

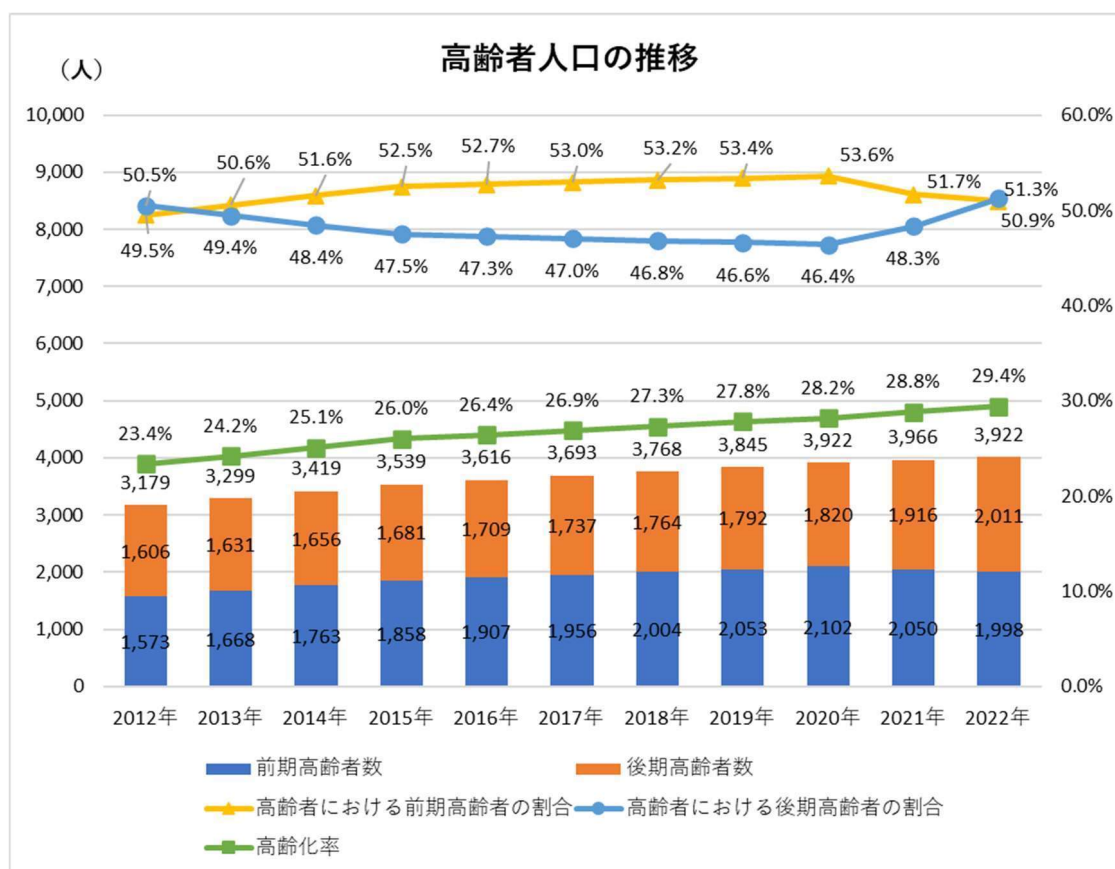
4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現

第1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、令和4年（2022年）に減少に転じ、令和2年（2020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）が令和4年（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平成14年（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令和7年（2025年）にかけ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

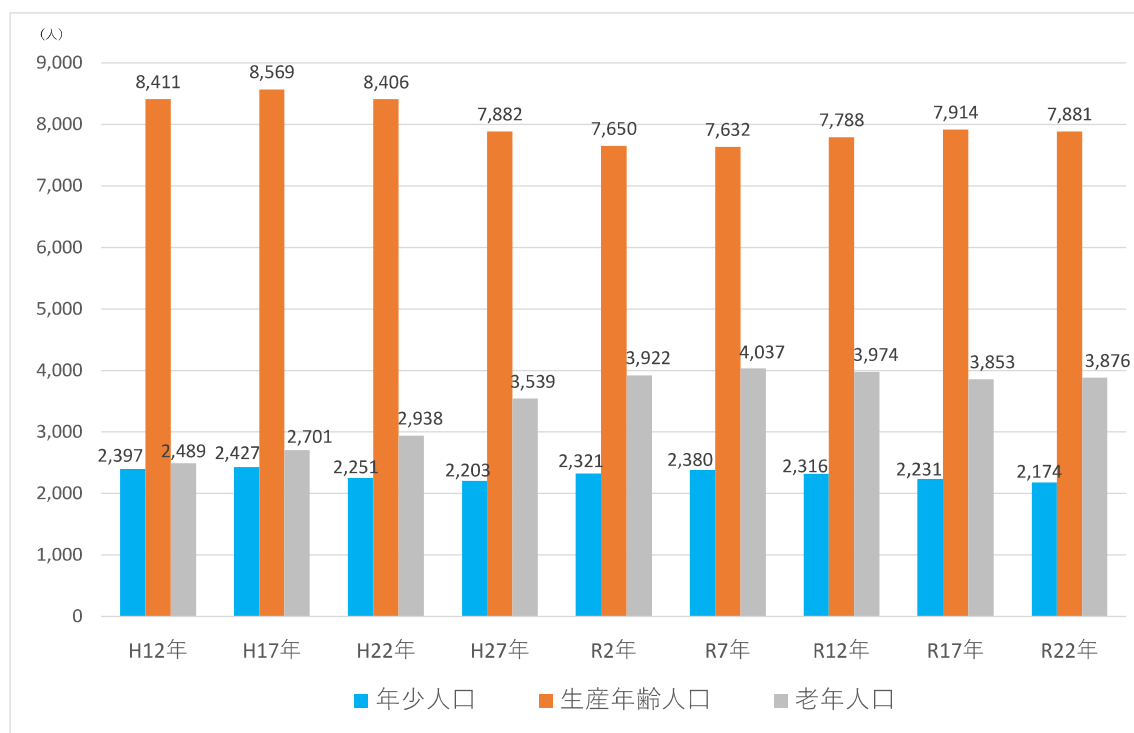
国立社会保障・人口問題研究所は、令和2年(2020年)国勢調査の確定数を出発点とする新たな全国将来人口推計を行い、令和5年(2023年)4月26日にその結果を公表しました。都道府県別推計も、本全国値推計と同様の推計方法で、令和2年(2020年)国勢調査値を出発点とし、令和5年(2023年)内を目途に公表の予定です。同研究所の推計方法は、国際的に標準とされる人口学的手法（コーホート要因法）を採用しています。同推計における「コーホート」とは、性別・年齢5歳階級別人口を意味します。国勢調査の確定数が公表される度に、同調査直前の国勢調査との間（5年間）で、前期の $n \sim n+5$ 歳コーホートと後期の $n+5 \sim n+10$ 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年(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年(2004年)・平成21年(2009年)・令和元年(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、直近の令和元年(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「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。

4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】

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%

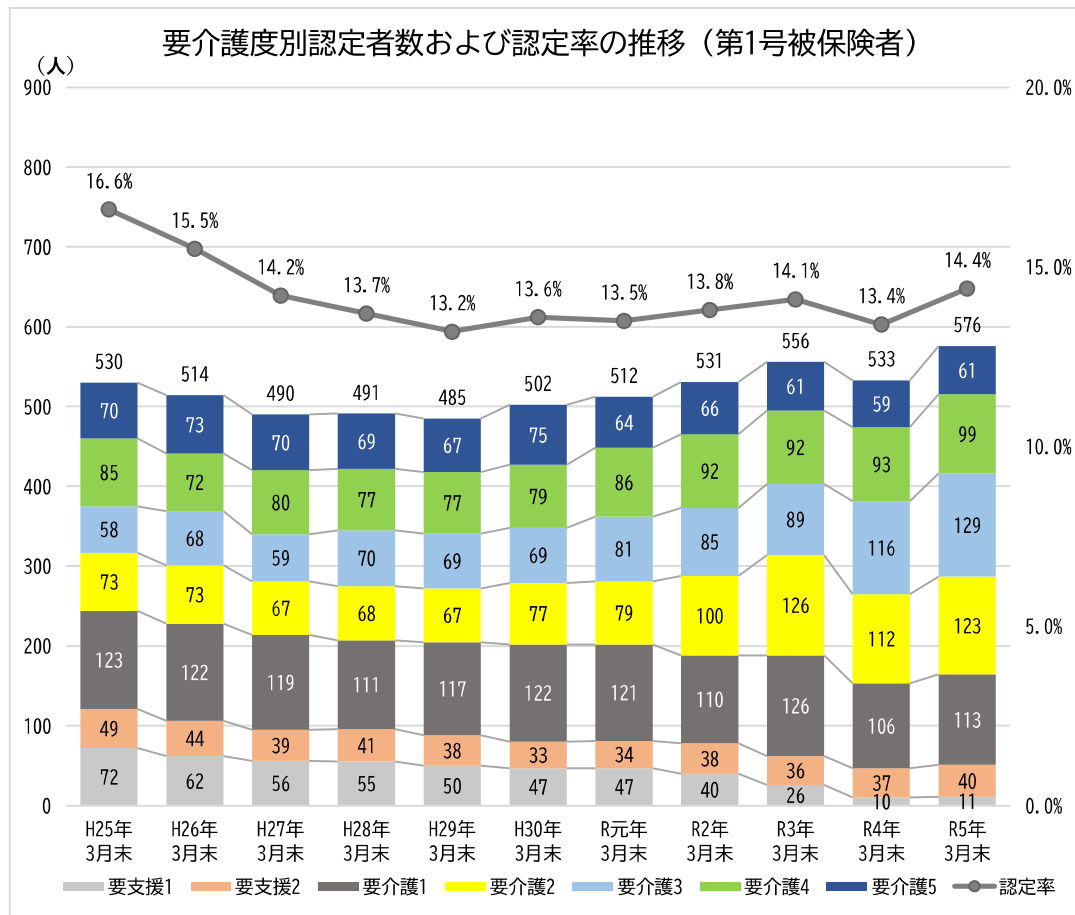
出所：「国勢調査報告」総務省

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。



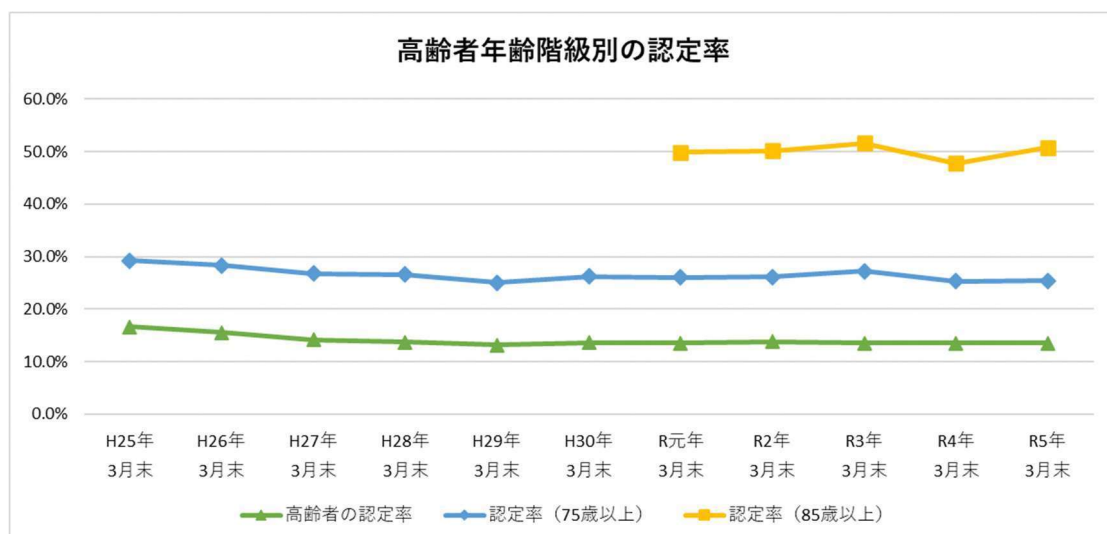
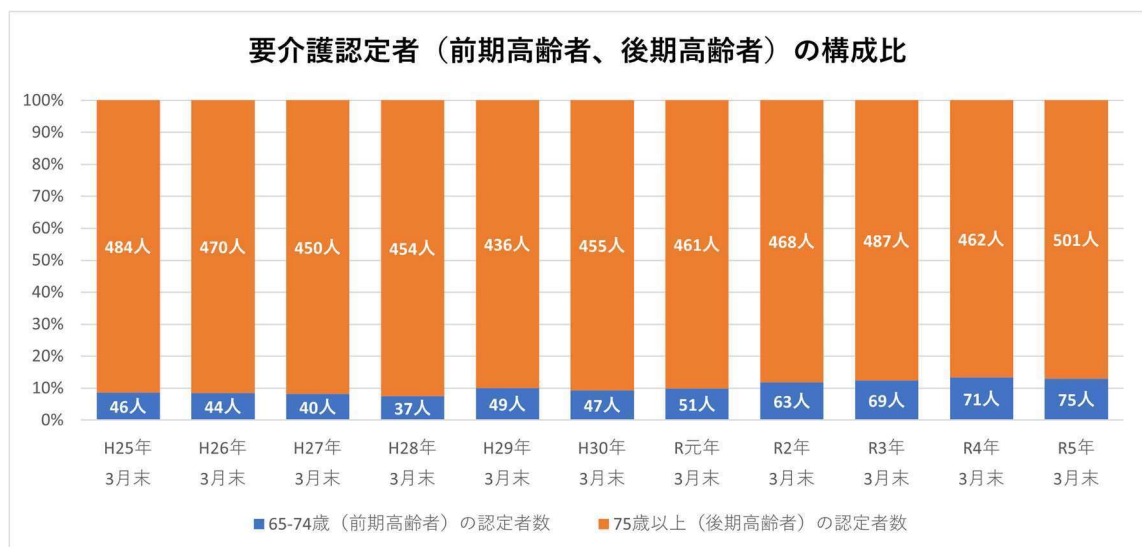
出所：地域包括ケア「見える化」システム

4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】

(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。

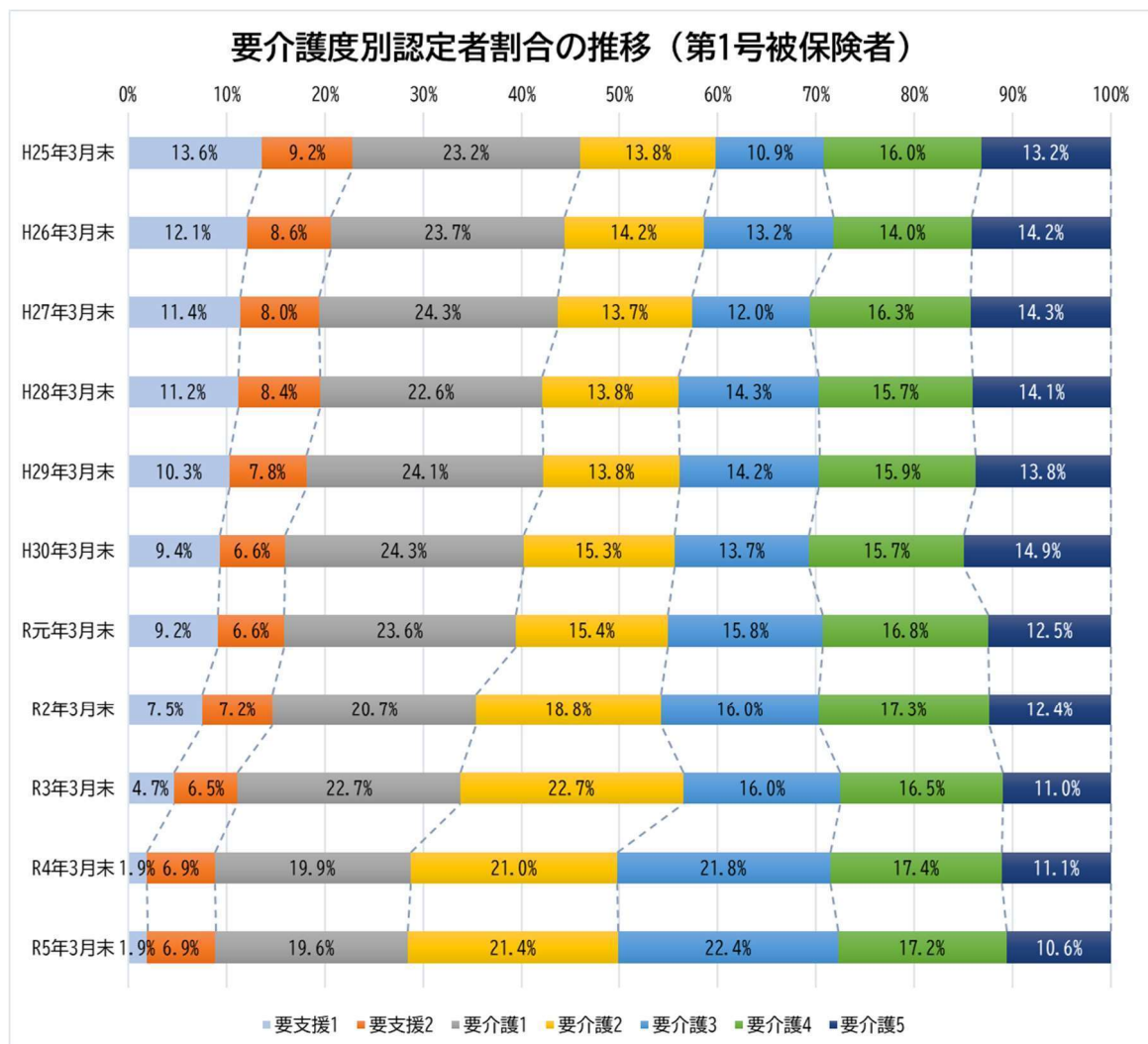


出所：地域包括ケア「見える化」システム

（3）要支援、要介護度別認定者割合の推移

令和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。

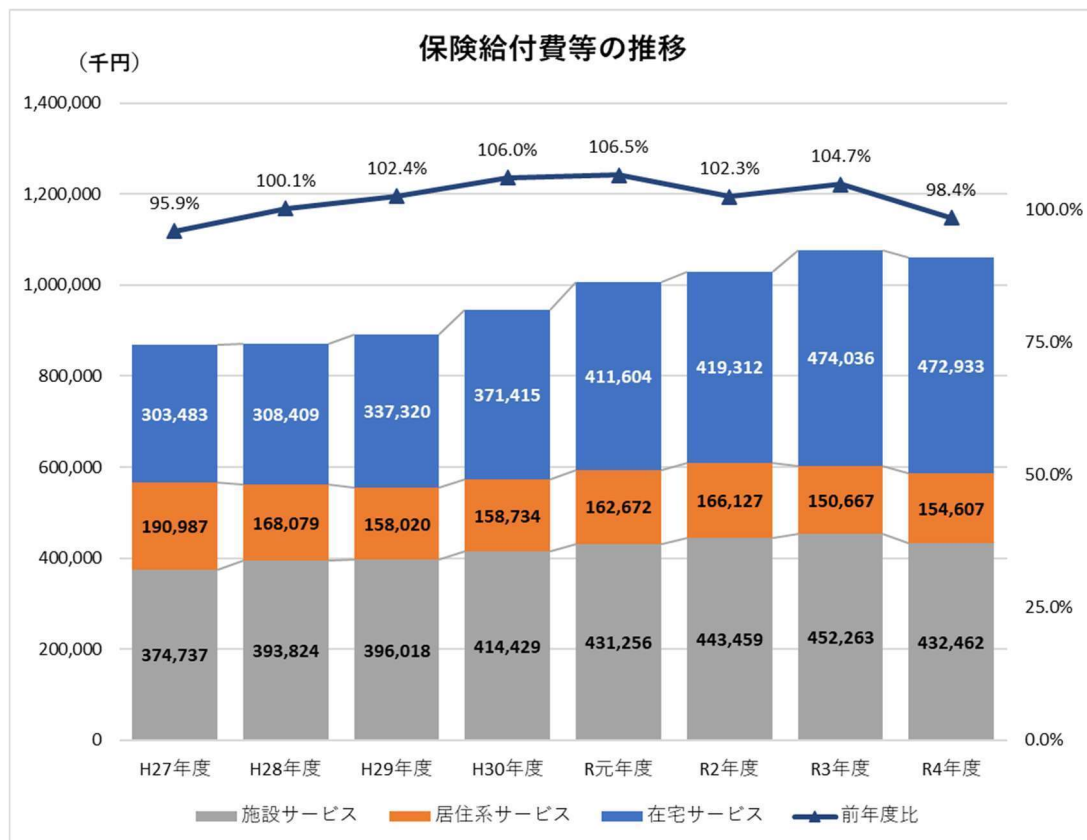


出所：地域包括ケア「見える化」システム

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、時系列でみ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

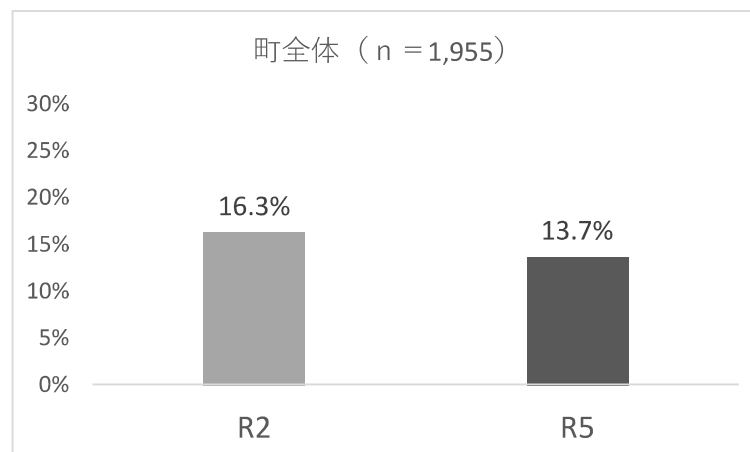
足腰を中心とした高齢者の運動機能に関する質問を行いました。以下の5つの質問で網がついた回答に3つ以上該当する場合に、運動機能の低下に疑いがあるとされています。

【運動器の評価・分析方法】

設問内容	配点と回答			
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

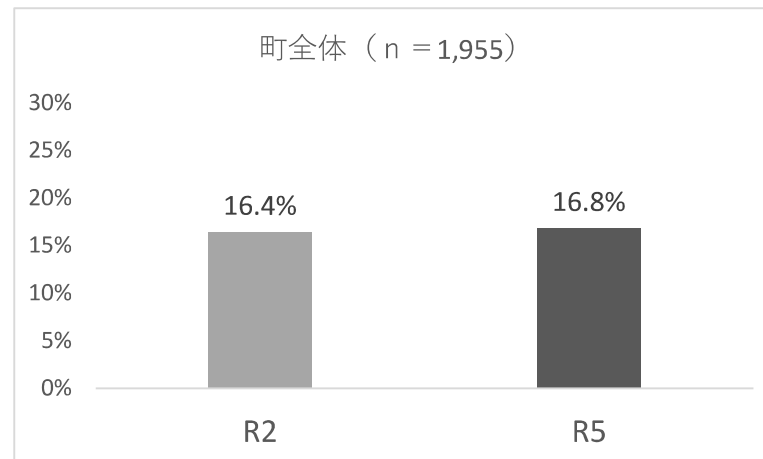
閉じこもり傾向に関する質問を行いました。以下の質問に対する回答結果により、閉じこもり傾向のある高齢者として推測されます。

【閉じこもり傾向の評価・分析方法】

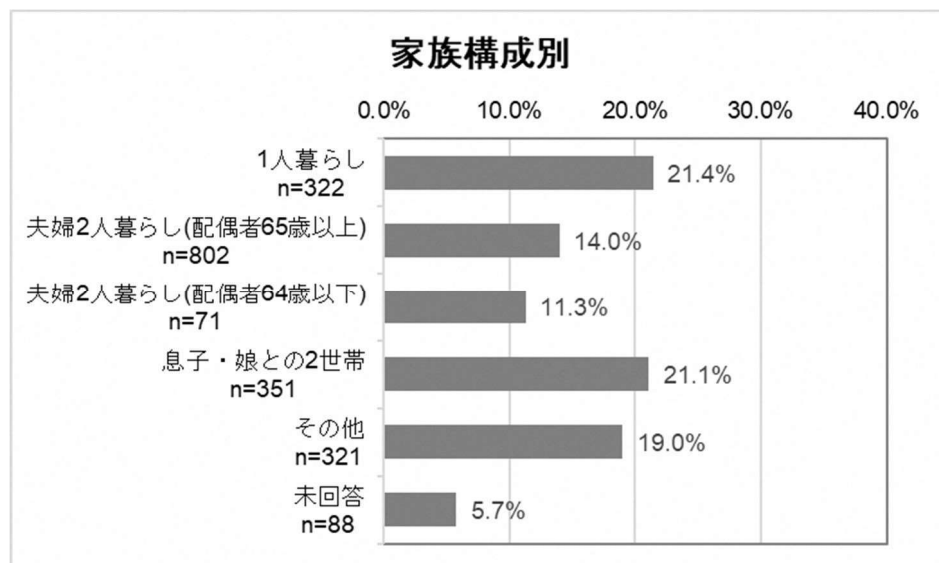
設問内容	配点と回答			
	ほとんど外出しない	週1回	週2～4回	週5回以上
週に1回以上は外出していますか				

*上記のアミがかかっていると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。

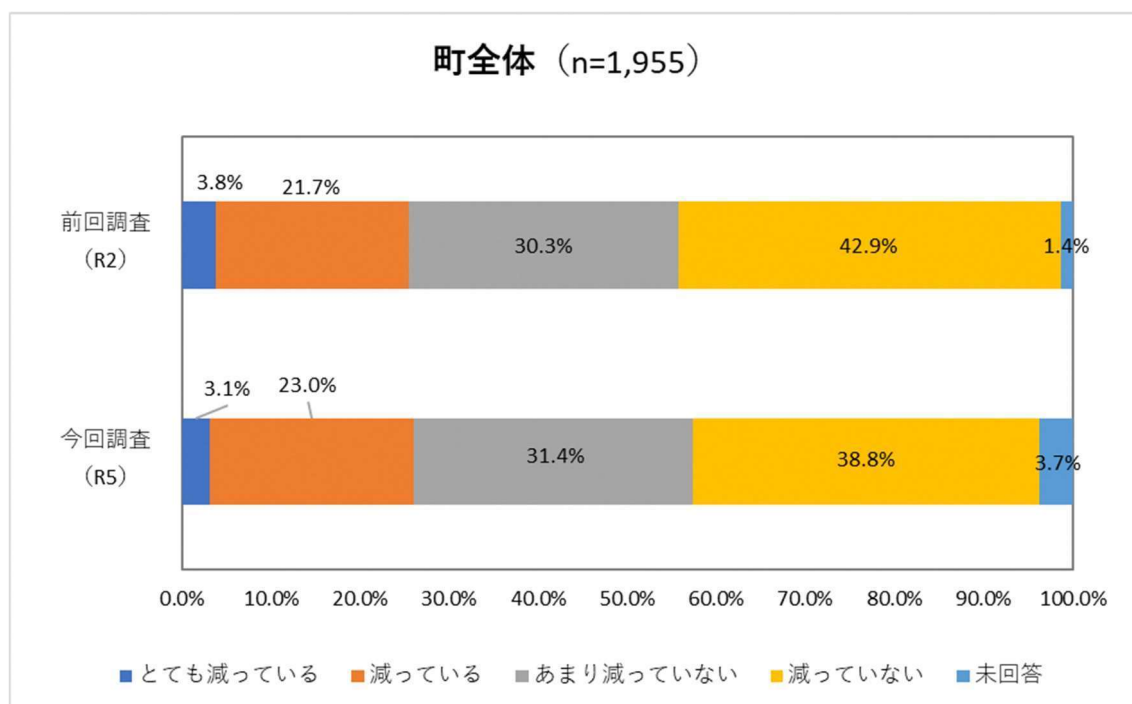


家族構成別にみると、「1人暮らし」で閉じこもり傾向のある高齢者の割合が 21.4%で最も高く、これに「息子・娘との2世帯」の 21.1%が続いています。



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

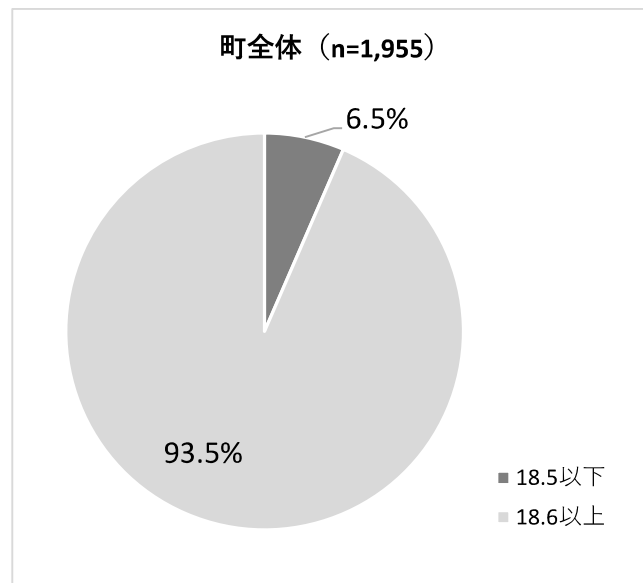
身長と体重から算出されるBMI（Body Mass Index、WHOで定めた肥満判定の国際基準）が18.5以下の場合に加え、「6か月間で2～3Kgの体重減少があった」人を、低栄養状態にある高齢者として判定します。今回の調査では、身長と体重について回答を得ており、BMIのみを調査しました。

【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。

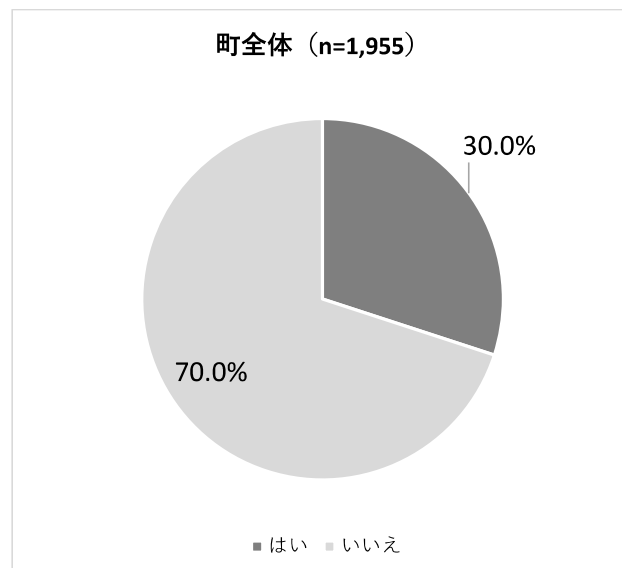
4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】

【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

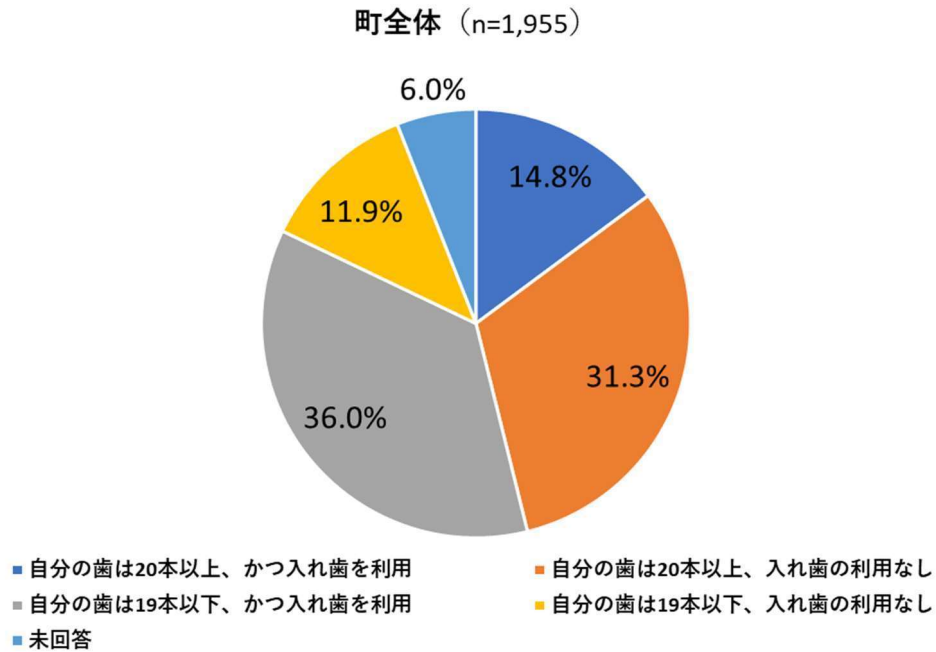
*上記の3問のうち2問に該当する場合、口腔機能の低下している高齢者として判定されます。

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。



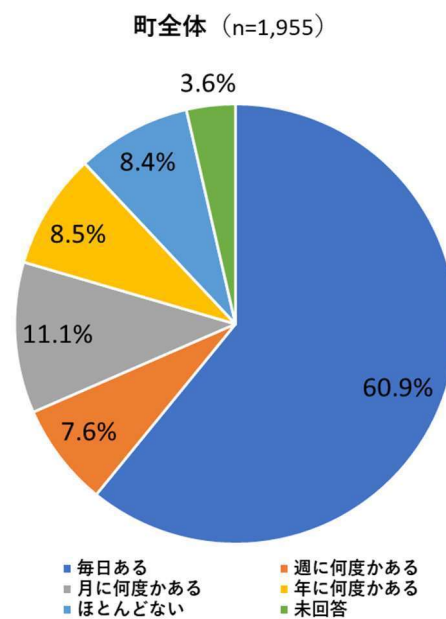
③歯の数と入れ歯の利用状況

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にもする機会

家族を含め誰かと食事をとにも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

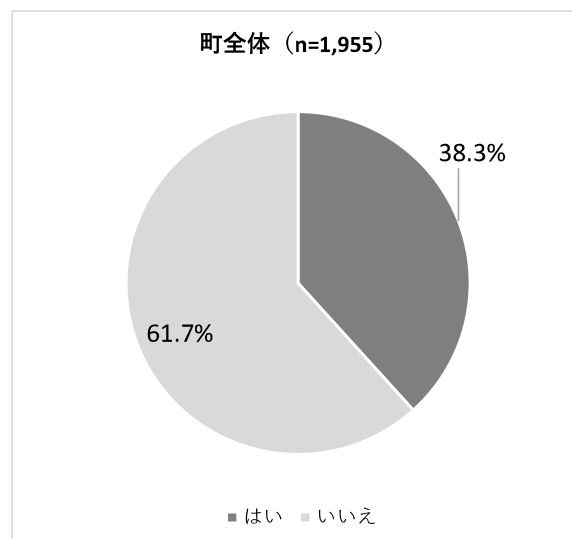
次の設問において1つでもアミがついた回答に該当された場合を、認知症リスク保有者として判定します。今回の調査では、設問「もの忘れが多いと感じますか」のみを調査しました。

【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

*上記の質問に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。

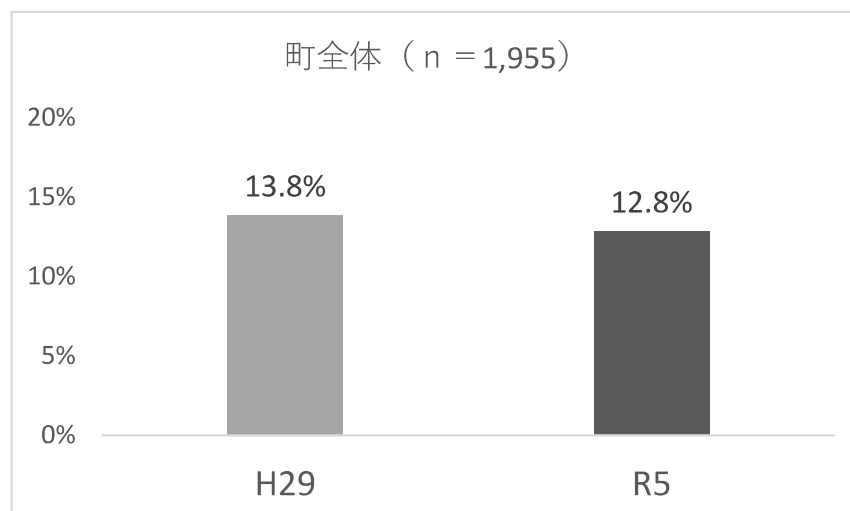
手段的自立度低下者とは公共交通機関を使っでの外出、食品・日用品の買い物、食事の用意、金銭の管理等日常生活を送る上での重要な行動が低下している人たちのことです。

【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。

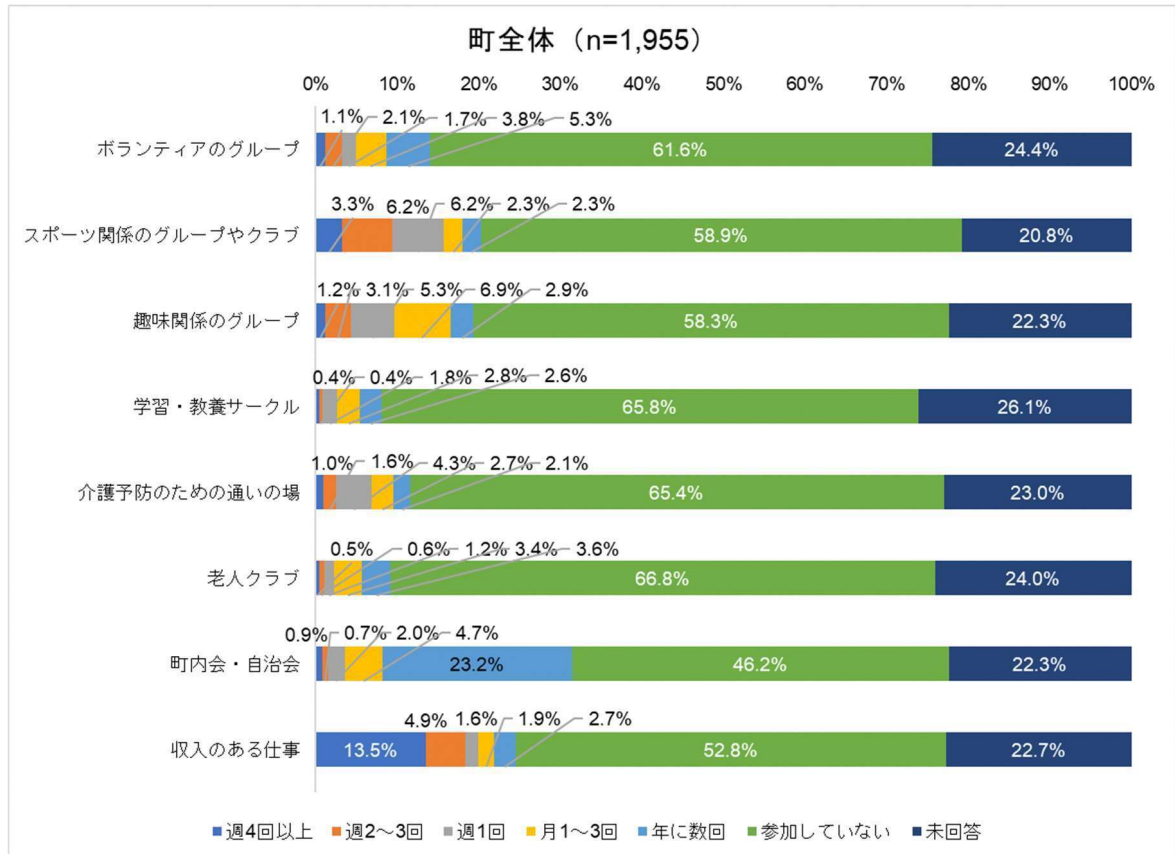
手段的自立度低下者の割合は町全体で12.8%（平成29年調査13.8%）となり、前回調査から低下しています。



(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

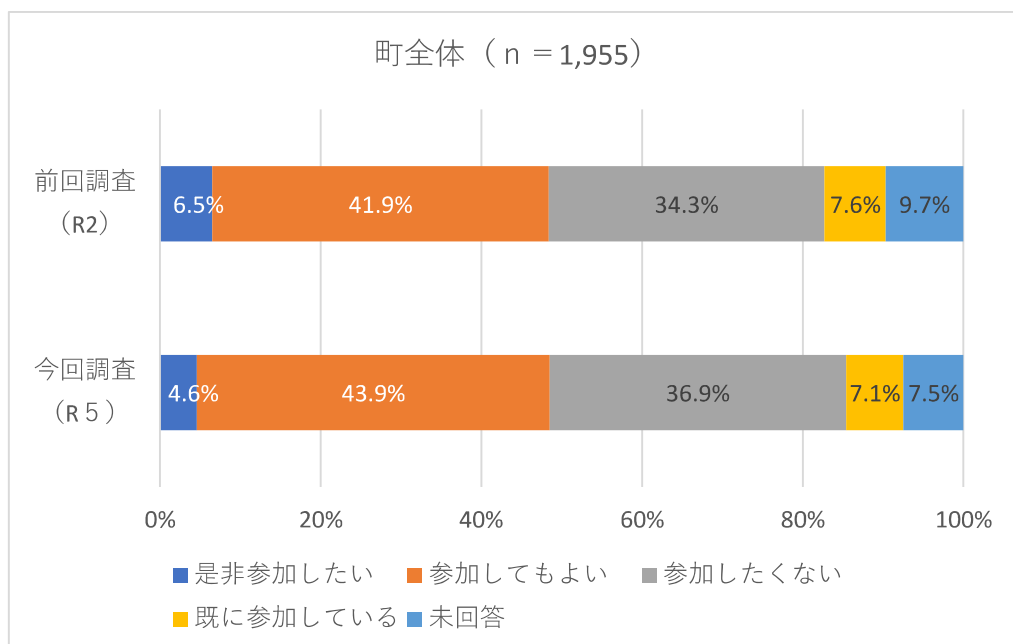
会・グループへの参加頻度が多いのは、収入のある仕事を除けば、スポーツ関係のグループやクラブと趣味関係のグループです。



(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）

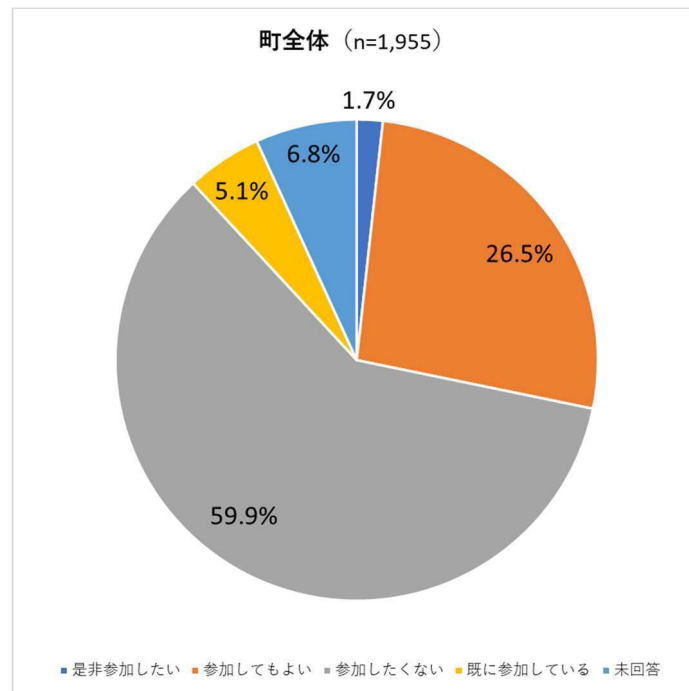
参加者としての「地域住民有志によるグループ活動への参加意向」について、町全体でみると、「参加してもよい」が43.9%（令和2年調査41.9%）で最も高く、これに「参加したくない」の36.9%（同34.3%）が続いています。「是非参加したい」の4.6%（同6.5%）と「参加してもよい」を合わせた『参加意向』を持っている人の割合は、48.5%（令和2年調査48.4%）と前回調査同様の水準です。



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）

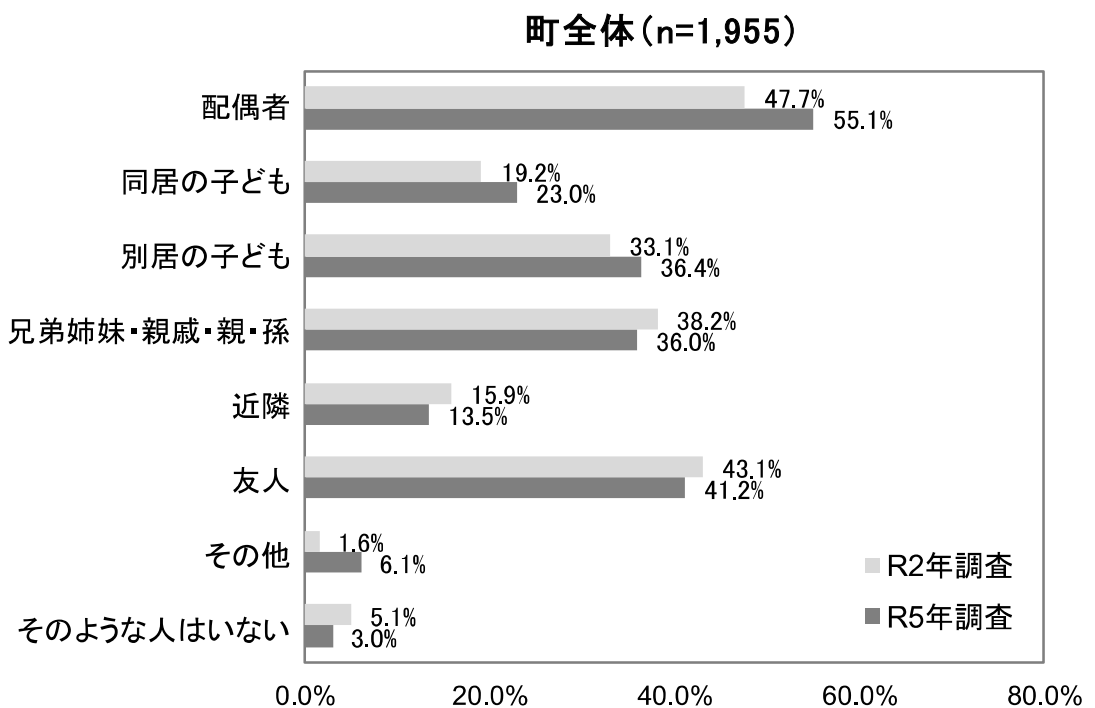
企画・運営（お世話役）としての「地域住民有志によるグループ活動への参加意向」について、町全体でみると、「参加したくない」が59.9%と過半を占め最も高く、「是非参加したい」1.7%と「参加してもよい」26.5%を合わせた『参加意向』を持っている人の割合28.3%を大きく上回っています。

4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】



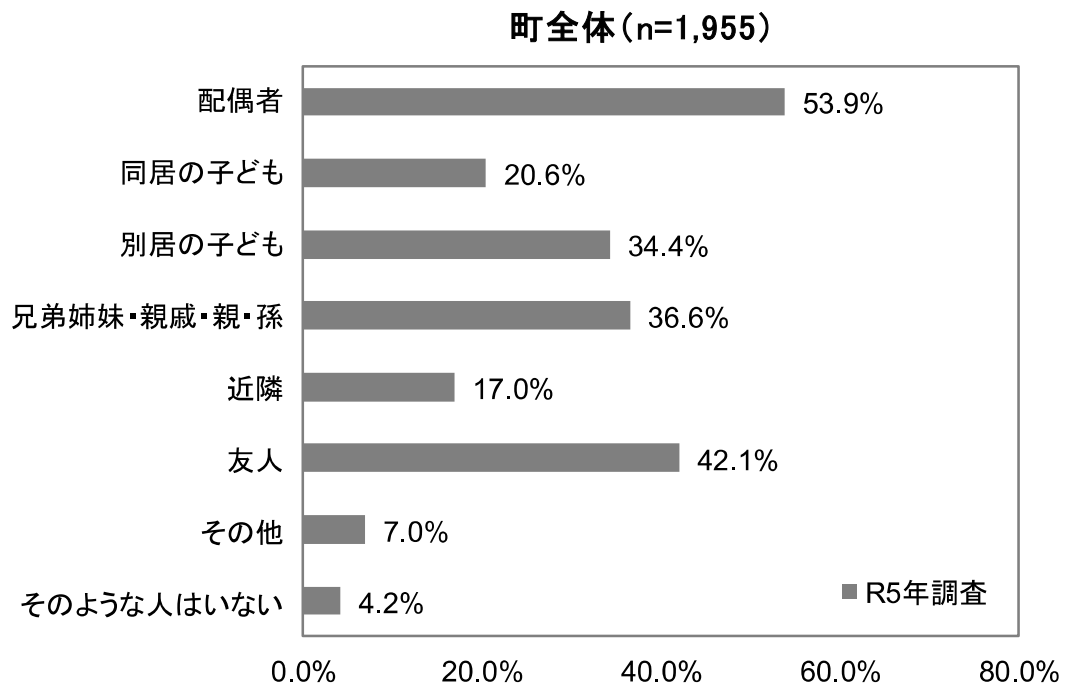
③心配事や愚痴を聞いてくれる人

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。



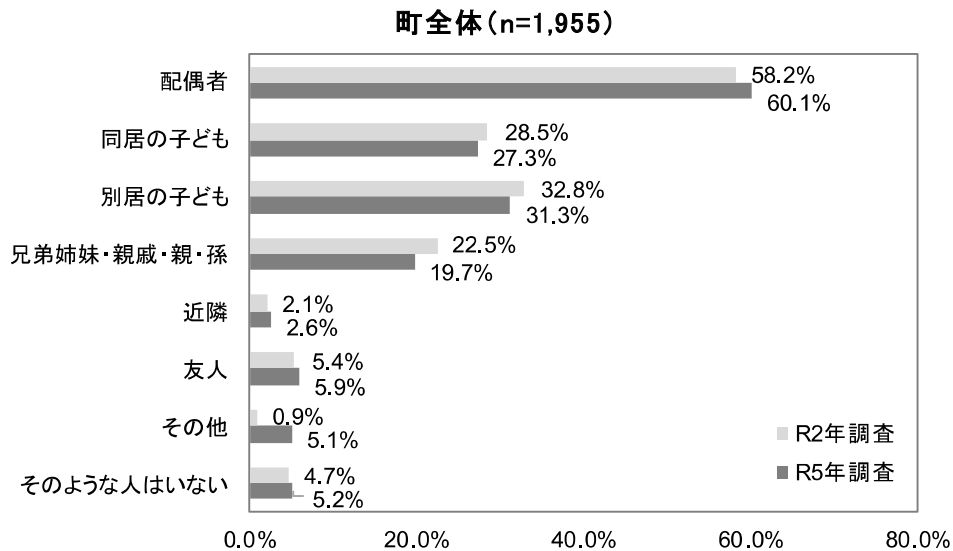
④反対に、心配事や愚痴を聞いてあげる人

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。



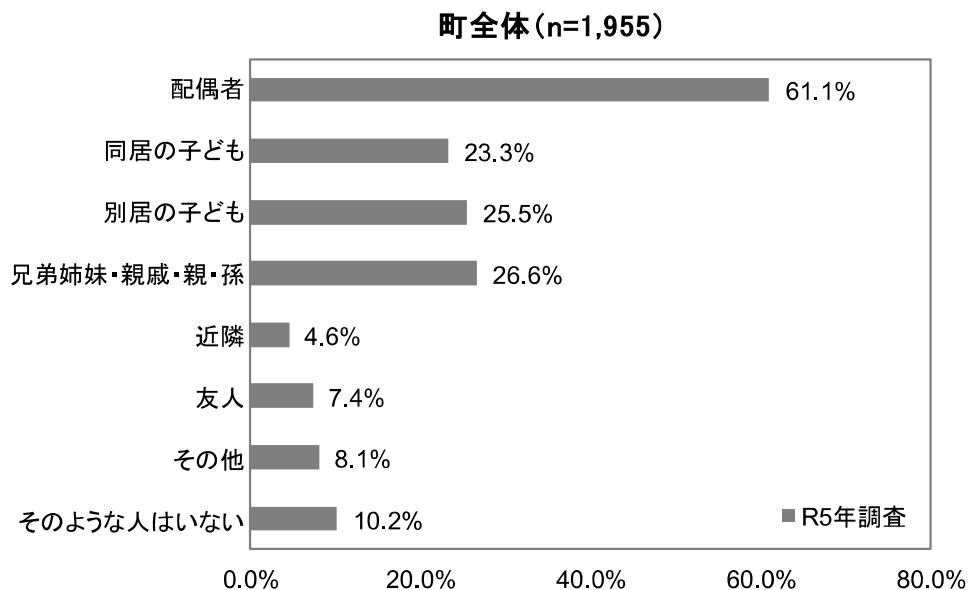
⑤病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人

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

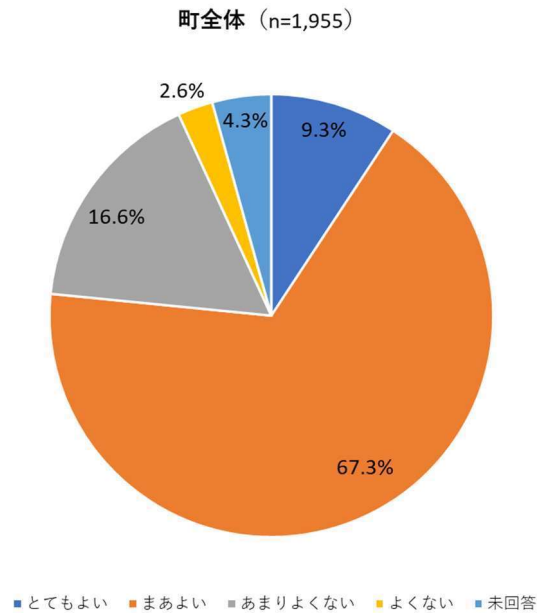
反対に、看病や世話をしてあげる人についても、「配偶者」の61.1%が最も高く、次は「兄弟姉妹・親戚・親・孫」の26.6%が、「別居の子ども」の25.5%よりも高くなっています。



(6) 健康について

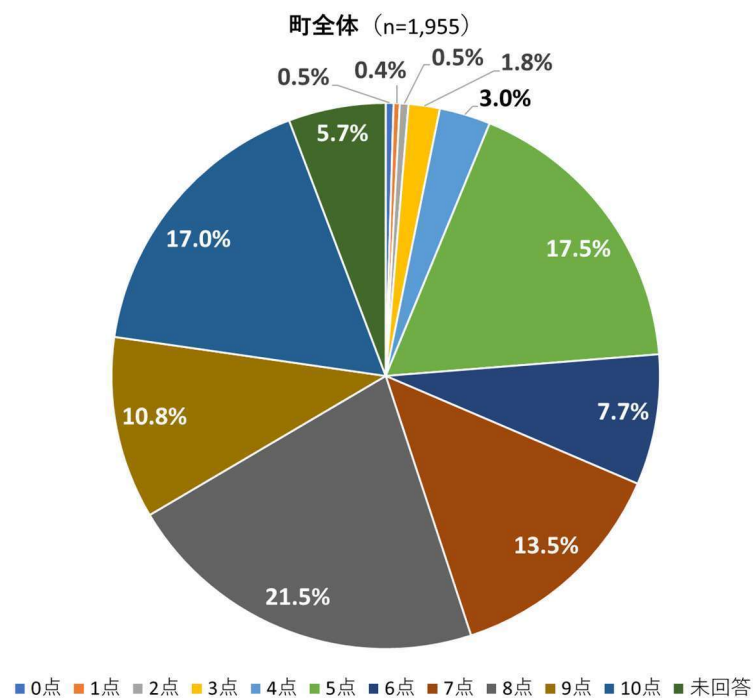
①健康状態

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。

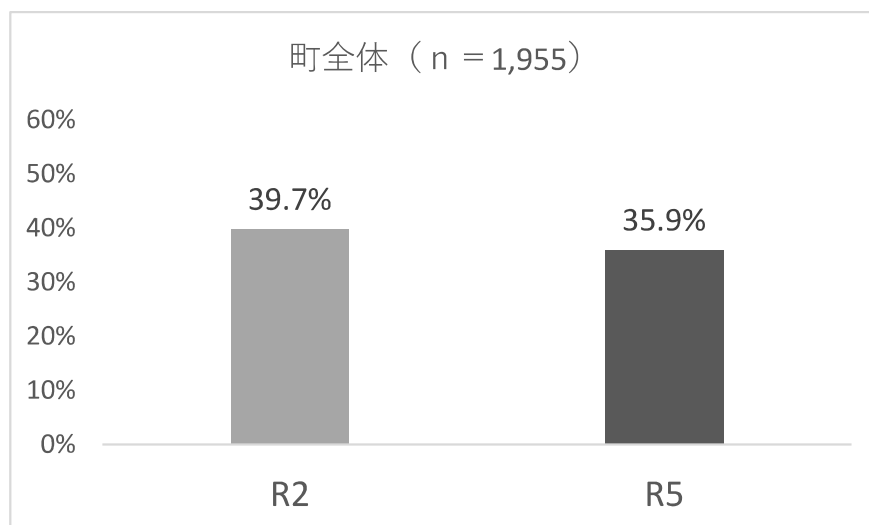
【うつ傾向にある高齢者の評価・分析方法】

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。

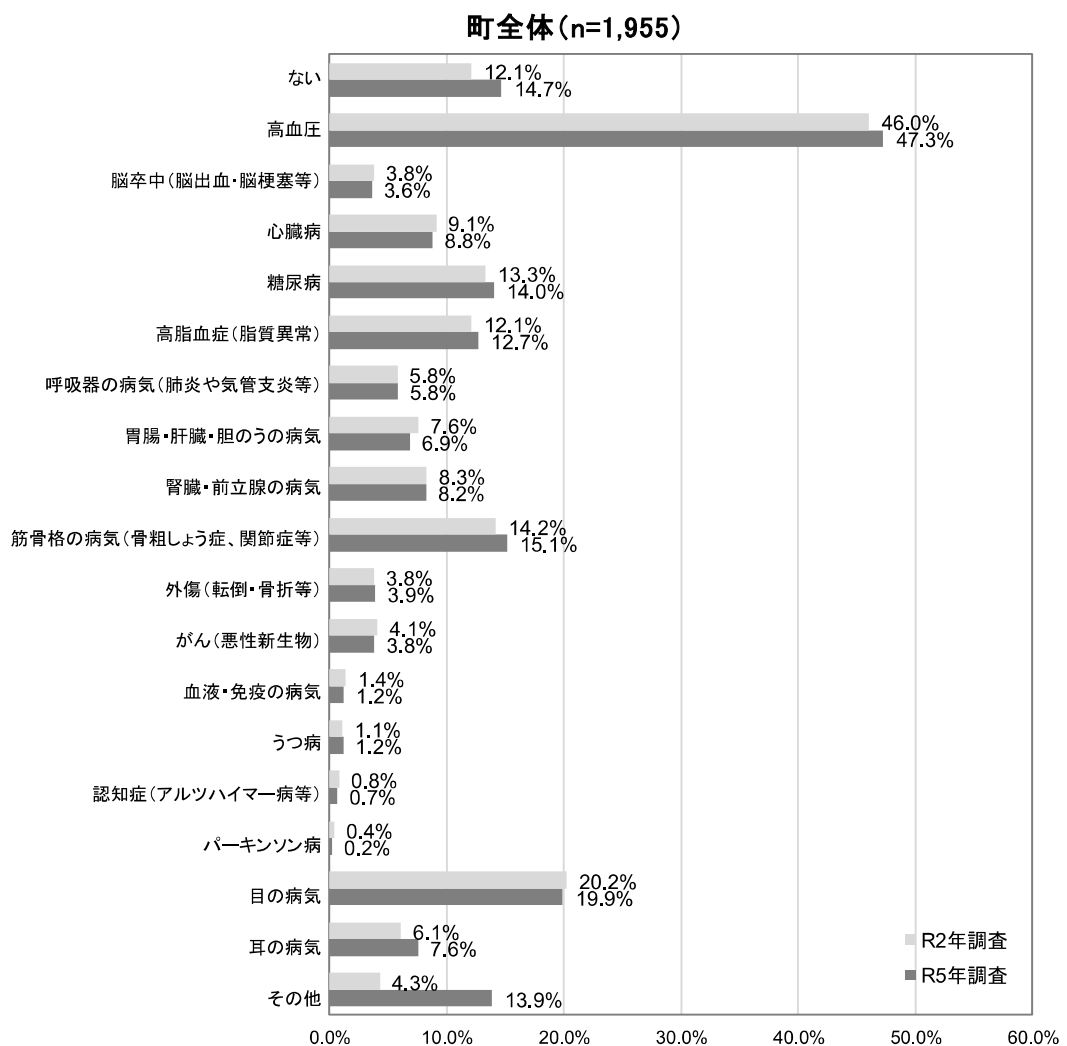
<町全体・性別・年代別>

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

町全体でみると、「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。



第2章 本実施計画の位置づけ等

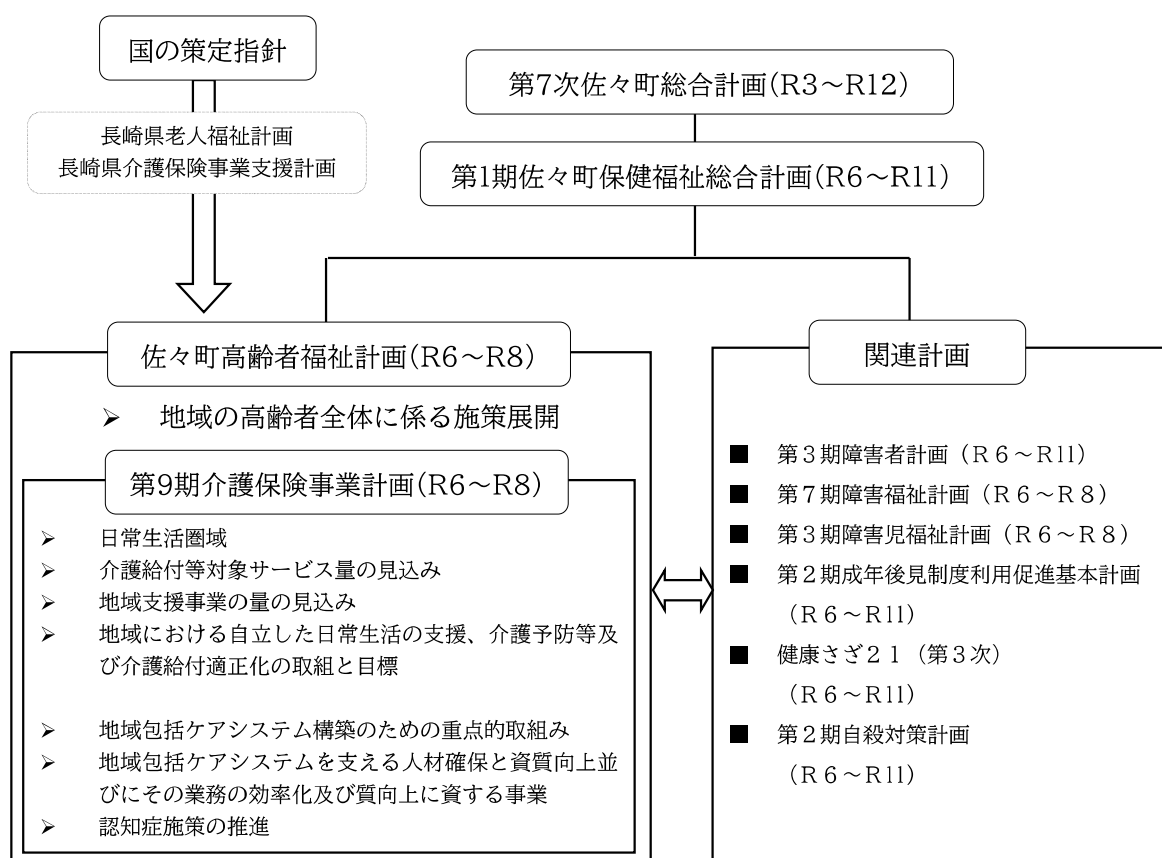
1. 計画の位置づけ

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

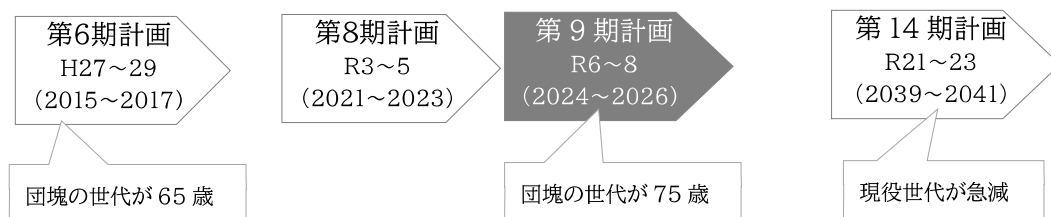
本計画は、佐々町総合計画及び同時期に策定される第1期佐々町保健福祉総合計画を上位計画とする分野別計画として位置づけられ、高齢者福祉に関する個別計画となります。

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り組み等を本格化していくための計画となります。



4. 日常生活圏域の設定

「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

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等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。

佐々町では、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・福祉の専門家等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3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（繋ぐ）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り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・ぷらっとサロン、いきいき百歳体操等）等、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～」
整形外科専門医による講演会

(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等、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（口腔機能の低下、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、権利擁護事業等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・障がい地域支援会議」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・地域の役員等、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等、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

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）介護事業所への専門職派遣事業

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）が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い、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、介入時点に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」体験会を開催する等、「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」を元気なうちから前もって考え、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、令和7年（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域で

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が期待できます。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等の地域の集いの場、障がい・高齢関係事業所が集う「さざまる市場」等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等、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。

介護事業所への専門職派遣事業にて、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 認知症等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「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基本計画 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等地域からの情報提供や相談等、

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、経済的問題等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、生命の危機に関わ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。その際、加齢に伴う視力・聴力等の機能低下が活動の弊害になることが考えられます。専門性を活かした支援体制の検討を進めていきます。

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等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

各種講座や教室等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、近隣市の昆虫学者等、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、もちつき等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」等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、研修旅行等の活動を支援します。また、他の団体との連携や交流等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、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、地域での生活支援等、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すが、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すが、制度のあり方を引き続き検討します。

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. シルバーホー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）でシルバーホーン（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等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、関係部署や協定

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、高齢者や障がいのある方等のうち、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、通いの場等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、外出自粛等の影響により、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。

5. 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、受給者が真に必要な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、受給者が真に必要な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年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間とします。

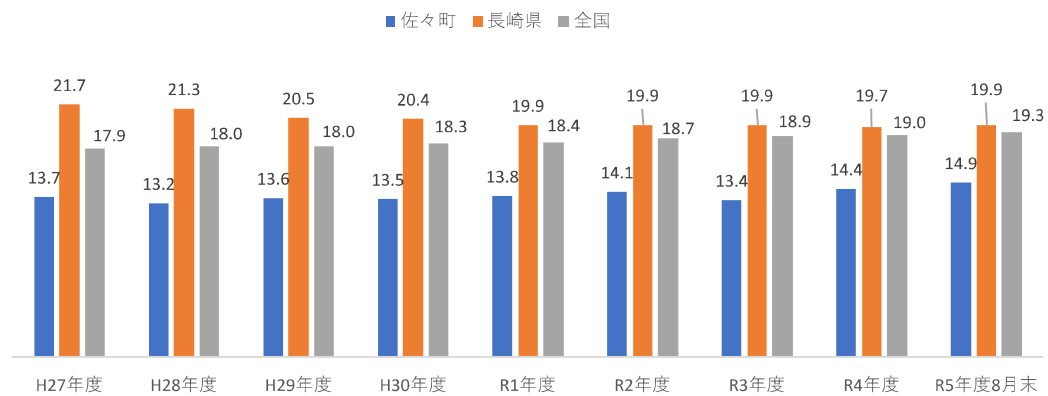
4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】

(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、給付の縦覧点検及び医療情報との突合、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。

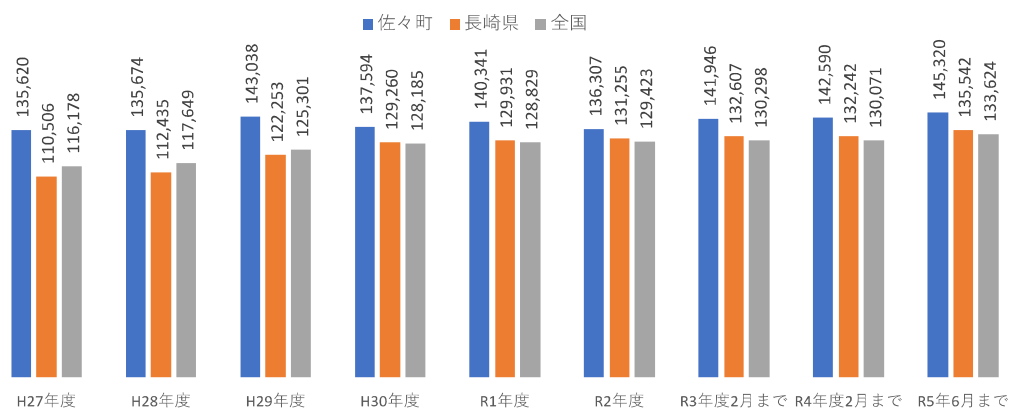
本町の特徴として、認定率は国・県平均よりも低い水準にある一方、認定者一人当たりの給付費は高いという傾向があります。このことは、真に給付が必要な方だけが認定を受けサービスを受けていると考えられます。

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

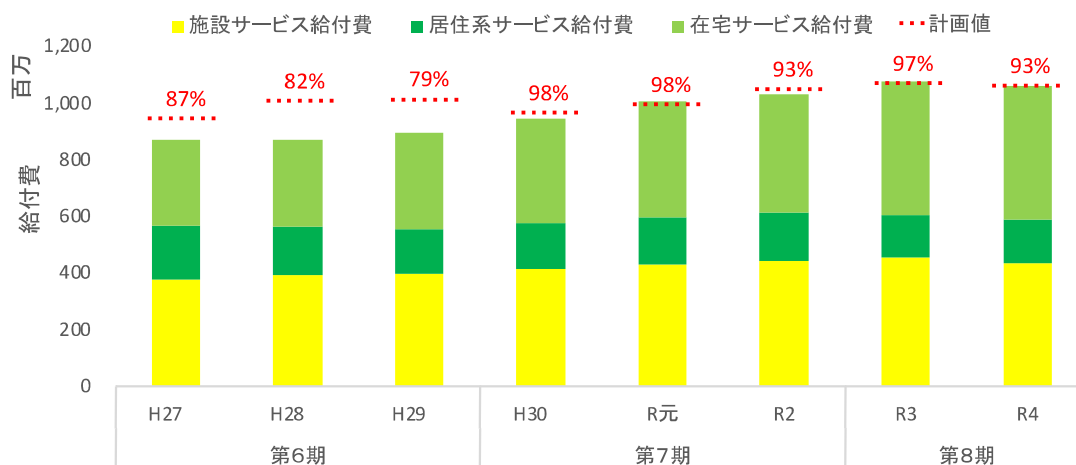


出所：地域包括ケア「見える化」システム 厚生労働省にて作成

4. 住み慣れた地域における自分が望む暮らしの実現【高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画】

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「介護保険事業報告」年報(令和3,4年度のみ「介護保険事業報告」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

②ケアプランの点検

③住宅改修等の点検

④福祉用具購入・貸与調査

⑤介護給付費通知



①要介護認定の適正化

②ケアプラン等の点検

③医療情報との突合・縦覧点検

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事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。

6. 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
 - ・医療や障害福祉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. 町への要望等

(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等が、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等により、入浴・食事等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等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等の課題があります。
- ・ 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等の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等、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】

- ・ 佐々町内には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、機能訓練等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、佐世保市等の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、佐々町内には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等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等の日常生活の世話や機能訓練等を行い、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應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、入居者と一緒に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。ボランティア等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等、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等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。

7. 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・標準化し、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等、関係機関と連携して負担軽減に取り組めます。