推計総括表

## 第4章 苧田町の目指すべき姿



# 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

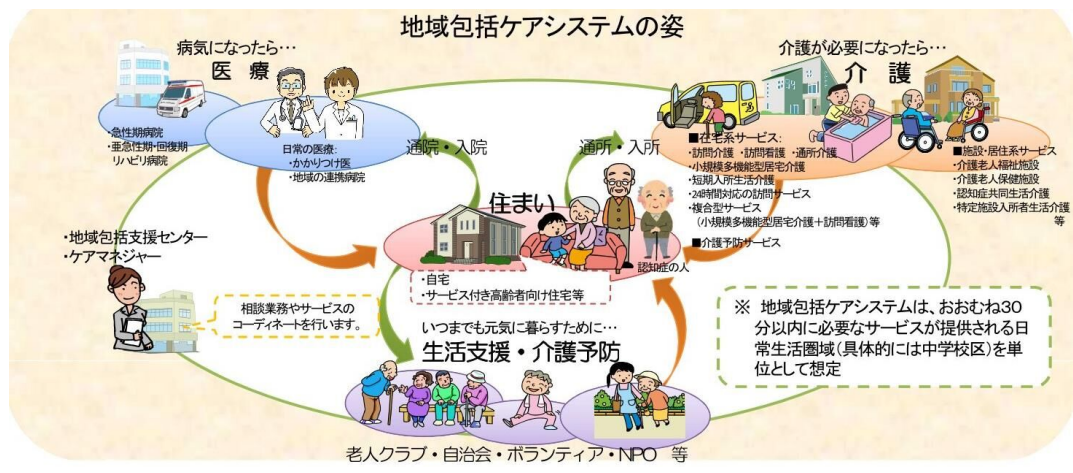
苅田町に住むすべての人が、最後の時まで笑顔で生活していくためには、住民全員で支えあう地域共生社会の実現が必要になってきます。

苅田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9期計画においても、計画の連続性と整合性を維持するため、この基本理念を踏襲し、下記の基本理念のもと各施策を推進していくことで、高齢者の主観的健康感の向上を目指すとともに、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。

**基本理念**  
**「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なため、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。



(出典) 厚生労働省

## (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。

### 基本目標

人と人との認めあい、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

計画の基本理念を実現するために、以下の4項目を基本方針として、総合的に推進します。

### 基本方針 I

### 健康で元気な高齢期を過ごすために

高齢者だけでなく、すべての住民が健康づくりに取り組むことは、高齢期を迎えたとき、健康上問題なく日常生活を送ることができるための、フレイル予防（介護予防）と健康寿命の延伸へとつながります。

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。

※フレイルとは、日本老年医学会が提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳です。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指しますが、適切な治療や予防を行うことで要介護状態に進まずにすむ可能性があります。



## 基本方針Ⅱ

### いきいきとした高齢期を過ごすために

高齢期を迎えても健康で生きがいを持って人生を送ることができるためには、健康づくりだけではなく、趣味などの活動、社会参加によるやりがいや生きがいを感じる事が大切な要素です。また、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。

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。

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

認知症の方や高齢になり重度な要介護状態となった方も、住み慣れた地域の中で、自分らしく人生の最後まで暮らし続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が地域の中で一体的に提供される地域包括ケアシステムの充実を図ります。

また、高齢者の権利擁護の観点を見据え、在宅生活と家族介護者を支援する体制強化に取り組むとともに、複合化・複雑化した支援ニーズに対応するための重層的支援体制の整備に努めます。

## 基本方針Ⅳ

### 安全で快適な高齢期を過ごすために

高齢者が、住み慣れた地域の中で安心して暮らしていけるよう、住まいや生活環境の整備を進めるとともに、高齢者、障がい者だけではなく、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。

また、高齢者が安心して生活を送るために、地域の見守りの体制や、災害・感染症等に対する支援づくりに積極的に取り組み、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。

※ユニバーサルデザインとは、「すべての人のためのデザイン」を意味し、人々が持つ様々な特性や違いを超えて年齢や障がいの有無に関わらず、最初からできるだけ多くの人々が利用できるようにデザインにすること、又はデザインされたものを意味します。








### 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	基本方針	具体的な施策
人と人が認めあい、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～	<b>基本方針Ⅰ</b> 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
	<b>基本方針Ⅱ</b> 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
	<b>基本方針Ⅲ</b> 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
	<b>基本方針Ⅳ</b> 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

## 4 本計画とSDGsの関連性

「誰一人取り残さない」を理念とし、持続可能でよりよい世界を目指す国際目標である「持続可能な開発目標（SDGs）」は、17のゴールから構成されています。特に以下の7ゴールは高齢者福祉が目指すべき姿と重なる部分があります。本計画では、「ゴール3 すべての人に健康と福祉を」を基本に、各基本方針を推進していきます。

### 【計画と関連するSDGsの目標】

	3 すべての人に健康と福祉を	あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する
	4 質の高い教育をみんなに	全ての人に包摂的かつ公正な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を促進する
	8 働きがいも経済成長も	包摂的かつ持続可能な経済成長及び全ての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用を促進する
	10 人や国の不平等をなくそう	各国内及び各国間の不平等を是正する
	11 住み続けられるまちづくりを	包摂的で安全かつ強靭(レジリエント)で持続可能な都市及び人間居住を実現する
	16 平和と公正をすべての人に	持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する
	17 パートナリシップで目標を達成しよう	持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

### 【基本方針に関連しているSDGsの目標】

基本目標	関連する目標
基本方針Ⅰ 健康で元気な高齢期を過ごすために	   
基本方針Ⅱ いきいきとした高齢期を過ごすために	   
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	      
基本方針Ⅳ 安全で快適な高齢期を過ごすために	   



## 第5章 具体的な施策



## 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

高齢者がいつまでも健康でいきいきとした生活を送るためには、健康づくりや生活習慣病予防に取り組むことが必要です。

苧田町では、住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、住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。

#### 【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】※1	【見込値】	【計画値】		
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
特定健診	受診率	41.1%	41.1%	43.0%	45.0%	47.0%
	対象者数	4,398人	4,762人	4,626人	4,265人	3,901人
	受診者数	1,806人	1,958人	1,989人	1,919人	1,833人
特定保健指導	受診率	32.2%	33.3%	35.2%	34.9%	35.0%
	対象者数※2	171人	150人	199人	192人	183人
	受診者数	55人	50人	70人	67人	64人

※1【実績値】：法定報告値

※2【計画値】：特保対象者数＝特定健診受診者数×10%



## ⑤運動による生活習慣病予防の推進

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いかうとするものです。

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】		
		R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
健康増進教室	実人数	232 人	260 人	290 人	310 人	331 人
	延人数	11,710 人	12,296 人	12,911 人	13,557 人	14,234 人

※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。苅田町では健康増進室を拠点として実施しています。

## (2) 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

苅田町の高齢化率は、コーホート変化率法による推計では、2040（令和22）年には26.8%となり、住民の4人に1人以上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

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、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。

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】		
		R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
高齢者のうち介護認定を受けずに生活している高齢者の割合（自立高齢者）	%	82.3%	82.5%	82.7%	82.9%	83.1%
前期高齢者のうち介護認定を受けずに生活している高齢者の割合	%	96.2%	96.3%	96.4%	96.5%	96.6%
介護保険認定者のうち在宅で生活している高齢者の割合	%	85.2%	85.0%	85.5%	85.6%	85.9%
高齢者のうち介護予防に取り組む高齢者の割合	%	7.6%	8.1%	8.6%	9.1%	9.6%

資料：介護保険事業状況報告

苅田町まちづくり町民アンケート

## 【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。

<b>訪問型サービス A</b>
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、生きがいづくり、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。
<b>通所型サービス A（身体機能向上型デイサービス）</b>
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。
<b>通所型サービス A（ミニデイサービス）</b>
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。

<b>介護予防把握事業</b>
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。
<b>介護予防普及啓発事業</b>
元気なうちからの介護予防の実践を促すため、広報紙・荇田町ホームページ、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。
<b>地域介護予防活動支援事業</b>
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。 荇田町では、町内4か所の公民館等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ける地域づくりを推進していきます。
<b>一般介護予防事業評価事業</b>
「パンジープラン 21 荇田町高齢者福祉計画・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。
<b>地域リハビリテーション活動支援事業</b>
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

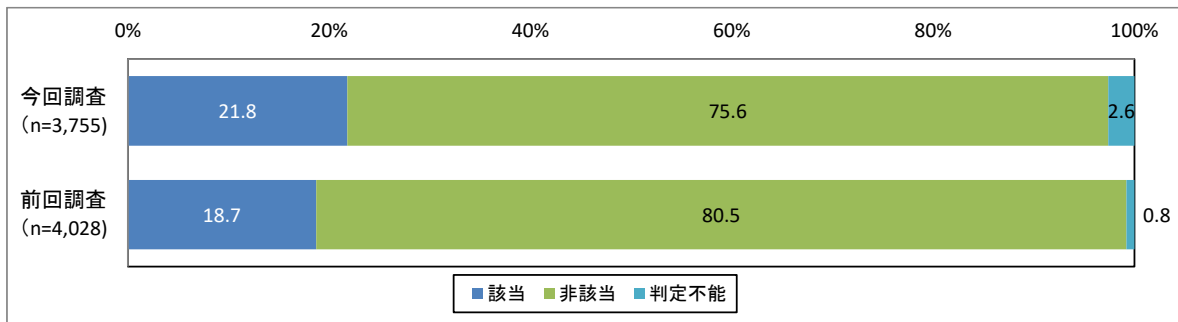
1 人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増え続ける中、高齢者の孤立を防ぐためにも、仕事のみならず趣味やスポーツなどの生きがいの場に参加し、主体的に様々な人との交流の機会を持つことの重要性が注目されています。

「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21.8%がリスク者となっており、平成31年度に実施した前回調査の18.7%より3.1ポイント増加しています。また、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にあることから、高齢期の孤立化の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。

高齢者の積極的な社会参加を支援するため、生涯学習・スポーツ活動事業等を推進するとともに、高齢者が持つ知識や経験、能力を活かす就労を促進するため、シルバー人材センターを支援します。

【閉じこもりリスク評価】



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

※閉じこもりリスクは、「週に1回以上は外出していますか。」の設問において、「1. ほとんど外出しない」「2. 週1回」に該当する選択肢が回答された場合、閉じこもり傾向のある高齢者と判定されます。

## 【具体的な取組】

### ①生涯学習・スポーツ活動の促進

苅田町では、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・講座の開催や文化財の周知や保護を目的とした歴史講座、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、歴史資料館、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、広報紙や苅田町ホームページ、苅田町公式LINE等を活用し、各種活動の周知を図ります。

公民館に来ることが困難な住民への学習機会の拡充や若い世代への周知の方法としてSNSの活用の充実に努めます。あわせて、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。また、町内の文化財を題材とした地域コミュニティの促進に協力します。

高齢者の誰もが参加しやすいスポーツ大会の開催や地域で世代間交流ができるようなスポーツを推進します。

### 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。

苅田町のシルバー人材センターは、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。活動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、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の支援	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

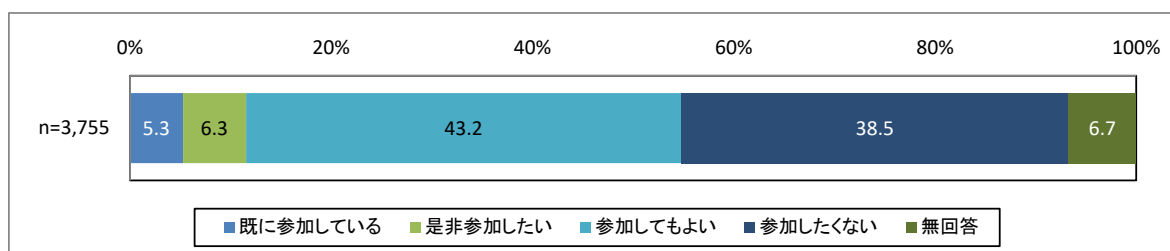
高齢者がはつらつと生きがいのある生活を送るためには、長い人生の中で培われた知識や技能が日常生活や地域社会で発揮でき、社会の重要な構成員として活躍できるような社会づくりが必要です。

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。

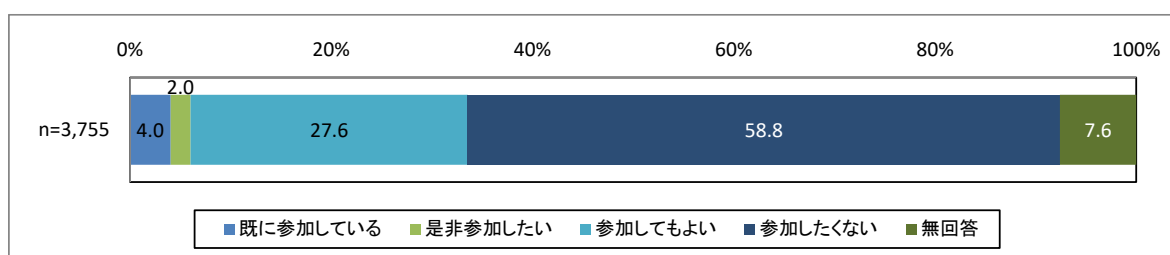
「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果からは、地域の様々な活動に参加する意向のある高齢者は49.5%と半数近くとなっており、苅田町に住む多くの高齢者が地域づくり活動に参加したいと考えていることが分かります。また、企画・運営（お世話役）としての参加意向も29.6%であり、少なからぬ人が地域づくりを自らの手で企画・運営したいと考えていることが分かります。これらの高齢者の意向を踏まえ、高齢者自身が直接、地域福祉に資する活動の企画立案に携わることのできる体制を整備する必要があります。

高齢者が健康で生きがいをもって、いきいきと生活し、地域での活動に参加できるような主な場となる老人クラブ活動やボランティア活動等を支援します。

### 【地域づくり活動に関する参加者としての参加】



### 【地域づくり活動に関するお世話役としての参加】



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 【具体的な取組】

### 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。苅田町には、令和 5 年 4 月時点において 31 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	老人クラブ活動の支援	<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、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活性化を図ります。</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。苅田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。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
社会参加している高齢者の割合	%	32.4%	33.4%	34.4%	35.4%	36.4%

資料：苅田町まちづくり町民アンケート



## 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

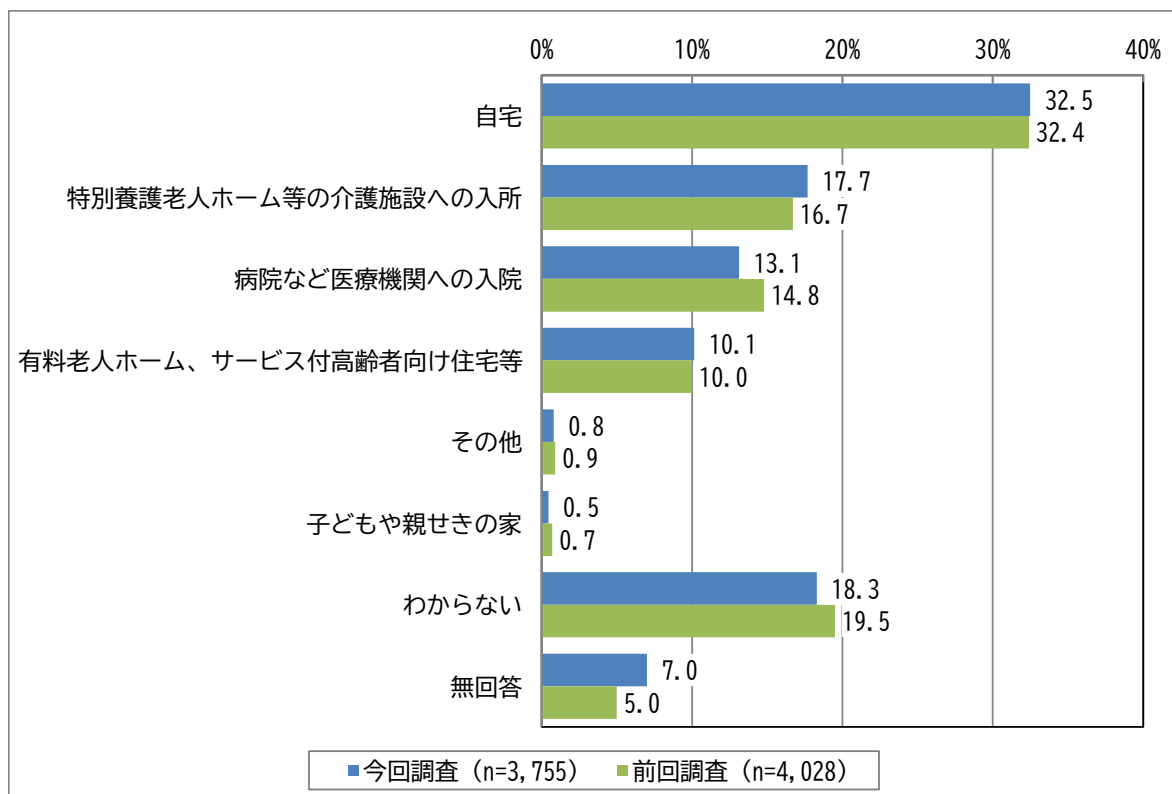
### (1) 地域包括ケア体制の強化

地域包括ケアシステムとは、本格的な高齢社会において、高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるよう、地域全体で高齢者を支えるため、保健・医療・福祉の関係者をはじめ、地域の各種団体や住民が連携し、「①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まい」の5つのサービスを一体的に提供していく地域づくりのことです。

「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32.5%と前回調査同様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。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、複雑化、複合化した課題を有する高齢者に対しては、包括的な相談支援を行うために重層的に支援する体制の整備を進めていく必要があります。

【将来、医療や介護が必要になった時過ごしたい場所】



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 【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。

荏田町では、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、包括的支援事業及び指定介護予防支援事業、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。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、45.7%の人が包括支援センターを「まったく知らない」と回答していることを受けて、広報紙や荏田町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。

### 【荏田町の概況】

	町全体	包括かんだ	包括おばせ	包括しらかわ
総人口	37,745人	14,520人	20,315人	2,910人
高齢者人口	9,477人	3,468人	4,872人	1,137人
高齢化率	25.1%	23.9%	24.0%	39.1%

資料：住民基本台帳（令和5年9月末）

### 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。

苅田町では、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。

### 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、苅田町では「人と人との認めあい、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。

また、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うため、障がい福祉、児童福祉、生活困窮などの各分野との連携による重層的支援体制整備事業の展開を図ります。

## 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・助言ができるよう社会福祉協議会には、地区別担当職員が配置されており、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。

No.	施策	具体的内容
1	小地域福祉活動	<p>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。</p> <p>主な取り組み内容は、見守り活動・支え合い会議・ふれあい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。</p>
2	見守りネットワーク活動	<p>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苅田町消費者安全確保地域協議会とともに図っていく活動です。</p>
3	ふれあいいきいきサロン	<p>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。</p>

※苅田町消費者安全確保地域協議会とは、消費生活上特に配慮を要する消費者の見守り等必要な取り組みを行うため、設置された協議会です。

## 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。

荻田町では、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	<p>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、車いす体験やユニバーサルデザインについて等が授業に取り入れられています。</p> <p>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、「ゲストティーチャーと交流できる福祉教育プログラム」を中心に福祉教育の推進を図ります。</p>

## 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。

荻田町では、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	<p>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。</p> <p>社会福祉協議会が担うボランティアコーディネート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支援等、ボランティア育成に力を注ぎます。</p>

## (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（令和7）年や、苅田町で高齢者数がピークに達する2045（令和27）年に向け、一人暮らし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。

更なる連携・協働を推進し、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

荊田町では、社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携し、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・連携強化を図りながら、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。

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（荊田町認知症施策推進基本計画）

わが国の認知症高齢者の数は、2025（令和 7）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。荊田町では、令和 5 年 3 月末時点で認知症高齢者の数は 1,155 人であり、65 歳以上の高齢者の約 8 人に 1 人となっています。今後もこの割合は高くなるものと想定されます。

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、住民全てが認知症について正しく理解し、地域全体で認知症の人とその家族の生活を支えていくことが必要です。

認知症の人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。

本施策は、国の認知症施策推進大綱に基づき、「荊田町認知症施策推進基本計画」として位置づけるものです。

※「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。

## 【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きていますが、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、小学生のうち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、住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

認知症は早期の受診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、認知症の人や家族が住み慣れた地域で尊厳を保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みます。

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	認知症ケアパスの普及	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

認知症の人を介護する家族の多くは、他の人に介護の悩みや大変さを打ち明けられず、同じ家族でさえもあまり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認知症の人や介護する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。

#### ⑤SOS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。

苅田町では、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を開催するなど、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検討します。

区分	単位	【実績値】	【見込値】	【計画値】		
		R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
認知症に関する学習会の開催回数・参加人数	回	9	10	11	12	13
	人	211	230	240	250	260

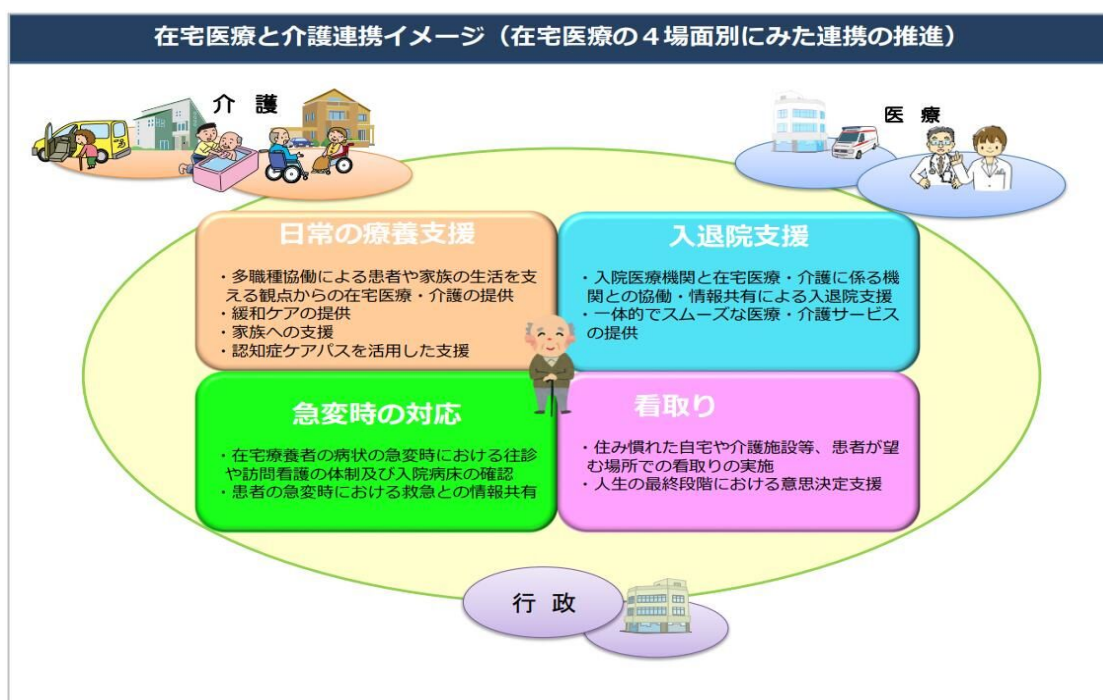
資料：認知症地域支援推進員実績報告

#### (4) 在宅医療・介護連携の推進

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。地域で暮らす一人暮らし高齢者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】

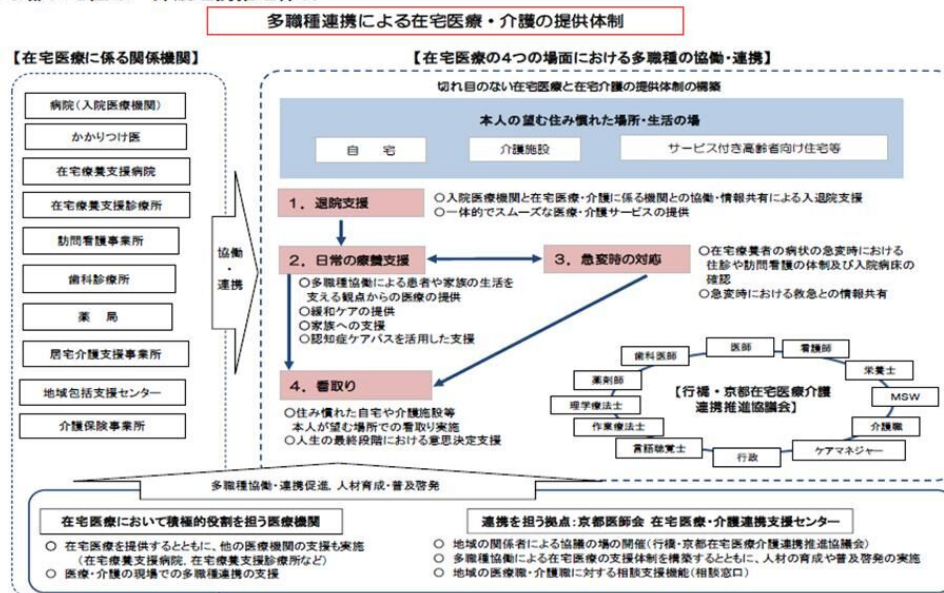
### ①地域における在宅医療・介護連携体制の推進

苅田町では、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、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。

さらに、病歴や服用薬、アレルギーなどの医療情報を医療機関や消防、救急などと共有し、緊急時の適切な医療を支援する情報ネットワーク「とびうめネット」を推進していきます。

### 【行橋・京都在宅医療・介護連携推進体制（多職種連携）のイメージ】

行橋・京都在宅医療・介護連携推進体制



### 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めます。



人生会議のロゴマーク

※厚生労働省では、今まで「ACP：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

苅田町の「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（36.2%）、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（23.1%）であり、ともに前回調査より増加しています。

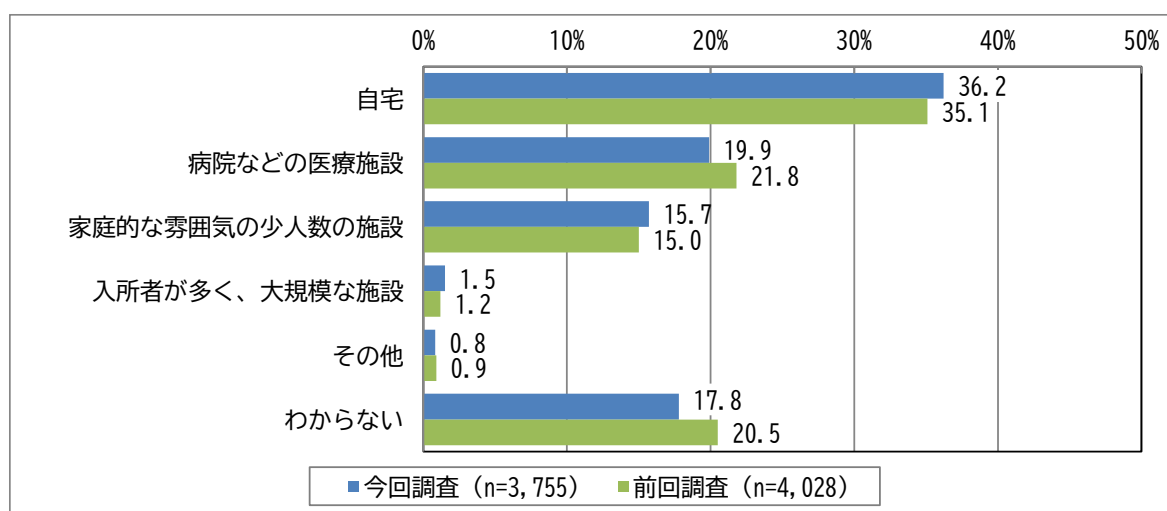
自宅で最期まで療養することが困難である理由として、最も割合が高かったのは「介護する家族に負担がかかる」（75.8%）、次いで「往診してくれるかかりつけ医がない」（36.9%）となっています。

高齢化や家族形態の変化により、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、ひとくくりには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。

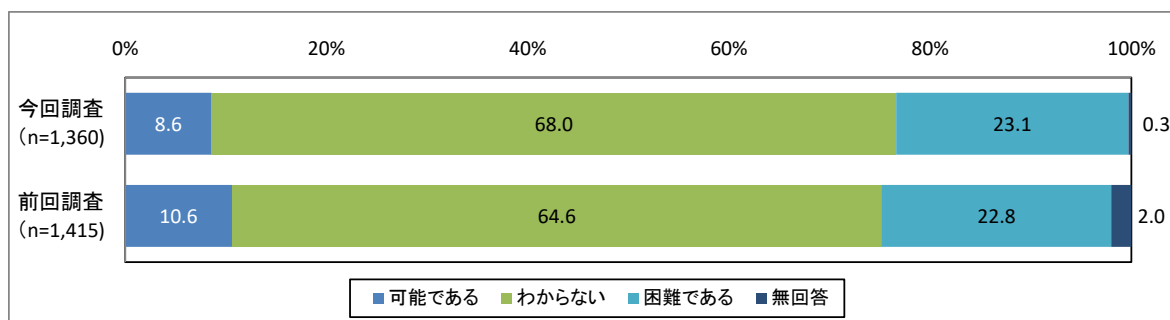
また、サービスの利用状況を踏まえるとともに、高齢者本人及び介護家族のニーズに応じたサービス内容の見直しを進めていきます。

### 【最期の時を過ごす場所の希望】



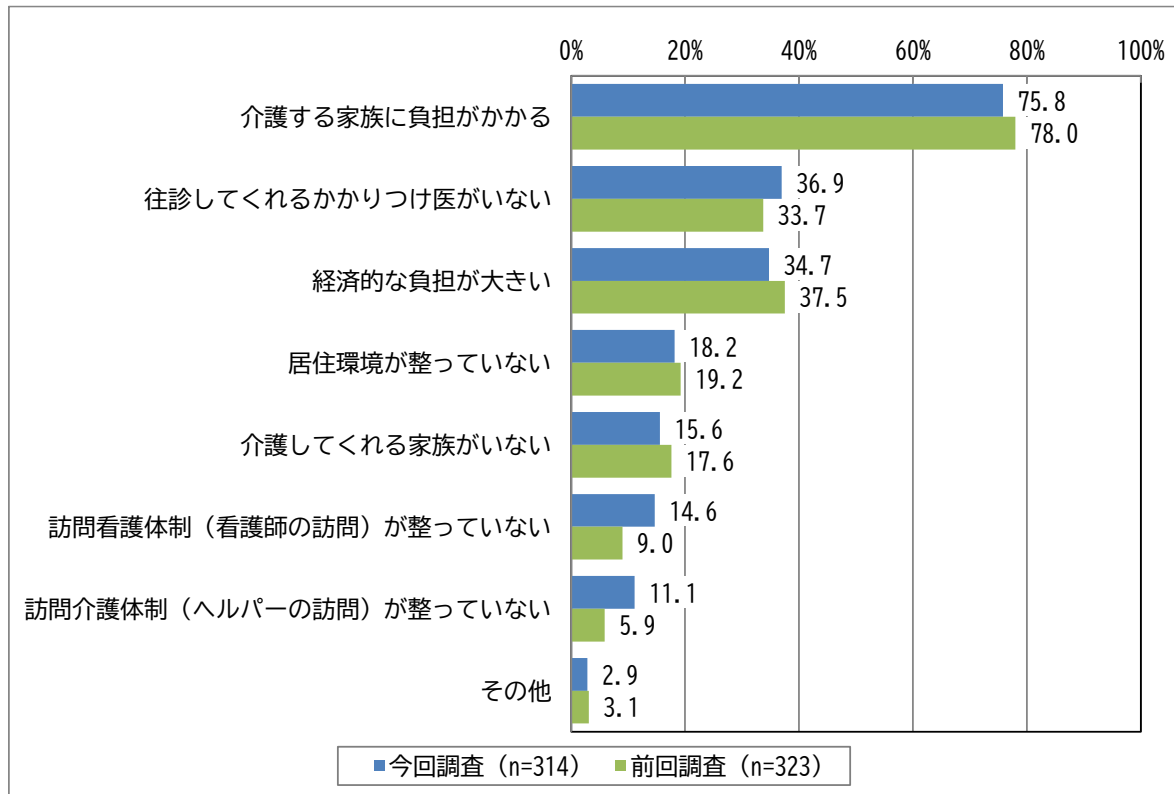
資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

### 【自宅で最期まで療養できると思うか】



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 【最後まで自宅で療養することが難しいと思う理由】



資料：介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

## 【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

在宅で要介護高齢者の方などを介護している家族や以前介護していた家族に対し、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。

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。

苅田町では、「高齢者福祉のしおり」や苅田町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

住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「苅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・充実を図ります。

## ②権利擁護に関する啓発と関係機関との連携強化

苅田町では、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、住民や介護事業者等の職員が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を図るために、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。

苅田町では、促進法の目的、基本理念の趣旨や苅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、認知症や一人暮らし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。

令和2年7月に行橋・京都成年後見センターおれんじが開設され、センターの協力のもと、住民からの相談対応や成年後見制度の広報・啓発活動、権利擁護に関わる関係機関のネットワークの構築を行いました。

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

苅田町では、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、社会福祉協議会の「あんしんセンター」が、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

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。苜田町では、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、住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。

### 【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、公営住宅建替え時等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	高齢者向け住まい・施設整備の推進	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よう道路環境や公共施設等の整備にユニバーサルデザインの考え方を取り入れ、誰もが自由に行動し、安全かつ快適に生活できる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のまちづくり	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

荊田町では、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、移動を制限される方々の移動手段の確保などを目的に運行しています。地域の実情に合わせたルートの見直しやユニバーサルデザインバスの導入検討など、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い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。

※「バリアフリー」とは、身体的ハンディにより、建物などの環境や製品を使用できない人がいます。その人たちにも使用できるような製品や環境をデザインするという考えを意味します。

※「ユニバーサルデザイン」とは、バリアフリーのように「身体的ハンディのある人に対し、特別なものを提供する」のではなく、障害の有無・年齢・性別・国籍等に関わらず、『ひとりでも多くの人々が利用できる普通のものを提供する』という考えを意味します。

#### 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、消費者被害防止とクーリングオフなどの早期救済に役立たせていきます。

住民への啓発は、広報紙や苅田町ホームページ等を通じて行うとともに、消費生活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、消費者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	消費者安全確保地域協議会を年1回以上開催し、消費者トラブルの実情について関係機関等と共有し、連携を図りながら高齢者等の特に配慮を要する消費者の見守り等必要な取り組みを行います。
2	消費生活出前講座	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「消費生活出前講座」を開催し、被害の実情や被害の事例をわかりやすく説明し、高齢者の消費者被害防止に努めます。 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	高齢者が安全に、かつ安心して外出したり移動したりできるよう、多様な高齢者の実像を踏まえた交通安全教育に取り組むとともに、苅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) 災害対策、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、住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、住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、苅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。

また、第8期計画期間中の新型コロナウイルス感染症の流行をふまえ、感染症発生時の対応については継続して取り組みます。

### 【具体的な取組】

#### ①災害等非常時の地域支援体制の整備

苅田町では、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。

一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、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。

また、避難所の開設・運営について感染症対策版のマニュアルを基に、引き続き避難所における感染症対策に取り組みます。

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5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、苅田町公式LINE、テレビのデータ放送、防災アプリ「ふくおか防災ナビまもるくん」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

令和2年からの新型コロナウイルス感染症の流行は、高齢者の外出や社会活動の機会を減少させ、運動機能・認知機能の低下、孤独・孤立への不安の高まりなど高齢者の身体、精神状態へ大きな変化をもたらしました。令和5年5月に新型コロナウイルス感染症は、5類感染症に移行されましたが、今後も感染予防対策などについて周知・啓発を行うとともに、国・県の方針に基づき、感染予防対策やワクチン接種に取り組みます。

また、福祉サービス事業所等に対しても適切な情報提供に努め、感染拡大防止、福祉サービスの提供の継続を支援します。



## 第6章 介護保険事業計画



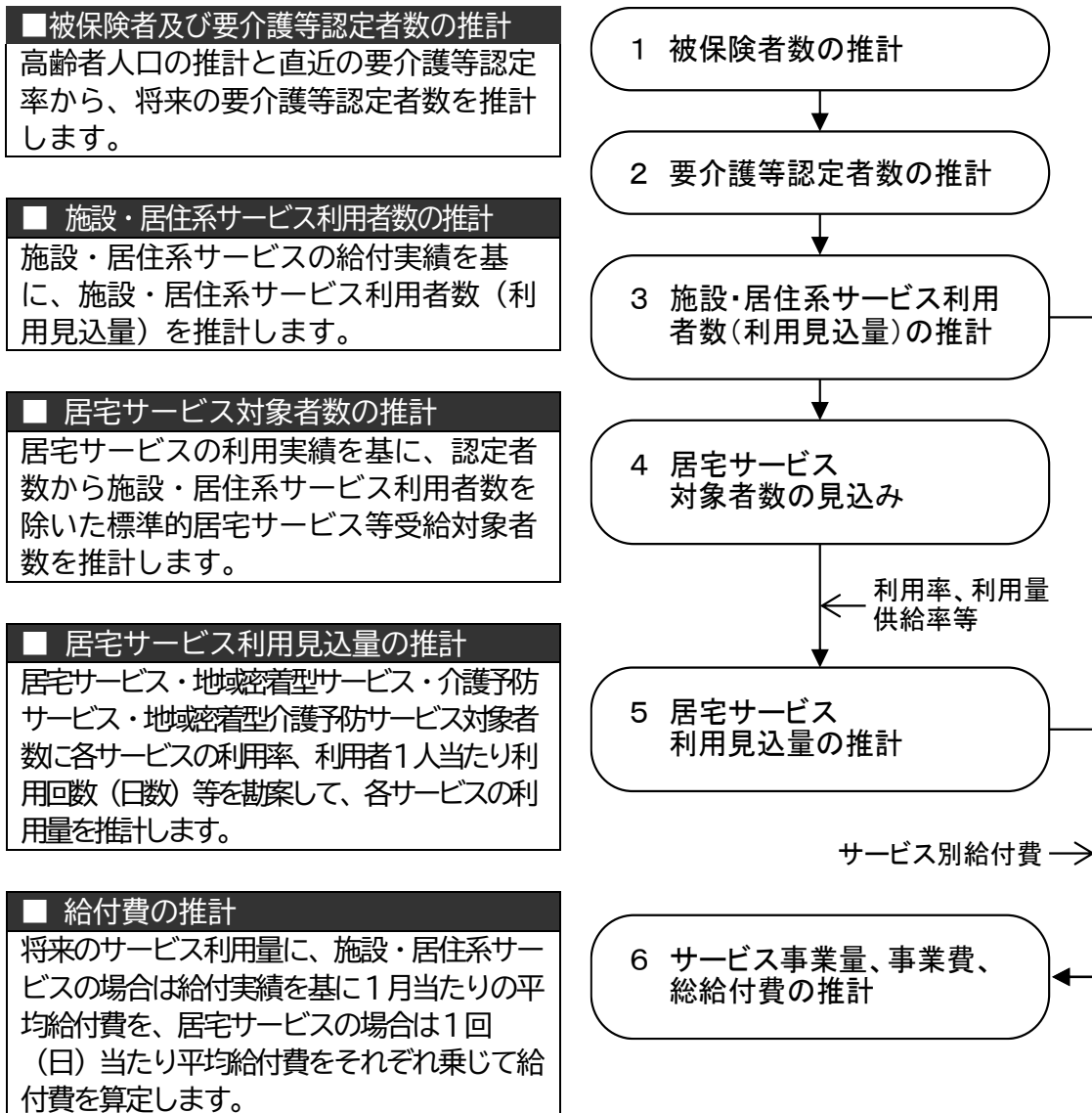


# 第6章 介護保険事業計画

## 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9期計画中（令和6年度～8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】

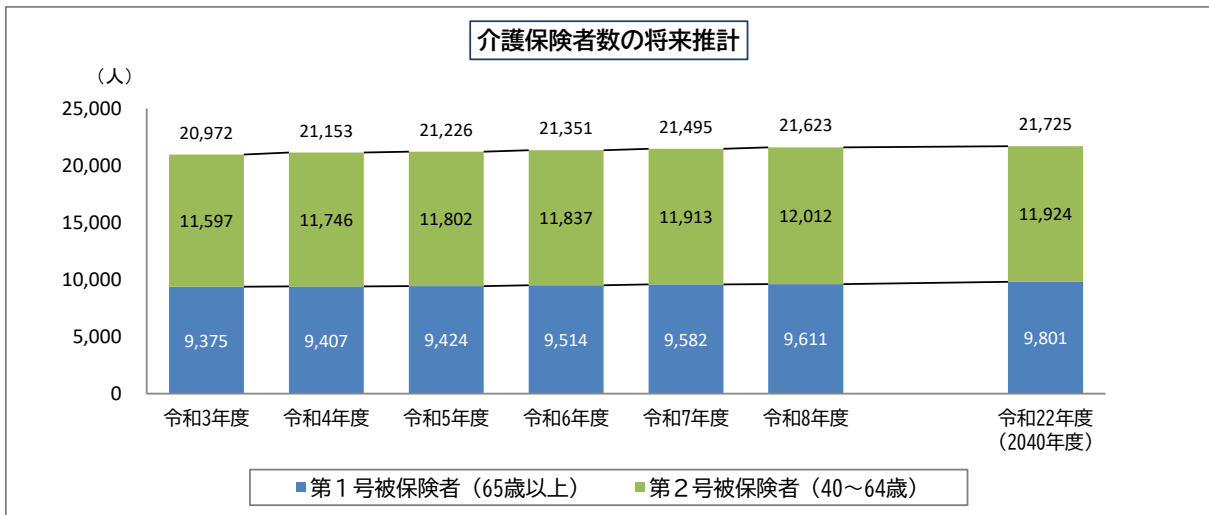


## 2 被保険者数、認定者数の推計

### (1) 被保険者数

令和22年度までの被保険者数の推移と推計は下記の通りです。

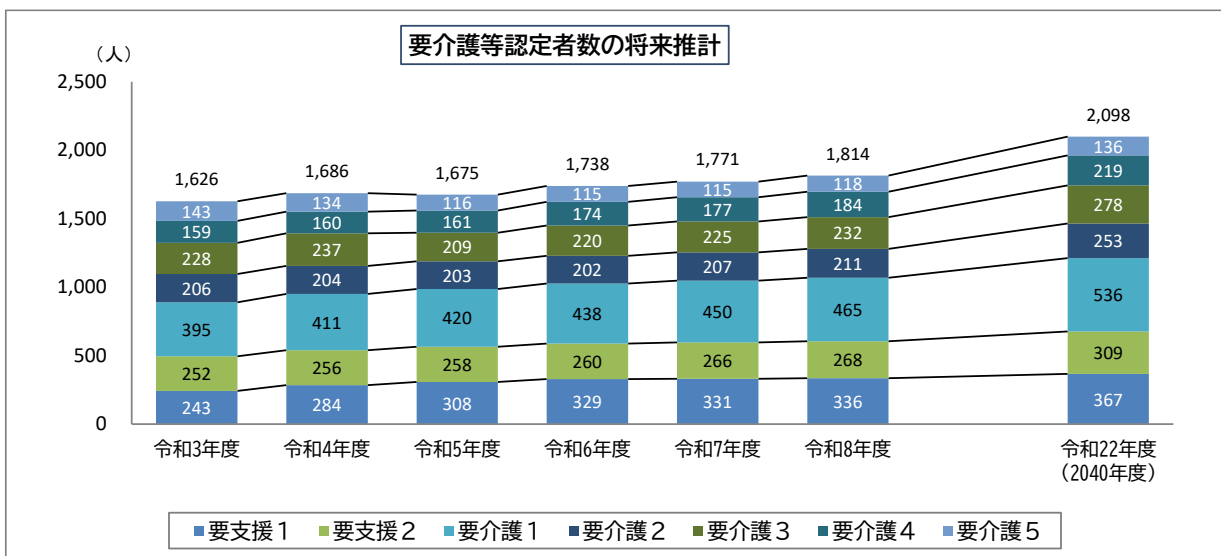
第1号被保険者（65歳以上）は増加傾向で推移する見通しですが、一方で第2号被保険者（40～64歳）は令和22年度までに減少に転じる見込みです。



資料：令和3～5年 住民基本台帳（各年9月末）  
令和6年以降 コーホート変化率法による推計

### (2) 要介護認定者数（第2号被保険者含む）

要介護（支援）認定者は、年々増加傾向にあります。



資料：地域包括ケア「見える化」システム

### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	4,383	4,464	4,036	4,446	4,558	4,698
利用人数（人／月）	210	212	190	194	195	202

##### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	27	24	20	21	21	21
利用人数（人／月）	7	7	6	7	7	7

##### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	542	569	604	650	661	689
利用人数（人／月）	58	56	59	62	62	64

##### 【介護予防訪問看護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	123	141	168	183	194	194
利用人数（人／月）	16	19	25	28	29	29

#### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	324	369	304	333	338	367
利用人数（人／月）	21	22	22	25	25	27

##### 【介護予防訪問リハビリテーション】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	73	79	126	139	166	166
利用人数（人／月）	8	7	10	10	12	12

#### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	200	221	237	263	269	276

##### 【介護予防居宅療養管理指導】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	31	34	37	39	41	41

#### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	2,978	2,886	2,905	3,000	3,096	3,182
利用人数（人／月）	221	207	217	224	232	238

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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	1,347	1,383	1,317	1,307	1,377	1,423
利用人数（人／月）	133	133	122	117	120	123

【介護予防通所リハビリテーション】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	71	68	67	64	63	63

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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	315	317	418	487	522	527
利用人数（人／月）	26	26	34	38	40	41

【介護予防短期入所生活介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	22	33	50	53	54	62
利用人数（人／月）	4	5	7	7	7	8

### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	112	78	117	117	122	127
利用人数（人／月）	20	14	23	24	25	26

#### 【介護予防短期入所療養介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	3	1	4	4	4	4
利用人数（人／月）	1	1	1	1	1	1

### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	346	358	349	368	381	398

#### 【介護予防福祉用具貸与】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	198	220	252	275	287	293

### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	6	6	5	5	5	5

#### 【特定介護予防福祉用具購入費】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	5	6	3	3	3	3

## 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	8	5	5	5	5	6

### 【介護予防住宅改修】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	8	8	6	6	6	6

## 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	122	125	125	134	138	148

### 【介護予防特定施設入居者生活介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	38	39	39	41	43	44

## 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	498	503	485	500	506	516

### 【介護予防支援】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	247	266	298	317	329	337

## (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6年度から令和8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6年度から令和8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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	133	109	73	81	83	84
利用人数（人／月）	13	10	8	9	9	9

#### 【介護予防認知症対応型通所介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用回数（回数／月）	16	23	37	48	48	48
利用人数（人／月）	3	5	6	7	7	7



#### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	7	5	5	11	16	19

##### 【介護予防小規模多機能型居宅介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	0	0	0	5	14	14

#### 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。

##### 【認知症対応型共同生活介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	64	62	65	68	70	71

##### 【介護予防認知症対応型共同生活介護】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	3	2	4	4	5	5

#### 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6年度から令和8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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用人数（人／月）	26	26	23	23	23	23

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 6 年度から令和 8 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用回数（回数／月）	397	426	453	487	494	517
利用人数（人／月）	40	41	43	46	47	50

### (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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	64	65	70	72	74	76

#### 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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	184	184	172	172	172	172

#### ③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】

	【実績値】		【見込値】	【計画値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用人数（人／月）	5	4	5	5	5	5

## 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6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付費 計	2,379,107	2,437,593	2,507,376
居宅サービス	1,035,731	1,071,757	1,120,522
訪問介護	144,971	148,573	153,078
訪問入浴介護	3,208	3,212	3,212
訪問看護	34,875	35,358	36,943
訪問リハビリテーション	11,882	12,046	13,125
居宅療養管理指導	33,926	34,692	35,637
通所介護	253,200	261,778	268,690
通所リハビリテーション	133,593	140,720	145,086
短期入所生活介護	45,077	48,314	48,766
短期入所療養介護	17,232	17,906	18,576
特定施設入居者生活介護	300,006	309,965	335,299
福祉用具貸与	50,673	52,105	54,075
特定福祉用具購入費	2,348	2,348	2,348
住宅改修	4,740	4,740	5,687
居宅介護支援	85,280	86,416	88,151
地域密着型サービス	373,466	388,408	400,617
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8,909	8,921	8,921
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	9,908	10,151	10,266
小規模多機能型居宅介護	27,095	34,671	42,023
認知症対応型共同生活介護	208,549	214,869	217,769
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	73,548	73,641	73,641
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	45,457	46,155	47,997
施設サービス	884,630	891,012	898,086
介護老人福祉施設	223,170	228,715	235,789
介護老人保健施設	638,511	639,319	639,319
介護医療院	22,949	22,978	22,978

※ 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6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付費 計	149,270	164,636	166,822
介護予防サービス	111,211	115,429	117,176
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	7,880	8,333	8,333
介護予防訪問リハビリテーション	4,571	5,461	5,461
介護予防居宅療養管理指導	5,302	5,568	5,568
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	26,467	26,008	25,788
介護予防短期入所生活介護	3,789	3,858	4,381
介護予防短期入所療養介護	554	568	568
介護予防特定施設入居者生活介護	37,417	39,640	40,728
介護予防福祉用具貸与	17,513	18,275	18,631
特定介護予防福祉用具購入費	1,062	1,062	1,062
介護予防住宅改修	6,656	6,656	6,656
介護予防支援	17,370	18,048	18,487
地域密着型介護予防サービス	20,689	31,159	31,159
介護予防認知症対応型通所介護	5,213	5,220	5,220
介護予防小規模多機能型居宅介護	3,837	11,372	11,372
介護予防認知症対応型共同生活介護	11,639	14,567	14,567

※ 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6年度	令和7年度	令和8年度
標準給付費見込額	2,662,590	2,739,002	2,814,273
保険給付費見込額	2,661,233	2,737,616	2,812,858
総給付費	2,528,377	2,602,229	2,674,198
介護給付費	2,379,107	2,437,593	2,507,376
予防給付費	149,270	164,636	166,822
特定入所者介護サービス費等給付額	59,004	60,124	61,584
高額介護サービス費等給付額	68,884	70,192	71,896
高額医療合算介護サービス費等給付額	4,968	5,071	5,180
算定対象審査支払手数料	1,357	1,386	1,415

※ 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

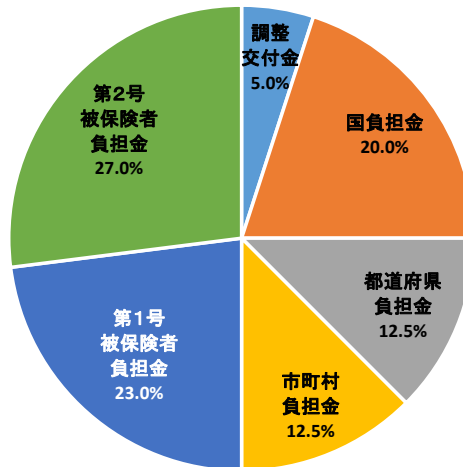
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費見込額	213,925	216,311	218,954
介護予防・日常生活支援総合事業費	109,830	112,216	114,859
包括的支援事業費・任意事業費	104,095	104,095	104,095

※ 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9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。



(出典) 厚生労働省

### (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、苅田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5年度末 327,801,957円

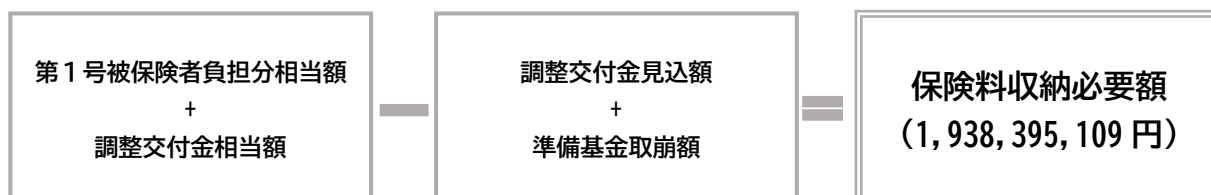
第9期の標準給付費見込額は、高齢者の増加や法改正に伴い増加しています。

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9期計画期間中に170,000,000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6年度から令和8年度3年間の保険料収納必要額の合計は1,938,395,109円となります。

#### 【保険料収納必要額の算定】



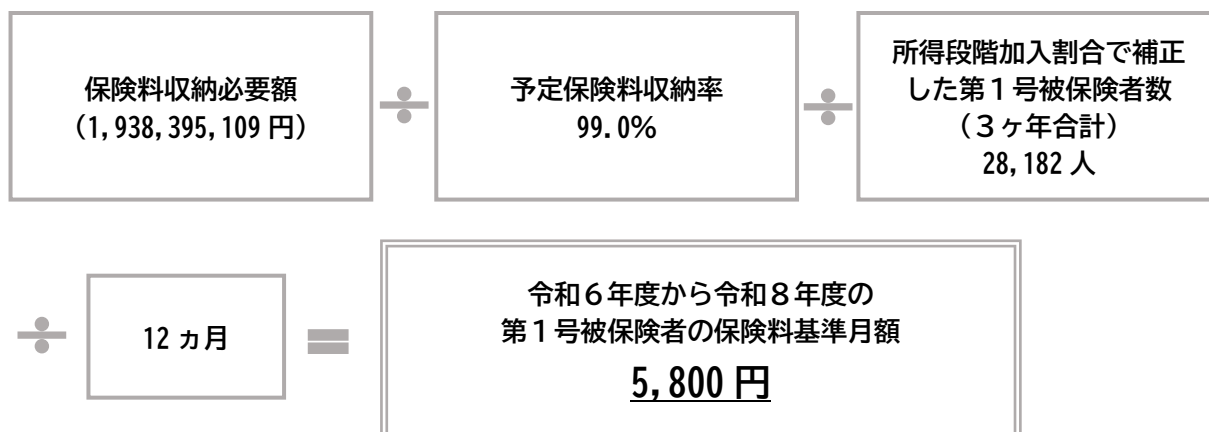


## (5) 保険料基準月額

保険料基準月額は以下の方法で算出され、苅田町の第9期（令和6年度から令和8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8期（令和3年度から令和5年度）第1号被保険者保険料基準月額 5,800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×0.285	1,653	19,836
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×0.485	2,813	33,756
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×0.685	3,973	47,676
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	62,640
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	69,600
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	83,520
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	90,480
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	104,400
第9段階	○町民税課税者かつ合計所得金額320万円以上420万円未満	基準額×1.7	9,860	118,320
第10段階	○町民税課税者かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	基準額×1.9	11,020	132,240
第11段階	○町民税課税者かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	基準額×2.1	12,180	146,160
第12段階	○町民税課税者かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	基準額×2.3	13,340	160,080
第13段階	○町民税課税者かつ合計所得金額720万円以上	基準額×2.4	13,920	167,040

## 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

厚生労働省がまとめた介護職員の必要数に関する推計では、2019年度の介護職員数211万人に対して、2023年度は約233万人、2040年度には約280万人が必要になるとされています。

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「従事者研修」の実施を検討します。

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、苅田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。

苅田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、苅田町においても、全件について調査票のチェックを行います。

内容	項目	【現状値】	【目標値】			
		R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	
認定調査票及び主治医意見書の確認・点検	点検率	100%	100%	100%	100%	

### ○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。

内容	項目	【現状値】	【目標値】		
		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
ケアプランチェック	点検事業所数	3事業所	3事業所	3事業所	3事業所

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。

福祉用具購入については、見積り書、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。

内容	項目	【現状値】	【目標値】		
		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
突合・縦覧点検	点検率	100%	100%	100%	100%

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、苅田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、広報紙や苅田町ホームページ、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（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（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





## 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「苅田町高齢者福祉施策推進委員会」を設置し、進捗管理、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

福祉課が所管する「苅田町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。

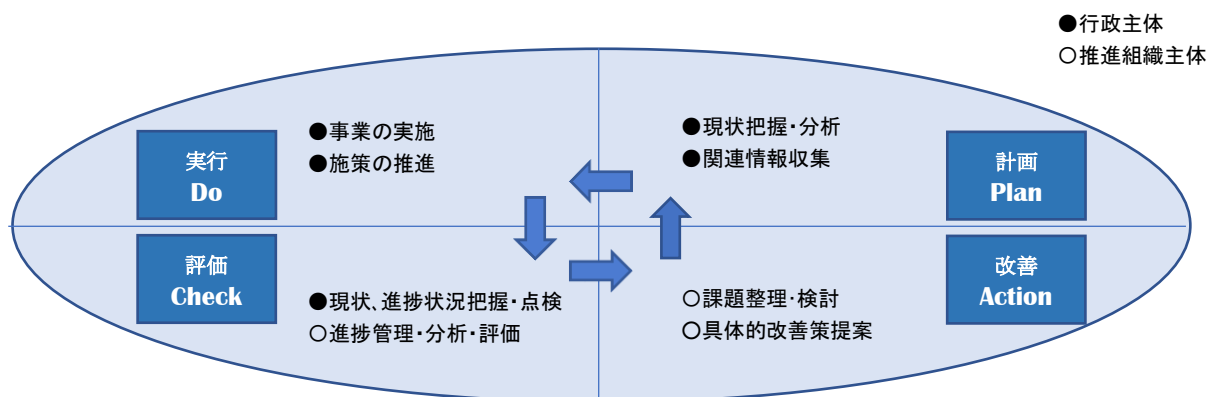
#### (2) 庁内の推進体制

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、関係部署の主體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、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) 計画の進捗管理

本計画の進捗管理に関しては、PDC Aサイクルの考え方にに基づき、関係各課及び関係機関による進捗管理を行い、「苅田町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。



## 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。また、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、苜田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。



関連資料



# 関連資料

## 苅田町高齢者福祉施策推進委員会名簿

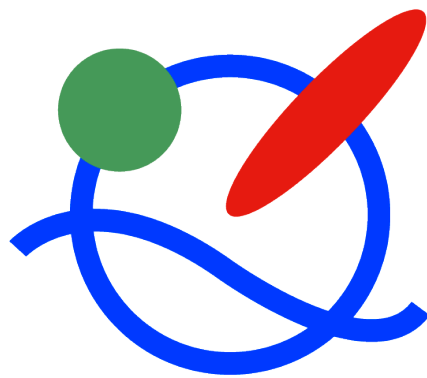
(令和6年3月時点)

	氏名	職名
委員長	竜口 隆三	苅田町社会福祉協議会 会長
副委員長	池田 良一	京都医師会 苅田部会部会長
計画推進部会 部会長	門司 靖廣	京都歯科医師会
計画推進部会 副部会長	油田 あゆみ	学校法人戸早学園 北九州リハビリテーション学院 作業療法学科 学科長補佐
	友田 敬而	苅田町議会議員 厚生文教常任委員会 副委員長
	古賀 靖教	苅田町社会福祉協議会 事務局長
	古谷 加代子	苅田町民生委員・児童委員協議会 副会長
	熊丸 治美	ケアプラン相談センター 結愛の里 管理者ケアマネジャー
	廣地 大輔	社会医療法人陽明会 在宅部門統括管理
	巢元 晃	介護老人保健施設博愛苑 地域連携課長
	馬場 正恵	社会福祉法人光和苑 託児所さくらんぼ 管理者
	大川内 恵子	健和会京町病院 医療相談地域連携科科長 医療ソーシャルワーカー
	木村 俊一郎	社会福祉法人白寿会 理事長
	福江 智子	福岡県京築保健福祉環境事務所 社会福祉課長
	未松 直之	NPO 法人 よろこびネット 理事長
	久谷 隆幸	町民代表（一般公募）









---

パンジープラン 21 第 9 期計画  
第 10 期苅田町高齢者福祉計画・第 9 期苅田町介護保険事業計画  
(令和 6 年度～令和 8 年度)  
令和 6 年 3 月

発行：苅田町

編集：苅田町 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

---

