

第7期 南伊勢町
高齢者保健福祉計画・
介護保険事業計画

平成30年3月
南伊勢町

目 次

第 1 章 計画の見直しにあたって.....	1
1 計画策定の経緯.....	1
2 計画の位置づけ.....	3
3 計画の期間.....	4
4 計画の策定体制.....	4
5 介護保険制度の改正内容.....	5
第 2 章 高齢者を取り巻く状況.....	7
1 人口・世帯の状況.....	7
2 介護保険サービスの利用状況.....	10
3 アンケート調査結果から見た現状.....	13
4 関係団体・機関ヒアリング結果.....	30
5 第 6 期の振り返り.....	33
6 課題のまとめ.....	35
第 3 章 計画の理念と目標.....	38
1 基本理念.....	38
2 基本目標.....	39
3 計画の体系.....	43

第4章 施策展開.....	44
1 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり.....	44
2 健康でいきいきと暮らせるまちづくり.....	50
3 安心して生きがいをもち、地域で暮らせるまちづくり.....	53
4 適切な介護サービスを利用できるまちづくり.....	58
第5章 介護保険事業費の見込みと介護保険料.....	61
1 総人口及び高齢者人口等の推計.....	61
2 居宅・介護予防サービス.....	63
3 施設サービス.....	71
4 地域密着型サービス.....	73
5 第7期（平成30～32年度）における施設整備計画量.....	77
6 保険料の算出.....	78
第6章 計画の推進.....	85
1 全庁的な施策の推進.....	85
2 関係機関等との連携.....	85
3 計画の進行管理.....	85
資料編.....	86
1 第7期南伊勢町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会委員名簿.....	86
2 南伊勢町介護保険事業計画等策定委員会設置条例.....	87
3 用語解説.....	88



計画の見直しにあたって



1 計画策定の経緯

近年の日本は他に類を見ない人口減少と高齢化に見まわられています。特に高齢者人口（65歳以上人口）は近年一貫して増加を続け、「前例のない高齢社会」を迎えています。南伊勢町では、総人口が昭和35年をピークに減少を続けており、団塊の世代が65歳を迎える平成27年には、国勢調査ベースで高齢化率が49.1%となっています。今後も、人口減少と高齢化がさらに進行し、特に後期高齢者が急増することが予測されています。

高齢化の急速な進行に伴い、地域社会では高齢者をめぐるさまざまな問題が浮かび上がっています。平成29年6月に開かれた、国の「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会」では、今後見込まれる一人暮らし高齢者の増加等への対応の必要性が再確認されており、一人暮らし高齢者・高齢者のみの世帯の益々の増加に伴う孤立化、認知症高齢者の増加、介護する家族の負担増やそれに伴う介護離職の増加、高齢者虐待の危険性などの問題への対応が課題となっています。

また、高齢社会を支える担い手をいかに増やすかが重要であり、平均寿命が延びている一方、介護が必要な期間が増加しているなかで、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間（健康寿命）を延伸していくことも求められています。

このような課題に直面する中で、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援や、要介護状態の重度化防止のために、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、「地域包括ケアシステム」の深化・推進が課題となっています。

第18回介護保険推進全国サミット（平成29年10月）では、厚生労働省から地域社会において複雑化・複合化した課題など対応困難な事例が出ていると説明され、住民が創意工夫しながら地域とともに地域共生社会に向けて取り組む必要性を指摘しています。

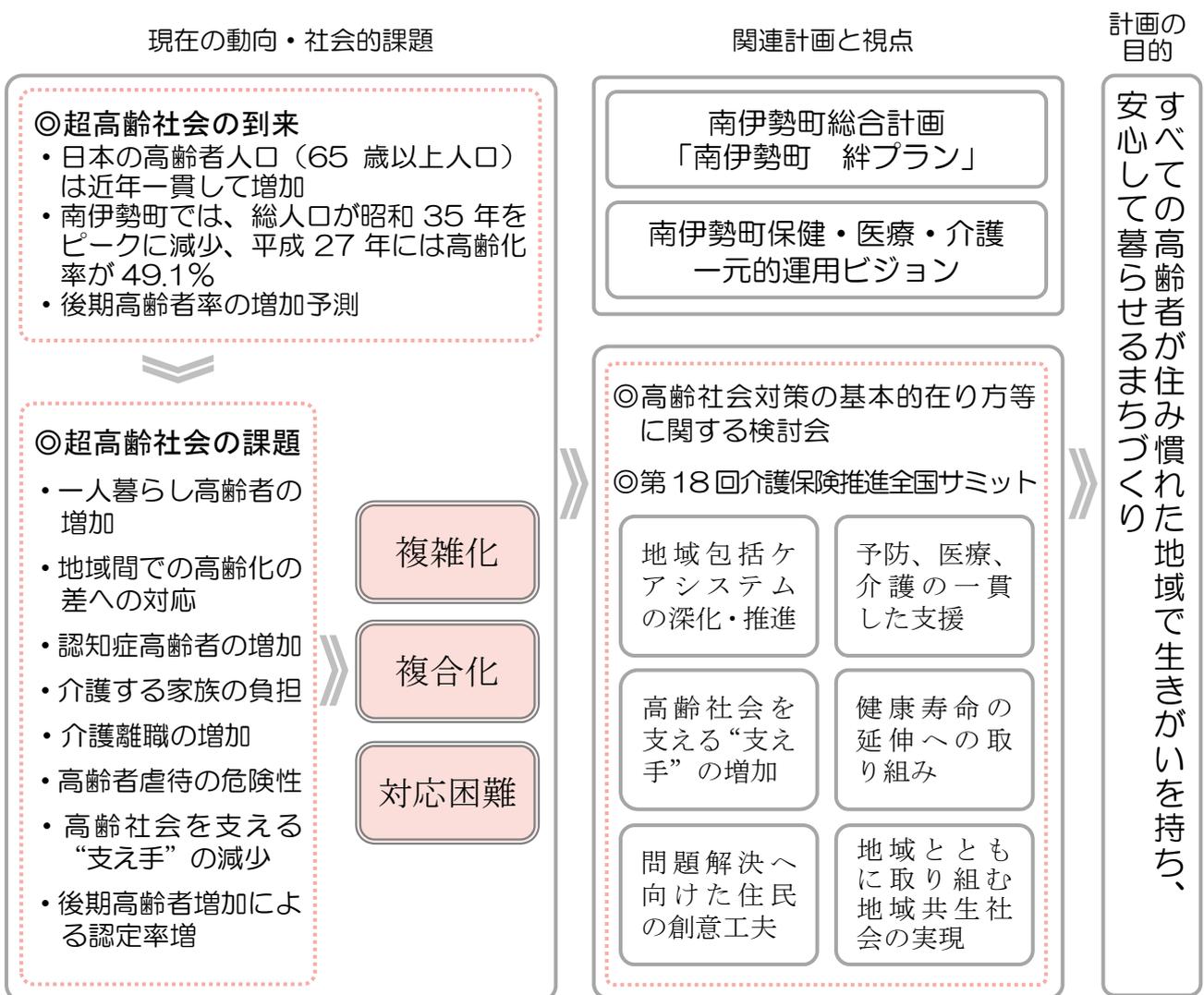
南伊勢町では、医療や介護を社会面、経済面、心理面などさまざまな視点から全人的なサービスの一環として捉え、予防から医療、介護までを一貫し、暮らしと合わせた効果的、効率的な取組を行い、町民にとって真に必要なサービスを提供していくため、平成25年に「南伊勢町保健・医療・介護一元的運用ビジョン」を策定しています。

これらを踏まえ、南伊勢町では、高齢者の保健福祉に関する施策を総合的に推進するため、3年を1期とする「南伊勢町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定しています。

平成29年度には、本計画の第6期計画期間（平成27年度～29年度）が終了することから、国や三重県の動向を踏まえつつ施策の実施状況や効果を検証した上で、団塊の世代が75歳になる2025年（平成37年）を見据え、「地域包括ケアシステム」の実現をめざす新たな計画を策定します。

本計画は、南伊勢町の高齢者保健福祉及び介護保険事業の運営にかかる基本理念・基本目標を定め、すべての高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、安心して暮らせるまちづくりを目指すために策定するものです。

【第7期南伊勢町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定の経緯】





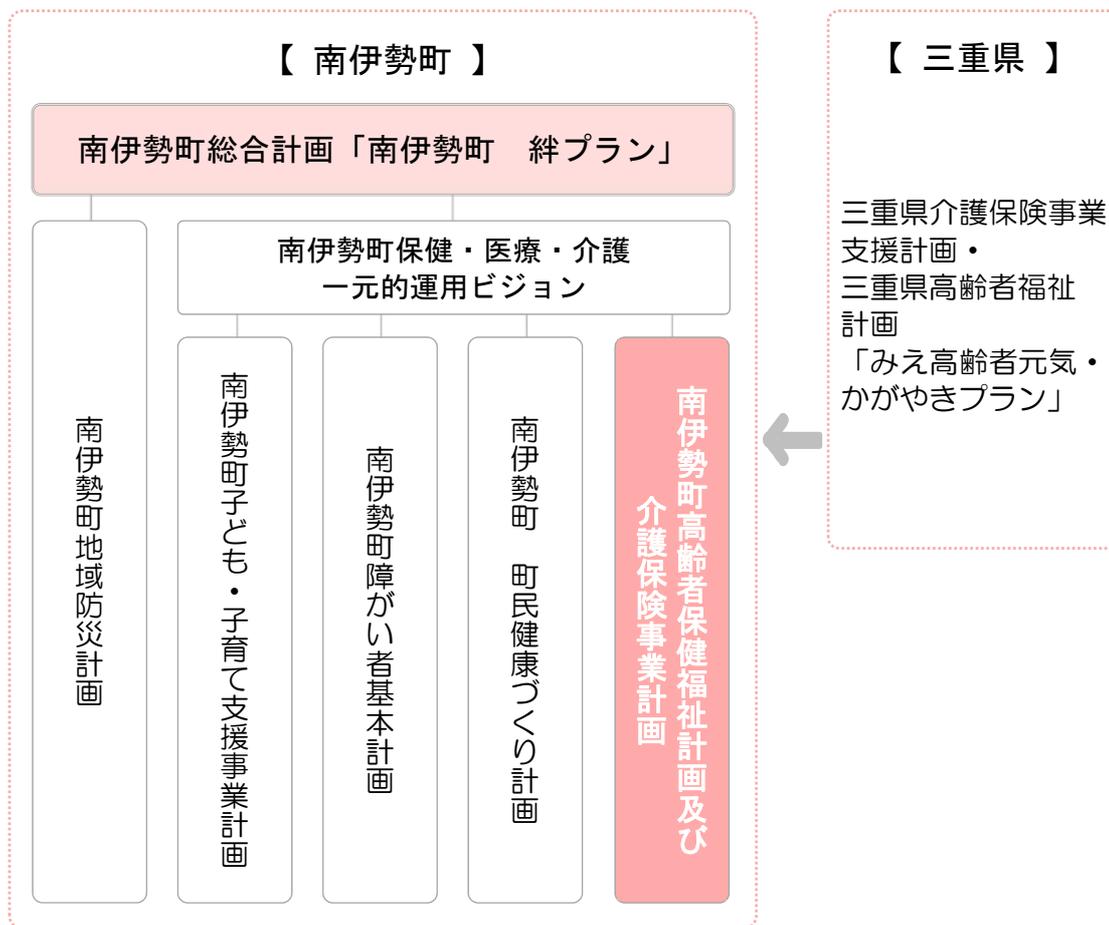
2 計画の位置づけ

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8に基づくもので、高齢者の福祉の増進を図るために定める計画です。介護保険事業計画は、介護保険法第117条に基づき、町が行う介護保険事業の円滑な実施に関する計画です。

本計画は、南伊勢町総合計画「南伊勢町 絆プラン」の基本構想の理念に基づく分野別計画に位置付けられ、本町における高齢者福祉の基本的な考え方及び施策を示すとともに、「南伊勢町保健・医療・介護一元的運用ビジョン」をふまえ、障がい者施策、保健施策、医療施策等、各分野との整合性・調和を保ちながら策定するものです。

また、本計画は高齢者の福祉、保健、医療、介護保険、生きがいや社会参加、住みやすいまちづくりなど、高齢者施策全般にかかわる行政計画であるとともに、住民との協働により計画の推進を図るものです。

さらに、本計画は三重県介護保険事業支援計画・三重県高齢者福祉計画「みえ高齢者元気・かがやきプラン」との整合を図っています。

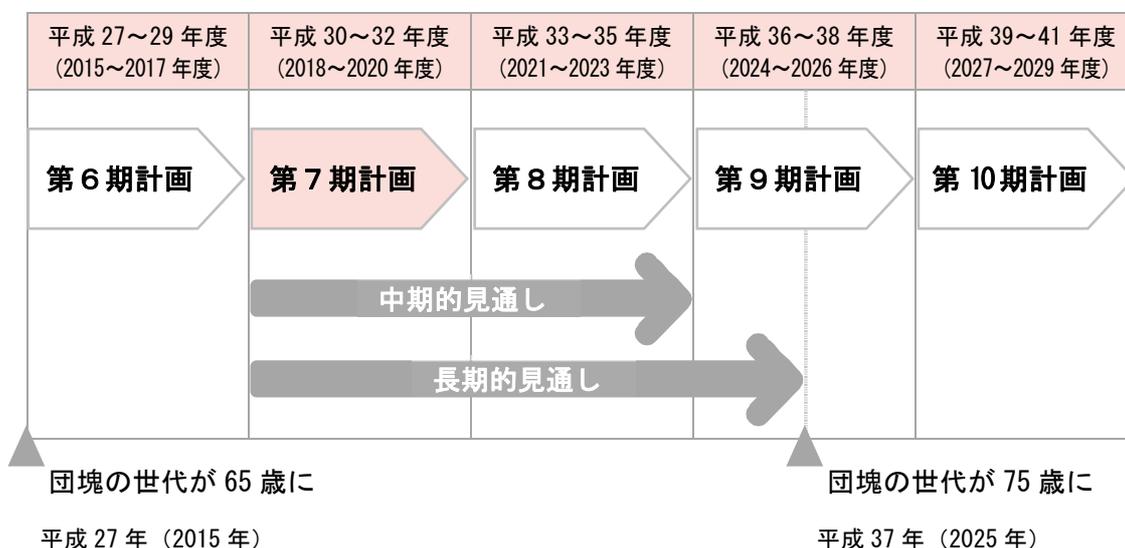




3 計画の期間

本計画の対象期間は、平成 30 年度から平成 32 年度までの 3 年間とし、前計画から引き続き、団塊の世代が 75 歳になる 2025 年（平成 37 年）までの中長期的な視野に立った見通しを示しています。

具体的には、住民基本台帳などから推計される平成 32 年（2020 年）及び平成 37 年（2025 年）における高齢者人口などを基に、南伊勢町の実情に応じた地域包括ケアシステムが持続的・安定的に展開されるためのサービス基盤の整備等、中長期的な取組の方向性を見定め、本計画の施策へと反映させています。



4 計画の策定体制

本計画の策定にあたっては、日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査および町民包括評価やサービス事業所へのアンケート（ヒアリング）調査で把握された現状や現行計画の振り返りをもとに進めるほか、介護保険法改正など国の動きを注視しながら進めました。

また、当事者や専門的な見地から幅広い視点で協議を行い、そして「南伊勢町高齢者保健福祉計画及び南伊勢町介護保険事業計画策定委員会」での協議・検討及び現行計画の実施状況や主な課題、素案作成等について検討を行いました。

加えて、パブリックコメントを実施し、広く町民意見の把握と反映に努め、本計画の策定を行いました。



介護保険制度の改正内容

介護保険制度については、計画の期間に合わせ、3年ごとに大きな見直しが行われます。第7期計画に合わせて行われる今回の制度改正において、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう、改正が行われています。

(1) 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

- ・高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- ・全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、以下を法律により制度化。

① データに基づく課題分析と対応

(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)

② 適切な指標による実績評価

③ インセンティブの付与

(2) 新たな介護保険施設(介護医療院)の創設

- ・今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険サービス(介護医療院)を創設する。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

① 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による把握及び関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

② この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定。

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な地域（圏域）において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

③ 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置付ける（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様）。
- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける。

（４）現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

- 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額 44,400 円の負担の上限あり。【平成 30 年 8 月施行】

（５）介護納付金における総報酬割の導入

- 第2号被保険者（40～64 歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。（激変緩和の観点から段階的に導入）【平成 29 年 8 月分より実施】



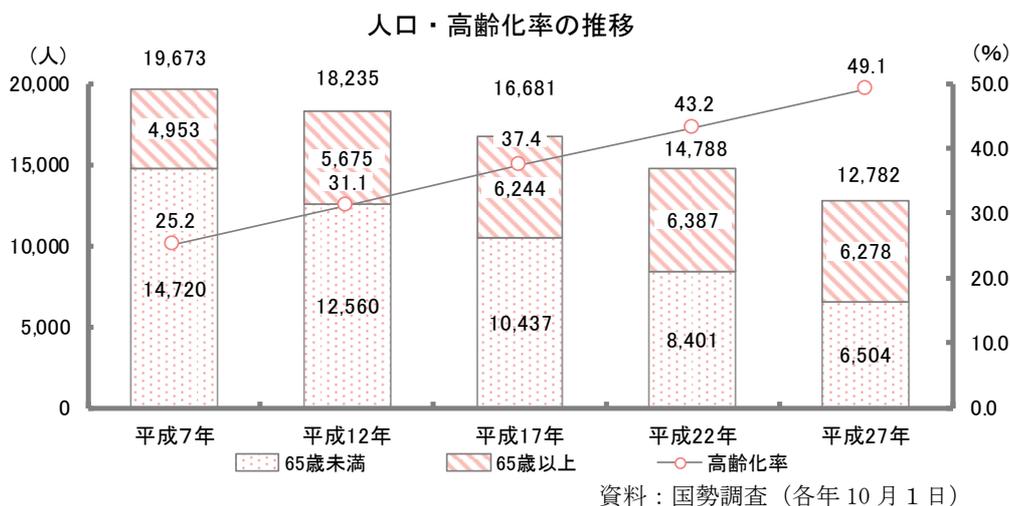
高齢者を取り巻く状況

1 人口・世帯の状況

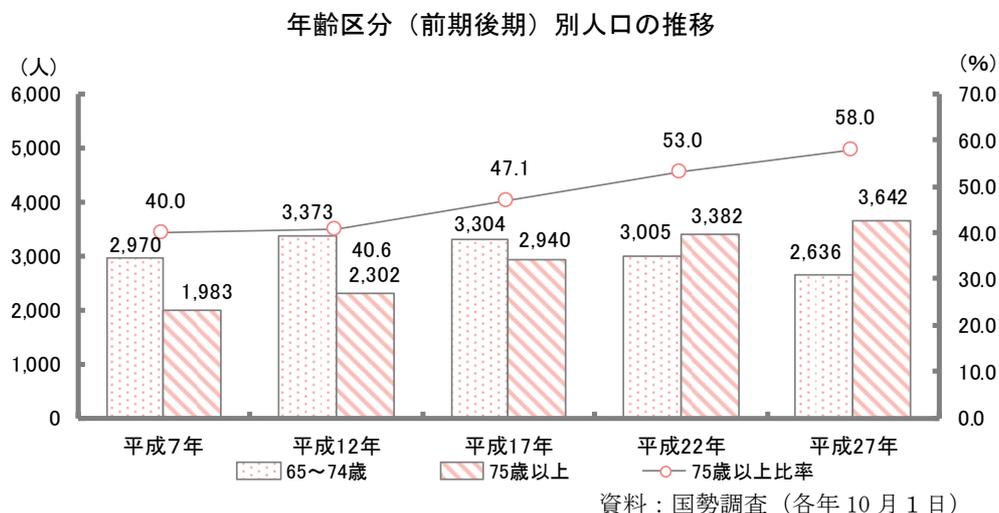
(1) 高齢者人口の推移

① 国勢調査

国勢調査でみると、本町の人口は、平成7年から減少傾向にあり、平成27年には12,782人となっています。また、65歳以上人口は、平成27年には6,278人で、高齢化率は49.1%となっています。

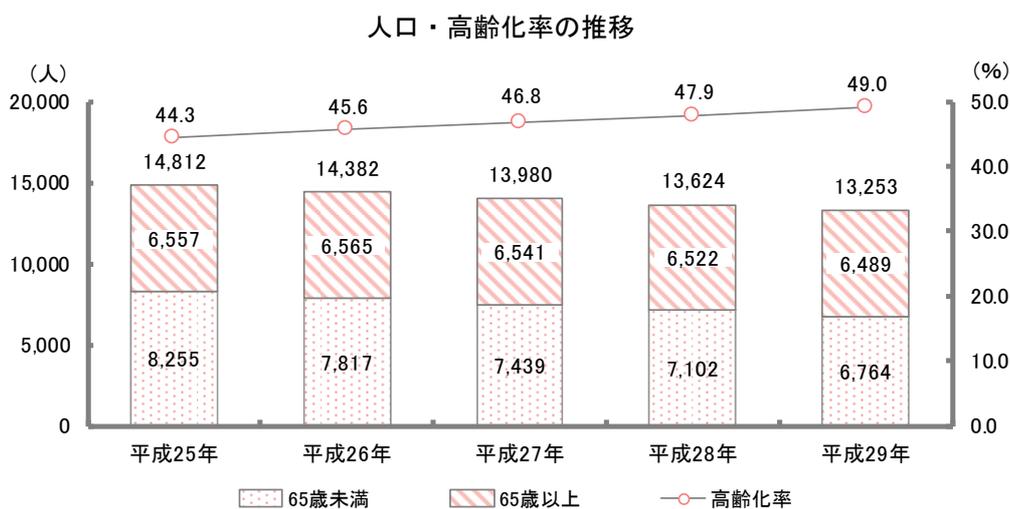


また、高齢者人口を前後期別にみると、平成22年に後期高齢者人口が前期高齢者人口を上回っており、平成27年には後期高齢者は3,642人となっています。



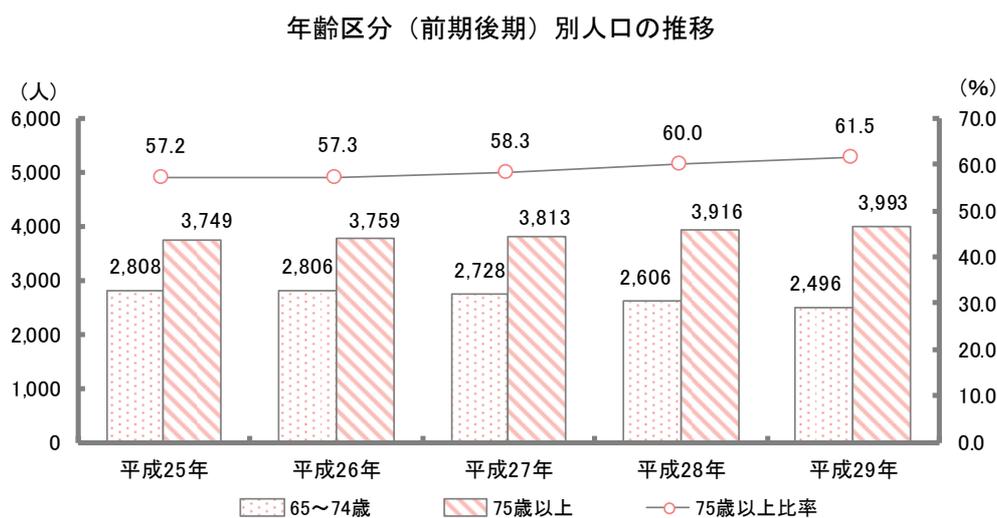
② 住民基本台帳

住民基本台帳でみると、本町の人口は、平成 25 年から減少傾向にあり、平成 29 年には 13,253 人となっています。また、平成 26 年以降、65 歳以上人口についても減少していますが、65 歳未満人口の減少が大きいため、高齢化率は増加しています。平成 29 年には、高齢化率は 49.0%となっています。



資料：住民基本台帳（各年9月末日）

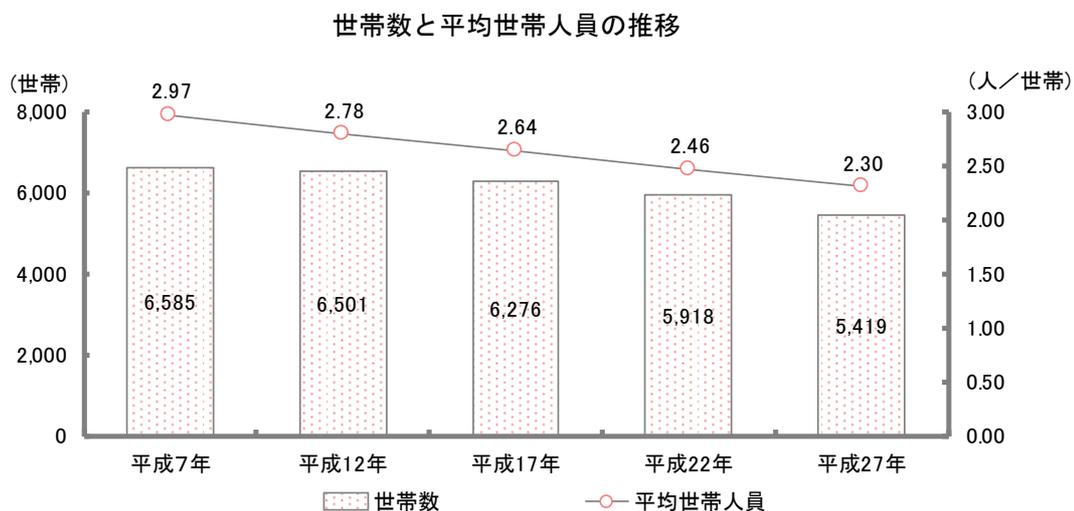
また、高齢者人口を前後期別にみると、65～74歳の前期高齢者人口は減少しているのに対し、75歳以上の後期高齢者人口は増加しています。平成 29 年には、75 歳以上比率が 61.5%となっています。



資料：住民基本台帳（各年9月末日）

(2) 世帯数の推移

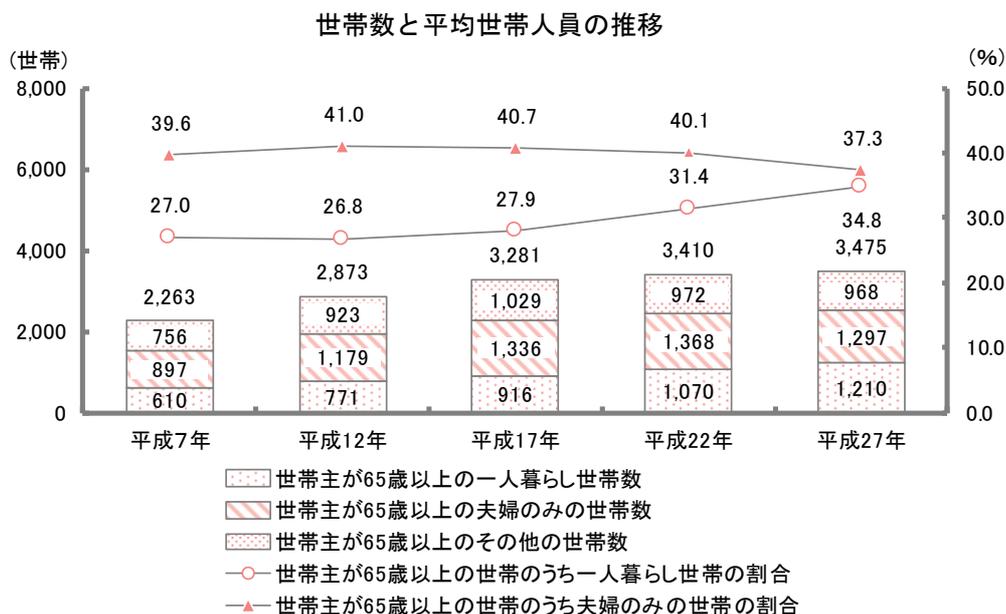
世帯数の推移をみると、減少傾向にあり平成27年で5,419世帯となっています。また、平均世帯人員も減少しており平成27年で2.30人となっています。



資料：国勢調査（各年10月1日）

(3) 高齢者世帯の推移

高齢者世帯数の推移をみると、平成17年までは増加していますが、以降は横ばいとなっており平成27年では3,475世帯となっています。また、夫婦のみの世帯の割合は減少傾向となっていますが、一人暮らし世帯の割合は増加傾向にあります。



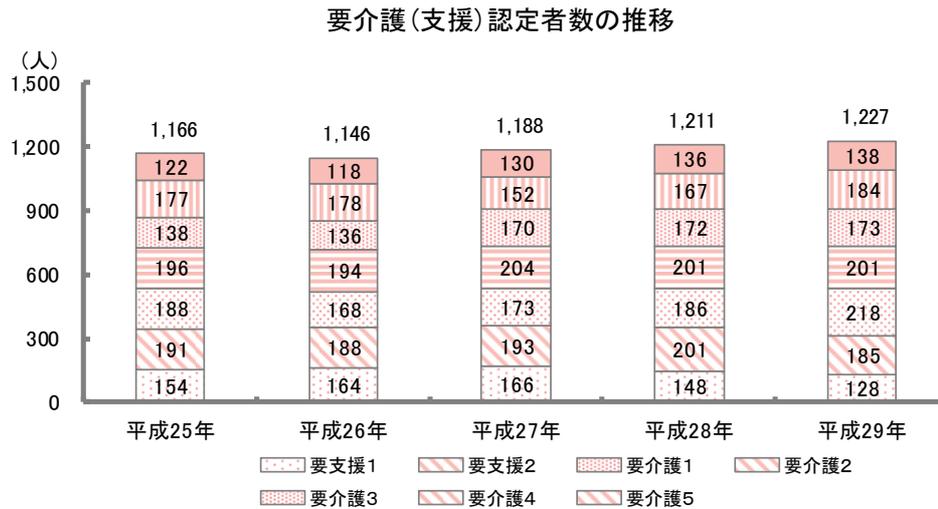
資料：国勢調査（各年10月1日）



介護保険サービスの利用状況

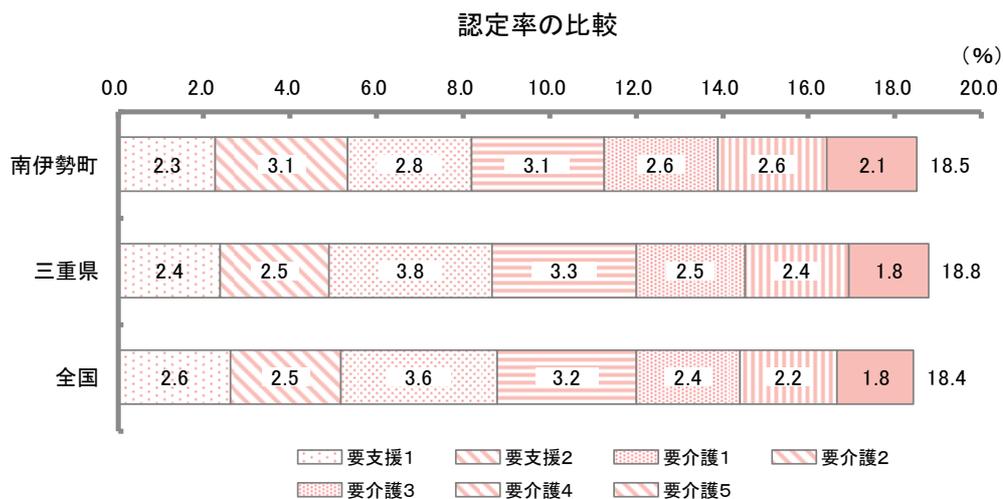
(1) 要介護認定者数の推移

要介護（支援）認定者数の推移をみると、増加傾向にあり、平成 29 年では 1,227 人となっています。



資料：介護保険事業状況報告（各年 9 月末）

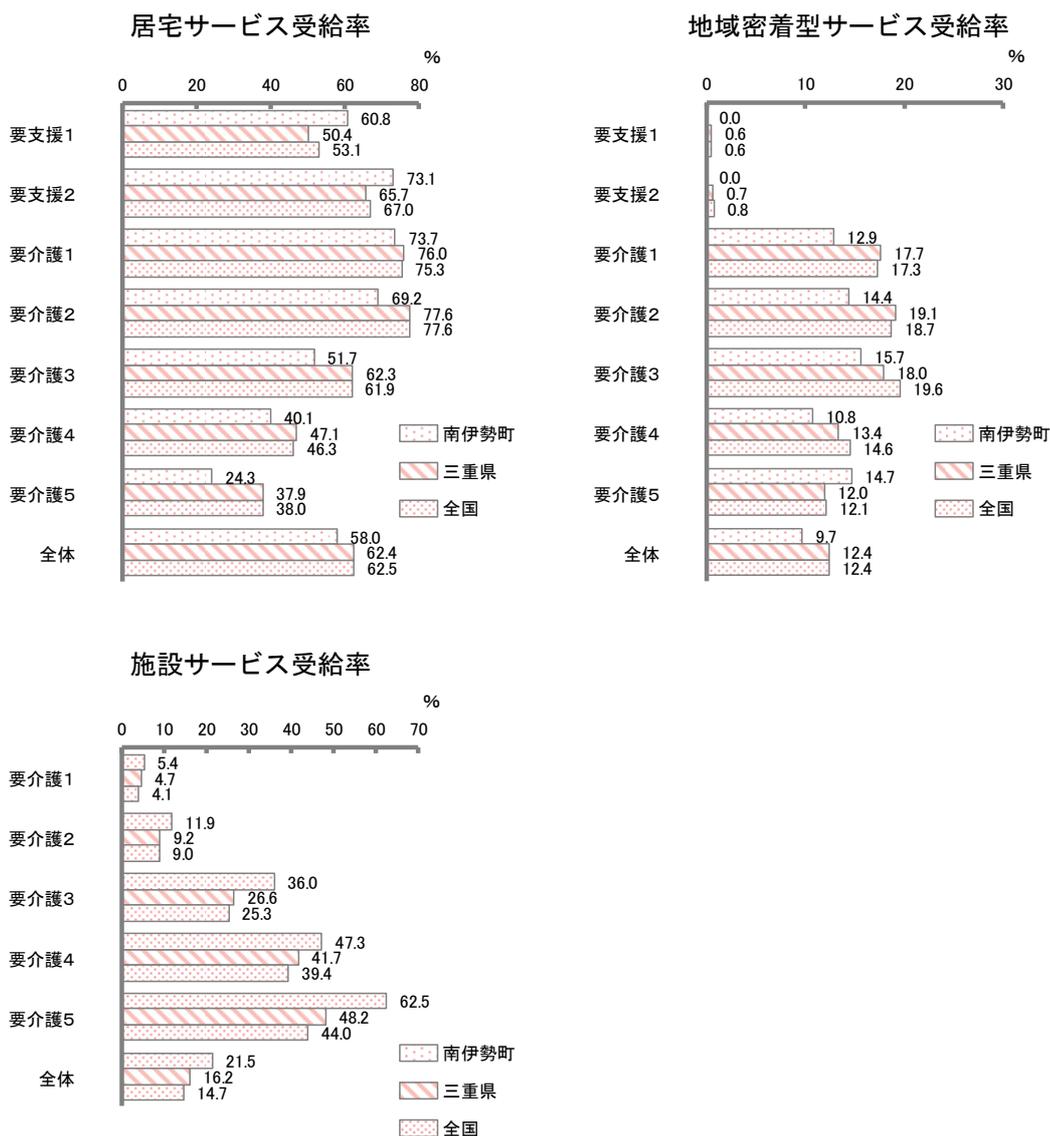
認定率は、全国よりも 0.1 ポイント高く、三重県よりも 0.3 ポイント低い 18.5% となっています。



資料：介護保険事業状況報告（平成 28 年 9 月末）

(2) 介護度別サービスの利用状況

サービスの利用状況を見ると、居宅サービスの受給率は、要支援では三重県、全国より高くなっていますが、要介護では三重県、全国より低くなっています。施設サービスの受給率は、三重県、全国より高くなっています。地域密着型サービスの受給率は、要介護5を除いて三重県、全国よりも低くなっています。

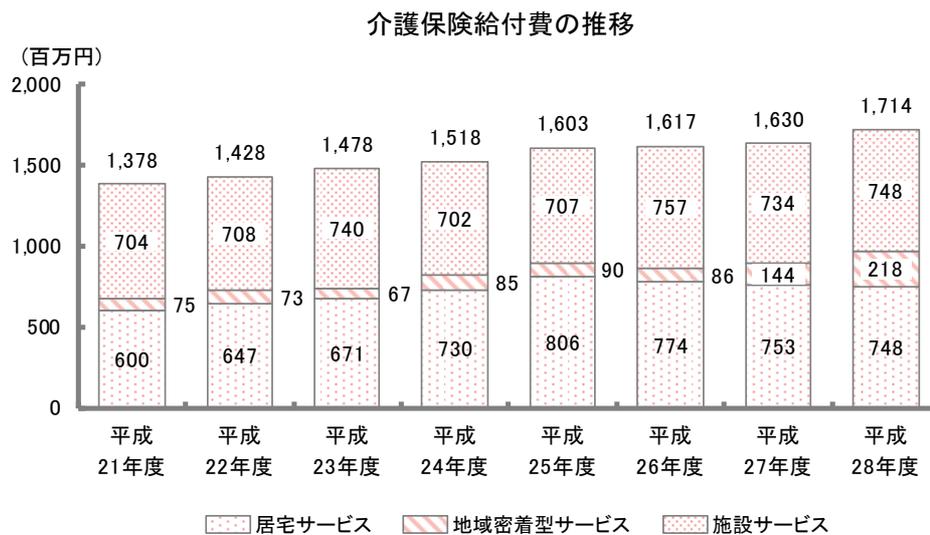


資料：介護保険事業状況報告（平成28年9月末）

(3) 給付費の推移

介護保険給付費の推移をみると、年々増加しており、平成28年度では約17億円になっています。

また、平成27年度以降、給付費における地域密着型サービスの占める割合が年々増加しており、平成28年度は総給付費の約1割となっています。



資料：介護保険事業状況報告

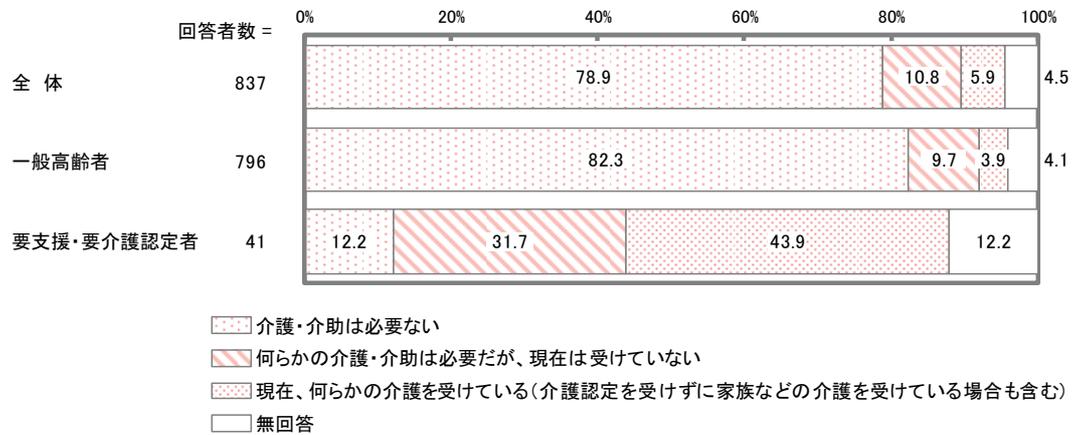


アンケート調査結果から見た現状

(1) 健康状態

① あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

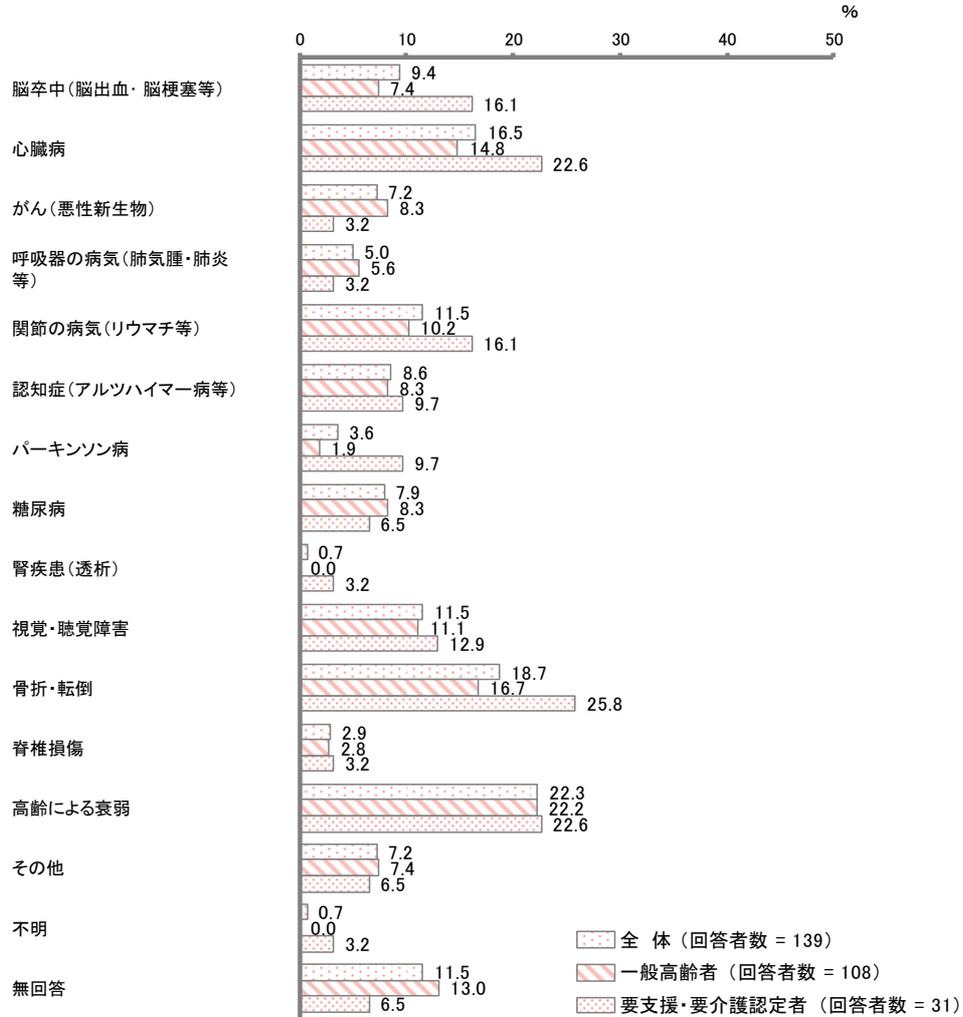
一般高齢者では、「介護・介助は必要ない」の割合が82.3%と最も高くなっています。要支援・要介護認定者では、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」の割合が43.9%と最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」の割合が31.7%、「介護・介助は必要ない」の割合が12.2%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか

一般高齢者では、「高齢による衰弱」の割合が22.2%と最も高く、次いで「骨折・転倒」の割合が16.7%、「心臓病」の割合が14.8%となっています。要支援・要介護認定者では、「骨折・転倒」の割合が25.8%と最も高く、次いで「心臓病」、「高齢による衰弱」の割合が22.6%となっています。



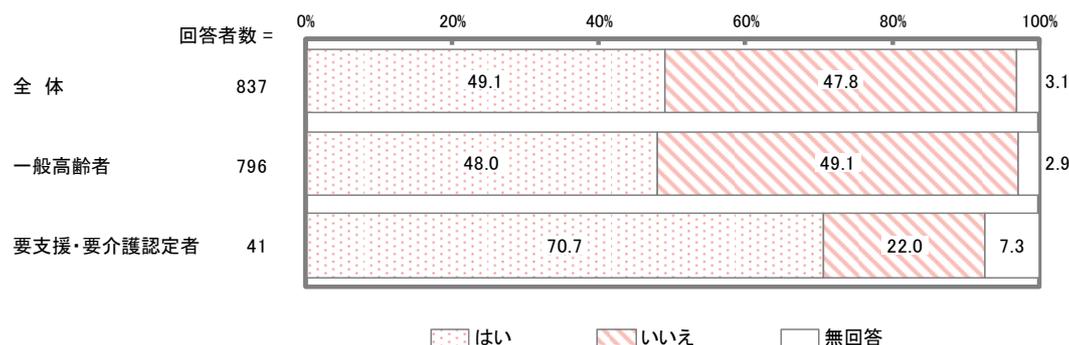
資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(2) 認知症について

① 物忘れが多いと感じますか

一般高齢者では、「はい」の割合が48.0%、「いいえ」の割合が49.1%となっています。

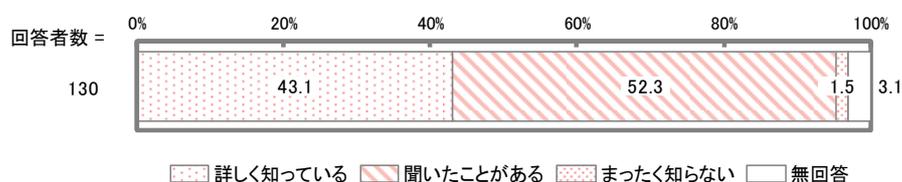
要支援・要介護認定者では、「はい」の割合が70.7%、「いいえ」の割合が22.0%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② 認知症という病気を知っていますか

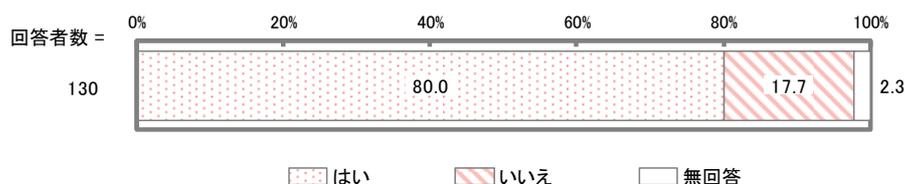
「聞いたことがある」の割合が52.3%と最も高く、次いで「詳しく知っている」の割合が43.1%となっています。



資料：在宅介護実態調査

③ 自分や家族について、認知症に対する不安をお持ちですか

「はい」の割合が80.0%、「いいえ」の割合が17.7%となっています。



資料：在宅介護実態調査

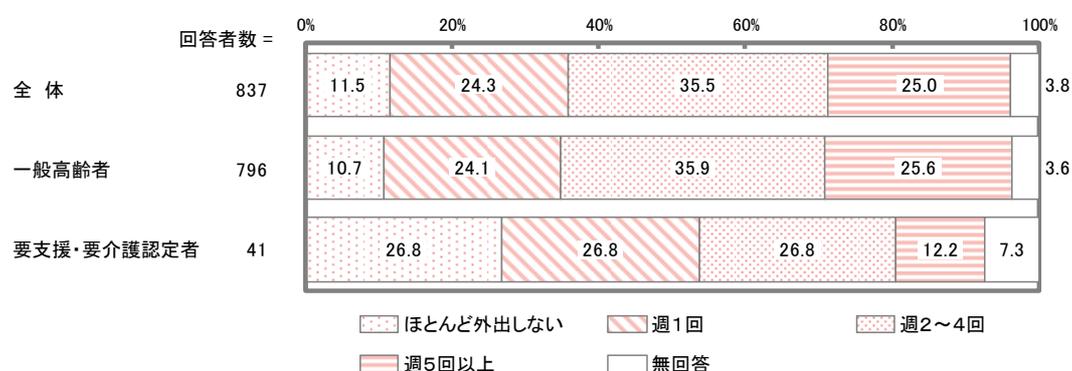
(3) 外出について

① 週に1回以上は外出していますか

一般高齢者では、「週2～4回」の割合が35.9%と最も高く、次いで「週5回以上」の割合が25.6%、「週1回」の割合が24.1%となっています。

要支援・要介護認定者では、「ほとんど外出しない」、「週1回」、「週2～4回」の割合が26.8%となっています。

「ほとんど外出しない」と「週1回」を合わせた『閉じこもり傾向のある人』の割合は、一般高齢者で34.8%、要支援・要介護認定者で53.6%となっています。

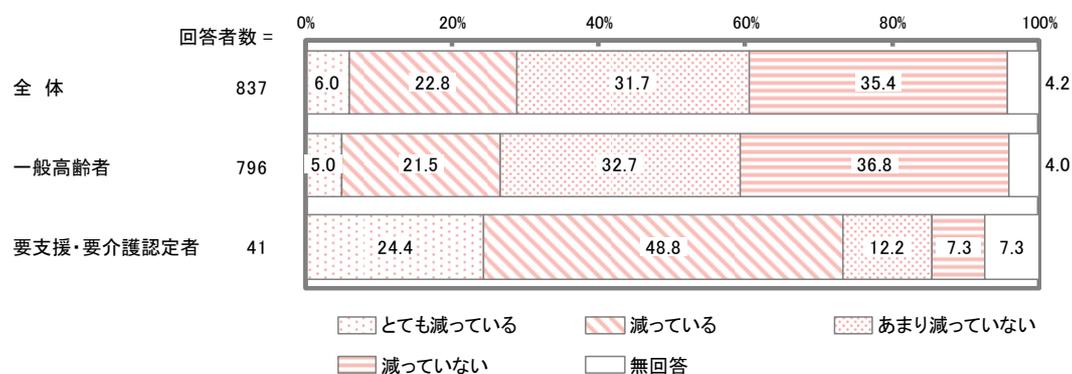


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

一般高齢者では、「減っていない」の割合が36.8%と最も高く、次いで「あまり減っていない」の割合が32.7%、「減っている」の割合が21.5%となっています。

要支援・要介護認定者では、「減っている」の割合が48.8%と最も高く、次いで「とても減っている」の割合が24.4%、「あまり減っていない」の割合が12.2%となっています。

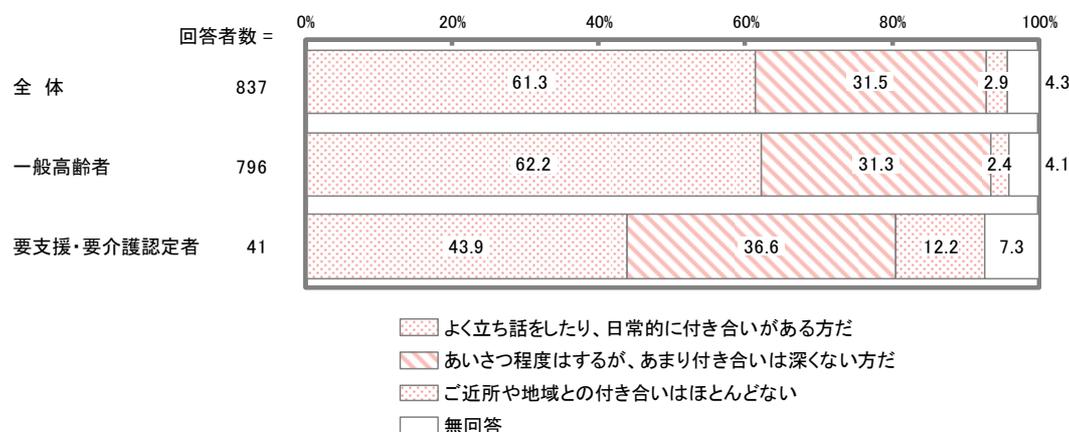


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(4) 地域での活動について

① ご近所や地域の方との付き合いはどのようなようすですか

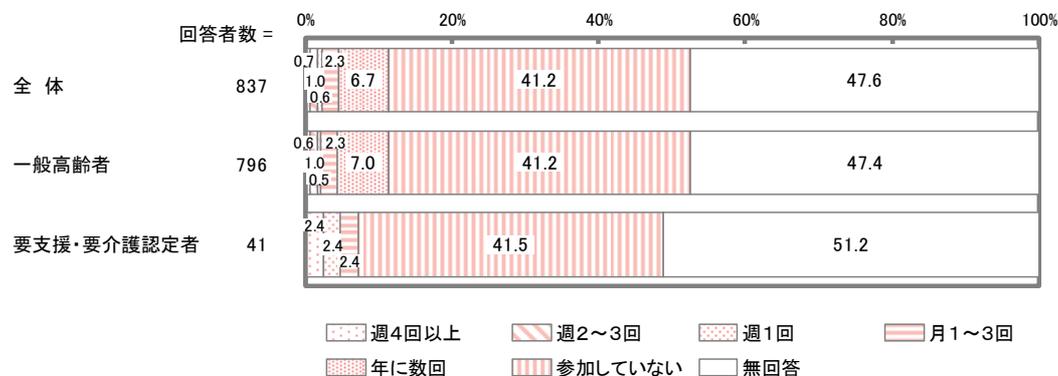
一般高齢者では、「よく立ち話をしたり、日常的に付き合いがある方だ」の割合が62.2%と最も高く、次いで「あいさつ程度はするが、あまり付き合いは深くない方だ」の割合が31.3%となっています。要支援・要介護認定者では、「よく立ち話をしたり、日常的に付き合いがある方だ」の割合が43.9%と最も高く、次いで「あいさつ程度はするが、あまり付き合いは深くない方だ」の割合が36.6%、「ご近所や地域との付き合いはほとんどない」の割合が12.2%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② ボランティアのグループにどのくらいの頻度で参加していますか

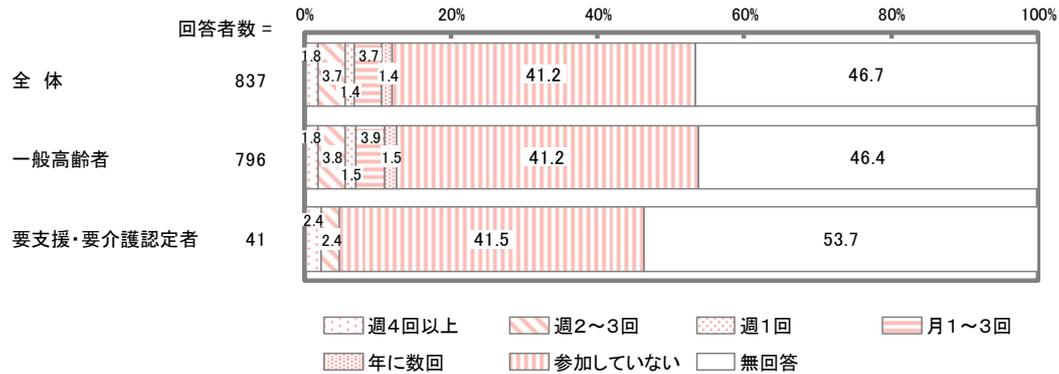
要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が41.5%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で41.2%、要支援・要介護認定者で41.5%となっており、0.3ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

③ スポーツ関係のグループやクラブにどのくらいの頻度で参加していますか

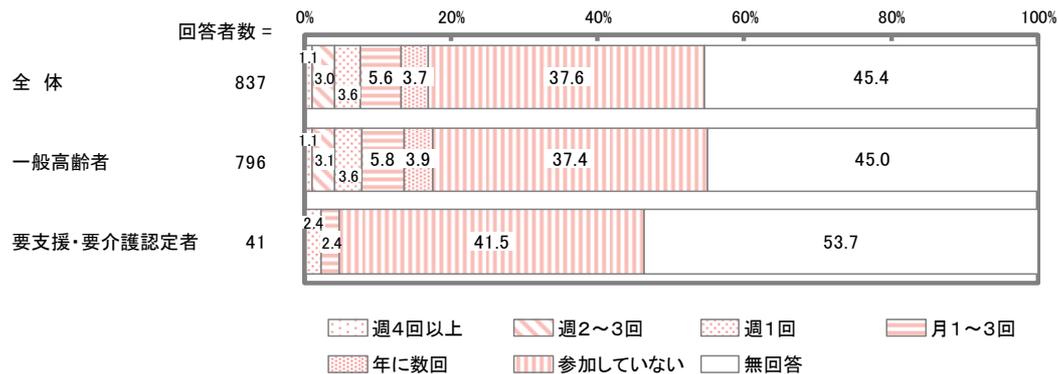
一般高齢者では、「参加していない」の割合が41.2%と最も高くなっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が41.5%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で41.2%、要支援・要介護認定者で41.5%となっており、0.3ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

④ 趣味関係のグループにどのくらいの頻度で参加していますか

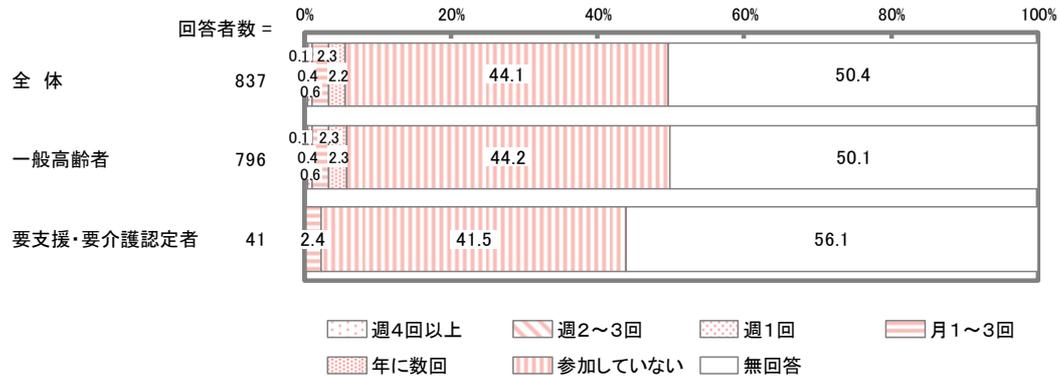
一般高齢者では、「参加していない」の割合が37.4%と最も高くなっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が41.5%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で37.4%、要支援・要介護認定者で41.5%となっており、4.1ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑤ 学習・教養サークルにどのくらいの頻度で参加していますか

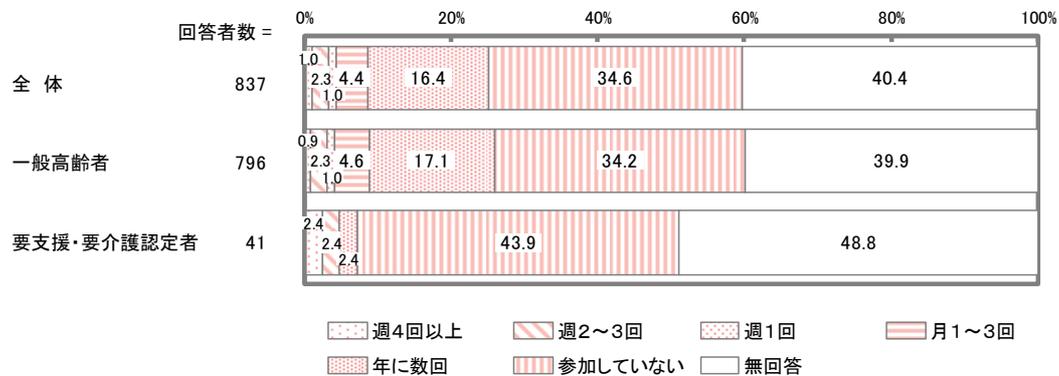
一般高齢者では、「参加していない」の割合が44.2%と最も高くなっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が41.5%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で44.2%、要支援・要介護認定者で41.5%となっており、2.7ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑥ 老人クラブにどのくらいの頻度で参加していますか

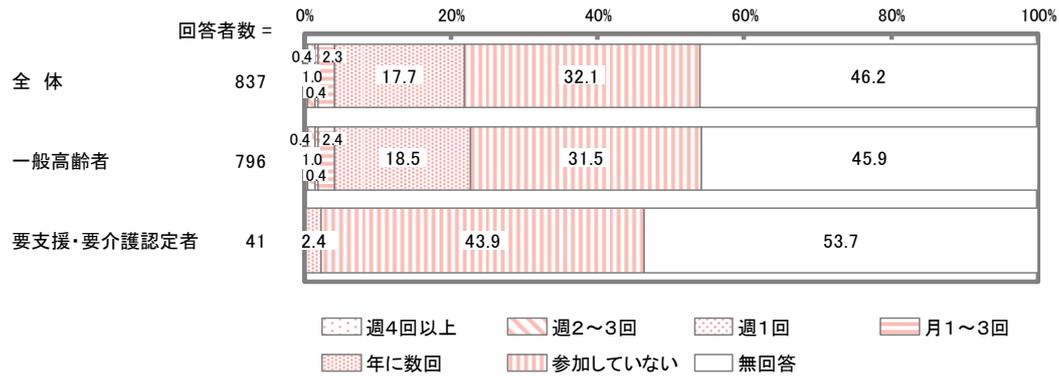
一般高齢者では、「参加していない」の割合が34.2%と最も高く、次いで「年に数回」の割合が17.1%となっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が43.9%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で34.2%、要支援・要介護認定者で43.9%となっており、9.7ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑦ 町内会・自治会にどのくらいの頻度で参加していますか

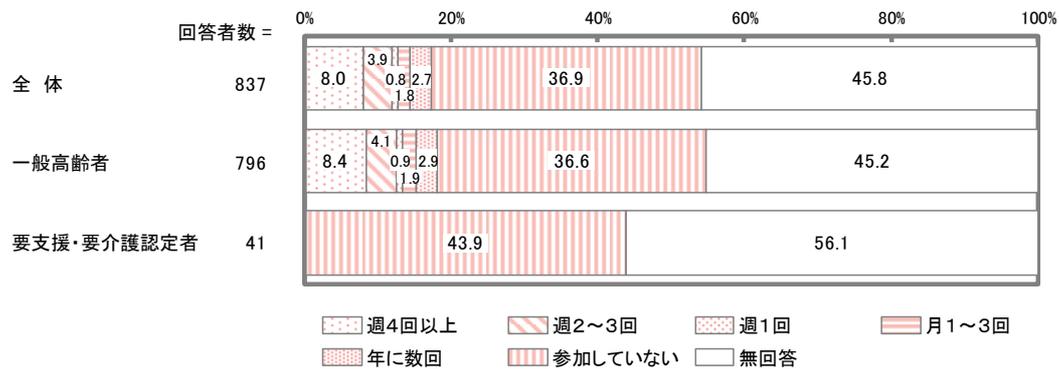
一般高齢者では、「参加していない」の割合が31.5%と最も高く、次いで「年に数回」の割合が18.5%となっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が43.9%と最も高くなっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で31.5%、要支援・要介護認定者で43.9%となっており、12.4ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑧ 収入のある仕事にどのくらいの頻度で参加していますか

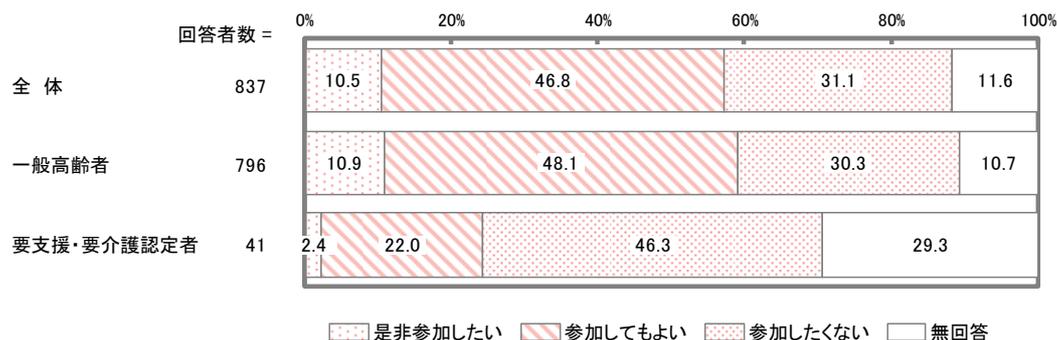
一般高齢者では、「参加していない」の割合が36.6%と最も高くなっています。要支援・要介護認定者では、「参加していない」の割合が43.9%となっています。「参加していない」の割合は、一般高齢者で36.6%、要支援・要介護認定者で43.9%となっており、7.3ポイントの差となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑨ 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか

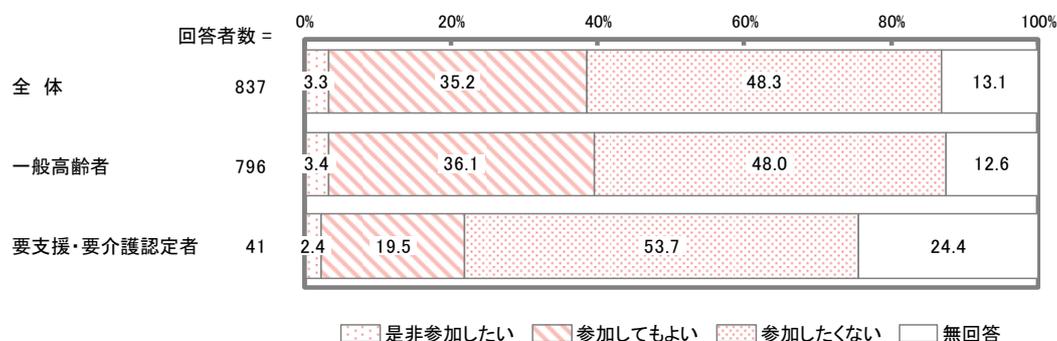
一般高齢者では、「参加してもよい」の割合が48.1%と最も高く、次いで「参加したくない」の割合が30.3%、「是非参加したい」の割合が10.9%となっています。要支援・要介護認定者では、「参加したくない」の割合が46.3%と最も高く、次いで「参加してもよい」の割合が22.0%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

⑩ 地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたいと思いますか

一般高齢者では、「参加したくない」の割合が48.0%と最も高く、次いで「参加してもよい」の割合が36.1%となっています。要支援・要介護認定者では、「参加したくない」の割合が53.7%と最も高く、次いで「参加してもよい」の割合が19.5%となっています。

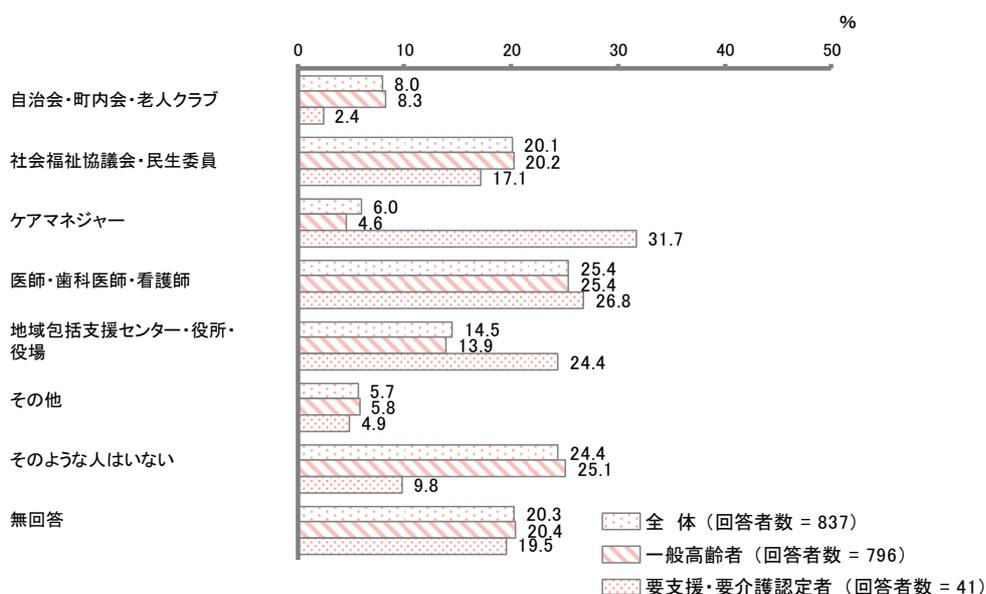


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(5) たすけあいについて

① 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください

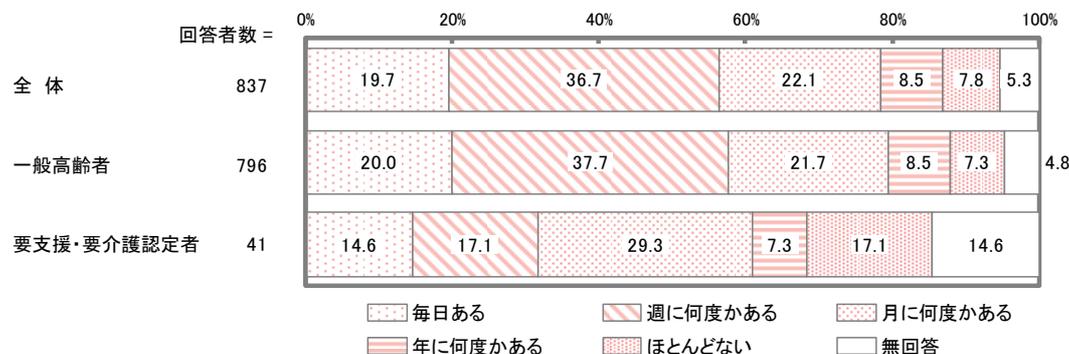
一般高齢者では、「医師・歯科医師・看護師」の割合が25.4%と最も高く、次いで「そのような人はいない」の割合が25.1%、「社会福祉協議会・民生委員」の割合が20.2%となっています。要支援・要介護認定者では、「ケアマネジャー」の割合が31.7%と最も高く、次いで「医師・歯科医師・看護師」の割合が26.8%、「地域包括支援センター・役所・役場」の割合が24.4%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

一般高齢者では、「週に何度かある」の割合が37.7%と最も高く、次いで「月に何度かある」の割合が21.7%、「毎日ある」の割合が20.0%となっています。要支援・要介護認定者では、「月に何度かある」の割合が29.3%と最も高く、次いで「週に何度かある」、「ほとんどない」の割合が17.1%となっています。

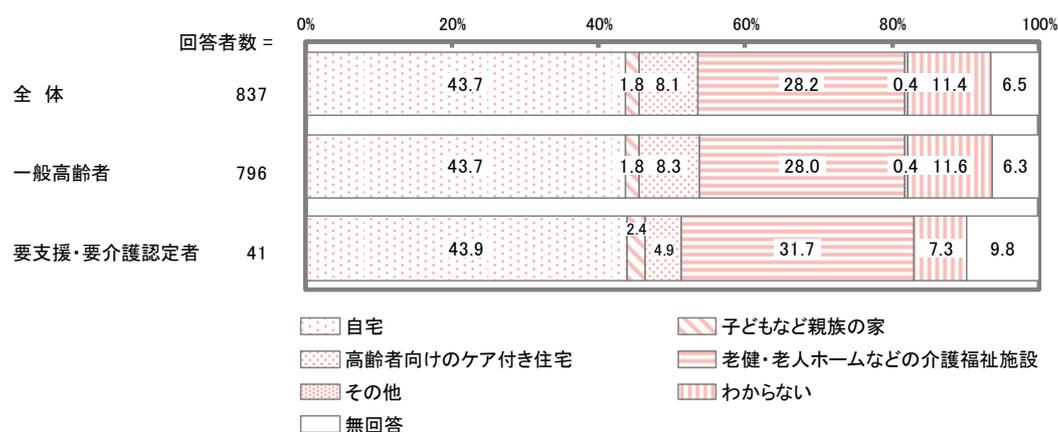


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(6) 在宅医療と介護、看取りについて

① あなたが日常生活を送る上で介護が必要になった場合、どこで暮らしたいと思いますか

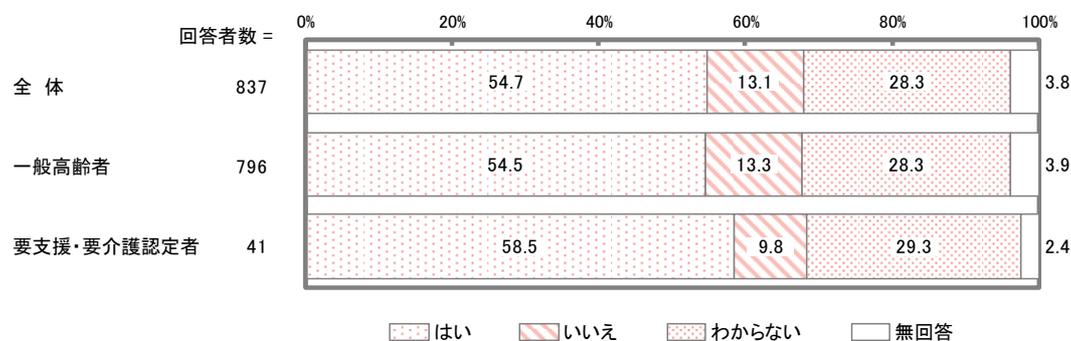
一般高齢者では、「自宅」の割合が43.7%と最も高く、次いで「老健・老人ホームなどの介護福祉施設」の割合が28.0%、「わからない」の割合が11.6%となっています。要支援・要介護認定者では、「自宅」の割合が43.9%と最も高く、次いで「老健・老人ホームなどの介護福祉施設」の割合が31.7%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② あなたは自宅で最期を迎えたいと思いますか

一般高齢者では、「はい」の割合が54.5%と最も高く、次いで「わからない」の割合が28.3%、「いいえ」の割合が13.3%となっています。要支援・要介護認定者では、「はい」の割合が58.5%と最も高く、次いで「わからない」の割合が29.3%となっています。

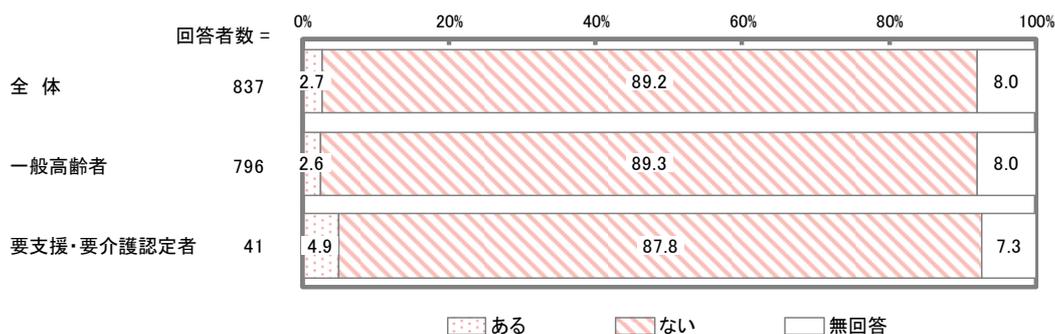


資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

(7) 虐待について

① あなたご自身が虐待を受けたことがありますか

一般高齢者では、「ある」の割合が 2.6%、「ない」の割合が 89.3%となっています。要支援・要介護認定者では、「ある」の割合が 4.9%、「ない」の割合が 87.8%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② ご近所など、あなたの身の回りで、高齢者が虐待を受けたということを見たり聞いたりしたことがありますか

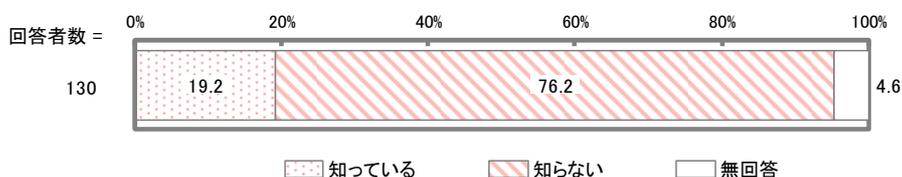
一般高齢者では、「ある」の割合が 4.3%、「ない」の割合が 87.2%となっています。要支援・要介護認定者では、「ある」の割合が 2.4%、「ない」の割合が 90.2%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

③ 虐待の相談窓口を知っていますか

「知っている」の割合が 19.2%、「知らない」の割合が 76.2%となっています。

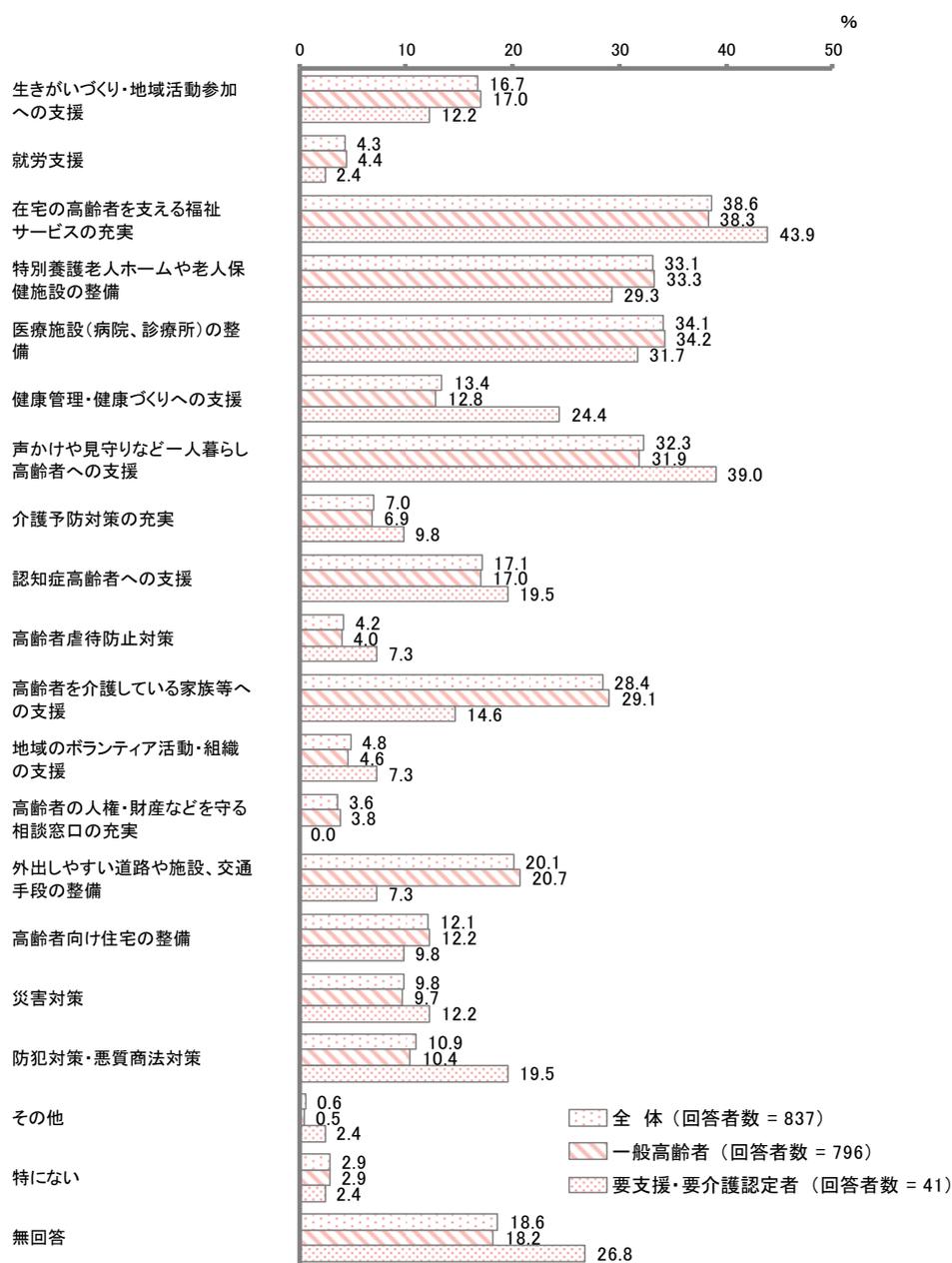


資料：在宅介護実態調査

(8) 高齢者福祉政策全般について

① 町が取り組むべき高齢者の施策として、今後、特に充実させてほしいことは何ですか

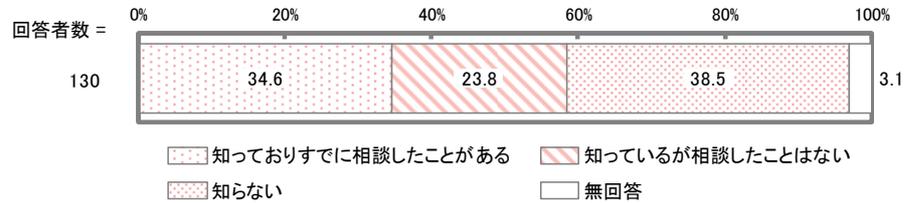
一般高齢者では、「在宅の高齢者を支える福祉サービスの充実」の割合が38.3%と最も高く、次いで「医療施設（病院、診療所）の整備」の割合が34.2%、「特別養護老人ホームや老人保健施設の整備」の割合が33.3%となっています。要支援・要介護認定者では、「在宅の高齢者を支える福祉サービスの充実」の割合が43.9%と最も高く、次いで「声かけや見守りなど一人暮らし高齢者への支援」の割合が39.0%、「医療施設（病院、診療所）の整備」の割合が31.7%となっています。



資料：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

② 高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターを知っていますか

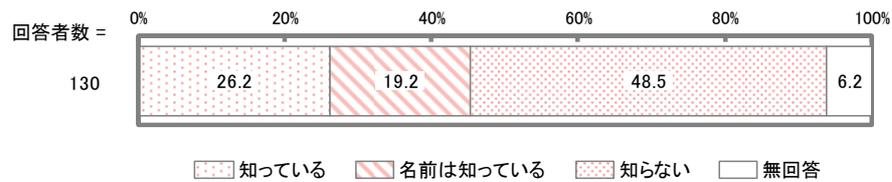
「知らない」の割合が 38.5%と最も高く、次いで「知っているが相談したことはない」の割合が 23.8%、「知っているが相談したことがある」の割合が 34.6%、「知らない」の割合が 38.5%となっています。



資料：在宅介護実態調査

③ 成年後見制度を知っていますか

「知らない」の割合が 48.5%と最も高く、次いで「知っている」の割合が 26.2%、「名前は知っている」の割合が 19.2%となっています。

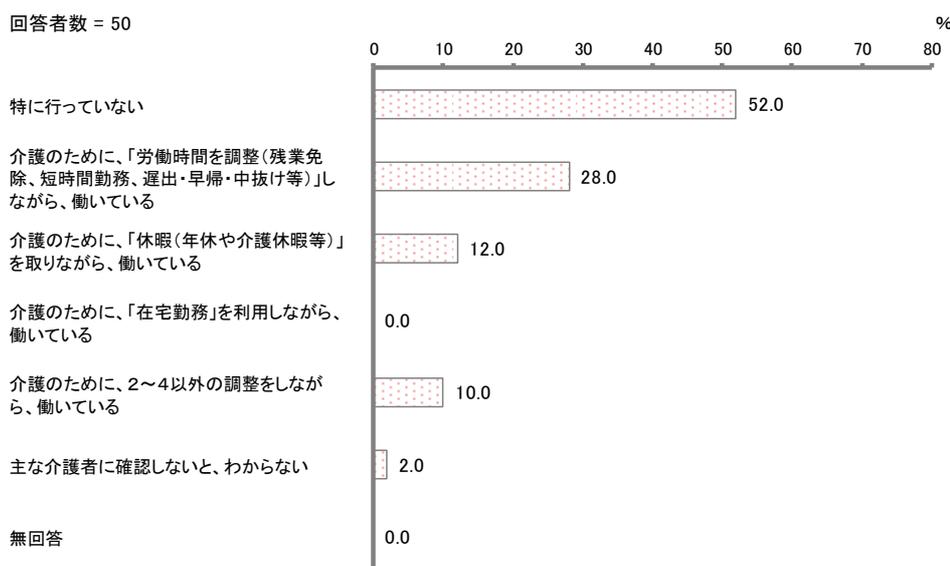


資料：在宅介護実態調査

(9) 主な介護者の方について

① 主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていきますか

「特に行っていない」の割合が52.0%と最も高く、次いで「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」の割合が28.0%、「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」の割合が12.0%となっています。



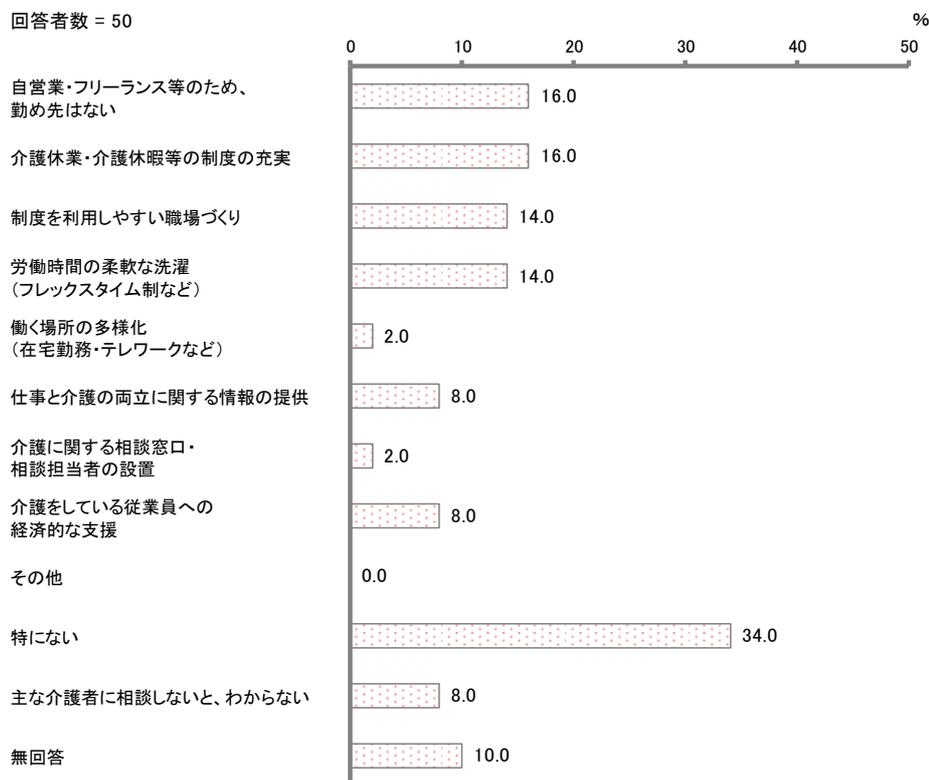
※回答肢の「介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている」において、「2～4」は「介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」「介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」「介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている」を指します。

資料：在宅介護実態調査

② 主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか

「特にない」の割合が 34.0%と最も高く、次いで「自営業・フリーランス等のため、勤め先はない」、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」の割合が 16.0%となっています。

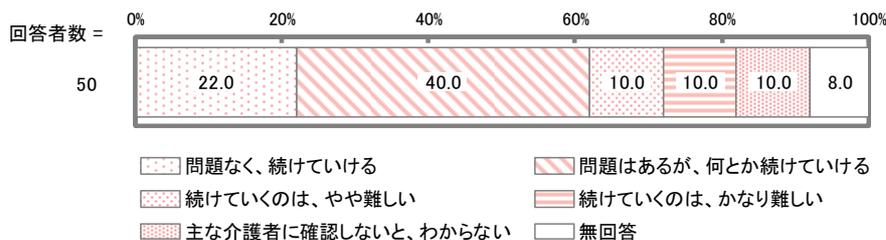
回答者数 = 50



資料：在宅介護実態調査

③ 主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか

「問題はあるが、何とか続けていける」の割合が 40.0%と最も高く、次いで「問題なく、続けていける」の割合が 22.0%、「続けていくのは、やや難しい」、「続けていくのは、かなり難しい」、「主な介護者に確認しないと、わからない」の割合が 10.0%となっています。

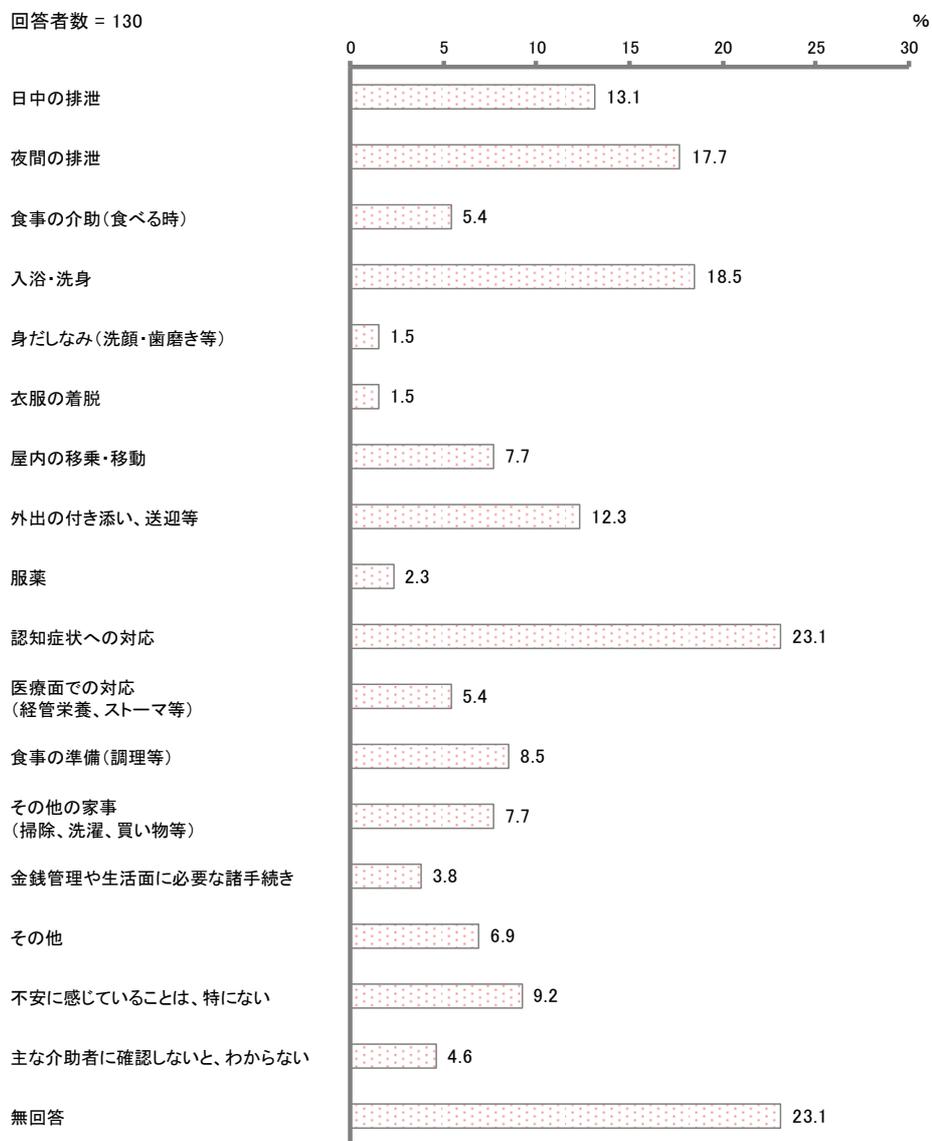


資料：在宅介護実態調査

④ 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、ご回答ください

「認知症状への対応」の割合が 23.1%と最も高く、次いで「入浴・洗身」の割合が 18.5%、「夜間の排泄」の割合が 17.7%となっています。

回答者数 = 130



資料：在宅介護実態調査



4 関係団体・機関ヒアリング結果

町内にある関係団体・機関からヒアリング調査を行いました。主な意見は以下の通りです。

【在宅医療・介護連携】

主な意見

- ・ 包括支援センターとの連携は十分に行えている。
- ・ 医療との連携では、病院によって在宅への戻し方が異なるため、難しさがある。
- ・ 介護・医療連携については、メディカル等との連携はある程度できている。
- ・ 最期まで在宅で、という人が増えていくなかで、介護や医療が追い付かない。
- ・ 終末期の在宅での生活は希望は多いが、独居の高齢者の場合はとくに難しい。
- ・ ケアマネとの連携をしっかりと行っているが、人により連携のとり方が違うので戸惑うことがある。
- ・ 退院前にはケアマネ等に相談して、在宅へのスムーズな移行を行っており、必要な場合はPTがついていって必要なアドバイスをおこなっている。

【高齢者の交流支援】

主な意見

- ・ 会員同士のつながり、日常的な関係性ができるなどのメリットがある。
- ・ ひとりしているとふさぎ込んでしまうが、みんなと触れ合うことで、本人の健康や生きがいにもつながっている。
- ・ 高齢者の娯楽施設をもっとつくったほうがよい。
- ・ ひとり暮らし交流会として、町外に出かけて食事やショッピングをする取り組みをしている。

【サービス・施設整備】

主な意見

- ・ 建物としても、避難場所としての機能がないといけなため難しい。
- ・ 認知症の増加のなかで、対応できるデイが少なく、町内にないと、通えなくて難しい。
- ・ 従来の連携は、基盤はできている一方で、まだまだサービスが十分でない部分があり、町内で持つことが難しいためプランが立てられない。
- ・ 泊りなどの支援を求める声が多い。
- ・ 在宅の支援として、夜間の排泄への対応などが必要となってきた。
- ・ 一人暮らしの方で死亡された方の荷物の廃棄が、シルバーが代行して行うことはできなくて困っている。
- ・ 必要な事業所がなければ作っていく姿勢も必要だと感じている。
- ・ 民家の改装で使っているため、バリアフリーの部分に問題がある。
- ・ 地域の人々の要望はあっても、地域全体が縮小しているいま、すぐに対応するというのは難しい。

【事業運営】

主な意見

- ・ 全体的に閉鎖的な感じがしている。
- ・ 利用者が通院が必要な際は、職員の同行は人道的に厳しいので、家族に対応してもらっている。
- ・ 医療的ニーズが高い人が増えているが、南島地区は医師が少なく、病院への移送が大変（皮膚科、耳鼻科、泌尿器科、神経内科など）
- ・ 事業所のケアマネを通して利用者を受け付けていることが多くあり、ケアマネを通した利用者は断りにくい。
- ・ 訪問リハについて、エリアを分けながら工夫してまわっているが、町全体を訪問するのは難しい。
- ・ 介護負担軽減のために時間は融通を利かせるようにしているが、家族の方との面談は土日や夕方などの時間的制約を受ける。
- ・ 事業所が少ないので競争がなく、サービスが利用者視点ではなく、事業所視点になりやすい。
- ・ 障害のサービスから介護のサービスへの切り替えの際は、形は違うが支援については同じなのでとくに問題ない。計画相談の担当者が間に入って対応してくれるので、それほどまどうこともなくできている。
- ・ 実情として、南島のサービス、南勢のサービスと区切られている。
- ・ すべてを施設に任せてしまっている家族もいる。
- ・ 総合事業に移行して、事業対象者もサービスを利用できるようになったため、本当に必要な人が使えないことがある。
- ・ 普段の日常生活の作業を手伝ってもらうことによって介護予防につなげている。
- ・ 南伊勢内を回ろうと思うと距離が長く、移動時間がかかってしまう。
- ・ 利用者さんの移行にそったサービスを考えると、送迎範囲が広いことなどもあり、時間の部分が難しい。
- ・ 震災のときにどう動いたらいいかなど、計画がまだ十分に立てられていないのが課題となっている。
- ・ ケアマネとして、家族へのかかわりが難しい（意識の低い家族、施設の利用が早い）
- ・ 運営推進会議に老人クラブの会長、民生委員、区長などが出てきてもらっている（地域密着型）ため、関係性は良好である。
- ・ 感染症への対応がむずかしく、悩みどころとなっている。

【人材確保】

主な意見

- ・ ヘルパーさんが希望の時間に入れず、回数も合わない。
- ・ 人員不足のため、利用回数の増加や新しい利用希望への対応はできていない。
- ・ 人員が不足していて、今以上に利用者を受け付けられない。
- ・ 人材不足と報酬が少ないため困っている。継続はしていかないといけないが、町内で業者が充実して来れば手を引くが、状況を見ながら行っている。
- ・ 介護職の賃金が安く、介護職に就く人が少ないため、職員が辞めないように働いてもらえる魅力ある職場づくりが必要。
- ・ ケアマネも高齢化しており、いま働いている方が定年を迎えた時の質の低下が懸念される。
- ・ 前期高齢の方だと、毎月の決まった収入がほしくなり、他の仕事にうつってしまう。もっと役場などからも仕事の紹介がほしい。
- ・ 職員に長く勤めてもらうために、勤続年数に応じた手当などを検討するべきである。
- ・ 地域から町外に働きに出ている人を町内に戻す取り組みをしないといけない。
- ・ 町内の人が働きに来ているくらいで、職員を募集しても、伊勢市の方が時給が高く、そちらに行ってしまう。
- ・ 資格保有者の確保ができないと事業によっては廃止しなければならないようになってくる。
- ・ 人材の確保が難しいので、広報への掲載などを積極的にしてほしい。
- ・ 人員配置として人数は満たしているが、質として仕事を回せていないところがあり、人材教育をどのようにやっていくか悩んでいる。

【生活環境】

主な意見

- ・町として、交通や教育の生活基盤を整えないと人が町外へ出て行ってしまう。
- ・南伊勢町内でも南島地区、南勢地区でまったく違う。

【地域包括ケア（総合事業含む）】

主な意見

- ・現在空家を利用して通所デイを始めており、地域にあるものを利用して、うまくやっていきたい。
- ・地域での支え合いの意識が低く、関心はあっても助け合いなどにはつながっていない。
- ・お金をかければ様々なサービスを受けることはできるが、お金がない人のサービスは限られてしまっている。
- ・実際にサービスを始めようとしても申請が難しくわからない。（総合事業）
- ・自発的なサロンの数は増えてきていて、地域でしないといけないという意識はできてきているが、実践されていない地区、少ない地区に対しては出向いて活動を実施している。
- ・元気な方は第一次産業に従事しているので、ボランティアにはなかなか参加につながっていかない。
- ・地域の人に向けたイベント（食事と健康管理、認知症の勉強などの企画・運営）を行うことで、地域住民との交流をはかっている。
- ・総合事業への対応では、包括からはっきりとした反応がなく、手探りのように感じる。
- ・南伊勢町も一人暮らしが多いので、昔は自分で身の回りのことができた人もできなくなってきており、シルバーの利用も必要になってくる。
- ・会員が少ないため難しいが、もう少し会員が増えていけば家事のサービスを継続的に受けることができる。
- ・近隣の人も高齢なので、震災等の助け合いは難しい。
- ・生活支援サービスについては、実際のサービスの運用と、地理的な部分の問題もあって、とくに南島でまだ十分でない。
- ・食事の確保は、配食サービスはあるが、低栄養の方へのサービスは国のチェックリストとはかけ離れていて実態とは異なる。
- ・南伊勢町独自の見守りネットワークが必要。
- ・病院行くにしても、買い物行くにしても交通手段がない。病院の移送サービスはやっているが、より多くの人がいちいち色々な目的で使えるようにしないといけない。
- ・認知症を怖いものと捉えるのではなく、認知症になっても安心して暮らしていけるようなまちづくりを作っていくことが大切。
- ・独居の高齢者、老々介護、家族が遠方等で連絡の取りにくさがある。キーパーソンの確保が難しい。
- ・昼間に使っていない介護車両があるので、友好的な活用ができればと考えている。
- ・何かをやろうとしても、何ができるのかわからない。行政からの周知がない。



第6期の振り返り

(1) 地域包括ケア体制の推進強化

第6期では、地域包括ケアシステムの推進として、多職種連携の強化、地域ケア会議の強化、保健、医療、介護の取り組みの検討、情報共有体制の整備、人材の育成を行いました。そのなかで、地域包括支援センターの質の維持・向上に引き続き努めることが課題となっています。また、総合事業の開始により、高齢者の相談や認知症対策、要支援者の支援等の業務の増加が予想されることから、人員の増員を含め、地域包括支援センターの機能強化を図ることが必要です。

さらに、地域包括ケアシステムの展開として、地域見守りネットワーク体制の推進、福祉意識の醸成、高齢者の人権擁護を行いました。今後は、住民相互のつながりを強め、身近な地域でお互いの助け合いのもと、主体的な問題解決ができるように、地区ごとの取り組みを推進していきます。

また、関係機関の連携として、福祉課、医療保険課、地域包括支援センター、社会福祉協議会の職員による連携会議を実施するほか、居宅支援事業所への委託による業務の集中の緩和、ケアマネジャーとの連絡会議、研修などによるケアマネジメントスキルの向上に努めました。今後は、適切な運営に向けた様々な方策の検討や、改正介護保険法による新たな業務への対応が課題となります。

(2) 要介護状態にならないための介護予防の推進・充実

第6期では、介護予防の普及として、介護予防講演会の開催のほか、「かがやき教室」を町内2か所で年12回開催し、運動、栄養、口腔、認知症など複合的なプログラムで開催をしました。また、平成26年度からは「えるがあ教室」、「はつらつ健脚運動教室」、「町立病院健康教室」など多様な教室を地区に出向いて実施し、健康づくりや介護予防のための機会を増やしています。今後は、各地区で介護予防事業のリーダーを育成し、高齢者が歩いて行ける身近な地区での健康づくり・介護予防の取り組みを支援します。地域ごとの特性を活かしながら、住民と協働で推進していくことが重要です。

(3) 住み慣れた地域で生きがいをもち、安心して暮らせるまち

第6期では、認知症対策の推進として、認知症サポーターの養成、認知症サポーターによるボランティア活動の実施、認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援員の活動の開始、認知症ケアパスの作成、地域ケア会議の開催などを行いました。今後は、認知症キャラバンメイトの養成や認知症サポーターの活動への支援が必要となっており、有機的に機能していくことが課題となってきます。また、認知症の方に対し、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関の役割分担の明確化と、早期発見・早期対応に向けた連携体制の構築が必要です。

また、防災・防犯・交通安全対策の推進として、「えるがあ教室」の地区での開催、防災講演会の開催、防災マップの作成、伊勢警察署との連携による敬老会などへの防犯・交通安全に関する講演会の実施を行いました。こうした取り組みを継続して行い、各地区においてリーダーの育成をすすめ、地域のコミュニティづくりにつなげていきます。

(4) 適切な介護サービスを利用できるまち

第6期では、施設・居住系サービス施設の整備計画として、小規模多機能居宅介護の整備を計画しましたが、実施には至りませんでした。今後は、介護サービス事業所の地域偏在や医療的ケアへの対応、防災上危険区域に存在する施設の移転などの対応策が必要です。また、施設整備に伴い、学卒者や転職者などの介護サービス事業所への就業支援の促進、有資格者の再就職支援などの介護人材の確保に向けた取り組みが必要となっています。



課題のまとめ

(1) 介護人材の不足

本町は、およそ2人に1人が高齢者となっており、介護を必要とする高齢者も多くいることから、それらに対応する介護人材の確保が急務となっています。

ヒアリング調査では、人材不足を理由として利用回数の増加や新しい利用希望への対応ができていないことや、町外への介護人材の流出、介護者の高齢化など、問題は多岐にわたります。

地域における支え合いを促進し、身近な地域において自助・共助による日常的な支援の充実や、町内の介護人材の掘り起こし等に積極的に取り組み、介護人材の不足解消に努めます。

(2) 地域包括ケアシステムの深化と推進

① 在宅医療・介護の連携

アンケート調査結果より、介護が必要になった場合、自宅で過ごしたいや最期を自宅で迎えたいと思う人も多く、安心して在宅での生活を送ることができるよう、在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制を一体的に確保していく必要があります。

ヒアリング調査では、病院ごと、ケアマネジャーごとに連携の取り方が異なっていることが課題とされており、「最期まで在宅で」という希望が増えているなかで医療や介護が追い付いていない実態があります。在宅医療・介護の連携によって看取りの問題の解決をはかることが必要です。

また、本町で老々介護が顕著であり、介護離職が社会的問題となる中、働きながら介護を続けることに問題ある人も6割程おり、効果的なサービスの提供、介護に取り組む家族等への支援の充実を図ることが重要です。

② 地域包括支援センターの体制強化

本町は高齢化率が高く、要介護等認定者や認知症高齢者も増加する中、住み慣れた地域で在宅生活をしていくため、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムを推進していくことが重要です。

ヒアリング調査では、生活支援サービスの提供について、南伊勢町が横に長いという地理的要因で事業の提供エリアが南勢地区と南島地区に分かれていることで、サービスの地域バランスがとれていないことが課題となっています。

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの深化・推進のために、関係機関をつなぐ核的な存在です。さまざまな理由を抱える高齢者に対しても適切にサービスを提供するために、地域包括支援センター相談支援体制の強化とともに地域包括支援センターの機能強化を図る必要があります。

(3) 健康寿命の延伸と介護予防

アンケート調査をみると、介護・介助が必要になった主な原因の中で、「心臓病」「脳卒中」「糖尿病」など生活習慣病の割合は3割を超えています。そのため、生活習慣病予防により、要介護状態とならないよう健康寿命の延伸に向け、健康づくりを促進し、介護予防・重症化予防を推進していく必要があります。

ヒアリング調査では、自発的なサロンの数は増えてきており、地域でしないといけないという意識は高まっている一方、実践されていない地区や活動が少ない地区も見られ、さらなる充実が必要となっています。

(4) 認知症ケアの推進

超高齢化社会において、認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者の増加が予想されるなか、認知症になっても安心して暮らすことのできるまちづくりが必要となっています。

アンケート調査では、認知機能低下に該当する高齢者が5割となっており、主な介護者の多くが、認知症状への対応に不安を感じています。今後も認知症高齢者が増加することが予測される中、認知症予防や認知症の早期発見・早期治療、認知症高齢者とその家族への支援体制を強化することが重要です。また、虐待等を受けている高齢者がいることがうかがえます。高齢者の虐待防止対策や成年後見制度等の権利擁護の充実を図る必要があります。

ヒアリング調査では、認知症高齢者の増加のなかで、対応できるデイサービスが少なく、町内にないと通えなくて難しいとの声があがっており、ニーズに応じた施設の整備が必要となっています。また、認知症への周囲の正しい理解と、認知症になっても安心して暮らしていけるようなまちづくりが求められています。

(5) 地域の見守りと高齢者の活躍の場づくり

高齢者単身世帯は年々増加しており、高齢者のみ世帯や認知症高齢者等、地域で支援を必要とする人が増える中、今後も地域で安心して暮らしていくために、必要な支援のニーズを把握するとともに見守り・支援体制を強化していく必要があります。

アンケート調査では、地域での健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向が、参加者としては6割近く、企画・運営としては4割近くになっており、地域活動へ関心の高さがみとれます。

ヒアリング調査では、ひとり暮らし交流会の重要性や、高齢者の娯楽施設への希望など、高齢者が集まる場を求める声があります。また、地域のつながりについては、地域での支え合いの意識が低く、関心はあっても助け合いなどにはつながっていないことや、ひとり暮らしの高齢者のなかでも自分で身の回りのことができなくなっていることが指摘されており、地域のつながり、支え合いによる見守り体制の強化が必要とされています。

また、本町の施策方針として元気な高齢者が、「地域のサービスの担い手」「地域を活性化する存在」として活躍できるような取組を推進しており、地域でのサロン活動や介護予防・日常生活支援総合事業において、元気な高齢者が担い手として活躍できる仕組みづくりを行うことが重要です。

第 3 章

計画の理念と目標

1 基本理念

平成 37 年（2025 年）には団塊の世代が 75 歳以上になり、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯、要介護認定者、認知症高齢者が増加することが予測されています。こうしたなかで、支援が必要な高齢者が急増するため、それを支える仕組みづくりや、すべての高齢者が生きがいを持ち、安心して暮らし続けるために健康寿命の延伸や重症化予防、多様で複合的なニーズに対応できるサービス体制が求められています。また、サービスを受けるだけでなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支えあいながら自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的なサービスと協働して助けあいながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現する必要があります。

本計画においては、前計画の基本的な考え方や趣旨を今後も踏襲し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、計画の基本理念を第 6 期計画から引継ぎ、長寿を長生きとだけとらえるのではなく、幸せに年をとるということをめざす意味合いを込めた「長寿を誇り」を新たに追加し、「“みんなで助け合ったらええやん”～長寿を誇り 生きがいをもち安心して暮らそう このまちで～」とし、南伊勢町に暮らす高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるまちづくりをめざします。

基本理念

“みんなで助け合ったらええやん”
～長寿を誇り 生きがいをもち安心して暮らそう このまちで～





基本目標

基本理念の達成に向け、次の4つの基本目標を掲げます。

(1) 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが重要です。

南伊勢町では、地域包括支援センターを地域包括ケアシステムの中核として設置し、南伊勢町に住む人たちを介護、福祉、健康、医療など、さまざまな面から総合的に支援しています。

しかし、調査結果では、地域包括支援センターを「知らない」と答えた割合が約4割と高く、地域住民に対し周知・啓発を行い、認知度を高める必要があります。地域包括支援センターの役割は重要であり、困ったときの相談先や介護保険サービスの窓口として活用されていることから、その整備・充実が大きな課題となっています。

地域包括支援センターでは、総合相談支援のほか、権利擁護や介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメントを実施しています。

また、住み慣れた地域で暮らし続けるために、「定期的に訪問診療や訪問看護が受けられる体制」「容態急変時や必要時の入院体制」「在宅介護や在宅医療の相談窓口の充実」などの整備を行い、支援します。

一方、要支援・要介護認定者のうち「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」の割合が3割以上いることから、介護や医療が十分に追いついていない現状がみてとれます。

このように、地理的な問題から、生活支援サービスなども十分に対応できていないため、地域でのサービス体制の充実や、地域の実情に即した南伊勢町独自の見守りネットワークが必要です。

また、今後、医療と介護の連携を推進していくとともに、ちょっとした困りごとなどの手助けなど、地域での支え合いを促進します。

(2) 健康でいきいきと暮らせるまちづくり

高齢者が介護の必要な状態にならずに、元気でいきいきとした生活を送ることができるよう、身体機能の維持・向上を図る必要があります。

調査結果では、介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」「骨折・転倒」「心臓病」の割合が高くなっており、要支援・要介護認定者では、「脳卒中」「糖尿病」などの生活習慣病も多くなっています。生活習慣病予防対策とともに、身体機能の維持・向上や介護予防、重症化予防の取組の充実が求められます。

また、高齢者が、これまで培ってきた知識や経験、能力を活かし、地域における様々な分野で、多様な社会活動に参画することは、生きがいをもっていきいきと暮らすために大切です。ヒアリング調査からも、みんなと触れ合うことで、本人の健康や生きがいにもつながっているとの意見があがっています。

ニーズ調査結果では、地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として参加してみたい人は6割近くとなっていますが、実際に地域活動に参加している人は少ない状況となっています。また、外出の回数も減っています。

元気な高齢者は生活支援・介護予防サービスの担い手としても期待されることから、地域の元気な高齢者が活動に参画しやすい仕組みづくりや人づくりを強化していきます。また、気軽に高齢者が外出でき、交流できる場の提供や、外出を促すようなイベント等の開催をしていきます。

(3) 安心して生きがいをもち、地域で暮らせるまちづくり

後期高齢者の増加とともに認知症高齢者が増加しています。調査結果では、自分や家族について、認知症に対する不安がある割合は8割となっており、多くの人が認知症に対して不安を抱いています。また、認知症対策としては、「早期発見・早期診療の仕組みづくり」「認知症グループホームなどの施設整備」「予防教室や講演会などの支援」「家族の交流会や家族相談会などの支援」などが求められています。

認知症に対する不安が大きいことから、認知症に関する予防教室や講演会等を実施し、理解の促進をはかるほか、家族への支援を積極的に行い、負担を軽減するほか、認知症高齢者を地域で見守る体制作りも必要になってきます。

このように、認知症高齢者の増加が予測される中、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できる認知症ケア対策を進めていきます。

また、高齢者が住み慣れた地域において自分らしく生活していくために、利用するサービスや支援を自らが選択し自己決定できるよう、個人が尊重され、その人が望む自己実現を支援することが重要です。

調査結果では、虐待の相談窓口の認知度が約2割、成年後見制度の認知度が約4割となっており、その周知が課題となっています。

いかなる場合でも、虐待や権利侵害を受けることがないように、成年後見制度等の事業を周知するとともに、地域や関係機関が連携し、高齢者虐待の早期発見や防止に取り組めます。

(4) 適切な介護サービスを利用できるまちづくり

高齢者が介護を必要とする状態になっても、その人らしく、安心して生活ができるよう、地域の実情に応じた居宅サービス・施設サービスの充実が必要です。また、介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスなどを活用するなど、介護を必要とする人の視点に立ったサービス提供を行うことが重要です。

南伊勢町では、介護人員の不足と介護サービスの不足が大きな課題となっているなか、人材の養成と掘り起こしをすすめることが課題です。一方で、介護サービスの提供体制の確保・拡充が必要とされる一方、調査結果をみると、保険料について、「サービスの量や種類は現状のままでよいので、保険料は上げないでほしい」が5割となっており、保険料への負担感を軽減するように、適切な介護保険サービスへの説明を行い、住民の理解を求めることが必要となっています。

また、介護保険制度についてまだまだ知られていない部分も見受けられるため、サービスの申請方法、内容などをわかりやすく説明し、住民が必要なサービスにアクセスできるように支援します。

さらに、サービス内容と費用の両面から捉えた介護給付費の適正化のため、ケアプランの点検や事業者への適正な指導と認定・給付の適正化を通し、介護保険サービスが適切に利用され、介護保険制度を円滑に運営します。

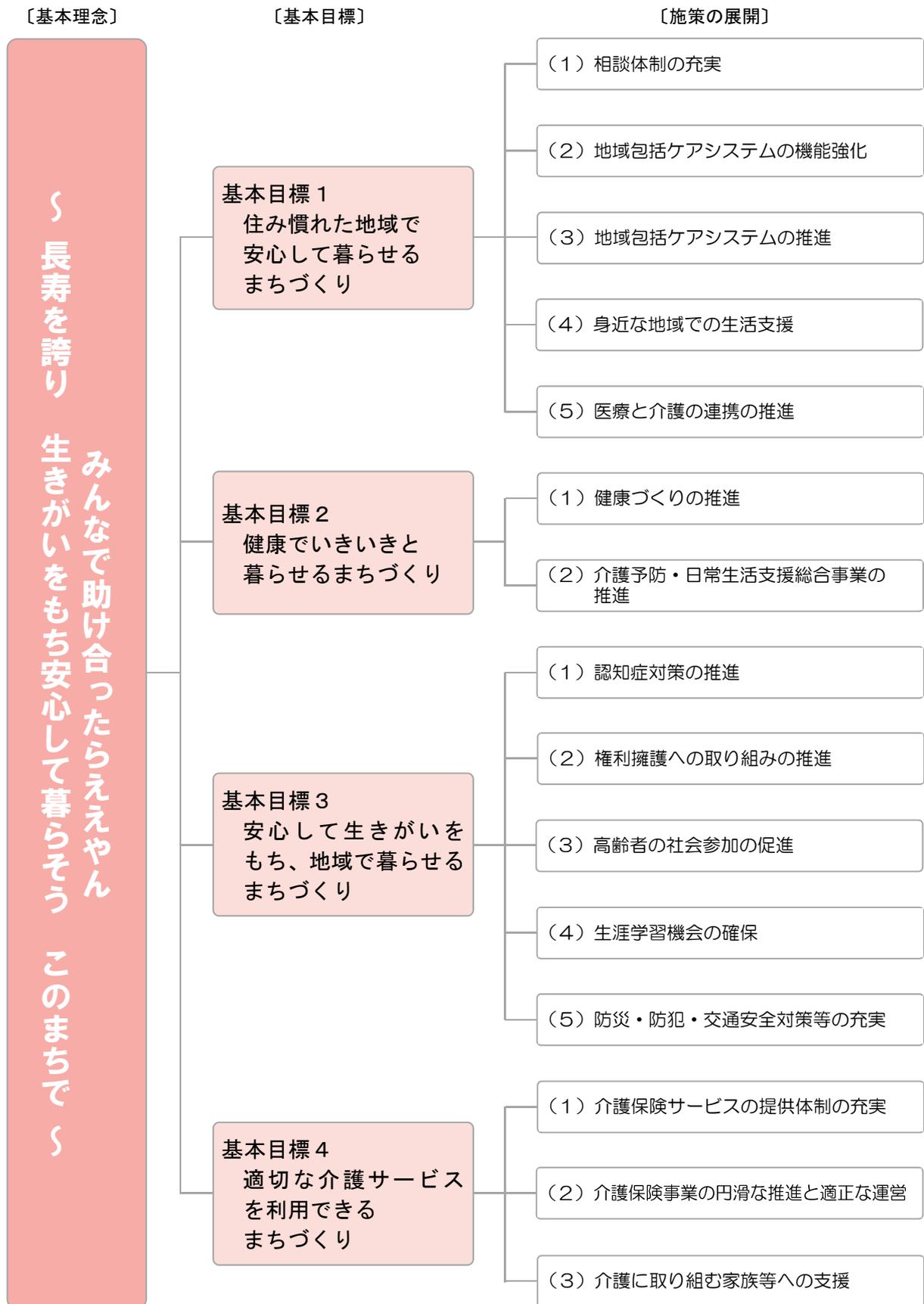
在宅介護を進めるためには、介護をする家族の身体的負担や精神的負担、経済的負担等の軽減を図ることが大切です。

調査結果をみると、介護のために何か働き方の調整等している割合は5割あり、多くの人が働きながらの介護にも不安を抱えていることがわかります。その不安や負担を軽減するようなサービスの充実と、相談体制の確立が必要です。

また、高齢者が高齢者の介護を行ういわゆる「老々介護」も増えることが考えられ、家族介護者の負担軽減を図ります。



計画の体系





施策展開

1 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

(1) 相談体制の充実

地域包括支援センターを中心として、介護に関する身近な相談窓口の強化や援助を図る体制、制度のわかりやすい周知を進めます。また、身近な相談や地域における見守りの中心である民生児童委員との連携を強化します。

施策・事業名	施策・事業内容
地域包括支援センターの相談体制の充実	高齢者福祉に関するワンストップ相談窓口として、地域包括支援センターの社会福祉士を中心に、サービスに関する情報提供や、継続的・専門的な相談など、介護保険サービスに限らない様々な相談支援を実施します。 各種の相談や申請をきっかけとして適切なサービスの提供につなげていくため、町内介護保険事業所の支援、庁内担当課との連携強化、職員の資質向上を図ります。また、増加する相談や事業所への支援に対応するため、地域包括支援センターの体制強化をめざします。
介護事業所の相談体制の充実	サービスの利用者やその家族などに対して相談支援を行います。
民生児童委員との連携強化	身近な相談や地域における見守りの中心として民生児童委員の活動が果たす役割は大きく、今後もその活動が期待されます。今後とも、連携の強化と情報の共有等をすすめます。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域包括支援センターの相談件数	319 人	450 人	450 人	450 人

(2) 地域包括ケアシステムの機能強化

高齢者が安心して暮らすことのできる地域づくりのためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する地域包括ケア体制を拡充し、地域包括ケアシステムを有効に機能させ、地域における様々な課題に対応していくことが必要です。地域包括ケアシステムは、多くの参加者によって成り立っています。(49 ページ記載の図参照)

また、総合事業の開始により地域包括支援センターへの高齢者の相談や認知症対策、要支援者の支援等の業務が増えることが予想されており、人員の増員等、地域包括支援センターの機能強化を図るとともに、運営の質の維持・向上に引き続き努める必要があります。

今後、地域包括支援センターの機能強化及び地域や関係機関との連携を強化し、また、民生児童委員、高齢者サポーターへの情報提供・交換を密に行うことで体制の強化を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
多職種連携の強化	保健師、理学療法士や介護福祉士の専門職が、自立支援・重症化予防の視点に基づいた事例検討の実施、エビデンスに基づいた予測をし、自立支援を目指す適切な介護予防マネジメントを支援することにより、介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な利用促進、長期的には要介護認定率や介護給付費の減少を目指します。
地域ケア会議の充実	多職種が協働する地域ケア会議により、個別ケース及び地域課題解決の検討を行い、高齢者の生活を地域全体で支援するまちづくりに向けて政策形成につなげるとともに、地域の関係機関とのネットワークを強化します。
情報共有体制の整備	効率的な情報共有のための取り組みとして、救急や災害時だけでなく日常の支援にも活用していける住民情報総合システムの整備をしていきます。 切れ目のない適切な支援のために医療・介護関係者の情報共有の支援を行います。
人材の育成	多職種連携について、また、在宅医療・介護サービスについての研修等を行い、地域包括ケアシステムを推進するために必要な人材を育成します。
(仮称)町内事業所連絡協議会	(仮称)町内事業所連絡協議会を立ち上げ、よりよい介護をめざすとともに、特に喫緊の課題である町内全域での介護人材確保等についての協議体制を確保します。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域ケア会議の開催数	6 回	12 回	12 回	12 回
(仮称)町内事業所連絡協議会の開催数		2 回	2 回	2 回

(3) 地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアシステムの推進のためには、地域包括ケアの中核的な機能を担う地域包括支援センターと町が一体的に運営し、地域の特性にあったサービスを提供していくことが必要です。

また、地域包括支援センターを拠点に、医療や地域の関係団体・機関による各種ネットワークを結びつけるとともに、地域住民の地域包括ケアシステムについての理解を深め、サロンの開催や、見守り、外出支援などの生活支援サービスの提供を通じて、地域の支え合い活動を促進します。住民相互のつながりを強めて、身近な地域で主体的に問題解決ができるよう地区ごとの取り組みを推進します。

施策・事業名	施策・事業内容
地域包括支援センターの適切な運営の促進	高齢者の福祉・介護等の総合的な相談窓口として、高齢者やその家族からの様々な相談を受け、その生活課題を把握して、適切なサービスを受けられるよう支援するとともに、地域包括支援センターの役割等の周知・啓発に取り組みます。 また地域住民や関係団体、サービス事業者等の意見を幅広く汲み上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組みを実施できるよう、地域包括支援センターの体制強化を行います。
地域見守りネットワーク体制の推進	住民による地域福祉活動との連携を強化し、きめ細かな見守り体制を推進します。 また、あらゆる分野の活動に参加する機会や場が得られるように、福祉施設などの資源を有効に活用するとともに、見守り活動等をはじめとする住民による活動の活発化などに取り組むなど、地域福祉の推進及び住民の参画、協力を進めます。さらに、地域に暮らす町民が、地域の現状や課題などを共に考え、地域での支え合い活動がより一層行えるようにするため、地域や民生児童委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会等との連携を図り、地域で支え合う医療を含めた地域見守りネットワーク体制を促進します。
福祉意識の醸成	人と地域の絆を大切にし、ともに支え合うコミュニティづくりにより、誰もが希望をもって幸せに暮らせるまちをめざすため、住民が互いを尊重し合う福祉意識の醸成に向けた取り組みを進めます。 町内の小、中学校において、福祉教育や福祉体験事業を推進するとともに、高齢者に対する理解を深めるため、広報誌やホームページ、各種パンフレット等による啓発を行います。

【数値目標】

区 分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域包括支援センターの相談件数（再掲）	319 人	450 人	450 人	450 人

(4) 身近な地域での生活支援

南伊勢町でも、単身高齢者世帯や高齢夫婦世帯の割合の増加が見込まれるなか、地域住民等の力を活用した多様な生活支援サービスを充実していくことが求められます。

食の自立支援事業では、配食を委託する事業者が高齢化し、提供日等にも制限が出ています。しかし、配食サービスなどを使った地域での見守りは重要な事業であるため、地域の実情に応じた提供方法を検討します。また、高齢者の外出支援などの生活支援サービスの提供を行い、閉じこもりや運動機能の低下を防ぎます。

施策・事業名	施策・事業内容
日常生活の支援のための事業	<p>【外出支援サービス事業】 特殊車両等により居宅から医療機関等の間の送迎を行います。 (対象者) 一定の条件を満たす在宅の65歳以上の方</p> <p>【介護用品支給事業】 紙おむつ等、介護にかかる消耗品等を支給します。 (対象者) 在宅で暮らす要介護4、5で非課税世帯の方</p> <p>【家族介護者交流事業(介護者のつどい)】 高齢者などを在宅で介護している家族に対し、介護者相互の交流会を開催することにより、介護から一時的に解放され、身体的及び精神的な負担が軽減されることを図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、生活の質の向上を図ります。</p> <p>【食の自立支援事業(食事サービス)】 栄養バランスのとれた食事の確保による在宅生活の維持のため、見守りをかねた配食サービスの支援を行います。</p> <p>【介護報酬対象外経費支援事業】 住宅改修支援事業として、介護支援専門員やその他住宅改修についての専門性を有する者が、住宅改修の申請にかかる理由書を作成した場合にその経費を助成します。</p> <p>【家族介護慰労金の支給】 居宅における介護の継続を支援するため、在宅で介護している介護者に慰労金を支給します。</p> <p>【緊急通報装置貸与事業】 日常生活を営むうえで常時注意を要するひとり暮らし高齢者等が、急病・火災等の緊急時に迅速に対処するため、ボタンひとつで連絡がとれる緊急通報装置を貸与します。</p>

【数値目標】

区 分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
家族介護者交流事業(介護者のつどい)の参加者数	8人	20人	20人	20人

(5) 医療と介護の連携の推進

介護においても、医療ニーズへの対応が課題とされていることから、医療と介護の連携を推進するとともに、在宅医療ニーズに適切に対応できる体制を推進します。

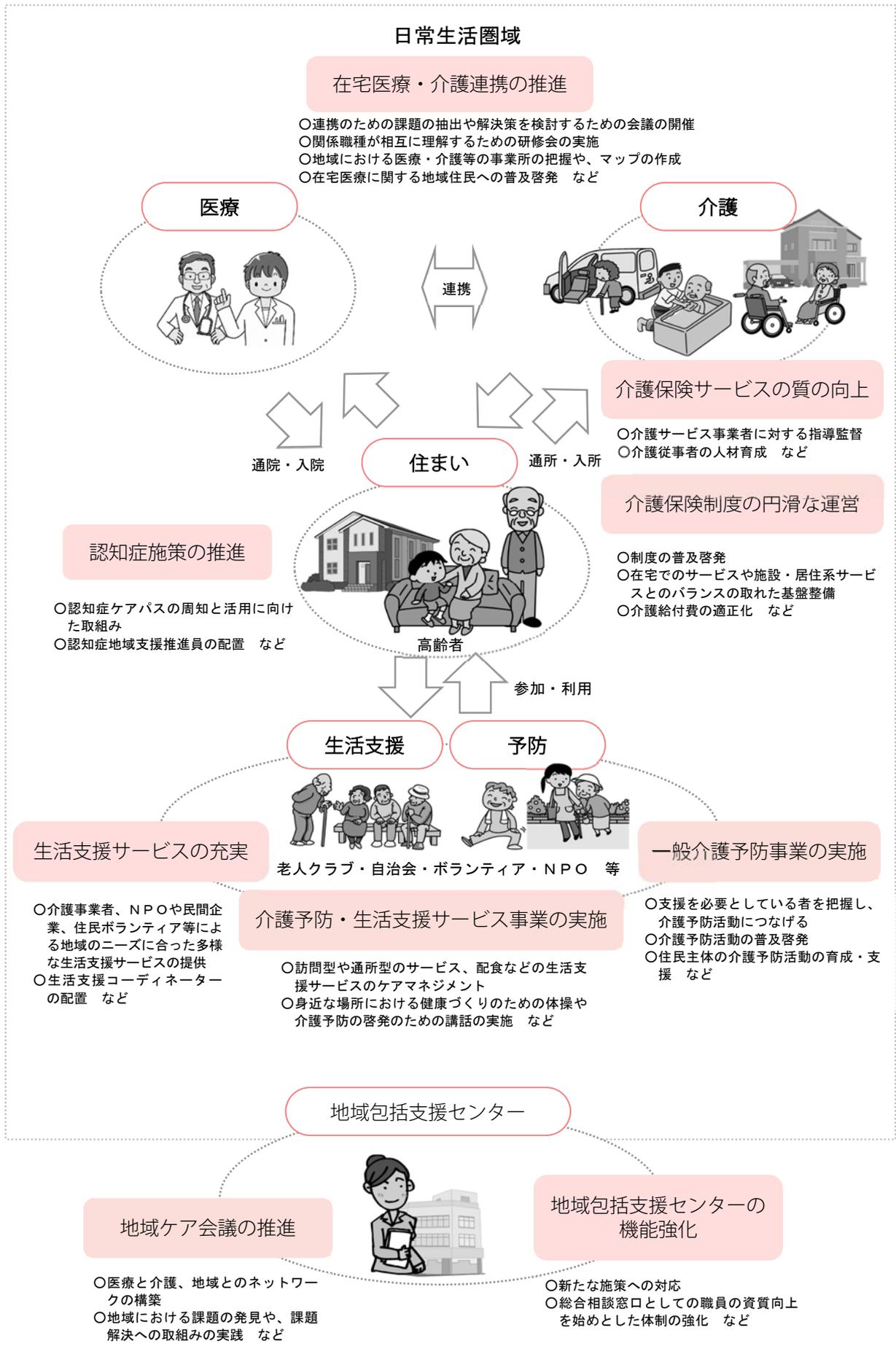
高齢者一人ひとりの状態に応じた切れ目のない医療・介護サービスを提供していくためにも、福祉課・医療保険課・地域包括支援センター・社会福祉協議会の職員が連携会議を実施し、緊密な連携体制をとり、また、今後も定期的にケアマネジャーとの連絡会議を開催し、情報交換や研修等を実施し、ケアマネジメントのスキルアップに努めます。また、伊勢地区医師会とも協同しながら事業を推進します。

施策・事業名	施策・事業内容
地域の医療・介護の資源の把握	地域の医療機関、介護事業所等の所在地、連絡先、機能等の情報を収集し作成した、地域の医療・介護資源のリストやマップの情報更新と活用を行います。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	在宅医療及び介護サービスの提供状況、在宅医療・介護連携の取組の現状を踏まえ、在宅医療・介護連携の課題を抽出し、対応策を検討します。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、地域の実情に応じて、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討します。
医療・介護関係者の情報共有の支援	情報共有ツールについては、既存のもので十分活用されているため、その改善等や新たな情報共有ツールが必要となった場合に作成や導入支援について検討します。
在宅医療・介護関係者に関する相談支援	地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口として、伊勢地区医師会にて医療・介護等の専門機関からの相談業務や医療・介護関係者等との連携調整を行います。
医療・介護関係者の研修	多職種連携についてのグループワークや、医療・介護関係者に対する研修を行います。
地域住民への普及啓発	在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進します。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	隣接する市町の関係部局、病院関係者、医師会及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、県関係部局、保健所等が参加する会議を通して、広域連携が必要となる事項について検討します。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
医療・介護関係者の研修の開催数	8 回	6 回	6 回	6 回
地域住民対象の講演会の開催数	1 回	1 回	1 回	1 回

図 地域包括ケアシステムのイメージ





健康でいきいきと暮らせるまちづくり

(1) 健康づくりの推進

健康教育、イベント、広報などを通じ、各種健（検）診の目的・重要性などについて、さらに積極的な周知を図るとともに、特定健康診査・特定保健指導を主とした各種健（検）診の受診促進に向け、さまざまなライフスタイルに合わせた受診しやすい健（検）診体制の検討など取り組みを推進します。

また、地域や家庭における健康習慣の構築を進め、食生活の改善や生活習慣病予防に関する講習会等を実施し、意識の啓発をはかります。

施策・事業名	施策・事業内容
地域における普及・啓発事業	住民の疾病予防と健康の維持・増進をめざすために、健康づくり推進協議会等と連携して健康管理意識を育てます。また、地域や家庭において健康的な生活に取り組むために、食生活改善や生活習慣病予防などの講習会等を開催するほか、住民への情報提供や啓発活動を効果的に行い、健康づくりに関する正しい知識を普及します。
健康相談・健康教育の充実	高齢者が積極的に健康づくり活動を行えるよう、健康教室など健康づくりに関する講座の開催や、生涯学習講座など、健康づくりや介護予防に関する学習メニューの充実に努めるとともに、広報・周知を進め、参加者の拡大を図ります。また、生活習慣病の予防対策を効果的に行うため、疾病の特性や対象者一人ひとりの置かれた生活環境等をふまえた上で、各種健康相談、保健指導・健康教室等、健康教育の実施内容を充実します。
各種健診（検診）の充実	<p>【健康診査事業・保健指導】 地域住民への周知、受診勧奨だけでなく、職域と連携しながら、健診（検診）受診勧奨や未受診者への受診勧奨を実施し、健診（検診）による生活習慣病の早期発見を目指します。また受診しやすい環境づくりに取り組んでいきます。 また生活習慣の改善により糖尿病などの重症化予防が期待される町民に対して医療機関と連携した食事・運動等の保健指導を実施し、重症化予防、医療費削減を目指します。</p> <p>【各種がん検診・肝炎ウイルス検診】 がんの早期発見・がん死亡率の低下を目的とし、各種がん検診を実施します。また、がん検診の受診率向上をねらいとし、町ホームページ及び広報にて、がん検診を受診することの重要性や検診日程の情報を掲載し、郵送による個別受診案内も行います。</p>

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
健康教室の開催数	5 回	10 回	10 回	10 回

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取り組みを推進する観点から現在の介護予防事業を見直し、住民主体の活動的で継続的な通いの場としての介護予防事業を展開します。

介護予防・日常生活支援総合事業においては、地域住民が継続して参加でき、身近な場所で地域住民が主体となった活動ができ、また、各地域で自主グループ活動に向けた支援や自主グループとしての活動が継続されるような支援の充実が必要です。

多様な担い手による多様なサービスを充実させるために、介護予防の地域のリーダーを育成し、住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防や生活支援のサービスを目指します。

また、地域の社会資源の把握や生活支援サービスの開発・担い手の育成、関係者のネットワークの構築などを行う「生活支援コーディネーター」を配置し、地域資源の把握、関係機関のネットワーク化を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
介護予防の地域のリーダーの育成	健康づくり、介護予防については、高齢者の意識においても関心が高くなっています。高齢者自らが積極的に各種事業に参加し、身近な地域での介護予防活動が活発に行われるよう、地域でのリーダーを育て、地域住民による自主的な介護予防活動とともに地域のコミュニティづくりにつなげていきます。
介護予防・日常生活支援総合事業	<p>【介護予防・生活支援サービス事業】</p> <p>○訪問型サービス 身体や生活に何らかの援助が必要な高齢者に対し、それぞれの状態に応じて掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。</p> <p>○通所型サービス 身体や生活に何らかの援助が必要な高齢者に対し、それぞれの状態に応じて機能訓練や集いの場など、日常生活上の支援を提供します。</p> <p>○その他の生活支援サービス 栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者への見守りを提供します。</p> <p>○介護予防ケアマネジメント 地域包括支援センターにおいて総合事業によるサービスが適切に提供できるよう、利用に係るケアマネジメントを介護予防と自立支援の視点を踏まえて行います。</p> <p>【一般介護予防事業】</p> <p>○介護予防把握事業 閉じこもりなど何らかの援助が必要な者を介護予防活動へつなげるために、地域より情報を収集するとともに、そこから見える地域の課題に対して介護予防・日常生活支援総合事業への事業化を行います。</p> <p>○介護予防普及・啓発事業 高齢者が自ら介護予防に取り組めるように、地域包括支援センターなどにおいて介護予防の基本的な知識の普及・啓発をします。</p> <p>○地域介護予防活動支援事業 介護予防に関するボランティア等の人材養成のための研修や、若年層を含む生涯教育・福祉教育など、介護予防に役立つ地域活動組織の育成・支援のための事業等を実施します。</p> <p>○一般介護予防事業評価事業 介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証及び一般介護予防事業の事業評価を行い、次年度以降の効果的な事業を実施します。</p> <p>○地域リハビリテーション活動支援事業 地域における介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等の関与を促進します。</p>

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域における介護予防リーダーの人数	6 人	4 人	4 人	4 人



安心して生きがいをもち、地域で暮らせるまちづくり

(1) 認知症対策の推進

認知症に対する理解が地域全体に広まるよう、あらゆる機会を活用し認知症に関する知識の普及啓発の推進を図り、認知症高齢者の尊厳が守られ、安心して生活できる地域づくりに取り組みます。

南伊勢町では、認知症キャラバンメイトや認知症サポーターを養成し、その有効的な活用方法を検討することで認知症高齢者を支える仕組みを作ります。また、初期の段階で医療と介護との連携のもとに認知症の人や家族に対して個別の訪問を行い、適切な支援を行うなど、認知症を早期発見・診断・対応していくため、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動を強化します。

施策・事業名	施策・事業内容
認知症への早期対応の取り組みの推進	認知症初期スクリーニングを普及・啓発するとともに、認知症の見守りネットワークを通じて認知症の人や認知症の可能性のある人を可能な限り早く把握し、必要な支援やサービスにつなげる早期対応の体制を整備します。
認知症サポーターの養成	認知症を理解し、認知症の人やその家族を見守り支援する認知症サポーターの養成を推進します。研修を受けたキャラバンメイトが、住民や職域の集まりなどに出向いて、認知症サポーター養成講座を開催し、地域の認知症サポーターを養成します。認知症サポーターは、地域での暮らしの応援者となり、認知症の人や家族を各々の生活場面で支援します。
認知症の相談・支援体制の充実	認知症介護の相談体制の充実、認知症に関する家族講座の開催や訪問指導を通して、家族をサポートします。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症サポーターの人数	372 人	100 人	100 人	100 人

(2) 権利擁護への取り組みの推進

高齢者の虐待防止について、地域での見守り活動の重要性を周知・徹底を図るとともに、関係機関との連携、研修など、早期発見のため、ネットワークを強化します。

地域包括支援センターの権利擁護業務と、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業を併せて行うことで、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の周知をはかり、広報・啓発活動を強化します。

施策・事業名	施策・事業内容
(再掲) 福祉意識の醸成	人と地域の絆を大切にし、ともに支え合うコミュニティづくりにより、誰もが希望をもって幸せに暮らせるまちをめざすため、住民が互いを尊重し合う福祉意識の醸成に向けた取り組みを進めます。 町内の小、中学校において、福祉教育や福祉体験事業を推進するとともに、高齢者に対する理解を深めるため、広報誌やホームページ、各種パンフレット等による啓発を行います。
高齢者の人権擁護	実態把握や総合相談の過程で、権利擁護の観点からの支援が必要であると判断した場合、支援を行います。また、役場窓口担当職員が認知症サポーターとなるよう講座の受講機会を増やします。
高齢者虐待防止対策の推進	高齢者に対する虐待の行為は、高齢者の心身に深い傷を負わせ、人権を侵害するものです。このような虐待を防止し高齢者の尊厳を保持するため「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法：平成18年4月施行）が制定されています。住民及び事業者への啓発などにより、高齢者虐待予防の普及啓発を行い、地域全体で虐待予防、早期発見・早期対応への取り組みを推進します。特に、介護を必要とする高齢者等への虐待防止を進めるため、介護保険サービス事業者や民生児童委員、警察などの関係機関との連携を深めていきます。
日常生活自立支援事業 (地域福祉権利擁護事業)	自分ひとりで契約などの判断をすることが不安な方やお金の管理に困っている方に、福祉サービスの利用手続きの援助や日常的な金銭管理を支援します。
成年後見制度利用支援	認知症や知的・精神障害などにより、判断能力が不十分な方やその親族などが、安心して暮らすことができるように、成年後見制度を利用するための支援を行います。

【数値目標】

区分	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
成年後見制度利用件数	0件	1件	1件	1件

(3) 高齢者の社会参加の促進

高齢者のニーズを捉えながら、シニア世代を対象とした講座やイベントの開催、老人クラブの活性化など、高齢者の知識や経験を活かした活動を支援します。

また、シルバー人材センターを拠点として、高齢者の就労機会が広がるように、登録者数の増加をめざすとともに、シルバー人材センターの周知と利用機会の向上を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
にこにこ（シルバー）人材センターへの支援	町の福祉事業における活用を進めるなど受注拡大の支援を行います。また、会員の専門的知識や技能の習得のための講習会や研修会の開催に協力するとともに、シルバー人材センター独自の地域貢献に対して協力します。
老人クラブへの支援	高齢者が地域社会の一員として生きがいをもって活躍できるよう、老人クラブとともに、組織、活動内容等の見直しを行い、老人クラブの活性化に向けた取り組みを支援します。
交流会の充実	高齢者の生きがいづくりと社会参加を促進するために、地域での行事などを中心に、高齢者と子どもや他の世代との交流の場づくりをすすめます。 また、地域の子育て支援など高齢者の経験や知識が活かされる場への積極的な参加を求め、生きがいづくりの場とするとともに、住民同士が支え合う豊かな地域づくりの場として位置づけ支援します。
ボランティア・NPO活動の推進	地域における介護福祉サービスの展開にあたって、高齢者の協力を得ていくとともに、子どもの登下校の見守り、高齢者相互の見守りといった地域福祉はもとより、環境など幅広い分野での高齢者ボランティアの活用を促進します。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
にこにこ（シルバー）人材登録人数	60 人	70 人	75 人	80 人

(4) 生涯学習機会の確保

高齢者のニーズを捉えながら、生涯学習、講座、イベントの開催、老人クラブの活性化など、高齢者の活動のきっかけづくりの充実を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
学習機会の充実	高齢者の学習意欲を満たすとともに、仲間づくりの場として高齢者向けの講座を開催します。 運営や講座の内容等について、高齢者が主体的に参加できる体制をとり、高齢者のニーズに応じた魅力ある学級づくりに努めます。また、学習活動の成果を発表する機会を拡充し、学習意欲の向上と生きがいづくりなど高齢者の出番づくりを促進します。
文化・芸術・スポーツ活動の推進	高齢者が心身ともに健康で生きがいをもち、充実した生活がおくれるよう、スポーツ大会や老人の集い等の機会を通じて、文化・芸術・スポーツ活動の支援を行います。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
生涯学習講座の開催数	2 回	8 回	8 回	8 回

(5) 防災・防犯・交通安全対策等の充実

災害発生時には、近所での助け合いはもとより、「自分の命は自分で守る」ことも重要となっています。地域の自主防災組織の体制づくりや、自らの運動機能の強化など、日頃からの備えが必要です。

南伊勢町では、防災・防犯意識の高揚と啓発に努めるとともに、避難行動要支援者名簿の作成・更新や、地域団体、福祉関係者等が連携して制度を周知、普及し、地域が主体となった支援体制の整備を推進します。

また、南伊勢町においては、高齢者の事故件数の割合が多いため、高齢者を対象にした交通安全教室の実施など、交通安全に対する意識を高めるような啓発活動の充実を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
自らを守るための健康づくり	災害発生等の緊急時に自らの身を守ることで被害を最小限に抑えるため、運動機能を強化する体操や体力測定等による健康づくりの機会を提供します。
地域における防災対策の推進	防災行政無線の整備等情報通信基盤、避難場所である公共施設の耐震化の実施、保存食や毛布等の生活必需物資等の確保などにより防災対策を整備します。 自主防災組織の活動支援、自治会・企業等の協力による消防団員の確保、消防施設や機械器具の計画的な整備などにより自主防災体制を支援します。
防犯・交通安全対策	地域での声かけ運動、プライバシーに配慮した緊急連絡網の整備・活用などにより地域の安全活動を支援します。また、自治防犯防災会で検討を進めます。 高齢者の交通安全の確保及び意識の向上を図るため、高齢者向けの交通安全教育、交通指導等について、関係機関と連携しながら推進します。

【数値目標】

区分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
えるがぁ教室の新規開催地区数	2 地区	2 地区	2 地区	2 地区



適切な介護サービスを利用できるまちづくり

(1) 介護保険サービスの提供体制の充実

今後も介護サービスを必要とする人は増加が見込まれることから、利用者のニーズに応じたサービスを安定的に供給していくことが必要です。南伊勢町では、地域によって介護保険サービスの提供に偏りがあるため、要介護等認定者数、サービス利用状況、今後の要介護等高齢者推計人口やサービス必要見込量等の介護保険に関する情報提供を適時行うなどして事業者との意見調整をすすめます。

介護保険サービス事業者に対する指導・監査、並びに地域密着型サービス事業者に対する集団指導、実地指導を定期的に行い、サービスの質を高めます。また、人材面では、介護人材の確保が喫緊の課題であることから、介護職員初任者研修事業を継続して行い、また、介護人材の掘り起こし等を視野に入れた展開が必要です。

施策・事業名	施策・事業内容
介護（予防）サービスの充実	高齢者が可能な限り在宅生活を継続できるよう、良質なサービスの確保に向けた施策を推進するとともに、適切な居宅サービスの確保、各種サービスの必要量の確保をします。
地域密着型介護（予防）サービスの充実	可能な限り住み慣れた地域において、継続した生活を目指す地域包括ケアシステムの中核的な役割を担う重要なサービスとして地域密着サービスを位置づけ、今後高まる需要に対応するため、計画的に整備を進めていきます。高齢化の進行により、認知症高齢者も今後さらに増えることが予想されることから、住民ニーズを捉え、適正な基盤整備を図っていきます。
介護職員初任者研修事業の実施	本町民を対象に無料の介護職員初任者研修を実施し、若者定住の促進、町民の就業支援、介護保険サービス事業所の人材確保等に向けて支援を行います。
介護職員初任者研修修了者に対する助成	介護職員初任者研修を受講し修了した町民に対し、上限6万円の助成を実施します。

【数値目標】

区分	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
(仮称)町内事業所連絡協議会の開催数(再掲)		2回	2回	2回

(2) 介護保険事業の円滑な推進と適正な運営

介護保険制度の安定的な持続のために、介護給付の適正化が必要となっています。また、制度改正による混乱が予測される中、介護保険制度のより一層わかりやすい情報の周知に努めていきます。

適正なケアプランの作成のため、介護給付等適正化研修会の実施や、介護サービス事業者連絡協議会との連携によって、適正な介護保険の運営のための情報提供とサービスの質の向上を図ります。

施策・事業名	施策・事業内容
人材の質的向上	要介護高齢者が安心して介護サービスを利用するためには、要介護状態ならびに利用者本人に応じた適切なケアプランのもと、質の高いサービスの提供が求められます。ケアマネジャーの資格は5年ごとの更新制であり、更新時には研修も義務づけられており、介護に携わる人材の資質向上につながります。
サービス事業者への指導・助言及び新規参入への支援	今後も介護サービス事業者に民間企業やNPOなど、多様な事業主体が介護市場に参入してくるものと予想されます。高齢者が不安なく生活がおくれるよう、介護福祉施設などの誘致も含め高齢者福祉を充実します。とりわけ、地域密着型サービスについては、町が指定・指導権限を有することから、新たに付与された事業者への立ち入り調査権限も活用しながら適切な指導・監督を行います。
居宅サービスの質の向上	要介護高齢者が安心して在宅での生活を続けられるよう日常生活を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能居宅介護の普及に取り組み在宅医療系の介護サービス等の基盤整備を進めます。
施設サービスの質の向上	今後、一人暮らし高齢者・高齢者のみの世帯がこれまで以上に増加することが見込まれ、在宅での生活が困難な要介護高齢者の受け皿として、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）や地域密着型介護老人福祉施設の整備について地域とのバランスを考慮して基盤整備を進めます。
苦情処理体制	利用者及び家族等からの苦情については、速やかに事実確認を行い、必要に応じて県等の関係機関と連携しながら介護サービス事業者に対して指導等を行います。

施策・事業名	施策・事業内容
サービスの評価	介護保険サービス事業所のサービス内容等をインターネット等で公表する「介護サービス情報の公表」制度が実施されています。この制度は、介護保険サービス事業所から定期的にサービス内容等の報告を受け、第三者である調査員が事実を確認し、その結果を公表するものです。調査は三重県が主体となり、調査機関に依頼して実施されますが、より利用者がサービス提供機関の選択をしやすい環境となるよう、情報提供を行います。
適切なサービス利用の促進	ボランティアや民間事業者が提供する地域資源を把握し、相談に応じた適切なサービスの情報提供を行い、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続ける生活を支援します。
公正な要介護認定の実施	介護保険制度における要介護認定は、保険給付の基準となり、大変重要な位置づけにあります。本町では、大紀町、度会町とともに組織する度会広域連合において審査・認定業務を実施しています。中立・公正、かつ円滑な認定を実施するため、認定調査員の実務研修等の実施により、認定調査の質の向上を図り、認定申請件数の増加に的確に対応し、公平・公正かつ効率的な要介護認定を実施します。

【数値目標】

区 分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
ケアマネジャー研修会の開催数	4 回	4 回	4 回	4 回

(3) 介護に取り組む家族等への支援

家族介護者の身体的・経済的・心理的な負担を軽減するための支援を充実します。

また、介護保険制度や高齢者福祉サービス、相談窓口等の情報提供については、家族介護者にとっての解りやすさ・入手しやすさを重視し、情報内容や提供方法を改善し、必要な支援が必要な時に活用できるよう努めます。

施策・事業名	施策・事業内容
(再掲) 家族介護者交流事業 (介護者のつどい)	高齢者などを在宅で介護している家族に対し、介護者相互の交流会を開催することにより、介護から一時的に解放され、身体的及び精神的な負担が軽減されることを図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、生活の質の向上を図ります。
(再掲) 家族介護慰労金の支給	居宅における介護の継続を支援するため、在宅で介護している介護者に慰労金を支給します。

【数値目標】

区 分	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
家族介護者交流事業(介護者のつどい)の参加者数(再掲)	8 人	20 人	20 人	20 人

第 5 章

介護保険事業費の見込みと介護保険料

1 総人口及び高齢者人口等の推計

(1) 総人口及び高齢者人口（第1号被保険者）等の推計

総人口は、平成30年度以降も、減少していくことが見込まれています。

高齢者人口（第1号被保険者数）は、平成30年度以降も減少していく見込みとなっていますが、高齢化率は平成30年度以降も増加していき、平成37年度には54.2%となることが見込まれています。

【 高齢者人口（第1号被保険者数）等の推計 】

単位：人

区分	実績			推計			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
総人口	13,980	13,624	13,253	12,891	12,512	12,147	10,331
第1号被保険者 (65歳～)	6,541	6,522	6,489	6,420	6,308	6,213	5,599
65～69歳	1,322	1,404	1,368	1,232	1,121	1,072	889
70～74歳	1,406	1,202	1,128	1,182	1,203	1,237	1,008
75～79歳	1,409	1,389	1,421	1,400	1,380	1,284	1,124
80～84歳	1,197	1,266	1,272	1,249	1,204	1,195	1,077
85～89歳	777	795	809	835	849	844	833
90歳以上	430	466	491	522	551	581	668
第2号被保険者 (40～64歳)	4,272	4,110	3,954	3,806	3,670	3,536	2,913
被保険者数合計	10,813	10,642	10,443	10,226	9,978	9,749	8,512
高齢化率	46.8%	47.9%	49.0%	49.8%	50.4%	51.1%	54.2%
後期高齢化率	27.3%	28.7%	30.1%	31.1%	31.8%	32.1%	35.8%

資料：住民基本台帳人口（各年9月末日）に基づくコーホート変化率法による推計

(2) 認定者数の推計

認定者数は、平成 30 年度以降も増加し、平成 32 年度には 1,364 人となる見込みとなっています。認定率は平成 32 年度に 22.0%と見込まれます。

【 認定者数の推計 】

単位：人

区分	実績			推計			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
要支援 1	166	148	128	123	101	90	83
要支援 2	193	201	185	201	210	222	228
要介護 1	173	186	218	232	252	276	299
要介護 2	204	201	201	208	202	198	183
要介護 3	170	172	173	173	180	187	193
要介護 4	152	167	184	197	214	233	277
要介護 5	130	136	138	141	148	158	163
合計	1,188	1,211	1,227	1,275	1,307	1,364	1,426
認定率	18.2%	18.5%	18.9%	19.9%	20.7%	22.0%	25.5%
第 1 号被保険者数	6,541	6,532	6,489	6,420	6,308	6,213	5,599
第 2 号被保険者数	4,272	4,110	3,954	3,806	3,670	3,536	2,913

資料：住民基本台帳人口（各年 9 月末日）、見える化システム（介護保険事業状況報告）



居宅・介護予防サービス

在宅での介護を中心としたサービスが居宅サービスです。居宅サービスには、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与及び特定福祉用具購入費があります。

また、これらとは別に住宅改修費の支給制度もあります。居宅サービスは、居宅療養管理指導などの一部のサービスを除き、要介護度ごとに1か月当たりの利用限度額が決められています。サービス利用者は、介護支援専門員（ケアマネジャー）等と相談しながら、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、居宅サービス計画に従ってサービスを利用し、費用の原則1割または2割（平成30年8月から3割負担あり）をサービス事業者に支払います。

（1）訪問介護（ホームヘルプサービス）

介護福祉士又はホームヘルパーが家庭を訪問して、要介護者に、入浴・排せつ・食事等の介護その他の必要な日常生活上の世話をを行います。

なお、介護予防訪問介護については、地域支援事業に移行し、総合事業の訪問型サービスとして実施しています。

		実績		見込み		
		平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
訪問介護	回数(回/月)	3,865.8	5,083.2	5,344.0	5,957.1	6,479.4
	人数(人/月)	157	192	221	243	259
介護予防 訪問介護	人数(人/月)	94	70			

(2) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

看護師やホームヘルパーが移動入浴車等で各家庭を訪問し、浴槽を家庭に持ち込んで入浴の介護を行い、要介護者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図ります。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
訪問入浴介護	回数(回/月)	27	36	44.7	54.8	64.9
	人数(人/月)	7	10	13	16	19
介護予防訪問入浴介護	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(3) 訪問看護・介護予防訪問看護

病状が安定期にある要介護者(要支援者)について、訪問看護ステーションや病院、診療所の看護師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。

サービスの提供に当たっては主治医との密接な連携に基づき、利用者の療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図ります。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
訪問看護	回数(回/月)	699.0	750.1	875.6	1,022.8	1,173.6
	人数(人/月)	104	113	119	135	150
介護予防訪問看護	回数(回/月)	134.1	169.1	161.2	180.8	177.2
	人数(人/月)	20	24	25	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、診療所の理学療法士、作業療法士が家庭を訪問して、要介護者（要支援者）の心身機能の維持回復を図るとともに、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
訪問リハビリテーション	回数(回/月)	211.8	253.8	266.6	314.1	359.7
	人数(人/月)	16	16	18	21	24
介護予防訪問リハビリテーション	回数(回/月)	35.5	7.0	9.8	9.8	9.8
	人数(人/月)	3	1	1	1	1

(5) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な要介護者（要支援者）について、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士などが家庭を訪問し、心身の状況、置かれている環境等を把握して療養上の管理や指導を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
居宅療養管理指導	人数(人/月)	48	54	60	71	81
介護予防居宅療養管理指導	人数(人/月)	12	9	5	4	4

(6) 通所介護・介護予防通所介護

デイサービスセンターへの通所により、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行います。利用者の心身機能の維持とともに、社会的孤立感の解消や家族の身体的・精神的負担の軽減も図ります。

なお、介護予防通所介護については、地域支援事業に移行し、総合事業の通所型サービスとして実施しています。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
通所介護	回数(回/月)	2,110	2,260	2,348.2	2,692.5	2,969.4
	人数(人/月)	211	231	243	278	306
介護予防通所介護	人数(人/月)	101	90			

(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、診療所への通所により、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
通所リハビリテーション	回数(回/月)	78.6	76.3	63.6	70.6	64.7
	人数(人/月)	12	13	12	14	14
介護予防通所リハビリテーション	人数(人/月)	12	13	15	18	21

(8) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

介護老人福祉施設などに短期間入所し、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話を受けるサービスです。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
短期入所生活介護	日数(日/月)	771.8	913.8	1,128.9	1,128.9	1,157.7
	人数(人/月)	70	88	108	108	111
介護予防短期入所生活介護	日数(日/月)	36.4	53.2	58.9	73.7	81.1
	人数(人/月)	4	6	8	10	11

(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、介護療養型医療施設に短期間入所し、当該施設において、看護・医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を受けるサービスです。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
短期入所療養介護(老健)	日数(日/月)	6.0	0.7	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	1	0	0	0	0
短期入所療養介護(病院等)	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(病院等)	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(10) 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

介護保険法に基づく指定を受けた有料老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）等に入居している要介護（支援）認定者について、特定施設サービス計画（ケアプラン）に基づき入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
特定施設入居者生活介護	人数(人/月)	36	38	39	44	51
介護予防特定施設入居者生活介護	人数(人/月)	8	6	4	5	6

(11) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活の便宜を図るための福祉用具や機能訓練のための福祉用具を要介護者等に貸与します。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
福祉用具貸与	人数(人/月)	227	269	280	280	280
介護予防福祉用具貸与	人数(人/月)	91	97	105	123	135

(12) 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

要介護者（要支援者）の日常生活の便宜を図るため、入浴や排せつ等に用いる福祉用具の購入費の一部を支給します。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
特定福祉用具 購入費	人数(人/月)	5	5	5	5	6
特定介護予防福 祉用具購入費	人数(人/月)	4	4	5	6	7

(13) 住宅改修・介護予防住宅改修

在宅の要介護者（要支援者）が、手すりの取付けや段差の解消等を行ったときに、改修費を支給します。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
住宅改修	人数(人/月)	6	7	9	12	16
介護予防 住宅改修	人数(人/月)	7	5	5	5	5

(14) 居宅介護支援・介護予防支援

要介護（支援）認定者の居宅サービスの適切な利用等が可能となるよう、要介護（支援）認定者の心身の状況、置かれている環境、意向等を勘案して、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、居宅サービス計画（ケアプラン）の作成や当該計画に基づく居宅サービスの提供が確保されるための事業者との連絡調整、要介護（支援）認定者が介護保険施設に入所を希望する場合における施設への紹介、その他のサービスの提供を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
居宅介護支援	人数(人/月)	418	477	512	574	620
介護予防支援	人数(人/月)	228	215	210	227	230



施設サービス

施設サービスは、次に掲げる3種類の施設で提供されています。

(1) 介護老人福祉施設

常時介護が必要で、家庭での生活が困難な場合に入所する施設で、要介護者に、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護老人福祉施設	人数(人/月)	184	180	183	186	189

(2) 介護老人保健施設

病状が安定し、リハビリテーションを中心とする医療ケアと介護を必要とする場合に入所する施設で、要介護者に、看護、医学的管理下での介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護老人保健施設	人数(人/月)	78	99	100	100	100

(3) 介護療養型医療施設

比較的長期にわたって療養を必要とする場合に入院する施設で、要介護者に、療養上の管理、看護、医学的管理下での介護等の世話及び機能訓練等の必要な医療を行います。

医療と介護の連携のもとに「社会的入院」を減らすことが長年課題とされ、平成 18 年からの「医療制度改革」の一環として平成 29 年度末までの廃止が決定されていましたが、新施設（「介護医療院」や「介護療養型老人保健施設」など）に転換するための準備期間が 6 年間（平成 35 年度末まで）に延長されました。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護療養型 医療施設	人数(人/月)	2	1	1	1	1
介護医療院	人数(人/月)			0	0	0



地域密着型サービス

住み慣れた地域で住み続けることができるよう身近な生活圏内において提供される、地域に密着したサービスで、具体的なサービスの種類は次のとおりです。このうち「地域密着型」特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）といった施設については、定員が29人以下と小規模なものとなっています。

(1) 夜間対応型訪問介護

夜間等の時間帯に、定期的な巡回又は緊急時等に訪問介護を提供するサービスです。

		実績		見込み		
		平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
夜間対応型 訪問介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(2) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の人を対象に通所介護サービスを提供します。

		実績		見込み		
		平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
認知症対応型 通所介護	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0
介護予防認知 症対応型通所 介護	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(3) 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

「通い」を中心に、利用者の状況に応じて、訪問や宿泊を組み合わせた介護サービスを提供します。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
小規模多機能型居宅介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(4) 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

認知症の状態にある要介護（支援）認定者について、共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を受けるサービスです。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
認知症対応型共同生活介護	人数(人/月)	28	27	27	27	27
介護予防認知症対応型共同生活介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(5) 地域密着型特定施設入居者生活介護

定員 29 人以下の介護専用の有料老人ホーム等で、特定施設サービス計画（ケアプラン）に基づき入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域密着型 特定施設入居 者生活介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(6) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人以下の小規模な特別養護老人ホームで、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行います。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域密着型介 護老人福祉施 設入所者生活 介護	人数(人/月)	29	29	29	29	29

(7) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回と随時の対応を行うサービスです。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
定期巡回・随時 対応型訪問 介護看護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(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など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスが看護小規模多機能型居宅介護です。利用者は、ニーズに応じて柔軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けやすくなります。また、サービス提供事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になり、ケア体制が構築しやすくなります。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
看護小規模 多機能型 居宅介護	人数(人/月)	0	0	0	0	0

(9) 地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で、通所介護サービスを提供します。

		実績		見込み		
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
地域密着型 通所介護	回数(回/月)	578.5	769.0	918.4	1,055.7	1,198.4
	人数(人/月)	63	86	99	113	127



第7期（平成30～32年度）における施設整備計画量

本町における第7期(平成30～32年度)の施設整備計画量は、以下のとおりです。

【施設福祉サービスの整備計画量】

施設		平成30年度	平成31年度	平成32年度
介護老人福祉施設	整備床	0	0	0
	利用定員	190	190	190
介護老人保健施設	整備床	0	0	0
	利用定員	29	29	29
介護医療院	整備床	0	0	0
	利用定員	0	0	0
有料老人ホーム(特定施設)	整備床	0	0	0
	利用定員	47	47	47
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	整備床	0	0	0
	利用定員	27	27	27
地域密着型介護老人福祉施設	整備床	0	0	0
	利用定員	29	29	29



保険料の算出

(1) 介護サービス給付費の推計

【 介護給付費の見込み 】

(千円)

サービス種類	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
居宅サービス			
訪問介護	184,626	205,528	223,021
訪問入浴介護	6,319	7,750	9,179
訪問看護	50,799	59,076	67,637
訪問リハビリテーション	9,281	10,938	12,503
居宅療養管理指導	5,215	5,983	6,675
通所介護	208,729	240,843	267,721
通所リハビリテーション	5,826	6,334	5,393
短期入所生活介護	100,616	100,662	103,134
短期入所療養介護（老健）	0	0	0
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
特定施設入居者生活介護	86,310	97,196	113,247
福祉用具貸与	42,451	42,390	42,237
特定福祉用具購入費	1,069	1,069	1,286
地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	81,553	81,708	81,848
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	87,561	87,600	87,600
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	89,903	103,920	119,118
住宅改修	8,197	10,577	13,750
居宅介護支援	83,933	94,081	101,740
施設サービス			
介護老人福祉施設	513,189	521,609	530,021
介護老人保健施設	314,006	314,147	314,147
介護医療院 (平成 37 年度は介護療養型医療施設を含む)	0	0	0
介護療養型医療施設	4,777	4,780	4,780
介護サービスの総給付費（I）	1,884,360	1,996,191	2,105,037

【 予防給付費の見込み 】

(千円)

サービス種類	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
介護予防サービス			
介護予防訪問介護			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	7,632	8,589	8,433
介護予防訪問リハビリテーション	328	328	328
介護予防居宅療養管理指導	460	361	361
介護予防通所介護			
介護予防通所リハビリテーション	5,501	6,818	8,134
介護予防短期入所生活介護	4,511	5,581	6,115
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	2,744	3,431	4,118
介護予防福祉用具貸与	6,360	7,464	8,196
特定介護予防福祉用具購入費	1,104	1,328	1,551
地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防住宅改修	4,602	4,602	4,602
介護予防支援	11,217	12,130	12,290
介護予防サービスの総給付費（Ⅱ）	44,459	50,632	54,128

【 総給付費の見込み 】

(千円)

介護給付及び予防給付	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度
総給付費（合計） →（Ⅲ）＝（Ⅰ）＋（Ⅱ）	1,928,819	2,046,823	2,159,165

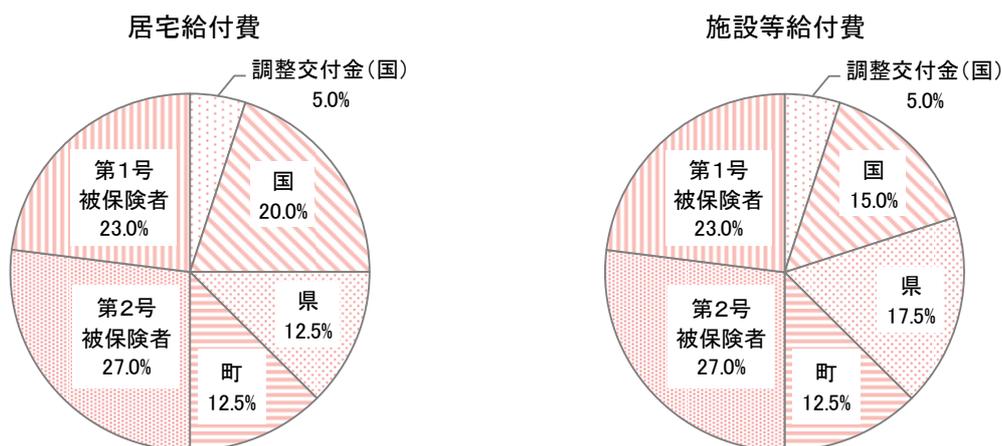
(2) 介護保険の財源内訳

介護保険の財源は、第1号被保険者の保険料のほか、第2号被保険者の保険料、国・県・町の負担金、国の調整交付金によって構成されます。

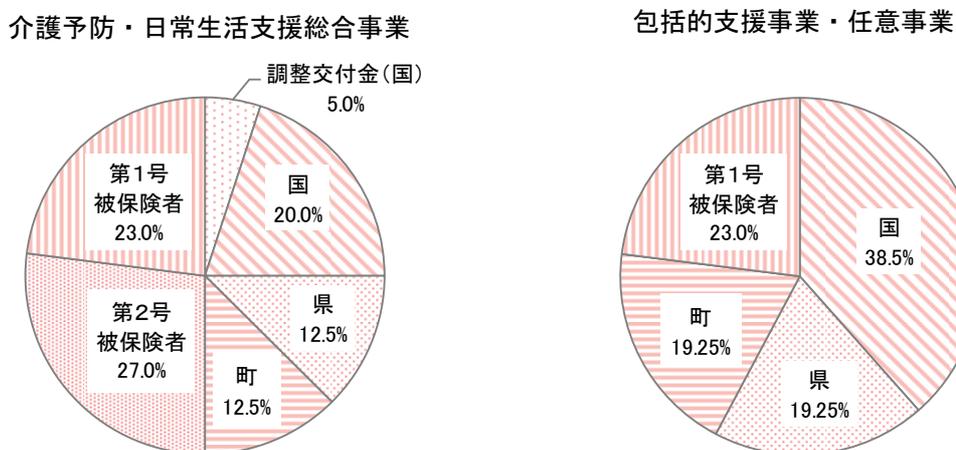
町民の介護保険料で負担する50.0%は、第1号被保険者、第2号被保険者で担います。第1号被保険者の負担は、第7期においては23.0%を担うこととなります。

地域支援事業については、包括的支援事業・任意事業は、第2号被保険者の負担がなく、公費負担が77.0%、第1号被保険者の負担割合が23.0%となります。

【介護保険法で定められる基本的な介護保険の財源構成】



【介護保険法で定められる基本的な地域支援事業の財源構成】



(3) 標準給付見込額の算定

標準給付費には、介護サービス給付費のほか、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、国民健康保険団体連合会への審査支払手数料などが含まれます。

表：標準給付費の推計 (円)

区 分	平成30年度	平成31年度	平成32年度	合 計
総給付費（調整後）※1	1,928,436,312	2,070,743,434	2,210,278,348	6,209,458,094
総給付費	1,928,819,000	2,046,823,000	2,159,165,000	6,134,807,000
特定入所者介護サービス費等給付額	154,322,000	167,160,000	181,066,000	502,548,000
高額介護サービス費等給付額	45,223,000	46,270,000	47,341,000	138,834,000
高額医療合算介護サービス費等給付額	8,036,000	8,610,000	9,225,000	25,871,000
算定対象審査支払手数料	1,952,340	2,022,020	2,094,235	6,068,595
標準給付費	2,137,969,652	2,294,805,454	2,450,004,583	6,882,779,689

※1 総給付費（調整後）は、一定以上所得者の利用者負担の見直しに伴う影響額を除いた額
また、平成31年10月からの消費税増税に伴う影響額を加味した額

(4) 地域支援事業費の推計

地域支援事業費は、以下のとおりになります。

表：地域支援事業費の推計 (円)

区 分	平成30年度	平成31年度	平成32年度	合 計
地域支援事業費	104,663,000	108,802,000	113,792,000	327,257,000
介護予防・日常生活支援総合事業費	50,319,000	52,309,000	54,708,000	157,336,000
包括的支援事業・任意事業費	54,344,000	56,493,000	59,084,000	169,921,000

(5) 所得段階別の人数

町では、被保険者の負担能力に応じた、きめ細かい保険料段階とするため、10段階に分けて保険料段階を設定します。

所得段階別の被保険者数は以下のように見込まれます。

【所得段階別第1号被保険者数の推計】

所得段階	対象者	負担割合	被保険者数の推計（人）			
			平成30年度	平成31年度	平成32年度	合計
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者であって世帯全員が住民税非課税の方及び、世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	基準額×0.45	1,066	1,047	1,031	3,144
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方	基準額×0.70	1,032	1,014	999	3,045
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超える方	基準額×0.75	684	672	662	2,018
第4段階	世帯の中に住民税課税の人がいるが、本人は住民税非課税で前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	基準額×0.90	640	628	619	1,887
第5段階 (基準段階)	世帯の中に住民税課税の人がいるが、本人は住民税非課税で前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超える方	基準額×1.00	1,153	1,133	1,116	3,402
第6段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の方	基準額×1.20	900	884	871	2,655
第7段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額120万円以上200万円未満の方	基準額×1.30	602	592	583	1,777
第8段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額200万円以上300万円未満の方	基準額×1.50	201	198	195	594
第9段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額300万円以上500万円未満の方	基準額×1.70	88	87	85	260
第10段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が500万円以上の方	基準額×1.90	54	53	52	159
合計			6,420	6,308	6,213	18,941
所得段階別加入割合補正後被保険者数			5,860	5,759	5,672	17,291

※所得段階別加入割合補正後被保険者数とは、所得段階により保険料が異なるため、所得段階別加入人数を、各所得段階別の保険料率で補正した人数。

(6) 第1号被保険者保険料

平成30年度から平成32年度にかけての第1号被保険者の1か月あたりの保険料基準額は下表のようになります。

項目	計算式	金額(円)
①標準給付費		6,882,779,689
②地域支援事業費		327,257,000
③第1号被保険者負担相当額	$(①+②) \times 23.0\%$	1,658,308,438
④調整交付金相当額	$① \times 5.0\%$	352,005,784
⑤調整交付金見込額	(今後見込み割合により変動)	716,291,000
⑥財政安定化基金拠出金見込額		0
⑦財政安定化基金償還金		0
⑧準備基金取崩額		137,900,000
⑨保険料収納必要額	$③+④-⑤+⑥+⑦-⑧$	1,156,123,223
⑩予定保険料収納率		99.50%
⑪所得段階別加入割合補正後被保険者数	各所得段階別見込み人数 ×各所得段階別保険料率	17,291
⑫保険料・年間	$⑨ \div ⑩ \div ⑪$	67,200
⑬保険料・月額	$⑫ \div 12$	5,600

この結果、第7期計画における第1号被保険者保険料基準額(月額)は、5,600円とします。

(7) 第1号被保険者の保険料の段階

10段階に細分化した保険料基準額を基に、所得段階別の介護保険料を算定すると、以下のとおりになります。

【所得段階別第1号被保険者介護保険料の見込み】

所得段階	対象者	負担割合	保険料 年額	保険料 月額
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者であって世帯全員が住民税非課税の方及び、世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.45	30,240円	2,520円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方	基準額 ×0.70	47,040円	3,920円
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超える方	基準額 ×0.75	50,400円	4,200円
第4段階	世帯の中に住民税課税の人がいるが、本人は住民税非課税で前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	基準額 ×0.90	60,480円	5,040円
第5段階 (基準段階)	世帯の中に住民税課税の人がいるが、本人は住民税非課税で前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超える方	基準額 ×1.00	67,200円 (基準額)	5,600円 (基準額)
第6段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の方	基準額 ×1.20	80,640円	6,720円
第7段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額120万円以上200万円未満の方	基準額 ×1.30	87,360円	7,280円
第8段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額200万円以上300万円未満の方	基準額 ×1.50	100,800円	8,400円
第9段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額300万円以上500万円未満の方	基準額 ×1.70	114,240円	9,520円
第10段階	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が500万円以上の方	基準額 ×1.90	127,680円	10,640円

第6章

計画の推進

1 全庁的な施策の推進

町民ニーズに沿った保健・医療・福祉・介護施策の充実をはじめ、生きがい・就労・生涯学習・住宅・生活環境など、高齢者を支える施策を総合的に推進するため、関係各課との連携を密にし、全庁的な施策の推進に努めます。

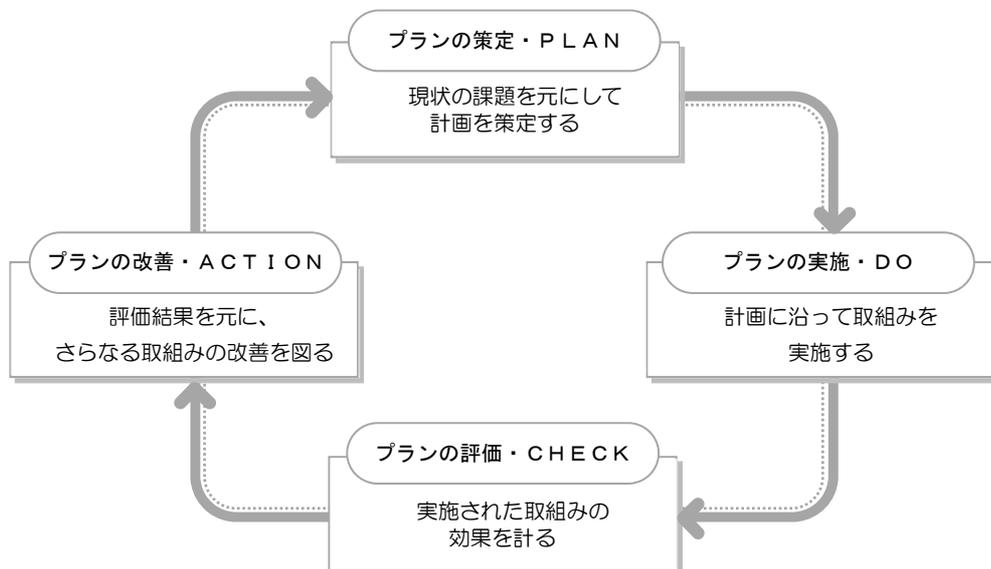
2 関係機関等との連携

計画の積極的な推進を図るため、社会福祉協議会、シルバー人材センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業所等との連携を維持・強化していきます。

また、民生児童委員、自治会、老人クラブや、NPO、ボランティアサークル等の市民団体との協力関係を引き続き推進するとともに、地域におけるさまざまな担い手が参加する会議等と情報共有・連携を進めます。

3 計画の進行管理

PDCA サイクルの考えに基づき、毎年度、各事業の進捗状況により、事業や施策の展開について点検や評価を行い、必要に応じて見直ししながら、効果的な計画となるように努めていきます。





資料編



第7期 南伊勢町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会委員名簿

(敬称略)

区 分 ※ () は、条例委員区分	所 属	氏 名	備 考
医療関係者 (1)	町立南伊勢病院	宮崎 光一	
	南島メディカルセンター	野田 朱美	
福祉関係者 (2)	南伊勢町民生児童委員協議会	田中 恵子	
	南伊勢町社会福祉協議会	山本 壽人	副委員長
学識経験者 (3)	名古屋大学 (地域包括アドバイザー)	大西 丈二	
被保険者 (4)	南伊勢町区長連絡協議会	田畑 紀實	委員長
介護者代表 (5)	在宅介護者	田中 由美子	
	在宅介護者	久保 玉子	
町長が必要と認める者 (6)	度会広域連合	上田 浩史	
	特別養護老人ホーム 真砂寮 (わたらい施設組合)	山本 茂	
	南伊勢町地域包括支援センター (南伊勢町高齢者相談センター)	河井 尚美	
	南伊勢町社会福祉協議会	西村 崇	
	グループホームぱれっと (株式会社 ライフスケット)	西村 理通	
	訪問介護かなで (ふくし・くらしグループ合同会社)	上村 美由起	
	デイサービスさくら苑 (有限会社 さくら苑)	橋川 友規子	



南伊勢町介護保険事業計画等策定委員会設置条例

(平成 26 年 6 月 20 日)

条例第 9 号

(設置)

第 1 条 介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 117 条第 1 項に規定する介護保険事業計画及び老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の 8 第 1 項に規定する老人福祉計画(以下「介護保険事業計画等」という。)の策定を円滑に行うため、南伊勢町介護保険事業計画等策定委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事務)

第 2 条 委員会は、介護保険事業計画等の策定のため、介護保険法第 117 条第 2 項及び老人福祉法第 20 条の 8 第 2 項に掲げる事項を検討し、意見を述べるものとする。

(組織)

第 3 条 委員会は委員 15 名以内で組織する。

(委員)

第 4 条 委員は次に掲げる者の内から、町長が委嘱する。

- (1) 医療関係者
- (2) 福祉関係者
- (3) 学識経験を有する者
- (4) 被保険者
- (5) 介護者
- (6) その他町長が適当と認める者

2 委員の任期は 3 年とし、再任を妨げない。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第 5 条 委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 委員長に事故あるとき、又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長の指定する委員が、その職務を代理する。

(報酬)

第 6 条 委員の報酬及び費用弁償は、南伊勢町委員会の委員等の報酬及び費用弁償に関する条例(平成 17 年南伊勢町条例第 46 号)の規定による。

(会議)

第 7 条 委員会は、委員長が招集し、会議の議長となる。

(意見の聴衆等)

第 8 条 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させて意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(委任)

第 9 条 この条例に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は町長が定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。



用語解説

あ行

インフォーマルサービス

近隣や地域社会、NPO、ボランティア等が行う非公式的サービス。

NPO（特定非営利活動法人）

特定の非営利活動を行うことを目的として、特定非営利活動促進法の定めるところにより設立された法人。法人格を取得できる団体は、営利を目的としないものであること、特定非営利活動を行うことを主たる目的とすること、などの要件を満たすことが必要である。

か行

介護給付

要介護（要介護1～5）の認定を受けた利用者（被保険者）が利用できるサービスとその利用料を保険料・税金から補助（支給）すること（保険給付）をいう。原則、利用料の9割、8割または7割が補助され、残りの1割、2割または3割が利用者の自己負担となる。

基本チェックリスト

65歳以上で要介護認定を受けていない方を対象に25項目の簡単なチェックに答えていただくことで、生活機能の低下を早期に発見することができる。

介護予防・日常生活支援総合事業

市町村が中心となり、地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域で支え合う体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもののこと。

介護離職

就業者が家族の介護や看護のために退職、転職すること。

居宅サービス

介護保険法における居宅サービスとは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与および特定福祉用具販売の 12 種類の居宅要介護認定者（要支援認定者に対する給付にはサービス名の前にそれぞれ「介護予防」が付される）が利用可能なサービスをいう。また、居宅サービスを行う事業を「居宅サービス事業」という。

居宅療養管理指導

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅要介護認定者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士などが、通院の困難な利用者を訪問し、その心身の状況、置かれている環境などを把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行い、在宅療養生活の質の向上を図るものをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防居宅療養管理指導という。

ケアプラン

要介護認定者や家族の希望をとり入れて作成される利用者のニーズと生活上の課題解決のための具体的なサービス計画。介護保険は、本人のニーズに適応したサービスを効率的かつ計画的に提供する観点から、介護サービス計画を作成して、サービスを受給することを給付の基本としている。在宅では「居宅サービス計画」を、施設では「施設サービス計画」を作成し、それに基づいてサービスが提供される。在宅では本人が自ら作成するか、居宅介護支援事業者に依頼することができる。介護サービス計画は、要介護認定者の状態変化に伴って随時変更される。要支援認定者には、介護予防サービス計画が作成される。

軽費老人ホーム

老人福祉法に規定する老人福祉施設の一つ。低額な料金で高齢者が利用でき、給食その他日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする入所施設で、利用の方法は利用者と施設設置者との契約による。A型、B型およびケアハウスの3種があり、現在は主にケアハウスのことを指す。A型は、原則として60歳以上で基本利用料の2倍相当額程度以下の収入の人で、①身寄りのない人、②家庭の事情などによって家族との同居が困難な人を入所対象としている。B型は、原則として60歳以上で、家庭環境、住宅事情などの理由により居宅において生活することが困難な人であって、自炊ができる程度の健康状態にある人を入所対象としている。ケアハウスはひとり暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を維持できるよう工夫された施設であり、利用者は、60歳以上の人または夫婦のどちらかが60歳以上の人であって、入居時に自炊ができない程度の身体機能の低下などが認められ、または高齢などのため独立して生活するには不安が認められる人であって、家族による援助を受けることが困難な人である。軽費老人ホーム入居者が要支援・要介護認定者に該当すれば、介護保険法の訪問介護などの居宅サービスなどを受けられる。また、ケアハウスが介護保険法に規定する従業員、設備および運営に関する基準を満たせば、特定施設入居者生活介護などを行う指定居宅サービス事業者などの指定を受けることができる。平成20年6月からは、従来あったA型・B型およびケアハウスの類型がケアハウスの基準に統一され、A型・B型の施設は建替えを行うまでの「経過的軽費老人ホーム」と位置付けられている。

健康寿命

日常生活に介護などを必要とせず、心身とも自立した活動的な状態で生活できる期間をいう。平成23年2月、厚生労働省は、企業・団体に健康寿命を延ばすためのスマートライフプロジェクトを呼びかけた。また平成26年からは、従来の「運動」、「食生活」、「禁煙」の3分野を中心とした具体的なアクションの他、健診・検診の「受診」を新たなテーマに加え、更なる健康寿命の延伸を、プロジェクトに参画する企業・団体・自治体と協力・連携しながら推進している。

権利擁護

自らの意思を表示することが困難な障がいのある人や認知症高齢者などに代わって、援助者などが代理としてその権利やニーズの獲得を行うことをいう。

高齢化率

高齢者人口（65歳以上人口）が総人口に占める割合をいう。

後期高齢者

75歳以上の高齢者をいう。

高齢者

一般的には65歳以上の人をいう。

高齢社会

総人口に対して高齢者（65歳以上の人）の割合が高くなっている社会をいう。国際連合の分類では、65歳以上人口の比率が7%を超えると高齢化社会、14%を超えると高齢社会としている。

国勢調査

人口の静態統計を把握するために5年ごとに行われる調査。調査対象は全国民、全世帯であり、調査事項は世帯および世帯員に関するさまざまな事項からなる。全数調査の代表的な例である。

さ行

在宅医療

ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくための、居宅などにおいて提供される訪問診療などの医療。

施設サービス

要介護者が施設に入所して受けるサービス。施設の種類は、老人福祉法の養護老人ホーム、特別養護老人ホームおよび軽費老人ホームおよび、介護保険法の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設および介護療養型医療施設により提供されるサービスをいう。

住宅改修費

介護保険においては、在宅での自立支援を積極的に支援するために、居宅要支援・要介護認定者が現に居住する住宅でその心身と住宅の状況を考慮し必要な場合、一般的にはその工事費の8～9割が支給される。住宅改修の種類は、手すりの取付け、床段差の解消、滑り防止等のための床材の変更、引き戸等への扉の取替え、洋式便器等への便器の取替えなど、小規模な改修であり、その支給限度額は20万円（自己負担分を含む）となっている。

生涯学習

人間は学齢期だけでなく、生涯にわたって学び成長する可能性をもっており、その学習が保障されるべきだとする考え方。生涯教育ともいう。本市は平成8年度に「岐阜市生涯学習基本計画（市民生きがいプラン）」を策定（平成19年度に見直し）した。この計画においては、生涯学習の概念を「人の生涯にわたる学びの総体」と考え、生涯学習を「市民の生き方」とする幅広い考え方を示している。

小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービスの一つで、要介護認定者が地域の小規模な施設において、デイサービス、宿泊、ホームヘルプサービスを受けるサービス。利用定員は1か所あたり29人以下、うちデイサービスの1日定員は18人以下とされている。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防小規模多機能型居宅介護という。

自立支援

障がい者施策や高齢者施策で用いられる自立支援とは、介護が必要な人であっても、自らの意志によって、自らの人生を選択・決定し、社会の一員として主体的に生きていくための支援をいう。従来使用されていた「福祉」という用語は、公的機関が生活に困っている人に対し「与える」というニュアンスが感じられたが、「自立支援」は当事者の意志を尊重し、その自立を支援するという前向きな考え方といえる。

シルバー人材センター

一定地域に居住する定年退職者などを会員として、その希望に応じた臨時的・短期的な就業の機会を確保、提供することを目的として設立された都道府県知事の指定する公益法人。シルバー人材センターは、厚生労働大臣に届け出て、無料の職業紹介事業を行うことができるとされている。

前期高齢者

65 歳以上 75 歳未満の人。

た行

団塊の世代

戦後復興期の 1947（昭和 22）年から 1949（昭和 24）年の第一次ベビーブームないしその前後に生まれた世代を指す言葉。

短期入所生活介護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。要介護認定者であって、居宅において介護を受ける人を特別養護老人ホームまたは老人短期入所施設に短期間入所させ、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防短期入所生活介護という。

短期入所療養介護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定期にある要介護認定者であって、居宅において介護を受ける人を介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療法による療養病床を有する病院または診療所などに短期間入所させ、看護、医学的管理下における介護、機能訓練などの必要な医療、日常生活上の世話を行うことをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防短期入所療養介護という。

地域共生社会

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いきがい、地域をともに創っていく社会のこと。

地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。具体的には、地域包括支援センターなどが主催し、医療、介護などの多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、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実践力を高めることや個別ケースの課題分析などを積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化すること、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

地域支援事業

地域で生活する高齢者が、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、要介護状態等となった場合でも地域において自立した日常生活が営むことができるように包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から市町が実施する事業。事業は①介護予防・日常生活支援総合事業、②包括的支援事業、③任意事業の3つからなる。

地域福祉

社会福祉法においては、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者および社会福祉に関する活動を行う者が、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」こととしている。

地域包括ケアシステム

平成 23 年6月に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の主眼とするもので、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供されることをいう。

地域包括支援センター

地域包括支援センターは、保健師または経験のある看護師、主任ケアマネジャーおよび社会福祉士を置き、介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメントなどを業務として介護保険法に規定された機関である。

地域密着型サービス

介護保険法に定める「地域密着型サービス」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護および看護小規模多機能型居宅介護をいう。地域密着型サービスの指定および介護報酬の決定は、保険者である市町村が行う。

特定施設入居者生活介護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームなどに入所している要介護認定者に、その施設が定める計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話をいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防特定施設入居者生活介護という。

な行

日常生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるように、地理的条件・人口・交通事情その他の社会的条件、介護給付費等対象サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて区分したもの。

認知症

脳の器質的障害により、いったん獲得された知能が持続的に低下すること。認知症には、脳梗塞、脳出血などによる脳血管障害の結果生ずる脳血管性認知症およびアルツハイマー病、原因不明の脳の変性により脳の萎縮が認められる老年認知症などがあるが、未解明の事項も多い。

認知症ケアパス

認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくもの。標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、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のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする。

認知症サポーター

キャラバン・メイトが開催する「認知症サポーター養成講座」を受講した人をいう。認知症サポーターは、認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として、オレンジリングをつけている。

認知症初期集中支援チーム

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のよい環境で暮らし続けられるために、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする地域支援事業であり、地域包括支援センターの職員などの複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人およ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（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員とは、認知症の医療や介護における専門的な知識を有する者で、認知症の人や関係者などの相談および支援や医療センターや権利擁護に関する関係団体などとの連携を図り、相互関係を構築する役割を持つ。

は行

配食サービス

食事の準備が困難な人の家庭へ食事を配達するサービス。低栄養など栄養改善を必要とする総合事業対象者への配食サービスと、食の確保が困難なひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯への配食サービスがある。

パブリックコメント

町民意見提出手続。町民生活に広く影響を及ぼす町の基本的な施策等を策定する過程において町民が意見を述べる機会を設け、町政への町民参加の促進を図るための制度。

避難行動要支援者

平成 25 年6月に改正された災害対策基本法では、高齢者、障がいのある人、妊産婦、乳児、その他防災上の観点において特に配慮を要する者（要配慮者）のうち、災害が発生し、または災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な者であって、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を要するものを「避難行動要支援者」ということとされた。

被保険者

保険に加入している本人をいう。介護保険制度においては、①市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の人（第 1 号被保険者）、②市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）を被保険者としている。

福祉用具

心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者などの日常生活上の便宜を図るための用具および要介護者などの機能訓練のための用具。特殊寝台などの起居関連用具、車いすなどの移動関連用具、排せつ関連用具、入浴関連用具などが含まれる。介護保険制度では、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与による品目と、福祉用具のうち入浴または排せつ時に利用する特定福祉用具として、特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売対象となる品目がそれぞれ定められている。

訪問介護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。要介護認定者の居宅で訪問介護員（ホームヘルパー）により行われる入浴、排せつ、食事などの介護、調理、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談・助言などをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを訪問型サービスという。なお、障がいのある人、難病患者などの家庭をホームヘルパーが訪問するサービスもある。

訪問看護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定期にある要介護認定者の居宅において看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士により行われる療養上の世話または必要な診療の補助をいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問看護という。医療保険にも同様の訪問看護制度がある。

訪問看護ステーション

市町村や医療法人、社会福祉法人などが、数人の訪問専門看護師を置き、疾病、負傷などによりねたきりの状態にある在宅の要援護者に対して定期的に訪問看護を行う拠点をいう。看護師のほかに、リハビリを担当する理学療法士や作業療法士が訪問することもできる。

訪問入浴介護

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。要介護認定者の居宅を訪問して、浴槽を提供して行われる入浴の介護をいい、身体の清潔の保持や心身機能の維持向上を図る。通所サービスによる入浴介護を利用できない場合や家庭の浴槽では入浴が困難な場合に利用される。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問入浴介護という。

訪問リハビリテーション

介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定期にある要介護認定者の居宅において、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために、診療に基づく計画的な医学的管理の下に行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。要支援認定者に対する同様のサービスを介護予防訪問リハビリテーションという。

保険者

保険事業を行う主体をいう。介護保険の保険者は、市町村（特別区を含む）と規定されている。保険者としての役割は、被保険者の管理、要介護認定、保険給付の支払事務、サービス基盤整備を推進するための市町村介護保険事業計画の策定、介護保険特別会計の設置・運営、普通徴収による保険料の徴収などがある。

保険料

保険加入者（被保険者）が保険者に支払う代金。市町村が徴収すべき介護保険事業に要する保険料は、公費負担分と第2号被保険者が負担すべき保険料を除いた第1号被保険者分である。第2号被保険者については、医療保険の保険料と一括徴収される。また、第1号被保険者と第2号被保険者の保険料の負担割合は、全国平均の1人当たりの保険料が同じ水準となるよう設定されている。第1号被保険者の保険料の徴収方法は、年金からの特別徴収（天引き）と市町村が直接徴収する普通徴収の方法がある。

ボランティア

自らの意志（善意性、自発性）に基づき無償で福祉活動等を行う民間奉仕者。なお、ボランティアには様々な形態があり、無償の範囲を柔軟に考えて実費の弁償や一定の謝礼を受ける有償ボランティア、医療関係者や弁護士等による専門ボランティア等もある。

ま行

民生委員

民生委員は、民生委員法に基づき各市町村に置かれる民間奉仕者。都道府県知事または指定都市・中核市の市長の推薦により厚生労働大臣が委嘱する。民生委員の任期は3年である。市町村の区域内において、担当の区域または事項を定め、①住民の生活状態を必要に応じ把握を行うこと、②援助を要する人の相談に応じ、助言その他の援助をすること、③社会福祉を目的とする事業を経営する者または社会福祉に関する活動を行う者と密接に連絡し、その事業または活動を支援すること、④福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること、などを職務とする。民生委員は、児童福祉法による児童委員を兼務する。

や行

薬剤師

薬剤師国家試験に合格し厚生労働大臣の免許を受けて調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることを業務とする人をいう。病院、診療所の勤務者と薬局の勤務者が多い。

有料老人ホーム

高齢者を入居させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であって、老人福祉施設でないものをいう。特別養護老人ホームなどの入所要件に該当しない高齢者や、自らの選択によりその多様なニーズを満たそうとする高齢者を対象とする民間の経営による入所施設。老人福祉法上の老人福祉施設ではないため、公的な建設助成はなく、規制もゆるやかである。介護保険法では、有料老人ホームに入所している要支援・要介護認定者は、居宅サービスなどが受けられる。また、有料老人ホームが、介護保険法に規定する従業員、設備および運営に関する基準を満たせば、特定施設入居者生活介護などを行う指定居宅サービス事業者などの指定を受けることができる。

要介護

介護保険法では、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、6か月継続して、常時介護を要すると見込まれる状態」とされている。要介護状態は、要支援状態よりも介護の必要の程度が重度であり、その区分は介護の必要度により5段階に区分（要介護状態区分）されている。

要介護認定

介護給付を受けようとする被保険者の申請によって、市町村が行う要介護状態区分の認定のこと。全国一律の客観的な方法や基準に従って行われる。心身の状況などに関する認定調査の結果と疾病や負傷の状況に関する主治医意見書に基づき、介護認定審査会において審査判定が行われ、その結果に従い、市町村が要介護認定を行う。市町村は原則として申請から30日以内に結果を通知しなければならない。要支援認定と同一の方法を用いて一体的に行われることから、要支援認定を含めて指す用語として使われることが多い。

養護老人ホーム

老人福祉法に規定する老人福祉施設の一つ。65歳以上の人であって、環境上の理由および経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な人を入所させて、養護することを目的とする入所施設。措置により施設への入所を行う措置施設で、措置の権限は市町村にある。介護保険法では、養護老人ホームに入所している要支援・要介護認定者は、居宅サービスなどが受けられる。

要支援

要介護状態区分を指す「要介護1～5」に対応して、要支援認定を指し、「要支援1・要支援2」に区分される。要支援は、要介護より介護の必要の程度が軽度であり、介護予防サービスが給付（予防給付）される。

ら行

老人クラブ

会員相互の親睦を深めるとともに、社会奉仕などの社会参加により、生きがいを高めようとする高齢者による自主的な組織。

老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持および生活の安定のために必要な措置を行うことにより、老人の福祉を図ることを目的とする法律。市町村は、要支援高齢者がやむを得ない事由により、介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるときは、居宅における介護、特別養護老人ホームへの入所などの措置を採ることができるとされている。

老人ホーム

老人福祉法に規定されている入所施設として、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび有料老人ホームがある。介護保険法においては、特別養護老人ホームは介護保険施設とされ、養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび有料老人ホームは居宅とみなされる。

老人保健施設

病状が安定期にあ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、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話をを行う施設。都道府県知事の許可を受けたものとして、介護保険法に規定されている。医療法上の病院や診療所ではないが、医療法や健康保険法上は同様に扱われ、例えば、管理者や開設者の規定は医療法を準用するとされている。

第7期南伊勢町
高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画

発行年月：平成30年3月

発行：南伊勢町 医療保険課・福祉課

住所：〒516-0194

三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057

電話：(0599) 66-1709

F A X：(0599) 66-1113