

川本町老人福祉計画
(令和3～令和5年度)

川 本 町

令和3年3月

目 次

第1章 計画の策定と推進	1
第2章 計画の基本理念	2
第3章 高齢者の現状と課題	3
第4章 地域包括ケアの推進	16
第4章第1節 介護予防・生活支援の充実	21
第4章第2節 医療・介護との連携	29
第4章第3節 認知症施策の推進	32
第4章第4節 住まいの確保	37
資料	43

第1章 計画の策定と推進

1 計画策定の趣旨

川本町の総人口及び高齢者人口は減少する中、高齢化率は横ばい、後期高齢化率は減少傾向となっている。

今後、団塊の世代が75歳以上となる2025年には後期高齢化率が一次的に上昇するが、その後は減少する。

令和2年の介護保険法改正においては、団塊ジュニア世代が65歳となる2040年を見据え、住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら協働し、誰もが支え合う地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化及び複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を行っていく必要があるとしている。

川本町老人福祉計画は、住民が住み慣れた地域で自分らしく生活していけるよう地域包括ケアシステムの構築を推進していくことを定めるものである。

2 計画の位置づけ

この計画は、老人福祉法第20条の9に基づく「老人福祉計画」であり、川本町の高齢者の福祉、介護に関する総合的に推進するための計画である。

また、第8期邑智郡介護保険事業計画と整合を図っている。

3 計画の期間

この計画は、令和3年度を初年度とし、令和5年度を目標年度とする3年間の計画期間とする。

次期見直しは令和5年度とする。

4 計画の進捗管理

この計画の進捗管理については、川本町地域包括支援センター運営協議会において報告するとともに、達成状況についての評価を行い、評価結果を取り組みの改善につなげる。

第2章 計画の基本理念

1 基本理念

いつまでも住み慣れた地域で、いきいきと安心して暮らし続けることができるよう地域で高齢者を支える地域共生社会を創造します

2 基本方針

- (1) **基本方針1：地域共生社会の推進にむけた地域包括ケアシステムの深化**
住み慣れた地域で、町民ひとり一人が健康づくりや介護予防に取り組み、いきいきと安心して暮らせる地域共生社会の推進にむけた地域包括ケアシステムの構築を行う。
- (2) **基本方針2：地域の強みを生かした介護予防・生活支援の推進**
地域の「ひと・もの」の強みを生かした介護予防や生活支援のしくみについて、関係機関、地域住民と連携を図り再構築していく。
- (3) **基本方針3：医療・介護の連携強化**
住民が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう医療、介護の連携を強化し、持続可能な体制整備を行っていく。

第3章 高齢者の現状と課題

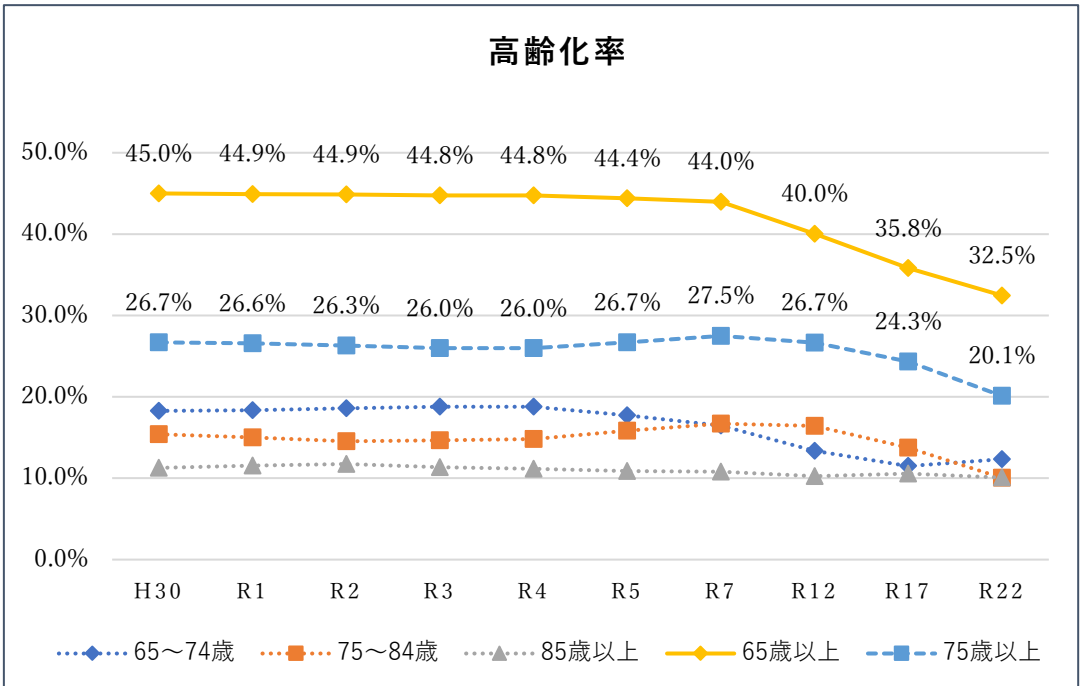
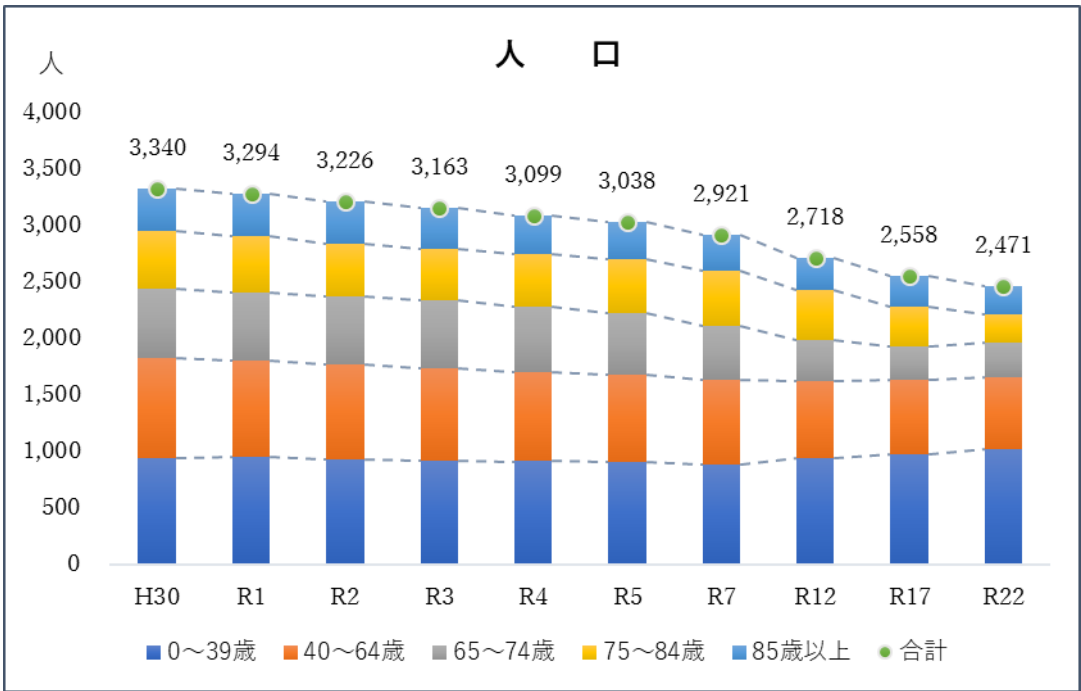
1 高齢者の現状

川本町の総人口は、令和2年9月末現在、3,226人で、65歳以上の高齢者人口は、1,448人、高齢化率は44.9%である。総人口は、年々減少が続いており、高齢化率は横ばい傾向である。今後は、人口、高齢化率とも減少し、令和7年には、後期高齢化率が27.5%と見込まれ、それ以降は減少する見込みである。

総人口の推移

単位人

川本町	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7	R12	R17	R22
0～39歳	946	958	934	928	922	912	893	949	981	1,029
40～64歳	891	856	844	819	790	777	744	681	661	640
65～74歳	611	604	600	594	582	538	481	363	294	305
75～84歳	515	495	469	463	459	481	488	446	352	248
85歳以上	377	381	379	359	346	330	315	279	270	249
総人口	3,340	3,294	3,226	3,163	3,099	3,038	2,921	2,718	2,558	2,471
65歳以上	1,503	1,480	1,448	1,416	1,387	1,349	1,284	1,088	916	802
75歳以上	892	876	848	822	805	811	803	725	622	497
高齢化率	45.0%	44.9%	44.9%	44.8%	44.8%	44.4%	44.0%	40.0%	35.8%	32.5%
後期高齢化率	26.7%	26.6%	26.3%	26.0%	26.0%	26.7%	27.5%	26.7%	24.3%	20.1%

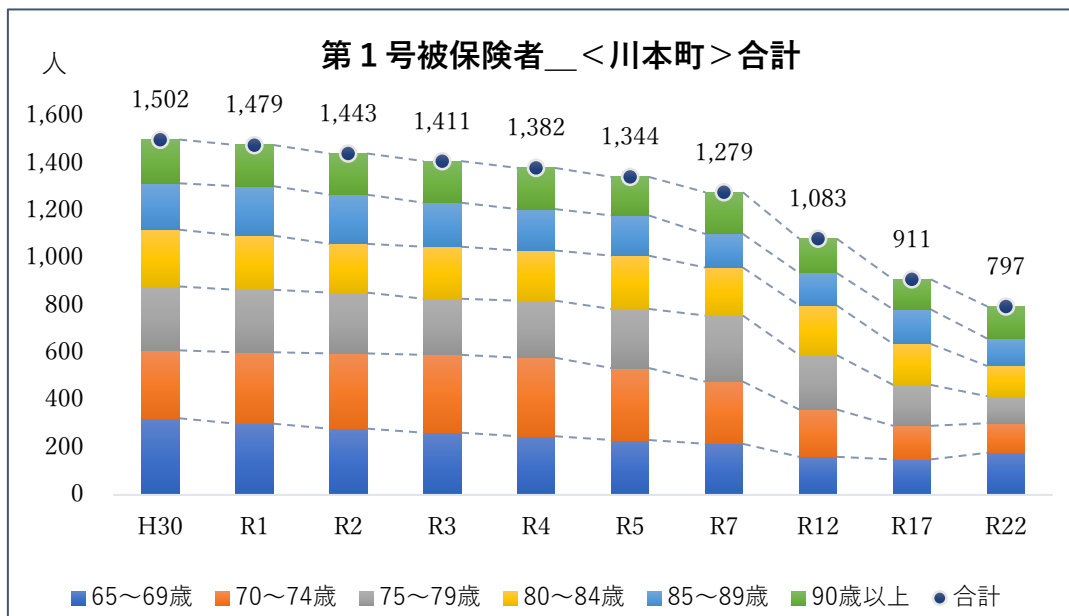


第1号被保険者は、年々減少している。

今後、第1号被保険者は減少し、令和7年には、1,279人になる見込みである。

第1号被保険者

川本町	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R7	R12	R17	R22
65～69歳	324	301	280	263	248	232	216	161	150	178
70～74歳	287	302	318	329	332	304	263	200	142	125
75～79歳	270	264	257	237	241	250	279	230	173	114
80～84歳	240	229	206	220	212	225	203	210	173	128
85～89歳	196	209	208	186	175	170	142	137	146	116
90歳以上	185	174	174	176	174	163	176	145	127	136
第1号被保険者	1,502	1,479	1,443	1,411	1,382	1,344	1,279	1,083	911	797



令和2年9月末時点の要介護認定率は22.2%であり、年々減少している。

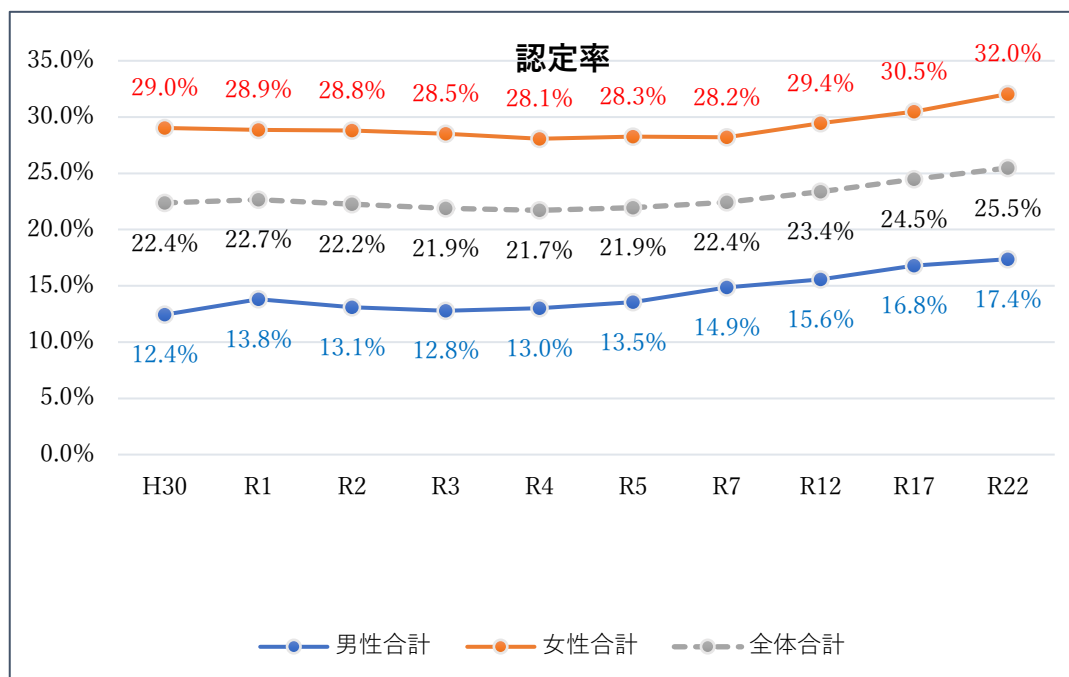
介護度別の認定者数をみると、要介護1が最も多く、次に要支援2、要介護3が多い状況にある。

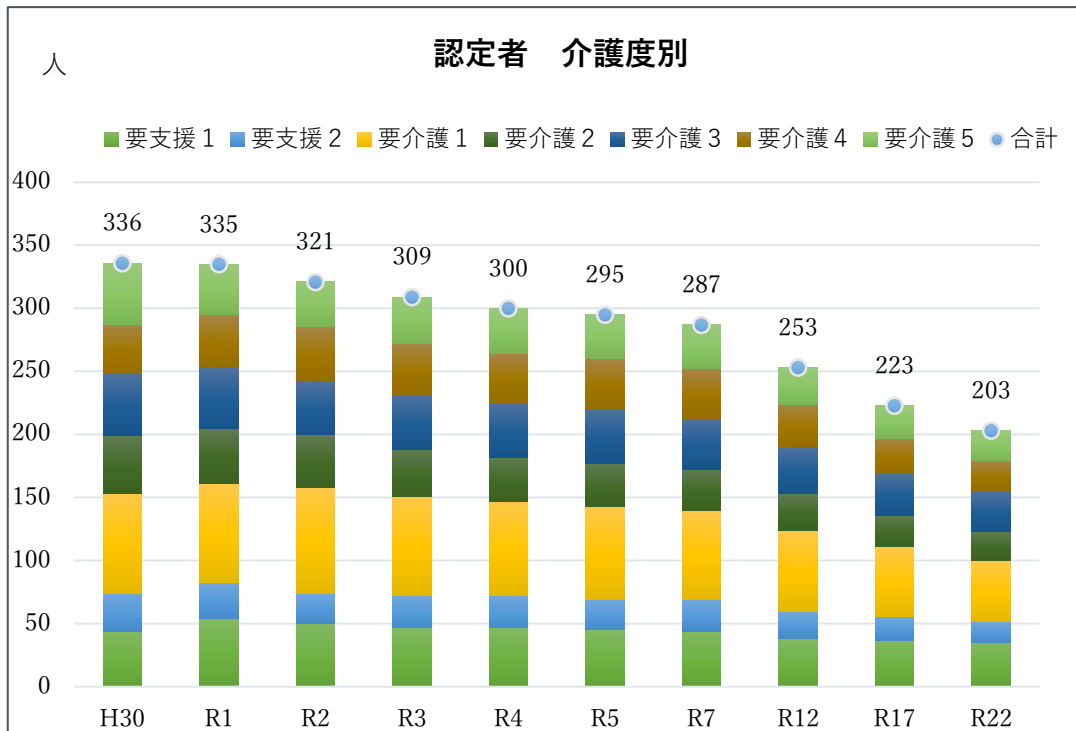
今後は、要介護認定率は減少し、団塊の世代が75歳になる令和7年以降に増加する見込みである。

要介護認定者

(第1号)

川本町	H30	R1		R3	R4	R5	R7	R12	R17	R22
要支援1	44	54	50	47	47	45	44	38	37	35
要支援2	30	29	24	25	25	24	25	22	19	17
要介護1	79	78	84	79	75	74	71	64	55	48
要介護2	46	44	42	37	35	34	32	29	25	23
要介護3	49	49	42	43	43	43	41	37	33	32
要介護4	39	41	44	41	39	40	39	34	28	24
要介護5	49	40	35	37	36	35	35	29	26	24
合計	336	335	321	309	300	295	287	253	223	203





2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を、被保険者のサービス利用に関する意向等を把握するとともに、日常生活圏域ごとに被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情等の実態を把握することを目的に実施した。

ニーズ調査の結果により、地域分布を把握することで、不足している施策やサービス等を分析して事業の対象者・対象地域・実施内容の検討の際に活用するとともに、要介護度の悪化につながるリスクだけでなく、生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進等の社会資源を把握し地域診断を行った。

(1) 調査概要

①調査対象者

781名（65歳以上で、要介護1～要介護5の認定を受けていない方の中から無作為に抽出）

②調査期間

令和2年1月9日から令和2年1月24日まで

③調査方法

郵送による配布及び回収

④回収状況

552名（回収率：70.7%）

調査対象者と回収状況

	川本町	邑智郡合計
送付	781	4,300
回収	552	3,262
回収率	70.7%	75.9%

（２）調査項目別の回答状況（一部抜粋）

①家族構成

独居高齢者の割合は、平成29年度より1.5%高くなり、邑智郡平均より高い。夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）世帯の割合も邑智郡平均より高い。

独居高齢者の割合は、「一人暮らし」と答えた方の割合。
夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）世帯の割合は、「夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）」と答えた方の割合。

	川本町（H29）	川本町（R2）	邑智郡平均（R2）
独居高齢者の割合	17.7	19.2	18.9
夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）世帯の割合（合計）	43.4	41.1	37.4

②生活状況

現在の暮らしが苦しい高齢者の割合、介護が必要だが現在は受けていない高齢者の割合がともに邑智郡平均より高い。

現在の暮らしが苦しい高齢者の割合は、「大変苦しい」又は「やや苦しい」と答えた方の割合。
介護が必要だが現在は受けていない高齢者の割合は、「何らかは必要だが受けていない」と答えた方の割合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
現在の暮らしが苦しい 高齢者の割合 (合計)	34.6	35.5	33.0
介護が必要だが現在 は受けていない高齢 者の割合 (合計)	9.3	9.6	9.3

③運動器、転倒リスク

運動器機能低下高齢者の割合、転倒リスク高齢者の割合がともに邑智郡平均より低い。

運動器の機能低下高齢者の割合は、問2 (1) ~ (5) のうち3項目に該当する方の割合。
転倒リスク高齢者の割合は、過去1年間に転んだことが、「何度もある」又は「1度ある」と
答えた方の割合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
運動器機能低下高齢 者の割合 (合計)	16.1	16.5	17.6
転倒リスク高齢者の 割合 (合計)	32.4	33.6	35.9

④低栄養、咀嚼機能

低栄養状態の高齢者の割合は邑智郡平均とほぼ同じで、咀嚼機能低下高齢者の割合が
ともに邑智郡平均より高い。

低栄養状態の高齢者の割合は、BMI (体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長(m)) が 18.5 未満の方の割
合。
咀嚼機能低下高齢者の割合は、半年前に比べて固いものが食べにくくなったと答えた方の割
合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
低栄養状態な高齢 者の割合 (合計)	6.2	5.8	5.9
咀嚼機能低下高齢 者の割合 (合計)	29.4	32.2	30.3

⑤閉じこもり・うつ傾向

閉じこもり傾向のある高齢者の割合は平成 29 年度よりは 1.0%低くなっているが、邑
智郡平均より高い。うつ傾向のある高齢者の割合は平成 29 年度より 0.7%高くなって
いて、邑智郡平均より高い。

閉じこもり傾向のある高齢者の割合は、週1回の外出を、「ほとんど外出しない」又は「週1回」と答えた方の割合。
 うつ傾向のある高齢者の割合は、この1ヶ月で「ゆううつになった」又は「興味がわからない」と答えた方の割合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
閉じこもり傾向のある 高齢者の割合 (合計)	27.8	26.8	26.2
うつ傾向のある高齢 者の割合 (合計)	37.5	38.2	38.0

⑥ 認知機能

認知機能低下高齢者の割合は平成29年度より2.3%高くなっているが、邑智郡平均より低い。

認知機能低下高齢者の割合は、物忘れが多いと感じているに「はい」と答えた方の割合。65～74歳の前期高齢者にも、はいと答えた方が約15～21%あり、若いうちから物忘れはみられる。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
認知機能低下高齢者 の割合 (合計)	45.2	47.5	48.6

⑦ 配食ニーズ・買物ニーズ

配食ニーズありの高齢者、買物ニーズありの高齢者の割合は、平成29年度より高くなっていて、邑智郡平均より高い。

配食ニーズありの高齢者の割合は、自分で食事の用意が「できない」と答えた方の割合。
 買物ニーズありの高齢者の割合は、自分で食品・日用品の買い物が「できない」と答えた方の割合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
配食ニーズありの高 齢者の割合 (合計)	6.9	8.0	7.8
買物ニーズありの高 齢者の割合 (合計)	2.4	4.2	3.9

⑧地域づくりへの参加

地域づくりへの参加意向のある高齢者、地域づくりへお世話役としての参加意向の割合は、邑智郡平均より高い。

平成 29 年度と比較すると、地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合は 19.7%、地域づくりへのお世話役としての参加意向は 10.2%低くなっている。

地域づくりへの参加者又は世話役として参加意向のある高齢者の割合は、「是非参加したい」又は「参加してもよい」と答えた方の割合。

	川本町 (H29)	川本町 (R2)	邑智郡 平均 (R2)
地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合 (合計)	69.7	50.0	49.5
地域づくりへお世話役としての参加意向 (合計)	42.1	31.9	31.0

(3) 川本町の課題

- ・咀嚼機能の低下している高齢者の割合が邑智郡平均より高い。
- ・閉じこもり傾向の高齢者の割合が邑智郡平均より高い。
- ・うつ傾向の高齢者の割合が邑智郡平均よりやや高い。

3 在宅介護実態調査

在宅で要支援・要介護認定を受けている高齢者とその家族を対象とした調査を実施し、高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等の介護の就労継続の実現に向けた介護サービスのあり方を検討することを目的とする。

(1) 調査概要

①調査対象者

38 名 (在宅で要支援・要介護認定を受けている高齢者及び主な介護者)

②調査期間

令和元年 7 月 1 日から令和元年 12 月 27 日まで

③調査方法

調査員による聞き取り調査

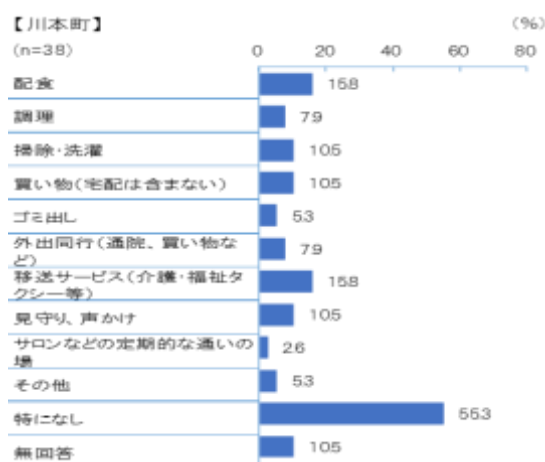
④回収状況

	川本町	邑智郡合計
回収数	38	140

(2) 調査項目別の回答状況 (一部抜粋)

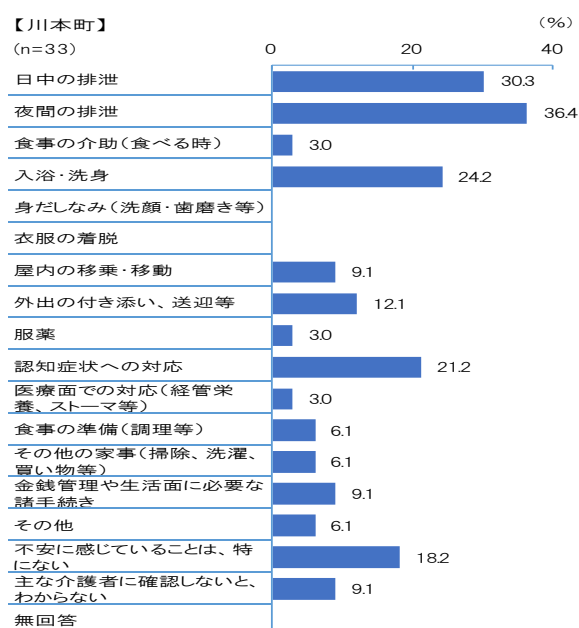
①在宅生活の継続に必要な支援・サービス

今後の在宅生活の継続に必要なと感じる支援・サービスについて、全体でみると「配食」と「外出同行（通院、買い物など）」が15.8%と最も高い。



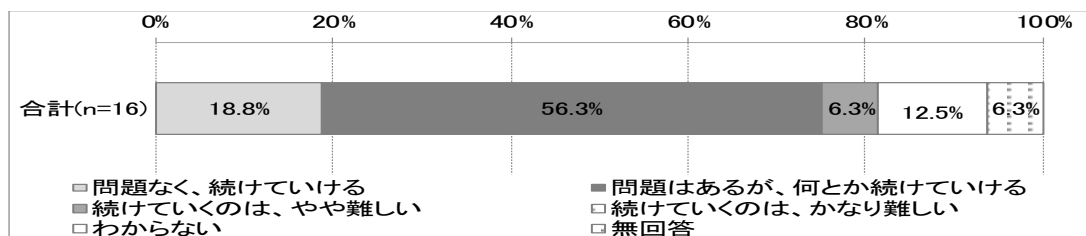
②現在の生活を継続していくにあたって主な介護者の方が不安に感じる介護等について

現在の生活を継続していくにあたって、介護者が不安に感じる介護等についてみると、「夜間の排泄」が36.4%と最も高く、次いで「日中の排泄」が30.3%、「入浴・洗身」が24.3%となっている。



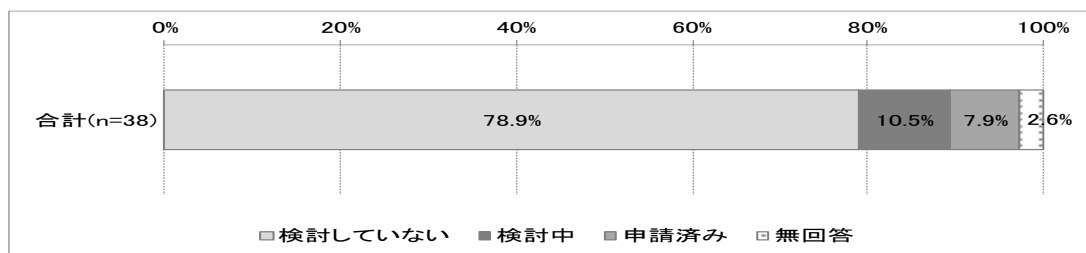
③「フルタイムで働いている」「パートタイムで働いている」と回答した介護者の今後の就労継続に可否に係る意識

介護者の就労継続の可否に係る意識について、「問題はあるが、何とか続けていける」が56.3%と最も高く、「問題なく、続けていける」は18.8%となっている。



④現時点での施設等への入所・入居の検討状況について

現時点での施設等への入所・入居の検討状況を見ると、「入所・入居は検討していない」が78.9%と最も高く、次いで「入所・入居を検討している」が10.5%となっている。



4 健康スコア

国保データベース(KDB)システムの健康スコアより要介護区分別人数前年度比についてみると、悪化率が県平均より高かった。令和元年6月の要介護認定者を令和2年6月と比較して悪化した方の原因について分析を行った。

	原因疾患		
要支援1・2	① 認知症 (35.0%)	② 骨折 (30.0%)	③ 脳血管疾患 (20.0%)
要介護1・2	① 認知症 (39.3%)	② 骨折 (28.6%)	③ 筋骨格疾患 (14.3%)
要介護3・4	① 認知症 (53.8%)	② 脳血管疾患 (30.8%)	③ 骨折・ パーキンソン (23.1%)

重症化予防のために下記の3点の取り組みが今後重要となる。

- ① 認知機能の低下予防
- ② 運動機能の低下予防、環境整備
- ③ 基礎疾患（生活習慣病等）の定期受診・内服、生活習慣の改善

5 前期計画の状況と今後の課題

① 介護予防の充実

実施状況	今後の課題・方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体のサロンが増え、地区の特徴をふまえた内容で開催し、居場所づくりや生きがいがいづくりにつながっている。 ・既存の介護予防事業は、参加者が減少傾向である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地区の特徴を活かした住民主体のサロンの実施が必要である。また、継続していくための後継者の育成が必要である。 ・既存の介護予防事業を効果的に実施していくために、事業の見直しを行っていく必要がある。

② 生活支援体制整備の充実

実施状況	今後の課題・方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーターの設置については、地域の実情に応じながら設置している。 ・住民主体の生活支援のしくみが、2地区で行われている。 ・既存のボランティア団体は、会員の高齢化がすすんでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーター、協議体については、地域の実情に応じて今後も協議していく。 ・住民主体の生活支援と既存のボランティア団体が実施している生活支援のしくみを再編していく必要がある。 ・移動支援については、地域の特性に対応したしくみを検討していく必要がある。

③ 医療・介護の連携

実施状況	今後の課題・方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターに連携相談窓口を設置している。 ・多職種連携会議を行い、各機関の現状、課題を共有し、対策について検討している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携会議を継続し、課題の解決とネットワークを強化していく。 ・住民への周知、啓発を強化していく。

④ 認知症施策の推進

実施状況	今後の課題・方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアパスを作成し、相談支援に活用している。 ・認知症の早期発見、支援のために認知症初期集中支援チームを活用している。 ・認知症カフェを設置しているが、新型コロナウイルスの影響もあり利用者が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の早期発見、支援のために認知症疾患医療センター等との協力体制が必要である。 ・住民への周知、啓発について、ケーブルテレビ等を活用して方法を工夫していく必要がある。

⑤ 住まいの確保

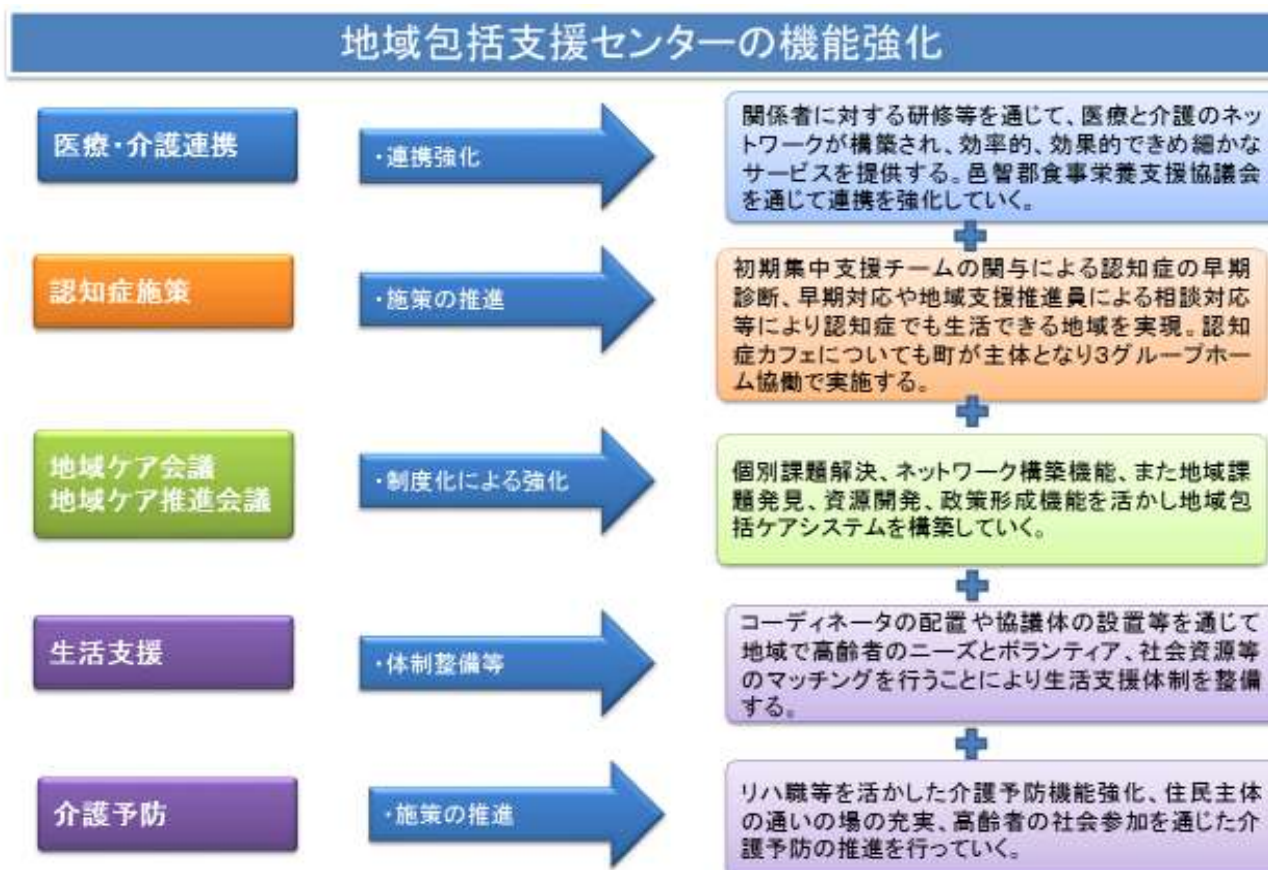
実施状況	今後の課題・方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・自宅での生活を望まれる方が多く、自宅での生活が難しくなると町内、または郡内の施設で生活される方が多い。 ・医療近接型住まい「穩」の整備を行い、町内での方の利用もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた自宅、なじみの関係性のある地域の施設で生活できることが今後も必要である。

(2) 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、総合相談業務、地域ケア会議の開催、権利擁護業務などの業務を保健師、社会福祉士等が行っている。

ニーズも多様化してきており、相談内容も複雑化してきている。今後も各職種が連携を図り、下記の5つの柱を軸に取り組んでいく。

- ① 医療・介護連携の強化：医療、介護に関わる関係機関のネットワークを構築。
- ② 認知症施策の推進：初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員を設置し、認知症カフェ等の施策を行い、認知症施策を推進。
- ③ 地域ケア会議の強化：個別課題解決、ネットワーク構築機能、また、地域課題発見、資源開発、政策形成機能を活かし地域包括ケアシステムを構築。
- ④ 生活支援体制整備：生活支援コーディネーター、協議体を軸とし、生活支援体制を整備。
- ⑤ 介護予防の推進：リハ職等を活かした介護予防機能強化、住民主体の通いの場の充実を通じた介護予防の推進。



参考：厚生労働省資料

(3) 地域ケア会議の推進

個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題発見、資源開発の検討は月1回開催している実務者レベルの地域ケア会議で行い、政策形成は、年1回開催している責任者レベルの地域ケア推進会議で検討している。

実務者レベルでの地域ケア会議では、困難事例の支援が多かったが、平成30年度からは医療機関の多職種の参画を得て、自立支援に資するケアマネジメントの支援にも取り組んでいる。

今後も地域ケア会議の5つの機能である個別課題解決、ネットワーク構築機能、地域課題発見、資源開発、政策形成機能を生かし、地域包括ケアシステムの構築を行っていく。

また、地域包括ケア推進していくための体制は次頁に示すとおりである。

■通いの場と生活支援、地域ケア会議の連携イメージ図

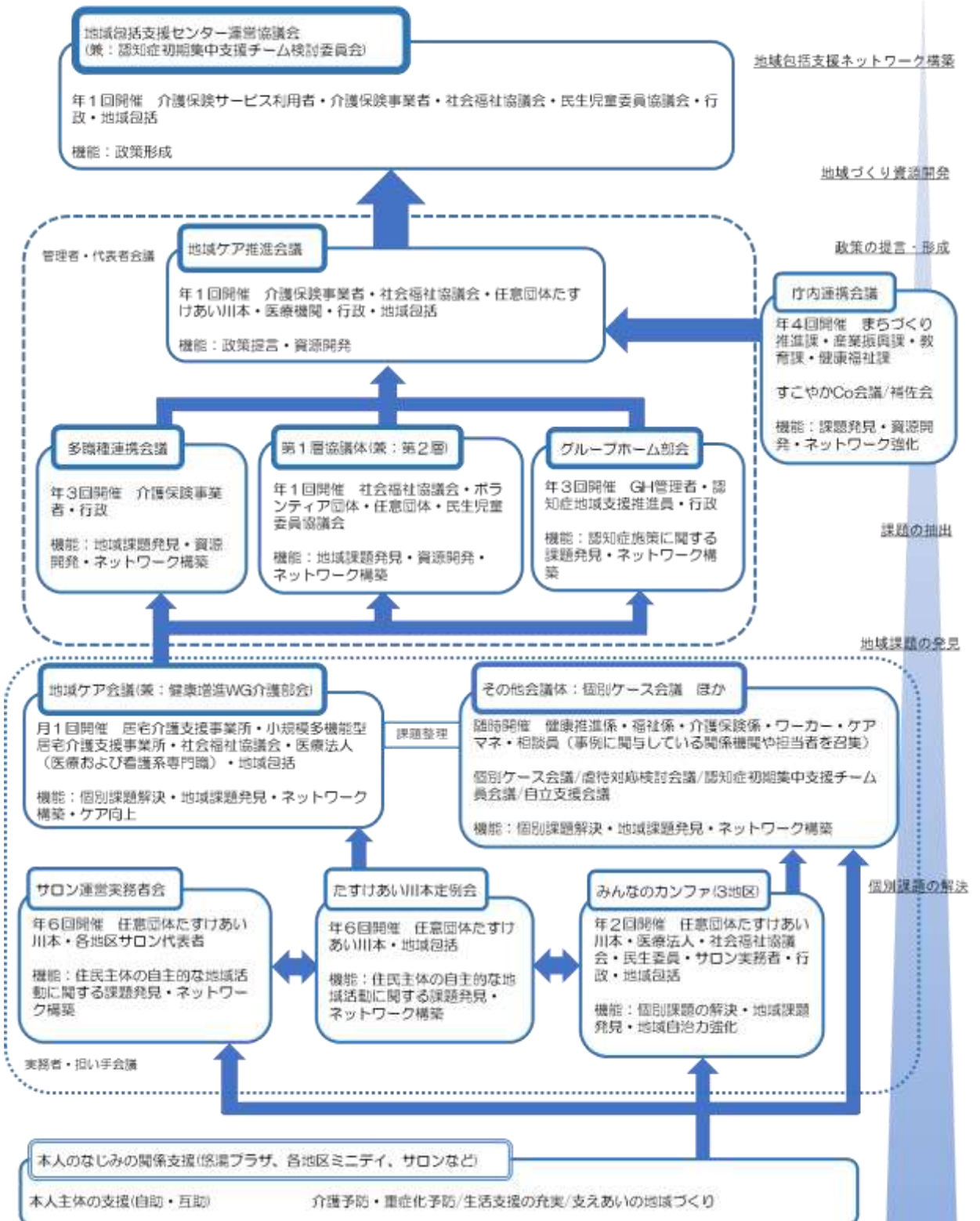


【イメージ図の解説】

通いの場は、住民が“主役”として運営し、行政職員は“黒子”として支援することが成功のポイントです。地域住民や関係者が「通いの場（介護予防）」と「生活支援」を両輪とした自転車に乗り、地域包括ケアを進めていくイメージを表しています。地域住民、保険者である行政職員（行政職、保健師、リハ職等）、住民側の支援者（サポーター、ボランティア、民生委員等）、公的な支援者（ケアマネジャー、生活支援コーディネーター、リハ職等の専門職）が共にペダルをこぎ、「地域ケア会議」というハンドルで舵取りをしながら、目指すべき地域へと進んでいきます。地域包括ケアを実現するためには、地域住民や関係者間の協働が必要であるとともに、「通いの場（介護予防）」と「生活支援」の両輪なくして前に進むことはできません。

資料：「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き（ダイジェスト版）」（厚生労働省）

川本町地域包括ケア推進体制図(令和3年度)



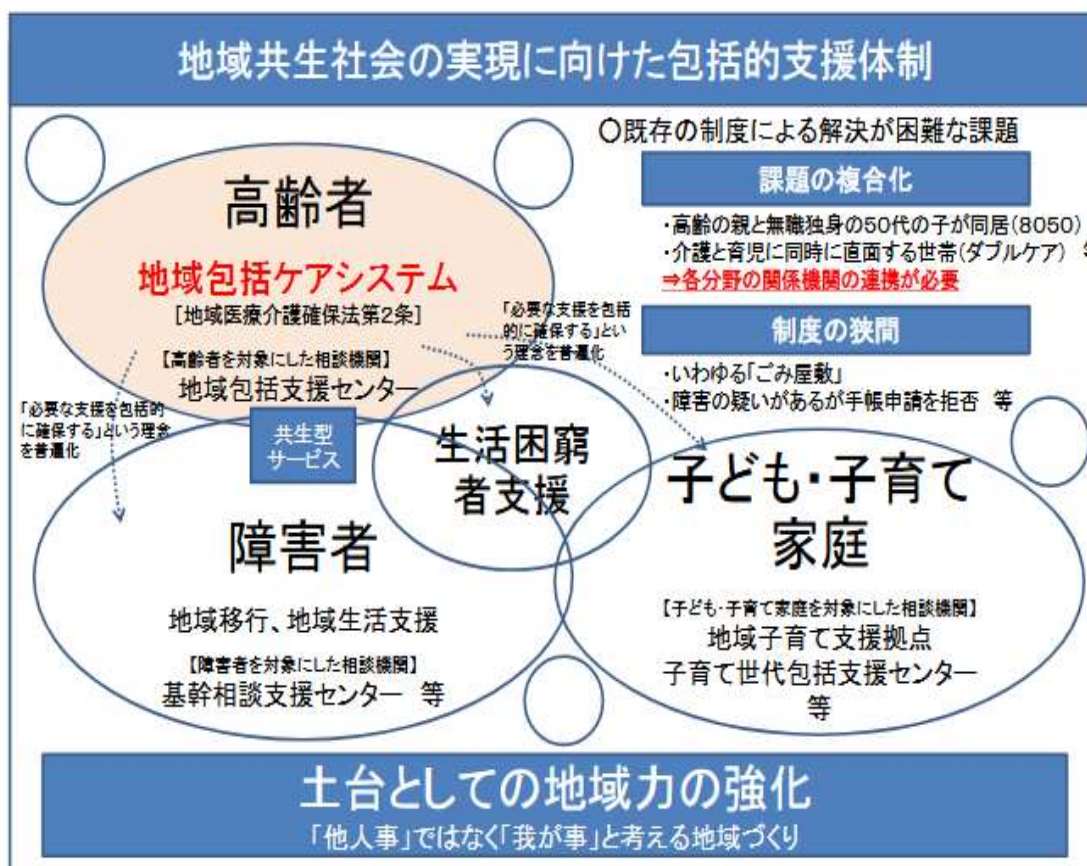
(4) 地域共生社会の推進

地域共生社会とは、制度、分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである。

川本町では、令和2年に住民団体「たすけあい川本」が立ち上がった。

「たすけあい川本」は、子どもから高齢者まで安心して暮らすためにご近所や地域で支え合うしくみづくりを考え、実践する。また、住民の自主活動を専門職の介護、医療、看護、福祉等への橋渡しを担い、住みなれた地域で暮らし続けることができる地域づくりをめざすことを目的としている。

高齢者、障がい者、子どもなど全ての人々が、一人ひとりの暮らしと生きがいを共に作り、高め合う社会の実現にむけ、地域を基盤として住民、関係機関、行政が一体となって取り組み、人々の多様な課題に応える包括的支援体制を推進していく。



資料：厚生労働省

第4章第1節 介護予防・生活支援の充実

1 介護予防の推進

(1) 介護予防の推進

介護予防事業は、社会福祉協議会、三原の郷未来塾、たすけあい川本に委託し、一部直営で下記の事業を行っている。

① ミニデイサービス事業

地域の福祉活動協力員を中心に、各地区の自治会館、集会所で体操・ゲーム・会食などのミニデイサービスを行っている。

② 悠湯プラザ通所事業

介護予防拠点施設である悠湯プラザにおいて、健康相談・体操・会食・隣接の温泉施設での入湯などを行っている。

③ 体力づくり事業

すこやかセンターにおいて、健康運動指導士などを講師に招き、体操指導や脳トレなどを月3回開催している。

④ 転倒骨折予防事業

各地区の自治会館、集会所において、健康運動指導士などの講師を招いて、筋力アップの運動や体力測定などの教室を行っている。また、月2回、おとぎ館のプールを使用した水中運動教室も実施している。

⑤ 食生活改善事業

ミニデイサービスで栄養士が協力して料理教室を開催し、食生活改善の指導を行っている。また、西公民館、すこやかセンター、三原まちづくりセンターで川本町食生活改善推進協議会が協力し男性の料理教室も実施している。

⑥ サロン（三原・因原・弓市・馬野原・多田）

三原まちづくりセンターで月3～4回、道の駅、本町会館、馬野原集会所、多田自治会館で月1回サロンを実施しており、地域のボランティアを中心に気軽に集える場となっている。また、谷戸および尾原地区についても、サロン実施に向け現在支援を行っている。

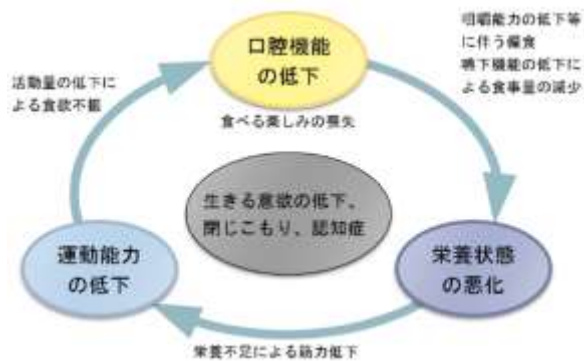
今後は、住民が自主的に身近な地域で活動でき、地域の中に生きがい、役割をもって生活できるような居場所や出番づくりなどを行っていく。また、専門職による健康づくりや助けあいをテーマとした出前講座や巡回・常設型の健康相談「暮らしの保健室」を実施し、住民ひとりひとりが自己のライフステージと向き合いながら、健やかで心豊かな生活を送ることができるよう働きかけを行っていく。

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、外出の自粛や人との接触を控える生活となり、心身機能の低下が懸念される。感染防止対策に十分に配慮しつつ、感染症予防策やフレイル対策についても普及啓発に努めていく。

口腔機能・栄養・運動器の機能の改善



資料：(公社)長寿振興財団ホームページ



資料：「第8期島根県老人福祉計画・介護保険事業支援計画」

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
要介護認定率	22.0	22.0	20.6

(2) リハビリ専門職等との連携推進

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問事業、地域ケア会議、サービス担当者会議等へのリハビリ専門職等の関与を推進する。

また、介護予防事業等の事業評価をするために研修会を開催していく。

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
専門職による出前講座開催回数	2	5	2

(3) 健康づくり事業との連携

「川本町健康長寿すこやかプラン～第2期計画～」との整合性を図り、壮年期からの健康づくりの取り組みを推進していく。

介護保険申請の原因疾患をみると、認知症、筋・骨格系疾患、外傷、がんが多い状況にあり、要介護認定率の減少、平均自立期間の延伸につなげていくために健康づくり部門と連携し、壮年期から生活習慣を見直し、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいく。

川本町 介護保険申請となる原因【年齢別・上位3位まで】

年齢 順位	<65 (1人)	65~69 (3人)	70~74 (6人)	75~79 (7人)	80~84 (9人)	85~89 (27人)	90< (19人)	合計 (72人)
第1位	がん (1人)	うつ病 (2人)	筋骨格の病気 その他 (各2人)	外傷 (2人)	脳卒中 筋骨格の病気 認知症 (各2人)	認知症 (7人)	心臓病 (5人)	認知症 (10人)
第2位		目の病気 (1人)	脳卒中 がん (各1人)	脳卒中 糖尿病 胃腸・肝臓・ 胆のうの病気 筋骨格の病気 がん (各1人)	外傷 血液・免疫の 病気 その他 (各1人)	高血圧 筋骨格の病気 (各4人)	外傷 その他 (各3人)	筋骨格の病気 外傷 その他 (各9人)
第3位						外傷 がん その他 (各3人)	糖尿病 呼吸器の病気 (各2人)	がん (7人)

川本町 平成31(令和元)年度新規申請者(全72人) 主治医意見書疾病集計表

施策目標

指標	現状値(R1)	目標値(R5)	R3
平均自立期間	男 78.1 歳 女 85.0 歳	男 79.3 歳 女 85.6 歳	

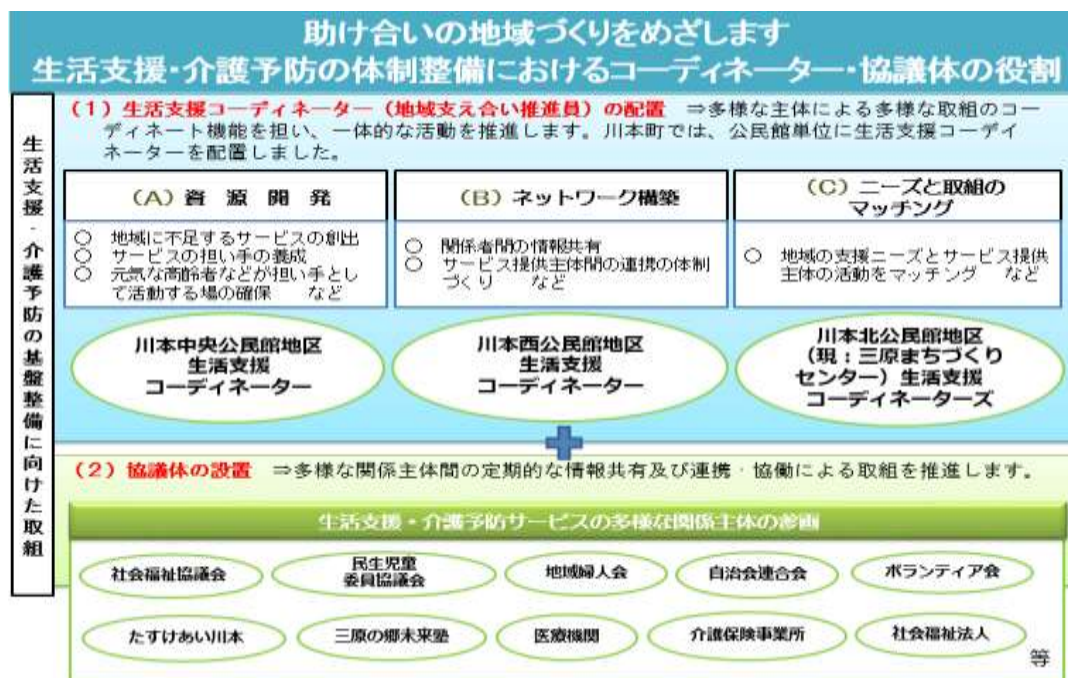
2 生活支援体制の整備

(1) 生活支援体制の整備促進

生活支援体制の整備については、平成 28 年度に生活支援コーディネーターを配置し、第 1、2 層を兼ねた協議体を設置し情報共有、関係機関の連携強化を行った。また、平成 29 年 4 月より 3 つの公民館区単位に生活支援コーディネーターを配置している。

生活支援コーディネーターの配置については、今後、地域の状況をみながら検討していく。協議体についても、関係団体が定期的に情報共有を行い、連携した取り組みを行っていく。

また、地域で生活を支援するボランティアの登録を三原の郷未来塾と社会福祉協議会で
行っており、三原の郷未来塾は、これまでの草刈り等の生活支援に加え、平成 29 年 11 月
より家事手伝いや家屋関連の軽作業等の生活支援を開始し体制整備をすすめている。社会
福祉協議会でも、既存のボランティア組織の再編にむけて検討をすすめていく。



参考：厚生労働省資料

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
協議体における会議開催回数	0	1	0

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

平成 29 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業が開始となり、更新に合わせて対象者に適切なサービスが提供できるようケアマネジメントを行い、現行相当サービス等に移行している。

介護予防・日常生活支援総合事業は、高齢者が安心して暮らし続けられるための地域づくりであり、地域で介護予防・生活支援体制についても住民と協働ですすめており、今後も連携して推進していく。

(3) 在宅高齢者へのサービス支援

高齢者とその家族が安心して地域で生活をするためには、介護保険サービス以外に安否確認や栄養支援等の支援を行っている。今後も、多様なニーズを把握しながら、適切な社会資源の開発につなげていく。

① 配食サービス

調理の困難な一人暮らしや高齢者のみの世帯の方を対象に、栄養バランスのとれた食事を自宅に配達することにより、高齢者の食の自立と生活の質の維持向上を図っている。また、配食時に安否確認を行うことにより、安心・安全な生活を支援する。

② 緊急通報装置貸与事業

脳血管疾患や心疾患等に罹患している一人暮らしや高齢者のみの世帯の方を対象に、緊急通報装置の貸与を行い、高齢者が安心して生活できる体制をめざしている。

③ 家族介護用品支給事業

重度の要介護高齢者（町民税非課税世帯）を在宅で介護する家族に紙おむつの助成を行っている。

④ 生活支援事業

65歳以上の介護保険要介護認定者以外を対象とし、生活支援ボランティアを派遣し、調理、買い物等の生活支援サービスを提供する。

(4) 「小さな拠点づくり」との連携

小さな拠点づくりとは、住民同士の話し合いを通じて地域運営の仕組みづくりに取り組むことであり、本町では平成25年度より三原地区において取り組みが行われ、平成29年度より介護予防事業、生活支援事業、生活支援コーディネーター業務を三原の郷未来塾に委託している。

川本町においても小さな拠点づくりの担当のまちづくり推進課と健康福祉課が連携を図り、総合的に地域づくりが推進していけるよう取り組んでいく。

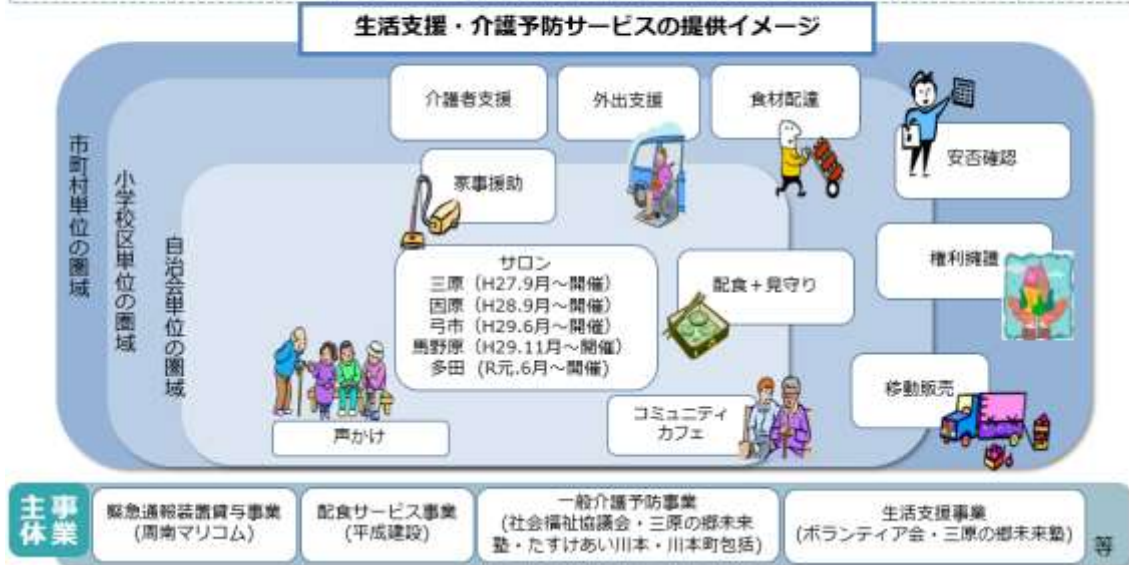
施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
住民主体の通いの場の設置数	2	5	5

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

➡ 「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



参考：厚生労働省資料

3 権利擁護の推進

(1) 日常生活自立支援事業の利用推進

判断能力が不十分な方や日常生活に不安のある方の権利を擁護することを目的として、その方が地域で安心して自立した生活が送れるよう日常的なお手伝いを行う制度である。社会福祉協議会で、日常的な金銭管理サービス、書類等の預かりサービスを行っている。住民や利用対象者への周知・啓発、事業担当者の研修の参加などを行っている。

(2) 成年後見制度の利用促進

認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方について、その方の権利を守る援助者を選ぶことで本人を保護し、支援する制度である。

【法定後見制度】

家庭裁判所に審判の申立てをすると、援助者として成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が選任される制度。成年後見人等は、本人の利益を考えながら、本人の財産管理や契約などの法律行為に関する職務を行うことで、本人を保護、支援する。

【任意後見制度】

将来、判断能力が不十分になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）を契約により決めておく制度。

成年後見制度の申請は、年間数件程度で推移している。

必要な方が、本人らしい生活を守るための制度として成年後見制度を利用できるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築するため、そのネットワークの中核となる機関（中核機関）の設置及び体制整備をすすめる。

成年後見制度の周知を行うとともに、権利擁護支援の相談窓口を設置し、相談に応じる体制を整備する。

また、司法、福祉、医療、地域の関係者がチームとして支援を行うことができるよう、関係機関の連携体制強化を図りながら、利用促進につながるよう取り組みをすすめていく。

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
中核機関の設置	0	1	0

(3) 高齢者虐待の防止

高齢者虐待は、高齢者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態である。

- ・身体的虐待：暴力をふるって身体にあざや痛みを与える、外部との接触を意図的に遮断する。
- ・介護・世話の放棄：必要な介護や世話をしないなど、身体的・精神的状態を悪化させる。
- ・心理的虐待：脅しや侮辱などの言葉や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等により、精神的苦痛を与える。
- ・性的虐待：本人との間で合意されていない性的な嫌がらせやその強要。
- ・経済的虐待：本人の合意なしに財産や金銭を使用する、本人の金銭の使用を理由なく制限する。

養護者による高齢者虐待に係る町への相談、通報件数は年間数件で推移している。

住民が関心を持ち、正しい知識を持つことが虐待防止や早期発見、早期対応につながるため、虐待防止のための啓発を行っていく。

第4章第2節医療・介護との連携

1 在宅医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療・介護連携の推進

地域包括支援センターに連携相談窓口をおき、在宅医療、介護連携に関する相談に対応している。

在宅医療、介護連携については、小さな町だからこそ日頃から顔が見えやすく、連携がとりやすい体制がある。

町の現状、課題を把握し、サービスが効果的に提供できるよう令和2年度は、多職種連携会議在宅部会、施設部会を立ち上げた。現状、課題、今後の方向性については、次頁以降に示すとおりである。

課題が解決できるよう今後も医療機関、保健所、関係機関と連携を図り、医療・介護サービスの提供体制の整備に努めていく。

また、邑智郡では食事栄養支援協議会が立ち上がっており、「食べること」を切り口に医療介護連携を行っている。今後は、後期高齢者医療広域連合とも連携を図り、後期高齢者歯科口腔健診等のデータを基に栄養、口腔機能の向上にむけ取り組んでいく。

●在宅医療・介護連携推進事業の項目

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護連携関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏域内・関係市町村の連携

(ア) 川本町内の医療機関及び介護サービス資源の一覧を掲載したリーフレット、認知症ケアパスを関係機関と連携し更新していく。

(イ・エ・オ) 医療機関や介護関係者が参加する多職種連携会議、地域ケア推進会議を定期的に行い、在宅医療・介護連携の課題の抽出、情報の共有を行っている。また、その中で抽出された課題に沿った研修会を行う。

(ウ) 地域包括支援センターに邑智郡内や近隣市町の医療機関と在宅介護の連携や退院後の支援調整の窓口を設置する。

(カ) 医療機関や訪問看護事業所等と連携しながら、医療・介護の24時間365日の提供体

制の整備に努める。

(キ) 関係機関と連携を図り、地域住民への普及啓発を行う。

(ク) 保健所が中心に二次医療圏域内の関係機関で会議を開催し、広域連携を図っている。

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
地域ケア推進会議の開催回数	1	1	1

(2) 人生の最終段階への対応

人生の最終段階において、自らが希望する医療やケアを受けるために、本人が前もって家族や関係者とともに考え、話し合い共有する取り組みが重要である。

令和元年度は、地域で講座を開催しその必要性について啓発を行った。

今後も医療、介護関係者と連携を図りながら、住民への啓発を行っていく必要がある。

課題	現状	解決策
<p>【生活支援】</p> <p>①移動手段がなく買い物に行けない</p> <p>②移動手段がなく受診に行けない</p> <p>③独居で家で入浴することが難しい</p> <p>④総合事業は、介護保険事業所のヘルパーによるサービス提供の見直し</p> <p>⑤入所している方の家の管理、墓そうじ、草刈り等困難。</p>	<p>【生活支援】</p> <p>①電話注文、移動販売車、生協まげなタクシー、タクシー利用券助成、別居家族の支援、有償ボランティア、石見交通バスカード購入費助成</p> <p>②まげなタクシー、タクシー利用券助成、訪問診療、巡回診療</p> <p>③通所リハビリ、デイサービスの利用、訪問看護、訪問介護の利用</p> <p>④有償ボランティア等の活用</p> <p>⑤別居家族の協力 有償ボランティア等の活用</p>	<p>【生活支援】</p> <p>①電話注文、移動販売車、生協まげなタクシー、タクシー利用券助成地域拡大 (R2～)、別居家族の支援、有償ボランティア、石見交通バスカード購入費助成拡大 (R2～) 高齢者フリーパス (R2～)</p> <p>②まげなタクシー、タクシー利用券助成地域拡大 (R2～)、訪問診療巡回診療</p> <p>③通所リハビリ、デイサービスの利用、訪問看護、訪問介護の利用</p> <p>④有償ボランティア等の活用の拡大</p> <p>⑤別居家族の協力 有償ボランティア等の活用</p>
<p>【介護予防】</p> <p>①介護予防が気軽にできる場がない</p> <p>②介護予防事業の場が少なく、交通手段がなく参加が困難。</p> <p>③介護予防事業の対象者の制限 (悠湯プラザ)</p> <p>④入院によりADLが低下し、在宅生活が困難。安定して利用者確保が難しい。</p>	<p>【介護予防】</p> <p>①自宅でできる体操、口腔体操、認知症予防等の周知 (まげなネットの活用)</p> <p>③R2.4.1より悠湯プラザ通所事業の対象者を介護保険サービス通所事業の回数制限を除外した。</p> <p>④介護予防、介護保険サービス等を利用した心身機能の維持。</p>	<p>【介護予防】</p> <p>①自宅でできる体操、口腔体操、認知症予防等の周知 (まげなネットの活用) の充実</p> <p>②サロン等での体操のリーダーの育成 移動手段の確保の検討。</p> <p>④介護予防、介護保険サービス等を利用した心身機能の維持。 人生会議の普及とすすめ。 エンディングノートの活用。</p>
<p>【介護人材】</p> <p>①作業療法士等の専門職不足によりサービスの多様化が図れない。</p> <p>②訪問看護師の人材不足と高齢化。</p> <p>③介護人材不足 (高齢化)</p>	<p>【介護人材】</p> <p>①実習生の受け入れ。広報活動。</p> <p>②潜在看護師の発掘。訪問看護体験。実習生の受け入れ。</p> <p>③介護ロボットの導入、活用</p> <p>①～③夢と可能性に挑戦する人財定住助成金事業</p>	<p>【介護人材】</p> <p>①実習生の受け入れ。広報活動。</p> <p>②潜在看護師の発掘。訪問看護体験。実習生の受け入れ。</p> <p>③医療、介護、障がい等の一つの拠点で流動的に人材をまわす。 介護の入門的研修の開催 (R2.10月) 労働環境の改善、賃金の改善、イメージの払拭 高齢者の介護人材の移動支援</p> <p>①～③夢と可能性に挑戦する人財定住助成金事業</p>
<p>【環境】</p> <p>①オンライン会議をする際、ネット環境が整っていないエリアがある。</p> <p>②車駐、停車できる場が少ない。</p> <p>③水害時、避難場所が遠い。時間がかかる。</p> <p>④新型コロナウイルス感染防止のため週末、県外から家族が帰省できない。</p>	<p>【環境】</p> <p>①笹畑、小谷、川内はネット環境が整っていない。</p> <p>②徒歩での移動。</p> <p>③福祉避難所</p> <p>④代替サービスの活用</p>	<p>【環境】</p> <p>①ネット環境の整備 (R2 絵堂・白地)</p> <p>③福祉避難所</p> <p>④代替サービスの活用</p>
<p>【制度】</p> <p>①入所者が対象外の介護度に変更になった場合、スムーズに受け入れ先が見つかるシステムが必要。</p>	<p>【制度】</p> <p>①本人、家族と話し合い、受け入れ先を検討する。</p>	<p>【制度】</p> <p>①本人、家族と話し合い、受け入れ先を検討する。</p>

第4章第3節 認知症施策の推進

1 認知症の人や家族の視点を重視した総合的な推進体制

(1) 国の認知症施策

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を目指し、厚生労働省が平成24年9月に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を公表し、認知症施策を推進してきた。また、平成27年1月には、認知症の人やその家族の支援や気持ちをより重視し、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会の実現を目指した国家戦略として関係省庁が連携して取り組むものに改め、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」として公表した。

新オレンジプランの基本的な考え方(普及・啓発等の関連施策の総合的な推進)は、平成29年6月の介護保険法一部改正により介護保険制度に位置づけられ、令和元年6月には、「認知症施策推進大綱」が関係閣僚会議で取りまとめられた。本大綱は、共生(認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症と共に生きる、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)と予防(認知症になるのを遅らせる、症状の進行を緩やかにする)を車の両輪とし、施策推進する方針が示されたところである。

川本町では、認知症施策推進大綱や県の認知症施策を踏まえ、県や関係機関と連携した認知症施策を推進していく。

■参考：認知症施策推進大綱について

1 普及啓発・本人発信支援	認知症の人や家族の視点を重視
①認知症に関する理解促進	
②相談先の周知	
③認知症の人本人からの発信支援	
2 予防	
①認知症予防に資する可能性のある活動の推進	
②予防に関するエビデンスの収集の推進	
③民間の商品やサービスの評価・認証の仕組みの検討	
3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	
①早期発見・早期対応、医療体制の整備	
②医療従事者等の認知症対応力向上の促進	
③介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進	
④医療・介護の手法の普及・開発	
⑤認知症の人の介護者の負担軽減の推進	
4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援	
①「認知症バリアフリー」の推進	
②若年性認知症の人への支援	
③社会参加支援	
5 研究開発・産業促進・国際展開	
①認知症の予防、診断、治療、ケア等のための研究	
②研究基盤の構築	
③産業促進・国際展開	

資料：「第8期島根県老人福祉計画・介護保険事業支援計画」

2 認知症についての普及啓発

(1) 認知症サポーター養成



認知症の人が尊厳をもって住み慣れた地域でいきいきと暮らしていくには、社会全体が認知症の人やその家族の理解者となることが重要であり、認知症の人への理解を広く住民に浸透させていく必要がある。

川本町では、認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者である認知症サポーターの養成に取り組んでいる。認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに向けて、関係機関・組織・団体等への働きかけや連携体制の構築に努めていく。また、認知症サポーター養成講座の講師役を担うキャラバン・メイトの養成についても、県と連携して推進していく。

■参考：キャラバン・メイトと認知症サポーターについて

○キャラバンメイト養成研修
 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成
 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

○認知症サポーター養成講座
 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
 対象者：
 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
 コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等

資料：「認知症施策推進大綱」

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
認知症サポーター数	380	430	365

(2) 認知症ケアパス

認知症ケアパスは、認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、これらの流れを標準的に示したものである。

川本町では、平成 29 年 3 月に認知症ケアパス(川本町オレンジパス)を作成した。相談窓口で活用することで、認知症の人やその家族がおかれている状況についてどのように対処すればよいかをわかりやすく伝え、適切なサービスが切れ目なく受けられるように支援していく。

3 認知症の方を支える地域づくり

(1) 認知症カフェ

認知症カフェは、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う集いの場である。

川本町では、平成 27 年 4 月より認知症対応型グループホームで認知症カフェが開始された。平成 29 年 4 月からは町内の認知症対応型グループホームと、地域包括支援センターの共催で認知症カフェ(ゆうゆうカフェ)を運営している。認知症の人や家族だけでなく、専門職や地域住民など誰もが参加でき、互いに情報を共有したり理解を深めたりすることができる場となるように推進していく。

施策目標

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
認知症カフェ設置数	1	1 以上	1

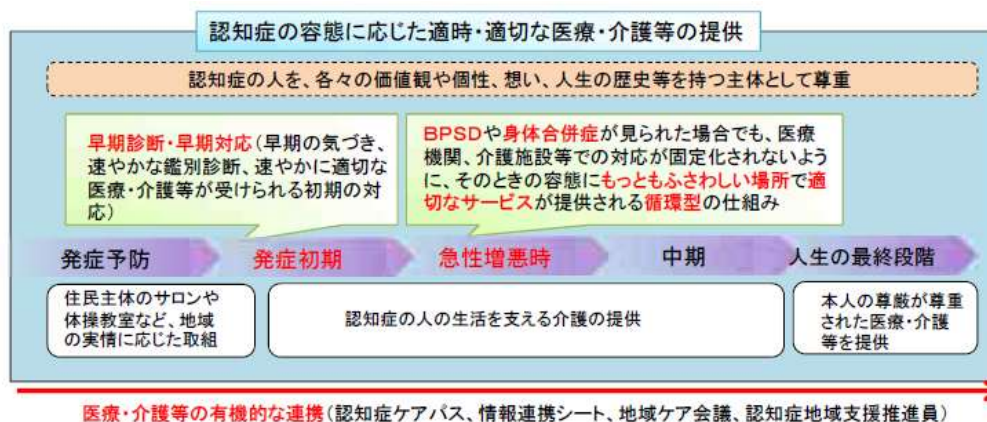
(2) 認知症の容態に応じた支援体制の充実

認知症初期集中支援チームは、医療・福祉等の複数の専門職により構成され、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族が認知症の発症初期から適切なサービスが受けられるように集中的・包括的に支援する取り組みである。また、認知症地域支援推進員は、認知症の人や家族の相談に応じたり地域の支援機関の間の連携を図るための支援をしたりする役割を担うものである。

川本町では、平成 29 年 4 月より認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員を設置し、速やかに適切な医療・介護等が受けられるよう初期の対応体制の構築を進めている。早期診断・早期対応を軸とし、また、抑うつ・興奮・徘徊・妄想等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症状等がみられた場合にも、そのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを推進していく。

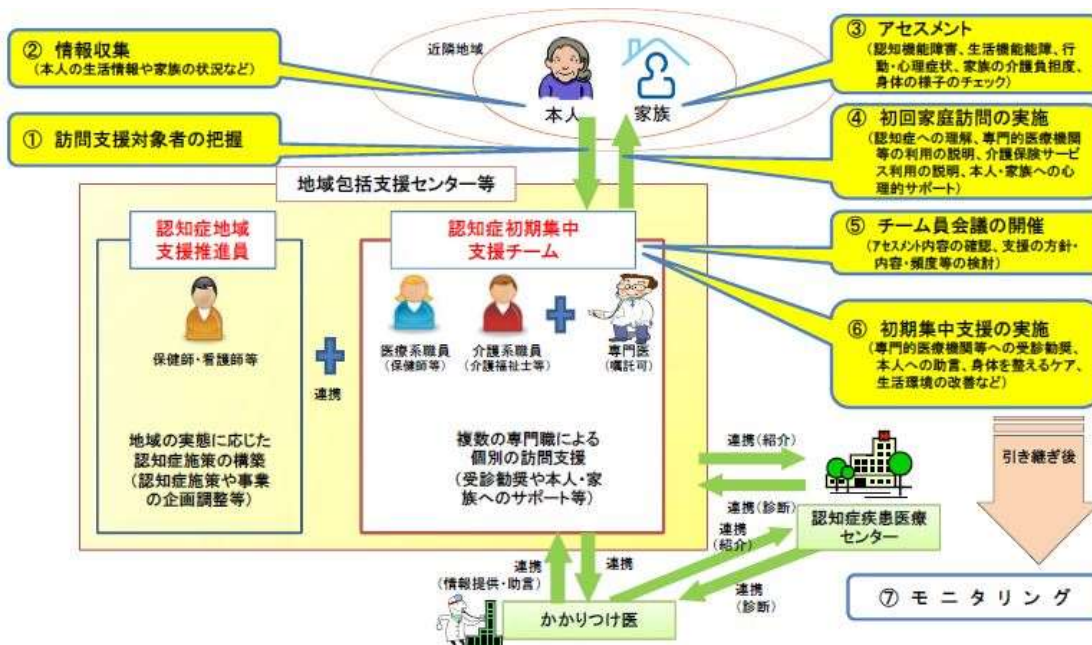
指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
初期集中支援チーム設置数	1	1	1

■参考：認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供について



資料：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（新オレンジプラン）」（参考資料集）

■参考：認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について



資料：「厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会(第47回) 認知症施策の推進について」

(3) チームオレンジの整備

チームオレンジは、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズとサポーターを中心とした支援者を繋ぐ仕組み

である。

川本町においても、認知症サポーター等による支援体制を構築し、認知症の人やその家族を地域で支えるネットワークの構築をすすめていく。

指標	現状値(R2)	目標値(R5)	R3
チームオレンジ設置数	0	1	0

第4章第4節住まいの確保

1 高齢者の住まいの確保

(1) 高齢者の住まいの確保

川本町の高齢者は、単身世帯、高齢者夫婦世帯が今後も増加することが見込まれる。

高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯が増加し、ニーズも多様化する中、地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢者の住まいは最も重要であり、住み慣れた地域で、そして自宅で生活していける環境づくりがまずは必要である。

多様な高齢者の住まいが整備されていく中、社会医療法人仁寿会と連携し、平成28年度に医療近接型住まいの整備を行った。この住まいは、医療機関に近接しており、必要な医療、介護サービスが身近で利用できることが利点であり、地域のインフォーマルなサービスとも連携を図り取り組みをすすめている。



出典：社会医療法人仁寿会近接型住まい「穏」パンフレット

特に、居宅での生活が困難な低所得の高齢者に対する受け皿として、措置施設である養護老人ホーム及び無料または低額な料金で入所できる軽費老人ホームが居宅及び生活の支援の機能を果たすことが求められている。

また、自宅での生活が困難となった高齢者が、より身近な地域のなじみ関係性のある町内、郡内の施設で生活を継続していくことも必要である。今後も必要なサービスが提供できるよう体制整備に取り組んでいく。

<資料：第8期邑智郡介護保険事業計画>

介護サービスの見込量

1. 介護保険事業の目標数値の推計手順

第8期介護保険事業の数値目標は、まず、「被保険者数」を推計し、次に、高齢化や重度化予防の効果等を勘案して「認定者数」を推計する。

次に、認定者のうち「施設・居住系サービス」の利用人数を見込み、「受給率」を勘案しながら「在宅サービス利用者数」を推計する。

サービス種類ごとに、1人1月あたりの利用回(日)数を推計し、平均利用単価を乗じて月あたりの給付費を推計する。

2. 介護サービス等の提供と確保

令和3年1月現在の川本町、邑智郡における介護サービス事業者の状況は、下表のとおりである。

介護サービス事業所数

サービス種別		川本町	邑智郡
居宅サービス	介護予防支援	1	3
	居宅介護支援	2	9
	訪問介護	2	8
	訪問入浴介護	0	2
	訪問看護	1	4
	訪問リハビリテーション	1	3
	福祉用具販売	0	4
	福祉用具貸与	0	4
	通所介護	1	7
	通所リハビリテーション	1	3
	短期入所生活介護	1	6
	短期入所療養（老健）	1	2
	短期入所療養（医療）	0	0
特定施設入居者生活介護（定員数）	1(50)	4(200)	
ビス地域密着型サービス	認知症対応型共同生活介護（定員数）	2(18)	4(44)
	共同生活介護（短期利用）	2	4
	認知症対応型通所介護	0	0
	地域密着型通所介護	0	1

	小規模多機能型居宅介護（登録定員数）	1(18)	3(67)
施設サービス	介護老人福祉施設（定員数）	1(30)	6(270)
	介護老人保健施設	1(36)	2(136)
	介護医療院	0(0)	1(90)

3. サービス別利用者数・給付費等の見込み

サービスの見込額、利用者数、回数（日数）は、以下のとおりと見込んでいる。介護予防サービス見込額と、介護サービス見込額を合算した額が、第8期における総給付費になる。

単位: 給付費(千円)人数(人)							2025
			令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計	令和7年度
(1) 居宅サービス			201,117	200,211	199,721	601,049	188,231
訪問介護	給付費	介護	18,385	18,793	18,885	56,063	17,058
	人数	介護	23	23	23	69	21
訪問看護	給付費	予防	1,848	1,849	1,855	5,552	1,460
		介護	11,632	11,639	11,639	34,910	10,662
		計	13,480	13,488	13,494	40,462	12,122
	人数	予防	7	7	7	21	7
		介護	32	32	32	96	29
		計	39	39	39	117	36
訪問リハビリテーション	給付費	予防	2,345	2,346	2,346	7,037	2,173
		介護	8,912	8,917	8,916	26,745	8,284
		計	11,257	11,263	11,262	33,782	10,456
	人数	予防	8	8	8	24	8
		介護	19	19	19	57	19
		計	27	27	27	81	27
居宅療養管理指導	給付費	予防	1,551	1,584	1,584	4,719	1,523
		介護	4,714	4,717	4,717	14,148	4,490
		計	6,265	6,301	6,301	18,867	6,013
	人数	予防	16	17	17	50	16
		介護	68	68	68	204	65
		計	84	85	85	254	81
通所介護	給付費	介護	12,392	12,499	12,410	37,301	11,885
	人数	介護	14	14	14	42	14
通所リハビリテーション	給付費	予防	9,385	9,285	9,186	27,856	8,978
		介護	29,275	29,225	29,534	88,034	27,884
		計	38,660	38,510	38,720	115,890	36,862
	人数	予防	29	28	28	85	27
		介護	43	43	43	129	41
		計	72	71	71	214	69
短期入所生活介護	給付費	予防	0	0	0	0	0
		介護	21,697	21,049	21,049	63,795	20,123
		計	21,697	21,049	21,049	63,795	20,123
	人数	予防	0	0	0	0	0
		介護	13	13	13	39	12
		計	13	13	13	39	12
短期入所療養介護(老健)	給付費	予防	0	0	0	0	0
		介護	5,342	5,256	5,210	15,808	3,427
		計	5,342	5,256	5,210	15,808	3,427
	人数	予防	0	0	0	0	0
		介護	7	7	7	21	5
		計	7	7	7	21	5

福祉用具貸与	給付費	予防	2,888	2,854	2,820	8,562	2,720
		介護	13,183	13,034	12,919	39,136	12,726
		計	16,071	15,888	15,739	47,698	15,446
	人数	予防	33	33	31	97	31
		介護	68	67	67	202	66
		計	101	100	98	299	97
特定福祉用具 購入費	給付費	予防	202	202	202	606	293
		介護	540	540	540	1,620	540
		計	742	742	742	2,226	833
	人数	予防	0	0	0	0	0
		介護	2	2	2	6	2
		計	2	2	2	6	2
住宅改修費	給付費	予防	1,005	1,005	1,005	3,015	1,005
		介護	2,103	2,103	2,103	6,309	2,103
		計	3,108	3,108	3,108	9,324	3,108
	人数	予防	0	0	0	0	0
		介護	2	2	2	6	2
		計	2	2	2	6	2
特定施設入居 者生活介護	給付費	予防	727	728	728	2,183	728
		介護	52,991	52,586	52,073	157,650	50,171
		計	53,718	53,314	52,801	159,833	50,899
	人数	予防	1	1	1	3	1
		介護	25	24	24	73	23
		計	26	25	25	76	24
(2) 地域密着型サービス			73,189	73,287	72,790	219,266	71,180
定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護	給付費	介護	0	0	0	0	0
	人数	介護	0	0	0	0	0
夜間対応型訪 問介護	給付費	介護	0	0	0	0	0
	人数	介護	0	0	0	0	0
地域密着型通 所介護	給付費	介護	4,860	4,920	4,920	14,700	4,921
	人数	介護	4	4	4	12	4
認知症対応型 通所介護	給付費	介護	0	0	0	0	0
	人数	介護	0	0	0	0	0
小規模多機能 型居宅介護	給付費	予防	1,426	1,427	1,427	4,280	1,427
		介護	14,796	14,804	14,307	43,907	12,696
		計	16,222	16,231	15,734	48,187	14,123
	人数	予防	3	3	3	9	3
		介護	9	9	9	27	7
		計	12	12	12	36	11
認知症対応型 共同生活介護	給付費	予防	0	0	0	0	0
		介護	52,107	52,136	52,136	156,379	52,136
		計	52,107	52,136	52,136	156,379	52,136
	人数	予防	0	0	0	0	0
		介護	16	16	16	48	16
		計	16	16	16	48	16

(3)施設サービス			252,972	251,915	250,717	755,604	248,847
介護老人福祉施設	給付費	介護	154,110	153,394	152,592	460,096	151,404
	人数	介護	48	48	48	144	47
介護老人保健施設	給付費	介護	47,855	47,486	47,090	142,431	45,923
	人数	介護	17	19	19	55	18
介護医療院	給付費	介護	51,007	51,035	51,035	153,077	51,521
	人数	介護	8	8	8	24	8
介護療養型医療施設	給付費	介護	0	0	0	0	
	人数	介護	0	0	0	0	
(4)居宅介護支援							
給付費	予防		2,914	2,886	2,861	8,661	2,812
	介護		16,805	16,730	16,644	50,179	16,483
	計		19,719	19,616	19,505	58,840	19,294
人数	予防		53	53	52	158	51
	介護		101	100	100	301	99
	計		154	153	152	459	150
合計							
	給付費		546,997	545,029	542,733	1,634,759	527,553
	給付費	予防	24,291	24,166	24,014	72,471	23,119
		介護	522,706	520,863	518,719	1,562,288	504,434
		計	546,997	545,029	542,733	1,634,759	527,553