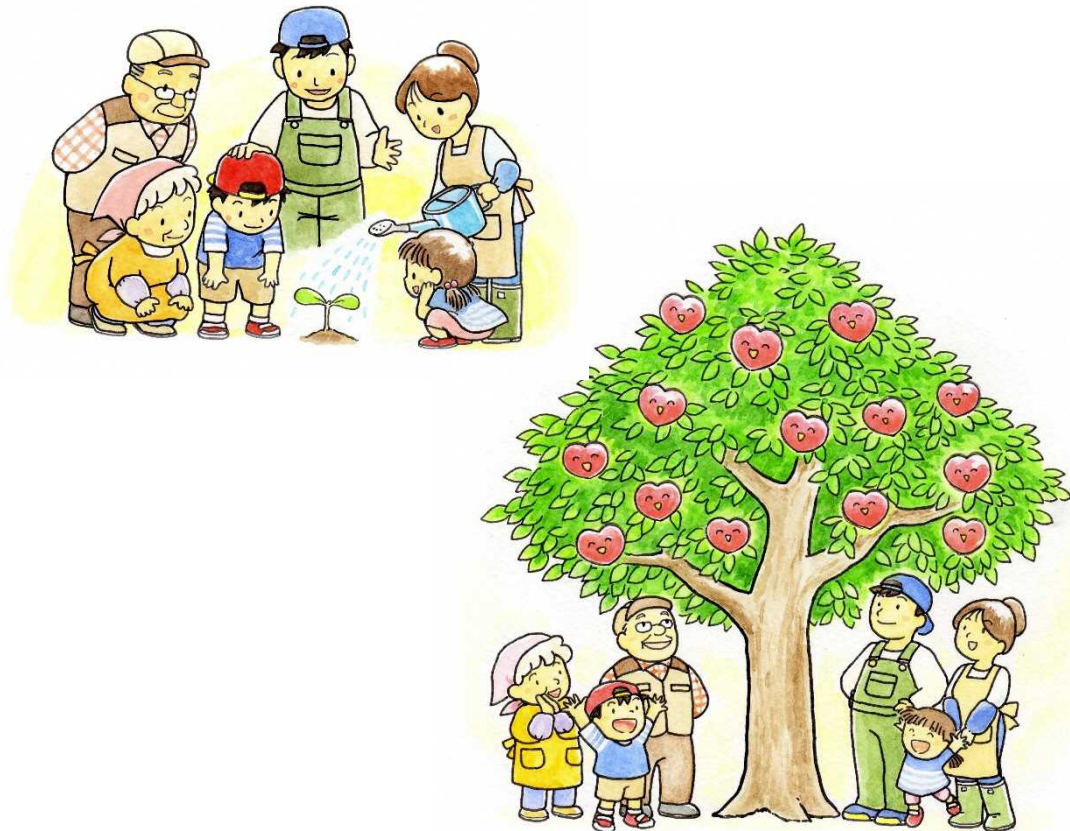


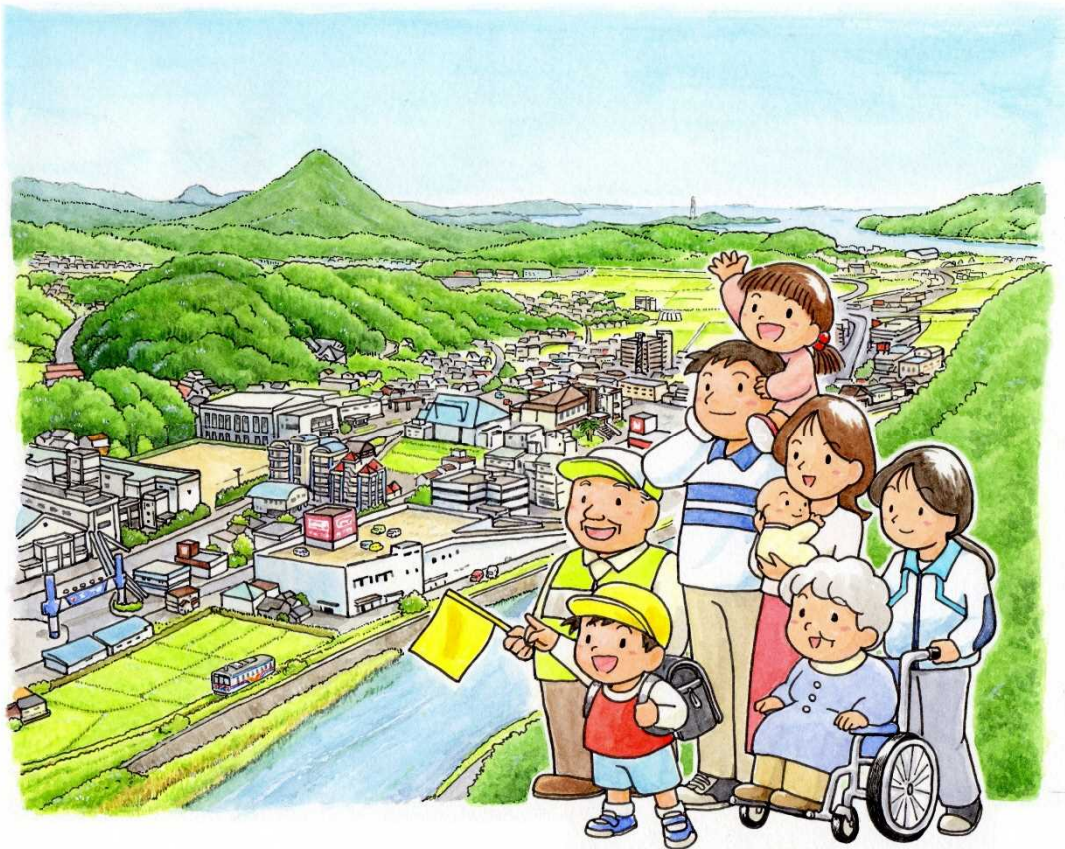
総合目次

第1期 保健福祉総合計画	1
健康さざ (第3次)	69
第2期自殺対策計画	126
第3期障害者計画及び第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画	146
高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画	197
第1期 成年後見制度利用促進計画	305
参考資料1 地域共生推進協議会名簿	328
参考資料2 アンケート調査票	329
参考資料3 アンケート集計結果	340
参考資料4 アンケート自由回答 (個人情報等に関する記載を除く)	397



第1期 保健福祉総合計画 目次

はじめに.....	1
第1章 社会環境・時代潮流と佐々町の現状	6
第2章 地域生活課題の抽出.....	23
第3章 基本理念・基本方針.....	36
第4章 重点施策.....	37
第5章 計画の推進.....	66



はじめに

1. 計画の趣旨

本町では、令和元年度に「第1期 佐々町地域福祉計画」を策定し、「生涯活躍のまち」を目指して全世代の地域共生社会への参画を推進してきました。高齢者福祉（介護予防活動）の分野では、地域包括支援センターの保健師等の専門職による地区担当制を設け、地域や関係機関と連携することで、課題の早期発見と解決を図っています。また、町内会単位の地域デイサービスや福祉センターで活動する「元気カフェぷらっと」などのボランティア団体を事業展開の中心に据え、「地域力」を活かした地域包括ケアシステムを構築してきました。母子保健分野においても、健康相談センターがアウトリーチによるきめ細やかな住民との関りから事業を展開し、近年は子育て世代への支援にも力を入れています。

一方、保健福祉を取り巻く課題が複雑化・多様化していく中で、これまでのような福祉分野・保健分野に分けた縦割りでの対応が難しいケースが増えつつあります。

そのような中で高齢・介護・健康・母子・障害部門を包括し、住民の暮らしに直接かかわる分野である保健と福祉が行政の枠組みにとらわれずに互いにつながりあい支援することを目的とし、令和4年度に地域包括支援センターと健康相談センターを統合した多世代包括支援センターを立ち上げました。

これからの佐々町で、第7次佐々町総合計画において目指す将来像である“暮らしたいちばん！住むなら さざ～みんなが輝き、みんなで創るまち～”を実現するためには、これまで健康・食育、介護、高齢など分野ごとに進めてきた施策を見直し、行政の枠組みを超えて一体的に推進することが求められています。さらに、行政のみでの課題解決には限界があることから、官・民が情報を共有し協働することが必要です。

困りごとを抱え生きづらさを感じ悩むすべての方ひとりひとりの事情に向き合い、既存制度の対応で十分に支援できないケースをみんなで共有し解決していく「地域共生のまちづくり」を推進するため、「佐々町保健福祉総合計画」を策定します。

2. 計画の位置づけ

本計画は、2019年度（平成31年度）に「共に支え合う生涯活躍のまちづくり」を目的として策定した、「第1期 佐々町地域福祉計画」の計画期間を後1年残し改訂し、福祉分野の「高齢者福祉計画」「介護保険事業計画」「障害者計画」「障害福祉計画」「障害児福祉計画」「成年後見制度利用促進計画」、保健分野の「健康増進計画・食育推進計画」「自殺対策計画」といった個別計画を一体的に策定することで、保健・福祉にわたり住民がこれからも安心して健康に過ごすための総合的な政策の基本方針と施策・事業を定める計画として位置づけます。

3. 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

なお、第7期障害福祉計画・第2期障害児福祉計画、高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画に関する部分は、令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
佐々町総合計画	第7次(R3~R12)									
地域福祉計画	第1期(R2~R6)									
				保健福祉総合計画 第1期(R6~R11)						
健康増進計画・食育推進計画	第2次(H28~R5)			第3次(R6~R11)						
自殺対策計画	第1期(R2~R5)			第2期(R6~R11)						
障害者計画	第2期(H28~R5)			第3期(R6~R11)						
障害福祉計画	第6期(R3~R5)			第7期(R6~R8)		第8期(R9~R11)				
障害児福祉計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R8)		第3期(R9~R11)				
高齢者福祉計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
介護保険事業計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
成年後見制度利用促進計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R11)						

本計画の根拠と計画期間

計画名・期間	根拠法等
第1期 保健福祉総合計画 令和6年度～11年度 6か年 (前計画＝第1期 地域福祉計画)	(地域福祉計画は、) 社会福祉法第107条により、「地域における福祉の各分野における共通的な事項」を記載する、「上位計画」として位置付けられた計画。その策定プロセスを活用し、関係者が地域課題と目指す地域の姿(ビジョン)などを理解・共有し、創意工夫により、包括的な支援体制の具体化・展開の契機となる役割を担うもの。

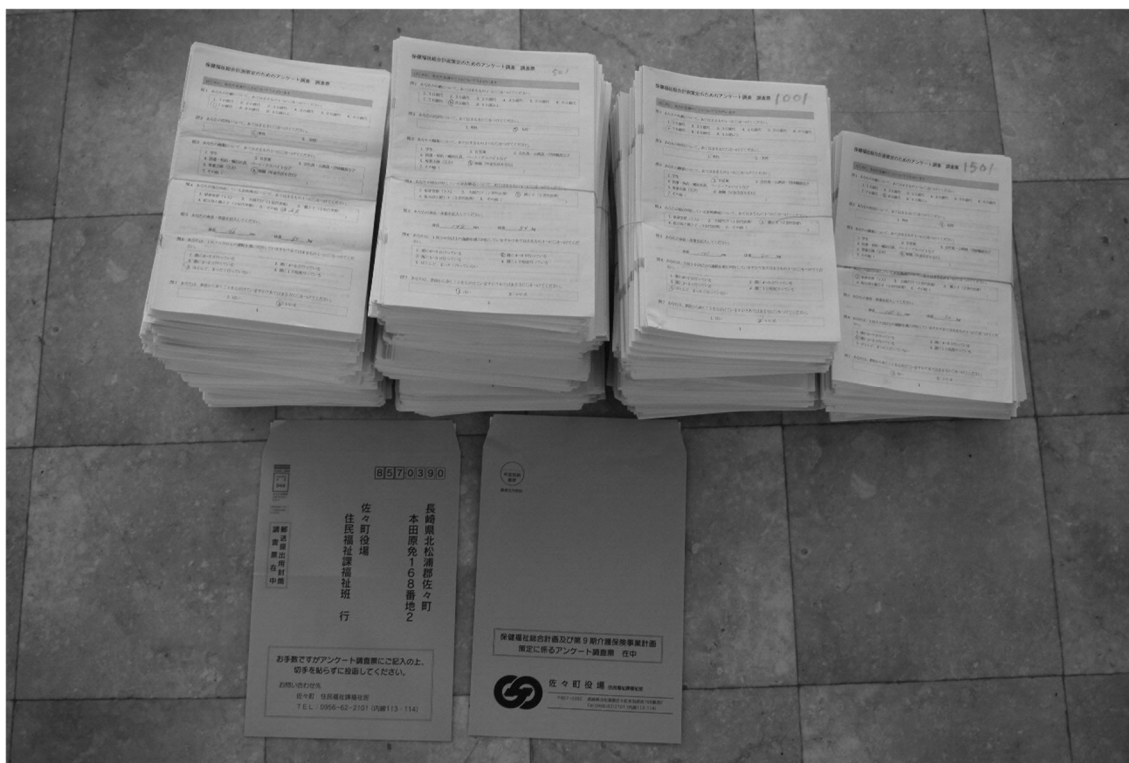
本計画と一体的に策定する個別計画の根拠と計画期間

計画名・期間	根拠法等
第3期 障害者計画 令和6年度～11年度 6か年	障害者基本法第11条3項に基づき、障がい者施策の基本計画として、施策を総合的かつ計画的に推進し、障害者の自立と社会参加の促進を図るもの。
第7期 障害(児)福祉計画 令和6年度～8年度 3か年	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第88条に基づき、障害福祉サービス等の必要量見込みや方策などを定めるもの。児童福祉法第33条の20に基づき、障害児通所等の提供体制の確保に係る目標や障害児サービス必要量見込みなどを定めるもの。
高齢者福祉計画 及び 第9期 介護保険事業計画 令和6年度～8年度 3か年	老人福祉法第20条の8に基づく市町村老人福祉計画及び介護保険法に基づき、高齢者の福祉及び介護に関する総合的な計画として策定するもの。
成年後見制度利用促進計画 令和6年度～11年度 6か年	成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条に基づき、同計画の施策の総合的・計画的な実施に向けた市町村の取り組みについて記するもの。
健康増進計画・食育推進計画 令和6年度～11年度 6か年	健康増進法第8条第2項に基づき、住民の健康の増進の推進に関する施策について記するもの。食育基本法第18条第1項に基づき、食育に係る施策の基本方針や推進目標等を定めるもの。
自殺対策計画 令和6年度～11年度 6か年	自殺対策基本法第13条第2項により、都道府県及び市町村が、自殺総合対策大綱及び地域の実情等を勘案して定めるもの。

4. 計画策定の方法

(1) アンケート調査

佐々町内の全世帯（6,158 世帯）を対象とし、郵送発送・回収方式で実施しました（発送：令和 5 年 2 月 7 日、回収期限（依頼状記載日）令和 5 年 3 月 10 日・料金後納期限：令和 5 年 3 月 31 日）。回収率は、回収数 2,259 票で回収率は 36.7%でした。郵送アンケート調査の回収率の目安は、25～30%と言われおり、本調査の回収率が相対的に高く、回答者の関心が高かったことが解ります。



(2) 地域共生推進協議会

本計画は、「地域共生推進協議会」において、保健・福祉分野に関わる幅広い事業者や担い手に、町外から第三者的視点で評価しコメント頂く学識者を加え、本町における保健・福祉施策をリードして頂いている方々に御参加頂き、毎回活発な議論を頂きました。会議体の名称を、「地域共生推進協議会」としているのは、地域が共生でき持続可能な仕組みの構築が必要と考えたからです。

全委員一堂に会した協議会とは別途、各委員からの意見を集約し計画策定に反映させる目的から、複数のグループに分けワールドカフェ形式のワークショップ（分科会）を2回、基本方針の柱ごとに重点事業を協議するためのグループインタビューを3回開催しました。

開催日及び開催回等	次第
令和5年5月12日 第1回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 第1期地域福祉計画で目指した将来像・重点施策と残された課題 第1期保健福祉総合計画検討における重要論点に関する委員アンケート 住民アンケート集計結果中間報告
令和5年6月6日・13日 第1回・第2回 分科会	課題と施策の方向性 (ワールドカフェ形式のワークショップ)
令和5年8月4日 第2回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 分科会意見集約整理表 次回に向けた論点整理
令和5年9月27日 第3回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 保健福祉総合計画（骨子）の審議 個別計画と同上総合計画との関連
令和5年10月11日・12日・17日 第1回・第2回・第3回 グループインタビュー	<ul style="list-style-type: none"> 重点施策・事業の内容と展開時期
令和5年11月7日開催 第4回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 保健福祉総合計画（素案）の審議 個別計画と同上総合計画との関連 介護保険料推計結果と評価
令和5年12月19日開催 第5回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 保健福祉総合計画（案）の審議 各個別計画（案）の審議
令和6年 月 日開催 第6回 協議会	<ul style="list-style-type: none"> 答申内容の審議

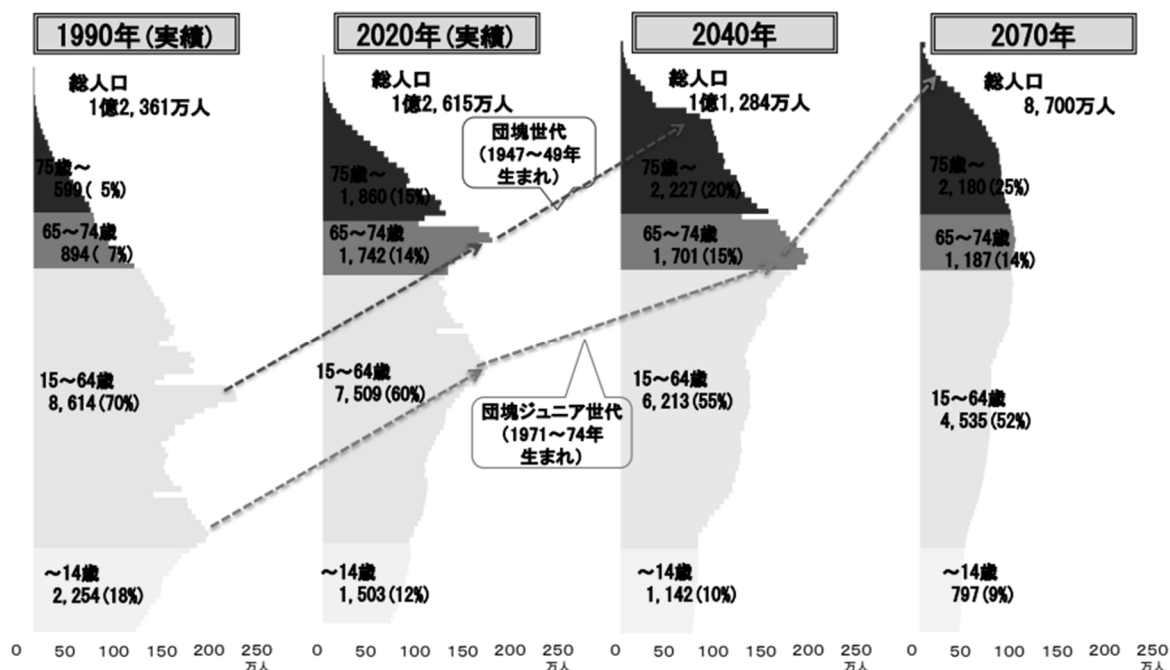
第1章 社会環境・時代潮流と佐々町の現状

1. 社会環境・時代潮流

◆人口減少・高齢化の進展と2040年問題

我が国の総人口（10月1日現在）は、平成20年（2008年）にピークとなり、平成23年（2011年）以降、継続して減少しています。令和4年（2022年）時点では1億2,495万人と、前年（1億2,550万人）と比較すると約56万人の減少となりました。一方、65歳以上の高齢者（以下「高齢者」といいます。）人口は、昭和25年（1950年）以降、一貫して増加し、平成24年（2012年）に3,000万人を超えています。令和4年（2022年）時点では3,624万人で、総人口に占める高齢者人口の割合は29%となり過去最高となっています。

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、医療や介護、社会保障費の増大が懸念される問題が、いわゆる「2025年問題」です。「2040年問題」は、この高齢者の増加に加え、働き手である現役世代の人口が大きく減少してしまうことによるものです。



出所：総務省「国勢調査」国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」

国内の生産年齢人口（15～64歳）は、2040年には総人口の55%にまで減少し、多くの深刻な労働力不足に陥る可能性が危惧されています。既に職種によっては、求人難から廃業を余儀なくされるケースが散見されており、介護職もそのひとつです。新型コロナウイルス感染拡大によりエッセンシャルワーカーの重要性が社会的に再認識されましたが、働き方改革推進の下、やる気や使命感に過度に依存する構造は限界を迎えています。

◆誰も取り残さない社会という目標

持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）は、国際連合の加盟国が全会一致で採択した「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された、2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標です。我が国も同目標の実現に向け、積極的に取り組んでいます。「貧困をなくそう」「飢餓をゼロに」「すべての人に健康と福祉を」「住み続けられるまちづくりを」等の17の目標で構成され、「誰一人取り残さない（leave no one behind）」ことを誓っています。



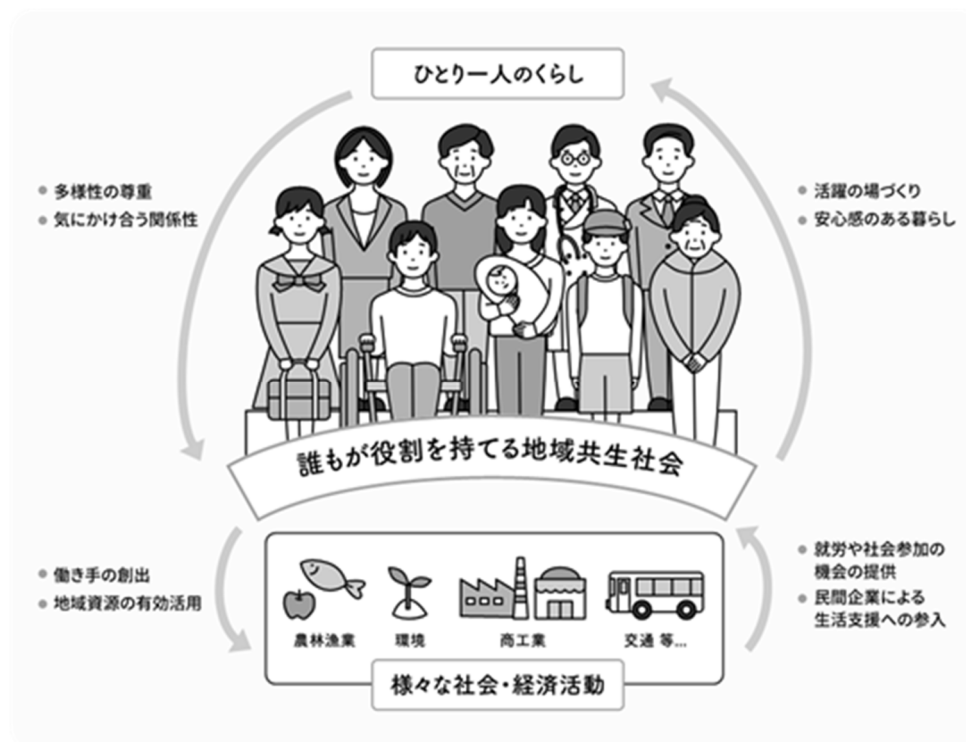
出所：「国連広報センター」ホームページ

◆地域共生社会の実現

地域共生社会とは、さまざまな違いがある人々がそれぞれ自立し、相互に支え合い、主体的に暮らしていける社会であり、すべての人々が社会から阻害されることなく基本的人権が尊重され、それぞれに必要な支援体制が整備されている社会のことです。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参画し、人と人、人と資源

が世代や分野を超えてつながることで、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のことを指します。

地域共生社会で重視される考え方は、インクルージョン（inclusion:包括）です。似た福祉用語としてノーマライゼーション（normalization:標準化）があります。ノーマライゼーションが、「障害者が健常者と同じように暮らす事ができる」という点に重きを置いているのに対し、「障害者・健常者に関わらず、そういった個々の障害や特性を受け入れ、共生していく事ができる社会」の構築を、インクルージョンは目指しています。



出所：「地域共生社会のポータルサイト」厚生労働省

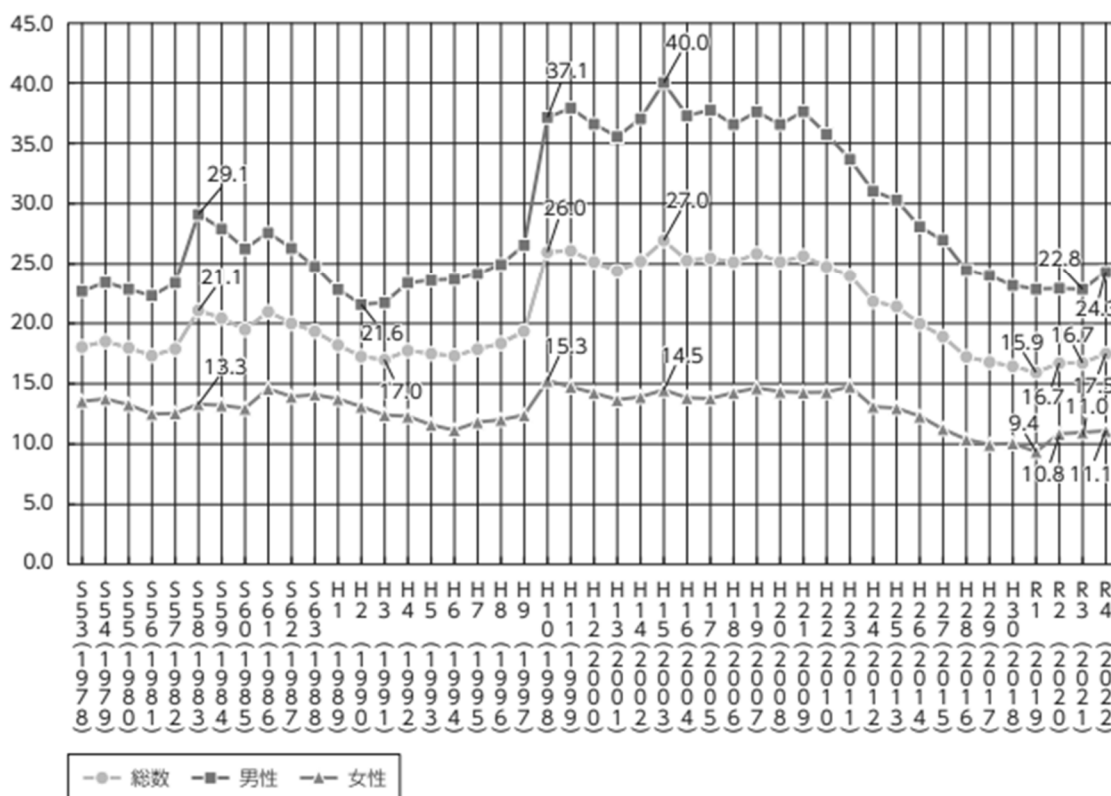
◆地域主体の保健医療の再編

2015年に策定された20年後の2035年を目標にする「保健医療2035」において、地域主体の保健医療への再編として、日常生活圏域での保健医療ガバナンスが強化され、住民の理解・納得に基づく、地域ごとの実情に応じたサービスが提供されていること、医療提供体制については、地域医療構想や地域包括ケアシステムを踏まえ地域主体で再編されていくが、国としても技術的助言を含めこうした動きを積極的に支援・促進していくことが提言されました。

地域の特性に応じた健康な地域が形成され、優れた事例が国内外で共有されている人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える地域包括ケアシステムを軸に「自然に健康になれる」コミュニティや社会を実現し、一人ひとりが個人、職域、地域などの様々なレベルにおいて、自分自身だけでなく周囲や社会の健康を守り育てる主体として貢献している姿を将来ビジョンとして掲げています。

◆自殺者の増加と要因

2万人台前半で推移していた我が国の自殺者数は、平成10年に3万2,863人となり、平成22年に一旦減少に転じたものの、令和2年に11年ぶりに増加に転じ、令和4年は2万1,881人となりました。自殺の原因で最も多いのは、健康問題で全体の45%を占めています。



出所：「令和5年版自殺対策白書」厚生労働省

◆持続可能な公助・共助のためのデジタル行財政改革

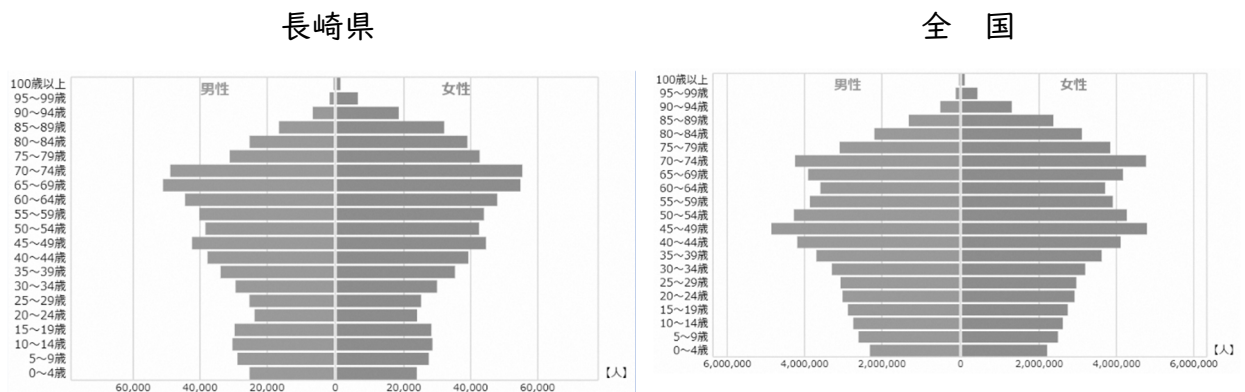
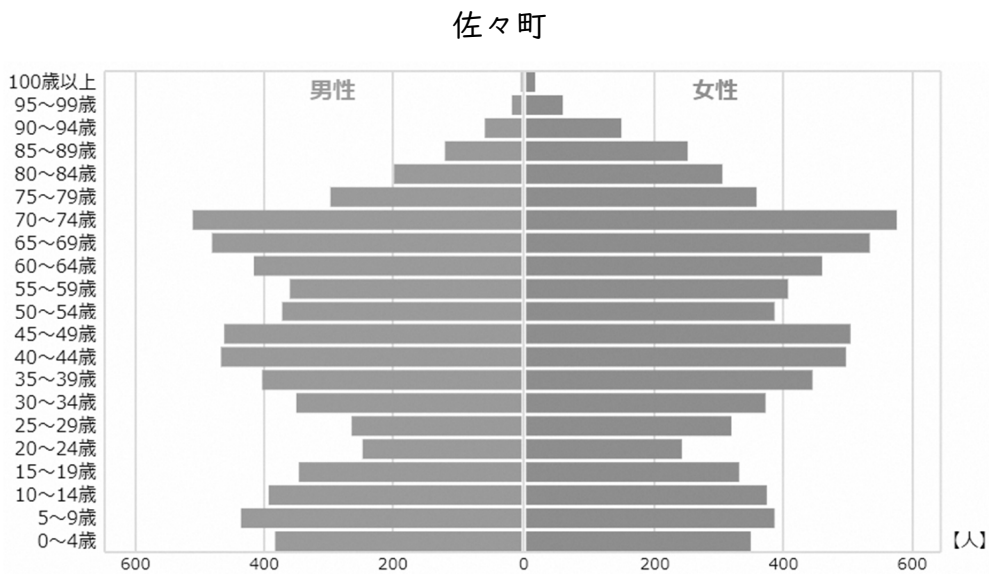
D X (Digital Transformation : デジタルトランスフォーメーション) とは、

進化したデジタル技術を活用し、人々の生活をより良い状態へ変革するという考え方です。人口減少による地域の人口密度の低下により、公共サービス等（公共サービスに加えて公共性が高い民間の事業を含む）の生産性が低下し、必要なサービスの提供が困難になることが危惧されることから、利用者視点からデジタルを最大限に活用した公共サービス等の維持・強化と地域経済の活性化を図り社会変革を実現するため、デジタル行財政改革が推進されています。

2. 佐々町の現状

◆ 人口動態

人口動態とは、一定期間内のある地域の人口変動（出生率・死亡率に左右される変動）を指します。下図は、令和2年（2020年）国勢調査報告による性別・年齢階級別人口を、人口ピラミッドの形で表現したものです。

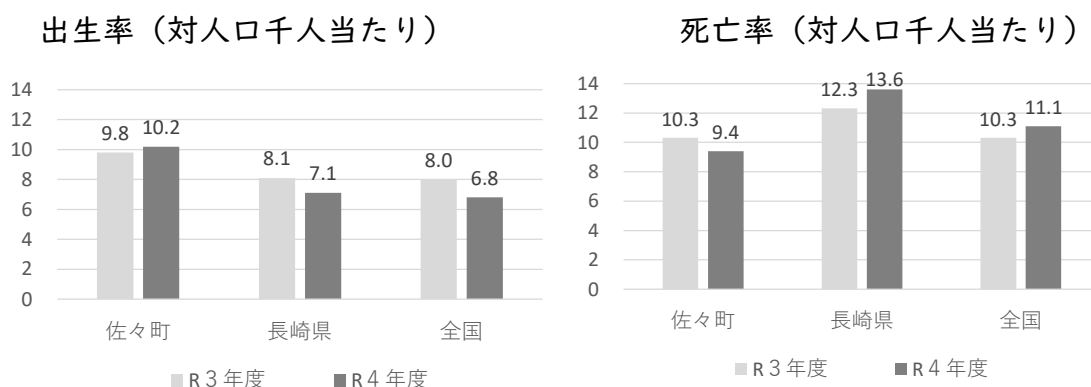


出所：「令和2年度国勢調査報告」総務省

本町を含め長崎県、日本全国いずれにおいても、団塊世代を含む年齢階級70～74歳の人口が、他の年齢階級に比して多いことが解ります。一方、その子世代である団塊ジュニア世代を含む45～49歳の人口は、長崎県全体に比べ

佐々町では、他の年齢階級に比して多い特徴があります。続く 40～44 歳人口も同様に多く、これら世代を親とする子供世代も、長崎県や日本全国と比べて相対的に多い特徴があります。

人口動態は、出生・死亡による自然動態と、他県等との転出入による社会動態を合わせたものです。本町の人口千人当たりの出生率は、長崎県や全国平均に比し高く、逆に同死亡率は低いという特徴があります。また、出生率は上昇傾向、死亡率は低下傾向にあり、これも長崎県や全国平均との違いです。令和 4 年度は出生率が死亡率を上回っており、自然動態は増加に転じています。



出所：「長崎県県北保健所事業概要」長崎県

国立社会保障・人口問題研究所の推計方法であるコーホート要因法を用いて、本町の令和 2 (2020) 年国勢調査確定数を出発点とする諸来人口推計を行いました。令和 2 (2020) 年の人口総数 13,912 人は、2025 年 14,049 人、2030 年 14,078 人と増加した後、2035 年 13,998 人、2040 年 13,931 人と減少に転じると見込まれます。

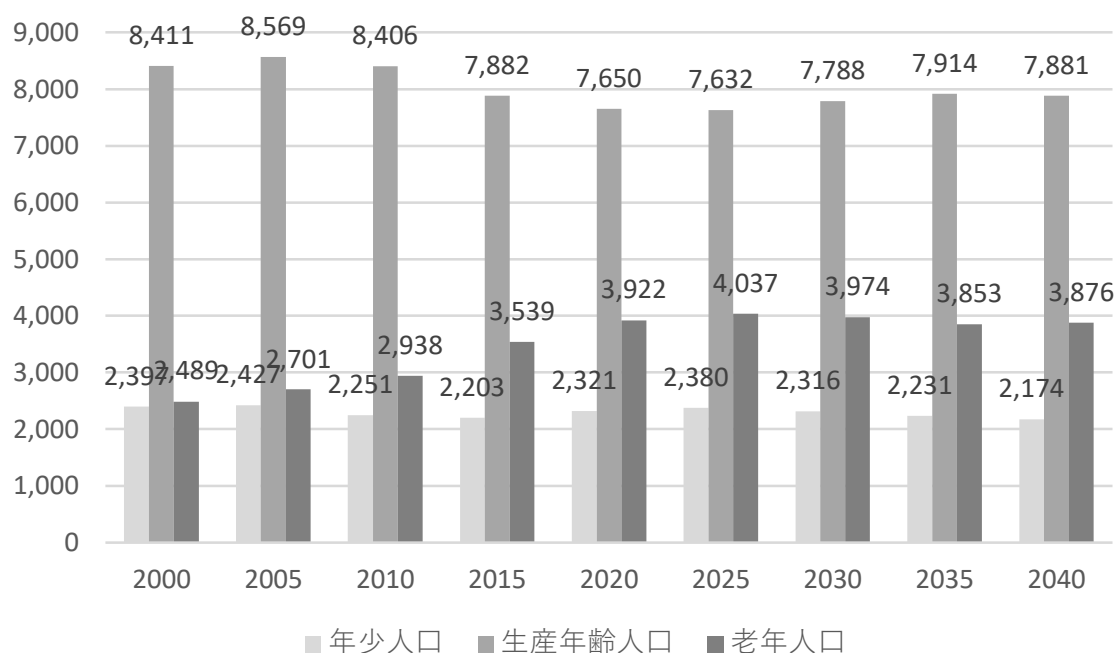
0～4 歳の年少人口は、令和 2 (2020) 年の 2,321 人から、2025 年 2,380 人でピークとなり以後、2030 年 2,316 人、2035 年 2,231 人、2040 年 2,174 人と減少が見込まれます。

15～64 歳の生産年齢人口は、令和 2 (2020) 年の 7,650 人、2025 年 7,632 人と一旦減少するものの、2030 年 7,788 人、2035 年 7,914 人と再び増加し、以後 2040 年 7,881 人と再度減少に転じると見込まれます。

65歳以上の老年人口は、令和2（2020）年の3,922人から、2025年4,037人でピークとなり以後、2030年3,974人、2035年3,853人と減少するものの、2040年3,876人と再度増加に転じると見込まれます。老年人口のうち、75歳以上の後期高齢者は、令和2（2020）年の1,820人から、2025年2,220人、2030年2,415人でピークとなり、以後2035年2,391人、2040年2,251人と減少に転じると見込まれます。85歳以上の人口は、令和2（2020）年の681人から、2025年695人、2030年723人、2035年932人、2040年998人と増加傾向が続くと見込まれます。

高齢化率は、令和2（2020）年の28.2%から、令和7（2025）年には28.7%まで上昇しますが、その後は死亡者数の増加を背景に、令和12（2030）年に28.2%、その後令和17（2035）年27.5%、令和22（2040）年27.8%と減少に転じることが見込まれます。

人口の将来見通し



◆ 高齢者世帯

高齢者のいる世帯の状況を国勢調査からみると、世帯数に占める割合は、高齢者のいる世帯のうち、ひとり暮らし世帯、高齢者夫婦世帯（夫が65歳以上で妻が60歳以上の夫婦のみ世帯）ともに増加しています。75歳以上の高齢者

世帯と85歳以上の高齢者世帯のうち、一人暮らし世帯の割合は、前回国勢調査時に比して大幅に増加しています。

高齢者のいる世帯の状況

		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
佐々町	総世帯数	4,755	100.0%	4,884	100.0%	5,102	100.0%	5,436	100.0%
	高齢者のいる世帯数	1,772	37.3%	1,931	39.5%	2,244	44.0%	2,457	45.2%
	ひとり暮らし世帯	383	21.6%	434	22.5%	565	25.2%	677	27.6%
	高齢者夫婦世帯	340	19.2%	374	19.4%	512	22.8%	618	25.2%
	その他世帯	1,049	59.2%	1,123	58.2%	1,167	52.0%	1,162	47.3%
県	総世帯数	553,620	100.0%	558,660	100.0%	560,720	100.0%	558,230	100.0%
	高齢者のいる世帯数	228,351	41.2%	238,703	42.7%	258,745	46.1%	271,984	48.7%
	ひとり暮らし世帯	56,867	24.9%	63,245	26.5%	73,610	28.4%	83,871	30.8%
	高齢者夫婦世帯	49,475	21.7%	54,683	22.9%	61,760	23.9%	70,188	25.8%
	その他世帯	122,009	53.4%	120,775	50.6%	123,375	47.7%	117,925	43.4%

佐々町における独居高齢者世帯の推移

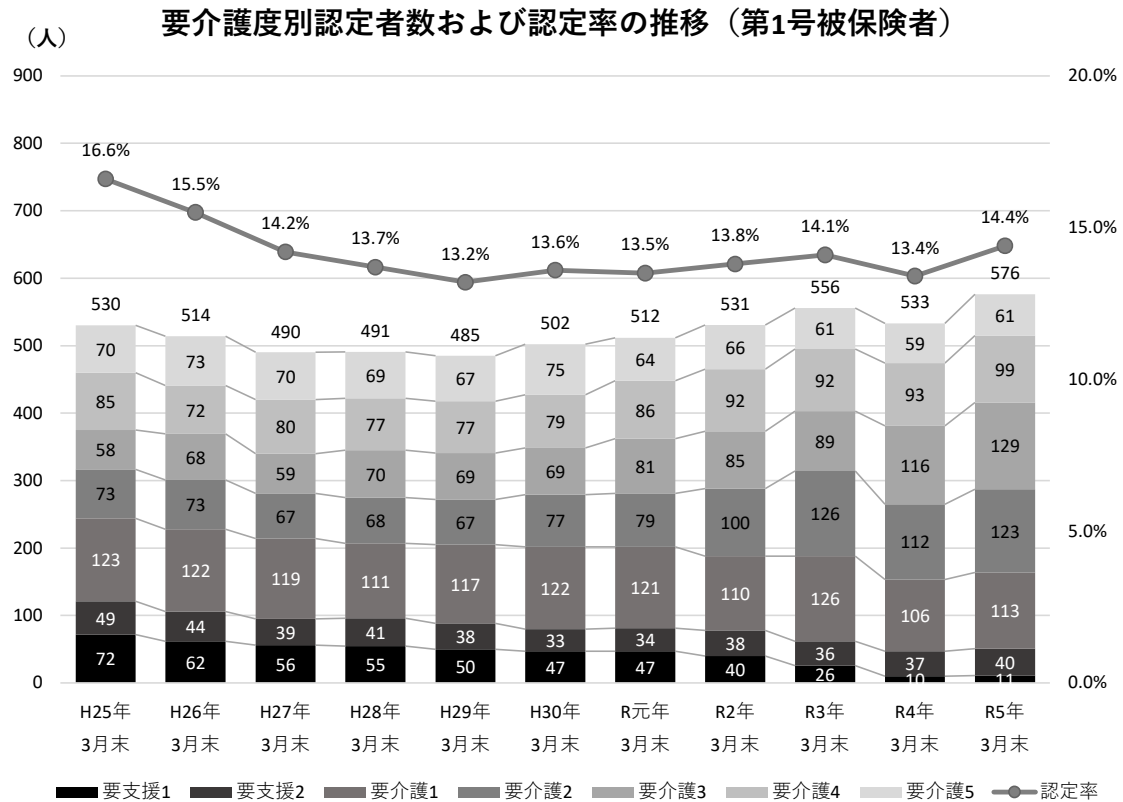
		平成17年		平成22年		平成27年		令和2年	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数		1,772		1,931		2,244		2,457	
	うちひとり暮らし世帯	383	21.6%	434	22.5%	565	25.2%	677	27.6%
	うち75歳以上世帯	980		1,112		1,154		1,021	
	うち一人暮らし世帯	215	21.9%	258	23.2%	308	26.7%	353	34.6%
	うち85歳以上世帯	271		345		373		311	
	うち一人暮らし世帯	45	16.6%	65	18.8%	88	23.6%	123	39.5%

出所：「国勢調査報告」総務省

◆ 要介護（要支援）認定者数及び認定率

第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数は、令和5年3月末現在で576人、認定率（第1号被保険者に占める認定者数）14.4%となっており、昨年から1ポイント上昇しています。

令和5年3月末の認定者数を要介護（要支援）状態区別にみると、「要支援1」11人、「要支援2」40人、「要介護1」113人、「要介護2」123人、「要介護3」129人、「要介護4」99人、「要介護5」61人です。「要介護3」の人数が昨年度末から13人、「要介護2」の人数が同11人と大きく増加しています。

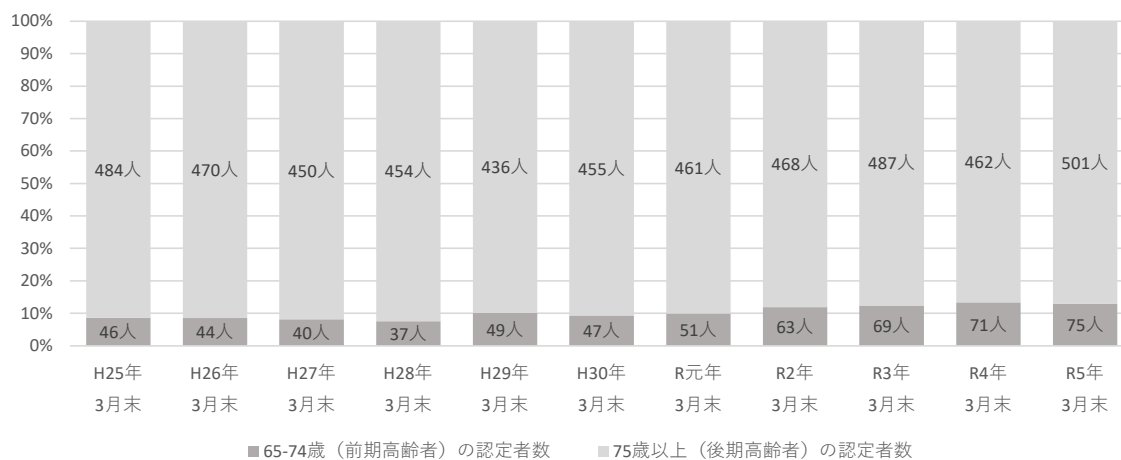


出所：地域包括ケア「見える化」システム

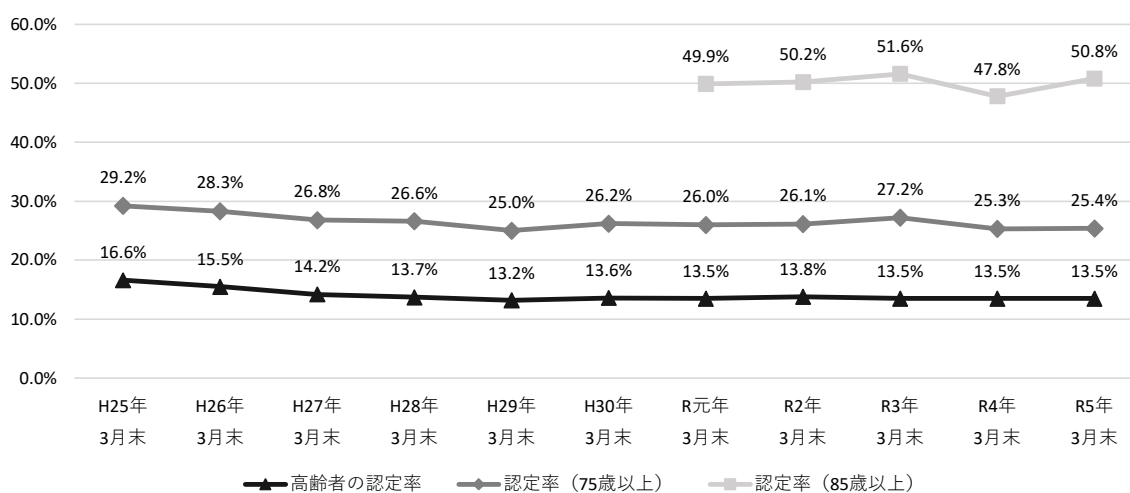
令和5年3月末において、認定を受けた第1号被保険者のうち、前期高齢者（65歳以上74歳以下）は75人、後期高齢者（75歳以上）は501人で、第1号被保険者の認定者に占める割合は、それぞれ13%、87%となっています。

75歳以上の後期高齢者の25%前後おおよそ4人に1人が要介護認定者となっており、85歳以上では50%前後おおよそ2人に1人が要介護認定者となっています。加齢とともに要介護（要支援）状態になるリスクが高いことがうかがえます。

要介護認定者（前期高齢者、後期高齢者）の構成比



高齢者年齢階級別の認定率

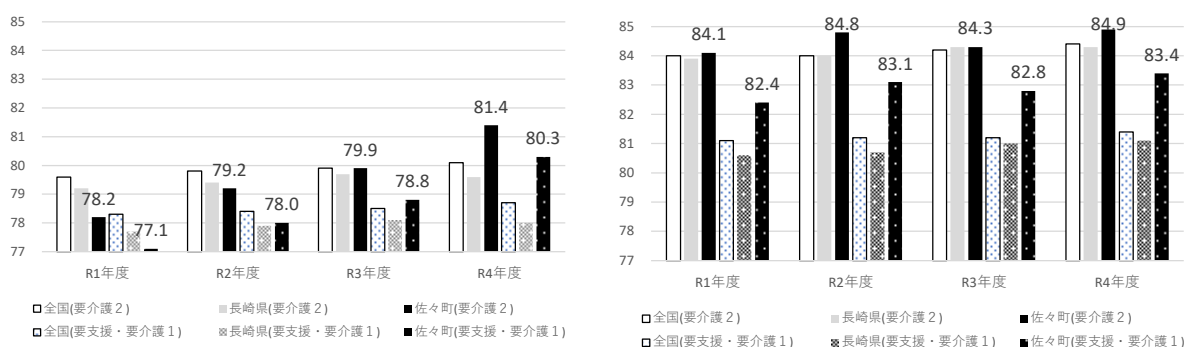


出所：地域包括ケア「見える化」システム

◆ 平均自立期間

「平均自立期間」とは、「健康寿命」の概念に近い、介護保険の要介護度を基準にした指標です。本町の同指標は、要介護 2 以上を不健康な状態と基準においた場合も、要支援・要介護以上を同基準においた場合もいずれも、より高齢まで健康で自立できるようになっていることを示す増加傾向です。令和 4 年度時点では、長崎県や全国に比べ男女とも、より高齢まで健康で自立できることを意味します。

平均自立期間[単位：歳]の比較（左：男性、右：女性）

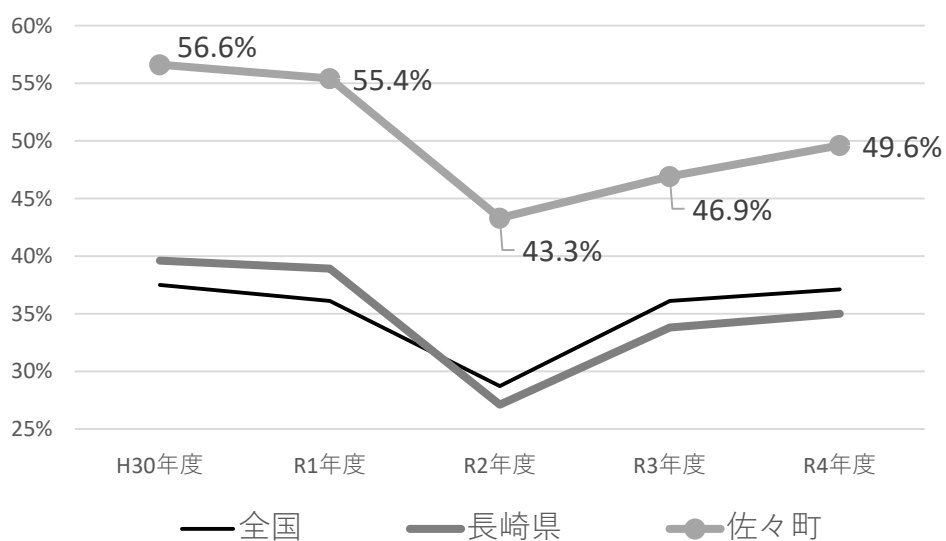


出所：「長崎県県北保健所事業概要」長崎県

◆ 住民健診受診率

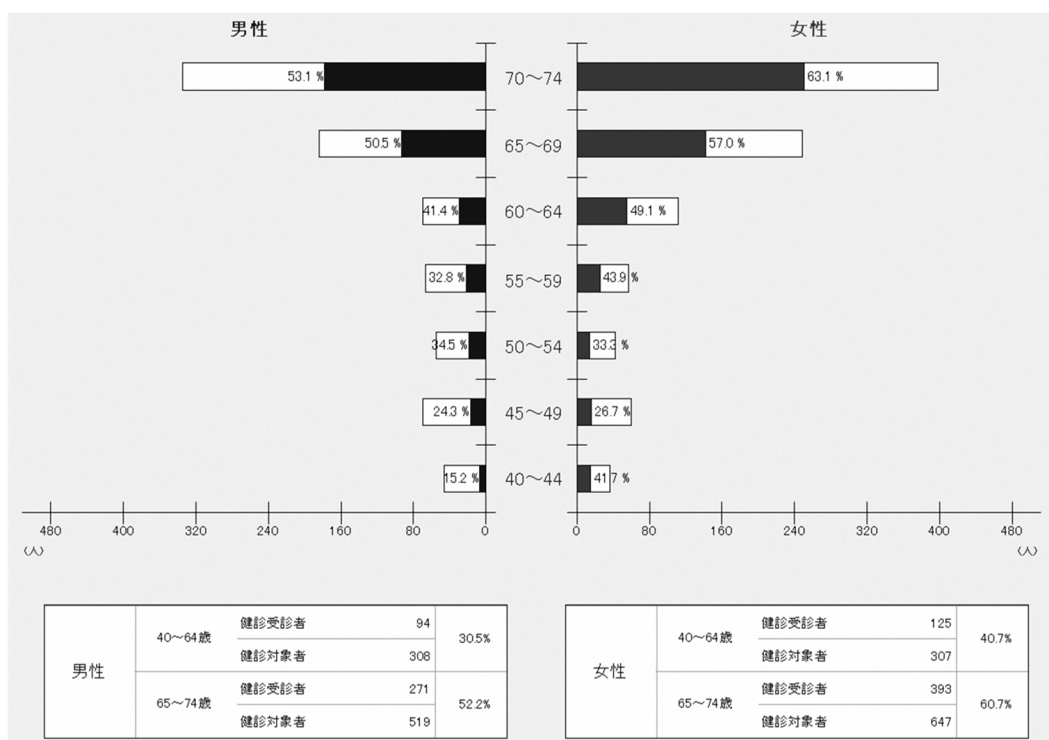
特定健診とは生活習慣病の予防のため、対象者（40歳～74歳）の方にメタボリックシンドロームに着目した健診を行うものです。本町の同健診受診率は、長崎県や全国と比較して高いですが、新型コロナウイルス感染拡大による大幅な低下からの回復が、長崎県や全国平均に比して遅れています。年齢別にみると、40歳代・50歳代の受診率が低く、総じて女性よりも男性の受診率が低い傾向があります。

特定健診率推移の比較



出所：厚生労働省報告

性別・年齢階級別特定健診受診率（R4年度）

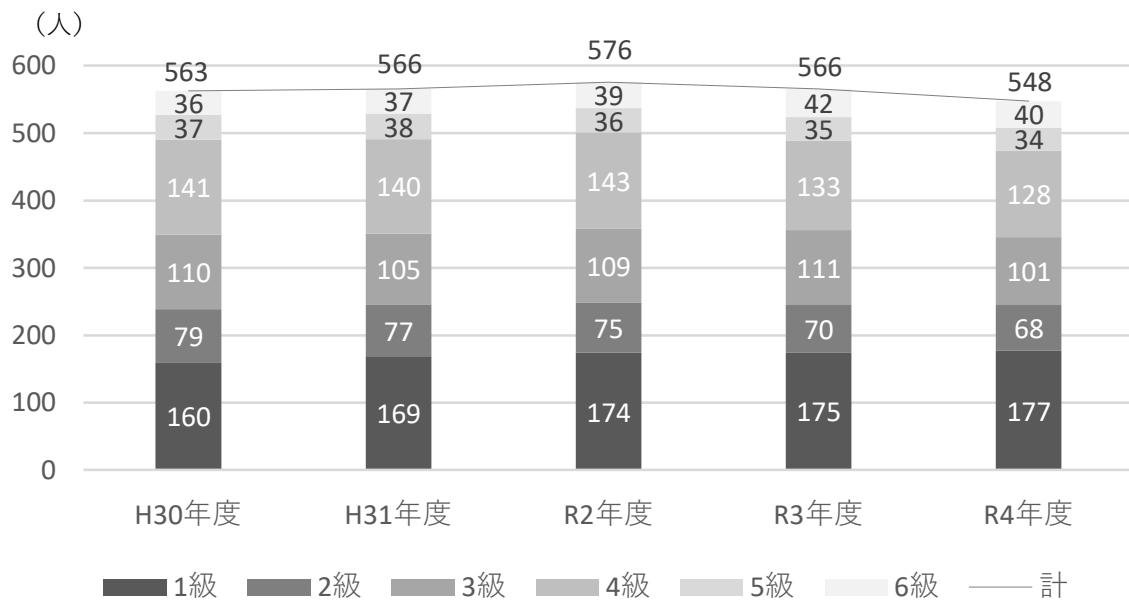


出所：厚生労働省報告

◆ 障害者の方の数及び重度

令和4年度末の、身体障害者手帳の交付者数は、548人です。一昨年度末の576人から昨年度末の566人と、連続して減少しています。しかし、1・2級の重度障害者は昨年度末から横ばいで245人と交付者数全体の44.7%を占めています。

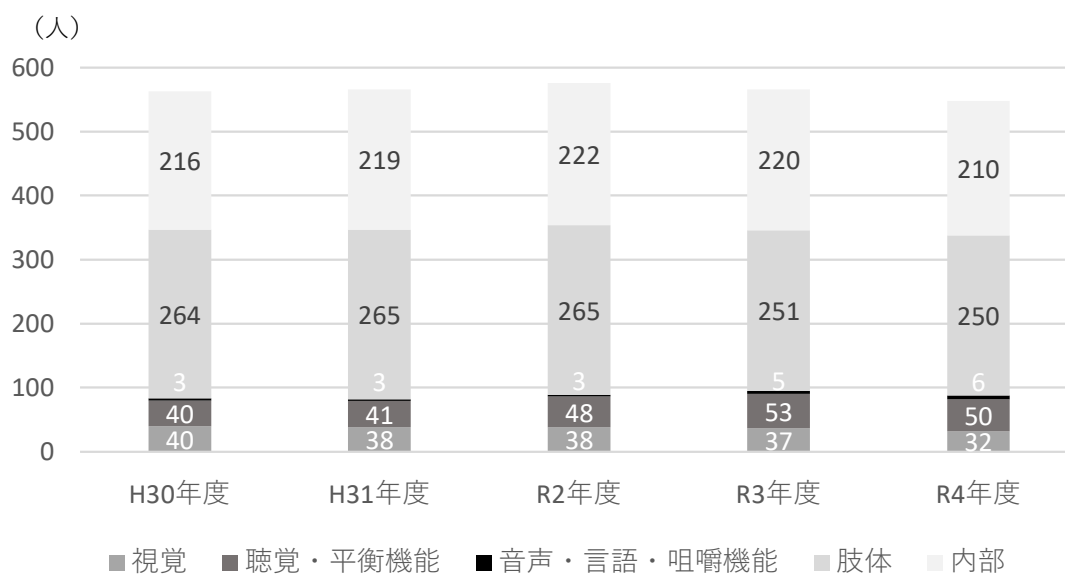
身体障害者手帳所持者数の推移（重度別、年度末実績）



出所：佐々町

障害種別で見ると、令和4年度末（令和5年3月31日時点）で、肢体不自由が250人（全体の45.6%）、内部機能障害が210人（同38.3%）となっており、この2つの障害種別で8割を超えています。昨年度末以前の過去に遡っても同様の傾向です。

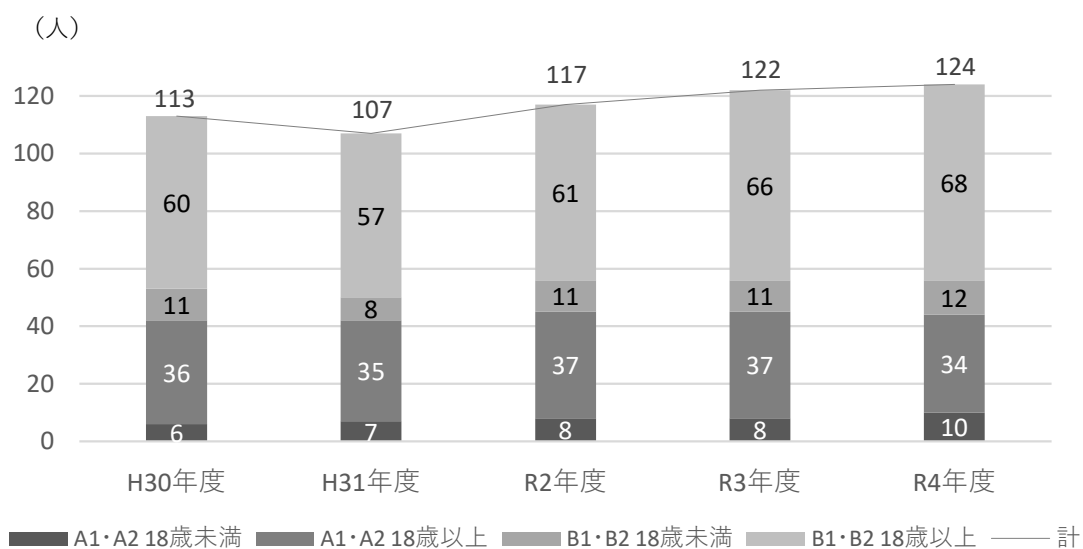
身体障害者手帳所持者数の推移（障害種別、年度末実績）



出所：佐々町

同様に、令和4年度末の療育手帳の交付者数は、124人です。3年前の平成31年度末の107人から増加傾向が続いています。A1・A2の重度の知的障害者は全体では昨年度から減少しましたが、18歳未満の方は昨年度の8人から2人増加し10人となっています。B1・B2の中・軽度の知的障害者数は一昨年度末から、72人→77人→80人といずれの年齢区分（18歳以上/18歳未満）においても増加しています。

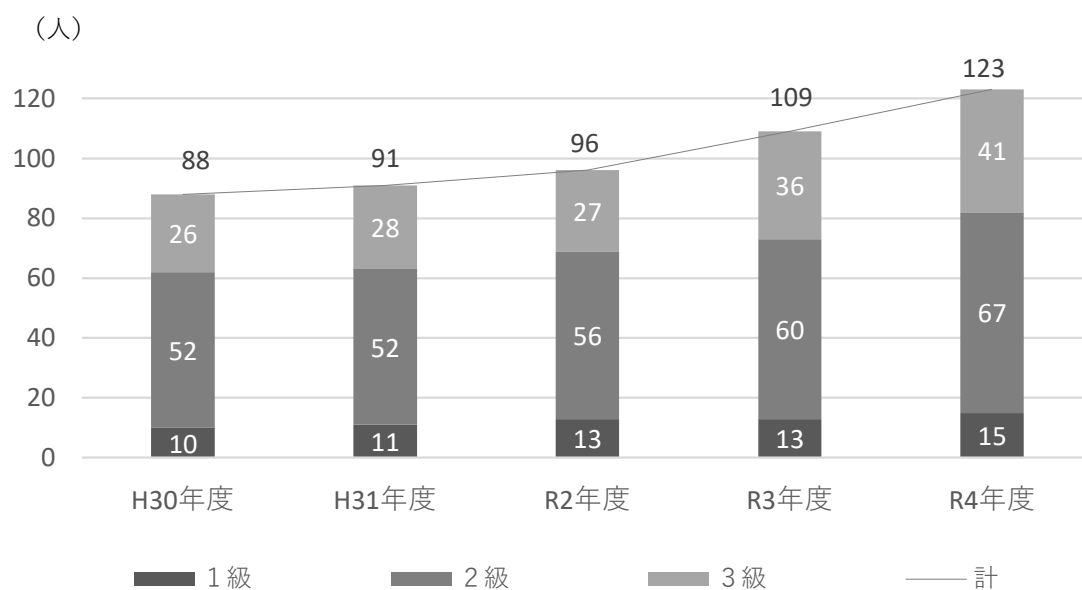
療育手帳所持者数の推移（重度別・年齢2区分別、年度末実績）



出所：佐々町

令和4年度末の精神障害者保健福祉手帳の交付者数は、123人です。4年前の平成30年度末の88人から増加傾向が続いています。とくに一昨年度・昨年度の増加数は各13人と10%以上の増加が続いています。

精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（級別、年度末実績）



出所：佐々町

以上3つの手帳所持者数の合計は、令和4年度末（令和5年3月31日時点）で、795人です。昨年度末の797人からは減少していますが、本計画に基づく施策の対象は、障害者手帳の有無にかかわらず、身体障害、知的障害、精神障害、難病及び発達障害等があるために日常生活又は社会生活を営む上で何らかの制限を受ける方や不自由な状態にある方です。

第2章 地域生活課題の抽出

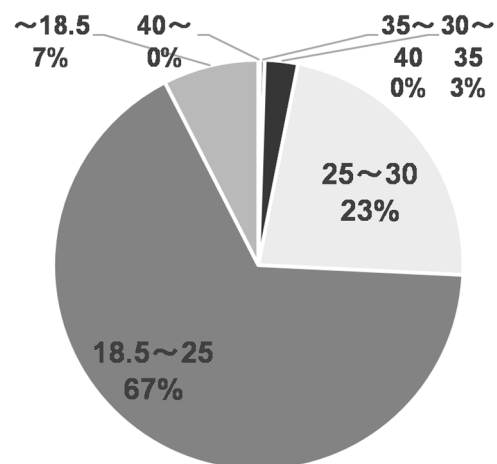
1. 住民アンケートから見える課題

本計画策定の参考とする目的で、町内の全世帯（6,158 世帯）を対象にアンケート調査を行いました（回収率 36.7%）。同アンケートから抽出した、本町の主な地域生活課題について、掲載しています。集計結果の概要は、参考資料として巻末に掲載しています。すべての集計結果及び自由回答については、別冊のアンケート報告書をご覧ください。

◆ 40～50歳代の運動不足・健康不安

BMI という肥満度を表す数値（体重÷身長²）は、7割弱の回答者が 18.5～25 未満の普通体重ですが、25 以上で肥満の傾向がみられる方が、25%以上いました。

1日30分・週2回（合計週60分）の運動習慣がある人は、ない人と比べて生活習慣病の発症リスクが低いと言われていますが、週に2日以上運動習慣のある人は、回答者の半分以下（45.1%）です。「ほとんどまったく運動していない」という回答が、全体の4割以上を占めました。この運動不足の傾向は、50歳代以下の方で顕著です。

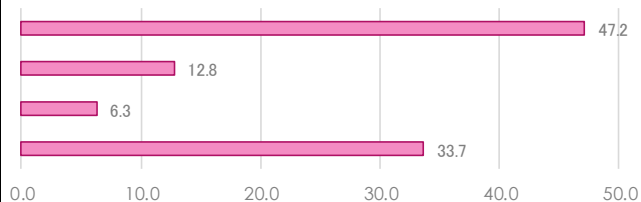


◆ 女性がん検診率の低さ

がん（胃・肺・大腸）検診を「ほとんど受けていない、または受けたことがない」との回答は3割を超えています。女性を対象とした、子宮がんと乳がん検診については、「ほとんど受けていない、または受けたことがない」との回答が半数を超えています。

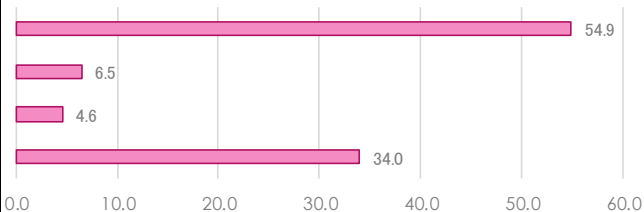
【胃がん検診】

	人数	%
年1回	769	47.2
2～3年に1回	209	12.8
4～5年に1回	103	6.3
ほとんど受けていない、または受けたことがない	549	33.7
対象者数	1,630	-



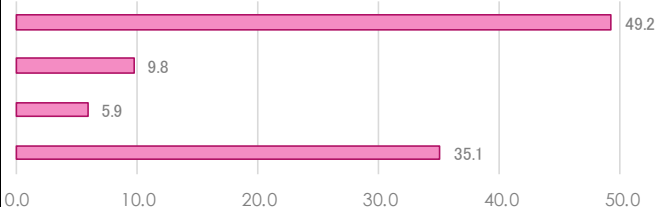
【肺がん検診】

	人数	%
年1回	882	54.9
2～3年に1回	104	6.5
4～5年に1回	74	4.6
ほとんど受けていない、または受けたことがない	546	34.0
対象者数	1,606	-



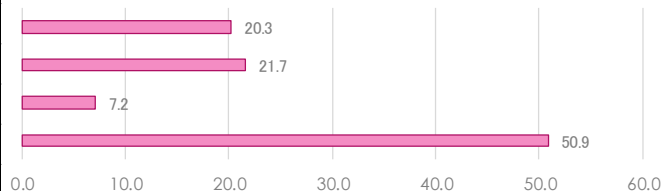
【大腸がん検診】

	人数	%
年1回	786	49.2
2～3年に1回	156	9.8
4～5年に1回	95	5.9
ほとんど受けていない、または受けたことがない	560	35.1
対象者数	1,597	-

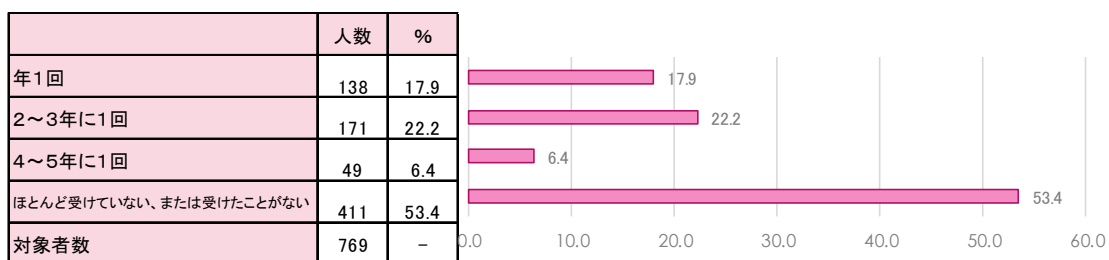


【子宮がん検診】 回答者は女性のみ

	人数	%
年1回	161	20.3
2～3年に1回	172	21.7
4～5年に1回	57	7.2
ほとんど受けていない、または受けたことがない	404	50.9
対象者数	794	-

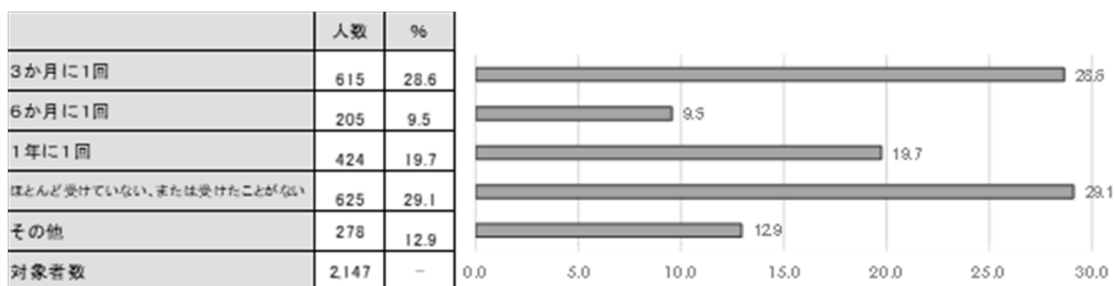


【乳がん検診】回答者は女性のみ



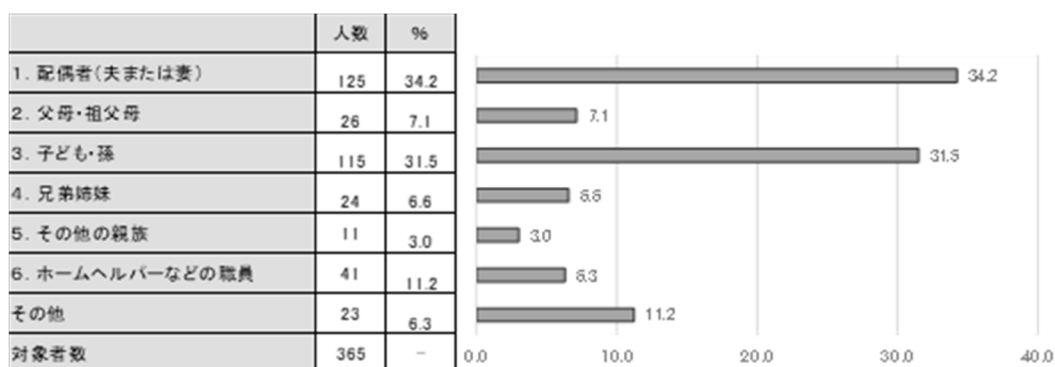
◆ 歯科検診頻度の低さ

歯科検診の頻度は、大人で3～6か月に1回とされていますが、同頻度で受診しているのは回答者の4割弱でした。ほとんど受けていない、または受けたことがないとする回答者も3割弱おられます。



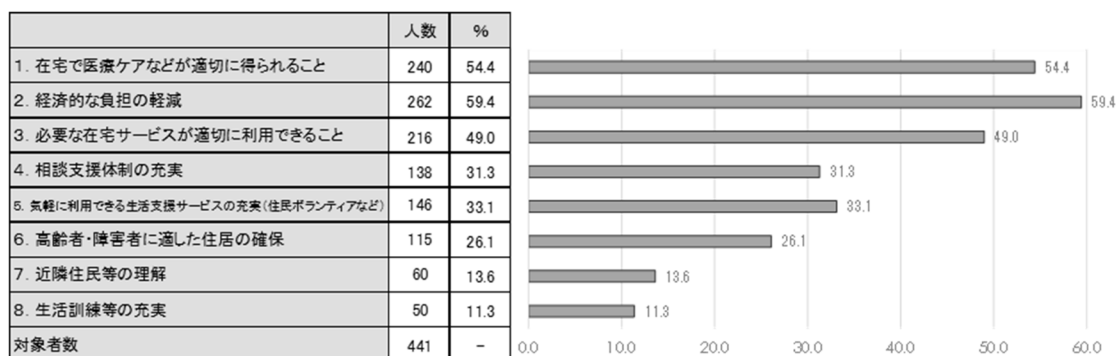
◆ 同近居家族の介護・介助持続可能性への不安

介護・介助が必要な同居者がいる回答者は、全体の2割弱でした。そのうちの9割は、70歳代以上の方です。約4割が介護認定を受けています。また、身体障害者手帳を持つ人も25%います。一方で、手帳や介護認定等を持たない人も、4割弱います。制度による支援を得ず、介護・介助者が孤立し大きな負担がかかっている可能性が危惧されます。中心となって介護・介助してくれる方は、配偶者や子ども・孫が多く、いずれも回答者の3割を超えていますが、なかでも、配偶者が34.2%と最も多く、老々介護の持続可能性も不安です。



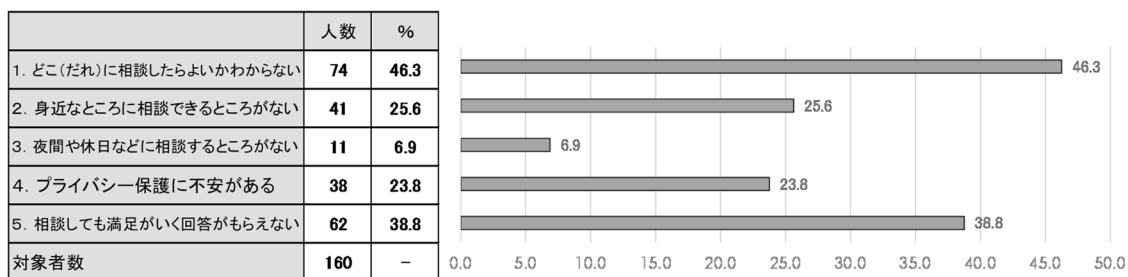
◆ 介護・介助が必要な方への支援

介護・介助が必要な方が、これから先も住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援としては、経済的な負担の軽減（59.4%）が最も高く、次いで在宅で医療ケアなどが適切に得られること（54.4%）、必要な在宅サービスが適切に利用できること（49%）と続きます。



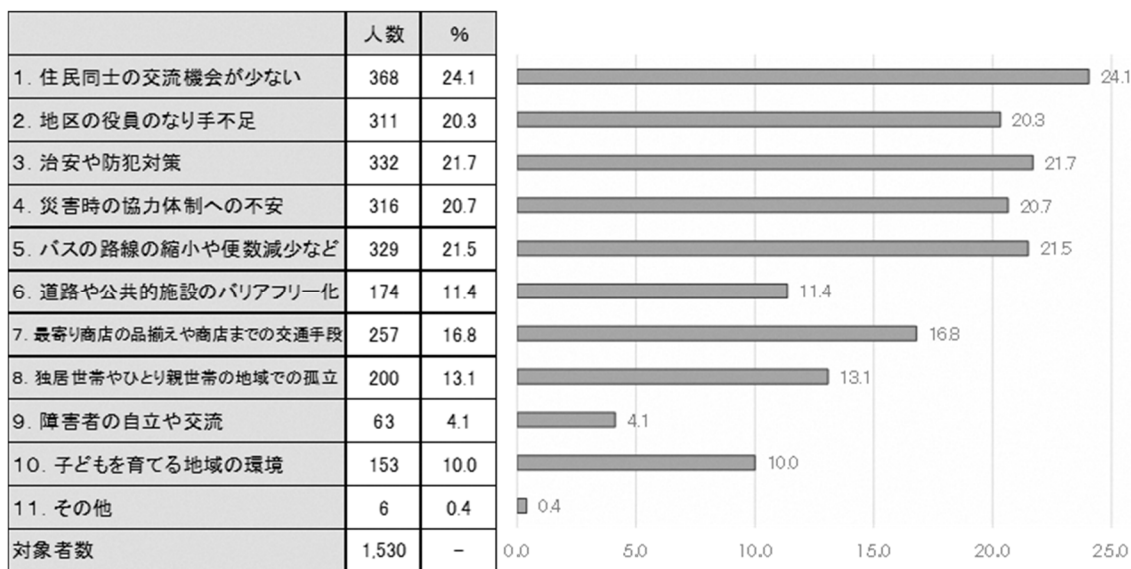
◆ 相談相手不在による不安

困った時の相談先として、8割以上の回答者が挙げたのは、家族・親族。友人・知人を挙げた回答者も4割以上いました。次いで、役場・多世代包括支援センター6.8%、医療機関やその関係者6.6%、職場や学校関係者6.3%、近所の人5.3%、福祉サービスの職員4.9%と続いています。相談したいができないとする回答も4.9%ありました。相談したいができない理由として最も回答が多かったのは、どこ（だれ）に相談したらよいかわからない（46.3%）でした。次いで、相談しても満足がいく回答がもらえないとする回答が38.8%ありました。



◆ 地域コミュニティカの低下

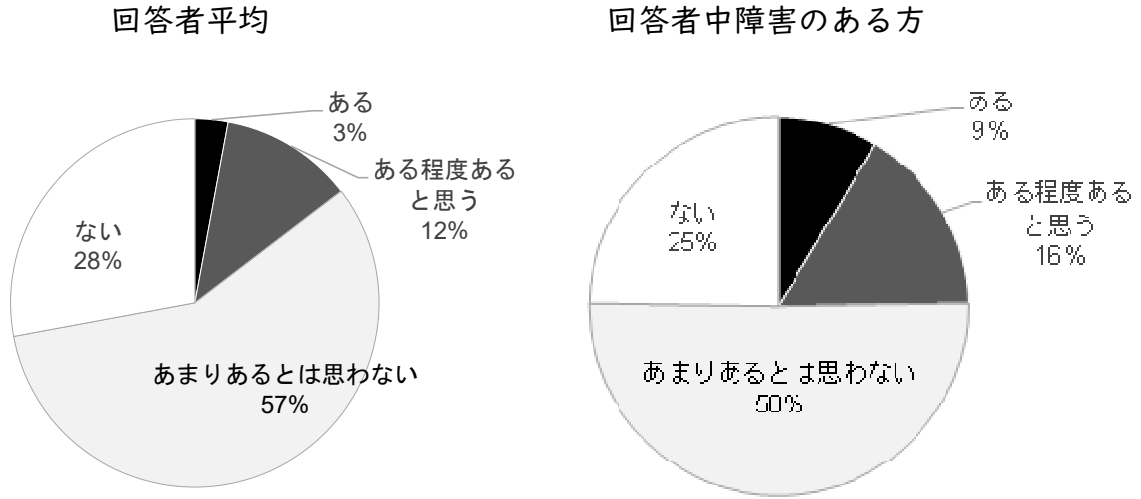
自宅周辺で感じる不安・不満については、「住民同士の交流機会が少ない」を 24.1%と最も多くの回答者が挙げました。その他 2 割以上の回答者が挙げている項目としては、治安や防犯対策 (21.7%)、バスの路線の縮小や便数減少など (21.5%)、災害時の協力体制の不安 (20.7%)、地区の役員のなり手不足 (20.3%) となっています。



◆ 差別・偏見に対する温度差

障害がある方に対する差別や偏見がある、または、ある程度あると思うと回答した人は、全体の 15%弱であり、差別や偏見は無いとする回答 (27.9%) よりも少なかったのですが、障害者の方 (アンケート回答者中で手帳を所持しておられる方) からの回答では、「ある」「ある程度あると思う」の合計で、本問回答者の約 4 分の 1 を占めていました。これら差別や偏見を感じられている方からは、無意識の偏見や差別的態度がある、障害を持つ人や家族に対するサ

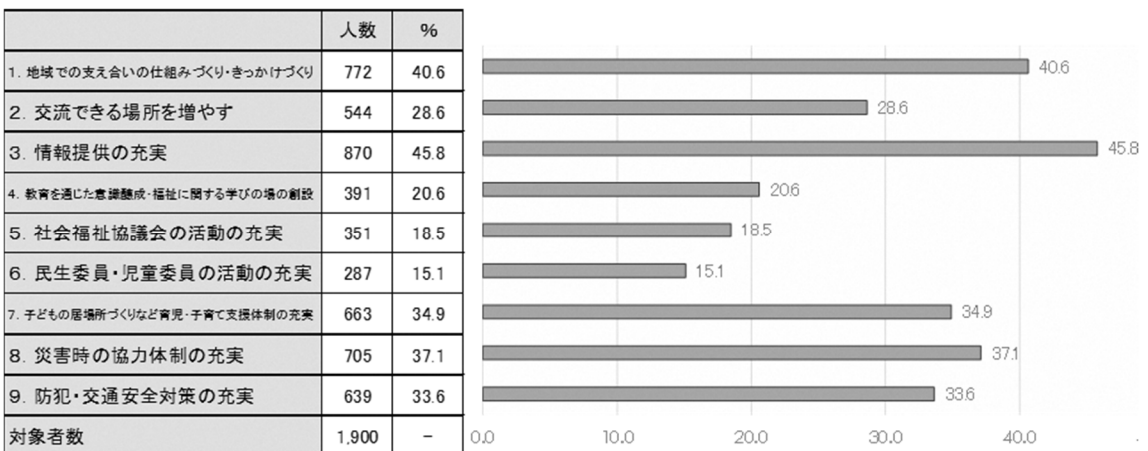
ービスの情報や支援が少ないといった回答がありました。



◆ 情報発信の抜本的な見直し

地域福祉の取り組みとして、最も回答者数の多かった項目が、情報提供の充実（45.8%）です。地域での支え合いの仕組みづくり・きっかけづくり（40.6%）の回答率が高く、次いで災害時の協力体制の充実（37.1%）、子供の居場所づくりなど育児・子育て支援体制の充実（34.9%）、防犯・交通安全対策の充実（33.6%）までが、3割以上の回答者が必要とした項目です。

成年後見制度の利用者は、回答者全体の1.6%ですが、そもそも同制度を知らない（はじめて知った）、または言葉は知っているが内容は知らないとする回答者が、全体の6割を超えており、普及啓発に課題があることが解ります。



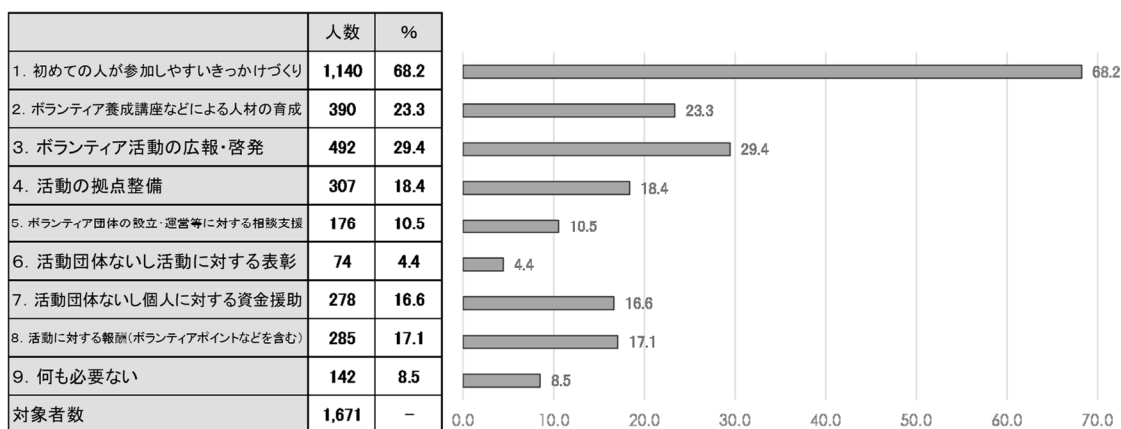
◆ 潜在ボランティアの顕在化

地域の支え合いやボランティア活動による生活支援サービスについては、いずれの項目についても、手助けできると回答した数が手助けして欲しいとする回答を上回っていました。

	手助けしてほしい	手助けできる
安否確認の声掛け	30%	86%
話し相手	23%	87%
買い物や通院の付き添い	37%	69%
自家用車で病院や商店などへの送迎	38%	67%
町内会集会所までの送迎	21%	83%
ゴミ出し	23%	84%
玄関前の掃除	14%	90%
簡単な調理	35%	68%
短時間の子どもの預かり	37%	69%
子育ての相談	36%	69%
予防接種の付き添い	23%	80%
保育園・幼稚園の送迎	33%	73%

地域の支え合いやボランティア活動への参加を後押しする町の施策としては、初めての人が参加しやすいきっかけづくりを挙げる回答者が7割弱いました。

次いで、ボランティア活動の広報・啓発（29.4%）、ボランティア養成講座などによる人材の育成（23.3%）、活動の拠点整備（18.4%）、活動に対する報酬（ボランティアポイントなどを含む）（17.1%）、活動団体ないし個人に対する資金援助（16.6%）を挙げる回答者が多かったです。



2. 地域共生推進協議会において共有された課題

地域共生推進協議会において、住民アンケートの結果も踏まえ、複数回にわたり本町の保健・福祉にかかる現状と課題及び施策の方向性について議論しました。下表は、その内容を保健・福祉の分野別に整理したのですが、保健福祉双方にまたがる意見も多くあります。また、活発な御意見を頂いた中で、子ども達とその親世代に対する課題認識や支援の必要性について、多くの議論が交わされました。

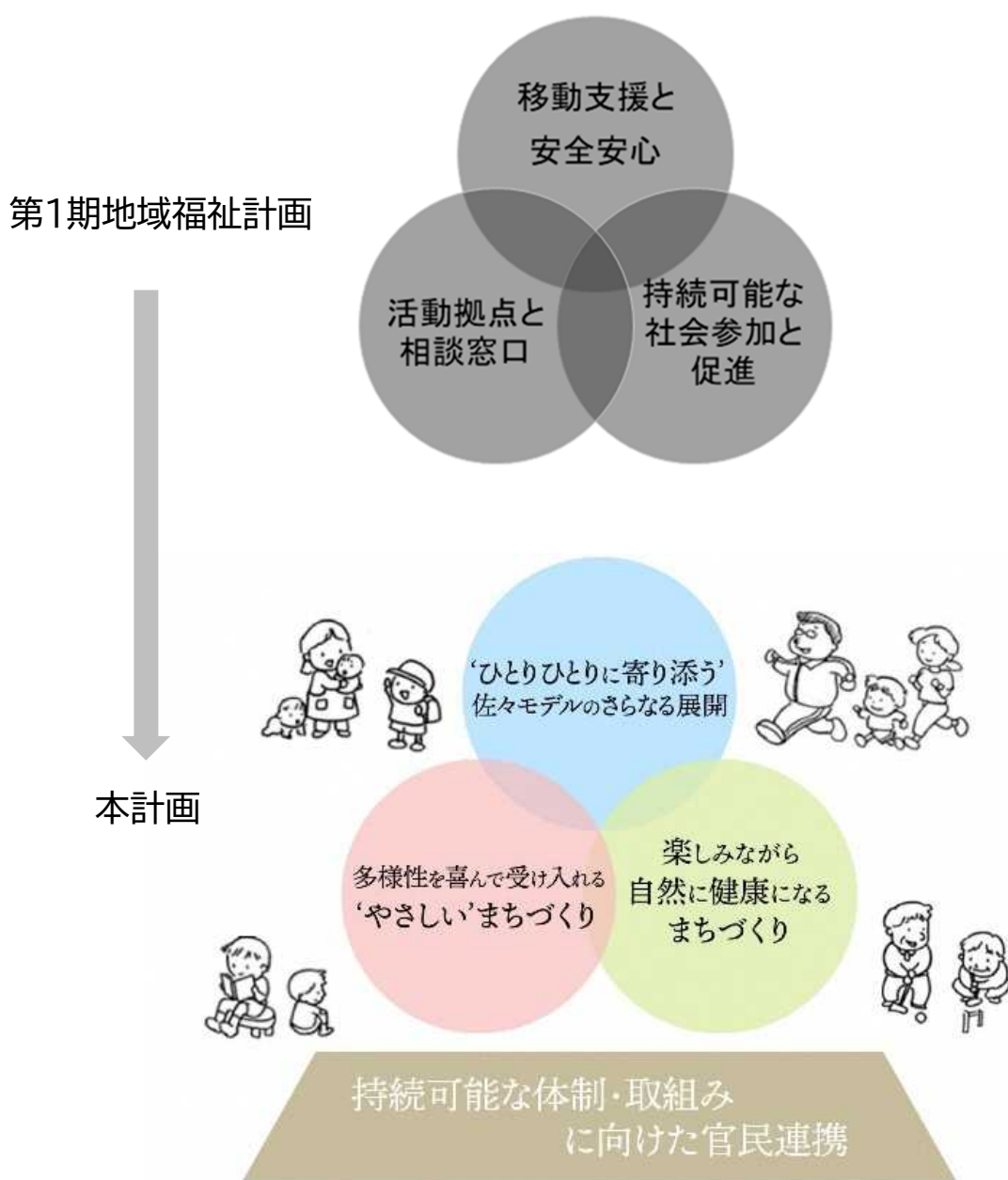
保 健 分 野	<ul style="list-style-type: none"> ・ 登校時に朝食を食べていない子どもは元気ない。親以外の大人から、心配されたり怒られたりする機会が少なくなっている。口出しや少しのおせっかいは必要。 ・ 健康維持増進には、ウォーキング等運動が大事。佐々在住の指導者候補を巻き込みたい。 ・ 久山町のように、町内の疾患の傾向や、経年経過の追跡調査を、大学病院と連携しフィードバック。 ・ 歯磨きが出来ておらず虫歯の多い子は、親からネグレクトを受けている可能性有り、口中に傷がある子は、虐待を受けている可能性有り、検診でこういった予兆を得た場合、関係機関で情報共有する必要。 ・ 町内での県ウォーキングアプリ加盟店の増加。 ・ ICTも活用した受診データの共有による、受診者の負担軽減。 ・ 難病・小児がん等の方への対応。 ・ 県ウォーキングアプリへの町内加盟店の増加 ・ 若い世代のボランティアによる、子供たちとの自然学習等の活動は、参加希望児童が増える一方・ボランティア人数減で負担増。 ・ 健診・検診だけでなく、大人を対象とした体育教室、その前に体力診断。アスリートを目指す子供たちだけでなく、身体を動かす楽しさを知る場を幅広く提供。 ・ 40代～50代の健康維持の大切さを痛感。普段の日常では、歩く歩数も限定される。ウォーキングイベントの有効性。 ・ 塩分控えめでも美味しい「おふくろ料理」のレシピを一年間かけて作成済み。今の親（子）さらに子（孫）世代にも伝承したい。 ・ 川の清掃・土曜学習（自然学習）で、佐々川に入る機会を望む（現親世代はじゃぶじゃぶ入っていた）。子ども達の参加希望は増加、一方引率指導に当たる親世代のボランティアは不足。佐々には研究者・学識者も注目する動植物が有り、専門家を巻き込んだ企画が可能。天然鰻を取り、農業体験施設で炊飯し食べるイベントは満足度大。農業体験施設の利用がもっと柔軟にできるようになることを望む。 ・ 子ども達が身体を動かす場・機会の企画・催行（幼児・発達障害児への対象拡大） ・ 高齢者ボランティアによる、おもちゃ病院など、高齢者の活躍の場
------------------	---

福祉分野	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身高齢者の情報共有による見過ごし・手遅れの回避（例えば認知症症状悪化の場合等）。 ・ 加齢に応じて、ケアマネ等介護職との情報共有や連携が必要（切れ目ない一貫したサポート）。 ・ 本会のような課題共有の場が必要。 ・ 介護人材の不足、高齢化（年金受給開始年齢が上がり、定年再雇用も浸透し、ボランティアへの参画年齢が高齢化している。） ・ ボランティアの高齢化（70-80歳代）、若い世代のボランティアへの期待。 ・ 居場所が必要なのは、子供たちだけではない。町内会にも百歳体操にも参加できない高齢者にも、居場所が必要。老々介護の高齢者は、精神的な不安を抱えている。 ・ 人材不足による施設経営持続へのリスク・サービスの低下。 ・ 障害者と高齢者の共生。 ・ 発達障害の子供たちの居場所 ・ 潜在的なボランティア参加可能者が、実際の活動に参画するハードル高い。参画可能者への呼びかけができる、人材派遣のデータベースのようなものが必要。 ・ 発達障害児への対応は、（家族に対しても）理解啓発が必要。本人より周りが変わることが大事。 ・ 発達障害児含め子供に対するボランティアへの、教育・研修（福祉教育プログラム）の企画・受講勧奨。 ・ 子供たちにも、多様性を学ぶ機会が必要（子供たちが学び家庭で親と共有）。 ・ 早期診断・発見による療育の低年齢化。 ・ 鬱病や発達障害の方のボランティア活動を支援し、社会復帰を促進。 ・ 司法も佐々のまると福祉の輪に加わり、役割を果たしたい。 ・ 相談窓口としての行政（町）から、弁護士への相談案件の円滑・正確な情報共有。 ・ 大村市のように、生活困窮世帯の子供たちの「第三の居場所」事業活用等、誘致・活用できる事業に町は積極的に欲しい。 ・ 不登校の子へのカウンセリングを、アウトリーチ（自宅に訪問）して実施できるようにならないか。 ・ 話（悩み）を聞いてもらえる場所は、たくさんあることをお母さん達に伝えたい。お母さん達が元気でないと、子供は元気出ない。お預かりの対象は、町内に限定せず幅広く他市からも受け入れたい。
共通	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報保護が厳しく、見守りが十分にできない。町内会加入者の情報だけでも、共有できないか。 ・ 個人情報については、基本的な制度の見直しから必要となる。真偽混在の情報が溢れる時代、精査した情報を定点観測しデータベース化する（正しい情報の蓄積と活用）には、行政の関与が必要。新しいことをしようとしたときにぶつかった課題を、共有することから始める。行政に変革を求めるには、具体的な課題の共有・積上げが要。 ・ 必要（大事）なケースでは、個人情報の関係者間共有が必要（佐々町は現状出来ている）。

3. 基本方針（施策）となるテーマの集約

本計画策定を検討する地域共生推進協議会において、協議会メンバー及び現場政策担当者へのヒアリングや、協議会メンバーへの計画検討における重要論点（課題及び施策の柱）に関するアンケート、そして住民アンケートで明らかとなった地域生活課題をもとに、前計画（第1期地域福祉計画）重点施策（柱立て）を見直し、以下の4つのテーマに集約しました。

基本方針の比較



本計画は、前計画（第Ⅰ期地域福祉計画）からさらに対象とする施策を、住民の健康増進を図る保健分野に拡大することから、健康増進にかかる新しい基本方針として、「楽しみながら自然に健康になるまちづくり」を掲げました。また、前計画の重点施策であった「活動拠点と相談窓口」については、多世代への包括的支援が福祉センターを拠点に始動し一定の成果を上げていることから、成功要因と考えられる専門職等関係者の連携による、ひとりひとりの困りごとや事情を踏まえた対応を実現している佐々モデルを、「‘ひとりひとりに寄り添う’ 佐々モデルのさらなる展開」として、さらに拡大する方向性の基本方針としました。「多様性を喜んで受け入れる ‘やさしい’ まちづくり」は、前計画から新たに障害者計画、障害（児）福祉計画と一体的に策定することから、より障害者福祉に対して具体的な取組みを重視し基本方針としています。「持続可能な体制・取組みに向けた官民連携」は、保健・福祉分野のみに当てはまる方針ではありませんが、他の３本の基本方針に沿った施策の展開を持続可能とするための基盤として重要と考えました。

前計画（地域福祉計画）では、困りごとを抱え生きづらさを感じ悩むすべての方ひとりひとりの事情に向き合い、既存制度の対応で十分に支援できないケース（隙間に落ちている種）を、皆で共有（自発的な相談・専門職への繋ぎ・サポート）し、解決していく（種→木→森）共生社会の実現を目指していました。

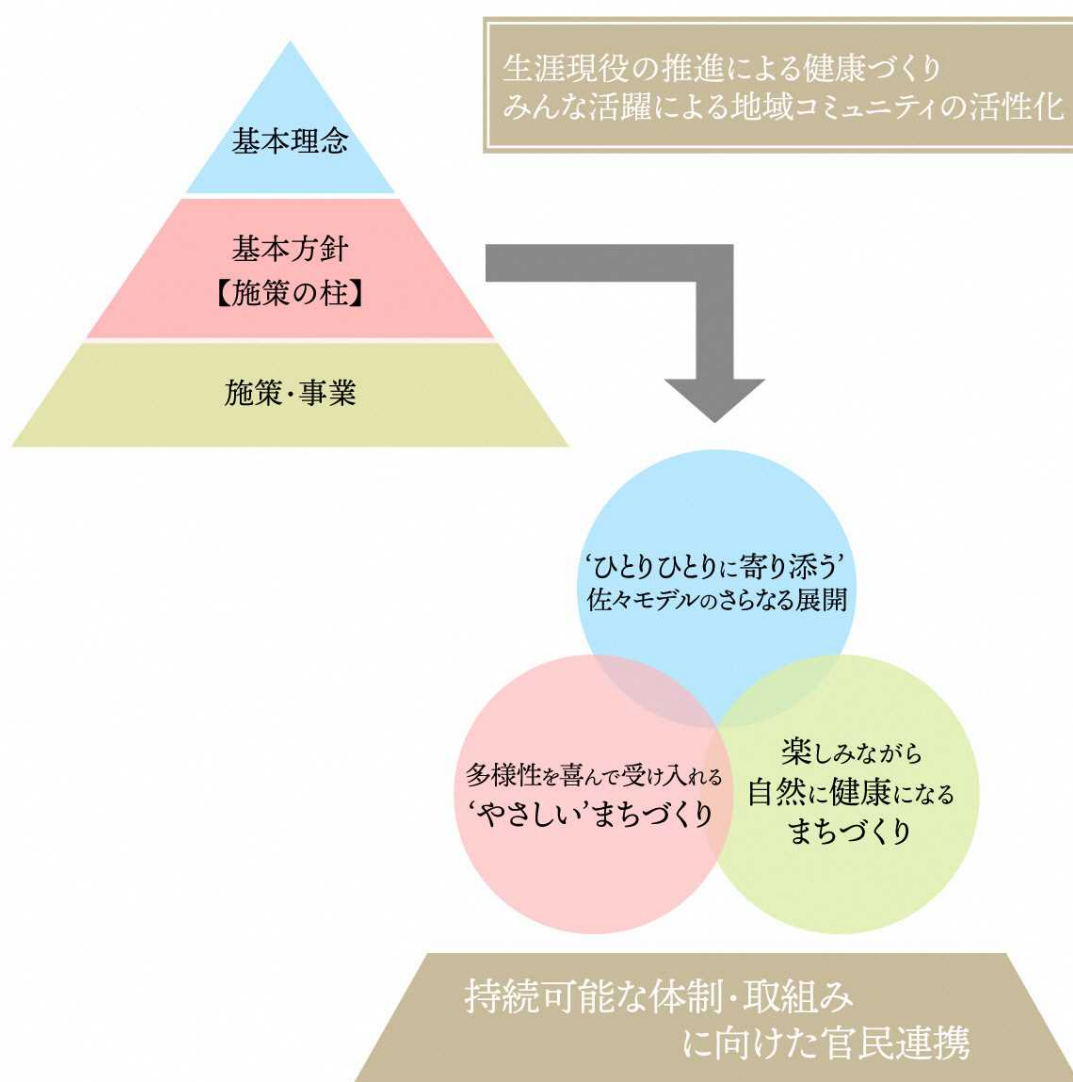
地域共生推進協議会での議論でも、共通認識として“子は宝”であり、子どもや子育て世代へ寄り添い、サポートしていくことが重要であるとの意見が多く出ています。また、特性（多様性）への理解は子ども世代からの啓発が重要であり、その子が各家庭で意識啓発のリード役となることを期待する等の意見が出されています。本計画においても、前述の基本方針を施策の柱としつつ、不登校や特性ある子ども達への寄り添い、居場所づくり、多様性を尊重したインクルーシブな（分け隔てなく同じ条件で生活できる）地域社会を目指します。



出所：第Ⅰ期佐々町地域福祉計画

第3章 基本理念・基本方針

4つの基本方針で目指す将来像は、もちろん町の総合計画で掲げられている「暮らしたいちばん！住むなら さざ～みんなが輝き、みんなで創るまち～」です。本計画では、基本理念として『生涯現役の推進による健康づくり』『みんな活躍による地域コミュニティの活性化』を掲げ、連携協働や寄り添い伴走することで、思いやりに満ちた共生社会を目指します。



第4章 重点施策

1. ‘ひとりひとりに寄り添う’ 佐々モデルのさらなる展開

(1) 課題・目標

日常生活や職場で困った時に真っ先に相談するのは家族そして友人です。県内でも取り組み・実績ともに先導的な地域包括ケアシステムは、より幅広い世代や状態・環境の方に寄り添う多世代包括ケアを目指し、システムの深化・推進に日々取り組み続けているところですが、相談しづらい、かと言ってどこに相談して良いかわからない、相談しても満足がいく回答がもらえないという理由で、相談したくてもできない方がいらっしやいます。

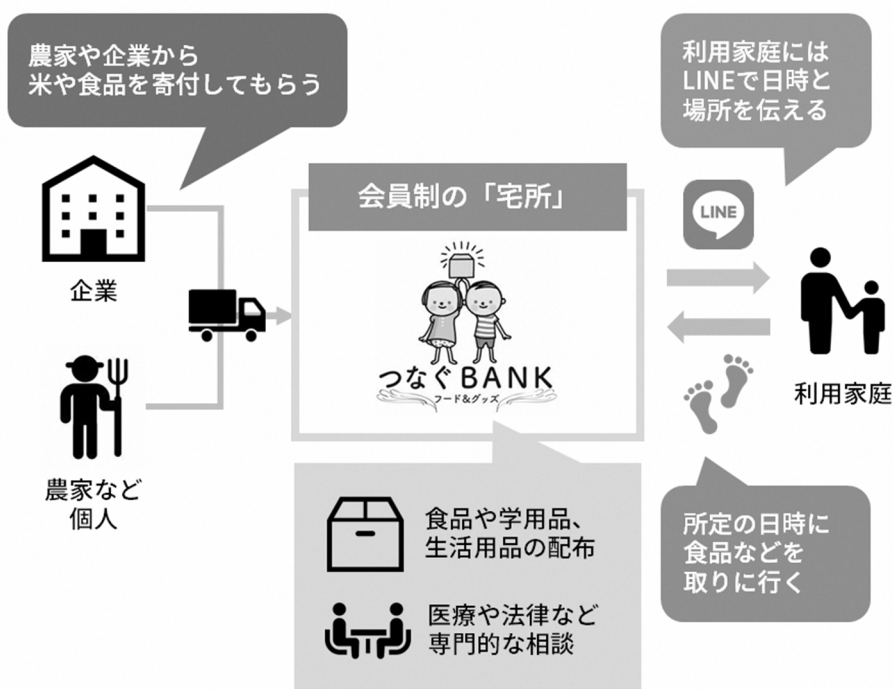
国連が2030年までに達成することを目標としているSDGs（持続可能な開発目標）の精神は、誰一人置き去りにしないことです。17の目標のうち、「貧困をなくそう」「すべての人に健康と福祉を」が、それぞれ1番目と3番目に挙げられています。佐々町では総合福祉センターを拠点に、ボランティアの方々の御協力で、多様な世代の居場所づくりを進めており、相談内容は人それぞれ千差万別のため、まずはそれぞれの居場所でその方にしっかりと寄り添うことを大切にしています。そして、困りごとを保健・福祉や法律相談といった専門職と連携して課題解決することが可能になります。

佐々町でも、町内会加入率の低下、地域コミュニティの持続可能性が不安視されていますが、地域の機能は維持できていると考えています。そのひとつの理由は、総合福祉センターを拠点とした官民双方による、‘ひとりひとりに寄り添う’ 佐々モデルの実践によるものです。困っている方ひとりひとりに寄り添い、誰ひとり取り残さないまちづくりを目指します。

(2) 重点事業（喫緊）

「つなぐBANK」という取組みを、一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさき（長崎市）が既に県内で展開しています。農家や企業から寄付してもらった米や食品を、経済状況が食生活に影響する可能性がある、ひとり親家庭とその子どもたちに支援する事業です。食品だけでなく学用品や生活用品の配布も行っています。「宅所」と呼ばれる場所に、所定の日時に支援物資を取りに行くこととなっており、利用者に対して訪問時に医療や法律など専門的な相談が受けられるという情報を伝えることができます。宅所の窓口と専門職との連携を密にすれば、情報の告知だけでなく直ぐに困りごとの相談が可能です。

佐々町での「宅所」は佐々町総合福祉センターです。



出所：「一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさき」ホームページ

‘ひとりひとりに寄り添う’ 佐々モデルのさらなる展開として、この「つなぐBANK」の取組みを開始します。支援対象者に寄り添うことで、心を開き必要な相談に応える、目的でもあり手段でもあります。社会福祉協議会が中心となり、まずは現在の一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさきの同事業の支部としての位置づけから、取組みをスタートさせます。

(3) 重点事業（展開）

「つなぐBANK」は、大学生等によるタブレットを使った、オンラインによる学習支援サービスも行っており、フリースペースなどに来る子供たち等に支援対象の拡大を図ります。特性のある子どもたちへの学習支援において、配慮すべき事項や心構えについて、学習支援者に対する研修等を企画するとともに、受講を促進します。物資の支援対象についても、児童扶養手当受給世帯、離婚協議中の子育て世帯、就学支援対象世帯、多子世帯等、次世代を担う子ども達に幅広く拡大を図ります。住民福祉課・多世代包括支援センターが、教育委員会と協議・連携し取り組みます。

支援対象拡大のためには、本部（一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさき）への寄付だけでは不足することは明らかです。地域とも繋がりながら支援ができるような仕組みの構築を目指します。宅所運営には、物資の搬送搬入や在庫管理等の業務が必要となることから、物流・流通のプロフェッショナルである商工事業者の協力が望まれます。住民福祉課・多世代包括支援センターが、企画商工課と協議・連携し、商工会に働きかけを行います。

多様性を受け入れ、支え合いの輪を広げる地域社会の構築へ向け、福祉団体等はもとより地域企業の参加協力を得て、ひとりひとりに寄り添う佐々モデルの実現を目指す取り組みは、「誰ひとり取り残さない」というSDGsの理念にも合致します。とくに、支援対象の親世代と、彼等に寄り添い・相談に乗る同世代や高齢者世代が、子ども達将来の世代とつながるよう、佐々町独自の展開を目指します。

現在の「つなぐBANK」の寄付先は、一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさきに限定されますが、寄付支援者が拡大すれば、支援先を町内に限定した支部独自の運用も検討の余地が出てきます。寄付口座を開設できる法人格を持った、持続可能な運営主体が必要となります。宅所管理同様、口座管理には金融のプロフェッショナルの協力も必要です。


個人や企業からの寄付金の使途についても、子育て世帯への直接支援に限ら

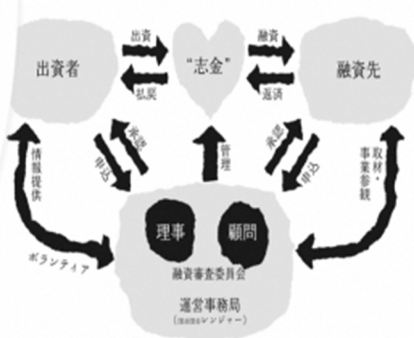
ず、子ども達向けにスポーツイベントや自然体験教室等を企画・運営するボランティア団体等、CSO（市民活動団体）の活動資金への活用等、対象や範囲拡大も将来的な検討課題です。間接的な支援としての拠出を行うコミュニティバンク機能への展開も視野に入れ、官民が適材適所で連携できる事業の枠組みを、「つなぐBANK」事業開始後早い段階で検討開始します。前計画（第1期地域福祉計画）においても、CSOの設立や運営・相互連携支援のコーディネーター役としての機能の必要が記されており、同機能を果たすことが期待されます。

一般社団法人ひとり親家庭福祉会ながさきの支部として開始した、「つなぐBANK」の取組みが、町内の幅広い関係者の協力を得て、多様な展開を果たす取組みについては、住民福祉課と多世代包括支援センターが中心となり、企画商工課や社会福祉協議会・商工会が連携し検討・推進します。

コミュニティバンク

- コミュニティバンクとは、銀行等市中金融機関からの融資を受けづらい、NPO等CSO（市民活動団体）の特に設立段階の資金需要に対して、これらの活動を支援したい有志からの拠出資金を、低配当条件で出資してもらい、これを元手に資金供給（融資）する団体のこと。
- 2005年設立し、名古屋・中部地区を中心に活動する「コミュニティ・ユース・バンク momo」は、NPOとして設立。現在会員（出資者及び融資先）460名、融資残高1億6千万円（67件）。
- 融資先の審査等は、元金融機関出身者やCSO支援機関等のプロフェッショナルによる厳正な審査を行っており、また融資候補へのハンズオン支援を、「momoレンジャー」と呼ばれる若手事務局員が担当している。





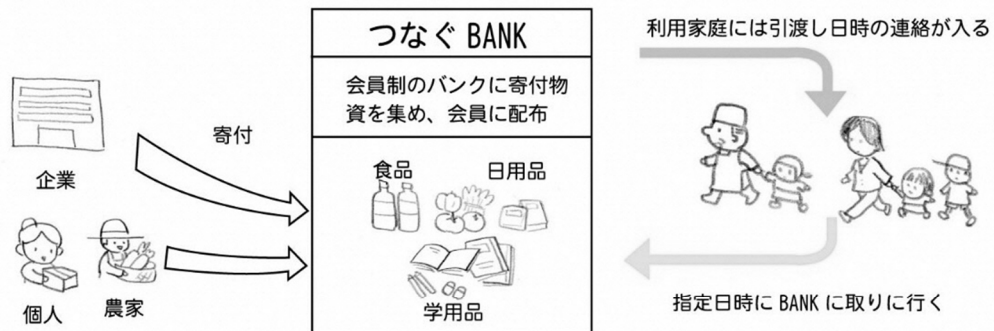
出所：「コミュニティ・ユース・バンク momo」ホームページ

「ひとりひとりに寄りそう」佐々モデルのさらなる展開

～つなぐ BANK からの発展～

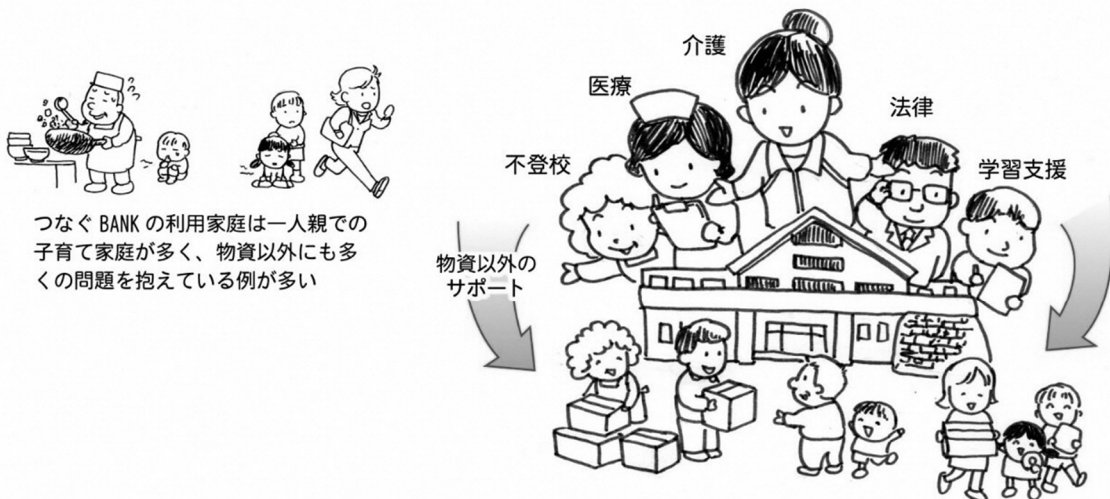
つなぐ BANK とは？

つなぐ BANK とは、サポート企業・農家・個人から寄付していただいた食品・日用品・学用品を会員制の BANK に集め、窮する家庭などを支援する仕組みです



つなぐ BANK からの発展

すでに実施されているつなぐ BANK での経験から、利用家庭は物資以外にも多くの問題を抱えている例が多いことがわかってきました。つなぐ BANK を総合福祉センターのような様々な専門家がいる施設に置き、そこに足を運んでもらうことで物資以外の問題へサポートできるようになります。



つなぐ BANK を総合福祉センターのような様々な専門家がいる施設に置き、そこに足を運んでもらうことで物資以外の問題へサポートできるようになります。

【目指す姿・生み出したい状態】

- 相談窓口が明確であり、安心して相談できる。
- 身近なところで気軽に立ち寄れる相談の場、相談できる人がいる。
- 生活のしづらさに関する悩みが、福祉センターにおいて、しっかり受け止められ、多機関多職種連携による解決できるシステムがある。
- 相談支援を手がかりとした参加支援や新たな居場所・出番づくりが展開する。

【施策・事業】

■ 誰一人取り残さない包括的相談機能の充実

- 相談窓口（多世代包括支援センター、社会福祉協議会、各種相談窓口）の明確化と、同情報の周知徹底を図ります。また、相談支援に従事する職員の対応力の強化に努めた人材育成を行います。
- 困りごとの内容・程度等を問わず、多世代包括支援センターによる総合相談窓口で受け止め、医療・介護・教育・法律相談・住宅等の専門機関とつながる多機関連携のシステムづくりを行います。
- 相談しづらい方への相談窓口の案内や情報提供等の手法の確立（口コミ、SNS等）を図ります。

■ 社会福祉協議会との連携による「つなぐ BANK」を活用した相談支援強化

- 食（食ロス）をツールに、一人親世帯など相談につながりにくいケースの課題解決の糸口を見つけ、多機関と連携しながらのアウトリーチ支援を行います。
- すでに町内それぞれの事業所が子ども食堂への支援等をされているように、官民が情報を共有することで、支援の輪が循環するネットワークづくり（人・場所・資金）を行ないます。つなぐバンクを通じて、民間企業や団体、関係機関とつながり、協働による取り組みを展開します。
- 子どもの成長段階に応じた関わり方の情報提供、子育て世代が学ぶ機会を増やします。

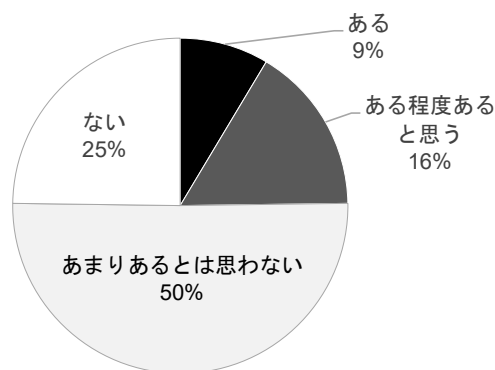
■ 地域のイベントやボランティア活動を支える仕組みづくり

- 町内会等による多世代で行う花植え運動、お祭り等のイベントについて、地域コミュニティ力維持の観点から、必要な支援や情報提供を行いません。
- 清掃活動等のボランティア活動を通じた交流の場づくりや趣味仲間をボランティア集団にする仕掛けづくりなど、だれもが社会参加しやすい体制づくりを推進します。
- 高齢・障がい・子育て等の多世代に関するボランティアの養成を行ない、ボランティアに参加しやすい体制づくりを行います。また、ボランティア間の交流を図り、現場の声に即した活動しやすいシステムづくりを展開します。
- 「自分ができること」「自分が助けてほしいこと」を周りに伝えられるように、広報誌や SNS 等で、助けたい・助けてほしい等の意見の募集、マッチングの促進を図ります。また、ボランティアの活躍の場、活動内容の拡充が図られるように、有償ボランティアの継続的支援を行います。
- 他団体との調整・協力の促進とこれを仲立ちする組織、資金調達等の仕組みづくりを行いません。

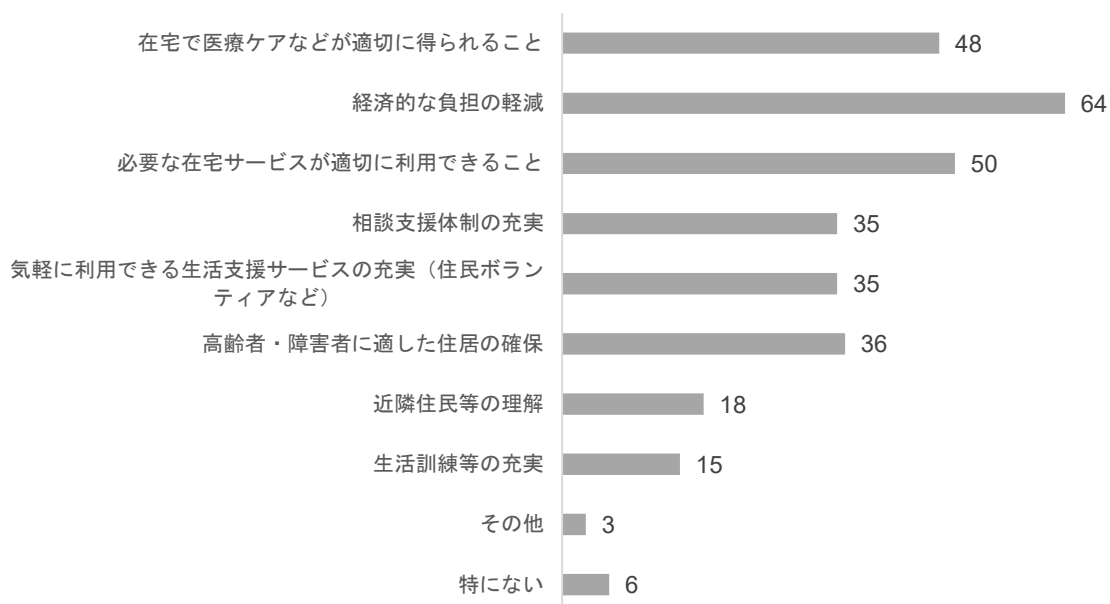
2. 多様性を受け入れる‘やさしい’まちづくり

(1) 課題と目標

本計画策定において実施した住民アンケート調査の結果では、「学校や仕事場、住んでいる地域において、障がいがある方に対する差別や偏見があると思いますか？」というアンケートへの回答で、「ある」「ある程度あると思う」との回答は、回答者全体では 14.6%でしたが、障がい者の方からの回答では 25%を占めていました。



また、「住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援」を問うアンケートでは、経済的な負担の軽減を半数以上（56.1%）の方が求めておられると同時に、ボランティア等による生活支援を3割超（30.7%）の方が期待しておられました。「町が今後力を入れるべき施策」では、就労支援・雇用促進（18.9%）と並び、地域住民が障害のある方を支えていく体制づくり（22.8%）が挙げられており、障がい者の方を含めともに同じ地域で暮らすまちづくりを推進していく必要があります。



(2) 重点事業（喫緊）

本町では、「世代や分野を超えてつながることにより、お互いを理解し支え合える関係をつくろう」をコンセプトに、障がいへの理解促進・啓発とつながることによる地域コミュニティの活性化を目的とした「さざまる市場」を令和4年度に立ち上げ、年1～2回開催しています。このイベントには、障がい・介護事業所やボランティア団体、商工会をはじめ民間企業の方々、高校・大学・図書館といった様々な団体の参加・協力を得て、地域の子ども達やご家族など多数の方にご来場頂きました。

しかし、大勢の集客を前提とするイベントとしたことで、他人とのかかわりを恐れる特性がある人には、むしろストレスになっていたケースもありました。就労継続支援施設や在宅就労する障がい者による、農産品や製作品を知ってもらい購入に繋げる「福祉マルシェ」の取組みについては、幅広い集客が見込める、お祭りやイベントの機会を活用することが有効です。一方で、出店参加者のストレスとならないよう、スペースや役割分担等における配慮を徹底します。また、集客イベントに限らず、行政等公的主体の会議・イベント時における優先的な調達を促進します。

さざまる市場の企画・運営については、引き続き多世代包括支援センターを中心に取組みます。優先調達については、住民福祉課より庁内各部局に対して呼びかけます。

‘多様性を受け入れる’考えからは、特性に合わせた居場所を提供する必要があります。福祉センターでは、町の保健・福祉サービスを担う複数の官民主体が活動しており、これらの団体は常時情報の共有と連携を密にしており、これによって支援すべき方の多様な困りごとに寄り添った適切な支援を、団体間で補完しながら行うことが可能となっています。

町内には、障がい者の相談や就労・生活の支援を行う事業者があり、団体間のつながりを促進する場として、集客イベントではない情報交換は、定期的の実施継続することとします。さざまる市場は、関係団体が活動や課題を共有しつながる場として、引き続き町が企画し関係者と福祉センターを拠点として情報共有と相互連携を促進していきます。

本町においても、不登校の子ども達が増加しています。義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律（教育機会確保法）を踏まえ、「不登校児童生徒への支援の在り方について」（文部科学省初等中等教育局長通知）が、令和元年に発出されました。教育委員会が相談窓口となり、教育支援センターやフリースクール等への照会・接続を行うことが示されていますが、不登校の切っ掛けや原因は、個人特性や彼等の周辺環境含め多様です。

ひとりひとりに寄り添うことで初めて、個々の事情を自ら進んで相談できるようになります。悩み事の駆け込み寺的な役割を、多世代包括支援センターと福祉センターで活動するボランティアが担います。

県内には教育支援センターとして、佐世保市をはじめ松浦市・平戸市でも活動している組織があります。町としては時津町にもあります。本町においても、既に同様の活動に取り組み得る団体と活動を位置付け、人員含めた体制の強化を支援することが可能です。

住民福祉課と多世代包括支援センターが、教育委員会と連携し国（厚生労働省及び文部科学省）の補助事業や施策について、本町の現活動を持続可能とする一助として、積極的な活用・申請を行います。

さざまる市場 夏まつり (2023年8月5日開催)の様子



(3) 重点事業（展開）

広く住民に対して、障がい等特性を持つ方々の活動を理解し配慮を学習する場として、スポーツイベントや教室が有効です。競技スポーツ大会における、特定疾病や検診促進キャンペーンは、幅広い層への啓発機会となります。

また、競技スポーツではなく健康や身体を動かす楽しさを、障がいを等特性を持つ方、子ども達、高齢者やメタボリックシンドロームを心配すべき大人達が、共通して実感できる機会としての運動教室を、年に数回、さざまる市場イベントにおいて企画・催行します。同時に、単体では参加者増に限界のある、歯磨き指導等の健康啓発イベントを併催することで、広報啓発効果を向上させます。

企画に当たっては、スポーツ推進員や教育委員会の協力も得て、子ども達が両親や祖父母を連れ参加でき、身体を動かすのが楽しいと思える体力・運動能力テストを実施します。体力テストの結果をもとに、障害の有無とはかわりなく、参加者各々の体力と運動能力に適したプログラムで身体を動かします。このことで、障がいの有無を二分的に捉えるのではなく、成長・加齢による体力・運動能力変化の自認と合わせて多様な個性であると捉えることで、多様性への理解と尊重を促進します。また、多様性の理解啓発を進めるためには、子ども世代からの普及促進が必要であり、さらにその子が各家庭で意識啓発のリード役となることで父母・祖父母世代へも波及させる効果を期待します。

多様性を理解し合い、皆が居場所を得て安心して暮らせる地域づくりのために、この取り組みを継続するとともに、多様な主体・個人間の連携・協力・支え合いを推進します。

この取組についても、住民福祉課と多世代包括支援センターが、教育委員会と連携し取組みます。

多様性を受け入れる”やさしい”まちづくり

～ささまる市場からの発展～

ささまる市場開催の経験をもとに、様々な立場に応じた個別の居場所を福祉センターに設けていきます。すでにあるものは充実させ、必要なものは新設します。



多様な人がそれぞれの居場所を求めて福祉センターに集まる事で、緩やかにつながる事による地域コミュニティの活性化を目指します。



センターが憩いの場になることで、多様な人々が集い、集ってくれた人々から有志のボランティアをつのり、人材発掘にも努めます。

【目指す姿・生み出したい状態】

- 子どもが能力を見つけられる、発揮できる仕掛け・環境がある。
- 地域の人とふれあいながら子どもたちが育つ。
- 楽しみながら、人との関わりを学べる。
- 障がいや生きづらさを持った方が、地域の中に居場所があり、活躍できる場がある。
- 町内イベント、町内会行事等において多様性を喜んで受け入れる体制がある。
- ひきこもり・発達障害等の人々が地域活動やボランティアをきっかけに社会参加ができる。
- 自らが望む生活の実現に向けて、意思決定しながら生活できる

【施策・事業】

■ 多様性を理解し合い、誰もが暮らしやすいまちづくり

- 庁舎内をはじめ、学校や企業等に対する出前講座やさざまる市場等のイベントを活用して、障がいや年齢、性別、個々の価値観等の多様性への理解促進と啓発を行います。
- 正しい知識を得ることで、差別をなくし、障がい等の多様性を理解した声かけやバリアフリー化などを含む物理的環境への配慮等を促進します。
- 特性のある子どもや人の親族や関係者が集まり、情報交換や相談ができる場づくりを行います。

■ 障がい者の活躍の場づくり

- 行政が発注する草刈り等の業務について、町内の障がい就労事業所への委託を推進し、障がい就労事業所の商品を優先的に発注することにより、障がい事業所で就労する障がい者の自立を促進します。この優先調達の取り組みを住民福祉課から庁内全体に働きかけを行います。
- 町や社会福祉協議会、町内会主催の行事等において、障がい者等が参加しやすい環境をつくり、参加を促すことにより地域との交流および活躍の場の拡大を図ります。

■ 多様性に応じた居場所づくり（不登校・ひきこもり支援）

- 不登校やひきこもり支援に係る人・場所・資金に関する仕組みづくりについて検討しながら、運営の在り方、学習支援の拡充、社会参加・就労支援等、官民連携による居場所づくりに取り組み、「居場所が多様性を受け入れるあたたかな場所であり続ける」ことを目指します。
- 不登校やひきこもりに関し相談できる場所・窓口を広報誌等で周知徹底するとともに、関係機関と連携し相談機能を拡充させながら、本人や家族を孤立させない体制づくりを行います。

■ つながることによる多様性を受け入れた地域コミュニティの活性化

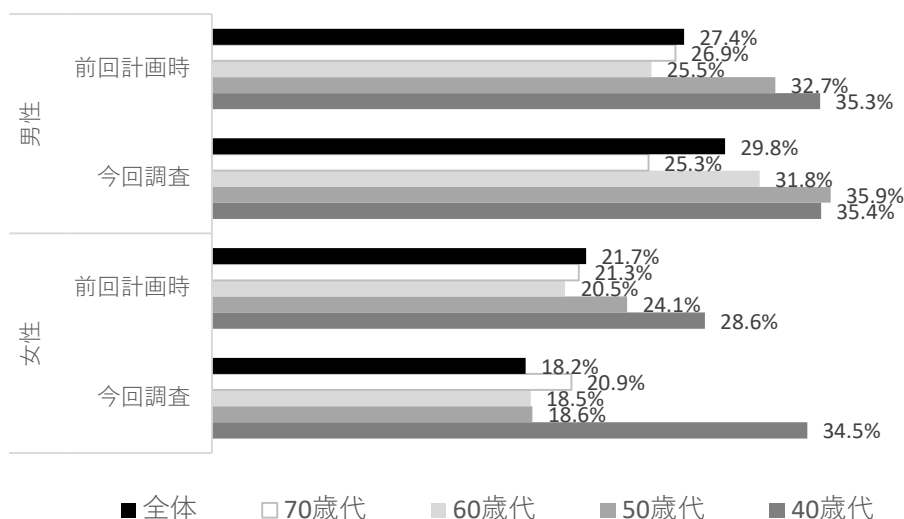
- 「世代や分野を超えてつながることにより、お互いを理解し合える関係づくり」をコンセプトにした「さぎまる市場」の継続的發展を図ります。
- 多様性への理解と尊重を促進し、子どもも大人も特性のある人も誰もが、どこかに安心できる居場所がある環境づくりを推進します。
- 世代や属性を超えた居場所づくりを、福祉ゾーンである総合福祉センターを中心に展開します。子どもが集まり、大人が活躍する、安心して地域の中で子どもが育つシステムのモデル化を図り、総合福祉センターから町内会等の小単位に広がっていくよう推進します。
- 地域ネットワーク情報交換会を通じ、支援・配慮が必要と思われる方について地域関係者と情報共有し、日頃の見守り活動の推進を図ります。

3. 楽しみながら自然に健康になるまちづくり

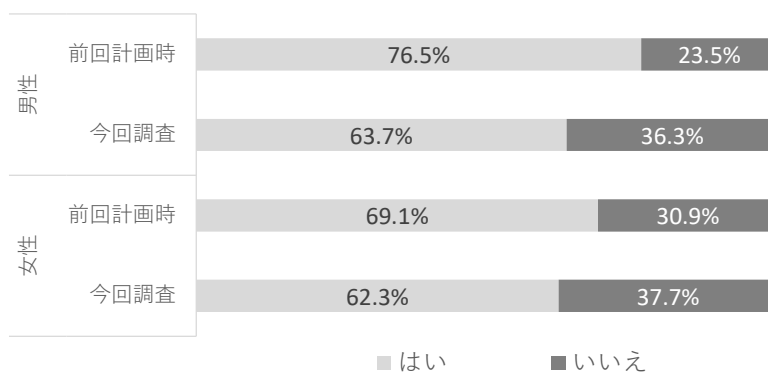
(1) 課題と目標

40・50歳代は仕事と家庭の忙しさから、自分の健康を振り返る機会である健康診断の受診率は3人に1人と低く、同世代のアンケート回答者3人に1人が、肥満度を表すBMI値が25を超えています。運動習慣・喫煙・飲酒・野菜の摂取量・味付けの濃さ等の回答結果も悪化しており、健康寿命が全国に比し高い（長い）という佐々町の特長が、今後保てるかが不安です。

BMI（体重 kg ÷ 身長 m の二乗）が25を超えるアンケート回答者の割合



普段から歩くことを心がけているアンケート回答者の割合



もうひとつの本町の誇れる、介護予防ボランティア等への住民の皆さんの積極的な協力も、御協力頂ける方々が健康であってこそ支えて頂けるものであり、保健だけでなく福祉においても大きな課題です。

‘自然に健康になれる環境づくり’とは、国が運動や食環境づくりの方向性として重視するテーマです。健康無関心層を含む幅広い世代を対象とした予防・健康づくりを推進するとしています。佐々町では、現在の無関心層がむしろ、他世代とくに子ども達を巻き込むことで、楽しみながら能動的に運動・食環境づくりをリードしていくまちづくりを目指す意気込みを、「健康になれる」でなく「健康になる」と標榜します。

(2) 重点事業（喫緊）

長崎県が開発した「歩こーで！（ながさき健康づくりアプリ）」は、スマートフォンにダウンロードし、携帯し歩いた歩数に応じてポイントが貯まり、貯めたポイントに応じて県内店舗で飲食・物販やサービスの購入割引が受けられるアプリです。歩数だけでなく、自身の健康診断やバイタルデータ（脈拍数、心拍数、呼吸数、体温、血圧、酸素飽和度等）も入力保存でき、自身の健康管理の助けにすることができます。県民が同アプリを活用し、健康管理・増進に関心を持ち活用することで、健康寿命を延伸し、元気で長生きを実現することで楽しい老後を送ってもらい、更に介護費用などを含む医療費の抑制を図る目的で開発されたものです。

佐々町では、2023年10月17日時点で、町民の登録者数は249人に留まっていますが、まずは1,000人の登録を目指し、教育委員会による体育協会など文化協会、公民館活動、図書館での啓発、住民福祉課による民生委員定例会、老人会等での啓発、多世代包括支援センターによる定期健康診断や各種イベントの機会を活用しての啓発を行います。

同アプリで貯めたポイントの利用機会を増やし、魅力ある割引等とすることも、登録数増加を促進します。商工会の協力を得て、ポイントによる割引等を実施する協力店の増加を図ります。商工会は会員企業に対して、県の協力店募集の呼びかけに協力されており、個店におけるポイント使用状況データの収集・加工方法については、県担当課（国保・健康増進課）への照会と調整等が必要となるため、県と連携して事業展開を進めます。

また、町内会・子ども会加入率の低下に見られるように、これまであった小単位での地域コミュニティの維持・活性化は、永年の課題となっています。町全体の交流行事やイベントはあるものの、行政部署、団体等、各々で企画をしており、ボランティア等の組織・団体も町内で各々活動されていますが、お互いを知り合うこと、連携する機会が少なく、広がりや助け合いに繋がらない状況です。

子ども達と一緒に身体を動かす楽しみ、食や歯の健康の大切さに気付くイベント・教室等の開催の機会や運営主体とのコラボレーションに重点的に取り組み、皆で健康になる仕組みや場づくりの官民連携を推進します。まずは、これらの活動を行っているボランティアや組織間の連携を強化します。イベント催行情報の共有による参加者の増加に留まらず、企画・準備段階での人員や車両・備品・設備等の貸し借り等、地域全体でこれらの活動を盛り上げることで、地域コミュニティ力の強化を図ります。

(3) 重点事業（展開）

既存の町の広報媒体である町広報誌やホームページ、LINE 公式アカウントを通じた告知という方法を用いて、ボランティアや組織間の連携を強化し、官民連携を推進します。



LINE は本来 SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）のためのアプリであり、人と人との交流を手助け・促進するためのインターネット上のサービスです。町の広報を経由する告知に留まらず、利用者が相互に情報を発信・協力や連携を求める事も可能です。現状でも、公式アカウントへの投稿という形で、協力や連携を求める方が、御自身のメールアドレス等個人情報を開示すれば、当事者間で連絡を取り合うことは可能です。しかし、同アカウントを媒介に、交流したい方が安心して協力や連携を求める事ができるようにするには、アカウント管理者である町が、その運用規定を見直す必要があります。現運用規定は、企画商工課が所管しており、同課と住民福祉課で協議し、住民の皆さんの交流・連携を促進し地域コミュニティ力強化に繋がる形を検討します。

また、デジタルの環境整備だけでなく、リアルな健康づくりの場の整備についても、子ども達との自然教室や農業体験等のイベントを行う場として、佐々川や農業体験施設の安全で自由度の高い利活用を促進するために、施設や設備等ハードの整備とともに、管理者である町の管理規定の見直しについても検討します。これについては、住民福祉課と多世代包括支援センターで教育委員会

や農林水産課と連携し取組みます。

自然に健康になるまちづくり ～コラボレーションからの発展～

運動や食環境を整え、自然に健康になる環境づくりに取り組めます。その為の環境、施設を利用しやすいよう制度を見直してゆきます

健康増進・川辺のウォーキングルートの再整備



親水階段を整備し
佐々川を親しみやすい川に

体験イベントを通じて子どもたちと
ともに健康になる

スマホアプリ・スマートウォッチなどを活用し、運動することでポイントが貯まり、店舗で使える仕組み作りに取り組めます

歩数や心拍を記録できるツールを用い
運動することでポイントが溜まる

ながさき健康づくりアプリ
「歩こーで！」



溜まったポイントは様々な
店舗で使うことができる

【目指す姿・生み出したい状態】

- アプリや SNS などのデジタル技術の活用により、健康づくりの取り組みへのインセンティブ付与を進め、無関心層に向けた普及啓発が進む。
- 運動をやらされるではなく、楽しく自らが進んでできる。
- 若い世代や女性が安心して、子育てと仕事の両立ができる。
- 事業やイベントを通じ、心身に関する正しい知識を持ち、健診受診により、自らがライフスタイルを見直すとともに、現在の未病の状態や将来の疾病リスクについて、「自分ごと」として捉えることができる。
- その後の生活習慣病改善に向けたサービスや情報等の利用支援により健康と介護予防につながる。

【施策・事業】

- 商工会や町内会・町内企業とコラボした効果的な事業やイベントの普及啓発（ながさき健康づくりアプリの活用）

- 各種事業・イベント毎に「歩こーで！（ながさき健康づくりアプリ）」の普及啓発を図り、住民の登録数を増やしていくとともに、商工会会員等店舗の協力店登録を促進します。
- 世代や対象の特徴に合わせた効果的な事業やイベントを通じ、ながさき健康づくりアプリを活用した健康づくりポイントやチケットを活用し、商工会や町内会、町内企業とコラボした健康づくりを推進します。
- 町内会とコラボした地域型の健康づくりを推進するため、いきいき百歳体操など既存の事業に新たな健康づくりイベントをコラボするなど更なる展開を推進します。

■ 多世代で参加できるたのしい！体験型健康イベント

- 福祉センターのリハビリ室を活用しての健康づくりや、河川敷など町内ウォーキングコースを活用したイベントを通じて、楽しく運動できる環境の整備に取り組みます。
- 多世代が様々なメニューで楽しめる健康まつり（がん検診や歯科保健に関する健康づくりキャンペーンなど）について、関係機関とコラボして企画・催行し、町ぐるみで健康を推進します。

■ 子どもだけでなく親が学び育つ居場所づくり（子育て、食、運動、学習、教育委員会との連携）

- 子ども達を中心に様々な世代が身体を動かす楽しみ、食や歯の健康の大切さなどに気付くイベント・教室等の開催の機会や運営主体とのコラボレーションに重点的に取り組み、皆で健康になる仕組みや居場所づくりの官民連携を推進します。
- 農業体験施設、皿山公園、サンビレッジ佐々等の公共施設を活用し、自然観察と組み合わせた健康づくり、農福食学連携やイベントを関係機関・関係団体とともに展開していきます。

■ 関係団体がつながる健康づくり

- 単体の開催では集客に限界があるため、関係団体の連携により開催されるさざまる市場等において、健康啓発イベントを企画・催行します。
- 障がい等の特性を持つ方、子ども達、高齢者やメタボリックシンドロームを心配すべき大人達が、共通して健康や身体を動かす楽しさを実感できる運動教室を関係団体と連携して併催します。
- 医療・介護・健康データから健康課題を抽出し、課題に応じた健康情報の提供を行うとともに、地域、医療、職域、ボランティア、生活関連産業等と連携し、疾病予防・重症化予防と健康づくりのための仕組みを構築していきます。

4. 持続可能な体制・取組みに向けた官民連携

(1) 課題と目標

以上3つの重点施策は、各々が密接に関係しているため、個別具体事業は3つのうち複数に当てはまるものが少なくありません。よって、法定の個別計画に同一の事業が、異なる目的を掲げて位置付けられることもありますが、保健・福祉の様々な分野の課題に、同一の地域で共通認識を共有して取り組む際には、このようなむしろ縦割りの樹形図で整理すべきではないと考えます。短期的にすぐ取り組む喫緊の各施策・事業は、その継続と同時に関連する取り組みの契機となり、共生まちづくりを促進する重要な役割を担っています。

これらの重点施策・事業が相互に好循環し相乗効果を上げていくため、デジタル化が急速に進む中で、個人情報を含むデータを、安心して保健・福祉の分野で有効に活用する仕組みを創ります。

(2) 重点事業（喫緊）

本町の住民健診受診率は高く、全国的にも評価されています。蓄積された健診データからは、個々人の身体の変化だけでなく、特定の疾患発症リスクと食生活や生活習慣との関連の研究や、その成果を踏まえた保健指導や介護指導等に活かすことができます。

福岡県の久山町では、町と九州大学が協力し 1961 年から町民の方々を対象に、疫学調査「久山町研究」を行ってきました。この長期にわたって得られたデータと研究成果を、町民の方々の健康増進にさらに活かすため、将来の病気の発症リスクを計算し、天気予報のように分かりやすく表示する ICT ツール「ひさやま元気予報」を開発・提供しています。病気の発症リスクの算出に使用される数式化は、久山町研究で得られたデータの蓄積があって初めて可能となりました。



ひさやま元気予報では、50年以上続く久山町研究（生活習慣病の成り立ち）の成果に基づき、将来の生活習慣病の発症リスクを提示するとともに、生活習慣の改善効果をシミュレーションすることができます。



出所：「生活習慣病発症予測（ひさやま元気予報）」ふくおか健康づくり県民運動情報発信サイト

そもそも、健康診断受診率や喫煙率等の K P I（重要評価指標）を検証する際、同一人物の行動変化（改善）は、回答者を特定し比較することのできないアンケートから把握することはできません。まずは住民の健康管理・指導に役立つデータから、データを活用し個々人にオーダーメイドの健康指導ができるようになるサービス高度化のためには、どのような情報の収集・管理体制や制度を含めた枠組み、必要な施設・設備等が何なのかについての議論からスタートする必要があります。佐々町の保健・福祉施策の持続可能な推進に有用な、デジタル情報活用によるサービスの高度化・再編（DX）の検討を先行します。

住民福祉課と多世代包括支援センターが、関係部局である企画商工課と連携し、取り組みます。

(3) 重点事業（展開）

ウォーキング等の運動履歴、健康診断結果やバイタルデータを、どの範囲・頻度で健康増進のためのアドバイスとして個人にフィードバックするのか、データを活用した健康増進事業のさらなる展開についての検討が必要です。GPS（全地球無線測位システム）と連動すれば、バイタルデータの常時計測とともに、ウォーキング経路の保存やグループ設定した相手との共有も可能となり、歩行者交通量や安否確認等、安全・安心なまちづくりへの活用も可能となります。歩行時の重心位置変動のデータから、転倒リスクだけでなく認知症の早期発見・治療に繋げることも可能です。

岩手県一関工業高等専門学校先生・生徒が起業した磐井 AI 株式会社は、日々の継続的な歩行モニタリングを通じて、回復率の高いMCI段階での認知症早期発見を行うシステム「D-walk システム」を開発し、実証実験を繰り返し解析精度向上に取り組んでいます。本町が表彰された第 10 回プラチナ大賞で、経済産業大臣賞を受賞した取組みです。



出所：磐井 AI 株式会社(一関工業高等専門学校)ホームページ

個々人の身体情報や検査所見・診療記録等は、もちろん個人情報であり、公共目的であれば猶更、その有用性に配慮しながら個人の権利や利益を守ることが、個人情報保護法の観点から必須です。どこまでの個人情報を、どのような目的で、誰が活用し、自助・共助・公助に役立てるのかについては、具体事例を、医療・法曹・情報技術等の専門家による十分な検討が必要です。その上で改めて、本町における保健・福祉分野のデジタル化の方針を、町民の皆さんに提案し問う必要があります。

住民福祉課と多世代包括支援センターが、関係部局である総務課・企画商工

課と連携し、取り組みます。

昨今の異常気象と災害の頻発及び激甚化は、地球温暖化が進展する中さらにその傾向が強まっています。行政に個人情報の平時開示を了解した支援者については、要支援者名簿の支援想定者・団体への開示がなされ、個別避難計画の検討・共有知化が行政の努力義務となっていますが、平常時の地域コミュニティの情報共有の核となる自治会等への情報共有はありません。

また、佐々町においても不登校の子ども達が増加傾向にありますが、登校時に見守り立ちしているボランティアには、民生児童委員ではない方も居られるため、元気のない子や朝ご飯も食べず遅刻必至の時間に登校しているような子への声掛けや、長期に休むような際に、自宅を訪ね安否確認を行う等が許されず、歯がゆい思いをする方もおいてになります。いくら本人の了解と法制度に則り適切な手続きを経ても、個人情報を収集・活用し「覚悟あるお節介」に踏み切るには、具体的な個人情報取り扱いのケーススタディを含め、プロセスの透明性を担保した上で、個人情報保護条例の見直しについても視野に入れた、腰を据えた議論と合意形成を始める必要があります。

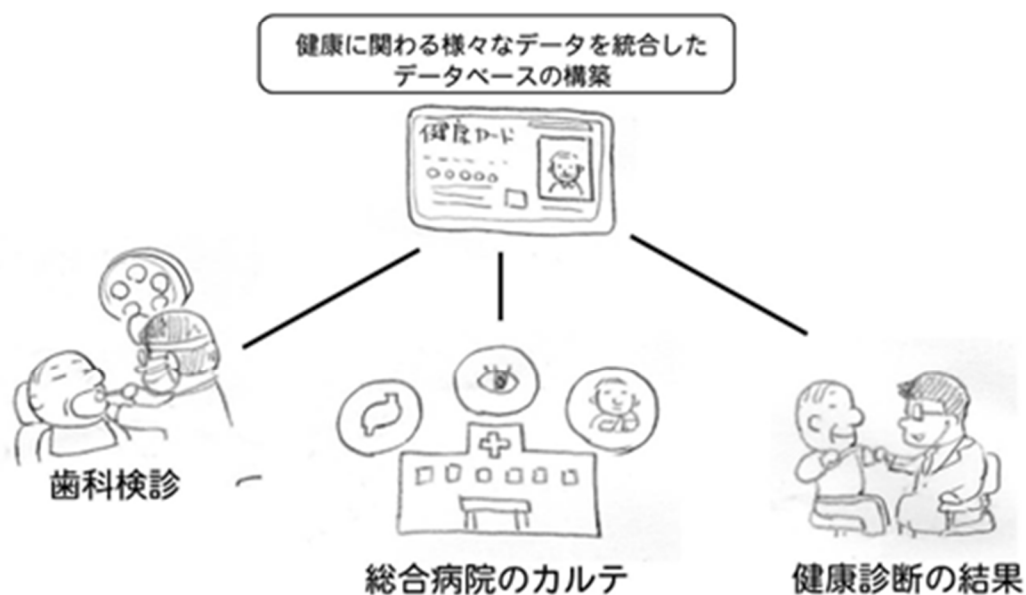
このことは、保健・福祉の分野に留まらない町民全体の大きな課題ですが、本計画で基本方針（施策の柱）とした、「自然に健康になるまちづくり」、「ひとりひとりに寄り添う’佐々モデルのさらなる展開」、「多様性を喜んで受け入れる‘やさしい’まちづくり」の全てに関わり、これらの取り組みを持続可能とするために整理せねばならない問題です。

住民福祉課と多世代包括支援センターが、関係部局である総務課と連携し、取り組みます。

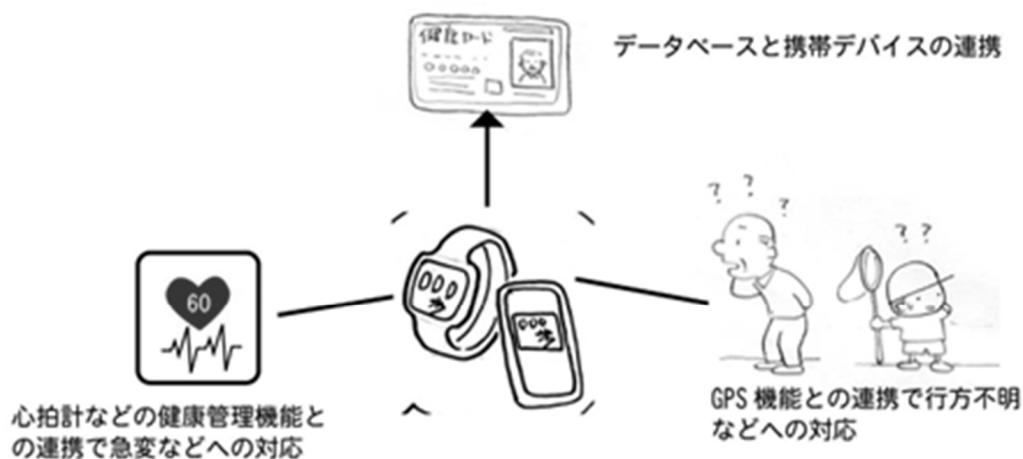
持続可能な体制・取り組みにむけた官民連携

～保健・福祉分野のデジタル化推進～

デジタル化が急速に進む中、様々なデータがデジタル化されています。今はバラバラなこれらのデータを一つのデータベースに統合することをめざします。



さらに、そのデータベースにスマホアプリ・スマートウォッチなどを連携させることで、より細やかな保険・福祉が可能になります



これらを実現するためには官民の連携と、制度整備が必要となります。また、施設・設備等も必要となるでしょう。その為の議論をスタートさせ、デジタル情報の活用についての検討を進めてゆきます。

【目指す姿・生み出したい状態】

- デジタルデータを活用し、保健・福祉分野のサービスを、よりひとりひとりに寄り添った付加価値の高いものにしていきます。
- 安心できる個人情報に関するルールと運用によって、地域内の見守りや助け合いが持続可能となる。

【施策・事業】

■ 健診結果からみえる健康状態及び課題分析の必要性の検討

- 町のデータヘルス計画から見える健診結果の情報等のデータ分析にもとづき疾病予防のための効率的・効果的な取り組みについて検討します。また町内開業医との協力を得ながら医療との連携による健康づくりのシステムを検討します。さらに、町民自身が自分の健康状態をチェックできるツールなどの導入について検討します。

■ 地域ポイントでつながる自助・共助のまちづくり

- 地域通貨やボランティアポイント、健康づくりポイントなどの「あたたかいお金」を活用した新しい取り組みを検討します。地域全体がいきいきと元気になる仕組みづくりを目指します。

■ ‘覚悟ある’ お節介の必要性とこれを可能にする取り組みの検討

- 具体的な個人情報取り扱いの事例検討を行い、個人情報保護に関する課題の整理と解決に向けた検討を始めます。

第5章 計画の推進

計画策定後、実際の取り組みを持続可能なものとするために、各施策・事業の進捗をチェックし、目指すべき地域共生社会の実現度（総合的な効果）を定期的に評価し計画自体を見直すPDCAサイクル（Plan,Do,Check,Action）の励行が引き続き重要です。

地域共生推進協議会は計画策定後も、本計画で示された施策・事業の進捗と効果を検証する場とします。地域共生推進協議会の委員は、それぞれが健康・福祉の分野で活動されています。活動の持続可能性や展開、課題を共有し、本計画の重点施策や事業を取りまとめました。地域推進協議会の委員は、何らかの当事者として関わる機会を持つ方々です。分科会において各種事業の計画や実行に関わっていただき、事業の推進を図ります。よって、地域共生推進協議会委員による計画のPDCAは、第三者評価でもあり、自己評価の側面を持ちます。

よって、本計画のPDCAサイクルにおいては、地域共生推進協議会における評価を広く住民に開示することが重要です。住民の幅広い参画により、地域住民と共に本計画を推進します。

重点施策・事業推進のスケジュール

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
地域共生推進協議会（計画のPDCA）	計画の策定	検証				評価・更新
‘ひとりひとりに寄り添う’ 佐々モデルのさらなる展開						
つなぐ BANK 佐々支部の開所～規模・支援対象の拡大	支部開所	寄付・取扱量と支援対象の拡大				
つなぐ BANK 運営・協力体制の強化		運営法人設立・専門人材の雇用、協力体制強化				
コミュニティバンク機能の拡充検討		専門人材の雇用、ふるさと納税寄付金用途化				
多様性を喜んで受け入れる ‘やさしい’ まちづくり						
関係団体を中心とした情報共有と協力連携	町の LINE 公式アカウントの活用	LINE アプリ等 SNS 化				
就労継続支援事業所等からの優先調達の促進	役場の率先	製品情報の提供・協力の依頼				
啓発とともに特性への配慮に留意したさざまる市場継続						
個々人の特性に配慮した運動教室の企画・実施	イベント試行	人材確保・研修、事業計画策定、資金調達			常設化	
楽しみながら自然に健康になるまちづくり						
ウォーキングアプリの普及啓発（ダウンロード数増加）	1,000DL	3,000DL			10,000DL	
町内協力店増加促進・デジタルマーケティングの推進						
健康データの保健指導への活用						
デジタル田園都市交付金を活用した実証実験	総合戦略見直し	交付金申請	実証実験			
持続可能な体制・取組みに向けた官民連携						
個人情報保護条例等計画推進に必要な制度見直し	検討の場設置			答申		改正・施行

健康さざ (第3次) 目次

第1章	計画の策定にあたって.....	69
第2章	本町の現状.....	71
第3章	基本理念・基本方針.....	92
第4章	具体的な取り組みと目標.....	94
	1) 栄養と食生活 (食育推進計画)	
	2) 身体活動と運動	
	3) たばこ	
	4) アルコール	
	5) 歯と口腔の健康	
	6) 休養とこころの健康づくり	
	生活習慣病 (NCDs) の発症予防・重症化予防	
	1) がんと循環器疾患	
	2) 糖尿病	
	3) COPD	
	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	
	1) 次世代の健康	
	2) 高齢者の健康	



第1章 計画の策定にあたって

1. 計画の位置づけ

平成14年に制定された健康増進法は、国民の健康維持と現代病予防を目的とし、国民が生涯を通じて自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努めなければならない事を規定しています。同法制定により廃止となった栄養改善法からの変更点として、健康維持を国民の義務とし、自治体や医療機関などに協力義務を課していることが特徴です。同法において、市町村は、国（厚生労働大臣）の定める基本方針及び都道府県が策定する健康増進計画を勘案し、住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画を、市町村健康増進計画として定めるよう努めることとされています。また、国の基本方針において、市町村健康増進計画の策定については、政策的に関連が深い他の計画等に定める内容が、健康増進計画に定める内容と重複する場合には、両計画を一体のものとして策定することも可能であるとされています。

食育推進計画は、平成17年に制定された食育基本法において、国（農林水産大臣）が定める食育推進基本計画及び都道府県が策定する食育推進計画を基本として、当該市町村の区域内における食育の推進に関する施策についての計画として作成するよう努めることとされています。本町においては、平成27年3月に、「健康さぎ21（第2次）」として、健康増進計画と食育推進計画を一体的に策定しました。

2. 計画の期間

長崎県においては、健康増進計画「健康ながさき21（第2次）」は、平成25年度から令和4年度までの計画期間でしたが、令和3年8月4日付けの国の告示により「健康日本21（第二次）」の計画期間が1年延長され令和5年度までとなったことから、同様に令和5年度まで計画期間が延長されました。現在、令和6年度からの次期計画の策定中です。計画期間は、国の「健康日本21（第三次）」との整合性を図るため、令和6～17年度までの12年間とすることが、8月4日公表された骨子案で示されました。計画期間中に、国に準じ中間評価を行うこととしています。食育推進計画については、令和3年3月に第4次食

育推進計画（計画期間：令和３年度～７年度）を策定済みです。

本町においては前回同様、健康増進計画と食育推進計画を一体的なものとして策定します。また本計画は、現在策定中の「第Ⅰ期佐々町保健福祉総合計画（令和６年度～ⅠⅠ年度）」と整合し包含されるものとするため、計画期間をこれに合わせて令和６年度～ⅠⅠ年度の６か年とし、国・県の健康増進計画の中間評価を踏まえた見直しのタイミングと合わせます。

第2章 本町の現状

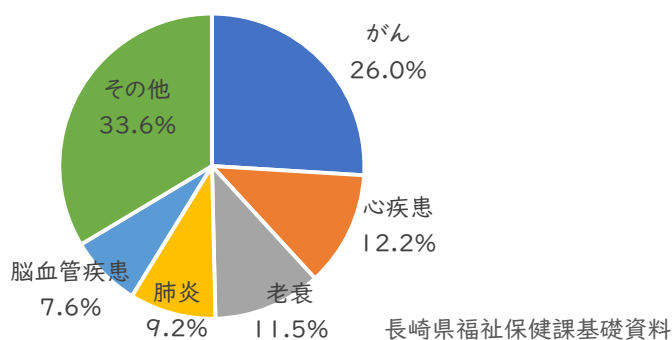
1. 現状と課題

(1) 死因

死因別死亡数・死亡率（人口10万対）

		H29	H30	R1	R2	R3
悪性新生物（がん）	実数	48	37	32	34	
	率	351.3	269.2	231.4	244.4	
心疾患	実数	20	18	15	16	
	率	146.4	131	108.5	115	
脳血管疾患	実数	20	12	8	10	
	率	146.4	87.3	57.9	71.9	
肺炎	実数	9	6	10	12	
	率	65.9	43.7	72.3	86.3	
肝疾患	実数	1	0	2	0	
	率	7.3	0	14.5	0	
腎不全	実数	1	1	3	2	
	率	7.3	7.3	21.7	14.4	
老衰	実数	14	15	19	15	
	率	102.5	109.2	137.4	107.8	
慢性閉塞性肺疾患	実数	0	4	2	2	
	率	0	29.1	14.5	14.4	
不慮の事故	実数	2	8	5	4	
	率	14.6	58.2	36.2	28.8	
自殺	実数	3	3	4	0	
	率	22	21.8	28.9	0	

令和2年の死亡原因の順位は1位；がん、2位；心疾患、3位；老衰、4位；肺炎、5位；脳血管疾患となっています。

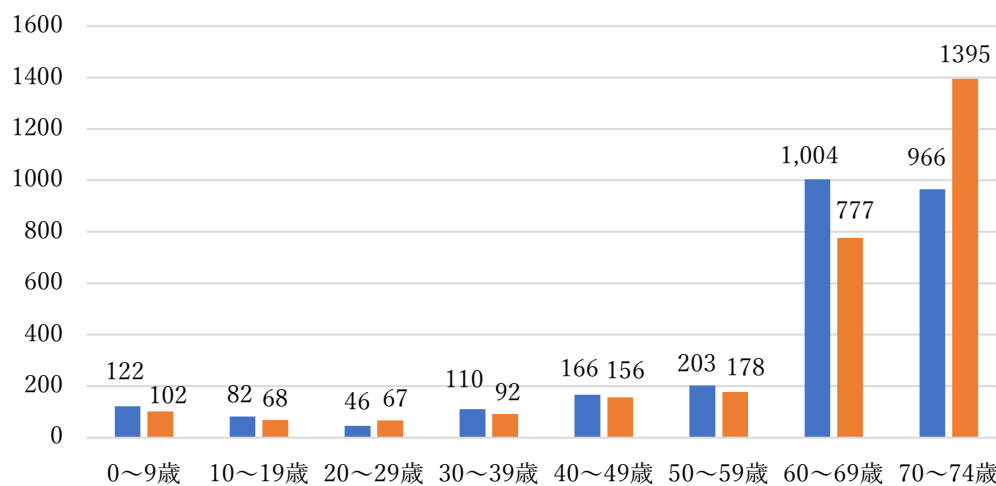


死亡原因はがん、心疾患、老衰が全体の半分以上を占めています。

(2) 国民健康保険における受診件数と医療費総額

医療機関への受診件数については60代から増加しています。

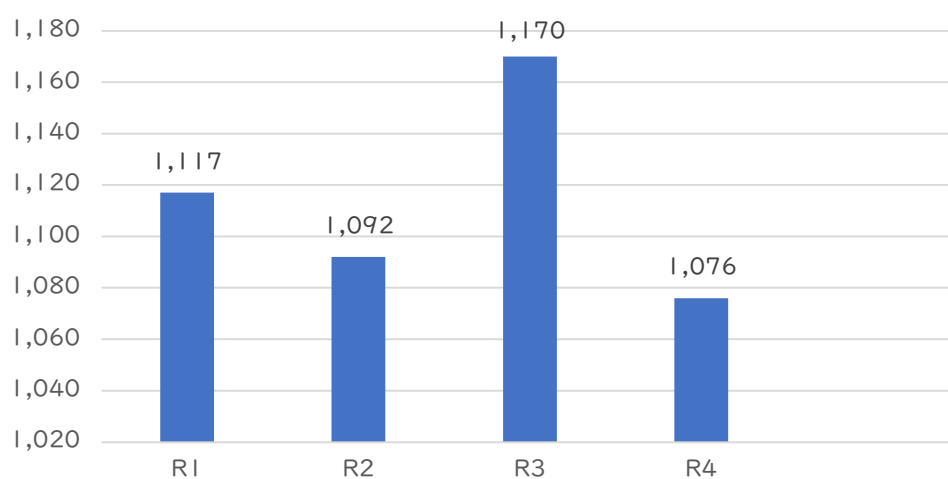
受診件数



長崎県国民健康保険疾病分類統計資料

■ H30受診件数 ■ R4受診件数

佐々町の総医療費の推移(百万円)



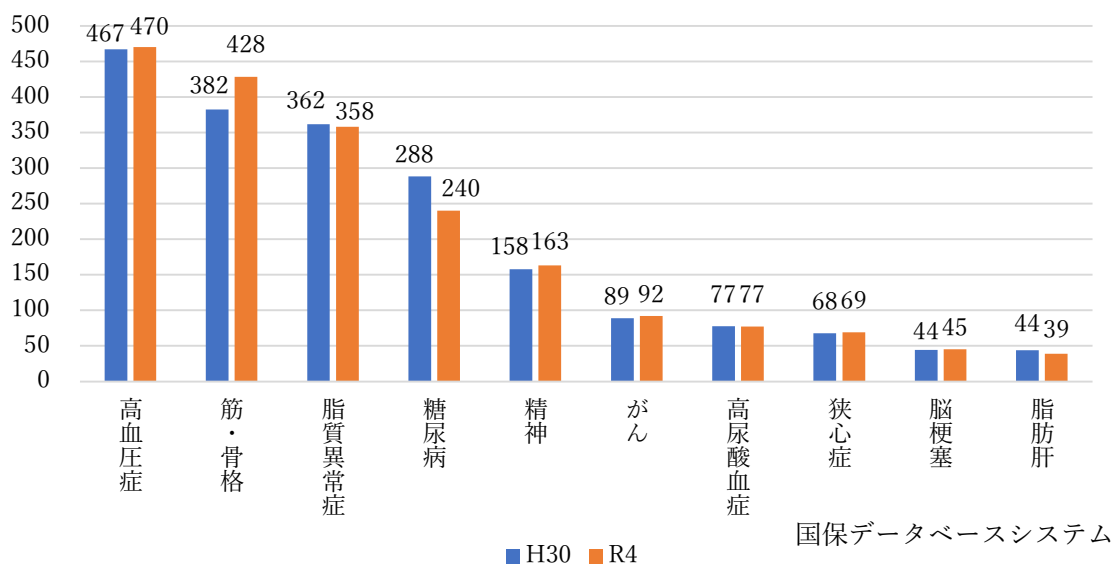
国保データベースシステム

医療費総額はR1年度から令和2年度にかけて減少傾向でしたが、令和3年度に増加し令和4年度は減少傾向です。

(3) 生活習慣病

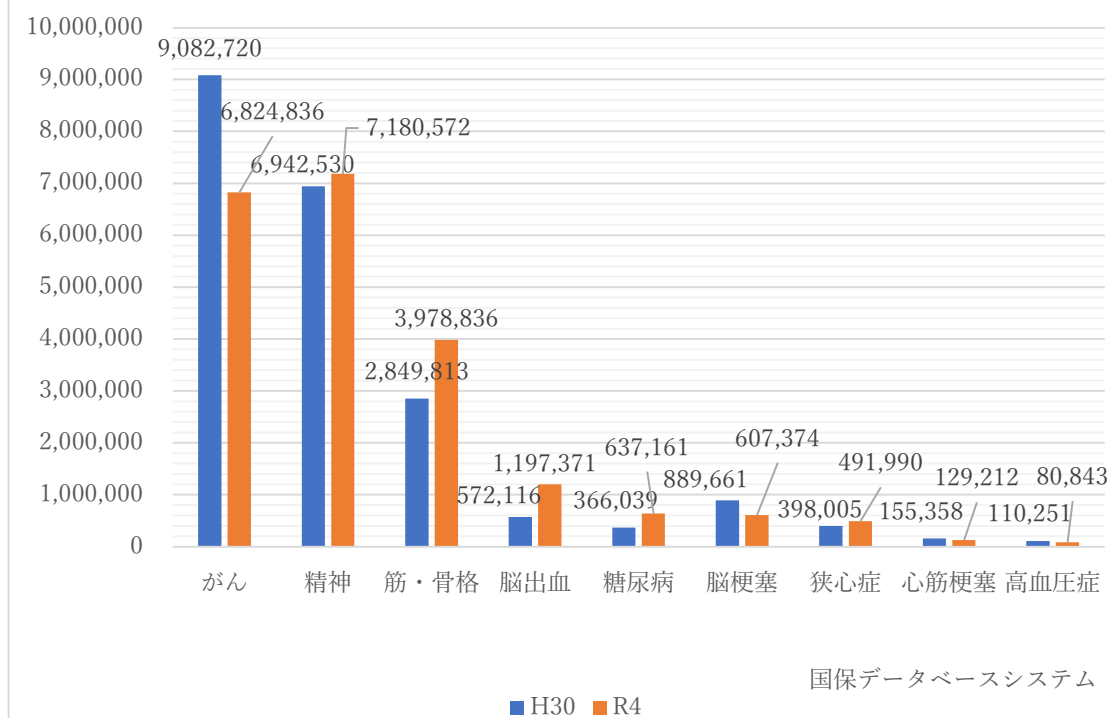
患者千人当たり約半数は高血圧症を発症しており、筋・骨格系の患者数が増加傾向です。

患者千人当たり生活習慣病患者数



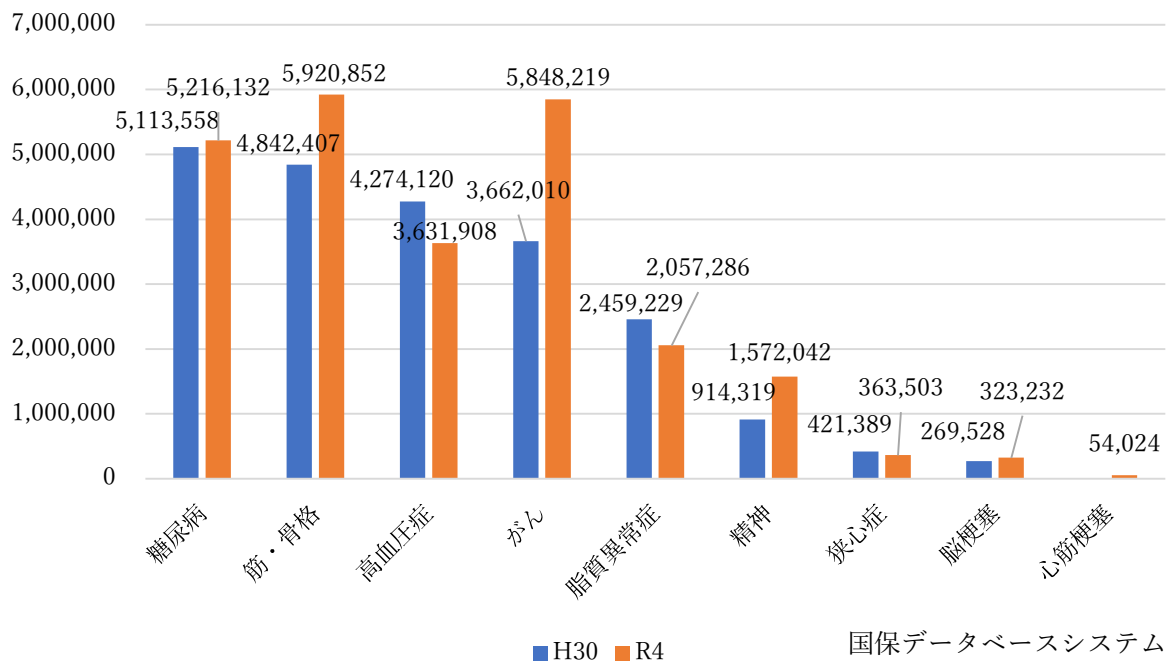
入院医療費については、筋骨格系の医療費が増加傾向です。

1保険者あたり生活習慣病の入院医療費点数



外来医療費点数については、筋・骨格系の医療費が大幅に増加しており、高血圧症の医療費は減少傾向です。

1保険者あたり生活習慣病の外来医療費点数



(4) 住民健診

特定健診とは生活習慣病の予防のため、対象者（40歳～74歳）の方にメタボリックシンドロームに着目した健診を行うものです。本町の同健診受診率は、長崎県や全国と比較して高いですが、新型コロナウイルス感染拡大による大幅な低下からの回復が、長崎県や全国平均に比して遅れています。年齢別にみると、40歳代・50歳代の受診率が低く、総じて女性よりも男性の受診率が低い傾向があります。

子宮頸がん以外のほとんどのがん検診受診率は新型コロナウイルス感染症の蔓延による受診控えにより減少しています。

(%)

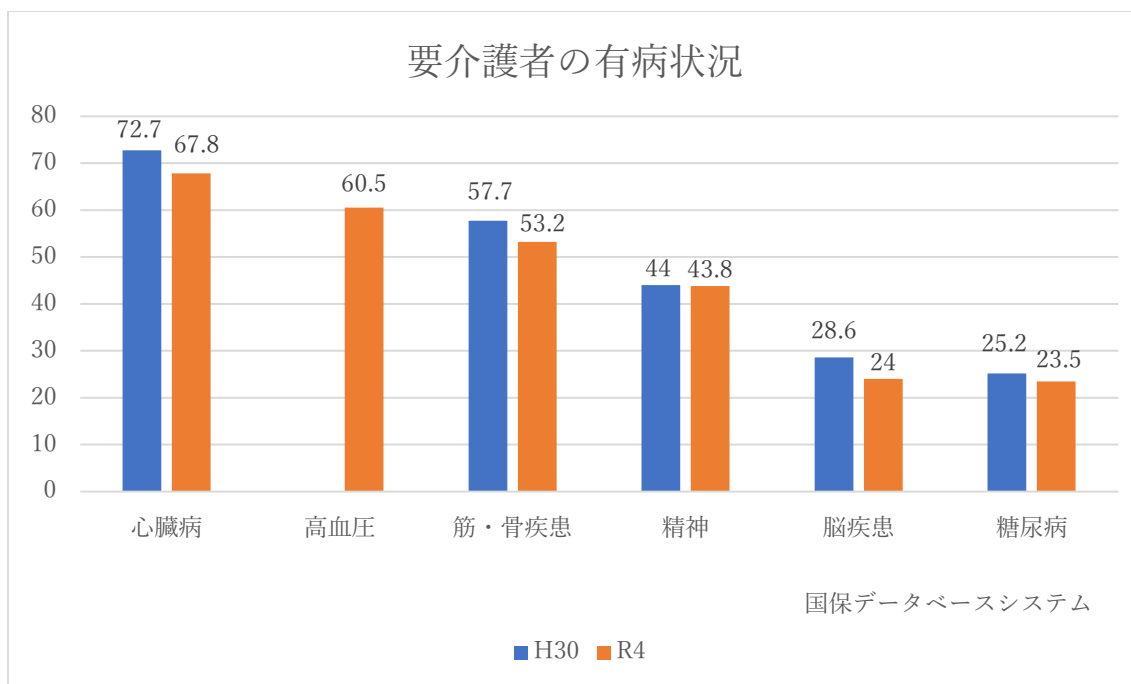
区分	H30	R1	R2	R3	R4
胃がん	20.5	19.6	18.5	16.6	16.9
肺がん	28.4	28.2	19.0	23.8	24.1
大腸がん	24.7	25.0	17.4	22.2	22.6
子宮頸がん	23.5	23.6	24.3	23.5	23.0
乳がん	33.3	33.0	33.2	30.6	29.7

出所：「地域保健・健康増進事業報告」厚生労働省

(5) 健康寿命と高齢者

健康寿命については、近日中公開の県データで追記。

要介護者の有病状況については心臓病、高血圧、筋骨疾患、精神、脳疾患となっています。



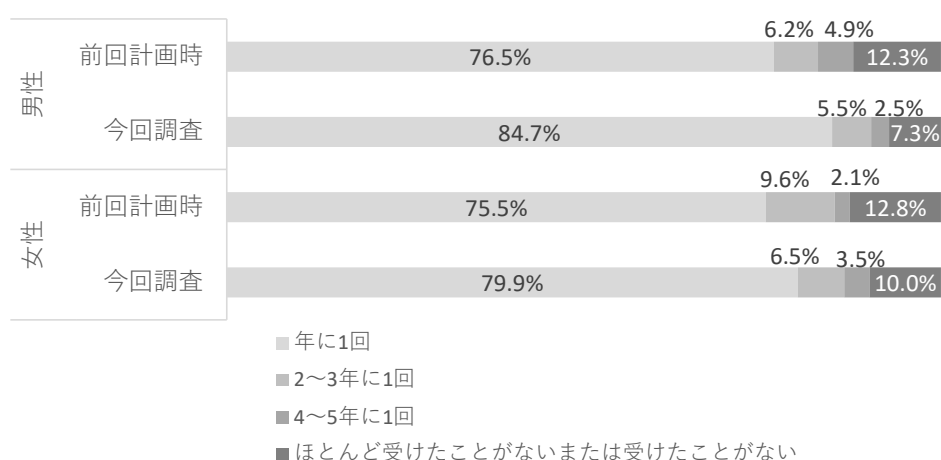
(6) アンケート結果の前計画との比較

本計画策定のために予定していたアンケートは、前回計画同様対象者を20～80歳代の町内居住者に限った調査票による実施を当初計画していましたが、「第1期佐々町保健福祉総合計画」策定に当たり町内全世帯に対して同時期にアンケートを実施するため、回答者の負担を鑑み方針を変更、保健福祉総合計画策定のためのアンケート調査票中に、一部本計画策定に関連する設問を入れ実施しました。以下同アンケートより、前回計画との比較を行うため、20～80歳代の回答者の回答から、本計画策定の参考とすべき項目を抜粋しました。この結果、以下のような年齢構成の回答者による回答結果となっています（図中のnは有効回答（回収）数ですが、各設問で未記入等の数は異なります）。参考までに、前回計画時のアンケート調査は、20～80歳代まで年代ごとの男女各30名を対象として、平成26年11月1日～15日までの期間で実施され、回収率は42.9%（n=180）でした。

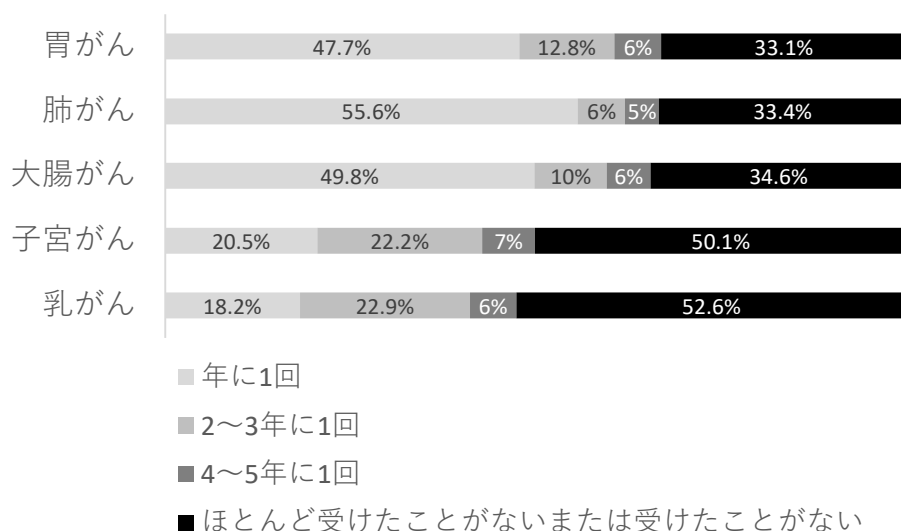
男性 (n=1,422)	30代	40代	50代	60代	70代	80代
	8.6%	12.7%	12.7%	21.2%	30.5%	11.3%
	20代 2.9%					
女性 (n=746)	30代	40代	50代	60代	70代	80代
	8.4%	14.9%	11.7%	16.4%	22.1%	21.4%
	20代 5.1%					

■健（検）診受診頻度（問 8 より）

問 8「あなたは、どれくらいの頻度で健（検）診を受診していますか？」の有効回答中で、年 1 回健診を受けているとした回答は、男性 84.7%・女性 79.9%で、いずれも前回計画時よりも増加しています。ほとんど受けたことがないまたは受けたことがないとの回答も、男女ともに前回計画時より改善（減少）しました。前述の特定健診の受診率に比し、前回計画時同様、アンケート結果においては、高い頻度の回答率が多くなっています。

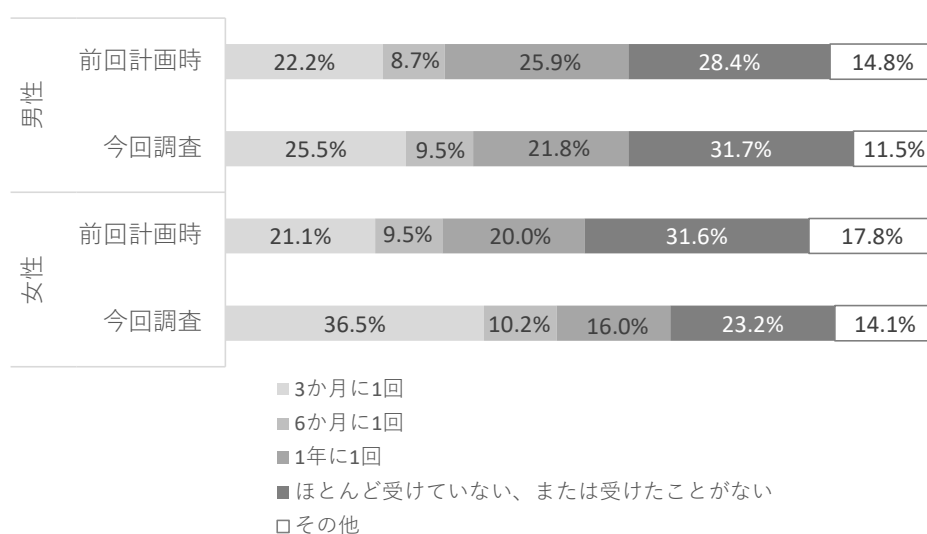


がん検診については、前回計画時の調査結果が数値不詳のため比較は有りません。前回計画策定時の目標値と比べ、胃がんや大腸がんの受診率は高い一方、肺がん、子宮がん、乳がんの受診頻度は相対的に低い水準にとどまっています。



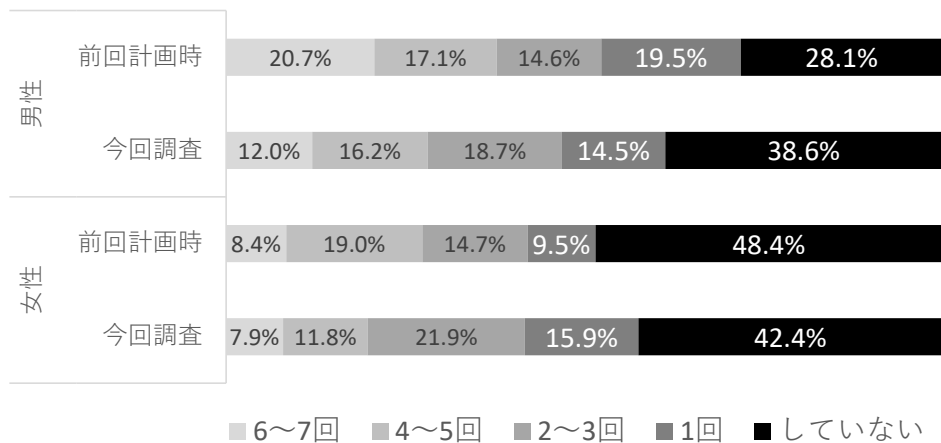
■ 歯科検診受診頻度（問 12 より）

問 12「あなたは、どれくらいの頻度で歯科医院での歯科検診を受けていますか？」の有効回答中で、1年に1回以上受けているとした回答は、男性は56.8%で前回計画時の調査結果と同率でしたが、女性は62.7%（前回50.6%）と大幅に増加しています。ほとんど受けていないまたは受けたことがないとの回答も、女性は23.2%（前回31.6%）と改善（減少）しましたが、男性は31.7%（28.4%）と増加しています。

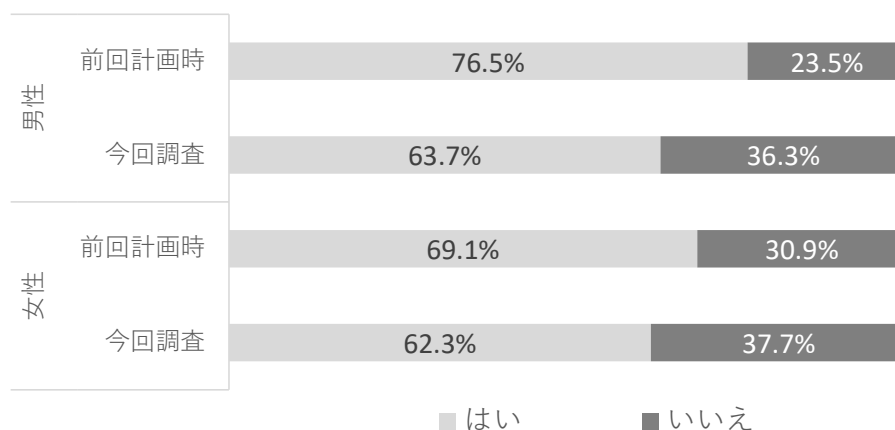


■ 運動習慣（問 6、問 7 より）

問 6「あなたは、1回30分以上の運動を週に何回していますか？」の有効回答中で、週2回以上運動しているとした回答は、男性46.9%（前回52.4%）・女性41.6%（前回42.1%）といずれも前回を下回りました。していないと回答した比率は、男性38.6%（前回28.1%）・女性42.4%（48.4%）と、男性は悪化（増加）しています。女性は改善（減少）しましたが、男性に比べて女性の方が運動習慣が相対的に無いことが解ります。

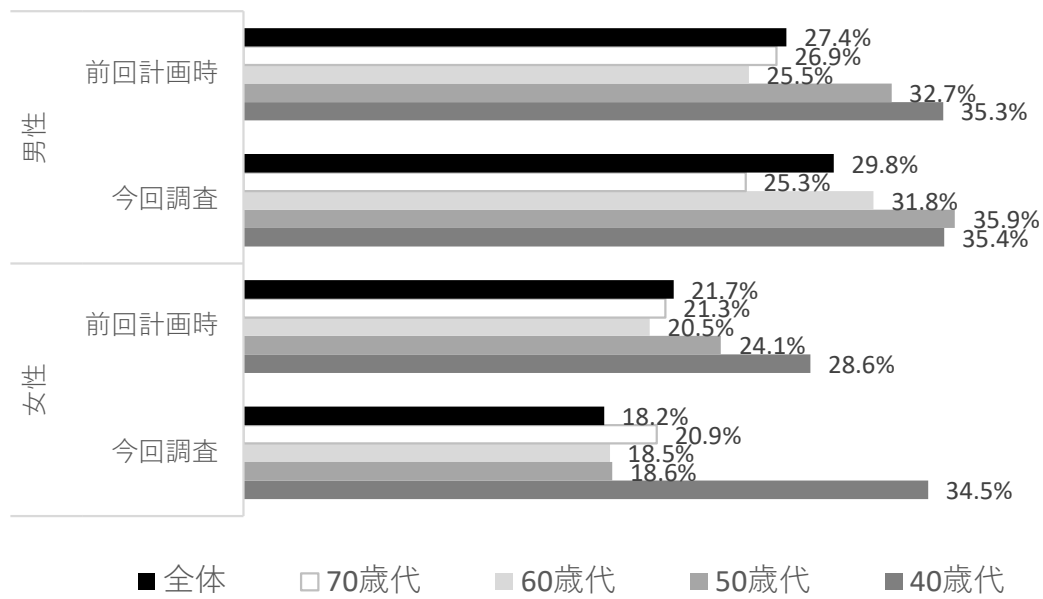


問7「あなたは、普段から歩くことを心がけていますか？」の有効回答中で、心がけているとした回答は、男性 63.7%（前回 76.5%）・女性 62.3%（前回 69.1%）といずれも前回を下回りました。



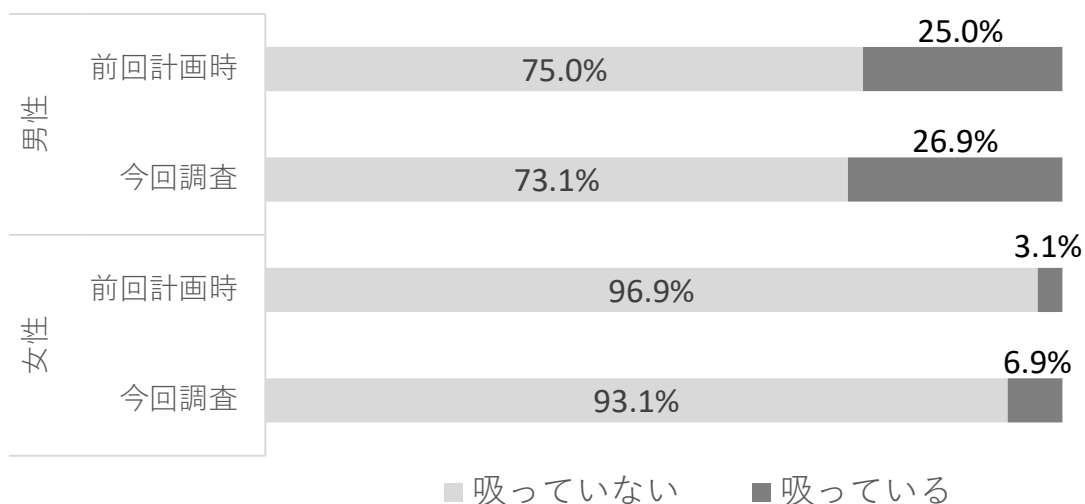
■適正体重（問5より）

問5「あなたの身長と体重を記入してください」から、各回答者のBMI（体重kg÷身長mの二乗）を計算し、同値が25を超える回答者の割合を調べました。男性は29.8%（前回27.4%）と増加しましたが、女性は18.2%（前回21.7%）と減少しています。年代別に見ると、40歳代・50歳代（とくに女性は40歳代）で回答者の三分の一を超えています。

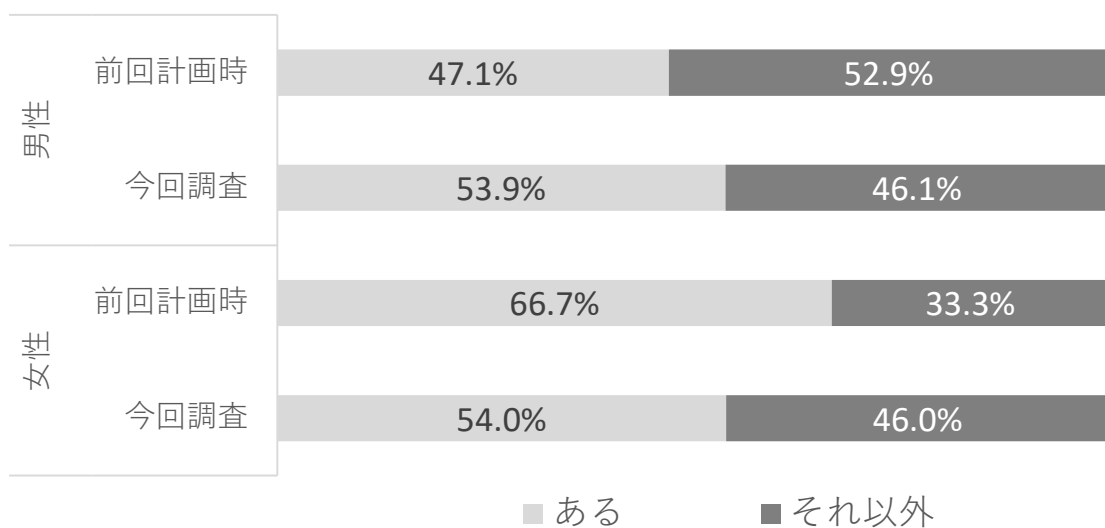


■喫煙（問9より）

問9「あなたは、タバコを吸っていますか？」の有効回答中で、吸っていないとした回答は、男性73.1%（前回75.0%）・女性93.1%（前回96.9%）といずれも前を下回る結果でした。

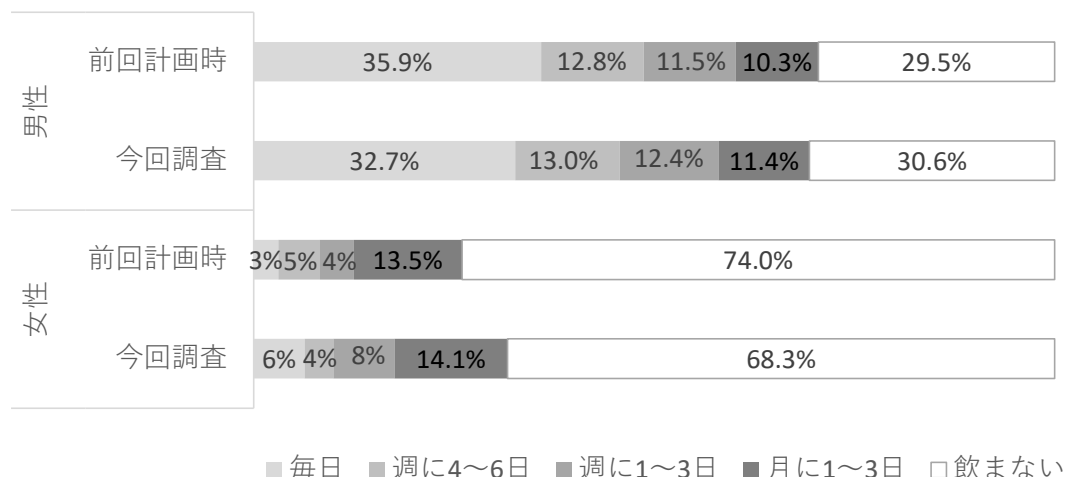


問9-2「(問9で吸っていると回答した方にうかがいます) あなたは禁煙に関心がありますか？」の有効回答中で、あるとした回答は、男性は53.9%（前回47.1%）と前回よりも増えましたが、女性は54.0%（前回66.7%）と減少しています。

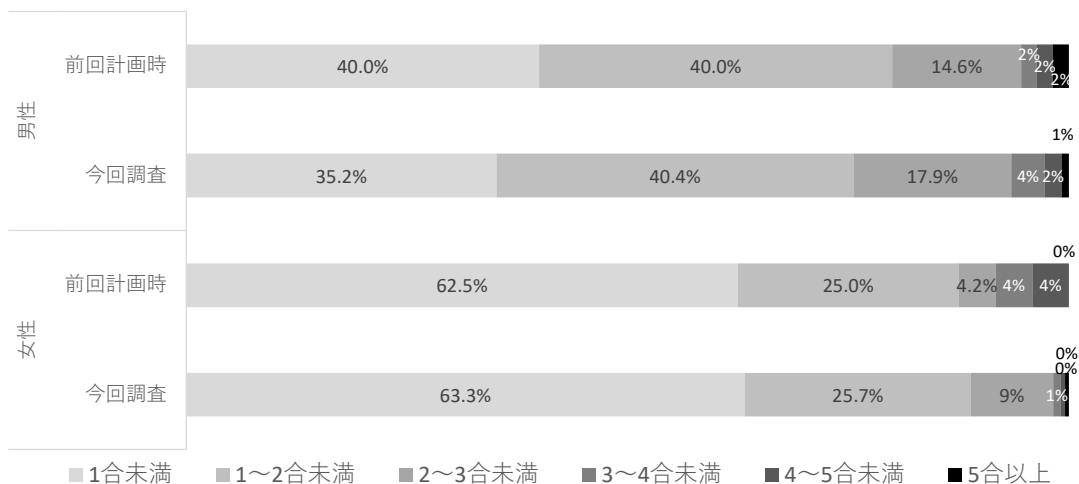


■ 飲酒（問 10 より）

問 10「あなたは、アルコール類をどのくらいの頻度で飲みますか？」の有効回答中で、毎日飲酒しているとした回答は、男性は 32.7%（前回 35.9%）と前回よりも減りました。女性は 6%（前回 3%）と前回よりも増加してはいますが、回答者全体に占める構成比はわずかでした。

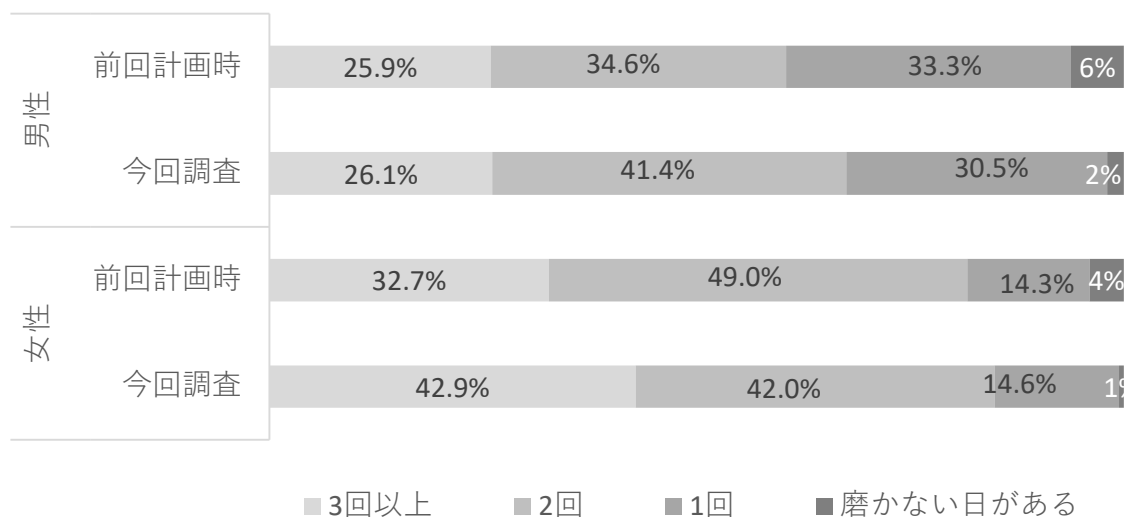


問 10-2「（問 10 で飲まないと回答した方以外の方にうかがいます）あなたは 1 日どれくらいの量を飲みますか？」の有効回答中で、適正飲酒量の目安である 1 合以上とした回答は、男性は 64.8%（前回 60.0%）と前回よりも増えましたが、女性は 36.7%（前回 37.5%）とほぼ変わらない結果でした。

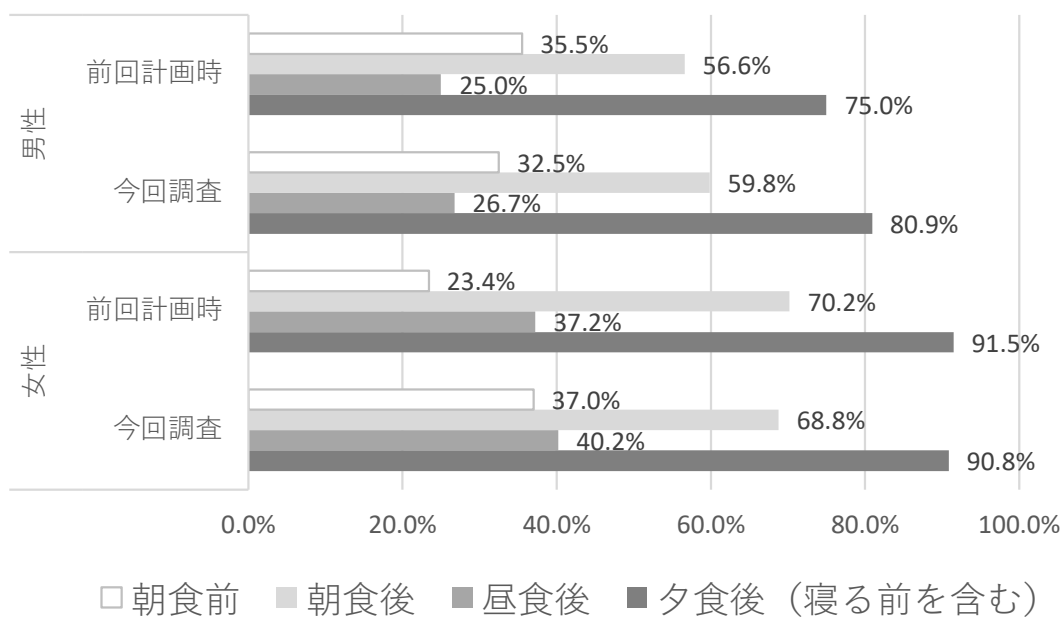


■歯磨き（問11より）

問11「あなたは、いつ歯磨きをしますか？」の有効回答から、一日の歯磨き回数を集計したところ、2回以上とした回答は、男性67.5%（60.5%）、女性84.9%（81.7%）といずれも増加しました。

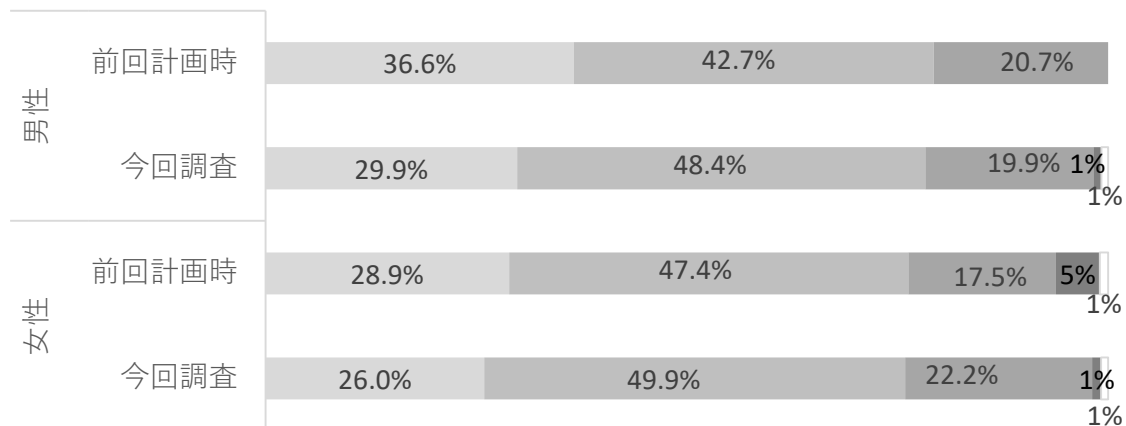


歯磨きをするタイミングは、夕食後（寝る前を含む）が最も多く、次に朝食後が多いという傾向は、男女とも、前回・今回ともに同様でした。



■睡眠（問 21 より）

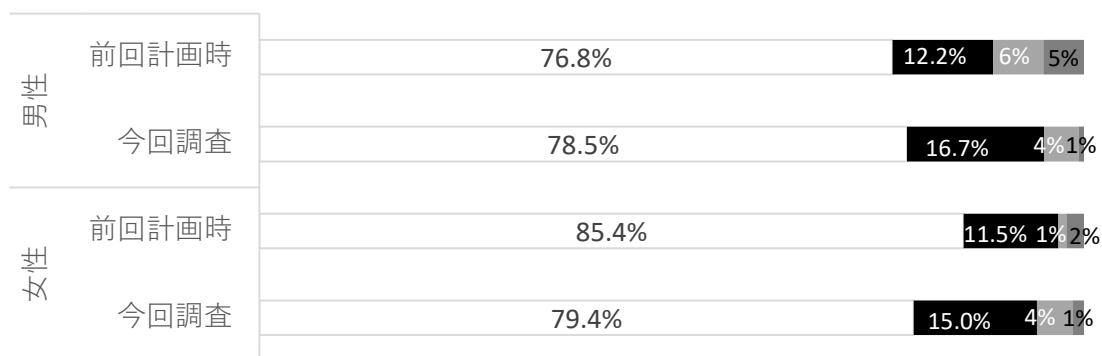
問 21 「あなたは、普段睡眠が十分とれていると思いますか？」の有効回答中で、「あまりとれていない」「まったくとれていない」とした回答は、男性 21.7%（前回 20.7%）・女性 24.1%（前回 23.7%）といずれもわずかですが増加しています。



■十分とれている ■まあとれている ■あまりとれていない ■まったくとれていない □わからない

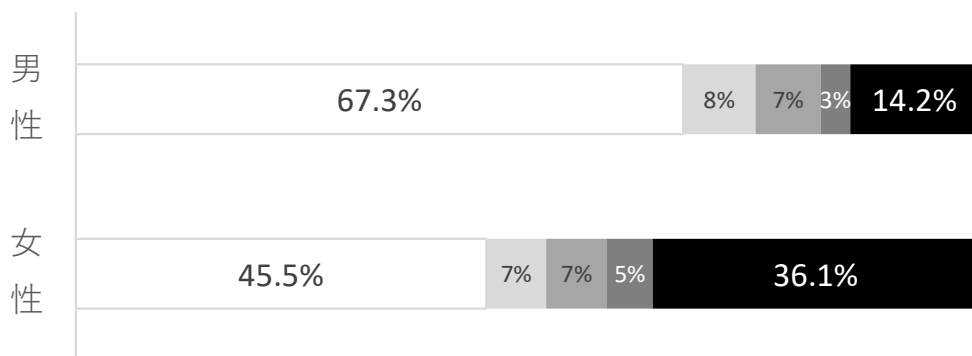
■ 食事（問 13、問 15 より）

問 13「あなたは、毎日 3 食食べますか？」の有効回答から、朝食を抜くことが多いとした回答は、男性 16.7%（12.2%）・女性 15.0%（11.5%）といずれも増加しています。



- ほとんど毎日食べる
- 朝食を抜くことが多い
- 昼食を抜くことが多い
- 夕食を抜くことが多い

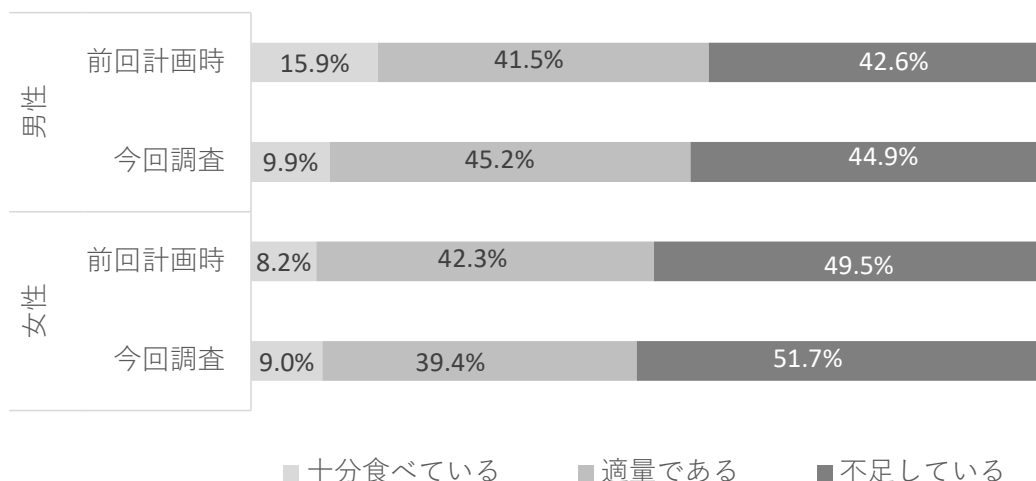
問 15「あなたは、朝食または夕食を家族と一緒に食べる日が、週に何日ありますか？」については、前回計画時の設問がありませんが、今回調査の有効回答において、ほとんど毎日食べるとした回答は、男性 67.3%に対して女性 45.5%と半数を下回る回答率でした。



- ほとんど毎日食べる
- 週に4~5日食べる
- 週に2~3日食べる
- 週に1日程度
- ほとんどない

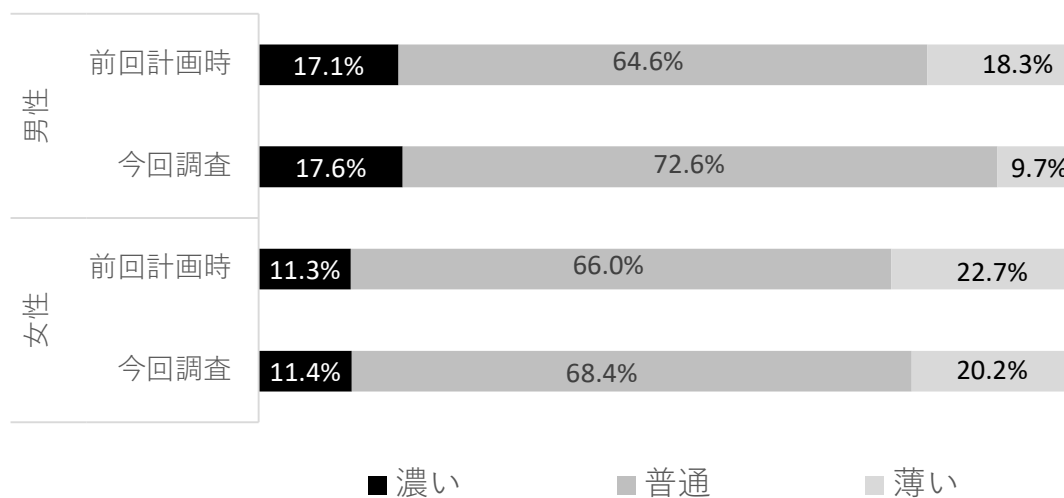
■野菜の摂取量（問 17 より）

問 17「あなたが食べている野菜の量は足りていると思いますか？」の有効回答中で、「十分食べている」「適量である」とした回答は、男性 55.1%（前回 57.4%）・女性 48.4%（前回 50.5%）といずれも減少しています。



■味付け（問 19 より）

問 19「あなたが食べる料理の味付けはいかがですか？」の有効回答中で、味付けが濃いとした回答は、男性 17.6%（前回 17.1%）・女性 11.4%（前回 11.3%）といずれも増加しています。



(7) 前回計画の目標値と現状評価

平成 27 年に策定された前回計画「健康さざ 21（第 2 次）佐々町健康増進計画・食育推進計画」において、KPI（評価指標）として設定された項目について、評価しています。下記はその評価区分・評価基準です。

次頁以降が、現状の数値と評価結果です。評価結果は、健康増進計画と食育推進計画毎に評価しています。

評価区分と評価基準

評価区分	評価基準
◎	目標値に達した
○	目標値に達していないが改善傾向
△	横ばい傾向
■	改善傾向がみられない
—	指標または把握方法が計画策定時と異なるため評価が困難

	目標項目	中間 評価	今回 評価	評価	策定時 目標値	
身体活動と運動	歩くことを心がけている人を増やす	61.3%	63.2%	○	80%	
	運動習慣のある人を増やす (1回30分以上、週2回以上)	45.1%	44.2%	■	50%	
	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合を増やす	男子	/	73.3%	—	増やす
		女子		78.4%	—	増やす
生活習慣病	特定健診受診率の増加	特定健康診査	58.6%	49.7%	■	66%
		後期高齢者健康診査	31.3%	29.8%	■	増やす
	がん検診受診率の増加	胃がん	20.5%	16.9%	■	50%
		肺がん	28.4%	24.1%	■	60%
		大腸がん	24.7%	22.6%	■	50%
		子宮がん	23.5%	23.0%	■	50%
		乳がん	33.3%	29.7%	■	60%
	年に1回健康診断を受けている人を増やす	男	89.4%	84.7%	■	
		女	79.1%	79.9%	○	85%
たばこ	喫煙習慣のある人を減少させる	男	29.5%	26.9%	○	20%
		女	10.7%	6.9%	○	2%
	喫煙している人のうち禁煙を希望する人を増加させる	男	26.9%	53.9%	◎	増やす
		女	66.7%	54.0%	■	増やす
飲酒	毎日飲酒している人の割合を減らす	男	33.7%	32.7%	○	30%
		女	5.8%	6.4%	■	2%
	適正飲酒量を知っている人の割合を増やす	男	36.0%	—	—	50%以上
		女	36.6%	—	—	
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する人の割合を減少させる(純アルコール量：男40g以上、女20g以上)	男	12.5%	15.1%	■	0
女		7.4%	7.7%	■		

	目標項目	中間 評価	今回 評価	評価	策定時 目標値	
歯	3歳児におけるう蝕のない人の割合を増やす	81.8%	82.4%	◎	80%	
	12歳児における1人平均う歯数を減らす	0.41本	0.38本	◎	0本	
	過去1年間に歯科検診を受診した人の割合を増やす	54.8%	58.7%	○	60%	
	歯周疾患のない人の割合を増やす	44.0%	52.2%	◎	40%	
	1日2回以上歯磨きしている人の割合を増やす	男	69.9%			70%
		女	90.9%			95%
こころ	睡眠によって十分な休養がとれていない人の割合	22.6%			減らす	
	乳児家庭全戸訪問事業	100%			100%	

	全体	割合
目標値に達した		
目標値に達していないが改善傾向		
横ばい傾向		
改善傾向がみられない		
評価が困難		
	34	

食育推進計画の目標項目別評価

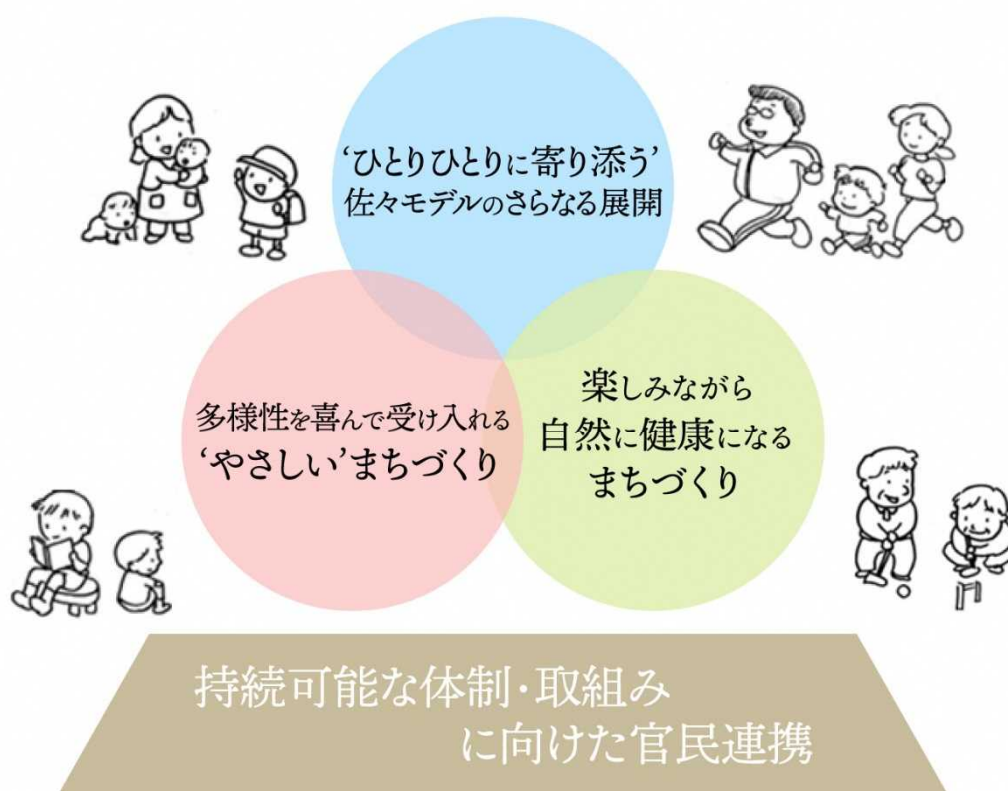
目標項目			中間評価	今回評価	評価	目標値
朝ごはんをほとんど毎日食べる人の割合を増やす	20～80代		90.7%	79.0%	■	95%
	小学生		90.4%	87.1%	■	100%
	中学生		82.1%	92.9%	○	100%
野菜を適量以上食べる人の割合を増やす			53.0%	51.8%	■	70%
料理の味付けが濃い味の人の割合を減らす			14.0%	15.4%	■	10%
適正体重を維持している人の増加	肥満（BMI25以上の減少）	男	27.4%	29.8%	△	25%
		女	20.7%	18.2%	○	20%
肥満傾向にある子どもの割合の減少		男子	6.2%	8.2%	■	減少傾向へ
		女子	1.3%	4.1%	■	
後期高齢者のBMI20以下の割合の増加を抑制する			20.1%	20.4%	△	減少
朝食または夕食を家族と一緒にほぼ毎日食べる者の割合を増やす			73.7%	60.0%	■	75%
学校給食における地場精白米の割合を維持する			100%	100%	◎	継続
学校給食における地場野菜類の割合を増やす			32.0%	29.1%	■	増
6月の食育月間のPRを広報誌で行う			実施	実施	◎	継続
19日の食育の日に、キャッチフレーズ等の活用を行う			実施	実施	◎	継続
食生活改善推進員による地域普及の回数を増やす			9回	1回	■	12回

	全体	割合
目標値に達した		
目標値に達していないが改善傾向		
横ばい傾向		
改善傾向がみられない		
評価が困難		

第3章 基本理念・基本方針

本計画が目指す健康寿命の延伸は、保健・福祉制度の持続可能性という点で、くらしの安心に直結しています。本計画は、計画期間を同じくする「第1期保健福祉総合計画」と同時に策定され、同総合計画を上位計画とすることとしています。本計画の基本理念及び施策の基本方針と整合が取れ、両計画の目指す方向が同一であることを明確にするために、本計画の基本理念及び施策の柱（基本方針）についても、下記のように同一のものとします。

第1期 保健福祉総合計画における基本理念・基本方針



前計画の検証で明らかとなった、生活習慣の改善とくに食生活に関する、目標水準の未達部分は、現計画においても各施策・事業を引き継ぎ取り組むべきものですが、本町の人口動態の特徴である、現在の親世代とその子ども達が運動習慣や食生活改善をリードする先導的な事業に重点的に取り組みます。

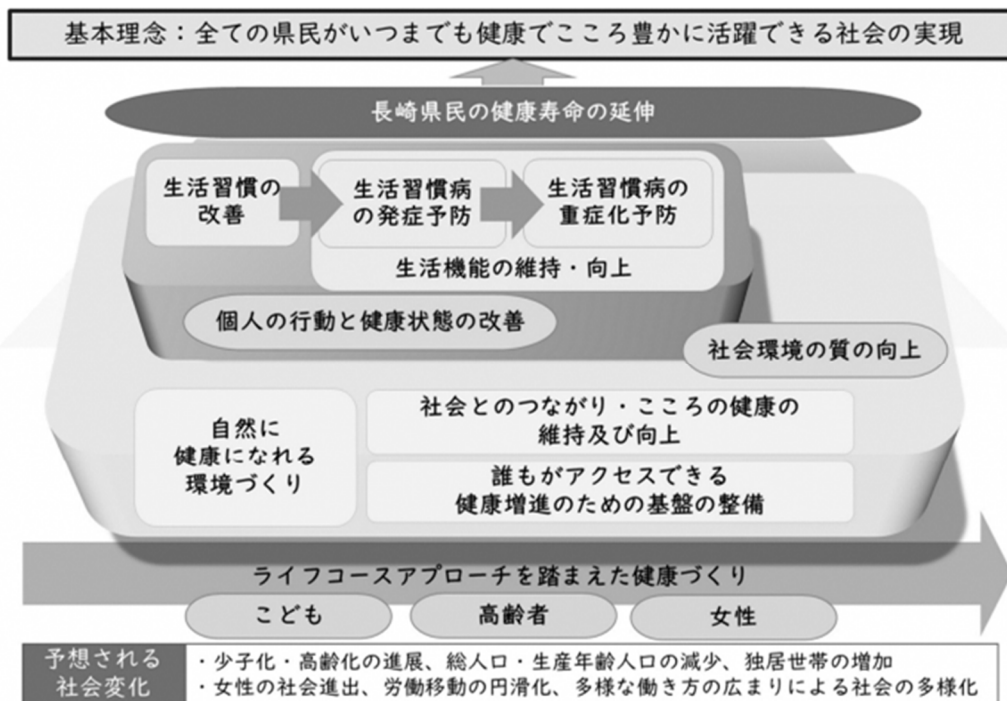
国・県の健康増進計画の中でも重点を置く方向性として示されている「自然に健康になれるまちづくり」については、「自然に健康になるまちづくり」と

して、各人がより能動的・積極的に健康づくりに取り組む姿勢を表明します。

同じく「社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上」については、SDGsのスローガンである『誰一人取り残さない社会』を目指し、「多様性を喜んで受け入れる‘やさしい’まちづくり」と「‘ひとりひとりに寄り添う’佐々モデルの更なる展開」を推進することで対応します。

「誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備」は、直接的には「自然に健康になるまちづくり」が対応しますが、国・県が直近では、ICT技術の発展やデータヘルス改革の進展、スマートフォンやウェアラブル端末の普及を背景とした、健診・検診等のデータ標準化や民間事業者によるPHRサービスの広まりなど、健康づくり分野における最新のテクノロジー活用の動きを重視していることから、その基盤となる住民の健康管理・指導に役立つデータの収集・管理等に係る持続可能な方法・体制の検討を念頭に、「持続可能な体制・取り組みに向けた官民連携」で対応します。

(仮称)健康ながさき21(第3次)の方向性(案)



出所：「(仮称)健康ながさき21(第3次)骨子(案)」長崎県

第4章 具体的な取り組みと目標

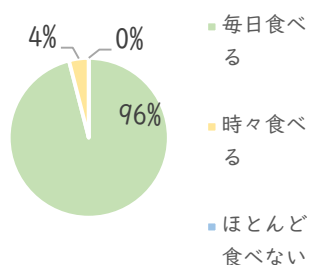
(1) 栄養と食生活（食育推進計画）

□食を通じて健康な身体をつくろう

■食生活の現状・課題

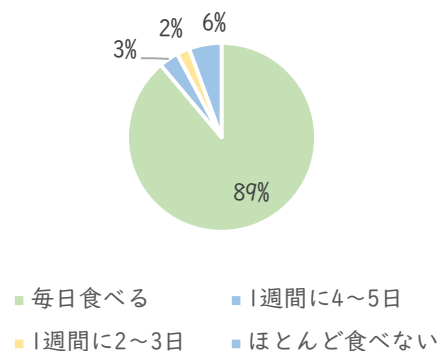
栄養・食生活は一生を通じての健康づくりの基本であり、多くの生活習慣病と関連があります。近年では、核家族化の進展、共働き家庭の増加など家族形態の変化や生活スタイルの多様化、新型コロナウイルス感染症によって、家族や知人、地域の人と食事をする機会の減少など食生活をめぐる環境が大きく変化しています。

朝ごはんを食べていますか

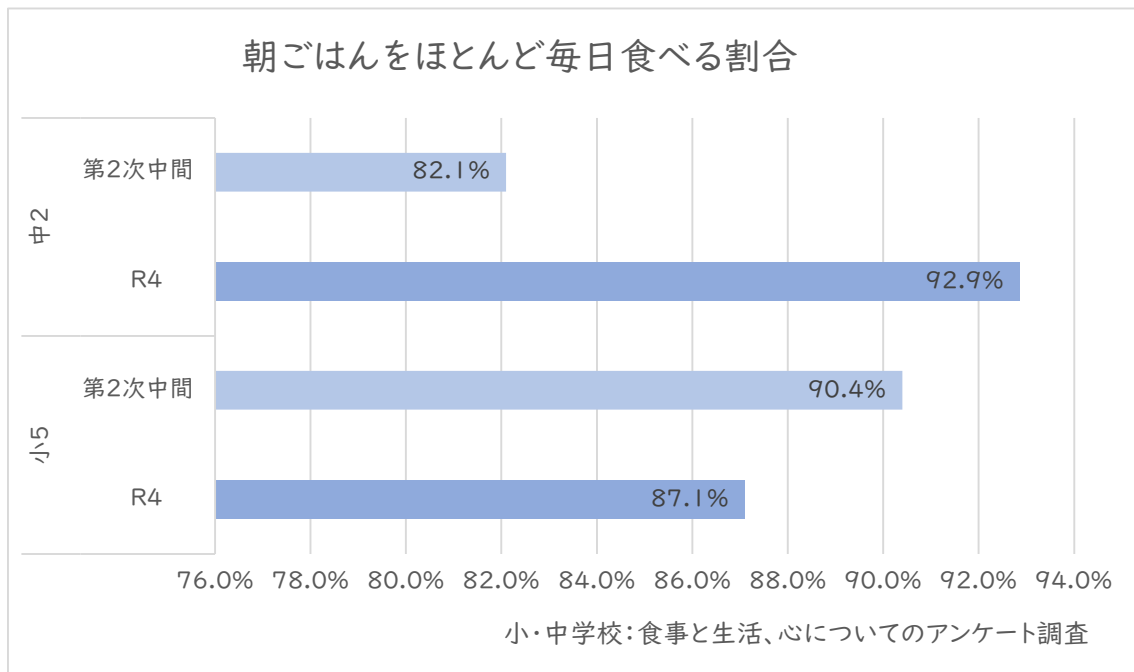


(第2保育所における食事アンケート)

朝ごはんを食べていますか



食育に関するアンケートでは、朝食を毎日食べる子どもは89%でした。第2次計画中間評価時点では92%であったため、朝食を食べる子どもの割合は減少しています。前回と比べ、「ほとんど食べない」「1週間に2~3日」の子供の割合が増えています。時々食べると答えた人の理由として「起きたばかりで食べない」「起床が遅い」「前日の夕食時間や就寝時間が遅く朝空腹状態ではない」という意見がありました。

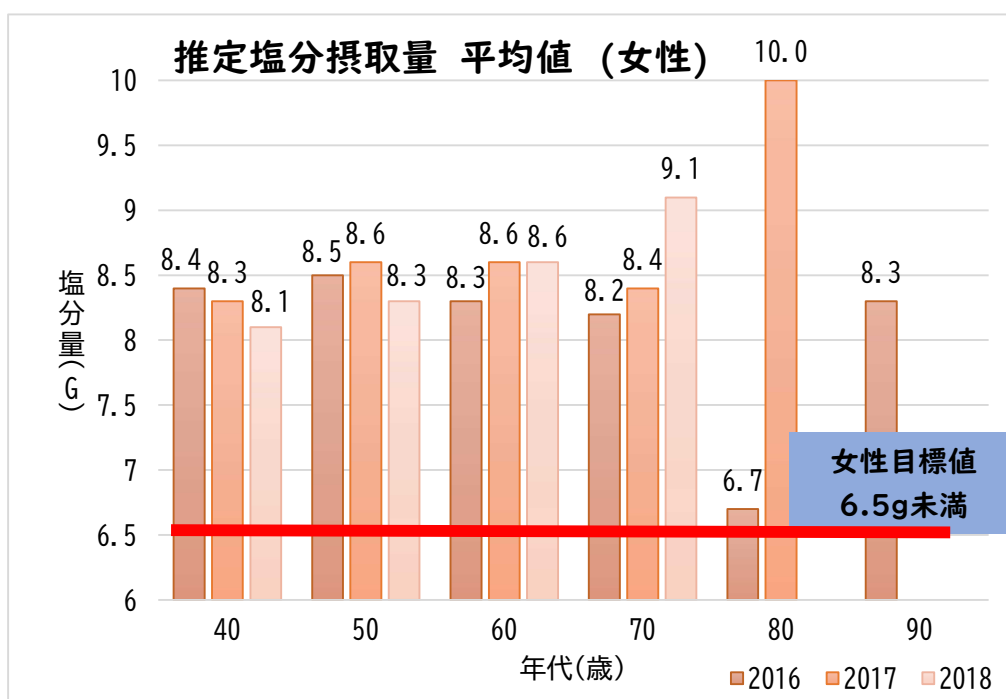
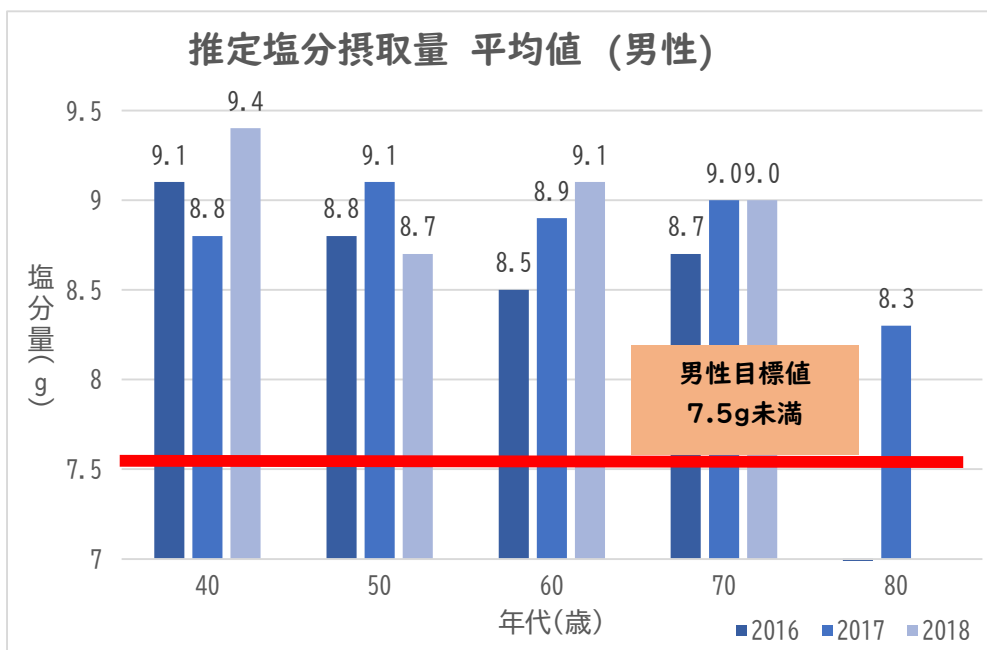


朝食をほとんど毎日食べる割合は中間評価時から、小学生は減少、中学生は増加傾向にあります。

アンケート結果から 20～80 歳代の朝食を食べる人の割合は、第 2 次計画策定時点と比較すると男性では増加傾向、女性では減少傾向となっています。

また、朝食を抜く人の割合は男女ともに増加傾向です。

同アンケート結果から野菜の摂取が十分もしくは適量と感じている人は、男性 55.1%（前回 57.4%）・女性 48.4%（前回 50.5%）となっており、野菜の摂取量はいずれも減少傾向にあります。令和 3 年度長崎県健康栄養調査においても男性 239.9 g 女性 230.1 g、令和元年度国民健康栄養調査における摂取量 280.5 g を下回っています。また、この時の長崎県の野菜摂取量は全国ワースト 1 位です。

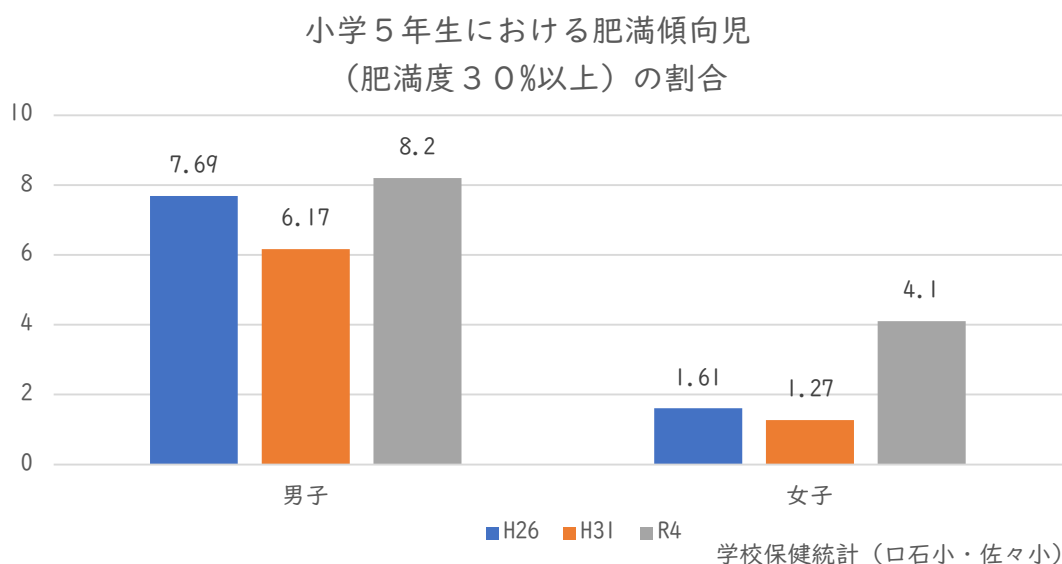


2014年から2018年まで住民健診の際の動脈硬化検診で実施していた推定塩分量の平均値では、日本人の食事摂取基準（2020年版）」における、食塩相当量の目標量男性7.5g、女性6.5gからすべての年代において目標量を超えています。日本人は血圧上昇に対して食塩摂取の影響を受けやすい可能性がある」と指摘されており、将来的な生活習慣病のリスクが懸念されます。

共食についてのアンケート結果は、ほとんどないについては男性 14.2%、女性 36.1%と孤食の割合が高い傾向にありました。家族や友人と一緒に食事をする共食の機会を増やすことは、食に関するマナーや食べ物を大切にする気持ちを身につけるコミュニケーションの場となり食文化の継承にもつながります。新型コロナウイルス感染症の影響から共食の機会が失われたこともありますが、食に関する体験は、食べることの楽しさ、食への感謝の心や大切さを学ぶ機会となります。身につけた食に関する知識や食を選択する力は、自らの意識変化だけでなく、子どもから保護者、周囲の大人への波及も期待されます。

■子どもの肥満

小学5年生の児童において、肥満傾向児(肥満度30%以上)は、男子 8.2%、女子 4.1%であり、第2次計画中間評価時と比較すると男女ともに増加傾向で新型コロナウイルス感染症拡大による活動自粛等の影響も、増加した要因の一つと考えられます。小児の肥満は将来の肥満や生活習慣病に結び付きやすいため、生活習慣が完全に完成していない学童期以前から、朝食の欠食や糖質、脂質の過剰摂取等の食習慣を改善していく必要があります。



【目標及び今後の取り組み】

- 朝食の欠食は生活習慣病の一因となるため、母子手帳交付時、乳幼児健診等を通じ、幼少期からの朝食習慣の向上を図ります。生活リズムと食生活は密接につながっているため、早寝、早起きの習慣が必要です。
- 野菜摂取量の増加の普及や減塩の推進をとおして、肥満や生活習慣病の発症や重症化疾患の予防のため、健康教室や健康相談・栄養相談などの保健事業や各種講座等を実施し、具体的な方法を身につけるための情報を提供します。
- 栄養、食生活に関する事業を活用して、正しい知識の普及、啓発のため、食生活改善推進員をはじめとした地域で活動する食の団体などに対して、積極的に情報を提供します。
- 住民健診において尿中推定塩分摂取量の測定を実施し、高血圧等の疾患の重症化予防に努めます。
- 減塩食品や野菜摂取に関する情報提供を実施します。
- スーパーや小売店等の事業者、飲食店等で個々に応じた正しい食生活の促進に関する取り組みを支援します。
- 子育て世代や働き盛り世代に対して食に関する情報を積極的に発信し、食支援の充実を図ります。
- 町内の高校に通う高校生に対して、食に関する講話等を実施し、自らが健康によい食品を選択する力を身につけるよう情報の提供をします。
- 家族や友人・地域の人など誰かと共に食事をするのは豊かな心をはぐくみ、食への興味関心を高めることにつながるため、共食できる居場所の環境整備を進めます。
- さぎ☆さわやかウォーキングと同時開催している、ミニ食育フェアにおいて、食に関する体験ブースを設け、子どもから高齢者まで参加できる、食の体験イベントを実施します。
- 食に関する教室やイベントで体験を通じた「食」を学ぶ機会を支援します。
- 乳幼児健診等を通じて保護者の食や食育についての関心を高めます。
- 地産地消・農業体験など食に関する体験活動ができる環境を整えます。
- アプリ等のデジタル技術を活用し、個々人が手軽に食育を学べる機会を提供します。

- 入籍時に、食や生活習慣などの健康に関するパンフレットの配布をします。

重点目標項目

目標項目		現状値	目標値	重点
朝ごはんをほとんど毎日食べる人の割合を増やす	20～80歳代	91.1%	95%	
	小学生	90.4%	95%	★
	中学生	82.1%	85%	★
野菜を適量以上食べる人の割合を増やす		53.0%	60%	★
塩分摂取量を減らす				★
肥満傾向にある子どもの割合の減少 中等度・高度肥満傾向児の割合（小学5年生）		男子 6.17% 女子 1.27%	減少 傾向へ	
朝食または夕食を家族と一緒にほぼ毎日食べる者の割合を増やす		73.7%	75%	★

□食の大切さを学び、環境にやさしい暮らしを实践しよう

食に関する体験は、食べることの楽しさ、食への感謝の心や大切さを学ぶ機会となります。

【目標及び今後の取り組み】

- 田植えや稲刈りなどの農業体験の機会を提供します。
- 食品ロス削減のため、食品の期限表示の正しい理解や、家にある食材・食品のチェックなど削減のためのポイントを広く普及、啓発します。
- 地元産の食材を積極的に活用した学校給食や保健事業での調理実習などを通して、地産地消を推進していきます。
- 食品ロス^注の削減や生活困窮者の支援のため、つなぐBANKとの連携をすすめる、家庭での食品ロス^注削減のため、さざまる市場等のイベント時にフードドライブ等を実施します。

注：食品ロスとは食べられるのに捨てられている食品をさします。日本人一人当たり換算すると、年間約50kg、毎日お茶碗約1杯分（約140g）の食べ物を捨てている計算になります。食品ロスの削減のため、家庭での取り組みが重要となります。

重点目標項目

目標項目	現状値	目標値	重点
学校給食における地場精白米の割合を維持する	100%	継続	
学校給食における地場野菜類の割合を増やす	29.1%	現状値以上	

(令和元年度学校給食における地域作物利用状況調査)

□ 家庭・関係機関・地域の連携をはかり町ぐるみで食育を推進しよう

【目標及び今後の取り組み】

- 食育を啓発し、地域における栄養・食生活に関する組織の育成・支援を進めるとともに、食生活改善推進員による地域普及の支援を強化し、食育を推進します。
- 食育の日（毎月19日）や食育推進月間（6月）に広報誌や各種事業を活用して広く町民を対象とした食育に関する啓発活動を展開します。
- 関係機関や地域との連携を図り、食育への関心を高めます。特に子どもたちは、食習慣や人間形成の基礎を培う重要な時期であるため、保育所、幼稚園、学校、家庭との連携を強化して食育をすすめていきます。
- 小中学校の給食において食育の日の普及や地場産物のメニューの提供を継続します。

重点目標項目

目標項目	現状値	目標値	重点
6月の食育月間のPRを広報誌でおこなう	実施	継続	
19日の食育の日に合わせ、キャッチフレーズ等の活用をおこなう	実施	継続	
食生活改善推進員による地域普及の回数を増やす	9回	12回	★

(2) 身体活動と運動

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費するすべての動きをいい、運動とは身体活動のうち、スポーツなど健康・体力の維持・増進を目的として行なわれるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、循環器疾患やがんなどの発症リスクが低いことが実証されています。

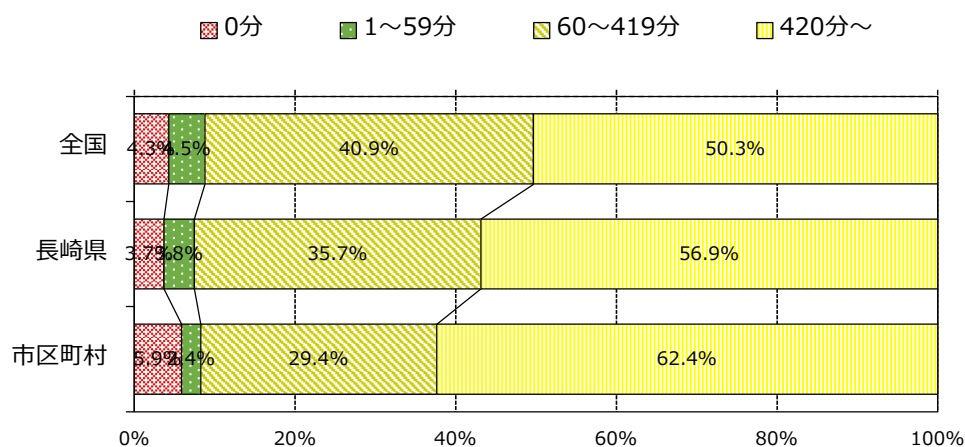
また、生活習慣病の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能低下の予防などとの関連も明らかになってきています。

■運動習慣の現状・課題

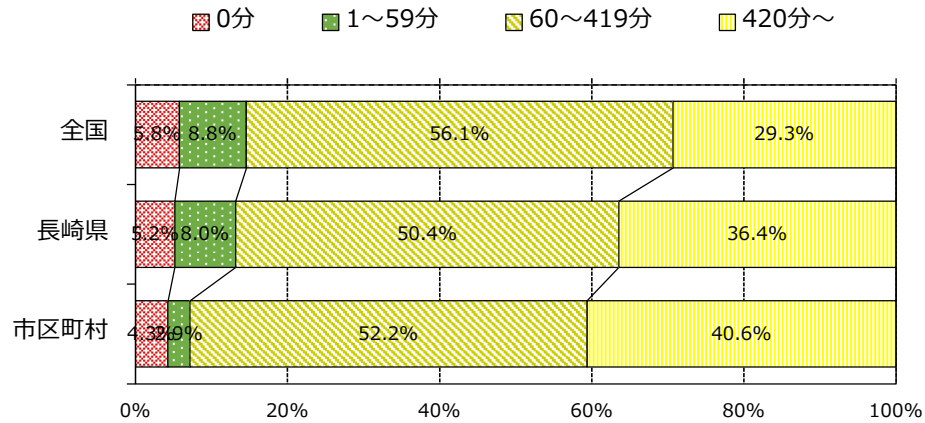
アンケートのうち運動習慣に関して、していないと回答した比率は、男性38.6%（前回28.1%）・女性42.4%（48.4%）と、男性は悪化（増加）しています。女性は改善（減少）しましたが、前回同様、男性に比べて女性の方が運動習慣相対的に無いことが解ります。

町内小学生の男子8.3%、女子7.2%が1週間の総運動時間が60分に満たない状況です。国・県と比較すると低い傾向がみられます。体力の向上を図るため、子どものころから体を動かし、運動に親しむことは、望ましい生活習慣の確立につながると考えられます。

1週間の総運動時間（男子）



1週間の総運動時間(女子)



出所：R4 全国体力・運動能力・運動習慣等調査

□みんなで楽しく運動習慣

【目標及び今後の取り組み】

- 運動が苦手な子どもと運動不足の大人が楽しめる運動教室や親子のできる体力テストを実施します。働き盛り世代からの運動の習慣化について、運動実践のための場の提供を行います。
- 健康イベントとウォーキングイベント等を同時開催し、無関心層にも運動に興味を持つ機会を増やします。
- 広報誌を活用し、運動や体づくりについての実践方法を周知します。
- 健康相談センターで実施するエクササイズやリハビリ室の利用、地域で実施されている教室、自主活動グループや講座、民間事業者など社会資源について情報提供し、年代やライフスタイルに合わせて選択できる運動のきっかけづくりと定着に取り組めます。
- スポーツ推進員等と連携を図り、ニュースポーツを通じた多世代交流やスポーツとゴミ拾いを組み合わせたスポゴミを実施します。
- 「あるこーで」(長崎県健康づくりアプリ)を活用し、町内ウォーキングマップを活用したスタンプラリーの実施や、イベント開催時に町チケットを発行し、楽しみながら参加できるイベントを実施します。

- 子どもから高齢者まで自ら進んで様々な運動にチャレンジできるよう支援します。
- 佐々川や農業体験施設、皿山公園、サンビレッジさざなど行政が管理している場所を積極的に活用し、運動体験イベントやウォークラリー等の実施と気軽に運動できる環境づくりに取り組みます。

重点目標項目

目標項目	現状	目標値	重点
運動習慣のある人を増やす (1回30分以上、週2回以上)	45.1%	50%	★
1週間の総運動時間が60分未満の者を減らす(小5)	男子 8.3% 女子 7.2%	減らす	

(3) 健診による健康づくりと生活習慣病予防

健康診査の受診をきっかけとして、自らの健康状態を把握し、必要に応じて生活習慣の改善を図ることで、健康寿命の延伸を図ることができるため、町民一人ひとりが主体的に健康診査を受診することは重要です。

また、死因の第1位である“がん”に関しても、生活習慣が大きく関連しており、喫煙や食生活など生活習慣の改善ががんの予防に繋がります。

■現状と課題

令和4年度国民健康保険の特定健診受診率から40代では男性20.7%、女性34.1%、50代では男性34.7%、女性38.8%となっています。年齢別にみると、40歳代・50歳代の受診率が低く、総じて女性よりも男性の受診率が低い傾向があります。

健診未受診者は、経年的に自分の健康状態を把握できていない可能性があり、適切な生活習慣の改善や治療等がされないまま重症化していくことが考えられるため、定期的に健診を受けて健康状態を把握し、必要に応じて改善や受療につなげていくことが重要です。

特定健診結果有所見率と質問票（令和2～4年度）

(%)

	運動習慣 (1回30分以上 運動習慣なし)			喫煙習慣 (喫煙している者 の割合)			HbA1c 6.5%以上			BMI20以下 (前期高齢者 65歳以上)		
	R4	R3	R2	R4	R3	R2	R4	R3	R2	R4	R3	R2
県	59.4	59.4	58.7	12.9	12.9	12.4	9.2	8.9	8.8	17.5	16.6	16.3
佐々町	51.3 (1)	52.4 (1)	53.3 (3)	13.8 (0)	12.7 (21)	12.4 (14)	9.7 (15)	9.1 (12)	9.4 (14)	19.7 (21)	19.7 (21)	21.3 (21)

(国保データベースシステム)

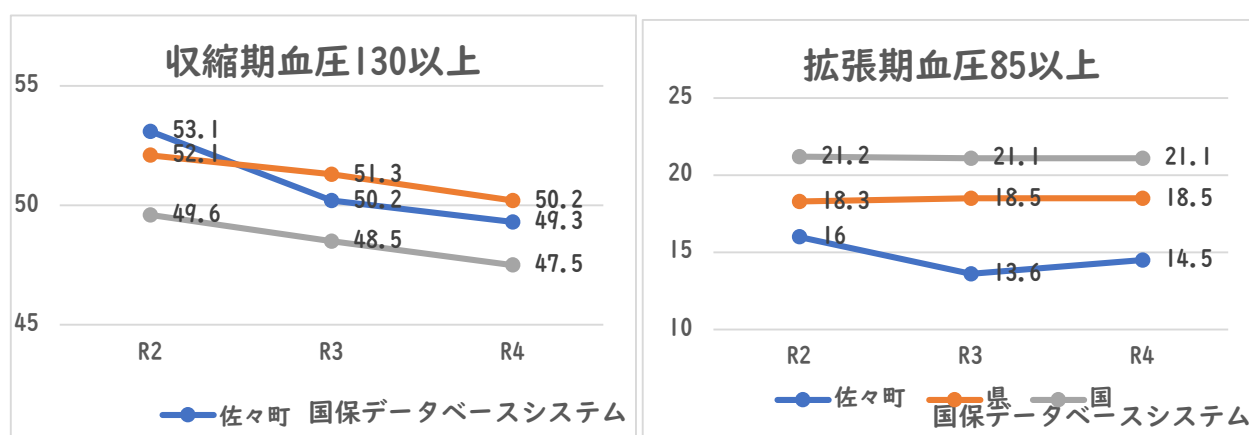
後期高齢者健診結果有所見率（令和2～4年度）

（ ）内は該当者の割合が少ない市町順

	HbA1c 6.5%以上		BMI20 以下		ウォーキング等 の運動 (週に1回以上)	喫煙習慣 (喫煙して いる者の割合)
	男	女	男	女		
県	12.9%	10.0%	12.9	34.0	59.8	4.3
佐々町	14.2% (19)	11.9% (19)	13.9 (16)	27.0 (21)	62.1 (16)	5.8 (20)

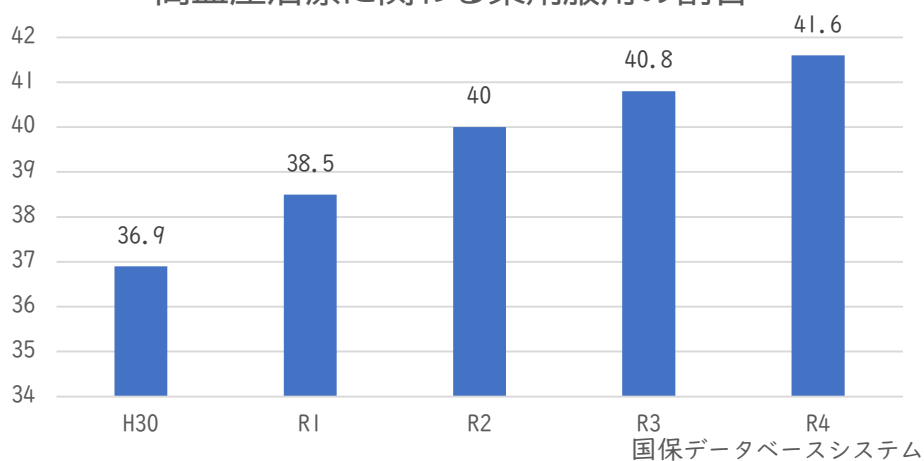
(国保データベースシステム)

住民健診結果から見る本町の特徴は、国保後期ともに、運動習慣は多く、喫煙率が高くなっています。また BMI20 以下の者の割合が高い傾向です。



血圧の有所見率は第2次計画中間評価から年々減少傾向ではありますが、国と比較すると、高い値となっています。

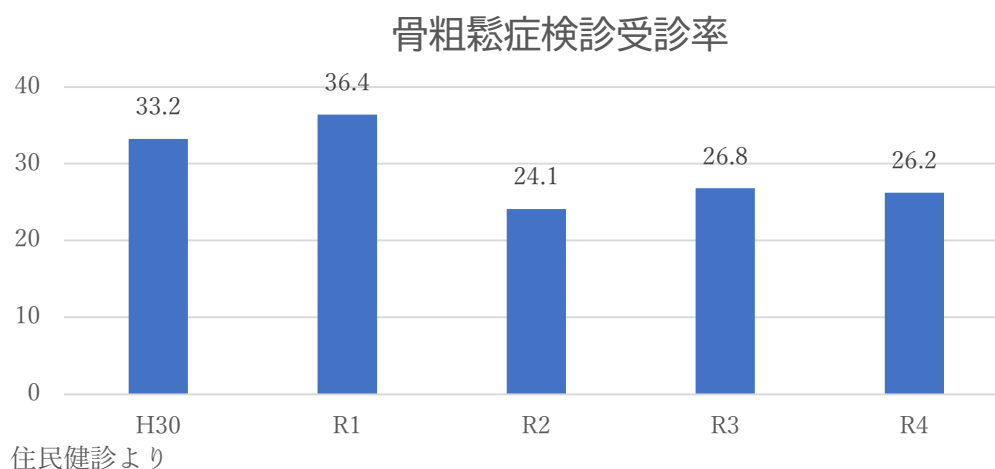
高血圧治療に関わる薬剤服用の割合



血圧の有所見率は減少傾向であり、高血圧治療に関わる薬剤服用の割合は増加傾向にあります。これは、受診後に適切な医療につながっていると考えられ、疾患の重症化予防につながると考えられます。

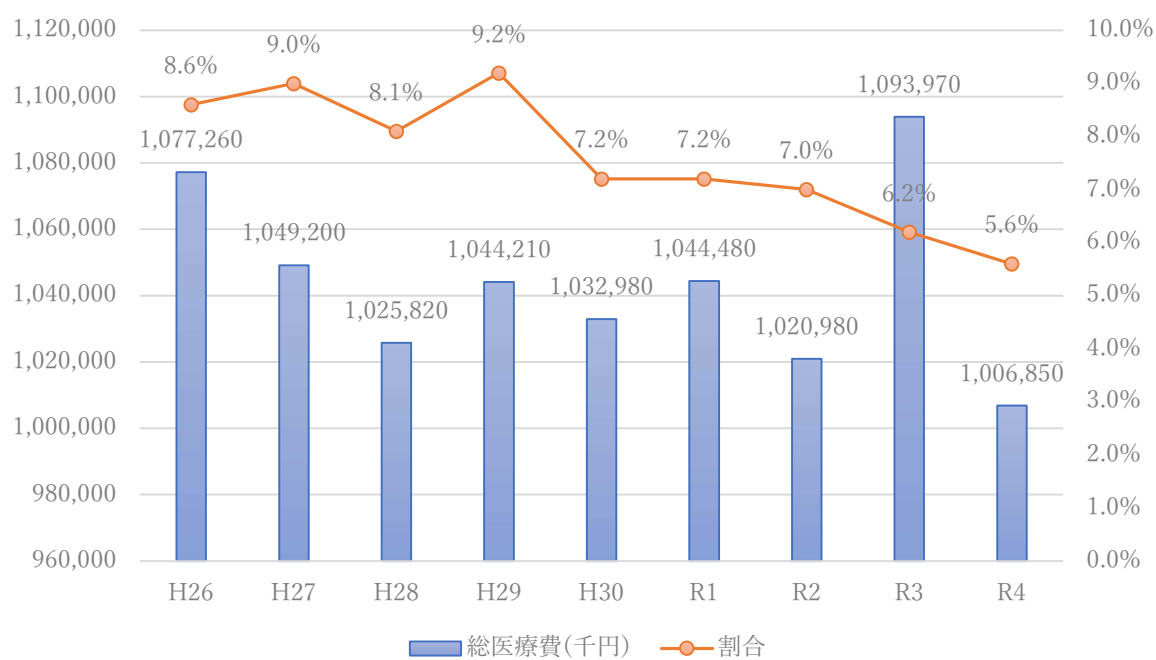
保険種別	受診者別	R1	R2	R3	R4
国保	受診者	4,341	3,068	3,847	3,499
	未受診者	10,008	11,950	12,632	11,440
後期	受診者	4,222	3,604	3,006	4,009
	未受診者	23,814	24,329	23,650	25,514

健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人あたり医療費に関して、国保では健診未受診者は約 3 倍。後期においては約 6 倍程度の医療費がかかっています。健診受診は疾病の早期発見、早期治療につながり、その後の医療費にも大きく関連するため今後も健診受診を勧奨していく必要があります。



骨粗鬆症検診受診率は新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響もあり、減少しています。骨粗鬆症は寝たきりにつながる、大腿骨骨折等の原因となることも多く、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入は、健康寿命の延伸につながり、フレイル予防の観点から受診率を増加させる必要があります。住民健診において骨粗鬆症検診の受診者に対し健診後の指導を行い、運動、栄養面からのサポートを実施しています。

総医療費と人工透析にかかる医療費の割合



国保の総医療費は年々減少傾向にあり、人工透析にかかる医療費の割合も減少傾向となっています。

- 健診・検診によるデータにもとづいた健康づくりの支援
- 早期発見や重症化予防のために定期的な健（検）診受診の必要性を周知し、受診者を増やします。
- 個別検診の受診しやすい検診体制の整備に努めます。
- 事業所を通して働き盛り世代への検診受診について普及啓発をおこない受診行動につなげます。
- 各種健（検）診の結果、要医療・要精密判定者に対し、主治医等医療機関への受診勧奨を行い、早期発見や早期治療、重症化予防につなげます。
- 健診結果から、受診者自身が健康状態を把握するとともに、日頃の生活習慣を振り返り行動変容に向けた個人の努力を支援します。（特定健診、特定保健指導等）
- 糖尿病の重症化予防による人工透析への移行防止を図るため、長崎県腎臓病重症化予防プログラムに基づき、食生活を中心とした生活習慣改善の支援を行います。
- 自分自身の健康に関心をもち、健康管理や生活習慣改善などの健康づくりに主体的に取り組むための意識づくりを促進します。
- 体力測定などのイベントにおいて、その場で結果をフィードバックできるようにします。
- 個人の健康づくりに対する動機付けとして「あるこーで」（長崎県健康アプリ）を活用し、健康診査受診時の町チケットの付与や数値改善者へのチケットを付与し、町民一人ひとりの主体的かつ継続的な健康づくり活動を支援します。
- 骨粗鬆症や骨折など筋骨格系疾患についての正しい知識を周知・啓発するとともに骨粗鬆症検診受診率向上を図りフレイル予防を推進します。
- 学校教育や若年世代へがん予防の知識やがん検診の必要性を啓発し、がんの早期発見早期治療に結びつくよう普及啓発します。
- 婦人科検診の受診率向上のため広報・啓発活動を促進します。
- 循環器病のハイリスク者に対する発症予防・重症化予防対策を推進します。
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、更なる取組を推進します。
- 糖尿病性腎症の早期発見のため、尿蛋白定量検査を実施します。

- 広報やホームページ等を活用し、COPD の認知度向上を図ります。
- 望まない受動喫煙を減らすための、広報・啓発活動を推進します。
- 健診の予約システムに WEB 予約を導入し、若い世代が予約可能なシステムの構築を図ります。
- 数値改善による健康ポイントの付与などインセンティブ事業を推進します。
- 体組成計による体の分析など自分で取り組める健康チェックを普及します。

重点目標項目

目標項目		現状	目標値	重点
特定健診等の受診率を増やす	特定健康診査 *1	55.9%	67.5%	
	後期高齢者健康診査*2	31.3%	増やす	
がん検診の受診率を増やす*3	胃がん検診	20.5%	25%	★
	肺がん検診	28.4%	30%	★
	大腸がん検診	24.7%	28%	★
	子宮頸がん検診	23.5%	25%	★
	乳がん検診	33.3%	35%	★
	骨粗鬆症検診			
年に1回健康診断を受ける人を増やす		男性 89.4% 女性 79.1%	男性 90% 女性 80%	

*1 特定健康診査等実施計画（第3期）より令和5年度目標値

*2 市町別目標値なし（長崎県後期高齢者医療広域連合：令和5年度目標値 21.0%）

(4) たばこ

■現状と課題

喫煙による健康被害は、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性気管支(COPD)、歯周病、胃潰瘍など多くの危険因子となります。喫煙は開始年齢が早いほど、健康の影響が大きいというえ、ニコチン依存も強く、禁煙しづらくなることが分かっています。

近年、たばこの葉を燃えない温度で蒸し焼きにする加熱式たばこの喫煙者が急増しています。加熱式たばこにもニコチンや発がん性物質が含まれ、喫煙者の呼気から周囲の空気が汚染されることが分かっています。また、妊婦の喫煙は妊婦自身の合併症のみならず、胎児の発育遅延や低出生体重、乳幼児突然死症候群発症などのリスクを高めます。これらのことから望まない受動喫煙を減らすため、啓発活動を一層充実させる必要があります。

□ 喫煙によるリスクの幅広い周知

- 母子健康手帳交付、マザークラス、赤ちゃん訪問、乳幼児健診等の機会をとおして喫煙および受動喫煙のリスク（周産期の異常（早産、低出生体重児、死産等）について情報提供と保護者への禁煙指導をすすめます。
- 住民健診等保健事業の機会をとおして、禁煙を希望する人に対し禁煙支援のための情報提供を行います。（支援医療機関等の紹介）
- 世界禁煙デーや禁煙週間について広報誌への掲載などを行い、禁煙について広く周知を図ります。
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の知識の普及を行い、認知度を高めます。
- 受動喫煙の健康に及ぼす影響を広く普及し、喫煙者も非喫煙者も認識が高まるよう取り組みます。
- 未成年者は、喫煙による健康被害が成人に比べ大きいことから、小中学生や高校生に向けての喫煙による健康被害についての教育をすすめ、喫煙防止につなげます。

重点目標項目

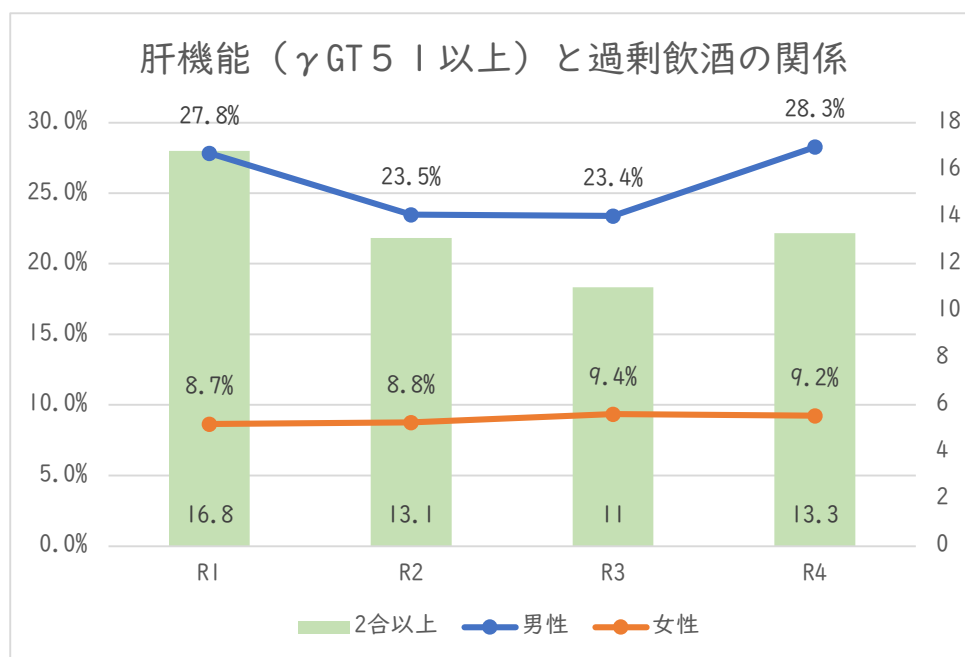
目標項目	現状	目標値	重点
喫煙習慣のある人を減少させる	男性 29.5% 女性 10.7%	男性 20% 女性 5%	★
喫煙している人のうち禁煙を希望する人を増加させる	男性 26.9% 女性 66.7%	増やす	
妊娠中の妊婦の喫煙と家族の喫煙の割合を減らす	妊婦 1.1% 家族 37.43%	減らす	

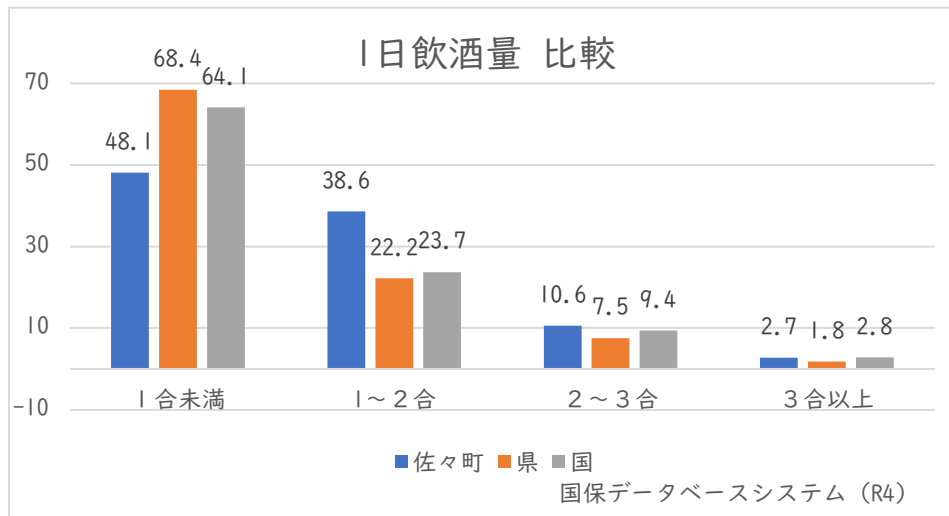
(5) アルコール

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

飲酒は生活習慣病をはじめとする、様々な身体疾患のリスクを高めるほか、アルコール依存症など本人及び家族、職場を巻き込む問題（自殺・交通事故など）やうつ病などの健康障害、妊婦を通じた胎児への影響のリスク要因となり得ます。

女性の飲酒は近年一般的になってきましたが、女性の場合には「血中アルコール濃度が高くなりやすい」「乳がんや胎児性アルコール症候群など女性特有の疾患のリスクを増大させる」「早期に肝硬変やアルコール依存症になりやすい」などのリスクがあります。





過剰飲酒の方の割合が増加傾向にあり、 γ GTの保健指導判定値を超える方の割合が増加傾向にあります。1日飲酒量に関しても、適正飲酒量の割合が県、国と比較すると低く、適正飲酒量以上を飲む方の割合が増加傾向です。

本町は死因に関して男女ともに肝がんの割合が高いため、過剰飲酒による健康障害について今後も一層の普及をしていく必要があります。

□ 飲酒によるリスクの幅広い周知

- 広報誌など多様な情報媒体を通じて、適正飲酒量とリスクを高める飲酒量の危険性などに関する正しい知識・情報などの普及啓発を進めます。
- 母子手帳交付時や乳幼児健診をはじめとする母子保健事業を通じて、妊産婦の飲酒が胎児や乳児に与える影響などの周知・啓発を行います。
- 保健所や医療機関等、関係機関と連携し、アルコール依存の人などに対する相談支援を行います。
- 健康診断受診後の説明会や特定保健指導を利用し、休肝日のない人やリスクを高める量の飲酒がある人へ、多量飲酒のリスクについての情報提供を行います。
- 未成年者の飲酒は成人の飲酒に比べ、急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすく、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなるとも言われるため、中高生への健康講話等をとおして情報提供を行います。
- 健診時に新たに血清 Alb の値を測定し、肝機能異常の早期発見に努めます。

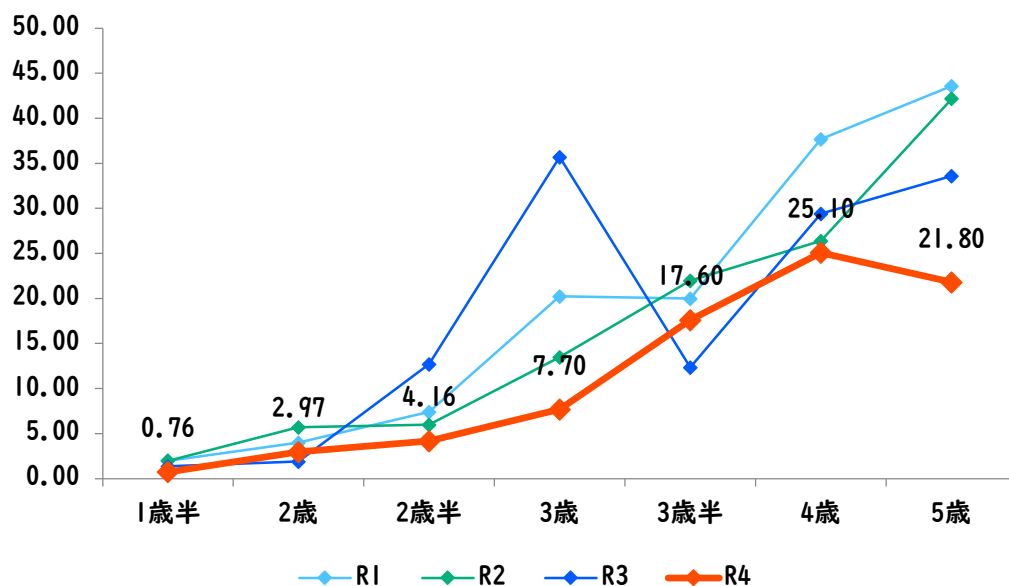
重点目標項目

目標項目	現状	目標値	重点
毎日飲酒している人の割合を減らす	男性 33.7% 女性 5.8%	男性 30% 女性 2%	★
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する人の割合を減少させる（1日あたり純アルコール量男性 40g以上、女性 20g以上）	男性 14.9% 女性 25.5%	男性 10%以下 女性 20%以下	★

(6) 歯と口腔の健康

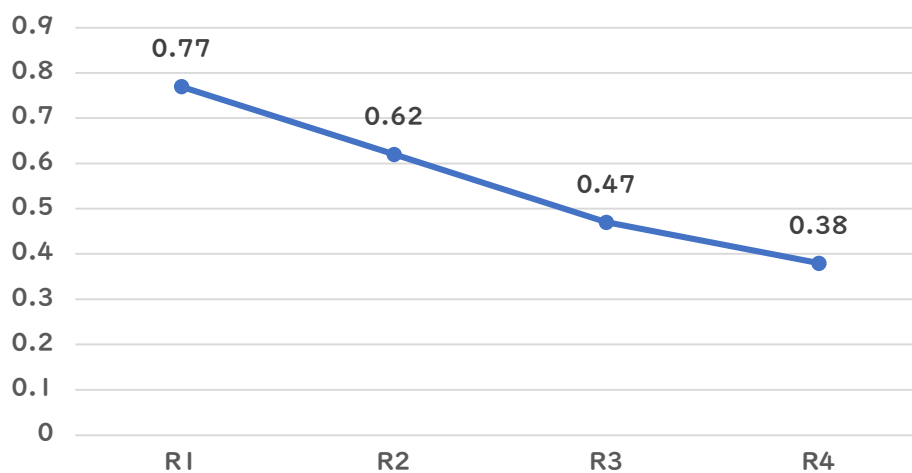
■現状と課題

幼児期におけるう歯（乳歯）の有病者率



注：1.6歳児健診・3歳児健診・幼児歯科検診・4歳、5歳は町内幼稚園・保育所分

12歳児における1人平均う歯数（本）

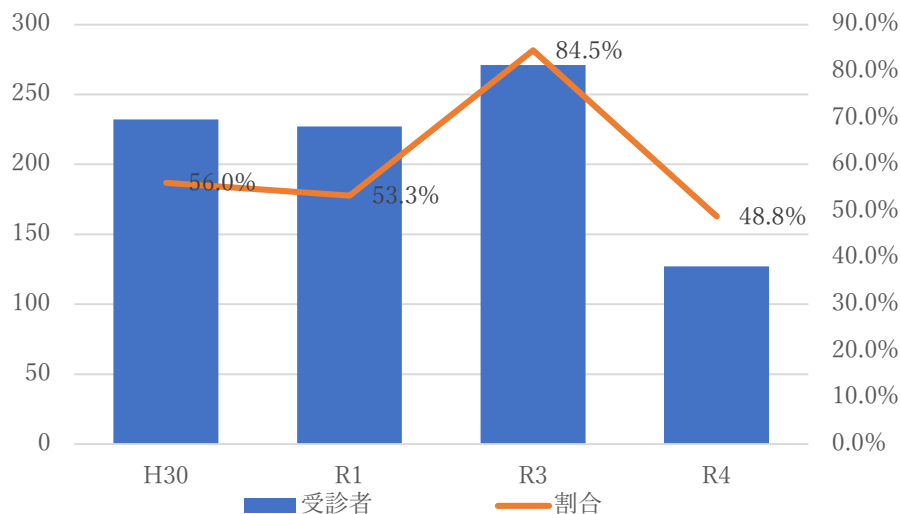


出所：長崎県学校保健統計調査

平成26年度から幼稚園・保育所、平成27年度から小学校、平成30年度から中学校に対するフッ化物洗口推進事業を実施しています。徐々におし歯ある人の割合が低下しており、12歳児における1人平均歯数は年々減少傾向にあります。

令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大予防のために、歯科検診は中止となりました。令和6年度から歯科検診に関しては20歳、30歳の若年層の検診の実施予定であり、今後若年者に対しての受診勧奨を実施していく必要があります。令和4年度レセプトより、国保の歯科受診率は69.9%（11位）、推計残存歯数20本以上の割合は84.1%（1位）、後期の歯科受診率は68.3%（10位）。推計残存歯数20本以上の割合は60.0%（1位）と国保と後期ともに推計残存歯数は県下1位です。今後はより一層歯科受診率を高めていく必要があります。

住民健診における歯科検診受診者数と歯周病有病者の推移



□ 歯科検診等の機会増と多様化の推進

- 乳幼児に対する教室・検診時に実施しているフッ化物塗布、保育所、小学校、中学校に対するフッ化物洗口を継続して実施することで、おし歯が発生しやすい時期の予防をしっかりとこない、永久歯のおし歯予防としても効果を高めていくことに努めます。

- 各種検診・教室を通じて、歯周疾患と全身疾患との関わりについて普及啓発に努めるとともに、かかりつけ歯科医による定期管理及び生活の中での歯磨きや清掃器具の使用が習慣化されるよう、普及啓発に努めます。
- 地域において口腔ケア、オーラルフレイル予防についてのミニ講話を実施し、高齢期における歯科保健対策に努めます。
- 今後も継続して町内の歯科医療機関の協力のもと、広報を活用して口腔の健康に関する情報提供を行い、歯科保健に関する関心を高めます。
- 商工会の職業体験イベントで歯科のお仕事体験や歯科検診のイベントを共催します。
- 20代・30代への歯科検診の受診勧奨及び乳幼児歯科検診において、保護者の歯科検診を促進します。
- 妊婦への歯科検診の勧奨を行います。
- 若い世代への歯と口腔機能の向上を目的とした啓発を、新成人に実施します。

重点目標項目

目標項目	現状	目標値	重点
3歳児におけるう蝕のない人の割合を増やす	81.8%	90%	
12歳児における1人平均う歯数を減らす	0.38本	0本	★
過去1年間に歯科検診を受診した人の割合を増やす	男性 56.8% 女性 62.7%	男性 60% 女性 70%	
歯周疾患のない人* の割合を増やす	52.2%	60%	

*歯周疾患の検診における“歯周ポケットPD”のうち 0：健全の人

(7) 休養とこころの健康づくり

休養とこころの健康づくりにかかる町の取り組みについては、P129以降の自殺対策計画をご参照ください。

2. 生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防

(1) がんと循環器疾患

■現状と課題

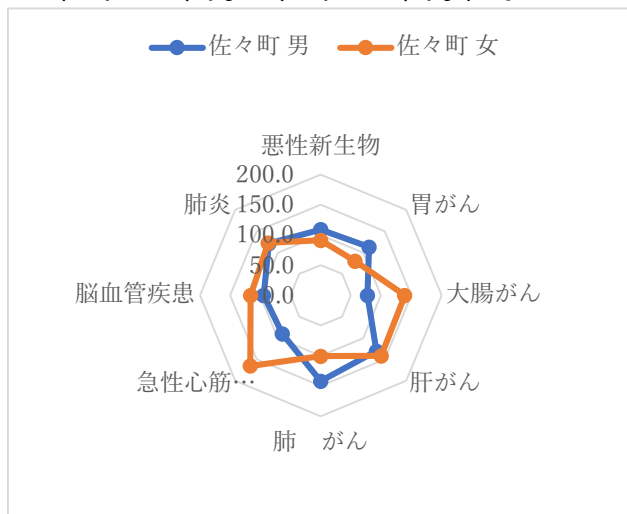
平成 29 年～令和 3 年度平均の本町の疾病別標準化死亡比は、男性では肝がん、急性心筋梗塞の割合が高く、女性では大腸がん、急性心筋梗塞の割合が高くなっています。

肝がんの主な原因は B 型肝炎や C 型肝炎への持続感染ですが、その他の原因として多量飲酒によるアルコール性肝障害、メタボリックシンドロームに起因する非アルコール性脂肪肝炎があります。脂肪肝炎とは肥満や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病により、肝臓に脂肪がたまって炎症を起こした状態で慢性肝炎と同じように、やがて肝硬変に至ることがあります。

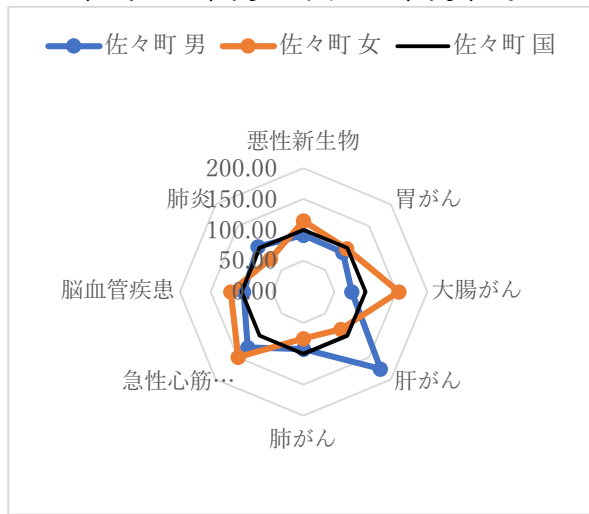
大腸がんの発生は生活習慣と関わりがあるとされており、喫煙、飲酒、肥満により大腸がんが発生する危険性が高まります。運動習慣や食事に関しては食物繊維やカルシウムの摂取も効果的と言われます。

循環器病とは心臓や、血管の疾患の総称で、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、脳梗塞、出血性脳卒中（脳出血、くも膜下出血）、心不全、不整脈、弁膜症、大動脈疾患など多くの疾患が含まれます。心血管、脳血管疾患は死亡原因として長く上位をしめており、循環器病の中には後遺症によって生活の質を著しく低下させるものがあり、介護が必要となった原因の 2 割を占め、認知症の次に脳血管疾患となっています。一方で運動不足、不適切な食生活、喫煙など問題のある生活習慣によって発症する者が多いです。また、肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症も循環器病を発症するリスクを高めるため、生活習慣を改善することで、発症の予防や進行抑制が期待できます。また、急性心筋梗塞は生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満）と喫煙やストレスの影響がリスクを高めます。

平成 24 年度～平成 28 年度平均



平成 29 年度～令和 3 年度平均



※年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率です。全国平均を 100 とし、100 を超える場合は死亡率が高く、100 未満の場合は死亡率が低いと判断されます。

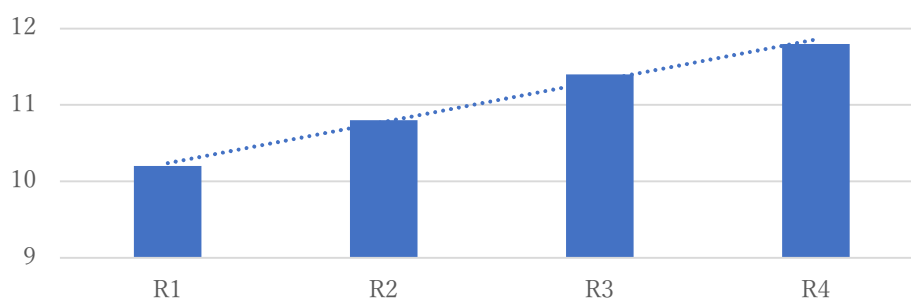
□今後の取り組み

- 学校教育や若年世代へがん予防の知識やがん検診の必要性を啓発し、がんの早期発見早期治療に結びつくよう普及啓発します
- 循環器病のハイリスク者に対する発症予防・重症化予防対策の推進
- 健診時の心電図検査の導入を検討します
- 肝炎ウイルス検診・大腸がん検診受診率の向上ため予約しやすい体制の構築を図ります。

(2) 糖尿病

生活習慣病のひとつである糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっています。また、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の主要な要因となっています。糖尿病の発症予防及び適切な治療は、重症化予防および健康寿命の延伸を目指すためには重要な課題となります。

糖尿病治療に関わる薬剤服用の割合



国保データベースシステム

糖尿病治療に関わる薬剤服用の割合は年々増加傾向にあります。健診結果からも本町の糖尿病の有病者率は県国と比較しても高い状況です。糖尿病性腎症は人工透析の新規導入の疾患としては1位の疾患となるため、早期発見早期治療につなげる必要があります。

(3) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

本町の喫煙率は国保、後期ともに県、国と比較しても高い状況です。COPDとは気管支に慢性的な炎症が起こり、呼吸器が次第に苦しくなる病気で、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、呼吸器疾患との合併も多く、慢性的な炎症性疾患であることから栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすとも言われています。主な原因の50～80%程度はたばこの煙が関与していると言われ、喫煙者では20～50%がCOPDを発症すると言われています。

健康に害をおよぼす有害物質は、喫煙者が直接肺に吸い込む「主流煙」よりも、火のついたたばこの先から立ち上る「副流煙」のほうが高い濃度で含まれています。たばこの煙にはニコチンや一酸化炭素、70 種類の発がん性物質を含め 5,300 種類の化学物質が含まれています。大人はもちろんのこと、体の機能が未成熟な子どもにとって受動喫煙は深刻な問題です。

3. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(1) 次世代の健康

幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えるため、子どもの健康を支える取り組みを進めることが重要です。

□今後の取り組み

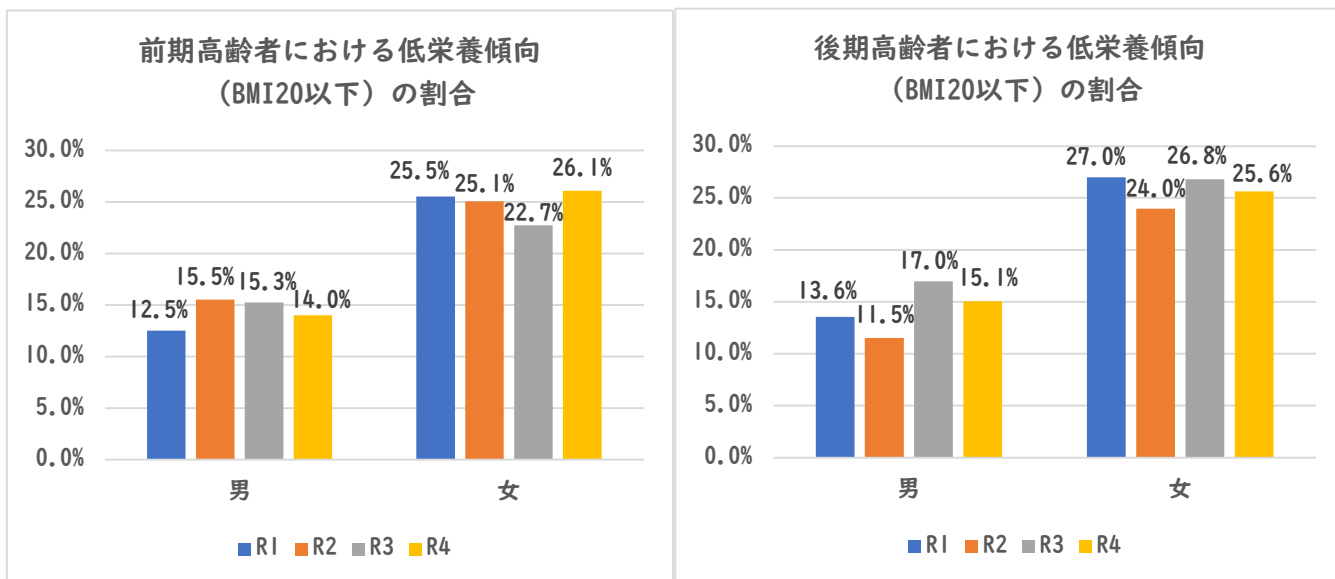
- 夏季休暇を利用した子どもへの料理教室
- 妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援体制を構築し、安心して子育てができるように支援
- 親が子どもの健康について考え、また子どもも健康的な生活習慣を身につけ、健康の維持向上に取り組むことができるよう支援
- 親や地域が多様性のある子どもについて理解
- 子育てが楽しいと思える地域づくり
- 女性向けのイベントや講演会において健康に関する情報の発信や広報媒体を通じた普及・啓発
- つなぐBANKを活用したひとり親世帯等への食支援

※ライフコースアプローチとは、成人における疾病の原因を胎児期、乳幼児期、およびその後の人生をどのような環境で過ごし、どのような軌跡をたどるのかという、ライフステージという輪切りではなく、つながった線としてみていくという取り組み

(2) 高齢者

高齢者がより元気に、日々の生活を営むために、一人ひとりが栄養、運動に配慮した健康的な生活習慣を確立し、身体機能の維持・向上を図ることが必要です。そのため高齢期に至るまでの健康を保持するため若年期からの取組が重要となります。また、定年後は、段階的に社会とのつながりが希薄になる傾向があるため、地域活動への参加等活動の機会を広げることが必要となります。

高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的な脆弱性のみならず、精神・心理的・社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすく、いわゆるフレイル状態になりやすい傾向にあります。フレイルとは、加齢とともに心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護などの危険性が高くなった状態を指します。



本町の健康診査でも BMI が 20 未満の者は、前期高齢者、後期高齢者ともに、男性 15%前後、女性 25%前後となっており、特に女性のやせ傾向が顕著にみられます。この値は県下 12 市町と比較しても女性に関してはワースト 1 位の値です。高齢者になるほど栄養状態の改善が難しく、指導効果が得られにくくなるため、前期高齢者のうちから、低栄養・フレイル予防のための情報提供を実施する必要があります。現在実施している高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業^注を、さらに推進します。

注：高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業とは、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について広域と連合と市町が連携内容を明示し、市町村において介護の地域支援事業や国保の保健事業を一体的にする事業です。

後期高齢者健康診査の結果から、男女ともに腹囲が基準値を超える者が、本町は県平均に比し多くなっています。運動習慣は高い傾向にありますが、ウォーキングのみではなく、ストレッチなどの様々な種類の運動を取り組んでいく必要があると思われます。また、運動器の障害による疼痛があると、活動量が低下し移動機能の低下をきたし、ロコモティブシンドローム発症や悪化の主要因となります。

□今後の取り組み

- 高齢者のスポーツと文化活動を通じた健康の保持増進を支援します。
- オーラルフレイル予防を推進します。
- スマホ教室にフレイル予防を含めた「健康講話・運動教室」を組み合わせアプリの活用促進と楽しい健康イベントを開催します。
- 後期高齢者の入院及び外来医療費合計で、最も多いのが骨折です。福祉センターのリハビリテーション室の活用と周知についても推進します。

重点目標項目

目標項目	現状値	目標値	重点
後期高齢者のうち BMI20 未満の高齢者の割合の増加を抑制する	20.1%	現状値より減少	★

第2期自殺対策計画 目次

第1章	計画策定にあたって	126
第2章	現状と課題.....	128
第3章	基本理念・基本方針	137
第4章	具体的な取り組みと目標	138
第5章	計画の推進.....	145



第1章 計画策定にあたって

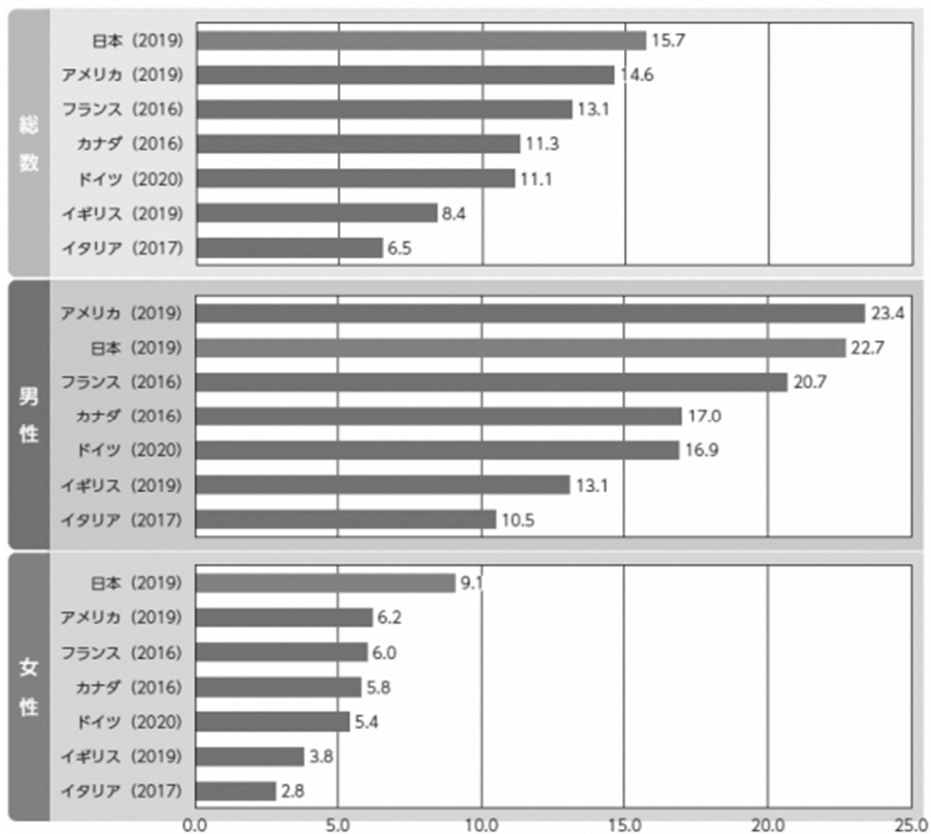
平成18年に自殺対策基本法が制定されて以降、それまで「個人の問題」と認識されがちであった自殺は広く「社会の問題」と認識されるようになり、国を挙げて自殺対策を総合的に推進した結果、全国の自殺者数は3万人台から2万人台に減少しています。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等で、経済的に困窮することとなったり、家族や友人との交流や外出の機会が激減したことで、フレイルからうつ状態となるリスクも増加しました。

我が国の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺による死亡率）は、依然として、G7諸国の中で最も高く、本町の自殺死亡率は、全国平均・長崎県平均よりも高い状況が続いています。全国的に、男性とくに中高年男性が自殺者数の大きな割合を占める状況は変わりませんが、女性や小中高生の自殺者数が著しく増加しています。佐々町においては、未だ若年層が自殺に至る事例は見られませんが、友人や家族との関係から学校や家庭に居場所を見つけられない子ども達は増えており、非常事態が続いていると言わざるを得ません。

本町では、既存の事業を最大限に活かし、全庁的に「生きることの包括的な支援」を推進していく方針で、令和2年に「第1期佐々町自殺対策計画」を策定しました。現計画期間が令和5年度をもって終了することから、新たに令和6年度を初年度とした「第2期佐々町障害者計画」を策定することとしました。本計画は、同時期に策定された「第1期佐々町保健福祉総合計画（令和6年度～11年度）」と整合し包含されるものです。同総合計画は、本町が取り組むべき福祉施策の基本的方向・実施施策や目標を定めた計画である「第1期佐々町地域福祉計画」を引き継ぐもので、本計画は同総合計画の計画期間に合わせ、令和6年度～11年度の6年間としています。様々な分野の団体等と連携し、問題の発見と解決に向けた支援により、「誰も自殺に追い込まれることのない佐々町」の実現を目指します。

	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
佐々町総合計画	第7次(R3~R12)									
地域福祉計画	第1期(R2~R6)			保健福祉総合計画 第1期(R6~R11)						
健康増進計画・食育推進計画	第2次(H28~R5)			第3次(R6~R11)						
自殺対策計画	第1期(R2~R5)			第2期(R6~R11)						
障害者計画	第2期(H28~R5)			第3期(R6~R11)						
障害福祉計画	第6期(R3~R5)			第7期(R6~R8)		第8期(R9~R11)				
障害児福祉計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R8)		第3期(R9~R11)				
高齢者福祉計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
介護保険事業計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
成年後見制度利用促進計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R11)						

参考 先進国（G7）の自殺死亡率比較



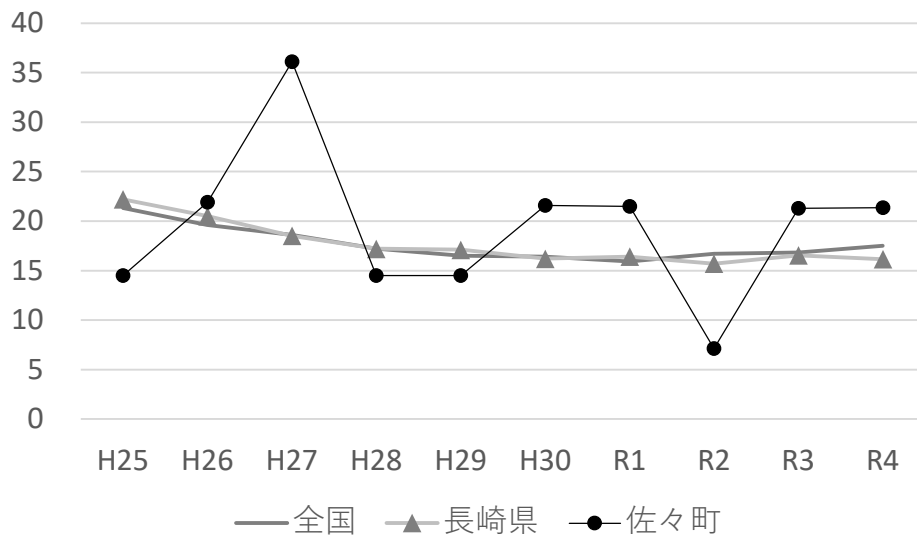
出所：令和4年版「自殺対策白書」厚生労働省

第2章 現状と課題

1. 自殺死亡率の推移（人口10万人当たりの自殺者数）

平成25年から令和4年の全国・県・本町の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）の推移をみると、本町は年毎のばらつきはありますが、10年間の平均は19.4（人）となっており、国・県の平均よりも高い水準にあります。

自殺死亡率の比較（全国平均・長崎県平均・佐々町）



	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	平均
全国	21.3	19.6	18.6	17.2	16.5	16.4	15.9	16.7	16.8	17.5	17.7
長崎県	22.2	20.5	18.5	17.2	17.1	16.2	16.4	15.7	16.5	16.1	17.6
佐々町	14.5	21.9	36.1	14.5	14.5	21.6	21.5	7.1	21.3	21.4	19.4

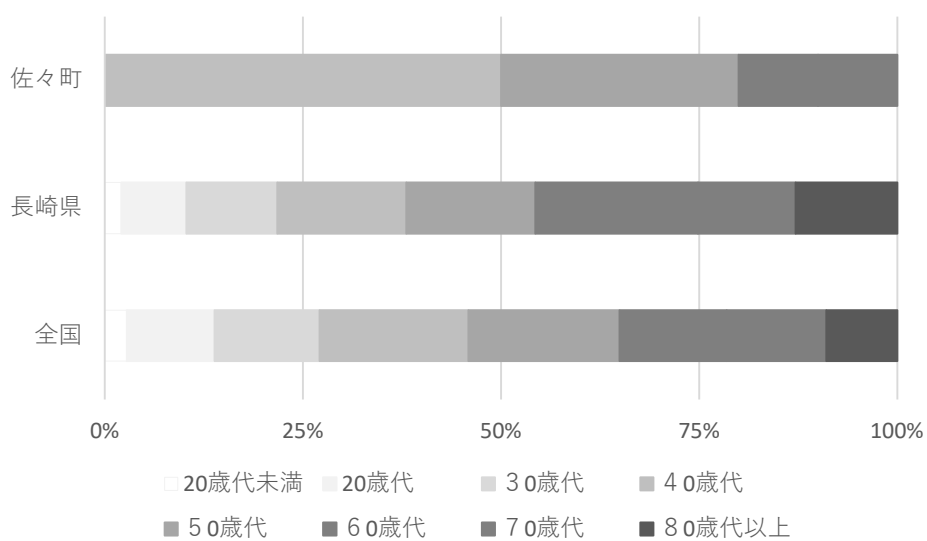
出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

2. 男女別・年代別の現状

平成30年から令和4年までの5年間の自殺死亡者の性別・年代別の構成比を、国・県と比較すると、男性・女性ともに若年層の自殺者は同期間内ありません。

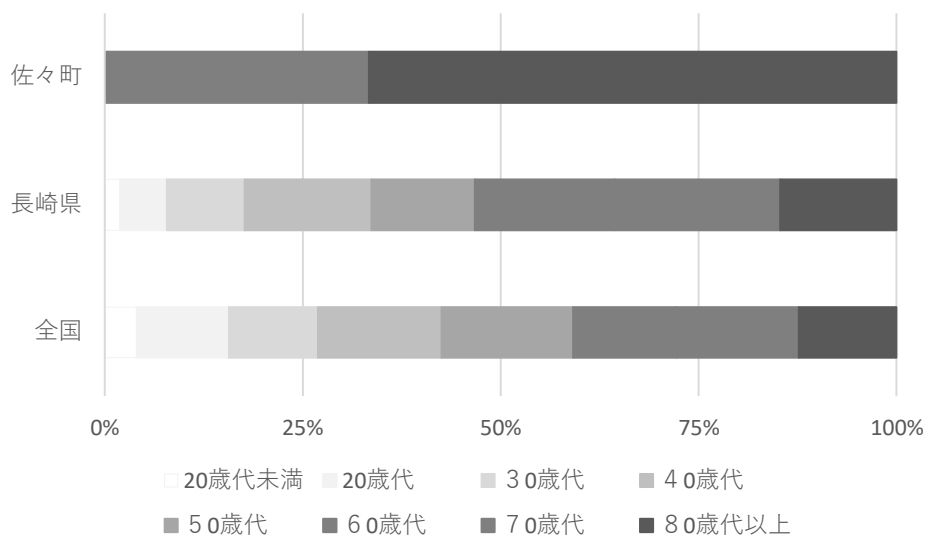
性別では男性は40歳代・50歳代といった働き盛りの世代の自殺者が多く、女性は70歳代と80歳代以上と高齢者が多いことが解ります。

男性 自殺死亡者の年代別構成比比較（佐々町・長崎県・全国）



出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

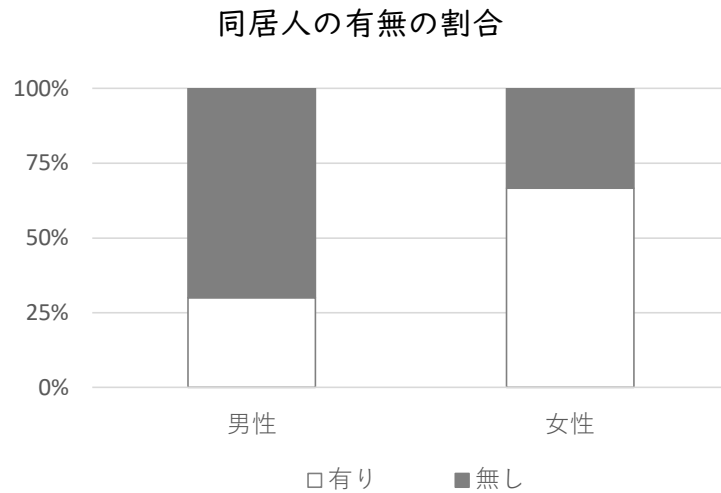
女性 自殺死亡者の年代別構成比比較（佐々町・長崎県・全国）



出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

3. 同居人の有無

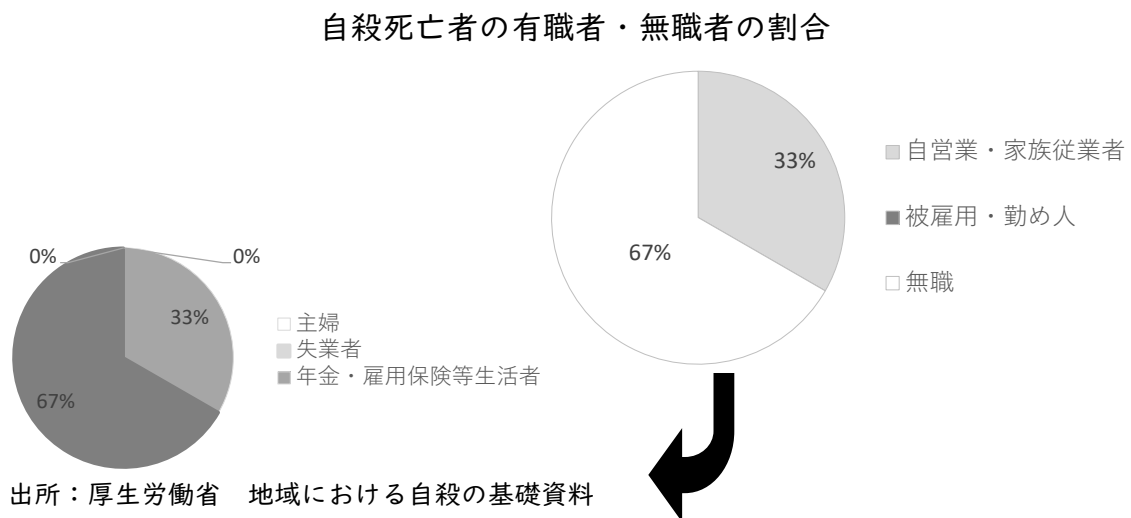
同居人の有無別で見ると、過去5年間（平成30年から令和4年）の自殺死亡者のうち、同居人がいる人の割合は男性が約30%、女性は約67%でした。



出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

4. 有職者・無職者数の割合とその内訳

有職者・無職者の割合を見ると、過去5年間（平成30年から令和4年）に自殺で亡くなった方のうち、有職者は33%で全て自営業・家族従事者、残りの67%は無職者でした。無職者の内訳としては、年金・雇用保険等生活者がそのうちの67%、失業者が33%となっています。

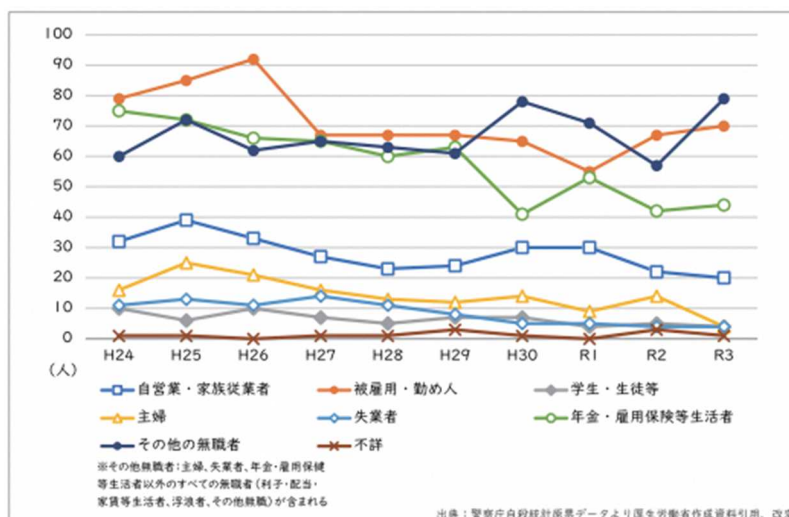


出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

5. 県内の自殺者における職業別状況、職業別割合

県内の自殺者における職業別状況を見ると、令和3年に「その他の無職者」が「被雇用・勤め人」を再び上回っています。「年金・雇用保険等生活者」も増加しています。

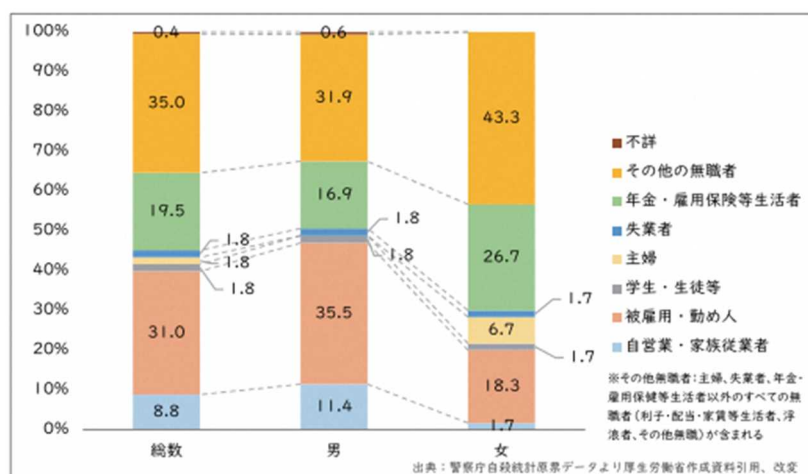
県内の自殺者における職業別推移



出所：「第4期長崎県自殺総合対策5カ年計画」長崎県

男女別に見ると、男性は「被雇用・勤め人」が最も多く、次いで「その他無職者」です。女性は、「その他の無職者」が最も多く、「年金・雇用保険等生活者」の順となっています。

県内の自殺者における職業別推移

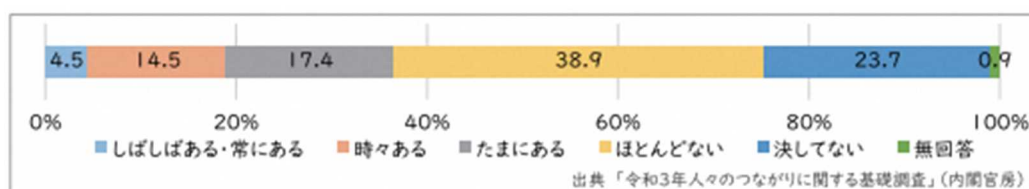


出所：「第4期長崎県自殺総合対策5カ年計画」長崎県

6. 孤立の状況

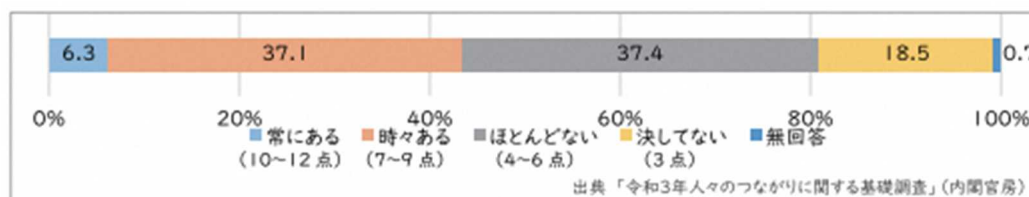
社会全体のつながりが希薄化している中で、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、人との接触機会が減り、それが長期化することで孤独・孤立の問題は一層深刻化しました。令和3年に国（内閣官房）が実施したアンケート調査によると、回答者に直接的に孤独の状況を質問したところ、孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合は4.5%、「時々ある」が14.5%、「たまにある」が17.4%でした。また、「UCLA 孤独感尺度」と呼ばれる、間接的な質問で数値的に孤独の状況を評価する間接質問では、さらに孤独感を感じている人の割合は大きく、孤独感が「常にある」が6.3%、「時々ある」が37.1%でした。

孤独の状況（直接質問）



出所：「第4期長崎県自殺総合対策5カ年計画」長崎県

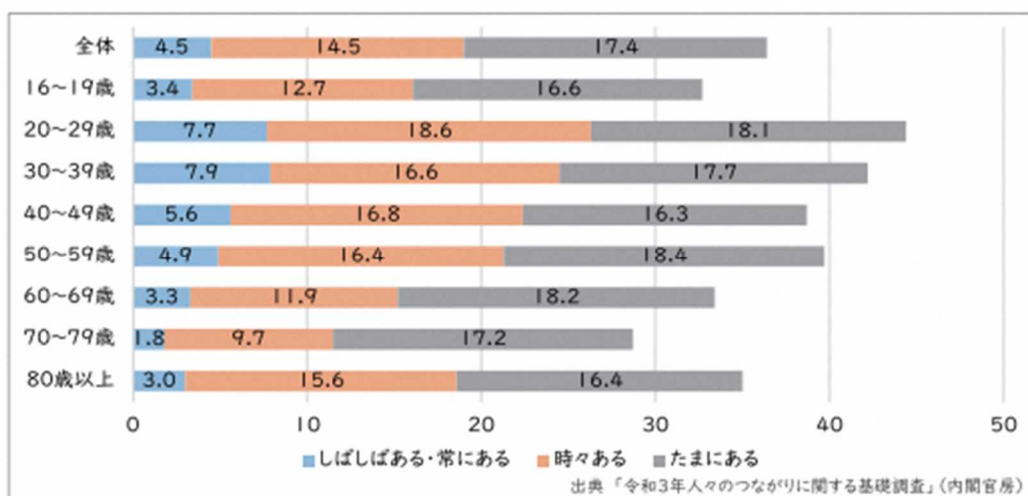
孤独の状況（間接質問）



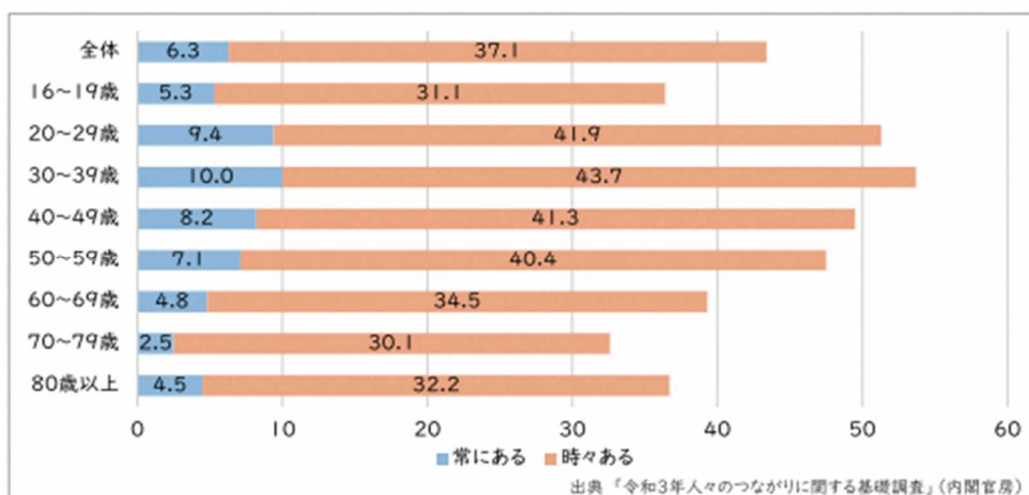
出所：「第4期長崎県自殺総合対策5カ年計画」長崎県

年齢階級別にみると、直接質問では孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合が最も高いのは、30歳代で7.9%、最も低いのは70歳代で1.8%となっています。また、間接質問では孤独感スコアが「10~12点（常にある）」という人の割合が最も高いのは、30歳代で10.0%でした。逆に最も低いのは、70歳代で2.5%でした。

孤独の状況（直接質問） 年齢階級別



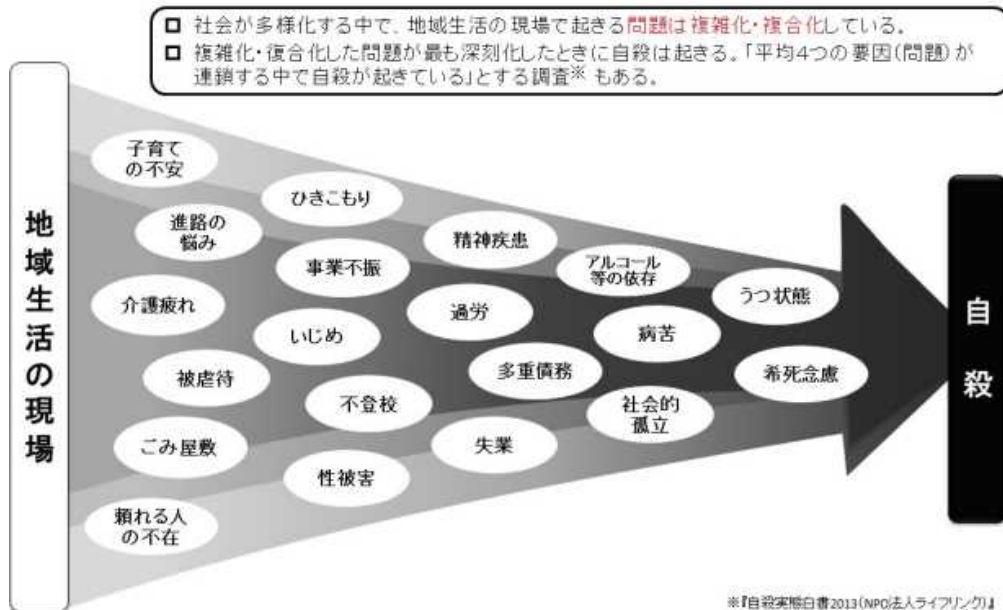
孤独の状況（間接質問） 年齢階級別



出所：「第4期長崎県自殺総合対策5カ年計画」長崎県

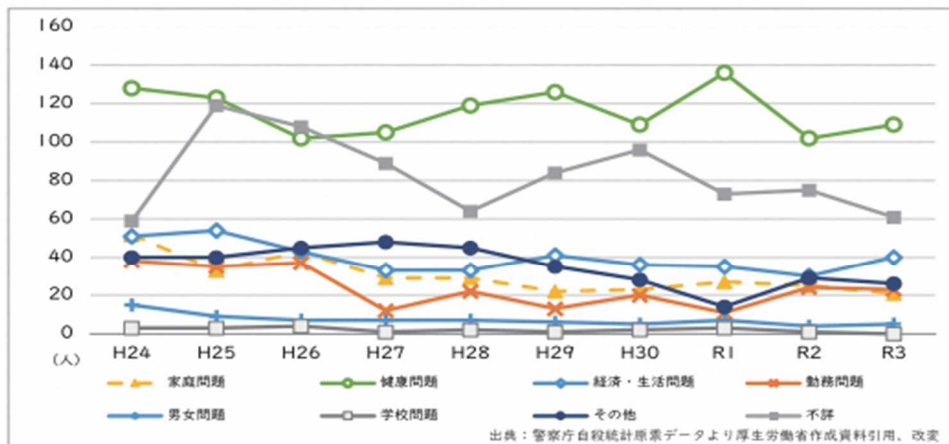
7. 県内の自殺者における要因・動機別の状況

NPO 法人ライフリングが行った 500 人以上の自殺で亡くなった方についての実態調査から、自殺は、平均すると 4 つの要因が連鎖して引き起こされており、それらの要因の連鎖のプロセス（「自殺の危機経路」という）は、性、年代、職業等の属性によって特徴が異なることが明らかになっています。



長崎県内の自殺者における原因・動機別推移を見ると、「健康問題」が一番多く、次に「経済・生活問題」が続きます。両者ともに、令和 3 年に増加しています。

県内の自殺における原因・動機別推移

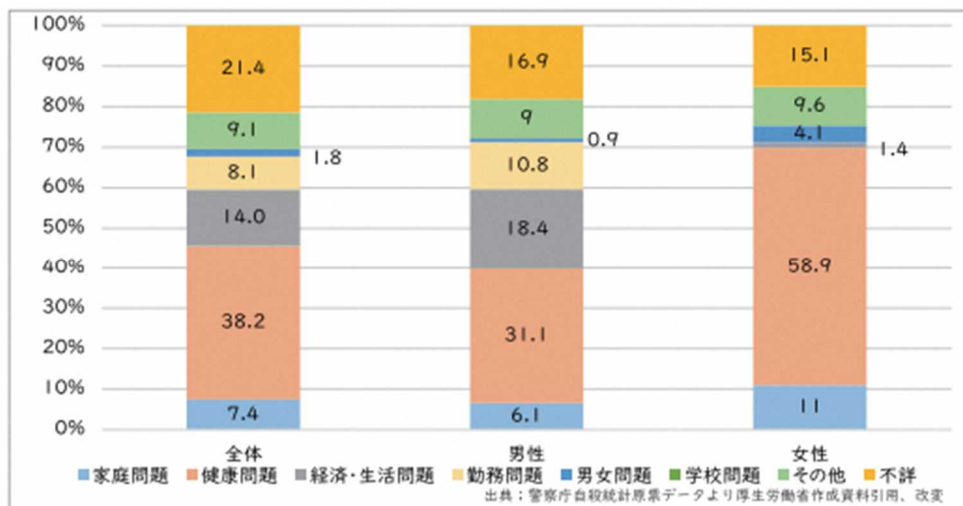


※自殺の原因・動機に係る集計については、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と自殺者数とは一致しない。
 ※その他：犯罪被害等、犯罪被害、後遺、孤独感、近隣関係、その他

出所：「第 4 期長崎県自殺総合対策 5 力年計画」長崎県

令和 3 年における県内の自殺者の原因・動機を、男女別に見ると、男性は「健康問題」、「経済・生活問題」、「勤務問題」が多く、女性は過半数が「健康問題」という特徴があります。

県内の自殺者における令和 3 年の原因・動機別内訳



出所：「第 4 期長崎県自殺総合対策 5 力年計画」長崎県

8. 本町の自殺の特徴

2017～2021年の5年間において、いのち支える自殺対策推進センターの「自殺実態プロファイル」により、本町において自殺で亡くなる人の属性の上位5位区分が示されました。

地域の主な自殺者の特徴（2017～2021年合計） <特別集計（自殺日・住居地）>

自殺者の特性上位5区分	自殺者数 (5年計)	割合	自殺死亡率* (10万対)	背景にある主な自殺の危機経路**
1位:男性 40～59歳無職独居	3	25.0%	2725.4	失業→生活苦→借金→うつ状態→自殺
2位:男性 40～59歳有職独居	2	16.7%	217.4	配置転換（昇進/降格含む）→過労+仕事の失敗→うつ状態+アルコール依存→自殺
3位:男性 60歳以上無職同居	2	16.7%	45.6	失業（退職）→生活苦+介護の悩み（疲れ）+身体疾患→自殺
4位:男性 40～59歳有職同居	2	16.7%	29.7	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
5位:女性 60歳以上無職同居	2	16.7%	26.4	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺

出所：警察庁自殺統計原票データを厚生労働省（自殺対策推進室）にて特別集計

これらにより、本町において推進される重点項目として「無職者・失業者」「生活困窮者」「勤務・経営」「高齢者」に対する取り組みが挙げられました。

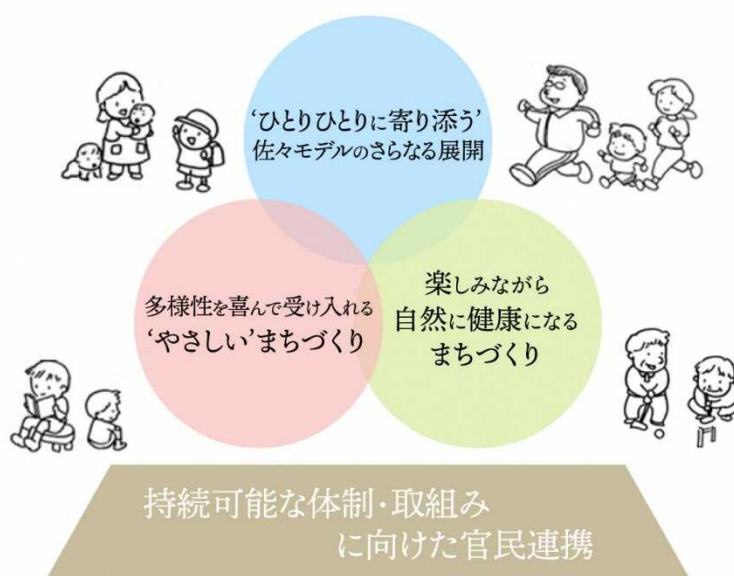
第3章 基本理念・基本方針

本町において自殺対策を考える際先ず、国や県と比較し対人口当たりの自殺者の数が多いことが分かります。これらの実態と合わせ、ライフステージの中で直面する問題に対して、いかに相談・解決に導いていくか、孤独・孤立を防ぎ、どうつなげていくのか、自殺対策は、保健・医療・福祉・教育・労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、「生きることの包括的な支援」として実施されなければなりません。我が国の自殺対策は、全ての人がかげがえのない個人として尊重される社会の構築を目標としています。

本計画は、計画期間を同じくする「第1期保健福祉総合計画」と同時に策定され、同総合計画を上位計画とすることとしています。本計画の基本理念及び施策の基本方針と整合が取れ、両計画の目指す方向が同一であることを明確にするために、本計画の基本理念及び施策の柱（基本方針）についても、下記のように同一のものとします。

第1期保健福祉総合計画においても、家庭・職場・学校以外の多様な居場所で寄り添う重要性が強調され、不安や困りごとを相談できるタイミングには、専門職やボランティアが連携し対応する体制を強化することとしています。

第1期 保健福祉総合計画における基本理念・基本方針



第4章 具体的な取り組みと評価指標

1. 地域・関係機関・役場組織内におけるネットワークの強化

取組み	取組みの内容	重点
地域共生推進協議会 (専門部会)	自殺対策に関する現状や取組みなどの情報を共有し、地域・関係機関・役場内における自殺対策の推進を図ります。また、自殺対策計画に関する進捗状況の確認や見直しについて検討します。	★
高齢・障がい地域支援会議との連携	行政・医療・介護・障がい・福祉事業所等が日頃より定期的に顔を合わせて顔の見える関係性をつくり個別支援における連携体制を日頃より構築します。また、会議の中で自殺対策における啓発・周知を行います。	
関係機関・団体との連携	民生委員・児童委員と情報共有、不登校、ひきこもり支援団体、職域との定期的な情報交換や協議の場を定期的に設けて支援の在り方や課題の解決に向けて検討します。	
地域ネットワーク情報交換会	年1回の各町内会の現状や個別・世帯に何らかの支援が必要と考えられる方について、情報共有を行い見守り体制の充実を図ります。また、「生きづらさ」を抱える人を早期に発見し、必要な支援・機関へ繋げます。	

2. 自殺対策を支える人材の育成

主な取組み	取組の内容	重点
ゲートキーパー養成講座の開催	住民一人ひとりが自殺に関する問題へ理解を深め、「こころの不調」のサインに気づき、寄り添い、必要な支援に繋げる役割を担う人材の養成講座を開催します。	★
支援者向け研修会の開催	医療・介護・障がい福祉事業所、ひきこもり・不登校支援団体など支援者向けの研修会を開催します。	

こころの健康づくり講演会の開催	住民一人ひとりが自殺にいたるまでの要因について理解を深め、身近な人を必要な支援へとつなぐきっかけづくりを行います。	
-----------------	---	--

3. 地域・関係機関・住民への啓発と周知

主な取組み	取組の内容	重点
自殺予防に関する啓発	9月の自殺予防週間、3月の自殺対策協が月間に「自殺予防・対策」に関するポスターの掲示や広報誌への掲載を行い、周知を図ります。	
こころの健康づくり講演会の開催	住民一人ひとりが自殺にいたるまでの要因について理解を深め、自らや身近な人の心身の不調に早期に発見できるようあらゆる世代への啓発を行います。	★
こころの健康に関する普及啓発の実施	住民健診の機会に「こころの健康」に関する啓発グッズ（ポケットティッシュやリーフレット）を配布します。	
依存症、ひきこもり、生活困窮等自殺の要因と関連することの啓発	依存症、ひきこもり、生活困窮など、自殺の要因と関連する内容（相談窓口や家族会等）について、広報誌やポスター掲示、チラシの配布設置を行うなど普及啓発を行います。	

2. 生きることの促進要因への支援

【全世代向け】

主な取組み	取組の内容	重点
なんでも相談	「なんでも相談」の中で、個々が持つ困りごと相談の窓口として対応します。その後、必要に応じてケース会議などを通して関係機関と連携して支援を行います。	
不登校・ひきこもりに対する相談・支援	不登校・ひきこもりに関する相談を受け、本人及び家族支援を行います。必要に応じてケース会議などを通して関係機関と連携して支援を行います。	
依存症に対する相談・支援	依存症に関する相談を受け、本人及び家族支援を行います。必要に応じてケース会議などを通して関係機関と連携して支援します。 (また、状況に応じて精神保健福祉相談などの県の事業や家族会なども紹介、案内するなど連携しながら実施します。)	
孤立・孤独に対する支援	民生委員児童委員、多世代包括支援センターの地区担当、関係機関と連携し、地域における孤独・孤立の状況を把握、早期に発見し、支援に繋がります。 また、個人の活動・活躍の場、通いの場、居場所等の情報提供を行い、やりがい・役割の創出。社会や地域への信頼感をつくることを目標とします。	

【子ども・若者向け】

取組み	取組み内容	重点
「いのち」の大切さの教育	未就学児、小・中学校において「いのち」の大切さを考える場面を作り、自分自身、友人、家族など身近な人との関わりについて身近に感じてもらう機会をつくります。	

<p>依存症の教育</p>	<p>依存症（飲酒や薬物など）を理解し、学ぶ機会を作ります。 自分自身・家族・地域など身近な人について考えてもらう。 また、万が一依存症の人に関わる機会があるときに相談先や家族会があることなど知識を身に着けることができるよう教育を行います。</p>	
<p>学校への専門職派遣</p>	<p>学校にスクールカウンセラー等の専門職を派遣し、悩み事に関する相談支援の充実を図ります。 状況に応じてケース会議などを開催し、関係機関と連携しながら支援します。</p>	★
<p>SOSの出し方に関する教育の実施</p>	<p>学校において、いじめ等何らかの問題に直面したときに、信頼できる人や相談機関に助けを求めることができるように「SOSの出し方」に関する教育を実施します。</p>	★
<p>要保護児童家庭への支援</p>	<p>要保護児童対策協議会とともに関係機関と連携し、必要時、課題に対して専門機関に繋ぐなどの支援を行います。</p>	
<p>産後うつ対策</p>	<p>赤ちゃん訪問時にエジンバラ産後うつ病質問票を活用し母親の精神状態を把握し、産後うつの早期発見・早期治療につながるよう支援します。</p>	
<p>ひとり親家庭及び支援を要する家庭への支援</p>	<p>ひとり親家庭の支援、要支援家庭について課題がある場合は、状況に応じて必要な制度の情報提供及び相談場所の周知など必要な機関へ繋ぎ連携しながら支援します。 (心身問題、経済問題、ケアラー問題、家庭環境問題等)</p>	

【働き盛り世代向け】

取組み	取組み内容	重点
普及啓発事業との連携による相談支援体制の整備	自殺対策に関わる普及啓発週間等を活用して、商工会等へ講演会の案内、相談場所の周知などについて呼びかけ相談にスムーズにつながるような働きかけを行います。	
自殺ハイリスク者支援	職域における自殺ハイリスク者を早期に発見できるよう商工会他、圏域企業等との情報共有の場（ケース会議、連絡会議）などを実施し、一人で追いつまれない環境づくりを行います。	★
メンタルヘルスに関する知識の普及啓発と対応	各種健診を通じて、心の健康に関する啓発グッズ（ポケットティッシュ、リーフレット）を通じて、自分自身や家族の変化に気づくきっかけづくりをします。また、相談窓口として早期に対応できるようあらゆる世代に応じて事業担当や地区担当において切れ目のない支援を行います。	★
働き盛り世代・子育て世代における課題の把握	働き盛り、子育て世代における生活上の困りごとや課題について意見交換の場を設けます。課題に対して関係機関と共有し解決に向けて検討し、支援方針を見出します。 （勤務問題、経済問題、心身の健康問題、教育、生活の問題、子育て問題など）	

【高齢者向け】

取組み	取組内容	重点
高齢者世帯への相談支援	要介護状態になる前から、民生委員・地区担当者が状況に応じて個別に支援を行うとともに、地域において介護予防活動を資する通いの場など本人にあう居場所への参加を勧めるなどして閉じこもり防止を図ります。また、要介護状態となっても居宅介護支援事業所等との連携により、本人及び家族の孤立を防ぎ、その世帯（虐待防止、介護負担の軽減、サービス利用状況の確認など）に状況に応じた支援を行います。	
高齢者の活躍の場、通いの場支援	本人の状態に合う活動の場で役割・やりがい・楽しさを感じながら望む生活を送ることができるよう、身体機能、認知機能などに応じた通いの場を紹介し活動へ繋がめます。	

【生活に困窮している人への支援】

取組み	取組み内容	重点
生活困窮世帯への支援	経済的な問題により就学困難な児童・生徒に対し、保護者の負担軽減を図ります。 「つなぐバンク」との連携 生活困窮者自立支援事業等との連携により支援方針を検討し関係機関が連携して支援します。	★
町税及び住宅使用料金等の滞納・納付困難者への支援	経済的、心身の状態により深刻な問題を抱え納付困難な状況にある人に対し、関係課から生活困窮者支援へつなぎます。また、心身の問題がある人に対し相談窓口の周知及び相談先の紹介、利用できる制度・サービスを紹介するなど、孤独に問題を抱えることなく対処できるよう支援します。	

【遺された家族への支援】

取組み	取組み内容	重点

自死遺族 家族への 支援	住民に対し、自死遺族家族への相談の場・心のケア、 家族会などの情報を提供します。 心のケア・経済状況、学校問題、法律問題、ケアラー など対象者の状況に応じて、専門職（心理士、カウンセ ラー、医師、弁護士等）に繋がります。	
--------------------	--	--

【評価指標】

重点施策		指標	令和4 年	令和11 年
地域、関係機関、役場組織内におけるネットワークの強化		地域共生推進協議会 (専門部会)開催数	0回／ 年	1回／年
自殺対策を支える人材育成		ゲートキーパー養成 講座開催数	1回／ 年	2回以上 ／年
地域・関係機関、住民への啓発 と周知		こころの健康づくり 講演会開催数	1回／ 年	継続実施
生きることの 促進要因への 支援	小中学校への 専門職の派遣・ SOS の出し方 の教育	1) スクールカウ ンセラーの派遣 2) SOS の出し方 の教育	1) 3校 2) 各校 1回	継続実施
	ハイリスク者 支援	関係機関との会議開 催数	0回／年	1回以上 ／年
	メンタルヘルス の啓発	各種健診時における 啓発グッズの配布	3,000 個配布	継続実施

第5章 計画の推進

本計画は、同時に策定する「第1期保健福祉総合計画」と一体のものとして策定しており、他の計画と同様、地域共生推進協議会において定期的に進捗・効果の検証・評価を行い、PDCA サイクルを機能させます。検証・評価の事務作業は、住民福祉課が担います。

<数値目標（アウトカム指標）>

本町では、平成27年から平成30年までにおいて12人が亡くなっているという状況から、計画最終年度の令和5年までの自殺者数を10人以下（人口10万人あたりの自殺死亡率15%以下）とすることを目標に掲げていましたが、令和2年から4年までの自殺者数は5名に留まっています。本計画の計画期間は、令和6年度～同11年度までの6年間ですが、前計画と同様の目標水準である10人以下を数値目標とします。

	H27～H30年 (4年間)	R2～R4年 (3年間)	R6～R11年 (6年間)
自殺者数（実績）	12人※	5人※	
〃（目標）		10人	10人

※については出所：厚生労働省 地域における自殺の基礎資料

第3期障害者計画及び第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画

目次

第1章	計画策定にあたって	146
第2章	現状と課題	147
第3章	第3期佐々町障害者計画	154
第4章	第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画	160
第5章	計画の推進	194



第1章 計画策定にあたって

近年、多くの法制度の施行や改正が行われ、障害者や障害児を取り巻く環境は大きく変化しています。国は、平成 23 年に障害者基本法を改正し、同法第 1 条に示す「障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念」に基づき、障害者基本計画を策定、これと整合する形で地方障害者計画（都道府県計画及び市町村計画）が各地で策定されています。佐々町では、平成 28 年 2 月に、第 2 期佐々町障害者計画（平成 28 年度～令和 5 年度）を策定し、障害福祉施策を推進してきました。令和 5 年 3 月、国の第 5 次障害者基本計画（令和 5 年度～令和 9 年度）が策定され、佐々町の現計画期間が令和 5 年度をもって終了することから、新たに令和 6 年度を初年度とした「第 3 期佐々町障害者計画」を策定することとしました。本計画は以下の障害児者に関する行政計画を一体のものとしています。

① 第 3 期佐々町障害者計画（令和 6 年度～11 年度の 6 か年）

本町の障害者施策を総合的かつ計画的に推進するための基本計画であり、市民、関係機関、事業者、市（行政）が、それぞれに自主的かつ積極的な活動を行うための指針となる計画で、障害者基本法第 11 条第 3 項に基づく「市町村障害者計画」として位置づけています。

② 第 7 期佐々町障害福祉計画・第 2 期佐々町障害児福祉計画 （令和 6 年度～8 年度の 3 か年）

同計画は、国の「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（基本指針）に基づき、障害児者の地域生活を支援するためのサービス基盤の整備等について、令和 8 年度末における成果目標を設定するとともに、各種サービスの必要量を見込み、その提供体制を確保するための方策について定めるものです。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）第 88 条第 1 項に基づく「市町村障害福祉計画」、児童福祉法第 33 条の 20 第 1 項に基づく「市町村障害児福祉計画」として位置づけています。

第2章 現状と課題

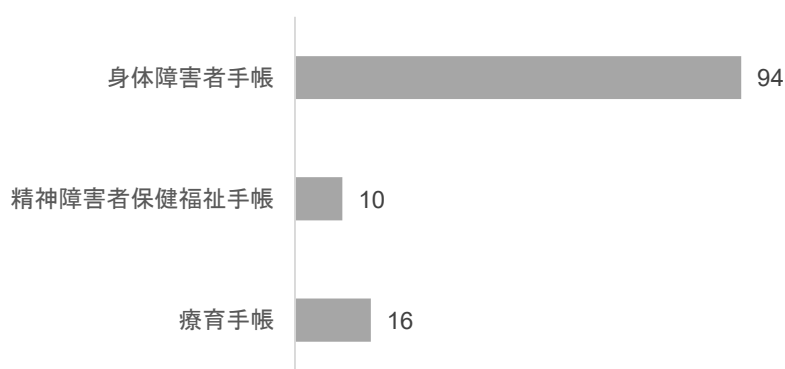
1. 「保健福祉総合計画策定のためのアンケート調査」結果から見た課題

本計画策定のためにアンケートについては、「第1期佐々町保健福祉総合計画」策定に当たり町内全世帯に対して同時期にアンケートを実施するため、回答者の負担を鑑み、保健福祉総合計画策定のためのアンケート調査票中に、一部本計画策定に関連する設問を入れ実施しました。以下同アンケートより、障害者手帳等を所持されておられる回答者からの回答から、本計画策定の参考とすべき項目を抜粋しました。

■手帳所持者のアンケート回答数（問25より）

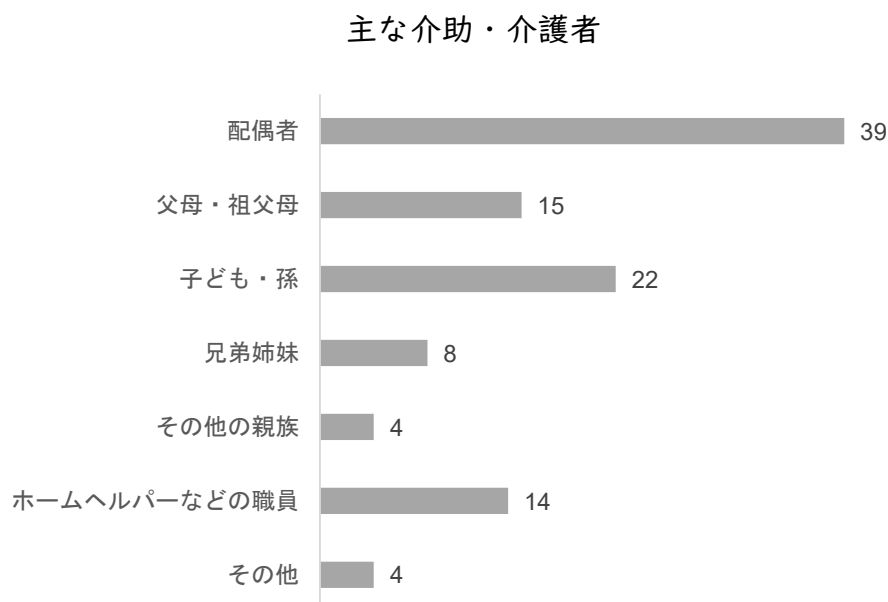
問25「(あなたや同居している方に、高齢者や障害などで介護・介助が必要な方がおられる方のみお答えください) 介護・介助が必要な方は、選択肢の手帳や介護認定をお持ちですか？(複数所持の場合複数回答可)」で、何らかの手帳を所持していると回答した方は、114人でした。複数の手帳や介護認定を所持ないし受けられている方が6人おられたので、下図の手帳毎の延べ所持者数は120人となります。前述令和5年3月31日時点での町内における障害者数の延べ人数795人の約15.1%に当たります。

「第1期佐々町保健福祉総合計画」アンケート回答者中の各種手帳所持者数



■主な介助・介護者（問 26 より）

問 26 「(あなたや同居している方に、高齢者や障害などで介護・介助が必要な方がおられる方のみお答えください) 介護・介助が必要な方を、とくに中心となって介助してくれる方は誰ですか？」への回答は、配偶者（夫または妻）が回答 106 人中 39 人（約 36.8%）、次に子ども・孫が同 22 人（約 20.1%）でした。父母・祖父母とした回答は 15 人ですが、このうち介助や介護が必要な方の年齢は、30 歳代が 5 人、40 歳代が 3 人、10 歳未満が 2 人となっています。その他の回答として、介護保養院や生活介助施設が挙げられています。



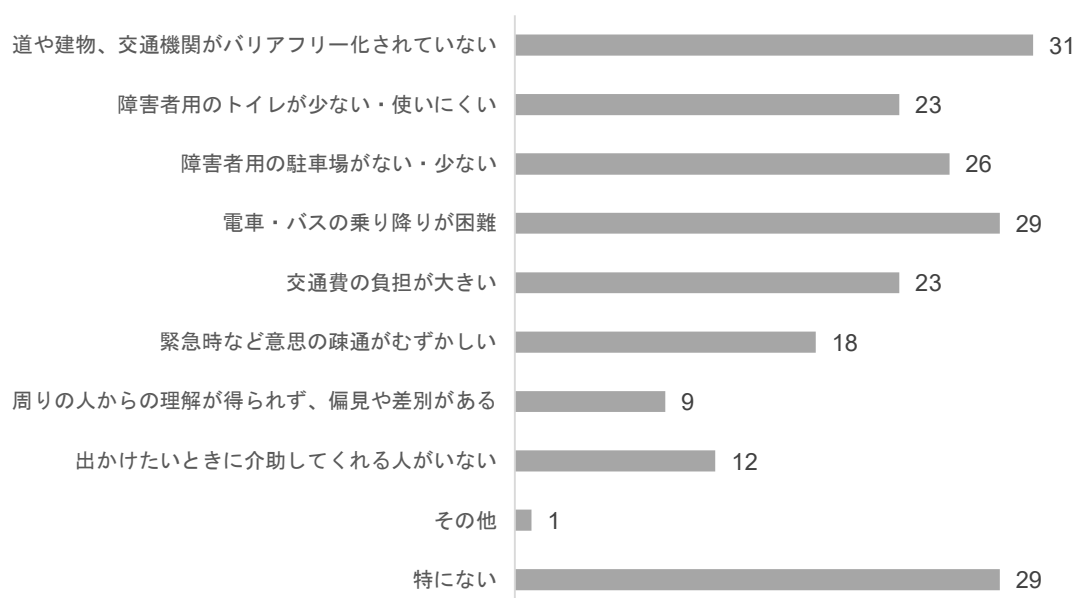
■外出するときに困ること（問 27 より）

問 27 「介護・介助が必要な方が、外出するときに困ることはありますか？（複数回答可）」への回答は、「道や建物、交通機関がバリアフリー化されていない」31 人（約 27.2%）、「電車・バスの乗り降りが困難」29 人（約 25.4%）、「障害者用の駐車場がない・少ない」（約 22.8%）、「障害者用のトイレが少ない・使いにくい」23 人（約 20.2%）といった、交通インフラや交通機関・トイレ等のバリアフリー化が進んでいないことへの不満の回答率が高かったです。「車両が小さい」、「介護タクシーが少ない」といった自由回答欄への記載も見られましたし、「障害者用の駐車場を平気で使う人がいる」といった、配慮の

無いマナーを嘆く回答もありました。「交通費の負担が大きい」と回答された方も23人（約20.2%）でした。

また、「緊急時など意思の疎通がむずかしい」18人（15.8%）、「周りの人からの理解が得られず、偏見や差別がある」9人（7.9%）と、外出時の不安やストレスを感じる方も少なくないことが解りました。

さらには、「出かけたときに介助してくれる人がいない」12人（約10.5%）と、外出の希望・機会を逸するような状況がある方もおいでになることが解りました。

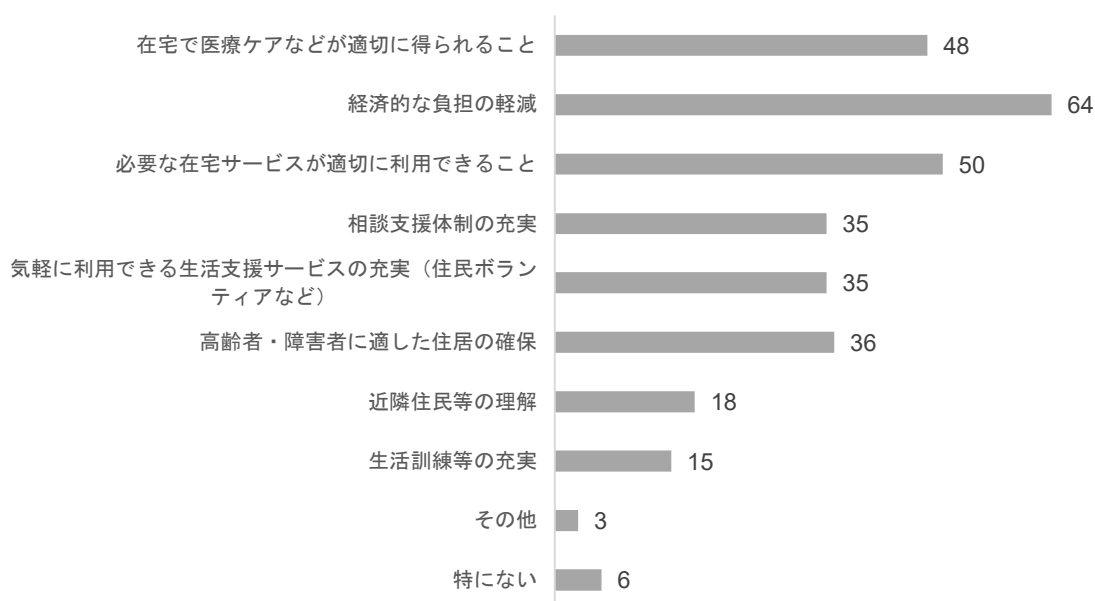


■住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援（問28より）

問28「介護・介助が必要な方が、これから先も住み慣れた地域で暮らし続けるためには、どのような支援があればよいと思いますか？（複数回答可）」への回答は、「経済的な負担の軽減」64人（約56.1%）とする回答が最も多かったです。次いで、「必要な在宅サービスが適切に利用できること」50人（約43.9%）、「在宅で医療ケアなどが適切に得られること」48人（約42.1%）、「高齢者・障害者に適した住居の確保」36人（約31.6%）が挙げられています。安心して暮らし続けるための経済的な支援と同時に、適切なサービス提供の維持についても要望が高いことが解りました。また、介護・介助者の記入と

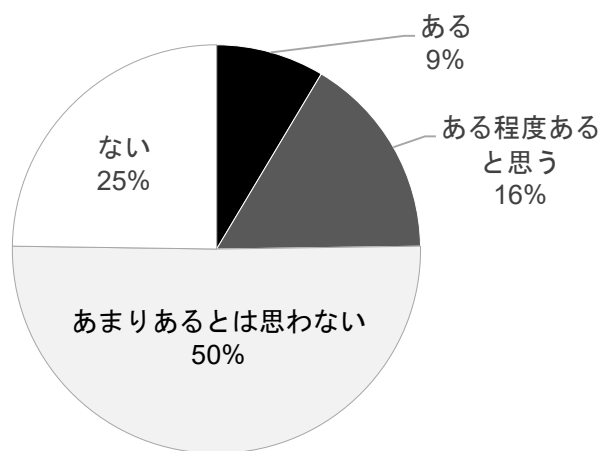
推察されますが、「数日か数時間でも預けられる場所」という自由回答がありました。自立した生活を営むための「生活訓練等の充実」が必要とする回答者は15人（約13.2%）でした。

「相談支援体制の充実」と「気軽に利用できる生活支援サービスの充実（住民ボランティアなど）」も、35人（約30.7%）が回答しておられました。「近隣住民の理解」を、暮らし続けるために必要な支援とする回答者は、18人（約15.8%）でした。支援内容に応じて、支援者の幅を広げるための仕組みが必要であると同時に、自由回答において「電話等でも良いので、悩みをきいてくれる話し相手になってくれる人」という意見も出されており、相談や心配事を聞いて欲しい全ての方に寄り添える、相談支援体制及び運用についても引き続き重要な課題であることが解りました。



■差別や偏見（問 33 より）

問 33 「あなたは、あなたの周りの学校や仕事場、住んでいる地域において、障害がある方に対する差別や偏見があると思いますか？」への、障害者の方（アンケート回答者中で手帳を所持しておられる方）からの回答は、「ある」「ある程度あると思う」の合計で、本問回答者の約 4 分の 1 でした。



これら差別や偏見を感じられている方からは、「みんなと違う」、「言っても分からないと諦められている」、「他地域から転入してきて、疎外感を感じる」、「すりこみによる無意識の偏見、自分達との違いを認められない」、「差別的態度」、「接触や交流を煩わしく思う」、「スーパー等で車椅子を押しながら会話をしつつ買い物をしている時に、子供連れの母親の方が、「近づきなさんな！」と言って子供を遠ざける様に離れて行く」、「障害者に対する理解がない時がある、認知症には特に難しいと思う」、「知的障害などの、年齢にあわない行動などに対する周りの理解」、「障害を持つ人や家族に対し、サービスに関する情報や支援が少ないところに、差別的なものを感じる」といった自由回答がありました。

■町が今後特に力を入れるべき施策（問 34 より）

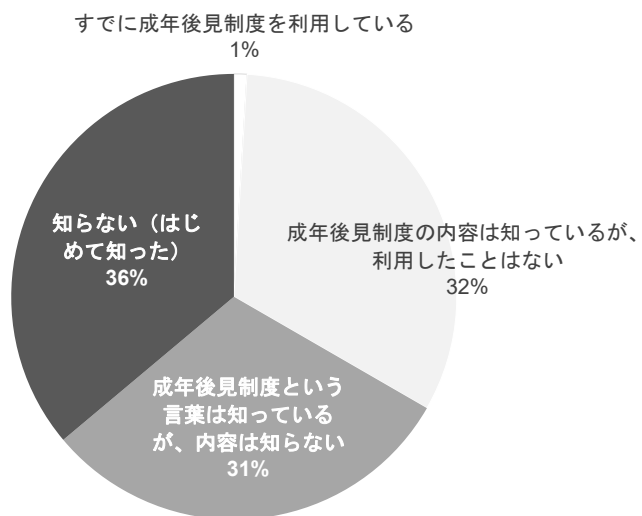
問 34 「佐々町が今後、障害がある方のために特に力を入れるべきだと思う施策は何ですか？（複数回答可）」への回答は、「相談体制や情報提供の充実」51 人（約 44.7%）と「障害がある方に配慮したまちづくりの推進（住宅、道路等）」45 人（約 39.5%）が多かったです。次いで、「地域住民が障害のある方を支えていく体制づくり」26 人（約 22.8%）、「就労の援助や雇用の促進」21 人（約 18.4%）となっています。

自由回答としては、「本当に家から一步も出られないので、少し息抜き出来る場所」、「通院サポート（人、車）」、「障害の程度、種類に応じた自立支援」、「歩行困難で精神発達の遅れのある子どもたちにオムツの支給や、健常の子よりも医療費を少しだけでも安くしてほしい」、「バスの無料化（福祉パスをつくってほしい）」といった要望以外にも、「障害者という括りが窮屈、個性（と捉えるべき）」、「ほとんど老人ばかりの集まりで、子供さんたちの姿を見るとすごく元気をもらえる、佐々に住めることに幸せを感じる」という意見もありました。



■成年後見制度（問 35 より）

問 35 「成年後見制度があることを知っていますか？」への回答は、既に利用している方が 1 人（約 1%）、「内容は知っているが利用したことはない」33 人（約 32%）でした。「知らない（はじめて知った）」39 人（約 36%）、「言葉は知っているが、内容は知らない」33 人（約 31%）と、制度の認知度が低いことが課題です。



※障害者手帳の所持者数等については、第1期保健福祉総合計画の第1章、2.佐々町の現状の箇所に掲載しています。

第3章 第3期佐々町障害者計画

基本理念・基本方針

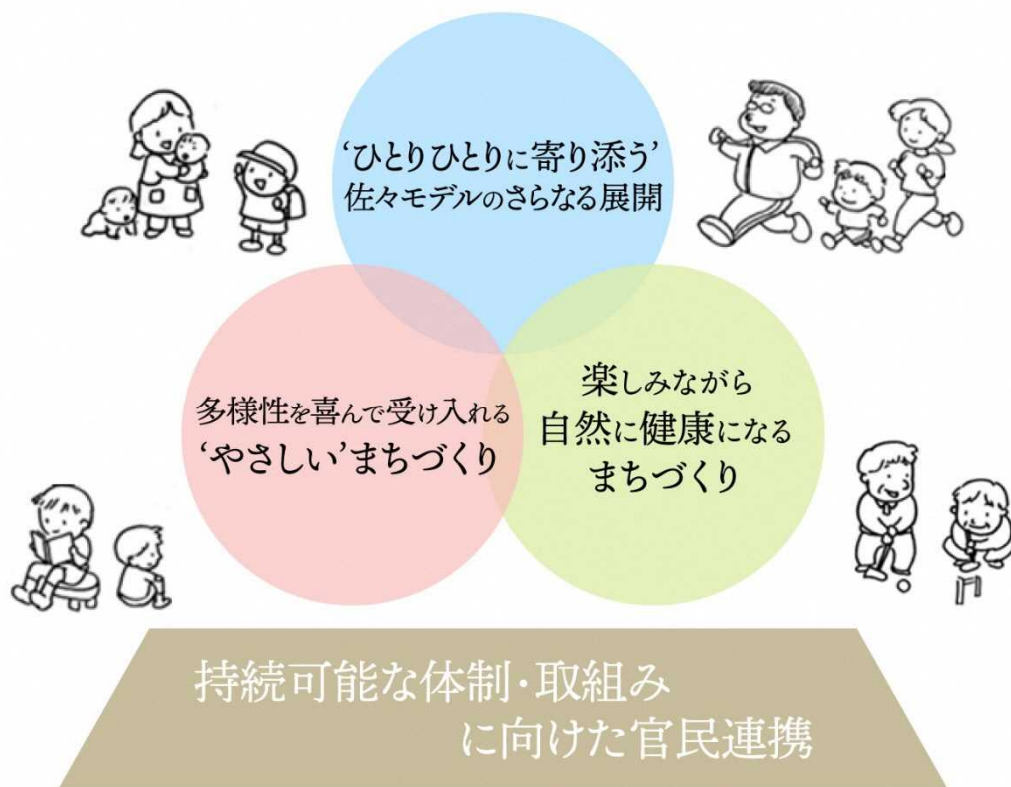
本町の障害者計画では、これまで「障害のあるなしにかかわらず、相互に人格と個性を尊重し、自分らしい生活が送れ、互いに思いやり支え合う共生社会の実現」を基本理念、「みんなといっしょに自分らしく暮らせるまち」、「差別のない安心して暮らせるまち」を基本原則としていました。

平成 30(2018)年に閣議決定された、国の障害者基本計画(第4次)を踏まえ、平成 31(2019)年には、長崎県によって「長崎県障害者基本計画(第4次)」が策定されました。いずれも、前計画の基本理念を踏襲しながらも、「インクルージョン」を推進する観点から、障害者を施策の客体ではなく、必要な支援を受けながら、自らの決定に基づき社会に参加する主体として捉えることで、社会参加を通じて障害者の自立に繋げるべきことが、より一層明確に記されたところです。

障害者が経験する困難や制限は、障害者個人の障害と社会的な要因の双方に起因します。本町においても、偏見や差別等の社会的障壁を感じている障害者の方から、アンケートを通じて意見が投げかけられました。社会的障壁の除去にあたっては、さらに障害者の政策形成への参加を確保し、障害者の意見を施策に反映させることが必要です。障害者・行政機関・事業者・地域住民といった様々な関係者が協力して取組を進めていくためには、人的支援等による環境整備と、合理的配慮の提供によって、障害者のアクセシビリティ向上を図ることが重要です。

本町においても、国・県同様に前計画の基本理念・基本原則で示した方向性は、引き続き踏襲しますが、本計画は、計画期間を同じくする「第1期保健福祉総合計画」と同時に策定され、同総合計画を上位計画とすることとしています。本計画の基本理念及び施策の基本方針と整合が取れ、両計画の目指す方向が同一であることを明確にするために、本計画の基本理念及び施策の柱(基本方針)についても、下記のように同一のものとします。

第1期 保健福祉総合計画における基本理念・基本方針



1. 障がい理由とする差別の解消と権利擁護の促進

障がいの有無にとらわれることなく、お互いに個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するためには、住民一人ひとりが障がいについて、理解することが必要です。

【具体的な取組】

項目	取組内容
相互理解の促進	<ul style="list-style-type: none">・障がいのある人への理解や支援の一助となるよう、広報誌やホームページ等を活用し、普及啓発を行います。ヘルプマークなどの障がいのある人に関するシンボルマークの周知に努めます。・障がい及び障がいのある人に対する理解を促進するため、小中学校の児童生徒が、障がいのある子の特性を理解できるよう教育委員会と連携して取り組みます。
障害者差別解消法の普及・啓発	<p>障害者差別解消法の趣旨に基づき、行政のみならず企業や住民にも広く周知し、地域全体で障がいのある人の差別解消と合理的配慮の提供の取り組みが広がるよう努めます。</p> <ul style="list-style-type: none">・合理的配慮についての理解を深めるため、総務課と連携し町職員向けの研修を実施します。・障がいのある人に対し、適切な対応や配慮ができるよう、町職員が活用できる窓口対応マニュアルを策定します。
権利擁護の推進	<ul style="list-style-type: none">・成年後見制度利用支援の促進を行います。 <p>※同時策定の成年後見制度利用促進計画を参照</p> <ul style="list-style-type: none">・障がいのある人（児）の虐待に気づいた方や本人が速やかに通報する意識を持てるよう、障害者虐待防止法の意識啓発を行うため、広報誌掲載や民生委員等への啓発を行います。

2. 地域での生活支援の充実

障がいのある方が、必要な支援を受けながら、適切に意思決定ができるよう支援することが重要です。また、地域での生活を支えるために、福祉サービスを充実される必要があります。

また、障がいのある子どもの保護者は、子どもの発育・発達や将来の生活など、様々な不安や心配を抱えています。早期からきめ細やかな支援が重要となります。

【具体的な取組】

項目	取組内容
相談支援体制の充実	<ul style="list-style-type: none">・多世代包括支援センターにおいて、地区担当者や専門職が様々な相談に応じており、専門的で細やかな相談を行い、適切に専門職やサービスにつなげるよう相談機能の強化に努めます。・障害者相談員と連携し、相談場所の周知と相談しやすい環境に努めます。
障がい福祉サービス等の充実	<ul style="list-style-type: none">・障害福祉サービス等の提供により、障がいのある人の地域生活を支援します。・町内の障がい事業所を一堂に会する支援会議を年に6回開催し、情報共有や事例検討会を継続し実施することで、町全体でサービスの質の向上を図ります。
地域生活支援事業の充実	<ul style="list-style-type: none">・地域で生活する障がいのある人の自立した日常生活や社会生活の充実を図ります。・障がいのある人のニーズを踏まえ、柔軟に事業を実施できるよう努めます。
障がい児支援の充実	<ul style="list-style-type: none">・就学前から広範囲にわたり、発達に関して相談を受け付けます。相談内容に応じて、支援機関につなげるなど、切れ目のない適切な支援を行います。・専門的療育の支援が必要な児童に対しては、早期の療育が受けられるよう関係機関との連携を図ります。・各健診から運動、精神発達の遅れがあり経過観察になった児童に対し、専門職による相談の実施

	<p>や適切な医療や療育につなげます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保育所や認定こども園等において、障がいのある子どもの発達に応じた教育・保育ができるように、専門職の訪問を実施するなど、保育士がきめ細やかな対応ができるよう支援します。
--	---

3. 障がいのある方の社会参加の促進

障がいのある人の誰もが、その適正と能力に応じた職業を持つことや、地域で自立した生活を送ることができるようにするためには、障がいの特性に応じた支援が重要です。

また、障がい者雇用についての情報や理解促進を図るなど、就労機会の拡大を図ります。

【具体的な取組】

項目	取組内容
就労の推進	・ 国、県等による障害者の職業訓練、就職相談会等の就労支援情報の提供を行います。
町職員における障害者雇用の推進	・ 障がいのある人材の計画的な職員採用の推進を図ります。
優先調達推進	・ 障害者優先調達推進法に基づき、障害福祉サービス事業所等が提供する物品や草刈り等役務の優先購入（調達）を推進します。
社会参加の促進	・ 障がい福祉サービス事業所等で制作された製品の販売を促進するため、さざまる市場をはじめとする地域のイベントへの出品や地域での交流機会の拡大を図ります。
外出支援	佐々町心身障害者（児）福祉タクシー助成事業によるタクシー料金の半額助成（上限 1,000 円）の継続と、対象者の拡充を図ります。

4. 安全・安心対策の推進

障がいのある人や高齢者をはじめとするすべての人々が、安心して地域社会で生活するには、あらゆる分野の活動に参加しやすく、暮らしやすい生活環境が求められます。

バリアフリー・ユニバーサルデザインの推進は、障がいのある人の社会参加にもつながることから、今後も継続的に環境整備に取り組む必要があります。

【具体的な取組】

項目	取組内容
環境整備の促進	<ul style="list-style-type: none">・ 公共施設の新築や改修工事時において、バリアフリー化を図ります。・ 公営住宅の新設・改築にあたっては、障がい者・高齢者に配慮した住宅の整備を進め、住まいの確保を図ります。
情報提供の充実	<ul style="list-style-type: none">・ 障がいのある人が情報を受診しやすいよう町が発行する広報誌、パンフレット、ガイドブック、ホームページ等について、障がいに配慮した情報提供を行います。・ 障害者等やその家族に対して情報提供するとともに広報誌、パンフレット、ガイドブック、ホームページ等を活用し、住民に対する啓発事業を実施します。
災害時の避難・救助体制等の充実	<ul style="list-style-type: none">・ 災害時に自力では避難できない、または他の支援者の支援が必要である避難行動要支援者名簿及び個別計画を作成し、支援体制を構築し、災害時の避難等における効果的な支援を行います。

第4章 第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画

○具体的な取組みと目標

令和5年5月、国（こども家庭庁・厚生労働省）によって、「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」が示されました。以下の7点に配慮して、総合的な障害福祉計画等を作成することとしています。

【国 基本指針】

- 1、障害者の自己決定の尊重と意思決定の支援
- 2、市町村を基本とした身近な実施主体と障害種別によらない一元的な障害福祉サービスの実施等
- 3、入所等から地域生活への移行、地域生活の継続支援、就労支援等の課題に対応したサービス提供体制の整備
- 4、地域共生社会の実現に向けた取組
- 5、障害児の健やかな育成のための発達支援
- 6、障害福祉人材の確保・定着
- 7、障害者の社会参加を支える取組

1. 施設入所者等の地域への移行

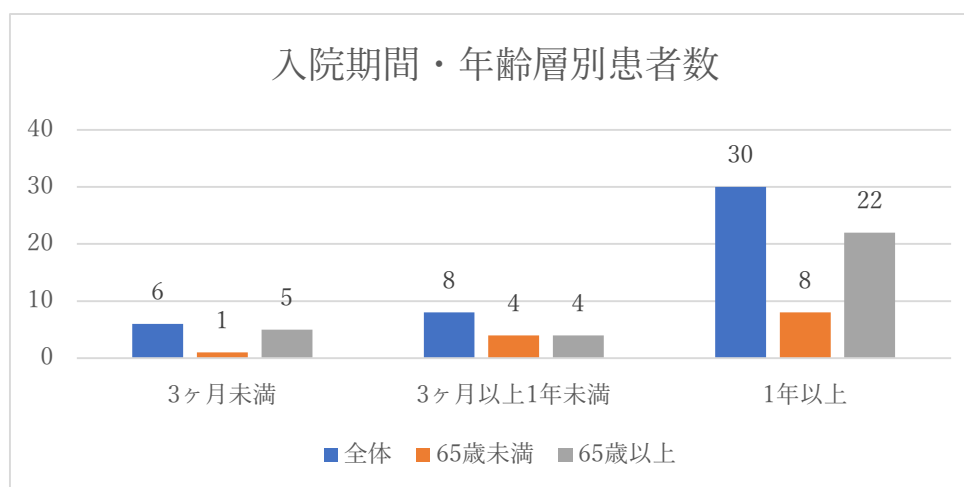
【現状と課題】

施設入所者は一定数を推移しており、入所者の重度化・高齢化がすすんでいます。また、受け皿となるグループホーム等での対応が困難である入所者も認められ、地域生活への移行が可能となるようなサービス提供体制が必要です。

精神病院の入院患者数は、全国中央値と比較すると（人口10万人あたり）高い状態です。特に1年以上長期入院している、65歳以上の高齢者の割合が多くなっています。

2021年6月時点 入院時患者数

	入院患者数	入院者数(65歳未満)	入院患者数(65歳以上)
合計(全国中央値)	44 (72)	13(25)	31(43)
人口10万人あたり (全国中央値)	312.1 (221.3)	92.2(79.9)	219.9(136.8)



出所：ReMHRAD 精神保健福祉資料分析データベースより引用

障がい者の心身機能に応じて、意思を尊重し、生活する場を選択することができる機会を作ることが必要です。

地域生活への移行を円滑に進めるためには、各種ニーズに対応するための相談支援体制の充実、施設入所者の社会生活能力を高めるための自立訓練等の充実、地域での暮らしをサポートする訪問系・活動系サービスの確保が必要です。

【目標】

・施設入所者数 基準値と目標値（単位：人）

項目	基準値（令和4年度）	目標値（令和8年度）
施設入所者数	18	1

国の数値目標（令和4年度末時点の施設入所者の5%以上削減）

・施設、病院等らの移行者 基準値と目標値（単位：人）

項目	基準値（令和4年度）	目標値（令和8年度）
施設・病院等からの移行者数	62 (施設入所18人、入院44人)	4 (施設入所者1人、入院3人の見込み)

国の数値目標（令和4年度末時点施設入所者の6%以上が令和8年度末までに地域生活へ移行）
入院患者数は、ReMHRAD精神保健福祉資料分析データベースを参考

【具体的な取組】

上記の現状・課題を踏まえ、地域移行までの体制整備として、施設・病院からの相談先を明確にします。地域生活移行の際の課題などの解決、移行後の受け皿である一般住宅やグループホーム等の関係機関との連携体制を構築します。

項目	取組内容
基幹相談支援センターの設置	基幹相談支援センターを設置することにより、関係機関等に向けて、相談・調整先を明確にし、窓口の周知を図ります。 センター内に、相談支援専門員・社会福祉士・精神保健福祉士等の専門職を配置します。
施設・精神病院へ地域移行の普及啓発	県北保健所等とも連携し、地域移行の理解促進に関わる普及啓発を行います。また、長期入所・入院患者の傾向や課題を把握し、地域移行への課題の解決に向けた方策を検討します。

<p>地域移行支援部会の実施 ※地区割担当制を活用し、施設・病院等からの地域移行に関する個別の相談支援体制の充実</p>	<p>施設・病院等から相談があった際に、地区担当制を連動させ、入所・入院時から本人や家族に継続的に関わり、本人の意思を尊重し、自立支援協議会の部会である地域移行支援部会において、地域移行までの検討と具体的な支援を行います。</p>
<p>地域生活移行後の継続的支援</p>	<p>地域生活移行後も関係機関である相談支援事業所・その他のサービス事業所とも協力し、本人の心身の状態に応じて日常生活の相談対応を継続的に実施します。 問題が複雑化した場合には、障がいケース会議を行い、専門機関への橋渡しをするなど切れ目のない支援体制を整えます。</p>
<p>高齢・障がい地域支援会議 ※日頃からの連携体制の構築</p>	<p>障がい福祉・介護の関係事業所、社会福祉協議会、多世代包括支援センター等が参加する定期的な連絡や課題の解決、検討の場である「高齢・障がい地域支援会議」において個別及び地域全体の課題の把握を行い、今後の地域生活への移行の促進について検討します。</p>

2. 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの推進

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムは、精神障害を持っていても、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療・障がい福祉・介護・住まい・社会参加・地域支えあい・教育など各分野が、地域の実情に合わせて包括的に構築された状態を目指しています。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していく必要がある。



出所：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み」厚生労働省

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの5つの要素

構成要素	主な内容
地域の助け合い・教育	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者、家族が地域・社会で受入れられる環境づくり、住民同士の見守り ・精神障害、メンタル不調の理解促進に向けた教育、普及啓発
住まい	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の住まいの確保に係る課題と実態把握 ・地域支えあい活動による生活支援の充実 ・公営住宅等への入居促進、民間事業所等との連携による賃貸住宅の利用促進
社会参加	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の希望や適正を踏まえた就労支援の充実 ・精神病院、行政、社会福祉協議会、障害福祉サービス事業所等とハローワーク、企業の連携 ・ジョブコーチなどによる職場定着支援、関係機関との連携 ・ピアサポーター活躍の場の確保

保健・予防	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタル不調の早期発見と介入 メンタル不調チェック、精神保健福祉相談窓口の周知・利用促進 ・メンタル不調者及び家族支援の充実 ・ひきこもり・閉じこもり支援、自殺対策計画との連携
医療	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタル不調者が適切に医療機関に繋がる体制整備 精神科緊急医療体制の整備、地域の医療機関、行政、学校、職場との連携 ・精神障害者を地域で支える医療の強化 入院患者の早期地域移行・定着に資する取組の実施、課題の把握、地域移行後の関係機関の連携体制の充実
障害福祉・介護	<ul style="list-style-type: none"> ・地域相談支援体制の充実 ・精神障害者支援の質の確保を目的とした人材の育成 ・介護と障害福祉の連携体制の充実

【現状と課題】

精神病院の入院患者数は、全国中央値と比較すると（人口10万人あたり）高い状態であり、特に1年以上長期入院している65歳以上の高齢者の割合が多くなっています。退院し地域で生活するためには、医療・介護・障がい・福祉・保健等関係機関の連携が必要です。令和5年度から「高齢・障がい地域支援会議」を2か月に1回定例開催していますが、精神科を有する病院の参加は少ない状況です。今後、更に多機関の連携体制の構築が必要となります。

また、保健福祉総合計画策定のためのアンケートにおいて、「外出する際に困ること」に関する設問に対して、「理解が得られず、偏見や差別がある」という回答がありました。また、「障がいに対する差別や偏見の有無」の問いには、「ある」「ある程度あると思う」とする回答が、回答者数の約4分の1程度ありました。「障がい」を幅広く個人の特性と理解し、障がい者（児）、その家族が偏見や差別の無い社会の中で安心して生活できる環境づくりが必要です。

【国の目標値に沿った佐々町の目標値】

項目		基準値 (令和4年度)	目標値 (令和8年度)
精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数		—	316日以上
精神病床における一年以上長期入院患者数		44	36
精神病床における早期退院率	入院後3か月時点	69%	69%
	入院後6か月時点	86%	86%
	入院後1年時点	92%	92%

(国の目標値)

- ・精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数は316日以上を参考
- ・1年以上の長期入院患者数は令和4年末時点の81%
- ・精神病床における早期退院率は入院後3か月時点69%、6か月時点86%、12ヶ月時点92%
- ・1年以上の長期入院患者数は2021年6月時点 ReMHRAD 精神保健福祉資料分析データベースを参考

【具体的な取組】

日頃から自分自身や家族、周囲の人のこころの健康づくりを推進します。また、精神障害を持つ本人・家族が安心して生活できる相談支援体制を充実するとともに、個別及び地域の課題解決に向けた検討を関係機関とともに行います。佐々町における「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について、自立支援協議会や部会・地域移行支援部会にて協議し、医療・介護・障がい・福祉・保健等関係機関の連携体制を構築します。

項目	取組内容
精神保健などの普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・全住民を対象とした「こころの健康づくり」の取組として、「こころの健康づくり講演会」を開催します。※自殺対策計画参照 ・健診の機会を利用して、心の健康に関する媒体を配布する等して、心の健康を見つめなおすきっかけづくりをします。※自殺対策事業参照 ・相談窓口（多世代包括支援センター、フリースペースなど、親の会こもれび、日頃からの閉じこもり予防として地域における通いの場を紹介・参加を促す等、相談先や居場所を周知します） ・地域における精神障害等、障がいの理解の促進と、病気に対する正しい知識の習得、差別・偏見のない地域を目指すために、若い世代への出前講座を実施します。 （小中高校への出前講座、県北保健所、人権擁護委員と協力して開催）
施設・精神病院へ地域移行の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・県北保健所と連携し、地域移行の理解促進に関わる普及啓発を行います。 ・長期入所・入院患者の傾向や課題を把握し、地域移行への課題の解決に向けた方策を検討します。
社会参加、活躍の場の提供ピアサポーター、ピアカウンセリングの場の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害など何らかの課題を持つ方が同じ立場で語り合える場を設置します。 ・当事者が社会参加・活躍する場を「さざまる市場」の中で設けます。
ライフサイクルに応じた多岐にわたる支援・連携体制の構築	<p>幼児期から高齢期までライフサイクルに応じたメンタルヘルス対象像に応じて、関係部署と連携し支援します。</p> <p>※詳細は、下記の「ライフサイクルに応じたメンタルヘルス対象像と他の事業計画との連動」を参照</p>

<p>相談支援体制の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ネットワーク情報交換会や関係機関等からの情報により、地区担当者が相談窓口となり、専門機関とともにメンタルヘルス不調者の把握・介入、早期対応・早期治療による重症化予防に取り組みます。 ・状況に応じて、障がいケース会議を開催し、個別の支援方針、役割分担を行いながら寄り添いながら支援します。
<p>生活支援体制整備 ※民間事業所、住民サービスや障がい福祉サービス等の協働により生活支援サービスの充実を図る</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険、障がい福祉サービス、また、住民主体のボランティア活動により、日常生活における生活支援（移動・掃除・洗濯・買い物・調理・見守りなど）の情報提供や関係機関や団体との調整を行います。 ・精神障害者が町営住宅へ入居できるよう、障害者の状態に合わせて関係課との連絡調整を図ります。また、町営住宅及び民間事業所の賃貸住宅への入居の際など、障害者を支援する家族などが不在、また身寄りがないなどキーパーソンが不在等の課題（身寄りがなく成年後見人等の活用がないケース等）がある場合は、困難ケースとして関与し必要な医療・介護サービス等を受けることができるように支援します。 ・受け皿の充実として、サービス提供事業所等の研修の機会や事例検討会、個別の課題に応じた障害ケース会議を開催します。
<p>地域移行支援部会の実施</p>	<p>精神病院等から相談があった際に、地区担当制を連動させ、本人の意思を尊重し、自立支援協議会の部会である地域移行支援部会において支援体制を整え、地域移行までの具体的な支援を行います。</p>
<p>地域生活移行後の継続的支援</p>	<p>地域生活移行後も関係機関である相談支援事業所・その他のサービス事業所とも協力し、心身の状況に応じて日常生活の相談対応を継続的に実施します。</p>

<p>高齢・障がい地域支援会議</p>	<p>障がい福祉・介護の関係事業所、社会福祉協議会、多世代包括支援センター等にて、日頃より定期的な連絡会や課題の解決、検討の場を持ち、個別及び地域全体の課題の把握を行い、今後の地域生活への移行の促進について検討します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受け皿の専門的技術の充実を図るために、精神保健に関する研修会を実施します。 ・精神病院等の医療機関の参加や「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」に関する内容を中心に会議内容の周知を図ります。
---------------------	---

ライフサイクルに応じたメンタルヘルス対象像と他の事業計画との連動

ライフサイクル	領域	支援内容	
<p>幼年期から青年期</p>	<p>○主に母子保健・子育て支援 教育／学校保健／医療・療育／障害児支援との連携</p>	<p>医療的ケア児支援 発達障害 不登校 ヤングケアラー 児童虐待 若者自殺対策 等</p>	<p>子ども・子育て支援事業計画</p> <p>健康増進計画</p> <p>障がい者(児)福祉計画</p> <p>自殺対策計画</p>
<p>周産期 妊娠から産褥産後</p>	<p>○主に母子保健 産科・婦人科／子育て支援機関との連携</p>	<p>妊産婦メンタルヘルス 妊産婦自殺対策 産後うつ等の産褥期支援等</p>	
<p>壮年期から中年期</p>	<p>○主に成人保健・福祉 産業保健／生活福祉／居住支援／障害福祉関係事業所との連携</p>	<p>ひきこもり 貧困・貧困に伴う健康問題 気分障害、依存症 がん等の身体疾患 自殺対策・遺族支援</p>	
<p>更年期・老年期</p>	<p>○主に高齢者支援 高齢・福祉・介護保険事業所との連携</p>	<p>老々介護、老障介護 独居高齢者(孤独・孤立者支援) 認知症 セルフネグレクト・高齢者虐待等</p>	

3. 地域生活支援の充実

地域生活支援拠点とは、障がい者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の居住支援のために以下の機能を整備し地域で支える体制です。前段の地域生活への移行や精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築がなされるためには、地域生活拠点の整備が必要です。住み慣れた地域で安心して暮らしていけるようライフステージに合わせた切れ目ない支援を提供します。

1.2 の現状課題より、地域生活支援拠点に求められる5つの機能

- ① 相談（地域移行、親元からの自立等）
- ② 体験の機会・場（一人暮らし・グループホーム等）
- ③ 緊急時の受け入れ・対応（短期入所等の確保）
- ④ 専門性（人材の確保・養成、連携等）
- ⑤ 地域の体制づくり（サービス拠点、コーディネーターの配置等）

【具体的な取組】

機能	内容
相談 （地域移行、親元からの自立等）	・多世代包括支援センターの地区担当制等を活用し、相談対応を行います。また、複合的な問題がある場合は、障がいケース会議等において、課題の解決、支援方針の共有・統一、役割分担を行い本人の望む暮らしの実現に向けて支援します。
体験の機会・場（一人暮らし・グループホーム等）	・本人の意思を尊重し、住み慣れた地域で自分らしく生活できるために、地区担当等が関係機関との調整役となり、一人暮らし、グループホーム等の体験の機会を設けます。 ・地域との交流・参加の場である「さざまる市場」を継続的に行うことで、障がい福祉事業所・介護事業所・民間団体・地域との交流の機会とします。
緊急時の受け入れ・対応（短期入所等の確保）	近隣市町など広域での体制整備により、重度行動障害や精神障害等により在宅での生活を継続することが困難な場合は、緊急時の受け入れ施設を確保します。

<p>専門性（人材の確保・養成、連携等）</p>	<p>多様化する問題（依存症・ひきこもり・虐待・生活困窮・ケアラー・権利擁護等）に対して専門的知識・技術を持つ人材の確保・養成を目的として、高齢・障がい地域支援会議の中で事例検討会、研修会を実施します。</p>
<p>地域の体制づくり （サービス拠点、コーディネーターの配置等）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多世代包括支援センターの機能により、地区担当等による個別の相談対応、関係機関との調整を行います。 ・個別の支援から地域の課題の把握、情報の整理を行い地域の課題解決に向けて検討する場「自立支援協議会（部会）」を実施します。

4. 障がい福祉サービス利用における適正化と地域生活支援の充実

福祉施設利用者のうち、就労移行支援、就労継続支援等を通じて、一般就労への移行が見込まれる方に対して、相談支援事業所、就労移行支援・就労継続支援事業所とともに本人が抱える課題に対してともに向き合い一般就労への移行支援を行います。また、本人の心身の状態に応じた障がい福祉サービスの利用を勧めます。

【現状と課題】

就労移行支援・就労継続支援利用の実績は、増加傾向となっています。今後も利用者の更なる高齢化に伴い利用状況及び心身の状態を定期的を確認し、介護保険制度などその他のサービスへと繋がります。

就労移行支援、就労継続支援利用実績（令和5年3月末時点）（単位：人）

	R2	R3	R4
就労移行支援	0	0	0
就労継続支援（A型）	3	3	2
就労継続支援（B型）	42	54	58

就労継続支援（A型）年代別利用実績（令和5年3月末時点）
（単位：人）

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	計
就労継続支援(A型)	1	0	1	1	0	0	0	3

就労継続支援（B型）年代別利用実績（令和5年3月末時点）
（単位：人）

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	計
就労継続支援(B型)	12	14	15	8	15	2	2	68

【目標】

福祉施設から一般就労への移行

項目	基準値（令和4年度）	目標値（令和8年度）
福祉施設から一般就労への移行	0	1

国の数値目標、就労移行支援事業所を通じた一般就労への移行者数を令和3年度実績の1.28倍以上

就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型・B型）の一般就労の移行者数

項目		基準値（令和3年度）	目標値（令和8年度）
一般就労への移行者数	就労移行支援	0	1
	就労継続支援A型	0	1
	就労継続支援B型	0	1

（国の数値目標）

就労移行支援事業を通じた一般就労への移行者数、令和3年度実績の1.31倍以上
 就労継続支援A型事業所を通じた一般就労への移行者数、令和3年度実績の1.29倍以上
 就労移行支援B型事業所を通じた一般就労への移行者数、令和3年度実績の1.28倍以上

【具体的な取組】

項目	内容
計画書及びモニタリング報告書の確認と提案	初回利用時の計画書及びモニタリング報告書において、担当者による確認を行い、本人の意思の尊重、障がいの種別・程度に応じたサービス利用、自立の阻害要因の有無の確認と助言、家族の支援、65歳以上の高齢者の介護保険への移行の検討を行います。

65歳以上の社会参加支援	就労継続支援 B 型等を利用中で介護保険認定を受けた方等、心身の状況により就労継続支援としての利用が困難な方に対して、単にサービスを中止するだけでなく、生きがい・役割をもち過ごせる場（介護予防を資する通いの場、居場所等）の情報提供を行い、参加に繋がるコーディネート役となり孤独にならない体制づくりを行います。
一般就労への移行支援	就労継続支援から一般就労の際に、関係機関が関わり公共職業安定所（ハローワーク）、障害者就業支援センターなどと連携して、一般就労・障害者雇用支援を行います。

5. 障がい児支援の提供体制の整備(子ども・子育て支援事業計画に準じ実施)

現在、妊娠期・乳児期・幼児期・学童期の段階に応じて「子ども・子育て支援事業計画」と連動させ実施しています。今後も、発達に関する何らかの心配事があっても障がいを持つ児童・家族が地域で安心して生活できる環境を整備します。

【現状と課題】

母子保健・子育て支援事業計画による実施状況により、療育専門相談等の件数は R2 年度から相談枠の上限に達している状況であり、障害児福祉サービスへと繋がっています。今後も相談体制及び個々の状態に応じた支援の受け皿の確保について関係機関と連携して検討します。

療育専門相談実績

(単位：人)

年度	実人数	延べ人数
令和 2 年度	73	85
令和 3 年度	84	91
令和 4 年度	82	88

障害児福祉サービスの利用実績

(単位：人)

	R2	R3	R4
児童発達支援	7	15	17
放課後等デイサービス	26	44	48
保育所等訪問支援	0	3	3

医療的ケア児が地域生活を継続するためには、在宅でケアする家族の負担軽減も必要です。児童及び家族のケアの状況、家族の身体状況を把握し、生活環境など必要に応じて短期入所等を勧めるなど、日頃より関係事業所との情報交換が重要となります。

【具体的取組】

項目	内容
相談窓口の普及啓発	相談窓口：多世代包括支援センター内「子育て世代支援センター」について、広報誌や事業で周知します。
早期介入 発達専門相談	健診の機会や学校との連携により発達専門相談の利用について促し、早期介入に努めます。 相談後も児童や保護者が孤立することなく生活できるように、相談先の周知や相談の受け止めなど切れ目のない支援を行います。
児童の特性に応じた 個別支援の充実	児童発達支援・放課後デイサービス、保育所等訪問支援などのサービスに繋げるとともに、関係事業所とともに個々の状態に応じた支援を行います。
地域社会への参加	「さざまる市場」など参加の機会を利用し、障害児および家族の地域生活への参加を促進します。
医療的ケア児支援 の地域生活支援体制の整備	医療的ケア児の支援体制の課題等の協議の場として、自立支援協議会（子ども部会）を実施します。

児童発達支援センターの設置	<p>長期的な目標として児童発達支援センターの設置を検討します。</p> <p>設置するに至って課題の把握・解決に向けた方策を庁内外の関係部署・機関と検討します。</p> <p>また、機能の充実を図るために、現在の母子保健事業における機能を活かしながら療育分野の充実を図ります。</p>
---------------	---

6. 相談支援体制の充実・強化

地域の相談支援の拠点として、実情に応じた総合相談・専門相談、地域の相談体制の強化の取組、地域移行・地域定着、権利擁護・虐待防止の業務行います。基幹相談支援センターを設置し、相談支援の充実を図ります。

【現状と課題】

令和4年度からの庁舎内の組織編制により、多世代包括支援センター内に障がい相談支援センターが設置され、令和5年度からは地区担当制を導入し、障がい者や心身に何らかの問題を抱えている方の相談対応、障がい福祉サービスの利用状況等の確認を行っているところですが、より一層の充実を図るためには、専門職の配置が必要です。

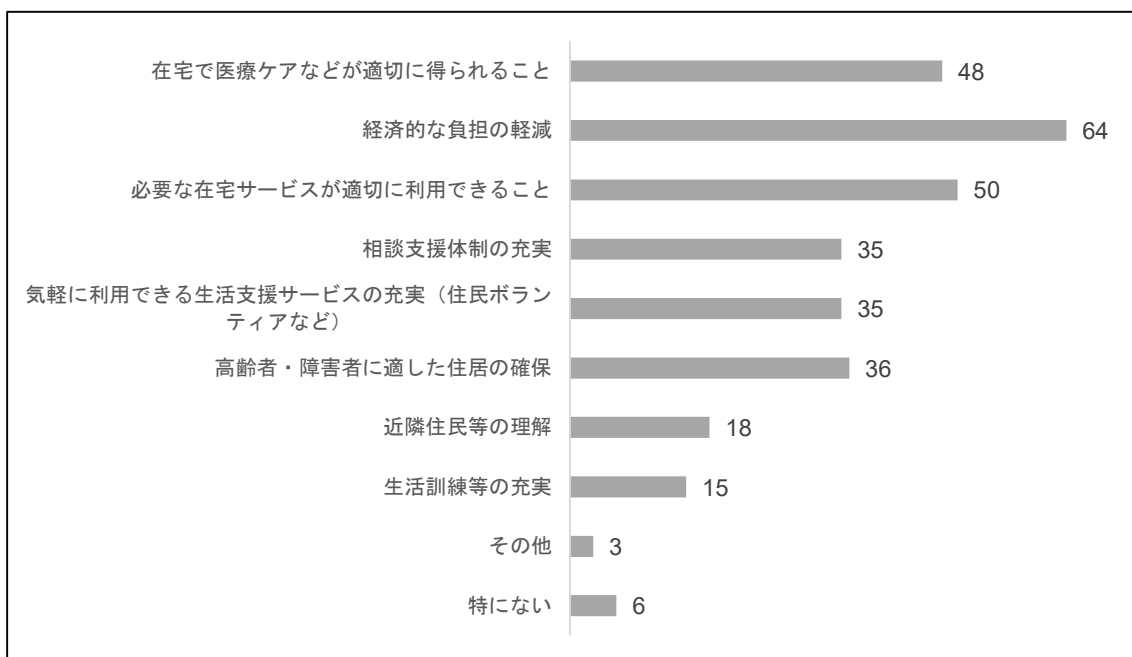
町内の相談支援事業所は4か所あり、相談支援専門員とともに個別ケースを通して徐々に連携を図っているところです。しかし、相談支援専門員1人が持つケース数が膨大であり、個別ケースの支援など状況に応じて後方支援が必要です。

相談支援サービス量の実績（一か月あたり：人）

	第6期実績		
	R2	R3	R4
計画相談支援	9	20	24
地域移行支援	0	0	0
地域定着支援	0	0	0

知的障害者や精神障害者など判断能力に課題がある方で、身近に頼れる人がいない等により、医療・介護・障がい福祉サービスの利用の手続きや金銭管理が困難になりサービス利用が円滑に進まない実態があります。問 35「成年後見制度があることを知っていますか？」への回答は、既に利用している方が 1 人（約 1%）、「内容は知っているが利用したことはない」33 人（約 32%）でした。「知らない（はじめて知った）」39 人（約 36%）、「言葉は知っているが、内容は知らない」33 人（約 31%）と、「成年後見制度」への認知度は合わせて全体の半数以上でした。今後も必要な人が制度に繋がるように普及啓発を行います。

また、町が今後特に力を入れるべき施策に関するアンケート設問への回答では、経済的負担の軽減とする回答が、回答率 60%以上と最も多いという結果でした。



【具体的な取組】

項目	内容
総合相談・専門相談	<ul style="list-style-type: none"> ・基幹相談支援センターを設置します。 ・障がいに関する専門相談員として相談支援専門員を配置します。
地域の相談体制強化の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケースを通じて、障がいケース会議を実施し、課題の共有、解決の方針・役割分担を行います。 ・高齢・障がい地域支援会議において、連絡会等を通して日頃より連携体制を構築します。また、複合的な問題に対する事例検討や研修会を開催します。
地域移行・地域定着支援	<ul style="list-style-type: none"> ・県北保健所と連携し、入所施設・精神病院への働きかけを行い、地域生活への移行における地域移行支援部会を開催します。
権利擁護・虐待防止	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の判断能力に応じて、成年後見制度、遺言書作成、消費者被害などについて、利用可能な制度を周知し、関係機関と連携しながら本人の権利を守り不利益にならないように支援します。また、後見人が選任されたのちは、対象者には後見人などへの報酬助成制度の周知を図る。 (＊詳細は、成年後見制度利用促進計画参照) ・障がい福祉事業所と日頃より連携して本人の心身の状態に応じたサービス提供します。本人及び養護者支援にも留意し、日頃より虐待リスクの把握に努め相談支援事業所等とともに虐待の防止に向けて対応します。

○障害福祉サービス等の見込量

障害福祉計画および障害児福祉計画は、令和5年5月19日に告示された国の「第7期障害福祉計画及び第3期障害児福祉計画に係る基本指針」に基づき、施策に関する成果目標や障害福祉サービス等の供給見込み量などについて定めるものです。

サービス供給見込み量は、令和3年に策定した「第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画障害者計画」のサービス利用実績、障害者（児）の推移等を踏まえて算定しています。国の基本指針における成果目標について、本町の実状を踏まえ令和8年度末までの数値目標を設定しました。

障害福祉計画に定めるべき、障害福祉サービス等の種類ごとの令和8年度までの必要量の見込みを実績値の増減及び前述の国の基本方針で示された目標水準をもとに設定します。

(1) 訪問系サービス量の見込み

訪問系サービス量の見込みとしては、令和4年度の利用実績に加え、今後の地域生活への移行促進等を踏まえ、毎年度96名の利用者（1人あたり月利用時間16時間）の増加を見込んでいます。

サービス提供体制を充実させるため、圏域内の事業所の利用を検討し、介護保険事業所に対し障害福祉サービスへの参入を促すなど、利用ニーズに応じてサービスを受けることができる提供体制の確保に努めます。

訪問系サービス（一か月あたり）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	人	人	人	人	人	人
	時間	時間	時間	時間	時間	時間
居宅介護	63	75	72	96	96	96
	126	150	144	192	192	192
重度訪問介護	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
同行援護	51	27	24	36	36	36
	102	54	48	72	72	72
行動援護	12	12	12	24	24	24
	24	24	24	48	48	48
重度障害者等包括支援	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0

(2) 日中活動系サービス量の見込み

日中活動系サービスについては、令和4年度の利用実績に加え、特別支援学校卒業生の利用増を勘案し、サービス量の見込みを行いました。就労継続支援（A、B型）については、町内に事業所が整備されてきており、見込量に対応できると考えます。生活介護、就労移行支援事業所については、事業所の新規参入を働きかけると共に圏域内の事業所の利用を図りながら、見込量の確保に努めます。

日中活動系サービス（一か月あたり）

	第6期実績						第7期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
生活介護	30	630	31	651	31	651	32	672	32	672	32	672
自立訓練 （機能訓練）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自立訓練 （生活訓練）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労移行支援	0	0	0	0	24	288	24	288	24	288	24	288
就労継続支援 （A型）	3	33	2	22	1	12	2	24	2	24	2	24
就労継続支援 （B型）	54	648	58	696	59	708	60	720	60	720	60	720
就労定着支援	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
短期入所 （福祉型）	1	14	1	14	1	14	2	28	2	28	2	28
短期入所 （医療型）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(3) 居住系サービス量の見込み

共同生活援助（グループホーム）の令和 4 年度の実績、施設入所者や退院可能な精神障がい者の地域生活への移行を考慮し、サービス量の見込みを行いました。共同生活援助は、施設からの移行や親亡き後も障がい者が地域で暮らし続けるための受け皿になることが期待されることから、利用者の状況を勘案しながら、事業者の参入の促進を行うなど、見込量の確保に努めます。

自立生活援助については、令和 4 年度の実績と障がい者の地域移行、現在単身で生活されている方の利用を見込み、毎年度 2 名ずつの利用増加を見込みます。制度の周知を行いながら、必要な方のサービス利用に繋げていきます。

居住系サービス（一か月あたり）

	第 6 期実績			第 7 期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	人	人	人	人	人	人
共同生活援助	20	20	20	22	24	26
自立生活援助	0	0	0	0	0	0

(4) 入所系サービス量の見込み

施設入所支援については、令和 4 年度の実績、地域生活への移行促進等を勘案し、量を見込んでいます。共同生活援助などへの移行を検討しながら、施設入所者の地域移行を推進していきます。療養介護については、現在の利用者が引き続き利用されることを踏まえ、量を見込んでいます。現在の支援で見込量の確保は行われていると考えます。

入所系サービス（一か月あたり）

	第 6 期実績			第 7 期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	人	人	人	人	人	人
施設入所支援	18	18	18	18	18	18
療養介護	5	5	5	5	5	5

(5) 相談支援サービスの量の見込み

計画相談支援については、基本的に全ての対象者へ実施することを見込み、月ごとの平均利用人数を見込んでいます。地域移行支援、地域定着支援については、福祉施設からの地域生活移行者の利用を勘案し、サービス量の見込みを行いました。相談支援事業所等の連携を図りながら、全ての対象者が利用できるようなサービス提供体制の構築に努めます。

相談支援サービス（一か月あたり）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	人	人	人	人	人	人
計画相談支援	20	24	24	25	25	25
地域移行支援	0	0	0	1	1	1
地域定着支援	0	0	0	0	0	0

1. 障害児福祉サービス等の見込量

(1) 障害児通所支援等のサービス量の見込み

障がいのある児童の地域での健やかな育ちや豊かな暮らしの保障に努め、児童福祉法に基づいて、障がい児支援を提供するものです。

① 児童発達支援

近年の利用者増の実績に基づき、利用者数及び利用日数の増を見込んでいます。健康相談センターと連携し、「療育を受けなければ福祉を損なうおそれのある児童」について、発達状況、家庭状況等を適正に把握し支給量の決定を行います。複数の事業所を利用する児童が増加することが見込まれるため、対象児童にとって一貫性のある支援が提供されるよう、相談支援事業所、障害児通所事業所等との連携を図ります

児童発達支援

	第2期実績						第3期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
児童発達支援	15	120	17	136	17	136	18	144	19	152	20	160

② 医療型児童発達支援

現在、町内に該当児童が0人のため、本計画においてサービス量の見込みは行っていません。

医療型児童発達支援

	第2期実績						第3期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
医療型児童発達支援	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

③ 放課後等デイサービス

近年の利用ニーズ及び利用状況を勘案し、サービス量を見込みました。対象児童の将来を見据え、適正な支給量の決定を行います。複数の事業所を利用する児童が増加することが見込まれるため、対象児童にとって一貫性のある支援が提供されるよう、相談支援事業所、障がい児通所事業所等との連携を図ります。

放課後等デイサービス

	第2期実績						第3期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
放課後等 デイサービス	44	704	48	768	48	768	50	800	52	832	54	864

④ 保育所等訪問支援

障がいのある児童の児童発達支援及び放課後等デイサービスとの併用を勘案し、サービス量を見込みました。障がいのある児童が地域の保育園等でインクルーシブ保育が受けられるように、保育所等訪問支援事業所、保育園等と連携しながら、体制作りの構築に努めます。

保育所等訪問支援

	第2期実績						第3期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
保育所等 訪問支援	3	16	3	18	1	24	2	48	2	48	2	48

⑤ 居宅訪問型児童発達支援

居宅訪問型児童発達支援：障害児通所支援を利用するための外出が著しく困難な重度の障がい児に発達支援が提供できるよう、居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知能技能の付与等の支援を提供する事業です。現在、町内に該当児童が0人のため、本計画においてサービス量の見込みは行っていません。

居宅訪問型児童発達支援

	第2期実績						第3期計画					
	R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日	人	人日
居宅訪問型児童発達支援	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⑥ 計画相談支援

近年の利用ニーズ及び利用状況を勘案し、サービス量を見込みました。

計画相談支援

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	人	人	人	人	人	人
計画相談支援	19	24	26	27	28	29

2. 地域生活支援事業の見込量

地域生活支援事業とは、地域で生活する障がいのある方が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように、地域の特性や利用者の状況に応じて支援を実施する事業になります。佐々町では、日常生活用具給付事業をはじめ、日中一時支援事業や移動支援事業等を実施しています。

■ 必須事業

① 理解促進研修・啓発事業

インターネット、広報紙等を活用した広報活動を実施し、障がい者等やその家族に対して情報を提供するとともに、啓発のパンフレット等を作成することで住民に対する障がいについての理解啓発事業を実施します。地域共生社会の実現に向けて、障がいのある方等への理解が広まるよう、各年度2回の講演会等の開催を見込んでいます。

理解促進研修・啓発事業（実施回数）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
理解促進研修・啓発事業	0	1	2	2	2	2

② 自発的活動支援事業

障がい者等、その家族、地域住民等による地域においてピアサポート活動、孤立防止活動、ボランティア活動など自発的な活動を支援する事業です。令和元年度まで実施に至っていませんが、今後検討していくため、各年度1団体への支援を見込んでいます。活動団体の掘り起こし等、検討を行っていきます。

自発的活動支援事業（支援団体数）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
自発的活動支援事業	0	0	0	1	1	1

③ 相談支援事業

障がい者本人、保護者、介護者等からの相談に応じ、必要な支援を行う事業です。障がい者への相談体制強化のため、基幹相談支援センター機能については、令和3年度から、様々な困り事の相談窓口の機能を有する多世代包括支援センターが活動を始めました。また、デジタル化する社会が、障がいがある人もない人もという考え方から「障がいがあることを意識しない」環境へと進展する要素を含んでいることから、IT・ICT技術の進化の情報収集に努め、デジタルを活用した相談窓口などの障がいを意識しない環境づくりを目指します。

相談支援事業（箇所）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
障害者相談支援事業	2	3	3	3	3	3

④ 成年後見制度利用支援事業

成年後見制度を利用している又は利用しようとする、知的障がい者及び精神障がい者の成年後見等の報酬等必要となる経費の全部または一部を補助する事業です。生活保護受給者等の単身で生活されている障がいのある人で意志決定が困難な方の制度利用を想定し、各年度1名の利用を見込んでいます。障害福祉サービス業務の中で、制度利用が必要と思われる方に対して働きかけを行っていきます。

成年後見制度利用支援事業（人／年）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
成年後見制度利用支援事業	0	0	0	1	1	1

⑤ 成年後見制度法人後見支援事業

成年後見制度における後見等の業務を適正に行うことができる法人を確保できる体制を整備するとともに、法人後見の活動を支援する事業です。

社会福祉協議会や NPO 法人等団体への委託も含め、事業実施の検討を行っていきます。

⑥ 意思疎通支援事業

聴覚障がい者等の意思疎通の円滑化を推進するため、手話通訳者及び要約筆記者を派遣し、意思疎通支援の充実を図る事業です。手話通訳者・要約筆記者派遣事業については、令和 5 年度利用者数を基に見込みを行いました。

意思疎通支援事業（実人数／年）

	第 6 期実績			第 7 期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
意思疎通支援事業	2	2	1	0	1	1

⑦ 日常生活用具給付等事業

日常生活上の便宜を図るために重度障がい者等に給付する日常生活用具について、その利用を促進する事業です。排泄管理支援用具については、過去 2 年間（令和 3 年度～5 年度）の実績をもとに見込んでいます。排泄管理支援用具以外の用具についても同様に、過去 3 年間の実績基に見込みました。

日常生活用具給付等事業（件／年）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
介護・訓練支援用具	0	1	1	1	1	1
自立生活支援用具	1	0	1	1	1	1
在宅療養等支援用具	4	1	2	2	2	2
情報・意思疎通支援用具	2	1	1	1	1	1
排泄管理支援用具	353	340	352	350	350	350
居宅生活動作補助用具 （住宅改修）	1	0	2	1	1	1

⑧ 手話奉仕員養成研修事業

聴覚障がい者の自立と社会参加の促進を図るため、手話で日常会話を行うために必要な技術を習得した者を養成するための事業で、手話奉仕員養成講座を開催します。（1年目が入門、2年目が基礎の2年間で研修終了となる事業です。）研修の参加者については、広報等を行うことにより掘り起こしを行います。

手話奉仕員養成研修事業（人／年）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
手話奉仕員養成研修事業	0	8	8	8	8	8

⑨ 移動支援事業

【障がい者】

屋外での移動が困難な障がい者について、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の移動支援の充実を図る事業です。地域で生活を行う知的障がい者等の社会参加の利用を想定し 2 名の利用を見込んでいます。障害福祉サービス業務の中で、制度利用が必要と思われる方に対して働きかけを行っていきます。

		第 6 期実績			第 7 期計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
移動支援事業	人/年	0	1	2	2	2	2
	延時間	0	21.45	79.52	60	60	60

【特別支援学校通学支援】

令和元年度からの実施事業で、特別支援学校への通学をする小中学生の支援を行う事業です。令和 5 年度の実績をもとに、同数の年間 7 名の利用を見込みました。特別支援学校へ新しく入学する生徒・在学中の生徒へ働きかけを行っていきます。

		第 6 期実績			第 7 期計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
移動支援事業	人/年	5	5	7	7	7	7
	延時間	199	193	197	197	197	197

⑩ 地域活動支援センター機能強化事業

地域活動支援センターとは、障がい者等を通わせ、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を供与するものです。障がい者の方が利用できる社会資源の創出として、計画期間中の設置について検討を行うこととします。

■任意事業

⑪ 日中一時支援事業

日中一時支援事業とは、障がい者等の日中における活動の場を確保し、障がい者等の家族の就労支援及び障がい者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を目的とする事業です。令和3年度～5年度の実績をもとに見込みました。しかし、今後利用ニーズの増加も考えられるため、事業所との連携体制の構築に努めます。

日中一時支援事業

		第6期実績			第7期計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
日中一時支援事業	人／年	1	2	2	1	1	1
	延回数	5	3	5	4	4	4

⑫ 自動車運転免許取得費・自動車改造費助成支援事業

第6期計画期間では、自動車改造費助成支援事業の利用はありませんでしたが、今後の利用を想定し、各年度それぞれ1名の利用を見込んでいます。相談等の中で、制度利用が必要と思われる方に対して働きかけを行っていきます。

自動車運転免許取得費・自動車改造費助成支援事業（人／年）

		第6期実績			第7期計画		
		R3	R4	R5	R6	R7	R8
自動車運転免許取得費助成支援事業		0	0	0	1	1	1
自動車改造費助成支援事業		0	0	0	1	1	1

⑬ 声の広報事業

視覚障がい者に対し、広報誌の音声データを配布する事業です。現在の利用者以外の利用ニーズが無いため、現在の支援で見込量の確保は行われていると考えますが、引き続き支援を行っていきます。

声の広報事業（人／年）

	第6期実績			第7期計画		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
声の広報等発行事業	0	0	0	0	0	0

第5章 計画の推進

1. 遂行の核となる体制

本計画は、関係各課、関係機関・団体、障がい者当事者の方などとの連携を図りながら、総合的かつ効果的な計画の推進を図ります。具体的には、多世代包括支援センターが中心となり、地区担当制や地域ネットワーク情報交換会、地域ケア会議や地域支援連絡会議等における情報の共有と適切な専門職による対応により、円滑でスピード感のある計画の遂行に努めます。また、年度ごとに計画の進捗状況を把握し、施策の充実や見直しについての協議を行いながら、円滑な推進に努めます。

多世代包括支援センター

障がいに関する相談も、多世代包括支援センターが受け止め、社会福祉協議会等との連携により、専門職が寄り添った関わりをしていくことにより、安心して頼れる基幹相談支援センター機能を果たします。

- ① 福祉サービスの利用援助（情報提供・相談等）
- ② 社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導等）
- ③ 社会生活力を高めるための支援
- ④ ピアカウンセリング
- ⑤ 権利の擁護のために必要な援助
- ⑥ 専門機関の紹介等

地区担当制・地域ネットワーク情報交換会

多世代包括支援センターでは、町内 32 町内会を 8 人の専門職が担当し、地域巡回・訪問を中心としながら、個人や地域に関する課題解決を図っています。また、32 町内会において、年一回ずつ「地域ネットワーク情報交換会」を各集会所にて実施しており、民生委員・町内会・福祉協力員等が参加し、多世代包括支援センター・社会福祉協議会と気になるケースや地域の課題について情報共有をおこなっています。

最近では、不登校やひきこもり、生活困窮等に関する事案が多くなっており、地域の中から多分野の情報共有や協力を得られるようになりました。本人や御

家族等の障がいがあるが、これらの原因になっている場合もあり、積極的な情報把握を行い、地域の関係者、関係機関と共に、早期の課題解決を図ります。

また、地域のネットワークを活かし、出前講座や講演会を開催し、地域住民への地域共生社会の理念および障がいの理解などの普及啓発をおこないます。

地域まるごとサロン

町内会を単位とした高齢者の通いの場として定着している「地域デイサービス」を、世代を問わない「地域まるごとサロン」へ発展させ、属性や世代を超えた居場所づくりを展開します。日ごろからふれあうことにより、障がいを理解し、自然災害等の有事の際も助け合う関係づくりを築きます。

地域ケア会議

多世代包括支援センターで毎月開催する地域ケア会議は、専門職を交え保険者とサービス事業所間の合意形成を図り、個々の自立支援型マネジメントおよび地域課題解決を図るためのネットワークづくりの場として定着してきました。現在は高齢者に限らず、複合的な課題を抱えた個人や世帯を対象にした多機関連携によるケース検討も開催しています。今後、地域ケア会議の対象者を障がい関連まで拡大し、個々のケース検討により本人の自立支援、および障がいに関する地域の課題解決を図っていきます。

地域支援連絡会議

多世代包括支援センターで開催する地域支援連絡会議では、町内外のサービス事業や各分野の専門職が毎月参加し、事業所間のネットワークづくりや情報の共有、地域の課題解決に向けて、多職種連携により高齢者の支援体制を整えてきました。障害福祉サービスから介護サービスに移るケースや、介護サービスを利用している家庭に障がい者がいたり、社会参加や地域の見守り・災害時の対応など、障がいと介護の分野において、共通する課題はたくさんあります。これからの地域共生社会の実現に向けて、お互いが理解し合い、協力しあうことが重要となります。現在、地域支援連絡会における障がい関係の事業所の参加が少しずつ増え、連携がはじまっています。今後、より多くの障がい事

業所の参加を促し、介護や障がいなどの分野を超えて、佐々町の福祉全体を支える合議体となるよう関係づくりを進めていきます。

事業所への相談員派遣

多世代包括支援センターでは、介護相談員（サービスを利用する者等の話を聞き相談に応じる者）が、介護サービスの提供の場を訪ね、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、事業所におけるサービスの質的な向上を目的に、事業所訪問をしています。障がいの分野においても、障がいサービス事業所の状況を把握し、事業所と連携を図りながら、適切なサービス提供となるよう課題の解決をおこないます。また、事業所が地域とつながることにより、障がい者（児）が地域の中で理解され活動しやすくなるよう、地域ネットワーク情報交換会等を通じ、支援していきます

2. 計画の点検・評価

本計画に基づく施策を計画的に推進するため、「佐々町地域共生推進協議会」において、毎年度、進捗状況について点検・評価を行い、意見を聞くこととします。

3. 長崎県、県北圏域構成市町・近隣市町との広域連携

本計画を推進し、障がいのある人のニーズにあった施策を展開するためには、障がい者団体をはじめ、ボランティア団体、民生委員・児童委員、社会福祉協議会など、多くの地域関係団体の協力が不可欠です。それらの関係団体と相互に連携を図り、本計画の着実な推進に向け取り組みます。

また、国が示した目標を実現していくためには、就労支援事業所による一般就労への橋渡しや雇用型への誘導方策、保健所の協力が必要となる精神障がいのある人の地域生活への移行促進など様々な課題があります。このような障がい者福祉施策の充実や制度の見直しなどについて、長崎県や県北圏域構成市町（平戸市、松浦市）や近隣市町とも協力・連携し、問題解決に取り組んでいきます。

高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画 目次

第1章 計画策定にあたって.....	197
第2章 高齢化の現状と介護サービス等の状況.....	201
第3章 基本理念・基本方針.....	227
第4章 具体的な取組み.....	230
第5章 介護保険事業の推進.....	265



第1章 計画策定にあたって

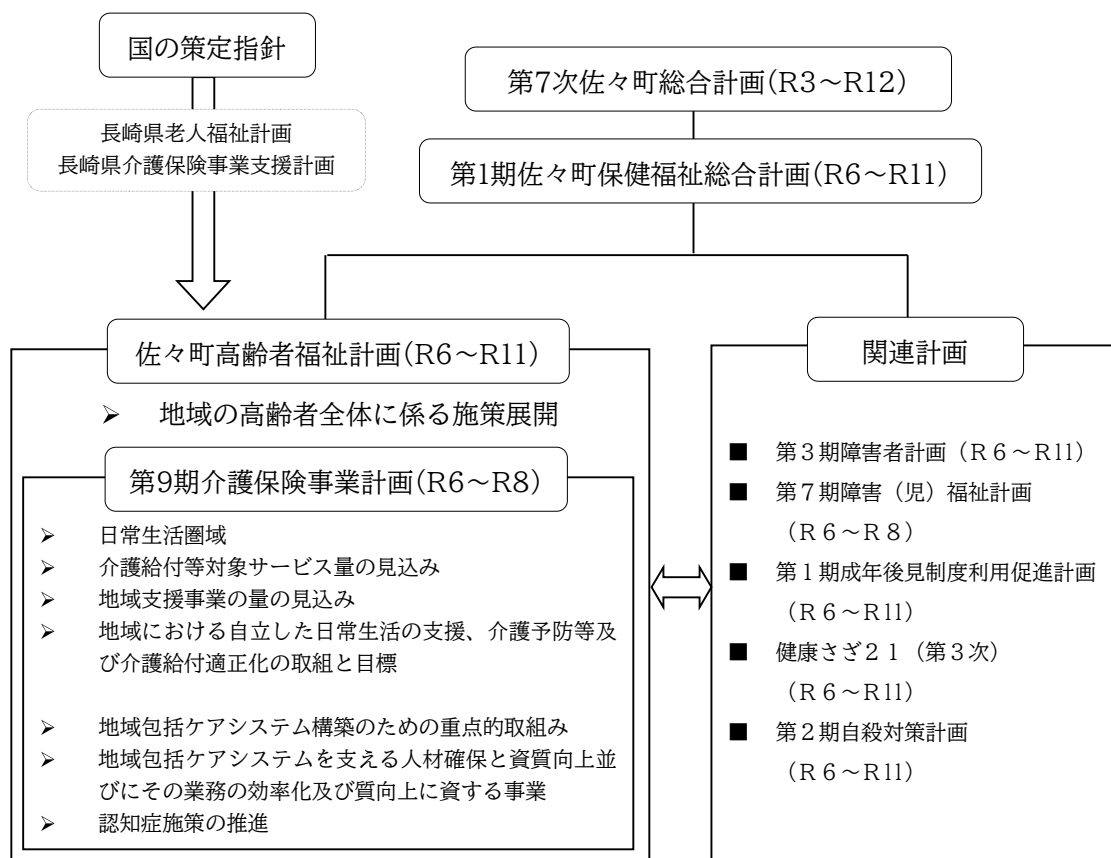
1. 計画の位置づけ

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8に基づく市町村老人福祉計画及び介護保険法（平成9年法律第123号）第117条に基づく市町村介護保険事業計画が相互に連携し、高齢者の福祉及び介護に関する総合的な計画として策定するものです。

2. 他の計画との関係

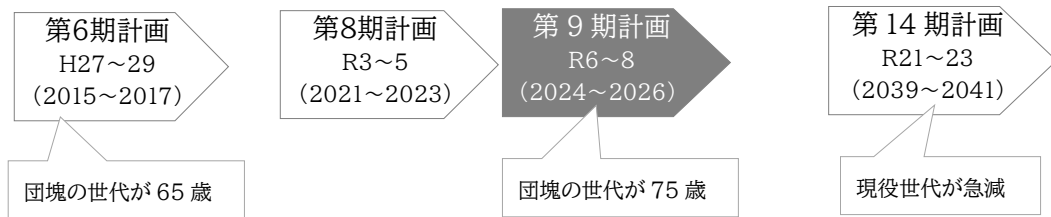
本計画は、佐々町総合計画及び同時期に策定される第1期佐々町保健福祉総合計画を上位計画とする分野別計画として位置づけられ、高齢者福祉に関する個別計画となります。

また、国の方針や県の老人福祉計画・介護保険事業支援計画や町が策定する障害者計画、健康増進計画等と整合性を図るものです。



3. 計画の期間

計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）の3年間です。本計画期間中に、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を迎えるとともに、現役世代が急減する2040年を見据え、これまでの計画で構築してきた地域包括ケアシステムを深化・推進するものであるため、中長期的な視点で施策の展開を図りつつ、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた取組み等を本格化していくための計画となります。



	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
佐々町総合計画	第7次(R3~R12)									
地域福祉計画	第1期(R2~R6)			保健福祉総合計画 第1期(R6~R11)						
健康増進計画・食育推進計画	第2次(H28~R5)			第3次(R6~R11)						
自殺対策計画	第1期(R2~R5)			第2期(R6~R11)						
障害者計画	第2期(H28~R5)			第3期(R6~R11)						
障害福祉計画	第6期(R3~R5)			第7期(R6~R8)		第8期(R9~R11)				
障害児福祉計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R8)		第3期(R9~R11)				
高齢者福祉計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
介護保険事業計画	第8期(R3~R5)			第9期(R6~R8)		第10期(R9~R11)				
成年後見制度利用促進計画	第1期(R3~R5)			第2期(R6~R11)						

4. 日常生活圏域の設定

介護保険法では、市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件を総合的に勘案して、日常生活圏域を定めるものとされています。圏域の設定における勘案事項は、以下の通りです。

- 行政区の枠組み
- 地域住民の生活形態
- 地理的条件（交通事情・面積）
- 人口及び世帯・高齢化の状況
- 介護給付等対象サービス基盤の整備状況
- その他の社会的条件

佐々町では、町民の日常生活としては、商圏・二次医療圏域ともに佐世保市と圏域をともにしておりますが、上記の事項を勘案した上で、高齢者福祉に係る「日常生活圏域」は佐々町全体を一つの圏域としてとらえ、地域密着型サービス等の提供を図ることとします。

5. 計画策定体制及び策定後の点検体制

(1) 計画策定の取組

① アンケート調査による現状の把握

一般高齢者や要介護認定者、その介護者の状況やニーズを把握するために、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」の二種類のアンケート調査を実施しました。

サービス提供事業者の意向については、懇談会を開催し聴取・把握しました。

② 「地域包括ケア見える化システム」を活用した地域分析

国が県や市町村における介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するために構築した「地域包括ケア見える化システム」を活用し、現状分析を行いました。

(2) 計画の策定体制

本計画の策定にあたり、介護保険の被保険者代表や保険・医療・福祉の専門家など関係分野からの委員で構成された「佐々町地域共生推進協議会」（以下「協議会」という。）において審議検討しました。

(3) 計画の進行管理

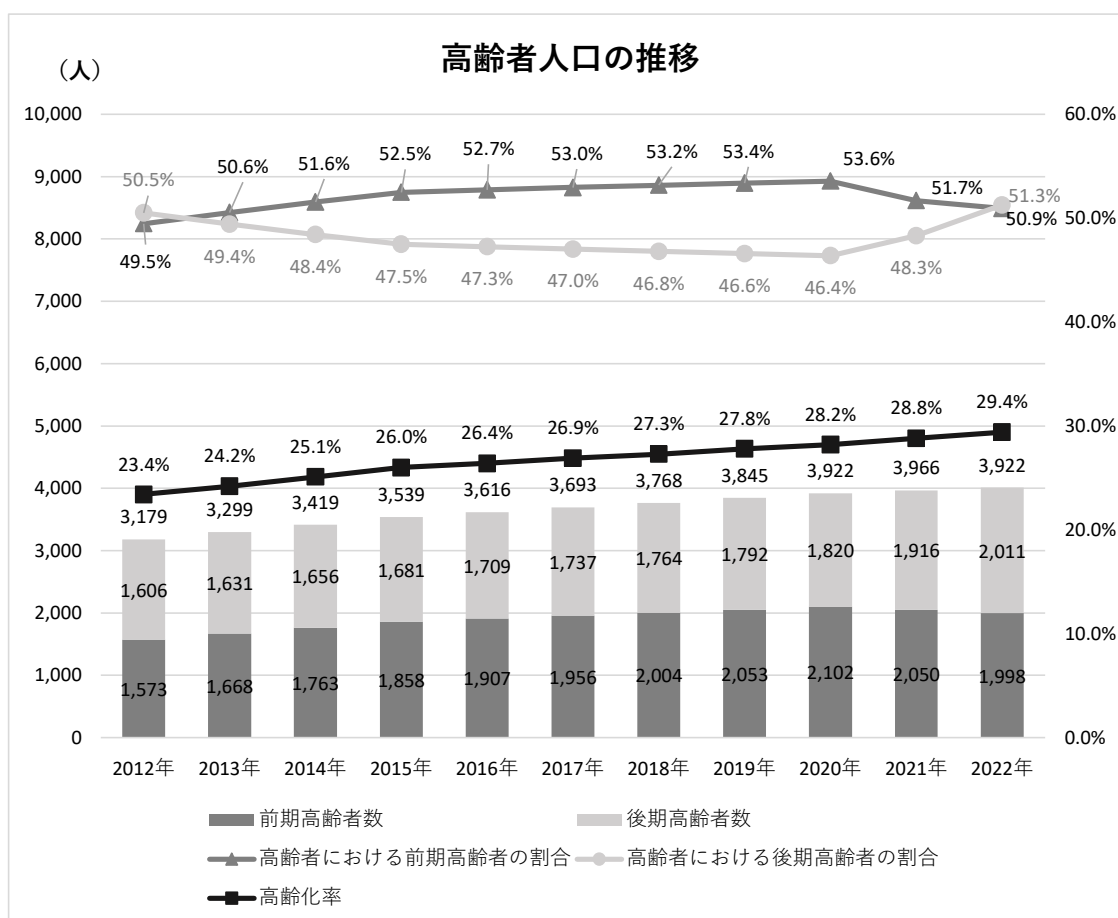
本計画の進行管理については、計画の進捗状況等の点検・評価を行うとともに、協議会に対して、計画の進捗状況等の報告を行い、計画の推進に関する意見等を求め、その後の計画の推進に反映させていきます。

第 2 章 高齢化の現状と介護サービス等の状況

1. 高齢化の現状

(1) 高齢者人口の推移

本町の高齢者人口（65歳以上）は、増加傾向を続けてきましたが、2022年（令和4年）に減少に転じ、2020年（令和2年）の水準3,922人に戻っています。しかし、生産年齢人口が減少したため、高齢化率（行政人口に占める高齢者人口の割合）は増加傾向が続き、29.4%となっています。いわゆる団塊の世代（1947年～1950年生まれの第一次ベビーブーム世代）が2022年から徐々に75歳に到達します。本町の後期高齢者数は2012年以来、前期高齢者数を上回りましたが、この傾向は少なくとも2025年にかけて続くことが予想されます。



出所：総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（地域包括ケア「見える化」システムにて作成）

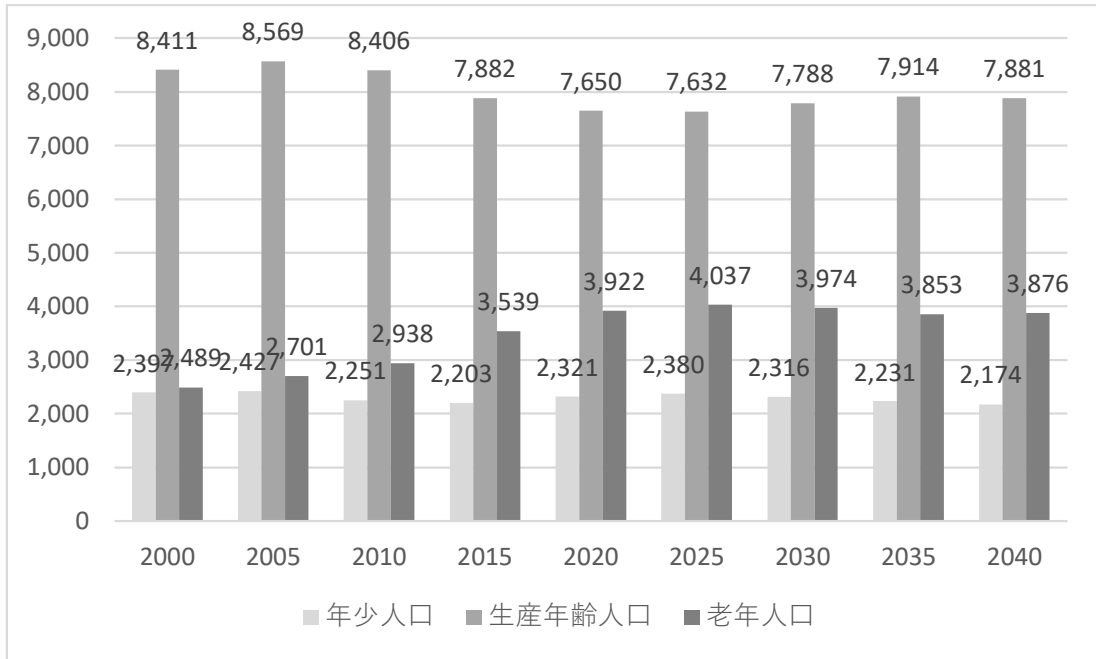
(2) 将来推計人口と高齢化率の推計

国立社会保障・人口問題研究所は、令和2(2020)年国勢調査の確定数を出発点とする新たな全国将来人口推計を行い、令和5(2023)年4月26日にその結果を公表しました。都道府県別推計も、本全国値推計と同様の推計方法で、令和2(2020)年国勢調査値を出発点とし、令和5(2023)年内を目途に公表の予定です。同研究所の推計方法は、国際的に標準とされる人口学的手法(コーホート要因法)を採用しています。同推計における「コーホート」とは、性別・年齢5歳階級別人口を意味します。国勢調査の確定数が公表される度に、同調査直前の国勢調査との間(5年間)で、前期の $n\sim n+5$ 歳コーホートと後期の $n+5\sim n+10$ 歳コーホートを比較し、その変化率が1.0を超え場合は転入超過傾向(逆に1.0を下回る場合は転出超過傾向)と評価し、同変化率を参考に新たな推計作業を行っています。

本町計画作業の工程上、本年末公表予定の国立社会保障・人口問題研究所の都道府県別推計結果の公表を待つことは不可ですから、同研究所の推計方法であるコーホート要因法を用いて、本町の令和2(2020)年国勢調査確定数を出発点とする諸来人口推計を行いました。

自然動態については、出生率について「人口動態統計特殊調査」厚生労働省(平成16(2004)年・平成21(2009)年・令和元(2014)年実施)の、長崎県における母親年齢5歳階級別出生率(同人口千人に対する出生率)を参考に、直近の令和元(2014)年調査における出生率を将来通じて固定する(将来も引き続き同水準を維持し続けるとする)想定を置きました。出生性比は、男児：女児=105：100としました。死亡率については、推計作業上下記「コーホート変化率」に概念上含まれるため、別途想定はしていません。

人口の将来見通し



(3) 高齢者世帯の状況

高齢者のいる世帯の状況を国勢調査からみると、世帯数に占める割合は、高齢者のいる世帯のうち、ひとり暮らし世帯、高齢者夫婦世帯（夫が65歳以上で妻が60歳以上の夫婦のみ世帯）ともに増加しています。75歳以上の高齢者世帯と85歳以上の高齢者世帯のうち、一人暮らし世帯の割合は、前回国勢調査時に比して大幅に増加しています。

高齢者のいる世帯の状況

	平成17年		平成22年		平成27年		令和2年		
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	
佐々町	総世帯数	4,755	100.0%	4,884	100.0%	5,102	100.0%	5,436	100.0%
	高齢者のいる世帯数	1,772	37.3%	1,931	39.5%	2,244	44.0%	2,457	45.2%
	ひとり暮らし世帯	383	21.6%	434	22.5%	565	25.2%	677	27.6%
	高齢者夫婦世帯	340	19.2%	374	19.4%	512	22.8%	618	25.2%
	その他世帯	1,049	59.2%	1,123	58.2%	1,167	52.0%	1,162	47.3%
県	総世帯数	553,620	100.0%	558,660	100.0%	560,720	100.0%	558,230	100.0%
	高齢者のいる世帯数	228,351	41.2%	238,703	42.7%	258,745	46.1%	271,984	48.7%
	ひとり暮らし世帯	56,867	24.9%	63,245	26.5%	73,610	28.4%	83,871	30.8%
	高齢者夫婦世帯	49,475	21.7%	54,683	22.9%	61,760	23.9%	70,188	25.8%
	その他世帯	122,009	53.4%	120,775	50.6%	123,375	47.7%	117,925	43.4%

佐々町における独居高齢者世帯の推移

	平成17年		平成22年		平成27年		令和2年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数	1,772		1,931		2,244		2,457	
うちひとり暮らし世帯	383	21.6%	434	22.5%	565	25.2%	677	27.6%
うち75歳以上世帯	980		1,112		1,154		1,021	
うち一人暮らし世帯	215	21.9%	258	23.2%	308	26.7%	353	34.6%
うち85歳以上世帯	271		345		373		311	
うち一人暮らし世帯	45	16.6%	65	18.8%	88	23.6%	123	39.5%

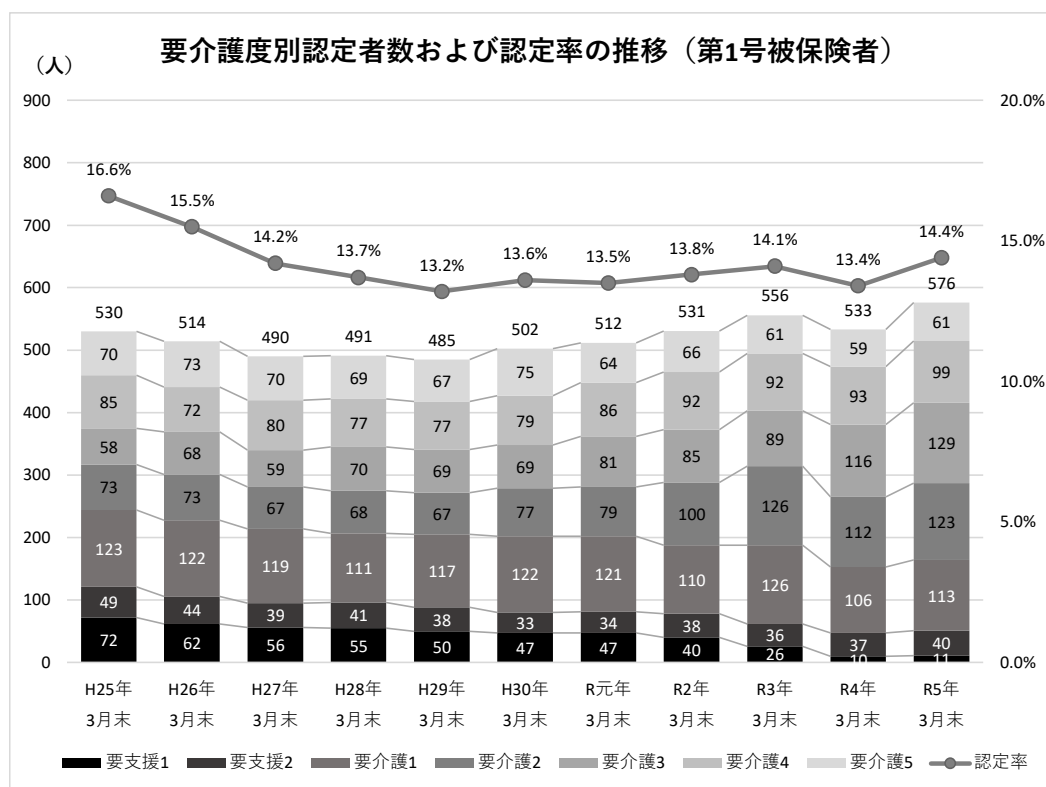
出所：総務省「国勢調査」、地域包括ケア「見える化」システム

2. 要介護認定者の現状

(1) 要介護（要支援）認定者数の推移

第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数は、令和5年3月末現在で576人、認定率（第1号被保険者に占める認定者数）14.4%となっており、昨年から1ポイント上昇しています。

令和5年3月末の認定者数を要介護（要支援）状態区別にみると、「要支援1」11人、「要支援2」40人、「要介護1」113人、「要介護2」123人、「要介護3」129人、「要介護4」99人、「要介護5」61人です。「要介護3」の人数が昨年度末から13人、「要介護2」の人数が同11人と大きく増加しています。

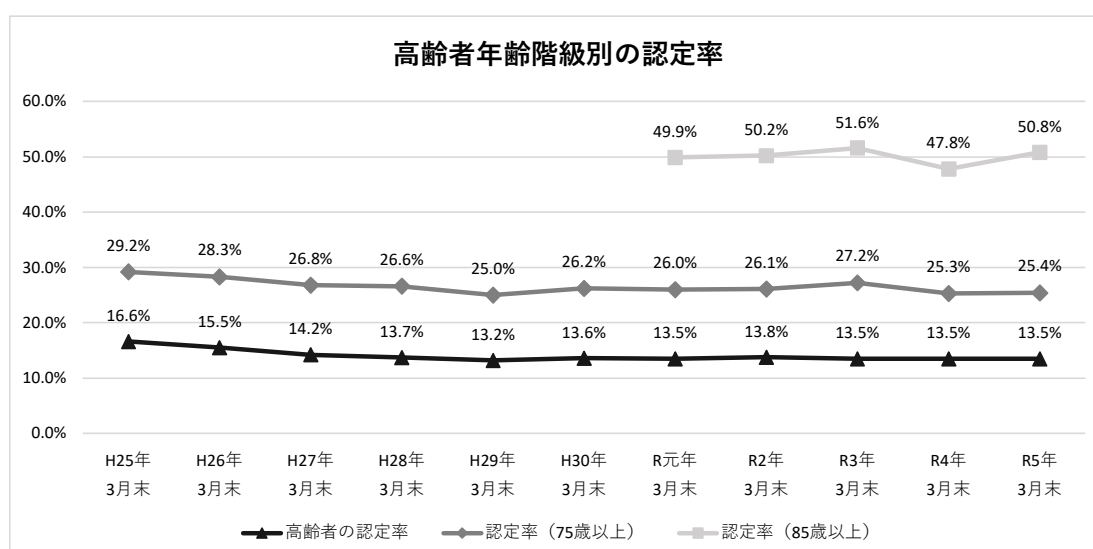
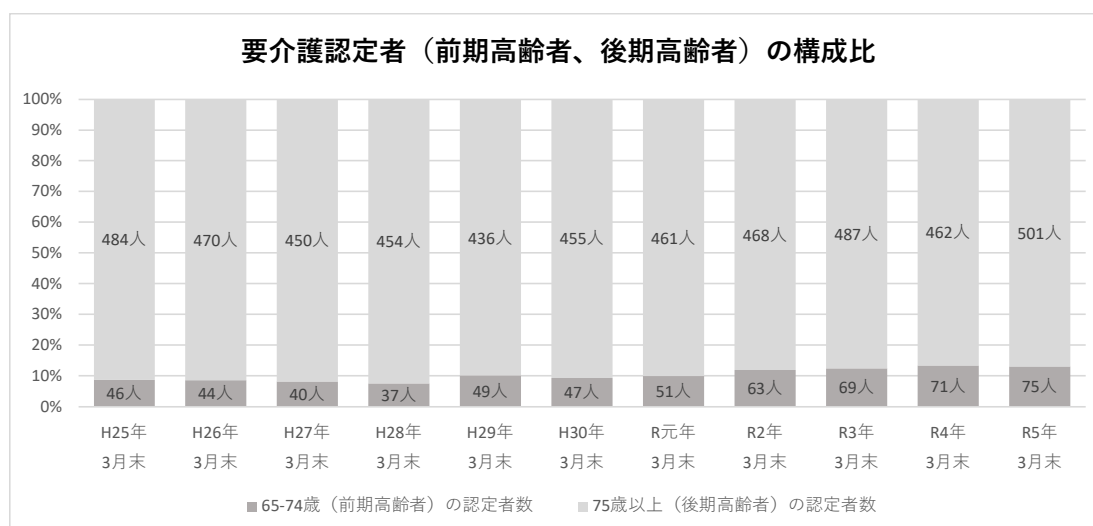


出所：地域包括ケア「見える化」システム

(2) 前期・後期高齢者別認定率の推移

令和5年3月末において、認定を受けた第1号被保険者のうち、前期高齢者（65歳以上74歳以下）は75人、後期高齢者（75歳以上）は501人で、第1号被保険者の認定者に占める割合は、それぞれ13%、87%となっています。

75歳以上の後期高齢者の25%前後おおよそ4人に1人が要介護認定者となっており、85歳以上では50%前後おおよそ2人に1人が要介護認定者となっています。加齢とともに要介護（要支援）状態になるリスクが高いことがうかがえます。

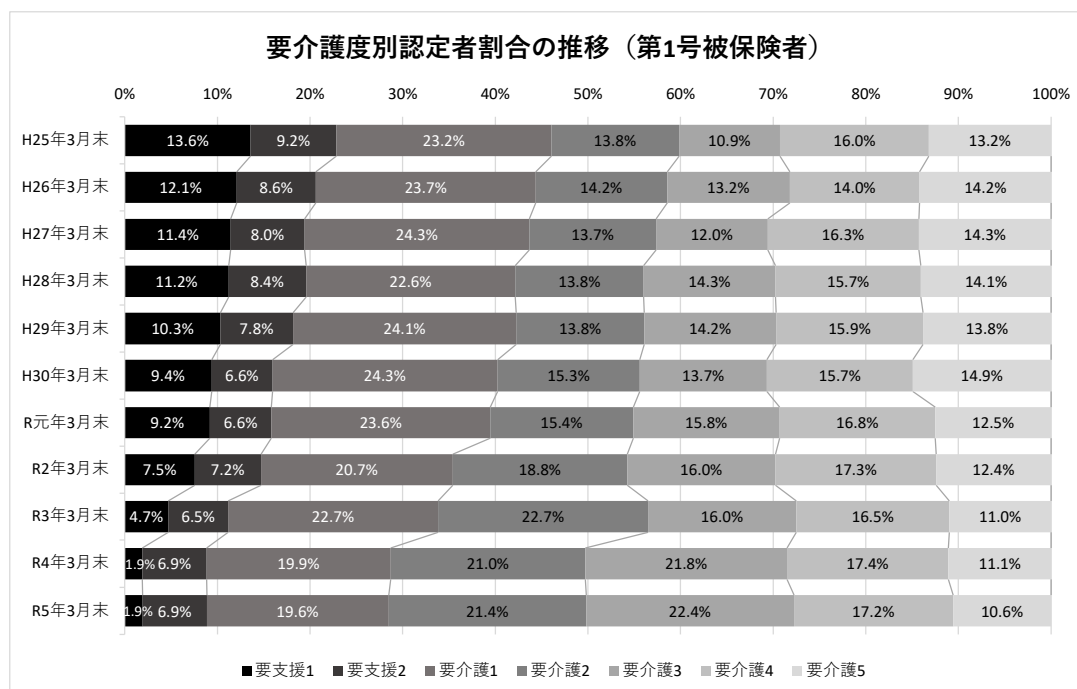


出所：地域包括ケア「見える化」システム

(3) 要支援、要介護度別認定者割合の推移

平成5年度末現在の要介護（要支援）状態区分別の認定者割合をみると、要支援1（1.9%）、要支援2（6.9%）、要介護1（19.6%）、要介護2（21.4%）、要介護3（22.4%）、要介護4（17.2%）、要介護5（10.6%）となっており、要支援1から要介護2の認定者が49.8%、要介護3から要介護5の認定者が50.2%を占めています。

要支援1、2とくに要支援1の認定者の割合は大きく減少しており、ボランティア等による介護予防の取り組みの成果が現れていることが推測されます。

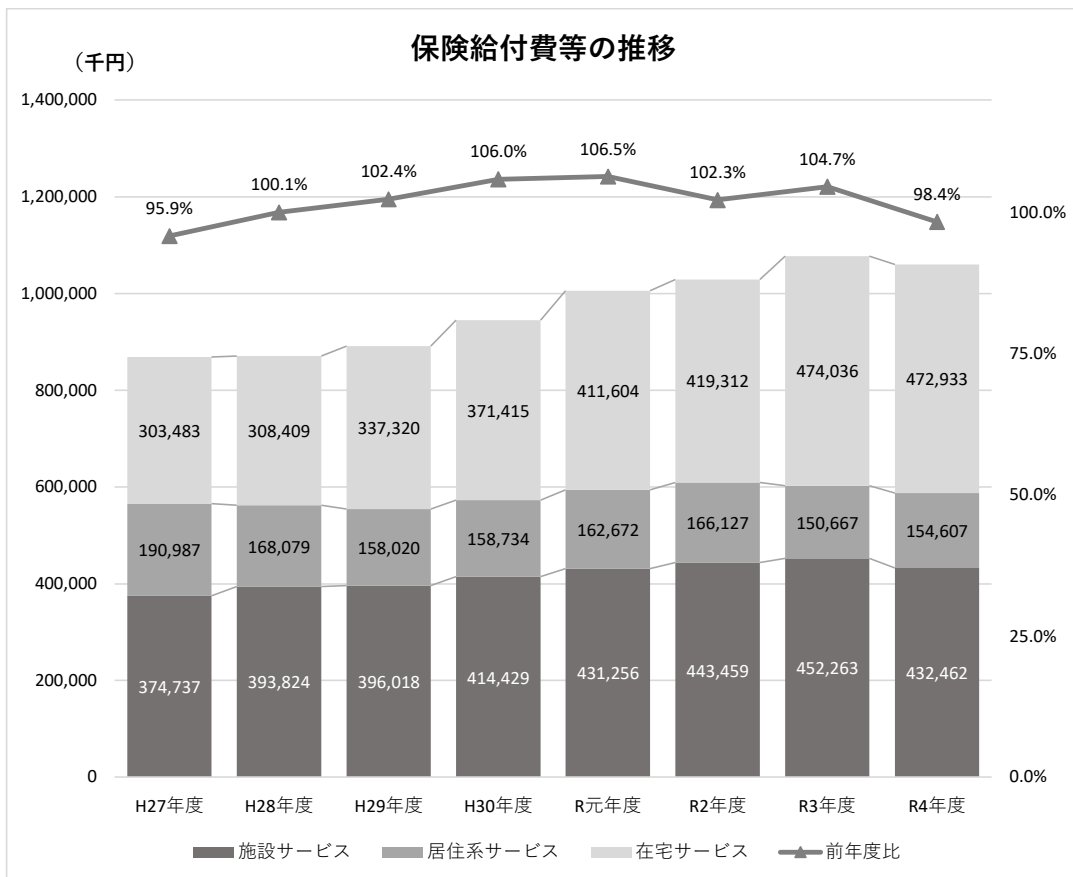


出所：地域包括ケア「見える化」システム

3. 介護保険の現状

保険給付費は、平成 28 年度以降増加傾向が続きましたが、令和 2 年度一旦減少、翌 3 年度再び増加し、令和 4 年度の給付費全体の額も令和 2 年度の同額よりも大きく、時系列で見れば増加傾向にあると言えます。保険給付費等の伸びをみると、令和 4 年度では前年比 98.4%となっています。

令和 4 年度の給付費総額は、10 億 6 千万円となっています。内訳は、在宅サービス 472,933 千円、居住系サービス 154,607 千円、施設サービス 432,462 千円となっています。



出所：地域包括ケア「見える化」システム

4. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果から

■ 調査の目的

本調査は、要介護状態になる前の高齢者について、要介護状態になるリスクの発生状況及び各種リスクに影響を与える日常生活の状況を把握し、地域の抱える課題を特定することを目的に実施しました。

■ 調査対象

町内に居住する要介護認定を受けていない高齢者（一般高齢者及び要支援者）
3,384人

■ 調査期間及び調査方法

調査期間：令和5年2月7日～同3月10日

調査方法：郵送による調査票の配布・回収

■ 回収状況

有効回収票 1,955件、有効回収率56.6%（1,955件/3,452件）

(1) からだを動かすことについて

①運動器リスクの保有者の割合

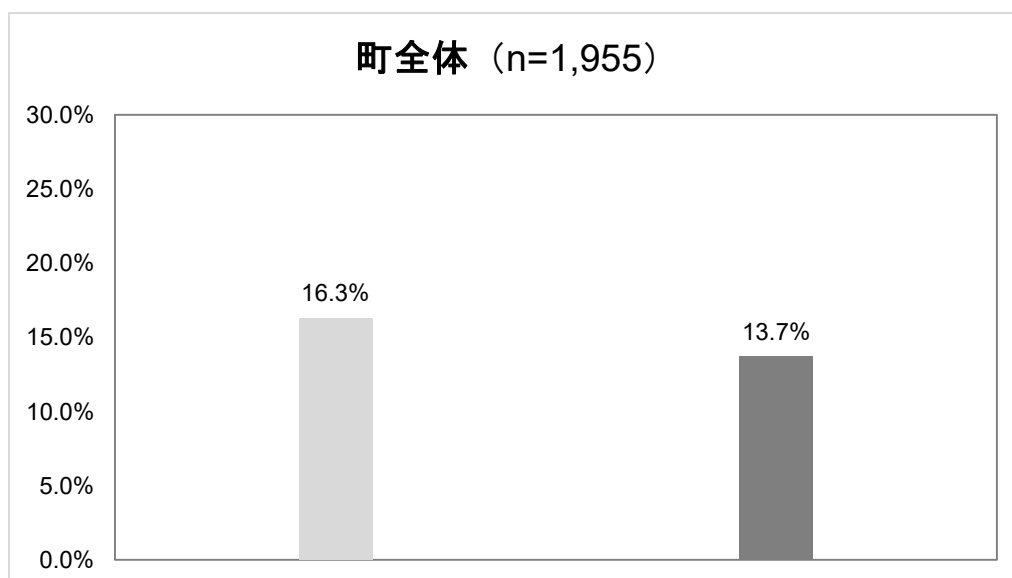
足腰を中心とした高齢者の運動機能に関する質問を行いました。以下の5つの質問で網がついた回答に3つ以上該当する場合に、運動機能の低下に疑いがあるとされています。

【運動器の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答			
	できるし、している	できるけどしていない	できない	
階段や手すりを壁をつたわずに昇っていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
15分位続けて歩いていますか	できるし、している	できるけどしていない	できない	
過去1年間に転んだ経験がありますか	何度もある	1度ある	ない	
転倒に対する不安は大きいですか	とても不安である	やや不安である	あまり不安ではない	不安ではない

*上記の質問でアミがかかった回答に3つ以上該当する場合に、運動機能の低下に疑いがあるとされます。

運動器のリスク保有者の割合は、町全体で13.7%（令和2年調査16.3%）となっており、リスク保有者は減少しています。



②閉じこもり傾向のある高齢者の割合

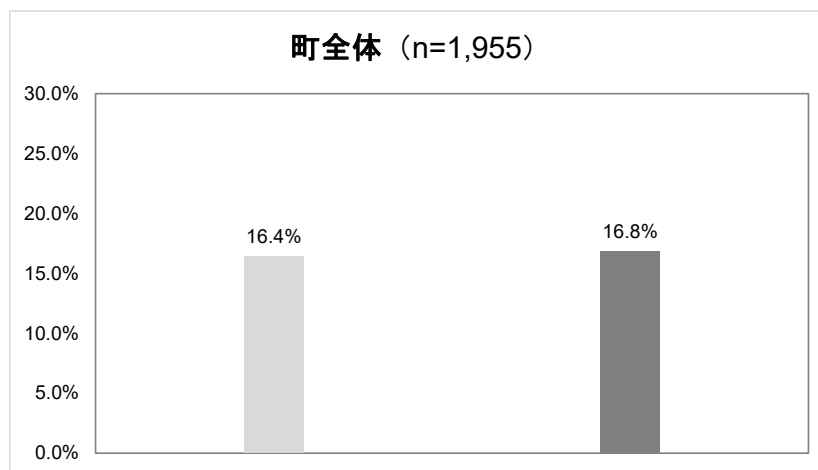
閉じこもり傾向に関する質問を行いました。以下の質問に対する回答結果により、閉じこもり傾向のある高齢者として推測されます。

【閉じこもり傾向の評価・分析方法】

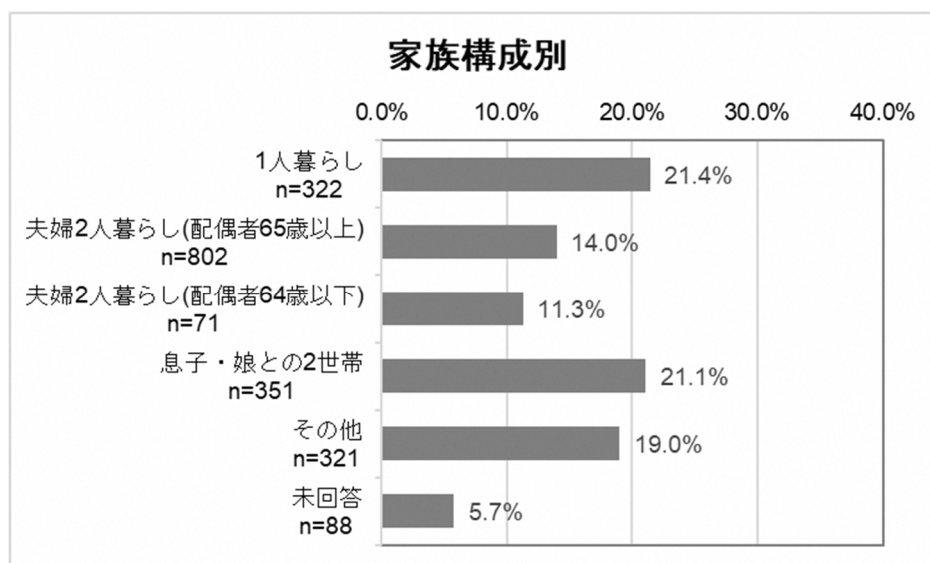
設問内容	配点と回答			
週に1回以上は外出していますか	ほとんど外出しない	週1回	週2~4回	週5回以上

*上記のアミがかかっているところに該当すると閉じこもり傾向の疑いがあるとされます。

閉じこもり傾向のある高齢者の割合は、町全体で16.8%（令和2年調査16.4%）となっています。

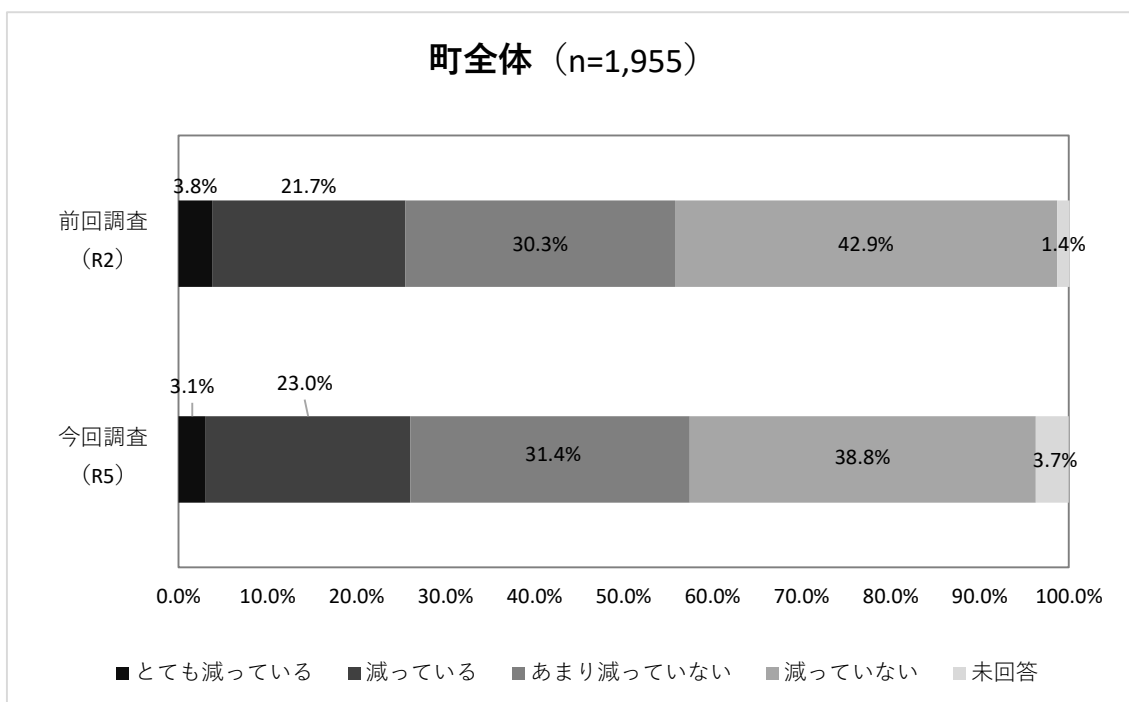


家族構成別にみると、「1人暮らし」で閉じこもり傾向のある高齢者の割合が21.4%で最も高く、これに「息子・娘との2世帯」の21.1%が続いています。



③昨年と比べた外出回数の増減

昨年と比べた外出回数の増減をみると、『減っている（「とても減っている」＋「減っている」）』としている人の割合は、町全体で 26.1%（令和 2 年調査 25.5%）となっています。



(2) 食べることについて

①低栄養状態にある高齢者

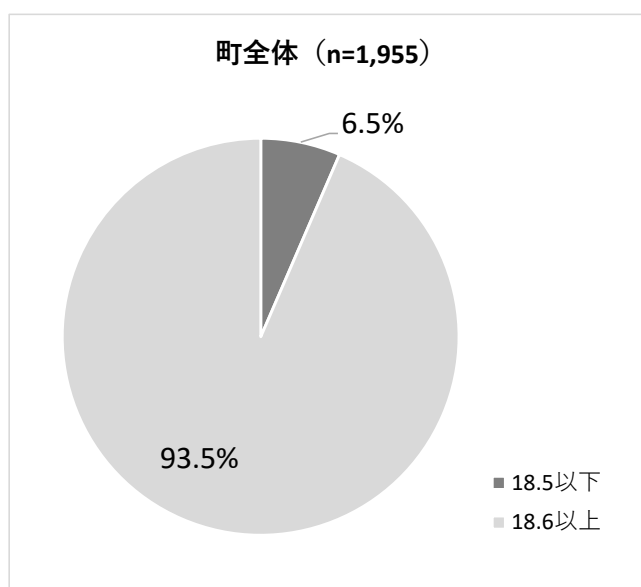
身長と体重から算出されるBMI (Body Mass Index、WHO で定めた肥満判定の国際基準) が18.5以下の場合に加え、「6か月間で2~3Kgの体重減少があった」人を、低栄養状態にある高齢者として判定します。今回の調査では、身長と体重について回答を得ており、BMIのみを調査しました。

【低栄養状態にある高齢者の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答	
BMI (体重(kg)÷{身長(m)}×身長(m))	18.5以下	18.6以上
6か月間で2~3kgの体重減少がありましたか	はい	いいえ

*上記の質問のいずれにも該当する場合、低栄養状態にある高齢者として判定されます。

BMIが18.5以下の高齢者の割合は町全体で6.5%となっています。



②口腔機能が低下している高齢者

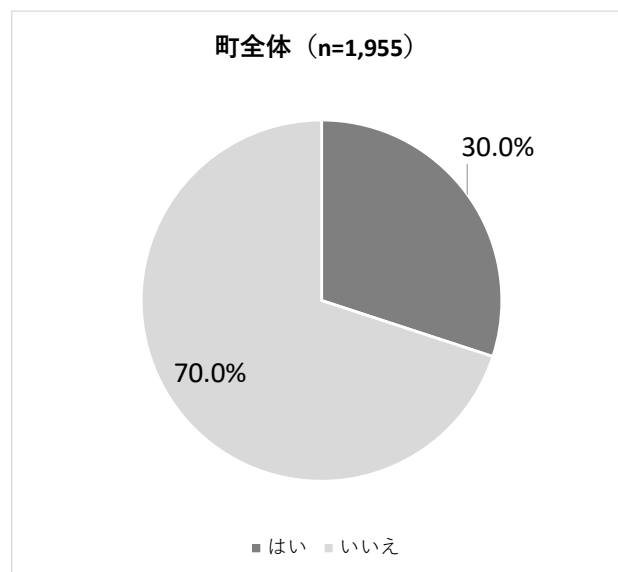
「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」に加え、嚥下機能、肺炎発症リスクを問う質問で2問以上が該当する場合を、口腔機能が低下している高齢者として判定します。 今回の調査では、設問「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」のみを調査しました。

【口腔機能の低下している高齢者の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答	
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか（嚥下機能）	はい	いいえ
口の渇きが気になりますか（肺炎発症リスク）	はい	いいえ

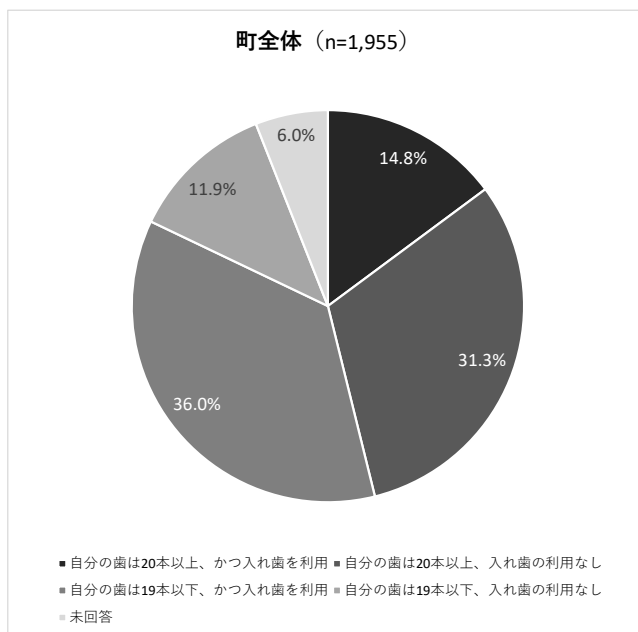
*上記の3問のうち2問に該当する場合、口腔機能の低下している高齢者として判定されます。

半年前に比べて固いものが食べにくくなったと回答した高齢者の割合は町全体で 30.0%となっています。



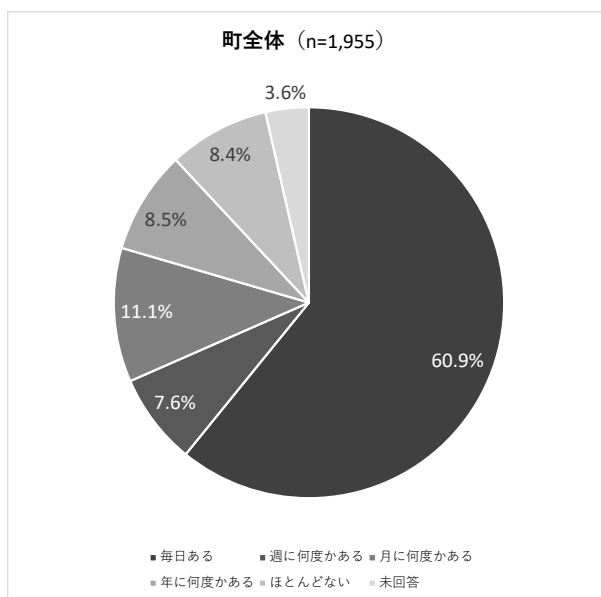
③歯の数と入れ歯の利用状況

自分の歯が 20 本以上ない高齢者は、回答者の約 48%を占めています。20 本以上あっても入れ歯を利用している高齢者と合わせると、6 割を超えます。



④どなたかと食事をとむにする機会

家族を含め誰かと食事をとむにする機会については、6 割の高齢者が「毎日ある」と回答しています。



(3) 毎日の生活について

①認知症リスク保有者

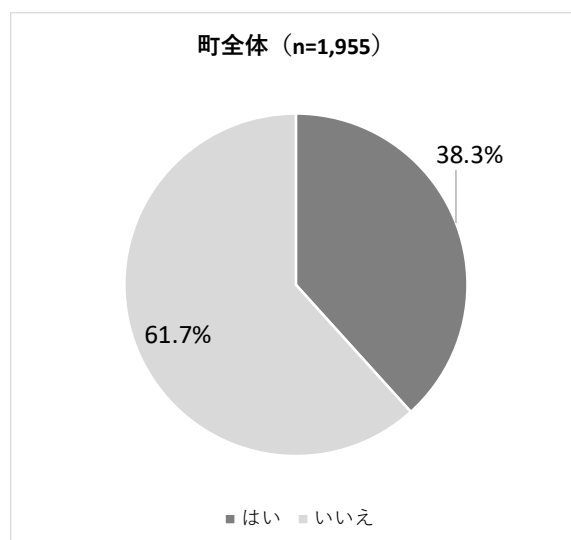
次の設問において1つでもアミがついた回答に該当された場合を、認知症リスク保有者として判定します。今回の調査では、設問「もの忘れが多いと感じますか」のみを調査しました。

【認知症リスク保有者の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答	
もの忘れが多いと感じますか	はい	いいえ
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ

*上記に質問に1つでもアミがついた回答に該当する場合、認知症リスク保有者として判定されます。

回答した高齢者の38.3%が、物忘れが多いと感じると回答しています。



②手段的自立度 (IADL) 低下者

以下の質問で1つでも「できない」がある場合を、手段的自立度低下者として判定します。

手段的自立度低下者とは公共交通機関を使っての外出、食品・日用品の買い物、食事の用意、金銭の管理など日常生活を送る上での重要な行動が低下して

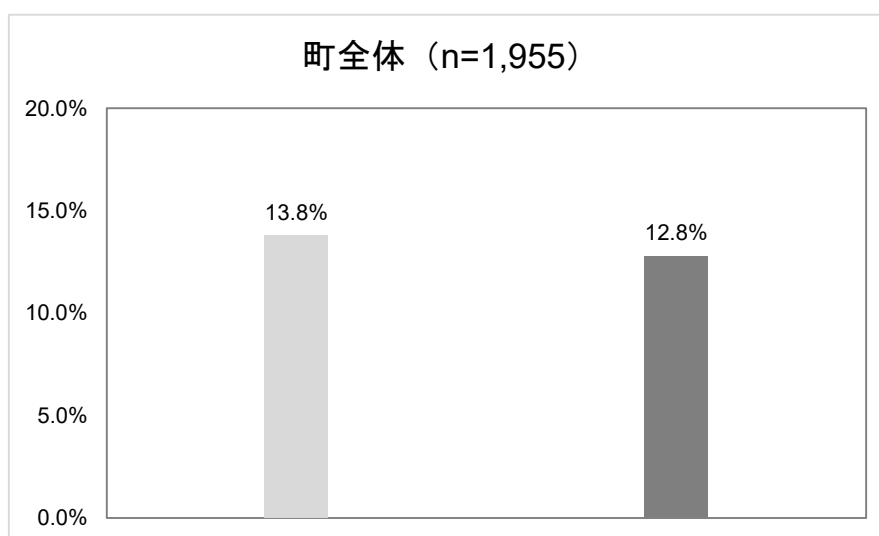
いる人たちのことです。

【手段的自立度（IADL）低下者の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答		
	できるし、 している	できるけど していない	できない
バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	できるし、 している	できるけど していない	できない
日用品の買い物をしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない
自分で食事の用意をしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない
請求書の支払いをしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない
預貯金のおし入れをしていますか	できるし、 している	できるけど していない	できない

*上記の質問のいずれか1つでも「できない」がある場合、手段的自立度低下者として判定されます。

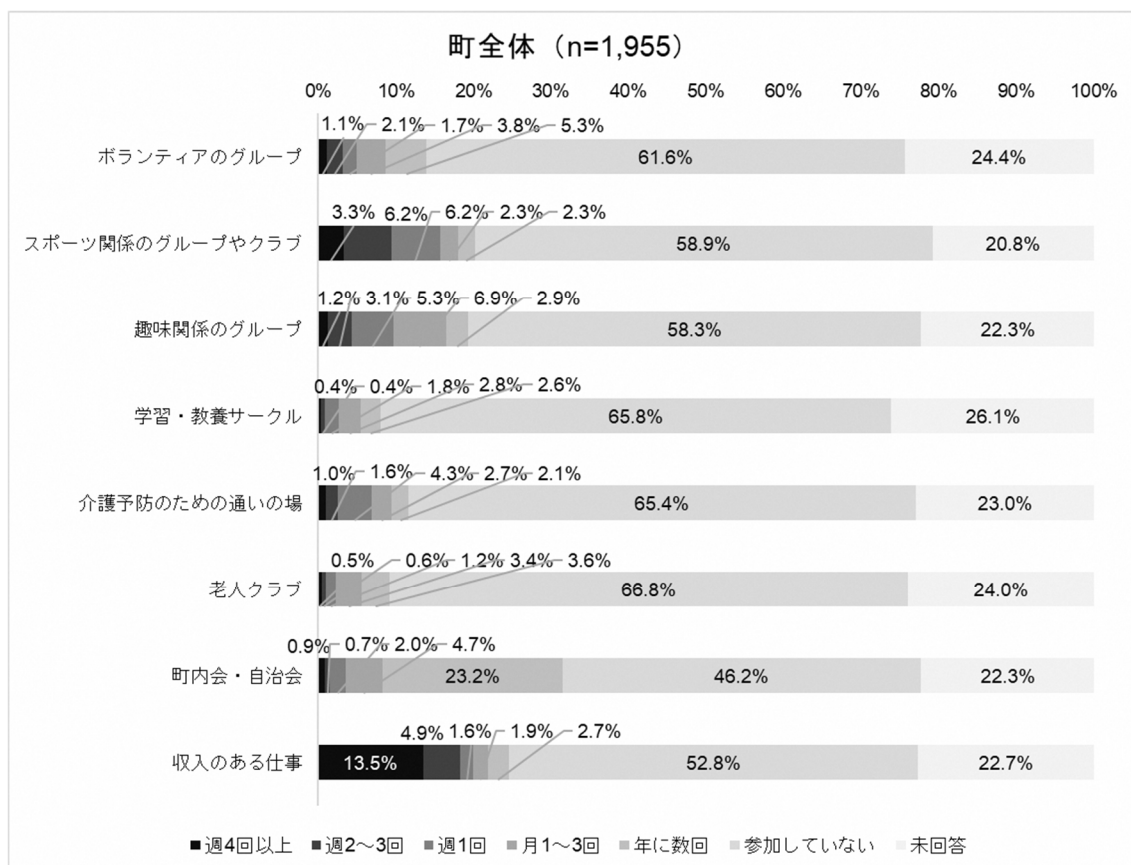
手段的自立度低下者の割合は町全体で 12.8%（平成 29 年調査 13.8%）となり、前回調査から低下しています。



(4) 地域での活動について

①会・グループ等への参加の頻度

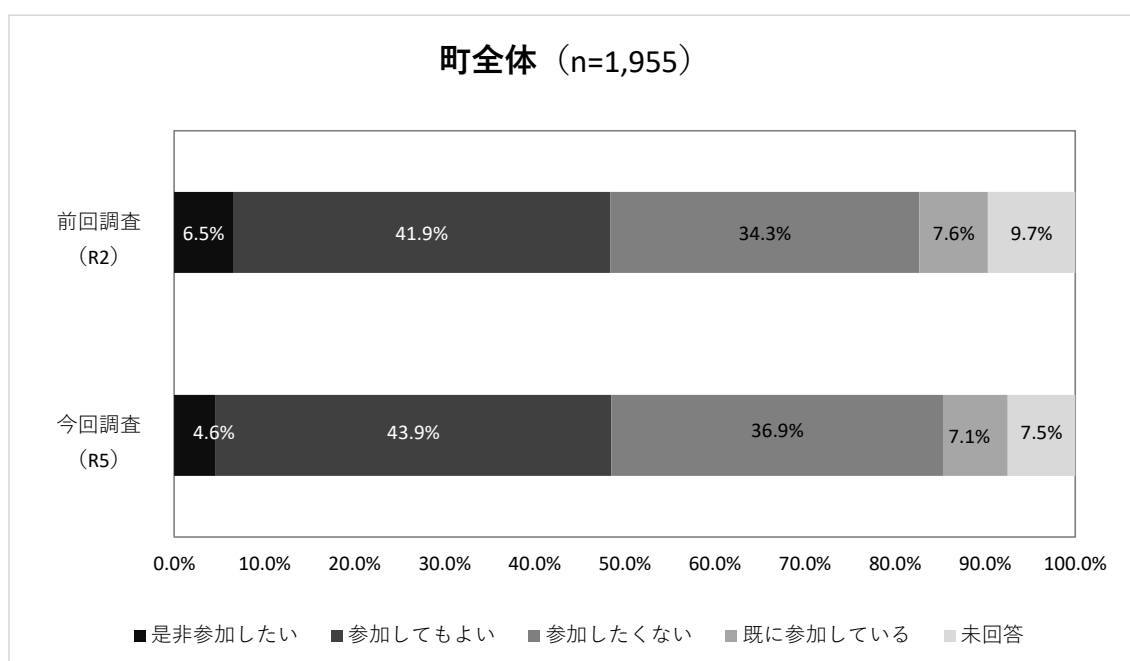
会・グループへの参加頻度が多いのは、収入のある仕事を除けば、スポーツ関係のグループやクラブと趣味関係のグループです。



(5) たすけあいについて

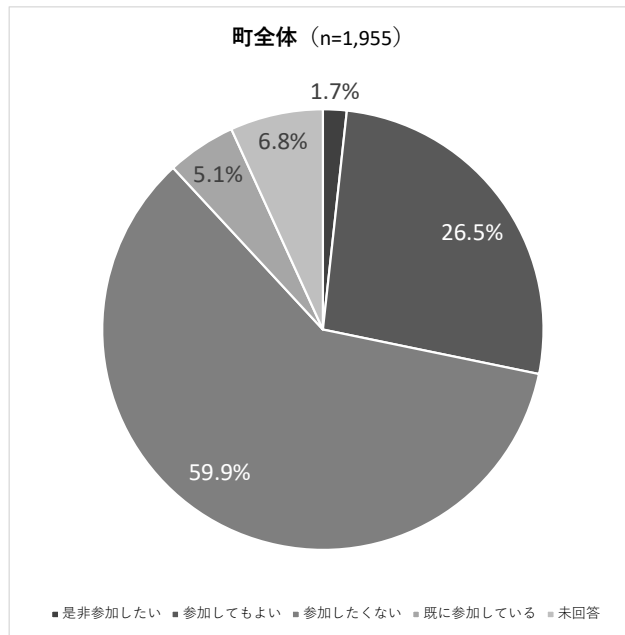
①地域住民有志によるグループ活動への参加意向（参加者として）

参加者としての「地域住民有志によるグループ活動への参加意向」について、町全体でみると、「参加してもよい」が43.9%（令和2年調査41.9%）で最も高く、これに「参加したくない」の36.9%（同34.3%）が続いています。「是非参加したい」の4.6%（同6.5%）と「参加してもよい」を合わせた『参加意向』を持っている人の割合は、48.5%（令和2年調査48.4%）と前回調査同様の水準です。



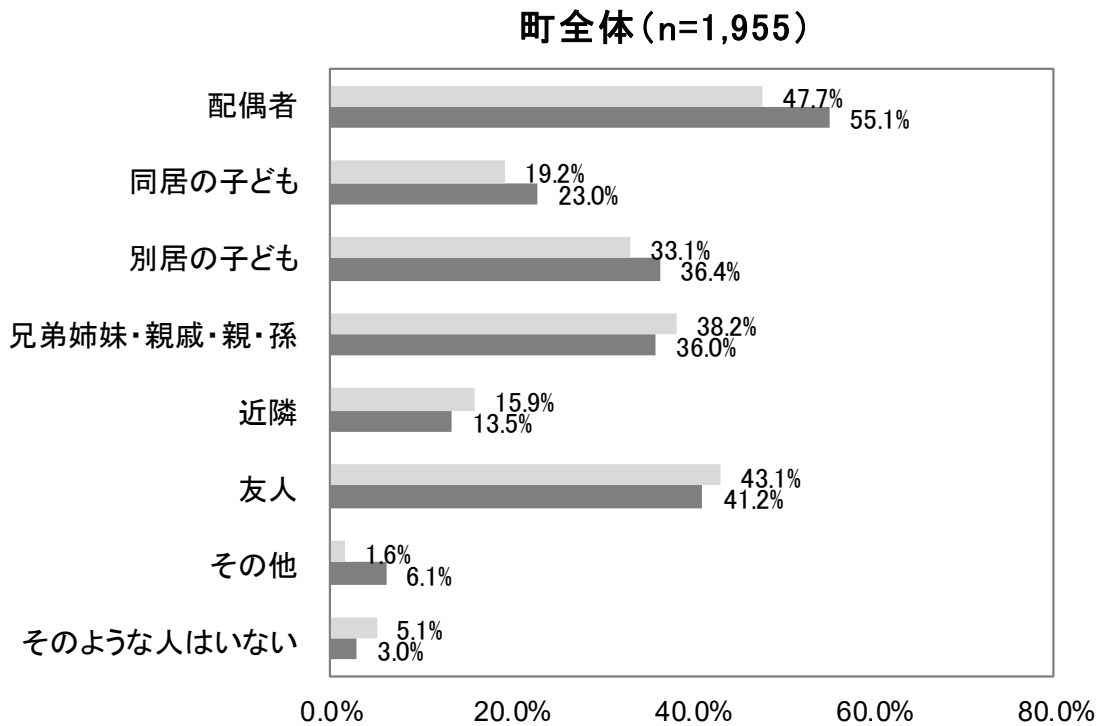
②地域住民有志によるグループ活動への参加意向（企画・運営(お世話役)として）

企画・運営（お世話役）としての「地域住民有志によるグループ活動への参加意向」について、町全体でみると、「参加したくない」が59.9%と過半を占め最も高く、「是非参加したい」1.7%と「参加してもよい」26.5%を合わせた『参加意向』を持っている人の割合28.3%を大きく上回っています。



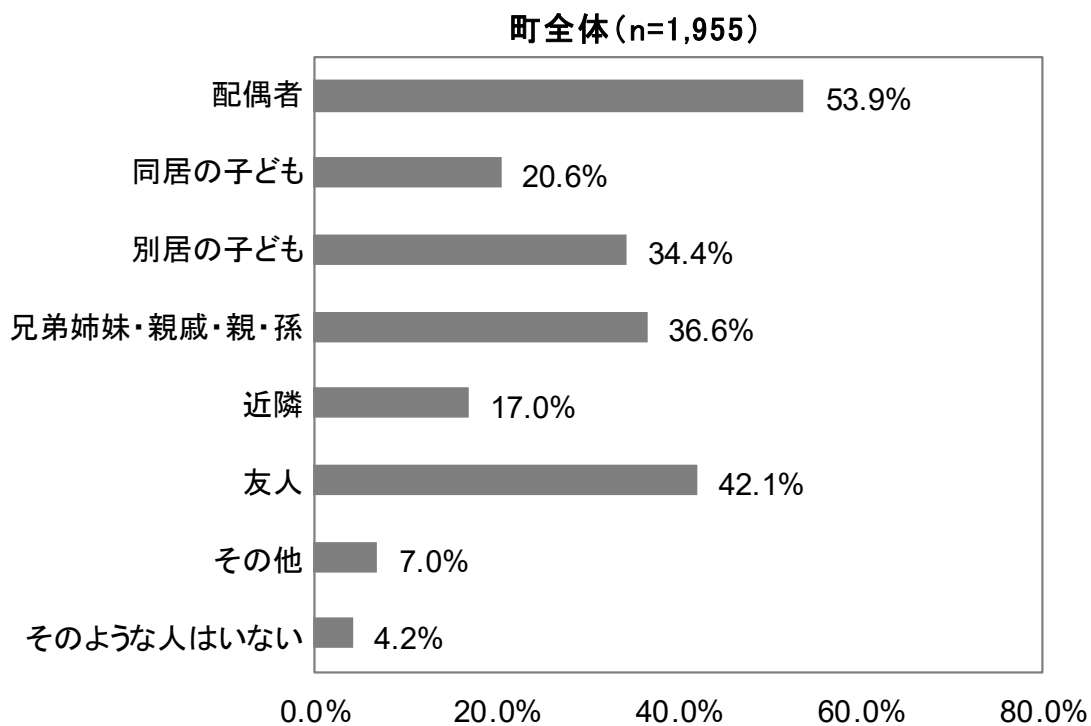
③心配事や愚痴を聞いてくれる人

町全体でみると、「配偶者」の55.1%（令和2年調査47.7%）が最も高く、これに「友人」の41.2%（同43.1%）、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」の36.0%（同38.2%）が続いています。



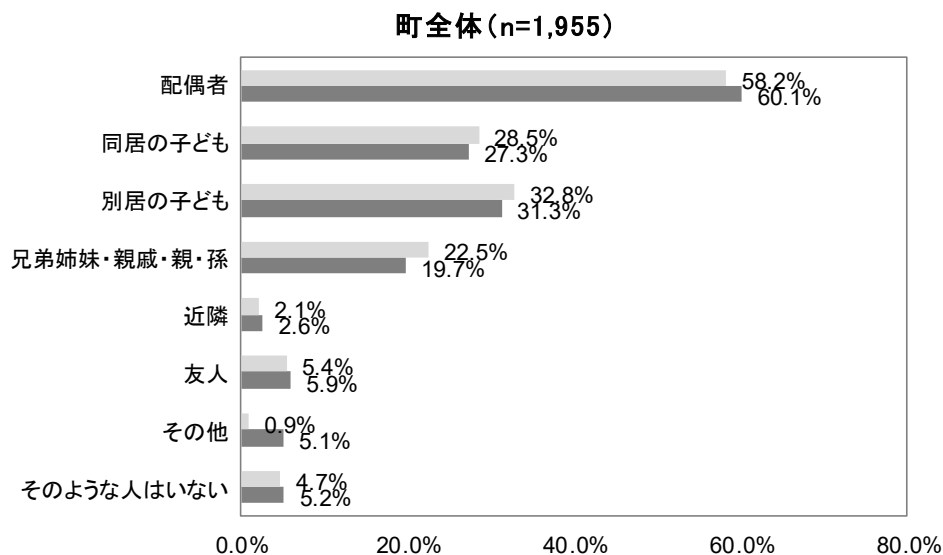
④反対に、心配事や愚痴を聞いてあげる人

反対に、心配事や愚痴を聞いてあげる人についても、「配偶者」が 53.9%と最も高く、これに「友人」の42.1%、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」の36.6%が続いています。



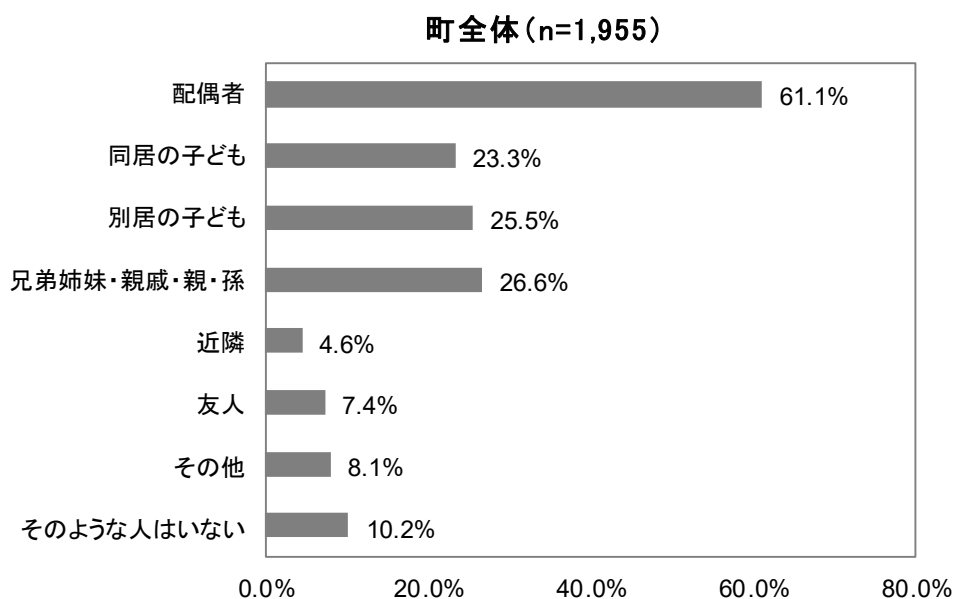
⑤病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人

町全体でみると、「配偶者」の60.1%（令和2年調査58.2%）が最も高く、これに「別居の子ども」の31.3%（同32.8%）、「同居の子ども」の27.3%（同28.5%）が続いています。



⑥反対に、看病や世話をしてあげる人

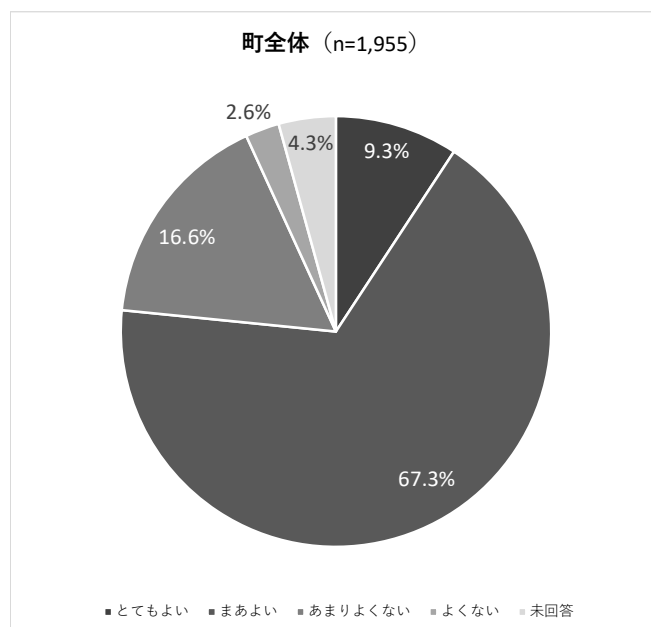
反対に、看病や世話をしてあげる人についても、「配偶者」の61.1%が最も高く、次は「兄弟姉妹・親戚・親・孫」の26.6%が、「別居の子ども」の25.5%よりも高くなっています。



(6) 健康について

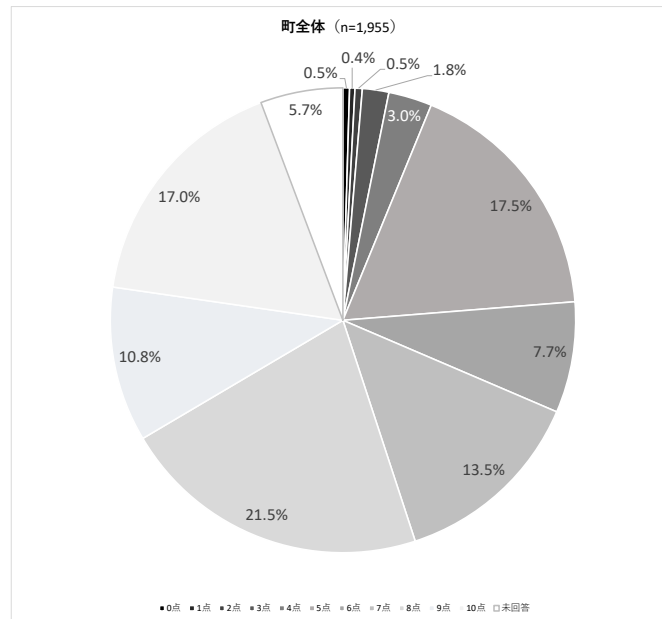
①健康状態

健康状態については、「とてもよい」「まあよい」の合計で 76.6%を占めます。



②現在の幸せ度合い

現在の幸せ度合いについては、8点 が 21.5%で最も構成比が大きく、次いで3点 17.5%、10点 17.0%と続きます。6点以上の回答者が7割を超えています。



③うつ傾向の高齢者

以下の質問で1つでもが「はい」がある場合を、うつ傾向にある高齢者として判定します。

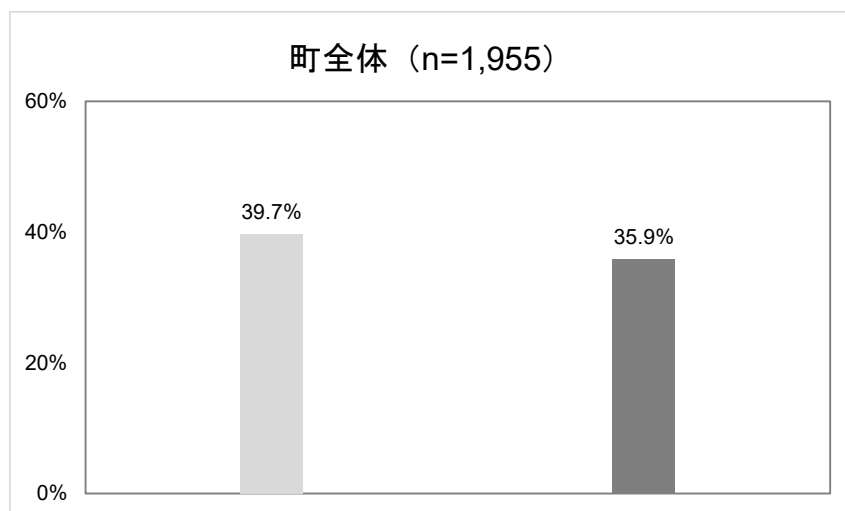
【うつ傾向にある高齢者の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答	
この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい	いいえ
この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがありましたか	はい	いいえ

*上記の質問のいずれか1つでも該当する場合、うつ傾向にある高齢者として判定されます。

<町全体・性別・年代別>

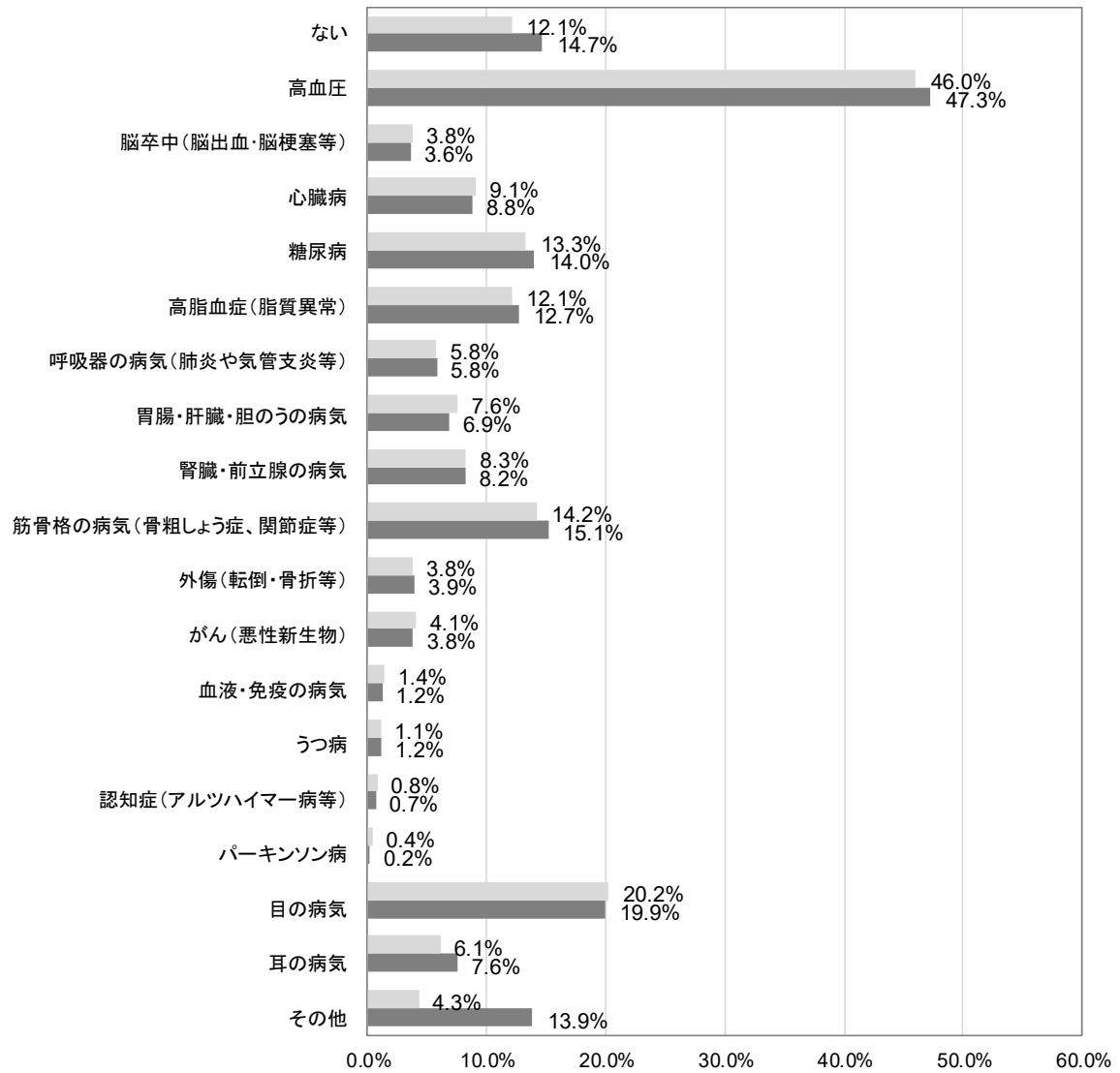
うつ傾向の高齢者の割合は町全体で35.9%（令和2年調査39.7%）となっており、減少しています。



④現在、治療中または後遺症のある病気

町全体で見ると、「高血圧」の47.3%（令和2年調査46.0%）が最も高く、これに「目の病気」の19.9%（同20.2%）、「筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）」の15.1%（同14.2%）が続いています。以下、割合の高い方から、「糖尿病」14.0%（同13.3%）、「高脂血症（脂質異常）」12.7%（同12.1%）、「心臓病」8.8%（同9.1%）の順となっており、この順番は前回調査と同様です。

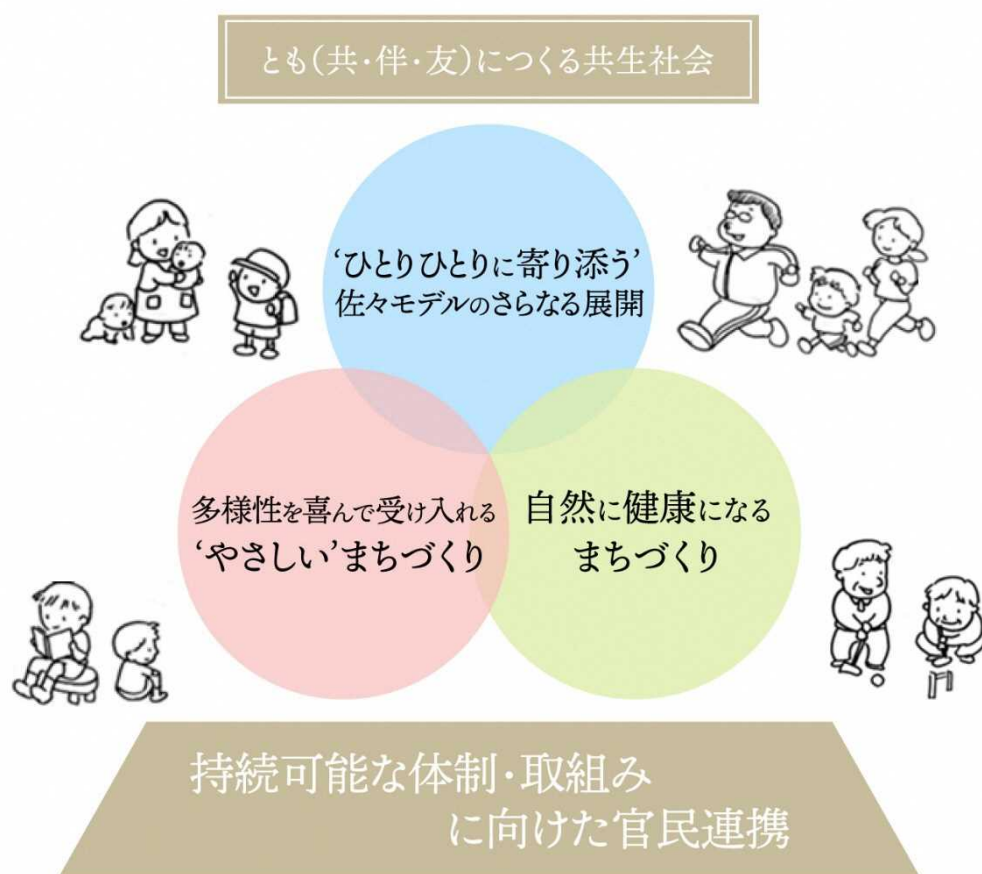
町全体 (n=1,955)



第3章 基本理念・基本方針

本町では佐々町総合計画において、「暮らしいちばん！住むなら さぎ～みんなが輝き、みんなで創るまち～」を将来像とし、基本目標の最初に『「医療・福祉」が充実したやさしいまち』を掲げています。また同時に、『「行政・財政」が持続可能なまち』、『「情報共有・協働」のみんなのまち』を基本目標としており、住民の皆さんが自分達の置かれている状況や将来の公助・共助・自助の見通しについて、情報を共有するとともに納得できる合意形成の手順を大切に考えています。第8期（令和3～5年度）計画では、上記総合計画基本目標の『「医療・福祉」が充実したやさしいまち』を基本理念としていました。

第1期 保健福祉総合計画における基本理念・基本方針



本高齢者福祉計画は、計画期間を同じくする「第1期保健福祉総合計画」と同時に策定され、同総合計画を上位計画とすることとしています。本計画の基

本理念及び施策の基本方針と整合が取れ、両計画の目指す方向が同一であることを明確にするために、本計画の基本理念及び施策の柱（基本方針）についても、同一のものとしします。

県内でも取り組み・実績ともに先導的な地域包括ケアシステムは、より幅広い世代や状態・環境の方に寄り添う多世代包括ケアを目指し、システムの深化・推進に日々取り組み続けているところです。本計画の基本理念を「とも（共・伴・友）につくる共生社会」とし、前回の同目標『地域包括ケアシステムの深化・推進』を引き継ぎ、かつ政策の手段としてではなく住民の皆さんと共有できる目標（将来像）であることを明確にする表現としします。本計画が、同時期に策定する現「地域福祉計画」を引き継ぐ「第1期佐々町保健福祉総合計画」とともに、「地域共生推進協議会」における審議を経て策定されることから当然と言えます。

しかし、次期第9期（令和6～8年度）期間中には、「団塊の世代」が後期高齢者となり、要介護認定者が大幅に増加することが予測されます。一方、永年の少子化継続の結果、介護保険制度を第2号被保険者及びサービスの担い手として支える現役世代は、中長期的に減少傾向が避けられません。その前に、介護職の現場では既に深刻な人手不足から、サービス水準や事業の維持・継続さえ危ぶまれる状態が続いています。また、この他にも地球温暖化による気候変動を背景に、健康に留まらず生命の危険ある猛暑や災害の激甚化や、新型コロナウイルス感染症拡大によって明らかとなった健康リスクの増大と対策強化の必要、物価高騰・医療費負担増等による可処分所得の減少等、現下の環境変化を含め、健康・安心に暮らし続けるためには、これまで以上に、本町がこれまで取り組んできた地域包括ケアシステムの構築をはじめとする施策を推進するとともに、地域とのつながりをさらに強化し、地域の住民の方や関係機関等とより連携しながら各種施策を推進していくことが求められています。

「地域包括ケアシステム」の深化・推進のために、必要なサービスを身近な地域で受けられる体制の整備を進める単位を「日常生活圏域」といいます。圏

域の設定においては、「行政区の枠組み」「人口及び世帯・高齢化の状況」「地域住民の生活形態」「介護給付等対象サービス基盤の整備状況」「地理的条件（交通事情・面積）」「その他の社会的条件」を勘案することとなっています。

介護が必要となっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、福祉施設や医療機関などの施設整備や介護保険サービスを充実させることはもとより、住みやすい「住まい」や公共施設、交通機関、そして、これらの地域資源を繋ぐ人的ネットワークが重要となります。このような地域資源を高齢者が生活する範囲内で有機的に連携させ、「地域包括ケア」の実現を図ります。

本町では、町民の日常生活としては、商圈・二次医療圏域ともに佐世保市と圏域をともにしておりますが、上記の事項を勘案した上で、高齢者福祉に係る「日常生活圏域」は引き続き佐々町全体を一つの圏域としてとらえ、地域密着型サービス等の提供を図ることとします。

第4章 具体的な取組み

1. 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）は、市町村が中心となり地域の実情に応じて展開しており、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」で構成されています。

「介護予防・生活支援サービス事業」とは、要支援認定者とチェックリストにより事業対象と判定された方（以下、「要支援者」という。）のための訪問型と通所型のサービスです。それに対し、「一般介護予防事業」とは、佐々町が住民の互助活動や民間事業所と連携し、高齢者の生活機能の向上や生きがい・役割感に重きを置いた、介護予防事業です。

要支援者等は、身体状況・居住環境等を考慮し、介護予防に資する活動（介護予防体操やレクリエーション等）を行う住民主体の通いの場や、ボランティアによる生活支援サービスへ繋いでいます。また、専門職の支援が必要と判断される方には、介護事業所等へ委託して行っている通所型サービスA、通所型サービスC、訪問型サービスAに繋がります。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

要支援者等に対するサービス提供の目的は、自立を促し住み慣れた地域に戻る（つなぐ）ことです。佐々町においては、介護予防・生活支援における住民主体の活動が定着し、すでに中心的な受け皿としての機能を果たしていますが、専門職の介入を必要とする一部の対象者について、介護（予防）事業所による通所・訪問サービスの利用へ繋がります。

【サービスの種類と内容】

介護（予防）事業所等への委託により下記事業を実施します。

訪問型

サービス種別	訪問型サービスA (基準緩和型)
サービス内容	ホームヘルパーが利用者宅を訪問し、介護予防を目的として行う生活支援 (内容) ・調理、掃除等やその一部介助 ・ゴミの分別、ゴミ出し ・買い物代行や同行

通所型

サービス種別	通所型サービスA (基準緩和型)	通所型サービスC (短期集中型)
サービス内容	介護事業所等において、運動機能向上・閉じこもり予防・認知機能低下抑制を目的として行う通所事業 (内容) ・ミニデイサービス ・運動やレクリエーション活動	体力や日常生活動作の改善、認知機能低下抑制を目的とした短期間の通所型支援 (内容) スポーツジムで行う日常生活動作の維持・向上に向けた機能訓練プログラム

通所型・訪問型サービス共に、本人の心身の状況を踏まえながら住民主体の生活支援サービスや通いの場へ引き継ぐための自立支援を目指します。

【現状と課題】

通所型サービスC(短期集中型通所サービス)に位置付ける「個別運動教室」はフィットネス事業所に委託し実施しています。3か月～6か月の短期集中的なリハビリテーションを経て「通いの場」へ移行することを目標としていますが、対象者の健康状態・居住環境等を考慮し介護予防サービス(通所リハビリ等)を検討する等、多様なサービスや地域資源への繋ぎが必要です。また、専門職(作業療法士、管理栄養士、地区担当者等)が関わり、対象者の生活全般に目を向けた支援を行います。

今後は、身体面への介入だけでなく認知症予防も含め、心身ともに介護予防・健康づくりができるような体制の構築を目指します。

(2) 介護予防ケアマネジメント

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対し、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するものです。要支援者等で、予防給付によるサービスの利用が無い場合にこの介護予防ケアマネジメントが行われ、介護(予防)事業所による訪問型及び通所型サービスや住民主体の通いの場(元気カフェ・ふらっとサロン、、いきいき百歳体操等)など多様なサービスの利用を通じて自立支援に向けた支援を行います。

2. 一般介護予防事業

(1) 介護予防普及啓発事業（地域づくり講演会）

ロードマップより見えてきた「認知症支援」、「看取り」、「在宅医療と介護」、「小・中・高校生における介護や地域づくりへの理解」、「虐待防止」の5つの重点課題や、地域支援会議等で抽出された課題の中からテーマを決定し、講演会を開催します。地域ボランティア、介護者、民生児童委員、町内会長、介護事業所等が一堂に会し、地域づくりに関して学びを深めています。

～第8期の実績～

令和3年度

- 8月 「CKD ～あなたの腎臓は大丈夫ですか？～」腎臓内科専門医による講演会
- 10月 西九州させば広域都市圏連携事業
「地域で看取り看取られる～心穏やかに生き逝くために～」

令和4年度

- 9～12月 在宅看取りに関する講演会(3回シリーズ)
- 12月 「糖尿病ってどんな病気？」糖尿病専門医による講演会
- 2月 西九州させば広域都市圏連携事業 「認知症が私たち家族にくれたギフト」

令和5年度

- 9月 西九州させば広域都市圏連携事業
「『注文を間違える料理店』のこれまでとこれから」
- 10～12月 在宅看取りに関する講演会(3回シリーズ)
- 12月 「腰痛や足のしびれを感じたら ～腰部脊柱管狭窄症を中心に～」

(2) 地域介護予防活動支援事業（通いの場支援）

① 中央型（福祉センター）：元気カフェ・ぷらっと

総合福祉センターを拠点に活動する介護予防ボランティア団体（元気カフェ・ぷらっと）が、週3回の中央型サロン（ぷらっとサロン）を運営しています。「元気カフェ・ぷらっと」の取り組みに対し、専門職の派遣、相談対応等の支援を行います。

② 地域型（地区集会所等）：いきいき百歳体操

各地区集会所における「いきいき百歳体操」等の介護予防に取り組む地

域活動組織の育成ならびに支援を行い、健康づくりのための運動教室など、集会所単位における自主的な取り組みが継続するよう関与します。

また、参加が困難になった高齢者を早期に把握し、状況に応じて「中央型」の通いの場へ繋いだり、短期集中型の個別運動教室へ繋ぐ等、地域関係者と地域包括支援センターの地区担当者等が連携を図り、気になる対象者の早期発見・早期対応に努めます。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

① 個人・地域の健康課題の把握

医療・介護等のデータと地区担当者によるアウトリーチ支援の連携により健康課題（健康状態不明者、服薬課題者等）を把握し、個別的なアプローチを行います。

② 専門職の介入

i. 集団への介入（ポピュレーションアプローチ）

～身近な地域の集まりに専門職を派遣し、「気軽に、身近に、学べる」機会を設ける～

- ・ リハビリ専門職（作業療法士等）を各地区集会所で開催されている「いきいき百歳体操」に派遣し、体力測定・継続支援等を行います。
- ・ 管理栄養士を各地区集会所で開催されている「地域サロン」等に派遣し、食生活や栄養に関する講話、フレイル予防の指導を行います。また、介護予防をテーマとした料理教室等を実施し、栄養に関する知識の啓発を行います。
- ・ 口腔に関する専門職（歯科衛生士等）を各地区の地域サロンやいきいき百歳体操に派遣し、口腔フレイル予防に関する講話・指導を行います。
- ・ 年に 1 回、健康づくりをテーマとした講演会を開催し、健康増進の意識の醸成を目指します。

ii. 個人への介入（ハイリスクアプローチ）

～地区担当者と専門職の連携により、個別的な健康課題の解決を目指す～

- ・ 地区担当者とリハビリ専門職との連携により、対象者の生活状況に合わせた生活機能向上のための指導や、居住環境の確認と改善策の検討等を行います。
- ・ フレイル状態が危惧される対象者に対して、地区担当者と管理栄養士が連携し、対象者の生活全般の確認や生活状況に応じた栄養・調理指導を行います。十分ではない食生活の背景には、複合的な生活課題（航空機能の低下、生活困窮傾向等）が潜在している可能性もあり、生活課題の把握と課題に応じて関係機関・専門職へ繋がります。

③ 若年層への啓発

介護保険分野で主に関わる年齢層は身体機能・認知機能の低下が見られやすい後期高齢者（75歳以上）であり、前期高齢者（65歳～74歳）との関わる機会は比較的少ない傾向がありました。しかし、後期高齢者の健康への意識や生活習慣を改善することは容易ではなく、もっと若年層からの健康意識の醸成が必要だと考えられます。

- ・ 住民健診において、地域包括支援センターの保健師が関与し、メタボ予防からフレイル予防に切り替える移行期の健康づくりの啓発、ボランティア活動や地域における通いの場の紹介等の介入を行います。
- ・ 健康増進事業と連携し、学校・職域の場における健康づくりについての啓発を行います。

3. 包括的支援事業

包括的支援事業とは、地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、相談や支援、権利擁護事業などを包括的に行う事業です。これらの事業は佐々町直営の地域包括支援センターが一括して実施します。

また、地域包括支援センターに生活支援コーディネーターを配置し、住民のニーズ把握と、既存のサービスにとらわれない支援策の開発やマッチングを地区担当者や関係事業所と連携して行います。生活支援コーディネーターの活動を補完する協議体として、「地域ネットワーク情報交換会」や「高齢・障がい支援連絡会議」を活用し協議を進めます。

(1) 総合相談支援事業（地区担当制）

平成 25 年度に地域包括支援センターに導入した地区担当制は、担当地区の高齢者と深く関わり、町内会長や民生委員と密接に連携することで、初期段階の問題解決に大きな効果がありました。地区担当者は、支援が必要な方をいち早く見つけ出し、行政・介護事業所・医療機関・地域の役員など、さまざまな機関と連携をとりながら、各事業へ繋げる役割を果たしています。令和 5 年度から、高齢者担当のみならず障がい者に関わる地区担当制を開始し、高齢者担当・障がい担当の地区担当者が連携しながら地域と関わっています。

令和 5 年度体制

～高齢者担当職員 4 人で 32 地区（高齢者人口約 3,990 人）を 4 つに分けて分担。

その 4 つの地区に障がい担当職員 4 人を配置し、高齢者担当職員と連携～



(2) 地域ネットワーク情報交換会

地域包括支援センター職員（生活支援コーディネーター、地区担当者、保健師等）が、社会福祉協議会とともに全 32 町内会を 1 年間を通じて巡り、町内会長や民生委員、福祉協力員等とその地域の情報交換を行っています。地域課題整理表に基づき、地域の介護予防・支え合いの取り組みを把握し、地域の特性に応じた支援を行います。

また、避難行動要支援者・要配慮者の把握と支援者との繋ぎの場としても活用しています。高齢者や避難行動要支援者・要配慮者以外でも、閉じこもりがちな住民、子育て世帯等の気になる世帯についての情報交換や、どこに相談して良いかわからない地域の困りごとなど、地域との信頼関係を土台としてさまざまな情報が入ってくる体制となっています。当初は介護予防対象者の把握を目的に「高齢者見守りネットワーク情報交換会」として始まった事業ですが、分野・世代を問わず地域とつながる「地域ネットワーク情報交換会」へと発展し、町内会ごとの強みを活かしながら「地域の守り」として機能しています。

(3) 地域ケア会議推進事業

主に高齢者を対象としていた地域ケア会議は、専門職・介護事業所・保険者間の合意形成を図り、対象者の状況や変化に応じた自立支援型ケアマネジメントを図る場として定着したため、他の福祉分野（子ども・障がい・生活困窮等）も含めた「多機関連携地域ケア会議」として発展させ、複雑化・複合化した課題に対し、多機関連携により世代・分野を超えた解決を目指しています。

なお、高齢者におけるケース検討については、地区担当者・主任介護支援専門員等を中心としながら関係機関との連携を継続していきます。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（高齢・障がい地域支援会議）

町内、近隣市町の関係機関や各分野の専門職が参加する「高齢・障がい地域支援会議」を定例開催し、多職種連携による包括的ケアマネジメント支援に取り組みます。

この会議はもともと介護事業所との連携を目的としたものでしたが、平成30年度から医療関係者の参加が始まり、令和3年度に立ち上がった「障がい支援会議」と合同で開催し、令和5年度から、医療・介護・障がい福祉の連携体制に繋がりがつあります。

(5) 家族介護支援事業

地域づくり講演会等の企画を通じ「佐々町介護者の会」が充実した活動が行えるよう、社会福祉協議会と連携を図りながら支援します。また、家族を介護している男性介護者を対象とした「男性介護者ケアの集い」や、認知症当事者の方やご家族の他、どなたでも集える場である「認知症カフェ」と連携し、介護者が孤立せずにリフレッシュできる体制づくりを行います。

(6) 介護サービス相談員派遣事業

地域包括支援センター職員（認知症地域支援推進員、作業療法士等）を、介護施設等に出向きサービス利用者や施設従事者の相談に応じる等の活動を行う「介護サービス相談員」として配置し、介護施設等からの相談窓口とし、介護施設が抱える問題の改善ならびに介護サービスの質の向上を図ります。

また、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームにおいても、在宅と同様に適切な医療・介護のケアが受けられるよう、事業者との連携による現状把握と地域包括支援センターの積極的な関与を図ります。

介護事業所の現場では、慢性的な人材不足が課題です。ボランティア講座を受講したボランティアと人材を求めている介護事業所とのマッチングを行い、ボランティアで対応可能な業務（例：傾聴ボランティア等）を担うことができるような調整を行い、高齢者の生きがい・役割の創出と合わせて介護の現場の負担軽減につなげる取組を行います。

(7) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方のニーズをもつ在宅療養者に対し、在宅における一体的なサービスの提供と入退院時における切れ目のない支援を行うため、かかりつけ医・薬剤師・訪問看護師等の医療関係者と介護関係者との連携を推進します。

① 退院支援

地域包括支援センターの地区担当者が、担当する高齢者の入退院の前後において医療機関と積極的に情報交換を行い、安心して退院できる体制を整備します。情報交換のためのツールとして、「介護医療連携共通シート」「入院前在宅生活状況提供書」を活用し、介入時点で把握した対象者の生活状況や在宅生活への思い等を伝えます。また、退院前のカンファレンスや自宅訪問等、地区担当者や専門職（作業療法士等）が積極的に介入します。

② 日常の療養支援

医療・介護等の関係者と連携し、対象者のQOL（クオリティ・オブ・ライフ：生活の質）を高めるための日常生活への支援、対象者を介護している家族等への支援を実施します。

③ 急変時の対応

対象者や支援者からの申請により「救急医療情報キット」を配布し、かかりつけ医・緊急連絡先等の救急活動時に必要な情報を救急隊員や医療機関へスムーズに伝達されることを目指します。救急医療情報キットが必要な対象者については、地区担当者が地域ネットワーク情報交換会や地域関係者との連携により把握し、必要な対象者への介入を行います。

④ 看取り

医療・介護・障がい福祉等の関係者との連携の場である高齢・障がい地域支援会議や地域ケア会議、担当者会議等において、人生の終末期における意思決定を支援し、対象者とその家族への支援について検討していきます。

地域住民へのACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）の普

及啓発として、エンディングノートの作成・活用や、専門職による講演会を行います。エンディングノートは、地域サロン等の機会を活用して住民に周知し、併せて「もしバナゲーム」体験会を開催するなど、「自分の最期の時を考える」ための身近な機会とする取り組みを行います。

⑤ 西九州させば広域都市圏における在宅医療・介護連携推進事業

近隣市町と連携し住民・専門職に向けた講演会を開催することで、ACPの啓発を行い、「もしもの時に、どのような医療やケアを望むのか」を元気づけながら前もって考え、家族や親しい人、医療介護等スタッフとともに話し合い共有できる体制づくりを推進します。

(8) 認知症施策

わが国の認知症高齢者の数は、2025年には65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれており、認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気となっています。認知症をできる限り予防し、認知症になっても住み慣れた地域でその人らしく生活することができる社会を目指して、「共生」と「予防」の施策を推進します。

「共生」とは、認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きること、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ことです。「予防」とは、「認知症にならない」という意味だけでなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ということです。

こうした基本的な考えの下、具体的な施策として下記3項目を重点的に取り組みます。

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症は身近な病気であることを、普及・啓発を通じて全世代に発信します。小学校、中学校、高校、社会人（職域含む）を対象に認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に関する正しい知識と理解を持って地域や職場で認知症の人や家族を支える認知症サポーターを養成します。小学生から認知症についての正しい知識に触れることで認知症が身近なものとなり、地域における支援体制の土台づくりができます。若年性認知症をはじめとした認知症疾患に対し、将来自分や家族が当事者となる可能性を踏まえた早期発見・予防のきっかけをつくることを期待できます。また、職場に応じた認知症の方への対応を学ぶことができるよう講座の内容を工夫し、認知症になった方への対応についても考える機会として働きかけを行います。

地域サロンや認知症カフェなどの地域の集いの場、障がい・高齢支援事業所が集う「さざまる市場」などのイベント等を紹介し、認知症の方とその家族の交流の場として参加を促します。また、イベント等に若い世代の参加を促すことで、認知症を身近に感じていただくきっかけづくりを行い、住み慣れた地域での見守り支える意識を育てます。

「認知症ケアパス」を活用し、認知症に関する基礎的知識や具体的な相談

先、活用できる地域資源等を周知します。また、認知症に関する講演会等において、認知症当事者が発信できる機会の確保や、認知症ケアパスへ認知症当事者の意向を反映するなど、本人とともに普及啓発に取り組みます。

② 支援体制の強化

認知症の方やその家族の支援を強化します。

佐々町立診療所・もの忘れ外来と地域包括支援センター・地区担当等で随時連携して対応します。

日頃から患者と接する「かかりつけ医」やかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役である「認知症サポート医」との協力体制を構築し、認知症リスク保有者の早期発見と対策の検討を行います。

介護サービス相談員派遣事業にて、町内の介護事業所職員等を対象とした認知症ケア技術の研修の開催や、相談対応を行い、既存サービスにおける認知症支援の向上に努めます。

認知症の方、その家族に対して相談対応を行います。また、家族支援として、対象に合った介護サービスの利用や、介護者の会へつなぐ等、介護者の身体面・心理面・社会面からの負担軽減を図ります。

③ 認知症など行方不明高齢者への対策

地域における見守り体制を強化します。

地域ネットワーク情報交換会を通じて町内会と認知症高齢者をはじめ見守りが必要な世帯についての情報交換を行い、地域全体の見守りにつなげます。家族や支援者から申請のあった方については、佐々町見守り支援登録を活用し、平時からの情報の共有を行います。また、判断能力が低下し、行方不明になる可能性がある方を対象に「佐々町徘徊者搜索機器利用費用助成事業」を紹介し、GPS 機器等の購入の補助を行います。

認知症高齢者等が万が一行方不明となった場合に、関係機関が速やかに搜索することを目的とし、地域住民・民生児童委員・警察・消防・社会福祉協議会・佐々町高齢者見守りネットワーク協定を締結している民間事業所による SOS ネットワーク体制を構築します。

(9) 高齢者の尊厳と権利を守る権利擁護事業

ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者等の増加により、社会的に孤立する高齢者が増加していくことが考えられます。判断能力が十分でない方に対して成年後見制度等の適切な利用を促進するとともに、虐待や消費者被害等の問題から高齢者を守り、住み慣れた地域で安心して生活できるように継続的な支援に繋がります。

① 成年後見制度及び日常生活自立支援事業の利用促進

判断能力が十分でない状態でも住み慣れた地域で生活できるように、対象者の判断能力等に応じて社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用ができるよう相談・広報・後見人利用促進・後見人支援事業を実施します。(詳細は、成年後見制度利用促進計画 参照)

② 高齢者虐待への対応

i. 高齢者虐待の防止・早期発見

地域ネットワーク情報交換会や民生委員など地域からの情報提供や相談など、地区担当制を連動させ日頃からの情報収集を行い、虐待の疑いがある場合は、早期に事実確認、対応を行います。

また、虐待を受ける高齢者の多くは、認知機能の低下が認められることから、認知症施策と連携し虐待予防に努めます。

ii. 虐待対応

虐待に至った要因は、認知症の進行、高齢者本人及び家族の健康状態、養護者の介護負担、介護に関する知識の乏しさ、経済的問題など様々であることから、世帯における複合的な課題解決に向けて関係機関が検討する場を設け、課題解決に向けて取り組みます。

なお、生命の危機に関ると判断された場合は、一時保護として短期入所施設を確保します。

iii. 消費者被害の防止

庁内外関係機関との連携により、消費者被害に関する情報共有を行い、地域の出前講座等を利用した普及啓発に努めます。

4. 高齢者の社会参加と福祉

高齢者が心身の健康を維持し、自立した生活を継続するためには、自ら進んでできる健康づくり、社会参加、役割の保持等が重要です。高齢者の豊富な経験や知識、技能を活かす場を創出し、多世代で交流ができる地域活動や就労に繋げていきます。

また、タクシー料金や介護用品等への補助といった経済的な支援や、日常・非常時の支援体制の確保などを通じて高齢者福祉の充実を図り、高齢者が地域で安心して暮らせる環境を整備します。

(1) 社会参加・生きがい・就労支援

① 交流活動の推進

i. ボランティアポイント制度

高齢者の生きがい・役割感を高め「生涯現役生活」を応援するために、ボランティアポイント制度に取り組みます。佐々町におけるボランティア活動には、現在ではサロン活動・生活支援（外出支援も含む）があり、各々のボランティアがご自分の特技や強みを活かして活動できるよう、地域包括支援センターは支援を必要としている対象者とのマッチングや継続的な伴走支援を行います。

ボランティア活動時間に応じたポイントが付与され、そのポイントが1ポイント200円に換算され、ボランティアへ交付されます。

支援を必要としている対象者の把握

地域ネットワーク情報交換会や地区担当者によるアウトリーチ支援にて、対象者を把握します。

ボランティアの支援、育成

年2回程度のボランティア養成講座を開催し、ボランティア自身の学びの場として活用し、また、新たなボランティア希望者の発掘を行います。

介護事業所の現場では、慢性的な人材不足が課題です。ボランティア講座を受講したボランティアと人材を求めている介護事業所とのマッチングを行い、ボランティアで対応可能な業務（例：傾聴ボランティア等）を担うことができるような調整を行い、高齢者の生きがい・役割の創出と合わせて介護の現場の負担軽減につなげる取組を行います。

ii. 生涯学習の支援

各種講座や教室など生涯学習の機会を教育委員会と連携し、提供します。町内の歴史家やエベレスト登頂者、近隣市の昆虫学者など専門的な知識を持つ人を巻き込んだ住民主体のイベントを開催し、高齢者の生きがいづくりを支援します。

iii. 世代間交流の推進

老人クラブ会員に対し、小学校や町立図書館が開催する子ども向けイベントにおける昔遊び等の指導や、登校時の見守り活動への参加をお願いし、児童と高齢者との交流を引き続き行います。「世代や分野を超えてつながることにより、お互いが理解し合える関係づくり」をコンセプトにしたさざまる市場と連携し、多世代での交流や相互の学びができる機会を提供します。また、婦人会の協力を得て、もちつきなどを引き続き行います。

現在町内会等で行っている「こども食堂」の活動から、多世代を対象とし、誰でも食と健康に触れ合える「みんな食堂」への展開を進めます。

iv. スポーツ活動の支援

多世代の住民の生きがい・健康づくりを推進するために、スポーツとゴミ拾いを組み合わせた「スポゴミ」などニュースポーツを通じた多世代交流を行います。ウォーキングと歴史散策等をコラボさせ、ゲーム性があり、健康づくりアプリのポイントも獲得できるイベントを開催します。また、高齢者等が安全に利用しやすいよう配慮した公共施設の整備や維持管理に努め、いつでも気軽に運動ができる環境づくりを進めます。

② 団体活動の推進

i. 老人クラブ活動への支援

高齢者の地域活動参加促進のため、老人クラブ活動及びその会員の加入促進に対する支援に取り組みます。奉仕活動やスポーツ活動、研修旅行などの活動を支援します。また、他の団体との連携や交流などの活動ができるよう、働きかけを行います。

ii. シルバー人材センターへの支援

健康で働く意欲のある高齢者が会員となり、町などの公的機関や民間企業、一般家庭から仕事を引き受け、労働による健康・生きがいづくりを実践されています。今後は、さらに、地域での生活支援など、地域に根差した幅広い活動ができるよう、働きかけや支援を検討します。

iii. 就労の支援

就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）を配置し、生涯現役応援センターや社会福祉協議会と連携しながら、就労的活動の場を提供できる民間企業や団体と就労意欲のある高齢者をマッチングし、生涯現役を目指した社会参加の促進を図ります。

(2) 地域生活の支援と安心・安全の暮らしづくり

① 移動の支援（継続事業）

i. 要介護者通院支援事業

要支援・要介護認定者（要支援2～要介護5）を対象に、1か月8枚、1年間に96枚を限度としたタクシー利用券を交付し、1,000円を上限として乗車金額の半額を助成しています。令和4年度から、利用枚数を1ヶ月4枚から8枚に増やし、乗車金額の半額助成としたことで地理的な条件での不公平さや利用制限は解消されたと思われませんが、高齢者にとって本当に必要な支援ができるよう、制度のあり方を引き続き検討します。

ii. 高齢者外出支援事業

75歳以上の高齢者を対象に、1か月8枚、1年間に96枚を限度としたタクシー利用券を交付し、1,000円を上限として乗車金額の半額を助成しています。令和4年度から、利用枚数を1ヶ月4枚から8枚に増やし、乗車金額の半額助成としたことで地理的な条件での不公平さや利用制限は解消されたと思われませんが、制度のあり方については引き続き検討を行います。

② 在宅生活の支援

i. 介護用品購入補助

本人が非課税で、月に20日以上在宅している要介護1以上の方、もしくは膀胱等の障害がある方を対象におむつ購入費の一部（月5,000円）を支給します。

ii. シルバーホンあんしん使用料助成事業

日常生活の便宜と緊急時の連絡に備え、65歳以上のひとり暮らし高齢者（前年所得税が非課税の世帯）でシルバーホン（NTT事業）を設置した人に対し、維持費の一部を助成（維持費の2分の1以内の額）しています。

緊急時の連絡手段が多様化したことによる利用者の減少に伴い、維持費に対する助成事業の見直しを検討します。

iii. 夜間通報体制の確保

家庭内の事故等による通報に、夜間も対応できる体制を確保します。

夜間、地域包括支援センターに着信した電話は転送により、役場宿直から職員へ伝達されることにより、随時対応を行っています。今後引き続き対応できる体制を確保します。

iv. 高齢者小規模住宅改修助成事業（介護認定を受けていない方）

佐々町に住所を有し、自らが住む住宅を改修しようとする満 65 歳以上の方で、地域包括支援センターの職員が必要と認める手すりの取り付け及び段差の解消の改修工事に対し、費用の 9 割（上限 9 万円）を補助しており、今後引き続き事業を継続します。

③ 緊急時の生活の確保

i. 老人保護措置（養護老人ホーム）

身体上、精神上、環境上の問題により自宅での生活が困難で、かつ経済的に困窮している 65 歳以上の高齢者を対象に、施設（養護老人ホーム）において日常生活の援助を提供します。

今後、独居の困窮者・高齢者の増加が見込まれる中で、住まいの確保は重要な課題となります。現在、佐々町内に当該施設はありませんが、近隣市町に所在する施設の利用が見込まれます。

ii. 高齢者虐待等短期入所事業

虐待案件に対し迅速に対応できるよう、一時保護施設として短期入所施設を確保します。

現在のところ、入院や介護保険施設入所などにより措置者の実績はありませんが、必要な時に支援ができるよう体制を整えておきます。

iii. 災害時要援護者短期入所事業

災害時要援護者（歩行困難な高齢者や介護を必要とする高齢者）について、災害時に安全な生活空間が確保されるよう福祉施設と協定を締結します。

現在、町内の施設（4箇所）と災害時の短期入所について協定を締結していますが、施設の見直しや、災害時迅速に対応できるよう、関係部署や契約締結施設との連携体制の充実を図ります。

④ 災害、感染症の対策

i. 災害時の対策

近年、台風や集中豪雨による洪水や土砂災害等が多発していることから、洪水や土砂災害の危険箇所等の情報を把握し、災害リスクに応じた防災対策の充実を図る必要があります。

災害対策基本法に基づき、高齢者や障害のある方等のうち、災害時に自力で非難することが困難で、特に支援が必要な方（避難行動要支援者）の名簿を作成し、民生委員や地域の方々、関係機関と連携しながら、支援が必要な方を適切に支援できる体制整備に努めます。

ii. 感染症の対策

高齢者は、一般に感染症に対する抵抗力が弱く、通いの場など的高齢者が集う場所や、介護施設等では適切に感染予防対策を行う必要があります。

新型コロナウイルス感染症については、令和5年に感染法上の位置づけが「2類」から「5類」に変わったことから生活上の制限はなくなりましたが、抵抗力が弱い高齢者にとっては引き続き「新しい生活様式」の継続が感染予防として有効です。

一方で、外出自粛などの影響により、高齢者の認知機能や日常生活動作の低下が見られるケースもあり、今後は健康づくりや介護予防の取組みを行いながら、感染症対策との両立を図ります。

また、介護事業所等へ国や県からの情報と感染症対策に係る情報共有を図ります。

1. 介護保険制度の適正運営（介護給付適正化計画）

（1）計画策定の趣旨

介護給付適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に促すことで、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

本町では、国・県の指針を踏まえ、

- ・ 介護サービスが真に所期の効果をあげているか。
- ・ 不適正、不正な介護サービスではないか。

との観点から、これまでも介護給付適正化事業を展開してきました。

利用者に対する適切な介護サービスを確保する一方で、不適切な給付を削減することで、介護給付費や介護保険料の増大を抑制し、介護保険制度の持続可能性を高めます。介護給付適正化計画は、そのための目標と達成方策を定めるものです。本計画でいう介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要とするサービスを事業者がルールに従って適切に提供するよう促すことであり、利用者の自立支援に必要なサービスが的確に給付されることに繋がるものです。

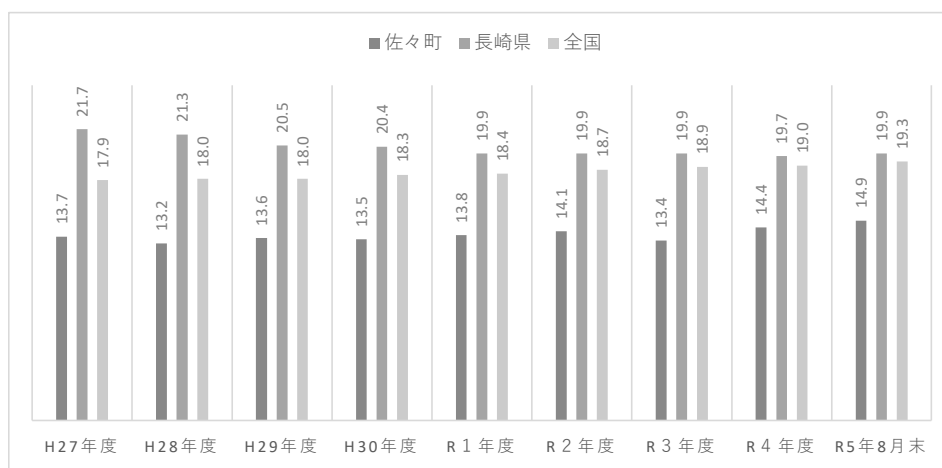
本計画は、「佐々町第1期保健福祉総合計画」及び「佐々町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」と一体的な計画とし、国の「第6期介護給付適正化計画」及び「第6期長崎県介護給付適正化計画」と連携を図ります。本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和8年度（2026年）までの3年間とします。

(2) 現状及び今後の目標

佐々町では前計画においても、要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修等の点検、給付の縦覧点検、医療情報との突合、介護給付費通知の主要5事業について取り組みを行い、介護給付の適正化を図ってきました。

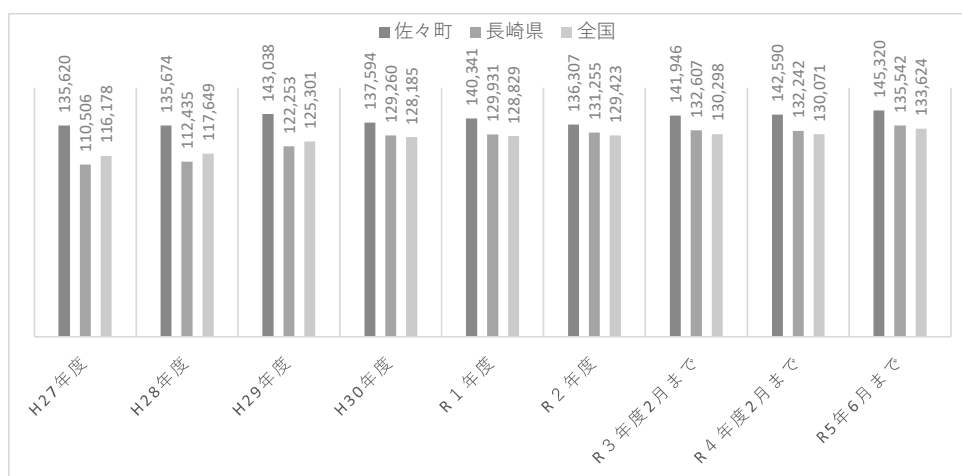
本町の特徴として、認定率は国・県平均よりも低い水準にある一方、認定者一人当たりの給付費は高いという傾向があります。このことは、真に給付が必要な方だけが認定を受けサービスを受けていると考えられます。

要支援・要介護認定率の推移（佐々町・長崎県・全国） 単位：%



出所：地域包括ケア「見える化」システム 厚生労働省にて作成

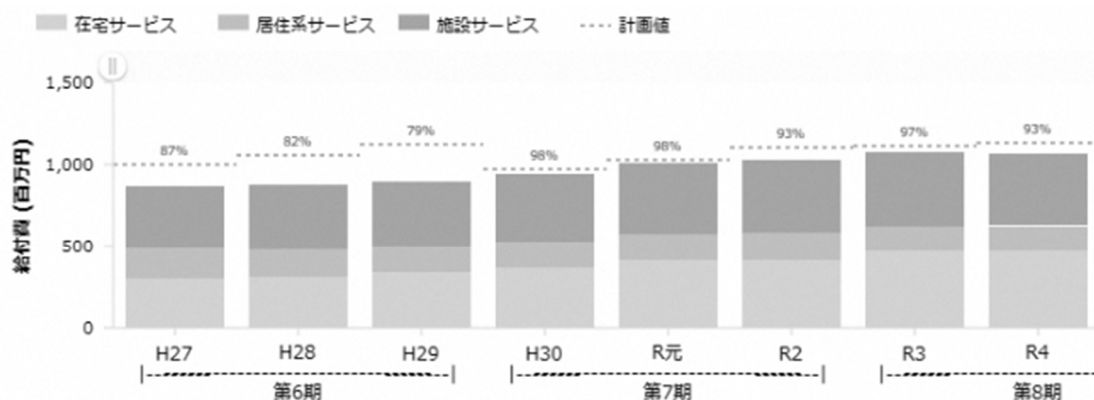
受給者一人あたり給付費の推移（佐々町・長崎県・全国） 単位：円



出所：地域包括ケア「見える化」システム 厚生労働省にて作成

給付費全体では、第8期の計画値（推計値）を実績値が下回っています。これまでの介護予防の取り組みはもちろん、給付の適正化事業を着実に実施してきた効果が表れていると考えています。

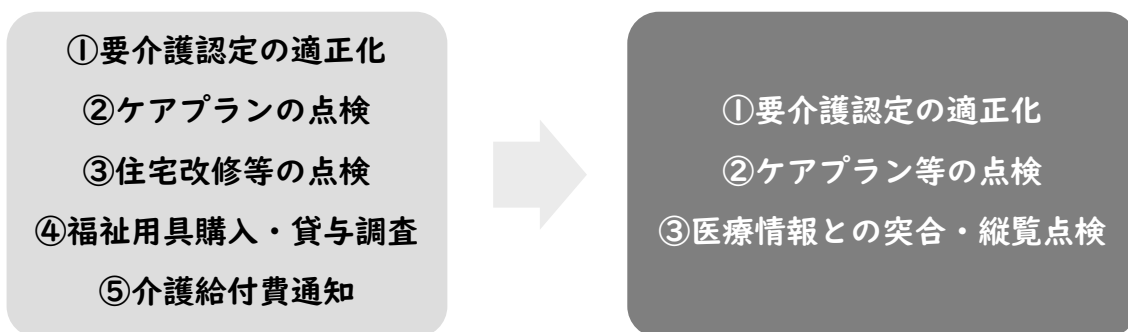
総給付費の計画値と実績値の比較



(出典) (実績値) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報 (令和3,4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)
(計画値) 介護保険事業計画にかかる保険者からの報告値

このような現状を踏まえ、本計画期についても、既の実施している主要事業を中心に、引き続き介護給付の適正化対策を促進していきます。

国の指針により、給付適正化事業は今までの5事業から、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を任意事業とし、ケアプラン点検に「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を統合した3事業となりました。本計画期間においては、給付適正化事業の費用対効果を考慮し、以下の3事業を実施します。



① 要介護認定の適正化

要介護（要支援）度の決定は、認定調査・主治医の意見書・認定審査会の質の向上と認識の統一により、公平公正に行われることが求められます。

佐々町においては、認定調査は基本的に全て町職員が行っており、調査員相互による確認及び事務担当職員による内容確認を随時行っています。さらに、認定調査の内容について、全ての件数を調査者以外の職員が再度確認することで、要介護認定の一層の平準化を図っています。

しかし、他保険者と比較対照し分析するだけの人的体制の確保は、依然として課題として残されており、引き続き、認定調査員及び審査会委員の各種研修会への参加を勧奨することにより、認定結果について他保険者との差異が無いよう努めます。

② ケアプラン等の点検

i. ケアプランの点検

本町では、要介護認定を受けた方に対し、本人の有する能力や地域の実情に応じ、自立支援を目的とした適正なサービスが提供されるよう、初回ケアプランの全件点検を実施しています。その結果、過剰なサービスが盛り込まれたケアプランの作成を防止するとともに、点検を行う多世代包括支援センター、点検を受ける介護支援専門員双方の資質向上が図られ、健全かつ効果的なケアマネジメントが実施されていると考えています。

今後も引き続き、介護支援専門員に対して適正な指導助言を行うため、初回ケアプラン総数の全件について点検するとともに、介護度が増したケースのプランが適切であったかの検証を行います。

ii. 住宅改修等の点検

住宅改修については、事前申請を実施し、改修箇所の現況写真及び有効性について審査を行い、必要に応じ利用者宅への訪問調査を実施しています。建築分野における妥当性判断が困難なケースもありますが、工事見積書等提出書類の点検に加え、申請者宅の実態確認により改修内容及び金額の適正化を図っています。今後も、改修規模が大きく複雑なものや、提出

書類等では現状が解りにくいもの等について、実態調査や複数の工事業業者への聞き取り調査等により、費用額の妥当性を判断し、適正化に努めます。

iii. 福祉用具購入・貸与調査

福祉用具購入については、物品の詳細が判断できるパンフレット及び領収書の確認とともに、必要に応じて介護支援専門員への聞き取り調査を実施しており、引き続き提出書類の全件点検を実施し、購入の必要性や費用額の妥当性を判断します。福祉用具貸与については、国保連介護給付適正化システムで出力された帳票等を活用しながら、必要性や利用状況等を必要に応じて点検しています。点検件数増は現人員体制では限界と考えており、全件数の70%の点検を目標とします。

③ 医療情報との突合・縦覧点検

国保連合会の介護保険適正化システムを活用し、複数月にまたがる給付費の請求状況を確認し、提供されたサービスの整合性の点検や、医療情報と介護保険の給付情報を突合し、二重請求や誤った請求等の有無の確認点検を実施しています。国の指針では、費用対効果が最も期待できる事業であり着実な実施が推奨されていることから、引き続き整合性突合と点検を行うことが望ましいですが、専門的な知識や人員の確保及び関係機関との調整が必要です。また、国の指針では国保連への委託等を積極的に推進する方針が示されており、事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを委託可能となっていることから業務委託も視野に入れ、画一的な点検基準や点検方法の確立を目指します。

2. 介護保険サービスの基盤整備の方向性

本町における介護保険サービスの基盤整備の方向性について検討するにあたり、実際に現場で介護サービスに従事している職員の意見を聴取するため、サービス提供事業所の職員とケアマネジャーを対象とした座談会を実施しました。

高齢者数の推計や、介護給付費の推移を踏まえ、座談会で得られた意見や施設を対象としたヒアリングの結果を参考に、介護保険サービス毎に、課題や方向性について整理しました。

サービス提供事業所の職員およびケアマネジャー対象の座談会の目的

1. 在宅介護の現状と課題

- ・在宅介護の限界点は高まっているのか。
- ・不足する介護サービスはないか。
- ・医療や障害サービスとの連携はできているか。

2. 施設サービスの現状と課題

- ・入所待機者の状況について、待機人数等の実態把握

3. 地域密着型サービスの現状と課題

- ・地域との連携はできているか。
- ・看護小規模多機能事業所のニーズ把握

4. 介護人材の確保について

- ・人材不足の状況
- ・生活支援やボランティアの施設受け入れについて

5. 町への要望など

(1) 在宅サービス

【サービス内容】

介護が必要となった高齢者などが、可能な限り住み慣れた自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、自宅への訪問や事業所への通所などにより、入浴・食事など日常生活上の支援を行う介護系のサービスと、身

体機能の維持・向上のためのリハビリテーションなどを行う医療系のサービスがあります。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 前計画期間中（令和3年度～令和5年度）は、軽度の要介護者のみならず、中重度の要介護者も在宅サービスを受給する方の割合が増加しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、施設等への入所ではなく在宅での介護を選択されたことも考えられますが、医療と介護の連携の取り組みの効果により、在宅介護の限界点が高まっていると考えられます。今後も引き続き、医療・介護連携による在宅生活の支援を進めるため、サービス提供者同士で目標や情報を共有し、意見交換が行われるよう、チームマネジメントを推進します。
- ・ 町内で、訪問診療に特化した医療機関が開業され、在宅介護の大きな支えとなっていることに加え、「最期を自宅で迎えたい」という希望が叶えられるケースも増えている現状があります。一方で、施設の嘱託医と、在宅に戻った時の主治医との引継ぎや、在宅看取りを担う医師の負担軽減などの課題があります。
- ・ 認知症の方は、要介護度が低いにもかかわらず、在宅生活が困難となる傾向があります。既存のサービスで認知症の方の在宅生活を支えるために、サービス提供事業所の職員等を対象とした最新の認知症ケアの技術等について、定期的な研修の開催を検討します。
- ・ 高齢に伴う機能の低下により家計管理のサポートを必要とする人が増加していくことが予想されており、消費生活アドバイザー等との連携や、成年後見制度の普及・促進を図ります。

(2) 施設サービス

① 介護老人福祉施設（特養）

【サービス内容】

常時介護が必要で、自宅での生活や介護が困難な要介護者を対象に、施設に入所して食事や入浴など日常生活上の支援や介護を受けるサービスです。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 佐々町内には2施設（計80床）あり、町外の方も多く入所されています。
- ・ 座談会やヒアリングの中で、近年看取りの場としての希望が増えていることが明らかになり、長く入所している方の中には、施設が家、職員が家族となっている方もおられるため、施設における看取りやターミナルケアを支える体制づくりに努めます。
- ・ 特養を希望する理由として、費用面の負担が軽いことを挙げる方も多く、今後、施設整備が必要となった際は、多床室や従来型個室の割合を増やすなど、設置する居室タイプについて入所者の金銭面の負担を考慮することが望まれます。

② 介護老人保健施設（老健）

【サービス内容】

状態が安定していて機能訓練（リハビリテーション）が必要な要介護者を対象に、在宅への復帰を目指して看護や医学的管理下での介護を受けるサービスです。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 佐々町には1施設（80床）あり、町外の方も多く入所されています。
- ・ 施設で機能回復された利用者が安心して在宅に戻れるよう、老健施設と居宅サービス事業所の連携に努めるとともに、介護サービス以外の

地域資源についても相互に理解を深め、繋がる機会を設けていきます。

これまで施設内で行われていた機能回復訓練について、訪問リハビリテーション事業所が開設されたことで、自宅と施設を往復したケアを受けることが可能になりました。専門職が地域に出ることで地域包括支援センター等との連携も容易になり、在宅復帰に不安を抱える利用者本人や家族を支援しながら、地域や家族の介護力向上にもつながることが期待できます。

③ 介護医療院

【サービス内容】

病状が安定期にある長期療養を必要とする要介護者を対象に、看護や医学的管理下での介護、機能訓練などの必要となる医療を受けるサービスです。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 佐々町内には当該施設はありませんが、佐世保市など近隣市町に所在する施設の利用が見込まれます。
- ・ 県の医療計画により、療養病床に入院している患者のうち、医療の提供度が少ない患者等について、介護保険施設等を含む在宅・外来医療等へ移行する追加的需要が見込まれるため、長崎県第8次医療計画（地域医療構想）との整合を図ります。

(3) 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、要支援・要介護状態になった高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けるための介護保険サービスです。そのため、利用対象者は所在市町村の被保険者に限られており、市町村が事業者の指定や監督を行います。

現在、佐々町には3種類（小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護）の地域密着型サービスがあります。各サービスについて、今後の需要量の見込みを踏まえ、佐々町内の基盤整備の必要性について検討します。

① 小規模多機能型居宅介護

【サービス内容】

介護が必要となった高齢者などが施設への通所を中心に、利用者の希望に応じて訪問や泊りのサービスを組み合わせて食事や入浴などの日常生活の世話や機能訓練などを行い、自宅で自立した生活が送れるように支援するサービスです。

現在、町内に1か所の小規模多機能型居宅介護事業所があります。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 認知症の方は変化に適応することが苦手なため、ひとつの事業所で様々なサービスが受けられる小規模多機能型居宅介護が重要な受け皿となり機能しています。
また、要支援等軽度の要介護者も目的に応じて利用できる重要なサービスです。
- ・ 小規模多機能型居宅介護の本計画期間の需要見込量は、既存事業所のサービス供給量で充足すると考えます。したがって、本計画期間内においては、新たな施設整備は行わないこととしますが、認知症の方の利用を促進し、その有効性についても分析しながら、第10期計画策定を行う過程で施設整備の必要性について検討します。

② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【サービス内容】

24 時間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的にまたは密接に連携しながら提供するサービスです。定期的に利用者の居宅を巡回して行う定期巡回サービスに加えて、オペレーターが通報を受け、利用者の状況に応じて随時対応を行う随時対応サービスを提供することにより、医療ニーズの高い要介護者の在宅生活を支援します。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 要介護 3 以下の介護度であっても、独居や高齢者のみの世帯、認知症の方を介護している世帯では、夜間の介護・看護を必要としている方が多く、在宅生活改善調査の結果からも、24 時間を通じて訪問介護と看護を提供する在宅サービスのニーズが高いということが読み取れます。現在、当該サービスは、事業所に併設された住宅の居住者に対してのみ提供されていることから、現在指定している事業所に対し、併設住居外の在宅者に向けたサービスの提供を検討するよう指導、助言を行います。
- ・ 本計画期間内においては、新たな施設整備は行わないこととしますが、サービス需要を把握しながら、第 10 期計画策定を行う過程で施設整備の必要性について検討します。

③ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

【サービス内容】

認知症の方に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行うサービスです。

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 入居者の認知症の進行を遅らせ、身体機能を維持してくためにも、その立地を生かし、地域住民との交流のもと、入居者の能力や趣味に応じた活動が行われるよう、支援します。
- ・ グループホームは本来、入居者と一緒で一連の家事動作をする家庭的な場所でしたが、入居者の介護度が重度となっていることで特養化し

ているという課題があります。また、介護人材不足により、手作りの料理が提供できなくなっている事業所もあります。ボランティアなど地域の力を活かせる仕組みづくりを行います。

- ・ 地域住民に向けた認知症の啓発活動や、在宅介護の認知症の方と家族等を支えるための相談支援など、施設が持つ認知症ケアのノウハウを地域に還元していくという視点から、グループホームにおける地域活動の可能性を広げていきます。
- ・ 佐々町は介護施設やサービス付き高齢者向け住宅などの居住系サービスが充足していることに加え、今後認知症の方の在宅支援を強化していく方針であるため、本計画期間内においては、新たな施設整備は行わないこととしますが、サービス需要を把握しながら、第10期計画策定を行う過程で施設整備の必要性について検討します。

その他、国も推進する地域密着型看護小規模多機能型居宅介護の必要性について検討を行いました。医療ニーズの高まりや在宅看取りを支援する社会資源の不足といった課題については、訪問看護の利用や医療と介護の連携強化により補える面もあることや、現時点では地域でのニーズが上がっていないため、本計画期間内に新たに施設整備は行わないこととします。その他のサービスについても、同様に、サービス需要を把握しながら、第10期計画策定を行う過程で施設整備の必要性について検討します。

また、介護人材やケアマネジャーの不足は、介護サービス事業所の共通課題であることが改めて認識されました。

現在の介護サービスを地域内で維持していくためにも重要な課題です。行政としても、県と連携を図り介護人材不足対策に取り組むほか、連携会議等を通して方策を検討します。

3. 介護現場における負担軽減等の推進

① 文書負担の軽減

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 事業所の指定申請・変更届出等においては、書類による申請が必要です。事業所の文書負担軽減を図るため、指定申請変更届出の手続きは電子申請・届出システムの利用によるICT化により、電子化を進めます。
- ・ また、電子申請・届出システムで国が定める標準様式例の使用により、指定申請等を簡素化、標準化、添付書類の簡略化を進めます。

② 介護人材不足について

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 前述の介護サービス事業所の職員とケアマネジャーの座談会においても、介護人材やケアマネジャーの不足は、介護サービス事業所の共通課題であることが改めて認識されました。
- ・ 現在の介護サービスを地域内で維持していくためにも重要な課題です。行政としても、県と連携を図り介護人材不足対策に取り組むほか、連携会議等を通して方策を検討します。

③ テクノロジー化の推進

【現状と課題、今後の方針】

- ・ 介護人材不足が大きな課題となっており、限られた人材で介護サービスを提供する必要がある中、介護ロボット・ICTを導入する事業所が増加しています。介護サービスの向上に役立つ介護ロボットやテクノロジーの導入経費を補助する国・県の補助事業の情報提供を行うなど、関係機関と連携して負担軽減に取り組みます。

第5章 介護保険事業の推進

1. 「地域包括ケア見える化システム」を活用した地域分析

「地域包括ケア見える化システム」厚生労働省を活用し、近隣の佐世保市、長崎県平均値、全国平均値と佐々町との比較分析を行いました。次頁はこの結果をまとめたものです。黄色網掛けは長崎県との比較において10%以下の水準のもの、青色網掛けは同10%以上のものです。以下は、本計画の策定にあたり、留意すべき佐々町の特徴を整理したものです。

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「①介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「②課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「③介護サービス見込み量等の将来推計支援」「④介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する。



■ 認定率

認定率は、性・年代別構成の影響を除外した「調整済み認定率」において、全国や長崎県、佐世保市と比較し、かなり低い水準を維持しています。要因としては、これまでの多世代包括支援センターを中心とする、住民の皆様の介護予防等への積極的ななかかわりの成果であると考えています。

■ 受給率

施設サービスは、佐世保市・長崎県・全国平均ともに上回っています。居住系サービスは、全国平均は上回っていますが、長崎県とくに特定施設やグループホーム等の施設数が充実している佐世保市に比し低い水準にあります。在宅

サービスは、佐世保市・長崎県・全国平均いずれよりも低い水準にあります。

■ 受給者1人あたり給付月額

受給者1人あたり給付月額については、佐世保市・長崎県・全国平均いずれに比しても高い水準にあります。個別に見ると、訪問介護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・特定施設入居者生活介護・小規模多機能型居宅介護等で、長崎県に比して高い水準にあります。一方、通所介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護は低い水準にあります。短期入所介護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・看護小規模多機能型居宅介護については、佐世保市と異なり利用（供給）がありません。

第9期介護保険事業計画作成のための地域分析 (■は長崎県10%以下、■は長崎県10%以上)

No	データ名・指標名	単位	佐々町				佐世保市				長崎県				全国				指標ID
			R2	R3	R4	R5	R2	R3	R4	R5	R2	R3	R4	R5	R2	R3	R4	R5	
1	認定率	%	13.8	14.1	13.4	14.4	19.9	19.9	19.9	19.7	19.9	19.9	19.9	19.7	18.4	18.7	18.9	19	「見える化」B4-a
2	調整済み認定率	%	12.7	13.2	12.5	13.0	16.9	16.8	16.3	15.8	17.1	17	16.7	16.3	17	17	16.6	16.3	「見える化」B5-a
3	調整済み重度認定率(要介護3~5)	%	5.7	5.6	6.2	6.4	5.1	5	5	4.9	5.3	5.3	5.3	5.2	5.8	5.7	5.6	5.5	「見える化」B6-a
4	調整済み軽度認定率(要支援1~要介護2)	%	7.1	7.5	6.2	6.6	11.8	11.9	11.4	10.9	11.8	11.7	11.4	11.1	11.3	11.2	11	10.8	「見える化」B6-b
5	第1号被保険者1人あたり保険給付月額	円	21,817	22,589	22,078	22,953	22,645	22,831	23,089	23,628	23,558	23,827	23,944	24,371	22,341	22,860	23,176	23,656	「見える化」C1
6	第1号保険料月額	円	5,726	5,726	5,726	5,726	5,822	5,822	5,822	5,822	6,258	6,254	6,254	6,254	5,869	6,014	6,014	6,014	「見える化」C1
7	受給率(施設サービス)	%	3.3	3.2	3.1	3.2	2.9	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.8	2.8	「見える化」D2
8	受給率(居住系サービス)	%	1.4	1.4	1.3	1.6	2.4	2.4	2.4	2.4	1.7	1.7	1.7	1.7	1.3	1.3	1.3	1.3	「見える化」D3
9	受給率(在宅サービス)	%	7.6	7.9	7.7	8.1	9.2	9.2	9.4	9.4	10.3	10.3	10.4	10.4	10.3	10.3	10.4	10.4	「見える化」D4
10	受給者1人あたり給付月額(在宅および居住系サービス)	円	136,307	141,946	142,589	143,726	127,706	129,003	129,958	132,532	131,255	132,607	132,242	135,031	129,423	130,298	130,071	133,014	「見える化」D15-a
11	受給者1人あたり給付月額(在宅サービス)	円	117,453	126,545	125,914	126,472	107,388	108,527	109,119	111,415	116,868	118,037	117,257	120,047	118,281	119,151	118,718	121,604	「見える化」D15-b
12	受給者1人あたり給付月額(訪問介護)	円	58,667	65,399	66,478	67,184	51,471	52,279	51,074	50,713	51,471	52,279	51,074	50,713	73,426	75,248	76,919	79,348	「見える化」D17-a
13	受給者1人あたり利用日数・回数(訪問介護)	回	15.7	17.3	18.4	18.8	18.1	18.1	17.8	17.5	16.3	16.2	16.3	16.4	25.1	25.6	26.2	26.8	「見える化」D31-a
14	受給者1人あたり給付月額(訪問入浴介護)	円	50,719	47,820	57,626	79,463	55,196	56,613	56,009	55,462	59,889	58,113	55,106	55,568	62,559	62,640	61,810	62,491	「見える化」D17-b
15	受給者1人あたり利用日数・回数(訪問入浴介護)	回	5.6	3.8	4.5	6.3	4.6	4.6	4.5	4.4	4.9	4.7	4.4	4.4	5	5	4.9	4.9	「見える化」D31-b
16	受給者1人あたり給付月額(訪問看護)	円	41,023	43,467	43,813	39,639	43,330	44,783	43,501	43,384	41,832	42,898	42,596	43,102	41,148	41,445	41,295	41,868	「見える化」D17-c
17	受給者1人あたり利用日数・回数(訪問看護)	回	8.7	9.8	9.1	8.6	7.4	7.7	7.4	7.5	7.6	7.9	7.9	8.1	8.8	8.9	8.9	9.1	「見える化」D31-c
18	受給者1人あたり給付月額(訪問リハ)	円	29,249	41,283	40,316	41,748	28,532	28,817	29,457	29,370	31,412	32,660	32,031	33,003	33,726	34,160	33,674	34,862	「見える化」D17-d
19	受給者1人あたり利用日数・回数(訪問リハ)	回	10	13	14	14	10	9.8	10.0	9.9	10.8	11.2	11	11.4	11.5	11.7	11.5	11.9	「見える化」D31-d
20	受給者1人あたり給付月額(居宅療養管理指導)	円	8,945	9,708	9,808	9,583	6,644	7,312	7,563	7,464	9,452	9,608	9,549	9,878	11,888	12,220	12,382	12,749	「見える化」D17-e
21	受給者1人あたり給付月額(通所介護)	円	74,461	74,936	75,556	76,644	76,756	78,961	76,391	78,132	86,987	87,815	85,901	88,600	85,006	84,960	83,257	85,586	「見える化」D17-f
22	受給者1人あたり利用日数・回数(通所介護)	回	10.1	10.2	10.1	10.5	11.1	11.4	10.9	11.2	12	12.1	11.8	12.1	10.9	11	10.7	10.9	「見える化」D31-e
23	受給者1人あたり給付月額(通所リハ)	円	59,102	65,569	62,077	71,597	54,786	56,345	56,536	57,734	56,932	58,388	57,688	59,764	59,317	59,650	58,136	59,876	「見える化」D17-g
24	受給者1人あたり利用日数・回数(通所リハ)	回	6.6	7.4	6.8	7.9	5.2	5.3	5.4	5.5	5.8	6	5.9	6.1	5.9	5.9	5.7	5.9	「見える化」D31-f
25	受給者1人あたり給付月額(短期入所生活介護)	円	107,544	114,388	109,630	116,810	90,306	88,708	86,850	82,286	128,640	131,005	131,181	129,745	108,510	109,769	108,557	108,023	「見える化」D17-h
26	受給者1人あたり利用日数・回数(短期入所生活介護)	円	12.9	13.4	12.6	13.4	11.5	11.3	10.9	10.2	15.9	16	15.8	15.4	12.9	12.9	12.7	12.5	「見える化」D31-g
27	受給者1人あたり給付月額(短期入所療養介護)	円	61,210	37,672	47,382	0	73,860	82,600	89,415	73,857	93,619	100,204	101,865	99,835	90,944	92,181	91,341	90,766	「見える化」D17-i
28	受給者1人あたり利用日数・回数(短期入所療養介護)	回	5.4	3.0	4.3	0.0	6.9	7.7	8.3	6.1	8.7	9.3	9.4	9	8.1	8.2	8.1	7.9	「見える化」D31-h
29	受給者1人あたり給付月額(福祉用具貸与)	円	10,092	10,927	11,691	11,110	9,014	9,126	9,375	9,488	10,224	10,286	10,447	10,576	11,660	11,778	11,966	12,056	「見える化」D17-j
30	受給者1人あたり給付月額(特定施設入居者生活介護)	円	191,770	190,360	200,570	204,753	164,432	166,410	169,345	173,581	164,682	167,129	169,996	173,656	179,263	181,731	184,041	187,129	「見える化」D17-k
31	受給者1人あたり給付月額(介護予防支援・居宅介護支援)	円	11,466	11,929	12,453	12,335	11,151	11,463	11,760	11,763	12,519	12,865	12,962	12,999	12,730	13,051	13,138	13,200	「見える化」D17-l
32	受給者1人あたり給付月額(定期巡回・随時対応型訪問看護介護)	円	174,376	190,427	188,278	186,354	176,625	172,936	182,625	188,494	161,895	161,296	166,783	171,817	159,009	161,593	166,008	168,106	「見える化」D17-m
33	受給者1人あたり給付月額(夜間対応型訪問介護)	円	0	0	0	0	19,144	20,384	19,411	19,580	20,500	21,546	19,139	23,165	39,191	37,505	38,815	38,938	「見える化」D17-n
34	受給者1人あたり給付月額(認知症対応型通所介護)	円	140,540	192,069	0	0	112,014	113,853	112,495	117,408	131,124	136,006	134,544	134,448	118,031	117,876	116,352	119,813	「見える化」D17-o
35	受給者1人あたり利用日数・回数(認知症対応型通所介護)	回	14	18	0	0	11.5	11.5	11.3	11.4	13.1	13.6	13.2	12.9	10.8	10.9	10.6	10.8	「見える化」D31-i
36	受給者1人あたり給付月額(小規模多機能型居宅介護)	円	189,408	212,756	220,283	206,568	163,313	170,302	170,717	174,948	176,186	182,303	183,194	186,347	184,452	188,919	191,607	193,777	「見える化」D17-p
37	受給者1人あたり給付月額(認知症対応型共同生活介護)	円	257,213	255,640	263,354	256,509	250,485	251,604	254,965	256,983	250,441	252,916	255,220	257,830	256,463	258,749	260,639	264,413	「見える化」D17-q
38	受給者1人あたり給付月額(地域密着型特定施設入居者生活介護)	円	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	195,137	198,287	198,574	199,534	「見える化」D17-r
39	受給者1人あたり給付月額(看護小規模多機能型居宅介護)	円	0	0	0	0	210,527	217,109	232,920	238,168	211,838	219,206	231,959	244,404	251,873	257,477	260,420	264,074	「見える化」D17-s
40	受給者1人あたり給付月額(地域密着型通所介護)	円	161,581	107,864	77,401	74,319	85,820	87,679	88,427	90,010	88,306	90,446	88,106	88,556	77,098	76,705	74,762	75,979	「見える化」D17-t
41	受給者1人あたり利用日数・回数(地域密着型通所介護)	回	17	14	11	12	11.7	11.8	11.7	11.8	11.3	11.6	11.1	11.1	9.7	9.7	9.4	9.6	「見える化」D31-j

注) NO.1~4 各年3月末
 NO.5~41 R2は年報、R3はR4/2月、R4はR5/2月、R3はR5/4月サービス提供分まで

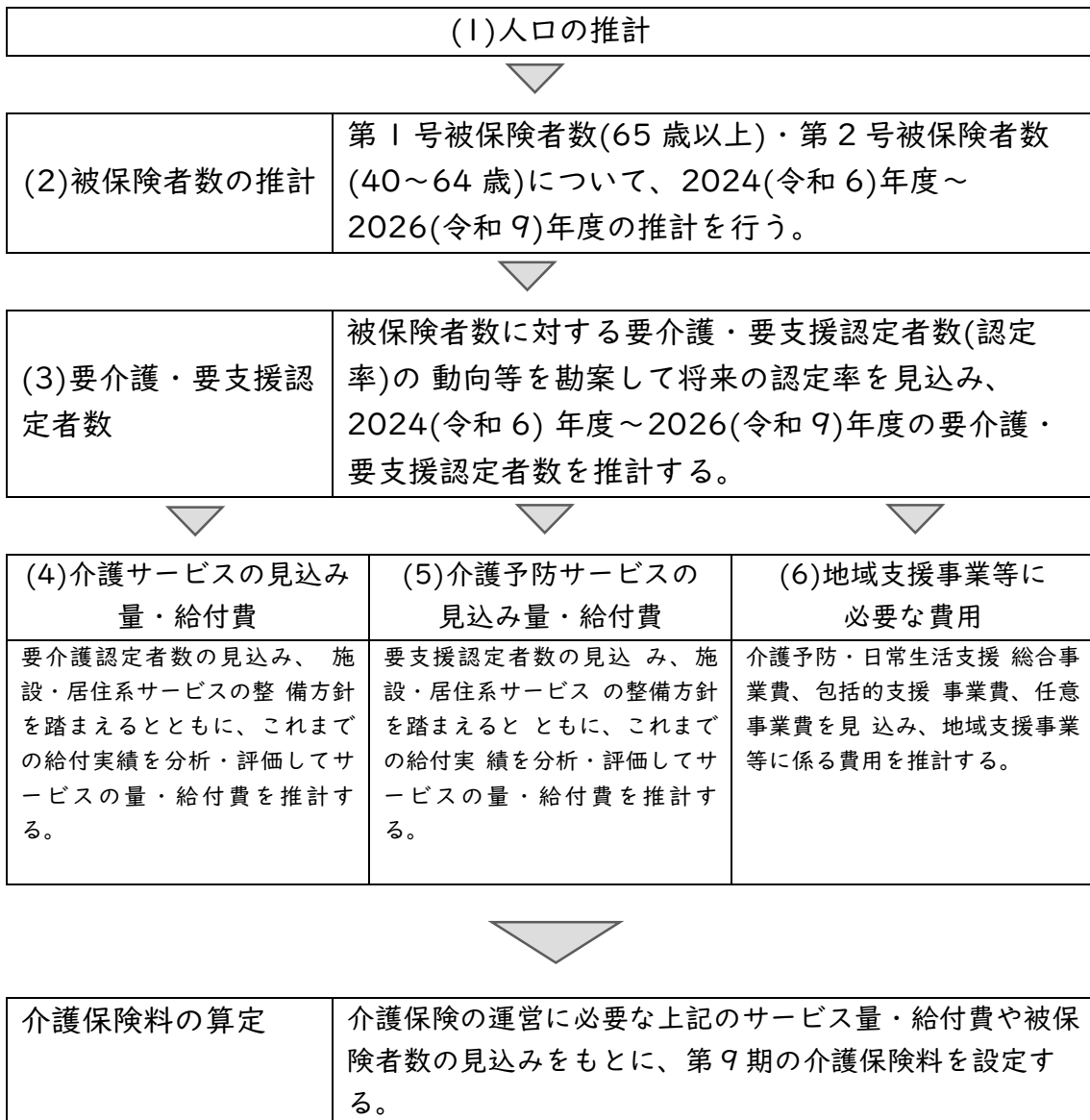
資料)厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和3.4.5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

2. 給付費等の推計と介護保険料の見込み

(1) 保険料算出の流れ

国の地域包括ケア「見える化」システムの市区町村向け将来推計機能により、令和6年度から令和9年度における各サービスの見込み量や給付費を推計しています。

介護保険制度では、3年を1期として介護保険事業計画を策定し、保険料についても原則として3年間同額とされています。参考値として、9期以降の各サービスの見込み量や給付費を推計しました。



(2) 介護保険料推計

介護保険料の推計の基礎になるのは人口推計です。年齢別の変化をもとに、それぞれの年における第1号被保険者数(65歳以上)・第2号被保険者数(40～64歳)を計算します。

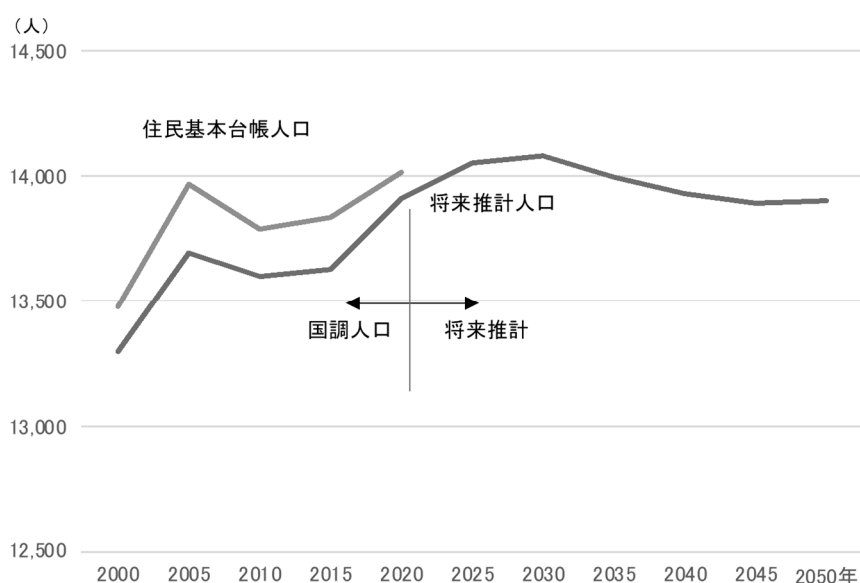
1)人口推計

i. 総人口の推移

2015(平成27)年から2020(令和2)年までの国勢調査の人口を基本とし、コーホート要因法により、人口を見込みました。ここでは住民基本台帳人口の動向を考慮し、直近の人口移動率や出生率を使って推計しました。

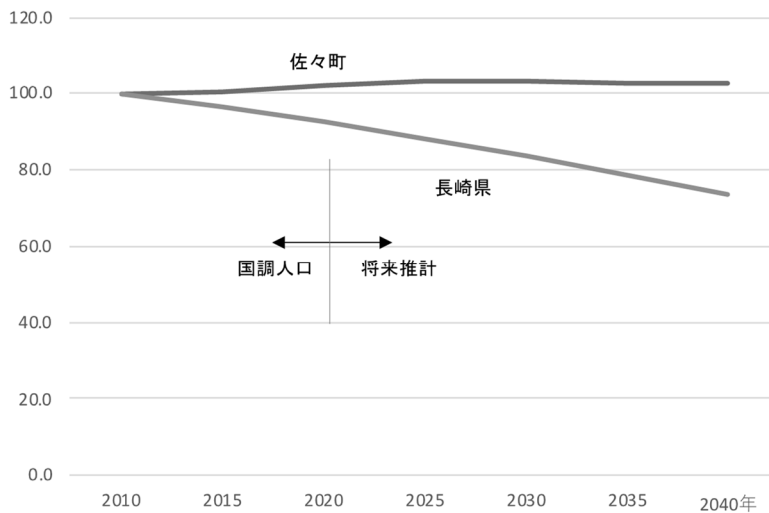
推計では、佐々町の人口は緩やかに上昇し、2030年14,078人をピークに減少しています。第9期は、第8期をわずかに上回って推移することが考えられます。

佐々町の将来推計人口



	第8期				第9期			第9期-	
	令和2年 2020年	令和3年 2021年	令和4年 2022年	令和5年 2023年	令和6年 2024年	令和7年 2025年	令和8年 2026年	令和12年 2030年	令和17年 2035年
総人口	13,912	13,938	13,966	13,993	14,021	14,049	14,054	14,078	13,998

人口の推移（2010年＝100）

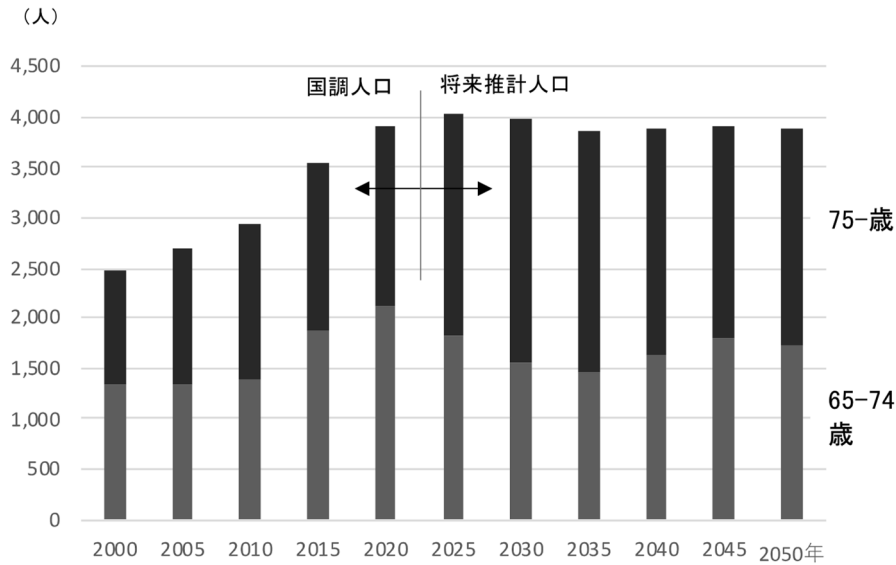


資料）長崎県は「人口問題研究所」の推計、佐々町は独自推計

ii. 高齢化率の推移

第9期の高齢化率（65歳人口比率）をみると、28%を若干上回る程度でほぼ横ばいでの推移が想定されます。しかし、前期高齢者（65-74歳）と後期高齢者（75歳-）の割合をみると、徐々に後期高齢者（75歳-）の割合が高くなっています。第9期は第8期の平均よりも229人多いことが想定されます。

佐々町の65歳以上人口の推移（前期高齢者・後期高齢者）



	第8期				第9期			第9期-	
	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	令和12年	令和17年
	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年	2026年	2030年	2035年
65-74歳 (人)	2,102	2,044	1,987	1,930	1,873	1,817	1,764	1,559	1,462
75歳- (人)	1,820	1,894	1,975	2,056	2,137	2,220	2,254	2,415	2,391
合計	3,922	3,938	3,962	3,986	4,010	4,037	4,018	3,974	3,853
65-74歳 (%)	53.6	51.9	50.2	48.4	46.7	45.0	43.9	39.2	37.9
75歳- (%)	46.4	48.1	49.8	51.6	53.3	55.0	56.1	60.8	62.1
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100
高齢化率	28.2	28.3	28.4	28.5	28.6	28.7	28.6	28.2	27.5

2)被保険者数等の推計

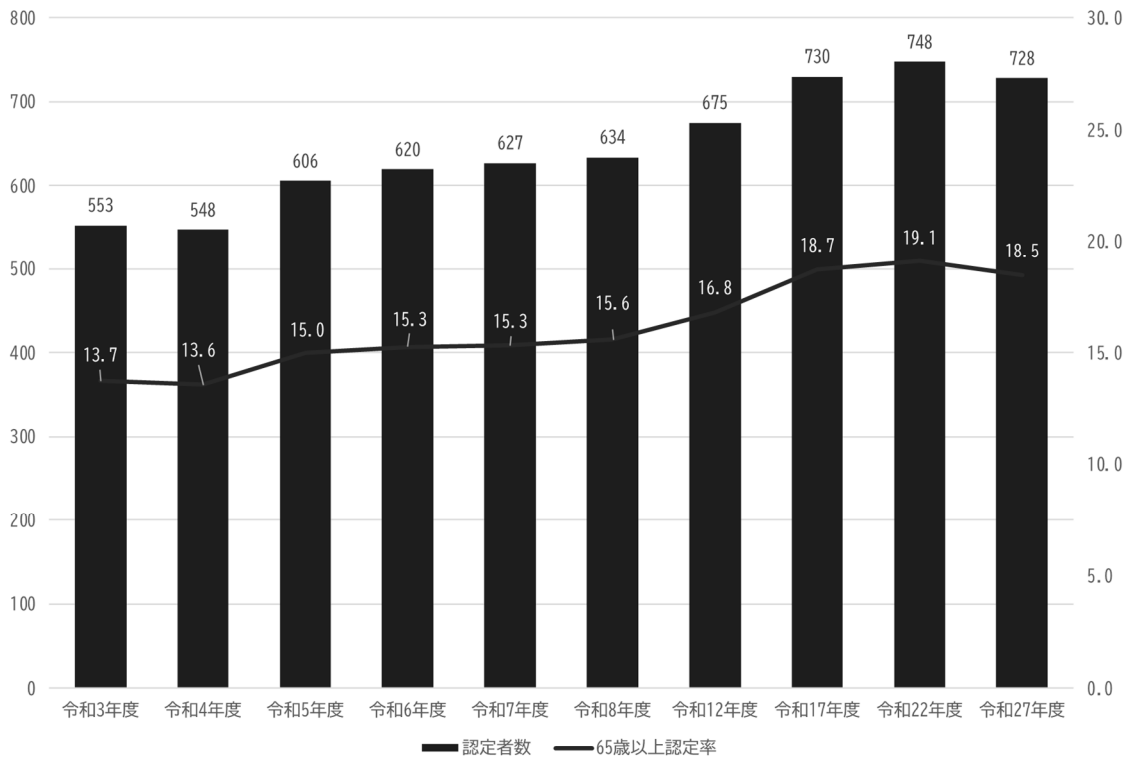
佐々町の被保険者数は、第9期の計画期間の最終年度である令和8年度に、第1号被保険者が4,018人、第2号被保険者が4,385人を見込んでいます。第9期において第1号被保険者はほぼ横ばいです。第2号被保険者数は若干ですが上昇する推計になっています。

	第8期			第9期			第9期-	
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度
	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2030年度	2035年度
総数	8,266	8,290	8,316	8,340	8,370	8,403	8,337	8,236
第1号被保険者数	3,938	3,962	3,986	4,010	4,037	4,018	3,974	3,853
第2号被保険者数	4,328	4,328	4,330	4,330	4,333	4,385	4,363	4,383

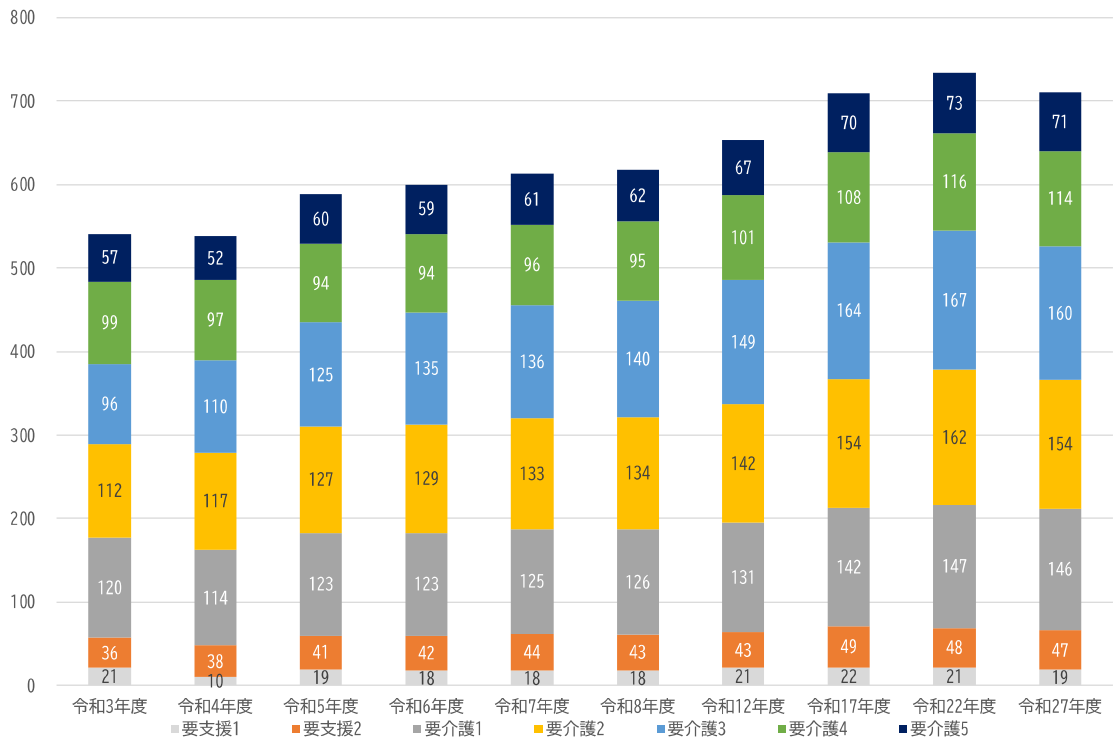
3)要介護・要支援認定者数

2021(令和3)年度から2023(令和5)年度までの各年の性別・年齢階級別被保険者数をもとに、第9期(2021(令和6)年度から2024(令和8)年度)までの要介護(要支援)認定者数を見込んでいます。8期よりも上昇することが考えられます。また認定率も高くなっています。後期高齢者の割合が高まっていることが要因として考えられます。要介護度別認定者数の推移及び将来推計をみると、要介護3の人数が増える推計になっています。

要介護（支援）認定者数の推移及び将来推計



要介護度別認定者数の推移及び将来推計



注) 第1号被保険者の認定者

	第8期			第9期			第9期-	
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和12年度	令和17年度
	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2030年度	2035年度
総数	553	548	606	620	627	634	675	730
要支援1	22	11	21	20	20	21	24	25
要支援2	36	38	43	45	45	45	46	52
要介護1	123	118	132	132	133	134	141	152
要介護2	115	118	131	134	137	138	146	158
要介護3	98	111	122	133	133	136	146	162
要介護4	100	98	99	99	101	101	107	112
要介護5	59	54	58	57	58	59	65	69
うち第1号被保険者数	541	538	598	612	619	626	667	722
要支援1	21	10	21	20	20	21	24	25
要支援2	36	38	43	45	45	45	46	52
要介護1	120	114	128	128	129	130	137	148
要介護2	112	117	129	132	135	136	144	156
要介護3	96	110	122	133	133	136	146	162
要介護4	99	97	98	98	100	100	106	111
要介護5	57	52	57	56	57	58	64	68

4) 介護サービスの見込み量・給付費

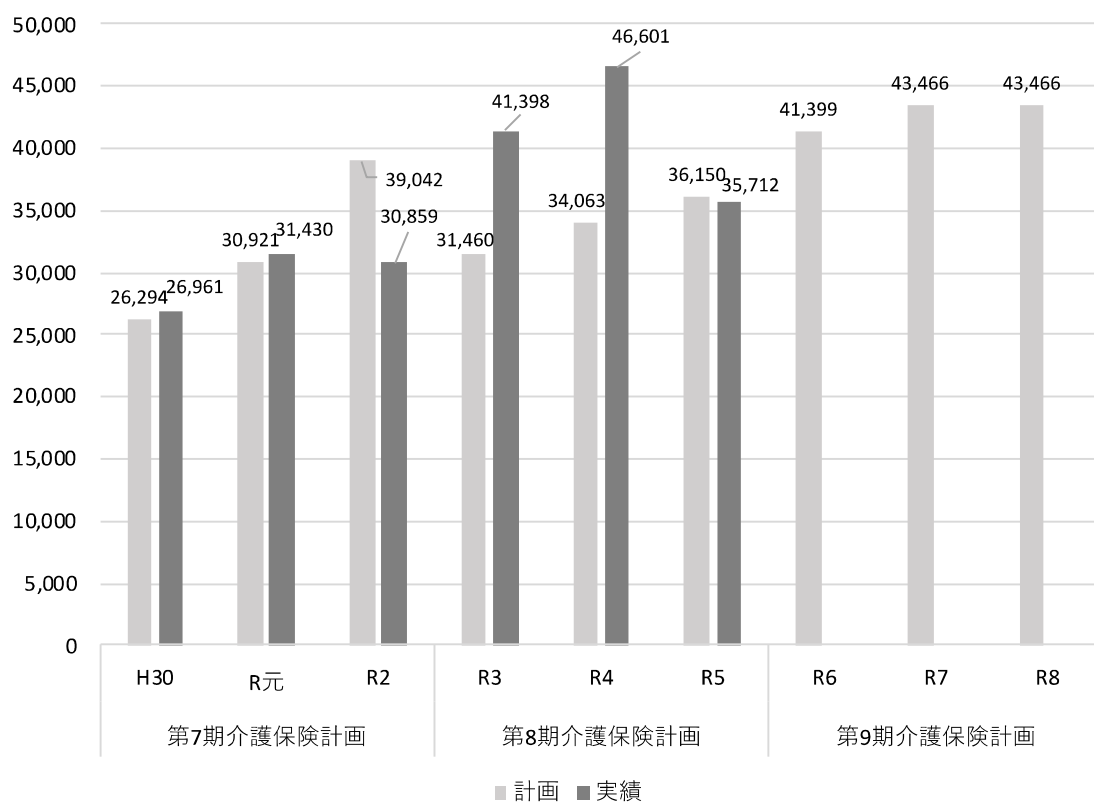
i. 居宅サービスの見込み量・給付費

居宅サービスとは、自宅で生活する人を対象とした介護保険の介護サービス全般のことを言います。訪問介護を利用できるのは、居宅で生活を送る、「要介護」と認定された人です。

■訪問介護

訪問介護は、ホームヘルプサービスのことでホームヘルパーが家庭を訪問します。身体介護は入浴介助、オムツ交換などを行います。生活支援は、掃除・洗濯・調理などを行います。第8期計画期間では、計画を上回る給付実績となっていました。第9期計画期間は令和5年度を上回ることを想定しています。

訪問介護・給付費

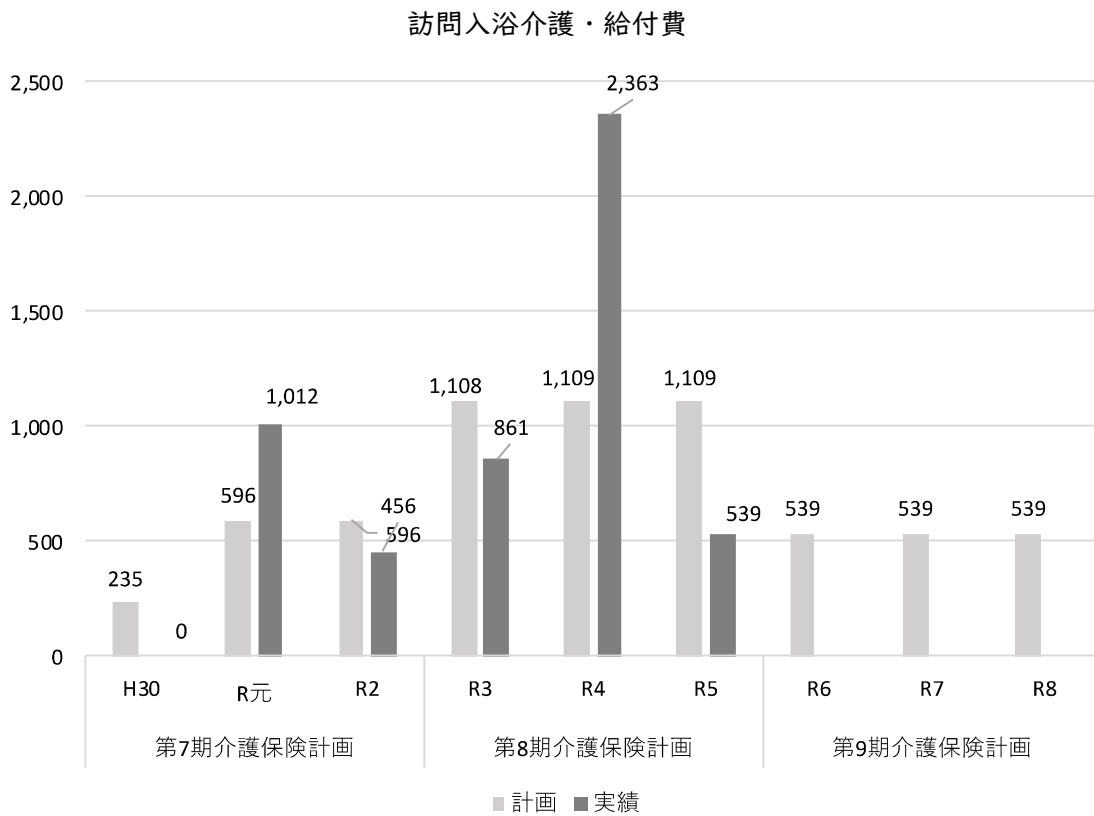


(千円)

訪問介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	26,294	30,921	39,042	31,460	34,063	36,150	41,399	43,466	43,466
実績	26,961	31,430	30,859	41,398	46,601	35,712	-	-	-

■訪問入浴介護

訪問入浴介護は、寝たきりの高齢者などの家庭に簡易浴槽を搭載した移動入浴車で訪問し、入浴介助を行います。第8期計画期間では令和4年度に計画を大きく上回る実績となっていました。第9期は令和5年度の実績の傾向が続くと想定しています。



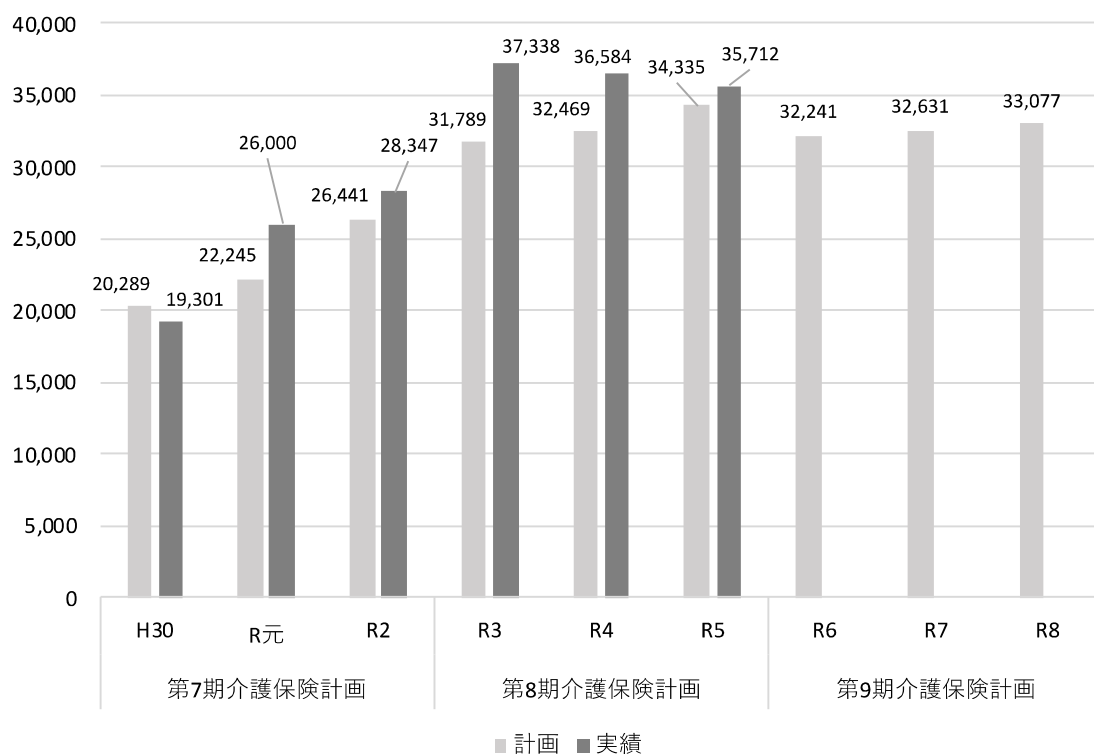
(千円)

訪問入浴介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	235	596	596	1,108	1,109	1,109	539	539	539
実績	0	1,012	456	861	2,363	539	-	-	-

■訪問看護

訪問看護は、医療機関や訪問看護ステーションに属する看護師などが家庭を訪問して、主治医の指示のもの、床ずれなどの療養上の世話や診療の補助を行います。第8期計画期間では、令和3年度の給付実績が計画値を大きく上回り、翌4年度も引き続き計画値を上回りました。第9期は第8期の平均でほぼ横ばいで推移すると見込んでいます。

訪問看護・給付費



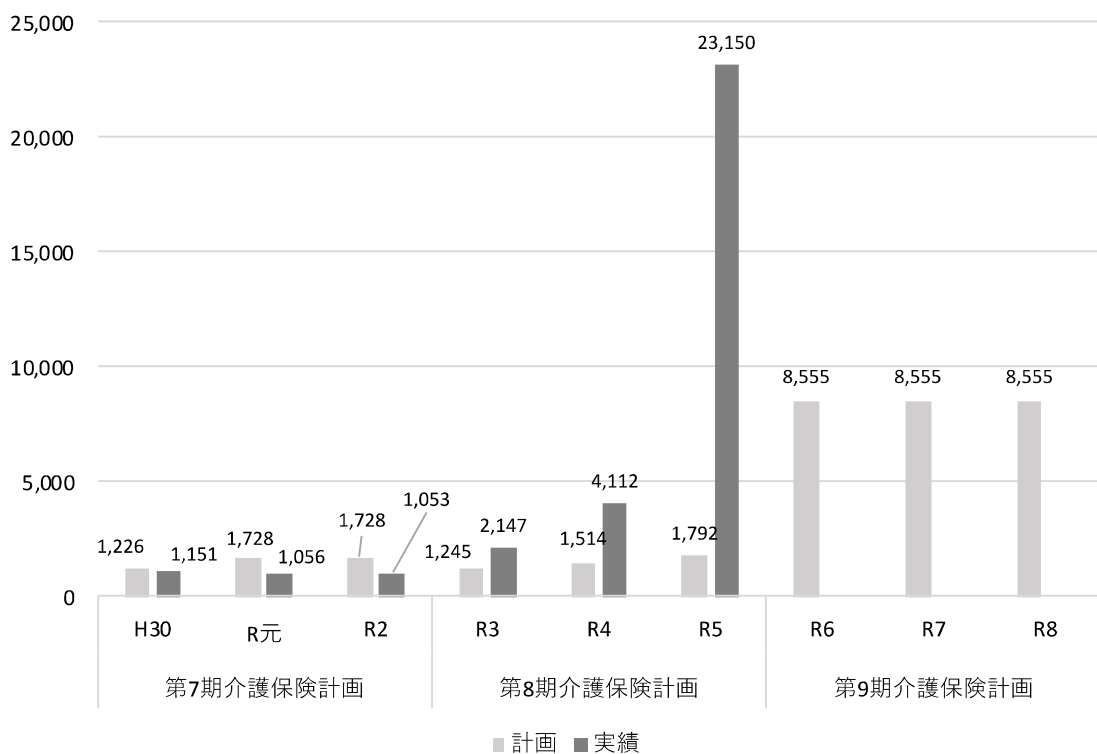
(千円)

訪問看護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	20,289	22,245	26,441	31,789	32,469	34,335	32,241	32,631	33,077
実績	19,301	26,000	28,347	37,338	36,584	35,712	-	-	-

■訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、理学療法士や作業療法士が家庭を訪問して、日常生活の自立を助けるためのリハビリを行います。第8期計画期間を見ると、令和3年度に実績が計画の倍以上と大きく上回り、翌4年度にはさらに大きく計画値を上回る給付実績となっていました。第9期は高い水準で推移すると見込んでいます。

訪問リハビリテーション（給付費）



(千円)

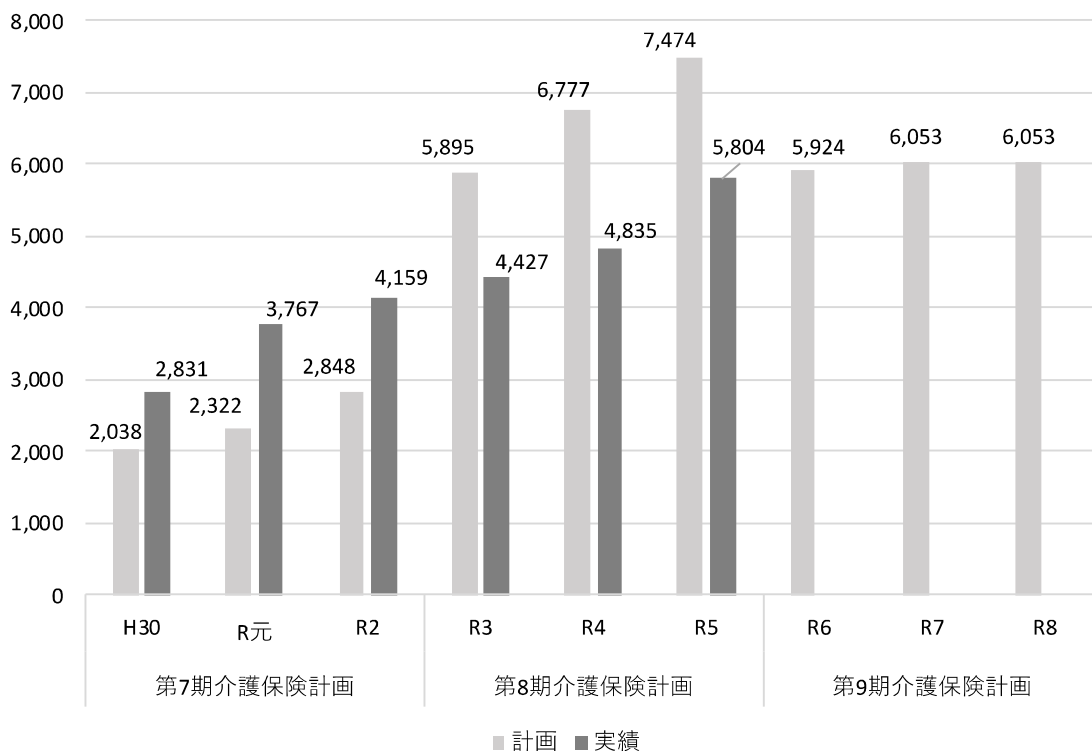
訪問リハビリテーション	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	1,226	1,728	1,728	1,245	1,514	1,792	8,555	8,555	8,555
実績	1,151	1,056	1,053	2,147	4,112	23,150	-	-	-

■居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、できるだけ居宅での能力に応じ自立した日常生活を営めるように、病院や訪問看護ステーション（医師・歯科医師・薬剤師・看護師）等が通院困難な利用者に対し、心身の状況と環境等を把握し、療養上の管理指導を行うサービスです。第8期計画期間は、計画値に比して給付実績が下回っており、第7期計画期間と逆の傾向となっていました。

居宅療養管理指導は上昇傾向を示しており、実績値が計画値を上回って推移しました。第9期は令和5年度の実績値並みで推移する見込みです。

居宅療養管理指導・給付費



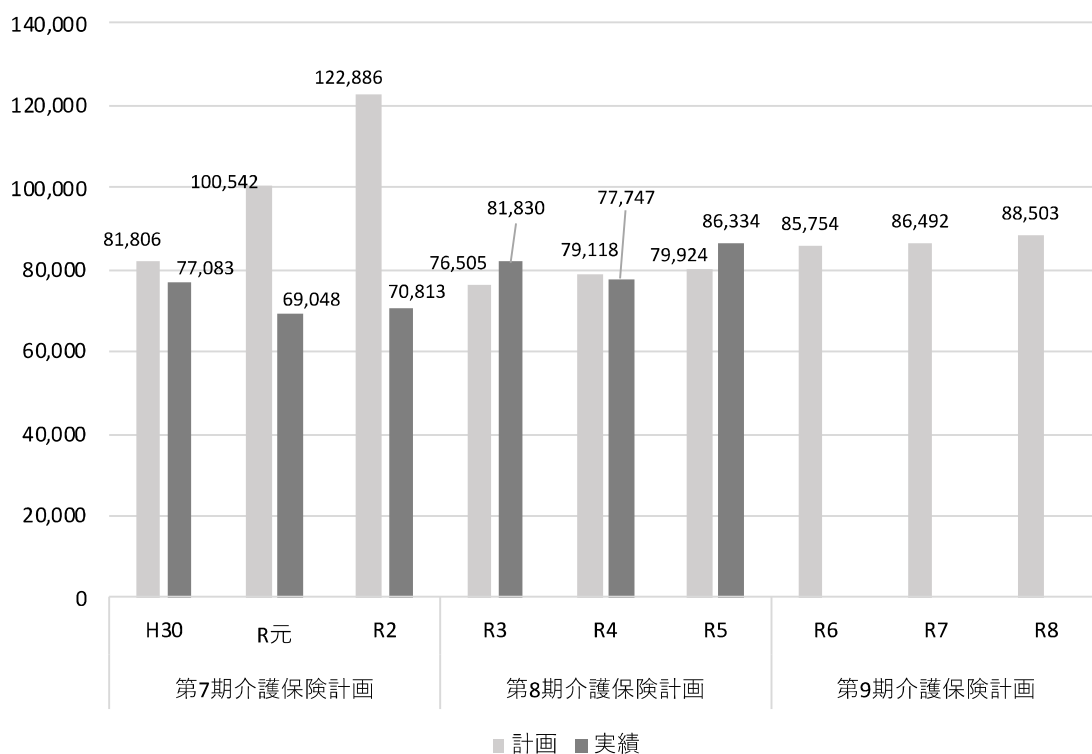
(千円)

居宅療養管理指導	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	2,038	2,322	2,848	5,895	6,777	7,474	5,924	6,053	6,053
実績	2,831	3,767	4,159	4,427	4,835	5,804	-	-	-

■通所介護

通所介護は、デイサービスのことです。デイサービスセンターに通い、食事・入浴の提供や日常動作訓練、レクリエーションなどのサービスが受けられ、送迎のサービスも行います。第6～7期計画期間に年々減少傾向を示していた給付実績は、第8期計画期間の令和3年度に増加に転じ、計画値を上回りましたが、翌4年には再び減少し計画値を下回りました。第9期の通所介護は令和5年度並みで推移すると見込んでいます。

通所介護・給付費



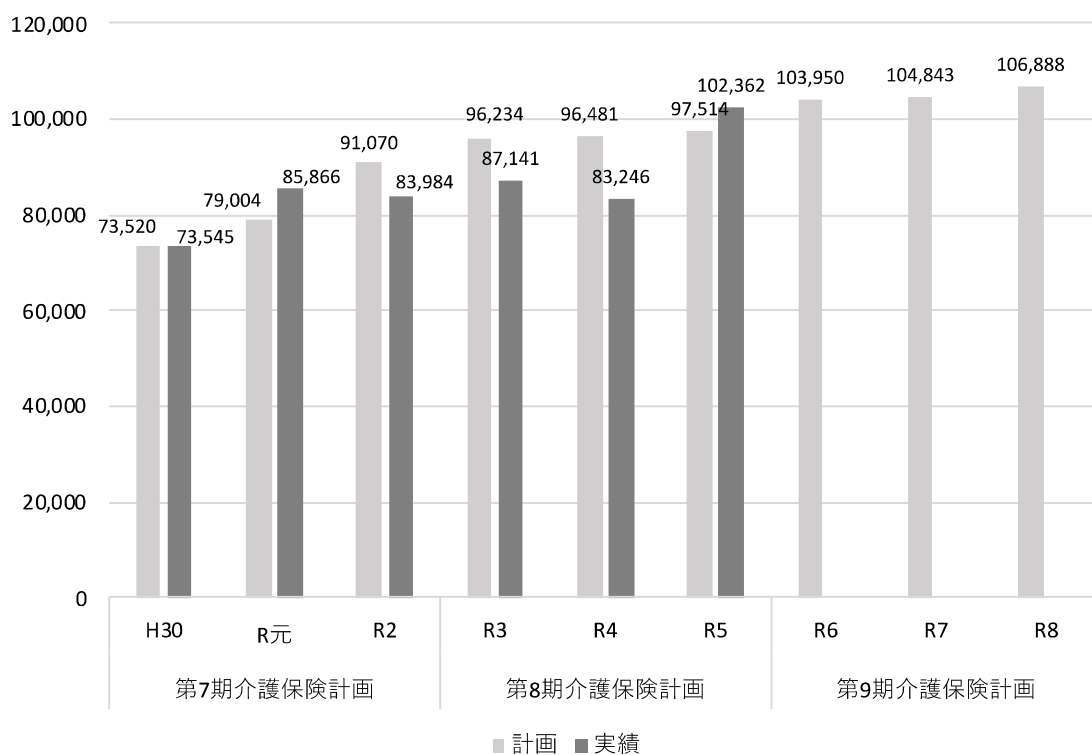
(千円)

通所介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	123,767	99,479	110,048	81,806	100,542	122,886	76,505	79,118	79,924
実績	94,880	86,611	76,508	77,083	69,048	70,813	-	-	-

■通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは、医療施設などに通い、理学療法士や作業療法士によるリハビリが受けられ、送迎のサービスも行います。第8期計画期間をみると、徐々に実績値が減少し、計画値との乖離が広がっていました。第9期は高い水準で推移すると見込んでいます。

通所リハビリテーション・給付費



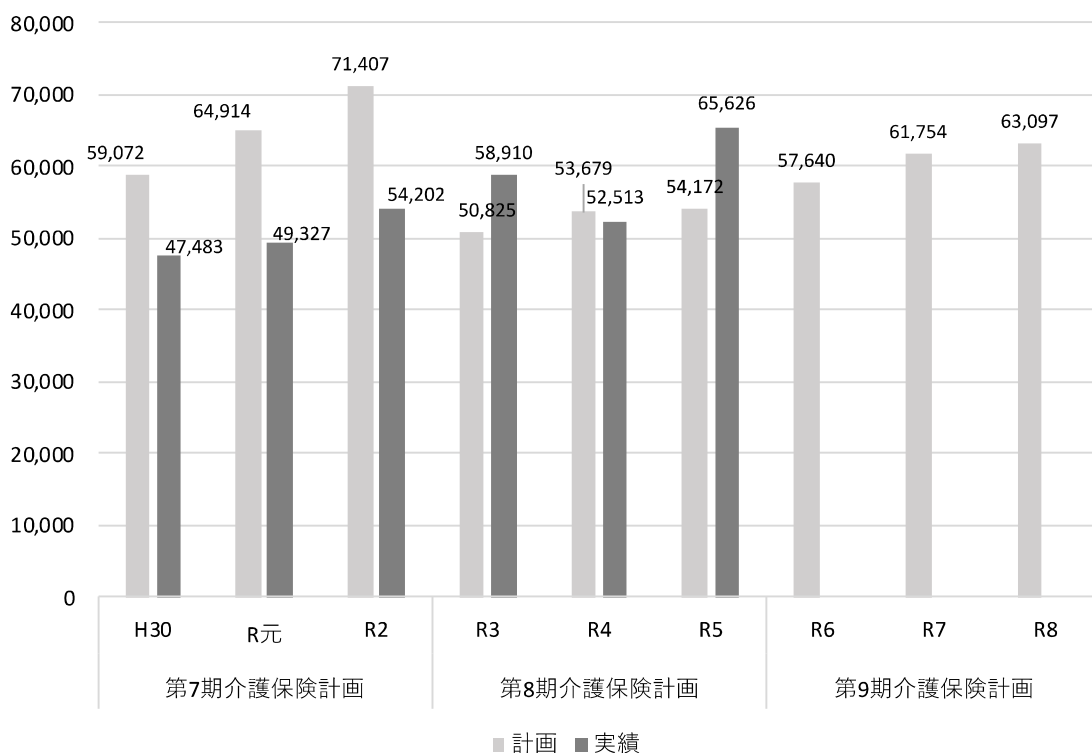
(千円)

通所リハビリテーション	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	73,520	79,004	91,070	96,234	96,481	97,514	103,950	104,843	106,888
実績	73,545	85,866	83,984	87,141	83,246	102,362	-	-	-

■短期入所生活介護

短期入所生活介護は、介護老人福祉施設などに短期入所（ショートステイ）して、食事、入浴、排泄などの介護サービスや機能訓練を受けるサービスです。第7期計画期間から、第8期計画期間の令和3年度まで、給付実績は増加傾向を示していましたが、令和4年度に減少に転じました。第9期は徐々に高まっ
ていく計画にしています。

短期入所生活介護・給付費



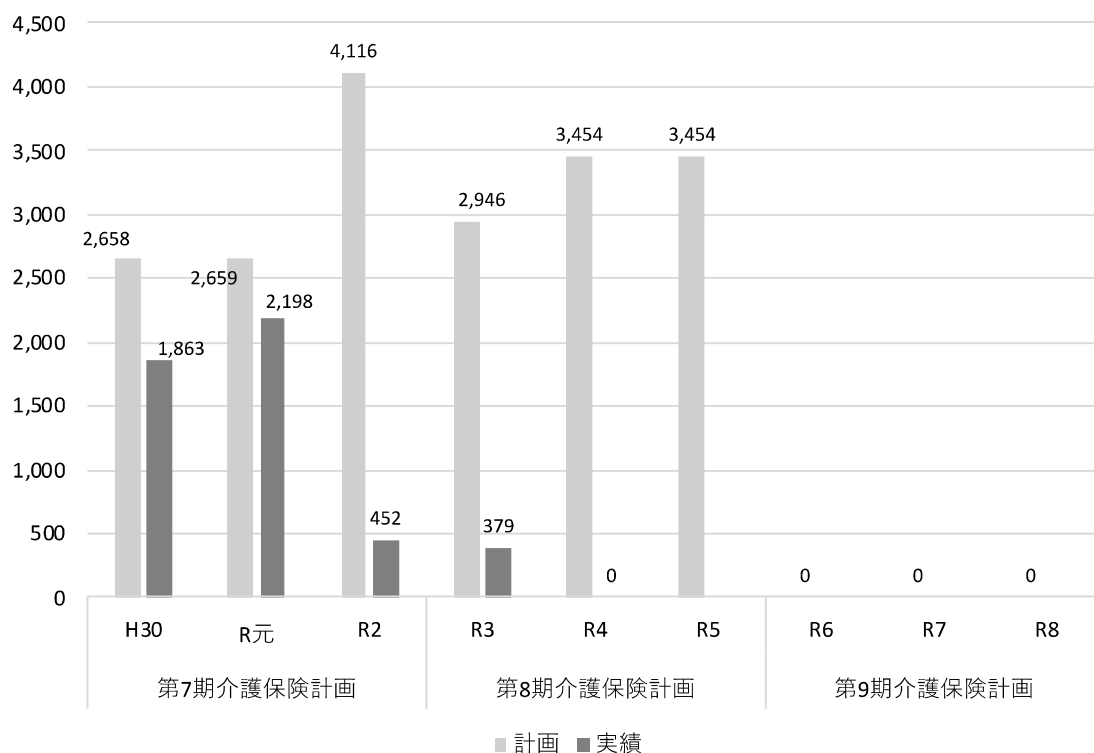
(千円)

短期入所生活介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	59,072	64,914	71,407	50,825	53,679	54,172	57,640	61,754	63,097
実績	47,483	49,327	54,202	58,910	52,513	65,626	-	-	-

■短期入所療養介護

短期入所療養介護は、介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに短期入所（ショートステイ）して、医学的な管理の下で医療、介護、機能訓練を受けるサービスです。第7期計画期間の令和2年度から、第8期計画期間にかけて、計画値を大幅に下回る実績となっていました。令和4、5年度と利用がなかったことから費用を見込んでいません。

短期入所療養介護・給付費



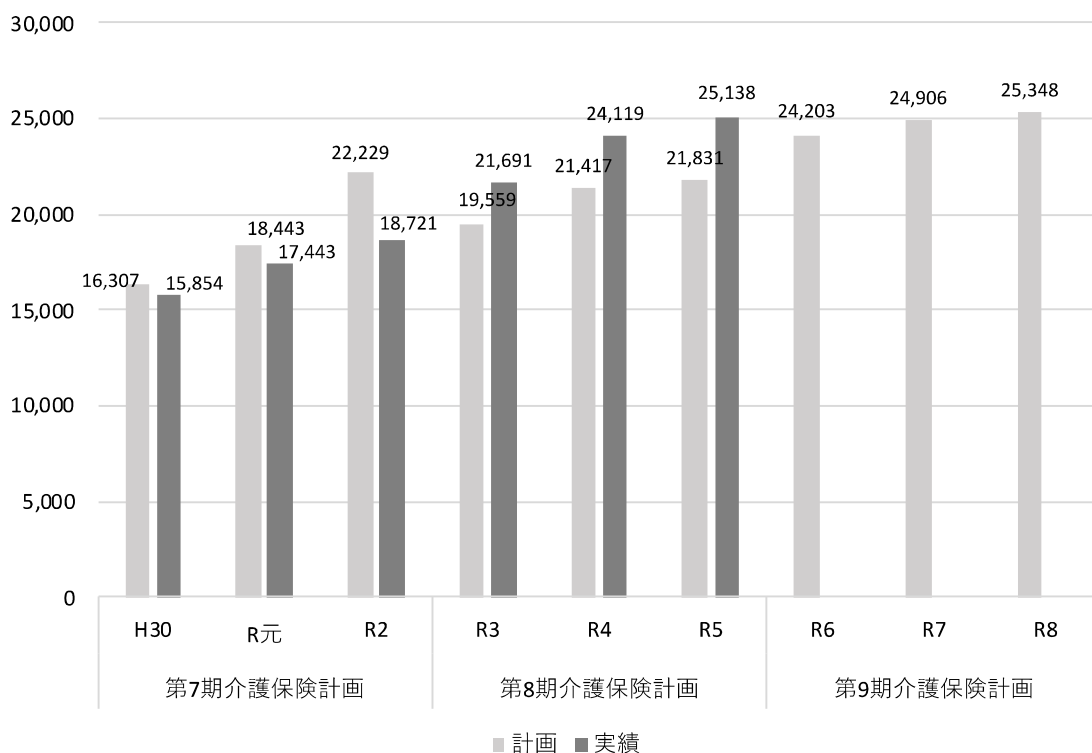
(千円)

短期入所療養介護（老健）	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	2,658	2,659	4,116	2,946	3,454	3,454	0	0	0
実績	1,648	1,863	2,198	452	379	0	-	-	-

■福祉用具貸与

福祉用具貸与は、福祉用具を必要とされる方へ、車いす・特殊寝台・歩行器・認知症高齢者徘徊感知器・移動用リフトなど13種類の福祉用具を貸し出します。第7期計画期間から給付実績は増加傾向です。第8期計画期間に入ると、実績値が計画値を上回るようになりました。第9期は高い水準で推移すると見込んでいます。

福祉用具貸与・給付費



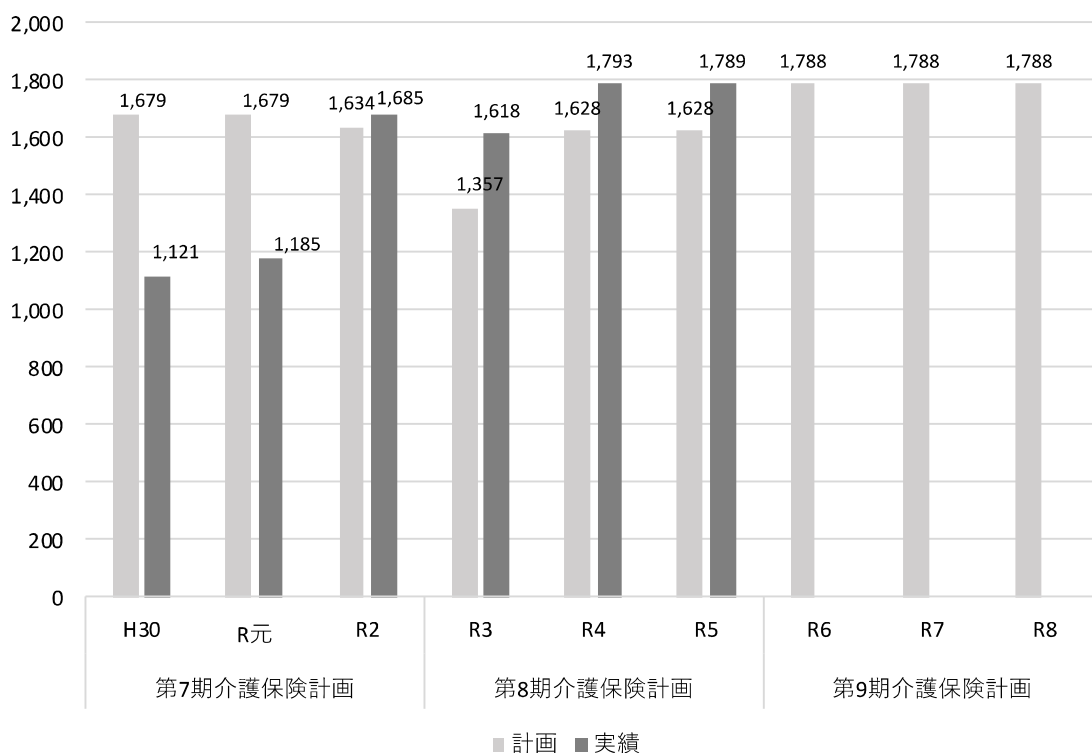
(千円)

福祉用具貸与	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	16,307	18,443	22,229	19,559	21,417	21,831	24,203	24,906	25,348
実績	15,854	17,443	18,721	21,691	24,119	25,138	-	-	-

■特定福祉用具購入費

特定福祉用具購入は、福祉用具を必要とされる方へ、腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具の5種類の購入について、指定事業所から購入された場合、年間10万円を限度にその9割を負担します。第8期計画期間では、計画を上回る実績となり、実績値は増加傾向を示していました。第9期は令和5年度並みで推移すると見込んでいます。

特定福祉用具購入費・給付費



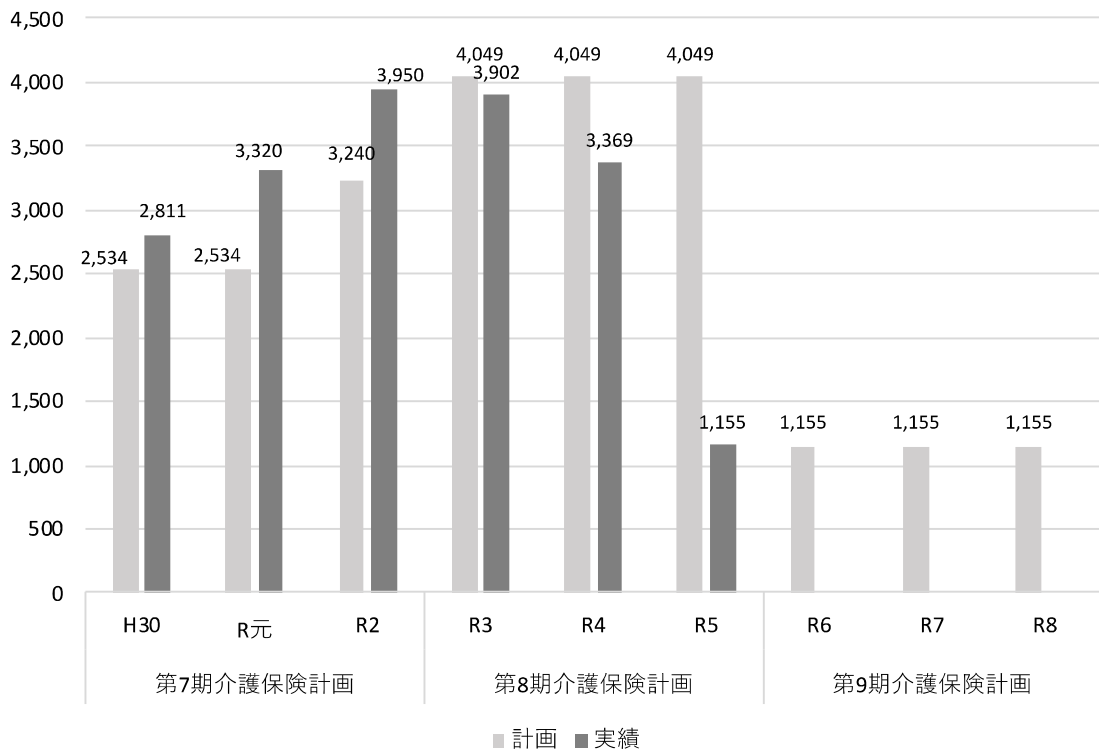
(千円)

特定福祉用具購入費	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	1,679	1,679	1,634	1,357	1,628	1,628	1,788	1,788	1,788
実績	1,121	1,185	1,685	1,618	1,793	1,789	-	-	-

■住宅改修費

住宅改修は、要支援・要介護の方で、居宅での日常生活において住宅改修を必要とされる方に、手すりの取り付け・段差解消・すべり防止、移動の円滑等のため床材の変更・引き戸等への扉の取り替え・洋式便所等への取り替えの5種類の改修について、20万円を限度にその9割を負担します。第8期計画期間では、計画を下回る給付実績となっていました。第9期は令和5年度並みで推移すると見込んでいます。

住宅改修費・給付費



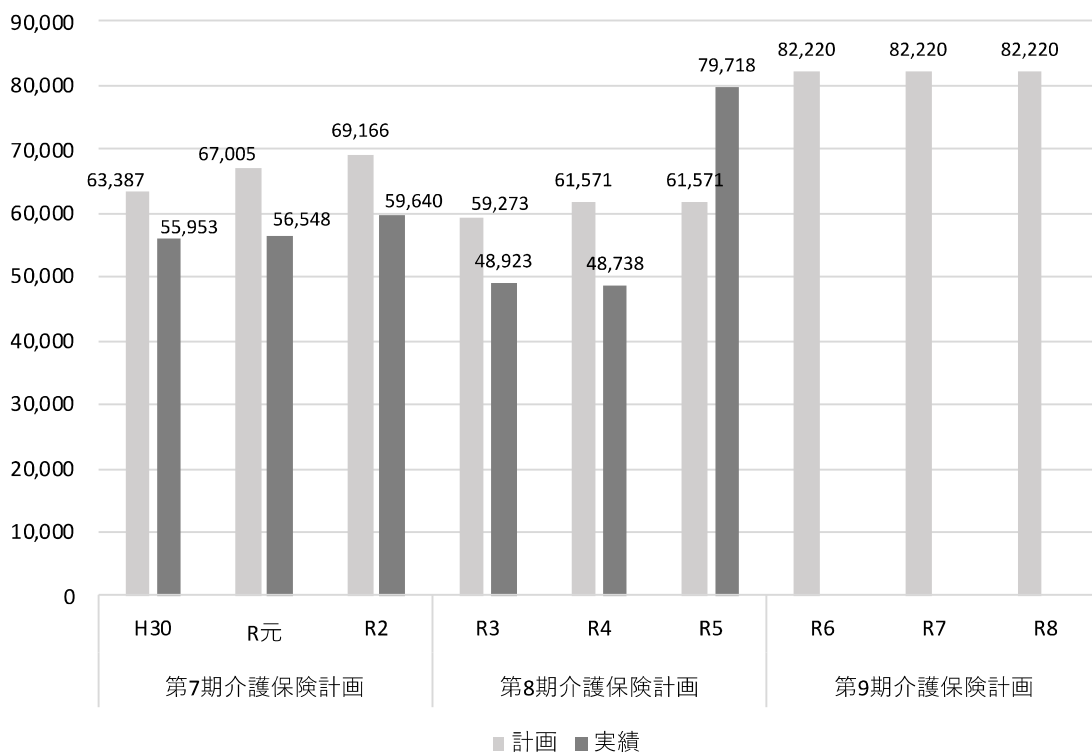
(千円)

住宅改修	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	2,534	2,534	3,240	4,049	4,049	4,049	1,155	1,155	1,155
実績	2,811	3,320	3,950	3,902	3,369	1,155	-	-	-

■特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）などに入所して日常生活の世話や、機能訓練などを受けるサービスです。第8期計画期間では、第7期同様計画を下回る給付実績となっていました。第9期は高い水準で推移すると見込んでいます。

特定施設入居者生活介護・給付費



(千円)

住宅改修	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	63,387	67,005	69,166	59,273	61,571	61,571	82,220	82,220	82,220
実績	55,953	56,548	59,640	48,923	48,738	79,718	0	0	0

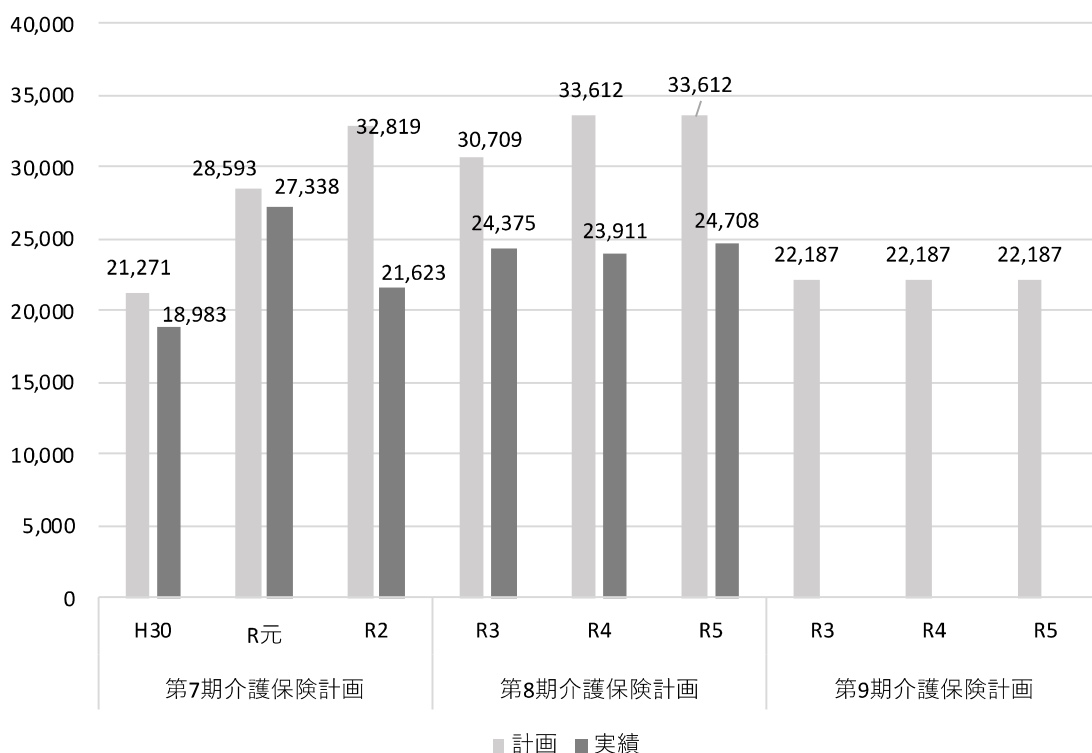
ii. 地域密着型サービスの見込み量・給付費

地域密着型サービスとは、今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、市町村指定の事業者が地域住民に提供するサービスです。

■定期巡回・随時対応型訪問介護看護

在宅の要介護高齢者を支えるため、日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、又はそれぞれが連携しながら定期巡回と随時の対応で行うサービスです。第8期計画期間では、給付実績は計画値を下回っていました。第9期は計画値を下げましたが、令和5年度並みで推移すると見込んでいます。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護・給付費



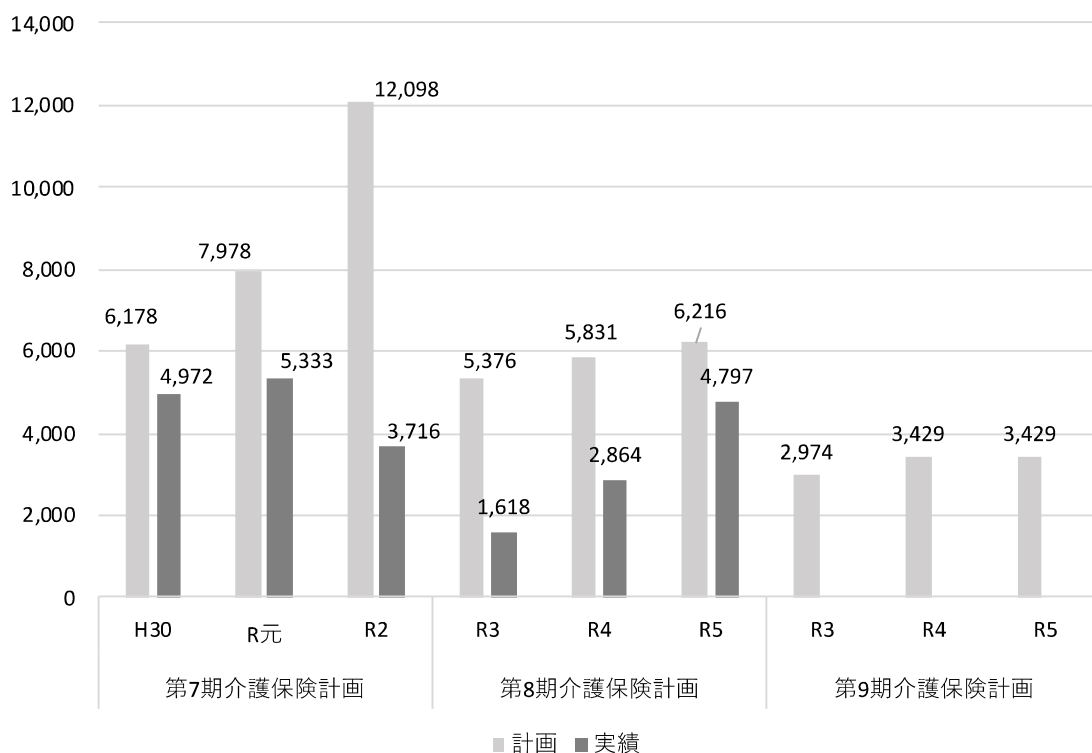
(千円)

定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	21,271	28,593	32,819	30,709	33,612	33,612	22,187	22,187	22,187
実績	18,983	27,338	21,623	24,375	23,911	24,708	-	-	-

■地域密着型通所介護

利用定員 18 人以下の小規模の老人デイサービスセンターなどに通い、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供するサービスです。第 7 期計画期間同様、第 8 期計画期間においても、計画値を下回る給付実績となっていました。第 9 期は第 8 期の並みで推移すると見込んでいます。

地域密着型通所介護・給付費



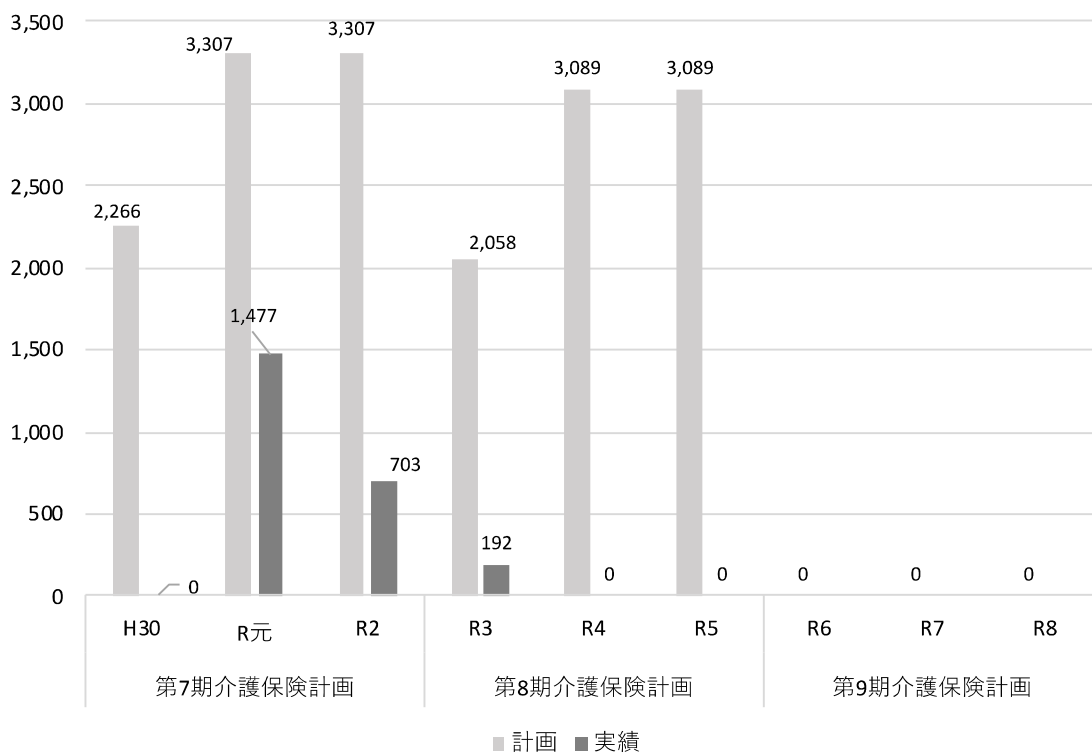
(千円)

地域密着型通所介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	6,178	7,978	12,098	5,376	5,831	6,216	2,974	3,429	3,429
実績	4,972	5,333	3,716	1,618	2,864	4,797	-	-	-

■認知対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、認知症の方を対象とした専門的な通所介護（デイサービス）です。第8期計画期間においても、実績値は計画値を大幅に下回っていました。第9期は令和4、5年度の実績から今のところゼロで見込んでいます。

認知対応型通所介護・給付費



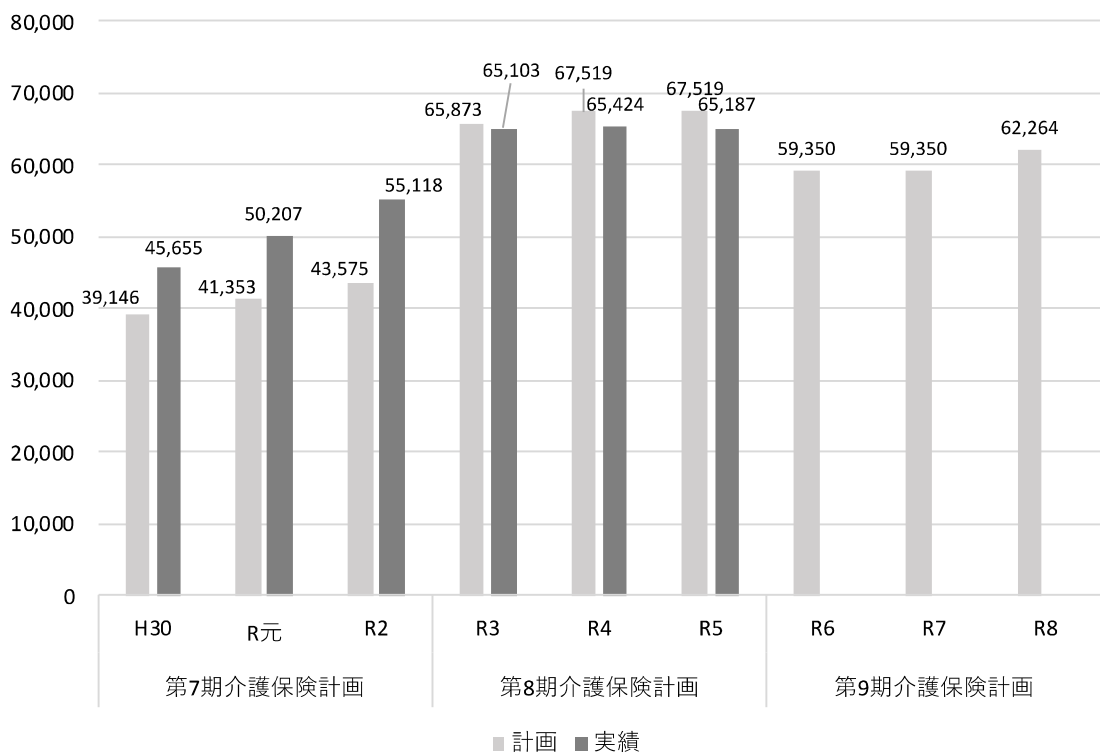
(千円)

認知症対応型通所介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	2,266	3,307	3,307	2,058	3,089	3,089	0	0	0
実績	0	1,477	703	192	0	0	-	-	-

■小規模多機能型居宅介護

利用者の選択に応じて、「通所サービス」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合わせ、日常生活上の支援や機能訓練などを受けるサービスです。第8期計画期間では、計画値をやや下回る給付実績となっていました。第9期も高い水準で推移すると見込んでいます。

小規模多機能型居宅介護・給付費



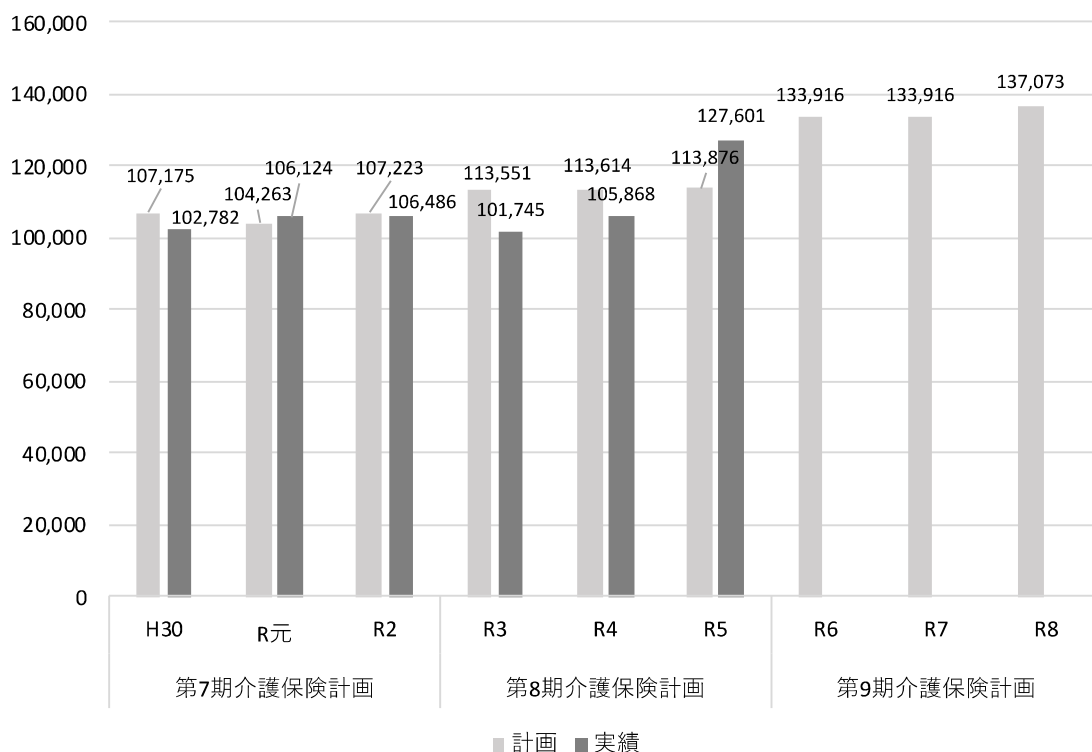
(千円)

認知症対応型通所介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	39,146	41,353	43,575	65,873	67,519	67,519	59,350	59,350	62,264
実績	45,655	50,207	55,118	65,103	65,424	65,187	-	-	-

■認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護は、グループホームに入所し、認知症高齢者が1ユニット9人で共同生活をしながら介護や機能訓練を受けるサービスです。第7期計画期間では、計画値に近い給付実績で推移していましたが、第8期計画期間では、実績値は計画値を下回っていました。実績値が徐々に増加傾向にあり、第9期は高い水準で推移すると見込んでいます。

認知症対応型共同生活介護・給付費



(千円)

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	107,175	104,263	107,223	113,551	113,614	113,876	133,916	133,916	137,073
実績	102,782	106,124	106,486	101,745	105,868	127,601	-	-	-

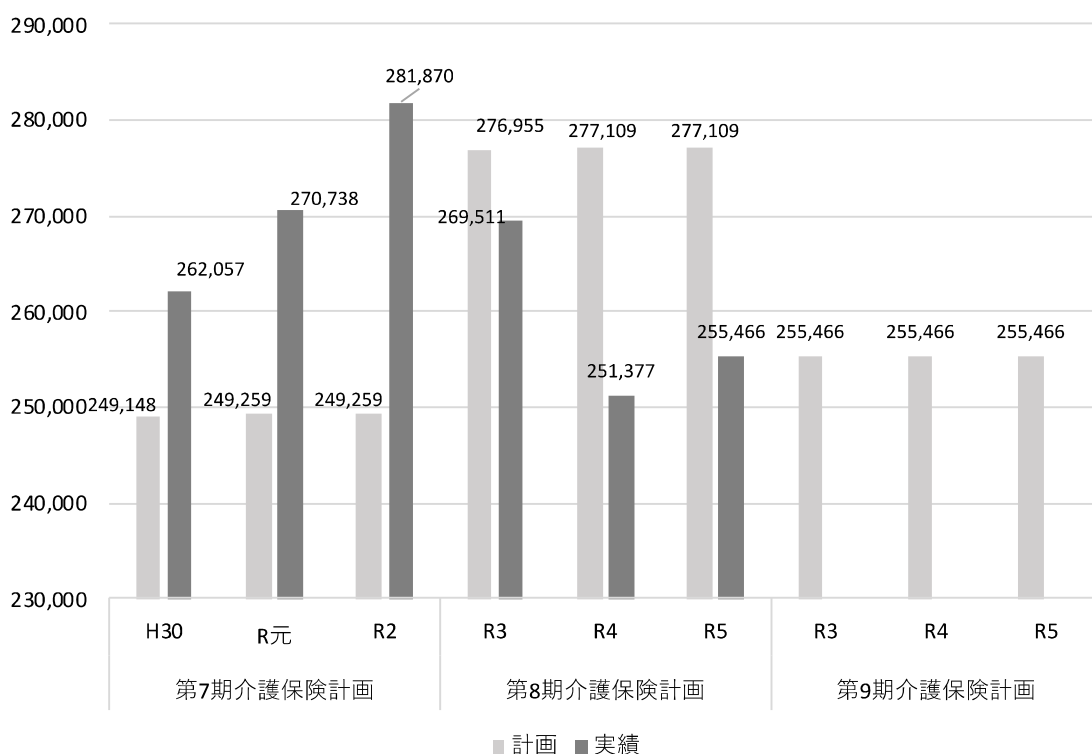
iii. 施設サービスの見込み量・給付費

施設サービスは、要介護認定で要介護 1 から 5 の認定を受けた人が、介護保険法で定められた施設にて利用できるサービスです。介護が中心か、治療が中心かなどによって入所する施設を選択します。

■介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、常時介護を必要とし、居宅での生活が困難な方が特別養護老人ホームに入所し、必要なサービスを受けることができます。第7期計画期間では、給付実績は計画値を上回るとともに増加傾向を示していましたが、第8期計画期間では減少傾向に転じ、計画値を下回っていました。第9期は令和5年度並みの水準で推移すると見込んでいます。

介護老人福祉施設・給付費



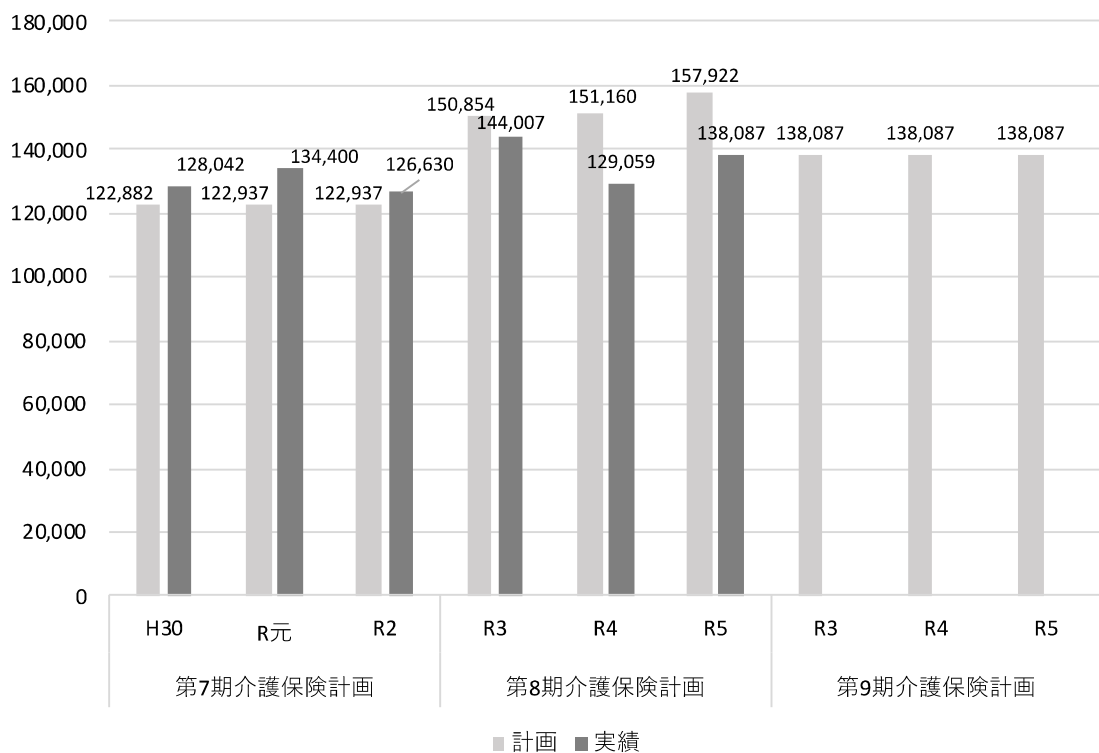
(千円)

介護老人福祉施設	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	249,148	249,259	249,259	276,955	277,109	277,109	255,466	255,466	255,466
実績	262,057	270,738	281,870	269,511	251,377	255,466	-	-	-

■介護老人保健施設

介護老人保健施設は、病状が安定し、在宅復帰、自立を目指すため施設に入所し、必要なサービスを受けることができます。第8期計画期間では、給付実績は減少傾向に転じ、計画を下回り差が拡大していました。第9期は第8期並みで推移すると見込んでいます。

介護老人保健施設・給付費



(千円)

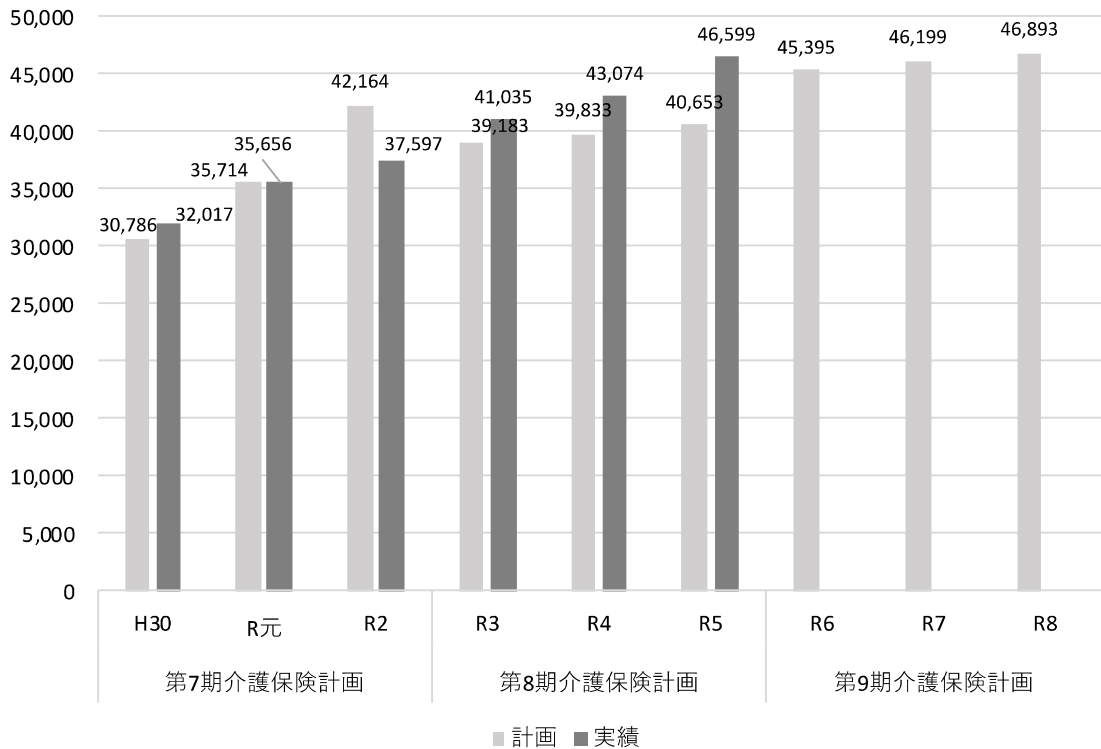
介護老人福祉施設	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	249,148	249,259	249,259	276,955	277,109	277,109	255,466	255,466	255,466
実績	262,057	270,738	281,870	269,511	251,377	255,466	-	-	-

iv. 居宅介護支援の見込み量・給付費

■居宅介護支援

居宅介護支援は、介護支援専門員（ケアマネージャー）から介護（予防）サービス計画作成などの支援を受けるサービスです。なお、利用者の負担はありません。第7期計画期間から引き続き、第8期計画期間においても、計画値に近い実績値となっており、年々増加傾向を示しています。第9期も高い水準で推移すると見込んでいます。

居宅介護支援・給付費



(千円)

居宅介護支援	第7期介護保険計画			第8期介護保険計画			第9期介護保険計画		
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
計画	30,786	35,714	42,164	39,183	39,833	40,653	45,395	46,199	46,893
実績	32,017	35,656	37,597	41,035	43,074	46,599	-	-	-

3. 介護保険事業の費用の見込み

(1) 第1号被保険者保険料設定の基本的な考え方

① 給付と負担の関係

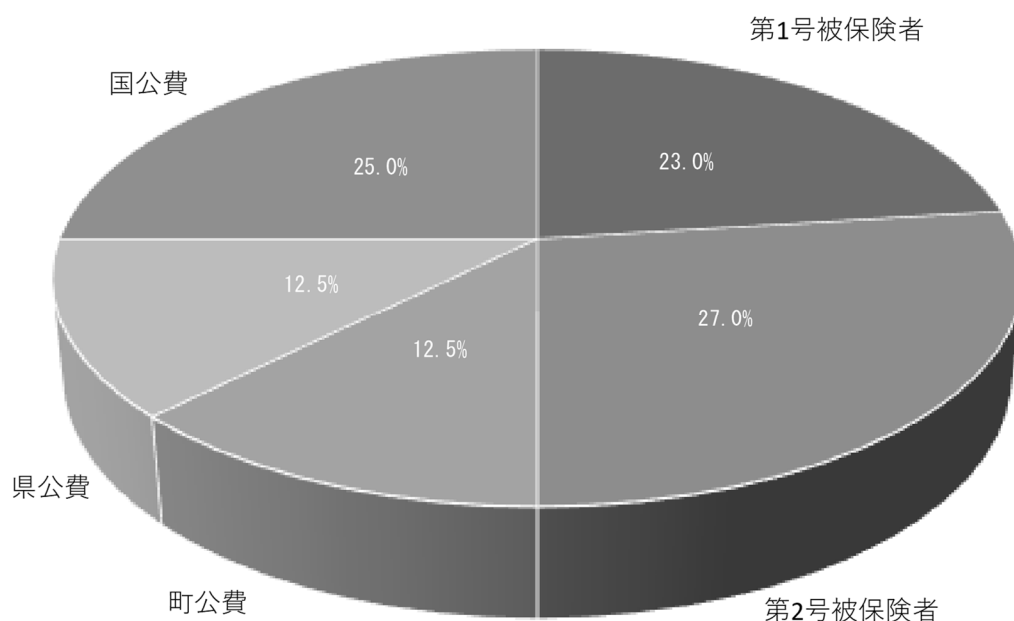
65歳以上の介護保険料（第1号保険料）は、その市区町村の被保険者が利用する介護サービス等の保険給付を反映した額となるため、市区町村ごとに介護保険料は異なります。

したがって、町の介護保険料は、令和6(2024)年度から令和9(2027)年度までの介護保険事業計画期間中の介護サービス等の利用見込み量に応じたものとなり、介護サービス等の利用量が増加すれば保険料は上がり、利用量が減れば下がることとなります。

② 第1号被保険者の保険料推計データ

佐々町での第8期に比べた第9期の給付費が増加する見込みになっています。第8期までの剰余金を第9期の第1号被保険者の負担額に充当することで、第9期の第1号保険料の上昇を抑制します。

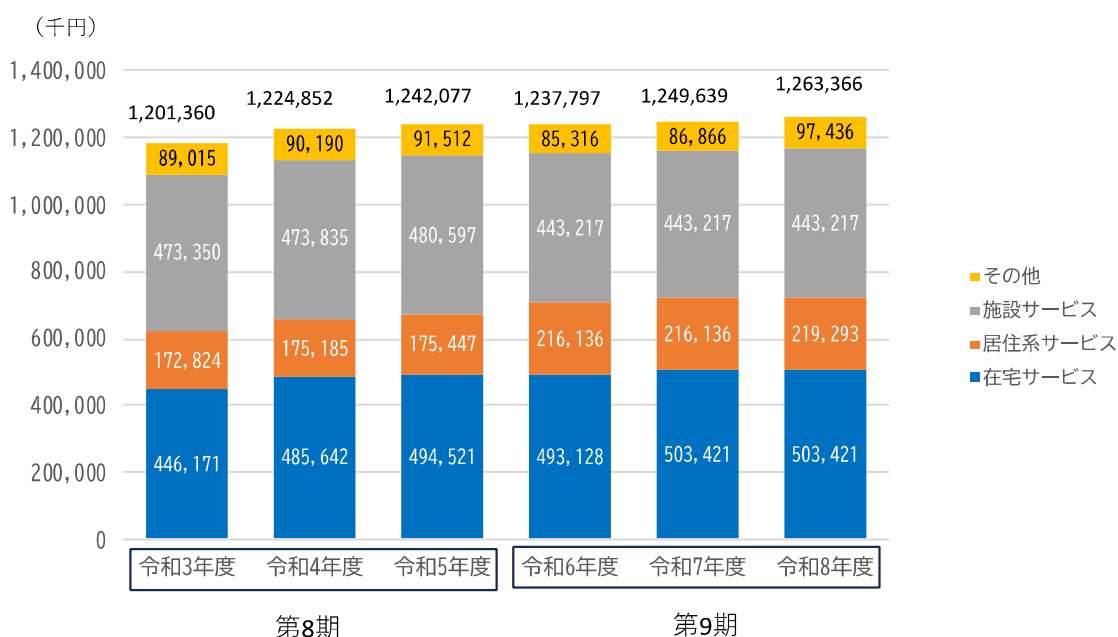
介護保険料の財源構成



③ 標準給付見込額の推計（サービス別）

9期の標準給付見込額は3年間で3,750,803千円と推計され、これに地域支援事業費92,996千円（推計）を加えた値が第1号被保険者の保険料算定の基礎となる介護サービスの総費用となります。標準給付見込額は8期から上昇する傾向にあります。

標準給付見込額の推計（サービス別）



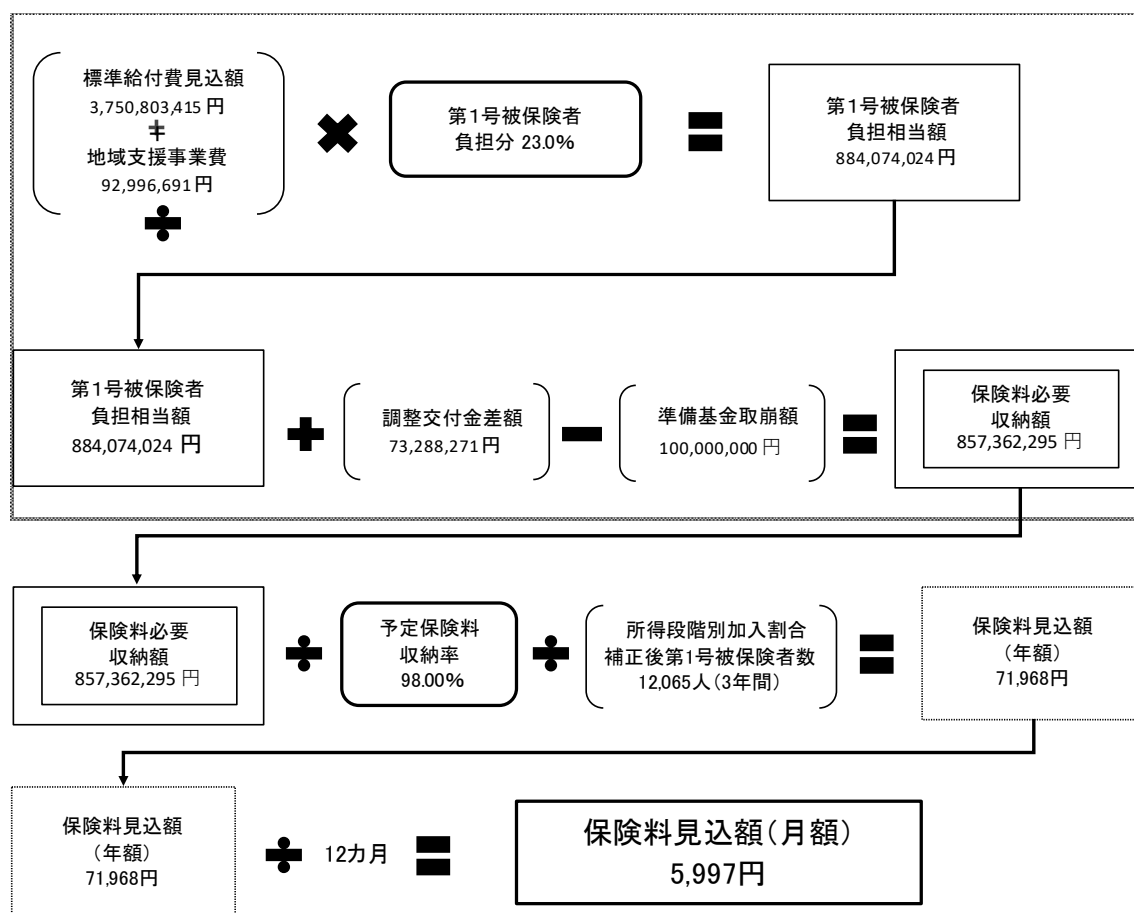
(千円)

	令和6年度		令和7年度		令和8年度	
	介護	予防	介護	予防	介護	予防
在宅サービス	478,863	14,265	489,156	14,265	499,051	14,265
居住系サービス	216,136	-	216,136	-	219,293	-
施設サービス	443,217	-	443,217	-	443,217	-
その他	85,316		86,866		50,198	
総給付費	1,237,797		1,249,640		1,263,367	

(2) 第1号被保険者の保険料推計

第1号被保険者(65歳以上の人)に負担していただく介護保険料は、第9期計画期間中(令和6年度~令和9年度)に必要とされる介護給付費の総額、地域支援事業費、第1号被保険者の人数や保険料の負担割合、保険料の収納率などによって算定します。第1号被保険者の保険料収納必要額は、調整交付金差額や準備基金取崩額を加減して算出します。これを基に算出した第1号被保険者の介護保険料基準月額額は5,997円となります。

介護保険料の算出手順



第1号被保険者の保険料推計データ①

	第9期			
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
	2024年度	2025年度	2026年度	
第1号被保険者数	4,010	4,037	4,018	12,065
前期(65～74歳) (人)	1,873	1,817	1,764	5,454
後期(75歳～) (人)	2,137	2,220	2,254	6,611
後期(75歳～84歳) (人)	1,451	1,525	1,557	4,533
後期(85歳～) (人)	686	695	697	2,078
所得段階別加入割合 (%)				
第1段階	17.3%	17.3%	17.3%	17.3%
第2段階	9.3%	9.2%	9.2%	9.2%
第3段階	8.4%	8.4%	8.4%	8.4%
第4段階	10.9%	10.9%	10.9%	10.9%
第5段階	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%
第6段階	12.4%	12.5%	12.4%	12.4%
第7段階	14.7%	14.7%	14.7%	14.7%
第8段階	6.6%	6.6%	6.6%	6.6%
第9段階	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%
第10段階	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
第11段階	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
第12段階	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
第13段階	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
所得段階別被保険者数 (人)				
第1段階	694	699	695	2,088
第2段階	371	373	371	1,115
第3段階	336	339	337	1,012
第4段階	438	441	439	1,318
第5段階	553	557	554	1,664
第6段階	499	503	500	1,502
第7段階	589	593	591	1,773
第8段階	263	265	264	792
第9段階	93	93	93	279
第10段階	49	49	49	147
第11段階	26	26	26	78
第12段階	17	17	17	51
第13段階	82	82	82	246
合計	4,010	4,037	4,018	12,065
所得段階別加入割合補正後被保険者数 (C)	4,066	4,049	4,004	12,156

第1号被保険者の保険料推計データ②

	第9期			合計
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	
	2024年度	2025年度	2026年度	
標準給付費見込額 (A)	1,237,797,220	1,249,639,693	1,263,366,502	3,750,803,415
地域支援事業費 (B)	30,998,897	30,998,897	30,998,897	92,996,691
第1号被保険者負担分相当額 (D)	291,823,107	294,546,876	297,704,042	884,074,024
調整交付金相当額 (E)	62,274,228	62,866,351	63,552,692	188,693,271
調整交付金見込額 (I)	41,475,000	39,103,000	34,827,000	115,405,000
調整交付金見込交付割合 (H)	0	0	0	
後期高齢者加入割合補正係数 (F)	1	1	1	
所得段階別加入割合補正係数 (G)	1	1	1	

財政安定化基金拠出金見込額 (J)				0
財政安定化基金拠出率		0		0
財政安定化基金償還金	0	0	0	0
準備基金の残高(令和5年度末の見込額)				100,000,000
準備基金取崩額				100,000,000
審査支払手数料1件あたり単価	75	75	75	75
審査支払手数料支払件数	14,677	14,990	15,062	16,000
市町村特別給付費等	0	0	0	0
保険料収納必要額 (L) (D)+(E)-(I)-(準備基金取崩額)				857,362,295

予定保険料収納率		1		
----------	--	---	--	--

保険料の基準額				
年額 (円)				71,968
月額 (円)				5,997

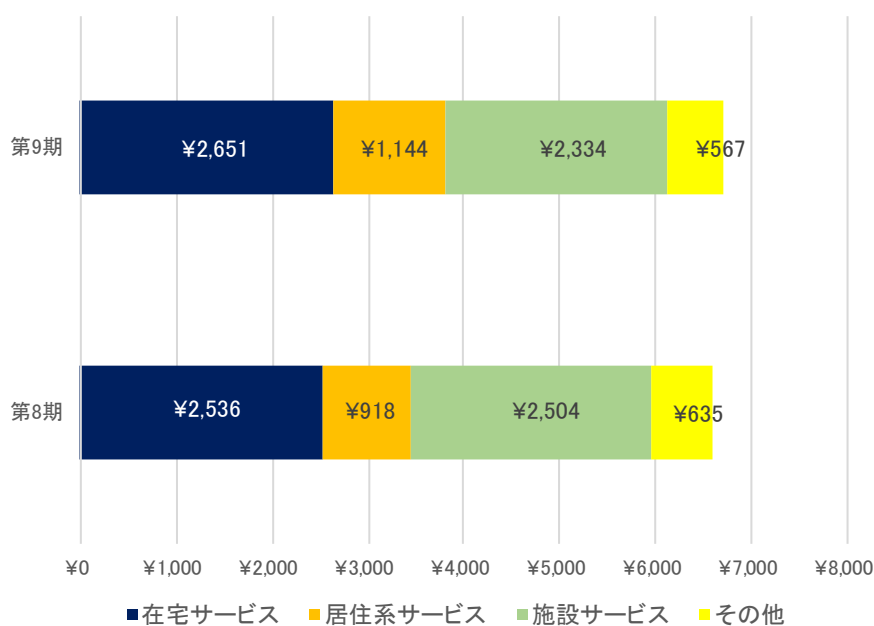
(3) 第8期と第9期の第1号被保険者の保険料の比較

第9期第1号被保険者保険料（月額）は5,997円となります。前期の第8期第1号被保険者保険料（月額）から271円、4.7%増となります。

介護保険料基準額（月額）の内訳（概算）

	第8期		第9期	
	金額（円）	構成比(%)	金額（円）	構成比(%)
総給付費	5,957	90.4%	6,129	91.5%
在宅サービス	2,536	38.5%	2,651	39.6%
居住系サービス	918	13.9%	1,144	17.1%
施設サービス	2,504	38.0%	2,334	34.9%
その他給付費	447	6.8%	418	6.2%
地域支援事業費	188	2.9%	150	2.2%
財政安定化基金（拠出金見込額+償還金）	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額（月額）	6,593	100.0%	6,697	100.0%
準備基金取崩額	867	13.1%	700	10.4%
保険料基準額（月額）	5,726	86.9%	5,997	89.6%

第9期と8期の保険料必要額（月額）の内訳



(4) 介護保険料の弾力化に伴う所得段階別負担割合

第9期介護保険事業計画における第1号被保険者の保険料設定については、負担能力に応じて保険料を賦課する観点から国の所得段階区分に合わせて第13段階で設定します。また、国の動向に即して住民税非課税世帯の第1号被保険者を対象とした介護保険料の軽減措置を行います。

<介護保険料の段階について>

令和6～9年度の第1号被保険者の所得段階別保険料

所得段階	対象者	基準額に対する割合	年額 (月額)
第1段階	生活保護受給者、老年福祉年金の受給者で住民税世帯非課税の方、または住民税が世帯非課税でかつ課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下の方	基準額 ×0.445	32,000円 (2,669円)
第2段階	住民税が世帯非課税でかつ課税年金収入額+合計所得金額が80万円を超え120万円以下の方	基準額 ×0.680	48,900円 (4,078円)
第3段階	住民税が世帯非課税でかつ課税年金収入額+合計所得金額が120万円を超える方	基準額 ×0.690	49,600円 (4,138円)
第4段階	本人が住民税非課税・世帯課税でかつ課税年金収入額+合計所得額が80万円以下の方	基準額 ×0.900	64,700円 (5,398円)
第5段階 (基準)	本人が住民税非課税・世帯課税でかつ課税年金収入額+合計所得額が80万円を超える方	基準額 ×1.000	71,900円 (5,997円)
第6段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が120万以上200万円未満の方	基準額 ×1.200	86,300円 (7,197円)
第7段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が120万以上210万円未満の方	基準額 ×1.300	93,500円 (7,797円)
第8段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が210万以上320万円未満の方	基準額 ×1.500	107,900円 (8,996円)
第9段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が320万円以上の方410万円未満の方	基準額 ×1.700	122,300円 (10,195円)
第10段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が410万円以上500万円未満の方	基準額 ×1.900	136,700円 (11,395円)
第11段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が500万円以上590万円未満の方	基準額 ×2.100	151,100円 (12,594円)
第12段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が590万円以上680万円未満の方	基準額 ×2.300	165,500円 (13,794円)
第13段階	本人が住民税課税でかつ合計所得金額が680万円以上の方	基準額 ×2.400	172,700円 (14,394円)

注) 年額は100円未満切捨て

第2期 成年後見制度利用促進計画 目次

第1章	計画策定にあたって	305
第2章	現状と課題.....	307
第3章	基本理念・基本方針	319
第4章	具体的な取組みと目標	320



第1章 計画策定にあたって

1. 計画の趣旨

近年の高齢者人口の増加や単身世帯の増加などを背景として、地域社会から孤立する人や身寄りがないことで生活に困難を抱える人の問題が顕在化しています。

成年後見制度は、認知症や知的障害、精神上的の障害により判断能力が不十分な人の権利擁護を支える重要な手段であり、身上保護と財産管理の支援によって、住み慣れた地域で安心して生活できるよう継続的な支援を行います。

「第二期 成年後見制度利用促進計画」においては、制度の利用促進のみならず、「尊厳ある本人らしい生活を継続すること」を中心に、本人の「意思決定支援」を重要として体制整備に努めていきます。

2. 計画の位置づけ

(1) 位置づけ

成年後見制度は、平成12年に介護保険制度と同時にスタートし、平成28年(2016年)5月には「成年後見制度の利用の促進に関する法律」、平成29年(2017年)3月には「成年後見制度利用促進基本計画が国により定められました。

また、令和4年(2022年)3月には、第二期成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定され、成年後見制度の利用促進に加え、「意思決定支援」が明確に位置づけられました。

よって、本町においても、認知症や知的障害、精神上的の障害により判断能力が不十分な人に対して住み慣れた地域で尊厳を持ちながら生活できるよう、成年後見制度の利用促進、充実した権利擁護支援に向けて本計画を策定するものです。

(2) 期間

本計画は、同時期に策定された「第1期佐々町保健福祉総合計画（令和6年度～11年度）」と整合し包含されるものです。同総合計画は、本町が取り組むべき福祉施策の基本方針・実施施策や目標を定めた計画である「第1期佐々町地域福祉計画」を引き継ぐもので、同総合計画の計画期間に合わせ、令和6年度～11年度の6年間としています。計画の策定にあたっては、弁護士や社会福祉士、医療・介護・障がい福祉等の関係機関、も委員となる「佐々町地域共生推進協議会」において、上記の保健福祉総合計画と一体となるものとして策定しました。

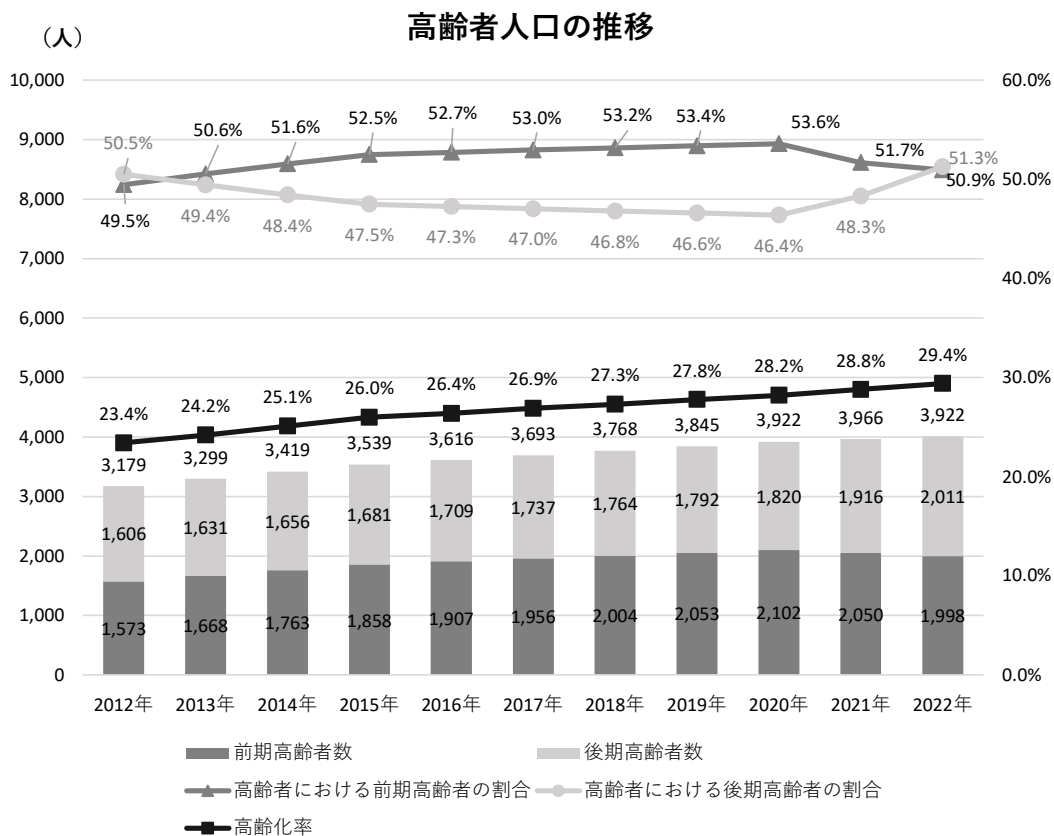
	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
佐々町総合計画	第7次(R3～R12)									
地域福祉計画	第1期(R2～R6)			保健福祉総合計画 第1期(R6～R11)						
健康増進計画・食育推進計画	第2次(H28～R5)			第3次(R6～R11)						
自殺対策計画	第1期(R2～R5)			第2期(R6～R11)						
障害者計画	第2期(H28～R5)			第3期(R6～R11)						
障害福祉計画	第6期(R3～R5)			第7期(R6～R8)		第8期(R9～R11)				
障害児福祉計画	第1期(R3～R5)			第2期(R6～R8)		第3期(R9～R11)				
高齢者福祉計画	第8期(R3～R5)			第9期(R6～R8)		第10期(R9～R11)				
介護保険事業計画	第8期(R3～R5)			第9期(R6～R8)		第10期(R9～R11)				
成年後見制度利用促進計画	第1期(R3～R5)			第2期(R6～R11)						

第2章 現状と課題

1. 成年後見制度をとりまく状況

(1) 高齢化の進展による認知症患者数の増加

本町の高齢者人口（65歳以上）は、増加傾向を続けてきましたが、2022年（令和4年）に減少に転じ、2020年（令和2年）の水準3,922人に戻っています。しかし、生産年齢人口が減少したため、高齢化率（行政人口に占める高齢者人口の割合）は増加傾向が続き、29.4%となっています。いわゆる団塊の世代（1947年～1950年生まれの第一次ベビーブーム世代）が2022年から徐々に75歳に到達します。本町の後期高齢者数は2012年以来、前期高齢者数を上回りましたが、この傾向は少なくとも2025年にかけて続くことが予想されます。

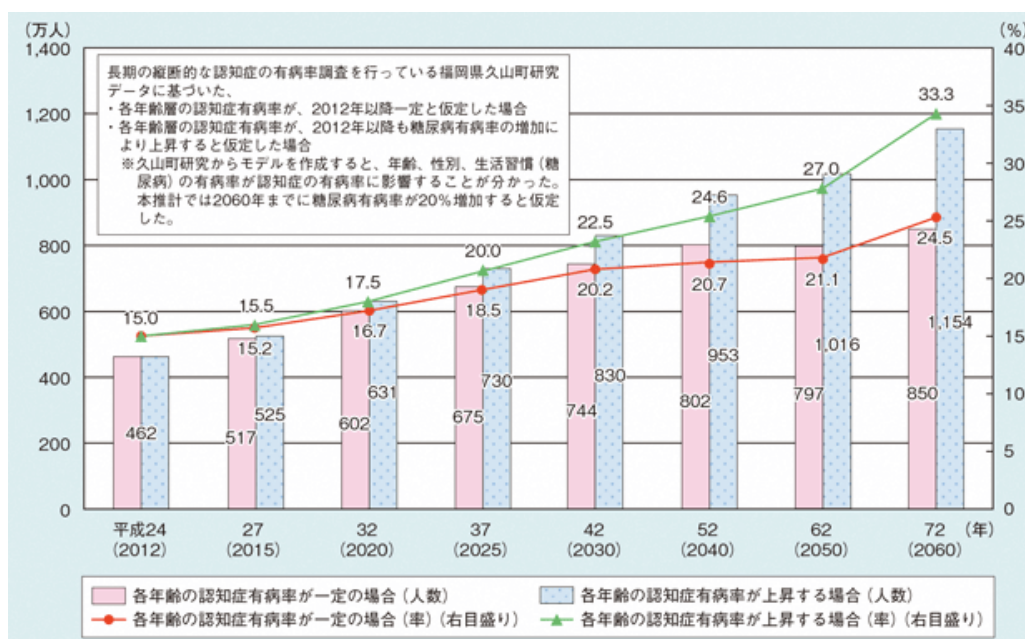


出所：総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

(2) 65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率

2012年の認知症高齢者数462万人は、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)の比率であったのに対し、2025年には約5人に1人が認知症になると見込まれています。

65歳以上の認知症患者の推定者と推定有病率



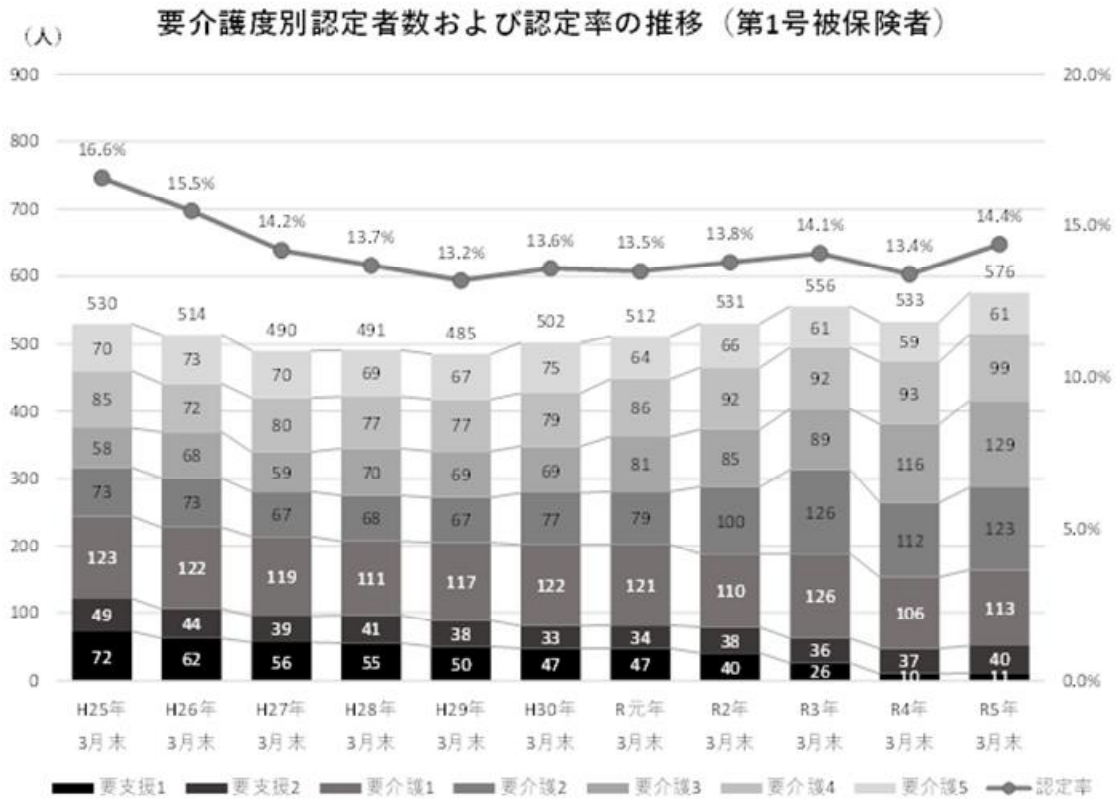
出所：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」九州大学より内閣府作成

(3) 要介護認定者数の増加

第1号被保険者の要介護(要支援)認定者数は、令和5年3月末現在で576人、認定率(第1号被保険者に占める認定者数)14.4%となっており、昨年から1ポイント上昇しています。

本町においては、従来より、住民同士の支え合い活動や住民ひとり一人の積極的な介護予防の取り組みがあり、介護保険事業と連動することにより、要介護認定率は抑えられてきました。

しかし、近年の新型コロナウイルス感染症の影響もあり、外出自粛や閉じこもり傾向等から心身機能の低下につながり、要介護状態となったことも一因となり、介護認定率の増加へ繋がったと考えられます。



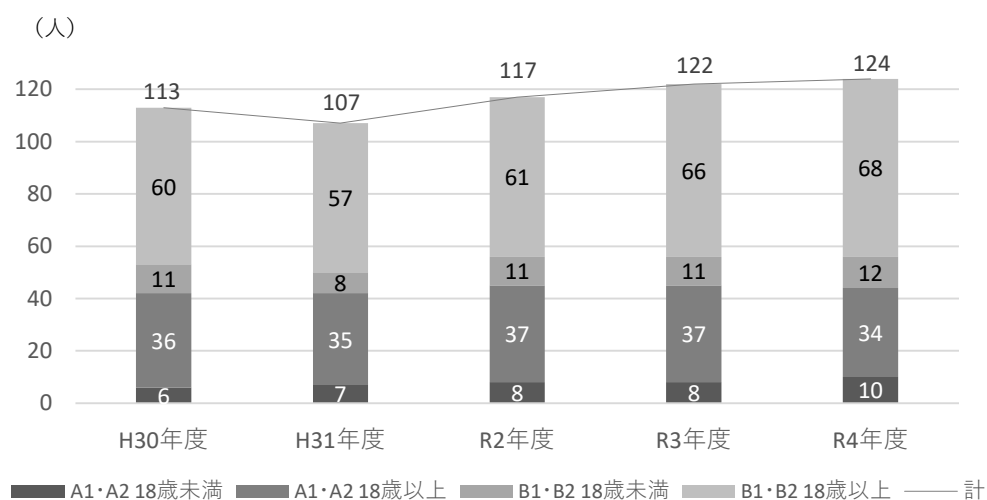
出所：地域包括ケア「見える化」システムによって作成

(4) 療育手帳所持者数の推移

令和4年度末の療育手帳の交付者数は、124人です。平成31年度末の107人から増加傾向が続いています。

A1・A2の重度の療育手帳所持者数は全体では令和3年度から令和4年度では減少しましたが、18歳未満の方は10人と増えています。B1・B2の中・軽度の療育手帳所持者数は、令和2年度から令和4年度においても増加しています。

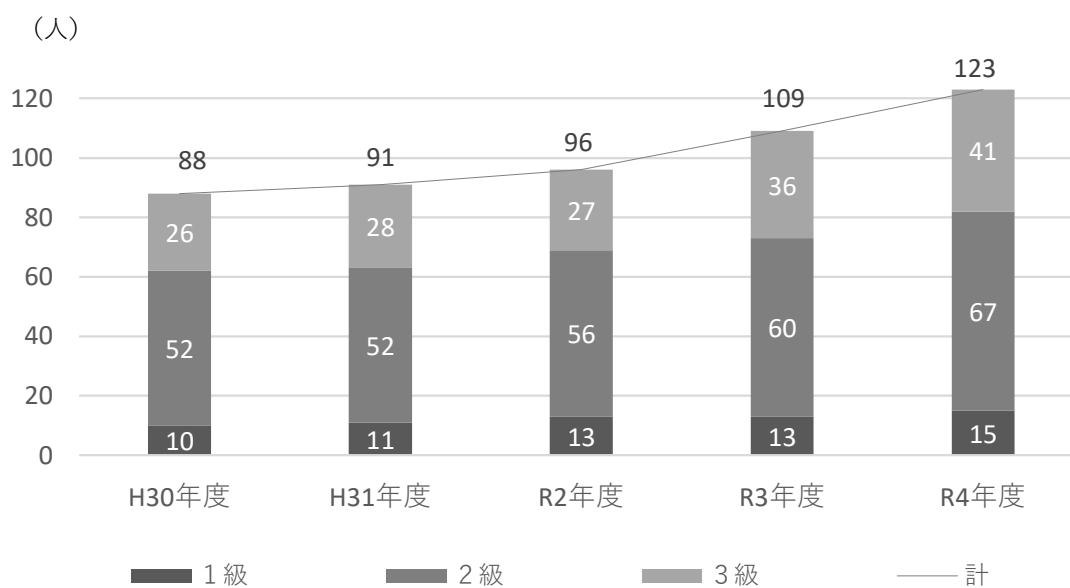
療育手帳所持者数の推移（重度別・年齢2区分別、年度末実績）



(5) 精神保健福祉手帳所持者数の推移

令和4年度末の精神障害者保健福祉手帳の交付者数は、123人です。平成30年度末の88人から増加傾向で推移しています。とくに令和2年度からの増加数は10%以上増加しています。

精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（級別、年度末実績）



(6) 年齢階層別障害者数の推移 (知的障害児・者〈在宅〉)

全国的に、平成23年から平成28年すると34万人増加しました。また、18歳～64歳の割合が多く、今後、知的障害を有する高齢者の増加が見込まれます。

年齢階層別障害者数の推移 (知的障害児・者〈在宅〉)

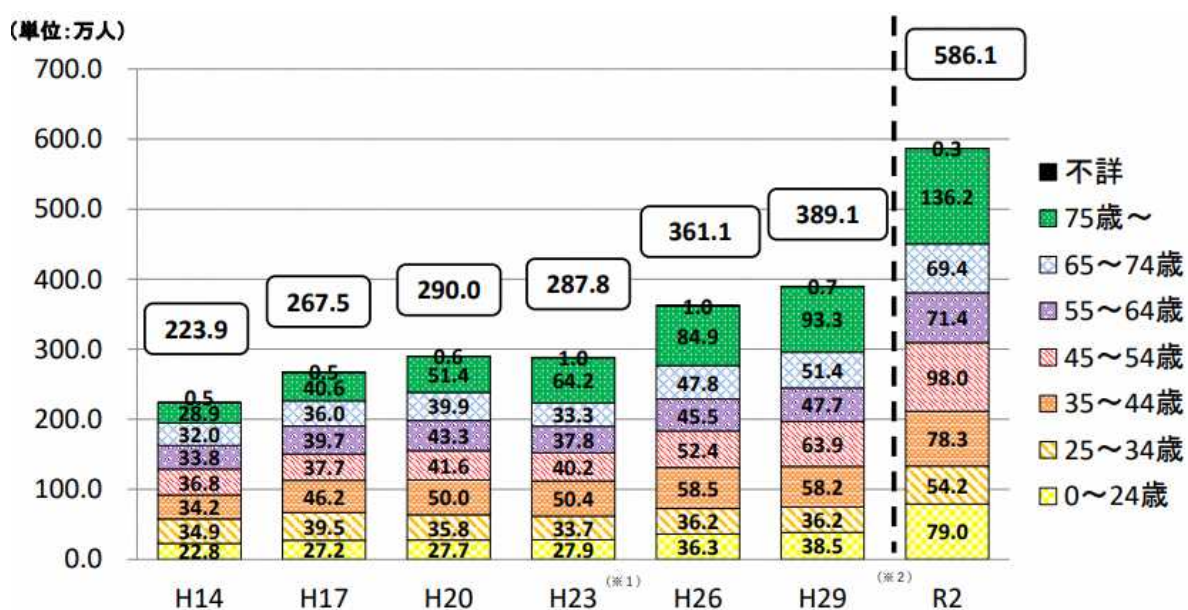


出所：厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」（～平成17年）
 厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」（平成23年～）

(7) 精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

全国的に精神疾患を有する外来患者は増加傾向であり、今後も増加が見込まれます。また、年齢階級別内訳では40代以上の割合が多く、75歳以上の割合が最も多いことが分かります。

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

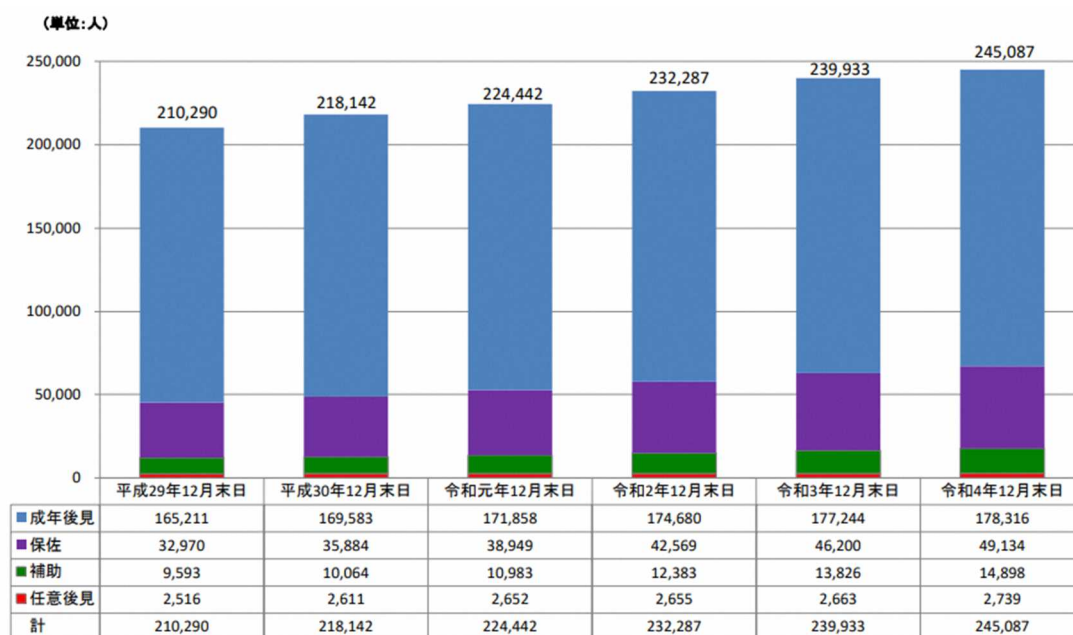


出所：資料 厚生労働省「成年後見制度の現状」令和5年5月より

(8) 成年後見制度の利用者の推移

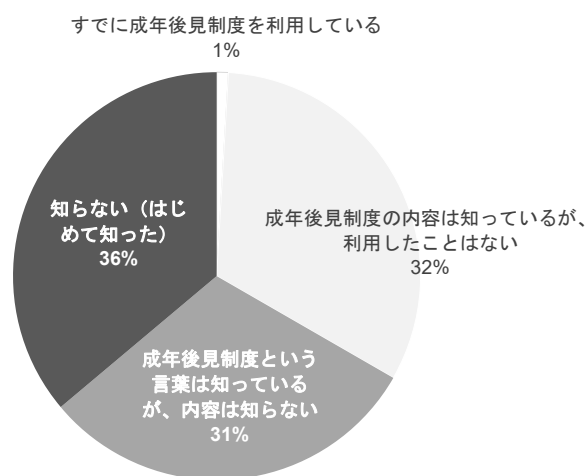
平成 30 (2018) 年 5 月に厚生労働省より発表された「成年後見制度の現状」によると、全国の成年後見制度利用者数は、平成 24 (2012) 年度 166,289 人、平成 29 (2017) 年度 210,290 人と年々増加しており、成年後見制度の需要が高まってきていることがわかります。

全国の成年後見制度の利用者数の推移 (平成 29 年～令和 4 年)



出所：内閣府「成年後見制度の現状」

しかし、佐々町では、今般の保健福祉総合計画策定のための全世帯を対象とするアンケートにおいて、問 35「成年後見制度があることを知っていますか？」への回答は、既に利用している方が 1 人 (約 1%)、「内容は知っているが利用したことはない」33 人 (約 32%) でした。「知らない (はじめて知った)」39 人 (約 36%)、「言葉は知っているが、内容は知らない」33 人 (約 31%) と、制度の認知度が低いことが課題です。



(9) 成年後見制度の利用数

本町における成年後見制度の利用数は、令和5年10月1日時点、11件です。

成年後見制度は、判断能力に応じて、後見・保佐・補助のタイプがあります。

(詳細は、P341の参考資料参照)

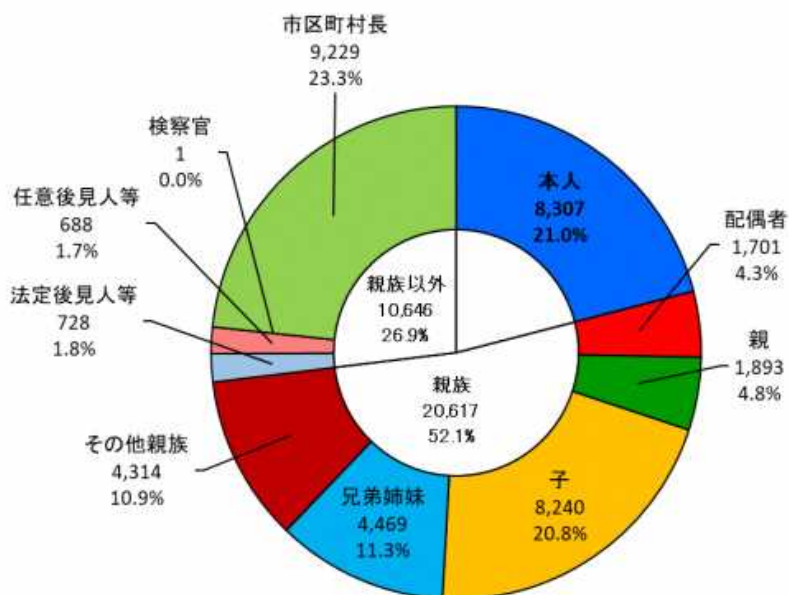
成年後見制度の利用数（令和5年10月1日時点）

	後見の人数	保佐の人数	補助の人数	任意後見の人数	計
佐々町	6	2	1	2	11

(10) 申立人と本人との関係別件数

申立人は、市町村長が23.3%と最も多く、次に本人の21.0%、子20.8%の順となっています。

申立人と本人との関係別件数（令和4年度）



出所：資料 厚生労働省「成年後見制度の現状」令和5年5月より

2. 課題と方向性

全国的、町内においても高齢化が進み、高齢者の単身世帯の増加や孤立して頼れる親族も近くにいない・身寄りが無い等の問題に直面し、医療・介護・障がい福祉サービスなどが円滑に進まない問題が顕在化しています。

そして、今後も認知症患者の推移や判断能力の低下に起因する精神上に障がいを持つ人が増加傾向にあり、早い段階で制度を知り必要な人が判断能力に合わせて、制度を利用できる仕組みづくりが必要となります。また、成年後見制度の申立人の内訳には、全体の4分の1程度が本人であり、その他は市町村長や子などの申立てが続いています。

成年後見制度には、判断能力が不十分になった後に、家庭裁判所によって選任された成年後見人等が、本人を法律的に支援する制度（法定後見制度）と十分な判断能力を有するときに任意後見人となる人を決めておく（任意後見制度）があります。

本人らしい生活をおくるためにも判断能力を有するときに、この成年後見制度を知り、制度の活用について検討する機会をつくる必要があります。

(参考)

●法定後見制度

認知症や障がいにより判断能力が十分でない方に、家庭裁判所が成年後見人等を選任します。

支援を受ける本人の判断能力に応じて、「後見」「保佐」「補助」の3つの制度が用意されます。

	後見	保佐	補助
対象となる人	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
成年後見人等が同意又は、取り消すことができる行為(※1)	原則としてすべての法律行為	借金、相続の承認など、民法13条1項記載の行為のほか、申立てにより裁判所が定める行為	申立てにより裁判所が定める行為(※2)
成年後見人等が代理する事ができる行為(※3)	原則としてすべての法律行為	申立てにより裁判所が定める行為	申立てにより裁判所が定める行為
成年後見人等の職務	本人の財産管理や身上保護		
成年後見人の種類	親族後見人	親族による後見人	
	専門職後見人	弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職による後見人	
	市民後見人	定められた研修をうけ、成年後見制度について一定の知識を習得した一般の方による後見人	
	法人後見	社会福祉協議会等の法人による後見	

※1 成年後見人等が取り消すことができる行為には、日常生活に関する行為(日用品の購入など)は含まれていません。

※2 民法13条第1項記載の行為(借金、相続の承認や放棄、訴訟行為、新築や増改築など)の一部に限ります。

※3 ご本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要になります。

●任意後見制度

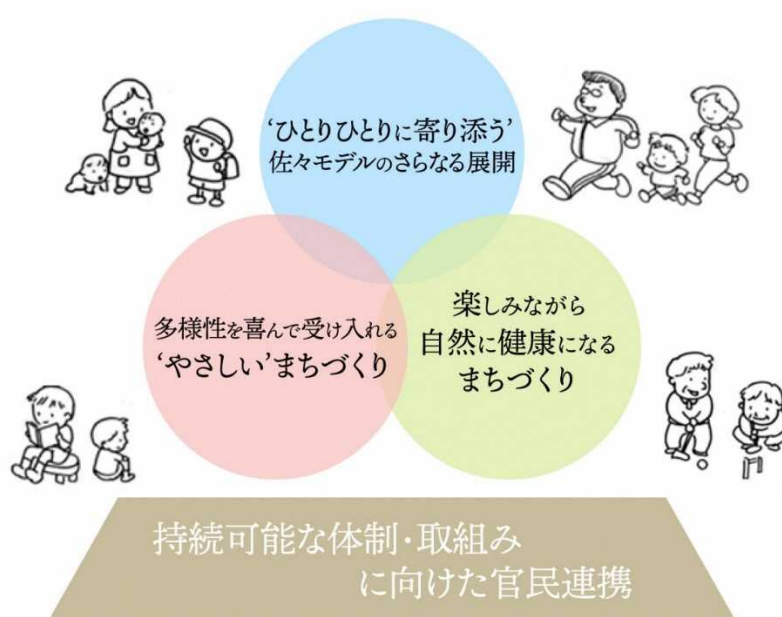
ご本人に十分な判断能力があるうちに、判断能力が低下した場合には、あらかじめご本人自らが選んだ人(任意後見人)に、代わりにしてもらいたいことを契約(任意後見契約)で決めておく制度です。

任意後見契約は、公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされ、ご本人の判断能力が低下した場合に、家庭裁判所で任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じます。

第3章 基本理念・基本方針

本町における成年後見制度利用促進計画は、計画期間を同じくする「第1期保健福祉総合計画」と同時に策定され、同総合計画を上位計画とすることとしています。本計画の基本理念及び施策の基本方針と整合が取れ、両計画の目指す方向が同一であることを明確にするために、本計画の基本理念及び施策の柱（基本方針）についても、下記のように同一のものとします。

第1期 保健福祉総合計画における基本理念・基本方針



成年後見制度では、誰もが住み慣れた地域で、地域の人々と支えあいながら、尊厳をもってその人らしい生活を継続することができることを目的としています。本計画は、必要な人が、本人らしい生活を守るための制度として利用できるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築するために、同ネットワークおよび中核機関における、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能のそれぞれに関する、段階的・計画的な整備計画を定めるものです。

本町における同制度の認知度や利用度は、依然として高くなく、引き続き広報啓発が必要であるとともに、必要な人がためらわず相談できるような、ひとりひとりに寄り添うネットワークの構築を目指します。

第4章 具体的な取組みと目標

判断能力が不十分になっても、その人らしい生活を安心して送るための制度として利用できるよう、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築するとともに、成年後見制度の利用促進機能を担う「中核機関」における、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能の体制整備に努めます。

【具体的な取組み】

- 1、 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築
- 2、 権利擁護を担う中核機関の充実
- 3、 本人が自己決定し安心して生活できる「意思決定支援」

1. 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

関係機関との連携を行い、必要な制度等へ繋がります。中核機関の調整役としての役割を担うことで地域連携ネットワーク機能を強化します。

項目	取組内容	目標値
関係機関との連携	多世代包括支援センターが中心となり、医療・介護・障がい福祉関係事業所等が参加する「高齢・障がい地域支援会議」において、権利擁護事業（成年後見制度等）の普及啓発、課題の解決に向けて検討します。	・普及啓発 1回/年 ・検討会 1回/年
成年後見制度利用促進協議会の開催	地域共生推進協議会（権利擁護部会）の中で計画に携わる委員やその他の行政、社会福祉協議会、弁護士・社会福祉士・司法書士、民生委員、医療・介護・障がい福祉事業所等の関係者が参加し、本計画に関する進捗状況や課題の検討、協議の場を設けます。	1回/年
複合的な問題に対する課題解決及び連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者支援・障がい者支援・子ども子育て世代の支援・生活困窮者支援など、各ライフステージに合わせた課題について、個人の生活や権利を守る権利擁護支援を行います。 ・法律相談など専門相談の紹介、相談後の支援虐待の早期発見・対応、防止に向けて検討します。（介護保険計画、障がい福祉計画など担当分野との連携） ・司法に関する専門職が加わって行う「権利擁護支援会議」の実施、会議後の支援方針に係る専門職の派遣を行います。 	随時

(参考)

第二期成年後見制度利用促進基本計画における 地域共生社会の実現に向けた権利擁護支援の推進

- 地域共生社会は、「制度・分野の枠や『支える側』と『支えられる側』という従来の関係を超越して、住み慣れた地域において、人と人、人と社会がつながり、すべての住民が、障害の有無にかかわらず尊厳のある本人らしい生活を継続することができるよう、社会全体で支え合いながら、ともに地域を創っていくこと」を目指すもの。
- 第二期基本計画では、地域共生社会の実現という目的に向け、本人を中心とした支援・活動における共通基盤となる考え方として「権利擁護支援」を位置付けた上で、権利擁護支援の地域連携ネットワークの一層の充実などの成年後見制度利用促進の取組をさらに進める。



出所：厚生労働省 第二期成年後見制度利用促進基本計画・施策の実施状況等

2. 権利擁護支援を担う中核機関の充実

中核機関とは、成年後見制度利用促進を目的として設置され、下記の機能が
あります。

本町においては、令和4年度より社会福祉協議会へ広報・相談を中心とした
機能を一部委託し協働で実施しています。

今後も、多世代包括支援センターと社会福祉協議会、弁護士・司法書士・社
会福祉士などの専門機関や本人を取り巻く地域や関係事業所との連携体制を構
築しながら、中核機関の充実を図ります。

中核機関の4つの機能と主な取組内容

項目	取組内容	目標値
広報機能	<p>成年後見制度および日常生活自立支援事業の啓発 (地域住民向け)</p> <p>広報誌への掲載、通いの場等への出前講座を行い、 相談窓口の周知、成年後見制度、日常生活自立支援 事業の啓発を行います。</p> <p>(関係機関向け)</p> <p>「高齢・障がい地域支援会議」の中で権利擁護支援 に係る情報の発信や研修会、事例検討会等を実施し ます。</p>	各1回 以上/ 年
相談機能	<p>多世代包括支援センター、社会福祉協議会におい て、相談を受けとめ、本人の状況に応じて制度の利 用へと繋げます。</p> <p>また、成年後見制度に限らず、遺言書作成や消費者 被害等、権利擁護に関する多様な相談対応を関係機 関と連携しながら行います。消費者被害に関する内 容については、所管する企画商工課と連携しさらな る被害を防ぐために、地域住民・関係機関(高齢障 がい支援会議)に周知徹底します。</p>	随時

<p>成年後見 制度利用 促進機能</p>	<p>多世代包括支援センター (申立てに関すること) 相談支援に加え、本人及び親族による申立てが見込めない場合は、町長申立ての検討を行い、長崎県成年後見制度市町村長申立てマニュアルに沿い、申立て事務・手続きを行います。 (制度の申立て費用、後見人等の報酬の負担について) 成年後見制度の利用にあたり、「佐々町成年後見制度利用支援実施要綱」に準じて、申立て費用及び報酬助成を町が負担します。 (体制整備について) 本町における成年後見制度利用促進について、関係機関との協議の場、「成年後見制度利用促進協議会」を地域共生推進協議会(権利擁護部会)の中で開催します。</p> <p>社会福祉協議会 (申立てに関すること) 相談支援に加え、日常生活自立支援事業から成年後見制度への移行支援、申立て支援を本人の状況に応じて行います。</p>	<p>随時</p>
-------------------------------	---	-----------

<p>後見人支援機能</p>	<p>(担い手の確保について)</p> <p>令和5年度時点の町内における市民後見人の活動実績はない状況です。</p> <p>全国的には、成年後見制度の需要は増加傾向にあることが見込まれるため、今後、成年後見制度利用促進協議会にて、担い手の確保について検討します。</p> <p>(後見人支援、連携体制の構築)</p> <p>成年後見制度を利用している、もしくは、今後利用が考えられる人に対して、本人の生活状況等に課題がある場合は、権利擁護支援会議等において専門職を踏まえた検討会議を行い、後見人と医療・介護・障がい福祉等の連携体制を構築します。</p> <p>また、成年後見申立てに係るケースについては、本人に係ってきた関係事業所（居宅介護支援事業所、相談支援事業所など）や地域住民、多世代包括支援センター地区担当等とともに情報共有を行い、本人らしい生活を送るための「意思決定支援」を行います。</p>	<p>各1回 以上／ 年</p>
----------------	--	--------------------------

3. 本人が自己決定し安心して生活できる「意思決定支援」

本人の自己決定が尊重され望む暮らしができるように、本人が自らの人生を選択できる支援「意思決定支援」の充実を図ります。

項目	取組内容	目標値
意思決定支援会議の開催	<p>本人の望む暮らしの実現のために、本人・家族・後見人等・地域・関係事業所や権利擁護の専門家が一堂に会し、課題の解決に向けた検討を行います。</p> <p>会議の中では、本人の判断能力に応じて、意思を表出しやすい環境づくりに努め、本人の自己決定を促すよう取組ます。</p>	1回以上/年
将来的な自己決定の機会づくり	<p>介護保険事業計画とも連携し、地域住民が心身ともに元気なうちから、自らの最期をみつめる（エンディングノート等の活用の）機会をつくり、自己決定の一助とします。</p>	1回以上/年

● 用語集

・ 中核機関とは・・・

権利擁護支援を必要とする人に対し、迅速かつ適切な支援を行うために、地域連携ネットワークの中心となり全体のコーディネートを担う機関のことです。（佐々町においては、多世代包括支援センターと社会福祉協議会が協働で実施）

・ 権利擁護支援会議とは・・・

認知症や障がいが原因で、判断が困難な場合に、本人にとって、より適切な決定ができるように関係機関で検討し、解決に向けて導くための会議

・ 意思決定支援会議とは・・・

認知症や障がい等などにより、ひとりで物事を上手く決められない方とともに歩み、考え、本院の意思を尊重しながら、望む生活の実現に向けて話し合う、本人参加の会議